

연구보고서 2016-12

임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제

- 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로



이소영 · 최인선

【책임연구자】

이소영 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

초저출산·초고령사회의 인구자질에 관한 연구
한국보건사회연구원, 2014(공저)

임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제
한국보건사회연구원, 2015(공저)

【공동연구진】

최인선 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-12

임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제

- 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

발행일 2016년 12월 31일

저자 이소영

발행인 김상호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 (사)아름다운사람들복지회

가격 6,000원

발간사 <<

한국 사회에서 지속되고 있는 저출산 현상은 미래 우리 사회를 위협하는 위험 요소로서 접근해야 할 중요한 문제이다. 저출산 문제에 대응하여 국가는 2005년에 ‘저출산·고령사회 기본법’이 제정되면서 저출산 문제에 범국가적 개입이 시작되었고, 제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006~2010년)과 제2차 저출산·고령사회 기본계획(2011~2015년)이 수립되고 시행되어 왔다. 이어 올해는 제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016~2020년)이 시행되는 중요한 해다. 그동안 범국가적인 노력에도 불구하고 출산율은 여전히 증가하지 않고 있는 상황이라는 점에서 여전히 국가적 관심이 필요하다고 볼 수 있다.

저출산 대응 정책은 결혼, 임신, 출산, 양육, 청년고용 등 생애주기를 아우르는 모든 영역을 지원함으로써 저출산 문제에 대응하고자 한다. 출산이 사회의 책임이라는 측면에서 출산 자체와 향후 출산, 그리고 출생아의 건강과 직결된 임신 및 출산과 관련된 건강을 지원하는 정책은 우선적으로 개입해야 할 중요한 정책 영역임을 간과할 수 없다.

이러한 배경하에서 본 보고서는 저출산 대응 정책 중에서도 저출산·고령사회 기본계획에 포함되어 있는 임신·출산 보건의료 정책을 살펴보고, 이 중 가장 보편적으로 시행되고 있는 임신·출산 진료비 지원 정책(국민행복카드: 옛 고운맘카드)을 상세하게 분석하고자 하였다. 이를 위해 본 보고서는 해당 정책을 평가하기 위한 방법으로 양적, 질적 방법을 활용하고, 정책 대상자뿐만 아니라 의료서비스 제공자의 의견을 수렴하여 이를 바탕으로 한 임신·출산 진료비 지원을 위한 정책적 방향을 제시

하고 있다는 점에서 그 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 이소영 부연구위원의 책임하에 최인선 연구원이 연구진으로 참여하였다. 바쁘신 중에도 본 보고서를 읽고 조언을 주신 본원의 강희정 연구위원과 한국여성정책연구원 김동식 연구위원에게 감사의 뜻을 전한다. 또 본 연구를 위해 지원과 조언을 제공해 준 많은 전문가와 심층면접 참여자들에게도 깊은 감사를 드린다. 마지막으로 본 연구 결과는 본 연구원의 공식 견해가 아니라 연구자의 개별 견해를 대변하는 것임을 밝힌다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	13
제1절 연구의 배경 및 목적	15
제2절 연구의 내용 및 방법	20
제2장 임신·출산 보건의료 지원 정책	27
제1절 임신·출산 보건의료 지원 정책의 개요	29
제2절 임신·출산 진료비 지원 정책의 개요	41
제3절 외국의 임신·출산 진료비 지원 정책	46
제3장 선행연구	55
제1절 국내의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가	57
제2절 외국의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가	63
제4장 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 I	67
제1절 적절성 및 효율성	69
제2절 효과성	74
제5장 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 II	103
제1절 보건의료 서비스 공급자의 평가	105
제2절 보건의료 서비스 대상자의 평가	118

제6장 결 론	145
제1절 요약 및 결론	147
제2절 정책적 제언	152
참고문헌	159
부 록	165

표 목차

〈표 2-1〉 임신·출산 관련 보건의로 지원 정책	30
〈표 2-2〉 연도별 지원 내용	34
〈표 2-3〉 분만취약지 현황	39
〈표 2-4〉 임신·출산 진료비 정책의 추진 경과: 지원 금액의 변화	43
〈표 2-5〉 임신·출산 진료비 정책의 추진 경과: 1일 사용한도, 이용기관, 이용기간	43
〈표 2-6〉 임신·출산 진료비 정책 운영 현황	44
〈표 2-7〉 한국과 비교 국가의 임신·출산 관련 지표	46
〈표 2-8〉 임신·출산 보건·의료 서비스 지원 체계	47
〈표 2-9〉 시기별 검사 및 진료비의 본인부담비율	49
〈표 2-10〉 시기별 검사 및 진료항목	52
〈표 3-1〉 임신·출산 보건의로 지원 정책 평가 연구	58
〈표 3-2〉 임신·출산 진료비 지원 정책(고운맘카드) 평가 연구	62
〈표 3-3〉 미국 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 연구	64
〈표 3-4〉 해외 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 연구	65
〈표 4-1〉 정책 시행 전후의 외래 의료 이용 진료비	77
〈표 4-2〉 정책 시행 전후의 외래 의료 이용 진료비	78
〈표 4-3〉 정책 시행 전후의 입원 의료 이용 진료비	79
〈표 4-4〉 정책 시행 후(2011~2014년)의 임신부 1인당 진료비	80
〈표 4-5〉 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사에서 추출한 표본	84
〈표 4-6〉 정책 대상 여부 및 지원 금액별 현황	85
〈표 4-7〉 정책 대상 여부별 인구사회학적 특성	87
〈표 4-8〉 정책 대상 여부별 산과적 특성	88
〈표 4-9〉 정책 대상자 여부별 초진 시기 및 산전 진찰 횟수	89
〈표 4-10〉 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)	90
〈표 4-11〉 산전 관리 적합도	91
〈표 4-12〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식: 적합한 산전 관리	92

〈표 4-13〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(산전 관리 적합도)	93
〈표 4-14〉 정책 대상 여부별 출산 결과	95
〈표 4-15〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식: 출산 결과	96
〈표 4-16〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(저체중아 출산)	97
〈표 4-17〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(조산)	100
〈표 5-1〉 전문가 조사의 응답자 특성	106
〈표 5-2〉 임신·출산 진료비 지원 정책의 목적 달성 평가	110
〈표 5-3〉 적합한 산전 진찰 횟수	111
〈표 5-4〉 임신·출산 진료비 지원 정책의 진료비의 충분성	112
〈표 5-5〉 비급여 항목의 급여화 필요 정도	117
〈표 5-6〉 심층면접 개요	120
〈표 5-7〉 집단별 심층면접 대상자 특성	120
〈표 6-1〉 임신·출산 진료비 지원 정책의 결과	150
〈표 6-2〉 임신주수별 건강보험 적용 횟수	154

그림 목차

[그림 1-1] 개념적 모형 I: 출산율에 영향을 미치는 과정	19
[그림 1-2] 개념적 모형 II: 인구자질 향상을 통한 저출산 대응 과정	20
[그림 1-3] 정책 단계별 평가 항목	24
[그림 1-4] 연구 체계도	25
[그림 2-1] 임신·출산 진료비 지원 정책	29
[그림 2-2] 의료 이용 체계	51
[그림 2-3] 산전검사 및 신생아 검사 시기	53
[그림 4-1] 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성 평가	82
[그림 5-1] 임신부의 의료 행태 변화	108
[그림 5-2] 의료진의 의료행위 변화	109
[그림 5-3] 정부의 바람직한 임신·출산 진료비 보장 수준	113
[그림 5-4] 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 인상에 미치는 정도	114
[그림 5-5] 임신·출산 진료비 지원 정책의 확대 관련 의견	115
[그림 5-6] 정책의 확대 시 적절하다고 생각하는 방식(다중 응답)	115
[그림 5-7] 비급여 항목의 건강보험 급여화를 위하여 선행되어야 할 내용	116
[그림 6-1] 임신·출산 보건의료 정책 지원의 방향성	158

Abstract <<

Policy Support for Medical Expenses on Pregnancy and Delivery: The Kookmin Haengbok Card Program

This study adds to the limited body of previous studies conducted on the health policy that supports medical expenses on pregnancy and childbirth, with special reference to the *Kookmin Haengbok Card* (previously Goeun Mom Card) Program. Using relevance, efficiency, and effectiveness as its criteria for policy evaluation, we performed a binary logistic regression analysis of data from the National Survey on Fertility, Family Health and Welfare (for the years 2006, 2009, 2012, and 2015) conducted by the Korea Institute for Health and Social Affairs. In examining the extent to which the Program achieved its goal of “adequate prenatal care and good health outcomes,” we interviewed new mothers to understand their own evaluation of the policy and unmet needs.

The Program was found to be efficient as almost every pregnant women received its assistance. It was also effective in that it helped pregnant women receive adequate prenatal care, resulting in good health outcomes. The findings have several policy implications. The Program should be expanded through

2 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

not only cash assistance but also the national health insurance coverage based on an adequate prenatal care guideline. Also, public policies should support maternal and child health by providing assistance throughout the process of pregnancy and childbirth to overcome the problem of low-fertility.

Key words: Kookmin Haengbok Card, Goeun Mom Card, policy evaluation

1. 연구의 배경 및 목적

- 한국의 출산율은 1990년대 말부터 급감한 후 지속적으로 낮은 상태에 머무르면서 ‘초저출산의 위기’를 겪고 있고, 출산은 이제 개인의 책임이 아닌 사회의 책임이며 저출산 현상은 사회 문제로 인식됨에 따라 중앙정부와 지방자치단체는 임신·출산 지원 사업을 다양하게 운영하며 대응책을 마련하고 있음.
- 정부의 임신·출산 보건의료 지원 정책은 인프라 확충 정책(분만 취약지 지원 정책, 고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 정책), 임신과 출산에 소요되는 직접적인 비용 지원 정책(국민행복카드: 옛 고운맘카드)을 통한 지원 정책, 고위험 임신부 의료비 지원 정책, 난임부부 시술비 지원 정책, 사회서비스 지원 정책(마더세이프 프로그램, 산모·신생아 건강관리 지원 정책)으로 구분됨.
- 정부의 임신·출산 보건의료 지원 정책의 평가는 정부의 5개년 계획인 ‘저출산 고령사회 기본법’ 내에서 연도별 성과 평가의 형식으로 연도별 시행계획 성과 실적을 평가해 왔음.
 - 성과 평가는 정책 대상자 수와 투입된 예산을 중심으로 정책의 확대라는 측면이 강조되어 시행되어 왔음.
 - 또 정부의 임신·출산 지원 정책의 평가는 전반적 저출산 정책의 평가, 다양한 임신·출산 지원 정책 중 몇 가지 정책의 평가가 대다수이며 이에 따라 하나의 중요한 세부 정책의 심층적인 평가는 미흡하였음.

4 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

- 이에 본 연구는 저출산 대응책으로서 임신·출산 보건의료 지원 정책을 살펴보고, 그중 가장 보편적으로 시행되며 꾸준히 확대되어 왔으나 심층적인 평가가 이루어지지 않은 임신·출산 의료비 지원 정책을 평가하고자 함.
- 임신·출산 진료비 지원 정책은 의료비를 지원함으로써 의료의 접근도(access)를 높이고 산전 관리의 수준을 높여서 바람직한 출산 결과를 이끄는 것을 기본 목표로 함. 이를 통해 모성과 태아의 건강이 증진되고 이는 인구의 질 향상을 통한 저출산 대응책으로서 의의가 있음.

2. 연구 방법

- 임신·출산 진료비 지원 정책을 단계에 따라 적절성, 효율성, 효과성, 도움 정도, 만족도, 정책 결과에 미치는 영향 측면에서 평가하고자 함.
- 정책 평가의 틀은 경제협력개발기구(OECD)/개발원조위원회(DAC)의 평가 기준과 한국개발연구원(KDI) 공공투자센터의 심층평가를 위한 평가 요소 및 이를 활용한 고용보험 심층평가를 참고함.
- 이를 위해 정책 평가의 틀, 임신·출산 보건의료 지원 정책, 임신·출산 진료비 지원 정책 평가와 관련한 문헌의 고찰과 유사 정책 및 유사 정책 평가의 국외 사례 고찰, 2차 자료를 활용한 계량 분석(회귀 분석), 보건의료 서비스 제공자 대상 조사, 임신·출산 보건의료 정책 대상자 및 비대상자와의 심층면접 조사를 활용함.

3. 주요 연구 결과

□ 임신·출산 보건의료 지원 정책

- 우리나라의 임신과 출산을 지원하는 보건의료 정책은 현금이나 바우처(voucher)를 통한 비용 지원, 직접적인 서비스를 제공하는 서비스 지원, 필요한 인프라를 제공하기 위해 시설비와 운영비를 지원하는 형식인 인프라 지원 등 3가지 유형으로 구분됨.

□ 임신·출산 진료비 지원 정책

- 임신·출산 진료비 지원 정책은 모든 임신부를 대상으로 국민행복카드라는 바우처를 통한 비용 지원 정책임.
- 정책 목표는 산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 의욕을 고취하고 출산친화적 환경을 조성하며, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 하는 것임.
- 해당 정책은 2008년 12월 20만 원을 지원하는 것으로 도입되어 2010년부터 30만 원, 2011년 4월부터 40만 원, 2012년 4월부터 50만 원으로 꾸준히 확대됨.

□ 외국의 임신·출산 진료비 지원 정책

- 프랑스의 경우 유아환영 정책(Politique d'accueil du jeune enfant; PAJE)하에서 일정 소득 이하인 모든 임신 여성에게 임신 후 7개월째에 800유로를 지급하는 '임신지원금' 형태로 시행됨.
- 임신 6개월 이후 발생하는 입원비, 치료비는 전액 공적 건강보험(임신보험)에서 부담하여 본인부담액은 없음. 다만, 임신부는 의

6 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

무적으로 임신시기별로 UNCAM(Union Nationale Des Caisses D'assurance Maladie: 국가보험금연합)에서 규정한 검진을 받아야 함.

- 영국의 경우 NHS(National Health Service)에 등록된 임신부는 임신기간에서부터 출산 후 1년까지 무료로 진료와 처방약을 받을 수 있으며, 이 기간 스케일링 등을 포함한 치과 서비스까지 무료로 이용할 수 있음. 임신기간에 드는 초음파를 사용한 검진, 자연분만과 제왕절개 그리고 출산 후 입원까지의 신체적 지원부터 산모가 경험하는 산후우울증 같은 정신적인 지원까지 출산과 관련된 내용이 국가 소속인 헬스 비지터(Health Visitor)들을 중심으로 관리되며, 산모의 비용 부담은 없음.

□ 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 I

- 계획단계의 적절성 평가 결과, 정부 정책의 우선순위와도 부합하며 해당 정책과 중복되는 정책은 없다고 평가되어 수립 당시 필요한 정책으로서 적절하다고 평가됨.
- 집행단계의 효율성 평가 결과, 정책 대상자의 인지도나 이용률은 높은 것으로 평가되며 매년 지속적으로 정책 확대를 위한 목표를 설정하고 이를 달성하는 식으로 정책이 이행된다는 점에서 집행단계에서 효율성이 있다고 평가됨.
- 단, 사후 관리 또는 모니터링 체계는 구축되지 않아 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 자체를 상승시키는 역효과가 있었는지 또는 의도한 목표가 달성되었는지를 모니터링할 필요가 있음.

- 효과성 평가는 정책 목표인 임신·출산 관련 의료비 부담 경감, 주기적인 산전 진찰, 건강한 태아 분만을 얼마나 달성했는지를 알 수 있는 결과물을 분석함.
- 1차적 효과로서 의료비 부담이라는 측면에서 선행연구를 분석한 결과, 임신·출산과 관련된 진료비에서 절대적인 금액이 증가하였고 법정 본인부담금 비율이 증가했다는 점에서 임신부가 체감하는 비용 부담은 증가하고 있고, 정책 시행에 따라 진료비가 증가했다고 볼 수 있음.
 - 2차적 효과성은 임신·출산 진료비 지원 정책 경험이 있는 정책 대상자를 실험집단으로 하고, 정책이 시행되기 이전에 출산하여 정책 대상자가 아닌 출산모를 통제집단으로 하여 두 집단 간 산전 관리 수준, 출산 결과의 차이를 분석함으로써 평가함.
 - 분석 대상은 2006년, 2009년, 2012년, 2015년 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」에서 추출하였고 이항 로지스틱 회귀분석을 활용하여 효과성을 평가함.
 - 산전 관리에서의 효과성 평가 결과, 정책 대상자(20만 원)가 비대상자보다 적합한 산전 관리를 할 확률이 낮은 것으로 나타나 정책의 효과가 나타나지 않음.
 - 출산 결과(저체중아 출산 및 조산)에서의 효과성 평가 결과, 저체중아 출산에서 정책 요인은 유의한 요인으로 나타나지 않았으나, 조산에 영향을 미치는 보호 요인(protective factor)으로 30만 원을 지원받은 정책 대상자라는 요인이 유의미한 것으로 나타남. 이에 따라 조산에서 정책의 효과성이 입증됨.

□ 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 II

- 산부인과 관련 전문가 100명을 대상으로 임신·출산 진료비 지원 정책과 관련한 의견을 면접조사 방법을 활용하여 수렴함.
 - 임신부의 의료 행태에서, 임신·출산 진료비 지원을 받게 되어 이전과 비교했을 때 불만이나 부담감이 감소했을 뿐만 아니라, 좀 더 자주 산전 진찰을 받으려고 하고 더 많은 선택검사를 받으려는 행동도 관찰됨.
 - 의료진의 의료 행위에서 정책의 도입 전과 후에 의료진의 의료 행위에 변화가 없다고 응답한 비율은 35.4%, 선택검사 및 비급여 항목을 권유하는 데서 부담감이 감소했다는 응답비율은 54.5%, 선택검사·비급여 항목을 더 권유하게 되었다고 응답한 비율은 8.1%로 나타남.
 - 정책이 주기적인 산전 진찰과 건강한 출산에 효과적이라고 평가됨.
- 출산 경험이 있는 여성 17명을 대상으로 정책을 경험하지 못한 정책 비대상자 집단, 정책 전후 출산을 하여 정책 비대상자였던 경험이 있는 정책 대상자 집단, 모든 출산 시 정책을 경험한 정책 대상자 집단으로 구분하여 심층면접을 진행함.
 - 조사 결과, 임신·출산 진료비 지원 정책을 어떻게 알게 되었는지에 관한 질문에 거의 모두 임신 후 병원을 방문하고서 해당 정책을 알게 되었다고 응답함.
 - 임신·출산 진료비 지원 정책 대상자가 된 처음에는 만족했다가 실제 사용하면서는 큰 도움이 되지 않는다고 느끼기 때문에 체감도와 만족도에서 낮게 나타남.

- 공통적으로 임신과 출산 과정에서 드는 의료비는 으레 드는 비용으로 이해하고 있으나 그래도 여전히 비용은 부담스러웠다고 응답함.
- 산전 관리에서 임신 및 출산과 관련된 병원 진찰은 필수라고 생각하였고 정책과 상관없이 의사의 권유대로 산전 관리를 받았음. 따라서 임신·출산 진료비 지원 정책 덕택으로 산전 관리를 주기적으로 또는 적합한 수준으로 했다고 해석하기는 어려움.

4. 결론 및 정책 제언

- 모든 정책은 정책의 목표에 명시된 의도한 결과(intended consequences)와 의도하지 않은 결과(unintended consequences)를 가져옴.
 - 분석 방법에 따라 같은 세부 목표 평가가 다르게 나타나기도 하고, 동일한 분석 방법 내에서도 모든 의견이 일치하지는 않음.
 - 효과성 평가를 통해 정책에서 의도한 결과, 즉 목표 달성에 대한 평가 결과 외에 추가로 의도하지 않은 결과는 다음과 같음.
 - 긍정적인, 의도하지 않은 결과는 임산부로서의 정체성을 부여해 주고 정부의 관심을 느끼게 해주며 의료진과의 신뢰 관계를 형성하는 데 도움이 되었다는 것임.
 - 부정적인, 의도하지 않은 결과는 추가 산전 진료와 산전 검사를 받게 되었다는 것임. 또 해당 정책이 유산한 경우도 지원되는 것은 모성 건강과 모성 보호를 통해 향후 출산건강 증진이

10 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

라는 측면에서 바람직하나 정상적으로 출산한 경우에 드는 비용이 유산한 경우보다 훨씬 많이 들지만, 유산의 경우에도 동일한 혜택을 받게 되어 정책 지원이 남용되는 측면이 있음.

□ 본 연구는 정책의 인지도, 만족도, 임신·출산 진료비, 산전 이용 의료기관의 종류를 평가지표로 하여 제한적으로 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가한 국내의 선행연구와는 차별성이 있음. 본 연구는 국외의 유사한 정책 평가 틀에서 활용된 산전 관리 수준과 출산 결과라는 지표를 활용하고 정책의 세부 목표를 중심으로 2차 데이터 분석, 심층면접 조사 등 다양한 방법을 활용하여 포괄적으로 평가했다는 점에서 의의가 있음.

□ 정책 제언

- 임신·출산 진료비 지원 정책의 향후 기본 방향은 정책의 확대임. 다만, 구체적인 방식에서 단순히 국민행복카드를 통한 현금 지원의 확대보다는 비급여 항목의 급여화를 통해 건강보험으로 함께 지원하는 것이 더 바람직하다는 데 의견이 수렴됨.
- 현재 임신·출산 진료비 지원 정책은 임신 경험이 없는 가임기 여성에게 거의 알려져 있지 않음. 임신·출산 진료비 지원 정책뿐만 아니라 임신과 출산을 지원하는 모든 정책이 전 국민을 대상으로 홍보하는 노력이 필요함.
- 정부의 지원 정책 인지도를 향상시키기 위한 홍보뿐만 아니라 환자의 알 권리라는 측면에서 산전 관리의 올바른 정보를 정책의 잠재 대상자에게까지 폭넓게 제공할 필요가 있음.
- 기본적으로 임신·출산 보건의료 지원 정도를 알 수 있도록 해야

하고, 더 나아가 임신 시기(재태 주 수)별·임산부의 특성(고령 임산부, 청소년 임산부, 고위험 임산부 등)에 따른 산전 관리의 가이드라인을 표준화된 비용과 함께 제시하는 일이 우선적으로 이루어져야 할 것임.

- 정책의 효율성을 높이기 위해 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 자체를 상승시키는 역효과가 있는지 등을 지속적으로 모니터링할 필요가 있으며, 모니터링 시 정책 대상자와 보건의료 서비스 제공자의 의견을 수렴하는 과정이 필요함.

□ 적정 지원 금액 연구

- 임신·출산 진료비 지원 정책을 좀 더 효과적으로 운영하기 위해 향후 적정 지원 금액을 연구할 필요가 있음.

□ 국가적 차원의 자료 구축

- 출산과 관련된 건강과 관련 지원 정책의 효과를 살펴보고 실증적인(evidence-based) 분석을 바탕으로 실효성 있는 정책을 설계하기 위해 국가 차원의 자료를 구축할 필요가 있음.
- 더 나아가 가임기(15~49세) 여성의 출산 의향과 출산 행위에 연계된 정보를 얻기 위해 패널 자료를 구축할 필요가 있음.

□ 임신·출산 보건의료 지원 정책의 방향성

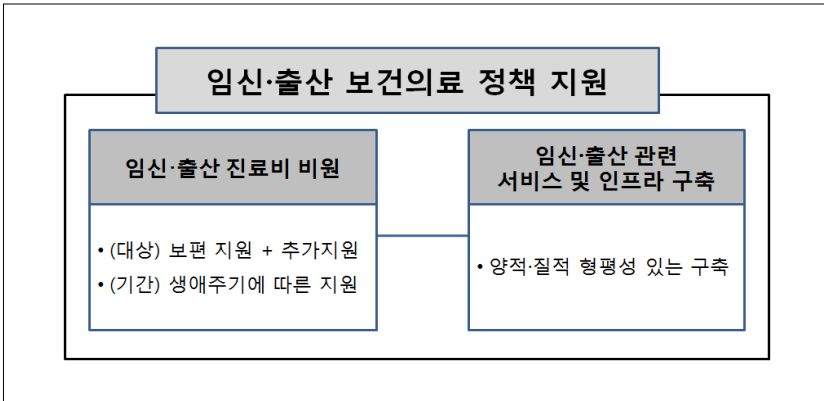
- 임신·출산 진료비 지원 정책이 효과적으로 이루어지려면 보편적으로 임신과 출산 과정에 있는 모든 여성에게 지원되어야 하고 현재 청소년, 여성 장애인, 고위험 산모, 난임으로 의료적인 욕구(needs)가 있는 경우에 추가 지원이 있는 것에서 확대하여 의료

12 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

진과의 상담과 합의를 통해 기타 의료적인 욕구가 있다고 판단되는 대상에게는 추가 지원이 필요함.

- 진료비 지원이 합목적이기 위해서는 임신 전, 임신 중, 출산 후까지 생애주기별로 꼼꼼하고 적절한 지원이 필요함.
- 더 나아가서 전체 임신·출산 보건의료 지원 정책이 효과적으로 작용하려면 적절한 서비스를 포함한 인프라가 질적, 양적으로 형평성 있게 분배되어야 함.
- 임신·출산에 필요한 보건의료적 서비스를 제공하는 인프라가 충분히 구축된 상태에서 필수 진찰과 검사에 드는 비용 지원이 이루어질 때 임신·출산과 관련된 보건의료 측면에서 임신부의 부담감은 감소하고 출산에 대한 사회적 책임이 제대로 이루어질 것임.

[그림 1] 임신·출산 보건의료 정책 지원의 방향성



*주요용어: 임신·출산 진료비, 보건의료

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

한국 사회에서 가장 큰 문제로 인식되고 있는 현상은 저출산일 것이다. 한국의 저출산 현상은 한 사람의 가임기(15~49세) 여성이 가임 기간에 낳을 것으로 예측되는 평균 자녀 수인 합계출산율이 큰 폭으로 떨어졌다는 점, 빠른 속도로 진행되고 있다는 점, 오랜 기간 지속되고 있다는 점에서 매우 심각한 수준으로 볼 수 있다. 한국의 합계출산율은 1983년 인구 대체 수준인 2.1명에서 지속적으로 조금씩 감소하다가 1990년대 말부터 급격하게 감소하기 시작하였고 2005년에는 1.08명이라는 최저치를 기록하였으며 현재까지 주목할 만한 상승 없이 지속적으로 낮은 수준에 머물러 있다. 더욱이 2001년에는 초저출산의 기준인 합계출산율 1.3명 수준에 도달하면서 2015년 1.24명에 이르기까지 한국은 약 15년 이상 초저출산 국가로 유지될 것으로 국내외에 잘 알려져 있는 상황이다.

출산은 이제 개인의 책임이 아닌 사회의 책임이며 저출산 문제는 국가가 개입할 당위성이 있는 사회 문제로 인식됨에 따라 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 임신·출산 지원 사업을 운영하며 대응책을 마련하고 있다. 중앙정부 차원에서 2005년 ‘저출산·고령사회 기본법’이 제정되고 ‘저출산·고령사회위원회’를 구성하면서 본격적으로 국가 개입이 시작되었다. 이를 토대로 저출산 문제에 개입하기 위한 국가의 중장기 계획인 저출산·고령사회 기본계획이 5년마다 수립되고 있다. 2006년 제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006~2010년)이, 2010년에 제2차 저출산·고

령사회 기본계획(2011~2015년)이, 2015년에는 제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016~2020년)이 수립되어 시행되고 있다. 이러한 저출산·고령사회 기본계획하에서 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 출산 지원 사업을 운영하고 있다. 출산에 가장 직접적으로 영향을 미칠 수 있는 정부의 임신·출산 보건의료 지원 정책은 분만취약지 지원 정책, 고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 정책 등을 포함하는 인프라 확충 정책, 국민행복카드를 통한 임신·출산 진료비 지원 정책, 고위험 임신부 의료비 지원 정책, 난임부부 시술비 지원 정책으로 대표되는 임신과 출산에 소요되는 직접적인 비용 지원 정책, 마더세이프 프로그램, 산모·신생아 건강관리 지원 정책 같은 사회서비스 지원 정책으로 구분해 살펴볼 수 있다.

이처럼 다양한 각도에서 출산율을 높이기 위한 정부의 지원 정책이 있었음에도 불구하고, 초저출산 문제는 지속되고 있으며 정책은 명확한 근거 없이 계속 통폐합하면서 생기기도 하고 없어지기도 하는 실정이다. 이는 한편으로 시행되고 있는 정부의 지원에 대한 체계적이고 심층적인 분석이 부족한 실정을 반영하는 결과이기도 하다. 그동안 정부의 임신·출산 보건의료 지원 정책의 평가는 정부의 5개년 계획인 ‘저출산 고령사회 기본법’ 내에서 연도별 성과 평가로, 연도별 시행계획 성과의 실적 평가로 이루어져 왔다. 그럼에도 불구하고 성과 평가는 정책 대상자 수와 투입된 예산을 중심으로 정책의 확대라는 측면이 강조되어 지원 인프라나 정책 대상자의 양적 증가를 목표로 하여 일정량에 도달한 것을 효과성이라 보는 것으로 평가를 시행한 측면이 컸다.

출산에 가장 직접적으로 영향을 미칠 수 있는 정부의 임신·출산 보건의료 지원 정책 중에서도 정책의 성숙도, 정책의 예산 투입 수준, 정책의 보편성 관점에서 볼 때 모든 임신부를 대상으로 2008년 12월에 시작되어 현재까지 지속적으로 지원금을 확대해 온 임신·출산 진료비 지원 정

책은 임신·출산 보건의료 지원 정책의 대표적인 정책으로서 평가할 가치가 충분하다고 볼 수 있다. 또 임신·출산 진료비 지원 정책은 제1차 저출산·고령사회 기본계획안에서 저출산 대응책으로 시작되었을 뿐만 아니라, 다른 한편으로는 2005년부터 시작된 건강보험 보장성 강화의 맥락에서 지지되었다는 점에서도 주목할 만하다. 이처럼 오랜 기간 시행된 정책이며 이에 따라 정책의 성숙도 측면에서 평가가 가능한 정책임에도 불구하고 현재 해당 정책에 대한 면밀한 분석은 미흡하다. 선행 연구된 정부의 임신·출산 지원 정책 평가는 전반적인 저출산 정책의 평가, 다양한 임신·출산 지원 정책 중 몇 가지 정책의 평가로 이루어졌고, 이에 따라 정책 하나를 대상으로 한 심층적인 평가로는 미흡한 점이 많다.

특히 임신·출산 진료비 지원 정책의 경우는 정책 인지도, 만족도, 출산 여부 또는 추가 출산 의사, 임신·출산 진료비의 변화, 산전 이용 의료기관의 변화를 평가지표로 하여 정책의 효과성을 평가하였다. 선행연구는 임신·출산 진료비 지원 정책의 목표를 구체적으로 분석하여 각 목표에 입각하여 임신·출산 관련 의료 이용과 이러한 이용의 적합도(산전 관리 적합도), 그리고 이를 통한 건강 결과(health outcome)에 미치는 영향 분석을 포함하여 분석을 수행하지 않았다는 제한점이 있다. 또 임신·출산 진료비 지원 금액의 변화에 따른 효과를 평가한 연구는 없다.

이러한 배경하에 본 연구는 저출산 정책 내에서도 임신·출산 보건의료 정책만을 선정하여 개괄적으로 살펴보고, 그중 가장 보편적으로 시행되며 꾸준히 확대되어 온 임신·출산 진료비 지원 정책(국민행복카드)을 심층적으로 분석하고자 한다. 비록 임신·출산 진료비 지원 정책이 저출산 정책으로서 저출산·고령사회 기본계획에 포함되어 있는 정책이지만, 직접적인 저출산 대응 측면보다는 출산과 관련된 산모와 태아의 건강을 지원하는 측면이 크다는 것을 염두에 두고, 정책의 목표를 세부

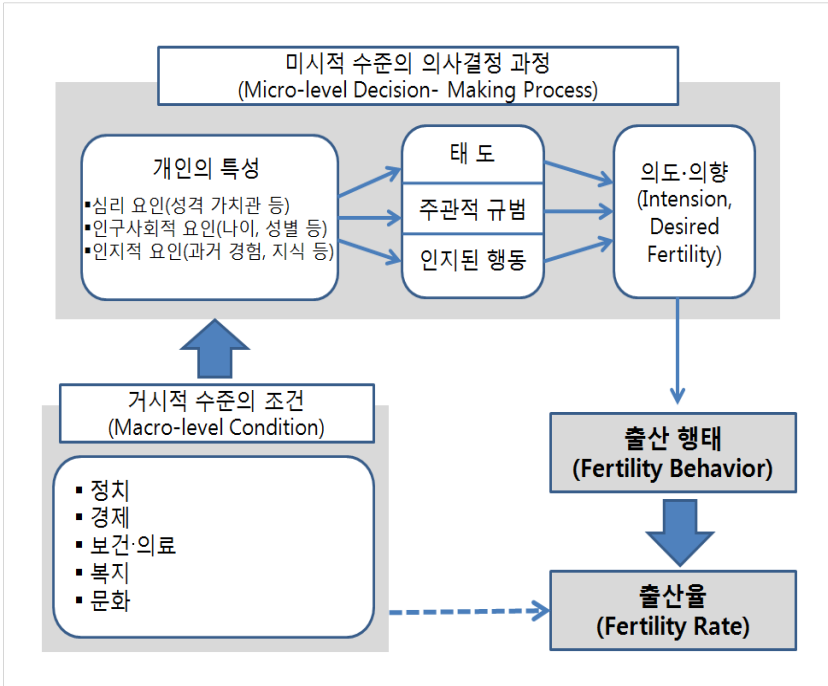
적으로 분석하여 이에 따른 성과 또는 정책 결과(policy outcomes)를 중심으로 양적, 질적 분석을 통해 심층적으로 평가하고자 한다.

선행연구들은 출산을 설명하기 위해 다양한 개념적 모형(conceptual model)을 제시하였다. 특히 Philipov 등(2011)은 출산율에 영향을 미치는 요인을 설명하는 개념적 모형을 계획된 행동이론(the Theory of Planned Behavior)과 합리적 행위이론(the Theory of Reasoned Action)을 토대로 발전시켰다. 또 Namboodiri(1972)의 연구에서는 출산율을 설명하기 위한 1960년대 Becker의 이론을 도식화하여 제시하였다. 본 연구에서는 이 두 가지 선행연구에서 제시한 모형을 바탕으로 저출산에 대응하는 출산 정책에 영향을 미치는 다양한 요인을 포함하여 개념적인 모형을 제시하고자 한다. 저출산 대응 정책이 양적인 출산율의 증가뿐만 아니라 질적인 출산(또는 인구 자질)의 향상을 포함하고 있다는 점을 고려할 때 효과적인 정책일 수 있다는 가정하에 양적·질적 관점에서 본 연구의 개념적 모형을 제시하고자 한다.

첫 번째 모형은 거시적 차원의 사회적 배경(정치, 경제, 문화, 정책 등)의 영향을 받는 미시적 차원에서 개인의 출산 의사 결정 과정을 통해 출산의 의도(의향)를 갖게 되고 이를 통해 출산하게 되는 일련의 과정을 도식화한 모형이다. 본 연구에서는 임신·출산 보건의료(진료비) 지원 정책이 개인의 향후 추가 출산 의욕을 어떻게 고취할 수 있는지 의사 결정 과정에서의 결과를 제시함으로써 임신·출산 보건의료(진료비) 지원 정책의 효과성을 평가해 보고자 한다. 이러한 측면에서 해당 모형을 자세히 살펴보면 임신·출산 보건의료 지원 정책이라는 거시적 수준의 보건의료적인 조건이 개인의 의사 결정 과정에 직접적으로 영향을 미침으로써 출산에 영향을 미치는 요인으로 작용하는 한편 출산율에는 비교적 약하게 직접적으로 영향을 미치기도 한다. 따라서 임신·출산 보건의료(진료비) 지원

정책은 출산율에 중요한 요인으로 작용할 수 있다.

[그림 1-1] 개념적 모형 I: 출산율에 영향을 미치는 과정



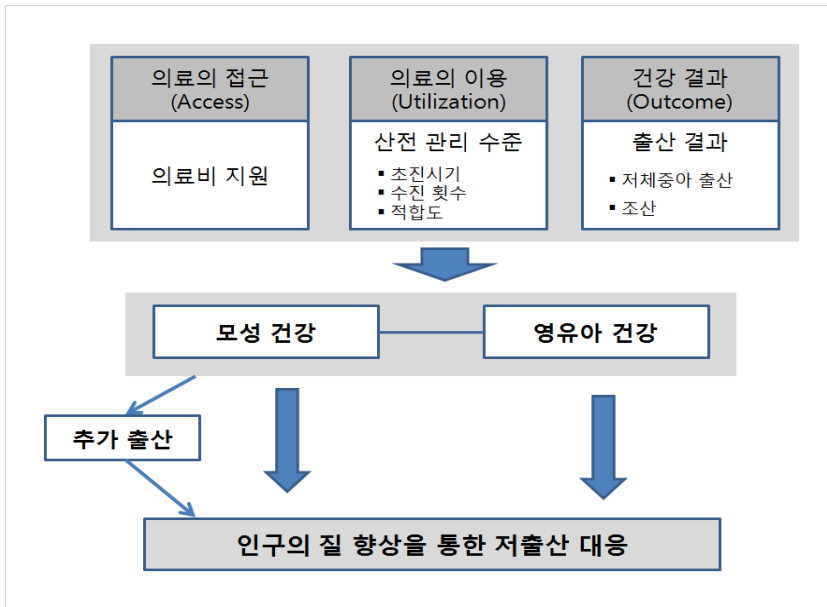
참조: Philipov 등(2011); Namboodiri(1972).

