

保健教育·健康增進學會誌 第16卷 2號(1999. 9)
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.16, No.2(1999)

의료보험 건강진단사업의 개선방안*

朴 宰 用

경북대학교 의과대학 예방의학교실

〈 목 차 〉

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| I. 서론 | IV. 의료보험 건강진단 사업의 개선방향 |
| II. 의료보험 건강진단 사업의 개황 | V. 결론 |
| III. 의료보험건강진단 사업의 현황과 문제점 | 참고문헌 |
| | 영문초록 |

I. 서론

지난 수십년간 산업화와 도시화에 따른 사회경제적 여건의 변화와 더불어 우리나라 국민들의 질병양상도 급성전염병에서 심혈관계질환이나 당뇨병 등의 만성퇴행성 질환으로 변화되었다. 이러한 질병패턴의 변화는 질병의 치료보다는 예방의 중요성에 대한 사회적인 인식전환을 가져오게 되었다. 따라서 증상의 발현 후에 이루어지는 진단과 치료에 못지 않게, 집단검사 등을 통한 질병의 조기발견이 중요하고 시급하다는 공감대가 형성되고 있다.

건강진단이란 평소 질병이나 증상을 갖고 있지 않아 별도의 개인적 의료서비스를 받고있지 않은 사람이 한 시점에서 실제로도 질병 없이 건강한지 어떤지를 알아보는 개인보건서비스라 할 수 있다(맹광호, 1990). 건강진단은 발병원인이 뚜렷하고 질병의 경과시간이 비교적 짧은 급성전염성질환에서 보다는 원인규명이 어렵거나 질병경과시간이 긴 만성질환에서 그 효용도가 높게 마련이다(차철환, 1987). 건강에 관한 국민의식의 수준이 향상되면서 일정 직업에 종사하는 근로자 이외에서 건강진단의 요구가 높아져 가고 있다.

우리나라에서는 의료보험의 도입·확대와 더불어 보건의료 이용률이 급격히 증대되어 왔는데,

* 이 연구는 '96년도 경북대학교 공모과제 연구비지원에 의한 것임.

의료보험의 수진율 및 건당 진료일수의 증가는 성인병을 위시한 만성·비진염성·퇴행성질환의 증가가 하나의 원인으로 지적되고 있다. 따라서 의료보험권에 있어서도 성인병, 만성퇴행성질환 등 각종 질병에 대한 사전 예방을 통하여 국민 건강 증진으로 삶의 질을 향상시키고 급여비지출을 절감 또는 방지한다는 측면에서 보건예방사업 전개에의 필요성이 대두되었다(이동재, 1996). 의료보험권에서의 보건예방사업은 피보험자 건강진단 사업 및 성인병 검진사업 등의 건강진단 사업을 위시하여 보건교육 및 건강증진, 간접예방, 암검사 등 여러 가지가 있으나 현재 건강진단 사업에 치중하고 있는 실정이다.

보건예방사업은 질병, 상해의 발생과 악화를 방지하여 개인과 국민의 건강을 유지시키기 위한 사업이라고 정의할 수 있다. 그리고 보건예방사업은 적정 의료이용을 유도하기 위한 사전의 모든 의료관련서비스 행위로서 그 목적은 의료비 절감을 통한 건강향상에 있다(박형중, 1991). 보건예방사업 실시지침(보건복지부, 1997)에 의하면 보건예방사업의 목적으로 첫째, 건강한 생활습관 유지·관리를 통한 자기건강 관리의식의 고취, 둘째, 질병의 조기발견 및 조기치료로 국민 건강수준의 향상 셋째, 질병의 사전예방을 통한 국민의료비용의 절감 등을 들고 있다.

우리나라에서 건강진단 사업은 1953년 근로기준법 제정시 정기적 건강진단 실시 의무를 명시하였으나 제대로 실시되지 못하다가 1961년에 근로보건관리규정이 공포됨에 따라 1963년에 일부 사업장에서 건강진단을 실시한 것이 처음이며(노동부, 1993), 그 이후 1980년부터는 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단(이하 관리공단이라 함)에서 피보험자만을 대상으로 부가급여의 일종으로 정기 건강진단을 2년마다 1번

씩 실시하여 왔다. 한국의 의료보험제도에서는 급여의 대부분이 요양급여로 지출되고 있으나 1995년까지만 하더라도 관리공단에서만 유일하게 예방급여의 형태인 건강진단 서비스를 급여일부로 시행하고 있었다.

직장 근로자에 대하여는 산업안전보건법령에 의거 노동부가 주관하여 사용자 전액부담으로 일반건강진단 및 특수건강진단이 실시되어 왔는데, 체계적으로 이루어지지 못하고 사후관리가 미흡함과 동시에 사용자들의 건강검진 비용에 대한 부담을 고려하여 1995년 이후부터 일반건강진단에 한하여 의료보험조합에서 주관하여 보험급여의 일부로 실시하게 되었다. 이와는 별도로 직장의료보험조합에서는 조합의 자율로 피보험자 및 피부양자에게 간접 예방접종사업을 실시하는 한편, 40세 이상 피부양자에게 성인병 검진을 격년제로 실시하여 왔고, 지역의료보험 피보험자에 대하여도 성인병검진을 실시하고 있는데 지역의료보험 피보험자에 대한 건강진단은 아직도 제대로 이루어지지 못하고 있다.

이러한 보건예방사업을 보다 효율적으로 관리하여 국민건강을 향상시키기 위하여서는 보건예방사업을 보다 체계적으로 운영하고 장기적인 목표를 설정하여 올바른 방향으로 진행시켜 나갈 것이 요구된다. 하지만 현재 의료보험권에서 실시하고 있는 보건예방사업은 사업주체, 실시대상, 방법이 서로 다른 시기에 다양하게 이루어짐으로써 대상자의 형평성, 질환 및 검사항목의 효율성, 운영방법, 관리체계 등에 여러 문제점이 제기되고 있다.

따라서 우리나라 의료보험에서 보건예방사업의 중요한 부분을 차지하고 있는 건강검진사업의 전반적 내용 즉, 검진방법 및 절차, 건강검진 항목 및 검진비용, 검진기관 지정, 검진결과 및

사후관리 방법에 대한 현황을 파악하여 문제점을 고찰하고 이의 개선방향을 제시하고자 한다.

II. 의료보험 건강진단 사업의 개황

1. 의료보험에서의 보건예방사업

우리나라는 의료보험법 제26조 및 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험법 제26조에 근거하여 보건예방사업을 전개해 왔다. 또한 의료보험법 제39조의2(건강진단)에는 '피보험자에 대하여 질병의 조기발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강진단을 실시한다'고 규정하고, 동법 시행령 제76조의 2에는 직장피보험자에 대해 건강진단을 실시하되 사무직 종사자는 2년에 1회, 기타 피보험자는 1년에 1회 실시하도록 되어 있다. 그리고 국민의료보험법 제29조(건강진단)와 시행령 20조에는 피보험자 및 피부양자의 건강진단을 2년마다 1회 이상 실시하도록 되어 있고 시행령 44조에 기관장 혹은 학교경영자, 공단은 피보험자의 건강진단카드를 개인별로 작성하여 비치 관리하도록 규정되어 있다.

이러한 법규정에 따라 보건복지부에서는 매년 '보건예방사업 실시지침'을 마련하여 의료보험조합이나 관리공단에서 성인병 검진사업을 포함한 건강진단사업을 비롯하여 간염예방사업 및 암검사 사업 등에 대한 방법을 구체적을 제시하고 있다. 당초 의료보험에서의 보건예방사업은 1980년부터 시작한 공교의료보험의 건강진단사업이 주종을 이루었고 직장조합이나 지역조합에서는 보건예방사업이 거의 실시되지 못하였다. 그런데, 1981년에 의료보험법을 개정하여 보건

예방사업을 실시할 근거를 마련하고, 1983년부터 1987년까지는 기생충 구제사업 등 보건예방사업을 조합자율로 시행하였다. 1988년에는 준비금 적립률이 50% 이상인 직장조합은 조합자율로 사업내용을 결정하여 보건예방사업을 실시할 수 있도록 하였다. 1989년에는 준비금 적립률이 70% 이상인 직장조합에서 실시 가능토록 하고 보건교육 홍보, 성인병검진, 간염예방사업 등을 실시하였다. 1992년부터는 준비금 보유율에 따라 보건예방사업 예산범위를 설정하였다가 1993년에는 준비금 적립률에 따른 실시 여부 제한제도를 폐지하고 전년도 법정급여비의 10% 범위 내에서 예산을 편성할 수 있도록 하고 전 직장조합에서 실시 가능하도록 하였다(의료보험연합회, 1994).

보건예방사업이 조합의 내부 기준에 따라 시행되던 1988년 이전에는 사업실시 대상자 선정 및 그 대상사업이 주로 기생충검사 및 간염검사에 한정 실시되고 있었으며, 또한 실시 결과에 대한 보고에 있어서도 그 양식을 조합마다 달리 하고 있었다. 1988년부터 보건예방사업 실시지침에 의거 조합보고서 양식을 통일하게 됨으로써 사업실적이 제대로 취합될 수 있게 되었다(전유영, 1990). 1993년에는 전 직장조합에서 실시가 가능하도록 하였지만 전반적인 참여도는 미흡하였다.

직장 근로자들에 대한 건강진단은 산업보건법 제43조에 의거 노동부에서 주관하여 시작하여 오다가 특수 건강진단을 제외한 일반 건강진단 업무는 1995년부터 노동부로부터 의료보험연합회로 이관되었고, 지역의료보험 피보험자 중 40세가 넘는 사람들은 성인병검진을 받도록 됨에 따라 의료보험권에서의 보건예방사업이 활성화되게 되었다. 현재 공무원 및 사립학교교직원

〈표 1〉 의료보험권의 보건예방사업의 연도별 사업내역

| 연 도 | 실시조합 | 세부사업 내역 |
|-----------|-----------|--|
| 1988-1990 | 직장조합 | 보건교육·홍보사업, 간염예방사업, 기생충감염자 투약사업 성인병 예방사업(40세 이상) 부인과 검진사업(자궁암 및 유방암; 기혼여성) |
| 1991-1994 | 직장조합 | 보건교육·홍보사업, 간염예방사업 성인병 예방사업(35세 이상) 부인과 검진사업(자궁암; 35세 이상 기혼여성) |
| 1995 | 직장 및 지역조합 | 보건교육사업, 간염예방사업(50세 미만) 성인병검진사업(40세이상 직장피부양자 및 지역피보험자 일반 건강진단사업(직장 피보험자) |
| 1996- | 직장 및 지역조합 | 보건교육사업, 간염예방사업(50세 미만) 성인병검진사업(40세이상 직장피부양자 및 지역피보험자 건강진단(암검사 포함)사업(직장 피보험자) |
| 1980- | 공교보험 | 보건교육사업, 피보험자 건강진단사업(2년마다) |
| 1990- | 공교보험 | 암검사(위장, 직·결장, 유방, 간장)(피보험자중 희망자) 가족간염검사 |
| 1993- | 공교보험 | 성인병검진사업(40세 이상 피부양자)(2년마다) |
| 1994- | 공교보험 | 자궁경부암 검진(기혼여성 피보험자) |

자료 : 이동재. 건강증진과 보건예방사업. 한국보건행정학회 전기 학술대회(연계집), 1996.7, 쪽 79-93.
의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석. 1997, 쪽 11-12.

및 직장의료보험 피보험자의 건강진단사업, 피부양자의 성인병 검진사업, 그리고 지역의료보험 피보험자의 성인병 검진사업을 기본으로 하고 있다. 여기에 각 조합별로 간염검진 및 예방접종, 희망하는 암검사가 추가되어 있다. 의료보험권에서 보건예방사업의 변천내용은 <표 1>과 같다.

2. 피보험자 건강진단사업 및 성인병 검진 사업

가. 개요

공교보험에서는 피보험자를 대상으로 1980년

부터 건강진단을 2년마다 한 번씩 실시하였고, 1990년부터는 본인이 희망할 경우 암검사(위, 간, 직·결장, 유방) 및 가족간염검사를 추가로 실시하였으며, 1994년에는 자궁경부암 검진을 기혼여성 피보험자를 대상으로 추가로 실시하였다. 1993년부터는 40세 이상의 피부양자에 대하여 성인병 건강진단을 2년마다 실시하게 되었는데, 이때는 1차 검진에 국한하여 실시하다가 1997년부터는 1차진단에서 이상이 발견될 경우 2차진단을 실시하도록 하고 있다.

근로자 건강진단 사업은 1953년 근로기준법 제정시 정기적 건강진단 실시의무를 명시한 것이 시작이다. 그후 1961년 근로보건관리규정이 공포됨으로써 근로자 건강진단이 본격적으로 실

시되기 시작하였고, 1963년에는 보건사회부 노동국 주관으로 30인 이상 사업장 순회건강진단을 실시하였다. 1972년에는 일반 및 특수건강진단을 구분하여 실시하였고, 1981년 산업안전보건법이 제정되어 5인 이상 모든 사업장에 정기건강진단이 적용되었다. 이후 1995년부터 일반건강진단 업무가 의료보험연합회로 이관되어 실시되고 있다.

