



## THE ACCESS AND DELIVERY PARTNERSHIP

New Health Technologies for TB, Malaria and NTDs



### ISSUE BRIEF

# ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現にむけて 貧困の病に対する新規医療技術への公正で持続可能な アクセスの促進

## はじめに

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) は持続可能な開発のための2030アジェンダの重要な要素です。2019年の国連UHCハイレベル会合政治宣言において、UHCは持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs) の達成に不可欠であるとされています<sup>2</sup>。UHCの恩恵は保健分野にとどまらず、貧困削減、経済成長、女性の地位向上、社会的平等、政治的安定や人間の安全保障など、SDGsを横断し幅広く開発へ貢献することが証明されています<sup>3,4,5</sup>。

しかし、特に低中所得国 (low- and middle-income countries: LMICs) においては、UHCを公正かつ持続可能に進めるにあたり多くの課題が存在します。そのひとつが結核、マラリアや顧みられない熱帯病 (NTDs) など「貧困の病」と呼ばれる病気に対する薬やワクチン、検査機器など必須医療技術へのアクセスと提供の確保です。

国連UHCハイレベル会合政治宣言では、「UHCは、安全で有効なサービスや医療品が必要な時に、公正かつ効率よく包括的に提供されることによって実現する」と述べられています<sup>7</sup>。日本政府が資金を拠出する「新規医療技術のアクセスと提供に関するパートナーシップ (The Access and Delivery Partnership: ADP)」は、このUHCの重要課題に取り組んでいます。「すべての人たちの健康な生活と福祉のためのグローバル行動計画」<sup>8</sup>に即し、国連開発計画 (UNDP) が主導するADPIは、コパートナーであるUNDP、世界保健機関 (WHO)、熱帯医学特別研究訓練プログラム (TDR) と NGO の PATH の4機関が結集し、それぞれの専門性を相乗的に提供しています。UHCとSDGs実現への取り組みの一環として、貧困の病に対する新規医療技術へのアクセスと提供を加速するべく、低中所得国の政策的整合性向上と保健システム強化を支援しています。

ADPは結核、マラリアと顧みられない熱帯病に対する新規医療技術へのアクセスと提供に焦点を当てることでSDG目標3 (Box 2) の達成に寄与し、それを通じて他のSDGs達成にも貢献します (Box 7)。ADPの活動はUNDP戦略計画: 2018-2021<sup>9</sup>とUNDPのHIV、保健と開発戦略2016-2021<sup>10</sup>にも沿っています。両計画とも保健と開発の統合についての重要性、また強靱で持続可能な保健システムが保健課題の改善とさらなる幅広い開発を実現させるための基盤であることを確認しています。

### Box 1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは?

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの目的は、すべての人が経済的困難を伴わずに必要な医療サービスを受けられることを確保することです」<sup>1</sup>

「我々は国際保健の分野にアントニオ・グテレス国連総長、テドロス・アダノムWHO事務局長、アヒム・シユタイナーUNDP総裁といった何人かの新しいリーダーを迎えました。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ実現への取り組みの範囲と質を大いに高める、これまでにない機会であります」<sup>6</sup>

-内閣総理大臣 安倍晋三



Empowered lives.  
Resilient nations.



From  
the People of Japan



**Box 2.** ADPIはSDG目標3に含まれる次のターゲット達成に直接貢献します。

**SDG3:**あらゆる年齢のすべての人の健康的な生活を確保し、福祉を推進する

**ターゲット3.3:** 2030年までに、エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病といった伝染病を根絶するとともに、肝炎、水系感染症及びその他の感染症に対処する。

**ターゲット3.8:** すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)を達成する。

**ターゲット3.b:** 主に開発途上国に影響を及ぼす感染性及び非感染性疾患のワクチン及び医薬品の研究開発を支援する。また、知的所有権の貿易関連の側面に関する協定(TRIPS協定)及び公衆の健康に関するドーハ宣言に従い、安価な必須医薬品及びワクチンへのアクセスを提供する。同宣言は公衆衛生保護及び、特にすべての人々への医薬品のアクセス提供にかかわる「知的所有権の貿易関連の側面に関する協定(TRIPS協定)」の柔軟性に関する規定を最大限に行使する開発途上国の権利を確約したものである。

## ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)における公正性の向上

回避可能、不必要で不平等な格差を是正するための公正性はアジェンダ2030とSDGsの中核を成し、「誰ひとり取り残さない」、そして「はじめに最も弱い立場の人々に手を差し伸べる」という誓約を裏付けるものです<sup>11</sup>。WHOは公正性を「人々の集団の社会、経済、人口構造、地理的な特徴にかかわらず、集団間に回避または修正可能な相違がないこと」と定義しています<sup>12</sup>。これに即してUNDPは、アジェンダ2030の実施において統合されたアプローチを提唱し、差別、地理、ガバナンス、社会経済的地位、外的要因や脆弱性など不公正な格差を生む主要な原因を分析し、公正性の向上に取り組んでいます<sup>13</sup>。

