

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

「新型コロナパンデミックが各国の UHC 達成に及ぼす影響」

研究分担者 岡本悦司 福知山公立大学 地域経営学部医療福祉経営学科

**研究要旨**

【目的】WHO は 2030 年を目標年として UHC 達成を加盟国に推進しており、その達成状況を国ごとに測定する指標まで作成して定期的にモニタリング報告書も刊行している。しかしながら 2020 年からの新型コロナパンデミックは世界経済に甚大な影響を及ぼしており UHC 達成にも相当な影響があると思われるが、その影響の程度は国によって様々であろうと予想される。また阻害要因となるだけでなく逆に促進要因にもなる可能性もあり、国ごと状況より新型コロナパンデミックを逆に UHC 達成への促進要因とする方策を模索する。

【方法】各国の UHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献と WHO の UHC モニタリング報告書より各国のサービスカバー率指数 (SCI) を収集し、新型コロナパンデミックの各国の UHC 推進への影響を分析する。

【結果】オーストラリア、ブラジル、パキスタン、タイ、イスラエル、イタリア、の 6 か国をとりあげた。わずかな患者負担であっても重大な受診抑制を招く、という医療経済的な法則から UHC は新型コロナパンデミックに対する対策としてきわめて重要であるという認識は多くの国で高まり、その意味で UHC 達成に対する政府と民両方の促進要因となる可能性が示唆され、一部の国では当初計画された UHC が前倒しされた例もあった。また既に UHC 達成済の国でも、不法移民や一部の宗教集団等、UHC といってもユニバーサルに全国民をカバーしておらず「抜け穴」となる集団が存在したり、感染症対策を困難にする状況も明らかになった。しかしながら、UHC を有する国がそうでない国より新型コロナ蔓延が少なかったというエビデンスまでは得られなかった。

【結論】新型コロナパンデミックが UHC の達成を阻害することを WHO の最新モニタリング報告書は懸念しているが、逆にコロナ禍が UHC を前倒しした、という例もあった。危機においては平時には困難な改革が可能になる、という歴史的な例もあり、新型コロナ対策と UHC 推進を一体的に行うことにより、パンデミックを阻害ではなく促進要因とする方策を模索すべきである。

**A. 研究目的**

WHO は 2030 年を目標年として UHC 達成を加盟国に推進しており、その達成状況を国ごとに測定する指標まで作成して定期的にモニタ

リング報告書も刊行している。

しかしながら 2020 年からの新型コロナパンデミックは世界経済に甚大な影響を及ぼしており UHC 達成にも相当な影響があると思われ

るが、その影響の程度は国によって様々であろうと予想される。また阻害要因となるだけでなく逆に促進要因にもなる可能性もあり、国ごとと状況より新型コロナパンデミックを逆に UHC 達成への促進要因とする方策を模索する。

## B. 研究方法

各国の UHC 達成と新型コロナパンデミックとの関連を関連キーワードによる検索によって文献と WHO の UHC モニタリング報告書より各国のサービスカバレッジ率指数 (SCI) を収集し、新型コロナパンデミックの各国の UHC 推進への影響を分析した。

＜倫理的配慮＞

公開情報のみを用いたので該当しない。

## C. 研究結果

2020 年から始まった新型コロナの世界的流行 (パンデミック) は医療と経済に甚大な影響を及ぼしているが、逆に新型コロナ大流行によって、UHC の必要性への認識が高まり、UHC 普及促進に役立つ可能性もある。南アフリカの研究者らは、イギリスの NHS 導入やアメリカのニューディール政策を例にあげ「UHC 達成を新型コロナ流行の終息後まで待つことは推奨できない。むしろ危機を好機ととらえて UHC 達成を加速させるべし」と主張している<sup>[1]</sup>。

