

임신·출산 지원 보건의료정책의 현황과 추진 방향¹⁾



Health Policies in Support of Pregnancy and
Childbirth: Progress and Challenges

이소영 | 한국보건사회연구원 연구위원

본고에서는 저출산에 대한 대응책으로서 지난 10년 이상 추진되어 온 임신·출산 지원 보건의료정책을 살펴 보았다. 임신·출산을 지원하기 위한 보건의료정책의 향후 기본적인 방향은 지원 대상과 범위 확대와 내실화이다. 무엇보다 개개인의 임신·출산과 관련된 의료적 필요를 충족시킬 수 있는 보건의료적 서비스 인프라 구축을 통해 접근도를 향상시켜야 한다. 또한 양적인 확대와 함께 제공되는 서비스의 질이 보장되어야 할 것이다. 인프라의 양과 질이 보장된 상태에서 필수적인 의료비가 지원될 때 임신·출산 지원 보건의료정책이 실효성 있는 저출산 대응책이 될 것이며, 출산에 대한 사회적 책임이 제대로 이루어질 것이다.

1. 들어가며

우리 사회에서 저출산 현상은 오랜 기간 지속되어 온 심각한 문제이다. 우리나라의 저출산 현상은 여성 한 사람이 가임 기간(15~49세) 동안

낳을 것으로 예측되는 평균적인 자녀 수인 합계출산율이 큰 폭으로 떨어졌고, 빠른 속도로 진행되며, 오랜 기간 지속되고 있다는 점에서 매우 심각하다고 볼 수 있다. 우리나라는 특히 2001년 초저출산의 기준인 합계출산율 1.3명

1) 본고는 '이소영, 최인선(2016). 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제'를 재구성하였음.

수준에 도달하면서 약 15년 이상 초저출산 국가로 국내외에 알려져 있는 상황이다.

출산은 더 이상 개인의 책임이 아닌 사회의 책임이며, 저출산 문제가 국가 개입의 당위성이 있는 사회문제로 인식됨에 따라 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 저출산 대응 정책을 추진 중이다. 2005년 ‘저출산·고령사회기본법’ 제정과 더불어 ‘저출산·고령사회위원회’가 구성되면서 본격적으로 국가적 개입이 시작되었다고 볼 수 있는데, ‘저출산·고령사회기본법’을 토대로 5년마다 범국가적 중장기 계획인 저출산·고령사회기본계획을 수립해 저출산 대응 정책을 추진 중이다. 2006년 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010), 2010년 제2차 저출산·고령사회기본계획(2011~2015), 2015년 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)이 수립되어 시행되고 있다. 이러한 저출산·고령사회기본계획하에 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 임신·출산 지원 사업을 운영하며 저출산 대응책을 마련하고 있다.

저출산 대응책으로서 지난 10년 이상 추진되어 온 임신·출산 지원 보건의료정책은 관련 인프라를 확충하는 정책, 임신과 출산에 소요되는 직접적인 비용을 지원하는 정책, 서비스를 제공하는 정책으로 구분해 살펴볼 수 있다.²⁾ 본고에서는 저출산 대응책으로서의 임신·출산 지원 보건의료정책을 개괄적으로 살펴보고 나아가야 할 방향을 제시하고자 한다.

