

政策研究資料 98-03

행정간행물등록번호 A0045-65300-57-9803

醫療機關 母子保健 管理現況과 發展方向

黃 那 美

韓國保健社會研究院

머 리 말

母子保健은 한 국가의 재생산과 넓은 의미의 사회건강에 영향을 미침에 따라 차세대 국민의 자질향상과 직결된다. 이에 따라 母子保健事業은 정부가 추구해 나가야 할 기본과업으로 선진국일수록 정책적 관심과 정부 사업의 비중이 큰 분야이다.

최근 우리 사회는 소자녀 가치관의 확립으로 신체적으로나 정신적으로 건강한 어린이를 출생하고자 하는 기대가 예전보다 더욱 높아지고 있는데 100%에 이르는 산전진찰률과 시설편만율에도 불구하고 선진국에 비하여 영아사망률 및 모성사망비가 높고 선천성, 또는 출생과정 중에 발생된 장애발생 비율이 감소하지 않고 있어 모자보건사업 전반에 걸쳐 검토의 필요성을 시사하고 있다.

이미 정부는 1989년 「障 碍 人 福 祉 法」을 개정하여 장애인 福祉增進施策을 종합적이고 체계적으로 추진하고자 모자보건사업의 강화를 명시한 바 있다. 同 法에서는 障 碍 原 因이 되는 상병의 예방과 조기발견을 강조하고 있어 국가 保健福祉事業의 기반사업으로서 母子保健事業의 중요성을 시사하고 있다. 더욱이 앞으로의 사회적 여건은 여성의 사회진출 증가로 출산연령이 높아지고 職 業 的 有 害 物 質과 각종 環 境 公 害에 노출될 기회가 증가됨에 따라 고위험 대상은 점차 증가될 것으로 예상된다.

이러한 배경아래 정부는 21세기를 맞이하여 모자보건사업 발전을 위한 10개년 계획을 수립 중에 있는 바, 본 연구는 모자보건사업의 새로운 방향성을 찾기 위하여 대부분의 모자보건 대상이 이용하고 있는 민간 의료기관을 대상으로 모자보건서비스 제공측면, 사업관리 측

면, 지표생산 측면에서 제 문제점을 도출하고 그 대안을 모색하고자 시도되었다.

따라서 본 報告書는 모자보건사업 목표와 정책방향을 수립하는 데 귀중한 자료로 활용될 것으로 기대하며 특히, 정부의 역할 및 기능 정립과 공공부문의 사업방향 설정에 대하여 매우 중요한 시사점을 제시하고 있다고 하겠다.

本 報告書의 初稿를 읽고 유익한 助言을 해준 本院의 徐美卿 副研究委員과 金惠蓮 責任研究員에게 감사하고 있다.

끝으로 本 報告書에 수록된 內容은 어디까지나 研究者의 個人 意見이며 本院의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

1998年 9月

韓國保健社會研究院
院長 鄭 敬 培

目 次

要 約	7
I. 序 論	16
II. 母子保健 施設 및 서비스 供給 現況	18
1. 母子保健 關聯 病·醫院 現況 및 分布	18
2. 母子保健 서비스 提供 現況	20
3. 3次診療機關의 周産期 管理實態	29
III. 病·醫院 母子保健事業 管理 現況	34
1. 母子保健手帖 活用	34
2. 「妊産婦, 新生兒 死亡 및 死産 報告」實態	34
3. 分娩介助者の 「出生證明書」活用	35
4. 高危險對象者 自意退院	36
IV. 綜合病院에서의 母子保健統計 生産 現況	38
V. 向後 母子保健事業 發展方向	40
1. 役割分擔 側面: 公共과 民間資源의 效率的인 活用을 위하여	41
2. 서비스 質 側面: 周産期 醫療의 地域化를 위하여	44
3. 對象者 健康管理側面: 母性 및 嬰乳兒·兒童·靑少年의 健康增進을 위하여	46

4. 出生兒 醫療倫理 側面: 出生兒의 生存·保護를 위하여	48
5. 統計生産 側面: 標準化된 指標의 使用과 醫療人에 의한 申告 채널의 構築을 위하여	49
參考文獻	51

表 目 次

<表 1> 醫療機關種別 分娩介助서비스 遂行機關 比率	20
<表 2> 地域別 3次診療機關 新生兒 集中治療室 醫師 및 看護師 1人當 擔當患兒數	30
<表 3> 地域別 3次診療機關의 高危險新生兒 移送現況	32
<表 4> 外國의 出生申告制度 現況	50

要約

I. 研究背景

- 母子保健은 한 국가의 再生産과 넓은 의미의 사회건강에 영향을 미침에 따라 차세대 국민의 자질향상과 직결됨.
 - 이에 따라 모자보건사업은 정부가 추구해 나가야 할 기본과업으로 선진국일수록 정책적 관심과 정부사업의 비중이 큰 분야임.
- 그간 우리나라는 생활수준의 향상과 전국민 의료보험 실시 등으로 99.6%의 산전수진율과 98.3%의 시설분만을 등, 의료이용의 접근도가 100%에 이르고 있어 선진국 수준임.
 - 그러나 선진국에 비하여 높은 영아사망률과 母性死亡比는 모자보건사업 전반에 걸쳐 검토의 필요성을 시사하고 있음.
 - 또한 선천성·출생과정·영아기에 발생한 장애비율이 전체 장애자 중 지체장애 6.0%, 시각장애 5.4%, 청각장애 8.4%, 언어장애 21.1%, 정신지체 52.0%로 나타나 병·의원 周産期 管理에 문제가 있음을 시사하고 있음.
- 진정한 의미의 福祉國家는 모성 및 영아사망률의 감소와 함께 모성의 건강 보호·증진과 경제사회 발전의 초석이 되는 심신이 건전한 신생아를 출생, 성장하도록 함을 목표로 하고 있음.
- 이러한 배경 아래, 정부는 21세기를 맞이하여 모자보건사업 발전을 위한 계획을 수립 중에 있는 바, 민간 의료기관을 대상으로 모자보건 관리현황을 파악하고 문제점을 도출하여 그 대안을 제시, 동 계획 수립에 필요한 정보를 제공하고자 함.

II. 現況 및 問題點

1. 母子保健 施設 및 서비스 供給 現況

가. 關聯 病·醫院 分布의 示唆點

- 郡地域은 市地域과는 달리 小兒科 및 産婦人科 專門醫가 타 진료 과목에 비해 상대적으로 낮게 開院하고 있는 것으로 나타나 모자 보건사업이 강화되어야 될 필요성이 있음.

나. 母子保健 關聯서비스 提供 現況

- 醫院의 분만개조서비스 기피
 - 전국 산부인과의원의 56.9%(1992)만이 정상분만개조활동을 수행한 것으로 나타나(1998년 50% 수준으로 추정) 많은 醫院에서 분만서비스를 기피하고 있는 바, 관행수가에 비해 지나치게 낮게 책정된 정상분만 酬價(초산 46,990원, 경산 36,060원)가 그 주된 원인으로 지적되고 있음.
- 제왕절개술의 증가
 - 제왕절개술에 의한 분만은 35.9%(1997)로 선진국에 비하여 매우 높은 비율을 보이고 있는 바, 이 중 1/5 정도가 제왕절개 부적응증인 것으로 지적된 점을 고려하면 산모 건강 및 의료자원의 효율적 활용측면에서 정책적 개입이 요구됨(제왕절개 5% 증가시 평균 5일간의 산모 在院日數의 증가로 500명상 병원 1개소 운영 필요).
- 母子同室 운영 저조
 - 출생 첫 1~3일 동안의 수유형태는 모유수유 실천에 큰 영향을 미치는데 출생아의 33.4%(1997)가 인공수유아로 나타나 분만 의료기관에서의 母子同室 운영이 요구됨.

- UNICEF에서 母子同室 운영·실시 등에 따라 지정하고 있는 「아기에게 친근한 병원(Baby Friendly Hospital Initiative)」이 전국에서 9개 병원에 불과함.
- 선천성대사이상검사 실시 확산
 - 전국 병·의원에서는 1995년 이후 출생아의 65%의 대상에게 선천성대사이상검사를 실시한 것으로 나타나 1991년 保健所에서 동 검사 도입, 실시 이후 빠르게 확산된 것으로 파악됨.
- 인공임신중절 문제
 - 1997년 유배우 가임여성(15~44세)의 경우, 임신결과가 인공임신중절로 종결된 비율이 26.1%로 파악됨. 이에 따라 연간 28만건의 인공임신중절이 병·의원 및 조산원에서 시행되고 있으며 이로 인하여 연간 110억(합법적 인공임신중절 최저보험수가 22,740원과 투약료 포함 최저가 40,000원 기준)의 비용이 지출되고 있는 것으로 추산됨.
 - 유배우 가임여성의 피임실천율은 80.5%이나 임신당시 일시피임방법의 실패로 임신이 초래, 인공임신중절술이 시행되고 있음.
 - 男兒選好로 인한 태아 성감별이 인공임신중절을 증가하게 하는 하나의 요인이 되고 있음.
- 특수진료중심의 서비스
 - 전국 268개 종합병원에서는 小兒科 및 産婦人科에서 혈액종양, 신경질환, 알레르기, 내분비 등 대부분 첨단치료(High-tech Treatment) 중심의 전문화된 특수 진료클리닉을 운영하고 있는 것으로 나타나 예방 및 조기발견 중심의 관리(Prevention and Early Detection-based Care)는 거의 제공하고 있지 않음.

다. 3次診療機關의 周産期 管理實態 및 서비스 供給 現況

- 「신생아 집중치료실(NICU)」 보유병상 부족
 - 신생아 집중치료(Level III 기능)에 필수적인 시설 및 장비 보유수준을 평가하여 실제 Level III 기능이 가동될 수 있는 병상수를 파악한 결과, 총 545 병상 중 196병상으로 나타나 우리나라 출생아 규모에서 필요한 병상수(700병상)의 약 28% 보유수준에 불과함.
- 신생아 집중치료 의료인력 배치기준 미달
 - 「신생아 집중치료실」의 전담 의사수는 「美國小兒科學會」에서 제시한 Level III 기준(醫師 1인당 4~5명)과 비교해 볼 때, 2배 이상의 환아를 담당하고 있음.
 - 간호사의 경우, 1인당 평균 담당환아수는 5.3명으로 일반병동 간호인력 보다 3배나 투입된 상태임에도 불구하고 Level III 기준(간호사 1인당 1~2명)보다 과다한 환아를 관리하고 있음.
- 地域化 水準
 - 전국 39개 3차진료기관 중 타의료기관에서 고위험 신생아에 대한 입원 의뢰가 왔을 때, 환아를 받을 수 있었던 기관은 불과 5개 기관으로 나타남. 나머지 34개 기관 중 20개 기관은 자체 병원에서 출생한 고위험 신생아마저도 타 여러 병원으로 이송시키고 있는 것으로 나타나 周産期 醫療 공급상 심각한 문제가 있음이 드러남.
- 신생아 집중치료에 따른 지불보상
 - 보육기 原價(장비 운영에 따른 인건비 제외)는 1일 8,880원(장비가 천만원 기준)이나 현 酬價는 6,320원임. 또한 보육기 기능에 따라 8백만원대에서부터 3천만원대까지 그 가격이 다양하나 현재 單一 酬價로 묶여 있어 최신 장비에 대한 구입 욕구가 전혀 유발되지 못하고 있는 실정임.