두 번째 모형은 인구자질 향상이라는 측면에서의 저출산 대응을 위한 과정을 제시하고 있다. 효과적인 저출산 대응은 단순한 인구의 양적 증가만을 목표로 하는 것이 아닌 인구의 질적 향상이라는 측면을 포함해야 한다. 이러한 관점에서 임신·출산 보건의료 지원 정책은 의료 접근성을 향상 시킴으로써 올바른 의료를 이용하도록 하고 이를 통해 출산 결과를 향상시킬 때 모성의 건강과 영유아 건강의 향상에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 즉, 모성을 보호함으로써 향후 추가로 건강한 출산이 가능하게 되고

20 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

모성과 영유아의 건강을 통해 인구의 질이 향상된다는 것이다. 이러한 측면에서 본 보고서에서는 임신·출산 진료비 지원 정책이 의료 이용과 건강 결과의 측면에서 긍정적인 영향을 미친 효과적인 정책이었는지를 평가하고자 한다.

[그림 1-2] 개념적 모형 II: 인구자질 향상을 통한 저출산 대응 과정



제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 저출산 대응책으로서 그리고 건강보장성 강화 정책으로서 꾸준히 확대되어 온 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로 정책의 목표

를 세부적으로 분석하여 이에 따른 목표의 달성 정도를 다면적으로 분석하여 향후 임신·출산 진료비 지원 정책 또는 임신·출산 보건의료 지원 정책을 시행해 나아가는 데 이바지하고자 한다.

제1장 서론에서는 연구의 배경과 목적, 각 장에서 포함하고 있는 연구 내용을 기술하였다. 또 전체적으로 사용된 연구 방법과 임신·출산 진료비 지원 정책의 심층적인 평가를 위해 활용되는 연구의 틀과 각 방법론을 자세히 설명하였다.

제2장에서는 임신·출산 보건의료 지원 정책이라는 범주에 포함되는 정책을 임신·출산 진료비 지원 사업, 고위험 임신부 의료비 지원 사업, 여성 장애인 대상 임신·출산 진료비 지원 사업, 난임부부 시술비 지원 사업으로 대표되는 비용 지원 정책과 산모·신생아 건강관리 지원 사업, 마더세이프 프로그램으로 대표되는 서비스지원 정책, 분만취약지 지원 사업, 고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업으로 대표되는 인프라지원 정책으로 분류한 후 각 사업을 개괄적으로 정리하고 살펴보았다. 제2절에서는 임신·출산 진료비 지원 정책에 초점을 맞추어 정책 목표, 관련 법령, 지원 대상, 지원 범위 및 금액, 추진 배경 및 경과를 살펴보았다. 제3절에서는 해외 사례를 고찰하였다. 프랑스와 영국의 임신·출산 관련 지표를 살펴본 후 각 국가의 임신·출산 진료비 지원 체계를 제시하였다. 프랑스의 경우 임신·출산 관련 현금 지원 및 임신 시기별 검사와 진료비의 본인 부담비율 등을 중심으로 살펴보았다. 영국의 경우는 영국의 의료체계 내에서 임신·출산의 과정을 살펴보고 산전 및 산후 검사에 관한 표준 가이드라인을 살펴보았다.

제3장에서는 국내에서 임신·출산 진료비 지원 정책의 평가를 수행한 선행연구를 검토했다. 활용된 연구 방법과 평가지표를 중심으로 살펴본 후 임신·출산 진료비 지원 정책을 평가한 연구들을 평가 방법과 사용된

지표를 중심으로 고찰하였다. 제2절에서는 미국 취약계층의 임신·출산 관련 보건의료적 지원으로 본인 부담금이 거의 없는 일종의 보험인 메디케이드(Medicaid) 정책 확대에 따른 효과성 평가를 수행한 선행연구를 살펴보았다. 또 대만, 캄보디아, 방글라데시의 임신·출산과 관련된 보건의료 서비스의 접근도를 향상시키기 위한 목적을 가진 정책들의 효과를 분석한 연구를 고찰하였다.

제4장에서는 임신·출산 진료비 지원 정책을 양적 데이터 활용으로 심층적인 분석을 수행하였다. 제1절에서는 정책 계획 단계의 적절성(relevancy) 측면에서 정책의 제반 목표(objectives) 설정이 정책의 수요(needs)를 충족시키기 위해 적절한지 그리고 정부 정책의 우선순위와 부합하고 있는지를 평가하기 위해 제도의 존치 필요성, 목표의 정합성, 제도의 합리성 등을 평가하였다. 또 집행 단계의 효율성(efficiency) 측면에서 제도 인지도, 예산 집행률 등을 통해 정책을 위한 투입(input)이 산출(outputs)로 효율적으로 이루어졌는지를 평가하고자 한다. 제2절에서는 성과 단계에서의 효과성(effectiveness) 측면에서 임신·출산 진료비 지원 정책의 목표를 세분화하고 목표별로 검토했다. 첫째, 임신·출산 진료비 지원 정책으로 의료비 부담이 경감되었는지를 살펴보고, 둘째, 산전 관리의 수준을 살펴보고, 셋째, 건강한 태아를 분만했는지의 건강 성과 측면에서 출산 결과(저체중아 출산 및 조산)를 살펴보았다.

제5장에서는 임신·출산 진료비 지원 정책의 의료 서비스 제공자인 산부인과 관련 전문의 및 간호사를 대상으로 임신부와 의료진의 의료 행태 및 의료 행위의 변화, 임신·출산 진료비 지원 정책 내 세부 목표의 달성 정도, 임신·출산 진료비 지원 정책에서 비용 지원의 충분성과 향후 임신·출산 진료비 지원 정책의 방향성에 대한 의견을 수렴하고자 하였다. 제2절에서는 임신·출산 진료비 지원 정책의 평가에서 양적 연구 방법으로 포

합하는 데 한계가 있었던 정책 대상자를 포함하면서 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 전(2008년 12월 이전) 즈음에 출산을 종결하여 해당 정책을 경험하지 못한 여성, 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 전과 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 후에 모두 출산 경험이 있는 여성(2008년 12월 이전에 아이를 출산한 경험이 있고, 그 이후에도 출산을 경험한 여성), 그리고 2009년 이후 초산하여 모든 출산에 해당 정책의 지원을 받은 여성으로 구분하여 질적 조사를 진행하였다. 이들 집단 간 정책에 관한 체감도 및 만족도 등의 차이를 살펴봄으로써 정책을 평가해 보고자 하였다.

제6장에서는 임신·출산 진료비 지원 정책의 다양한 측면에서 이루어진 분석 결과를 정리함으로써 정책을 종합적으로 평가하고자 한다. 더 나아가 향후 저출산 대응 정책으로서 또는 복지 정책으로서 임신·출산 진료비 지원 정책, 더 나아가 임신·출산 보건의료 지원 정책이 나아가야 할 방향성을 제언하였다.

2. 연구 방법

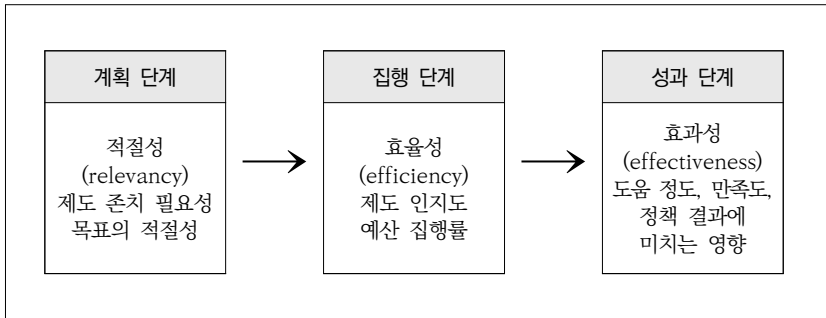
본 연구에서는 정책 평가의 틀과 임신·출산 보건의료 지원 정책과 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 관련 문헌 고찰, 유사 정책 평가의 해외 사례 고찰, 기존의 통계 자료 분석, 기술통계 분석, 심층통계 분석(회귀 분석), 임신·출산 보건의료 정책의 대상자와 서비스 제공자를 대상으로 하는 질적 조사 방법이 활용되었다.

심층평가의 경우는 임신·출산 진료비 지원 정책을 정책 단계별로 분석하였다. 추가로 정책의 목표에서 명시한 의도한 결과(intended consequences)와 의도하지 않은 결과(unintended consequences)를 구분하여 문헌 고찰, 계량 분석, 심층면접을 통해 도출된 분석 결과를 제시

하였다.

본 보고서에서 활용한 정책 평가의 틀은 경제협력개발기구(OECD)/개발원조위원회(DAC)의 5대 평가기준과 한국개발연구원(KDI) 공공투자센터의 심층평가를 위한 평가 요소와 이를 활용한 고용보험 심층평가(나영선 등, 2008; 어수봉 등, 2009)를 참고하였다. 이러한 정책의 단계별 심층평가 항목은 [그림 1-3]과 같이 요약될 수 있다.

[그림 1-3] 정책 단계별 평가 항목

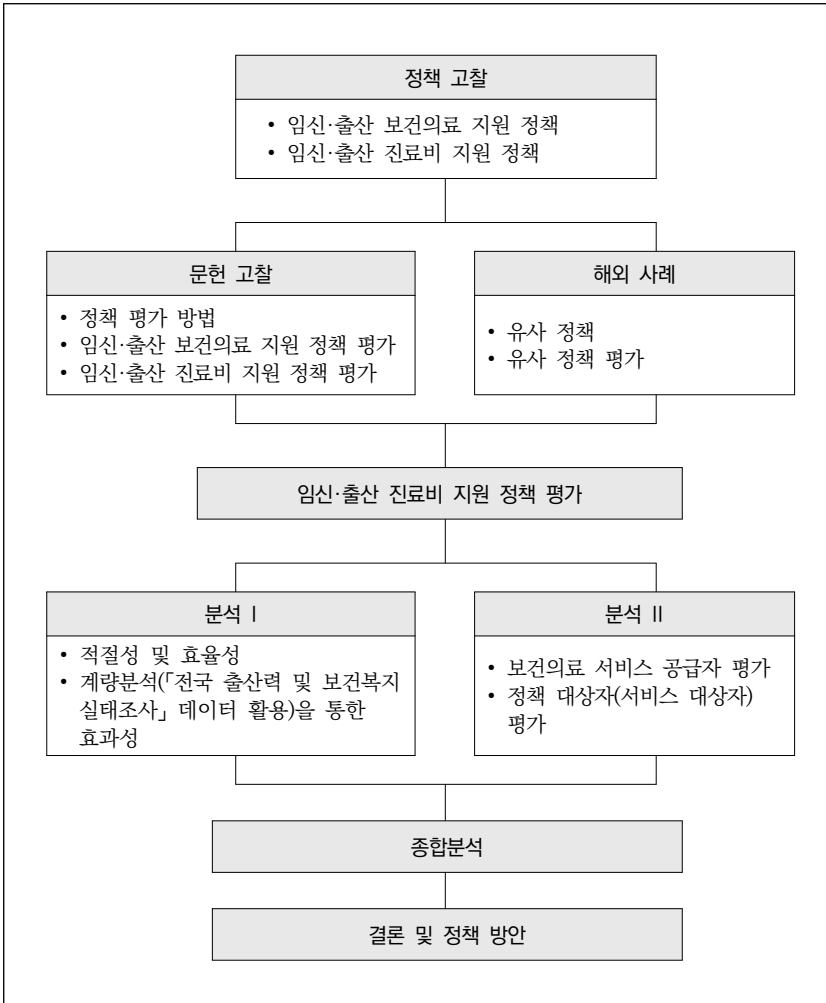


본 보고서에서 평가하게 되는 적절성, 효율성, 효과성의 의미는 다음과 같다. 우선 계획 단계의 적절성이란 정책의 제반 목표(objectives) 설정이 정책의 수요(needs)를 충족시키기 위해 적절한지 그리고 정부 정책의 우선순위와 부합하고 있는지를 평가하는 것이다. 이에 따라 계획 단계에서는 제도 존치 필요성, 목표의 정합성, 제도의 합리성 등을 평가한다. 집행 단계의 효율성이란 정책을 위한 투입(input)이 산출(outputs)로 효율적으로 이루어졌는지를 평가하는 것이다. 이에 따라 집행 단계에서는 제도 인지도, 예산 집행률 등을 평가한다. 성과 단계의 효과성이란 사업의 결과(outcomes)가 정책의 제반 목표를 어느 정도 달성했는지를 평가하는 것이다. 이에 따라 정책의 도움 정도 또는 만족도와 회귀분석과 같은

통계기법을 활용하여 최종 정책 목표를 달성하는 데 어느 정도의 영향을 미쳤는지 평가하는 것이다.

본 연구의 설계는 [그림 1-4]와 같이 요약될 수 있다.

[그림 1-4] 연구 체계도



제 2 장

임신·출산 보건의료 지원 정책

제1절 임신·출산 보건의료 지원 정책의 개요

제2절 임신·출산 진료비 지원 정책의 개요

제3절 외국의 임신·출산 진료비 지원 정책

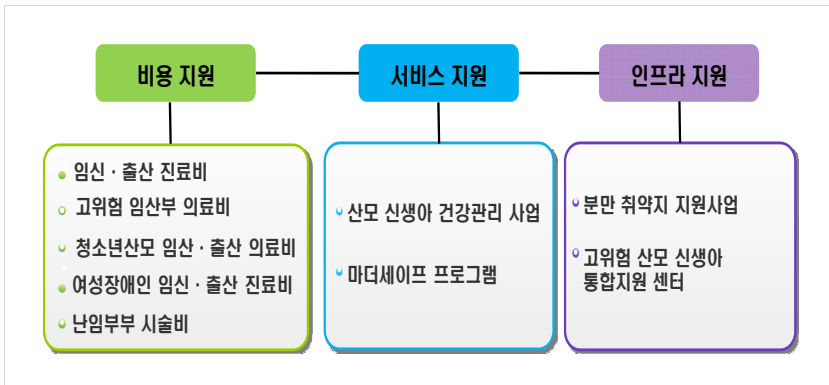
2

임신·출산 보건의료 지원 정책 <<

제1절 임신·출산 보건의료 지원 정책의 개요

본 연구에서는 임신·출산 보건의료 지원 정책 중에서도 임신·출산 진료비 지원 정책을 평가하고자 한다. 이에 앞서 임신·출산 진료비 지원 정책을 포함하는 전체 임신·출산 보건의료 정책을 고찰하여 임신·출산 진료비 지원 정책의 전체적인 틀을 살펴보고자 한다. 우리나라의 임신과 출산을 지원하는 보건의료 정책은 3가지 유형으로 구분할 수 있다. 즉, 현금이나 바우처(voucher)를 통한 비용 지원, 직접적인 서비스를 제공하는 서비스 지원, 필요한 인프라를 제공하기 위해 시설비와 운영비를 지원하는 형식인 인프라 지원으로 구분할 수 있다. 유형별 대표적인 사업은 [그림 2-1]과 같다.

[그림 2-1] 임신·출산 진료비 지원 정책



30 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

유형별 대표적인 사업은 <표 2-1>과 같이 정리할 수 있다.

<표 2-1> 임신출산 관련 보건의료 지원 정책

지원유형	사업명	사업 개요
비용 지원	임신출산 진료비 지원 사업	임산부를 대상으로 임신·출산과 관련해 지출한 의료 비용(임신 1회당 단태아 기준 50만원)을 지원하는 제도
	고위험 임신부 의료비 지원 사업	고위험 임신부(3대 고위험 질병을 가지고 있으며, 월 평균 소득 150%이하의 가구원)를 대상으로 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하는 제도
	청소년 산모 임신 출산 의료비 지원 사업	만 18세 이하 산모를 대상으로 임신 1회당 120만 원 범위 내에서 진료비를 지원하는 제도
	여성장애인 대상 임신·출산 진료비 지원 사업	출산, 유산·사산한 1~3급 등록 여성장애인을 대상으로 출산 시 태아 1인 기준 100만 원을 지원하는 제도
	난임부부 시술비 지원 사업	난임부부(부인 연령 44세 이하)를 대상으로 시술비(제외수정 또는 인공수정)를 일부 지원하는 제도
서비스 지원	산모·신생아 건강관리 지원 사업	출산가정(월평균소득 65% 이하)을 대상으로 산모·신생아 건강관리사가 산후관리 서비스(단태아 기준 12일)를 제공하는 제도
	마더세이프 프로그램	임산부와 예비 임산부를 대상으로 임신 및 모유수유 등 임신과 관련된 올바른 정보를 제공함으로써 건강한 임신과 출산을 지원하는 제도
인프라 지원	분만취약지 지원 사업	분만 가능한 산부인과가 없는 분만 취약지역에 산부인과를 설치 운영될 수 있도록 시설 및 장비를 지원하는 제도
	고위험 산모·신생아 통합지원센터 지원 사업	임신·출산 인프라가 부족한 지역을 거점으로 산과·소아과의 통합치료센터를 구축하여 고위험군의 산모와 신생아에게 의료서비스를 제공하는 제도

1. 임신·출산 진료비 지원 사업¹⁾

임신 출산 보건의료 정책의 가장 대표적인 사업이라고 할 수 있는 임신·출산 진료비 지원 사업은 산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 친화적 환경을 조성하고, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 임신·출산과 관련된 진료비(급여·비급여)의 본인 일부 부담금 지급에 사용할 수 있는 이용권(고운맘카드, 건강보험 추가 급여)을 제공하는 사업이다. 지원 대상은 의료급여를 수급하는 대상자를 제외한 자로, 임신확인서로 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자로서 임신·출산 진료비 지원을 신청한 자이다(보건복지부, 2013). 해당 사업은 이용 기관, 일일 이용 금액, 지원 금액을 지속적으로 확대해 왔다.

해당 사업에서는 임신부가 지정 요양기관에서 임신·출산과 관련하여 진료받은 급여, 비급여(초음파 검사 등) 중 실제 본인이 부담한 비용, 조산원의 경우는 분만입원 진료 시 실제 본인이 부담한 비용, 지정 요양기관 중 한의원·한방병원의 경우 임신·출산 관련 상병에 한하여 진료받은 급여, 비급여(한약 처방 등) 중 실제 본인이 부담한 비용을 바우처로 지급할 수 있다. 지원 금액은 임신 1회당 50만 원(다태아 임신부, 분만취약지 거주자는 70만 원)이며 2016년 현재 카드 수령 후²⁾부터 분만예정일 이후 60일까지 사용할 수 있다. 해당 사업은 본 보고서에서 중점적으로 다루는 사업으로 제2절에서 상세하게 살펴보고자 한다.

1) '고운맘카드'사업으로 알려져 있음. 2015년 5월부터 고운맘카드는 기존의 정부에서 지원하는 국가바우처(아이행복카드, 고운맘카드, 맘편한카드, 희망e든카드)를 하나로 통합하여 이용할 수 있도록 만든 국민행복카드로 명칭이 변경됨.

2) 이용권을 신규로 발급받는 경우는 카드 수령일을 기준으로 하며, 이용권을 이미 발급받아 바우처 포인트만 생성된 경우는 바우처 포인트가 생성된 날을 기준으로 함.

2. 고위험 임신부 의료비 지원 사업

고위험 임신부 의료비 지원 사업은 고위험 산모의 추가 소요 비용을 별도로 지원하는 사업으로, 고위험 임신의 적정 치료와 관리에 필요한 진료비를 지원하여 경제적 부담의 경감을 통한 건강한 출산과 모자건강을 보장하는 것이 목적이다. 해당 사업은 2014년 예비타당성 조사 결과를 토대로 2015년 하반기부터 전국 사업으로 추진하기 위한 신규 예산이 국회에서 반영되면서 시작되었다. 지원 대상은 전국가구 월평균소득 180% 이하 가구의 구성원이면서 3대 고위험 임신질환(조기진통, 분만 관련 출혈 및 중증 임신중독증)으로 진단받고 입원치료를 받은 자로 2016년의 경우 2015년 10월 1일 이후(14개월간) 분만한 산모이다. 자궁 내 태아 사망 등으로 사산한 경우도 지원 대상에 포함되나 외국 국적자 및 국외 이주자는 지원 대상에서 제외된다(보건복지부, 2015).

3대 고위험 임신부 질환의 입원치료비 지원은 가계 부담이 큰 비급여 본인부담금(선택진료비, 상급병실료 등)을 지원하는 것을 주요 내용으로 하고 있는데 지원 금액은 1인당 300만 원까지이다.

3. 청소년 산모 임신 출산 의료비 지원 사업

청소년 산모 임신 출산 의료비 지원 사업의 목적은 산전 관리가 취약한 청소년 산모를 대상으로 임신·출산 진료비를 지원함으로써 청소년 산모와 태아의 건강 증진을 도모하는 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(보건복지부, 2015a). 지원 범위는 산부인과 병·의원에서 임신 및 출산과 관련하여 진료받은 급여 또

는 비급여 의료비(초음파 검사 등) 중 본인부담 의료비이다. 지원 금액은 임신 1회당 120만 원 범위 내에서 사용할 수 있으며, 사용시간 내 미사용 지원금은 분만예정일 60일 이후에 자동 소멸된다. 사용 방법으로는 국민건강보험공단에서 지정한 요양기관에서 국민행복카드로 결제하면 된다.

4. 여성 장애인 대상 임신 출산 진료비 지원 사업

여성 장애인 대상 출산 비용 지원 사업의 목적은 ‘비장애 여성에 비해 임신과 출산 시 비용이 추가 소요되는 여성 장애인에게 출산 비용을 지원함으로써 경제적 부담을 경감하고 출산 친화적인 문화 조성을 통한 삶의 질 개선을 기여함’에 있다. 지원 대상은 1~6급의 등록 여성 장애인 중 출산 및 유산·사산한 자이다. 지원 내용은 출산(유산·사산 포함) 시 여성 장애인 본인 명의의 계좌로 태아 1인 기준 100만 원을 지원한다(보건복지부, 2016b).

5. 난임부부 시술비 지원 사업

난임부부 시술비 지원 사업의 목적은 ‘체외수정 시술 및 인공시술 등 특정치료를 요하는 일정 소득계층 이하의 난임부부에게 시술비 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거하고 난임부부가 희망하는 자녀를 갖게 하여 행복한 가정을 영위케 하고 저출산 극복 효과를 달성하고자 하는 것’이다(보건복지부, 2015a). 난임부부 시술비 지원 사업은 역사가 비교적 길다. 2006년부터 지원이 시작된 난임부부 시술비 지원 사업은 시간이 지나면서 지원 대상, 지원 금액, 지원 횟수 등이 점차 확대되었다(표 2-2 참조).

34 임신·출산 보건으로 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

난임부부 시술비 지원 사업 대상자는 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. 난임시술비를 지원받기 위해서는 난임시술을 요하는 의사의 '난임 진단서'를 제출해야 한다.

난임부부 시술비 지원 사업의 지원 금액은 시술 방법과 가구소득 기준에 따라 다르다. 먼저 인공수정의 경우 2인 가구를 기준으로 583만 원 이하 가구에는 회당 50만 원을 지원하고 583만 원 초과 가구에는 회당 20만 원을 지원한다. 지원 횟수는 소득에 관계없이 최대 3회 제공한다. 체외수정은 소득구간별 금액을 달리 지원한다. 체외수정은 신선배아와 동결배아로 나뉘는데, 배아의 종류에 따라 지원 횟수가 조금씩 다르다. 신선배아의 경우 316만 원 이하 가구에 최대 4회까지 제공하며 316만 원 초과 가구에는 3회 지원한다. 동결배아의 경우에는 소득구간에 상관없이 최대 3회 제공한다.

〈표 2-2〉 연도별 지원 내용

연도	지원 내용
2006	체외수정 시술비 지원 (지원 횟수) 2회 (선정 기준) 도시근로자 월평균소득 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) 도시근로자 월평균소득 130%→전국가구 월평균소득 150% 이하 (지원 대상) 건강보험료(소득 수준)가 낮은 배우자 보험료는 50%만 합산하여 선정기준 적합 여부 판정 (인공수정 시술비) 1회당 50만 원 범위 내 3회까지 신규 지원

연도	지원 내용
2011	체외수정 시술비 지원 금액 및 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) 소득기준을 폐지하여 월평균 가구소득 150% 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(316만원 초과 583만 원 이하 가구).

2016년 9월부터 체외수정 시술 최대 6회(신선배아 3회, 동결배아 3회), 인공수정 시술 3회까지 지원 가능한데, 동결배아가 발생하지 않은 경우는 신선배아 4회까지로 지원하고 동결배아 이식비용 지원을 1회라도 신청하는 경우, 추후 동결배아 발생이 없더라도 신선배아 이식비 지원의 기회는 총 3회로 제한하고 있다. 체외수정의 경우 신선배아(3회) 1회당 190만 원 범위 내(기초생활수급자 300만 원), 동결배아(3회) 1회당 60만 원 범위 내이며 인공수정은 1회당 50만 원 범위 내로 지원받을 수 있다 (보건복지부, 2015a).

6. 산모·신생아 건강관리 지원 사업

정부가 직접 서비스를 제공하는 산모·신생아 건강관리사 사업은 출산 가정에 건강관리사를 파견하여 산후 관리를 지원함으로써 산모와 신생아의 건강을 증진하고 출산 가정의 경제적 부담을 경감하는 한편, 산모신생아 건강관리사 양성을 통한 사회적 일자리 창출에 목적이 있다. 해당 사업은 산모·신생아 건강관리사가 일정 기간 출산 가정을 방문하여 산후 관리를 도와주는 산모·신생아 건강관리 서비스 이용권을 지급하는 방식이다.

산모·신생아 건강관리 지원 사업 역시 2006년 45개의 기관에서 제공하는 것으로 시작되었고 2013년부터 ‘산모·신생아 건강관리 지원 사업’으로 사업 명칭 변경 및 서비스 가격 자율화를 시행하고 있다. 산모·신생아 건강관리 지원 사업의 지원 대상도 지속적으로 변화가 있었는데, 우선 2006년에는 최저생계비 130% 이하로서 둘째 아이 출산 시 지원되었고, 2007년에는 도시근로자가구 월평균소득 60% 이하의 가정에 지원되었으며, 2008년에는 전국가구 월평균소득 65% 이하의 가정에 지원되었다. 2009년부터 2014년까지는 전국가구 월평균소득 50% 이하의 가정에 지원되었고 2015년에는 다시 전국가구 월평균소득 65% 이하의 출산 가정에 지원되었다.

지원 기간은 단태아 12일, 쌍태아 18일, 다태아 또는 중증장애 산모 24일이다. 서비스 가격은 보건복지부가 정한 상한선 내에서 개별 제공기관이 자율적으로 서비스 가격을 책정하고 있고 서비스 가격은 정부지원금(소득수준 및 신생아 유형에 따라 차등 지원)과 본인부담금(서비스 총 가격에서 정부지원금을 뺀 차액)으로 지급되고 있다.

7. 마더세이프 프로그램

서비스를 제공하는 또 다른 사업인 마더세이프 프로그램은 다양한 목적을 가지고 있다. 우선 임신 초기에 임신인 줄 모르고 노출된 약물, 알코올, 그리고 방사선 및 화학물의 영향에 따른 선천성 기형 발생률을 중심으로 전문적인 상담을 제공함으로써 불필요한 임신중절을 예방하고 웰빙 임신을 돕는다. 둘째, 모유수유 엄마가 부득이하게 약물치료를 받아야 하는 경우 모유수유에 적합한 약을 복용하도록 돕는다. 셋째, 예비임신부부의 장래 아기에게 우려되는 위험 요인을 평가, 개선함으로써 각 예비임신부에 맞는 맞춤형 계획 임신을 제공하여 임신 자체를 즐길 수 있도록 하는 웰빙임신과 건강한 아기의 출산을 돕는다. 이러한 목적을 가진 마더세이프 프로그램은 민간에서 한국마더리스크프로그램으로 운영되었던 사업이 보건복지부 예산을 지원받아 2010년 4월 ‘한국마더세이프전문상담센터’로 명칭을 변경하고 확대 개편된 사업이다. 지원 대상은 예비부부와 임신부이며 다양한 종류의 상담 서비스를 제공하고 있다. 그 내용은 다음과 같이 정리될 수 있다(www.mothersafe.or.kr, 2016.6.10. 인출).

□ 임신 중 약물 상담

- 기형을 유발할 수 있는 것으로 알려진 약물에 노출된 경우
- 여러 가지 약물에 복합적으로 노출된 경우
- 알코올, 흡연 등에 노출된 경우
- 방사선에 노출된 경우
- 직장 및 주변 환경에서 유해 인자에 노출된 경우

□ 모유수유 중 약물 상담

- 모유수유 중 정신과적 질병이 있어서 약물을 사용해야 하는 경우

- 모유수유 중 관절 류머티즘, 천식, 간질이 있어서 약물을 사용해야 하는 경우
- 모유수유 중 각종 급성 질환으로 약물을 복용하여야 하는 경우
- 모유수유 중 각종 검사가 필요한 경우

□ 계획 임신 시 필요한 상담 내용

- 최근 임상반응 검사에서 음성으로 나온 예비임신부부
- 정상 결혼생활 1년 후에도 임신이 안 된 경우
- 최근 자연유산한 경우
- 가족 내 정신박약이 있는 경우
- 가족 내 기형아 출산한 경우
- 가족 내 유전질환이 있는 경우
- 이전에 자연유산, 기형아 출산, 조사, 저체중아를 임신한 경우
- 만성 질병이 있는 경우: 천식, 간질, 고혈압, 당뇨병, 정신과 질환
- 임신 전 항암치료를 받은 경우

8. 분만취약지 지원 사업

인프라 지원의 사업으로서 분만취약지 지원 사업은 분만 가능한 산부인과가 없는 분만취약지역에 산부인과가 설치, 운영될 수 있도록 시설·장비 비용 등을 지원하여 분만취약지를 해소하는 것을 일차 목표로 하고, 이를 통해 안정적인 분만 환경과 인프라를 구축하고 산모와 신생아의 건강을 증진하고자 하는 것을 이차 목표로 하고 있다. 사업 내용으로는 분만 산부인과 지원, 외래 산부인과 지원, 순회진료 산부인과 지원을 수행하는 사업으로 나누어 진행한다.

분만취약지의 선정 기준은 60분 내 분만 의료 이용률³⁾이 30% 미만인

고, 분만 가능한 의료기관까지 60분 내 도달하기 어려운 가임여성 비율이 30% 이상인 경우이다. 이러한 기준에 따라 해당되는 분만취약지는 총 37개 지역이다(표 2-3 참조).

〈표 2-3〉 분만취약지 현황

시도	시군구
인천(1)	옹진군
강원(7)	태백시, 평창군, 정선군, 철원군, 화천군, 양구군, 인제군
충북(2)	보은군, 괴산군
충남(1)	청양군
전북(4)	진안군, 무주군, 장수군, 순창군
전남(8)	구례군, 보성군, 장흥군, 해남군, 함평군, 완도군, 진도군, 신안군
경북(8)	영천시, 군위군, 의성군, 청송군, 영양군, 영덕군, 울릉군, 봉화군
경남(6)	의령군, 남해군, 하동군, 창녕군, 함양군, 합천군

자료: 보건복지부(2016), 2016년 분만취약지 지원 사업 안내.

분만취약지 중 분만 산부인과 설치 운영이 가능한 지역에는 분만실 등 시설과 장비, 인력을 갖추어 분만 산부인과로 지정 운영한다. 외래 산부인과 지원 사업은 분만 산부인과 설치가 어려운 경우 외래 산부인과의 시설, 장비, 인력을 갖추어 외래 산부인과로 지정 운영한다. 산부인과 설치가 어려운 경우에는 인근 생활권 내에 배후도시 거점 산부인과를 지정하여 취약지 대상 분만 서비스, 산전 진찰 및 산후관리 순회진료 등을 운영하고 지원한다.

3) 60분 내 이동 가능한 의료기관을 이용한 분만 건수/판내 총 분만의료 이용 건수

9. 고위험 산모·신생아 통합지원센터

고위험 산모 신생아 통합지원센터의 목적은 첫째, 임신에서 출산에 이르는 주산기(임신 20주~출생 4주)에 고위험 산모와 태아, 신생아가 체계적이고 전문적인 치료를 받을 수 있도록 산과와 소아과의 통합치료모델을 구축함으로써 건강한 임신·출산을 지원하는 데 있다(보건복지부, 2015b). 둘째, 고비용 저수익으로 의료기관이 스스로 진입하기 어려운 고위험 임신·분만 인프라 구축에 먼저 투자하여 이에 부합하는 수가 개발, 의료 인력 및 시설 표준 정립 등 제도적 기반을 마련한다.

정책 대상으로는 산과적 위험요소(obstetric risk factor)가 있거나, 내과적 위험요소(medical risk factor)가 있거나, 신체적 위험요소(physical risk factor)가 있거나, 현재의 임신 위험요소(current pregnancy risk factor)가 있는 고위험 산모와 고위험 신생아이다.

고위험 산모·신생아 통합 치료센터의 기능 및 역할은 첫째 고위험 산모의 분만 및 치료, 고위험 신생아의 치료 등을 최종 담당하도록 하는 데 있다. 합병증이 수반된 산모는 고도의 의료행위가 요구되기 때문에 신속하고 효율적인 협진체계를 갖추도록 한다. 둘째, 의료기관 간 응급이송 체계 및 진료 연계 체계를 구축한다. 각 급의 산부인과 병·의원에서 진료 중인 고위험 산모에게 위험 상황이 발생할 경우 신속하게 이송할 수 있도록 상시 연계할 수 있는 진료체계를 구축하고, 환자의 정보 등을 공유한다. 셋째, 진료 표준화와 질 향상에 있다. 고위험 산모 진료의 질 향상을 위한 표준화된 임상진료 지침을 개발과 수행, 고위험 산모 진료의 환자 이송 지침 개발과 수행, 진료의 질 향상을 위한 교육 프로그램 개발과 수행, 진료 및 교육의 평가체계를 구축한다. 넷째, 고위험 산모 관련 자료를 수집하고 분석체계를 구축한다. 고위험 산모 및 분만 관련 자료를 수집하고

분석하여 주산기 관련 정책을 수립하는 데 기초자료로 활용한다. 다섯째, 교육과 홍보이다. 일반인을 대상으로 고위험 산모 교육과 홍보프로그램을 개발하고, 관할지역 산부인과와 보건소 등을 통한 교육 및 홍보프로그램을 제공한다.

본 절에서 살펴보았듯이 임신·출산 보건의료 지원 정책에는 현금이나 바우처를 통한 비용 지원과 관련된 서비스(상담, 산후 건강관리 서비스 등)를 제공하는 지원과 인프라를 구축하고 확충하는 정책으로 이루어져 있다. 사실 인프라가 충분히 구축된 상태에서 다양한 서비스가 제공되고 이러한 서비스를 구입하는 비용을 지원하는 것이 가장 효과적이며 유익적인 정책 설계가 될 것이다. 다음 절에서는 임신·출산 보건의료 정책 중에서도 임신과 출산의 질적인 측면에 가장 직접적인 영향을 미칠 수 있는 임신·출산 진료비 지원 정책을 상세하게 살펴보고자 한다.

제2절 임신·출산 진료비 지원 정책의 개요

본 절에서는 다양한 임신·출산 보건의료 정책 중에서 가장 보편적으로 시행되며 꾸준히 확대되어 온 임신·출산 진료비 지원 정책을 구체적으로 살펴보고자 한다.

1. 정책 목표

임신·출산 진료비 지원 정책은 산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 의욕을 고취하고 출산 친화적 환경을 조성하며, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 하

는 것을 정책 목표로 명시하고 있다.

2. 추진 경과

임신·출산 진료비 지원 정책은 제1차 저출산·고령사회 기본계획안에서 저출산 대응책으로 시작되었으나 다른 한편으로는 2005년부터 시작된 건강보험 보장성 강화의 맥락에서도 지지되었다. 2007년 정부에서는 임신 기간 중 산전 진찰에 소요되는 검사비용 중 본인부담을 경감하는 『산모 산전 진찰 급여 확대』 방안을 발표하였다(2007.01.15.). 2008년 7월 24일 제9차 건강보험정책심의위원회에서 출산 전 진료비 급여 방법을 부가급여인 전자바우처 방식으로 도입하기로 보고하였다. 당해 연도에 이용권 명칭을 ‘고운맘카드’로 부여하고 법적인 근거를 마련하였다. 법적 근거의 내용으로는 건강보험법시행령 제25조(부가급여) 및 제25조의 2(이용권 사용 요양기관) 신설, 국민건강보험법 시행규칙 제16조(출산 전 진료비의 신청·지급 및 이용권 발급 등), 제17조(이용권 사용 요양기관의 지정), 제44조(업무의 위탁) 제3항 및 제4항으로 구성된다.

지원 금액의 추진 경과를 살펴보면 2009년부터 2013년까지의 제2차 건강보험 보장성 강화 계획이 시행되면서 임신·출산 진료비 지원 금액이 확대되었다. 이에 따라 2008년 12월부터 20만 원이었던 지원액은 2010년 4월부터 30만 원으로, 2011년 4월부터 40만 원으로 그리고 2012년 4월부터 현재까지 50만 원으로 확대하였다. 2012년 이후 전 대상층에서 수요 대상층을 세분화하여 임신·출산 진료비 지원을 확대하고 있다. 다태아(2012.7.)이거나 분만취약지(2016.7.)에 거주하는 경우 70만 원(다태아 90만 원)을 지원하고 있다(표 2-4 참조).

〈표 2-4〉 임신·출산 진료비 정책의 추진 경과: 지원 금액의 변화

구분	시행 시기	추진 내용
지원 금액	2008.12.1.	20만 원
	2010. 4.1.	30만 원
	2011. 4.1.	40만 원
	2012. 4.1.	50만 원
	2012. 7.1.	다태아의 경우 70만 원
	2016. 7.1.	분만취약지(37곳) 거주자는 단태아 70만 원, 다태아 90만 원

주: 보건복지부(2013) 임신·출산 진료비 지원 사업 안내 관련 법령. 재구성.

지원 금액 외에도 이용 세부 사항에서도 꾸준한 확대가 있었다(표 2-5 참조). 우선 1일 한도금액으로 2011년 당초 4만 원에서 6만 원으로 확대하였다가, 분만입원 진료의 경우에는 1일 사용한도 예외를 적용시켰고 2013년 사용한도를 폐지하였다.