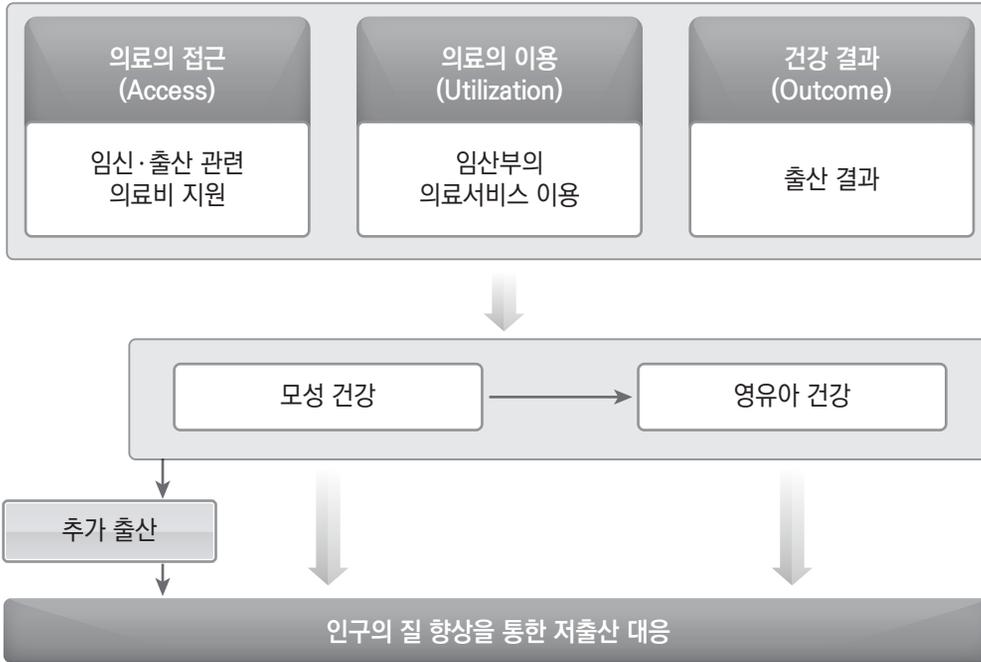
2. 저출산 대응 정책으로서의 임신·출산 지원 보건의료정책

저출산에 대한 확실한 해결 방법은 출산의 증가이기 때문에 출산과 직접적으로 관련된 모성 건강 증진을 위한 정책은 저출산 대응 정책으로서 중요한 부분을 차지한다. 인구정책적 관점에서 모성 건강은 인구 자질의 향상이라는 측면에서 저출산 대응을 위한 중요한 요소이다(그림 1). 저출산 문제에 효과적으로 대응하기 위해서는 단순한 인구의 양적 증가만을 목표로 할 것이 아니라 인구의 질적 향상 측면을 포함해야 한다. 이러한 관점에서 임신·출산을 지원하는 보건의료정책은 의료 접근성을 향상시켜 올바른 의료이용을 하도록 함으로써 바람직한 출산 결과가 산출되고 모성과 신생아의 건강이 향상되는 데 영향을 미친다고 볼 수 있다. 또한 모성을 보호함으로써 모성이 돌보는 영유아가 건강해지며 향후 건강한 추가 출산이 가능해지므로 인구의 질이 향상된다는 것이다. 이러한 측면에서 임신·출산을 지원하는 보건의료정책은 저출산 대응책으로서 중요한 의미가 있다.

저출산 대응책으로서 현재 중앙정부에서 추진하고 있는 임신·출산 지원 보건의료정책은 제3차 저출산·고령사회기본계획(2016~2020)에서 찾아볼 수 있다. 제3차 기본계획에서는 ‘임신·출산의 국가 책임’을 목표로 임신·출산 의료비

2) 이소영, 최인선(2015). 임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제. 한국보건사회연구원.

그림 1. 임신·출산 지원 보건의료정책의 인구 자질 향상을 통한 저출산 대응 과정



자료: 이소영, 최인선(2016). 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제. 한국보건사회연구원. p.20.

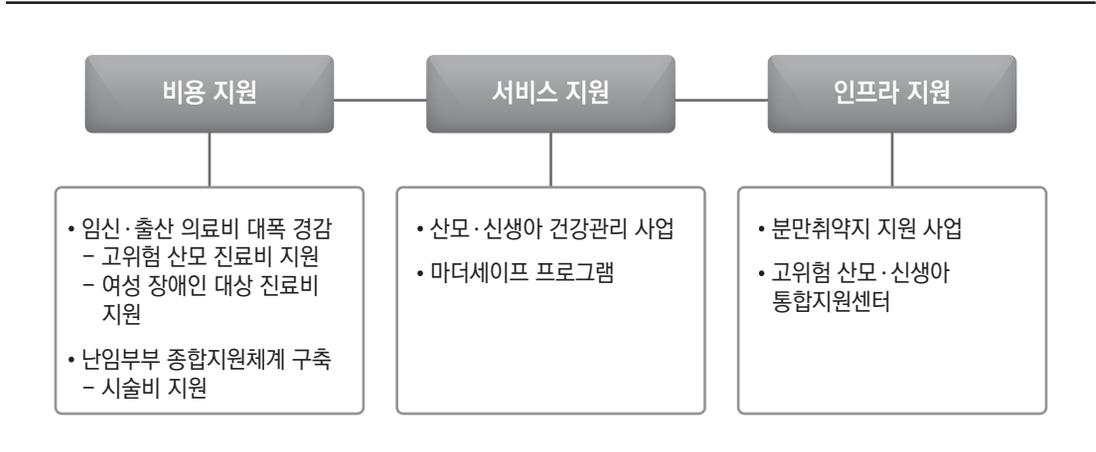
대폭 경감, 안전한 분만 환경 조성, 난임부부 종합지원체계 구축, 임신·출산에 대한 사회적 배려 강화, 여성 건강 증진이라는 세부 목표를 가지고 다양한 정책을 추진 중이다. 대표적인 예로, 여성의 건강 증진을 위해 만 12세 여아의 자궁경부암 예방접종을 지원하는 정책, 임신을 지원하는 정책(난임부부 인공수정 시술비 지원, 난임휴가제 도입), 임산부에 대한 사회적 배려를 조성하고 분만취약지에 산부인과를 설치하며 출산과 관련된 건강 정보를 제공하여 안전한 분만 환경을 지원하는 정책, 임신·출산 관련 의

료비를 지원해 주는 정책, 산모와 신생아의 건강관리서비스를 지원하는 정책이 있다.

