

厚生労働科学研究費補助金
(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)
「2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究」
令和3年度 分担研究報告書

「アジア・大洋州の国々におけるユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗と課題」

研究代表者 大澤 絵里 国立保健医療科学院 国際協力研究部

研究要旨

【目的】

SDGs が策定された 2015 年以降、世界的にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ達成を目標に、各国で様々な対応が進められている。本研究では、アジア・大洋州の国々において、現在までの UHC の進捗と課題、および新型コロナウイルス感染症流行との関連を観察し、今後、アジアの国々の UHC 達成に向けて何が鍵となるかを検討することを目的とした。

【方法】

WHO が発表する UHC サービスカバレッジ指標を中心に、インターネットで公開されている各国データの二次利用し、進捗や関連の分析を行った。フィリピン、ラオス、モンゴルに関しては、関係者へのヒアリングにより情報収集をし、それらの内容を分析した。各国の報告は 2 月に研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”において情報共有をした。

【結果】

UHC サービスカバレッジ指標の分析では、2000 年以降現在まで、アジア各国もカバレッジが順調に拡大していたが、2000 年～2010 年にその進捗率が大きかったことがわかった。2010 年以降はどの国もその指標の伸展は緩慢であった。また、アジア各国と比べると大洋州の国々ではその指標の伸びは緩やかであった。世界各国の分析では、UHC サービスカバレッジ指標は、新型コロナウイルス感染症の感染者数、死亡者数とは生の関係、致死率とは負の関係であったが、アジア各国のみの分析では、その関係性はみられなかった。フィリピン、ラオス、モンゴルでは、様々な方法により UHC 拡大を目指していたが、最貧困層へのプライマリ・ヘルス・ケアの提供、中間層への経済的保護、地方でのプライマリ・ヘルス・ケアの充実などが課題にあがった。

【結論】

世界の兆候と同様にアジア・大洋州の国々に関しても、新型コロナウイルス感染症パンデミックが起こる以前、2010 年から UHC の伸展が緩慢であった。ポストコロナにおいて、UHC を後押しするためには、保健医療サービスへのアクセスが脆弱な集団へのアプローチ、およびプライマリ・ヘルス・ケアを軸としたサービスの充実を目標とする保健システムの再構築が求められている。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は、2005年にWHO総会決議 (WHA58.77) 「持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険」にて、広く国際的にも認識が高まり、その必要性が訴えられてきた[1]。その後、「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、UHCを「全ての人々が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス(母子保健, 感染症, 生活習慣病, 人材・病床)のカバレッジ (UHC サービスカバレッジ指標)」と、「家計の支出(所得)に占める壊滅的な健康関連支出(家計の10%, 25%を超える支出)」にて、モニタリングがされている[2]。また、世界保健機関 (WHO) は、現在までに、2015年、2017年、2019年、2021年にUHCグローバルモニタリングレポートを公表しているが、特に2017年以降は、推計値なども使用しながら、各国比較可能な形でUHC サービスカバレッジ指標を公表している。本分担研究では、まず、2005年のWHO総会決議以降、現在までのUHCに関連した国際的な議論や日本が主に関わった政治的な宣言の動向を把握し、2021年の最新のモニタリングレポートの情報をもとに、アジアのUHCの進捗状況を把握した。さらに、2019年末以降世界で拡大した新型コロナウイルス感染症流行と各国のUHCとの関連(進捗の各国の新型コロナウイルス対策への関連、逆に新型コロナウイルス感染症拡大のUHCへの関連)の議論を避けず、それらの関係の検討をした。いくつかのアジアの国については、具体的な政策や対策に関して、情報収集を追加し、本研究では、今後、アジアの国々のUHC達成に向けて何が鍵となるかを提示することを目的とした。

B. 研究方法

まず、近年のUHCに関連した国際的な決議や宣言、レポートや資料で提示されてきたUHCの戦略、UHCの進捗の動向をまとめた。次に、WHOによるUHCグローバルモニタリングレポートの最新版「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」[3]に提示のあるアジアの国々(WPROおよびASEAN)のUHC

サービスカバレッジ指数の2000年以降の推移、およびアジアの国々の3.8.1「UHC サービスカバレッジ指標」と3.8.2「保健医療の自己負担支出が家計の10%超を占める人口の割合」の関連をグラフ化した。さらに、最新のUHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症における指標について、Our World in Data[4]から入手可能な国の指標を結合し、それらの関連について散布図の作成および相関係数を算出した。

最後に、UHC サービスカバレッジ指数の推移の把握から、最新の指標は60前後であるが、2000年以降にその指標が上昇しているモンゴル、ラオス、フィリピンについては、UHC達成に向けた政策・施策および新型コロナウイルス感染症への対応状況について、数回にわたりオンライン会議を実施し、情報収集を行い、最終的に2月に研究班主催の国際共同カンファレンス“The challenges for achieving Universal Health Coverage under COVID-19 pandemic in Asia”にて情報共有を行った。

ヒアリング協力者：

Professor. Maria Cristina G Bautista, PhD. Economics, Finance and Accounting Department. Ateneo Graduate School of Business, Philippine.

Dr. Mario C Villaverde. Ministry of Health, Philippine.

Dr. Oyuntsetseg Purev. Ministry of Health, Mongolia.

Ms. Emiko Masaki. Senior Health Economist. World Bank.

<倫理的配慮>

本研究の情報収集では既に公表済みのデータを用いた。なお、海外協力者のヒアリングおよび報告資料の提供については、個人情報とは扱わず公的データのみとし、本研究趣旨を説明のうえ同意を得た。

C. 研究結果

1. 現在までのユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) に関する関連資料や報告書での議論や国際的な政治的宣言の動向

表1では、2005年のWHO総会決議以降の主な

UHC に関する国際的な政治的宣言の一覧、また表 2 は、UHC に関連した主要な決議やレポートとその内容に関する概要である。

2005 年の WHO 総会決議以降、特に 2010 年の World Health Report [5] にて、ユニバーサル・カバレッジ (=ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ) のための保健財政のテーマが取り上げられた以降、改めて WHO 総会決議、バンコク宣言 [6]、メキシコ宣言 [7]、チュニス宣言 [8] と多くの国際会議で、保健財政へ増強することで、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの取り組みへの強化への各国からの支持が得られてきた。2015 年には、国連持続可能な開発目標の中で、UHC が一つのターゲットとなり、「サービスカバレッジ」と「経済的保護」の視点で評価されることが決定し、隔年で UHC グローバル・モニタリング・レポートが公表されてきた。特に、2017 年のレポートでは、各国の指標 (含む推定値) が揃い、指標のモニタリング・評価方法の精度も前進していることを示した [9]。同年、日本で UHC フォーラムが開催され、官民連携、健康危機対応への投資、UHC への公的資金の動員、国際開発パートナーからの資金提供の拡大を求める UHC 東京宣言が取りまとめられた [10]。2018 年は、プライマリ・ヘルス・ケアが提唱されたアルマ・アタ宣言から 40 年がたち、UHC 達成のためにプライマリ・ヘルス・ケアへ再度立ち戻り、その重要性が再確認された [11]。

2019 年、2021 年に公表されたグローバル・モニタリング・レポートでは、COVID19 パンデミック以前の報告となっているが、それ以前にも、グローバルでの UHC へ向けての進捗において、サービスカバレッジ、経済的保護ともに緩慢であったことが報告されていた [3, 12-14]。そこにさらに COVID19 パンデミックにより、その進展が停滞する可能性があること、特に、貧困家庭、高齢者がいる世帯での経済的困窮のリスクファクターは高くなると示されていた。

2. 2000 年以降のアジア・大洋州の国々の UHC サービスカバレッジ指標の進捗

図 1 は、世界銀行 (WB) による国の所得グループ別の 2000 年~2019 年までの UHC サービスカバレッジ指標の推移である。低中所得国では、例えばカンボジアに関しては、2000 年の指標は

「19」と推計されているが、2019 年には「61」までの進捗が見られた。他の国々も、2000 年には、20~40 の指標が、例えばベトナムでは「70」までの進捗であった。高中所得国についても、マレーシア、タイ、中国は、2019 年には「80」近い値を示していた。

図 2 は、大洋州の国々とアジアの国々の推移を比べたものである。大洋州の国々は、アジアの国々と比べて、高所得国であっても、指標の進捗が緩やかであった (大洋州の国々の特徴については、別章により詳しく考察)。

図 3 は、2000 年移行 5 年おきの UHC サービスカバレッジ指標の進捗率の推移を、2000 年の指標でわけたグループ別に観察した図である。2005 年/2000 年比 (緑)、2010 年/2005 年比 (青)、2015 年/2010 年比 (黄)、2019 年/2015 年比 (深緑) である。例えば、カンボジアは、2000 年の値は、19 と低かったが、2005 年までに、41 までに上昇し、2 倍強の進捗があった。他の国々の傾向をみると、アジアの国々は 2000 年から 2005 年までの進捗率が大きく (緑のバーが高く)、大洋州の国は、2005 年から 2010 年の進捗率が最も大きい (青のバーが高い) 傾向にあった。2010 年移行 (黄色と深緑のバー) に関しては、飛躍的にその値を伸ばしている国々はなく、ほぼ同程度の値で推移している傾向であった。

3. 3.8.1 「UHC サービスカバレッジ指標」と 3.8.2 「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」の関連 -アジア諸国の特徴

図 4 は、「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」の中で報告された 3.8.1 「UHC サービスカバレッジ指標」と 3.8.2 「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」の両方の提示があった 152 カ国について、2 値の関連および各国の傾向を観察するために作成した散布図である (一部の国は、2019 Global Monitoring Report の値を使用) 。152 カ国の平均は、「UHC サービスカバレッジ指標」が、63.75、「保健医療の自己負担支出が家計の 10%を超える人口の割合」は、8.37%であった。本研究対象のアジアの国々は、14 カ国であった (図 5)。前者平均が、68.6、後者平均が 6.8%であった。図 5 より、「UHC サービスカバレッジ指標」が平均よ

り高く、「保健医療の自己負担支出が家計の10%を超える人口の割合」が平均より低い国は、オーストラリア、タイ、マレーシアであり、前者が平均より高いが、後者も平均より高い国は、中国、韓国、日本、ベトナム、前者が平均より低く、後者も平均より高い国は、ミャンマー、モンゴル、最後に前者も平均より低く、後者も平均より低い国は、キリバツ、フィジー、ラオス、インドネシア、フィリピンであった。

4. 最新のUHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症における指標の関連

図6～図12は、「Tracking Universal Health Coverage, 2021 Global Monitoring Report」のUHC サービスカバレッジ指数（一部の国は2019 Global Monitoring Reportより）と、The World in Dataから取得した新型コロナウイルス感染症に関連する3つの指標（感染者数、死亡者数、致死率）の関連について、世界188カ国（死亡者数の報告は183カ国）と本研究対象のアジア、大洋州の国々27カ国（死亡者数の報告は22カ国）について、作成をした散布図である。

世界188カ国における、UHC サービスカバレッジ指数と感染者数および死亡者数の関連は、図6および図8よりわかる通りは、正の関連があり、それぞれ相関係数 R (p 値) が、0.6258 ($p < 0.001$)、0.4895 ($p < 0.001$) であった。アジア・大洋州の国々の値だけで関連をみると（図7と図9）、両関連ともに統計的有意な結果はみられなかったものの、グラフからは、感染者数に関しては、正の関連があるように見られた。致死率に関しては、図10が世界183カ国における関連であるが、 $R = -0.2772$ ($p < 0.001$) と負の関連がみられた。アジア・大洋州に限ると（図11）、統計的有意な結果はなかったが、グラフから、負の関連があるように観察できた。

5. アジア諸国におけるUHC達成に向けた政策・施策および新型コロナウイルス感染症のUHCへの影響

表3では、ヒアリング対象となったフィリピン、ラオス、モンゴルの3か国のUHC達成に向けた政策や施策、また新型コロナウイルス感染症への対応について、公的統計や公表されている指標と、ヒアリング調査から収集した情報をまとめた。

それぞれ3か国は、一人当たりのGDPにも差があるが、WBの所得グループでは、低所得国となる。人口にもばらつきがあり、フィリピンは島国であり、ラオス、モンゴルは内陸国である。

フィリピンは、ユニバーサル・ヘルス・ケア法が2019年に制定され、その中でどのようなサービスがカバーされ、貧困層や高齢者への補助のプログラムも含みながら全国民をカバーしている。ただ、フィリピンでのUHC達成への課題は、民間セクターの役割が大きく、民間セクターへの支払いメカニズムの構築が急がれること、また中間層の保健サービス費用の支払いへの対応、地方自治体の役割の拡大が挙げられていた。新型コロナウイルス感染症への対応に関しても、民間セクターの対応が早かったが、その中でも官民の連携（省庁間の協力）があり、それは地方自治体の役割にも影響していた。

ラオスは、2021年～2025年の国家社会経済開発計画および保健セクター開発計画の中で、UHCの推進が言及されている。ラオスでの、UHC推進の課題は、サービスへのアクセスのギャップがあること（最貧困層と最富裕層では3倍の差）、保健センター（プライマリ・ヘルス・ケア施設）の改善の必要性、有資格の医療従事者の不足や偏在への対応であった。新型コロナウイルス感染症の対応によって、人材も予算の点に関しても、必須サービス提供の減少し、今後も影響がでることが懸念されている。

モンゴルは、憲法、保健法、健康保険法にて、UHCが規定され、推進されている。UHC推進の具体的な事例として、モンゴルではモバイルヘルスを拡大してきたことがあげられる。全21州すべてでこの事業を拡大してきた。ただ、課題として、格差解消への政治的なコミットメントの発信がないこと、2次医療圏でのモニタリング能力の不十分であることであり、それに対して、プライマリ・ヘルス・ケアレベルで提供されるサービスへの資金提供の増額し、プライマリ・ヘルス・ケア施設である、保健センターや家庭医療保健センターには、パフォーマンスベースの資金提供の予定である。新型コロナウイルス感染症対策のUHCへの影響は、地方におけるプライマリ・ヘルス・ケアサービスの拡充、電子デジタルケア技術の向上があり、ポジティブに影響

している面もみられた。

D. 考察

本研究では、今後、アジアの国々のUHC達成に向けて、何が鍵となるかを検討するために、近年のUHCの国際的な戦略や進捗の国際的動向、UHCサービスカバレッジ指標を使用してアジア・大洋州の国々のその進捗および新型コロナウイルス感染症との関連、またアジア3カ国（フィリピン、ラオス、モンゴル）のUHC推進のための戦略や課題について、分析、整理した。

2000年以降のUHCの進捗に関しては、アジア・大洋州の国々も世界と同じ傾向であるが、2010年以降の進捗が緩慢であることがわかった。3カ国のヒアリング調査からの結果でもわかるように、サービスカバレッジに関しては、最富裕層と最貧困層、都市部と農村部、官民でのサービス提供のギャップがあることで、保健医療サービスを十分に受けられない集団が存在していることがわかる。保健医療サービスへのアクセスが脆弱である集団のカバレッジを、どれだけ拡充していけるのかが一つの鍵となるだろう[15]（別章参照）。

また、今年度のヒアリング調査には、大洋州の国が含まれていなかったが、大洋州の国々はたとえ高所得国に属していたとしても、サービスカバレッジは高くなく、UHCの達成を目指し、根本的な原因は何かをつかみ、具体的な対策を考える必要があるだろう[16]（別章参照）。

UHCが新型コロナウイルス感染症パンデミックに与えた影響については、本研究結果から考えられることとして、一つ目にUHCサービスカバレッジ指標が高い国々で致死率が低い傾向にあったことから、感染後の治療において死亡を防ぐことができていたことが考えられる。一方で、UHCサービスカバレッジ指標が高い国々で感染者が多い傾向であったことは、それらの国々で感染をよく探知できた可能性、一方で、いくら高い指標であっても感染症予防対策が十分ではなかった可能性、もしくは国際保健規則（IHR）コアキャパシティ指数がUHCサービスカバレッジ指標の構成要素ではあったもの、感染症拡大予防の視点が指標にはうまく反映されていなかったか可能性が考えられる[17]。アジア・大洋州の国々に関しては、それらの関連性はみら

れなかった。特に大洋州の国々では、グローバルでのパンデミックがはじまったと同時に、検疫を強化し、入国に制限をした国々もあり、感染者、死亡者ともに抑えられている国々もあったためと考えられる。

新型コロナウイルス感染症パンデミックは、多くの国で既存の保健医療サービスへの予算や人材が、新型コロナウイルス感染症対策へと流れたことやその経済活動への影響により、今まで進めてきたUHCの達成への動きがさらに鈍化することが懸念されている。国際的な議論においても、プライマリ・ヘルス・ケアへの回帰が重要視されているが、本研究のヒアリング調査結果からも、アジア3カ国だけの情報ではあるが、プライマリ・ヘルス・ケアへの拡充や予算拡大や地方自治体への歳入増加のしくみなどの動きもでてきており、ポストコロナにおいてさらに鍵となるのが、プライマリ・ヘルス・ケアや一次医療（プライマリ・ケア）をコアとしたUHC推進だろう[18]。

E. 結論

アジア・大洋州におけるUHCの進捗は、2000年と比べると、ほとんどの国々で進展しているが、2010年以降の進捗、および大洋州の国々での進捗が緩慢である。ポストコロナにおいて、UHCを後押しするためには、保健医療サービスへのアクセスが脆弱な集団へのアプローチ、プライマリ・ヘルス・ケアを軸とした保健システムの再構築の必要がある。

F. 引用文献

- [1] WHO. WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance, 2005
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/20302>
- [2] UN. SDG Indicators Metadata repository.
<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>
- [3] WHO/WB. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>
- [4] Our World in data.

<https://ourworldindata.org/>

[5] WHO. World Health Report 2010 Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage, 2010.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

[6] Bangkok Statement on Universal Health Coverage, adopted at the Prince Mahidol Award Conference, 2012.
<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/achieving-universal-health-coverage-from-the-past-to-the-future-prince-mahidol-award-conference-bangkok-thailand>

[7] the Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the Forum on Universal Health Coverage

[8] Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector, adopted at the high level dialogue between ministers of finance and health towards and beyond the MDGs

[9] WHO/WB. Tracing universal health coverage: 2017 global monitoring report, 2017.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-17.2>

[10] Tokyo Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the UHC Forum in Tokyo, 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000188255.html>

[11] Astana Declaration, adopted at Global Conference on Primary Health Care, 2018.
<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>

[12] WHO/WB. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328913>

[13] WHO/WB. Global Monitoring report on financial protection in health 2019, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331748>

[14] WHO/WB. Global monitoring report on financial protection in health 2021, 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040953>

[15] Tediosi F, Lönnroth K, Pablos-Méndez A, et al. Build back stronger universal health coverage systems after the COVID-19 pandemic: the need for better governance and linkage with universal social protection. *BMJ Global Health* 2020;5:e004020. doi:10.1136/bmjgh-2020-004020

[16] Craig A.T., Beek K., Gilbert, K., Soakai T.S., Liaw S.T., Hall J.J. Universal Health Coverage and the Pacific Islands: An Overview of Senior Leaders' Discussions, Challenges, Priorities and Solutions, 2015-2020. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4108. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074108>

[17] 坂元晴香「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）と健康危機のシナジー」グローバルヘルス・ガバナンス研究会ポリシーブリーフ「ポスト・コロナ時代の国際保健外交—日本の戦略を問う」日本国際交流センター。2022-02-14. vol. 10.

[18] Brundtland G.H.. Public financing for primary health care is the key to universal health coverage and strengthening health security. *The Lancet global health* 2022, 10(5), E602-E603.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00166-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00166-8)

[19] WHO. WHA64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage, 2011.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/3564>

[20] WHO/WB Ministerial meeting on universal health coverage, 2013.
<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/ministerial-meeting-on-universal-health-coverage>

[21] International Conference on Universal Health Coverage in the New Development Era: Toward Building Resilient and Sustainable

- Health Systems, 2015.
https://www.jcie.org/programs/global-health-and-human-security/uhc_conference_151216/
- [22] UN. Sustainable Development Goals, 2015.
<https://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&type=111&nr=8496&menu=35>
- [23] 伊勢志摩首脳宣言, 2016.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000160267.pdf>
- [24] G7 神戸保健大臣会合, 2016.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_ja.pdf
- [25] G7 ミラノ保健大臣会合, 2017.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10500000-Daijinkanboukokuksaika/FINAL_G7_Health_Communique_Milan_2017.pdf
- [26] 日・ASEAN 保健大臣共同宣言 (Joint statement of Asean-Japan health ministers meeting: Universal Health Coverage and Population ageing), 2017.
<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10501000-Daijinkanboukokuksaika-Kokusaika/0000171519.pdf>
- [27] G20 ハンブルク首脳宣言, 2017.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000271291.pdf>
- [28] G20 ベルリン保健大臣宣言, 2017.
https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/2017_G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf
- [29] G20 ブエノスアイレス首脳宣言, 2018.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000424877.pdf>
- [30] G20 マルデルプラタ保健大臣宣言, 2018.
https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/2018_G20_Health_Ministers_Declaration_engl.pdf
- [31] G20 大阪財務大臣・保健大臣合同セッション, 2019.
https://www.mof.go.jp/public_relations/finance/201907/201907f.html
- [32] G20 大阪首脳宣言, 2019.
https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/g20/osaka19/jp/documents/main_point.html
- [33] G20 岡山保健大臣宣言, 2019.
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g20/health/jp/img/G200kayama_HM_EN.pdf
- [34] UN. Political declaration of the high-level meeting on UHC "Universal health coverage: moving together to build a healthier world, 2019.
<https://www.who.int/news-room/events/un-high-level-meeting-on-universal-health-coverage>
- [35] G7 パリ保健大臣宣言, 2019.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10501000/000521996.pdf>
- [36] G7 カービスベイ首脳宣言, 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100200083.pdf>
- [37] G7 カービスベイ保健大臣宣言, 2021.
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100200084.pdf>
- [38] WHO. World Health Report 2013 Research for universal health coverage, 2013.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240690837>
- [39] WHO/WB. Tracking universal health coverage: first global monitoring report, 2015.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564977>
- [40] WHO. Together on the road to universal health coverage A CALL TO ACTION, 2017.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258962>
- [41] WHO. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage, 2017.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254680>
- [42] WHO. New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage, 2017.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259632>

[43] WHO/unicef. A Vision for primary health care in the 21ST Century Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals, 2018.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

[44] WHO/unicef. Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, 2019.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330291>

G. 研究発表

学会発表

大澤絵里. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に向けた国際的な動向と日本の貢献. 第 36 回日本国際保健医療学会学術大会 教育講演; 2021. 11. 27-28. 東京(オンライン) .

論文発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表 1 近年の UHC に関連した主な会議および政治的な宣言

西暦	UHCに関連した主な会議における政治的な宣言	文献No
	WHO総会決議	
2005	WHA58.33 持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険 (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance)	1
	WHO総会決議	
2011	WHA64.9 持続的保健財政の枠組みとユニバーサル・カバレッジ (Sustainable health financing structures and universal coverage)	19
2012	バンコク宣言 (Bangkok Statement on Universal Health Coverage, adopted at the Prince Mahidol Award Conference)	6
2012	メキシコ宣言 (the Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the Forum on Universal Health Coverage)	7
2012	チュニス宣言 (Tunis Declaration on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector, adopted at the high level dialogue between ministers of finance and health towards and beyond the MDGs)	8
2013	WHO/WB Ministerial meeting on universal health coverage	20
2015	International Conference on Universal Health Coverage in the New Development Era: Toward Building Resilient and Sustainable Health Systems	21
2015	国連 持続可能な開発目標	22
2016	G7伊勢志摩首脳宣言	23
2016	G7神戸保健大臣会合	24
2017	G7ミラノ保健大臣会合	25
2017	日・ASEAN保健大臣共同宣言 (Joint statement of Asean-Japan health ministers meeting: Universal Health Coverage and Population ageing)	26
2017	UHC東京宣言 (Tokyo Declaration on Universal Health Coverage, adopted at the UHC Forum in Tokyo)	10
2017	G20ハンブルグ首脳宣言	27
2017	G20ヘルシン保健大臣宣言	28
2018	G20ブエノスアイレス首脳宣言	29
2018	G20マルデルプラタ保健大臣宣言	30
2018	アスタナ宣言 (Astana Declaration, adopted at Global Conference on Primary Health Care)	11
2019	G20大阪財務大臣・保健大臣合同セッション	31
2019	G20大阪首脳宣言	32
2019	G20岡山保健大臣宣言	33
2019	ユニバーサル・ヘルズ・カバレッジに関する国連ハイレベル会合政治宣言 (Political declaration of the high-level meeting on UHC "Universal health coverage: moving together to build a healthier world)	34
2019	G7パリ保健大臣会合	35
2021	G7カーピスベイ首脳宣言	36
2021	G7カーピスベイ保健大臣宣言	37

表 2 UHC に関連した主要な決議やレポートとその内容

西暦	UHC に関連した主要な決議やレポート	主要な内容	文献No
2005	WHO 総会決議 WHA58.33 持続的保健財政、ユニバーサル・カバレッジと社会健康保険 (Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance)	<ul style="list-style-type: none"> ユニバーサル・カバレッジ達成のため医療保険を含む保健財政システムの導入 質の高い医療施設や保健医療人材の確保 保健システム全体の持続可能な財政カニズム開発プログラムへの外部資金の投資 ユニバーサル・カバレッジへの移行の計画策定 政府の責任のもと、官民のサービス提供者、保健財政組織との連携 種々の社会健康保険制度の経験の共有 	1
2010	WHO World Health Report 2010 保健財政-ユニバーサル・カバレッジへの道(Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage)	<ul style="list-style-type: none"> ユニバーサル・カバレッジ (=ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ) の定義: すべての人が保健医療サービスを利用でき、その費用を負担することで経済的困難に陥ることがないようにする 健康に対して十分な資源を配分するために、徴税の効率性の確保、国家予算の健康への優先、財政改革、健康のための開発援助の必要性 家計負担、アクセスの障壁を減らすために、直接支払いを減らすためのリスファウンディングと保険料の事前徴収制が必要 ユニバーサル・カバレッジ推進のための 3 側面 (集められた財により、誰をカバーし、どのサービスをカバーし、どれだけのコストをカバーするのか) の提案 	5
2011	WHO 総会決議 WHA64.9 持続的保健財政の枠組みとユニバーサル・カバレッジ (Sustainable health financing structures and universal coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 直接支払いをさげるための保健財政システムの改革 公平で持続可能な財政を通して、手頃でアクセス可能なユニバーサル・カバレッジを目指す 保健システムへの投資と強化、特に、プライマリ・ヘルス・ケアや十分な保健人材、保健情報システムを強化する 特定の保健介入に対する外部資金が、その国の保健医療の優先順位事項への関心を高めることがないよう、持続可能な資金や予測可能な形で貢献する 保健医療システムでのユニバーサル・カバレッジへの移行への計画策定 その国の疾病疫学、マクロ経済、社会文化的、政治的背景を考慮する 政府の責任のもと、官民のサービス提供者、保健財政組織との連携 保健医療財政における効率性、透明性、説明責任の促進 ヘルスプロモーション、疾病予防、リハビリテーション、医療提供の適切なバランスを確保する 各国の経験の共有 ユニバーサル・カバレッジの促進に関して、国レベルのエビデンス構築やエビデンスに基づき政策決定を進めるために制度的な能力の強化をする 	19
2013	WHO World Health Report 2013 -ユニバーサル・ヘルス・カバレッジのための研究(Research for universal health coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 重要なリサーチチームの設立として、必要な保健医療サービスの選択、保健医療サービスの適応の改善、通用の拡大が健康とウェルビーイングにどのようにつながるかの評価、カバレッジや財政保護をモニタリングのための測定や指標に関するクエスチョンがある ユニバーサル・カバレッジに関する研究は盛んになってきてはいるが、国の研究計画の長所や短所を客観的に評価している国や、研究がもたらす健康、社会、経済的利益を評価している国はほとんどない。研究への投資、実践、成果、応用のモニタリングと評価に体系的なアプローチをとることは、すべての国にとって有益 	38
2015	WHO/WB 第1回 UHC グローバルモニタリングレポートTracking universal health coverage: first global monitoring report	<ul style="list-style-type: none"> UHCの定義 (広義) : すべての人が必要な保健サービスを受けられることを意味し、それは健康増進 (禁煙政策など)、疾病予防 (予防接種など)、治療・リハビリ・緩和ケア (終末期ケアなど) を効果的に提供し、同時にこれら5つのサービスの利用が、利用者を経済的困難に陥らないためにデザインされた保健医療のインシテアプである UHCモニタリングの課題は、信頼できるデータを入力すること、有効なカバレッジの測定、さらにケアの質を伴うカバレッジの測定をすること、公平をモニタリングすること 	39
2017	WHO/WB ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗: 2017年版グローバル・モニタリングレポート (Tracing universal health coverage: 2017 global monitoring report)	<ul style="list-style-type: none"> 本レポートで、初めて、世界各国のSDG3.8 UHC達成のターゲットをモニタリングしている指標3.8.1「UHCサービスカバレッジ指標」と指標3.8.1「保健医療に関する支出が家計の10%もしくは25%を超える人口の割合」を提示 3.8.1のサービスカバレッジ指標の追跡指標の入手可能性は、2010年には、平均して72%の追跡指標について、最新の一次データを保有していた 3.8.2の保健医療に関する支出については、所得や家計消費のデータを入力することが課題 	9
2017	WHO UHCへの道とともに 行動喚起 (Together on the road to universal health coverage A CALL TO ACTION)	<ul style="list-style-type: none"> どのようなサービスがUHCに含まれるか? UHCに含まれるサービスの種類と提供は、その国の優先順位とリソースによって決定されるべき。しかし、どの国でもある程度の普遍的なものとは可能 例えば <ul style="list-style-type: none"> ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの進捗を促進するための情報、規制や適切な健康税 (たばこ税、酒税、砂糖税など) を通じて、家庭やコミュニティにとって実現可能な健康増進的な環境を整えること。 定期的なアウトリーチ活動が必要であっても、すべての人々が、予防接種などの命を救う予防サービスの恩恵を受けられるようにする。 病気や健康上の出来事に対応するためのプライマリ・レベルの保健サービスの確保 健康へのネガティブな影響から身を守るための機能的なリエールサービスの構築 UHCは国民 (住民) 中心 (People-centered) であること、決定への人々の参加が重要であること、UHCは政治的なビジョンと意思が必要なこと、UHCは権利であり特権ではないこと UHCへの道は、その国の優先事項や資源によって異なるが、理念は同じ 	40

2017	WHO 公共財務管理と保健財政の整合性：ユニバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジに向けた前進を持続させるために (Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 多くの国々は、予算編成の基礎となるプロセスや保健財政の目標など、PFMシステムと保健財政システムとの間の整合性を改善することにより、保健のための公的資金をより有効に活用し、非効率性を低減できる 保健省と財務省間の生産的で情報に基づいた会話が重要 不確実性が高く、医療提供者や住民の意思決定が資源の利用に大きく影響する保健分野では、費用対効果を高めるための購入、支払い戦略が必要 	41
2017	WHO エンバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジに向けた世界の保健医療費に関する新たな視点 (New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage)	<ul style="list-style-type: none"> 2015年、世界は健康への支出は、7.3兆米ドル、世界のGDPの10%近くを占めている。 保健支出は、経済全体よりも速く成長している。 一人当たりの平均保健支出は1,011米ドルですが、世界の半数の国は一人当たり366米ドル以下。 平均して、保健財政システムは世界中で必須の前払いやプールされた資金への依存度を高める方向に変化している 保健分野への政府支出は絶対額でも政府支出全体に占める割合でも増加している。 多くの国では、社会健康保険基金などの医療サービス購入機関に予算が配分されている。 医療費の自己負担額は、絶対額では増加しているが、現在の医療費全体に占める割合は減少している 保健分野への外部資金は、世界の支出額の0.3%未満。しかし、低所得国では、外部資金が現在の保健医療支出の平均約33%を占めていて、その絶対額は年々増加。 同時に、政府の財政能力も向上しているが、財政能力の向上は政府の保健医療支出の増加には結びついていない むしろ、ドナーからの支出の増加は、政府が国内支出を他の分野に振り向けるようなクラウディングアウト効果をもたらしているように思われる 	42
2018	WHO/Unicef 21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアのビジョン：ユニバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジと持続可能な開発目標に向けて (A Vision for primary health care in the 21st Century Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals)	<ul style="list-style-type: none"> PHCの3つのコンポーネントは、「統合的な保健医療サービスの中核的な要素であるプライマリアと必要不可欠な公衆衛生機能」、「健康の決定要因にアプローチするための多分野における政策とアクション」、「個人や地域のエンパワーメント」であると再提示 	43
2019	WHO/Unicef プライマリ・ヘルス・ケアに関する世界会議の報告 アルマ・アタからユニバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジと持続可能な開発目標に向けて (Report of the Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals)	<ul style="list-style-type: none"> 政府と社会が、強力な保健医療システムを通じて、集団と個人の両レベルで、人々の健康と福祉を優先し、促進し、保護すること。 プライマリ・ヘルス・ケアと種の高い、安全な、包括的な、統合された、アクセス可能で利用可能な、安価な保健サービスが、十分に訓練された技術を持ちあわせ、責任をもった医療専門家によって、思いやりと敬意をもつ提供されること。 個人とコミュニティが、自らの健康と福祉を維持・向上させるために力を発揮し、関与できるような、健康を導く環境であること。 国の保健政策、戦略、計画を効果的に支援するために、パートナーや利害関係者と連携すること。 	44
2019	WHO/WB エンバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジに向けたプライマリ・ヘルス・ケア：2019年版グローバル・モニタリングレポート (Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 global monitoring report)	<ul style="list-style-type: none"> SDGs3.8.1 UHCサービスカバレッジ指標について、世界的に進捗はしているものの、2010年移行、そのペースは鈍化している SDGs3.8.2 破綻的な保健医療支出の発生率は、2000年から2015年の間に悪化している 	12
2019	WHO/WB 保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング・レポート2019 (Global Monitoring report on financial protection in health 2019)	<ul style="list-style-type: none"> 世界で、 家計の10%を超える保健医療費を支出している人が9億2660万人 家計の25%を超える保健医療費を支出している人が2億870万人 アジア地域および中所得国で、保健医療費の自己負担額が家計の10%および5%を超え、破綻的な医療費支出に直面している人の数および割合が最も多い 保健医療費の自己負担による経済的困難は2000年から2015年にかけて継続的に増加 破局的な医療費を負担している世界の人口は、2000年から2015年の間に、10%の閾値では年3.6%増加し、25%の閾値では年5.3%増加 	13
2021	WHO/WB エンバーサル・ヘルス・ケアにカバレッジの進捗：2021年版 グローバル・モニタリング・レポート (Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report)	<ul style="list-style-type: none"> 本報告では、COVID19以前のUHCの進捗について報告 COVID19以前においても、2023年までにUHCの恩恵を受ける人を10億人増やすという目標にはほど遠い状態であった 2000年以降、平均所得の上昇に伴い、サービスの普及率は向上したが、多くの人々にとって過度のコスト負担となっている COVID-19パンデミックによる、保健医療サービス提供の継続的な進展の停止の可能性 特に貧困家庭の人々の間で、治療を受ける人々の医療費の自己負担による経済的困難を悪化させる可能性 プライマリ・ヘルス・ケアに基づく強力な保健システムが、COVID-19への効果的な対応には必要不可欠であり、UHCに向けた前進の基礎となる 	3
2021	WHO/WB 保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング・レポート2021 (Global monitoring report on financial protection in health 2021)	<ul style="list-style-type: none"> COVID19発生前においても、家計を破綻させるような保健医療支出の発生は、継続的に増加していた 保健医療の支出により極貧ライン (PPP1,90ドル) に追いやられた人口総数の比率は継続的に減少したが、相対的な貧困ライン (収入が中央値の60%未満での生活) の減少は緩慢 高齢化が、経済的困難のリスクファクターを増幅させてきた 	14

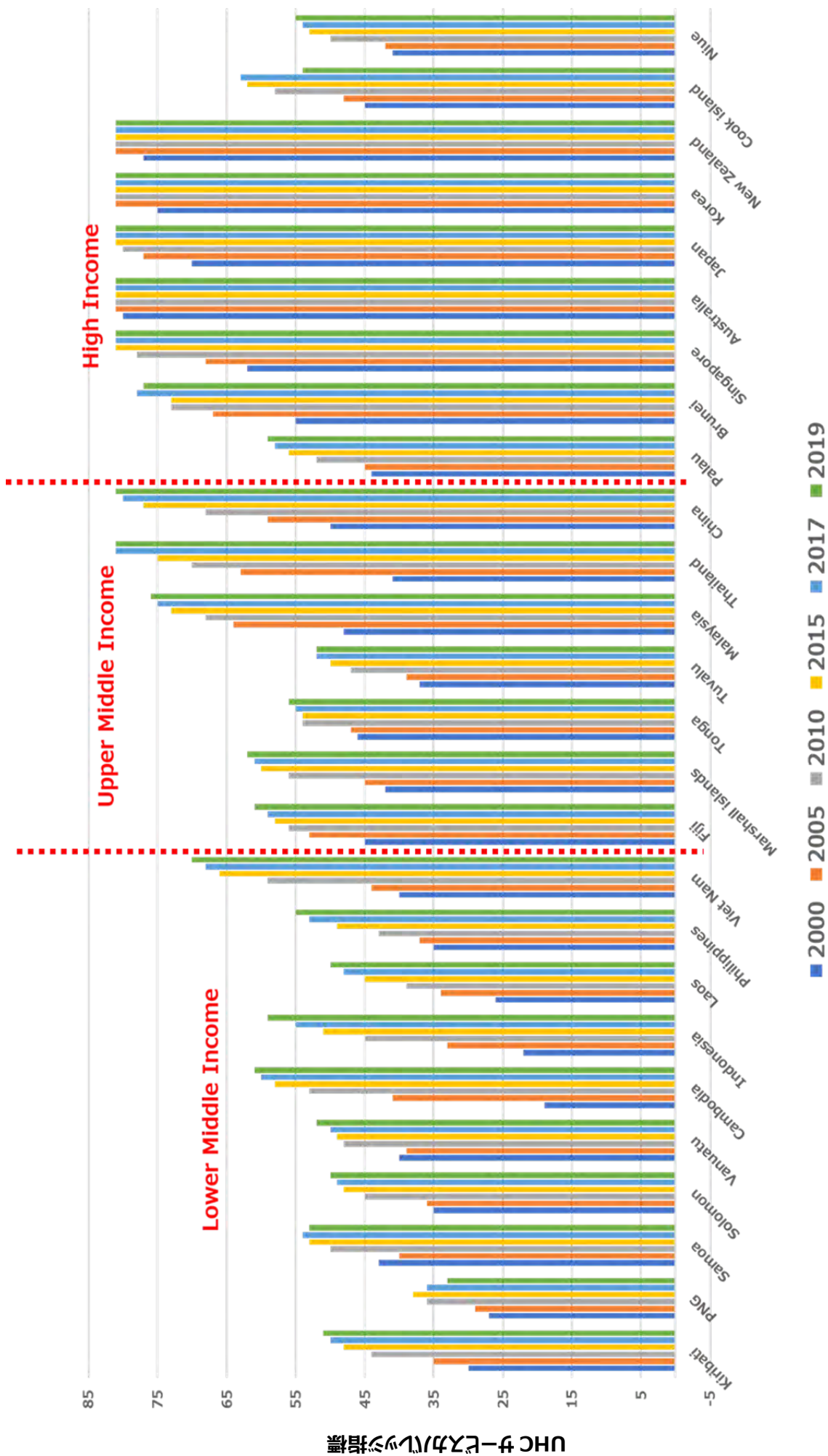


図 1 アジア大洋州各国における UHC の進捗状況 (国所得グループ別)

※2021 年 GMR にて、 ≥ 80 となっていた国に關しては、81 と代替値を挿入

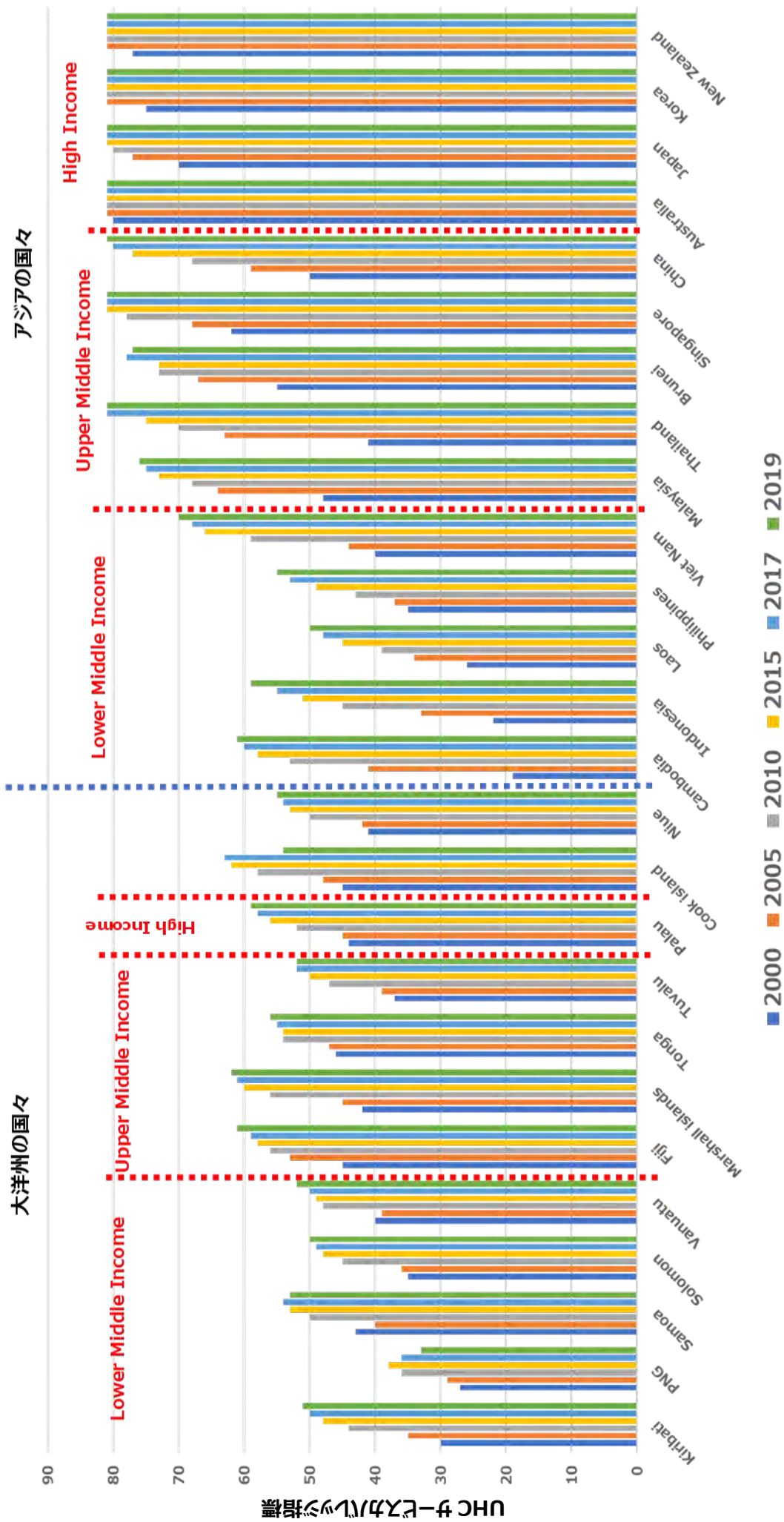


図2 アジア大洋州各国におけるUHCの進捗状況（大洋州・アジア別、国所得グループ別）

※2021年GMRにて、 ≥ 80 となった国に關しては、81と代替値を挿入

UHC サービスカバレッジ指標の変化率

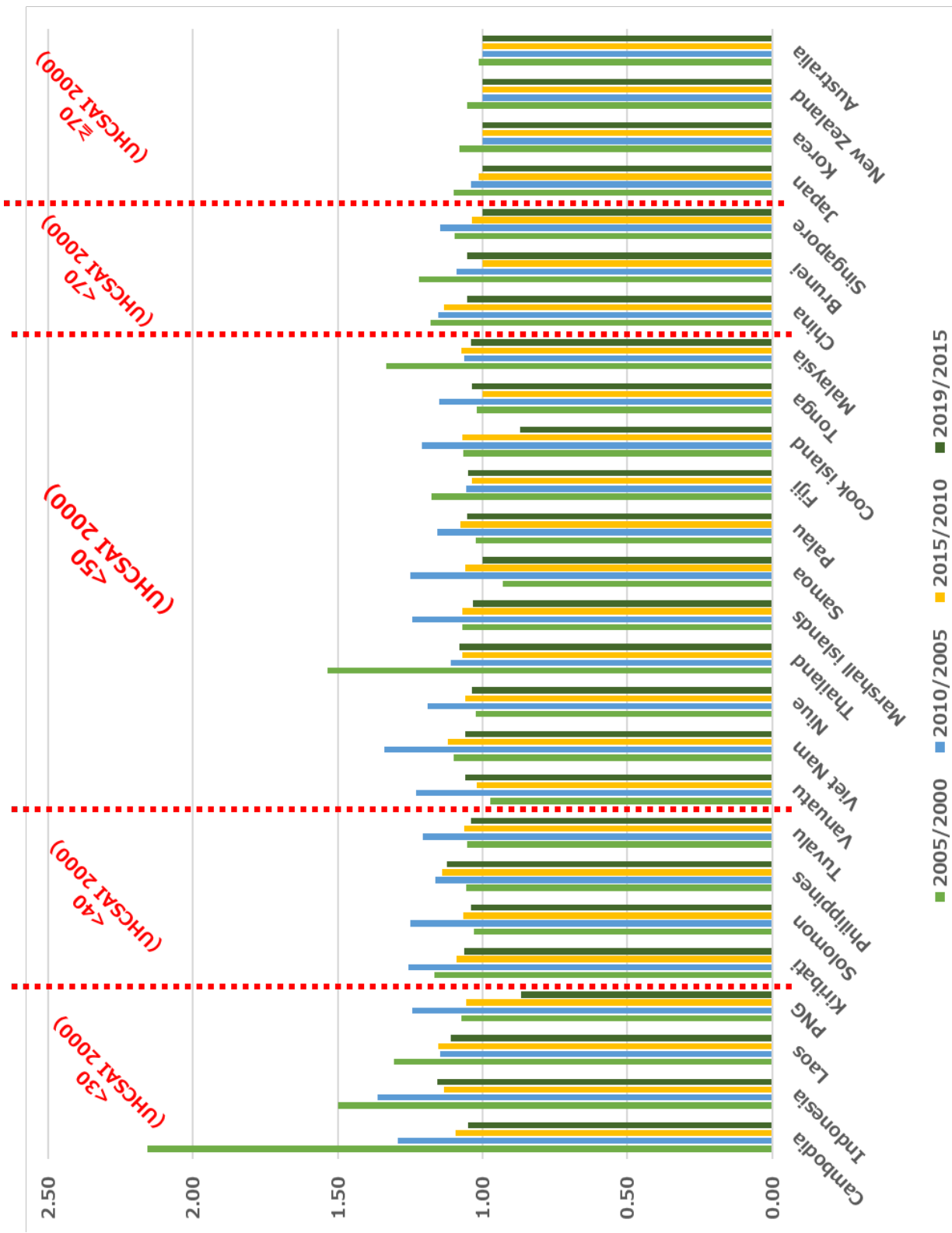
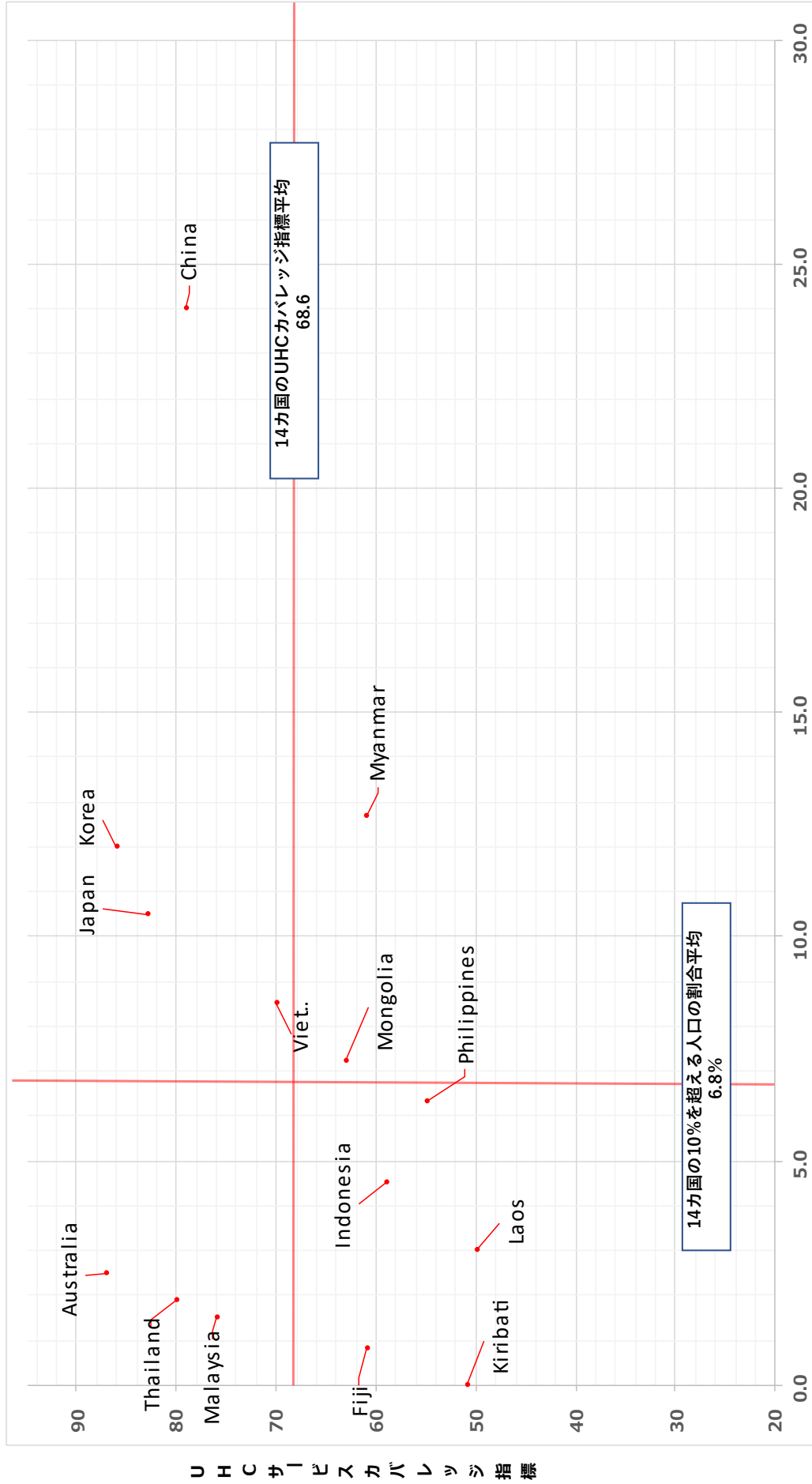


図3 2000年以降5年おきのUHC サービスカバレッジ指標の変化率

※2021年GMRにて、≥80となっていた国に関しては、81と代替値を挿入



保健医療の自己負担支出が家計の10%を超える人口の割合 (%)

図5 アジア・大洋州の国々の「UHC サービスカバレッジ指数」と「保健医療の自己負担支出が家計の10%を超える人口の割合」の関連

COVID19感染者数（100万人対）とUHC SCIの関係

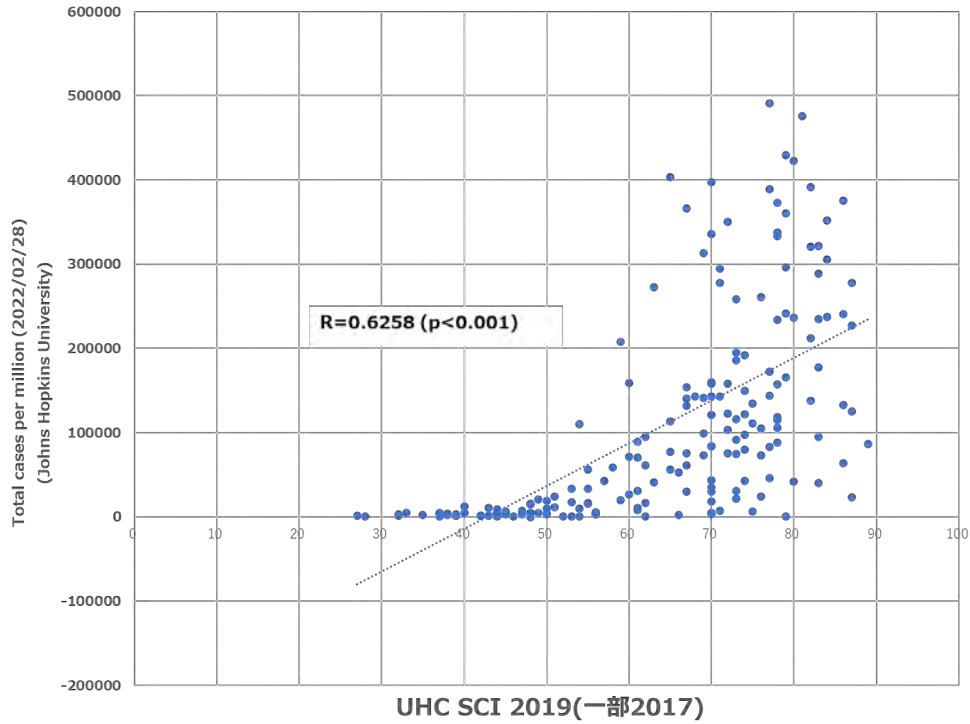


図 6 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナ感染症感染者数の関連

COVID19感染者数（100万人対）とUHC SCIの関係(アジア・大洋州のみ)

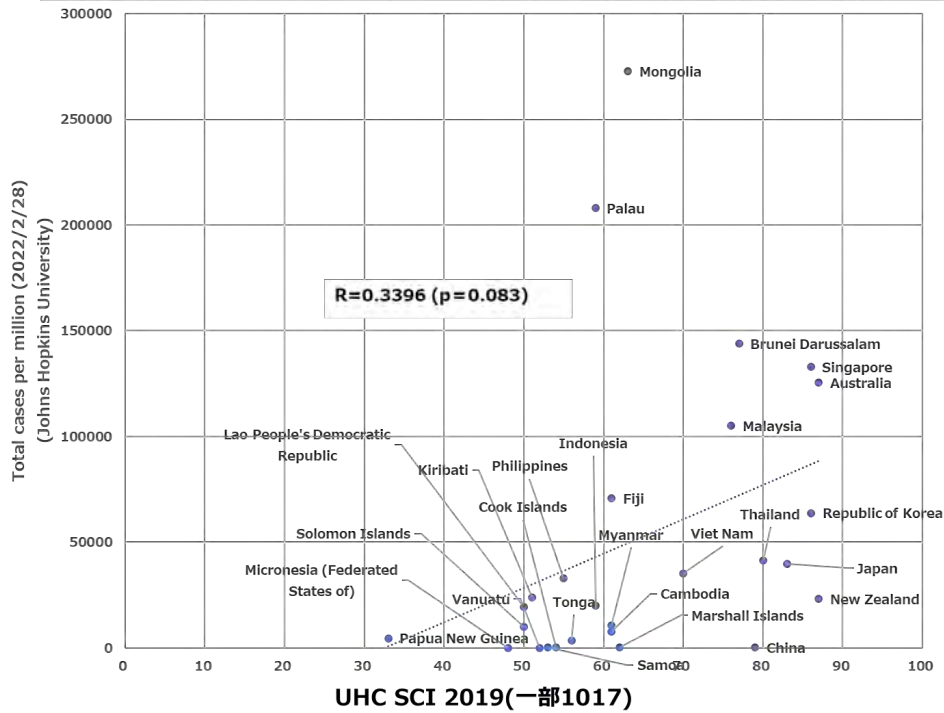


図 7 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナ感染症感染者数の関連（アジア・大洋州のみ）

COVID19死亡者数（100万人対）とUHC SCIの関係

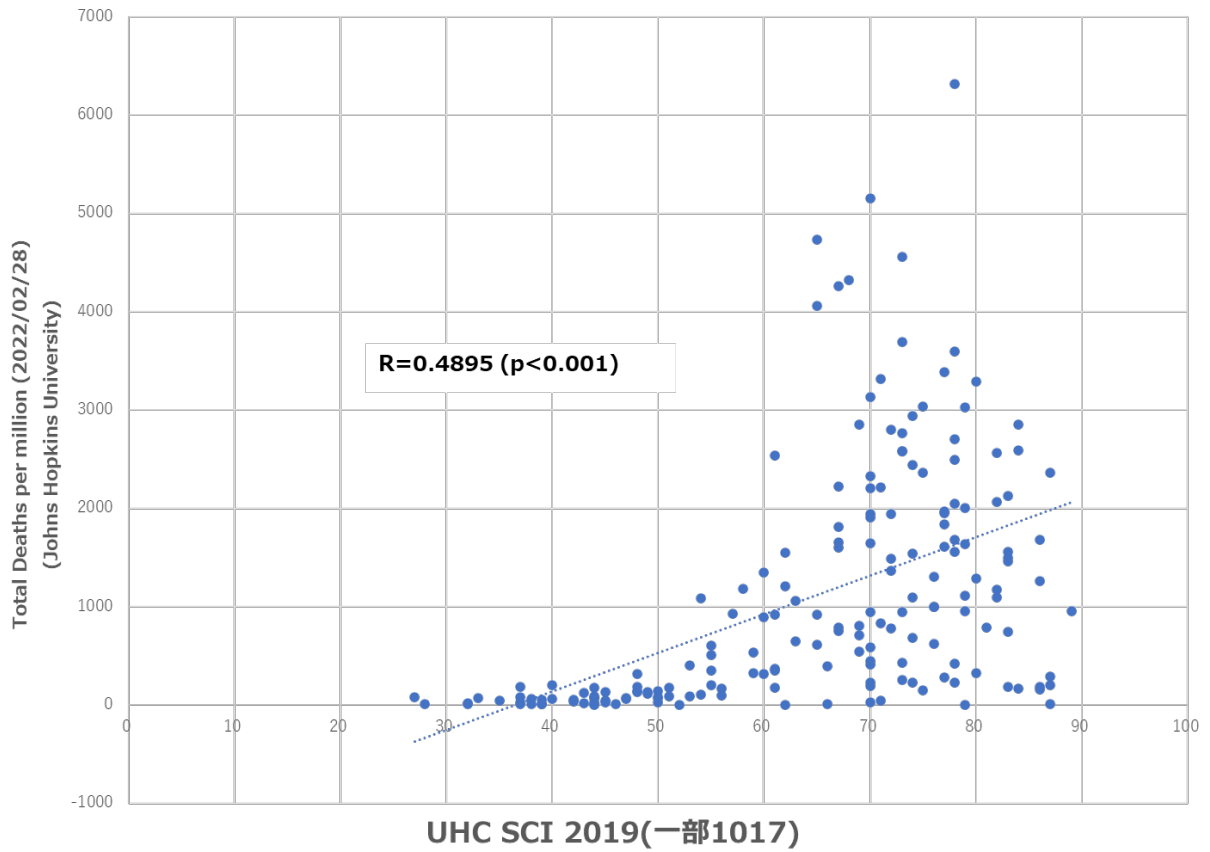


図 8 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症死亡者数の関連

COVID19死亡者数（100万人対）とUHC SCIの関係（アジア・大洋州のみ）

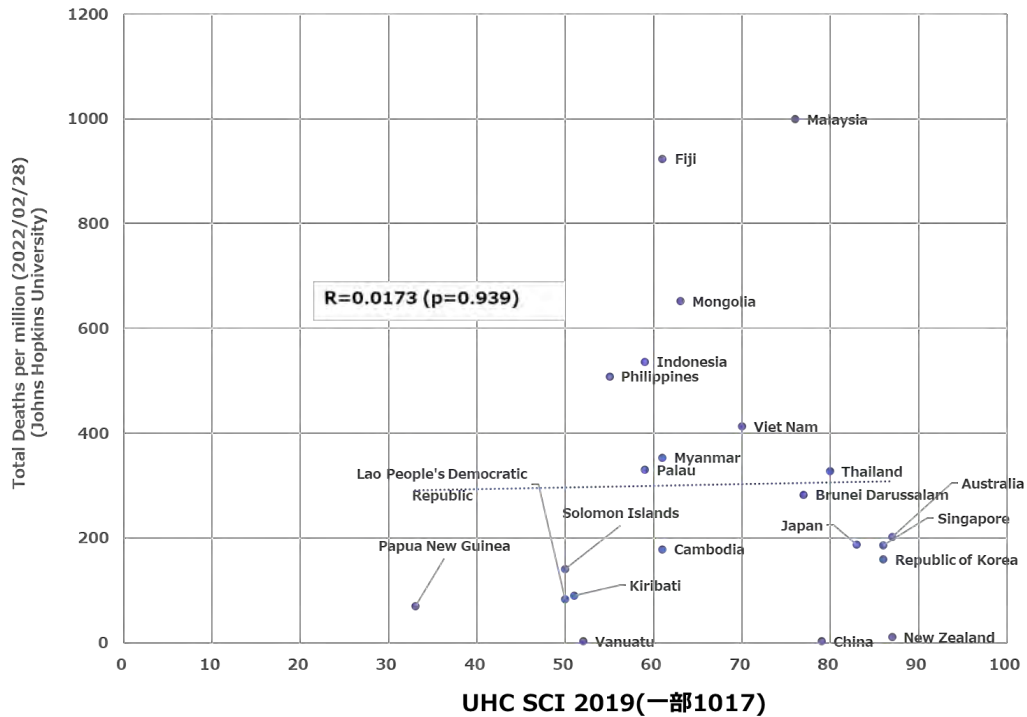


図 9 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症死亡者数の関連(アジア・大洋州のみ)