〈표 2-5〉 임신·출산 진료비 정책의 추진 경과: 1일 사용한도, 이용기관, 이용기간

구분	시행시기	추진 내용
1일 사용한도	2008.12.1.	4만 원
	2011. 4.1.	6만 원
	2011. 7.1.	분만입원 진료의 경우 1일 사용한도 예외 적용
	2013. 4.1.	사용한도 폐지
이용가능 기관	2008.12.1.	산부인과 전문의 상급 요양기관
	2012. 4.1.	산부인과 전문의 상급 요양기관 + 조산원
	2013. 4.1.	산부인과 전문의 상급 요양기관 + 조산원 + 한방의료기관
이용기간	2008.12.1.	분만예정일 이후 15일까지
	2009. 7.1.	분만예정일 이후 60일까지

44 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

이용 가능 기관 또한 점차 보장성을 넓혀 온 측면이 강하다. 당초 진료비 지원사업 진행 당시에는 산부인과 전문의가 상주하여 근무하고 있는 요양기관에서만 사용이 가능하였으나, 2012년 조산원에서도 사용이 가능하도록 하였으며, 2013년도에는 한방의료기관에서의 사용 또한 가능하도록 하였다. 이용기간으로는 당초 분만예정일 15일에서 분만예정일 이후 60일까지 허용하고 있어 점차 건강보장성 측면에서 강화되고 있다고 볼 수 있다. 임신·출산 진료비 지원 정책은 제2차 건강보험 보장성 강화 계획(2009~2013년)에 따라 확대되어 왔기 때문에 2013년 이후 임신·출산 진료비 지원 금액 확대 논의는 건강보험정책심의위원회에서 부결되어 현재 제도 개선 논의가 완료된 상황이다.

임신·출산 진료비 지원 정책의 운영 현황을 살펴보면 매년 카드가 45만 장 이상 발급되고 있고 지원 금액이 증가함에 따라 지급액도 증가하고 있는 추세이다(표 2-6 참조).

〈표 2-6〉 임신·출산 진료비 정책 운영 현황

(단위: 건, 백만 원)

구분	2008	2009	2010	2011
발급 건수	220,564	475,207	496,055	460,666
지급액	5,495	102,912	119,210	166,435

자료: 조은영(2012). 출산 보육지원 재정소요 추계와 정책과제. p6.

3. 관련 법령

임신·출산 진료비 지원 정책의 관련 법령으로는 국민건강보험법 제50조(부가급여), 제112조(업무의 위탁), 동법 시행령 제23조(부가급여), 제24조(이용권 사용 요양기관), 동법 시행규칙 제24조(임신·출산 진료비

지원 이용권 발급 등), 제25조(이용권 사용 요양기관의 지정), 제64조(업무의 위탁), 임신·출산 진료비 지원에 관한 기준(보건복지부고시 제 2015-71호, 2015.4.30.)이 있다(보건복지부, 2013).

4. 지원 대상, 지원 범위 및 금액

진료비 지원 대상은 임신확인서로 임신이 확인된 건강보험 가입자 또는 피부양자로서 임신·출산 진료비 지원을 신청한 자이다. 이때 의료급여 대상자는 의료급여법에 따라 제공되기 때문에 제외된다. 진료비 지원의 사용기간은 카드 수령 후 분만예정일 다음날부터 60일까지 가능하며, 같은 사용기간 내 미사용한 잔여금액은 자동 소멸된다. 임신과 출산에 관련된 진료를 위해 임신부가 지정요양기관에서 받는 진료비용(출산 비용, 출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료 포함), 임신부가 지정 요양기관에서 임신·출산과 관련하여 진료받은 급여, 비급여(초음파 검사 등) 중 실제 본인이 부담한 비용(단, 조산원의 경우 분만입원 진료 시 실제 본인이 부담한 비용), 지정 요양기관 중 한의원·한방병원의 경우 임신·출산 관련 상병에 한하여 진료 받은 급여, 비급여(한약 첩약 등) 중 실제 본인이 부담한 비용을 지원한다(보건복지부, 2013). 현재 진료비 지원 금액은 임신 1회당 50만 원 이용권을 국민행복카드 형태로 지원한다. 다태아와 분만 취약지 거주 임신부는 70만 원(분만취약지 거주자이면서 다태아는 90만 원)을 지원한다(www.voucher.go.kr, 2016. 10.10. 인출).

제3절 외국의 임신·출산 진료비 지원 정책

본 절에서는 외국의 임신·출산 진료비 지원 정책으로서 프랑스와 영국의 사례를 살펴보고자 한다. 프랑스의 경우는 저출산을 극복한 대표적인 국가로서 저출산 연구에서 사례 분석에 빈번하게 활용되는 나라이다. 그동안 프랑스 사례는 대체로 가족수당 같은 다양한 정부의 지원금, 보육 정책, 다양한 가족 수용 정책 측면에서 활용되었다. 본 연구에서는 임신·출산과 관련된 지표를 살펴보고, 임신과 출산 과정에서 프랑스 정부가 지원하는 정책을 구체적으로 고찰해 보고자 한다. 또 우리나라와 같은 국가 의료보험체계를 운영하고 있으며, 임신 및 출산 과정에서 국가적 지원 체계가 가장 먼저 이루어진 영국의 사례를 고찰해 보고자 한다.

우선 프랑스와 영국의 임신 및 출산과 관련된 지표는 <표 2-7>과 같다.

<표 2-7> 한국과 비교 국가의 임신·출산 관련 지표

(단위: 명, %)

구분	한국	프랑스	영국
합계출산율(2014) ¹⁾	1.24	1.98	1.81
모성사망률(2013) ²⁾	11.5	6.1 ⁵⁾	6.4
신생아사망률(2013) ³⁾	1.7	2.4 ⁶⁾	2.7
영아사망률(2013) ⁴⁾	3.0	3.6	3.8

주: 1) 합계출산율(Total fertility rate): 가임기(15~49세) 여성 1명이 가임기에 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수.

2) 모성사망률(Maternal mortality rate): 임신과 관련된 원인으로 임신 또는 분만 후 42일 이내에 발생한 여성사망자 수를 해당 연도의 가임기(15~49세) 여성의 연앙인구로 나눈 수치를 100,000분비로 표시한 값.

3) 신생아사망률(Neonatal mortality rate): 출생아 1천 명당 태어난 후 28일 이내에 사망한 영아 수.

4) 영아사망률(Infant mortality rate): 출생아 1천 명당 영아사망률(해당 연도 1년간의 총 출생아 수 대비 출생 후 1년 미만의 기간에 사망한 영아 수의 비율)을 의미.

5) 2011년 기준. 6) 2012년 기준.

프랑스와 영국 모두 합계출산율이 인구대체 수준에 근접해 있다는 점에서 우리나라와 대조를 이루고 있다. 출생아 1천 명당 영아사망률과 출생아 1천 명당 생후 28일 미만의 영아사망률인 신생아사망률에서는 프랑스와 영국이 다소 높게 나타났다. 이와 대조적으로 모성사망률의 경우는 프랑스와 영국은 우리나라의 절반 정도에 불과하다. 이러한 차이를 보여주는 프랑스와 영국의 임신 및 출산 지원 체계를 진료비 지원을 중심으로 살펴보고자 한다.

1. 프랑스의 임신·출산 진료비 지원 정책

프랑스는 100년 넘게 저출산 대응 정책을 시행하여 저출산을 극복한 대표적인 국가로 잘 알려져 있다. 프랑스는 임신과 출산에 관련된 다양한 지원 정책을 펴고 있다. 기본적으로 ‘임신지원금’, ‘유아수당’, ‘영아보육수당’, 자녀 수에 따른 ‘가족수당’과 ‘가족보충수당’ 등 임신·출산양육에 이르는 과정에 다양한 수당이 존재한다. 또 프랑스는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 서비스는 공적 건강보험에 포함되어 있다. UNCAM에서 규정한 임신 및 출산에 관한 보건·의료 서비스 지원 체계는 <표 2-8>과 같다.

<표 2-8> 임신·출산 보건·의료 서비스 지원 체계

임신 3개월~분만 전	분만	출산 후 7일 이내	출산 후 8주 이내
산전 관리 (Prenatal care): 분기별 초음파 검사 등	분만 및 병원입원	조산사의 2~3회 가정 방문 (산모 및 신생아 검진)	산후 검진 (Postnatal care)

출처: 오주환 등(2012); 박문일 등(2008); Le Bras(2012). 재구성.

임신·출산 진료비 지원이라는 측면에서 프랑스 시스템을 살펴보면, 우선 유아환경정책(PAJE)하에서 일정 소득 이하의 임신한 모든 여성에게 임신 후 7개월째에 800유로를 지급하는 ‘임신지원금’이라는 출산장려금이 있다. 또 임신 6개월 이후 발생하는 모든 의료비, 입원비, 치료비는 전액 공적 건강보험(임신보험)에서 부담하여 본인부담액이 없다. 다만, 임산부는 의무적으로 임신 시기별로 UNCAM에서 규정한 검진을 받아야 한다. 구체적으로, 임신 3개월 전 1회와 4개월부터 출산까지 매달 1회씩 총 8회의 산전 검진과 출산 후 8주 이내 1회의 산후 검진을 받아야 한다. 산전 검진 초진과 산후 검진은 반드시 의사에게 받아야 하고 그 외의 산전 및 산후 검진은 의사뿐만 아니라 조산사에게도 받을 수 있도록 되어 있다. 임신 시기별 권고되는 검사 항목과 본인부담 내용은 <표 2-9>에서 살펴볼 수 있다. 우선 임신 검사에서 양성반응이 나오는 즉시 병원 방문을 권고하고 있다. 임신·출산 진료비 지원을 받기 위해서는 병원 방문을 통해 임신이 확인된 후 지역의 건강보험공단 지사에 임신 신고를 하면 ‘건강수첩’(예비 엄마를 위한 안내서)을 받게 된다. 건강수첩에는 임신 및 출산 후 받아야 하는 검사, 신생아 건강에 관한 정보가 담겨 있다. ‘임신지원금’을 받기 위해서는 임신 14주 이내에 국립수당금고(CNAF) 지사인 카프(CAF)에 신고를 해야 한다.

프랑스에서 임신 및 출산과 관련된 의료 이용 시 본인부담률은 사회보장법에서 규정하는데, 임신 6개월부터 임신과 관련 없는 의료 이용을 포함한 모든 의료 이용 시 본인부담금이 없다. 중요한 것은 의사의 판단과 건강보험공단의 사전 승인이 있는 추가 검사(예를 들어 고위험 산모의 경우 양수 검사)는 본인부담금이 없으나 의사의 판단과 건강보험공단의 사전 승인이 없는 경우는 100% 본인부담이라는 것이다.

〈표 2-9〉 시기별 검사 및 진료비의 본인부담비율

시기	검사 항목	본인부담비율
임신 3개월까지	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨, 매독, 총진, 톡소프 라즈마, HIV 항원항체 검사 - (필요시) 정밀 혈액형(ABO, Rh) 검사	- 입원: 20% - 외래진료: 30%
	- 첫 번째 초음파 검사	10%
임신 4~5개월	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨 검사 - 양수 검사 - 혈액 검사(다운증후군 검사)	- 입원: 20% - 외래진료: 30%
임신 6개월	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨 검사 - HBs Ag 검사 - 혈액 검사 - (필요시) 불규칙 항체 검사 - 두 번째 초음파 검사	0%
임신 7개월	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨 검사 - 혈액 검사	
임신 8개월	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨, 혈액(ABO, Rh) 검사 - (필요시) 불규칙 항체 검사	
임신 9개월	- 일반 산전 진료 - 단백질, 당뇨, 혈액(ABO, Rh) 검사 - (필요시) 불규칙 항체 검사 - 세 번째 초음파 검사	

출처: 오주환 등(2012); 박문일 등(2008); Le Bras(2012). 재구성.

2. 영국의 임신·출산 진료비 지원 정책

영국은 임신 및 출산과 관련된 국가의 보건·의료적 지원이 다른 보건·의료 서비스와 마찬가지로 비교적 잘 구성되어 있다고 볼 수 있다. 따라서 영국 정부의 출산 장려 정책이라고 볼 수 있는 정책의 핵심은 공립의료기관에서 임신부와 신생아에게 제공하는 의료서비스 지원이라고 할 수

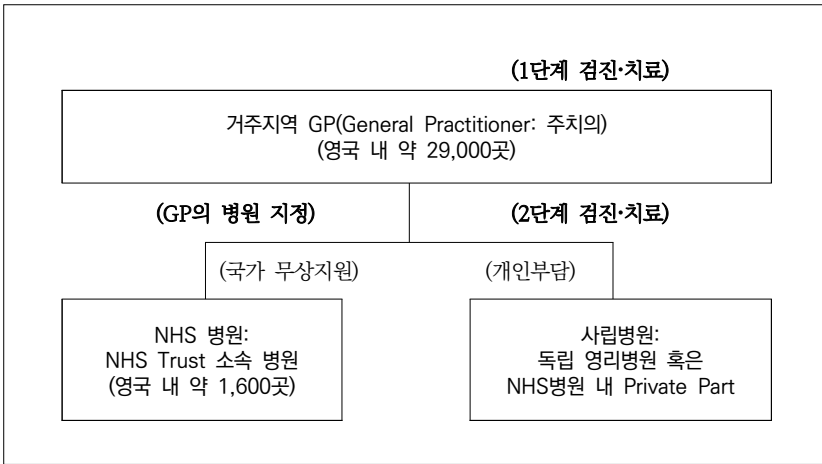
있다. 영국의 의료체계는 공적 의료기관(NHS)과 사적 의료기관(사립병원)으로 구성되어 있다. 6개월 이상 거주자라면 체류 외국인을 포함하여 누구나 공립 의료 보험인 NHS(National Health Service)에 등록할 수 있는 자격을 받게 되고 18세까지 소수의 개인 병원을 제외한 거의 모든 의료시설에서 무료 진료와 처방이 가능한 체계로 이루어져 있다. 즉, 소득에 따라 매달 일정한 비용을 내면 국가 소속의 주치의에게 무료 진료를 받을 수 있는 시스템이 기본으로 되어 있다. NHS는 크게 1차 진료기관(Primary Care Trust), 2차 진료기관(NHS Trust), 의료행정기관 등 3종류로 나눌 수 있다. 1차 진료기관(PCT)은 일정 지역을 맡아서 환자의 1차 진료를 담당하는 NHS의 중심 조직으로서 1개의 PCT⁴⁾는 50~100명의 GP(의사치과의사)와 관련 행정요원으로 구성되어 있다. 2차 진료기관(NHS Trust)은 여러 개 병원의 결합체로서 병원, Care Center 등 1차 진료기관에서 치료·검사를 받은 환자를 다시 치료하는 상위 개념의 의료기관이다. 한편으로는 지급 능력이 있는 국민이 자기 부담하에 서비스를 받을 수 있는 사립병원이 NHS를 보완하고 있다. 이러한 영국의 보건·의료 시스템은 이용자의 측면에서 [그림 2-2]와 같이 요약될 수 있다.

이러한 영국의 전체 의료 이용 체계 가운데 영국의 출산 지원 정책으로서의 의료체계를 살펴보면 다음과 같다. NHS에 등록된 임신부는 임신기간과 출산 후 1년까지 무료로 진료받고 처방약도 받을 수 있으며 이 기간에 스케일링 등을 포함한 치과서비스까지 무료로 이용할 수 있다. 임신기간 초음파 검진, 자연 분만과 제왕절개 그리고 출산 후 입원까지 지원할 뿐만 아니라, 산모의 산후우울증 등 기타 출산과 관련된 정신적·육체적 합병증까지 지원이 가능하다. 이러한 지원은 국가에 소속된 헬스 비지

4) PCT는 1개의 병원으로 존재하는 것이 아니라 일정지역 내 분산하여 환자를 치료하는 GP(General Practitioner)들의 결합체임.

터(Health Visitor)들이 관리된다. 그러나 영국에서 아이를 낳기 위해 사용하는 의료시설 이용에 따른 비용은 월별 의료보험료를 제외하고는 없기 때문에 출산 의료서비스를 포함한 공적 의료서비스를 감당하기 위해 국가가 짊어지는 부담은 막대하며 소득에 따라 내는 세금도 큰 실정이다.

[그림 2-2] 의료 이용 체계



산전 관리 지원은 임신이 확인되면 지역 내 가까이 있는 담당 GP와 담당 조산사를 산모에게 배치해 주면서 시작된다. 또 임신부의 관리를 위해 임신부의 인적사항, 담당 조산사와 의료기관의 비상연락처, 각종 진료 및 검진 출산을 기록하는 산모 노트를 제공한다. 임신 초기 필요한 철분제 같은 처방 의약품을 무료로 받는다.

일반적인 정기검진은 배치된 조산사가 임신 28주 이내에 월 1~2회씩 산전 관리를 제공하며, 임신 30주 이후에는 2~3주에 1회씩 산전 관리를 제공한다. 산전 관리 빈도를 살펴보면 산모가 초산인 경우 약 10회, 경산인 경우 약 7회 제공한다(김승희 등, 2015). 건강상 이상이 발견되면 의

사에게 의뢰한다.

초음파 검사는 큰 이상이 없을 경우 11~28주 이내에 2회만 제공된다. 양수검사는 산모혈청 삼중검사(혈색소, 혈액형 항체, 레서스)로 고위험이 진단될 경우에만 시행한다. 조산사나 의사의 검진 시 추가 검사가 필요하다고 판단될 경우 태동검사 또는 초음파 검사 등은 무료 검사가 가능하다. 하지만 임신부 본인이 추가로 검사를 원할 경우 추가되는 비용은 본인이 지급해야 한다(오주환 등, 2012).

시기별 산전 검사 목록은 국가건강검진위(National Screening committee: NCS)에서 나온 결과를 토대로 효과성이 입증된 항목으로 구성하였다.

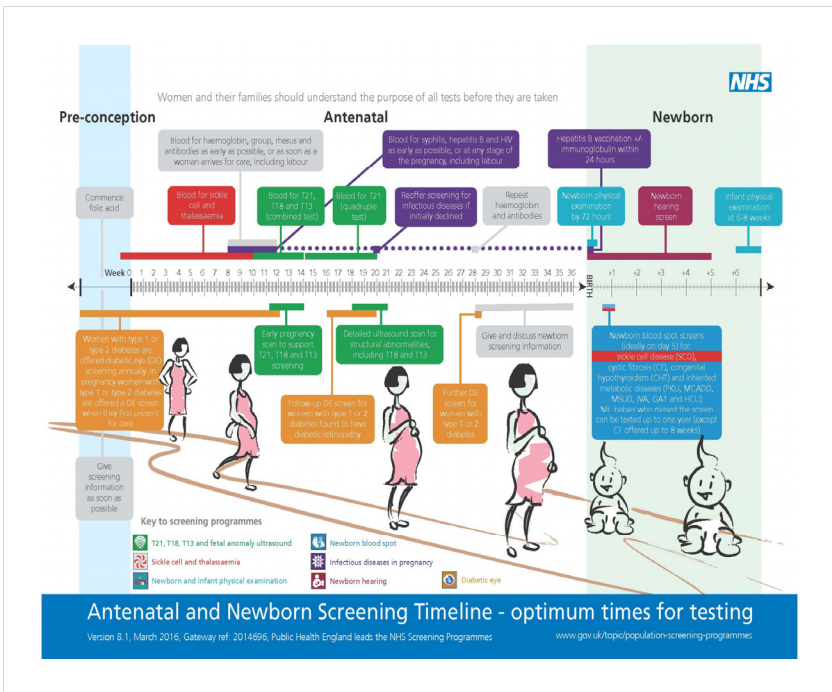
〈표 2-10〉 시기별 검사 및 진료항목

시기	검사 항목
임신 10주까지	- 겸상적혈구(sickle cell), 지중해빈혈(thalassaemia) 확인을 위한 혈액 검사 - 당뇨망막증 또는 당뇨로 인한 안과질환 검사(12주까지)
임신 11~14주	- 방사능 (다운증후군, 에드워드증후군, 파타우 증후군 초음파 검사
임신 14~28주	- 다운증후군 확인 - 혈색소 혈액형 항체, 레서스(rhesus)의 혈액검사 - 신체 이상 확인을 위한 초음파 검사 - 당뇨망막증 또는 당뇨로 오는 안과질환 검사
임신 29~36주	- 당뇨망막증 또는 당뇨로 오는 안과질환 검사 - 헤모글로빈 관련 재검사 - 신생아 정보
출산 이후	- 신생아 검사(72시간 이내) - Hepatitis B 백신 (24시간 이내)

출처: 김승희 등. (2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. p.70.

영국은 임신 전, 임신 중, 분만과 분만 후 신생아에 이르기까지 임신부가 보건의료기관을 이용할 때, 특히 여러 가지 검사에서 시기별로 알아야 할 사항을 정리하여 매년 업데이트하고 있다(그림 2-3 참조). 해당 그림은 웹사이트를 통해 쉽게 접근이 가능하다. 해당 그림은 임신 전 엽산제를 섭취하는 것부터 각 임신 주기에 해야 할 검사 항목을 임신 주(週) 수별로 자세하면서 이해하기 쉽게 제시하고 있다. 특히 ‘여성과 가족은 검사 전에 모든 검사의 목적을 이해해야 한다’라고 명시하여 알 권리를 옹호하고 있다.

[그림 2-3] 산전검사 및 신생아 검사 시기



출처: www.gov.uk/topic/population-screening-programmes에서 2016.6.14. 인출.

제 3 장

선행연구

- 제1절 국내의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가
- 제2절 외국의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가

제1절 국내의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가

본 절에서는 국내에서 수행된 임신·출산 보건의료 지원 정책과 관련된 평가 연구와 본 연구에서 중점적으로 평가할 임신·출산 진료비 지원 정책에 관한 연구를 고찰해 보고자 한다. 임신·출산 보건의료 지원 정책은 임신·출산 보건의료 지원 정책이라는 제목보다는 대체로 저출산 정책 평가의 일부로 다양한 임신·출산 보건의료 지원 정책이 평가되었다(표 3-1 참조). 우선 정부의 저출산 정책을 평가한 연구(국회예산정책처, 2007)에서는 일반 국민과 보육시설 이용자를 대상으로 설문조사를 진행하여 이를 통해 정책의 효과를 평가하였는데, 저출산 정책 인지도가 증가하였다는 것을 사회적 공감대 형성이라는 성과로 간주하여 저출산 정책의 효과성을 입증하였다. 해당 연구는 저출산 정책이 본격적으로 추진되기 시작하는 시기의 연구라는 특성상 향후 여러 저출산 정책의 유기적인 조합을 통해 효율적인 자원 배분과 추진체계의 개선을 제언하였다. 김경미 등(2010)의 연구에서는 해외 주요 국가의 출산장려 정책을 배경과 자원 조달 측면에서 살펴보고, 출산 관련 정책 인지도, 경험률, 만족도, 선호도를 조사하여 정책을 평가하였다. 조사 결과 저출산 정책 중 주택 및 세금 관련 지원 정책이 선호되었고 보육비 및 교육비 지원은 투입된 규모에 비해 국민의 정책 체감도 또는 만족도 수준이 낮다고 평가하였다. 이삼식 등(2010)의 연구에서는 저출산 정책 중 보육비 경제적 지원 정책은 시계열적인 측면과 미시적 관점에서 출산율 증가에 효과적이었으나 횡단면적으

로는 무관하다고 평가하였다. 또 저출산 정책으로서 세제 지원은 미시적으로 출산에 긍정적 영향을 미쳤으나 보육서비스 관련 육아지원 인프라 규모는 출산에 무관하다고 평가하였다. 추가로 일·가정 양립 지원 정책은 간접적으로 출산에 영향을 미쳤다고 평가하였다. 해당 연구는 현존 자녀 수를 고려하지 않을 경우 경제적 지원 정책과 양성평등 문화 조성 정책 인지도는 출산 계획에 긍정적 영향을 주는 반면, 현존 자녀 수를 고려할 경우 저출산 정책 이용 경험은 출산 계획에 유의한 영향을 주지 않는다고 평가하였다.

〈표 3-1〉 임신·출산 보건으로 지원 정책 평가 연구

저자	제목	연구방법	평가 지표
국회예산정책처 (2007)	정부 저출산 정책 평가	- 20~60대 남녀(800명), 보육시설을 이용하는 어머니(300명) 대상 설문조사 분석 - 기술통계분석	정책의 성과목표, 성과지표, 목표치
김경미 등 (2010)	세계 주요 국가 저출산 대책 평가 및 우리나라에의 적용 방안	- 국가별 정책 현황 - 이론적 고찰 방법 - 설문조사 결과를 활용한 군집 분석	정책의 인지도, 경험률, 만족도, 선호도
이삼식 외 (2010)	저출산 정책 효과성 평가 연구	- 「2009년 전국 결혼 및 출산동향 조사」를 활용한 통계 분석: • 시계열(TFR: 1990~2009) • 횡단면적 접근(시군구 TFR) • 미시적 접근 (기대 자녀 수 2009)	출산, 출산율
정성호 (2012)	저출산 정책의 효과성에 관한 연구	- 「2009년 전국 결혼 및 출산동향 조사」를 활용한 회귀분석 • 출산 계획을 종속변수로 하는 로짓 모형	출산 계획
정용관 등 (2012)	결혼·출산·육아 지원사업군 심층평가	- 선행연구 검토, 해외 사례 연구 등을 통한 정성평가 방법 - 통계 분석	출산율, 출산의사, 초혼연령, 영아사망률, 다태아 출산 가능성, 조산아 출산 가능성, 예방접종지수, 사업 필요성

정용관 등(2012)의 연구에서는 결혼·출산·육아 지원 사업에 속하는 다양한 정책을 결혼·임신·출산 지원 정책, 일과 가정의 양립 지원 정책, 보육 및 양육 지원 정책, 육아 인프라 확충 정책군으로 분류하여 각 정책군의 종합적인 평가와 각 정책군 내의 다양한 정책을 분석하였다. 그중 결혼·임신·출산 지원 정책으로는 결혼 전문 포털사이트 운영, 신생아 집중치료실 확대, 산모 건강관리, 영유아의 예방적 건강관리, 산모·신생아도우미 서비스 지원, 임신·출산 진료비 지원, 의료기관 외 출산 시 출산비 지원, 영양플러스 사업, 다자녀 국민연금 출산크레딧, 필수 예방접종 비용 지원 사업에 관하여 평가한 내용을 포함하고 있다. 정책마다 가능한 자료가 다르기 때문에 정량평가가 가능한 정책은 정량평가를 하였고 그렇지 못한 정책에 한해서 해외 유사 사례를 통한 분석 등을 활용한 정성평가를 수행하였다.

분석 결과 결혼 전문 포털사이트 운영 사업은 도시지역과 비도시지역 여성 초혼 연령 차가 감소하고 있으며 사업의 접근성 향상을 위한 노력이 필요하다. 또 신생아 집중치료실 확대 사업은 사업이 집중적으로 시행되었던 도시지역의 영아사망률이 감소하여 부분적으로나마 정책 효과성을 입증하였다. 산모건강관리 사업 중 난임부부 사업의 경우 저소득층의 접근성을 향상시켰다는 점에서 효과적인 정책으로 평가될 수 있고, 산모·신생아 도우미 서비스 지원 사업은 1인당 지원액을 증가시키면 출산율을 좀 더 증가시킬 수 있는 가능성이 있는 사업으로서 긍정적으로 평가될 수 있다고 하였다. 또 국가필수예방접종 사업은 저소득층에 정책을 집중할 경우 큰 영향력이 있다고 평가하였고, 다자녀 출산 크레딧 사업은 도시 거주자와 교육 수준이 낮은 여성들이 중요한 사업으로 인식함에 따라 좀 더 넓은 홍보가 필요하다고 평가하였다.

임신·출산과 관련된 의료 이용을 중심으로 분석한 연구는 많지 않다.

더 나아가 이 보고서에서 평가하고자 하는 임신·출산 진료비 지원 정책을 평가한 연구는 제한적이다. 우선 임신·출산 진료비 지원 정책을 평가하지는 않았으나 임신·출산과 관련된 의료 이용 행태 및 비용에 관한 연구를 살펴보고자 한다. 임신부를 연령과 거주지를 기준으로 층화 표집하여 산전 의료 이용 행태와 비용을 분석한 김경하 등(2009)의 연구에서는 1인 평균 산전 진료의 총 비용은 70만 원이며 산전 수진 횟수는 12.7회로 나타났다. 이를 토대로 하면 임신·출산 진료비 지원 정책의 지원금이 70만 원일 경우 산전 관리를 위한 진료비 부담은 없을 것으로 결론지을 수 있다. 국민건강보험공단 청구 자료를 활용하여 분석한 유사한 연구(Kim et al., 2012)에서는 소득이 가장 낮은 층에서 가계 소득 대비 높은 의료비 부담과 종합병원 이용에서 접근도가 낮은 것으로 평가하였다. 이러한 임신·출산과 관련된 의료 이용 행태 및 비용에 관한 연구 결과를 고려해 볼 때 임신·출산 진료비 지원 정책이 보편성을 가지면서도 취약 집단에 차등 지원되는 정당성이 확보될 수 있다.

임신·출산 진료비 지원 정책을 직접적으로 평가한 선행연구는 <표 3-2>에서 제시하였다. 강희선 등(2012)의 연구에서는 24명의 임신·출산 진료비 지원 정책 이용자(고운맘카드 이용자)를 대상으로 면접 조사 방법을 통해 이들의 정책 이용에 관한 다양한 인식과 만족도 등을 조사함으로써 정책의 효과성을 평가하였다. 김한결 등(2012)의 연구에서는 고운맘카드 사용 경험자 219명을 대상으로 설문조사를 진행하여 이들의 정책 인지도와 만족도에서의 빈도분석을 통해 임신·출산 진료비 지원 정책을 평가하였다. 정책 접근 경로, 사용 범위(장소)로 인지도를 분석하였고 연령대, 초산 여부, 경제 수준으로 나누어 만족도를 평가하였다. 마지막으로 만족도의 수준에 따른 재출산 여부를 교차분석하여 제시하였다. 연구 결과, 정책은 홍보가 잘되었다는 점에서 긍정적으로 평가되었고,

42.2%의 산모가 만족도에서 긍정적으로 응답하였으며 불만족을 보인 항목은 지원 금액과 1일 한도 사용 금액으로 나타났다. 또 임신·출산 진료비 지원 정책의 만족도와 산모의 재출산 의지 사이에는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

오주환 등(2012)의 연구에서는 정책 전후 임신부가 이용한 산전 진찰 의료기관(종합병원, 병원, 의원, 보건소 및 보건진료소, 한방병원)의 변화, 외래 및 입원 의료 이용 진료비, 만족도를 중심으로 분석하였다. 우선 고운맘카드 사용 경험이 있는 산모 대상의 조사 결과, 만족한다(만족+매우 만족)는 의견이 43.1%로 나타났고, 출산장려 정책으로서의 효과성에는 50.6%가 효과가 있다(효과 있음+매우 효과 있음)고 응답하였다. 또 정책 시행 후 대체로 종합병원, 병원, 의원에서의 산전 진찰 의료 이용이 증가한 반면 보건소 및 보건진료소 이용은 2007년부터 2010년까지 증가하다가 2011년 감소하는 경향을 보였다. 해당 연구에서는 다양한 측면에서 임신·출산 관련 입원 의료 이용 진료비와 외래 의료 이용 진료비의 경우 다른 질환 진료비와 비교해서 더욱 증가하였음을 입증하였다.

정용관 등(2012)의 연구에서는 결혼·출산·육아 지원 사업에 속하는 다양한 정책 중 임신·출산 진료비 지원 평가를 포함하고 있다. 임신·출산 진료비 지원 사업의 경우 효과성 평가를 위한 자료가 불충분해 캐나다 퀘벡 주의 출산지원금 사업을 평가한 선행연구(Kim, 2012)를 분석하여 함의를 제시하였다. 퀘벡 주에서는 출산지원금을 모두 가구 대상을 저소득층 가구로 변경하였는데, 이에 따라 Kim(2012)의 연구에서 이전의 보편 지원 정책과 차등 지원된 정책을 비교 분석하였고, 해당 보고서에서는 이러한 분석 결과를 인용하면서 임신·출산 진료비 지원 사업을 평가하였다. 분석 결과, 같은 양의 지원금이어도 사업의 효과는 가계의 소득 수준에 따라 다르게 나타났음을 제시하며, 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과를

62 임신·출산 보건으로 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

극대화하기 위해 소득 수준에 따른 현금 보조의 형식으로 개선되어야 함을 주장하였다.

〈표 3-2〉 임신·출산 진료비 지원 정책(고운맘카드) 평가 연구

저자	제목	연구 방법	평가 지표
강희선 등 (2011)	임산부들의 임신·출산 진료비 지원 서비스(고운맘카드) 이용 경험	- 고운맘카드 이용 경험이 있는 24명의 여성을 대상으로 한 질적 연구	인지도, 이용 경험, 불편한 점
김한결 등 (2012)	세계 주요 국가 저출산 대책 평가 및 우리나라 적용 방안	- 국가별 정책 현황 - 이론적 고찰 방법 - 설문조사 결과를 활용한 군집 분석	정책의 인지도, 만족도, 재출산 의사
오주환 등 (2012)	임신·출산 진료비 지원 사업 개선 방안 연구	- 한국의료패널, 국민건강보험공단 진료비 실태 조사, 국민건강보험 자료를 활용한 통계 분석 - 제도 이용 경험 임신부 12명 대상의 초점집단면접 및 190명 대상의 설문조사 분석	임신·출산 관련 의료비(외래 의료이용 및 입원 의료 이용), 산전 의료기관 변화, 만족도
정용관 등 (2012)	결혼·출산·육아 지원사업군 심층 평가	- 유사사례(캐나다 퀘벡 주의 출산지원금 사업) 분석	출산 여부

정리하면 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가한 선행 연구에서는 정책 인지도, 만족도, 출산 여부 또는 추가 출산 의사, 임신·출산 진료비, 산전 이용 의료기관을 평가지표로 하여 정책의 효과성을 평가하였음을 알 수 있다. 이에 따라 정책의 일차적 목표인 의료비의 경감 부분에는 충분한 평가가 이루어졌으나 산전 관리 수준과 이에 따른 건강 결과까지 포괄적으로 평가된 연구는 없다고 볼 수 있다.

제2절 외국의 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가

외국의 경우 임신·출산 보건의료 지원 정책은 저출산 대응책으로서 존재한다기보다는 대체로 의료의 형평성 차원에서 취약 계층을 위한 정책으로서 존재한다. 본 절에서는 취약 계층의 임신·출산 관련 보건의료적 지원으로 본인 부담금이 거의 없는 일종의 보험인 메디케이드(Medicaid) 정책의 확대에 따른 효과성을 평가한 선행연구를 고찰한 후, 저개발국의 임신·출산과 관련된 보건의료 서비스 접근도를 향상시키기 위한 목적이 있는 정책의 효과를 분석한 연구를 고찰하고자 한다.

우선 미국의 캘리포니아(California) 주의 메디케이드인 메디칼(Medi-Cal)의 수급 자격 확대라는 정책 변화의 효과성을 평가한 Rittenhouse 등(2003)의 연구에서는 정책 효과성의 지표로 산전 진료의 초진 시기와 산전 관리 적합도를 활용하여 평가하였다. 분석 결과 저소득층을 대상으로 하는 메디칼의 산전 진료의 수급 자격을 확대함으로써 취약계층의 산전 관리를 위한 의료 이용을 향상시켰다. 이에 따라 임신·출산을 위한 의료 이용과 유사한 지원에 투자가 지속되어야 함을 주장하였다. 이와 유사한 Dubay 등(2001)의 연구는 미국의 일부 주를 제외한 모든 주의 출생 자료를 활용하여 저소득층 임신부를 대상으로 하는 메디케이드의 수급 자격 확대의 효과성을 평가하였다. 해당 연구는 수급 자격의 확대가 저소득층의 산전 이용과 출산 결과에 미치는 영향으로 효과성을 평가하였다. 분석 결과 메디케이드 수급 자격 확대로 저소득층 산모의 산전 의료 이용(초진 시기)은 향상되었으나 저체중아 출산이라는 출산 결과에는 유의미한 영향을 미치지 않았다.

〈표 3-3〉 미국 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 연구

저자	제목	연구 방법	평가 지표
Dubay 외 (2001)	Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status. Implications for the medicaid expansions for pregnant women	- 전국 출생 데이터 (National Natality Files: 1980, 1986, 1993)를 활용한 통계분석(교차분석)	산전 진료 초진 시기, 저체중아 출산율
Rittenhouse 외 (2003)	Improvements on prenatal insurance coverage and utilization of care in California: an unsung public health victory	- 캘리포니아 출생통계 자료(1980-1999)를 활용한 통계분석 (회귀분석)	산전 진료 초진 시기, 산전 수진 횟수

최근 들어 일부 저개발 국가에서 임신부의 임신·출산 관련 보건의료 측면에서 산전 진료 바우처를 제공하는 정책이 시행되었고, 이러한 정책의 효과성 평가가 이루어졌다. 우선 캄보디아의 경우 모성 건강의 향상과 모성 사망률 감소를 목적으로 한 임신·출산 관련 의료 서비스 바우처를 저소득층 임신부에게 제공하는 정책 평가 연구가 수행되었다(Ir 등, 2010). 연구 결과, 해당 바우처 제공 정책은 저소득층 임신부의 재정적 어려움을 경감시킴으로써 보건의료 서비스 이용을 증가시켰다고 평가하였다.

방글라데시의 경우 의료 서비스 접근도를 향상시킴으로써 모성건강을 향상시키기 위해 산전 진료를 위한 바우처를 제공하는 정책을 도입하였고 Ahmed 등(2011)의 연구에서 그 효과성을 평가하였다. 분석 결과 산전 진료 바우처를 받은 후 산전 의료 이용이 증가하였고 보건의료 전문가의 시설 분만율도 증가하였다.

대만의 경우 1995년 국가의료보험(National Health Insurance)이 도입되면서 정책 전후 산전 관리 수진 횟수를 비교하여 정책의 효과성을 평가하였다. 분석 결과 정책 도입 후 산전 수진 횟수가 증가하였고 특히

의원에서 산전 수진을 하는 경우가 정책 도입 후 다른 보건의로 기관에서 보다 증가 폭이 컸다.