UHCの公正性を向上させるためにはすべての人が安全、有効で安価な医療技術へ持続的にアクセスできることが必須です。多くの低中所得国で不公正な健康格差を改善するためには、医療技術へのアクセスが限定されている人々や健康状態が悪い人々に対する集中的な投資が必要となります。

顧みられない熱帯病は健康における不公正な格差の典型といえます(Box 3)。低中所得国の貧困層に集中する顧みられない熱帯病によって、現在も10億人以上が苦しんでおり、健康、経済や社会面で深刻な影響をもたらしています。極めて高い疾病負荷にもかかわらず、結核、マラリアや顧みられない熱帯病のための新規医療技術は比較的開発されていないのが現状です<sup>15</sup>。顧みられない熱帯病関連の医療技術の研究開発費も、2009年から2015年の間に減少しています<sup>16</sup>。結核、マラリアや顧みられない熱帯病を終焉させるという2030年の目標設定とSDGターゲット3.3(Box 2)達成のために研究開発と保健システム強化を強調することによって、SDGsは貧困の病のための医療技術開発投資を増進させ、官民の医薬品開発パートナーシップを促し、このアンバランスの修正に寄与しています。

新規医療技術の研究開発のみならず、導入に関しても課題が多いことが認識されています。たとえば、低中所得国の中には、新規医療技術の導入と使用にあたって必要となる制度や専門的能力が不足している場合があります。このような国において貧困の病に対する医療技術の迅速かつ効果的な導入と提供を可能にするため、ADPIは包括的な支援と技術協力を実施し、UHC推進における公正性の向上に貢献しています。

## 医療技術の品質保証のための規制制度整備

WHOは低中所得国で流通する医薬品の1割が規格外品(つまり、不良品)もしくは偽造品であると推定しています。これは人々の命を危険にさらし、不公正な健康格差を助長しています<sup>17</sup>。

国の薬事規制当局は、医療技術が導入される際にその安全性、有効性と品質を保証し、保健制度の中で重要な役割を果たします。この監督認可機能が効果的に実践されるためには、効率的な制度と専門的能力が必要です。薬事規制当局がその機能を有効かつ効率的、また安定性と透明性をもって

### Box 3.

顧みられない熱帯病は  
貧困の病



顧みられない熱帯病は世界

**149**か国

で主に貧困に暮らす

**10**億人以上

の人々を苦しめ  
続けています。

WHOの顧みられない熱帯病リスト<sup>14</sup>には以下の疾患が含まれます:

ブルーリ潰瘍、シャーガス病、  
デング熱とチクングニヤ、メジナ虫症  
(ギニア虫感染症)、包虫症、  
食物媒介吸血虫類感染症、  
アフリカトリパノソーマ(睡眠病)、  
リーシュマニア症、ハンセン病、  
リンパ系フィラリア症、マイセトーマ、  
クロモプラストミセス症とその他の  
真菌症、オンコセルカ症(河川盲目症)、  
狂犬病、疥癬とその他の外部寄生虫、  
住血吸虫症、土壌伝播寄生虫症、  
毒蛇咬傷、糸虫症・囊尾虫症、トラコーマ、  
イチゴ腫(トレポネーマ感染症)

遂行する能力は、医療技術の品質、安全性と有効性を保証するために不可欠です。ADPはアフリカやアジア諸国の薬事規制当局が国際的な基準に則して、その責任を果たすために必要な能力の不足要素を精査することを支援しています。

ガーナ、インドネシア、マラウイとタンザニアにおいてADPは、複数セクターの参画を必要とする新規医療技術の迅速な導入、品質保証、提供と安全性の監視に関する総合計画立案と能力向上を支援しています。その一環としてADPは新しいツールの導入もサポートしました。たとえばガーナでは、『メッドセーフティー』<sup>18</sup>という新しいモバイルアプリの展開に貢献しました。このアプリは医療従事者と患者の両者が、医薬品の有害反応を迅速に報告することを可能にしています。

アフリカの地域レベルにおいてADPは、多国間における薬事規制と手続きの調整と統一化、つまり薬事規制の国際調和を支援し、加盟国が品質保証された新規医療技術の迅速なアクセスと導入を可能にする取り組みを促進しています。新規医療技術を導入するには販売承認が必要となりますが、複雑かつ国ごとに異なるこの承認プロセスは新規医療技術の導入を遅らせる一因となります。低所得国や市場規模が小さい国では、販売承認申請をする商業的インセンティブが限られており、更なる障壁が存在します。

煩雑な承認プロセスや、魅力のない市場ゆえの弱い商業的インセンティブは、供給側が販売許可を得て市場に参入することを消極的にさせます。その結果、新規医療技術の供給が限られ競争が減少することにより、価格の上昇・高止まりにもつながります<sup>19</sup>。さらに、多数の国の異なる薬事承認申請に対応するための累積的なコストは、製品の価格を吊り上げ、新規医療技術開発のための資金を減少させます。

国によっては法律や規制枠組みの不備が、行政手続きを必要以上に煩雑にします。これらの障壁は、低中所得国の薬事規制当局が優先されるべき品質保証の任務を迅速かつ周到に果たすことを妨げます。その結果、新規医療技術を必要としている人々に、その恩恵を早く届けることを困難にします。

