

모자보건지표의 변화추이와 정책과제

Recent Trends in Maternal and Child Health Indicators and Its Policy Implication

김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

모성과 영유아 주요 건강지표는 우리나라에서 몇가지 자료원에서 생산되고 있다. 인구동태통계에 기반한 「인구동향조사」, 「사망원인 통계」 및 「사망원인 보완조사」, 그리고 지정통계로 정기적 표본조사로 이루어지는 「전국 출산력 및 가족보건복지실태조사」에서 얻어지고 있다. 본고는 이들 통계를 이용하여 우리나라 모자보건의 수준과 추이를 파악하고, OECD 국가와 비교하였다. 지난 20~30년간 여러 지표를 통하여 전반적인 모자보건 수준이 획기적으로 향상되었지만, 만혼화로 인한 고령 임신부의 증가와 의학기술 발달로 인한 다태임신 증가로 저체중 출생아가 증가하고 있고, 모성사망과 제왕절개 분만도 높은 수준에 머물고 있으며, 이에 따라 높은 사회적 부담과 의료비 증가를 초래하고 있다. 고위험 임신부와 영아에 대한 의료체계 개선, 산전관리의 내실화, 가임기 여성에 대한 임신전 건강관리(preconception care), 저소득층 및 결혼이주여성 등 새로운 모자보건 취약계층에 대한 관리, 그리고 모자보건 통계 생산체계의 개선은 모자보건정책, 그리고 저출산정책의 새로운 도전과 과제로 대두되고 있다.

1. 서언

모성과 영유아의 건강수준은 평생건강의 출발(Healthy start in life)이 된다는 점에서 개인이나 국가사회적으로 중요하다. 우리나라는 더구나 전세계적으로 낮은 저출산수준에 머물고 있어서 향후 인구자질의 향상과 건강한 인구의 확보 차원에서도 모자보건 수준의 중요성은 매우 크다.

모성과 영유아 건강수준은 공중보건에서 가장 기본이 되는 건강수준 지표이다. 모성과 영유아 주요 건강지표는 우리나라에서 크게 세가지 방법으로 생산되고 있다. 하나는 인구동태통계에 기반한 「인구동향조사」이고, 두번째는 사망원인통계의 일환으로 이루어지는 「사망원인

보완조사」이며, 다른 하나는 지정통계로 한국보건사회연구원에서 정기적으로 조사되는 「전국 출산력 및 가족보건복지실태조사」에서 얻어지고 있다. 이외 의료이용은 건강보험통계로부터 산출되고 있다.

본고는 인구동태통계와 사망원인통계 그리고 3년마다 정기적으로 실시되고 있는 「전국출산력 및 가족보건·복지실태조사(이하 ‘출산력조사’로 칭함)」 자료를 이용하여 가용한 연도의 통계를 정리하여 우리나라 모자보건의 수준과 추이를 파악하고자 한다. 또한 OECD Health Data 2013의 모자보건 지표를 활용하여 OECD 국가와 비교하였다.

본고에서는 주요 모자보건 지표 중 인구동향

조사자료와 사망원인통계와 사망원인통계 보완조사를 통하여 얻을 수 있는 영아사망, 모성사망, 저체중 출생아 비율, 그리고 조사통계인 출산력조사에서 파악할 수 있는 산전관리, 분만개조와 분만형태, 산후관리 등 모자보건서비스 지표를 통하여 우리나라의 모성과 영유아 건강 지표의 수준과 변화추이를 파악하고, 이에 근거하여 향후의 모자보건 및 저출산대책을 위한 정책과제를 제시하고자 한다.