한편, 직장보험에서의 성인병검진 대상은 실시초기인 1988년 이전에는 피보험자가 위주였으나 그 이후 점진적으로 피부양자 중심으로 전환되었다. 이는 피보험자의 경우 산업안전보건법에 의거 매년 또는 격년제로 근로자 일반건강진단을 주기적으로 받고 있기 때문에 성인병 검진 대상에서 피부양자로 전환하였고, 1991년부터는 지침으로 5인 미만 사업장의 피보험자로 제한하였기 때문이다. 1988년부터 직장조합 보고서 양식을 통일하여 건강진단 사업실적을 취합하는 틀을 갖추었고, 1994년에 35세 이상의 직장조합 피부양자에 한해 건강검진 사업을 실시하여 왔지만 전 조합을 대상으로 하지 않았다. 1995년에야 비로소 40세 이상의 직장 및 공교보험 피부양자, 지역의료보험 피보험자에 대한 건강진단 사업이 성인병 검진사업으로 통합 실시됨으로써, 외형적으로 전체 의료보험 가입자에 대한 포괄적인 건강진단 사업이 이루어지게 되었다.

나. 건강진단 내용

직장조합 피보험자의 건강진단 실시주기는 사무직 근로자는 2년에 1회, 생산직 근로자는 1년에 1회이다. 직장조합 및 공교대상자의 피부양자 및 지역조합 피보험자의 경우에는 2년에 1회 건강진단을 실시한다.

피보험자 및 피부양자에게 실시하는 건강진단 모두 1차 및 2차 건강진단으로 구분하여 실시하는데 동일 검진기관에서 실시하게 된다. 1차 건강진단은 전 수검자에게 전체 검진항목에 대해 실시함을 원칙으로 하나, 성, 연령 및 이전 건강진단 결과 등에 따라 검사종목을 달리하기도 한다. 즉, 보건예방사업지침(보건복지부, 1998)에 의하면 심전도검사는 40세 이상, B형 간염 항원·항체검사는 공교보험에서는 50세 미만 자에게만 실시하고 지역조합에서는 조합별로 결정하여 실시하게 된다. 모든 대상자에게 흉부 방사선 간접촬영을 하지만 폐결핵 기왕력자에 대해서는 흉부 방사선 직접촬영과 결핵균 검사를 실시하도록 하고 있다. 2차 건강진단은 1차 건강진단 결과 질환의심자로 판정된 자에 대해 실시한다. 당초에는 피보험자 건강진단과 성인병 검진의 검진항목이나 방법에 상당한 차이가 있었으나 1997년부터는 검진사업간의 형평을 위해 성인병 검진방법을 개선하여 질환 의심자에 대한 2차 정밀검진까지를 확대·실시하여 수검자의 질병유무를 판정하도록 하여 피보험자 건강진단과 성인병 검진의 검진항목 및 방법을 통일하였다. 직장근로자중 50인 이상 사업장에 대해선 검진기관이 출장하여 건강진단을 실시하고, 50인 미만 사업장은 검진기관에 내원하여 건강진단 받는 것을 원칙으로 하고 있다.

다. 건강진단 항목 및 수가

피보험자 건강진단 종목은 당초에는 기본진료, 흉부 방사선촬영, 뇨검사, 혈액검사 및 혈청검사 등 20개 종목이 1차 검진종목으로 되어 있었으나 매년 조정하여 1998년에는 25개 종목(남자는 24개 종목)으로 되어 있다. 그리고 2차 건강진단은 우

〈표 2〉 연도별 공교보험 건강진단 검진종목 변경내역

| 연도 | 1차 검진종목 | 2차검진 종목 |
|------|---|--|
| 1992 | 20종목 - 기본진료(진찰, 치과검사, 체위검사) - 흉부X-선 간접촬영 - 요검사(요당, 요단백) - 혈액검사(혈색소, 혈당, 혈청지오티, 혈청지피티, 총콜레스테롤) - 혈청검사(간염항원·항체 선별검사, 매독 침강반응 정성검사) | 33종목 - 진찰(시진·촉진·청진·문진) - 폐결핵 및 기타흉부질환(흉부X-선 직접촬영, 결핵균농축도말검사·배양검사·약제 내성검사) - 고혈압성질환(혈압, 정밀안저검사, 심전도) - 고지혈증(혈압, 트리그리세라이드, HDL 콜레스테롤) - 간질환(총단백, 알부민, 알카리포스파타제, 총빌루루빈, 감마지피티, 유산탈수효소, 알파휘토단백, 간염항원·항체 선별검사) - 당뇨병(시전혈당, 식후혈당) - 신질환(요단백, 요잠혈, 요침사현미경검사, 요소질소, 크레아티닌, 요산) - 빈혈증(해마토크릿, 백혈구, 분변충란검사, 분변잠혈반응검사) - 성병(매독침강반응정량검사, 매독감작혈구응집검사) |
| 1994 | 21종목 - 기본진찰에 비만도 측정 추가 - 면역검사중 매독침강반응 정성검사 삭제 - 부인과적 세포학적검사 추가 | 32종목 - 당뇨병질환검진에서 정밀안저검사 추가 - 빈혈증검진에서 적혈구수 측정 추가 및 분변충란검사 삭제 - 성병검진(매독침강반응 정량검사 및 매독감작 혈구응집 검사) 삭제 |
| 1996 | 25종목 - 요검사에서 요잠혈, 요pH 추가 - 혈액검사에서 혈청지오티 2차로 전환 알부민, 감마지피티 추가 - 심전도검사 추가 | 28종목 - 간장질환검진에서 알부민, 감마지피티 검사를 1차 종목으로 전환 혈청지오티 추가 - 신질환검진에서 요단백검사 삭제 요잠혈검사를 1차로 전환 - 분변잠혈반응검사 삭제 |
| 1998 | 25종목 - 혈액검사에서 알부민 2차로 전환 혈청지오티 추가 | 28종목 - 간장질환검사에서 알부민 추가 혈청지오티 1차로 전환 |

자료 : 의료보험관리공단. 피보험자 건강진단 결과. 1997.
 보건복지부. 1998년도 보건예방사업 실시지침. 1998.

리나라에서 질병발생율이 비교적 높은 폐결핵 및 기타 흉부질환, 순환기계질환(고혈압성, 고지혈성), 간장질환, 당뇨질환, 신장질환, 빈혈증 등 7개 질환 의심자에 대해 28개 종목의 검사를 실시하고 있다. 이 건강진단 종목들은 <표 2>에서와 같이 시행연도에 따라 약간씩 변경되어 왔는데, 예로서 1992년까지는 1차검진에서 매독침강반응 정성검사와 2차검진에서 매독침강반응 정량검사 및 매독감작 혈구응집 검사가 실시되고 있었으나 양성률이 극히 저조하고, 양성자 중에서도 완치자가 대부분이어서 1994년부터는 제외되었다.

피부양자를 대상으로 하는 성인병검진 항목

은 당초에는 1차 건강진단만 실시함에 따라 2차 검진을 실시하는 피보험자 건강진단 항목과는 차이가 있었으나 1997년부터 피보험자의 건강진단과 마찬가지로 1차 2차 검진을 실시하고, 검진 종목과 일치시켰는데, 그 연도별 변경 내용은 <표 3>에서와 같다.

의료보험에서의 건강진단 수가는 매년 약간씩 조정되어 왔는데, 1998년에 간염검사를 제외한 건강진단 전 종목을 실시할 경우, 1차 건강진단비는 여자의 경우 23,080원, 남자는 20,280원이 된다. 그런데, 피부양자 대상의 성인병검진에서의 1차 건강진단 수가는 여자 26,470원, 남자 23,670원으

<표 3> 성인병 검진항목의 변경 내역

| 1993년 | 1995년 | 1997년 ¹⁾ |
|---|--|--|
| 1. 기본검사(4,050) - 진찰(시진, 청진, 촉진, 문진) - 체위검사(신장, 체중, 시력, 청력, 혈압) | 1. 기본검사(4,280) - 좌동 - 비만도 추가 - 구강검사(우식증, 치주질환, 결손치) 추가(1,000) | 1. 기본진료(4,000) - 좌동 - 좌동 |
| 2. 흉부 방사선 간접촬영(1,860) | 2. 좌동(1,930) | 3. 좌동(2,170) |
| 3. 요검사(310) - 요당, 요단백, 요잠혈 | 3. 요검사(320) - 좌동(320) | 4. 요검사(340) - pH추가 |
| 4. 혈액검사(14,730) - 혈색소, 백혈구2), 혈청지오티, 혈청지티피, 총콜레스테롤, 혈당, 총단백 - 트리그리세라이드, 요소질소, 크레아티닌2,3) | 4. 혈액검사(16,480) - 감마지피티 추가 - 좌동 | 5. 혈액검사(10,280) - 백혈구, 총단백 2차검사로 전환 - 2차검사로 전환 |
| 5. 부인과적 세포학적 검사(2,220) | 5. 좌동(2,340) 6. 간염검사(항원, 항체)(5,280) | 6. 좌동(2,720) 7. 간염검사(5,300) - 조합별 임의 실시 8. 심전도검사(4,100) |

주 : 1) 1997년에 1차 및 2차건강진단으로 구분되어 실시되었음.

2) 피보험자 1차 건강진단에서 실시되지 않는 종목임.

3) 선별검사임

자료 : 의료보험관리공단. 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석. 1996.

보건복지부. 1997년도 보건예방사업 실시지침. 1997.

로 일반건강진단의 수가와 차이가 있다. 이는 성인병검진의 경우는 개별적으로 의료기관을 방문하여 검사받기 때문에 의료보험수가를 그대로 적용하지만 직장보험이나 공교보험 피보험자는 출장 또는 집단검진을 받기 때문에 의료보험수가의 80%를 적용하여 차이가 있다. 그러나 기본진료, 구강검사, 재료대, 부인과적 세포학적 검사료는 의료보험수가를 그대로 인정해 주고 있다.

건강진단 결과를 판정함에 있어서는 1차 건강진단의 소견은 정상 A, 정상 B, 질환의심 등으로 판정하고, 2차 건강진단 결과는 질환별로 검사소견을 정상 A, 정상 B, 건강주의, 유질환으로 판정하고, 종합판정은 정상 A, 정상 B, 건강주의, 단순요양, 휴무요양으로 구분하여 판정하고 있다. 종합판정을 1994년도에는 정상, 요주의 건강, 요주의, 단순요양, 휴무요양 등 5단계로 판정하였으나 1996년도에는 요주의 건강을 정상 B로, 요주의를 건강주의로 변경하였다. 여기서 정상 B란 검사성적이 정상범위에 들지만 경계영역에 있거나 건강위험요인(흡연, 과음 등)이 있어, 건강관리에 주의를 하지 않으면 질병에 이환될 가능성이 높아 식습관, 환경개선 등 자기관리 및 조치가 필요한 경우를 말한다.

라. 검진기관

의료보험 건강진단을 위한 검진기관은 검진에 필요한 인력, 시설 및 장비를 보유하고 검진 참여를 희망하는 요양기관 중에서 검사성적의 정확도, 신뢰도 유지를 위한 임상검사 정도관리 측정 결과 '양호'와 '보통' 판정을 받은 기관을 검진기관으로 인정하고 있다. 이들 검진기관에서는 피보험자 건강진단, 성인병 검진, 근로자 일반검진 등을 모두 실시하도록 하여 검진기관

이 근로자 일반건강진단이나 성인병 검진만을 단독으로 선택해서 실시할 수 없다.

검진기관은 당초 병원급 의료기관이 주로 지정되었으나 1995년에 근로자 건강진단이 의료보험으로 이관됨으로써 검진기관을 크게 확대하였다. 1996년에 지정된 검진기관은 1,774개소인데, 이는 1994년의 455개소에 비해 4배 정도 증가한 숫자로서 의원과 보건소 및 보건의료원 등의 공공기관도 많이 포함되어 있다. 또한 암검진기관은 별도로 인정하고 있는데, 1994년까지는 위장, 직·결장, 간장, 유방 등 4개 부위 전부를 검진할 수 있는 종합병원급의 의료기관만 인정하였으나 1996년부터는 위장 등 부위별 검진가능 기관을 각각 인정함으로써 125개에서 1,033개로 크게 증가하였다.

그러나 아직도 병원급에서도 검진기관으로 인정받지 못하는 경우가 있고 보건소 등 공공기관의 참여가 낮아 농어촌지역 주민의 검진 접근성이 낮은 실정이다. 또한 검진기관은 자본의 취약으로 검진기관 요건에만 부합되는 최소한의 인력과 장비·시설만 투자하여 부실 검진이 될 수 있고, 검진기관간에 질적 차이가 큰 실정이다.