参議院議員でありWHOのUHC親善大使である武見敬三氏は、2019年国連UHCハイレベル会合にて次のように述べています。「多くの国で、安全で高品質な医療技術へのアクセスが不十分であることが問題になっています。その理由のひとつが国ごとに異なる規制制度であり、それにより有益な医薬品を必要としている人たちに届けることを妨げているのです。したがって、今後、規制制度の国際的調和を促進する必要があります」<sup>20</sup>

ADPはアフリカ連合(African Union: AU)の薬事規制規範法の策定と国レベルでの採択を支援することで、AU加盟国が新規医療技術の審査、承認、表示、流通や安全性監視などに関する国際統一基準を導入することを促進しています(Box 4)。規制制度を改善し国際的に調和させることで、承認プロセスの透明性と効率を向上させ、品質保証された医療技術が必要としている人々により早く届くことを可能にします。

## 安価な医療技術へのアクセス向上にむけた薬事規制制度の強化

薬事規制当局が効果的に機能することは、質が確保された医療技術の迅速な導入に寄与するだけでなく、国民の信頼と安心を得ることにもつながります。規制当局に対する信頼が低い場合、貧しい国でも人々は安価なジェネリック薬(後発医薬品)よりも、ブランド薬(先発医薬品)の方が高品質、安全、安心という考えに至り、より高価にもかかわらずブランド薬を選ぶ傾向があります<sup>21</sup>。

低中所得国の中でも特に貧しい国々では、医薬品市場におけるジェネリック薬のシェア率はわずか5%であり、比較的所得の高い途上国の半分以下です<sup>22</sup>。一方で、イギリスやアメリカの医薬品市場におけるジェネリック薬のシェア率は85%となっています<sup>23</sup>。

安価なジェネリック薬の低利用率は、医薬品費用の自己負担率が高い多くの低中所得国においては、不公正な健康格差の問題を起こします。高価格の場合、低所得

**Box 4.** アフリカ連合(AU)の薬事規制規範法と規制制度調和については以下のADP報告書をご参照ください。

「医薬品規制のためのアフリカ連合規範法」

「タンザニア共和国における医療技術へのアクセス促進にむけた法律と政策の整合性」



の人々は、必要としている医薬品を購入することができないか、健康上のリスクがあるにもかかわらず購入頻度や量を制限せざるを得なくなります。

これらの国々の低所得世帯では家計の9.5%を医薬品に費やしており、高所得国の3.5%に比べると非常に高いものとなっています<sup>24</sup>。また、多くの低中所得国では医薬品が自己負担医療費の最も多くの部分を占めています。公的な保険制度の導入以前、インドでは医薬品が自己負担医療費の72%<sup>25</sup>、インドネシアでは70%を占めていました<sup>26</sup>。世界銀行とWHOは、全世界で毎年約1億人の人々が医療費負担のために極度の貧困に陥っていると報告しています<sup>27</sup>。

「医療費によって家計が壊滅的な負担を強いられる例が増えており、貧困化の主要な原因のひとつとなっています」

インド保健・家族福祉省<sup>28</sup>

ADPは貧困の病に対する安全、効果的で安価な医薬品やその他医療技術への迅速で持続的なアクセスのための法的整備と規制能力強化を支援しています。このような取り組みを通じ、ADPは特に最も貧しい人々やその他脆弱な立場の人々の健康、経済そして貧困のリスクを軽減し、UHCとSDGs達成への取り組みの中で公正な社会づくりに貢献しています。

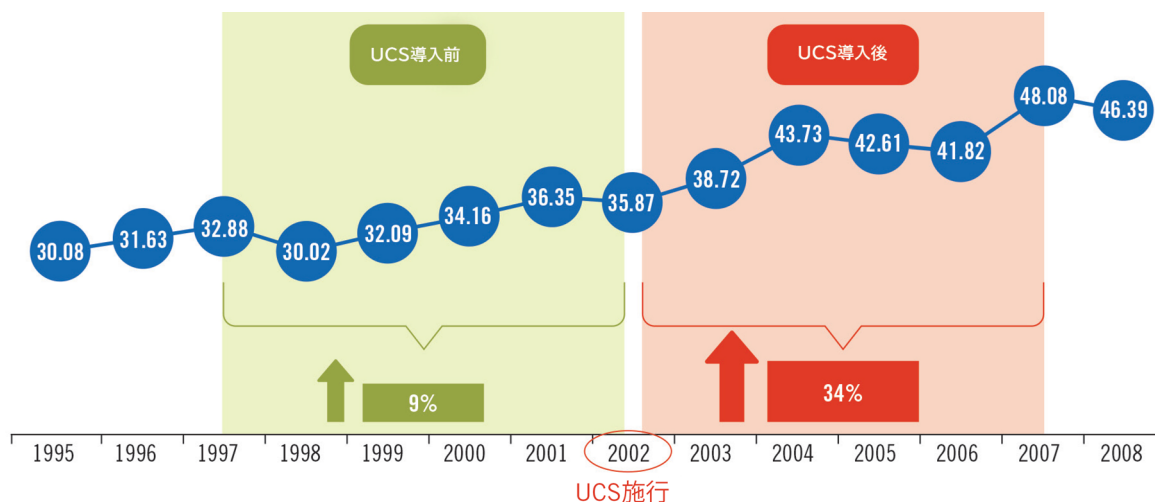
### 持続可能なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの促進