COVID19致死率とUHC SCIの関係

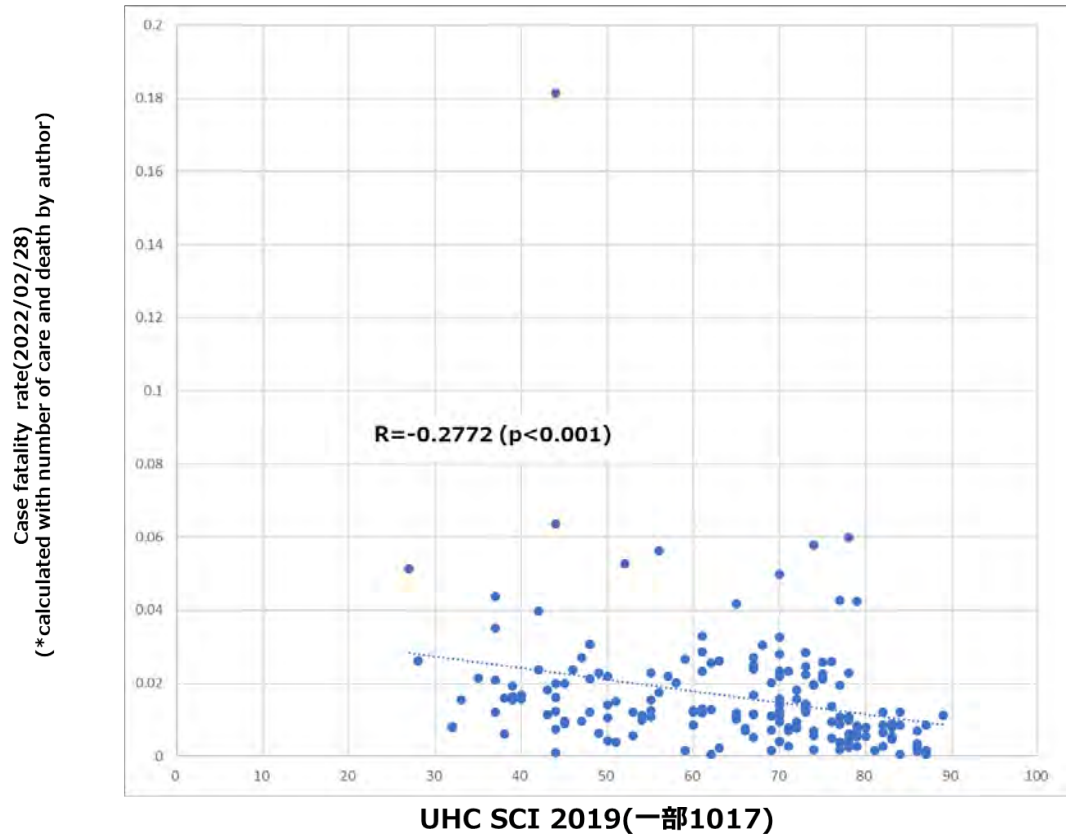


図 10 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症致死率の関連

COVID19致死率とUHC SCIの関係 (アジア・大洋州のみ)

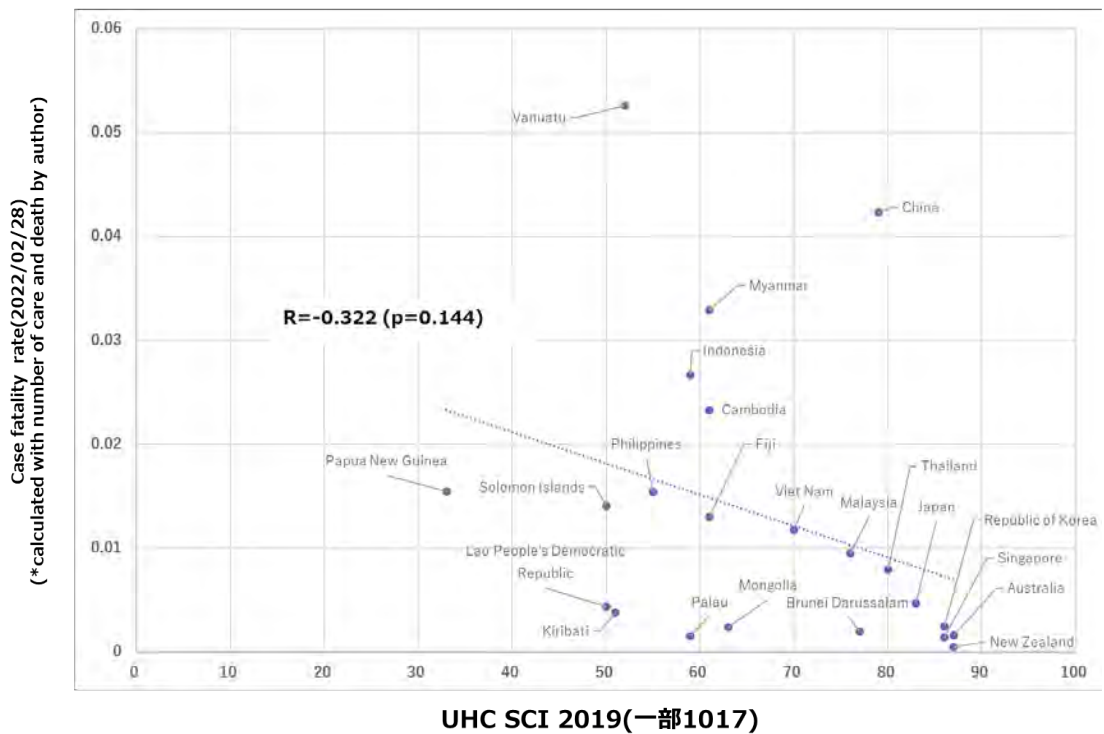


図 11 UHC サービスカバレッジ指標と新型コロナウイルス感染症致死率の関連 (アジア・大洋州のみ)

表3 フィリピン、ラオス、モンゴルの UHC 達成に向けた政策・施策と新型コロナウイルス感染症パンデミックの影響

	フィリピン	ラオス	モンゴル
国の特徴	島国	内陸国	内陸国
人口 ¹	109.6 million	7.3 million	3.3 million
一人あたりの GDP ¹	3,298.8 US\$	2,629.7 US\$	4,061.0 US\$
所得グループ ¹	低中所得国	低中所得国	低中所得国
UHC サービスカバレッジ指標 ²	55	50	63
経済的保護指標（医療費支出が 10%（25%）を超える割合） ²	6.3（1.4）	3.0（0.3）	7.2（1.3）
UHC を規定する法律や UHC を推進に関する計画 ³	ユニバーサル・ヘルス・ケア法（2019 年制定） 地方自治体条例	第 9 次国家社会経済開発 5 か年計画（2021 年～2025 年） 第 9 次保健セクター開発 5 か年計画（2021 年～2025 年） 保健セクター改革戦略	・モンゴル国憲法 ・保健法 ・健康保険法
UHC の特徴と課題 ³	<ul style="list-style-type: none"> ユニバーサル・ヘルス・ケア法にて、サービスカバレッジ、人口カバレッジ、経済的保護の 3 柱が具体化されている 民間セクターが非常に大きな役割を担っているため、民間セクター（病院）への支払いメカニズムが重要な課題 民間セクターは請負業者としての認識であるため、国民の健康向上のための共同生産者になりにくい 	<ul style="list-style-type: none"> 最富裕層と最貧困層の間でサービスへのアクセスに関して 3 倍近い差がある（公平性の問題） 貧困層が最初に立ち寄り保健センター（プライマリ・ヘルス・ケア施設）の改善が必要 有資格の医療従事者不足、特に農村部での不足（医療従事者偏在の問題） 保健施設全体のサービスの有効性や即応 	<ul style="list-style-type: none"> モバイルヘルスの実施、21 州すべてに拡大 政府文書に格差の解消のための措置に関する言及がない 2 次医療圏でのモニタリング能力の不足 セクター間の協調不足 プライマリ・ヘルス・ケアレベルで提供されるサービスへの資金提供の増額 プライマリ・ヘルス・ケア施設である、保健セ

<p>新型コロナウイルス感染症累積感染者数/死亡者数(人口100万あたり, 2022年2月末)⁴</p> <p>新型コロナウイルスパンデミックのUHCへの影響³</p>	<p>・地方自治体の役割は地方自治体条例に規定</p> <p>・中間層の保健サービス費への支出への対応</p> <p>・最近の改定で、地方自治体への歳入割合を増加</p> <p>・バランガイ保健支所（村レベルの保健ポスト）の数やそこに常在する助産師の数は足りていないため、この制度が協力的な柱になることを期待</p>	<p>性にギャップがある</p> <p>・コロナ以前から、貧困ライン以下と考えられる人々が増加しているため、医療費支出からの経済的保護の強化が必要</p>	<p>ンターや家庭医療保健センターには、パフォーマンスベースの資金提供の予定</p>
<p>新型コロナウイルス感染症累積感染者数/死亡者数(人口100万あたり, 2022年2月末)⁴</p>	<p>32,977.03/508.35</p>	<p>19,343.55/84.15</p>	<p>272,778.64/651.79</p>
<p>新型コロナウイルスパンデミックのUHCへの影響³</p>	<p>・新型コロナウイルス感染症に関しては、国よりも民間セクターの方が、対応が早く（ワクチンも民間セクターに集中した）、省庁間の協力関係が必要であった</p> <p>・上記のような国政に影響され、地方自治体も重要な役割を果たすようになった。例えば、国に対して自治体独自の研究所の設立を求めた</p>	<p>・パンデミックにより外来と入院ともにアクセスが減少している</p> <p>・新型コロナウイルス感染症の対策に人材が使われるために、必須サービス提供が減少</p> <p>・観光や輸入が影響を受けているので、国の歳入全体も不足している</p>	<p>・「社会経済的疾患であるコロナウイルス感染症の予防および軽減に関する法律」（2020 制定）</p> <p>・一般政府支出、国と地方の予算、緊急資金など医療費増額の措置</p> <p>・地方におけるプライマリ・ヘルス・ケアサービスの拡充</p> <p>電子デジタルケア技術の向上</p>

1. World Bank Data, <https://data.worldbank.org/>

2. Tracking universal health coverage 2021 Global Monitoring Report, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

3. 本研究におけるヒアリング調査から

4. Our world in data coronavirus, <https://ourworldindata.org/coronavirus>

&\$&%



©国立保健医療科学院

©National Institute of Public Health, 2022

This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition “Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization;2021.

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO shall be the binding and authentic edition.

This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

©国立保健医療科学院,2022

この翻訳は、世界保健機関（WHO）が作成したものではありません。WHOはこの翻訳の内容や正確さに責任を負いません。

オリジナルの英語版は、以下の通りであり、英語版と日本語版の不一致があった場合、英語の原版が、拘束力があり、真正である。

この翻訳物は、CC BY-NC-SA 3.0 IGOライセンスに基づいて利用することができる。

“Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization;2021.”

&\$&%



ISBN (WHO) 978-92-4-004095-3

ISBN (WHO) 978-92-4-004096-0

© 世界保健機関と国際復興開発銀行／世界銀行、2021年

一部の権利は留保されている。本報告書は、クリエイティブ・コモンズ表示-非営利-継承3.0 IGOライセンス (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>) の下で入手できる。

本ライセンスの条件に基づき、以下に示すように、本報告書が適切に引用される場合に限り、非営利目的で、本報告書を複製・再配布・改変を行うことが可能である。本報告書のいかなる使用においても、WHOまたは世界銀行が特定の組織、製品、またはサービスを承認していることを示唆するものであってはならない。WHOのロゴまたは世界銀行のロゴの使用は認められない。本報告書を改変する場合は、同じまたは同等のクリエイティブ・コモンズ・ライセンスの下であなたの著作物のライセンスを取得する必要がある。本報告書を翻訳する場合は、提案された引用とともに次の免責事項を追加する必要がある。「この翻訳は、世界保健機関 (WHO) または世界銀行によって作成されたものではない。WHOと世界銀行は、この翻訳の内容または正確性について責任を負わない。原本の英語版は、拘束力のある本物でなければならない」

本ライセンスに基づいて生じる紛争に関する調停は、世界知的所有権機関の調停規則に従って行われるものとする。

提案された引用 Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: World Health Organization and

International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

出版前の書誌データ作成・標準化法 (CIP) データ CIPデータは<http://apps.who.int/iris>で入手できる。

販売、権利、及びライセンス WHOの出版物を購入するには、<http://apps.who.int/bookorders>を参照のこと。商業利用のリクエスト及び権利とライセンスに関する質問を送信するには、<https://www.who.int/copyright>を参照のこと。

サードパーティの資料 表、図、画像など、サードパーティに帰属する本報告書の資料を再利用する場合は、その再利用に許可が必要かどうかを判断し、著作権者から許可を得る責任がある。本報告書内のサードパーティのコンポーネントの侵害に起因するクレームのリスクは、ユーザーのみにある。

一般的な免責事項 本出版物で用いられている表記や記述は、国、領土、都市、またはその所轄地域の法的地位に関して、またはその辺境あるいは境界の画定に関して、WHOまたは世界銀行の見解を示すものではない。

本報告書の地図は、WHOによって作成された。これらの地図及び出版物で使用される境界、色、その他の表記または単位は、世界銀行またはWHOの、国、領土、都市、またはその所轄地域の法的地位に関する見解または判断、あるいは当該境界または辺境の承認もしくは承諾を意味するものではない。

特定の企業または特定のメーカーの製品に関する言及は、言及されていない同様の性質を有する他のものに優先して、WHOまたは世界銀行が承認または推奨していることを意味するものではない。書き損じ・脱漏を除いて、登録商標名は、最初の大文字で区別される。

本出版物に含まれる情報を検証するために、WHOと世界銀行はすべての合理的な予防措置を講じている。しかし、公開された資料は、明示または黙示を問わず、いかなる保証もなく配布される。資料の解釈と使用の責任は読者にある。いかなる場合も、WHOまたは世界銀行は、その使用に起因する損害について責任を負わないものとする。

本出版物に示された調査結果、解釈、または結論は、必ずしもWHOや世界銀行、その理事会、またはそれらが代表する政府の見解を反映しているわけではない。世界銀行及びWHOは、本報告書に含まれるデータの正確性、完全性、または最新性を保証せず、情報の誤り、見落とし、または不一致について責任を負わず、または記載されている情報、方法、プロセス、または結論の使用または不使用に関して責任を負わない。

イニス・コミュニケーションによるデザインとレイアウト



目次

序文.....	vi
謝辞.....	vii
エグゼクティブ・サマリー.....	ix
1 COVID-19パンデミック以前の経済的困窮.....	1
1.1. 何人の人々が経済的困窮を経験したか?.....	5
1.1.1. 2017年ベースライン.....	5
1.1.2. COVID-19発生以前の傾向.....	11
1.2. 誰が経済的困窮に陥っているか? 年齢に焦点をあてて.....	17
1.3. どのような種類の保健医療支出が経済的困窮の原因となっているか?.....	22
1.4. 経済的困窮と保健医療への公的支出との関連.....	22
1.5. ケアの断念及びサービス・カバレッジに経済的困窮を関連付ける.....	25
1.6. 保健医療の経済的保護のモニタリングをルーチン化する取組は、COVID-19パンデミックにより、悪化し.....	27
2 Covid-19及び経済的保護.....	31
2.1. 世帯への影響.....	37
2.2. 健康追求行動への影響.....	42
2.2.1. COVID-19に関連する保健医療サービス.....	42
2.2.2. 全般的な保健医療サービス.....	45
2.2.3. 医薬品.....	48
2.3. 公的資金への影響.....	50
3. 結論.....	55
REFERENCES.....	59

ボックス

ボックス1: 自己負担による保健医療支出の定義	2
ボックス2: 自己負担による保健医療支出による経済的困窮を理解するためのさまざまな方法	4
ボックス3: 経済的困窮をモニタリングするために支払能力アプローチを用いると、欧州では最貧困の世帯は最も破綻的な保健医療を支出する可能性があることが判明する	17
ボックス4: 加齢に伴った破綻的保健医療支出の悪化は、人口の最貧困層において最も明白である	20
ボックス5: 日本の高齢者同居世帯における破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズ	21
ボックス6: 中所得国におけるアクセス及び経済的保護に関する保健医療財政改革の影響	24
ボックス7: 欧州において、破綻的な保健医療支出を負担している世帯の比率が非常に低い国では、顕著な所得格差もなく、未充足ニーズも低い傾向にある	26
ボックス8: 最貧困世帯は、ケアの断念を経験する可能性が高く、経済的障壁は、最も頻繁にケアの断念の理由として報告されている	27
ボックス9: COVID-19パンデミック中のペルーの経済的保護	36
ボックス10: COVID-19の治療費関連の経済的保護ために導入された政策	44
ボックス11: ベトナムの高齢者がいる世帯の自己負担による医療費の構成	49
ボックス12: 医療財政政策の弱点は、欧州の経済ショックに対する回復力を弱体化させる	54

図

図: 必要な時に保健医療ケアにアクセスしなかった理由として世帯により報告された主たる理由 多国からのエビデンス	xii
図1. 自己負担による保健医療支出による経済的困窮	3
図2. 2017年: 自己負担による保健医療支出による経済的困窮	5
図3. 2017年: 所得別国グループでの、SDG指標3.8.2(しきい値10%)により追跡した家計破綻的保健医療支出の分布	6
図4. 2017年: 所得別国グループにおける、貧困化を招く自己負担による保健医療支出の発生分布	7
図5. しきい値10%のSDG指標3.8.2により追跡した、相対的貧困に追い込まれた人口比率と家計破綻的な保健医療支出発生間の相関関係	8
図6. 更に貧困化して相対的貧困に陥る人口比率と家計破綻的な保健医療支出発生間の相関関係(SDG 3.8.2、しきい値10%による追跡結果)	9
図7. 経済的困窮に陥っている人口の構成	10
図8. SDG指標3.8.2により追跡した、家計破綻的な保健医療支出の発生傾向	11
図9. 家計破綻的な保健医療支出の発生における割合の推移(SDG指標3.8.2しきい値10%とする追跡による)(所得別国グループ)	12
図10. SDG指標3.8.2により追跡した、家計破綻的な保健医療支出の平均発生ポイントの推移	13
図11. 世界の極貧率の傾向、及び自己負担による保健医療支出が原因で貧困に追い込まれた、また、さらに極貧化(1日1.90ドルで生活)する人口の世界比率の傾向	14
図12. UNアフリカの地域にて、極貧(1日1.90ドル未満)で生活している人々のうち、自己負担による保健医療支出により更なる貧困に陥っている人々の集中度のポイント推移	15
図13. 自己負担による保健医療支出により相対的貧困(一人あたりの消費中央値の60%未満)に追い込まれた(又は更に追い込まれた)人口の世界的傾向	16
図14. 自己負担による保健医療支出により、相対的貧困(一人あたりの消費の中央値の60%未満)に更に追い込まれた人口比率の変化(所得国グループ別)	16

図15. 異なる年齢構成の世帯別における、家計の10%超を保健医療に自己負担している 人口比率の中央値(所得別国グループ、UN地域).....	18
図16. 異なる年齢構成の世帯で生活する人が更に困窮化して相対的貧困に陥る人口比率の 中央値(入手可能な最新のもの)(所得別国グループ及びUN地域別).....	19
図17.SDG 指標 3.8.2 しきい値10%の追跡に基づく破綻的保健医療支出の発生傾向(2020年の 推定値を入手できる国).....	29
図18.更に貧困に追い込まれた人々の発生傾向(2020年の推定値を入手できる国).....	29
図19. 一人当たりのGDP、2000～2023年.....	33
図20. 1998～2023年の一人当たりの総個人消費.....	34
図21. COVID-19が経済的保護に与える影響の潜在的経路.....	35
図22. 2020年及び2021年におけるCOVID-19のパンデミックによる世界的な所得損失.....	38
図23. 世界の極度の貧困、2015～2021年.....	39
図24. 収入の減少を経験している世帯の割合、多数の国からのエビデンス.....	39
図25. COVIDのパンデミックの労働市場への影響について自己申告内容別の世帯の割合、 多国からのエビデンス.....	40
図26. さまざまな所得損失対処メカニズムを採用している世帯の割合、多国からのエビデンス.....	41
図27. 110か国で、来月の家計を心配している人の割合.....	42
図28. 110か国での、COVID-19検査の割合と、自己申告のCOVID-19検査の自己負担による必需品への 支出の削減.....	43
図29. 110か国での医療機関の受診控えの蔓延、2020年6月～2021年3月.....	45
図30. 必要ときに医療にアクセスしない世帯から報告された主な理由、多国からのエビデンス.....	46
図31.必要ときに医療にアクセスしない世帯から報告された具体的な理由、 多国からのエビデンス.....	47
図32.統合サービス提供チャンネル全体の中断の平均パーセンテージ、2021年1～3月、 112か国からエビデンス.....	48
図33. 2017～2023年における所得別国グループによる政府の平均歳入／歳出の変化.....	50
図34. 2018年の保健医療に関する自己負担 対 公的支出.....	52
図35.一部の国では、債務返済の調整済「裁量的」歳出は、2019年よりも2023年に低くなる2018～2025 2018～2025年までの a. ブラジル、b. インドネシア、及びパキスタンにおける傾向.....	53

表

表1. 経済的困窮のSDG関連指標(単位:百万人) 2000–2017.....	xi
表2. 破綻的保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出に関するマクロ経済の特性の限界効用.....	23
表3. 赤字、公債、及び債務返済、2017～2023年.....	51

2019
COVID-19 2 UHC
5 2017 14
えらだろまれた
COVID-19 UHC

2021

UHC

COVID-19 政策 痛感させるものである COVID-19
2020 支える 政策 2021

UHC
る政策措置にコミットしなければならない。

世界保健機関
政策措置にコ
Zsuzsanna Jakab

Juan Pablo Uribe



▪

WHO Gabriela Flores Rouselle Lavado Susan Sparkes Ammar Aftab Tessa Tan-Torres Edejer Joe Kutzin WHO Patrick Hoang-Vu Eozenou
 Ajay Tandon Marc-François Smitz Jewelwayne Salcedo Cain Sven Neelsen
 WHO Catherine Korachais Megumi Rosenberg Sarah Thomson
 Tamás Evetovits Jakub Kakietek David Newhouse Julia Dayton Nick Stacey
 Mizanur Rahman
 Shohei Okamoto Mizuki Sata Natsuko Nakagoshi Kazuki
 Kamimura) Nguyen Hoang Giang Nguyen The Vinh Hoang Thi Phuong
 Tran Thi Mai Oanh

WHO
 Amalia Del Riego Camilo Cid Peter Cowley, Valeria De Oliveria Cruz Jorge Alejandro García-Ramírez Matthew Jowett Faraz Khalid Theodora Koller Brendan Kwesiga Awad Mataria Diane Karenzi Muhongerwa Juliet Nabyonga Lorena Prieto Sarah Thomson Tamás Evetovits Ding Wang Hui Wang Ke Xu WHO
 Sarah Louise Barber Megumi Rosenberg Kathleen Beegle Caryn Bredenkamp Christoph Kurowski Magnus Lindelow Umar Serajuddin Owen Smith

Gabriela Flores WHO WHO Tessa Tan-Torres Edejer Joe Kutzin Juan Pablo Uribe Feng Zhao Toomas Palu

WHO 2021 WHO Asiyeh
 Abbasi Lynn Al Tayara Sameera Awawda Carla Castillo Laborde Annie Chu Seydou Coulibali Jonathan Cylus Odilon Doamba Rocio Garcia-Diaz Jorge Alejandro García-Ramírez Justine Hsu Ilaria Mosca Jacob Novignon Benjamin Musembi Nganda Ajoy Nunndochan Maria Pena Lorena Prieto Eva Das Dores Pascoal Hernan Roman Tomas Roubal Amosse Ubisse Rose Camille Vincent David Zombre Christoph Lakner Maria Ana Lugo Edson Correia Araujo

SDG SDG WHO WHO

2021 WHO WHO

WHO WHO



2009

2020 5 10 61

1999

2015 2017 2019

"

20



エグゼクティブ・サマリー

経済的保護はユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）の本質的な部分で、サービス・カバレッジと共に、保健医療システムのゴールの一つである。経済的保護は次のときに達成される：アクセスに関して経済的障壁がないとき；及び保健医療サービスを受けるために必要な直接の支払い（自己負担の保健医療支出）が経済的困窮の原因ではないとき。

経済的困窮について十分な説明を行うには、貧困を招く保健医療支出のモニタリングが必要である。この支出には、自己が高額の高額の保健医療支出に加え、貧困者が自分で負担する保健医療費が含まれる。自己負担の保健医療支出は、保健医療への資金供給にとって、非効率かつ不十分な方法で、前払い制度により可能な限り減少させるべきである。保健医療への資金提供に利するのであれば、貧困者に偏って負担させるべきではなく、まして極貧者には決して負担させるべきではない。2015年以来、世界保健機関（WHO）及び世界銀行は、二つの主要な指標を用いて世界レベルで経済的困窮の減少に関する進展を報告してきた。i) 家計を破綻させるような保健医療支出の発生、但しこれは家計消費又は収入に対して高額な自己負担を支出する人口と定義される（持続可能な開発目標（SDG）指標3.8.2に、「高額」が2つのしきい値、10%と25%を用いて定義）；及び、ii) 家計消費又は収入における更に低い自己負担による保健医療支出のしきい値であっても経済的困窮に至り得るという認識のもと、自己負担による保健医療支出により貧困に窮している人口の比率⁽¹⁾。この報告では更に推し進めて、保健医療費のなにかの金額を自己で負担している貧困者にも目を向けている。これらの支払いは重要である：これらは極貧者の自己負担による保健医療支出に起因する「あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ」という主要な取組み（SDG1）を表す。自己負担による保健医療支出の全てを追跡することは、全人口にわたる経済的困窮をモニタリングするために、非常に重要である。これはSDGsの中心的使命である「あとに誰も取り残さない」という誓約に沿ったものである。

パンデミックの発生前、家計を破綻させるような保健医療支出の傾向は既に間違った方向に向かっていた。家計を破綻させるような支出（SDG指標3.8.2により追跡）の発生は、2000年から2017年の間、継続的に増加した。ごく最近、2015年から2017年で、自己負担が家計の10%を超えた人口比率は、12.7%（9億4千万人）から13.2%（9億9千6百万人）に増加し、その要因は：(i) 人々が一人あたりに支出する保健医療の自己負担金額の増加；及び(ii) 個人消費の増加に比較して、自己負担支出の高い増加率である。これらの傾向は、保健医療システムにどのように資金提供されているかについての政策上の配慮が緊急に必要であることを強調している。

貧困を招く保健医療支出を負担している人数は容認し難い程高止まりしている。1日のPPP（purchasing power parity；購買力平価）が1.90ドルレベル以下に押し下げられた極貧ラインの人口総数の比率は、世界レベルで19%（2000年）から6.7%（2017年）と大幅にかつ継続的に減少した。しかしながら、相対的な貧困ライン（一人当たりの消費又は収入が中央値の60%未満での生活）においては、貧困を招く保健医療支出の比率は、2015年に減少し始めたばかりで、更に遅いペースで15.8%から2017年に15%になっている。高いレベルの公的支出にも拘らず、貧困を招く保健医療支出の減少は、高所得国及び全体では生じておらず、2017年での世界規模では、5億人の人々が貧困又は極貧に押し下げられ、2.2倍の人々が更に相対的貧困に押し下げられた

(表1参照)。全ての国の収入別グループにわたり、保健医療の自己負担金額を支出している貧困者は、貧困を招く保健医療支出を負担している人々の83%から89%に相当する。これらの厳しい統計は、比較的資源が豊かな保健医療システムでも、貧困者の経済的困窮の減少を目的とした保障政策を確保する必要性に注意を促している。

世界は、家計を破綻させ、かつ/又は貧困を招く保健医療支出に直面している少なくとも14億人の人々の経済的困窮を減少させるという点では厳しい道を歩んでいる。それらの、家計を破綻させる保健医療支出と貧困を招く保健医療支出との重複は比較的小なかつた(サンプルとして取り上げた141か国のせいぜい11%と予測)。それゆえ2017年における、経済的困窮にある総人数は、貧困を招く保健医療支出を特定するのに用いられる貧困ライン(即ち、世界の極貧ライン又は相対的貧困ライン)にもよるが、14億人から19億人の範囲です。家計を破綻させる保健医療支出に直面しているほとんどの人々は、低所得国及び低中所得国、及びアジア地域に集中していた。極貧(1日当たりのPPPが\$1.90)に追い込まれた人口は、低所得国及び低中所得国、アフリカ(高い発生による)、及びアジア(人口の多さによる)に集中していた。相対的貧困ラインの定義に基づき、貧困を招く保健医療支出は、高中所得国及びアジアに集中していた。経済的困窮にある人口比率は、公共支出に多大な信頼をおいている国で減少する傾向にあった。しかし、国別レベルの分析によると、人口カバレッジ、効率的な保健医療の資金供給手段により裏打ちされた自己負担を制限する政策、ターゲティング、及び、福利厚生包括性は、公的支出を増加して経済的困窮の減少につながるために必須である。外来での医薬品のカバレッジ格差を減少させることは、多くの地域において経済的困窮を減少させるために必須である。ラテンアメリカ及びカリブ人からの最近のエビデンスによると、自己負担による保健医療支出の促進としての医薬の重要性が確認され、欧州、東南アジア、及びアフリカの数か国からの現存するエビデンスが補完している。

高齢化は経済的困窮のリスクファクターを増幅させてきた。高齢者(60歳以上の人々)は、ほとんどの国において、その人口比率が増加している。2017年の世界人口の半数を占める92か国以上において、ライフサイクルアプローチを用いることにより、この報告書では、経済的困窮のリスクファクターを増幅させるものとしての高齢化の役割の重要性を明確に示している:即ち、高齢世帯で生活している人々は、家計を破綻させるような多額の保健医療支出の最も高い率に直面していたこと、及び、三世帯世帯で生活している人々は、自己負担による保健医療支出により、高い比率の更なる貧困化をたどっていたことを示している。健全な高齢化という2021年から2030年の10年間における目標に沿って、高齢者、その家族、及びコミュニティの生活を改善するため、UHCの進展を図るには、経済的困窮を減少させ、高齢世帯又は三世帯世帯で生活する人々(特に極貧層及び高齢世代の最脆弱層)の保健医療のニーズを充足させることを目的とした福利厚生の延長及びその改善された目標設定が必要となる。

世帯の保健医療支出の自己負担、及び消費支出総額に関するデータの作成速度と取得頻度を改善するための緊急行動が必要となっている。これらの措置が必要なのは、自己負担による保健医療支出による経済的困窮の指標の作成に生じていた今までの四年間の全体的な停滞を減少させるため、及びコロナパンデミックの期間中に経験した経済的困窮のレベルに関する十分なエビデンスを収集するためである。この報告書の作成時、2020年の利用可能な推定値は非常に少ないものだった。現存するデータでは前年と比較して大きく異なるパターンを示してはいない。より多くのデータが入手可能になれば、データが収集された状況(収集方法、医療費項目の回収期間、調査期間)の明確な理解に加えて、医療へのアクセス指標、未充足ニーズ、アクセスへの障壁の詳細な分析は、パンデミックのピーク時のパターンを把握するために必要となる。

指標	2019	2020	2021	2022	2023
家計破綻的保健医療支出 (G8; 指標 "G8")					
保健医療の自己負担支出が家計の10%超を占める人口 (SDG3.8.2, 10% しきい値)	579	708	785	940	996
保健医療の自己負担支出が家計の25%超を占める人口 (SDG3.8.2, 25% しきい値)	131	167	189	270	290
極貧層1日あたりのDDDが相対的貧困ラインの極貧層で、貧困を招く保健医療を支出している人口	1159	1009	826	664	505
保健医療支出の自己負担による貧困化	124	130	122	115	70
保健医療支出の自己負担による更なる貧困化 (自己負担する保健医療額の不十分な支出)	1035	879	704	549	435
相対的貧困ラインにおける、貧困を招く保健医療支出により貧困化している人口	630	808	1007	1153	1125
保健医療支出の自己負担による貧困化	91	122	154	182	172
保健医療支出の自己負担による更なる貧困化 (不十分な保健医療費の負担)	539	686	853	971	953

注: 2020年と2021年のデータは推定値です。2022年と2023年のデータは推定値です。
 出典: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update.

7CJ-8!%

7CJ-8!%

COVID-19

COVID-19

7CJ-8!% 2020 GDP (2) (2-4) (5)

888

2020 GDP 1.5

(2)

7CJ-8!%

COVID-19

COVID-19

2021 4

35% (6)

COVID-19

らした。110か国からの回答を得た、COVID-19の世界的傾向及び影響に関する調査（Global COVID-19 Trends and Impact Survey）に基づけば、COVID-19の検査を受けた人口の8%から18%が、関連コストに対処するために、家庭必需品(食料、住居関連、光熱費等)の支出を減少させたと報告している(6)。

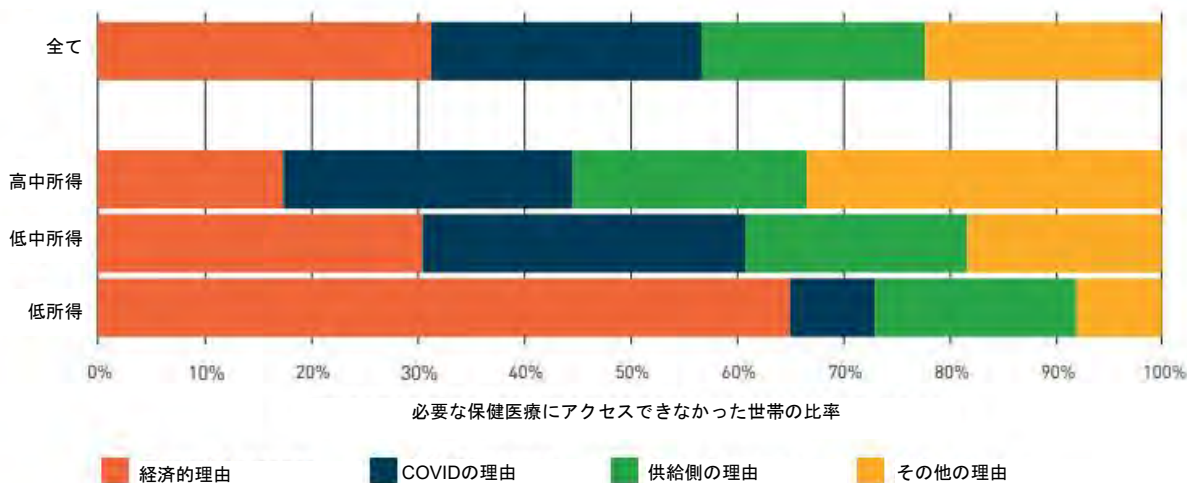
パンデミックは保健医療関連の不可欠な全サービスの需要と供給を減少させ、そのアクセスや使用が次々に変化していった(7)。多くの要因がサービスの使用を減少させたが、少なくともある部分は、経済的な障壁に関していた。世界銀行のWorld Bank High Frequency surveyは、対象の低所得及び中所得国の全世帯の19%が必要な保健医療ケアサービスにアクセスできず、また、アクセスできなかった最も一般的な理由として経済的な障壁を報告した（対象国全体で31%の世帯がアクセスの障壁を報告している）と引用(4)。低所得国において、これらの比率は更に高く、世帯の58%がサービスにほとんどアクセスできなくなり、

7CJ=8%

自己負担 f17

f17

収入グループ国



注: UMICs n=1 to 13 LMICs n=2 to 17; LICs n=3 to 12. 2020年4月から8月の収集データ

出典: Authors calculations using data from the World Bank High Frequency Survey (2021) (4). Data collected between April 2020 to August 2020

経済的保護の悪化は、積極的な政策策定の取組がなされなければ中期的に継続し得る。その積極的政策には、保健医療費を自己負担で支出することを排除するため、貧困層に焦点をあてた公的支出の増加、社会的保護支援の改善、治療が求められている時と場所での 負担、及び他の料金の撤廃、貧困層や脆弱層に利用を促すための現金給付、及びカバレッジの拡大や基本的な保健医療の拡充などが含まれ、単に回復するだけではなくUHCに向けて加速もする。経済的保護の傾向を綿密にモニタリングするために、データ収集ツールや関連する測定基準を採用すること（これにより世帯にてケアを求める際の障壁が特定され、かつ理解される）や、関連する政策の発展や目標遂行を支援することが重要となる。

経済的保護モニタリング。年々から何が変わったか?

保健医療における経済的保護に関するグローバル・モニタリング 2019 (Global monitoring report on financial protection in health 2019) では、経済的困窮には複雑な傾向があることが明らかになった。世界の人口のうち家計破綻的な保健医療支出を負担している比率が増加し、貧困に追い込まれるものは現象した。それゆえ、経済的保護を提供する取組を倍増する必要が

った(1)。最新の報告書の第1章は、以前の傾向を確認し、2017年コロナウィルス（COVID-19）以前の基準に警告を呈した。第2章は、COVID-19により、様々な状況から経済的困窮が悪化する潜在的経路につき説明し、議論する。

この報告書の主な特徴には次のものが含まれる：

- 経済的困窮と経済的保護の区別の明確化。
- 2019年グローバル・モニタリング報告書よりも多くの国からの多数のデータポイントに基づいた、経済的困窮のグローバル及び地域的予測(1)：
 - 2021年報告書では、家計破綻的な保健医療支出に関して、161の国又は地域からの903のデータポイント（2019年報告書の739データポイントと比較）、貧困を招く保健医療支出に関しては、149の国又は地域からの816データポイント（2019年報告書の719データポイントと比較）に依拠している。
 - 2021年報告書は、2015年を基準年とし2017年までのグローバル及び地域的推定値を展開させるために、新しいデータも豊富に含んでいる。実際、家計破綻的な保健医療支出に関して、2014年から2020年間で入手可能な、少なくとも111か国の調査に基づく推定値や、同期間で貧困を招く保健医療支出に関する99か国の調査に基づく推定値がある。
- たとえ家計の10%未満を保健医療に支出する場合であっても、貧困世帯にとって、自己が負担すると経済的困窮に陥る可能性が発生すると認識しつつ、貧困層による自己負担の保健医療支出に焦点を当てる。それゆえ、現在の報告書は、149の国又は地域において、既に貧困であり、保健医療支出により更に貧困になる人数とその人口比率の推定値を提供する。
- 全ての経済的困窮の指標は、世界保健機関（WHO）と世界銀行が2021年3月から7月に行った国のコンサルテーションが含まれていた。27の国又は地域は、この報告書にて使用されている持続可能な開発目標（SDG）指標3.8.2の推定値を作成した（WHO及び又は世界銀行との共同作業の有無を問わない）。そのうち14か国は貧困を招く保健医療支出の指標も作成した。国又は地域の5%未満については、フォーカルポイントを指定しなかったために、その推定値を受け取れず、コンサルテーションは行われなかった。利用可能な経済的困窮に関する推定値のない33のWHO加盟国には、将来推定値作成に必要な方法とデータについての情報が与えられた。
- 家計破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の同時分布に関する推定値は141の国と地域について作成された。この分析のために、家計破綻的な保健医療支出は、SDG指標3.8.2（しきい値10%）を用いて定義され、また、貧困を招く保健医療支出は、極貧ライン（1日の購買力平価（PPP）\$1.90）及び相対的貧困（各国の一人当たりの消費又は収入が中央値の60%と定義）を用いて定義された。
- 経済的困窮にある人口の年齢構成も注目すべき点として含まれている。異なる年齢構成の世帯での、全ての家計破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の推定値が初めて作成された：92の国又は地域で、2017年の世界人口の53%を占める。
- 目標としている時宜を得た効率的な政策介入を推進させる必要条件としての、経済的困窮の綿密なモニタリング、及びケアを求めることに対する経済的障壁の識別を可能にするために、データ収集ツール及び関連する測定基準を採用するよう要請。
- 報告書は広範なデータを使用している。COVID-19パンデミックの状況に適応させた新しいデータ収集手法が含まれている。

%7CJ=8!%

主なメッセージ

- ✓ 十分な経済的保護のメカニズムがない場合、経済的困窮をもたらす。
- ✓ 全人口の経済的困窮をモニタリングするためには、貧困を招く保健医療支出に焦点を当てることが必須である。当該支出には、家計を貧困ライン以下に陥らせる自己負担の保健医療支出や、貧困者による保健医療の自己負担金額を含む。
- ✓ COVID-19パンデミック以前、世界は保健医療支出を原因とする経済的困窮を減少させることに関して順調ではなかった。その理由は家計破綻的な保健医療支出の増加が継続する傾向にあり、経済的困窮にある人数は容認し難い程高止まりしていた。
- ✓ 2017年、経済的困窮者の総人数は、14億人から19億人にのぼっていた。但しこれは貧困を招く保健医療支出の識別に使用される貧困ライン次第である（即ち、極貧の貧困ラインvs相対的貧困）。
- ✓ 家計破綻的な保健医療支出に直面している9億9千6百万人のほとんどは、低所得国や高中所得国及びアジア太平洋地域に集中していた。
- ✓ 保健医療支出を自己負担して極貧に追いやられる5億5百万の人々は、低所得国や低中所得国、及びアフリカ（高い発生率による）やアジア（人口規模の大きいことによる）に集中していた。相対的貧困ラインの定義に基づく、貧困を招く保健医療支出を負担している11億2千万人の人々は、アジアや高中所得国に集中していた。
- ✓ 保健医療を自己負担している貧困者は、貧困を招く保健医療支出を負担している人々の83%から89%にのぼる。経済的困窮を大幅に減少させるために、自己負担による比較的多額の保健医療支出を制限することに加え、貧困者や準貧困者は、ケアを求める際、自己負担の支払いを効率的に免除される必要がある。
- ✓ 高齢世帯は、全所得国において、家計破綻的な保健医療支出の高い発生率に直面しており、三世帯世帯は、貧困を招く保健医療支出の高い頻度に直面している。これらの事実認定により、脆弱な人口学的背景をともなう世帯のために、的を絞ったカバレッジの拡大が必要であることが特に注目される。
- ✓ 経済的困窮にある人口比率は、公的支出に多大に依存している国々において、低下の傾向にある。
- ✓ 多くの地域において、外来患者への処方薬のカバレッジの格差を減少させることは、保健医療支出を自己負担して経済的貧困を招くことを減少させるためには必須である。
- ✓ COVID-19パンデミック下で経験する経済的困窮レベルに関するエビデンスが不十分になることを回避するために、世帯の保健医療支出の自己負担、及び消費支出総額に関する、データの作成速度とデータ取得の頻度を改善するための緊急行動が必要となっている。

(UHC)

(i)

(ii)

自己負担による保健医療支出 1

2

/

1

の

(10-15)

ケアの断念

1

%

自己負担による保健医療支出は、世帯のいずれかの構成員が、疾患、病気、又は健康状態(その種類を問わず、即ち来患者、入院患者、自宅)のために、ある状況下(その種類を問わず)において、何らかのケア(即ち、予防、治療、リハビリ、又は長期的治療)であつて、プロバイダー(その種類を問わず)により提供されるものを受けるために、保健医療の製品又はサービスを使用した際、世帯が負担する支出と

定義される。そこには、国連の「目的別個人消費分類(classification of individual consumption according to purpose; COICOP-2018)にマッピングされているケアを求めることに直接係わる正規の費用、非正規の費用が含まれる。即ち、医薬や医薬製品(06.1)、歯科治療も含む外来患者ケアサービス(歯科治療を含む)(06.2)、入院歯科治療も含む入院患者治療サービス(06.3)、画像診断サービス、及び、医学研究室サービス(06.4.1)並びに、患者緊急搬送サービス、及び緊急救助(06.4.2)など(16)。前払い(例えば、税金、寄贈、又は、プレミアム)、及び第三者(政府、健康保険基金、又は民営保険会社)による家計の償還は含まれない。又、間接的費用(例えば、緊急を要しない移送コスト)及び、ケアを求める機会コスト(例えば逸失利益)なども含まれない(17)。COICOPは、家庭用品の重要な一部に関する更なる情報を与えるために、2018年以後に改定された(A1)。

2 SDG

3.8.2

による

10% 25%

たとえば家計の

10%を下回っていても、

による

が重要であること

貧困化する医療費支出は、家計が健康上の不利な

出来事によって、衣食住など医療費以外の支出に振り向けざるを得なくなったときに発生する。それらの項目への支出が貧困ラインによって示されるレベル以下にまで減少するか、さらに減少する場合である。

この報告書で使用されている貧困ラインは、自己負担による保健医療支出が、「あらゆる場所であらゆる形態の貧困を終わらせる」(SDG1)ための努力のどの程度妨げになるかを評価するために選ばれている。SDG 1.1

2011 PPM 1 \$1.90

a SDG 1.2

60%

1

A2

A10

自己負担による保健医療

支出

SDG

10%

1

a 1.90米ドルとする国際的な貧困ラインは、2011年のPPPに基づき記載されている。章のその他の部分では、ドルは常に2011年PPMでの国際的ドルを意味し、「PPP\$」と表示される。この貧困ラインは、低所得国の全国レベルの貧困の中央値に相当する(1)。1日のPPM\$3.20より高い貧困ラインに基づく、貧困を招く保健医療支出の指標(一国全体の貧困レベルにアクセスするために低所得国(29)により使用されている典型的な標準に相当)は、付属書類に含まれているがこの報告書では議論しない。

断念

1.5 8 SDG

UHC

1.5

2021

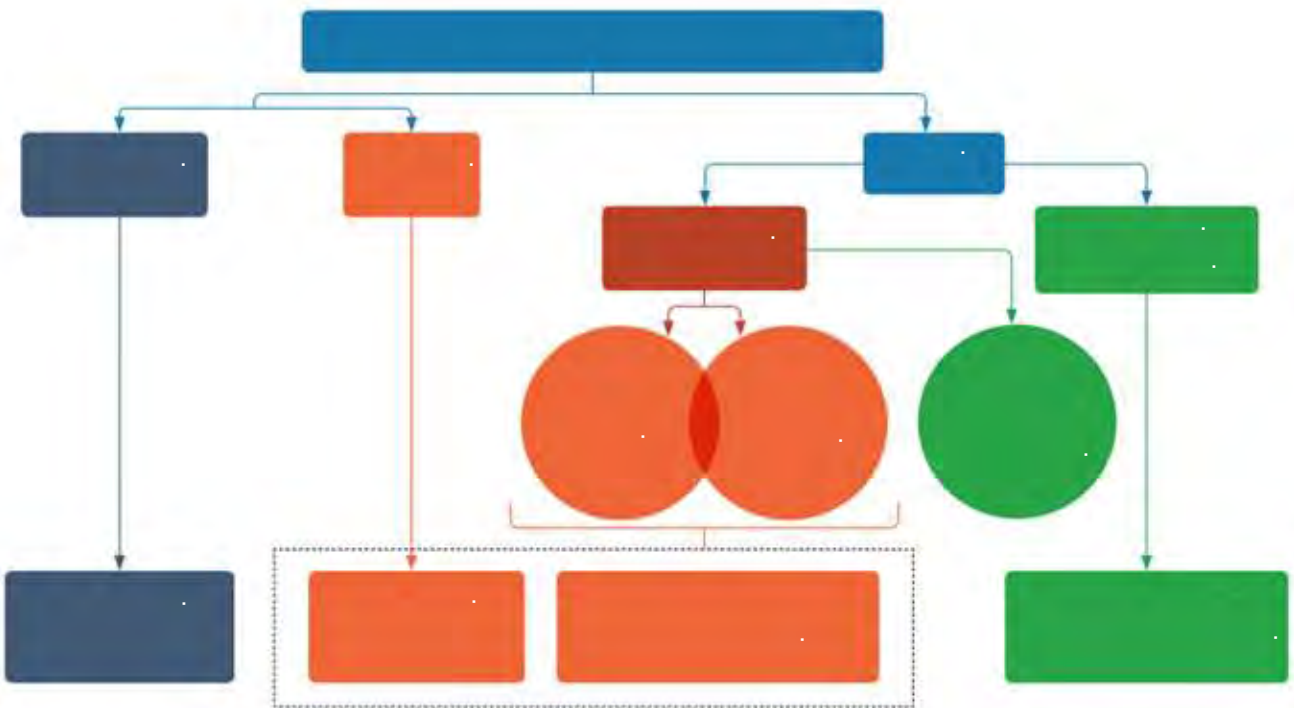
Tracking

Universal Health Coverage, 2021 Monitoring report
COVID-19

(18)

2

% 自己負担による保健医療支出



自己負担による保健医療支出

2

SDG3.8.2

A2

自己負担による保健医療支出

による
 するか
 その
 保健医療支出の

自己負担による保健医療支出

による

貧困を招く

の発
 SDG
 又は総収入
 (又は25%)
 かもしれない
 して、なおかつ
 地域レベルで使用さ
 に更によく反応し、

A2

10% 25%

による

(19)

10%

10%

SDG3.8.2

A10

10%

込まれた

ある人にとっては、自己負担による保健医療支出のレベルが絶対的に重要である。これらの人々は、単に保健医療支出の自己負担による消費だけでは、貧困ラインよりも上のレベルであるが、可能性はある。による

数の比率の変化として測定される(1, 20, 21)。国別の比較可能性を確保するために、そして、消費は一般に優先される福利厚生手段なので(22)、この報告書では、消費(保健医療の総支出額)を家計の福利厚生手段として使用している；収入はWHOと世界銀行がグローバルモニタリングのために、消費データにアクセスしない場合に限り使用している。

込まれる人

貧困に追い

による

らは既に貧困ラインを下回る生活を送っている)。自己負担による保健医療支出は、貧困レベルを深めるが、貧困化の発生にカウントされない。以前のグローバル報告書では、自己負担による保健医療支出を理由とする貧困格差の増加は、人々の貧困化と更なる貧困化双方について、保健医療の自己負担の影響として考慮されたものである(1,23-4)。この報告書は、更に一步進めて、保健医療の金額を自己負担する貧困層を全人口の比率でカウントしている。その理由は、貧困層は、生活水準への短期間の悪影響を制限しようとするために、短期間であっても医療に関連しない必需品の消費を減少させたり、有害である可能性のある対処方法(利益を生み出す資産の投げ売りや負債を負うことなど)をとったりするという難しい選択を迫られるからである(25,26)。この指標を追加することにより、経済的困窮をモニタリングすることが全人口に対して可能になる。対象者は次の通り:貧困状況の如何を問わず比較的多額の自己負担による保健医療支出をしている人；自己負担の支出についての絶対的に必要なレベルが、貧困化するのに十分である人；及び保健医療に支出する金額により更に貧困化する人。貧困を招く保健医療支出を負担している総人数には、貧困に陥っている人と、更に貧困に陥っている人との双方が含まれている。これらの2グループは常に互いに排反していて重複することがない。

%%%

3'

%%%%&\$%#

&\$%#

2017

A3 約10

10%

2 2 9

A4b

による

10

1 2

7

による

2.4

A4b

による

(22)

そのような

2017

4

5

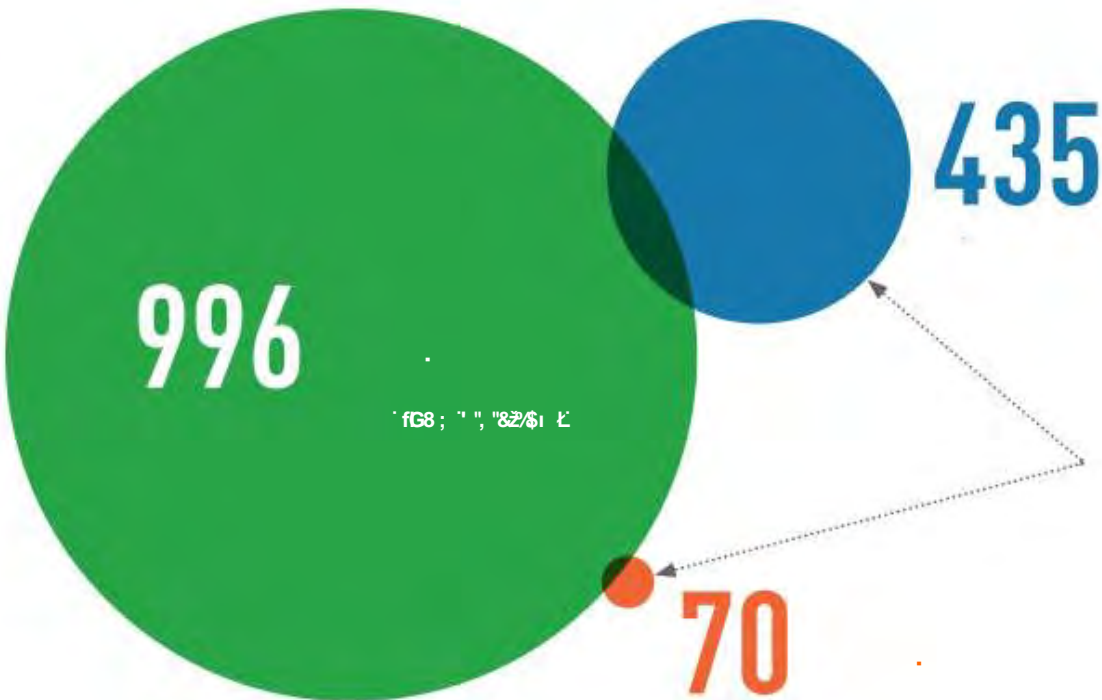
2

2

9 5 3

12.7%;

A4b



%

: `8uH U Zfca` ; `cVU `XUHMUgY` cb `Z] bUbvYU` `dfchYVH]cb` UggYaV` YX` VmiK<C` UbX` h\Y` KcF` X` 6Ub_ž` &&% i dXUHy` fl&+ž&` Ł"

3 2017

43.4%

34.3%

4a 2017

自己負担による保健医療支出

51.6%

39.4%

4b

33.4%

2017

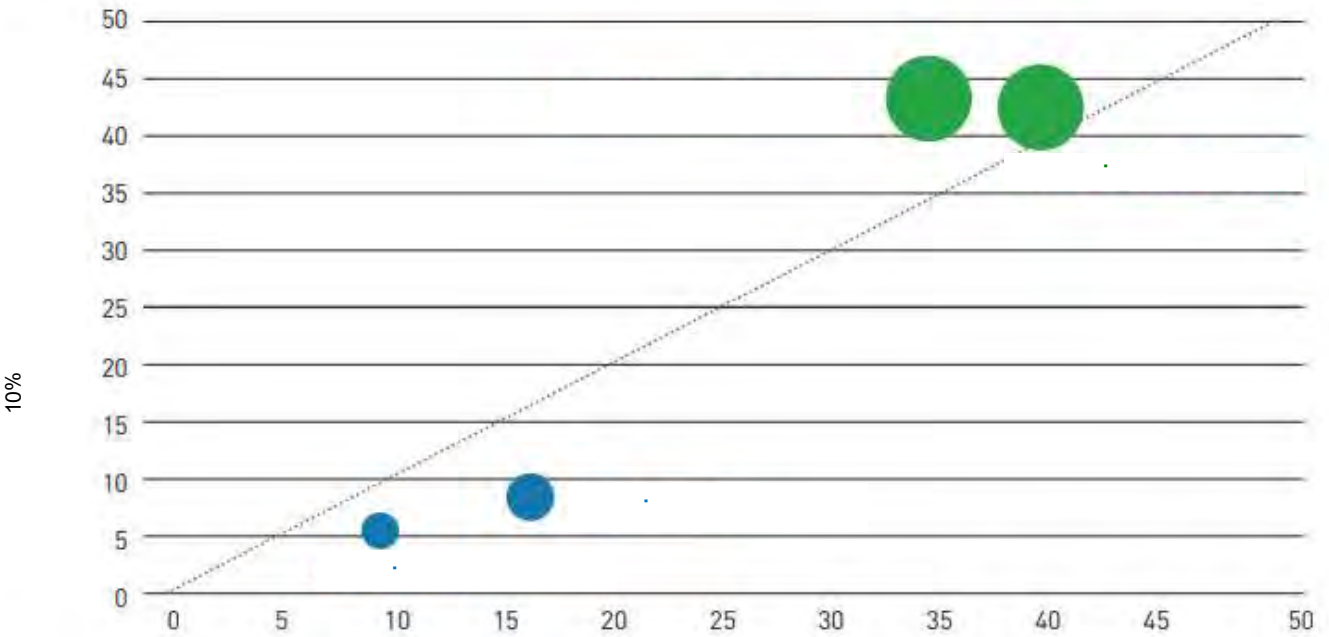
9.5%

10%

SDG

3.8.2

10%



10%

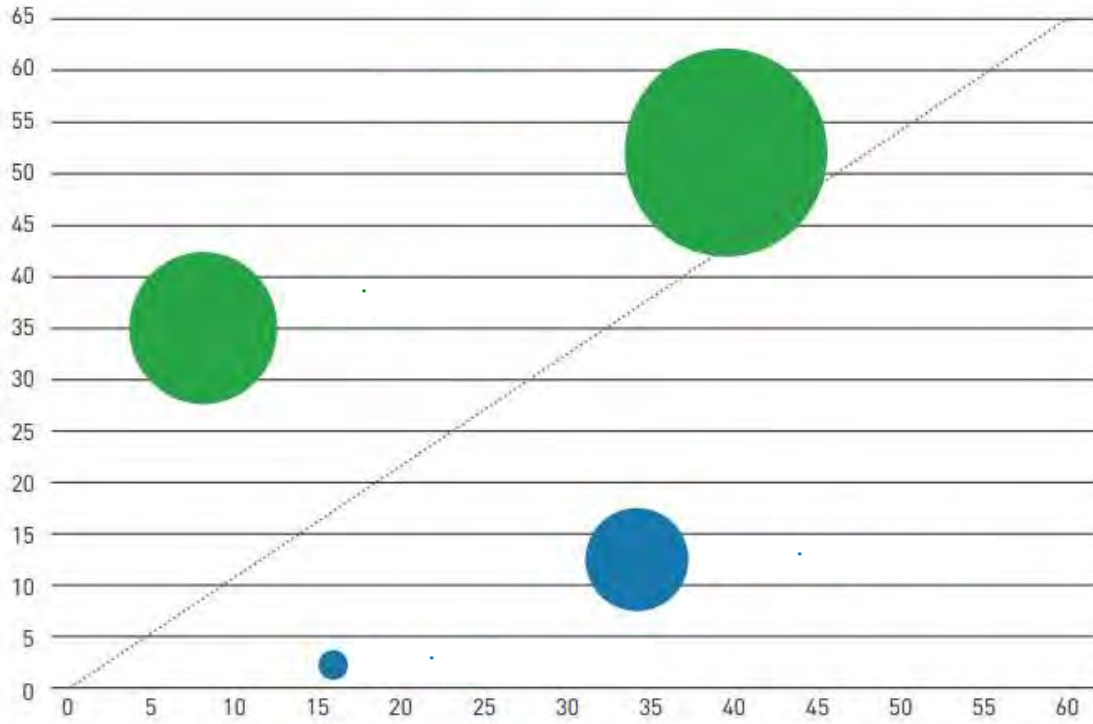
SDG 3.8.2,

10%

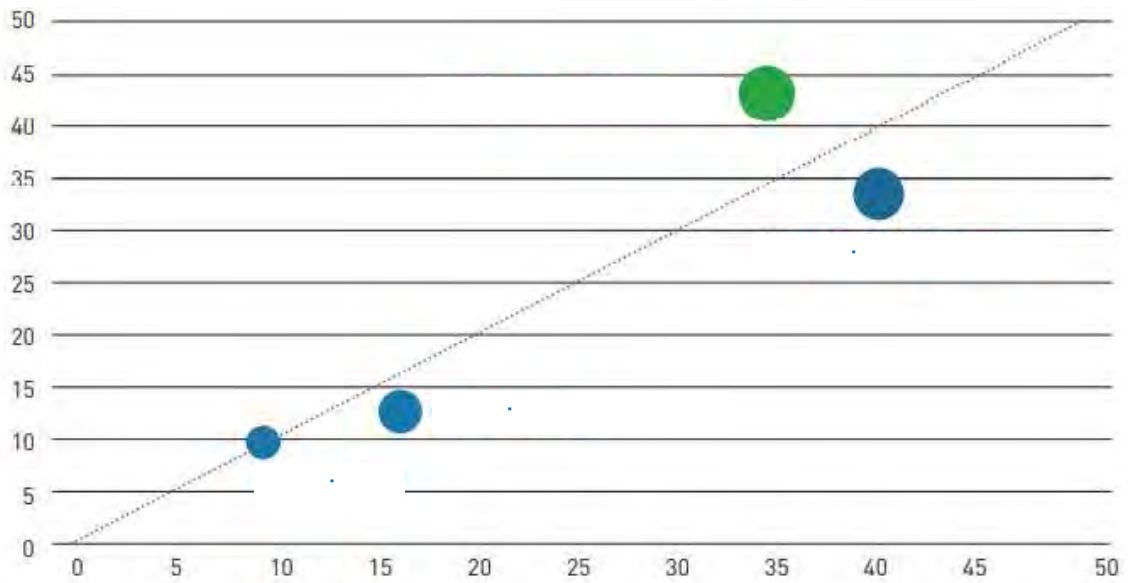
: 8uhU Zfca h\Y; cVU XUhUMgY cb ZJ bubVjU dfchYm] cb UggYaV YX VmK<C UbX h\Y Kcf X bUb_ž &\$\$% i dXUhyfi&+ž& Ł