3. 피보험자 암검사

암검사는 공교보험에서는 1990년부터, 직장보험에서는 1996년부터 희망하는 피보험자를 대상으로 실시하여 왔다. 암검사는 우리나라에 발생빈도가 높은 위장, 간장, 결·직장, 유방 등 4개 부위에 대해 실시하고 있다. 실시대상은 보험재정과 연령별 유병률 등을 고려하여 위암과 결·직장암은 40세 이상자, 유방암은 여성, 간암은 1·2차 건강진단 결과 간장질환 유질환자 중

희망하는 피보험자를 대상으로 하고 있다. 암검사는 1차 선별검사 후 이상자에 한해 2차 확인검사를 추후 실시하는데, 당초에는 의료보험 진료수가 기준으로 본인이 소요비용을 전액 부담하였으나 1992년부터는 1차 선별검사는 의료보험수가에 의해 수검자가 전액 부담하고, 2차 확인검사는 관리공단에서 전액 부담하였다. 그러다가 1996년부터는 선별검사와 동시에 이상자는 확인검사를 실시토록 하였고, 비용부담도 수검자와 보험자가 각각 50%씩 부담토록 하였다.

암검사 수검 희망자는 검진기관에 내원하여 검사를 받는다. 위암은 위장조영촬영 혹은 위·십이지장경 검사를 실시하여 이상이 있으면 조직검사를 하여 판정하고, 유방암은 의사의 촉진을 통해 이상 여부를 파악한 후 유방단순촬영으로 이상자에 한해 세포학적 검사로 판정하며, 직·결장암은 분변잠혈 반응검사 결과 이상자에 한해 대장조영촬영 혹은 내시경검사를 실시하고 이상이 있으면 조직검사하여 판정한다. 그리고 간암은 1·2차 검진결과 간질환 유소견자를 대상으로 간초음파검사를 통해 이상 여부를 판정하는데, 이상이 있으면 의료보험 요양급여를 적용하여 방사선 동위원소 검사, CT 또는 조직검사하여 최종 판정하도록 하고 있다. 1998년도의 암검사 진단비는 전 종목을 검사할 경우, 위암 80,920원, 결장 및 직장암 93,140원, 유방암 33,280원, 그리고 간암 20,000원이 소요된다.

Ⅲ. 의료보험 건강진단 사업의 현황과 문제점

1. 수검률

건강진단의 소기의 목적을 달성하기 위해서는 가급적 많은 사람이 참여하여야 한다. 1980년부터 전 피보험자를 대상으로 시작한 공교의료보험의 연도별 수검률은 1차 건강진단의 경우 거의 매번 94% 내외의 비교적 높은 수검률을 보여 왔고, 1차 건강진단 수검자 중에서 2차검진 대상이 된 경우는 20% 내외를 유지해 왔다. 1996년에는 1차 건강진단 수검자의 22.6%가 2차 건강진단을 받았는데, 2차 건강진단 대상자의 수검률은 71.3%에 불과하였다. 2차 건강진단의 수검률이 1980년부터 1994년까지는 거의 90% 이상이었으나 1996년에 70% 대로 떨어졌는데, 이는 1996년에 수검방법이 종전의 집단검진에서 개별검진으로 변경된 것이 가장 큰 요인이 되겠으나 수검자들은 2차 검진을 받는 것에 대해 질병이 있는 것으로 오인하여 새로이 검사받는 것을 꺼리는 경향도 있을 수 있다. 질환의 심자의 30% 정도가 2차검진을 통해 확인을 받지 않는다는 것은 건강진단의 실효성을 그만큼 줄인다고 할 수 있다.

직장보험 피보험자의 수검률은 1995년에 1차 건강진단 81.6%, 2차 건강진단이 78.8%였고 1996년에는 각각 86.6% 및 74.6%였다. 성별로는 공교보험 및 직장보험 피보험자 건강진단 모두 수검률에 큰 차이가 없어 건강진단에 대한 관심도나 참여도는 남녀간에 비슷하다고 할 수 있겠다(표 4).

1996년도 공교 피보험자의 연령별 수검률은 1차 건강진단에서 19세 이하가 84.1%로 가장 낮았고 연령이 증가할수록 높아졌으나, 2차 건강진단의 경우는 40대가 72.1%로 가장 높았고, 이를 기준으로 연령이 많아지거나 적어질수록 수검률은 낮아져, 60세 이상은 69.7%, 19세 이하는 66.9%였다. 그런데 직장 피보험자의 경우

〈표 4〉 직장 및 공교의료보험 피보험자 건강진단의 연도별 수검률

(단위: 명, %)

| 연도 | 1차 건강진단 | | | 2차 건강진단 | | | 2차검진대 상률(B/A) |
|---------------|-----------|-----------|------|---------|---------|------|------------------|
| | 대상인원 | 수검자(A) | 수검률 | 대상인원(B) | 수검자 | 수검률 | |
| 공교의료보험 | | | | | | | |
| 1980 | 780,940 | 760,671 | 97.4 | 110,662 | 99,472 | 89.9 | 14.5 |
| 1982 | 797,283 | 770,503 | 96.6 | 129,665 | 122,153 | 94.2 | 16.8 |
| 1984 | 873,762 | 809,035 | 92.6 | 163,150 | 150,274 | 92.1 | 20.2 |
| 1986 | 906,554 | 864,304 | 95.3 | 125,118 | 110,751 | 88.5 | 14.5 |
| 1988 | 967,771 | 915,221 | 94.6 | 127,002 | 115,634 | 91.0 | 13.9 |
| 1990 | 1,035,438 | 978,349 | 94.5 | 158,067 | 147,257 | 93.2 | 16.2 |
| 1992 | 1,117,809 | 1,054,947 | 94.4 | 195,630 | 182,827 | 93.5 | 18.5 |
| 1994 | 1,117,961 | 1,112,721 | 94.5 | 199,205 | 183,192 | 92.0 | 17.9 |
| 1996 | 1,318,267 | 1,228,817 | 93.2 | 278,200 | 198,448 | 71.3 | 22.6 |
| 남 | 980,841 | 911,819 | 93.0 | 241,208 | 171,774 | 71.2 | 26.5 |
| 여 | 337,426 | 316,998 | 94.0 | 36,992 | 26,674 | 72.1 | 11.7 |
| 직장의료보험 | | | | | | | |
| 1995 | 2,858,870 | 2,331,484 | 81.6 | 468,956 | 369,395 | 78.8 | 20.1 |
| 1996 | 3,324,222 | 2,877,116 | 86.6 | 622,164 | 463,858 | 74.6 | 21.6 |
| 남 | 2,490,963 | 2,137,171 | 85.8 | 523,295 | 390,776 | 75.8 | 24.5 |
| 여 | 833,259 | 739,945 | 88.8 | 98,869 | 73,082 | 74.2 | 13.4 |

자료 : 의료보험관리공단. 건강진단 결과분석: '92 피보험자, 1993.
 의료보험관리공단. 피보험자 건강진단 결과분석, 1995, 1997
 의료보험연합회. 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1996, 1997

는 1차 건강진단에서는 19세 이하가 89.6%로 가장 높고 연령이 증가할수록 낮아졌고, 2차 검진에서도 연령이 증가할수록 낮아져 공교보험과는 다른 양상을 보였다.

성인병검진의 수검률은 <표 5>에서와 같이 공교보험 및 직장보험의 피부양자와 지역 피보험자 모두 20% 내외에 불과하여 매우 저조한 실정이다. 남자가 여자보다 수검률이 더 낮았고, 연령별로는 큰 차이가 없었으나 70세 이상에서만 현저히 낮아졌다. 성인병 검진의 경우 비록 40세 이상을 대상으로 하여 피보험자 건강진단

과 대상이 다르다 하더라도 수검률에 큰 차이를 보이는 것은 건강진단에 대한 전반적인 의식부족과 접근성에 문제가 있는 것으로 판단되므로 이에 대한 대책이 마련되어야 하겠다.

구강검사의 수검률은 매우 낮은 실정이다. 즉, 1996년의 직장보험 및 공교보험 피보험자의 구강검사 수검률이 각각 58.7% 및 81.4%로 1차 건강진단 수검률인 86.6% 및 93.2%에 크게 미치지 못하고 있다. 특히, 성인병검진시 구강검사 수검률은 공교보험 16.4%, 직장보험 12.6%, 지역보험 12.1% 등으로 20%에도 미치지 못해 일반건강진

〈표 5〉 성인병검진의 성별·연령별 수검률

| 구분 | (단위: %) | | | | | | | | | |
|---------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|---------|-------|---------|------|
| | 공교피부양자 | | 직장피부양자 | | 지역피보험자 | | 지역보험(시) | | 지역보험(군) | |
| | 1993 | 1995 | 1995 | 1996 | 1995 | 1996 | 1995 | 1996 | 1995 | 1996 |
| 남자 | 34.0 | 20.0 | 18.2 | 19.9 | 18.4 | 22.1 | 18.2 | 21.5 | 19.6 | 24.7 |
| 여자 | 43.0 | 25.7 | 21.8 | 23.7 | 19.7 | 23.0 | 19.3 | 22.3 | 21.0 | 25.8 |
| 40-44 | 55.0 | 33.3 | 24.8 | 25.9 | 20.2 | 22.1 | 20.2 | 22.0 | 19.7 | 22.7 |
| 45-49 | 54.7 | 32.3 | 22.7 | 24.8 | 20.6 | 23.5 | 20.4 | 23.1 | 21.5 | 25.6 |
| 50-54 | 51.7 | 31.1 | 23.5 | 24.5 | 20.8 | 24.4 | 20.4 | 23.6 | 22.6 | 28.0 |
| 55-59 | 47.3 | 28.4 | 24.0 | 25.2 | 20.7 | 25.1 | 19.9 | 23.7 | 23.0 | 29.3 |
| 60-64 | 42.3 | 25.5 | 23.3 | 24.6 | 19.9 | 25.0 | 18.8 | 23.5 | 22.5 | 29.0 |
| 65-69 | 35.7 | 21.9 | 19.8 | 22.8 | 16.4 | 23.1 | 15.0 | 21.6 | 20.4 | 27.0 |
| 70- | 19.8 | 11.2 | 9.4 | 13.0 | 10.8 | 14.4 | 10.1 | 13.2 | 12.7 | 17.3 |
| 계 | 40.8 | 24.2 | 20.7 | 22.6 | 19.1 | 22.6 | 18.8 | 21.9 | 20.3 | 25.3 |
| 대상자(천명) | 1,072 | 1,137 | 1,509 | 1,405 | 3,545 | 3,464 | 2,829 | 2,759 | 716 | 705 |

자료 : 의료보험관리공단. 1993년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1994.
 의료보험관리공단. 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1996.
 의료보험연합회. 1995년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1996.
 의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

단 수검률의 절반수준에 머물고 있는 실정이다.

한편, 자궁암 검진을 위한 부인과적 세포학적 검사 수검률은 전반적으로 20%에도 미치지 못하고, 직장 피보험자의 경우는 1995년과 1996년에 각각 3.2% 및 3.9%로 매우 저조하였다. 그리고 1996년 직장조합에서는 40,025명만이 1가지 이상의 암검사를 받아 계획인원의 13.4%에 불과하였다. 공교보험에서는 43,571명(연인원 61,531명)이 암검사를 받아 1인당 1.4가지의 암검사를 받았었다.

의료보험종별로 건강진단 수검률을 종합한 결과, <표 6>에서와 같이 총대상자 1,564만명중 663만명이 건강진단을 받아 42.4%만 참여하였다.

2. 건강진단 항목과 건강진단 비용

의료보험에서의 검진대상 질환은 경제성과 검진효과를 고려하여 우리나라에서 발생율이 급

〈표 6〉 의료보험 건강진단 대상자수 및 수검률

| | 대상자 | 수검자 | 수검률(%) |
|----------|------------|-----------|--------|
| 공교의료보험 | | | |
| 피보험자(96) | 1,318,267 | 1,228,817 | 93.2 |
| 피부양자(95) | 1,072,245 | 437,467 | 4.08 |
| 직장의료보험 | | | |
| 피보험자(96) | 3,324,222 | 2,877,116 | 86.6 |
| 피부양자(96) | 1,405,340 | 317,519 | 22.6 |
| 피부양자(95) | 1,509,196 | 312,642 | 20.7 |
| 지역의료보험 | | | |
| 피보험자(96) | 3,464,55 | 783,760 | 22.6 |
| 피보험자(95) | 6,544,772 | 675,823 | 19.1 |
| 계 | 15,638,592 | 6,633,144 | 42.4 |

자료 : 의료보험관리공단. 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1996.
 의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1997.
 의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

격히 높아져 사회적 문제가 되고 있는 고혈압, 당뇨병, 간질환, 신질환 등의 성인병과 폐결핵 및 기타 흉부질환, 빈혈증, 구강질환 등을 검진 대상 질환에 포함시켜 해당 질환의 조기발견·치료를 도모하고 있다. 그리고 발병빈도가 높고 사망순위가 높은 위암, 결·직장암, 간암, 유방암, 자궁암 등의 검진도 희망자에 한해 추가로 실시하고 있어 중요한 질병은 대체로 포함시키고 있다.

