

# 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책 방향

*Future Directions of Maternal and Child Health Policy for  
Healthy Start in Life*



황나미 한국보건사회연구원 연구위원

평생 건강의 기틀이 되는 ‘건강한 출발’(Healthy Start in Life)을 보장하기 위해서는 모성 이전의 가임기에서부터 생식건강과 이에 영향을 미치는 건강실천 행위, 그리고 질병 예방 및 조기발견을 위한 교육의 강화가 요구되며 최근 도입된 국가검진사업의 내실화가 요구된다. 건강실천행위에 영향을 미치는 문제들은 사회체계와 보건의료체계 전반에 걸친 공통적인 문제이어서 그 해결도 모자 보건사업, 건강증진사업 및 저출산 대책 등 단독 사업만으로는 어렵고 사회적·법률적·정치적 영역에 걸친 범국가적으로 전반적인 체계가 개선되어야 한다.

최근 건강투자방향이 임신·출산의 사회적 책임을 강조하고 있다. 모성과 영유아 건강증진을 위해서는 여성 중심적 건강정책을 통해 독신, 이혼 및 사별 등 다양한 형태의 모성 및 그 자녀의 삶에 대한 배려와 임신·출산 이전의 사회경제적 차별로 발생하는 생식건강 문제 등도 고려할 수 있도록 고위험 또는 취약집단을 대상으로 한 독자적인 프로그램의 운영이 요구된다.

## 1. 서론

생애초기인 태아기 및 영유아기의 건강잠재력의 배양은 평생 건강을 확보하게 하여 생산성 높은 인적 자원을 확보하는데 기초가 된다. 때문에 평생 건강의 기틀이 되는 ‘건강한 출발’(Healthy Start in Life)을 보장하기 위해서는 이들의 건강관리에 대한 사회적 책임이 강조되고 있다. 특히 우리나라는 합계출산율(TFR)이 2007년 1.26으로 낮은 출산수준이어서 인적 자원을 확보하기 위한 건강의 중요성이 부각되고 있다.

우리나라는 경제수준 향상, 첨단의료기술의 발달과 건강보험의 보장성 강화 등으로 의료에 대한 접근성이 용이해짐에 따라 모성 및 영유아 사망률은 급격하게 감소되었다. 골목할 만한 의료기술의 발전이 이들의 사망감소와 치료 및 재활 측면에서 큰 기여를 하였다. 그럼에도 불구하고 현 사회환경과 보건의료체계 속에서 여전히 예방 또는 치료 가능한 질환으로 사망하고 후유증을 남기고 있으며, 유해물질과 사고·손상 등의 사회적 위험요소들은 잔재하고 있다. 이에 정부는 건강한 출발을 보장하고 저출산 현상의 심화에 적극

적으로 대처하고자 모성과 영유아에 대한 건강증진정책을 다각적으로 시도하고 있다.

본 원고에서는 모성 및 영유아의 생의 과정에서 이들에게 주어지는 과업으로 인해 초래되는 건강문제를 규명하고 사망 위협요인 및 주요 건강행태를 파악하여 이들의 안녕증진과 삶의 질 향상을 위한 건강증진정책의 방향성을 제시하고자 한다.

## 2. 모성과 영유아기의 중점 건강문제

「세계보건기구(WHO)」는 건강증진을 건강에 기여하는 생활습관과 사회, 경제, 환경 및 개인적 사항의 개선을 포함하는 광의의 개념으로 정의하고 있다. 건강과 관련된 사항의 이해를 증진하게 하여 건강문제를 해결하도록 하며, 개인의 신체적·심리적인 요인뿐만 아니라 사회환경적인 면까지 개선하는 데 있다. 모성의 건강문제는 생식생리 및 출산, 폐경 등과 밀접하게 관련되어 특징적인 질환들에 의해 위협받고 있으므로 생식건강(reproductive health)이 중점 관리대상이라고 강조하고 있으며, 이 외 성폭력, 생활양상의 변화, 근로환경 등에서 비롯된다고 하였다.

1994년 유엔의 「인구개발국제회의(ICPD: International Conference for Population and Development)」에서는 가장 실질적이고 효과

적인 인적 개발(human development)정책으로 생식건강과 생식권리(Reproductive right)의 중요성을 강조하였다. 생식건강은 출생아의 건강을 포함한 인적 자질에까지 영향을 미친다는 것이다. 유엔은 국가적 차원에서 이를 이행하도록 행동강령을 마련하였고, 2015년까지 생식 관련정보와 권리를 보호할 수 있는 서비스들을 남녀 모두에게 접근할 수 있도록 하여야 한다고 공표하였다.

이어 1997년 「세계보건기구」는 생식건강 평가지표를 개발하였다(표 1). 사망지표로는 ‘모성사망비’ 및 ‘주산기 사망률’을, 건강지표로는 ‘합계출산율’, ‘안전피임 실천율’, ‘산전수진율’, ‘전문인 분만개조’, ‘기본 필수산과관리 접근성’, ‘매독 혈청검사 양성임부 유병률’, ‘가임여성 빈혈 유병률’, ‘여성불임 유병률’, ‘임부 HIV 양성자 비율’ 등을 선정하였다. 또한 출생아의 저체중비율, 가임기 남녀의 HIV관련 예방실천 지식 습득자 비율, 그리고 남성의 요도염 발생률을 통하여 생식건강 수준을 평가하도록 하였다.<sup>1)</sup>

한편, 학자들은 생식건강 뿐 아니라 여성건강에 영향을 미치는 다른 요인들의 중요성도 강조하였다. Griffith Kenny는 생식건강(출산, 피임 및 불임 등) 이외 생활양상(성문제, 독신 및 이혼 등), 사회경제적 관심(고용차별, 직업성 건강상해)이 여성건강 전체에 영향을 미친다고 하였다.<sup>2)</sup> McElenmury는 안전한 모성관리 및 보호, 성폭력 및 가정폭력, 성 관련 건

1) WHO. (1997). Reproductive Health(executive summary).

2) Griffith Kenny, J. (1986). Contemporary Women's Health, Addison-Wesley.