UHCの達成と持続、拡張の核となるのが財政の持続可能性であり、これは2019年6月のG20大阪首脳宣言でも確認されています<sup>29</sup>。低中所得国にとって膨大な医薬品支出は重要な問題です。経済協力開発機構(OECD)加盟国では医療費支出総額に占める医薬品の割合が平均16%であるのに対し、インド<sup>30</sup>、インドネシア、タイ、フィリピンとベトナムを含むアジアの多くの低中所得国では30%となっています<sup>31</sup>。

一方、UHCの実現が医薬品支出を増大させることもあります。たとえばタイでは、2002年に導入された国民医療保障制度(Universal Coverage Scheme: UCS)直前の医薬品支出の5年平均増加率は9%であったのに対し、UCS導入直後には34%に上昇しています(図1)<sup>32</sup>。人口の高齢化と心臓病や糖尿病などの非感染性疾患の台頭<sup>33</sup>などに伴い膨張する医薬品支出の抑制は、UHCの実現と持続に取り組む低中所得国にとっては緊急な優先課題となっています。

ADPは各国がUHCを持続的に進めていくために、保健分野におけるエビデンスに基づく意思決定と優先課題の選定のための能力強化を支援し、UHCにおける費用対効果と透明性の向上に寄与しています。

図1 タイの医療費支出に占める医薬品の割合(%)



Source: Based on Thailand Health Report 2008–2010

## UHC達成のための費用対効果の向上

ADPは低中所得国において医療技術評価 (health technology assessment: HTA) に関する能力・制度強化を支援しています。HTAはUHCベネフィット・パッケージ (注: UHCに含まれる医療サービス項目) を含む、新規医療技術の優先度の選定を行うことで、最良な費用対効果を実現するための科学的なアプローチを提供します。UHCベネフィット・パッケージの拡充が医療費の持続不可能な膨張を招く恐れがある中で、HTAによるエビデンスに基づいた優先順位設定によって、限られた医療費財源の効率的、持続的な配分を可能にします。

ADPはインドネシア政府によるHTAの専門的能力とガバナンス制度の確立を支援しています。ADPは腎臓病末期と高血圧のための治療法として最も適切かつ有効で、費用対効果の高い治療法の選定を目的としたHTAの試験導入を支援しました。その結果、治療法の選択肢に関して有用なエビデンスと勧告が導き出されました (Box 5)。同時に、系統だった意思決定プロセスの価値と意義が明白に示されました。

HTAの制度化を成功させることで、インドネシアのUHCベネフィット・パッケージに含める医薬品や治療に関する判断を、エビデンスにもとづいた意思決定プロセスで実施できるようになります<sup>34</sup>。ADPはガーナ、インドとタンザニアでも南南協力などを通じ、HTAの設立と強化を支援しています。

## 透明性向上による効率とガバナンスの改善

HTAは医療技術の調達においても意思決定の透明性を向上させます。HTAは政府機関がエビデンスに基づいた透明性の高い意思決定を行うことを可能にし、ひいては保健セクターにおける癒着や腐敗などの影響を防ぐことにつながります<sup>35,36,37</sup>。

医薬品やワクチンなど医療技術の調達・提供に関する政策、制度や専門性の不足・不備は保健分野の資源損失を招きます。WHOは「保健サービス拡大にあたっての課題は、優良な政策と賢明な判断によって無駄や非効率の原因を常に監視することです」と述べています<sup>38</sup>。

政策や能力のギャップは医薬品を必要以上の価格で購入するリスクにもつながります。たとえば、医薬品の公的調達において適切な購入価格や落札上限価格を設定することが困難、あるいは戦略的な調達計画や共同調達制度などを確立出来ない事などにより価格交渉力が制約される恐れがあります。

需要予測、ロジスティクス・流通、保管と監視など医薬品のサプライチェーン管理上の問題は、無駄や盗難を招きます。WHOは世界のワクチンの50%以上が無駄に廃棄されている可能性があるとして報告しています<sup>39</sup>。

ADPは各国が調達とサプライチェーン管理の政策と実践の強化を通じて、これらの課題に対処することを支援しています。その一例として、アフリカやアジア各国の政府調達機関と、南南間の共有プラットフォームを通じて、医療技術の電子調達システムに関する協議を促進しています。電子調達システムは透明性と効率性を向上し、腐敗・汚職のリスクを減らすことが可能です<sup>40</sup>。

**Box 5.** HTAについては以下のADP報告書をご参照ください。

「インドネシアにおける適応外使用薬に関する法律、規制と使用」

「医療技術評価 (HTA) 機関の出現」



「低中所得国政府と国際保健の資金提供者の両者にとって、  
医薬品は多大な支出であり、非効率な支出は我々が共に目指す  
SDG保健目標の達成を妨げるものです」<sup>21</sup>