〈표 3-4〉 해외 임신·출산 진료비 지원 정책 평가 연구

저자	제목	연구 방법	평가 지표
Chen 외 (2003)	National Health Insurance and the antenatal care use: a case in Taiwan	- 대만 모성과 신생아 건강 조사 데이터를 활용한 통계분석 (회귀분석)	산전 진찰 횟수
Ir 외 (2010)	Using targeted Vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia	- 국가 데이터를 활용한 기술 통계 제시	시설 분만율
Ahmed 외 (2011)	Is demand-side financing equity enhancing? Lessons from a maternal health voucher scheme in Bangladesh	- 가구 설문조사를 활용한 통계분석 (회귀분석)	3회 이상의 산전 진찰 여부, 시설 분만, 산후 수진을

종합해 보면 우리나라에서 수행된 임신·출산 진료비 지원 사업 평가는 정책 인지도, 정책 경험(만족도), 출산 여부 또는 추가 출산 의사, 임신·출산 진료비, 산전 이용 의료기관을 평가 지표로 정책의 효과성을 평가하였다면, 미국의 경우는 산전 관리와 출산 결과를, 일부 개발국에서는 산전 관리 및 시설 분만율을 평가 지표로 정책을 평가하였다.

임신·출산 진료비 지원 정책의 목표를 구체적으로 분석하여 각 목표에 입각하여 임신·출산 관련 의료 이용과 이를 통한 건강 결과(health outcome)에 미치는 영향의 분석을 포함하는 연구는 이루어지지 않았다. 또 임신·출산 의료 이용에서는 이용 기관의 변화와 전체 이용 횟수만을 분석

66 임신·출산 보건의료 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

했을 뿐 산전 관리의 적합도 분석은 수행되지 않았다. 따라서 본 보고서에서는 이러한 선행연구에서 분석되지 않은 부분을 상세하게 분석함으로써 임신·출산 진료비 지원 정책의 종합적인 평가를 수행해 보고자 한다.

제 4 장

임신·출산 진료비 지원 정책
평가 I

제1절 적절성 및 효율성

제2절 효과성

4

임신·출산 진료비 지원 정책 << 평가 I

제1절 적절성 및 효율성

본 장에서는 임신·출산 진료비 지원 정책을 심층적으로 분석하고자 한다. 기본적인 정책 평가의 틀은 경제협력개발기구(OECD)/개발원조위원회(DAC)의 평가 기준과 한국개발연구원(KDI) 공공투자센터의 심층 평가를 위한 평가 요소 및 이를 활용한 고용보험 심층평가(나영선 등, 2008; 어수봉 등, 2009)를 참고하였다. 임신·출산 진료비 지원 정책은 시행된 지 7년이 넘었고 이러한 측면에서 정책의 계획 단계, 집행 단계, 성과 단계에 걸친 평가가 가능하다. 본 절에서는 계획 단계에서의 적절성(relevancy)과 집행 단계에서의 효율성(efficiency)을 중심으로 기술하고 이어지는 절에서는 성과 단계에서의 효과성(effectiveness)을 상세하게 분석하고자 한다.

본 절에서는 계획 단계의 적절성 측면에서 정책의 제반 목표(objectives)의 설정이 정책의 수요(needs)를 충족시키기 위해 적절한지 그리고 정부 정책의 우선순위와 부합하고 있는지를 평가하기 위해 제도 존치 필요성, 목표의 정합성, 제도의 합리성 등을 평가하고자 한다. 또 집행 단계의 효율성 측면에서 제도 인지도, 예산 집행률 등을 통해 정책을 위한 투입(input)이 산출(outputs)까지 효율적으로 이루어졌는지를 평가하고자 한다.

1. 적절성

임신·출산 진료비 지원정책의 계획 단계의 적절성을 평가하기 위한 지

표는 앞에서 언급했듯이 OECD/DAC의 평가 기준, KDI 공공투자센터의 심층평가를 위한 평가 요소 및 이를 활용한 고용보험 심층평가의 평가 기준에 따라 유사 중복 여부를 통한 제도 존치 필요성과 해당 정책의 목표가 정책의 수요(needs)와 정부 정책의 우선순위와 부합하고 있는지를 평가하고자 한다.

임신·출산 진료비 지원 정책은 기본적으로 저출산 대응 정책 중 하나로서 시행된 정책이다. 우리나라는 2001년 초저출산의 기준인 합계출산율이 1.3명에 도달하였고 2015년 통계청의 출생통계(잠정)에 따르면 2015년 1.24명으로 우리 사회는 지속적으로 초저출산 사회로 자리 잡고 있는 상황이다. 이러한 저출산의 대응 정책으로 2005년부터 현재까지 5년마다 저출산·고령사회 기본계획이 수립되어 시행되고 있는 상황이다. 2006년부터 2010년까지의 제1차 저출산·고령사회 기본계획에서는 결혼·출산·양육의 사회책임 강화라는 중영역의 4가지 소영역 중 임신·출산 지원 확대라는 소영역 내에서 ‘산전검사료 지원’이라는 이름으로 임신·출산 진료비 지원 정책이 포함되었다. 이러한 맥락에서 임신·출산 진료비 지원정책은 산전 진찰 시 소요되는 비용의 부가 급여로서 출산 장려를하고자 수립된 정책이라고 볼 수 있다. 임신·출산 진료비 지원 정책은 제1차 저출산·고령사회 기본계획안에서 저출산 대응책으로 시작되었다. 2007년에는 산모 산전 진료 급여 확대 방안을 통해 산전 검사 비용 중 본인부담금을 경감시키고자 하였고 2008년 건강보험정책심의위원회를 통해 임신·출산 진료비 지원(고운맘카드) 정책을 추진하기로 하여 2008년부터 시행하게 되었다. 임신·출산 진료비 지원 정책의 목표는 앞에서도 언급했듯이 산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 의욕을 고취하고, 출산 친화적 환경을 조성하며, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 한다. 비록 욕구 조사를

통해 임신 및 출산 진료비 지원이 필요한지에 관한 조사가 선제적으로 이루어지지 않았기 때문에 정책의 수요에 일치한다고 보기는 어려우나 저출산이라는 사회 문제를 고려할 때 해당 정책의 목표는 정책의 수요에 적절하게 대응하고 있다고 볼 수 있다. 또 저출산·고령사회 기본계획이라는 국가 정책의 틀 안에서 시행되므로 정부 정책의 우선순위와도 부합하는 정책으로서 적절한 정책으로 평가될 수 있다.

한편 임신·출산 진료비 지원 정책과 유사한 구조의 정책은 국민건강보험법에 따른 산전 진료 보험급여 적용을 포함한 건강보험 보장성 정책으로 볼 수 있다. 2000년 시행된 국민건강보험법은 기존의 의료보험법에 따라 예방 진료인 산전 진료가 보험급여 비적용 대상이었던 것을 산전 진료의 보험급여를 가능하게 하였다. 보장성 강화 정책에 따라 2004년에는 산전 검사 중 풍진 검사와 선천성 기형아 검사의 보험급여가 가능하게 되었고, 2005년에는 자연분만 본인부담금이 면제되었으며, 2008년에는 산전 AIDS 검사의 보험급여가 가능하게 되었고, 2009년에는 산전 비자극검사(NST), 산전 기형아감별검사(Quad Test)의 보험급여가 가능하게 되었다. 이러한 측면에서 임신·출산 진료비 지원 정책과 유사하다고 볼 수 있다. 그러나 임신·출산 진료비 지원 정책은 보험급여를 통한 진료비 지원과 별개로 모든 임신부에게 본인부담금을 직접적으로 경감시키는 정책이라는 측면에서 해당 정책과 중복되는 정책은 없다고 평가되며 이러한 점에서 해당 정책은 수립 당시 필요한 정책으로서 적절하다고 평가된다.

정책의 합리성이라는 측면에서 저출산이라는 사회 문제에 대응하여 1차적으로 출산에 소요되는 비용을 경감시킴으로써 출산 친화적 환경을 조성하고, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만하도록 한다는 점에서 현실적인 대응책일 수 있다. 한편 해당 정책이 계획될 즈음인 2005년 '전국 결혼 및 출산 동향 조사'에 따르면 미혼 남녀(20~44세)의

1자녀 출산 계획의 이유로 자녀 양육비[22.4(여성), 24.5%(남성)]를 들었고, 그 다음이 자녀 교육비[18.0%(여성), 22.3%(남성)] 부담이었다. 또 유배우 여성(20~44세)의 가장 큰 추가 출산 중단 이유는 자녀 교육비(25.1%)였다. 이러한 의견 조사 결과를 고려해 볼 때 저출산 문제에 직접적으로 대응하는 합리적인 정책인지 의문점은 남는다. 그럼에도 불구하고 임신·출산 진료비 지원 정책은 출산 친화적 환경을 조성하는 것에는 이바지할 수 있고 무엇보다 주기적인 산전 진찰을 촉진함으로써 건강한 태아를 분만할 수 있도록 하는 것은 인구의 질 향상을 통한 저출산 문제의 대응책으로서 합리적인 정책으로 평가될 수 있다.

2. 효율성

임신·출산 진료비 지원 정책 집행 단계의 효율성을 평가하기 위해 제도 인지도와 사업실적 보고에 나타난 예산 집행률, 집행 효율성을 모니터링 하였는지를 평가하여 투입(input)이 산출(outputs)로까지 효율적으로 이행되었는지 평가하고자 한다. 우선 앞서서도 언급하였듯이 출생아 수와 고운맘카드 운영 현황(조은영, 2012)을 고려해 볼 때 정책 인지도나 이용률은 높은 것으로 평가해 볼 수 있다. 실제로 「2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」에 따르면 2013년 1월 1일 이후부터 조사 시점까지 태어난 현존 자녀가 있는 기혼 여성(15~49세)을 대상으로 질문한 결과, 인지도는 100.0%로 나타났고 경험률은 99.9%로 나타났다(이삼식 등, 2015).

해당 사업은 비예산 사업으로 예산 달성률 같은 지표를 생성하는 것이 불가능하다. 그 대신 저출산·고령사회 기본계획 내에서 매년 설정된 목표치 달성률을 대안(proxy) 지표로 살펴보고자 한다. 2008년에 시작된 임

신·출산 진료비 지원 정책은 제1차 저출산·고령사회 기본계획의 틀 안에서 ‘산전검사로 지원’이라는 이름으로 정책의 성과가 보고되었다. 해당 정책은 임신·출산 지원 확대라는 소영역 안에서 임신·출산과 관련된 정보를 제공하는 서비스, 임산부의 체계적인 건강관리를 위해 철분제 등 산전 관리비 지원과 표준 모자보건수첩을 연계한 임신·출산 보건의료 정책으로서 시행되었다. 2009년에는 11월 말 기준으로 임산부 651,065명이 전자바우처인 고운맘카드를 신청했고 임산부 한 사람당 20만 원을 지원하였다. 또 산전 진찰 보험급여를 확대하기 위해 국민건강보험법을 개정하는 등 목표를 달성하여 목표 달성률 100.0%로 보고되었다(이삼식 등, 2010). 2010년에는 국민건강보험법 시행령 및 고시 개정으로 임신 당시 30만 원을 지원함으로써 목표를 달성한 것으로 평가되었다(이삼식 등, 2011). 2011년부터는 제2차 저출산·고령사회 기본계획의 틀 안에서 임신·출산 진료비 지원 정책이라는 이름으로 성과가 보고되었다. 2011년부터 2015년까지의 제2차 저출산·고령사회 기본계획에서는 결혼·출산·양육 부담 경감이라는 중영역의 4가지 소영역 중 임신·출산 지원 확대라는 소영역의 세부영역으로서 임신·출산 비용 지원 확대가 있었고, 임신·출산 비용 지원 확대라는 세부영역 안에 임신·출산 진료비 지원 확대라는 목표가 있었다.

임신·출산 진료비 지원 정책은 2011년에 임신·출산 진료비 지원 확대를 위한 법령 개정을 목표로 2011년 3월 국민건강보험법 시행령 및 관련 고시 개정을 완료하여 100.0%의 목표 달성률을 보인 것으로 보고되었다(선우덕 등, 2012). 2012년에는 임신·출산 진료비 지원 금액을 50만 원으로 확대하기 위한 관련 법령 개정을 목표로 실제 국민건강보험법 시행령 및 관련 고시 개정을 완료하여 목표 달성률 100.0%인 것으로 보고되었다(이삼식 등, 2013). 2013년에는 임신·출산 진료비 지원의 1일 사용

한도 폐지 및 이용기관 확대 관련 고시 개정을 목표로 하였고 실제로 관련 고시 개정을 완료하여 100.0%의 목표 달성률을 보였다(이삼식 등, 2014). 제2차 저출산·고령사회 기본계획 2014년 시행계획에 따르면 2014년도에는 임신·출산 진료비 지원 정책은 제도의 개선이 완료된 것으로 보고되어 더는 추진 계획이 수립되지 않았다. 요약하면 임신·출산 진료비 지원 정책은 매년 지속적으로 정책 확대를 위한 목표를 설정하고 이를 달성하는 식으로 이행되었다. 이러한 점에서 집행 단계에서의 효율성이 있는 정책으로 평가될 수 있다. 그러나 임신·출산 진료비 지원 정책의 사후 관리 또는 모니터링 체계는 구축되지 않았다. 정기적으로 정책 대상자인 임신부와 서비스 제공자인 보건의로 전문가들을 대상으로 의견을 수렴하는 과정은 생략되었다고 볼 수 있다. 즉, 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 자체를 상승시키는 효과가 있었는지에 대한 모니터링과 정책 대상자인 임신부의 만족도 등의 조사 등을 고려하여 정책의 확대가 있었다면 좀 더 체계적일 수 있다.

제2절 효과성

정책의 최종 평가는 효과성에 있다. 성과 단계에서 살펴보는 효과성이란 정책의 목표를 얼마나 달성했는지를 알 수 있는 결과물을 분석함으로써 알 수 있다. 임신·출산 진료비 지원 정책의 정책 목표는 산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 의욕을 고취하고 출산 친화적 환경을 조성하며, 주기적인 산전 진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 하는 것이다. 이에 따라 목표는 크게 2가지로 나뉜다. 첫째, 1차적으로 임신·출산 관련 의료비 부담을 경감시키고 이를 통해 출

산 의욕을 고취시킴으로써 출산 친화적 환경을 조성한다. 둘째, 주기적인 산전 진찰을 하도록 하며 이를 통해 건강한 태아를 분만하도록 한다. 본 절에서는 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가하기 위해 이러한 목표에 입각하여 첫째로 임신·출산 진료비 지원 정책 시행으로 의료비 부담이 경감되었는지를 살펴보고, 둘째로 산전 관리 수준을 살펴보고, 셋째로 건강한 태아를 분만했는지의 건강 성과라는 측면에서 출산 결과(저체중아 출산 및 조산)를 살펴보고자 한다.

1. 1차적 효과성: 의료비 부담

의료비 부담 경감과 관련해서 오주환 등(2012)의 연구에서 상세하게 분석하였고, 2011~2014년 임신·출산 관련 의료비와 관련해서는 김승희 등(2015)의 연구에서 정리하였으므로, 본 연구에서는 진료비와 관련하여 추가로 분석하지 않고 해당 연구 두 편을 고찰하고 분석하는 것으로 임신·출산 진료비 지원 정책이 의료비 부담 경감이라는 측면에서 효과적이었는지 평가하고자 한다.

오주환 등(2012)의 연구에서는 임신·출산 진료비 지원 정책의 시행 전후 임신부의 진료비 부담을 한국의료패널 자료와 진료비 실태조사 자료를 활용하여 분석하였다. 정책 시행 전과 시행 후 두 시기를 비교하였고 외래는 방문일, 입원은 입원 마지막 날을 기준으로 분류하였다. 진료비는 처방약값을 제외한 법정 본인부담 진료비와 비급여부담금을 합한 본인부담 진료비를 외래 방문건과 입원일을 단위로 분석하였다.

우선 한국의료패널 자료를 활용하여 의료비 변화를 분석하였다. 한국 의료패널 자료에서는 임신·출산 관련 질환을 상병명과 해당 코드를 기준으로 다음과 같이 정의하였다. 출산 전 선별 감사 및 기타 임신의 관리(코

드: 5005), 출산 장소에 따른 출생아(코드: 5006), 분만 후 간호 및 검사(코드: 5007), 자연유산, 의학적 유산, 기타 유산된 임신(코드: 2501~2503), 임신, 출산 및 산욕의 부종, 단백뇨, 고혈압성 장애(코드: 2504), 전치태반, 태반 조기박리 및 분만 전 출혈(코드: 2505), 기타 태아와 양막강, 가능한 분만 문제와 관련 산모 관리(코드: 2506), 난산(코드: 2507), 분만 후 출혈(코드: 2508), 기타 임신과 분만의 합병증(코드: 2509), 단일 자연분만(코드: 2510), 달리 분류되지 않은 산욕기 관련 합병증, 기타 산과적 병태(코드: 2511)를 분석 대상 임신·출산 관련 질환으로 제시하였다.

외래 의료 이용에서 정책 시행 전 2008년과 비교해서 정책 시행 후 2009년 외래 방문 건당 본인부담 진료비(법정보인부담 진료비+비급여부담금)가 16,290원 증가한 것으로 나타났다(표 4-1 참조). 같은 기간 임신·출산이 아닌 기타 질환으로 이용한 외래 본인부담 진료비가 1,075원 증가한 것과 비교했을 때 좀 더 많이 증가하였으나 통계적으로 유의미한 효과는 보고되지 않았다. 이에 따라 임신·출산과 관련하여 정책 시행 전후의 외래 방문 건당 본인부담 진료비는 차이가 없는 것으로 나타났다.

입원일당 본인부담 진료비(법정보인부담 진료비+비급여부담금)를 살펴본 결과, 정책 시행 전인 2008년과 비교해서 정책 시행 후인 2009년 17,951원이 증가하였는데(표 4-1 참조), 이는 같은 기간 임신·출산이 아닌 기타 질환에 따른 입원일당 본인부담 진료비의 증가분인 47,491원과 비교했을 때 증가폭은 적은 것으로 나타났다. 그러나 이러한 결과는 통계적으로 유의미하지 않았고 이에 따라 임신·출산과 관련하여 정책 시행 전후의 입원일당 본인부담 진료비는 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 의료기관의 종류에 따른 추가 통계 분석 결과 의원 및 종합병원과 달리 병원급에서는 정책 시행 전후의 입원일당 본인부담 진료비가 통계적으로 유의미하게 증가한 것으로 나타났다.

〈표 4-1〉 정책 시행 전후의 외래 의료 이용 진료비

(단위: 원, 건)

연도	외래 의료 이용		입원 이용	
	방문건당 진료비	건수	방문건당 진료비	건수
2008년 (정책 시행 전)	38,092	155	130,042	120
2009년 (정책 시행 후)	54,382	165	147,993	75

출처: 오주환 등(2012).

또 진료비실태 조사 자료를 활용하여 의료비 변화를 분석하였는데 해당 자료에서 임신·출산 관련 질환은 상병명과 해당 코드를 기준으로 다음과 같이 정의되었다. 정상 임신(코드: Z34.0, Z34.8, Z34.9), 고위험 임신(코드: Z35.0~Z35.9), 분만(코드: O80.0~O80, O84.0~O84.9), 제왕절개 분만(코드: O82.0~O82.9, O84.9, O84.2), 임신과 관련된 합병증⁵⁾(코드: O08.0~O08.9, O02.1, O03.0~O07.9, O14.0~O15.9, O24.0~O24.9, O00.0~O01.9, O44.0~O45.9, O60, O36.4, O72.0~O73.9, Z37.1~Z37.7)을 분석 대상 임신·출산 관련 질환으로 제시하였다. 분석 결과 정책 전과 후의 외래 의료 이용에서 진료비 변화는 〈표 4-2〉와 같다. 정책 시행 전(2008년)과 비교했을 때 정책 후(2009년, 2010년) 진료비, 비급여 진료비, 본인부담 진료비가 지속적으로 증가하는 경향을 보였다. 단, 급여 진료비의 경우 정책 시행 전에 비해 2009년에 증가하였으나 2010년에는 정책 시행 전보다는 증가했지만 2009년보다는 다소 감소하였다. 이러한 변화 양상은 임신·출산과 관련 없는 질환

5) 유산, 자궁 외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증, 계류유산, 자연유산, 의학적 유산, 기타 유산, 상세 불명 유산, 시도된 유산의 실패, 전자간증, 자간증, 임신 중 당뇨병, 포상기태, 자궁 외 임신, 전치태반, 태반조기박리, 조기진통, 분만 후 출혈, 잔류태반, 단일 사산아, 쌍둥이 사산, 기타 다태아 사산, 자궁 내 태아 사망에 따른 산모 진료

의 외래 이용에 따른 진료비의 변화와 동일하게 나타났다(오주환 등, 2012 p.84).

〈표 4-2〉 정책 시행 전후의 외래 의료 이용 진료비

(단위: 원, 건)

연도	진료비	급여 진료비	비급여 진료비	본인부담 진료비	건수
2008년 (정책 시행 전)	51,833	19,573	32,249	37,395	8,698
2009년 (정책 시행 후)	68,339	35,143	35,918	49,558	5,507
2010년 (정책 시행 후)	68,689	26,391	42,297	53,445	18,141

출처: 오주환 등(2012).

정책 시행 전(2008년)과 시행 후(2009년, 2010년)의 변화를 통계적으로 유의미하게 증가했는지 살펴보기 위해 회귀분석을 하였는데 분석 결과, 유의한 변화는 전체 진료비, 급여 진료비, 본인부담 진료비에서 관찰되었고 비급여 진료비에서는 유의한 변화가 관찰되지 않았다. 즉, 소득과 연령, 장애 유무, 정책 전후를 통제했을 때 정책과 진료비의 교호작용 회귀계수를 통해 파악하는 회귀분석 결과, 전체 진료비, 급여 진료비, 본인부담 진료비 모두 정책 시행 전보다 정책 시행 후 유의미하게 증가하였다.

정책 시행 전과 시행 후의 입원 의료 이용에서 진료비 변화는 〈표 4-3〉에서 제시하였다. 정책 시행 전(2008년)과 비교했을 때 정책 시행 직후(2009년)에는 진료비, 급여 진료비, 비급여 진료비, 본인부담 진료비가 증가하였다. 단, 2010년에는 진료비, 급여 진료비, 비급여 진료비, 본인부담 진료비 모두 정책 시행 전보다 증가하였으나 정책 시행 직후인 2009년보다는 다소 감소하였다. 이러한 변화 양상은 임신·출산과 관련 없는 질환의 입원 의료 이용에 따른 진료비 변화와 동일하게 나타났다(오

주환 등, 2012, p.98).

〈표 4-3〉 정책 시행 전후의 입원 의료 이용 진료비

(단위: 원, 건)

연도	진료비	급여 진료비	비급여 진료비	본인부담 진료비	건수
2008년 (정책 시행 전)	312,978	195,482	114,474	133,636	702
2009년 (정책 시행 후)	547,482	316,037	261,435	269,107	462
2010년 (정책 시행 후)	398,295	270,834	127,461	146,429	1,381

출처: 오주환 등(2012).

정책 시행 전(2008년)과 시행 후(2009년, 2010년)의 변화를 통계 분석(회귀분석)한 결과, 입원 의료 이용에서 전체 진료비, 급여 진료비, 비급여 진료비, 본인부담 진료비 모두 유의미하게 증가하였다. 의료기관별로 분석한 결과는 병원 이상에서는 입원일당 전체 진료비, 급여 진료비, 비급여 진료비, 본인부담 진료비 모두 유의미하게 증가하였으나 의원급에서는 급여 진료비만 유의하게 감소하였고 다른 진료비는 유의미한 변화가 관찰되지 않았다.

요약하면 한국의료패널 자료 분석 결과와 진료비실태조사 자료 분석 결과, 진료비실태조사 자료에서는 2010년 세부적 진료비가 2009년보다 증가하지 않은 것으로 나타났으나 공통적으로 정책 시행 전인 2008년보다는 2009년 진료비가 증가했다는 점에서 일치된 결과를 보였다.

김승희 등(2015)의 연구에서는 건강보험공단 자료(database)를 활용하여 정책 시행 전과 시행 후를 비교하기보다는 임신부의 의료비용을 정책 시행 후인 2011~2014년(출산 연도)을 기준으로 분석하였다. 임신부

의 의료비용은 주상병 또는 부상병 코드가 O10~O99, Z31~Z34, Z39로, 출산 전 280일부터 출산 후 56일까지 청구된 건에 한하여 분석하였다. 분석 건수는 455,737건(2011년), 467,511건(2012년), 421,439(2013년), 421,775건(2014년)이다. 분석 결과는 <표 4-4>에서 제시하였다.

<표 4-4> 정책 시행 후(2011~2014년)의 임신부 1인당 진료비

(단위: 원)

진료비		출산 연도			
		2011년	2012년	2013년	2014년
출산	총진료비	1,043,376	1,151,298	1,259,530	1,311,723
	보험자부담금	938,838	1,030,315	1,120,980	1,166,340
	법정 본인부담금	104,538	120,983	138,550	145,383
입원 (출산 제외)	총진료비	665,342	697,409	872,107	1,006,114
	보험자부담금	509,481	534,046	672,551	779,149
	법정 본인부담금	155,861	163,363	200,166	226,965
외래	총진료비	325,684	341,172	361,140	381,157
	보험자부담금	204,647	213,653	225,350	237,844
	법정 본인부담금	121,037	127,519	135,790	143,313
전체	총진료비	1,460,081	1,590,287	1,743,403	1,836,394
	보험자부담금	1,212,538	1,318,198	1,440,195	1,514,628
	법정 본인부담금	247,543	272,089	303,208	321,766

출처: 김승희 등(2015), p.113.

이 표에서 살펴볼 수 있듯이 2011년부터 2014년까지 임신과 출산에 드는 모든 의료비가 증가하는 경향을 보인다. 구체적으로 1인당 전체 진료비의 경우 2011년과 비교하여 2014년 376,313원 증가하였고, 1인당 법정 본인부담금은 74,223원 증가하였다. 진료 형태에 따른 차이를 살펴

보면 1인당 총 진료비의 경우는 입원 진료비가 2011년 대비 2014년 340,772원이 증가하여 증가 폭이 가장 컸다.

법정 본인부담금에서는 입원 진료비가 부담이 가장 큰 항목이고 이어 출산 진료비, 외래 진료비 순으로 높게 나타났다. 전체 진료비 중 법정 본인부담금이 차지하는 비율을 살펴보면 연도별 큰 변화 없이 대략 17%로 유지된 것을 볼 수 있으나 2011년 17.0%에서 2012년 17.1%, 2013년 17.4%, 2014년 17.5%로 매년 조금씩 증가하고 있음을 알 수 있다.

김승희 등(2015)의 연구에서는 정책 시행 전후를 비교하지 않았고, 같은 기간 임신·출산과 관련 없는 진료비 자료와 비교하지 않았기 때문에 임신·출산 진료비 지원 정책 시행으로 진료비가 상승했는지 판단하는 자료로는 한계가 있다. 그러나 매년 임신·출산과 관련된 진료비에서 절대적인 금액이 증가하였고 법정 본인부담금 비율이 증가했다는 점에서 임신 부가 체감하는 비용 부담은 증가하고 있다는 시사점이 있다.

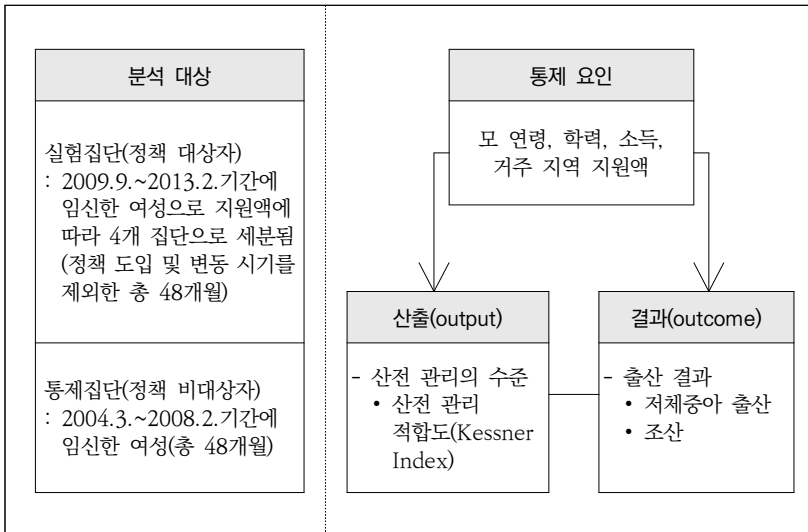
또 의료비 부담 경감과 관련해서 심층적으로 분석한 오주환 등(2012)의 연구에서 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 전후를 비교했을 때 임신과 출산 관련 진료비는 증가하였고 같은 기간 다른 질환의 진료비와 비슷한 양상을 보이며 증가하였으나 소득과 연령, 장애 유무, 정책 전후를 통제했을 때 정책과 진료비의 교호작용 회귀계수를 통해 파악하는 분석 결과, 진료비가 유의하게 증가한 것을 입증하였다. 이러한 관점에서 해당 연구에서는 정책 시행에 따라 진료비가 증가했다고 결론지었다. 즉, 임신·출산 진료비 지원 정책은 진료비를 증가시킨 부작용도 있어 의도하지 않은 결과(unintended consequence)를 발생시켰다고 볼 수 있다.

2. 2차적 효과성: 산전 관리 수준 및 출산 결과

가. 연구 방법

임신·출산 진료비 지원 정책이 산전 관리의 수준, 출산 결과에 긍정적인 영향을 줌으로써 출산 의욕을 고취시키고 출산 친화적인 환경을 조성하는 데 이바지하였는지를 평가하기 위한 틀은 [그림 4-1]에서 제시하였다. [그림 4-1]에서 보여주듯이 임신·출산 진료비 지원 정책 경험이 있는 정책 대상자를 실험집단으로 하고, 정책이 시행되기 이전에 출산하여 정책 대상자가 아닌 출산모를 통제집단으로 하여 두 집단 간 산전 관리의 수준, 출산 결과의 차이를 살펴보고자 한다.

[그림 4-1] 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성 평가



1) 분석 자료 및 분석 대상

분석 대상은 다음과 같다. 정책 시행 전후 동일한 시기를 비교하기 위해 정책이 시행된 2008년 12월을 기준으로 약 4년 전부터 시행되기 전까지 임신한 여성을 통제집단에 포함하고, 2008년 12월 정책이 시행된 4년 후까지 임신한 여성을 실험집단으로 포함했다. 특히 임신·출산 진료비 지원액 변화에 따른 차이를 보기 위해 2008년 12월부터 2013년 2월까지 임신한 산모를 실험집단에 포함했다. 또 정책이 시행되는 시점과 변동된 지원액이 시행되는 시점을 감안하여 정책 대상자 여부를 정확하게 판단하기 어려운 각 시행 시점 한 달 전인 2008년 11월, 2010년 3월, 2011년 3월, 2012년 3월에 임신한 여성은 분석 대상에서 제외하였다(표 2-4 참조). 따라서 정책 시행 전후 총 48개월이라는 기간에 임신한 여성이 포함되었다.

요약하면 최종 분석 대상은 2004년 3월~2008년 2월에 임신한 여성, 즉 2004년 12월~2008년 11월에 출산한 여성(통제집단), 정책이 도입된 2008년 12월~2010년 2월에 임신한 여성, 즉 2009년 9월~2010년 11월에 출산한 여성(지원금 20만 원을 받은 실험집단), 2010년 4월~2011년 2월에 임신한 여성, 즉 2011년 1월~2011년 11월에 출산한 여성(지원금 30만 원을 받은 실험집단), 2011년 4월~2012년 2월에 임신한 여성, 즉 2012년 1월~2012년 11월에 출산한 여성(지원금 40만 원을 받은 실험집단), 2012년 4월~2013년 2월에 임신한 여성, 즉 2013년 1월~2013년 11월에 출산한 여성(지원금 50만 원을 받은 실험집단) 등 5개 집단으로 구분될 수 있다. 이러한 분석 대상은 2006년, 2009년, 2012년, 2015년 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」에서 추출하였다. 4차(2006년, 2009년, 2012년, 2015년)에 걸친 출산력 조사에서

조사 시점까지 최근 3년간의 출산 경험이 있다고 응답한 여성은 총 5,129명인 것으로 나타났다. 그중 만 18세 이하인 여성(12명)과, 임신·출산과 관련된 주요 문항에 결측값이 있는 경우를 제외하고, 정책 대상 시기에 따라 본 연구의 실험집단과 통제집단에 적합한 최종 표본은 2,852명인 것으로 나타났다.

〈표 4-5〉 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사에서 추출한 표본

(단위: 명)

조사 연도	2006년	2009년	2012년	2015년	총계
출산 여성	961	950	1,055	2,163	5,129
최종 표본	391	696	965	800	2,852

정책 대상 여부 및 지원 금액에 따른 본 연구의 분석 대상 현황을 살펴 보면 효과성 평가를 위해 활용된 분석 대상인 정책 비대상자는 1,807명(38.0%)이고 정책 대상자는 1,765명(62.0%)인 것으로 나타났다(표 4-6 참조). 정책 대상자를 지원 금액에 따라 세부적으로 구분하면 지원 금액이 20만 원인 경우의 정책 대상자는 421명(14.8%), 30만 원인 경우 358명(12.6%), 40만 원인 경우 186명(6.5%), 50만 원인 경우 800명(28.1%)인 것으로 나타났다. 그중 40만 원을 받은 집단과 50만 원을 받은 집단의 표본 수는 다른 집단보다 표본이 크거나 작는데 이는 원 자료인 출산력조사 데이터 특성에 따른 것이다. 즉, 출산력조사는 3년 단위로 조사되는 자료로 조사 시점에서 최근 3년간 출산 경험이 있는 기혼 여성을 대상으로 이루어지기 때문에 2012년도 조사의 경우 2012년 6월에 조사가 마무리되어 상대적으로 표본 수가 적게 나타났다. 반면 2015년도의 경우는 이전 조사와 비교해서 표본 수 규모가 월등하게 크기 때문에 2015년 조사에서 포함된 2013년 출산 경험이 있는 경우 다른 집단보다

표본 수가 많은 것으로 볼 수 있다.

〈표 4-6〉 정책 대상 여부 및 지원 금액별 현황

(단위: 명, %)

영역		출산 시기	빈도(비율)
정책 비대상자		2004.12.~2008.11.	1,087 (38.0)
정책 대상자	집단A(20만 원)	2009. 9.~2010.11.	421 (14.8)
	집단B(30만 원)	2011. 1.~2011.11.	358 (12.6)
	집단C(40만 원)	2012. 1.~2012.11.	186 (6.5)
	집단D(50만 원)	2013. 1.~2013.11.	800 (28.1)
	전체	2009. 9.~2013.11.	1,765 (62.0)

2) 분석 방법 및 주요 변수

본 연구는 정책이 시행되기 이전의 집단(정책 비대상 집단)과 정책 대상 집단이 산전 관리 수준과 출산 결과에서 어떤 차이가 있는지 SPSS 20.0을 이용하여 살펴보고, 다른 요인을 통제했을 때에도 임신·출산 진료비 지원 정책이 산전 관리 수준, 출산 결과에 독립적인 영향을 미치는지 회귀모형을 통해 알아보려 한다. 회귀분석에서 사용된 주요 변수는 정책 대상 여부 외에 통제 요인, 산출(output) 요인, 결과 요인(outcome)으로 구분할 수 있다.

종속변수는 정책의 산출(output) 요인과 결과 요인(outcome)이다. 우선 산출(output)에 해당하는 변수는 정책 시행 전후의 산전 수진 횟수 및 초진 시기, 산전 관리 적합도이다. 산전 수진 횟수는 조사 대상자의 출산 전까지 산전 진찰을 받은 횟수를 의미하며, 초진 시기는 임신 후 처음으로 산전 진찰을 받은 주(週) 수를 의미한다. 임신 시기는 주 수에 따라

초기, 중기, 후기로 나뉜다. 임신 초기(first trimester)는 임신 후 12주 이하의 시기를 의미하며, 임신 중기(second trimester)는 13주에서 27주 사이를 의미하며, 임신 후기(third trimester)는 28주부터 출산 전까지를 의미한다. 산전 관리 적합도는 앞서 정의한 바와 같이 초진 시기, 재태 주 수, 산전 진찰 횟수의 결합으로 산정된다. 빈도 분석 결과에 따라 적합한 수준과 그렇지 않은 수준으로 나누어서 분석하였다.

정책의 결과(outcome)에 해당되는 변수는 정책 시행 전후의 출산 결과(저체중아 출산 및 조산)와 향후 출산 의향이다. 저체중아 출산은 출산 당시 2,500g 미만의 신생아 출산을 의미하며, 조산아는 재태 주 수 37주 미만의 출산을 의미한다.

종속변수인 출산 결과 및 산전 관리 수준에 영향을 미치는 산모의 개인적 특성인 모 연령(Feldman 등, 2007), 교육 수준(Delbaere 등, 2007), 소득(Singh & Yu, 1996)과 출산 결과에 영향을 미치는 산모의 산과적 특성인 출산력(parity: Haaga, 1989)을 통제하고서도 정책 대상자 여부가 유의하게 산전 관리 수준과 출산 결과에 영향을 미치는지를 통해 해당 정책을 효과성 측면에서 평가하고자 한다.

구체적으로 산모의 사회 경제적 특성인 통제 요인으로 모 연령은 마지막 자녀 출산 당시의 연령으로서 고령 산모의 기준인 35세 이상과 35세 미만으로 나누어 더미(dummy)변수로 사용하였다. 혼인 상태는 유배우 여부로 구분하였고 교육 수준은 모의 최종학력인 고졸 이하, 전문대학 재학 혹은 졸업, 대학교 이상 등 세 집단으로 나누었다. 소득 수준은 가구의 월평균 총소득을 의미하며 다른 변수값(value)과의 크기를 고려하여 자연로그(ln)값을 취하여 분석하였다. 단, 월평균 소득이 0인 15개 표본에서는 임의로 1을 부여하여 로그값을 적용하였을 경우 0이 되도록 산정하였다. 출산력의 경우는 초산과 둘째 아이 이상 출산인 경산으로 구분하여

분석하였다.