新型コロナ流行により、世界が UHC の必要性の認識を高める理由は、以下のようなものが考えられる。

### ●患者負担による受療抑制を防止

利用者負担はたとえわずかな額であっても、受診を多く抑制する。たとえばケニアの例では学童の除虫剤に \$0.3 の負担を導入したら、利用は 80% も減少した、とされる (逆にイギリスが 1948 年に医療国営化を導入し、無料受診とするとサービス利用は急増したという歴史的教訓がある。日本でも 1973 年の老人医療無料化によって病院が老人サロン化した、という教訓を有している)<sup>[2]</sup>。

ガーナでは、患者が公的病院のトイレを使うのに使用料を徴収している。このため、貧困者は症状がでてでも病院にゆかない傾向があった。たとえ隔離が必要でも入院費用を負担しなけ

ればならない、となると隔離指示に従わない者もでてくる。そのためガーナはそれまで徴収していた入院費用を要隔離者については徴収しない、ことにした。こうした問題に対する対策は明らかである。政府は公的資金の投入を増やすことで、患者負担を抑える必要がある。

[3]

### ●医療逆分配の法則の緩和

医療の逆分配の法則 (inverse care law) とは、1971 年にハートがランセットに掲載した論文<sup>[4]</sup>でとりあげた法則で「ある集団の医療のニーズと提供される医療の量とは逆比例する、すなわちその医療を最も必要とする集団に対してそうした医療の供給は最も少ない。この問題は、医療を市場原理に委ねると深刻になり、逆に市場原理を小さくすることによって改善することができる」というもの。この論文は 200 年の Lancet 誌の中で最も影響の大きい論文であったといわれる。

逆分配を抑制するには、医療を市場原理にまかせず、所得再分配機能をもたせるとともに、必要とする集団に必要な医療が供給されるような介入が必要となる。その政策手段としては、公的保険を主体とする UHC を達成することが有効であることを意味する。

### ●地域、人種そして階層格差の縮小

国内における、地域、人種そして階層間の貧富格差が大きい国においては、その格差を縮小させるため、公的な所得再分配機能を制度化する必要がある。そのためにも、医療を市場に委ねるのではなく、公的医療保険を中心とした UHC の達成が有効といえる。

### ●医療費の増加は必ずしも UHC の必要性を増さない

意外なことであるが、新型コロナ流行は国全体の医療費の増大には必ずしもつながらない。エコノミスト誌調査部の推計によると、世界の経済規模の大きい 60 か国の医療費総額は 2020 年には 1.1% 減少した、とみられている。むしろ新型コロナそのものに対する医療費は嵩むが、患者の受診控えや緊急を要しない医療の延期のため新型コロナ以外の医療費は急減した。一般に医療費は景気後退に強い部門とされる。たとえばリーマンショック後の 2009 年の 60 か国の GDP は 1.8% 減少したが、医療費は逆に 2.8%

増加した。今回の新型コロナによる世界経済への影響はリーマンショックをはるかに上回るのは確実だが、医療費はわずか1.1%減少にとどまっている。<sup>[5]</sup>

## 各国の対応

以下にいくつかの国における新型コロナ対策とUHC達成、あるいは達成済の場合は新型コロナ流行によって明らかとなった問題点の実情を十分なデータが入手できた6か国を取りあげて分析する。<sup>[6]</sup>

### ●オーストラリア——医療逆分配の例とUHCによる政策誘導の例

オーストラリアは他の世界から地理的に離れているため、初期のコロナ対策は概ね成功といえる(2020年5月中旬までの感染者数は6989人、死者は98人とどまった)。また1975年よりUHC達成済(Medicareという単一保険者)。しかしながら、医療機関の大半は民間主体であり、選択的手術の50%は民間医療機関が提供している。コロナ対策でも民間医療機関が3万床のベッドと10万人の医療従事者を治療や隔離のため提供し、10億豪ドルが公的保険から支払われている。

公的保険はメディケアという単一保険者であるが、全国民をカバーしているのではなく永住者以外は対象にならないので、そうした人は民間医療保険に加入するしかない。メディケアに加入している国民であっても、いわゆる「逆分配の法則」が特に精神医療において存在している。