표 1. 「세계보건기구」가 제시한 생식건강 지표

대상구분	사망	질병예방 및 조기발견	건강생활 실천
모성	· 모성사망비	· 가임여성 빈혈 <sup>1)</sup> 유병률 · 산전수진율 · 전문인에 의한 분만개조 · 기본 필수산과관리 <sup>2)</sup> 이용가능성 · 부인과(분만 제외) 입원비율 · 임부 HIV 양성자 비율*	· 출산횟수 · 안전피임 실천율 · 불임 유병률* · 매독 혈청검사 양성임부 유병률* · 성 관련 질환예방 실천지식 <sup>3)</sup> · 습득자 비율
영유아	· 주산기사망률	· 저출생 출생아 비율*	
남성		· 요도염 발생률*(15세 이상 기준)	· 성 관련 질환예방 실천 지식 <sup>3)</sup> · 습득자 비율

주: 1) 가임기 여성 헤모글로빈 12g/dl, 임부 11g/dl 이하 기준  
 2) 일차보건의로, 산과적 응급서비스 및 이송·의뢰 등  
 3) 15~24세 연령층의 HIV 등의 방지를 위한 성 건강증진에 필요한 정보, 교육 및 서비스  
 4) \* 는 건강생활 실천과 질병예방에 공히 밀접한 관계가 있는 경우임.

강(유산, 성병, 에이즈)과 중년기·노년기 건강문제(폐경, 여성 암)를, Chesney & Ozar는 생식건강 이외 흡연, 음주 등 건강위험요인과 사회적 압력(역할 및 사회적 규범), 여성건강 관련정책(정보 결핍, 정책결정 참여) 등이 관련되어 있다고 제시하였다.<sup>3)</sup> Davy는 안전하지 않은 성관계, 흡연, 잘못된 식습관, 운동부족, 과도한 음주, 약물남용, 불필요한 위험행동 그리고 비효율적인 스트레스 해소 등이 부정적인 건강행동의 대표적인 예라고 지적하였다.<sup>4)</sup> 「미국모자보건협회」에서는 모성건강에 성폭력, 가정폭력, 물질남용, 골다공증 및 유방암의 질환을 포함시키고 있다. 우리나라

는 전문가의 의견수렴을 거쳐 2005년 「새 국민건강증진종합계획」을 수립, 2010년까지 모성사망, 인공임신중절, 표준화된 산전관리 및 자연분만을 중점과제로 선정한 바 있다.<sup>5)</sup>

이상의 내용을 종합해 볼 때, 모성의 건강증진은 생식 건강증진이 핵심이어서 관련 질병예방 및 조기발견과 이에 영향을 미치는 건강실천행위, 그리고 사회경제적 불평등과 정보 접근성 등도 관련되어 있다는 결론에 도달한다.

영유아기에는 신체적·정서적·인지적 모든 요소가 기본적으로 발달하는 단계이므로 성장과 발달의 과업성취가 무엇보다도 중요

3) Chesney, M. A. & Ozar, E. M. (1995). Women's Health: In Search of a Paradigm. Women's Health Research & Gender Behavior and Policy, 1(1).

4) Davy, J., Pakrer, R. & Patterson, J. (1992). Personal and Community Health. Rigby, Meinemann, Melbourne.

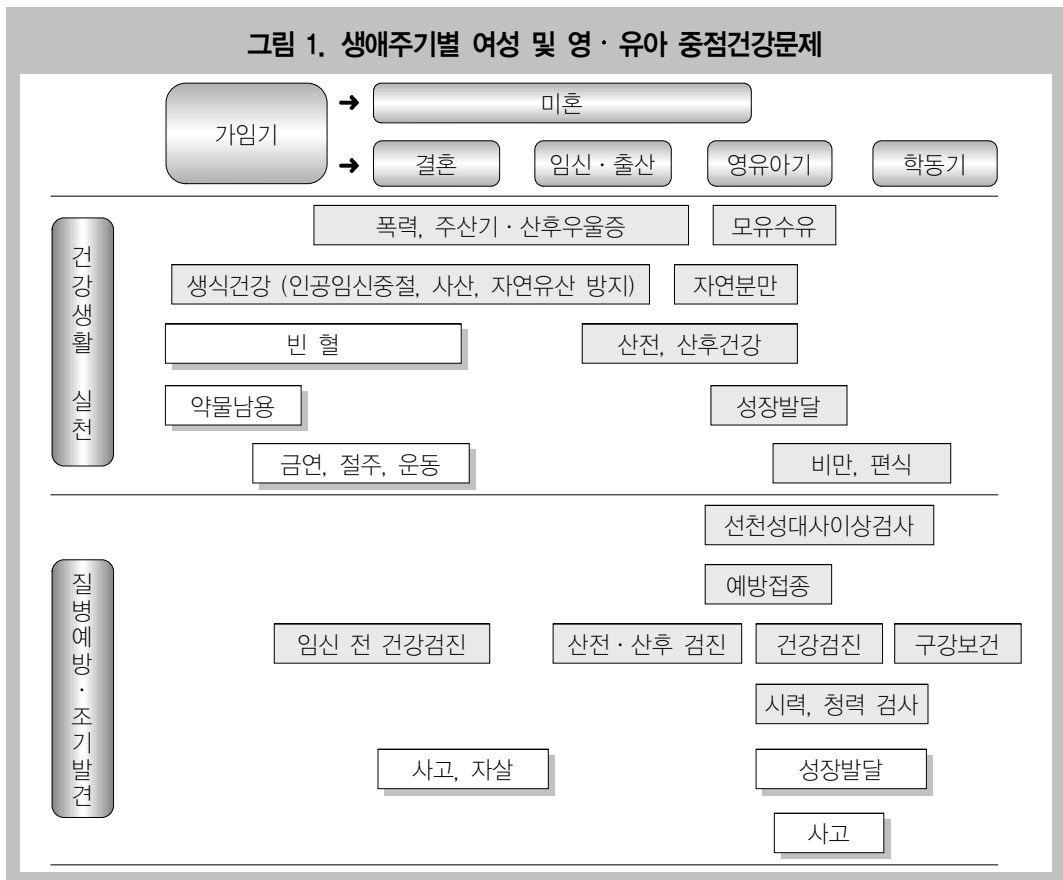
5) 보건복지부·한국보건사회연구원(2005). 새국민 건강증진 종합계획 수립. 보건복지부·한국보건사회연구원.