(" &\$%&

U



V

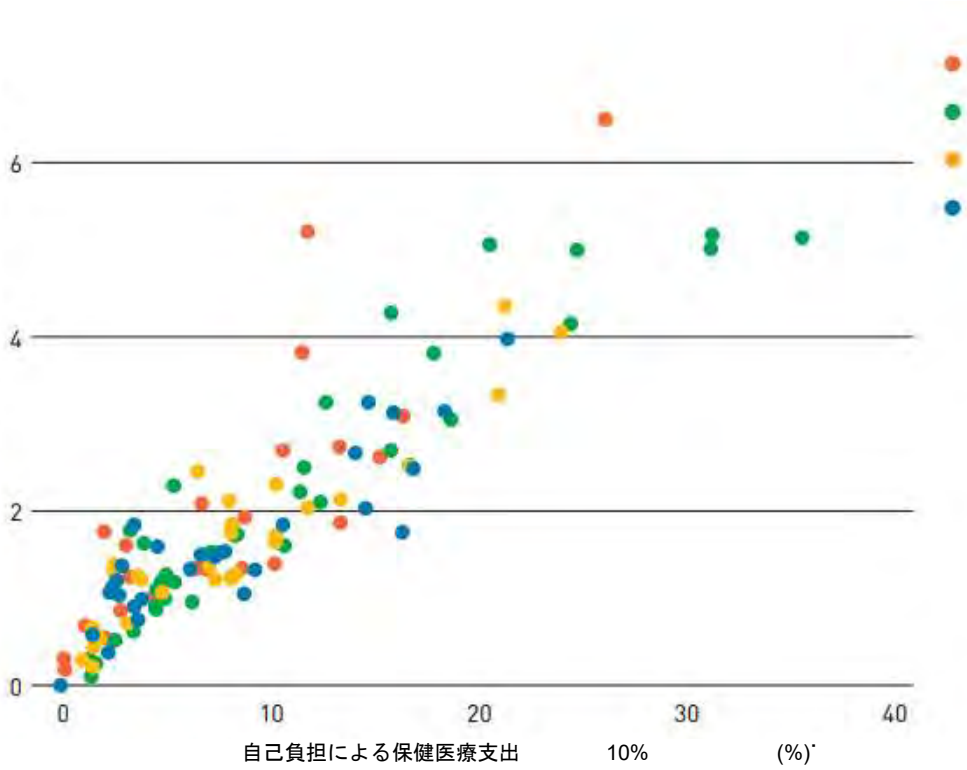


:

: ' 8uH U Zfca' h\Y'; `cVU' `XUHUMUgY' cb' Z] bubV]U' `dfchYVH] cb' UggYaV' YX' Vm K<C' UbX' h\Y' Kcf' X' 6ub_ž' &\$&% i dXUH' fR+ž& L''

0.9 SDG 3.8.2 10% 0.88 SDG3.8.2 25%

)" %\$ G8; ', "&



: 2010 2020 123 2017 66%

: 8uHu Zfca h\Y; `cVU `XUuUuGy` cb `Z]bubV]U` `dfchYVh]cb` UggYaV YX` VmK<C` UbX` h\Y` Kcf` X` 6Ub_ž` &\$&% i dXUHy` fl&+ž& Ł"

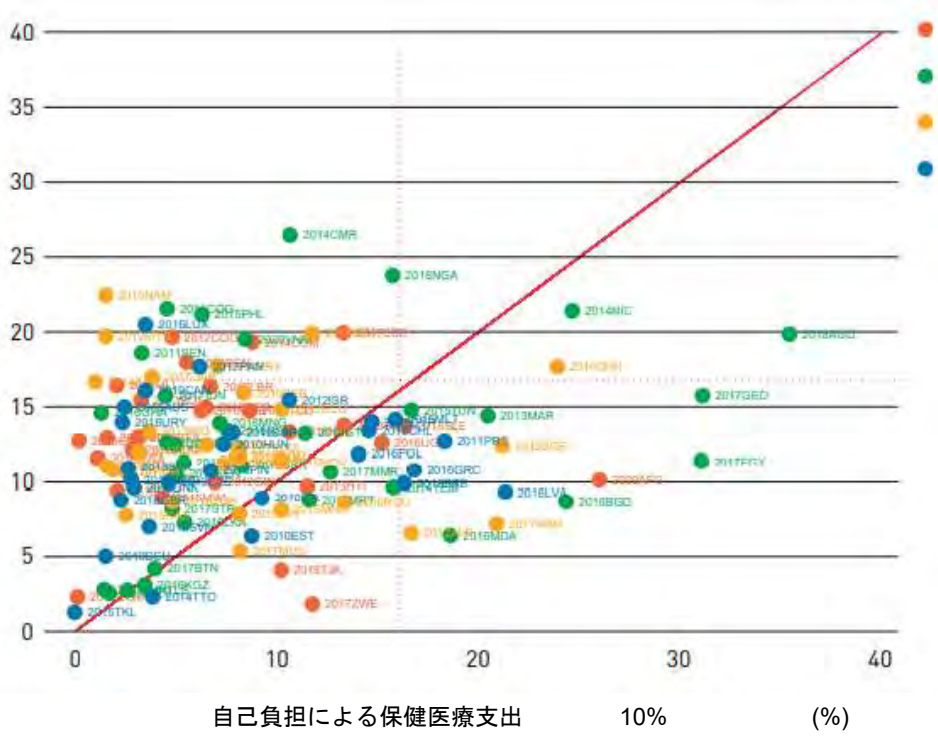
69%	10%
6	43%
低所得国 80%	20%

2017

2018

5	2
6	SDG

3.8.2



: 2010 2020 119 2017 64%

: '8uHu Zfca' hVY'; 'cVU' 'XUuMUGy' cb' Z] bubVj'U' 'dfchVjM]cb' UggYaV' YX' Vmi K-<C' UbX' hVY' Kcf' X' 6ub_ž' '&\$&% i dXUHy' f&+ž& "

%\$i による 1

自己負担による保健医療支出
 で、低所得国及 8% 9% 14% 7a
 10%

低所得国で13%、低中所得国で9%を占めている (図7bの赤と紫の

自己負担に
 自己負担による保健医療支出
 SDG 3.8.2

により

%\$i

自己負担による保健医療支出
 53% 、低所得国では若干低く、高所得国では若干 46% 63%
 55%

a

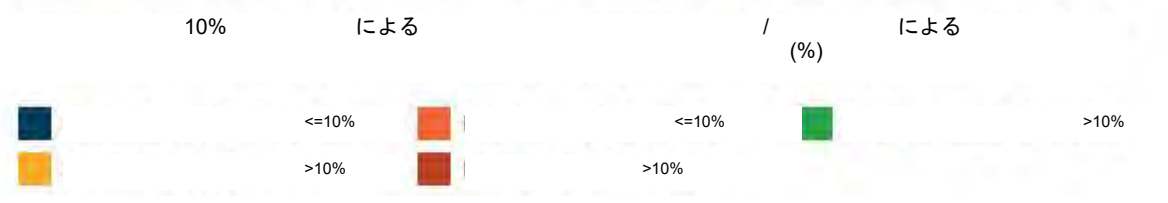
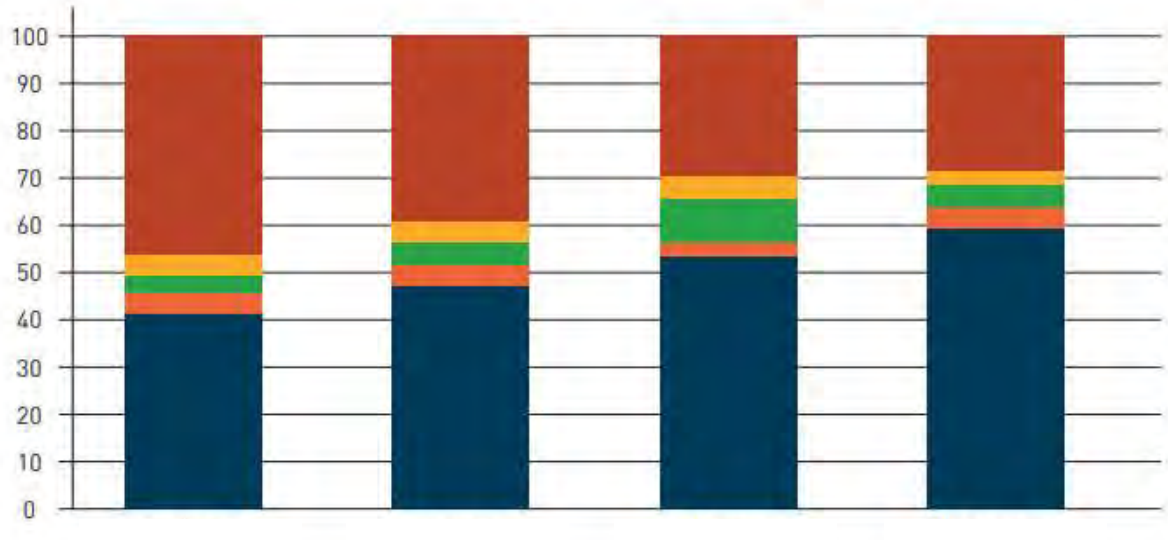
低所得国及びUNアフ

66% 62% 7b

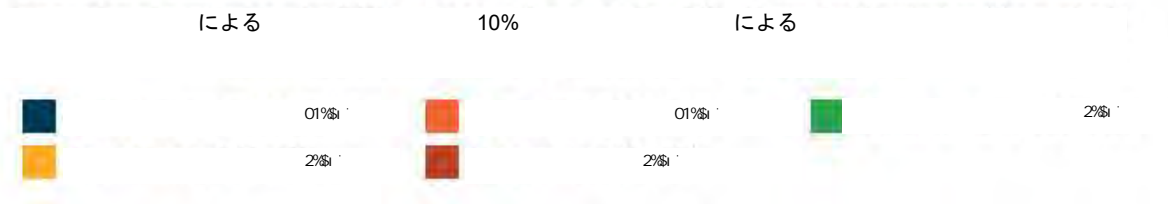
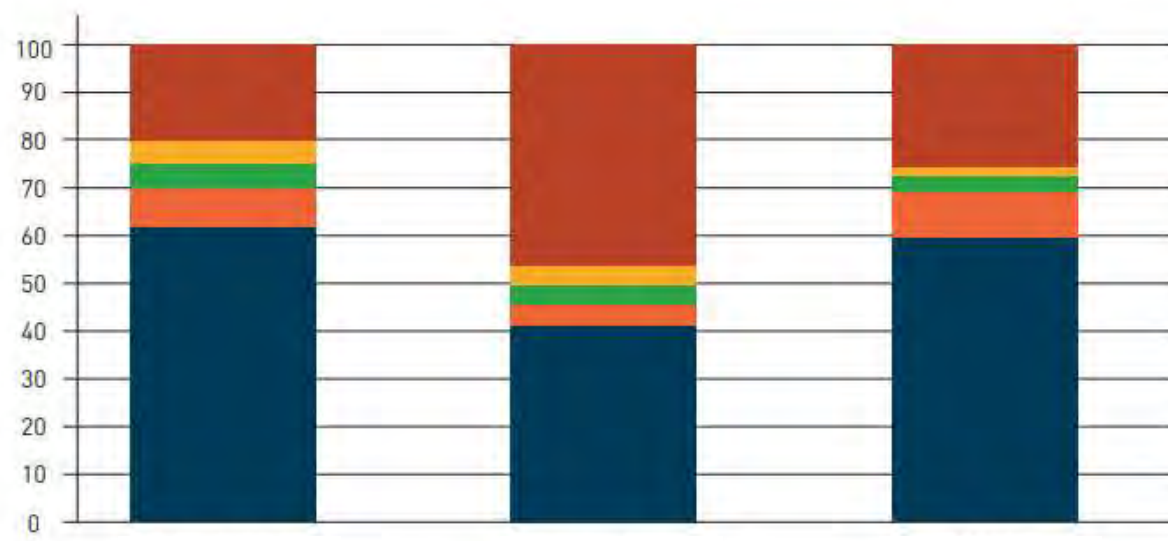
10%

7a b

U.L.G8; ' ', '& %\$i



V.L.G8; ' ', '& %\$i



による 10% による a b 1 PPP\$1.90

: '5' h\cf g 'W' W' U'h] cbg' i g] b['h\Y' +\$- 'gi f] Ymg' Zcf' %' % Vdi bhf] Yg' cf' hYff] hcf] Yg' Zfca' h\Y'; `cVU' `XUhUMlgY' cb' Z] bUvW] U' d'fchYV] cb' UggYaV' YX' Vm K<C' UbX' h\Y' Kcf' X' 6Ub_ž' &&8% i dXUhY' fl&+ž& E'' 5'

PPP\$1.90

11%

141

2017

14

19

7 C J 8 ! %

G8 ; ' , " &

2000

2017

2000 5 7 9

2017 9 9 6

による

+3.2%/

+2.7%/

2000 2017

8

2000 2017 2

1

3

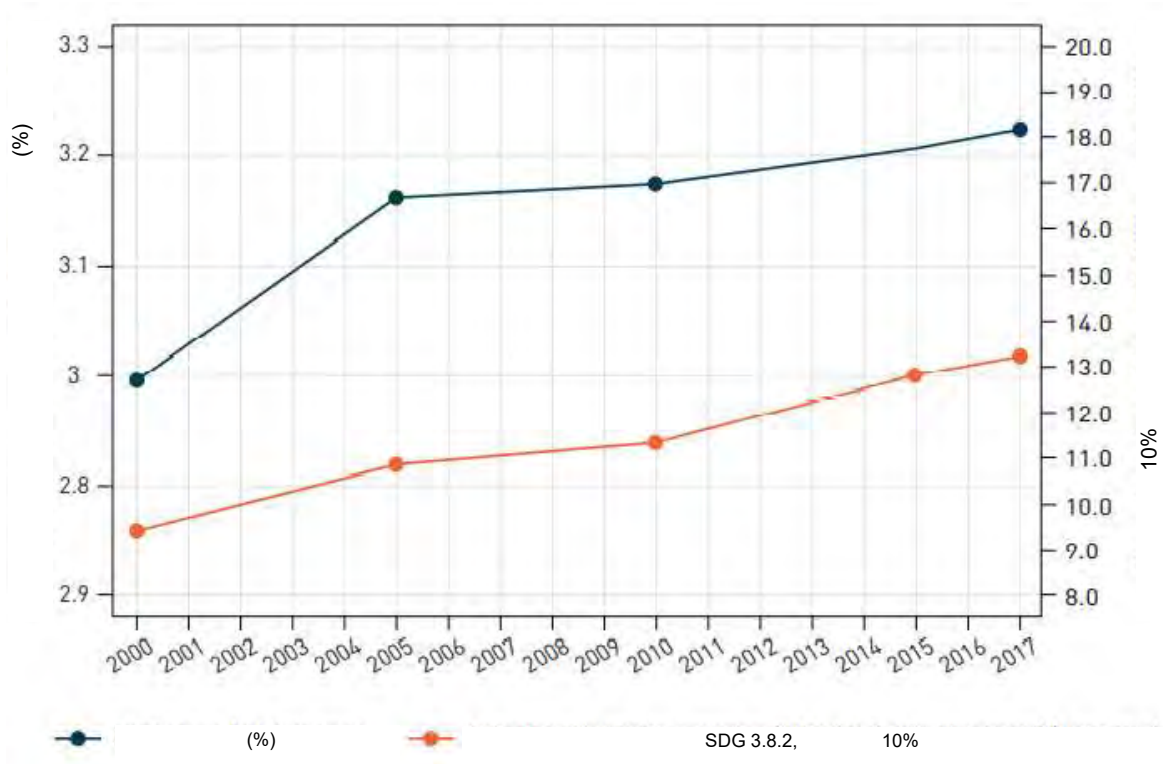
2017 2 9

10%を超える人々のうち、

による

A4b

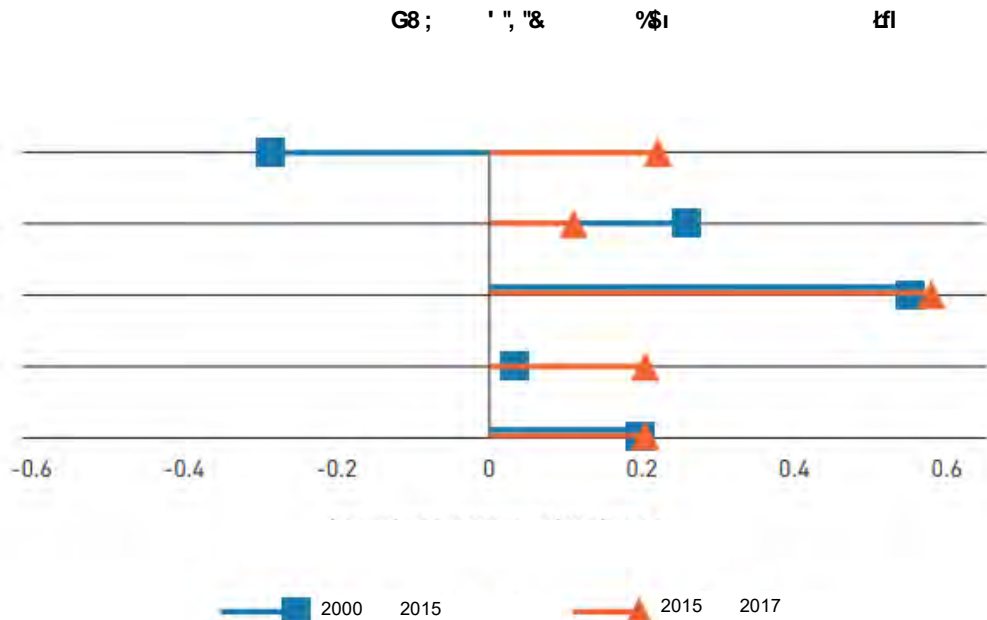
, " G8 ; ' , " &



: ' 8UhU' Zfca' h\Y ; ' cVU' ' XUhUMUgY' cb' Z] bUbV\YU' ' dfchYV\] cb' UggYaV' YX' Vm K<C' UbX' h\Y' Kcf' X' 6Ub_ž' &&&i dXUhY' fl&+ž& E"

10% 2015 2017 UN 0.9% 0.6% 10% 0.2% 9 高所得国において増加は加速し、低所得国での増加は一 1 0.6%vs 15 0.3% 2015 2017

- " じ



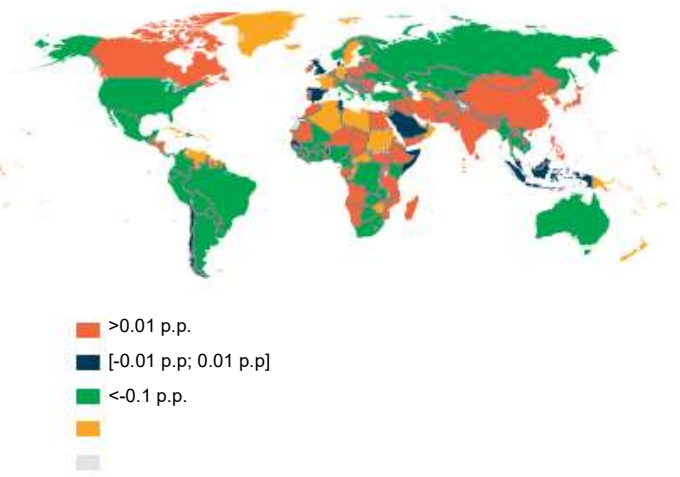
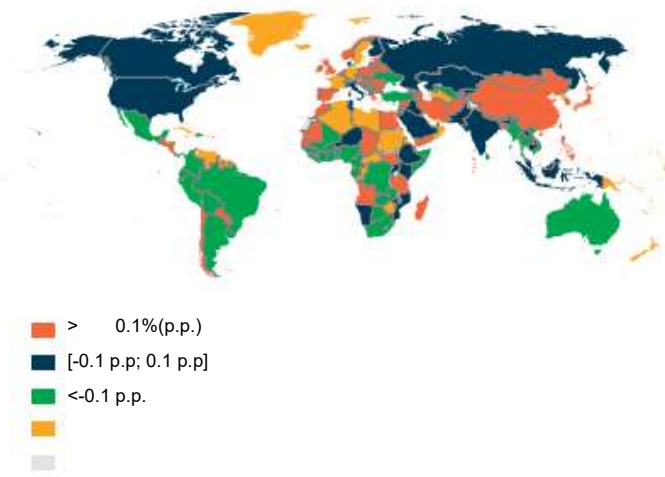
SDG 4.4: 2030年までに、世界の若者の平均的初級識字率を95%以上に引き上げる

3.8.2 1 0.1% 2 33 10% 60 0.1% 25% 60 89% SDG 44

あるのかという 抱かせる の 推移や 1.4 違いが

World Bank; WHO

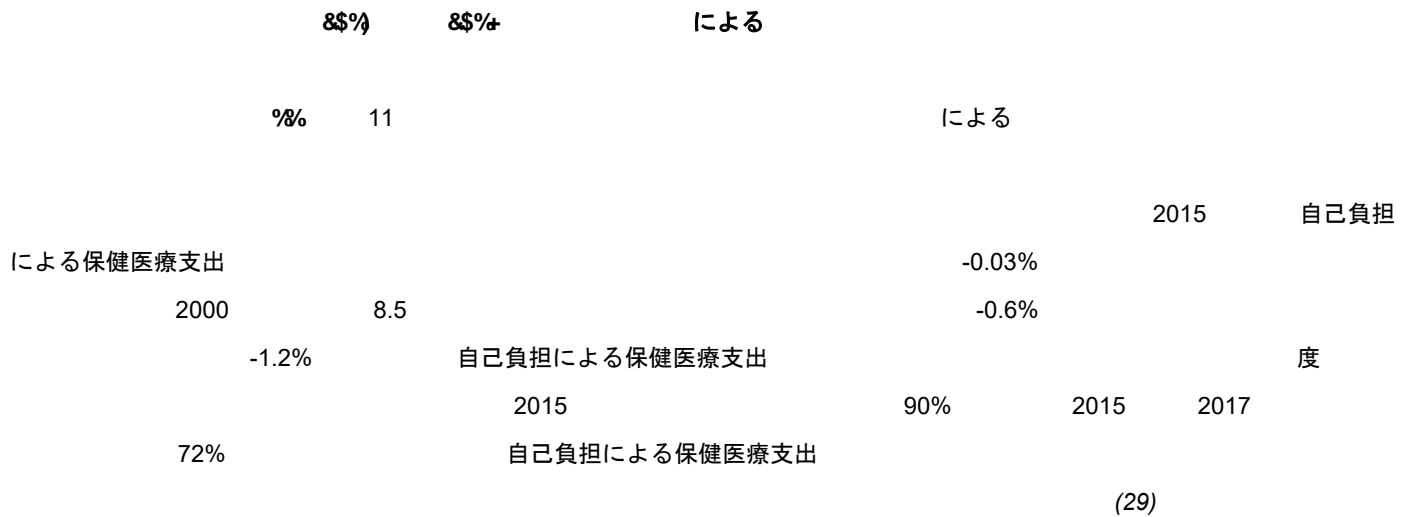
World Bank; WHO



WHO

WHO

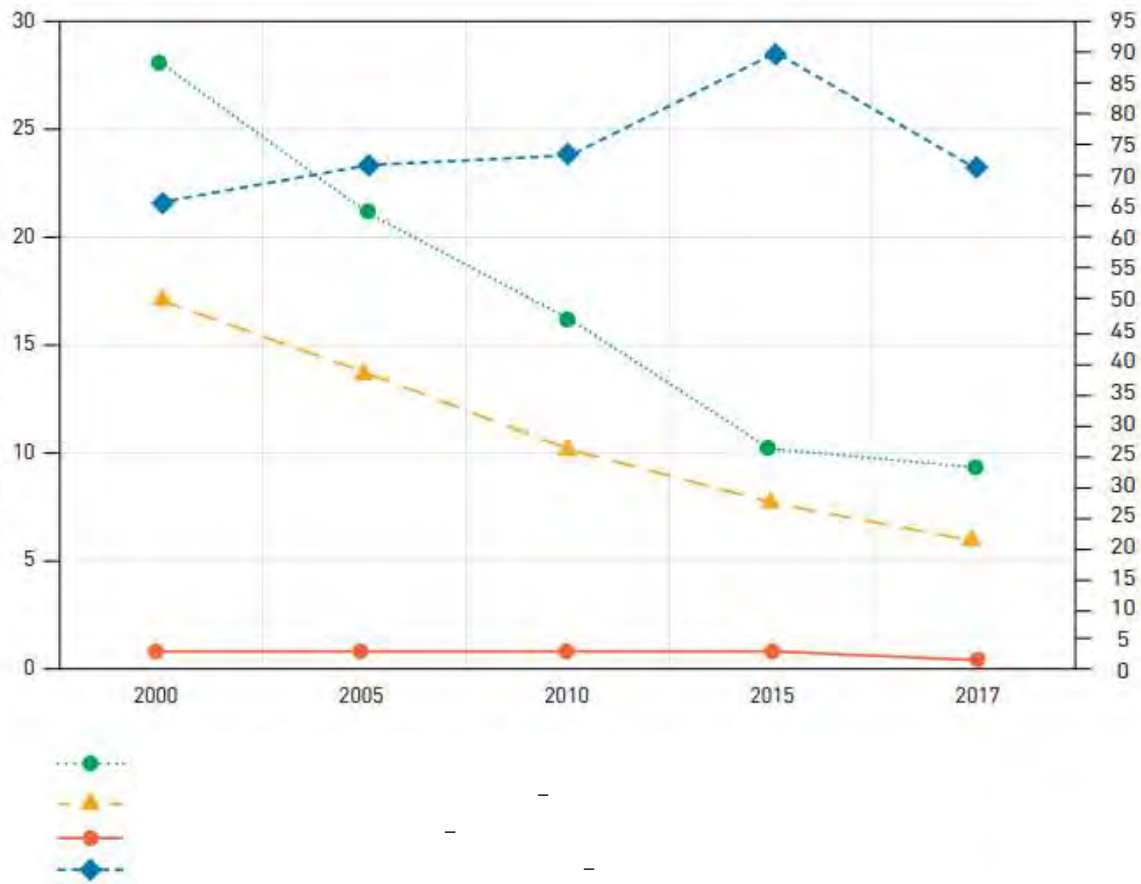
: Authors calculations using the data from the 2021 Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).



(29)

2

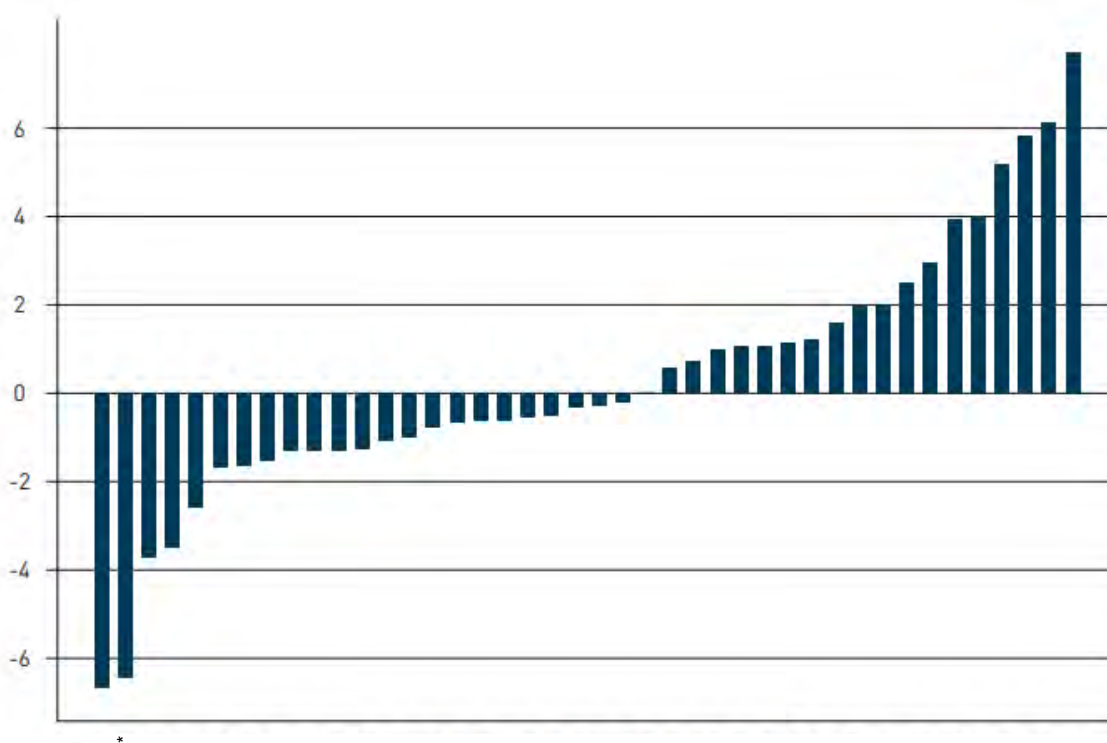
と



: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

多くの地域にわたり、自己負担による保健医療支出により更に極貧に追い込まれた人口の減少は、2015年から2017年の間に、低所得国、低中所得国、アフリカにおいて著しく加速し、年間-1.3%を超えた。アフリカにおける更なる貧困化発生の減少（26%から23%）は、同期間(29)の極貧の発生推定値の減少率の遅さと対称をなす。貧困層の中でも、自己負担による保健医療支出による更なる困窮に陥った人の集中度の減少が指摘される。実際、1年超の間入手可能な調査に基づく推定値を有する43か国のうち24か国で、極貧下で生活する人々の貧困を招く保健医療の支出の集中度合の平均は、年間-1.2%減少した（図12）。

貧困



: *

43

2015

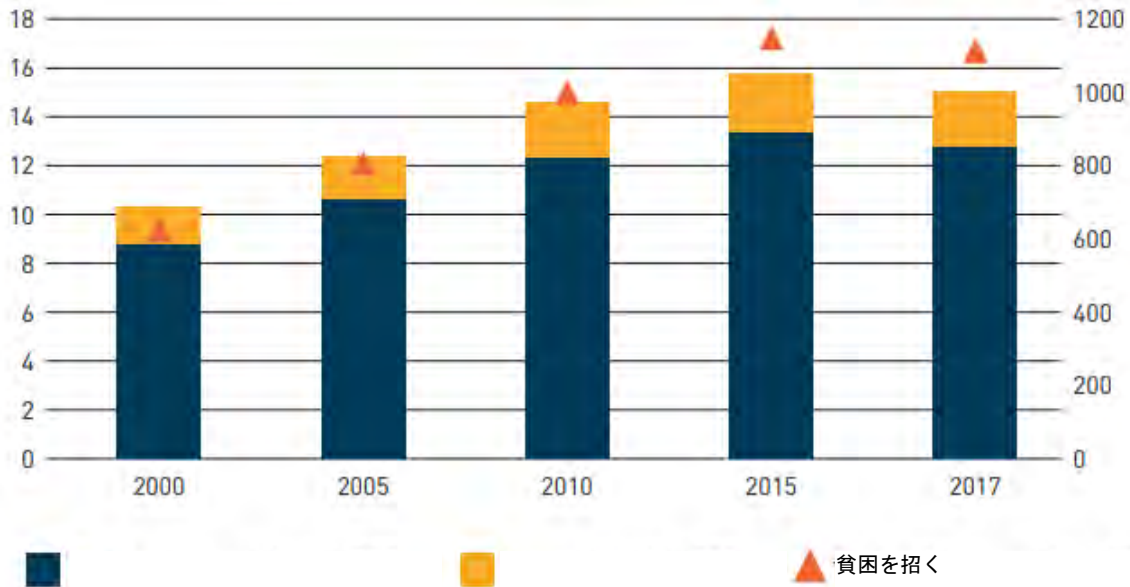
: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update

(27,28).

困窮し、更に貧困化して相対的貧困に陥る世界人口の比率も、2015年から2017年の間に初めて減少に転じたが、依然として非常に高い（11億2千5百万人）。2000年から2015年の間、自己負担による保健医療支出が原因で、相対的貧困に傾いた世界人口の傾向は、極貧傾向から分岐した(1)。この報告書は、これらの差異（即ち、図11と比較した図13）を裏付けるものであるが、パンデミック以前に、相対的貧困に追い込まれた人口比率の当初の減少（1年間に約0.1%、2015年の2.5%から2017年の2.3%）についてのエビデンスを提供するものである。更に貧困化して相対的貧困に追い込まれた世界の人口比率も減少し、その高い比率は、1年間に0.3パーセンテージポイント（13.3%（9億7千百万人）から12.7%（9億5千3百万人））であった。図13はまた、自己負担による保健医療支出により相対的貧困に陥った世界の人口の比率は、更に追いやられて相対的貧困に陥った世界の人口の比率よりも一貫してかなり低いことをも示しており、これは、貧困ラインに係わりなく、貧困層の経済的困窮や自己負担による保健医療支出について世界レベルで追跡する必要性を示している。

% "

* \$1 未満

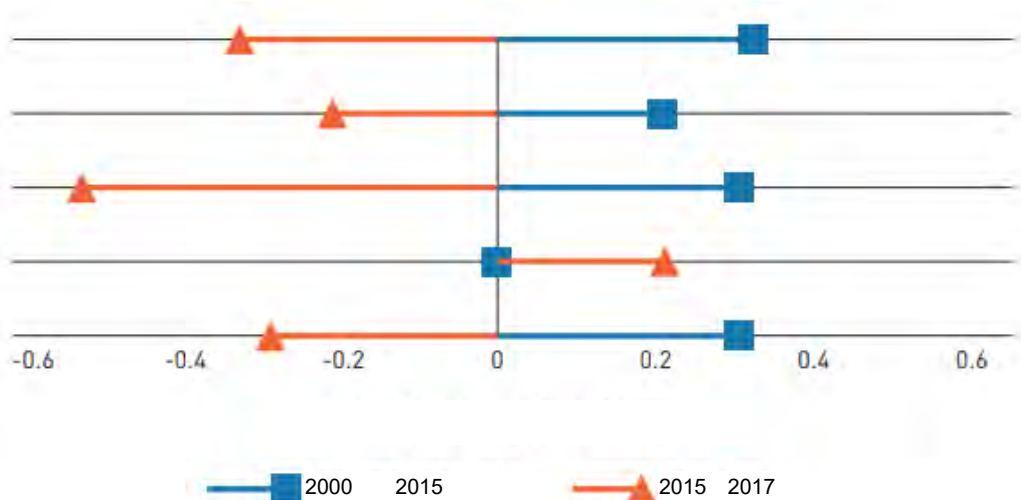


: Data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update(27,28).

2015年～2017年、自己負担による保健医療支出により、更に相対的貧困に追い込まれた世界の人口の比率の減少は、アジア地域に起因する（アジア地域では13.4%から12.3%（1年で-0.6 %）に減少）。他の地域では、2000年から2015年の間に、類似のペースで増加するか、又はより早く増加した（欧州地域）。高所得国以外の全ての所得別国グループにおいて、相対的貧困に更に追い込まれた人口比率は、2015年から2017年の間に減少した（図14）。高所得国における増加は、欧州における増加に起因するもの。家計破綻的な保健医療支出の他の定義には、支払い能力の方法に基づいたものがあり、この方法では、より貧しい家計ではWHO欧州地域におけるより裕福な家計よりも自己負担による保健医療に支出し得るのは、はるかに少ないという事実を考慮したものであるが、これを使用すると、家計破綻的な保健医療支出の発生は、最も低い消費五分位に高い集中が認められる（ボックス3）（表A10）。

% "

* \$1



: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the

2000

(30)

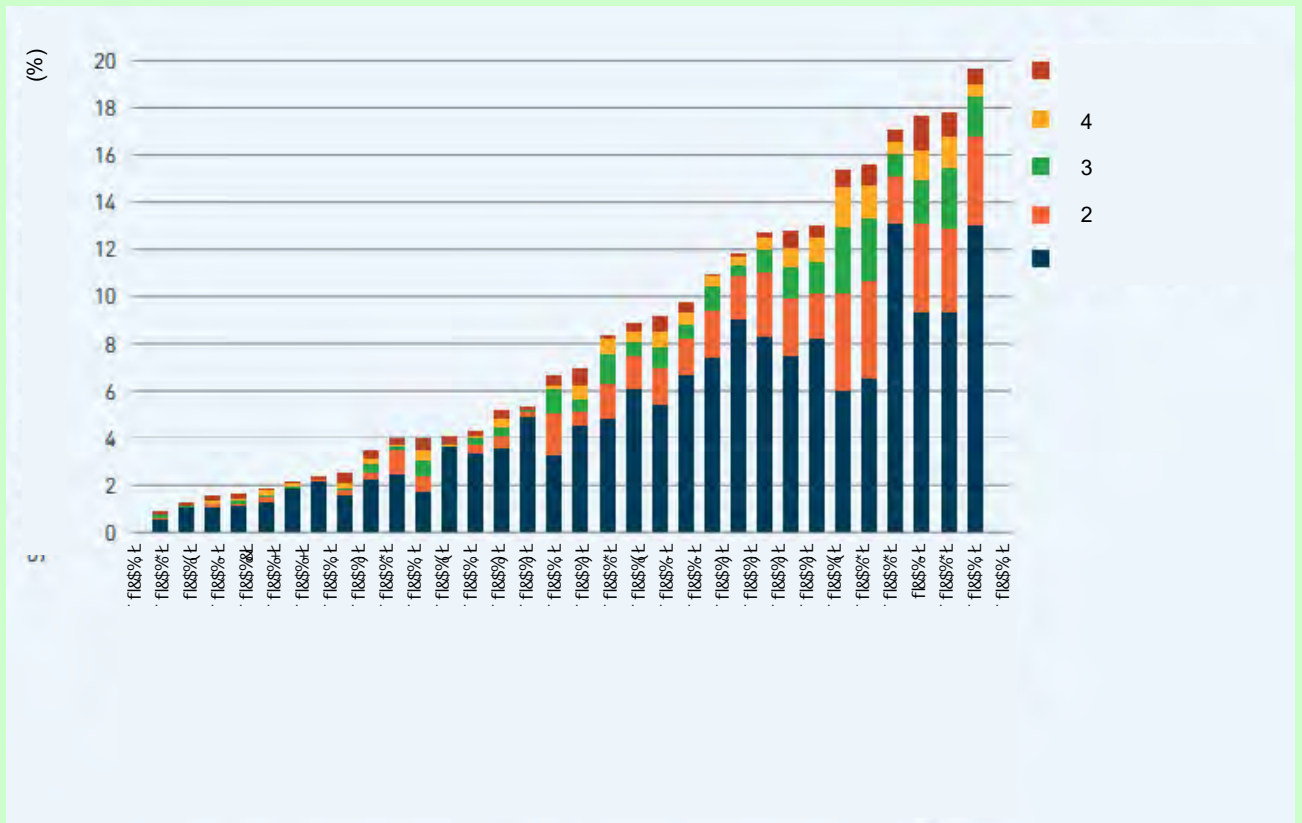
A2

WHO

10%

(31)

K < C



.*

40%

OECD

:: WHO Regional Office for Europe (2019) (31) and updated analysis from the WHO Barcelona Office for Health Systems Financing.

%&

3

COVID-19

自己負担による保健医療支出

(33)

2017

92

異なる年齢

(33)

A3

20 59

20

60

20 59

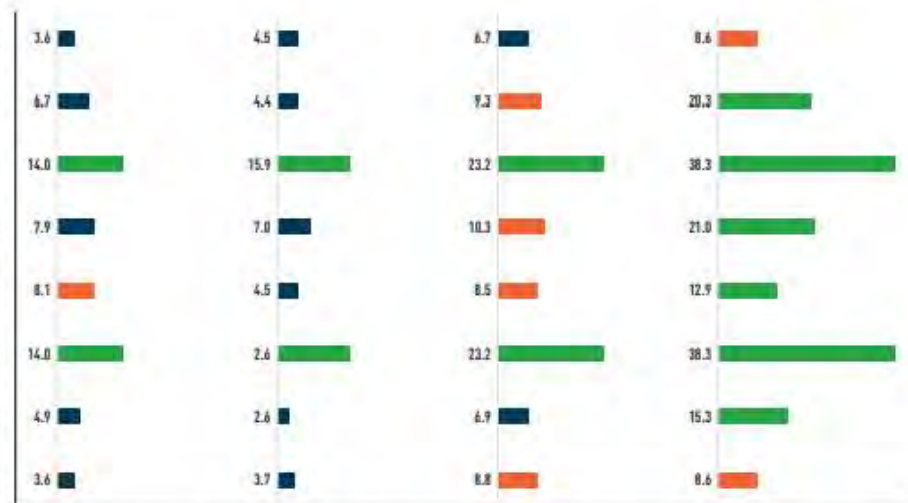
60

20

%

%

I B



パー

(%)

UN

UN 92

2017

53% 低所得国

43%

高所得国 21%

A3

2014

2009

: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

全ての所得グループ及びUN地域を対象とした、SDG指標3.8.2しきい値10%に従った追跡によれば、高齢世帯に住んでいる人々は破綻的な保健医療支出の最も高い発生に直面している（図15）。所得別国グループを対象とした、家計の10%超を保健医療に自己負担している人々の比率の中央値は、高中所得国の高齢世帯が最も高い（38.3%）。高所得国及び低中所得国では、高齢世帯での破綻的な保健医療支出の発生の中央値は高中所得国のその半分である。所得別国グループ内で、ライフサイクルアプローチは次のことを示している。即ち、高齢世帯で生活していて保健医療に家計の10%超を自己負担で支出している人口の比率の中央値は、低中所得国における若年世帯に住んでいる人口比率の中央値よりも4.5高く、これに対して、低所得国におけるそれは2倍に達するのみである。UN地域においては、保健医療に家計の10%超を自己負担して支出している人口比率は、アジアにおける高齢世帯で最も高く、ラテンアメリカ及びカリブ海地域における高齢世帯で最も低い。UN地域内では、欧州において、破綻的な保健医療支出の発生の中央値は、若年世帯で生活する人々よりも、高齢世帯で生活する人々の方が5.9高い；

健医療支出

(34)

4

% "

IB



バー

(%)

60%

UN

UN

92

2017

53%

低中所得国

43%

高所得国

21%

A3

2014

2009

: Authors calculations using the data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

三世帯世帯で生活している人々は、貧困を招く保健医療支出の最も高い比率に直面している。三世帯世帯において、リスクのある年齢グループ(33) (子供及び／又は青年、妊娠可能年齢の女性、高齢者) のメンバーへの集中は、他の年齢構成の世帯と比較して、保健医療のニーズが増加する可能性があり、同時に、三世帯世帯は、若年世帯及び高齢世帯よりも貧困化する傾向にある。全ての所得グループ及びUN地域において、貧困を招く保健医療支出の比率の中央値は、三世帯世帯で生活している人々が最も高い(図16)。高齢世帯の発生率の中央値と比較した相対的差異は、高所得国で最も高く、低中所得国が最も低い。若年世帯で生活する人々と比較すると、相対的差異は、高中所得国で最も大きく(1.7倍高い) —これはアジアに起因する—、低中所得国が最低である(1.1倍高い)。

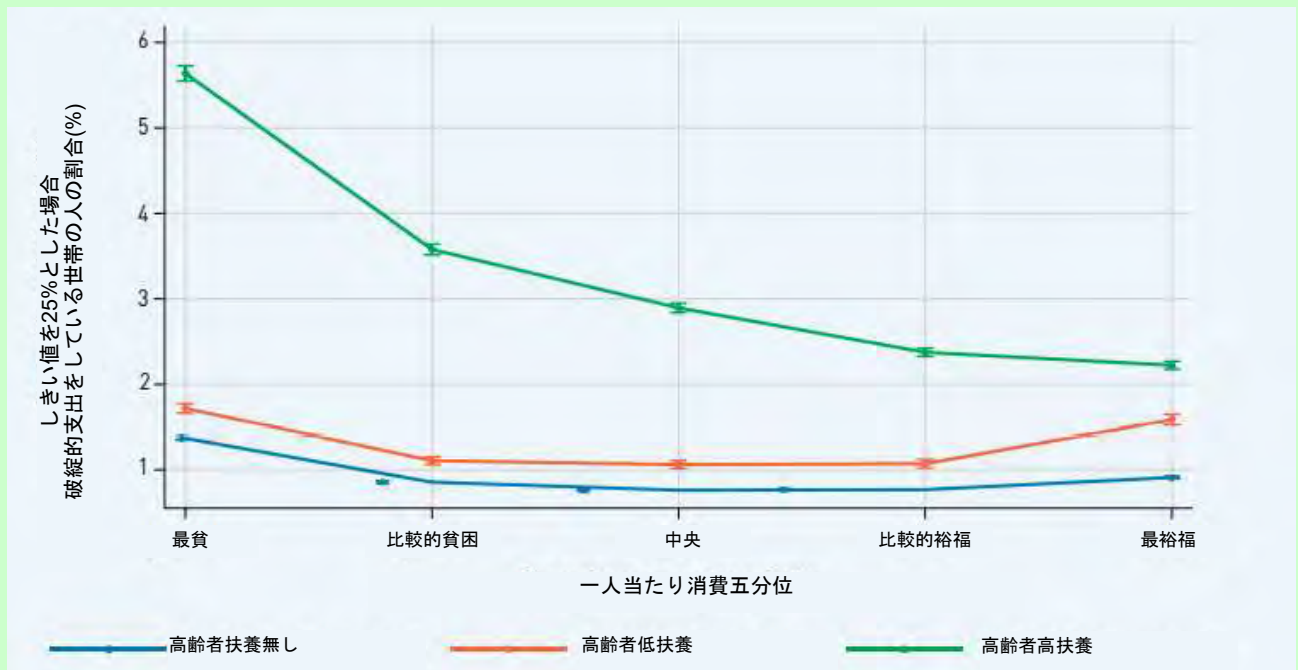
高齢者の破綻的保健医療支出の率が高くなると、低率のケアの断念が起こることある（ボックス5）。経済的保護の定義を考えれ

Eozenou (34)

133 89% OADR
 OADR 60 18 60
 3 OADR 1. OADR=0
 2. 2 (0 < OADR ≤ 0.5) ; 及び、3. 高齢者高扶養（高齢者一人あたり、労働年齢の構成員が2人未満 (OADR > 0.5)）。

調査は、全ての地域及び所得グループ（SDG3.8.2指標（しきい値が10%と25%））において、高齢者扶養率の高い世帯で生活している人々の破綻的保健医療支出の発生はかなり高いとする現在の認識を裏付けた。更に、国の背景、及び時間の要素を加味した破綻的な保健医療支出の全体的な傾向を管理するために回帰モデルを用いると、加齢に伴う経済的困窮の悪化は、極貧者の中で最も厳しいことを表している：第一消費五分位において、高齢者扶養が高い世帯で生活する人々は、扶養率がゼロの世帯よりも破綻的支出（10%レベル）を経験する確率がほとんど11%高い可能性がある。対称的に、最も裕福な第五分位における差異は7.2ポイントだけになる。しきい値25%での破綻的支出に関して、差異は、むしろより鮮明である：最も低い五分位において、高齢者高扶養世帯の比率は、高齢者扶養がない世帯よりも4.3%高い。一方、最も高い五分位において、差はただの1.3ポイントである。

破綻的支出の発生（しきい値を25%とした場合の富裕の五分位値による）



注：データは、高齢者扶養を伴う破綻的保健医療支出と富裕との関係を予測するために、133か国における517の調査に基づく960万世帯の観察を用いた線形モデルからの予測値（国及び調査年度の影響を調整済）。調査結果については、世帯観測の重みづけを行ってはいないが、定性的には調査特有のサンプルの重みづけの適用に対して堅牢である。重みづけは、各国の世界人口に対する比率を反映し、かつ各国に対しては同一の重みづけをしている。

出典: Eozenou et al. (34)。

ボックス5: 日本の高齢者同居世帯における破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズ

日本は公衆衛生の高度な基準を達成し、2019年の平均健康寿命は74歳となった。日本は世界で最も高齢化が進んでおり、2025年までに、人口のほぼ36%が60歳以上となる。国民皆保険及び長期医療介護保険などの政策は、一生を通じて全ての人々に経済的保護を提供している。しかしながら、より多くの高齢者が長期にわたりケアを要求するにつれ、これらの政策の強みが試されている。

世界保健機関健康開発総合研究センター(37)の継続的調査では、2004年から2019年の破綻的な保健医療支出の発生（両しきい値によるSDG指標3.8.2を使用）について全国的傾向を観測するために、日本家計パネル調査（Japan Household Panel Survey (JHPS)）を使用した。全世帯の8~12%が少なくとも家計の10%を保健医療に自己負担で支出しており、全世帯の1~2%では、保健医療の自己負担支出の割合が25%を超過していた。

世帯が高齢者（65歳以上）を含んでいるか否かに基づいて、これらの推定値を分類した場合、最低一人の高齢者がいる世帯においては、高齢者のいない世帯と比較して、高額の自己負担による保健医療支出が非常に多かった（2019年：しきい値10%を使用すると10.8%対5.8%、しきい値25%を使用すると3.1%対1.0%）。

分析はまた次のことも示している。即ち、自己報告の未充足ニーズ（調査前12カ月の間に、病気の兆候があるにもかかわらず、保健医療ケアを受けていないものと定義）は、若い人々（24才~64歳）の方が、65歳以上の人々よりも頻発していた（2019年：7.2%対2.6%）。近年では、未充足ニーズの減少傾向が、若い人々にも高齢者にも認められる。高齢者では、これは、破綻的な保健医療支出（しきい値10%）の減少傾向と同時に発生している。その一方で若い人々では安定した状態ではある。これらの調査結果は、人々の保健医療ケアのニーズは、経済的負担の顕著な増加をみることなく、大体において充足される、ということを示している。更に、高齢者を抱える世帯は、高齢者のいないものの高い自己負担保健医療支出をしている世帯よりも保健医療ケアのニーズが充足される可能性が高い。この調査結果は、次の事実を反映している。即ち、高齢者のいる世帯では、保健医療ニーズが多く、より多くの保健医療サービスを受けており、その結果、より多くの自己負担による保健医療支出に見舞われているが、時間と共に、アクセスの経済的障壁は減少している。

世帯の年齢構成（65歳以上の高齢者の存否に関わりなく）による破綻的な保健医療支出（しきい値10%）の傾向、及び回答者年齢別保健医療ケアの未充足ニーズ（2004年~2019年：日本）



注: 破綻的な保健医療支出について、世帯は同居の最高齢者の年齢（回答者自身を含む）により分類された。未充足ニーズには、健康ゆえに、ケアの断念を経験していない人々は含まれていない。2004年及び2007年には、未充足保健医療ニーズに関する質問はされていない。年齢グループの分類は調査の回答者の年齢に基づいている。破綻的な保健医療支出及び未充足ニーズに関して、横断的な重みづけ及び長期間の変化に関する重みづけ双方が適用されている。

出典: The microdata of the Japan Household Panel Survey (JHPS/KHPS) 2004–2019 used in this analysis are available upon request from the Panel Data Research Centre at Keio University in Japan (<https://www.pdrc.keio.ac.jp/en/paneldata/datasets/jhpskhps/>, accessed 29 November 201).

1.3. どのような種類の保健医療支出が経済的困窮の原因となっているか?

外来患者の処方薬のカバレッジ格差を削減させることは、多くの地域で、自己負担による保健医療支出び経済的困窮を減少させるために非常に重要である。経済的困窮をもたらすサービス又は製品の主たる種類に関するエビデンスが世界レベルで欠落しているが、地域レベルでは入手可能である。医薬品及び外来診療が、世帯の自己負担による保健医療支出の重要な要素であることは、ラテンアメリカ及びカリブ海地域の最近のエビデンスが裏付けており、他地域からの調査結果を補完している。ラテンアメリカ及びカリブ海地域において、データが入手可能な国^b (38)で、医薬品及び外来患者のケアは合わせて、全世帯の自己負担による保健医療支出の少なくとも73%に達し、医薬品への支出は、過半数を占める(39)。最貧の五分位において、世帯の総消費の大きな部分を占めていることが判明した。2019年保健医療での経済的保護に関するグローバル・モニタリング報告書(1)では、次のことが示されている。即ち、データが入手可能なWHO東南アジア地域の8か国中6か国において、医薬品への支出は、自己負担による保健医療支出の主たる要因であり、当該支出の総額75%超にのぼり、これらの国の5か国の最貧家計の80%を超過している。また次の事も報告されている。即ち、医薬品は、WHO欧州地域の破綻的保健医療支出(自己負担による保健医療支出が、世帯の支払い能力の40%超と定義されている)の主たる要因であり、入院患者治療及び歯科治療への支払いがそれに続く(31)。アフリカの25か国において、医薬品及び外来診療は、世帯の自己負担による保健医療支出の主たる決定要因として認識される。これは、破綻的保健医療支出の如何に関わりなく人々の自己負担による保健医療支出と類似の構造である。

1.4. 経済的困窮と保健医療への公的支出との関連

破綻的保健医療支出を負担し、極貧に追い込まれたり、相対的貧困に追い込まれたりした人口比率は、公的支出に重きを置いている国において低下する傾向がある。保健医療への公的支出が、家計の10%や25%超を保健医療に支出している人々の低い比率や、貧困に追い込まれた人々の低い比率に関連していたことが、以前のグローバル分析で判明した(20,40–42)。表2は次を使用してこの関係を裏付けている。即ち、この報告書のために作成された最新の推定値、一人当たりの国内総生産 (GDP) を調整した多変量パネル回帰モデル、及びGDP (他の領域に関連する保健医療に使用されるリソースレベルの代用として) の比率に従った現在の保健医療支出総額。自己負担支出に対する貧困の影響を推定するモデルは、一国の貧困率も考慮している。これらの関連性は因果関係を反映していないが、結果のパターンは、経済的困窮を減少するための経済的公的支出の重要な役割を暗示している。分析によれば次のことを示している。即ち、現在の保健医療支出総額における公的支出の比率は、破綻的保健医療支出の双方のしきい値 (10%と25%の双方) での発生、並びに極貧及び相対的貧困の双方に追い込まれた人口比率と、有意かつ負の関連性を有している。ある国の公的支出比率は、更に貧困に追い込まれた人口比率と負の相関関係があり、かつ統計的に有意な相関関係がある。後者は、国の最貧困率と最も強い (正の) 相関関係を有しており、次に強い相関関係を示すのは、現在の保健医療支出のGDP比率である。現在の保健医療支出の対GDP比率は、破綻的な保健医療支出の発生、及び相対的貧困及び極貧に追い込まれた人の比率とも正の関連性が認められる。最後に、一人当たりのGDPは、家計の10%超を保健医療に支出している人口比率、及び相対的に貧困に追い込まれた人口比率と正の関連性を有する。

^b これらの国々は：ポリビア (2015年)、バルバドス (2016年)、チリ (2016年)、コロンビア (2016年)、エクアドル (2011年)、メキシコ (2016年)、及びペルー (2017年)。

表2. 破綻的保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出に関するマクロ経済の特性の限界効用

	SDG3.8.2指標に基づく破綻的保健医療支出の発生		貧困に追い込まれた人口比率		更に追いやられて貧困に陥った人口比率	
	10%しきい値	25%しきい値	1日\$190生活貧困ライン	相対的貧困ライン	1日\$190生活貧困ライン	相対的貧困ライン
1人あたりのGDP (2017年水準US\$, 単位: 千)	0.250*** (0.00)	0.019 (0.36)	0.014 (0.80)	0.040** (0.00)	0.011 (0.98)	0.074 (0.17)
現在の一人当たりの保健医療支出 一人あたりの対GDP比率	0.602*** (0.00)	0.071* (0.06)	0.002 (0.92)	0.103*** (0.00)	0.369** (0.02)	0.359*** (0.00)
一人あたりの保健医療への公的支出 一人あたりの現在の対保健医療支出比率 (%)	-0.094*** (0.00)	-0.017** (0.00)	-0.017*** (0.00)	-0.016*** (0.00)	-0.023 (0.40)	-0.017 (0.24)
1日\$1.90で生活する貧困ラインの貧困者人数比率			0.038*** (0.00)		0.619*** (0.00)	
相対的貧困ラインの貧困者数比率				0.007 (0.48)		0.538*** (0.00)
観測数	734	734	506	637	488	633
国数	144	144	111	130	110	129

注: 括弧内の数値はp値: * p値 < 0.10; ** p値 < 0.05; *** p値 < 0.001。

出典: Authors calculations based on the 2021 Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

国レベルの分析が示したことは、注意深く設計された自己負担政策、及び福利厚生目的の設定や包括性に関連した人口カバレッジは、公的支出の増加を経済的保護の改善に移行させるために必須であるということである。自己負担政策の設計の重要性、及び経済的困窮を減少させるための目標設定の重要性に関するエビデンスは、WHO欧州地域(1,43)関連のものは既に入手可能であり、同エビデンスにより、低い定額に抑えられた自己負担金、及び全ての自己負担の年間上限額、並びに貧困層の自己負担免除制度を有する国では、破綻的な保健医療を支出している比率（世帯の支払能力の40%超の保健医療支出を自己負担している世帯比率と定義）が最も低いことが判明した。欧州の中所得国からの最近の事例で判明したことは、これらカバレッジの他の側面を注視することなく、人口カバレッジを拡大したり、保健医療に対する公的支出を増加させたりすることは、保健医療サービスへのアクセスを改善し得るものの、世帯に自己負担による支払いも増加させ、その結果、破綻的保健医療支出の発生も増加させてしまうということであるボックス6)。最近の20の低所得国/低中所得国からあがってきたエビデンスの再調査では、貧困層向けの内容にするために必要な保険契約の主要な特徴を特定した（即ち、貧困を招く保健医療支出を減少させつつ、貧困層の人口の多数を当該保険の対象とし、かつ貧困層の人々が保健医療サービスの利用増加を確保すること）。特定された主な特徴には次のものが含まれる：幅広い適格性；自動的加入；資格付与に関する豊富な情報；福利厚生の包括性（含まれるべきものは、外来診療サービスや医薬品、入院患者サービス、及び少なくとも非貧困層と同規模の貧困層へ適用）；貧困層と非貧困層と同程度の料金での適切な時期におけるプロバイダーへの償還(44)。

ボックス6: 中所得国におけるアクセス及び経済的保護に関する保健医療財源改革の影響

ジョージアの医療財政改革の経験は、医療給付制度の範囲、自己負担の設計、戦略的な購買を慎重に検討することなく人口のカバレッジを拡大することが、いかに医療サービスへのアクセスを向上させ、その代償として経済的困窮を増大させるかを示した。

2013年、ジョージアはユニバーサル・ヘルスケア・プログラム（UHCP）を導入し、公的資金で賄われるヘルスケアを受けられる資格を有する人口の比率が50%未満から95%以上に飛躍的に拡大した。改革は保健医療に関する一人当たりの公的支出の純然たる増加を伴っており、2011年から2018年の間に3倍になり、現在の保健医療支出の自己負担の支払い率を2012年の73%から2018年の48%と低減させた(45)。

改革は保健医療ケアへのアクセスを著しく改善したが、経済的保護に関する効果は次のものと組み合わせられた：コストが理由でケアの断念を報告している人口比率は、2010年（改革前）の17%から2014年の10%に減少（驚異的達成）したものの破綻的な保健医療支出の発生は、次の要因を反映して、2012年の13%から2018年の17%に増加した(46)。

- 改革は入院患者のケアを優先し、医薬品については、貧困世帯の破綻的な保健医療支出の最大かつ唯一の原因であり続けていたにもかかわらず、当初は外来患者の医薬品へのアクセス改善に注目しなかった。その結果入院患者のケアに自己負担で支出する平均金額は、破綻的な保健医療支出をしている世帯において急激に減少した一方、医薬品への平均支出額は相変わらず増加した。
- 外来患者の医薬品のカバレッジギャップには変化がない。UHCP福利厚生には、貧困世帯の自己負担支払免除や、自己負担の上限設定などの保護メカニズムがないなかで、外来患者の医薬品について限られた選択肢しか含まれておらず、それが使用者への複雑な課金（自己負担金）を必要としている。
- 提供側のインセンティブもコストを世帯に移転している。例えば、薬局では、サービス価格の強力な規制やサービス量をコントロールするメカニズムがなければ、ブランドの医薬品を処方することで収入を増やすことができ、病院での治療実績ベースの支払いは、過剰治療やより高価なサービスの利用を助長する。

経済的保護を強化するためには、次の対策が必要である。即ち、保健医療に対する公的支出を継続的に増加すること（2018年の対GDP比2.8%では、地域的高中所得国WHO欧州地域）における平均3.3%と比較するとまだ低い）、また、政策を1次治療の質の改善にシフトし、貧困世帯や持病のある人々による自己負担からの保護を強化し、保健医療サービス価格の規制を強化する政策へのシフト。

破綻的な保健医療支出をしている世帯の自己負担の平均、2011年～2018年



注: WHO地域において、破綻的な保健医療支出とは、保健医療ケアの支払能力の40%超を、自己負担で支出することと定義されている。

出典: Goginashvili et al. (2021) (46)。

1.5. ケアの断念及びサービス・カバレッジに経済的困窮を関連付ける

本章の前のセクションで、破綻的な保健医療支出の発生が増加（及び貧困を招く保健医療支出を負担している人数の多さ）を起因とする経済的困窮の減少について、世界は困難な道を歩んでいることが示された。これらの指標だけでも、COVID-19パンデミック前の時点で、経済的保護は悪化していた。しかしながら、経済的保護は、次の場合にのみ達成される：保健医療支出を理由とする経済的困窮が発生していないこと；及び、アクセスについて経済的障壁がないこと。このように、経済的困窮の指標は、サービスの実際の使用、ケアの断念と未充足ニーズの分析、及びサービス・カバレッジ指標に関連付けられなければならない。その理由は、破綻的な自己負担支払や貧困を招く自己負担支払いの発生が低いのは、経済的保護のレベルが高いからではなく、むしろサービスへの貧弱なアクセスを反映しているからであるかどうかを判断するためである。未充足ニーズに関するWHO欧州地域のデータは、破綻的な保健医療支出を負っている人々の保健医療支出の自己負担の構成を理解するのに役に立ち、アクセスの際の所得不平等に光をあてている（ボックス7参照）。最近の体系的な文献レビュー及びメタ分析により、自己報告される保健医療の断念の頻発は、研究母集団の約10分の1（56か国からの5千8百万人、ボックス8参照）に影響していることが明らかになった。保健医療におけるケアの断念が最も頻繁に報告される理由は、サービスの費用負担の可能性（年齢に関係なく）、次にサービスの入手のしやすさ（可用性）、アクセス可能性（12.2%）、及び受容性（8.9%）である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの調査：2021年モニタリング報告書（Tracking universal health coverage: 2021 Monitoring report）(18)では、2000年から2017年間のサービス・カバレッジ（SDG指標3.8.1）が着実な改善を示している。それにもかかわらず、ケアの断念の研究から浮かび上がるエビデンスは、保健医療の自己負担支払いに見合う経済的リソースを確保できない人々が経験するアクセス時の経済的障壁の継続的な重要性を明らかにする。

