

아프리카 국가 간 보편적 의료보장(UHC) 지표 비교

오창석[‡]

영산대학교 의료경영학과

Comparison of the Universal Health Coverage Index among Africa Countries

Chang Seok, Oh[‡]

Department of Healthcare Management, Youngsan University

<Abstract>

Objectives : To compare the degree of achievement of Universal Health Coverage (UHC) among 39 developing countries in Africa and to investigate the correlation between health care financing and the UHC index. **Methods** : For data, 14 UHC indexes were used in 2015 supplied by the World Health Organization (WHO). In addition, this study used a 10% of threshold point corresponding to the catastrophic health expenditures and a 25% of threshold points as a health care financing index. **Results** : It was found that there were significant difference among Least Low Developed Countries (LLDCs), Other Low Income Countries (Other LICs), Lower Middle Income Countries (LMICs), Upper Middle Income Countries (UMICs) to compare the average value by nation on the UHC index. This study showed that the UHC index of LLDCs was lowest, but the average value was higher as it moved towards LMICs and UMICs. In addition, it was found that there was an average value difference among the groups like LLDCs, Other LICs, LMICs and UMICs. As a result of comparison, it was found that the spending of household health expenditure increased as LLDCs moved towards UMICs when the burden of household health expenditure was 25%. **Conclusions** : This study aimed to compare the UHC indexes of African nations and to investigate the correlation between the degree of spending of total expenditure on health and burden of household health expenditure and UHC, and its effect.

Key Words : UHC, Universal Health Coverage, Africa, OOP, Catastrophic Health Expenditure

* 본 연구는 2017 영산대학교 학술연구비 지원으로 수행되었음.

‡ Corresponding author : Chang-Seok Oh(wazoski@ysu.ac.kr), Department of Healthcare Management, Youngsan University

• Received : Mar 25, 2018

• Revised : Apr 23, 2018

• Accepted : May 15, 2018

I. 서론

1. 연구의 필요성

2015년 9월 전 세계 국가 정상들은 뉴욕에서 개최된 국제연합(UN) 총회에서 새천년개발목표(MDGs)의 성과와 한계를 반영하여 지속가능개발(SDGs)을 채택하였다. 총 17개의 목표와 169개의 세부목표로 구성되어 있는 지속가능개발(SDGs)은 2030년까지 향후 15년간 국제개발을 이끌어갈 후속 목표이다. 보건의료분야에서는 보편적 의료보장이 그 핵심 목표가 되었다. 세계가 직면한 가장 큰 문제점중 하나로 지적된 것은 불평등이라 할 수 있고, 그 형평성과 사회정의 실현할 가장 강력한 시스템으로 보건 분야에서는 보편적 의료보장(UHC, Universal Health Coverage)이 대표적이다.

세계보건기구(WHO)의 사무총장 마가렛 찬[1]은 보편적 의료보장이 공중보건의 제공해야 하는 가장 강력한 개념으로 역설한바 있다. 2012년 국제연합(UN)이 보편적 의료보장을 지지하는 결의안을 통과시키면서, 보편적 의료보장(UHC)이 보건 분야 목표의 주요 의제로 등장하였다. WHO는 모든 국가는 국가 내 국민뿐만 아니라, 소득수준, 성별, 연령, 거주 장소, 이주자격과 민족 등의 다양한 집단 내에서도 동등한 보건의료에의 접근성을 보장하려 노력해야 한다고 설명하였다. 또한 반기문 전임 국제연합(UN) 사무총장[2]은 어느 한 사람도 남겨두지 않는 (No one left behind)방법으로서, 세계건강보장정책의 새로운 정책 목표로 대두된 “보편적 의료보장(UHC)”의 중요성을 역설하였다.

2030 지속가능한 개발의제의 최종 서문 26번째 문단은 보건에 대하여 다음과 같이 말한다[3]. “육체적, 정신적 건강과 웰빙을 증진시키고, 모두의 기대수명을 연장시키기 위하여 우리는 양질의 UHC 건강관리 접근을 달성해야 한다. 누구도 소외되지 않는다.” 보편적 의료보장(UHC)은 광범위

하고 야심찬 의제가 모든 국가에서 실행 가능하도록 하는 전반적 체계를 제공하는 세부목표(보건 세부목표 3.8)이면서, 다른 보건 목표에 영향을 주는 유일한 세부목표이다. 보편적 의료보장(UHC)은 다른 세부 목표를 달성하기 위한 열쇠이면서 동시에 다른 목표를 뒷받침하는 유일한 세부목표이다[4].