하다. 영유아기에 수행하고 넘어가야 되는 발달과업을 적절하게 수행하지 못하였을 경우 그 다음 단계의 발달이 지연되거나 이루어지지 못하게 되어 학동기에 수행하여야 될 발달은 물론 성인기 까지 부정적인 영향을 미친다. 또한 이 시기에는 면역력이 낮아 전염성 질환에 대한 예방접종 및 조기 대처, 그리고 사고 예방이 이들의 건강을 증진하는 데 필수요건이다. 「새국민 건강증진 종합계획」에서는 2010년 까지 중점관리대상으로 영·유아 사망, 저 체중 출생아, 미숙아 및 선천성이상아, 영유아 성장발달 및 모유수유를 선정하여

대부분 모성의 건강과 직결되어 있고 모성의 역할이 강조되는 내용들로 구성되어 있다.

「세계보건기구」와 학자들이 규명한 생애 각 단계에서 건강증진을 위해 필요한 중점 과제를 간추리면 [그림 1]과 같다. 「새 국민 건강증진 종합계획」을 근간으로 한 우리나라 모성의 건강생활 실천과제는 가임기 및 임신·출산기의 생식건강, 그 중에서도 인공임신중절 예방과 제왕절개분만 감소이며 모유수유 실천이다. 또한, 본인은 물론 출생아의 건강에 치명적인 흡연 및 음주문제 등도 포함된다. 질병예방 및 조기발견을 위해서는 산전검

그림 1. 생애주기별 여성 및 영·유아 중점건강문제



진 및 영유아 건강검진, 선천성대사이상검사, 미숙아 집중치료, 정기적인 영유아의 성장발달모니터링 등이다.

### 3. 모성 및 영유아 사망수준 및 위험요인

#### 1) 모성 사망

우리나라 모성의 사망<sup>6)</sup>수준은 지속적으로 감소되어 출생 10만 명당 13명(2003)이다. 그러나 OECD국가 평균(11.6명)보다 높으며, 멕시코에 이어 두 번째로 높은 수준이다. 모성사망의 원인은 분만 후 출혈(30.9%), 산과적 색전증(19.7%), 단백뇨 및 고혈압성 장애(17.8%), 유산 관련원인(3.3%) 등이다.<sup>7)</sup> 고위험 임부는 전체 임부의 약 5~10%로 추정되는데 주산기(周産期)에 철저한 관리를 통한 조기발견 및 치료를 통해 어느 정도 대처할 수 있다. 2006년 출산부인의 산전수진 비율이 99.9%이며 첫 산전수진 시기는 임신 5주이고 수진횟수는 평균 13.24회이었다. 시설 분만율은 99.9%, 산후수진율은 91.9%로<sup>8)</sup> 나타나 임신·출산 및 산욕기에 충분한 의료 서비스를 받고 있는 것으로 평가할 수 있다.

이와 같이 100%에 이르는 의료 접근성과 양적으로 충분한 의료이용에도 불구하고 모성 사망이 초래되는 이유는 임신부 관리를 위한 표준화된 서비스가 국가 차원에서 아직 개발되지 못하여 질적인 서비스제공체계가 미흡하고, 고위험 임신부 및 태아를 조기 발견하여 이송·의뢰할 수 있는 주산기 응급의료체계(perinatal emergency care system)가 구축되어 있지 못하기 때문이라 지적할 수 있다. 민간중심의 서비스공급체제로 인해 고위험 임신에 효과적으로 대처할 수 있는 의료자원의 투입·배치가 불균형을 초래하여 전국적으로 지역화(regionalization)가 이루어지지 못하고 있기 때문이다.

#### 2) 주산기 및 영·유아 사망

우리나라 주산기 사망률<sup>9)</sup>은 총 출산아수 1천 명당 4.6명(2003년)으로 1999년(5.2명)보다 감소되었다. 영아사망률은 2002년 출생 천명당 5.3명이다. 선진국의 영아 사망률과 비교해 보면 일본이 출생 천명당 3.1명, 스웨덴 3.3명 등으로 아직 높은 편이다. 사망원인은 신생아 호흡곤란(11.8%), 심장 선천성 기형(9.9%), 임신기간 및 태아발육 관련 장애(9.8%), 신생아의 기타 호흡기 병태(9.7%), 신

6) 모성사망은 임신 중 또는 임신종료 후 42일 이내에 사고나 고의에 의하지 않은 사망으로, 임신에 의하거나 임신에 의해 악화된 어떤 질환이나 이로 인한 사망을 의미함. 한편 임신관련 사망(Pregnancy related Death)은 사망 원인에 상관없이 임신기간 중 또는 임신종료 후 42일 이내에 발생한 모든 사망

7) 보건복지부(2005). 모성사망 수준 및 사망원인 분석. 보건복지부.

8) 김승권 외(2007). 2005년 전국 출산력 및 가족보건복지 실태조사. 한국보건사회연구원.

9) 국제비교에서 사용되는 임신 28주 이상 태아사망과 출생 후 7일 이내 신생아사망 적용

생아 세균성 패혈증(8.9%) 등 주산기 관련 병태 등이며, 이 외 영아돌연사증후군(4.0%)이다.<sup>10)</sup> 1~4세 유아의 조사망률은 인구 10만 명당 28.8명(2005)이며, 사망원인 가운데 의학적 요인이 60%, 외인성 사망에 의한 사고사가 40%를 차지하고 있다. 주요 의료문제로는 신생물과 신경계, 선천 기형·변형 및 염색체 이상 등으로 출생시 건강문제와 관련이 깊다.

영유아의 의료이용수준은 영아의 경우, 1인당 연간 총 입원 진료일수가 2000년을 기준으로 할 때, 2003년 124%, 2005년 131%로 증가하였다. 1~4세 유아의 입원일수도 2003년 148%, 2005년 174%로 증가 추세이다.<sup>11)</sup> 영유아의 의료이용의 증가에 대해서는 심층분석이 필요하나 영유아기의 양육 부실과 위험환경의 증가가 그 원인으로 추측된다.