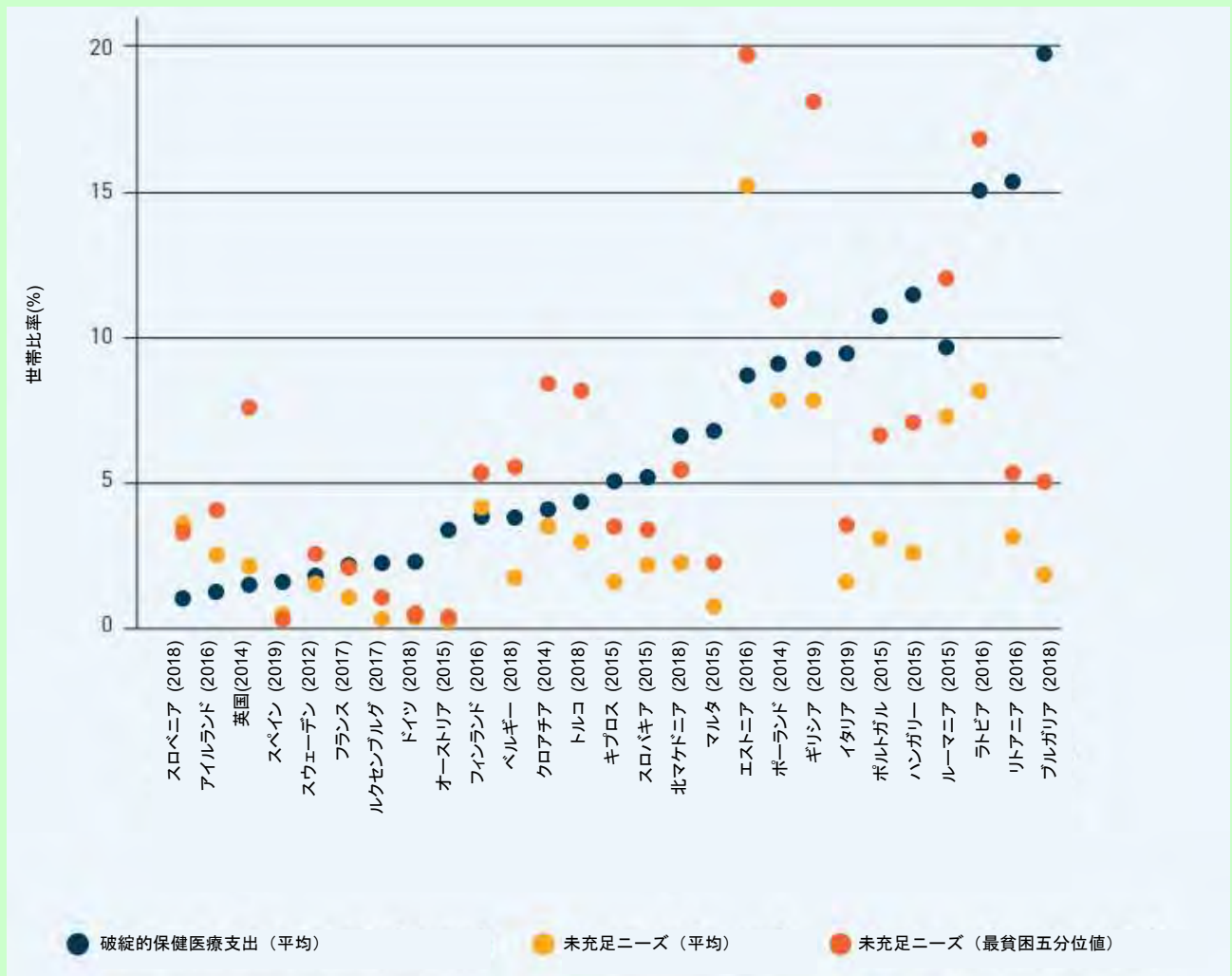
ボックス7: 欧州において、破綻的な保健医療支出を負担している世帯の比率が非常に低い国では、顕著な所得格差もなく、未充足ニーズも低い傾向にある

保健医療に関する未充足ニーズ（コスト、距離、又は待ち時間に起因）に関するデータの国際比較については、若干の注意が必要である(47)。そのことを認識しつつ、WHO欧州地域からのエビデンスによって、破綻的支出の発生が大変低い国では、未充足ニーズは低くなる傾向にあり、未充足ニーズにおける所得不均衡は少ないことが判明する。これらの国について、低い経済的困窮レベルは、人々が保健医療サービスにアクセス出来ないことの結果ではないと想定することは、理にかなっているだろう。

しかしながら、破綻的な支出が多い場合、概して未充足ニーズとの明確な関係がないものの、未充足ニーズにおける所得格差の影響は、顕著になる傾向がある。破綻的支出及び未充足ニーズの双方が高い国で、より多くの人々がサービスにアクセスすることが可能になれば、破綻的自己負担支払率が更に増加する可能性がある。

更に詳細な分析をすると、未充足ニーズは歯科治療において、他の種類の保健医療ケアよりも通常は高いことが判明する（データは示されていない）。欧州に広く見られる歯科治療のカバレッジギャップは、より貧困層の人々にとっては、未充足ニーズに至りやすいし、より裕福な人々にとっては、経済的障壁になる傾向がある(43)。同様に、外来患者の医薬品のカバレッジギャップは、より貧困な人々にとって、未充足ニーズ及び経済的貧困を招く(43)。

WHO欧州地域における、破綻的な保健医療支出を負担し、未充足ニーズのある世帯比率、最新年次



注: *グレート・ブリテン及び北アイルランド連合王国。破綻的支出及び未充足ニーズに関するデータは同一年のもの。分母は: 破綻的支出の世帯; 及び未充足ニーズに関しては16歳超の人口。五分位値は破綻的支出の消費及び未充足ニーズの所得をベースにしている。

出典: Eurostat (2021) for data on unmet need (48) and WHO Regional Office for Europe (2019) for data on catastrophic spending (43)。

ボックス8: 最貧困世帯は、ケアの断念を経験する可能性が高く、経済的障壁は、最も頻繁にケアの断念の理由として報告されている

ライフサイクルの全てのフェーズで、異なるアクセス障壁—特に、地理的、経済的、社会的—が人々を十分な保健医療ケアにアクセスすることを妨害し得る。例えば、人々がある保健医療サービス又は保健医療ケア全般を経済的理由により断念した場合、自己負担による保健医療支出が低ければ、十分な経済的保護よりも、ケアの断念をもたらす得る。

最近の研究(49)にて、体系的な文献レビュー及びメタ分析を通じて、ケアの断念の頻発、及びその助長要素が推定された。ケアが求められなかったり遅らせられたりした時の病気のエピソードとして明確にされたケアの断念を測定した研究を精査するために、4つの主たる電子データベースが調査された。人口ベースの調査に基づき、114の研究がレビューに含まれ、56か国から約5千8百万人が対象となった。分析によれば、研究母集団の9.0%について、保健医療ケアの断念又は遅延が自己報告された。主要な理由はサービスの費用負担の可能性(20.6%、これは、全人数の約1.8%に相当する)、次にサービスの入手のしやすさ(可用性)(17.0%)、アクセス可能性(12.2%)及び、受容性(8.9%)であった⁶。教育レベルによるコスト関連の障壁が原因でケアの断念の頻発に、相当な差異が認められた。(小学校又はそれより高い教育(7.8%))；自己報告の保健医療状況(貧弱(24.6%) vs 大変良好/絶好調(15.5%))；保険状況(未加入(21.9%) vs 加入(15.9%))；及び経済状況(最貧五分位値(30.2%) vs 最裕福五分位値(8.4%))。

高齢者のサブグループ分析は、保健医療におけるケアの断念及び長期間ケア(LTC)の未充足ニーズの蔓延について推定した。この分析のために、65歳以上の人々のケアの断念に関するデータが掲載された79の研究、及びLTCの未充足ニーズに関する14の研究が分析された。65歳以上の人々に関し、その10.4%について保健医療におけるケアの断念が報告され、これと比較するに、31歳から64歳までの成人の4.9%、30歳以下の11.5%が保健医療におけるケアの断念を報告している。高齢者の保健医療におけるケアの断念の主たる理由は、サービスの費用負担の可能性(31.7%)、次に受容性問題、アクセス可能性(6.2%)、そしてサービスの入手のしやすさ(可用性)(4.9%)である。一般住民の結果に類似して、コストが原因の保健医療におけるケアの断念の統合蔓延の有意差が次の通り見られる:ジェンダー(男性(10.9%) vs 女性(14.4%))；教育レベル(小学校又はそれ以下(13.3%) vs より高い教育(7.5%))；自己報告の保健医療状況(貧弱(23.2%) vs 良好(4.4%))；保険状況(未加入(27.7%) vs 加入(9.0%))；及び経済状況(最貧困五分位値(28.2%) vs 最裕福五分位値(7.1%))。概して、高齢者の25.1%が長期ケアの未充足ニーズを報告した。これは、身体機能のレベルによりまちまちであり(日常生活動作(ADL)(23.8%) vs 手段的ADL(11.0%))、また居住についても、地方(51.1%) vs 都会(48.0%)となっている。

要約すれば、自己報告された断念保健医療ケアは、人口の約10分の1に影響を与えており、高齢者(65歳以上)では、若年成人(31歳から64歳まで)の約2倍となっている。保健医療におけるケアの断念の理由のうち、最も高い頻度で報告されているのは、年齢に関係なく費用負担の可能性である。この研究が提案するのは、未充足ニーズは、サービス・カバレッジ及び、(特に高齢者の)経済的保護を正確に測定するように考慮されるべきであるということである。

1.6. 保健医療の経済的保護のモニタリングをルーチン化する取組は、COVID-19パンデミックにより、悪化した。

破綻的な保健医療支出、及び貧困を招く保健医療支出の指標を作成するための現在の4年間平均遅延時間は、減少するとは予想されておらず、世帯の保健医療自己負担支出に関するデータの収集を開始する緊急行動がとられなければ、遅延時間が増加させる可能性や、COVID-19パンデミックの期間中の人々が経験する経済的困窮に関する知見格差にさえつながる可能性がある。

保健医療の経済的保護を調査するには、自己負担による保健医療支出及び消費総額又は所得総額の双方に関する世帯データにアクセスすることが必要である(19)。そのようなデータは普通、家計、所得、出費、生活水準及び社会経済に関する対面調査を通じて収集される。しかし、これらの調査は、不定期的であり、データ人力の処理には時間がかかり、経済的保護の指標の推定に遅延が生じる。それゆえ、この報告書における世界予測は、2017年までしか入手可能ではない。

⁶ Tahanashaiのフレームワーク(10)では、可用性の次元は、人材、インフラ、製品などが対象者にとって必要な場所にあることに関係し、アクセス可能性は、それらの資源が恩恵を受けるべき人々の妥当な範囲内にあることに関係し、受容性は、サービスを利用する意欲に焦点を合わせている。体系的レビューでは、放置ケアの理由の例として、「可用性」では、予約の問題、医療施設の不足、「アクセス可能性」では、施設までの距離、交通機関の問題、「受容性」では、施設・人材に対する悪い印象、医療従事者に対する不信・恐怖、時間の不足・矛盾が挙げられる。

パンデミックの結果として、ほとんどの国では2020年の調査実行計画を延期した。また、2021年5月まで対面データ収集活動の再開時期に関する不透明感は非常に高い(50)。多くの国が代替のデータ収集を選択したが、今日まで、世帯の自己負担による保健医療支出に関するデータ収集の体系的な取組はみられていない(第2章及び(51)を参照)。自己負担支出、及びその世帯の必需品への支出能力への影響に関する定性的情報の収集調査が、多数国での比較可能な方法で唯一試みられたものである(図27)。この観点から、知見を生成する際の、現在の4年間平均遅延時間は、予見出来る未来において、増加するようにセットされたように思え、パンデミック期間中に人々が経験した経済的困窮レベルに関する知見格差につながる可能性がある。現在の世帯の自己負担による保健医療支出の調査を開始する緊急行動(及び世帯の総消費を測定すること)が必要である。様々なプラットフォームを通じて、自己負担による保健医療支出に関するデータを収集するため、また自己負担による保健医療支出を理由とする経済的困窮に関するデータを収集するために、WHOは世帯調査質問表の開発をしている(52)。

2020年に行われた調査が、パンデミック期間を対象としたのはほんの一部だけで、前年と比較すると経済的保護に対するCOVID-19の影響をまだ捉えられていない傾向があり得る。ある複数の国では2020年に世帯調査を行った。図17及び図18には、破綻的な保健医療支出に関して5か国、貧困を招く保健医療支出に関して3か国の推定値(2020年)が示されている。3か国のうちのほとんどは、10年以上にわたる自己負担の保健医療支出を含む世帯消費に関するデータを収集してきた。2020年の入手可能なこれらの国の推定値は、世帯消費及び自己負担による保健医療支出の双方に関する質問が過去に遡ってのものなので、部分的にのみパンデミック期間をカバーしている。あるケースでは、丸一年にわたり調査を実施するために、混合モードのデータ収集アプローチを採用した国もあり(ボックス9)、その効果は現在も調査中である(53)。これらの注意点に適切に配慮すると、これらの国に関する入手可能な調査結果が示唆することは、2020年推定値が、前年の傾向を混乱させる可能性はないということである。むしろ、変化のスピードを加速したり減速したりしている可能性がある。SDG3.8.2指標に使用可能である推定値を有する5か国のうち3か国については加速が認められる(即ち低中所得国-アジア及び高中所得国と欧州の双方)、そして、貧困を招く保健医療支出に使用可能な推定値を有する3か国のうち2か国についても同様である。

2020年推定値を理解するには更なる分析が必要であろう。分析が行われるべきタイプの例は、図17及び図18に含まれているペルー及び高中所得国である。破綻的な保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出の2019年の1.2%及び2020年の0.1%の推定年間増加率は、2017年と2018年の間の以前の推定増加率と同じ規模である。しかしながら、当該平均年間増加率は、その年の重要な変化を見えなくする。ボックス9では、増加はパンデミック月数が増加するにつれて、一段と高くなり、2020年の最終四半期までに、人口の13%が自己負担保健医療のコストに家計の10%超を支出していた(即ち、2020年1年間の推定9.2%よりも3.8%高い)ことを示している。SDG3.8.2 指標に使用可能である推定値を有する5か国のうち3か国については加速が認められ(即ち低中所得国-アジア及び高中所得国と欧州の双方)、また、貧困を招く保健医療支出に使用可能な推定値を有する3か国のうち2か国についても同様である。

パンデミックは、自己負担による保健医療支出に起因する経済的困窮を、定期的にモニタリングする既存の取組を悪化させた。統計局がその作業及びデータ収集の方法を変更し、更に速度の速いデータ収集ツールに適応したので、収集情報の即応性を改善する機会でもあった。

図17.SDG 指標 3.8.2 しきい値10%の追跡に基づく破綻的保健医療支出の発生傾向（2020年の推定値を入手できる国）

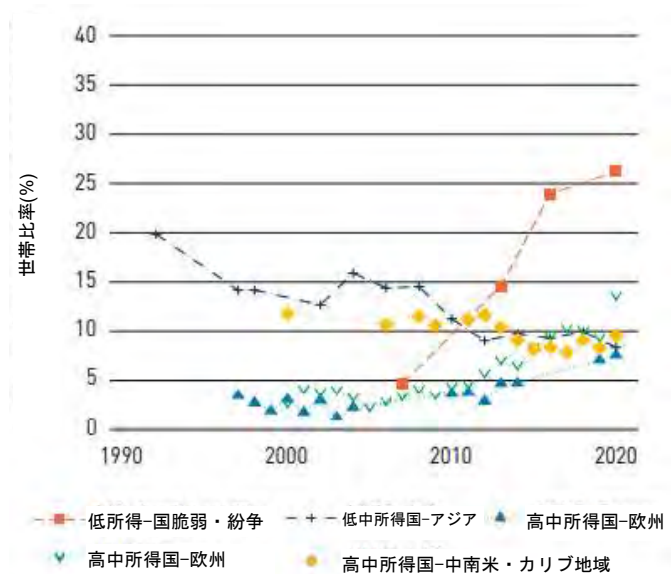
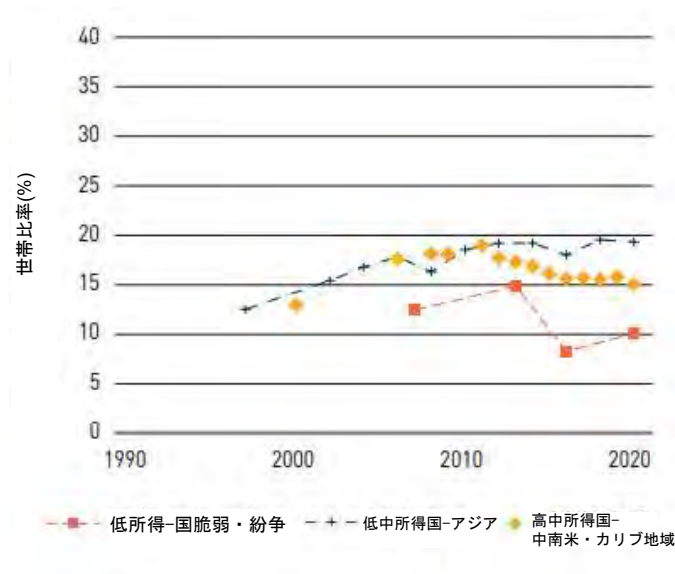


図18.更に貧困に追い込まれた人々の発生傾向（2020年の推定値を入手できる国）



出典: data from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

2. Covid-19及び経済的保護

主なメッセージ

- ✓ パンデミック中に収集された世帯支出調査データが不足しているにもかかわらず、入手可能なエビデンスは、COVID-19の経済と健康への複合的な影響は、経済的理由によるケアの断念の割合が高いこと、ケアを求める人々にとっては、自己負担による医療費支出による破綻的な支出と貧困の悪化の発生率が高いことにより、世界的に経済的保護が大幅に悪化する可能性が高いことを示している。
- ✓ 失業、貯蓄の減少、及び社会的保護の欠如に起因する所得の減少、貧困率の上昇、及び脆弱性の悪化は、特に低-中所得国と低所得世帯の自己負担によるサービスを支払う能力を低下させる。
- ✓ 予備的なエビデンスは、場合によっては、COVID-19の検査と治療が世帯にとって費用がかかり、費用に対処するために必需品への支出が削減されたと報告されていることを示している。
- ✓ 特に低所得国の世帯は、COVID-19に関連するサービスだけでなく、すべての医療サービスのケアを求めることに対する経済的障壁を報告している。
- ✓ 長期にわたる医療サービスの利用の中断や減少は、家庭に中長期的な健康上及び経済的影響をもたらす可能性がある。
- ✓ パンデミックに対処するための支出を増やすことを目的とした政府による最初の取組にもかかわらず、結果として公的収入の減少と債務負担の増加は、財政調整の時間枠を延長するための措置やより広くより長期の反循環的支出を可能にしない限り、保健医療を含む公的融資に下向きの圧力をかけるだろう。
- ✓ 積極的な政策取組は、COVID-19の影響を緩和することができ、また、自己負担の医療支出から抜け出すために、貧困層削減に的を絞った公共支出の増加に焦点を当てることにより(強化された社会的保護サポート、ケアを求める時間と場所での自己負担金及びその他の料金の削除、特に貧しい人々のアクセスを容易にするための現金給付など)、UHCへの進展を加速することができる。
- ✓ COVID-19は、特に危機の際に、他のモダリティ(携帯電話やソーシャルメディア調査など)を使用した、より機敏で頻繁な形態の経済的保護モニタリングで、従来の世帯の消費と所得の調査を補完することの重要性を強調している。

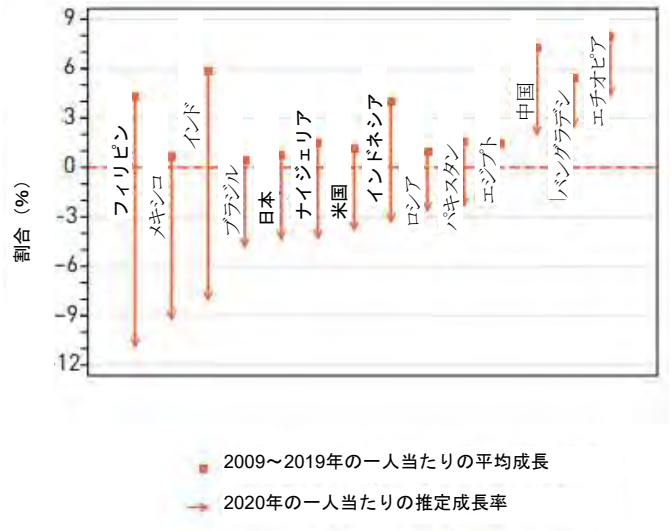
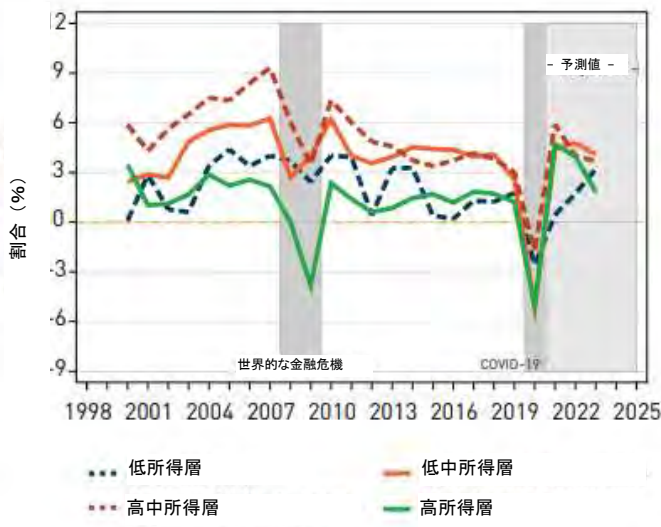
COVID-19は、世界的に経済的保護を大幅に悪化させる可能性がある。2015年から2017年の間に、主に非貧困層の医療への自己負担支出が原因で、破綻的な支出の発生率は悪化し続け、その結果、1. 人々が自己負担による医療支出をした金額の増加、2. 個人消費の伸びと比較して、自己負担による医療支出の伸び率が高くなった。同期間に貧困層の全体的な経済的困窮は減少したが、自己負担による医療費を支払う貧困層の数は容認できないほど多いままであった。COVID-19は、所得の減少、貧困率の増加、および世界的な経済的脆弱性の割合の悪化をもたらした(54)。現在、データが不足しているため、COVID-19が経済的保護に与える影響を詳細かつ包括的に評価することはできない(2, 127, 126)。それにもかかわらず、これらのパンデミック関連の要因はすべて、特に低所得世帯の間では、破綻的な医療費の発生率の上昇、貧困の悪化、および経済的ならびにその他の障壁による医療機関への受診控えの割合の上昇など世界的に経済的保護が大幅に悪化する可能性が高いことを示している。この経済的保護の悪化は、回復を支援するだけでなくUHCへの進展を加速するために、積極的な政策取組（例えば、自己負担による医療支出から抜け出すための貧困層削減に焦点を当てた公的支出の増加、社会的保護支援の強化、ケアを求める時間と場所での自己負担とその他の料金の撤廃、貧しく脆弱な世帯の利用を刺激するための現金給付、およびプライマリ・ヘルスケアのカバレッジの拡大とプライマリ・ヘルスケアの強化）がなされない限り、中期的に持続する可能性が高い。

COVID-19は、世界的に被害をもたらし続けている。2021年11月の時点で、約2億5,000万人がCOVID-19に感染していることが確認されており、推定500万人が世界で死亡している(55)。検査と死亡登録の弱点のため、実際の数には特に低所得国と中所得国ではるかに高くなる可能性がある(56)。UN地域の中で、欧州は人口100万人当たりの症例数と死亡数が最も多いと報告している。一方、オセアニアの国々は、これまでのところ、症例数と死亡数が最も少ない国である。これまでに報告された死亡のほとんどは米国で発生しており、ブラジル、インド、メキシコ、ロシア連邦がそれに続いている(57)。世界的に、入院と死亡は60歳以上の人々と潜在的な併存疾患のある人々の間で最も高かった(58)。致死率は、発生率の加齢による違い、検査率の違い、質の高い医療へのアクセス、及びデータの質と報告の課題などにより、国によって異なる。罹患率と死亡率に対するCOVID-19の即時の影響に加えて、回復した人々、又はCOVID-19の後遺症に苦しんでいる人々の間での長期的な健康への影響に関する懸念がある(59)。COVID-19のワクチン接種が展開されるにつれ、現在までに世界の人口のほぼ50%が少なくとも1回の接種を受けており、ワクチン接種率に著しい不平等が生じている（高所得国では単回接種のワクチン接種率が70%を超えているが、依然として低所得国では5%未満）(60)。

COVID-19は、罹患率と死亡率への影響に加えて、2020年に世界的な経済の深刻な縮小をもたらした。COVID-19の管理とソーシャル・ディスタンスの取組は、世界的な経済活動の急激な低下を引き起こした。世界は1世紀以上でGDPの最大の低下の一つを経験し、その大きさと規模は前例のないものであり、2020年にはほとんどの国でマイナスの経済成長、ほとんどすべての国で経済成長の鈍化が見られた(2)。主に高所得国間で経済の縮小をもたらした前回（2008～2009年）の世界的な金融危機とは異なり、COVID-19危機は、すべての所得グループの国々に影響を及ぼした（図19）。より厳格な管理とソーシャル・ディスタンスの取組を実施したが、ウイルスを効果的に封じ込めることができなかった国々は、経済がサービス部門（観光業を含む）と工業製品の輸出にさらに依存していた国々と同様に、最大の経済的打撃を受けたようである。例えば、インド、メキシコ、及びフィリピンでは、2020年に一人当たりのGDPの縮小が8%超増加した。一方、バングラデシュ、中国、及びエチオピアの経済は縮小しなかったが、以前の傾向に比べて成長が大幅に鈍化した（図19）。比較的ウイルスのない国（例えば、一部の太平洋諸国）でさえ、強力な世界的つながりのために、COVID-19の経済的悪影響に対して免疫がない(61)。

図19. 一人当たりのGDP、2000～2023年

a) 経済グループ別の一人当たりGDP成長率(%)、2000～2023年 b) 1人当たりGDPの変化(%)、2009～2020年、選択した国



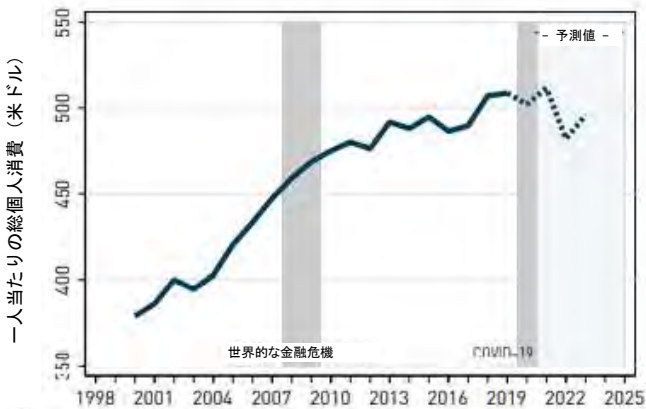
注：IMF世界経済見通しで直接報告された一人当たりGDPの予測値。両方の図の基礎となる計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors' calculations using data from World Bank (2021) (62) and International Monetary Fund (IMF) (2021) (2)

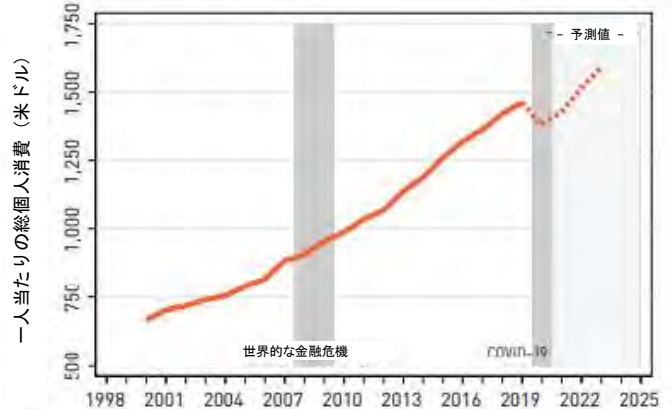
COVID-19に起因する経済ショックのユニークな側面の1つは、商品とサービスの需要と供給の両方に与える影響である。需要側又は供給側のいずれかによる影響の傾向があった以前の景気後退とは異なり、現在のCOVIDによる経済ショックは両方に影響を及ぼした(63)。需要面は、個人消費と貿易が最初に減少し、次に投資が減少した。特に、移動を制限する規制は、個人消費の急速な減少の一因となった(64)。図20に見られるように、一人当たりの個人消費の水準は2020年にすべての所得グループで減少した。しかし、GDPの総政府支出の他の重要な要素は、2020年にほぼすべての国で増加した。供給側は、対面の接触に依存するサービス部門が最も影響を受け、製造業がそれに続いた。一方、農業部門は、これまでほとんど無傷でCOVID-19パンデミックを生き延びてきた(65)。

図20. 1998～2023年の一人当たりの総個人消費

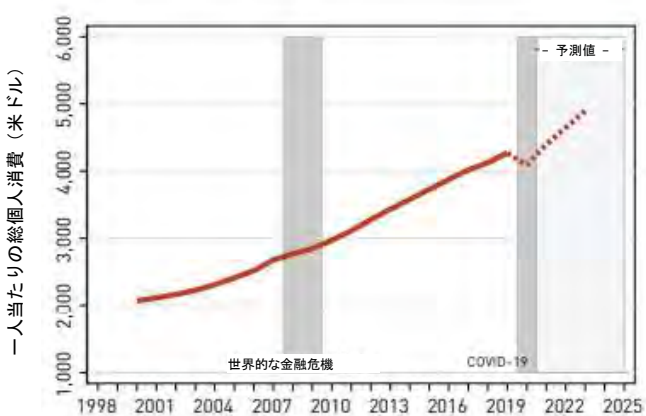
a) 低所得層



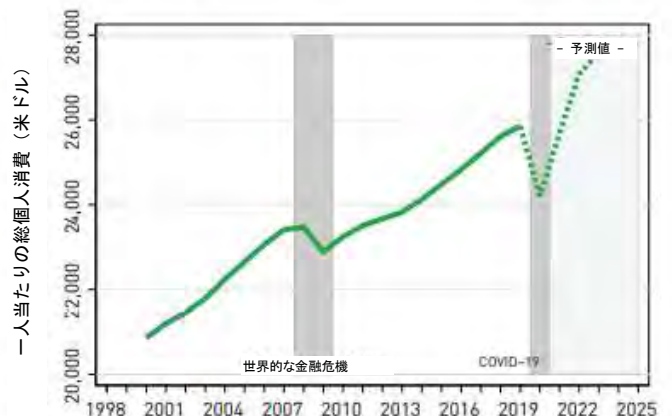
b) 低中所得層



c) 高中所得層



d) 高所得層



注：値は定数2017米ドルである。予測方法はアネックスA6に記載されている。

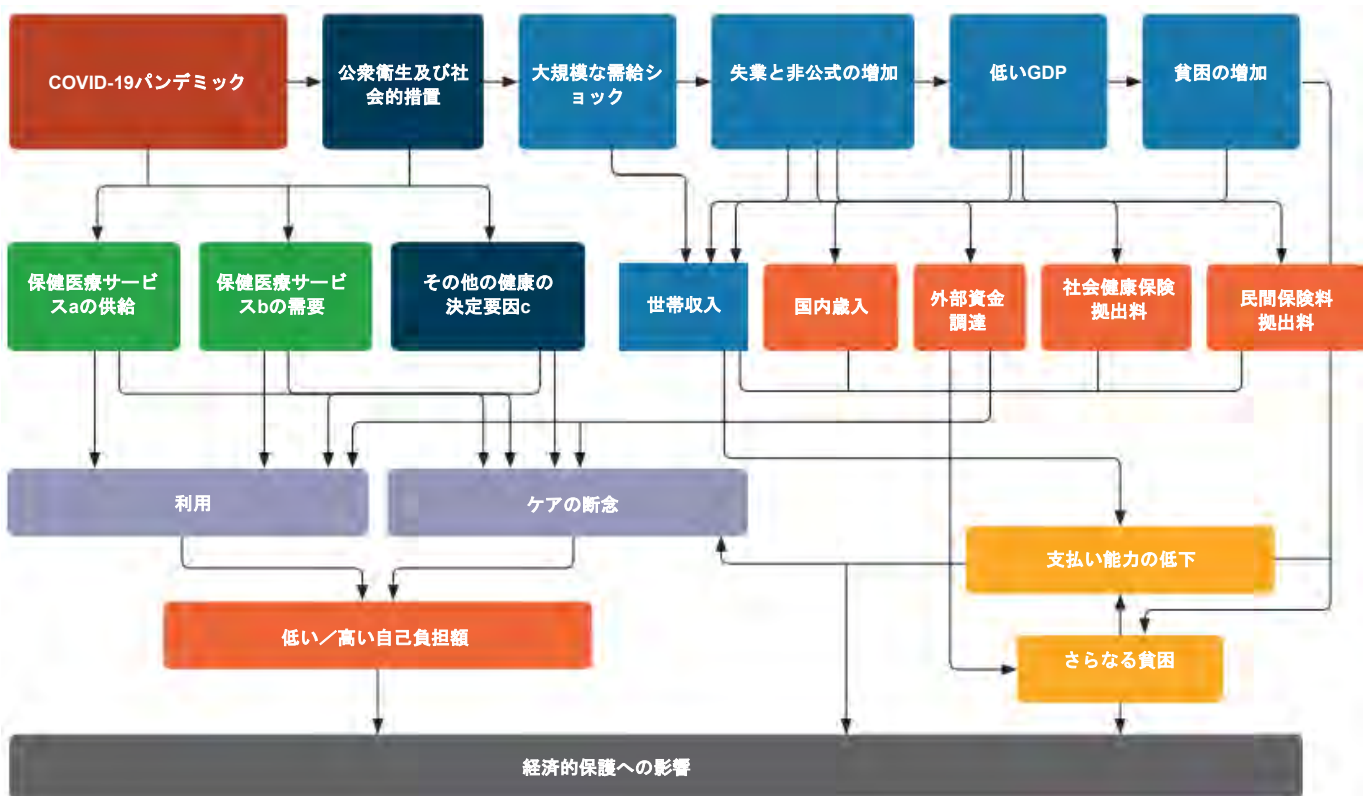
出典：世界銀行（2021年）(62)及び国際通貨基金（IMF）（2021）(2)のデータを使用した著者の計算

現在の予測では、2021年から経済の回復が見込まれるが、はるかに低いベースラインからである。世界経済は2021年に5.9%、2022年に4.9%、2023年に4.7%成長すると予測されているが、これらの予測は依然として途方もない不確実性を伴い、比較的高いCOVID-19ワクチン接種率と政策支援は経済活動を刺激したが、予想される回復の格差が依然として大きく、予防接種率が遅れている世界の他の地域とは対照的である(2)。世界人口の大部分がワクチン未接種のままである限り、ウイルスの新たな復活と新たな変異株の出現の脅威は依然として大きく、健康へのリスクだけでなく、経済的回復の維持にもリスクをもたらす。多くの国は、2022年までパンデミック前の一人当たりGDPに回復しないであろう。一部の経済回復には、さらに時間がかかる可能性がある。また、現在の予測が維持される場合、他の所得グループの平均とは異なり、低所得国の回復が遅いことは、2023年以降でも1人当たりの個人消費水準のCOVID前の総計に戻る可能性が低いことを示している。そして、多くの国(例えば、UNサブ地域の東南アジアのインドネシア、マレーシア、タイなど)は、最初はウイルスを封じ込めて経済的に回復したが、その後2021年初頭にデルタ変異の発生に屈したという運命の逆転を見た(66)。それにもかかわらず、ワクチンの迅速な展開が経済成長を後押しし、ワクチン接種率が高いほど経済的限界利益が高くなるといういくつかのエビデンスがある(66、67)。ワクチンの展開と回復のさまざまなペースが逆転しなければ、国全体の経済的不平等が持続し、さらに拡大する可能性がある。

健康と経済の両方に対するCOVID-19の二重のショックは、さまざまな経路を通じて経済的保護に影響を与える可能性がある

(127)。COVID-19が経済的保護に与える影響に関する詳細なデータはまだ入手できず、パンデミックのために多くのデータ収集が保留されている。その結果、少なくとも短期的には、COVID-19が経済的保護に与える影響を、中長期的な副産物に関連して完全に測定及び評価することはできない。これにより、経済的保護が影響を受ける可能性のある経路の特定、評価、及び分析が、緩和政策の設計と実施に情報を提供するためにさらに重要になる。COVID-19によって経済的保護が影響を受ける可能性のある経路は、図21に要約されている。即効性の影響のいくつかは短命であり、状況によっては逆転した。他の効果は中期的にもっと明らかになるであろう。例えば、弱い経済回復とマクロ財政のストレス要因は、保健医療のための公的資金に下向きの圧力をもたらす可能性があり、順番に、自己負担支出が増加し、家計収入の低下と相まって、結果的にケアを求める際の経済的困窮が悪化する可能性がある。ボックス9が示すように、COVID-19の経済的影響は、破綻的な支出とケアの断念の両方、及びこれらの測定基準の進化する性質に影響を及ぼす。パンデミックに直面した場合における緊急のケアの断念に関する不確実な長期的な保健医療への影響、及び経済的困窮による潜在的な持続性がある。すべての経路が必ずしも経済的保護の悪化を示しているわけではない（大規模なCOVID-19管理やソーシャル・ディスタンスの取組中に発生した道路交通事故、大気汚染、その他の感染症の発生率などのリスク要因の短期的な減少により、保健医療の需要があり、経済的困窮に直面するリスクが低下する可能性がある）。図21は、特に貧しく脆弱な世帯の間で、経済的保護を強化するための政策を通じて取り組む必要のある経路の複雑さを示しており、保健医療及び非保健医療セクターの関係者に同様に影響を及ぼす。

図21. COVID-19が経済的保護に与える影響の潜在的経路



- a : 抑制策、COVID関連の医療の拡大、非COVID供給のクラウディング・アウト、高値の医薬品
- b : COVID関連の利用率の増加、恐怖とロックダウンに関連した利用率の低下、セルフメディケーション率の向上
- c : 大気汚染と交通事故の減少、衛生状態の改善、マスク、メンタルヘルス、セルフメディケーション

本章の残りの部分では、COVID-19のパンデミックにより、経済的保護が大幅に悪化する可能性がある理由を明らかにし、さらに詳しく説明する。各国の財政状況、自己負担支出の圧力に対抗する能力、経済的混乱の中で家計を支援する能力の評価とともに、家計の支払い能力および健康への自己負担支出がどのように直接的な影響を受ける可能性があるかに関連する証拠が収集されている。総合的な影響は、世帯家計調査から得られた具体的なデータを通じて評価されるが、当該調査の実施はパンデミックにより影響を受けたため、数年後にしか評価されない。本章では、破綻的支出や貧困の発生率などの経済的保護の測定基準に何が起るかを推測して予測するのではなく、公開された各種情報源に基づく新たなエビデンスと、携帯電話やソーシャルメディア調査などパンデミック状況に適応した新しいデータ収集方法に基づくデータセットを要約する（アネックスA8）。状況固有のポリシー・モニタリングを伴うこれらの迅速な調査メカニズムは、現在及び将来の応答選択と優先順位を通知するために必要である。

ボックス9: COVID-19パンデミック中のペルーの経済的保護

ペルーは、COVID-19によって最も大きな打撃を受けた国の1つであり、パンデミックを通じて全国的に代表的な世帯調査データを収集し続けた数少ない国の1つである。2020年3月にペルー政府が厳格な全国COVID-19管理とソーシャル・ディスタンス政策を課したとき、その全国世帯調査Encuesta Nacional de Hogares（ENAH）は、全住民の間で必要不可欠なサービスへのアクセスと貧困の継続的なモニタリングを確実にするため、対面から電話インタビューに切り替え、アンケートでの質問数を減らした。2020年6月に制限が緩和され、症例が大幅に減少した後、調査モードは10月に対面に戻された。

保健医療へのアクセスに関する質問は、電話調査モードへの変更による影響を受けなかったが、自己負担による医療費支出に関する情報を引き出すために、電話調査では回答者に、15項目のデータを個別に収集するのではなく、1カ月、3か月及び12カ月のリコールを伴う項目の3つのグループにわたる総支出を求めた。調査によると、調査モードと支出項目数の両方が自己負担支出報告に影響を与える可能性があることが確認されている(68,69)。この警告により、ペルーのデータは、パンデミックが保健医療利用と経済的保護に与える影響についてのまれな観察手段を提供する。

図Aは、四半期ごとのCOVID-19症例数と一緒にENAH調査から2019年と2020年の過去1カ月の病気の状態のあるペルー人による保健医療の使用に関する四半期データを示している。2020年の第2四半期にパンデミックとそれに関連する公衆衛生対策が展開されたことで、正式な医療提供者の訪問は60%急落し、年末のパンデミック前の水準を3分の1下回ったままであった。特に第2四半期に見られた厳格なソーシャル・ディスタンスの取組の間、医療提供者の訪問を避けた人々の多くは、セルフメディケーションに頼らず、まったく治療を受けなかった。追加のデータによると、利用率の低下は、2020年の第1四半期から第2四半期にかけて世帯の1人当たりの消費量が40%超減少した深刻なマクロ経済ショックよりも、移動の制限と医療現場でのウイルス感染の恐れが原因であり、1年を通じて経済的な理由で正式な医療を断念すると報告しているペルー人の割合は6%未満のままであった。

2019年から2020年の間に、破綻的な医療費を支出している人口の割合は、10%のしきい値で8.5%から9.7%に、25%のしきい値で1.2%から1.4%に増加した（図B）。ただし、これらの比較的緩やかな増加は、2020年の破綻的な支出の高い変動性を覆い隠し、パンデミックが定着し、調査の自己負担支出に関する質問の回収期間がパンデミックの月数に重なるにつれて、経済的困窮は急速に増大した。第2四半期に破綻的な支出を行った世帯の割合が最初に減少した後（1人当たりの自己負担支出が家計支出よりもさらに減少したとき）、経済的困窮は第3四半期に急激に増加し始めた。2020年の第4四半期には、世帯の13%が10%水準で破綻的な医療費支出を経験し、前年の第4四半期から49%増加した。2020年末に世帯の1.8%に影響を与えた25%水準の破綻的な支出については、前四半期比の増加はさらに劇的で84%であった。

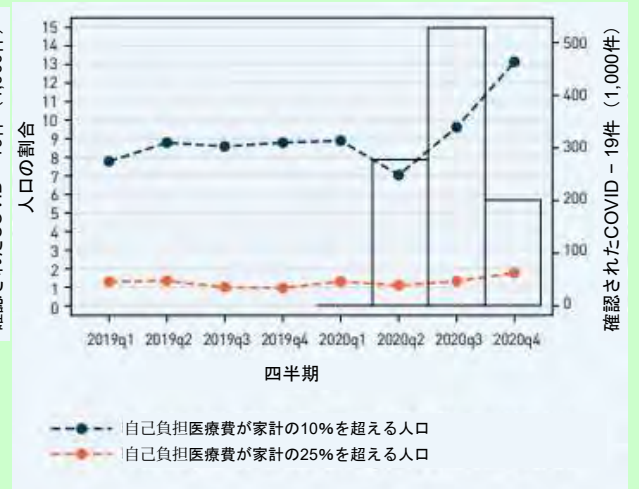
パンデミックの間、ペルー人の約80%は、主に正規部門の従業員とその家族のためのESSALUDスキーム、そして貧しい人々やほぼ貧しい人々に無料又は高額助成を受けた医療を提供するSeguro Integral de Salud（健康保険）を通じてヘルス・カバレッジに加入した。しかし、上記の調査結果は、そのような高いカバレッジ水準と医療利用を控えている人口の実質的なシェアがあっても、COVID-19は破綻的な支出の増加を引き起こし、その割合は、医療保障が人口の40%しか

なかった10年前の水準に逆戻りしたことを示している(70)。

図A. 四半期ごとの、ペルーで過去4週間に症状のある人における医療の利用とケアの断念、2019~2020年



図B. 四半期ごとの、ペルーで破綻的な自己負担医療費支出を行っている人口の割合、2019~2020年



注：図Aは、すべての統計がサンプルの加重比率に対応している。図Bは、破綻的な医療支出のある人口は、<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf>で説明されているように計算される。

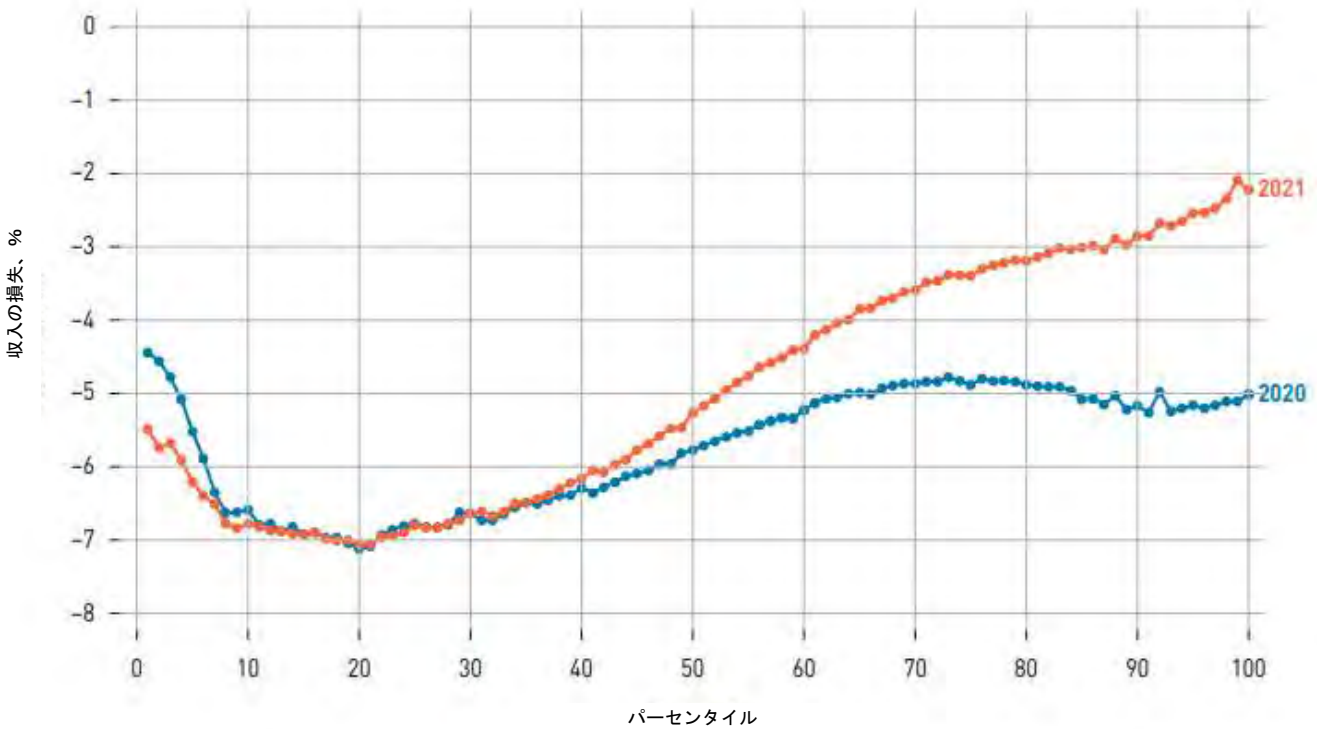
出典：Encuesta Nacional de Hogares (ENAH). Peru Instituto Nacional de Estadística e Informática (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>, accessed 29 November 2021)

2.1. 世帯への影響

COVID-19が総所得と総個人消費に与える影響は、家計レベルで波及している。世帯の収入と雇用は悪影響を受けている。国際労働機関（ILO）は、2020年に2億5,500万相当の雇用常勤雇用が失われたと推定しており、雇用は多くの国でパンデミック前の水準を下回ったまま続いている(3)。雇用への影響は低所得国/中所得国で最も顕著であり、ラテンアメリカ、カリブ海、及び南アジアのUNサブ地域が最も影響を受けている。最も打撃を受けたセクターには、ホテル、フードサービス、エンターテインメント、小売、及び建設などがあり、当該セクターのなかでも、低賃金で高い技術を必要としない仕事は、偏って悪影響を受けている。低所得国と中所得国に焦点を当てた世界銀行High Frequency Surveyのデータは、これらの傾向を裏付けている。多数の国で調査された全世帯の半数以上が、パンデミックの経済的悪影響に起因する収入の損失を報告した。COVID-19以前に調査対象国で働いていた人の約36%は、2020年4月から7月まで仕事をやめなければならず、世帯の62%が総所得の減少を報告した(71)。受け取った給付金の減少は所得損失に拍車をかける。回答者の説明によると、低所得国の世帯の約3分の2で総収入が減少したと報告しており、ガンビアではその数が92%に達している(72)。

貧しく脆弱な人々は、パンデミックの経済的矢面に立たされており、世帯間で不平等が拡大している証拠がある。世界の推定によると、2020年の所得損失は、世界で最も裕福な五分位で平均約5%、最も貧しい五分位で平均6%であった。一方、2021年の予測では、ほとんどの所得損失は最も裕福な五分位で回復したが、最も貧しい五分位では引き続き所得損失を被っていることを示している(図22)(5)。世界銀行の最新のHigh Frequency Surveyのエビデンスでは、厳しい制限が緩和されたにもかかわらず、所得と失業の初期の格差が存続したことも明らかにしている。より多くの収入と失業に苦しんだ人々(例えば、女性、若年労働者、都市の非正規雇用労働者、及び正規教育の水準が低い人々)は、労働市場の他の人々と同じ程度には回復していない(73)。

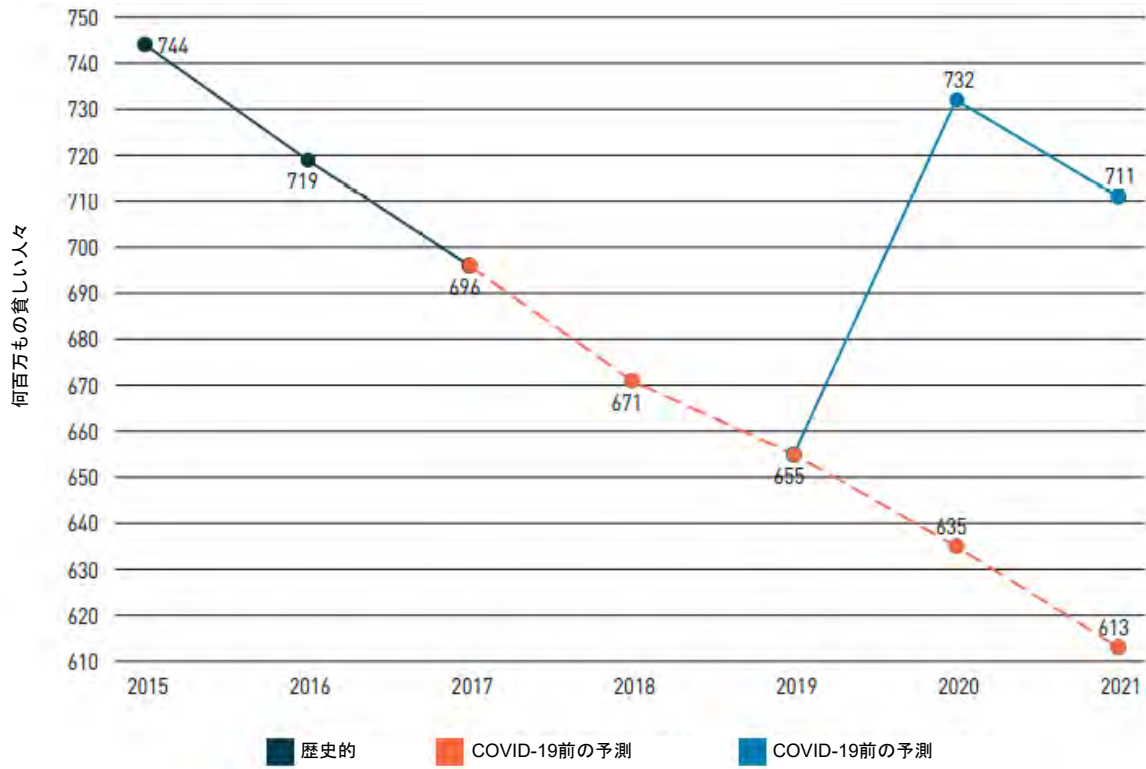
図22. 2020年及び2021年におけるCOVID-19のパンデミックによる世界的な所得損失



出典 : : Figure from Yonzan, Lakner, and Mahler (2021) (5)

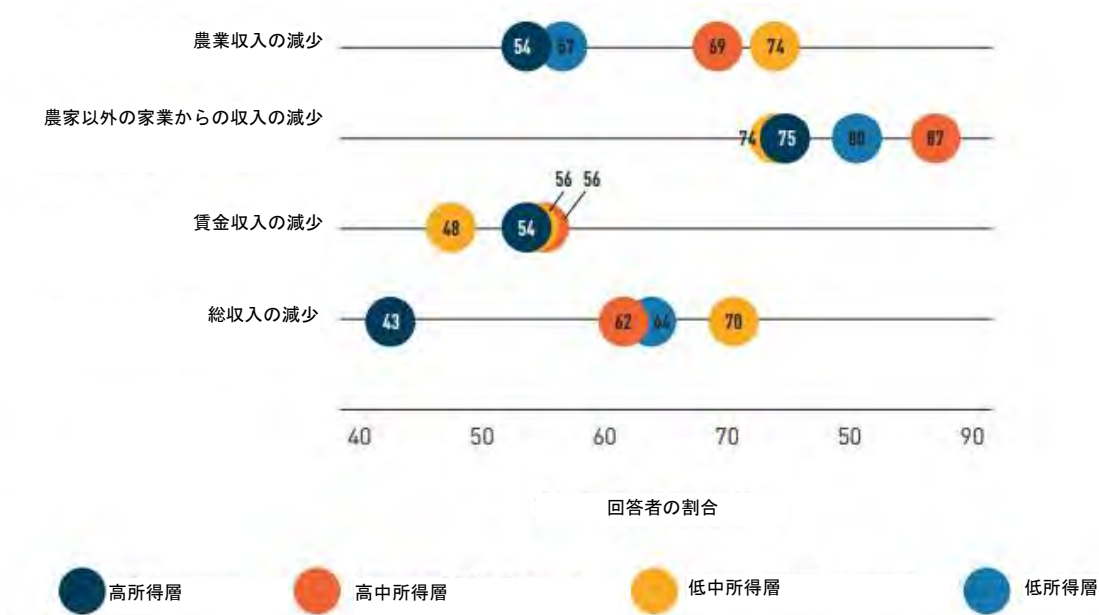
世界の貧困率は数十年ぶりに増加した。世界の貧困率が最後に上昇したのは、1997年から1998年のアジア金融危機によるものであった。世界銀行の推計によると、世界の貧困率は2020年から2021年にかけて大幅に上昇し、COVID-19の結果として2020年にはさらに9,700万人が極度の貧困に追いやられると推定されている(図23)(74)。これらの予測は、2030年までに世界的に極度の貧困撲滅に向けた進展を遅らせると予想される。2020年から2021年に予測される新たな貧困層のほとんどは、低所得国と中所得国によるものであり、南アジアのUNサブ地域の貧困層が新たな貧困層に最も貢献している。世界的に貧困率の改善が見込まれるにもかかわらず、2021年の新たな貧困層の数は2020年とほぼ同じである。これらの推定値は非常に不確実であり、極度の貧困状態にある人々の大部分が住んでいるバングラデシュ、コンゴ民主共和国、インド、及びナイジェリアなどの国の回復プロセスに大きく依存している(75)。

図23. 世界の極度の貧困、2015～2021年



出典：Figure from Mahler et al. (2021) (74)

図24. 収入の減少を経験している世帯の割合、多国からのエビデンス

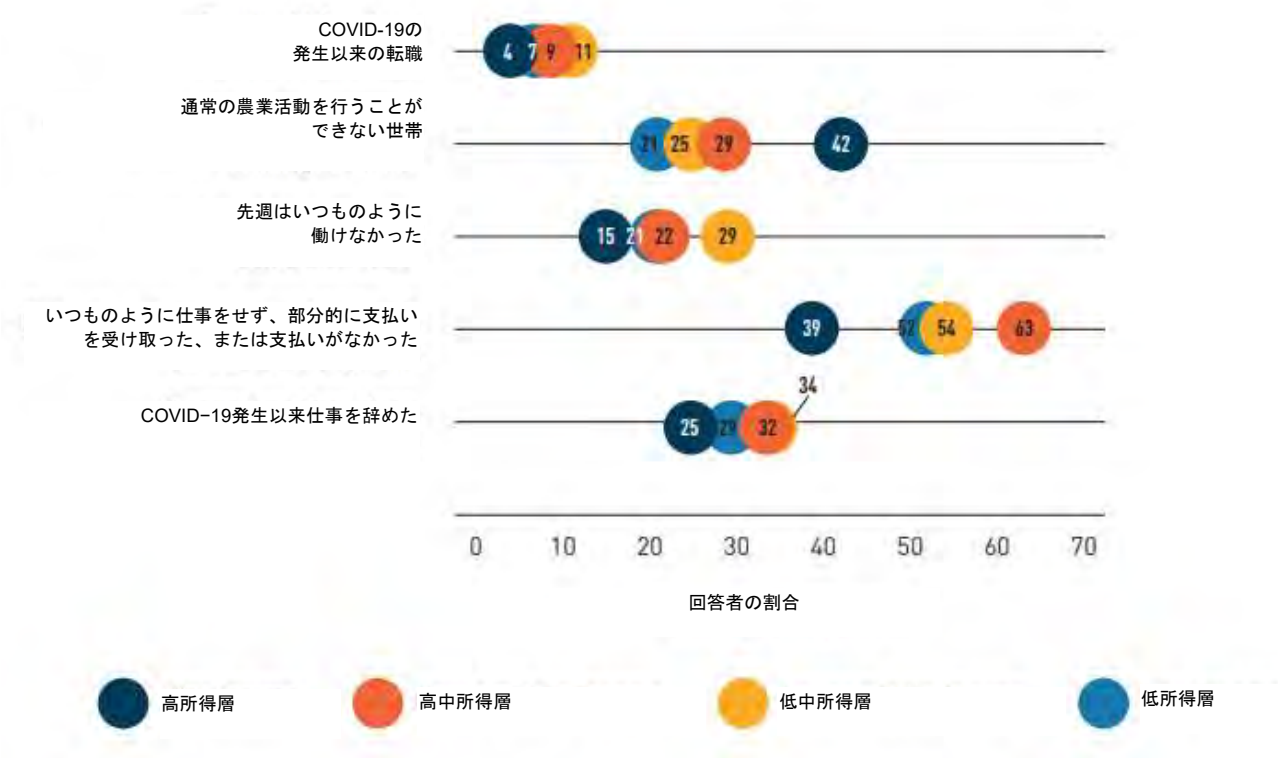


注：高所得国 n = 1～3、高中所得国 n = 10～15、低中所得国 n = 10～14、低所得国 n = 4～12。2020年4～7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、附属書A6を参照のこと。

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4)

家計の脆弱性は、低-中所得国で増加している。パンデミック以前から、多くの家計や企業はすでに不安定な状態にあり、開発途上国の中で半数以上の世帯は所得の損失に直面したときに3カ月以上基本的な消費レベルを維持することができず、ほとんどの企業は収入なしで55日を超えて経費を負担することができない(76~78)。パンデミックの間、家計レベルでの影響は相当なものであった(図24及び図25)。また、一部の国や地域では、パンデミックが非公式経済の増加につながったというエビデンスがある。例えば、インドでは、COVID-19の管理とソーシャル・ディスタンスの初期段階を経て、多くの公式セクターの労働者が非公式セクターに移行する、又は自営業になったことを示唆するエビデンスがある(73)。

図25. COVIDのパンデミックの労働市場への影響について自己申告内容別の世帯の割合、多国からのエビデンス

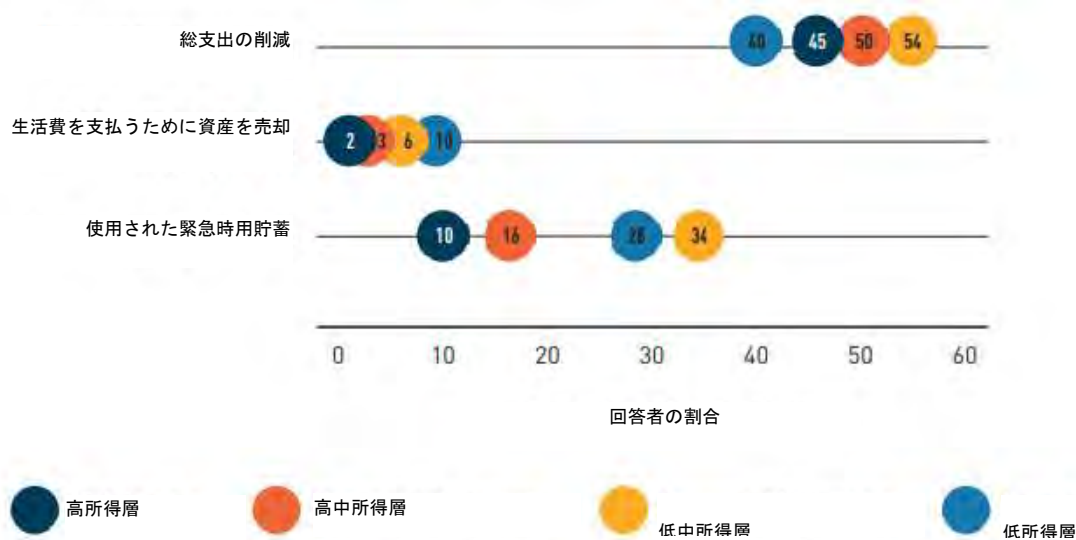


注：高所得国 n = 1~4、高中所得国 n = 7~16、低中所得国 n = 13~21、低所得国 n = 8~15。2020年4~7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4).