세계보건기구(WHO)에서는 보편적 의료보장(UHC)을 모든 사람이 차별 없이 필요한 양질의 건강증진, 예방, 치료, 재활 및 완화의료 서비스를 효과적으로 받고, 이 과정에서 경제적 곤란에 처하지 않도록 보장하는 것으로 정의한다[4]. 여기에서 보편적 의료보장(UHC)의 두 가지 핵심요소는 보편성과 형평성으로 설명할 수 있다. 보편성은 모든 사람이 필요한 건강증진, 예방, 치료 및 재활과 관련된 보건의료서비스에 접근할 수 있어야 함을 의미한다. 또한 이 모든 서비스는 양질이어야 함을 의미한다. 형평성은 보건의료 서비스 접근시 본인이 경제적 부담으로 인한 재정적 위험 또는 서비스 이용에 곤란한 상황에 놓이지 않아야 한다는 것을 의미한다.

보편적 의료보장(UHC)의 개념은 의료서비스 보장과 재정적 보호 보장이라는 2가지 요소로 구성되어 있고, 이것은 다시 세 가지 차원에서 다룰 수 있다. 즉, 가입자(Membership)의 확대, 재정의 충분성 그리고 보장서비스 급여의 확대 측면이다. 다시 설명하면, 공적 의료비의 측면에서 건강보험 미가입자(Uninsured)의 확대(Membership, UHC의 넓이), 비용분담의 측면에서 본인부담액(OOP, Out of Pocket, UHC의 높이)의 축소, 그리고 급여서비스의 확충(Benefit Package, UHC의 깊이)을 통한 보장성의 확대라는 세 가지 측면이다[5].

세계보건기구(WHO)에서는 보편적 의료보장(UHC)에 대해 의료서비스 보장(Coverage)과 보건 의료재정의 두 가지 측면에서 지표를 규정하고, 지수를 제시하고 있다. 이때 보건의료재정의 지수로 재단적 의료비의 수준정도를 제시하고 있다. 의료

비 지출 위험이 일시적일 경우 재정적 대응으로 빈곤을 피할 수 있으나, 가구의 생활수준이 낮아지고, 의료비 지출이 상시화 되면 부담누적으로 가구 빈곤화에 영향을 준다[6]. 전체 소득에서 의료비가 과도하게 지출되는 재난적 의료비는 국가보건지표에서 매우 중요한 관심사이다. 따라서 의료비 가구 부담지출, 가구의 재정적 대응 그리고 빈곤의 관계를 파악하는데 있어 매우 의미 있다고 할 수 있다.

지금까지 보편적 의료보장(UHC)에 대한 국내 연구로는 보편적 의료보장과 건강보험제도에 관한 연구[5][7], 국민의료비 증가와 의료보험에 관한 연구[8], 국가수준별 의료비의 영향요인에 관한 연구[9]가 있었고, UHC에 대한 해외 연구로는 보건재정이 재정위험방지 기능(FRP: Financial Risk Protection)에서 중요한 기준점이 될 수 있음을 연구한 연구[10]가 있었다. 한편 보건의료 재정과 빈곤에 관한 연구로는 재난적 의료비 발생 현황과 미시적 수준에서 재난적 의료비 발생에 영향을 미치는 요인에 관한 연구[11], 재난적 의료비 지출과 이로 인한 가구의 빈곤화[12][13][14], 개인 의료비 지출과 보건의료 이용에 관한 연구[15]에 관한 연구가 있었다.

그러나 위 연구는 보편적 의료보장의 결과로서의 성과정도를 파악한 것은 아니다. 아직 국내에서 UHC의 index를 통한 보편적 의료보장(UHC)의 국가 간 달성정도 차이를 살펴보고, 그것이 재난적 의료비의 역치 기준(threshold)에 따른 상관관계 및 영향을 파악한 논문은 없는 상황이다.

2 연구목적

본 연구에서는 아프리카 39개 국가에서의 보편적 의료보장(UHC)의 지수를 비교하여 다음을 살펴보고자 하였다.

첫째, 국가 소득 분위별에 의한 보편적 의료보장(UHC) 성취 및 보건의료재정의 정도의 차이를

알아본다. 둘째, 재난적 의료비 지출과 보편적 의료보장(UHC)의 상관관계를 파악하고자 한다. 셋째, 보건의료재정과 재난적 의료비 재정이 보편적 의료보장(UHC index)에 영향을 미치는 지를 알아보고자 한다.

