

미국의 건강 불평등 지표와 시사점¹⁾

Implications of the U.S. Health Inequalities Indicators



이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

미국 내 건강 불평등에 대한 국가적 관심과 개입은 미국의 향후 10년간의 의료 계획인 'Healthy People' 과 매년 의회에 보고되는 「미국 의료의 질과 불평등에 관한 보고서(National Healthcare Quality and Disparities Report, NHQR & NHDR)」에서 찾아볼 수 있다. 'Healthy People 2020'은 건강 불평등의 제거와 건강 평등의 실현을 하나의 목표로 명시하고 있으며, 건강 불평등에 관한 보고서(NHDR)는 미국 사회의 건강 불평등 실태와 불평등이 완화(제거)된 정도를 분석하고 건강 불평등을 없애기 위해 가장 주력해야 할 핵심 영역을 제시하는 것에 중점을 두어 작성되고 의회에 보고되어 미국 의료정책의 방향을 설정하는데 있어서 중요한 영향을 미친다는 점에서 그 의미가 있다. 본고에서는 NHDR에서 사용된 건강 불평등지표들을 중심으로 살펴보고 한국 사회에 주는 시사점에 대해 논하고자 한다.

1. 들어가며

미국사회에서의 건강 불평등에 관한 개념은 미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)의 인종에 따른 건강 불평등에 관한 보고서인 「Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care(2002)」에서 우선적으로 찾아 볼 수 있다. 이 보고서에 따르면, 건강 불평등(health disparity)은 의료에 있어서의 환자의 욕구와 선호도, 이용 가능한 의료서비스

의 존재 여부를 감안했을 때에도 여전히 존재하는 건강의 차이라고 정의된다. 그러나 미국에서 현존하는 국가 차원의 데이터 중에 환자의 욕구나 선호도에 대한 정보를 포함하고 있는 데이터는 없기 때문에 측정 가능하거나 가시적으로 제시할 만한 지표를 구성하기가 불가능하므로 이러한 정의를 그대로 사용하는 것에는 한계가 있다. 따라서 실제로 국가차원의 미국 건강 불평등에 관한 보고서(National Health Disparities Report, NHDR)와 미국의 향후 10년간의 의료

1) 이 글은 '김동진, 이소영, 기명, 김명희, 김승섭, 김유미, 윤태호, 장숙량, 정최경희, 채희란, 이정애(2013). 한국의 건강불평등 지표와 정책과제, 한국보건사회연구원'의 일부를 재구성한 것임.

계획인 'Healthy People' 에서 사용되는 건강 불평등의 개념은 건강에 있어서의 인구 집단 간의 차이점을 의미한다.

이처럼 미국에서 건강 불평등에 대한 여러 가지의 정의가 혼용되고 있으나 일반적으로 통용되는 건강 불평등의 개념은 다음과 같이 정리될 수 있다. 즉, 건강 불평등은 개인별 특성에 따른 인구 집단 간의 (1)노출되는 환경의 차이; (2)의료의 접근, 이용, 혹은 질에서의 차이; (3)건강 상태에서의 차이; (4)건강 결과(health outcome)에서의 차이를 의미한다.²⁾ 이러한 여러 인구 집단별 차이는 지역(도시와 농어촌), 성(남성과 여성), 사회경제적 상태(고소득과 저/무소득), 연령(노인과 젊은층)의 차이를 포괄하는 개념이다.³⁾

미국 내 건강 불평등에 대한 관심은 학계에서부터 시작되었다. 이용한 의료 서비스의 종류와 건강 결과에 대해 인구 집단별 차이를 보여주는 연구들이 진행되면서 건강 불평등에 대한 관심이 시작되었다. 이러한 연구 결과들은 건강은 타고 나는 것이라는 과거의 유전학적인 관점으로 부터 벗어나 사회 환경적인 요소가 건강 결과

에 영향을 준다는 사회 환경론적인 관점으로 전환시키는 계기를 마련하였다. 건강 불평등에 관한 미국 내 주(state) 단위의 연구들⁴⁾이 활성화되면서 건강 불평등에 관한 사회적인 관심이 증가하게 되었고 이와 동시에 건강 불평등에 관한 국가적 개입이 본격적으로 시작되게 되었다. 미국 보건복지부(U.S. Department of Health & Human Services)는 질병과 사망에 관련하여 흑인과 다른 소수인종을 국가 전체의 평균과 비교하여 그 차이를 보여주는 「Health, United States, 1982」라는 보고서를 발표하였다. 이 보고서에서 드러난 건강 불평등에 대한 대책을 마련하기 위해 보건복지부 산하의 태스크 포스팀(task force team)이 조직되었고 이를 통해 1985년 「Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health」라는 보고서가 발표되었다. 이러한 정부의 개입을 통해 건강 불평등에 대한 사회와 국가의 관심은 증폭되었다.

1990년에는 국가의 향후 10년간의 의료 계획인 'Healthy People 2000' 을 수립하면서 두 가지 목표 중의 하나를 건강 불평등의 감소로 명시해 놓음으로써 건강 불평등에 대한 국가적

2) Carter-pokras, O, Baquet, C.(2002). What is a "health disparity"? Public Health Rep, 117(5), pp.426~434.

3) Federico, M.J., Liu, A.H.(2003). Overcoming childhood asthma disparities of the inner-city poor. *Pediatr Clin North Am.* 50(3), pp.655~675; Galea, S., Vlahov, D.(2005). *Handbook of Urban Health: Populations, Methods and Practice.* New York: New York Academy of Medicine; Mcgrath, B.B., Puzan, E.(2004). Gender disparities in health: attending to the particulars. *Nurs Clin North Am.* 39(1), pp.37~51; Pyle, M.A., Stoller, E.P.(2003). Oral health disparities among the elderly: interdisciplinary challenges for the future. *J Dent Educ.* 67(12), pp.1327~1336; Quinn, T.C., Overbaugh, J.(2005). HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science.* 308(5728), pp.1582~1583.

4) Mcpherson, K., Wennberg, J.E., Hovind, O.B., Clifford, P.(1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med.* 307(21), pp.1310~1314; Barnes, B.A., O'brien, E., Comstock, C., D'arpa, D.G., Donahue, C.L.(1985). Report on variation in rates of utilization of surgical services in the Commonwealth of Massachusetts. *JAMA.* 254(3), pp.371~375.

개입을 공식화 하였다. 1990년대 말까지 지속적으로 건강에 영향을 미치는 사회 환경적 요소가 환자들이 경험하는 의료의 질과 관련이 있다는 것을 과학적으로 증명하는 여러 연구들이 발표 되었다⁵⁾. 이처럼 의료의 질과 건강 불평등은 초기부터 밀접한 관계를 가지고 함께 연구된 것이다. 인구 집단별 건강 불평등에 대한 연구결과들이 누적됨에 따라 미국 사회의 건강 불평등에 관해 보다 명확하고 체계적으로 분석하기 위해 1999년 미국 의회는 의학연구소(IOM)에 의료서비스의 종류와 질에 있어서의 불평등에 관해 조사하고 건강 불평등을 야기하는 요인들의 분석을 통하여 이러한 불평등을 제거하기 위한 실천 방법과 정책에 대해 제안하도록 요청했다. 그 결과 의학연구소는 2002년 「Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care」라는 건강 불평등에 있어서 역사적으로 의미가 있는 보고서를 발표했고 이 보고서로 인하여 건강 불평등에 대한 사회적 인식이 더욱더 증폭되었다. 이 보고서에서 의학연구소의 위원회는 건강에 있어서 인종간의 불평등에 대한 과학적 증거를 제시하였고 이를 줄이기 위해서 우선적으로 해야 할 것은 공공과 보건 의료 종사자들과 의료 보험회사와 정책 제정자들의 건강 불평등에 관한 인식을 높이는 것이라고 제안하였다. 이를 기반으로 하여 미국 보건복지부 산하의 연구기관인 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)는 2003년부터 매년 미국 건강 불

평등에 관한 보고서(NHDR)를 작성하여 의회에 보고하고 있다. 미국에서의 건강 불평등에 대한 국가의 관심과 개입은 지속적으로 나타나서 'Healthy People 2010'에서는 건강 불평등의 제거, 'Healthy People 2020'에서는 건강 불평등의 제거와 건강 평등의 실현을 하나의 목표로 세우고 국가적 차원에서 개입하여 건강 불평등에 관해 매년 평가하는 체계를 유지하고 있다.

2. 미국의 건강 불평등 지표 생산체계

미국의 건강 불평등에 관한 국가 연례 보고서를 작성하는 국가 기관은 앞에서 언급했듯이 AHRQ이다. AHRQ는 의료의 질, 의료비용, 의료 이용, 의료의 접근성 등 건강결과에 관련된 연구를 지원하고 수행하는 기관이다. Omnibus Budget Reconciliation Act of 1983라는 법률에 의해 설립된 AHCPR(Agency for Health Care Policy and Research)이 그 전신이며 1999년 12월에 Healthcare Research and Quality Act of 1999라는 법률에 의해 이름을 바꾸고 새롭게 정비되었다.

미국의 건강 불평등 보고서(NHDR)의 역사적인 배경을 살펴보면, 1999년 의회의 요청에 따라 발간된 의학연구소(IOM)의 보고서 「Unequal Treatment: Confronting Racial and

5) Fiscella, K., Franks, P., Gold, M.R., Clancy, C.M.(2000). Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. JAMA. 283(19), pp.2579~2584.

Ethnic Disparities in Health Care」를 근간으로 하여 의학연구소에서 미국 건강 불평등에 관한 보고서(NHDR)작성을 위한 틀을 AHRQ에게 제시한 것이 그 시작이라고 볼 수 있다. 의학연구소에서는 미국 건강 불평등에 관한 보고서를 작성할 때 의료의 질과 의료서비스로의 접근성에 있어서 인종과 사회경제적 상태에 따른 격차에 초점을 맞추어야 한다고 강조하였다. 미국 의회의 지시에 따라 AHRQ는 의학연구소와 함께 국가의 의료의 질과 건강 불평등에 관한 보고서를 설계하였고, 2003년부터 의료의 질을 높이고 의료의 격차를 줄인다는 국가의 목표에 대한 성과를 평가하기 위해 「미국 의료의 질과 불평등에 관한 보고서(National Healthcare Quality and Disparities Report, NHQR & NHDR)」를 매년 발표하고 있다. 이 중 미국 건강 불평등에 관한 보고서(NHDR)는 현재 미국 사회에서 발생하는 격차의 실태와 이러한 격차가 완화 혹은 제거되는 정도를 분석하고 건강 불평등을 없애기 위해 가장 힘써야 할 영역은 규명하는데 중점을 두

어 보고되고 있고 미국 의료정책의 방향에 있어서 중요한 영향을 미치고 있다.

3. 미국의 건강 불평등 지표

미국 의학연구소에서 제시한 미국의 의료의 질과 건강 불평등에 관한 보고서(NHQR & NHDR)에서 사용된 지표들의 틀은 다음의 <표 1>에서 살펴볼 수 있다. 구체적으로 건강 불평등을 측정할 수 있는 지표들은 건강한 상태를 유지하며 사는 것(staying healthy), 건강 상태가 좋아지는 것(getting better), 질병이나 장애와 함께 살아가는 것(living with illness or disability), 생애 말에 대처하는 것(coping with the end of life)의 4가지 측면으로 이루어진 소비자의 의료 욕구(health care needs)에 관한 관점이라는 하나의 축과 효과성(effectiveness), 안전(safety), 환자 중심(patient centeredness), 적시성(timeliness)의 4가지로 측면으로 구성된 의료의 질에 관한 요인이라는 다른 한 축으로 이루어진 기본 틀 안에

표 1. 미국 건강 불평등 보고서(NHDR)에서 사용된 지표의 틀⁶⁾

		의료의 질에 관한 요인			
		Effectiveness	Safety	Patient Centeredness	Timeliness
의료욕구 (Health care needs)에 관한 소비자 관점	Staying healthy				
	Getting better				
	Living with illness or disability				
	Coping with the end of life				

6) IOM(2010). The Original Conceptual Frame Work for the NHQR & NHDR.

서 형성 되었다.

2013년 발간된 건강 불평등보고서(NHDR)⁷⁾에 따르면 미국의 의료시스템은 모든 미국인이 최적의 기능을 발휘하도록 질병의 예방, 진단, 치료를 통해 정신적·육체적인 안녕(well-being)을 증대시키기 위해 존재하는 것이며, 그러므로 의료(health care)는 개인에게 있어서 전 생애에 걸쳐 건강하게 사는 것, 질병에서 회복하는 것, 만성질환이나 장애를 가지고 살아가는 것, 죽음에 대처하는 것에 도움을 주는 것이라고 규정하였다. 또한 의료의 질이라는 것은 안

전하고 시기적절하게, 환자중심으로 효율적이며 동시에 형평성 있게 의료서비스를 전달하는 것이라고 규정하였는데 이러한 개념 역시 의학연구소에서 처음에 제시한 지표의 틀을 기초로 한 것이다. 의학연구소에서 제시한 틀(표 1)안에서 발전되어 2013년 발간된 미국 건강 불평등에 관한 보고서(NHDR)에서 활용된 대표적인 지표들은 효과성 영역의 지표(표 2)와 나머지 영역의 지표(표 3)로 나누어 살펴 볼 수 있다.

NHDR에서 사용된 지표의 특징은 지표의 75%정도가 효과성(effectiveness)에 관한 것이라

표 2. 효과성(effectiveness)영역의 주요 지표

지표 영역	지표와 비교 기준
암	인종별 유방암 검진율
	인종별 유방암 조기 진단율
	인종별 권고시술 시행률
	인종별 사망률
심혈관질환	인종별, 소득별 지질 검사율
	인종별, 소득별 심장마비원내사망
	인종별 ACE 억제제/ ARB
	인종별, 소득별 입원율
	백인과 비교하여 하와이 거주민의 지질 검사율, 유클 심장미비입원율
만성신장질환	인종별 투석전 12개월내 신장 관리
	인종별 투석 등록률
	인종별 이식 등록률
당뇨	인종별, 가구소득별, 교육수준별, 건강보험종류별, 성별 권고 서비스 시행률
	인종별, 소득별 입원율
	백인과 비교하여 미국 원주민의 입원율
	인종별 말기신장질환발병률
HIV and AIDS	인종별 교육수준별 검사
	인종별 성별 권고 서비스 시행률
	인종/성별, 인종/연령별 사망률

7) AHRQ(2013). National Healthcare Quality & Disparities Reports. July 2013. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.

〈표 2〉 계속

지표 영역	지표와 비교 기준
모자보건	인종별, 소득별 산과외상
	인종별 필수 예방접종
	인종별 응급실 방문
	인종별, 소득별 치과진료
	인종별, 소득별 미치료 충치
	청소년 소득별 건강검진과 예방접종
	인종별, 소득별 수막구균 접종
정신건강/약물남용	인종별, 교육수준별 우울증, 중독, 약물 남용 치료
	인종별 자살률
	인종별 남용 응급실 치료
근/골격계 질환	인종별, 소득별 골다공증검사
	인종별, 건강보험별 관절염 교육
	인종별, 건강보험별 관절환자 상담
호흡기질환	인종별 폐렴 예방접종
	인종별 권고 서비스 시행률
	인종별, 출생지별 폐렴 치료
	인종별, 교육 수준별 천식약 복용
	아시아인, 남미인의 천식 환자 수
생활습관 수정	인종/소득별, 인종/교육 수준별, 인종/소득별 금연, 운동, 신체활동, 식습관 상담
	인종별, 행동 장애 정도별 성인비만을
기능상태 보존 및 재활	인종별 재가치료환자의 운동 기능 향상
	인종별 일상생활에서의 도움이 필요한 장기요양환자
	인종 재활시설환자 운동성 점수 등
지원 및 완화	인종별 정서적 지원을 받은 호스피스 환자 비율
	인종별 호흡곤란 재가 성인 환자비율
	인종별 요양원거주자의 욕창비율

는 점과 건강 불평등을 측정하는 지표는 의료의 질을 측정하는 지표들과 동일하다. 즉, 건강 불평등을 측정하는 지표는 의료의 질을 측정하는 같은 지표를 인구 집단별로 비교하는 형식으로 활용되는데 주로 인종에 따라 비교하는 지표가 대다수임을 알 수 있다. 건강 불평

등을 평가하기 위해 의료의 질을 측정하는 지표를 적용함에 있어서 중요한 논의는 인종과 사회경제적 상태와의 복합적인 영향을 어떻게 다룰 것인가에 관한 것이다.⁸⁾ 즉, 인종적으로 소수 민족은 저학력과 저소득인 경향이 있으므로 인종적 불평등(disparity)은 대체로 인종자체보다는

8) Swift, E.K. ed.,(2002). Guidance for the National Healthcare Disparities Report. Washington, DC: National Academy Press.

표 3. 기타 영역별 주요 지표

지표 영역	지표	비교 기준
환자의 안전 (Patient Safety)	병원성 감염	인종, 의료보험
	의료 사고	인종, 소득
	예방 가능한 조기 사망률	인종, 소득
적시성 (Timeliness)	원하는 즉시 진료를 받지 못한 환자 비율	인종, 소득
	응급실 대기시간	인종, 의료보험
	심장마비환자 재관류술 시행 시간	인종
환자 중심 (Patient Centeredness)	성인 환자 /어린이 환자 진료경험	인종, 소득, 사용언어, 교육
	환자의 병원 이용경험	
	환자와 가족의 의사결정 참여	인종, 소득, 교육, 영어능력수준
	병원이용 환자의 사용하는 언어의 종류	병원
	병원의 외국어 사용 환자의 비율(2개의 주만 포함)	병원오너쉽, 지역
	언어통역서비스 제공병원을 주로 이용하는 성인 수	인종, 교육, 소득
진료 조정 (Care Coordination)	진료 이송 및 서면 퇴원 안내	인종
	정보 연계	인종, 교육
	병원 재입원을	인종, 12개 주
	예방 가능한 응급실 방문	소득, 지역
	약물 정보 안내	인종, 행동장애정도, 지역
효율성 (Efficiency)	부적절한 약물사용	인종, 성
	예방가능한 성인 입원을	인종, 소득
	장천공된 맹장염	인종, 소득, 연령, 성
	편의 없는 잠재 위험 예방서비스	인종, 소득
의료시스템 기반 시설 (Health System Infrastructure)	의료정보기술: 병원 EHR이용률	병원
	전자의무기록이용률	인종, 성
	의료 인력분포	인종
	보건의료 소외지역 인구비율	인종
	연방지원 보건소 이용환자 비율	인종, 소득
의료의 접근도 (Access to Health Care)	의료보험 보장률	인종, 소득
	무보험 환자 비율	인종, 소득
	의료비 부담비율	인종, 소득
	주치의 진료 환자 비율	인종, 소득

인종과 결부된 사회경제적 상태에 그 원인이 있다는 논의이다. 이러한 인종적 불평등과 사회경제적 상태에 따른 불평등을 구별하기가 어렵다

는 한계점을 보완하기 위해 2013년 보고된 NHDR에는 인종뿐만 아니라 연령, 성, 가구소득, 교육수준, 건강보험의 유무와 그 종류, 거주

지 등에 따라 지표가 비교 분석되었다. 구체적으로 2013년 보고된 NHDR에는 Healthcare Research and Quality Act of 1999 법률에 의해 규정된 소수 민족, 저소득, 여성, 18세미만 아동, 65세이상 노인, 농촌지역 거주자, 장애인, 만성 질환자, 생애 말 환자, 동성애자 인구 집단에 표에서 제시된 지표들을 적용하여 각각의 인구 집단을 대상으로 보다 세부적으로 성정체성 (gender identity)별, 소득별, 교육 수준별, 성별, 연령별, 거주지별, 의료 보험별로 비교하여 이들이 경험하는 건강 불평등에 대해서도 자세하게 보여주고 있다. 최종적으로 2013년에 발표된 NHDR에는 250개 이상의 건강에 관련된 불평등의 지표들이 포함되어있다.

4. 건강 불평등지표 비교를 위해 사용된 데이터와 한계점

미국에서 건강 불평등에 관한 보고서를 작성

하기 위해 사용할 만한 국가 차원의 패널데이터는 없는 실정이어서 미국 건강 불평등에 관한 보고서(NHDR)에는 다양한 기관에서 생성된 약 40개의 데이터가 활용될 수밖에 없었다. 다시 말해, 상당수의 국가 차원의 보건 의료 관련 조사에는 다양한 소수의 인종과 사회경제적 상태에 따른 구분이 포함되어 있지 않기 때문에 여러 개의 데이터를 혼합하여 사용하게 되었고 이에 따르는 여러 가지 한계점을 지난다. 첫째, 여러 데이터들을 서로 완전하게 비교하는 것이 불가능하다. 둘째, 특정 인종 집단에 관한 데이터는 조사 결과가 신뢰할 만하지 않다. 셋째, 특정 소수인종을 대상으로 하는 조사는 거의 없기 때문에 일부 소수 인종에 관한 내용은 생략되는 실정이다. 넷째, 패널데이터처럼 지속적으로 생성되는 데이터가 많지 않기 때문에 시간에 따른 건강 불평등의 추이와 변화를 살펴보는 것에 한계가 있다. NHDR에서 활용된 주요 자료원 (sources of data)은 다음의 <표 4>에 제시되어 있다.

표 4. National Healthcare Quality and Disparities Report of 2011(AHRQ, 2012)에 사용된 생성(후원) 기관별 데이터⁹⁾

생성기관	자료원(Sources of Data)
AHRQ	Healthcare Cost and Utilization Project(HCUP)
	National CAHPS® Benchmarking Database(NCBD)
CDC (Center for Disease and Control)	Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)
	National Ambulatory Medical Care Survey(NAMCS)
	National Health Interview Survey(NHIS)
	National HIV/AIDS Surveillance System
	National Home and Hospice Care Survey(NHHCS)
	National Hospital Ambulatory Medical Care Survey(NHAMCS)

9) 2013년 5월에 발표된 2012년 보고서에 사용된 데이터에 대한 정보가 나와 있을 부록은 아직 미발표됨.

〈표 4〉 계속

생성기관	자료원(Sources of Data)
CDC (Center for Disease and Control)	National Hospital Discharge Survey(NHDS)
	National Immunization Survey(NIS)
	National Program of Cancer Registries(NPCR)
	National Survey of Family Growth(NSFG)
	National Tuberculosis Surveillance System(NTBSS)
	National Vital Statistics System: Linked Birth and Infant Death Data(NVSS-I)
	National Vital Statistics System: Mortality(NVSS-M)
Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)	Home Health Outcome and Assessment Information Set(OASIS)
	Hospital Compare
	Medicare Current Beneficiary Survey(MCBS)
	Medicare Quality Improvement Organization Program
	Nursing Home Minimum Data Set(MDS)
Health Resources and Services Administration (HRSA)	Uniform Data System(UDS)
Indian Health Service(HIS)	National Data Warehouse(NDW)
National Institutes of Health (NIH)	Surveillance, Epidemiology, and End Results Program(SEER)
	United States Renal Data System(USRDS)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)	Substance Abuse Treatment Episode Data Set(TEDS)
U.S. Census Bureau	American Community Survey
Academic Institutions	California Health Interview Survey(CHIS)
	University of Michigan Kidney Epidemiology and Cost Center(UM-KECC)
Professional Organizations and Associations	American Hospital Association (AHA), Information Technology Supplement
	Family Evaluation of Hospice Care(FEHC) Survey
	Healthcare Effectiveness Data and Information Set(HEDIS)
	National Cancer Data Base(NCDB)
AHRQ, HRSA, HIV/AIDS Bureau(HAB).	HIV Research Network(HIVRN)
AHRQ, CDC, NCHS	Medical Expenditure Panel Survey(MEPS)

5. 시사점

미국의 건강 불평등을 평가하는 지표는 의료의 질을 측정하는 지표와 동일하여 이러한 동일

한 지표를 세부 인구 집단별로 비교하여 보여주는 방식으로 활용되고 있다는 것이 가장 큰 특징이다. 또한 건강의 여러 측면 중 건강 결과(health outcome)에 관한 지표가 대부분이고 건

강 불평등의 원인이 되는 소득, 의료보험 등의 요인 자체에서의 차이는 간과하고 있다는 한계가 있다.

미국의 건강 불평등 평가에 있어서는 각 지표의 인종별 격차가 가장 큰 영역을 차지한다. 이는 미국사회에서 인종이 갖고 있는 함축적인 의미에 기인한 것이다. 즉, 인종별로 사회경제적 수준이나 거주지 등에 있어서 비슷한 특징을 보인다는 것이다. 한국 사회의 경우는 무엇보다 지역과 소득별 격차가 클 것으로 예상된다. 그러나 한국도 2013년 1월 1일 현재 거주하는 외국인 주민이 144만 5천명이 넘어¹⁰⁾ 이제는 명실상부한 다문화 사회이므로 건강 불평등에 관한 연구와 조사에 있어서도 처음부터 소수 민족들을 포함시켜서 의료의 질과 함께 이들의 건강 결과를 주시해 볼 만 하다. 또한 미국 사례에서 발견되는 다양한 인종 집단을 포함하고 있는 국가차원의 신뢰할 만하며 지속적으로 생성되는 데이터가 없다는 한계를 되풀이하지 않기 위해 서라도 시작부터 가능한 많은 열악한 인구집단을 포함시키고 정기적이고 지속적으로 국가차원의 신뢰할만한 데이터를 설계하고 생성해 나아갈 필요가 있다.

미국의 예에서 보듯이 가장 먼저 해야 할 일은 국가의 의료 정책에 관한 목표를 세우되 건

강 불평등에 관한 목표를 포함시키는 일이다. 경제 성장만 강조하는 정책은 성장이 어느 정도 이루어진 뒤에 분배 문제를 야기하듯이 의료의 질의 향상만 강조하는 의료 정책은 형평성 문제를 야기할 수 있다. 우리나라의 의료 정책에 있어서 가장 큰 중점사항 중의 하나는 의료의 보장성 강화이다. 이를 위해 효율성과 효과성 향상을 통한 의료의 질적인 향상이 우선적으로 중요함이 분명하다. 그러나 간과하지 말아야 할 점은 형평성이 동시에 보장되는 의료 정책이야말로 사회통합의 관점에서 필수 불가결하다는 것이다. 이는 건강에 있어서의 형평성이 보장되는 것도 의료의 질을 높이기 위해 살펴봐야 할 측면이기 때문이다. 이러한 이유로 미국에서는 의료의 질과 의료의 형평성이 함께 매년 연구되고 보고되며 정책에 반영되는 것이다. 우리나라도 미국과 같이 건강 불평등에 관한 내용을 포함시켜 수립된 국가의 건강 정책의 목표에 따라 구체적으로 지표를 세우고, 지속적으로 조사를 하고, 그 결과를 공유해 나아가며 국가 의료 정책에 꾸준히 반영하여 목표를 이행하는 시스템을 구축함으로써 우리 사회가 의료 서비스를 필요로 하는 모든 사람이 공평하게 서비스를 받는 것이 보장되는 사회로 나아갈 수 있을 것이다. **보건복지**

10) 안전행정부(2013). 2013년 지방자치단체 외국인주민 현황.