UHCを有するオーストラリアでも、それでも公的医療保険が主体であることは、政府による医療のコントロールを容易にしている。新型コロナ流行に伴って、政府は遠隔診療を重視し、一般医を遠隔受診(電話やビデオ会議)する場合は自己負担を免除する、等の措置がとられた。処遇困難なのは原住民(aboriginal)で、慢性疾患を有する割合が高く重症化しやすい。そこで、原住民の居住地域に緊急PCR検査センターを配置する等の特別対策がとられた。ロックダウン等のコロナ対策の影響は医療よりむしろ経済に大きく、失業対策として“Job Keeper”という所得補償など、オーストラリア史上最大の福

祉政策がとられた。UHCもさることながらuniversal basic income guarantee(ユニバーサル所得補償)の重要性も大きかった。

### ●ブラジル——貧富、地域そして人種格差が極端な例

貧富格差では世界第9位。2億1000万人の人口(中、印、米、インドネシア、パキスタンについて世界6位)中3000万人は衛生状態劣悪。1140万人はスラム居住であり、三密を避けたり在宅勤務なども無理な状況である。ところが新型コロナ流行が始まった時に経済を優先させてコロナ対策をおざなりにしたため感染爆発にいたった。

1988年より公的医療制度(SUS)はあるが、公的医療機関は2016年以来投資が凍結されてきた(人口カバー率は約75%)。人口1万人当たりICU病床数は先進国並(2.03床)。しかしSUS病院は1.3床に対して民間医療機関は4.45床と社会階層による格差が大きい。地域差も、裕福な東南部は2.58床に対して貧困な北部地域1.23、東北部は1.35しかない。

このような貧困層は新型コロナ流行に対して無防備であり、糖尿病等の慢性疾患の有病率も高いこととあいまって対策を困難にしている。ちなみに2013年に実施された健康調査によると、有病率は学歴とも反比例しており、慢性疾患を一つ以上有する割合は最も教育レベルの高い層では34%、高卒者28%に対して、小学校しか出ていない者では54%もあった。

ブラジルが特異的なことは、刑務所収容人口の多さである。ブラジルは人口では世界第5位だが、刑務所収監者数は77万3000人と3位である。これら収監者の環境も劣悪であり、新型コロナのクラスター発生が懸念されており、事実、複数の暴動が発生している。

### ●パキスタン——新型コロナ流行でUHC達成を促進させた例<sup>[7]</sup>。

パキスタンは人口2億2100万人、世界5位であるが、医療環境は周辺の南アジア各国と比べてもきわめて悪い。医療の受診と質(healthcare access & quality, HAQ)指標ランクは195か国中154位(それでも1990年26.8→現在は37.6と改善した)。医療供給の絶対量

が不足していることに加えて都市部 vs 農村の格差だけでなく、地域間格差もきわめて大きい。政府は「医療国家計画 2016-25」で UHC 達成を最優先課題に位置づけており、2016 年にはまず、貧困層対象の医療保障制度” Sehat Sahulat Program”を開始し、700 万世帯以上をカバー(一世帯年間予算は約 4600 ドル)する等の実績をつんできた。

しかしながら、こうした状況に新型コロナの追い打ちがあり「解決には UHC を達成するしかない」という機運がもりあがってきた。Khyber Pakhtunkhwa 省(人口約 4000 万)は 2020 年 8 月 21 日より新型コロナ対策の一環として全住民をカバーする UHC を導入した(2021 年 1 月 31 日達成、腎移植、ICU もカバー)。地域内の全住民をカバーする UHC としてはパキスタン初であり、全土はカバーする国家目標は 2030 年としている。