– マスード・アハメド グローバル開発センター所長

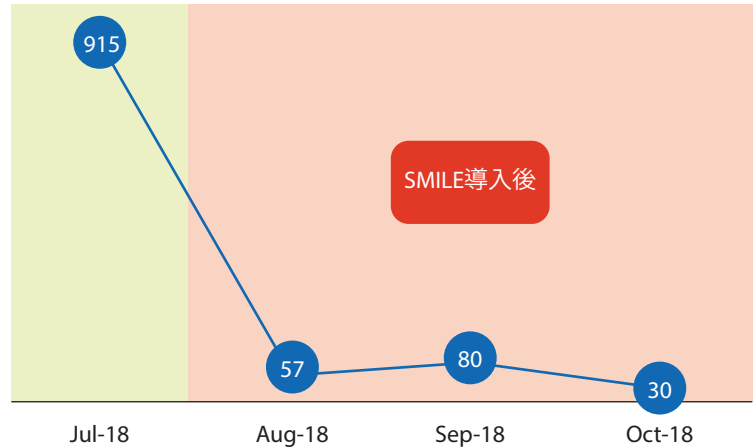
ADPは低所得国において、デジタル技術を通じたワクチンの供給と提供の効率性向上を支援しています。インドでワクチンの無駄な廃棄や在庫切れなど、サプライチェーン上の問題改善に成功した電子ワクチン情報ネットワーク（eVIN）の経験に基づき<sup>41</sup>、ADPはインドネシアでの試験的な導入を支援しました。

インドネシアでSMILEと名付けられたeVIN試験的導入の効果を分析した結果、ワクチンの無駄な廃棄が90%、在庫切れが70%削減されたことが示され、財政面と保健面で多大な恩恵をもたらすことが判明しました<sup>42</sup>（図2を参照）。その結果に基づき、インドネシア政府はSMILEを2州55か所の医療施設から11州にまたがる600か所の施設に展開することを決定しました。Gaviアライアンスからの資金とADPからの技術支援によって、インドネシア政府は拡大展開を開始しています。

ADPは医療技術への持続的なアクセスと公正な提供を妨げるジェンダーに関する要因など、隠れた障壁を調査研究するための政府の実施能力を強化しています<sup>43</sup>。また、タンザニアでは結核、マラリアと顧みられない熱帯病のための保健システム調査研究の国家課題策定、ガーナでは保健調査研究国家課題2015-2019の策定を支援、既存する様々な取り組みを統合し、資源配分の優先順位の選定に寄与しました（Box 6）。

ADPは保健制度の透明性を向上、すなわち「可視化」することによりエビデンスに基づく意思決定を促進し、低所得国における持続可能なUHC達成へ向けた取り組みに大きく貢献しています。

図2 インドネシアのSMILE試験導入実施地域2か所での廃棄ワクチンの減少



Box 6. 実施調査については以下のADP報告書をご参照ください。

「ガーナ保健セクター事業計画2014-2018のための実施調査と調査課題設定のための能力強化」

「タンザニア共和国における結核、マラリアと顧みられない熱帯病のための保健システム調査研究の国家課題策定」

「顧みられない熱帯病とジェンダー」



図3 ADPはUHCとSDGs達成への取り組みにおける公正性と持続可能性を促進



## 今後の展望

低中所得国において、UHC実現への取り組みが強化され成熟するにともない、UHCの主要素としての公正性と持続可能性を確保することの重要性も高まります。公正性と持続可能性はアジェンダ2030とSDGsの核を成しています。UHCを公正かつ持続可能に推進することは、SDGs全般の推進加速化へと繋がります (Box 7)。

「UHCの達成は単独では成し遂げることはできません。強靱な保健システムの構築には全ての関係機関がそれぞれの役割を果たすことが必要です」<sup>44</sup>

— アヒム・シュタイナー UNDP総裁、武見敬三 参議院議員/UHC親善大使

ADPは、新規医療技術の導入と提供のための能力強化を包括的に支援するマルチパートナーイニシアチブとして、国、地域とグローバルレベルでのUHC達成へ向けた取り組みに他に類のない付加価値を生み出しています。またADPは、日本政府が同様に資金拠出するグローバルヘルス技術振興基金 (GHIT) の成果を増幅します。GHITは日本の大手製薬企業とビル&メリンダゲイツ財団とのパートナーシップを通じて、顧みられない疾患に対する医療技術の開発研究を促進しています<sup>45</sup>。

ADPは各パートナーの専門性を活かしながら、協調した活動を行っています。このアプローチは、複数の機関や視点による包括的で相乗効果のある解決手段を可能にしています。

ADPのアプローチは、「Stronger Collaboration, Better Health (健康向上のための協働強化) : すべての人たちの健康な生活と福祉のためのグローバル行動計画」の精神を体現しています<sup>46</sup>。SDGsの保健関連目標達成のためには、一層の努力が必要であるという認識のもとつき、グローバル行動計画は、2019年9月に12の国際組織によって策定され、国レベルの保健システムへの協調支援にコミットしています。