위의 연구목적에 따른 연구 결과들은 현재의 보건 불평등을 설명하고, 그 불평등의 격차를 줄이는데 매우 유용하다 할 수 있다. 아울러, 현재의 UHC index간의 상관관계와 그 영향분석을 통해서 향후 UHC index를 보충하거나 수정하는데 있어서 본 연구는 매우 유용하게 사용될 수 있을 것으로 사료된다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상은 개발원조위원회(DAC, Development Assistance Committee)에서 제시하는 개도국중 아프리카의 수원국을 대상으로 설정하였다. 아프리카는 총 54개의 독립국가로 구성되어 있으며 인구 증가 및 천연자원, 6%대의 경제성장률을 기반으로 높은 개발 잠재력을 보이는 지역이다. 반면, 기초 인적자원 부족, 취약한 보건환경 및 거버넌스 등의 문제로 인해 성장 잠재력을 충분히 발현하지 못한 곳이기도 하다. 한국은 국제사회의 공약인 지속가능개발(SDGs) 달성에 동참하고, 아프리카의 경제사회 발전을 지원하기 위해 노력하고 있으며, 특히 최빈 지역인 사하라 이남 아프리카의 발전을 중점 지원하고 있다. 중점지원 분야로는 최빈국의 기초 인프라 개선과 인간 기본욕구(BHN) 충족을 위한 보건의료, 교육, 농촌개발분야가 있으며, 행정제도, 산업인프라 분야 지원을 통해 국가 행정역량 및 산업 투자의 확대를 위한 기반 조성에도 기여하고 있다.

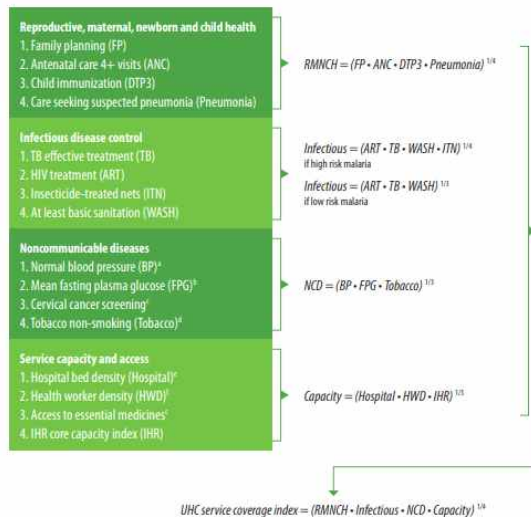
OECD/DAC[16]에서는 매 3년마다 수원국 목록

을 발표한다. 개발원조위원회에서 수원국의 분류는 최빈국, 기타 저소득국, 하위중소득국, 상위중소득국의 4단계로 분류된다. OECD/DAC은 ODA 대상 국가를 1인당 GNP 기준으로 LLDCs(최빈국), Other LICs(기타 저소득국, GNI 1,045불 이하), LMICs(하위중소득국, GNI 1,046-4,125불 이하), UMICs(상위중소득국, GNP 4,126-12,745불 이하)로 나눈다. 본 연구를 위해 국제개발협력기본법에 따른 아프리카 중점협력국가인 가나, 르완다, 모잠비크, 에티오피아, 우간다, 탄자니아, 세네갈의 7개국을 포함하여 자료가 제공되고 있는 총 39개국 UHC를 조사하였다.

2. 변수의 정의와 자료의 수집

연구를 위한 변수는 세계보건기구(WHO)에서 규정하고 있는 보편적 의료보장 지수(UHC

index)[17]를 변수로 이용하였다<Figure 1>. 현재 UHC index에서는 의료서비스 커버리지 지수로 16개의 지수를, 의료비 항목으로 2개의 지수를 제공하고 있다. 세계보건기구(WHO)에서 포함하고 있는 보편적 의료보장(UHC)의 서비스 커버리지의 항목으로는 모자보건항목에서 가족계획, 산전과 분만(4회 이상 산전 진찰), 예방접종(DTP3), 폐렴 치료, 감염 관리 항목으로는 결핵의 효과적 치료, HIV 치료 관리, 적절한 위생(WASH)이 있으며, 비감염성 항목으로 정상혈압(BP), 공복혈당(FGB), 자궁암 검진, 비 흡연율(Tobacco), 서비스역량에는 그림의 설명을 포괄하는 지표로 병상수(인구 10,000명당), 의사수(인구 1,000명당), 수술의사수(인구 100,000명당), 국제보건규약의 4가지 지표를 사용한다. 위 항목의 구체적 UHC 서비스 보장 지수의 계산 방법은 아래 그림과 같다.