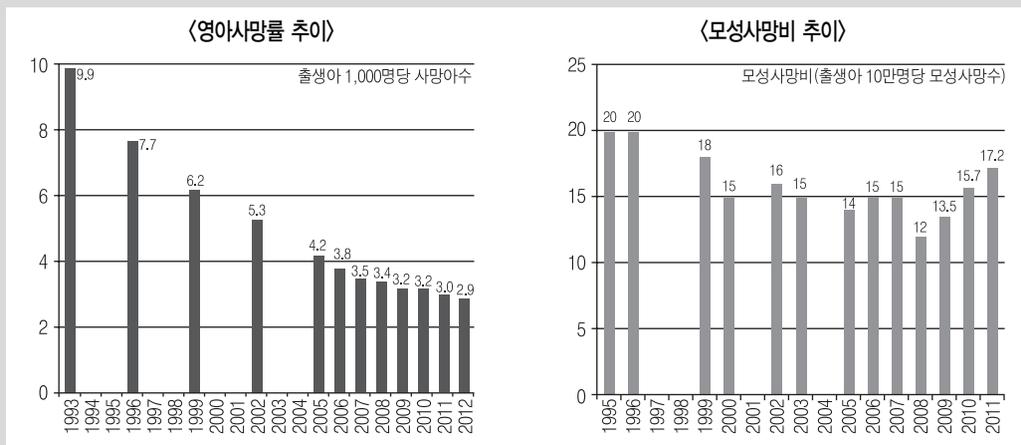
2. 모자보건 수준 지표

1) 영아 사망

영아사망률은 출생 1,000명당 1세 미만 영아의 사망 수로 산모와 신생아의 건강에 영향을

미치는 사회경제적 영향, 보건의료제도의 효과를 반영하는 지표이다. 영아사망 통계는 모성사망 통계와 같이 보건복지부가 실시하던(1993년~2008년 기준) 「영아·모성사망조사」가 2011년 통계청 사망원인통계에 통합됨에 따라 실시된 「사망원인 보완조사」에서 산출된다. 우리나라는 영아사망률이 급속히 감소하여 1993년 9.9에서 2012년에는 2.9로 감소하였으며, OECD 국가중에서도 매우 낮은 국가에 속한다(그림 1, 그림 2). 최근 결혼과 출산의 지연으로 산모의 고령화, 난임시술을 통한 임신이 증가하면서 조산, 다태아, 저출생출생아 등 영아사망 위험이 높은 출생아 발생이 증가하면서 조산, 다태아, 저출생 출생아의 발생이 증가하고 있다.¹⁾ 이러한 점에서 영아사망률 감소추세가 도전을 받고 있다고 볼 수 있다.

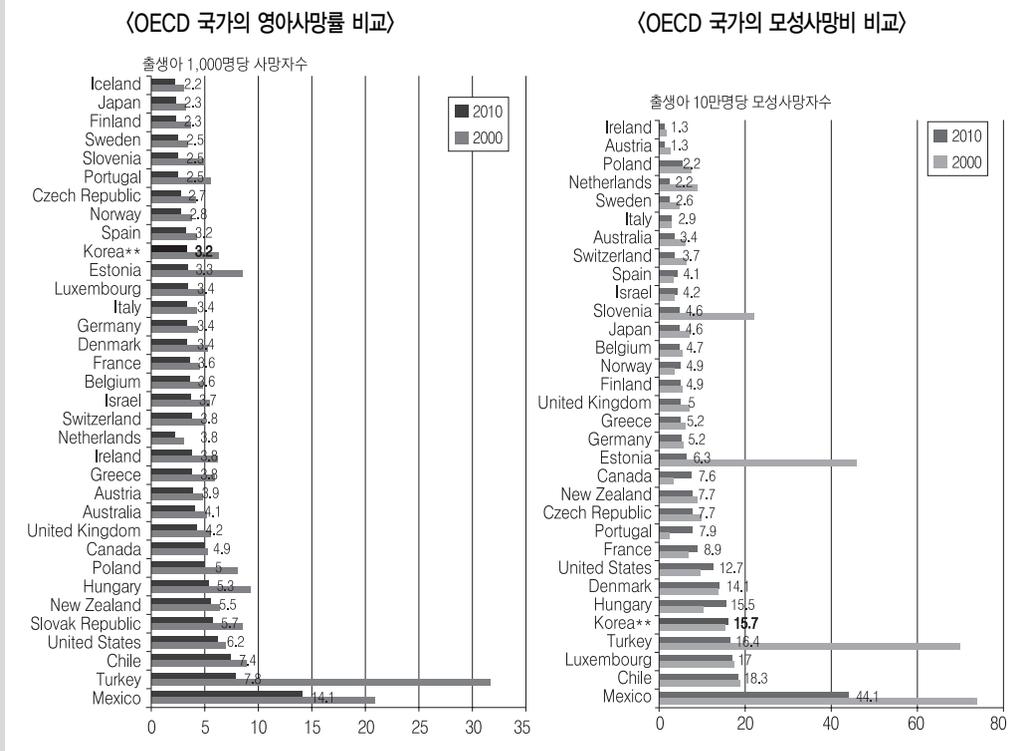
그림 1. 우리나라 영아사망률, 모성사망비 추이



자료: 통계청 KOSIS; OECD Health Data 2013

1) 최정수 외(2011). 2007~2008 영아사망 및 사산원인 분석, 보건복지부·한국보건사회연구원.

