



2019 육아정책 심포지엄

“아동 행복, 육아 행복 실현을 위한 생애주기별 육아정책의 방향과 과제”

제1차 육아정책 심포지엄

: 건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제

2019. 4. 11.(목) 15:00~17:00

서울시 육아종합지원센터 교육실

주최 |



육아정책연구소
Korea Institute of Child Care and Education



자유한국당 신보라 국회의원



한국모자보건학회
THE KOREAN SOCIETY OF MATERNAL AND CHILD HEALTH

Program | 2019년 제1차 육아정책 심포지엄

| 주 제 | “아동 행복, 육아 행복 실현을 위한 생애주기별 육아정책의 방향과 과제”

제1차 육아정책 심포지엄: 건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제

| 일 시 | 2019. 4. 11(목), 15:00 ~ 17:00

| 장 소 | 서울시 육아종합지원센터 교육실

| 공동주최 | 육아정책연구소, 자유한국당 국회의원 신보라, 한국모자보건학회

| 주 관 | 육아정책연구소

| 일 정 표 |

구 분		진 행 내 용	
14:45~15:00	등록		
15:00~15:15	개회	김은영 육아정책연구소 저출산육아정책실장	
	국민의례		
	환영사	백선희 육아정책연구소 소장	
	인사말	신보라 자유한국당 국회의원 한정열 한국모자보건학회 회장	
15:15~16:05	주제 발표	산전-조기아동기 개입의 필요성과 개입 프로그램의 설계	강영호 서울의대 의료관리학교실 교수
		산모-신생아 지원 정책의 개요 및 향후 과제	이정림 육아정책연구소 연구위원
16:05~16:45	종합토론	강은진 육아정책연구소 연구위원 안기훈 한국모자보건학회 사무총장 김중임 한국여성건강간호학회 회장 이찬우 보바스기념병원 사회복지팀 팀장 이우령 한국모자보건학회 학술위원회 위원장	
16:45~16:55	질의응답		
16:55~17:00	폐회		

Contents

| 2019년 제1차 육아정책 심포지엄

환 영 사	1
백 선 희 (육아정책연구소 소장)	1
인 사 말	3
신 보 라 (자유한국당 국회의원)	3
한 정 열 (한국모자보건학회 회장)	5
주제발표 1 산전-조기아동기 개입의 필요성과 개입 프로그램의 설계	7
강 영 호 (서울의대 의료관리학교실 교수)	
주제발표 2 산모·신생아 지원 정책의 개요 및 향후 과제	31
이 정 림 (육아정책연구소 연구위원)	
종합토론	55
강 은 진 (육아정책연구소 연구위원)	57
안 기 훈 (한국모자보건학회 사무총장)	61
김 증 임 (한국여성건강간호학회 회장)	63
이 찬 우 (보바스기념병원 사회복지팀 팀장)	67
이 우 령 (한국모자보건학회 학술위원회 위원장)	71

환영사

안녕하십니까?

바쁘신 중에도 오늘 육아정책 심포지엄에 귀한 시간을 내주신 모든 참석자 여러분들께 진심으로 감사드립니다.

육아정책연구소는 육아정책을 선도하기 위해 매년 육아정책 심포지엄을 개최하여, 육아 지원의 주요 쟁점을 도출하고 향후 과제를 논의하는 토론의 장을 마련하고 있습니다. 올해는 “아동 행복, 육아 행복 실현을 위한 생애주기별 육아정책의 방향과 과제”를 주제로 아동의 발달 시기별로 필요한 육아정책에 대해 총 4차례의 토론회를 개최하고자 합니다. 오늘은 그 시작으로 ‘건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제’를 주제로 논의할 것입니다.

2006년 “제1차 저출산고령사회기본계획(2006~2010)”이 수립된 이래 현재 “제3차 저출산고령사회기본계획(2016~2020)”이 시행되고 있으나, 출산율은 점점 감소하여 2018년 0.98로 떨어졌습니다. 이번 정부에서는 저출산정책 패러다임을 출산에 대한 강조에서 삶의 질 제고로 전환하면서 자녀를 출산하고 양육할 수 있는 여건을 조성하기 위해 노력하고 있습니다. 또한 지금은 우리사회의 미래인 아동을 위한 사회적 투자를 아끼지 말아야 할 때이기도 합니다. 이러한 맥락에서 육아정책연구소는 올해 2019년의 육아정책심포지엄을 태아부터 초등학생에 이르기까지 아동 생애주기별로 필요한 정책을 점검하는 것으로 기획하였습니다.

태아는 생명의 시작으로 모든 인간의 발달이 여기에서 시작됩니다. 우리의 선조들은 ‘태중의 10개월이 태어난 후 10년과 같다.’는 말로 태아기의 중요성을 강조하였습니다. 이런

맥락에서 태교의 중요성을 강조하며 임신부는 좋은 것을 먹고, 좋은 것만 보고, 좋은 마음을 가져야 한다고 하였습니다. 과학적으로도 태내 환경과 산모의 정신적 건강은 태아의 발달에 영향을 미칠 뿐 아니라 그 이후의 발달에도 영향을 미치는 것으로 나타났습니다. 태아기는 인간으로 기능할 수 있는 모든 기관이 만들어지는 중요한 시기로 태아와 임신부가 모두 건강하게 지낼 수 있도록 지원하는 정책이 매우 중요합니다. 이 세상에 첫 발을 떼는 신생아에 대한 지원도 중요합니다. 출산 시 발생할 수 있는 다양한 문제들을 예방하고 문제 발생 시 신속하게 대처하여 신생아가 건강하게 태어날 수 있도록 모든 지원을 아끼지 말아야 할 것입니다. 더불어 신생아가 부모와 애착을 형성하여 모든 발달의 견고한 기초가 마련될 수 있도록, 출산휴가, 산전후서비스 등 부모와 신생아를 함께 지원하는 정책도 확대되어야 할 것입니다.

이처럼 우리는 한 생명이 건강하게 인생을 출발할 수 있도록 보장하고, 부모가 자녀와 행복한 출발을 할 수 있도록 사회적 환경을 마련해 가야 할 것입니다. 모쪼록 오늘 심포지엄을 통해 건강한 태아와 신생아기를 위한 실효성 있는 정책들이 논의되기를 바라고, 이를 통해 더 좋은 정책이 만들어지는 디딤돌이 되기를 기대합니다.

의미 있는 행사를 개최하는데 뜻을 함께 해 주신 자유한국당의 신보라 의원님, 한국모자보건학회의 한정열 회장님께 깊은 감사의 마음을 전합니다. 또한 바쁘신 중에 오늘 발표를 해주신 서울의대 강영호 교수님과 연구소의 이정림 박사님, 토론을 맡아주신 한국모자보건학회 안기훈 사무총장님, 한국여성간호학회 김증임 회장님, 보바스기념병원 이찬우 팀장님, 연구소의 강은진 박사님께 감사드립니다. 마지막으로 토론회를 함께 준비해준 직원 여러분께도 감사드립니다.

2019년 4월 11일

육아정책연구소 소장 백선희

인사말

안녕하십니까?

자유한국당 최고위원이자, 여성가족위원회에서 활동하고 있는 국회의원 신보라입니다.



벚꽃이 만개하는 4월 뜻깊은 행사를 육아정책연구소, 한국모자보건학회와 함께 개최하게 되어 기쁘고 반갑습니다. 「건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제」를 주제로 열린 <제1차 육아정책 심포지엄> 개최를 진심으로 환영합니다. 오늘 심포지엄을 주관해주신 한국육아정책연구소 백선희소장님과 관계자 분들께 감사의 인사를 드립니다.

발표를 맡아주신 강영호 교수님과 육아정책연구소 이정림 연구위원님을 비롯해 깊이 있는 토론을 이끌어주실 강은진 연구위원님, 안기훈 사무총장님, 김증임 회장님, 이찬우 팀장님, 관계자분들을 포함한 모든 참석자 분들께도 진심으로 감사합니다.

2010년 이후 매년 20만 명 이상이 난임 진단을 받는 것으로 추산되고 있습니다. 난임이 이처럼 심각한 사회적 문제로 등장했지만 여전히 제도적 지원은 미비합니다.

작년 임신과 출산을 경험하며 임신을 준비하고 건강한 아이를 출산하기까지의 과정이 쉽지 않은 일임을 몸소 느꼈습니다. 여전히 많은 여성들이 사회와 직장에서의 냉담한 분위기와 부족한 배려로 좌절을 경험하기도 합니다.

임신을 준비하는 과정에서 필요한 정보들을 구하기도 쉽지 않고 산전검사의 시기를 놓쳐 안타깝게 난임이 되는 경우도 있습니다.

저의 경험과 실제 임신과 출산을 경험한 여성들의 의견을 담아 난임 부부와 건강한 출산을 지원하는 패키지 법안을 준비하고 있습니다. 임신·출산 진료비 지원에 자궁외 임신을 포함하고 정부와 지자체의 산전검사 지원을 의무화하고 보건소의 업무에 난임 부부 지원을 확대하는 내용입니다.

오늘 심포지엄을 통해 전문가와 현장의 목소리를 반영한 실질적인 정책들이 만들어지기를 기대합니다. 저도 관련 분야의 전문가들께서 논의하고 제안해주신 개선안에 대해 관련 법률과 제도, 정책 정비까지 연결시킬 수 있도록 지속적으로 관심 갖고 노력하겠습니다.

다시 한 번 바쁘신 와중에도 오늘 함께 자리해주신 여러분들께 감사와 응원의 마음을 보냅니다.

감사합니다.

2019년 4월 11일
자유한국당 최고위원 신보라

인 사 말

안녕하십니까. 한국모자보건학회 회장 한정열입니다.

우선 바쁘신 가운데도 이 심포지엄에 참석해주신 여러분들께 진심으로 감사드립니다. 이번 심포지엄 주제가 “건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제”로 요즘 젊은이들이 결혼도 잘하지 않으려 하고 결혼해도 아이 낳는 것도 쉽지 않게 생각하는 현실에서 다소 어려운 주제로 보입니다. 하지만 그래도 아기 낳기를 원하고 건강한 아이를 잘 키우겠다고 소망하는 분도 한 해 30만쌍 이상이기에 여전히 이분들로부터 희망의 싹을 틔우고 꽃을 피우고 좋은 열매를 맺을 수 있으리라 기대해 봅니다.

우리 한국모자보건학회에서는 육아정책연구소, 보건복지부 출산정책과, 서울시 시민건강국과 함께 위 주제에 관하여 매년 학술대회를 열고 정책 방향을 고민하고 연구하며, 실제로 건강한 태아 및 신생아를 위한 여러 사업들을 진행하고 있습니다.

육아정책연구소와는 지난 2018년 MOU를 맺고 아이의 건강과 신생아의 안전 care를 위한 산모신생아등록 DB구축을 위한 공동연구, 국가비전회의를 통해서 안전한 임신 및 건강한 출생에 관한 비전발표 등을 가졌습니다. 그리고 보건복지부와는 위기임신전문상담센터인 마더세이프사업을 진행하고, 서울시와는 서울시 남녀임신준비프로그램사업을 수행해 왔습니다.

다행히, 최근 우리 한국모자보건학회의 연구 활동들이 건강하고 튼튼한 아이의 육아를 위한 정책이 되고 성과를 거두고 있는 것 같습니다. 한 예로, 서울시 남녀임신준비프로그램 사업은 2017-2018년 서울시 4개의 지자체에서 시범사업을 거쳐 2019년에는 12개의 지자체에서 수행되고 2020년에는 25개의 지자체에서 진행을 목표로 하고 있습니다. 그리고 보건복지부에서도 임신 전 지원이 난임지원사업 외는 없다는 것을 인식하고 Evidence에 근거하여 임신 전 시기의 가임남녀에게 “보편적 임신 전 관리 지원”을 계획하고 있습니다. 이러한 사업은 국제적으로도 매우 의미있고 이미 좋은 결과를 내고 있고 앞으로도 더 많은 성과를 내리라 믿습니다.

오늘 육아정책연구소에서 진행하는 “건강한 태아 및 신생아기를 위한 육아정책의 과제”를 주제로 하는 심포지엄에서도 좋은 발표와 토론을 통해 의미 있는 정책들이 발굴되고 적용되기를 기대합니다. 마지막으로 개나리, 진달래 봄날 기꺼이 오늘 심포지엄에 참석해주시고 토론해 주신 여러분들에게 다시 한 번 심심한 감사를 드립니다.

2019년 4월
한국모자보건학회 회장 한정열

| 주제발표 1 |

산전-조기아동기 개입의 필요성과
개입 프로그램의 설계

강 영 호 (서울의대 의료관리학교실 교수)

산전-조기아동기 개입의 필요성과 개입 프로그램의 설계

강영호

서울대학교 의과대학 의료관리학교실
서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소
서울아기 건강 첫걸음 사업 지원단

Acknowledgements

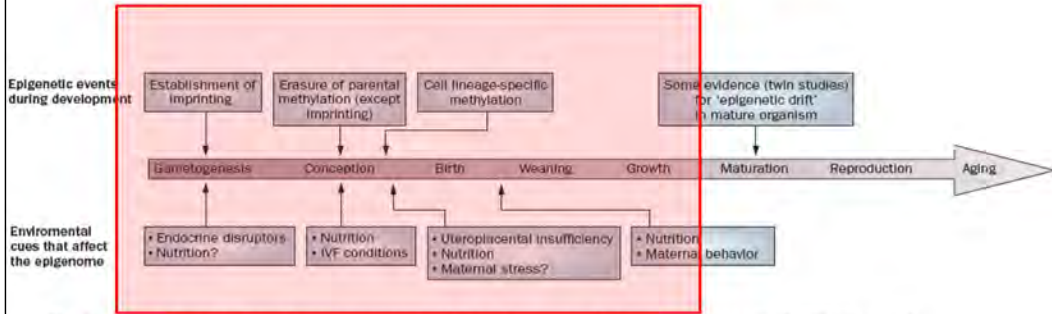
- 조성현(서울대 간호대학)
- 전경자(순천향대 간호학)
- 이지윤(강원대 간호학)
- 김유미(동아의대 예방의학)
- 조홍준(울산의대/서울아산병원 가정의학)
- 그 외 <서울아기 건강 첫걸음 사업 지원단> 연구원

산전-조기아동기 개입의 필요성



2010년 9월호

후생유전에 민감한 시기들



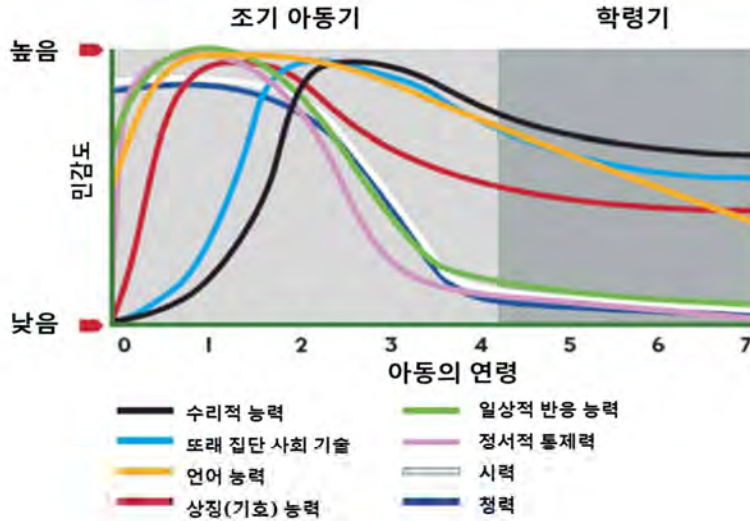
The top row indicates normal reprogramming of the epigenome during gametogenesis, fertilization and development. The bottom row indicates the environmental cues that affect the epigenome and have late-life consequences, and the stages of life at which they act. Sensitivity of the epigenome to the environment (represented by shading of the arrow) is likely to decrease during life as growth slows. Abbreviation: IVF, *in vitro* fertilization.

Gluckman et al. Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nature Review Endocrinology*. 2009;5:401-408

산전-조기아동기 개입의 필요성



아동 연령에 따른 두뇌 발달에서의 민감기



정상 아동의 뇌 CT 사진과 심각한 방임에 노출된 아동의 뇌 CT 사진

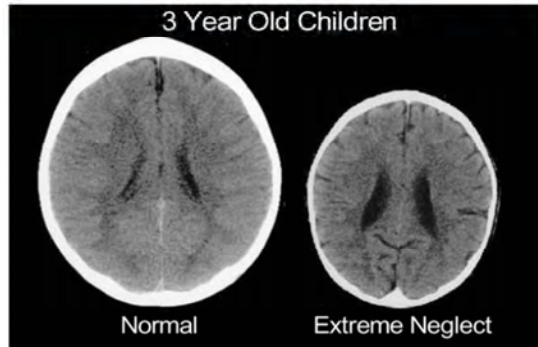


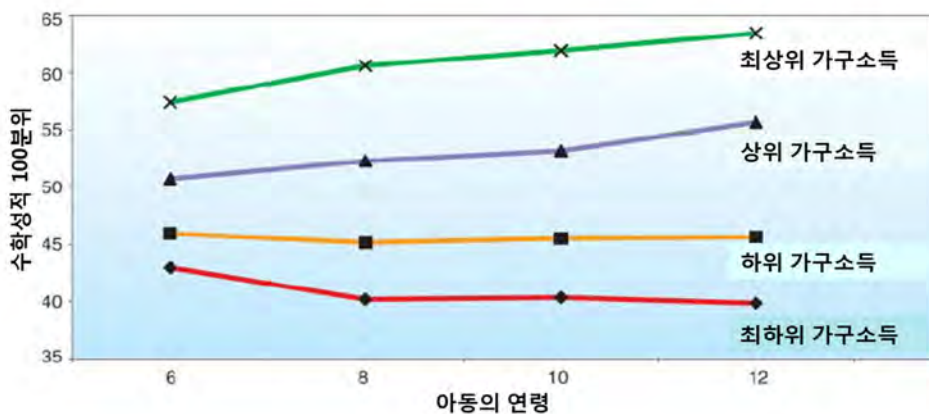
Figure 1. Abnormal brain development following sensory neglect in early childhood. These images illustrate the negative impact of neglect on the developing brain. In the CT scan on the left is an image from a healthy three year old with an average head size (50th percentile). The image on the right is from a three year old child suffering from severe sensory-deprivation neglect. This child's brain is significantly smaller than average (3rd percentile) and has enlarged ventricles and cortical atrophy.