<Figure 1> Calculating the UHC service coverage index

연구에서는 살충제 모기장 지수와 IHR(국제보건규약) 지수는 결측값이 많아 연구에서 제외하였다. 전체의 변수는 <Table 1>에서 다시 제시하였다.

본 연구를 위한 보건재정관련 지수로는 1인당 총 의료비 지출금액과 의료비 가계 직접부담(Private Household Out-of-Pocket Expenditure, 이하 OOP)지수를 이용하였다. 재난적 의료비는 가구 지불 능력에 비해 얼마나 많은 의료비를 지출하였는가를 나타내는 지표이다. 즉 가구의 소득에서 의료비가 차지하는 비중(Private Household Out-of-Pocket Expenditure, OOP)이 일정 수준 이상인 경우를 의미하며 의료비 부담을 역치적 접근으로 측정하는 방법이다. 재난적 의료비 수준은 기초생계비를 제외하고 소비지출중 40%가 넘는 경우를 재난적 의료비로 정의하는 방법[18]과 10-40%를

초과한 경우 역치 수준을 적용하는 방법 등이 있다. 세계보건기구(WHO)에서는 UHC index에서 가계 직접부담 기준점 10%의 경우(OOP1)와 25%의 경우(OOP2)를 역치의 수준으로 제시하고 있다. 1인당 총 의료비 지출은 WB 웹사이트[19]에서, OOP1과 OOP2의 데이터는 WHO 웹사이트[20]에서 데이터를 취득하였다.

III. 연구결과

1. 소득국가별 의료비 가계 직접부담(OOP)과 UHC index 평균 비교

소득국가별 의료비 가계 직접 부담지출에 대한 평균 비교를 실시하였다.

<Table 1> Description of Variable

Variable		year	Source
Health expenditure per capita (HE)		2015	WB
Private Household Out-of-Pocket Expenditure (10%)		2015	WHO
Private Household Out-of-Pocket Expenditure (25%)		2015	WHO
UHC index		2015	WHO
Family planning (FP)		2015	WHO
Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health	Antenatal care 4+ visits (ANC)	2015	WHO
	Full child immunization (DTP3)	2015	WHO
	Care seeking suspected pneumonia (Pneumonia)	2015	WHO
Infectious Disease	Tuberculosis effective treatment (TB)	2015	WHO
	HIV treatment (ART)	2015	WHO
	Adequate sanitation (WASH)	2015	WHO
Noncommunicable Disease	Normal blood pressure (BP)	2015	WHO
	Mean fasting plasma glucose (FPG)	2015	WHO
	Cervical cancer screening	2015	WHO
	Tobacco non-smoking (Tobacco)	2015	WHO
Service capacity and access	Basic hospital access (Hospital)	2015	WHO
	Health worker density (HWD)	2015	WHO

의료비 가계 직접 부담은 전체 가계소비의 10%와 25%의 역치 기준을 이용하여 살펴보았다. OOP1에서는 국가별 평균값의 차이가 나타나지 않았다. OOP2에서는 소득국가별 평균값에 차이가 있는 것으로 나타났다($P<0.05$). 가계지출이 25% 이상 되는 퍼센트의 비율이 최빈국에서 0.79로 매우 낮은 반면, 저소득국, 저중소득국, 고중소득국으로 가면서 25% 이상을 부담하는 가정의 비율이 더 높게 나타났다. UHC index의 국가군별 평균값 비교에서는 최빈국, 저소득국, 저중소득국, 고중소득국 간의 차이가 유의한 것으로 나타났다. 최빈국의 UHC index 지수가 가장 낮게 나타났고, 저중소득국, 고중소득국으로 가면서 평균값이 더 높게 나타났다. duncan 사후검정에서, 최빈국과 저소득국, 저중소득국, 고중소득국의 그룹 간 평균값의 차이가 있는 것으로 나타났다(duncan 사후검정에서 최빈국은 저소득국, 저중소득국, 고중소득국과 평균값의 차이를 나타냈다).