의료보험의 건강진단 항목은 이미 앞에서 제시한 바와 같이 거의 매번 변경되어 왔는데, 이러한 검진종목은 검진대상으로 선정된 질환의 특성을 고려하여 감수성(sensitivity)과 특이도(specificity)가 높고, 비용·효과 측면에서 경제성이 있다고 판단되는 종목을 의학 전문가의 의견을 수렴하여 채택하고 있다. 그런데, 우리나라 의료보험 건강진단 항목과 관련되어서는 보험재정 보호를 위해 검진항목을 너무 제한함으로써

국민의 건강요구에 부합하지 못하여 일반 의료기관에서의 고가의 종합검진이 성행되고 있는 실정이다.

검진항목 각각에 대하여는 지금까지 전문가들의 논의를 거쳐 만들어진 것이기 때문에 연구자 개인이 단정적으로 적절성 여부를 평가할 수는 없다. 현재 1차 건강진단에서 흉부 X-선촬영은 간접촬영을 주로 하고 폐결핵 기왕력자에 대해서만 직접촬영과 결핵균검사를 실시하도록 하고 있어 방사선 검사의 판정 정확도가 떨어진다고 하겠다. 더욱이 건강진단 외에는 간접촬영을 하는 경우가 없기 때문에 검진기관에서 별도로 간접촬영기를 설치해야 하는 낭비가 뒤따르기도 한다.

우리나라의 건강진단의 수가는 직장이나 공무원의 경우는 1차 건강진단시 집단 내원검진이나 집단 출장검진을 행하고 있어 몇몇 종목을

〈표 7〉 공교의료보험 피보험자 건강진단비의 연도별 추이

| | 1차 건강진단비 | | 2차 건강진단비 | | 계 | | 암검진비 | |
|-------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | 금액 (백만원) | 수검자당 평균(원) | 금액 (백만원) | 수검자당 평균(원) | 금액 (백만원) | 수검자당 평균(원) | 금액 (백만원) | 수검자당 평균(원) |
| 피보험자 건강진단 | | | | | | | | |
| 1980 | 3,043 | 4,000 | 166 | 1,668 | 3,209 | 4,219 | - | - |
| 1982 | 3,845 | 4,955 | 403 | 3,276 | 4,248 | 5,513 | - | - |
| 1984 | 6,165 | 7,583 | 517 | 3,436 | 6,682 | 8,259 | - | - |
| 1986 | 6,324 | 7,316 | 643 | 5,808 | 6,967 | 8,061 | - | - |
| 1988 | 7,614 | 8,319 | 914 | 7,901 | 8,528 | 9,317 | - | - |
| 1990 | 10,228 | 10,455 | 1,430 | 9,712 | 11,658 | 11,916 | - | - |
| 1992 | 11,623 | 11,017 | 1,974 | 10,799 | 13,597 | 12,889 | 18 | 27,735 |
| 1994 | 12,351 | 11,099 | 2,236 | 12,197 | 14,586 | 13,109 | 15 | 28,626 |
| 1996 | 25,577 | 20,806 | 2,881 | 14,498 | 28,458 | 23,149 | 501 | 11,498 |
| 피부양자 성인병 검진 | | | | | | | | |
| 1993 | - | - | - | - | 7,341 | 16,780 | - | - |
| 1995 | - | - | - | - | 5,397 | 19,620 | - | - |

자료: 의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1997.
의료보험관리공단. 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1996.

제외하고는 의료보험 수가의 80% 선에서 결정하고, 성인병검진과 같이 개별검진을 하는 경우는 의료보험수가의 100%를 적용하고 있으나 의료보험수가 자체가 낮게 책정되어 있어 검진수가 낮다고 하겠다. 그래서 검진기관에서 의욕이 저하되고, 불친절함과 동시에 과당경쟁을 통해 수검자의 유치에만 관심을 갖고 검사의 질적 향상은 등한시하는 경향도 있을 수 있다.

공교 피보험자의 검진비는 <표 7>에서와 같이 1980년에 약 32억원에서 매년 증가되어 1996년에는 285억원에 달하고 있다. 검진비의 증가는 검진프로그램의 개선에 따른 검사종목 및 방법의 개선, 검진수가의 인상, 수검 대상자수의 증가 등에 기인한다. 1996년도의 경우 1980년에 비해 수검인원은 1.62배 증가하였으나 검진비는 8.87배가 증가하여 수검대상자의 증가보다는 1인당 평균 건강진단비의 증가가 검진비 증가에

크게 기여하였다.

한편, 직장보험의 경우는 <표 8>에서와 같이 1996년에 성인병검진으로 75억원, 피보험자 건강진단비로 531억원, 간염검사비로 49억원, 그리고 보건교육 및 홍보비로 31억원을 지출하여 총 690억원을 지출하였다. 그리고 지역의료보험에서는 피보험자 성인병검진으로 189억원, 보건교육 및 홍보비로 16억원, 간염검사비 4억원 등 총 209억원을 지출하였다.

1995년도 의료보험 건강진단비는 보험급여비에 비해서 2.5%에 불과한데, 공교보험이 5.8%로 가장 높고, 직장보험이 3.9%로 그 다음이며, 지역보험은 0.7%로 매우 미미한 실정이다(표 9).

<표 8> 직장 및 지역의료보험의 보건예방사업비 집행액

(단위: 백만원)

| | 성인병 검진비 | 직장보험 간염검사비 | 직장보험 홍보·교육비 | 피보험자 건강진단비 | 암검사비 | 계 |
|------|-------------|---------------|----------------|---------------|----------|--------|
| 1988 | 2,287(20) | 5,287(60) | - | - | - | 7,574 |
| 1989 | 2,224(29) | 7,215(59) | - | - | - | 9,439 |
| 1990 | 1,821(39) | 11,353(75) | - | - | - | 13,174 |
| 1991 | 5,743(81) | 4,841(67) | 754(75) | - | - | 11,338 |
| 1992 | 7,426(106) | 10,904(84) | 2,454(109) | - | - | 20,784 |
| 1993 | 8,553(117) | 9,322(80) | 2,267(117) | - | - | 20,142 |
| 1994 | 6,452(106) | 6,692(74) | 1,972(136) | - | - | 15,116 |
| 1995 | 19,080(369) | 6,734(97) | 4,649(370) | 41,472(135) | - | 71,935 |
| 직장 | 7,083(142) | 6,172(80) | 3,294(143) | 41,472(135) | - | 58,022 |
| 지역 | 11,997(227) | 562(17) | 1,355(227) | - | - | 13,914 |
| 1996 | 26,418(365) | 5,235(98) | 4,663(372) | 53,084(141) | 412(140) | 89,812 |
| 직장 | 7,500(138) | 4,874(85) | 3,085(145) | 53,084(141) | 412(140) | 68,955 |
| 지역 | 18,918(227) | 361(13) | 1,578(227) | - | - | 20,857 |

주 : ()안의 숫자는 집행한 의료보험조합수임.

자료 : 의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

〈표 9〉 의료보험 건강진단비의 보험급여비에 대한 비율(1996)

(단위: 백만원)

| | 보험급여비 (A) | 건강진단비 (B) | B/A(%) |
|--------|--------------|----------------------|--------|
| 공교의료보험 | 502,570 | 28,959 ¹⁾ | 5.76 |
| 직장의료보험 | 1,493,526 | 58,022 | 3.88 |
| 직장의료보험 | 2,024,799 | 13,914 | 0.69 |
| 계 | 4,020,895 | 100,895 | 2.51 |

주 : 1) 1996년도 금액임.

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1996.

3. 건강진단의 방법, 절차 및 관리

가. 건강진단의 실시방법 및 절차

직장보험에서는 전국에 지역별로 구성된 22개의 지역보건예방사업협의회를 구성·운영하면서 지역별 보건교육사업 실시방법 협의 및 지도, 지역내 검진기관 지도·감독, 지역별 검진 수검자수의 배정 등의 기능을 수행하고 있다. 사업주는 직장조합에서 송부한 건강진단안내서를 이용하여 수검대상자에게 실시시기 및 절차, 방법 등을 안내한다. 조합은 건강진단 실시계획일 7일 이전에 수검대상자 개인별 피보험자 건강진단 의뢰 및 결과통보서 및 문진표, 그리고 구강검사 의뢰 및 결과통보서를 사업장에 송부하여 수검대상자에게 전달한다. 검진기관은 이들 서류를 수검대상자에게서 제출받아 건강진단 항목에 대한 건강진단을 실시하게 되는데, 50인 이상 사업장은 출장하여 건강진단을 실시하고 50인 미만 사업장은 검진기관에 내원하여 건강진단을 받게 된다.

검진기관은 1차 건강진단 결과를 10일 이내

에 사업주에게 통보해야 하고 사업주는 10일 이내에 2차 건강진단을 받을 수 있도록 해야 한다. 그리고 검진이 완료되면 30일 이내에 그 결과와 질병유소건자 사후관리 소견서를 사업주에 송부하여 수검자에게 전달되도록 해야 한다. 특히, 검진기관은 건강진단 결과 직업병으로 의심되면 특수건강진단을 받을 수 있도록 해당 지방노동관서에 통보해야 한다. 검진이 끝나면 검진기관은 비용을 사업장단위로 해당 조합에 청구하게 되는데, 1차 건강진단 실시자와 1,2차 건강진단 실시자로 구분하여 30일 이내에 청구하고 조합은 30일 이내에 비용을 지급하게 된다.

공교보험에서는 직장보험과는 달리 검진기관에 전화로 예약을 하고 내원하여 건강진단을 받는 것을 원칙으로 하고 있으며, 검진기관은 1차 건강진단 결과를 15일 이내에 관리공단 지부에 통보하여 2차 검진대상자에 대해 알려준다. 2차 건강진단 대상자는 결과 통보일로부터 7일 이내에 1차 검진기관에 전화로 예약한 후 내원하여 건강진단을 받는다. 그 결과는 15일 이내에 관리공단에 통보한다. 2차 미수검자에 대해선 미수검자 명단을 만들어 독려하게 된다.

나. 사후관리

지금까지 우리나라에서 실시된 건강진단의 경우 특히 문제가 되었던 것은 질환의심자들에 대한 사후관리의 미비였다. 과거 근로자 건강진단에서는 검진결과의 통보도 제대로 이루어지지 않는 등 건강진단 자체로 끝나는 경우가 많았는데 사후관리에 대한 근로자들의 만족도가 매우 낮았고, 사후관리의 실행율도 낮았다(이원진 등, 1993). 그래서 근로자 건강진단이 노동부에서 의료보험권으로 이관될 때 사후관리를 효과적이

고 유용하게 할 수 있을 것이라는 측면도 고려되었다고 할 수 있다(이규식 등, 1995).

의료보험 건강진단에서 보험자는 수검자를 선정할 때 구축된 보건예방사업 검진관리 전산대장에 검진결과를 수시로 전산입력, 관리하고 유소견자에 대한 사후관리를 하게 된다. 그리고 보험자는 검진통계관리부를 작성하여 수검현황을 연도별로 누적관리하고 검진결과에 의한 건강정보는 개인별 자격관리원부(전산화일 또는 관리카드)와 연계하여 관리하게 된다. 보험자는 보건예방사업 관련 기초통계를 생산·분석하고 문진표를 취합·정리·분석하여 보건예방사업에 참고자료로 사용하고 있다.

한편, 보험자는 피보험자 및 피부양자의 지속적인 건강상태를 파악하고, 건강생활 지도 및 건강에 대한 의식을 고양하기 위해 건강관리수첩을 발급할 수 있는데, 여기에는 자신의 건강생활 및 건강상태, 건강진단의 결과, 건강상담 내용 등을 기록하여 건강에 관심을 갖고 건강생활을 본인이 관리할 수 있도록 하고 차기 건강진단이나 병의원 내원시 지참토록 하고 있다. 그러나 건강관리수첩은 건강진단의 결과만 기록하여 나누어주는 형식적인 결과 통보 수준에 지나지 않고 있다.

질환이 있는 것으로 판정된 치료요양 대상자는 검진을 받은 의료기관에서 즉시 치료를 받도록 계도하고, 치료요양 대상자는 소속기관장에게 그 내용을 통보하여 조속한 치료가 이루어질 수 있도록 협조를 받아야 할 것이다. 그리고 치료관리 대상자에게는 「건강관리 안내문」과 질환별 「건강생활문고」 등의 소책자를 개인별로 송부하여 치료관리에 활용해야 한다.

또한, 폐결핵 양성자 및 고혈압 질환자 등 지역보건사업과 관련이 있는 질환에 대해서는 관

할 보건소장에게 그 내용을 별도로 통보하여 지역보건과 연계한 보건사업이 이루어지도록 해야 효과적인 보건사업을 수행할 수 있는데, 아직 이러한 체계가 구축되어 있지 못한 것도 개선되어야 할 사항이라 하겠다.

4. 건강진단 결과 판정

가. 피보험자 건강진단 결과

건강진단은 질병이 있는지를 정확히 가려내어 조기에 치료하여 건강을 빨리 회복시키는데 목적이 있으므로 건강을 정확하게 판정할 수 있어야 함은 말할 나위도 없다. 의료보험 1차 건강진단 결과 질환의심자로 판정한 경우는 공교보험의 1996년도 피보험자 건강진단에서 23.7%이고 직장보험에서는 21.3%로 거의 비슷하였고 공교보험 성인병 검진에서는 35.3%로 상대적으로 높았다. 그리고 여자에서의 질환의심자 비율이 남자보다는 거의 절반 수준으로 나타났다(표 10).

〈표 10〉 의료보험 1차 건강진단 종합소견 판정 결과 (단위: %)

| 구분 | 정상 A | 정상 B | 질환 의심 |
|-----------------|------|------|-------|
| 공교보험 피보험자(1996) | 49.8 | 26.4 | 23.7 |
| 남 자 | 45.9 | 26.5 | 27.6 |
| 여 자 | 61.3 | 26.2 | 12.5 |
| 공교보험 피부양자(1995) | 31.1 | 33.6 | 35.3 |
| 직장보험 피보험자(1996) | 53.0 | 25.7 | 21.3 |
| 남 자 | 50.3 | 25.7 | 24.0 |
| 여 자 | 61.0 | 25.8 | 13.2 |

공교 피보험자에 대한 1차 및 2차 건강진단으로 종합판단된 결과를 연도별로 보면 <표 11>과 같다. 정상판정자의 비율이 약간씩 감소

〈표 11〉 공교보험 피보험자의 연도별 건강진단 종합판정 결과

| (단위 : %) | | | | | | |
|----------|-----------|---------------------|------|------|------|------|
| 연도 | 수검인원(명) | 정상 | 건강주의 | 단순요양 | 휴무요양 | 기타 |
| 1984 | 809,035 | 87.1 | 7.6 | 3.6 | 0.2 | 1.6 |
| 1986 | 864,304 | 89.9 | 4.8 | 3.5 | 0.2 | 1.7 |
| 1988 | 915,22 | 89.5 | 5.2 | 4.0 | 0.1 | 1.2 |
| 1990 | 978,349 | 87.2 | 6.9 | 4.7 | 0.1 | 1.1 |
| 1992 | 1,054,947 | 85.0 | 8.7 | 5.0 | 0.1 | 1.2 |
| 1994 | 1,112,721 | 84.3 ¹⁾ | 7.6 | 6.4 | 0.1 | 1.5 |
| 1996 | 1,228,817 | 81.23 ²⁾ | 5.99 | 5.16 | 0.04 | 7.58 |
| 남 | 911,819 | 77.84 | 7.11 | 6.23 | 0.05 | 8.77 |
| 여 | 316,998 | 91.00 | 2.77 | 2.08 | 0.02 | 4.13 |

주 : 1) 요주의건강 포함
2) 정상A, 정상B 포함

자료 : 의료보험관리공단. 건강진단 결과분석, 각년도.

하는 경향을 보이고 있다. 1996년의 경우 정상으로 판정된 자가 81.2%였고, 건강주의자가 6.07%였으며, 치료대상자인 단순요양 및 휴무요양 판정자가 6.2%였다. 정상판정자의 비율은 줄여자가 남자보다 더 높았다. 1996년 공교보험 건강진단에서 연령별 종합판정 결과는 <표 12>에서와 같이 연령이 증가할수록 정상판정자의 비율은 줄어들고 건강주의자와 단순 및 휴무요양자의 비율이 증가하고 있다.

공교피보험자 중에서 건강진단을 통해 질환자로 밝혀진 자를 수검자 10,000명당 유소견율

로 계산한 결과는 <표 13> 및 <표 14>와 같다. 1996년에 공교 및 직장 피보험자 모두 간질환자의 유소견율이 203.3 및 247.3으로 가장 높고, 그 다음이 고혈압 및 고지혈성 질환 등 순환기계질환이었는데, 간질환 유병율이 가장 빨리 증가하는 경향을 보이고 있다. 폐결핵을 제외하고는 대상질환 모두가 1988년에 비해 1996년에 유병율이 증가되었고, 남자의 경우 신장질환과 빈혈증을 제외한 모든 질환의 유병율이 여자보다 높았다. 건강진단의 수검대상 질환은 주로 성인병을 대상으로 하고 있음으로써 연령이

〈표 12〉 공교보험 피보험자의 연령별 건강진단 종합판정 결과(1996)

| (단위 : %) | | | | | | | |
|----------|---------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| 연령 | 수검자 | 정상A | 정상B | 건강주의 | 단순요양 | 휴무요양 | 기타 |
| -19 | 1,600 | 77.44 | 17.50 | 1.44 | 0.88 | 0.00 | 2.75 |
| 20-29 | 265,298 | 69.76 | 22.03 | 2.79 | 1.62 | 0.02 | 3.78 |
| 30-39 | 424,832 | 57.43 | 28.30 | 5.21 | 3.44 | 0.03 | 5.59 |
| 40-49 | 312,564 | 43.48 | 32.89 | 7.49 | 6.45 | 0.05 | 9.63 |
| 50-59 | 189,040 | 34.20 | 33.57 | 9.05 | 10.53 | 0.09 | 12.56 |
| 60- | 35,483 | 29.91 | 32.50 | 9.80 | 12.38 | 0.08 | 15.33 |

자료 : 의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1997.

〈표 13〉 직장 및 공교 피보험자의 수검질환별 유소견율

| | (수검인원 10,000명당) | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------|------|-------|----------|------|-------|----------|------|-------|----------|------|-------|
| | 직장(1996) | | | 공교(1998) | | | 공교(1992) | | | 공교(1996) | | |
| | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 | 계 |
| 폐결핵 | 34.2 | 15.3 | 29.3 | 33.5 | 13.4 | 28.8 | 21.1 | 6.7 | 17.4 | 19.5 | 8.3 | 16.7 |
| 순환기계질환 | - | - | - | 212.9 | 35.0 | 171.3 | 291.5 | 59.8 | 231.8 | 234.5 | 64.8 | 190.7 |
| 고혈압성 | 152.9 | 95.7 | 138.2 | - | - | - | - | - | - | 168.7 | 33.1 | 133.7 |
| 고지혈성 | 86.3 | 48.0 | 76.4 | - | - | - | - | - | - | 72.0 | 33.3 | 62.0 |
| 간질환 | 316.5 | 47.5 | 247.3 | 124.8 | 19.7 | 100.2 | 218.5 | 38.7 | 172.2 | 262.7 | 32.5 | 203.3 |
| 당뇨병 | 110.1 | 56.2 | 96.2 | 134.9 | 17.8 | 107.5 | 168.0 | 23.0 | 130.7 | 140.8 | 22.1 | 110.2 |
| 신질환 | 24.5 | 41.7 | 29.0 | 15.8 | 7.2 | 13.8 | 19.3 | 9.9 | 16.9 | 28.0 | 38.5 | 30.7 |
| 빈혈증 | 6.2 | 52.8 | 17.7 | 0.1 | 13.2 | 3.2 | 0.8 | 23.1 | 6.5 | 4.8 | 48.6 | 16.1 |
| 기타흉부질환 | 160. | 7.6 | 13.8 | 3.5 | 1.4 | 3.0 | 5.4 | 2.4 | 4.6 | 9.2 | 4.1 | 7.9 |

자료 : 의료보험관리공단. 건강진단 결과분석, 각년도.

의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

〈표 14〉 공교보험 피보험자의 연령별 수검질환별 유소견율(1996)

| | (수검인원 10,000명당) | | | | | | | |
|--------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
| | -19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60- | 계 | |
| 폐결핵 | 12.5 | 12.2 | 11.6 | 16.2 | 30.6 | 40.9 | 16.7 | |
| 순환기계질환 | 18.8 | 29.8 | 85.7 | 237.6 | 492.9 | 637.5 | 190.7 | |
| 고혈압성질환 | 0.0 | 11.1 | 43.8 | 160.5 | 390.7 | 530.4 | 133.7 | |
| 고지혈성질환 | 18.8 | 18.9 | 43.9 | 83.5 | 115.9 | 126.3 | 62.0 | |
| 간질환 | 12.5 | 86.0 | 191.8 | 262.7 | 293.2 | 224.9 | 203.3 | |
| 당뇨병 | 12.5 | 5.1 | 35.1 | 141.2 | 317.8 | 420.2 | 110.2 | |
| 신질환 | 25.0 | 18.8 | 26.4 | 34.4 | 46.8 | 54.1 | 30.7 | |
| 빈혈증 | 6.3 | 16.4 | 16.9 | 19.0 | 10.1 | 13.0 | 16.1 | |
| 기타흉부질환 | 6.3 | 2.0 | 4.5 | 9.7 | 17.0 | 28.5 | 7.9 | |

자료 : 의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석. 1997.

많아질수록 모든 질환에서 유병율이 높아지고 있음은 당연한 결과라 하겠다.

나. 성인병검진 결과

1996년까지만 하더라도 성인병검진은 1회 내원하여 1차 검진으로 검진을 종료하고, 판정은 정상자와 질환의심자로만 구분 판정하고, 질환의심자는 의료보험 요양급여에 의한 정밀검진을 받도록 하였다. 그러나 1997년부터는 성인병검

진도 피보험자 일반건강진단과 마찬가지로 2차 건강진단을 실시하게 되었다. 40세 이상을 대상으로 하는 성인병 검진의 종합판정 결과, <표 15>에서와 같이 질환의심 판정율은 공교 및 직장 피부양자, 지역 피보험자 각각 35% 내외로 거의 비슷하였다. 질환의심 판정의 경우 남자가 40%, 여자가 30%를 약간씩 상회하여 10%포인트 정도 차이가 나며, 연령이 증가할수록 높아지는 경향을 보이고 있다. 예로서 지역보험의 경우 40-44세는 27.5%이지만 75세 이상은 54.7%였다. 피보험자

<표 15> 성인병검진에서의 질환의심 판정률

| | (단위: %) | | | | |
|-------|------------|------------|------------|---------|---------|
| | 공교보험(1995) | 직장보험(1996) | 지역보험(1996) | 지역보험(시) | 지역보험(군) |
| 성 별 | | | | | |
| 남 자 | 42.9 | 41.1 | 41.1 | 41.0 | 41.4 |
| 여 자 | 33.2 | 31.6 | 33.4 | 33.7 | 32.6 |
| 연 령 | | | | | |
| 40-44 | 21.0 | 20.1 | 27.5 | 27.6 | 26.7 |
| 45-49 | 26.5 | 26.8 | 31.9 | 32.5 | 29.0 |
| 50-54 | 32.7 | 33.7 | 37.4 | 38.3 | 34.3 |
| 55-59 | 37.6 | 36.4 | 41.6 | 37.8 | 43.1 |
| 60-64 | 41.0 | 39.6 | 45.1 | 46.9 | 41.3 |
| 65-69 | 44.3 | 41.4 | 48.9 | 50.8 | 44.9 |
| 70-74 | 48.9 | 42.6 | 51.8 | 53.5 | 48.4 |
| 75- | - | 45.2 | 54.7 | 57.2 | 50.5 |
| 계 | 35.3 | 34.1 | 36.8 | 37.0 | 36.4 |

자료 : 의료보험관리공단, 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1996.
의료보험연합회, '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

1차 건강진단 결과의 질환의심 판정율이 20%에 미치지 못하는 것과 비교하면 성인병검진의 질환의심 판정율이 훨씬 높게 나타났다. 피부양자의 경우는 위험률이 높은 40세 이상만을 대상으로 하고 있지만 수검율이 낮은 점을 감안해 보면, 스스로 건강에 자신이 없거나 질환에 의심이 가는 사람이 주로 수검을 받기 때문에 질환의심 판정율이 높다고 생각할 수 있다.

한편, 성인병 검진결과와 종합판정에서 9개 질환별로 질환의심자로 판정된 자를 수검인원 10,000명당 유소견율을 산출한 결과는 <표 16>과 같다. 폐결핵의 경우 보험종류에 따라 204에서 235, 고혈압이 1,043-1,153, 고지혈증은 447-530, 간질환은 606-970, 당뇨병질환은 643-717, 신장질환은 387-548, 빈혈증은 126-172 등의 유소견율을 보여 보험종류에 따라서 간장질환을 제외하고는 큰 차이를 보이지 않았다. 대체로 모든 질환에서 유소견율이 높게 나타났는데, 이는 정확한 진단없이 질환의심자로만 산출했기 때문이라 하겠다. 그래서 2차 검진

을 통해 확진으로 나타난 피보험자 대상의 유소견율(표 13참조)의 개념과는 다르고 직접 비교할 수 없음을 인식하고 있어야 할 것이다.

다. 피보험자 암검사 결과

1996년의 공교보험 피보험자의 암검사 결과는 <표 17>에서와 같이 86명의 암치료 대상자를 찾았는데, 위장암이 74명으로 가장 많고, 유방암 6명, 간암 및 직·결장암 각 3명씩이었다. 수검자에 대한 비율로는 각각 0.31%, 0.05%, 0.05 및 0.02%였다. 직장보험에서는 공교보험과 달리 간암 치료대상자의 발견율이 181명(2.75%)로 가장 높고, 다음이 위암으로 42명(0.25%), 직·결장암 28명(0.24%), 유방암 3명(0.06%)였다. 이러한 차이는 검사의 신뢰성 문제라기 보다는 피보험자중 희망자만 암검사를 하게되므로 수검율이 매우 낮고 대상 질환별로 위험군이 집중될 수 있기 때문이라 생각된다.

〈표 16〉 성인병검진 결과 질환별 유소견율

(단위: 수검인원 10,000명당)

| | 공교보험(1995) | | | 직장보험(1996) | | | 지역보험(1996) | | |
|--------|------------|------|------|------------|-----|------|------------|------|------|
| | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 | 계 | 남자 | 여자 | 계 |
| 폐결핵 | 501 | 121 | 204 | 450 | 127 | 213 | 325 | 164 | 235 |
| 고혈압 | 1407 | 1081 | 1153 | 1236 | 973 | 1043 | 1146 | 1096 | 1118 |
| 고지혈증 | 382 | 571 | 530 | 366 | 499 | 447 | 314 | 502 | 452 |
| 간질환 | 1241 | 452 | 624 | 1195 | 392 | 606 | 1608 | 460 | 970 |
| 당뇨질환 | 1049 | 615 | 709 | 898 | 550 | 643 | 860 | 602 | 717 |
| 신질환 | 256 | 424 | 387 | 310 | 548 | 485 | 275 | 572 | 440 |
| 빈혈증 | 103 | 191 | 172 | 114 | 142 | 135 | 71 | 169 | 126 |
| 기타흉부질환 | 392 | 217 | 255 | 361 | 199 | 242 | 269 | 227 | 246 |
| 기타질환 | 356 | 355 | 355 | 689 | 495 | 547 | 584 | 543 | 561 |

자료 : 의료보험관리공단. 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1996.
 의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

〈표 17〉 공교보험 및 직장보험 피보험자의 암검사 결과(1996)

(단위: %)

| | 수검자(명) | 정상 | 재검대상 | 정밀검사요 | 암치료대상 ¹⁾ | 기타질환 |
|-------------|--------|-------|------|-------|---------------------|-------|
| 공교보험 | | | | | | |
| 위장 | 23,845 | 34.43 | 3.41 | - | 0.31(74) | 61.86 |
| 간장 | 6,168 | 40.39 | 4.00 | 3.06 | 0.05(3) | 52.50 |
| 직·결장 | 18,918 | 97.74 | 0.52 | 0.00 | 0.02(3) | 1.72 |
| 유방 | 12,600 | 88.08 | 5.85 | - | 0.05(6) | 6.02 |
| 직장보험 | | | | | | |
| 위장 | 16,774 | 41.90 | 3.14 | - | 0.25(42) | 54.70 |
| 간장 | 6,570 | 63.52 | 5.56 | 2.15 | 2.75(181) | 26.03 |
| 직·결장 | 11,517 | 98.16 | 0.47 | - | 0.24(28) | 1.13 |
| 유방 | 5,164 | 90.45 | 5.02 | - | 0.06(3) | 4.47 |

주 : 1) ()안의 숫자는 암치료대상자로 판정된 수입.
 자료 : 의료보험관리공단. 1996년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1997.
 의료보험연합회. '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997.

IV. 의료보험 건강진단 사업의 개선방향

1. 건강진단 대상인구의 확대

현재 우리나라에서 시행되고 있는 건강진단

은 의료보험법 및 공교보험법에 의한 직장보험 및 공교보험 피보험자와 피부양자, 지역보험 피보험자의 건강진단이 주종을 이루고 있고, 이외에 산업안전보건법에 의거한 사업장 근로자 대상의 특수 건강진단, 학교보건법의 의한 학생 및 교직원 대상 신체검사, 노인복지사업의 일환으로 실시되고 있는 65세 이상 저소득층 대상의 노인건강진단, 모자보건 사업으로 보건소에서

실시하는 영유아 및 임산부 대상의 건강진단 등이 있고, 특수질환을 대상으로한 결핵검진, 성병검진, 나환자 접촉자검진 등의 집단검진 사업이 실시되고 있으며, 또한 병의원이나 한국건강관리협회 등에서 개인적으로 실시하는 종합건강진단과 신규직원 채용시 실시하는 채용신체검사 등이 있다(변중화, 1994).

1992년도까지만 하더라도 사업장근로자, 공교 및 직장의료보험의 피보험자 및 피부양자, 임산부 및 영유아, 65세 이상의 저소득층 노인들을 대상으로한 일반 건강진단의 수검자는 529만명으로 공공 집단검진을 통한 검진수혜율은 전국민의 12%에 불과하였다. 한국보건사회연구원 조사에 의하면(송건용, 1992) 1년간의 단체 건강진단이나 개인적으로 건강진단을 받았다는 경우가 34.6%에 이르고 있어 공적인 건강진단의 수검율보다도 높은 실정이었다. 이제 우리나라는 전국민의 95% 이상이 의료보험 혜택을 받고 있으며, 나머지도 의료보호를 통해 의료보장을 받고 있다. 의료보험으로 건강진단을 받는 인구는 약 1,500만명 정도로 전체인구의 35%정도이나 전체적 수검율은 42.4%로 절반에도 미치지 못하고 있다. 그렇기 때문에 의료보험권에서 건강진단을 충실히만 시행한다면 전국민에 대한 건강진단은 소기의 성과를 거둘 수 있을 것이다. 의료보험 대상자들은 본인이 원하기만 하면 최소한 2년에 한 번은 건강진단을 받을 수 있지만 단지 40세 미만의 지역의료보험 피보험자의 경우는 본인이 원한다 해도 의료보험제도 하에서 건강진단을 받을 수 없어 보험종류간의 형평성 문제가 제기될 수 있다.

건강진단 사업이 만성퇴행성질환을 중심으로 질병에 대한 사전예방을 통하여 고액진료비 지출을 방지한다는 사업취지를 고려할 때, 그 필

요성이 인정됨에도 불구하고 지역의료보험조합의 재정 불안정을 이유로 40세 미만 피보험자에 대해서 건강진단을 실시하지 않고, 공교보험과 직장조합에서 실시하는 암검사도 실시하지 못하고 있음은 형평성 유지와 국민건강보호라는 측면에서 빨리 개선되어야 할 것이다. 더욱이 1995년에 지역보건법이 시행됨에 따라 각 지역 보건소에서는 정기적으로 지역보건계획을 수립해야 하므로 지역보험의 건강진단이 전반적으로 실시되면 이의 자료를 유용하고 이용할 수 있을 것이다.

공교보험과 지역보험을 통합하는 국민의료보험법이 제정되어 1998년 10월에 시행되면 건강진단의 대상자도 1999년부터는 차등을 두지 않을 것으로 예상되지만 지금부터 이에 대한 실시 방안 및 재정적인 고려가 있어야 할 것이다.

2. 건강진단 수검률 제고

건강진단에서는 대상자들의 높은 참여도가 건강진단의 효과성 및 효율성을 높일뿐 아니라 건강진단 소기의 성과를 달성할 수가 있다. 전 피보험자에 대하여 건강진단을 실시하는 공교보험이나 직장보험의 경우는 수검률이 93.2% 및 86.6%로서 건강진단 참여도가 비교적 높으나 2차 건강진단의 경우는 70%대로 수검률이 떨어져 2차 검진에서의 수검률을 높이는 방안이 먼저 강구되어야 할 것이다. 그 이유가 1996에 집단검진에서 개별검진으로 전환한 탓도 있지만 수검자들의 건강진단에 대한 불만, 인식부족, 검진기관의 사후관리 미흡 등이 원인이 될 수 있으므로 이에 대한 검토가 있어야 할 것이다. 특히, 40세 이상의 피부양자를 대상으로 하는 성

인병검진의 수검률은 공교보험에선 40.8%로 약간 높으나 직장보험 및 지역보험 모두 22.6%로서 전반적으로 매우 낮다. 특히, 여자의 자궁경부암 검진율이 20%에도 미치지 못하고 있는데, 이는 1990년도 미국의 81.0%, 캐나다의 72.0%에 비해 큰 차이를 보이고 있어 검진에 대한 태도나 여건에 큰 차이가 있다고 하겠다(변중화 등, 1992).

보건사회연구원의 조사결과(송건용, 1992), 1년동안 단체검진이나 개인적 종합검진을 받은 사람이 34.6%로서 도시 농촌간, 남녀별 차이가 많은 것으로 나타났다. 즉, 시지역은 37.2%인데 비하여 군지역의 경우는 24.1%로 낮았으며, 남자와 여자의 수검률은 각각 48.4%와 22.5%로 많은 차이를 보였는데, 의료보험 피보험자의 건강진단에서도 여자의 수검률이 남자의 절반 수준에 불과하여 여자의 수검률을 높이는 방안이 특히 강구되어야 하겠다. 그러나 성인병 검진에서는 오히려 여성이 약간씩 더 높는데, 이는 자궁경부암 등 여성에 대한 검진항목이 포함되어 있는 이유도 있지만 성인병에 대한 관심이 상대적으로 여성이 더 높기 때문이라 할 수 있다. 반면에 지역피보험자의 성인병검진에서는 도시보다는 농촌지역의 수검률이 약간 더 높았는데, 이는 수검자의 편의를 위하여 의료취약지역이나 군지역에 공공검진기관에서 출장검진을 하도록 하였기 때문이다.

저조한 수검률은 적용인구의 변동이나 검진기관의 원거리 소재 등과 관련이 있음은 물론 대상자들의 검진결과에 대한 불신, 검진대상자가 인지하고 있는 질환이 없는 경우에 따른 검진거부 등으로 해석될 수 있다. 또한 의료보험에서 건강진단이 강제화되어 있지 않음으로써 비체계적이고 수검률이 낮으며, 검진체계의 복

잡성, 검진항목의 부실 등 제도적 측면에서도 수검률을 저하시키는 요인이 되고 있어 검진시의 사상담제 활성화, 검진항목 조정 등의 개선책이 제시될 수 있다.

직장 피보험자의 1996년도 수검율을 특성별로 비교해본 결과 대기업인 500인 이상 사업장의 수검률은 91.5%인데 비해 5인 미만 사업장은 60.6%로 가장 낮아 사업장 규모가 수검률에 큰 영향을 미치고 있다(의료보험연합회, 1997). 현재, 직장보험에서는 수검대상자가 50인 이상인 사업장은 검진기관이 출장하여 건강진단을 실시하지만 50인 미만 사업장은 검진기관을 방문하여 건강진단 받는 것을 원칙으로 하고 있기 때문에 소규모 사업장의 수검률이 낮을 수밖에 없다. 또한 소규모 사업장은 출장검진이 안될 뿐 아니라 근로자와 사업주 모두 영세하여 근로자가 검진할 시간적·경제적 여유가 없거나 검진 때문에 근로자가 이탈하는 것을 사업주가 좋아하지 않는 것도 이유가 될 수 있다. 따라서 이들의 접근성을 높일 수 있도록 출장검진 대상사업장을 확대하여 활성화하고 건강진단의 강제화 방안이 고려되어야 한다. 농촌주민들에게 성인병검진을 받지 않은 이유를 알아본 결과 몸이 건강하기 때문이 34.4%로 가장 많고, 귀찮아서가 21.7%, 도움이 안될 것 같아서가 11.3%여서(박순우, 1997) 주민의 인식부족과 불신이 가장 큰 이유라 할 수 있으므로 국민에 대한 홍보가 가장 시급한 과제라 하겠다.

구강검사의 수검률은 일반 건강진단에 비해 월등히 낮는데, 이는 구강검사의 중요성 및 필요성에 대한 국민인식이 낮은데다 검사의 신뢰도가 낮으며 사후관리가 미흡하기 때문이라 생각되므로 국민 홍보 및 검사체계의 개편이 필요하다. 더욱이 구강검진은 치과 의사를 별도로 방

문해야 되고, 출장검진시에도 치과 의사가 함께 방문해서 검진해야 하지만 치과검진료가 낮아 치과 의사를 유치하기가 쉽지 않다. 따라서 구강검진료의 현실화와 함께 검진의 충실화를 기해야 할 것이다.

공교보험 피보험자 중에서 암검사를 실시하지 않은 자를 대상으로 그 이유를 표본조사로 알아본 결과, 평소 건강하다고 생각되기 때문이라고 한 경우가 43.2%로 가장 높았고, 관심은 있으나 본인부담금액이 많아서가 그 다음으로 28.6%였다(의료보험관리공단, 1993). 또한 세포학적 검사의 미수검 이유를 표본조사로 알아본 결과 47.1%는 검사의 필요성을 못느껴서, 13.7%는 개인적으로 검사를 받아서, 10.9%는 검사방법이 싫어서라고 하였다(의료보험관리공단, 1994). 특히 직장보험 대상자에게 성인병 검진이 필요한지에 대해 설문한 결과 93.3%가 필요하다고 하면서도(의료보험연합회, 1993) 수검률이 매우 낮으므로 건강진단의 중요성에 대한 적극적인 홍보와 함께 건강진단의 내실화 및 강제화하는 방안이 강구되어야 한다.

3. 건강진단 방법 및 체계의 합리화

당초에 성인병검진 사업은 피보험자 건강진단과는 달리 1회 내원하여 1차 건강진단으로 검진을 종료하고, 판정은 정상자, 요주의자, 질환의심자 또는 정밀검진 필요자로 구분, 판정하여 질환의심자는 의료보험 요양급여에 의한 정밀검진을 받도록 하여 1995년의 검진결과 공교보험 피부양자에선 35.3%, 직장의료보험에선 21.6%의 질환의심자에 대해서 2차 건강진단을 실시하지 않음으로써 질병유무에 대한 확진이 없어 유병

율을 파악할 수가 없고 대상에 따라 유소견을 서로 비교하기도 어려웠다. 그래서 성인병검진의 유소견율과 피보험자 건강진단의 유소견율에는 상당한 차이를 보여 성인병 검진에 대한 불신을 야기되어 1997년부터는 성인병 검진에도 2차검진을 실시하게 되었다. 지금까지는 성인병 검진 대상자들은 형식적인 검진이라는 인식과, 질병의 확진을 위해 더 정확하고 복잡하고 비싼 검진을 별도로 받게되어 의료비를 증가시켰고, 또한 타 의료기관에서 확진검사를 받은 결과 정상으로 판정될 때 검진 의료기관 및 건강진단체도 자체에 대한 불신을 야기시켜 왔다.

그런데, 건강진단에서는 선별검사 만하고 질병의 유무를 확정하는 2차검사는 집단검진과는 다른 전문적인 절차로 전문치료기관에서 주치의의 지시에 따라 수행하는 것이 바람직하다는 견해도 있을 수 있다(서일, 1994). 공교보험 피보험자 검진에서 2차건강진단 대상자는 1차 수검자의 22.6%에 해당되고, 수검자당 평균 2차검진비가 1차검진비의 69.7%에 해당됨으로써 공교 및 직장보험 피부양자의 질환의심자 35.3%, 및 34.1%에 대해 2차검진을 실시할 경우 보험재정부담이 증대되는 것은 분명하다. 그래서 피용자인 공교보험과 직장 피보험자에 대해서는 2차검진까지 실시하고, 피부양자에 대해선 1차 선별검사만 시행하고 질환의심자는 보험급여로 검사를 받도록 함이 타당할 수도 있다. 이 또한 직장근로자는 자격변동률이 높아 2차검진의 추후 관리가 어렵다는 점을 고려해야 한다.

둘째, 공교보험이나 직장조합의 경우 건강진단을 2년에 한번씩 실시하고 있고, 근로자 건강진단은 사무직은 2년에 1회 생산직은 매년 실시하도록 하고 있지만, 격년제 실시의 타당성을 단적으로 말하기 어렵다. 공교보험은 자격변동

율이 비교적 낮으나 직장조합은 연간 95% 정도 이르고 있어 2년에 1번씩 검진할 경우 사업에서 제외되는 대상자가 많이 발생할 소지가 있다. 건강진단을 매년 실시할 경우 전반적인 통계의 유지관리에 연속성을 가질 수 있고, 사회의 외적변화에 따른 사업방식의 전환이 신속하고 효과적일 수 있다. 일반적으로 개인의 정기적 건강진단은 매년 하도록 권장하고는 있지만 매년 실시한다는 것은 비용부담의 문제와 함께 유소견자 발견율이 줄어듦에 있으므로 그 효율성도 재검토해 보아야 한다.

셋째, 건강진단 대상자를 고위험군과 저위험군으로 구분하여 검진항목이나 검진방법을 다르게 할 필요가 있다. 위험군 구분은 성별, 연령별, 직업별, 과거병력별 등으로 구분할 수 있다. 현재 건강진단 항목에 따라서 성이나 연령, 과거병력의 조건에 따라 실시기준을 정하고 있어 위험군별로 검진을 실시하고 있다고도 할 수 있지만 대상자별 사후관리가 철저히 이루어지면 위험군을 더욱 세분하여 실시할 수 있을 것이다.

넷째, 건강진단으로 조기에 질병을 발견하기 위해서는 높은 정확성이 유지되어야 한다. 이를 위한 대안의 하나로 사전에 건강설문조사를 실시하여 질병이환이 의심되는 사람을 색출하고, 의심되는 특정 질환에 대한 집중된 정밀검사를 통하여 건강진단의 정확성을 높이는 것이다. 이를 전면적으로 실시하기 앞서 소규모 특정집단을 대상으로 시범실시를 통해 비용-효과를 평가하고 문제점을 개선 보완해야 할 것이다. 현재 건강진단시 문진표를 작성토록 하고 있기 때문에 이를 더 보완만 하면 충분히 사용할 수 있을 것으로 생각된다. 한 연구에 의하면 건강설문조사를 실시할 경우 간질환 및 순환계질환의 의심자를 색출할 수 있어 1차 건강진단시 혈액

검사중 혈당, 혈청지오티, 혈청지피티, 총콜레스테롤 등의 검사를 실시하지 않아도 큰 지장이 없을 것이라고 하였다(변종화 등, 1992).

4. 건강진단 대상질환과 종목의 개선

건강진단 검사종목은 대상질환을 먼저 선정 한 후 대상질환의 발견에 가장 적합한 검사종목을 선정함이 원칙이다. 건강진단 대상질환은 우리나라에서 이환율이 높고, 사회적으로 중요한 건강문제로 대두되는 질환을 중심으로 선정하고, 질환별 검사종목은 선정된 질환의 특성을 고려하여 감수성(sensitivity)과 특이도(specificity)가 높은 검사종목을 중심으로 비용-효과 측면의 경제성과 국내 의료기관의 검진가능성 등 기술적 측면을 고려하여 선정하여야 한다. 건강진단 항목은 대상에 따라, 시행기관에 따라 상이하고 절대적인 기준도 있을 수 없다. 즉, 국가 또는 보험재정이나 대상자의 요구도에 크게 좌우될 수 있기 때문이다.

공교 피보험자 건강진단은 비용보다 편익이 크다고 보고되고 있고(유승흠 등, 1989), 근로자 건강진단 사업도 비용-편익분석에서 효과적이라는 보고가 있다(양봉민과 김진현, 1993). 이렇게 볼 때 우리나라의 건강진단에 포함된 대상질환은 대체로 큰 문제는 없을 것 같다. 보건예방사업이 경제적이란 일반론에 의하면 대상질환을 확대해도 무방할 것 같으나 이환율이 낮거나 발견율이 낮으면서 비용이 많이드는 질환은 확대할 수가 없을 것이다. 이러한 질환은 오히려 보험급여로 의료기관을 이용하도록 하면 될 것이다.

현재 공교보험이나 직장의료보험의 건강진단 대상질환은 성인에게 이환율이 높고 계속 증가

추세에 있는 만성퇴행성질환을 중심으로 9개 질환(폐결핵, 고혈압, 고지혈증, 간질환, 당뇨병, 신질환, 빈혈증, 기타 흉부질환 및 자궁암)을 대상으로 28개종목을 실시하고 있다. 대상질환은 보험의 종류별로나 대상자에 따라서도 차이가 없는데, 이는 우리나라 보건의료의 현실 및 경제적 현실을 감안하여 보건의료계에서 보편적으로 합의하고 있는 사항이라 하겠다. 향후 국민소득이 높아지고 건강에 대한 관심과 의료수준이 제고되면 우리나라 사인의 주요요인으로 되고 있는 심장병 등의 질환도 대상질환은 확대할 수도 있을 것이다. 그렇지만 국민건강의 효율성 증진 및 의료비 절감이라는 측면서 보면 검진사업을 최소화하여 적정한 검진항목을 설정·운영하고, 생활습관 및 환경개선 등을 통한 보건교육에 우선 순위를 두어야 한다는 견해도 많음을 인식하고 있어야 할 것이다.

건강진단의 검진 종목은 1997년에 피보험자 건강진단과 성인병검진의 종목이 통일되었기 때문에 당분간은 계속적으로 유지할 수 있을 것으로 생각되지만 앞으로 검진종목에 대한 효과를 계속적으로 재평가할 필요가 있다.

5. 건강진단 시설의 확보와 합리적 배치

건강진단을 통한 2차적 예방사업이 효과적으로 이루어지기 위해서는 연령별 특성이나 질병의 특성을 고려하여 건강관리 지침을 마련하고, 이를 수행하는데 필요한 인력, 시설, 장비 등이 확보되어야 한다. 그러나 우리나라에서는 아직까지 2차적 예방차원에서의 건강관리를 위한 구체적 지침이 마련되어 있지 않고 국민들이 쉽게 이용할 수 있는 건강관리 시설도 확보되어 있지

않다. 이러한 2차적 예방기능을 할 수 있는 보건의료기관인 보건소, 보건지소 등의 공공기관은 이러한 기능을 수행할 수 있을 만큼 인력, 시설·장비가 확보되어 있지 못한 실정이다.

건강검진 기관의 지정은 의료보험 요양기관으로 지정된 기관으로서 대한임상검사 정도관리협회의 심사를 필하고 합격판정된 의료기관으로서 시설, 장비 및 인력 현황을 검토한 후 이루어진다. 1994년까지는 병원급 중심으로 검진기관을 지정해 왔으나 1996년부터는 의원 및 보건기관까지 대폭적으로 확대하여 건강진단의 접근성을 높일 수 있도록 하였다. 특히, 암검사 검진기관은 1994년까지는 위장 등 4개 부위 전부를 검진할 수 있는 종합병원급 의료기관만 인정하였으나 1996년부터는 위장 등 부위별로 검진가능한 기관도 각각 인정하였기 때문에 병·의원도 포함되어 검진기관을 이용하는데 편의를 도모하였다.

그러나 의료기관간의 검사결과 유소견율에 차이가 심하게 나타나고 있는데, 검사의 신뢰를 보다 강화한 평가가 검진기관 지정 시에 이루어져야 한다. 의료취약지역에 한해 순회검진을 실시할 수 있도록 하고 있으나 이와 병행하여 농어촌 의료취약지역의 기존 보건소 기능을 강화하여 건강진단에 더욱 활용토록 해야 할 것이다(변종화 등, 1992). 또한 건강진단 수검자들은 종합병원에서 검진 받기를 희망하여 이에 집중되는 현상을 보임으로써 의원과 보건기관에서의 검진을 활성화할 수 있도록 투자를 해야 할 것이다.

보건사회연구원 조사결과(송건용, 1992)에 의하면, 우리나라 국민중에서 건강진단 받은 자의 비율이 증가하고 있는 이유로는 공식적인 건강진단 제도하에서의 건강진단 실시자 외에 개인

적인 필요에 의해 개인적인 비용부담으로 건강진단을 받은 사람의 비율이 증가하고 있기 때문이라 하였다. 따라서 이러한 국민들의 건강검진 요구도를 충족시킬 수 있는 건강관리 시설의 확충도 필요하다고 하겠다. 그런데 현재 종합병원급에서 병원경영 개선의 일환으로 종합검진센터를 활발히 설치해 두고 있지만 너무 비용이 많이 들어 저소득층의 이용에는 한계가 있으므로(이형한, 1997) 의료보험의 건강진단을 활성화하는 것이 국민의료비 절감에 도움이 될 수 있을 것이다.

이와 함께 검진기관에 대한 교육 및 감독이 강화되어야 한다. 즉, 의료질서를 확립하고 정도관리 차원에서 검진기관에 대한 정부 및 협의회 차원에서의 감독을 철저히 해나가야 할 것이다.

6. 건강진단 사후관리체계의 합리화

건강진단에서 가장 중요한 것은 수검자들이 건강진단 결과를 빨리 알아서 조기에 적절한 조치를 취할 수 있도록 해 주는데 있다. 건강진단 결과 유소견자는 의료보험의 적용 하에 개별적으로 추후관리를 받도록 하고 있다. 그러나 지금까지 직장보험의 건강진단과 근로자 건강진단에서는 검진결과 통보와 병행하여 추후관리 대상자에 대한 적절한 관리방안 제시나 관련교육 실시 등이 이루어지지 않고 있음은 물론, 추후관리 여부에 대한 제반 관리조차 전무한 실정이었다. 또한 조합단위의 예방보건업무 담당자가 대부분 비의료인이므로 개별 통보된 검진결과에 대한 문의나 상담에 대하여 적절히 응하지 못하고 있었다(변종화 등, 1992).

또한 현재의 건강진단사업은 건강진단 후 검

진결과를 각 개인에게 알려주지만 그 결과를 어떻게 해석해야 하고, 현재 개인의 생활습관 등에 비추어 어떻게 건강위험요소의 개선을 시도하는지에 대한 개별적인 분석이 결여되어 있다. 즉, 건강검진 후의 사후관리가 철저히 이루어지지 못하고 있는 실정으므로 보험자들은 건강상담원을 두어 피보험자들의 건강상담에 응해야 할 것이다. 이들은 첫째, 건강진단결과에 대해 검사항목별 검사 성적치의 의미와 결과에 대한 해석 및 건강관리방법 등에 대한 상담을 하고, 둘째 건강진단 결과 요주의 건강자에 대하여 문진표와 연계하여 개인별 건강위험요인을 평가하여 건강한 생활습관으로의 변화를 유도시켜 질병발생을 미연에 방지토록 지도하며, 셋째 건강진단 결과 유질환자에 대하여 치료여부를 지속적으로 확인하여 발견된 질병을 조기치료토록 권고하여 조속히 건강을 회복토록 모니터링하는 등의 역할을 수행할 수 있을 것이다.

보험자와 보험자단체는 수검 대상자 또는 전국민에 대한 개별검진 내역(검사성적, 검진결과 등) 관리에 대한 전산시스템을 구축하여 개인별 연도별 검진실시 여부, 건강상태 변화 등에 대한 건강이력을 관리하고 유소견자 등에 대한 치료급여와 연계한 개인별 검진 사후관리의 기초 자료를 개발, 생산하여야 한다. 검진결과를 전산화와 건강상담원을 통한 보건교육 및 유질환자 관리가 지속적으로 이루어질 때, 건강진단사업은 질환유무만 판정해 주는 소극적 방법에서 탈피할 수 있고, 대상자에게 개별적이고 선택적 접근을 함으로써 명실상부한 건강진단 사후관리 시스템이 구축될 수 있을 것이다. 나아가서 건강진단 결과를 보건소 등의 보건기관에 통보하여 지역보건사업과 연계시켜 관리하여야만 진정한 건강진단 체계가 구축될 것이다.

V. 결 론

우리나라는 1989년에 전국민 의료보험을 이룩하여 국민들의 건강유지에 지대한 공헌을 해왔다. 그러나 우리의 의료보험제도는 요양급여와 분만급여를 기본으로 하고 있고 예방급여는 소홀히 취급해 왔다. 그런데 1995년에 근로자 건강진단을 의료보험에서 담당하게 되고 지역 피보험자보험에 대해서도 성인병검진을 실시하게 됨으로써 보건예방사업이 전 의료보험권으로 확충되게 되었다. 이제 선진국형의 건강보험 형태로 가기 위해선 예방급여에 충실해야 하고, 그러기 위해서는 산진진찰, 예방접종 등과 같은 예방급여의 확충과 더불어 건강진단을 보다 더 활성화하고 보건예방 사업비의 지출 비중을 높여야 한다(의료개혁위원회, 1997). 그리고 의료보험권의 건강진단이 공공 건강진단을 주도하게 됨으로써 국민의 건강진단에 대한 인식을 새롭게 하여 건강진단의 유효성을 높이는데 이바지해야 할 것이다. 그러기 위해선 건강진단의 내실화와 충실화를 기해야 할 것이다.

건강진단 사업을 제대로 하기 위해서는 먼저 인식의 전환이 있어야 한다. 건강위험 평가 및 예방의료처방 등을 기본으로 하는 건강진단의 시행과 보급에 앞서 가장 먼저 이루어져야 하는 사항은 이것이 기존의 건강검진 또는 종합진단과는 다른 그 개념과 내용을 전혀 달리하고 있다는 점을 인식시키는 일이다. 현대의 질병양상에 대응할 수 있는 최선의 의료방책이라고 믿어지는 건강진단은 지금까지의 전통적 의료의 속성과 많은 차이가 있게 마련이다. 예를 들어 전통적 의료에서 환자는 자신의 질병에 대하여 언

제나 수동적인 입장에 있지만 건강진단에서는 대상자 자신도 의사와 마찬가지로 능동적인 입장에서 의료를 이용하게 된다. 현상적으로 아무런 증상을 느끼지 않는 상황에서부터 스스로 건강진단을 받고 필요시 질병예방을 위하여는 본인의 행태를 바꾸어야 하는데 이를 본인밖에는 해낼 수가 없기 때문이다. 의사와 환자의 일방적인 관계가 아니라 쌍무적인 관계 속에서 의료가 이루어지고 따라서 그 결과에 대한 책임도 양쪽에 모두 있게 된다는 점을 의료인은 물론이고 정책입안자나 일반 국민 모두가 이러한 건강진단의 의료적 속성을 먼저 인식해야만 건강진단의 참여율을 높일 수 있을 뿐 아니라 건강진단이 충실히 수행될 수 있을 것이다. 건강진단의 기본이 되는 수검률을 높이기 위해서는 수검률이 낮은 이유를 면밀히 조사 분석하여 적극적으로 수검률을 높이도록 해야 할 것이다.

한편, 우리나라에서 건강진단이 의학적으로 전문적 영역에서 제대로 이루어지기 위해서는 기반조성 단계에서부터 합리적이며 체계적인 기획 하에서 전개되어야 한다. 건강진단의 필요성과 당위성이 아무리 높고 급하다고 하더라도 당장 선진국의 방법이나 내용을 도입하여 시행할 수는 없다. 예방의료의 처방내용이 주로 개인의 행태요인을 중심으로 하고 있는바 지역사회의 문화적 및 사회적 배경을 그 바탕으로 하여야 하기 때문이다. 특히 공공기관에서의 건강진단은 더욱 그러하기 때문에 건강진단 대상질환이나 건강진단 종목을 확대할 경우 일반병원에서 실시하는 종합검진과 비교할려는 경향은 배제하고 공공 건강진단의 목적에 맞도록 실시해야 할 것이다.

진정한 의미의 건강진단은 질병의 조기발견에만 목적을 두었던 소위 검진 또는 종합건강진

단과는 달리 특정질병의 조기발견과 아울러 특정질병 발병 고위험자(요주의 건강자)를 찾고, 이들 개개인에 대하여 후소적인 조기치료 및 또는 예방의료를 시행하고자 하는 새로운 영역의 의료라고 할 수 있으므로 사후관리에 관심을 집중시켜야 할 것이다. 보험자는 전국민에 대한 개별검진 내역, 건강상태 변화 등의 건강이력 등 건강관리에 대한 전산시스템을 구축하고, 유소견자 등에 대한 치료급여와 연계한 개인별 검진 사후관리체계를 마련해야 할 것이다. 질환이 있는 것으로 판정된 치료요양 대상자는 검진을 받은 의료기관에서 즉시 치료를 받도록 계도하고, 치료요양 대상자는 소속기관장에게 그 내용을 통보하여 조속한 치료가 이루어질 수 있도록 협조를 받아야 할 것이다. 그리고 폐결핵 양성자 및 고혈압 질환자 등 지역보건사업과 관련이 있는 질환에 대해서는 관할 보건소장에게 그 내용을 별도로 통보하여 무료진료 및 투약 또는 보건관리가 원활히 이루어질 수 있도록 연계체계를 구축해야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 노동부 : '92 근로자 건강진단 실시결과 분석. 1993.8
2. 맹광호 : 건강진단의 예방보건학적 의의와 그 확대 방안. 건강소식 1990; 9
3. 문현창, 염용태, 이명숙 : 도시주민 건강진단 수진에 관한 행동변인 연구. 한국역학회지 1990; 12(2):184-190
4. 박순우 : 일부 농촌지역 농업종사자들의 건강진단 수검실태. 한국농촌의학회지 1997; 22(1):1-18
5. 박종원, 신동훈, 이미영, 서석권 : 일부 사무직 근로자와 생산직 근로자간의 일반건강진단 검사결과의 차이, 예방의학회지, 1995; 28(3):543-550
6. 박태수 : 김진군과 비김진군의 의료이용 비교, 공무원 및 사립학교교직원의 정기 건강진단 결과를 중심으로, 연세대학교 보건대학원, 1987
7. 변종화, 박인화, 최정수 : 질병예방 및 건강증진 전략개발 연구, 한국보건사회연구원, 1992 : 쪽 97-99
8. 변종화 : 국민건강증진을 위한 전략 및 사업추진방안, 국민건강증진을 위한 전략 및 입법안, 한국보건사회연구원, 1994 : 쪽 21-85
9. 보건복지부 : 1997년도 보건예방사업 실시지침. 1997
10. 보건복지부 : 1998년도 보건예방사업 실시지침, 1998
11. 보건사회부 : '94년도 직장의료보험조합 보건예방사업 실시지침, 1994.3
12. 서일 : 의료보험과 보건예방사업. 의료보장 1994.3; 70:4-8.
13. 안윤옥 : 건강진단: 떠오르는 21세기 의료의 첨병, 의협신보 1995.1.23: 15 및 1995.1.26: 19
14. 양봉민, 김진현 : 산업보건사업의 경제성 분석, 산업보건 1993.5; 61:4-10
15. 유승흠, 손명세, 조우현, 박은철, 이영두, 이규석, 전기홍 : 피보험자 건강진단의 비용-편익 분석. 예방의학회지 1989; 22(2):248-258
16. 의료보험관리공단 : 1994년도 피보험자 건강진단 결과분석, 1995
17. 의료보험관리공단 : 1995년도 피부양자 건강진단 결과분석, 1997
18. 의료보험관리공단 : 1996년도 피보험자 건강

- 진단 결과분석, 1997
19. 의료보험관리공단 : 건강진단 결과분석:'92 피보험자, 1993
 20. 의료보험관리공단 : 의료보험관리공단 10년사. 1988
 21. 의료보험연합회 : 1995년 의료보험통계연보, 1996
 22. 의료보험연합회 : 1995년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1996
 23. 의료보험연합회 : '93년도 직장의료보험조합 보건예방사업 실적분석. 1994
 24. 의료보험연합회 : '96년도 의료보험 보건예방사업 실적분석, 1997
 25. 의료보험연합회 직장보험부 : '97 보건예방사업 추진 방향, 의료보장 1997.5; 108:5-7
 26. 이규식, 남철현, 이해중, 진기남, 박재용, 변재환, 김병익 : 의료보험권의 보건예방사업 확대모델개발연구, 연세대학교 보건과학대학, 1995. 2.28
 27. 이동재 : 건강증진과 보건예방사업. 한국보건행정학회 전기 학술대회(연제집), 1996.7: 쪽 79-93
 28. 이원진, 김대성, 백도명 : 직업병 유소견자들의 사후관리 실태에 관한 조사연구, 대한산업의학회지 1993; 5(2):283-294
 29. 이종구 : 농촌지역 영유아의 포괄적 서비스 개발사례. 가족보건사업 활성화방안, 보건사회연구원, 1994 : 쪽 125-145
 30. 이형한 : 건강진단센터 이용자의 종합건강진단에 대한 태도 및 만족도, 경북대학교 보건대학원, 1997
 31. 전병률 : 정기건강진단으로 밝혀진 고혈압 환자의 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1988; 21(1):47-60
 32. 전유영 : 보건예방사업 추진실적 분석. 의료보험 1990.7; 101:95-99
 33. 차철환 : 산업장 근로자를 위한 건강진단의 개요, 산업보건 1987; 6(4):4
 34. 한창현, 감신, 박재용 : 근로자 건강진단 일 반질환 유소견자의 의료이용과 관련요인. 대한산업의학회지 1995; 7(2):64-76
 35. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination, CMA Journal 1979; 121(3):1193-1254
 36. Delbanco TL, Taylor WC. The periodic health examination 1980. Ann. Intern. Med. 1980; 92:252
 37. Ordin DL. Surveillance, monitoring, and screening in occupational health. in Last JM, Wallace RB, Maxy-Rasenau-Last textbook of public health and preventive medicine, 13 ed., Norwalk, Appleton and Lange, 1992 : 551-558

〈Abstract〉

Reform Measures of Health Examination Program in Health Insurance Scheme

Park, Jae-Yong

Department of Preventive Medicine and Public Health,
School of Medicine, Kyungpook National University

This study is an effort to make policy suggestions by analysing the current health examination program as a benefit service provided by the national health insurance system, including health screening for the insured, screening of cancer and chronic diseases for their dependents.

Analyses found some issues being gave attention to; 1) The insured under the community health insurance system do not get the health examination benefit. A program for them should be set to have equity in benefit services. 2) Low rates of using screen services compromise purpose and the efficiency the services have first intended to. An immediate attention should be made to increase low rate of use of screen test to detect chronic diseases in particular. 3) Selection of diseases and test items covered by health examination program does not reflect the need of the insured, but to reflect financial resources of the national health insurance system. 4) Lack of health screening facilities and their geographical maldistribution is observed, which with preference of a general hospital as a screening post by the insured may lead to unreliable test. 5) A follow-up system should have been developed for the suspected classified by test results of carrying chronic diseases. They should be cared for within the health examination program. Public health care systems incorporate such a system, along with caring for those who are in need of having a health counselling on preventive care.

In conclusion, the national health insurance system should be a medical insurance of giving a higher priority on preventive care benefits, health examination program in particular. That could be done by making rearrangements of test items, screening methods and system, rationalizing current reimbursement system of service fee, increasing accessibility to and utilization of the services, and making an establishment of follow-up system.