나. 연구 결과: 분석 대상의 특성 교차분석 결과

정책의 효과성 심층 분석에 앞서 정책 대상자 분석 대상을 정책 대상 여부로 구분하여 전체 산모의 인구사회학적 특성을 교차분석한 결과는 <표 4-7>과 같다. 통계적 유의미도는 카이제곱 검증과 F검증을 활용하였다.

<표 4-7> 정책 대상 여부별 인구사회학적 특성

(단위: 명, %, 만 원)

특성		정책 비대상자	정책 대상자	χ^2/F
연령	35세 미만	941 (86.6)	1289 (73.0)	72.293***
	35세 이상	146 (13.4)	476 (27.0)	
혼인 상태	유배우	1080 (99.4)	1755 (99.4)	0.068
	기타	7 (0.6)	10 (0.6)	
교육 수준	고졸 이하	464 (42.7)	502 (28.4)	69.320***
	전문대학	257 (23.6)	432 (24.5)	
	대학교 이상	366 (33.7)	831 (47.1)	
소득 수준		309.1 (171.7)	420.0 (217.2)	-15.121***

주: 결측값 제외, ***p<.001

우선 모 연령에서는 정책 비대상자 중 13.4%가 고령 산모인 것에 비해 정책 대상자의 경우는 27.0%가 고령 산모로 나타났고 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 차이를 보인다. 이는 정책 대상자는 정책 비대상자보다 출산 시기가 최근이며 고령 산모가 증가하는 사회적 현상을 반영하는 결과라고 볼 수 있다. 혼인 상태를 살펴보면 정책 대상자 집단과 비대상

자 간 차이 없이 유배우의 비율이 전체적으로 99% 이상 차지하는 것으로 나타났다. 교육 수준은 정책 비대상자보다 대상자의 교육 수준이 높은 것으로 나타났다. 정책 비대상자의 경우 대학교 이상인 비율이 33.7%(366명)였던 반면 정책 대상자는 47.1%(831명)인 것으로 나타났다. 가구소득을 살펴보면, 정책 비대상자의 평균 가구소득은 309만 1천 원인 것에 비해 정책 대상자는 420만 원인 것으로 나타나 정책 대상자의 가구소득이 좀 더 높은 것으로 나타났다.

분만 방법, 다태아 여부, 출산력(parity) 같은 산과적 특성에서 정책 대상자와 비대상자의 차이를 교차분석한 결과는 <표 4-8>에서 제시하였다. 우선 분만 방법에서는 정책 대상자와 비대상자 모두 60% 이상이 자연분만을 하는 것으로 나타났고, 이들의 차이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

<표 4-8> 정책 대상 여부별 산과적 특성

(단위: 명, %)

특성		정책 비대상자	정책 대상자	χ^2
분만 방법	자연분만	688 (63.3)	1152 (65.3)	1.147
	제왕절개	399 (36.7)	613 (34.7)	
다태아 여부	단태아	1081 (99.4)	1,736 (98.4)	6.607**
	다태아	6 (0.6)	29 (1.6)	
출산력	초산	474 (43.6)	855 (48.4)	6.332**
	경산	613 (56.4)	910 (51.6)	

**p<.01

다태아 여부에서는 정책 대상자의 경우 다태아 출산이 1.0%포인트 높게 나타났고, 출산력에서 정책 대상자가 초산인 경우가 정책 비대상자보다 4.8%포인트 높게 나타났다. 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났는데, 이는 모두 저출산과 고령 임신 및 난임의 증가라는 추세를

감안했을 때 정책 비대상자보다 좀 더 최근에 출산한 정책 대상자에게 이러한 특성이 나타난 것으로 해석될 수 있다. 요약하면 최근에 출산한 정책 대상자일수록 만혼에 따른 고령 임신이 많고, 저출산 현상과 맞물려 초산이 많으며, 난임에 따른 시술 등으로 다태아 출산이 많다는 차이가 있다.

다. 연구 결과: 정책의 효과성 교차분석 및 회귀분석 결과

1) 산전 관리 수준에서의 효과성

정책의 효과성 평가를 위한 첫 번째 기준은 산전 관리 수준이다. 산전 관리 수준은 출산 결과와 직결되기 때문에 중요하다. 산전 관리 적합도의 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)는 초진 시기, 재태 주 수(gestational age), 산전 진찰 횟수를 통해서 산전 관리 정도의 적합성을 적합(Adequate), 부적합(Inadequate), 보통(Intermediate), 무진료(No care)로 나뉜다. 산전 관리 적합도 지표를 산출하기에 앞서 초진 시기와 산전 진찰 횟수에서 정책 대상자와 정책 비대상자의 차이를 교차분석한 결과는 <표 4-9>에서 제시하였다.

<표 4-9> 정책 대상자 여부별 초진 시기 및 산전 진찰 횟수

(단위: 명, %)

영역		정책 비대상자	정책 대상자	χ^2
초진시기	임신 초기	1058 (97.3)	1749 (99.1)	14.016**
	임신 중기	25 (2.3)	15 (0.8)	
	임신 후기	4 (0.4)	1 (0.1)	
산전 진찰 횟수		13.19 (4.119)	13.14 (3.903)	0.332

**p<.01

초진 시기에서 정책 대상자 여부에 따른 차이를 살펴보면 정책 비대상자의 경우 임신 초기에 초진을 받은 임신부는 97.3%로 나타났고, 정책 대상자는 99.1%인 것으로 나타나 정책 대상자와 비대상자 차이는 1.8% 포인트에 불과하며 이러한 차이는 $P < .01$ 의 수준에서만 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 임신 기간 받은 산전 진찰 횟수를 살펴보면 정책 비대상자는 임신 기간 13.19회의 산전 진찰을 받은 것으로 나타났고 정책 대상자는 산전 진찰을 13.14회받은 것으로 나타났으나 통계적으로 의미하지는 않았다. 산전 관리 적합도에서 정책 대상자와 비대상자 간 차이를 살펴보기 위해 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)를 <표 4-10>과 같이 산출하였다.

<표 4-10> 산전 관리 적합도 지표(Kessner Index of Adequacy of Prenatal Care)

초진 시기	재태주수	산전 진찰 횟수		적합도
임신 12주 이하 이면서	13주 이하	1회 이상이거나 무응답	→	적합 (Adequate)
	14-17	2회 이상		
	18-21	3회 이상		
	22-25	4회 이상		
	26-29	5회 이상		
	30-31	6회 이상		
	32-33	7회 이상		
	34-35	8회 이상		
	36주 이상	9회 이상		
임신 28주 이상 이거나	14-21	0회이거나 무응답	→	부적합 (Inadequate)
	22-29	1회 이하이거나 무응답		
	30-31	2회 이하이거나 무응답		
	32-33	3회 이하이거나 무응답		
	34주 이상	4회 이하이거나 무응답		
적합, 부적합, 무진료를 제외한 경우			→	보통 (Intermediate)
산전 진찰을 받지 않은 경우			→	무진료(No care)

출처: Institute of Medicine, National Academy of Sciences: Infant Deaths, An Analysis by Maternal Risk and Health Care. In: Contrasts in Health Status, Vol. I, 1973. Based on: The American College of Obstetricians and Gynecologists: Standards for Obstetric-Gynecologic Services. Chicago, 1974.

산전 관리 적합도(Kessner's Index of Prenatal Care)에서 정책 대상자와 비대상자를 살펴본 결과 전체적으로 적합한 산전 관리를 한 경우가 95% 내외로 나타났고, 보통 혹은 부적합은 정책 비대상자가 4.4%로 나타났고, 정책 대상자는 보통 혹은 부적합한 경우가 5.2%로 나타나 차이를 보였으나 통계적으로 유의미하지 않았다(표 4-11 참조).

〈표 4-11〉 산전 관리 적합도

(단위: 명, %)

영역		정책 비대상자	정책 대상자	χ^2
산전 관리 적합도	적합	1,015 (95.6)	1,660 (94.9)	3.637
	보통	44 (4.1)	89 (5.1)	
	부적합	3 (0.3)	1 (0.1)	

지원 금액에 따른 정책 대상자와 비대상자라는 차이가 산전 관리 수준에 독립적인 영향을 미치는지를 파악함으로써 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가하기 위한 이항 로지스틱 회귀분석(binomial logistic regression) 모형은 〈표 4-12〉에서 제시하였다.

두 가지 이항 로지스틱 회귀분석 모형의 식은 적합한 산전 관리 여부를 종속변수로 하고 정책 대상자 집단(Group 1: 20만 원 지원 집단, Group 2: 30만 원 지원 집단, Group 3: 40만 원 지원 집단, Group 4: 50만 원 지원 집단)을 주요 독립변수로 하고 모 연령, 혼인 상태, 교육 수준, 월평균 가구소득 등 인구사회학적 요인과 출산력(초산 여부), 다태아 여부, 출산 방법 등 산과적인 요인을 통제변수(X)로 하는 함수로 가정하였다. 상수항과 정책 대상자 여부 및 정책 지원액에 따라 구분된 정책 대상자 및 정책 비대상자와 관련된 변수만을 포함하는 제한된 식(restricted model: 식 I)과 모든 독립변수를 포함하는 식(full model,

unrestricted model: 식 II)을 비교하여 지원액별 정책 대상자가 된 것이 산전 관리 수준에 어떤 영향을 미치는지 파악하고자 하였다.

〈표 4-12〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식: 적합한 산전 관리

<p>(식 I)</p> $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4}$ <p>(식 II)</p> $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4} + \beta_5 X$ <p>P = 적합한 산전관리를 할 확률 $1-P$ = 적합하지 않은 산전관리를 할 확률</p>

적합한 산전 관리 여부를 종속변수로 하는 이항 로지스틱 회귀 분석 결과는 〈표 4-13〉에서 제시하였다. 모형의 적합성 여부를 판단하는 모형계수 전체 테스트(omnibus test of model coefficients) 결과를 고려할 때 모형 II에서 상수항만 포함한 모형(null model)에 비해 $p < .05$ 수준에서 유의미한 것으로 나타났다. 한편 Nagelkerke R square 값은 작게 나타났으나 선형 회귀분석의 경우와 다르게 의미 있는 해석이 어렵기 때문에 모형을 평가할 때 해당 값에 의존할 필요는 없다고 볼 수 있다(홍세희, 2005). 그럼에도 모형의 설명력이 낮다는 한계를 간과할 수는 없다.

모형 I을 살펴보면 20만 원을 지원받은 정책 대상자라는 요인은 적합한 산전 관리를 하는 데 비록 영향력은 매우 작으나 정책 비대상자와 비교했을 때 유의미한 위험 요인으로 나타났다. 이러한 결과는 모형 II에서도 동일하게 나타났다.

〈표 4-13〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(산전 관리 적합도)

	모형 I			모형 II		
	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)
정책 대상 여부(비대상)						
대상(20만 원)	-0.48	(0.24)*	0.62	-0.53	(0.25)*	0.59
대상(30만 원)	-0.02	(0.30)	0.98	-0.14	(0.30)	0.87
대상(40만 원)	-0.41	(0.33)	0.66	-0.53	(0.34)	0.59
대상(50만 원)	0.07	(0.23)	1.07	-0.10	(0.25)	0.91
모 연령(비고령)						
고령				0.05	(0.22)	1.05
혼인 상태(유배우)						
기타				-0.19	(0.86)	0.82
교육 수준(고졸)						
전문대학				0.22	(0.25)	1.25
대학교 재학				-0.12	(0.21)	0.88
월평균 가구소득				0.28	(0.12)*	1.33
초산 여부(초산)						
경산				-0.60	(0.19)**	0.55
다태아(단태아)						
다태아				-0.18	(0.75)	0.84
출산 방법(자연분만)						
제왕절개				0.23	(0.20)	1.26
N	2,852			2,852		
2Log-Likelihood	1089.20			1070.704		
χ^2	5.95			24.46*		
Df	4			12		
Nagelkerke R ²	0.01			0.03		

***p<.001, **p<.01 *p<.05

모형 II는 산전 관리에 영향을 미칠 수 있는 변수들을 통제한 후 정책 대상자 여부가 적합한 산전 관리에 영향을 미치는지를 분석하는 모형이다. 분석 결과 적합한 산전 관리에 영향을 미치는 유의미한 요인은 월평균 가구소득과 출산력, 20만 원을 지원받는 정책 대상자인 것으로 나타났

다. 구체적으로 월평균 가구소득이 높을수록 산전 관리를 적절하게 하였고, 초산보다는 경산이 산전 관리를 적절하게 하는 경우가 적었으며, 정책 대상자(20만 원)가 비대상자보다 적절한 산전 관리를 할 확률이 낮은 것으로 나타났다. 비록 다른 금액을 지원받은 정책 대상자가 되는 것은 비대상자와 비교해서 적절한 산전 관리를 받는 것과 통계적으로 유의미한 관계가 없는 것으로 나타났으나, 20만 원을 지원받은 정책 대상자가 산전 관리를 적절하게 받지 못했다는 것은 정책이 성숙되지 않았고 지원 금액이 낮기 때문에 효과를 나타내는 데 한계가 있기 때문인 것으로 추정해 볼 수 있다. 이러한 결과는 정책 대상자와의 심층면접을 통해 좀 더 자세히 확인해 볼 필요가 있다.

2) 출산 결과(저체중아 출산 및 조산)에서의 효과성

임신·출산 진료비 지원 정책 목표 중 하나는 건강한 출산이다. 따라서 출산 결과의 대표적 지표인 저체중 출생아의 출산과 조산이라는 지표를 살펴보고 정책 대상자 여부가 이러한 출산 결과에 영향을 미치는지를 파악함으로써 해당 정책의 효과성을 평가해 보고자 한다. 조산은 주산기 사망률 및 이환율의 가장 중요한 원인으로 알려져 있다. 실제로 조산은 기형을 제외한 주산기 사망률의 약 70%를 차지하고 있다(구윤희 등, 2006). 또 저체중아 출산은 신생아사망률의 가장 흔한 원인으로 보고되었다(이철, 1997). 다시 말해 저체중아 출산과 조산은 영아사망률의 약 60%를 차지하는 신생아사망률과 주산기 사망률에 직접적인 영향을 미치는 중요한 요인이며 가장 보편적으로 발생하는 부정적인 출산 결과인 것이다. 따라서 본 연구에서는 건강한 출산에 반하는 출산 결과로서 저체중아 출산을 살펴보고자 한다.

출산 결과에서 정책 대상자와 정책 비대상자의 차이를 교차분석한 결과는 <표 4-14>에서 제시하였다. 저체중아 출산에서 정책 대상자 여부에 따른 차이를 살펴보면 정책 비대상자의 경우 저체중아 출산을 한 경우는 3.6%인데 비해 정책 대상자는 4.1%로 정책 대상자의 저체중아 출산 비율이 다소 높게 나타났으나 통계적으로 유의미하지는 않았다. 이와 반대로 조산의 경우는 정책 비대상자의 6.6%가 조산한 것에 비해 정책 대상자는 5.4%로 정책 대상자의 조산 비율이 다소 낮게 나타났으나 통계적 유의미성은 없는 것으로 나타났다.

<표 4-14> 정책 대상 여부별 출산 결과

(단위: 명, %)

출산 결과	정책 비대상자	정책 대상자	χ^2
저체중아 출산	39 (3.6)	73 (4.1)	0.536
조산	72 (6.6)	95 (5.4)	1.880

출산 결과에 영향을 미칠 수 있는 여러 가지 요인을 통제했을 때 지원 금액에 따른 정책 대상자와 정책 비대상자라는 차이가 출산 결과에 독립적인 영향을 미치는지를 파악함으로써 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가하기 위한 이항 로지스틱 회귀분석(binominal logistic regression) 모형은 <표 4-15>에서 제시하였다. 이항 로지스틱 회귀모형의 식은 저체중아 출산 또는 조산을 종속변수로 하고 정책 대상자 집단(Group 1: 20만 원 지원 집단, Group 2: 30만 원 지원 집단, Group 3: 40만 원 지원 집단, Group 4: 50만 원 지원 집단)을 주요 독립변수로 하고 모 연령, 혼인 상태, 교육수준, 월평균 가구소득 등 인구사회학적 요인과 출산력(초산 여부), 다태아 여부, 출산 방법 등 산과적인 요인을 통제변수로 하는 함수로 가정하였다. 이항 로지스틱 회귀분석 식은 상수항과

정책 대상자 여부 및 정책 지원액에 따라 구분된 정책 대상자 및 정책 비 대상자와 관련된 변수만을 포함하는 제한된 식(restricted model: 식 I) 과 모든 독립변수를 포함하는 식(full model, unrestricted model: 식 II)을 비교하여 지원액별 정책 대상자가 된 것이 저체중아 출산과 조산에 어떤 영향을 미치는지 분석하고자 하였다.

〈표 4-15〉 이항 로지스틱 회귀분석 방정식: 출산 결과

저 체 중 아 출 산	(식 I) $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4}$ (식 II) $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4} + \beta_5 X$ P = 저체중아를 출산할 확률 1-P = 저체중아를 출산하지 않을 확률
조 산	(식 I) $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4}$ (식 II) $\log \frac{p}{1-p} = \beta_0 + \beta_1 \text{Group1} + \beta_2 \text{Group2} + \beta_3 \text{Group3} + \beta_4 \text{Group4} + \beta_5 X$ P = 조산(재태 주 수 37주 미만의 출산) 확률 1-P = 조산하지 않을 확률

저체중아 출산을 종속변수로 하는 이항 로지스틱 회귀분석 결과는 〈표 4-16〉에서 제시하였다. 모형의 적합성 여부를 판단하는 모형계수 전체테스트(omnibus test of model coefficients) 결과 모형 II에서 상수항만

포함한 모형(null model)에 비해 $p < .001$ 수준에서 유의미한 것으로 나타났다. Nagelkerke R square 값은 작게 나타났는데 모형을 평가할 때 해당 값에 의존할 필요는 없다는 주장(홍세희, 2005)이 있으나 여전히 해석에서 주의가 필요하다.

〈표 4-16〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(저체중아 출산)

	모형 I			모형 II		
	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)
정책 대상 여부(비대상)						
대상(20만 원)	0.18	(0.29)	1.20	-0.02	(0.32)	0.98
대상(30만 원)	0.35	(0.29)	1.42	0.16	(0.31)	1.18
대상(40만 원)	0.31	(0.38)	1.37	0.03	(0.42)	1.03
대상(50만 원)	-0.03	(0.25)	0.98	-0.17	(0.28)	0.84
모 연령(비고령)						
고령				0.60	(0.23)**	1.83
혼인 상태(유배우)						
기타				0.58	(1.11)	1.78
교육 수준(고졸)						
전문대학				-0.62	(0.29)*	0.54
대학교 재학				-0.26	(0.23)	0.77
월평균 가구소득				0.09	(0.17)	1.10
초산 여부(초산)						
경산				-0.10	(0.21)	0.90
다태아(단태아)						
다태아				2.87	(0.39)***	17.54
출산 방법(자연분만)						
제왕절개				0.69	(0.21)**	2.00
산전관리적합도(비적합)						
적합				0.34	(0.54)	1.40
N	2,852			2,852		
2Log-Likelihood	942.38			854.66		
χ^2	2.32			80.43***		
Df	4			13		
Nagelkerke R ²	0.00			0.10		

*** $p < .001$, ** $p < .01$ * $p < .05$

모형 I의 경우는 정책 대상자라는 요인이 유의미한 영향을 끼치지 않았을 뿐만 아니라 모형 자체의 유의미성도 없는 것으로 나타났다. 모형 II의 경우는 저체중아 출산에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 변수와 산과 관련 변수들을 통제한 후 (지원 금액별) 정책 대상자 여부가 저체중아 출산에 영향을 미치는 요인인지를 분석하는 모형이다. 분석 결과 저체중아 출산에 영향을 미치는 유의미한 요인은 모 연령(고령), 모의 교육 수준, 다태아 출산, 제왕절개 분만으로 나타났다. 비록 유의미하지는 않으나 정책 비대상자보다 20만 원을 지원받은 정책 대상자와 50만 원을 지원받은 정책 대상자의 저체중아 출산과의 관계가 음(-)의 관계가 되어 보호 요인으로 작용할 가능성은 나타났으나 실제로 (지원 금액별) 정책 대상자 여부는 저체중아 출산에 영향을 미치는 유의미한 요인이 아닌 것으로 나타났다. 저체중아 출산이라는 출산 결과에는 정책 대상자 여부가 영향을 미치지 못하여 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성 입증에 불가능하였다.

조산을 종속변수로 하는 이항 로지스틱 회귀분석 결과는 <표 4-17>에서 제시하였다. 모형의 적합성 여부를 판단하는 모형계수 전체테스트(omnibus test of model coefficients) 결과 모형 II에서 상수항만 포함한 모형(null model)에 비해 $p < .001$ 수준에서 유의미한 것으로 나타났다. 그럼에도 모형의 설명력은 낮게 나타났다. 앞서 언급된 것과 같이 모형을 평가할 때 이항 로짓 모형에서 R^2 값에 의존할 필요는 없으나(홍세희, 2005), 해석에서 주의가 필요하다.

모형 I의 경우는 정책 대상자라는 요인이 유의미한 영향을 끼치지 않았을 뿐만 아니라 모형 자체의 유의미성도 없는 것으로 나타났으나 모형 II에서는 정책 대상자라는 요인이 조산에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 조산에 영향을 미칠 수 있는 인구사회학적 변수와 산과 관

런 변수들을 통제한 후 (지원 금액별) 정책 대상자 여부가 조산에 영향을 미치는 요인인지를 분석한 모형 II를 살펴보면 조산에 영향을 미치는 보호 요인(protective factor)으로 30만 원을 지원 받은 정책 대상자와 50만 원을 지원받은 정책 대상자라는 요인이 유의미한 것으로 나타났다. 즉, 정책 비대상자보다 30만 원을 지원받은 정책 대상자가 조산할 확률이 더 낮다는 것이다. 이러한 측면에서 임신·출산 진료비 지원 정책은 조산이라는 부정적인 출산 결과에서 보호 요인으로 작용했고 따라서 효과적인 정책으로 평가할 수 있겠다.

기타 조산에 영향을 미치는 유의미한 요인은 모 연령(고령 여부), 모의 교육 수준, 다태아 출산으로 나타났다. 구체적으로 산모가 고령일수록, 고졸보다 전문대학을 졸업일수록, 그리고 단태아보다 다태아일 경우 조산 확률이 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-17〉 이항 로지스틱 회귀분석 결과(조산)

	모형 I			모형 II		
	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)	회귀계수	(S.E.)	Exp(B)
정책 대상 여부(비대상)						
대상(20만 원)	-0.04	(0.23)	0.97	-0.22	(0.26)	0.81
대상(30만 원)	-0.42	(0.28)	0.66	-0.60	(0.30)*	0.55
대상(40만 원)	-0.12	(0.33)	0.89	-0.34	(0.37)	0.71
대상(50만 원)	-0.27	(0.20)	0.76	-0.40	(0.22)	0.67
모 연령(비고령)						
고령				0.44	(0.20)*	1.55
혼인 상태(유배우)						
기타				0.28	(1.08)	1.32
교육 수준(고졸)						
전문대학				-0.43	(0.24)	0.65
대학교 재학				-0.05	(0.20)	0.95
월평균 가구소득				0.12	(0.15)	1.13
조산 여부(조산)						
경산				0.09	(0.18)	1.10
다태아(단태아)						
다태아				2.71	(0.37)**	15.06
출산 방법(자연분만)						
제왕절개				0.77	(0.17)	2.16
산전관리적합도(비적합)						
적합				0.77	(0.53)	2.15
N	2,852			2,852		
2Log-Likelihood	1268.33			1152.03		
x ²	3.51			92.75***		
Df	4			13		
Nagelkerke R ²	0.00			0.09		

***p<.001, **p<.01 *p<.05

임신·출산 진료비 지원 정책을 정책 목표인 주기적인 산전 진찰을 통한 건강한 태아 분만과 출산 의욕 고취를 (지원 금액별) 정책 대상자 여부가 적합한 산전 관리(진찰)와 저체중아 출산 및 조산에 영향을 미쳤는지 분석함으로써 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가하였다. 분석 결

과, 20만 원을 지원받은 정책 대상자 여부는 적합한 산전 관리에는 부정적인 영향을 미쳤다. 또 정책 비대상자보다 30만 원을 지원받은 정책 대상자 여부가 조산 확률을 낮추는 보호 요인으로 작용했다.

비교적 다양한 사회 경제적 요인과 출산 관련 산과적 요인을 포함하고 있는 대표적인 자료로서 본 보고서에서 활용된 「전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사」가 현재로서는 가장 유용한 자료이지만 해당 정책의 효과성을 평가하기 위해 활용된 모형은 출산을 지원하는 지방자치단체별 현금 및 현물 지원의 크기 등과 고위험 임신 같은 산과적 요인을 포함하고 있지 않은 자료의 한계로 설명력에 한계가 있다. 즉, 활용한 전체 모형의 설명력이 매우 낮게 나타나 해석에 주의할 필요가 있다.

제 5 장

임신·출산 진료비 지원 정책 평가 II

- 제1절 보건의료 서비스 공급자의 평가
- 제2절 보건의료 서비스 대상자의 평가

5

임신·출산 진료비 지원 정책 << 평가 II

제1절 보건의료 서비스 공급자의 평가

2차 자료 분석을 통한 양적 방법은 생략된 주요한 요인들로 효과성을 평가하기에는 한계가 있다. 또 양적 방법은 전체적인 경향성을 입증하지만 이를 통한 결론은 여전히 설명이 필요하다. 이러한 양적 방법의 한계를 극복하기 위해 본 보고서에서는 임신 및 출산과 관련된 보건의료 서비스 공급자와 서비스 대상자의 평가를 포함하고자 한다.

1. 조사 방법

산부인과 관련 전문가를 대상으로 임신·출산 진료비 지원 정책에 대한 의견을 면접조사 방법을 활용하여 수렴하였다. 조사 대상은 산부인과 전문의 60명과 현재 산부인과에서 근무하고 있는 간호사 40명을 대상으로 조사하였다. 건강보험심사평가원에서 제공하는 병원 규모별로 종합병원, 전문병원, 병원, 의원에서 근무하는 전문가가 최소 10명 이상으로 구성되도록 하여 비교적 다양한 의견을 수렴하고자 하였다.

조사 방법으로는 방문 면접조사로 조사원이 전문가인 의료진을 만나 구조화된 설문지(structured questionnaire)에 응답하는 하도록 하였다. 조사 기간은 2016년 9월 6일부터 9월 23일까지 18일간 진행하였다.

조사 내용은 임신부와 의료진의 의료 행태 및 의료 행위의 변화, 임신·출산 진료비 지원 정책 내의 세부 목적과 관련된 평가, 임신·출산 진료비

지원 정책에서 비용 지원의 충분성과 향후 임신·출산 진료비 지원 정책의 방향성으로 구성하였다.

2. 조사 결과

전문가 조사에 참여한 전문가는 <표 5-1>에서 제시하였다. 총 100명의 전문가가 참여하였고 산부인과에서 근무하는 간호사와 의사를 40:60 비율로 할당됐다. 근무하고 있는 기관은 병원 규모에 따라 구분한 의원과 병원이 가장 많았고, 종합병원과 전문병원에서 근무하는 경우는 각각 17명, 18명으로 나타났다. 산부인과 전문 영역에서의 경력은 11~20년이 가장 많았다.

본 보고서에서는 각각의 문항에서 이들의 직종, 근무 기관, 경력 연수에 따른 유의미한 차이는 대체로 발견되지 않았기 때문에 교차분석 결과는 제시하지 않는다.

<표 5-1> 전문가 조사의 응답자 특성

(단위: 명, %)

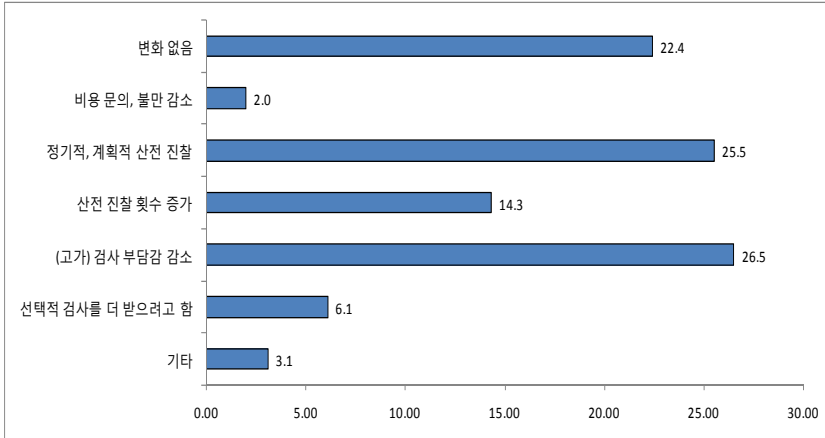
영역		빈도	비율
직종	간호사	40	40.0
	의사	60	60.0
소속 기관	종합병원	17	17.0
	전문병원	18	18.0
	병원	31	31.0
	의원	34	34.0
경력 연수	1~10년	36	36.0
	11~20년	37	37.0
	21년 이상	27	27.0
계		100	100.0

가. 임신·출산 진료비 지원 정책 시행에 따른 행태 변화

임신·출산 진료비 지원 정책이 도입되기 전과 후를 비교하여 2008년 도입 이전의 경력이 있는 의료진만을 대상으로 하여 의료 행위에서 의료 서비스 공급자의 변화와 의료진이 생각하는 의료 행태에서 임신부의 변화와 관련한 면접조사에서 응답한 결과는 다음과 같다. 우선 의료 행태에서 임신부의 변화에 대해 응답한 결과는 [그림 5-1]에서 제시하였다. 정책이 도입된 전과 후에 변화가 없다고 응답한 경우(22.4%)도 있었으나 정도에 따른 여러 가지 변화가 발견되었다. 우선 기존의 비용 문의나 불만이 감소했고(2.0%) 산전 진찰을 정기적으로, 계획적으로 잘 받을 뿐만 아니라(25.5%) 정책 지원을 받기 전보다 더 자주 산전 진찰을 받으려고 한다(14.3%)는 의견도 있었다. 검사와 관련해서도 특히 비용이 높은 검사에 부담감이 감소한 것 같다는 의견(26.5%)도 많았고 선택 검사를 더 받으려고 한다(6.1%)는 의견도 있었다. 즉, 임신·출산 진료비 지원을 받게 되어 이전과 비교했을 때 불만이나 부담감이 감소했을 뿐만 아니라 더 자주 산전 진찰을 받으려고 하고 더 많은 선택 검사를 받으려는 행동도 관찰되었음을 알 수 있다. 기타 응답으로 임신부가 정부 지원 정책에 공감하는 태도를 보였다는 의견도 있었다. 반면 기타 지급되는 비용에 맞추어서 검사하기를 위해서 산전 검사를 거부하는 경우도 있었다고 응답해 정책의 역효과도 나타났다.

[그림 5-1] 임신부의 의료 행태 변화

(단위: %)



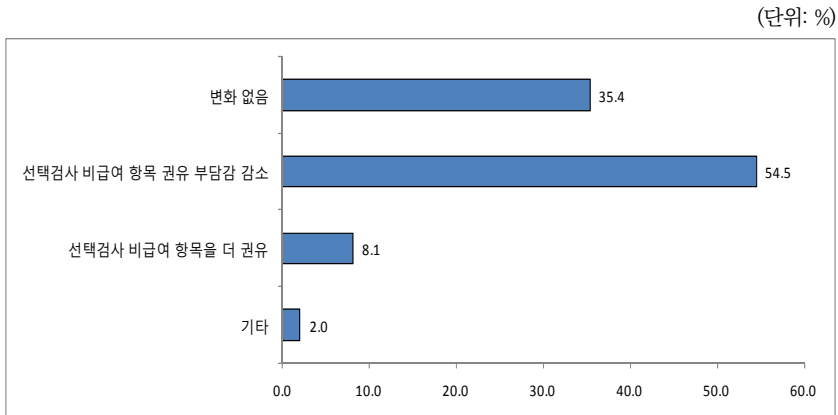
주: 결측값 제외

임신·출산 진료비 지원정책 전후를 비교해서 보건의료 서비스 제공자 의료진의 의료행위의 변화와 관련한 면접조사에서 응답한 결과는 [그림 5-2]에서 제시하였다.

정책의 도입 전과 후 의료진의 의료 행위에 변화가 없다고 응답한 비율은 35.4%인 것으로 나타났다. 선택 검사·비급여 항목 권유 부담감이 감소했다는 응답 비율은 54.5%로 전문가 절반 이상이 다양한 의료 검진 및 검사 권유에 따른 부담감이 감소했다고 응답했다. 예를 들어 ‘환자에게 필요하다고 생각되는 비급여 행위와 검사를 권하는 부담을 덜 느끼게 해 환자에게 필요한 진료를 할 수 있다’라고 응답했다. 더 나아가 ‘선택 검사·비급여 항목을 더 권유할 수 있게 되었다’라고 응답한 비율은 8.1%인 것으로 나타났다. 구체적으로 ‘의료진이 진료를 더욱 자세(정밀)하게 할 수 있게 되었다’라는 응답도 있었고 ‘(임산부의) 진료비 부담이 줄어들어 좀 더 친밀한 관계를 만들기 쉬워졌다’라고 응답하는 경우도 있었다. 더

나아가 정책 지원으로 다소 의심이 되는 의학적 문제에 좀 더 적극적으로, 선제적으로 대응하는 방향으로 의료행위가 변화되어 의료의 질이 향상되었다고 응답한 비율도 ‘비급여 항목 권유 부담감이 감소한’ 집단의 2.0%로 나타났다. 이와는 대조적으로 ‘필요한 비급여 행위와 상대적으로 필요하지 않은 검사까지 권하는 경향이 최근 급격하게 증가했다’고 응답한 경우도 있었다. 또 기타 응답(2.0%)으로 오히려 지원금 내에서 진료비를 지급하려고 하는 임신부의 심리 때문에 또는 지원되는 비용보다 더 많이 지출하게 되는 경우에 임신부의 불신으로 진료가 위축되었다는 의견도 제시되었다.

[그림 5-2] 의료진의 의료행위 변화



주: 결측값 제외

나. 임신·출산 진료비 지원 정책의 세부 목적 달성 평가

임신·출산 진료비 지원 정책에서는 정책 목표로 의료비 부담 경감, 주기적인 산전 진찰을 통한 건강한 태아의 출산과 이를 통해 출산 친화적

환경을 조성하고 출산 의욕을 고취하는 것을 명시하고 있다. 각각의 세부 목적을 달성하는 데 해당 정책이 효과적이었는지에 관한 질문에 응답한 결과는 <표 5-2>와 같다.

<표 5-2> 임신·출산 진료비 지원 정책의 목적 달성 평가

(단위: 명, %)

영역	매우 낮음	낮음	보통	높음	매우 높음	계
의료비 부담 경감	2.0	11.0	37.0	42.0	8.0	100.0(100)
주기적인 산전 진찰	1.0	4.0	30.0	50.0	15.0	100.0(100)
건강한 태아(출산 결과)	3.0	9.1	34.3	41.4	12.1	100.0(99)
출산 의욕 고취	15.0	36.0	30.0	15.0	4.0	100.0(100)
출산 친화적 환경 조성	10.0	28.0	37.0	21.0	4.0	100.0(100)

주: 결측값 제외

1차적으로 의료비 부담 경감이라는 측면에서는 해당 정책이 효과적이라고 응답[(효과성) 높음+매우 높음]한 경우는 전체의 50.0%에 불과했다. 또 주기적인 산전 진찰의 측면에서는 65.0%가 효과적이라고 평가했고, 이를 통해 건강한 태아를 출산한다는 측면에서도 53.5%가 효과적이라고 평가했다. 최종적으로 이를 통해 출산의욕이 고취되고 출산 친화적인 환경이 조성되었다는 측면에서 효과적이라는 응답은 각각 19.0%, 25.0%에 불과했다. 즉, 진료비를 지원하는 정책이었으나 주기적인 산전 진찰과 그에 따른 건강한 출산에는 효과적이거나 진료비 부담감 경감과 출산 의욕을 고취시키고 출산 친화적인 환경을 조성하는 데는 해당 정책이 다소 부정적으로 평가되었다고 볼 수 있다.

적합한 초진 시기를 물어본 결과 전문가는 최소 4주 이전에서 최대 12주까지를 적합한 시기로 보았다. 적합한 초진 시기의 평균은 6.7주로, 통

상 6.7주 이전에 초진을 받아야 한다고 응답하였다. 적합한 초진 시기에 가장 많이 응답한 주 수는 '6주'로, 전문가의 44.0%가 응답하였다. 그 다음이 '5주(16.0%)', '8주(15.0%)' 순인 것으로 나타났다.

임산부의 특성에 따른 적합한 산전 진찰 횟수에 관한 전문가들의 의견은 <표 5-3>에서 제시하였다. 먼저 일반 임신부(만 20~34세)의 경우 적합한 산전 진찰 횟수는 평균 12.7회로 나타났다. 고령 임신부의 적합한 산전 진찰 횟수는 일반 임신부보다 약 2.7회 많은 15.4회로 나타났다. 청소년 임신부의 경우 적합한 산전 진찰 횟수는 13.6회인 것으로 나타나 일반 임신부의 적합한 산전 진찰 횟수보다는 많으나 고령 임신부보다는 적게 나타났다. 기타 고위험 임신부의 경우는 16.9회가 적합한 산전 진찰 횟수로 나타나 대상 중 가장 높게 나타났다. 의료공급자 측면에서의 적합한 산전 진찰 횟수로는 일반 임신부, 청소년 임신부, 고령 임신부, 기타 고위험 임신부 순으로 적합한 산전 진찰 횟수가 증가하였다. 한편 적합한 산전 진찰 횟수에 관한 의견은 의료인에 따라 의견이 다소 상이해(표준편차 3.05~3.96) 적합한 산전 진찰 횟수는 3~4회 차이가 발생했다.