#### ●タイ——UHC の「抜け穴」問題

人口は約 6630 万人で 2002 年に UHC 達成済である。

UHC 下で、コロナ対策も概して有効で、感染数や死者数は欧米より比較的低い水準できた(全国の公的医療機関ネットワークが検査や接触者追跡を実施)。

しかし 400 万人を超える違法移民が周辺国から流入しており、こうした人口は UHC の対象相当であり問題となる。コロナ検査は、在留資格とは無関係に受検できる、と PR しているが徹底は十分でない。こうした違法移民は、コロナ拡大の原因となっている。また慢性疾患やリスクも高く、感染すると重症化や死亡リスクが高い。タイのコロナ感染者や死者は、こうした社会の底辺層に集中している。

タイは UHC が比較的良好に普及してきたのでこれまであまり目立たなかったが、コロナ禍は、タイの現在の UHC にも「抜け穴」があることを明らかにした。国全体の平等を実現するためには UHC もまだまだ不十分であるという教訓になった。

#### ●イスラエル——UHC が直面する宗教のカベ

イスラエル(人口約 930 万人)は UHC を達成済で、国民健康保険(NHI)法に基づき、4 つの保険

者がある。新型コロナ対策の面では、政府の迅速な対応(交通遮断、ロックダウン)のおかげで、感染爆発は避けられている(ただし、2022 年 5 月の最新データでは累積感染者率は人口の 50%を超えている)。

4 保険者は、コロナに対するプライマリケアや在宅隔離者に対する遠隔支援を実施。保険者には、緊急を要しない軽症者の監視、ホテルへの搬送等の権限が付与された。イスラエルは人口当たり病床数(人口千人当たり 2.2 床)が OECD 平均(同 3.6 床)より低いため、病床を圧迫させないためにも必要だった。

イスラエルが直面したもうひとつの困難は宗教上の問題であった。難渋したのは超正統派ユダヤ教徒で、社会階層が低い、密集居住(教義により、ソーシャル・ディスタンスを保つことは anathema[鬼門]とされる)、新聞やテレビをみない、といった問題があった。信者は礼拝所(シナゴグ)に集まって、それこそ「密集」して祈禱するので、「密集を避ける」目的で政府が集会を禁止する勧告を出しても従わない上に、強い反発が起こった。

こうした信者の集団に感染症対策を徹底するためには、通常人口とは異なる工夫が必要である上、感染者の収容施設でも、食事制限等の特別な配慮が必要となった。信者は政府の命令より宗教指導者のいうことに従うので、対策を徹底するためには、まず宗教指導者を集めて新型コロナ対策の理由を説明し、彼らから信者を説得してもらう、といった

宗教的にやっかいなもうひとつの集団としてアラブ人(イスラム教、人口の 20%、北部では 54%)であった。この集団は同時に糖尿病等の基礎疾患を有するハイリスク者も多い。アラブ人の医師の協力を得て、言語の壁を超えて浸透する等の対応が必要だった。

外国人(25 万人、人口の約 3%以下)は NHI の対象外であり、言語面のみならず政府への警戒心も強いため対応困難であり、また検査を受けることへの抵抗も強かった。不安を取り除き安心して受診してもらえよう、全保険者と医療機関に「非 NHI 患者でも無償で治療し、入管局職員への通報はしない」ことを確約させて対処した。

最後に最も困難な集団として売春婦があげ

られる。2008 年以来売春婦の健康対策のための移動クリニックが稼働していたが、コロナのため閉鎖になったので、売春婦人口はコロナのみならず性感染症し等あらゆるリスクが集中する集団となっている。

## ●イタリア——緊縮財政や民営化による国営医療の脆弱化

イタリアは人口約 6000 万人と日本の半分だが、高齢化率は 25%と日本に次いで世界最高である。人口の 4.2%が絶対的貧困層となっている。国営医療 (SSN) は 1978 年設立され、受診時の自己負担なし。貧困者もカバーし、医療による貧困転落や受診阻害を防いでいる。しかし近年は財政緊縮の影響 (対 GDP 比 2018 年 6.6%→2020 年 6.4%)、段階的な民営化が進んでいる。

