

재생산 건강권과 관련 지표에 대한 고찰

이소영¹ · 오수영² · 손인숙³¹한국보건사회연구원, ²성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 산부인과, ³건국대학교병원 산부인과

Reproductive Health Rights and Indicators

So-Young Lee¹ · Soo-Young Oh² · In-Sook Sohn³¹Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, Korea²Department of Obstetrics and Gynecology, Samsung Medical Center,
Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea³Department of Obstetrics & Gynecology, Konkuk University Medical Center, Seoul, Korea

〈ABSTRACT〉

This study aimed to review the definitions of reproductive health rights, investigate reproductive health status, and suggest policy strategies to promote reproductive health in Korea. Current laws, the Constitution of the World Health Organization, works from Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights, the Program of Action of the International Conference on Population Development, the Nairobi Statement on ICPD25, and the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women were reviewed to define reproductive health rights. The reproductive health status focusing on high-risk pregnancy was analyzed. Definitions of reproductive health rights include the right of every person to have lifetime access to the information, resources, services, and support needed to achieve bodily integrity, privacy and personal autonomy regarding their reproductive health. Most indices of reproductive health in Korea analyzed here are and would remain negative. Reproductive health should be approached from the perspectives of rights. We should continuously monitor the indicators of reproductive health and policies corresponding to low fertility rates in Korea should focus on improving women's reproductive health. This suggests support for obstetrics and gynecology check-ups and treatments before pregnancy and postpartum care, the provision of education on the importance of prepregnancy health care for men and women and comprehensive information and counseling services. It is also necessary to establish a delivery infrastructure for safe pregnancy and childbirth and unify governmental ministries related to pregnancy and childbirth.

Corresponding Author: Soo-Young Oh

Department of Obstetrics and Gynecology, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, 81 Irwon-ro, Gangnam-Gu, Seoul 06351, Korea

Tel: +82-2-3410-3517, Fax: +82-2-3410-0630, Email: ohsymd@skku.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3002-0048>

Co-corresponding Author: In-Sook Sohn

Department of Obstetrics & Gynecology, Konkuk University Medical Center, 120-1 Neungdong-ro, Gwangjin-gu, Seoul 05030, Korea

Tel: +82-2-2030-7642, Fax: +82-2-2030-5252, Email: sohnis@kuh.ac.kr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1835-0116>

Received: December 14, 2020, Revised: December 28, 2020, Accepted: January 5, 2021

Key Words: High-risk pregnancy indicators, Reproductive health, Reproductive health rights

서 론

한국의 저출산 현상은 출산율 감소의 폭과 감소 속도와 지속성에 있어서 세계에서 유례를 찾아볼 수 없는 심각한 현상이다. 한국의 저출산 현상은 1983년 합계출산율(15-49세 여성이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 출생아 수)이 인구 대체 수준인 2.1명 이하로 떨어지면서 시작되었고 현재까지 35년 이상 지속되고 있다. 이러한 한국의 출산율의 감소는 재생산 위기로 규정되기도 한다(Kim, 2020a). 이는 출산 자체가 감소하기 때문이기도 하지만 고위험 출산과 고위험 신생아가 증가하고 있기 때문에 그러하다. 대부분의 출산이 법률혼 내에서 이루어지는 한국의 상황에서 결혼 연령의 증가는 출산 연령의 증가를 일으키고 있다. 고령 임신이 증가함에 따라 고위험 임신이 증가하고 있으며 난임이 증가되어 인공 임신술로 인한 다태아 임신의 증가 등으로 조산의 위험도 증가하고 있다. 또한 출산 시기가 늦어지면서 다양한 산과적 합병증이 발생하고 임신 전 에스트로겐의 노출 기간이 늘어나고 이에 따른 관련 질환이 증가하는 등 여성의 생식 건강에 문제점이 예견된다. 정부는 이러한 저출산 현상에 대응하기 위해 2006년부터 범국가적 중장기 계획인 저출산·고령사회 기본계획(이하 기본계획)을 수립하여 추진 중에 있다. 2021년은 제4차 기본계획이 추진되는 첫 해이다. 제1-3차 기본계획 내에서 그동안 추진되었던 재생산 관련 정책은 출산을 지원하고 비용을 지원하는 것에 초점을 맞추고 있고 재생산 건강권에 대한 고려는 없다는 한계가 있었다(Kang et al., 2020). 2020년 11월 발표된 제4차 기본계획 시안에서는 생애 전반 ‘성·재생산 건강 보장’을 저출산 정책의 다섯 가지 영역의 하나로 설정하여 ‘성·재생산 건강에 대한 자기결정권 보장’, ‘성·재생산 건강관리 및 질환 예방’, ‘건강하고 안전한 임신·출산 보장’을 핵심 과제로 제시하고 있다. 이러한 저출산 대책의 패러다임 전환이라는 시대적 배경을 토대로 본고에서는 재생산 건강권에 대한 개념을 정리하고, 고위험 임신과 관련된 재생산 건강 지표들을 구체적으로 살펴보고, 재생산 건강 증진을 위한 개선방안을 제시하고자 한다.