그림 2. OECD 국가의 영아사망률, 모성사망비 비교



자료: 통계청 KOSIS; OECD Health Data 2013

2) 모성사망

출생아 10만명당 모성사망수의 비(ratio)로 정의된다. 모성사망은 한 국가의 사회경제수준, 의료체계 특히 모성관련 의료시스템의 수준을 반영한다. 모성사망은 임신기간, 부위와 관계없이 임신 또는 그 관리에 관련되거나, 그것에 의해 악화된 원인으로 인하여 임신 중 또는 분만 후 42일 이내 발생한 사망으로 정하고 있다. 우리나라에서 모성사망비는 「영아·모성사망조사」에서 산출되다가 통계청 사망원인통계에 통

합됨에 따라 「사망원인 보완조사」에서 산출된다. 영아사망률과는 달리 감소추세를 보이다가 다시 증가하고 있다(그림 1, 그림 2). 이는 만혼화에 따른 산모연령의 고령화, 고위험 임신부 의료체계의 개선 미비에 기인하는 바와 큰 것으로 보인다.

3) 저체중 출생아

신생아의 체중은 태내에서 건강하게 성장하였는지 여부를 반영하는 것으로, 저체중아는 재

태기간에 관계없이 출생시 체중이 2,500g 미만의 출생아이다. 출생시 체중은 태내성장의 지표로서 산모의 과거 및 현재의 건강상태를 반영하며, 영아기의 사망위험도와도 밀접한 관계가 있다. 더구나 저체중 출생아와 극저체중출생아의 신생아 사망 위험은 정상체중아에 비하여 매우 높으며, 성장과 인지발달 장애, 성장후 성인기 만성질환 발생 위험 등과도 강한 관련성을 보이는 것으로 알려져 있다.

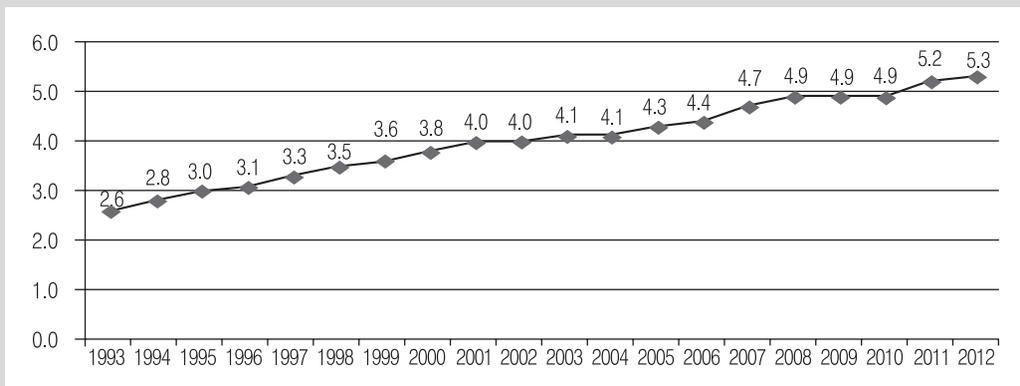
그동안 생활수준의 향상, 의학기술의 발전, 산전관리의 향상에 힘입어 저체중아 출생률이 낮아졌으나, 최근 다시 저체중아 비율이 증가하고 있다(그림 3). 저체중아 비율은 다른 OECD 국가에서도 증가추세에 있다(그림 4). 이는 의학기술의 발달로 인하여 저체중 출생아와 조산아 생존율이 높아지고, 30세 이상 고령 출산, 인공수정으로 인한 다태아 출산의 증가에 따라 저체중 조산아 출생이 증가하고 있기 때문이다. 또

한 임신중 흡연이나 다이어트로 인한 영양 부족도 태아기에 영양공급 부족을 초래하여 저체중 출산에 영향을 미칠 수 있다. 더구나 우리나라는 저체중 출생아 통계가 인구동태통계에 기반한 인구동향조사 자료를 통해 얻어지므로 출생신고 전 사망하여 누락된 조기사망 저체중아를 고려할 경우, 그 수치는 실제 더 높을 수 있는 것으로 추측된다.²⁾

3. 모자보건 서비스 지표

우리나라에서 모자보건 서비스 수준은 주로 매 3년마다 표본조사로 이루어지는 「전국 출산력 및 보건·복지실태조사」를 통해 파악되고 있다. 신고로 취합되는 인구동태통계에 비하여 여러 사회경제적 특성과 부인의 인구학적 특성별로 산전관리 여부와 회수, 분만개조,