同計画は3つの戦略的アプローチを提唱しています：国ごとの優先課題とニーズに合致した支援；新しい協働体制を動員することで進展を加速；透明性と説明責任の改善を通じて2030目標達成への努力を明確化する。ADPはこれら3つのアプローチをすべて取り込み、保健と開発の複雑な課題に取り組むために必要なマルチパートナーによる次世代型アプローチを具現化しています (Box 8)。

日本政府の「平和と健康のための基本方針」<sup>47</sup>や、2016年5月に採択された「国際保健のためのG7伊勢志摩ビジョン」<sup>48</sup>に掲げられている国際保健上の優先課題、そしてUHC推進における日本のリーダーシップを反映し、ADPは武見敬三氏が次のように呼びかける行動の必要性に答えています：「2030年までにUHCを達成するには、現在の疾患別アプローチではなく、幅広い保健課題に対処する保健システムの強化にさらなる焦点を当てることが不可欠です。そして分野横断的な取り組みが必要とされています。(中略)「誰ひとり取り残さない」という精神と公正性の視点を持ち、すべての人の健康増進と社会を豊かにすることが鍵なのです」<sup>49</sup>

### Box 7. ADPは幅広いSDGs目標達成に貢献しています

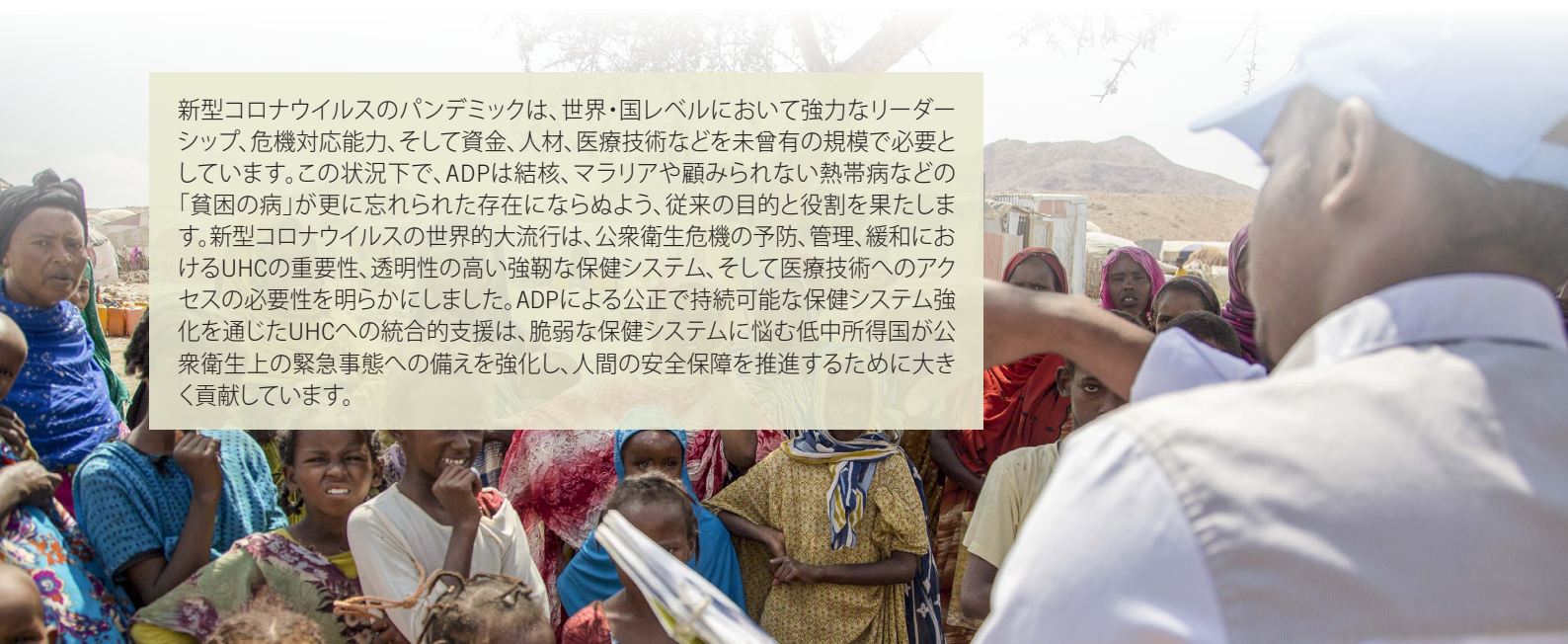


### Box 8. 政策の整合性についてのADP報告書

「政策の整合性：グローバルヘルスにおける効果的なパートナーシップ」



新型コロナウイルスのパンデミックは、世界・国レベルにおいて強力なリーダーシップ、危機対応能力、そして資金、人材、医療技術などを未曾有の規模で必要としています。この状況下で、ADPは結核、マラリアや顧みられない熱帯病などの「貧困の病」が更に忘れられた存在にならぬよう、従来の目的と役割を果たします。新型コロナウイルスの世界的大流行は、公衆衛生危機の予防、管理、緩和におけるUHCの重要性、透明性の高い強靱な保健システム、そして医療技術へのアクセスの必要性を明らかにしました。ADPによる公正で持続可能な保健システム強化を通じたUHCへの統合的支援は、脆弱な保健システムに悩む低中所得国が公衆衛生上の緊急事態への備えを強化し、人間の安全保障を推進するために大きく貢献しています。