<Table 2> Analysis of variance between OOP and country type

Variable	category	Mean ± SD	F(p)
OOP1 (10%)	LLDCs	6.34±4.55	
	LICs	3.06±3.91	2.479
	LMICs	12.64±8.48	(.081)
	UMICs	11.05±10.19	
OOP2 (25%)	LLDCs	0.79±0.87	
	LICs	0.76±1.06	3.635*
	LMICs	2.23±1.31	(.024)
	UMICs	3.45±4.18	
UHC index	LLDCs	39.21±7.72	
	LICs	56.00±1.41	11.703*
	LMICs	52.90±12.34	**
	UMICs	63.50±12.46	(.000)

*** p < 0.001 ** p < 0.01 * p < 0.05

2. 소득분위 국가별 UHC 지수의 평균 비교

<Table 3>에서는 소득분위 국가군별 UHC 지수의 세부 지표 평균값을 비교하였다. 가족계획(FP)에서는 소득분위 국가별 가족계획 실행률이 차이가 있는 것으로 나타났다. 최빈국에 비해, 저소득국에서의 가족계획 실행률이 더 높은 것으로 나타났다. 소득분위 국가별 위생 실행률(WASH)에서도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 최빈국에 비해 저중소득국에서의 실행률 평균이 더 높은 것으로 나타났다. 의료기관의 병상수(인구10,000명당)는 국가별 차이가 있는 것으로 나타났다. 최빈국에 비해 고중소득국의 병상수의 평균이 더 높은 것으로 나타났다. 또한 공복혈당(FGB)에서 국가별로 지수의 평균은 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 비흡연율에서도 국가별 지수는 평균값에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 저소득국에 비해서, 고중소득국의 비흡연율이 더 높은 것으로 나타났다. 다만, 4회 이상 산전 진찰률, DTP3의 예방접종, TB치료, HIV치료, 정상혈압, 의사수와 수술의 사수에서는 국가별로 유의한 차이를 보이지 않고 있다.

3. 가계 의료비 지출과 UHC 인덱스 상관관계 분석

<Table 4>에서는 의료비 지출과 UHC 지수간의 상관관계를 알아보았다. 병상수, 의사수, 수술의사수 등은 보건의료체계에서 의료공급에 해당하는 것으로 UHC의 결과적 지표이면서도 의료공급의 구성요소로 설명되는 측면이 있어 위 표에서는 의료비 지출과 함께 상관관계 분석에 포함하여 분석하였다. OOP1은 OOP2와 정(+)의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 또한 OOP1은 의사수(인구10만명당)과의 관계에서도 정(+)의 상관관계를 나타

내고 있다. 또한 OOP1은 수술의사수와도 정(+)의 상관관계를 나타내고 있다. OOP1은 UHC index와 정(+)의 상관관계를 나타내고 있다. 의료의 접근성을 위해 가계 의료비 지출이 높아져 가는 것을 알 수 있다. OOP2는 UHC index, 병상수, 의사수와 정(+)의 상관관계를 나타내고 있다. UHC index는 병상수, 수술의사수와 정(+)의 상관관계를 나타내고 있다. 병상수는 수술의사수와, 의사는 수술의사수와 정(+)의 상관관계를 나타내었다.

4. 국민의료비 재정이 UHC 지표에 미치는 영향 분석

<Table 5>에서는 모델1에서 국민의료비 재정 지출의 1인당 총 의료비 지출비용, 의료비 가계 직접 부담(OOP1, 10%)와 의료비 가계 직접 부담(OOP2, 25%)을 독립변수로 두고 UHC 지수를 종속변수로 두어 회귀분석을 실시하였다. 모델 1에서, 회귀분석 결과 1인당 총 의료비 지출 비용은 UHC 지수에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편 의료비 가계 직접 부담 지출 변수(OOP1, 10%)와 의료비 가계 직접 부담 지출(OOP2, 25%)변수는 UHC 지수에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<Table 3> Analysis of variance between UHC index and country type

Variable	category	Mean ± SD	F(p)	Variable	category	Mean ± SD	F(p)
FP	LLDCs	41.69±18.05	4.589** (0.008)	BP	LLDCs	72.00±4.18	1.922 (0.144)
	LICs	81.00±7.07			LICs	75.50±4.94	
	LMICs	53.90±21.56			LMICs	75.80±5.39	
	UMICs	68.50±21.63			UMICs	73.33±1.50	
ANC	LLDCs	49.00±18.12	2.759 (0.057)	FPG	LLDCs	5.21±0.22	3.812* (0.018)
	LICs	64.00±8.48			LICs	5.03±0.47	
	LMICs	59.70±19.47			LMICs	5.42±0.20	
	UMICs	73.75±10.87			UMICs	5.47±0.16	
DTP	LLDCs	76.78±19.58	0.650 (0.588)	Tobacco	LLDCs	85.43±6.73	3.510* (0.025)
	LICs	88.00±1.41			LICs	67.50±23.33	
	LMICs	83.50±15.74			LMICs	81.70±7.49	
	UMICs	79.97±17.43			UMICs	82.25±4.42	
TB	LLDCs	45.95±10.41	2.134 (0.114)	Beds	LLDCs	8.02±6.06	5.335** (0.004)
	LICs	58.50±10.60			LICs	15.50±2.12	
	LMICs	46.70±14.84			LMICs	14.46±9.57	
	UMICs	57.50±14.79			UMICs	21.75±7.08	
ART	LLDCs	38.17±20.22	1.576 (0.213)	Doctors	LLDCs	0.43±1.13	0.161 (0.922)
	LICs	62.50±7.77			LICs	0.15±0.07	
	LMICs	37.10±21.51			LMICs	0.39±0.32	
	UMICs	58.25±7.27			UMICs	0.67±0.41	
WASH	LLDCs	29.47±19.63	4.052* (0.014)	Surgeons	LLDCs	2.24±8.78	1.593 (0.209)
	LICs	39.50±0.70			LICs	0.60±0.14	
	LMICs	55.10±28.72			LMICs	7.65±10.23	
	UMICs	39.58±25.28			UMICs	11.05±9.06	

** p < 0.01 * p < 0.05

모델2에서, 모델1에서 국민의료비 재정 지출의 1인당 총 의료비 지출비용, 의료비 가계 직접 부담(OOP1, 10%)와 의료비 가계 직접 부담(OOP2, 25%), 병상수, 의사수, 수술의사수를 독립변수로 놓고 UHC 지수에 미치는 영향에 대한 회귀분석을 실시하였다. 모델 2에서, 회귀분석 결과 1인당 총 의료비 지출 비용은 UHC 지수에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 모델 1에서와 같이 의료비 가계 직접 부담(OOP1, 10%)와 의료비 가계 직접 부담 지출(OOP2, 25%)변수는 UHC 지수에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

IV. 고찰

공적 개발 원조를 위해 국가별 보건지표의 현황을 살펴보는 일은 매우 의미 있다고 할 수 있다 [21]. 건강권은 1946년 세계보건기구 헌장에 반영되었다. 세계보건기구 헌장에서 건강할 권리를 도달 가능한 최고 수준의 건강 향유는 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 차이에 상관없이 모든 사람의 기본적인 권리중 하나라고 명시하였다.

<Table 4> Correlation coefficient on health expenditure and UHC index

	OOP1	OOP2	UHC index	Bed	Doctors	Surgeons
OOP1	1					
OOP2	.810**	1				
UHC index	.476**	.487**	1			
Beds	.294	.443**	.732**	1		
Doctors	.400*	.427*	.218	.383	1	
Surgeons	.440*	.309	.485**	.546**	.715**	1

** p < 0.01, * p < 0.05

<Table 5> Impact of health expenditure on UHC index

	Model 1			Model 2		
	B	β	t	B	β	t
(constant)	37.145		18.065	34.776		15.625
Health Expenditure	32.588	0.723	6.197***	14.425	0.451	4.231***
OOP1	0.211	0.122	0.680	.400	.230	1.646
OOP2	0.509	0.079	0.435	-.892	-.139	-.973
Beds				.874	.534	5.654***
Doctors				18.782	.417	2.812**
Surgeons				.161	.085	0.619
	F=20.557, Adjusted R2=0.647			F=31.252, Adjusted R2=0.830		

*** p<0.001 ** p<0.01

또한 세계인권선언 (Universal Declaration of Human Rights, UDHR)의 제22조와 제25조에서는 모든 사람의 사회의 일원으로서 사회보장에 대한 권리를 가지며, 모든 사람은 식량, 의복, 주택과 의료 및 필요한 사회적 지원을 포함하여 자신과 가족의 건강과 적합한 생활수준을 누릴 권리를 가진다고 규정하고 있다. 또한 국제연합의 사회권위원회의 일반 규정(General Comment)에서는 건강권을 시의 적절한 보건의료 뿐만 아니라, 안전한 물, 적절한 위생, 건강한 직업적 및 환경적 조건, 성적인 및 생식적인 건강을 포함하여 건강과 관련된 접근성 등 기본적인 건강 결정요인을 포함한다고 정의하고 있다[2].

WHO정의에 의해 보편적 의료보장(UHC)은 멤버십, 보건의료비용, 보건의료서비스 보장성 정도의 세 가지의 충족 요건으로 정의된다. 첫째, 멤버십은 보장 집단으로 모두가 건강보험의 보장 범위에 포함되어 있는가를 보여준다. 두 번째, 보건의료비용 지출은 당사자가 보건의료를 이용함에 있어서 겪는 재정적인 어려움의 수준을 설명한다. 셋째, 보건의료 서비스 보장성의 확대 정도이다.

본 연구에서는 2015년부터 WHO에서 제공하고 있는 UHC지수를 비교하여 아프리카 39개국의 의료서비스 커버리지의 도달정도를 항목별로 비교하고자 하였다. 소득국가별 의료비 가계 직접 부담지출에 대한 평균 비교를 실시하였다. 의료비 가계 직접 부담지출은 10% 지수와 25% 지수를 이용하여 살펴보았다. OOP1에서는 국가별 평균값의 차이가 나타나지 않았다. OOP2에서는 소득국가별 평균값에 차이가 있는 것으로 나타났다($P < 0.05$). 가계 부담이 25% 이상되는 퍼센트의 비율이 최빈국에서 0.79로 매우 낮은 반면, 저소득국, 저중소득국, 고중소득국으로 가면서 더 비율이 높게 나타났다. 이것은 의료비 부담이 더 높은 국가에서의 의료비 가계 부담이 빈곤에 상관이 있다는 기존의 연구[12] [18]와는 다른 결과이고, 한편으로 재난적

의료비가 반드시 더 빈곤한 계층에서 높게 나타나지는 것은 아니라는 연구[14]와 같은 결과이다.

UHC index의 국가별 평균값 비교에서는 최빈국, 저소득국, 저중소득국, 고중소득국간의 차이가 유의한 것으로 나타났다. 최빈국의 UHC index 지수가 가장 낮게 나타났고, 저중소득국, 고중소득국으로 가면서 평균값이 더 높게 나타났다. 최빈국과 저소득국, 저중소득국, 고중소득국의 국가군별간 평균값의 차이가 있는 것으로 나타났다. 아프리카 지역 39개의 국별 UHC 지수와 보건의료비의 자기 부담정도를 소득별로 비교해 보았다. 비교 결과 가계 의료비 부담이 25%인 경우에서 최빈국에서 고중소득국으로 갈수록 가계 의료비 지출이 증가하는 경향이 나타났다. 보건의료서비스에 대한 이용이 더 많아지면서 가계의 의료비 부담이 늘어난다는 것은 불평등에 대한 요소가 될 수 있으며, 정부에서의 공적 의료비 지출의 확대가 요구되거나 필요한 부분이라 할 수 있다.

회귀분석의 결과 모델 1과 모델2에서, 1인당 총 의료비 지출 비용은 UHC 지수에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편 의료비 가계 직접 부담(OOP1, 10%)와 의료비 가계 직접 부담(OOP2, 25%)변수는 UHC 지수에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이것은 의료비 총 지출 비용이 의료서비스 확대와 이용에 영향을 미친다는 기존의 연구[9]와 같은 결과로 나타났다. 다만, 의료비 가계 직접 부담(OOP1, OOP2)는 UHC index에 영향을 미치지 않은 것으로 나타났다. 재난적 의료비 정도에 따라 의료서비스를 이용하는데 영향을 주는 것이 아니라는 설명은, 즉 가구의 의료비 지출 부담이 높아지더라도 UHC index에 영향을 줄 수 없어서, 양질의 의료서비스를 제공받는데 있어서 의료비 지출은 그 자체로 가계의 소비 균형과 안정성에만 해를 끼치게 될 수 있다는 의미로 해석된다. 즉 재난적 의료비의 정도가 보편적 의료보장의 지표에 따라 변동이 되나, 영향을 주지 못하고

있다고 할 수 있다. 향후 UHC 세 가지 요소인 가입자 수, 보건의료비용, 보건의료서비스의 보장성 정도의 이론적 모형을 설명하기 위해서 보건의료비용의 다양한 지수가 편입되어 설명되어야 할 것이다.

V. 결론

WHO정의에 의해 보편적 의료보장(UHC)은 가입자 수(membership), 보건의료비용, 보건의료서비스 보장성 정도의 세 가지의 충족 요건으로 정의된다. 첫째, 가입자 수는 보장집단 모두가 건강보험의 보장 범위에 포함되어 있는가를 보여준다. 둘째, 보건의료비용 지출은 당사자가 보건의료를 이용함에 있어서 겪는 재정적인 어려움의 수준을 설명한다. 셋째, 보건의료 서비스 보장성의 확대 정도이다. UHC는 다른 모든 보건 지표에 영향을 주는 지표이다. 따라서 UHC index를 통한 UHC 달성정도를 알아보는 것은 매우 의미 있다고 할 수 있다.