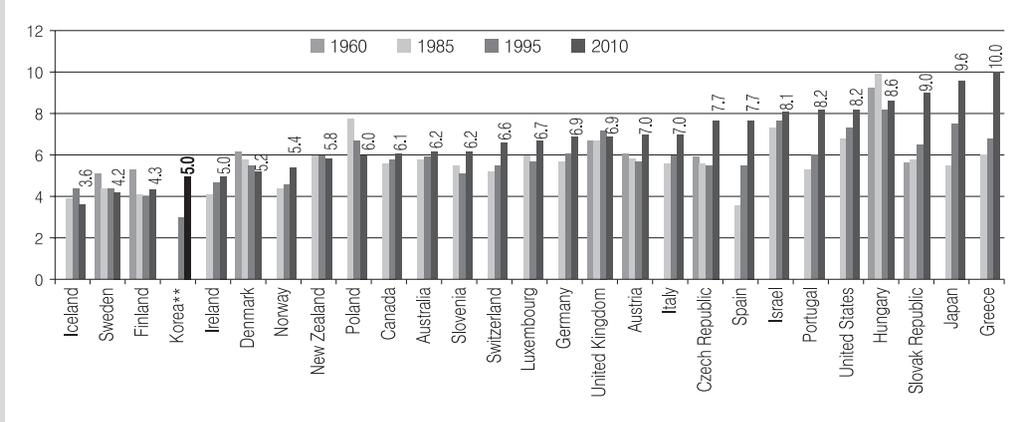
그림 3. 2.5kg 미만 저체중 출생아 비율 추이



자료: 통계청(2013), 2012년 출생통계; OECD Health Data 2013

2) 황나미(2008). 건강한 생의 출발을 위한 모성 및 영유아 건강증진정책방향, 보건복지포럼, 141호, pp.5~19.

그림 4. OECD 국가 저체중 출생아 비율 비교



자료: OECD Helath Data 2013

산후관리 양상을 구체적으로 파악할 수 있는 장점이 있다. 다만, 전체 가입여성이 아닌 유배우 기혼부인을 대상으로 한다는 점에서 제한점을 갖는다.

1) 산전관리

산전관리는 ‘산전수진’ 또는 ‘산전진찰’이라는 용어로도 사용된다. 산전관리의 목표는 임신

표 1. 출산력조사³⁾ 15~44세 유배우부인의 출생아 산전수진율

(단위: %)

구분	1985년 ¹⁾	1988년 ²⁾	1991년 ³⁾	1994년 ⁴⁾	1997년 ⁵⁾	2000년 ⁶⁾	2003년 ⁷⁾	2006년 ⁸⁾	2009년 ⁹⁾	2012년 ¹⁰⁾
전국	82.4	88.5	94.4	99.2	99.6	100.0	99.8	99.9	100.0	100.0
동부	86.7	92.1	95.3	99.5	99.6	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0
읍·면부	70.9	78.1	90.5	97.6	99.3	100.0	99.6	99.3	100.0	100.0

자료: 1) 문현상 외(1985), 1985년 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 2) 문현상 외(1988), 1988년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 3) 공세권 외(1991), 1991년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 4) 홍문식 외(1994), 1994년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 5) 조남훈 외(1997), 1997년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 6) 김승권 외(2000), 2000년 전국 출산력 및 가족보건실태조사, 한국보건사회연구원.
 7) 김승권 외(2003), 2003년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원.
 8) 김승권 외(2006), 2006년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원.
 9) 김승권 외(2009), 2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원.
 10) 김승권 외(2012), 2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원.

3) ‘출산력조사’는 ‘전국 출산력 및 가족보건·(복지) 실태조사’를 약칭하였으며, 1985년 통계는 1980~1985년, 1988년 통계는 1983~1988년, 1991년 통계는 1987~1991년, 1994년 통계는 1990~1994년, 1997년 통계는 1995~1997년, 2000년 통계는 1998~2000년, 2000년 통계는 2001~2003년, 2003년 통계는 2001~2003년, 2006년 통계는 2004~2006년, 2009년 통계는 2007~2009년, 2012년 통계는 2010~2012년 출생아를 분석대상으로 하였음. 이는 <표 1>에서 <표 6>까지 출산력조사 통계에서 모두 적용됨.

부가 임신기간 동안 건강한 상태를 유지하여 건강한 아기를 분만하는데 있다. 임신중에는 해부학적·생리학적 변화가 있으므로 태아와 모체의 건강상태를 파악하고, 출산과정의 위험징후를 조기에 발견하고, 태아의 장애발생을 예방하며, 건강한 성장·발달을 도모하기 위하여 임신기간중 주기적인 산전관리는 매우 중요한 의미를 갖는다. 특히 출산력이 매우 낮은 사회에서 고령 산모의 출산이 증가하고, 인공수정의 증가에 따른 다태아 임신 증가로 산전관리의 중요성은 더욱 커지고 있다. 우리나라는 1997년 이후 99% 이상의 유배우 부인의 임신중 산전관리를 받고 있으며, 2000년 이후에는 거의 100%가 산전관리를 받고 있다.