## 4. 모성과 영유아 건강 증진 실천수준

### 1) 생식 건강증진 실천

2006년 전국표본조사에 의한 유배우 부인의 피임실천율은 79.6%이다. 총 임신 중 인공임신중절로 종결된 비율은 19.1%로 2003년 23.2%에 비해 감소되었다. 그러나 당시 인공임신중절 시술건의 43.5%가 피임을 실

천하지 않은 것으로 나타나 안전한 피임 실천 교육은 아무리 강조해도 지나치지 않다. 최종 인공임신중절 시술사유가 자녀를 원치 않고(38.4%) 터울조절(11.7%) 때문이 과반수 이었다. 경제적 곤란의 경우는 13.4%로 2003년보다 5%포인트 증가하였다. 자녀 양육 부담으로 인한 경제적 문제가 인공임신중절로 이어진 것이다. 태아가 딸이어서 시술을 받은 비율은 2.3%로<sup>12)</sup> 2003년(2.1%)보다 증가하여 피임의 실패만이 아닌 원치 않는 성으로 인한 인공임신중절 시술이 증가하고 있는 것으로 나타났다. 출생성비는 2002년 110.0, 2004년 108.2, 2005년 107.7, 2006년 107.4로 점차 완화되고 있으며 셋째아 이상의 출생성비도 141.2(2002), 132.7(2004), 128.2(2005)로 완화되고 있다.<sup>13)</sup> 그러나 대구, 울산 및 경남지역 등의 일부 지역은 출생성비 불균형 현상이 여전히 심각하다. ‘모자보건법’에는 원치 않는 임신으로 인한 시술을 불법으로 간주하여 태아 성감별 행위의사에 대해서는 3년 이하 징역과 1천만원 이하 벌금을 부과하도록 되어 있다. 이러한 법적 근거아래, 태아 성감별 행위에 대한 집중적인 모니터링과 처벌 강화가 요구된다.

제왕절개분만비율은 2006년 1~6월에 36.4%로 파악되어 전년도보다 0.2% 감소되었다. 특히, 제왕절개분만 적정성 평가를 시작한 2001년도에 비해 4.1% 감소되었다. 그러나

10) 보건복지부(2005). 전계서.

11) 황나미 외(2007). 저출산 대응과 차세대 인구자질 향상을 위한 모자보건서비스 혁신방안. 한국보건사회연구원.

12) 김승권(2007). 전계서.

13) 통계청(2007). KOSIS.

「세계보건기구」의 표준치인 15~20% 수준에는 미치지 못하고 있다.

2006년 전국 유배우 부인의 제왕절개 분만의 주된 사유가 첫 출산을 제왕절개로 분만했기 때문이 30.5%로 가장 높았고, 태아이상 26.0%, 산모이상 16.0% 이었다. 또한 산모의 건강 또는 고령으로 인한 경우는 11.8%로 2003년(8.9%)보다 2% 포인트 증가하였다. 고령출산이 증가하고 있는 현 실정에서 고위험 임신인 고령출산으로 인해 발생할 수 있는 의료사고나 이로 인한 의료분쟁에 대비하기 위해 실시되는 제왕절개 시술건에 대해 자연분만을 권유하는 데에는 한계가 있다고 볼 수 있다.

## 2) 건강생활 실천

임부가 직접흡연 또는 간접흡연을 하면 비흡연자보다 자연유산율이 1.5배 높으며 조산 가능성도 3.3배 높아져 미숙아 출생 확률이 높아진다. 출생아의 경우는 호흡 불안정, 저산소증, 고열 스트레스 등을 일으켜 영아돌연사증후군(SIDS · Sudden Infant Death Syndrome)의 위험이 높아진다.<sup>14)</sup> 2005년 국민건강조사에서 여성 흡연율은 20대 연령층은 5.7%, 30대 연령층은 6.4%이다. 청소년 여학생(12~18세)의 흡연율은 6.99%이고 첫 흡연시기가 13세이어서<sup>15)</sup> 청소년, 더 나아가 유아기에서부터 흡연의 위해성에 대한 교육의 필요성이

제기된다.

알코올은 태아의 두뇌 발달에 심각한 영향을 미쳐 '태아 알코올 증후군(FAS:fatal alcohol syndrome)'출산 가능성을 높인다. 출생아에게는 태아 알코올 스펙트럼 장애(Fetal Alcohol Spectrum Disorder)가 초래되어 출생 직후 또는 성장과정에서 이차적으로 신체적 이상과 행동발달 장애가 발생할 수 있다. 19세 이상 여성의 연간 고위험 음주실태는 37.6%이어서 특히 임신전후 금주 교육의 중요성이 대두된다. 그 외 임신 중에 특정 약물을 복용하면 선천성 이상 및 기형 출산 확률이 높아져 산전교육에서 간과해서는 안 되는 문제이다.

빈혈은 20대 여성은 9.5%, 30대 여성은 12.1%이다.<sup>16)</sup> 임신을 하게 되면 빈혈 발생빈도는 증가하게 되는데, 임신 중 철분이 모자라면 태아의 뇌 발달이 지연되고 출생 후 유아기에 빈혈의 원인이 됨에 따라 임부의 빈혈 발생 예방을 위한 영양관리가 중요하다.

출생아(2004년 1월~2006년 8월 기간)의 생후 4주시점에서의 완전 모유수유비율은 58%, 생후 5~6개월 미만아의 모유수유 지속율은 54.5%, 생후 11~12개월 지속율은 37.2%이다. 또한 생후 15개월 미만 모유수유율(완전모유수유와 모유·이유식 유아비율)은 21.8%로 유럽 75%, 미국 52%, 일본 45%보다 현저히 낮은 수준이다.<sup>17)</sup>

그동안 모유수유 실천율은 지속적으로 증

14) The American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, June, 2007.

15) 보건복지부(2005). 국민건강영양조사. 보건복지부.

16) 보건복지부(2006). 전계서.

17) 김승권 외(2007). 전계서.

가되고 있으나 여전히 모유수유에 대한 정확한 지식과 기술 및 의지의 부족 등 개인적인 문제와 여성의 사회생활로 인한 직장에서의 여건미비가 모유수유의 실천·지속을 어렵게 하는 요인으로 대두되고 있다.

2005년 0~6세 영유아의 주요 질환은 치아 우식증(연간 의사진단비율 22.5%)과 아토피 성피부염(15.8%) 이어서<sup>18)</sup> 건강생활 실천을 구강보건교육과 제반 사회적·물리적 환경조성의 중요성이 대두된다.

### 3) 고위험 출생아 장애 예방을 위한 검진

최근 고령출산 증가와 함께 다태아의 출생이 증가하면서 저체중 출생아와 미숙아를 포함한 신생아 중환자가 증가하는 추세이다. 출생신고아 중 저체중 비율은 2004년 4.16%, 2006년 4.37%이나<sup>19)</sup> 출생신고 전 사망하여 누락된 조기사망 저체중아를 고려할 경우 선진국의 수준을 적용할 때, 그 수치는 6~8% 수준으로 추측된다.

고위험 신생아로 대표되는 미숙아와 선천성이상 출생아가 저소득 가정(도시근로자 가구 월평균 가구소득 130%이하)인 경우에는 치료비 중 본인부담금을 지원(1인당 최고 1천만원)하고 있으며 셋째아 이상 출생아가 미숙아 및 선천성 이상아인 경우는 소득수준에

관계없이 의료비를 지원(첫째아 이후 출생한 쌍둥이 및 삼태아는 모두 셋째아로 인정)하고 있다. 그러나 고위험 신생아를 진료하는 ‘신생아집중치료실(NICU)’의 시설은 미국의 기준을 적용할 때 61.7%의 공급률에 불과하고,<sup>20)</sup> 신생아 중환자의 이송체계도 구축되어 있지 않은 실정이어서 의료비 지원만으로는 고위험 출생아의 사망과 장애 예방을 위한 최선의 대책이라고 간주할 수 없다. 고위험 신생아에게 필요한 장비가 구비된 구급차 등이 극히 미비하여 이송 및 의뢰과정에서 고위험 상태를 더욱 악화시키고 사망과 유병률을 증가시키는 요인이 되고 있다.

출생아에게 선천성대사이상검사를 실시하여 정신지체 및 성장장애 원인을 조기에 발견, 치료하게 되면 대사이상으로 초래되는 장애를 예방할 수 있다. 선천성대사이상검사 수진 비율은 2006년 95.8%로, 그간 검진비율은 지속적으로 증가하였다. 그러나 1.3%는 검사를 받지 못하였으며, 2.9%는 검사에 대해 잘 모르고 있는 것으로 나타나<sup>21)</sup> 여전히 선천성대사이상검사에 대한 홍보와 교육 필요성이 대두된다. 영유아기에 종합건강검진을 받은 비율은 파악되지 못하고 있으며, 다만 신생아기에 청력검사를 받은 영유아는 56.8%이며, 취학전 시력검사 비율은 36.9%이었다.<sup>22)</sup>

18) 보건복지부(2005). 전계서.

19) 통계청(2007). 전계서.

20) 황나미 외(2001). 미숙아 및 선천성이상아 등록체계 확립 및 의료비 지원방안. 한국보건사회연구원.

21) 김승권(2007). 전계서.

22) 보건복지부(2005). 전계서.



## 5. 모성 및 영유아 건강증진 정책의 현주소

### 1) 모성 및 영유아 건강사업의 정책 목표

정부는 1973년 ‘모자보건법’을 제정하고 모성 및 영유아의 건강증진을 위하여 수차례 법률을 개정, 법적, 제도적 기반을 마련하고 사업재원을 확충하여 다양한 프로그램을 개발, 확대 발전하여 왔다. 1995년 제정된 ‘국민건강증진법’을 기반으로 생애주기별 건강증진사업이 전개되고 있는 가운데, 모성과 영유아 건강증진서비스는 모자보건사업 틀 내에서 확대되어 독자적인 사업체계와 사업내용들이 갖추어져 왔다. 또한 건강보험제도를 통해서도 자연분만, 모자동실 입원료 및 모유수유 관련 건강보험 수가를 책정하고 모성보호 및 영유아 건강증진을 위해 상향 조정한 바 있으며, 일부 산전검진과 정상분만에 따른 본인부담금을 면제하는 등 의료 접근성과 형평성을 추구하고자 하였다.

2005년 「저출산·고령사회기본법」을 제정하고 이른바 ‘새로마지 플랜 2010’을 수립하여 저출산 극복을 위한 출산지원과 차세대 인구자질 향상 관점에서도 모성과 영유아의 건강증진사업을 전개하고 있다. 임신부 및 영유아 건강검진과 불임부부 의료비 지원, 산모·신생아도우미서비스 등 사전 예방과 건강증진, 복지를 포함한 포괄적인 접근을 하고 있다. 특별히 산업장 모성건강과 관련하여서는 여성이 가정과 사회를 병행하여 건강하게 경제활동을 할 수 있도록 모성보호 관련 3법(‘근

로기준법’, ‘남녀고용평등법’, ‘고용보험법’)을 개정하여 산전·산후 유급휴가 연장과 유·사산 휴가제도 도입 등 근로여성의 건강을 보호할 수 있는 제도적 장치를 마련한 바 있다.

모성과 영유아 건강증진의 주축이 되는 모자보건사업의 목표, 추진전략 및 주요 사업을 살펴보면 [그림 2]와 같다. 정책목표는 가임기 여성 및 모성의 신체적·정신적 건강증진, 영유아 건강잠재력 함양, 건강에 대한 사전 예방적 투자를 통한 인적 자질 향상, 그리고 모자보건사업의 지원 및 전달체계 구축 등이다.

### 2) 모성 및 영유아 건강사업의 추진전략

모자보건 차원의 모성 및 영유아 건강투자 전략은 [그림 2]에서 제시한 바와 같이 가임기 여성 생식건강증진, 임신부 및 영유아 건강지원, 영유아 장애예방, 임신 및 출산의 사회적 책임강화 등이다. 최근 추진된 활동으로는 모성의 개념확대와 건강검진의 보장성 강화, 건강·복지·보육과 연계한 통합서비스 제공이라고 그 맥락을 짚어 볼 수 있다.

#### (1) ‘가임기 여성’으로의 ‘모성’개념 확대

‘모자보건법’에는 ‘국가와 지방자치단체는 모성과 영유아의 사망 감소와 질병예방, 건강유지 및 증진을 목표로 모성과 영유아의 건강을 유지·증진하기 위하여 필요한 조치를 하여야 한다’라고 명시되어 있다.

2008년 5월, 정부는 임신부에 국한하여 협의로 정의한 ‘모성’을 ‘임산부와 가임기 여성’

으로 지칭하고, 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만인 자를 ‘임산부’로 지칭하는 법률을 개정하였다. 또한 ‘모자보건사업’을 모성 즉, 가임기 여성과 영유아에게 전문적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공하고, 모성의 생식건강 관리와 임신·출산·양육 지원을 통하여 이들이 신체적·정신적·사회적으로 건강을 유지하게 하는 사업으로 개정하였다. 그 동안 임산부 또는 영유아에 국한하여 전문적인 의료봉사를 함으로써 신체적·정신적 건강을 유지하게 하는 사업에서 모성의 개념 확대로 가임기 여성의 생식건강 관

리와 임신·출산·양육을 지원할 수 있도록 개선, 보완한 것이다. 이는 곧 모자보건제도권 밖에 있었던 미혼 여성과 비임신(또는 불임) 여성의 생식건강과 영유아의 건전한 양육에 대한 공공성을 강화하겠다는 의지의 표명으로 해석할 수 있다.

## (2) 가임기 여성 생식건강 증진

[그림 2]에서 대표적인 건강교육사업을 살펴보면 ‘대학생 생식건강센터 운영’, ‘청소년 성교육사업’, ‘인공임신중절 예방과 감소추진

그림 2. 모성 및 영유아 건강사업의 정책 목표와 추진전략 : 모자보건사업

그림 2. 모성 및 영유아 건강사업의 정책 목표와 추진전략 : 모자보건사업					
정책 목표	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ 가임기여성·모성의 신체적·정신적 건강증진</li> <li>◇ 영유아 건강잠재력 함양</li> <li>◇ 건강에 대한 사전 예방적 투자로 인적 자질 향상</li> <li>◇ 모자보건사업의 지원 및 전달체계 구축</li> </ul>				
추진 전략	가임기여성 생식건강증진	임산부 건강지원	영유아의 건강한 성장 지원	영유아 장애 예방 지원	임신·출산의 사회 책임 강화
주요 사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>○이주여성 통역 지원</li> <li>○대학생 생식 건강센터 운영</li> <li>○청소년 성교육</li> <li>○계획임신 정보 지원</li> <li>○임신·출산문 화개선 운동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○임부 건강검진</li> <li>○철분제 제공</li> <li>○모자보건수첩 활성화</li> <li>○임산부 배려 캠페인 강화</li> <li>○산후조리원 관리 강화</li> <li>○산모신생아도 움</li> <li>○영양보충</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○모유수유 증진</li> <li>○신생아등록 체계 도입</li> <li>○수첩 활용</li> <li>○건강검진 및 유 소견자 모니터링</li> <li>○영양보충</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○미숙아·선천 성이상아 의료비 비원</li> <li>○신생아 집중치료센터 지원·육성</li> <li>○선천성대사이 상검사 및 환아 관리</li> <li>○선천성난청 조기 검진</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○불임부부 지원</li> <li>○인공임신중절 예방과 감소 추진</li> </ul>

자료 : 보건복지부(2008). 모자보건사업안내. 보건복지부.

등이다. 최근 미혼여성의 인공임신중절건이 14만건으로 추정되어<sup>23)</sup> 가임기 남녀를 대상으로 한 생식 건강증진 대책은 성과를 거두지 못하고 있다고 평가할 수 있다. OECD 회원국 중 본인의 원에 의한 인공임신중절을 법적으로 허용하는 17개 국가들은 인공임신중절 보고체계를 갖추어 생식 건강증진정책 수립을 위한 기초자료로 활용하고 있다. 우리나라는 원치 않는 임신으로 인한 시술이 불법으로 간주되어 사전 예방과 조기 적절한 대처를 위한 통계생산체계가 부재, 근거중심 정책(evidence-based policy)수립에 미흡한 측면이 있어 효과적 개입과 중재방법에 어려움이 있다고 지적할 수 있다.

### (3) 영유아 질병 예방 및 장애 예방

공공부문의 대표적인 장애예방사업으로는 선천성대사이상검사사업이 있다. 출생아의 대사이상으로 초래되는 정신지체 및 성장장애 원인을 조기에 발견하여 치료함으로써 장애를 예방하고자 정부는 전체 신생아를 대상으로 한국인에게서 발생빈도가 높은 6종의 검사(페닐케톤뇨증, 갑상선기능저하증, 호모시스틴뇨증, 단풍당뇨증, 갈락토스혈증, 선천성 부신 과형성증)를 무료로 실시하고 있다. 또한 발견된 환아에 대한 의료적 지원을 실시하

고 있다(페닐케톤뇨증 환아 등 특수조제분유 지원, 갑상선기능저하증 환아 의료비 지원).

2007년 정부는 국가 필수 영유아 예방접종 지침을 개발하여 2008년 개발될 표준화된 모자보건수첩에 포함, 모성에게 예방접종 지침을 제공할 계획이다.<sup>24)</sup> 현재 일부 국가필수예방접종만이 보건소에서 접종할 경우에는 무료이며, 일반 병원에서는 전액 본인이 부담하여야 하는 문제가 남아 있다.

2008년 5월에는 고위험 신생아 집중관리체계의 구축을 위해 ‘모자보건법’을 개정하여 고위험신생아 집중관리체계 구축을 위한 법적 근거를 마련하였고, 지방국립대병원을 광역단위 「신생아집중치료센터」로 육성하여 신생아 집중치료지역센터로 지원·육성, 지역적 불균형을 해소하고 부족한 집중치료실을 확충하고자 계획하고 있다.

### (4) 건강검진의 보장성 강화

정부는 2004년 11월 희망투자전략의 일환으로 작성된 「빈곤 아동·청소년 종합대책」 내에 영유아의 건강한 성장·발달 보장을 위한 영유아 성장발달 스크리닝사업을 세부추진과제로 채택하였다. 이에, 성장발달 장애를 가진 영유아가 평생동안 본인은 물론 가정과 사회에 정신적·경제적·사회적 부담 및 손

23) 보건복지부(2005), 인공임신중절 실태조사, 보건복지부.

24) 국가필수예방접종 영유아 대상 전염병에는 BCG, B형간염, DTaP, Td, 폴리오, MMR, 일본뇌염(사백신), 수두, 그리고 고위험군에 한해 인플루엔자, 장티푸스, 신중후군출혈열의 접종을 권장함. 기타예방접종은 의료기관에서 접종 가능한 예방접종으로 BCG, 일본뇌염, b형 헤모필루스 인플루엔자 뇌수막염(Hib), A형간염, 폐구균이 있음. 정부는 모든 영유아에게 b형 헤모필루스 인플루엔자 뇌수막염(Hib), A형 간염, 폐구균 예방접종을 권장하지 않음.

표 2. 영유아 건강검진항목 및 성장발달 평가

검진 항목		검진 시기				
		4개월	9개월	18개월	30개월	5세
문진 및 진찰		●	●	●	●	●
신체계측		●	●	●	●	●
발달평가 및 상담			●	●	●	●
건강 교육	안전사고 예방	●	●	●	●	●
	영양	●	●	●	●	●
	수면	●				
	구강		●			
	취학전 준비					●
구강검진				●		●

실을 초래하지 않도록 ‘영유아 성장발달 스크리닝사업’을 도입, 추진하기로 하였고 아울러 「2010 새국민 건강증진 종합계획」에 2010년 까지 전국 보건소로 영유아 성장발달 스크리닝사업을 확대, 정착하여 영유아 성장발달 장애를 낮추는 목표를 설정하였다. 그러다가 2007년 11월 15일부터 보건소 영유아 건강검진 및 영유아 성장발달스크리닝 사업을 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」에 의한 영유아 건강검진으로 확대 개편하여 생후 4개월부터 6세 미만의 전체 영유아에게 건강보험의 재정적 지원에 의해 무료로 민간 의료기관에서 서비스를 공급하는 체계로 전환하였다. 이에 따라 보건소 중심의 영유아 성장발달 스크리닝사업 확대방향을 전환하여 의료기관에서 생후 4개월, 9개월, 18개월, 30개월, 5세 등 총 5차례에 걸쳐 각 연령에 적합한 검진을 포함한 성장발달검사를 받을 수 있도록 하였다(표 2).

(5) 건강, 복지, 보육과 연계한 서비스 접근

미국은 Head Start Program, 영국은 Sure Start Program을 통해 영유아의 조기교육, 건강 및 영양지원, 사회발달 등 다방면에 걸친 포괄적 사회서비스를 제공하고 있다. 우리나라도 인적 자본의 필수요소인 건강에 대한 사전 예방적 투자를 강화하고 개인의 잠재력을 향상시키고자 단일사업인 모자보건이나 건강증진사업과는 별도로 2008년부터 본격적으로 「드림 스타트」프로젝트를 수립하여 저소득 임신부 및 12세 이하 아동 가구를 대상으로 건강, 복지, 보육(교육)과 부모에 대한 직업훈련 및 고용촉진서비스 등과 연계한 맞춤형 통합서비스를 제공하고 있다. 보건·복지·교육분야의 전문가들이 가정을 방문하여, 아동과 가구의 욕구를 조사한 뒤 지역사회 내 병·의원, 학교, 학원, 사회복지관, 어린이집 등과 연계하여 아동의 욕구에 맞는 서비스를

통합 지원하는 것이다.

## 6. ‘건강한 출발’(Healthy Start in Life) 확립을 위한 정책 추진방향

### 1) 기본방향

[그림 2]에서 살펴본 바와 같이 모성 즉, 가입기 여성과 영유아 건강증진정책의 틀은 생애 각 단계에 필요한 건강문제 해결과 치료에 따른 경제적 부담해소를 위한 내용들로 구성되어 표면적으로는 대부분의 건강문제를 포괄하고 있다. 정부는 동 그림에서 제시한 사업들의 원활한 추진을 위해 민관 협력모델 개발·적용, 지역보건매니저로서의 보건소 역할모델 개발, 그리고 건강기초통계 확보와 건강정보 확보를 위한 산모·신생아 등록체계 구축 등을 이행과제로 제시하고 있다.<sup>25)</sup> 정부가 설정한 방향성은 공급체계의 재설정 차원이다.

서비스 수요자인 모성과 영유아 건강증진서비스 차원에서의 핵심요소는 건강교육(health education), 위험사정(risk assessment), 위험감소를 위한 치료 및 재활(treatment and rehabilitation for medical conditions of risk reduction) 서비스이다. 이에 따라 가입기 여성과 영유아 건강문제에 대한 공공부문의 역할은 신체적·정신적·사회적 안녕상태에 이

르기 위해 생리적인 과정이나 발달과정에서 발생 가능한 위험을 사전 예방하거나 최소화하기 위한 대상자 교육이 일차적이다. 위험사정과 위험감소를 위한 사회적·의학적 이상 및 장애의 조기치료 및 재활은 공적 체계를 통해 보장되는 것이 공공정책의 방향성이어야 한다. 여기서 사전 예방은 모성과 취학 전 아동이 건강지식 및 정보습득을 통해 개인의 역할과 역량을 강화(empowerment)시키는 것이 우선적이다. 위험사정과 조기 치료는 개인의 자원이 아닌 보건의료 및 사회지지체계의 구축을 통해 접근성과 형평성을 제고하는 건강안전망을 구축하는 방향으로 접근하여야 한다.

모성 및 영유아 건강도모를 위한 정책은 양적으로는 가입기에서부터의 남녀 대상자를 포괄하고 질적으로는 내실화를 기하는 안정된 정책발전이 필요하다. 이를 충족하기 위해서는 첫째, 전문성, 둘째, 접근성, 셋째 지속성, 넷째 효용성을 제고하는 방향으로 모성 및 영유아 건강증진서비스가 제공되어야 할 것이다.

### 2) 추진전략

#### (1) 개별 보건의료사업의 영역을 넘어서 보건·의료·복지 및 사회체계와 통합적 접근

가입기 여성 및 영유아기의 과업(그림 1)과 이들을 반영한 공공 모자보건사업의 이행과제들(그림 2)은 단독 보건의료사업(vertical

25) 보건복지부, 2008년 모자보건사업안내, 2008

health program)으로 접근해서는 지속성과 효용성을 유지하기 어렵다. 보건의료체계와 사회체계 전반에 걸친 공통적인 문제이어서 전반적인 체계가 개선되어야 가능한 것들이다. 임신부 배려 캠페인과 가임기에서부터의 인공임신중절, 불임, 성폭력, 흡연(간접흡연) 및 음주, 아토피, 아동학대 등으로 인한 신체·정신·사회적 건강이 본인 자신과 가족 및 사회 등 주위환경과의 끊임없는 상호작용의 산물이라고 보기 때문이다.

따라서 「보건복지가족부」라는 한 부처의 모자보건사업이나 건강증진사업, 저출산대책사업, 드림스타트 프로젝트의 틀 안에서 추진하여야 되는 사업이 아니다. 이들의 안녕(well-being)이라는 측면에서 접근하여 건강, 복지, 교육, 문화, 삶의 질 등이 망라된 비전으로서의 성격을 가진다. 사회, 경제, 문화적 요인 등 여러 요인들이 영향을 미쳐 발생됨에 따라 사회적, 법률적, 정치적 영역에 걸쳐 포괄적인 접근이 필요하다. 「보건복지가족부」가 핵심부서로서 사업을 추진하되, 가칭 ‘건강투자사업추진위원회’를 구성 운영하여 기존사업과 연계하고 관련 부처(여성부, 노동부, 교육과학기술부 등)간의 긴밀한 협력(intersectoral collaboration)을 통해 사회전반적인 마케팅을 실시하여야 한다.

전문성, 지속성, 그리고 접근성을 제고하고 사회 전체적인 관점에서 효용성을 제고하기 위해서는 각 계 민간분야와도 연계, 협력하여야 할 것이다. 민간부문간의 연계방식은 관련 공공기관의 역량, 지역사회 가용자원, 건강문제의 심각성, 서비스 전문성에 따라 공공·민

간 기능분담, 민간위탁(contracting out) 및 보조금 지급, 민간서비스 구매권(vouching) 방식 등을 고려할 수 있다.

## (2) 모성 개념 확대에 따른 여성 중심적 건강(women-centered concept of health) 정책 강화

그 동안 가족계획, 인구억제 정책은 모성의 건강을 본질적으로 접근하지 못하였다. 또한 모자보건과 저출산 극복을 위한 정책수립 관점은 출생아 건강의 출발점에서 모성의 건강을 배려하는 시각이 지배적이었다. 이는 모성의 신체적 건강을 보전하는 것이 출생아의 건강 유지와 증진을 의미하며 더 나아가서는 다음 세대의 건전한 노동력과 국력을 의미한다는 단순히 모성주의적 시각이었다고 하여도 과언이 아니다.

2008년 5월 정부는 ‘모자보건법’ 개정을 통해 임신부로 국한한 ‘모성’을 ‘가임기 여성’으로 정의하여 생물학적 인구생산에 국한하지 않고 심리·사회적 건강정책으로 그 범위를 확대할 수 있는 기반을 마련하였다. 모성 건강을 출생아의 건강을 확보하기 위한 수단으로서의 접근을 초월하여 모성 이전 단계의 여성건강을 본질적으로 접근하겠다는 매우 의미 있는 선언이다. 이는 곧 건강한 출발을 위한 출생아의 문제가 모성 이전의 문제에서부터 초래되고 있어 불임여성, 가임여성 빈혈 및 가임기 남녀의 성관련 예방 실천지식 습득 등을 지표로 제시한 「세계보건기구」의 생식건강의 개념을 포괄하고 있다고 볼 수 있다.

최근 예비부부들의 건강진단 결과, B형 간염 보균자, 빈혈, 지방간, 간혈관종, 난소낭종 등이 발견되어 결혼 전후 건강검진을 실시할 수 있도록 여건 마련이 필요하다. 임신부의 경우는 주산기 또는 산후 우울증, 월경전증후군(PMS; premenstrual syndrome), 가사와 육아로 초래되는 건강문제, 가정폭력 문제 등에 비추어 볼 때, 이들의 삶의 질을 향상하려는 행복권의 관점에서 정책을 수립할 필요가 있다. 또한 독신, 이혼 및 사별 등 다양한 형태의 모성 및 그 자녀의 삶에 대한 배려와 사회경제적 차별로 발생하는 건강문제, 최근 증가되고 있는 국제결혼 이주여성의 생식건강문제 등도 간과해서는 안 될 것이다. 이들 건강취약 계층에 대한 건강형평성 확보를 위해서는 이들을 대상으로 한 독자적 사업 운영이 요구된다.

## 7. 맺음말

모성 즉, 가임기 여성과 영유아 건강증진은 미래 국가 성장 및 발전의 핵심 요소이다.

모성과 영아 사망수준은 낮아졌으나, 모성 및 영유아 건강수준이 향상되었다고 단정하기는 어렵다. 첨단 의료기술의 발달로 과거에 사망했을 한계상황의 고위험 대상이 생존하여 장애나 후유증 위험은 상존하고 있고 급격한 의료화(medicalization)로 인한 사후치료에 치중한 나머지 건강증진서비스는 약화됨에 따라 대상자의 건강부담은 물론 의료비 증가를 초래하고 있다.

2008년 들어 선 새 정부는 임신부터 출산까지 국가가 책임진다는 ‘임신·출산 Total Care’를 공표하여, 사회적 책임을 강조하고 있다. 임신부터가 아닌 가임기에서부터 여성과 출생아 건강증진을 위해 건강 잠재력 배양과 이들의 삶의 질 향상을 위한 사전예방(prevention and early detection-based care) 전략개발은 건강한 생의 출발을 위한 가장 비용효과적이고 복지적인 접근이다. **복합**