- ‘인공환기기’의 경우도 원가보전에 못미치고 있으며 ‘수액주입기(Pump)’ 등의 기기는 지불보상 범위에 제한을 받고 있어 기관 경영자는 관련장비 구입을 원하지 않고 있으며 구입한 장비마저도 가동, 운용하기를 꺼리고 있는 실정임.
- 「신생아집중치료실」의 관리료는 일반환자보다 입원환자관리료(10,310원)의 100% 가산에 불과한 것으로 나타나 인건비 원가에도 못미치고 있음.

2. 母子保健事業 管理 現況

가. 母子保健手帖 普及 및 活用 低調

- 「母子保健法」에 의거하여 임부는 모자보건수첩을 소지하도록 함에 따라 통일된 양식의 모자보건수첩의 활용을 위하여 연간 3억원의 정부 모자보건수첩을 발행하고 있음.
- 그러나 의료인, 임산부 공히 모자보건수첩의 활용에 대한 인식이 낮아 동 수첩의 보급률은 30% 수준임.
- 모자보건사업의 효율을 극대화하고 학교보건과의 지속적인 관리를 위하여 영유아관리와 학교보건과 연계할 수 있는 제도적 장치가 요구되나 「學校保健法」상 초등학교 입학시 모자보건수첩을 제출할 근거가 없음.

나. 「妊産婦, 新生兒 死亡 및 死産 報告」 制度 未定着

- 「임산부, 신생아 사망 및 사산 보고」 제도는 1986년 개정된 「母子保健法」에 의해 의료기관의 長이 연 2회 관할 地方自治團體長에게 보고하도록 制度化되었음.

- 동 보고자료는 死因의 정확성이 중요시 되는데도 死因으로 사망 직전의 증상을 기재하는 경우가 흔하고 일부 건수만 보고하여도 보고건수의 정확성을 확인할 방법이 없으며 해당기관에서 死亡 및 死産이 전혀 발생되지 않았을 경우 ‘미발생’인지 보고 자체를 안 했는지 현 제도하에서는 알 수 없다는 점때문에 신뢰할 수 있는 報告制度로서 정착되지 못하고 있음.

다. 分娩介助者에 의한 「出生證明書」未活用

- 분만개조자가 작성한 「出生證明書」는 출생아의 부모가 출생신고를 할 때 제출하도록 함에 따라 출생 후 1개월 기간 중에 발생된 신생아 사망 등 제 여건으로 출생신고가 안될 경우, 「出生證明書」가 활용되지 못하여 출산관련 통계 산출에 한계가 있음.

라. 高危險對象者 自意退院(DAMA: Discharge Against Medical Advice)

- 미숙아나 중증의 질환으로 출생하여 심각한 후유증이 예상되거나 진료비 지불이 어려운 경우, 醫師의 지속적인 치료의 권유에도 불구하고 부모의 결정에 의해 自意로 퇴원하여 치료를 중단한 결과, 생존가능한 경우에도 사망하거나 장애를 심화시켜 치료결정권 및 사후책임 소재 등 自意退院 問題가 모자보건의 새로운 문제로 대두되고 있음.

3. 母子保健 關聯指標 活用 現況

- 「世界保健機構」에서는 모자보건수준 파악과 각 국가간의 비교를 위하여 모성사망 및 死産 등의 용어 및 범위를 정의하여 이의 사용을 권장하고 있음. 그러나 국내 의료계에서는 모성사망 및 死産

등에 대한 정의와 기준 등이 표준화되지 못하여 국가 모자보건 추이 및 비교에 어려움이 초래되고 있음.

Ⅲ. 向後 母子保健事業 發展方向

1. 基本方向

- 선진화된 모자보건사업은 질병이나 異常의 치료 이전에 사전예방과 早期發見에 역점을 두고 있음. 이에 따라 도출된 문제들을 중심으로 앞으로 추진하여야 할 모자보건사업 방향은 다음과 같음.
 - 사업대상은 임신 이전에 건전한 모성 의식과 모성 기능을 함양할 수 있도록 사춘기 청소년 生殖保健부터 관리하는 것이 요구됨.
 - 3차진료기관에서는 고위험 대상에 대한 집중관리가 적절히 이루어질 수 있도록 기본 의료자원 확보를 위한 여건이 보장되어야 함.
 - 현재 병·의원에서 제공하고 있지 않는 건전한 모성과 영유아 성장발달 및 건강증진서비스는 공공기관 즉, 保健所에서 관장하도록 관련 기능을 강화시킴.

2. 政策建議

가. 民間 및 公共資源의 效率的 活用 側面

- 의료기관 專門醫 인력 활용(시간제)을 통한 保健所 예방보건사업의 內實化
 - 영유아 성장발달 스크리닝, 모유수유 실천을 제고, 제왕절개분만을 감소, 인공임신중절의 감소 등에 대한 보건교육실 운영

- 의료기관 취약 군지역 保健所의 모자보건서비스 기능 강화
- 의료기관과의 연계를 통한 保健所에서의 저체중 출생아 등록제 도입 및 추후관리사업 실시
- 학교 및 산업장과의 연계를 통한 保健所에서의 청소년 및 미혼남녀 生殖保健 관리대책 강화
- 醫院의 분만개조 기능의 활성화를 위한 정상분만 수가의 현실화
- 비정부 민간기구(NGO)의 모자보건관련 교육교재 및 자료개발기능의 강화

나. 新生兒 集中治療서비스 質 提高 側面

- 周産期 集中治療施設(Level III 기능) 기준 설정
- 周産期 醫療의 지역화를 위한 진료권(인구 150만명당)별 30개 「周産期 集中治療센터」 지정
- 「周産期 集中治療센터」 기본장비 및 서비스에 대한 保險酬價의 現實化

다. 嬰乳兒·兒童·靑少年 및 母性的 生存·保護·健康增進 側面

- 선천성대사이상질환으로부터 초래되는 정신지체장애아 발생 예방
 - 선천성대사이상검사의 보험급여화
 - 의료인의 선천성대사이상검사 실시에 대한 법적 의무화
- 모유수유 실천율 제고
 - 의료기관 母子同室 운영의 義務化를 위한 「醫療法施行規則(의료 시설의 요건)」의 개정

- 인공임신중절 감소
 - 사회적 차원에서의 남아선호 불식을 위한 행동프로그램의 개발 및 실천
- 모자보건수첩 활용성 제고
 - 표준화된 모자보건수첩 활용 및 학교보건과의 연계운영 추진을 위한 「學校保健法」의 개정
- 제왕절개분만 감소
 - 정상분만 酬價의 현실화
 - 보험기관에서 의료기관 진료비 심사시 의료기관별 제왕절개분만 비율 공개 및 시술의 적정성 평가제도 도입

라. 出生兒의 生存 및 保護를 위한 醫療倫理 側面

- 고위험 대상의 自意退院 基準 및 퇴원결정 책임의 제도적 장치 마련

마. 標準化된 母子保健指標 使用 側面

- 모성사망, 사산 등 모자보건 관련 용어의 標準化
 - 「세계보건기구」에서 정의한 지표 정의 및 내용의 보급 및 활용
- 「出生證明書」 활용을 통한 출산관련 통계 산출체계 구축
 - 현행 부모를 통한 「出生證明書」 제출 의무화를 醫療人이 직접 출생아 거주지 保健所에 제출하도록 「醫療法」 개선

I. 序論

母子保健은 한 국가의 再生産과 국민 개개인의 平生健康의 기초가 됨에 따라 차세대 국민의 자질향상과 직결된다. 이에 따라 모자보건 사업은 정부가 추구해 나가야 할 기본과업으로 선진국일수록 정책적 관심과 정부사업의 비중이 큰 분야이다.

그간 우리나라는 생활수준의 향상과 전국민 의료보험 실시 등으로 인하여 의료이용의 접근도가 제고됨에 따라 100%에 이르는 산전수진율과 시설분만율, 출생 천명당 10이라는 영아사망률과 출생 십만명당 20이라는 母性死亡比 등 保健指標상에 나타난 모자보건 수준은 크게 향상되었다. 그러나 선진국에 비하여 높은 영아사망률과 母性死亡比는 모자보건사업 전반에 걸쳐 검토의 필요성을 시사하고 있다.

최근 우리 사회는 소자녀 가치관의 확립으로 신체적으로나 정신적으로 건강한 어린이를 출생하고자 하는 기대가 예전보다 더욱 높아지고 있는데 선천성, 또는 출생과정 중, 그리고 영아기에 발생한 장애비율이 전체 장애인 중 지체장애 6.0%, 시각장애 5.4%, 청각장애 8.4%, 언어장애 21.1%, 정신지체 52.0%로 나타나(정기원, 1995:21) 周産期 管理에 문제가 있음을 시사하고 있다.

진정한 의미의 福祉國家는 모성 및 영아사망률의 감소와 함께 모성의 건강 보호와 경제사회 발전의 초석이 되는 심신이 건전한 신생아를 출생, 성장하도록 함을 목표로 하고 있다.

우리나라는 연간 72만명의 신생아가 태어나고 있으며(통계청, 1996) 99.6%가 병·의원에서 산전진찰을, 98.3%(종합병원 39.0%, 병원 28.2%, 의원 31.1%)가 병·의원에서 분만을 하고 있다(조남훈, 1997). 이처럼

거의 전 대상이 周産期 管理를 병·의원에 의존하고 있음을 주목하여 볼 때, 현재 병·의원이 안고 있는 현실적인 문제에서부터 출발하여 대안을 모색하고 새로운 방향성을 찾는 작업이 모자보건사업 발전을 위한 계획 수립에 부합된 시도라 할 수 있다.

그럼에도 불구하고 그 동안 민간 의료기관의 모자보건사업에 대해서는 정책적 관심이 주어지지 못하였고 공공 보건의료기관의 사업에만 치중한 나머지 민간, 공공부문 상호 역할정립에도 어려움이 초래되었으며 투입자원이 효율적으로 활용되지 못하여 결과적으로 모자보건사업의 先進化에 걸림돌이 되었다.

이에 본 研究에서는 의료기관 모자보건 사업자료, 전국 출산력조사 결과, 관련 法, 그리고 선진국의 정책 등을 토대로 민간의료기관의 모자보건 시설 및 서비스 제공 측면, 사업관리 측면, 통계 작성 및 指標 生産 측면에서 그 실태를 파악하고 문제점을 도출하여 정부의 역할 및 기능 정립과 공공 및 민간 기관의 역할 설정 등 향후 모자보건사업 발전을 위한 계획수립에 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 母子保健 施設 및 서비스 供給 現況

여느 보건사업과 마찬가지로 모자보건사업을 수행하는데 필요한 핵심적인 자원은 施設과 人力이다. 전국 병원급 이상 의료기관의 경우, 91%가 민간시설이며(보건복지부, 1996) 대부분의 醫院 역시 민간소유이다. 민간시설은 공공시설과는 달리 採算性을 고려하여 보유시설과 인력에 관계없이 서비스 내용을 변경하거나 융통성있는 운영을 할 수 있다.