이러한 임신·출산 지원 보건의료정책은 크게 세 가지 유형으로 구분할 수 있다. 즉, 현금이나 바우처(voucher)를 통한 비용 지원, 직접적인 서비스를 제공하는 서비스 지원, 필요한 인프라를 제공하기 위해 시설비와 운영비를 지원하는 인프라 지원으로 구분할 수 있다(이소영 등, 2016). 유형별 대표적인 사업은 [그림 2]와 같다.

비용·서비스·인프라 지원의 세 가지 유형에 따른 대표적인 사업은 다음과 같이 정리할 수 있다(표 1).

그림 2. 임신·출산 지원 보건의료정책



자료: 이소영, 최인선(2016). 임신·출산 보건의료 지원정책 평가와 정책과제. 한국보건사회연구원. p.29.

표 1. 임신·출산 지원 보건의료정책

지원 유형	사업명	사업 개요
비용 지원	임신·출산 진료비 지원 사업	임산부를 대상으로 임신·출산과 관련해 지출한 의료비용(임신당 단태아 기준 50만 원)을 지원하는 제도
	고위험 임신부 의료비 지원 사업	고위험 임신부를 대상(3대 고위험 질병을 가지고 있으며 월평균 소득이 150% 이하인 가구의 구성원)으로 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하는 제도
	청소년 산모 임신·출산 진료비 지원 사업	만 18세 이하 산모를 대상으로 임신 1회당 120만 원 범위 내에서 진료비를 지원하는 제도
	여성 장애인 대상 임신·출산 진료비 지원 사업	출산 및 유산·사산한 1~3급 등록 여성 장애인을 대상으로 출산 시 태아 1인 기준 100만 원을 지원하는 제도
	난임부부 시술비 지원 사업	난임부부를 대상(부인 연령 44세 이하)으로 시술비(체외수정 또는 인공수정)를 일부 지원하는 제도
서비스 지원	산모·신생아 건강관리 지원 사업	출산 가정을 대상(월평균 소득 65% 이하)으로 산모·신생아 건강관리사가 산후관리 서비스(단태아 기준 12일)를 제공하는 제도
	마더세이프 프로그램	임산부와 예비 임신부를 대상으로 임신 및 모유수유 등 임신과 관련한 올바른 정보를 제공함으로써 건강한 임신과 출산을 지원하는 제도
인프라 지원	분만취약지 지원 사업	분만 가능한 산부인과가 없는 분만취약지역에 산부인과를 설치, 운영할 수 있도록 시설과 장비를 지원하는 제도
	고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업	임신·출산 인프라가 부족한 지역을 거점으로 산과·소아과 통합치료센터를 구축하여 고위험군의 산모와 신생아에게 의료서비스를 제공하는 제도

자료: 이소영, 최인선(2016). 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제. 한국보건사회연구원. p.30.

가. 임신·출산 비용 지원 정책

임신·출산 비용 지원 정책은 임신·출산 진료비 지원 사업, 고위험 임신부 의료비 지원 사업, 청소년 산모 임신·출산 진료비 지원 사업, 여성 장애인 대상 임신·출산 진료비 지원 사업, 난임 부부 시술비 지원 사업이 대표적인 예이다. 모든 임신부를 대상으로 하는 임신·출산 진료비 지원 사업은 바우처를 통한 비용 지원 사업으로, 고운맘카드(국민행복카드)로 잘 알려져 있다. 고운맘카드는 2015년 5월부터 기존에 정부에서 지원하던 국가 바우처(아이행복카드, 고운맘카드, 맘편한카드, 희망e든카드)를 하나로 통합하여 이용할 수 있도록 만든 ‘국민행복카드’로 명칭이 변경되었다. 해당 사업은 산전 진찰, 분만 등 임신·출산 관련 의료비 부담을 경감하여 출산 친화적 환경을 조성하고 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 임신·출산 관련 진료비(급여·비급여)의 본인부담금 지불에 사용할 수 있

는 바우처를 제공하는 사업이다. 지원 대상은 임신확인서로 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자로서 임신·출산 진료비 지원을 신청한 의료급여를 수급하는 대상자를 제외한 모든 임신부이다.