임신 후 바로 산전관리를 시작하는 것이 바람직하기 때문에 ‘첫 산전관리시기’는 주요 모성 보건관리지표로 평가하고 있는데 최근 초진시기가 다소 빨라지고 있음을 볼 수 있다. 반면, ‘임신 17주 이후’에 초진을 받은 부인이 증가하고 있다. 이는 산전관리에 대한 인식이 낮은 국가로부터 유입된 국제결혼 이주여성이 증가하

였고, 이들의 임신 중 산전관리 수준이 내국인 여성에 비하여 다소 낮은 것도 한 요인인 것으로 보인다.⁴⁾

임신기간 동안 보건의료기관을 방문하여 산전수진을 받은 평균횟수는 2006년, 2009년, 2012년이 유사한 수준이었다. 보건복지부의 임신중 산전관리 권장횟수 7회나 WHO 권장회수 4회 이상 보다 많은 산전수진을 받고 있음을 볼 수 있다(표 2).

2) 시설분만과 분만형태

2012년 통계청 출생통계에 따르면 우리나라 전국 출생아의 98.3%는 병원(의원, 조산소 포함)에서 태어나 시설에서 안전분만을 받고 있으며, 비시설분만인 자택(집)에서 태어난 경우는 1.1%에 그쳐 높은 안전분만율을 달성하고 있다. 표본조사인 2012년 출산력조사에서도 안전분만율이 99.8%에 이르러 매우 높은 수준임을 알 수 있다. 시설분만 중에서도 의원 분만이 감소하고, 병원에서의 분만이 증가하고 있다. 이

표 2. 출산력조사 15~44세 유배우부인의 임신기간 중 초진시기와 산전관리횟수

(단위: %, 명, 임신주수, 회)

구분	출생아 임신기간 중 초진시기						평균 초진 시기	산전수진 횟수						평균 수진 횟수
	4주 이전	5~8 주	9~12 주	13~16주	17주 이후	계(N)		1~5회	6~10회	11~15회	16~20회	21회 이상	계(N)	
2003년	38.3	49.0	9.9	1.6	1.2	100.0(1,098)	5.88	4.0	26.8	53.7	12.4	3.0	100.0(1,097)	12.68
2006년	44.1	49.8	4.7	0.6	0.7	100.0(952)	5.32	1.4	22.8	58.4	14.7	2.7	100.0(948)	13.24
2009년	41.1	52.5	3.3	1.9	1.2	100.0(975)	5.53	2.6	22.3	57.0	15.5	2.6	100.0(973)	13.49
2012년	44.0	50.5	3.5	0.2	1.8	100.0(943)	5.38	3.2	21.6	54.7	18.4	2.2	100.0(946)	13.39

자료: <표 1>의 연도별 출처와 동일

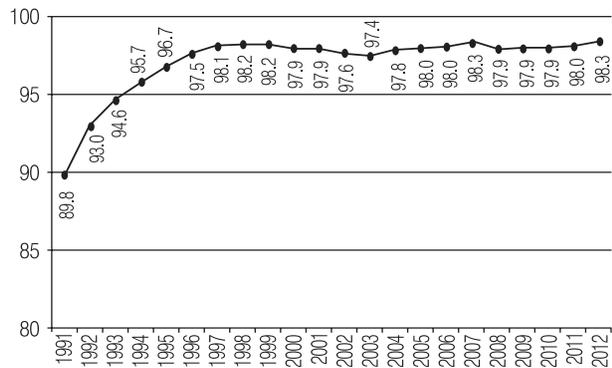
4) 김혜련 외(2012). 다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구, 한국보건사회연구원.

는 산모의 종합병원, 병원 분만 선호와 함께 분만을 하지 않는 의원이 지속적으로 줄기 때문으로 보인다(표 3). 한편, 통계청의 인구동향조사에서 시설분만율은 1991년 89.8%에서 지속적으로 증가하여 1997년 이후 현재까지 98% 수준을 유지하고 있다(그림 5).

제왕절개 위험의 감소, 의료과오 책임우려, 의사와 환자 양측의 편의성, 의사-환자 관계변화로 제왕절개 분만은 OECD 모든 국가에서 지난 20년 동안 증가추세에 있다. 제왕절개 분만은 산모와 신생아에게 의학적으로 꼭 필요한 경우도 많지만 우리나라에서 여전히 제왕절개 분만율이 높은 이유는 '의료수가' 문제, 의료인의

의료소송 회피를 위한 '방어적 의료(자연분만으로 인한 의료사고의 가능성을 미리 방지하기 위함)', '산모 자신의 제왕절개 선택' 등이 영향을 미치고 있다.⁵⁾ 제왕절개 분만은 건강보험 재정에도 부담을 초래하고 있다. 그러나 분만 산

그림 5. 인구동향조사의 우리나라 시설분만을 추이



자료: 통계청 KOSIS 인구동향조사

표 3. 출산력조사 15~44세 유배우부인의 출생아 시설분만율 및 분만장소

(단위: %, 명)