世帯は、パンデミックの対処メカニズムは、脆弱性を増やすだけであると報告している。家計は基本的な生活費を賄うために緊急時の貯蓄を切り崩して負担することに頼っており、一部の国では50%超の家計がそうであると報告している(図26)。家計は政府からの公的支援を得られると報告されているが、また、家計の多くは生活費を賄うために資産を売却する、又は危機による経済的影響に対処するために支出を削減することも報告されている。所得損失に対処する際に、貧困層世帯は、生産的資産の投げ売りや債務の引き受けなどの有害な対処メカニズムを報告する可能性がはるかに高くなる(66)。

図26. さまざまな所得損失対処メカニズムを採用している世帯の割合、多国からのエビデンス

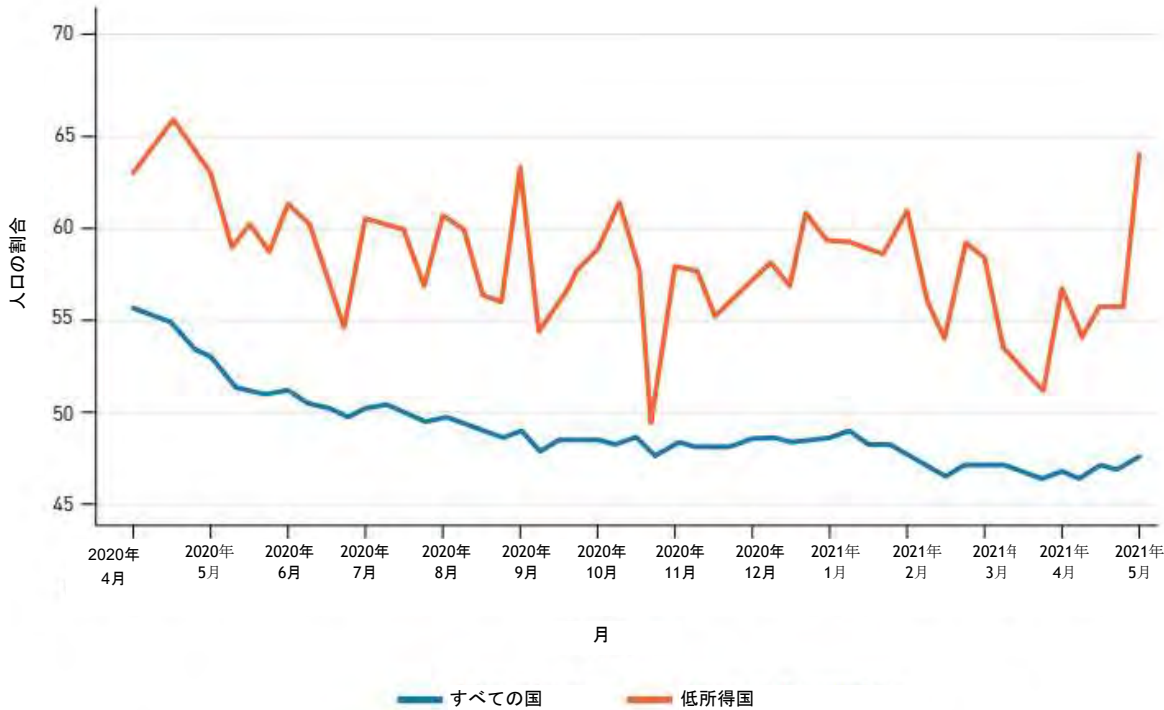


注：高所得国 $n = 2 \sim 3$ 、高中所得国 $n = 13 \sim 14$ 、低中所得国 $n = 17 \sim 18$ 、低所得国 $n = 9 \sim 11$ 。2020年4～7月に収集されたデータ。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021) (4).

これら全ての要因が同時に発生するような錯綜は、平均的な世帯で自己負担によって医療費を支払う能力が低下し、パンデミック以前に支払う余裕が乏しい人口の間でさらに低くなっていることを意味する。家計は、日常的にこのような成り行きを経験しており、家計の経済的不安が COVID-19 の発症率と国家の COVID-19 の管理方針及びその関連する制限の厳格さ双方に関係していることを示している(79)。COVID-19 は、保健医療サービスの支払いに利用可能な潜在的資源のプールを減少させた。それは貧困層や最も脆弱な人々に打撃を与えることによって、考えうる最も弊害をもたらす方法で財源を減少させることとなった。平均して、パンデミックの過程で、財政上の悩みを抱える世帯割合は報告されているものよりも減少したが、依然として 45% から 50% の間で比較的高い状態を保っており、低所得国 ではさらに高くなっている（図 27）。極端な反景気循環的な社会保護政策を欠いてしまうと、家計の収入及び雇用、貯蓄並びに貧困率に対して打撃が織り重なることによって、UHC の経済的保護と保健医療サービス・カバレッジ両側面に警鐘を鳴らすことになる。特に、貧困率の上昇により、保健医療サービスのために自己負担で医療費を支払う貧困家計の減少率が不安定な状態になっている。COVID-19 による有害な健康への影響と相まって起きているこの経済状況の悪化は、2020 年、2021 年以降の経済的保護に直接的な影響を及ぼすであろう。

図27. 110か国で、来月の家計を心配している人の普及



注：数値は、WHOによる2つの段階で集計された週次平均レートを示している。最初は母集団加重平均と層化後の補正を使用した国水準である。2番目は、グローバル水準と所得グループ水準の両方での単純平均である。データは、2020年5月3日から2021年4月30日まで110か国で毎日収集された。計算方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。出典：グローバルCOVID-19傾向と影響調査(6)

2.2. 健康追求行動への影響

2.2.1. COVID-19に関連する保健医療サービス

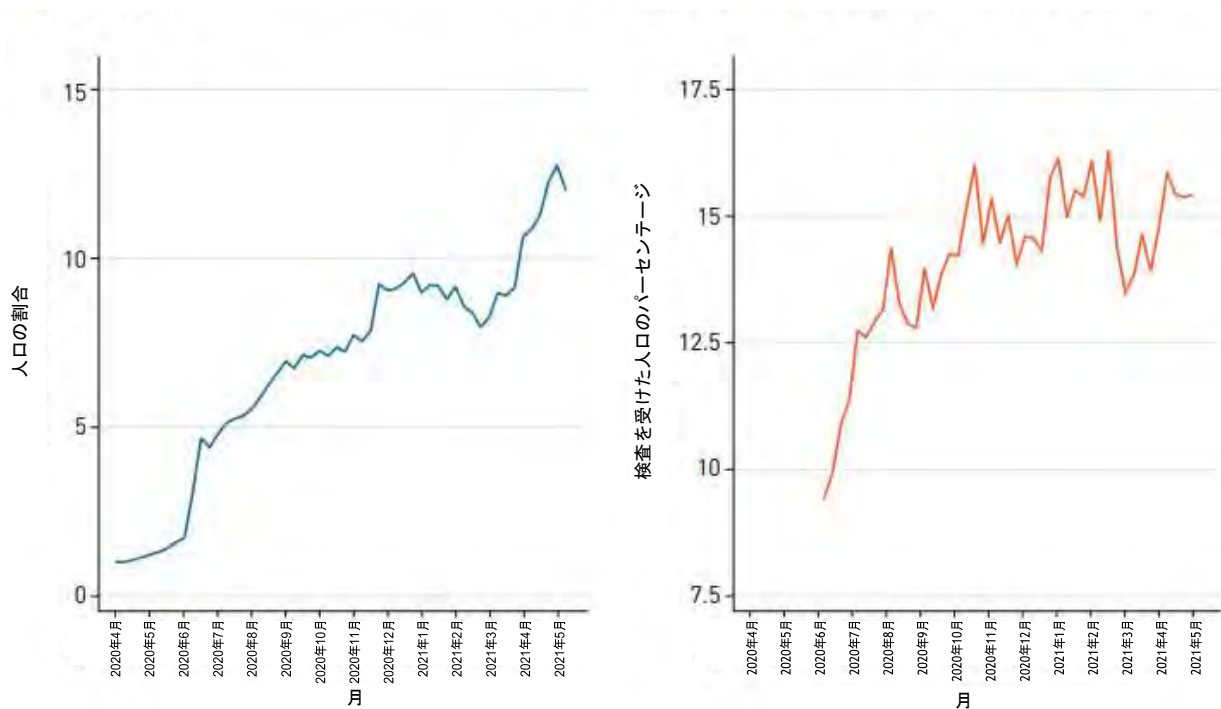
支払い能力への影響を遥かに上回り、COVID-19による健康面と経済面、両方からの影響が健康追求行動と自己負担による医療費支出に対して直接波及する。健康追求行動の変動は、保健医療の利用と家計が負担する関連費用の両方のパターンに関係している。経済的保護の観点から、これらシフトの複雑さは、重なって起こり得る危機の直接的及び間接的な外部性が短期的並びに長期的な結果をもたらすことを意味する。重要なことだが、健康に対する自己負担による支出は、保健医療サービスが実際に利用され、それが非効率的で不公平な形態の医療財政システムである場合にのみ経験されることである。この点で、ある状況下においてUHCの全体像を把握するには、保健医療サービス・カバレッジと経済的保護の相互作用を理解することが不可欠となってくる。

COVID-19そのものによって、保健医療サービスのニーズが高まっている。COVID-19で報告された症例の約20%は重症である傾向があり、入院を必要とする。そのうちの約5%は集中治療が必要である(80,81)。利用されている時点でCOVID-19の検査及び治療が無償でない国においては、医療への自己負担による支出が増加している可能性がある。例えば、世界的COVID-19の傾向と影響に関する調査(図28)(6)は、COVID-19感染の検査を受けている人の割合が、2020年4月のパンデミック初期の人口1%未満から、2021年の初めには10%以上にまで徐々に増加していることを示している。検査を受けている人の中で、COVID-19の検査に自己負担で支払った結果、必需品への支出を削減しなければならないという報告の割合は2020年6月末の約20%から、同年10月は約30%に増加し、最終的に2021年4月には40%にまで上昇した。

図28. 110か国での、COVID-19の検査の割合と、自己申告のCOVID-19の検査の自己負担にりよるによる必需品への支出の削減

a) 過去14日間にCOVID-19の検査を受けた個人の割合

b) COVID-19の検査の自己負担による必需品に関する自己申告による支出削減の普及



注：検査に関するデータと自己申告された必需品への支出の削減に関するデータは、それぞれ110か国で2020年4月23日と2020年6月27日から2021年4月30日まで毎日収集された。

出典：The Global COVID-19 Trends and Impact Survey (6)

場合によっては、COVID-19の検査の自己負担による支払いに関連する費用が、家計に経済的困窮をもたらすであろうという報告がなされた。図28に示すように、2020年6月から2021年4月の間に検査を受けた人口の10%から17%が、検査費用を賄うために家庭必需品（食料、住宅、公共料金など）への支出を削減したと報告している。低所得国（LICs）では、家庭必需品への支出を削減していると報告した人が、高所得国（高所得国よりも平均して15%ポイント高かった。COVID-19検査の自己負担による支払いを補うため家庭必需品への支出を減らしたとして自己申告した中での罹患率は、2020年12月から2021年4月までの間に11%から25%の間で変動が見られたが、高所得国では罹患率は3%から6%の範囲であった。全体的な検査普及率は世界人口に比べて比較的小さいため（現在までのところ、総人口の約0.1%）、破綻的高額医療費や医療費による貧困化の全体的な指標に対するこれらの自己負担医療費の寄与は小さいと思われる。しかしながら、分布に関する懸念と、すべての所得及び地理的グループの検査サービスへのアクセスを確保する必要性を考えると、効果的な政策介入を展開させるには、非集計分析が必要である。

COVID-19に関連した重度の疾患の治療にかかる費用の少なくとも一部は、世帯が負担する可能性が高い。病院での重度のCOVID-19にかかる治療費の推定額は、パキスタンで33米ドル、南アフリカで106米ドル、又は重症患者に関しては、病院一日当たり、パキスタンの221米ドルから南アフリカの1,082米ドルの範囲である(82)。規模から読み取ると、2018年の国内一般政府の一人当たりの医療費はパキスタンと南アフリカでそれぞれ15米ドルと284米ドルだったが、一人当たりの医療への自己負担支出はそれぞれ24米ドルと41米ドルであった(83)。一方、これらは人口平均だが、政府と家計の両方の観点から明らかなコスト圧力があり、これらには潜在的な破綻的高額支出が存在しているという重大な意味合いが含まれている。また、カバレッジに基づいて、これらの費用が国内でどのように負担されるかにも大きなばらつきが見られる。多くの国が、COVID-19に関連した検査と治療のためのケアを求めることについて、経済的障壁を軽減又は排除しようと介入を試みた（ボックス10）。これらの方針は、経済的困窮を軽減するためだけでなく、ケアを求めることへの経済的障壁が、さらに大きなCOVID-19の感染力につながる可能性があるということへの認識不足からも導入されている。

COVID-19は、家計に予防医療用具の支払いのために更なる経済的負担を課すことになった。マスクと消毒薬製品への支出は、ほぼ普遍的な問題となっている。言うなれば、そのほとんどは家計レベルでの支出である。例えば、2021年8月23日の時点で、所得グループやCOVID-19の負担に関係なく、すべての国の75%においてマスク着用が必須となった(84)。これらの追加費用は、低所得世帯に対して必要以上の、かつ不均等な影響を与えているだろう。政策は、COVID-19の費用に関連する経済的保護を提供するために導入された。

ボックス10: COVID-19の治療費関連の経済的保護を提供するために導入された政策

数か国が、特にCOVID-19の検査と治療費に関連した経済的保護に対する恐れに対処するための政策を実施した。これらの政策の影響は体系的に評価されていないが、UHCの経済的保護という局面に向けて進展する上で、選択肢を維持し、拡大できるよう各国が検討するための模範例として役立つ可能性がある。数か国では、個人にCOVID-19関連の検査と治療を無料で行う方針を導入した(85)。

- ・ インドネシアでは、現在、人口の約80%をカバーしている国民健康保険（Jaminan Kesehatan Nasional（JKN））の下で、家族が国の単一支払者の社会的健康保険制度の対象であるかどうかに関係なく、COVID-19に対して保険が適用された。さらに、地方政府は健康税（特にたばこ税）をJKNの協調財政に充当することが可能であった(86)。
- ・ 南北アメリカ地域では、COVID-19の検査と治療は、一般的に、原則として自己負担払いではない公共システムで提供される給付に含まれ、自己負担が存在するシステムではこのような保健医療サービスは免除される。例えば、ウルグアイは、ポリメラーゼ連鎖反応（PCR-RT）検査を既存の給付に90日間組み込むことによってCOVID-19の無料検査を確立させた。アルゼンチンは、既存の公的研究所による支援を受け、無料で誰もが受けられる検査を一元化させた。コロンビアでは無料の検査を確立させた。
- ・ WHO東南アジア地域では、パンデミック下で無料の検査と治療に関連する政策を進展させた。例えば、スリランカでは、当初、観察可能な症状の患者又は直接接触のある人のみが公共施設での検査が無料であったが、2021年3月までにこれらの制限は解除されている(85, 88)。一方、バングラデシュにおいては、COVID-19検査の濫用を防ぐ方法として利用者負担金が導入された。当初、施設ベースでの検査では2.40米ドル、在宅検査では5.80米ドルに設定されていたが、2020年8月までに1.20米ドルに引き下げられた(87~89)。

これらの「無料医療サービス」政策の成功については、家計の経済的保護との実際的な関連を確認するために評価される必要がある。例えば、バングラデシュでは、政府の医療施設でのCOVID-19の治療は、パンデミックの期間中は（名目上）無料になっていたが、報告によると、全ての費用（例：医薬品など）が補われていたわけではなかった(90)。ネパールでは、COVID-19の医療サービスは施設では無料だったが、特定の医薬品と臨床検査に対して自己負担による支払い請求がたと報告を受けている(91)。

2.2.2. 全般的な保健医療サービス

COVID-19の直接的な健康への影響に加えて、パンデミックは、COVID-19とは関係のない保健医療まで控えさせるリスクを増大させた（図29及び図30）。多くの人々は、医療施設でのCOVID-19に暴露することへの恐れ、国家的なパンデミック対策政策の一環として課せられる移動やその他の制限、又は経済的悪影響から生じる財政的制約のために、保健医療サービスの利用をしないよう選択している。サービス利用率の変化は、2018年1月から2021年6月までの低所得国及び中所得国18か国の保健管理情報システムによる、リプロダクティブヘルス、母子の健康に関連するデータでさらに証明され、2020年3月以降利用が急激に減少していることを示している(92)。今回のパンデミックはまた、多数のCOVID-19の患者を抱えた医療施設を疲弊させ、必須の医療サービスからCOVID-19の管理と治療にリソースの利用を転用させ、生活必需品と機器などのサプライチェーンを混乱させることとなり、医療サービスの供給にも悪影響を与えることにもつながった。

図29. 110か国での医療機関の受診控えの蔓延、2020年6月～2021年3月

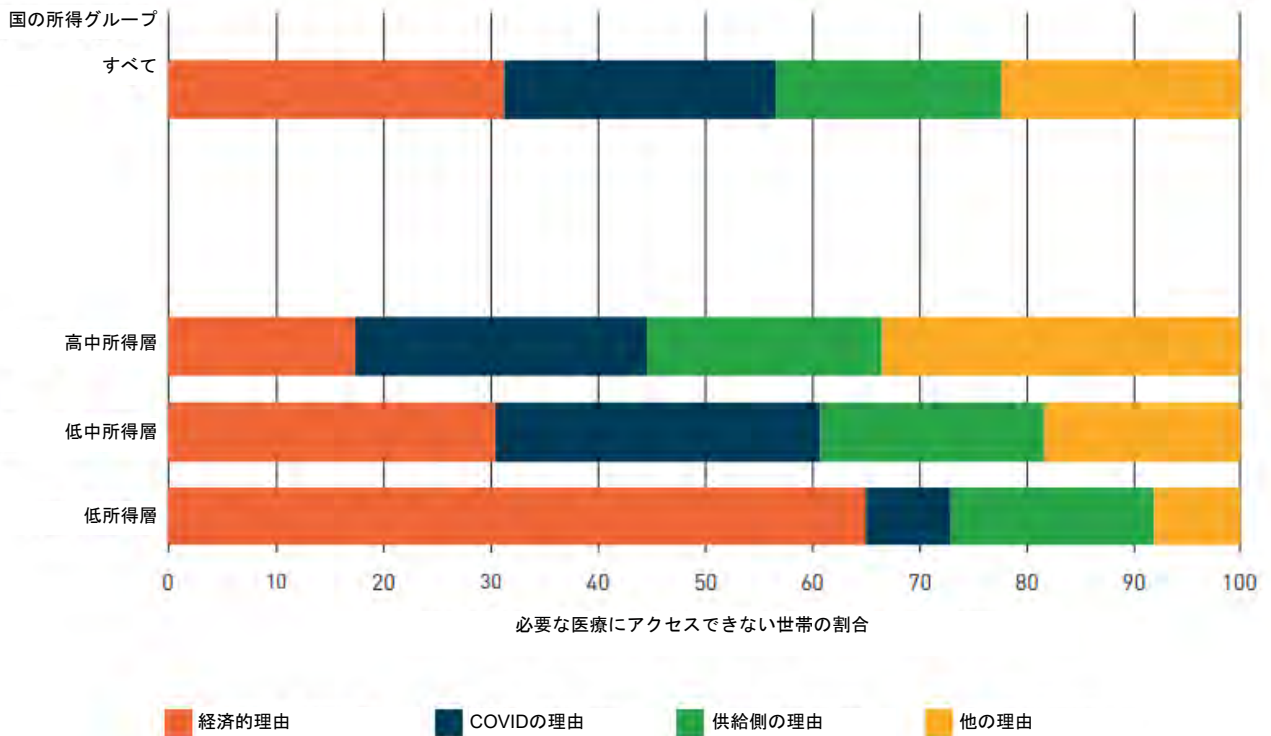


注：データは、2020年6月30日から2021年4月1日まで110か国で月に1回収集された。図は、1番目は人口の加重平均と層化後の補正を使用した国水準で、2番目はグローバル水準と所得グループ水準の両方での単純平均で、WHOにより2つの段階で集計された平均月間レートを示している。計算方法の詳細は、附属書A6を参照のこと。

出典：The Global COVID-19 Trends and Impact Survey (6)。

世帯は、パンデミックを受けてケアを求めることへの財政的障壁について報告している。2020年4月から8月にかけて実施された迅速な電話調査のデータを分析によると、調査対象世帯のかなりの割合（実例での39か国の低所得国及び中所得国におけるサンプル全体で19%）に上ることを示し、必要な医療サービスにアクセスできないと報告している（4）。全世帯の31%が経済的障壁について報告しており（図30）、これはサンプル中の全世帯の約6%に相当する。受診控えの全体的な割合について、国の所得グループごとの変化は見られなかったが、ケアを求めない理由は変化している。貧困国では、高中所得国（受診控えをしている家計の17%）の世帯と比較して、経済的理由により受診控えを行なっていると報告した世帯がかなり多い。富裕国では、COVID-19に関連する理由によって受診控えを行なっていることを報告する世帯が増加した（受診控えをしている家計の66%）。低所得国では受診控えを行なった世帯はわずか8%だったが、高中所得国で受診控えを行なった世帯は27%に上っている。また、受診控えの影響が貧困世帯に偏った影響を与えているという懸念も残る。COVID-19以前のデータは直接比較することはできないが（ボックス7及び8を参照）、特に最貧層にとって、ケアを求めることへの経済的障壁は既に懸念材料であった。

図30. 必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された主な理由、多国間のエビデンス

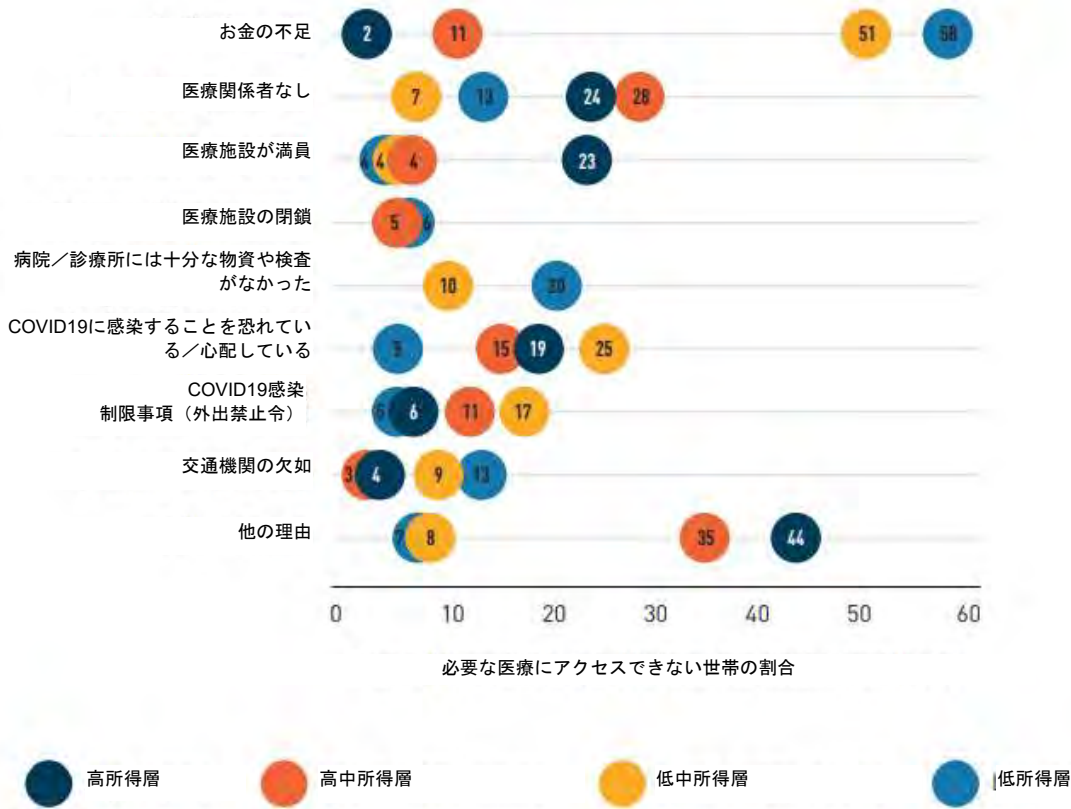


注：高中所得国 n = 1~13、低中所得国 n = 2~17、低所得国 n = 3~12。2020年4~8月に収集されたデータ

出典：Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021 (4. Methods are asdescribed in Annex A6

需要側と供給側双方の制約が医療へのアクセスの中断につながっている。経済的に余裕がないことが、依然として医療へのアクセスに対する大きな障害になっている（図31）。例えば、低所得国では受診控えについて報告している世帯の58%は、理由として経済的に余裕がないことを挙げ、25%が病院又はクリニックでは十分な医療物資がない、又は検査が受けられないとも報告している。これらの調査結果は、パンデミック前の傾向が悪化していることを指摘しており、低所得国における家計への需要側と供給側双方の制約が悪化している。さらに低い水準ではあるが、高中所得国及び高所得国で経済的に余裕がないことも、ケアを求めることができない重大な理由であり、回答者の11%と2%各々がケアを求めない理由としてこれについて報告している。このエビデンスが、COVID-19による世帯水準での経済的影響とケアを求めることへの経済的障壁に関連があることを裏付けているようである。

図31. 必要なときに医療にアクセスしない世帯から報告された具体的な理由、多国間のエビデンス



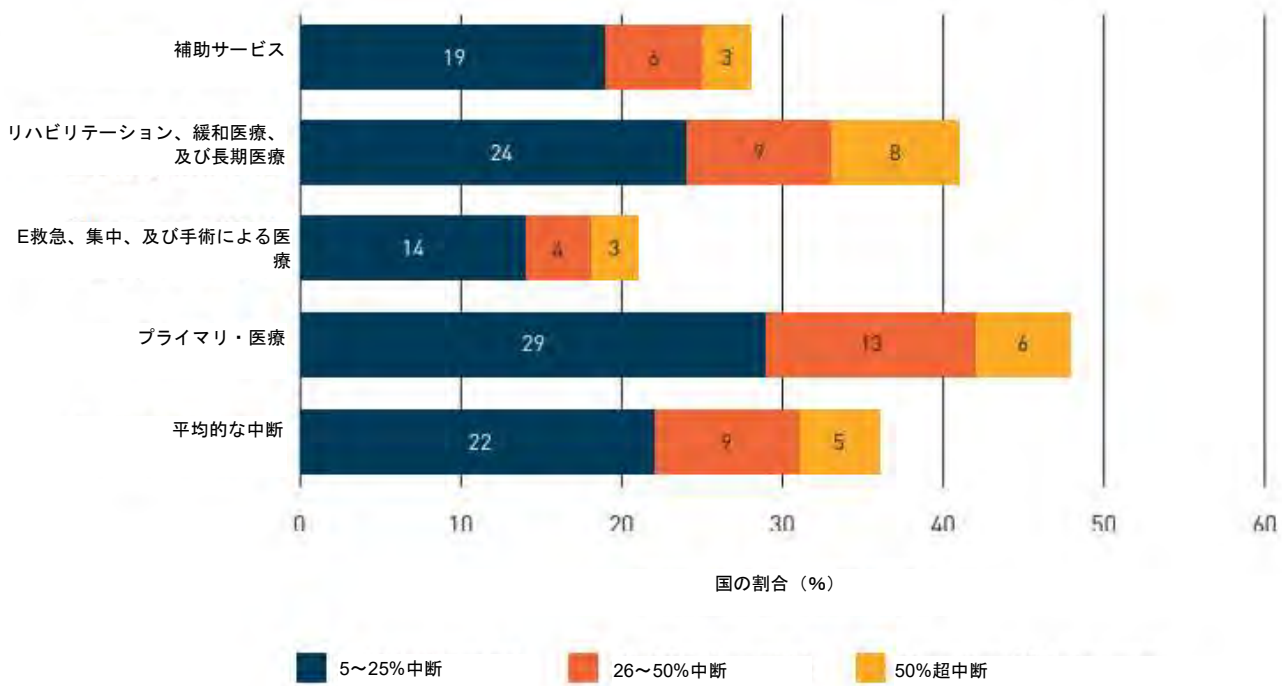
注：一部の選択肢は高所得国では選択できない。国の数：高所得国 n = 1~3、高中所得国 n = 1~13、低中所得国 n = 1~17、低所得国 n = 3~12。2020年4~12月に収集されたデータ。

出典：Source: Authors calculations using data from World Bank High Frequency Survey (2021 (4. Methods are as described in Annex A6.

COVID-19により利用形態と医療のアクセシビリティが変化したことで保健医療サービスに中断が生じたことは明らかである。WHOが実施したサービス提供の中断に関する調査では、2020年5月には不可欠な医療のためのサービスの中断が広範囲及んでおり、医療サービスの中断の理由として重要な情報提供者の30%が挙げた医療製品の供給が滞っていたことと在庫が不足していることが判明した。2021年1月から3月にかけて実施された2回目の調査では、医薬品が入手困難となり在庫切れが続いていた。重要な情報提供者の内22%がこの事を主な理由として報告している(7, 93)。ワシントン大学医学部保健指標評価研究所 (IHME) のPREMIS調査では、施設閉鎖がケアを求める上で重大な制約であり、回答者の50%が薬局の閉鎖について報告していることが明らかにされた (94)。

程度の差こそあれ、あらゆる種類の医療サービスに長期にわたる中断が生じている。最も大きい永続的な中断は、プライマリーケア及びリハビリテーション、緩和ケア並びに介護であり、国々の48%と41%がそれぞれ何らかの形で中断について報告している (図32)。この世界的な傾向は、ケニアでの2020年12月のサービス利用に関する調査で明確に示されており、2019年と比較して、ほぼ全ての重要な医療サービスで中断が報告されている。具体的には、病児の保育 (49%)、未分化症状の外来患者 (46%)、産前ケア (40%)、産後ケア (38%) の低下が報告された(95)。興味深いことには、メンタル保健医療サービスの利用が増加していると報告されており (23%)、パンデミックに対する反応の性質を考えるとこの傾向が現れる可能性が高くなる(96, 97)。これに加え、COVID-19が医療従事者に直接影響を及ぼし、それが更なる供給制約に寄与している(98)。

図32. 統合サービス提供チャネル全体の中断の平均パーセンテージ、2021年1～3月、112か国からのエビデンス



注： n = 11か国

出典：:Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. WHO (2021) (7).

この利用率と保健医療サービスの利用可能性の低下の一端が、COVID-19以前の過剰な需要又は短期的低リスク要因（例えば、交通事故、他の感染症の発生又は大気汚染）を示す可能性があるが、この受診控えという長期にわたる結果については懸念が残る。必要な医療を控える事による長期的な悪影響及び選択的手術と慢性疾患治療を遣り残す事態が、保健と費用両方の観点から、時間の経過とともに明らかになっている(99)。これは、財政的圧力とより貧困率の上昇が相まった第二の大変動であり、的を絞った政策対応が講じられない限り、医療費がさらに大きな財政的負担に繋がる可能性が高くなる。

2.2.3. 医薬品

COVID-19の渦中、公に医療ケアを求める行為は減少したが、セルフメディケーションが増加したというエビデンスがある。

COVID-19に感染することへの恐れ、誤った情報、かつ医療サービスにアクセス不能であると判断されたため、COVID-19によりセルフメディケーションの増加につながっている。セルフメディケーション及びそれに関連する自己負担による支払いは、パンデミックになる前から既に日常的に行われており(100,101)（ボックス11）、体系的レビュー及び研究によれば、この普及率が世界中で推定33%から82%に上っていることを示唆している(102~105)。COVID-19でこの傾向は悪化しており、一般市民におけるセルフメディケーションの普及はバングラデシュ（ダッカ）で88%、インドで25%、ケニアで32%、ナイジェリアで41%、パキスタンで67%、ペルーで50%から68%、ポーランドで46%、トーゴで34%に増加している(106~113)。COVID-19のセルフメディケーションで利用される最も一般的な薬には、アジスロマイシン、イベルメクチン、クロロキン、ヒドロキシクロロキンが含まれていた(113)。発熱、咳、インフルエンザなどの一般的な症状を治療するための鎮痛剤、抗生物質、解熱剤のセルフメディケーションも一般的であり、おそらく増加傾向にある。また、パンデミックは、これまでこのような習慣がない人々の間においてもセルフメディケーションの普及に一役買っているという次第である(112)。セルフメディケーションへの支出は、概して、保健医療サービスのカバレッジ率が高い国においても自己負担によって支払われる(8)（及び1.3節）。

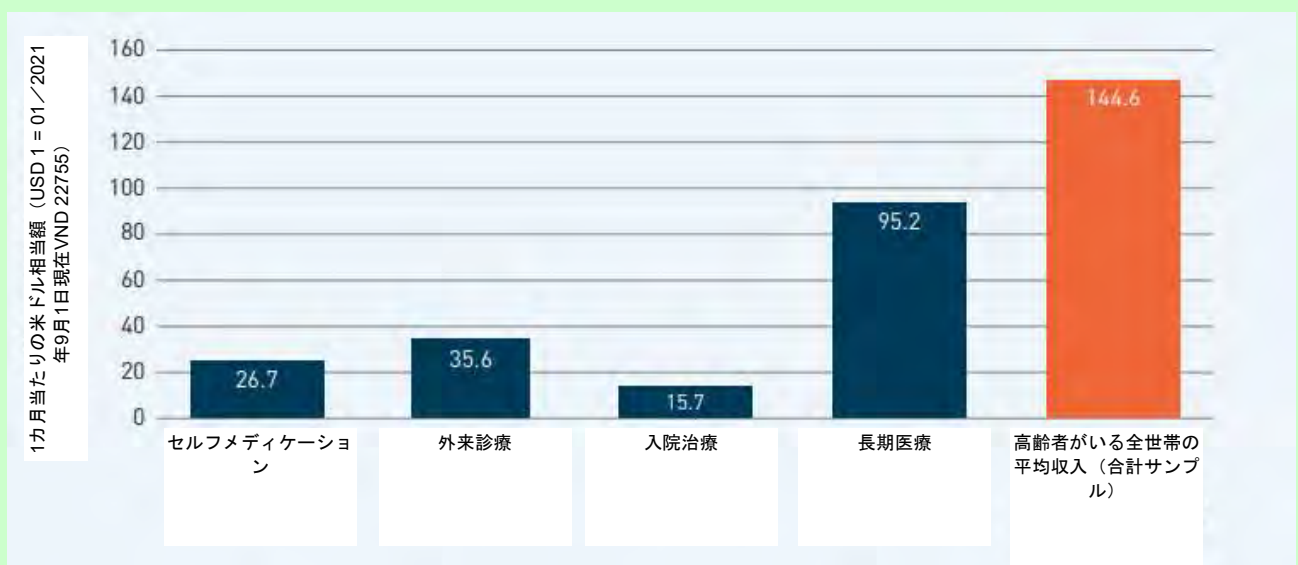
COVID-19の結果、これら全ての要因が全体的な医療費の増加に寄与している。需要が高まり、医薬品や医療用品を買い占め、買いだめした結果、価格が高騰した(114)。パンデミックが起きた時点での移動制限とサプライチェーンの中断による供給側の制約も、医薬品、ワクチンやその他日用品の価格の急激な高騰にも繋がった(115)。医薬品や機器の輸入に依存する国においても為替相場下落が発生し、結果、価格が上昇することになった。自国で医薬品を製造する国（インドネシアなど）でさえ、原材料の最大の供給源（中国及びインドなど）が原材料や製剤に輸出制限を課したため不足を経験している(116)。

ボックス11: ベトナムの高齢者がいる世帯の自己負担医療費の構成

ベトナムは急速な人口高齢化に直面している低所得国である。60歳以上の人口の割合は2020年には12.3%であり、2050年までに2倍以上になると予想されている（117）。ベトナムの高齢化と健康に関する縦断研究の2018年のベースライン調査では、60歳以上の高齢者の13%が、主に保健医療サービスへの支払い不能（35.7%）が原因で、過去1年間に体調が優れなかったにもかかわらずケアを求めていなかったことが分かった(118)。自己負担による医療費の内訳、自己負担支払いの経済的困窮、及び高齢者のいる世帯によって行われる経済的な対処法についてさらに理解を深めなければならない。

2019年11月から2020年8月の間に、ベトナムの保健戦略政策研究所（HSPI）はベトナムの北部、中部、南部地域を代表する3つの州の世帯からサンプリングした60歳以上の1,536人の医療費と関連要因に関するデータを収集した。その結果、高齢者の95%は健康保険に加入している一方で、健康障害の症状の発現があった3分の1を超える人々がケアを求めていなかったことが判明した。これらのケースでは、セルフメディケーションに月額平均26.7米ドルの自己負担による支出をもたらした。ケアを求めた場合、外来診療を受けた患者の60.4%が月額平均35.6米ドルを自己負担で支払い、入院治療を行う患者の79.6%が年間平均188.7米ドルの自己負担支払を行なっている（治療費が過度に高額なために外れ値であったがんや手術の症例を除く）。これは、平均月収の144.6米ドルを上回っている。外来診療では、ほとんどの自己負担支出は医薬品であったが、入院治療では、保険の自己負担、医薬品及び移動や食事などの間接費に賄われた。調査前の12か月間に、自宅又は施設で長期的な保健又は社会医療サービスを利用したと報告した高齢者はわずか3.5%だった。このようなケースのほとんどが、保健医療、身の回りの世話又は援助及びリハビリテーションのための在宅サービスに、年間平均1,142.6米ドルの高額な自己負担支出をもたらした。これらの結果は、パンデミックが継続し、その影響が長引くにつれて、これらの自己負担支払いが高齢者のいる世帯の破綻的な高額医療費を増加させた可能性があることを示唆している。

医療の種類別の高齢者介護のための自己負担支出（病気の高齢者及び／又は医療を利用した高齢者1人あたり月額米ドル相当）

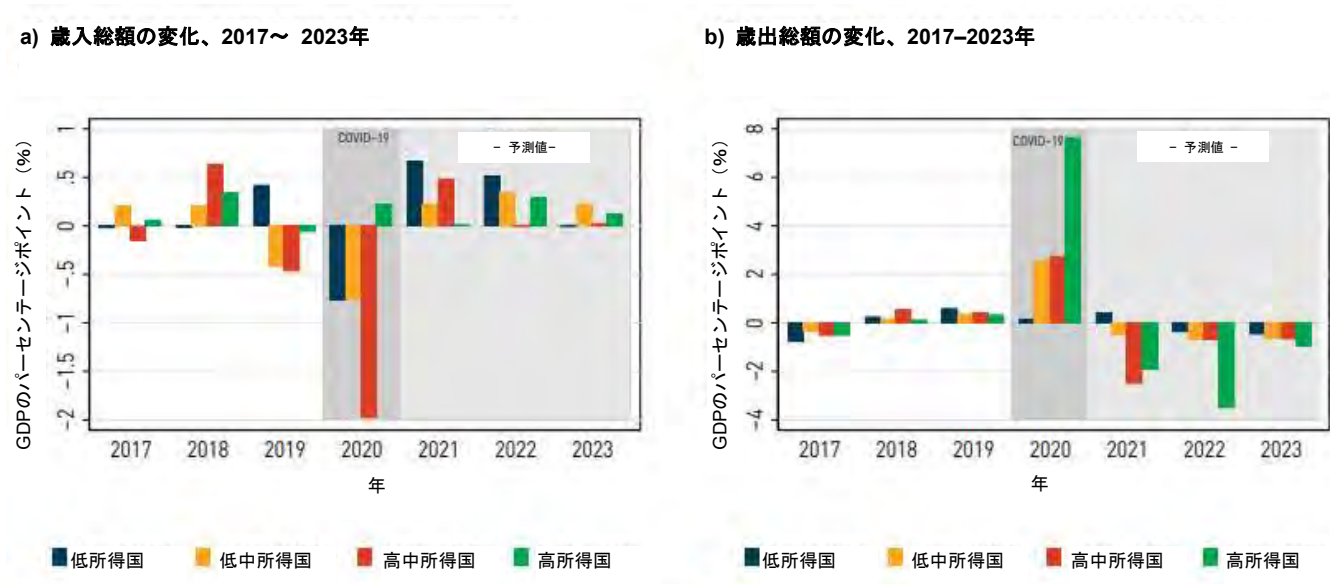


出典：Health Strategy and Policy Institute (HSPI), Viet Nam

2.3. 公的資金への影響

2020年のCOVID-19による経済の落ち込みの結果、全体の歳入は減少し、経済活動の低下により、歳入は急激に減少し、商品輸出国では商品価格が急激に下落した。歳入はGDPの平均1.5%ポイント減少し、政府の総収入の最大の減少は高中所得国で発生した（図33）。ブラジル、中国、エジプト、インド、インドネシア、及びナイジェリアでは、歳入がGDPの1%以上減少した。反対に、政府は、COVID-19の対応に資金提供するため、及び社会的保護やその他の形態の支援を提供するために政府支出を拡大し、高所得国で最大のパーセンテージポイントの増加が発生した（図33）。例えば、日米の財政対応により、2020年の歳出は9%超増加した。歳出の増加と歳入の減少は、ほとんどの国で赤字国債の発行額が増加し公的債務残高が急増した。2021年の世界の公的債務水準はGDPの75%を上回っており、パンデミック前の平均55%から上昇している（表3）。赤字水準は減少し始めており、パンデミックによって引き起こされた財政支援の減少と歳入の増加を示している(75)。予測によると、歳入は回復すると予想され、2021年以降、歳出の水準が高くなる可能性は低いとされているにしても、当初、低金利のために最初は控えめな影響を及ぼしたにもかかわらず、公的債務の水準が高いことによる影響は、今後数年間、政府支出に対する債務返済圧力が高まることを意味する。政府支出のシェアとしての債務返済は、主に低中所得国に牽引されて、2017~2019年から2020~2023年にかけて世界的に増加すると予測されている（表3）。

図33. 2017~2023年における所得別国グループによる政府の平均歳入／歳出の変化



出典: Authors calculations using data from IMF (2021) (2). 方法の詳細は、アネックスA6を参照のこと。

表3. 赤字、公債、及び債務返済、2017~2023年

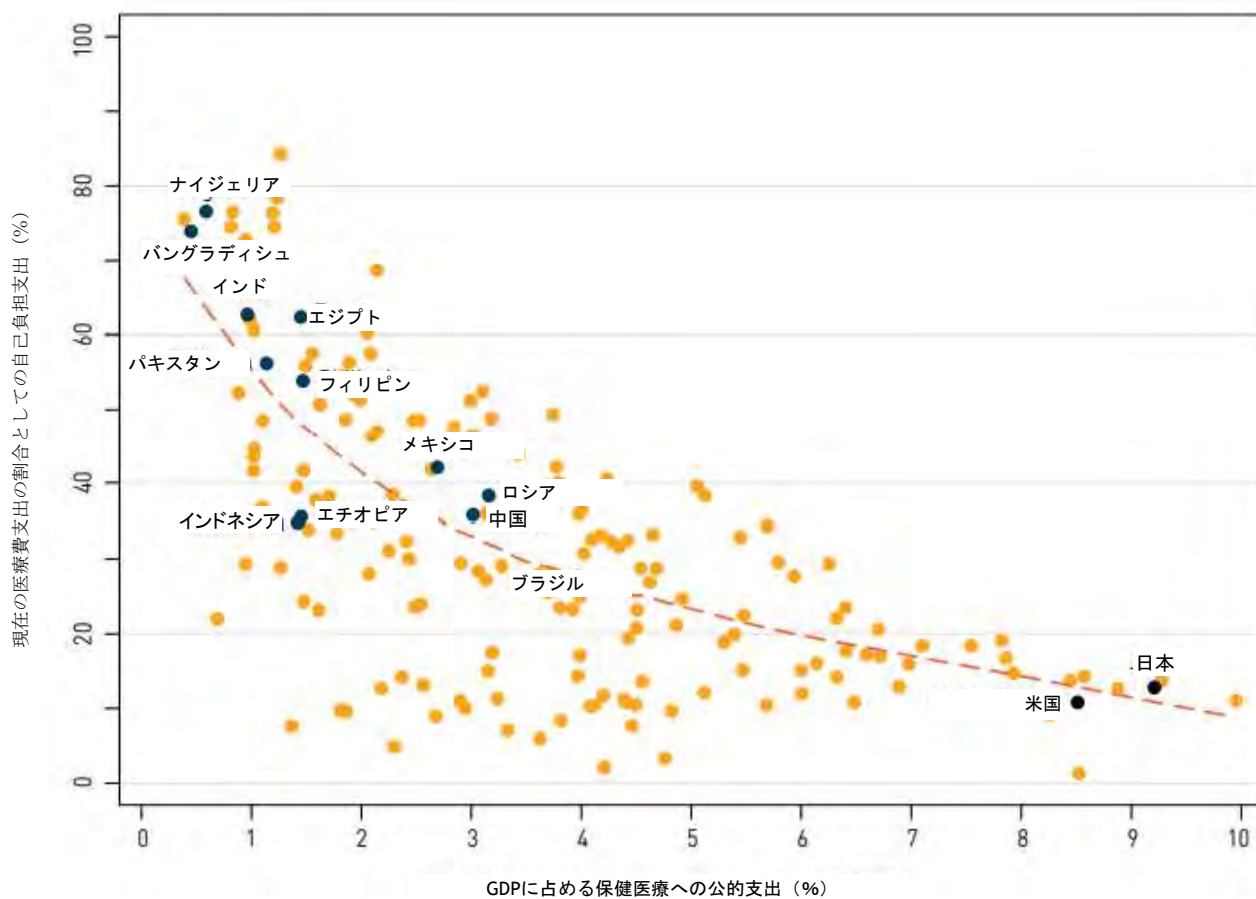
指標	年	低所得国	低中所得国	高中所得国	高所得国	全世界
GDPの赤字シェア (%)	2017-2019	-2.9	-5.5	-4.0	-2.4	-2.9
	2020	-4.1	-9.3	-9.2	-10.0	-9.0
	2021	-3.9	-8.6	-6.3	-8.0	-7.3
	2022*	-3.3	-7.5	-5.6	-4.3	-6.0
	2023*	-2.8	-6.6	-4.9	-3.2	-5.2
GDPに占める公債総額 (%)	2017-2019	55.3	60.7	51.1	96.2	55.3
	2020	65.7	74.0	63.5	113.7	75.8
	2021	65.7	74.5	60.8	113.9	75.2
	2022*	62.2	73.8	62.6	111.7	75.1
	2023*	58.0	73.0	64.1	111.3	74.9
歳出のシェアとしての債務返済 (%)	2017-2019	4.8	15.2	5.4	3.7	8.8
	2020	5.3	15.9	5.2	2.9	8.9
	2021	6.2	16.1	5.7	2.6	9.3
	2022*	6.8	16.7	6.6	2.4	10.0
	2023*	6.9	17.4	6.9	2.5	10.4

注：2017年から2020年は、履歴データに基づいている。* 2021年~2023年は予測値に基づいている。方法は附属書A6に記載されている。

出典：Authors calculations using data from IMF (2021) (2).

マクロ財政のストレス要因は、今後数年間で国民の医療費支出を下げる圧力をかける可能性がある。時間の経過とともに国全体で、保健医療への公的支出の水準が高くなると、一般的に自己負担の資金調達の水準が低くなる（図34）。さまざまな理由から、2020年はCOVID-19のパンデミックにより比類のない年であったため、この後ろ向きな関係は維持されないと予想される可能性がある。しかし、その後の数年間、保健医療への公的支出に対する下向きの圧力（例えば、COVID-19に起因するマクロ財政のストレス要因の遺物による）は、保健医療への自己負担支出の代償的な増加につながる可能性がある。例えば、ブラジル、インドネシア、及びパキスタンを含む推定59のほとんどの低所得国/中所得国は、現在、2023年には2019年よりも低いままであり、一人当たりの債務返済調整済み「裁量的」な全体的歳出水準を有すると予測されている（図35）。政府の裁量支出に占める保健医療の割合が増加しない限り、これは保健医療に対する公的支出への下方圧力、自己負担支出の増加のリスク、経済的保護の悪化を意味し、すでに破綻的な支出とさらなる貧困のリスクの増大と相関していることが示されている。

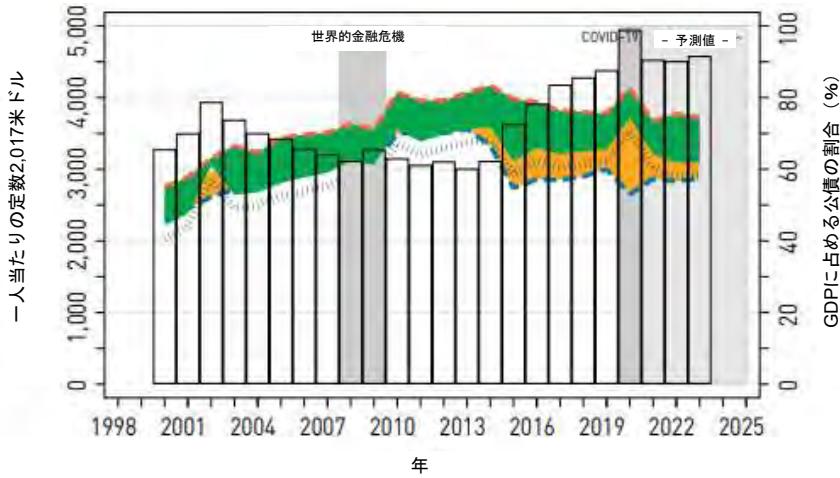
図34. 2018年の保健医療に関する自己負担 対 公的支出



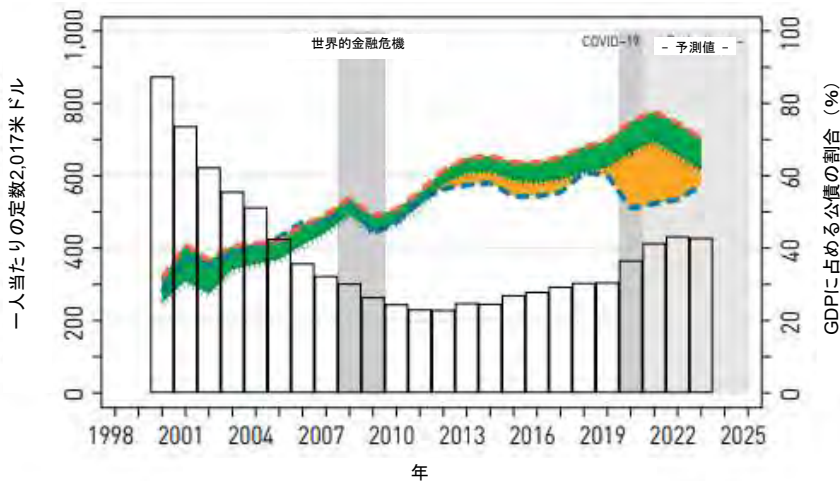
出典 : Authors calculations using data from WHO Global Health Expenditure Database (2020) (119). 方法はアネックス A6を参照のこと。

図35. 一部の国では、債務返済の調整済「裁量的」歳入は、2019年よりも2023年に低くなる
2018~2025年までの a. ブラジル、b. インドネシア、及びパキスタンにおける傾向

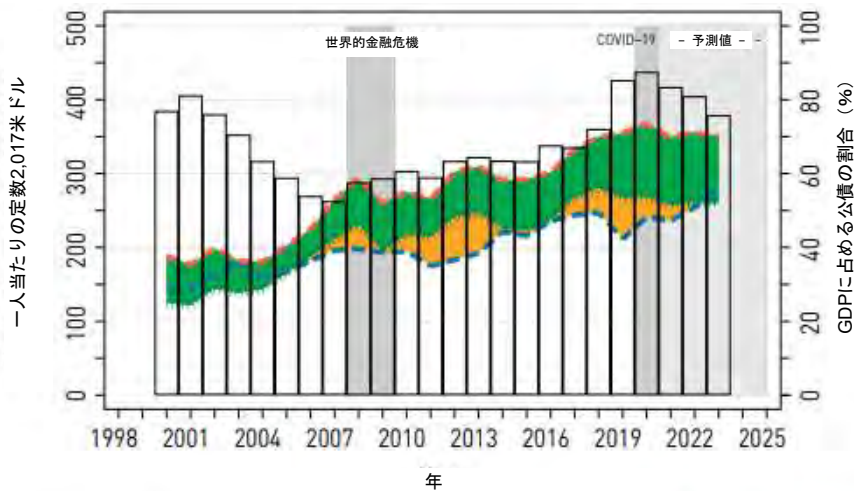
a) ブラジル



b) インドネシア



b) パキスタン



▨ 債務右軸 ■ 一次赤字 ■ 債務返済 ■ 支出 ■ 歳入 - - 裁量

出典：Authors calculations using data from IMF (2021) (2). 方法はアネックスA6を参照のこと。

総合すると、これらの調査結果は、パンデミックの際に経験したケアへのアクセスに対する障壁が、さまざまな理由にもかかわらず、すべての国で存続する可能性が高いことを意味している。高所得国では、COVID-19に感染することへの恐れ、厳格な管理、及びソーシャル・ディスタンスの政策など、ケアの断念の背後にある主な理由は、COVID-19ワクチンの展開によって大幅に減少させる可能性があり、貧しい国よりも早く減少する。豊かな国々はほとんどの国民にワクチンを接種することができたが、貧しい国々ではワクチンの導入が大幅に遅く、2021年までそのように続く可能性が高い。しかし、サービスの滞留、医療従事者の不足、及び燃え尽き、ならびに貧困の増加は、中期的にはアクセス全体に波及効果をもたらし続けるであろう(99)。貧しい国々でケアを断念する主な理由である経済的障壁は、ソーシャル・ディスタンス政策やCOVID-19への恐れに関連するものよりも長く続く可能性がある。パンデミックによる経済的損失は発展途上国でより顕著になると予測されているだけでなく、回復は不均一であり、貧しい国では成長率が低くなると予測されている。パンデミックによる世界的な景気後退は、政府の予算に前例のない負担をかけ、政府の医療費支出を減少させ、自己負担による保健医療費を賄う世帯の能力を低下させるリスクを生み出している。後者は、低所得国と低所得世帯の両方にとって特に懸念事項であり、医療は自己負担支出を通じてはるかに多くの資金を調達している。保健医療に資金提供するための非効率的で不公平な方法であるが、自己負担支払いのこれらの減少は、医療提供者レベルの収入にも影響を及ぼす。低所得国での回復のペースが遅いということは、これらのリスクが長く続く可能性があり、医療へのアクセスに対する経済的障壁における富裕国と貧しい国間の格差が少なくとも短期的にはさらに拡大する可能性があることを意味するかもしれない。ボックス12で説明したように、保健医療への公的支出を保護し、優先順位を付け直す公共政策は、経済的保護を可能にするための重要な手段となる可能性がある。

ボックス12: 医療財政政策の弱点は、欧州の経済ショックに対する回復力を弱体化させる

COVID-19のパンデミックは、2008年の世界的な金融危機のショックからわずか10年後に経済ショックを引き起こした。2008年の危機に対応して導入された緊縮政策（保健医療予算と補償範囲の制限の削減）は、いくつかの国でUHCへの回復力と進歩を弱体化させた(41, 120, 121)。

パンデミックへの対応は、以前の危機から学んだ教訓のいくつかの証拠を示している。各国は2020年に医療システムのために追加資金を迅速に駆り集め、例えば人口カバレッジの格差を縮め、COVID-19治療の自己負担を免除することにより、アクセスへの財政的障壁を取り除くことに明確な焦点が当てられた(121)。

今後数年間で、各国は保障政策と財政資金確保の循環を減らし、公的支出の配分において保健医療に与えられる優先順位を上げる方法を見つける必要があることが経験からわかっている。欧州の多くの医療システムは予算上の圧力に直面する可能性があるが、2008年の危機の経験は、緊縮財政がUHCへ向けた回復力と進歩を弱体化させるため、選択肢ではないことを示している。

パンデミックは、各国に公共支出の優先順位を再考し、政府予算を割り当てる際に、より良い健康と社会的保護システムに対する強い社会的選好をより考慮に入れる機会を与える。全国調査によると、欧州の人々は、公的支出の優先事項として、自分自身と他者の医療への手頃な価格のアクセスを高く評価している(122~125)。

出典: Thomson S, García-Ramírez J, Akkazieva B, Habicht T, Cylus J, Evetovits T. How resilient is health financing policy in Europe to economic shocks? Evidence from the 2008 global financial crisis and the first year of the COVID-19 pandemic. *Health Policy*. 2021; 125(12):1507-15 (<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.11.002>, accessed 29 November 2021).