본 론

1. 재생산 건강권의 개념

넓은 의미에서 재생산 건강권의 개념은 건강권의 일부로서 이해될 수 있다. 헌법에서 보장되는 건강권은 여성을 포함하여 대한민국 국민으로서 갖게 되는 기본권이다. 대한민국 헌법 제 36조 제3항에 의거하여 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.’ 특히, 1995년에 이루어진 헌법재판소의 선고(헌재결 1995. 4. 20. 91헌바11)에서 헌법 제 36조 3항에서 규정하고 있는 건강권을 “국민이 자신의 건강을 유지하는 데 필요한 국가적 급부와 배려를 요구할 수 있는 권리를 말하는 것으로서, 국가는 국민의 건강을 소극적으로 침해하여서는 아니 될 의무를 부담하는 것에서 한걸음 더 나아가 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행하여야 할 의무를 부담한다는 것을 의미한다.”라고 명시하여 국민의 건강권 보장이 국가의 책무임을 표명하고 있다.

재생산 건강권은 재생산 건강(reproductive health)을 지킬 권리를 의미한다. 세계보건기구헌장(Constitution of the World Health Organization)에서 제시한 정의를 기반으로 작성한 성과 재생산 건강과 권리에 대한 쿠틀마허-랜셋 위원회(Guttmacher-Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights)의 정의에 따르면 성과 재생산 건강이란 단순히 질병이나 장애(dysfunction)나 허약함(infirmity)이 없는 상태가 아닌 성과 재생산의 모든 면에 있어서 물리적, 정서적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태를 의미한다(Starrs et al., 2018). 재생산 건강을 온전하게 누리기 위해서는 인권에 기반을 둔 재생산 권리로서 보장되어야 하는데, Boyer (2018)는 이러한 측면에서 재생산 건강권은 인간으로서 누리는 다음의 권리를 포함하고 있다고 말한다. 이는 ‘신체에 대한 완전함, 개인의 프라이버시, 개인의 자율성이 보장될 권리; 성적 취향과 정체성 및 성적 표현을 포함한 자신의 성(sexuality)을 자유롭게 정의할 수 있는 권리; 성생활에 관한 시기를 결정할 권리; 성적인 파트너를 선택할 수 있는 권리; 안전하고 만족할 수 있는 성적인 경험을 누릴 권리; 혼인 여부, 혼인의 시

기와 혼인 상대에 대해 결정할 수 있는 권리; 자녀의 의미, 자녀 출산 여부, 자녀 출산의 시기, 자녀 수를 결정할 수 있는 권리; 차별, 강압, 착취, 폭력으로부터 자유로우며 앞에서 언급한 일곱 가지 권리를 보장받기 위해 필수적인 정보, 자원, 서비스에 대해 평생 접근할 수 있고 지원을 받을 수 있는 권리'를 의미한다(Boyer, 2018). 따라서 재생산 건강권의 보장을 위해 일차적으로 남성과 여성은 결혼과 임신과 출산에 있어서 안전하고 효과적이며 스스로 감당할 수 있는 범위 내에서 선택하기 위해 충분히 알 수 있도록 정보에 접근하고 알 수 있도록 하여 임신과 출산에 관해 최선의 선택을 할 수는 기회를 보장하는 적절한 건강관리 서비스에 접근할 수 있어야 한다(Evans, 2004; Ha, 2017).

국제적으로 재생산 건강권과 관련된 논의는 1994년 카이로 국제인구개발회의(International Conference on Population and Development, ICPD)에서 채택된 국제행동계획에서 재생산 건강권에 대한 개념이 정의됨으로써 구체화되었다. 국제행동계획에서는 재생산 건강(reproductive health)을 생식 체계와 생식 기능, 생식과 관련된 과정에 있어서의 안녕과 관계된 모든 것에 대한 건강으로 개략적으로 정의하였다. 이러한 개념은 1995년에 북경에서 개최된 세계여성대회에 오면서 보다 확대되었다. 그리고 2019년 11월 개최된 ICPD25 나이로비 정상회의(Nairobi Summit on ICPD25)에서는 그동안의 이행 상황을 점검하면서 ICPD 행동계획을 보다 속도감 있게 실천할 것을 촉구하였다. 재생산 건강권은 한국에서 1984년에 비준해서 1985년부터 발효가 된 유엔여성차별철폐협약(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)의 제16조에 따라 남녀평등의 기초 위에 보장되어야 할 것이다.

2. 재생산 건강의 현황과 전망

한국 사회에 있어서 재생산 건강을 위협하는 큰 원인은 고위험임신·출산의 증가라고 볼 수 있다. 지속적인 초혼 연령의 증가는 초산 연령을 포함한 출산 연령의 증가로 이어진다. 출산 연령이 늦어지면서 고위험임신도 증가하고 있다. 고위험임신은 임신이나 출산 과정에 있어서 임신부나 태아, 신생아의 건강과 생명을 위협할 수 있는 임신이므로 임신 과정과 분만 과정에서 보다 세심하게 관리되어야 하기 때문에 관련 지표를 주의 깊게 지속적으로 살펴볼 필요

가 있다(Lee et al., 2019).

1) 고령 임신

우선 해당 연령계층의 여성 인구 1,000명당 평균 출생아 수인 연령별 출산율의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 2019년 현재 연령별 출산율은 30-34세에서 86.2명으로 가장 많고 35-39세는 45.0명으로 나타난 반면, 25-29세의 경우는 35.7명으로 나타났다(Statistics Korea, 2020a). 연령별 출산율은 10년 전인 2009년과 비교할 때 25-29세의 경우는 지속적 감소하는 반면 40-44세 출산율은 증가하여 대조를 보이고 있다. 실제로 2019년 산모의 첫째아 출산 연령은 평균 32.2세, 둘째아 출산 연령은 평균 33.8세, 셋째아 출산 연령은 평균 35.2세로 나타나 첫째, 둘째, 셋째아를 출산한 산모의 평균 연령은 각각 전년대비 0.1-0.3세 상승하였다. 또한 35세 이상의 고령 산모 비중은 33.4%로 전년대비 1.6% 증가한 상황이다(Table 1).

앞에서 살펴보았듯이 우리나라 산모의 평균 출산 연령은 지속적으로 증가하고 있고 이러한 추세는 앞으로도 계속될 전망이다(Lee et al., 2019). 고령 산모의 증가는 난임을 증가시킬 뿐만 아니라 거의 모든 임신의 합병증 증가와 직접적으로 연관이 있다. 구체적으로 고령 산모의 경우 그렇지 않는 산모에 비해 보조생식술로 인한 임신으로 인하여 다태아 임신이 증가할 뿐만 아니라 자연유산의 빈도가 증가한다. 또한 임신 중에는 임신성 당뇨, 임신중독증을 포함한 임신 중 고혈압질환이 증가하고, 태아 염색체 이상이 증가한다. 또한, 진통 및 출산의 과정에서는 제왕절개와 조기 분만을 할 가능성이 증가하고, 산후 출혈 등이 발생할 가능성이 증가하며 고위험산모 병실 입원율이 증가한다. 실제로 이러한 산과적합병증은 연령이 증가할수록 증가하는 경향을 보이고 있는데, 주요 출산 연령이라고 볼 수 있는 30-34세 산모의 경우 20-29세 산모에 비해 임신성 당뇨와 일차성 제왕절개수술의 확률이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다(Koo et al., 2012). 동일한 연구에서 다양한 산과적 합병증에 있어서 40세 이상의 산모의 경우 35-39세 사이의 산모에 비해서 그리고 35-39세 산모의 경우 30-34세 산모에 비해서 위험도가 높아지는 것으로 나타났다(Koo et al., 2012). 산모의 연령이 증가하게 되면 산과적인 합병증뿐만 아니라 에스트로겐 관련된 질환이 증가한다. 구체적으로 자궁근종, 자궁내막암, 유방암 그리고 심혈관질환이 증가한다. 선행연구에 따르면 초산 연령이 20세에서

35세로 증가함에 따라 유방암 발생 위험도는 40%가 증가하였고(Ewertz et al., 1990), 자궁내막증의 발생위험도는 15% 증가하였고(Siva, 2007), 자궁근증 발생 위험도는 21-30세 여성에 비하여 41-50세 여성에 있어서 10.4배가 증가하는 것으로 나타났다(Lurie et al., 2005).

2) 여성 비만

한국의 19-49세 여성에 있어서 체질량지수 25 kg/m² 이상 비만의 유병률은 증감을 반복하고 있지만 19-29세 여성에서는 비교적 지속적으로 증가하는 양상을 보인다. 구체적으로 연령 그룹별로 구분하여 살펴보면, 19-29세 가임 여성의 경우 2017년 비만 유병률은 18.3%로에서 2007년 대비 5.7% 증가하였고 30-39세 여성의 경우는 2017년 비만 유병률은 18.3%로 2007년 대비 5.5% 증가하였다(Fig. 1). 19-29세 여성의 비만 유병률은 향후에도 증가하여

2028년에는 비만 유병률이 약 25%로 약 4명 중 1명의 여성이 비만에 해당될 것으로 추정된다(Lee et al., 2019).

여성의 비만은 임신 및 출산과 신생아 합병증에 영향을 미친다. 국민건강보험공단과 대한산부인과학회에서 제작한 ‘임산부 비만 가이드(2016)’에 따르면, 임신 초기에는 여성의 비만이 자연유산, 반복자연유산, 태아기형(신경관 결손증, 심장 기형, 복벽 갈림 등)의 가능성을 증가시키며 임신 중기에는 고혈압, 당뇨, 조산과 자궁 내 태아사망의 가능성을 증가시키고, 출산 전 후의 시기에는 제왕절개와 분만 후 출혈, 혈전증 발생의 가능성을 증가시킨다. 또한 4 kg 이상의 거대아의 출산 가능성과 태어난 신생아가 소아비만이 될 가능성을 증가시키는 것으로 나타났다.

3) 임신성 당뇨 및 임신 전 당뇨가 합병된 임신

임신 중 생긴 당뇨가 합병된 임신부의 수는 2010년

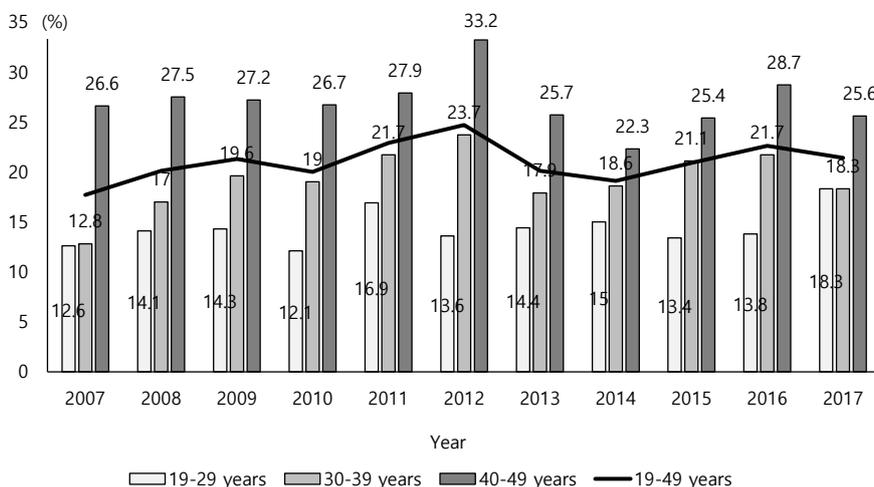


Fig. 1. Prevalence of obesity by age group in women aged between 19-49 years (body mass index) 25 kg/m². Source: 2017 National Health Statistics.

Table 1. Average age at childbirth by birth order and the proportion of delivery at advanced maternal age (mothers aged 35 years or older), 2009-2019

Variable	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Average age at childbirth (yr)											
Total	31.0	31.3	31.4	31.6	31.8	32.0	32.2	32.4	32.6	32.8	33.0
First birth	29.8	30.1	30.2	30.5	30.7	31.0	31.2	31.4	31.6	31.9	32.2
Second birth	31.8	32.0	32.2	32.4	32.6	32.8	33.0	33.2	33.4	33.6	33.8
Third birth	33.9	34.0	34.1	34.2	34.4	34.5	34.6	34.7	34.8	35.1	35.2
Fourth birth and over	35.7	35.8	35.9	35.9	35.9	35.9	35.9	36.1	36.1	36.7	36.4
Proportion of delivery at advanced maternal age (%)	15.4	17.1	18.0	18.7	20.2	21.6	23.9	26.4	29.4	31.8	33.4

Source: Statistics Korea (2020a). Birth statistics 2019.

19,998명에서 2018년 34,178명으로 약 1.7배가 증가하였고, 전체 출생아 수 대비 비율로 살펴보면 꾸준히 증가하고 있음을 알 수 있다. 임신 중 생긴 당뇨가 합병된 임신은 특히 35세 이상 고령 산모에게서 2010년 5,038명에서 2018년 13,808명으로 약 2.7배 증가한 것으로 나타났다 (Table 2). 이러한 임신 중 생긴 당뇨가 합병된 임신부의 증가 추세는 지속되어 향후에도 증가할 것으로 예상된다 (Lee et al., 2019).

건강보험심사평가원 데이터에 따르면 임신 전 제1형 당뇨 또는 제2형 당뇨가 있었던 임신부의 경우 2010년 371명에서 2018년 770명으로 약 2.18배가 증가한 것으로 나타났다. 임신 전 제1형 또는 제2형 당뇨가 있었던 35세 이상 고령 산모의 경우는 2010년 124명에서 2018년 376명으로 약 3.0배가 증가하였다. 임신 전 제1형 또는 제2형 당뇨가 있었던 임신부는 연 평균 43명의 증가폭을 보이고 있으며 향후에도 이러한 추세가 지속되어 증가할 것으로 예상할 수 있다.

4) 다태임신과 자궁 내 태아발육지연

2019년 현재 전체 출생아 중 다태아 비중은 4.6%로 전년 대비 0.4% 증가한 것으로 나타났다. 전체적인 출생아 수는 감소했으나 다태아의 절대 수는 최근 10년 동안 증가하여 2019년 다태아는 약 1만 4천 명으로 전년 대비 약 2백 명이 증가하였다. 다태아의 연 평균 증가폭은 전체 출생아의 0.11%로 나타나 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 예상된다 (Table 3).

전체적인 출생아 수의 감소에도 불구하고 자궁 태아발육지연의 태아는 2018년 현재 3,994명으로 전체 출생아 수 대비 약 1.2%에 해당한다. 2010년 1,038명에서 약 3.8배가 증가하였고, 특히 35세 이상의 고령 산모의 경우에는 2010년 215명에서 2018년 1,215명으로 약 5.7배가 증가하였다. 자궁 내 태아발육지연 출생아의 연 평균 증가폭은 328명으로 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 예상할 수 있다 (Table 4).

자궁 내 태아발육지연으로 출생한 신생아는 정상 출생한 신생아에 비해 신생아 사망 또는 신경학적 발달이상의

Table 2. Diabetes during pregnancy

Year	Maternal age (yr)						Total, n (%)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	
2010	30	449	4,523	9,958	4,316	722	19,998 (4.3)
2011	37	528	5,244	12,630	5,600	940	24,979 (5.3)
2012	39	815	7,129	18,041	7,419	1,314	34,757 (7.2)
2013	42	804	6,118	17,926	7,978	1,420	34,288 (7.9)
2014	72	933	6,052	19,807	9,246	1,712	37,822 (8.7)
2015	46	849	6,009	19,170	10,032	1,800	37,906 (8.6)
2016	35	805	5,588	16,447	10,153	1,896	34,924 (8.6)
2017	39	735	5,214	14,834	10,680	2,132	33,634 (9.4)
2018	41	694	5,112	14,523	11,584	2,224	34,178 (10.5)

Source: Health Insurance Review & Assessment Service, O244 (diabetes during pregnancy).

Table 3. Number and proportion of single versus multiple births, 2009-2019

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Birth type											
Total	443.0	468.2	471.0	484.2	436.2	435.2	438.2	406.0	357.5	326.4	302.3
Single	431.0	455.3	457.2	468.6	421.8	420.0	422.0	390.3	343.6	312.7	288.4
Multiple	12.1	12.8	13.9	15.6	14.4	15.2	16.2	15.7	13.9	13.7	13.9
Proportion											
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Single	97.3	97.3	97.1	96.8	96.7	96.5	96.3	96.1	96.1	95.8	95.4
Multiple	2.7	2.7	2.9	3.2	3.3	3.5	3.7	3.9	3.9	4.2	4.6

Values are shown as thousands of persons and percentages.

Source: Statistics Korea (2020a). Birth statistics 2019.

빈도가 4배 증가하고, 뇌성마비의 발생 빈도는 2.6배 증가하는 것으로 나타났다(De Jesus et al., 2013). 또한 자궁내 태아발육지연 신생아는 정상체중의 출생아와 비교했을 때 출생 후 운동, 인지 기능, 언어 능력 등 장기적인 신경 발달 이상을 보이는 경우가 증가하는 것으로 나타났다(Baschat, 2014).

5) 모성 사망

한국의 모성 사망과 관련된 지표는 대체로 긍정적으로 나아가고 있다고 볼 수 있다. 2019년 현재 임신 및 분만과 관련된 질환으로 사망한 모성 사망자 수는 30명으로 2018년 대비 7명이 감소하여 18.9% 감소한 것으로 나타났다(Fig. 2). 그러나 산과적 색전증, 분만 후 출혈 등과 같은 직접 산과적 사망자 수는 26명으로 2018년 대비 13.0% (3명) 증가한 것으로 나타났다(Statistics Korea, 2020b).

출생아 10만 명당 모성 사망 수인 모성 사망비는 전체적으로 감소하는 추세를 보인다. 2019년 현재 모성 사망비는 9.9명으로 전년 대비 12.5% (1.4명) 감소한 것으로 나타났다(Fig. 2). 그러나 모성 사망비는 산모의 연령과 지역에 따른 불균형이 지속되고 있다는 점과 국제 비교 시 높은 수준에 있다는 점에서 주목할 만하다. 2019년 현재 40세 이상 산모의 모성 사망비는 14.6명으로 높게 나타났다(Statistics Korea, 2020b). 통계청의 “2017 영아사망·모성사망·출생전후기사망 통계 보고서”에 따르면 2017년 강원, 제주의 모성 사망비는 각각 33.5명, 19.9명으로 전국 평균보다 각각 4.3배, 2.6배 높으며 2009-2017년 평균 모성사망비는 세종, 제주, 충남, 강원, 충북 순으로 높게 나타나 지역별 격차를 보인다.

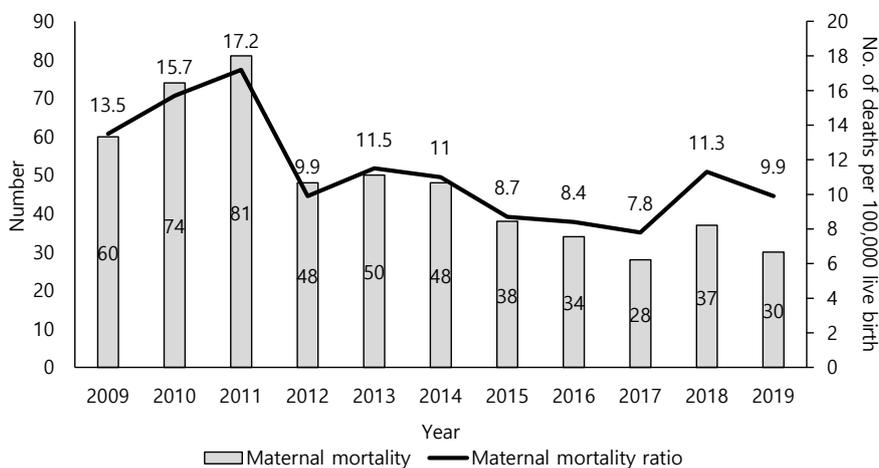


Fig. 2. Maternal mortality and maternal mortality ratio. Source: Statistics Korea (2020b). Cause of death statistics.

Table 4. Fetal growth restriction by maternal age

Year	Maternal age (yr)						Total, n (%)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	
2010	6	60	356	401	190	25	1,038 (0.2)
2011	4	58	264	370	147	21	864 (0.2)
2012	9	62	251	486	149	24	981 (0.2)
2013	9	64	247	513	190	28	1,051 (0.2)
2014	8	59	299	680	255	56	1,357 (0.3)
2015	7	76	301	665	311	52	1,412 (0.3)
2016	7	94	374	718	333	73	1,599 (0.4)
2017	14	187	811	1,668	900	116	3,696 (1.0)
2018	22	201	878	1,678	1,075	140	3,994 (1.2)

Source: Health Insurance Review & Assessment Service, O365 (maternal care for poor fetal growth).

3. 재생산 건강 증진을 위한 개선 방안

앞에서 살펴본 고위험임신과 관련된 지표들의 현황과 전망은 대체로 부정적이다. 저출산 현상의 심화로 출산은 지속적으로 감소하고 있으나 초혼과 초산 연령의 증가로 인해 고위험임신은 향후에도 증가할 가능성이 높다. 본고는 임신 전과 출산 후의 지원 방안과 전체적인 사회 인식과 교육, 인프라의 구축 측면에서 재생산 건강 증진을 위한 개선 방안을 제안하고자 한다. 우선 예방적 차원에서 계획된 임신을 위해 임신 전 산부인과 검진과 치료를 정부 차원에서 지원할 필요가 있다. 비용의 측면에서도 임신 전부터 생식기 건강 증진을 위한 지원과 이로 인한 계획 임신의 증가는 효율적이다. 구체적으로 남녀 모두의 생식 건강을 지원하기 위해 40세와 66세에 진행하던 생애 전환기 건강검진을 보다 일찍 시행할 필요가 있다. 적어도 25-30세에 관련 건강검진을 시행하여 성인병에 대한 상담과 예방교육을 실시하고 이를 통해서 고혈압, 고지혈증, 당뇨의 이환율을 줄이고, 임신에 필요한 예방접종을 실시할 수 있다. 이는 계획 임신을 하지 않은 임신부의 경우에서도 여러 산과적 합병증을 감소시킬 수 있다는 장점이 있다. 이러한 재생산 건강 관련 검진을 필수적으로 의무화하는 한편, 재생산 건강 검진에는 자궁경부암 검진과 골반초음파를 필수적으로 포함시켜 재생산 건강 증진에 힘써야 할 것이다. 더 나아가 청소년기부터 성과 재생산 건강 관련 검진과 치료를 지원할 필요가 있다. 신혼부부의 경우는 건강 검진을 통해 임신 준비 프로그램을 제공하고 이를 통해 계획 임신을 하도록 장려할 필요가 있다.

둘째로 건강한 산후조리를 위한 지원을 해야 할 것이다 (Koo et al., 2012). 2018년 산후조리 실태조사 결과에 따르면, 산후조리원의 이용률은 75.1%로 나타났으나 가장 오랜 기간 산후조리를 위해 머문 곳은 본인의 집으로 나타났다(Ministry of Health and Welfare, 2019). 따라서 산후조리원에서 퇴소한 후에도 산모의 건강과 휴식을 보장할 수 있는 제도가 필요하다. 예를 들어, 본인의 집에서 가장 오랜 시간 산후조리를 하는 만큼 배우자 출산 유급휴가를 3주로 늘려 3주 동안 산모의 산후조리와 육아를 함께 하도록 지원할 필요가 있다. 또한 출산 후 산모의 건강관리를 위해 필요하다고 조사된 정부 정책인 무료 산후 진찰 지원, 산후 우울 상담 및 치료, 산모 건강관리 방법 교육 등을 지원할 필요가 있다(Ministry of Health and Welfare, 2019). 추가적

으로 사각지대 없이 꼼꼼하게 지원하기 위해 신생아가 미숙아나 다른 질환이 있어 신생아 중환자실에 입원하는 경우는 산모의 병원 입원 기간을 늘려 병원에 입원한 상태로 산후조리를 하면서 병원에서 아기 면회를 다닐 수 있도록 건강보험 적용을 통한 지원이 필요하다.

셋째로, 건강한 임신과 출산과 관련된 사회적인 홍보와 교육이 필요하다. 우선적으로 재생산 건강을 위해 가임 기간 동안의 남성과 여성의 임신 전 건강관리의 중요성에 대한 교육이 필요하다. 또한 국민의 알권리의 보장이라는 측면에서 전 생애에 재생산 건강과 관련된 종합 정보·상담 서비스를 국가적 차원에서 제공할 필요가 있다. 특히 임신과 출산에 대한 정확한 정보의 전달을 위해 정상 임신뿐만 아니라 고위험산모에 대한 정보를 담은 임신, 출산과 관련된 교육과 홍보를 할 필요가 있다. 내용에 있어서는 국제기준에 맞춰 성평등관점의 포괄적 성교육으로 개선하되, 임신과 출산에 관하여 인터넷을 통해 보편적으로 유통되는 정보의 문제점을 해결하기 위해서 산부인과학회와 같은 전문가 집단의 자문을 통하여 확인된 정확한 정보를 다양한 방식으로 제공할 필요가 있다. 구체적으로 병·의원뿐만 아니라 여러 공공기관, 학교까지 보급하여 생식 건강의 증진을 위한 정보의 접근성을 높일 필요가 있다. 또한 청소년의 경우는 개방적인 성인식을 가지고 있으며 미디어 등의 영향으로 일찍부터 쉽게 성과 관련된 검증되지 않는 정보와 영상물들을 접하면서 왜곡된 성가치관이 형성되기 쉬우므로 이들을 대상으로 하는 실제적이고 실효성 있는 성교육이 필요할 것이다.

넷째로, 안전한 임신과 출산을 위한 분만 인프라의 구축이 필요하다. 고위험 산모가 증가하고 있고 향후에도 증가할 전망이다 상황에서 안전한 분만환경을 제공해야 하는 것은 국가의 책무 중의 하나로 볼 수 있다. 인프라의 구축을 위해 우선 산부인과 전공의 수련 과정에서 분만에 대한 부정적인 이미지를 갖지 않도록 하기 위한 제도의 개선이 필요하고, 산부인과 전문의가 분만 의사를 그만 두지 않을 수 있는 유인책에 대한 고민도 필요하다. 또한 증가하고 있는 고위험 산모의 진료를 담당하는 모체태아의학 교수진을 확보하기 위한 노력도 필요하다. 이를 위해 분만수가 및 진통관리료를 현실화하며, 분만관련 질병군 및 중등도 분류를 재정비하고, 불가항력적인 의료사고에 대한 보상 등을 고려할 수 있다.

다섯째로, 환자의 연계 체계를 개선하여 고위험 산모와

신생아 이송에 대한 포괄적인 대책이 수립되어야 한다. 조기진통, 태반조기박리, 전치 태반 등 분만이 임박한 고위험 산모가 발생하면 신생아 중환자 치료가 가능한 병원으로 이송해야 한다. 출산 전 산모를 이송하는 것이 신생아의 예후에 좋겠지만 피하지 못할 사정으로 출산 후 집중 치료가 필요한 신생아는 신생아 중환자치료가 가능한 전문가에 의해 인큐베이터 이송이 필수적이다. 즉, 이송이 필요한 산모와 신생아를 통합적으로 조정하여 신속히 전원함으로써 산모 및 신생아의 사망과 합병증을 최소화할 수 있다(Jang, 2019). 정부에서 지원하고 있는 고위험 산모·신생아 통합 치료 센터는 2020년까지 전국 15개 권역별로 20개를 선정하여 권역별 거점센터로서 의료기관 간 응급 이송체계 및 진료 연계 체계를 구축하고 있다(Ministry of Health and Welfare, 2020). 그러나 권역별로 이루어지는 환자 이송 체계를 통합하여 관리하는 조직이 없어 고위험 산모의 이송과 관련된 고위험 산모 신생아 관련 의료전달체계 구축이 절실한 상황이다. 선행연구에서 제안한 중앙 모자의료 센터를 설치하여 이미 만들어진 재난응급의료 상황실의 네트워크와 시스템을 이용하고, 필요한 프로그램을 개발하여 전문가를 배치하면 적은 비용으로 고위험 산모의 응급이송 시스템을 구축해야 한다(Joo, 2018). 한편으로는 임신부 지원정책의 하나로 운영되는 국민행복카드를 통한 임신·출산 진료비 지원제도를 이용하여 ‘임신등록제’를 시행하여 분만을 희망하는 지역과 의료기관 등을 사전에 조사하고 이를 통해 임신부의 연간 지역별, 고위험임신별 현황을 파악하여 안전한 분만 출생체계를 구축할 수 있을 것이다. 신속하고 정확한 환자의 이송체계를 포함하여 체계적인 인프라를 구축한다면 주산기사망 및 모성사망을 포함한 재생산 건강 지표를 향상시킬 수 있다(Lee et al., 2018).

마지막으로 거버넌스의 측면에서 재생산 건강권을 보장하기 위한 법의 토대를 구축하고 임신·출산 관련 정부 부처를 단일화하여 포괄적이고 체계적인 정책의 수립이 필요하다. 인권의 측면에서 모든 사람이 재생산 건강을 누리기 위해 정확한 정보와 서비스에 접근할 수 있고, 차별 없이 재생산 권리를 누릴 수 있도록 하는 법이 필요하다. 이를 위해 우선 모성보호를 재생산 권리로 전환하여 성과 재생산 권리 보장의 가치를 적절하게 담아 낼 수 있는 헌법의 개정을 고려할 수 있다(Kim, 2020b). 또한 실질적으로 재생산 건강을 제고할 수 있도록 모든 사람의 재생산 건강권을 보장할 수 있는 법적인 토대가 될 수 있도록 모자보건법이 적절

하게 개정되어야 할 필요가 있다(Kim, 2020b). 한편, 현재 임신·출산과 관련된 담당 부처는 보건복지부이나, 분만취약지 사업 및 고위험 산모 신생아 통합치료 센터 사업은 공공의료과에서 담당하고 산과 무과실 배상제도는 의료기관 정책과에서 담당하며 고위험 산모 의료비 지원 및 산모 신생아 건강관리 사업은 출산정책과에서 담당하는 등 다양한 부서에서 각각 담당하고 있는 실정이다. 통합적이고 체계적인 정책을 수립하고 추진하기 위해 정부 부처를 단일화할 필요가 있다.

결론

저출산 현상이 지속되는 가운데 정부의 저출산 대책은 재생산 건강의 향상으로 패러다임이 전환되고 있다. 그동안의 정부의 재생산 관련 정책이 저출산 대응책으로서 출산율 향상을 목표로 출산을 지원해 왔다면 제4차 기본계획의 시안에서 명시되었듯이 이제는 재생산권이라는 측면에서 출산을 지원하려고 한다. ICPD 국제행동계획에서 강조하고 있는 ‘건강하고 안전한 임신과 출산을 위한 적절한 보건 의료(health care)서비스 이용에 대한 권리’보장의 측면에서 그리고 지속되는 저출산 현상에 대한 대응이라는 측면에서 고위험 임신을 중심으로 보다 많은 재생산 건강 관련 지표를 지속적으로 모니터링하는 것이 무엇보다 중요하다. 그리고 임신 전 예방적 차원에서 산부인과 검진과 치료를 지원하고, 출산 후에는 건강한 산후조리를 위한 지원이 필요하며, 재생산 건강을 위해 가임기간 동안의 남성과 여성의 임신 전 건강관리의 중요성에 대한 교육과 재생산 건강과 관련된 종합 정보·상담 서비스를 국가적 차원에서 제공할 필요가 있다. 또한 환자의 연계 체계를 개선하는 등 안전한 임신과 출산을 위한 분만 인프라를 실효성 있게 구축하며, 거버넌스의 측면에서 재생산 건강권을 보장하기 위한 법의 토대를 구축하고 임신·출산 관련 정부 부처를 단일화하여 포괄적이고 체계적인 정책의 수립하는 등 재생산 건강 증진을 위한 정책적인 지원을 확대해 나아가야 할 것이다.

이해관계(CONFLICT OF INTEREST)

저자들은 이 논문과 관련하여 이해관계의 충돌이 없음을 명시합니다.

감사의 글 및 알림(ACKNOWLEDGMENTS)

This article is based on the manuscript of the 47th Autumn Conference of Korean Society of Maternal and Child Health, which extracts and supplemented some of the contents of So-Young Lee, et al (2019) "Population Change and Future Social Policy Directions"

REFERENCES

- Baschat AA. Neurodevelopment after fetal growth restriction. *Fetal Diagn Ther* 2014;36:136-42.
- Boyer J. A time to lead: a roadmap for progress on sexual and reproductive health and rights worldwide. *Guttmacher Policy Rev* 2018;21:35-40.
- De Jesus LC, Pappas A, Shankaran S, Li L, Das A, Bell EF, et al. Outcomes of small for gestational age infants born at <27 weeks' gestation. *J Pediatr* 2013;163:55-60.e1-3.
- Evans I. Reproductive health and human rights: integrating medicine, ethics, and law. *J R Soc Med* 2004;97:43-4.
- Ewertz M, Duffy SW, Adami HO, Kvale G, Lund E, Meirik O. Age at first birth, parity & risk of breast cancer: a meta-analysis of 8 studies from the Nordic countries. *Int J Cancer* 1990;46:597-603.
- Ha JY. The anachronism of criminal punishment for abortion: focusing on the international consensus on health rights-social rights-human rights practice. *Healthcommune* 2017; 8:64-79.
- Jang YS. Suggestions for central mother and child medical center and perinatal medical delivery system, The Korean Society of Maternal and Child Health Spring Conference Book, 2019.
- Joo SH. Establishing an emergency maternal transport control center. *J Korean Soc Matern Child Health* 2018;22:1-6.
- Kang DS, Kim MG, Lee SY, Lee SL, Lee KH, Park MS, et al. Integrated policy measures for low fertility. Sejong (Korea): National Research Council for Economics, Humanities and Social Sciences; 2020.
- Kim KC. A reproductive crisis in South Korea and the reconfiguration of its care regime. *Korea Soc* 2020a;21:161-89.
- Kim SH. From mother's obligation to reproductive rights: critical analysis of Mother and Child Health Act in South Korea. *Ewha Gender Law* 2020b;12:1-44.
- Koo YJ, Ryu HM, Yang JH, Lim JH, Lee JE, Kim MY, et al. Pregnancy outcomes according to increasing maternal age. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2012;51:60-5.
- Lee JL, Ha EH, Eum JW. A study on the plan to promote the pregnant woman registration system for healthy childbirth and parenting. Seoul (Korea): Korea Institute of Child Care and Education; 2018.
- Lee SY, Jang IS, Lee SS, Lee CH, Shin SM, Shin SH, et al. Population change and future social policy. Sejong (Korea): Korea Institute for Health and Social Affairs; 2019.
- Lurie S, Piper I, Woliovitch I, Glezerman M. Age-related prevalence of sonographically confirmed uterine myomas. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:42-4.
- Ministry of Health and Welfare. 2020 High-risk mothers and newborns integrated treatment center support project guidebook. Sejong (Korea): Ministry of Health and Welfare; 2020
- Ministry of Health and Welfare. National survey on postnatal care 2018. Sejong (Korea): Ministry of Health and Welfare; 2019.
- Siva N. Nulliparity does not equal cancer. *Lancet Oncol* 2007; 8:675.
- Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R, et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet* 2018;391:2642-92.
- Statistics Korea. Birth statistics of 2019. Daejeon (Korea): Statistics Korea; 2020a.
- Statistics Korea. Cause of death statistics. Daejeon (Korea): Statistics Korea; 2020b.