Perry B. Childhood Experience and the Expression of Genetic Potential: What Childhood Neglect Tells Us About Nature and Nurture. *Brain and Mind* 2002;3:79-100.

산전-조기아동기 개입의 필요성

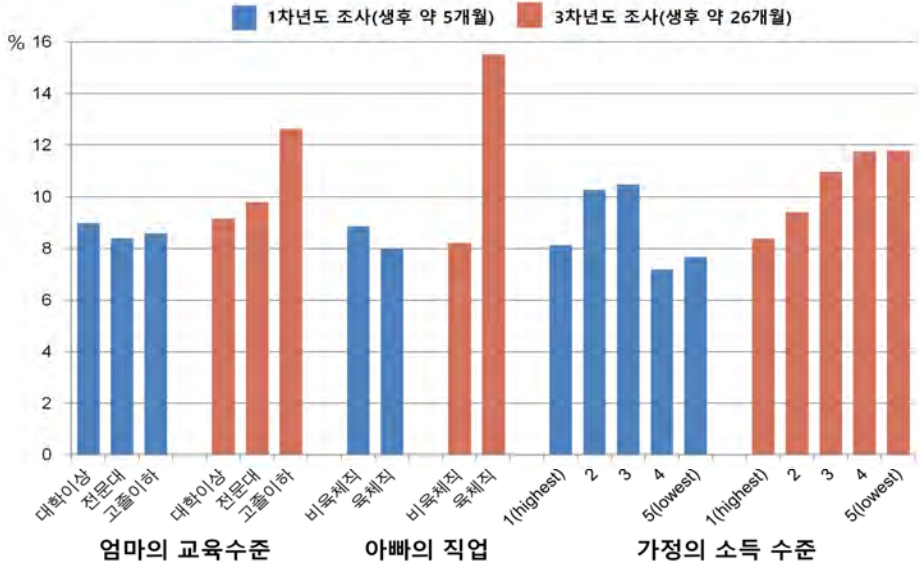


아동에서 소득수준과 수학점수의 차이 양상



노벨경제학상 수상자인 제임스 헤크만 교수의 2006년도
Science 지 논문 결과

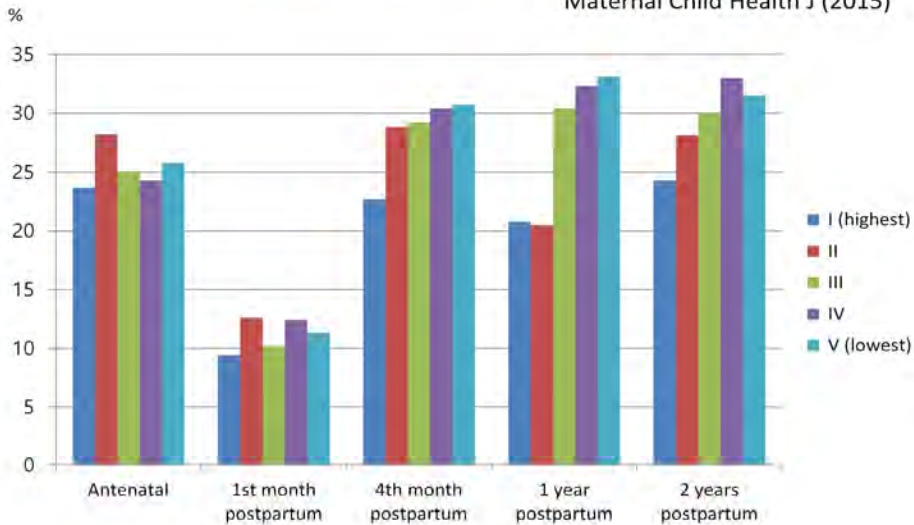
부모의 사회경제적 수준에 따른 아동 발달 문제의 비율 - 한국아동패널조사에서의 변화 양상

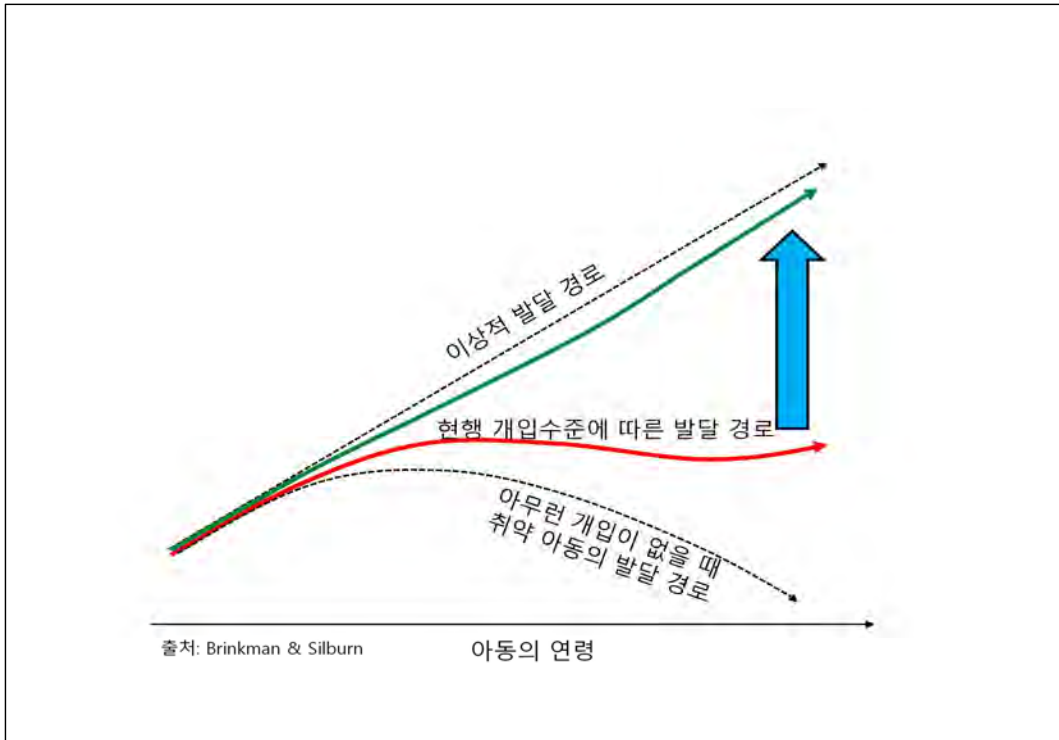


산모 우울에서의 소득수준별 차이의 변화

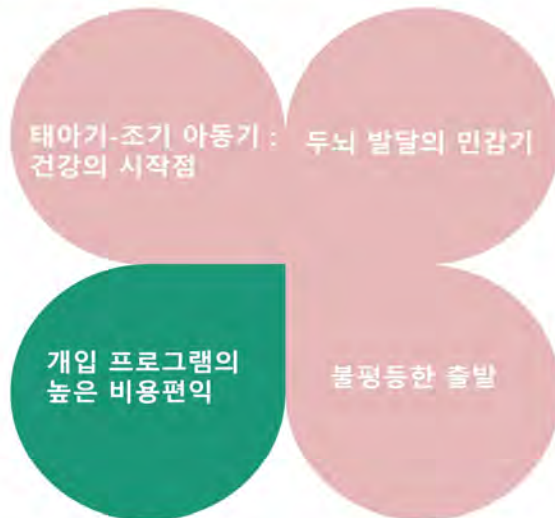
Kessler 우울척도(K6)에서 19점 이상의 중증 우울 유병률

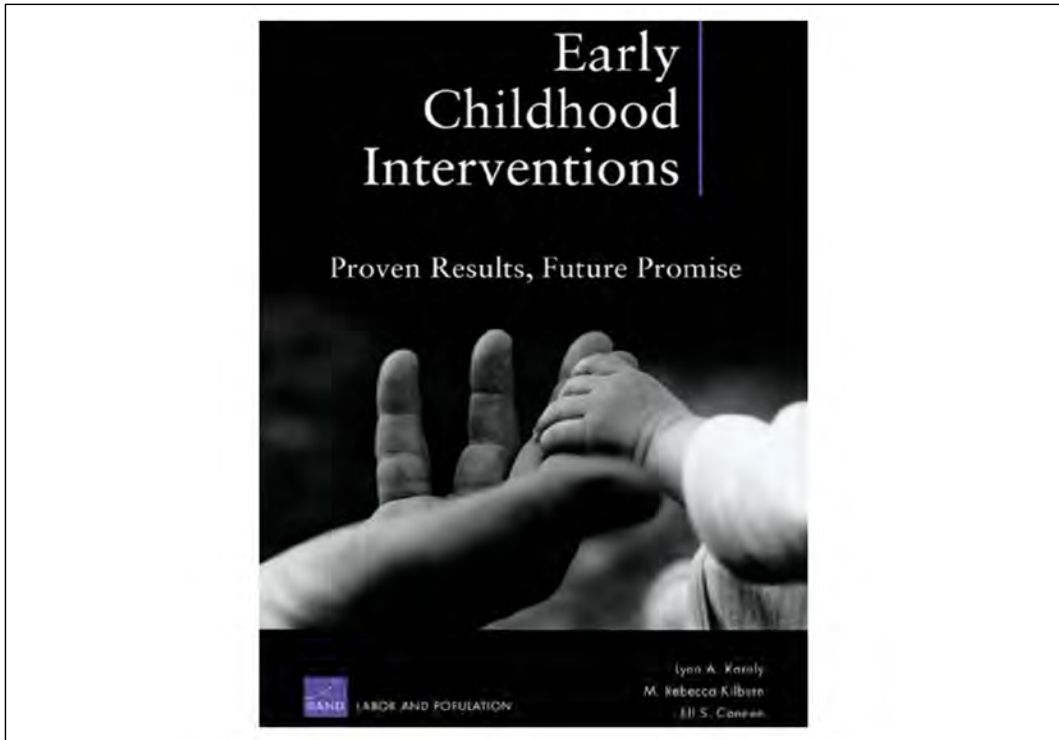
Maternal Child Health J (2015)





산전-조기아동기 개입의 필요성





조기 아동기 개입에
대한 그래함 알렌
보고서의 표지

**조기 개입:
똑똑한 투자, 대규모 예산절감**

3세 아동의 뇌	비용
 <p>정상</p>	 <p>조기 아동기 개입 비용</p>
 <p>심각한 아동방임</p>	 <p>Low attainment Barrenness Foster care/adoption Poor parenting Crack & drug abuse Teen pregnancy Violent crime Shorter life Poor mental health</p>

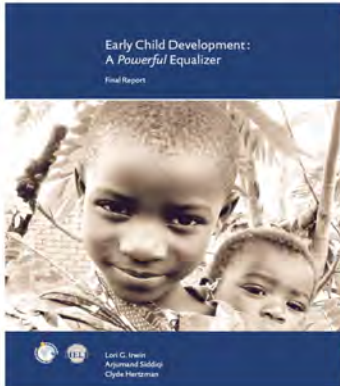
교육 수준 저하, 복지비용, 부모-아동관계, 양육문제, 약물남용, 청소년임신, 범죄, 낮은 기대여명, 정신건강 문제 비용

July 2011

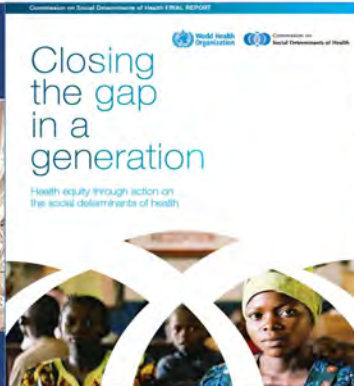
Nurse-Family Partnership 프로그램의 효과(RCT 결과)

<p>[1] 임신결과와 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 흡연 산모에 있어 조산을 79% 감소 - 임신 관련 합병증 및 감염 감소 - 첫째 아이를 낳은 후 둘째 아이를 너무 빨리 낳는 비율 31% 감소 	<p>[3] 부모의 자립능력 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의도하지 않은 추가 임신 감소 - 첫째 아이가 2세 될 때까지 임신할 확률 감소: 23% - 추가 임신 감소: 32%
<p>[2] 아동의 건강과 발달 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 아동의 초등학교 준비성 증가 - 21개월 당시 언어 지체의 감소: 51% - 6세 연령에서 행동/인지적 문제 감소: 67% 	<p>어머니의 노동시장 참여 증가</p> <ul style="list-style-type: none"> - 아동이 4세 될 때까지 노동시장 참여율 증가: 83%
<p>학업 성취도 증가</p> <ul style="list-style-type: none"> - 초등학교 1-3학년에서 읽기와 수학 성적 26% 증가 	<p>정부의 복지서비스 이용 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정부의 복지서비스에 의존하는 개월 수 감소: 20% - 아동이 12세 될 때까지 복지서비스 감소 비용: 가구당 12,300불 (NFP 프로그램 비용 11,511불을 초과)
<p>정신 건강 향상 및 위험 행동 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> - 12세에서 불안과 우울 감소 - 12세에서 흡연, 음주, 마약 사용 감소 - 10대 임신 감소 	<p>아동 양육에 대한 아버지의 참여 증가</p> <ul style="list-style-type: none"> - 프로그램 실시 시 아버지의 참여율 증가: 46%
<p>범죄율 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15세까지 체포될 확률 감소: 59% - 아동보호관찰 확률 감소: 90% 	<p>부부간의 관계 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 부부 관계 유지 기간 증가: 18% - 파트너가 고용을 유지할 가능성 증가
<p>아동 학대 및 부적절 아동 양육 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> - 아동기 손상 감소: 39% - 사고 및 중독으로 인한 응급실 방문 감소: 56% - 아동학대 및 방임 감소: 48% 	<p>부모의 범죄율 감소</p> <ul style="list-style-type: none"> - 체포될 확률 감소: 60% - 기소될 확률 감소: 72%

“A Powerful Equalizer”



“Equity from the Start”



“A Priority for Growth and Equity”



“저소득층 아동에 대한 투자는 공정성과 사회 정의를 향상시키고 동시에 경제적 생산성도 증가시키는 매우 드문 공공정책이다.”

2000년도 노벨경제학상 수상자 시카고대학 경제학과
James J Heckman 교수

경제개발협력기구(OECD)의 아동발달 보고서 “아동에게 나은 세상” (2009)



해야 할 것들 Doing Better for Children, OECD (2009)

- 아동의 생애 과정 중에서도 초기에 투자를 집중시켜라
- 취약한 아동에 대해 좀더 많이 투자하라
- 자궁 내 환경을 향상시켜라, 예를 들어, 부모 흡연을 줄이고, 산모의 영양섭취와 임신 전 건강 상태를 개선하라
- 보편적 서비스 제공 체계 내에서 산모와 영아를 대상으로 한 산전 및 산후 서비스의 초점을 높은 위험도를 지닌 집단으로 가져 가라
- 영아를 위해 완전 모유수유의 선택을 지원하는 정책 변화를 이끌어라
- 유연한 양육 휴가 정책을 실시하라
- 산후 간호사에 의한 보편적 양육 지지 서비스를 제공하라
- 취약 아동을 대상으로 한 높은 질의 집중적인 가정방문 프로그램을 제공하라

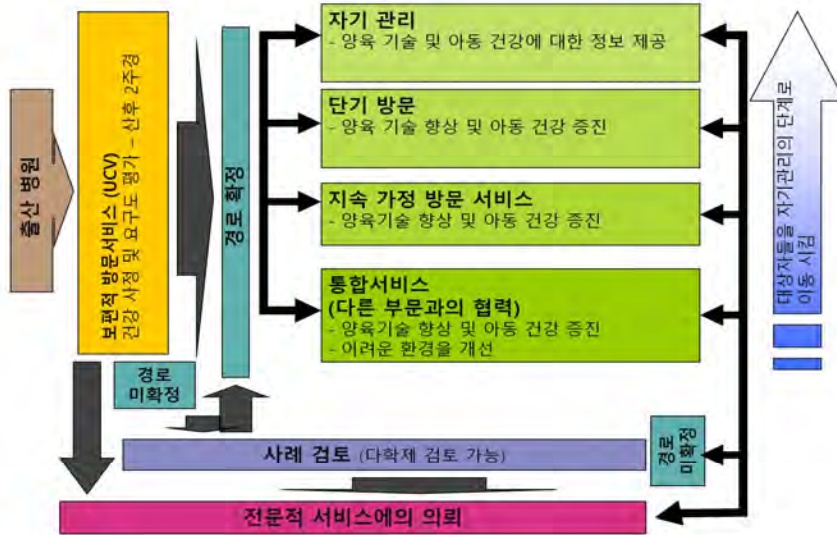
산전-조기아동기 가정방문 프로그램의 아동학대 예방효과(근거 종합 결과)

- “Two specific home-visiting programmes-the Nurse-Family Partnership (best evidence) and Early Start-have been shown to prevent child maltreatment and associated outcomes such as injuries” (MacMillan et al., Lancet 2009)
- “Ten trials of early childhood home visitation reported reduced CPS reports, emergency department visits, hospitalizations, and self-reports of abuse and improved adherence to immunizations and well-child care” (Selph et al., Ann Int Med 2013)
- “Home visiting is a promising way to serve families who may be difficult to engage in supportive services. Existing rigorous research indicates that home visiting has the potential for positive results among high-risk families, particularly on health care usage and child development.” (Avellar et al., Pediatrics 2013)

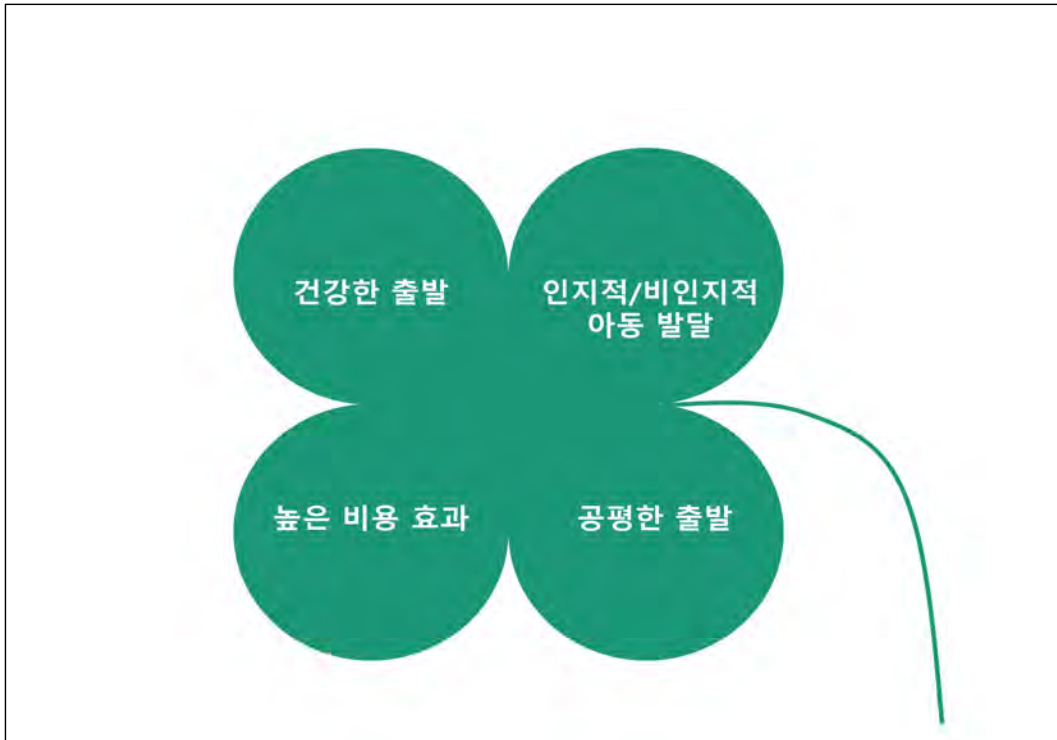
외국에서는?