3. 結論

COVID-19が発生する以前でさえ、家計破綻的な保健医療費支出の動向が進むべき道に向かっていたため、また、経済的困窮者の人数が容認し難い程高止まりを見せていたため、世界的に経済的困窮を減少させることに関して順調ではなかった。世界的な予測がまだ有効であった直近の年である2017年には、世界的に見ても経済的保護における欠陥は依然として信じ難いものであった。ほぼ10億人が家計破綻的な医療費を負担していた（SDG指標3.8.2）。これらの人々のうちほとんどは、極貧層（1人当たり1日PPP 1.90ドル未満）又は相対的貧困層（自国の1人当たりの消費の中央値の60%として定義）のどちらにも属しているわけではないが、自己負担による支払いによる保健医療費を捻出するため財産の大部分を転用することによって、他の必要不可欠なものを切り詰める、資産を使い果たす、自身や子供又は他の家族が必要とする保健医療サービスを受けられるようにするために借金をするといった犠牲を敷いているのである。世界的に、保健医療費支出で困窮にある人数は、依然として、相対的に高い水準に留まっていた（極貧の貧困ラインで5億人、相対的貧困ラインで2.2倍）。多額の医療費を自己負担で支出をしている貧困者は、前述のような全ての人の83%から89%を占めており、自己負担による医療費支払いから（効率的に）免除される必要性を裏付けている。家計破綻的な医療費支出を負担する人々と貧困を招く保健医療支出を負担する人々との重複は比較的小さかった（141か国のサンプルで最大11%と推定）。したがって、2017年には、経済的困窮者の総人数は貧困を招く保健医療支出の識別に使用される貧困ライン（極貧の貧困ライン対相対的貧困の貧困ライン）に応じて、14億人から19億人の範囲に及んだ。56か国から約5,800万人を対象とした114の研究の体系的レビューとメタ分析は、年齢に関係なく特に貧困者にとって、アクセスへの経済的障壁がパンデミック前の治療を控えることになった重要な要素であったことを明らかにした。

高齢世帯で生活する人々は、利用可能なデータを備えたすべての所得グループ及びUN地域でSDG 3.8.2指標（10%のしきい値）によって追跡されるように最も高額な家計破綻的な医療費に直面し、国内では発生率が高齢者人口の極貧層及び最脆弱層の中で最も高い。全ての地域（北アメリカとオセアニアを除く）の92か国からのエビデンスによると、高齢世帯で生活する人々が負担する家計破綻的な医療費の発生率が高いことを示している。具体的には、自己負担が家計の10%を超える高齢世帯で生活する人口の中央値は、低中所得国の若年世帯で生活する人口の中央値よりも4.6高くなっている。低所得国では2倍、欧州では5.9倍高くなっている。

欧州の年齢勾配は際立っており、利用可能なデータがある他のすべてのUN地域では、発生率の中央値の相対的な差は2.3から2.4の範囲である。三世帯世帯では、保健医療支出によって貧困化を招く率が高くなっている。最近のエビデンスによると、最も高額な家計破綻的な医療費が、高齢者人口の最貧層及び最脆弱層によって発生していることを示している。

パンデミック以前でさえ、経済的困窮を時宜に適ったモニタリングを行うには問題があった。本報告書の第1章では、集計レベルでの推計が可能な十分な国別カバー率を有する最新の年である2017年の世界的なエビデンスを示している。家計破綻的な保健医療支出及び貧困を招く保健医療支出の指標作成に生じていた、平均して今までの四年間に及ぶ停滞は、減少するとは予測されておらず、世帯の自己負担による医療費と総消費支出（理想としては受診控えも）に関するデータの作成速度とデータの取得頻度を改善するための即時の行動が取られない場合は、さらに増加する可能性がある。即時の行動を取らなければ、パンデミックの期間中に経験した経済的困窮のレベルに関する知識に格差が生じる可能性があり、それは現在及び将来の効果的なエビデンスに基づく政策対応を制限する可能性がある。

COVID-19のパンデミックが発生する以前の、自己負担による保健医療支出が人々の生活水準に与える全体的な影響と他の基本的ニーズに費やす能力は、保健医療への直接払いに焦点が当てられていることを考えると確かに過小評価されている。本報告書の第1章では、これらの種類の支払いが、医療財政システムの観点から、また公平性と効率性の視点からも深刻な課題をもたらすため、ケアを求める際の直接費用に焦点を当てている。保健医療システムの観点から、直接的な費用は非常に非効率的な方法で徴収されており、施設や医療提供者は、人々がケアを求めること決定し、その手段をみつけた時のみ、その費用を受け取られるため、これらの資金を当てにすることはできない。また、それらは病気に掛かった人からも徴収されており、その時点では適切に働くことができず、十分な収入を得られていない可能性がある。病気に掛かった際に家計の大部分を保健医療に充てるように求めることは、保健医療へのアクセスにおける不公平の拡大につながる。間接費（例：輸送手段など）とケアを求める機会費用（例：収入損失）は、第1章で示した分析では考慮されていないが、これらの他の費用は、人々がケアを求める場合、対処しなければならない経済的悪影響を増大させるだけである。多くの人々にとって、これらの間接費は、直接費に加えて、治療にアクセスするための重大な障壁であり、経済的困窮の指標をより深く解釈するために、サービスカバー率、未充足ニーズ、及びアクセスへの障壁の指標を追跡することが重要である。例えば、WHO欧州地域においては、未充足ニーズの指標が、家計破綻的な医療費を負担している人々の自己負担による医療費の構成について問題点を浮き彫りにしている。特に最貧層の人々の間では、歯科治療に対する未充足ニーズが大きいいため歯科治療への自己負担による医療費は低くなっている。日本では、高齢者に家計破綻的な医療費の発生率は高くなっているが、未充足ニーズの発生率は低くなっている。

2020年に実施された調査は、パンデミック期間を部分的にしかカバーしておらず、前年度と比較した傾向は、経済的保護に対するCOVID-19の影響をまだ捉えていない可能性がある。本報告書を作成した時点で2020年に利用できる推定値はほとんどないが、詳細な分析が不足しているにもかかわらず、利用可能な結果は前年度と比較して異なるパターンを示していない。より多くのデータが入手可能になれば、データが収集された状況（収集方法、医療費項目の回収期間、調査期間）の明確な理解に加えて、医療へのアクセス指標、未充足ニーズ、アクセスへの障壁の詳細な分析は、パンデミックのピーク時のパターンを把握するために必要となる。

すべての兆候は、COVID-19に起因する健康と経済のダイナミクスの変化によって、経済的保護が悪影響を受ける可能性が高いことを示している。パンデミックが経済的保護に与える影響の総計は、さまざまな調査から得られた具体的なデータを通じて、数年以内に評価される。第2章では、破綻的な支出や貧困の発生率などの経済的保護の測定基準に何が起こるかを憶測して予測するのではなく、さまざまな指標（例えば、収入と消費の減少、貧困と非公式の増加）に基づいて何が出現しているのかを要約した(126-127)。分析は、COVID-19の結果としての経済的保護の悪化を強く指摘しているように思われる。これは、一部にはケアの断念に現れる可能性があり、経済的困窮の測定基準の悪化（破綻的で貧困を招く医療支出）と、自己負担による医療費支出、支払能力の測定基準、及びケアに対する経済的障壁が影響を受ける可能性がある。利用率、自己負担による医療費支出、

及び世帯の支払能力に影響を与える健康と経済の力の複雑さは、各国の疫学、人口統計学、社会経済的特徴、及び政策対応の組み合わせに依存する。

これらのダイナミクスとの複合化は、国全体及び国内の世帯間の不平等が拡大し続けるだけという信号である。経済的保護の観点から、特に社会の最も貧しく最も脆弱な人々を保護するために、社会的安全保護と効果的な医療保障の取り決めがこれほど重要であったことはかつてにはなかった。貧しい世帯の増加は、コスト圧力が高まると同時に、自己負担による医療費を支払う余裕が最も少ない人々の割合が増えるだけであることを意味する。ケアを求めることへの経済的障壁の影響と、自己負担による医療費支出に起因する貧困の可能性は、COVID-19の結果としてのみ増大する。

COVID-19の急速に進化する影響は、サービスカバー率、経済的困窮、ケアの断念、及びアクセスへの障壁を定期的にモニタリング及び分析することの重要性を示している。歴史的に、経済的困窮は、比較的頻度の低い世帯の消費と所得の調査によってモニタリングされてきた。COVID-19は、特に危機の際に、携帯電話やソーシャルメディア調査などの他のモダリティを使用して、これらを軽快でより頻繁なモニタリング形式で経済的困窮を補完することの重要性を強調している。エビデンスの生成と政策への情報提供の間の大きな時間差は、それ自体が経済的困窮を改善するための障壁である。さらに、経済的保護はサービスカバー率によって部分的に決定される。サービスカバー率が低下した場合の経済的困窮の指標の改善は、必要なサービスケアの断念を反映しているため、経済的保護の実際の改善ではない。したがって、誤解を避けるために、追加の状況固有の政策的なモニタリングの取組によって、経済的保護と同時に、サービスカバー率、ケアの断念、及びアクセスの障壁を状況に応じてモニタリングすることが重要である。さらに、他の多くのモニタリング指標と同様に、経済的保護は医療システムの外部にある要因の影響を受ける可能性があるため、状況に応じ、決定要因の理解は依然として重要である。

メトリックモニタリングは、COVID-19に対応して世帯の経済的保護を可能にするために導入された政策介入と密接に関連している必要がある。多くの国は、経済的障壁がCOVID-19の検査と治療を受けることへの拘束力のある制約にならないようにするために、さまざまな政策を導入した。しかし、アクセスの有効化と経済的困窮からの保護の両方に関連する実際の影響はまだ決定されていない。この分析は、COVID-19の状況での経済的保護を理解するためだけでなく、危機や極端な健康上の脅威に直面した場合の将来の政策に情報を提供するためにも重要である。

健康、経済、そして全体的なウェルビーイングの深い相互関係は、COVID-19によってさらけ出された。私たちは皆、パンデミックが日常生活に与える影響に取り組み続けている。これらの制約にもかかわらず、公共政策は、すべての人々、特に社会で最も貧しく脆弱な人々の健康とウェルビーイングを保護するための支出の優先順位に焦点を当てる必要がある。対象となる政策介入には、健康のための自己負担支出から抜け出すための貧困層削減に焦点を当てた増加、社会的保護支援の強化、ケアを求める時間と場所での自己負担金やその他の料金の撤廃、貧しく脆弱な家庭での保健医療利用を刺激するための現金給付が含まれる。経済及び健康の二重ショックにも二重の回復が必要であることは明らかである。中長期的には、経済的保護とサービスカバー率の両方の持続的な改善は、健康とウェルビーイングを改善するためだけでなく、貧困の加速的な削減を可能にする長期的な経済回復を維持するためにも重要である。

REFERENCES

1. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction/The World Bank; 2020.
2. World economic outlook: Recovery during a pandemic. Washington, DC: International Monetary Fund; 2021.
3. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 7th Edition. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/impacts-and-responses/WCMS_767028/lang--en/index.htm, accessed 29 November 2021).
4. High Frequency Phone Survey. Washington, DC: World Bank; 2021.
5. Yonzan C, Lakner C and Gerszon Mahler D. Is COVID-19 increasing global inequality? Washington DC: World Bank; 2021.
6. Global COVID-19 Trends and Impact Survey, in partnership with Facebook. Baltimore: University of Maryland; 2021.
7. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021.
8. Baird K. The incidence of high medical expenses by health status in seven developed countries. *Health Policy*. 2016;120(1):26–34.
9. Alsan M, Schoemaker L, Eggleston K, Kammili N, Kolli P and Bhattacharya J. Out-of-pocket health expenditures and antimicrobial resistance in low-income and middle-income countries: an economic analysis. *Lancet Infectious Diseases*. 2015;15(10):1203–10.
10. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978; 56(2):295–303.
11. Levesque J, Pineault R, Hamel M et al. Emerging organisational models of primary healthcare and unmet needs for care: insights from a population-based survey in Quebec province. *BMC Family Practice*. 2012;66: 13.
12. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Geneva: World Health Organization; 2012.
13. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2019.
14. Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
15. Houghton N, Bascolo E and del Riego A. Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;e96:44.

16. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York: United Nations Statistics Division; 2017.
17. A system of health accounts; 2011 Edition. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization/Eurostat; 2011.
18. Tracking Universal Health Coverage, 2021 Monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2021.
19. SDG indicators metadata repository. New York: United Nations Statistics Division; 2019 (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/?Text=&Goal=&Target=3.8>, accessed 29 November 2021).
20. Wagstaff A, Flores G, Smitz M-F, Hsu J, Chepynoga K and Eozenou P. Progress on impoverishing health spending: results for 122 countries: A retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 1984;6(2):E180–E192.
21. Foster JE, Greer J and Thorbecke E. A class of decomposable poverty measures. *Econometrica*. 1984;3(52):761–66.
22. Deaton A and Zaidi S. Guidelines for constructing consumption aggregates for welfare analysis. LSMS Working Paper. 2022;135.
23. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017.
24. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva: World Health Organization and World Bank; 2015.
25. Wagstaff A. Measuring catastrophic medical expenditures: Reflections on three issues. *Health Economics*. 2019;28:765–781.
26. Flores G, Krishnakumar J, O'Donnell O and van Doorslaer E. Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health Economics*. 2008;17(12):1393–412.
27. Global Health Observatory: Financial protection indicators [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCFINANCIALPROTECTION> and <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>, accessed 29 November 2021).
28. Universal health coverage data [Online database]. Washington DC: World Bank; 2021 (<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>, accessed 29 November 2021).
29. Poverty and shared prosperity 2020: Reversals of fortune. Washington DC: World Bank; 2020.
30. World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
31. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
32. Ageing, older persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: United Nations Development Programme, HealpAge International and AARP; 2017 (<https://www.undp.org/publications/ageing-older-persons-and-2030-agenda-sustainable-development>, accessed 29 November 2021).
33. Diaz T, Strong K, Cao B, Guthold R, Moran A, Moller A-B et al. A call for standardised age- disaggregated health data. *Lancet Healthy Longevity*. 2021;2(7):e436–e443.
34. Eozenou P, Neelsen S and Smitz M. Financial protection in health among the elderly – A global stocktake. *Health Systems & Reform*. 2021;7(2):e1911067.
35. Decade of healthy ageing [website]. Geneva: Decade Secretariat, World Health Organization (<https://www.decadeofhealthyageing.org/>, accessed 29 November 2021).
36. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>, accessed 29 November 2021).
37. Household survey analysis of financial hardship due to excessive health spending and unmet care needs of older people in Japan with implications for the Kansai region. Kobe: World Health Organization (WHO) Centre for Health Development;

- 2021 (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/fin_protection_kansai_tmghig, accessed 29 November 2021).
38. Cid C, Flores G, Del Riego A and Fitzgerald J. Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e95.
 39. The Cost of Staying Healthy. Semiannual Report of the Latin America and Caribbean Region. Washington DC: World Bank; 2020.
 40. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits M-F, Chepynoga K and Eozenou P. Progress on catastrophic health spending: results for 133 countries. A retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 2018;6(2):e169-e179.
 41. Wagstaff A and Neelsen S. A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *Lancet Global Health*. 2020;8(1):e39-e49.
 42. Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera A, Musgrove P and Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*. 2007;4(972–983):26.
 43. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
 44. Watson J, Yazbeck AS and Hartel L. Making health insurance pro-poor: Lessons from 20 developing countries. *Health Systems and Reform*. 2021;7(2):e1917092.
 45. Global Health Expenditure Database [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 29 November 2021).
 46. Goginashvili K, Nadareishvili M and Habicht T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Georgia. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021.
 47. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health on access to health services in the European Union. Luxembourg; European Union; 2016.
 48. European Statistical Recovery Database (Online database). Brussels: Eurostat, European Union (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>, accessed 29 November 2021).
 49. Systematic review and meta-analysis: financial barriers to accessing health services and unmet healthcare needs. Kobe: World Health Organization (WHO) Centre for Health Development; 2021 (https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/foregone_care, accessed 29 November 2021).
 50. Monitoring the state of statistical operations under the COVID-19 pandemic. New York: United Nations Statistics Division and the World Bank (<https://unstats.un.org/unsd/covid19-response/covid19-nso-survey-report-2.pdf>, accessed 29 November 2021).
 51. Task Force on COVID-19 and Household Surveys. New York: United Nations Statistics Division; 2021 (<https://unstats.un.org/iswghs/task-forces/covid-19-and-household-surveys/methodology-on-COVID-19-impact-surveys/>, accessed 29 November 2021).
 52. World Health Survey Plus [website]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus>, accessed 29 November 2021).
 53. COVID-19: assessment of the mode effect on official statistics. New York: United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean; 2020 (<https://rtc-cea.cepal.org/en/event/covid-19-assessment-mode-effect-official-statistics>, accessed 29 November 2021).
 54. Adrian T and Natalucci F. COVID-19 worsens pre-existing financial vulnerabilities. Washington DC: International Monetary Fund; 2020 (<https://blogs.imf.org/2020/05/22/covid-19-worsens-pre-existing-financial-vulnerabilities/>, accessed 29 November 2021).
 55. WHO COVID-19 Dashboard [Website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://covid19.who.int/>, accessed 29 November 2021).

November 2021).

56. Richard R. Evidence on the accuracy of the number of reported Covid-19 infections and deaths in lower middle-income countries. Brighton: Institute of Development Studies; 2020.
57. Understanding the coronavirus (COVID-19) pandemic through data [Online database]. Washington DC: World bank; 2021 (<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/>, accessed 29 November 2021).
58. COVID-19 risks and vaccine information for older adults [Website]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/aging/covid19/covid19-older-adults.html>, accessed 29 November 2021).
59. Del Rio C, Collins L and Malani P. Long-term health consequences of COVID-19. *JAMA*. 2020;324(17):1723–4.
60. Coronavirus (COVID-19) vaccinations. Oxford: Our World In Data; 2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>, accessed 29 November 2021).
61. Tandon A, Ivatts A, Cowley P, Roubal T, Dodd R, Pepperall J, Mikkelsen-Lopez I, Irava WJ and Palu T. Economic contraction from COVID-19 in the Pacific: Implications for health financing. *Health Systems and Reform*. 2020;6(1):e1847991.
62. World Development Indicators [Online database]. Washington DC: World Bank Group; 2021 (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>, accessed 29 November 2021).
63. Tandon A, Roubal T, McDonald L, Cowley P, Palu T, De Oliveira Cruz V et al. Economic impact of COVID-19 : Implications for health financing in Asia and Pacific. Washington DC: World Bank Working Paper; 2020.
64. Guglielminetti E and Rondinelli C. Consumption and saving patterns in Italy during Covid-19. Rome: Bank of Italy Occasional Paper No. 620; 2021.
65. Kesar S, Abraham R, Lahoti R, Nath P and Basole A. Pandemic, informality, and vulnerability: impact of COVID-19 on livelihoods in India. *Rev Can Etudes Dev*. 2021;42(1D2):145–64.
66. East Asia and Pacific economic update, October 2021. Washington DC: World Bank; 2021.
67. Deb P, Furceri D, Jimenez D, Kothari S, Ostry JD and Tawk N. The effects of COVID-19 vaccines on economic activity. Washington DC: International Monetary Fund IMF Working Papers, 2020.
68. Heijink R, Xu K, Saksena P and Evans D. Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments. Geneva: World Health Organization; 2011.
69. Agorinya I, Ross A, Flores G, TanTorres Edejer T, Dalaba M, Mensah N et al. Effect of specificity of health expenditure questions in the measurement of out-of-pocket health expenditure: evidence from field experimental study in Ghana. *BMJ Open*; 2021;11(5).
70. Neelsen S and O'Donnell O. Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. *Health economics*; 2017;26(12):e179–e203.
71. Sánchez-Páramo C and Narayan A. Impact of COVID-19 on households: What do phone surveys tell us? Washington DC: World Bank; 2020.
72. Yoshida N, Narayan A and Wu H. How COVID-19 affects households in poorest countries – insights from phone surveys. Washington DC: World Bank; 2020.
73. Shifting gears: Digitization and services-led development. Washington DC: World Bank; 2021.
74. Gerszon Mahler D, Yonzan N, Lakner C, Castaneda Aguilar A and Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021? Washington DC: World Bank; 2021.
75. Fiscal Monitor: Strengthening the credibility of public finances. Washington DC: International Monetary Fund; 2021.
76. Financial crises, poverty, and income distribution. Washington DC: International Monetary Fund; 2021.
77. Ravallion R and Chen S. The impact of the global financial crisis on the world's poorest. London: Vox-EU, Centre for Economic Policy Research; 2009 (<https://voxeu.org/article/impact-global-financial-crisis-world-s-poorest>, accessed 29

November 2021).

78. Furceri D and Zdzienicka A. How costly are debt crises? *Journal of International Money and Finance*. 2021;31(4):726–42.
79. Kreuter K, Kim E, LaRocca S, Morris K, Kern C and Garcia A. Data on economic anxiety offer new opportunities for insights on the global effects of the COVID-19 pandemic. College Park; Social Data Science Center; 2020 (<https://socialdatascience.umd.edu/data-on-economic-anxiety-offer-new-opportunities-for-insights-on-the-global-effects-of-the-covid-19-pandemic/>, accessed 29 November 2021).
80. COVID-19 what we know Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/images/default-source/departments/epi-win/tile-1-covid-19-update-31-may-2021-.png?sfvrsn=4f9c0571_4, accessed 29 November 2021).
81. Murthy S, Gomersall C and Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. *JAMA*. 2020;323(15):1499–500.
82. Torres Rueda S, Sweeney S, Bozzani F and Vassal A. The health sector cost of different policy responses to COVID-19 in low- and middle- income countries. *BMJ Global Health* (in press). <https://doi.org/10.1101/2020.08.23.20180299> [pre-print], accessed 29 November 2021).
83. Global health expenditure database [Online database]. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>, accessed 29 November 2021).
84. COVID-19 Government Response Tracker. Available: Oxford: Oxford University; 2021 (<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>, accessed 29 November 2021).
85. Mathauer I, Dkimi F and Townsend M. Adjustments in health purchasing as part of the COVID- 19 health response: results of a short survey and lessons for the future. Geneva: UHC2030; 2020 (<https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-blog/adjustments-in-health-purchasing-as-part-of-the-covid-19-health-response-results-of-a-short-survey-and-lessons-for-the-future-555419/>, accessed 29 November 2021).
86. Prabandari A, Itriya F and Nyonman Sutarsa I. Poor and rich Indonesians do not get equal access to COVID-19 tests: this is why it's a problem. *The Conversation*, 22 April 2020 (<https://theconversation.com/poor-and-rich-indonesians-do-not-get-equal-access-to-covid-19-tests-this-is-why-its-a-problem-136248>, accessed 29 November 2021).
87. Cousins S. Bangladesh's COVID-19 testing criticised. *Lancet*. 2020;396(10251):591.
88. Govt reduces Covid-19 testing fees. *Dhakatribune.com*, 20 August 2020. (<https://www.dhakatribune.com/health/coronavirus/2020/08/20/govt-reduces-covid-19-testing-fees>, accessed 29 November 2021).
89. Have testing charges affected the number of Covid-19 tests in Bangladesh? *Business Standard*, 17 August 2020 (<https://www.tbsnews.net/thoughts/have-testing-charges-affected-number-covid-19-tests-bangladesh-120454>, accessed 29 November 2021).
90. Sujan M. Govt spends Tk 1.28 lakh for each Covid-19 patient; at pvt hospital patient pays double. *Daily Star*, 1 May 2020 (<https://www.thedailystar.net/coronavirus-deadly-new-threat/news/govt-spends-tk-128-lakh-each-covid-19-patient-pvt-hospital-patient-pays-double-2086885>, accessed 29 November 2021).
91. Responding to COVID-19: Health sector preparedness, response and lessons learnt," Kathmandu: Government of Nepal, Ministry of Health and Population: 2021 (<http://library.nhrc.gov.np:8080/nhrc/handle/123456789/810?show=full>, accessed 29 November 2021).
92. Shapira G and Ahmed T. Disruptions in essential health services during the first five months of COVID-19: Analysis of facility-reported service volumes in eight sub-Saharan African countries. *SSRN Electron J*, 18 October 2020 (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3757414, accessed 29 November 2021).
93. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report. Geneva: World Health Organization, 2020.
94. Premise general population COVID-19 health services disruption survey 2020. Seattle: Institute for Health Metrics and

- Evaluation; 2020 (<http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/premise-general-population-covid-19-health-services-disruption-survey-2020>, accessed 29 November 2021).
95. Readiness for COVID-19 response and continuity of essential health services in health facilities and communities Nairobi. Nairobi: Kenya Ministry of Health; 2021.
 96. Holland KM, Jones C, Vivola-Kantor AM et al. Trends in US emergency department visits for mental health, overdose, and violence outcomes before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(4):372–379.
 97. Amsalem D, Dixon L and Neria Y. The coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak and mental health: current risks and recommended actions. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(1):9–10.
 98. Nagesh S and Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations. *Journal of Global Health*. 2020;10(1):10345.
 99. Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340910/9789289055079-eng.pdf>, accessed 29 November 2021).
 100. Malik M, Tahir M, Jabbar R, Ahmed A and Hussain R. Self-medication during Covid-19 pandemic: challenges and opportunities. *Drugs Ther Perspect*. 2020;36(12):1–3.
 101. Wegbom A, Edet C, Raimi O, Fagbamigbe A and Kiri V. Self-medication practices and associated factors in the prevention and/or treatment of COVID-19 virus: A population-based survey in Nigeria. *Front Public Health*. 2021;9:606801.
 102. Kassie AD, Biftu BB and Mekonnen HS. Self-medication practice and associated factors among adult household members in Meket district, Northeast Ethiopia, 2017. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2018;19(15).
 103. Lam C, Munro C and Lauder I. Self-medication among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*. 1994;39(12): 1641–7.
 104. Sanghani S and Patel V. Self medication: prevalence and pattern in urban community. *J Pharmacovigilance Drug Safety*. 2008;5:95–8.
 105. Phalke V and Durgawale P. Self-medication practices in rural Maharashtra. *Indian J Commun Med*. 2006;31(1):34–5.
 106. Osaigbovo II, Ogboghodo EO, Obaseki DE, Akoria O, Ehinze ES, Obarisiagbon OE et al. Pattern of drug sales at community pharmacies in Edo state as evidence of self-medication during the COVID-19 pandemic: Implications for policy implementation. *The Nigerian Health Journal*. 2021;4:150–8.
 107. Onchonga D, Omwoyo J and Nyamamba D. Assessing the prevalence of self-medication among healthcare workers before and during the 2019 SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic in Kenya. *Saudi Pharm J*. 2020;10(1149–54):28.
 108. Sadio A, Gbeasor-Komlanvi F, Konu R, Bakoubayi A, Tchankoni M, Bitty-Anderson A and et al. Assessment of self-medication practices in the context of the COVID-19 outbreak in Togo. *BMC Public Health*. 2021;21(1):58.
 109. Nasir M, Salauddin Chowdhury ASM, Zahan T. Self-medication during COVID-19 outbreak: a cross sectional online survey in Dhaka city. *Int J Basic Clin Pharmacol*. 2020;9(9):1325.
 110. Chopra D, Bhandari B, Sidhu J, Jakhar K, Jamil F and Gupta R. Prevalence of self-reported anxiety and self-medication among upper and middle socioeconomic strata amidst COVID-19 pandemic. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1):73.
 111. Quispe-Cañari J, Fidel-Rosales E, Manrique D, Mascaró-Zan J, Huamán-Castillón K, Chamorro- Espinoza Sand et al. Self-medication in the COVID-19 pandemic: Survival of the fittest. *Saudi Pharm J*. 2021;29(1):1–11.
 112. Makowska M, Boguszewski R, Nowakowski M and Podkowińska M. Self-medication-related behaviors and Poland's COVID-19 lockdown. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8344.
 113. Ahmad S, Salma Babar M, Yasir Essar M, Sinha M and Nadkar A. Infodemic, self-medication and stockpiling: a worrying combination. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2020;27:34080670.
 114. Loxton M, Truskett R, Scarf B, Sindone L, Baldry G and Zhao Y. Consumer behaviour during crises: Preliminary research on how coronavirus has manifested consumer panic buying, herd mentality, changing discretionary spending and the role of the media in influencing behaviour. *Journal of Risk and Financial Management*. 2020;13(8):166.

115. Ebrahimi E, Igan D, Peria M. The Impact of COVID-19 on Inflation: Potential Drivers and Dynamics. Washington DC: International Monetary Fund; 2020.
116. Mahendradhata Y, Andyani NLPE, Hasri ET, Arifi MD, Siahaan RGM, Solikha DA and Ali PB. The capacity of the Indonesian Healthcare System to respond to COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 7 July 2021 (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.649819/full>, accessed 29 November 2021).
117. World Population Prospects 2019. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 (<https://population.un.org/wpp/>, accessed 29 November 2021).
118. Tran MT, Dang LT, Vu NC. Healthcare and healthcare utilization. In: Vu NC, Tran MT, Dang LT, Chei CL, Saito Y, editors. *Ageing and health in Viet Nam*. Jakarta (Indonesia): ERIA; 2020 (<https://www.eria.org/publications/ageing-and-health-in-viet-nam/>, accessed 29 November 2021).
119. Global Health Expenditure Database [Online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 29 November 2021).
120. Thomson S, Figueras J, Tamás Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Cylus J, Karanikolos M and Kluge H. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe – European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
121. Spending on health in Europe: entering a new era. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2021.
122. Life in Transition III. A decade of measuring transition. London: European Bank for Reconstruction and Development; 2016 (<https://www.ebrd.com/publications/life-in-transition-iii>, accessed 29 November 2021).
123. Risks that Matter. Main Findings from the 2018 OECD Risks that Matter Survey. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>, accessed 29 November 2021).
124. Risks that Matter. Main Findings from the 2020 OECD Risks that Matter Survey. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm>, accessed 29 November 2021).
125. Shaping our future together. Listening to people's priorities and expectations of international cooperation. New York: United Nations; 2021 (<https://www.un.org/en/un75/finalreport>, accessed 29 November 2021).
126. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou P, Schmidt M, Irwin A, Salcedo Cain J, Pambudi ES and Postolovska I. From double shock to double recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington DC: World Bank Working Paper; 2021.
127. Sparkes SP, Eozenou P, Evans D, Kurowski C, Kutzin J and Tandon A. Will the quest for UHC be derailed? *Health Systems and Reform*. 2021; e1929796.
128. Measuring non-food expenditures. London: International Household survey Network; 2015 (<http://www.ihsn.org/projects/non-food-assessment>, accessed 29 November 2021).
129. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. New York: United Nations Statistics Division; 2018 (https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_20181226.pdf, accessed 29 November 2021).
130. Cylus J, Thomson S and Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organization*. 2018;(96): 589–664.
131. Wagstaff A and van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*. 2003;12:921–934.
132. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J and Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362:111–7.
133. Wagstaff A and Eozenou P. CATA meets IMPOV: a unified approach to measuring financial protection in health. *Policy*

Research Working Paper No. 6861. Washington DC: World Bank; 2014.

134. World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles. New York: United Nations Population Division; 2019 (<https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Pyramid/1503>, accessed 29 November 2021).
135. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2020.

アネックス

アネックス A1. 保健医療サービス及び製品の種類別ごとに、自己負担の保健支出医療費支出を比較可能な方法で分類するためのグローバルスタンダード

2019年以前は、保健医療サービスと製品の種類に応じて自己負担による医療費支出を分類及び比較するためのグローバルスタンダードが十分に作成されておらず、家計の保健医療消費の重要要素に関するデータの適切な収集が妨げられていた。経済的困窮のモニタリングは、家計の予算調査、家計の収入・支出の調査、家計の生活水準の調査、又は在宅介護人口の代表的サンプルについて国の統計局が実施している社会経済調査に依存している。医療費の質問の包括性、特異性、想起期間、及びデータ収集方法は、世帯調査間にかなりのばらつきがある。かつては、自己負担医療費支出の分類に関する包括的な国際基準の欠如が質問票の不均一性を生じさせた部分があった。世界保健機関（WHO）は、2014年以前に主に低中所得国で実施された100の調査アンケートのレビュー(128)を行い、医薬品と病院サービスへの支出についての質問が80%、医療周辺従事者及び医療サービスへの支出については各々69%及び66%、他方歯科サービス及び医薬品以外の医療製品への支出に関する情報は60%未満しか含まれていないことを発見した。

予防サービスのための医療費支出に関する情報が明示的に含まれている調査はなく、こうした種類の支出を含めるために使用できたかも知れない「その他」の 카테고리を持つ調査も28%しかなかった。2019年、国連統計部（UN Statistical Division）は目的別家計消費分類の改訂版を公表した（COICOP 2018(129)）。この新しい基準は、国民保険費用勘定をまとめるために使用される保健医療機能分類（予防・治療、リハビリテーション、及び長期介護サービスなど）と保健医療の提供方法を組み合わせたものである(17)。後者には、単なる病院サービスではなく、外来患者介護、在宅介護、長期介護、及び入院患者介護サービスが含まれる（病院は外来患者介護サービスと入院患者介護サービスの両方を提供するため）。改訂版分類の重要な特徴は、母集団の特定区分にとって重要な製品やサービス（たとえば、高齢者や障害者のための補助製品）、又はパンデミック中に重要になった製品やサービス（たとえば、マスクなどの予防・保護用品、予防接種サービス・ワクチンの費用やその他の健康診断・スクリーニングなどの予防サービス）を明確に識別することにある。この分類は、2019年から実施予定であった調査で統計当局が採用すると期待されていたが、多くの国がパンデミックによりデータ収集の中断を余儀なくされた(51)。したがって、調査再開の際には、2020年以降の自己負担による医療費支出の重要要素として浮上している数種類の医療費支出について、新型コロナウイルス感染症以前のベースラインを確立できない可能性がある（セクション2.2.1を参照）。

アネックス A2. 破綻的医療費支出をモニタリングするための様々な方法

破綻的医療費支出をモニタリングする代替方法が複数ある。消費又は収入の特定の割合（たとえば、10%又は25%）を超える、自己負担による医療費支出をもって破綻的であると定義している調査もある。この所謂「家計シェア（budget share）」アプローチは、SDG3.8.2(19)で採用されている。家計シェアアプローチを使用した場合、経験的に、破綻的支出は通常、貧困層での集中があまり見られない（あるいは、富裕層においてより集中する）。保健医療（又は他の項目）への支出を賄うために借金をしており、本来よりも裕福に見える世帯もあるかも知れないが、最貧の五分位に位置する世帯は純粋に貧しいと間違いなく推測できる。

他方で、他の調査は、総消費・収入でなく、必需品の控除後の消費・収入に医療費支出を関連付けている調査もある。その主張は、誰もが食料や住居などの基本的なニーズに少なくともある程度の最低額を費やす必要があり、裕福な世帯に比し、貧しい世帯ではその消費や収入の大部分がこれに吸収されるというものである。どちらかといえば、貧しい世帯は、その結果として保健医療に多くを費やすことができないということかも知れない。対照的に、裕福な世帯は家計予算の10%又は25%を保健に費やしても、基本的なニーズを満たすのに十分な財源が残っている可能性がある。

基本的なニーズの支出を差し引くため、様々なアプローチがある（25、130）。世帯の実際の食料支出のすべてを差し引く(131)調査もある一方、食料支出における選好の効果を考慮し、基本的な食料支出に相当する標準的な金額を世帯の総リソースから差し引く(132)という調査もある。これらの2つのアプローチでは、実際の食料支出が標準額を超えている世帯でのみ差異が生じる。他のすべての世帯については、標準的な金額の方が高くとも、実際の食料支出が差し引かれる。したがって、どちらのアプローチでも、実際の食料支出が標準額を下回っている世帯は同様に扱われる。それにもかかわらず、標準的食料支出アプローチでは、実食料支出アプローチに比し、破綻的支出が裕福な世帯に集中しない可能性がある。

さらに進んで、一般的貧困ライン、つまりは本質的にすべての基本的なニーズに対する割当分を差し引く(133)調査もある。使用する貧困ラインにもよるが、この3番目のアプローチは、家計シェアアプローチと比較して、裕福な世帯よりも、貧しい世帯の方に破綻的支出が集中する可能性が高い。それにより、破綻的医療費支出と貧困を結びつけられる。支払い能力が負である人々は、医療費支出前であっても、出発点から貧困ラインより下にあり、医療費支出によってさらなる貧困に追いやられる。対照的に、貧困ラインとその家計の総消費額との差を、自己負担の医療費支出が超えている人々は、医療費支出によって貧困に追いやられる。

上記2番目と3番目のアプローチに基づき、WHO欧州地域では、3つの基本的なニーズ（食料、住宅（家賃）、公共料金）への支出額相当の金額がすべての世帯で一貫して差し引かれる(130)。その結果、このアプローチでは、家計シェアアプローチよりも、破綻的支出が貧しい世帯に集中する可能性が高くなる。それはまた、破綻的医療費支出と貧困を結びつけている。

世界レベルでは、破綻的医療費支出と貧困を招く医療費支出の定義は相互に関連していないが、両方の指標が相互に補完し、共同することで全集団にわたる自己負担による医療費支出の影響をモニタリングできる。

アネックス A3. データ可用性 (第1章)

本報告書の作成と、グローバル及び地域的での経済的困窮の予測を計算するために使用される、利用可能なデータセットは、2019年の報告書以降大幅に拡大している。2021年の報告書は、破綻的支出に関する161の国又は地域の903の主要推定値（2019年のデータポイント739と比較）、及び貧困に関する149の国又は地域の816の主要推定値（2019年のデータポイント719と比較）に依存している。主要推定値は、家計の自己負担による医療費支出と家計の総消費支出又は収入について、各国統計当局が収集した家計調査に基づく。

全体として、主要推定が検証されている国は世界人口の90%以上を占めており、データポイントの半分は2008年以降に収集されている。UN地域全体が対象とする人口カバレッジと比較すると、人口カバレッジが約60%であるオセアニアを除き、我々のデータセットは常に地域人口集計が85%以上を占める国々を対象としている。

表 A1a. 破綻的医療費支出の対象データ範囲 (SDG 3.8.2指標)

	# 観測点	# 国・地域	中央年	直近中央年	人口カバレッジ
世界	903	161	2008	2015	95.6
アフリカ	168	50	2009	2015	87.2
アジア	290	41	2009	2016	98.2
ヨーロッパ	315	39	2007	2015	96.4
ラテンアメリカ・カリブ地域	89	26	2009	2016	91.9
北アメリカ	35	2	2006	2019	100
オセアニア	6	3	2009	2008	61.0

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based on an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

2015年の集計数を構成するために利用可能なデータポイント数も、前回の報告書から拡大しており、より最近の調査データが利用可能になっている。現在、2010年から2020年間の破綻的支出（貧困支出）として利用できる主要推定値が少なくとも1つある国が136か国あり(123)、これらを合わせると世界人口の約93%（88%）に相当する。2019年以降に作成されたこれらの追加推定値は、2015年の集計数を更新するためにこの報告書で使用されている。

さらに、2017年のより最近の参照年における、自己負担の医療費支出のために経済的困窮に直面している人口の総計は、2014年から2020年までの範囲での利用可能なすべての主要な推定値を使用し、作成される。この狭い範囲内に少なくとも1つのデータポイントがある合計111か国が利用可能であり、世界の破綻的支出人口の約87%に相当する。また、貧困化支出のポイントが少なくとも1つある国も99か国あり、これは2017年の世界人口の65%に相当している。

表 A1b. 貧困化医療費支出の対象データ範囲（経済的困窮の SDG 関連指標）

	# 観測点	# 国・地域	中央年	直近中央年	人口カバレッジ
世界	816	149	2008	2015	91.3
アフリカ	159	48	2009	2015	85.7
アジア	246	36	2008	2016	91.9
ヨーロッパ	289	38	2007	2015	96.2
ラテンアメリカ及びカリブ地域	83	23	2009	2016	89.8
北アメリカ	34	2	2006	2019	99.6
オセアニア	5	2	2009	2008	58.9

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28).

表 A2a. 2015年と2017年頃の破綻的支出の主要推定値の内訳

	2015 [+/- 5 年]		2017 [+/- 3 年]	
	# 国・地域	% 人口	# 国・地域	% 人口
基準年ポイント	47	30	31	35
範囲内に少なくとも2ポイント	32	49	13	33
範囲内に1ポイント	57	14	67	18
範囲外に1ポイント	25	3	50	9
範囲内に少なくとも1ポイント	136	93	111	87

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)。

表 A2b. 2015年と2017年頃の貧困化支出のデータポイントの内訳

	2015 [+/- 5年]		2017 [+/- 3年]	
	# 国・地域	% 人口	# 国・地域	% 人口
基準年ポイント	41	28	25	14
範囲内に少なくとも2ポイント	27	28	9	8
範囲内に1ポイント	55	32	65	44
範囲外に1ポイント	26	4	50	26
範囲内に少なくとも1ポイント	123	88	99	65

注記: グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

破綻的かつ貧困化な医療費支出の同時分布

我々は141か国^dを対象とした709点の調査サンプルを使用し、破綻的支出、及び1.90ドルの貧困ラインと相対的な貧困ラインの定義による貧困化保健費支出（貧困に追いやられている人口とさらに貧困に追い込まれた人口の両方）の同時分布（しきい値10%）を調べる。

各国所得グループ全体の世帯年齢構成

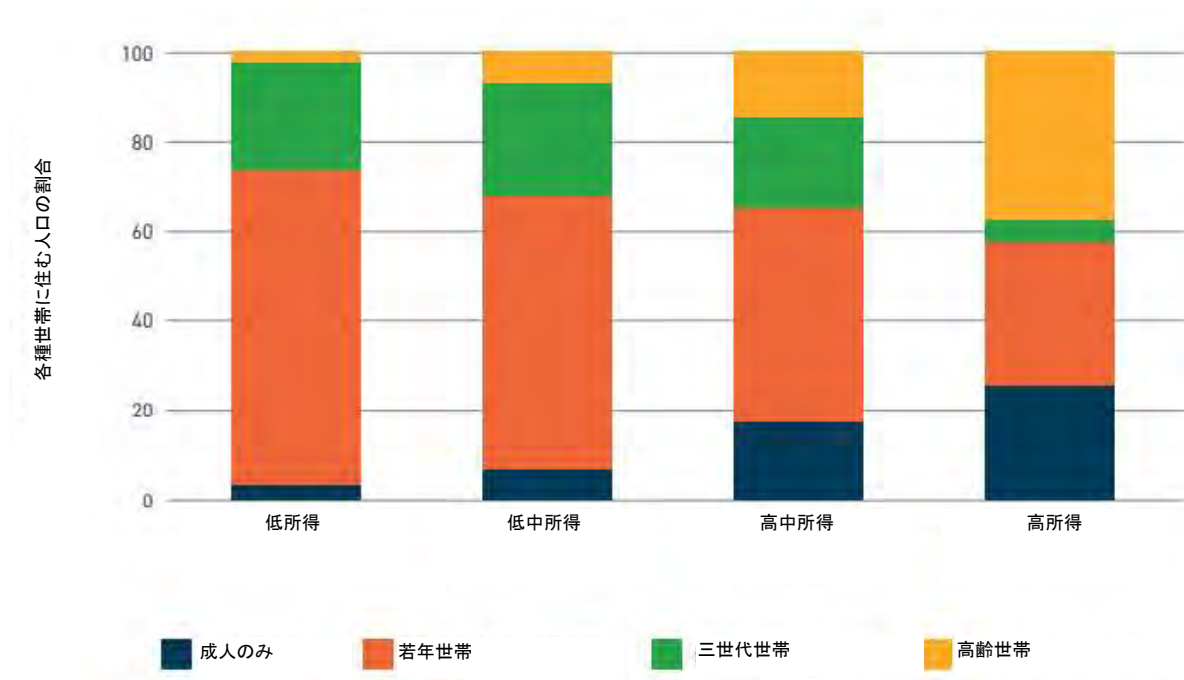
年齢構成の異なる世帯間での自己負担による医療費支出による経済的困窮を比較するため、4つのタイプを構築した。その1つ目は、20～59歳の人々で構成される世帯。この年齢区分には、WHOの最新の推奨年齢分類(33)によると、若年成人と成人（以降、単に「成人」と呼ぶ）のみが含まれる。残る3つはすでに定義されており、以下に対応している。三世代世帯と呼ばれる、20歳未満の人々（子供及び/又は青年）及び60歳以上の成人と一緒に暮らす成人の世帯。若年世帯と呼ばれる、子供（0～9歳）及び/又は青年（10～19歳）と同居している成人の世帯。高齢世帯と呼ばれる、少なくとも1人の高齢者（60歳以上）と同居している成人の世帯、これには高齢者のみで構成される世帯も含まれる。

この分析に利用できるデータは92か国からのものであり、最新の推定値は2009年から2020年の期間に該当し、その最新年の中央値は2014年である^e。世帯の年齢構成は、国の所得グループによって大きく異なる（図A1）。低所得国の人口の大部分（72%）は、子供や青年のいる世帯（若年世帯）に住んでおり、三世代世帯に住んでいる人々（22%）がそれに続く。成人のみ（3%）又は少なくとも1人の高齢者がいる成人のみ（2%）で構成される世帯に住む人はごくわずかである。低中所得国では、平均的に若年世帯と三世代世帯が全人口の90%を占めているが、高中所得国のサンプルでは66%に減少している。対照的に、高所得国では、三世代世帯に住む人々は総人口の5%しか占めておらず、人口は他の年齢構成にさらに均等に分布している。

^d 51の低所得国、67の低中所得国、46の高中所得国、35の高所得国で構成される。

^e これらの国のうち20か国は低所得国、22か国は中所得国であり、各国における所得グループの2015年人口の79%と78%を占めている。32か国は低中所得国であり、その所得レベルの国の2015年人口の43%を占めている。18か国は高所得国であるが、高所得グループの2015年人口の21%しか占めていない。しかしながら、これら18か国の高所得国の平均高齢者人口（60歳以上）の比率（16.2%）は、2015年にすべての高所得国で推定された65歳以上の人口シェア（16.7%）と一致している（134）。したがって、所得グループ間の比較のために、高所得国を残している。

図 A1. 様々な年齢構成の世帯に住む人口の割合

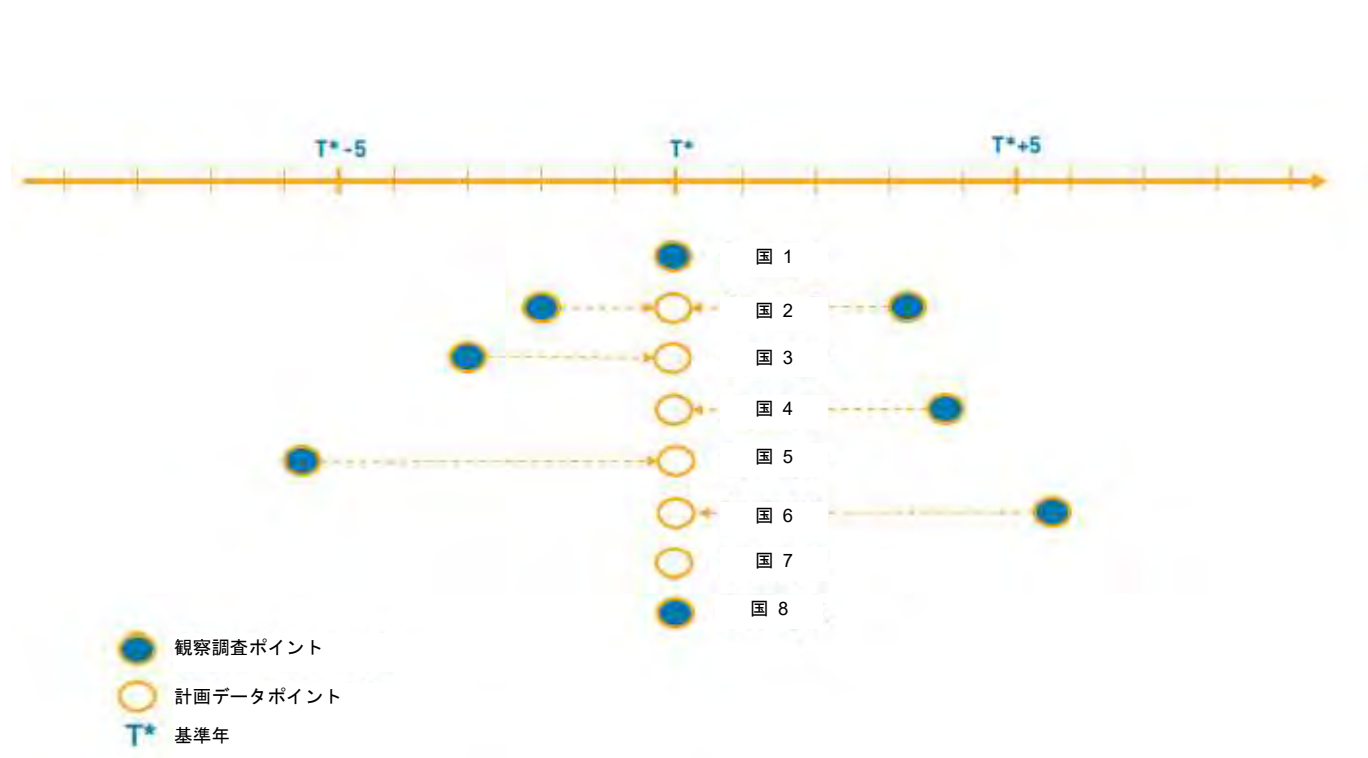


出典: : Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

アネックス A4. グローバル及び地域の集計手法 (1章)

総消費額又は収入と自己負担による医療費支出に関する情報を含む世帯調査は、すべての国で、及び毎年利用できるわけではなく、つまり、地域と全世界集計を構築できるようにするには、主要推定値を世界のすべての国と地域の共通の基準年に合わせる必要がある(図A2)。様々な基準年周辺の経済的困窮に関するグローバル及び地域集計は、UHCに関する2017年のグローバル・モニタリング報告書(23)では2000年から2010年まで、そして経済的保護に関する2019年のテーマ別グローバル報告書(135)では2015年まで、より詳細に説明される手法(40, 136)を使用して作成されている。これらの各基準年について、およそ基準年の前後 ± 5 年の範囲で利用可能なすべての検証済み調査データポイントが使用される(たとえば、2019年報告書で作成された2015年の世界推定値は、2010年から2020年の間に収集されたデータポイントを使用して構築されている)。

図 A2. 共通基準年付近を中心とする国レベルでの調査ポイント調整



データ可用性に応じ、全世界推定値の構築には複数のケースが発生する。

ケース 1: データポイントは、基準年 T^* (たとえば、図A2の国1及び8) で使用できる。その場合、調査で得られた経済的保護指標の値を直接使用する。

ケース 2: 基準年 T^* の前後、及び ± 5 年の範囲で2つのポイントを使用できる(例: 図A2の国2)。この場合、利用可能なデータを使用して2つの年の間の線形補間を行うだけで、基準年 T^* に計画された経済的保護指標の計画値を使用する。

ケース 3: 基準年 T^* の前又は後のいずれかで使用できるデータポイントは1つのみ(たとえば、図A2の国3及び4)、又は有効なデータポイントが基準年範囲外にある(たとえば、図A2の国5及び6)。ここでは、まず、経済的保護指標の固定効果回帰モデルを推定し、最終的な家計消費(OOP/C)に対するOOPの総シェアを従属変数として使用する。次に、モデルのパラメーターを基準年 T^* のOOP/Cの値に適用し、指標の観察値を基準年に計画する(順方向又は逆方向)。

ケース 4: 利用可能なデータポイントはない（例：図A2の国7）。ここでは、経済的保護指標として地域の中央値を使用する。

表A3は、説明されている様々な指標と区分にわたるすべてのデータポイントの国レベルの内訳と、それぞれの基準年におけるこれらの国の対象人口カバー率を示す。たとえば、基準年2015年では、2010～2020年の範囲に少なくとも1つのデータポイントがある114か国からの主要推定値が、2019年の経済的保護に関するグローバル報告書（1）の破綻的支出に使用され、これらの国は全世界人口の87%に相当する（列Bを参照）。現在の報告書では、2015年における、より検証された主要推定値があり、世界人口の91.5%に相当する128か国からの情報が含まれている（列Cを参照）。さらに、2014～2020年の範囲に少なくとも1つのデータポイントを持つ105か国の情報を使用して、2015年に代わり2017年のより最近の基準年の集計を作成することができ、これは、破綻的支出の世界人口の87%、貧困化支出では87か国、世界人口の64.1%に相当する（列Dを参照）。

表 A3. 破綻的及び貧困化の医療費支出の世界的な推定値を構築するために使用されるデータポイントの区分

	[A] [2005～2015]				[B] [2010～2020] (GMR 2019年現在)				[C] [2010～2020] (2021年更新)				[D] [2014～2020]			
	基準年 2010		基準年 2015		基準年 2015		基準年 2015		基準年 2015		基準年 2015		基準年 2017			
	国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)		国(数)		人口カバー率 (%)	
	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
(1) 基準年ポイント (ケース 1)	58	39	34.2	34.2	23	22	16.4	16.4	47	41	29.7	27.8	31	25	35.4	13.6
(2) 範囲内に最低2 ポイント (ケース2)	34	32	47.6	44.2	15	11	7.6	7.6	28	20	46.6	26.9	8	6	25.7	6.8
(3) 基準範囲内に1 ポイント (ケース 3)	76	40	11.8	10.2	76	59	63.0	60.4	53	48	15.2	33.1	66	56	25.1	43.7
合計 (1) + (2) + (3)	168	111	93.6	88.6	114	92	87.0	84.4	128	109	91.5	87.8	105	87	86.2	64.1
(4) 基準範囲内に データポイント 無し (ケース 3)	17	6	1.8	0.7	42	25	8.0	6.5	16	8	2.7	1.5	40	27	9	24.4
(5) データポイント 無し (ケース 4)	63	81	4.6	10.5	62	81	5.0	8.9	71	98	5.71	10.7	70	101	4.8	11.5

注記: C =破綻的医療費支出、I =貧困化医療費支出。グローバルモニタリングのためのデータ可用性は、国又は地域レベルでのデータ可用性と必ずしも一致しない場合がある。

出典: : Based an analysis of the microdata from the Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

アネックス A5.経済的苦難：世界および地域別の推計（第1章）

表A4a.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：所得グループ別(%)

所得グループ	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
低所得	11.2	12.6	7.9	7.1	7.6	2.7	3.1	1.9	1.5	1.5
低中所得	9.7	12.7	12.3	13.9	14.2	2.4	3.2	2.8	4.0	4.5
高中所得	7.5	5.4	13.6	15.5	16.7	1.1	0.9	3.6	4.9	5.0
高所得者	14.9	15.1	14.2	15.4	15.8	2.6	2.4	2.2	2.4	2.5
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17	13.5	10.2	7.5	5.8
低所得	3.6	3.3	1.7	1.4	1.0	28.5	24.1	25.9	27.8	22.6
低中所得	1.5	1.9	2.8	2.8	1.2	13.7	10.9	14.2	10.4	7.6
高中所得	0.6	0.2	1.5	1.0	1.0	5	2.4	5.3	2.5	1.7
高所得	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	1.2	1.2	0.3	0.2	0.3
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21	16.8
低所得	2.3	2.9	1.8	1.3	1.1	54.1	48.4	44	46.4	40.6
低中所得	2.2	2.3	3.1	3.5	1.9	29	28	40.3	34.1	26.7
高中所得	1.0	0.5	2.1	2.0	2.0	12.1	7.4	15.7	9.0	6.1
高所得	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	3.4	3.4	1.3	0.9	1.3
一人当たりの消費の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
低所得	1.9	2.1	1.7	1.6	1.5	8.1	9.4	11.5	13.4	12.8
低中所得	1.2	2.1	2.4	2.9	2.3	8.0	10.8	10.0	11.1	10.6
高中所得	1.3	1.1	2.6	2.8	2.9	12.5	13.9	16.1	17.3	16.3
高所得	1.3	1.3	1.4	1.3	1.4	9.8	10.6	10	9.8	10.2

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A4b.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：所得グループ別（百万人）

所得グループ	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
低所得	275	298	62	45	55	66	73	15	10	11
低中所得	197	313	313	408	423	48	79	72	119	135
高中所得	46	31	339	408	434	7	5	90	129	130
高所得	60	67	72	79	85	11	11	11	12	13
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
低所得	89	80	14	9	7	705	575	206	174	161
低中所得	30	47	70	81	37	280	271	358	304	224
高中所得	4	1	36	25	25	33	15	130	66	43
高所得	1	1	1	1	1	11	12	3	2	3
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
低所得	58	70	14	8	8	1341	1154	351	291	290
低中所得	46	58	77	102	57	593	692	1012	993	789
高中所得	6	3	52	52	52	79	44	386	232	157
高所得	1	2	1	1	2	30	33	14	11	16
一人当たりの消費の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
低所得	46	50	14	10	11	201	225	92	84	91
低中所得	25	51	60	85	69	165	268	250	322	314
高中所得	8	7	64	72	75	82	83	396	448	419
高所得	11	13	16	15	17	86	105	111	114	125

備考：すべての集計値は、アネックス A3の (20)と (40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A5a.UN地域別の経済的苦難を受けている人口（SDGおよびSDG関連指標）（%）

UNの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	8.0	9.8	9.3	10.9	10.0	2.5	2.5	2.0	2.5	2.2
アジア	10.8	12.5	13.5	15.5	16.6	2.5	3.2	3.5	5.0	5.4
ヨーロッパ	7.3	6.3	6.4	7.3	6.7	1.0	0.9	0.9	1.0	0.9
ラテンアメリカ・カリブ地域	7.2	9.6	9.5	8.6	8.7	1.2	1.6	1.5	1.6	1.6
北アメリカ	5.7	5.5	4.7	4.3	4.4	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7
オセアニア	6.0	5.2	3.0	3.0	1.5	1.1	0.9	0.6	0.5	0.2
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	2.8	2.0	1.8	1.6	1.4	31.2	28.4	26.2	26.0	23.4
アジア	2.6	2.8	2.4	2.2	1.1	20.3	15.0	10.0	5.4	3.1
ヨーロッパ	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	0.6	0.0	0.0	0.3
ラテンアメリカ・カリブ地域	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2	4.1	4.5	2.7	0.9	0.7
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
オセアニア	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.4	0.3	0.2	0.1	0.1
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	2.6	2.0	2.0	1.8	1.7	45.0	44.5	43.8	43.7	41.2
アジア	2.2	2.7	2.9	3.2	2.1	42.9	36.6	30.6	22.7	16.1
ヨーロッパ	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	5.9	2.5	0.2	0.3	1.0
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.3	1.2	1.0	0.7	0.6	12.0	13.0	8.0	4.0	3.4
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
オセアニア	0.3	0.2	0.1	0.0	0.0	0.6	0.5	0.4	0.2	0.2
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	1.6	1.9	1.9	2.2	2.1	12.9	15.0	14.9	14.9	15.2
アジア	1.5	2.1	2.7	3.0	2.7	6.9	8.8	11.9	13.4	12.3
ヨーロッパ	1.2	1.2	1.4	1.6	1.7	10.2	11.0	10.8	10.9	11.3
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.4	1.6	1.6	1.6	1.6	13.4	15.4	14.9	14.8	15.1
北アメリカ	1.4	1.1	0.9	0.8	0.7	10.0	9.9	9.8	8.3	8.5
オセアニア	2.5	2.3	1.2	1.3	1.3	13.3	13.2	8.5	12.0	11.8

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A5b.UN地域別の経済的苦難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）（百万人）

UNの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	65	90	97	129	124	20	23	20	29	28
アジア	403	499	568	687	751	94	126	149	221	243
ヨーロッパ	53	46	47	54	50	7	7	7	7	7
ラテンアメリカ・カリブ地域	38	53	56	53	55	6	9	9	10	10
北アメリカ	18	18	16	15	16	3	3	3	3	2
オセアニア	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	22	18	19	19	18	254	261	273	308	291
アジア	97	108	100	95	51	748	588	415	236	137
ヨーロッパ	1	0	0	0	0	11	5	0	0	2
ラテンアメリカ・カリブ地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オセアニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	21	19	21	21	21	366	409	456	516	513
アジア	81	107	119	138	94	1582	1437	1270	991	718
ヨーロッパ	2	1	0	1	0	43	18	1	2	7
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	7	6	4	4	63	72	47	25	21
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
オセアニア	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
サブサハラ・アフリカ/北アフリカ	13	17	20	26	26	105	138	156	176	190
アジア	56	82	111	131	120	254	345	493	587	548
ヨーロッパ	9	9	10	12	13	74	80	80	81	84
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	9	10	10	10	70	86	88	92	96
北アメリカ	4	4	3	3	3	31	32	34	30	31
オセアニア	1	1	0	1	1	4	4	3	5	5

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A6a.経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：WHO地域別(%)

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
アフリカ地域	7.7	8.9	7.6	8.9	8.4	2.7	2.6	1.8	2.1	2.0
米州地域	6.6	8.1	7.8	7.0	7.1	1.1	1.4	1.3	1.3	1.3
東地中海地域	7.3	8.6	9.7	11.8	12.5	1.3	1.4	1.7	2.3	2.5
ヨーロッパ地域	7.3	6.3	6.5	7.0	6.9	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
東南アジア地域	12.6	12.6	13.1	15.0	15.2	2.8	2.9	3.3	4.9	5.4
西太平洋地域	10.3	14.3	16.0	18.7	20.2	2.6	4.0	4.6	6.3	6.4
非加盟国	5.4	7.2	7.5	6.4	11.9	1.4	1.1	1.2	1.2	2.2
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
アフリカ地域	2.8	2.2	1.9	1.7	1.4	36.1	33.2	30.6	30.6	27.2
米州地域	0.5	0.4	0.3	0.2	0.1	2.6	2.8	1.7	0.6	0.5
東地中海地域	2.1	1.3	0.8	0.6	0.7	11.7	7.7	4.7	3.0	2.5
ヨーロッパ地域	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	2.3	1.1	0.4	0.2	0.4
東南アジア地域	3.9	3.5	3.5	3.6	1.2	26.5	20.2	15.3	8.8	4.7
西太平洋地域	1.7	2.5	1.9	1.2	1.3	16.8	12.1	6.5	2.8	1.9
非加盟国	1.0	0.4	0.2	0.3	0.3	11.4	2.3	1.3	4.1	3.6
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
アフリカ地域	1.9	1.8	1.6	1.3	1.1	48.8	48.5	48.3	48.9	45.2
米州地域	0.8	0.7	0.6	0.4	0.4	7.5	8.2	5.1	2.6	2.2
東地中海地域	3.2	2.5	2.4	2.4	2.6	34.8	31.3	25.0	19.5	17.3
ヨーロッパ地域	0.4	0.2	0.2	0.2	0.1	7.2	3.6	1.3	1.1	1.5
東南アジア地域	2.4	3.0	3.4	4.2	1.7	55.7	47.2	43.6	35.6	25.2
西太平洋地域	2.2	2.7	2.7	2.6	2.7	33.6	28.8	20.2	11.2	7.6
非加盟国	1.2	0.9	0.7	0.7	0.6	19.4	9.5	6.3	12.2	10.7
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
アフリカ地域	1.5	1.7	1.7	1.8	1.7	13.4	15.4	15.5	15.3	15.7
米州地域	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	12.1	13.3	13.0	12.4	12.7
東地中海地域	1.7	1.9	1.9	2.4	2.5	10.8	11.8	11.3	11.8	11.9
ヨーロッパ地域	1.2	1.2	1.4	1.5	1.6	10.0	10.7	10.7	10.6	10.9

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
東南アジア地域	1.9	1.9	2.5	3.1	2.2	6.0	6.8	7.3	9.2	7.9
西太平洋地域	1.2	2.5	3.2	3.3	3.5	7.0	10.4	16.9	18.7	17.4
非加盟国	1.2	1.3	1.5	1.6	1.7	10.6	11.0	11.1	11.7	12.1

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A6b. 経済的困難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：WHO地域別（百万人）

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
アフリカ地域	51	67	65	87	87	18	20	15	21	21
米州地域	55	71	72	68	70	9	12	12	13	13
東地中海地域	35	46	57	78	86	6	7	10	15	17
ヨーロッパ地域	63	56	58	64	63	10	9	9	9	9
東南アジア地域	198	214	238	288	299	43	49	59	93	107
西太平洋地域	175	252	292	352	385	45	71	83	118	123
非加盟国	2	3	3	3	5	1	0	0	0	1
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	124	130	122	115	770	1035	879	704	549	435
アフリカ地域	18	16	16	17	15	238	249	263	300	281
米州地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
東地中海地域	10	7	5	4	5	56	41	28	20	17
ヨーロッパ地域	2	1	0	0	0	20	10	4	2	3
東南アジア地域	62	60	63	70	24	417	344	277	169	93
西太平洋地域	29	43	34	22	25	281	210	117	52	36
非加盟国	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
アフリカ地域	12	13	13	13	12	322	364	415	479	466
米州地域	7	7	6	4	4	62	72	47	25	21
東地中海地域	15	13	14	16	18	165	166	148	128	119
ヨーロッパ地域	4	2	1	2	1	62	32	12	10	14
東南アジア地域	37	50	62	81	34	877	802	791	685	494
西太平洋地域	36	48	49	49	51	561	499	361	206	143
非加盟国	0	0	0	0	0	3	2	1	2	2
一人当たりの消費量の 中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
アフリカ地域	10	13	14	18	18	88	116	133	150	163
米州地域	11	13	13	13	13	101	117	121	121	126
東地中海地域	8	10	12	16	17	51	62	67	78	82
ヨーロッパ地域	11	11	12	14	15	87	94	95	97	100