- WHO, Universal Health Coverage, Geneva, 2019. [https://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/](https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/).
- UN, *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*, New York, 2019. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>.
- WHO, *Together on the road to universal health coverage: A call for action*, Geneva, 2017.
- Universal Health Coverage Forum, *Tokyo Declaration on Universal Health Coverage: All Together to Accelerate Progress towards UHC*, Tokyo, 2017.
- Abe, S., Japan's vision for a peaceful and healthier world, *Lancet* 2015; 386: 2367–2369.
- Abe, S. New policies for new health challenges, in *Health: A Political Choice – Delivering Universal Health Coverage 2030*. <http://edition.pagesuite.com/html5/reader/production/default.aspx?pubname=&edid=1b1471a7-7575-4371-9969-9e93f7dd4aa8>
- UN, *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world"*, New York, 2019, paragraph 48. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>.
- GAVI, the GFF, the Global Fund, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNITAID, UN Women, World Bank Group, WFP and WHO, *Stronger Collaboration, Better Health: Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*, Geneva, 2019. <https://www.who.int/sdg/global-action-plan>.
- UNDP, *UNDP Strategic Plan 2018–2021*, New York, 2018. <https://strategicplan.undp.org/>.
- UNDP, *Connecting the Dots: Strategy Note HIV, Health and Development 2016–2021*, New York, 2016. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-health-anddevelopment-strategy-2016-2021.html>.
- UN, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, New York, 2015. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- WHO, *Health Systems: Equity*, Geneva, 2019. <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>.
- UNDP, *What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation*, New York, 2018. [https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable%20Development/2030%20Agenda/Discussion\\_Paper\\_LNOB\\_EN\\_lres.pdf](https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Sustainable%20Development/2030%20Agenda/Discussion_Paper_LNOB_EN_lres.pdf).
- WHO, *Neglected Tropical Diseases*, [https://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/)
- Pedrique, B., et al., The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000–11): a systematic assessment. *The Lancet Global Health* 2013; 1(6): PE371–E379. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70078-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70078-0).
- Young, R., et al., Developing new health technologies for neglected diseases: a pipeline portfolio review and cost model. *Gates Open Research* 2018; 2: 23. <https://gatesopenresearch.org/articles/2-23>.
- WHO, *1 in 10 medical products in developing countries is substandard or falsified*, Geneva, 2017. <https://www.who.int/news-room/detail/28-11-2017-1-in-10-medical-products-in-developing-countries-is-substandard-or-falsified>.
- See <http://www.adphealth.org/news/66/FDA-launches-Med-Safety-App-to-improve-health-care-delivery-in-Ghana.html>.
- WHO and HAI, *WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability, Working Paper 4: Competition Policy*, Geneva, 2011. <https://haiweb.org/wp-content/uploads/2015/08/Competition-final-May-2011a1.pdf>.
- Takemi, K., *Remarks at the UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage*, New York, 2019. <http://webtv.un.org/search/high-level-meeting-on-universal-health-coverage-multi-stakeholder-panel-2-general-assembly-74th-session/6088860957001/?term=High-level%20meeting&lan=english&cat=General%20Assembly&sort=date>.
- Center for Global Development, *Tackling the Triple Transition in Global Health Procurement*, Washington, DC, 2019. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/better-health-procurement-tackling-triple-transition.pdf>.
- Ibid.
- Ibid.
- WHO, *The world health report—health systems financing: the path to universal coverage*, Geneva, 2010. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1).
- Garg, C.C. et al., Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural and state level in India, *Health Policy and Planning*, March 2009; 24(2): 116–128.
- GIZ, *Out-of-Pocket Payments in the National Health Insurance of Indonesia*, Berlin, 2015. [https://health.bmz.de/what\\_we\\_do/Universal-Health-Coverage/Indonesia\\_on\\_the\\_way\\_to\\_universal\\_health\\_coverage/Policy\\_Brief\\_GIZ\\_SPP\\_OOP\\_Spending\\_in\\_Indonesian\\_Health\\_Insurance.pdf](https://health.bmz.de/what_we_do/Universal-Health-Coverage/Indonesia_on_the_way_to_universal_health_coverage/Policy_Brief_GIZ_SPP_OOP_Spending_in_Indonesian_Health_Insurance.pdf).
- World Bank and WHO, *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*, Washington, DC, and Geneva, 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf>.
- Government of India, *National Health Policy 2015 Draft*, New Delhi, 2015. <http://www.mohfw.nic.in/showfile.php?lid=3014>.