- 미국
 - 연방정부에서 산모-영아-조기 아동기 가정방문 프로그램 확대(Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting, MIECHV)
 - 가정방문 프로그램의 효과성 평가(Home Visiting Evidence of Effectiveness, HomVee)
- 호주, 영국
 - 100년이 넘는 산후 가정방문의 역사, 호주는 각 주별로 지속방문 프로그램 고도화를 위한 노력, 영국은 정부차원에서 지속방문 프로그램을 도입하고 효과 평가를
- 다른 선진국
 - 캐나다, 독일, 네델란드 등에서 가정방문 프로그램의 고도화를 위한 노력

남호주 정부의 아동 및 가족 보건서비스 제공체계



개입 프로그램의 설계 - 서울아기 건강 첫걸음 사업 -

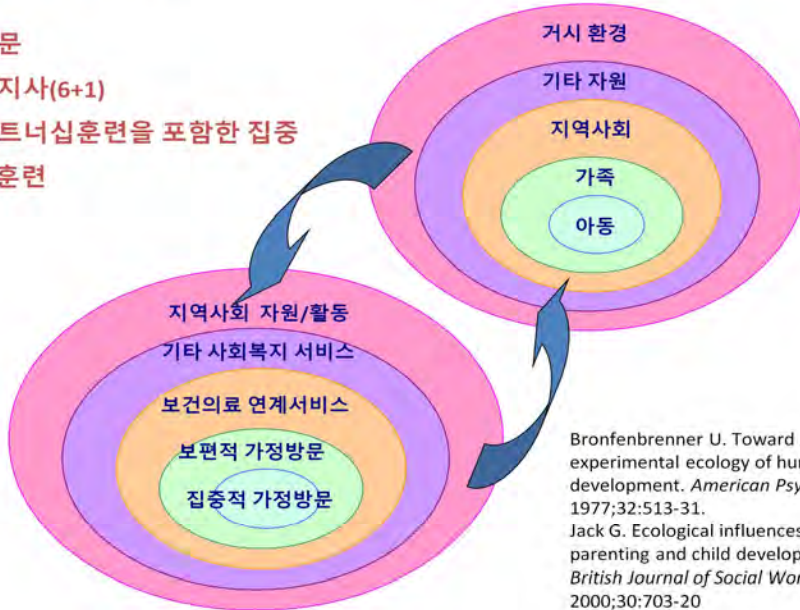


서울아기 건강 첫걸음 사업의 개념적 기초

- 아동기 투자의 중요성
 - 산전부터 개입
- 생태학적 접근(ecological approach)
 - 아동발달의 사회적 결정요인
- 비례적 보편주의(proportionate universalism)
 - 아동발달 문제 아동의 절대 수 감소
 - 형평성 문제에 대한 접근

생태학적 접근

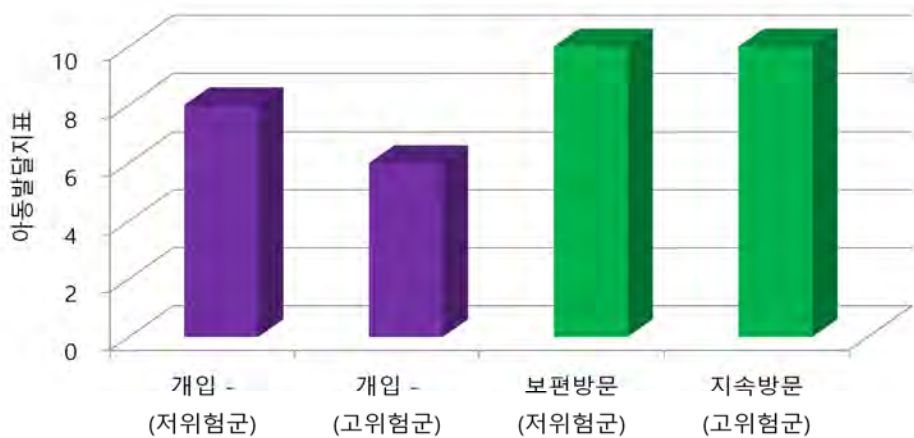
- 가정방문
- 사회복지사(6+1)
- 가족파트너십훈련을 포함한 집중적 인력 훈련



Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* 1977;32:513-31.
 Jack G. Ecological influences on parenting and child development. *British Journal of Social Work* 2000;30:703-20

비례적 보편주의

“건강한 미래를 위한 공평한 출발”



사업의 보편적 요소와 선별적 요소

보편적

산전: 모든 임신부를 평가하여 가족의 필요를 평가

산후: 출산 후 4주 이내의 모든 가족에 대한 보편방문

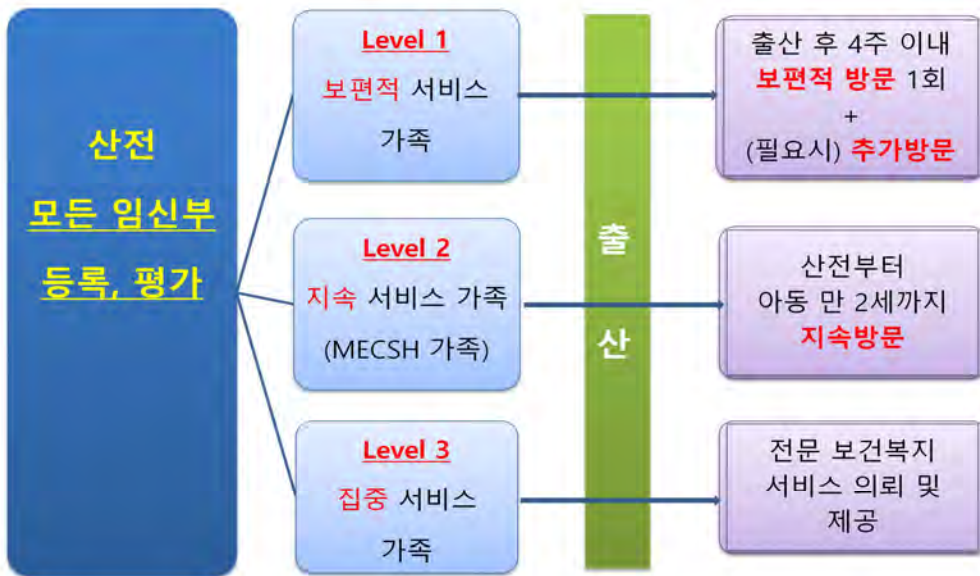
선별적

지속방문: 지속적인 서비스가 필요한 가족, 산전부터 아동 만 2세까지

그룹활동(엄마모임 등)

연계 서비스 의뢰와 제공

사업의 모델



왜 간호사인가?

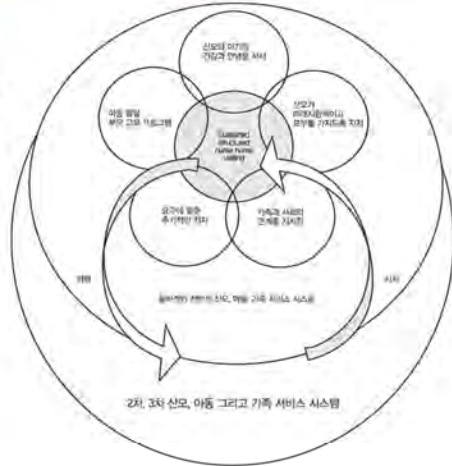
- 전통적으로 아동기 가정방문 인력으로 가장 많이 활용되어 옴.
- 산전-조기 아동기 의료적 필요로 인해 간호사의 방문을 허용함. (낮은 낙인효과)
- 돌봄, 정서적 접근에 적합한 인력
- 사회복지사에 의한 지지/지원(6+1)

서울아기 건강 첫걸음 사업의 실무 원칙

- 파트너십(partnership) 형성
- 가족의 강점에 기반
- 가족의 필요(need)에 기반한 융통성 있는 프로그램
- 역량강화(empowerment), 자조능력 향상
- 사회적 관계망 형성
- 아동에 초점을 두고 가족 중심의 프로그램 운영
- 과학적 근거(scientific evidence)

서울아기 건강 첫걸음 사업의 요소

- 산모와 아동의 건강과 안녕을 도모
- 산모와 가족이 미래지향적이면서 미래에 대한 포부를 가질 수 있도록 도움
- 아동 발달 부모 교육 프로그램을 제공
- 지역사회에서 사회적 관계망을 형성하도록 도움
- 가족이 지닌 별도의 필요에 반응하여 지원



프로그램의 도입

- 보편 방문
 - 호주 뉴사우스웨일즈 주정부의 보편방문 프로그램을 벤치마킹
- 지속방문
 - MECSH (Maternal and Early Childhood Sustained Home-visiting) 프로그램 도입
 - 과학적 연구(무작위대조시험)를 통해 아동발달 지표, 모유수유, 산모 건강, 아동에게 도움이 되는 가정환경 조성에 있어 효과성을 증명
 - 영국, 미국에서 도입이 이루어지고 있음
- 엄마모임
 - 호주 빅토리아주의 프로그램을 벤치마킹
- 교육 프로그램
 - 호주 아동가족간호사 교육과정, 영국 Family Partnership Model Training, 미국 NCAST 교육과정 등

보편방문 vs 지속방문 대상 가족의 비교

항목	보편방문 대상	지속방문 대상
임부등록 대상자 수	11,623 (100%)	1,283 (100%)
산모연령 23세 미만	108 (0.9%)	152 (11.8%)
최초 산전관리 20주 이후 시작	35 (0.3%)	44 (3.4%)
기초생활수급자와 차상위계층	72 (0.6%)	152 (11.8%)
정신적, 신체적 장애	29 (0.2%)	56 (4.4%)
한부모 가족	35 (0.3%)	123 (9.6%)
현재 주2회 이상 음주	12 (0.1%)	12 (0.9%)
현재 담배를 피우는 경우	17 (0.1%)	45 (3.5%)
현재 흡연과 음주를 모두 하는 경우	2 (0.0%)	10 (0.8%)
다문화 가족	218 (1.9%)	159 (12.4%)
방문 대상자 수	10,878 (100%)	1,155 (100%)
계획되지 않은 임신	2,116 (19.5%)	545 (47.2%)

보편방문 vs 지속방문 대상 가족의 비교 산모우울 점수

항목	보편방문 대상	지속방문 대상
에딘버러점수 입력 건수(2회 이상 포함)	15,212 (100%)	1,270 (100%)
에딘버러 점수 15점 이상	620 (4.1%)	455 (35.8%)
에딘버러 점수 13점 이상	1,227 (8.0%)	686 (54.0%)
에딘버러 점수 9점 이상	3,797 (24.9%)	948 (74.6%)
에딘버러점수 평균(표준편차)	6.0 (4.26)	12.6 (5.66)

보편방문 vs 지속방문 대상 가족의 비교

항목	보편방문 대상	지속방문 대상
사회심리평가 대상자 수(2회 이상 입력 포함)	13,158 (100%)	736 (100%)
도구적 지지가 없는 경우	877 (6.7%)	187 (25.4%)
정서적 지지가 없는 경우	206 (1.6%)	141 (19.2%)
1년간 스트레스나 변화 또는 상실 경험	2,418 (18.4%)	430 (58.4%)
자신감 결여	2,198 (16.7%)	357 (48.5%)
주변이 정리되어 있지 않으면 혼란, 걱정	6,201 (47.1%)	488 (66.3%)
지난 2주간 불안, 비참, 걱정, 우울	2,092 (15.9%)	434 (59.0%)
감정 또는 정서적 문제로 인한 치료경험	479 (3.6%)	183 (24.9%)
아동학대 경험	405 (3.1%)	175 (23.8%)
가정폭력 관련 도움 필요	61 (0.5%)	51 (6.9%)
추가로 더 할 이야기가 있는 경우	851 (6.5%)	146 (19.8%)

주요 사업 실적(2015-2018년도)

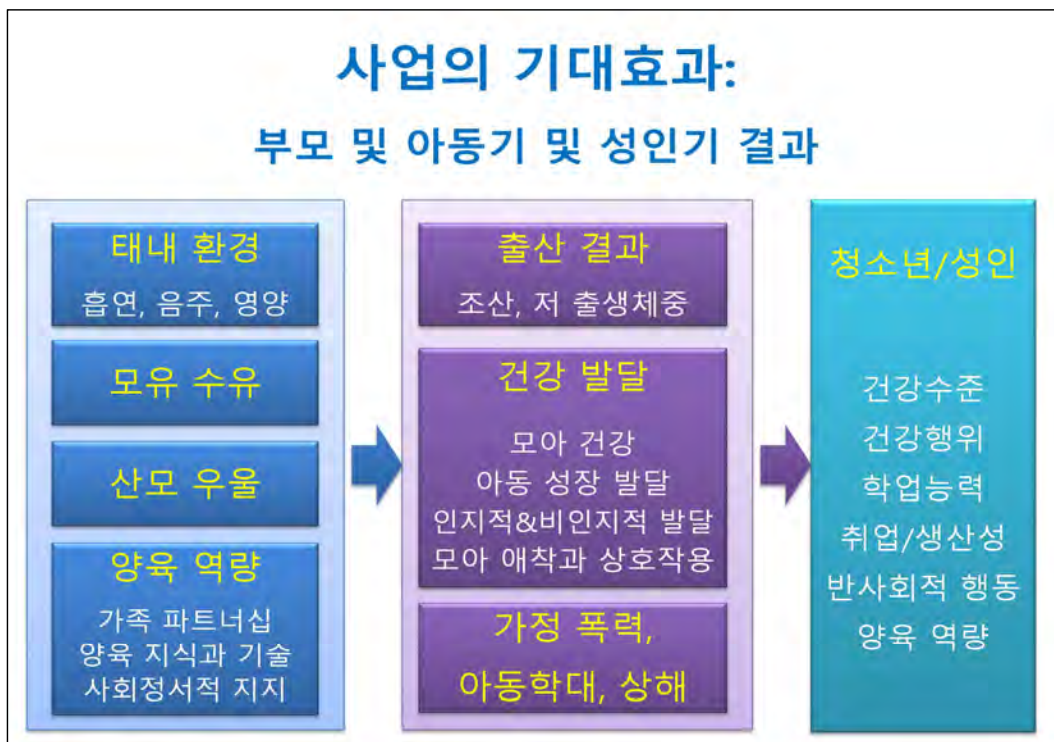
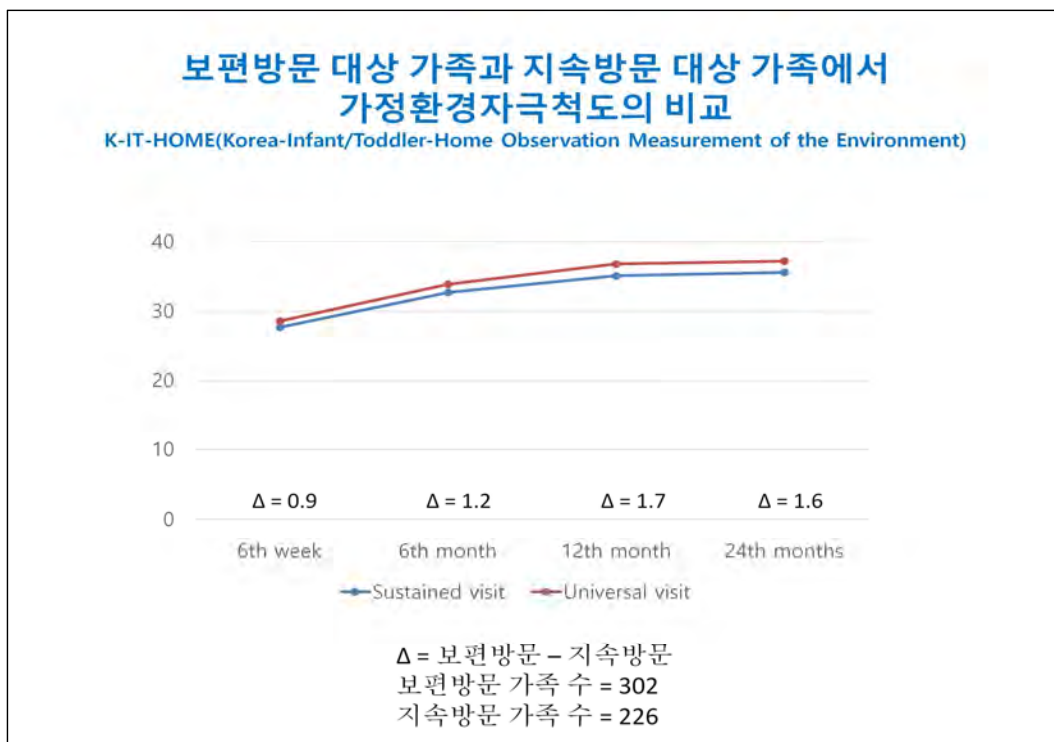
- 사업 자치구 수의 증가: 22개 자치구(2018년 현재)
- 월 평균 근무 간호사수: 48.1명(2018년도 69.9명)
- 임신부 등록: 61,661건
- 총 방문 건수: 73,673건
 - 보편방문: 47,942건 (1인당 1일 1.26건), 방문가정 체류시간 → 평균 78-83분, 임신부 등록 대비 보편방문 비율: 78%
 - 지속방문: 25,731건 (1인당 1일 0.71건), 방문가정 체류시간 → 평균 61-65분, 지속 대 보편 비율 0.54
- 엄마모임: 10,659명(연인원)

주요 사업 결과 지표(2015-2018년도)

- 보편방문 만족도(22,319명 조사 결과)
 - 만족도(10점): 8.94 (2015) → 9.05 (2016) → 9.08 (2017) → 9.07 (2018)
 - 32점 초과분율(40점): 78.5%(2015) → 80.6%(2016) → 81.4%(2017) → 80.8% (2018)
- 지속방문 만족도(1,809명 조사 결과)
 - 만족도(10점): 9.25(2015) → 9.24(2016) → 9.42 (2017) → 9.34(2018)
 - 40점 초과분율(50점): 90.1%(2015) → 88.5%(2016) → 91.1%(2017) → 91.1% (2018)
- 지속방문 산모역량 도구 점수(1,584명 조사 결과)
 - 산모역량 도구 점수 평균: 7.25(2015) → 7.36(2016) → 7.40 (2017) → 7.51 (2018)
 - 4점 초과자 분율: 85.3%(2015) → 85.2%(2016) → 87.3% (2017) → 87.0% (2018)
- 지속방문 충실도 지표
 - 전반적으로 충실도 요구 기준에 근접
 - 전체 방문 중 산전방문 비율(2018년도 55.5%), 산전방문/산후 0-6주의 방문횟수 충족률 지표의 개선 필요

보편방문 대상 가족과 지속방문 대상 가족의 비교

- 보편방문 대상 가족 (N=302)
 - 고등학교 졸업 이하 비율: 34.3%
 - 월 평균 가구소득: 505 만원
 - 산모우울 점수 (PHQ): 12.2-13.4
- 지속방문 대상 가족 (N=226)
 - 고등학교 졸업 이하 비율: 65.7%
 - 월 평균 가구소득: 301 만원
 - 산모우울 점수 (PHQ): 16.3-17.9



Children cannot vote, cannot lobby, and cannot donate to political campaigns. Parents can do all these things, of course, but parents of young children face shortages of time, money, and energy. It is hard to change a diaper and lobby a politician at the same time.