WHOの地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2, 25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
東南アジア地域	30	32	45	60	43	94	115	133	177	155
西太平洋地域	21	43	58	61	65	117	180	303	345	324
非加盟国	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A7a.経済的苦境にある人口（SDGおよびSDG関連指標）：世界銀行地域別(%)

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	9.4	10.8	11.3	12.7	13.2	2.1	2.6	2.7	3.7	3.8
東アジア・太平洋地域	9.1	12.4	13.9	16.1	17.6	2.3	3.4	3.9	5.3	5.5
欧州・中央アジア	7.3	6.3	6.4	6.9	6.8	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
ラテンアメリカ・カリブ地域	7.2	9.6	9.5	8.6	8.7	1.2	1.6	1.5	1.6	1.6
中近東・北アフリカ	8.0	10.8	11.5	14.7	15.4	1.8	1.9	2.1	2.9	3.0
北アメリカ	5.7	5.5	4.7	4.3	4.4	1.0	0.9	0.8	0.7	0.7
南アジア	14.0	13.6	14.0	16.3	16.5	3.0	3.1	3.5	5.3	5.9
サブサハラ・アフリカ	7.7	9.3	8.2	8.8	8.3	2.6	2.7	1.9	2.1	2.0
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
PPP\$1.90/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	2.0	2.0	1.8	1.6	0.9	17.0	13.5	10.2	7.5	5.8
東アジア・太平洋地域	1.6	2.2	1.6	1.1	1.2	18.3	12.7	6.0	2.8	2.1
欧州・中央アジア	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	2.3	1.1	0.4	0.2	0.4
ラテンアメリカ・カリブ地域	0.8	0.6	0.5	0.3	0.2	4.1	4.5	2.7	0.9	0.7
中近東・北アフリカ	1.5	1.0	0.6	0.6	0.7	9.9	6.1	4.3	3.6	2.8
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
南アジア	4.5	3.9	3.9	4.0	1.3	25.6	20.3	16.8	9.5	4.8
サブサハラ・アフリカ	2.8	2.2	2.0	1.7	1.4	35.5	32.5	30.1	30.1	26.9
PPP\$3.20/日	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.8	2.1	2.1	2.2	1.6	33.7	29.8	25.7	21.0	16.8
東アジア・太平洋地域	2	2.4	2.5	2.4	2.4	37.8	31.3	21.2	12.6	9.4
欧州・中央アジア	0.4	0.2	0.2	0.2	0.1	7.2	3.6	1.3	1.1	1.5
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.3	1.2	1.0	0.7	0.6	12.0	13.0	8.1	4.0	3.4
中近東・北アフリカ	3.3	2.3	2.1	2.2	2.4	23.2	21.5	16.8	14.7	13.6
北アメリカ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
南アジア	2.7	3.4	3.8	4.7	2.0	55.1	48.3	47.1	38.4	26.8
サブサハラ・アフリカ	1.9	1.8	1.7	1.4	1.2	48.7	48.0	48.0	48.5	44.9
一人当たりの消費量の中央値の60%	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	1.5	1.9	2.2	2.5	2.3	8.8	10.6	12.4	13.3	12.7
東アジア・太平洋地域	1.2	2.2	2.8	2.9	3.1	7.3	10.1	15.4	17.8	16.7
欧州・中央アジア	1.2	1.2	1.4	1.5	1.6	10.0	10.6	10.6	10.6	10.9
ラテンアメリカ・カリブ地域	1.4	1.6	1.6	1.6	1.6	13.4	15.4	14.9	14.8	15.1
中近東・北アフリカ	1.6	1.9	2.0	2.5	2.6	10.8	12.3	11.4	11.9	12.5
北アメリカ	1.4	1.1	0.9	0.8	0.7	10.0	9.9	9.8	8.3	8.5
南アジア	2.2	2.1	2.8	3.4	2.4	5.9	6.7	7.4	8.5	6.9
サブサハラ・アフリカ	1.5	1.8	1.8	1.9	1.8	13.4	15.4	15.6	15.4	15.7

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A7b.経済的苦難に苦しむ人口（SDGおよびSDG関連指標）：世界銀行地域別（百万人）

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
グローバル	579	708	785	940	996	131	167	189	270	290
東アジア・太平洋地域	189	267	311	373	413	48	73	87	122	128
欧州・中央アジア	63	55	57	63	62	10	8	9	9	9
ラテンアメリカ・カリブ地域	38	53	56	53	55	6	9	9	10	10
中近東・北アフリカ	25	37	44	62	68	6	6	8	12	13
北アメリカ	18	18	16	15	16	3	3	3	3	2
南アジア	195	207	230	285	295	41	47	57	92	105
サブサハラ・アフリカ	52	70	71	88	87	18	21	16	21	21
	貧困ライン以下への追い込み					さらなる貧困ライン以下への追い込み				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
PPP\$1.90/日										
グローバル	124	130	122	115	70	1035	879	704	549	435
東アジア・太平洋地域	32	46	36	24	27	371	268	131	62	48
欧州・中央アジア	2	1	0	0	0	20	10	4	2	3
ラテンアメリカ・カリブ地域	4	3	3	2	1	21	25	16	5	5
中近東・北アフリカ	5	3	2	2	3	31	21	17	15	12
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南アジア	62	60	63	70	24	356	308	276	165	85
サブサハラ・アフリカ	19	17	17	17	15	236	246	261	298	281
PPP\$3.20/日										
グローバル	111	133	146	164	118	2053	1936	1775	1535	1260
東アジア・太平洋地域	41	51	54	53	55	765	660	463	285	215
欧州・中央アジア	4	2	1	2	1	62	32	12	10	14
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	7	6	4	4	63	72	47	25	21
中近東・北アフリカ	11	8	8	9	11	73	75	65	63	60
北アメリカ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
南アジア	37	52	63	82	35	766	733	771	671	480
サブサハラ・アフリカ	13	14	15	14	12	324	365	417	481	470
一人当たりの消費量の中央値の60%										
2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017	
グローバル	91	122	154	182	172	539	686	853	971	953
東アジア・太平洋地域	24	46	61	66	71	147	213	337	401	383
欧州・中央アジア	11	11	12	14	15	86	93	94	96	99
ラテンアメリカ・カリブ地域	7	9	10	10	10	70	86	88	92	96

世界銀行の地域	SDG3.8.2、10%のしきい値					SDGs 3.8.2、25%のしきい値				
	2000	2005	2010	2015	2017	2000	2005	2010	2015	2017
中近東・北アフリカ	5	7	8	11	12	34	43	44	51	55
北アメリカ	4	4	3	3	3	31	32	34	30	31
南アジア	30	32	46	59	43	82	102	121	148	124
サブサハラ・アフリカ	10	14	15	19	19	89	117	136	153	165

備考：すべての集計値は、アネックスA3の(20)と(40)に記載されている方法を用いて、WHOと世界銀行が共同で作成したものである。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療保健の破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために利用可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの利用可能性とは必ずしも一致しない場合がある。出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

表A8.持続可能な開発目標のユニバーサル・ヘルス・カバレッジ指標3.8.2：国別の破綻的医療費、入手可能な直近の年

WHOの国名	SDG UHC指標 3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)		
	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
アフガニスタン**	2016	23.8	5.6
アルバニア	2012	16.7	4.9
アンゴラ	2018	35.5	12.5
アルゼンチン	2017	9.6	2.5
アルメニア	2017	21.0	7.1
オーストラリア***	2015	2.5	0.4
オーストリア	1999	4.3	0.7
アゼルバイジャン	2005	8.1	1.1
バーレーン	2015	4.9	1.4
バングラデシュ	2016	24.4	8.4
バルバドス	2016	16.4	3.8
ベラルーシ共和国	2020	13.5	0.6
ベルギー	2009	11.4	1.4
ベリーズ	2018	6.2	3.1
ベナン**	2015	5.5	1.0
ブータン	2017	4.0	1.8
ボリビア	2019	4.6	0.8
ボスニア・ヘルツェゴビナ	2015	8.2	1.4
ボツワナ	2009	1.0	0.2
ブラジル	2017	11.8	1.9
ブルガリア	2018	21.3	3.1
ブルキナファソ	2014	3.1	0.4
ブルンジ	2013	3.3	0.4
カーボベルデ	2007	2.0	0.0
カンボジア**	2019	17.9	4.9
カメルーン	2014	10.7	1.8
カナダ ¹	2019	3.5	0.8
ケイマン諸島**	2015	0.0	0.0
中央アフリカ共和国	2008	6.7	1.2
チャド	2011	8.7	1.6
チリ	2016	14.6	2.1
中国	2016	24.0	9.2
コロンビア	2016	8.2	2.2
コモロ	2014	8.8	1.6
コンゴ	2011	4.6	0.7

WHOの国名	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)		
	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
コスタリカ	2018	7.4	1.1
コートジボワール	2014	12.4	3.4
クロアチア	2010	2.8	0.3
キプロス	2015	14.7	1.6
チェコ	2010	2.2	0.1
コンゴ民主共和国	2012	4.8	0.6
デンマーク	2010	2.9	0.5
ジブチ	2017	1.5	0.3
ドミニカ共和国**	2018	8.2	0.9
エクアドル**	2013	10.3	2.4
エジプト	2017	31.1	6.1
エルサルバドル	2014	1.7	0.3
エストニア	2010	8.8	1.2
エスワティニ	2016	5.0	1.3
エチオピア	2015	2.1	0.3
フィジー	2008	0.8	0.1
フィンランド	2016	6.7	0.7
ガボン	2017	3.8	0.7
ガンビア	2015	0.2	0.0
ジョージア	2017	31.2	9.7
ドイツ	2010	1.5	0.1
ガーナ	2016	1.3	0.1
ギリシャ	2016	16.9	1.6
グアテマラ	2014	11.5	3.8
ギニア	2012	7.0	1.3
ギニアビサウ	2010	6.3	1.0
ハイチ	2013	11.5	4.0
ホンジュラス	2004	1.1	0.1
ハンガリー	2010	7.4	0.3
アイスランド	1995	7.0	0.9
インド	2017	17.3	6.5
インドネシア	2017	4.5	0.9
イラン（イスラム共和国）**	2019	15.3	3.5
イラク	2012	3.7	0.9
アイルランド	2009	5.6	0.5
イスラエル	2012	10.6	1.8
イタリア	2010	9.3	1.1

WHOの国名	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的な支出の発生率(%)		
	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
ジャマイカ	2004	10.2	2.9
日本	2019	10.5	1.9
ジョーダン	2008	1.7	0.3
カザフスタン	2015	2.5	0.1
ケニア	2015	5.1	1.3
キリバス	2006	0.0	0.0
キルギスタン	2016	3.5	0.7
ラオス人民民主共和国	2007	3.0	0.3
ラトビア	2016	21.4	5.7
レバノン	2012	26.6	6.3
レソト	2010	4.5	1.4
リベリア	2016	6.7	1.1
リトアニア	2008	12.9	2.7
ルクセンブルク	2016	3.5	0.3
マダガスカル	2012	2.9	0.6
マラウイ	2016	4.4	1.0
マレーシア	2019	1.5	0.1
モルディブ	2016	10.3	4.1
マリ	2018	2.1	0.1
マルタ	2015	15.9	2.7
モーリタニア	2014	11.7	2.9
モーリシャス	2017	8.2	1.9
メキシコ	2016	1.6	0.2
モンゴル	2018	7.2	1.3
モンテネグロ	2015	10.3	0.8
モロッコ	2013	20.5	6.4
モザンビーク	2014	1.6	0.4
ミャンマー	2017	12.7	3.5
ナミビア	2015	1.5	0.3
ネパール	2016	10.7	2.1
ニカラグア	2014	24.7	9.1
ニジェール	2018	6.5	0.9
ナイジェリア	2018	15.8	4.1
ノルウェー	1998	5.1	0.5
東エルサレムを含む被占領パレスチナ地域	2016	7.6	1.0
オマーン	1999	0.6	0.1

WHOの国名	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的支出の発生率(%)		
	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
パキスタン	2015	5.4	1.0
パナマ**	2017	6.2	0.7
パラグアイ	2014	7.1	1.9
ペルー	2019	8.4	1.1
フィリピン	2015	6.3	1.4
ポーランド	2016	14.1	1.3
ポルトガル	2011	18.4	3.3
大韓民国※1	2018	12.0	2.9
モルドバ共和国	2016	18.7	3.6
ルーマニア	2016	13.4	2.2
ロシア連邦※1	2020	7.7	0.9
ルワンダ	2016	1.2	0.1
セントルシア	2016	6.6	1.9
サントメ・プリンシペ	2017	4.8	1.2
サウジアラビア	2018	1.3	0.6
セネガル	2011	3.3	0.2
セルビア	2015	8.0	0.5
セーシェル	2013	2.6	1.3
シエラレオネ	2018	16.4	3.0
シンガポール	2013	9.0	1.5
スロバキア	2015	2.7	0.0
スロベニア	2018	3.7	0.3
ソマリア	2017	0.1	0.0
南アフリカ	2014	1.0	0.1
南スーダン	2017	13.4	4.0
スペイン	2019	7.9	1.1
スリランカ	2016	5.4	0.9
スーダン	2009	18.4	3.3
スリナム	2016	4.9	1.4
スウェーデン	1996	5.5	0.7
シリア・アラブ共和国	2007	6.9	1.4
タジキスタン	2018	10.3	2.2
タイ	2019	1.9	0.3
北マケドニア	2006	7.8	0.8
東ティモール	2014	2.6	0.5
トーゴ**	2018	13.4	2.4
トリニダード・トバゴ	2014	3.9	1.9

WHOの国名	SDGs UHC指標3.8.2 最新版破綻的支出の発生率(%)		
	最新年度	世帯の総消費量または 総収入の10%以上	世帯の総消費量または 総収入の25%以上
チュニジア	2015	16.7	2.4
トルコ	2016	3.2	0.4
ウガンダ	2016	15.3	3.8
ウクライナ	2019	8.3	1.2
アラブ首長国連邦※1	2019	0.4	-
グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国	2018	2.3	0.4
タンザニア連合共和国	2018	4.3	0.8
アメリカ	2019	4.3	0.8
ウルグアイ	2016	2.3	0.2
ウズベキスタン	2003	6.7	1.8
ベトナム	2020	8.5	1.7
イエメン	2014	15.8	4.2
ザンビア	2010	0.3	0.0
ジンバブエ	2017	11.8	7.0

備考*加盟国によって制作。 ** メンバー国との共同制作。 *** 国の専門家と協力して制作。破綻的な医療費とは、世帯の総消費額または総収入の10%および25%を超える自己負担額と定義される。¹ 特特定の医療費のみを除外し、税引き後の所得を世帯人数の平方根で割って調整した代理指標。この2つのしきい値を用いた定義は、SDGsの指標である3.8.2、「世帯の総消費または収入に占める健康に対する家計支出の割合が大きい人口の割合」に対応している。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するための標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで医療への破綻的な支出をモニタリングするために使用されている方法とは異なる場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために入手可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの入手可能性とは必ずしも一致しない場合がある。

出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27, 28)

表A9.持続可能な開発目標に関連した、医療費の自己負担による貧困化の指標（国別、入手可能な直近の年）

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの 貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の 相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への 支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への 支出不足
アフガニスタン**	2016	4.4	16.4	3.3	8.3
アルバニア	2012	0	0	3	7
アンゴラ	2018	5	34	5	20
アルゼンチン1	2004	0	1	2	10
アルメニア	2017	0	0	3	7
オーストラリア***	2015	0	0	1	15
オーストリア	1999	0	0	1	8
アゼルバイジャン	2005	0	0	1	1
バングラデシュ	2016	4	8	4	9
バルバドス	2016	0	0	2	10
ベラルーシ1	2016	0	0	1.7	11.2
ベルギー	2009	0	0	2	11
ベナン**	2015	2	39	-	18
ブータン	2017	1	0	2	4
ボリビア	2019	0	1	1	13
ボスニア・ヘルツェゴビナ	2015	0	0	2	8
ボツワナ	2009	0	4	0	8
ブラジル	2017	0	1	2	20
ブルガリア	2018	0	-	4	12
ブルキナファソ	2014	2	54	2	13
ブルンジ	2013	1	61	1	15
カーボベルデ	2007	0	2	1	12
カメルーン	2014	2	0	2	26
カナダ2	2019	0	0	1	16
中央アフリカ共和国	2008	1	34	1	13
チャド	2011	2	22	1	15
チリ	2016	0	0	2	13
中国	2016	2	2	4	18
コロンビア	2016	0	1	1	12
コモロ	2014	1	15	2	19
コンゴ	2011	1	25	1	22
コスタリカ	2018	0	0	1	11

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足
コートジボワール	2014	2	-	2	-
クロアチア	2010	0	0	1	10
キプロス	2015	0	-	3	14
チェコ	2010	0	0	1	9
コンゴ民主共和国	2012	1	62	1	20
デンマーク	2010	0	0	1	10
ジブチ	2017	0	2	0	3
ドミニカ共和国**	2018	0	0	2	12
エクアドル**	2013	1	1	2	15
エジプト	2017	2	3	5	11
エルサルバドル	2014	0	0	0	3
エストニア	2010	0	0	1	6
エスワティニ	2016	1	10	1	12
エチオピア	2015	1	12	1	9
フィジー	2008	0	-	-	-
フィンランド	2016	0	-	1	11
ガボン	2017	0	2	1	17
ガンビア	2015	0	7	0	13
ジョージア	2017	2	3	5	16
ドイツ	2010	0	0	1	5
ガーナ	2016	0	6	0	15
ギリシャ	2016	0	-	2	11
グアテマラ	2014	1	2	2	13
ギニア	2012	3	21	1	10
ギニアビサウ	2010	1	50	1	15
ハイチ	2013	3	9	4	10
ハンガリー	2010	0	0	1	13
アイスランド	1995	0	0	1	10
インド	2011	5	16	3	7
インドネシア	2017	0	4	1	16
イラン（イスラム共和国）**	2019	0	0	-	-
イラク	2012	0	2	1	13
アイルランド	2009	0	0	1	10
イスラエル	2012	0	0	2	15

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足
イタリア	2010	0	0	1	9
ジャマイカ	2004	1	1	2	18
ジョーダン	2008	0	0	1	14
カザフスタン	2015	0	0	1	8
ケニア	2015	2	17	1	11
キリバス	2006	0	0	0	0
キルギスタン	2016	0	0	1	3
ラオス人民民主共和国	2007	1	6	0	4
ラトビア	2016	0	-	4	9
レバノン	1999	0	0	7	21
リベリア	2016	2	37	2	16
リトアニア	2008	0	0	2	8
ルクセンブルク	2016	0	-	2	20
マダガスカル	2012	0	51	1	12
マラウイ	2016	1	42	1	9
マレーシア	2019	0	0	1	20
モルディブ	2016	0	0	2	11
マリ	2018	2	37	2	16
マルタ	2015	0	-	3	14
モーリタニア	2014	1	2	3	9
モーリシャス	2017	0	0	1	5
メキシコ	2016	0	0	0	11
モンゴル	2018	0	0	2	14
モンテネグロ	2015	0	0	2	8
モロッコ	2013	2	1	5	14
モザンビーク	2014	1	39	1	13
ミャンマー	2017	1	1	3	11
ナミビア	2015	0	10	0	22
ネパール	2016	2	9	3	13
ニカラグア	2014	3	4	5	21
ニジェール	2018	2	38	1	15
ナイジェリア	2018	2	45	3	24
ノルウェー	1998	0	0	2	10

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足
東エルサレムを含む被占領パレスチナ地域	2016	0	0	2	13
オマーン	1999	0	0	0	8
パキスタン	2015	0.7	3.1	2.3	11.3
パナマ**	2017	0	0	1	18
パラグアイ	2014	1	2	1	18
ペルー	2019	0	0	1	16
フィリピン	2015	1	8	1	21
ポーランド	2016	0	0	3	12
ポルトガル	2011	0	0	3	13
モルドバ共和国	2016	0	0	3	6
ルーマニア	2016	0	0	2	9
ロシア連邦	2014	0	0	2	16
ルワンダ	2016	0	35	1	12
セントルシア	2016	0	1	2	12
サントメ・プリンシペ	2017	1	14	1	8
セネガル	2011	1	33	2	19
セルビア	2015	0	0	2	12
セーシェル	2013	1	1	1	11
シエラレオネ	2018	4	43	3	14
スロバキア	2015	0	-	1	11
スロベニア	2018	0	-	1	7
ソマリア	2017	1	25	0	2
南アフリカ	2014	0	7	0	17
南スーダン	2017	1	64	3	20
スペイン	2019	0	-	2	13
スリランカ	2016	0	0	1	7
スーダン	2009	3	11	3	17
スリナム	2016	0	0	1	9
スウェーデン	1996	0	0	1	8
シリア・アラブ共和国	2007	0	0	2	12
タジキスタン	2018	0	0	1	4
タイ	2019	0	0	1	11
北マケドニア	2006	0	1	2	8

WHOの国名	最新年度	貧困を招く医療費			
		PPP1日1.90ドルの貧困ライン		消費または収入の中央値の60%の相対的貧困ライン	
		(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足	(貧困への追い込み) 貧困人数の増加	(さらなる貧困への追い込み) 健康関連への支出不足
東ティモール	2014	1	8	1	3
トーゴ**	2018	-	-	2	14
トリニダード・トバゴ	2014	1	1	1	2
チュニジア	2015	0	0	3	15
リルコ	2016	0	0	1	12
ヌガンダ	2016	3	25	3	13
ルクライナ	2019	0	0	2	11
グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国	2018	0	0	0	9
タンザニア連合共和国	2018	1	26	1	10
アメリカ	2016	0	0	1	8
ウルグアイ	2016	0	0	1	14
ウズベキスタン	2003	1	15	1	3
ベトナム	2020	0	1	2	20
イエメン	2014	4	9	4	10
ジンバブエ	2017	5	3	5	2

注：加盟国によって制作。 ** メンバー国との共同制作。 *** 国の専門家と協力して制作。 ¹ 貧困層の医療費に関する最新の推計値は、破綻的な医療費に関する最新の推計値とは異なる（SDGs指標 3.8.2）。 ² 特定の医療費のみを除外し、税引き後の所得を世帯人数の平方根で割って調整した代理指標。健康への支出の貧弱化は、世帯が健康上の不幸な出来事により、衣食住などの医療費以外の予算項目への支出を余儀なくされ、これらの項目への支出が貧困線で示される水準以下、またはそれ以上に減少した場合に起こる。保健医療費の貧弱化に関する指標は、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジというSDGsの公式指標には含まれていないが、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを、SDGsの第1目標である「あらゆる形態の貧困をあらゆる場所でなくす」に直接結びつけている。WHOと世界銀行の推計値は、国を超えた比較可能性を確保するために、標準的な定義と方法に基づいているが、地域や国レベルで破綻的な医療費をモニタリングするために使用されている方法とは一致しない場合がある。これらの推計値は、世界的なモニタリングのために入手可能なデータに基づいているが、国や地域レベルでのデータの入手可能性とは必ずしも一致しない場合がある。

出典：Global database on financial protection assembled by WHO and the World Bank, 2021 update (27,28)

表A10.世界保健機関（WHO）欧州地域の破綻的医療費支出と医療費支出の貧弱化の指標

国名	最新年度	自己負担が支払い能力の40%を超える世帯の割合 (%) ^a	自己負担支払い後に貧困に陥るリスクのある世帯の割合 (%) ^b				
			さらなる貧困	貧困	貧困のリスク	貧困のリスクなし	自己負担なし
アルバニア	2015	12.5	6.7	1.5	6.7	51.4	33.7
オーストリア	2014/2015	3.2	0.8	0.2	1.0	77.9	20.9
ベルギー ^c	2018	3.8	0.6	0.2	0.8	65.5	32.8
ブルガリア	2018	19.2	4.3	3.6	8.1	78.2	5.7
クロアチア	2014	4.0	2.0	0.5	3.3	73.8	20.4
キプロス	2015	5.0	1.3	0.5	1.9	88.4	8.0
チェコ	2012	1.1	0.4	0.1	1.4	97.6	0.6
エストニード	2016	8.1	1.5	1.3	2.1	54.7	40.4
フィンランド ^c	2016	3.8	0.6	0.6	2.2	83.3	13.4
フランス ^e	2017	2.1	1.3	0.2	1.5	81.3	15.7
ジョージア ^e	2018	17.4	3.9	2.9	3.7	64.7	24.7
ドイツ ^e	2018	2.4	0.8	0.2	0.5	88.3	10.3
ギリシャ ^e	2019	8.9	1.6	0.9	3.2	79.7	14.6
ハンガリー	2015	11.6	3.8	2.1	5.7	76.0	12.3
・ イルランド	2015/2016	1.2	0.8	0.1	0.9	64.5	33.8
・ タリア ^e	2019	9.4	2.8	1.4	2.1	71.7	22.0
キルギスタン	2014	12.8	2.2	1.5	6.7	71.2	18.5
・ トビア ^e	2016	12.9	2.2	2.0	4.1	62.8	28.9
・ トアニア	2016	15.2	2.2	3.4	4.2	52.3	37.8
・ クセンブルク	2017	2.4	1.1	0.3	0.5	89.8	8.3
マルタ ^c	2015	6.9	1.0	1.1	2.1	80.1	15.6
北マケドニア ^c	2018	6.5	2.2	1.7	2.8	39.4	53.9
共和国 モルドバ	2016	17.1	3.2	3.5	8.9	56.5	27.9
ポーランド	2014	8.6	2.6	1.1	4.3	75.3	16.7
ポルトガル	2015	10.6	2.2	1.6	2.8	84.3	9.0
ルーマニア ^c	2015	12.5	3.7	1.9	5.2	51.5	37.7
スロバキア ^e	2015	5.1	2.6	0.6	3.1	88.8	4.7
スロヴェニア ^e	2018	0.8	0.1	0.1	0.3	80.6	18.9
スペイン ^e	2019	1.6	0.7	0.1	0.7	71.5	27.1
スウェーデン	2012	1.8	0.9	0.2	0.6	50.5	47.8
トルコ ^e	2018	4.3	2.3	0.4	2.0	52.8	42.6
ウクライナ ^e	2019	16.7	8.4	2.4	8.5	76.4	4.4
グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国	2014	1.4	0.8	0.0	0.7	51.4	47.1

注：a 食糧、住居、光熱費のアプローチを用いて、支払い能力の40%を超える自己負担額と定義される破綻的医療費（附属書A2）、b 食糧、住居、光熱費の基本的ニーズを反映した相対的貧困線を用いて、自己負担額を支払った後に貧困化のリスクがある世帯の割合（130,31）、c 新規推定値、d 推定値の修正、e 推定値の更新。

アネックス A6. データおよび手法（第2章）

本アネックスでは、グラフを作成する、あるいはCOVID-19と経済的保護に関する議論を支援するために使用するデータソースと手法を紹介する。

a) 迅速レビュー手法

本章での議論を支援するため、迅速レビューを実施した。Google Scholar による一連のキーワード/フレーズを検索してこれを行った。使用されたキーワード/フレーズは、保健医療/保健医療利用、COVID-19中の保健医療/保健医療利用、セルフメディケーション、健康志向行動、COVID-19中の健康志向行動、COVID-19中のセルフメディケーション、COVID-19中の伝統医学、家庭治療及び自己負担支出、であった。セルフメディケーションについては、対象患者基準を満たすすべての項目が含まれているわけではなかったので、COVID-19中の統計と理解について議論するために国ごとに1つだけを含むものとした。2020年1月以降、査読付き専門誌、調査結果報告書、ニュース記事に掲載された記事をレビューの対象とした。Google Scholarは、COVID-19のパンデミックに直接関係のない多くの記事を提供するため、対象患者基準に従ってフィルタリングした後、記事の要約をレビューして記事をさらにサブセット化した。要約から、推定値がCOVID-19パンデミックに固有であることを確認するため、パンデミック後のデータを利用したもののみを含むこととした。

加えて、WHOと世界銀行の両方の専門家が、時には地域ごとに、これらのトピックに関する参考文献を提供することを求められた。専門家の全リストは、謝辞に含まれている。

b) 第2章共通の統計的選択

- ・ ドルでの金銭的価値は、2017年の一定の米ドル値で提供。
- ・ すべての統計は母集団で加重されている。
- ・ 2019（COVID-19以前）の所得グループ分類は、すべての国で使用される。第1章とは対照的に、所得グループの分類は年ごとに異なり、経済的困窮についての推定値が入手可能な最新の年については、表A10を参照されたい。
- ・ 2021年10月からの国際通貨基金の世界経済見通し（International Monetary Fund World Economic Outlook）（<https://www.imf.org/en/Publications/WEO>）は、パンデミックのマクロ経済的影響を議論するために使用されている。予測の詳細については、統計的アネックスを参照されたい。この章全体で明確に述べられているとおり、予測には多くの不確実性があり、変更される可能性があるが、これらは本報告書の作成時に入手可能な最良の証拠に基づくものである。

c) データソースの概要（特に指定がない限り、最終アクセス日は2021年10月15日～18日）

- ・ 世界銀行
 - [PovcalNet](#)（2021年6月更新）
 - [Macro Poverty Outlook](#)（2021年9月更新）
 - [High Frequency Survey](#)（前回アクセス日 2021年11月10日）（<https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>）
- ・ 国際通貨基金
 - [World Economic Outlook](#)（2021年10月更新）
- ・ 世界保健機関
 - [Global Health Expenditure Database](#)（2020年12月更新）
 - [National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic](#)

- ・ 保険指標評価研究所 (Institute for Health Metrics and Evaluation)
 - [Premise General Population COVID-19 Health Services Disruption Survey](#)
- ・ メリーランド大学ソーシャルデータサイエンスセンター (Facebookとの提携)
 - [The Global COVID-19 Trends and Impact Survey](#)
- ・ [Oxford COVID-19 Government Response Tracker](#)
- ・ [Our World in Data \(OWID\)](#)
- ・ [Statistics and Research on COVID-19](#)

d)必要に応じた、データソース詳細及び手法図示

世界銀行

PovcalNet

<http://research.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx>

PovcalNetは、ユーザーが地域別、国のグループ別、又は国個別の貧困率を時間の経過とともに任意の貧困ラインで推定できる計算ツールである。世界銀行の開発経済部のデータグループと調査グループがPovcalNetを共同管理している。

Macro Poverty Outlook

<https://www.worldbank.org/en/publication/macro-poverty-outlook>

Macro Poverty Outlook (MPO) は、開発途上国147か国におけるマクロ経済と貧困の動向を分析している。この報告書は、世界銀行グループと国際通貨基金の春と年次総会 (Spring and Annual Meetings) に合わせ年2回発行される。MPOは、最近動向の概要、2021年から2023年までの主要なマクロ経済変数と貧困の予測、及び今後の経済成長、マクロ経済の安定、貧困削減のための重要な課題について説明する各国個別の注記で構成されている。図20は、このソースからのデータと国際通貨基金からのデータに基づく。詳細については、以下を参照されたい。

High Frequency Survey

<https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>

世界銀行とパートナーは、パンデミックの人的及び経済的影響を抑制する政策への情報提供のため、COVID-19調査から国レベルの結果を収集・公開した。対面インタビューの実施を厳しく制限しているソーシャル・ディスタンス政策を考慮し、LSMS (Living Standards Measurement Study: 生活標準測定調査) では、米国国際開発庁からの資金提供を受け、世界銀行の貧困と公平のグローバル・プラクティス (GP) と協力している。COVID-19への対応と社会経済的影響を追跡するため、頻繁な電話調査に財政的及び技術的支援を提供している。調査には、食料安全保障、雇用変化、収入損失、セーフティネットと保健医療へのアクセス、及び家計対策戦略に関連する質問が含まれている。

この調査で使用されたすべての指標 (つまり、図24、25、26、30、及び31) は、ポータルサイトから国レベルでダウンロードされている。これら指標の詳細については、技術ノートで確認可能である。これらの数字は、特に明記されていない限り、国の所得グループごとの単純な人口加重平均を示している。図30のデータは39か国の低中所得国 (対象73,638世帯) に焦点を当てており、国の所得グループ別に分類して、過去の保健医療の普及と当該保健医療について報告された様々な理由の相対的な重要性を推定している。各世帯1人の回答者に、面接の30日前に世帯の構成員が保健医療サービスを必要としているか否か、必要なサービスにアクセスできるか否か、そうでない場合はどのような理由で必要かを尋ねた。しかし、調査では、COVID-19パンデミックがより広範囲の社会経済指標に与える影響に関する情報を世帯レベルで収集した。したがって、収入、労働、対処メカニズムに関連する数字を生成するためにも使用される。後者の決定には、高所得国が含まれる。高所得国の総数は、それぞれの注記に示されているように、各数字に固有である。

- ・ ほとんどの数字はすべて、調査の最初の対象集団 (つまり、2020年4月~7月) に基づいており、すべての業界を対象とするデータを使用して、国間の比較可能性と最大調査対象を確保している。
- ・ チャートに示す指標は、収入 (図24)、労働 (図25)、対処メカニズム (図26)、主要な保健医療原因 (図30)、保健医療

(図31) のトピックに分類されている。

- 図24は、COVID-19による収入の減少に焦点を当てている。データには、収入の変化の4つの主要区分、農場収入の減少、非農場家族事業からの収入の減少、賃金収入の減少、及び総収入の減少、に関する情報が含まれている。世帯の比率は、これらの区分と自国の所得分類によって示される。
- 図25は、COVID-19の労働市場関連の影響に焦点を当てている。データには、労働市場への影響の5つの主要区分に関する情報が含まれている。それらは、COVID-19の発生以来転職した、世帯が通常の農業活動を行うことができない、先週は通常どおりに働けなかった、通常どおりに働かず給与一部支給又は無給、COVID-19の発生以来仕事をやめた、の5区分である。世帯シェアは、これらの区分の労働市場変化と自国の所得分類によって示される。
- 図26は、パンデミックのために世帯が使用している対処メカニズムに焦点を当てている。データには、総支出の削減、生活費を支払うための資産売却、緊急貯蓄使用という、対処メカニズムの3つの主要区分に関する情報が含まれている。世帯の比率は、これらの対処メカニズムの区分と自国の所得分類によって示される。
- 図30は、対応の区分に応じ、1~13か国の高中所得国、2~17か国の低中所得国、及び3~12か国の低所得国が含まれる。経済的理由、COVIDの理由、供給側の理由、又はその他の理由でケアを求めることができないと回答した各所得グループ（低所得国、低中所得国、高中所得国の回答者数を加算し、総回答数に占める4つの区分のシェアを計算し、各原因のシェアとした。COVIDの理由とは、COVID-19の感染を恐れている/心配しているために、世帯が医療を受けることができないことと定義される。経済的理由とは、世帯が金銭の不足のため医療を受けられないことと定義される。供給側の理由とは、病院/診療所に十分な物資や検査がないため、世帯が医療を受けることができないと定義される。「その他の理由」とは、世帯が単にその他の理由で医療を受けられないことと定義される。
- 図31は、ケアを求めることができない理由に焦点を当てている。データには、医療を受けられない理由の9つの主要区分に関する情報が含まれている。区分は、金銭の不足、医療関係者が不在、医療施設が一杯である、医療施設が閉鎖、病院/診療所に十分な物資や検査がない、COVID-19の感染を恐れている/心配している、禁止（在宅命令）、交通機関の欠如、及びその他の理由、である。世帯の比率は、医療を受けることができないこれらの区分と自国の所得分類によって示される。

国際通貨基金 World Economic Outlook

<https://www.imf.org/en/Publications/WEO>

これはIMFスタッフによる調査であり、通常は年に2回発行される。これは、IMFスタッフのエコノミストによる、短期及び中期の世界経済の発展に関する分析を示す。各章では、世界経済の概要と詳細な分析を示し、先進国、発展途上国、及び市場移行経済に影響を与える問題について考察している。また、現在関心のあるトピックについても取り上げている。図19、20、33、35及び表3の作成に、2021年10月21日のデータを使用している。

- 図19：1人当たりGDP成長率は、一定の現地通貨単位(LCU)での1人当たりGDPの変化率として計算される。一人当たりGDPに関するデータは、IMF世界経済見通しから入手し、単純平均は、数年間(2000年~2023年及び2009年~2020年)の平均年間成長率の計算に使用される。一人当たりGDPの予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されているとおりであり、手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい。左のグラフでは、成長率は2019年の分類に従い、世界銀行の所得グループごとに平均化されている。
- 図20：一人当たりの総個人消費は、2017年の一定の米ドルでGDPと一人当たりGDPの総個人消費シェアを掛けることによって計算される。GDPの個人消費シェアの合計(予測を含む)に関するデータは世界銀行のマクロ貧困見通しからダウンロードされ、一人当たりGDPはIMF世界経済見通しのデータを使用して計算されている <https://www.worldbank.org/en/publication/macro-poverty-outlook>)。一人当たりの数値は、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループ全体の人口の加重を使用して平均化される。2000~2020年のデータは実平均に基づいており、2021~2023年はIMF世界経済見通しで直接報告された予測(手法と仮定の詳細については、統計的附属書 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい)ベースの平均による。
- 図33：GDPのシェアとしての一般政府歳入と一般政府歳出に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされてい

る。各国は、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループにグループ化されている。人口加重平均は、世界銀行の所得グループごとを取っている。2017～2020年のデータは実績に基づいており、2021～2023年は予測ベースの平均である。予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されたとおりである（手法と仮定の詳細については、統計的附属書類 <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。

- 表3：GDPの赤字シェアとGDPのシェアとしての総公的債務に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされている。政府歳出のシェアとしての債務返済は、IMF世界経済見通しからのデータを使用して計算される。これは、一般政府財政赤字と一般政府基礎的赤字の違いであり、どちらも一般政府歳出のシェアとして表される。各国は、人口加重を使用し、2019年の分類に従い、4つの世界銀行の所得グループにグループ化される。2017年～2020年の値は、実績に基づく。2021年～2023年は、IMF世界経済見通しで直接報告された予測に基づいている（手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。
- 図35：GDPのシェアとしての総公的債務に関するデータはIMF世界経済見通しからダウンロードされている。一般政府歳入、一般政府歳出、及び基礎赤字の1人当たりの数値は、IMF世界経済見通しの指標を使用して計算される。これら3つの変数の一人当たりの数値は、一定の2018年米ドルでの一人当たりGDPに対応するGDPシェア（GDPのシェアとしての一般政府再入、GDPのシェアとしての一般政府歳出、及びGDPの基礎赤字シェア）を掛けることによって計算されている。一人当たりの債務返済は、一人当たりの一般政府財政赤字（一般政府歳入から一般政府支出を差し引いたもの）と一人当たりの一般政府基礎的赤字との差である。一人当たりの裁量消費支出は、一人当たりの一般政府歳出から一人当たりの債務返済を差し引いたものである。予測は、IMF世界経済見通しで直接報告されたとおりである（手法と仮定の詳細については、統計的アネックス <https://www.imf.org/en/Publications/WEO> を参照されたい）。

世界保健機関、Global Health Expenditure Database

<https://apps.who.int/nha/database>

全世界医療費支出データベース（Global Health Expenditure Database、GHED）は、2000年～2018年までの190か国近くの医療費支出に関する国際比較が可能なデータを提供する。データベースはオープンアクセスであり、保健医療のリソース可用性やそのリソースの効率のかつ公平な使用程度に関するモニタリングを援助することにより、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の目標を促進する。これにより、人々が必要なときに保健医療サービスを利用でき、手頃な価格で利用できるようになる。特に、ここで公開されているデータは、以下の理解を深めるのに役立つ。

- 各国は保健医療にいくら費やしているか？
- 政府、保険会社、世帯、寄贈者等、様々な関係者はどの程度貢献しているか？
- 保健医療のために支払の資金調達は何によるか？
- プライマリ・ヘルスケア（PHC）にいくら費やしているか？
- 様々な疾病や免疫化等プログラムに幾ら費やしているか？
- 5歳未満の集団に幾ら費やしているか？

WHOは加盟国と協力して、保健会計調査や政府歳出記録などの利用可能なデータを使用してデータベースを毎年更新している。必要に応じ、国や年をまたいだデータの包括性と一貫性を確保するための修正と推定が行われている。GHEDは、世界銀行とWHO国際健康観測所（WHO Global Health Observatory）によって再公表された医療費支出データのソースである。

関係図

- 図34：GDPのシェアとしての公的医療費支出と現在の医療費支出のシェアとしての自己負担支出はGHEDデータベースから直接ダウンロードされ、その手法が説明されている。人口加重平均はプロットされている。

National Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>

COVID-19パンデミック中に不可欠な保健医療サービスの継続性に関する全国パルス・サーベイは、ライフコース全体で不可欠な保健医療サービスに対するCOVID-19パンデミックの影響について国内主要情報提供者から初期洞察を得ることを目的としている。この中間報告の調査結果から、すべてのサービスにわたる崩壊の程度と理由、及び各国がサービス提供を維持するために使用している緩和戦略についての理解を深めることができる。

- 図32：統合サービス提供チャネル全体の崩壊の平均割合（2021年1月～3月）は、112か国で作成されている。崩壊はサービスの種類によって区分され、サービスの種類ごとに、5～25%、24～50%、又は50%を超える崩壊に直面している国の割合が推定されている。崩壊の程度は、特定の崩壊範囲（たとえば、5～25%）に該当する国の数を、国々の総数で割ることによって簡単に推定できる。

保険指標評価研究、Premise General Population COVID-19 Health Services Disruption Survey

<http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/premise-general-population-covid-19-health-services-disruption-survey-2020>

COVID-19 医療崩壊状況調査 2020（COVID-19 Health Services Disruption Survey 2020）は、COVID-19のパンデミックとその後の政府命令、及び病気の蔓延を緩和するための行動の変化に起因するさまざまな保健医療サービスの崩壊レベルを評価するために開発された一連の調査である。

この調査は、スマートフォンベースのプレミス・データ収集プラットフォームを使用して76か国で実施された。回答者は一般集団の個々の構成員であった。データは、ラウンド1（2020）の52,492人の回答者、及びラウンド2（2021）の18,642人の回答者から収集された。調査は、医療提供者への訪問や医薬品へのアクセスを含む、一般的保健医療サービスの提供に対する崩壊レベルに焦点を合わせていた。

この調査は、COVID-19の世界的大流行の発生前と発生直後のサービス提供レベルの変化を評価するために特別に開発された。WHOと世界銀行は、公式発表前にプレミス調査の第2ラウンドの利用を許可してくれた、IHMEのAnnie HaakenstadとRafael Lozanoに謝意を表す。

メリーランド大学ソーシャルデータサイエンスセンター（Facebookとの提携）

<https://jpsm.umd.edu/research/global-covid-19-trends-and-impact-survey%2C-partnership-facebook>

メリーランド大学とカーネギーメロン大学はFacebook Data for Good(79)と提携して、2020年4月に全世界COVID-19トレンド及び影響調査（Global COVID-19 Trends and Impact Survey）を開始した。200か国以上で18歳以上のFacebookユーザーの代表的サンプルが選ばれ、症状、ソーシャル・ディスタンス行動、ワクチン接種、メンタルヘルスの問題、COVID-19に関連する経済的制約などのトピックについて報告するよう求められた。この報告書に含まれる分析で使用されているすべてのデータは、メリーランド大学（UMD）の世界COVID-19の傾向及び影響調査（University of Maryland (UMD) Global COVID-19 Trends and Impact Survey）の国際版からのものであるため、米国のデータは除外されているが、ここで分析され、加重計算されたデータは合計110か国を対象としている。

Facebookは、無応答と対象偏向を減らすための加重を提供する。加重はサンプルの偏向を調整し、対象範囲、ランダムサンプリング、無応答誤差などの表現誤差を最小化しようと試みる。これら加重は、次の2つの段階で作成される。まず、逆傾向なスコアの加重を使用した無応答誤差の調整を適用し、サンプルがFacebookアプリユーザーのサンプリングフレームをよりよく表すようにする。次に、最初のステージからの加重を入力として使用した事後層化を使用した対象版誤差の調整を行う。最終的加重は、その日のサンプルの回答者によって表される一般母集団の成人の数として理解できる。Facebookが提供する加重に加え、図26から28を作成するため、国連WPP2020の人口推定に基づき年齢/性別の層化後の加重を追加する、層化後修正が適用された。

過去14日間にCOVID-19の検査を受けた個人の割合に関する調査に使用された質問は、「B7 -過去14日間にコロナウイルス

（COVID-19）の検査を受けたか？」であった。データは、2020年4月23日から30日まで110か国で毎日収集された。各図は、2つの段階で集計された週平均の比率を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目はWHOによる世界レベルの単純平均である。

COVID-19検査が自己負担の場合、必需品支出削減が蔓延するか否かについて、自己申告による調査を行った際の質問として、過去14日間に検査を受けたと報告した回答者（B7）に対し、「B9-この検査のために自己負担で何かを支払う必要があったか？」と問い、検査費用を自己負担で支払ったと報告した回答者（B9）に対し、「B10-あなた又はあなたの世帯は、あなたがコロナウイルス（COVID-19）検査を受けるために支払った費用のため、必要なもの（食品、住宅、薬など）への支出を減らす必要があったか？」と尋ねた。この比率は、過去14日間に検査を受けたと報告した回答者の数（質問B7に「はい」）に対する、検査による経済的困窮を報告した回答者の数（質問B10に「はい」）として計算される。データは、2020年6月27日～2021年4月30日に110か国で毎日収集された。図27は、WHOが2つの段階で集計した週平均の割合を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目は世界レベルの単純平均である。

経済不安が蔓延するか否かについての調査での質問は、「D5-来月の家計についてどの程度心配しているか？」であった。想定される回答は、「非常に心配している」、「やや心配している」、「あまり心配していない」、「まったく心配していない」であった。このデータは、2020年5月3日～2021年4月30日まで110か国で毎日収集された。経済不安は、翌月の家計について「非常に心配している」又は「やや心配している」と定義した。したがって、この指標は、すべての個人に対して、翌月に家計を心配している個人の割合に対応している。図26は、WHOが2つの段階で集計した週平均の割合を示している。1つ目は国レベルの人口加重平均、2つ目は世界レベル又は所得グループレベルの単純平均である。

ケアの断念の蔓延に関する調査に使用された質問は、「B13-過去30日間に、次の保健サービス保健医療サービス又は製品のいずれかが必要だったが、それを入手できなかったことがあるか？」であった。ここでいう保健サービス保健医療サービス又は製品とは、「1）緊急輸送サービス又は緊急救助」、「2）いかなる種類の施設であっても一晩滞在する医療」、「3）一晩滞在しない、医療、歯科治療又は治療」、「4）予防保健サービス保健医療サービス（免疫化/ワクチン接種、家族計画、出生前/後介護、定期検査サービスを含む）」、「5）医薬品」、「6）マスク、医療用手袋又はその他の保護具」、及び「7）眼鏡、補聴器、松葉杖、バンドエイド/絆創膏、体温計、又はその他の保健製品」である。各サービス又は製品について、想定される回答は「はい」と「いいえ」であった。この質問は、2020年6月30日～2021年4月1日まで月に1回行われた（月の最終日又は初日のいずれか。2020年12月10日での質問は例外）。（7つの項目のリストのうち）少なくとも1つの医療サービス又は製品について、「はい」と答えた個人は、前月に医療ケアの断念があると見なされる。ケアの断念の蔓延の指標は、すべての個人に対する、過去30日間にサービス及び/又は保健製品を受け取ることができなかった個人の数の割合に対応する。この質問は月に1回行われるため、次のルールが適用された。月の30日又は31日に質問された場合、同じ月の指標が計算され（たとえば、6月30日に収集された回答は6月の観測値となる）、月の1日に質問された場合、指標は前月について計算される（たとえば、2021年2月1日に収集された回答は2021年1月の観測値となる）。2020年11月のみが例外で、11月30日にも12月1日にも質問が行われず、2020年12月10日に収集された回答を2020年11月の指標としている。医療ケアの断念の蔓延に関する指標は、加重と層別化後の補正を使用し、月ごと、及び国ごとに計算された。図28は、世界レベルで月平均の割合を示している。

Oxford COVID-19 Government Response Tracker

<https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>

データは、オックスフォード大学ブラバトニック公共政策校（Blavatnik School of Government）が率いる、世界各地の学者と学生からなる学際的チームが公開情報から収集する。彼等は、政府対応のいくつかの指標に関する公に入手可能な情報を照合している。

政府対応における変動のベースライン尺度が、COVID-19政府対応嚴重さ指数である。この複合尺度は、順序尺度で測定された7つの指標（S1～S7）の単純な加法スコアであり、0から100まで変化するように再スケーリングされる。この尺度は比較のみを目的としており、国による対応の適切性又は有効性の評価として解釈してはならない。

これには、マスクやフェイス・シールドに関する政府の方針に関するデータが含まれる。この指標は、以下の政策に分かれる。

0-無政策

1- 推奨

2- 家外で他人がいる特定の共有/公共スペース、又はソーシャル・ディスタンスの確保が不可能な状況では必要とされる。

3- 家外で他人がいるすべての共有/公共スペース、又はソーシャル・ディスタンスの確保が不可能なすべての状況で必要とされる。

4- 場所や他人の存在に関係なく、家外では常時必要とされる。

政策データは、政策の地理的範囲に基づき、対象又は一般にさらに分割される。

地理的範囲のバイナリフラグ：

0- 対象

1- 一般

空白- データなし

Our World in Data(OWID)、*Statistics and Research on COVID-19*

<https://ourworldindata.org/coronavirus>

オックスフォード大学を拠点とする、グローバル・チェンジ・データ・ラボ（Global Change Data Lab）のプロジェクトであるOWIDは、世界各国のコロナウイルスのパンデミックに関する統計を公開している。これらには、症例総数と新規確認数、死亡総数と新規報告数、ワクチン投与数、コロナウイルス検査数、及びパンデミックに対応して各国が講じた政策措置に関するデータが含まれる。国の所得グループ全体のワクチン接種率に関する情報は、OWID COVID-19 ワクチン接種ページ (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>)に報告されている。

アネックス A7.地域別の国と地域のリスト

国名	WHO 地域	WB地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
アフガニスタン	Emr	SA	Asia	2020	LI
アルバニア	Eur	ECA	Europe	2012	UMI
アンゴラ	Afr	SSA	Africa	2018	LMI
アルゼンチン	Amr	LAC	LAC	2017	HI
アルメニア	Eur	ECA	Asia	2017	UMI
オーストラリア	Wpr	EAP	Oceania	2015	HI
オーストリア	Eur	ECA	Europe	1999	HI
アゼルバイジャン	Eur	ECA	Asia	2005	LMI
バーレーン	Emr	MENA	Asia	2015	HI
バングラデシュ	Sear	SA	Asia	2016	LMI
バルバドス	Amr	LAC	LAC	2016	HI
ベラルーシ	Eur	ECA	Europe	2020	UMI
ベルギー	Eur	ECA	Europe	2009	HI
ベリーズ	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
ベナン	Afr	SSA	Africa	2015	LI
ブータン	Sear	SA	Asia	2017	LMI
ボリビア	Amr	LAC	LAC	2019	LMI
ボスニア・ヘルツェゴビナ	Eur	ECA	Europe	2015	UMI
ボツワナ	Afr	SSA	Africa	2009	UMI
ブラジル	Amr	LAC	LAC	2017	UMI
ブルガリア	Eur	ECA	Europe	2018	UMI
ブルキナファソ	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ブルンジ	Afr	SSA	Africa	2013	LI
カーボベルデ	Afr	SSA	Africa	2007	LMI
カンボジア	Wpr	EAP	Asia	2019	LMI
カメルーン	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
カナダ	Amr	NA	NA	2019	HI
ケイマン諸島	Non MS	LAC	LAC	2015	HI
中央アフリカ共和国	Afr	SSA	Africa	2008	LI
チャド	Afr	SSA	Africa	2011	LI
チリ	Amr	LAC	LAC	2016	HI

国名	WHO地域	WB地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
中国	Wpr	EAP	Asia	2016	UMI
コロンビア	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
コモロ	Afr	SSA	Africa	2014	LI
コンゴ	Afr	SSA	Africa	2011	LMI
コスタリカ	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
コートジボワール	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
クロアチア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
キプロス	Eur	ECA	Asia	2015	HI
チェコ共和国	Eur	ECA	Europe	2010	HI
コンゴ民主共和国	Afr	SSA	Africa	2012	LI
デンマーク	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ジブチ	Emr	MENA	Africa	2017	LMI
ドミニカ共和国	Amr	LAC	LAC	2018	UMI
エクアドル	Amr	LAC	LAC	2013	UMI
エジプト	Emr	MENA	Africa	2017	LMI
エルサルバドル	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
エストニア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
エスワティニ	Afr	SSA	Africa	2016	LMI
エチオピア	Afr	SSA	Africa	2015	LI
フィジー	Wpr	EAP	Oceania	2008	UMI
フィンランド	Eur	ECA	Europe	2016	HI
ガボン	Afr	SSA	Africa	2017	UMI
ガンビア	Afr	SSA	Africa	2015	LI
ジョージア	Eur	ECA	Asia	2017	LMI
ドイツ	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ガーナ	Afr	SSA	Africa	2016	LMI
ギリシャ	Eur	ECA	Europe	2016	HI
グアテマラ	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ギニア	Afr	SSA	Africa	2012	LI
ギニアビサウ	Afr	SSA	Africa	2010	LI
ハイチ	Amr	LAC	LAC	2013	LI
ホンジュラス	Amr	LAC	LAC	2004	LMI
ハンガリー	Eur	ECA	Europe	2010	HI
アイスランド	Eur	ECA	Europe	1995	HI
インド	Sear	SA	Asia	2017	LMI
インドネシア	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
イラン（イスラム共和国）	Emr	MENA	Asia	2019	UMI

国名	WHO 地域	WB 地域	UN 地域	SDGs UHC 指標3.8.2、 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
イラク	Emr	MENA	Asia	2012	UMI
アイルランド	Eur	ECA	Europe	2009	HI
イスラエル	Eur	MENA	Asia	2012	HI
イタリア	Eur	ECA	Europe	2010	HI
ジャマイカ	Amr	LAC	LAC	2004	LMI
日本	Wpr	EAP	Asia	2019	HI
ジョーダン	Emr	MENA	Asia	2008	LMI
カザフスタン	Eur	ECA	Asia	2015	UMI
ケニア	Afr	SSA	Africa	2015	LMI
キリバス	Wpr	EAP	Oceania	2006	LMI
キルギスタン	Eur	ECA	Asia	2016	LMI
ラオス人民民主共和国	Wpr	EAP	Asia	2007	LI
ラトビア	Eur	ECA	Europe	2016	HI
レバノン	Emr	MENA	Asia	2012	UMI
レソト	Afr	SSA	Africa	2010	LMI
リベリア	Afr	SSA	Africa	2016	LI
リトアニア	Eur	ECA	Europe	2008	UMI
ルクセンブルク	Eur	ECA	Europe	2016	HI
マダガスカル	Afr	SSA	Africa	2012	LI
マラウイ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
マレーシア	Wpr	EAP	Asia	2019	UMI
モルディブ	Sear	SA	Asia	2016	UMI
マリ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
マルタ	Eur	MENA	Europe	2015	HI
モーリタニア	Afr	SSA	Africa	2014	LMI
モーリシャス	Afr	SSA	Africa	2017	UMI
メキシコ	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
モンゴル	Wpr	EAP	Asia	2018	LMI
モロッコ	Emr	MENA	Africa	2013	LMI
モザンビーク	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ミャンマー	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
ナミビア	Afr	SSA	Africa	2015	UMI
ネパール	Sear	SA	Asia	2016	LI
ニカラグア	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ニジェール	Afr	SSA	Africa	2018	LI
ナイジェリア	Afr	SSA	Africa	2018	LMI
モロッコ	Emr	MENA	Africa	2013	LMI
モザンビーク	Afr	SSA	Africa	2014	LI
ミャンマー	Sear	EAP	Asia	2017	LMI
ナミビア	Afr	SSA	Africa	2015	UMI
ネパール	Sear	SA	Asia	2016	LI
ニカラグア	Amr	LAC	LAC	2014	LMI
ニジェール	Afr	SSA	Africa	2018	LI
ナイジェリア	Afr	SSA	Africa	2018	LMI

国名	WHO地域	WB地域	UN地域	SDG UHCs 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
ノルウェー	Eur	ECA	Europe	1998	HI
東エルサレムを含むパレスチナの 占領地	Non MS	MENA	Africa	2016	LMI
オマーン	Emr	MENA	Asia	1999	UMI
パキスタン	Emr	SA	Asia	2018	LMI
パナマ	Amr	LAC	LAC	2017	HI
パラグアイ	Amr	LAC	LAC	2014	UMI
ペルー	Amr	LAC	LAC	2019	UMI
フィリピン	Wpr	EAP	Asia	2015	LMI
ポーランド	Eur	ECA	Europe	2016	HI
ポルトガル	Eur	ECA	Europe	2011	HI
大韓民国	Wpr	EAP	Asia	2018	HI
モルドバ共和国	Eur	ECA	Europe	2016	LMI
ルーマニア	Eur	ECA	Europe	2016	UMI
ロシア連邦	Eur	ECA	Europe	2020	UMI
ルワンダ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
セントルシア	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
サントメ・プリンシペ	Afr	SSA	Africa	2017	LMI
サウジアラビア	Emr	MENA	Asia	2018	HI
セネガル	Afr	SSA	Africa	2011	LMI
セルビア	Eur	ECA	Europe	2015	UMI
セーシェル	Afr	SSA	Africa	2013	UMI
シエラレオネ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
スロバキア	Eur	ECA	Europe	2015	HI
スロベニア	Eur	ECA	Europe	2018	HI
ソマリア	Emr	SSA	Africa	2017	LI
南アフリカ	Afr	SSA	Africa	2014	UMI
南スーダン	Afr	SSA	Africa	2017	LI
スペイン	Eur	ECA	Europe	2019	HI
スリランカ	Sear	SA	Asia	2016	LMI
スーダン	Emr	SSA	Africa	2009	LMI
スリナム	Amr	LAC	LAC	2016	UMI
スウェーデン	Eur	ECA	Europe	1996	HI
シリア・アラブ共和国	Emr	MENA	Asia	2007	LMI
タジキスタン	Eur	ECA	Asia	2018	LI
タイ	Sear	EAP	Asia	2019	UMI
北マケドニア	Eur	ECA	Europe	2006	LMI

国名	WHO地域	WB 地域	UN地域	SDGs UHC 指標3.8.2 直近の推定値 (年)	年別WB所得 グループ分類
東ティモール	Sear	EAP	Asia	2014	LMI
トーゴ	Afr	SSA	Africa	2018	LI
トリニダード・トバゴ	Amr	LAC	LAC	2014	HI
チュニジア	Emr	MENA	Africa	2015	LMI
リルコ	Eur	ECA	Asia	2016	UMI
ヌガンダ	Afr	SSA	Africa	2016	LI
ルクライナ	Eur	ECA	Europe	2019	LMI
アラブ首長国連邦	Emr	MENA	Asia	2019	HI
グレートブリテンおよび 北アイルランド連合王国	Eur	ECA	Europe	2018	HI
タンザニア連合共和国	Afr	SSA	Africa	2018	-
アメリカ	Amr	NA	NA	2019	HI
ウルグアイ	Amr	LAC	LAC	2016	HI
ウズベキスタン	Eur	ECA	Asia	2003	LI
ベトナム	Wpr	EAP	Asia	2020	LMI
イエメン	Emr	MENA	Asia	2014	LMI
ザンビア	Afr	SSA	Africa	2010	LMI
ジンバブエ	Afr	SSA	Africa	2017	LI

備考：Afr = Africa地域、Amr = 米州地域、Emr = 東地中海地域、Eur = 欧州地域、Sear = 東南アジア地域、Wpr = 西太平洋地域、Non MS = 非WHO加盟国、LAC = 中南米・カリブ地域、MENA = 中東・北Africa地域、SSA = サブサハラ・Africa地域、NA = 北米地域、ECA = 欧州・中央アジア地域、EAP = 東アジア・太平洋地域、SA = 南アジア地域、LI = 低所得者層、LMI = 低中所得者層、UMI = 高中所得者層、HI = 高所得者層。

A stony, slippery road to universal health coverage: the Philippine case

An online presentation to the Conference on “The challenges of achieving UHC under Covid19 Pandemic in Asia: How are public-private partnerships underway?” with the National Institute of Public Health, Japan, 22 Feb 2022

Professor Maria C G Bautista, PhD

Graduate School of Business, Ateneo de Manila University

Rockwell, Makati City, Philippines



Healthcare workers transport Covid-19 vaccines to rural villages in Aringay, La Union province, Philippines last December. Photographer: Ezra Acayan/Getty Images

Outline of Presentation

Philippines new UHC Act: Features and Timetable

Research Question: Will these provisions and implementation plans for the new UHC Act make for an improved health system, able to respond to shocks?

