

저출산 시대 극복을 위한 보건 의료 대책



김재연

대한개원의협회의회 보험이사
k202904@naver.com

1. 현황

전 세계적으로 유례를 찾아 볼 수 없을 정도의 속도로 저출산의 위기가 다가오고 있다. 노령화 사회에 대비하는 문제도 심각하지만 저출산 문제가 시급히 해결해야 할 과제로, 인구가 정상적 구조로 되지 않으면 현존하는 모든 제도가 마비 될 수밖에 없는 시대가 다가오고 말 것이다.

국가의 발전에 큰 걸림돌이 되고 있는 ‘저출산’이라는 주제가 계속하여 대두되고 있다. OECD에서 발표한 통계 연보에 따르면 2012년

기준으로 우리나라의 출산율은 1.13명으로 OECD 국가들 중 10위권에 머물고 있어 갈수록 장기화 되는 추세이다.

현재 상태로 지속된다면 한국의 인구수가 2018~2020년 전후로 감소세에 들어 2060년 즈음에는 인구수가 4,300만 이하로 하락할 것이라는 학계의 연구결과도 발표되고 있는 시점이다.

1983년 인구 대체 수준의 출산율 2.1명 수준 이하로 하락한 이래 지속적으로 낮아져 2011년 합계 출산율 1.24명을 기록했다. 이러한 현상이 지속될 경우 2018년 유소년 인구(0-14세)가 65세

이상 노인 인구보다 줄어드는 인구 역전현상이 발생하여 총인구는 2018년을 정점으로 감소할 것으로 전망된다.

저출산·고령화에 따른 인구구조의 변화는 생산 가능 인구의 감소로 인한 경제의 잠재성장력 약화뿐 아니라 복지, 교육, 국방, 금융, 주거 등 사회 각 분야에 많은 변화를 가져올 것으로 예측된다. 특히 노인의료비 등 사회보장 지출이 증가하면서 정부 재정의 부담이 늘어날 것이며, 보건 의료체계의 조직과 구조의 변화에 대한 요구가 예상된다.

2. 저출산 극복을 위한 대책

1) 분만 관련 산부인과 의사의 인적 자원 확보 계획 수립 및 시행

산과 진료 의사의 인력의 지속적인 감소하고 있는 진료 환경 개선을 위한 적극적인 지원 방안이 마련돼야 한다. 최근에 산부인과 전공의 희망자의 감소로 신규 산부인과 전문의가 감소하고 있다(2001년 대비 2016년 270명이던 전공의 지원자가 96명으로 64%가 감소).

더욱이 분만을 포기하는 전문의 수까지 급격하게 늘면서 분만 현장에서 산부인과 의사들이 사라지고 있다. 전공의 수련 과정 또한 출산 감소로 분만 경험 축적이 미비하게 되었다. 2017년 96개 수련 병원 중 5개 기관에서 분만실 운영 자체가 불가능한 상황이다.

출산 인프라 붕괴의 시작은 저출산으로 인한 분만 수 감소가 출발점이라고 볼 수 있지만 현실

출산 인프라 붕괴의 시작은 저출산으로 인한 분만 수 감소가 출발점이라고 볼 수 있지만 현실적으로 더 근본적인 문제는 낮은 분만수와 높은 의료사고 위험성 때문에 지원을 기피하고 있는 것이다. 더구나 의료분쟁조정법의 당연 개시로 인한 사고에 대한 두려움으로 산부인과 전공 기피현상이 가속화 되고 있다.

적으로 더 근본적인 문제는 낮은 분만수와 높은 의료사고 위험성 때문에 지원을 기피하고 있는 것이다. 더구나 의료 분쟁 조정법의 당연 개시로 인한 사고에 대한 두려움으로 산부인과 전공 기피현상이 가속화 되고 있다.

분만실은 일반적으로 365일 24시간 운영돼야 하고, 응급수술을 할 수 있는 시설과 장비, 인력을 갖추어야 하며 인력, 관리, 유지보수, 재료 약품은 타과에 비해 높아서 낮은 분만 수가로는 규모가 작은 분만 병의원은 분만실을 유지하지 못하고 폐업에 이르고 있으며 지방의 분만 병원의 경영 환경은 더욱 살아남기 힘들어지고 있다.

2) 분만사고로 인해 의료기관, 의료인이 부담 증가(사례)

의학적 한계, 환자의 특이체질, 환자측 소인, 기왕병력 등과 같은 사유로 발생한 불가항력적인 의료분쟁에서도 산부인과 의사에게 책임을 지움으로써 분만 의사로서의 자긍심과 자부심에 상처를 줄 수 있다.

산부인과 의사에게는 분만과 관련된 비용이 원가 이하의 수가인 것에 비해 분만 관련 병원



판결 손해배상금액은 최고 금액이 5억 5천만 원, 중앙값이 7천만 원으로 부담이 크며, 원고의 손해배상 청구금액 또한 최대 금액이 40억 4천만 원, 중앙값이 2억 2천만 원으로 소송이 시작되는 것만으로도 산부인과 의사로 하여금 심리적 중압감을 가지게 할 수 있다.¹⁾

최근에 분만 중 신생아 사망 사건의 경우 법원은 분만 중 부주의로 외국인 산모의 태아가 숨졌다는 혐의로 기소된 산부인과 의사에게 금고형을 선고한 법원 판결을 내려 산부인과에서 자연분만을 더욱 기피하게 만들 것이 우려된다.

3. 고위험 신생아 관리 개선을 위한 인프라 구축

1) 자연유산 감소를 위한 대책

국민건강보험공단이 2009년~2013년 건강보험 진료비 지급자료를 분석하여 발표한 내용에 따르면 ‘자연유산(O03)’으로 인한 건강보험 진료인원이 2009년 1만 4천명에서 2013년 1만 7천명으로 연평균 3.9%씩 증가하였다. 분만 진료인원 중 자연유산이 차지하는 비율은 2009년 3.6%에서 2013년 4.3%로 증가하였다.

자연유산을 직장 가입자와 비(非)직장 가입자로 구분하여 분석해 본 결과, 분만에서 자연유산이 차지하는 비율은 모든 연령에서 직장 가입자가 비(非)직장 가입자보다 높았다. 그 차이는 40-44세에서 3.9%p, 25-29세에서 2.8%p 순

으로 나타났다. 자연유산 중 절박유산과 관련하여 생각해 볼 수 있는데 절박유산이란 임신 20주 이내에 질출혈을 동반하여 실제 유산으로 진행될 수 있는 경우를 말하며 이때에는 절대 안정 및 관찰이 필요한 시기이나 아무래도 직장생활을 하는 산모는 상대적으로 안정을 취하기 힘들어 실제 자연 유산으로 진행되는 일이 상대적으로 높을 수 있다.

직장 여성의 임신 중 자연유산방지를 위한 임신 중 자연유산 고위험군이 안정을 취하기 쉽게 임신 중 휴직에 대한 국가 지원 확대 및 입원 치료 등이 용이 하도록 건강보험제도 개선이 필요하다.

2) 미숙아 의료 지원

가임 여성의 결혼이 늦어짐에 따라 1,500g 미만으로 태어난 극소저체중출생(VLBW)/미숙아는 신생아중환자실(NICU)을 퇴원한 후에도 잠재적인 장애로 인해 각종 후유증이 높다.

한해 2,000여명의 극소저체중출생아들이 태어난다. 미숙아 출산을 줄이기 위한 진료개선 방안으로 조기진통으로 입원 시 고위험 임신부 관리로 신설 및 보장성 강화를 통해 미숙아 출산을 최대한 감소시킬 수 있도록 해야한다. 입원 치료 시 충분한 진료가 가능하도록 보험 수가 확대 등 건강보험제도 개선으로 임신 중반기 조기 진통과 관련한 태아 전자 감시장치 청구의 횟수 제한 삭제 등 의료기관 입원 치료를 활성화시킬 의료 보험수가에 반영시켜 보다 조기진통 산모의 미숙아 출산을 줄일 수 있도록 해야 한다.

1) <http://www.jkma.org/Synapse/Data/PDFData/0119JKMA/jkma-59-429.pdf>

[참고 2] 고위험산모신생아통합치료센터 지원현황, 2016 국정 감사 보고서



3) 고위험 신생아 출생 대비 관리체계 구축²⁾

질환별 중증도에 따른 관역 이송 체계 구축으로 진료 수준별 중증 신생아의 광역 이송 체계를 확립하고 소아외과 질환 및 흉부외과 등 특정 질환에 대한 광역 이송 체계 확립과 지역별 특성에 맞는 이송 체계를 구축해야 한다.

신생아 집중치료센터 전문의료인력 수요를 추계하여 수요 예측 결과로 인력 양성 계획을 수립하여 신생아 중환자 진료 전문의사 및 전문 간호사 등 진료 지원분야 전문인력 유지를 위한 인건비 지원이 필요하다.

최근 들어, 고령 산모, 고위험 산모, 저체중아 및 이른둥이 등이 증가되고 있어 전국의 분만 의료 기관의 네트워크시스템 유지를 위한 전산 장비 운영 인력지원으로 지역 주산기 센터와 정보 공유된 의료전달 시스템을 구축하여 고위험 산모 중환자실과 신생아 중환자실 관리료 인상 및 고위험 임산부 관리료 신설 등 수가를 현실화하는 것이 필수적이다.

광역 주산기 센터로 중증 신생아와 산모 전원 및 향후 집중 치료 등을 포함한 전국 주산기 센터를 통한 교육 및 신생아 생존률 증가를 통한 고위험 신생아 관리의 질적 향상을 꾀해야 한다.³⁾⁴⁾

4) 신생아 중환자실 퇴원환자 추적 관리체계 구축

미숙아 및 선천성 대사이상아 의료비 지원사업 113억 원(2016년 기준)이 지급되었다. 미숙

아의 경우 출생 체중에 따라 추가적인 의료비 차이가 보이므로 지원금 상한을 1,000만원 이내로 차등지급 해야 한다. 선천성 대사이상아의 진료비 지원 또한 지속적인 특별 분유를 먹여야 하므로 500만원 이내의 지원이 필요하다.

그러나 신생아 중환자는 퇴원 후에도 다시 재입원 빈도가 높고 이에 따른 진료비용에 대한 의료비 지원이 전무하다. 이에 따른 지원 방안을 마련해야하고 재활 치료 및 안과의 신생아 망막 증 등의 지속적인 추적 관찰이 필요하다. 어린이 재활병원 연계에 의료비 지원이 없어 부모에게 그 비용이 경제적 부담으로 작용하고 있다.

미숙아, 뇌성마비 환아를 포함한 신생아 중환자, 퇴원 환자들에게 재활의학과와 안과 치료 지원 및 재활 치료에 대한 시설 지원과 치료비 지원 프로그램이 필요하며 적어도 신생아 중환자실 퇴원 후 2~3년간이라도 지원을 시작하여야 한다.

4. 정상 신생아 관리개선을 위한 인프라 구축

분만 병의원에서 현실적으로 경영 압박이 되는 주된 요인이 신생아실 운영에 따른 비용이다. 인건비가 신생아 3인당 1인의 간호사가 근무하고 3교대로 근무를 유지하기 위한 인건비가 월 최소 1,000만원에서 평균 2,000만 원 이상 소요 되는데 반해 건강보험에서는 모자동실을 권고한다는 명목으로 신생아실의 부대비용조차 인정하지 않고 있다.

2) 저출산극복을 위한 보건 의료분야 정책 과제 및 대안, 2016국정 감사 보고서, 국회 저출산 극복 연구 포럼

3) [참고 3] 신생아집중치료실 지원사업 개요, 2016 국정 감사 보고서

4) 2015년 한국 소비자원 실태조사

병원에서 출생한 단일아에 대해서는 환자가 아니라라는 이유로 투약한 vita k 등 약제비와 분유의 실비 및 1회에 한해서 신생아 모유수유 간호 관리료와 모자동실 입원료로 청구를 제한한 결과, 2박 3일 모자동실을 한다고 해도 신생아 1인당 청구액이 5만원 내외 본인 부담금 2만원 내외 밖에 인정되지 않아 현실적으로 산모들의 신생아실 관리 선호현상으로 전국에서 2개 상급 종합병원만 모자동실을 운영하고 산후조리원 중 2.1%에서만 24시간 모자동실을 시행하여 총 503개소의 산후조리원 중 8개소만 모자동실을 운영하고 있다.⁵⁾

모자동실 치료가 필요 없는 정상 신생아가 산모와 같은 방에 있어야 한다는 권고는 이제는 현실과 동떨어진 상황임을 알 수 있다. 더구나 산모가 출산 후 신체적인 피로가 크고 신생아를 직접 돌보기에는 출산 후 2~3일은 현실적으로 보행 자체가 불편한 상황이기 때문에 신생아실을 선호할 수밖에 없는 것이 현실이다. 분만 기술료조차 세계 최저수자인 현실에서 신생아실 유지비용은 보험에서 보전해주어야 한다.⁶⁾

**분만 수가는 OECD 평균에 못 미치면서
소송비용은 OECD 상위수준인 현실이
분만을 포기하게 하는 가장 큰 이유이다.
분만 수가의 현실화를 통해 병의원이
분만을 포기하여 더 이상 분만병원이
감소하는 것을 막아야 한다.**

5. 분만수가 인상을 통한 분만 인프라 구축

(1) 필요성

분만 수가는 OECD 평균에 못 미치면서 소송 비용은 OECD 상위수준인 현 상태가 분만을 포기하게 하는 가장 기본적인 이유이다. 2000년 1,570개였던 전국의 분만병원은 2011년 808개로 50%가 감소하였다. 특히 월 분만 수 20건 미만의 병원은 현재 유지비용도 나오지 않고 있어 분만실 폐쇄 위기에 처한 상황인 만큼, 이들 병의원이 분만을 포기하여 더 이상 분만병원이 감소하는 것을 막아야 한다. 분만 수가의 적절한 수가를 산출하기 위해 비용을 분석 해보았다.

(2) 분만수가 수준의 적정성관련 데이터(OECD 국가 간 비교, 분만 산부인과 운영관련, 현 수준 유지 시 적자상태 또는 한 달에 몇 건의 분만을 해야 적자를 면하는지)

한국의 의료수가는 OECD 국가에서 최하위 나라에 속한다. 자연분만을 했을 경우 국민건강보험 진료수가는 최저 20만 3,000원이다. 이는 동물병원의 애완견 분만비 30만~40만원보다 낮다. 한국의 의료수가는 미국과 일본의 10분의 1 수준이다. 맹장수술 진료수가가 27만 4,000원인 걸 감안하면 자연분만 수가는 태아와 산모를 동시에 돌보아야 한다는 것까지 무시당하고 있는 수준이라고 할 수 있다.

5) OECD 국가의 산과진료 서비스제도 및 보험수가 비교연구 최종보고서2008년 12월

6) <http://www.jkma.org/Synapse/Data/PDFData/0119JKMA/jkma-59-429.pdf>



□ 예시 1) 의사 3인~ 5인 3 교대 근무 시 월 분만 100건인 경우(하루 3~4건 분만 시)

수입으로 예상되는 금액은 산모 1인당 퇴원 시 평균 비용이 80만원에 100건 분만하여도 8,000만원 밖에 수입이 되지 않는다. 기타 외래 진료 수입은 외래 환자 100명 기준으로 본다면 하루 수입이 평균 300만원 남짓이다. 월 평균 25일 근무를 가정한다면 7,500만 원으로 월간 수입은 분만실 8,000만원, 외래 7,500만원을 합하여 월 1억 5,500만 원 이고, 연간 18억 6,000만원의 수입이 예상된다.

24시간 분만실을 3교대로 운영하려면 최소한 산부인과 의사 3명~5명이 3교대 근무 시, 간호사 27명(신생아실 4명 3교대, 병동 2명씩 3교대 근무, 분만실 3인씩 3교대 근무), 식당 2인씩 3교대 6명, 청소 1인 2교대로 정도로 의사 외 직원 총 인력 35명이 충원돼야 하는데, 여기에 드는 비용만 1인 평균 인건비 200만원(퇴직금 제외)으로 추정하면 월 7,000만원으로 1년에 인건비만 8억 4천여만 원으로 추산된다. 월 경상비 5,000만원(임대료, 공과금, 약값 및 부대 의료용품 결재액, 유류 대금)으로 연간 6억 원을 합하면 총 지출이 14억 4,000만원이 발생된다. 여기에 의사 3인의 인건비 월 1,000만원으로 추정한다면 연간 1인당 1억 2,000만원으로 3억 6,000만원을 더하면 18억의 지출이 예상된다.

총 수입 18억 6,000만원, 지출 18억 원으로 연간 6,000만원 흑자가 가능하다. 그러나 초기 개원 당시 금융비용이 50억 정도임을 감안하면 이자 주기도 버겁다고 본다.

□ 예시 2) 의사 2인 2교대 근무 시 분만 50건 이하 (하루 1건~2건)

수입을 살펴 보면 월 산모 1인당 퇴원 시 평균 비용이 80만원에 50건 분만하여도 4,000만원 수입이다. 연간 4억 8,000만원, 기타 외래 진료 수입은 외래 환자 50명 기준으로 본다면 하루 수입이 평균 150만원이다. 월 평균 25일 근무를 가정한다면 3,750만원으로 외래(3,750만원)와 분만실(4,000만원)을 합한 총 월수입액은 월 7,750만원이고 연간 수입은 9억 3,000만원이다.

지출을 살펴 24시간 분만실을 2교대로 운영하려면 최소한 산부인과 의사 1명~2명이 2교대 근무 시, 간호사 12명(신생아실 2명 3교대, 병동 1명씩 2교대 근무, 분만실 2인씩 2교대 근무), 식당 2인씩 2교대 4명, 청소 1인 2교대로 정도로 의사 외 직원 총 인력 18명이 충원돼야 하는데, 여기에 드는 비용만 1인 평균 인건비 200만원(퇴직금 포함) 1년에 인건비만 4억 3천여만 원으로 추산된다. 월 경상비 3,000만원(임대료, 공과금, 약값 및 부대 의료용품 결재액, 유류 대금), 연간 3억 6,000만원으로 총 지출이 직원 인건비(4억 3,000만원)+경상비(3억 6,000만원)합하면 7억 9,000만원이 된다. 여기에 의사 인건비 1,000만원으로 가정하면 2억 4,000만원으로 총 지출 예상액이 10억 3,000만원 예상된다.

총 수입 9억 3,000만원에 지출 10억 3,000만원으로 연간 적자 1억 원이 발생하게 된다. 초기 개원 당시 초기 금융비용 20억임을 감안하면 분만실 유지 이유가 없다.

□ 예시 3) 의사 1인 근무 시 분만 20건 이하
(하루 1건 이내)

월 산모 1인당 퇴원 시 평균 비용이 80만원에 20건 분만하여도 1,600만원 밖에 수입이 되지 않는다. 기타 외래 진료 수입은 외래 환자 20명 기준으로 본다면 하루 수입이 평균 60만원 남짓이다. 월 평균 25일 근무를 가정한다면 1,500만원으로 외래의 연간 평균 수입 예상액 1억 8,000만원+분만 수입 연간 1억 9,200만원을 합하면 3억 7,200만원의 수입이 예상된다.

지출을 살펴보면 24시간 분만실을 2교대로 운영하려면 최소한 산부인과 의사(원장) 1명이 근무 시, 간호사 10명(신생아실 2명 2교대로 4명, 병동 1명씩 2교대 근무로 2명, 분만실 2인씩 2교대 근무로 4명), 식당 1인씩 2교대 2명, 청소 1인 정도로 의사 외 직원 총 인력 13명이 총원되어야 하는데, 여기에 드는 비용만 1인 평균 인건비 200만원(퇴직금 포함) 1년에 인건비만 3억 1,000만원으로 추산된다. 월 경상비 2,000만원(임대료, 공과금, 약값 및 부대 의료용품 결재액, 유류 대금) 연간 2억 4,000만원으로 총 지출이 5억 5,000만 원이 된다. 원장 인건비는 고사하고 연간 1억 8,000만원의 적자가 발생된다. 초기 개원 비용 10억의 금융비용도 여전히 해결 불가능한 상태가 된다.

1인 분만을 하는 산부인과가 평균 10건 이내 분만을 하고 있는 현실에서(연간 100건 분만 가정) 월 10건으로 분만실을 유지하기 위한 최소 분만 건당 수입이 의사 인건비를 제외한다고 하더라도 직원 임금이 최저 임금 200만원을 기준으로 분만 한 건당 350만원은 되어야 월 3,500만원의 반드시 필요한 지출이 예상되어서 분만실을 운영할 수 있음을 알 수 있다.

여기에서 보듯이 분만이 적을수록 적자 폭은 최소한의 분만실 유지에 필요한 인력이 간호사 10명, 기타 3명으로 13명의 월 인건비만 2,600만원과 경상비 2,000만원을 합하면 지출예상액이 4,600만원은 불가피하다.

의사 인건비를 제외하고도 최소 적자를 면할 수 있는 수입이 최소 월 5,000만 원 이상 수입이 되어야 하는데 왜래 수입 월 1,500만원으로 가정한다면 월 3,500만원 이상의 분만실 수입이 보장되어야 원장 인건비를 제외한다고 하여도 분만실 유지가 가능하다. 여기에 원장 월급여 추계로 월 1,000만원을 가정한다면 월 4,500만원의 분만실 수입이 보장되어야 한다. 산부인과 의사 1인이 최소 분만 10건이라도 분만실을 운영할 수 있으려면 분만 건당 450만원은 되어야 최소한의 분만실 운영이 가능하다.

현 수준 유지 시 적자 상태는 불가피하고 최소한의 적자를 피할 수 있는 분만 건수는 의료 기관당 50건이어도 연간 적자 8,000만원이 발생하게 된다. 월 800만원의 적자를 감안한다면 월 58건 이상 분만 건수가 유지되어야 현상 유지가 가능해진다는 말이다.

6. 분만취약지 지원사업과 문제점

분만취약지는 60분 내 분만 의료 이용률이 30% 미만이면 60분 내 분만 가능 의료기관 접근이 불가능한 가임여성 비율이 30% 이상인 곳이다. 복지부는 '대도시 원정 출산'을 막고 안정적 분만 인프라 구축을 위해 지난 2011년부터 '분만취약지 사업'을 시행 중이며 분만취약지 97곳 소재 산

부인과에 자연분만 수가를 200% 가산 지급하지만 의료 현장의 반응은 상당히 차가운 실정이다.

본래부터 너무 낮은 분만수가, 인력 확보 어려움 등으로 ‘분만취약지 사업’이 수가 현실화를 통해 해결하려고 하지 않고 취약지에서만 제한적으로 정부지원을 하면서 정상적인 분만을 하는 병원들에게 상대적인 차별 정책으로 분만병원 유지의 의욕을 저하시키고 분만병원 경영을 오히려 악화시켜 온 정책이 되어 가고 있다는 지적이다.

분만취약지 사업을 통해 지난 2016년 11월 초까지 분만 산부인과 14개소, 외래산부인과 16개소, 순회진료 산부인과 5개소 등 총 35개소를 설치하여 분만 산부인과의 경우 선정 첫 해 시설·장비비 10억 원과 운영비 2.5억 원을, 2차년도 이후에는 매년 운영비 5억 원을 지원하고 있으며 외래산부인과와 순회진료 산부인과는 1차년도는 시설·장비비 및 인건비로 2억 원, 2차년도부터는 운영비로 2억 원을 지원하고 있다.

분만 취약지에서 산부인과 병·의원을 운영하는 원장들이 문을 닫지 않도록 지원책을 마련해 주는 것이 급선무인데 현행 분만 취약지 사업은 ‘밑 빠진 독에 물 붓는 격’의 정책이 될 수 있다. 실제 분만취약지 사업에 참여하는 의료기관도 적자로 지방비 지원이 군 의회를 통과 하지 못해서 개·폐원을 반복하는 곳도 있다.

현재 해당 지역 분만 건수를 기준으로 연간 300건 이상은 기존 모형인 산부인과 전문의 2명과 간호사 8명의 1형을, 연 300건 미만은 산부인과 전문의 2명과 간호사 6명의 2형을 도입, 운영하고 있지만 적정급여 보전조차 현행 분만수가로는 경영이 어려워 정부와 지자체의 경제적인 지원에도 불구하고 적은 급여로 인해 산부인과

의사를 구하지 못하거나, 간호인력 확보 어려움을 떨기 위해 최근 2형을 도입했는데도 여전히 인력 채용에 어려움이 존재하는 사례가 나타나고 있는 실정으로 분만취약지 지원 방안으로 적절한 분만수가 보상이 최우선적으로 이루어져야 함을 알 수 있다.

7. 맺음말

그동안 산부인과 의사들은 저출산·고령화의 변화를 의료자원과 의료 환경 개선에 적극 노력하였으며 저출산으로 심화된 분만취약지 해결을 위한 제도 개선 방안을 고려함에 있어 산부인과 의료 자원의 효율적인 운영을 위한 대안 마련을 위해 노력하고 있다.

또한 농어촌 취약지역 분만 환경 개선을 통한 국민의 건강을 증진시키며 더불어 여성의 출산 환경을 합리적 개선함으로써 국가경제에 보탬이 되도록 노력하고자 한다.

저출산으로 인한 분만 환경 악화와 그로 인한 산부인과 경영 악화로 분만실 폐쇄가 급증하고 있는데 정부의 그동안의 정책은 산모의 의료비 감소를 위한 바우처 비용의 증가와 의료보험 확대 등으로 추진되었다.

초기 취약지 분만 대책에 대하여 대한 산부인과 의사회는 보건복지부와 끝장 토론에서 50건 이내의 취약지에서 분만하는 산부인과 의원에게 분만수가 차등 가산안을 제안하여 이를 통해 적자 상태를 보전해주어 더 이상 분만을 포기하지 않도록 분만수가를 인상하여 산모 한 명 당 출산하면 손익 분기점이 350만원 소요되므로 이에



대한 합리적인 지원 방안을 제안하였다.

정부의 미온적인 대응으로 제안한 것보다 2년 뒤에 분만 수가 가산이라는 형식은 분만 취약지가 빠지고 연간 50건 이하의 산부인과에 분만 수가의 200% 가산이라는 지원책으로 변질되었다. 그것도 시범사업으로 한시적이고 1회성으로 진행하여 분만 건당 20여 만 원 추가 지급 하는 줄 속안으로 시행 되었다. 그 결과 그나마 분만하던 산부인과조차 사라지는 등 속도를 줄이기에는 역부족이 되고 말았다.

이후 급조된 분만 취약지역 산부인과 개설과 정부지원금을 상당 수준으로 한 개선안을 발표 하였지만 투입된 재원에 비하여 취약지역 분만 여건이 개선되기에는 역부족이 아닐 수 없다. 제도의 구상자체가 지자체 지원과 정부지원으로 분리된 재정 체계 뿐만아니라 의료 자원의 효율적인 운영도 제대로 하지 못해 적자구조에, 재원

만 낭비하는 결과를 초래하고 말았다.

분만이라는 의료 행위는 산모와 신생아의 케어에 소요되는 의료 인력이 타 입원 환자의 의료 인력과는 비교할 수 없을 정도의 의료 인력이 소요된다. 하지만 분만 수가가 턱없이 부족한 현실이 개선되지 않고서는 어떠한 대책도 소용 없다는 것을 알려 주고 있다.

분만 한 건 당 손익 분기점이 최소 350만원은 되어야 월 10건 이내의 분만실 운영이 가능하다는 인식의 전환으로 분만실을 운영하여도 수익을 창출 할 수 있는 환경이 된다면, 민간의료 기관의 투자가 활성화되어 분만취약지 분만기관 부족 문제는 일시에 해결될 것으로 생각한다.

건강보험 체계에서 어렵다면 분만 취약지역을 선정하여 정부 지원의 별도 예산으로 지원하는 방안으로 분만 건당 지원 방안이 시급히 해결 되어야 할 것이다.