구분	1985년	1988년	1991년	1994년	1997년	2000년	2003년	2006년	2009년	2012년
비시설분만	24.8	12.3	1.9	1.2	0.3	0.1	0.7	-	0.1	0.2
시설분만	75.2	87.8	98.1	98.8	99.7	99.9	99.3	100.0	99.9	99.8
종합(전문)병원	17.8	23.6	-	31.8	39.0	31.5	22.4	14.2	18.4	11.2
병원	45.8 ¹⁾	53.4 ¹⁾	91.0 ²⁾	21.3	28.2	43.1	48.6	51.3	58.2	78.3
의원	-	-	-	43.1	31.1	24.6	28.3	34.4	23.1	9.9
조산소	9.1	7.4	5.1	2.0	1.1	0.3	-	0.1	0.2	0.3
보건소(보건의료원)	2.5	3.4	2.0	0.7	0.3	0.4	-	-	-	0.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(3,451)	(2,843)	(2,151)	(1,932)	(1,163)	(1,338)	(1,106)	(953)	(975)	(953)

주: 1) 의원 포함, 2) 종합병원, 의원 포함
 자료: <표 1>의 연도별 출처와 동일

5) 안형식 외(2000). 위험도 보정 병원별 제왕절개분만율, 2000년도 후기학술대회 연제집, pp.280~282.

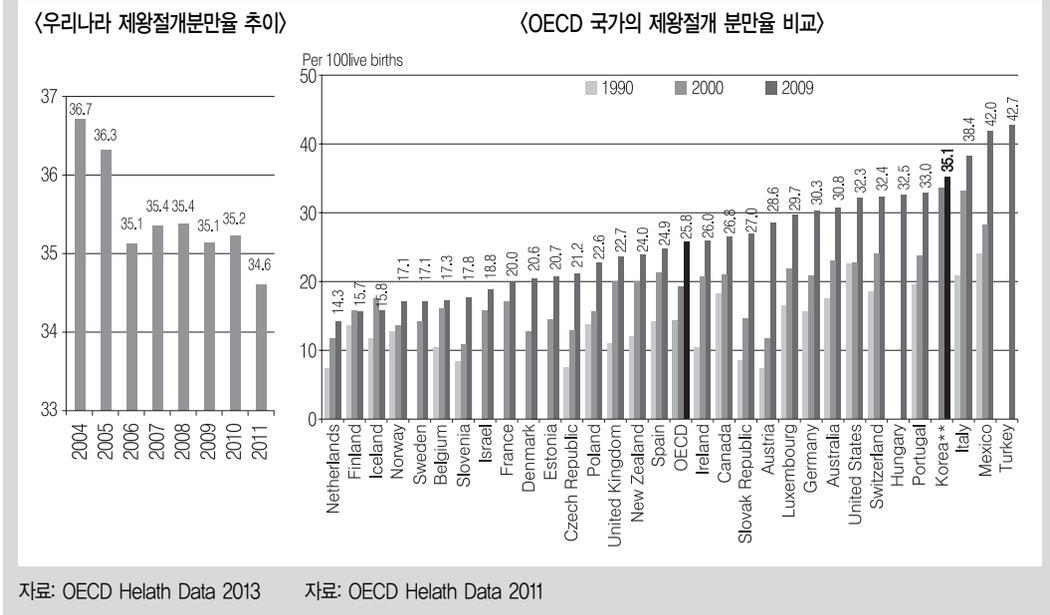
모의 연령이 고령화되고, 의료사고에 대한 대책이 미비 등으로 인하여 제왕절개 분만은 크게 감소하지 않고 있다. 1982년~2012년 출산력조사 결과를 보면 2003년까지 급증하던 제왕절개는 최근 약간 감소하는 추세이다(표 4). 하지만 우리나라는 OECD 국가 중 제왕절개분만 비율⁶⁾이 높은 국가에 속한다(그림 6).

3) 산후관리

출산후는 산욕기 임신부의 신체적, 정신적

기능 회복과 신생아 간호가 시작되는 시점으로, 산모와 신생아의 건강유지를 위하여 중요한 시기이다. 산후관리는 임신과 분만시의 육체적·정서적 변화로부터 산모를 건강한 비임신 상태로 회복하고 신생아의 수유를 준비하는 단계로 산후 의료적 서비스를 받았는지를 파악하기 위해 산후관리율은 ‘산후수진율’이라고도 한다. 오늘날 경제수준의 향상, 출산빈도의 감소 등으로 산후관리에 대한 욕구가 증대하고 있으며, 산후관리를 받는 비율도 지속적으로 증가하였다(표 5).