임신·출산 진료비 지원 사업은 저출산 대응책으로서 제1차 저출산·고령사회기본계획(2006~2010) 내에서 시작되었지만 이와 동시에 2005년부터 시작된 건강보험 보장성 강화 맥락에서도 추진된 것이라고 볼 수 있다. 임신부를 지원하는 보편적인 제도로써 해당 사업은 이용 기관, 일일 이용 금액, 지원 금액이 지속적으로 확대되었다. 지원 금액은 도입 당시인 2008년 12월 20만 원이었던 것이 현재까지 50만 원으로 확대되었다. 또 대상에 따라 금액을 차등화하여 다테아(2012. 7.)이거나 분만취약지(2016. 7.)에 거주하는 경우 70만 원(다태아 90만 원)을 지원하고 있다(표 2).

표 2. 임신·출산 진료비 정책: 지원 금액의 변화

지원 금액	시행 시기
20만 원	2008. 12.
30만 원	2010. 4.
40만 원	2011. 4.
50만 원	2012. 4.
다태아의 경우 70만 원	2012. 7.
분만취약지(37곳)에 거주하는 경우 단태아 70만 원, 다태아 90만 원	2016. 7.

해당 사업은 지원 금액뿐만 아니라 1일 한도 금액도 도입 당시 4만 원에서 지속적으로 확대되어 2013년에는 사용 한도가 폐지되었다. 이용 가능 기관 역시 점차 확대되어 산부인과 전문의가 상주하여 근무하는 요양기관에서만 이용이 가능했던 것이 조산원(2012), 한방의료기관(2013)으로까지 확대되었다. 이용 기간도 점차 확대되어 도입 당시에는 분만 예정일 이후 15일까지 사용 가능했으나 현재는 분만 예정일 이후 60일까지 허용되고 있다.

임신·출산 진료비 지원 정책은 제3차 저출산·고령사회기본계획에 따라 사업 자체의 확대보다는 보험 적용이 되지 않은 초음파, 상급병실료 등에 대한 보험 적용, 제왕절개 시 무통수사의 건강보험 적용과 본인부담 면제 등을 통해 임신·출산에 소요되는 비용을 경감하고자 하는 방향으로 추진되고 있다.

고위험 임신부 의료비 지원 사업은 '안전한 분만 환경 조성'을 목표로 추진되고 있다. 고위험 임신부 의료비 지원 사업은 고위험 산모의 추가 소요 비용을 지원하는 것으로, 고위험 임신의 적정 치료와 관리에 필요한 진료비를 지원함으로써 경제적 부담을 경감해 건강한 출산과 모자 건강을 보장하는 것을 목적으로 한다. 해당 사업은 2014년 예비타당성 조사를 실시한 결과를 토대로 2015년 하반기부터 시작되었다. 지원 대상은 전국 가구 월평균 소득 150% 이하 가구의 구성원이면서 3대 고위험 임신 질환(조기 진통, 분만 관련 출혈, 중증 임신중독증)으로 진단받고 입원 치료를 받은 임신부이며, 자궁

내 태아 사망 등으로 사산한 경우도 지원 대상에 포함된다. 다만, 외국 국적인 자나 국외 이주자는 지원 대상에서 제외된다.

3대 고위험 임신 질환의 입원 치료에서 가계 부담이 큰 비급여 본인부담금(선택진료비, 상급병실료 등)을 지원하는 것을 주요 내용으로 하며, 지원 금액은 1인당 300만 원까지이다. 고위험 임신부 의료비 지원 사업은 제3차 저출산·고령사회기본계획에 따라 고위험 임신부 입원 치료에 따른 비급여 의료비 지원의 세부 기준(지원 대상·기간, 질병 코드, 필수 진료 내역 등)을 단계적으로 완화하는 것을 목표로 추진되고 있다.

청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 사업의 목적은 산전관리가 취약한 청소년 산모를 대상으로 임신·출산 진료비를 지원함으로써 청소년 산모와 태아의 건강을 증진하는 데 있다. 지원 대상은 소득과 재산 기준에 상관없이 만 18세 이하의 산모로 '청소년 산모 임신·출산 의료비 지원 신청 및 임신확인서'를 발급받아 신청하면 된다. 산부인과 병·의원에서 임신·출산과 관련하여 진료받은 급여 또는 비급여 의료비(초음파 검사 등) 중 본인부담 의료비에 대해 임신 1회당 120만 원 범위 내에서 지원되며, 분만 예정일 60일 이후까지 사용할 수 있다. 보편적으로 지원되는 임신·출산 진료비 지원 사업과 같은 국민행복카드로 지원된다.