イタリアは UHC の完備した先進国ではあるが、初期の新型コロナの被害は甚大であった。病院機能が崩壊に瀕するなか、人口 5 万人ごとに在宅ケア提供を目的に設置されている「継続的支援特別部門 (平均して人口十万人当たり年間 16696 回の訪問診療を提供している)」が、コロナ陽性だが入院を必要とせず在宅監視下の軽症者の観察と支援を提供した。

処遇困難な集団は約 60 万人 (人口の 1%) の不法移民である。彼らは SSN の対象外でかかりつけ医もなし。そのためコロナ対策から抜け落ち (PCR 検査を受診できない等) ており、「6 か月カード」と呼ばれる短期保険証を交付して、受診できるよう立法化された。近年の財政緊縮や民営化は、結果としてイタリアの医療体制を弱体化させ、新型コロナ対策にとってマイナスであった。

コロナ大流行という危機時にこそ、UHC や社会保障の強化が必要であることをイタリアの経験は示している<sup>[8]</sup>。

## UHC カバー率指数と COVID-19 パンデミックの影響

各国の UHC 達成への進捗状況 (2030 年までに 80%以上が目標。SDG3. 8. 1) ならびに家計に破滅的な医療費支出 (家計支出の 10%以上の医療費支出。SDG3. 8. 2) をモニターするため WHO は UHC サービスカバー指数 (SCI) を開発した。これは 4 分野にわたる 14 指標からなるもので、WHO 加盟

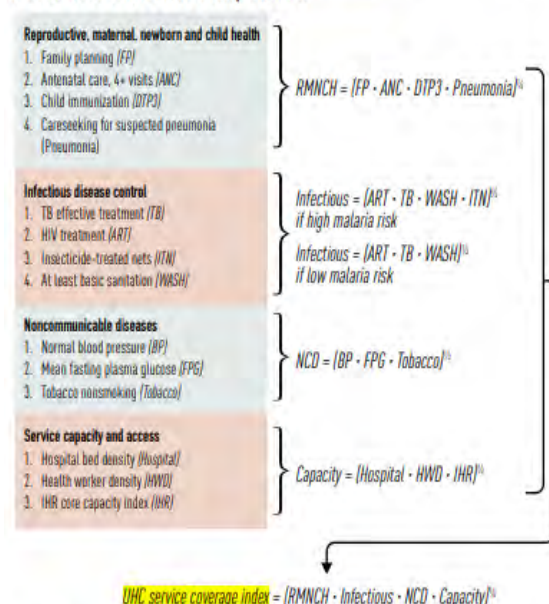
194 か国の 2019 年の数値は 27~89 にわたっている (下図-上)。WHO は 2000 年からの SCI を計測しているが、加盟国全体の数値は年々向上している。4 分野別では感染症の指標の改善が著しい (下図-下)。

今回分析した 6 か国と日本の指標は下図の通りである。最も高い指標はオーストラリアの 87 点、日本は次いで 83 点とされた。最低はパキスタン 45 点であった。

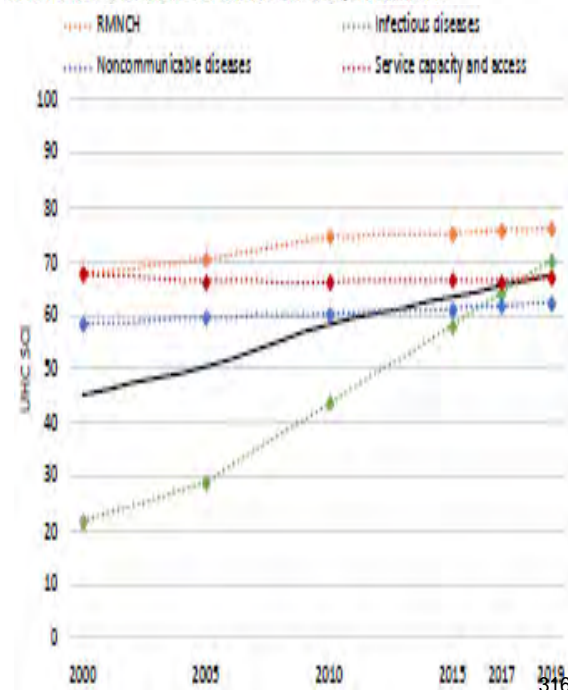
## COVID-19 パンデミックと UHC 達成への影響

WHO は 2015 年から隔年で UHC 達成状況のモニタリング報告を刊行しており<sup>[9]</sup>、COVID-19 との関連が記載された最新の 2021 年報告から要約する。