그림 6. 우리나라 제왕절개 분만을 추이 및 OECD 국가와의 비교



자료: OECD Health Data 2013

자료: OECD Health Data 2011

6) OECD 보고 제왕절개 분만비율은 건강보험 의료이용 통계에서 산출됨.

표 4. 출산력조사 15~44세 유배우부인의 출생아 제왕절개분만 비율 추이

(단위: %)

구분	1982년	1988년	1991년	1994년	1997년	2000년	2003년	2006년	2009년	2012년
제왕절개분만을	4.4	11.9	17.3	31.5	35.9	37.7	39.2	35.0	36.9	34.3

자료: <표 1>의 연도별 출처와 동일

1982년 통계는 '문헌상 외(1982), 1982년 가족보건실태조사보고, 한국인구보건연구원'.

표 5. 출산력조사 15~44세 유배우부인의 산후수진을 추이

(단위: %)

구분	1988년	1997년	2000년	2003년	2006년	2009년	2012년
산후수진을	52.3	81.0	85.0	90.9	91.9	91.9	91.4

자료: <표 1>의 연도별 출처와 동일

4. 정책과제

1) 산전관리의 충실화, 고위험 임신부 집중 관리 및 의료체계의 개선

우리나라는 그동안 모자보건 수준이 전반적으로 향상되었다. 영아사망율은 특히 OECD 국가중에서 급속하게 감소되었다. 그러나 모성사망비는 높은 산전관리 수준과 높은 시설분만을 예도 불구하고 아직까지 OECD 국가중 사망수준이 높은 국가에 속하고 있다. 산전관리의 핵심요소는 임신 중 선별검사(위험사정), 건강상담 및 교육, 위험감소를 위한 예방과 치료의 세 영역이 포함되는 서비스이어야 한다.⁷⁾ 현재의 검진 중심의 산전관리를 보다 내실화하는 방안을 마련함과 아울러 출산 전후 고위험 임신부와

신생아를 집중관리할 수 있는 의료시설과 응급 이송체계의 확충이 요구된다.

2) 제왕절개 분만 감소를 위한 대책

제왕절개 분만 비율은 최근에 와서 다소 감소하고 있지만, 우리나라는 OECD 국가중 높은 국가에 속한다. 2010년 OECD평균(제왕절개가 보고된 21개국)이 25%이며, 네덜란드나 핀란드가 15% 내외임에 비추어 2배 이상 높은 국가이다. 제왕절개 분만은 건강보험 재정에도 부담을 초래하고 있다. 정부는 제왕절개 수술을 적정 수준으로 억제하기 위해 병원별 제왕절개 분만을 공개하고 제왕절개 분만율에 대한 진료비가감지급 시범사업을 실시하고 있으며, 자연분만 수가 인상, 제왕절개술 전 질식분만 시도 수

7) 황나미(2008), 전계서

가를 신설하였다. 고령 임신이 증가하고 있어 제왕절개 분만의 지속적인 감소에는 제약이 있을 것으로 보인다. 하지만 최근 출산력조사 결과를 보면 제왕절개 분만비율은 소득수준이 높고, 교육수준이 높은 부인에서 높았으며, 제왕절개분만 결정이 산모 본인의 희망이나 출산에 대한 두려움에도 기인하는 비율이 상당히 있는 것으로 나타나고 있어 제왕절개를 줄이기 위한 의료적 대책과 함께 일반인의 인식개선을 위한 교육홍보 사업의 추진도 필요하다.

3) 저체중 출생아 증가 억제를 위한 대책 강화

우리나라의 저체중 출생아 비율은 다른 국가에 비하여 낮은 수준이지만 지속적으로 증가하고 있다. 의학기술의 발달로 인하여 저체중 출생아와 조산아 생존율이 높아지면서 다른 OECD 국가에서도 저체중 출생아가 증가하고 있지만 우리나라는 고령출산 증가, 다태아 출생 증가로 저체중 출생아와 미숙아가 증가하여 신생아 사망과 장애 위험을 높이고, 의료비 증가와 가족과 사회적 부담을 초래하고 있다. 정부에서는 저체중 출생아와 미숙아를 위한 의료비 지원과 선천성대사이상검사 지원 등을 확대하고 있지만, 사전에 예방가능한 저체중 출생아를 줄이기 위해서는 산전관리의 내실화, 혼전 가입기 여성에 대한 ‘임신전 건강관리(preconception care)’가 충실하게 이루어질 필요도 제기된다.

4) 사회경제적 취약 인구계층에 대한 모자보건 서비스 강화

사회경제적 취약한 인구집단에서 영아사망, 저체중출생아가 높고, 산전후 관리수준이 낮은 것은 널리 알려져 있다. 전체 모자보건 수준을 향상은 취약계층 인구집단의 모자보건 수준이 향상되어야 가능하다.