현재 UHC index에서는 의료서비스 커버리지 지수로 16개의 지수를, 의료비 항목으로 2개의 지수를 제공하고 있다. 그러나 UHC 모델에 의해 건강보험 가입자(membership)를 설명하는 지수는 현재 제공되고 있지 않다. 국가별로 얼마정도의 인구 집단이 건강보험 혹은 민간보험에 의해 보장(coverage) 되고 있는지는 매우 중요한 요소라 할 수 있어서, 향후 WHO의 지표 개선에 이 부분이 반드시 포함되어야 할 것으로 보인다.

본 연구는 아프리카 국가의 UHC 지수를 비교하고 국민의료비 지출과 가계 의료비 부담정도가 UHC와의 상관성과 영향을 알아보았다. 그러나 국민의료비 지출의 항목들을 좀 더 구분하여 분석에 활용하지 못한 것은 이 연구의 한계라 할 수 있다. 본 연구를 배경으로 향후 UHC 지표의 도달정도를 파악하는 많은 연구가 나오리라 생각되며, 이러한

연구를 바탕으로 개도국에 대한 원조와 개발협력의 성과를 기대해 볼 수 있으리라 생각한다.

REFERENCES

1. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/universal-health-coverage/en/>
2. M.J Ju(2015), Universal Health Coverage and the Right to Health : The Case of Humanitarian Status Holders in Korea, Ewha Womans University, pp. 10-25.
3. E.W. Nam(2016), SDG, Sustainable Development in Health Care, Health 2015 :from MDGs to SDGs, Gyechuk, p.51.
4. Transforming our world(2015), The 2030 Agenda for Sustainable Development, New York, United Nations, pp. 7-23.
5. Y.K. Jong(2015), Research on the National Health Insurance law from the Perspective of Universal Health Coverage as Exemplary on Managing Qualification and Imposing Contribution System, Korean Social security law Association, Vol.4(1); 79-96.
6. J. Goudge, T. Gumedde, L Gilson, S Russell, S.M. Tollman, A. Mill(2007), Coping with The Cost Burdens of Illness, Scandinavian Journal of Public Health, Vol.35(2);181-185.
7. R. Boateng(2017), Analysis on the Perceived Effect of National Health Insurance System on UHC in Ghana and South Korea, Silla University, pp 1-7.
8. J.H. Sun, J.H. Lee, S.Y. Min, J.W. Shin(2008), Scale and Structure of 2006 Total Health Expenditure in Korea Constructed According to OECD/WHO/EUROSTAT' SHA, The Korean Journal of Health Economic and Policy, Vol.14(1);151-169.

9. C.S. Kim, E. Kim(2010), A Study on the Factors That Influence Health Care Expenditure of a Nation, *Journal of Social Policy*. Vol.16(2); 57-92.
10. S. Priyanka, H. Justine, D. Evans(2014), Financial Risk Protection and Universal Health Coverage : Evidence and Measurement Challenges, *Plos Medicine*, Vol.11(9);47-60.
11. N.K. Seo, S.Z. Ahn, T.U. Kang, Y.H. Hwang(2015), Study of Estimating Household Catastrophic Health Expenditure using Korea Health Panel Data, *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, Vol.21(1);79-102.
12. K.S. Woo, Y.J. Shin(2015), Effect of Catastrophic Health : Expenditure on Household Economy : Focusing on Financial Coping and Poverty, *health and Social Welfare Review*, Vol.35(3);166-198.
13. A. Wagstaff, V.E. Doorslaer(2003), Catastrophe and Impoverishment in Paying for Healthcare : With Applications to Vietnam 1993-1998, *Journal of Health Economic*, Vol. 12(11); 921-934.
14. J. Ataguba(2011), Reassessing Catastrophic Health Care Payment with Nigerian Case Study, *Health Economy Policy Law*, Vol.7(3); 307-326.
15. H.J. Lee(2016), Healthcare Utilization and Out-of-Pocket Spending of Medical aid Recipients in South Korea : a Propensity Score Matching with National Health Insurance Participants, *The Korean Journal of Health Economic and policy*, Vol.6(2); 22-49.
16. <http://www.oecd.org/dac/stats/daclist.htm>
17. WHO(2017), Tracking Universal Health Coverage : 2017 Global Monitoring Report, p.10.
18. K Xu, J Klavus, K. Kawabata, D. Evans(2003), Household Catastrophic Health Expenditure a Multi-Country Analysis, *Lancet*, Vol.362(9378);111-117.
19. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD>
20. <http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>
21. C.S. Oh(2016), Comparison of Health Indicator According to Official Assistance in Aisa, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.9(4);197-206.