Response to the conference’s guide questions on PPP; PHC & HHR; Financing; Development Assistance

Timeline of Philippines' UHC

Enshrined in law: Republic Act 11223
Feb 2019

Implementation Rules and Regulations
approved Dec 2019

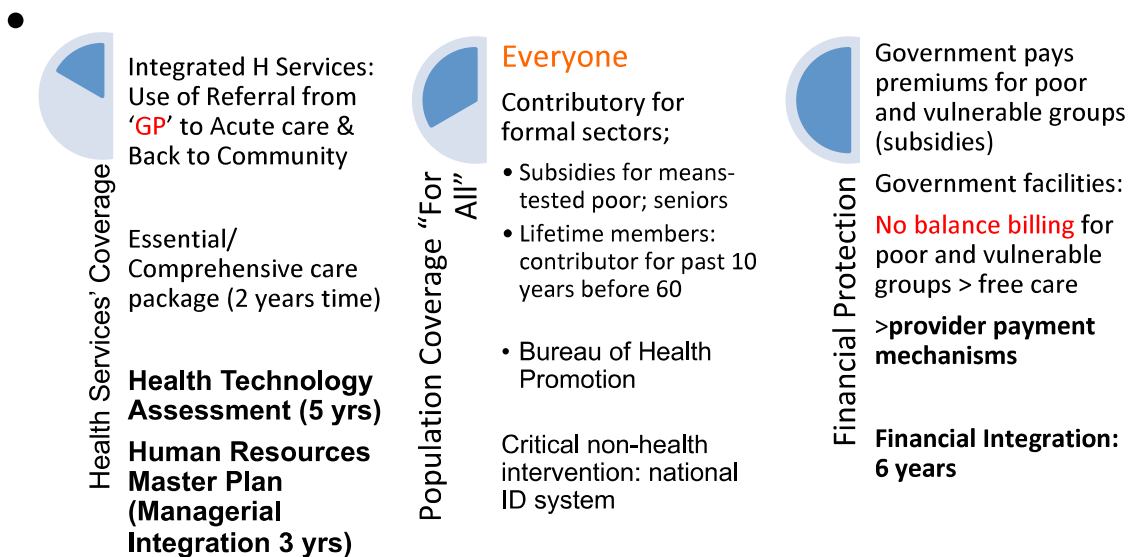
For Implementation – 1 Jan 2020

10 Year Timeline > 6th year review

Status: UHC coverage index(WB): 55%

In 58 Implementation sites (out of 81
provinces and 146 cities in the country)

Philippines' UHC Journey



Triple Aim: better patient care, improved health outcomes, lower costs

Query: Will these provisions and implementation plans for the new UHC Act make for an improved health system, able to respond to shocks?

- What has the Covid19 pandemic situation and response shown?
- What synapses were activated or developed?

Filter Epidemiology data by Region: (All) by Province / HUC / ICC: (All) As of February 15, 2022

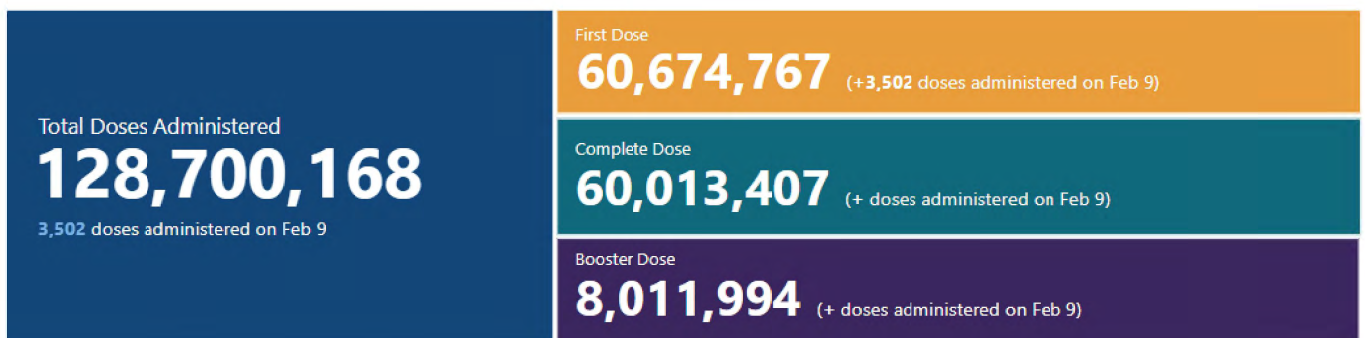
HUC - "Highly Urbanized City"
ICC - "Independent Component City"

Nationwide Cases Data



National COVID-19 Vaccination Dashboard

Coverage date: March 1, 2021 to February 09, 2022. Data as of February 09, 2022. Data is refreshed daily at 12:00 PM.



584

TOTAL DOSES ADMINISTERED

What synapses
were
activated?
What worked?

- Health emergency funding mechanism (Bayanihan1- P387B); some flexibility with reallocation at the local level
- (procurement and reporting issues)
- Private sector were on the frontlines of Covid19 outbreak (as those initially affected were going to private facilities, government facilities organised some 3 weeks after; spearheaded vaccine orders but had to 'piggy back' government orders for regulatory clearance)
- → (regulatory partnership)
- Heightened critical role of local governments (to their constituencies and nationally)
- International partners (e.g. ADB, Japan)

finally, some progress in Public Private Partnerships (Public-Public)

Table: List of Pipeline Public Private Health Infrastructure Projects

	Implementing Agency	Investment (Php)	J-Yen	(USD)	Status
Philippine General Hospital - Diliman	University of the Philippines	21.3 billion	47.9 trillion	414.92 million	before ICC for approval
Baguio General Hospital and Medical Centre, Renal Centre	LGU & DOH	470 million	1 billion	8.0 million	
Cagayan Valley Medical Centre - Homoedialysis Centre	LGU & DOH	330 million	742 million	6.4 million	
Philippine General Hospital (PGH), Manila Cancer Centre	PGH	4.6 Billion	10.3 billion	89.6 million	before ICC for approval
Mariveles Mental Health and Wellness Center	LGU & DOH				
Makati Life Medical Center	Prv-Pub(LGU) - Govt b	5 billion	11 billion	97.2 million	157

Public-Private profile of Philippine health system (indicative)

Beds(2019): **Public** 55,469 **Private** 57,352 1:975 pop'n standard
Gap: 110,000 beds

Doctors (MD; 2017) 66,000
Public: 50% Private: 50%
(Statista: 28,820)

Nurses (2017)
Public 39% Private 61%
(Statista- 01/22: 88,520 nurses)

Primary Health Care

missiar.com

February 6, 2022 | 11:26am



Health workers conduct house-to-house antigen testing for residents of West Rembo in Makati City on Tuesday, Jan. 18, 2022. The activity is part of COVID-19 response program of the office of the Vice President Leni Robredo. DOH Epidemiology Bureau director Dr. Alethea de Guzman, said 15 areas in Metro Manila already have cases of the highly transmissible Omicron coronavirus variant

3,000 private pharmacies (2017)

Rural Health Units 2,593 1:42.4k
(std.-1:20k)

Barangay Health Stations 22,612 1:4.9k
(1:5k)

Midwives 16,948 1:5.9k (1:5k)

Financial Protection

Health care spending(HCE) as % GDP - 4.7% 2019 5.6% 2020

HCE: Php 909.5 M (2019) Php 1.0 T (2020) 10.4% increase

First time in 2020, 3rd party-payors exceeded out of pocket payments by households (45.7% vs. 44.7%), voluntary health care payment schemes: 9.6%

Development Cooperation

Approach to development as 'technical'; selling a 'solution'; 'buy-in' mentality fostered (be more collaborative)

Local engagement at health systems level

Assess your strength; work on capacity and capability-building

What has the Covid19 pandemic situation and management shown?

In a low-trust environment, local governments and private sector led the way; with engaged citizens

Highlighted provider payment mechanism issues

Knowledge mediators for information tracking, modelling and systems → health knowledge economy

Money and its allocation per se is not the problem (absorptive capacity, competences)

Conclusion



A long slippery path... but health is in everyone's mind; A good time for Churchill's 'not letting a good crisis go to waste'

Every administration change (election) a sharp curve

Uphill climb in bringing key partners on board

Balance possible with good coordination (on the ground; less noise at the top)

Leadership > Partnerships: knowledge economy; regulatory; pp-p/e > well-designed Incentives > information systems

Thank you! Arigato!

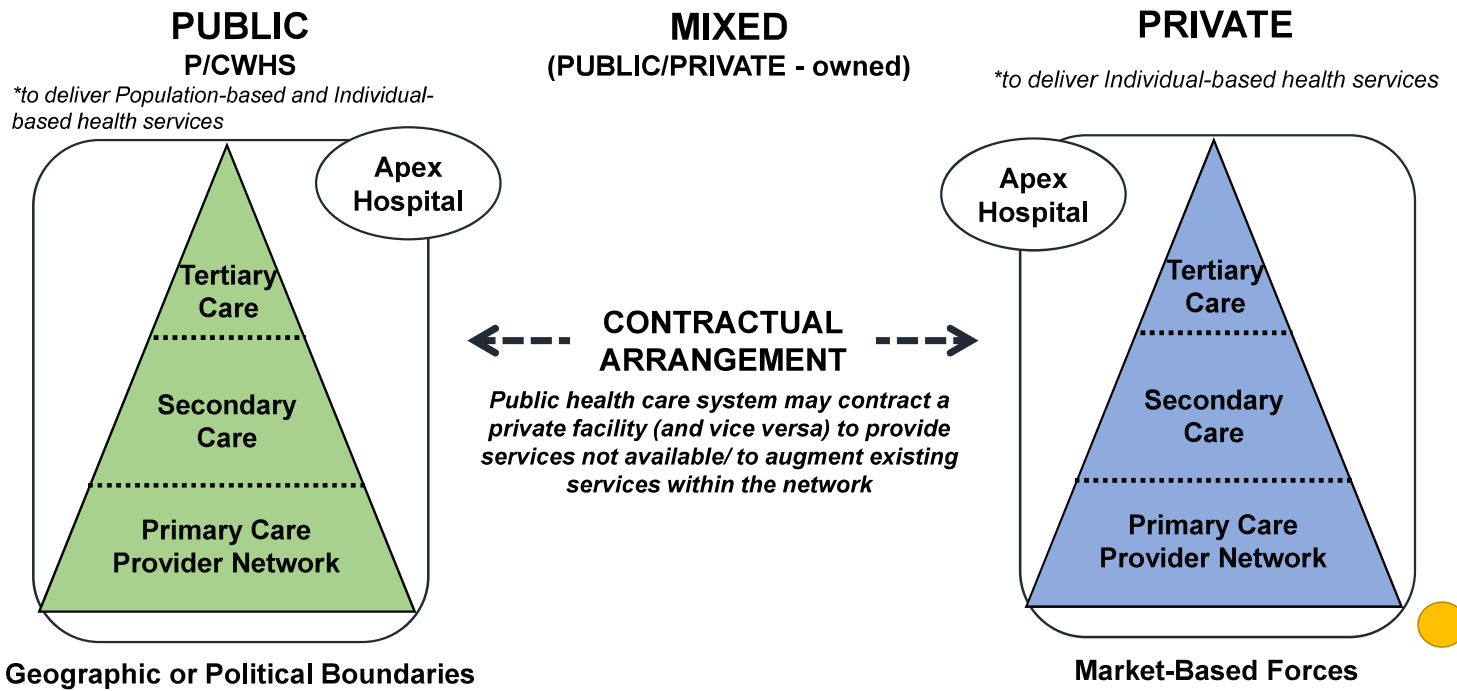
- A train is better than a single UHC bus! Come on board! (not a *shinkansen*... yet)



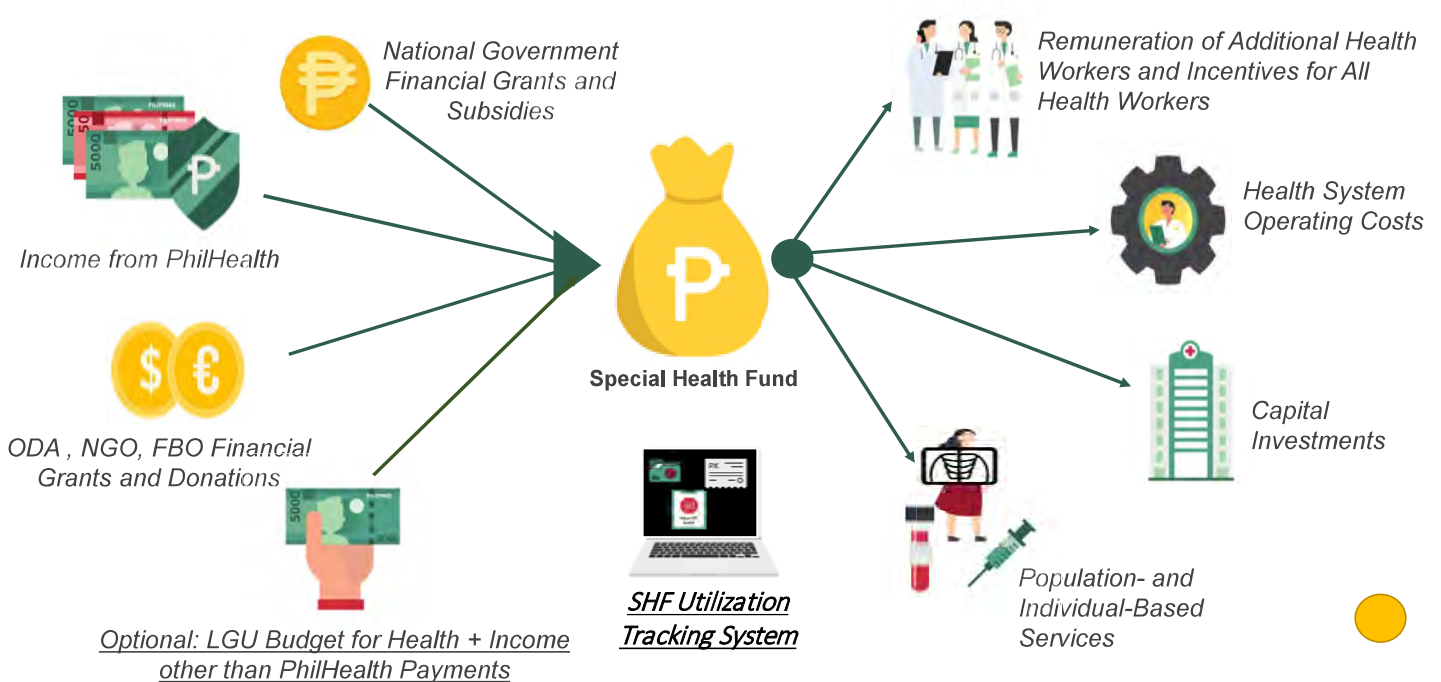
Photo credit: Helen Belletti

mcbautista@ateneo.edu;
maria_head@teamsnz.co.nz

Health Care Provider Networks (Rule IV)



Special Health Fund (Rule V)



Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Rivalry

"Will there be rivalry among recipients when this service is rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none"> • Rival • One person's use of a health service diminishes other people's use • These health services may only be provided to one person at a time to ensure that full benefits of the good are imparted to the receiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-rival • One person's use of a health service does not prevent others from accessing and benefiting from it • Full benefits of these health services are enjoyed by more than one person up to a maximum area of effect and that the administration of these services are not compromised

Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Excludability

"Is this service and its benefit(s) only accessible by one person when rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none"> • Excludable • Only persons who avail of these services may access and benefit from individual-based health services 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-excludable • The benefits from population-based services may also be accessed and enjoyed by people not paying for these services.

Criteria for Identifying Individual-based and Population-based Primary Care Services

Externality

"Are there external effects beyond one individual when this service is rendered?"

INDIVIDUAL-BASED	POPULATION-BASED
<ul style="list-style-type: none"> No external effects Little to no effect of health service provided beyond the one person directly availing 	<ul style="list-style-type: none"> Have external effects Effect of health service provided extends beyond the well-being of one person, indirectly affecting the rest of the population who neither pays for nor is compensated for the effect of the intervention

National Health Insurance Program



Simplification of NHIP membership:

- Direct contributors** – those who have the capacity to pay premiums
- Indirect contributors** – those whose premiums are subsidized by the National Government



Pooling funds to PhilHealth for all individual-based health services

Lao PDR's progress towards UHC

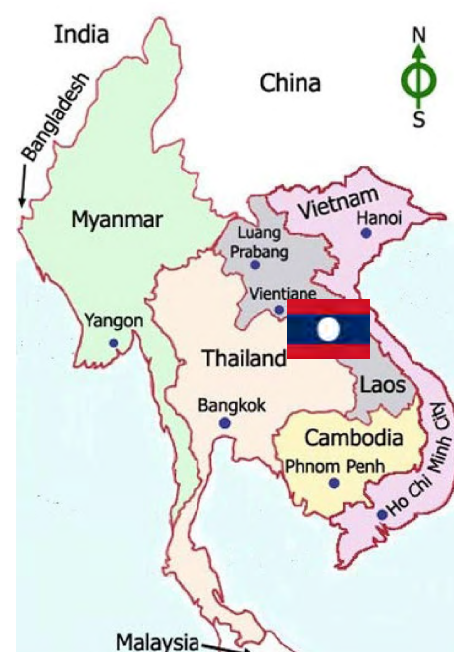
Emiko Masaki,
Senior health economist, World Bank
February 22, 2022

1

Country Overview

	Selected Key Indicators	2015	2020	2025 Target
Population/ economy	Total Population (in million)	6.74	7.27	
	Poverty rate* 2013; 2019	24.6	18.3	
	GNI per capita, Atlas method (current US\$)	1,980	2,520	
	GDP growth (annual %)	7.3	0.5	
	Per capita economic growth (annual %)	5.7	-1.0	
Health and Nutrition Outcomes	Infant Mortality Rate (per 1000 live births)	42	35	20
	Under 5 mortality (per 1000 live births)	54	44	30
	Maternal Mortality Ratio (MMR; maternal deaths per 100,000 live births), 2017	209	185	110
	Prevalence of Stunting, height for age (% of children under 5), 2017	35.5	33.1	27
Access to Healthcare	Children fully immunized (%)	43	62	n/a
	Births attended by skilled health staff (%), 2012 and 2017	40.1	64.4	n/a
Healthcare capacity	Hospital Beds (per 1000 people)*	1.26	1.35	n/a
	Physician density (per 1000 people)*	0.56	0.62	n/a

Source: WDI, WHO database, and *National Health Statistic Report 2020



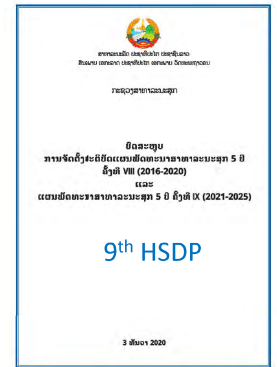
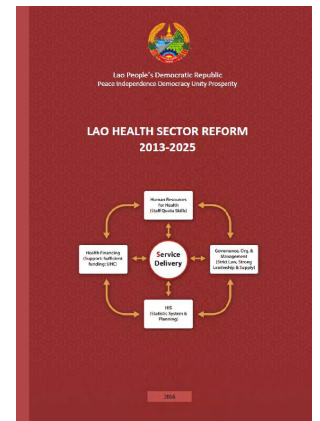
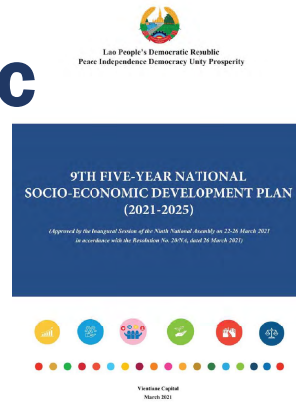
2

Related act for achieving UHC

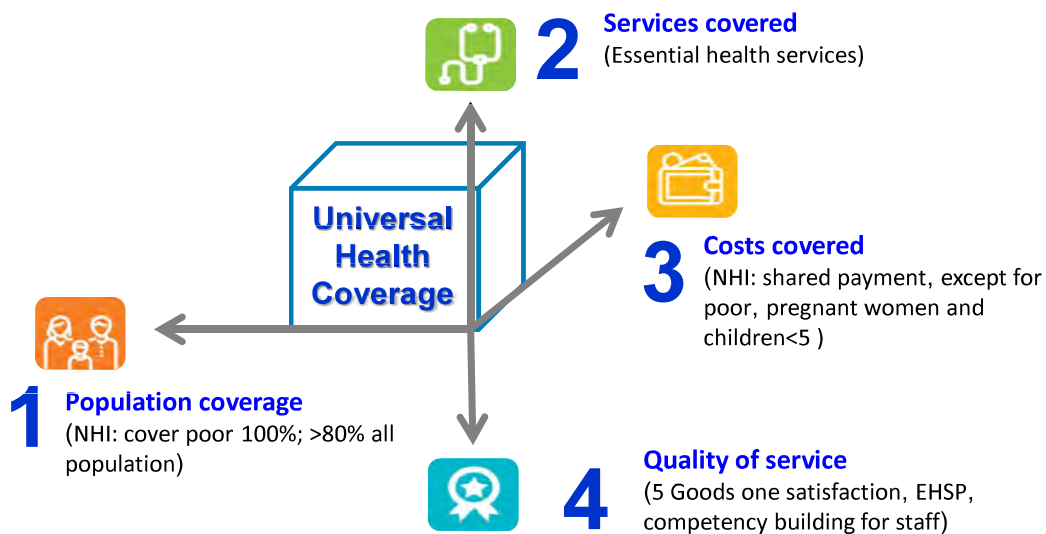
The government of Lao (GOL) has committed to achieve UHC by 2025 by expanding population and service coverage and improving financial protection.

Lao PDR is in the implementation of Phase 3 of the Health Sector Reform Strategy which aims to achieve UHC with an adequate package of quality health services and appropriate financial protection

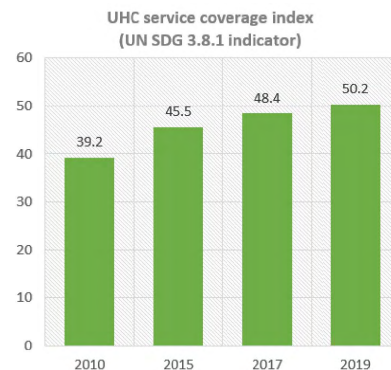
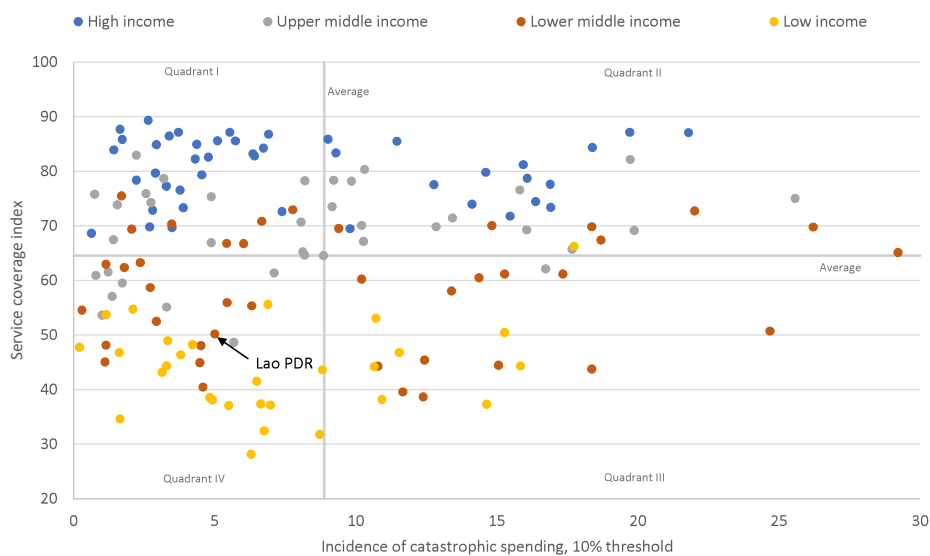
The 9th Health Sector Development Plan 2021–2025 strives to accelerate the health sector reform for UHC, in particular the development of human resources, improvement of governance and financing, and integration into one comprehensive health information system.



Achieving Universal Health Coverage in Lao PDR



Universal Health Coverage Indicators for Lao PDR



Source: WHO, Universal Health Coverage. Indicators

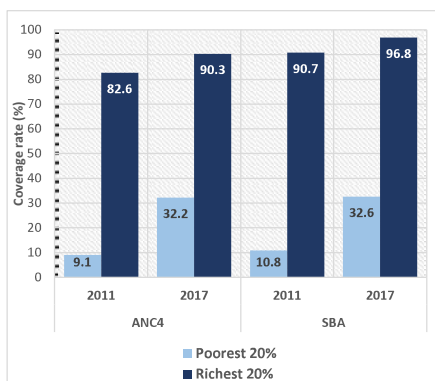


5

Overall health service coverage has increased but...

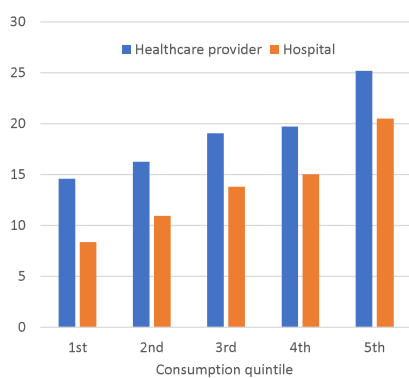
- Health service utilization is significantly higher among richest households compared to the poorest
- Poor households are less likely to seek medical care from hospitals while households from higher income groups tend to seek medical care from central, provincial hospitals, private healthcare providers, or from overseas.

Health Service Coverage, 2011 and 2017



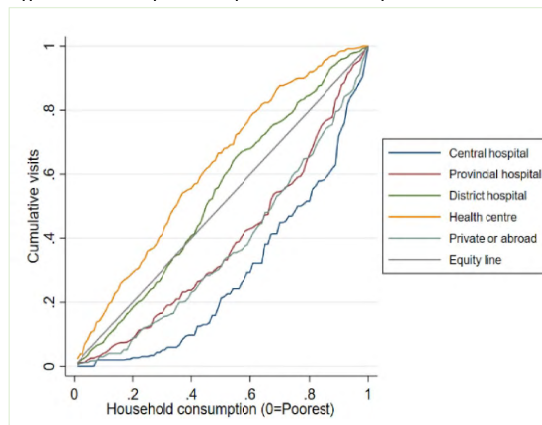
Source: LSIS, 2011 and LSIS2, 2017

Proportion of Individuals who sought health care, 2018-2019



Source: World Bank (2020). LECS6 2018-19.

Type of health care providers by household consumption level, 2018-2019

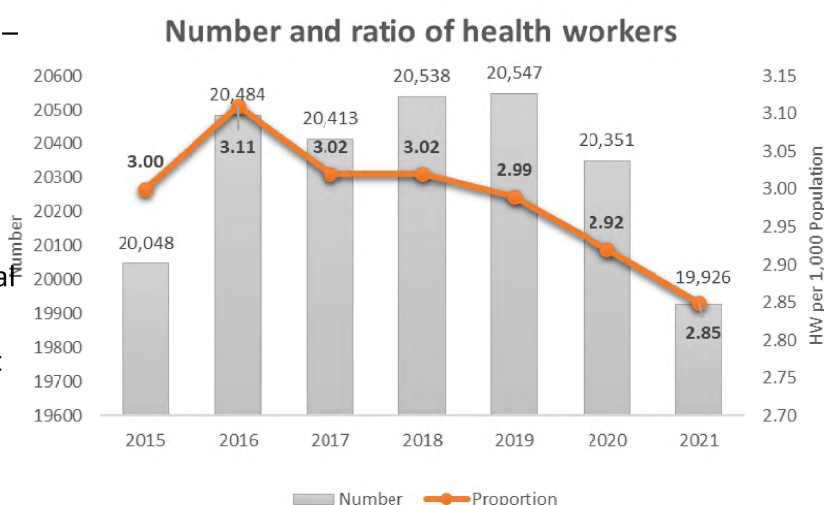


Source: World Bank (2020). LECS6 2018-19.

6

Human Resources for Health

- Shortage of qualified health workers is a major bottleneck for quality service delivery – 1.4 qualified HWs per 1,000 Population.
- The density of health workers per 1,000 population has a downward trend
- Maldistribution of qualified health workers exacerbates inaccessibility to quality health services among vulnerable population in rural areas
- Improper skill mix of health worker cadres at health center level – one-third of the health centers are without medical staff to provide basic primary health care services.



Source: Department of Health Personnel, 2021

Note: Contractual and volunteer health workers covering around 25% (or higher in rural settings) of the total health workforce are not presented in the figure

7

Health Service Delivery Challenges

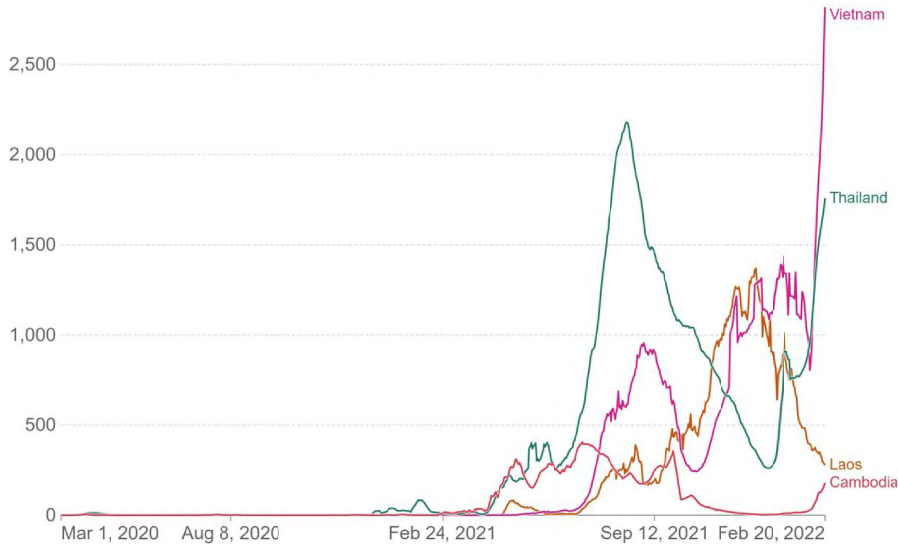
- Severe gaps exist in service availability and readiness across health facilities in Lao PDR, including the lack of basic amenities, limited diagnostic capacity, and lack or limited availability of essential medicines.
- Laboratory capacities for diagnostic tests are limited and is a critical bottleneck for the effective COVID-19 response.
- The shortage and inadequacy of human resources for health contribute to the low quality and low utilization of health services. Despite increased efforts since 2014, frontline health facilities lack qualified health personnel.
- Maldistribution of staff between provinces and types of health facilities and inadequate clinical skills of health providers remain major challenges for improving access to and quality of health and nutrition services

8

COVID-19 case has peaked in December 2021 and is declining. But it had a major impact on economy and health

Weekly confirmed COVID-19 cases per million people

Weekly confirmed cases refer to the cumulative number of confirmed cases over the previous week.

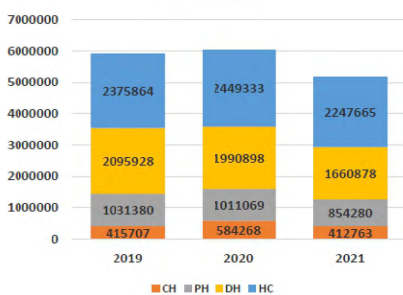


9

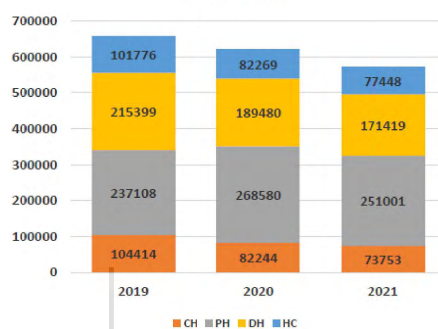
Impact of COVID-19 on essential service delivery

- COVID-19 outbreak has affected essential service delivery showing a declining trend in OPD and IPD visits, immunizations compared to the preceding years
- While deliveries by SBA and facility-based deliveries have increased.

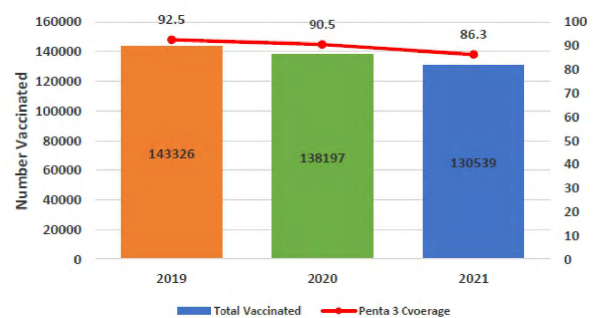
OPD by Type of Health Facility 2019 - 2021



IPD by Type of Health Facility 2019 - 2021



Penta 3 2019 - 2021

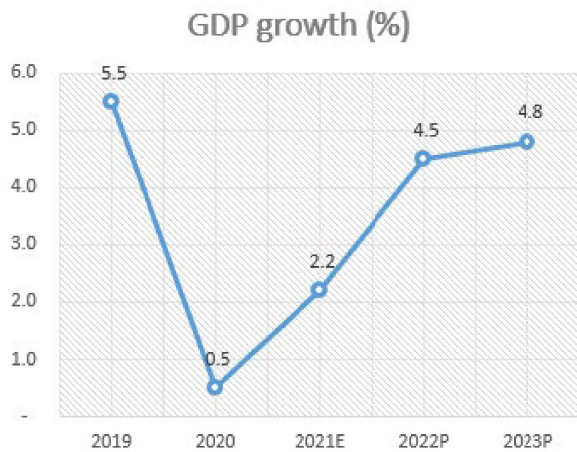


Source: DHI2, data presented by WHO at informal partners' meeting, 27 January 2022
 Note: Setthathirath Hospital did not report from Jun-Dec 2021, Mahosot Hospital, MCH Hospital and 103 Hospital did not report in Dec 2021, Army Hospital in Vientiane did not report in Nov, Dec 2021

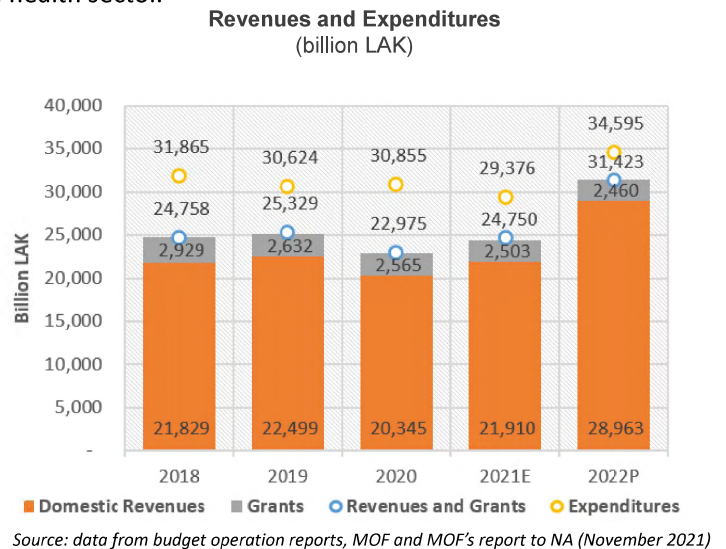
Source: DHI2, data presented by WHO at informal partners' meeting, 27 January 2022
 Note: 103 Army Hospital did not report in Jul and Dec 2021, MCH Hospital did not report in Dec 2021

Impact of COVID-19 on Economy

- The COVID-19 pandemic has had a major economic and fiscal impact through economic disruptions and nationwide lockdown measures and affected public financing for the health sector.



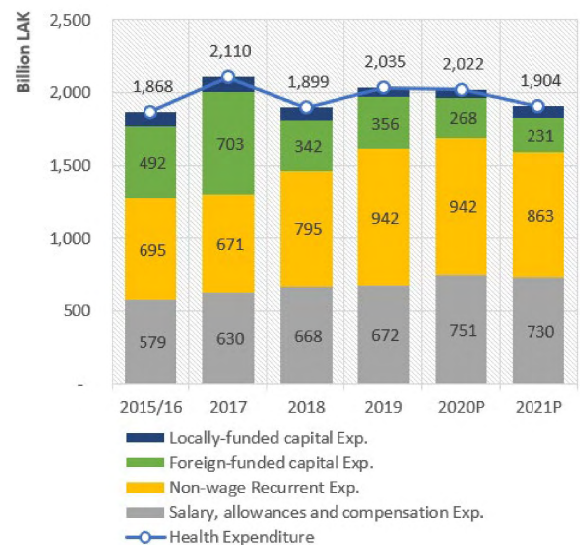
Source: World Bank, EAP Economic Update, January (2022)



Source: data from budget operation reports, MOF and MOF's report to NA (November 2021)

Health budget declining despite growing needs for COVID-19 response

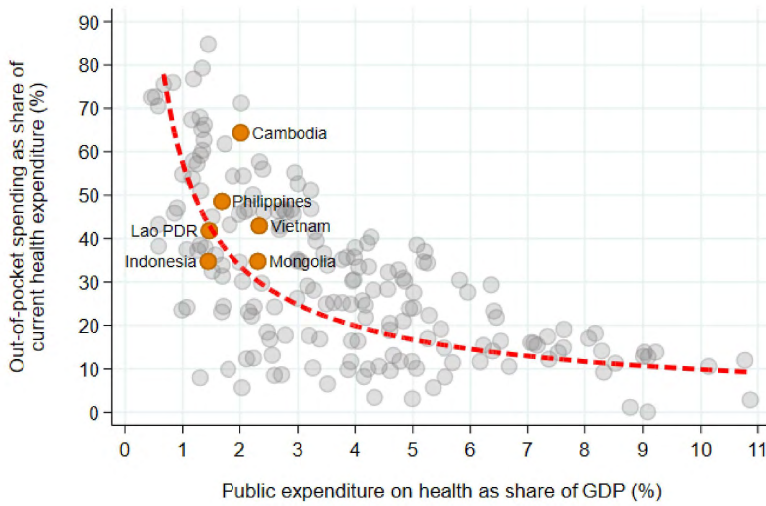
- The government health spending (as a share of GDP) has declined from 1.7% in 2016 to 1% in 2020, and expected to further decline in 2022
- The health budget for 2021 is projected to decline by 4.5% from the 2020 budget plan
- The 2021 budget for recurrent expenditure has declined by 5.9% from the 2020 budget
- These budgetary declines would have considerable impacts on the sector's performance, especially on service delivery including essential health services such as routine immunization at a local facility level



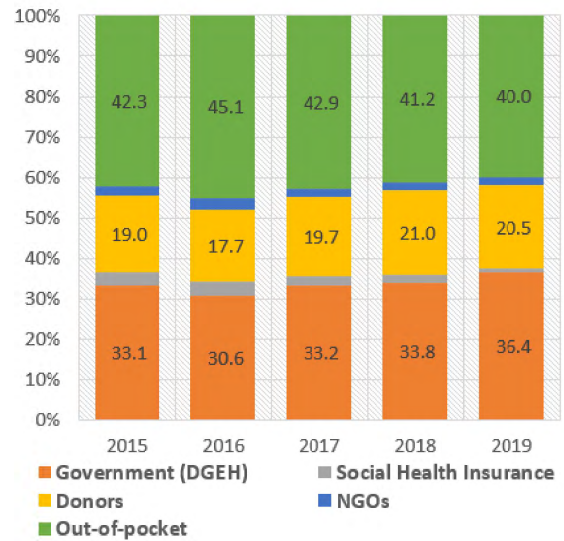
Source: the State Budget Implementation (2015/16, 2017, 2018, and 2019) and the State Budget Plan (2020, and 2021)

Note: the data on the foreign-funded capital expenditure is from MOH

Health expenditure remains mostly reliant on OOP and external financing



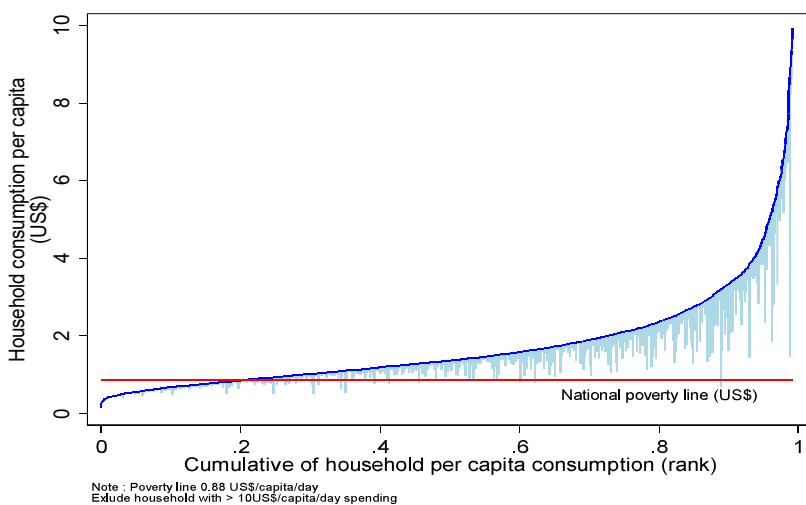
Source: World Bank (2020). LECS6 2018-19.



Source: based on data from NHA data released in September 2021

Enhanced financial protection is needed to address catastrophic and impoverishing health spending

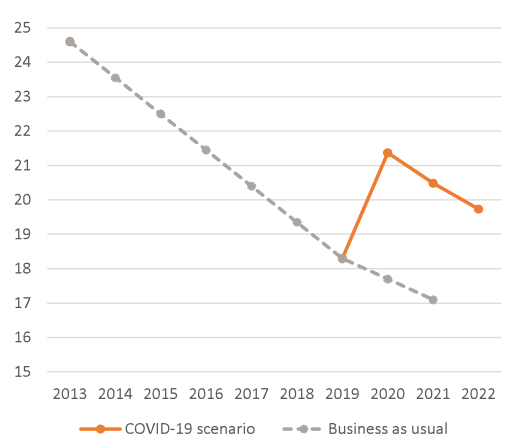
Financial hardship: the impoverishment incidence using national poverty line



Note: Poverty line 0.88 US\$/capita/day
Exclude household with > 10US\$/capita/day spending

Source: LECS5, 2012/2013

Projected poverty rates based on May 2020 growth projection (%)



Source: World Bank, 2020

Progress towards UHC in the era of COVID-19

- Achieving UHC in Lao PDR requires building a resilient health system with strong focus on primary health care.
- Ensure access to quality essential services and enhance protection for the poor in the era of COVID-19
- Sustainable investment in primary health care-oriented health system with equity consideration is essential to address inequality and equity gaps.
- Given the tight fiscal environment, public spending on health is expected to face constraints. Spending better is even more critical to ensure available health resources are used to deliver the results
- While development assistance is and will be declining, the large injection of external funds, grants and loans, for COVID-19 response needs to be spent wisely, not only for the immediate response but for the medium and longer time system strengthening.
- Coordinated responses aligned behind the health sector reform strategy and the national sector development plan is essential for the transition phase.



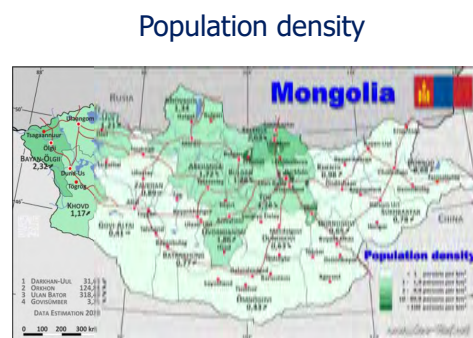
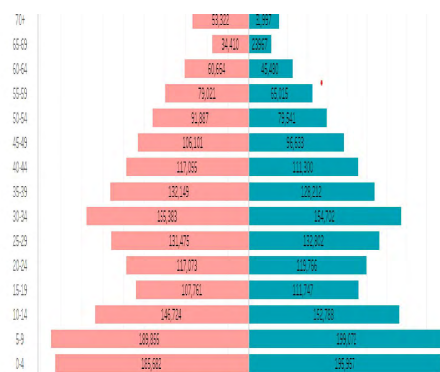
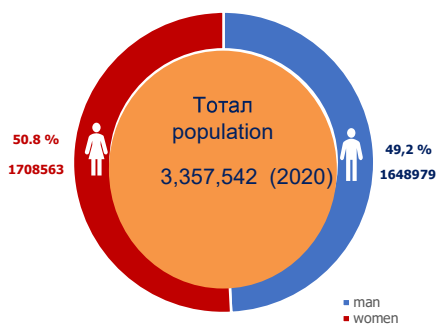
UHC in Mongolia

Universal Health Coverage research conference (online)

February 22, 2022

Oyuntsetseg Purev
MOH, Mongolia

BACKGROUND



- GBR – 23.45
- TFR-2.9
- Death rate per 1 000 population -5.1

Adult literacy rate – 97.8

Population density – 2.1

Gender inequality index -0.286



LAW ENVIRONMENT

THE CONSTITUTION OF MONGOLIA

6/the right to the protection of health and medical care. The procedure and conditions of free medical aid shall be determined by law.

THE HEALTH LAW

The state shall implement the following policies on population health:

- 4.1.1. To take the health of the population under special state attention and patronage;
- 4.1.2 provide equal and accessible health care services to the population without discrimination;
- 4.1.3. Treat health organizations equally regardless of the form of ownership;
- 4.1.4. The state shall be responsible for payment for certain types of health care and services provided to citizens in accordance with the Constitution of Mongolia.

THE HEALTH INSURANCE LAW

.....to create a fund for every citizen of Mongolia to be insured in accordance with the law, to create a fund to share financial risks with the insured, to allocate and spend the fund's funds.....



UHC/COVID -19



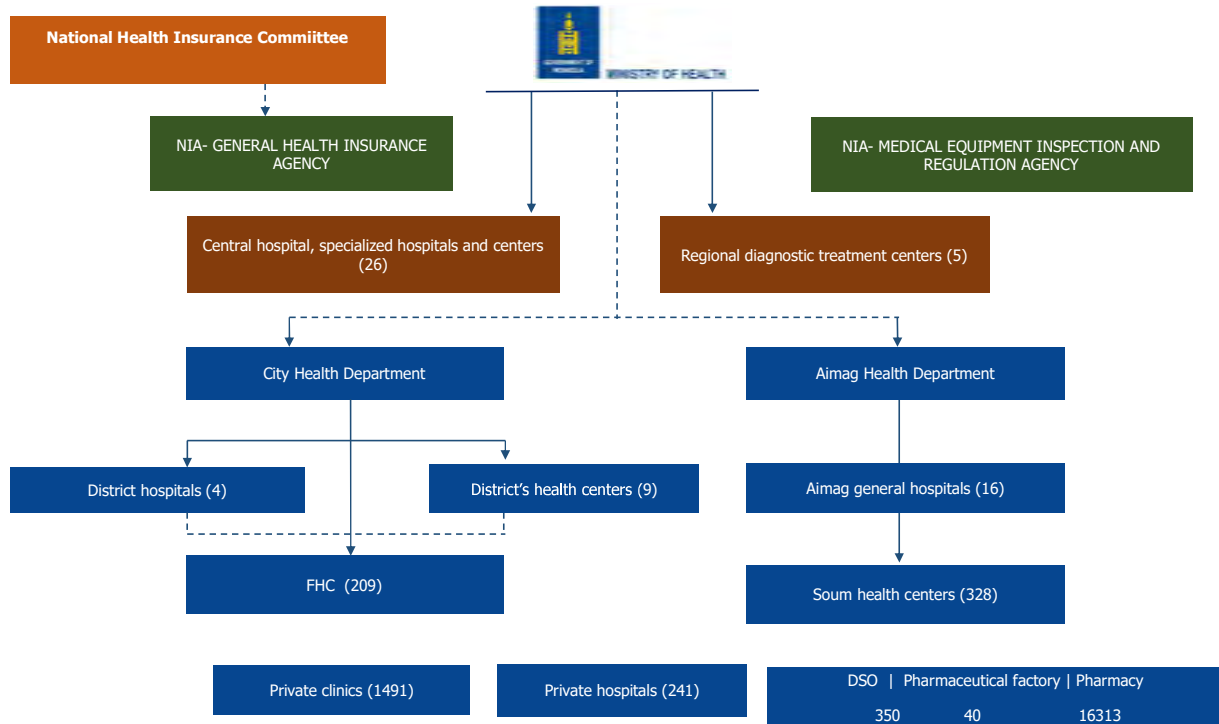
law on prevention fighting and reduction of the social economic disease of CORONAVIRUS infection /COVID-19/

April 29, 2020

- To prevent and fight the epidemic of coronavirus infection (COVID-19)
- To protect public health, to impose certain restrictions on human rights,
- To make relevant decisions, and to regulate relations related to minimizing the negative impact on the economy and resolving organizational issues by the Government through special procedures.

-
- **MEASURES FROM GOVERNMENT AND OTHER ORGANIZATIONS**
 - **RIGHTS AND OBLIGATIONS OF CITIZENS AND LEGAL ENTITIES**
 - **MISCELLANEOUS:** Donations
Mobilization of property
Liability for violators

ORGANIZATION STRUCTURE

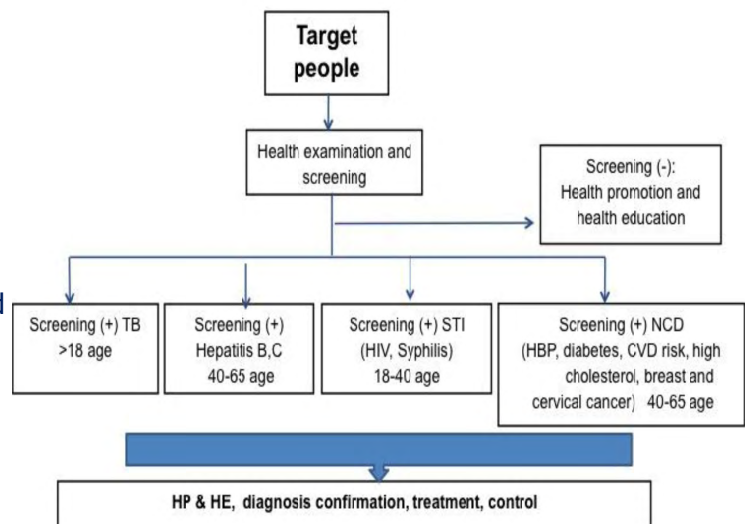


IMPLEMENTATION TARGETED ACTIVITIES



From 2016-2020 the government operated and called Expanding use of mobile health technology in PHC towards UHC in Mongolia. Now being implemented in 21 provinces across Mongolia

Health screening among adults



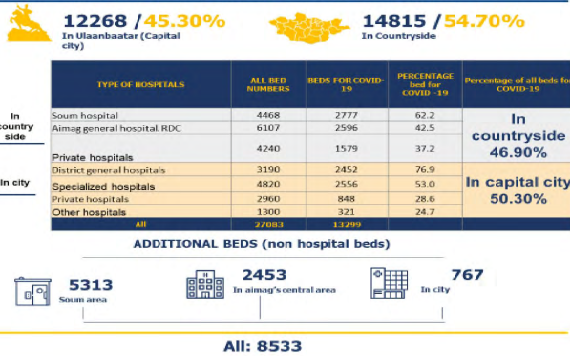
UHC & COVID -19



Mongolia is responding to the crises by raising the general government spending and taking steps to increase health funding from various sources including national, local budgets, and emergency funds.

- Inpatient care: different tariff rate applies by severity of cases
- Home monitoring and treatment by family health centers
- Vaccination
- Specimen collection for surveillance:
- PCR test

NUMBER AND TYPES OF HOSPITAL BEDS TO PROVIDE MEDICAL CARE AND SERVICES FOR CORONAVIRUS INFECTION (COVID-19) (at the peak time of COVID-19)

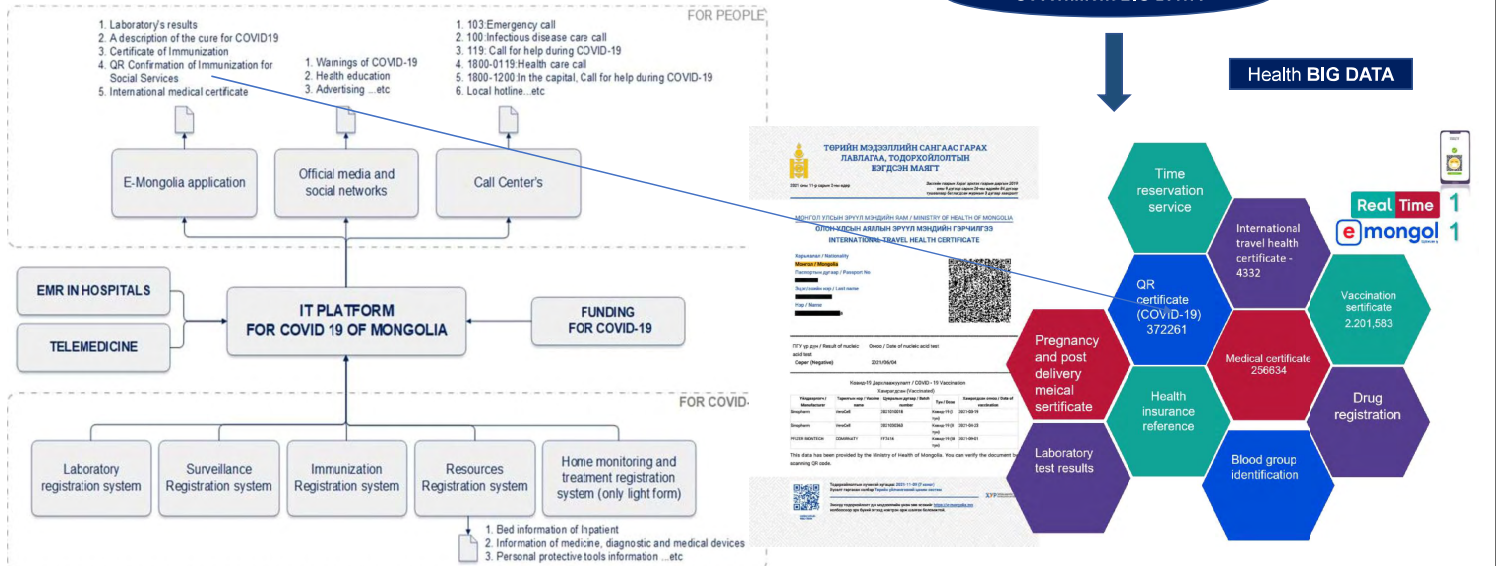


Service type	Health care facility	Severity	Tariff
Home treatment	PHC provider (soum and family health centers)	No symptoms, mild	160.0
In patient care	Temporary hospital and isolation facility with treatment capacity	No symptoms, mild case without possibility to stay/isolate at home	780.0
	Soum and village health center	Mild	
	Specialized hospitals including province and district general hospitals, private hospitals	Mild Moderate Severe Critical	980,000 2.160.0 4.200.0 7.465.0

- Mobile vaccination point
- Mobile specimen collection point
- Decentralization of Surveillance unit
- Established PCR lab in countryside
- Increased investment – Vaccine storage, ECMO, Mini oxygen plants in countryside and etc.

HEALTH INFORMATION SYSTEM

- Tandalt.gov.mn: for surveillance reporting and recording
- Eruul.gov.mn: for laboratory test result registry and reporting (people can go to this site and get their lab. result)
- Health.gov.mn: vaccination registration and reporting
- Emongolia: for citizens to get vaccine certificate and result of COVID lab. test
- H-Infor 3.0: for registration of COVID cases
- Burtgel.mohs.mn – for resources of drug and medical devices





UHC INDICATORS

UHC Overall Progress		
UHC index⁶ – coverage of essential health services (SDG 3.8.1) 0–100 scale (Target: 100)		
63 <i>Mongolia</i>	40 <i>Region (lowest)</i>	≥ 80 <i>Region (highest)</i>
Financial risk protection:⁷ proportion of population with out-of-pocket health spending exceeding 25% of household's budget or income (SDG 3.8.2)		
1.7% <i>Mongolia</i>	0.0% <i>Region (lowest)</i>	5.0% <i>Region (highest)</i>
Performance scorecard of 13 UHC index – coverage of essential health services indicators, in relation to a target of 100%		
3 tracer indicators > 80	3 tracer indicators 60–80	5 tracer indicators < 60
<i>Reproductive, maternal, newborn and child health</i>		
2	2	0
<i>Infectious diseases</i>		
0	0	3
<i>Noncommunicable diseases</i>		
0	1	2
<i>Service capacity and access</i>		
1	0	0

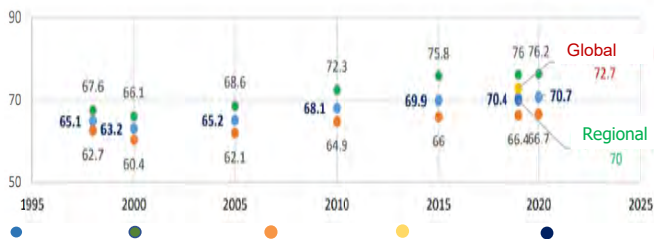
SDG Overall Progress		
Performance scorecard of 23 SDG health indicators , in relation to a target of 100% (as relative proximity to SDG targets)		
10 indicators > 70%	2 indicators 40–70%	5 indicators < 40%
<i>Reproductive, maternal, newborn and child health</i>		
7	1	0
<i>Infectious diseases</i>		
1	1	0
<i>Noncommunicable diseases</i>		
1	0	2
<i>Urban and environmental health</i>		
1	0	2
<i>Health system resources and capacity</i>		
1	0	0

Information source: WHO, UHC and SDG Country Profile 2018 Mongolia



UHC INDICATORS

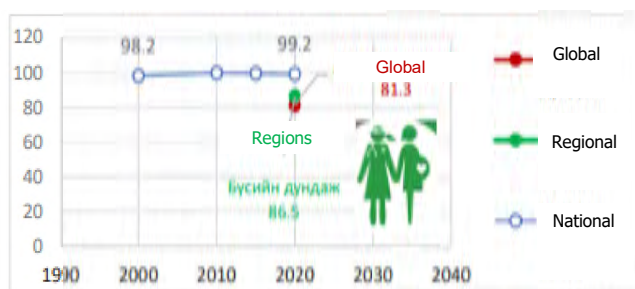
Life expectancy 1995-2020



Maternal mortality ratio, 1990- 2020



Proportion of births attended by skilled health personnel

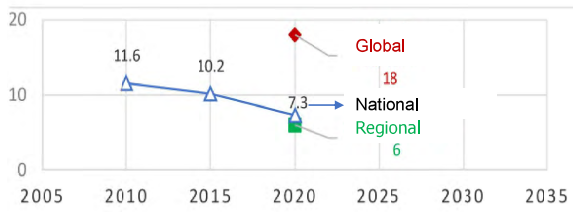


Adolescent birth rate (per 1000 girls 15-19 aged)

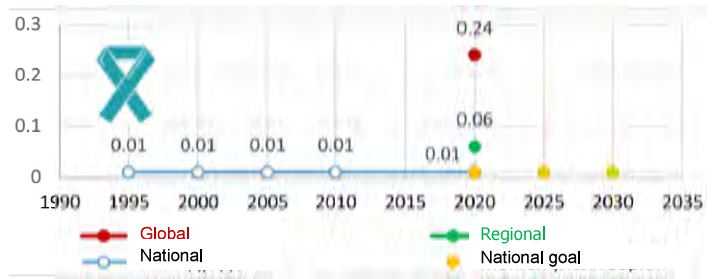


UHC INDICATORS

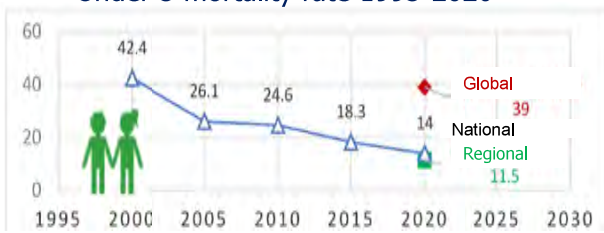
Neonatal mortality rate 1995-2020



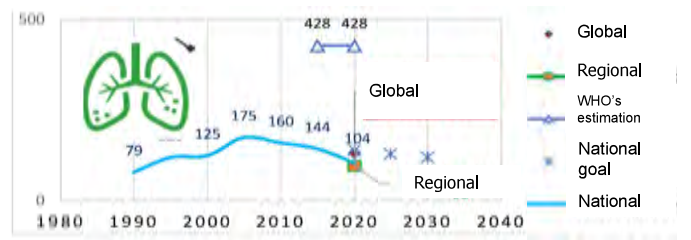
Number of new HIV infections per 1 000 uninfected population



Under 5 mortality rate 1995-2020



Tuberculosis incidence per 100 000 population



UHC INDICATORS

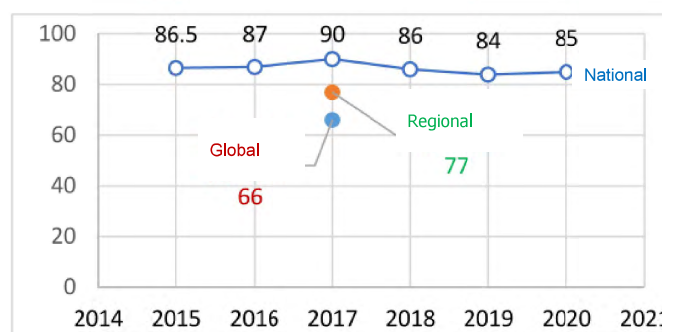
Death rate due to road traffic injuries /per 10 000 population/



Suicide mortality rate, per 10,000 population



Percentage of coverage of essential health care





CHALLENGES

1. Knowledge about how to implement UHC at country level is generally poor specially at policy making level.
2. Equity is in every policy document, actions to reduce inequity are poorly described, some time none of actions are included. Measurement/monitoring is weak.
3. Need to review legislations to select appropriate type of high level inter-sectoral coordinating committee on health.
4. Ensure sustainability mechanisms of various projects being implemented.



LESSONS LEARNT

1. Financing levers are used for UHC advance such as health insurance funding for 4 services to be provided at the PHC level, and preventive screening service packages. However, need to improve monitoring of performance FHC and SHC
2. Need to ensure sustainability of projects which have focused to reduce inequity through supporting low-income groups (need to solve financing and implementation mechanisms; ownership by project implementing organizations through including tasks and responsibilities in the job description of staff etc).
3. Inter-sectoral council on health is cancelled due to its duplicated roles with other committees such as parliament sub-committee on SDG. Need to review related regulations to set-up and make the committee functional



**THANK YOU FOR YOUR
ATTENTION**