- G20, *G20 Osaka Leaders' Declaration*, Osaka, 2019. [https://www.mofa.go.jp/policy/economy/g20\\_summit/osaka19/en/documents/final\\_g20\\_osaka\\_leaders\\_declaration.html](https://www.mofa.go.jp/policy/economy/g20_summit/osaka19/en/documents/final_g20_osaka_leaders_declaration.html).
- Government of India, *National Health Accounts Estimates for India*, New Delhi, 2018. [https://mohfw.gov.in/sites/default/files/NHA\\_Estimates\\_Report\\_2015-16.pdf](https://mohfw.gov.in/sites/default/files/NHA_Estimates_Report_2015-16.pdf).
- WHO and OECD, *How pharmaceutical systems are organized in Asia and the Pacific*, Geneva, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260004>.
- Thai Ministry of Public Health, *Thailand Health Report 2008-10*, Bangkok, 2011. <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/tp2010eng.php>.
- Beran, D. et al., Noncommunicable diseases, access to essential medicines and universal health coverage, *Global Health Action* 2019; 12(1): 1670014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6781244/>.
- Agustina, R., Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges, *The Lancet* 2019; 393(10166): 75–102. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31647-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31647-7).
- Surgery, G. et al., Introducing health technology assessment in Tanzania, *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2019; 1–7.
- See, for example, Nguyen Tuan, A., Corruption practices in drug prescribing in Vietnam – an analysis based on qualitative interviews, *BMC Health Serv Res*. 2018; 18: 587. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6064099/>.
- European Union, *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector*, Brussels, 2017. [https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928\\_study\\_on\\_healthcare\\_corruption\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/20170928_study_on_healthcare_corruption_en.pdf).
- WHO, *Launch of the World Health Report 2013: Research for universal health coverage*, Geneva, 2013. [https://www.who.int/dg/speeches/2013/whr\\_20130815/en/](https://www.who.int/dg/speeches/2013/whr_20130815/en/).
- WHO, *Monitoring vaccine wastage at country level*, Geneva, 2005. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68463/WHO\\_VB\\_03.18.Rev.1\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68463/WHO_VB_03.18.Rev.1_eng.pdf).
- Neupane, A., Soar, J., and Vaidya, K., The potential of e-procurement technology for reducing corruption, *International Journal of Information Technology and Management* 2012; 11(4).
- UNDP, 2019, Improving the efficiency of vaccinations systems in multiple states, New York, 2019. <https://www.in.undp.org/content/india/en/home/projects/gavi1.html>.
- UNDP and Indonesia Ministry of Health, *Technical brief: An electronic logistics immunization monitoring system in Indonesia*, Jakarta, 2019 (in progress).
- ADP, *Challenging gender inequalities in access and delivery of NTD programmes*, New York and Bangkok, 2019. <http://adphealth.org/blog/74/Challenging-gender-inequalities-in-access-and-delivery-of-NTD-programmes.html>.
- Takemi, K. and Steiner, A., How to stop deadly outbreaks of diseases like Ebola – before they occur, *Japan Times*, 2019. [https://www.japantimes.co.jp/opinion/2019/09/04/commentary/japan-commentary/stop-deadly-outbreaks-diseases-like-ebola-occur/#.XldG\\_JMzBU](https://www.japantimes.co.jp/opinion/2019/09/04/commentary/japan-commentary/stop-deadly-outbreaks-diseases-like-ebola-occur/#.XldG_JMzBU)
- For more information about the Global Health Innovation Technology Fund, see <https://www.ghitfund.org/>.
- GAVI, the GFF, the Global Fund, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNITAID, UN Women, World Bank Group, WFP and WHO, *Stronger Collaboration, Better Health: Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All*, Geneva, 2019. <https://www.who.int/sdg/global-action-plan>.
- Government of Japan, *Basic Design for Peace and Health*, Tokyo, 2015. <http://www.mofa.go.jp/files/000110234.pdf>.
- G7, *G7 Ise-Shima Vision for Global Health*, Ise-Shima, 2016. <http://www.mofa.go.jp/files/000160273.pdf>.
- Takemi, K., *Remarks at the UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage*, New York, 2019. <http://webtv.un.org/search/high-level-meeting-on-universal-health-coverage-multi-stakeholder-panel-2-general-assembly-74th-session/6088860957001/?term=High-level%20meeting&lan=english&cat=General%20Assembly&sort=date>.

For information on ADP's recent activities and results, visit our website: [www.adphealth.org](http://www.adphealth.org)

For additional information, please contact:

#### Tenu Avafia

Manager: Human Rights, Key Populations and Treatment Access  
HIV, Health and Development Group, United Nations Development Programme  
304 East 45th Street, 10th Floor  
New York, NY 10017  
[tenu.avafia@undp.org](mailto:tenu.avafia@undp.org)

#### Cecilia Oh

Programme Advisor, HIV, Health and Development Group  
UNDP Bangkok Regional Hub, 3rd Floor, UN Service Building  
Rajdamnern Nok Avenue, Bangkok, Thailand  
[cecilia.oh@undp.org](mailto:cecilia.oh@undp.org)



[www.adphealth.org](http://www.adphealth.org)  
@ADP\_health