본 고에서는 구체적으로 제시하지 않았지만 2012년 출산력조사 결과를 보면 산전관리는 임신과 출산에 대한 지식과 정보 부족, 사회경제적 지위 등이 영향을 미치고 있다. 소득수준이 낮고, 교육수준이 낮은 부인, 부인의 연령이 15~24세로 어리거나 35세 이상의 고령 부인에서 첫 산전관리의 지연이 나타난다. 최근 산전관리 초진시기가 이전 조사보다 다소 빨라지고 산전관리 회수도 증가하고 있지만, ‘임신 17주 이후’에 초진을 받은 부인이 2012년에는 2006년, 2009년에 비해 증가하였다. 이는 산전관리에 대한 인식이 낮은 국가로부터 유입된 국제결혼 이주여성의 증가도 한 요인인 것으로 볼 수 있다. 저체중아 출생도 소득수준이 낮고, 교육수준이 낮은 부인에서 높았다.

이러한 점은 모자보건 수준이나 서비스 이용수준이 사회경제적 지위에 따라 영향을 받고 있는 것을 나타낸다. 모자보건 향상을 위한 대책이 보다 사회경제적, 지리적 취약인구계층을 겨냥하여(targeting) 이들의 예방과 치료 서비스 접근성을 향상시켜 인구계층 간 모자보건 수준과 서비스 이용의 차이를 감소시키는 방향으로 추진되어야 함을 시사하고 있다.

5) 모자보건 통계 생산의 개선

그동안 영아사망, 모성사망, 저체중아 출생 통계의 질적 수준이 지속적으로 향상되었지만 아직까지 보다 정확한 통계 생산을 위해서는 개선되어야 할 점이 많다. 본인이 신고하게 되어 있는 출생과 사망에 대한 인구동태 신고 수준이 크게 향상되었지만 의료기관이 인구동태신고에 관여하고 있는 나라에 비하여 의료기관을 통해서 별도의 영아·모성조사 및 사망망원 보완 조사를 하더라도 사인분류의 충실도, 개인정보 보호 등의 문제로 정확하고 세부적인 자료수집에 어려움이 있는 경우가 많다. 영아사망과 저체중아 통계의 경우 출생신고 전 사망한 저체중아가 누락될 수 있어 통계수준에 영향을 미칠 수 있다.

표본조사인 「전국 출산력 및 가족보건복지실태조사」의 경우 유배우부인을 대상으로 하고 있어 기혼여성이 아닌 미혼여성의 모성건강관리 통계가 누락되게 되는 한계가 있다.

저출산시대에 모성과 영유아에 대한 신뢰성 있는 기초통계 생산의 중요성이 더욱 높아지는 만큼 이러한 점을 점진적으로 개선하여 관련 통계와 지표의 품질이 향상되어야 할 것이며, 이를 뒷받침할 수 있는 통계의 생산과 수집체계의 개선과 제도적 인프라 조성이 요구된다.

5. 맺는 말

모성 건강과 태아 건강, 그리고 영유아의 건강은 상호 밀접한 관련성이 있다. 출생시 저체중은 성인기의 만성질환 발현을 높이고, 영구적인 장애발생 위험을 높혀 큰 질병부담을 초래한다는 연구결과들이 최근 밝혀지고 있어 모자보건의 중요성에 대한 인식은 더욱 높아지고 있다.

우리나라는 지난 20~30년간 여러 지표를 통하여 모자보건 수준이 획기적으로 향상되었다. 그러나 최근 만혼화로 인한 고령 임신부의 증가, 의학기술 발달로 인한 다태임신 증가로 제왕절개 분만도 높은 수준에 머물고 있으며, 저체중 출생아가 증가하고 있다. 산전관리 수준은 향상되었지만 지나치게 의료화되어 건강증진과 예방중심의 건강상담과 교육은 수요자의 욕구를 충족시키지 못하고 있다. 또한 국제화로 개발도상국으로부터 결혼이주여성, 여성이주노동자 유입 증가로 새로운 모자보건 취약계층이 형성되어 모자보건사업에 새로운 도전이 되고 있다.

더구나 우리나라는 각종 모자보건정책, 저출산시책, 취약계층에 대한 복지정책이 크게 확충되고 있고 있지만, 정책들간의 상호 연계성은 여전히 미흡한 것으로 평가되고 있다. 본 고에서 제시된 모자보건의 현황을 고려하여 관련 정책과 시책들이 유기적으로 연계되어 비용효과적으로 모자보건 수준과 서비스의 질을 향상시켜야 할 것이며, 아울러 모자보건 통계 생산과 수집 체계의 지속적인 개선이 이루어져야 할 것이다. 보건
복지