청소년 산모를 대상으로 임신·출산 관련 의료비를 지원하는 사업의 목적이 건강 증진에 있다면 여성 장애인 대상 출산 비용 지원 사업의 목적은 비장애 여성에 비해 임신과 출산 시 비용

이 추가로 소요되는 여성 장애인에게 출산 비용을 지원함으로써 경제적 부담을 경감하고 출산 친화적인 문화를 조성해 삶의 질을 개선하는데 있다. 여성 장애인 대상 임신·출산 의료비 지원 사업의 대상은 1~6급의 등록된 여성 장애인 중 출산 및 유산·사산한 자이다. 해당 사업은 출산(유산·사산 포함) 시 여성 장애인 본인 명의의 계좌로 태아 1인 기준 100만 원을 지원하는 방식으로 추진되고 있다. 여성 장애인 대상 임신·출산 의료비 지원의 경우 중앙정부의 지원 외에도 지방자치단체에 따라 추가적인 지원을 하고 있다.

난임부부 시술비 지원 사업의 목적은 체외수정 시술과 인공수정 시술 등 특정 치료를 요하는 일정 소득계층 이하의 난임부부에게 시술비 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감하는 것을 일차적 목적으로 하고 있다. 이를 통해 임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거하고, 난임부부가 희망하는 자녀를 갖게 하여 행복한 가정을 영위케 하고, 저출산 극복 효과를 달성하고자 하는 것을 최종 목표로 한다. 2006년부터 시작된 난임부부 시술비 지원 사업에서는 지원 대상, 지원 금액, 지원 횟수 등이 지속적으로 확대되었다(표 3).

난임부부 시술비 지원 사업의 대상은 법적 혼인 상태에 있는 난임부부로서 접수일 현재 부인의 연령이 만 44세 이하여야 하며, 부부 중 최소한 한 명은 주민등록이 되어 있는 대한민국 국적 소유자여야 한다. 난임 시술비 지원을 받기 위해서는 의사의 '난임진단서'를 제출해야 한다.

난임부부 시술비 지원 사업의 지원 금액과 횟수는 점차 확대되어 2016년 9월부터 체외수정 시술 최대 6회(신선배아 3회, 동결배아 3회), 인공수정 시술 3회까지 지원 가능하다. 동결배아가 발생하지 않은 경우 신선배아 4회까지 지원하고, 동결배아 이식 비용 지원을 1회라도 신청하는 경우 추후 동결배아 발생이 없더라도 신선배아 이식비 지원 기회를 총 3회로 제한한다. 체외수정의 경우 신선배아(3회) 1회당 190만 원 범위 내(기초생활수급자 300만 원), 동결배아(3회) 1회당 60만 원 범위 내에서 지원하며 인공수정은 1회당 50만 원 범위 내에서 지원한다.

난임부부를 지원하는 정책은 제3차 저출산·고령사회기본계획에 따라 난임부부 종합지원 체계 구축을 목표로 다양한 추가 지원을 계획하고 있다. 난임치료 시술비와 시술을 위한 제반 비용에 건강보험을 적용하여 의료비 부담을 경감하고자 하며, 난임 시술 의료기관을 평가하고 난임 시술에 대한 표준의학적 가이드라인을 제정하는 등 질 관리를 강화하고자 한다. 또 의료·심리 종합 상담을 위한 중앙·권역 난임전문상담 센터를 설치하고 난임휴가제도를 도입하는 것도 검토하고 있다.

나. 임신·출산 서비스 지원 정책

임신·출산 서비스 지원 정책은 산모·신생아 건강관리 사업과 마더세이프 프로그램이 대표적인 예이다. 정부가 직접 서비스를 제공하는 형태인 산모·신생아 건강관리사 사업은 출산 가