한편 현행 의료전달체계상 구분된 1차, 2차, 3차 진료기관은 병원의 병상규모를 기준으로 분류하였기 때문에 곧 1차, 2차, 3차 모자보건서비스를 제공하는 기관으로 간주하기는 어려울 것이다.

바로 이러한 假定하에 전국 병·의원을 대상으로 유효한 모자보건시설을 파악하고 보건학적 틀속에서 주목하여야 할 서비스에 대하여 그 실태를 평가해 보고자 한다.

1. 母子保健 關聯 病·醫院 現況 및 分布

모자보건 관련 의료시설은 종합병원, 병원, 산부인과 및 소아과 전문의가 개설한 의원, 그리고 가정의학 전문의 또는 一般醫에 의한 醫院 등이라 볼 수 있다.

1998년 4월 현재 전국에는 268개 종합병원이 설립되어 있다. 이들 전 기관에서는 小兒科와 産婦人科 진료과목을 개설·운영하고 있다. 병원의 경우는 전국에 508개 기관이 설립되어 있다. 이 중 小兒科가

개설되어 있는 병원이 275개 기관, 産婦人科가 개설되어 있는 병원이 210개 기관으로 절반 정도의 병원이 모자보건 대상자를 관리하고 있는 것으로 나타났다.

專門醫에 의한 개설 醫院의 경우는 그 숫자 파악이 어려워 소아과 및 산부인과 전문의 자격증 발급 및 등록현황 자료를 활용하여 파악하였다. 1997년 4월 현재, 小兒科 專門醫數는 3,040명, 産婦人科 專門醫數는 3,640여 명이며 이 중 開院 專門醫는 각 54%, 48%로 나타나(대한의학협회, 1996) 소아과, 산부인과 의원의 수는 각기 약 1,640개 기관, 1,750개 기관으로 추산된다.

이 중 군지역에 설립된 의원의 수는 소아과 의원의 경우 2.4%, 산부인과 의원은 2.8%로 조사된 바 있어, 우리나라 총인구 중 군지역 인구 구성비율 21.7%(1996)와 전체 의료기관 중 군지역에 소재하고 있는 기관의 비율(9%)을 감안하여 볼 때, 소아과와 산부인과 의원이 상대적으로 군지역에 적게 開院하고 있음을 알 수 있다.

이는 모자보건 대상층인 가임기 청장년 연령층이 군지역에 거주하는 비율이 낮음에 따라 收益性을 우선으로 하는 민간기관으로서는 당연한 현상으로 볼 수 있다. 이에 따라 군지역 보건소에서는 시지역과는 달리 모자보건서비스가 강화되어야 할 필요성을 시사하고 있다고 보겠다.

한편 고위험 신생아를 대상으로 한 집중치료를 위해서는 신생아전문 의 뿐 아니라 소아외과 전문의, 미숙아망막증 진단 및 치료를 전담하는 안과 전문의 등의 초전문 의사 인력(Sub-specialist)이 확보되어야 한다. 전국 40개 3차진료기관의 인력과 기능을 조사한 결과, 소아외과 전문의 자격자가 근무하고 있는 기관은 31개소, 소아 眼科專門醫가 근무하고 있는 기관은 36개소, 선천성심장병에 대한 개심술을 시행할 수 있는 기관은 38개소로 나타났다.

2. 母子保健 서비스 提供 現況

가. 分娩介助서비스

분만개조는 모자보건사업의 핵이며 산부인과 전문의의 대표적인 서비스이다. 전국 의료기관에서의 분만개조 수행비율을 보면 <表 1>과 같다. 모자건강을 위한 최상의 분만형태는 정상적인 생리적 현상으로 진행되는 窒息分娩이다. 동 표에서 窒息分娩 수행비율을 보면 병원의 경우, 주간 72.2%, 야간 69.4%이며 의원 개원전문의의 경우, 주간 71.6%, 야간 56.9%이다. 동 결과는 1992년 保健所에서 관할지역내 조사를 통하여 파악한 것으로 1998년 6월, 2개 시보건소를 대상으로 전화조사한 결과에 의하면 최근 병·의원의 수행비율은 이보다 5~10% 낮은 것으로 나타났다.

<表 1> 醫療機關種別 分娩介助서비스 遂行機關 比率¹⁾

(단위: %)

	종합병원 (N=179)	병원 (N=101)	산부인과의원 (N=1,400)	일반의원 (N=700)
질식분만: 주간	98.3	72.2	71.6	29.9
야간	98.3	69.4	56.9	16.7
제왕절개술	91.6	66.5	45.9	-

註: 1) 해당서비스 수행기관수/해당기관수(정신병원 등 특수병원 제외)×100(%)
 資料: 박정선·황나미, 『지역 모자보건·의료·복지서비스 협조체계와 공공부문 모자보건 서비스 개발』, 한국보건사회연구원, 1992.

그 동안 分娩酬價는 수차에 걸친 인상에도 불구하고 처음부터 관행 수가에 비해 지나치게 낮게 책정됨에 따라 투입 원가에 비해 지불보상이 적은 결과, 많은 醫院에서 분만서비스를 기피하는 원인이 되어

왔다. 더욱이 의료분쟁의 소지가 크고 입원시설까지 구비하여 24시간 관리·운영하여야 한다는 점 때문에 부대자원이 투입되어야 함에도 불구하고 초산 46,990원, 경산 36,060원의 분만수가로는(보건복지부, 1997) 서비스가 제공되기 어려운 것으로 나타났다. 산부인과의원 중 이미 32.3%가 산모 입원실을 폐쇄한 것으로 나타나(대한의사협회, 1992) 이러한 문제에서 비롯된 것으로 풀이할 수 있다.

한편 임신부나 태아에게 심각한 위험을 초래할 경우에는 이들의 보호를 위해 제왕절개술에 의한 분만이 불가피하게 요구되는데, 난산, 태아궁박증, 태아위치 이상, 아두골반 불균형 등의 고위험임신이 그 주된 적응증으로 보고 있다(Placek, 1980:540). 이러한 적응증에도 불구하고 과거 수년간 제왕절개술에 의한 분만은 어느 나라에서나 증가하는 추세를 보이고 있다. 유럽지역은 증가폭이 적고 낮은 수준인 반면, 미국은 급격한 증가를 보이고 있다(Francome, 1993:1200). 그렇다 하더라도 그 수준은 8~24%로(Notzon, 1987:387; Paul, 1988:562) 우리나라의 35.9%(1997)보다는 모두 낮은 수준이다. 우리나라도 1991년도에는 20% 수준으로 조사된 바 있다(황나미, 1994).

그렇다면 왜 제왕절개분만이 유독 우리나라가 높은 비율을 보이고 있는 것인가? 제왕절개술이 고위험 임신부 및 신생아 사망률 감소에 기여하고 있음은 주지의 사실이며 최근 증가되고 있는 의료분쟁에 대한 방어진료 차원에서 증가되고 있음은 충분히 인정되나 이와 같은 높은 수준에 대해서는 보건학적 관점에서 제고할 소지가 크다.

전국 종합병원 특성별 제왕절개분만 실태분석 결과, 3차 진료기관 보다는 2차 진료기관이, 또한 분만건수가 적은 기관일수록 제왕절개 분만율이 더 높은 것으로 나타났으며 설립주체가 '개인'인 경우가 제왕절개율이 가장 높고(51.6%) '국립병원'이 24.9%로 가장 낮게 나타난 바 있어(황나미, 1994) 제왕절개술이 불합리한 正常(窒息)分娩 酬價로

인한 왜곡된 진료행위의 하나로 작용되었을 가능성을 충분히 보여주고 있다.

1990년 임신부 의무기록을 통하여 9개 종합병원 제왕절개분만에 대한 적정성 여부를 평가한 결과에 의하면 당시 제왕절개분만건수 중 1/5은 제왕절개 부적응증인 것으로 지적된 바 있어(한국보건 의료관리 연구원, 1990) 의료인의 노력으로 일부 감소시킬 수 있을 것으로 볼 수 있다.

제왕절개분만은 질식분만보다 3배 정도의 비용지불로 산모에게 경제적 부담을 주고 의료보험 재정손실을 가져 올 뿐 아니라 질식분만보다 평균재원기간이 5일 길어짐에 따라 의료자원의 낭비를 초래한다. 예컨대, 현 분만건수에서 제왕절개분만율이 5% 증가할 때마다 산모 在院日數가 평균 5일 증가하여 500병상 규모의 종합병원 한 개소를 설립, 운영하여야 한다는 계산이 산출되어 엄청난 자원낭비가 아닐 수 없다($72만건 \times 0.05 \times 5일 \approx 500병상 \times 1개 기관 \times 365일$).

나. 母子同室 運營

전술한 바와 같이 醫院에서의 분만개조 기피와 임부의 병원에 대한 선호로 최근 병원에서의 분만이 70%를 차지하고 있다. 이에 따라 대부분의 신생아는 출생시부터 어머니와 분리되어 『新生兒室』에 있게 됨에 따라 모유를 먹을 수 있는 기회를 놓치게 되었다. 물론 產母가 母乳授乳를 원할 경우에는 간호사가 아기를 산모에게 데려다 주거나 산모가 『新生兒室』에 가서 母乳를 먹일 수 있으나 產母나 간호사에게 여간 불편을 초래하는 것이 아니어서 산모, 간호사 상호 母乳授乳 實踐에 대한 의지나 責任感이 확고하지 않고서는 모유를 먹이기란 참으로 어려워지게 되었다.

조사결과에 의하면 母乳授乳를 하지 못하는 이유가 ‘젖이 나오지

않기 때문(43.3%)'인 경우가 가장 많은 것으로 제시되고 있는데(방홍기, 1987:267; 문현상, 1989:179), 엄마 젖은 출산후 되도록 빨리 아기에게 물리지 않으면 계속 나오지 않게 되어 모유수유가 어렵게 된다. 따라서 출생 첫 1~3일 동안의 수유형태는 모유수유 실천에 큰 영향을 미치는데 병원급 이상 의료기관에서의 분만이 67%인 실정에서 생후 1~3일을 보내는 병원에서의 수유형태는 모유수유 실천과 직결되는 문제라 아니할 수 없다.

1992년부터 우리나라 UNICEF에서는 「아기에게 친근한 병원 만들기 운동(Baby Friendly Hospital Initiative)」을 전개하여 母子同室을 권장, 출생직후 모유수유를 실시할 수 있도록 유도하고 있지만, 의료기관의 자발적 참여에 의존하기에는 현실적으로 매우 어려운 실정이다. 이에 따라 정부는 모유수유 실천을 위한 제도적 여건을 마련하기 위하여 1994년 의료보험수가에 모유수유 관련항목을 신설하여 醫療報酬 支拂 制度에 반영하였다. 즉, 母子同室에서 관리할 경우에는 「입원병원관리료1)」를, 모유를 수유하는 경우 「모유수유 간호관리료2)」(모자동실 여부와 관계없이)를 책정하였다. 이러한 여건 조성은 다행스러운 일이나 3차진료기관에서 母子同室을 운영하면서 모유수유를 지도하는 경우 보상되는 1일 14,000원 정도로는 모자동실에 따른 병실 공간 확보와 시설투자, 간호인력의 감염관리 등의 노력 투입 등에 대한 보상에 미치지 못하여 병원으로 하여금 변화를 기대하기 어려운 실정이다. 신생아에게 분유를 먹인 경우에도 1일 6,000~8,500원 수준의 보상을 산모로부터 받고 있어 사실상 유인책으로서는 미미한 장치이다.

따라서 임산부의 확고한 의지에서부터 모유수유운동이 확산되는 것이 바람직하다고 사료되는데 병원 신생아실에서는 1명의 간호사가 여

1) 3차 진료기관 8,490원, 종합병원 7,960원, 병원 6,560원, 의원 5,680원

2) 3차 진료기관 5,350원, 종합병원 4,710원, 병원 4,030원, 의원 3,540원

러 신생아를 관리함에 따라 설사 등의 가벼운 증상에서부터 패혈증에 이르기까지 교차감염의 위험이 우려되는 상황이라는 점을 주지시킨다면 출산직후 모유수유 실천의지는 확산될 것으로 보인다.

현재까지 「아기에게 친근한 병원」으로 지정된 병원은 9개 병원³⁾에 불과하다. 이러한 여건하에서 모유를 전혀 먹지 못하고 자란 인공영양아의 비율은 1985년 15.6%에서 1994년 27.9%, 1997년 33.4%로 급증하고 있다(조남훈, 1997).

다. 先天性代謝異常檢査

정신지체 장애를 초래하는 선천성대사이상질환은 태어날 때부터 체내에 필요한 효소가 없어 뇌나 신체에 치명적인 손상을 준다. 그러나 출생직후 검사를 통하여 조기발견하여 食餌療法이나 藥物療法으로 치료하면 완전히 정상아로 성장하게 되므로 출생직후 선천성대사이상검사의 중요성이 대두된다.

선천성대사이상질환에 의한 정신박약아 발현비율은 신생아 5,000~7만명당 1명 정도로 알려지고 있기 때문에 동 검사를 통하여 발견할 수 있는 정신박약 고위험 신생아수는 극히 적다. 일각에서는 費用-效果 側面에서 동 검사 실시에 대한 再考의 의견도 있으나 장애아의 발생은 일생동안 그 본인은 물론 가정과 국가에게 정신적, 경제적, 사회적으로 큰 부담과 손실을 주기 때문에 동 검사의 필요성이 강조되고 있다.

이에 정부는 장애자를 국가가 보호해야 한다는 사회적 필요성과 발생된 장애자에 대한 보호 및 재활 측면보다는 장애예방을 중요시 하여야 한다는 인식아래, 1991년 전국 보건소에 등록된 신생아 3만명을 대상으로 선천성대사이상검사를 무료로 실시하였다.

3) 성골롬방병원, 전주예수병원, 동아대학병원, 고신의료원, 일신기독병원, 위생병원, 강남성모병원, 차병원, 삼성서울병원

검사대상 질환은 1994년까지 검사비가 비싼 ‘갈락토즈혈증’을 제외한 ‘갑상선기능저하증’, ‘페닐케톤뇨증’, ‘호모시스틴뇨증’, ‘단풍당뇨증’, ‘히스티딘혈증’의 5개 질환이었으나 1995년부터는 異常兒의 발현율이 상대적으로 높게 나타난 ‘갑상선기능저하증’과 ‘페닐케톤뇨증’으로 검사 질환을 국한하였다.

1997년부터는 전국의 거의 모든 출생아가 상기 2종의 검사를 받을 수 있도록 예산을 확보하였으며 1998년에는 동 검사와 함께 저소득층 신생아의 경우, 사후관리도 무료로 실시하고 있다.

1997년 전국 표본조사에서 1995년 이후 출생아 중 선천성대사이상 검사를 받은 신생아는 73.6%이며 이 중 88%가 병·의원에서 검사를 받은 것으로 나타나(조남훈, 1997) 많은 병·의원에서 선천성대사이상 검사를 실시하고 있는 것으로 파악되었다. 그러나 현재 대부분의 병·의원에서는 保健所에서 관리, 실시(검사기관과 채혈기관은 민간기관에서 시행)하고 있는 2종의 검사 이외에 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 히스티딘혈증, 갈락토즈혈증 등 4종의 검사를 추가로 실시하고 있어 2종의 검사비용(1998년 9,500원)에 대해서만 정부지원으로, 나머지 4종에 대해서는 自費負擔(4~5만원)으로 이루어지고 있다⁴⁾. 이에 따라 현재의 정부 검사 관리와 공공 및 민간기관 상호 운영의 효율성 측면에서 再考의 소지가 있다고 보겠다.

라. 嬰乳兒 基本 豫防接種

1954년 정부는 전염력이 강하거나 질환의 중증도가 심하여 국가적 차원에서 관리해야 할 필요성이 있는 전염병에 대해서는 법정전염병으로 지정하는 「傳染病豫防法」을 제정하였다. 동 법에 의해 지정된

4) 1997년 보건소를 활용한 무료대상아 중 18%는 자비부담으로 3~4종의 검사를 추가로 받은 것으로 나타남.

전염병에는 영유아기에 장애발생 위험이 높은 소아마비, 홍역, 그리고 뇌염 등이 포함되어 있는데 1965년부터 전국 공공보건의료기관에서는 소아마비 예방접종을 시작으로 홍역, MMR(홍역, 볼거리, 풍진) 접종을 실시하여 전국 보건소에서는 영유아 무료 예방접종사업을 실시하고 있다.

1994년 영유아 예방접종률은 BCG 98%, PDT 및 폴리오(3차 완료) 99%, 홍역 94%, B형 간염 98% 수준으로(한국보건사회연구원, 1994) 접종수준이 거의 100%에 이르고 있다. 이 중 병·의원에서 제공하고 있는 부분이 어느 정도인지는 정확히 파악되지 못하고 있다. 다만 보건소에서의 예방접종사업 목표량을 통하여 병·의원에서의 서비스 제공량을 추정해 보면 약 54%로 간주된다.

이상과 같은 높은 예방접종률에도 불구하고 최근 홍역, 볼거리, 백일해 등의 전염병이 발생하고 있어 예방접종 시기 및 방법, 백신의 면역가 등에 문제가 있을 가능성을 시사하고 있으며 DTaP(개량PDT) 접종으로 인한 알러지성 Anaphylaxis 쇼크死가 발생하고 있어 민간, 공공 상호 공조체계를 통하여 백신의 안정성에 대한 연구의 필요성을 보여 주고 있다.

한편 임부가 풍진에 감염되면 선천성 풍진증후군의 기형아를 출산하게 되는 경우가 많아 임신 전 풍진예방접종이 필요하다. 保健所에서는 여고 1학년생을 대상으로 학교에서 접종을 실시하고 있으나 병·의원에서의 풍진예방접종 실태에 대해서는 파악되지 못하고 있다.

마. 人工妊娠中絶

1970년대 유배우 가임여성(15~44세)의 인공임신중절 경험률은 38% 수준이었다. 그러나 1980년대에 이르면서 현재까지 50%수준에 이르고 있어 20여 년 동안 인공임신중절 경험률은 거의 감소하지 않고 있다.

1997년 유배우 가임여성 중 2회 이상의 인공임신중절을 받은 경험이 있는 여성은 19.3%로 파악되었다.

1997년 임부 중 분만으로 종결된 경우가 68%에 불과하고 인공임신중절이 26.1%, 그 외 자연유산 및 사산으로 나타났다(조남훈, 1997). 이에 따라 유배우 가임여성의 경우만도 연간 28만건의 인공임신중절이 병·의원 및 조산원에서 시행되고 있는 것으로 추정됨에 따라 연간 최소 110억(합법적 인공임신중절 최저보험수가 22,740원과 투약료 포함 최저가 총 40,000원 기준)의 비용이 지출되고 있는 것으로 추산된다.

인공임신중절은 「母子保健法」에 의하여 극히 제한적으로 허용되고 있으나 피임의 실패로 인하여 시술되는 경우가 그 대표적인 원인으로 볼 수 있다. 전국 표본조사에서 파악된 피임실패율은 80.5%로 나타나 과거 보다 높은 피임실패율을 보이고 있다. 그러나 인공임신중절술을 받은 대상자의 61%는 당시 피임을 하지 않았고 15%는 월경주기법 등 일시피임 실패로 인하여 임신이 초래된 것으로 나타나(조남훈, 1997) 정확하고 올바른 피임 실패를 위한 교육이 강화되어야 될 필요성을 시사하고 있다.

또한 인공임신중절은 男兒選好로 인한 태아 성감별이 인공임신중절을 증가하게 하는 하나의 요인이 되고 있다. 정부는 男兒選好로 인한 불법 태아 성감별과 인공임신중절을 방지하고 궁극적으로 출생성비 불균형을 해소하고자 1996년 10월 불법 태아성감별 의료인에 대하여 적발시 면허취소가 가능하도록 「醫療法」을 개정한 바 있다. 현재까지 단속·조치결과, 醫師 9명과 조산사 2명에게 자격정지(7개월)의 행정처분을 하였고 醫師 10명은 재판계류 중이다. 인공임신중절술을 받은 대상자의 2.6%가 태아 성감별 후 원치않는 性의 태아여서 시술을 받은 것으로 나타나 원하는 性의 태아로 시술을 받지 않은 경우까지 감안한다면 의료인에 의한 성감별은 이보다 훨씬 많을 것으로 예상된다.

원치않는 性의 자녀로 인한 인공임신중절은 모성건강의 위해는 물론 이로 인한 윤리적인 문제, 경제적 손실 등을 고려할 때, 성 불평등 해소를 위한 정책적 노력이 절실히 요구된다고 보겠다. 아울러 청소년과 미혼여성의 임신 및 인공임신중절 또한 계속 증가되고 있는 것으로 일반 대중매체를 통하여 보도되고 있는 바, 청소년 성문화의 올바른 정착을 위하여 정부, 의료인, 그리고 민간단체가 나서야 할 때이다.

바. 特殊診療 中心의 서비스

전국 268개 종합병원에서는 모성 및 영유아, 아동을 대상으로 특수 진료 클리닉을 대부분 운영하고 있는 것으로 나타났다. 개설 진료과목을 보면 소아과의 경우, 소아 ‘감염’, ‘심장’, ‘호흡기’, ‘혈액종양’, ‘신경질환’, ‘알레르기’, ‘내분비’, ‘두통말초신경근육질환’, ‘근육경직’, ‘간질’, ‘신장’, ‘선천성대사’, ‘당뇨’, ‘왜소’, ‘야뇨’, ‘심리’, ‘선천성기형’, 그리고 ‘미숙아’ 등의 클리닉이 주류이다. 소수의 기관에서는 ‘비만클리닉’, ‘청소년클리닉’, ‘모자보건’, ‘소아(성장)발달클리닉’, ‘육아건강상담실’, ‘미숙아상담실’ 등의 진료상담실 등을 운영하고 있다.

産婦人科에서는 ‘산전(또는 세포)유전학’, ‘고임신’, ‘자궁암’, ‘유방암’, ‘불임’, ‘고위험군 산모’, ‘고위험 임신 및 태아치료’, ‘초음파’, ‘태아기형(또는 건강)’, ‘생식면역’, ‘폐경기’, ‘골다공증’ 등의 클리닉과 ‘여성건강’, ‘모자건강진단’, ‘모자보건센터’ 등의 명칭 아래 母子에 대한 건강진단 및 진료를 수행하고 있는 것으로 나타났다.

이상 클리닉 명칭에서 알 수 있듯이 대부분의 종합병원에서는 첨단 치료(High-tech Treatment)와 고비용 검진서비스를 제공하고 있어 예방 및 조기발견 중심의 관리(Prevention and Early Detection-based Care)는 매우 미미한 실정으로 파악되었다.

3. 3次診療機關의 周産期 管理實態

周産期(임신 22주~출생후 1주)에는 태아 및 신생아의 생명에 위협을 주고 심각한 후유증을 초래할 수 있다는 점에서 집중적인 관리가 요구된다. 1960년대 이후 선진국에서는 신생아 집중치료시설과 기술표준이 발달되면서 고위험 출생아의 생존을 뿐 아니라 장애발생수도 현저하게 감소되었다(Goodwin, 1976). 우리나라는 선진국에 비하여 신생아 집중치료시설에 대한 도입이 늦어져 1980년대에야 시작되었다.

가. 「新生兒 集中治療室(NICU)」 病床 保有現況

3차진료기관이 되기 위해서는 「신생아집중치료실」의 구비가 필수적이다. 전국 3차진료기관의 「신생아집중치료실(Neonatal Intensive Care Unit)」을 대상으로 보유 병상수를 파악한 결과, 총 병상수는 545 병상으로 나타났다. 그러나 집중치료(Level III 기능)에 필수적인 시설 및 장비⁵⁾ 보유수준을 평가하여 실제 Level III 기능이 가동될 수 있는 병상수를 파악한 결과, 196병상으로 나타나 가동병상의 1/3만이 실제 Level III 기능이 가능한 것으로 파악되었다.

美國과 日本에서는 분만 1,000건당 1개의 Level III 병상이 필요한 것으로 제시하고 있는데 동 기준에 의거하여 연 분만건에 대한 집중치료병상수를 산출해 보면 우리나라는 700병상이 필요한 것으로 계산된다. 이에 따라 196병상에 불과한 병상 보유수준은 필요병상수의 약 28%수준에 불과하여 실제로 Level III 기능을 하는 신생아 집중치료시설은 매우 부족한 것으로 평가할 수 있다.

5) 보육기(Incubator) 및 Infant care system 등의 병상, '산소송출구(Oxygen outlet)', '공기 송출구(Compressed air outlet)', '흡입구(Suction outlet)' 등의 시설, '인공환기기(Conventional ventilator, High frequency ventilator)', '수액주입기(Volumetric infusion pump, Syringe pump)', '모니터(Monitor)' 등임(American Academy of Pediatrics, 1988).

나. 新生兒 集中治療人力 現況

집중치료 신생아는 치료와 함께 내외적 자극에 대한 감각과 반응이 더디고 조건반사작용이 잘 나타나지 않아 집중적인 감시와 세심한 관리가 필요하며 설치된 기계조작에 대한 주의 깊은 관찰이 요구된다. 이 때문에 적정 수의 의료인력의 투입이 의료의 質을 결정하는 중요한 요인이 되고 있다.

3차진료기관 「신생아 집중치료실」의 전담 의료인력 실태는 <表 2>와 같다. 「신생아 집중치료실」 專門醫 1인당 평균 담당환아수는 10.9명이며 최고 30명의 환아를 담당하고 있는 기관도 있는 것으로 나타났다. 동 수치는 「美國小兒科學會」에서 제시한 Level III 기준(醫師 1인당 4-5명)과 비교해 볼 때, 2배 이상의 환아를 담당하고 있는 셈이다.

간호사의 경우, 1인당 평균 담당환아수는 5.3명이며 최고 14명으로 나타났다. 동 수치는 일반병동 간호인력 보다 3배나 투입된 상태이나 간호사 1인당 1~2명의 환아를 관리하도록 되어 있는 美國의 기준에는 미달된 상태이다.

<表 2> 地域別 3次診療機關 新生兒 集中治療室 醫師 및 看護師 1人當 擔當患兒數¹⁾

(단위: 명)

지역(기관수)	전문의 1인당 담당환아수			간호사 1인당 담당환아수		
	평균	최고	최저	평균	최고	최저
계(39)	10.9	30.0	3.0	5.3	14.0	1.8
서울특별시(21)	8.7	16.0	3.0	5.1	14.0	1.8
광역시(10)	11.1	17.0	10.0	4.9	6.4	6.0
시 지역(8)	16.2	30.0	15.0	6.3	9.0	4.3

註: 1) 「신생아집중치료실」의 가동병상수를 기준으로 분석한 것이므로 가동병상에서 제외된 Crib 등에 입원한 회복기 환아를 포함시키면 관리환아수는 이보다 더 많아진다는 점을 감안하여야 함.

資料: 황나미·문병윤, 『선천성 이상 및 저체중 출산관련 장애현황과 관리대책』, 한국보건사회연구원, 1996

다. 地域化 水準

저체중 출생아는 적시에 적절한 의료적 기술제공이 관건인 바, 한정된 의료자원을 효율적으로 활용하고 필요한 서비스를 제공하기 위해서는 지역내 의료수요에 맞추어 지역내에서 의료기관간 서비스전달 체계가 구축될 수 있는 地域化 事業이 요구된다.

1973년 「美國醫學協會」에서는 신생아사망률을 감소시키기 위하여 분만 및 신생아 치료기관을 분류하여 업무한계를 구분하고 조직화하여 효율적인 신생아 치료와 의료자원의 낭비를 줄이려는 시도를 하였고 미국정부도 이에 적극 협조하였다. 요컨대, Level I에서는 대상자의 85%, Level II에서는 12%, 그리고 Level III기관에서는 대상자의 3%를 담당하면서 周産期 전문 의료인력이 활동하도록 하였다. 그 결과, 저체중 출생아의 생존율이 70%에서 90%로 증가하였고 생존아 중 대부분(90%)이 정상아로 자라게 되었다(이철, 1995).

日本은 1979년 「신생아 집중치료실」을 중심으로 한 地域化事業이 시작되면서 3~4년 후 신생아 사망률을 사업시작 전보다 절반으로 낮추는데 성공하였다.

우리나라의 실정은 어떠한가? 전국 40개 3차진료기관 중 他醫療機關에서 고위험 신생아에 대한 입원 의뢰가 왔을 때, 이송환아를 받을 수 있는 기관은 불과 6개 기관으로 나타났다. 이 중 5개 기관은 서울 및 경인지역에 집중되어 있으며 나머지 1개 기관은 부산 및 경남지역에 소재하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 그 외 지역은 이송체계가 구축되기 어려운 여건에 처해 있음을 알 수 있다.

한편 이송받을 병상의 여유가 없는 기관(34개 기관) 중에는 오히려 자체 병원에서 출생한 고위험 신생아마저도 타 병원으로 이송시키는 경우가 20개 기관이나 되는 것으로 나타나 周産期 醫療供給상 심각한

문제가 있음이 드러났다.

〈表 3〉 地域別 3次診療機關의 高危險新生兒 移送現況

(단위: 개소)

지역(기관수)	타병원에서 이송된 환아에 대한 수용가능 기관		타병원에서 이송된 환아에 대한 수용불가능 기관	
	이송된 환아에 대한 수용가능 기관	자체 기관내 환아만 전원 입원가능 기관	자체 기관내 환아만 이송시키는 기관	자체 기관내 환아마저도 이송시키는 기관
계 (40)	6	14		20
서울·경인 (24)	5	7		12
충남지역 (2)	-	1		1
충북지역 (1)	-	1		-
강원지역 (2)	-	1		1
전남지역 (1)	-	-		1
전북지역 (2)	-	-		2
경북지역 (3)	-	3		-
부산·경남 (5)	1	1		3

라. 新生兒 集中治療에 따른 支拂報償

그렇다면 왜 이렇게 신생아 집중치료시설이 부족하고 의료인력 투입이 미진한가? 1996년 저체중 출생아 관리에 필수적인 保育器 原價를 산출해 보면 그 원인을 쉽게 알 수 있다. 시설 관리비와 保育器 운용에 따른 人件費를 제외하고 순가동 재료비(감가상각비, 장비수리비, 재료대)를 原價로 고려하였을 경우, 1일 保育器 原價는 8,880원(장비가 천만원 기준)으로 산출되었다(황나미, 1996). 그러나 당시 保育器 酬價는 1일 4,500원에 불과하였으며 이후 40% 증가하여 현재 6,320원이다. 그러나 여전히 원가보전이 이루어지고 있지 않는 수준이다. 더욱이 보육기 기능에 따라 8백만원대에서부터 3천만원대까지 그 가격이 다양하나 현재 單一酬價로 묶여 있어 최신 장비에 대한 구입욕구는 전혀 유발되지 못하고 있는 실정이다.

한편 일반병동보다 3배의 간호인력이 투입되었음에도 불구하고 동

실의 관리료는 일반환자보다 입원환자관리료(10,310원)의 가산에 불과한 것으로 나타나 「신생아집중치료실」의 관리료 역시 인건비 원가수준에도 못미치고 있다. 日本의 경우는 「신생아집중치료실」의 관리료가 일반 입원료의 3~5배 수준이며 성인환자의 「집중치료실」 酬價와도 그 차이를 두고 1일 6,000엔 정도 높게 책정되어 있어 시사하는 바가 크다.

그 외 ‘인공환기기(Conventional Ventilator, High Frequency Ventilator)’, 의 경우도 원가보전에 미치지 못하고 있으며 ‘수액주입기(Volumetric Infusion Pump, Syringe Pump)’, 등의 기기는 지불보상 범위에 제한을 받고 있다(1일 2종류를 여러번 시행하더라도 1종류 1회에 한하여 수가 산정). 이러한 여건으로 인하여 의료기관 경영자는 우선 관련장비를 구입하는 것을 원하지 않고 있으며 구입한 장비마저도 가동, 운용하기를 꺼리고 있는 것으로 나타났다.

Ⅲ. 病·醫院 母子保健事業 管理 現況

1. 母子保健手帖 活用

政府는 1986년 개정된 「母子保健法」에 의거하여 임신부로 하여금 모자보건수첩을 소지하도록 함에 따라 연간 약 3억원에 해당되는 32만부의 모자보건수첩을 발행하고 있다. 동 수첩에는 임신부 및 영유아에게 기본적으로 필요하다고 판단되는 건강관리 내용을 수록, 관리받고 기록 및 보유하도록 보건소 등록 임부 및 영유아에게 배부하고 있으며 병·의원에서도 사용하도록 권장하고 있다.

통일된 양식의 모자보건수첩을 활용하여 사업의 효율을 극대화하고 영유아기 관리사항을 학교보건과 연계하고자 시도되었으나 대부분의 병·의원에서는 學會 등에서 발행한 수첩 등을 사용하고 있어 정부에서 발행한 모자보건수첩의 보급률은 30% 수준이다(보건복지부, 1997).

현재 동 수첩은 영유아기, 학동기까지의 지속적인 관리를 위한 기초적인 정보 보유기능으로서는 전혀 활용되지 못하고 있다.

2. 「妊産婦, 新生兒 死亡 및 死産 報告」 實態

1986년 개정된 「母子保健法」에는 ‘보건소 또는 의료기관에서 임신부가 사망하거나 사산할 때, 또는 신생아가 사망할 때, 해당 의료기관의 長이 「임산부, 신생아 사망 및 사산 보고」 서식에 의거하여 연 2회 관할 보건소를 경유하여 관할 시장 및 군수에게 보고하도록 되어

있으며 보고규정을 위반할 경우, 50만원 이하의 과태료를 징수하도록 명시되어 있다. 동 제도는 모자보건 통계 산출을 위하여 민간의료기관에서 발생하는 사상(event)을 처음으로 국가적인 차원에서 파악하고자 하는 데 그 意義가 있다고 보겠다.

그러나 그 동안 보고된 자료를 검토해 볼 때, 동 보고자료를 활용하여 임신부 사망 및 신생아 사망 수준을 가늠하는 데에는 몇 가지 문제점이 있는 것으로 지적되었다. 첫째, 死因의 정확성이 중요시 되는데도 사인으로 사망 직전의 증상을 기재하는 경우가 흔하고 둘째, 기재된 내용이 일관성이 없으며 누락된 부분이 많고 셋째, 현 보고방법이 手記에 의존하고 있어 특히 사망이 많은 3차진료기관의 경우에 일부 건수만 보고하여도 報告水準을 확인할 방법이 없다는 점이다. 1992년 실제 사망건수와 상호체크해 본 결과에 의하면 보고한 종합병원(보고기관 비율:전체 종합병원 기준 임신부 사망의 경우 68%, 신생아사망 76%)의 보고건수가 실제 사망건수의 30%수준으로 나타나(황나미, 1993) 이러한 사실을 입증해 주고 있다. 넷째, 병원이나 의원급에서 사망 및 死産이 전혀 발생되지 않았을 경우 ‘미발생’인지 報告 자체를 안한건지 현 상태에서는 알 수 가 없다는 점이다. 그 동안 법에 근거한 벌칙이나 제재조치는 이루어지지 못하였다.

이상 이러한 이유때문에 동 제도가 아직까지 신뢰할 수 있는 報告體系로서 정착되지 못하고 있다.

3. 分娩介助者の「出生證明書」活用

1991년 개정된 「戶籍法」에 의하면 출생신고시에 분만개조자가 작성한 「出生證明書」를 첨부하도록 되어 있다. 이에 따라 「醫療法」에는

‘醫師 및 助産師 등 분만개조자는 그가 助産한 것에 대한 『出生證明書』를 작성, 교부하여야 한다’라고 명시되어 있다. 이에 병·의원 분만개조 의사 및 조산사는 『出生證明書』를 작성하여 출생아의 부모에게 교부하고 있다. 그러나 출생신고기간이 1개월이기 때문에 기간 중 사망한 경우 등으로 인하여 출생아의 부모가 출생신고를 하지 않았을 경우에는 『出生證明書』가 수집되지 못하여 출생에 관련된 정보가 파악되지 못할 뿐 아니라 관련 출산통계 산출도 어려운 실정이다. 요컨대, 先進國의 경우와 같은 분만개조 의사가 직접 신고, 또는 보고하는 출생에 대한 의무가 법적으로 마련되어 있지 않고 있다.

4. 高危險對象者 自意退院

(DAMA: Discharge Against Medical Advice)

미숙아나 중증의 질환으로 출생하여 심각한 후유증이 예상되거나 진료비 지불이 어려운 경우, 의사의 지속적인 치료의 권유에도 불구하고 부모의 뜻에 의해 자의로 퇴원하여 치료를 중단하는 自意退院 문제가 모자보건의 새로운 문제로 대두되고 있다.

1995~1996년 2년간 Y병원 『신생아집중치료실』에서의 자의퇴원을 보면 출생시 체중이 2500gm 미만아의 경우 7.9%, 1,000~1,500gm 미만아 26.3%, 1,000gm 미만아 41.9%로 높은 비율을 보이고 있으며 (이 철, 1997) 전국 51개 종합병원 미숙아의 자의퇴원율은 3.6%로 조사된 바 있다(배종우, 1996).

自意退院 문제의 심각성은 신생아 사망의 약 절반가량이 自意退院 患兒라는 사실이다(배종우, 1996:166). 자의퇴원 환자 중 상당수는 생존할 수 있을 것으로 예상되며 또한 치료를 포기하고 조기에 퇴원시킴으로써 장애를 심화시켜 장애아가 발생, 사회적 비용을 증가시키기도

한다. 그러나 또 한편으로는 생존을 위한 치료과정에서 발생하는 후유증으로 인하여 장애가 심각할 경우도 배제하지 못해 고위험 출생아의 치료결정을 누가 최종으로 해야 할 것이며 생존아의 삶의 質을 누가 책임을 져야 하는가에 대해서도 새로운 딜레마를 가져오게 한다.

이러한 상황에서 1992년 미숙아 自意退院에 의한 사망에 대하여 ‘미필적 고의에 의한 살인죄’를 적용하여 담당의사를 구속, 기소한 사건이 있었고 얼마전 타 진료과에서 ‘부작위에 의한 생존 가능성있는 환자의 의료살인’이라는 판례가 있어 치료결정권 문제, 자의퇴원에 대한 醫師의 책임한계 등이 쟁점으로 부각되고 있다.

日本은 미숙아 치료에 따른 과중한 가계부담의 경감을 위하여 1958년부터 미숙아 등록을 통한 양육사업을 실시, 국가에서 치료비를 보조해 주고 있다. 장기적으로는 우리나라도 이러한 지원이 필요하나 현 여건에서는 우선적으로 신생아 사망감소를 위한 의료윤리적 제도적 장치 마련이 필요하다고 보겠다.

IV. 綜合病院에서의 母子保健統計 生産 現況

「世界保健機構(WHO)」에서는 모성사망을 ‘임신기간 및 신체부위에 관계없이 임신 중 혹은 산후 6주 이내에 임신 및 그 처리와 관계가 있든가 또는 이로 인하여 악화된 원인에 의한 사망’으로 정의하면서 임신, 분만 및 산욕기에 발생한 간접적 원인에 의한 사망까지 포함시키고 있다.

그간 「대한산부인과학회지」에 게재된 20여 편의 논문을 조사하여 의료인이 적용한 모성사망의 정의를 살펴보면 모성사망의 범주에 임신, 분만, 산욕기를 포함하는 데에는 일치하고 있으나 산욕기간에 대해서는 각기 달리 정하고 있어, 산후 6주, 8주, 90일 이내 등 다양한 것으로 나타났다. 이 중 ‘산후 6주까지의 사망’을 기준으로 한 자료가 가장 많은 것으로 파악되었는데 이는 Pritchard, Lucas 등의 학자와 美國 「生命統計局」에서 제시한 기준이다. 또한 ‘어떤 원인이든지 임신종료의 방법에 관계없이 임신 중이나 또는 임신종료 후부터 90일 이내에 사망한 전 여성수’에 대한 定義는 「美國醫學協會」의 「母子保健委員會」에서 권장한 定義이다.

「世界保健機構」에서는 각 국가간의 비교를 위하여 전술한 바와 같이 모성사망을 정의하여 이의 사용을 권장하고 있으나 국내 의료계에서는 모성사망에 대한 정의와 기준이 표준화되지 못하고 있어 국제적인 정보에 민감하지 못한 우리의 현실을 반영해 주고 있으며 이로 인하여 사망원인 및 수준과 추이를 비교하는 데 한계가 있음을 보여주고 있다.

「世界保健機構」의 모성사망이 가지는 의미는 임신전 혹은 임신중에

임신과 관계없이 질병이 발생하였으나 임신으로 인하여 생리적 영향을 받음으로써 악화되어 사망(심장성질환, 뇌혈관장애 등 혈관계질환, 생식기질환, 요도질환, 간질환, 폐질환, 당뇨병 등 대사성질환, 기타 충수염, 복막염 등으로 인한 사망)에 이르렀기 때문에 모성사망에 포함시켜야 한다는 관점이다. 이처럼 임신으로 인한 생리적 구조변화로 초래되는 악영향이 死因이 되는 경우도 모성보호 차원에서 중요하게 다루어져야 할 부분임을 강조하고 있다. 이는 곧 임신기간 뿐 아니라 가임기 전 기간에 걸쳐 여성의 건강관리 및 증진의 중요성을 강조하고 있다.

한편 死産에 대해서도 현 의료계에서는 태아사망 시기를 임신 12주, 16주, 28주 이후 등으로 제각기 다르게 그 범위를 적용하고 있는데 死産의 범위 설정은 특히 직업 및 근로여성의 유급 출산휴가와 맞물려 매우 중요한 의미를 가진다. 『世界保健機構』에서는 임신기간과 관계없이 태아가 완전히 모체로부터 탈출되기 전에 사망한 경우로서 모체와 분리된 후에 호흡, 심장박동, 탯줄에서 맥박인지, 움직임 등이 없는 경우로 정의하고 있다. 보험수가에 적용되는 의료보험 요양급여 기준에서는 임신 16주 이후의 태아사망을 死産으로 정의하여 분만비를 지급하고 있는 것으로 나타났다(보건복지부, 1997:21).

그 외 영유아 및 소아의 범위 등도 달리 정의하고 있어 일관된 자료산출과 신뢰할 수 있는 통계산출의 기본이 되는 모자보건 관련용어에 대한 표준화, 또는 정비작업이 시급히 요구된다고 보겠다.

V. 向後 母子保健事業 發展方向

先進化된 모자보건사업은 임신부 및 영유아의 사망 감소를 위하여 질병이나 異常의 治療 이전에 사전예방 및 早期發見(Prevention and Early Detection-based Care)에 역점을 두고 있다. 이는 임신 및 분만과정을 거쳐 출생에서부터 성장기에 이르기까지 일련의 생리적이고 자연적인 현상에서 야기되는 문제의 약 85%가 一次醫療에서 관장될 수 있다는 사업대상의 특성 때문이며 低費用으로 高效率의 성과를 볼 수 있다는 사업특성 때문이다.

이러한 母子保健의 基本原理에 대한 인식부족으로 치료의학으로 모든 문제를 해결할 수 있다는 잘못된 인식은 선진국과 같은 높은 의료 이용수준에도 불구하고 전술한 바와 같이 적지 않은 문제가 도출되었다. 제기된 문제의 속성이 비록 모자보건사업 단독의 과제라기 보다는 醫療保險 酬價體系 등 우리나라 保健醫療制度 전체의 틀속에서 접근하여야 할 부분이 상당히 많다. 따라서 민간 병·의원에서 이루어지고 있는 서비스나 사업관리에 대하여 정부의 대폭적인 조정이나 재정적 지원없이 그 해결방안이 사실상 어려울 수밖에 없다.

그러나 선진국으로 향하는 발판을 마련한다는 인식아래, 타 보건의료서비스 보다 公益性이 강조되는 모자보건 본래의 위상을 정립, 국가적 차원에서 모자보건사업을 보다 강력하게 추진하여야 할 시기이다. 요컨대, 정부의 역할과 기능은 민간주도의 사업운영주체 즉, 병·의원에 대해서는 본래의 역할을 제대로 수행할 수 있도록 최소한의 기본 여건은 마련해 주어야 하고 재정적 지원이 요구되어 사업추진이 어려운 事案에 대해서는 사업대상자 개개인과 사회 전반에 걸친 인식

전환을 통하여 간접적으로 병·의원이 올바른 사업을 수행할 수 있도록 촉매자 역할을 하여야 할 것이다.

향후 모자보건사업 발전을 위한 계획 수립의 기본방향은 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 임신 이전에 건전한 모성 의식과 모성 기능을 함양할 수 있도록 사춘기 청소년 生殖保健부터 관리하는 것이 바람직하다.

둘째, 周産期 醫學의 발달과 더불어 고위험 대상의 감별이 용이해졌기에 3차진료기관에서는 고위험 대상에 대한 집중치료가 이루어질 수 있도록 기본 인력 및 시설자원의 확보를 위한 여건이 보장되어야 한다.

셋째, 이에 따라 고위험 대상이 아닌 정상적인 과정에 있는 대상자에 대한 서비스는 종합병원에서 보다는 일차의료기관에서 가능한 것이므로 현재 입원실을 폐쇄·축소하고 있는 의원의 기능을 활성화시킬 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

넷째, 병·의원에서 제공하기 어려운 건전한 모성과 영유아 성장발달 및 건강증진에 대해서는 경제적 접근이 용이한 지역사회 保健所에서 관장하고 민간 의료기관과 상호 연계할 수 있는 체계 구축 마련이 요구된다.

1. 役割分擔 側面: 公共과 民間資源의 效率的인 活用을 위하여

병·의원에서 제공되는 서비스를 보면 예방접종과 일부 검사를 제외할 경우 치료위주이다. 이러한 현상은 현 지불보상체계가 치료중심으로 되어 있기 때문에 민간기관인 병·의원의 특성상 당연한 결과라 할 수 있다. 앞으로 개설되는 특수클리닉 분야도 첨단치료(High-tech Treatment)⁶⁾ 분야로 세분화될 가능성이 크다.

6) 일부 기관에서는 예방 및 상담중심의 클리닉에서 상담료로 2~5만원, Growth and Developmental Psychological Test 비용으로 5만원 정도 받고 있음.

이로 인하여 잠재위험 상태에 있거나 신체해부학적 구조의 이상이 발현되지 않은 시기의 경우, 발생초기에 간단한 테스트를 통하여 조기 증재함으로써 사전예방하거나 충분히 조기치료가 가능한 경우에도 사후 高費用을 지불하여 병·의원에서 진단 및 치료를 받을 수밖에 없는 상황에 놓이게 되었다. 이에 따라 高費用을 지불하지 못하는 대상들은 무방비 상태에 놓이게 되고 상태가 악화되어 신체적, 정신적, 사회적 손실을 초래하게 되었다. 이러한 상황은 곧 공공기관인 保健所에서의 사전적 모자보건사업의 활성화가 필요함을 시사하고 있다고 보겠다.

가. 病·醫院 專門醫 活用(時間制)을 통한 保健所 豫防保健事業의 內實化

保健所에서의 사업 활성화를 위해서는 지금까지의 국민의 관행이나 專門醫의 선호현상을 감안할 때, 지역 병·의원과의 긴밀한 연계관계를 가지고(예: 지역내 개원의사의 시간제 활용) 각 대상별 예방서비스 및 테스트 등(성장발달테스트, 사회 부적응 고위험 영유아 등록 및 추구관리, 보건교육 및 지도 등)은 保健所에서, 동 스크리닝을 통하여 발견된 고위험 대상자에 대한 전문적 진단 및 진료는 병·의원에서 담당하도록 상호 원활한 의뢰체계가 필요하다고 보겠다.

다만 임신부 관리는 서비스의 지속성이 요구되므로 산전관리에서부터 분만, 산후관리 까지 모두 병·의원에서 담당하도록 하고 保健所에서는 관련서비스를 수행하지 않는 것이 바람직하다. 모자보건 관련시설이 취약한 군지역의 경우에는 保健所에서 일차적인 서비스를 직접 제공하여야 하므로 예외로 한다.

한편 인공임신중절의 감소를 위한 올바른 피임실천방법의 상담 및 지도, 모유수유의 중요성, 정상분만 유도 등에 대한 교육 및 홍보활동

등은 保健所가 담당하여야 할 가장 기본적인 역할이므로 관련단체 등 지역사회 자원을 활용하여 모성 및 영유아 건강관리를 위한 사업활동에 주력하여야 할 것이다.

나. 醫院의 分娩介助 機能의 活性化를 위한 正常分娩 酬價의 現實化

정상적인 관리대상으로 간주되는 80~85%의 임신부에 대해서는 종합병원이 아닌 醫院에서 관리할 수 있도록 정상분만 수가의 현실화가 요구된다. 아울러 정상분만의 경우, 바람직한 분만환경은 가정과 같이 안락하고 편안한 분위기에서 남편도 분만에 함께 참여하는 것이며 이러한 환경은 병원급 이상의 기관보다는 의원급 기관에서 보다 가능한 것이므로 이러한 인식이 확산될 수 있도록 국가적 차원에서의 국민의 인식전환을 위한 홍보가 요구된다.

다. 病·醫院과의 連繫를 통한 保健所에서의 低體重兒 登錄制 導入 및 追後管理事業 實施

읍·면·동사무소에서는 출생신고시 받는 『出生證明書』 사본을 지역 保健所에 송부하여 지역내 저체중 출생아의 발생을 통보하고, 통보받은 保健所에서는 병원 퇴원 후 신생아가 成長期 동안 신체적, 정서적, 사회적 성장을 도모할 수 있도록 임상경험이 있는 미숙아 전문 간호사를 활용하여 정기적으로 가정방문을 실시하도록 한다.

先進國에서는 이미 1960년대부터 고위험 출생아의 발육지연과 청력저하, 시력이상 등의 신체적, 정신적 발달 이상을 조기에 발견하여 적시에 체계적인 치료와 재활을 제공하기 위하여 『追跡診療所』를 설립, 지속적인 관리를 하고 있다.

2. 서비스 質 側面: 周産期 醫療의 地域化를 위하여

우리나라 영아사망률은 출생 천명당 10명(1993) 수준으로 급격히 저하되었다. 그러나 산전진찰률과 시설풍만율이 100%에 이르러 세계 어느 나라보다도 의료 접근성이 높은 수준임에도 불구하고 이웃 일본의 영아사망률(출생 천명당 4명)보다 현저히 높다는 사실에 대해서는 주목할 필요가 있다. 영아사망률이 전세계에서 가장 낮은 日本의 경우, 1979년부터 주산기 의료의 지역화사업과 저체중출생아 및 미숙아 관리에 중점을 둔 결과, 세계에서 가장 낮은 수준이 되었다는 사실은 시사하는 바가 크다. 이에 구체적인 추진방향 및 대책은 다음과 같다.

가. 新生兒 集中治療施設 基準 設定

고위험 임신부 및 저체중 출생아에 대해서는 첨단 의료기술과 고가 장비의 유효한 활용이 요구되며 적시에 적절한 치료가 제공될 수 있는 병원간 이송체계 확립이 중요한 문제로 대두된다. 현행 의료전달 체계상 구분된 3차진료기관이 産科 및 신생아 진료기능면에서도 그대로 적용될 수 없음은 앞서 파악한 바 있다. 이에 정부에서는 「대한산부인과학회」, 「주산기학회」 및 「대한신생아학회」의 기술적 지원아래, Level III 기능의 시설기준을 설정하고 운용에 관한 「Standard Care Plan」을 마련한다.

나. 地域別 「周産期 集中治療센터(假稱)」 指定

현재 「신생아집중치료실」은 병상부족과 관련 정보 부족으로 불필요하게 환아를 이송하거나 반대로 지연시켜 이송도중 사망하거나 심각한 문제를 발생시키고 있다. 그러나 전체 3차 진료기관으로 하여금

그 분포로 볼 때 15병상 정도의 집중치료병상을 운영하기 위하여 고가장비와 전문인력을 모두 갖추도록 요구한다는 것은 자원의 낭비이다. 이에 따라 지역별로 「주산기집중치료센터」를 지정하여 투입 장비와 인력 활용이 극대화될 수 있도록 하는 방안이 요구된다. 기존 보유 자원을 평가하고 분만건수가 많은(예: 연 2,000건 이상) 기관을 대상으로 「주산기 집중치료센터」를 지정하는 방안이 바람직하며 기관수는 30개 기관(인구 150만명당)이 적절하다.

다. 「周産期 集中治療센터」 裝備 및 서비스에 대한 保險酬價의 現實化 및 財政的 支援策 講究

현 3차진료기관은 신생아 집중치료에 필수적인 기본장비가 부족한 상태에 있다. 그 근본원인은 장비투입에 따른 원가보상이 전혀 이루어지고 있지 않기 때문이다. 이에 기본장비에 대한 의료보험수가의 현실화, 인력 투입에 따른 新生兒集中治療管理料의 차등 적용화, 입원환아의 출생시 체중에 따른 ‘입원환자관리료’의 가중비례 적용 등, 지불보상체계의 개선이 요구된다. 현재 비급여 부문의 서비스에 대해서도 보험급여에 포함시키는 방안을 적극 추진하도록 한다.

또한 동 시설 운용은 경제성이 없는 것으로 규명된 바, Level III 시설이 진료권별로 설립, 운용될 수 있도록 하기 위해서는 지정기관에 대한 세제 혜택, 관련연구비 지원, 그리고 필수 고가 의료장비에 대한 長期低利 融資(일본의 경우에 해당됨) 등과 같은 지원책이 반드시 수반되어야 할 것이다.

3. 對象者 健康管理側面: 母性 및 嬰乳兒·兒童·靑少年의 健康增進을 위하여

가. 先天性代謝異常檢査의 保險給與化 및 實施 義務化

현재 대부분의 신생아는 병·의원에서 선천성대사이상검사를 받고 있다. 병·의원에서는 대부분 5~6종의 선천성대사이상질환에 대하여 검사를 실시함에 따라 정부(보건소)에서 무료로 실시하는 2종의 검사 비용을 제외한 비용을 자비부담하도록 하고 있다. 이로 인하여 병·의원에서는 자비부담 검사와 2종의 보건소 무료검사로 분리, 관리하여야 하는 점 때문에 상호 관리의 비효율이 문제로 대두되고 있다. 이에 동 검사를 보험급여화하여 보다 효율적인 사업관리가 이루어질 수 있도록 하여야 할 것이다.

한편 미국, 일본, 독일 등 20개 국가에서는 20년 전부터 출생직후 신생아에게 동 검사를 실시하고 있으며 최근 대만과 중국도 실시하고 있다. 美國의 경우 동 검사의 실시를 의사에게 의무화하여 미실시로 인한 정신박약 발생에 대해서는 醫師가 책임을 지도록 하고 있다.

우리나라에서도 동 검사를 의무적으로 실시할 수 있도록 의료기관의 분만개조 의료인에게 동 검사 실시를 義務化하도록 법제화하는 방안이 요구된다.

나. 病院의 一定病床에 대한 母子同室 運營의 義務化

모유수유의 시도는 생후 첫 날의 수유에 달려 있다고 보아도 과언이 아니다. 母子同室은 모유수유를 유도할 수 있는 최적의 환경이므로 모든 분만 병원에 대해서는 일정병상(분만건에 따라 5~10병상)에 대하여 반드시 母子同室을 운영하도록 「의료법시행규칙」을 개정하도록 한다.

다. 靑少年 生殖保健 管理對策 強化

靑소년의 성문제는 어제 오늘의 얘기가 아니다. 그간 지속적으로 발생되고 있는 靑소년 임신 및 분만, 인공임신중절, 그리고 性病 (Sexual Transmitted Diseases)에 무방비 노출상태로 인한 성병의 감염 우려 등이 사회문제화되고 있다. 이러한 문제는 사회적으로 또 다른 문제(약물남용, 靑소년 비행 등)를 야기시킬 수 있다는 점에서 정부의 적극적인 개입과 지역사회에서의 협조 및 지원이 요구된다.

‘性’으로 인한 질병예방 감소전략에서부터 정부 및 非政府機構가 중점을 둔다면 에이즈, 매독, 임질 등의 질환으로부터 여성이 보호될 수 있고 장기적으로는 안전하고, 효과적이고, 접근가능하고, 만족스러운 성문화의 정착에 보다 긍정적인 효과를 올릴 수 있을 것이다.

라. 出生性比 不均衡 解消 등의 新人口政策 推進의 活性化

정부는 1996년 모자보건사업의 강화, 출생성비 불균형 해소, 靑소년 성문제 해결 등 사회적 정책과제 해결중심으로 한 신인구정책을 추진하였다. 「男女雇傭平等法」과 「女性雇傭促進法」의 제정, 「家族法」의 개정으로 제도적 장치는 마련되어 있으나 실제 사회에서는 여전히 남녀 불평등이 존재하고 있어 남아선호 불식과 태아 성감별 처벌이 강화되어 이로 인한 인공임신중절이 사라질 수 있도록 사회적 차원에서의 행동 프로그램이 요구된다.

마. 標準化된 母子保健手帖 活用 및 學校保健과의 連繫運營 推進

현재 3종의 수첩에 대하여 기본적인 표준모형이 요구되며 평생건강의 기초가 되는 영유아 관리를 철저히 하고 학교보건관리의 효율화를

기하기 위하여 초등학교 입학시에 출생시부터 취학전까지의 예방접종 및 건강관리 등이 기록된 모자보건수첩 제출을 의무화한다. 이를 위하여 학교보건기관과의 협조체계를 유지하도록 「學校保健法」을 개정하도록 한다.

바. 帝王切開分娩 減少를 위한 正常分娩 酬價의 現實化, 保險機關에서의 醫療機關別 帝王切開率 公開 및 施術의 適正性 評價制度 導入

의료기관으로 하여금 제왕절개술을 감소시키도록 하기 위해서는 정상분만 酬價의 현실화가 요구된다. 또한 보험기관에서 진료비 심사시 의료기관별 제왕절개율을 정기적으로 공개하고 시술의 적정성에 대한 평가제도를 도입한다.

4. 出生兒 醫療倫理 側面: 出生兒의 生存·保護를 위하여

가. 高危險對象의 自意退院 및 結果에 대한 責任의 制度的 裝置 마련

누가 미숙아 치료여부에 대한 결정권을 가져야 하는가? Raymond 등은 부모가, Heymann, Holtz, Bayles 등은 사회가 결정권자가 되어야 한다고 주장하였다(Heymann, 1975; Steinfels, 1978). 이에 1972년 Callahan 등(1972)은 사회에 결정권을 부여할 경우 비용-효과측면에서 예산을 줄이기 위해 치료를 거부할 가능성이 높다고 지적하면서 반박하였다.

경제적 지원이 가능할 경우라도 부모는 생존에 대한 불확실성과 살려질 가치가 있는 삶에 대한 혼재속에서 醫師의 책임의 한계는 어디

까지이며 어떤 가치에 우선권을 두어야 하는가? 누구의 이해가 보호되어야 하는가? 결정과정에 누가 어느 정도 개입되어야 하는가?에 대하여 생명유지를 위한 삶의 기준과 「가족동의법」 등 사회가 해결해야 할 이슈가 새로이 등장하였다.

5. 統計生産 側面: 標準化된 指標의 使用과 醫療人에 의한 申告 채널의 構築을 위하여

가. 母子保健 關聯用語 定義의 標準化

그간 모자보건 관련지표 산출에 있어서 동일한 지표가 정부, 학회, 민간단체 등에서 각기 다르게 정의하여 사용하고 있어 국가적인 추이나 비교분석에 문제가 있으므로 WHO 기준에 따르는 것을 원칙으로 하는 등, 이에 대한 학문적 체계의 정비가 요구된다.

나. 醫療人에 의한 出生 및 死産 申告의 法的 義務化

선진국에서는 인구동태신고 및 보고제도를 통하여 제반 모자보건 관련 통계를 정기적으로 산출할 수 있는 체계가 법적으로 정착되어 왔다. 예컨대, 선진국에서는 법적 출생신고 기간이 우리나라의 1개월보다 짧으며(프랑스: 출생후 3일 이내, 일본: 출생후 14일 이내) 출생아의 보호자가 신고하여야만 파악될 수 있는 단독 신고채널인 우리나라와는 달리, 출생이 발생한 의료기관에서도(영국, 프랑스 등) 출생사실을 행정기관에 신고할 의무를 가지고 있어 인구동태신고 자료를 활용한 영아사망의 경우, 정확도는 매우 높다고 볼 수 있다.

우리나라는 법정 출생신고 기일 동안 예상되는 신생아 사망의 경우

에는 보호자의 임의신고에 의하므로 출생신고에서부터 누락될 가능성이 많아 사망 또한 파악하기 어려운 실정이다. 또한 현행 「임산부 신생아 사망·사산 보고」 제도상에도 제 문제가 있는 것으로 나타나 일차적으로 출생의 경우 담당 의료인이 발생 수일이내에 신고의무를 갖도록 「醫療法」을 개정하고 死産 및 영아사망건을 보고하도록 단계적으로 의사에 의한 보고의무를 마련할 필요가 있다.

〈表 4〉 外國의 出生申告制度 現況

국 가	신고의무자	구비서류	주관기관	신고기간
미 국	의료기관(의사)	출생신고서	군(주)정부 - NCHS ¹⁾	당일
프랑스	의료기관(의사)	출생신고서	Mairie - INSEE ²⁾	당일
캐나다	의료기관(의사)	출생신고서	주정부-Statistics Canada	30일
일 본	보호자	출생증명서	호적계(보건소)-후생성	14일

註: 1) NCHS(National Center for Health Statistics)

2) INSEE(Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

資料: 1) NCHS, Hospitals' and Physicians' Handbook on Birth Registration and Fetal Death Reporting, 1989.

2) INSEE, La situation Demography in 1987, les Collection de INSEE, 1989.

3) Kreton, M., Vital Statistics Laws in Canada, Vital Statistics, Manitoba Family Services, 1989.

4) 人口動態統計課, 『人口動態統計의 概要』, 厚生省大臣官房 統計情報部, 1990.

參 考 文 獻

- 대한산부인과학회, 『대한산부인과학회 개원회원의 의식에 관한 설문 조사 연구』, 1992.
- 박인화·황나미, 『모자보건의 정책과제와 발전방향』, 한국보건사회연구원, 1993.
- 박정선·황나미, 『지역모자보건·의료·복지·서비스 협조체계와 공공모자보건서비스 개발』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 배종우 외, 『1996 전국 64개 종합병원에서의 신생아 관련통계』, 『대한신생아학회지』, 제4권 제2호, 1997.
- 보건복지부, 『가족보건사업지침』, 1998.
- _____, 『보건복지통계연보』, 1997.
- _____, 『의료보험 요양급여 기준 및 진료보수기준』, 1997. 9.
- 신손문 외, 『지역별 신생아 중환자 관리체계 구축을 위한 신생아 중환자실 실태조사』, 『대한신생아학회지』, 1996.
- 이 철, 『우리나라 저체중아 출생현황 및 문제점』, 『한국모자보건학회 제1차 춘계학술대회』, 1997, pp.2~7.
- 정기원 외, 『1995년도 장애인 실태조사』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 조남훈·김승권 외, 『전국 출산력 및 가족보건 실태조사보고』, 한국보건사회연구원, 1997.
- 통계청, 『장애인가구추계』, 1996. 12.

_____, 『사망원인 통계연보』, 1996.

한영자·도세록·박정환·이승욱, 『모성사망비 추정 및 사망원인 분석』, 한국보건사회연구원, 1997.

황나미, 『종합병원 제왕절개분만 관련요인 분석』, 『보건사회논집』, 제 14권 제1호, 한국보건사회연구원, 1994.

황나미, 『어린이 건강수준과 발전방향』, 『보건복지포럼』, 통권 제8호, 한국보건사회연구원, 1997.

황나미·문병윤, 『선천성 이상 및 저체중 출산관련 장애현황과 관리대책』, 한국보건사회연구원, 1996.

American Academy of Pediatrics, *Guidelines for Perinatal Care*, 1988.

Callahan, Daniel, "Ethics and Population Limitation", *Science* 175, Feb 4, 1972, pp.487~494.

Francome, C. & Savage, W., "Cesarean Section in Britain and United States 12% or 24%", *Social Science and Medicine*, Pergamon Press, 37(10), 1993, p.1200.

INSEE, *La situation Demography in 1987*, les Collection de INSEE, 1989.

Kreton, M., *Vital Statistics Laws in Canada*, Vital Statistics, Manitoba Family Services, 1989.

NCHS, *Hospitals' and Physicians' Handbook on Birth Registration and Fetal Death Reporting*, 1989.

Notzon Fc, "Comparison of National Cesarean Section" *NEJM*, 1987, p.387.

Paul, J. et al., "C-Sections rise" *AJPH*, 78(5), 1988, p.562.

Placek, P.J. et al., "Trends in Cesarean Section Rate for the United States", *Public Health Report*, 1980, pp.540~548.

Steinfels, M. O'brien, "New Childbirth Technology: A Clash of Value",
The Hastings Center Report, 8(1), 1978.

松本青一, 『母性保健의 現況과 動向』, 『新母性保健』, 文光堂, 1990.

_____, 『母子保健概論』, 文光堂, 1991.

人口動態統計課, 『人口動態統計의 概要』, 厚生省大臣官房 統計情報部,
1990.