FIGURE 1.1 The UHC service coverage index (SCI): summary of tracer indicators and computation



Note: For more detail on UHC SCI calculation methods, see Annex A1.2.



行ラベル	008Australia	023Brazil	081Israel	082Italy	084Japan	123Pakistan	162Thailand
<b>infectious disease</b>							
At least basic sanitation	100	88	100	99	100	60	99
HIV antiretroviral treatment	80	63	75	86	80	8	68
Insecticide treated nets for malaria prevention	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis effective treatment	68	63	69	65	61	64	61
<b>NCDs</b>							
Mean fasting plasma glucose	60	53	67	58	65	39	55
Normal blood pressure	100	93	99	100	100	69	100
Tobacco nonsmoking	71	72	48	53	55	59	59
<b>RMNC</b>							
Antenatal care, 4+ visits	95	91	98	87	98	51	91
Careseeking behaviour for child pneumonia	95	50	97	97	93	84	80
Child immunization (DTP3)	95	89	98	95	99	75	99
Family planning demand satisfied with modern methods	82	88	69	67	60	49	91
<b>SCI</b>							
UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1)	87	79	82	82	83	45	80
<b>SCI components</b>							
infectious disease	82	70	80	82	79	31	74
NCDs	75	71	68	67	71	54	69
RMNC	91	77	89	86	85	63	90
service capacity and access	100	99	93	96	100	38	88
<b>service capacity and access</b>							
Health worker density	100	100	100	100	100	30	70
Hospital bed density	100	100	100	100	100	35	100
International Health Regulations core capacity index	100	96	81	87	100	51	97

WHO が加盟国を対象に実施した「COVID-19 流行下における医療サービスの障害に関する第 2 回調査」によると、回答した 112 か国の 48%がプライマリケアに何らかの障害が生じた、と回答しており、約 6%

の国はプライマリケア提供が 50%以上減少した、と回答した。また報告書の著者らが世界銀行のデータ等から推計した結果によると、新型コロナ流行が始まってからは、世帯が必要な医療を受けられない理由として新型コロナによる受診抑制をあげる世帯割合が 25.4%にもものぼることが判明している。COVID-19 の流行はかつてなかった打撃を世界経済に及ぼしており、ILO の報告によると 2020 年の 1 年間だけで 2 億 5500 万人分の職が失われたと推計されている。世界銀行による電話調査によると、2020 年 4~7 月の間に COVID-19 流行前に職を持っていた人の 36%が職を失い、調査された世帯の 62%が収入減を訴えていた。

#### D. 考察

COVID-19 パンデミックは、UHC 達成にむけたこれまでの各国の努力を阻害する恐れがあると報告書は指摘する。しかし反面、COVID-19 パンデミックによって医療面でも経済面でも UHC の必要性が全世界に理解されるようになったのも事実であり、パキスタンのようにパンデミックを契機に一部地域の UHC 達成を加速させた

例もあった。むろんパンデミックは、どの国にとっても深刻な試練であることはまちがいないが、大胆な政策は危機時の方が平時より実行しやすい、という歴史的な教訓がある。

引用文献の一つはイギリスの NHS やアメリカのニューディール政策をその例としてあげるが、筆者はさらに、日本での二つの例を追加したい。ひとつは 1923 年の関東大震災、もうひとつは 1959 年の伊勢湾台風である。

関東大震災は東京を中心に大火災が発生し 10 万人以上が犠牲となる大災害だったが、震災復興の過程で大胆な道路拡張や区画整理といった都市計画が推進され、東京の都市機能が強化された(不十分だった地域も 1945 年の戦災によって戦後推進された)。

伊勢湾台風はその名の通り名古屋周辺に死者不明者 5000 人以上もの被害をもたらした大災害であり、大阪と名古屋を結んでいた近鉄も、名古屋側の線路が壊滅的な打撃を受けた。鉄道のレール幅は 2 種類(狭軌と標準軌)あり、近鉄の線路は大阪側が標準軌、名古屋側が狭軌であったため、直通列車を走らせることができず、乗客は大阪と名古屋の中間駅で乗り換える必要があった。台風による被害(沿線に済む社員の多くも被災していた)からの復旧が至上命令ではあったが、近鉄は復旧工事と同時に、レール幅を拡張するという大英断を下した。計画は以前からあったものの達成には数十年かかる

と見込まれていた。それが台風のおかげで、改軌は短期間で一気に実現された。災いを転じて福となす、の古典的な例として日本では今もひきあいにだされる出来事である。

COVID-19 対策は現下の公衆衛生上の最大課題ではあるが、パンデミックが3年目にはいり、もはや UHC なしに有効な対策が不可能である、という世界的なコンセンサスができつつある現在、COVID-19 対策と UHC 達成を組み合わせることを各国に推奨してはどうだろうか？ 「2020 年から始まった COVID-19 パンデミックは人類にとっての大災禍ではあったが、それが世界中の UHC の必要性の理解を高め、2030 年の目標をずっと早めることにつながった」後世の歴史家にそう評されるとしたら、COVID-19 による夥しい犠牲も少しは報われる、と考えられるかもしれない。

## E. 結論

危機においては平時には困難な改革が可能になることもあり、新型コロナ対策と UHC 推進を一体的に行い、パンデミックを促進要因とする方策を模索する必要がある。

## F. 引用文献

次頁脚注参照

## G. 研究発表

学会発表

なし

## 論文発表

Okamoto, E. Japan's Dental Care Facing Population Aging: How Universal Coverage Responds to the Changing Needs of the Elderly. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 9359.

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9359>

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

- 
- <sup>1</sup> Keith Cloete, et al. Opportunities during COVID-19 towards achieving Universal Health Coverage. *J Glob Health*. 2021 Dec 18;11:03115 [https://jogh.org/documents/2021/jogh-11-03115.pdf]
- <sup>2</sup> Robert Yates. In the COVID-19 Era, Healthcare should be universal and free. [https://www.chathamhouse.org/2020/05/covid-19-era-healthcare-should-be-universal-and-free]
- <sup>3</sup> https://www.modernghana.com/news/994287/public-hospitals-collect-toilet-and-urinal-user.html
- <sup>4</sup> Julian Tudor Hart. The inverse care law. *The Lancet* :405-11(1971 年 2 月 27 日 [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X])
- <sup>5</sup> The Economist Intelligence Unit. Covid-19: the impact on healthcare expenditure.[https://www.eiu.com/n/campaigns/covid-19-the-impact-on-healthcare-expenditure/#mktoForm\_anchor]
- <sup>6</sup> Efat shadmi, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *International J of Equity in Health*. 2020;19:104
- <sup>7</sup> Rabia Hussain and Sara Arif. Universal Health Coverage and COVID-19. *J of Pharmaceutical Policy and Practice*. 2021,14;23
- <sup>8</sup> Benedetta A, et al. COVID-19: Universal health coverage now more than ever. *J of Global Health* 2020 Jun; 10(1): 010350
- <sup>9</sup> WHO, World Bank. 2015 Monitoring Report [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/786208/retrieve] 2017 Global Monitoring Report. [ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf] 2019 Monitoring Report [https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1255038/retrieve] 2021 Global Monitoring Report [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/events/tracking-universal-health-coverage-2021-global-monitoring-report\_uhc-day.pdf]