



PHI Research Report 2015-02

PHI 연구보고서 2015-02



건강검진은 어떻게 “산업”이 되었나?

모두가 건강한 사회를 만들어가는

시민건강증진연구소

People's Health Institute

PHI Research Paper 2015-02

PHI 연구보고서 2015-02

건강검진은 어떻게 “산업”이 되었나?

출판일 || 2015년 9월 20일

편집인		박 유 경	(시민건강증진연구소 연구원)
공동저자		김 명 희	(시민건강증진연구소 연구원)
(가나다 순)		김 창 엽	(시민건강증진연구소 소장)
		박 유 경	(시민건강증진연구소 연구원)
		박 유 애	(시민건강증진연구소 영펠로우)
		조 홍 준	(울산대학교 의과대학 가정의학 교수)

펴낸 곳 || (사) 시민건강증진연구소
서울시 서초구 방배동 812-25 보성빌딩 4층
전화: 070 8658-1848 팩스: 02 581-0339
누리집: www.health.re.kr
전자우편: phikorea@gmail.com

ISBN || 978-89-966012-9-6

서 문

작년 봄, 갑상선암 검진의 필요성, 효과성을 둘러싸고 사회적, 학술적 논란이 일었다. 갑상선 검진의 급격한 증가와 동반된 국내의 갑상선암 발생률 급증은 국제적으로도 큰 관심을 불러 일으켰다. 그동안 ‘다다익선’으로 받아들여지며 확대일로에 있던 건강검진에 대해서, 우리 사회는 역사상 처음으로 의구심을 갖게 된 것이다. 갑상선암 검진을 둘러싼 논란은 빙산의 일각에 불과하다. 한국의 건강검진 체계 자체를 비판적으로 돌아볼 필요가 있다(서리풀 논평 2014년 4월 6일, 갑상선암 논란을 보는 시각, <http://health.re.kr/?p=1445>).

쉽게 떠올릴 수 있는 각종 종합건강검진은 차치하더라도, 전 국민을 대상으로 이렇게 많은 건강검진이 행해지는 국가는 찾아보기 어렵다. 국가는 때가 되면 검진을 받아야 한다고 알려주고, 병원에 가보면 분야와 항목에 따라 수많은 패키지가 준비되어 있으니, 당연히 할 수만 있으면 다 검사를 하는 것이 인지상정이다. 심각한 질병을 조기 발견해낸다면 돈 들인 효과를 톡톡히 보는 것이고, 아무 이상도 발견되지 않는다면 더욱 다행이다. 국가, 기업, 개개인 모두가 ‘○○○의 건강을 지켜줄 건강검진’을 구매하고 있다.

갑상선암 논란 당시 언론과 학계에서 주로 다루었던 부분은 검진의 과학적 근거와 사회적 손익이었다. 물론 이는 충분한 연구와 논의가 필요한 부분이다. 하지만 이것만으로는 건강검진이 내포하고 있는 문제의 전모를 이해할 수 없다. 이해할 수 없으니 바꾸어낼 힘의 실마리를 찾는 것도 어렵다. 시민건강증진연구소는 여기에 의료의 상업화와 영리화라는 강력한 동력이 작동하고 있다고 주장한 바 있다. 이러한 맥락에서 ‘한국 보건의료의 구조와 상품화 현상’이라는 주제로 여러 차례 세미나를 진행하기도 했다.

이 연구보고서는 그러한 토론의 연장선상에서, 우리사회 건강검진 ‘산업’의 규모를 추정해보고, 이것이 어떻게 ‘산업’으로 성장해 왔는지 역사적 전개와 동인(動因)을 살펴보고자 한다. 이러한 작업이 ‘건강검진’을 넘어 건강과 보건의료의 ‘산업화’, ‘영리화’에 대한 논의를 더욱 깊고 풍부하게 만드는 데 일조하기를 바란다.

요 약

1. 들어가는 글

한국사회에서 건강검진은 너무 익숙한 것이다. 국가에서 시행하는 건강검진만 성실히 받더라도 태어나서 기대여명까지 사는 데에 총 30회가 넘는 건강검진을 받게 된다. 국가 건강검진이 아니더라도 ‘자발적’으로 받는 건강검진 또한 생소하지 않다. 사실 국가건강검진과 자발적 건강검진은 분리된 영역이라기보다는 오히려 밀접히 결합되어있다. 국가가 건강검진 정책을 수립하지만 민간이 건강검진 프로그램을 수행하고, 민간기관의 고급 프로그램이 건강검진에 대한 국가 정책에 영향을 미치는 것을 쉽게 볼 수 있다. 최근에는 민간의 건강검진(기관)이 보건의료의 범위를 넘어 국가 경제와 산업정책에까지 등장하기까지 했다.

이 연구는 한국에서 나타나는 건강검진의 여러 현상들이 내포한 문제점들을 검토하기 위해서 시작했다. 그러나 보건의료의 측면보다는 건강검진의 사회적 배경과 현상, 그리고 그 의미를 추정하는 것을 일차적 목표로 삼는다. 이제는 ‘산업’이 되어버린 건강검진이 어떤 구조와 기전의 산물인지 완벽하게 파악하는 것은 쉽지 않을 것이나 이 보고서는 한국의 건강검진을 ‘산업’의 시각에서 이해해보고자 한다. 이를 위해 건강검진의 발달 경로, 현 상황, 전체 규모를 검토하고 한국 건강검진산업의 정치경제적 분석을 통해 산업화의 심층구조와 기전을 탐색할 것이다.

2. 한국 건강검진의 역사

현재의 건강검진이 가진 모습과 그 특성을 이해하기 위해서는 역사적 경과를 살펴보아야 한다. 정책과 제도는 물론 사람들의 태도와 문화, 삶의 양식도 어느 정도까지는 역사적으로 형성된 경로에 의존할 수밖에 없기 때문이다. 집단 건강검진은 정부 수립 이전부터도 있어왔지만 제도 발달의 측면을 보기 위해 정부수립 시기를 기준으로 시작해 네 개의 시기로 구분하여 설명한다.

가장 먼저 정부 수립 이후부터 1977년까지를 ‘건강검진의 도입’ 시기로 본다. 건강관리의 필요성과 용이함이 동시에 존재하는 집단, 즉 사업장 근로자와 학생 등에게 집단적으로 건강검진을 시행한 시기로, 일제 강점기 시기의 일부 항목에 대한 검진(기생충, 결핵)의 경험을 이어받으면서 동시에 새로운 대상자에 건강검진을 확립해 나가는 때다. 1950년대 초부터는 학생과 근로자를 대상으로 건강검진의 ‘제도화’가 시작되었다. 학생 건강관리는 1951년에 최초로 체격·체질·체능

검사가 규정되었고 이후 신체검사, 건강상담, 예방접종, 결핵관리, 기생충검사 등이 단계적으로 시행되었다. 근로자는 1953년 근로기준법이 제정되어 일부 사업장 근로자를 대상으로 정기건강진단 실시가 의무화했고, 꾸준히 확대되어 1976년에는 대부분의 노동자가 검진 대상으로 포함되었다. 동시에 국가제도로서의 건강검진과 더불어 민간의 ‘자발적’ 건강검진이 촉진되었다. 1960년대부터 민간의료기관들을 중심으로 「인간 도크」 이른바 「종합건강진단」과 1970년대 건강검진 전문기관 설립 등 민간의 적극적인 역할이 시작되었다.

다음은 1977년부터 1995년까지의 시기로 ‘건강검진의 국가제도화’ 단계이다. 대상자와 필요에 따라 개별적으로 시행되던 건강검진은 1977년 의료보험이 출범하면서 전국민을 대상으로 하는 ‘국가제도화’의 전기를 마련했다. 피보험자와 더불어 피부양자까지 건강검진이 확대되면서 필요한 모든 국민이 의료보험을 통한 건강검진을 받을 수 있게 되고 이에 대응하는 공급 확대가 시작되었다는 점에서 건강검진의 국가제도화가 이루어진 시기라 불러도 좋을 것이다. 이 시기까지 근로자 건강검진은 노동부가 관리했고 유해인자 노출 근로자를 대상으로 하는 근로자 특수건강진단을 시행하는 등 일반 건강검진과 구분된 채 운영되었다. 의료보험 건강검진의 영향을 받아 학생건강검진도 점진적으로 확대되었고 민간의 검진기관 역시 크게 늘어나게 된다.

이어서 1995년부터 2000년대 중반까지를 ‘국가 건강검진체계의 구축’시기로 볼 수 있다. 건강검진이 일단 ‘국가제도’로 만들어졌다는 것은 이후 프로그램과 제도가 변화 또는 확대되는 데에 중요한 의미가 있다. 국가제도는 어떤 근거에서든 정치적이고 사회적인 권위를 가지고 정책과 행정, 그리고 개인의 판단과 행동에 영향을 미친다. 국가 건강검진체계는 전체 국민을 포함해야 ‘정당화’될 수 있는데, 여기에는 근로자 일반검진이 의료보험으로 통합된 것이 크게 기여했다. 같은 이유로 학교건강검진도 여러 형태의 시범사업을 거쳐 확대되었다. 대상자뿐 아니라 내용도 체계를 갖추어, 의료보험의 (일반) 건강검진이 포괄하지 못하는 암 검진 등이 새로 국가제도로 편입된다. 한편으로는 체계화가 진행됨에 따라 건강검진체계의 목표에 대한 의문이 제기되고 평가와 비판의 목소리가 높아졌다.

마지막으로 2000년대 중후반부터 현재는 ‘국가 건강검진체계의 재정비’ 시기이다. 국가 건강검진체계가 구축됨에 따라 대부분 국민이 건강검진을 받을 수 있게 되었고 양적으로 크게 확대되었다. 그러나 질 관리가 제대로 이루어지지 않고 유소견자에 대한 사후관리도 미흡했다. 또한, 민간 건강검진, 건강보험의 건강검진, 근로자의 특수건강검진, 암 검진, 학생건강검진 등 다양한 근거와 주체에 의해 건강검진이 시행되었으나 제도간의 통합과 연계, 역할 분담이 명확하지 않았다. 특히 중요한 것은 건강검진의 정책 목표가 명확하지 않고 목표를 달성할 수 있는 수단 역시 분명하지 않았다는 것이다. 이런 비판을 기초로 2005년부터 국민건강검진제도 개선사업을 실시

했다. 지침과 제도, 법안을 전반적으로 검토한 결과 건강검진의 효과와 질을 올리기 위한 구체적인 방안으로 2007년 ‘생애전환기 검진사업’, ‘영유아 건강검진’이 새로 도입되었다. 뒤이어 2008년 ‘건강검진기본법’ 제정으로 주기적인 종합계획 수립, 검사항목의 통합, 조정과 검진기관 질 관리 체계화 등이 이루어졌다.

3. 한국의 건강검진 현황

1) - 2) 건강검진체계와 현황

2015년 현재 건강검진사업과 프로그램을 서로 다른 기준에 따라 아래 그림과 같이 구분할 수 있다.



<한국의 공공/민간 건강검진 모식도>

건강검진의 제공체계를 구분하면 ㉠ 전국민을 대상으로 건강보험급여(의료급여)로 제공되는 건강검진과, ㉡ 빈곤층이나 건강보험으로 포괄되지 않는 집단에 대해 담당부처와 지자체 예산을 써서 제공하는 건강검진사업으로 나눌 수 있다. 전자에는 영유아 건강검진, 일반건강검진(근로자 일반건강검진 포함), 생애전환기 건강검진, 암검진, 노인건강검진이 포함된다. 후자에는 보건복지부의 신생아 건강검진, 비취학청소년 건강검진, 치매조기검진, 교육과학기술부의 학생건강검진, 그리고 국방부의 군장병 건강검진이 해당된다.

3) 제도 외(민간) 건강검진 현황

제도 외 건강검진이 이루어지는 방식을 구분하면 ㉠ 개인들이 국가건강검진을 받으면서 추가로 급여 외의 항목도 검사하는 경우, ㉡ 국가건강검진과 상관없이 개별적으로 건강상태를 파악하기 위해 받는 종합건강검진, ㉢ 민간 기업이나 조직, 단체들이 구성원들에 대한 후생복지 차원에서 제공하는 건강검진, ㉣ ㉢와 같은 목적으로 공공기관에서 직원들에게 제공하는 건강검진으로 구분된다. 종합병원급 이상의 검진기관을 대상으로 한 표본조사에 의하면 이용자 수는 워낙 국가건강검진의 비중이 크지만 이용자 수가 적은 종합건강검진의 비용은 훨씬 더 고가이기 때문에, 총 매출액은 국가검진과 종합검진이 비슷했다. 또한, 고급 시설과 장비를 갖춘 자원이 충분한 대규모 의료기관에서 상대적으로 종합건강검진을 더 많이 제공하고 그렇지 못한 중소 의료기관은 비용은 적지만 수가 많은 국가건강검진을 많이 제공하는 경향이 있다. 이러한 종합건강검진의 수요는 개별 개인단위 외에도 지자체, 농협 등의 단체가 공무원이나 특정 집단, 조직원들에게 복지나 혜택의 일환으로 건강검진을 제공하는 사례 등을 쉽게 찾아볼 수 있다.

4) 검진기관 인력과 장비 현황

검진기관 현지확인 점검자료에 의하면 검진기관은 전국에 약 2만여 개소가 운영되고 있다. 의료기관의 종별 분류에 따른 검진기관, 인력, 장비 현황 등을 표로 제시하였다. 이를 통해 전국 검진기관의 전반적인 규모를 가늠해볼 수 있다.

5) 건강검진산업의 경제적 규모 추정

이 연구는 경제적 ‘평가’ 이전에 우선 건강검진의 총 경제적 규모를 가늠해보는 것을 일차적인 목표로 하였으므로 경제성평가의 요소 중에서도 비용, 즉, ‘실현된 지출 규모’만을 추정하기로 하였다. 비용은 흐름에 따라 크게 ㉠ 건강검진에 든 비용과 ㉡ 건강검진으로 인해 유발된 의료비용을 각각 산출하였다. 건강검진에 든 비용은 소비한 측면에서 다시 ‘국가’, ‘개인’, ‘기업(민간)’의 세 부분으로 구분되고 세 부분의 총합은 다른 측면에서는 ‘의료기관의 검진수익’과 같게 된다. 건강검진으로 인해 유발된 의료비용은 몇 가지 가정을 적용해 ‘건강검진을 받은 수검자 중 유소견자 * 유소견자 중 의료이용율 * 1인당 의료비’를 계산하여 산출하였다. 일련의 계산 과정에 따라 한국에서 건강검진에 사용되는 총 재정 규모를 추정한 결과는 최소 7조 9,695억 5,634만 248원에서 최대 18조 5,151억, 7,914만 9,526원 이다.

4. 해외의 건강검진

지리적, 역사적으로 유사하고 실제로 밀접하게 영향을 받은 일본의 사례와 상대적으로 다른 역사를 지녀온 영미국가의 사례를 검토함으로써 한국 건강검진의 현상을 비추어보았다.

일본의 법령에 의한 국가검진은 한국과 같이 노동자 검진, 특정 건강진단·보건지도, 아동·학생 검진 등 상당히 촘촘하게 시행되고 있다. 한국에 직접적으로 영향을 미친 민간의 자발적인 종합 건강검진(「인간 도크」)은 이미 1938년부터 시작해 1950년대부터 체계가 이루어져 확대되어갔다. 공공부문의 건강검진제도(특정 건강검진·보건지도)는 영리기업, 특히 보험회사들이 건강관리 생활서비스라는 시장에 진출할 수 있는 토대를 제공했다. 그리고 공적 보험 제도에 포괄되지 않는 비급여서비스를 주로 제공하는 상업적 성격의 의료기관들, 정부의 의료관망 시책은 력서리 건강검진 산업의 확대에 기여하고 있다. 말하자면 건강검진 제도는 의료서비스의 상업화, 영리화를 진전시키는 일종의 촉매 역할을 하고 있는 셈이다. 그리고 한국은 안타깝게도 이러한 일본의 전철을 그대로 밟아나가고 있다.

미국 정기건강검진의 확대는 생명보험회사나 민간기업, 선불제 의료보험 등의 경제적 이해관계에 의해 시작되거나 추동되었다. 그러나 일부 의료전문가를 중심으로 하여 근거중심의학을 토대로 그 효과에 대한 의문과 문제점들이 제기되면서 상업적 확산이 제한된 것으로 보인다. 미국 정기건강검진의 전체 양상까지는 알기 어렵지만, 한국과 달리 최고수준의 종합병원들이 제공하는 검진 프로그램은 경영자 건강검진에 국한되며 널리 활성화되고 있는 것 같지 않다. 한국과 같이 별도의 검진센터를 가진 곳도 없었다. 또한 국가수준의 검진 프로그램도 신생아 검진 이외에는 없고, 연방정부는 효과적인 예방서비스의 적용여부에 대해서 권고를 할 뿐이다. 주 정부는 일부 인종이나 취약계층에 대해서만 선별적인 프로그램을 운영하고 있다.

영국의 경우 심혈관질환에 관한 국가 프로그램을 2009년에 도입했는데, 이는 유럽이나 북미 국가 중에서는 흔하지 않은 프로그램이다. 이 프로그램의 근거에 대해서는 여러 비판이 제시되고 있다. 검진내용 중 임상검사는 한국의 건강보험 검진에 비해 매우 제한적이다. 영국의 암검진도 유방암, 자궁경부암, 대장암에 국한되어 있고, 대상자나 검사주기도 한국보다 협소하다. 대부분의 의료공급이 공적부문에서 이루어지고 의료이용이 일차적으로 주치의를 통해야 하는 전달체계의 영향으로 인해, 검진은 각 개인에 필요한 엄밀한 기준에 의해 이루어지고 상업적 검진 또한 그렇게 활성화되지 못하는 것으로 보인다.

5. 건강검진 ‘산업’의 정치경제

이 장에서는 현재의 한국 건강검진을 하나의 ‘산업’으로 보고 그것의 형성과 확대에 영향을 미친 정치와 경제적 요인을 비판적 실재론의 관점에서 설명하는 것을 목표로 한다. 건강검진을 ‘산업’이라고 할 때는 건강검진이 전체 보건의료의 한 요소가 아니라 다른 산업으로 구분할 만한 상당한 규모와 경제적 중요성, 그리고 독립적인 구조와 메커니즘을 가진다는 것을 전제한다.

첫째, 건강검진이 산업이 되기 위해서는 그것이 개인과 사회 안에 뿌리박혀야 한다. 우선 개인 차원에서는 건강검진에 대한 가치와 규범이 형성되고 ‘일반적’으로 수용되어야 한다. 경제적으로는 ‘유효 수요’가 존재해야 한다고 할 수 있다. 또한, 사회적으로는 개인 다수가 건강검진을 실천하고 접근할 수 있는 조건이 형성되어야 한다. 즉, 개인과 사회적 조건을 모두 포함하면 이러한 전제를 하나의 ‘삶의 양식’으로 불러도 될 것이다. 건강검진이 하나의 삶의 양식이 된 데에는 국가의 개입(제도), 질병과 사망의 중요한 이유가 만성질환 중심으로 바뀐 ‘역학적 변천(epidemiologic transition)’, 의료기술의 발전 등도 맥락으로 작동했다.

둘째, 건강검진의 산업화는 서비스의 수요와 공급 모두와 긴밀하게 연결되어 있고 또한 상호의존적이다. 수요의 측면에서 국가의 역할은 무시할 수 없다. 건강검진 서비스의 최대 수요자인 동시에 시장을 설계하고 만들어내는 주체이기 때문이다. 국가가 건강검진을 필요로 하는 이유로는 의료비 팽창에 대한 우려와 절감의 필요성이 가장 쉽게 드러난다. 더욱 심층적으로는 제도의 정당화를 위한 실체(국가의 책임과 의무를 물질적으로 실현시켜주는, 예컨대 군 의무복무병의 안전을 보장한다는 의미로의 군장병 건강검진), 그리고 정치적 갈등과 투쟁의 결과로 나타나는 배분 또는 그 지표(예: 저소득 계층 건강검진)로 드러난다. 공급 측면에서는 단순히 건강검진 내부의 시각, 즉 의료제공자만을 고려하는 것은 부족하다. 시스템 측면에서 보면 별도의 시스템(병원 내 별도의 건강검진센터, 건강검진 전문기관)을 갖게 된 것을 건강검진을 ‘산업’으로 부를만한 질적 변화로 볼 수 있다. 또한 공급의 폭발적인 양적 증가는 의료보험 실시와 건강검진의 지속적 확대와 맞물린다. 그리고 의료보험의 확대와 ‘저수가’, 본격적인 경쟁적 의료시장의 형성이라는 맥락과 이윤추구의 구조적 압력 속에서 건강검진이 유력한 ‘상품’의 하나로 등장한 것이다.

6. 맺는 글

건강검진은 이미 개인의 경험과 사회 안에 ‘삶의 양식’으로 되어버렸다. 더욱이 국가라는 거대한 권력(전국민을 제도라는 이름으로 포괄할 수 있고 강제할 수도 있다는 점에서)을 배경으로 하

고 있으니, 보장된 시장 안에 적극적으로 참여하여 이윤을 추구하려는 공급자가 맞물려 돌아간다. 이렇게 건강검진은 일종의 ‘상품’으로의 가치를, 한 분야의 ‘산업’으로의 구조를 더욱 확대해 나가리라는 전망이 지금까지의 결론이다.

문화, 국가적 정당성과 같은 정치, 역사적으로 축적되어 정밀해진 제도, 그에 따라 형성되고 정착된 이해관계는 어느 한 가지도 쉽게 바뀌어지는 것이 아니다. 그럼에도 불구하고 현상의 심층을 이해하는 것은 문제를 풀어나가는 시작점이자 핵심적인 조건이다. 그리고 점차 더 많은 이들이 알게 되는 것은 변화의 시작점이라는 것을 강조하고 싶다.

< 차 례 >

서문	iii
요약	iv
 1. 들어가는 글	 1
 2. 한국 건강검진의 역사	 3
1) 건강검진의 도입 시기(정부 수립이후 1977년까지)	3
2) 건강검진의 국가제도화(1977년-1995년)	7
3) 국가 건강검진체계의 구축(1995년-2000년대 중반)	8
4) 국가 건강검진체계의 재정비(2000년대 중후반-현재)	11
 3. 한국의 건강검진 현황	 14
1) 건강검진체계	14
2) 건강검진의 내용과 현황	16
3) 제도 외(민간) 건강검진 현황	31
4) 검진기관 인력과 장비 현황	40
5) 건강검진산업의 경제적 규모 추정	44
 4. 해외의 건강검진	 55
1) 일본의 건강검진	55
2) 미국과 영국의 건강검진	71

5. 건강검진 ‘산업’의 정치경제	86
1) 건강검진 산업화의 조건과 ‘삶의 양식’	87
2) 건강검진 산업의 수요	89
3) 건강검진 산업의 공급	94
4) 결론	99
6. 맺는 글	100
참고문헌	102
[부록1] 일부 상급종합병원의 종합건강검진 목록과 비용	104
[부록2] 100병상 당 병원 규모별 의료수익, 기타의료수익, 진단수익	110
[부록3] 건강검진 경제적 규모 추정 계산	114
[부록4] 한국 건강검진 제도의 역사 연대표	120

〈 그림 차례 〉

그림 1 건강보험의 건강진단비 증가 추세(1990년 - 2013년)	11
그림 2 건강보험의 건강진단 급여건수 증가 추세(1990년 - 2013년)	11
그림 3 한국의 공공/민간 건강검진 모식도	14
그림 4 근로자 건강진단의 개요	25
그림 5 종합병원급 이상 의료기관의 건강검진 연간 총 매출액 분포	32
그림 6 인천광역시 연수구 2030세대 미취업여성 무료건강검진 팸플릿	37
그림 7 이천농협 조합원 종합건강검진 홍보사진	38
그림 8 수도권 대형병원의 기타의료수익(건강검진수익 포함)	39
그림 9 건강검진의 경제성 평가 틀	44
그림 10 건강검진 재정구조의 모식도	45
그림 11 건강검진 비용추정을 위한 모식도	46
그림 12 인간 도크를 소개한 요미우리 신문(1954년 9월 19일자)	61

그림 13 브레인 도크 학회 홈페이지	64
그림 14 한 의료법인의 암 검진 안내 화면	65
그림 15 인간 도크 프로그램을 운영하는 한 의료법인의 영문 홈페이지	69
그림 16 일본 의료관광 협회 홈페이지의 건강검진 서비스 선택 화면	70
그림 17 마운트 사이나이 병원 홈페이지	78
그림 18 영국 암검진 프로그램 홈페이지	81
그림 19 NHS 건강검진 흐름도	83

〈 표 차례 〉

표 1 건강검진기본법의 주요 내용	14
표 2 연도별 선천성 대상이상검사와 난청조기진단의 대상자와 예산규모	17
표 3 영유아건강검진의 검진시기와 검진항목	18
표 4 영유아 건강검진의 연도별 대상자, 수검자 규모	18
표 5 영유아검진의 국고·지방비 보조 현황	18
표 6 학생 건강검진의 검진 항목	19
표 7 학생 건강검진의 대상 인원과 재정 규모	20
표 8 비취학 청소년 건강진단 사업의 검진 항목	21
표 9 비취학 청소년 건강진단 사업의 대상인원과 재정규모	21
표 10 일반건강검진의 검진 항목	22
표 11 연도별 일반검진의 대상자, 수검 규모	23
표 12 일반검진의 국고·지방비 보조 현황	23
표 13 생애전환기 건강검진의 검진항목	24
표 14 연도별 생애전환기 건강검진 대상자, 수검 규모	25
표 15 생애전환기검진의 국고·지방비 보조 현황	25
표 16 근로자 건강검진 대상자와 수검 규모	26
표 17 암 검진의 검진주기, 검사항목과 대상자	27
표 18 연도별 암검진 대상자, 수검규모	27
표 19 노인건강진단의 검진 항목	28
표 20 치매검진사업의 체계와 내용	28

표 21 연도별 치매조기검진사업의 대상자와 예산규모	29
표 22 건강검진기관의 매출액 규모 추정	32
표 23 1개 기관 당 평균 매출액	32
표 24 건강검진기관의 이용객 규모 추정	33
표 25 1개 기관 당 평균 이용자 수	33
표 26 표본조사 된 검진기관이 제공하는 노인 대상 종합검진 프로그램	35
표 27 100병상 당 손익계산서 중 의료수익과 건강진단수익의 규모	39
표 28 최근 5년 간 검진기관 현황 및 현지확인 실시	41
표 29 의료기관 종별 분류에 따른 전국의 검진기관 현황	41
표 30 의료기관 종별에 따른 검진인력 현황	42
표 31 의료기관 종별에 따른 장비 현황	43
표 32 의료기관 종별에 따른 골밀도검사 장비 현황	43
표 33 건강검진의 비용과 결과	44
표 34 건강검진에서 국가지출 부분의 구분과 합계	47
표 35 건강검진으로 인한 개인지출분 계산 결과	48
표 36 건강검진으로 인한 의료기관 수	49
표 37 검진 별 유소견 구분	51
표 38 영국의 건강검진 프로그램 예산	80

1. 들어가는 글

건강검진은 증상이 없는 사람을 대상으로 질병이 있거나 질병이 발생할 위험이 높은 사람들을 조기에 발견하기 위해 실시하는 의학적 검사이며, 선별검사(screening)는 개인이 아닌 특정 인구집단을 대상으로 하는 집단수준의 건강검진을 뜻한다(대한예방의학회, 2013). 건강검진과 선별검사의 의미는 알려져 있으나 대부분의 검사는 일정 정도의 위해(harm)를 동반하기 때문에 질병 특성과 검진도구가 일정한 기준을 충족하는 경우에 한해 건강검진을 시행하는 것이 타당하다. 이 때문에 많은 국가가 건강검진 대상과 항목의 타당성을 연구하는 조직이나 기구를 만들고 과학적, 사회적 효과를 검토한다.

다른 나라와 비교할 때 한국의 건강검진은 특이한 양상을 보인다. 먼저 국가가 제도적으로 시행하는 건강검진의 종류가 많다. 2015년 현재 국가가 정한 건강검진을 모두 받는다면 사무직으로 기대여명까지 사는 동안 총 30회가 넘는 건강검진을 받게 된다. 심지어 건강검진을 받지 않으면 법의 제재를 받기도 한다. 한편, 국가제도에 포함되지 않는 ‘자발적’ 건강검진의 규모도 크다. 민간의료기관이 제공하는 종합건강검진은 고급, 고가의 ‘상품’이 많아 고액의 효도상품으로 팔릴 정도고, 기업은 종합건강검진을 흔히 직원의 복리후생 ‘급여’로 이용한다.

국가제도와 자발적 건강검진을 구분했지만, 두 영역이 완전히 분리되는 것은 아니다. 공공과 민간의 건강검진은 모든 면에서 구분하기 어려울 정도로 결합되어 있는데, 이는 공공부문의 역할이 작은 한국 보건의료체계의 특성이 반영된 결과다. 국가가 건강검진 정책을 수립하지만 민간이 건강검진 프로그램을 수행하고, 민간기관의 고급 프로그램이 건강검진에 대한 국가 정책에 영향을 미치는 것을 쉽게 볼 수 있다. 최근에는 민간의 건강검진(기관)이 보건의료의 범위를 넘어 국가 경제와 산업정책에까지 등장했다. 공공기관이 발간한 한 보고서는 건강검진을 고령친화요양산업의 전략품목으로 선정하고 국가가 종합건강검진을 활성화하는 지원정책을 펴야 한다고 주장한다(한국보건산업진흥원, 2013^a). 2000년대 중반 이후 의료를 신성장동력의 하나로 간주하는 움직임이 강한 가운데, 건강검진은 의료서비스 해외 수출에서도 중요한 수출 모델로 꼽히고 있다(김지수 외, 2015).

본 연구의 연구진은 한국에서 나타나는 건강검진의 여러 현상들이 내포한 문제점을 검토해보고자 이 연구를 시작했다. 건강검진이 보건의료 서비스의 하나인 한, 보건의료 측면에서 먼저 검토되어야 한다. 그러나 이 연구는 보건의료보다는 건강검진의 사회적 배경과 현상, 그리고 그 의미를 추적하는 것을 일차적 목표로 삼는다. (많고 때로 지나친) 건강검진은 의료자본의 영리 추구에서 출발한 의료 상업화의 현상일까, 아니면 사람들이 질병과 의료를 이해하는 방식에서 연유

한 문화나 삶의 양식일까. 오히려 건강검진이 질병과 의료에 대한 인식을 변화시킨 것은 아닐까. 이처럼 몇 가지 질문만 하더라도 건강검진은 복잡하고 명확하지 않은 구조와 기전의 산물이라는 사실이 금방 드러난다. 지나친 건강검진이 환자에게 해가 되거나 사회적 자원의 낭비를 가져온다는 비판은 맞지만, 그것만으로는 현실을 변화시키는 데 필요한 충분한 조건을 갖추었다고 하기 어렵다. 그에 앞서 건강검진의 내용이 무엇이며 그 규모가 얼마나 큰지, 그리고 어떤 경로를 거쳐 지금의 모습에 이르렀는지를 이해하는 것이 필요하다.

한 마디로 이 보고서는 한국의 건강검진을 ‘산업’의 시각에서 이해하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 우선 다음 장에서는 한국의 건강검진이 어떤 역사적 흐름을 가지고 발전해왔는지 살펴본다. 3장에서는 한국의 건강검진 현황을 검토하고 그 전체 규모를 추정하며, 4장에서는 외국(일본, 미국, 영국)의 건강검진 현황을 검토함으로써 한국 상황과 비교하고 이해를 돕고자 하였다. 마지막으로 5장에서는 한국 건강검진산업의 정치경제적 측면을 분석함으로써 현상 속에 내재된 산업화의 심층 구조와 메커니즘을 탐색할 것이다.

2. 한국 건강검진의 역사

건강검진이 어떤 흐름을 거쳐 발달해왔는지를 살펴보려는 것이 이번 장의 목적이다. 현재의 건강검진이 가진 모습과 그 특성을 이해하기 위해서는 역사적 경과를 살펴보아야 한다. 정책과 제도는 물론 사람들의 태도와 문화, 삶의 양식도 어느 정도까지는 역사적으로 형성된 경로에 의존할 수밖에 없기 때문이다. 특히 사회적, 정치적 관점에서 현재의 건강검진을 해석하기 위해서는 ‘경로’로서의 역사가 더욱 중요하다. 경로에 내재된 제도와 맥락이 제도에 영향을 미칠 뿐 아니라 제도에 배태된 이해관계를 결정하기 때문이다(Klein et al., 2006). 이 장에서는 대한민국 정부수립 이후 다양한 국가 건강검진 제도들이 어떻게 도입되고 정착, 진화해 왔는지 살펴보고자 한다.¹⁾ 시기별로 정리한 표는 <부록 4>를 참고하기 바란다.

1) 건강검진의 도입 시기(정부 수립이후 1977년까지)

건강관리의 필요성과 용이함이 동시에 존재하는 집단, 즉 사업장 근로자와 학생 등에게 집단적으로 건강검진을 시행한 시기로, 일제 강점기 시기의 일부 항목에 대한 검진(기생충, 결핵)의 경험을 이어받으면서 동시에 새로운 대상자에 건강검진을 확립해 나가는 때다.

기생충, 결핵, 성병 등은 일제강점기는 물론이고 해방 이후에도 중요한 질병이자 보건문제였으므로 집단 검진이 다양한 방법으로 이루어졌다. 정부 수립 이전인 1946년 보건후생국이 “38이남 각 중등학교생도에 대하여 폐결핵 강의와 아울러 엑스(X)광선 검진을 실시”한다는 언론보도가 보인다.²⁾ 또한, 1947년 봄에 서울시 공무원들과 전문학교 학생 수백 명에 대해 기생충 검사를 실시하였고, 1948년에는 서울시 보건후생국이 초등학교 취학 아동에 결핵반응검사를 실시했다.³⁾ 대상은 다르지만, 1948년 미군정의 운수부가 용산공장지대 종업원에 대해 결핵검진을 시행한 것도 같은 차원이다.⁴⁾

정부 수립 이후 집단검진의 규모가 커지고 대상도 넓어진다. 사회부 보건국은 1948년 11월부터 1949년 4월까지 공장, 학교, 광산, 형무소 등에 있는 대상자 119,609명에 대해 투베르클린 반응검사를, 그리고 23,345명에 대해 방사선검사를 실시하였다.⁵⁾ 한국전쟁 때문에 시행되지는

1) ‘경로’의 측면에서 분석 대상을 정부 수립 이후로 한정하는 것은 한계가 있다. 많은 근대적 제도, 특히 국가 정책은 일제 강점기의 정책에 뿌리를 두는 것이 적지 않기 때문이다. 그러나 여기서는 현재 정책과 직접 관련된 시기란 점에서 정부 수립 이후에 초점을 맞춘다.

2) 동아일보. 중등교 결핵검진. 1946년 4월 1일.

3) 이규학. 국민보건의 제일과제 영향섭취와 체력향상. 경향신문 1948년 9월 19일.

4) 동아일보. 공장종업원 5%가 결핵환자로 판명. 1948년 4월 22일

못했으나 전국의 노동자 약 10만 6천명에 대해 결핵검진을 할 계획도 발표했다.⁶⁾ 집단 기생충 검사도 마찬가지로, 예를 들어 1953년 4월 보건의 날 행사에서 서울시는 “각 국민학교 아동에 대하여 기생충 집단검사”를 실시하는 것을 계획에 포함했다.⁷⁾

1950년대 초부터는 전국적인 범위의 체계적인 집단검진이 시작되었다. 보건부는 유엔의 지원을 받아 1952년 전국 5개 도시의 국민학교 아동 26만여 명에게 폐결핵검진을 시행했고,⁸⁾ 1953년에는 고등학교 학생 10만3천여 명과 대학생 2만5천여 명에게 폐결핵검진을 시행했다.⁹⁾ 1955년부터는 학생을 넘어 32세 미만의 인구 전체를 대상으로 검진이 시행되게 된다.¹⁰⁾ 특정 건강문제에 대처하기 위한 집단검진이 확대되면서 민간조직이 만들어지고 이들에게 검진의 시행이 위임되기 시작한 것도 이 시기다. 1953년 대한결핵협회가 만들어져 1956년부터 X-선 집단검진사업을 시작했고, 민간조직을 통한 검진사업이 빠르게 확대된다.¹¹⁾

대한결핵협회는 초창기 X-선 장비를 갖추지 못하였기에 보건사회부, 미경제협조처를 비롯한 해외 지원단체의 도움을 받아야만 했습니다. 이들 기관을 통해 지원받은 X-선 장비 3대를 시작으로 집단검진사업에 임하였으며 1956년 10월 처음으로 검진을 실시하게 됩니다. 첫째 서울시 초등학교와 중고등학교에 재학 중인 50,000명을 목표로 시작한 집단검진사업은 이듬해 경기, 강원, 충남 등으로 확대되었으며 그 대상 역시 일반주민, 공무원 등으로 넓혔습니다 이에 따라 검진실적은 전년 대비 2배가 넘는 105,600여명에 달하였습니다. 이후, 1958년부터는 후생시설 수용자까지 검진 대상을 확대하며 전국 총 184개소에서 194,100여명에 달하는 인원을 대상으로 X-선 결핵검진을 실시하였습니다.”

일제 강점기 이후 일부 인구집단의 건강문제도 관심을 끌었는데, 어린이와 노동자가 대표적 집단이었다. 어린이와 노동자는 그 자체로 정치적, 사회적 중요성을 내포하지만, 이들이 집단(학교와 직장)으로 존재한다는 점에서도 보건의 핵심 대상이자 실천 단위이다. 앞서 살펴 본 결핵과

5) 동아일보. 국민보건에 적신호!! 결핵보균 200만. 1949년 5월 22일.

6) 동아일보. 결핵검진 실시 전국 직장 노무자에. 1950년 6월 21일

7) 경향신문. 내일은 “세계보건일”. 1953년 4월 2일.

8) 동아일보. 폐결핵 검진 25만 아동에게 시행. 1952년 8월 25일.

9) 동아일보. 폐결핵 일제검진 전국 고교이상 학교에. 1953년 5월 26일.

10) 동아일보. 결핵집단검진 32세미만 국민에. 1954년 9월 10일.

11) 대한결핵협회 홈페이지. <https://www.knta.or.kr/kntaIntro/kntaHistory/h1959.asp>. 일부 문헌에 1950년 대한결핵협회와 기생충협회가 결핵과 기생충질환에 대한 집단검사를 시행하였다고 하고 이를 건강검진의 시초처럼 표현하고 있으나 근거가 명확하게 제시되어 있지 않다. 이들 조직이 결성된 시기나 집단검진이 확대된 시기로 보아 1950년부터 집단검진이 시작된 것으로 보기는 어렵다.

기생충 검진이 주로 학교와 직장 단위로 이루어졌다는 것이 집단별 접근의 ‘효율성’을 나타내는 사례라 할 것이다. 정부 수립 직후부터 학생과 노동자의 건강검진이 부각된 것은 집단이 갖는 정치적 성격과 실용적 성격이 동시에 반영된 결과다. 이들의 건강문제가 그 자체로 중요할 뿐 아니라 건강을 관리하고 해결하는 데에도 효율적이기 때문이다. 근대 국가를 수립하는 과정 초기부터 학생과 노동자의 건강은 ‘제도화’되고 건강검진이 그 핵심을 차지했다.

학생에 대한 건강관리가 최초로 제도화된 것은 1951년 학교신체검사규정(문교부령 15호)이 제정되고 체격·체질·체능검사를 규정한 것으로, 1955년부터 신체검사, 건강상담, 예방접종, 결핵관리, 기생충검사 등이 단계적으로 시행되었다(김상욱 외, 2004). 1967년에는 학교보건법(법률 제1928호)이 제정되어 학교신체검사규정에 법률적 근거가 마련되었다. 1979년에 학교신체검사규정이 학교신체검사규칙(문교부령 제446호)으로 바뀌었는데, 여기서는 신체검사의 표본학교를 지정할 수 있게 했고 이들 학교는 건강검사 결과를 7월 말까지 보고하도록 규정하였다.

학생들을 대상으로 한 건강관리는 주로 발달과 성장에 치중했으나, 혈액검사를 비롯한 임상과 병리검사로도 포함되었다. 1960년대 후반부터 혈액형검사를 시행했고, 1958년부터 전국의 학생 모두에게 기생충 검사를 실시했으며, 1980년에는 ‘소아 성인병’을 조기에 발견하기 위해 뇨검사(당뇨, 단백뇨, 잠혈)를 시작했다(김상욱 외, 2004).

학생에 비해 근로자는 각종 검사를 통한 건강진단의 비중이 더 컸다. 1953년 근로기준법이 제정되어 16인 이상 사업장 근로자를 대상으로 정기건강진단 실시가 의무화된 것이 직접적인 계기가 되었다. 근로기준법에는 근로자의 건강보호 및 노동생산성 향상에 기여하기 위해 근로자 직업병을 비롯한 질병을 조기에 발견하고 현재의 건강상태를 정확하게 파악하여 적절한 사후조치를 한다는 내용이 담겼고, 법 제 71조에 정기적 건강진단 실시의무가 명시되었다. 실제로는 1956년 50인 이상 사업장 305개소부터 건강검진이 시작되었다. 1961년에 근로자 보건관리규정이 공포됨에 따라 근로자 일반건강진단은 더욱 본격적으로 실시되었으며 1972년에는 근로자 건강검진을 일반검진과 특수검진으로 구분하였다. 1976년에는 근로자 건강검진이 상시 5인 이상으로 확대되어 대부분의 노동자가 검진 대상으로 포함된다.

학생과 근로자와 더불어 건강관리의 대상이 된 또 다른 집단이 공무원으로, 일부 공무원(철도, 통신 등)이 ‘노동자성’을 가진 것을 제외하더라도 집단성만으로도 건강검진의 대상이 될 만했다. 한국에서 공무원의 건강검진이 제도화된 것은 1963년 11월 1일부터 시행된 공무원연금법 제21조에 ‘건강진단’을 규정한 이후이다. 정부는 1965년 10월부터 28만 명의 공무원에 건강진단을 시행하고 그 후속 조치를 위해 총무처에 ‘공무원건강관리대책위원회’를 설치했다.¹²⁾ 이 때 건강진단은

12) 동아일보. 공무원 건강관리 대책위 설치키로. 1965년 12월 24일.

정기적으로 시행하는 것이 아니었으며, 6년 후인 1971년 두 번째로 전체 공무원에 대한 종합건강진단을 실시하게 된다.¹³⁾ 사립학교 교직원에 대해서는 1974년 1월 1일부터 사립학교교원연금법이 새로 시행되면서 공무원연금법이 규정한 내용과 같은 건강진단이 적용되었다.

국가제도로서의 건강검진이 시행, 확대되면서 민간의 ‘자발적’ 건강검진이 촉진되었다. 학생이나 공무원, 직장 노동자가 어떤 형태로든 건강진단을 받는다면 이에 따른 ‘시장제도’가 갖추어지고 사회적 인식과 학습이 동반된다. 제도적 건강검진의 대상이 아닌 사람들이 자발적으로 건강검진을 원하고 요구하는 토대가 만들어지는 동시에 이에 대응하는 공급체계가 갖추어지는 것이다.

건강검진을 제공하는 의료기관에는 공공(공공병원과 보건소등)과 민간의 구분이 없었지만, 민간의 적극적인 역할이 시작된 것은 「인간 도크」라 불리는 ‘종합건강검진’이라고 보는 것이 합리적이다. 1962년 3월 한국에서는 최초로 성모병원이 「인간 도크」를 설치했는데, 기존의 전염성 질환과 함께 암과 당뇨병 같은 ‘악성질환’을 조기에 발견하는 것을 강조했다.¹⁴⁾ 이는 1950년대 중반 이후 일본에서 유행하던 프로그램을 수입한 것이 분명하다.¹⁵⁾ 이후 대형 종합병원을 중심으로 인간 도크나 휴먼 도크, 종합건강진단 등의 이름을 붙인 서비스가 확대되어 1966년에는 5-6개 대학병원이 서비스를 제공하기에 이른다. 1966년 8월 31일 <경향신문> 기사에 따르면 “「휴먼 도크」이른바 「종합건강진단」이 3-4년 전부터 한국에 유행하고 있다. 서울 시내 성모병원을 비롯한 서울대학병원, 세브란스병원, 이대부속병원, 수도의대부속병원 등의 종합병원에는 매일 1명 정도가 종합진단을 받으러 입원한다. 성모병원이 제일 많아 매주 10명 이상, 기타 병원은 매주 5-6명이 입원한다.”

「인간 도크」는 비용이 비싸고 장시간 입원해야 하는 일종의 ‘사치재’로, 빠르게 증가하지는 못한 것으로 보인다. 그러나 이 시기에 자발적 건강검진의 수요와 공급은 꾸준히 늘어나는데, 전에 볼 수 없던 건강검진 전문기관이 설립되었다는 것이 이를 보여준다. 1972년 의사인 정재원은 ‘정 건강관리소’를 설립하고 혈액자동성분분석기를 이용해 결과를 하루 만에 알 수 있는 ‘대중적’ 건강진단 프로그램을 도입, 판매하였다.¹⁶⁾ 이 기관은 설립자 스스로 평가하고 있듯이 경제적으로 큰 성공을 거두었고 건강진단을 확산하는 데에 영향을 미쳤다. 건강검진을 전문으로 하는 기관이 성공적으로 운영되었다는 것은 수요의 기반이 있었고 공급을 위한 사회적, 기술적 조건이 충족되었다는 것을 의미한다.¹⁷⁾

13) 매일경제. 전공무원건강진단. 1971년 10월 1일.

14) 경향신문. “성모병원에 인간 「도크」”. 1962년 3월 29일; 나수섭. 1962. “「인간 도크」에 대하여. 건강진단을 위한 정밀신체검사”. <경향신문> 1962년 11월 7일.

15) 한국에 도입된 프로그램은 1주일간 입원하여 실시하는 것으로 일본에서 하던 것과 흡사하다. 자세한 것은 4장에 포함된 “일본의 건강검진”을 참고할 것.

16) 양재찬. 2008. “콩 연구 40년 정재원 정·식품명예회장” <포브스코리아>, 2008년 6월호(64호).

2) 건강검진의 국가제도화(1977년-1995년)

대상자와 필요에 따라 개별적으로 시행되던 건강검진은 1977년 의료보험이 출범하면서 전국민을 대상으로 하는 ‘국가제도화’의 전기를 마련한다. 근로자와 공무원·사립학교교직원이 의료보험의 대상자가 되면서 이전까지 따로 시행되던 건강검진 프로그램이 의료보험의 ‘급여’로 통합되는 제도적 틀이 만들어진다. 또한 건강검진이 의료보험의 급여로 포함됨으로써 의료보험이 적용되는 모든 대상자, 즉 피보험자와 더불어 피부양자까지 건강검진이 확대되었다. 건강검진의 ‘수요’를 충족하기 위해 민간기관을 중심으로 건강검진 서비스의 공급이 확대되기 시작한 것도 이 시기의 중요한 특징이다. 필요한 모든 국민이 의료보험을 통한 건강검진을 받을 수 있게 되고 이에 대응하는 공급 확대가 시작되었다는 점에서 건강검진의 국가제도화가 이루어진 시기라 불러도 좋을 것이다.

의료보험으로 통합된 최초의 집단은 공무원과 사립학교 교직원이다. 1977년 ‘공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법’이 제정되면서 공무원과 사립학교 교직원의 건강검진이 의료보험으로 흡수된 것이다. 법 제29조와 시행령 제25조에 따라 2년 주기로 건강진단을 시행하게 되었고, 이들의 피부양자에 대한 건강검진은 1993년부터 실시되었다.

직장 근로자는 의료보험 출발과 더불어 가장 중요한 피보험자였지만 근로자 일반건강검진이 의료보험으로 통합된 것은 1990년대 중반까지 미루어졌다. 여기에는 근로자 건강검진의 필요와 특성이 ‘일반’ 인구에 대한 그것과 다른데다, 프로그램을 관장하는 정부 부처가 노동부라는 것이 크게 작용한 것으로 보인다(의료보험은 ‘보건사회부’가 담당했다). 1981년 ‘산업안전보건법’이 제정됨에 따라 상시 근로자를 대상으로 이루어지던 기존의 근로자 일반검진과는 구별되는, 유해인자 노출 근로자를 대상으로 실시되는 근로자 특수건강진단이 시작되었다¹⁷⁾. 근로자의 일반 건강검진은 여전히 노동부가 관리했으나 의료보험에 건강검진이 포함되면서 ‘균열’이 생기는 것은 피할 수 없었고, 1988년 직장 근로자의 피부양자 건강검진이 시작되게 된다(이 때 간염예방사업도 같이 시작되었다).

17) 건강검진의 수요, 공급은 단순하지 않다. 수요가 있다 하더라도 잠재된 수요가 현실화되는 데는 공급이 중요한 역할을 했을 것이다. 정건강관리소는 설립 초기부터 공격적인 마케팅을 한 것으로 보이는데, 설립된 시기인 1972년 과대광고를 했다는 이유로 경찰에 고발되었다. 경향신문. 과대광고낸 한의원. 병원등 15업소 고발. 1972년 2월 28일.

18) 근로자 건강검진에서 일반건강진단을 제외한 배치 전 건강진단, 특수건강진단, 수시건강진단, 임시건강진단, 임시건강진단은 근로 환경 특성상 구분되어 진행되는 검진으로 이번 연구에서는 다루지 않기로 했다.

이 시기에 학생건강검진도 점진적으로 확대되는데, 성인에 대한 건강검진과는 다른 동기가 작용했으나 건강검진이 확대되는 추세에 영향을 받을 수밖에 없었다. 앞서 서술한 대로 1980년 시작한 당뇨, 단백뇨, 잠혈의 요검사사업이 두드러지는데, 간단하지만 임상검사가 도입된 것은 국가제도화를 시작한 의료보험의 건강검진에 영향을 받은 것이라고 보는 것이 합리적이다. 1993년부터는 척추측만증 선별검사를 시범적으로 실시하였고 2000년에는 돌연사 예방 스크리닝 사업을 시도하기도 했다.¹⁹⁾

의료보험의 건강검진이 시작되기 이전에 민간 병원이 인간도크 등을 통해 국가제도로서의 건강검진이 정착할 수 있는 기초를 닦았다는 것은 앞에서 서술한 것과 같다. 의료보험을 중심으로 건강검진이 확대되면서 인간도크는 ‘종합건강검진센터’로 전환되고 다른 병원들도 새로 참여한다. 고려병원(현 강북삼성병원), 강남성모병원이 1980년 종합건강검진센터를 개설하고, 부산침례병원(1982년), 서울백병원(1984년), 서울아산병원(1990년) 등이 뒤를 따랐다. 1980년 현재 검진기관은 치과 병의원을 제외하고 198개소에 지나지 않았으나, 건강검진이 국가제도화 되는 과정에서 검진기관 역시 크게 늘어나게 된다(조비룡 외, 2011).

3) 국가 건강검진체계의 구축(1995년-2000년대 중반)

건강검진이 일단 ‘국가제도’로 만들어졌다는 것은 이후 프로그램과 제도가 변화 또는 확대되는 데에 중요한 의미가 있다. 국가제도는 어떤 근거에서든 정치적이고 사회적인 권위를 가지고 정책과 행정, 그리고 개인의 판단과 행동에 영향을 미친다. 건강검진이 양적으로 확대되고 질적으로 체계화되며 제도화 수준이 올라가게 된다. 국가 건강검진체계는 전체 국민을 포함해야 ‘정당화’될 수 있는데, 여기에는 근로자 일반검진이 의료보험으로 통합된 것이 크게 기여했다. 같은 이유로 학교건강검진도 여러 형태의 시범사업을 거쳐 확대되었다. 대상자뿐 아니라 내용도 체계를 갖추어, 의료보험의 (일반) 건강검진이 포괄하지 못하는 암 검진 등이 새로 국가제도로 편입된다. 체계(system)는 ‘목표’를 한 가지 요소로 포함한다는 점에서 건강검진 체계 역시 목표에 대한 의문이 제기되고 평가와 비판의 목소리가 높아졌다.

국가 수준에서 건강검진체계의 구축을 상징하는 시기는 1995년이다. “건강에 관한 올바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성하고자” ‘국민건강증진법’이 제정되었고, 의료보험은 지역가입자, 직장가입자, 직장 피부양자, 공무원과 사립학교 교직원의 피부양자, 즉 국민 전체에 대해 건강검진을 시행하게 된다. ‘산업안전보건법’에 따른 근로자 일반건강

19) 이순영. 2013. “국내 영유아 및 학동기 건강검진”. 2013년 예방의학전공의 연수교육 자료집.

검진의 주관 부처가 노동부에서 복지부(직장의료보험조합)로 바뀐 것이 가장 큰 변화다. 건강검진의 근거가 되는 의료보험의 이름과 관리운영체계는 바뀌었으나 전국민 건강검진체계는 2000년 개정된 국민건강보험법 제 47조와 시행령 제 26조에 근거하여 현재까지 이어진다.

학생에 대한 건강검진은 의료보험(이하 ‘건강보험’)의 틀에서 벗어나 있다는 것은 이미 지적인 대로다. 건강보험의 건강검진이 주로 성인을 대상으로 검사 위주로 시행하는 데다 학생에 대해서는 ‘교육체계’가 건강관리의 책임을 지고 있다. 그러나 학생을 대상으로 한 건강관리에 다른 동기가 작동하고 있다 하더라도 국민을 대상으로 한 국가체계가 영향을 미치는 것은 필연적이고 또 당연하다.

건강보험이 점차 만성질환에 관심으로 보이면서 이것이 건강검진에 반영되었고, 학생 건강검진도 간접적인 영향을 받았다. 1996년 학교신체검사규칙(교육부령 제676호)이 전면 개정되어, 집단검진항목에서 기생충란 검사가 빠지는 대신 알레르기성 질환, 고도비만 등이 추가되고 소변검사와 혈액검사를 할 수 있도록 바뀌었다. 민간 의료기관을 이용할 수 있도록 하여 임상검사와 건강검진이 확대될 가능성을 연 것도 이 시기다.²⁰⁾ 대표적으로, 1997년 고등학교 1학년은 종합검진이 가능한 의료기관에서 체질, 체격의 신체검사를 실시할 수 있도록 학교신체검사규칙(교육부령 제706호)이 개정되었고, 이에 따라 1998년부터 전체 고등학교 1학년은 종합신체검사를 받았다. 또한 같은 해에 초, 중, 고등학교 학생 전체를 대상으로 의무적으로 소변검사를 받게 하였다.²¹⁾

학교신체검사는 매년 교사에 의한 체격과 체력검사, 교의에 의한 체질검사가 실시되어 왔는데 체질검사의 경우, 교의 위촉이 어렵고 짧은 시간 내 저렴한 진찰비로 진행됨에 따라 실효성이 없다는 문제가 제기되었다. 이상자의 발견율이 저조하고 검사결과에 대한 교직원과 학부모들의 신뢰가 낮다는 비판이 계속됨에 따라 일부 학교는 다른 건강검진 항목을 추가하여 검사하는 경우가 늘어나게 된다. 이에 따라 2002년 교육인적자원부는 고등학교 1학년을 대상으로 시행하던 집단 건강검진을 초등학교 1학년과 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년으로 확대하는 내용을 포함하도록 ‘학교보건법’을 개정하고 일부 학교를 대상으로 시범사업을 실시하였다. 2005년 3월 개정된 학교보건법(법률 제7396호)에서는 종전의 신체검사제도를 건강검사제도로 변경하고, 건강검사의 실시시기, 실시방법, 검사항목, 검사절차 등을 시행령으로 규정하였다(2006년 1월 10일 공포). 학생건강검사는 신체발달 상황, 신체 능력, 건강조사와 건강검진으로 구분하고, 그 가운데

20) 학생건강검진의 ‘의료화(medicalization)’이 심화되기 시작한 시기라고 할 수 있다.

21) 집단소변검사는 검사의 실효성에 대한 비판을 받기도 했다. 집단검사를 통하여 진단하고자 하는 질환과 이의 자연경과, 치료법이 분명하지 않고 확인되는 신질환의 대부분이 예후와 치료법이 확립되지 않은 질환이거나 치료와 무관하게 진행되는 만성질환이기 때문이다. 이종국 외, 1997, 서울지역 내 초·중·고 학생들에 실시된 8년 동안의 집단뇨검사 결과 분석, 소아과 40권 10호, 1347-1359.

건강검진은 국민건강보험법 제47조 규정에 의한 검진기관에서 실시하도록 되어있다. 초등학교 4학년 이상 비만 학생에 대해 혈액검사가 추가된 것에서도 알 수 있듯이, 학생에 대한 건강검사제도의 가장 큰 특징은 신체발달과 능력, 일반적인 건강평가보다 ‘임상검사’로 초점이 옮겨갔다는 것이다.

건강보험의 건강검진이 포함하지 못한 암 검진이 이 시기에 국가제도로 편입되었다. 물론, 암 검진이 제도화된 것은 건강문제의 변화에 따른 것이었다. 1995년 현재 암 사망률은 인구 10만 명당 110.8명(실인원 50,107명)에 이르러 주요 사망원인 1위(통계청, 1995)²²⁾를 차지했다. 이에 따라 정부는 종합적인 암관리 대책을 입안했는데, 1996년 보건복지부가 주도하여 암정복추진기획단을 만들고 제1기 암정복 10개년 계획(1996~2005)을 수립하였다. 암정복 10개년 계획에는 암의 조기진단율을 세배로 증가시키자는 암 조기진단율 증가와 5대 암(위암, 대장암, 유방암, 자궁경부암, 간암) 검진사업이 핵심 정책으로 포함되었다. 이에 따라 직장피보험자를 대상으로 특정 암 검사가 실시되었는데, 위암, 유방암, 대장암, 간암에 대하여 검진 비용의 50%를 보조하는 방식이었다. 1999년에는 의료급여 수급자를 대상으로 3대 암(위암, 유방암, 자궁경부암) 무료 검진을 시작하였고(국가 암검진사업), 2000년에 지역가입자를 대상으로 하는 특정 암검사를 시작하였다. 한편 건강검진의 관리체계도 정비되는데, 2000년 보건복지부 내에 암관리과가 신설되었고, 2001년에는 국립암센터가 개원하면서 암검진사업을 관리할 책임을 맡았다.

새롭게 국가제도에 편입된 암검진은 이후 꾸준히 확대되었다. 국가 암검진사업은 2005년부터 건강보험 가입자 하위 50%까지 확대되었고, 암조기검진 사업을 통해 확인된 암 환자에 대해서는 연간 최대 300만원, 의료급여수급자는 최대 120만원까지 암 치료비를 지원하였다(심주호 외, 2011). 2006년부터 국가 암검진사업 대상을 확대하고(장애인, 도서벽지 거주자 등), 직장보험 신규자격 취득자에 대해 검진을 실시하며, 특정암검사 본인부담률이 20%로 하향 조정되었다. 또한 2010년부터는 암검진 본인부담비율이 10%로 줄고 위, 유방, 자궁경부암 검진주기를 표준검진주기로 일괄 조정하였다(2년).

국가 건강검진체계가 구축되는 시기에 건강검진의 양과 대상자는 극적으로 증가하였다. 건강보험이 지불하는 건강진단 급여건수와 금액은 1990년 이후 꾸준히 증가하고 있으며, 특히 2000년대 중후반 이후 증가 추세가 두드러진다(그림 1, 2 참고). 민간 부문이 공급하는 건강검진 서비스의 증가도 비슷한 양상을 보인다. 서울아산병원의 1991년 건강검진 수검자는 13,170명이었으나, 2004년에는 39,846명으로 13년 만에 세 배로 늘었다. 또 삼성서울병원은 첫해인 1995년 연 10,133명이 건강검진을 받았는데, 2004년엔 33,016명으로 늘어나 9년 만에 세 배

22) 통계청(1995) 사망원인 통계결과

이상 증가했다.²³⁾

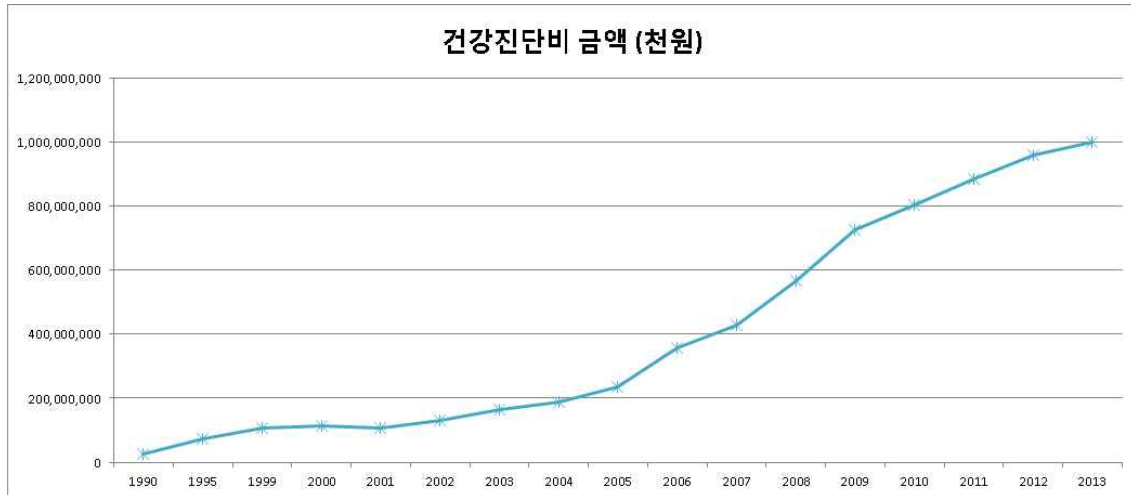


그림 2. 건강보험의 건강진단비 증가 추세(1990년 - 2013년)

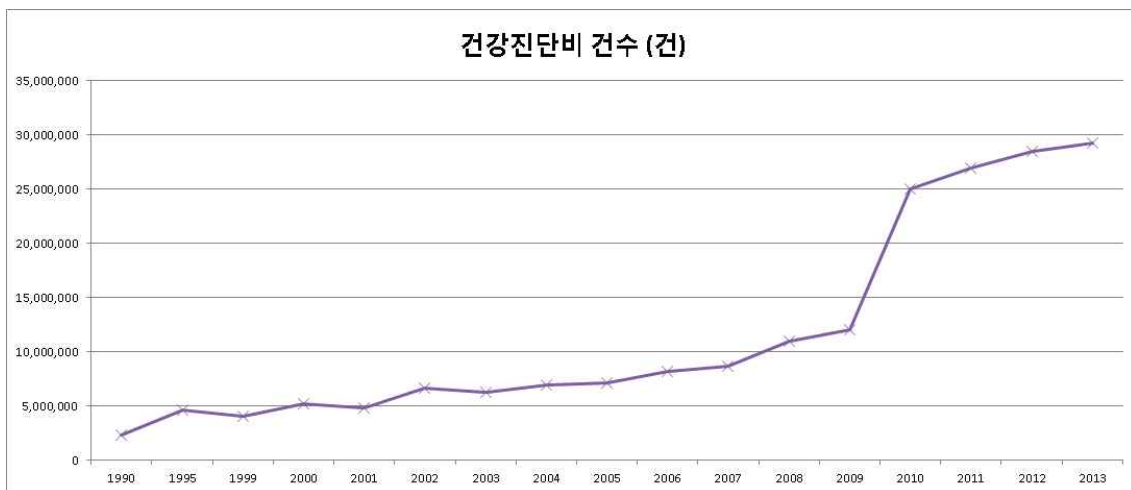


그림 3. 건강보험의 건강진단 급여건수 증가 추세(1990년 - 2013년)

4) 국가 건강검진체계의 재정비(2000년대 중후반-현재)

국가 건강검진체계가 구축됨에 따라 대부분 국민이 건강검진을 받을 수 있게 되었고 양적으로 크게 확대되었다. 그러나 질 관리가 제대로 이루어지지 않고 검진을 통하여 고위험군 또는 질병

23) 평화뉴스, <http://www.pn.or.kr/news/quickViewArticleView.html?idxno=2294>

군으로 확인된 대상자들에 대한 사후관리도 미흡했다. 또한, 민간 건강검진, 건강보험의 건강검진, 근로자의 특수건강검진, 암 검진, 학생건강검진 등 다양한 근거와 주체에 의해 건강검진이 시행되었으나 제도간의 통합과 연계, 역할 분담이 명확하지 않았다. 특히 중요한 것은 건강검진의 정책 목표가 명확하지 않고 목표를 달성할 수 있는 수단 역시 분명하지 않았다는 것이다.

정부는 이런 비판을 기초로 2005년부터 국민건강검진제도 개선사업을 실시하는데, 건강검진 지침 개발, 건강검진 제도 개선, 건강검진기본법(안) 등에 대한 검토가 이루어졌다. 일차적으로 논의된 것이 건강검진의 효과와 질을 올린다는 것으로, 구체적인 방안으로 제안된 것이 ‘생애전환기 검진사업’을 실시한다는 것이다. 정부는 2007년 실시 기준을 만들고, 만 40세와 66세를 대상으로 하는 생애전환기 건강진단을 시행했다. 이전의 건강검진과 달리 고위험군과 질병군으로 확인된 대상들에 대해 체계적인 사후관리를 제공하고, 검진대상자에게 주요 질환의 발생위험도를 추정하여 알리며, 건강행태(흡연, 음주, 영양, 운동)에 대한 평가를 통해 생활습관을 개선하게 한다는 점을 강조했다.

2007년에는 기존의 건강검진에 추가하여 ‘영유아 건강검진’이 새로 도입되었다.²⁴⁾ 2007년 11월 건강보험 적용자에 대한 영유아 건강검진이 시작되었고, 2008년에는 의료급여 수급권자인 영유아의 건강검진이 실시되었다. 2009년에는 국가검진위원회 의결에 따라 만 4세(42~48개월)까지 영유아 건강검진이 확대되고, 2010년에 54~60개월, 2012년에는 66~71개월 영유아의 검진이 순차적으로 추가된다. 2015년 현재 4~71개월 사이의 영유아가 3회의 구강검진을 포함하여 총 10회의 건강검진(4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개월, 54개월, 66개월)을 받는다.

새로운 검진이 추가되고 대상자가 확대되면서 건강검진 수검자는 꾸준히 확대되어 2008년에는 약 980만 명 정도가 국가건강검진을 받았고, 수검율도 꾸준히 증가하여 48.8%에 이르렀다(국민건강보험공단, 2008). 건강검진기관 수도 2008년 5,840개에 이를 정도로 급속하게 늘어났다. 그러나 건강검진 기관의 질 관리는 여전히 미흡했고, 개인별, 연령별, 성별 특성을 고려하지 않는 획일적인 검진 때문에 검진에 대한 만족도는 높지 않았다. 검진결과의 사후관리가 부실하고 건강증진 프로그램과 연계하는 등의 후속조치 역시 제대로 이루어지지 않았다. 이에 대해 정부가 내놓은 대책은 적극적인 생활습관 개선 상담까지 포괄하는 사전건강관리체계로의 전환이었고, 이는 2008년 ‘건강검진기본법’ 제정으로 구체화되었다(보건복지부, 2011). 이 법은 건강검진의 기본목표, 추진계획, 보건의료자원 조달 및 관리방안이 담긴 건강검진종합계획을 5년마다 수립하도록 하였고, 2009년 일반건강검진, 생애전환기 건강검진, 영유아 건강검진의 건강검

24) 신생아를 대상으로 한 페닐케톤뇨증, 선천성 갑상선기능저하증 선별검사는 1997년에 시작되었고 2006년 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성 부신기능항진증, 호모시스틴뇨증이 추가되었다.



진 실시기준을 고시하였다. 일반건강검진사업의 주요 목표 질환을 심뇌혈관 질환으로 설정하고, 국가건강검진사업의 검진 항목을 크게 바꾸어 1, 2차 검사항목을 통합, 조정하였다. 질 관리를 위해서는 질병관리본부 내에 총 64개 전문분과, 약 500여 명의 전문가로 구성된 검진기준 및 질 관리반을 구성, 운영하는 한편, 2008년부터는 암검진기관에 대해, 2009년부터는 일반검진기관에 대해 시설, 인력, 장비 등의 적정성을 정기적으로 방문 확인하도록 하였다. 건강검진기본법에 따라 2010년 수립된 1차 국가건강검진 5개년 계획에는 일반건강검진, 영유아건강검진, 생애전환기 건강진단 외에 초·중·고등학교 학생건강검사(교육과학기술부 주관), 근로자 건강검진(노동부 주관) 등 다른 부처에서 시행중인 10개의 국가검진에 대한 운영계획이 모두 포함되었다.

3. 한국의 건강검진 현황

1) 건강검진체계

한국은 어느 나라보다도 다양한 국가 건강검진 프로그램을 제공하면서도 ‘자발적’인 건강검진 역시 혼재되어 있다. 의무적으로 시행해야 하는 근로자 건강검진이 있는가 하면 같은 기업 안에서 직원에 대한 복리후생의 일환으로 종합건강검진을 제공하기도 한다. 관리감독을 맡은 정부 부처에 따라 다른 건강검진이 있으며 국가건강검진 사업 내에서 재원이 서로 다르기도 하다. 2015년 현재 건강검진사업과 프로그램을 서로 다른 기준에 따라 구분하면 그림 3과 같다.



그림 4 한국의 공공/민간 건강검진 모식도

이처럼 다양한 건강검진 프로그램들은 각각 다른 개별 법령과 관장 부처에 따라 시행, 확대되어 온 결과인데, 2015년 현재 이들을 규정하고 규율하는 법률적 토대는 ‘건강검진기본법’이다 (표 1 참고). 이 법은 앞서 역사에서 서술한 것과 같이 국가건강검진 체계를 구축하고 다양한 건강검진 프로그램 사이의 관계를 명확하게 할 목적으로 제정되었다.

표 1 건강검진기본법의 주요 내용

조항	내용
제 1조(목적)	이 법은 국가건강검진에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 국가건강검진의 계획과 시행에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다.
제 3조(정의)	3. “국가건강검진”이란 제11조 및 제12조에 따라 국가와 지방자치단체가 시행하는 건강검진으로 다음 각 목과 같다. 가. 「모자보건법」에 따른 영유아에 대한 건강검진 나. 「영유아보육법」에 따른 영유아에 대한 건강검진 다. 「학교보건법」에 따른 초·중·고등학교 학생의 건강검진 라. 「청소년복지지원법」에 따른 청소년 건강진단 마. 「국민건강보험법」에 따른 건강검진 바. 「산업안전보건법」에 따른 일반건강진단 사. 「의료급여법」에 따른 건강검진 아. 「암관리법」에 따른 암검진 자. 「노인복지법」에 따른 건강진단 차. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 건강검진

국가가 주관하는 건강검진 외에 민간부문의 자발적 건강검진이 적지 않다는 점도 중요한 고려 사항이다. 국가 건강검진을 받으면서 동시에 국가 건강검진이 포함하지 않고 있는 급여 외(비급여) 항목들을 함께 검사받는 것이나, 아예 병원급 이상 의료기관이나 전문검진센터를 통해 종합 패키지로 제공되는 종합건강검진이 이에 해당한다. 검진은 빅5 병원이 처음 전문 건강검진센터를 내세워 종합검진 상품을 제공한 것을 시작으로 의료시장의 한 분야를 차지하고 있으며, 해외 의료수출이나 고령화 요양산업 분야에서도 핵심적인 분야로 자리 잡아 ‘건강검진 산업’이라 하기에도 부족하지 않을 정도의 위치를 점하고 있다. 웬만한 병원 홈페이지를 검색하면 민간 의료기관은 물론 공공 의료기관도 예외는 없이 여성과 노인처럼 대상에 따라, 그리고 실버나 골드 등 수준에 따라 다양한 패키지로 구성된 종합건강검진을 마련하고 있다는 안내를 손쉽게 찾아볼 수 있다. 일부 기업들은 특정 병원 또는 검진센터와 협약을 맺고 직원 복리후생으로 일정 수준의 종합건강검진을 제공하기도 하며, 이러한 과정에서 업체선정 경쟁, 가격경쟁과 항목(혜택)의 조정이 이루어지는 것이 일반적으로 이는 시장의 기전과 전혀 다르지 않다²⁵⁾. 그리고 이런 형태의 종합건강검진은 기업 뿐 아니라 공무원, 농협 조합원 등 공공과 민간의 특정 조직이 조직원을 대상

25) 조선비즈. “CT 찍으면 대장내시경은 덤”...‘병원들의 전쟁터’ 기업건강검진. 2014년 9월 26일.
(바로가기: http://biz.chosun.com/site/data/html_dir/2014/09/25/2014092501133.html?Dep0=twitter)



으로 한 보상과 혜택의 일환으로 활용되기도 했다. 이에 대한 내용은 같은 장의 ‘제도 외 (민간) 건강검진 현황’에서 보다 자세히 다루었다.

2) 건강검진의 내용과 현황

지금까지 살펴본 대로 제도권에서는 일반건강검진, 암 검진, 영유아 건강검진, 근로자 건강검진, 학생 건강검진, 생애전환기 건강검진, 치매조기검진, 노인건강진단 등 생애주기별로 꽤 많은 종류의 검진을 시행하고 있다. 검진사업들은 역사적 발달과정에 따라 다양한 부처와 재원을 통해 시행·관리되어 왔으며 2000년대 중후반부터 이루어진 대대적인 정비와 개선을 통해 지금에 이르렀다.

건강검진의 제공체계를 구분하면 ㉠ 전국민을 대상으로 건강보험급여(의료급여)로 제공되는 건강검진과, ㉡ 빈곤층이나 건강보험으로 포괄되지 않는 집단에 대해 담당부처와 지자체 예산을 써서 제공하는 건강검진사업으로 나눌 수 있다. 전자에는 영유아 건강검진, 일반건강검진(근로자 일반건강진단 포함), 생애전환기 건강검진, 암검진, 노인건강진단이 포함된다. 후자에는 보건복지부의 신생아 건강검진, 비취학청소년 건강검진, 치매조기검진, 교육과학기술부의 학생건강검진, 그리고 국방부의 군장병 건강검진이 해당된다. 이 부분에서는 말 그대로 요람에서 무덤까지 국가건강검진사업이 얼마나 촘촘히 포진하고 있는지, 생애주기를 따라 검진사업 각각의 내용과 그 규모가 어떠한지를 살펴본다.

(1) 신생아 건강검진

신생아 건강검진사업은 모자보건법 제3조, 10조에 근거하며, 보건복지부의 모자보건사업 중 일부인 ‘선천성대사이상검사 및 환아관리’, ‘난청조기진단’이 여기에 해당된다. 시행주체는 지자체로 재정은 국민건강증진기금과 지자체가 나누어 부담한다(서울의 경우 30:70, 그 외의 지자체는 50:50의 비율로 부담). 선천성대사이상검사는 모든 신생아에 시행하며 검사항목은 페닐케톤뇨증, 갑상선 기능 저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성 부신 과형성증 등 6종이다. 환아로 진단된 경우 검사비와 관리비의 일부가 지원된다. 단, 난청 조기진단은 최저생계비 200%이하 가정의 신생아에 한해 지원된다(표 2 참고).

표 2 연도별 선천성 대사이상검사와 난청조기진단의 대상자와 예산규모(단위: 명, 원)

연도	선천성대사이상검사 및 환아관리		난청조기진단	
	대상자	예산	대상자	예산
2015	452,000	55,000,000,000	42,000	497,000,000
2014	474,375	13,050,000,000	136,300	3,547,000,000
2013	462,000	12,188,100,000	41,715	1,081,070,000

(출처: 보건복지부, 2015^a)

(2) 영유아 건강검진

영유아 건강검진사업은 영유아보육법 제31조, 국민건강보험법 제52조, 의료급여법 제14조에 근거한다. 시행주체와 재원은 ‘국민건강보험법’에 따른 일반건강검진과 같은 체계를 갖는다. 만 6세 미만의 모든 영유아는 표 3에 제시된 대로 시기별로 3회의 구강검진을 포함하여 총 10회의 건강검진을 실시한다. 건강보험 적용자의 경우 건강보험공단이 시행주체로 재원은 건강보험료이며, 의료급여수급권자에게는 지자체가 건강보험공단에 위탁하여 시행하고 재원은 국고와 지방비(서울의 경우 50:50, 나머지 지자체는 80:20)이다. 대상 인원은 2013년도에 약 320만 명이었고 이 중 수검율은 63.7%로 200만 여 명이 1차 검진을 받았다(표 4).

검진을 통해 선별하고자 하는 질환은 성장이상, 발달이상, 비만, 안전사고, 영아급사증후군, 청각이상, 시각이상, 치아우식증 등이다. 연계사업으로 영유아 검진 결과 발달지연 의심을 통보받은 경우, 의료급여 수급권자와 건강보험료 부과금액 하위 30% 이하에 해당한다면 1인당 1회 최대 40만원 이내로 검사비용이 지원된다(표 5).

표 3 영유아건강검진의 검진시기와 검진항목

항목	1차	2차	3차	4차	5차	6차	7차
	4-6m	9-12m	18-24m	30-36m	42-48m	54-65m	66-71m
문진(시각/청각)	●	●	●	●	●	●	●
진찰	●	●	●	●	●	●	●
신체계측	●	●	●	●	●	●	●
발달평가		●	●	●	●	●	●
건강교육 (안전/영양)	수면/돌연 사증후군	구강	대소변 가리기	정서 및 사회성교육		취학준비	
				전자미디 어 노출	개인위생		간접흡연
구강검진			●		●	●	

(출처: 보건복지부, 2015^a)

표 4 영유아 건강검진의 연도별 대상자, 수검자 규모(단위: 명, %)

연도	전체인구	대상인원	수검인원	대상비율	수검율
2013	50,558,952	3,245,983	2,068,795	6.4%	63.7%
2012	50,345,325	3,200,486	1,773,480	6.4%	55.4%
2011	50,111,476	2,746,618	1,477,268	5.5%	53.8%
2010	49,879,812	2,671,334	1,339,396	5.4%	50.1%

(출처: 보건복지부, 2015^a)

표 5 영유아검진의 국고·지방비 보조 현황(단위: 원, 2014년 기준)

검진 종류	합계	국고보조금	순지방비
영유아검진	1,483,640,000	1,125,000,000	358,640,000

(3) 학생건강검진, 비취학청소년 건강검진

학생건강검진은 학교보건법 제7조에 근거해 교육과학기술부가 담당하며 시행주체는 학교의 장이다. 각 학교의 장은 ‘건강검진기본법’ 제14조에 따라 지정된 검진기관(병·의원)을 2개 이상 선정하여 건강검진 계약을 체결하여 학생들이 원하는 시기에 연중 건강검진을 받을 수 있게 하거나 일부 교육감의 승인을 얻어 출장검진을 실시한다. 단, 비취학청소년에 대해서는 청소년복지지원



법 제9조에 근거하여 보건복지부와 국가 및 지방자치단체가 이를 대신한다. 따라서 재원도 학생 건강검진의 경우 교육과학기술부에서 예산을 부담하나 비취학청소년 건강검진은 복지부와 지자체의 예산을 사용한다. 학생 건강검진 대상은 초등학교 1, 4학년, 중학교 1학년, 고등학교 1학년이며, 초등학교 2, 3, 5, 6학년은 구강검사 대상자이다. 검진항목은 표 6에 제시하였다.

표 6 학생 건강검진의 검진 항목

검사항목		세부항목
근·골격 및 척추		근·골격 및 척추의 형태 및 질병 검사
눈	시력측정	
	색각이상	초 4학년 및 중 1학년
	안질환	결막염, 눈썹찢림증, 사시 등 검사
귀	청력	
	귓병	중이염, 외이도염 등 검사
콧병		부비동염, 비염 등 검사
목병		편도선비대, 임파절 증대 및 갑상선비대 등 검사
피부병		아토피성 피부염, 전염성 피부염 등 검사
구강	치아상태	우식치아, 우식발생위험치아, 결손치아 검사
	구강상태	구내염 및 연조직질환, 부정교합, 구강위생상태 등 검사
기관능력		호흡기(알레르기성 천식포함), 순환기, 비뇨기, 소화기 및 신경계통
병리검사 등	소변	요단백, 요잠혈 검사
	혈액	비만학생: 혈당, 총콜레스테롤, AST, ALT(경도비만 이상) 여고학생: 혈색소
	혈액형	ABO 및 RH식(초1)
	결핵	흉부 x-선 촬영 및 판독(중1, 고1)
	간염	B형간염 항원(중1)
	혈압	수축기, 이완기 혈압
그 밖의 사항		세부항목 외 담당의사가 판단 추가

(출처: 교육과학기술부 고시, 2012²⁶⁾)

학생건강검진의 검진비용은 학교장 재량으로 운영되다 보니 개별 시·도마다 다른 검진수가를 보고하고 전국적인 통계보고가 없다. 그러나 일부 지자체가 보고한 자료에서 수검률이 주로

26) 교육과학기술부 고시(2012). 학교 건강검진 결과 판정 및 기재방법 등에 관한 기준.



100%인 점을 감안해 전체 학생이 모두 검진을 받는다고 가정하고, 보건복지부 행정규칙에 고시된 1인당 검진수가를 적용하면 전체 학생건강검진 재정규모는 연간 528억 7천만 원 정도이다 (표 7)²⁷⁾.

표 7 학생 건강검진의 대상 인원과 재정 규모(단위: 명, 원)

구분		인원	검사비 단가 ²⁸⁾	총 비용
초등학교 1학년		478,890	16,770	8,030,985,300
초등학교 2학년(구강)		435,376	5,500	2,394,568,000
초등학교 3학년(구강)		420,490	5,500	2,312,695,000
초등학교 4학년		455,234	14,770-21,160	7,160,147,969
초등학교 5학년(구강)		473,280	5,500	2,603,040,000
초등학교 6학년(구강)		465,239	5,500	2,558,814,500
중학교 1학년		528,857	24,650-31,040	13,543,234,485
고등학교 1학년	남	317,470	21,990-28,380	7,285,460,295
	여	288,411	23,250-29,640	6,981,997,694
합계				52,870,943,242

(출처: 교육부·한국교육개발원, 2014²⁹⁾; 보건복지부, 2014³⁰⁾)

비취학 청소년 건강진단 사업

이 사업은 학교보건법에 근거한 학생건강검사의 대상이 아닌 비취학 청소년(15-18세)에게 건강진단서비스를 제공한다. 여기에는 대안학교 재학생 및 청소년쉼터 거주 청소년, 아동보호치료 시설 입소아동 등이 포함된다. 청소년복지지원법 제6조에 근거하여 지자체가 수행하며 본인부담 없이 국고와 지방비로 재원을 충당한다. 검진항목과 규모는 표 8과 표 9를 참고하기 바란다.

27) 단, 실제 지출액이나 예산을 제시한 다른 검진부분과 달리 학생검진의 규모는 몇 가지 가정이 들어간 추정치임을 감안하고 볼 것.

28) 비만인 경우 검사비용이 추가되므로 2014년도 학교건강검사 표본조사 결과에 따른 초·중·고등학생 비만을 15%를 적용하여 총 비용을 계산하였다.

29) 교육통계서비스, 학년별 학생수 (바로그기 <http://kess.kedi.re.kr/>)

30) 보건복지부장관고시 「건강검진실시 기준(2014-2호, 2014. 1. 9)」

표 8 비취학 청소년 건강진단 사업의 검진 항목

구분	검사항목
진찰 및 상담	
이학적 검사	일반건강상태 건강행위평가 건강상담
혈압측정 및 신체계측	혈압측정 시력, 청력 신장, 체중
혈액검사	혈색소, 공복혈당, 총콜레스테롤, AST, ALT, B형간염항원 (일반, 정밀, 핵의학적 정밀검사)
영상검사	흉부방사선촬영
구강검사 및 건강상담	구강건강상태 진단 및 위험요인 평가 구강건강 상담 및 교육

표 9 비취학 청소년 건강진단 사업의 대상인원과 재정규모(단위: 명, 원)

연도	목표인원	합계	국고보조금	지방비
2014년	1,500	72,978,000	54,000,000	18,978,000
2013년	1,500	69,850,000	53,000,000	16,850,000

(출처: 보건복지부, 2015^b)

(4) 일반 건강검진

가장 많은 대상자가 포함되는 일반건강검진은 국민건강보험법 제52조, 의료급여법 제14조에 근거한다. 담당 부처는 보건복지부, 수행주체는 국민건강보험공단이며 재원은 건강보험료이다. ‘의료급여법’을 따른 경우는 수행주체가 지자체(건강보험공단에 위탁)가 되고 복지부와 지자체 예산으로 이를 부담하게 된다.

일반검진의 목표는 심뇌혈관질환과 치매를 조기에 선별하는 것이다. 대상자는 건강보험 지역가입자 세대주, 직장가입자, 만 40세 이상 세대원과 피부양자, 의료급여수급권자 만 19세-64세 세대주, 만 41세-64세 세대원이며, 생애전환기건강진단 대상자인 40세, 66세는 일반건강진단에서 제외한다. 검진 주기는 지역가입자와 피부양자가 2년에 1회, 직장가입자 중 사무직은 동일하



게 2년에 1회이고 비사무직은 1년에 1회이다. 2013년도에는 전체 인구 5천만 명 중 약 30%인 1천 5백만 여 명이 수검 대상자였고, 이 중에서 71%인 약 1천 1백만 명이 검사를 받았다. 수검자 중 약 10%가 이상소견을 통보받는다(표 11). 검진항목은 표 10에, 국고와 지방비 보조 현황은 표 12에 제시하였다.

표 10 일반건강검진의 검진 항목

구 분	목표질환	검사항목	세부항목
1차 검진	비만 시각이상 청각이상 고혈압 건강위험요소 파악	-진찰 및 상담, 문진 (질환력, 흡연, 음주, 운동, 인지기능, 기분 상태) -계측검사 -건강위험평가(HRA)	-진찰 및 상담 -신장 및 체중, 허리둘레, 비만도 -시력, 청력 및 혈압측정 -질환별 건강위험요인 알아보기 및 조절하기 ※ 인지기능장애(만 70세와 74세)
	폐결핵, 흉부질환	흉부방사선 촬영	흉부방사선 촬영 및 판독
	신장질환	소변검사	요단백
	빈혈 등	혈액검사	혈색소, 공복혈당, 총콜레스테롤, HDL 콜레스테롤, 트리글리세라이드, LDL콜 레스테롤
	당뇨병		
	이상지질혈증	혈액검사	AST(SGOT), ALT(SGPT), 감마지티피 (γ -GTP), 혈청 크레아티닌, 신사구체 여과율(e-GFR)
	간질환		
	만성신장질환		
2차 검진	구강검진	-문진, 상담, 교육 -시진 검사	치아검사, 치주조직검사, 구강보건교육
	공통	-건강검진 상담	- 1차 건강검진 결과 및 건강위험평가 상담
	고혈압	-혈압검사	- 혈압
	당뇨병	-혈액검사	- 공복혈당
	인지기능장애	-KDSQ-C	- 70세, 74세 1차 수검자(문진) 중 고위험군 대상 설문

(출처: 보건복지부, 2015^{b)})



표 11 연도별 일반검진의 대상자, 수검 규모(단위: 명, %)

연도	전체인구 ³¹⁾	대상인원	1차 수검인원	대상비율	1차 수검율
2013	50,558,952	15,775,891	11,381,295	31.2%	72.1%
2012	50,345,325	15,673,188	11,419,350	31.1%	72.9%
2011	50,111,476	15,249,528	11,070,569	30.4%	72.6%
2010	49,879,812	15,917,939	10,851,277	31.9%	68.2%
연도	2차 대상자	1차 유소견율	2차 수검자	2차 수검율	
2013	1,087,459	9.6%	404,470	37.2%	
2012	1,118,133	9.8%	412,397	36.9%	
2011	1,112,233	10.0%	395,053	35.5%	
2010	1,130,883	10.4%	439,339	38.8%	

표 12 일반검진의 국고·지방비 보조 현황(단위: 원, 2014년 기준)

검진 종류	합계	국고보조금	순지방비
일반검진	5,716,434,000	4,518,233,000	1,198,201,000

(출처: 보건복지부, 2015^{b)})

(5) 생애전환기 건강검진

생애전환기 건강검진은 일반건강검진과 같은 체계로 이루어져 있으며, 연령에 따라 특성화된 건강검진과 건강위험요인에 대한 생활습관의 개선에 초점을 맞추고 있다. 대상자인 만 40세는 주요 만성질환의 발생증가와 위험요인 관리가 필요한 연령이고, 만 66세는 치매 등 노인성 질환과 뇌졸중, 심근경색 질환 등 치명률이 높은 질환이 증가하는 연령이며 낙상, 인지기능 장애 등 노인성 질환의 위험이 증가하고, 전반적인 신체기능이 저하되는 시기이다. 2013년도에 만 40세와 66세의 검진자 수는 약 51만 명과 30만 명이며, 수검율은 각각 70.1%, 76.6%로 일반건강검진과 비슷하지만 만 66세에서 조금 더 높은 경향을 보인다(표 14). 검진항목은 표 13에, 국고와 지방비 보조현황은 표 15에 제시하였다.

31) 주민등록연앙인구수

표 13 생애전환기 건강검진의 검진항목(일반검진과 다른 항목에 음영처리)

구 분	목표질환	검사항목	세부항목
1차 검진	비만	진찰 및 상담, 문진	진찰 및 상담
	시각이상	(질환력, 흡연, 음주, 운동, 인지기능, 기분상태)	신장 및 체중, 허리둘레, 비만도
	청각이상	운동, 인지기능, 기분상태)	시력, 청력 및 혈압측정
	고혈압	계측검사	질환별 건강위험요인 확인 및 조절
	건강위험요소 파악	건강위험평가(HRA)	
	폐결핵, 흉부질환	흉부방사선 촬영	흉부방사선 촬영 및 판독
	신장질환	소변검사	요단백
	빈혈 등	혈액검사	혈색소, 공복혈당, 총콜레스테롤, HDL 콜레스테롤, 트리글리세라이드, LDL 콜레스테롤, B형간염표면항원, B형간염 표면항체
	당뇨병		
	이상지질혈증		
	간염	혈액검사	AST(SGOT), ALT(SGPT), 감마지티피(γ-GTP), 혈청 크레아티닌, 신사구체여과율(e-GFR)
	간질환		
	만성신장질환		
2차 검진	구강검진	문진, 상담, 교육 시진 검사 세균 검사(만 40세)	치아검사, 치주조직검사, 구강보건교육 치면세균막 검사
	골다공증 (66세 여성)	방사선 또는 초음파	양방사선 골밀도 검사(DXA), 양방사선 말단 골밀도(PDEXA), 정량적 전산화 단층 골밀도검사(QCT, PQCT), 초음파 골밀도 측정(QUS) 중 1개
	노인신체기능(66세)	낙상검사	하지기능, 평형성
	공통	건강검진 상담	1차 건강검진 결과 및 건강위험평가 상담
	고혈압	혈압검사	혈압
	당뇨병	혈액검사	공복혈당
	인지기능장애(66세)	KDSQ-C	66세 1차 수검자(문진) 중 고위험군 대상 설문
	생활습관	흡연, 음주, 운동, 영양, 비만	5개 영역 총 42문항
	우울증	CES-D(40세 20문항), GDS(66세 15문항)	40세, 66세 1차 수검자(문진) 중 고위험군 대상 설문

(출처: 보건복지부, 2015^b)

표 14 연도별 생애전환기 건강검진 대상자, 수검 규모(단위: 명, %)

연도	연령	전체인구	대상인원	1차 수검인원	대상비율	수검율
2013	40세	50,558,952	732,483	513,406	1.02%	70.1%
	66세		399,739	306,006	0.61%	76.6%
2012	40세	50,345,325	733,662	511,503	1.02%	69.7%
	66세		319,066	243,707	0.48%	76.4%
2011	40세	50,111,476	782,832	538,562	1.07%	68.8%
	66세		290,251	219,672	0.44%	75.7%
2010	40세	49,879,812	786,489	496,366	1.00%	63.1%
	66세		320,513	225,367	0.45%	70.3%

표 15 생애전환기검진의 국고·지방비 보조 현황(단위: 원, 2014년 기준)

검진 종류	합계	국고보조금	순지방비
생애전환기검진 ³²⁾	1,367,380,000	1,029,000,000	338,380,000

(출처: 보건복지부, 2015^{b)})

(6) 근로자 건강진단

가장 오래 된 건강검진의 하나인 근로자 건강진단은 산업안전보건법 제43조에 근거하며, 사업주는 근로자에 대해 건강진단을 실시해야 할 의무가 있고 근로자는 건강진단을 받아야 할 의무를 갖는다. 따라서 일반건강검진과는 달리 건강진단을 실시하지 않을 경우 사업주와 근로자는 과태료를 물게 된다(동법 제43조 제1항과 제3항). 담당부처는 고용노동부이고 시행주체는 사업주로 검진 비용 역시 사업주가 부담한다. 그러나 근로자 일반건강진단의 경우는 타법에 의해 수행한 일반건강진단이 인정되므로 사실상 체계나 재원 측면에서 국민건강보험법³²⁾에 의한 일반건강검진과 완전히 구별하기가 어렵다. 일반검진 외에도 근로와 관련하여 배치 전 건강진단, 특수건강진단, 수시건강진단, 임시건강진단 등이 추가되나 근로환경에 따라 세부적으로 달라지는 검진목표, 검진항목, 재원 부담주체, 검진의 목적이 이 연구에서 설정한 범위를 넘어서기 때문에 근로자건강검진을 분류한 그림 4로 설명을 대신 한다. 근로자 일반건강진단 수검자 규모는 2013년도에 약 660만 명 이었다(산업안전보건연구원, 2013)(표 16).

32) 비취학청소년 건강검진이 포함

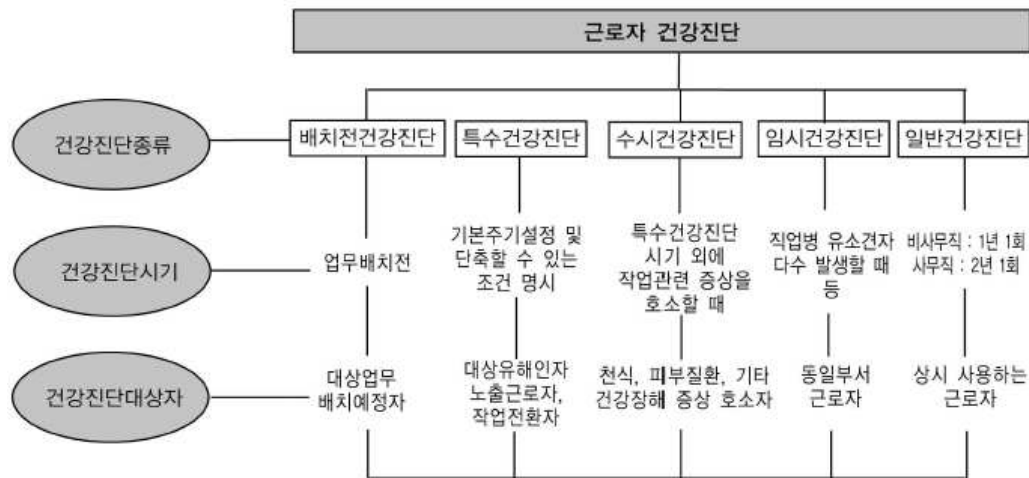


그림 5 근로자 건강진단의 개요

표 16 근로자 건강검진 대상자와 수검 규모(단위: 명)

연도	일반건강진단	특수	진폐	임시	일반건강진단 유소견자 ³³⁾	일반건강진단 외 요관찰자+유소견자
2013	6,591,931	1,102,881	2,628	2,694	3,793,311	330,509
2012	6,024,781	1,089,195	2,291	480	3,358,890	310,355
2011	6,751,485	977,409	2,818	0	3,580,553	260,372
2010	5,789,639	919,155	2,865	95	3,311,273	222,640

(7) 암 검진

암검진은 암관리법 제9조에 근거한다. 수행주체와 재원은 일반건강검진과 같은 체계 내에서 이루어지고 건강증진기금에서도 일부를 부담한다. 대부분의 국가건강검진에서 본인부담금이 없지만 암 검진에서는 소득수준에 따라 보험료 상위 50%인 사람은 개인이 10%(자궁경부암은 본인부담 없음)를 부담한다. 보험료 하위 50%에 해당하는 경우는 본인부담금이 없으며, 국가 암 검진으로 암이 발견되면 국가(해당 보건소)에서 치료비를 일부 지원받을 수 있다. 암 검진의 90%는 건강보험재정, 10%는 국고 및 지방비에서 지출한다. 수검인원은 2013년도에 약 830만 명이었고 수검율은 일반건강검진보다는 낮은 43.5%였다(표 18). 암검진의 항목과 주기, 대상자는 표 17에 제시하였다.

33) 근로자 일반건강진단의 유소견자는 ‘일반질환 의심’, ‘고혈압, 당뇨 의심’, ‘유질환’ 항목이 중복되어 계산된 값임.

표 17 암검진의 검진주기, 검사항목과 대상자

암의 종류	검진주기	연령 기준 등	검사항목
위암	2년	40세 이상의 남녀	위내시경 또는 위장조영검사
간암	1년	40세 이상의 남녀 중 간암 발생 고위험군	간초음파검사 + 혈청알파태아단백검사
대장암	1년	50세 이상의 남녀	분변잠혈검사(양성시 대장내시경검사 또는 대장 이중조영검사)
유방암	2년	40세 이상의 여성	유방촬영검사 (+ 유방임상진찰 권장)
자궁경부암	2년	30세 이상의 여성	자궁경부세포검사

(출처: 보건복지부, 2015^b)

표 18 연도별 암검진 대상자, 수검규모(단위: 명, %)

연도	전체인구	대상인원	수검인원	대상비율	수검율
2013	50,558,952	19,194,911	8,340,858	38.0%	43.5%
2012	50,345,325	20,049,425	7,892,732	39.8%	39.4%
2011	50,111,476	14,089,502	7,056,776	28.1%	50.1%
2010	49,879,812	12,945,756	6,184,804	26.0%	47.8%

(8) 노인 건강진단

노인건강진단은 노인복지법 제27조에 근거한다³⁴⁾. 보건복지부 노인복지사업의 일환으로 만 65세 이상 의료급여 수급권자 중 노인건강진단 희망자에 대해 시행할 수 있는데, 시행주체와 재원은 모두 지자체가 담당한다. 65세 이상 건강보험가입자는 ‘국민건강보험공단’의 건강검진 수검으로 가능하며, 의료급여 수급자는 66세가 되는 해에 생애전환기 건강검진으로 수검 가능하다. 검진항목은 표 19에서 보듯이 일반검진과 약간의 차이가 있다.

34) 1981년 ‘노인복지법’이 공포, 시행되면서 65세 이상의 의료급여 수급자에 대해 노인건강진단이 제시되어 1983년부터 저소득층 노인에 대한 건강진단이 시작되어왔다.

표 19 노인건강진단의 검진 항목

구분			진단항목
1차	기본진료		진찰(시진, 청진, 촉진, 문진), 체위검사(신장, 체중, 시력, 청력, 혈압), 치과검사(우식증, 결손치, 치주질환)
	혈액검사		혈색소, 총콜레스테롤, 혈청지오티, 혈청지피티, 혈당, 매독(원하는 사람에 한해)
	기타검사		요검사(요당, 요단백, 요잠혈, 임질, 클라미디아), 안검사, 간이인지기능검사(MMSE), 흉부X선 간접촬영
2차	기본진료		진찰(시진, 청진, 촉진, 문진)
	흉부질환 기타 흉부질환		흉부X선 직접촬영, 결핵균 집균도말검사
	순 환 계 질환	고혈압	혈압, 정밀 안저검사, 심전도검사
		고지혈증	혈압, 트리그리세이드, HDL 콜레스테롤
	간질환		총단백, 알부민, 알카라인포스파타제, 총빌리루빈, LDH, AFP
	신장질환		요침사 현미경검사, 요산, 크레아티닌, 요소·질소
	빈혈		헤마토크리트, 백혈구수, 적혈구수
	당뇨질환		식전혈당(FBS), 식후혈당(PPS)
	안질환		안압검사, 각막곡률 검사, 굴절 및 조절검사
	치매		치매척도검사(GDS 또는 CDR)
	골다공증검사		양방사선(광자) 골밀도검사
	낙상검사		하지기능, 평형성

(출처: 보건복지부, 2015^c)

(9) 치매 조기검진

치매관리법 제11조에 근거하며 2006년부터 시행된 보건복지부 사업이다. 치매의 위험이 높은 만 60세 이상 노인을 대상으로 치매 조기검진을 실시하고 치매환자를 조기에 발견·관리함으로써 치매노인과 그 가족들의 삶의 질을 높이는 것이 치매 검진사업의 목적이다(표 20 참고). 수행주체는 지자체이며 재원은 국민건강증진기금과 지자체 예산에서 부담한다. 진단검사와 감별검사의 경우 전국가구 소득의 100% 이하인 자에 한하여 지원한다(표 21 참고).

표 20 치매검진사업의 체계와 내용

단계	검진 내용	장소	비용 부담
선별검사	MMSE-DS	보건소	지자체부담
진단검사	신경인지검사, 전문의 진료 등	협약병원	통합건강증진사업 (국비50%, 지방비50%)
감별검사	혈액검사, 뇌 영상 촬영 등	협약병원	

표 21 연도별 치매조기검진사업의 대상자와 예산규모(단위: 명, 원)

연도	대상자	총 예산	국고보조금	지방비
2014년	52,000	4,160,000,000	2,080,000,000	2,080,000,000
2013년	42,000	3,360,000,000	1,680,000,000	1,680,000,000
2012년	40,000	3,200,000,000	1,600,000,000	1,600,000,000

(10) 군장병 건강검진

군보건의료에 관한 법률 제16조에 의하면 국방부장관은 군인 등의 건강을 보호하고 질병을 예방하기 위하여 군인등이 전역 또는 퇴직하기 전까지 1회 이상의 건강검진을 국방부 예산으로 실시해야 한다. 2012년에 시범사업을 거쳐 2013년부터 전 상병에 대해 실시하고 있다. 현역병은 상병 진급예정일 3개월 전부터 상병 진급일 후 3개월까지의 기간 사이에 실시하며, 현역병을 제외한 군인은 대상별로 근무조건의 특성을 고려하여 국방부장관이 정하는 기간에 실시한다. 검진 항목은 ‘국민 건강보험법’에 의한 일반검진의 항목과 같다.

2013년 기준의 건강검진 대상자는 23만4,565명이며 배정된 국방부 예산은 21억 1,800만 원 이었다³⁵⁾.

35) 뉴데일리. 2013년, 상병건강검진 못받은 장병 무려 2만명! 2014년 10월 7일.
(바로가기: <http://www.newdaily.co.kr/news/article.html?no=218577>)

<참고> 보건복지부 주관 건강검진 프로그램 체계(보건복지부, 2015^{b)})

구분	영유아(0세~5세) (영유아 건강검진)		학동기(6세~18세) (학생검진) (생애전환기(만15~18세) 건강진단)		성인기(19~64세) (일반검진 및 암검진) (생애전환기(만40세) 건강진단)		노년기(65세 이상) (일반검진 및 암검진) (생애전환기(만66세) 건강진단)	
	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	취학 학동기	비취학 학동기	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	건강보험 가입자	의료급여 수급권자
근거법령	국민건강 보험법 제52조	의료급여법 제14조	학교보건법 제7조	청소년 복지지원법 제9조	국민건강보험법 제52조 및 산업안전보건법 제43조	의료급여법 제14조 암관리법 제11조	국민건강보험법 제52조	의료급여법 제14조 및 암관리법 제11조
대 상	0~5세 전체 영유아		6세~18세 전 취학 학동	15~18세 비취학 청소년 (1,500명, 생애전환기 건강진단)	- 직장가입자 - 세대주인 지역 가입자 - 40세 이상 피부 양자 및 세대원 * 40세 생애전환기건강진단		- 성인기 건강보험 가입자와 동일 * 66세(생애전환기 건강진단)	- 66세(생애전환기 건강진단)
	-		-	-	- 암종별 대상연령		- 암종별 대상연령	
검진주기	4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 42개월, 54개월, 66개월(총 7회)		초등 14학년, 중등 1학년, 고등 1학년 (총 4회)	연 1회	- 2년1회 (비사무직 1년 1회)	- 2년1회	- 2년1회 (비사무직 1년 1회)	-
검진 수행 주체	국민건강 보험공단	시·군·구 (보건소) *공단 위탁수행	학교장	시·군·구 (보건소)	국민건강보험공단, 시·군·구(보건소) * 공단 위탁수행	시·군·구(보건소) * 공단 위탁수행	국민건강보험공단, 시·군·구(보건소) * 공단 위탁수행	시·군·구(보건소) * 공단 위탁수행
비용 부담	본인부담 없음 *건강보험재정	본인부담 없음 *국고 및 지방비		본인부담 없음 *국고 및 지방비	- 일반검진 : 본인 부담 없음 *건강보험재정 - 암 검진 * 보험료 상위 50%본인부담 10% (지공경부담은 없음) *건강보험재정 90% * 보험료 하위 50% : 본인부담 없음 *건강보험재정 90%, 국고 및 지방비 10%	본인부담 없음 *국고 및 지방비	- 일반검진 : 본인 부담 없음 *건강보험재정 - 암 검진 * 보험료 상위 50%본인부담 10% (지공경부담은 없음) *건강보험재정 90% * 보험료 하위 50% : 본 인 부담 없음 *건강보험재정 90%, 국고 및 지방비 10%	본인부담 없음 *국고 및 지방비
비고	'07.11.15 실시	'08.1.1 실시	교육부 주관 (1951년 실시)	'07.4월 실시 (시범사업)	- 일반: '80년 실시 - 생애전환기: '07.4월 실시 - 암: '90년 실시	- 일반: '12년 실시 - 생애전환기: '07.4월 실시 - 암: '99년 실시		
	* 이외 모자보건법, 영유아 보육법, 유아교육법에 건강 검진 임의규정 명시							

3) 제도 외(민간) 건강검진 현황

지금까지는 그림 3의 모식도 중에서도 국가제도로 정립된 건강검진을 서술했다. 이 부분에서는 국가검진 외에 추가적으로 선택에 의해 받을 수 있는 민간 건강검진을 살펴본다. 우선 제도 외 건강검진이 이루어지는 방식을 구분하면 ㉠ 개인들이 국가건강검진을 받으면서 추가로 급여 외의 항목도 검사하는 경우, ㉡ 국가건강검진과 상관없이 개별적으로 건강상태를 파악하기 위해 받는 종합건강검진, ㉢ 민간 기업이나 조직, 단체들이 구성원들에 대한 후생복지 차원에서 제공하는 건강검진, ㉣ ㉡와 같은 목적으로 공공기관에서 직원들에게 제공하는 건강검진으로 구분된다. 제도 외 건강검진 내에서도 재원은 각기 다르다. ㉠과 ㉡의 경우 개인들의 본인부담금이 재원이 되고, ㉢는 기업이나 단체의 예산, ㉣는 제공하는 공공기관의 예산, 즉, 국고의 일부가 재원이 된다.

제도 외 건강검진은 국가건강검진과 달리 통계자료가 따로 있지 않고 개별 기관마다 제공하는 검진프로그램도 천차만별이다. 여러 번 지적한 것처럼 국가건강검진과 완전히 분리되지 않는 부분도 있기 때문에 구분하여 규모를 가늠하는 것이 한층 더 어렵다. 따라서 이 부분에서는 제도 외 건강검진의 전체 규모와 양상 대신 일부 표본조사와 몇 가지 사례를 언급하는 것으로 갈음하도록 한다.

(1) 종합병원급 이상 건강검진기관

한국보건산업진흥원에서 발간한 「2013 고령친화요양산업 실태조사」보고서는 종합병원급 이상의 규모를 가진 기관 281개 기관 중 33개의 기관을 표본조사 한 결과를 제시했다(한국보건산업진흥원, 2013)³⁶⁾. 아쉽게도 표본의 범위와 수가 그리 충분하지 않아 일반화하기에는 적합하지 않으나 ‘국가/종합검진의 비중’과 같은 특성은 눈여겨볼 만하다. 아래에 전반적인 규모나 운영특성을 파악하는데 참고할 만한 몇 가지 결과들을 제시한다.

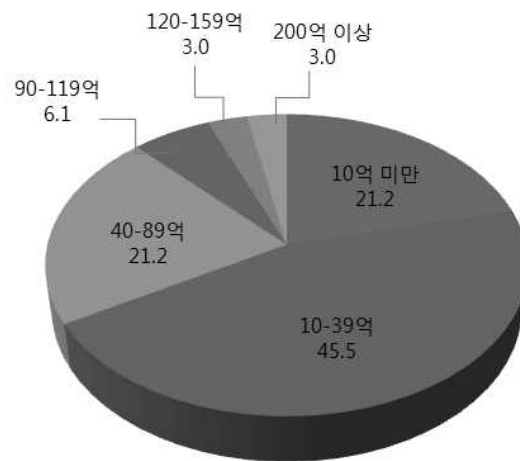
36) 이 보고서는 고령화 시대에 한국의 핵심적 요양산업이 될 분야로 건강검진산업을 꼽고 있다.

표 22 건강검진기관의 매출액 규모 추정(단, 상대표준오차가 15% 이상으로 참조용 자료로만 활용하는 것이 바람직함)

구분		병상 수			전체
		800병상 이상	400~800병상	400병상 미만	
조사 표본 수		10	14	9	33
평균 매출액(백만원)		7,800	3,821	1,500	4,394
최종 가중치		3.4	6.64286	17.11111	-
매출 추정액 (백만원)	총계	265,200	355,353	231,000	851,553
	국가건강검진	67,891(25.6%)	175,189(49.3%)	181,797(78.7%)	424,877
	종합건강검진	197,309(74.4%)	180,164(50.7%)	49,203(21.3%)	426,676

표 23 1개 기관 당 평균 매출액(단위: 백만 원)

		평균 매출액	국가건강검진	종합건강검진
전체		4,394	2,237	2,157
병상 규모별	400병상 미만	1,500	764	736
	400~800병상	3,821	1,945	1,876
	800병상 이상	7,800	3,970	3,830



[Base=33 | 단위=% | 단수응답]

그림 5 종합병원급 이상 의료기관의 건강검진
연간 총 매출액 분포



전체 8500억 정도의 매출 추정액 중 국가건강검진은 4200억, 종합건강검진이 4200억 정도로 거의 1:1의 비중인 것으로 나타난다(표 22 참고). 병상 규모별로는 그 비중이 조금씩 다른데, 800병상 이상인 규모의 병원에서는 종합건강검진의 비중이 훨씬 높고 400병상 미만에서는 국가건강검진 비중이 반대로 높은 경향을 보인다. 이는 충분한 규모의 이용자를 창출할 수 있는 의료기관의 브랜드와 의료장비, 시설을 갖추 수 있는 역량의 차이 때문으로 보인다. 매출액을 비교해도 800병상이상 기관이 400병상미만 기관에 비해 5.2배 정도 많다.

1개 기관 당 매출 추정액도 역시 약 43억 원의 건강검진 매출액 중 국가건강검진과 종합건강검진의 비중은 23억과 21억으로 거의 1:1 수준이며, 이때는 병상규모에 따라서 비중이 비슷했다(표 23, 그림 5 참고).

표 24 건강검진기관의 이용객 규모 추정(단, 상대표준오차가 15% 이상으로 참조용 자료로만 활용하는 것이 바람직함)(단위: 명/%)

구분		병상 수			전체
		800병상 이상	400~800병상	400병상 미만	
조사 표본 수		10	14	9	33
평균 이용객 수		40,784	21,449	13,072	19,198
최종 가중치		3.4	6.64286	17.11111	-
이용객 추정	총계	1,386,656	1,994,758	2,013,088	5,394,502
	국가건강검진	1,089,912(78.6%)	1,454,178(72.9%)	1,898,342(94.3%)	4,442,432
	종합건강검진	296,744(21.4%)	540,579(27.1%)	114,746(5.7%)	952,070

표 25 1개 기관 당 평균 이용자 수(단위: 명)

구분		국가건강검진	종합건강검진	전체
		19,588(78.3%)	5,436(21.7%)	25,024
병상 규모별	400병상 미만	12,332(94.3%)	741(5.7%)	13,073
	400~800병상	15,638(72.9%)	5,811(27.1%)	21,449
	800병상 이상	31,648(77.6%)	9,136(22.4%)	40,784

연간 이용자 규모는 전체 540만 명 중 국가건강검진으로 440만, 종합건강검진으로 95만 명의 분포를 보였다. 매출액에서 나타난 경향과 같이 병상규모가 작아질수록 국가건강검진의 이용객 비중이 높아졌다(표 24 참고). 검진센터 1개 기관 당 연간 이용자수는 전체 2만5천 명 중 국가건강검진으로 1만9천명, 종합건강검진으로 5천여 명의 분포를 보여 전체 규모에서의 분포와

유사했다(표 25 참고). 총 매출액을 평균 이용자 수로 나누어 1인 당 매출액을 보면, 800병상이 19만1천원, 400-800병상이 17만8천원, 400병상 미만이 11만4천원이었다.

요컨대, 이용자 수로 따지면 워낙 국가건강검진의 비중이 크지만 이용자 수가 적은 종합건강검진의 비용은 훨씬 더 고가이기 때문에, 총 매출액은 국가검진과 종합검진이 비슷하다. 또한, 고급 시설과 장비를 갖추는 자원이 충분한 대규모 의료기관에서 상대적으로 종합건강검진을 더 많이 제공하고 그렇지 못한 중소 의료기관은 비용은 적지만 수가 많은 국가건강검진을 많이 제공하는 경향이 있다.

서비스 제공 현황을 보면 이러한 사실이 더 잘 드러난다. 모든 병원이 종합건강검진을 제공한 데 비해, 국가건강검진의 일반검진은 87.9%, 암검진과 생애전환기건강진단이 각각 84.8%, 구강검진이 69.7%로 나타났다. 400병상미만은 국가건강검진서비스 제공비율이 각각 100%로 높게 나타나 구강검진을 제외하고는 거의 모두 수행하고 있다. 즉, 규모가 큰 기관에서 오히려 국가검진은 제공하지 않는 경향이 있다는 것을 보여준다. 이는 규모가 큰 의료기관은 굳이 국가검진을 하지 않더라도 브랜드와 좋은 시설과 장비로 충분히 수요를 모을 수 있지만, 작은 의료기관 일수록 비싼 장비와 설비를 두기 어려워 검진 당 수익은 적더라도 국가건강검진을 통해서라도 추가수요를 얻으려는 동기가 작동하는 것으로 볼 수 있다.

같은 보고서에 의하면 조사된 검진기관이 제공하는 종합건강검진 중 노인을 대상으로 하는 종합검진프로그램은 표 26에 제시하였고, 1인당 평균 100만 원 이상의 종합검진프로그램도 다수 운영되고 있었다. 이 외에 소위 빅5 병원에 속하는 서울대병원, 서울아산병원, 삼성서울병원 등에서 운영하는 종합건강검진 프로그램은 <부록 1>에 소개한다. 대개 개인건강검진과 기업건강검진이 나뉘어있고, 그 금액도 결코 만만하지 않은 수준이다. 적게는 수십만 원에서 백만 원 수준에서 정밀검진으로 넘어가면 수백만 원을 호가한다. 이러한 검진 (상품)프로그램 운영은 민간병원뿐만 아니라 시립보라매병원이나 국립암센터와 같은 공공의료기관에서도 특별한 차이를 보이지 않는다.

표 26 표본조사 된 검진기관이 제공하는 노인 대상 종합검진 프로그램

	사례 수	종합검진 매출액 대비 비중(%)	평균 단가(만원)	수검인원(명)
■전 체 ■	(19)	10.6	112.1	78.0
효도 종합검진	(1)	30.0	67.0	6.0
기본 종합검진	(1)	0.0	36.0	0.0
자스민	(1)	7.0	33.0	60.0
노인검진	(1)	10.0	5.0	270.0
존경검진	(1)	0.0	67.0	133.0
어르신 특화검진	(1)	1.0	100.0	2.0
프리미엄A	(1)	16.0	162.0	70.0
프리미엄B	(1)	1.0	132.0	3.0
실버검진	(1)	0.0	0.0	0.0
숙박검진	(1)	10.0	250.0	0.0
심/뇌혈관검진	(1)	20.0	180.0	0.0
암전문검진	(1)	15.0	160.0	0.0
일반검진	(1)	55.0	58.0	0.0
농협조합원 검진	(1)	0.0	20.0	0.0
primium	(1)	1.0	113.0	72.0
vip	(1)	1.0	165.0	51.0
vvip	(1)	1.0	245.0	59.0
실버암정밀	(1)	1.0	0.0	56.0
실버정밀검진	(1)	1.0	0.0	232.0

(2) 제도 외 건강검진에 대한 수요

의료기관이 건강검진상품을 다양하게 내놓고 수익을 낸다는 것은 결국 건강검진에 대한 수요가 충분히 있다는 것을 의미한다. 이미 지적했듯이 건강검진은 관광이나 건강식품과 같은 효도 ‘상품’의 일종으로 ‘거래’되기도 하고, 공공기관이나 민간조직을 막론하고 직원이나 조직원에 대한 복지나 혜택 중 하나로 간주되는 경우도 많다. 대표적으로 농협 대부분의 지부들이 근처의 의료기관과 협약을 맺고 조합원들에게 무료 건강검진을 제공하여 호응을 얻고 있다는 기사도 쉽게 찾아볼 수 있었다.

사례 1) 경기도 일부 지자체, 공무원 연례 종합검진에 예산 지원³⁷⁾

<일요신문>이 경기도 지자체 공무원 ‘귀족형’ 건강검진 실태를 파헤쳐봤다.

“드라마에서나 나오던 복잡한 CT 촬영을 하고 MRI도 찍었다. 대장 내시경, 위 내시경도 받고 정신이 없었다.” 최근 과천시에 재직 중인 한 20대 공무원 A 씨는 매년 건강검진을 받는 날이 오면 괴롭다고 한다. 위험증상이 있는 환자들만 받는 것으로 알려진 MRI 검사 등 복잡한 건강검진 절차를 거치고 나면 저절로 힘이 빠진다는 것이다. A 씨처럼 별다른 특이 증상이 없는 20대 남성을 비롯한 사무직 공무원 660여 명을 위해 올해 과천시는 2억 원에 달하는 예산을 쏟아 부었다. 의왕시, 군포시 역시 사정은 마찬가지. 지난해 이 지자체들은 공무원 한 명당 28만~30만 원을 건강검진 명목으로 시 예산에서 지원했다. 오산시도 시 예산 2억 2000여 만 원을 공무원 700여 명의 건강검진을 위해 대대적으로 투입했다...(중략)...서울시에 따르면 사무직은 기본 검진만을 받도록 돼 있고, 이마저도 시 예산이 아니라 복지 포인트에서 차감되는 방식을 취하고 있다. 추가검진은 개인이 직접 비용을 지출해야 한다. 복지 포인트는 복지 차원에서 공무원 1명에게 매년 지급되는 한도 100만~200만 원인 ‘기프트 카드’의 일종이다. 그러나 과천시, 군포시, 의왕시, 오산시 등 다수의 경기도 지자체에선 개인별 복지 포인트 차감이 아닌 별도의 예산을 할애해 고가의 건강검진 혜택을 제공하고 있는 것으로 확인됐다. 그러나 김포시를 비롯한 극히 소수의 일부 지자체에서만 40~50대 사무직 공무원이 47%에 달하는데도 2년마다 기본검진만 이뤄지고 있고, 이마저도 별도의 예산 없이 개인별 복지 포인트에서 차감되는 구조였다. 복지 포인트와 관련해 눈여겨볼 만한 지자체도 있었다. 안양시가 그러하다. 안양시는 자체 예산이 아닌 개인별 복지 포인트에서 건강검진 비용을 지원하게 하고 있다. 그러나 여전히 ‘귀족형’ 건강검진을 고수하고 있어 소속 공무원들의 불만을 사고 있다고 한다. 안양시 소속 공무원 B 씨는 “한도가 119만 원 정도인 복지 포인트를 좀 더 알뜰하게 쓰고 싶은데 매년 강제로 35만원 상당의 건강검진을 받게 하니 (돈이) 아깝다. 아직 20대인데 매년 CT, MRI, 대장, 위 내시경을 왜 받아야 하는지를 모르겠다”며 “건강검진센터, 일부 병원과 시 자체 사이에 모종의 커넥션이 있는 게 아닌가...(후략)”

사례 2) 인천 연수구 미취업 20-30대 여성 무료 건강검진 사업³⁸⁾

37) 일요신문. 경기도 일부 지자체 공무원 ‘귀족형’ 건강검진 실태. 2013년 1월 20일.

38) 중앙일보. 연수구, 2030세대 미취업여성 건강검진 지원사업. 2015년 2월 25일.

인천 연수구가 25일 나사렛국제병원, 인천적십자병원, 지안건강증진센터병원과 '2030세대 미취업여성 건강검진 지원사업 추진을 위한 업무협약'을 체결했다.

이번 사업은 전 연령대의 건강검진 형평성 제고를 위해 전국 최초로 20~30대 미취업여성에게 건강검진비를 지원하는 사업이다.

신체계측·요검사·X-ray 등 기본건강검진과 풍진·갑상선·자궁경부암·A형간염·B형간염·초음파 등 20~30대 여성들에게 필요한 검진을 추가로 지원, 가임기 여성의 건강 증진 및 저출산 극복에도 기여할 것으로 기대하고 있다.

사업 대상은 연수구에 거주하는 1995년부터 1977년 사이 출생한 여성이며, 짝수해 출생 여성은 내년에 사업 대상이 된다(그림 6).

▶ 2030세대 검진항목표

NO	검진항목	검진방법	비고
1	혈압, 사정, 체중	과거병력 및 현재에 신체상태 체크	
2	신장, 체중, 비만도	비만도, 신장, 체중, 허리둘레	
3	시력검사	시력, 동시 동시	
4	청력검사(AUDIOGRAM)	소음도, 진동, 청력검진	
5	흉부X선 촬영	폐질환, 폐암, 흉부 질환	임산부 제외
6	혈당 검사	고혈당, 당뇨병, 당뇨병 위험	
7	지단백 검사	지단백, 콜레스테롤	
8	간기능 검사 (ALT, AST, GPT)	간기능, 담낭질환	
9	콩팥기능 검사 (BUN, CREA)	콩팥기능, 신장질환	
10	혈당 검사 (FPG, HbA1c)	당뇨병, 당뇨병 위험	
11	갑상선기능 검사 (TSH, T4)	갑상선기능, 갑상선 질환	
12	자궁경부암 검사 (Pap Smear)	자궁경부암, 자궁질환	
13	자궁경부암 검사 (HPV)	자궁경부암, 자궁질환	
14	자궁경부암 검사 (TCT)	자궁경부암, 자궁질환	
15	자궁경부암 검사 (Colposcopy)	자궁경부암, 자궁질환	
16	자궁경부암 검사 (Endocervical)	자궁경부암, 자궁질환	
17	자궁경부암 검사 (Cervical)	자궁경부암, 자궁질환	
18	자궁경부암 검사 (Vaginal)	자궁경부암, 자궁질환	
19	자궁경부암 검사 (Rectal)	자궁경부암, 자궁질환	
20	자궁경부암 검사 (Anal)	자궁경부암, 자궁질환	

건강검진 시작전에는 놓여 있는 전염주 등 미취업여성을 대상으로 무료건강검진을 실시하여 가임기 여성의 건강을 증진시키고 건강한 미래세대의 건강한 출산과 더불어 행복한 가정을 이루어 지역주민의 삶의 질을 향상시키고자 합니다.

▶ 기간 : 2015. 3. ~ 예산 소진시까지

▶ 대상 : 연수구 거주자 (1995~1977년)
(미취업여성 3,000여명, 출생자 800여명)
(※ 대학생, 유학생, 여성세대주 제외)

▶ 검진주기 : 2년(짝수해 출생자 1회, 홀수해 출생자 1회 실시)

▶ 검진비용 : 본인부담금 '없음'

▶ 구비서류 : 주민등록등본 (www.minwon.go.kr), 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 (www.nhis.or.kr)

▶ 검진기관 : 나사렛국제병원 (☎ 810-9305~7), 인천적십자병원 (☎ 899-4333~4), 지안의원건강증진센터 (☎ 1661-0033)

▶ 검진내용 : 2030세대 검진항목표 참조

※ 검진하기 위해서는 검진기관에 사전 예약 및 검진당일 신분증 지참하고 구비서류를 검진기관에 제출하여야 합니다.

▶ 검진전날 주의사항

- * 저녁식사는 오후 9시 이전에 끝나고 오후 9시 이후에는 금식을 하셔야 합니다.(담배, 술, 음료수, 껌 포함)
- * 약을 복용하고 계신다면 2~3일 전부터 중지하시고, 치료제인 경우 주치의와 상담하여 주시기 바랍니다.
- * 음주, 과식, 지나친 피로 등을 피하십시오.
- * 열감의 경우 검사일 오전 6시경에 소변의 물과 함께 복용하고 오십시오
- * 당뇨병의 경우 검사 전날까지 복용하시고 검진 당일엔 검진 종료후 복용해 주십시오
- * 엑스선(위장, 목, 흉부 등)을 촬영하지 않는 것이 좋으며 가벼운 복장으로 오십시오.

인천광역시연수구보건소
(☎ 749-8141)

그림 6 인천광역시 연수구 2030세대 미취업여성 무료건강검진 팸플릿

사례 3) 농협지부 조합원 무료 건강검진³⁹⁾

이천농협(조합장 이태용)은 지난 3월 18일부터 4월 9일까지 1억 6천만 원의 예산을 들여 원로 조합원 38년생~39년생 120명에 대한 건강재검진을 실시하고, 63년생부터 69년생까지 300명, 총 420명 조합원의 종합건강검진을 실시했다고 밝혔다.

특히 이번 검진을 통해 암을 조기 발견한 한 조합원은 매년 직장에서 검진을 받고 이상이 없다고

39) 시사이천. 이천농협 420명 조합원 건강검진 실시. 2013년 4월 15일.

하였으나 농협에서 실시한 종합건강검진시 암이 조기에 발견되어 치료를 받게됐다. 이에 조합원들은 각종 질병을 조기에 발견할 수 있었다며 고마움을 전했다.

이태용 조합장은 "조합원이 건강해야 농촌이 산다는 신념아래 조합원 건강 관리에도 최선을 다하겠다"고 말했다.

한편, 이천농협은 조합원 건강을 위해 종합건강검진을 7년째 연령별 순차적으로 실시하며 큰 호응을 얻고 있다(그림 7).



그림 7 이천농협 조합원 종합건강검진 홍보사진

(3) 의료기관의 건강검진 수익

의료기관의 측면에서 건강검진은 국가건강검진이든 제도 외 건강검진이든 결국 의료기관의 수익으로 나타난다. 한국보건산업진흥원이 발간하는 병원경영분석 보고서는 병원단위의 의료기관 평균 수익과 지출을 통계표로 제시해준다(<부록 2>를 참고). 2013년도 의료수익 통계에서는 기타의료수익이 전체 의료수익의 6.6% 정도이며, 건강진단으로 얻는 수익은 기타의료수익 중 68.7%를 차지하는 것으로 나타났다(의료수익 중 건강진단수익은 4.5%)⁴⁰⁾. 한 기사에서 제공한 병원 별 수익자료는 대형병원의 기타의료수익이 그리 적지 않은 수준임을 보여준다(그림 8)⁴¹⁾. 특히 연도별로 보았을 때 대개의 경우 수익수준이 증가추세에 있다는 것을 눈여겨볼 만하다. 의

40) 의료수익은 입원수익, 외래수익, 기타의료수익으로 구성되고, 기타의료수익에는 건강진단수익, 수탁검사수익, 직원급식수익, 제증명료수익, 구급차 운영수익, 기타수익이 포함된다.

41) 시사메디인. 서울대병원 건진수익 575억원 최고 이어 가톨릭의료원. 2014년 6월 25일.



료수익 중 건강진단수익이 차지하는 비중 자체도 표 27에서 보듯이 연도에 따라 점차 증가했다.

표 27 100병상 당 손익계산서 중 의료수익과 건강진단수익의 규모(단위: 천원/ %)

연도	수익 구분	전체평균	의료수익/ 건강진단수익	민간병원 평균	의료수익/ 건강진단수익	공공병원 평균	의료수익/ 건강진단수익
2013	의료	11,991,169	4.5%	11,903,299	4.8%	12,453,644	2.9%
	기타 의료	785,841		838,210		510,214	
	건강 진단	540,166		573,997		362,106	
2012	의료	9,472,202	3.1%	9,544,648	2.9%	11,489,610	3.3%
	기타 의료	691,322		738,243		558,394	
	건강 진단	290,015		277,855		384,756	
2011	의료	11,526,393	2.0%	11,590,782	2.2%	11,210,539	0.8%
	기타 의료	823,692		877,303		560,710	
	건강 진단	226,008		254,400		86,733	

(출처: 한국보건산업진흥원, 2013^b; 통계청)

대형병원 건강검진 수익			
병원	2013	2012	2008
서울대병원	575억원	587억원	460억원
가톨릭의료원	570억원	584억원	339억원
연세의료원	328억원	287억원	83억원
순천향대의료원	317억원	295억원	130억원
인하대병원	213억원	173억원	96억원
아주대병원	195억원	193억원	162억원
경희의료원	179억원	177억원	100억원
가천길병원	131억원	130억원	102억원
고대의료원	158억원	156억원	118억원
건국대병원	150억원	131억원	41억원
한양대의료원	103억원	108억원	71억원
중앙대병원	102억원	95억원	
이화의료원	69억원	67억원	61억원

그림 8 수도권 대형병원의 기타의료수익(건강검진수익 포함)

이처럼 건강검진이 병원수익에서 차지하는 비중 자체도 의미가 있으나 다른 한편으로 고려할 사항이 있다. 바로 건강검진센터가 의료기관에서 신환과 외래유입환자를 창출하는 수단이라는 사실이다. 제도 외 건강검진이 아니어도 국가건강검진을 받으면서 급여 외의 추가검사를 같이 시행할 수 있고, 실제 이상소견이 나타난 경우 대부분 검진을 받은 병원의 해당 과 외래진료를 받게 되거나 치료로 이어지기 쉽기 때문이다⁴²⁾. 병원 경영과 관련된 학회에서는 이미 건강진단을 받은 수진자의 만족도와 질병관리에 더불어 의료기관의 재이용과 외래신환 창출로 수익을 증대시킬 수 있는 관리시스템을 구축하기 위한 시도가 발표되어 왔다(심원희, 2005; 조준희, 2006). 즉, 한국사회에서 건강검진이 갖는 경제적 규모는 단순히 건강검진을 받는데 드는 비용 뿐 아니라 그로 인해 유발되는 의료이용 비용까지 포함한 것이 된다. 이에 이 연구에서는 같은 장에 포함된 ‘건강검진의 경제적 규모 추정’ 부분에서 두 가지 비용의 추정을 시도하였다.

4) 검진기관 인력과 장비 현황⁴³⁾

건강검진기관(이하 “검진기관”)은 국가건강검진을 실시하기 위하여 건강검진기본법 제14조에 따라 지정을 받아 건강검진을 시행하는 기관을 말한다(건강검진기본법 제3조). 국가건강검진을 수행하고자 하는 의료기관과 보건소는 각 검진에 필요한 요건을 갖추어 보건복지부장관에게 신청하여 검진기관으로 지정을 받아야 하며, 정기적으로 검진인력, 시설과 장비에 대한 적정성을 평가·관리 받게 된다. 물론 제도 외에 속하는 민간건강검진은 이러한 관리체계와 규제에 관계없이 운영될 수 있다.

검진기관 현지확인 점검자료에 의하면, 검진기관은 전국에 약 2만여 개소가 운영되고 있다(표 28). 2014년 조사된 의료자원통계(한국보건산업진흥원, 2014)에 의하면 전국에 상급종합병원이 43개, 종합병원이 281개, 병원이 1,431개, 의원이 28,325개, 보건소는 243개가 있다. 이 수치와 표 29를 비교하여 보면 종합병원급 이상에서 대부분이 검진기관을 운영하고 병원이나 의원급의 경우는 해당하는 장비와 시설을 갖추어 여력이 있는 일부에서만 운영하고 있는 것으로 보인다.

42) 정은주, 황병덕(2011)의 연구에서 종합건강검진을 받은 후 동기관에서 치료받는 확률 86.8%

43) 검진기관 현황자료는 김용익 국회의원실을 통해 받았다.



표 28 최근 5년 간 검진기관 현황 및 현지확인 실시(시설, 인력, 장비 등 기준 확인)

구 분		2010	2011	2012	2013	2014
검진기관수		15,346	16,441	17,302	18,243	19,151
대상건수	정기확인	21,300	7,602	8,762	8,128	8,189
	수시확인	54,115	50,228	51,143	50,514	56,217
점검횟수	정기확인	20,702	4,790	5,310	4,139	4,037
	수시확인	23,657	31,586	32,609	30,881	14,805

※ 정기확인 : 검진기관을 방문하여 지정기준 및 제규정 등 준수 여부를 확인하며, 2년에 1회 실시

※ 수시확인 : 검진기관이 보건소에 제출한「건강진단 등 신고서」에 따른 출장검진 현지확인

표 29 의료기관 종별 분류에 따른 전국의 검진기관 현황(단위: 개소, 2015년 5월 31일 기준)

구분	계	상급 종합	종합 병원	병원	의원	보건 기관	치과 병원	치과 의원	한방 기관
일반	5,355	36	289	991	3,936	88	-	-	15
영유아	3,884	17	205	303	3,283	75	-	-	1
구강	10,789	25	202	61	25	146	152	10,176	2
위암	4,579	35	288	790	3,453	8	-	-	5
대장암	3,536	35	288	722	2,484	4	-	-	3
간암	4,492	35	288	782	3,377	3	-	-	7
유방암	2,409	34	286	631	1,450	5	-	-	3
자궁 경부암	3,339	35	287	600	2,399	13	-	-	5
출장	747	19	152	111	126	18	62	258	1

검진인력은 건강검진기관으로 신청할 때 검진인력으로 신고한 인력에 한정 된 수치이다. 큰 기관의 경우 검진센터 전문 인력을 따로 두기도 하지만 대부분은 검진인력으로 신고했더라도 일반 진료와 검진을 겸한다. 앞서 언급한 「2013 고령친화요양산업 실태조사」보고서에서는 표본조사된 상급종합병원 이상의 기관에서 검진인력 총 종사자가 평균 19.3명, 의사는 4.4명, 간호사 4.8명, 행정·사무직 2.1명으로 보고하였다. 건강보험공단에 신고 된 검진인력은 보다 자세한 수준으로 제시되어 있다. 인력과 장비현황자료는 표 30, 표 31, 표 32에 제시하였다.



표 30 의료기관 종별에 따른 검진인력 현황(단위: 명, 2015년 6월 16일 기준)

구분	일반 의사	치과 의사	내과	소아청소년과	가정 의학	영상 의학과	산부 인과	기타*
계	3,477	13,647	6,220	2,815	1,753	1,939	3,108	3,963
상급	414	219	306	23	86	209	52	207
종합병원	792	463	1,278	318	346	776	338	1,045
병원	331	97	1,172	579	307	494	906	1,224
의원	1,716	41	3,434	1,854	991	441	1,786	1,407
보건기관	192	194	28	40	17	10	25	77
치과병원	3	1,097	-	-	1	-	-	-
치과의원	24	11,535	-	-	-	-	-	1
한방병원	5	1	2	1	5	9	1	2
구분	임상 병리사	방사 선사	간호사	간호 조무사	치위 생사			
계	9,074	9,183	10,519	22,808	11,301			
상급	429	310	482	41	14			
종합병원	2,724	2,501	4,129	1,338	302			
병원	2,258	2,565	2,476	2,844	70			
의원	3,426	3,604	3,015	13,489	2			
보건기관	215	169	271	122	217			
치과병원	1	3	12	60	905			
치과의원	2	2	104	4,896	9,791			
한방병원	19	29	30	18	0			

(*기타: 산업의학과, 진단검사의학, 병리과 등)

표 31 의료기관 종별에 따른 장비 현황(단위: 개, 2015년 6월 16일 기준)

구분	혈액 화학 분석기	혈액학 검사 기기	방사선 직접 촬영	위장 조영 촬영	위 내시경	유방 촬영	대장 조영 촬영	대장 내시경	초음파 검사	산부 인과 진료대
계	3,991	3,835	6,911	1,340	9,091	2,708	978	5,862	6,136	4,952
상급	69	67	90	42	412	52	34	210	91	56
종합 병원	496	448	805	283	1,754	345	242	1,033	579	435
병원	1,111	1,072	1,373	315	1,513	695	223	1,178	1,088	1,086
의원	2,199	2,141	4,323	695	5,391	1,606	475	3,431	4,363	3,348
보건 기관	100	93	121	3	9	6	3	4	7	22
치과 병원	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-
치과 의원	-	-	179	-	-	-	-	-	-	-
한방 병원	16	14	19	2	11	4	1	5	7	5

표 32 의료기관 종별에 따른 골밀도검사 장비 현황(단위: 개, 2015년 6월 16일 기준)

구분	양방사선 골밀도 (PDEXA)	전산화 골밀도 (QCT)	초음파 골밀도 (QUS)	전산화 골밀도 (PQCT)
계	313	399	1297	44
상급	3	-	-	-
종합병원	21	52	14	6
병원	68	204	167	21
의원	213	137	1101	17
보건기관	8	3	14	-
치과병원	-	-	-	-
치과의원	-	1	-	-
한방병원	-	2	1	-

5) 건강검진산업의 경제적 규모 추정

지금까지 국가체계와 민간에서 행해지는 건강검진의 종류와 개별 현황을 살펴보았다. 세계적으로도 찾아보기 힘든 정도로 광범위한 국가 건강검진제도와 이에 맞물려 거의 제약 없이 성장한 민간 건강검진. 이들의 총 경제적 규모는 도대체 어느 정도일까?

보통 어떤 정책이나 사업의 경제적 효과를 평가하기 위해서는 경제성평가 방법을 이용한다. 검진을 받는 것으로 인해 발생한 비용(직접, 간접)과 결과(효과, 부작용 등)를 단계별로 견주어 보아 궁극적으로 건강검진을 하는 것이 이득인지 손해인지를 계산해낼 수 있다(그림 9).

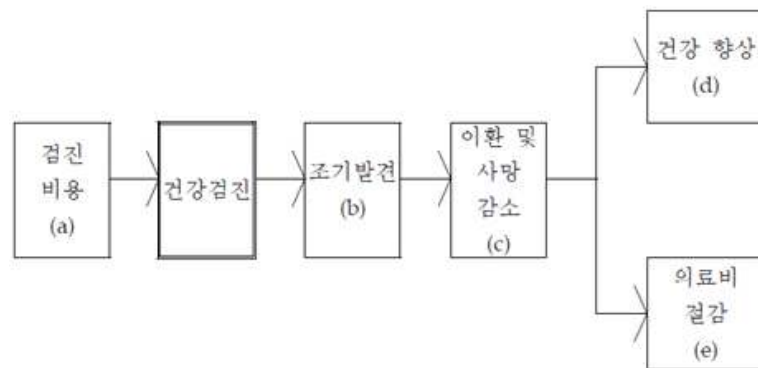


그림 9 건강검진의 경제성 평가 틀(최용준 외, 2008)

표 33 건강검진의 비용과 결과

비용	결과
검진비용 환자 조기발견에 따른 치료 비용 위험군 조기발견에 따른 관리 비용	<u>건강향상</u> 위험군 및 환자 조기발견에 따른 - 고혈압 이환 예방 - 합병증 예방 - 조기사망 예방 <u>의료비 절감</u> 위험군 및 환자 조기발견에 따른 - 고혈압 치료비 절감 - 합병증 치료비 절감

그러나 본 연구는 경제적 ‘평가’ 이전에 우선 건강검진의 총 경제적 규모를 가늠해보는 것을 일차적인 목표로 하였으므로 경제성평가의 요소 중에서도 ‘실현된 지출 규모’만을 추정하기로 하

였다⁴⁴⁾. 표 33에 제시한 항목 중에서도 비용(투입)을 대상으로 제한하는 셈이다. 건강검진 전체의 규모를 파악하려다 보니 다소 거칠어 보이는 부분도 있을 것이나⁴⁵⁾ 명확하지 않은 가정들을 여러 단계 거치는 것은 오히려 더 큰 오류로 이어질 수 있다. 따라서 세부 내용보다는 ‘전체 규모’를 파악할 수 있는 데에 초점을 두고 틀을 구성하였다.

건강검진에 쓰이는 재원이 다양하고 복잡하기 때문에 그림 10에 재원을 중심으로 한 건강검진 모식도를 재구성하였다. 경제적 규모 추정을 위해 구조화한 그림 11는 검진을 받는 흐름에 따라 지출-수익 구조를 나타낸 것이다. 건강검진을 소비한 측면에서 지출주체는 국가, 개인, 기업(민간조직)의 세 부분으로 구분된다. 그리고 누군가의 소비는 판매자에게는 수익이다. 각각의 소비량을 더하면 결국 건강검진을 제공하는 의료기관 차원에서 수익의 총합이 된다는 말이다.

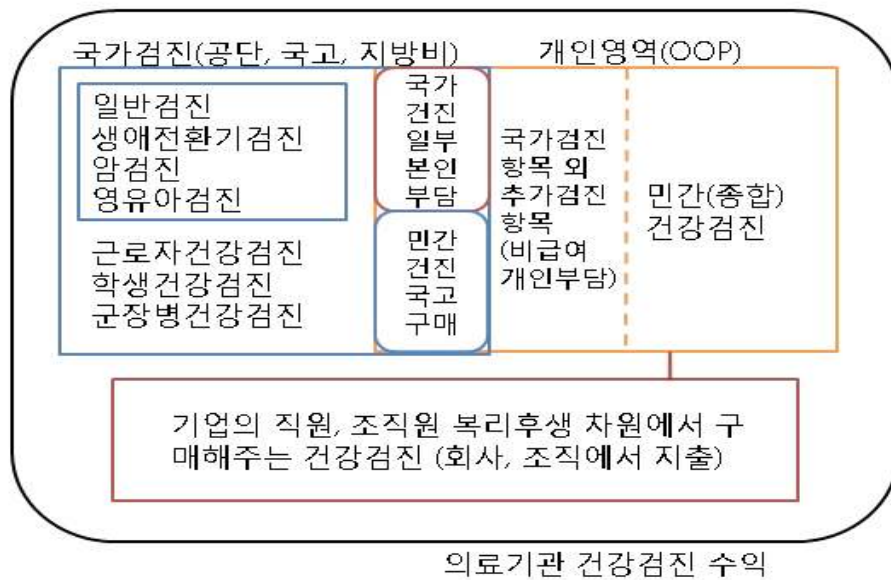


그림 10 건강검진 재정구조의 모식도

44) 자료의 한계로 실현된 지출규모를 알기 어려운 경우에는 불가피하게 공개된 예산을 적용했다.

45) 예를 들어 일개 검진의 경제성평가를 수행할 때 ‘이태진 외(2013) 국가건강검진 항목 중 당뇨병 검진 의 비용-효과 분석 연구. 질병관리본부’에서는 당뇨병 검진과 당뇨병의 자연경과에 따라 검진 참여율, 검진 유소견율과 양성판정율, 당뇨병 조절율, 합병증 각각의 발생율과 사망률 등의 확률과 이러한 과정에서 발생하는 직, 간접 의료비용을 세세하게 고려하여 비용과 효과를 분석하였다.

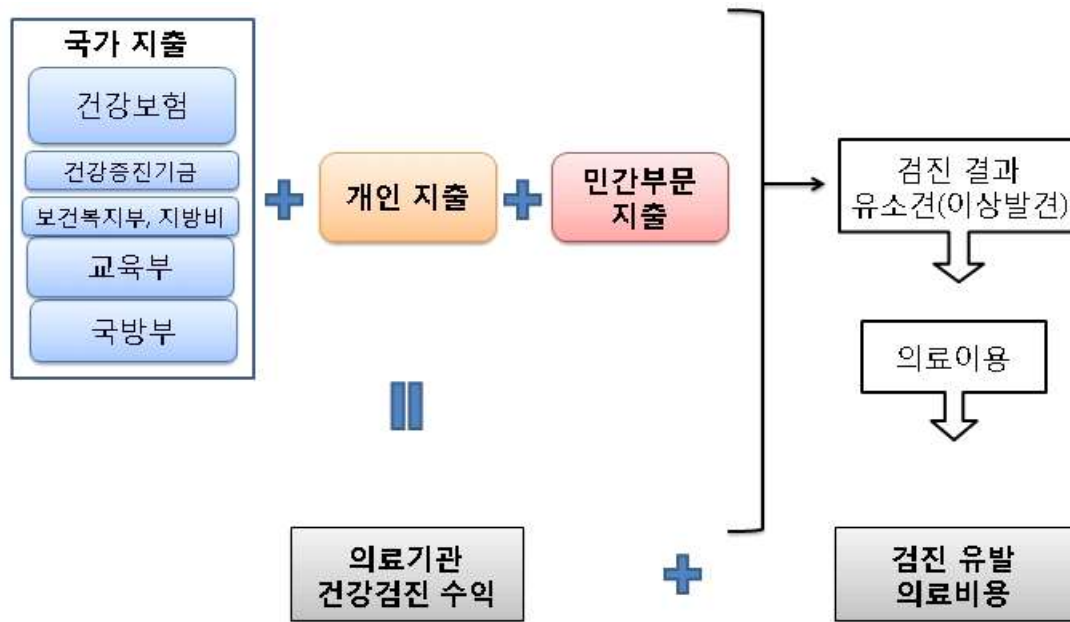


그림 11 건강검진 비용추정을 위한 모식도

그림 9를 부연하기 위해 한 사람이 건강검진을 받게 되는 사례를 떠올려보자. 국가에서 지정된 일반건강검진을 받기 위해 병원을 찾아가 정해진 항목만을 검사받으면 개인이 부담할 금액은 없고 건강보험공단에서 보험급여로 이를 전부 지급한다. 그러나 평소에 걱정되었거나 의사가 추천하는 항목을 같이 검사한다면 여기부터는 일반적인 의료이용에서처럼 급여와 비급여 여부에 따라 일정 수준의 개인 부담이 추가로 발생한다. 암 검진을 받았다면 국가에서 시행하는 것이라 하더라도 보험료 상위 50%에 해당할 경우 10%의 개인부담금을 내야 한다. 즉, 한 사람이 건강검진을 받게 될 때 일부분은 건강보험공단과 국가의 재정으로, 일부분은 개인의 재정으로, 혹은 회사원에 대한 기업의 복리후생 식 건강검진이라면 기업의 재정으로 검진기관에 지불할 것이다. 어떤 방식으로든 건강검진은 검진기관으로 지정된 의료기관 또는 민간건강검진을 제공하는 의료기관에서 이루어지므로 의료기관이 건강검진으로 얻은 수익은 각 출처에서 지출한 금액의 총합이 된다. 추가로, 미리 언급하였듯이 건강검진으로 인해 유발된 의료비용을 함께 추정한다. 건강검진의 ‘상업화’라는 측면에서 건강검진으로 인해 발생하는 추가 의료 이용이 중요한 유인 구조임을 고려한 것이다. 추정에 사용한 자료들의 구체적인 수치는 <부록 3>을 참고하기 바란다. 모든 자료는 특별한 이유가 없으면 가능한 최근의 자료를 이용했다⁴⁶⁾.

46) 건강보험 통계연보(2013), 보건복지부 예산 및 기금운용계획 개요(2014), 모자보건사업안내(2015), 건강검진사업안내(2015), 노인보건복지사업안내(2015), 교육부 통계(2014), 보건복지부 고시(2014)를 이용

(1) 건강검진 자체로 지출한 재정규모 추정

① 국가지출

국가지출분은 건강보험공단의 급여액이 가장 큰 비중을 차지하고 나머지는 기금, 담당 부처별 예산과 지자체 보조금으로 이루어진다. 근로자 건강검진은 특수검진이 아닌 일반검진의 경우 일반 건강검진으로 대체 가능해지면서 재정의 구분이 의미 없고, 일반검진 외의 근로자 검진은 이 연구에서 다루지 않으므로 추정에서 제외한다. 교육부와 국방부 예산에서 나머지 학생과 군장병 건강검진의 재정을 부담한다. 전체 국가지출분 중 건강보험급여가 차지하는 비율이 가장 높고, 각 항목의 지출 합계는 총 1조 924억 3,691만 4,242원에 달했다(표 34).

표 34 건강검진에서 국가지출 부분의 구분과 합계

구분		설명	합계
신생아, 영유아, 일반, 생애전환기, 암검진, 노인 건강검진	건강보험공단	건강보험 급여실적 현물급여 중 건강진단비	9,983억 4,951만 7천 원
	국고	보건복지부 예산, 지자체 예산	건강증진기금: 305억 3,100만 원 + 85억 6,745만 4천 원
학생건강검진 ⁴⁷⁾		고시된 건강검진 학년별 비용 * 학년별 학생 수	528억 7,094만 3,242원
군장병 건강검진		국방부 예산	21억 1,800만 원
합계			1조 924억 3,691만 4,242원

② 개인 지출

개인 지출분은 개인이 건강검진에 사용한 평균 자기부담금과 건강검진을 받은 사람의 수를 곱해서 구했다. 2010년도에 조사된 의료패널 자료에 건강검진에 사용한 1인당 평균 자기 부담금 항목이 있어 이를 활용하였다. 이 금액은 국가건강검진으로 인한 무상검진의 경우도 포함한 평균이다. 건강검진을 받은 사람은 연간 국가건강검진 1차 수검자 수를 적용했다. 단, 1인당 평균 자기부담금을 조사한 연도는 2010년 뿐이기 때문에 수진자 자료(건강검진통계연보, 2013년)의 연

하였고 건강보험급여실적과 군장병 건강검진 예산만 2013년도 자료를 사용하고 나머지는 2014년도 수치를 이용했다.

47) 학생건강검진의 재정규모 계산은 ‘3장. 한국의 건강검진 현황’ 부분에서 표 7을 참고

도가 같지는 않다. 또한 ‘국가 건강검진만 받은 사람’과 ‘국가건강검진에 일부 검사를 추가로 받은 사람’은 포함되지만 ‘국가건강검진은 받지 않았으나 다른 검진이나 종합검진을 받은 사람’은 포함되지 않으므로 실제보다 과소추정 될 가능성이 있다. 일반검진, 생애전환기, 영유아, 암검진을 연령대별로 나누어 계산한 후 합산한 결과와 연령대를 나누지 않고 합산한 결과를 표 35에 제시했다. 개개인들이 건강검진을 받는데 본인부담으로 지출한 연간 총비용은 연령군별로 합산했을 때에는 1조 2,448억 6,752만 7,201원, 총계로 계산했을 때에는 1조 1,387억 4,817만 1,040원이었다(표 35).

표 35 건강검진으로 인한 개인지출분 계산 결과(단위: 원/명)

연령	구성	1인당 자기부담금	수검자 수	총 자기부담금
0-9세	영유아	4,511	2,068,795	9,332,334,245
10-19세	일반	1,492	30,395	45,349,340
20-29세	일반	61,822	1,189,882	73,560,885,004
30-39세	일반+암	61,127	2,864,776	175,115,162,552
40-49세	일반+암+생애	52,125	5,285,056	275,483,544,000
50-59세	일반+암	71,096	5,461,116	388,263,503,136
60-69세	일반+암+생애	72,292	3,400,263	245,811,812,796
70-79세	일반+암	35,396	1,951,995	69,092,815,020
80세 이상	일반+암	22,794	358,082	8,162,121,108
연령군 합산				1,244,867,527,201
총계로 계산		50,364	22,610,360	1,138,748,171,040

③ 민간부문 지출

민간부문 지출 분은 자료의 한계로 직접 추계할 수 없기 때문에, 전체 값에 해당하는 의료기관 수익에서 국가지출분과 개인지출분을 제외한 나머지 금액을 민간부문의 지출로 상정하였다.

즉, 다음의 공식을 적용했을 때,

$$\textcircled{3} = \textcircled{4} - (\textcircled{1} + \textcircled{2})$$

민간(기업이나 단체)에서 건강검진에 지출하는 비용은 연간 최대 1조 6,814억 8,829만 8,718원에서 최소 1조 391억 157만 9,557원이 추정된다.

④ 의료기관 수익

의료기관 수익분은 한국보건산업진흥원의 병원경영분석통계자료를 이용했다. 이 자료는 병원의 손익계산서 내역 중 기타의료수익과 그 일부에 해당하는 건강진단수익 항목까지 공개하고 있다. 단, 100병상 당 자료이기 때문에 전국 의료기관 종별 병상 수를 100병상 단위로 변환한 후 이를 곱하여 합산하였다⁴⁸⁾. 종별 분류에 따라 나누어 합산한 경우와, 나누지 않고 총계로 합산한 결과는 표 36에 제시하였다. 단, 이 자료는 병원급 이상에서만 조사되었기 때문에 의원급의 검진 수익은 잡히지 않는다는 한계가 있다. 건강검진 통계연보에서 건강보험공단이 의원급 기관에 지급한 건강검진 급여비를 합하는 것으로 이를 보완할 수는 있으나 급여 외의 검진 수익은 알기 어려워 과소추정하는 것을 피하기 어렵다. 종별로 합산한 경우 의료기관의 수익총합은 3억 9,126억 7,338만 4천 원이고, 전체평균으로 계산했을 때에는 3억 3,764억 602만 1천 원이었다.

표 36 건강검진으로 인한 의료기관 수(단위: 개, 원)

구분	100병상 당 검진수익	병상 수	종별 건강진단수익
상급종합병원	1,240,098,000	43,535	539,876,664,300
종합병원	521,824,000	96,461	503,356,648,640
병원		188,074	981,415,269,760
요양병원		189,828	990,568,062,720
치과병원	10,092,000	265	26,743,800
한방병원	3,038,521,000	12,807	389,143,384,470
전체	540,166,000	530,970	
종별 수익 합산			3,404,386,773,690
전체 평균 계산		2,868,119,410,200	
의원급 건강검진비 급여지급액*		508,286,609,958	
의원급 수익 포함 의료기관 종별 합산		3,912,673,384,000	
의원급 수익 포함 전체 평균 계산		3,376,406,021,000	

(* 의원급 건강검진비 급여지급액은 의원 수익의 일부에 해당함)

(2) 검진으로 인해 유발된 의료비용 추정

검진으로 유발된 의료비용을 추정하려는 이유는 2장에 포함된 ‘의료기관의 건강검진 수익’에

48) 모두 2013년도 자료를 사용했다.

서 언급한 바 있다. 건강검진을 받은 사람 중 일부는 이상소견을 통보 받는다(유소견자). 이들 중 일부는 결과를 무시하기도 하겠지만, 다른 일부는 정밀검사나 치료를 위해 의료기관을 방문하고 의료를 이용할 것이다. 물론 추가로 이용하는 의료는 가벼운 외래진료부터 수술과 입원치료까지 그 정도가 다양할 수 있다. 이와 같은 경로를 통해 ① 건강검진 수검자 중 유소견자, ② 이상소견을 통보받은 사람 중 실제로 의료이용까지 이어지는 사람의 비율, 그리고 ③ 의료이용을 하게 된 사람이 지출할 의료비용의 세 값을 곱하는 수식을 세울 수 있다.

$$\text{검진 유발 의료비용} = \text{검진 유소견자(①)} * \text{유소견자 중 의료이용율(②)} * \text{1인 당 의료비(③)}$$

① 검진 유소견자 수 추정

건강검진 소견 결과 중 실질적으로 의료이용을 할 이유가 되는 결과를 받은 경우를 ‘유소견자’로 할당하였다. 표 37에서 음영처리가 된 경우에 해당한다⁴⁹⁾. 단, 한 사람이 한 종류의 유소견만을 받게 될 수도 있지만 당뇨와 고혈압 유소견과 같이 여러 질환의 이상소견을 동시에 받을 수 있다. 이런 경우 중복되는 수만큼 과다추정 될 가능성이 있다.

- 고려사항: 구강검진 유소견자의 포함 여부에 따라 각각 추정할 필요가 있다. 구강검진 외 유소견자와 구강검진 유소견자 수가 거의 50:50이기 때문에 만일 구강검진에 따른 치과의료비용을 따로 적용하지 않고 1인당 입원, 외래비용을 적용한다면 구강검진 유소견자를 포함할 때 너무 과도한 추정이 될 수 있다. 구강검진에 따른 치과비용을 따로 적용하여 합산할 수 있다면 더욱 합리적인 추정이 될 것이나 이는 ③ 의 1인당 의료비 자료에서 자세히 설명할 것이다.

49) 단, 대장암 검사 결과에서 의료이용을 유발할 검사결과는 대장이중조영검사나 대장내시경 검사를 받기 이전에 분변잠혈검사 양성반응으로도 충분히 가능할 것으로 여겨 분변잠혈검사 양성결과 판정자를 대상으로 선정하였다.

표 37 검진 별 유소견 구분(음영이 들어간 부분을 유의미한 유소견자로 설정함)

일반건 강검진 (생애전 환기)	당뇨				고혈압			
	정상	공복혈당장애	당뇨병	정상	고혈압전단계	고혈압		
암 검진	대장암							
	정상	분변잠혈검사 (+)		대장이중조영검사 또는 대장내시경 결과				
				양성질환	대장암의심	대장암		
	위암				간암			
	정상	양성질환	위암의심	위암	이상없음	양성질환	간암의심	
	유방암				자궁경부암			
	정상	양성질환	유방암의심	판정유보	정상	염증성, 감염성 질환	상피세 포 이상	자궁경부 암 의심
생애 전환기 건강 검진	정신건강검사(우울, 인지기능)				생활습관 평가			
	특이소견없음	경계	우울증의심	흡연	음주	운동	영양	비만
	구강검진							
	건강	교육필요	충치치료	스케일링필요	치주질환	발치	의치보철	연조직 정밀검사
영유아 건강 검진	종합판정				구강검진			
	양호	주의	정밀평가필요	양호	주의	치료필요		

② 유소견자 중 의료이용률

선행연구 중 건강진단 유소견자의 의료이용율을 보고한 연구에서 가장 낮게는 한창현 외(2001)가공단지역 근로자 건강검진 후 의료기관 이용율을 41.5%로 보고하였고, 최지숙(2005)은 국민건강보험공단 암검진 유소견자 중 의료이용율이 45.4%, 최태성(2006)의 연구에서 근로자 검진 후 심뇌혈관 관련 유소견자의 의료이용율이 66%, 그리고 한창현 외(2000)의 연구에서 일개 시 공무원의 검진 유소견자 의료이용율을 67.4%로 가장 높게 보고하고 있다. 각 연구가 포괄하는 대상자와 검진유형의 특성에 따라 값이 달라질 수 있으나 전 국민을 대상으로 한 전체 검진에서의 결과 값은 연구된 바가 없다. 따라서 대안으로 민감도 분석과 같이 기존 연구들에서 보고한 수치의 범주에 따라 각기 계산한 결과를 제시했다.

- 고려사항: 유소견자 중 의료이용율을 기존 연구에 따라 최소 41.5%에서 최대 66.7%까지 다양하기 때문에 여러 가능성을 감안하여 40%, 50%, 60% 70% 를 각각 적용해보기로 하

였다. 단, 구강검진 유소견자 중 의료이용율은 장지연과 이천희(2010)의 연구에서 48.6%, 고대호 등(2003)의 연구에서 56%고 보고되었으므로 50%를 적용하였다.

③ 검진 유소견자 중 의료이용자의 경우 사용되는 의료비

총 의료비는 ‘공단급여액 + 개인부담금(법정 본인부담액+비급여 본인부담액)’이며, 이를 모두 포괄하는 자료는 ‘국민의료비추계 및 국민보건계정’에서 추계한 금액이다. 이 수치는 연령이나 의료유형을 모두 포괄한 자료이기에 너무 단순할 수 있다. 다른 선택지로는 보다 세분화된 자료인 2011년도 국민보건의료실태조사-의료이용분석 자료를 이용할 수 있다. 이 자료에는 연령별, 의료유형별(외래, 입원, 치과) 개인의료비가 제시되어 있으나 비급여 부분으로 인한 본인부담액은 미포함 되므로 이를 이용하면 과소추정의 여지가 발생한다.⁵⁰⁾

a) 국민의료비추계 및 국민보건계정(2012년): 국민의료비 97.1조원 중 개인의료비 85.4조원을 2012년도 주민등록 연앙인구수로 나누면 1인당 국민의료비 중 개인의료비는 1,696,284원이다.

b) 국민보건의료실태조사-의료이용분석(2011년): 1인당 외래 및 입원에 소요된 총 진료비는 1,634,000원(외래 진료비 평균 699,000원/입원 진료비 평균 3,431,000원), 치과 외래 진료비는 1인 당 평균 85,000원이었으며 연령별로 조사되어 연령별 유소견자 수, 의료이용율을 적용하여 각각을 합산 추계할 수 있다. 전체 의료비를 적용할 때보다 더 세분화되어 있지만 비급여 본인부담액이 빠져 있으므로 과소추정 된다는 위험이 있다.

<참고> 국민의료비추계 및 국민보건계정에서 추계된 국민의료비

< 2012년 국민의료비의 규모 >

구 분	규 모	비 중
국민의료비	97.1 조원	100%
경상의료비	92.7 조원	95.4%
개인의료비	85.4 조원	87.9%
집합보건의료비	7.3 조원	7.5%
자본형성	4.5 조원	4.6%
국민의료비/GDP	7.6%	
1인당 국민의료비	1,943 천원	

50) 그 외에도 의료패널 의료비 자료는 법정 본인부담금과 비급여 본인부담금을 모두 추계할 수 있다는 장점이 있으나 1인당 외래, 입원 건당 의료비만 제시하고 있어 단위의 문제로 인해 선택하지 못하였다.

④ 추계 결과 (① * ② * ③)

포괄적으로 1인당 개인의료비를 적용한 총 유발 의료비용(③-a)

구분	유소견자 의료이용율	총 의료비(단위: 원)
전체 (일반+구강)	40%	8,344,289,008,872
	50%	10,430,361,261,090
	60%	12,516,433,513,308
	70%	14,602,505,765,526
구강검진 제외	40%	4,593,150,319,248
	50%	5,741,437,899,060
	60%	6,889,725,478,872
	70%	8,038,013,058,684

1인당 의료비를 연령별로 나누어 합산한 총 유발 의료비용(③-b)

구분	유소견자 의료이용율	총 의료비(단위: 원)
전체 (일반+구강)	40%	5,330,498,974,700
	50%	6,601,032,347,750
	60%	7,871,565,720,800
	70%	9,142,099,093,850
구강검진 제외	40%	5,082,133,492,200
	50%	6,352,666,865,250
	60%	7,623,200,238,300
	70%	8,893,733,611,350

각 경우가 각기 과다 또는 과소추정 될 위험을 가지고 있으나 여러 가정을 두고 계산했을 때 가장 적게는 4조 5,931억 5,031만 9,248원, 많게는 14조 6,025억 576만 5,526원의 범위를 갖는다.



즉, 한국에서 건강검진에 사용되는 총 재정 규모 추정 결과는 다음과 같다.

건강검진 자체로 인한 비용 + 건강검진으로 인한 유발 의료비용

최대 18조 5151억 7914만 9526원

최소 7조 9695억 5634만 248원

4. 해외의 건강검진

1) 일본의 건강검진

2장의 역사 부분에서 언급한 것처럼 현재 한국의 건강검진 제도, 건강검진 산업의 발전은 일본의 사례로부터 상당한 영향을 받았다. 물론 이는 건강검진 분야만의 특징은 아니다. 지리적 근접성이라는 요인 이외에 식민지배의 제도적 유산은 물론 양국의 관료 사회나 학계의 공식·비공식적 연계가 지속되는 가운데 일본은 해방 이후에도 한국에 지속적인 영향을 미쳐왔다. 예컨대 1953년에 제정된 근로기준법이 일본의 노동기준법을 모델로 했다는 것은 잘 알려져 있다.⁵¹⁾ 2008년 도입된 장기요양보험제도는 일본의 개호보험 제도를, 2010년 즈음 본격화된 중앙/지방 정부의 대사증후군 관리사업은 일본의 특정건강진단, 특정 보건지도 사업을 모델로 하고 있다.

이러한 맥락에서 일본의 건강검진 제도의 현황과 전개과정을 살펴보는 것은 한국 제도의 기원을 파악하고, 향후의 전개를 예측하는 데 도움이 될 것이다.

(1) 일본의 보건의료 제도 특성

건강검진 제도에 앞서 일본 보건의료 체계의 특성을 간략하게 살펴보고자 한다.

일본은 전 국민을 대상으로 하는 보편적 공적의료보장 체계를 갖추고 있다. 하지만 국가를 단일 보험자로 하는 한국과 달리 지역이나 직역 별로 약 3,500개의 건강보험 조합들이 존재한다. ① 피고용인과 75세 미만의 피부양자는 고용주가 제공하는 보험(주로 대기업, ‘조합 관장’ 보험) 혹은 일본건강보험연합(주로 중소기업 피고용인, ‘정부 관장’ 보험), 선원보험, 각종 공제조합(공무원, 교직원)에 의무적으로 가입한다. 한편 ② 75세 이하의 농민, 은퇴자, 자영업자 등 비임금 근로자는 지방 정부가 운영하는 국민건강보험에, ③ 75세 이상의 고령자는 각 현에 설립된 후기 고령자 의료보험에 가입한다. 건강보험료를 지불할 수 없는 사람들에게 대해서는 자산 평가에 기반한 공공부조가 제공된다(Matsuda, 2013).

정부의 재정 부담이 커지면서 본인 부담금이 꾸준히 확대되어, 현재 치료 서비스에 대해서는 30%, 장기요양 서비스에 대해서는 10%의 본인부담금이 부과된다(실제로 본인 부담률은 연령에 따라 다르다). 총 보건 지출 중 공공 부문이 차지하는 비중은 2012년 현재 82.5%에 달한다. 이

51) 박홍규. 근로기준법의 변천사. 세상을 두드리는 사람 2010년 47호. (http://www.hrcenter.or.kr/load.asp?sub_p=board/board&b_code=28&idx=1735&board_md=view)

는 한국의 54.0%, OECD 평균 72.7%⁵²⁾에 비해 상당히 높은 것이다. 한편 성인의 70% 이상이 사보험에 가입해 있는데, 판매되는 사보험의 대부분이 정액형 의료보험이며, 공적 보험의 법정보인부담금과 비급여 항목을 보장해주는 실손형 보험은 거의 판매되지 않는다(조용운 외, 2014).

공급 체계는 한국과 매우 유사하다. 일차의료와 전문의 진료가 뚜렷하게 구분되지 않으며, 게이트키퍼이나 엄격한 전달 체계가 존재하지 않는다. 환자는 의료 서비스를 이용하기 위해 의사에게 등록할 필요가 없으며, 어느 클리닉도 자유롭게 선택할 수 있다. 또한 병상의 55%는 민간 비영리 병원에 속해 있다. 민간 영리회사의 병원 진입은 금지되었지만, 피고용인을 위해 영리기업이 설립하고 소유한 기존 병원(예: 토요타 그룹의 부설 병원)은 예외적으로 영업이 인정되고 있다(Matsuda, 2013).

공적 보험 체계에 속한 모든 보험자들은 중앙 수가기준에 따라 의료 공급자에게 지불보상을 한다. 이는 상당히 복잡한 행위별 수가제에 기초하되 일부 질환군의 경우 일(日) 혹은 월(月) 단위 정액 보상이 이루어진다. 정해진 본인 부담금 이외에 환자에게 추가 청구를 하는 것은 원칙적으로 금지된다. 이렇게 국가 급여 패키지에 포함된 모든 보건의료서비스에 대해 가격을 규제하는 것은 결정적인 비용 통제 기전이라 할 수 있다(Matsuda, 2013).

이렇게 의료전달 체계가 분명하지 않고 경제적 장벽이 낮다는 점에서, 일본인의 의료이용량이 많을 것이라고 짐작할 수 있다. 실제로 일본인의 연간 의사 방문 횟수는 1인 당 13.0회(2011년)로, OECD 평균 6.7회를 크게 넘어선다(2013년 한국의 14.6회보다는 낮다). 급성기 병상의 평균 재원 일수도 17.5일(2012년)로 OECD 평균 6.5일에 비해 두 배 이상 길다(2013년 한국은 10.6일). 의료자원 규모도 큰 편인데, 이를테면 인구 1천 명 당 병상 수는 13.4개(2012년)로 OECD 4.8개에 비해 거의 3배 정도 많다(2012년 한국 10.3개). 특히 두드러지는 것은 상당히 많은 고가 의료장비를 보유하고 있다는 점이다. 인구 1백만 명 당 CT 보유 댓 수는 101.3대(2011년)로 OECD 회원국들 중 압도적 1위를 차지하고 있다(OECD 평균 14.0대, 2013년 한국 37.7대). 인구 1백만 명 당 MRI 유닛도 46.9개(2011년)로 역시 OECD 회원국 중 압도적 1위에 해당한다(OECD 평균 14.0, 2013년 한국 24.5). 이에 비해 2012년 현재 인구 1천 명 당 의사 수는 2.3명으로 OECD 평균 3.2명보다 낮다(한국 2.2명).⁵³⁾

전반적으로, 공적의료보험의 보장성이 상당히 높고, 공적 체계의 비용통제가 비교적 강력하다

52) OECD. Health at a Glance: Asia/Pacific 2014. Measuring Progress towards Universal Health Coverage (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_ap-2014)

53) OECD. Health at a Glance: Asia/Pacific 2014. Measuring Progress towards Universal Health Coverage (http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_ap-2014)



는 점을 제외하면, 민간 중심의 의료 공급, 미흡한 전달 체계, 상당히 높은 의료이용 수준 등 한국과 매우 비슷한 모습이다. 그리고 이러한 상황이 공적 체계 외부에서 의료서비스 산업의 성장을 도모하거나 영리 추구 활동을 벌이는 토양이 된다는 점도 비슷하다.

(2) 일본의 건강검진 제도 개요

일본의 건강검진 제도는 크게 법령에 의해 시행되는 국가 검진과 자발적인 종합건강검진(일명 ningen dock, 人間ドック, 휴먼 도크 - 이하 ‘인간 도크’로 지칭)으로 구분할 수 있다.

촘촘하게 구성된 건강검진 주기와 포괄적인 검사 내용은 외국인들에게 ‘신기한’ 일본 문화이기도 하다. 구글 웹페이지에서 “Japan health check”를 입력하면 일본에 거주하게 된 외국인들이 서로에게 제도를 설명해주거나, 경험담⁵⁴⁾을 공유하는 수많은 웹문서들이 검색된다. 뉴욕타임즈 의견란에는 신장 대비 체중이 정상임에도 불구하고 지난 2년 동안 몸무게가 2kg 증가했다는 이유로 요주의 대상 취급을 받았던 외국인의 경험담이 실렸다. 그는 일본인들이 “젊은 나이부터 정밀 조사를 받는데 익숙해있다”고 지적하면서, “일본인의 90% 이상이 건강 문제가 있다고 분류되는 이러한 양상에 아무런 문제도 없는 것일까?”라는 의문을 제기했다.⁵⁵⁾ 일본의 독특한 종합검진프로그램인 ‘ningen dock’은 이미 국제적으로도 널리 알려진 용어이다.

(3) 국가 검진 체계

‘국민건강보험법’ 제 82조⁵⁶⁾에 의하면, 보험자는 특정 건강 진단 시행은 물론, 건강 교육, 건강 상담, 건강 진단, 기타 피보험자의 건강 유지 증진을 위해 필요한 사업을 하도록 노력해야 한다. 그리고 후생노동대신이 이와 관련한 지침을 공표해야 하는데, 그 내용은 건강증진법(2002년 법률 제 103호) 제9조 제1항⁵⁷⁾에 정해져 있다.

54) 예: <http://www.dannychoo.com/en/post/1483/Health+Care+in+Japan.html>

55) Makihara K. Exam Time. The New York Times April 15, 2013
(http://www.nytimes.com/2013/04/16/opinion/global/medical-exam-time-in-japan.html?_r=0)

56) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47SE318.html>

57) 건강증진법 제 9조 1항 (건강진단의 실시 등에 관한 지침): 1. 후생노동대신은 평생에 걸친 국민건강 증진을 향한 자주적 노력을 촉진하기 위해, 건강진단의 실시 및 그 결과의 통지, 건강수첩 (스스로의 건강 관리를 위해 필요한 사항을 기재한 수첩을 말한다)의 교부, 그 밖의 조치에 관해서, 건강 증진 사업 실시자에 대해서 건강진단 실시 등에 관한 지침 (이하 건강 진단 등 지침이라고 한다)을 정하는 것으로 한다. 2. 후생 노동 대신은 건강 진단 등 지침을 정하거나 이를 변경하려 할 때는 미리 총무 대신, 재무대신 및 문부과학대신과 협의하는 것으로 한다. 3. 후생 노동 대신은 건강 진단 등 지침을 정하거나 이를 변경할 때, 지체 없이 이를 공표하는 것으로 한다

예전에는 의료보험자가 행하는 일반 건강검진과 ‘노동안전위생법’에 따라 사업주가 실시하는 노동자 정기 검진, ‘노인 보건법’에 따라 시정촌이 실시하는 건강검진 제도가 존재했다(후생노동성 건강국, 2013). 하지만 2008년 4월 ‘특정 건강진단·특정 보건지도’ 제도가 도입되면서 변화가 일어났다. 노동자의 경우에는 예전과 마찬가지로 ‘노동안전위생법’⁵⁸⁾(1972년 6월 8일 법률 제 57호, 최종개정 2015년 5월 7일 법률 제17호)에 근거하여 사업주가 제공하는 연 1회의 정기 건강진단을 받는다. 나머지 주민들은 ‘고령자 의료 확보에 관한 법률’에 따라 건강진단과 보건지도를 받을 수 있다. 이 때 ㉠ 40~74세 주민들에 대해서는 의료보험자(조합 관장 건강보험, 정부 관장 건강보험, 선원보험, 공제조합, 국민건강보험)가 가입자(피보험자, 피부양자)에게 특정 건강 진단과 보건지도를 시행하고, ㉡ 75세 이상의 고령자들은 각 도도부현에 설치되어 있는 ‘후기 고령자 의료 광역 연합’에 의해 일반 검진을 받게 된다. 사업주 검진 항목에 특정 건강진단 항목이 포함되어 있기 때문에, 의료보험자가 사업주 검진 결과를 사업주와 수진자 등으로부터 수령 할 경우 노동자들은 별도의 특정 건강진단을 받을 필요가 없다. 한편 아동/학생들의 경우, ‘학교안전보건법’에 따라 매년 건강검진을 받는다.

① 노동자 검진

노동안전위생법과 시행령에 따른 노동안전위생규칙⁵⁹⁾(제 44조)에 의하면, 사업주는 상시 근로자에 대해 매년 1회 정기적으로 다음 항목에 대해 의사에 의한 건강진단을 시행해야 한다. ㉠ 병력 및 업무 경력 조사, ㉡ 자각 증상 및 타각 증상의 유무 검사, ㉢ 신장, 체중, 시력 및 청력 검사, ㉣ 흉부 X선 검사 및 객담검사, ㉤ 혈압 측정, ㉥ 빈혈 검사, ㉦ 간기능 검사, ㉧ 혈중지질 검사, ㉨ 소변검사, ㉩ 심전도 검사

② 특정 건강진단·보건지도

기존의 일반 건강검진을 대신해 특정 건강진단·보건지도가 도입된 배경은 다음과 같다. 일본 정부는 1978년 ‘제1차 국민 건강 증진 대책’, 1988년 ‘제2차 국민 건강 증진 대책’을 거쳐 2000년에 「21세기 국민 건강 증진 운동(건강 일본 21)」을 제정하고 생활습관병에 대한 1차, 2차 예방에 중점을 둔 건강증진 시행대책을 추진해왔다. 그러나 2007년 4월에 발간된 ‘건강 일본 21’ 중간 보고서에 의하면 당뇨병 유병자와 예비군 증가, 20~60대 남성의 비만을 증가, 야채 섭취

58) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47HO057.html>

59) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S47/S47F04101000032.html>

취 부족, 일상생활에서 보행 수 감소 등 건강 상태와 생활 습관이 제대로 개선되지 않는 것으로 드러났다. 이에 따라 후생과학심의회 지역보건 건강증진 영양부회는 「앞으로의 생활 습관병 대책 추진에 대해」(2005년 9월 15일)라는 중간 보고서를 발간하고, 생활 습관병 예비군의 확실한 추 출과 보건지도 철저, 과학적 근거에 기초한 건강진단·보건지도의 철저, 건강진단·보건지도의 품 질 향상, 국가의 구체적 전략과 프로그램 제시 등 생활습관병 대책의 주요 추진 과제를 선정했다 (후생노동성 2013). 이러한 맥락에서 2008년 4월 특정 건강진단·특정 보건지도가 도입된 것이 다. 이는 기존에 검진만 시행하고 사후관리가 미비했던 것을 보완하여 심혈관질환의 주요 위험요 인인 대사증후군을 집중적으로 ‘관리’하겠다는 의도를 담은 것이다. 특정 건강진단·보건지도의 시행은 ‘고령자의 의료의 확보에 관한 법률’(1982년 8월 17일 법률 제 80호)⁶⁰⁾에 기초하고 있 다. ‘특정 건강진단 및 특정 보건지도의 실시에 관한 기준’⁶¹⁾(2007년 12월 28일 후생 노동성령 제157호, 최종 개정 2013년 3월 29일 후생 노동성령 제44호)에 나열된 내용을 요약하면 다음 과 같다. 우선 특정 건강진단은 대사증후군에 초점을 두고 기본 항목과 상세 검진 항목에 대한 검사를 시행한다.⁶²⁾ 검진은 의료보험자가 안내한 의료기관 목록(후생노동성에서 정한 시설과 인 력 등에 관한 기준을 충족한 기관) 가운데에서 자유롭게 선택할 수 있으며, 비용은 주로 의료보 험자가 부담하지만 의료보험자에 따라서는 비용의 일부를 수진자가 자기부담할 수 있다. 특정 건 강진단 시행 이후 약 1-2개월이 지나면 검진 결과와 거기에 맞는 생활 습관 개선 정보가 실시 기관으로부터 수진자에게 전달된다. 또한 이 자료는 의료보험자에게도 전달된다. 의료보험자는 이 자료에 기초하여 특정 보건지도 대상자를 추출하고 안내하게 된다. 특정 보건지도는 진단 결 과에 기초할 때 생활습관병 발병 위험이 높고, 생활습관 개선에 의한 예방효과가 기대되는 이들 에게 상담과 추구 조사 등을 통해 스스로의 생활습관 개선 노력을 지원하는 프로그램이다. 이러 한 특정 건강진단·특정 보건지도 시행의 일차적 책임은 의료보험자에게 있으며, 법적 근거는 있 지만 처벌 규정이 부가된 의무사항은 아니다(후생노동성 건강국, 2013). 2011년 현재 특정건강 검진 대상자들의 수진율은 43.3%에 불과했다.⁶³⁾

60) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf>

61) http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/pdf/info02_03.pdf

62) ① 기본 항목: 설문지 (복약 유무, 흡연력 등), 신체 계측 (신장, 체중, BMI, 허리 둘레), 혈압 측정, 이학적 검사 (신체검사), 소변 검사 (요당, 요 단백), 혈액 검사: (지질 검사 - 중성 지방, HDL 콜레스 테롤, LDL 콜레스테롤/ 혈당 검사 - 공복시 혈당 또는 HbA1c / 간 기능 검사 - GOT, GPT, γ-GTP)
② 상세 검진 항목: 일정한 기준 하에 의사가 필요하다고 인정하는 경우에 실시 (심전도, 안저 검사, 빈 혈 검사)

63) 최상태 2013. 미일보험회사 건강관리·장기요양서비스의 현황 및 시사점. 삼성생명(주) 은퇴연구소 내 부자료 (재인용: 조용운, 오승연, 김미화. 건강생활관리서비스 사업모형 연구. 보험연구원. 2014년 7월))



③ 아동·학생 검진

이는 크게 취학 시 건강진단과 아동·학생 등의 건강진단으로 구분되며, ‘학교보건안전법’⁶⁴⁾ (1958년 4월 10일 법률 제56호, 최종 개정 2008년 6월 18일 법률 제 73호)에 기초하고 있다. 법에 의하면 시정촌 교육위원회는 지역 내 주소를 가진 취학 전 아동에게 건강진단을 실시하고 그에 합당한 적절한 조치를 취해야 한다. 또한 학교에서는 매 학년 정기적으로 아동·학생의 건강진단을 시행해야 하며, 필요할 때에는 임시로 건강진단을 실시해야 한다. 학교보건안전법 시행령⁶⁵⁾(1958년 6월 10일 정령 제174호, 최종 개정 2009년 3월 25일 정령 제53호)에 의하면, 취학 전 건강진단의 검사 항목에는 ㉠ 영양 상태, ㉡ 척추 및 흉곽의 질병 및 이상 유무, ㉢ 시력 및 청력, ㉣ 눈의 질병 및 이상 유무, ㉤ 이비인후 질환 및 피부 질환의 유무, ㉥ 치아 및 구강의 질병 및 이상 유무, ㉦ 기타 질병 및 이상 유무가 포함된다. 학교보건안전법 시행규칙⁶⁶⁾(1958년 6월 13일 문부성령 제18호, 최종 개정 2015년 1월 20일 문부과학성령 제1호)에 의한 (취학) 아동의 건강 진단 항목은 다음과 같다. ㉠ 신장, 체중 및 앉은 키, ㉡ 영양, ㉢ 척추와 흉곽의 질병 및 이상 유무, ㉣ 시력 및 청력, ㉤ 눈의 질병 및 이상 유무, ㉥ 이비인후 질환 및 피부 질환의 유무, ㉦ 치아 및 구강의 질병 및 이상 유무, ㉧ 결핵의 유무, ㉨ 심장 질병 및 이상 유무, ㉩ 소변, ㉪ 기생충 알의 유무, ㉫ 기타 질병 및 이상 유무. 전 항 각 호에 열거된 것 이외 가슴 두레 및 폐활량, 배근력, 악력 등의 기능을 검사 항목에 추가 할 수 있다.

(4) 종합건강검진(ningen dock, 人間ドック, 휴먼 도크, 인간 도크)

① 역사적 기원

군국주의의 성장과 정치적 테러의 만연으로 정치인의 안전이 매우 위협받던 시기인 1938년, 입헌민정당의 유력 정치인 유키오 사쿠라우치, 마고이치 타와라기는 동경대학 내과학 교실의 코조 사카구치 교수 클리닉에 건강 검진을 목적으로 일주일 간 입원하게 되었다. 심각한 중병에 걸렸다는 반대자들의 루머가 확산되는 것을 막고자, 이들은 미리 기자회견을 열었다. 이들은 자신의 입원이 ‘다음 항해를 대비하여 배가 원래의 항구로 들어와 드라이 독(dry dock)에 들어가서 바닥과 스크류에 손상이 있는지 검사하고, 엔진과 다른 설비들을 유지보수하며, 선원들에게 휴식

64) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S33/S33HO056.html>

65) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S33/S33SE174.html>

66) <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S33/S33F03501000018.html>

을 주는 것’에 비유했다. 이것이 이목을 끌면서, 정재계의 많은 유명인들이 건강검진을 위해 사카구치 교수의 클리닉을 방문하기 시작했다. 하지만 정치적 상황이 악화되고 전쟁이 일어나면서 이러한 흐름은 일시 중단되었다.⁶⁷⁾

② 인간 도크의 시작

2차 대전 종전 이후 1954년, 사카구치 교수는 동경대학을 떠나 동경제일병원으로 옮겼고 그곳에서 정재계 리더들의 요구에 부응하여 인간 도크 체계를 설립했다. 처음에는 보건동인사가 운영 측면을 담당하고, 동경제일병원이 검진을 담당하는 방식이었는데, 오늘날 7월 12일 ‘인간 도크의 날’은 당시 검진이 시작된 날을 기념하기 위한 것이다. 당시에는 건강 상태를 점검하려면 병원 각 과를 돌면서 몇 달씩 번거로운 절차를 수행해야 하는 것이 일반적이었다. 이들은 이러한 병원 중심 시스템을 탈피하여 컨베이어 벨트 시스템의 6일짜리 프로그램으로 개발했고, ‘단기간 입원 특별 건강조사’라는 이름을 붙였다. 1954년 9월 19일 요미우리 신문이 이를 소개하면서 ‘인간 도크’라는 명칭을 사용했고(그림 12), 이후 이것이 널리 쓰이게 되었다.⁶⁸⁾ 당시 6일 프로그램의 비용은 12,000엔이었는데, 이



그림 12 인간 도크를 소개한 요미우리 신문(1954년 9월 19일자)

는 공무원 초봉의 3~4개월 치에 해당하는 금액이었다. 그래서 평범한 이들은 이를 ‘부르도크 (bourdock: bourgeois dock)’이라고 부르기도 했다. 같은 해, 일본 병원협회의 2대 회장인 시로토시 하시모토가 회원 기관들의 회합을 소집하여, 인간 도크 스타일의 건강검진 체계를 세우고 전국으로 확산시키기 시작했다. 1958년 12월에는 성 누가 국제병원, 동경 경찰병원, 제생회 중앙 병원 등 3개 기관이 모여 바쁜 기업가들이 이를 만에 인간 도크를 받을 수 있을지 실행가능성을 평가하는 파일럿 연구에 착수했다. 그리고 다음 해 1월부터 성 누가 국제병원은 미쓰이 건강보험조합, 제생회 중앙병원은 제일생명 건강보험 조합, 동경경찰병원은 일본석유 건강보험 조합과 함께 1박 2일간의 인간 도크를 시험적으로 실시하여 이것이 실행 가능하다는 점을 확인했다. 1959년 1월과 2월에 소집된 병원협회 산하 임상 예방의학위원회는 인간 도크를 2인실에서

67) 2009년 대만내과학회 학술대회 연제집 (2009년 11월). Nara M. History of Ningen Dock (<http://www.tsim.org.tw/article/A98/abstract/981129AM/102/Nara.pdf>)

68) 보건동인사 누리집 (http://corp.hokendohjin.co.jp/corporate/history/medical_checkup)



시행하며 비용은 9,500엔이 적당하다고 결정한 후, 실시 병원에 대한 ‘지정 제도’를 마련하기로 했다.⁶⁹⁾⁷⁰⁾

③ 인간 도크 프로그램의 확대

처음에는 회사 사장 같이 부유한 이들만이 인간 도크를 이용했으나, 1950-60년대 급속한 경제 성장 하에서 기업 간부와 과장급에게까지 이용이 확대되었다. 이어서 자동 혈액 분석기와 다른 검사 장비들의 발전으로 비용과 시간을 더욱 줄어들면서, 평범한 기업 노동자와 일반 대중들도 인간 도크를 이용하게 되었다.⁷¹⁾ 현재 전국적으로 약 1,500개 기관에서 연간 3백만 명이 인간 도크를 이용한다고 알려져 있다(Ikeda et al, 2011). 인간 도크는 일본 병원 협회 주도로 이루어지고 있는데, 이들은 2008년 특정 건강진단·특정 보건지도가 도입된 이래, ‘건강검진 정보 관리 지도사’, ‘종합건강검진 식생활 개선 지도사’, ‘건강검진 전문의 제도’ 같은 민간 자격 제도를 만들어가면서 제도의 성장에 노력하고 있다.⁷²⁾

④ 국가 검진과의 차이

인간도크학회가 발간한 시민안내자료⁷³⁾에 의하면 국가 건강검진은 항목이 “제한되어 있기 때문에 몸 전체를 확인하는 데는 한계가 있다”면서, 이와 차별화된 종합건강검진을 받을 것을 권하고 있다.⁷⁴⁾ 학회가 소개하고 있는 기본 검사 항목에는 다음과 같은 것들이 포함된다. ㉠ 신체 계측 - 신장, 체중, (체질량지수), ㉡ 혈압, ㉢ 심전도, ㉣ 눈 - 시력, 안압, 안저 검사, ㉤ 청력, ㉥ 폐기능 검사, ㉦ 흉부 엑스선, ㉧ 상부소화관 엑스선, ㉨ 상부소화관 내시경, ㉩ 복부 초음파, ㉪ 혈액 검사 - 간 계통(총단백, 알부민, AST/ALT, gamma-GTP), 신장계통 (Cr), 요산, 지

69) 2009년 대만내과학회 학술대회 연제집 (2009년 11월). Nara M. History of Ningen Dock (<http://www.tsim.org.tw/article/A98/abstract/981129AM/102/Nara.pdf>)

70) 일본 인간도크학회 50주년사 (http://www.ningen-dock.jp/wp/common/data/jouenal/50th_chairman.pdf)

71) 2009년 대만내과학회 학술대회 연제집 (2009년 11월). Nara M. History of Ningen Dock (<http://www.tsim.org.tw/article/A98/abstract/981129AM/102/Nara.pdf>)

72) 일본 인간도크학회 50주년사 (http://www.ningen-dock.jp/wp/common/data/jouenal/50th_chairman.pdf)

73) <http://www.ningen-dock.jp/public/about>

74) “질병은 어느 정도 진행하지 않으면 자각 증상이 나타나지 않습니다. 특히 암은 자각 증상이 나타난 단계에서는 치료가 극히 곤란합니다. 또한 종합 건강 진단은 자세한 검사를 다수 항목에 걸쳐 실시하여 많은 질병의 조기 발견에 효과가 있습니다. 병상의 경과를 보고, 향후 치료 방침을 결정하는 데에도 도움이 됩니다. 합병증이 발병하지 않는지도 알 수 있습니다. 또한 건강 진단에서 이상이 없는 사람도 종합건강검진에서 이상이 발견되는 경우가 있습니다. 지금까지 받은 적이 없는 사람도 꼭 건강 검진을 받는 것이 좋습니다.”



질(TCROL, HDL, LDL, TG), 당대사(현당, HbA1C), 혈구계(RBC, Hb, Hct, MCV/MCH/MCHC, WBC, PLT), 감염계(CRP, 매독반응-희망자, HBsAg-희망자, HCVAg - 희망자), ① 요검사 - 단백뇨, 요당, 요침사, 요잠혈, 비중, ㉔ 대변검사 - 분변 잠혈, ㉕ 내과 진찰 - 시진, 촉진, 청진, ㉖ 옵션 유방 검사 - 유방 촉진, 유방 엑스선, ㉗ 옵션 전립선 검사 - PSA, ㉘ 옵션 C형 간염 - HCV Ab, HCV-RNA, ㉙ 부인과 검진 - 자궁경부세포진 검사

⑤ 인간 도크 프로그램 종류와 비용

위에서 제시한 인간도크 학회의 기본 프로그램 이외에도 강조하는 영역에 따라 서비스 구성 요소는 천차만별이다. 이를테면 1988년 이래 MRI를 이용한 브레인 독(brain dock), 암의 조기 진단에 초점을 두는 PET 스캔 등이 확대되고 있다(Ikeda et al, 2011)(그림 13 참고). 2012년 대한의사협회에서 시행했던 일본 현지 탐방에 의하면, 혈액으로 15종의 암 판별을 할 수 있는 ‘아미노 인덱스’ 검사를 포함하고 여성 전용 공간이 마련된 한 의료법인의 검진료는 1만 5천 엔(한화 약 150만 원), 완전 예약제에 의해 2시간 이내 검진을 완료하는 한 클리닉의 이용 비용은 4만 5,150엔(한화 약 450만 원), 당일에 검진과 설명을 모두 끝내는 또 다른 클리닉의 1일 코스 52,500엔(한화 약 520만 원), 여기에 경구 당부하검사와 전신 CT가 부가된 1박 2일 코스는 가격이 97,500엔(한화 약 970만 원)이었다.⁷⁵⁾ 심지어 영문 홈페이지를 갖추고 적극적인 ‘의료관광’을 추진하는 한 의료법인의 암 검진 비용은 PET 스캔 포함하여 기본 코스가 102,900 엔(한화 약 1천만 원)에 달하기도 했다(그림 14)⁷⁶⁾.

75) 닥터스 뉴스. “검진 수준은 기본... 소통과 안락함으로 승부” 2012년 8월 17일.

<http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=81298>

76) http://www.kameda.com/us/for_patient/cancer/index.html





The Japan Brain Dock Society

一般社団法人 日本脳ドック学会

[ホーム](#)
[サイトマップ](#)
[お問い合わせ](#)

① 脳ドック認定施設一覧

- ② 施設認定の申請について
- ③ 施設認定委員会規約

④ 脳ドック実施施設検索

- ⑤ 実施施設登録について

⑥ 脳ドックのガイドライン

- ⑦ 総会案内
 - 》 歴代総会会長・開催地
- ⑧ 日本脳ドック学会概要
 - 》 定款
 - 》 定款施行細則
- ⑨ 会員登録
- ⑩ 役員・評議員・名誉会員
- ⑪ 委員会一覧
- ⑫ 脳ドック標準データベース
- ⑬ 研究協力をお願い



お知らせ

2015.07.24	2015年度脳ドックのガイドライン検証研究助成決定一覧
2015.05.15	2015年度脳ドックのガイドライン検証研究助成金募集について
2015.03.09	「遠山椿吉記念 健康予防医療賞」について
2015.02.10	「山上の光賞」のご案内
2015.01.16	「日本脳卒中学会・日本脳ドック学会 合同講習会」のお知らせ
2014.09.09	日本脳神経外科学会 手術症例登録事業についてパブリックコメントご協力をお願い
2013.07.12	毎日新聞社「現代の5大病(毎日ムック)」記事掲載のお知らせ
2013.01.31	サーバー時停止のお詫び
2011.03.10	東京女子医科大学名誉教授 堀 智勝先生(著「くも膜下出血」のすべて)のご案内

更新履歴

2015.06.24	「脳ドック施設認定施設一覧」を更新
2015.06.15	「歴代総会会長・開催地」「日本脳ドック学会概要」「役員・評議員・名誉会員」を更新 「総会案内」に第25回日本脳ドック学会総会を追加
2015.04.20	「施設認定の申請について」施設認定要綱・施設認定申請書・施設認定申請書の記入例を第7回2016年版へ更新、認定施設更新要綱・認定施設更新申請書を第2回へ更新、認定施設定期報告書を2015年版へ更新、新規認定施設情報登録用紙・更新認定施設情報登録用紙を追加
2014.12.17	「総会のご案内」の「第24回日本脳ドック学会総会」にURLを追加

▶リンク ▶個人情報保護方針

一般社団法人 日本脳ドック学会 Copyright© The Japan Brain Dock Society

그림 13 브레인 도크 학회 홈페이지(<http://jbds.jp>)

Information on Total Cancer Body Examination

As the incidence rates of cancer have increased over the past several years, Kameda Medical Center decided to invest in technology to better detect cancers in early stages when treatments are more successful. The result of this endeavor has been the creation of the "Total Body Cancer" examination course that utilizes PET-CT scanning and other diagnostic testing procedures.

About PET-CT

PET-CT is an advanced imaging technology used for determining cancers in the body. Because it utilizes both PET and CT scans concurrently, PET-CT technology is able to find small cancers in the body that were unseen with previous technology.

For patients interested in preventative screenings for cancer, we recommend alternating the Annual Ningen Dock with the Total Body Cancer Examination.

▶ [If you would like to make an appointment, please click here.](#)

▼ [Basic Course only](#)
 ▼ [Comparison each examination](#)
 ▼ [Example](#)

[If you would like to make an appointment, please click here.](#)

Basic Course only

PET-CT
(including test for lung cancer)

+

Examination items

Name of Course	Fee	Examination items
Basic Course	102,900 yen	PET-CT + Examinations

* If you would like to stay at 1 night, the cost of stay is 10,500 yen as the additional cost.

그림 14 한 의료법인의 암 검진 안내 화면

⑥ 자동화 검진

인간 도크 이외에 병원이 아닌 쇼핑센터나 지하철역, 공공시설 등에 설치되어 간편하게 건강 상태를 점검할 수 있는 자동화 검진도 인기를 얻고 있다. 국내 한 비정부기구의 통신원이 전한 사례⁷⁷⁾를 보면 이용자들은 검사 부스에서 기계에 500엔을 넣고(‘원 코인’) 검사 항목을 정하고 필요한 기본 정보를 기입한 후 1회용 채혈기로 혈액을 한 방울 채취하여 시약이 든 자동 검사기를 적시면 10초 정도 후에 검사 결과가 분석되어 나온다. 이를 통해 혈당수치, 콜레스테롤, 중성 지방, 골밀도, 혈관 연령, 신체 나이 등 9개 항목을 검사할 수 있다고 한다. 소개글을 작성한 통신원은 이러한 자동화 검진의 장점이 “부담 없는 비용과 간단한 절차”, “건강검진을 위해 미리 예약을 할 필요도 없으며 시간에 맞춰 멀리 병원을 찾을 필요가 없다는 것”을 들고 있다. 이러한 자동화 검진을 이용하는 사람들은 “다양한 이유로 병원의 건강검진을 정기적으로 받지 못하는 의료약자 - 거주지가 없어 병원에 갈 수 없는 노숙자, 육아로 자신을 돌볼 겨를이 없는 주부, 언제나 시간에 쫓기는 아르바이트생, 경제적으로 여유가 없는 저소득층 노동자, 스스로 건강을 챙기지 못하는 노인들”이라는 것이다.

77) 희망제작소 “쇼핑센터에서 동전 하나로 받는 건강검진” (2015.03.02. <http://goo.gl/HcCh3i>)

(5) 건강검진은 ‘효과’가 있는가?

1979년 캐나다의 태스크포스, 1989년 미국의 태스크포스가 연례 건강검진을 권고하지 않는다는 지침을 발표한 이래, 최근까지의 체계적 문헌고찰 연구들은 무증상자 대상의 일반 건강검진이 상병과 사망을 감소시켰다는 근거는 없다고 결론내려 왔다(Thompson et al, 2012). 그렇다면 일본의 경우는 어떻게 이해해야 할까?

사실 일본의 특정 건강진단·보건지도 프로그램은 장기적으로 질병 예방에 효과가 있다는 근거가 거의 없는 상태에서 도입되었다(Kohro et al, 2008). 심지어 의료비 억제에 가능하다는 명확한 증거 또한 없다(조용운 외, 2014). 학교 건강검진 프로그램 또한 그 효과성에 대한 전반적 평가를 찾아보기 힘들데, 그나마 만성신장질환에 대해서는 여러 편의 논문을 확인할 수 있다. 하지만 아동기의 정기적 소변검사가 이후 만성신장질환 예방에 (비용) 효과적이라고 보고한 데 일본 연구들과 달리, 유럽과 북미 연구자들은 (비용) 효과적이지 않다는 반론을 제기하고 있어 여전히 논란이다(Hogg, 2009).

건강검진을 일종의 규범으로 간주할 만큼 건강을 의식하고, 균형 잡힌 식단과 위생을 강조하는 일본인 특유의 건강한 생활양식이 일본의 높은 건강 수준과 관련 있다고 생각하는 이들이 많다. 하지만 실증 분석에 의하면, 의무교육 도입과 보편적 건강보험 체계, 평등주의적 문화, 혈압강화제 투약 확대에 의한 뇌졸중 감소 등이 기대여명 증가의 강력한 기여요인이라 할 수 있다(Ikeda et al, 2011). 조기검진 제도의 도입이나 적극적 확대가 건강수준 향상에 기여했다는 증거는 찾아보기 힘들다. 실제로 사망률 감소는 공적 부문에서 건강검진이 확대되기 전에 나타나기 시작했으며, 사적 부문의 인간 도크는 참여자가 제한적이라 인구집단 수준의 건강개선 효과에 영향을 미치기 어렵다.

이렇게 보건학적 근거가 불충분하고 비용효과성이 입증되지 않은 일본의 제도들이 한국에 그대로 수입되고 있다는 점은 안타까운 일이다.

(6) 건강검진 확대의 ‘부수적’ 효과: 의료영리화, 상업화

국민건강 증진과 의료비 상승 억제라는 일본 정부, 혹은 학계의 의도를 ‘순수하게’ 받아들인다 하더라도, 일본의 건강검진 제도가 의료서비스 상업화, 영리화의 촉매로 작용했음을 비교적 분명해 보인다.

우선 특정 건강진단·보건지도 제도의 경우, 일차적 책임은 공적 보험자에게 있지만, 공공/민간 부문에 검진과 보건지도를 위탁할 수 있다. 특히 보건지도의 경우 의사 이외 인력(보건지도사, 간호사, 영양사 등)이 참여할 수 있도록 하면서, 의료법인이 아닌 ‘건강생활관리서비스’ 업체가 성장할 수 있는 토대가 되었다. 예컨대, 2012년 현재 일본에는 등록자 2만 명 이상의 전국적 대형 건강생활관리 서비스회사가 4개, 등록자 1만 명 정도인 중형사 20-30개, 소형사 1천 개 가량이 존재한다. 그리고 이러한 건강관리서비스업에는 보험회사들이 적극적 관심을 가지고 참여하고 있다. 국내에 소개된 ‘전국방문건강지도협회(주)’의 사례를 보면, 이 회사는 2005년에 자본금 24.5억 엔으로 시작한 곳이다. 여러 개의 손해보험회사와 생명보험회사를 자회사로 둔 지주회사인 NKSJ 홀딩스와 NTT 데이터(주) (2001년부터 인터넷을 사용해 법인회원에게 건강증진, 생활습관병 예방지원서비스를 개인별 맞춤형으로 제공)가 대주주로 있다. 이 기업은 특정 보건지도에 집중하고 있으며, 초기 6년 동안 적자를 기록하다가 최근 흑자로 전환되면서 업계 1위 자리를 유지하고 있다. 특정보건지도와 관련해서는 일본 최대 규모의 네트워크로 보건지도사 200명, 관리영양사 500명, 간호사 300명 등 1천여 명이 재택 근무 형태로 활동하고 있다. 이렇게 보험회사들이 참여하는 건강생활관리서비스 사업의 경우, 정부에 의해 표준화되어 있는 특정보건지도 이외에 다양하고 독자적인 서비스를 개발하여 제공하는 것이 특징이다(예: EAP, 장기간 병, 병원경영 등)(조용운 외, 2014). 중장기적으로는 이러한 자료들을 보험사의 통계자료로 활용할 수 있다는 점 또한 상품 개발과 관련된 중요한 동기라고 할 수 있다. 이러한 사업체계나 보험회사의 참여 등은 한국 정부가 도입하려고 하는 건강관리서비스 제도와 거의 유사하다. 실제로 앞서 인용한 참고문헌은 국내 보험사들의 건강관리서비스업 진출을 염두에 둔 보험연구원의 연구보고서였다. 영리기업이 건강검진 사업 부문에 진출하는 또 다른 비즈니스 모델은 ‘셀프’ 건강검진이다. 이는 앞서 소개했던 소위 ‘원 코인 건강검진’ 사례에서 잘 드러난다. 건강검진은 의료행위라서 의사만이 할 수 있지만 이용자가 스스로 채혈을 해서 검사를 한다면 그러한 규제를 우회할 수 있다. 자동화검진 업체들은 다양한 파트너와 제휴하여 쇼핑센터, 경마장, 파칭코 매장, 온천, 스포츠센터, 대형약국, 보험 대리점 등에서 출장 서비스를 제공하며, 검사 결과를 스마트폰이나 컴퓨터로 확인하고 누적 기록할 수 있도록 했다.⁷⁸⁾

한편, 시행 초기부터 병원 협회의 주도 하에 부유층을 대상으로 이루어진 인간 도크 프로그램은 분명하게 의료기관의 수익 추구하고 관련이 있다. 앞서 닥터스뉴스가 소개한 곳들 중 한 곳은 보안업체로 유명한 세콤이 운영하는 병원으로, 비보험 진료를 전문으로 하며 철저한 회원제로 운영된다. 가입비가 500만 엔에 검사비용이 40만 엔으로 다른 검진 센터에 비해서도 8배나 비싼

78) 희망제작소 “쇼핑센터에서 동전 하나로 받는 건강검진” (2015.03.02. <http://goo.gl/HcCh3i>)

편으로, 일본 최고 상류층을 겨냥한다고 했다. 이 병원의 병상 수는 19개, 하루 평균 수검자는 15명 내외에 불과하지만 의사 35명, 간호사 61명, 보건사 6명, 방사선기사 14명, 검사기사 9명 등 160여명 근무하며, PET/CT 3대, 1.5TMRI 1대, 64채널 CT 1대, 초음파 12, 내시경 본체 3대, 위내시경 스코프 10개, 상부 초음파 내시경 1개, 대장내시경 스코프 5개, 수술실 4개(셀셰이빙 확보), 초음파 검사실 4개소에 달한다. 특히 검사실의 경우, 병원은 장소만 제공하고 외부 검사 업체에서 모든 기계나 장비를 설치해서 환자를 상대로 검사해주고 검사료를 받아가는 시스템으로 되어 있다.⁷⁹⁾ 어느 모로 보아도 분명한 영리적 의료행위임을 알 수 있다. 게다가 2000년대 후반부터 일본 정부는 일본의 ‘장수’ ‘첨단의료’ 이미지를 활용하여 의료관광산업을 적극적으로 육성하고자 했다. 암 치료, 미용성형술과 함께 초점이 된 것이 바로 인간 도크이다. 인터넷 상에서 확인할 수 있는 검진 기관들의 세련된 영문 홈페이지들은 공통적으로 외국어 통역, 럭셔리 서비스 제공과 JCI 인증 사실을 강조한다(그림 15). 또한 일본 의료관광협회(Japanese Medical Tourism, JMT) 홈페이지는 건강검진이나 미용성형 서비스를 제공하는 의료기관을 검색하고 예약할 수 있는 시스템을 갖추고 있다(그림 16).

79) “검진 수준은 기본... 소통과 안락함으로 승부” 닥터스 뉴스 2012년 8월 17일
<http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=81298>



그림 15 인간 도크 프로그램을 운영하는 한 의료법인의 영문 홈페이지
(<http://www.kameda.com/us/>)

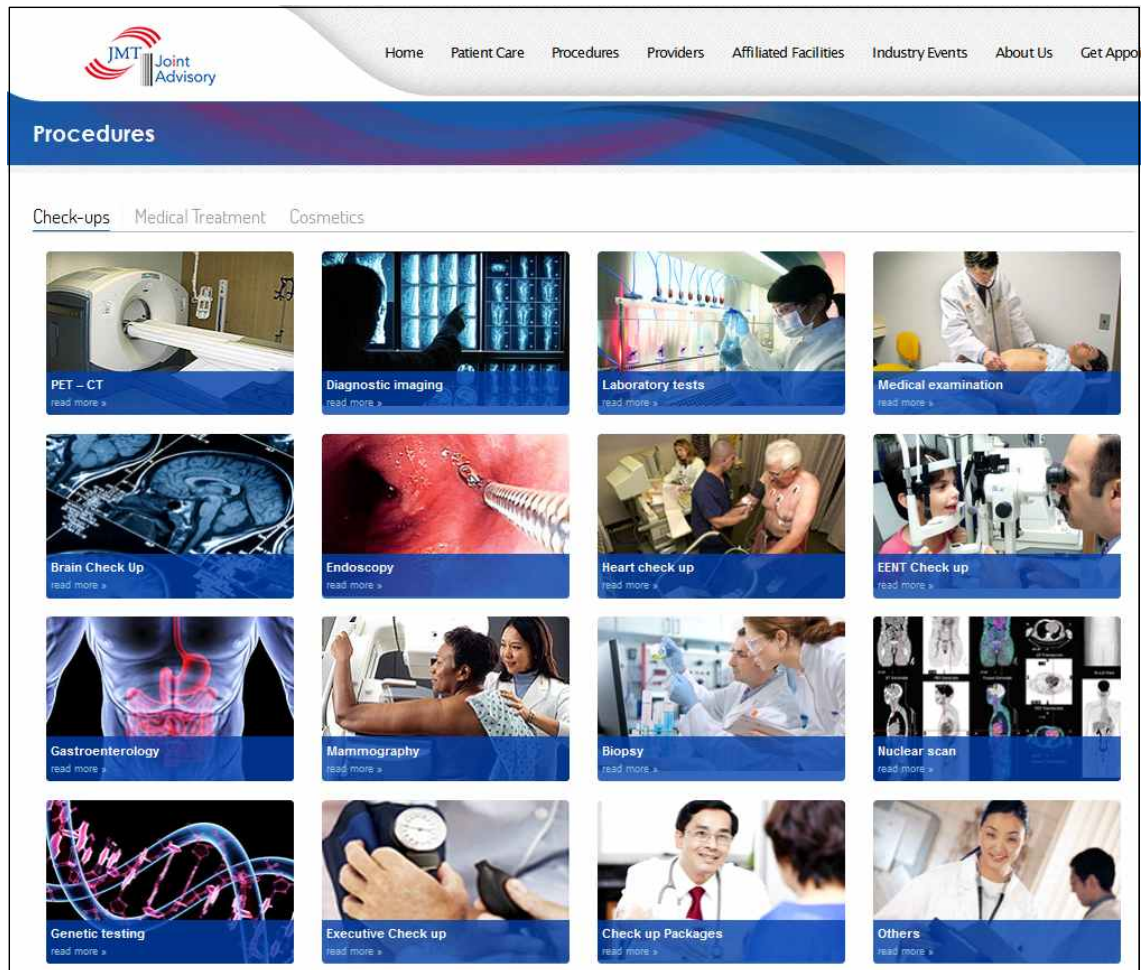


그림 16 일본 의료관광 협회 홈페이지의 건강검진 서비스 선택 화면

(<http://japanmedicaltourism.com/procedures/?parent=hospital-medical-specialty#check-ups>)

하지만 한국과 마찬가지로 일본 의료관광 사업의 성장 가능성은 매우 제한적이다. 가격 측면에서 싱가포르나 타일랜드 등과 경쟁하기 어렵다는 일차적 요인 뿐 아니라, 주요 표적으로 삼았던 중국과의 외교적 긴장 관계, 2011년의 동일본 대지진 등 의료 외적인 요인의 악영향 또한 크기 때문이다.⁸⁰⁾

80) Int Medical Travel J News (December 18, 2013). "Japan: slow growth for Japanese medical tourism." (<http://www.imtj.com/news/?entryid82=432709>)

(7) 일본의 경험이 한국사회에 던지는 교훈

지금까지 살펴본 바에 따르면 일본의 건강검진 제도는 공공과 민간 부문에서 가히 ‘강박적’이라고 할 만큼 촘촘하게 시행되고 있지만, 이를 정당화할 수 있는 과학적 근거는 매우 취약한 것으로 보인다. 건강 수준의 개선은 물론 의료비 절감이라는 측면에서도 그 효과는 분명하지 않으며, 오히려 과잉 진단의 문제나 고가 의료장비 투자 경쟁 같은 낭비적 요소가 두드러진다.

또한 공공 부문의 건강검진 제도(특정 건강검진·보건지도)는 영리기업, 특히 보험회사들이 건강관리생활서비스라는 시장에 진출할 수 있는 토대를 제공했다. 공적 보험 제도에 포괄되지 않는 비급여서비스를 주로 제공하는 상업적 성격의 의료기관들, 정부의 의료관광 시책은 럭셔리 건강검진 산업의 확대에 기여하고 있다. 말하자면 건강검진 제도는 의료서비스의 상업화, 영리화를 진전시키는 일종의 촉매 역할을 하고 있는 셈이다.

안타깝게도 한국은 이러한 일본의 전철을 그대로 밟아나가고 있다. 대사증후군 관리사업, 건강관리서비스 제도는 거의 실시간으로 일본의 제도를 받아들였으며, 의료관광 사업의 경우 거의 같은 시기에 경쟁적 행보를 이어가고 있다. 건강증진이나 의료비 절감은 고사하고, 이러한 흐름이 과잉진단에 의한 건강 위험 증대와 의료비 상승이라는 부정적 효과를 가져오는지에 대한 평가가 절실하다.

2) 미국과 영국의 건강검진

(1) 북미 건강검진의 역사⁸¹⁾

① 1960년대 까지 건강검진의 역사

● 검진의 시작

건강검진(periodic health examination)은 외견 상 건강하게 보이는 사람에 대해 의사가 정기적으로 의학적 평가를 하는 것을 말한다. 건강검진의 정확한 기원은 모르지만, 대개 영국 의

81) 이 장은 서홍관의 “정기건강검진의 역사”(의사학, 1999;8)와 이 논문의 근간을 이루는 “Historical changes in the objectives of the periodic health examination” (Ann Inter Med 1997;127:910-917)을 요약하였다.

사이자 저술가이며 특히 결핵과 흉부질환 전문가인 Horace Dobell의 강의에서 기원을 찾고 있다. 그의 생각의 핵심은, 질병의 드러나기 이전에 건강상태가 나쁜(low health) 생리적 상태(pre-existent physiologic states)가 오고, 이때 치료적 개입을 하면 더 효과적으로 질병을 치료할 수 있다는 것이다. 건강검진은 “이런 문제가 있는 생리적 상태의 초기 애매한 시기를 찾아내서 이를 치유하기 위한 조치를 채택하는” 것이라고 주장했다. 이를 위해서 포괄적인 문진, 신체검사와 검사실 검사가 필요하다고 주장했다.

이와 비슷한 생각이 20세기 초 미국에서 나타났다. 필라델피아의 안과 의사인 George Gould는 미국의사협회 51주년 연례모임에서 정기적으로 “개인적인 생물학적 검사(personal biologic examination)”를 하는 것이 질병의 초기 자연사에 관한 과학적 지식을 얻을 수 있는 중요한 수단이라고 주장했다.

초기 건강검진은 특정한 신체질환의 발견에 관심이 많았다. 1800년대 말과 1900년대 초에 학생에서 신체장애와 감염병을 발견하기 위한 건강검진이 주창되었고, 1915년 국립결핵협회는 모든 사람이 전반적인 신체진찰을 받도록 하는 주간을 설정했다. 암에 관해 알려진 바가 거의 없던 1918년에 암 조기발견을 위한 진찰을 매년 실시하자는 제안도 있었다.

초기 건강검진의 주요한 관심은 과학적이고 인본주의적인 것이었으며 잘 알려지지 않고 효과적으로 치료하지 못하는 질환에 관한 지식을 얻고 이를 예방하려는 의도를 가지고 있었다.

● 경제적 관심

생명보험산업

건강검진 활성화에서 임상의학 바깥의 발전이 더 영향력이 컸다. 생명보험회사는 1800년대 중반부터 병력청취와 신체진찰을 생명보험 가입자의 재정위험을 평가하는데 사용하는데 관심이 있었다. 생명보험 경영자의 입장에서는 보험가입자의 사망위험을 줄이기 위해 한 번의 검진이 아닌 정기적인 검진을 하는 것은 대단한 일이 아니었다. 생명보험회사가 만든 Life Extension Institute의 소장인 Eugene Lyman Fisk의 지도하에 정기적인 건강검진이 도입되었으며, 1923년에는 25만 명에 대한 검진이 이루어졌다.

1916년 Fisk는 검진 자료 분석을 통해 검진을 받은 사람의 사망률이 예측된 사망률에 비해 18%(9년 추적)에서 53%(5년 추적)까지 감소했다고 보고했다. 1921년에 메트로폴리탄 생명보험의 Knight는 가입자의 사망률이 5년간 28% 감소했다고 보고했다. 메트로폴리탄 생명보험은 검진에 투입된 비용의 200%의 이익을 얻을 것이라고 추정했으며, Knight는 사망률 감소로 12



만 달러의 비용을 절감할 것이라 평가했다. 이렇듯 보험회사가 건강검진을 받아들인 원동력은 이윤 증가 가능성에 있었다. 재정위험을 줄이기 위해서는 건강검진이 철저하게 이루어질 필요가 있었으며, 가입자의 신체적인 결함은 일단 의미 있는 것으로 간주되었다. 결국, 정기적인 건강검진이 성장하는 데에는 보험산업의 기여가 컸다.

민간기업

민간기업이 직원의 건강을 위해 건강검진을 받아들였다고 하지만, 그 이면에는 경제적인 동기가 있었다. 1900년대 초반에 노동자보상이 입법화되자 스스로 다치거나 다른 사람을 다치게 할 우려가 있는 노동자를 찾아내어 이를 모니터링할 필요가 생겼으며, 기업은 이런 목적으로 정기적 건강검진을 받아들였다.

민간기업은 신체적 결함의 발견을 강조하고 철저한 진찰을 주창했다. 이들은 특히 경영자들의 건강에 특별한 관심을 가졌다. 경영자신체건강프로그램(executive physical program)은 1920년대에 시작되었고 그 후 급속히 확대되었다. 1940년대와 1950년대에는 경영자 신체검진만 담당하는 부서가 민간병원과 대학병원에 만들어졌으며, 이는 아직도 운영되고 있다. 이들에 대한 검진은 많은 임상검사가 포함되어 있다. 예를 들어 Greenbrier Clinic은 3일에 걸쳐 다양한 검사를 시행하는 종합검진을 시행하였다. 이런 포괄적인 검진의 논리는 바로 경영자의 건강이 회사의 성공을 위해 중요하다는 것이었다. 민간기업은 노동자의 건강을 경제적인 목표와 연결시키면서 20세기 정기건강검진의 확대를 이끌었다.

● 전문가적인 관심: 의사단체

1922년 미국의사협회는 정기건강검진을 승인하고 이를 확대하기 위한 캠페인을 시작했다. 국가보건평의회(National Health Council)⁸²⁾, 미국의사협회, 미국 공중보건국(US Public Health Service), 주 보건국은 정기검진에 대한 범국가적 캠페인을 시행했다.

미국의사협회가 주장한 정기건강검진의 목적은 질병을 조기에 발견하고 해로운 환경요인이나 생활습관을 찾아내며 신체적, 정신적 적합성을 증진하고 삶의 질을 개선하는 것이라고 하였다. 그러나 역사가인 George Rosen은 의사단체가 정기건강검진을 찬성한 것은 강제의료보험 도입을 반대하기 위해 지역사회에서 의사의 지위를 강화하기 위한 것이라고 주장했다. 실제로 의사단체는 정기건강검진에서의 자율성과 영향력을 확대하려 했다. 이들은 학교나 산업장 건강검진에

82) 미국의 건강관련 단체, 의료인단체, 건강에 관련된 비영리 단체, 기업등이 모여서 만든 건강관련 주창기구

민간 의사가 참여하지 않는다면, 지방정부 보건국이 이를 시행하는 것을 반대하기도 했다.

● 다른 역사적 영향

이 외에도 1950년대까지 정기건강검진의 발달에 영향을 준 여러 요인들이 있었다. 예방의학에 대한 지적 관심과 질병예방을 주창하기 위한 조직적 노력이 검진 확대에 영향을 주었다. 20세기 초 우생학 운동도 상당한 지적 영향을 주었으며, 당시 정기건강검진을 지지하는 많은 주장은 우생학적 이상을 포함하고 있었다. 의학과 다른 분야에서의 과학적 혁신에 의해 추동된 기술적 진보주의에 우호적인 흐름도 검진이 뿌리 내리는데 기여했다. 전쟁도 정기건강검진에 대한 관심을 높이는데 기여했다. 제1차 세계대전과 제2차 세계대전에서 군인의 신체적 능력을 평가하는데 건강검진이 이용되었다. 징병신체검사 결과 건강하게 보이는 청년에서 엄청나게 높은 신체적 결함과 질병이 나타나기도 했다. Fisk 등은 이를 이용해서 정기건강검진의 필요성을 주장하였고, 미 육군과 해군은 모든 장교들에게 매년 정기검진을 의무화했다.

건강검진 선구자들의 이런 노력에도 불구하고 20세기 초반 대중은 건강검진에 관심이 없었다. 의료인들은 검진을 할 시간과 경제적 인센티브가 없었고, 일부는 검진의 효과를 확신하지 못했다. 1930년대의 대공황과 제1차 및 제2차 세계대전으로 인해 개인의 건강에 관심을 가질 여유가 없었다. 게다가 20세기 초에는 의사에 대한 환자의 접근도 높지 않았다.

제2차 세계대전 이후 종합검진(multiphasic screening)이 개발되면서 이에 대한 관심이 다시 나타났다. 검진에서 의사의 참여는 최소화 하고, 자동화된 검사를 주로 시행하면서 경제성과 효율성이 크게 높아졌다. 종합검진은 좀 더 포괄적인 정기건강검진이 되었고, 스크리닝에 대한 의사들의 참여가 높아졌다. 하지만 일부 의사들은 자신들의 진료영역 바깥에서 이루어지는 행위를 경계하기 시작했다.

● 행정적 관심: 선불의료보험

1951년 샌프란시스코의 선불의료보험인 카이저 퍼머넌트는 정기건강검진을 소규모 사업자에게 제공하기 시작했으며 이는 급속도로 확대되었다. 선불제에서는 서비스를 확대하려는 재정적 인센티브가 있기 때문이다. 가입자의 욕구를 충족시키기 위해 카이저는 검진의 효율을 극대화하기 위한 방안을 모색하였다. 그들은 종합검진을 도입하였고, 이를 더 발전시켜 자동화된 종합검진을 도입하였는데, 이는 컴퓨터화 된 검사시설과 자료 분석 기능을 내장하고 있다. 이것은 질병력, 진찰과 검사실 검사를 3시간에 처리하는 검진이었다.

선불보험에서 정기건강검진의 목표는 환자를 분류하는 것이다. 선불제 하에서 환자는 건강검

진뿐만 아니라 의료서비스에 대한 수요도 증가한다. 정기건강검진은 의료서비스를 불필요하게 이용하는 “걱정이 많은 가짜 환자(worried well)”를 선별함으로써 불필요한 의료를 줄여줄 것으로 기대되었다. 이렇게 되려면 정기건강검진은 더 포괄적이 되어야 했고, 환자에 대한 정보가 많을수록 환자의 의료욕구를 더 잘 알 수 있으리라 생각했다. 결국 건강검진은 환자의 욕구를 만족시키고, 의료서비스 전달의 효율성을 증가시킬 목적으로 이용되었다. 이로 인해 검진의 포괄성은 더 높아졌다.

② 회의의 시대: 근대의 정기건강검진

1960년대 초까지 미국은 정기건강검진을 받아들이는 분위기였다. 그러나 일반 국민에서 검진의 수용성이 증가하면서 일부 의료전문직은 검진의 가치에 대해 심각한 의문을 제기하기 시작했다. 이때 유병률과 사망률 감소에 대한 검진의 효과를 분석하기 위한 두 개의 무작위 임상시험이 이루어졌다. 하나는 1964년 카이저 퍼머넌트에서 수행되었는데, 대략 만 명의 성인을 대상으로 각각 7년과 16년 후에 분석하였고, 다른 하나는 South-East London Screening Study Group 연구로 런던에서 1967년에 이루어졌는데 약 7000명의 성인을 9년간 추적 관찰하였다. 두 연구 모두에서 포괄적인 종합검진을 시행하였을 때 대조군에 비해 유병률이나 사망률에 유의한 차이가 없었다. 검진의 효과에 대한 실증적인 근거가 부족하다는 사실이 알려지면서 1970년대 이후 정기건강검진에 대한 세 개의 중요한 재평가 작업이 이루어졌다. 하나는 Frame과 Carlson에 의해 1975년과 1986년에 이루어진 철저한 문헌검토이다. 두 번째는 Canadian Task Force on the Periodic Health Examination에 의한 재검토이다. 이는 캐나다 정부에 의해 1976년에 만들어진 기구로 1979년부터 78개의 예방서비스에 대한 근거를 만들어 냈다. 세 번째는 United States Preventive Services Task Force이다. 이는 미국 보건부에 의해 1984년에 만들어진 기구로 60개의 주요한 질환을 선택해서 1989년 이후 권고 사항을 발표하고 있다.

이런 노력을 통해 정기건강검진은 현재의 최첨단 예방서비스의 총합으로 재규정되었으며, 모든 사람에게 매년 동일하게 이루어진다는 생각을 버리고 개인의 위험에 따라 맞춤형으로 이루어지는 검진으로 바뀌었다. 정기건강검진이 포함한 많은 내용을 버렸는데, 예를 들어 포괄적 병력 청취나 철저한 신체진찰 대신 혈압측정과 같은 선택된 항목을 정해진 주기에 따라 시행하도록 하였다. 이런 서비스는 과거에 비해 크게 간소화 되었다.

이런 변화는 정기건강검진의 주요 목적이 근본적으로 변화했다는 것을 보여준다. 현재의 근거

기반의학의 강조점을 반영해서 정기건강검진의 주요 목적은 특정 질병의 유병률과 사망률 감소가 되었다.

(2) 미국의 정기건강검진 프로그램

미국의 정기건강검진제도에 대한 전반적인 모습을 파악하기는 쉽지 않다. 미국 의료보장체계에서 노인을 대상으로 하는 메디케어와 빈곤층을 대상으로 하는 메디케이드의 일부 공적의료보험 외에 대부분을 민간의료보험이 차지하고 있기 때문이다. 따라서 공공부문에서 제공하는 건강검진을 중심으로 살펴보고자 한다.

① 신생아 검진

신생아 검진은 1960년대에 시작되었다. 주 정부는 신생아에 대해 일부 질환에 대한 스크리닝을 제공할 의무를 가지고 있다. 미국의 Discretionary Advisory Committee on Heritable Disorders in Newborn and Children (DACHDNC)은 31개의 일차질환 및 26개의 이차질환을 포함하는 Recommended Uniform Screening Panel (RUSP)을 권고하였다. 현재 모든 주는 최소 26개의 질환에 대한 스크리닝을 의무화하고 있으며, 주정부는 패널에 포함되는 질환을 결정한다. 연간 태어나는 400만여 명의 신생아 중 대다수가 스크리닝을 받고 있으며, 대부분의 주에서 검진 참여율은 99.9% 이상에 달한다. 스크리닝을 통해 1년에 12,500 명의 신생아가 29개 질병 중 하나를 진단 받고 있다(300명 중 1명)

② 미국 예방서비스 특별위원회(US Preventive Services Task Force, USPSTF)

미국 보건부 산하에 있으며 스크리닝 항목에 대한 근거를 검토해서 권고를 하는 역할을 한다. Affordable Care Act에 의해 USPSTF의 권고 A와 B에 대해서는 메디케어, 메디케이드와 대부분의 민간의료보험이 본인 부담 없이 제공해야 한다. 2015년 현재 복부 동맥류, 알코올 과용 스크리닝과 상담, 아스피린 사용, 혈압, 콜레스테롤, 대장암, 우울증, 당뇨(고혈압이 있는 사람), C형 간염, HIV, 예방접종(A형 및 B형 간염, 대상포진, 인유두종, 독감, 홍역, 볼거리, 풍진, 뇌수막염, 파상풍, 디프테리아, 백일해, 수두), 폐암, 비만 스크리닝과 상담, STI (Sexually Transmitted Infection) 예방 상담, 담배사용 등이 권고 A와 B에 해당된다.



③ 국가 유방, 자궁경부암 조기 발견 프로그램(National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, NBCCEDP)

1991년에 시작되어 2011년까지 430만 명에게 유방암(유방촬영)과 자궁암(자궁세포진검사) 스크리닝 및 진단 서비스를 제공한다. 대상은 저소득층과 소수인종이며 실제 서비스는 주 정부가 제공한다.

④ 대장암 관리 프로그램(Colorectal Cancer Control Program, CRCCP)

연방정부는 25개 주, 4개의 인종에 대해 대장암 검진에 소요되는 비용에 대해 5년 간 재정지원을 한다. 이 사업은 대장암 검진율을 64%에서 80%로 높이는 것을 목표(대변잠혈검사, S자 결장경, 대장내시경)로 하며 주에 따라 다양한 이름을 가지고 있다.

- 프로그램의 예: Georgia Provider Increases Screening, Medicaid and Managed Care in Maryland, Reaching Out to Doctors in Montana, Working with Employer in Pennsylvania, Small Media Campaigns in Utah

⑤ 민간병원의 상업적 건강검진

민간병원에서 시행되는 상업적 건강검진의 실태를 정리한 자료는 따로 찾기 어려웠다. 대신 US News & World Report가 선정한 2015-2016 최고병원을 중심으로 하여 홈페이지를 검색해서 건강검진 시행 실태를 검토하였다. 대부분의 병원에서 정기건강검진은 경영자 건강검진(Executive Physical Examination)의 형태로 이루어지고 있었다(그림 17 참고). 검진항목은 한국의 종합검진과 큰 차이가 없었다. 기본 검사에는 병력청취, 신체진찰, 심전도, 혈액검사, 소변검사, 대변잠혈검사, 갑상선 기능, 시력, 청력, 자궁암검진(여성), 전립선표면항원(남성) 등이 포함되어 있고, 추가 검사(또는 프리미엄 검사)에는 초음파, CT, MRI 등이 포함되어 있다. 대부분은 회사가 비용을 지불하는 것으로 보이지만, 회사가 지불하지 않고 개인이 이를 시행하는 경우도 있다. 규모에 대한 통계는 따로 통합된 자료가 없으나 예를 들어 클리브랜드 클리닉(Cleveland Clinic)에 있는 Cleveland Premier Health Examination은 연 2,800여 명에 대해 서비스를 제공했다고 제시한 것을 볼 때 전반적으로 규모는 그리 크지 않은 것으로 보인다.

대개 전담의사가 있으나 대부분 병원에 소속된 대학교수가 이를 담당하고 있으며, 별도의 검진센터가 있는 곳은 없고, 병원 시설을 이용하는 것으로 보인다. 비용은 마운트 시나이 병원에서 확인할 수 있었는데, 하루 종일이 소요되는 프리미어 프로그램은 6,500달러, 한나절이 소요되는 기업 프로그램은 3,200 달러라고 제시되어 있었다⁸³⁾.

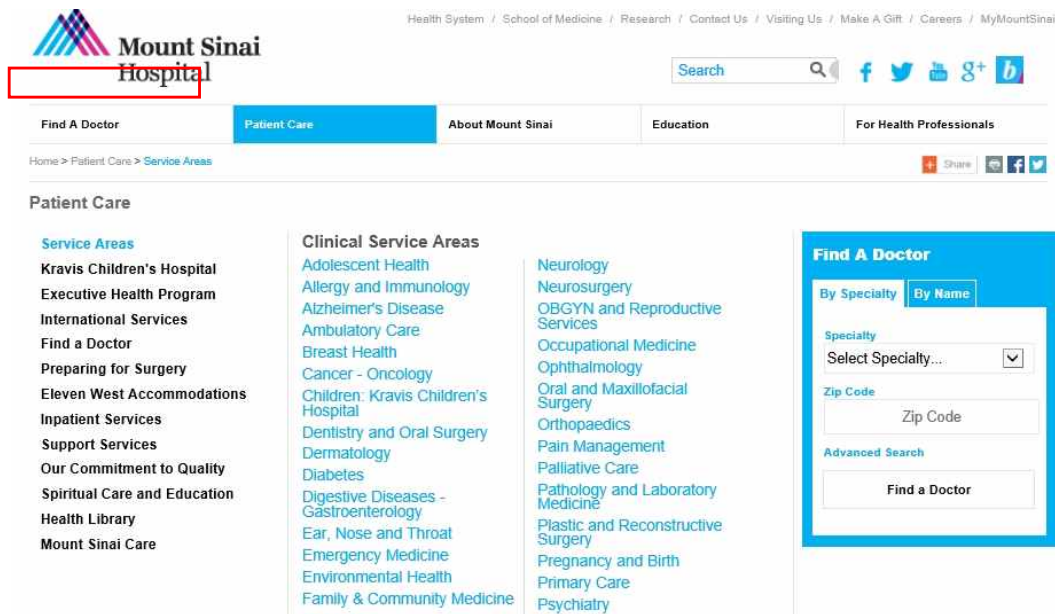


그림 17 마운트 시나이 병원 홈페이지

(3) 영국의 정기건강검진 프로그램

영국은 국영의료체계를 가지고 있으며 의료서비스에서 국가의 역할이 매우 강한 나라 중의 하나이다. 영국 정부 건강검진 프로그램은 크게 주산기·신생아검진(또는 비-암검진으로 구분하기도 함; non-cancer screening)과 암 검진(cancer screening)으로 구성된다. 그리고 이와 다른 체계를 지닌 일반건강검진의 영역으로는 심혈관질환의 위험요인을 줄이기 위한 NHS 건강검진(NHS Health Check)이 운영되고 있다.

83) 마운트 사이나이 병원 홈페이지

<http://www.mountsinai.org/patient-care/executive-health-program/executive-health-packages-and-costs/comprehensive-premier-executive-physical>



① NHS 비 암검진(NHS non-cancer screening)

주산기·신생아 검진

영국 국영의료체계에서 모든 임산부는 주수에 따라 정해진 항목의 산전검사를 받는다. 임신 초기부터 순서대로 겸상적혈구, 지중해성빈혈 검사, 혈액검사와 각종 전염성질환 검사(매독, B형간염, HIV와 풍진), 그리고 유전성 질환을 확인하기 위한 혈액검사, 구조적 기형을 확인하기 위한 정밀초음파검사를 받게 되며, 출산이 가까워지면 신생아 검진에 관한 상담을 받는다.

아이는 출생 후 72시간 이내에 신생아 신체검사를 받고 1주 전후에 신생아 혈액 점적검사를 통해 겸상적혈구질환, 낭포성섬유증, 선천성 갑상샘저하증, 유전성 대사질환 여부를 확인한다. 0-5주 사이에 신생아 청력검사를, 6-8주 사이엔 영아신체검사를 시행한다.

당뇨 눈 검진

당뇨가 있는 12세 이상의 사람에서 매년 시행한다. 만일 1형, 2형 당뇨를 가진 여성이라면 임신했을 경우 처음 내원할 때 이 검사를 받고 16-20주, 28-29주 사이에 추가 검사를 받는다.

대동맥류 검진

65세 남자를 대상으로 초음파를 이용해서 평생 1회의 대동맥류 검진을 시행한다. 65세 이상의 남성이면 언제든지 신청하여 검사를 받을 수 있다. 보건당국은 ‘국가공유 의사결정 프로그램(National Shared Decision Making Program)’(온라인)을 제공함으로써 검진 옵션을 고려하기 위한 여러 정보와 상담을 제공한다. 이 프로그램의 목적은 대동맥류가 방치와 치료 모두 위험부담이 큰 질환인 만큼 단순히 근거 뿐 아니라 스스로가 갖고 있는 가치까지도 포함하여 결정하도록 돕기 위한 것이다.

지출규모

표 38 영국의 건강검진 프로그램 예산

Screening Programme	Total costs(£)
NewbornandInfantPhysicalExamination	4,054,809
Newborn Hearing Screening	4,263,429
Fetal Anomaly Screening	1,045,036
Infectious Disease in Pregnancy Screening	253,442
Newborn Blood Spot Screening	1,093,749
Sickle Cell and Thalassaemia Screening	1,000,443
AAA and DE screening	2,199,898
Total	13,910,806
	₩ 23,629,868,828

모든 검진은 국가에서 비용을 대며, 추가 검사와 이상 발견 시 치료까지도 마찬가지이다.

(출처: Public Health England, 2014)

② NHS 암검진 프로그램⁸⁴⁾

영국 국영의료체계의 암검진 프로그램은 유방암, 자궁경부암, 대장암 검진 프로그램이 있다. 메인 홈페이지에 들어가 보면 각 검진별 질 평가 결과와 검진근거에 대한 자료를 쉽게 다운로드 할 수 있게 되어 있다(그림 18). 검진의 종류 대상자의 범위, 검진 주기는 더 적지만 수검율은 한국에 비해 전반적으로 높은 편이다.

84) 영국의 국가암검진 홈페이지(바로가기: <http://www.cancerscreening.nhs.uk/index.html>)

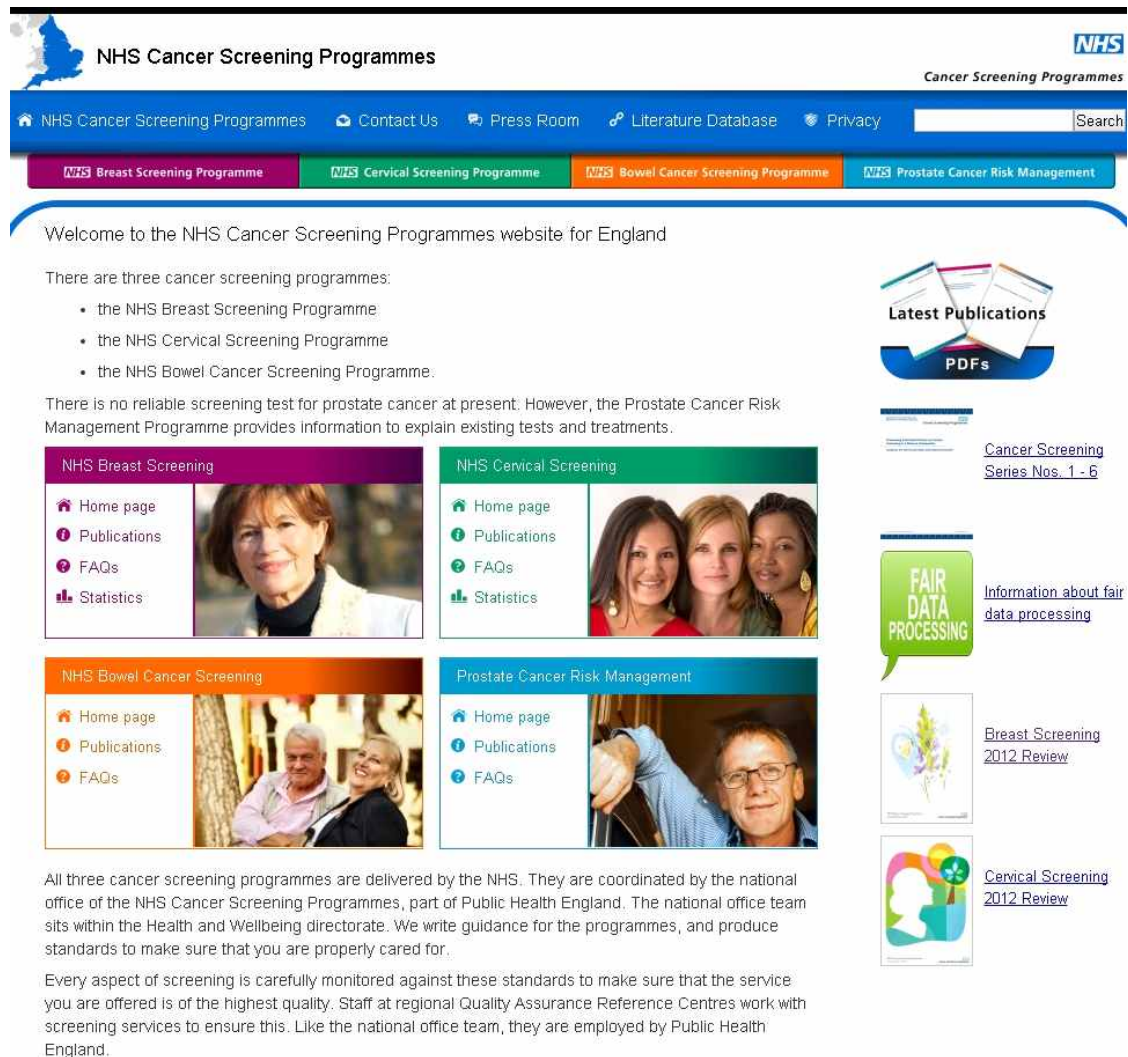


그림 18 영국 암검진 프로그램 홈페이지

NHS 유방암 검진 프로그램

50세-70세 여성을 대상으로 매 3년마다 유방촬영술을 시행한다. 70세 이상의 여성은 원할 때 신청할 수 있다. 검진율은 53-70세에서 약 76-77% 정도이다. 검진자 중 14,725명에서 유방암을 발견하여 검진자 1천명 당 7.8명이 유방암 진단을 받았다⁸⁵⁾.

NHS 자궁경부암 검진 프로그램

25-64세 여성을 대상으로 매 3년-5년마다 자궁세포진 검사를 시행한다. 25세에 처음 시행하고, 25-49세에는 매 3년, 50-64세에는 매 5년, 65세 이상은 50세 이후 미검진자 또는 최근 검

85) 한국의 2013년 유방암검진 수검율은 57.3%이다.



진 이상자에 대해서만 검진을 시행한다. 검진율은 2011/2012년에 25-49세 79.0%, 50-64세 77.8% 정도이다⁸⁶⁾.

NHS 대장암 검진 프로그램

2006년에 시작되었으며, 60-69세 성인을 대상으로 매 2년 마다 대변잠혈검사를 시행한다. 2010년부터는 연령을 74세까지로 확대하였으며 검진율은 2011년에 54% 였다⁸⁷⁾.

③ NHS Health Check 프로그램

NHS Health Check 프로그램은 행동변화와 심혈관질환 위험요인 계층화에 의한 치료를 통해 전체 성인인구집단의 심혈관 위험요인을 개선하기 위한 프로그램이다. 이 프로그램은 2009년에 도입되었는데, 매년 대상자의 20%인 약 3백만 명을 검사해서 대상자를 5년에 한번 검사하도록 계획되었다. 총 비용은 1억6천5백만 파운드(우리 돈으로 약 2,900억 원)의 예산이 투입될 예정이다. 2011-2012년 통계를 보면 230만 명이 검진을 받아서 검진율은 약 50% 정도인데, 지역별로 편차가 크다. 2013년부터는 프로그램 운영에 대한 책임이 지방정부로 이양되었다.

이 프로그램의 대상자는 당뇨병이나 심혈관 질환이 없는 40-74세 성인이며 이 프로그램을 통해 당뇨, 심장질환, 신장질환, 뇌졸중과 치매를 예방하는 것을 목표로 하고 있다. 대상자에게 총 10개의 설문(연령, 인종, 흡연상태, 가족력, 운동, 알코올)과 콜레스테롤(총콜레스테롤, LDL, HDL 콜레스테롤), 혈압, BMI (비만도), 당뇨위험평가(개인력, 혈압, 비만도)를 시행한다(그림 19)(Robseon J et al., 2015).

프로그램의 실행정도에 대한 비판적인 견해가 있는데, 이에 대한 비판은 첫째, 효과에 관한 근거 특히 인구집단 수준에서의 효과에 관한 근거가 부족하고 둘째, 인구집단의 건강결과를 개선하기 위해서는 검진율이 높아야 하는데, 이를 위해 프로그램이 약하고, 셋째, 사회계층에 따라 검진이용의 불평등이 있기 때문에 건강불평등을 악화시킬 수 있다는 것이다.

86) 한국의 2013년도 자궁경부암 검진 수검율은 48.7%이다.

87) 한국의 2013년도 대장암검사 수검율은 30.7%이다.

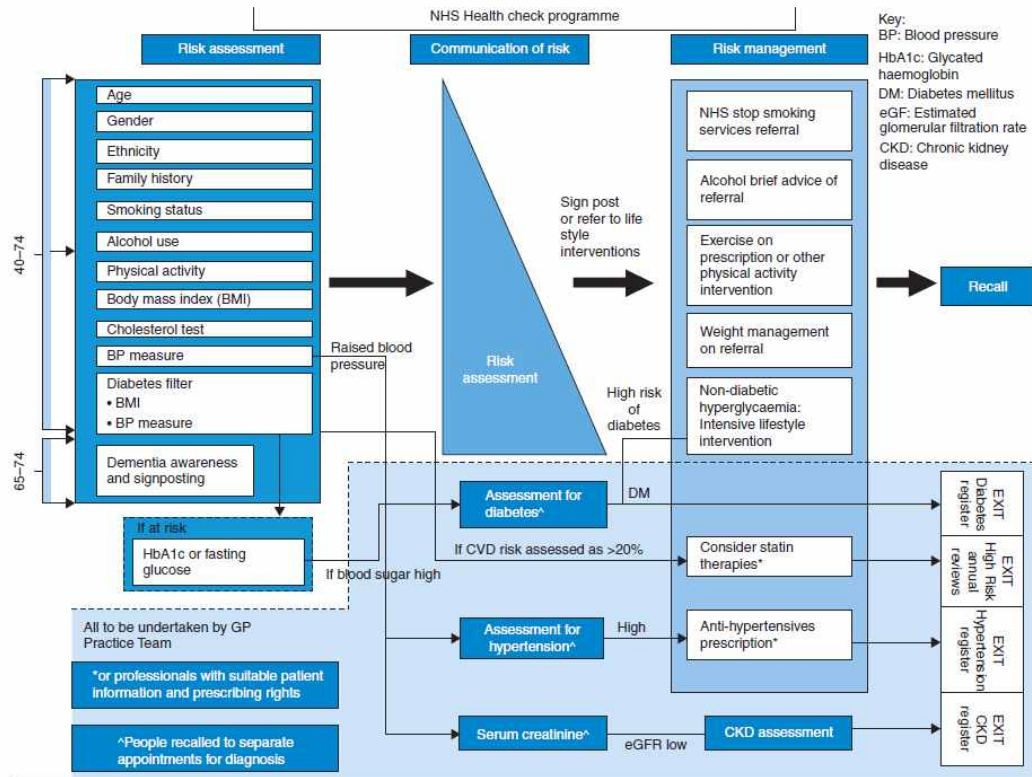


Fig. 2 The NHS Health Check pathway. Source: Department of Health, Public Health England. NHS Health Check programme. Best practice guidance. September 2013. <http://www.healthcheck.nhs.uk/document.php?o=881>.

그림 19 NHS 건강검진 흐름도

④ 영국의 국가 검진 위원회(UK National Screening Committee)

검진과 관련해 전반적인 자문을 해주고 검진 프로그램의 수행의 모니터링과 보조를 위해 1996년에 설립되었다. 검진 위원회(UKNSC)는 ‘합리적인 비용으로 피해보다는 혜택을(Do more benefit than harm)’이라는 영국 검진체계의 기본전제에 따라 만들어졌다. 검진정책 전반에 대하여 기존연구, 시범 프로그램, 경제성 평가 등을 검토하고 그 근거를 평가함으로써 검진 조건, 검사 방법, 치료 선택지, 검진 프로그램의 효과성과 수용성 등을 고려한 권고안을 내놓는다(PHE, 2013).

⑤ 영국의 민간건강검진

영국 민간건강검진의 전체 면모는 파악하기 어려우나 2000년대 초반 이후 점차 증가하고 있는 추세로 보인다⁸⁸⁾. 그러나 제도적, 문화적으로 영국은 민간건강검진이 성장하기 쉽지 않은 조

건을 갖추고 있다. 일례로 가장 큰 영향력을 행사할 수 있는 전문가집단인 영국의사협회에 속한 일반의사협의회(BMA's general practitioners' committee)는 민간건강검진에 대해 매우 회의적인 반응을 보이고 있다. 또한 영국 보건부의 검진관련 홈페이지에는 민간건강검진을 고려하는 시민들과 민간건강검진을 문의하는 환자들을 대하는 의료진을 대상으로 참고해야 할 가이드를 따로 제공하기도 한다(UKNSC, 2013). 민간건강검진은 병원보다는 주로 전문 검진회사에서 제공하며 언론에서는 이들이 '갑자기 전략'을 이용해 검진을 판매하면서 검진의 부작용에 대해서는 충분히 설명하지 않으면서 이익을 과도하게 선전한다는 비판의 목소리를 내기도 한다. 종합검진전문회사의 사례로 2003년도에 세워진 Lifescan이라는 검진전문회사는 약 30만원에서 200만원 대에 해당하는 검사들(피부암 검진, 대장검진과 같은 특정질환 검진부터 종합검진까지)을 판매하고 있으며 Prescan이라는 곳은 50만원대에서 230만원대에 해당하는 부분/종합검사를 제공한다⁸⁹⁾.

(4) 요약 및 한국에 주는 시사점

미국 정기건강검진 확대 역시 한국과 마찬가지로 생명보험회사나 민간기업, 선불제 의료보험 등의 경제적 이해관계에 의해 시작되거나 추동되었다. 그러나 일부 의료전문가를 중심으로 하여 근거중심의학을 토대로 그 효과에 대한 의문과 문제점들이 제기되면서 상업적 확산이 제한된 것으로 보인다. 미국 정기건강검진의 전체 양상까지는 알기 어렵지만, 한국과 달리 최고수준의 종합병원들이 제공하는 검진 프로그램은 경영자 건강검진에 국한되며 널리 활성화되고 있는 것 같지 않다. 한국과 같이 별도의 검진센터를 가진 곳도 없었다. 또한 국가수준의 검진 프로그램도 신생아 검진 이외에는 없다. 연방정부는 효과적인 예방서비스의 적용여부에 대해서 권고를 할 뿐이다. 주 정주는 일부 인종이나 취약계층에 대해서만 선별적인 프로그램을 운영하고 있다. 즉, 국가 차원의 검진 프로그램이나 상업적 종합건강검진 분야 모두 그리 적극적으로 이루어지지 않고 있다.

영국의 경우 심혈관질환에 관한 국가 프로그램을 2009년에 도입했는데, 이는 유럽이나 북미 국가 중에서는 흔하지 않은 프로그램이다. 이 프로그램의 근거에 대해서는 여러 비판이 제시되고 있다. 검진내용 중 임상검사는 한국의 건강보험 검진에 비해 매우 제한적이다. 영국의 암검진도

88) Mackie(2014) "Private health screening-paying for peace of mind?", 영국 공중보건부서 블로그 (<https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2014/11/27/private-health-screening-paying-for-peace-of-mind/>)

89) 영국 가디언지. Health screening: top doctors attack 'scaretatics' by private companies. 2013년 1월 6일. (바로가기: <http://www.theguardian.com/business/2013/jan/06/private-healthcare-screening-bma-nhs>)

유방암, 자궁경부암, 대장암에 국한되어 있고, 대상자나 검사주기도 한국보다 협소하다. 대부분의 의료공급이 공적부문에서 이루어지고 의료이용이 일차적으로 주치의를 통해야 하는 전달체계의 영향으로 인해, 검진은 각 개인에 필요한 엄밀한 기준에 의해 이루어지고 상업적 검진 또한 그렇게 활성화되지 못하는 것으로 보인다.

미국과 영국 모두에서 공통적으로 나타나는 점은 역사적 검토에서 드러났듯이 근거중심의학에 기초하여 필요한 최소한의 검진이라는 접근방식을 취하고 있다는 점이다. 이는 각 국에서 운영하고 있는 USPSTF 와 UKNSC 의 존재와 이들이 제시하는 권고안에서 잘 드러나며, 한국과 일본의 건강검진 특성과 가장 비교되는 부분이다. 문화와 인식이라는 일종의 배경이 중요하기는 하지만 기본적인 보건의료체계의 구조도 주요한 요인이다. 예를 들어 미국과 영국에서 민간건강검진은 모두 그리 확대되지 못하고 있는데 그 양상과 이유는 같지 않다. 이는 두 국가의 보건의료체계가 지닌 근본적으로 상이한 구조적 측면에서 기인한다고 할 수 있다. 반면, 한국은 민간건강검진의 발달 측면에서 구조적인 제약이 거의 없고 오히려 산업적으로 확대되어 가는 구조와 메커니즘이 작동하고 있다. 때문에 건강검진의 가능성과 제한점, 이익과 부작용을 더욱 제대로 판단해야 할 필요가 있다. 한국도 2010년부터 ‘건강검진위원회’가 꾸려지긴 하였으나 아직은 과연 미국이나 영국의 기구들과 같은 기능을 할 수 있을지 지켜보아야 할 것이다.

5. 건강검진 ‘산업’의 정치경제

이 장에서는 현재의 한국 건강검진을 하나의 ‘산업’으로 보고 그것의 형성과 확대에 영향을 미친 정치와 경제적 요인을 설명하는 것을 목표로 한다. 자본주의 경제체제에서 산업은 필연적으로 이윤이나 영리와 동반되므로 산업화는 곧 ‘상업화’나 ‘영리화’를 의미한다. 그러나 여기서는 그보다 좀 더 넓게 이해하는 쪽을 택하는데, 예를 들어 정부가 주도하는 암 검진과 같이 영리와 직접적으로는 관계없는 요인들도 건강검진이 확대되는 데에 큰 역할을 했기 때문이다.⁹⁰⁾ 그런 점에서 넓은 의미에서 산업은 재화와 서비스의 생산과 소비를 포함한 경제활동이 이루어지는 한 영역이라는 뜻으로 사용될 수 있다. 여기에 추가하여, 따로 ‘건강검진 산업’이라고 할 때는 건강검진이 전체 보건의료의 한 요소가 아니라 다른 산업으로 구분할 만한 상당한 규모와 경제적 중요성, 그리고 독립적인 구조와 메커니즘을 가진다는 것을 전제한다.

산업의 의미를 규정하는 것과 함께, 이에 영향을 미치는 정치경제 요인을 설명하기 위해서는 문제를 보는 관점을 미리 명확하게 해 두는 것이 필요하다. 이 글에서 채택하는 첫 번째 관점은 현상이 아니라 구조와 메커니즘에 초점을 둔다는 것으로, 이는 인식론적으로 비판적 실재론의 관점을 반영한다.⁹¹⁾ 건강검진의 확대를 사건(event) 또는 경험으로 본다면 경험과 사건들 사이의 병렬적(수평적) 연관성이 아니라 사건과 구조 또는 사건과 메커니즘 사이의 ‘인과관계’를 설명하는 것이 중요한 관심사다.⁹²⁾ 또 한 가지 관점은 정치와 경제 요인을 중심으로 한다는 것으로, 이는 미리 설명한 것과 같다. 건강검진 산업이 확대된 것을 한두 가지 요인으로 환원해서 간단하게 설명할 수 없는 것은 당연하다. 범위를 좁게 잡아도 건강과 의료, 문화, 사회적 요인들이 영향을 미쳤을 것이고, 그런 점에서 개별적인 구조나 메커니즘 각각으로 환원되지 않는 힘이나 경향성, 즉 ‘발현되는 힘(emergent power)’을 전제로 해야 한다. 그러나 여기서는 ‘산업화’를 중심 현상으로 보고 이에 영향을 미치는 요인으로서 정치와 경제에 집중하고자 한다.

90) 간접적으로는 당연히 이윤 추구와 관련이 있고 상업화와 무관하지 않다.

91) ‘비판적 실재론’의 관점에서 보건의료 영리화를 분석한 것은 다음을 참조할 것. 김창엽, 의료 영리화의 구조와 기제, 비판과 대안을 위한 건강정책학회 2014년 봄 학술대회 발표문.

92) 예를 들어 초음파 기기가 늘었기 때문에 갑상샘 검진이 늘었다고 해석하는 것은 두 사건을 병렬적으로 연관시킨 것에 가깝다. 초음파 기기의 보급(사건 1)과 갑상샘 검진 증가(사건 2)의 원인은 별도의 구조와 메커니즘에 의존하여야 한다. 물론, 두 개의 사건과 연관된 구조와 메커니즘의 일부는 서로 일치할 수도 있다.

1) 건강검진 산업화의 조건과 ‘삶의 양식’

건강검진이 산업이 되기 위해서는 그것이 개인과 사회 안에 ‘뿌리박힌다(embedded)’는 조건이 필요하다. 상당한 규모와 경제적 가치를 만들어내야 산업이라고 할 수 있다면, 개인과 사회가 이것을 가능하게 하는 조건을 갖추고 있어야 한다는 뜻이다. 예를 들어 다량의 건강검진을 효율적으로 할 수 있는 기술 조건이 형성되어 있지 않으면 산업으로 확대되기는 어렵다. 그렇다면 건강검진이 성장하기 위해서는 어떤 조건이 필수적일까. 우선 개인 차원에서는 건강검진에 대한 가치와 규범이 형성되고 ‘일반적’으로 수용되어야 한다. 많은 사람이 이것을 원하고 또한 여기에 접근할 수 있어야 한다는 뜻이다. 경제적으로는 ‘유효 수요’가 존재해야 한다고 할 수 있다. 또한, 사회적으로는 개인 다수가 건강검진을 실천하고 접근할 수 있는 조건이 만들어져야 할 것이다. 건강검진을 제공하는 의료기관이 많이 있어야 하고 이용을 원활하게 하는 조건이 형성되어야 한다. 개인과 사회적 조건을 모두 포함하면 이러한 전제를 하나의 ‘삶의 양식’으로 불러도 좋을 것이다.

한국인에게 건강검진은 어떤 것이었을까. 한마디로 말해 건강검진은 생소한 것이 아니다. 보건 의료체계와 의료이용, 건강 문화, 의학기술의 발전 등에 따라 현상은 달라졌지만, 건강검진은 오랜 기간 역사적으로 축적된, 그리하여 각 개인에게 현실로 각인되고 체화된 경험이라 해야 할 것이다. 오래전부터 많은 사람이 건강검진을 지식으로 알고 있었고 경험했으며 문화적으로 수용하고 있었다.

정부 수립 후 그리고 집단을 대상으로 하고 정기적으로 시행하는 것에 국한하더라도 1950년대 초반부터는 건강검진이 확대되기 시작한다(2장 ‘한국 건강검진의 역사’ 참조).⁹³⁾ 특히 학생과 근로자를 대상으로 한 기생충 검사와 결핵검사가 주로 시행되었다. 물론 범위가 좁아서 항목이 단순하고 검사도 간단했다. 그러나 이것이 ‘집단’ 검진이고 진단을 위해 대변검사와 방사선 간접촬영을 활용했다는 점을 고려하면 현재의 건강검진과 단절된 것이 아니다. 집단별 건강검진이라 할 수 있는 근로자 건강검진과 학교 건강검진의 역사도 크게 차이가 나지 않는다. 1953년 제정된 근로기준법에 건강검진 항목이 포함되고 이에 따라 1956년부터 근로자 건강검진이 시작되었다. 학생들에 대해서는 1951년 학교신체검사규정을 만들고 (검사가 제외된) 체격, 체질, 체능 검사를 시행했지만, 주로 학교를 중심으로 시행된 결핵과 기생충 검진을 여기에 포함해야 한다.

93) 건강검진은 일제 강점기에도 다양한 형태로 존재했으나, 유흥업소 종사자에 대한 검진이나 기생충 검진, 학생신체검사 등이 시행되었다. 예를 들어 1934년 5월 24일 <동아일보>는 파주의 9개 보통학교 재적생 2,113명에 대한 ‘하기신체검사’ 소식을 전하면서 기생충을 가진 아동이 1,108명에 이른다고 보도했다. 신체검사나 기생충 검진 등이 일제 강점기부터 이미 하나의 ‘경로’로 존재했다면 대한민국 정부 수립 후 만들어진 국가제도로서의 건강검진도 그 연속선에 있다고 봐야 할 것이다.

건강검진이 하나의 삶의 양식이 된 데에는 국가의 개입이 큰 역할을 했다. 학생과 근로자 등 집단을 대상으로 한 건강검진이 국가 제도로 정립된 시기는 근대 국가의 건설기였다. 경제의 후진성과 한국전쟁으로 자원이 극도로 제한된 시기에 건강검진이 제도로 성립되었다는 것은 건강검진이 국가 또는 국가 통치와 밀접한 연관이 있다는 것을 의미한다.

국가는 왜 건강검진을 국가 제도로 만들었을까. 한 가지는 건강검진이 근대 국가의 필수 제도 중 하나로 ‘수입’된 후 관료제적 규범으로 작동했을 가능성이다. 근로자 건강검진이 (당시 상황과 비교하면 선진적이라는 평가를 받았던) 근로기준법에 포함되어 있었다는 것이 이럴 가능성을 시사한다. 그러나 독자적인 의미가 약하고 수입된 제도로써 수동성을 내포한다 하더라도, 그것이 국가 제도인 한 삶의 양식으로 굳어지는 데에 이바지한다. 이에 비해 건강검진을 국가가 인구의 ‘생명’을 관리하는 필수적 도구로 이해한다면 국가 제도화의 의미는 훨씬 더 적극적이다. 푸코에 따르면 유럽 국가들에서 18세기 이후 인구가 가족을 대신하여 통치의 목표이자 도구로 등장하고, 국가의 통치 목표는 “인구의 조건을 개선하고 부, 수명, 건강 등을 증진시키는 것”이 된다(미셸 푸코, 2014). 수명과 건강을 증진하는 것은 인구의 증가, (질병 유행으로 인한) 사회 불안과 위기의 감소, 건강한 노동력의 확보, 군사력 유지 등과 밀접한 관련이 있으므로 특히 국가 건설기에는 핵심적인 통치 목표가 될 수밖에 없다. 국가제도로서의 건강검진은 이러한 통치 목표를 달성하기 위한 한 가지 수단이다.

국가 통치를 위한 규율의 수단이든 그 자체로 의미가 있든, 건강검진이 일찍부터 국가제도로 만들어졌다는 것은 역사적으로 건강검진이 하나의 사회 구조로 작용해 왔다는 것을 뜻한다. 행위 주체에 대비되는 것으로서의 사회 구조란 건강검진을 이용할 수 있는 자원과 가용성이라는 환경을 제공하는 동시에 개인을 규율하고 통제하는 규범(norm)이나 가치로 작동한다. 건강검진이라는 사회 구조가 자체적인 변화와 확장의 동력을 가지기도 하지만, 개인이 구조와의 상호 작용을 통해 건강검진(규범과 가치)을 수용하고 내면화한다는 것이 더 중요하다.

국가 제도화와 함께 건강검진이 확대되는 데에는 건강과 의료의 변화가 큰 역할을 했고 이는 이른바 ‘역학적 변천(epidemiologic transition)’으로 대표된다. 산업화와 경제성장에 따라 질병과 사망의 중요한 이유가 만성질환 중심으로 바뀌고 이에 따라 건강검진의 중요성이 강조되기 시작했다. 1962년 3월 한국에서는 성모병원이 최초로 「인간 도크」를 설치했는데, 기존의 전염성 질환과 함께 암과 당뇨병 같은 ‘악성질환’을 조기에 발견하는 것을 강조하고 있다.⁹⁴⁾ 1967

94) 경향신문. “성모병원에 인간 「도크」”. 1962년 3월 29일; 나수섭. 1962. “「인간 도크」에 대하여. 건강진단을 위한 정밀신체검사”. <경향신문> 1962년 11월 7일.

년 8월 15일자 <경향신문>은 “예방이 거의 불가능한 암, 노쇠병인 심장병 중풍 당뇨병 등이 최근 급격히 늘었다”고 하면서 이 때문에 ‘휴먼 도크’가 각 종합병원에서 붐을 일으키고 있다고 보도했다. 이처럼 건강문제의 성격이 바뀐 것이 건강검진이 확장되는 데에 중요한 기여 요인이 된 것은 분명하다. 여기에 만성질환(성인병) - 예방과 조기발견 - 건강검진으로 이어지는 의미(meaning)와 지식(인식)의 틀이 작용했다는 것도 지적해 둔다(의미와 지식은 크게 보아 정치, 경제와는 구분되는 ‘문화’ 요인이라 할 수 있다).

의료 기술의 발전도 또 다른 맥락으로 작용한다. 특히 검사의 자동화와 컴퓨터화는 건강검진이 확산되는 데에 크게 기여한 것으로 보인다. 1980년 8월 25일 <동아일보>는 당시 개설한 한 종합병원의 ‘종합컴퓨터검진센터’를 소개하면서 “컴퓨터로 건강상태 체크 3시간이면 종합검진”이라는 제목을 붙였다. 여기서 컴퓨터는 새로운 과학기술, 의학기술을 상징하고 건강검진의 효과를 신비화, 절대화하는 효과를 발휘한다. 다른 한편으로 기술 발전은 건강검진에 대한 비용을 줄이고 접근성을 높여(즉 ‘효율화’를 통해) 건강검진 서비스를 대량으로 ‘생산’할 수 있게 만들었다. “단시간 내의 컴퓨터검진시스템이 나오기 전만 해도 「휴먼 도크」(병원에 입원하여 이상 여부를 검사하는 방법)란 이름의 종합검진방법”이 있었으나, 3일 내지 1주일을 병원에 입원해서 검사를 받아야 하고 비용도 비싸 “생활의 여유가 없는 사람은 엄두도 못냈으며 시간에 쫓기는 사람들에게는 그림의 떡”이었다는 것이다. 이 기사는 새로운 ‘검진시스템’으로 40여 가지의 검사를 3시간 만에 끝낼 수 있어 시간이 크게 줄었고 비용도 휴먼 도크의 40% 수준으로 줄었다는 것을 강조한다.

이상에서 건강검진이 확대될 수 있는 조건(비판적 실재론의 관점에서는 ‘맥락’이라고 해야 할 것이다)을 건강검진의 국가 제도화, 조기발견을 강조하는 새로운 건강관리의 틀, 의료기술의 발전과 접근성 등으로 요약했다. 물론, 이런 조건은 여전히 부분적인 것으로 이 밖에도 보건의료 내부에 속하는 다양한 요인들이 있다. 예를 들어 의료보험제도가 시작되면서 병원 등의 의료기관이 크게 늘었다는 것도 중요한 조건이다. 그러나 이들 맥락은 건강검진 산업화의 구조 또는 메커니즘(기전)과 명확하게 구분되지 않고 건강검진의 수요나 공급과 서로 맞물려 있다는 점에서 다음 절에서 함께 설명한다.

2) 건강검진 산업의 수요

건강검진의 산업화는 건강검진 서비스의 수요와 공급 모두와 긴밀하게 연결되어 있고 또한 상호의존적이다. 수요가 공급을 촉진하기도 하지만 공급이 수요를 유도하는 힘도 무시할 수 없다.

물론, 수요-공급의 선후와 인과관계는 쉽게 확정되는 것이 아니므로 상호의존의 측면들이 통합적으로 파악되어야 한다. 여기서 수요와 공급을 나누는 것은 한 사건(예를 들어 암 검진 제도가 도입된 것)의 인과관계를 설명하는 것보다는 건강검진의 산업화와 연관된 구조와 메커니즘을 파악하는 데에 도움이 되기 때문이다.

먼저, 건강검진의 수요를 살펴본다. 건강검진이라면 흔히 민간의 고급, 고가 건강검진을 중심으로 생각하기 쉽고 따라서 국가가 하는 역할을 과소평가하기 쉽다. 비교적 눈에 쉽게 보이는 공급과 달리 잘 보이지 않는 수요에서는 그런 경향이 더욱 강하다. 그러나 건강검진의 재정 구조에서도 쉽게 알 수 있듯이 국가 제도를 제외하고 건강검진의 수요를 제대로 설명하기는 어렵다. 역사가 오랜 학교의 건강검진과 근로자 건강검진은 물론이고 건강보험의 건강검진, 암 검진, 생애전환기 검진 등은 모두 국가가 적극적으로 개입하여 신설, 강화, 촉진한 프로그램들이다.

국가 제도란 국가가 직접 관장하고 비용을 지출하는 프로그램이라는 의미를 넘는다. 외형으로는 민간부문을 통해 이용과 지출이 일어나더라도 국가가 관장하는 프로그램과 긴밀하게 연결되어 있다면 넓은 의미의 국가 제도라고 하는 것이 합리적이다. 예를 들어 기업의 직원 건강검진을 생각해 보자. 많은 기업이 별도로 비용을 부담해서 기업 복지 또는 복리후생이라는 명목으로 건강검진을 시행하지만, 이들은 건강보험의 건강검진이나 근로자 건강검진에 결합한 경우가 많다. 이 경우 기업의 건강검진은 여전히 국가 제도에 의존할 뿐 아니라 ‘포획’되어 있다고 해도 무방하다. 국가 검진에서 규정된 항목 이외에 수많은 추가 검진이 개인 부담으로 시행되는 현상도 마찬가지다. 비용 부담을 누가 얼마나 하는가보다는 어떤 구조와 어떤 과정으로 하나의 사회적 ‘제도’가 되었는가가 더 중요하다. 국가는 건강검진 서비스의 최대 수요자인 동시에 시장을 설계하고 만들어내는 주체라는 점을 주목해야 한다.

국가는 왜 건강검진을 요구하고 수요를 만들어내는가? 각각의 제도와 사업을 구분해서 보면 미시 수준에서 작용하는 국가의 필요와 요구는 다양하다. 예를 들어 건강보험의 건강검진과 학교 건강검진이 성립된 데에는 당연히 서로 다른 이유가 작용했을 것이다. 암 검진과 생애전환기 검진을 비교해도 구체적으로는 동기가 다를 수밖에 없다. 정책이 결정되는 데에 영향을 미치는 요인은 더 다양해서 통일성을 찾기 어려울 것이다. 특정한 제도가 만들어질 때는 각기 다른 구조와 메커니즘이 작동하는 것이 당연하고 이것을 이해하는 것 또한 그에 합당한 의미가 있다. 그러나 이를 분석하는 작업은 이 글의 범위를 넘는다.

여기서는 각 제도에 대한 분석보다는 국가적 수준에서 작동하는 공통의 구조와 힘이 무엇인가를 찾는 것에 초점을 맞춘다. 우선 ‘건강 수준의 향상’이라는 국가의 동기를 생각할 수 있는데, 이는 국가가 개입하는 어떤 건강검진 프로그램이나 제도에서도 동기와 배경, 목표로 작동하는 것

이 분명하다. 공식적인 명분일 뿐 아니라 실제로도 건강검진이 확대되는 가장 큰 동력으로 해석할 수 있다. 문제는 이러한 동기 또는 목표가 국가 개입의 심층 원인(구조와 메커니즘)을 모두 설명하지 못한다는 데에 있다. 동기와 목표가 거짓이고 실제 이유는 다르다는 의미가 아니다. 제시되는 목표가 진실한 것이라 하더라도 그것을 목표로 하는 근본 이유를 저절로 밝혀주지는 않는다. 국가 개입의 이유를 이해하기 위해서는 제시되는 목표를 이유로 등치 시켜 반복하는 것이 아니라 그런 목표를 추구하는 심층 원인, 즉 “국가는 왜 건강검진을 통해 건강 수준을 향상하려 하는가”를 밝혀야 한다.

먼저 생각할 수 있는 이유 한 가지는 의료비 팽창에 대한 우려이다. 국가 수준에서 의료비의 급증은 국가의 재정 운영과 보건 의료 관리에 불안을 초래하고 정부와 공공부문뿐 아니라 기업과 가계, 생산과 소비지출에도 영향을 미친다. 경제에 부정적 영향을 미치면 정치적으로도 민감성을 가질 수밖에 없다. 미국에서 의료비 급증과 이를 완화하는 문제가 정치적, 경제적으로 얼마나 중요한 논쟁거리인가는 다시 말할 필요가 없을 것이다. 건강검진을 비롯한 예방적 접근은 전통적으로 의료 이용과 비용 지출을 억제할 수 있는 중요한 전략이었고 한국에서도 마찬가지이다.

여러 국가 제도 가운데에 적어도 건강보험의 건강검진은 의료비 증가 완화라는 효과를 기대하고 있음이 틀림없다. 그렇다고 이런 기대와 예상, 의사결정이 합리적인 근거를 바탕으로 하고 있다는 뜻은 아니다. 사실 건강검진이 거시 수준에서 건강보험 재정을 안정화하는 데에 얼마나 보탬이 되는지는 확실하지 않고, 의료비의 범위를 넘어 거시 경제에 어떤 영향을 주는지는 더욱 예측하기 어렵다. 분명 이런 한계가 있지만 건강검진은 예방을 통한 건강보험의 지출 억제라는 담론, 그리고 이와 연관된 정치에 충실하게 봉사하고 있다. 국가와 건강보험이 의료비 지출의 효율화를 중요한 의제도 채택하고 실질적인 노력을 기울이고 있다는, 말하자면 건강보험 정치의 수단으로 활용된다.

의료비 절감의 논리와 담론은 건강검진을 통한 국가 개입을 부분적으로만 설명한다. 다양한 국가제도에 포함된 건강검진은 의료비 절감이나 예방의 논리를 넘어 정치적 목적을 위해 폭넓게 활용되고 있다. 조금 치우친 사례긴 하나, 군 장병에 대한 건강검진은 국가가 의무복무 사병의 ‘안전’을 상징하는 장치로 쓰인다는 점에서 분명히 정치적 의미를 지닌다. 일반적으로 말하면, 건강검진은 개별 제도를 ‘정당화’하는 것과 함께 자본주의 사회경제 체제 내에서 벌어지는 ‘배분의 정치’에 활용된다.

제도의 정당화란 건강검진이라는 요소를 통해 그것이 포함된 제도와 프로그램의 가치나 수준을 정책 대상에게 설득하는 것을 뜻한다. 여기서 제도나 프로그램은 국가나 자본의 책임과 의무가 드러나는 현실의 장(場)으로, 건강검진은 그러한 책임과 의무가 충족되는지를 드러내는 실제

(물질적 실현)로 이해된다. 건강검진을 통해 제도와 프로그램의 정당성을 설득할 수 있으면 이로써 국가와 자본 그리고 그것의 역할도 정당성을 얻게 되는 것이 핵심이다.

모든 건강검진에 크든 작든 이런 요소가 포함되어 있으나, 정당화의 정치는 근로자 건강검진, 학교 건강검진, 암 검진 등에서 가장 잘 드러난다. 근로자 건강검진을 예로 들어보자. 한 마디로 근로자 건강검진은 노동자의 안전과 건강보호를 위한 제도를 대표하고 상징한다고 해도 좋다. 노동조건에 대한 다른 규제와 진단장치(예를 들어 작업환경 측정)가 있으나 개인 노동자가 직접 경험하는 것으로는 건강진단을 따를 수 없다. 이런 조건에서 건강검진의 수준(양과 질은 물론 가치와 효용을 모두 포함)은 다른 경로는 포착되기 어려운 국가 권력의 ‘현존’, 특히 국가와 자본의 책임과 의무를 어느 정도나 하고 있는가를 나타내는 잣대가 된다. 근로자 건강검진을 개선하자는 요구가 제기될 때마다 노동(조합)이 현행 제도를 방어하거나 오히려 확대하자는 주장을 하는 이유를 여기서 찾을 수 있다. 일부에서 더 좋고 비싼 건강검진을 요구하는 것은 노동자의 복리후생을 키운다는 의미만 있는 것이 아니다. 건강검진이 노동자의 건강과 안전을 더 높은 정도로 보호할 수 있는 가시적 수단이라면 국가와 노동, 그리고 자본은 건강검진을 강화하는 것에서 서로의 이해관계를 타협할 수 있다(서로 다른 권력을 교환한다고 해도 좋다). 그렇다면 건강검진은 필연적으로 확대되고 강화되는 경향을 나타내게 된다.

작동하는 힘의 종류만 다를 뿐 학교 건강검진의 기제도 비슷하다. 배경과 이해관계자는 다양하지만, 학교를 통해 학생들의 건강과 안전을 보호, 증진해야 하는 요구는 점점 더 강력해지고 있다. 인구를 유지, 확대해야 한다는 국가의 이해관계는 물론이고, 신자유주의적 교육체제의 부산물인 청소년 건강 자체가 국가의 안정성을 위협할 수 있다. 이런 현실적 요구는 ‘학교보건’ 또는 ‘청소년 건강’이라는 제도로 수용되어야 하지만, 물리적 환경(예를 들어 학교의 시설이나 위생 등)을 개선하거나 보건교육을 하는 것, 학교보건 인력을 확충하는 것 등으로는 충분히 가시적이고 직접적이지 못하다. 특히 개인이 직접 경험하지 않는 한 국가의 역할과 책임은 여전히 추상 수준에 머무르기 쉽고, 그런 점에서 개인에 직접 개입하는 건강검진은 국가의 존재를 드러낼 수 있는 효과적인 수단이 될 수 있다. 국가의 정당성이 계속 증명되어야 한다는 것을 전제한다면, 효과적인 대체물이 나타나지 않는 한 학생을 대상으로 한 건강검진도 확대되고 강화되는 경향을 나타낼 것이다.

건강검진이 자본주의 국가의 신자유주의적 통치방식에도 조응한다는 점을 강조한다. 직접 개입해서 개인이 경험하게 하는 것이 중요하다면 제도(그리고 국가)를 정당화하기 위한 시도들은 개인화 경향을 떨 수밖에 없다. 집단에 대한 개입이지만 필연적으로 개인적인 양식이라는 점에서 건강검진은 이런 요구에 가장 잘 부응한다.

이를 설명하는 것으로는 암 검진을 예로 들 수 있다. 암 발생을 예방하고 암을 관리하는 것이 근대 국가의 존재 이유 즉 정당성과 관련된다고 할 때, 한국에서 그 정당성을 증명하는 수단은 대부분 암 검진에 의존하고 있다. 이에 비해 집단이 함께 노출될 수 있는 공통 요인(공기나 식수, 작업환경, 야간근무와 같은 노동조건 등) 즉 사회적 요인을 통제하려는 시도는 아예 인식의 ‘바깥’에 있으면서 의제로 성립되지 못한다. 사회적 요인들이 그 자체로 국가의 정당성이나 이해관계를 내장하고 있다는 점에서 이런 근원적 ‘배제’는 당연하다. 작업환경이나 노동조건을 문제로 삼는 것은 국가와 자본의 이해관계와 직접 충돌할 수밖에 없고 (국가 기구의 정당성을 위한 것이지만) 암을 관리하기 위한 개입은 그 범위 바깥에 있어야 국가가 ‘안전’하다. 생활습관(흡연, 음주 등)의 관리 역시 개인화된 개입이라는 것은 마찬가지지만 가시성과 직접성이 온전히 개인에게 속한다는 뜻에서의 개체성(individuality)에서는 검진에 미치지 못한다. 암 검진은 신자유주의 국가의 근본 이해관계를 위협하지 않으면서도 국가 기구(암 관리)의 정당성을 보증할 수 있는 가장 효과적인 수단이라 할 수 있다.

부분적으로 정당화 기능과 겹치면서 또한 구분될 수 있는 것이 ‘배분의 정치’로, 건강검진은 정치적 갈등과 투쟁의 결과로 나타나는 배분 그 자체이거나 배분의 지표이다. 이런 의미의 건강검진은 대표적으로 민간기업의 건강검진과 저소득 계층에 대한 건강검진(비용 부담의 차등을 포함)에서 찾을 수 있다. 민간의 건강검진(고급 또는 추가)은 기업에서 흔히 ‘복리후생’이라 불리고 사회적으로도 대표적인 민간 ‘복지’ 항목으로 꼽힌다. 복리와 복지로 불리는 것이 상징하듯이, 기업의 건강검진은 노동과 자본 사이의 배분을 둘러싼 갈등, 경쟁, 투쟁의 결과물이다. 배분의 결과가 온전히 개인에 속한다는 점에서 임금과는 본질적인 차이가 없는 반면, 완전히 개인화된 배분 방식이라는 점에서 사회보험 부담금 등 사회적 임금과는 다르다. 저소득층에 대한 건강검진도 국가가 관장하는 배분을 둘러싼 갈등, 경쟁, 투쟁의 결과라고 생각하면 같은 차원에서 이해할 수 있다.

건강검진의 수요를 정치경제적 요인으로 설명할 때 의료의 산업화, 영리화도 포함되어야 한다. 이는 주로 건강검진의 공급 측면에서 설명되어야 하지만, 국가가 공급의 토대를 구축하고 강화하기 위해 수요자 또는 구매자의 역할을 추구한다는 점도 무시할 수 없다. 보건의료 서비스 산업을 키우고 ‘성장동력’으로 만들고자 하는 국가-자본의 정치경제적 동기가 명확하다면, 건강검진의 시장을 디자인하고 창출하며 확대하기 위한 국가의 역할은 더욱 커질 것이다.

이상과 같이 건강검진이 제도의 정당화와 배분의 정치, 의료의 영리화를 위한 토대로 쓰인다면, 건강검진이 확장되는 규모와 양상은 이런 메커니즘이 어떻게 작동하는가에 의존한다. 예를 들어 배분의 정치가 변화하는 것에 따라 건강검진의 수요도 당연히 달라지는 것으로, 의료급여

대상자들을 보호할 정치경제적 압력이 완화될 경우 이와 관련된 수요는 따라서 줄어든 것이다. 그러나 이들 정치경제적 요인이 당분간 크게 달라지기 어렵다고 할 때, 건강검진은 더욱 확대되고 고도화되어 산업으로서의 성격을 강화할 것으로 전망된다.

3) 건강검진 산업의 공급

‘산업’으로서의 건강검진을 대상으로 하면 건강검진 내부의 시각, 즉 의료제공자(전문직)가 건강검진의 개념과 실천(서비스)을 어떻게 시작하고 발전시켜 왔는가를 추적하는 것으로는 부족하다. 좁게 보더라도 보건의료의 체계적 성격과 그 변화에 기초해야 하며, 그중에서도 건강검진의 공급이 확대되고 그 규모가 ‘산업’이라고 할 만한 수준에 이른 것, 즉 건강검진의 질적 변화를 초래한 맥락과 구조, 메커니즘에 초점을 맞추어야 한다. 어떤 계기를 통해, 그리고 어떤 요인의 영향을 받아, 건강검진이 단순한 의료 서비스를 넘어 정치경제적 의미의 산업으로 변화했는지 분석해야 한다는 뜻이다.

건강검진의 질적 변화란 무엇인가. 앞서 살펴본 것처럼 의료나 보건의 다양한 수단이나 방법, 접근 전략에 포함된 것으로서의 건강검진은 최근 나타난 현상이 아니다. 시기를 늦게 잡아도 1950년대 초반에는 기생충 검진이나 결핵 검진이 국가제도로 정립되었다. 그러나 기생충과 결핵 검진은 여전히 공중보건이나 의료의 방법이나 수단에 지나지 않았고 오늘 우리가 관심을 가지는 산업으로서의 건강검진과는 질적으로 다르다.⁹⁵⁾ 이는 현재도 마찬가지로, 일차의료에서 예방과 조기발견을 강조하면서 개인의 위험요인을 평가하고 건강검진을 시행하는 것을 건강검진 ‘산업’으로 간주하기는 어렵다.

시스템의 시각에서 보면, 건강검진의 특성이 질적으로 변화하는 것은 건강검진 체계가 다른 체계(시스템)와 구분되고 ‘단절’되는 것에서 찾을 수 있다. 독립된 체계를 구성하는 것이야말로 질적인 변화를 일으키는 결정적 계기가 되기 때문이다(반대로 질적 변화의 결과로 체계가 분리되기도 한다). 건강검진 체계를 따로 구축한다는 것은 예를 들어 건강검진만 하는 의사를 따로 두고 병원 안에서 건강검진의 회계를 분리하는 것 등을 의미하는데, 별도의 시스템에서는 조직의 구성요소와 기능, 특성이 ‘질적으로’ 변화한다. 특히 중요한 것은 서로 다른 시스템은 (‘시스템’이 되기 위해서) 처음부터 다른 목표를 갖는다는 점이다. 건강증진의 독립된 시스템은 보건의료의 통합적 목표와 분리된 목표, 주로 수익이라는 목표를 갖게 되고 이는 건강증진의 산업화 경향을 강

95) 근로자 건강검진은 초기부터 산업보건이나 산업의학의 이름으로 전문화된 것이었다고 할 수도 있다. 그러나 이는 처음부터 체계와 제공자를 달리 정한 결과로 전문화된 것처럼 보일 뿐, 통합된 보건의료에서 분리되어 전문화된 것이라 하기는 어렵다.

화하는 데에 직접 작용한다.

건강검진이 다른 시스템으로 분리되었다는 것을 대표하는 사건이자 경험은 흔히 ‘전문화’로 표현된다. 전문화가 진행되면 건강검진을 전문으로 하는 의료기관이 생기고 병원 안에서 독립적인 부서가 설치되며 전문인력이 구분되는 등의 시스템 분리가 일어난다.

한국에서 건강검진의 전문화는 인력과 조직보다는 서비스의 분리에서 시작되었다. 1962년「인간 도크」(또는「휴먼 도크」)가 시작된 것이 시초이고, 이는 1950년대 중반 이후 일본에서 유행하던 프로그램을 수입한 것이 분명하다.⁹⁶⁾ 이후 대형 종합병원을 중심으로 인간 도크나 휴먼 도크, 종합건강진단 등의 이름을 붙인 서비스가 확대되어 1966년에는 5-6개 대학병원이 서비스를 제공하기에 이른다. 1966년 8월 31일 <경향신문> 기사에 따르면 “「휴먼 도크」이른바 「종합건강진단」이 3-4년 전부터 한국에 유행하고 있다. 서울 시내 성모병원을 비롯한 서울대학병원, 세브란스병원, 이대부속병원, 수도의대부속병원 등의 종합병원에는 매일 1명 정도가 종합진단을 받으러 입원한다. 성모병원이 제일 많아 매주 10명 이상, 기타 병원은 매주 5-6명이 입원한다.”

당시 의학 선진국이었던 일본에서 인간 도크가 확대되고 있었던 것이 큰 영향을 미쳤겠지만, 암과 일부 만성질환 등 치료방침이 뚜렷하지 않던 질병을 조기 발견할 수 있다는 의학적 지식의 역할도 있었을 것이다. 더 구체적으로는, 이러한 의학적 지식이나 판단 이외에 어떤 정치경제적 요인이 작용했는지 명확하지 않다. 다만 의료보험이 시작되기 이전이었고 경제적 장애로 인해 의료기관들이 만성적인 수요 부족에 시달렸다는 사실을 고려할 필요가 있다. 비슷한 시기 같은 병원에서 위암의 조기발견과 수술에 필요한 비용 문제를 해결하기 위해 한번 회비를 내면 5년간 검사를 받을 수 있는 회원을 모집할 정도였다.⁹⁷⁾ 어느 병원이든 유효 수요를 만들어내는 일이 중요한 과제였고, 일부 계층을 겨냥한 건강검진이 그런 역할을 할 것으로 기대했을 것이다.

구체적인 동기가 무엇이었던 이런 시도는 결과적으로 큰 경제적 효과를 거두기 어려웠던 것으로 보인다. 앞의 기사에서 볼 수 있듯이 대부분 병원에서 매주 5-6명 정도 입원하는 소규모를 벗어나지 못했기 때문이다. 그러나 새로운 형태의 종합건강진단 프로그램이 나타나는 1980년대 까지 프로그램이 지속한 것으로 보아 최소한 ‘지속 가능한’ 수준은 되었을 것이다. 그뿐만 아니라, 병원의 평판에 영향을 미쳐 간접적인 효과를 얻었을 수 있다. 특히 고가의 고급 서비스였고 그것이 언론을 통해 여러 차례 보도되었다면 작지 않은 간접 효과가 있었을 것으로 추정할 수 있다.

96) 한국에 도입된 프로그램은 1주일간 입원하여 실시하는 것으로 일본에서 하던 것과 흡사하다. 자세한 것은 4장에 포함된 “일본의 건강검진”을 참고할 것.

97) 경향신문. “위암과 수술”. 1963년 8월 5일.

또 다른 효과로 (이는 수요에 영향을 미치고 다시 공급으로 순환되는 것으로써) 「인간 도크」의 도입과 확대는 건강검진 자체를 대중화한 것으로 보인다. 대중화란 수요를 창출하고 확대했다는 의미로, 이후 건강검진이 하나의 산업이 되는 데에 필수적인 기초가 된다. 공급의 조건이 충분히 갖추어져도 수요가 없으면 건강검진이 확장될 수 없으며, 여기에는 수요가 만들어지는 데에는 경제적 요인 이외에도 문화적, 보건학적 요인이 같이 작용한다. 그뿐만 아니라 공급이 그 자체로 ‘유인 수요’를 만들어내는 것도 무시할 수 없다.

1960년대 후반부터 1970년대 초에 걸쳐 수요가 큰 폭으로 증가했다는 근거가 되는 동시에 그 결과로 나타난 것이 건강검진 전문기관의 설립이다. 의사인 정재원이 1972년 설립한 ‘정건강관리소’가 그것으로, 건강검진을 전문으로 하는 기관이 성공적으로 운영되었다는 것은 수요가 확대되고 사회적, 기술적 조건이 충족되었다는 것을 동시에 보여준다.

국내 병원들이 건강검진에 대한 관심이 크지 않던 72년, 그는 AID(국제개발처) 차관을 끌어와 당시로선 큰 돈인 15만 달러를 주고 미국에서 혈액 자동성분 분석기를 들여와 정·건강관리소를 세웠다.

그때만 해도 종합적인 건강 상태를 알려면 일주일 정도 입원해서 각종 검사를 받아야 했다. 그런데 정·건강관리소에선 입원하지 않고 검진만 하면 하루만에 알 수 있었다. 당시로선 누구도 가지 않은 길에 앞서 투자한 것이다.

“서울대병원에도 없는 최신 기계를 국내 처음으로 들여왔어. 다른 병원에선 공개하지 않는 진료 차트와 X레이 필름 등 검사 데이터를 환자에게 직접 건네주고, 사람들이 몰려와 하루 500만원씩 수입이 들어오곤 했어. 그것으로 신갈공장을 짓는데 들어간 빚, 이자를 갚고 부도 위기도 넘기고 그랬지.”⁹⁸⁾

전문 기관이나 센터가 확대되는 데에는 더 많은 시간이 필요했지만, 정건강관리소의 ‘성공’은 건강검진의 경제적 가치를 증명한 첫 사례라는 점에서 중요한 의미가 있다. 충분한 수요만 뒷받침되면 건강검진을 통해 이윤을 창출할 수 있다는 가능성을 보여준 것이다.

현재와 비슷한 형태의 건강검진에 대한 수요가 폭발적으로 증가하고 이에 따라 건강검진이 ‘대중화’된 계기는 의료보험의 실시와 근로자 건강검진의 지속적인 확대였다. 1977년 의료보험을 시작한 이후 1980년 공무원과 사립학교 교직원에 대해 피보험자 건강검진이 시작되었고 1995년부터는 만 40세 이상 지역조합 피보험자와 피부양자를 대상으로 건강검진을 시행했다. 같은

98) 양재찬. 2008. “콩 연구 40년 정재원 정·식품명예회장” <포브스코리아>, 2008년 6월호(64호).

시기에 근로자 일반건강진단이 직장 의료보험으로 이관되었다. 따라서 1995년에 이르면 건강검진이 필요한 대부분 대상자가 건강검진을 받을 수 있는 조건이 갖추어져 말하자면 ‘전국민’ 건강검진 시대에 진입한다. 2000년대 이후 시작된 암 검진, 생애전환기 건강진단, 영유아 건강진단 등은 수요를 대폭 확대함으로써 전국민 건강검진 체계를 공고하게 하였다.

수요가 증가하면 자연스럽게 공급이 확대된다. 의료보험과 근로자 건강검진의 수요가 늘어나면서 건강검진 서비스를 제공하는 의료기관이 빠르게 늘어났다. 물론 국가 제도의 확대만으로 수요가 증가한 것은 아니다. 의료보험이나 근로자 건강검진이 아니어도 건강검진 수요가 계속 증가했는데, 질병과 사망의 부담이 만성질환 중심으로 바뀌면서 건강진단에 대한 수요가 보편적으로 늘어났기 때문이다. 한 신문은 1980년대 초반 건강검진의 공급 확대를 다음과 같이 보도했다.

“80년부터 서울시내 병원을 중심으로 생겨나기 시작한 종합건강진단센터가 이제는 개인병원에 이르기까지 지방병원에도 크게 늘어나고 있다. 서울의 경우 최근 3개월 전 문을 연 서울백병원 건강진단센터를 비롯, 강남성모병원 고려병원 성바오로병원 등 종합병원에 설치된 건강진단센터가 5,6 군데를 헤아리고 있고 개인병원 수준에서도 정건강관리소 서울임상병리과의원 등이 있다. 지방에도 부산 메리놀병원 등 대도시지역에는 각각 1, 2 군데씩 건강진단센터가 설치돼 있다.”⁹⁹⁾

수요 요인이 강하더라도 공급의 변화를 모두 설명할 수는 없다. 앞의 기사에서도 알 수 있듯이 공급은 주로 대형병원 위주로 진행되었고 이는 대형 병원의 상황, 자본 투자의 능력, 건강검진 수요의 성격 등이 같이 작용한 결과다. 특히 대형 병원들의 경영 환경이 급변했다는 것을 무시할 수 없다. 새로운 경영환경이란 의료보험의 확대와 그 결과를 가리키는 것으로, 이는 의료보험의 ‘저수가’,¹⁰⁰⁾ 그리고 본격적인 경쟁적 의료 시장의 형성으로 요약할 수 있다.¹⁰¹⁾ 국가 권력은 확대되는 의료 시장의 틀 안에서 재정 안정(보험료 수준과 직결된다)과 보건의료 제공자의 수익 보장이라는 서로 충돌하는 정치적 목표를 동시에 해결하고자 했다. 병원은 서로 경쟁하는 가운데에 자본축적을 위해 의료보험 제도 바깥에서 수익과 이윤을 추구해야 했으며 국가는 그것이 가능한

99) 동아일보. “검진방법과 효과를 보면...정기건강진단 의료비를 줄인다”. 1984년 9월 8일.

100) 실제 수가가 얼마나 낮은가 하는 것은 문제가 되지 않는다. 병원들이 수가가 낮다고 인식하고 있었고 이에 기초해 판단하고 행동했다는 것이 더 중요하다.

101) 의료보험 제도 시행과 함께 폭증하는 의료수요에 대응하기 위해 국가는 민간자본을 동원하고 지원하는 방식으로 종합병원과 병상, 그리고 의과대학의 공급을 크게 늘렸다. 자세한 것은 다음을 참조할 것. 김창엽. 2012. “한국 보건의료의 공공성 - 경로의존 또는 “근대화””. 한국사회사학회 2012년 가을학술대회 발표문.

공간을 폭넓게 용인했다. 건강검진은 그러한 조건에 부합하는 가장 유력한 ‘상품생산’ 부문의 하나로 등장한 것이다.

건강검진의 역할이 의료보험의 낮은 수가를 보완하는 보조적 수단인가 아니면 이윤 추구를 위한 적극적 수단인가를 구분하는 것은 어려울 뿐 아니라 큰 의미도 없다. 구조적 차이가 있는 것이 아니라 하나의 연속선 위에 있기 때문이다. 그러나 의료시장이 성숙하고 경쟁이 격화될수록 건강검진을 통해 이윤을 추구하는 경향이 노골적으로 드러나고 이를 위한 고급화, 고가화 경쟁이 벌어진 것은 분명하다. 더 적극적인 투자와 수요 유발, 더 높은 이윤율은 서로 분리되지 않는다. 특히 1990년대 이후 대형 병원과 대기업과 연관된 의료기관들이 이러한 경쟁을 주도한 것을 주목해야 한다. 1989년 개원한 아산재단 서울중앙병원(현재의 서울아산병원)은 1990년 대규모 종합건강진단센터를 개설했고, 1994년 개원한 삼성의료원은 “기존 종합건강진단 프로그램에 비해 검사항목을 대폭 늘린 정밀 진단프로그램을 만들어 실시한다”는 것을 내세웠다(<매일경제> 1994년 12월 25일). 공공병원인 서울대 병원도 민간 병원에 대응해 “수익성이 높은” 건강검진 프로그램을 개설하기에 이른다(<한겨레> 1995년 1월 19일).

수익을 보전하거나 이윤을 추구할 수 있는 규모로 건강검진 프로그램을 운영하기 위해서는 대규모 투자가 필요하다. 자본력이 부족한 의원 등 소규모 의료기관은 같은 방식으로 건강검진 서비스를 공급할 수 없다. 평판이나 명성에 따라 수요계층과 집단도 달라지므로 건강검진 시장은 필연적으로 ‘분할’된다.

의원이나 중소 병원이 시장이 참여하는 방법은 몇 가지로 나뉜다. 예를 들어 보통의 진료를 하는 것과 함께 좁은 범위의 건강검진으로 특화하거나, 건강보험의 검진이나 근로자 일반건강검진을 전문으로 하는 것이다(진료를 같이 하는 병의원도 있고 그렇지 않은 곳도 있다). 전자에 해당하는 방법은 특정 전문분야에서 흔히 나타나는 것으로 초음파 등 진단방법을 중심으로 한 것과 갑상샘, 내분비, 브레인 도크 등 특정 기능이나 부위에 초점을 맞추는 것으로 다시 나뉜다.

이들 역시 건강검진이 확대되는 데에 영향을 미친 것은 분명하지만 경제적 관점에서 ‘산업’이라는 범주에 해당하는지는 분명하지 않다. 대체로 규모가 작고 동기가 복합적이며(전문성이나 보건의료의 내용에 해당하는 동기가 동시에 작용하는 경우가 많다) 이윤의 실현 정도도 불완전하기 때문이다. 이에 비해 중소병원과 건강검진 전문 의원을 중심으로 한 이른바 ‘전문기관모형’은 중저가 건강검진을 대상으로 하여 박리다매 방식으로 수익을 추구하는 양상이 두드러진다.

건강검진을 둘러싸고 시장을 나누고 있는 대자본과 중소 기관의 구조는 크게 다르다. 이들의 동기와 행동을 결정하는 메커니즘도 같지 않다. 그러나 거시적 차원, 즉 산업화의 정치경제라는 시각에서 보면 이러한 이윤 추구의 동기, 강도와 방법은 큰 중요성이 없다. 다시 말해, 대형병원

과 의원, 건강검진에 특화된 기관 어느 쪽이든 하나의 상품으로 건강검진을 판매하고 이윤을 추구하는 것에는 질적인 차이가 없다는 뜻이다. 건강검진이 산업이 된 데에 이바지한 보건의료 내부 요인은 하나의 정치경제적 조건, 즉 이윤 추구라는 요인으로 수렴된다.

한국의 보건의료 제공자가 이윤을 추구할 수밖에 없는 구조는 자세하게 논의하지 않아도 될 것이다. 간략하게 정리하면, 보건의료에서 민간 부문은 (비영리인 경우에도) 상품화와 시장화, 영리화의 압력에서 벗어나기 어렵다. 특히 한국에서는 병원급 의료기관조차 사실상 개인 소유가 대부분이므로 이윤을 확보해야 하는 구조적 압력이 더욱 강할 수밖에 없다. 신자유주의적 자본주의 구조 안에서 의료기관이 생존, 성장하기 위해서는 모든 보건의료를 최대한 상품화하고 가능한 한 많이 판매해야 하며 이윤을 최대화해야 한다.

앞서 설명한 것처럼 국가의 공식적인 개입과 규제가 약한 영역일수록 시장적 성격은 더 강하다. 건강보험의 영역에서 제외된 건강검진이 상품화, 시장화되고 따라서 이윤 추구의 대상이 되는 것은 피할 수 없는 과정이다.

4) 결론

건강검진의 산업화가 불가피한 것이라면 다른 조건의 변화가 없는 한 그러한 경향성은 더욱 강화될 것이다. 이윤을 얻을 수 있는 토대인 상품화, 상업화, 영리화가 진전되어 더 큰 규모로 자본이 축적될 것이 틀림없다. 건강검진이나 보건의료의 외부 관점에서 보면 이는 전체 자본주의 사회경제체제와의 정합성과 상호보완성(complementarity)이 더욱 강화된다는 것을 뜻한다. 자본주의 사회경제체제의 특성을 더 크게 반영하고 변화의 동조적 경향이 강해진다는 뜻이기도 하다.

이러한 예측은 건강검진에 한정되지 않고 보건의료 서비스 전체에 적용될 수 있다. 축적의 위기를 겪고 있는 한국 자본주의가 의료 서비스 산업을 유력한 ‘성장동력’의 하나로 보고 있는 것은 널리 알려졌다. 건강검진은 의료 서비스 산업 가운데서도 상품과 시장 논리가 가장 쉽게 침투할 수 있는 ‘약한’ 고리이다. 노인 인구와 만성질환의 증가, 의학기술의 발전, 생의학적 모델의 강화, 개인 맞춤형 의료(precision medicine)의 진전 등을 맥락으로 해서 건강검진은 ‘상품’으로서의 가치를 더욱 확대해 나갈 것이다.

6. 맺는 글

“건강검진으로 인한 의료기관 연간 수익 추정액 3.4~3.9조”

“건강검진으로 인해 유발되는 의료비용 추정액 4.6조~14.6조”

이번 연구에서 추산한 한국 건강검진산업의 규모다. 한국에서 1년 간 지출된 개인의료비용이 85.4조 원¹⁰²⁾이니 건강검진이 한국 의료비에서 차지하는 비중은 적게는 9.3%에서 많게는 21.7%에 이른다. 참고로, 2013년 건강보험공단이 지급한 총 급여비는 36.4조원이었다. 이 중에서 신생물(양성, 악성 종양)로 인한 지출이 4.4조, 순환기계(심뇌혈관 포함)로 인한 지출이 4.5조임을 고려하면, 건강검진의 경제적 규모는 결코 가볍게 취급할 수 없다. 현재 건강검진이 차지하는 경제적, 사회적 중요성은 결국 제2장과 제3장에서 서술한 한국 건강검진의 역사와 현황을 축약해서 나타낸다. 4장에서는 지리적, 역사적으로 유사하고 실제로 밀접하게 영향을 받은 일본의 사례와 상대적으로 다른 역사를 지녀온 영미국가의 사례를 살폈다. 영국과 미국은 기본적인 인식은 비슷한 듯 했지만 각기 갖춘 상이한 보건의료체계에 따라 또 다른 현상으로 나타났다. 한국의 건강검진산업을 제대로 이해하기 위해서는 현상을 구체적으로 파악할 뿐 아니라 심층에 자리한 구조와 메커니즘을 검토해야 할 필요성에 따라 5장을 서술했다.

단편적으로 문제를 찾아내는 것은 어렵지 않으나, 앞으로 남은 과제는 역사를 추적하고 상황을 분석하는 것 그 이상이다. 대표적인 과제가 (말썹 많은) 건강검진의 ‘효과성’과 ‘효율성’을 분명히 하는 것이다. 예를 들어, 국가 건강검진에 포함된 항목들이 정말 근거가 있는지, 사람들에게 각 검진이 가진 효과와 부작용까지 제대로 설명되고 있는지 따져봐야 한다.

우리의 잠정적인 결론은 ‘비용효과성’만으로도 부족하다는 것이다. 사람들이 검진의 효과를 잘 이해하지 못하고 있거나 제대로 연구된 근거가 부족한 것만 문제일까? 검진 항목, 주기의 근거 적합성부터, 부작용까지 포함한 (경제적, 사회적)손익 등 과학적 판단을 널리 알리고 인식시키면 제도와 사람들의 행태를 바꿀 수 있을까? 안타깝게도 본 연구에서 논의한 대로라면 근거와 합리성만 가지고는 지금의 큰 흐름을 바꾸기 어려워 보인다. 건강검진은 개인과 사회적 경험을 통해 이미 ‘삶의 양식’이 되어버렸다. 더욱이 국가와 자본의 동기(전국민을 제도라는 이름으로 포괄할 수 있고 강제할 수도 있다는 점에서)와 밀접한 관련을 맺고 있으므로, 개인의 규범과 판단을 넘어서는 구조의 문제라 할 것이다. 현재의 사회경제 구조 안에서 건강검진은 하나의 ‘상품’으로서의 가치를, 또한 ‘산업’으로서의 동력을 더욱 확대해 나갈 것으로 보인다.

102) 2012년도 국민의료비추계 및 국민보건계정 수치



국가나 문화와 같이 정치, 역사적으로 축적되고 정교해진 제도, 그리고 그에 따라 형성되고 정착된 이해관계는 쉽게 바뀌어지지 않는다. 그러나 겉으로 드러난 현상을 넘어 심층을 이해하는 것은 문제를 풀어나가는 시작이자 핵심적인 조건이다. 아울러 점차 더 많은 이들이 알게 되는 것 자체가 변화의 계기라는 것도 언급하고 싶다. 이 연구에서도 아직 다루지 못한 과제들이 많이 남아 있다. 열개를 맞추어 보았으니 더 세부적인 부분들을 들여다보는 작업도 지속해나가야 할 것이다.



〈참고문헌〉

- Ikeda N, Saito E, Kondo N et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011;378:1094-105.
- Diabetes UK. Prevention and early diagnosis of type 2 diabetes. The NHS Health Check Programme. 2013.
- Han PKJ. Historical changes in the objectives of the periodic health examination. Ann Intern Med 1997;127:910-917.
- Hogg RJ. Screening for CKD in children: a global controversy. Clinical J American Society of Nephrology 2009;4(2):509-515.
- Klein, R. and T. Marmor, Reflections on Policy Analysis: Putting It Together Again, in Moran edit, The Oxford Handbook of Public Policy 2006, 890-910.
- Kohro T, Furui Y, Mitsutake N et al. The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. Int Heart J 2008;49(2):193-203.
- Matsuda R. The Japanese Health Care System, 2013. in: Thomson S. Osborn R, Squires D, Jun M. (eds). International Profile of Health Care Systems, 2013. The Commonwealth Fund. November 2013.
- Miller JW, Piescia M, Ekwueme DU. Public health national approach to reducing breast and cervical cancer disparities. Cancer 2014;120(S16):L2537-2539.
- NHS Screening Programmes in England 2013/14, PHE 2014.
- Public Health England. Immunisation and Screening National Delivery Framework & Local Operating Model. The NHS Constitution 2013.
- Robseon J, Dostal I, Madurasinghe V, et al. The NHS Health Check programme: implementation in east London 2009-2011. BMJ Open. 2015;5:e007578.
- The Information Center for health and social care. Breast screening programme, England, 2010-2011.
- Thompson S, Tonelli M. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochran Library 2012. (<http://www.cochranlibrary.com/editorial/10.1002/14651858.ED000047>)
- UKNSC. Advice on private health providers offering screening to NHS patients through GP practice, 2013.
- UKNSC. Thinking of having a private screening test? 2014.
- 2011년 건강검진사업 안내. 보건복지부 2011.
- 2015년 건강검진사업안내. 보건복지부 2015^b.
- 2015년 노인보건복지사업안내. 보건복지부 2015^c.
- 고대호 등. 근로자 일반 구강상병검진 후 진료수령의 영향요인에 관한 조사연구. 서울대학교 치과대학 예방치학교실 2003.
- 교육과학기술부 고시. 학교 건강검진 결과판정 및 기재방법 등에 관한 기준, 2012.
- 국민건강보험공단. 건강검진통계연보 2008.
- 근로자 건강진단 실무지침 2013 개정판, 안전보건공단 산업안전보건연구원 2013.
- 김상욱, 김윤신, 장창곡. 학교보건사업의 역사적 고찰을 통한 정책 방향에 대한 연구, 한국학교보건학회지 2004;17(2):127-150.



- 김지수 외. 중국건강검진시장조사 및 검진서비스 진출전략. 한국보건산업진흥원 2015.
대한예방의학회. 예방의학과 공중보건학, 제2판. 2013:962-963.
모자보건사업안내, 보건복지부 2015^a.
문상연 외. 일개 시지역 공무원 건강진단 유소견자의 의료이용양상과 결정요인. 보건행정학회지 2000;10(3):1-18.
미셀 푸코. 통치성. 콜린 고든 외 역음. 푸코 효과. 서울: 난장 2014. 151쪽.
서흥관. 정기건강검진의 역사적 변화. 의사학 1999;8(14).
심원희 외. 건강진단 유소견자 연계시스템(Referral System)과 추후관리시스템(Follow-up System) 구축을 통한 고객 건강정보 통합관리의 효과. 한국의료QA학회 가을학술대회 2005(1):305-307.
심주호 외. 암환자 의료비 지원사업 대상자의 만족도 관련 요인. 보건행정학회지 2011;21(1):61-76.
장지연, 이천희. 산업장 근로자의 치과의료이용양상 및 관련요인. 한국치위생학회지 (구 한국치위생교육학회지) 2010;10(5), 841-849.
정은주, 황병덕. 민간종합검진 유소견자들의 치료기관 선택에 미치는 영향. 보건의료산업학회지 2011;5(4):1-13.
조비룡, 이철민. 우리나라 국가검진체계의 실상. 대한의사협회지 2011;54(7):666-669.
조용운, 오승연, 김미화. 건강생활관리서비스 사업모형 연구. 보험연구원. 2014.
조준희 외. 건강진단 유소견자 관리시스템 구축을 통한 고객관리. 한국의료QA학회 가을학술대회 2005(2):145-147.
최용준 외. 국가 건강검진 사업의 경제성 평가 체계 개발에 관한 연구. 보건복지가족부 2008.
최지숙. 암 검진 유소견자의 의료이용 추적관찰. 강원대학교대학원(의학석사학위논문) 2005.
최태성. 뇌심혈관계 관련질환 유소견 근로자들의 의료이용에 관한 연구. 순천향의학연구소 2006;12(2):393-408.
한국보건산업진흥원, 2014 의료자원통계핸드북, 2014.
한국보건산업진흥원. 2013 고령화친화요양산업 실태조사 2013^a.
한국보건산업진흥원. 2013 병원경영분석. 2013^b.
한창현 외. 계획된 행동이론을 이용한 일반질환 유소견 근로자의 의료이용 예측, 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집 2001(12):242-264.
후생노동성 건강국. 표준 건진.보건지도 프로그램 (개정판). 2013년 4월
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/dl/hoken-program1_01.pdf)



[부록1] 일부 상급종합병원의 종합건강검진 목록과 비용

- 서울대학교병원

특화프로그램

종류	금액 (원)	검사항목
부정맥	407,000	정밀상당, 심장초음파, 운동부하심전도, 24시간 심전도검사(또는 이변트심전도)
전립선	386,000	전립선초음파, 남성호르몬검사, 전립선종양검출, 성기능평가, 요류측정술, 초음파전노출검정, 운동부하심전도
알레르기	546,000	정밀상당, 피부동작형, 이비인후내시경, 천식검사, 알레르기혈액(40종), 알레르기피부반응(55종)
신장(콩팥)	501,000	정밀상당, 신장장질CT, 미세단핵노(미세혈관합병증), 24시간 소변검사(전해질, 칼슘, 요산, 수산, 인, 당핵노, 크레아티닌, 신장기능, 구연산, 미세단핵노, 마그네슘), 소변알부민검사, 혈노검사, 소변검사, 신장장질혈액
치매예방	1,740,000	정밀상당, 예진, 노MRI/MRA(경동맥MRA포함+대뇌중뇌MRI, 치매예방검사, 치매위험인지혈액
여성호르몬	116,000	여성호르몬 4종(LH, FSH, E2, 난소기능평가)
근골격	병생척추 건강	260,000 정밀상당, 전척추 전·측면 촬영, 근육검소증측정 및 근육강화운동(1시간) 335,000 *65세 이상 : 전신체성분분석
	경요추	1,050,000 정밀상당, 경추·요추MRI, 경추 전·측면 촬영, 흉요추 전·측면 촬영
	경추	830,000 정밀상당, 경추MRI, 경추정밀 촬영
	요추	890,000 정밀상당, 요추MRI, 요추정밀 촬영
	무릎	831,000 정밀상당, 무릎(면측)MRI, 무릎정밀 촬영
	어깨	800,000 정밀상당, 어깨면측MRI, 어깨정밀 촬영
	어깨	800,000 정밀상당, 어깨면측MRI, 어깨정밀 촬영
생활 습관	비만	351,000 비만정밀상당, 영양평가 및 비만영양상당, 체력측정 및 비만운동상당, 복부지방CT, 전신체성분분석, 인슐린저항성, 당노병검사, 고지혈증검사, 혈압, 허리둘레, 물무게 측정
	금연	259,000 금연정밀상당, 소변코타닌(직·간접흡연), 흡연관련위험도평가(실문), 저산포증부CT, 후두내시경
	비타민 (영양)	542,000 정밀상당(영양제·건강기능식품 처방), 체성분분석, 혈액(빈혈, 간기능, 신장기능, 요산, 당노, 고지혈증, 비타민A, B ₁ , B ₂ , C, D, 티로코페롤), 아연, 염산, 혈중 저장철, 마그네슘, 셀레늄, 구리), 맞춤영양 정밀평가 *50세 이상(예) : 골밀도 804,000
	중금속	190,000 정밀상당, 12종 중금속 혈액카드를 납, 수은, 비스, 알루미늄, 셀레늄, 구리, 아연, 크롬, 코발트, 망간, 몰리브덴
	영부 섭취량	79,000 정밀상당, 정밀영양상당, 몸무게 측정, 24시간 소변검사(전해질, 칼슘, 인, 당핵노, 크레아티닌, 신장기능, 마그네슘, 요소질소, 미세단핵노), 소변검사(크레아티닌, 염분)
유학생	486,500	유학서류제외 의학상당, 혈액콜레스테롤, 총단백, 알부민, 간기능, 전해질, 간염검사(A형, B형, C형), 홍역, 유행성이하선염, 풍진, 수두, 침복결핵검사, 결핵피부반응검사, 소변, 대변, 유학(비지) 의학상당 및 소견, 흉부촬영 영상자료 복사 (필요시 검사 항목은 조정될 수 있습니다)
예방접종	상당후 결정	의사와의 상담을 통해 항목을 결정하게 됩니다. A형간염, B형간염, 개절형독감, 폐렴구균, 수두, 풍진, 파상풍/디프테리아/백일해, 자궁경부암, 성인용 뇌수막염, 대상포진, 장티푸스

파트너스 프리미어 CEO

검진비용 포함 1900 원 (1인)

검진비용 별도 본인부담 1400 원 (1인)

- 개인별 건강 상황에 맞는 맞춤 건강검진 프로그램 구성 및 건강관리팀과의 1:1 결과 상담
- 전담주치의와 전담헬스매니저(간호사)의 상시 건강상담 및 지속적이고 체계적인 건강관리
- 해외여행시 의료지원서비스, 하버드의대 교육 병원(MGH, BWH, DFC)연계 서비스
- 강남센터 질병예방클리닉 진료, 헬스커뮤니티 운영

• 상담전화 : 02-2112-5700

- 삼성서울병원(개인)

기본 건강검진		f t 8+ 1인쇄 TIP			
 남자 ✓		 여자			
공통 검사항목	- 신체측정 (신장, 체중, 비만도, 혈압) - 상복부초음파 - 종양표지자 (간, 대장, 췌장, 담도) - 폐기능, 심전도, 흉부촬영 (정면) - 의학상담, 식생활평가 & 영양상담 - 소변, 대변검사 - 문진 - 안과 (시력, 안압, 안저 촬영) - 위내시경 - 혈액검사 (혈액형, 일반혈액, 혈액응고, 고지혈증, 간 기능, 신장기능, 당노, 통풍, 전해질, 칼슘대사, 간염, AIDS, 감염 질환, 갑상선기능)				
남자 검사항목	- 동맥경직도 - 종양표지자 (전립선)				
검사비용	626,000원				

추가검사 (남녀 공통)

구분	검사항목	금액
내시경	대장내시경	195,000
	수면내시경	150,000
CT	관상동맥칼슘CT	155,000
	복부골반CT	250,000
	저선량 폐CT	155,000
머리정밀	머리MRI	745,000
	머리MRI/MRA	1,224,000
	머리MRI/MRA/뇌혈류초음파	1,490,000
	치매MRI/MRA/뇌혈류초음파/치매문진	1,666,000
초음파	경동맥초음파	187,000
	심장초음파	200,000
	심장초음파/심장정밀혈액	353,000
	갑상선초음파	117,000
	전립선초음파	170,000
부인과	골반초음파(여성)	100,000
	인유두종 바이러스	56,000
	유방초음파(여성)	150,000
기타	심장운동부하 검사/상담	120,000
	동맥경적도	55,000
	골밀도	50,000
	스케일링	50,000



• 삼성서울병원(숙박)

[프로그램](#)
[안내](#)
[나의 건강검진](#)
[검진 후 관리](#)
[센터소개](#)

[법안건강검진](#)
[로그인](#)

[숙박 건강검진](#)

[f](#)
[t](#)
[g+](#)
[v](#)
[인쇄 TIP](#)

숙박 전용 병실에서 전담 의료인의 일대일 케어를 통해 다양한 경밀건강검진과 질환이나 불편증상에 대한 전문 의료진과의 충분한 진료상담이 가능한 고객 중심의 맞춤 검진 프로그램입니다.

소요시간 1박 2일 또는 2박 3일이며 검사항목과 협의 진료 상황에 따라 결정됩니다.

검사비용 1박 2일: 4,500,000 ~ 6,500,000원
2박 3일: [1박 2일 코스] + 선택검사
+ 검사 항목에 따라 금액이 변동 될 수 있습니다.

[예약신청하기](#)

건강검진 서비스

- 신속한 결과상담: 퇴원 전 검사 결과 상담 가능 (조직검사, 일부 특수검사 제외)
- 리무진 서비스: 입/퇴원 시 교통 편의 제공 (일부 지역은 공항, 버스터미널, 기차역에서 이용)
- 에스코트 서비스: 입원부터 퇴원까지 일대일 검진 진행
- 진료연계 서비스: 건강검진 후 1년간 진료예약 및 상담
- 추후관리 서비스: 건강검진 후 1년간 정기적인 전화방문

편의시설

- 병실시설: 슬레이트 PC, 스마트 TV, Home Theater 시스템 등
- 부대시설: 은행, 푸드코트, 화이트니스센터(헬스장, 골프연습장), 산책로, 편의점, 한식당, 커피숍, 선물의 집 등

검사항목

구분	검사항목
기본검사	• 전문의 예진, 혈압, 신체측정, 시력, 안압, 안저촬영, 청력, 소변, 대변 • 정밀혈액검사: 일반혈액, 혈액응고, 간기능, 신장기능, 갑상선기능, 당노, 간염(A,B,C형), 고지혈증, 통풍, 빈혈, 전해질, 칼슘 대사, 비타민 D, 류마티스인자, 감염질환, 매독, AIDS, 혈액형 • 영양상태평가 & 영양상담
뇌혈관	경동맥초음파(여성은 50세 이상), 뇌혈류초음파, 뇌 MRI/MRA
폐	폐기능, 흉부촬영(경면, 측면), 저선량 폐CT
심장	심장정밀혈액검사, 심전도, 심장초음파, 동맥경직도, 운동부하검사, 관상동맥칼슘 CT, 심장MRI
소화기	상복부초음파, 위내시경(수면), 대장내시경(수면), 복부CT(췌장, 간, 신장, 골반), 췌담도 MRI
암경밀	종양표지자(간,대장,췌장,담도), 갑상선초음파, PET-CT(양전자단층촬영)
골대사	골표지자(여성), 골밀도(남성은 60세 이상)
치과	치아촬영, 치과진료, 스케일링
남성의학	남성호르몬, 요속/잔뇨량 측정, 전립선초음파
여성의학	여성호르몬, 액상자궁경부암세포, 인유두종바이러스, 골반초음파, 유방촬영, 유방초음파



• 서울아산병원(개인)

개인 건강진단

건강진단절차

프로그램안내

기본

1일정밀

암 전문

생활습관병

생애주기

숙박정밀

PREMIUM 멤버십

맞춤 SET 프로그램

내게맞는건강진단

건강진단예약

간편예약조회

검사안내

건강진단 전화상담

건강진단 이메일상담

프로그램 안내

개인의 건강욕구에 맞는 검사를 선택할 수 있도록 다양하고 세분화된 건강진단 프로그램을 운영하고 있습니다.



기본

가장 기본적인 필수
건강진단 프로그램



암 전문

암을 조기에 발견하기 위한
암 전문 프로그램



생애주기

청소년에서 노년까지
건강한 삶을 위한
생애전환기별 전문 프로그램



1일정밀

1일 건강진단으로 가장 광범위한
정밀 프로그램



숙박정밀

고급스럽고 편안한 객실에서
1박2일 혹은 2박3일 동안 진행되는
가장 정밀한 1:1 맞춤 프로그램



생활습관병

잘못된 생활습관과 관련된 수 있는
질환을 조기 진단하는 프로그램



PREMIUM 멤버십

개인별 건강이력과 요구도를 고려한
차별화된 멤버십 프로그램



맞춤 SET 프로그램

개인별 건강 요구도에 따라
최소 기본건강진단 항목에
SET 검사항목을 추가하여 프로그램



- 서울아산병원(법인)

법인건강진단프로그램

서울아산병원 건강증진센터에서는 건강한 기업을 위한
법인건강진단을 지원하고 있습니다.



법인 건강진단 프로그램				검사 가능 시간
법인 기본	남성	법인 기본 남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 기본 여자	검사항목 보기	
법인 기본플러스	남성	법인 기본플러스남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 기본플러스여자	검사항목 보기	
법인 심장정밀	남성	법인 심장정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 심장정밀여자	검사항목 보기	
법인 주요암정밀	남성	법인 주요암정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 주요암정밀여자	검사항목 보기	
법인 호흡기정밀	남성	법인 호흡기정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인-호흡기정밀여자	검사항목 보기	
법인 소화기정밀	남성	법인 소화기정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 소화기정밀여자	검사항목 보기	
법인 대사증후군	남성	법인 대사증후군남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 대사증후군여자	검사항목 보기	
법인 협심증정밀	남성	법인 협심증정밀남자	검사항목 보기	오전
	여성	법인 협심증정밀여자	검사항목 보기	
법인 뇌혈관정밀	남성	법인 뇌혈관정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 뇌혈관정밀여자	검사항목 보기	
법인 뇌졸중정밀	남성	법인 뇌졸중정밀남자	검사항목 보기	오전/오후
	여성	법인 뇌졸중정밀여자	검사항목 보기	
법인 여성암정밀	여성	법인 여성암정밀	검사항목 보기	오전/오후
법인 종합정밀	남성	법인 종합정밀남자	검사항목 보기	오전
	여성	법인 종합정밀여자	검사항목 보기	



• 국립암센터

HOME 바로가기

정부3.0 정보공개

국립암센터
NATIONAL CANCER CENTER

검색어를 입력해주세요!

국립암센터 소개
연구소
병원
국가암관리사업본부
국제암대학원대학교
교육
알림마당
이용안내
사이버홍보센터

암예방검진센터

센터소개

암예방검진프로그램

검진항목 소개

항목별 검진절차 안내
인터넷 예약 및 안내
검진 주치의 제도
해외교민 암예방건강검진 안내

암예방건강검진안내

기업체검진 안내

채용검진 안내

국가암(공단)검진

채용안내
국가암관리사업
국립암센터발전기금
자원봉사자 모집
도서관
Velos eResearch

검진항목 소개

Home > 병원 > 암예방검진센터 > 암예방검진프로그램 > 검진항목 소개

정밀건강 검진

자세히보기

한국인의 6대암(위암, 간암, 폐암, 대장암, 자궁암, 유방암)을 중심으로 각종 호발암과 성인병 및 기타 질환 등에 대한 조기 진단과 예방을 목적으로 하는 포괄적인 검진 프로그램입니다.

뇌특수검진

자세히보기

정밀검진항목에 뇌혈관의 동맥경화, 동맥류, 뇌혈관 기형, 뇌암, 수두증, 뇌위축증 등 뇌질환 및 뇌혈관 질환의 진단에 탁월한 뇌자기공명영상촬영(MRI)과 뇌혈관조영(MRA)을 추가하여 검진하는 정밀 프로그램입니다.

2030 암예방 건강검진

자세히보기

20~30대를 대상으로 성인병 예방과 질병의 조기발견을 위해 준비된 필수 검진 프로그램으로 흡연자는 금연클리닉상담, A-B-C형 간염 항체 검사, 여성 풍진 항체 검사는 기본이며 젊은층에서 발생이 드문 전립선암, 대장암, 폐암 검사는 선택사항입니다.

실버암예방검진

자세히보기

노년층을 대상으로 정밀검진항목에 뇌 MRI/A검사, 조기치매검사, 하지기능 및 평형 감각 검사, 심장 칼슘스코어링, 후두경, 호모시스테인, 골밀도 검사 등을 종합적으로 시행하여 조기암 및 노인성 질환을 진단하고 관리하는 검진 프로그램입니다.

여성특화검진

자세히보기

여성을 대상으로 부인과질환과 여성암 조기진단 및 예방을 위해 자궁세포진검사, 골반초음파, 유방촬영, 유방초음파 등을 포함하는 특화검진 프로그램입니다.
※ 수요일 오전에 실시되며 금식은 필요없습니다.

거리서정미검진

자세히보기

[부록2] 100병상 당 병원 규모별 의료수익, 기타의료수익, 진단수익

1) 전체 병원(100병상 당)

(단위: 천원)

		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300-	160-299	-160					
2013	의료수익	11,991,169	12,279,021	28,765,681	14,731,912	9,840,002	11,779,306	6,223,035	1,978,189	-	9,444,467	16,467,303
	기타의료	785,841	734,686	1,540,278	719,459	711,760	1,200,776	386,932	124,342	-	3,163,392	1,188,387
	건강진단	540,166	521,824	1,240,098	572,234	506,785	540,386	209,840	9,043	-	3,038,521	10,092
2012	의료수익	9,472,202	11,640,919	26,716,346	14,028,269	8,823,518	11,145,835	6,296,226	1,851,052	1,003,598	5,912,731	6,291,908
	기타의료	691,322	716,700	1,405,099	704,845	624,706	966,013	510,036	234,162	22,916	1,062,760	209,622
	건강진단	290,015	398,707	720,649	498,822	391,618	357,062	177,787	118,264	-	55,821	22,155
2011	의료수익	11,526,393	11,592,267	25,632,357	14,089,842	9,168,555	11,036,671	6,510,231	1,014,725	792,950	7,653,310	27,816,061
	기타의료	823,692	795,665	1,375,598	698,435	730,074	1,317,759	645,476	2,881	1,132	3,202,239	191,455
	건강진단	226,008	230,124	270,069	189,073	233,741	323,514	234,928	-	-	28,894	99,147



분율		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300병상이상	160-299	160병상미만					
2013	기타/의료	6.6%	6.0%	2.5%	4.9%	7.2%	10.2%	6.2%	6.3%	-	33.5%	7.2%
	건진/의료	4.5%	4.2%	4.3%	3.9%	5.2%	4.6%	3.4%	0.5%	-	32.2%	0.1%
2012	기타/의료	7.3%	6.2%	5.3%	5.0%	7.1%	8.7%	8.1%	12.7%	2.3%	18.0%	3.3%
	건진/의료	3.1%	3.4%	2.7%	3.6%	4.4%	3.2%	2.8%	6.4%	-	0.9%	0.4%
2011	기타/의료	7.1%	6.9%	5.4%	5.0%	8.0%	11.9%	9.9%	0.3%	0.1%	41.8%	0.7%
	건진/의료	2.0%	2.0%	1.1%	1.3%	2.5%	2.9%	3.6%	-	-	0.4%	0.4%



2) 민간병원

		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300-	160-299	-160					
2013	의료수익	11,903,299	12,167,776	28,666,891	14,599,893	10,181,288	12,789,387	6,559,994	2,088,781	-	9,861,984	16,787,235
	기타의료	838,210	772,955	1,742,085	779,035	723,154	1,377,661	420,827	139,885	-	3,477,259	1,313,433
	건강진단	573,997	548,692	1,402,485	635,560	525,317	485,116	226,263	10,173	-	3,342,373	7,609
2012	의료수익	9,544,648	11,593,165	26,766,397	13,772,132	9,080,689	12,199,839	6,699,602	1,851,052	-	5,987,380	6,291,908
	기타의료	738,243	743,759	1,526,262	753,080	622,718	1,106,566	535,318	234,162	-	1,127,780	209,622
	건강진단	277,855	398,247	706,134	527,728	390,772	223,514	197,075	118,264	-	59,310	22,155
2011	의료수익	11,590,782	11,641,417	25,651,209	14,191,611	9,457,274	11,940,310	6,927,002	1,014,725	-	7,653,310	27,816,061
	기타의료	877,303	842,403	1,488,122	733,342	757,909	1,521,061	702,537	2,881	-	3,202,239	191,455
	건강진단	254,400	259,366	327,795	217,569	243,514	456,725	257,065	-	-	28,894	99,147

분율		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300-	160-299	-160					
2013	기타/의료	7.0%	6.4%	6.1%	5.3%	7.1%	10.8%	6.4%	6.7%	-	35.3%	7.8%
	건진/의료	4.8%	4.5%	4.9%	4.4%	5.2%	3.8%	3.4%	0.5%	-	33.9%	0.0%
2012	기타/의료	7.7%	6.4%	5.7%	5.5%	6.9%	9.1%	8.0%	12.7%	-	18.8%	3.3%
	건진/의료	2.9%	3.4%	2.6%	3.8%	4.3%	1.8%	2.9%	6.4%	-	1.0%	0.4%
2011	기타/의료	7.6%	7.2%	5.8%	5.2%	8.0%	12.7%	10.1%	0.3%	-	41.8%	0.7%
	건진/의료	2.2%	2.2%	1.3%	1.5%	2.6%	3.8%	3.7%	-	-	0.4%	0.4%



3) 공공병원

		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300-	160-299	-160					
2013	의료수익	12,453,644	12,838,380	29,091,690	15,249,427	7,900,063	9,254,105	3,067,871	1,093,452	-	5,269,295	13,747,876
	기타의료	510,214	542,261	874,314	485,920	646,996	758,563	69,551	-	-	24,723	125,495
	건강진단	362,106	386,727	704,222	323,996	401,445	678,563	56,062	-	-	-	31,195
2012	의료수익	11,489,610	11,880,360	26,521,701	15,095,506	7,402,314	9,169,578	2,592,501	-	1,003,598	4,718,344	-
	기타의료	558,394	581,026	933,906	503,867	635,693	702,476	277,902	-	22,916	22,441	-
	건강진단	384,756	401,013	777,095	378,383	396,293	607,464	692	-	-	-	-
2011	의료수익	11,210,539	11,353,246	25,559,044	13,731,764	7,538,140	8,842,118	2,919,594	-	792,950	-	-
	기타의료	560,710	568,375	938,006	575,616	572,889	824,025	153,879	-	1,132	-	-
	건강진단	86,733	87,921	45,580	88,810	178,551	-	44,216	-	-	-	-

분율		전체	일반						특수			
			평균	종합				병원	정신병원	전염성병원	한방병원	치과병원
		평균		상급종합	300-	160-299	-160					
2013	기타/의료	4.1%	4.2%	3.0%	3.2%	8.2%	8.2%	2.3%	-	-	0.5%	0.9%
	건진/의료	2.9%	3.0%	2.4%	2.1%	5.1%	7.3%	1.8%	-	-	-	0.2%
2012	기타/의료	4.9%	4.9%	3.5%	3.3%	8.6%	7.7%	10.7%	-	-	0.5%	-
	건진/의료	3.3%	3.4%	2.9%	2.5%	5.4%	6.6%	0.0%	-	-	-	-
2011	기타/의료	5.0%	5.0%	3.7%	4.2%	7.6%	9.3%	5.3%	-	-	-	-
	건진/의료	0.8%	0.8%	0.2%	0.6%	2.4%	-	1.5%	-	-	-	-

**[부록3] 건강검진 경제적 규모 추정 계산**

● 연도별 건강검진 비용(개인부담금 부분)

연령	구성	2010년			2011년		2012년		2013년	
		1인당 OOP(B)	수검자 수 (A)	총OOP(원) (A*B)	수검자 수	총OOP(원) (2010년비용기준)	수검자 수	총OOP(원) (2010년비용기준)	수검자 수	총OOP(원) (2010년비용기준)
0-9세	영유아	4,511	1,339,396	6,042,015,356	1,477,268	6,663,955,948	1,773,480	8,000,168,280	2,068,795	9,332,334,245
10-19세	일반	1,492	18,112	27,023,104	22,066	32,922,472	25,852	38,571,184	30,395	45,349,340
20-29세	일반	61,822	1,240,089	76,664,782,158	1,252,787	77,449,797,914	1,151,282	71,174,555,804	1,189,882	73,560,885,004
30-39세	일반+암	61,127	2,534,701	154,938,668,027	2,735,745	167,227,884,615	2,841,917	173,717,860,459	2,864,776	175,115,162,552
40-49세	일반+암+ 생애	52,125	4,915,971	256,244,988,375	5,126,068	267,196,294,500	5,153,642	268,633,589,250	5,285,056	275,483,544,000
50-59세	일반+암	71,096	4,568,079	324,772,144,584	4,938,599	351,114,634,504	5,382,523	382,675,855,208	5,461,116	388,263,503,136
60-69세	일반+암+ 생애	72,292	2,844,575	205,640,015,900	2,944,489	212,862,998,788	3,308,943	239,210,107,356	3,400,263	245,811,812,796
70-79세	일반+암	35,396	751,802	26,610,783,592	1,601,088	56,672,110,848	1,886,235	66,765,174,060	1,951,995	69,092,815,020
80세 이상	일반+암	22,794	224,520	5,117,708,880	264,737	6,034,415,178	316,898	7,223,373,012	358,082	8,162,121,108
연령군 합산				1,056,058,129,976		1,145,255,014,767		1,217,439,254,613		1,244,867,527,201
총계로 계산		50,364	18,437,245	928,573,407,180	20,362,847	1,025,554,426,308	1,840,772	1,099,988,641,008	22,610,360	1,138,748,171,040



● 건강보험의 건진 급여실적(국가부담금 부분)

연도	2010	2011	2012	2013
검진건수	24,968,119	26,918,656	28,438,248	29,208,444
검진금액(원)	802,713,368,000	883,214,678,000	959,847,123,000	998,349,517,000
전체급여액(원)	33,796,461,109,000	36,055,953,966,000	37,334,056,982,000	39,861,093,069,000

● 검진기관종별 건강검진비 지급 현황(건강검진통계연보, 2013)

구분	계	종합병원	병원	의원	보건기관	치과병원	치과의원	한방기관(추가)
건강검진비 지급액(원)	1,015,910,729,179	292,523,109,267	193,652,770,496	508,286,609,958	3,079,630,884	1,063,432,316	17,181,261,776	123,914,482
분율	100.0%	28.8%	19.1%	50.0%	0.3%	0.1%	1.7%	0.0%



● 병원 급 요양기관의 건강검진 총 수익(단위: 개, 원)

연도		합계	상급종합	종합	병원	요양병원	치과병원	한방병원
2013년	기관 수	3,398	43	281	1,431	1,232	199	212
	병상 수	530,970	43,535	96,461	188,074	189,828	265	12,807
	100병상 단위	5309.7	435.35	964.61	1880.74	1898.28	2.65	128.07
	100병상 당 검진수익	540,166,000	1,240,098,000	521,824,000			10,092,000	3,038,521,000
	개별평균 합산 ¹⁰³⁾	3,404,386,773,690	539,876,664,300	503,356,648,640	981,415,269,760	990,568,062,720	26,743,800	389,143,384,470
	전체평균 계산	2,868,119,410,200						
2012년	기관 수	3,224	44	278	1,401	1,103	197	201
	병상 수	499,608	43,315	94,678	188,385	160,267	271	12,692
	100병상 단위	4996.08	433.15	946.78	1883.85	1602.67	2.71	126.92
	100병상 당 검진수익	290,015,000	720,649,000	398,707,000			22,155,000	55,821,000
	개별평균 합산	2,086,881,698,820	312,149,114,350	377,487,813,460	751,104,181,950	638,995,747,690	60,040,050	7,084,801,320
	전체평균 계산	1,448,938,141,200						

103) 상급종합병원은 따로, 나머지 병원급은 일반 평균으로, 치과와 한방은 각각 계산하였으나, 병원과 요양병원은 특성상 평균수익이 다를 텐데 기관 수는 비슷하기 때문에 병원급 수익으로 일괄 적용한 결과 개별합산 수익이 과다 추정되었을 가능성이 있고, 위낙 조사표본이 적은 치과나 한방병원은 연도별 격차가 조사된 기관특성에 따라 차이가 크게 남(신뢰도는 떨어짐)



● 건강검진으로 인한 유발의료비용 계산과정 - 유소견자 수(단위: 명)

연령	간암검진		대장암검진	위암검진			유방암검진		자궁경부암검진		
	양성질환	간암 의심	대변잠혈(+)	양성질환	위암 의심	위암	양성질환	유방암 의심	염증성 감염성질환	상피세포이상	자궁경부암 의심
계	225,805	1,973	214,678	3,944,318	8,149	8,440	406,229	5,069	1,248,028	63,856	603
19세 이하											
20-24세											
25-29세											
30-34세									129,392	6,746	17
35-39세									112,899	5,434	8
40-44세	35,483	151		727,585	499	542	63,328	753	230,194	12,590	58
45-49세	30,453	190		479,140	486	487	44,368	582	141,262	8,648	45
50-54세	43,848	357	48,983	827,951	1,098	1,226	86,218	1,026	229,785	12,314	82
55-59세	38,153	328	39,527	517,447	857	1,055	56,808	630	126,746	5,711	61
60-64세	33,359	335	42,042	589,968	1,338	1,534	64,573	753	130,381	5,624	96
65-69세	20,810	252	30,055	296,339	945	973	32,653	411	59,076	2,598	70
70-74세	16,095	226	31,817	339,754	1,534	1,447	37,732	553	61,947	2,838	87
75-79세	5,669	93	14,795	110,255	805	726	13,258	204	18,041	884	43
80-84세	1,653	33	5,834	48,307	475	360	6,317	130	7,400	410	27
85세 이상	282	8	1,625	7,572	112	90	974	27	905	59	9

연령별	일반검진		생애전환기		영유아검진	구강 외 검진 합계	구강검진이상			구강검진 합계	구강 외+구강검진 합계
	당뇨	고혈압	당뇨	고혈압			일반	생애전환기	영유아		
계	64,398	138,417	3,902	9,110	426,455	6,769,430	5,144,783	313,629	70,053	5,528,465	12,297,895
19세 이하	18	73			426,455	426,546	17,810		70,053	87,863	514,409
20-24세	151	773				924	178,447			178,447	179,371
25-29세	804	5,307				6,111	521,184			521,184	527,295
30-34세	2,672	12,462				151,289	683,450			683,450	834,739
35-39세	4,702	14,901				137,944	575,818			575,818	713,762
40-44세	7,162	16,417	2,207	5,745		1,102,714	578,352	225,796		804,148	1,906,862
45-49세	10,183	20,348				736,192	614,034			614,034	1,350,226
50-54세	14,387	25,877				1,293,152	743,232			743,232	2,036,384
55-59세	9,890	16,833				814,046	469,271			469,271	1,283,317
60-64세	7,707	13,082				890,792	387,580			387,580	1,278,372
65-69세	2,096	3,895	1,695	3,365		455,233	107,007	87,833		194,840	650,073
70-74세	3,324	5,934				503,288	186,047			186,047	689,335
75-79세	897	1,793				167,463	55,150			55,150	222,613
80-84세	344	609				71,899	23,681			23,681	95,580
85세 이상	61	113				11,837	3,720			3,720	15,557

● 건강검진으로 인한 유발의료비용 계산과정 - 검진 유소견자 의료이용율에 따른 의료비용 (단위: 명, 원)

연령	구강검진외 유소견자	1인당진료비	유소견자 중 의료이용율에 따른 의료비용				구강검진 유소견자	치과1인당 진료비	치 과 의 료 이 용 율 0.5 적용한 비용
			의료이용율 0.4	의료이용율 0.5	의료이용율 0.6	의료이용율 0.7			
19세이하	426,546	426,750	72,811,402,200	91,014,252,750	109,217,103,300	127,419,953,850	87,863	70,500	3,097,170,750
20-24세	924	496,000	183,321,600	229,152,000	274,982,400	320,812,800	178,447	86,000	7,673,221,000
25-29세	6,111	1,502,000	3,671,488,800	4,589,361,000	5,507,233,200	6,425,105,400	521,184	86,000	22,410,912,000
30-34세	151,289	1,076,000	65,114,785,600	81,393,482,000	97,672,178,400	113,950,874,800	683,450	84,000	28,704,900,000
35-39세	137,944	1,394,000	76,917,574,400	96,146,968,000	115,376,361,600	134,605,755,200	575,818	84,000	24,184,356,000
40-44세	1,102,714	1,522,000	671,332,283,200	839,165,354,000	1,006,998,424,800	1,174,831,495,600	804,148	91,000	36,588,734,000
45-49세	736,192	1,880,000	553,616,384,000	692,020,480,000	830,424,576,000	968,828,672,000	614,034	95,000	29,166,615,000
50-54세	1,293,152	1,990,000	1,029,348,992,000	1,286,686,240,000	1,544,023,488,000	1,801,360,736,000	743,232	97,000	36,046,752,000
55-59세	814,046	2,108,000	686,403,587,200	858,004,484,000	1,029,605,380,800	1,201,206,277,600	469,271	96,000	22,525,008,000
60-64세	890,792	2,082,000	741,851,577,600	927,314,472,000	1,112,777,366,400	1,298,240,260,800	387,580	102,000	19,766,580,000
65-69세	455,233	2,197,000	400,058,760,400	500,073,450,500	600,088,140,600	700,102,830,700	194,840	99,000	9,644,580,000
70-74세	503,288	2,530,000	509,327,456,000	636,659,320,000	763,991,184,000	891,323,048,000	186,047	92,000	8,558,162,000
75-79세	167,463	2,702,000	180,994,010,400	226,242,513,000	271,491,015,600	316,739,518,200	55,150	75,000	2,068,125,000
80-84세	71,899	2,702,000	77,708,439,200	97,135,549,000	116,562,658,800	135,989,768,600	23,681	75,000	888,037,500
85세이상	11,837	2,702,000	12,793,429,600	15,991,787,000	19,190,144,400	22,388,501,800	3,720	75,000	139,500,000
연령별로 합산(구강 외/구강)			5,082,133,492,200	6,352,666,865,250	7,623,200,238,300	8,893,733,611,350			248,365,482,500
총액으로 합산(구강 외+구강)			5,330,498,974,700	6,601,032,347,750	7,871,565,720,800	9,142,099,093,850			

[부록4] 한국 건강검진 제도의 역사 연대표

연도	근로자, 일반건강검진, 생애전환기 건강검진	학생건강검진	국가 암 검진	신생아 및 영유아 검진	국가와 민간 인프라
1946		보건후생국이 중등학교생도에 대해 폐결핵 검진 실시			
1947	서울시 공무원들과 전문학교 학생 수백명 기생충검사 실시				
1948	미군정 운수부가 용산공장지대 종업원에 대해 결핵검진 시행	서울시 보건후생국이 초등학교 취학아동에 결핵반응검사 실시			
1949	정부수립 후 사회부 보건국이 공장, 학교, 광산, 형무소 등의 대상자 119,609명에 결핵반응검사, 23,345명에 방사선검사 실시				
1951		학교신체검사규정 제정(문교부령 15호)(체격, 체질, 체능 검사 실시)			
1952		유엔의 지원을 받아 전국 5개도시 초등학교 아동 폐결핵 검진 시행			
1953	근로기준법 제정으로 16인 이상 사업장 정기건강진단 실시 의무화(제71조)	고등학교 학생(10만 3천 여명), 대학생(2만 5천여 명)에 폐결핵검진 시행			대한결핵협회 설립
1955		학교신체검사규정에 따라 신			



		체검사, 건강상담, 예방접종, 결핵관리, 기생충검사 등을 단계적으로 시행			
1956	50인 이상 사업장 305개소부터 근로자 건강검진 시작				대한결핵협회의 첫 집단 검진사업 실시 이후 대상자의 지속적 확대
1961	근로자 보건관리규정 공포				
1962					성모병원에서 한국 최초로 「인간도크」 설치
1963	공무원연금법 시행(제21조에 ‘건강진단’이 규정됨)				의료보험법제정
1965	공무원에 비정기적 건강진단 시행				
1967		학교보건법 제정			
1972	근로자 건강검진을 일반검진과 특수검진으로 구분				‘정건강관리소’ 설립, 대중적 건강진단 프로그램의 도입과 판매
1974	사립학교교직원연금법에 시행으로 사립학교 교직원에게 대해 공무원과 같은 건강진단 적용				
1976	근로자 건강검진이 상시 5인 이상으로 확대				
1977	공무원 및 사립학교교직원 의료보				1종(직장) 의료보험조합



	험법 제정, 공무원 및 사립학교 교직원의 건강검진을 의료보험권으로 흡수, 12월				(486개소) 업무개시: 500인 이상 사업장 의료보험 실시 / 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법 제정
1979		학교신체검사규칙으로 법령명 변경 / 정기건강검사 시작			300인 이상 사업장 당연 적용 확대(시행령 개정)
1980	공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단 피보험자 건강검진 실시(2년 주기)				100인 이상 사업장 당연 적용 확대(시행령 개정) 고려병원(현 강북삼성병원)과 강남성모병원을 선두로 종합건강검진센터가 개설되기 시작함
1981	산업안전보건법 제정으로 사업장 확대 적용				지역(2종)의료보험 1차 시범사업 실시(홍천, 옥구, 군위)
1988	직장 피부양자 건강검진 실시(직장 가입자는 노동부 주관)				농어촌 지역의료보험 실시
1989					도시 지역의료보험 실시 (전국민 의료보장 실현)
1990			공무원 및 사립교원 피보험자 특정 암검진 실시(5대 암)		



1993	공무원 및 사립학교교직원 피부양자에 대한 건강검진 실시				
1995	국민건강증진법 도입 → 전국민 대상의 국가건강검진으로 발전(직장가입자, 지역가입자, 피부양자 검진실시)				
	산업안전보건법에 따른 근로자 일반건강검진의 주관부처가 노동부에서 복지부로 이관				
1996		학교신체검사규칙 전문개정(기생충검사 제외, 알레르기성질환, 고도비만 추가, 소변/혈액검사 실시가능)	제1기암정복10개년계획수립(암조기진단을 3배 증가 포함), 직장피보험자 특정암검사 실시		
1997		학교신체검사규칙 개정(소변/혈액검사 실시의무, 고등학교 1학년 종합검진 제도 도입)		신생아 대상 페닐케톤뇨증, 선천성 갑상선기능저하증에 대한 선별검사 지원 시작	
1998	227개 지역조합 및 공교공단에서 추진하던 사업을 국민의료보험관리공단이 승계하여 실시(10월)				국민의료보험관리공단 업무개시
1999	건강검진실시기준 제정		국가암검진사업 실시 / 의료급여수급권자 암검진 실		국민건강보험법 제정(2000. 1. 1. 시행)



			시(3대 암인 위암, 유방암, 자궁경부암), 국가와 지자체가 전액부담		
2000	139개 직장조합 및 국민의료보험 관리공단의 건강검진사업을 국민건강보험공단이 승계하여 실시(7월)		국가 암관리 대책을 총괄 역인 암관리과를 보건복지부 보건증진국 내 설치 / 지역가입자 특정 암검사 실시		국민건강보험법 시행 및 의약분업 실시
2001			5대암 검진권고안개발 / 만 40세 이상 지역세대원 및 피부양자 특정 암검사 실시		국립암센터 개원
2002	보건복지부의 구강검사, 심전도 검사 제외 개정 예고, 이에 따른 민주노총 외 9개 단체 반대	학교보건법 개정(고1 → 초1, 초4, 중1, 고1 로 확대), 일부 학교에서 시범사업 실시	국가암검진사업을 건강보험가입자로 확대 → 실제적인 국가암검진사업 시작(위암, 유방암, 자궁경부암) / 국가암검진사업: 건강보험가입자 하위 20% 확대 시행		
2003			암관리법 제정및공포(5월, 국가암관리위원회 구성 및 운영, 암정복추진연구 개		직장과 지역의료보험 재정을 통합



			발사업 활성화) / 국가암 검진사업에 간암 추가(4대 암검진) / 국가암검진사업: 건강보험가입자 하위 30% 확대시행		
2004	출장검진 전 지역으로 확대		국가암검진사업에 대장암 추가, 5대 암 검진체계 구 축 / 출장검진 읍면리 지 역으로 확대		
2005	국가건강검진제도 개선사업 실시 : 건강검진지침개발, 건강검진제도개 선, 건강검진기본법(안)관련 정책과 제 연구용역 실시	학교보건법 개정(3월, 초1 , 초4, 중1,고1 검진실시, 신 체검사를 건강검사로 전환, 건강증진계획수립 의무화, 건 강검사 기록방법 규정)	국가암검진사업: 의료급여 수급권자와 건강보험가입 자 건강보험료 하위 50% 확대 시행		
2006	참여정부 사회투자정책 4대 역점 과제의 하나로 생애전환기 전 국 민 일제 건강진단을 중점과제로 선 정, T/F 구성, 자문회의 개최	학교신체검사규칙 개정(건강 조사/초4 이상 비만학생 혈 액검사, 학교신체검사규칙을 학교건강검사규칙으로 개정, 건강검진을 국민건강보험법의 규정에 의한 검진기관에서 실 시토록 함)	제2기 암정복 10개년 계획 / 직장가입자 신규자격 취 득자 검진 실시 및 특정 암검사 본인부담율 20%로 하향 조정	신생아 대상 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성 부 신기능항진증, 호모시스틴 뇨증 추가 지원	
2007	생애전환기 건강진단 실시-만 40, 66세(4월), 초기과정평가 및 경험			영유아 건강검진 도입 → 건강보험 대상자부터 시	



	조사(8월), 실시기준 개정고시(12월)			작(11월)	
2008	생애전환기 건강진단 실시(1월1일) / 건강검진기본법 제정(3월)-건강검진종합계획을 5년마다 수립, 건강검진기관의 방문확인 시작	학교보건법개정(3월, 구강검진 전학년확대)/건강검진기본법 제정공포(3월)(건강검진종합계획5년마다수립)	건강검진기본법 제정 공포	의료급여수급권자 영유아 건강검진 실시(1월)	
2009	건강검진실시기준(일반건강검진, 생애건강진단, 영유아건강검진)고시 / 건강검진기본법 시행 및 시행령, 시행규칙 공포 및 시행(3월)			건강검진실시기준(일반건강검진, 생애건강진단, 영유아건강검진)고시 / 만 4세(42~48개월)영유아건강검진추가실시	
2010	제 1차 국가건강검진위원회 개최(4월): 건강검진기관 일반 평가 계획 및 국가건강검진종합계획 5개년 수립지침 결정 (10개 국가검진총망라)		암검진본인부담비율 10%로 경감, 위, 유방, 자궁경부암 검진주기를 표준검진주기로 조정(2년)	54~60개월 영유아 검진 추가	
2012	의료급여수급권자(기초생활보장 수급권자, 북한이탈주민 등) 74만명 일반건강검진 도입			66~71개월 영유아 검진 추가	



사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 서초구 방배로 812-25 보성빌딩 4층

§ 전화 : 070-8658-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: phikorea@gmail.com

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소