표 3. 난임부부 시술비 지원 사업

연도	지원 내용
2006	체외수정 시술비 지원 (지원 횟수) 2회 (선정 기준) 도시 근로자 월평균 소득 130% 이하 (지원 금액) 1회당 150만 원(기초수급자 255만 원) 범위 내
2009	체외수정 시술비 지원 횟수 및 기초생활수급자 지원 금액 확대 (지원 횟수) 2회 → 3회 (기초수급자 지원 금액) 255만 원 내 → 270만 원 범위 내
2010	지원 대상자 확대 및 인공수정 시술비 신규 지원 (선정 기준) 도시 근로자 월평균 소득 130% → 전국 가구 월평균 소득 150% 이하 (지원 대상) 건강보험료(소득 수준)가 낮은 배우자의 보험료는 50%만 합산하여 선정 기준 적합 여부 판정 (인공수정 시술비) 1회당 50만 원 범위 내에서 3회까지 신규 지원
2011	체외수정 시술비 지원 금액과 지원 횟수 확대 (지원 횟수) 3회 → 4회 (지원 금액) 1회부터 3회까지는 1회당 150만 원 범위 내(기초수급자 270만 원) → 180만 원 범위 내(기초수급자 300만 원), 4회는 100만 원 범위 내
2013	체외수정 시술비 4회차 지원 금액 확대 (4회차 시술비) 100만 원 범위 내 → 180만 원 범위 내
2014	체외수정 시술비 최대 6회차까지 지원 확대 (시술비 구분 지원) 신선배아 3회, 동결배아 3회로 시술비 지원 확대 (동결배아 미발생) 신선배아 4회까지 지원
2015	체외수정 시술비 신선배아 지원 금액 확대 (신선배아 시술비) 1회당 180만 원 범위 내 → 1회당 190만 원 범위 내
2016	지원 대상자 확대 및 지원 횟수 확대 (지원 대상) 소득 기준을 폐지하여 월평균 가구 소득 150%를 초과하는 가구에 인공수정 시술비(20만 원)와 체외수정 시술비(신선배아 100만 원, 동결배아 30만 원)를 최대 3회까지 지원 (지원 횟수) 신선배아 3회 → 4회(316만 원 이하 가구) (지원 금액) 신선배아 190만 원 → 240만 원 이내(110만 원 초과~316만 원 이하 가구), 동결배아 60만 원 → 100만 원 이내(110만 원 초과~316만 원 이하 가구), 60만 원 → 80만 원 이내(316만 원 초과~583만 원 이하 가구)

자료: 이소영, 최인선(2016). 임신·출산 보건 의료 지원 정책 평가와 정책과제. 한국보건사회연구원. pp.34-35.

정에 건강관리사를 파견하여 산후관리를 지원함으로써 산모와 신생아의 건강을 증진하고 출산 가정의 경제적 부담을 경감하는 한편, 산모·신생아 건강관리사 양성을 통해 사회적 일자리를 창출하는 것을 목적으로 한다. 해당 사업은 산모·신생아 건강관리사가 일정 기간 출산 가정을 방문하여 산후관리를 도와주는 산모·신생아

건강관리서비스 이용권을 지급하는 사업이다.

산모·신생아 건강관리 지원 사업은 2006년 45개 기관에서 제공하는 것으로 시작돼 2013년부터 '산모·신생아 건강관리 지원 사업'으로 명칭이 변경되었으며, 서비스 가격 자율화를 시행하고 있다. 산모·신생아 건강관리 지원 사업의 대상은 지속적으로 확대되었다. 2006년에는

최저생계비 130% 이하, 둘째아 이상을 출산한 가정이 대상이었으나 현재 전국 가구 월평균 소득 65% 이하의 출산 가정이 대상이다. 지원 기간은 단태아의 경우 12일, 쌍태아 18일, 다태아 또는 중증장애 산모인 경우 24일이다. 서비스 가격은 보건복지부가 정한 상한선 내에서 개별 제공 기관이 자율적으로 책정하고 있으며 정부 지원금(소득 수준 및 신생아 유형에 따라 차등 지원)과 본인부담금(서비스 추가격에서 정부 지원금을 뺀 차액)으로 지불되고 있다. 해당 사업은 보편적인 사업으로 더 많은 산모에게 지원할 수 있도록 확대하는 방향으로 추진되고 있다. 즉, 앞으로 서비스 지원 기간을 확대하고, 지역별 양성교육 수료자의 풀(pool)을 구축하고, 서비스 연계체계를 강화하는 등 서비스 제공 인력을 확보하고 질을 높이고자 한다.