아이들은 투표권도 없고 로비도 할 수 없고 정치 활동에 기부할 수도 없다. 아이의 부모들은 이 모든 것을 할 수 있지만, 그들에게는 시간과 돈과 에너지가 부족하다. 아이 기저귀를 갈면서 동시에 정치인들에게 압력을 행사하기는 힘들다.

Gormley Jr. WT. From Science to Policy in Early Childhood Education. *Science* 2011;333:978-981.

| 주제발표 2 |

산모·신생아 지원 정책의 개요 및
향후 과제

이 정 림 (육아정책연구소 연구위원)

주제발표 2

산모·신생아 지원 정책의 개요 및 향후 과제

이 정 림 (육아정책연구소 연구위원)

1. 들어가며

현재 한국의 초저출산 경향은 쉽게 회복될 수 있는 사회적 분위기가 아니라는 사실을 받아들이면서 정부의 저출산 대응 기조는 인구의 양적 증가를 위한 정책 강화 방향에서 태어난 모든 아이가 건강하게 성장하고 발달할 수 있도록 지원하는 인구의 질적 수준 향상으로 정책의 방향이 변화되고 있는 추세이다. 이러한 변화는 지속되어 향후 인구의 질적 수준 향상과 국민이 체감하는 행복도 증진이라는 데 초점이 맞추어져 정책이 마련되고 추진될 것으로 추정된다.

사회가 점점 더 핵가족화 되어 가고 있고, 이로 인하여 아기의 출생 시 과거 아기의 조부모나 친인척으로부터 받았던 전통적 방식의 산후조리나 돌봄을 받기가 어려워지고 있고 이는 산후조리원 이용과 산모·신생아 건강관리사의 서비스를 받는 비율 증가로 이어지고 있다. 보다 구체적으로 살펴보면, 2017년도에 아기를 출산한 산모가 산후조리를 위해 가장 많이 이용한 곳은 산후조리원으로 나타났고, 이용 비율은 75.1%인 것으로 나타났다(보건복지부, 2018). 다음으로 산모·신생아 건강관리사의 서비스를 받는 산모 수는 2017년 기준 79,515명(사회보장정보원 내부자료)으로 2017년 전체 출생아 수(357,800명) 대비 약 22% 정도인 것으로 추정되었다(이정림·손인숙·최병만·엄지원·조미라·김희선, 2018: 103). 이로 인하여 산후조리원에서 여러 명의 출생아들이 집단으로 돌봄을 받는 기관의 특성상 집단 감염의 위험, 안전 문제, 산모와 신생아의 건강 관리, 모어애착 등의 주요한 이슈들이 부각되면서 그동안 국가의 개입과 관리 없이 진행되어 왔던 산후조리원에 대한 국가적 수준에서의 개입과 관리에 대한 요구가 생겨나게 되었다. 이러한 사회적 요구를 반영하기 위하여 국가에서는 산후조리원 서비스 질적 향상을 도모를 위한 산후조리원 평가에 대한 근거를 모자보건법으로 제정하여 실현하고자 하고 있다. 한편, 국가에서는 신생아들이 집단으로 돌봄을 받는 상태에서 발생할 수 있는 위험 부담을 최소화하고 출산 후 필요로 하는 산후 돌봄의 요구를 충족시켜주고자 산모의 가정에 개별적으로 방문하여 돌봄을 제공하는 산모·신생아 건강관리 지원사업을 확대하고 있는 추세이다.

임신 출산과정에서 소요되는 의료비 지원 등을 위한 국민건강행복카드의 지원범위와 지원 금액이 확대되고 있고, 임신이 어려운 부부에 대한 지원과 같은 난임 관련 지원도 확대되고 있는 추세이다. 이상에서 언급된 바와 같이, 출산 이후 산후조리 및 태어난 신생아를 위한 정책에 대한 국가적 관심과 지원이 이전에 비해 많이 증가되었음을 알 수 있고, 국가가 임신과 출산뿐만 아니라 임신 전 시기에도 그 정책 지원 범위를 확대하려고 하고 있음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 임신·출산 및 태어난 신생아가 건강하고 건전하게 성장하고 발달할 수 있도록 지원하고 있는 정책이 분절적이고 대상 지원이 한정되어 있다는 문제점들이 지적되고 있다. 예를 들면, 임신과 출생에 관한 정보가 임신부나 가족의 신고 없이는 여전히 복지의 사각지대에 처하게 되는 등의 문제점이 있다.

다음에서 우리나라에서 이루어지고 있는 산모·신생아 지원 정책의 전반적 현황을 살펴보고 향후 이러한 정책들이 어떤 방향으로 나아가야 할지를 모색해보으로써 우리나라에서 태어난 아동이 건강하게 성장하고 발전할 수 있는 미래세대 인적 자원에 대한 국가적 정책 지원 방향을 제시해보고자 한다.

2. 산모·신생아 지원 정책의 개요¹⁾

가. 산모·신생아 정책의 분류

산모·신생아 지원 정책을 지원 시기에 따른 분류와 지원 방식에 따른 분류로 크게 구분하여 볼 수 있을 것이다. 생애주기별 지원 시기에 따른 분류는 임신 전, 임신·출산 시기, 출산 후에 따라 국가에서 지원되는 서비스 정책으로 나누어 볼 수 있을 것이고, 지원 방식에 따른 분류는 비용지원, 물품지원, 서비스 지원, 인프라 지원으로 구분해볼 수 있을 것이다.

먼저, 생애주기별 지원 시기에 따라 산모·신생아 지원 정책을 구분해보면, 첫 번째로 임신 전에는 난임 시술 의료비 지원 등의 난임 관련 지원 정책이 있다. 두 번째로 임신·출산 시기에는 보건소에서의 임신부 관리, 국민행복카드 사용을 통한 임신·출산 의료비 사용 지원, 고위험 임신부 의료비 지원 및 여성장애인 출산비용 지원 등과 같은 특정 대상에 한정된 임신·출산 관련 의료비 지원, 분만 취약지역의 시설 지원 및 고위험 임신부·신생아 지원센터 운영을 통한 지원, 엽산제 및

1) 2절의 산모·신생아 지원 정책의 주된 내용은 육아정책연구소가 2018년 보건복지부의 용역으로 수행하였던 연구인 “이정림손인숙최병만엄지원조미라김희선, 모자건강증진을 위한 산후조리서비스 발전 방안: 산후조리원 시범평가를 중심으로” 보고서 내용에서 발췌되었고, 일부 내용은 육아정책연구소 2018년 수시과제인 “이정림하은화엄지원, 건강한 출산·육아를 위한 임신부등록제 추진 방안 연구”에서 발췌되어 재구성된 것이다.

철분제 지원, 임신·출산·육아 관련 정보제공 및 임신 중 안전한 약물복용을 지원하기 위한 마더세이프 기관 운영 등이 있다. 세 번째로 출산 이후의 지원정책을 살펴보면 산모·신생아건강관리 지원 사업 및 산후조리원 관리, 신생아 병원 진료 시 건강보험 적용을 통한 병원비 절감, 선천성대사이상·난청 검사비 지원, 미숙아·선천성이상아 의료비 지원, 기저귀·조제분유 지원 등이 있다.

다음으로 서비스 지원 방식에 따른 분류는 비용지원, 물품지원, 서비스 지원, 인프라 지원으로 구분해볼 수 있을 것이다. 이상의 4가지의 지원방식을 간략하게 살펴보면 다음과 같다. 첫째 ‘비용 지원’은 현금이나 바우처를 제공함으로써 이용자가 부담해야 하는 비용의 전부 또는 일부를 정부에서 지원해주는 방식이다. 둘째, ‘물품 지원’은 임신출산과 관련된 필요물품을 직접 지원해 주는 방식이다. 셋째, ‘서비스 지원’은 임신부 및 출산부모, 신생아에게 필요한 서비스를 국가가 지원하는 방식이다. 넷째, ‘인프라 지원’은 기관이나 센터 등의 시설이나 운영비 지원을 통해 산모나 신생아를 지원하는 방식이다(이정림손인숙최병만·엄지원조미라김희선, 2018a). 본 원고에서는 이상의 4가지 방식에 따른 산모신생아 지원 정책들로 구분하여 살펴보고자 하고, 다음에서 보다 구체적으로 관련 정책을 서술하고자 한다.

산모·신생아 지원 정책에 관하여 중앙정부의 시책 중심으로 살펴보고자 하였다. 산모·신생아 지원정책은 아래의 그림과 같이, 지원방식에 따라 ‘비용 지원’, ‘물품 지원’, ‘서비스 지원’, ‘인프라 지원’의 4가지로 구분할 수 있다(이정림 외, 2018a).

■ 그림 1 ■ 지원방식에 따른 산모신생아 지원정책

비용 지원	물품 지원	서비스 지원	인프라 지원
<ul style="list-style-type: none"> • 임신출산 진료비 지원 • 고위험 임신부 의료비 지원 • 난임 부부 시술비 지원 • 의료 기관 외 출산시 출산비 지원 • 취약계층 출산비 지원 (청소년/장애인/저소득) • 신생아 대상 비용지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 임신부 철분제 및 엽산제 지원 • 영양플러스 사업 • 선천성 대사이상 및 희귀난치성질환아의 특수조제분유 지원확대 	<ul style="list-style-type: none"> • 산모신생아 건강관리지원 • 마더세이프 프로그램 • 아이돌봄 지원사업 	<ul style="list-style-type: none"> • 분만 취약지 지원사업 • 고위험 산모 신생아 통합지원센터

자료: 이정림손인숙최병만·엄지원조미라김희선(2018a). 모자건강증진을 위한 산후조리서비스 발전 방안: 산후조리원 시범평가를 중심으로. p.13의 그림을 토대로 수정 보완하였음

나. 산모·신생아 정책의 내용

1) 비용 지원 정책

가) 비용 지원 정책의 내용

대표적인 비용지원 정책으로 ‘임신출산 진료비 지원’을 들 수 있다. ‘임신출산 진료비 지원’ 정책의 목적은 건강한 태아의 분만과 산모의 건강관리, ‘출산친화적 환경 조성’으로써 임신 및 출산과 관련된 진료비를 전자바우처 방식으로 지원한다. 지원대상은 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자로 임신확인서를 제출한 자로써 건강보험에 적용되지 않는 자나 의료급여를 받는 자는 제외된다. 2018년 11월 기준 임신 1회당 50만원의 이용권이 지급(다태아의 경우는 90만원)되었으나 2019년도에는 10만원이 상향되어 60만원이 지원(다태아 100만원)될 예정이다. 사회보장정보원, 위탁금융사와 연계하여 ‘국민행복카드(신용, 체크, 전용카드)’의 전자바우처로 제공된다. 국민행복카드는 임신부나 가족이 임신확인서를 병의원에서 발급받아 국민건강보험 지사 또는 카드사에 방문하거나 온라인으로 신청하여 발급받을 수 있으며, 카드 수령 후부터 분만예정일 다음날에서 60일까지 이용가능하다(이정림 외, 2018a: 14).

이 사업은 임신출산과 관련된 진료비를 지원하기 때문에 건강보험공단이 지정한 산부인과 전문의가 상근하는 요양기관에서 사용가능하며, 2013년 4월 1일부터 한방 의료기관도 지정요양기관에 포함되었다. 즉, 산부인과 등에서 임신출산과 관련하여 진료받은 급여, 비급여 자기부담금, 분만입원시의 비용이나, 한방, 한방병원에서의 임신출산 관련 급여, 비급여(한약 등)의 비용으로 사용할 수 있다(이정림 외, 2018a: 15). ‘임신출산 진료비 지원’은 임신 사실이 확인된 임신부 모두에게 보편적으로 지원하는 대표적인 비용 지원 정책으로 임신 출산 관련 의료비에 어느 정도의 도움이 되고 있다고 보고 있지만, 이러한 비용 지원에 대한 효과에 대한 구체적인 연구가 지속적으로 수행되어 정책의 효율성을 제고할 필요가 있다. 예를 들면, 신고만 하면 혜택을 받을 수 있음에도 신고를 하지 않는 대상에 대한 분석 등이 이루어져서 반드시 복지 혜택을 받아야 하는 대상이 누락되거나 탈락되는 현상을 방지하여야 한다.

그림 2 건강보험 임신·출산 진료비 지원 내용



자료: 국민행복카드, 건강보험 임신·출산 진료비 지원, 2019.4.8., 인출 (<http://www.voucher.go.kr/voucher/pregnancy.do>)

‘고위험 임신부 의료비 지원’ 제도와 ‘난임부부 시술비 지원’ 사업은 임신출산과정에서 어려움이나 위험이 있어 의료적 시술을 하는데서 야기되는 높은 의료비용을 지원해주는 제도이다. ‘고위험 임신부 의료비 지원’ 사업의 지원대상은 기준중위소득의 180% 이하인 가구에 한정되어, 조기진통, 분만관련 출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리와 같은 5대 고위험 임신질환으로 진단받고 입원 치료를 받은 임신부로서, 입원 치료받은 의료비에 대해 지원한도 300만원 내에서 비급여 본인부담금의 90%를 지원해 준다(이정림 외, 2018a: 15).

‘난임부부 시술비 지원’ 사업은 임신이 어려워 시술이 필요할 때 비용을 지원해주는 정책이다. 지원 대상은 부인이 만44세 이하이고 법적 혼인상태의 난임부부로서 난임시술을 요하는 자(의사의 진단서를 제출한 자)로서, 의료급여수급자이거나 기준중위소득 130% 이하인 가구여야 하며 소득 기준에 따라 지원 금액 및 횟수는 달라진다(이정림 외, 2018a: 15). 체외수정 시술비를 1회당 최대 240만원(의료급여수급자는 300만원) 내에서 신선배아, 동결배아를 구분하여 최대 7회까지 지원하며, 인공수정시술은 1회당 최대 50만원 3회까지 지원하며, 관할보건소에 신청하면 심사를 통해 시술비용을 지원한다(이정림 외, 2018a: 15). ‘고위험 임신부 의료비 지원’과 ‘난임부부 시술비 지원’

과 같은 비용 지원 정책은 해당 산모에게만 지원되는 지원으로 보편적인 임신부 지원 정책은 아니다.

마찬가지로 특정 상황이나 취약계층에게 출산비를 지원하는 제도들도 있다. ‘의료기관 외 출산시 출산비 지급’은 병의원이나 조산원이 아닌 곳에서 출산한 자에게 현금을 지급하는 정책이며, 출산 일로부터 3년 이내에 국민건강보험 지사에 신청하면 25만원을 지급받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 15).

청소년산모나 여성장애인, 저소득층 등과 같은 취약계층의 출산비 지원 정책도 있다. 만18세 이하의 청소년 산모에게는 임신확인서로 임신이 증명되면 임신 1회당 의료비를 120만원 이내로 지원한다(이정림 외, 2018a: 16). 해당 비용은 임신·출산 진료비 지원사업과 마찬가지로 국민행복카드 발급을 통한 전자바우처 방식으로 제공되며, 사회보장정보원 사회서비스바우처 홈페이지에서 온라인 신청을 통하여 지원 받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 16).

그림 3 청소년산모 건강보험 임신·출산 의료비 지원 내용



자료: 이정림·하은희(2018). 건강한 출산·육아를 위한 임신부등록제 추진 방안 연구. p.36

여성장애인에게도 출산비가 지원되며, 장애인(1~6급)으로 등록된 여성이 출산이나 유산 또는 사산(임신4개월 이상)을 한 경우 태아 1인을 기준으로 100만원이 지원되고 있고, 해당 정책 지원을 받기 위해서는 읍면동 주민센터에 방문신청하거나 인터넷으로도 신청 가능하다(이정림 외, 2018a: 16).

저소득층이거나 위기 상황에 놓여 있는 여성이 출산했을 때에는 의료급여, 긴급지원, 국민기초생활보장제도 등 다양한 방법으로 출산비가 지원된다. 우선, 의료급여 수급권자가 임신하거나 출산(유산, 사산 포함)할 때에는 기본적으로 50만원을 지원하며, 쌍둥이 이상 다태아인 경우는 40만원이 추가로 지원된다(이정림 외, 2018a: 16). 또한, 임신출산 관련 지원을 받기 어려운 지역에 30일간 거주한 경우에는 20만원이 추가로 지원되며, 이 비용은 시군구청에 신청하여 받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 16).