<표 5-3> 적합한 산전 진찰 횟수

(단위: 회, 명)

대상	평균	표준편차	빈도
일반 임신부(만 20~34세)	12.7	3.05	100
고령 임신부(만 35세 이상)	15.4	3.75	100
청소년 임신부(만 19세 이하)	13.6	3.67	100
기타 고위험 임신부	16.9	3.96	98

주: 결측 값 제외

다. 임신·출산 진료비 지원 정책의 의료비 충분성

임신·출산 진료비 지원 정책의 의료비(용) 측면에서 충분성 정도를 알아보기 위해 지원 금액의 충분성과 건강보험이 포괄하고 있는 급여 범위의 충분성을 살펴보았다. 현재 2016년 기준으로 단태아인 경우 50만 원을 지원하는 것이 충분한지를 물어본 결과 충분성이 낮다고 응답한 비율(매우 낮음+낮음)이 50%로 절반인 것으로 나타났고, 그 다음이 '보통(47.0%)'으로 약 97%가 지원 금액의 충분성이 높지 않다고 응답하였다. 다태아에게 지원하는 지원 금액이 충분한가에서 응답 또한 비슷한 양상을 보였다. 전문가의 62%가 지원 금액이 낮다고 응답하였고 36%가 보통이라고 응답하였다. 건강보험 급여 범위의 충분성에서는 전문가의 46.4%가 급여 범위 수준이 '낮다'고 보았고, 전문가의 47.5%가 '보통'이라고 응답하였다. 의료 서비스의 공급자 편에서 현재 임신·출산 진료비 지원 금액의 충분성과 건강보험 급여 범위의 충분성은 대체로 낮은 것으로 나타났다.

〈표 5-4〉 임신·출산 진료비 지원 정책의 진료비의 충분성

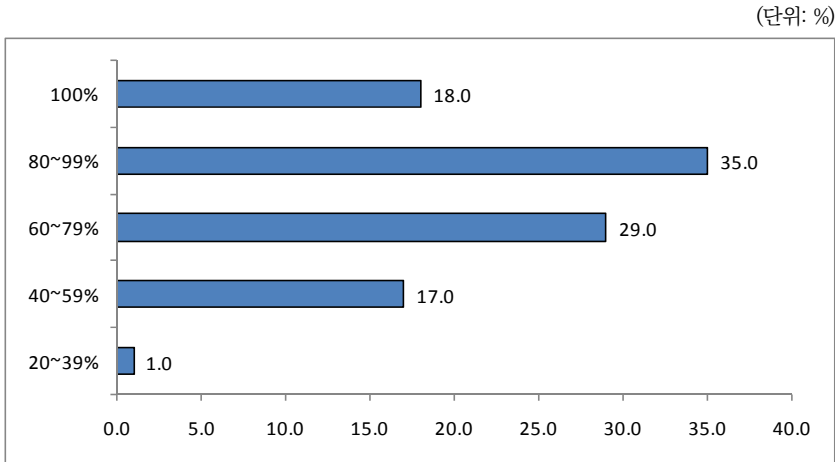
(단위: %, 명)

영역	매우 낮음	낮음	보통	높음	매우 높음	계
단태아(50만 원) 지원 금액 정도	11.0	39.0	47.0	3.0	0.0	100.0(100)
다태아(70만 원) 지원 금액 정도	18.0	44.0	36.0	2.0	0.0	100.0(100)
건강보험 급여 범위	12.1	34.3	47.5	6.1	0.0	100.0(99)

정부가 임신·출산 관련 의료비용(비급여, 급여, 본인부담금을 포함한 총진료비)을 어느 정도 보장하는 것이 적절한지 물어본 결과, 평균적으로

총 의료비용의 75.5%를 보장하는 것이 적절하다고 응답하였다. 80.0~99.0%를 지원해야 한다고 응답한 비율이 35.0%로 가장 많았고, 그 다음이 60.0~79.0%를 지원해야 한다는 응답(29.0%)이었고, 100.0%를 지원해야 한다고 응답한 비율도 18.0%로 나타났다.

[그림 5-3] 정부의 바람직한 임신·출산 진료비 보장 수준

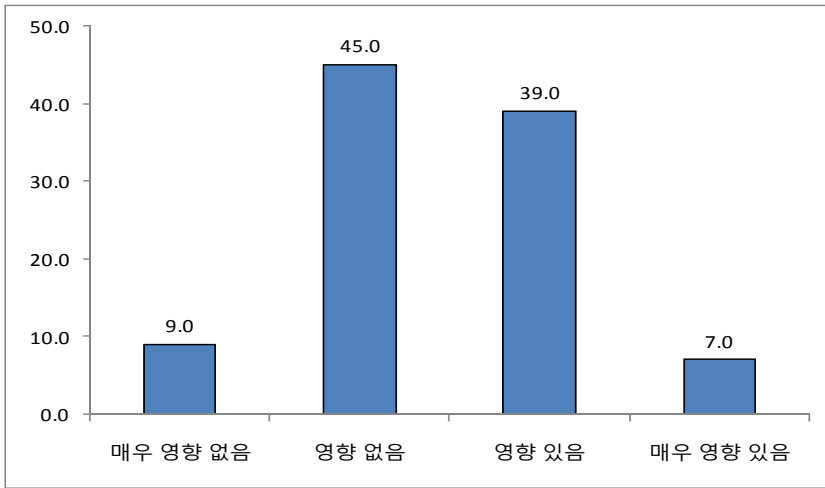


임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 인상에 어느 정도 영향을 미친다고 생각하는지 물어본 결과 전문가의 54.0%는 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 인상에 영향을 미치지 않았다고 보았고, 전문가의 46.0%는 진료비 인상에 영향을 미쳤다고 응답하였다. 이에 따라 해당 정책이 진료비 인상에 영향을 미쳤는지에 전문가의 합의된 의견을 도출하기 어렵다. 다만 앞서 논의한 것과 연관지어 적어도 임신·출산 진료비 지원 정책이 의료진으로 하여금 좀 더 선택적인 의료서비스 항목을 권유하는 데 부담을 줄여주기 때문에, 실제로 추가 검사 등을 받게 되는 경우도 발생하여 진료비의 인상까지는 이어지지 않더라도 전체 의료비 부담은 경감되

기 어려울 개연성이 있다.

[그림 5-4] 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 인상에 미치는 정도

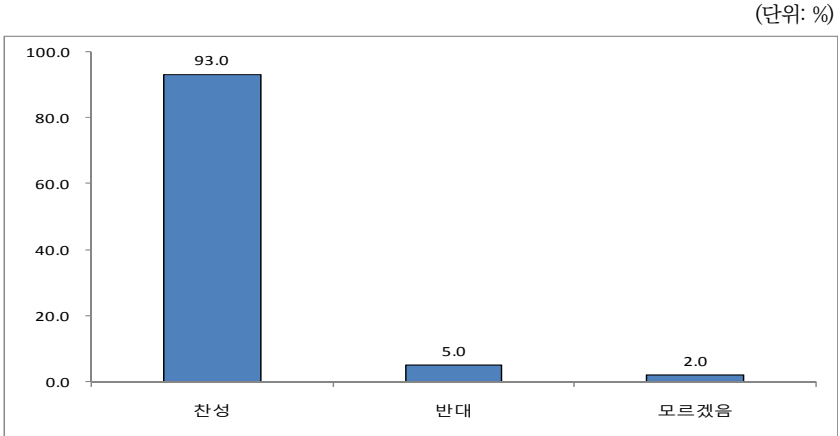
(단위: %)



라. 향후 임신·출산 진료비 지원 정책의 방향성

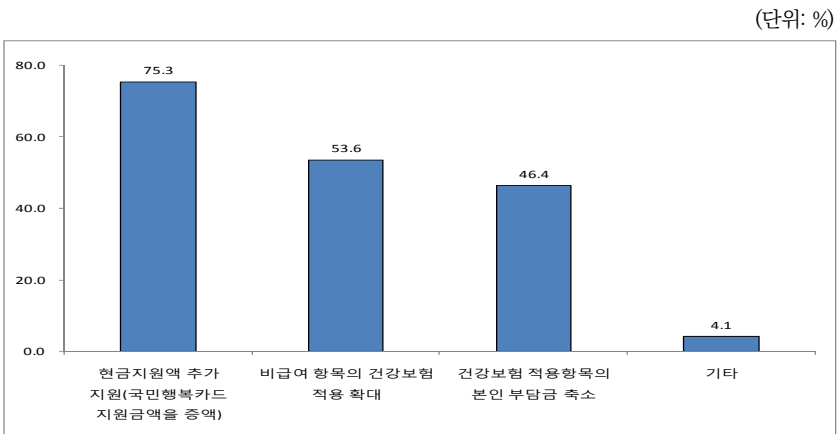
향후 임신·출산 진료비 지원 정책의 방향성을 검토하기 위해 임신·출산 진료비 지원 정책 확대에 대한 의견 및 확대할 경우 어떤 방식이 적절하다고 생각하는지 살펴보았다. 먼저 전문가의 93.0%가 임신·출산 진료비 지원 정책의 확대에 찬성하는 것으로 나타났다. 전문가의 5.0%는 진료비 지원 정책 확대에 반대하였는데 그 사유로 '현재 지원되고 있는 금액이 적절하다'나 '다른 출산지원정책(난임부부 지원 등)이 더 우선시 되어야 하기 때문이다'라는 의견을 제시하였다. 또 건강보험의 재정 건전성과 관련된 우려도 확대를 반대하는 이유로 나타났다.

[그림 5-5] 임신·출산 진료비 지원 정책의 확대 관련 의견



임신·출산 진료비 지원 정책의 확대 시 적절한 방법으로는 지원 금액을 확대하거나(75.3%), 비급여 항목의 건강보험 적용을 확대(53.6%), 건강보험 적용 항목의 본인부담금을 축소(46.4%)하는 방법 순으로 선호하였다(그림 5-6 참조).

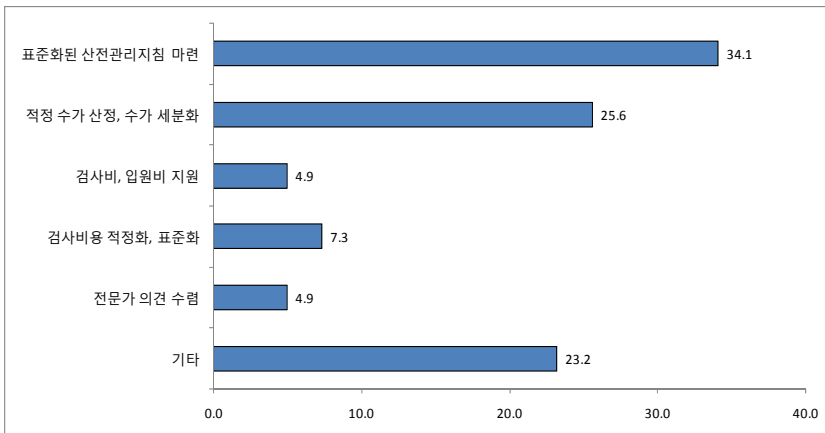
[그림 5-6] 정책의 확대 시 적절하다고 생각하는 방식(다중 응답)



임신·출산과 관련된 비급여 항목의 건강보험 급여화를 위해 선행되어야 될 것으로 가장 많이 언급된 사항은 표준화된 산전관리지침 마련(34.1%)이었고 그 다음이 적정 수가 산정 및 수가 세분화(25.6%)로 나타났다. 그 외에 검사 비용의 적정화 및 표준화(7.3%), 검사비 및 입원비 지원(4.9%) 순으로 나타났다. 그 외에도 다양한 의견이 제시되었다. 23.2%의 전문가는 우선 급여화의 방식에서 지역맞춤형 급여화, 비급여 항목의 현실적 가격을 고려한 보험 급여화를, 급여 항목에서 산부인과 초음파 비용의 급여화, 임신·출산과 관련된 모든 검사 비용의 급여화뿐만 아니라 임신·출산과 관련된 모든 항목을 급여화해야 한다는 의견도 도출되었다. 또 급여의 현실화, 초음파 검사 등 의료 행위의 횟수 제한 해제, 정형화된 지침보다 상황에 맞는 유연한 정책 설계, 주 수별 필수 검사항목 지침 마련, (특히 분만취약지에) 산부인과 병원의 안정된 공급, 건강보험 재정의 충분성, 고위험 산모 선정의 가이드라인 마련, 산전관리 영역의 확대, 국가 운영 분만병원 설립 등 다양한 의견이 제시되었다.

[그림 5-7] 비급여 항목의 건강보험 급여화를 위하여 선행되어야 할 내용

(단위: %)



현재 비급여 항목이나 급여화가 매우 필요한 항목으로는 임신성 당뇨 검사로 나타났고, 필요도가 높은(높음+매우 높음) 항목은 임신성 당뇨(77%) 외에 정밀 초음파(74%), 비수축검사(69%), 양수검사(68%), 일반 초음파(67%), 선천성 대사 이상 검사(64%)로 나타났다. 해당 항목들은 전문가 60% 이상이 필요도가 높다고 응답한 항목이므로 급여화는 전문가 간에는 어느 정도 합의가 이루어진 항목이라고 볼 수 있다. 추가로 급여화가 필요하다고 제시한 항목은 빈혈약, 유착방지제, 기형아 검사, Aued test fragile-x검사로 나타났다.

〈표 5-5〉 비급여 항목의 급여화 필요 정도

(단위: %, 명)

영역	매우 낮음	낮음	보통	높음	매우 높음	계
일반 초음파	5.0	13.0	15.0	46.0	21.0	100.0(100)
정밀 초음파	4.0	5.0	17.0	55.0	19.0	100.0(100)
3D 초음파	11.0	29.0	29.0	25.0	6.0	100.0(100)
양수검사	4.0	4.0	24.0	40.0	28.0	100.0(100)
비수축검사(NST)	3.0	6.0	22.0	42.0	27.0	100.0(100)
상급 입원실 비용	16.0	23.0	31.0	22.0	8.0	100.0(100)
임신성 당뇨 검사	1.0	4.0	18.0	45.0	32.0	100.0(100)
선천성 대사이상 검사	4.0	11.0	21.0	39.0	25.0	100.0(100)

임신·출산 진료비 지원 정책의 개선 방안으로 제안된 의견을 종합해 보면 기본적으로 임신·출산 비용이 경제적으로 부담되지 않도록 지원 금액을 확대해야 하며, 확대하는 방식으로 직접적인 현금 지원뿐만 아니라 보험을 통한 지원이 함께 이루어져야 한다는 것이 다수의 전문가가 제안한 내용이었다.

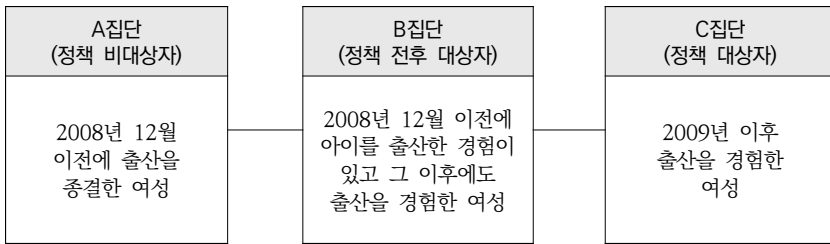
추가로 지원 정책에 따라 의료서비스의 과잉 이용을 통한 보험 재정 낭비 우려에 검토가 있어야 하며, 표준화된 산전관리지침, 특히 임신 주수에 따라 반드시 받아야 할 필수 검사 항목과 필수 검사 항목 비용의 표준화가 필요하다는 의견도 제시하였다. 또 불필요한 산전 검사를 지양하기 위해서 산전과 산후를 구별하여 지원해야 한다는 의견, 산전 진찰 목적으로만 쓰일 수 있도록 제도적 장치를 마련해야 한다는 의견, 임신 시기와 출산 시기에 따른 지원이 필요하다는 의견, 표준화된 산전검사지침에 따라 사용한 진료비만 지원해야 한다는 의견도 제시되었다. 또 산모의 산과적 상태, 소득 및 경제적 상황, 거주 지역에 따라 적합한 차등 지원이 필요하다는 의견도 임신·출산 진료비 지원 정책의 개선 방안으로 제시되었다. 세부적으로는 행정절차를 좀 더 간소화하여 모든 임신·출산 보건의료 정책이 신청절차 없이 자동 지원되도록 시스템을 개발해야 한다는 의견도 있었다. 제시한 의견들은 임신·출산 진료비 지원 정책뿐만 아니라 임신·출산 보건의료 정책의 개선을 위해서도 고려해야 할 사항이다.

제2절 보건의료 서비스 대상자의 평가

1. 조사 방법

임신·출산 진료비 지원 정책의 체감도, 만족도, 효과성을 살펴보기 위해 임신·출산을 경험한 즉, 임신·출산과 관련된 보건의료 서비스 대상자인 여성을 대상으로 반구조화된 심층면접을 수행하였다. 구체적으로 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 전(2008년 12월 이전) 즈음에 출산을 종결하여 해당 정책을 경험하지 못한 여성, 임신·출산 진료비 지원 정책 시

행 전과 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 후에 모두 출산 경험이 있는 여성(2008년 12월 이전에 출산 경험이 있고 그 이후에도 출산을 경험한 여성), 그리고 2009년 이후 초산하여 모든 출산 때 해당 정책의 지원을 받은 여성으로 구분하여 질적 조사를 진행하였다. 출산 정책 지원을 받지 못한 집단, 일부 출산에만 정책 지원을 받은 집단, 모든 출산에서 정책 지원을 받은 집단 간 정책 체감도 및 만족도 등 차이를 살펴봄으로써 정책을 평가해 보고자 하였다. 추가로 계량 분석을 통해 설명할 수 없었던 요인을 심층면접을 통해 알아보려고 하였다.



심층면접은 2013년 8월 1일부터 2013년 8월 26일까지 진행했으며 면접 참여자의 자택이나 인근의 조용한 카페 등에서 연구진이 직접 진행하였다. 면접시간은 사례당 1~2시간 소요되었다. 면접 과정은 면접 참여자에게 우선적으로 연구에 관한 설명과 개인정보보호에 관한 설명을 한 후 동의서를 받고 녹음하였다. 녹취 자료는 모두 전사하였다. 수행된 심층면접 개요는 <표 5-6>과 같다.

<표 5-7>은 심층면접을 완료한 A, B, C집단에 따른 대상자들을 설명하고 있다. 이 표에서 알 수 있듯이 정책을 경험하지 않은 A집단 6명, 정책 시행 전 출산 경험과 정책 시행 후 출산 경험이 있는 B집단 3명, 정책이 시행된 후 지원 금액이 확대됨에 따라 20만~50만 원(다태아의 경우

120 임신·출산 보건의로 지원 정책 평가와 정책과제: 임신·출산 진료비 지원 정책을 중심으로

70만 원)의 다양한 지원액을 이용한 경험이 있는 C집단 8명 등 총 17명의 출산 경험이 있는 여성이 본 연구를 위해 심층면접에 참여한 분석 대상자이다.

〈표 5-6〉 심층면접 개요

구분	구체적 내용
면접 참여자 모집 과정	- 해당 기간에 임신 및 출산 경험이 있는 여성을 면접 참여자로 모집하고 참여자가 주변의 출산 경험이 비슷한 참여자를 섭외하도록 함.
면접 참여자	- 총 17명의 출산 경험이 있는 여성: A집단(6명), B집단(3명), C집단(8명)
면접 방식	- 반구조화 개별 면접
면접 시간	- 1~2시간
면접 내용의 기록 및 녹취	- 면접 참여자의 사전 동의를 받고 기록 및 녹취하여 전사함
면접 진행자	- 연구진

〈표 5-7〉 집단별 심층면접 대상자 특성

(단위: 연월)

집단	사례번호	출산1	출산2	출산3	출산4	분만 방법	비고	지원금
A집단	A1	06.04				제왕절개	난임	
	A2	05.05	06.09			자연분만		
	A3	06.09	07.09			자연분만		
	A4	06.04	07.12			자연분만		
	A5	06.08				자연분만		
	A6	05.06	07.08			자연분만		
B집단	B1	06.06	09.11			자연분만		20만 원
	B2	06.07	09.01			자연분만		20만 원
	B3	06.03	09.03			제왕절개	임신 중 취업	20만 원

집단	사례번호	출산1	출산2	출산3	출산4	분만 방법	비고	지원금
C집단	C1	15.05				자연분만		50만 원
	C2	15.05				자연분만		50만 원
	C3	15.07				자연분만		50만 원
	C4	10.11	13.04			자연분만		30만 원 50만 원
	C5	12.03	14.05			제왕절개		40만 원 50만 원
	C6	09.12	11.12	13.09	16.07	제왕절개	다자녀	20만 원 30만 원 40만 원 50만 원
	C7	13.09				제왕절개	쌍둥이, 난임	70만 원
	C8	15.08				자연분만	임신 중 취업	50만 원

조사 내용은 집단에 따라 문항을 다르게 구성하였다. A집단의 경우 비용 지원이 없어서 불편하거나 혹은 힘들었던 점, 임신·출산과 관련하여 비용이 많이 들었던 항목, 임신·출산 진료비 지원 정책이 출산장려 정책으로서 어느 정도 효과가 있는지, 복지 정책처럼 차등 지원하는 것에 대한 생각, 정부의 임신·출산 관련 비용이 어느 정도 적절한지를 물어보았다. B집단과 C집단 대상자에게는 임신·출산 진료비 지원 정책의 전반적인 평가, 인지 경로, 의료비의 충분성, 의료 항목의 충분성, 사용기간의 충분성, 접근도의 충분성, 효과성 및 개선사항을 질문하였다. 이와 더불어 B집단 대상자에게만 임신·출산 진료비 지원 금액 인상에 따라 의료 행태의 변화가 있었는지를 추가로 질문하였다.

2. 조사 결과

심층면접 조사 결과 집단에 따라 임신·출산 진료비 지원 정책의 인지

도, 체감도, 만족도에서 차이를 보였다. A집단의 경우 임신·출산 진료비 지원 정책을 심층면접 시점까지 인지하지 못한 경우도 있었고, 전체적으로 정책 대상자가 아니기 때문에 해당 정책에 별다른 관심을 보이지 않았다. 오히려 자녀가 초등학생 이상으로 성장했기 때문에 임신·출산 진료비 보다는 자녀 양육비와 교육비에 관심과 이와 관련된 정책이 필요하다는 의견을 주로 제시하였다.

B집단의 경우 첫째 아이 출산 시에는 정책이 시행되지 않았고 둘째 아이 출산 시에 임신·출산 진료비 지원 정책 대상자가 된 경우인데 정책이 시행되면서 약 2년간 지원 금액이 20만 원이었기 때문에 이들이 체감하는 비용 지원 효과는 대체로 낮았다. 공통적으로 처음에는 없던 지원을 받게 되어 좋았으나 지원액이 이른 시간 내에 소진되는 것을 경험하여 결국 체감도는 낮은 것으로 나타났다.

C집단의 경우는 다양한 의견이 있었는데, 임신·출산 진료비 부담감과 실제 지원받은 금액에 따라 만족도가 조금씩 다르게 나타났다. 임신·출산 진료비 지원 정책 대상자로서 정책 관심도가 높았고 정책의 개선 방안에 많은 의견을 제시하기도 하였다. 심층면접의 결과는 주요 쟁점을 중심으로 자세히 정리하고자 한다.

가. 정책 인지도, 접근도

임신·출산 진료비 지원 정책을 어떻게 알게 되었는지에 관한 질문에 거의 예외 없이 임신 후 병원을 방문하고서 해당 정책을 알게 되었다고 했다. 그러나 A집단의 경우는 정책을 잘 모르거나 심층면접 전에 들어본 적도 없는 경우가 나타나 해당 정책의 대상자가 아닌 경우 정책 인지도는 매우 낮은 것을 살펴볼 수 있었다.

“저는 고운맘카드가 있는 걸 지금 처음 알았거든요.”(A6)

C집단의 경우는 최근 출산 경험이 있는 여성들로서 정책이 시행된 지 7년이 지난 후 출산한 사례가 있었음에도 불구하고 초진 전까지 해당 정책을 들어본 적도 없다고 하여 정책의 인지도 측면에서 홍보가 필요함을 알 수 있었다. 선행된 조사(이삼식 등, 2015)에서 임신·출산 진료비 지원 정책 인지도는 100.0%로 나타났는데 이는 출산한 기혼 여성을 대상으로 했기 때문인 것을 알 수 있다.

“병원에서 처음에 딱 갔을 때 (알았어요).”(C7)

“병원에, 산부인과 가서 거기서 얘기 해줘서 알게 됐어요.”(C8)

예외적으로 가족 중에 출산 경험이 있는 자매가 있는 C1의 경우는 임신하면서 가족을 통해 알게 되었다고 하였다. B3의 경우는 임신 전 은행에서 알게 되었다고 하여 정책 시행 초기 단계에는 은행을 통해 홍보가 어느 정도 되고 있었음을 알 수 있다.

“언니가 출산하면서 이제 제가 초산이 다가오니깐 아···, 이런 게 있다. 이야기 해주고 전 알고는 있었어요. 그리고 이제 병원에 가서 있으니까 ‘신청하세요.’ 해서 신청했죠.”(C1)

“은행 가서 알았어요···. 은행에 볼 일 보러 갔다가 새로 카드 만들려고 하는데, ‘임신 계획 있으세요?’ 뭐 이렇게 얘기하다가 고운맘카드 새로 나왔는데, 그리고 이제 거기에 이렇게 광고가 은행 창구에 붙어 있고. 전 은행에서 알았는데, 은행 앞에도 있었고···.”(B3)

병원에서 초진 시 해당 정책을 안내받았으며 임신확인증을 발급받을

수 있는 시기에 발급받고 은행에서 쉽게 카드를 만들게 되었으며 병원에서 쉽게 이용할 수 있었다고 공통적으로 언급했다. 따라서 임신·출산 진료비 지원 정책 대상이 임신한 모든 여성이기 때문에 정책 대상자가 지원을 받지 못하는 경우는 거의 없다고 볼 수 있다.

“병원에서 가면은 이제 임신했다고, 그 진단서 같은 것을 때 주면서 은행 가서 이거 등록하시면 이거 준다고. 고운맘카드 주니까 가져가서 하세요. 이래서 저도, 그렇게 해서 발급받았던 거 같아요.”(C3)

“심장 뛰는 소리를 들어야 하기 때문에 심장이 아직 그때는 안 뛰었기 때문에, 6주째 가니까 만들어 주셨어요. (중략) 은행에 갔다 내니까 바로 발급해 주시더라고요. 그거는 어렵지 않았던 것 같고...”(C7)

나. 정책 체감도, 만족도, 도움 정도

임신·출산 진료비 지원 정책 대상자는 산부인과 초진 시기에 지원받을 수 있음을 알게 된 경우가 대다수이다. 따라서 공통적으로 기대하지 않고 있다가 임신·출산 진료비 지원 정책 대상자가 된 처음에는 만족했다가 실제 사용하면서는 큰 도움이 되지 않았기 때문에 체감도와 만족도가 낮게 나타났다.

특히 B집단의 경우는 대부분 20만 원을 지원받게 되었는데, 처음에는 없던 지원을 새롭게 받게 되어 긍정적으로 느꼈다가 바로 금액이 소진되는 것을 경험하고 만족도가 떨어지는 것을 경험하였다.

“둘째 (아기) 퇴원할 때도, 말하자면 입원비라든가 자연분만비 같은...걸로..., 그래도 한 이삼십만 원 정도 나가니까...이걸 아예 딱 면제받았다고 하면 ‘그래도 둘째는 공짜로 얻었다’라는 느낌이 들 텐데 뭐 출산하고 돈 낼 거 다 내고 했

으니까…, 중간에 몇 번 왔다갔다해서 굶는 거 정도는 체감이 확 와 닿는 게 없죠. 없는 거보단 낫지만 그렇다고 ‘첫째 아기 출산할 때랑 둘째 아기 출산할 때랑 애보다는 애가 돈이 덜 들었다’라는 확 와닿는 건 하나도 없었던 거 같아요.”(B2)

반면에 첫째 아이 출산 시에는 정책의 혜택을 받지 못하다가 둘째 아이 출산 시 정책 대상자가 된 B1의 경우는 비록 큰 도움은 되지 않았지만 어느 정도의 만족감은 표출하였다.

“저 같은 경우는 20만 원인가? 이렇게 나왔었는데, 병원에 두세 번 가서 초기에 임신하면 바로 받는 검사가 있어요. 빈혈부터 해가지고, 뭐 항체 있는지, 그게 그 검사가 10만 원 정도 나왔던 것 같거든요. 그거 한 번 딱 결제하고 그리고 이제 다음 두 번 더 가니까, 매달 한 번 가잖아요. 정기진료를 두 번 가서 초음파 찍고 뭐하고 하니까 이제 없더라고요. 소진 돼가지고. 사실은 이제 첫째 때는 없었고, 둘째 때는 있어서 그래도 20만 원이라는 돈이 그래도 이제 생김 거니까 좋긴 했는데 이게 딱 몇 번 몇 번 하니까 없어져가지고. 그래도 뭔가 이렇게 어… 단지 어… 작은 액수지만 국가가 나를 위해서 이제 뭔가 이렇게 관심을 가지고 있고, 임신부에 대해서 배려를 해주는 정책을 하고 있다, 이런 것들은 좋았던 것 같아요, 느낌이. 그런 느낌은 되게 좋았는데…”(B1)

C집단의 경우는 다양한 금액을 받았고 개인적으로 다양한 경험을 해서 만족도나 도움 정도에도 일관된 의견을 보이지 않았다. 대체로 최근에 출산하여 50만 원의 지원액이 적용된 사례에서는 비교적 만족도가 높았다. 비용 만족감보다 국가가 임신부에게 관심이 있다는 측면과 임신부로서의 정체성을 부여해 주고 이를 통해 할인 혜택을 받을 수 있다는 측면에서 긍정적으로 평가하기도 하였다.

“그리고 약간 저 같은 경우에는 카드를 딱 받는 순간 아…, 나 이제 임신부구나…, 약간 이런 느낌이 있었어요. 그래서 이게 임신부로서의 정체성? (중략)

제가 이제 임신을 하고 태교한답시고 문화공연 같은 것을 보려고 했더니 임신부 할인이 있더라고요. 그래서 어···, 임신부 증빙을 해야 되잖아요. 그래서 데스크에 가서, 물론 육안으로 확인이 되지만, 초기 임신부는 확인이 안 될 경우에는 임신부수첩이나 고운맘카드도 해당이 되더라고요. 그래서 약간 그런 점은 편리했던 거 같아요. 저 같은 경우에도 그래서 10프로인가 할인받고 그런 건 잘한 거 같아요.”(C1)

대조적으로 쌍태아 임신이며 쌍태아 수혈증후군을 진단받고 종합병원에서 산전 관리를 하여 임신 출산과 관련된 진료 비용이 약 2,000만 원까지 소요된 C7의 경우는 70만 원 지원금의 체감도가 낮을 수밖에 없었다.

“저 같은 경우에는 처음에 30만 원이었는데, 개인병원을 갔을 때, 3만 원 정도 3만 5천 원 정도 초음파비가 들잖아요. 그래서 그런 거를 아예 생각도 않았던 사람이기 때문에 ‘어, 이 정도는 애 낳을 때까지 나는 너무너무 좋다.’ 이렇게 생각을 했어요. 저도 병원에서 일하는 사람이기 때문에, 어우, 이런 것도 있고, 좋다.’ 이렇게 단순히 생각을 했는데 (중략) 한 번 갈 때마다 초음파비, 검사비 이런 거 해가지고 기본 25만 원 이상 들어갔기 때문에 (지원액은) 아무것도 아니더라고요.”(C7)

비록 큰 도움은 되지 않았다고 한 경우도 많았지만 어느 정도의 도움은 되었다고 응답한 경우도 있었다. 특히 첫째 아이의 경우에는 정책 지원을 받지 못하고 둘째 아이의 경우에 정책 지원을 받은 B3와 자연분만을 하고 가장 큰 규모의 지원액(50만 원)을 받은 C집단의 사례에서는 도움이 되었다는 의견이 비교적 많았고 만족감도 다른 집단보다는 높은 편이었다.

“도움이 된 거죠···도움은 이게 액수가 얼마큼이든, 나한테 도움은 된 거죠.”(B3)

“‘그래도 뭔가 도움을 받았다’라는 마음? 예예. 그래도 지원은 좀 해주는구나 에 대한 마음 만족, 그 정도···.”(C8)

“저도 일단 전반적으로 만족은 하는 편인데 뭐…, 문제라면 비용이 금액 정도의 차이겠죠. 그래서 ‘조금만 더 늘려 줬으면 아마 보다 더 산모들이 만족하면서 쓸 수 있지 않나?’하는 생각이 들어요.”(C1)

“금액이야, 주는 거야 뭐 그런 거야 뭐 그런 건데, 그게 약간…. 병원비나 이런 거에 대해서 나라에서도 어쨌든 통계적으로 얼마인지 알아서 이 금액을 산출을 했겠지만 그래도 이 금액으로는 얘기를 하나 넣고 그러기는 사실은 좀…, 부족 하죠. 완전히 뭐 충당될 수는 없지만 그래도 뭐 도움은 됐어요.”(C3)

다. 정책 효과: 의료비용 부담 경감

임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 살펴보기 위해 정책의 첫 번째 목표인 ‘의료비용 부담 경감’의 차원에서 의견을 수렴하였다. 심층면접 대상자들은 공통적으로 임신과 출산 과정에서 드는 의료비는 으레 드는 비용으로 이해는 하고 있으나 그래도 여전히 비용은 부담스러웠다고 응답하였다. 정책의 혜택을 경험하지 않은 A집단뿐만 아니라 지원을 가장 많이 받은 C집단에서도 임신과 출산 과정에서 비용이 많이 들었다는 의견은 공통적으로 표출되었다.

“(임신·출산할 때) 비용이 많이 들었던 거 같아요. (제왕절개를 해서) 특히 생각지도 못하게….”(A1)

“좀…, 적은 돈은 아니죠, 그 당시에는….”(A2)

“그때 당시에는 몰랐었는데 지금 생각해 보니까 비싼 것 같아요.”(A3)

“임신했을 때 병원을 자주 가니까, 그때 비용 만만치 않잖아요.”(A5)

“많이 부담됐어요. 그리고 초음파부터 해서 다 개인경비로 다 해야 되기 때문에

많이….”(A6)

“좀 부담이 있기는 하죠. 뭐 네, 병원에서도 주기를 딱 정해주잖아요. 근데 그때 마다 가야 되니까 그때마다 계속 돈이 드는 거고, 예, 좀 그러다 보니까 생각 보다 많이 드는 것 같아요. (중략) 네 그렇게 많이 들지는 몰랐어요. 출산 할 때도…”(C8)

반면, 진료비 지원을 전혀 기대할 수 없었던 A집단의 일부는 진료비 부담 자체를 느끼지 않았다고 진술하기도 하였다.

“그리고 좀 기다렸던 아이라서…, 좀 이렇게 당연 나가야 하는 돈이라고 생각을 했기 때문에 비용적인 부담 생각 안 했던 거 같아요.”(A1)

또 일부 C집단의 경우는 50만 원까지 다양한 지원액을 경험했음에도 이들에게는 지원액이 증가할수록 고운맘카드를 사용할 수 있는 기간만 길어졌을 뿐 대체로 출산 전에 모두 소진되기 때문에 의료비용 부담 경감에는 크게 작용하지 못했음을 알 수 있다. 특히 다자녀를 출산하여 지원액이 증가한 것을 경험한 C4와 C6의 사례에서도 임신과 출산 과정에서 소요된 비용을 모두 충당하기에는 부족하였음을 알 수 있다.

“초음파 진료 몇 번 받고, 끝났던 것 같은데, 남지는 않았던 것 같아요. 네, 이번에도 모자랐어요. 이번에 넷째 때도 왜냐면은 한 번에는 6만 원인가 이것까 지밖에 안 되거든요? 1회에? 근데 6만 원이 넘어갈 때가 있어요, 진료비가. 그럼 그럴 때는 제 사비로 내는 거고 이제 이런 거죠. (중략) 크게 존재감을 모르겠어요. (웃음) 존재감 모르겠고, 그냥 뭐 있나? 뭐 그냥 뭐 아무것도 잘 모르겠어요. 진짜. 존재감 정말 모르겠어요. 그냥. 병원 갈 때, 그냥 초음파 조금 지원해준다 그런 느낌밖에 없어요. 초음파, 초음파는 공짜구나. 이런 느낌? 그 정도밖에 없어요.”(C6)

“어차피 나중에 병원비를 내게 되면 거의 수술에 대한, 자연분만을 해도 기본 오륙십은 깨지거든요? 그게 첫째 때 얘기에요. 그러니까 벌써 6, 7년이 지난 상황이잖아요. 그럼 지금 자연분만을 했어도 그 비용이 더 많이 나가잖아요. 어쩌면 100만 원이라는 금액이 적은 금액은 아니니까, 큰 도움이 되는 것 같진 않아요. 50만 원 정도.”(C4)

“(50만 원 지원받았지만) 근데 좀 부족했던 게…, 제가 중간에 원래 좀 입원을 했었거든요.”(C8)

의료비용 부담을 세부적으로 구분하여 어느 항목이 가장 부담스러운지에는 기본적으로 초음파 비용이 가장 부담스러웠다고 답하였다. 덧붙여 초음파 비용이 병원마다 다르다는 것을 이해할 수 없다는 의견을 표현했다. 이에 따라 분만은 첫째 아이 분만 장소와 둘째 아이 분만 장소와 같았지만, 첫째 아이 임신 중 이용한 병원과 둘째 아이 임신 중 이용한 병원이 다르게 나타나기도 하였다. 더 나아가 초음파 비용을 포함한 검사 비용이 병원 선택의 중요한 요인으로 작용하기도 하였다. 즉, 의료기관은 비용이 높은 전문병원을 선택했다는 공통점이 있었지만, 일부 사례에서 산전 진료는 전문병원 중에서도 비용이 낮은 곳을 선택하기도 하였다.