안전한 분만 환경을 조성하기 위해 서비스를 제공하는 사업인 마더세이프 프로그램은 다양한 목적으로 추진되고 있다. 우선, 임신 초기에 노출된 약물과 알코올, 방사선 및 화학물에 의한 선천성 기형 발생률에 관해 전문적인 상담을 제공함으로써 불필요한 임신중절을 예방하고 건강한 임신을 돕고자 한다. 둘째, 모유수유를 하는 엄마가 부득이하게 약물치료를 받아야 하는 경우 모유수유에 적합한 약을 복용하도록 돕는다. 셋째, 예비 임신 부부의 장래 아기에 대한 위험 요인을 평가하고 개선함으로써 예비 임신

부에게 맞는 맞춤형 계획 임신을 제공하며 건강한 아기 출산을 돕는다. 마더세이프 프로그램은 이러한 목적으로 민간에서 ‘한국마더리스크프로그래밍’이라는 이름으로 운영되다가 2010년 4월 ‘한국마더세이프전문상담센터’로 확대 개편되면서 보건복지부 예산을 지원받아 명칭이 변경되고 확대 개편된 사업이다. 지원 대상은 예비 부부와 임신부이며 다양한 종류의 상담 서비스를 제공하고 있다. 향후 상담의 횟수와 종류를 확대할 뿐만 아니라, 사업 수행 기관을 확대하는 방향으로 추진되고 있다.

다. 임신·출산 인프라 지원 정책

임신·출산 인프라 지원 정책은 안전한 분만 환경 조성이라는 목표를 가진 분만취약지 지원 사업과 고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업이 대표적인 예이다. 분만취약지 지원 사업은 인프라를 지원하는 대표적인 사업이다. 분만취약지 지원 사업은 분만 가능한 산부인과가 없는 분만취약지역에 산부인과가 설치, 운영될 수 있도록 시설, 장비비 등을 지원하여 분만취약지 문제를 해소하는 것을 일차적인 목표로 하고, 이를 통해 안정적인 분만 환경과 인프라를 구축하고 산모와 신생아의 건강을 증진하는 것을 이차적인 목표로 한다. 분만취약지 지원 사업은 분만취약지³⁾에 분만 산부인과를 지원하는 사업과 외래 산부인과를 지원하는 사업, 순회·

3) 분만취약지는 60분 내 분만의료이용률(60분 내에 이동 가능한 의료기관을 이용한 분만 건수/관내 총분만의료이용 건수)이 30% 미만이고, 분만 가능한 의료기관까지 60분 내에 도달하기 어려운 가임 여성 비율이 30% 이상인 지역.

진료 산부인과를 지원하는 사업으로 구분되어 추진되고 있다. 분만취약지 중 분만 산부인과의 설치·운영이 가능한 지역에는 분만실 등의 시설과 장비, 인력을 갖추어 분만 산부인과의 지정, 운영한다. 외래 산부인과 지원 사업은 분만 산부인과 설치가 어려운 경우 외래 산부인과의 시설, 장비, 인력을 갖추어 외래 산부인과의 지정, 운영하는 것이다. 산부인과의 설치하기 어려운 경우 인근 생활권 내에 배후 도시 거점 산부인과의 지정, 운영함으로써 취약지 대상 분만서비스, 산전 진찰과 산후관리 순회 진료 등을 지원한다. 해당 사업은 60분 내에 분만의료기관에 접근하기 힘든 인구의 전체 가임 인구 대비 비율을 감소시킴으로써 분만취약지 문제를 해소하고 취약지·야간 분만 가산 수가 개선 등을 통해 분만취약지 발생을 예방하는 방향으로 추진되고 있다.

고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업은 임신에서 출산에 이르는 주산기(임신 20주~출생 4주) 동안 고위험 산모와 태아, 신생아가 체계적이고 전문적인 치료를 받을 수 있도록 산과, 소아과의 통합 치료 모델을 구축함으로써 건강한 임신·출산을 지원하기 위해 추진하는 사업이다. 2014년부터 행정 권역을 고려하여 고위험 산모의 분만·치료와 고위험 신생아 치료를 전담하는 '고위험 산모·신생아 통합치료센터'의 설치·운영비를 지원하고 있다. 고위험 산모·신생아 통합치료센터로 선정돼 센터를 설치한 의료기관은 2015년 3개, 2016년 3개로 현재 운영 중이며, 2016년 3개가 추가로 선정되어 센터를 설치하고 있다. 고비용 저수익으로 의료기

관이 스스로 진입하기 어려운 고위험 산모를 위한 분만 인프라가 구축되도록 지속 가능한 센터 모형을 개발하고 확산, 정착할 수 있도록 지원하는 것이 사업의 궁극적인 목표이다. 고위험 산모·신생아 통합지원센터의 이용자는 산과적 위험 요소(obstetric risk factor), 내과적 위험 요소(medical risk factor), 신체적 위험 요소(physical risk factor)가 있거나 현재의 임신 위험 요소(current pregnancy risk factor)가 있는 고위험 산모와 임신 28주 미만에 출생한 조산아이다.

해당 사업은 고위험 산모 진료의 질 향상을 위한 표준화된 임상진료지침, 고위험 산모와 출생아 진료, 환자 이송에 대한 지침, 진료의 질 향상을 위한 교육 프로그램 개발 등의 다양한 사업을 추진하고 있다. 또한 고위험 산모와 신생아 이송이 원활하도록 권역 내 관련 기관과 진료의뢰체계 및 환자 상태에 따른 역이송체계를 구축하기 위한 사업을 추진하고 있다. 고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업은 해당 센터가 권역별로 설치되도록 확대하는 방향으로 추진되고 있다.

3. 나가며

임신·출산을 지원하는 보건의료정책은 해당되는 사업들이 대체로 합계출산율이 1.08명이라는 최저 수준에 도달한 2005년 이후 시작되었고 저출산 문제가 지속되고 심화됨에 따라 확대되어 왔다는 점에서 저출산 대응책으로서 중요한 역

할을 하고 있다고 볼 수 있다. 임신·출산 지원 보건 의료정책은 범국가적 저출산 대응 정책인 저출산·고령사회기본계획에 명시되어 있다. 비용, 서비스, 인프라의 지원을 통해 임신·출산을 지원하기 위한 보건 의료정책의 향후 기본적인 방향은 지원 대상과 범위에서의 정책 확대와 내실화이다.

이를 위해 우선적으로 정책의 인지도를 높이기 위한 홍보가 선행될 필요가 있다. 합계출산율이 1.3명 이하인 초저출산 현상이 지속되는 현실을 고려할 때, 임신과 출산 지원 정책이 출산을 원하는 가임기 여성에게 출산을 유도하는 인센티브로 작용하게끔 하는 것도 중요하다. 이러한 측면에서 정부의 다양한 임신·출산 지원 정책에 대한 인지도를 향상시키기 위한 홍보가 필요하다. 더 나아가 환자의 알 권리라는 차원에서 임신·출산과 관련된 올바른 보건 의료 정보를 정책의 잠재적 대상자에게 제공할 필요가 있다. 이를 위해 산전·산후관리 가이드라인을 표준화된 비용과 함께 제시하는 일이 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 임산부 개인마다 다른 위험 요인의 정도를 심도 있게 파악하여 각 진단에 따라 적합하고 적절한 검사를 권유할 수 있도록 표준화된 지침서를 사용하고 환자가 알 수 있도록 정보를 제공한다면 환자와 의사 간 신뢰도가 증가하고 의료비 낭비도 방지할 수 있을 것이다.

출산의 사회적 책임이라는 측면에서 저출산 문제에 대한 적극적 대응책으로서 임신·출산 관련 보건 의료적 지원이 확대되어야 할 것이다. 즉, 저출산을 극복한 프랑스처럼 임신과 출산에 드는 필수적인 비용을 국가가 책임지는 방식으로

나아가야 한다. 임신·출산과 관련된 개인의 의료적 필요(needs)에 부합하는 기본적인 의료서비스 비용에 대해서는 보장성을 더욱 확대해 나갈 필요가 있다. 보편적이면서도 개개인의 의료적 필요에 맞는 맞춤형 지원이 이뤄져야 할 것이다. 즉, 보편적으로 모든 임신과 출산의 과정에 있는 여성에 대한 기본적인 지원이 있어야 한다. 또한 현재 추가적인 지원을 받고 있는 청소년, 여성 장애인, 고위험 산모, 난임의 의료적인 필요가 있다고 인정되는 경우뿐만 아니라 의료진과의 상담과 합의를 통해 기타 의료적인 욕구가 있다고 판단되는 대상에 대해서도 추가적인 지원이 필요하다. 특히, 사각지대에 있는 임산부를 찾아내 지원할 필요가 있다. 위기에 처한 임산부(미혼모, 비혼모), 여군, 출산 후 불안한 양육 환경(한부모, 저소득층, 방임, 학대 위기 등)에 놓여 있는 산모 등을 찾아내고 이들을 포괄하여 지원하는 실효성 있는 정책이 필요하다. 기본적으로는 적절한 서비스를 포함한 인프라가 질적으로도 양적으로도 형평성 있게 분배되어야 할 것이다. 결론적으로, 사각지대 없이 개개인의 임신·출산과 관련된 의료적 필요를 충족시킬 수 있는 보건 의료적 서비스 인프라를 충분히 구축해 접근도를 향상시켜야 한다. 또한 양적인 확대와 함께 제공되는 서비스의 질이 보장되어야 할 것이다. 인프라의 양과 질이 보장된 상태에서 필수적인 의료비가 지원될 때 임신·출산 지원 보건 의료정책이 실효성 있는 저출산 대응책이 될 것이며, 출산에 대한 사회적 책임이 제대로 이루어질 것이다. ■