주소득자의 사망, 질병 등으로 소득을 상실하거나 사고로 생계가 곤란한 가구에 지원되는 긴급지원제도를 통해서도 출산비가 지원되고 있다. 긴급지원 대상 가구의 가족구성원이 출산한 경우(출산예정도 포함) 해산비로 60만원을 지원받을 수 있으며, 쌍둥이의 경우에는 120만원을 지원 받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 16). 긴급복지 해산비 지원은 시군구청에 방문신청하거나 보건복지콜센터로 전화로 신청하여 지원 받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 16).

저소득층인 경우에는 국민기초생활보장제도에 포함된 급여의 하나로 해산급여가 지급된다. 해산급여는 국민기초생활보장제도의 생계, 의료, 주거급여 수급자가 출산한 경우에 지급되며, 지급액은 60만원(쌍둥이 출산시 120만원)으로 해산급여는 읍면동 주민센터에 방문하여 신청할 수 있다(이정림 외, 2018a: 16).

이상의 내용을 이정림 외(2018a)의 연구에서 복지로- 한눈에 보는 복지정보 http://www.socialservice.or.kr/user/htmlEditor/view2.do?p_sn=132 (인출일: 2018.11.22.) 사이트에서 인출하여 작성했던 표의 내용을 다음 <표 1>에서 제시하였다.

▣ 표 1 ▣ 산모·신생아를 위한 비용 지원 정책

구분	내용
임신출산 진료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 임신확인서로 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자 • 지원내용: 임신 1회당 50만원 이용권 지급 (다태아는 90만원) • 국민행복카드 바우처 지급. 국민행복카드 수령 후부터 분만예정일 다음날에서 60일까지 이용가능
고위험 임신부 의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상 : 5대 고위험 임신질환(조기진통, 분만관련출혈, 중증 임신중독증, 양막의 조기파열, 태반조기박리)으로 진단받고 입원치료를 받은 임신부 • 선정기준: 기준 중위소득 180% 이하인 가구. 가구원수별 건강보험료 본인부담금 산정부과액을 활용하여 계산 • 지원내용: 입원 치료받은 의료비에 대해 지원한도 300만원 내에서 비급여 본인부담금의 90%를 지원 • 분만일로부터 6개월 이내에 시군구 보건소에 방문하여 신청
난임 부부 시술비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 부인이 만44세 이하인 자. 법적 혼인상태의 난임부부로서 난임시술을 요하는 자 • 선정기준: 의료급여수급자, 기준중위소득 130% 이하. 소득기준에 따라 지원금액 및 횟수가 다름 • 지원내용: 체외수정 시술비를 1회당 최대 240만원 내(의료급여 대상자 300만원이하) 신선배아, 동결배아를 구분하여 최대7회까지 지원. 인공수정 시술은 1회당 최대 50만원 3회까지 지원 • 관할 보건소 신청 후 심사하여 시술비 지원

구분		내용
의료 기관 외 출산시 출산비 지원		<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상 : 병의원, 조산원이 아닌 곳에서 출산 한 자(자택 혹은 이송중 출산) • 지원내용: 25만원 지급 • 출산일로부터 3년 이내 건강보험 공단 지사에 신청
취약 계층 출산비 지원	청소년 산모 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 임신확인서로 임신이 확인된 만18세 이하의 청소년 산모 • 지원내용: 임신 1회당 의료비를 120만원 이내로 지원 • 사회보장정보원 사회서비스바우처 홈페이지에서 온라인 신청
	여성 장애인 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 등록 장애인여성(1~6급) 중 출산한 자(유산, 사산 포함) • 지원내용: 출산시 태아1인 기준 100만원 지원 • 읍면동 주민센터에 직접 방문(또는 인터넷) 신청
	의료급여 수급자 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 임신 중이거나 출산(유산, 사산 포함)한 의료급여 수급권자 • 지원내용: 임신출산 진료비로 50만원 지원(다태아일 경우 90만원. 임신과 출산 관련 진료를 받기 어려운 지역에 30일 이상 거주시 20만원 추가 지원됨) • 시군구청 방문 신청
	긴급복지 해산비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 긴급지원을 받는 가구 중 출산한 자(출산예정 포함) • 지원내용: 해산비로 60만원 지원(쌍둥이는 120만원)
	해산급여	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 국민기초생활보장제도의 생계, 의료, 주거급여 수급자가 출산한 경우 • 지원내용: 출산한 경우 1인당 60만원 지원(쌍둥이는 120만원) • 읍면동 주민센터에 방문 신청

자료: 이정림 외(2018a), p.17

다음으로 이상에서 언급되었던 정책 외, 2019년부터 영유아 사전예방적 건강관리를 위하여 신생아 대상의 비용 지원 정책으로는 신생아 선천성대사이사 및 난청 선별검사 비용의 본인부담금이 지원되며, 그동안 복지부에서 추진해왔던 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원정책에서 미숙아에서 1kg 미만의 초미숙아 의료비 지원 구간을 신설하였다(보건복지부 보도자료, 2018. 12. 31). 이상의 신생아 대상 지원 정책은 기준중위소득 180%이하 가구 중에 당해연도 출생아이고, 해당 진단을 받은 경우에만 한정되며, 보건소를 통하여 신청 가능하다. 이외, 국민행복카드로 이용 가능한 기저귀·조제분유 지원사업이 있다. 기저귀·조제분유 지원사업은 0~24개월 영아가 있는 저소득층 가정에 건강하고 양육을 지원하는 것으로, 경제적 부담을 경감시키고 아이 낳기 좋은 환경을 조성하기 위해 시행되는 정책이다. 기저귀는 중위소득 40%이하의 만 2세 미만 영아를 둔 가구를 대상으로 각 영아별로 지원하며(다태아의 경우 각 아동별로 지원), 조제분유는 기저귀 지원대상 중에서 '산모가 질병·사망으로 모유수유가 불가능한 경우로써 아동복지시설 등 위탁 아동/영아입양가정/한부모가정' 등의 경우에 한해 지원되고 있다(이정림 외, 2018b: 38). 지원금액은 기저귀는 월 6만 4천원이며, 기저귀와 조제분유를 함께 지원받는 경우는 월 15만원이다(이정림 외, 2018b: 38).

표 2 | 2019년도 신생아의 비용 지원 정책 내용

구분	내용
신생아 선천성대상이상 및 난청 선별검사 비용 본인부담금 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상 : 기준중위소득 180%이하 가구 중 당해연도 출생아 • 신생아 선천성대상이상 및 난청 선별검사의 비급여 항목이 건강보험 적용을 받게 됨(2018.10월~)
미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 기준중위소득 180%이하 가구의 미숙아 및 선천성 이상아로 진단 받은 신생아 • 미숙아가 신생아집중치료실에서 입원치료를 받은 경우와 선천성이상아로 진단받은 신생아에 대한 의료비 지원 사업을 추진해왔음 • 1kg 미만 초미숙아 환아 의료비 지원구간 신설(2019년)

국민행복카드로 전자바우처가 단일화되면서 임신·출산 진료비 지원을 받은 임신부는 기존의 국민행복카드로 이용할 수 있다는 장점이 있는 반면, 소득기준에 해당하는 부모가 직접 신청해야만 수혜를 받을 수 있는 제도이기 때문에 정책 내용을 알지 못하는 경우에는 저소득층 영아 양육가구 이어도 혜택을 받기 어려운 제한점이 있다(이정림 외, 2018b: 39).

나) 비용 지원 정책 실시 방법

1) 국민행복카드

국민행복카드는 정부가 지원하는 국가바우처를 한 장의 카드로 이용할 수 있도록 만든 국가바우처 통합카드이며, 기존의 고운맘카드(건강보험 임신·출산 진료비), 맘편한카드(청소년산모 임신·출산 의료비), 희망e든카드(사회서비스사업 8종)의 다양한 국가바우처를 국민행복카드 한 장으로 이용 가능하도록 개편하여 이용편의를 향상시켰다(이정림 외, 2018b: 40), 현재는 이상에서 언급된 내용 이외에 기저귀·조제분유사업(2015. 10. 신규도입), 에너지바우처사업(2015. 12. 신규도입), 아이돌봄 지원사업(2017. 1. 신규도입)으로 총 6개 국가바우처를 이용할 수 있으며, 향후에도 바우처 관련 사업을 지속적으로 해당 카드에 연계 추가함으로써 국민 편의를 도모하고자 하고 있다(이정림 외, 2018b: 40).

2008년부터 2018년까지 임신·출산보육 바우처 카드의 확대과정을 다음 [그림 3, 4]에서 제시하였다. 2008년 고운맘 카드(임신 진료비 지원)와 i사랑카드(보육료 지원)가 도입되어 시행되었고, 2009년에는 고운맘 카드가 임신과 출산비용을 통합하여 지원하는 것으로 확대되었고, 2010년에는 고운맘 카드의 지원금이 20만원에서 30만원으로 상향되었고, 2011년에는 40만원으로 확대되었으며, 2012년에는 청소년산모를 지원하는 맘편한카드가 추가되었고, 고운맘카드 지원금이 50만원으로 확대되었다(이정림 외, 2018b: 40-41). 2015년 들어 정권이 바뀐에 따라 고운맘카드에서 국민

행복카드로 임신 및 출산 진료비 지원이 변경되었고, 보육료지원은 i사랑카드에서 아이행복카드로 변경되었으며 두 카드가 호환이 가능하게 되었다(이정림 외, 2018b: 41). 이정림 외(2018b)의 연구에서 ‘국민행복카드, 국민행복카드는 무엇인가요?’

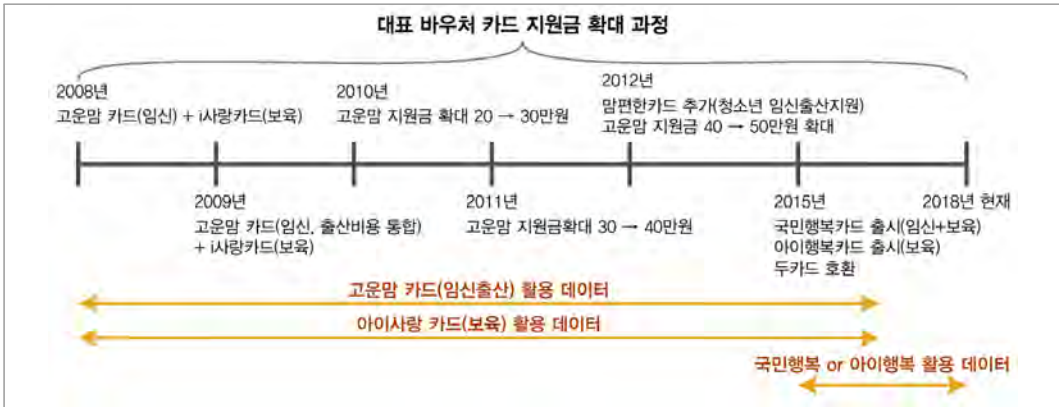
(http://www.voucher.go.kr/card/introduce.do?p_sn=51 2018. 11. 12 인출) 사이트에서 인출한 내용을 작성하였던 그림을 다음 [그림 3]에 제시하였다.

그림 4 국민행복카드



자료: 이정림 외(2018b). p.41

그림 5 임신·출산 관련 전자바우처 지원금 확대과정



주: 하단 자료를 참고하여 연구진이 작성한 도표임. 이정림 외(2018b). p.42
 자료: 보건복지가족부 보도자료(2009. 7. 29). 한 장의 카드로 두 가지 바우처 서비스 이용.
 보건복지가족부 보도자료(2009. 8. 31). 보육료, 9월부터 아이사랑카드로 결제하세요.
 보건복지가족부 보도자료(2010. 1. 28). 국민건강보험법 시행령 및 시행규칙 개정안 입법예고.
 보건복지부 보도자료(2011. 2. 22). 임신·출산 진료비 지원 30만원→40만원 확대.
 보건복지부 보도자료(2011. 12. 27). 2012년부터 이렇게 달라집니다.
 보건복지부 보도자료(2012. 1. 2). 청소년산모 의료비 지원대상 확대 및 '맘편한카드' 도입.
 보건복지부 보도자료(2012. 3. 7). 임신·출산 진료비 지원 40만원→50만원 확대.
 보건복지부 보도자료(2015. 4. 23). 국민행복카드(국가 바우처 통합카드) 출시.
 보건복지부 보도자료(2015. 6. 23). 산모신생아 건강관리사업도 국민행복카드에 통합.

2) 행복출산 원스톱서비스 제공

행정안전부는 양육수당, 출산 지원금 등 각종 출산지원 서비스 신청이 분절적으로 처리되는 불편을 해소하기 위해 행정규칙「임신·출산관련 서비스 통합처리에 관한 규정」을 제정(시행 2017. 7. 31)하여 '행복출산 원스톱서비스'를 제공하고 있다(이정림 외, 2018b: 42). 해당 서비스는 양육수당, 출산지원금 등 각종 출산지원 서비스를 주민자치센터에서 출생신고 후, 주민센터 또는 온라인에서 한 번의 통합신청으로 처리하는 서비스로써, 임신·출산관련 서비스 통합처리에 관한 규정 제2조에 의해서 임신·출산관련 서비스 업무를 통합 처리하는 시군구, 읍면동 및 시군구 보건소에 적용하도록 되어 있다(이정림 외, 2018b: 42). 신청은 산모 본인 혹은 배우자가 할 수 있으며, 대리인으로는 산모의 직계가족(친부모/시부모)만 가능하다(이정림 외, 2018b: 43).

3) 물품 지원 정책

물품 지원 정책은 각 지역의 보건소에서 주로 담당하며, 임신부를 대상으로 한 '철분제 엽산제 지원정책'과, 임신부와 영유아를 대상으로 하는 '영양플러스 사업'이 있다. 각 지역보건소에서는 임신부의 철분 결핍성 빈혈로 발생할 수 있는 조산, 유산, 산모 사망을 예방하고, 신경관 결손으로 야

기될 수 있는 유산, 사산, 기형아 출산 등의 방지를 목적으로 철분제와 엽산제를 제공한다(이정림 외, 2018a: 18). 보건소마다 지원대상과 내용이 다소 다르지만, 대체적으로 철분제는 임신 5개월부터 분만시까지 최대 5개월간, 엽산제는 임신부터 임신 4개월까지 최대 3개월간 지원받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 18).

‘영양플러스 사업’은 영양적인 측면에서 취약집단이라 할 수 있는 임신부 및 영유아에 대한 맞춤형 영양지원과 교육지원을 실시하는 사업이다. 해당 사업은 지역사회 통합건강증진사업의 일환으로 지역 보건소를 중심으로 진행되고 있다. 영양플러스 사업은 초기에는 시범사업으로 진행해 2007년 20개 보건소에서 11,162명을 대상으로 시행되었으나, 본 사업으로 전환되면서 2008년 153개 보건소의 46,070명, 2009년에는 245개 보건소의 74,406명으로 대상자가 확대되었고, 2017년에는 252개 보건소에서 83,988명이 해당 사업의 지원을 받았다(이정림 외, 2018a: 18). 영양플러스 사업은 2017년 수혜대상자의 빈혈유병률이 사업참여 전에는 51.5%였으나 사업참여후 26.4%로 감소한 것으로 나타났고, 수혜대상자의 만족도도 91.6점(100점 만점)의 높게 나타나서 사업성과가 큰 것으로 평가되고 있다(이정림 외, 2018a: 18).

영양플러스 사업의 대상자는 사업운영 보건소의 관할지역 거주자인 임신부와 6세 미만의 영유아로서, 빈혈, 저체중, 성장부진, 영양섭취상태 불량 중 한 가지 이상의 영양 위험요인 보유하였거나, 가구규모별 중위소득의 80%이하여야 한다(이정림 외, 2018a: 18). 소득기준의 경우 지역의 여건에 따라 조정이 가능하며, 임신부는 소득수준이 해당될 경우 영양위험요인 판정절차 없이 대상자로 선정이 가능하며, 기준중위소득이 50%를 초과하는 경우에는 보충식품비의 10%를 자부담해야 한다(이정림 외, 2018a: 18).

영양플러스 사업은 영양교육 및 상담을 실시하고 보충식품 공급을 주로 하고 있다. 영양교육의 경우 집단교육, 개인상담, 가정방문 교육 등을 통해 월 1회이상 진행하며, 보충식품 공급을 위해 조제분유, 감자, 달걀, 당근, 쌀, 우유, 검정콩, 김, 미역, 닭가슴살, 굴·오렌지 주스 등의 식품패키지를 식품의 신선도 유지 기간을 고려하여 주기별로 제공한다(이정림 외, 2018a: 18- 19). 영양플러스 사업은 거주지역내 관할 보건소에 신청하여 제공받을 수 있다(이정림 외, 2018a: 19).

이외, 최근에 복지부에서는 선천성대사이상 및 희귀난치성질환아의 특수조제분유 지원 질환이 확대되어 지원될 것라고 보도하였다(보건복지부 보도자료, 2018. 12. 31). 보다 구체적으로 2019년도부터 3개 질환이 추가되어 지원되며, 3개질환은 지방산대사장애(선천성대사이상), 담관(도)폐쇄증, 장림프관 확장증(난치성)으로, 이들 질환에 대해서도 특수조제분유를 지원할 것이라고 발표하였다(보건복지부 보도자료, 2018. 12. 31).

| 표 3 | 산모·신생아를 위한 물품 지원 정책

구분	내용
임산부 철분제 및 엽산제 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 보건소에 임신을 등록한 임산부 • 지원내용: 임신 5개월부터 분만시까지 최대5개월간의 철분제, 임신부터 임신4개월까지 최대3개월간의 엽산제 제공 • 전국의 보건소에서 지급
임산부 영유아 영양플러스 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상 : 영양위험 요인이 있는 임신 중 혹은 수유중인 여성. 만5세 미만 영유아 • 선정기준: 기준 중위소득 80% 미만 가구. 소득이 기준중위소득 50~80%미만인 경우 비용의 10%는 본인 부담 • 지원내용: 개인의 상황에 따라 영양보충 식품 제공(예: 쌀, 감자, 달걀, 우유, 검정콩, 김 등). 최대 1년간 영양 교육 및 상담(월1회 이상) 실시 및 보충식품 제공

자료: 이정림 외(2018a), p.19

4) 서비스 지원 정책

산모와 신생아에게 서비스를 지원하는 보건복지부 정책으로는 ‘산모신생아 건강관리 지원사업’과 ‘마더세이프프로그램’이 있다. ‘산모신생아 건강관리 지원사업’은 산모신생아 건강관리사가 산모의 가정을 방문하여 개별적으로 산후관리를 돕는 서비스이다. 이 사업의 지원대상은 산모 및 배우자의 건강보험 본인부담금 합산액이 기준중위소득 100% 이하인 출산가정(유산, 사산 포함)으로, 건강관리사가 5~25일 가정을 방문하여, 산모건강관리, 신생아 건강관리, 산모 식사준비, 산모신생아 세탁물 관리 및 청소 등 산모와 신생아를 위한 서비스를 제공한다. 서비스는 이용기간에 따라 단축형, 표준형, 연장형으로 구분되며, 서비스가격은 보건복지부가 정한 가격범위 내에서 서비스 제공기관이 자율적으로 책정하며, 정부는 태아유형(단태아, 쌍생아, 삼태아 등), 출산순위, 소득수준에 따라 차등 지원하고 지원금의 나머지는 이용자가 부담하게 된다(이정림 외, 2018a: 19). 산모의 주소지 관할 시군구 보건소에 신청할 수 있으며, 국민행복카드를 통한 전자바우처 형태로 제공되며, 신청하여 받게 된 이용권(전자바우처 국민행복카드)은 출산일로부터 60일 이내까지 유효하다(이정림 외, 2018a: 19-20).

‘마더세이프프로그램’은 안전한 출산 및 양육환경 조성을 위하여 임산부, 예비임산부와 가족 및 의료인에게 약물사용에 대한 안전한 정보를 제공하는 것을 주된 내용으로 한다. 즉, 임산부들에게 약물 상담을 제공함으로써 불필요한 인공임신중절 예방 및 안전한 임신 유지를 할 수 있도록 한다. 임산부와 수유부 대상의 약물 상담을 제공하고 있고, 대상별 및 사례별 위험 약물 및 상담사례 등에 대한 정보 제공과 홍보활동을 하고 있다. 해당 서비스는 1999년 제일병원 기형유발물질정보센터의 서비스에서 시작하여, 2004년 ‘한국마더리스크프로그램’이라는 이름으로 민간에서 운영되던 것을

2010년 보건복지부의 지원을 받아 ‘한국마더세이프전문상담센터’를 개소하게 되면서 중앙정부의 시책으로 자리 잡았다. 2010년 제일병원에 중앙센터, 부산일신기독병원, 광주 전남대병원, 대전미즈여성병원에 거점지역센터를 설치하였으며, 2011년 대구가톨릭의대병원, 창원파티마병원에도 거점지역센터가 추가 설립되었다(이정림 외, 2018a: 20). 2017년에는 보건복지부 (사)임산부약물정보센터가 설립되어 운영되었고, 2019년도 현재에는 국립중앙원에 중앙센터를 이전하여 사업이 진행되고 있다.

▣ 표 4 ▣ 산모·신생아를 위한 서비스 지원 정책

구분	내용
산모 신생아 건강관리 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 지원대상: 산모 및 배우자의 건강보험 본인부담금 합산액이 기준중위소득 100% 이하인 출산 가정(유산, 사산 포함) • 지원내용: 산모 신생아 건강관리사가 최소 5~25일 방문하여 산후관리를 돕는 서비스 이용권 지급 <ul style="list-style-type: none"> - 지원금 기준가격을 바탕으로 배우처를 지급하며, 초과금액은 본인부담 - 지원기간: 단태아는 출생순위에 따라 5~20일, 쌍태아는 출생순위에 따라 10~25일. 삼태아 이상 중증장애산모는 출생순위 상관없이 15~25일-출산일로부터 60일 이내 유효
마더세이프 프로그램	<ul style="list-style-type: none"> • 지원내용: 임신초기 노출되는 다빈도 약물 등에 대한 자료 구축 및 연구를 통해 대국민 정보 제공 및 교육 홍보 <ul style="list-style-type: none"> - 한국마더세이프 전문상담센터(www.mothersafe.or.kr, 1588-7309) - 임신 중 약물상담, 모유수유 중 약물상담, 계획 임신시 필요한 상담

자료: 이정림 외(2018a), p.20

다음으로 여성가족부에서 시행하는 아이돌봄지원사업이 있다. 아이돌봄지원사업은 만 12세 이하 아동을 둔 맞벌이 가정 등에 아이돌보미가 방문하여 안전하게 돌봐주는 서비스로, 2018년도에 중위소득 120% 이하의 가정이 지원 대상이었으나 2019년도에는 중위소득 150% 이하인 가정으로 대상이 확대되었다(여성가족부 홈페이지, http://www.mogef.go.kr/sp/fam/sp_fam_f005.do, 2019.4.5. 인출). 양육공백이 발생하는 가정을 대상으로 하며, 정부지원을 받는 가구는 주민센터에 신청과 소득유형 결정 이후에 지역서비스 제공기관에 서비스 연계 신청이 가능하고, 정부 미지원 가구(본인부담)는 소득판정 없이 아이돌봄 홈페이지 가입후 서비스 신청과 이용이 가능하다(이정림 외, 2018b: 38). 아이돌봄서비스 또한 국민행복카드로 전자바우처가 통합되었으므로 국민행복카드를 서비스로 이용할 수 있다.

서비스 내용에 따라 크게 시간제 돌봄과 종일제 돌봄으로 나눌 수 있는데 만 36개월 이하 영아대상으로는 월 120시간 이상의 종일제돌봄을 이용할 수 있고, 그 외 만 12세 이하 아동대상으로 시간단위 서비스인 시간제 돌봄이 있다(이정림 외, 2018b: 39). 2018년 기준 이용요금은 7,800원이었으나 2019년에는 8,400원으로 인상되었으며 소득기준에 따라 정부지원금과 본인부담금이 다르다(여성가족부 홈페이지, http://www.mogef.go.kr/sp/fam/sp_fam_f005.do, 2019.4.5. 인출).

5) 인프라 지원 정책²⁾

산모와 신생아를 위한 인프라 지원 정책에는 '분만 취약지 지원 사업'과 '고위험 산모·신생아 통합지원센터'의 설립과 운영을 지원하는 제도가 있다. 우선, '분만 취약지 지원사업'은 분만 가능한 산부인과가 없는 분만 취약지역에 산부인과(분만산부인과, 외래산부인과, 순회진료산부인과)를 설치·운영할 수 있도록 시설비와 장비비 등을 지원하는 사업이다. 이 사업은 분만 취약지³⁾가 위치한 시·도에서 해당 지역의 의료기관(병의원), 보건의료원 중 1개소를 사업수행기관으로 정하여 신청하면, 심사를 거쳐 사업지원대상 지역과 기관을 선정한다. 선정된 곳에는 1차 년도에는 개소당 시설장비비 10억원과 운영비 2.5억원(6개월)을 지원하며, 2차 년도에는 개소당 운영비를 5억원 지원한다. 지원금은 국비 50%, 지방비 50%로 충당한다. 이 사업으로 2017년 기준에는 9개 시도의 35개 의료기관에서 5,725백만원을 지원받았다.

고위험 산모·신생아 통합지원센터는 고위험 산모와 태아, 신생아가 체계적이고 전문적인 치료를 받을 수 있도록 산과와 소아과의 통합치료모델을 구축하고, 고비용·저수익으로 의료기관이 진입하기 어려운 고위험 임신, 분만을 위한 인프라를 구축하고 지원하는 것을 목적으로 설립되었다. 고위험 산모·신생아 통합지원센터는 상급종합병원이나 대학병원급 어린이병원으로 신생아집중치료실 20병상 이상이고 연간 분만실적이 100건 이상 운영되는 병원에 설치할 수 있으며, 2018년도에는 4개소를 신규로 선정하였다. 선정된 병원에는 통합지원센터 설치에 필요한 시설장비비의 명목으로 센터당 10억원을 국비 100%로 지원한다.

2) 이정림 외(2018a). p.21의 라. 인프라 지원정책 부분을 그대로 발췌한 내용임.

3) 분만취약지는 60분내 분만의료이용률(60분내 이동가능한 의료기관을 이용한 분만건수/총 분만의료이용건수)이 30% 미만이고, 동시에 60분내 분만가능한 의료기관에 접근이 불가능한 인구(60분내 분만가능한 의료기관에 접근이 불가능한 가임여성인구수/총 가임여성인구수)가 30%이상인 지역으로, 2017년에는 인천 용진군, 강원 평창군, 정선군, 철원군, 충북 보은군, 괴산군, 충남 청양군, 전북 진안군, 무주군, 전남 장흥군, 신안군, 경북 영천시, 군위군, 울릉군, 경남 의령군, 창녕군 등 34개 지역이 선정되었다.

|| 표 5 || 산모·신생아를 위한 인프라 지원 정책

구분	내용
분만 취약지 지원 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 사업목적: 분만 가능한 산부인과가 없는 분만취약지역에 산부인과를 설치, 운영할 수 있도록 시설, 장비비 등을 지원 • 지원내용: 1차년도에는 시설장비비 개소당 10억원 및 운영비 2.5억원 지원. 2차년도에는 운영비 개소당 5억 지원, 국비 50% 지원 • 사업을 수행하고자 하는 의료기관 및 기초지자체가 사업계획서를 작성하고 시도를 경유하여 보건복지부에 제출. 심사를 거쳐 선정. • 9개 시도, 35개소 의료기관 5,725백만원 지원(2017년 기준)
고위험 산모신생아 통합 지원센터	<ul style="list-style-type: none"> • 사업목적: 고위험 산모와 태아, 신생아가 체계적이고 전문적 치료를 받을 수 있도록 산과 소아과의 통합치료모델 구축. 고비용, 저수익으로 의료기관이 진입하기 어려운 고위험 임신, 분만을 위한 인프라 구축 지원. • 지원내용: 시설 장비비 및 운영비로 개소당 10억원 지원, 국비 100% • 4개소 신규 설립 지원(2018년 기준)

자료: 이정림 외(2018a), p.22

다. 산후조리원 관리를 통한 산모 신생아 지원 정책

2018년도에 보건복지부에서 2017년도에 아기를 출산한 산모를 대상으로 실시한 산후조리원 실태조사에 의하면, 우리나라 산모가 산후 6주간 산후조리를 위해 가장 많이 이용한 장소로 산후조리원이었고 이용 비율은 75.1%인 것으로 나타났다(보건복지부, 2018). 이러한 산후조리원 이용 증가는 산후조리원에서의 감염과 안전에 대한 사회적 관심과 요구를 초래함과 더불어 산후조리원에 대한 질적 수준 향상에 대한 요구도 높아지고 있는 실정이다. 또한, 산후조리원이 신생아시기에 중요한 모아애착 및 모유수유, 신생아 돌봄, 산후우울증과 같은 산모 정신 건강 교육 등이 이루어질 수 있는 곳이라는 점에서도 사회·국가적 관심과 환기가 요구된다. 이에 국가에서는 산후조리원에서의 산후조리 서비스의 질 향상을 위해 2015년도에 모자보건법을 개정하여 산후조리원에 대한 평가를 할 수 있도록 하는 규정을 만들었다. 이를 실현하기 위해 보건복지부에서는 2016년도~2018년도에 걸쳐 산후조리원을 평가할 수 있는 기준 및 방안을 마련하였고 이에 관한 현장 수용성 등의 검증을 위한 시범사업을 포함한 일련의 용역 연구가 매년 수행된 바 있다. 2016년도에 산후조리원을 평가할 수 있는 방안으로 평가 지표가 개발되었고, 2017년도에는 2016년도에 개발된 평가 지표의 현장 수용성 등을 검증하기 위한 시범사업이 수행된 바 있다.

2018년도 연구에서는 육아정책연구소에서 보건복지부 용역사업으로 위탁받아서 다음의 내용으로 연구가 수행된 바 있다. 첫째, 산후조리원 평가 지표에서 신생아 관점에서의 관련 지표, 아버지 교육을 포함한 부모교육, 산모의 정신건강, 경영관리 지표 등이 추가 및 수정·보완되었고, 전체 평가 지표에 대한 전반적인 검토를 통하여 지표가 수정·보완되었다. 둘째, 공공 산후조리원과 민간

산후조리원 13개 기관을 대상으로 시범평가를 실시하여 산후조리원 평가 지표에 대한 현장 수용성 및 적용 타당성이 검증되었다. 셋째, 모자보건증진을 위한 산모·신생아 건강관리지원 사업 및 산후조리원 서비스의 질적 수준 향상에 기여할 수 있는 정책 방안이 제안되었다.

2018년도 시범사업 결과, 산후조리원에서는 규정 및 서류 구비 등의 평가 준비를 위한 인력 부족, 평가를 위한 공간 등의 부족으로 현재의 평가 체계를 수행하기에는 열악한 상황이었으며, 정부지원이 전혀 이루어지고 있지 않는 현실에서 정부 주도의 평가 진행은 무리과 부담이 따르는 것으로 제시되었다. 한편, 평가를 받는 산후조리원 뿐 아니라 평가를 실시할 주체(정부 혹은 위탁기관)의 입장에서 평가에 관한 일련의 지침과 규정 마련 등과 같은 평가를 위한 준비가 더 세심하고 철저하게 이루어져야 할 필요성이 제기되었다. 이에 향후 3년간은 산후조리원 본 평가를 위한 준비 기간으로 향후 본 평가 연계를 위한 산후조리원 대상의 컨설팅(교육 및 상담 등)을 제공하는 것이 효율적이고 바람직한 정책 방안으로 제안된 바 있다.

이상과 같은 배경으로 2023~2025년도에 수행될 것으로 간주하는 본 평가에 앞서 산후조리원 대상 컨설팅을 제공함으로써 산후조리원과 평가(위탁)기관에서는 다음 목적을 달성할 수 있을 것으로 여겨진다. 현장에서의 평가제도에 대한 이해, 평가 내용 및 방법 등 평가에 대한 현장 수용성을 높임으로써 향후 본 평가 참여 활성화 기반을 마련한다. 평가(위탁) 기관에서도 평가 연계 컨설팅 제공 과정을 통하여 체계적인 절차에 따라 공정하고 신뢰받을 수 있는 평가 체계를 마련하는 토대로써 활용될 수 있을 것이다.

3. 산모·신생아 지원 정책의 향후 과제

이상에서 한국의 임신·출산 신생아 관련 지원 정책을 살펴보았다. 이상의 정책을 토대로 향후 생애주기의 가장 이른 시기인 임신·출산 신생아 관련 정책이 나아가야 할 방향을 제안해보면 다음과 같다.

첫째, 한국의 임신·출산 신생아를 위한 보건정책 마련을 위해서는 무엇보다도 출생아에 관한 정확한 통계가 선행요건으로 마련되어야 한다. 아이 출생의 경우 부모가 출생 신고를 하지 않으면 출생아로 등록되지 않아 정확한 출생아에 대한 출생 통계가 파악되기 어렵다. 이는 단순한 출생아에 대한 부정확한 통계 수치의 문제로 끝나는 것이 아니라, 더 나아가 출생 통보가 되지 않은 아동의 유기, 학대, 불법적인 입양 등과 같은 사회적 문제를 야기 시키고, 이로 인한 아동의 인권 문제가

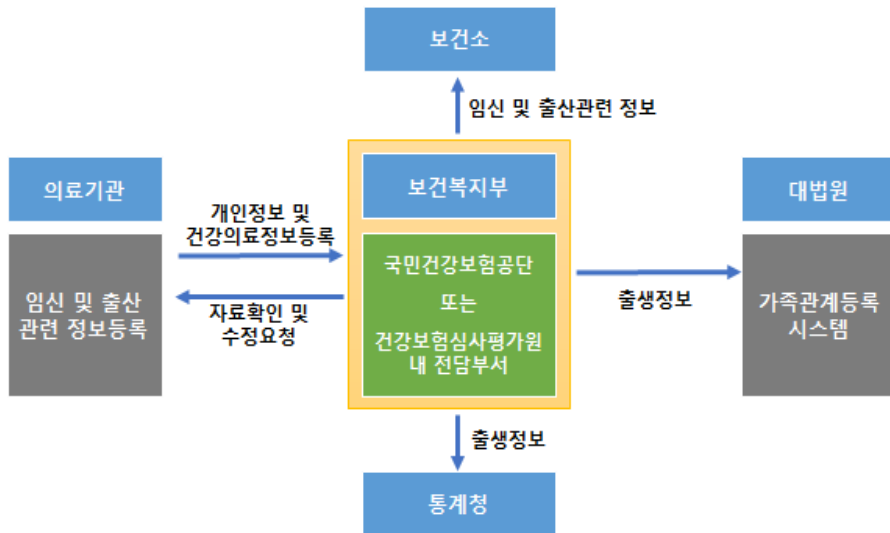
지속적으로 사회적 문제로 부각되어 왔다. UN 아동권리위원회에서 이러한 문제를 해결하기 위해 한국의 출생 신고제를 출생 자동등록제로 전환할 것을 권고한 바 있다. 이에 금년 복지부에서 의료기관에서 아동의 출생을 신고하도록 하는 보편적 출생등록제를 고려하고 있는 점은 고무적이라고 여겨진다.

둘째, 출생아에 대한 정확한 통계 파악과 더불어 임신과 출생 시의 중요한 산모와 신생아에 대한 인구학적 배경 정보 및 건강관련 정보는 국가의 중요한 보건정책의 기반이 될 수 있는 자료로 활용될 수 있다. 미국이나 노르웨이 등의 선진국에서는 이를 인식하여 임신과 출생 시에 임신부와 신생아의 건강 관련 정보들을 의료기관에서 확보하여 등록하고 있다. 이러한 자료를 토대로 지역의 장애아를 위한 교육기관을 몇 개를 설립해야 할지 등에 관한 장기적인 대책 마련의 기초 통계로 활용하고 있는 것은 보건정책의 실효성 측면에서 매우 중요하다(안명옥, 2018). 2018년도 육아정책연구소에서는 산부인과 전문의를 대상으로 보건정책의 마련의 기초 통계로써 활용할 수 있는 임신부 및 신생아 관련 인구학적 배경 및 건강관련 정보를 등록하는 일에 관한 의견 수렴 결과, 이는 매우 필요한 일이고 이루어져야 하는 일이라는 측면에서 모두 동의를 표하였다. 단지 이러한 중요 정보 입력에 따른 책임 소재에 대한 부담 및 시간과 노력이 요구된다는 측면에서 이러한 작업에 대한 인센티브가 제공된다면 보다 더 효율적으로 이러한 작업이 이루어질 것이라고 제안하였다(이정림 외, 2018). 또한 임신부 및 영아 부모 대상 설문조사 결과, 의료기관이 산모와 신생아의 출산관련 자료를 보건소에 제공하는 것에 대해 찬성한다는 응답이 약 90%이었고, 건강보험의 '임신·출산 진료비 지원제도'인 국민행복카드(舊 고운맘카드) 가입정보와 출생신고정보의 연동정책에 대해 찬성한다는 응답이 86.4%로 대부분 찬성하였다. 이러한 결과를 통하여 임신부와 신생아 정보가 보건정책으로 활용되는 것에 대부분 찬성하고 있음을 알 수 있었다.

셋째, 국민의 입장에서 인권의 존중 및 복지혜택, 편의성을 제공받는 측면으로 국가가 행정적으로 뒷받침된다면 정책의 효율성이 훨씬 높아질 것이다. 예를 들면, 과거 임신·출산 지원 비용 카드와 영유아 보육·교육비용 바우처 카드가 분리되어 사용되는 데서 오늘 불편함을 국민행복카드라는 하나의 카드로 임신·출산·육아 관련 지원 비용이 한데 모여져 연계해서 사용할 수 있게 되었고, 뿐만 아니라 지자체의 바우처 사업등과도 연계되도록 하여 하나의 카드로 사용할 수 있도록 함으로써 국민의 편의성을 도모하고 있다. 그러나 여전히 통합되지 않고 분절되어 있는 행정 시스템으로 행정의 효율성과 국민의 복지 혜택 등의 실효성을 떨어뜨리는 경우도 많다. 최근 들어 출생신고의 경우에 온라인 출생신고를 할 수 있도록 함으로써 국민 편의성을 도모하고자 하고 있으나 여전히 해결해야 하는 과제들이 많이 남아있다. 예를 들면, 임신과 출생에 대한 정보가 다양한 행정기관들

에 펼쳐져서 정확한 정보 수집 및 관리 등의 측면에서 제고가 필요한 부분이 있다. 임신과 출생 관련 정보가 필요한 행정 기관들은 가족관계증명을 위한 대법원, 의료기관으로부터 출생아에 대한 정보 수집을 하고 있는 건강보험심사평가원, 의료 및 복지혜택 제공을 위한 보건소 및 국민건강보험공단, 국가 통계관리를 위한 통계청, 출생신고를 담당해왔던 시군구청 및 동사무소 등이다. 이상과 같은 기관들에 제공되어야 하는 임신부와 신생아와 관련된 정보들을 일괄적으로 수집하고 관리하는 국가 전담기관(가칭: 임신·출생정보센터)이 있다면, 해당 전담기관(가칭: 임신·출생정보센터)에서 필요한 정보를 해당 기관에(대법원, 보건소, 통계청, 국민건강보험공단 등) 전달하는 방식으로 하고, 임신부가 임신 확인과 출산을 위해 의료기관 방문 시 제공하는 정보가 의료기관에서 직접 국가전담기관(가칭: 임신·출생정보센터)으로 전달하여 관련 정보가 의료 및 복지혜택을 제공하는 기관으로 전달된다면 모든 국민이 국가의 보건정책 혜택을 누릴 수 있는데 보다 효율적일 수 있을 것이다. 임신부와 출생아에 관한 정보를 전달하는 기관을 설치 후 해당 전담기관에서 일괄적으로 관련 정보를 수집하고 관리하는 체계로 하여 해당 전담기관에서 임신과 출산관련 정보가 필요로 하는 행정기관으로 전달해주는 체계를 마련하는 것이 국민의 편익과 복지를 위해 향후 나아가야 할 바람직한 보건정책의 방향임을 제안 한 바 있다(박정환 외, 2008;손인숙, 2017; 안명옥, 2018; 이정림 외, 2018b). 향후 보건정책 수립을 위한 임신부와 출생아에 관한 필요한 정보의 범위, 정보의 보안 관리 시스템, 미혼모와 같이 해당 정보를 공개하기를 원하지 않는 경우에 대한 법적 제도 마련 등에 관한 구체적인 제안들이 이루어진 바 있다(이정림 외, 2018b). 향후 건강한 미래세대의 건강한 성장을 위해서는 이러한 정책이 마련되고 실현되어야 인구의 질적 수준 향상에 기여할 수 있을 것이고, 궁극적으로 저출산 문제를 타개하는 방안이 될 수 있을 것이다.

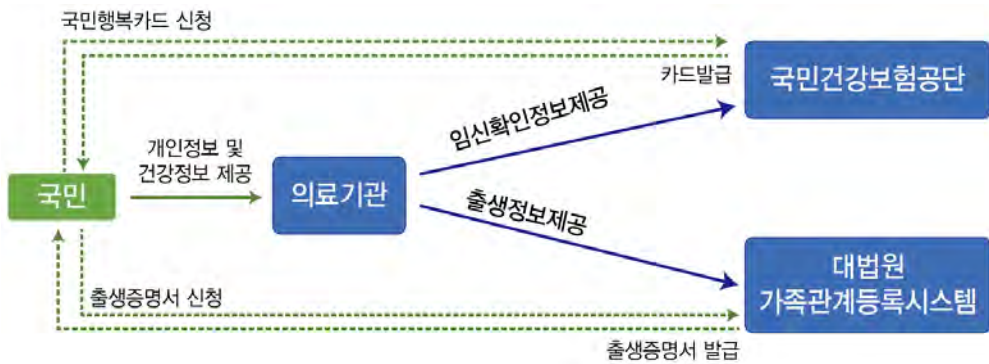
그림 6 임신 및 출생관련 정보 수집 및 관리를 위한 전담 기구 설치



자료: 이정림 외(2018b). p.116

이상의 전담기관 방식으로 임신부 및 출생아 관련 정보가 의료기관에서 전담기관에서 직접 전달 되어 관리된다면, 임신·출산 관련 대표적인 바우처인 모든 임신부를 대상으로 지원하는 ‘임신출산 진료비 지원’의 경우 임신부와 그 가족이 신청하지 않으면 지원 혜택을 받을 수가 없어 지원이 반드시 필요한 임신부와 태아가 보호 받지 못하는 경우가 발생할 수 있는 데, 이러한 문제점도 해결 할 수 있어 복지의 사각지대 해소에도 큰 기여를 할 것으로 보인다.

그림 7 임신 및 출생 관련 정보 등록 절차



자료: 이정림 외(2018b). p.119

넷째, 임신 출산 신생아 지원 관련 정책이 주로 복지부에서 이루어지고 있지만, 행안부와 여가부에서 이루어지고 있는 지원 사업도 있고, 신생아가 성장하게 되면서부터는 교육부 등의 여러 부처가 연계되어 있는 실정이다. 이러한 정책을 보다 큰 그림에서 장기적인 관점에서 임신 출산 육아관련 정책이 마련될 때, 보건복지의 중복 및 사각 문제가 해결될 뿐 아니라 장기적인 정책 효과를 기대할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 박정한·김도형·김소윤·김윤년·김종연·박순우·서경·손명세·신손문·조시현(2008). 신생아 출생 정보 제공 전산체계 구축. 보건복지부·대구가톨릭대학교.
- 보건복지부(2018). 산후조리원 실태조사.
- 보건복지부 보도자료(2018. 12. 31). 2019년부터 만 2세 이하 난청환아 보청기 지원 등 본격 시행.
- 손인숙(2017). 임신부 및 출생아 등록체계 구축안. 한국모자보건학회 춘계연수강좌 발표자료집. 33-41.
- 안명옥(2018. 6. 28). 인구의 자질 향상과 건강: 임신부 및 출생아 등록체계 구축부터. 제2차 새로운 저출산 대책 패러다임 토론회 자료집. 서울: 대한민국헌정회 여성위원회.
- 이정림·손인숙·최병민·엄지원·조미라·김희선(2018a). 모자건강증진을 위한 산후조리서비스 발전 방안: 산후조리원 시범평가를 중심으로. 보건복지부·육아정책연구소.
- 이정림·하은화·엄지원(2018b). 건강한 출산·육아를 위한 임신부등록제 추진 방안 연구. 육아정책연구소.
- 여성가족부 홈페이지, http://www.mogef.go.kr/sp/fam/sp_fam_f005.do. 2019.4.5. 인출

| 종합토론 |

- 강 은 진 (육아정책연구소 연구위원)
- 안 기 훈 (한국모자보건학회 사무총장)
- 김 증 임 (한국여성건강간호학회 회장)
- 이 찬 우 (보바스기념병원 사회복지팀 팀장)
- 이 우 령 (한국모자보건학회 학술위원회 위원장)

종합토론 1

임산부 및 신생아 지원, 이제는 효과적인 방법을 찾을 때

강 은 진 (육아정책연구소 연구위원)

두 발표자가 제시한 바와 같이 산모신생아와 관련된 비용, 물품, 서비스, 인프라 지원 정책이 다양하며, 산모와 아기에 대한 집중방문케어의 효과는 서울시의 아기건강첫걸음 사업을 통해 어느 정도 그 가능성이 입증되었다고 보인다. 다만 이러한 정책의 대상이었던 영유아 가구 부모들의 정책 체감도는 높지 않다는 점¹⁾은 정부의 정책들이 너무 산발적이고, 홍보부족으로 실제 대상이 이용할 수 없었으며, 이용이 불편하다는 점 등에서 그 원인을 찾을 수 있을 것 같다. 또한 정부가 적은 비용으로 나누어 지원하다보니, 충분한 지원이라 여기기 어렵다는 문제도 크다고 할 수 있다.

첫 번째 원고는 주로 임신과 출산에 초점을 두고 정책을 소개하며, 민간 산후조리원의 평가를 통한 질 관리를 제안하였다면, 두 번째 원고는 산전관리의 필요성을 제기하나 산후관리에 초점을 두어 진행된 모델을 제안하고 있다. 두 발표자의 원고를 통해 우리가 앞으로 논의해야 할 부분과 두 발표자에게 궁금한 것들을 중심으로 토론을 진행하도록 하겠다.

1. 임신 출산과 산후조리원 관리에 대한 질문

임신 비용 지원, 얼마만큼 주어야 만족할까?

발표자가 조사한 정보(그림1)와 같이 임산부 및 산모신생아를 위한 지원은 크게 네 가지로 구분되나, 대부분 비용지원에 그 중점을 두고 있다. 특히 2018년 임신 1회당 제공되는 50만원 이용권은 2019년 60만원으로 상향 조정된다. 임신 비용의 재원은 국민건강보험인데, 임신으로 인한 가구당 비용 지출이 늘어난다는 점에서 비용 지원의 확대가 긍정적이나, 다른 한편 과잉진료를 야기하

1) 이와 관련된 결과는 육아정책연구소 육아정책포럼 봄호 강은진(2019). 산모신생아의 건강관리 및 육아지원을 위한 방안 원고를 참고하기 바람.

지 않는지에 대한 우려도 존재한다. 강은진 외(2018)가 1,000명의 영유아 부모에게 수행한 조사에 의하면, 산전검진을 받기 시작한 시기는 평균 7.1주이며, 산전 검사를 받은 총 횟수는 '7회 이상'이 62.9%로 가장 많고, 다음으로 '1회~2회'가 21.3%로 가장 많았다. 네덜란드나 프랑스 등 해외에서 산전검사에 대한 비용지원이 3회에 국한된 것에 비하면 현재 우리나라의 산전검사의 적정 횟수와 그에 따른 비용지원에 대해서는 '많이 검사하고 많이 주는 것이 곧 좋은 것인가'에 대해 다시 한번 생각해 볼 필요가 있다고 본다.

산후조리원의 평가는 꼭 국가가 해야 하는가?

국내 산후조리원 이용 비율이 75.1%에 달하고, 산모들의 정신건강과 모유수유 등 정보 제공 및 자발적 육아공동체(산후조리원 동기) 형성이라는 긍정적 효과가 있으나, 비용과 질적 격차가 크다는 점에서 국가가 직접 산후조리원을 대상으로 한 컨설팅과 평가를 책임져 산후관리에 대한 공공성을 확보하기 위한 노력으로 보인다. 그러나 민간의 영역인 산후조리원에 대해 국가가 직접 평가하고 컨설팅해야 하는지에 대해서는 반론의 여지가 있어 보인다. 토론자가 최근 방문했던 네덜란드에는 산후조리원은 없으나, Krammzorg라는 민간업체가 출산 직후 가정에 방문해 산모의 건강과 신생아의 발달을 체크하는 서비스를 제공하고 있다. 이용비용은 개인의 보험을 통해 지원되는데, 이 업체들은 보험회사에서 엄격하게 질 관리를 하여 우수한 업체의 리스트를 보유하고 있고, 이들 보험회사의 관리 시스템에 대해서는 국가에서 평가, 관리한다. 산후조리원 이용이 우리나라 출산의 문화로 자리 잡고는 있으나, 국가가 모든 산후조리원을 평가, 관리한다는 것은 또 다른 문제로 보인다. 산후조리원 평가와 컨설팅의 방향 설정이 중요해 보인다.

출생등록제와 출산정보센터가 이용자에게 주는 혜택은 무엇인가?

발표자가 제안하는 출생등록제 및 임신출생정보에 대한 제안은 지속되어 온 주장이다. 임신출생정보센터를 통해 관련 정보를 일괄 수집 관리하는 부분의 이점에 대해 관리자 측면에서는 서비스 대상을 파악하기 용이하고, 관리하기 편하다는 측면이 있으나, 이용자들에게 주는 이점은 무엇이 될 것인가? 자발적으로 출생을 신고하지 않고, 정보를 제공하지 않는 대상자들에게 어떠한 혜택을 줄 것인가에 대한 고민도 함께 필요하다고 본다. 또한 제안하는 임신출산정보센터를 신설하는 방안도 있으나, 현재 그 기능을 보강할 수 있는 곳은 없는지, 전반적으로 임신출산과 관련된 전달체계를 살펴볼 필요가 있다고 본다.

2. 산-전후 가정방문 모델에 대한 질문

전국 확대 가능성을 높이기 위해, 보건소 내 모자보건을 강화하거나, 타기관과의 협력하는 방안은?

서울시 아이건강 첫걸음 사업은 약 5년 넘게 진행되고, 발표한 대로 이용자의 만족도도 높다. 시범사례가 있으나, 타지역에서 적용되지 못하는 점은 파견 간호사를 구하기 어렵기 때문일 것이라 본다. 보건복지부의 육아종합지원센터, 여성가족부의 건강가정지원센터, 주민센터 등과의 협력가능한 방안의 모색을 통해, 지역에도 산-전후 가정방문 모델이 확산되었으면 한다. 이를 위해 본 토론자는 육아건강 통합지원센터(안)를 제안하였고, 그 모델은 지역의 특성에 따라, 보건소 중심, 육아종합지원센터 중심, 의료기관 중심으로 제시한 바 있다. 전국 확대를 위한 앞으로의 로드맵이 궁금하다.

서두에 언급한 바와 같이, 우리에게 정보는 정보와 정책이 낱알의 진주 구슬처럼 흩어져 있다. 이제는 이것을 어떻게 꿰어서 이용자들이 쉽게, 그리고 편리하게 접근하며, 만족도를 높일 것인가에 초점을 둘 때라고 생각한다. 비용지원에 초점을 두고 진행되어 왔던 임신출산 정책이 이제는 서비스의 질적 개선에 방점을 두어야 한다는 점에서 오늘 심포지움의 주제는 의의가 크다고 생각된다. 임신출산과 저출산 대응 정책이 이제는 기존 정책의 재조합이 아닌, 좀 더 거시적 관점에서 재조명되길 희망하며, 토론을 마무리 하겠다.

종합토론 2

육아정책 심포지엄 토론

안 기 훈 (한국모자보건학회 사무총장)

태아 및 신생아기의 건강이 중요한 이유는 인간의 사망률 및 이환률이 가장 높은 시기이고 적절한 관리가 가장 드라마틱하게 예후를 향상시키기 때문이다. 산전뿐만 아니라 임신전부터 가임기여성과 남성파트너에 대한 관심이 필요한 이유이다. 조기에 개입할수록 예후는 더욱 좋아진다. 임신부와 신생아에 대한 데이터 관리는 국가적 난제인 저출산의 매듭을 근본부터 살펴볼 수 있는 중요한 과제임에 틀림없어보인다.

본 토론자의 견해를 밝히자면, 임신부의 관리에는 여러 가지 방향으로 포괄적으로 접근하는 것이 중요하며, 이는 단순히 신생아와 산모의 사망률뿐만 아니라 이후의 삶의 질에도 영향을 끼칠 수 있기 때문이다. 고위험 산모의 평가와 적절한 관리, 치료에 따라 산모와 신생아의 사망률이 달라지므로, 고위험 임신에 대한 평가 후 필요시 상급 의료기관으로의 전원, 그리고 적절한 치료가 이루어져야 한다. 많은 연구에서, 위험도에 따른 적절한 산모 및 신생아 분류가 주산기 예후를 향상시켰다고 보고되었으며, 메타분석에 따르면 3차 미만의 병원에서 태어난 저체중아 및 극저체중아는 3차병원에서 태어난 저체중아, 극저체중아에 비해 사망률이 높다고 알려져 있다. 이에 따라 전세계적으로 고위험 임신 및 신생아의 평가 뿐 아니라 병원 시설 혹은 제공하는 의료서비스에 대한 평가를 통해 단계를 나누어, 각 단계의 병원이 해결할 수 있는 위험도에 대해 제시하고, 높은 위험도를 가진 산모는 그 산모와 태어날 아기를 통합적으로 케어할 수 있는 병원에서 치료를 받도록 권고하고 있다.

본 육아정책 심포지엄을 통해 이러한 고위험임신, 신생아에 대한 적절한 관리에 관한 토론 역시 진행되기를 희망한다.

종합토론 3

건강한 태아 및 신생아를 위한 육아정책의 과제

김 증 임 (한국여성건강간호학회 회장)

1. 산전-조기아동기 개입의 필요성과 개입 프로그램의 설계

건강한 아기와 건강한 아동으로 성장하기 위해서는 임신 중 태아발달에 대한 관심이 필요하며 출산 후 신생아부터 5세 전까지 정상적인 활동이 보장되어야 하겠다.

부모의 사회경제적 수준(socioeconomic status, SES) 즉 교육수준, 아빠의 직업, 가정의 소득 수준은 아동의 학업능력(수학점수)과 관련이 있다. 이를 통해 부모의 낮은 SES 수준으로 인해 태어 나면서부터 불평등한 출발을 하게 된 어린이에 관심을 가질 필요성이 제기된다. 무엇보다 공적 접근을 통해 관심과 지원활동을 통해 이상적 발달경로로 끌어 올릴 수 있는 가능성이 있다는 점은 우리 사회에 희망이 될 것이다.

Nurse-Family Partnership 프로그램 효과를 통해 ‘아동에게 나은 세상’이 가능함을 보여주었다고 본다. 2009년 OECD에서 제시한 내용 가운데 자궁내환경개선, 산전/산후 서비스, 완전모유 실시, 취약한 아동에 투자, 유연한 양육정책을 비롯하여 출산 후 간호사에 의한 보편적 양육지시서비스제공과 취약아동을 위해 질 높은 가정방문프로그램을 제공하도록 한 것은 구체적인 뿐만 아니라 5세 전 초기 아동기의 중요성을 제시한 가이드라인이다.

이러한 가치철학의 실천방안으로 ‘서울아기 건강 첫걸음 사업’의 일환으로 산전-조기 아동기 개입 프로그램은 취약한 가정의 아동과 아동의 엄마에게 더 나은 세상을 보여준 프로그램으로, 다른 시도로 확산 운영되어야 할 근거를 제시하였다고 평가할 수 있다.

- 추후 해당 아동들의 성장 후 평가를 통해 조기아동기 개입의 중요성과 효과를 제시할 필요가 있다.

2. 산모·신생아 지원 정책의 개요 및 향후 과제 토론

한국의 초저출산의 현실 속에 “모든 아이가 건강하게 성장하고 발달할 수 있도록” 하겠다는 정부의 정책을 잘 요약해주었으며 대부분 육아정책연구소가 보건복지부 용역을 수행한 것과 연결되어 있다.

- 산모 신생아 정책은 다양한 사업이 있으며 임신 전/임신중/출산시/출산 후 지원사업으로 나뉘며, 서비스 지원방식에 따라 비용, 물품, 서비스, 인프라 지원으로 분류된다. 산모·신생아 지원 정책의 내용과 변화에 대한 상세한 설명과 더불어 각 지원방식에 대한 문제 제기가 있었다. 이에 대하여 건강한 태아와 신생아기를 위한 관점에서 다음과 같이 발제를 하고자 한다.
- 먼저 지원하는 측면에서 지원하는 조건이 매우 세분되어 있고, 사용을 위해서는 어떤 카드를 사용하여야 하는지를 모르는 사람들이 많다. 소득분위로 제시되는 지원 자격은 이용자들의 판단이 어려워 결국 대상자에서 누락되는 측면이 있다.
 - 출산을 하면 지자체 혹은 직장에서 출산 축하금을 주는 일본의 제도를 참고하여 단순화할 필요가 있다고 본다. 현재의 제도는 나오는 상관없는 제도로 생각하는 기임기 여성이 많이 있을 것으로 사료되므로 현 제도에 대한 인식을 확인하고 제도를 개선할 필요가 있다.
 - 다행스럽게도 2015년 고운맘카드와 I사랑카드, 고운맘지원금, 맘편한 카드를 ‘국민행복카드’로 일원화하고 산모신생아 건강관리사업도 국민행복카드에 통합한 것은 매우 바람직하다고 본다.
- 지원을 받는 과정 또한 신청, 심사, 승인에 이르기까지 몇 단계를 거치게 되어 있다. 또한 지원사업에 따라 보건소나 다른 기관에 신청을 하도록 되어 있다. 서비스주체가 보건복지부와 행정안전부로 나뉘어 있는 부분도 통합이 필요하다고 본다.

서비스 주체와 시행주체가 각각일 경우 이용하는 국민들이 제도를 이용하기 어려운 점이 있을 뿐 아니라 서비스를 제공하는 보건소와 다른 기관들의 공무원 또한 동일한 사람의 정보관리 등으로 업무효율성이 떨어질 것으로 생각된다.

- 2017년 ‘행복출산 원스톱서비스’를 제공으로 출산지원금, 양육수당을 통합신청 하도록 한 것은 이용자의 접근성과 활용성을 높일 것으로 기대한다.
- 영양플러스사업 또한 중위소득 80%이하에 제공하지만 50%를 초과하는 경우 보충식품비의 10%를 자부담하도록 되어 있다. 이 사업을 통해 2017년 수혜대상자(임산부/영유아)의 빈혈 유병율이 1/2로 감소한 것은 사업성과가 큰 것으로 평가된다. 여기에 2019년부터 3개 질환(지방산대사장애, 담관폐쇄증, 장림프관확장증)과 같은 선천성질환에 특수조제분유 지원 계획은 바람직하다. 의사로부터 진단을 받은 이용자가 지원대상자임을 쉽게 판단할 수 있기 때문이다. 더 바람직하게는 의사가 진단명을 입력하면 주소지의 보건소 컴퓨터시스템에 뜨도록 하여 선천성질환으로 육아가 어려운 부모로 하여금 특수조제분유를 편안하게 이용할 수 있도록 시스템구비가 이뤄져야하겠다.
- 아이돌봄지원사업은 여성가족부에서 시행하는 것으로 만 12세 이하 아동을 둔 맞벌이 가정에 아이돌보미가 방문하여 돌봐주는 서비스로 국민행복카드로 서비스이용이 가능하다. 이 제도는 통상적인 근무체제하에 직장을 다니고 있는 가정에서 아이가 아프지 않을 경우 편안하게 이용할 수 있는 제도로 생각된다. 다만 2교대, 3교대 근무체제인 직장인 경우와 아픈 아이도 맡길 수 없는 경우는 어느 정도 인지 그 수요가 파악이 되어 24시간 돌봄서비스를 제공하는 제도가 마련되었으면 한다.
- 고위험 산모 신생아 통합 지원센터(MFICU)가 2018년 4개소가 추가로 지원을 받아 2019년 현재 18개소가 운영되고 있다. 지금까지는 고위험 산모 신생아 통합지원센터 설립을 위해 시설과 장비, 운영비가 지원되었다. 그러나 지원기준을 보면 연간 분만 100건 이상, 신생아집중치료실(NICU) 20병상 이상으로 권역별 지원을 하고 있지만 해당 조건에 미치지 못하는 병원들이 오히려 열악한 상황일 수 있어서 지원 대상에서 탈락되고 있다고 본다. 아울러 시설뿐만이 아니라 의료 인력면에서 중환자실수준임에도 불구하고 적합한 교육없이 근무를 하는 것과 간호사: 임산부의 비율은 연구를 통해 구체적으로 규정을 만들어 개선되어야 할 문제이며, 이들이 보수교육과 인정교육을 받은 간호사일 경우 MFICU 간호수당이 지급되어 MFICU에서 이탈하지 않도록 보완장치가 필요하다.

종합토론 4

건강한 태아 및 신생아를 위한 육아정책의 과제

이 찬 우 (보바스기념병원 사회복지팀 팀장)

1. 육아정책의 주요 이슈와 쟁점을 논의하고 개선과제를 모색하기 위하여 준비된 생애주기별(태아 및 **신생아***, 영아기, 유아기, 학령기) 접근은 육아정책의 방향과 과제 변화를 기대하는 매우 전략적인 주제로서 섬세한 도전임.

(그림 1. 고위험 산모·신생아* 통합치료센터, 보건복지부, 2018, 총 16개소 운영)



2. **생명의 시작점***부터 건강한 출발이 가능하도록 목표를 두고 있는 ‘서울아기 건강 첫걸음 사업’과 ‘산모·신생아* 지원 정책의 개요 및 향후 과제’란 주제발표는 매우 통합적인 연구와 근거기반에 따른 정책적 대안을 제시하고 있기에 향후 생애주기별 접근이 기대됨
3. 첫 번째 주제강연 ‘서울아기 건강 첫걸음 사업’의 의의와 과제²⁾ 중 단계화된 연계서비스 시스템 확립을 위해 ‘사회복지사 확충’에 대한 제언에 기대감 큼.
 - 영유아건강 간호사는 주된 1단계 인력, 사회복지사는 주된 2단계 인력(6+1)
 - 산모우울, 정신과적 문제, 가정폭력, 아동학대 등의 심리사회적인 문제를 지닌 지속방문 대상

2) 서울아기 건강 첫걸음 사업: 도입과 확대 과정, 사업 내용과 성과, 그리고 향후 과제, 2018. 5, 한국모자보건학회

- 자에 대한 지원이 충분하게 이루어지지 않는 문제가 노출되어 왔음.
 - 영유아건강 간호사의 소진을 예방하고 복잡한 문제를 지닌 가정에 대한 지속방문과 3~4단계
를 포함한 단계화된 서비스 시스템의 구축을 위해서는 사회복지사는 필수인력임
 - 자치구 차원에서 전담사회복지사(사례관리, 자원조정)의 확보가 사업의 성패를 가름함
4. 두 번째 ‘산모·신생아 지원 정책의 개요 및 향후 과제’의 주제강연은 개인적으로 밀린 과제의
해결. 또한 임신·출산 신생아 지원 정책의 향후 과제에서 돌출해 주신 4개의 정책제안은 전적
으로 동의하며 지속적인 연구를 통해 장기적인 정책효과를 기대함.

○ 고위험 신생아 증가(2018, 통계청)
- 조산아, 저체중아 등 고위험 신생아도 매년 증가 추세
* 조산아(임신 37주 미만) : ('00)3.8% → ('05)4.7% → ('10)5.9% → ('15)6.9% → ('16)7.2% → ('17)7.6%
* 저체중아(2,500g 미만) : ('00)3.8% → ('05)4.3% → ('10)5.0% → ('15)5.7% → ('16)5.9% → ('17)6.2%
* 다태아 : ('00)1.7% → ('05)2.2% → ('10)2.7% → ('15)3.7% → ('16)3.9% → ('17)3.9%

5. 정책적 제언

첫째, 시범사업의 표준화된 용어사용

- 서울아기 건강 첫걸음사업(영유아가정방문서비스)은 서울시 모든 아동의 ‘공평한 출발’을 보장
하기 위한 ‘조기 아동기 건강발달 프로그램’임
- 서울특별시 25개 자치구 중 23개 자치구(송파구, 강남구 제외, 2019)의 참여로 각 보건소의
모자보건사업의 일부로 추진되고 있는 시범사업으로,
- 2017년에 행정자치부 주최 저출산 대응 우수사업 경진대회에서 행정자치부장관상을 수상
- 2014년 서울시의 5개 자치구(구로구, 도봉구, **서대문구**, **양천구**, 중랑구)가 참여

시범사업	서대문구	양천구
전달체계	보건사업(8)/ 모자보건(5)	보건프로그램(13)/ 모자보건(5)
용어	서울아기 건강 첫걸음	서울아기 건강 첫걸음사업(영유아가정방문서비스)
대상	관내(주민등록상) 주소지를 둔 임신부 중 임신 20주 ~ 생후 2년 영유아	관내 20주이상 임신부~영유아 만2세
보편방문 서비스	출산후 4주 이내(1~2회 방문), 대상이 많을 경우 취약계층 대상 우선 서비스 지원	모든 임신부, 출산후 4주이내 1회 방문
지속방문 서비스	산전 20주~영유아 만 2세까지(총 25회 방문)	임신20주~영유아 만 2세까지 20~25회 방문

둘째, 생애 첫 시작인 '태아 및 신생아기' 구분에 대한 사회적 합의

- 모자보건법* 제16245호(일부개정 2019. 01. 15.)에 의거 '태아'란 모체의 태 속에서 자라고 있는 아이이며, '신생아'란 출생 후 28일 이내의 영유아로 정의됨
- 사회 공익성 표준을 세우기 위한 생애주기별 육아정책의 대상인 '임신·출산 및 태어난 신생아'로 '미숙아' 역시, 모자(母子)체계에서 간과하지 말아야 할 영역

임산부 및 신생아(모자보건법 제2조 정의)

임산부 (임신 중이거나 분만 후 6개월 미만인 여성)	미숙아* (신체의 발육이 미숙한 채로 출생한 영유아)	신생아 (출생후 28일 이내)	영유아 (6년 미만)
---	---	----------------------------	-----------------------

셋째, 공평한 출발을 위한 시각지대(미숙아/ 이른둥이)의 균형적인 집중

- 사업의 목표 : '서울아기 건강 첫걸음 사업'은 "건강한 미래를 위한 **공평한 출발**"을 모토로 6개를 두고 있음.
- 그중 (5) **생명의 시작점부터** (6) **건강한 출발이 가능**하도록 하는 데에 궁극적 목표를 둬.

제8조(임산부의 신고 등)

4항	미숙아나 선천성이상아가 출생	보건소장에게 보고
5항	미숙아 또는 선천성이상아(이하 "미숙아등"이라 한다)의 출생을 보고받은 보건소장	보호자가 해당 관할 구역에 주소를 가지고 있지 아니하면 그 보호자의 주소지를 관할하는 보건소장에게 그 출생 보고를 이송

- 이른둥이 : '미숙아'를 달리 이르는 말(국립국어원 공모)
 - 1) WHO 기준 : 재태기간 37주 미만(미숙아) & 출생체중 2,500g(저체중 출생아)
 - 2) 서울대학교병원, 의학정보 : 출생체중 2,500g 미만이거나 재태기간 37주 미만 출생아기를 통칭하여 이른둥이
 - 3) 질병관리본부/ 한국신생아네트워크(Korean Neonatal Network, KNN **구축, 2013**) : 극소저체중출생아 (1500g 미만, extremely low birth weight) 출생 직후부터 생후 3년까지 추적 관리
- 지원방식(보건복지상담센터 <http://www.129.go.kr>, 국민건강보험공단)
 - 1) 미숙아 및 선천성이상아 의료비지원
 - 2) 조산아 및 저체중출생아 외래진료비 본인부담률 경감제도(2017)
 - 3) 고위험 산모·신생아 통합치료센터
 - 4) 민간 : 다솜이작은물결살리기(아름다운재단), 도담도담지원센터(기아대책)

3) 신생아 7.2%인 3만 여명이 이른둥이(37주 미만, 2.5kg 이하 출생)로 출생(2016, 대한소아과학회)

- 지원정책은 산모·신생아로, 지원 방식도 생애주기별 지원 시기에 따른 분류로 구분(임신 전, 임신·출산 시기, 출산 등) : 산모/ 임신부에 맞추어 있음.
- 지금까지의 미숙아를 위한 지원정책은 단계적 확대 경향은 있지만 총괄적 차원에서 미비점이 존재함.
- ① 출산결과가 조산, 저체중 & 선천성이상아의 경우는 어떠한가?
 - 신생아중환자실(NICU)에 입원(산모-신생아 집중치료센터와 통합운영) 및 NICU 퇴원후 30% 재입원(2013, 대한신생아학회 조사통계위원회)
 - 경제적 부담 크고, 양육정보 부족, 보호자 59.9% "자녀 더 이상 출산하지 않거나 덜 낳겠다" (2018, 대한신생아학회, 이른둥이 양육 및 치료 환경 실태조사)
- ② 거버넌스 측면에서
 - 해당 예산규모의 확대와 국가차원의 미숙아 관련 통합적인 관리체계 및 전략수립
 - 임신기간 중의 미숙아의 예방감소 방안 그리고 종합 주산기 관리체계의 구축
 - NICU DischargePlan(퇴원계획) 수립에서 반드시 보건소를 포함한 사례관리의 책무성 등 지역사회 자원과의 심도 있는 연계활동 확충(보건복지부, 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 시범사업/ 의료기관 퇴원지원 시범사업, 충남 천안시, 2019)
- ③ 끝으로, 조기 아동기 개입 프로그램은 매우 큰 비용~편익 비를 보인다(Karoly et al., 2005) : 취약한 아동에 대해 좀 더 많이 투자하라.(아동발달보고서, Doing Better for Children, OECD, 2009)

종합토론 5

육아정책 심포지엄 토론

이 우 령 (한국모자보건학회 학술위원회 위원장)

2018년 출생아수는 32만 6천 9백명으로 전년대비 8.6% 감소하였고 합계출산율은 출생통계 작성 이래 최저치인 0.98 명이다. 출산율이 역대 최저인 저출산시대에 저출산고령화와 이른둥이 증가는 피할 수 없는 우리사회의 현실이다. 늦은 결혼, 난임, 고위험임신, 다태아, 이른둥이의 증가는 필연적인 결과이며 전체 신생아중에서 이른둥이가 차지하는 비율이 점차 증가하고 있다. 이른둥이의 생존율의 향상과 함께 이른둥이 가정의 의료비 부담은 증가되었으며 이에 국가는 다양한 이른둥이 의료비 부담완화정책을 시행하여 이른둥이 가정에 큰 도움이 되고 있다. 보건복지부 보험급여과에서는 신생아집중치료실 치료에 필요한 필수 비급여항목들을 급여화하여 보장율을 개선하였고 그럼에도 불구하고 발생하는 의료비 부담 부분은 보건복지부 출산정책과의 미숙아/선천성 이상아 의료비 지원사업을 통하여 지원하고 있다.

그러나 이른둥이가 신생아집중치료실을 퇴원하면서부터는 이른둥이 보육이 부모와 가정의 몫이 되며 이른둥이 보육 부담완화 정책이 필요한 상황이다. 이른둥이 가정을 대상으로 한 서베이에서 신생아집중치료실을 퇴원한 이후에 정부 지원이 필요한 부분이 무엇인지는 질문에 치료부담금 경감, 가정 양육비지원, 전담 육아 도우미 보조지원, 전담 어린이집 설치 등을 답변하였다. 이중 치료 부담금 경감부분은 보건복지부에서 이른둥이의 외래 본인 부담률을 경감하여 개선되었지만 발달장애를 위한 비용과 육아에 대해서는 개선이 시급히 필요한 실정이다.

저출산시대에 한명의 아기라고 더 살아야 한다는 사회적 요구에 따라 신생아집중치료실입원치료에 대한 지원은 개선되고 있으며 실제로 많은 도움이 되고 있다. 그러나 퇴원후에도 신체적, 정신적으로 체계적 관리를 받아야 하는 고위험군임에도 불구하고 현재까지는 이에 대한 사회 의료 시스

템의 부재로 인해 추적률이 저조하며 적절한 관리가 되고 있지 않다. 합의된 프로토콜을 갖추고 이
른둥이의 발달을 체계적으로 추적관리하여 장기적인 예후를 모니터하는 노력이 필요하다.

이른둥이를 출산한 가정의 62%가 더 이상 출산하고 싶지 않다고 하며 이는 프랑스 이른둥이 부
모들의 71%가 이른둥이 출산이후에도 자녀계획에는 변화가 없다고 답변한 것과 많은 차이가 있다.

이른둥이 출생은 가정의 기존자녀와 가족 구성원의 케어에 좋지 않은 영향을 끼치고 근로 손실
과 비용 부담의 문제점을 증가시키므로 이른둥이 지원은 사회국가적 차원의 저출산문제의 해결책
으로 접근되어야한다.