“초음파비가 5만 원 이하가 없었거든요. 더, 더 비쌌는데, 옆에 분 얘기 들어보니깐 더…。 저도 초기에는 되게 자주 갔던 것 같아요. 그러니까 더 많이 들고, 한 달에 20만 원 정도 들었던 것, 거의 초음파 비용, 검사 비용 이런 쪽으로 많이 들었던 것 같아요.”(A6)

“제가 대학병원에서 신혼 때 자궁근종 수술 받아가지고…。 근데 거기서는 초음파 비용이 20만 원대예요. 거기서 선생님이…여기서 애 낳으라고, 자기도 이제 관찰하려고 그랬는데 너무 비용이, 이거는 갈 수가 없는 비용이에요. 너무 비용이 비싸고, 또 자기네가 원하는 그런 검사 해보라고 막 하잖아요. 그런 게 몇 십만 원대니까 갈 수가 없는 거예요. (중략) 첫째를 전문병원에서 낳았는데, 거기서

초음파 비용이 더 비싸요. 그래서...(산전) 관리 받으러 다른 병원 갔는데 거기
가 조금 더 싸요. 근데 그 병원이라고 해서 그냥 작은 그런 산부인과가 아니라
거기도 산부인과 병원이었거든요. 전문, 산부인과만 있는 여성병원이어가지고
거기 갔는데 한 5천 원, 만 원 정도 썼던 것 같아요.”(B3)

“저도 근처에 같은 임신부가 있어서 이야기를 오갔더니 진료 항목이나 이런 것
들이 미세하게는 뭐 5천 원부터 해서? 어떤 것들은 거의 비슷한 시기에 임신부
지만 어떤 진료를 더 받았다. 검사를 해서 그 비용은 거의 10만 원 이상이 들
었다. 이제 그렇게 되면 말씀하신 대로 병원이 어디냐에 따라서 이 고운맘카드
소진 시기가 차이가 나는 거 같고 저 같은 경우는 000병원에서 하다 보니 아
무래도 저렴한 편이었거든요. 그리고 그 병원이 그런 세부적인 진료를 많이 안
한다고 들었어요. 불필요한 검사들은 생략을 한다고 들어서 그거 때문인지 저
같은 경우는 어찌됐든 검진비 제외하고도 10만 원 이상 정도가 남았던 거 같아
요. 그래서 그걸로 이제 분만비를 처리를 하고 나서는 그 이후에는 이제 사용
을 안 했어요.”(C1)

“비용 면은 너무 부족한 것 같아요. 여기에 뭐 50만 원 이런 거, 그냥 특혜가
늘었다고 해서 그냥 저기하기보다는 그냥 어차피 부족할 것. 이런 생각이 드는
것 같아요. 어차피 나중에 모자라는 것, 그냥. 진짜. 충분하진 않아요.”(C6)

의료 행위에서 선택할 수 있는 항목이 실제로 부재한 상황이며, 특히
권위 있는 전문가로부터 권유받은 경우에는 대체로 순응하는 편이라 비
용 부담이 있어도 줄일 수 있는 방법은 없다고 불만을 얘기하였다. 더 나
아가 과잉 진료를 받은 것 같다는 의견도 제시하였다.

“첫 애니까 그냥 하라는 것은 다 했던 것 같아요. 뭐 그러니까 다른 엄마들 보
면 둘째, 셋째 낳으면 그렇게 자주 안 가더라고요. 근데 저희는 엄청 첫 애이고
하니까 하라는 대로 다하고, 검사하라는 대로 다 하고 자주 갔던 것 같아요, 몰
랐으니까... (검사 비용은) 너무 많이 비싸고...”(A5)

“근데 뭔가 하자 그러면 의사선생님이 하자고 했는데, ‘아니요, 그거는 안 하는 것이 좋겠어요.’ 이렇게 엄마 입장에서는 못하잖아요. 애기에 관련된 거니까. 하자고 하면 다 하고. (중략) 되게 자주 검사하고 정밀초음파도 별로 좋지 않다고 하는데 그런 것도 자주했던 것 같고 저희는 해야 된다고 하니까 필요한가 보다 하고서 이렇게 그런 것도 조정이 돼야 될 것 같아요. 산부인과에서도 너무 많이 검사를 많이 자주 하는 것 같아요.”(A6)

“그 당시에는 그렇게 선택사항이 아니었어요. 그냥 당연히 자연적으로… (비용 부담이 큰 검사들) 의사들이 당연히 그냥 그걸로 해주는 거라서 (선택할 수 없었어요) (중략) ‘그게 얼마예요.’, ‘하실 거예요?’ 이런 건 전혀 없고 그냥…, 그냥 “다음 주에는 입체 초음파로 아이 얼굴 볼 수 있어요.” 그럼 이제 그 기대 감으로 당연히 그냥…”(B2)

“2주에 한 번, 한 달에 한 번은 꼭 갔죠. 꼭 가야 되는 상황이기 때문에 아이들 몸무게 변화가 가장 크고, 양수의 양이 저한테는 한 아이가 사느냐 죽느냐의 문제였기 때문에 안 갈 수가 없어요. 이걸 빚을 얻어서라도 안 갈 수 없어요. 내 새끼기 때문에 이거는 어떻게 할 수가 없는 상황이에요.”(C7)

“이제 거의 의사의 판단인 거잖아요.”(C5)

“(초음파 검사) 이게 한 번 정말 3분? 4분? 보는 데 3만 8천 원이었던 것 같아요. 제 기억엔 약간 좀 허무하다, 하고 약간 이게 습…, 상술 같다? 라는 느낌을 들었어요. 진짜 의사선생님도 친절하지 않을뿐더러 그냥 속 보고 뭐 “건강하네요. 다음 주에 오세요.” 3만 8천, 뭐 이렇게 이야기하고 진료받고, 5분 진료 받고 나와서 3만 8천원 내고 이게 근데 이제 이게 어느 정도 한도가 있으니까. 그래도 그게 점점…아, 사실 좀 아깝다는 느낌이 들었어요.”(C1)

“산모를 위해서 뭐 내 영양주사 같은 것을 놔준다고 선택하는 것도 있어요. 뭐 100만 원짜리가 있고, 뭐 얼마짜리가 있다고…. 근데 저는 그것도 불필요하다고 생각을 해요.”(C4)

“만약에 기형아 검사면 기형아 검사해서 A, B 뭐 이런 식으로 그 정도만 있었

지, 그 검사 자체를 안 할 수는 없었던 것 같아요. 비용의 차이 있었던 것 같아요. 더 자세히 하느냐 조금 덜 하냐, 그런 것 같아요. 제 기억에.”(C7)

또 다자녀를 출산한 C6의 경우는 의료비 부담으로 선택적 검사를 받지 못한 경험도 있었다.

“경제적 사정을 생각해서…고령이다 보니까 그 저기 뭐야, 기형아 검사도 100만 원짜리 한방에 되는 거 있다고, 여건 되시면 하라고 하시라고 그러시더라고요. ‘네’ 그렇게 대답하고 안 했거든요. 너무 비싸서. 100만 원인가 하고 한 번에 되는 것 있다고…혹시라도 정부에서 그런 것을 비용을 지원해 주면 어차피 한 번에 더 자세히 알 수 있는 거니까 지원해 주면 당연히 하죠.”(C6)

한편으로는 의료비가 지속적으로 오르고 있다는 것을 체감하고 있다고 하였고, 더 나아가 임신·출산 진료비 지원 정책으로 의료비 자체가 오를 수도 있을 것이라는 의구심을 표현하기도 하였다.

“(첫째 때보다 의료비가) 조금 더 올랐던 것 같아요. (중략) 원래는 예전에도, 그러니까 이렇게 초음파를 자주 보게 하지 않았잖아요. 옛날에는. 그렇지 않아요? 그리고 대학병원에서 제가 그때 자궁근종 때문에 했을 때도 초음파, 이렇게 자주 보지 않았던 것 같아요… 이런 이유가 있을, 이렇게 병원에서 계속 오라고, 오라고 그래서 첫째인 부모들은 가요. 일주일에 한 번씩.”(B3)

“그전에는 그거에 대한 비용이 컸으니까 으레 간호사들도 ‘고운맘카드가 있으니까 이제 그런 거 부담 없이 그냥 다 그걸로 결제하시면 돼요.’ 이렇게만 말해 주니까 이걸 비싸서 이걸로 고운맘카드로 결제하고 이걸 뭐 이렇게….”(B2)

“이제 뭐 얘기 관련된 검사라든지, 그리고 또 뭐 아, 철분검사를 해서 수치가 그게 병원마다 다 다르더라고요. 그러면서 철분수치가 낮다고 철분주사를 맞으라고 해서 이제 맞기 싫어도 맞아야 되는 그런 상황이 조금 있기는 했었거든요? 그런 거라든지 아니면 애 낳을 때 되게 정신없는데 와서 막 ‘이런 검사를 해야

된다. 이런 검사를 하는데 하겠냐?’ 막 이렇게 물어보더라고요. 그럴 때 좀…정부가 50만 원 지원을 해주니까 좀 과하게 나에게 검사를 요구하는 건…”(B3)

“저 같은 경우에는 간호사다 보니까 직업상, 불필요한 검사도 알잖아요. 그러니까 처음에 갔을 때 누가 어떤 검사, ‘지금 이거 안 해도 되는데?’ 그러니까 의사들끼리 돈을 벌기 위해서 이 수가 보이는 거예요. 보이지만, 보이지 않지만, 안 하면 괜히 내 아이한테 나한테 선생님이 조금 덜 할까 봐. 있어요. 알면서도 하게 돼있어요. 보여요. 그걸 따질 수는 없어요. 근데, (중략) 병원에서 고운맘 카드 ‘아, 본인 돈 드는 거 아닌데.’ 대놓고 얘기하는 분들도 계세요.”(C7)

라. 정책 효과: 산전 진찰, 산전 관리

임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 살펴보기 위해 정책의 또 다른 목표인 ‘주기적인 산전 진찰’ 차원에서 의견을 수렴하였다. 심층면접 참여자들은 공통적으로 임신·출산과 관련된 병원 진찰은 필수적이라고 생각하였고 정책과 상관없이 의사의 권유대로 산전 관리를 받았다고 하였다. 따라서 임신·출산 진료비 지원 정책에 따라 산전 관리를 주기적으로 또는 적합한 수준으로 다녔다고 해석하기는 어렵다. 오히려 정책과 상관없이 둘째 아이 출산 시 초산 경험을 바탕으로, 의사의 권유에 따라 또는 본인의 선택으로 산전 진찰을 위한 병원 방문을 다소 미루는 경향도 발견되었다. 또 직장여성의 경우는 산전 진찰을 위한 병원을 선택할 때 직장 과 병행할 수 있는 많은 산모가 이용하지 않아 대기시간이 짧은 곳을 선택하기도 하였고, 이에 따라 산전 진료 약속을 다소 미루기도 하였다고 했다.

“첫째 때는 워낙 조금 아기가 출혈이 있어서 조금 조심스러운데 둘째 때는 그런 게 없어서 뭐 초음파를 뭐 중기 정도 되면 한 달에 한 번 받으러 오라고 하거든요. 근데 저는 4주가 아니라 5주나 6주 이렇게 돼서 가는 경우가 있었어요.

뭐 두 번째는 그랬던 것 같아요. 초음파를 굳이 여러 번 해서 그걸 아기가 그냥 잘 있는지 확인을 하기 위한 거지 뭐 다른 것은 득이 없던 것 같아서 저는 더 그러진 않았어요.”(C5)

“(둘째 아이 때는 의사선생님이 산전 관리에) 선택의 여지도 주셨어요. 그냥 뭐 ‘다음 주에 오실래요? 아니면 그 다음 주에 오실래요?’라고 하시면서…”(B2)

“좀 산모들이 많은 병원이었으면 주말에도 예약이 좀 빨리 차고…, 가는 시간이 좀 한정이 돼있고 하니까…, 못 갔을 거 같은데…, 근데 저는 좀 그래서 (직장과 병행할 수 있는) 좀 편하게 다닐 수 있는 산모 별로 없는 병원을 가서 주말에도 이제 좀 갈 때 번잡하지 않은 병원으로 갔던 거 같아요.”(C8)

“직업도 있고, 둘째이기도 하니까 (산전 진료 약속을) 조금 더 늦추는 그런 경향이 있죠…. 과하다는 생각도 들고 이제 둘째다 보니까 시간적으로도 그렇고 나도 그렇고 그래서…”(B3)

또 대체로 의사의 권유에 따라 산전 진찰 및 진료를 받았기 때문에 산전 관리의 중요성 또는 필요성에 대한 의식은 없고 오히려 과잉 진료를 받았다고 여기는 경우가 있었다.

“조금 많이 받았다는 생각은 들어요. 그러니까 막 사실은 초산이기 때문에 뭐 비교할 수 있는 정보가 없긴 한데…, 너무 자주 가네, 좀 왜냐면은 이제 건강ாய었고 건강산모였기 때문에 예, 뭐 노산도 아니었고 한데 병원 가느라 좀 지치는 부분이 있었던 거 같아요.”(C2)

“저는 그냥 오라는 대로 가서 그게 막 적다 많다 그런 생각은 없었는데 좀 근데 보통 다들 그렇게 가더라고요, 보니까. 한 달에 한 번, 마지막에는 거의 매주 가고 하니까 근데 지금 생각하면 ‘그렇게 자주 할 필요는 없지 않나?’라는 생각은 좀 있어요.”(C8)

“과잉진료도 좀 없애고 아무래도 굳이, 저는 그…, 왜냐면 한의원까지 쓸 수 있는지는 몰랐거든요. (중략) 예방접종표가 있잖아요. 보통 애들은, 근데 그래서 산전검사에 대해 그런 건 없죠. 그냥 의사가 그때그때 그러니까 내가 계획해서 하는 게 아니라 이제 의사가 다음에, 언제 뭐한다. 이렇게 즉흥적으로… (산전 관리에 대해) 모르겠어요. (하략)”(A1)

“만약에 셋째는 계획한다고 그렇게 해도, 그렇게 첫째 둘째 때만큼 병원을 자주 가진 않을 거 같아요. 애기만 잘 있다면…”(A2)

종합해볼 때 심층면접이 모든 임신부를 대표할 정도의 표본을 가지고 있지 않기 때문에 일반화할 수는 없으나, 적어도 심층면접 대상자들이 정책의 도입에 따라 주기적으로 산전 관리를 받았다거나 적합한 수준의 산전 관리를 받았다고는 추정할 수 없었고 이러한 측면에서의 효과성은 없었다고 볼 수 있다.

마. 정책 효과: 저출산 대응

임신·출산 진료비 지원 정책 효과성의 또 다른 측면은 저출산 대응이다. 즉, 정책의 목표에 제시되어 있듯이 출산 의지를 고취시키고 출산 친화적인 환경을 조성하는 데서의 효과성을 의미한다. 실제로 임신·출산 진료비 지원 정책은 건강 보장성 강화라는 관점에서도 발전되었으나 좀 더 근본적으로는 저출산 정책으로서 추진된 정책이다. 심층면접 결과 대부분의 심층면접 대상자들은 임신·출산 진료비 지원 정책이 저출산 대응 정책으로서 효과가 없다는 데 동의하였다. 해당 정책이 있다고 해서 출산을 할 것 같지는 않다는 의견이다.

“그냥 많은 정책 중에 하나의 그냥 약간의 도움을 주는 그 정도로 생각을 할 거 같아요. 그래도 없는 거보다는 나으니까.”(A1)

“(저출산 대응 정책으로서의 역할이) 전혀 없지는 않겠지만 한, 10프로도 안 되는 거 같아요.”(A2)

“크게 도움이 되지는 않는 거 같아요. 출산에 대해서는…이거 때문에 애를 낳을 수 있겠다는 생각은 전혀 안 들 거 같아요.”(B3)

“출산을 장려한다면, 이 고운맘카드보다는 낳고 나서, 지원이 더 많이 필요한 것 같아요. 이게 굳이 출산에 도움이 많이 된다고 생각을 안 하거든요. 애 낳고 나서가 금액적으로 들어가는 비용이 훨씬 많거든요.”(C4)

반면에 출산에 영향을 어느 정도 미칠 수도 있다는 의견도 있었다. 비용 부담으로 망설이는 경우에는 지원이 확대된다면 출산에 도움이 될 수 있다는 의견이 있었다. 이러한 의견은 주로 A집단과 B집단에서 도출되었다. C집단의 경우는 지원의 수준이 커서 체감도가 높게 되면 어느 정도 저출산 대응 정책으로 효과가 있을 여지는 있다는 정도의 의견을 제시하였다.

“어느 정도 도움은 될 것 같아요. 100프로라고는 안 해도…적어도 (출산) 생각이 조금 있는 사람 같은 경우는 비용 부담은 없으니까.”(A6)

“이렇게 망설이고 있다가 불임도 지원해줘, 그리고 뭐 임신출산도 지원해줘, 이렇게 되면… 적극적으로 (출산)할 수도 있을 거 같아요.”(A1)

“그러니까 아이를 정말 낳고, 가지고 낳으려고 하시는 분들한테 도움은 되죠. 지원 안 해주는 것보다. 많이 도움은 되는 것 같아요.(A5)”

“저는 자연분만을 했는데, 병원비가 한 40만 원 정도 나왔었거든요. 출산했을 때. 근데 제왕절개하신 분들은 100만 원 정도 나온다고 들었어요. 그러니까 이게 아기 하나 출산할 때, 그 제왕절개 수술 하게 되면 100만 원에다가 산

후조리 비용이 한 300만 원 들어간단 말이죠. 그러면 보통 한 400만 원. 병원비가 400만 원 정도 들어가고, 출산 임신하면서 검사를 찍 받을 때, 보통 제가 평균을 따지지 못했지만은 그래도 한 100만 원 정도는 들어간다고 보거든요. 검사를 하는데? 그러니까 아기 하나 낳는데 거의 500만 원 정도의 돈이 들어가는 거죠. 근데 그 500만 원 정도가 상당히 부담이 되는 거죠. 아기를 가질 때 그게 이제 그 의료비를 한 번 산후조리 비용까지 이제 고민을 하게 되는 거죠. 500만 원 정도 드는데 그 돈을 이제 어떻게 할까? 어떻게 마련해야 되나? 고민이 좀 되기는 하는 거죠. 그것을 다 지원해 주면 도움이 많이 될 것 같은 생각이 들죠.”(A3)

“더 (지원 수준이) 높아지면 충분하면 결정적인 이유는 아니지만 ‘어? 이것도 있으니까 좀 부담은 줄겠다.’ 정도 생각은 들 수 있을 것 같아요.”(B3)

“좀 더 감안을, 좀 더 이렇게 좀 해주셨으면 좋겠어요. 해줄 거면 확실히 더. 더 낳고 싶은 사람들이 이게 좋다고 낳는 경우는 별로 없을 거예요. 근데, 이런 거 생각 안 하고 딱 가졌는데, ‘우와, 이래? 우와, 훌륭하다.’ 어, 그러면 뭐 하나 정도는 더 낳을 수 있을 것 같아요. 자기가 낳으면서 처음에는, 처음에 낳을 때는 아예 생각도 없다가 처음 낳아보고 해봤는데 좋아, 그러면 없었던 생각도 다시 바뀔 수 있잖아요.”(C7)

바. 정책 개선 방안

심층면접 대상자들은 임신·출산 진료비 지원 정책의 개선 방안으로 다양한 의견을 제시하였다. 특히 다양한 금액의 지원을 받은 C집단은 정책에 관심도 높았고 구체적인 개선 방안을 적극적으로 제시하였다. 우선 인지도에서 잠재적 정책 대상자에게 하는 홍보 문제를 지적하면서 홍보 방안으로 의견을 주기도 하였다.

“뉴스로 (임신·출산 진료비 지원 정책에 대해) 많이 하면 될 텐데 한 번도 본 거 같지가 않아요. (중략) 이렇게 임신에서 출산까지 다양한 케이스가 있을 텐

데 대표적으로 이렇게 꿈아가지고 뭐 이번 달에는 이런 케이스로 또 이렇게 홍보를 뭐 은근슬쩍 하는 거죠. 뉴스에. 그럼 사람들이 인식하게 하면 될 텐데..., 그거를 특별히 뭐 홍보물을 제작해서 이렇게 하는 게 아니라 그냥 생활 속에, 생활 속에서 무심결에 보다, 아 많이 하는구나. 근데 이렇게 한다는 것도 저는 이 고운맘카드가 병원에서만 이렇게 쓸 수 있는 카드라는 것을 몰랐거든요. 왜냐하면 나와는 상관없는 거니까. 예, 그런 것처럼 평소에 우리가 아무래도 뉴스를 통해서 제일 많이 접하게 됐는데 그런 것이 없었던 것 같아요.”(A1)

“이제 수혜자 입장에서는 내가 임신을 했을 때는 고운맘카드를 통해서 진료비를 지원을 받고 출산 후에는 이제 그 동사무소에서 육아장려지원금이라는 금액을 받아요. 그러니까 수혜자 입장에서 사실은 국가에서 쪽 금액을 받는 거죠. 근데 이게 비단 고운맘카드뿐만이 아니라 임신을 했을 시기부터 해서 국가에서 아 ‘이제부터 너한테 네가 선택을 이렇게 네가 신청을 하면 이런 항목도 줄 거고, 출산 후에는 동사무소에 가서 이걸 줄 거야’라고 좀 알려 줬으면 좋겠어요. 사실 이걸 다 알아봐야 되고 산모인 저조차도 몰랐어요. (중략) 국가가 얼마만큼 지원은 해주지만 사실은 이게 인식을 못, 인식이 안 되는 거는, 네... 되게 안타까운 거죠. 사실 충분히 잘하고 있는 부분인데 저희 친정 부모님들조차도 ‘이런 게 있어서 지금 하고 있어요’ 하면 ‘이야, 우리 때는 정말 아무것도 없었는데 이걸 해줘?’라고 하는 게 사실 저희 윗세대도 그런 것들을 국가에서 해주고 있다는 걸 알면 좋은 부분인 거 같아요. (중략) ‘앞으로 이렇게 하면 되겠구나’라고 할 텐데 홍보가 이제 없다 보니, 네, 이거를 이제 개인적으로 다 찾아가서 신청하고 하는 부분이 좀 아쉬웠던 거 같아요.”(C2)

심층면접 대상자들 대부분은 임신·출산 관련 진료비 부담이 컸었던 만큼 진료비 지원이 확대되는 것에 의견을 많이 제시하였다. 특히나 임신 및 출산 관련 비용이 상대적으로 많이 소요되어 힘들었던 C7의 경우는 관련 의료비를 국가가 좀 더 많이 지원해 주면 좋겠다고 의견을 개진하였다.

“의료비는 전에 산전 검사나 출산에 드는 비용은 전액 다 지원해 주셨으면 좋겠다는...”(A6)

“출산은 시켜줘야 되는 것이 아닌가? 그런 생각….”(B3)

“경제적으로 좀 많이 힘들었고, 그런 상황이 되었을 때는 나라에서 조금만 더, 아쉽더라고요. 그냥 계속 그냥 아 아쉬운 거야 계속 ‘아, 어떻게. 어디서 해주면 안 되나? 이런 건 해줘야 되는데, 왜 나라에서 안 해주지?’ 막 이런 생각을 하면서 그냥 돈에 쫓기다 보니까. 그랬던 것 같아요. 그게 또 사람 욕심이라는 게 아쉽더라고요. 그러니까 100프로 다 안 해주시더라도, 그러니까는 이거는 차등으로 정말 아이가 딱 어디에서 땅땅땅 이런 병명이 뭐 선천적으로 됐습니다. 그러면 뭐 차후 관리, 어느 정도까지 관리까지 좀 나라에서 혜택을 조금이라도 좀 더 해주셨으면 저는 좋겠어요.”(C7)

한편 금액을 증액하기 전에 진료비 표준화가 필요하다는 의견도 많이 제시되었다. 지원 방식에서도 의료보험으로 지원해 주는 것에 대한 의견도 있었다. 진료비와 관련하여 안내 책자와 같은 자료가 필요하다는 의견도 함께 제시되었다.

“근데 그거를 맞추려면 일단 병원에서도 얼마씩 돈이 될 건지를 통일 가격, 그런 통일성의 진찰비가, 통일성이 있어야 될 것 같아요. 지역마다 갭이 크면 사실 이게 얼마를 주느냐의 그 문제…, 그, 그거는 그, 그걸 먼저 정하기 전에는 먼저 형평성을 맞추는 것? 그게 진짜 중요한 거 같아요.”(C3)

“병원에서 안내해 주는 건 아무래도 하계끔 유도를 하는 게 많을 것 같은데 그걸 좀 객관적으로 이렇게 해주면 좀 더… 판단을 잘할 수 있지 않을까? (중략) 진짜 그런 왜냐면 저 같은 케이스를, 갔다가 진짜 만약에 안내책자 같은 게 있다면, 예를 들면 이런 아이 같은 경우는 이렇게 출생에서부터 이까지 비용이 이 정도 들었다. 근데 우리는 한 이 정도까지 해준다. 그러면 진짜 비교를 할 수 있잖아요.”(A1)

“양수검사 같은 거는 35살 넘으면 요즘 기본이잖아요. 요즘 아이 낳는 사람들이 나이가 진짜 완전 젊지 않거나, 거의 다 나이, 엄마들 보면 다들 늦게 낳아요.

그러면은 다 하거든요. 그러니까 많이, 그러니까 어쩔 수 없는 특이 케이스라서 하는 부분들은 보험을 안 해줘도 어쩔 수 없는 상황이 되지만, 대부분이 변화가 그렇게 흘러가고 있는데, (35세가 돼서 반드시 받아야 되는 검사를) 비급여를 받는다는 자체는 너무 아닌 것 같아요. 사람이, 이용하는 사람이 많아지면 급여로 바뀌도 되거든요. 이게 비급여가 이용하는 사람이 횡수가 적기 때문에, 자기네들 그 기계값, 수가를 먹이기 위해서 병원에서도 그 수가 때문에 자기들 노동과 이런 거를 계산해서 이렇게 하는 걸 것 아니에요. 뭐 피를 하나 뽑아도 많이 뽑는 거는 보험 혜택을 충분히 해도 자기네들 남거든. 근데 비급여 항목 같은 경우는 그런 경우가 많잖아요. 근데 지금 시대가 많이 바뀌었잖아요. 그럼 그거를 따라 가야지. 병원에서도 급여로 바꿔주셔야 되는 부분들은 바꿔주셔야죠. 저는 그렇게 생각해요.”(C7)

“초음파 검사가 음..., 전 ‘보험이 적용되면 참 좋겠다’라는 생각이 들어요. 개인적으로...”(C1)

“카드가 아니라 그냥 의료보험 자체에서 임신한 여성에 대해서는 무조건 초음파 한 번 할 때, 우리 때만 해도 이만 원, 아니면 이제 뭐지? 얼굴까지 막 다 나오는 것은 삼만 원, 저는 이렇게 기억이 되거든요? 그런 것을 아예 이제 50프로 지원. 무조건. 그렇지, 그러면 이제 출산할 때까지 그렇게 아예 해주는 것. 그렇게 하는 것도 괜찮을 것 같아요. 그냥 아예 편하게.”(A3)

“지금 이렇게 고운맘카드가 50만 원 지원을 해주잖아요. 이런 것보다는 뭐 그냥 임신한 여성이 임신 때문에 병원을 가는 부분에 대해서는 의료보험에서 아예 그냥. 얼마를 통장으로 이렇게, 카드를 줘서 거기다 몇 군데를 제한을 뒤서 쓸 수 있게 이렇게 하는 게 아니라, 아예 그냥 의료보험 쪽에서 그냥 임신한 여성이 맞으니까, 산부인과 등록이 되어 있을 테고...”(A4)

의료비용의 표준화뿐만 아니라 산전 관리의 중요성 교육과 산전 관리의 구체적인 정보가 필요하다라는 의견도 있었다. 대체로 심층면접 대상자들은 산전 관리를 어느 정도 하는 것이 적정하며 각 검사의 목적 등에 안내가 필요하다고 하였다.

“임산부들이 그럼 그거를 예방접종 비슷하게 그런 표를 만들어서 토털 얼마 들 어가고… (중략) 저 같은 경우도 거의 임신 4주, 6주 만에 갑자기 하혈을 해서 응급실에 실려 갔다가 이제 그냥 괜찮다고 이제 중간에 잠깐 나오는 하혈이라 고 해서 안심하고 들어오긴 했는데 갑자기 응급실 갔다 온 상황이니까 돈이 한 10만 원이 나왔거든요? 근데 그것도 솔직히 안 내도 되는 건데, 나는 이제 처 음이니까 겁이 나서 갔던 거고 하니까, 그거에 대한 뭐 그런 출산할 때 까지 모든 지원을 중간 중간에 아이가 뭐 어떻게 됐거나, 뭐 이렇게 의도치 않은 일 로 응급실 갔다 올 경우 지원을 모두 다 해주면 엄마들이 임신 출산할 때까지 는 막 그래도 마음 편히 낳을 수 있을지 않을까? (중략) 내가 아이를 출산 할 때까지의 모든 저기를 보험에서, 나라에서 해준다고 하면 그거에 대한, 안정감 도 있고 괜찮은 생각을 하지 않을까 싶은 생각도 들어요.”(B2)

고운맘카드 신청 과정에서의 문제도 제기되었다. 병원마다 임신확인서 를 작성해 주는 시기가 달라서 특히 유산한 경우 지원을 받는 것이 일관 성이 없다고 하였다. 즉, 유산한 경우에 지원해 주는 유산 시기의 명확한 기준이 필요함을 알 수 있다.

“고운맘카드가 병원에 일단은 이제 임신확인서가 있어야 하잖아요? 임신확인서를 받기까지가 큰 병원은 조금 엄격하게 해주고 작은 병원은 그냥 쉽게 써주는 경 향이 있어요. 그래서 제가 실제로 친구가 유산을 초기에 했는데 이제 큰 병원 을 다녔기 때문에 약간 엄격하게 해서 임신진단서를 못 받았데요. 근데 그 친 구의 친구는 조금 작은 병원에서 이제 유산을 했는데 똑같이 임신확인서가 먼 저 나왔기 때문에 고운맘카드를 발급받았던 거예요. 그래서 카드로 보통 한의원 가서 한약 지어 먹었거든요. 유산을 하면은 그래가지고 이게 어떤 곳을 가냐에 따라서 받고 안 받고 큰 차이가 있으니까, 이게 약간 형평성에 어긋나는 부분 이 있는 거 같아요. 이게 임신진단서가 일단 필요하니까, 확인서가 필요하니까 이거 발급받기까지의 과정이 병원마다 조금 차이가 있는 거 같아요.”(C1)

기타 최근 고운맘카드를 이용한 C1, C3의 경우는 이용의 편리성을 위 해 고운맘카드 앱을 개발하고 카드와 연계하여 사용할 수 있는 방안과 접

근도 향상을 위해 카드 발급 기관을 확대할 것을 제안하였다.

“고운맘카드 앱이 있으면 이걸 카드랑 연계를 해서…‘내가 어디에서 얼마를 썼고 이거를 그냥 앱을 통해서 실시간으로 확인하면 좋겠다’라는 생각을 했었어요.”(C1)

“요즘엔, 그리고 다 스마트폰 사용하니까 고운맘카드 앱이 있으면 좋겠어요.”(C3)

“그 발급기관을 가까운 우체국이나 농협이나 이런 식으로, 저도 그래서 제 기억으로 그 이걸 발급받을 때 ‘근처에 신한은행이 어디 있지?’하고 찾아서 갔던 기억이 있거든요. 그래서 조금 더, 접근성을 조금 더 늘리면 좋지 않을까.”(C1)

3. 소결

심층면접 조사를 통해 정책 대상자와 비대상자인 출산모의 임신·출산 진료비 지원 정책의 인지도, 접근도, 이용, 만족도, 도움 정도에 관해 살펴본 후 정책의 효과를 평가하기 위해 의료비용 부담, 산전 관리, 저출산 대응이라는 측면에서 이들의 의견을 살펴보았다. 심층면접 조사 결과는 해당 정책을 경험하지 못한 A집단과 첫째 아이 출산에서는 정책을 경험하지 못하다가 둘째 아이 이상의 출산에서 정책을 경험한 B집단과 최근에 출산하여 정책을 경험한 C집단 간 차이가 나타났다. A집단의 경우는 해당 정책을 잘 알고 있지도 못하고 관심도 없었다. B집단의 경우는 대체로 정책 대상자가 된 처음에는 만족도가 높았다가 지원액 수준을 경험한 후 만족도가 감소하는 경향이 있었다. C집단의 경우는 정책에 관심도 많고 비록 지원금이 분만 전에 소진되었지만 도움은 된 것을 알 수 있었다. 집단에 상관없이 해당 정책은 임신 후 산부인과 병원에서 알게 되었고, 지원액은 임신·출산 진료비에 비해 적게 느껴졌으며, 저출산 대응 정책으

로서는 한계가 있다는 것이 공통된 의견이었다.

심층면접 조사 결과는 제5장에서 다른 계량 모형에서 밝힐 수 없었던 여러 가지 의문점에 어느 정도의 설명력을 주었다는 점에서 전체적으로 보완되었다. 구체적으로 정책 효과성 회귀분석에서 정책 비대상자와 대상자의 산전 관리 수준에 큰 차이가 없었고 특히 정책 대상자(20만 원)가 비대상자보다 적합한 산전 관리를 할 확률이 낮은 것으로 나타난 것은 산전 관리 수준은 산전 관리를 받고 있는 임부의 생각이나 의지보다는 산전 관리를 제공하는 의료인에게 달려 있기 때문이다. 즉, 대부분의 산전 관리라는 것이 본인의 의견 또는 의사와의 상의를 통해 결정하는 것이 아니라 의사의 지시에 따라 받는 것이기 때문에 정책 유무는 초진 시기 및 병원 방문 횟수로 산출되는 산전 관리 수준에 영향을 미치지 어렵다는 것이다.

또 추가 출산 의향에서 정책의 효과성을 계량분석한 결과 정책 비대상자에 비해 30만 원과 40만 원을 지원받은 정책 대상자 집단이 추가 출산 의향이 있을 확률이 유의미하게 높아졌으나 50만 원을 지원받은 정책 대상자의 경우는 정책 비대상자보다 추가 출산 의향이 있을 확률이 오히려 낮아졌다. 심층면접 결과, A집단과 B집단에서는 실제 출산이라는 행동까지는 이어지지 않겠지만 정책이 어느 정도 추가 출산 의향에는 영향을 미칠 수 있다고 한 것에 비해 최근 출산하여 정책 대상자가 된 C집단의 경우는 지원액이 높아졌음에도 불구하고 전체 진료비에 비하면 지원액이 적기 때문에 현재로서는 출산 의향에 영향을 미치지 어렵지만, 전체 진료비가 다 지원된다면 출산 의향이 있을 수도 있다고 하였다. 이러한 점을 감안하면 저출산의 심각성 인식이 큰 최근으로 올수록 해당 정책만으로 출산 의향에 영향을 미치기에는 한계가 있다는 것을 알 수 있다. 특히 임신·출산 진료비 지원 정책이 저출산 대응책으로서 효과가 있기 위해서는 모든 국민에게 정책을 홍보해야 하며 정책의 체감도를 높이기 위해서는

지원 정도를 정책 대상자가 알 수 있도록 해야 하고, 좀 더 보장성을 높이기 위해서는 산전 관리 가이드라인을 표준화된 비용과 함께 제시하는 일이 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 추가로 심층면접을 통해 나타난 여러 가지 정책의 한계점과 개선 방안은 이어지는 장에서 정리하고자 한다.

제 6 장

결론

제1절 요약 및 결론

제2절 정책적 제언

제1절 요약 및 결론

본 연구는 임신·출산 보건의료 정책 내에서 가장 보편적으로 시행되었고 꾸준히 확대되어 온 임신·출산 진료비 지원 정책의 목표를 중심으로 심층적으로 평가하고자 하였다. 이를 위해 2006년, 2009년, 2012년, 2015년 「전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 자료(data)를 활용한 양적 분석(quantitative analysis) 방법과 임신·출산 진료비 지원 정책의 대상자와 보건의료서비스 제공자를 대상으로 하는 질적 조사(qualitative analysis) 방법이 활용되었다. 본 절에서는 문헌 고찰, 계량 분석, 정책 대상자 및 정책 비대상자를 대상으로 수행한 심층면접과 보건의료 서비스 제공자를 대상으로 수행한 조사를 토대로 임신·출산 진료비 지원 정책의 평가를 정리해 보고자 한다.

우선 임신·출산 진료비 지원 정책을 계획 단계의 적절성이라는 측면에서 평가해 보면 저출산 대응 정책의 하나로서 시행된 임신·출산 진료비 지원 정책은 저출산이라는 사회 문제를 고려할 때 해당 정책의 목표는 정책의 수요에 적절하게 대응하고 있으며 저출산·고령사회 기본계획이라는 국가 정책의 틀 안에서 시행되고 있다는 점에서 정부 정책의 우선순위와도 부합하는 정책으로서 적절한 정책으로 평가될 수 있다. 또 유사한 정책인 보험급여를 통한 진료비 지원과 별개로 모든 임신부에게 본인부담금을 직접적으로 경감시키는 정책이라는 측면에서 해당 정책과 중복이 되는 정책은 없다고 평가되며 이러한 점에서 해당 정책은 수립 당시 필요

한 적절한 정책이라고 평가되었다.

효율성의 측면에서 살펴보면 임신·출산 진료비 지원 정책은 매년 지속적으로 정책의 확대를 위한 목표를 설정하고 이를 달성하는 식으로 정책이 이행되었다는 점에서 어느 정도 효율성이 있는 정책으로 평가될 수 있다. 그러나 정기적으로 정책 대상자인 임신부와 서비스 제공자인 보건의료 전문가들을 대상으로 의견을 수렴하지 않았다는 측면에서 임신·출산 진료비 지원 정책의 사후 관리 또는 모니터링 체계는 구축되지 않았고 이에 따라 정책의 효율성을 높이기 위해서 추가 노력이 필요하다고 볼 수 있다.

정책의 궁극적인 존재 이유는 목표 달성이다. 정책의 목표를 얼마나 달성했는지를 알 수 있는 결과물을 분석함으로써 평가되는 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성은 1차적으로 의료비 부담, 주기적 산전 진찰, 2차적으로 건강한 태아의 분만이라는 측면에서 평가하였다. 의료비 부담 경감이라는 목표를 달성했는지 살펴보면 기본적으로 매년 임신·출산과 관련된 진료비에서 절대적인 금액과 법정 본인부담금 비율이 증가했기 때문에 임신부가 지급하게 되는 비용 자체는 증가하여 부담감은 증가했을 개연성이 있으며, 임신·출산 진료비 지원 정책 시행 전후를 비교했을 때 비록 다른 질환의 진료비도 임신 및 출산 관련 진료비와 비슷하게 증가하였으나 임신과 출산 관련 진료비 자체가 증가하였다는 점에서 정책 시행으로 진료비 부담이 경감되지는 않은 것으로 볼 수 있다. 더 나아가 100% 임신부의 부담인 비급여 진료비까지 감안한다면 진료비 부담이 경감되는 것에는 한계가 있다고 볼 수 있다. 실제로 정책 대상자인 임신부와 심층면접에서도 지원을 해 주어서 도움은 되었지만, 공통적으로 지원액에 비해 진료비가 높기 때문에 비용 부담이 경감되지는 않았다고 응답하였다. 다만, 보건의료 전문가의 경우는 50%가 의료비 부담 경감이라는 목

표를 달성하는 데 효과적인 정책이라고 평가하였다.

산전 관리 수준에 정책이 유의미한 영향을 끼쳤는지를 분석한 결과 비록 모형의 설명력이 낮게 나타나 해석에 한계가 있으나 정책 대상자(20만 원)가 정책 비대상자보다 적합한 산전 관리를 할 확률이 낮은 것으로 나타났다. 정책 대상자인 산모를 심층면접한 결과 산전 관리 수준은 산전 관리를 받고 있는 임산부의 생각이나 의지보다는 산전 관리를 제공하는 의료인에게 의존하는 경향이 크기 때문에 정책이 산전 관리 수준에 영향을 미치기 어렵다는 공통된 의견이 있었다. 또 정책을 인지하고 있지 않은 상태에서 초진을 받는 경우가 많기 때문에 산전 관리 수준에서 중요한 요소인 초진 시기에 정책이 영향을 미친다고 보는 것에는 한계가 있다.

출산 결과에서는 조산에 영향을 미치는 보호 요인(protective factor)으로 30만 원을 지원받은 정책 대상자라는 점이 유의미한 요인으로 나타났고 이러한 측면에서 비록 모형의 설명력이 낮게 나타나 해석에 한계가 있으나 임신·출산 진료비 지원 정책은 어느 정도 효과적인 정책으로 평가될 수 있겠다. 또 결과적으로 해당 정책이 출산 의욕을 고취시키는지에 관해서, 정책 대상자와의 심층면접 결과, 특히 최근에 출산한 경험이 있는 경우 영향력의 크기는 작지만 어느 정도의 영향력은 있을 것이라는 의견도 있었고 지원이 좀 더 확대되면 추가 출산 의향에 더욱 영향이 있을 수 있다는 의견도 있었다는 점에서 어느 정도는 효과가 있다고 평가될 수 있겠다.

모든 정책은 정책의 목표에서 명시한 의도한 결과(intended consequences)와 의도하지 않은 결과(unintended consequences)를 가져 온다. 정책이 긍정적으로 평가받기 위해서는 의도한 결과와 긍정적인 의도하지 않은 결과를 낳아야 한다. 이러한 측면을 고려하여 본 연구에서 다루어진 분석 방법에 따라 도출된 결과를 목표에서 명시된 의도한 결과

와 그렇지 않은 결과로 나누어 요약하면 <표 6-1>과 같다. 이 표에서 알 수 있듯이 부정적인 효과가 있거나 효과가 없는 경우는 ‘×’로 표시하였고, 일부 심층면접 대상자를 통해 도출된 의견은 ‘△’로 표시하였으며, 50% 이상의 심층면접 또는 전문가 조사 대상자가 제시한 의견은 ‘○’로 표시하였다. 분석 방법에 따라 같은 세부 목표의 평가가 다르게 나타나기도 하고, 같은 분석 방법 내에서도 모든 사람들의 의견이 일치하지는 않음을 알 수 있다.

<표 6-1> 임신·출산 진료비 지원 정책의 결과

(단위: 명, %)

결과		계량분석 및 문헌 고찰	정책 대상자 심층면접	보건의료 전문가	
의도한 결과	의료비 부담 경감	×	×	○ (50.0)	
	주기적인 산전 진찰	×	×	○ (65.0)	
	건강한 태아 출산(출산 결과)	○ (조산감소)		○ (53.5)	
	출산의욕 고취 (추가 출산 의향)		△	△ (19.0)	
	출산 친화적 환경 조성		△	△ (25.0)	
의도하지 않은 결과	긍정적 결과	임산부로서 정체성 부여	△		
		정부의 관심	△		
		의료진과의 신뢰 관계 정립		△	
	부정적 결과	추가적 진료 증가		△	△
		유산한 경우 더 큰 혜택		△	△

주: ‘×’ 부정적인 효과 또는 효과 없음, ‘△’ 보통(심층면접 결과, 일부 정책 대상자가 제시, 전문가 조사에서 50% 미만의 전문가가 제시), ‘○’ 긍정적인 효과(전문가 조사에서 50% 이상의 전문가가 제시)

계량 분석을 통한 효과성 평가를 통해 정책에서 의도한 결과의 평가 내용은 다음과 같다. 임신·출산 진료비 지원 정책을 정책 목표인 주기적인 산전 진찰을 통한 건강한 태아의 분만과 출산 의욕 고취를 (지원 금액에 따른) 정책 대상자 여부가 적합한 산전 관리(진찰)와 저체중아 출산 및 조산에 영향을 미쳤는지 분석한 결과, 20만 원을 지원 받은 정책 대상자 여부는 적합한 산전 관리에는 부정적인 영향을 미쳤으며, 정책 비대상자에 비해 30만 원을 지원받은 정책 대상자가 되는 것은 조산할 확률을 낮추는 보호 요인으로 작용하였다. 또 의료비 부담과 관련하여 분석한 선행연구에 따르면 임신·출산 진료비 지원 정책은 진료비를 증가시킨 효과가 있다고 하였다(오주환 등, 2012).

정책의 목표에 명시되지 않은 결과인 의도하지 않은 결과의 평가를 중점적으로 살펴보면 다음과 같다. 정책의 목표에서 명시되지 않은, 의도하지 않은 결과는 주로 정책 대상자와의 심층면접 조사를 통해 도출되었는데, 앞에서 제시하였듯이 긍정적인 결과는 임신부로서의 정체성 부여, 정부의 관심에 대한 체감도 향상, 의료진과의 신뢰 관계를 형성하는 데 도움이 되었다는 점이었다. 반면 부정적인, 의도하지 않은 결과로는 추가적인 산전 진료와 산전 검사를 받게 되었다는 것도 찾아볼 수 있었다. 또 정책 대상자 및 의료서비스 공급자와의 심층면접 조사 결과 해당 정책이 유산한 경우도 지원이 되는 것이 모성 건강과 모성 보호를 통해 향후 출산 건강의 증진이라는 측면에서 바람직하다고 볼 수 있으나 유산한 경우보다 훨씬 더 많은 진료비 부담이 있는 일반적인 임신·출산의 경우와 비교해서 유산한 경우가 더 많은 혜택을 받게 된다는 점에서 정책 지원이 형평에 맞지 않은 측면이 있다는 것이다. 종합적으로 살펴보았을 때 임신·출산 진료비 지원 정책은 일정 부분 긍정적인 정책으로 평가될 수 있다. 다만, 해당 정책이 좀 더 효과적이기 위해서

는 개선의 필요가 있다고 결론지을 수 있겠다.

본 연구는 다양한 임신·출산 보건의료지원 정책 중 모든 임신부를 대상으로 하는 진료비 지원 정책을 심층적으로 분석하는 데 초점을 맞추는 데서 오는 한계를 지닌다. 즉, 본 연구는 임신·출산 진료비 지원 정책이 다른 임신·출산 보건의료지원 정책과 비교해서 가장 많은 사람을 정책 대상으로 하고 있다는 측면과 예산이 가장 많이 투입된다는 측면에서 임신·출산 문제 해결에 영향력이 클 것이라는 가정에서 출발하였다. 그러나 이러한 접근 방식은 다양한 임신·출산 보건의료지원 정책 중에서 어떤 정책이 좀 더 저출산 문제를 개선할 수 있는 요인에 가장 큰 영향력을 가진 것인지 명확하게 밝히는 데는 한계가 있다. 이에 따라 향후에는 다양한 임신·출산 진료비 지원 정책을 포함하여 정책의 우선순위를 분석하는 연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 정책의 인지도, 만족도, 출산 여부 또는 추가 출산 의사, 임신·출산 진료비, 산전 이용 의료기관의 종류를 평가 지표로 하여 제한적으로 임신·출산 진료비 지원 정책의 효과성을 평가한 국내의 선행연구와는 차별적으로 국외의 유사한 정책 평가에서 활용된 산전 관리 수준과 출산 결과라는 지표까지 활용해서 정책의 세부 목표를 중심으로 포괄적으로 평가했다는 점에서 정책 평가의 기초 연구로서 의의가 있다.

제2절 정책적 제언

「2015년 전국 출산력 및 가족보건복지 실태조사」에서 조사 시점 3년 전부터 조사 시점까지 출산을 경험한 기혼 여성의 임신·출산 진료비 지원 정책의 인지율은 100.0%로 나타났고, 본 연구에서 수행된 정책 대상자와

의 심층면접 조사에서도 인지율은 100.0%로 나타났다. 이는 일반적으로 인지도는 정책 대상자가 모두 정책 지원을 받았는지 여부로 판단되기 때문에 그러하다. 「2015년 전국 출산력 및 가족보건복지 실태조사」에서 나타난 해당 정책의 도움 정도는 5점 만점에 4.29점으로 비록 사례 수가 적지만 미숙아 의료비 지원(사례 수 37명) 및 산모·신생아 건강관리 지원 사업(사례 수 369명)보다 낮게 나타났다. 본 연구에서 수행된 정책 대상자와의 심층면접 조사에서도 정도는 낮지만 도움은 되었다는 평가를 받았다. 즉, 해당 정책이 다른 선행연구에서도, 앞에서 제시한 여러 가지 정책 평가의 틀에서 평가했을 때는 어느 정도 긍정적인 평가를 받을 수 있었지만, 임신 전 단계에서 인지도가 낮다는 점과 다른 임신·출산 보건의료지원 정책들과 비교했을 때 전체적인 도움의 정도가 낮게 평가된다는 점에서 저출산 대응 정책으로서 한계가 있음을 간과할 수 없다. 이에 따라 본 절에서는 임신·출산 진료비 지원 정책이 저출산 대응책으로서 효과가 있기 위해서 개선되어야 할 사항을 정책 대상자 및 정책 비대상자를 대상으로 수행한 심층면접과 보건의료 서비스 제공자를 대상으로 수행한 조사, 다른 나라의 사례를 토대로 하여 제시하고자 한다. 마지막으로 전체적인 임신·출산 보건의료지원 정책에 제언을 하고자 한다.

임신·출산 진료비 지원 정책의 향후 기본적인 방향은 정책의 확대이다. 좀 더 효과적인 정책이 되기 위해 임신·출산 진료비 지원 정책을 확대해야 한다는 데 의료인과 정책 대상자 대다수가 동의하였다. 다만 어느 부분에 어떤 방식으로 확대해야 하는지에는 고민이 필요하다. 구체적인 방식에서 단순히 국민행복카드(고운맘카드)를 통한 현금 지원 확대보다는 비급여 항목의 급여화를 통해 건강보험으로 함께 지원하는 것이 더 바람직하다는 데로 의견이 수렴되었다. 이러한 취지에서 실제로 2016년 10월부터 임신부에게 필요한 초음파검사에 건강보험이 적용될 예정이다(건

강보험심사평가원, 2016. 9. 30.). 모든 임신부를 대상으로 산전 진찰에 필요한 초음파검사 7회에 급여 혜택을 부여하기로 하였다(표 6-2 참조). 이는 앞서 기술한 프랑스 사례의 경우 3회까지 건강보험이 적용되는 것에 비해 좀 더 많은 횟수를 보장하고 있는 것이다. 초음파 검사의 급여 혜택에 따라 급여 수가의 40%만 본인부담금으로 지급하고, 나머지 검사가 필요한 경우에는 임신부의 '국민행복카드'를 통해 이용할 수 있도록 되어 있다. 추가로 임신 기간 태아와 임신부의 건강에 위협이 되는 사안이 발생하는 경우 횟수에 상관없이 보험 급여가 지급되도록 되어 있어 바람직한 방향으로 가고 있다고 볼 수 있다.

〈표 6-2〉 임신주수별 건강보험 적용 횟수

임신 주수	초음파 실시 이유	인정 횟수
10주 이하	임신 진단 생존 확인, 예정일 교정, 다태 임신 확인	2회
11~13주	다운증후군 진단 (태아목 투명대 측정)	1회
16주	태아 성장 확인, 신경관결손 선별 확인	1회
20주	구조적 기형 진단(정밀)	1회
20주 이후	태아 성장 측정, 양수량 측정, 정상 임신의 진행 확인	2회

다만, 법 개정을 하면서 결정한 초음파검사 비용의 급여 수가는 보험이 적용되지 않을 때의 검사 비용과 비교해 최대 4배에 달하기 때문에 보험이 적용되는 7회까지의 초음파검사 비용보다 오히려 보험이 적용되지 않는 8회부터 검사 비용이 저렴해지는 결과를 낳았다는 평가가 최근 뉴스와 신문에 보도되고 있다(KBS, 2016. 10. 5.). 물론 이전의 초음파 비용이 비급여로서 병원 간 경쟁으로 비용이 조절된 측면도 있으나 보험을 통

해 지원할 경우 유의해야 할 점을 보여주고 있는 예이다. 이에 따라 급여화 이후에 발생하는 여러 가지 문제를 지속적으로 검토(monitoring)할 필요가 있다.

현재 보편적으로 시행되고 있는 임신·출산 진료비 지원 정책이 저출산 대응책으로서 효과적이기 위해 향후 개선되어야 할 방향은 다음과 같이 정리할 수 있다. 임신·출산 진료비 지원 정책이 효과적이려면 단순한 출산 지원에서 나아가 출산 의향을 높이기 위해 효과가 있어야 한다. 또 합계출산율이 1.3명 이하인 초저출산 현상이 지속되는 현실인 상황을 고려하면 이미 출산한 여성이 추가로 출산하도록 유도하는 것도 중요하지만, 정책이 출산 경험이 없는 가임기 여성에게 출산을 유도하는 인센티브로 작용하도록 하는 것도 중요하다. 이러한 측면에서 정책 대상자가 모두 정책 지원을 받도록 하는 것에서 더 나아가 잠재적인 정책 대상자도 정책을 알 수 있도록 해야 한다는 것이다. 따라서 전 국민을 대상으로 임신·출산 진료비 지원 정책뿐만 아니라 임신과 출산을 지원하는 모든 정책을 홍보하는 노력도 필요할 것으로 보인다. 임신·출산을 보건의료 측면에서 지원하고 있는 많은 정책의 정확한 정보를 인지할 수 있도록 대대적으로 홍보하기 위해 다양한 홍보 매체(잡지 광고, TV 광고, UCC 공모, 대중 교통 수단을 활용한 광고, 인터넷 광고 등)를 적극적으로 이용할 필요가 있다.

정부의 지원 정책 인지도를 향상시키기 위한 홍보뿐만 아니라 환자의 알 권리라는 측면에서 산전 관리의 올바른 정보를 정책의 잠재적 대상자에게 제공할 필요가 있다. 기본적으로 임신·출산 보건의료 지원 정도를 정책 대상자가 알 수 있도록 해야 하고, 더 나아가 산전 관리 가이드라인을 표준화된 비용과 함께 제시하는 일이 우선적으로 이루어져야 할 것이다. 심층면접 조사에 참여한 대상 모두는 적절한 산전 관리 지식이 없었고, 전문의의 권유에 순응하여 산전 관리를 하였다고 했고 필수적으로 이

루어져야 하는 검사와 적절한 시기를 알고 싶은 욕구를 표출하였다. 전문가 조사에서도 표준화된 지침이 필요하다는 의견이 많이 도출되었다. 또 임신·출산과 관련된 진료비를 건강보험으로 보장하기 위해서도 올바른 산전 관리의 신뢰성 있는 가이드라인을 만드는 것이 필요하다. 앞에서 살펴본 것처럼 영국의 경우 국가보건의료체계(NHS)에서 적합한 산전 관리를 위해 각 시기에 따라 받아야 할 검진 및 검사를 표준화해 체계적으로 관리하고 있다. 우리나라도 임산부 개인마다 다른 위험 요인 정도를 심도 있게 파악하고 각 진단에 따라 적합하고 적절한 검사를 권유할 수 있도록 표준화된 지침서를 사용하고 환자가 알 수 있도록 정보를 제공한다면 환자와 의사 간 신뢰도 높아지고 의료비 낭비도 방지될 수 있을 것이다.

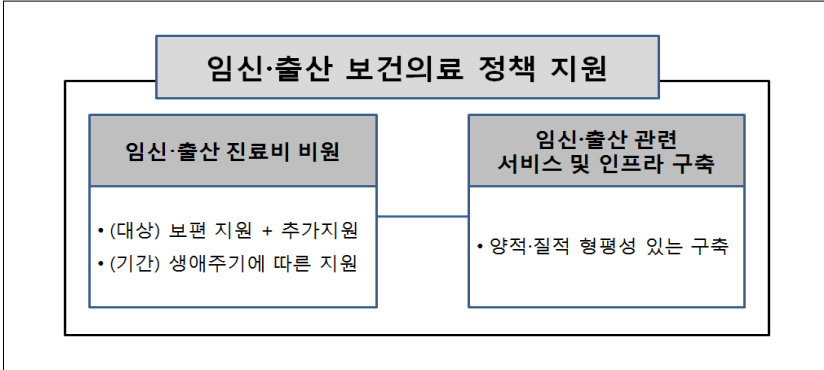
또 정책의 효율성을 높이기 위해 임신·출산 진료비 지원 정책이 진료비 자체를 상승시키는 부작용이 있는지 등을 지속적으로 모니터링하고 정책 대상자와 보건의로 서비스 제공자의 의견을 수렴하여 정책 개선이 이루어져야 한다.

추가로 임신·출산 진료비 지원 정책을 더욱 효과적으로 운영하기 위해 향후 적정 지원 금액 관련 연구가 필요하다. 향후에는 임산부의 진료비 부담을 덜어주면서 체감도를 높일 수 있는 적정 지원 금액도 심층적인 연구가 필요하다. 또 출산과 관련된 건강과 관련 지원 정책의 효과를 살펴보고 실증적인(evidence-based) 분석을 바탕으로 실효성 있는 정책을 설계하기 위해 국가적 차원의 자료를 구축할 필요가 있다. 미국의 경우 국가 차원에서 수집하는 PRAMS(the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) 같은 자료(database)가 존재한다. 미국 질병관리본부(the Centers for Disease Control and Prevention: CDC)와 각 주의 모자보건을 다루는 부서(Health Department)가 주도하여 모든 출산모에게 설문조사를 실시한다. 대체로 주마다 매년 1,300~3,400명의

산모로부터 정보를 수집하여 산전 및 산후 의학적, 사회·경제적인 다양한 항목을 바탕으로 조사하여 이를 축적하고 있다. 이러한 예를 한국에 적용한다면 현재 ‘전국 출산력 및 가족 보건·복지 실태조사’가 3년마다 조사되고 있는데 좀 더 임신·출산과 관련된 건강과 의료비용 등을 포함한 내용을 담고, 조사 빈도를 좀 더 높이면서 많은 사례를 포함한다면 유용한 자료로 활용될 수 있을 것이다. 또 미국의 PRAMS처럼 각 지방자치단체에서 출생신고 시 주민센터나 보건소를 통해 시행하고 중앙정부가 수집하는 방식이 가능하다면 더욱 실효성 있는 자료가 될 것이다. 더 나아가 저출산이라는 사회 문제를 염두에 둔다면 관련 패널자료(panel data)를 구축할 필요가 있다. 구체적으로 ‘전국 출산력 및 가족 보건·복지 실태조사’와 같은 조사를 활용해서 적어도 가임기 기간(만 15~49세)이라도 모니터링할 수 있도록 패널자료를 구축한다면 초산에 영향을 미치는 요인, 추가 출산에 영향을 미치는 요인 등으로 구분하여 의미 있는 분석이 가능할 것이고, 출산 의향이 출산이라는 행위로 이어지는지도 살펴볼 수 있을 것이다. 이처럼 다양한 분석이 가능해진다면, 정책을 평가할 때 유용한 자료로 활용될 수 있을 것이다. 즉, 신뢰성 있는 자료를 통해 과학적인 분석과 이를 바탕으로 한 정책을 수립할 수 있을 것이다.

더욱이 출산의 사회적 책임이라는 측면에서 저출산 문제의 적극적 대응책으로서 임신 및 출산과 관련된 보건의료적 지원은 확대되어야 할 것이다. 그와 동시에 임신 및 출산과 관련된 개인의 욕구(needs)에 부합되고 의료인과의 합의가 된 기본적인 의료서비스 비용은 앞서 제시한 영국이나 프랑스 사례에서와 같이 정부가 100% 지원해 줄 필요가 있다. 이러한 측면에서 보편적이면서도 동시에 맞춤형 지원이 되어야 할 것이다. 궁극적으로 전체 임신·출산 보건의료 지원 정책이 나아가야 할 방향은 [그림 6-1]과 같이 도식화할 수 있다.

[그림 6-1] 임신·출산 보건의료 정책 지원의 방향성



임신·출산 진료비 지원 정책이 효과적이기 위해서는 보편적으로 모든 임신과 출산 과정에 있는 여성을 대상으로 하는 지원이 있어야 하고 현재 청소년, 여성 장애인, 고위험 산모, 난임의 의료적인 욕구(needs)가 있는 경우에만 추가 지원이 있는 것에서 확대하여 의료진과의 상담과 합의를 통해 기타 의료 욕구가 있다고 판단되는 대상에게는 추가 지원이 필요하다. 또 진료비 지원이 합목적이기 위해서 임신 전, 임신 중, 출산 후까지 생애주기별로 꼼꼼하고 적절한 지원이 필요할 것이다.

더 나아가서 전체 임신·출산 보건의료 지원 정책이 효과적으로 작용하기 위해서는 적절한 서비스를 포함한 인프라가 질적으로도 양적으로도 형평성 있게 분배되어야 할 것이다. 임신·출산에 필요한 보건의료적 서비스를 제공하는 인프라가 충분히 구축된 상태에서 개개인의 의료적 욕구를 충족시킬 수 있는 보건의료 서비스에 접근도가 높고 필수적인 진찰과 검사에 드는 비용 지원이 이루어질 때 임신·출산과 관련된 보건의료 측면에서의 부담감은 감소하고 임신·출산 보건의료 지원 정책이 저출산 대응책으로서 실효성 있는 정책으로 자리매김하면서 출산의 사회적 책임이 제대로 이루어질 것이다.

참고문헌 <<

- 강은나, 이소영, 오신휘, 이재량. (2015). 2014년 저출산·고령사회정책 성과평가. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 강희선, 손예동. (2011). 임신부들의 임신출산진료비지원 서비스(고운맘카드) 이용경험, 한국모자보건학회지, 15(2), pp.175-185.
- 건강보험심사평가원. (2016.9.30.). 10월 1일부터 임신부 등 초음파 검사 건강보험 적용 확대, 보도자료.
- 구유희, 김선권, 심재윤, 원혜성, 이필량, 김암. (2006). 출생신고에 근거한 전국 조산율의 분석 -1995년부터 2003년까지-. 대한산부회지, 49(9), pp.1855~1865.
- 국회예산정책처. (2007). 정부 저출산정책 평가.
- 김한결, 임성원, 이루리, 박수현, 고든솔, 나하늘, 이경숙, 이현실. (2012). 출산장려정책 중 고운맘 카드에 대한 산모들의 인식조사, 디지털정책연구, 10(3), pp. 241-250.
- 김경미, 염명배, 정병은, 서동표, 이주희, 이운정, 김효정. (2010). 세계주요 국가 저출산 대책 평가 및 우리나라의 적용방안. 기획재정부.
- 김경하, 황라일, 윤지원, 김진수. (2009). 임부의 산전 진찰 의료이용양상 및 진료비 분석, 보건행정학회지. 19(4), pp.53-65.
- 김승희, 임승지, 강하림, 최은희, 김유리, 김아름. (2015). 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구. 건강보험정책연구원.
- 나영선, 김안국, 박천수, 김미란, 조준모, 이해춘, 등. (2008). 고용보험 평가체계 구축방안. 한국직업능력개발원.
- 박문일, 한동운, 노재숙, 최병희, 천상훈. (2008). 산전검사 가이드라인 설정을 위한 기초조사. 한양대학교, 보건복지가족부.
- 박영창(2005). 저출산 관련 정책평가 및 입법과제. 한국법제연구원.
- 선우덕, 김현식, 김대중, 오신휘, 안세아. (2012). 2011년도 저출산 고령사회정책 성과평가. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

- 어수봉, 윤석천, 김주일, 이승협, 조세형. (2009). 2009년 고용보험 심층평가(고용안정사업 1). 한국기술교육대학, 노동부.
- 오주환, 이진용, 박주옥, 임남구, 이정아, 이계연, 등. (2012). 임신·출산 진료비 지원사업 개선방안 연구. 국민건강보험공단.
- 이삼식, 이지혜, 최효진, 박보미. (2010). 2009년도 저출산·고령사회정책 성과평가. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이삼식, 이지혜. (2011). 2010년도 저출산·고령사회정책 성과평가. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이삼식, 이지혜, 이소영, 염주희. (2013). 2012년도 저출산·고령사회정책 성과평가 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이삼식, 이지혜, 김세진. (2014). 2013년도 저출산·고령사회정책 성과평가 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이삼식, 최효진, 정혜은. (2010). 저출산정책 효과성 평가 연구. 한국보건사회연구원.
- 이철. (1997). 우리나라 저체중아 출생 현황 및 문제점. 한국모자보건학회지, 1(2), pp.223~227.
- 정성호. (2012). 저출산 정책의 효과성에 관한 연구, 한국인구학, 35(1), pp.31-52.
- 정용관, 김상신, 홍석철, 이정민, 김영일, 김정호. (2012). 결혼·출산·육아 지원사업군 심층평가. 한국개발연구원.
- 조은영. (2012). 출산 보육지원 재정소요 추계와 정책과제. 국회예산정책처.
- 최정수, 조재국, 윤강재, 김명수. (2006). 보건의료정책평가 현황과 발전과제. 한국보건사회연구원.
- 홍세희. (2005). 이항 및 다항 로지스틱 회귀분석. 교육과학사.
- 보건복지부. (2013). 임신·출산 진료비 지원 사업 안내. 보건복지부.
- 보건복지부. (2015). 2015년도 모자보건사업 안내.
- 보건복지부. (2014). 2015년 분만취약지 지원 사업 안내.
- 보건복지부. (2016). 2016년 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내.

보건복지부. (2016). 2016 장애인복지 사업안내.

보건복지부. (2015). 2015년 고위험 산모·신생아 통합치료센터 지원 사업 안내.

Ahmed, S., and M.M. Khan. (2011). Is demand-side financing equity enhancing? Lessons from a maternal health voucher scheme in Bangladesh. *Social science & medicine*, 72(10), pp.1704-1710.

Chen, C.S., & L.M. Chen. (2003). National Health Insurance and the antenatal care use: a case in Taiwan. *Health policy*, 64(1), pp.99-112.

Delbaere L. Verstraelen H., Goetgeluk S., Martens G., De Backer G., Temmerman M. (2007). Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 135(1), pp.41~46.

Dhar, R.S.G., J. Nagpal, S. Sinha, V.L. Bhargava, A. Sachdeva, and A. Bhartia. (2009). Direct cost of maternity-care services in south Delhi: A Community survey. *Journal of health, population, and nutrition*, 27(3), pp.368-378.

Dubay, L., T. Joyce, R. Kaestner., G.M. Kenney. (2001). Changes in prenatal care timing and low birth weight by race and socioeconomic status implications for the medicaid expansions for pregnant women. *Health services Research*, 36(2), pp.373-398.

Feldman P.J., Schetter C. D., Sankman. C. A., Wadhwa. P. D. (2007). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), pp.715-725.

Haaga, J. G. (1989). *Mechanisms for the association of Maternal age, parity, and birth spacing with infant health. National Research Council (US) Committee on Population*. National Academies Press. Washington D.C.

- Ir, P., D. Horemans, N. Souk., W.V. Damme. (2010). Using targeted Vouchers and health equity funds to improve access to skilled birth attendants for poor women: a case study in three rural health districts in Cambodia. *BMC Pregnancy and childbirth*, 10(1), pp.1-26.
- Kim, K., R. Hwang, J. Yoon, K. rue., S. Hong. (2012). A comparative study on the obstetric services utilization by income classes among the national health insurance beneficiaries. *Korean journal of obstetrics & Gynecology*, 55(11), pp.804-513.
- Kim, Y. (2012). *Impact of Universal Case Transfer on Fertility*, Working Paper.
- Kleinman J., & Kessel, S. (1987). Racial difference in low birth weight. *England Journal of Medicine*, 317(12), pp.749-753.
- Le Bras., & Carrieanne. (2012). *French Mamma's Pregnant in France: Learn French & What to Expect*.
- Rittenhouse, D.R., P. Braveman., K. Marchi. (2003). Improvements on prenatal insurance coverage and utilization of care in California: an unsung public health victory. *Maternal and child health journal*, 7(2), pp.75-86
- Singh, G. K., & Yu, S. M. (1996). Adverse pregnancy outcomes: Differences between U.S.- and foreign-born women in major U.S. racial and ethnic groups. *American Journal of Public Health*, 86, pp.837-843.
- Skordis-Worrall, J., N. Pace, U. Bapat, N.S. More, W. Joshi, A. Pulkki-Brannstorm, and D. Osrin. (2011). Maternal and neonatal health expenditure in Mumbai slums(India) : a cross sectional study. *BMC public health*. 11(1), pp.1-12.
- Philipov D., Thevenon O., Klobas J., Bernardi L., Liefbroer A. C. (2011).

Reproductive decision-making in a Macro-Micro perspective.
Springer.

전자사이트

NHS. (2016. 3). Antenatal and newborn screening timeline-optimum time for testing. www.gov.uk/topic/population-screening-programmes. 2016.6.14. 인출.

KBS NEWS. (2016. 10. 01). “건보 혜택 준다더니... ‘초음파 비용’ 오히려 더 올라” <http://news.kbs.co.kr/news/view.do?ncd=3354227&ref=A>. 2016. 10.15. 인출.

www.mothersafe.or.kr(마더세이프). 2016.6.10. 인출.

www.voucher.go.kr(국민행복카드). 2016. 10.10. 인출.

임신·출산 진료비 지원 정책 평가 및 개선 방안 도출을 위한 전문가 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 「임신·출산 보건의료 지원정책 평가」 연구를 수행하고 있습니다.

한국은 약 15년 이상 초저출산 국가로 국내외적으로 잘 알려져 있습니다. 출산은 더 이상 개인의 책임이 아닌 사회의 책임이며 저출산 문제는 국가가 개입할 당위성이 있는 사회 문제로 인식됨에 따라 중앙정부와 지방자치단체는 다양한 임신·출산지원 사업들을 운영하며 대응책을 마련하고 있습니다.

이처럼 다양한 각도에서 출산율을 높이기 위한 정부의 지원정책이 있었음에도 불구하고, 초저출산 문제는 지속되고 있으며 정책은 명확한 근거 없이 생기기도 하고 없어지기도 하는 실정입니다. 이에 본 연구는 저출산 대응 정책으로서 임신·출산 보건의료 정책 중 가장 보편적으로 시행되며 꾸준히 확대되어 온 임신·출산 진료비 지원정책에 대해 심층적으로 평가하고자 합니다.

본 조사는 의료공급자의 관점에서 임신·출산 진료비 지원정책을 평가하기 위한 의견 조사입니다. 설문 항목 이외에도 개인적인 의견을 자유롭게 개진해주시면 감사하겠습니다. 바쁘신 중에도 조사에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다.

2016년 8월 연구책임자 이소영

임신·출산 진료비 지원 정책의 전반적인 평가

※ 임신출산진료비 지원 정책(국민행복카드: 옛 고운맘카드)은 2008년 12월에 도입되었습니다. 2008년 이전의 경력이 있는 분만 응답하여 주십시오.

1. 정책의 도입 전후로 의료 행태의 변화가 있었다고 생각하십니까?

1-1) 임신부의 의료행태에는 어떠한 변화가 있었다고 생각하십니까? (예: 산전 진찰을 더 자주 받고자 함, 고가의 선택적 검사를 받고자 함)

1-2) 의료진의 의료행위에는 어떠한 변화가 있었다고 생각하십니까? (예: 필요하다고 생각되는 비급여 행위나 선택적 검사를 권하는데 덜 부담을 느낌)

임신·출산 진료비 지원정책의 목적달성을 위한 평가

1. 임신·출산 진료비 지원정책의 목적은 '산전 진찰, 분만 등 임신·출산에 관련된 의료비 부담을 경감하여 출산 의욕을 고취하고 출산 친화적 환경을 조성하며, 주기적인 산전진찰을 통해 건강한 태아를 분만할 수 있도록 한다.'입니다. 현재 임신·출산 진료비 지원정책이 이러한 목적달성에 어느 정도 효과가 있다고 생각하십니까?

세부 목적	세부 목적 달성에 대한 정책의 기여 정도				
	① 매우 낮음	② 낮음	③ 보통	④ 높음	⑤ 매우 높음
1) 의료비 부담경감	①	②	③	④	⑤
2) 출산의욕 고취	①	②	③	④	⑤
3) 출산 친화적 환경 조성	①	②	③	④	⑤
4) 주기적인 산전진찰	①	②	③	④	⑤
5) 건강한 태아(출산 결과)	①	②	③	④	⑤

2. 다음은 적합한 산전진찰에 대한 귀하의 의견을 기입해 주십시오.

2-1. 적합한 초진시기는 언제입니까? 임신 _____주 이전

2-2. 적합한 산전진찰 횟수는 몇 번입니까?

대 상	평균
1) 일반임산부(만 20세 ~ 만 34세 이하)	_____회
2) 고령임산부(만 35세 이상)	_____회
3) 청소년 임신부(만 19세 이하)	_____회
4) 기타 고위험 임신부	_____회

임신·출산진료비 지원정책의 의료비 충분성

1. 현재 임신·출산 진료비 지원정책(국민행복카드: (구)고운맘 카드)의 지원금액은 단태아 기준 50만원(다태아 70만원)입니다. 현재 지원금액이 충분하다고 생각하십니까?

지원금액	충분 정도				
	① 매우 낮음	② 낮음	③ 보통	④ 높음	⑤ 매우 높음
1) 단태아(50만원)	①	②	③	④	⑤
2) 다태아(70만원)	①	②	③	④	⑤

1-1) 현재의 임신·출산관련 건강보험 급여 범위에 있어서 충분하다고 생각하십니까?

	① 매우 낮음	② 낮음	③ 보통	④ 높음	⑤ 매우 높음
급여 범위의 충분 정도	①	②	③	④	⑤

2. 정부가 임신출산 관련 의료비용(비급여·급여, 본인부담금 모두 포함한 총진료비)을 어느 정도 보장하는 것이 적절하다고 생각하십니까? _____%

3. 임신·출산 진료비 지원정책(국민행복카드: (구) 고운맘카드)을 통한 진료비 지원이 병원의 진료비 인상에 어느 정도 영향을 미친다고 생각하십니까?

① 매우 영향 없음, ② 영향 없음, ③ 보통, ④ 영향 있음, ⑤ 매우 영향 있음

향후 임신·출산 진료비 지원정책의 방향성

1. 정부는 건강 보장성 확대 및 저출산에 대한 대응책으로서 임신·출산 진료비에 대한 지원정책을 매년 조금씩 확대하고 있습니다. 귀하는 이러한 임신·출산 진료비 지원정책이 확대되는 것에 찬성하십니까?

- ① 찬성
- ② 반대
- ③ 모르겠음

1-1) 임신·출산 진료비에 대한 지원정책을 확대할 경우, 다음 중 어떤 방식이 적절하다고 생각하십니까?(적절하다고 생각되는 방식에 모두 표시해 주십시오)

- ① 현금지원액 추가 지원(국민행복카드 지원금액을 증액)
- ② 비급여 항목의 건강보험 적용 확대
- ③ 건강보험 적용항목의 본인 부담금 축소
- ④ 기타()
- ⑤ 해당 없음(임신출산 진료비 지원정책 확대 반대 등)

1-2) (1번 문항에서 ② 반대에 응답한 경우만 해당) 임신·출산 진료비 지원정책의 확대를 반대하신다면 그 이유는 무엇입니까?

2. 임신·출산과 관련된 비급여 항목의 건강보험 급여화를 하게 된다면, 이를 위해 선행되어야 할 것은 무엇이라고 생각하십니까?

3. 다음은 현재 비급여 항목에 대한 내용입니다. 각 비급여 항목별에 대한 건강보험 적용이 어느 정도 필요한지 응답해 주십시오. 제시되지 않은 비급여 항목 중 건강보험 적용이 되어야 한다고 생각하시는 항목이 있으면 기입해 주시고, 기입한 항목의 필요 정도에도 응답해 주십시오.

측정항목(지표)	필요성 정도				
	① 매우 낮음	② 낮음	③ 보통	④ 높음	⑤ 매우 높음
일반 초음파	①	②	③	④	⑤
정밀 초음파	①	②	③	④	⑤
3D 초음파	①	②	③	④	⑤
양수검사	①	②	③	④	⑤
비수축(NST) 검사	①	②	③	④	⑤
상급 입원실 비용	①	②	③	④	⑤
임신성 당뇨검사	①	②	③	④	⑤
선천성 대사이상 검사(텐덤매스 방식48종)	①	②	③	④	⑤
기타()	①	②	③	④	⑤
기타()	①	②	③	④	⑤

4. 추가로 임신출산 진료비 지원정책과 관련하여 개선방안이 있다면 작성해 주십시오.

조사응답자 일반 특성

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까?

① 남성

② 여성

SQ2. 귀하의 전공영역에 대해 구체적으로 응답해주십시오.

SQ3. 귀하의 전공 관련 경력 연수를 응답해주십시오.

산부인과 관련 경력: _____ 년

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |