

출산·육아 통합사례관리 추진방안

- 출생신고체계 기반 지원정보시스템 구축 -

2021年 11月

제27기 세종국가전략연수과정

보건복지부 신 승 일

목 차

CONTENTS

I. 연구 개요	1
1. 연구 배경 및 목적	1
2. 연구 방법 및 범위	3
1) 양적 거시/미시 분석연구	4
2) 출생신고제도·출생통보제도 및 미국 출생신고제도 연구	4
3) 정책 제언	4
4) 전문가 토의와 한계	5
II. 임신·출산 지원정책 현황과 검토과제	6
1. 검토 배경	6
2. 임신·출산 지원정책 현황	7
1) 기관별 출산지원 정책 안내	7
2) 통합방식의 출산지원정책 안내	9
3. 검토 과제	11
1) 자치단체 시행계획 관련 검토	11
(1) 자체사업과 출생아의 상관관계	11
(2) 시행계획 수립실태와 작성주기의 문제점	13
(3) 연계성 낮은 사업과 사업범위 명료화 필요성	15
(4) 자치단체 시행계획과 중앙부처의 역할	16
2) 임신·출산 지원정책의 최근 추이와 특성	18
(1) 현금급여 비중의 증가	18
(2) 높은 모자보건사업 의존도	19
(3) 어려운 선정기준과 불편한 방문신청	20
III. 온라인 출생신고제도와 출생통보제도	22
1. 온라인 출생신고제도	22
1) 온라인 출생신고제도 도입	22
2) 추진실적과 문제점	23

2. 출생통보제도 도입 관련 보완사항 검토	25
1) 출생통보에 따른 사회보장 급여조치	25
2) 지원이 필요한 출산가정 발굴	26
3) 출생통보제도와 의료법령의 조화	27
IV. 미국의 출생 증명 관련 사례연구	29
1. 출생증명서의 기능, 신청 및 발급	29
2. 분만의료기관의 출생증명서 등록	32
3. 시사점	33
V. 실천적 정책대안	35
1. 임신·출산 급여원칙과 전달체계 개선	36
1) 지원대상의 합리적 차별주의	36
2) 신청주의 완화, 통합·직권신청 및 처리	38
3) 찾아가는 서비스와 적극 행정	39
2. 온라인 출생신고제도 개선방안	40
1) 출생증명서와 출생신고서의 통합	40
2) 출생사실과 복지욕구의 정부시스템 등록	42
3. 출산·육아 통합사례관리 서비스 제공	46
4. 새로운 산후관리서비스 개발·제공	49
1) 휴식·위로 및 공감하는 정책서비스	49
2) 산후우울증 검사와 생애전환기 건강검진	50
3) 산후조리 서비스	52
5. 저출산 대응을 위한 정책기반통계 생산	54
VI. 결 어	57
참고문헌	60
부 록	62

표 목 차

CONTENTS

〈표 1〉 임신·출산 지원서비스 안내	8
〈표 2〉 자치단체 자체사업 투자예산 추이	11
〈표 3〉 영유아 보육료 등 주요사업의 시행계획 분류 사례	13
〈표 4〉 온라인 출생신고 진행 절차	23
〈표 5〉 출생통보제도를 보완하는 입법안 검토	26
〈표 6〉 출생신고서와 출생증명서 항목 비교	41
〈표 7〉 출생 증명·신고 항목의 통합 방안	42
〈표 8〉 정부정보시스템에 출생증명사실 등록 절차	43
〈표 9〉 산모·신생아 건강관리사업 선정기준과 이용자 수	53

그림 목 차

CONTENTS

〈그림 1〉 미국의 출생기록 등록과 출생증명서 발급체계	31
〈그림 2〉 출산육아 통합사례관리 업무절차	48
〈그림 3〉 출생신고체계 기반의 출산육아지원정보시스템 구축	56

I. 연구 개요

1. 연구 배경 및 목적

대한민국은 광복과 6·25전쟁 이후 베이비붐으로 폭발적인 인구증가 추세를 경험하였다. 경제사회의 재건을 지원하던 선진국가들은 대한민국의 과잉인구를 경제발전의 장애요인으로 판단하고 국제원조 조건으로 인구증가 억제대책 추진을 주문하였다. 1960년대 초부터 정부 주도하에 강력한 가족계획사업을 추진하였고, 국민소득 증가, 교육수준 상승, 보건의료 발달, 영양상태 개선 등에 따라 출산율은 1980년대 이후 급격히 감소하였다.

가임여성 1명이 생애동안 출산하는 자녀수를 의미하는 합계출산율은 1960년 6.0명 수준이던 것이 1983년 인구대체수준(2.1명)으로 낮아졌다. 1984년에는 OECD 국가의 평균수준인 1.8명에 도달하였으며, 1990년대 중반까지 1.6~1.8명 수준을 안정적으로 유지하는 정책성과를 보였다. 그 후 국제통화기금(IMF) 경제위기를 극복하는 과정에서 합계출산율이 더 급격히 낮아져서 2018년에 1.0명 미만으로 떨어지고 2020년에는 0.84명을 기록하는 등 세계에서 가장 낮은 초저출산 국가로 전락하게 되었다.

정부는 1980년대부터 출산율 저하 목표를 안정적으로 달성하게 되자 새로운 인구정책의 방향을 설정하고자 하였다(보건복지부 2016). 1994년에 설치된 인구정책발전심의회는 인구증가 억제 정책은 폐지하고, 인구자질 및 복지 증진정책을 추진할 필요가 있다고 건의한 바 있고, 이를 받아들여 정책전환을 추진하였으나, 저출산 현상은 계속 심화되어 왔다. 국가의 인구규모, 인구의 연령별 구조는 합계출산율, 평균수명, 국제이동 등과 같은 결정요인이 영향을 준다. 그 중에서 합계출산율은 주요한 영향을 미치게 되는데, 한국사회는 인구대체 수준보다 매우 낮은 상태를 지속하고 있는 상황에서 정부는 저출산·고령화대책을 조속히 추진할 필요성을 인식하게 되었다.

정부는 2005년에 「저출산·고령사회기본법」을 제정하고 정부와 민간이 참여하는 저출산·고령사회위원회를 설치하여 2006년부터 2021년 9월 현재까지 4차에 걸쳐 5개년 기본

계획을 수립·추진하는 등 저출산 대응을 위하여 노력하여 왔다.

정부는 2020년 12월 「제4차 저출산 고령사회 기본계획」을, 2021년 3월에는 「2021년도 중앙행정부처·자치단체 시행계획」을 각각 수립하였다.¹⁾ 2021년도 시행계획은 4대 전략 분야에 총 356개 추진과제로 구성되어 있고, 저출산 대응을 위하여 129개 과제가 추진되고 있다. 이와 같은 노력에도 불구하고 저출산 문제가 나아지고 있다는 징후는 아직 보이지 않고 있다. 통계청은 2021. 9. 29일 「2021년 7월의 인구동향」을 발표하였다. 자료에 따르면 출생아 수는 2만 2352명, 사망자 수는 2만 5690명으로 나타났다. 출생아 수에서 사망자 수를 뺀 인구 자연증가는 마이너스(-) 3,338명으로 2019년 11월부터 21개월 연속 감소세라고 한다. 이러한 추세를 반영하듯이 최근에는 인구절벽, 인구소멸, 지방소멸 등의 신조어까지 등장하는 상황이다.

전문가들조차 인구절벽에 직면한 한국사회는 천지개벽이 일어나지 않고서는 출산률 증가를 기대하기 어렵다고 진단한다. 현재의 저출산 대책안으로는 긍정적인 결과를 얻기 어려워 보인다. 보육시설 확충과 보육시설 이용료 지원, 임신·분만 진찰검사비 지원, 산전후 휴직, 돌봄휴가 등 보건의료 및 복지제도와 근로기준 등은 3만불 소득수준의 기본적인 복지인프라이기 때문이다. 더욱이 도입되어 60년이 지난 생활보호사업이나 30년 이전부터 추진된 모자보건사업이 임신·출산지원정책의 상당한 비중을 차지하는 상황에서 출산율이 나아질 것으로 기대하기에는 어려운 측면이 있다.

저출산에 따른 생산인력 감소와 국가경쟁력 저하, 국가소멸 등 위기의식은 가임기 여성이나 신혼부부에게는 불편한 느낌이나 반감을 줄 수 있다. 임신과 출산은 사회적 필요나 국가적 요구가 아니라 개인의 행복추구권에서 바라보아야 할 문제이고 태어날 아기가 미래세대에도 행복한 삶을 살아갈 수 있을 것이냐에 대한 예상과 기대의 문제인 것이다. 그런데 저출산 문제에 대한 그간의 시도는 국가주의적 관점에서 추진되어 온 측면이 있다. 아이를 낳을 개인의 사정도 어렵지만 사회적 분위기나 접근도 이를 더욱 힘들게 하는 측면도 있다. 아이를 낳고 기르는 과정을 행복하게 느낄 수 있도록 하는 대책이 추진되어야 한다. 아이를 낳고 싶은 개인적 욕구와 이를 지원하기 위한 사회적 분위기가 조화를 이루는 것이 필요하다.

전국적으로 출산장려금, 출산축하금, 아동수당 등이 지급 중이고 2022년 출생아부터는 영아수당제도가 시행될 예정이다. 일부 지역에는 기본육아수당도 지급하고 있다. 이와 같은

1) 본 연구에서 사용하는 계획의 명칭 관련, 저출산고령사회기본계획은 '기본계획', 저출산고령사회기본계획 시행계획은 '시행계획', 중앙행정기관의 시행계획은 '중앙부처 시행계획', 지방자치단체 시행계획은 '자치단체 시행계획'으로 각각 약칭하였다.

현금급여 방식의 지원대책이 출산가정의 경제문제에 도움을 주는 효과 이외에 정작 출산율 제고에 얼마만큼 기여하였는지는 다른 연구결과로 미루고자 한다. 본 연구는 기존대책을 분석하여 문제점을 찾아보고 상상력이 동원된 파격적인 저출산 대책을 제안하고자 하였다. 저출산고령사회기본계획 및 시행계획의 사업구성을 분석하는 한편, 제4차 기본계획에서 추진할 온라인출생신고 개선계획과 출생통보제 도입계획을 전제로 시·군·구 단위의 지역 사회에서 출산·육아 가정을 지원할 수 있는 프로그램을 연구하였다.

집행노력과 수고가 덜한 현금지원대책을 지양하고 필요한 서비스를 직접 제공하는 방향으로 저출산 대응전략을 다시 짜야 한다고 판단하였다. 분만의료기관에서 의료인과 출산 부모가 정부시스템에 직접 출생사실을 등록하는 방향으로 출생신고체계를 개편하면서 출생정보를 사회보장정보시스템으로 연계하여 통합사례관리하는 방안을 제안하였다. 그리고 현재 임산부를 위한 직접 서비스가 매우 제한적인 점을 포착하여 아이를 낳은 산모를 위로하고 공감하며 감사하기 위한 새로운 서비스 제공방안 몇 가지를 제안하였다.

2. 연구 방법 및 범위

본 연구과제는 미래지향적으로 저출산 극복에 적용가능한 실질적인 정책대안을 제안하고자 한다. 이를 달성하기 위하여 연구방법과 범위는 다음과 같이 설정하였다

첫째, 저출산 위기를 극복하고 임신·출산 가정에게 실질적인 도움이 되는 지원사업을 도출하기 위하여 저출산지원사업을 분석하는 한편, 저출산고령사회 기본계획 및 시행계획에 대하여 미시적으로 분석한다.

둘째, 출생신고 관련 신고의무자, 신고항목, 정부의 역할 등과 관련하여 인터넷 검색방법으로 미국의 사례를 검토한다.

셋째, 출생신고체계에 내재된 정보제공 및 공유기능에 주목하여 새로운 방식의 출생신고 체계를 검토하여 보고, 이를 토대로 지역사회에서 출산·육아가정에 대한 통합사례관리 등 맞춤형 복지제공 방안을 연구한다.

넷째, 정부기관 및 사업담당자 면담 등을 통하여 저출산대책의 문제점과 개선방안으로 제시하는 정책대안의 적합여부 등을 검토한다.

1) 양적 거시/미시 분석연구

보건복지부, 저출산고령사회위원회, 사회보장정보원, 정부24, 자치단체 등의 홈페이지에 게시된 안내자료를 통하여 임신·출산지원서비스 유형과 내용 등에 대하여 분석한다. 이를 통하여 저출산 지원정책 구성사업들이 저출산 문제에 유효하게 대응하고 출산·육아 가정에 충분한 도움을 주고 있는지를 검토한다. 이어서 향후 저출산 대응정책에 적용할 새로운 복지전략을 제안하고, 서비스개발 및 지원이 필요한 영역을 도출하여 본다.

저출산·고령사회 기본계획 및 시행계획을 통하여 저출산 대응 및 지원사업을 살펴본다. 특히 제3차 기본계획의 자치단체 시행계획(2016~2020)의 자체사업 내역을 분석하여 기본계획과 시행계획이 적절하게 연동되고 있는지와 시행계획 수립의 특징을 살펴보고 개선 방안을 도출한다.

2) 출생신고제도·출생통보제도 및 미국 출생신고제도 연구

출생증명서와 출생신고서의 법적근거와 연혁, 작성항목을 분석한다. 2018년부터 시행 중인 온라인 출생신고방식이 처리되는 절차와 문제점을 살펴보고 관계기관의 개선계획을 살펴본다.

도입 추진중인 출생통보제와 관련하여 국회에 제안된 가족관계등록법 개정법안을 중심으로 분석하고 연구적 관점에서 개선방안을 검토한다.

미국의 출생신고 제도에서 출생신고의 구성항목, 분만의료기관과 산모의 역할 등을 살펴보고 우리나라의 출생신고와 관련하여 시사점을 찾아본다.

3) 정책 제언

임신·출산 가정의 지원을 위하여 지원대상의 보편성 제고, 복지보장기관의 직권신청과 적극행정 추진 등과 같은 새로운 접근방법을 모색해 본다.

실행대안으로 출산육아지원정보시스템 구축과 새로운 출생신고체계 도입, 임신출산 통합사례관리사업과 산모서비스 신설(생애전환기 건강검진, 우울증검사, 산후조리서비스), 출생통계 자료수집 개선방안 등을 제안한다.

4) 전문가 토의와 한계

연구자는 저출산 대응체계에 대한 기본적인 문제의식과 정책대안(초안)을 작성하여 2021년 4월부터 사회보장정보원, 인구보건복지협회, 통계청, 보건사회연구원, 시·군·구와 보건소 등을 방문하여 설명한 바 있다.

그러나 연구범위가 특정 기관의 소관범위를 넘어서고, 제안사항도 새로운 개념과 접근방법이 제시되다 보니 집중적인 토의나 의견수렴으로 발전하거나 긍정적인 피드백은 얻지 못하였다.

결과적으로 연구결과의 타당도를 높여줄 논의절차를 충분하게 갖지 못하였고, 주로 문헌검토와 인터넷 검색에 집중되었으며, 이런 사정으로 이 연구보고서는 대부분 연구자의 행정경험과 사유에 의존하여 작성된 상황임을 밝혀 둔다.

Ⅱ. 임신·출산 지원정책 현황과 검토과제

1. 검토 배경

통계청은 2000년 인구주택 총조사 결과를 기초로 장래인구추계를 작성하여 공표한 바 있다. 2023년에 인구정점에 도달한 이후 빠르게 인구감소로 전환된다는 전망이다. 그런데 합계출산율은 계속 떨어지고 노인인구 비율은 급격히 증가하는 상황이 가시화되면서 2005년에 종전의 인구추계를 보정한 결과를 내놓았는데, 인구정점 시기가 2023년에서 2020년으로 빨라진다는 것이고 실제 2019년 11월부터 인구는 감소하기 시작하였다.

지속되는 합계출산율 감소와 고령화의 급속한 진행에 따른 인구구조의 대전환 위기상황에 대처하기 위하여 정부는 2005년 「저출산·고령사회기본법」을 제정하고 구체적인 대응책으로 2006년부터 중·장기 정책목표 및 방향을 설정한 5개년 기본계획을 수립·추진하여 왔다. 소관별로 중앙행정부처는 기본계획에 따라, 자치단체는 기본계획 및 중앙행정기관의 시행계획에 연동하여 당해 시행계획을 수립·시행해 오고 있다. 그리고 대응계획의 이행을 실질적으로 뒷바침하기 위하여 막대한 재정을 투자하여 왔다.

그럼에도 불구하고 합계출산율은 2020년 0.84를 기록하였고, 2021년 7월까지 발표된 통계청의 인구동향도 전년동월대비 출생아 수는 계속 감소하는 추세이다. 저출산의 어둡고 긴 터널에서 출구를 찾지 못하여 헤매고 있는 상황이 계속되고 있다. 저출산 문제는 매우 복합적인 요인이 작용한 결과적 현상이고 사회구조적 변화에 따른 것이라고 한다. 따라서 한두 가지 처방으로 쉽게 해결할 수 있는 간단한 문제는 아니다. 저출산 문제를 총괄하는 컨트롤 타워를 분명하게 하고 그 역할과 위상을 강화하여 형식적인 성과평가를 제대로 해야 한다는 개선방안도 제기되고 있다. 그런데 구체적인 대응 방안 마련을 위해서는 현상에 대한 보다 정확한 진단이 필요하다.

본 연구의 관심은 국가와 자치단체에서 총력을 다하고 있는 저출산 대응계획이 실제 어떤 사업들로 구성되어 있으며, 편성방법이나 계획의 작성체계가 적절한지를 살펴보고 그

대안을 마련하는 것이다. 이를 위하여 2015년부터 2019년도의 자치단체 시행계획에 반영된 자체사업을 집중 검토하였다.

2. 임신·출산 지원정책 현황

1) 기관별 출산지원 정책 안내

출산율이 높던 시대는 오늘날과 같은 임신과 출산 지원정책은 없었다. 임신부와 영유아의 안전과 건강을 도모하는 모자보건사업이 시행되었으나 그 정책목표는 전혀 다른 것이었다.²⁾ 1971년 “보건사회 행정백서”는 가족계획에 대하여 다음과 같이 기술하고 있다.

“인구는 재론의 여지없이 한 나라의 재산이다. 그러나 인구가 경제성장과 사회복지 증진의 주요 저해요인이 되는 여건하에서는 그렇지 못하고, 급격한 인구증가는 사회·경제·문화적 여러 문제를 야기시킬 수 있다. 가족계획은 출생아의 태울조절과 원하는 자녀수를 갖게 하고 중절의 빈도를 감소시킴으로써, 인구증가의 저하, 국민보건의 향상, 그리고 보다 향상된 국민영양과 교육을 통한 아동의 자질향상 등을 도모한다. 가족계획사업은 인구 및 경제적 측면에서 1인당 GNP와 국민소득을 증대시키며, 보다 많은 투자를 허용하고, 노동력의 생산성을 높이는 한편 부담부담을 덜어 주고, 식량위기의 완화와 식량수입량의 감소 및 무역불균형을 조정케 한다. ...”

그러나 2000년대 들어서면서 임신·출산의 기피, 맞벌이 가구 증가, 사회서비스의 성장 등 사회환경이 변화하면서 저출산 문제가 심각해지고 인구구조가 변화함에 따라 이러한 문제를 국가적으로 대응하기 위하여 다양한 지원정책을 개발·시행해 오고 있다. 보건복지부와 사회보장정보원은 총 29개 복지정보, 저출산고령사회위원회는 ‘내게 맞는 정책찾기’ 코너에 17종의 지원정책, 행정안전부 주관의 정부24는 자치단체 서비스 유형을 소득요건 등으로 구분하여 안내하고 있다.

2) 모자보건사업은 여성과 영유아의 생애주기별로 포괄하는 정책범위가 매우 넓다. 보건복지부의 ‘모자보건사업 안내’는 모성건강 지원사업, 청소년 산모를 위한 임신·출산 의료비 지원, 난임부부 시술비 지원, 고위험 임신부 의료비 지원, 영유아 건강관리를 위한 각종 검사와 질병예방사업, 저소득층 기저귀·조제분유 지원 등으로 구분하고 있다.

〈표 1〉 임신·출산 지원서비스 안내

복지부· 사회보장정보원	저출산고령사회위원회	정부 24
<ul style="list-style-type: none"> ◦ 서비스 9종* ◦ 의료급여 관련 8종 ◦ 긴급복지 해산비 ◦ 인플루엔자 국가예방접종 ◦ 미숙아 등 의료비 ◦ 선천성 대사이상 검사 등 ◦ 선천성 난청검사 등 ◦ 영양플러스 ◦ 저소득층 기저귀·조제분유 ◦ 드림스타트 ◦ 에너지바우처 ◦ 어촌생활 돌봄 ◦ 국민연금 출산 크레딧 ◦ 입양숙려기간 모자지원 ◦ 표준모자보건수첩 	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 서비스 9종* ◦ 국민행복카드 ◦ 임신출산의료비 ◦ 임신부 철분제·엽산제 ◦ 마더세이프 프로그램 ◦ 태아 검진시간 ◦ 배우자 출산휴가 ◦ 난임치료휴가 ◦ 분만취약지 지원 ◦ 고위험 산모·신생아 통합센터 	<p>〈일반서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 엽산제, 철분제 지원 ◦ 표준모자보건수첩 ◦ mampan KTX 특실 할인 ◦ 진료비 지원(국민행복카드) ◦ 청소년 산모 의료비 지원 ◦ 위기임신 전문상담 <p>〈소득요건에 따른 서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 임신·출산 진료비 지원 ◦ 에너지바우처 ◦ 산모·신생아 건강관리지원 ◦ 난임부부 시술비 지원 <p>〈안내서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 출산 전후·유사산 휴가급여 ◦ 고위험 임신부 의료비 지원 ◦ 여성 장애인 교육 지원 <p>〈자치단체 서비스〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 배지, 주차증, 축하선물

* 출처: 2021년 8월말 기준, 각 기관 홈페이지

* 서비스 9종: 난임부부 시술비, 출산전후 휴가, 육아휴직, 고용보험 미적용자 출산급여, 출산 육아기 고용안정 장려금, 여성장애인 출산비용 지원, 고위험 임신부 의료비, 산모·신생아 건강관리, 청소년산모 임신·출산 의료비 등

광역자치단체는 대체로 모자보건사업 위주로 안내하는 곳이 많고 기초 자치단체가 추진하는 출산장려금을 소개하는 지역도 있다. 기초 자치단체의 경우에는 시·군·구는 결혼지원, 신혼부부 주택자금, 출산장려금과 아동수당 등 복지급여를, 보건소는 주로 건강검진과 모자보건사업을 안내하는 등 이원화하여 지원사업을 소개하고 있다.

임신·출산 지원서비스는 지원목적에 따라 몇 가지로 구분할 수 있다.³⁾ 첫째, 임신·출산기의 산모와 아동의 안전과 건강을 관리하는 모자보건사업이다. 난임지원, 건강검진, 예방접종, 산전후 관리, 임신출산진료비 지원, 선천성대사이상검사, 난청조기진단, 영양관리와 상담, 철분제·엽산제 제공, 산모도우미 파견사업 등을 예로 들 수 있다. 주로 직접적으로 현물서비스를 제공하거나 이와 관련된 서비스를 구매하기 위한 비용을 지원한다. 둘째, 임

3) 본 연구는 ‘임신·출산·육아’ 또는 ‘출산·육아’ 등 상황에 따라 편의적으로 사용하였다.

신·출산을 사회적으로 응원하고 출산가정의 경제적 부담을 덜어주기 위한 목적으로 시행되는 출산장려금과 아동수당, 보육료 등 현금성 지원 영역이다. 셋째, 출산여성이 산후조리와 출산휴가를 보내고 기존 일터로 원활하게 복귀하도록 지원하는 영역으로 보육시설 인프라 구축, 보육료 지원, 돌봄서비스 확충 등 영유아의 양육지원영역이다. 마지막으로 일·가정 양립, 양성평등과 성인지 관점의 개선, 근로시간 단축 등의 모성보호 인식개선 및 근로제도와 관련된 영역이다. 본 연구는 이 중에서 주로 첫 번째와 두 번째 관련되는 정책 사업을 대상으로 하여 문제점을 살펴보았다.

2) 통합방식의 출산지원정책 안내

보건복지부가 발간한 ‘2020년도 자치단체 출산지원정책 사례집’은 광역 및 기초 자치단체가 실시하는 결혼과 임신, 출산, 육아, 가족 등 분야별 지원정책을 지원유형별로 구분하여 수록하고 있다. 사례집 발간시 배포된 보도자료는 자치단체의 임신출산 지원정책이 출산(789개), 육아(638개), 임신(437개), 임신 전(156개), 가족(155개), 결혼(77개), 결혼 전(31개) 순으로, 임신·출산 및 육아 분야에 집중(81.6%)되어 있고, 지원유형은 현금(637개), 서비스(605개), 교육홍보(388개), 현물(272개), 현금성(177개), 바우처 등(204개) 순으로 현금과 서비스 제공방식이 다수(54.4%)를 차지한다고 분석하였다.

그 동안 국가와 자치단체는 출산지원을 위하여 전문적인 모자보건사업과 다양한 복지급여를 제공하여 왔으나, 여전히 많은 정책수요자는 이러한 지원제도에 대한 정보가 없거나, 일부만 알고 있어 복지혜택을 다 받지 못하는 경우가 있다는 지적이 있어 왔다. 지원제도에 대한 홍보와 안내를 하기 위해서는 지원정책을 빠짐없이 정확하게 모으고 정리하는 작업이 필요한데, 이 사례집은 이러한 문제점을 잘 해결해 주고 있다.

특히 중앙부처 지원정책 총 66개에 대하여 지원대상, 지원내용, 지원단가, 신청방법, 소관부처 등을 알기 쉽게 종합 정리하였고, 자치단체에서 직접 시행되는 모든 사업에 대하여 지원영역·지원유형으로 구분하고 구체적인 지원기준 및 수혜인원 규모까지 포함하고 있어서 출산지원 정책의 총량을 잘 보여주고 있다. 따라서 사례집은 정책집행에 관여하는 공무원과 관련기관의 임직원들에게 종합적인 안내서로서 높은 활용도가 예상된다. 한편, 더 개선된 사례집 발간을 기대하는 목적으로 몇 가지 개선사항을 검토하여 보았다.

사례집은 자치단체가 제출하는 지원정책 사례를 단순 합계한 것으로 보인다. 예를 들면, 2020년 출산지원사업 총 2,283개 중에서 경기도 360개, 경상북도 241개, 서울시는 181개로

많은 사업을 제공하고 있는 반면에 울산시 31개, 제주도 9개, 세종은 7개 사업만 지원하고 있다. 이는 광역 자치단체에 소속된 기초 자치단체가 몇 개이냐에 따른 차이에서 발생한 양적 착시현상으로 보인다. 자칫 경기도가 저출산지원정책의 의지가 높고 예산투자도 많이 하는 반면에 지원정책이 적은 자치단체는 그 반대일 것이라는 잘못된 인식을 할 수 있어 주의가 필요해 보인다.

또한 2019년의 지원정책과 비교하면 서울시는 105개에서 181개로 대폭 증가하였고, 인천시는 61개에서 105개로, 강원도는 92개에서 132개로 각각 증가한 반면에 울산시는 33개에서 31개로, 세종시는 8개에서 7개로 감소한 것으로 나타난다. 만약 담당공무원이 성실하고 재량을 발휘하면 많은 사업으로 구성하여 지원정책이 늘어나고, 반대로 자료 취합이 원만하지 못한 등의 탓으로 지원사업의 개수가 적거나 감소하는 것으로 나타난 것이라면 타당한 집계방법이라고 보기 어렵다.

예를 들어 저출산 인식개선 및 홍보사업, 모자보건사업, 출산장려금 지급, 산모신생아 건강관리 본인부담금 지원사업은 거의 모든 자치단체가 시행하는 공통적인 사업이므로 이를 단순하게 합산하여도 지원정책은 1,000개가 넘게 된다. 집계된 지원정책의 개수에 의미부여는 주의가 요구된다. 또한 서비스 제공방식에서 현금성 지원사업이 50%를 넘어 높은 비중을 차지하고 있으므로 '앞으로는 일자리 창출등을 위하여 현물이나 사회서비스를 늘려 나가자' 라는 정책판단이 가능하므로 정책지원 개수를 집계할 것이냐의 문제도 중요한 요소로 취급할 필요가 있다.

3. 검토 과제

1) 자치단체 시행계획 관련 검토

(1) 자체사업과 출생아의 상관관계

자치단체의 저출산 대응은 공통사업과 자체사업으로 구분된다. 공통사업은 중앙행정부처의 시행계획과 관련되는 국고보조사업이고, 자체사업은 지역별 특성을 감안하여 전액 지방비로 추진하며 비예산 사업을 포함한다.

〈표 2〉 자치단체 자체사업 투자예산 추이

(단위 억 원, 만 원, 명)

	투자예산 (억원)					연평균		1인당
	2015	2016	2017	2018	2019	투자예산 (억원)(a)	출생아 (명)(b)	(만원) c=(a/b)
전국	26,622	32,943	37,694	23,766	46,779	33,560	366,386	915
서울	2,222	1,961	3,581	4,000	3,434	3,039	67,135	453
부산	362	3,392	2,898	1,407	1,588	1,929	21,846	882
대구	1,023	1,775	2,223	1,874	2,784	1,935	16,063	1,204
인천	432	200	1,913	1,757	4,087	1,677	21,630	775
광주	426	596	673	468	438	520	10,322	504
대전	450	1,946	1,724	188	1,314	1,124	10,961	1,025
울산	1,462	1,504	1,380	404	513	1,052	9,542	1,102
세종	453	364	711	213	559	460	3,406	1,351
경기	1,835	6,281	6,428	4,155	13,849	6,509	96,919	672
강원	490	601	734	904	1,822	910	9,315	977
충북	1,332	2,047	1,537	1,054	2,325	1,659	11,523	1,439
충남	2,891	2,829	764	906	2,528	1,983	15,836	1,252
전북	1,849	1,899	2,076	1,307	2,059	1,838	11,421	1,609
전남	2,283	1,303	3,386	720	1,756	1,889	12,693	1,488
경북	3,828	3,903	3,893	1,032	4,313	3,393	18,286	1,855
경남	654	639	676	2,030	1,655	1,130	24,199	467
제주	1,315	1,695	1,726	1,340	1,745	1,564	5,082	3,077

주: 추경예산이 포함된 확정예산 산정을 위하여 각년 시행계획의 전년도 예산액 기준임

출처: 각 년도 자치단체 시행계획 및 통계청의 2019 통계연보

〈표 2〉는 자치단체가 자체사업 분야에 2015년부터 2019년까지 추진한 사업을 예산액으로 비교분석한 것이다. 아이를 낳는 문제가 단순하게 돈의 함수관계만은 아니므로 투자예산액이 출생아 수에 미치는 영향정도를 따져보는 분석방법과 그 결과에 대한 해석은 제한적일 수 있다. 그러나 시행계획 추진을 위한 투자예산은 자치단체가 저출산 극복을 위하여 총력전을 보이는 양상을 계량적으로 보여주고 있다는 의미에서 유효한 분석방법의 하나라고 판단된다. 또한 공통사업은 제외하고 자체사업만을 독립변수로 하여 출생아 수를 검토하는 분석방법도 마찬가지로 충분하지 못한 측면은 있지만 자치단체의 저출산 대응의지가 실제 어느 정도 효과를 거두고 있는지 볼 수 있다는 측면에서 의미를 부여할 수 있다.

참고적으로 저출산 분야에 투자되는 예산액 규모를 파악하기 위하여 제3차 기본계획의 2016년부터 2020년까지 자치단체 시행계획에서 “세부사업별 예산현황”을 토대로 집계해 보았다. 중앙부처의 사업은 직접 집행 규모가 크지 않아 분석대상에서는 제외하였고, 확정치에 가까운 자료를 사용하기 위하여 전년도 예산액을 기준으로 분석하였다. 그 결과 5개년(2015~2019) 동안 공통사업에 71조 8,664억원,⁴⁾ 자체사업에 16조 7,804억원 등 총 88조 6,468억원을 투자한 것으로 나타났다. 연평균 17조 7,293억원 규모에 해당한다.⁵⁾ 이 예산규모는 국가와 지방자치단체(교육청 포함)에서 추진하는 정책에 대한 것이며, 건강보험, 고용보험 등 사회보험에서 추진하는 사업은 포함되지 않았다.

저출산 대응을 위하여 자치단체는 자체예산으로 2015년부터 2019년까지 연 평균 3조 3,560억원을 투자하였다. 그리고 같은 기간 출생아는 연평균 366,386명이 태어났다. 출생아 1명으로 보면 자치단체는 연평균 자체재원으로 915만원을 투자하였다. 그런데 자치단체의 연도별 예산규모는 증감폭이 큰 것으로 나타났다. 예를 들면, 부산시의 경우 2015년 362억원에서 2016년 3,392억원으로 9.3배로 증가하였고, 인천시는 2016년 200억원에서 2017년 1,913억원으로 9.5배로 증가하였으며, 대전시도 연도별 증감폭이 큰 것으로 나타났다.

자치단체를 비교해 보더라도 투자예산에서 차이가 크게 나타난다. 서울시의 경우 출생아 1인당 투자예산액은 453만원으로 전국에서 가장 낮은 수준을 보였고, 제주도는 3,077만원으로 전국에서 가장 많은 예산을 투자하였다. 재정효율성 관점에서 보면 서울시는

4) 자치단체 공통사업 투자예산 추이에 대한 분석자료는 붙임자료[2]에 첨부하였다.

5) 투자예산 규모는 사업의 범위, 사업기간, 투자주체 및 집계방법 등에 따라 차이가 있다. 감사원의 「저출산·고령화대책 성과분석」 감사결과(2021. 8. 13.)에 따르면, 2006년부터 2020년까지 15년간 저출산 및 고령화 대책을 추진하기 위하여 380.2조 원의 예산을 투자한 것으로 분석한 바 있고, 저출산고령사회위원회는 2021년도 이행계획의 저출산 분야에 46.7조원(자치단체 순 지방비는 7.27조원)이라고 발표한 바 있다.

전국에서 가장 높고 제주도는 그 반대라고 할 수 있다. 인접지역간 차이도 크게 나타난다. 경상북도는 출생아 1명당 1,855만원으로 인접하는 경상남도의 467만원 대비 4배 가까이 투자하였다. 지리적으로 광역시를 품고 있는 도(道) 지역을 비교해 보았다. 대구시 1,204만원 대비 경상북도 1,855만원은 언뜻 농어촌 지역이 많은 경상북도의 저출산 문제가 심각하고 이를 극복하기 위하여 도시지역인 대구시 보다 더 많이 투자하였을 것이라는 추정이 가능하나, 부산시 882만원 대비 경상남도 467만원의 투자예산을 본다면 도시·농어촌 구분과는 상관관계가 불분명하다.

(2) 시행계획 수립실태와 작성주기의 문제점

〈표 3〉은 2015년에서 2019년까지 시행계획에서 예산비중이 높은 영유아 보육료(국비 지원), 누리과정(국비지원)⁶⁾, 무상급식(지방비)⁷⁾ 사업 등의 반영실태를 살펴본 것이다. 분석 대상은 자체사업 예산액이 일관성이 부족해 보이거나, 출생아 1인당 투자규모에서 차이가 큰 자치단체를 선정하였다.

〈표 3〉 영유아 보육료 등 주요사업의 시행계획 분류 사례

(단위 : 억 원)

		사업명	2015	2016	2017	2018	2019
서울	공통	0-2세	9,900	9,929	9,984	9,148	9,234
		누리과정	5,912	6,085	5,914	6,013	5,758
	자체	-	-	-	-	-	
광주	공통	0-2세	1,571	1,498	1,543	1,704	1,693 ⁽¹⁾
		누리과정	-	-	-	561	555 ⁽¹⁾
	자체	-	-	-	-	-	
경북	공통	0-2세	862	2,516	2,574	2,574	2,706
		유아교육비	-	-	-	2,034	-
	자체	유아교육비	1,645	2,160	2,034	-	1,965
		누리과정	996	985	1,014	912	889
		학교급식 지원	200	-	-	-	
경남	공통	영유아 보육료 ⁽²⁾	3,540	3,142	4,820	5,126	5,159
		누리과정 ⁽²⁾	2	2,899	-	912	2,759
	자체	누리과정	-	-	1,014	-	-

6) 누리과정을 둘러싼 사회적 혼란과 갈등을 방지하기 위하여 누리과정 운영을 지원하는 「유아교육지원특별회계법」이 2016. 12. 20일 제정(017.1.1.부터 시행)됨에 따라 2017년부터 유아교육지원특별회계가 2022년까지 한시적으로 설치·운영되고 있다. 이에 따라 누리과정에 대한 국비지원은 2017년 41.2%에서 2018년부터 100%로 확대되었다.(제4차기분계획 2021년 시행계획을 참고함)

7) 「보조금 관리에 관한 법률 시행령」 [별표 2]의 '보조금 지급 제외 사업'에서 제1호는 "초·중등학교 학생 중식지원"라고 규정하고 있는 점에 비추어 학교급식 지원사업은 자체사업으로 볼 수 있다.

		사업명	2015	2016	2017	2018	2019
전 남	공통	0-2세	1,525 ⁽³⁾	51	-	-	-
		누리과정	959 ⁽³⁾	28	-	-	-
	자체	누리과정	1,553	-	-	-	-
제주	공통	0-5세 보육료	1,172	1,196	763	770	795
		누리과정	-	-	-	585	591
	자체	누리과정	343	599	624	-	-
	자체	무상급식 지원	158	161	163	170	242
	자체	학교급식 지원	399	402	427	560	623

주: 추경예산이 반영된 확정자료 분석을 위하여 시행계획에 반영된 전년도 예산액을 사용함

주(1): 2020년계획에 관련사업 누락으로 2019년 시행계획상 예산액을 사용하였음

주(2): 영유아 보육료 지원사업 및 누리과정 확대사업 관련 예산액이 경상남도과 경상남도교육청에 일정액 중복되어 계상되어 있음

주(3): 보육료지원 2,215백만원(505명분), 누리과정 2,830백만원이 별도로 반영되어 있음

분석결과 자치단체 시행계획은 일관성과 정합성 측면에서 개선이 필요한 것으로 나타났다. 중앙행정기관의 시행계획 추진사업이 자치단체 시행계획에는 누락되어 있거나, 공통사업으로 구성해야 할 사업을 자체사업으로 수립하기도 하였다. 그 결과 투자예산 측면에서 공통사업의 비중은 낮아지고 자체사업의 비중은 높아지게 되었다. 자치단체 시행계획의 작성기준이 통일되게 운영되지 않음으로 인하여 자치단체 자체사업을 통한 저출산 대응의지 평가목적으로는 활용에는 한계가 있어 보인다.

앞에서 설명한 바와 같이 공통사업과 자체사업의 구분방법에도 불구하고 여러 자치단체는 이 원칙을 잘 따르지 않는 것으로 파악되었다. 예를 들어 출생아 1인당 자체사업 투자예산에서 차이가 큰 서울시와 제주도를 살펴보면, 서울시는 영유아 보육료와 누리과정을 모두 공통사업으로 작성하였고, 학교급식 사업은 자체사업에 포함하지 않았으나 제주도는 학교급식 지원(식재료비, 운영비, 무상급식비 등)과 누리과정을 자체사업으로 수립하였다. 이에 따라 서울시 자체사업은 무상급식 예산이 반영되지 않은 만큼 과소 편성되어 있다. 경상북도는 국비가 지원되는 누리과정과 유아교육비 지원사업을 자체사업으로 구성한 결과, 다른 자치단체와 비교하여 외형적으로 매년 2,000억원 이상을 더 투자하는 것처럼 보였다.

전라남도는 만 0-2세 보육료지원, 누리과정 지원예산이 누락된 반면에 투자규모가 큰 사업이 연도별 연관성과 무관하게 반영되어 있다. 예를 들어 2015년에 다문화가족을 위한 맞춤형 서비스 확대 3,268억원(공통), 다문화가족 자녀의 글로벌 인재 육성 250억원(공통), 누리과정 지원 1,552억원(자체), 2016년 난임부부지원 357억원(공통), 완도군 출산양육비 108억원(자체), 교육과 고용과의 연결강화 426억원(자체), 보육·유아교육 340억원(자체),

2017년 보육돌봄 사각지대 해소 2,793억원(공통), 찾아가는 분만 산부인과 지원 1,018억원(자체), 인구늘리기 참여기업 등 중소기업육성자금 우대 지원 802억원(자체) 등이다.

한편 자치단체의 시행계획 수립 여건이 매우 취약한 상황이다. 「저출산·고령사회기본법 시행령」 제3조는 지방자치단체의 다음연도 시행계획을 수립하여 매년 12월 31일까지 제출하여야 한다.⁸⁾ 그런데 광역 자치단체는 시행계획 수립지침, 중앙행정기관의 다음연도 중점 추진계획과 예산반영 현황을 파악하여 이를 기초자치단체에 전파하여야 한다. 그리고 소관 기초 자치단체의 시행계획과 지방 교육청의 사업계획을 취합하여야 한다. 이어서 광역자치단체는 기초 자치단체가 제출한 사업계획에서 같은 성격의 사업끼리 묶고 집계하는 한편, 지역의 저출산 문제와 대응계획이 나아지고 있는지를 검토하여야 한다. 이를 위해서는 상당한 시간이 필요하다.

그런데 현행 작성 및 제출주기는 일정이 촉박한 탓으로 자치단체 스스로가 저출산 대응을 제대로 하고 있는지 자체적으로 점검하고 분석할 여유가 없다고 판단된다. 계획수립 목적이 추진사업에 대한 심도있는 평가와 개선계획의 반영이라고 할 때 현행 시행계획 수립과정은 그러한 효과를 얻기 어려운 상황이다. 따라서 시행계획 수립주기를 2년으로 조정하거나 자치단체의 다음연도 시행계획 제출 일정을 12월 31에서 당해연도 3월 31일까지 3개월 늦추는 방안을 제안하여 본다.

(3) 연계성 낮은 사업과 사업범위 명료화 필요성

정책사업의 효과는 직접적이고 의도한 것 이외에도 파생적·간접적인 부분까지 다양하게 나타난다. 따라서 정책사업을 ‘저출산 문제해결에 도움이 되는 사업’ 또는 ‘관련 없는 사업’과 같이 이분법적으로 구분하는 것은 가능하지 않다. 그럼에도 불구하고 자치단체 시행계획은 저출산 대응사업과는 거리가 멀어 보이는 정책사업이 반영되어 있다. 예를 들어 통근버스 운영보조, 골목상권 활성화 지원, 반려동물 전문인력 양성, 영상산업 전문인력 양성, 마을공동체 지원사업, 지역먹거리 기반 식품산업 창업교육, 귀농인 이사비 지원, 취업박람회 운영, 지역대학 육성지원, 4060 재취업지원, 5060퇴직자 일자리 창출지원, 태양광 모니터링 시스템 구축, 자살예방, 노인건강(치매), 의료급여수급권자 생애전환기

8) 제3조(연도별 시행계획의 수립) ①법 제21조제1항의 규정에 의한 연도별 시행계획의 효율적인 수립·시행을 위하여 보건복지부장관은 시행계획 수립지침을 정하여 이를 관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장에게 통보하여야 한다. ②관계 중앙행정기관의 장 및 지방자치단체의 장은 제1항에 따른 시행계획수립지침에 따라 소관별로 다음 연도의 시행계획을 수립하여 매년 12월 31일까지 보건복지부장관에게 제출하여야 한다.

건강진단(만44세 및 만66세) 등의 사업은 저출산 해소와는 거리가 멀어 보인다.⁹⁾

그런데 저출산의 원인 요소가 매우 다양하고, 그 대응을 위해서도 광범위한 대책이 동원되어야 하는 까닭에 시행계획 반영사업의 연관성이 문제될 수 있다. 저출산으로 인한 근로자 부족문제가 심각한 상황이라고 판단하고 생산인구 확충을 위하여 신중년 세대를 재교육하거나 외국인 근로자의 적응훈련, 사회통합교육사업 등을 추진하는 경우이다. 같은 맥락에서 일부 자치단체는 기초생활보장 수급자에게 지원하는 ‘주거급여’를 저출산 대응사업에 포함하였고, 다른 자치단체는 의료급여를 포함하기도 하였다. 논리적으로 본다면 생계급여, 의료급여, 주거급여, 자활급여, 해산급여 등 기초생활보장사업을 모두 포함하거나 또는 모두 제외하는 것이 타당할 것이다.¹⁰⁾

저출산 대응의 개념적 범위를 확장하게 되면 저출산 대응 사업을 풍성하게 보이게 하고, 외형적으로 재정투자를 늘려가는 것처럼 보이는 효과가 있을지는 몰라도 사업범위 확장은 정책적 관심분야에 대한 합당한 수준의 재정투자를 방해하고, 임신·출산가정에 필요한 서비스의 공급을 저해할 우려가 있다. 앞으로는 구성사업을 명확하게 하는 방향으로 개선이 필요해 보인다.

(4) 자치단체 시행계획과 중앙부처의 역할

광주광역시 2020년도에 공통사업으로 26개 사업에 764억원 투자를 계획하였다. 그 중에는 노사동반성장지원센터 건립(98억원), 창업지원센터(450억원) 건립사업이 있다. ‘함께 돌보고 함께 일하는 사회’, 곧 저출산 분야의 영역 중에서 일자리 분야에 무려 공통사업 예산액의 71.68%를 투자하는 것이다. 나머지 24개 사업에 투자하는 예산규모는 공통사업 예산액에서 30%에 못미친다. 그 이유는 기본계획이나 중앙부처 시행계획의 주요 사업(필수사업)을 누락하였기 때문으로 보인다.

사실 제3차 기본계획(2016~2020년)은 계획기간 도중에 수정된 바 있다. 2016년부터 2018년까지는 저출산분야의 4대 전략에서 「청년일자리·주거대책 강화」가 그 첫 번째 추진전략의 위치에 있었으나 2019년과 2020년 2개년에 적용된 수정계획에서는 5대 전략으로 개편하면서 청년일자리·주거대책은 다섯 번째의 「2040세대 안정적인 삶의 기반(일,

9) 감사원은 시행계획 정책과제의 목표연계성·성과연계성을 분석하여 제2차 기본계획의 ‘성범죄자 재범방지 조치 강화’ 사업을 예시로 들면서 정책목표인 저출산 해소와는 연관성이 낮아 보이거나 정책목표 달성에 직접적 영향을 갖지 않는 정책과제가 포함되었을 수 있다고 진단하였다. (감사원 2021. 8. 13)

10) 자치단체에 따라서는 의료급여와 해산급여와 같은 기초생활보장사업을 저출산 대응정책으로 포함하고 있으나 이 사업들은 인구가 폭발하여 가족계획이 진행되는 시기, 곧 1961년부터 시행되었다는 측면에서 제외하는 것이 타당한 것으로 판단된다.

주거, 교육) 조성」으로 변화되었다.¹¹⁾ 전략과제의 순서 변경은 그 중요도나 비중이 다소 감소한 측면이 있어 보인다. 실제 2020년의 자치단체 시행계획에서 「주거」와 「일자리」 분야의 작성실태를 분석해 본 결과, 5~6개의 시행계획은 이에 대한 추진과제를 포함하고 있지 않았다.

중앙부처가 자치단체 시행계획에 관여해야 하는 이유가 있다. 예를 들어 강원도의 2020년 자체사업은 총 257개이고 여기에 투자되는 전체예산은 2,136억원이다. 그 중에서 예산액 규모가 10억원을 넘는 사업은 누리과정 보육료(565억원), 강원도 육아기본수당(455억원), 초등학교 돌봄수요 대응체계(194억원) 등 총 18개이다. 관련예산은 1,702억원이고 전체 예산 대비 79.7%를 차지하고 있다. 그 결과 예산액이 10억원 미만의 사업은 239개, 관련 예산 총액은 434억원이다. 소액사업의 예산액은 평균 181백만원에 불과하고, 이마저도 18개 시·군·구에 균등하게 배분되는 것으로 가정해보면 사업당 약 1천만원에 불과하게 된다. 기초 자치단체의 수요자 규모가 크지 않아 사업예산도 적은 규모이지만 결과적으로 규모의 효과를 얻기 어렵고 담당공무원의 지원경험 축적도 어려울 수 있다. 사업목적이 달성되었거나 효율성이 떨어지는 경우에는 사업을 종료하거나 추진방법을 변경할 필요가 있다.

저출산·고령사회기본법 제21조는 중앙행정기관에게 자치단체 시행계획이 적합하게 수립·이행되도록 시행계획 내용변경을 요구하고 이행상황을 점검할 수 있도록 하고 있다. 100% 지방비로 충당되는 자체사업의 경우에도 소중한 국민의 세금이 꼭 필요한 부분에 쓰이도록 함께 노력하라는 입법취지일 것이다. 앞으로 중앙행정부처와 저출산고령사회위원회는 자치단체 시행계획이 제대로 수립되도록 작성 메뉴얼을 개발·보급하고 담당자를 대상으로 작성교육도 실시할 필요가 있다. 엄정한 성과평가 체계를 정립하고, 성과가 낮으면서 관행적으로 계속 추진되어 온 사업들을 정비해 나가야 한다. 조건부 일몰제를 적용하거나 통폐합도 대안이 될 수 있다.

11) 2016년부터 2018년까지는 중앙부처 시행계획의 저출산 관련 중점분야로 ㉠청년일자리·주거대책 강화, ㉡난임등 출생에 대한 사회적 책임강화, ㉢맞춤형 돌봄확대·교육개혁, ㉣일 가정 양립 및 사각지대 해소 등으로 구성되어 있었으나, 2019년 시행계획부터는 ㉠출산·양육비 부담 최소화, ㉡아이와 함께하는 시간 최대화, ㉢촘촘하고 안전한 돌봄체계 구축, ㉣모든 아동 존중과 포용적 가족문화 조성, ㉤2040세대 안정적인 삶의 기반(일, 주거, 교육) 조성 등으로 조정되었다.

2) 임신·출산 지원정책의 최근 추이와 특성

(1) 현금급여 비중의 증가

보건복지부가 발간한 “2020년도 자치단체 출산지원정책 사례집”에 따르면, 2020년 5월 기준으로 광역 및 기초 자치단체가 실시하는 출산지원정책은 총 2,283개이다. 주로 출산 분야에 집중되어 있고, 지원유형은 현금(637개), 서비스(605개), 교육홍보(388개), 현물(272개), 현금성(177개), 바우처 등(204개) 순으로 현금과 서비스 제공방식이 다수(54.4%)를 차지하고 있다. 감사원이 2019년 전국 자치단체의 저출산분야의 투자사례를 분석한 결과에서도 현금지원 형태가 높은 것으로 나타났다. 자치단체는 자체사업으로 저출산분야 3,513개 과제에 4조 6,779억원을 투자하였는데, ‘출산’ 분야에 투자된 2,940억원의 66.5%가 출산장려금과 같은 현금지원 사업으로 분석되었다.¹²⁾

출산장려금 이외에도 현금급여 제공서비스는 만 7세 미만의 모든 아동에게 매월 10만원씩 지급하는 아동수당이 있고, 일부 자치단체는 육아기본수당을 지급하고 있다.¹³⁾ 출산장려금, 아동수당 등 현금급여 지원사업이 출산가정에 경제적으로 도움을 주겠지만, 잠재적으로 아이를 낳을 가정의 임신·출산 의지에 동기부여 요인으로 작용하여 출산율이 실질적으로 증가하는 효과가 나타났는가 하는 문제는 의견이 분분한 상태이다. 출산지원정책에서 현금급여의 비중을 늘려나가는 방식의 효과에 대해서는 검토가 필요해 보인다. 국가와 자치단체가 출산·육아 가정의 경제적 부담을 경감하고, 우리사회의 저출산 문제 해소에 기여하고자 하였지만, 최근 도입된 사업들은 집행측면에서 수고가 덜한 ‘손쉬운’ 사업을 선호하고 있는 것은 분명 경계해야 할 부분이 있다.

서비스 제공방법이나 지급절차가 간편하고 단순한 현금급여 조치는 저소득층의 부족한 유효수요를 충족시키고 소비자의 선택의 폭을 넓게 하는 효과는 있겠으나, 자치단체가 복지공급량을 낮추는 구실이 될 가능성이 있고, 현금급여 수요자의 복지요구 권리를 스스로 낮추는 부정적 측면이 내재되어 있기 때문이다. 서비스 공급의무가 있는 자치단체는 정기적으로 현금급여(아동수당, 출산장려금, 육아기본수당)를 하였으니 개별 수요자의 다양한 복지요구는 수령한 현금급여를 통해 충족하라는 논리를 남용할 수 있다. 수요자도 현금급여 수령기간에는 충족해야할 복지요구가 있더라도 스스로 과도한 복지요구라고 판단하여 권리성을 포기할 가능성이 있다.

12) 감사원이 조사한 바에 따르면 2019년 기준으로 출산장려금은 14개 광역, 220개 기초 자치단체가 시행하고 있었다.

13) 강원도는 2019년에 육아기본수당을 도입하였고, 2021년 현재 주민등록된 출생아에게 48개월간 매월 40만원씩 지급하고 있다. 2020년 예산은 456억원을 편성하였는데, 이는 자체사업 추진 예산총액 2,136억원의 21%를 차지한다.

연구에 따르면 복지서비스 제공에 있어서 현금급여와 사회서비스의 균형이 중요하다고 한다. 사회서비스가 생산에 기여하는 바가 현금급여보다 더 크기 때문에 현금급여가 미흡한 유효수요 창출을 통한 생산적 기여를 하는 것이 거의 전부인데 반하여 사회서비스는 인적자본 양성과 고용창출에 보다 직접적인 효과가 있기 때문이다. 선진국가들의 급여 형태도 다양하다. 이탈리아, 남부유럽과 벨기에 오스트리아에서는 현금급여 비중이 다소 높았으나, 사회서비스가 발달하고 규모가 큰 북유럽 국가들의 경우 현금과 서비스 지출이 균형적으로 나타난다고 하였다 (안상훈 2013). 이와 같은 연구결과를 수용한다면 앞으로 출산지원 정책을 확충할 때에는 현금과 사회서비스 급여의 적절한 균형을 이룰 수 있도록 배분하되 그 실행방법으로 현금 급여는 주로 저소득층 대상의 공공부조로 제한하고 그 이외에는 가급적 사회서비스 방식의 제공방향이 타당해 보인다.

(2) 높은 모자보건사업 의존도

모자보건수첩 제공, 미숙아·선천성이상아 의료비 지원, 선천성대사이상 검사 및 환아관리, 선천성 난청검사 및 보청기 지원, 취학전 아동 실명예방 등을 저출산 대응사업으로 지원하고 있다. 이러한 사업들은 당초 모자보건 및 장애발생 예방 목적으로 추진된 사업들이다. 모자보건사업은 세계보건기구(WHO)가 건강한 인적자원을 확보하기 위하여 강조하는 건강증진사업 영역이고 대부분의 국가에서 시행중이다. 1971년 보건사회부가 발간한 백서에 “정부의 모자보건사업은 1967년부터 본 궤도에 올랐고, 그 세부사업에는 산부의 안전분만, 임신부와 영유아 등록관리, 영양관리 요원훈련 등이 포함된다.” 라고 기술하고 있다. 이와 같이 저출산과 무관하게 국민의 기본적 건강을 위하여 추진해오던 사업을 저출산 대응사업 목록으로 편입시켜 놓았다.

모자보건사업이 저출산 사업으로 규정되려면 종전 저소득층만을 대상으로 지원하던 것을 보편적으로 질환을 가진 모든 환아에게 무료로 치료비를 지원했어야 한다. 저출산 대응을 위하여 매년 수십조를 넘게 투자하면서도 모자보건사업은 30년 전의 지원대상 및 지원 수준에 머무른다면 국민들은 저출산 극복을 위한 정부의 의지를 피부로 느끼지 못하고 오히려 복지서비스에 대한 괴리감을 느낄 수 있다.

같은 취지로 저소득층 지원을 위하여 추진해 오던 사업중에 지원대상이 임신부라는 이유를 들어 임신·출산 지원사업의 목록에 추가하는 것은 저출산 대응에 아무런 도움이 되지 못한다. 도입된 지 30년이 지난 모자보건수첩,¹⁴⁾ 국민기초생활보장법의 전신인 생활

14) 모자보건수첩은 임신부와 영유아의 산전후 관리와 주의사항, 예방접종, 각종 검진, 검사, 양육 등에 대한 정보를 수록한

보호법이 1962년 제정되면서 반영된 해산급여도 저출산 대응정책 목록에 포함되어 있다. 단순히 연혁이 오래되었다고 평가절하 하는 것은 아니다. 한국사회가 초저출산에 따른 ‘인구절벽’으로 내몰리는 절박한 상황에서 신혼부부와 가임기 여성에게 아이를 낳아도 되겠다는 긍정적 신호를 줄 수 있는 서비스를 다양하게 개발해야 한다는 의미이다. 과거에 생활보호대상자와 저소득층에게 제한적으로 제공하던 정책사업을 사업명만 조금 변경된 채로 여전히 저출산 대응정책으로 제공하고 있다. 지원대상을 보편화하는 방향으로 확대하고, 지원수준도 출산가정의 눈높이 수준까지 높여나가는 완전히 다른 접근이 필요하다. 이에 대해서는 정책대안에서 후술하기로 한다.

(3) 어려운 선정기준과 불편한 방문신청

지역사회에서 임신출산 관련 지원서비스는 시·군·구의 사업부서(과), 보건소, 읍면동의 주민센터, 건강보험공단, 고용안정센터 등 여러기관이 담당하고 있다. 이와 같이 여러 기관이 다양한 서비스를 제공하고 있지만, 수요자가 급여서비스를 알지 못하고 스스로 신청하지 않는다면 서비스는 제공되지 못하고 담당자의 책상의 지킴형태로 머물게 된다. 이런 경우를 방지하기 위하여 서비스 안내를 도맡을 기관을 일원화할 필요가 있다. 나아가 수요자의 급여신청이 없더라도 복지급여기관이 선제적으로 탐색하여 서비스를 제공할 수 있는 체계로 나아가야 한다. 다행스럽게 ‘정부24’는 출산관련 서비스 통합처리신청(행복출산) 기능을 구현하여 서비스하는 중이다.¹⁵⁾

한편 임신출산지원정책 중에는 지원대상을 소득·재산액(또는 중위소득)이 일정기준 이하인 경우에만 지원하기도 한다. 그런데 소득과 재산의 종류가 다양하고, 산정기준, 인정액, 공제율, 가구원 구성 등 어려운 개념과 복잡한 기준들로 인하여 보통 사람들의 능력으로는 선정기준을 제대로 이해하고 계산해 낼 가능성은 거의 없는 실정이다. 사실 지원대상자 본인과 배우자의 소득인정액이 기준 중위소득의 어느 정도에 해당되는지를 계산해 낼 사람이 얼마나 되겠는가?

이해하기 어려운 선정기준 때문에 서비스 제공기관을 찾아가서 설명을 듣더라도 서비스를 “받을 수 있다” 또는 “받을 수 없다” 정도만 이해할 수 있는 것이다. 최근에는 건강보험료 월 납부액을 기준으로 지원대상자를 선별하기도 한다. 그렇다면 더 나아가서 정부에서 모든

것으로 1986년에 개정된 모자보건법(1973년 제정)에 근거를 두고 있다.

15) 정부24의 ‘출산관련 통합처리 시스템’은 먼저 신청인 본인과 출산자(산모)의 기본 정보를 입력하면 온라인 출생신고가 가능하고, 전국 공통서비스에 대한 설명자료 안내(다자녀 공공요금 경감, 아동수당 등 각종 수당 등)와 필요한 서비스 메뉴가 구성되어 있다. 방문하여 출생신고시에도 관련되는 서비스를 통합하여 신청받고 처리해 준다.

임신·출산·육아 가정에 대하여 대상자의 특성을 감안한 복지급여 유형을 선제적으로 찾아내고 지원 가능성을 안내하는 방향으로 개선해 나간다면 민원행정 처리의 혁신과 함께 저출산 문제를 풀어나가는 방안이 될 수 있을 것이다. 이에 대하여는 정책대안에서 후술하였다.

한편 복지급여 신청주의 원칙도 완화하거나 개선할 부분이 있다. 법령은 국민에게 다양한 복지급여를 제공받을 권리를 부여하고 있고, 국가와 자치단체에게 적극행정, 지원대상자 발굴체계 확보, 찾아가는 서비스를 주문하고 있음에도 불구하고 신청주의 기본원칙은 철저히 유지하고 있다. 신청방법은 최근 우편, 전화, 인터넷, 방문 등으로 다양화 되어가고 있으나, 사업내용에 대하여 충분히 알지 못하고, 선정기준을 스스로 판단할 수 없는 상태라면 수요자의 관서방문은 선택의 여지가 없게 된다. 행정안전부 주관으로 임신·출산 관련 서비스의 통합 신청과 처리기능이 편리하게 구현되어 서비스 중이지만 아직 통합처리 대상이 충분하지 않고 반드시 방문신청만을 허용하는 사업도 있다.

예를 들어 “입양숙려기간 모자지원사업”은¹⁶⁾ 시·군·구 입양담당 부서(또는 보건소)를 방문하여 신청하여야 한다. 신청기간은 출산 40일 이전부터 출산 후 10일 이내에 해야 되는데, 이 때는 임신부가 이동이 자유롭지 못한 시기이다. 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원, 난청검사와 보청기 지원 등의 경우에도 지원대상자가 보건소를 방문하여 신청하여야 한다. 방문신청자는 한부모가족, 저소득층 또는 무능력자라는 심리적 불편이나 모욕감을 갖기 쉽다. 따라서 감수성이 높은 청소년이거나 한부모 가정에 대해서는 주의깊게 배려할 필요가 있다. 가급적 전화 또는 인터넷을 통하여 신청하도록 신청방법을 다원화하고 사업 부서의 담당자가 지원대상자를 찾아가서 상담하고 지원하는 방법으로 개선할 필요가 있다.

16) “입양숙려기간 모자지원사업”은 미혼·이혼한 부모가 출산 전후로 정서적으로 불안정한 상태에서 입양에 동의하는 것을 방지하기 위하여 입양 또는 가정의 양육에 대해 충분히 고려할 기회를 갖도록 산후지원 인력의 가정방문 서비스를 1주일 동안 지원한다.

Ⅲ. 온라인 출생신고제도와 출생통보제도

1. 온라인 출생신고제도

1) 온라인 출생신고제도 도입

국민의 출생·혼인·사망 등 가족관계가 발생 또는 변동하면 관계되는 사람은 이를 신고하여야 한다. 출생의 경우 그 신고는 출생 후 1개월 이내에 한다. 출생신고서에 자녀의 성명·본·성별 및 등록기준지 등을 기재하고, 의사, 한의사 또는 조산사가 작성한 출생증명서를 첨부하여야 한다(「가족관계등록법」 제44조). 출생의 신고는 혼인 중인 경우에는 부 또는 모가, 혼인 외라면 모가 하도록 되어 있다(같은 법 제46조). 출생증명서는 「호적신고양식에 관한 규칙(대법원규칙, 1960)」이 제정될 때 반영된 이후 현재까지 같은 형식을 유지하고 있다.

가족관계 등록 등의 신고는 원칙적으로 서면이나 말로 하던 것을 2013년 7월에 「가족관계 등록법」이 개정되어 전산정보처리조직을 이용하여 전자문서로도 신고할 수 있는 근거가 마련되었다. 이후 행정안전부와 법원행정처는 정부 3.0 관련 온라인 출생신고 제도 추진계획을 수립·발표하였고(2015.), 심사평가원과 업무협약 체결(2016.), 온라인 출생신고 시스템 구축(2017.~2018.), 「가족관계의 등록 등에 관한 규칙」 개정절차를 거쳐 2018년 5월부터 대국민 서비스를 제공하여 왔다.

온라인 출생신고 업무절차를 살펴보면, 분만의료기관은 분만이 발생하여 출생증명정보(출생증명서)가 작성되면 이를 산모에게 교부하는 한편, 산모로부터 제3자 정보제공 동의를 받은 후 출생증명서를 전자적인 방법(DUR, 보건의료자원 통합신고 포털)으로 심사평가원을 경유하여 법원행정처로 송부한다. 그리고 부모는 30일 이내에 대법원 전자가족관계등록시스템에 접속하여 전자 출생신고서식에 기재사항을 입력하고 출생증명서 파일을 첨부하여 제출한다. 이어 법원행정처는 심사평가원으로부터 송부받은 증명서 자료를 상호

비교하여 동일성이 확인되면 가족관계(출생)를 등록하게 된다. 다음은 온라인 출생신고 진행절차를 간략하게 기술하였다.

〈표 4〉 온라인 출생신고 진행 절차

- 선행요건: 대상의료기관 이용, 출생증명서 발급, 정보의 제3자제공 동의 등
- 신고인이 대법원 “전자가족관계시스템” 접속하여 [인터넷신고 → 출생]
- 출산병원관련, ㉔의료기관구분, ㉕지역(광역 시도), ㉖의료기관명 등 선택
- 안내사항(신고자격, 인증서·출생증명서 등 첨부서류, 과태료)
- 유의사항(처리기간 7일, 출산수당 관련 행정기관 방문 안내 등)
- 신고인 정보 입력
- 출생신고서 항목 입력
- 출생증명서 등 첨부서류 등록
- 작성내용 확인 → 개인정보 제3자 동의여부 확인 → 출생신고 처리 안내^{주)}
- 출생신고서 제출시 대법원·행안부로 송부(첨부 출생증명서는 통계청 이첩)

주: 출생자 등록부 형성후 양육수당 등 출산지원서비스 신청가능, 출생신고와 별개로 임신출산 서비스통합 처리사이트(행복출산) 또는 주민센터 방문 안내 등

출처: 전자가족관계등록시스템에 서비스 중에 있는 절차와 내용을 요약

2) 추진실적과 문제점

2018.5월부터 2020년 11월까지 출생신고된 803,562 건 중에서 관서 방문신고는 777,509건(96.8%), 온라인 신고는 26,053건(3.2%)으로 나타났다.¹⁷⁾ 온라인 신고율만으로는 낮아 보이지만 민원행정 처리의 편의를 제공하였다는 점에서 긍정적으로 평가할 만하다. 그런데 온라인 출생신고를 이용하는 데는 다음과 같은 문제가 있다.

- 분만의료기관이 출생증명서를 산모에게 교부하고도 추가적으로 심사평가원에 송부하는 것은 업무부담이 증가하기 때문에 반대할 가능성이 있다. 그런데 출생통보제가 도입된다면 이 문제는 쉽게 해결될 수 있다.
- 산모가 퇴원하기 전에 제3자 정보제공 동의를 한 경우에만 분만의료기관에서 심사평가원으로 출생증명서가 송부될 수 있다. 그러나 현행 의료법은 증명서 교부는 본인 및 가족 등을 대상으로만 교부될 수 있도록 제한하고 있다. 분만의료기관이 산모의

17) 제4차 기본계획의 2021년 시행계획에 제시된 추진실적을 참조하였다.

제3자 정보제공 동의를 받았다고 하더라도 의료법의 제한이 해제되는 것이라고 보기 어렵다. 이 쟁점에 대해서는 상세하게 기술하지 않겠지만 후속 검토가 필요한 부분이다.

- 출생자의 부모가 온라인 출생신고 방식을 선택하여야 한다. 그런데 현행 온라인 신고 방법은 전자적 출생신고 서식에 신고항목을 입력한 후 종이 출생증명서 원본을 스캔하여 파일로 변환하거나 스마트폰으로 촬영한 사진 파일을 첨부해야 하는 번거로움이 있다.
- 부모가 시·군·구와 주민센터를 방문해야 처리되는 각종 복지급여가 있다. 아동수당·출산축하금 신청, 육아용품, 철분제·엽산제 수령, 임신부 주차증 등 출산·육아지원 서비스는 여전히 수요자가 방문하여 신청해야 하므로 그 때에 출생신고도 처리하는 것이 편리할 것이다.

이런 요인들 때문에 신고가능한 분만의료기관을 확대하고 신고방법을 간소화 하더라도 실제 이용율이 올라가는 데는 한계가 있다. 물론 일부 부모라도 온라인 시스템 편의성을 제고하였다는 목표는 달성하였고, 시·읍·면의 담당공무원이 종이 신고서와 증명서를 제출받아 가족관계등록시스템과 인구동향조사입력시스템에 자료를 입력하는 수고를 줄이고, 입력오기를 방지하는 효과는 발생하였다. 그러나 심사평가원으로 출생증명서를 송부하기로 업무협약한 분만의료기관이 협조관계를 지속할지도 불투명하고, 심사평가원 및 부모로부터 각각 전송되어 오는 출생신고서와 출생증명서를 대조·확인을 거쳐 신고를 수리하는 방식의 행정효율성도 생각해 볼 문제이다.

한편 제4차 기본계획은 모든 아동이 빠짐없이 신속한 출생신고가 되도록 의료기관을 통한 출생통보제도 도입계획을 반영하였다. 이를 추진하기 위하여 법무부는 「가족관계등록법」 개정안을 마련하고, 복지부와 관계부처는 ‘의료기관의 출생정보 수집 및 대법원 통보를 위한 시스템 구축 근거 마련 등’ 추진계획을 검토하였다.

그런데 온라인 출생신고 제도에서 분만의료기관이 조치할 사항은 출생증명서를 심사평가원으로 송부하는 것이라면, 출생통보제도는 출생증명서를 출생아의 가족관계 등록기준 시·읍·면으로 제출하는 것이다. 2가지 제도는 분만의료기관에서 출생증명서를 작성·송부한다는 공통점이 있으나, 도입 목적, 실행경로와 절차, 기대효과 등이 전혀 다르다.

이에 본 연구는 새로운 방식의 온라인 출생신고제를 구상하였는데, 그 요지는 산모가 분만의료기관에 머무르는 동안에 의료인과 산모가 정부시스템에 접속하여 출생증명서와 출생신고서를 입력토록 하는 것이다. 이에 대해서는 정책 제안에서 자세하게 기술하였다.

2. 출생통보제도 도입 관련 보완사항 검토

1) 출생통보에 따른 사회보장 급여조치

2021년 초, 출생신고도 되지 않은 8세 아동을 친모가 살해한 사건을 비롯한 아동학대 사망이 여러 건 발생하였다. 이에 따라 출생신고 체계를 보완하기 위하여 「가족관계등록법」 개정안이 2021년 9월말 현재 10여 건 발의되어 있다. 그 주된 내용은 분만에 참여한 의사, 한의사 또는 조산사는 출생증명서를 작성하여 일정 기일 이내에 시·읍·면의 장에게 송부하도록 하는 것이다.

개정 입법안은 자녀를 출산하고도 일정기간 내에 출생신고를 하지 않는다면 그 가정에 아동학대 발생개연성이 높을 것이라고 전제하면서 출생신고라도 제대로 되어 있다면 사회보장급여의 지원대상이 가능하다고 판단한 것으로 보인다. 「가족관계등록법」의 출생신고와 등록이 완료되고, 주민등록법상 주민등록번호가 부여되면, 영유아 건강검진을 통하여 자녀의 성장·발달 상태를 점검받을 수 있고, 아플 때 의료기관에 진료도 가능하며, 아동수당이나 영유아 보육료 등도 제공받을 수 있다.

여기에서 출생통보제도 도입목적은 분명하게 할 필요가 있다. 첫째, 분만의료기관에서 출생사실을 통보하면 자치단체가 임신부에게 출생신고 의무를 안내하고 이를 통하여 출생신고를 독려하는 수단으로 활용하는 경우이다. 그런데 분만의료기관은 대체로 출생증명서를 교부하면서 출생신고의무를 안내하고 있고, 일부 자치단체는 출생신고서를 분만의료기관에 비치하고 있다. 그리고 출생신고가 된 경우에 현금급여와 서비스가 제공되므로 출생신고 의무를 몰라서 출생신고를 하지 않는 경우는 거의 없다고 보아야 한다.

둘째, 임신부의 사정으로 신고가 지연되는 경우이다. 출생아의 생물학적 부(父)가 친자확인을 거부하는 상태에서 출생신고를 할 경우 미혼모·한부모라는 사회적 편견과 고통속에 살아가야 할 문제를 걱정할 수 있다. 임신부의 부모가 결혼·출산·양육을 허락하지 않거나 입양을 보내는 방안까지 고려하는 경우이다. 이와 같은 상황에서 출생신고를 기간 내에 하지 못하는 경우라면 출생통보제도의 효과가 매우 제한적일 수 밖에 없다. 당사자의 의도에도 불구하고 자치단체가 통보받은 출생사실에 근거하여 직권으로 출생신고 처리를 할 수도 없고, 임신부에게 출생신고 최고통지 조치도 의미가 없기 때문이다.

셋째, 사회적, 윤리적으로 허용되지 않는 사정으로 원하지 않는 임신과 출산으로 이르게 되었고, 아이를 키울 의사도 없는 경우이다. 이러한 사정을 가진 임신부들에게 출생통보제

도는 심리적으로 크게 불편하게 작용할 수있다. 출산사실을 당분간 숨기고 싶은 사정이 있음에도 불구하고 분만의료기관에서 자치단체로 출산사실을 통보할 것이라고 생각하면 오히려 산부인과 출산을 기피하고 ‘나홀로 출산’으로 내몰릴 위험요인을 고려하여야 한다. 이들에게 중요한 것은 출생신고가 되지 않는 상태에서도 출산지원서비스를 제공하고 영유아의 안전을 돌봐주는 것이다.

최근 출생신고도 되지 않은 아동의 학대사망 발생사례와 관련하여 출생신고 이행을 제고를 위하여 노력해야 하겠으나, 출생신고와 무관하게 아동학대의 사례는 발생되고 있음을 유의할 필요가 있다.¹⁸⁾ 자치단체가 출생사실을 통보받아 출생신고를 안내하는 조치만으로는 아동학대의 위험에 놓여있는 영유아의 보호에 별로 도움이 되지 않는다. 출생통보제도를 도입한다면 출생사실을 알게 된 자치단체는 출생신고 이외에 어떠한 조치를 할 것인지가 중요하다. 이와 관련하여 자치단체의 역할과 개입조치에 대하여 예시적으로 「사회보장급여법」 개정방안을 검토해 보았다.

〈표 5〉 출생통보제도를 보완하는 입법안 검토

<p>제13조의2(출생사실의 통지에 따른 사회보장급여 조치) ①보장기관의 장은 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제46조의2에 따라 분만의료기관으로부터 임산부의 출산사실과 그 출생 자녀의 출생증명서를 통보 받은 때에는 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」 제46조에 따른 출생신고가 되지 않은 경우에도 출생자녀를 포함하여 임산부 가구를 지원대상자로 보고 필요한 사회보장급여를 제공할 수 있다.</p> <p>②제1항의 규정에도 불구하고 보장기관의 장은 출생자녀가 소재가 확인되지 않거나 자녀를 출산한 임산부와 다른 장소에서 생활하는 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 사회보장급여를 제공하지 아니할 수 있다.</p>

2) 지원이 필요한 출산가정 발굴

아이를 낳았어도 주위에 알리지 못하고 출생신고를 망설이는 경우가 있을 수 있다. 자녀의 출산과 양육은 누구에게나 힘들고 어려운 문제인데, 이와 같은 요인들은 자녀의 양육을 더욱 위험하고 힘들게 할 수 있다. 출생신고를 정상적으로 마친 경우라도 결코 쉬운 문제가 아니다. 아이를 낳고나서 처음 경험하는 상황에 대한 대처법은 인터넷 검색 등을 통하여 어렵지 않게 구할 수는 있으나, 막상 양육 현실에 놓여져서 출산부모가 모든 일을 실제

18) 「2019 아동학대 주요통계」에 따르면 피해아동 30,045명은 1세 미만(2.0%), 1-3세(9.9%), 4-6세(12.2%), 7-9세(18.6%), 10-12세(21.8%), 13-15세(23.5%), 16-17세(12.0%)로 나타났다.

감당하고 겪어내야 하는 일은 미리 예상해 본 시나리오와는 차원이 다른 문제이다.

국가와 자치단체는 다양한 임신·출산 지원서비스를 제공하고 있으나 스스로 서비스를 파악해서 신청하더라도 선정기준에 가로막혀 혜택에서 제외될 수 있다. 출산가정 중에 더 어렵고 곤란한 사정이 있음에도 불구하고 출생신고도 할 수 없는 가정이 있을 수 있다. 복지급여 서비스를 담당하는 보장기관은 출생통보제를 통해서 출산가정을 알게 되면 소득 자산조사와 위기가정 선정기준 등을 적용하여 지원대상자를 가려내고 필요한 서비스를 효과적으로 제공하는 것이 요구된다. 출산가정이 쉽고 간편하게 복지급여를 신청하고 주장할 방법과 통로가 마련된다면 출산가정과 정부 및 자치단체가 힘든 육아여정에 동행할 수 있을 것이다. 복지서비스의 공급자적 관점에서 벗어나 수요자의 입장으로 접근하는 것이다. 출산가정이 자녀양육을 스스로 해결해 나가기 전까지 정부와 자치단체가 위로하고 공감하고 해결방안을 찾아보는 노력을 할 때에 비로소 저출산 문제도 한결음 나아갈 수 있을 것이다.

3) 출생통보제도와 의료법령의 조화

출생통보제도가 분만에 관여하는 의사 등으로 하여금 출생증명서를 작성하여 시·읍·면의 장에게 제출하는 내용임은 살펴보았다. 한편 우리나라의 의료법 제17조는 출생증명서의 교부대상이 환자 본인, 직계 존·비속, 배우자 등(이하 ‘본인 등’이라 한다)으로 한정하고 있음에 비추어 볼 때 출생증명서 신청자격도 본인 등에게 제한하고 있다고 해석할 수 있다.¹⁹⁾ 따라서 가족관계법에 출생통보제도가 도입되어 의사, 한의사, 조산사에게 출생증명서를 시·군·구로 통보하는 의무를 부여하더라도 의료법을 위반하지 않기 위하여 출생증명서 제출을 기피할 가능성이 있다.

같은 측면에서 2018년부터 시행 중인 온라인 출생신고제도는 분만의료기관이 산모에게 ‘제3자 정보제공 동의’를 받은 후 출생증명서를 전자적 방법으로 심사평가원에 송부하는 순서로 진행되고 있는데 의료법 관련 같은 문제점을 갖고 있는 것으로 보인다. 이러한 문제점을 해결하기 위하여 출생통보제도를 도입하기 위하여 「가족관계등록법」을 개정할 때에 의료법 제17조의 규정을 배제 시킬 필요가 있다. 예를 들어, “의료법 제17조의 규정에

19) 의료법 제17조(진단서 등) ①의료업에 종사하고 직접 진찰하거나 검안(檢案)한 의사, 치과의사, 한의사가 아니면 진단서·검안서·증명서를 작성하여 환자(직계존속·비속, 배우자 등) 등에게 교부하지 못한다(일부 요약). 의료법은 증명서를 발급신청권자에 대해서 직접 규정한 것은 아니지만 교부의 대상이 환자와 직계가족, 배우자, 검사 등으로 구체적으로 한정하고 있으므로 제3자 제공이 가능한지에 대해서는 검토가 필요해 보인다.

도 불구하고”를 추가하는 것이다. 또는 의료법의 규정은 출생증명서의 경우 본인 등의 요구에 따라 본인 등에게만 교부할 수 있도록 되어 있는데, 이를 본인 등의 동의가 있다면 제3자에게 교부할 수 있다는 내용으로 보완할 필요가 있다.

보다 근본적인 대안으로 출생증명서 관련 의료법 제17조제5항의 ‘그밖의 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.’ 라는 위임규정을 활용하여 의료법 시행규칙에서 ‘전산정보처리조직에 출생증명서를 작성·저장 및 교부하게 할 수 있다’ 라는 방안이다. 이는 증명서의 교부주체를 명시적으로 변경하지 않으면서도 정부시스템에 저장된 보건의료적 정보를 정부가 공적으로 활용하는 방안이다. 이 또한 많은 연구를 바탕으로 제도적 근거가 마련되어야 한다. 정부시스템에 저장된 출생증명서의 열람 및 활용의 주체와 활용범위를 어떻게 정하느냐 하는 문제가 남게 된다. 증명서의 작성주체인 의료인, 정부시스템 운영주체, 자치단체의 사례관리팀 등이 출생증명서 구성항목을 어떤 방법으로 열람과 활용을 가능하게 할 것이냐 등의 문제에 대하여 연구가 필요한 부분이다. 이 문제에 대해서는 미국의 출생신고 제도가 참고될 수 있다. 특히 출생증명서를 발급하기 위한 기초적인 데이터의 제공과 등록절차, 증명서 발급주체 등을 분석하면 도움이 될 것이다.

IV. 미국의 출생 증명 관련 사례연구

1. 출생증명서의 기능, 신청 및 발급

대한민국의 출생신고제도는 1960년 호적법으로 도입되었다. 이후 2007년 5월에 제정된 「가족관계등록법」으로 승계되었고, 2018년에 온라인 출생신고방법이 허용되어 민원사무를 편리하게 신고·처리가 가능하게 되었다. 향후 출생통보제도의 도입이 예정되는 상황에서 비슷하게 운영되는 사례를 검토하여 참고자료로 삼고, 저출산 대응을 위한 지원정책을 발굴하는 목적으로 미국의 출생증명서 발급체계와 절차에 대하여 알아보았다.

미국의 출생증명서는 그 기능, 발급주체, 기초자료 작성 및 제출의무 등에 있어서 대한민국과는 매우 다르다. 미국은 국적취득에 있어 출생지주의(出生地主義) 원리에 따른다. 출생증명서는 국적 혹은 시민권의 보유 증명, 취학요건 증명, 운전면허증 발급, 의료·복지서비스, 친권관계 확인 등 일상생활을 위하여 필요한 신분증명서이다. 연방 법령은 출생과 관련되는 중요한 통계자료를 국가적으로 수집하고 발행하는 사항에 대하여 규정하고 있고, 각 주 법령들은 생존출생 상황을 보건학적으로 상세하게 기록한 출생증명서를 작성하여 정부시스템에 등록하도록 하고 있다. 전국 각지에서 시행되는 공중보건프로그램을 평가·개선해 나가기 위하여 국립보건통계센터(National Center for Health Statistics, NCHS)와 각 주는 협력하여 출생 증명서에 포함된 생명통계 정보를 활용하는 체계를 구축하였는데, 그 결과가 바로 국가생명통계시스템(National Vital Statistics System)이다.

출생증명서의 발급 및 관련기록의 관리와 보존에 대한 업무는 주 정부 보건복지부의 생명기록국과 그 산하 생명통계센터(Vital Statistics)에서 담당하고 있다.²⁰⁾ 분만의료기관이 작성·제출하는 출생증명서(Certificate of Live Birth, CLB)는 일차적으로 주 정부나 지방기관에서 출생증명서(Birth Certificate)를 발급하기 위하여 사용되지만, 임신 및 출산 관련 각계각층의 진료내역과 건강상태, 인종적·지역적 패턴이나 경향에 관한 인구 전체의

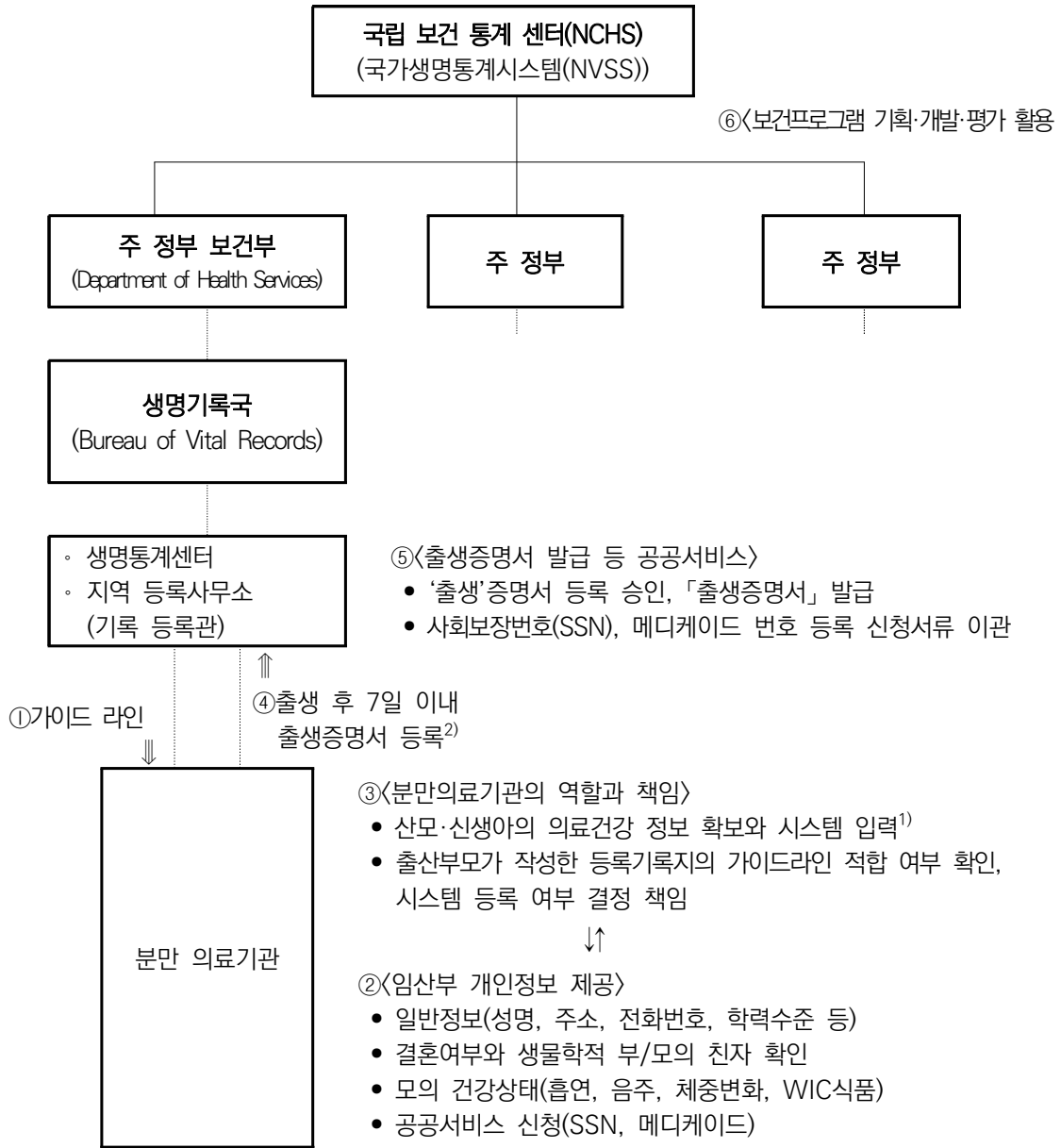
20) 아리조나, 텍사스, 오키오 등 3개 주의 출생등록 매뉴얼을 인터넷 검색방법을 통하여 확보하고, 주 정부와 지역행정기관, 분만의료기관에서 출생정보가 등록·활용되는 체계를 살펴보았다.

통계자료에 활용된다. 이러한 분석자료는 공공 보건프로그램의 정책성과를 평가하고, 새롭게 기획·집행해 나가는데 중요한 척도로 활용된다

출생증명서 발급신청은 출생당사자와 그 부모(또는 법적 보호자), 배우자, 18세 이상의 자녀, 형제자매 등이 할 수 있다. 신청 년한은 지역별로 서로 다르게 운영된다. 앨라배마 주는 신청일로부터 소급하여 125년, 텍사스 주는 75년 전에 태어난 사람까지 출생증명서 발급이 가능하다. 출생증명서를 취득하기 위해서는 주요 지역의 등기사무소(Registrar Office), 생명통계센터를 방문하여 신청할 수 있고 온라인으로도 가능하다. 주 이외의 곳에서 태어난 사람에 대한 기록은 발급되지 않으며, 온라인 발급에는 약 20~25일의 업무일이 소요된다.

분만의료기관은 임신초기의 산전관리부터 분만하여 퇴원하기 전까지의 출생아와 산모의 진료내역과 건강상태 관련 데이터를 입력하고, 출생자의 부(父)를 포함한 임신부의 기본적 인적사항과 사회적배경에 관한 자료를 추가하여 출생증명서를 완성하고, 이를 주 정부 소속의 생명통계센터에 제출하면 비로소 공식 신분증으로서 ‘출생증명서(Birth Certificate)’ 발급이 가능하게 된다. 신분증으로서 출생증명서의 기재항목은 출생아의 성명, 출생일시, 성별, 출생장소, 부와 모의 성명, 발급 도시(또는 주)의 관인으로 구성되어 있다. 분만의료기관에서 등록한 데이터 중에서 보건의료적 정보(임신 이후 주요 진료기록, 분만 중 특이사항, 흡연과 음주상태 등), 결혼상태, 부모의 친권 인정여부 등 민감한 개인 정보는 출생증명서에 포함되지 않으며 무단으로 공개되지 않는다.

〈그림 1〉 미국의 출생기록 등록과 출생증명서 발급체계



주 1) : 산전 진료 내용, 임신관련 의료적 위험요인, 분만방법, 신생아의 건강상태 등
 주 2) : 출생증명서(CLB)를 포함하여 관련 증빙서류 일체를 시스템에 전자적 방법으로 등록. CLB는 생명통계센터에 자료입력 용도로 지칭되는 용어이며, 공식 신분증 용도의 출생증명서(Birth Certificate)는 생명통계센터 등에서 발급되는 것을 말한다.

임산부는 '분만의료기관의 출생증명서'를 작성할 때 출생자녀의 메디케이드 등록, 사회보장번호 발급과 같은 공적서비스를 신청할 수 있다. 주 정부의 생명통계센터는 분만의료기관으로부터 출생기록을 제출·등록받아 사회보장청(SSA)이나 의료보험을 담당하는 기관

에 해당 신청서를 이송한다. 어차피 사회보장번호 발급, 메디케이드 등록을 위해서는 출생 증명서가 필요하고 그 출생증명서의 발급업무는 생명통계센터가 관장하고 있으므로 민원인을 번거롭게 할 필요 없이 출생증명서 등록 승인이 완료되면 이를 SSA 등으로 송부하는 체계이다. 공적서비스 신청을 받은 SSA 등은 약 2~3주간의 처리기간을 거쳐 자녀의 사회보장카드, 메디케이드 등록번호 등을 우편으로 출생아의 부모에게 송부한다. 물론 산모가 분만의료기관에서 기록지를 작성하면서 공적서비스를 일괄하여 신청하지 않은 경우에는 가까운 사회보장국 사무실에서 카드를 신청할 수 있다.

2. 분만의료기관의 출생증명서 등록

분만의료기관은 출생아 출생일로부터 7일 이내에 출생증명서를 주 정부가 운영하는 생명통계센터의 정보시스템에 등록하여야 한다.²¹⁾ 출생증명서의 등록을 위한 기초자료는 임신부, 조산의료인, 출생증명기록 등록담당 직원(이하 '등록 담당자'이라고 한다) 등이 관여하여 작성한다.

아이가 출생하면 분만의료기관은 산모에게 '출생증명서(Certificate of Live Birth)'을 발급해 준다. 이 '출생증명서'는 글자 그대로 살아서 태어났다는 의미를 가진 생존출생 증명서 라고 할 수 있고, 주 정부에 출생 관련 기록을 제출하기 위한 기초자료를 작성하기 위한 목적으로 발급되는 임시적이고 비공식적인 것이다. 여기에는 출생아의 이름, 부모 이름, 의사 이름, 병원명, 출생아의 성별·인종·출생일시, 작성자 성명이 기록된다.

산모는 출생아 부모의 기록지(Worksheet)를 작성한다. 출산부모용 기록지는 ㉠부와 모의 인적사항 및 사회경제적 배경(성명, 출생 년월일, 직업과 건강상태와 생활습관, WIC 수혜 여부,²²⁾ 혼인유무, 친자확인, 주소와 연락처 등에 대한 사항), ㉡출생아(성명, 출생 일시·장소), ㉢공적서비스(출생아 사회보장번호 발급, 메디케이드 등록 등) 신청사항 등으로 구성되어 있다. 임신부는 기록지 작성시 분명하지 않은 부분은 등록 담당자에게 문의해야 하고, 등록 담당자도 임신부의 기록지가 주 정부의 매뉴얼 기준에 따라 정확하고 빠짐없이 작성되었는지를 확인하고 필요한 사항은 수정하여야 한다. 분만을 지원한 의사는 임신부의

21) 분만의료기관 이외에 가정이나 병원으로의 이송 중에 출산한 경우에는 분만을 담당한 의사 또는 출산 부모와 가족 등도 출생사실을 기록등록관에게 신고하여야 한다.

22) WIC은 Women, Infants and children을 말한다. 연방정부의 사업으로 저소득 가정에 대하여 식품지원, 영양교육과 상담, 모유수유 교육 등을 지원하는 프로그램, 우리나라도 같은 목적으로 '영양플러스' 서비스를 제공하고 있다.

임신초기(prenatal), 임신기(pregnancy), 분만(labor and delivery), 신생아(newborn)로 구분하여 의료기록과 특이사항 등에 대한 매우 다양한 자료를 진료차트와 조산기록을 토대로 작성한다. 이와 관련하여 기재항목에 대한 구체적인 사항은 부록으로 수록하였다.

등록 담당자는 ㉠임산부가 작성한 기록지와 ㉡분만 지원의사의 진단 및 검사관련 증명서와 조산기록을 종합·확인하고, ㉢작성된 출생증명서 기록지와 첨부서류를 주 정부 생명통계센터의 정보시스템에 등록(제출)하며, ㉣출생증명서 작성에 사용된 증빙서류 사본을 10년간 보관업무 등을 담당한다.

3. 시사점

우리나라에서 출생증명서 발급주체를 현행과 같이 의료기관(의료인)으로 유지하면서 분만의료기관에서 증명서의 작성·등록 및 발급을 정부의 전산정보시스템으로 처리할 수 있다면 다양하게 활용할 수 있다.

무엇보다 출생통보제도와 같은 효과를 얻을 수 있다. 제도 설정에 따라서는 출생신고도 현행 온라인 출생신고와 비교하여 훨씬 간단하고 쉽게 분만의료기관에서 처리할 수 있다. 물론 분만의료기관의 적극적인 협조가 첫 출발이다. 분만의료기관은 안전하고 건강한 분만을 돕는 역할은 물론, 우리 사회가 처한 저출산 위기 극복에 활용할 중요한 단서들을 모으는데 직접적으로 기여할 수 있다. 아이를 낳은 부모도 개인정보 제공에 협력하면 다양한 사회보장급여와 맞춤형 통합사례관리 서비스를 제공받을 수 있다.

미국의 보건의료와 행정체계의 상황과 목적은 다르지만 우리나라도 출생신고할 때에 자녀를 출산한 가정이 갖는 개별적 특성이나 복지욕구를 공유하고 필요한 요구와 주장을 할 수 있는 가칭의 '출산지원정보시스템'을 구축할 필요가 있다. 지원정보시스템은 수요자의 소득수준, 건강상태, 가구원특성, 주거여건, 가사와 돌봄의 배우자간 분담, 일자리 복귀계획, 필요한 육아용품, 그간 공적급여의 사용여부 등 공적정보와 출산가정의 복지욕구를 종합적으로 처리하여 수급자격있는 복지급여를 자동적으로 산출하고 효과적인 사례관리 개입방안을 수립하는데 필요한 정보를 제공할 수 있을 것이다.

즉 출산지원정보시스템에 분만의료기관이 출생사실을 등록하면 가족관계 등록기준지의 시·군·구의 복지담당부서와 보건소 및 읍면동의 담당자가 출산가구의 가구원 특성, 소득·재산의 정도, 사회경제적 상태, 기타 수요자의 복지욕구를 감안하여 맞춤형 복지급여

패키지를 구성하고 거주지를 방문하여 급여유형을 설명하고 수급동의와 확인서명을 받는 체계를 구축·운영하는 것이다. 이에 대해서는 정책대안의 ‘사례관리지원서비스’에서 설명하였다.

또한 출생관련 인구통계의 수집·생산업무를 신속·정확·효율적으로 추진할 수 있다. 미국의 사례에서 분만의료기관의 출생관련 등록정보가 데이터로 변환되고 국립보건통계센터는 이를 국가적 수준에서 취합하여 질병통제와 건강생활 향상을 위한 연구와 프로그램 개발을 위한 귀중한 자료로 제공하는 점을 살펴보았다. 우리나라의 경우는 출생의 증명과 기록의 보관은 공적으로 대단히 중요하다는 측면에서 민간주체가 대부분인 의료기관에 전적으로 맡겨두는 방식을 계속 유지할 것인지에 대해서는 시사하는 바가 있다.

정부시스템 구축 관련 기술적 측면과 소요비용 확보도 과제이지만 분만의료기관의 적극적 참여여건 조성, 미혼·이혼·한부모가정의 등록방안, 출산가정의 개인정보 확보 등에 대한 제도형성, 인센티브 도입 등 새로운 업무체계를 형성하는 부분에 대해서는 깊이 있는 후속연구가 필요하다.

V. 실천적 정책대안

〈 요 지 〉

[임신·출산급여 원칙의 대전환]

- 서비스의 보편적 제공, 신청주의의 완화, 찾아가는 서비스 추진

[온라인 출생신고의 고도화]

- 시행 인프라 구축
 - 출생등록센터 설립, 출산육아지원정보시스템 구축
 - 출생증명서와 출생신고서의 통합, 복지욕구 추가
- 정부시스템에 출생정보 등록제도 도입(출생통보제의 수정형)
 - (의료인) 출생일시, 장소, 신장·체중, 다태아, 건강상태 등 등록
 - (출산가정) 부모정보, 출생아 정보, 육아복지계획 등 등록
- * 출생증명서는 정부시스템 등록사항에서 추출하여 정부24에서 발급

[등록정보 공유·연계 및 활용]

- 법원행정처·행안부·복지부·통계청·자치단체· 등 관련기관 공유
- 소득·주거·건강정보 연계와 통계분석모형 활용한 위기가정 발굴·지원
- 임신·출산·육아 서비스 안내·통합신청을 정부24로 일원화
- 출생관련 인구동향 자료수집 및 생산의 개선

[맞춤형 통합사례관리]

- 육아복지욕구가 있는 출산가정에 (가칭)가족복지번호 발급
 - 임신부는 공적서비스와 복지 욕구를 출산육아지원정보시스템에 신청
- 시·군·구·보건소·읍면동 등 보장기관의 맞춤형 통합사례관리 실시
 - 시·군·구 임신·출산·육아지원팀과 읍·면·동 찾아가는 보건복지팀은 출산지원종합패키지를 꾸려서 찾아가서 안내·상담하고 선제적으로 제공

[산후관리 사회서비스 개발·지원]

- 생애전환기 건강검진, 우울증검사, 산후조리서비스 제공 등

1. 임신·출산 급여원칙과 전달체계 개선

1) 지원대상의 합리적 차별주의

기간 복지급여의 제공여부와 수준에 대해서는 당사자의 자기책임과 국가의 보장책임 사이에서 팽팽하게 논쟁하여 왔고, 결과적으로 책임의 일정부분을 상호간에 나누는 방식으로 타협해 왔다. 다행히 최근의 저출산 대응을 위한 정책은 지원대상자의 자산조사를 거쳐 선별하기 보다는 보편적인 지원방식이 늘어나고 있다. 아동수당, 출산장려금, 육아기본수당, 보육료지원, 누리과정, 학교급식 등은 소득수준을 요건으로 하지 않는다. 그러나 아직은 선정기준의 벽이 높아 보편적 복지급여를 제공하지 못한 정책들이 많은 실정이다. 2021년 8월말 현재, 사회보장정보원에 안내된 29종의 임신·출산지원사업에서 수급자 또는 저소득층에게 제공되는 사업이 18개이다. 시·군·구의 통합처리 신청목록을 보더라도 임신관련 서비스 7개에서 3개, 출산관련 서비스 9개에서 2개 서비스가 수급자 또는 중위소득을 기준으로 신청대상을 정하고 있다. 또한 안내정보나 통합처리신청목록에 포함되어 있지 않은 사업에서도 일정한 소득기준 이하의 사람에게만 서비스를 제공하는 실정이다.

우리 사회가 저출산의 긴 터널에서 벗어나는 방안으로 임신·출산·육아 정책영역만이라도 지원대상을 차별하는 원칙을 대폭 완화할 필요가 있다. 정책수단 형성과정에서 우선순위를 설정해야 할 때 대두되는 ‘대상분별성’ 원칙, 흔히 보편과 선별의 문제에 대한 연구들에 따르면, “무상급식 논쟁과 함께 한국 사회에서는 복지국가를 둘러싸고 보편주의와 선별주의에 대한 논의가 가시화된 바 있는데, 학계에서 양자의 구분이 명료하게 제시된 바 없고, 실제 정책에서도 양자의 경계가 모호한 경우가 많다”고 한다 (안상훈 2013).

안상훈(2013)은 중요한 것은 보편이나, 선별이나 하는 양자택일의 문제가 아니라, 국민의 기본적인 공통적 복지욕구와 함께 계층의 다양성을 고려하여 두 선택기준 사이에서 합리적 수준을 설정하는 ‘대상 분별성 원칙’이 국민의 복지인식에 맞는 전략일 수 있다고 보았다. 그리고 현실의 정부는 재정운용에 있어 상당한 제약이 있으므로 복지급여제공에서 전 국민을 대상으로 복지를 제공하면서 취약계층과 같은 특정 집단이 경험하는 다양한 복지욕구에는 보충급여를 주는 방식이 대안이라고 하였다.

한편 한국보건사회연구원이 2018년 수행한 “전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사”에서 보편적 서비스를 지향해야 하는 이유를 설명해 주는 조사항목이 있다.²³⁾ 보편적 서

23) 2016년 이후 출생한 자녀가 있는 1,784명에 대하여 임신출산 지원 정책에 대하여 인지도, 도움정도 및 중요도에 대한 인식정도를 조사하였다.

비스와 선별적 서비스를 비교한 조사문항에서 정책 대상이 보편적인 임신·출산 비용 지원 사업(국민행복카드)에 대한 인지율(99.9%)이 정책 대상이 제한적인 산모·신생아 건강관리 지원사업의 인지율(88.4%)에 비해 높게 나타났다. 도움 정도는 산모·신생아 건강관리 지원 사업이 약간 높게 나타났으나(5점만점에 4.2점과 4.3점) 중요도는 임신·출산 비용 지원이 높게 나타났다(5점만점에 4.8점과 4.5점). 조사의 단편을 일반화시키기는 곤란하나 중요한 사업일수록 보편적 서비스로 설계할 필요가 있음을 보여준다고 하겠다.

현재 제공되는 임신출산지원 서비스 중에는 당초 모자보건 증진, 장애발생 예방 등과 같이 다른 목적으로 도입되었으나 저출산 지원사업으로 편입된 사업들을 볼 수 있는데, 대체로 지원대상과 지원수준이 최초 도입 당시의 기준을 그대로 가지고 있고 저출산 대응 취지로는 변모하지 못한 사업들이 있다. 예를 들어, 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원 사업,²⁴⁾ 선천성 난청검사 및 보청기 지원사업은²⁵⁾ 기준 중위소득 180% 이하의 저소득 가구에 대해서만 제한적으로 지원하고 있다. 사실 이런 사업은 위험에 처한 국민 누구든지 보호해야 한다는 측면에서 보편적 서비스로 추진되어야 함에도 불구하고 국가의 재정능력이 부족하고 국민들의 복지인식이 높지 못하던 시기의 지원수준에 머물러 있는 것이다.

임신·출산 지원사업을 여러 부처와 다양한 부서에서 담당하다 보니 지원사업간에 선정 기준의 정합성이 떨어지는 문제도 있다. 예를 들어 미숙아로 태어난 아이가 있는 가정의 소득수준이 기준 중위소득의 180%를 넘어서면 의료비는 지원받지 못하지만 그래도 아동수당은 지급된다. 만약 약간의 소득금액이 초과되어 더 절박하고 긴요한 의료비를 지원받지 못한다면 그 가정은 아동수당과 의료비 지원의 우선순위가 잘못되었다고 판단하게 된다. ‘분별 조치’가 합리적이지 않은 것이다. 다양한 사업들에 합리적으로 재원이 배분되고 정합성을 제고하는 문제는 개별 부서의 선의에 맡겨서는 해결될 수 없는 문제다. 인구정책을 총괄하고 조정하는 기구에서 우선순위를 설정하고 차이를 해소할 수 있는 실질적인 권한을 가져서 직접적으로 조율하고 개입할 필요가 있다. 그래야만 다양한 저출산 대응사업들이 타성성있게 구성되고 정부정책의 수용성도 높아지게 되는 것이다.

그간 국가의 복지정책 개편방향으로 기존 서비스 제공체계가 가진 잔여주의적 성격과 서비스 공급의 분절성을 극복하여 지원대상을 보편화하여 나가고 통합적 서비스 제공체계를 구축해 나가자는 연구와 주장이 절실하게 계속되어 왔다. 그러나 국가의 재정적 능력은

24) 저소득 가구의 영아에게 선천성 대사이상 질환 검사비 지원, 해당 질환의 환아로 확정되면 특수 식이(특수조제분유, 저단백 햇반)와 선천성 갑상선 기능저하증 의료비를 연간 25만원까지 지원한다.

25) 저소득 가구의 신생아의 난청검사비용을 지원하고 난청으로 확진된 경우 보청기를 131만원 한도까지 지원한다.

한계가 있고, 불가피하게 선택과 집중의 원칙이 적용되다 보니 지원대상의 보편화는 미래에 결정할 의제로 미루어져 왔다. 그러나 저출산 대응을 위해서는 더 미룰 문제가 아니다. 불가피한 경우가 아니라면 선별적인 정책기준들을 보편적인 서비스로 전면 전환하여 나가야 한다.

2) 신청주의 완화, 통합·직권신청 및 처리

송파 세모녀 사건을 계기로 제정된 사회보장급여법은 사회보장업무를 효율적으로 처리하고 복지사각지대가 발생하지 않도록 사회보장정보시스템을 활용하여 복지지원대상자 발굴·지원체계를 운영하도록 하고 있다. 공공서비스 전달체계도 찾아가는 시스템으로 전환되어 가는 추세이고 업무담당자에게 적극행정을 요구하는 등 복지정책의 원칙과 작동기준이 공급자의 편의보다는 수요자 중심으로 빠르게 전환되고 있는 상황에서 신청주의 원칙은 지켜가면서도 보완적 운영방안을 고민할 때이다.

예를 들어 ‘입양숙려기간 모자지원사업’의 경우 출산 40일 전부터 출산 후 10일 이내에 보건소에 방문해서 신청하도록 하고 있다.²⁶⁾ 그런데 출산이 임박하였거나 출산 직후 거동이 불편한 임산부에게 방문하도록 하는 신청방법은 물리적 이동불편 이외에도 당사자가 한부모라는 사회적 편견, 낳은 아이를 입양할 가능성도 있다는 부정적 인식의 감수를 요구하는 측면이 있다. 노출되는 것을 우려하고 신청을 기피할 우려도 있다. 대안으로 신분노출이 되지 않도록 인터넷을 통하여 신청하게 하고,²⁷⁾ 사업담당기관(보건소)의 담당자가 신청인을 방문하여 사실관계의 확인이나 필요한 신청자료를 접수받는 방향으로 변경하는 것이다.

행정안전부는 「임신·출산 관련서비스 통합처리에 관한 규정(예규)」를 시행하고 있다. 이 규정은 시·군·구 및 읍·면·동에서 임신·출산진료비 지원 등 임신서비스 (자치단체 사업포함 8종 이상), 아동수당지원 등 출산서비스(자치단체사업 포함 10종 이상)를 임신서비스 신청과 출생신고시에 통합신청·처리하도록 하고 있다. 통합처리의 대상은 계속 확대되어 왔는데, 이와 같은 적극행정의 결과로 민원인은 편리하게 민원처리를 하게 되었고, 행정의 효율성도 대폭 향상되었을 것임을 알 수 있다.

26) 미혼/이혼 중인 한부모가 출산 전후 정서적으로 불안정한 상태에서 입양에 동의하는 것을 방지하기 위하여 산후 지원인력, 친구나 지인의 산후조리 도움을 받을 수 있도록 일정한 비용을 지원하는 사업

27) ‘청소년산모 임신·출산 의료비 지원사업’은 임신이 확인된 19세 미만의 청소년에게 임신 1회당 의료비를 120만원까지 지원하는데 인터넷 또는 우편으로 신청 가능하다.

사회보장기본법 제11조는 사회보장급여는 당사자 신청주의를 원칙으로 하면서 예외적으로 국가나 자치단체가 신청을 대신할 수 있다고 규정하고 있다. 이와 관련하여 통합사례관리 개선방안에서 제안한 사항으로 분만의료기관 등에서 정부 시스템에 접속하여 출생사실을 등록할 때 필요한 출산·육아 관련 복지욕구를 기재하도록 하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 즉 복지욕구신청을 복지서비스 신청일환으로 간주하여 구체적인 신청행위를 생략·간소화 하거나 사후 동의를 받는 형태로 개선해 나가는 방안이다. 시·군·구는 임신과 출산에 대한 사실을 정보시스템을 통하여 알게 되면 통합사례관리팀의 주도로 자치단체 및 관련 공공기관에서 제공되는 대부분의 급여서비스를 통합처리하는 방안을 검토하는 것이다.

3) 찾아가는 서비스와 적극 행정

출산지원 혜택을 받으려면 많은 경우 수요자가 직접 신청해야 하고 일부는 직접 방문신청해야 하는 문제점을 검토하였다.²⁸⁾ 서비스 지원기관이 각각 다르다면 개별 기관으로 신청해야 한다. 물론 행정안전부가 주관하는 전자정부 구현과 민원사무처리의 혁신이 지속 이뤄지면서 다양한 임신출산지원서비스를 통합신청·처리할 수 있는 시스템이 마련되고 처리대상 서비스가 점차 확대되고 있는 것은 매우 바람직한 개선조치이다. 아직은 통합신청 대상사업이 복잡한 절차와 구조로 설계되어 있거나 담당자와 상담을 하기 전까지는 지원 여부를 미리 알 수 없는 사정 등으로 통합신청목록에 포함되지 못한 사업이 여전히 많은 실정이라는 하나 점차 확대될 것이라고 예상해 본다.

과거에 중앙행정기관은 정책의 중요성만을 강조하였을 뿐 정작 정책이 집행되는 여건이나 전달체계는 자치단체의 역할과 책임으로 맡겨두는 경향이 있었다. 그 결과 양산된 복지서비스가 지방행정조직에서 정책고객들에게 제대로 전달·처리되지 못하는 소위 ‘깎대기 현상’이 발생하여 담당 공무원과 민원인의 혼란과 불편이 커져 갔다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 1980년대 후반부터 자치단체에 사회복지전담공무원 배치를 시작하였고, 국민기초생활보장사업의 내실을 기하기 위하여 충원인원을 지속 확대하여 왔다. 또한 서비스 전달창구로서 제대로 기능하도록 희망복지지원단을 통한 사례 관리체계, 일선 읍면동의 복지기능 강화 개편 등 전달체계를 개선하여 왔다. 그리고 복지업무의 효율성과 정확성을 높이기 위하여 사회복지통합전산망을 구축하고 현재와 같은 사회보장정보

28) 인플루엔자 국가예방접종, 영유아건강검진 등은 별도 사전 신청절차 없이 보건소를 방문하여 곧바로 서비스를 받을 수 있고, 의료급여 건강생활유지비 지원은 본인이 직접 신청하지 않더라도 수급자의 출생사실 확인되면 지급하고 있다. 그러나 수요자가 신청하지 않고 지원하는 정책사업은 매우 제한적이다.

시스템으로 발전시켜 왔다.

최근에는 수요자에게 찾아가는 서비스 전달체계를 구현하기 위하여 행정안전부와 보건복지부가 합동으로 「읍면동 공공서비스 플랫폼」 기능을 정착시켜나가는 중이다. 핵심사항은 읍면동에 ‘찾아가는 보건복지팀’을 조직·운영하는 방안이다. 보건복지팀의 기본모형과 기능은 복지직 공무원 3명, 간호직 공무원 1명 등 4명으로 구성하여 복지위기가구 발굴 및 지원, 종합상담과 통합사례관리 등의 역할을 담당하게 하는 것이다.

아직은 보건소와 읍면동간에 업무영역 조정이나 권한 및 책임에 대한 명확한 설정 문제 등 해결해야 할 과제들이 남아 있다. 수요자 중심의 복지행정 추진을 위하여 관련기관이 자율적으로 협업해 나갈 수 있는 부분이 있고 조직의 구조적 설계를 다르게 해야 할 문제도 있다. 임신출산지원정책을 통합사례관리 방법으로 추진하는 것은 찾아가는 서비스 전달체계의 요건을 충족할 뿐만아니라 출산육아가정에 서비스도 제대로 제공할 수 있을 것으로 판단된다.

2. 온라인 출생신고제도 개선방안

1) 출생증명서와 출생신고서의 통합

현행 온라인 출생신고는 여러 절차를 거치게 된다. 먼저 분만의료기관에서 출생증명서가 작성되어야 한다. 분만의료기관은 출생아의 부모에게 출생증명서를 교부하는 경우에 건강보험심사평가원을 경유하여 법원행정처로 출생증명서를 전자적으로 송부한다. 이어서 출생아의 부모가 전자가족관계시스템에 접속하여 신고항목을 기입하고 출생증명서를 첨부하여 제출한다. 마지막으로 법원행정처는 분만의료기관 및 신고의무자로부터 전송되어온 출생증명서를 상호 대조·확인하여 최종 출생신고를 수리하게 된다. 이 과정에 약 7일의 처리기간이 소요된다.

이에 온라인 신고체계를 간소하게 개선하면서 그 결과를 다양하게 활용하는 방안을 연구하였다.²⁹⁾ <표 6>은 출생신고서와 출생증명서를 가족관계등록법령과 의료법시행규칙이 규정하는 항목에 대하여 출생아와 그 부모 및 작성자로 구분하여 본 것이다. 증명서와 신고서의 법적근거 및 작성목적은 각각 다르지만 기재항목이 많이 중복되어 있다. 우선 이

29) 본 연구의 목적은 출생신고 제도개선에 있지 않다. 다만, 출생신고 체계의 ‘정보 전달’ 기능을 주목하고 이를 활용하면 출산가정에 대하여 통합사례관리 서비스를 효과적으로 제공할 수 있다는 측면에서 연구하였다.

두가지 기능(서식)을 통합하는 방향으로 검토해 볼 수 있다. 단순하게 항목이 중복된다는 이유만으로 이를 통합하고자 하는 것은 결코 아니다.

〈표 7〉은 통합양식으로 제안해 본 것이다. 분만의료기관에서 의료인과 산모가 협업하여 정부가 운영하는 정보시스템, (가칭)“출생신고센터”에 접속하여 통합양식의 항목을 시스템에 등록한다. 사실상 이 과정으로 ①의료법상 출생증명서의 작성, ②「가족관계등록법」상 출생사실의 신고 및 ③행정청의 출생신고의 수리행위 등을 모두 마치게 된다. 출생증명서 작성작업이 정부시스템 기반에서 추진되고 저장되면서 이 정보항목을 관련기관에 연계·공유하면 분만의료기관이 출생증명서를 별도로 작성·교부 및 송부할 필요도 없고, 출생아의 부모도 중복되게 출생신고할 필요가 없으며, 심사평가원의 출생증명서 송부행위나 법원행정청의 송부문서 대조·확인도 필요없게 된다. 또한 자치단체에서 출생증명서의 통계항목을 별도로 입력하여 통계청으로 이첩하는 통계생산 절차도 통합신고 행위로 자동 산출이 가능하게 된다. 다행스럽게 한국보건사회연구원의 2018년 출산력 관련 실태조사 결과, 분만의 장소는 거의 보건의료기관으로 나타났다.³⁰⁾

〈표 6〉 출생신고서와 출생증명서 항목 비교

	출생신고서 (가족관계등록법)	출생증명서	
		(가족관계등록규칙)	(의료법시행규칙)
출 생 아	1. 성명·본·성별 및 등록기준지 2. 출생자 구별 (혼인 중 vs 혼인 외) 3. 출생 일시 및 장소 4. 복수국적자는 취득한 외국 국적	1. 성명 및 성별. 다만, 작명되지 아니한 때에는 그 취지 2. 출생 일시 및 장소 3. 다태아인 경우, 취지, 출생순위 및 출생시각	1. 성별, 성명 2. 출생일시, 출생 장소 • 임신기간(주) • 신체상황(체중·신장) • 건강 상황 3. 다태아 출산시 출생아별 순위, 태아상태
부 모	5. 부모의 성명·본·등록지·주민등록 번호 6. 자녀의 성과 본에 대하여 별도 협의 사항	4. 모의 성명 및 출생연월일	4. 산모 기본 정보 • 성명·연령·주소·직업 • 산모의 산아 수 (○명 중 생존 ○명, 사망 ○명, 사산 △태)
작 성	-	5. 성명, 직업 및 주소	5. 면허, 직종, 성명

30) 기혼여성(15~49세) 10,500명을 대상으로 2016.1.1.~2018년 9월 중에 분만한 경험이 있는 1,778명의 분만장소는 병원 80.7%, 종합병원 10.8%, 의원 8.3%, 조산원 0.2%, 보건의료원 0.1% 등 모두 보건의료기관에서 출산하였다.

〈표 7〉 출생 증명·신고 항목의 통합 방안

		기재 항목 (안)
현행 (증명서 와 신고서 통합)	출생아	1. 출생자녀의 성명·성별 및 등록기준지 2. 출생 일시 및 출생장소 3. 건강상태 : 임신기간(주), 신체상황(체중, 신장), 건강 상황 4. 다태아(多胎兒)인 경우 출생아별 출생 순위 및 출생시각, 건강상태 5. 출생자 구별 (혼인 중 vs 혼인 외) 6. 복수국적자는 취득한 외국 국적
	부모	1. 기본현황: 성명·등록지 및 주민등록번호(연령), 주소, 직업, 학력 2. 산모의 건강상태와 출산이력 • 산아 수 (○명 중 생존자 ○명, 사망자 ○명, 사산자 ○태) • 분만시 위험요인과 특이사항 3. 「민법」 제781조제1항 단서에 따른 협의가 있는 경우 그 사실
	작성자	1. 의료인 등 • 작성일, 면허번호, 직종, 성명 2. 신고인
추가		1. (필수) 출산·육아 가정의 복지제공을 위한 필요 사항 • 현재 혼인상태와 향후 계획(미혼, 한부모) • 보육시설 이용과 가정양육 계획, 육아주체, 육아휴직 일정 등 • 출산·육아 지원 공공서비스 (○○○, ○○○, ○○○ 등) 신청 • 공공서비스 이외의 희망하는 서비스 • 통합사례관리 서비스 이용 신청에 관한 사항 • 급여계좌, 연락처 등 • 건강, 소득·자산, 주거 등 공공정보의 활용 동의에 관한 사항 2. (선택) 복직계획, 필요한 육아용품, 다문화 가정(사용언어) 등

2) 출생사실과 복지욕구의 정부시스템 등록

변경양식의 정부시스템 등록 절차는 다음과 같이 구상하였다. 먼저 분만의료기관은 출생신고센터의 (가칭)‘출산육아지원정보시스템’에 출생아 계정을 신규로 형성하고, 출생아 정보(출생일시, 장소, 성별·신장·체중 및 건강상태, 다태아, 등록기준지 등)와 산모의 건강상태를 입력한다. 그리고 산모와 배우자는 출생자녀의 성명, 혼인 중(또는 혼인 외) 출생여부, 기본정보(생년월일, 주소, 직업 등)를 등록한다. 이 때 부모는 분만의료기관이 제공하는 임시번호로 신생아 계정에 접속하여 기본정보를 직접 입력하거나 분만의료기관에 기본정보를 제공하고 입력을 의뢰할 수도 있다. 여기까지 진행되면 출생신고는 가능하다. 그러

나 출생신고 통합양식으로 개편방안을 제시한 주된 목적은 출산가정에 대한 지역사회의 통합사례관리, 적극적 복지제공을 위한 기본적 정보를 확보하기 위함이다.

이를 위하여 출생아의 부모는 자신의 육아계획 등을 입력한다. 출산가정의 사회경제적 상태(소득·주거·건강 관련 위기적 요소, 긴급복지신청, 청소년·한부모 가정의 가능성 등), 육아 곤란 사유, 지원요청사항 등이 해당된다. 이 부분은 필수항목과 선택항목으로 구분하여 선택항목은 자유의사에 따라 기술하지 않아도 된다.

마지막으로 출생신고 통합양식(연구 안)이 시스템에 등록되면 (가칭)「가족복지번호」를 생성·발급 방안을 검토할 수 있다. 출산부모는 필요한 경우 시스템에 가족복지번호를 입력하여 육아계획을 변경하고 수정할 수 있게 하는 방안이다. <표 8>은 현행 온라인 출생신고와 비교하여 정부시스템에 출생사실과 복지욕구를 등록하는 절차를 설명한 것이다.

〈표 8〉 정부정보시스템에 출생증명사실 등록 절차

	(현행) 증명서 발급후 온라인 출생신고	(변경) 정부시스템에 증명서 항목 등록
출생 증명서 발급	<p>【분만의료기관 재원시】</p> <p>1. 의료기관은 자체 정보시스템(서식)으로 출생증명서 작성</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ㉠출생아 항목: 성명, 출생일시·장소·신장·체중, 태아, 건강상태 등 ◦ ㉢부모 항목: 성명, 연령, 주소, 직업, 출산이력 등 ◦ ㉡출산 확인 의료인 : 의사, 조산사 등 <p>※ 산모는 의료기관에 성명·주소지·연령 등 개인정보 제공 필요</p> <p>2. 의료기관은 산모에게 출생증명서를 산모에게 발급하고 건강보험심사평가원에 전자적으로 송부</p>	<p>【분만의료기관 재원시】</p> <p>1. 의료기관은 정부 시스템에 접속하여 출생아 계정 형성후 다음 사항 등록</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ㉠출생아 항목 : (좌동) ◦ ㉢출산 확인 의료인 : (좌동) <p>2. 출산가정은 임시 접속번호로 정부시스템에 접속하여 부모항목 등록</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ ㉢부모항목 : (좌동) <p>※ 출산가정은 개인정보를 의료기관에 제공하여 대행 입력 가능</p> <p>⇒ ㉠·㉢및㉢의 항목이 등록되면,</p> <ul style="list-style-type: none"> • 증명서 항목은 시스템에 저장 • (가칭)가족복지번호 생성 <p>⇒ 현행방식(증명서 + 신고서)에 육아계획과 복지수요를 추가한 통합항목을 정부시스템에 등록하면 모든 절차와 신고가 완료됨</p>
출생 신고 자료	<p>【출생 후 30일 이내】</p> <p>신고인은 “전자가족관계시스템”의 [인터넷신고→출생]에 절차에 따라 자료 입력</p> <p>(1)분만의료기관에 개인정보의 제3자 동의 여부 확인</p> <p>(2)분만의료기관 구분(병원,조산원), 소재지(시도), 의료기관명 등 선택</p>	<p>【출생 후 30일 이내】</p> <p>※ 산부인과에서 출생아 성명 등을 등록못한 경우에 정부시스템에 접속, 입력</p> <p>(1) 인증서 선택 및 (가칭)가족복지번호 입력하여 로그인</p> <p>(2) 좌측 (2) ~ (7)에서 미등록 사항 등록</p>

	(현행) 증명서 발급후 온라인 출생신고	(변경) 정부시스템에 증명서 항목 등록
입 력	(3)이용약관 확인, · 신고자격, 인증서, ·출생증명서 등 · 출산수당 등 행정기관 방문 안내 등 (4)신고인 정보 입력 · 혼인 중/혼인 외 자녀 구분 · 성명, 주민번호, 자격(부/모, 친족) 등 (5)인증서 선택 (6)출생신고서 입력 ◦ (출생자) 성명·본·성별 및 등록기준지, 출생 일시 및 장소, 출생자 구별(혼인여부), 복수국적자 ◦ (부모) 성명·본·등록기준지 및 주민등록번호 ※ 공인인증서 사용이 가족관계등록시스템과 연동되어 부모 정보는 자동 산출 ◦ (인구동향조사) 부모의 최종학력 (7)출생증명서 등 첨부서류 등록	【추가: 육아 지원 분야】 (8)(필수) 혼인계획(미혼, 한부모), 다문화, 돌봄주체, 필요한 서비스, 급여계좌 등 (9)(선택) 학력, 직업, 육아용품 등 (10)(선택) 통합사례관리 이용 신청 여부 (11)(필수) 소득, 건강, 주거 관련 공적정보의 활용동의
신 고	【출생신고 처리안내와 신고】 ◦ 주민등록지 관할기관으로 이송처리 ※ 신고자료는 대법원·행안부로 송부되고, 첨부 출생증명서는 통계청 이첩 ◦ 출생자 등록부 형성후 양육수당 등 출산지원서비스 신청가능, 출생신고와 별개로 임신출산서비스 통합처리사이트(행복출산) 또는 주민센터 방문 안내 ◦ 최종 확인 및 신고	【육아 가정에 대한 지원과 사례관리】 (1) 시스템간 정보공유 ◦ 가족관계·주민등록·사회보장 등 시스템간 정보 연계·이첩 ◦ 통계청 KOSIS에 필요정보 이첩 (2) 영아·아동·양육·육아기본수당, 출산장려금 등 보편적 지원서비스 제공 (3) 출산·육아가정에 대한 사례관리 ◦ 개인정보 활용 동의로 수집된 정보, 복지욕구와 위기도를 분석 ◦ 서비스 패키지 구성, 사례관리 추진

이와 같이 현행 출생증명서와 출생신고서의 항목을 통합하고 여기에 출산가정의 사회경제적 여건과 육아복지욕구를 추가하여 정부시스템에서 등록하게 되면 매우 효과적인 다양한 후속조치가 가능하다.

먼저, 출산가정에 대하여 적극적 복지제공이 가능하다. 시·군·구는 개별 출산가정에 대한 기초 데이터가 출산지원정보시스템을 통하여 확보되었으니, 이 중에서 특별한 보살핌이 필요한 가정을 발굴하고 사례관리를 통하여 해결방안을 모색할 수 있게 된다. 사회보장급여법을 통하여 정보연계에 의한 소득·재산 조사, 찾아가는 복지서비스 전달체계와 사례관리시스템 등 후속 복지조치를 위한 제도적 장치와 실행체계는 가동되고 있고 이미 상당한 효과를 거두고 있으므로 이러한 적극적 복지체계를 출산육아 영역으로 확대하면 된다. 현재

사회보장정보시스템에 운영중인 복지사각지대 대상자 발굴 통계모형을 응용하여 출산가정에 특화된 분석환경으로 변환하고 사례관리 지원시스템을 구축하는 것이다.

출생아 수는 도시지역이 많은 상황이지만 국가와 지방자치단체의 저출산 극복의지가 높고 어려운 복지난제를 해결해온 축적된 성공경험이 있으므로 출산육아통합사례관리도 훌륭하게 수행해 낼 것으로 기대할 수 있다. 2020년 출생아 수는 272,300명이므로 당분간 출산가구를 270천명에서 300천 수준으로 가정한다면 226개 시·군·구는 각각 평균적으로 매주 23명~25명의 출산가구가 발생하게 되므로 이들에 대하여 지원대상 여부를 검토하여 필요한 조치를 하는 것이다. 먼저 위기가구 발굴기법을 활용하여 육아에 어려움이 없는 것으로 분석되면서 임신부 스스로 복지욕구를 신청한 사항이 없다면 통상적인 공공지원서비스를 제공한다. 만약 ‘육아위기가구’로 판정되면 통합사례관리팀이 선제적으로 개입하고 지원조치를 검토하는 것이다.

부수적으로 민간의료기관에 맡겨진 출생관련 의료기록의 보관 및 보존을 국가관리체제로 변경하면 조산기록에 담겨진 중요한 데이터를 효과적으로 활용이 가능하고, 개인정보의 유출이나 폐기에도 긍정적으로 기여할 수 있다.³¹⁾ 우리나라의 의료법은 의료기관에게 수술기록은 10년, 각종 증명서는 5년, 등 보존의무를 규정하고 있으나, 이 기간이 지나면 중요한 의무기록이 영구적으로 소멸될 수 있다. 또한 의료기관이 휴·폐업되는 경우에는 각종 진료기록은 보건소로 이관하거나 당초 의료기관 개설자가 자택이나 사무실에 일정기간 보관하고 있다. 이 경우에도 보건소는 문서 관리년한이 지나면 폐기할 수 있고 의료기관 개설자의 보관방법도 개인정보의 누출, 관리소홀 우려가 있으므로 국가체계에 의한 기록관리방안이 해결책이 될 수 있을 것이다. 다만, 이 부분은 본 연구의 본질이 아니므로 깊이 있는 기술은 생략한다.

이 외에도 출생신고가 되지 않는 신생아가 급하게 진료를 받아야 하거나 출생아를 대상으로 곧바로 보험이나 금융상품 가입을 하는 경우에도 출생증명서를 정부24를 통한 발급이 가능하게 되어 신생아 의료·복지서비스 수준이 개선될 수 있다. 일선행정기관에서 출생신고 민원업무를 담당하는 인력을 찾아가는 복지서비스, 통합사례관리 등으로 전환배치하여 공무원 증원을 최소화하면서도 출산지원서비스 제공도 더 원활하게 추진할 수 있다.

다만, 출생신고 체계를 변경하기 위해서는 60년 이상 형성된 출생증명서 작성 주체변경,

31) 의무기록 중에서 조산기록을 국가가 관리할 필요성은 출생상황에 대한 구체적인 자료를 확보하여 가족관계 등록과 주민등록 대상자로서 출생자를 확인하고, 저출산 문제를 대응하기 위한 정책기반 자료를 연구·생산하고, 출산가정에 대한 통합사례관리 지원방안으로 활용하기 위함이다.

의료인 등의 정부시스템에 자료입력, 산모의 동의와 협조, 정부 시스템간 정보연계 등 이행조건이 간단하지는 않다. 그렇지만 육아를 담당하는 가정이 깊어지게 될 다양한 애로사항에 대하여 지역사회의 선제적, 적극적, 최우선적 지원을 할 수 있게 되는 것이다. 출산가정이 정보제공에 얼마나 적극적이고 정확하게 하느냐에 따라 지역사회가 제공하는 편의서비스의 적절성도 높아질 수 있다는 측면에서 함께 만드는 복지체계라는 의미를 부여할 수 있다.

3. 출산·육아 통합사례관리 서비스 제공

복지 수요자가 지원받고자 하는 정책사업과 담당기관을 알고 있다면 신청하여 서비스 혜택을 누릴 수 있다. 그런데 수요자는 정작 자신이 선정기준을 충족하는지 미리 가늠해 보기가 대단히 어려운 것이 현실이다. 일반적으로 사업안내서는 선정기준으로 “가구원의 소득인정액이 기준 중위소득의 〇〇% 이하”와 같은 형태로 나타난다. 이와 같은 의미를 이해하고 가구의 소득인정액 정도를 계산한 이후에 해당 기관에 신청하는 것은 거의 불가능하다고 보아야 한다.³²⁾ 지원을 받기 위해서는 서비스 제공기관을 방문하여 기본상담하고 신청서 작성하고 조사결과를 기다리거나 아예 포기하는 수밖에 없는 실정이다.

또한 여러 기관의 다양한 서비스가 조율되지 않은 채 분절적으로 제공될 경우 수요자 중심으로 시너지 효과가 발생되기 보다는 서비스가 중복되어 자원이 낭비되거나 지원대상에서 누락되는 등 비효율의 문제가 발생할 수 있다. 복지공급 자원의 낭비와 비효율의 문제를 개선하는 것은 물론이고 복지수요자가 처해 있는 상황을 정확하게 진단하고 문제해결을 위한 개입방안을 마련하는데 효과적인 방법이 사례관리 기법이다.

사례관리는 “복합적인 문제를 가진 하나의 사례(case)에 대해 다양한 주체와 협력·관리하여 서비스 제공의 효율성과 효과성을 높이는 실천기법이다.”(함영진 2020). 2021년 현재, 사례관리는 저소득층, 노인, 아동 등을 대상으로 하는 서비스 영역에서 시작되어 현재 통합사례관리(저소득 취약계층), 드림스타트(12세 미만의 취약계층 아동), 자활사례관리(조건부 수급자), 노인맞춤 돌봄서비스(독거노인 등), 의료급여관리(의료급여 수급권자),

32) 보건복지부의 「사회보장급여 공통업무 안내」에 따르면, ‘중위소득’이란 전체 가구를 소득 순으로 순위를 매겼을 때, 가운데를 차지하는 가구의 소득을 의미하고, ‘기준중위소득’은 각종 사회보장급여의 수급자 선정기준, 보장수준 등에 활용하기 위하여 중위소득을 바탕으로 중앙생활보장위원회의 심의·의결을 거쳐 공표하는 금액을 말한다. 그리고 소득인정액은 소득평가액에 재산의 소득환산액을 더한 금액을 말한다. 여기에 동원되는 소득과 재산의 종류 또한 다양하다.

방문건강관리(만성질환자 등 건강취약자), 중독관리 통합지원(알콜, 게임 등 중독치료가 필요한 사람), 정신건강 사례관리(정신질환자) 등 총 8개 사업유형이 시행 중이다.

기존에 시행 중인 사례관리 사업방안 등을 참고하여 (가칭) ‘임신출산 통합사례관리사업’ 모델을 모색해 볼 수 있다. 통합사례관리의 원리가 제대로 작동되기 위해서는 지원대상자의 적극적인 정보제공과 복지욕구의 제기가 중요하다. <표 8>에서 제안하였듯이 아이를 낳은 여성이 분만의료기관에서 출생증명서와 출생신고서 항목을 정부시스템에 등록하여 출생 신고할 때에 육아계획과 복지욕구를 함께 등록하는 방안을 설명한 바 있다. 여기에 산모의 개인정보의 활용 동의를 받아 공적자료 연계방법으로 소득·건강·주거 등에 대한 데이터를 확보하고, 복지지원대상자 발굴기법을 활용하여 출산가정의 복지위기도 관련 분석정보를 시·군·구의 통합사례관리팀에 정보연계하면 지원대상자의 욕구파악과 사정의 단계를 마친 것이다.

지원대상자의 특별한 복지욕구에 맞춤형으로 연관되는 서비스를 하나의 사업군으로 묶어 통합적으로 제공하면서도 구성 서비스간에 자원이 중복되지 않고, 지원대상자 입장에서 욕구충족의 사각지대가 발생되지 않도록 할 필요가 있다. 이를 위하여 서비스 제공자들 상호간에 지원대상자 정보를 원활하게 공유하면 조직간 단절로 인한 업무 조정 및 연계의 문제를 보다 효율적으로 처리할 수 있게 된다.

한편 사례관리 수행에 있어 공공서비스 제공인력, 자원 및 전문성은 한계가 있다. 따라서 공공사례관리팀은 출산육아가정의 복지문제 해결을 위하여 민간기관·단체가 효율적이고 창의적인 방법으로 함께 참여할 수 있도록 통로를 마련하되, 공공과 민간의 역할 설정을 분명하게 해 두는 것이 필요하다. 공공은 서비스 연계 및 조정의 역할을 주로 담당하고 민간의 역할은 직접 개입을 통한 서비스 제공에 중점을 두도록 설정하는 것이 필요하다 (홍성대, 2011).

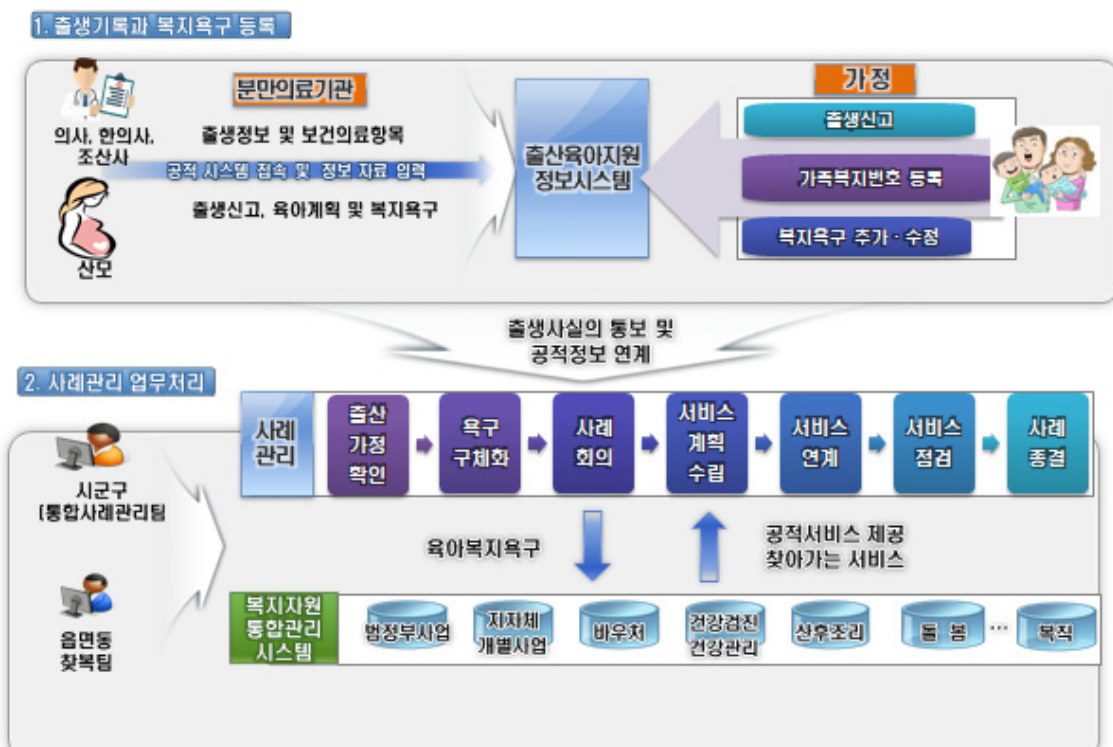
기존의 사례관리 서비스 관련 연구에 의하면 서비스 비용감소, 클라이언트의 삶의 질 향상, 서비스 분절화 감소, 서비스 질 향상, 서비스 만족도 향상, 적절한 서비스 접근성 강화 등 긍정적 효과가 발생하였다고 한다 (민소영 2012). 따라서 임신·출산 및 육아의 영역에서도 사례관리가 도입된다면 사회적으로는 저출산 문제를 극복해 나가는 새로운 방안이 되면서, 출산가정에 있어서는 필요한 서비스가 단절되지 않고 제공될 수 있을 것으로 보인다.

통합사례관리사업은 2017년 3월 「사회보장급여법」 개정으로 근거가 마련되었고, 현재는

통합사례관리 업무를 담당할 통합사례관리사가 시·군·구 등에 배치되어 있고, 필요한 경우에는 통합사례관리 업무를 공공 또는 민간 기관·단체 등에 위탁하여 실시할 수 있는 상태이다.

아래는 분만의료기관에서 출생신고와 함께 육아계획 및 복지욕구 등을 출산육아지원 정보시스템에 입력하고 이러한 정보를 기반으로 통합사례관리 사업을 실시하는 흐름을 보여준다.

〈그림 2〉 출산육아 통합사례관리 업무절차



4. 새로운 산후관리서비스 개발·제공

1) 휴식·위로 및 공감하는 정책서비스

산후관리(postnatal care)는 아이를 낳은 뒤에 심신을 돌보는 것을 말한다. 산욕기라고 하는 분만 후 6주간에 임신과 분만으로 인한 여성의 신체적·정신적 변화로부터 원만하게 회복하도록 관리하는 것은 모성건강, 특히 향후 출산을 위해 중요하다. 한국보건사회연구원이 가구의 출산 및 결혼과 관련된 실태 및 의식 변화를 종합적으로 파악하기 위하여 2018년 수행한 “전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사”는 산후관리 실태를 산후진찰, 산후우울 및 산후조리 등 3개 영역으로 구분하여 조사하였다.³³⁾

앞서 국가와 자치단체가 제공하는 임신출산지원서비스에서 살펴보았듯이 대부분의 서비스는 아이를 임신하여 출산하기까지 의료적 검사와 진료비를 지원하고 신생아에 대한 건강검사와 관련한 서비스를 제공하고 있으나, 상대적으로 아이를 낳은 산모에 대하여 휴식을 제공하고 위로하는 서비스는 매우 제한적이다. ‘산모·신생아 건강관리 지원사업’이 제공되고 있지만, 지원대상이 기준중위소득 150% 이하의 수급자 또는 차상위 계층이 대상이므로 보편적인 서비스로 보기에 아직은 충분하지 못한 실정이다.³⁴⁾

앞으로는 모든 산모의 심리적·정서적·신체적 불안과 변화의 고통을 이해하고 위로하고 지원할 수 있는 사회서비스 제공을 검토할 필요가 있다. 아이를 낳은 산모의 힘든 여정을 국가가 공감하고 있다는 심리적 연대감의 형성은 저출산 문제를 극복하는 데 중요하기 때문이다. 이와 같은 이유로 산모에게 생애전환기 건강검진을 도입하고 산모·신생아 건강관리 지원사업의 범위를 확대하여 산후조리시설에 대한 지원방안을 제안하고자 한다.

이 밖에도 모든 출산가정에 매일 지역사회에서 생산하는 친환경 농산물을 활용한 신선 식품류의 밀박스를 직접 배달해주거나, 미국의 WIC(Women, Infants and children) 프로그램과 같이 영양플러스 사업을 대폭 확대하는 것도 검토할 필요가 있다. 만약 개별 시·군·구의 출산가정이 많지 않아 사업성이 떨어진다면 서비스 제공 주기를 조정하거나, 광역 자치단체가 시행하되, 지역을 몇 개 지역으로 권역화하는 방안도 검토할 수 있을 것이다.

33) 조사주기는 매 3년이고, 2018년 조사는 전국 700개 조사구에 10,500가구를 대상으로 조사하였다.

34) 지원내용은 산모건강관리(유방관리, 체조지원 등), 신생아 건강관리(목욕, 수유지원 등), 산모 식사준비, 산모·신생아 세탁물 관리 및 청소 등이고, 지원기간은 단태아 5~20일, 쌍태아 10~20일, 삼태아 이상 15~25일이다.

2) 산후우울증 검사와 생애전환기 건강검진

우리나라는 전국민 건강보험제도와 국가건강검진 체계를 갖추고 있으나 정신질환 조기 발견 체계는 아직 충분하지 못한 상태이다. 국가건강검진사업의 일환으로 만 40세와 만 66세를 대상으로 실시되는 생애전환기 검진의 우울증 검진이 거의 유일한 정신건강 선별 검사이다. 이를 통해서는 모든 연령대에서 발생하는 정신건강문제의 조기 발견이 어렵고, 검사대상 연령의 한계 때문에 임산부가 경험하는 산후우울증도 검진 사각지대에 놓여있는 상황이다 (김윤 외 2012).

정부는 2012년 6월에 ‘정신건강증진 종합대책’을 발표하여 국민 스스로 자신의 정신건강 수준을 확인하는 ‘생애주기별 정신건강검진’을 2013년부터 실시할 계획을 밝힌 바 있다.³⁵⁾ 주된 검사대상이 감수성이 예민한 학생연령층으로 설정한 상황에서 검진서비스 구성체계는 쉬운 문제가 아니다. 1차검사 결과 이상소견이 있는 경우의 후속처리 문제, 투자 효과 등 여러 가지 검토할 문제가 있다. 그런데 임신과 출산이 갖는 생애주기적 의미가 매우 크고, 국가검진의 종류로 생애전환기 검진서비스가 시행되고 있으므로 이 두가지 요소를 결합하여 임산부를 위한 생애전환기 건강검진사업을 도입하고 그 검진항목(목표질환)으로 산후우울증 항목을 구성하는 방안을 검토하였다.

현재 국가건강검진사업은 영유아건강검진, 학생 검진, 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 노인건강검진 및 암검진으로 구성되어 있다. 흔히 국가건강검진에 새로운 목표질환이나 검사항목을 추가하려 할 때는 유병률 수준과 치료비 부담, 적합한 검사방법의 존재, 개입가능한 치료법, 마지막으로 비용효과적 우위성 등 4가지 고려사항을 충족하여야 한다. 관련하여 보건복지부 홈페이지에 게재된 산후 우울증의 위험성과 치료필요성을 살펴보면, 산후우울증은 누구나 출산 직후에 호르몬 변화와 출산고통 등으로 가벼운 경험을 갖게 되지만 일부 산모는 육아 스트레스, 엄마 역할에 대한 새로운 부담, 부부관계 갈등 등의 심리적인 요인으로 산후 우울증이 지속되고 심화될 수 있다고 한다. 산후 우울증은 우선 본인을 심하게 불편하게 하지만 이로 인하여 태어난 아기를 제대로 돌보지 못하거나 가족들을 힘들게 한다고 한다. 대개 임신 후반기부터 출산 후 4주 이내에 발병하는데 제대로 치료하지 않으면 가까운 미래에 우울증이 재발되어, 만성적인 질병이 될 수 있어 전문 상담을 받아 치료하는 것이 필요하다고 한다.

그러나 보건사업의 일반적 특성처럼 건강검진은 매우 엄밀한 증거 기반(evidence-based)

35) 정신건강검진은 생애주기별로 ①취학전 2회, ②초등생 시기 2회, ③중·고등생 시기 각 1회, ④20대 3회, ⑤30대 이후 연령대별 각 2회씩 실시를 계획하였다

하에 도입되고 추진되는 특성이 있다. 따라서 임신부 대상 생애전환기 건강검진에서 산후 우울증 검사가 타당한 것인가에 대해서는 전문가의 심층적인 연구가 필요하겠지만, 산후 우울증은 대다수 산모가 경험하는 증상으로 산모에 따라서는 방치할 경우 심한 우울증으로 악화될 수 있으므로 공적 프로그램으로 개입할 필요가 있다고 판단된다.

그러나 산후우울증이 심각하고 예방적 상담·치료가 중요하더라도 실제로 산후우울증 검사를 이행하기에는 중대한 장애요인들이 있다. 대표적으로 산후우울증의 선별검사 양성 소견에 대한 낙인과 차별과 같은 부작용이 매우 크게 작용할 수 있다는 점이다. 만약 국가적으로 확실한 보호할 수 있는 방안이 마련되어 있지 않은 상황에서 질병항목에 대한 선별 검사를 시행할 경우 수검률이 낮아질 가능성이 높다 (박상민 2017). 실제로 한국보건사회 연구원의 관련 실태조사에서도 산후우울증 문제로 진료를 받거나 또는 상담을 받은 것으로 조사된 기혼 여성은 3.4%로 나타났다. 이와 같은 낮은 진료·상담률은 일반적으로 우울증에 대한 부정적 편견이 팽배해 있는 상황에서 검사결과 우울증으로 진단될 것을 염려하여 아예 진단받기를 꺼려한 탓으로 보인다. 전문기관도 우울증 선별검사의 경우 신중한 접근을 권고하고 있다. 미국 질병예방서비스위원회(USPSTF)를 비롯한 많은 나라에서도 단순히 우울증 선별을 하는 검진은 지양하고 있다고 한다. 낙인과 차별의 문제가 유발될 수 있는 경우에는 신중하게 검진항목 결정을 해야 할 필요가 있다 (박상민 2017).

그러나 산후 우울증을 경험실태나 당사자의 고통수준은 심각한 것으로 보인다. 인구보건복지협회가 2015년에 분만 경험이 있는 전국의 20~40대 기혼여성, 1,309명을 대상으로 실시한 ‘제4차 저출산 인식 설문조사’에 따르면, 10명중 9명 (90.5%)가 ‘산후우울감을 느낀다’고 응답하였고, 응답자 중 10명 중 3명 (33.7%)이 산후우울증으로 인한 자살충동을 느꼈으며, 심지어 2.0%는 극단적인 선택을 시도한 경험이 있다고 응답했다.³⁶⁾ 적절한 정부대책이 검토될 필요가 있어 보인다. 한편 보건복지부가 발간한 ‘자치단체 출산지원정책 사례집’을 통해 자치단체의 산후우울증 대응사례를 살펴볼 수 있다. 부산 수영구·남구, 대구 달성군, 대전 서구·유성구, 경기 가평군 등은 산후 우울 선별검사와 상담을 지원하는 서비스를 제공 중에 있는데 이러한 지역사례를 분석하여 효과성과 개입방안을 마련해 보는 것도 필요할 것으로 판단된다.

향후 산후우울증에 대한 공적 개입 필요성이 검토된다면 분만의료기관 상황을 감안할

36) 산후우울증 원인은 42%가 ‘아이 양육이 어려워서’, 28.9%가 ‘남편의 낮은 귀기와 무관심’, 20.3%가 ‘매일 집에만 생활해 답답해서’ 순으로 응답하였고, 산후우울증 때문에 50.3%는 ‘아이를 거칠게 다루거나 때린 적이 있고’, 11.8%는 ‘아이에게 욕을 한 적이 있으며’, 심지어 4.1%는 ‘모유나 분유, 음식을 주지 않은 적이 있다’ 라고 응답하여 산후우울증 문제가 심각한 것으로 조사되었다. (인구보건복지협회 2015)

필요가 있다. 산모의 진지하고 적극적인 호응을 얻기 좋은 여건이기 때문이다. 분만의료기관에서 산모가 직접 온라인으로 산후우울증 검사를 실시하도록 안내하되 검사는 산후관리 기간이나 산후우울증 관련 자각증상이 있을 때에 이용하도록 설계할 수 있을 것이다. 정신 의료전문가는 온라인 응답내용을 진단하여 전문적인 심층·대면검사가 필요한 경우에는 개별적으로 안내하여 필요한 진료와과 상담을 받도록 하는 것이다.

3) 산후조리 서비스

산후조리는 출산여성이 임신과 분만으로 인한 신체적·정신적 변화로부터 건강을 회복하는 과정이다. 한국보건사회연구원의 “2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사”에 따르면 산후조리를 위하여 산후조리원을 이용하는 비율은 73.4%로 나타났다. 가구소득 수준이 높을수록 산후조리원 이용률이 높았고, 특히 초산인 경우에는 산후조리 경험이나 관련 정보의 부족, 다양한 관련서비스의 이용 등을 고려하여 85%가 산후조리원을 이용하는 것으로 조사되었다. 그리고 산후조리원, 산후도우미, 친정 부모님 등에게 드리는 돈을 포함한 평균적인 산후조리비용은 224만원으로 조사되었다. 모든 산모가 산후조리 과정이 필요하고 누군가로부터 도움을 받는 것이 일반화된 경우라면 이를 기본적인 산후조리 프로그램으로 개발·제공할 필요가 있다.

일·가정 양립문화, 육아분담 등으로 서서히 나아지고 있는 추세이긴 하지만 여전히 아이를 낳아 돌보는 역할은 여성이 월등하게 높은 상황이다. 예전 대가족 시절에 가족공동체로부터 오던 정서적 지원과 공감하고 위로하는 분위기를 이제는 국가와 사회가 나서서 조성해 주어야 한다. 아이를 낳은 여성이 겪게 되는 신체적·정신적 변화 이외에도 새롭게 경험하는 역할변화 상황을 도와 줄 수 있는 산후조리 서비스를 제공하는 것이다. 산모와 신생아가 공적으로 제공하는 산후조리 서비스를 받은 후에 가정에서 건강관리와 육아를 스스로 감당해보도록 하는 프로그램은 저출산 대응과제의 성격에도 잘 들어맞기 때문이다.

산후조리 서비스는 국가에서 제공하는 임신·출산·육아 서비스에 대한 안내, 부모교육, 일가정양립, 양성평등과 가사분담 등에 대하여 아이 아빠와 엄마를 대상으로 직접 일정한 교육시간을 갖도록 하는 방안을 포함할 수 있다. 소요재정은 보건사회연구원의 실태조사에서 추계된 비용을 일정 비율로 국가와 자치단체가 보조하는 수준에서 출발하는 것이다.

산모를 직접적인 지원대상으로 하는 서비스는 현재 ‘산모·신생아 건강관리사업(산모신생아도우미사업)’이 대표적이다. 산모신생아도우미사업은 출산가정에 건강관리사를 파견

하여 산모의 산후 회복과 신생아의 양육을 지원하고, 출산가정의 경제적 부담을 경감하며, 사회적 일자리 창출을 목적으로 하고 있다. 그간 출산 가정에 대한 지원을 강화하기 위하여 산모도우미를 파견받을 수 있는 선정기준을 지속적으로 완화하였고, 예산확보액을 늘려 왔다. 특히 모자보건법시행령을 개정하여 종전 중위소득의 100분의 120 이하인 가구 중에서 선정하도록 하던 것을 2021년 7월부터는 삭제하여 앞으로는 예산의 범위 내에서 지원할 수 있게 되었고 예산액도 2020년 출생아 수를 기준으로 그 절반이 넘는 출산가정을 지원할 규모로 확보하였다.

〈표 9〉 산모·신생아 건강관리사업 선정기준과 이용자 수

(단위 : 명, %)

	2013	2015	2017	2019	2021
선정기준	(65%)'	(65%)	80%	100%	(120%)
이용자(A)	7,886	8,253	9,729	16,073	(163,560)
출생아(B)	436,455	438,420	357,771	302,676	n/a
비율(A/B)	1.80	1.88	2.71	5.31	n/a

출처: 선정기준은 각 년도 복지부 사업지침, 이용자 현황은 「통계로 보는 사회보장 2020」, 출생아 현황은 통계청 「인구 통계연보」

주1): 선정기준에서 2013년과 2015년은 “전국가구 월평균 소득 기준”, 2017년 이후는 “기준중위소득”임

주2): 2021년 선정기준은 당초 기준 중위소득 120% 이하였으나, 2021. 5. 24. 모자보건법시행령 개정으로 소득기준과 관계없이 예산 범위에서 지원하도록 변경되었음

그러나 도우미파견사업은 도우미를 가정으로 파견하는 형태로 제한하고 있고, 예산 제약이나 소득수준 때문에 보편적인 지원서비스에는 미치지 못하고 있다. 향후에는 출산가정으로 도우미를 파견하는 방식을 보다 유연하게 하고 지원내용도 교육적 기능(육아 관련 공공서비스 안내, 부모의 육아와 가사의 분담 등)을 강화할 필요가 있다. 공적 산후조리 서비스는 정책효과가 의문스러운 각종 현금성 수당지원 사업보다는 수요자의 서비스 만족도가 높을 수 있다.

5. 저출산 대응을 위한 정책기반통계 생산

통계청은 인구동향조사규칙(기획재정부령)에 따라 출생, 사망, 혼인, 이혼의 4종목에 대하여 인구동향을 조사한다. 신고인이 작성한 출생·사망·혼인 등 신고서를 자치단체로부터 송부받아 자료입력과 처리, 분석과정을 거쳐 매월, 분기, 연간단위로 자료를 공표한다. 출생에 관한 자료는 출생 후 1개월 이내에 제출하면, 시·읍·면의 장은 출생관련 신고자료의 내용에 중복, 누락, 오기, 거짓 또는 항목 간 불일치 등이 없는지 등을 검토·확인하고 인구동향조사입력시스템에 지체 없이 입력하도록 되어 있고, 시스템 입력자료는 시·군·구 및 시·도를 거쳐 통계청으로 제출하도록 되어 있다.

여기에서 출생에 관한 조사항목은 ①임신 주(週) 수, 신생아 체중, 다태아(多胎兒) 여부 및 출생순위, ②출생자의 성명·성별·주소, 출생일시 및 장소, 주민등록번호, 혼인 중 또는 혼인 외의 출생 여부, ③출생자 부모의 국적, 생년월일, 최종 졸업학교, 직업, 결혼생활시작일, 등록기준지, 주민등록번호, 총출산아의 수 및 ④신고인의 성명 및 자격 등이다. 출생자 7개 항목, 출생자 부모 5개 항목 등 총 12개 조사항목이다.³⁷⁾만약 더 다양하고 구체적인 출생통계가 생산된다면 저출산 대응정책의 평가와 기획 및 집행에 효과적으로 사용될 수 있다.³⁸⁾ 출생자 부모의 사회경제적 배경, 임신·출산·육아 관련 경험이나 복지서비스 욕구를 파악할 수 있다면 출산지원서비스 개발을 도울 수 있다.

현재 출생증명서 양식의 “산모의 산아 수(○명 중 생존자 ○명, 사망자 ○명, 사산자 ○태)” 항목도 조사항목에서는 빠져 있으나, 만약 사산자 항목이 집계될 수 있다면 산모의 연령, 흡연과 음주 등 건강습관, 일자리 유형과 소득수준 등의 관련항목과 연계하여 유산(流産) 예방을 위한 모자보건사업 개발에 활용될 수 있을 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 조사항목에 빠진 이유는 민감한 개인정보 성격 때문에 산모가 분만의료기관에 출산 경력을 제공하지 않았을 수 있다. “출생아의 건강상황”이 조사항목에 빠진 이유도 출생증명서에 출생아에 대한 건강정보를 객관적으로 기재하게 되면 출생자 부모의 정서를 해칠 가능성이 있고, 설령 기재하지 않아도 효력에 문제되는 것은 아니라고 할 수 있다. 출생증명서에 실제로 기재되지 않고 교부되는 상황 때문에 통계청의 조사항목에도 반영되지 못

37) 인구동향조사규칙 제4조제1항제1호

38) 출생분야 조사항목은 장래인구 추계의 기초 자료, 출생아수에 비례한 지역별 산부인과 병상수 및 의사수요 예측, 육아용품 수요예측 및 육아비용 산정, 연도별 교육시설 투자비용 추정, 장래 노동공급량 예측 및 병역자원 수급정책, 지역별 인구증가에 따른 저축수준 및 투자수요 예측, 출산억제 또는 장려정책 선택 자료, 출산력 변동에 따른 가구의 소비지출 규모 변동 추정 등에 활용된다.

했을 가능성이 있다.

산모의 과거 출산경험을 굳이 출생증명서에 기재하게 할 이유는 없다. 현재의 출생증명서는 1962년 의료법시행규칙에 반영된 양식과 기재항목을 대부분 유지하고 있는 데,³⁹⁾ 베이비붐 시대에 모자보건수준이 미흡했던 상황에서 산과(産科)적 필요에 따라 만들어진 서식이라고 할 수 있다. 그런데 정부시스템에 출생관련 항목을 등록하게 되면 산모의 산아수, 출생아의 건강상황과 같은 통계가 용이하게 산출될 수 있을 것으로 보인다.

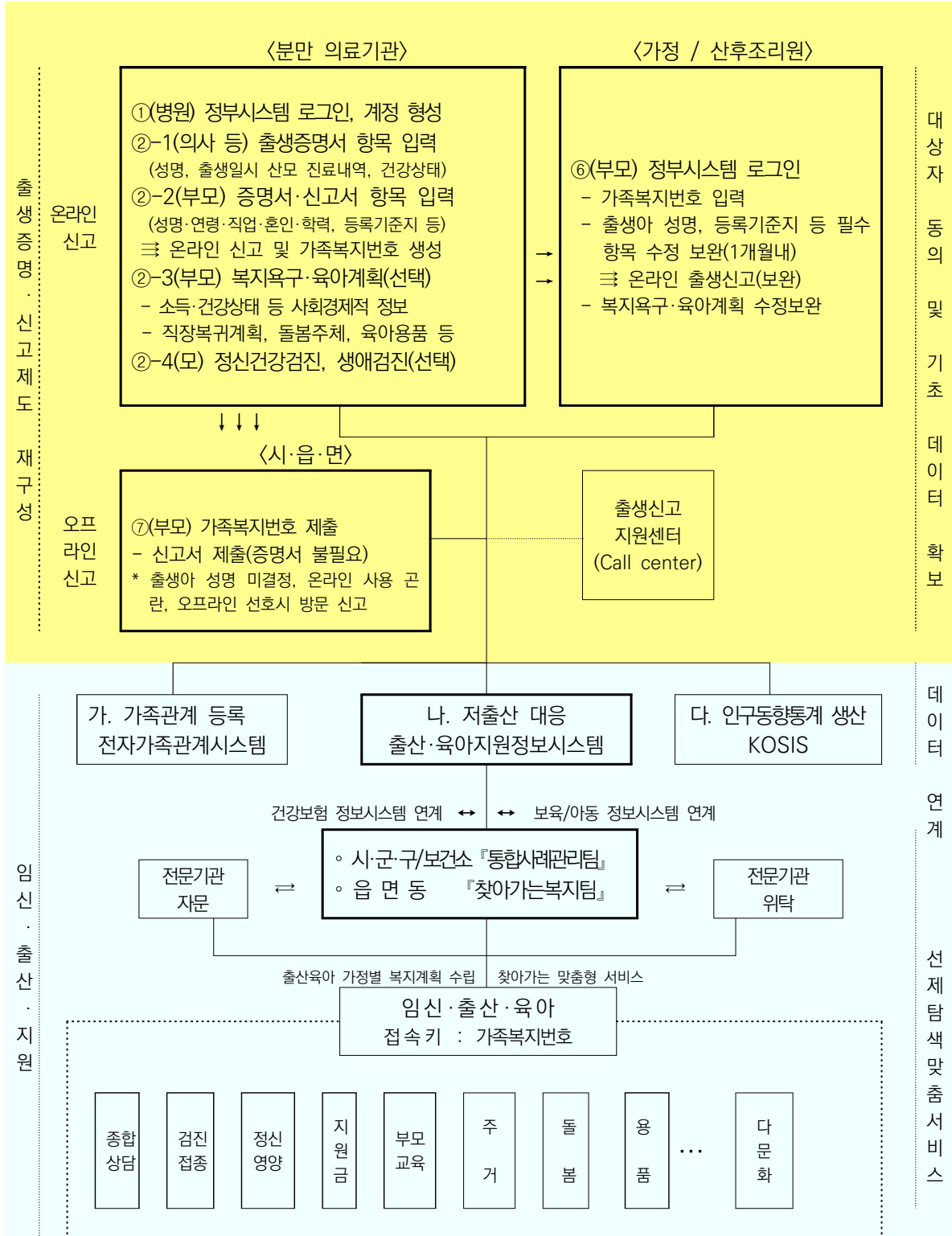
그리고 출생기록의 등록과 발급을 정부시스템으로 변경한다면 자치단체 담당자가 출생 신고서와 첨부된 출생증명서를 참조하여 출생통계 조사항목을 인구동향조사시스템 입력하는 체계를 생략하거나 간소화하면서도 더 많은 조사항목을 효율적으로 생산할 수 있게 된다. 출생통계의 생산기간이 단축되고, 조사비용이 절감되는 등 1차적인 효과 이외에도 저출산 대응을 위한 정책개발에 필요한 지표들을 제공할 수 있게 되는 것이다.

다음 그림은 정책대안으로 제시한 사항을 종합한 것이다.

39) 1962. 5. 7일에 개정된 의료법시행규칙 제12조는 의사·한 의사 또는 조산원이 출생증명서를 교부할 때에는 별지 제8호서식에 의하고... 다음 사항을 기재하고 서명날인하여야 한다. (일부생략)

1. 출생증명서(산아의 부모의 주소·성명 및 연령, 출생장소, 출생년월일 시분, 산아의 임신월수 및 성별, 다태시에 있어서는 그 상황, 분만회수, 산아의 신체 및 건강상황, 출생증명서를 작성한 의사·한 의사 또는 조산원의 자격 및 주소)

〈그림 3〉 출생신고체계 기반의 출산육아지원정보시스템 구축



* 임신확인서 등록후 임신출산진료비, 생애전환기 검진(신규) 등 서비스 안내·제공

* 가족복지번호를 통하여 복지육구 추가, 변경, 철회 등 자율적으로 현행화

VI. 결 어

대한민국은 서구사회에 비하여 경제발전은 뒤늦었고, 복지제도의 운영 경험은 충분하지 못하였다. 그러나 지금은 상황이 많이 달라졌다. 복지시스템은 빈곳이 드물 정도로 날로 정교해지고 운영체계도 효율적으로 개선되어 가고 있다. 단순하게 정책을 집행하는 수준에서 그치는 것이 아니라 정책고객이 만족하면서 국가의 정책목표를 동시에 달성하는 수준으로 발전해 가고 있다.

그런데 저출산 대응정책은 아직 제 궤도에 이르지 못한 것으로 평가된다. 사회적, 국가적으로 저출산 문제의 심각성과 전략적 대책마련의 필요성에 대해서는 많은 주장과 제안이 있어 왔다. 저출산고령사회기본법을 제정하였고, 출산지원을 위하여 자치단체의 정책사업은 2,200여개가 넘고, 매년 17조가 넘는 예산을 투자하여 왔다. 그럼에도 불구하고 정책지원 수요자는 부족하다고 판단하는 듯하다. 가파르게 떨어지고 있는 합계 출산율이 반증하고 있다.

저출산은 사회구조적 문제이고 전세계적 추세라는 진단으로는 저출산의 늪에서 결코 빠져나오기 어렵다. 굳이 창의적이거나 혁신적인 해결방안이 아니더라도, 국가와 사회가 노력했음에도 불구하고 목표하는 성과가 나타나지 않는다면 그 원인을 제대로 밝혀내야 한다. 혹시나 저출산 극복을 위하여 많은 돈을 들여 제공해온 서비스가 수요자가 찾고 있던 내용과는 다른 것은 아니었을까? 지원서비스의 종류와 양이 부족하거나, 품질과 제공방식에는 문제가 없었을까? 사회환경의 변화와 젊은 인구계층의 복지욕구는 정확하게 파악된 것이었던가?

정치적으로 민주화되고 IMF 구제금융기에 태어난 밀레니엄 세대의 복지욕구를 베이비붐 세대에게 적용되었던 성장지상주의 논리와 잔여적, 사후적 복지제공 틀로는 충족시키기 어렵다. 저출산 대응과는 다른 정책목적으로 시행해 오던 정책 중에서 단순히 아이 낳고 키우는데 관련된다고 하여 저출산정책으로 재활용한 사례들을 지적한 바 있다. 소득 3만불 시대에 당연하게 구비해야 할 복지안전망을 저출산 대응수단과 동일시 해 온 측면

이 있다. 안전한 임신과 출산, 영유아의 건강한 성장과 돌봄은 저출산 문제와 관계없이 국가의 기본적인 보건의복지제도인 것이다.

정부가 임신출산 지원을 위하여 어떠한 노력을 하더라도 수요자 입장에서는 임신과 출산의 필요조건에 불과하다. 정책담당부처와 집행기관 및 서비스 공급자 들은 필요한 서비스를 제공하기 위하여 제반 정책을 적극 추진하여 왔지만, 출산가정은 그들이 긴 생애주기 동안 경험하게 될 힘든 여정에 대한 깊이 있는 ‘공감과 위로’는 충분하게 느끼지 못하였을 가능성이 있다.

정부는 더 다양하고 만족도가 높은 지원정책을 개발해야 하고, 부족한 부분은 위로와 이해를 구하는 자세를 가져야 한다. 정부의 정책이 아직은 충분하지 못하지만, 앞으로는 더 많이 개선되어갈 것이라는 믿음을 줄 때 아이를 낳을 가정과 세대의 분위기는 달라질 수 있다. 아이를 낳아서 키워도 되겠구나 하는 생각을 더 많은 사람들이 공유할 때에 비로소 저출산 문제는 희망을 가져도 될 것이다.

본 연구는 분만의료기관에서 출생증명서 교부절차와 방법을 약간만 변경한다면 출생신고의 간편처리, 행정효율의 개선, 민원편의 제고 등 다양한 효과를 거둘 수 있음을 살펴본 것이다. 즉 출생사실 등록부터 출생아 부모의 복지욕구를 확인하고 지원하는 기능을 수행할 ‘출산지원정보시스템’을 구축하는 방안을 제안하였다. 출생신고가 접수된 순간부터 지역 사회는 출산부모가 필요한 육아서비스를 최소한의 육아를 마칠 때까지 가장 효과적으로 지원해 주는 시스템을 구축하자는 것이다. 자치단체 서비스 담당부서가 참여하여 구성되는 통합사례관리팀이 출산가정의 특성과 복지욕구를 종합사정하고 필요한 서비스를 선제적으로 제공하도록 출산지원정보시스템은 중요한 정보를 제공할 것이다.

물론 출산지원정보시스템을 구축하고 출산가정에 맞춤형 복지급여를 제공하는 시스템은 의욕한다고 단시간에 쉽게 만들 수 있는 것은 아니다. 그러나 한국사회는 복지제도와 서비스 전달체계를 구축·정비하여 왔고 재정투자도 실질적으로 늘려왔다. 국민의 디지털 리터러시(이해도)도 부족함이 없는 상태이다. 그리고 행복e음부터 사회보장정보시스템에 이르기까지 디지털 기반의 복지행정 성공경험이 있어 정책제안을 검토할 수 있는 여건이 충분하게 조성되어 있는 상태이다.

2020년에 급습한 코로나19 위기상황에서 대한민국은 주민등록 제도와 의료보장 정보를 기반으로 방역활동을 성공적으로 수행해 오고 있다. 부족한 마스크의 배분체계 정립, QR코드 전자출입명부로 대중공간의 안전장치 확보, 전국민 재난지원금 지급, 백신접종

예약시스템 등 정부가 주도하고 IT기업이 동참하며 우리 국민이 보여준 이해와 협조는 저출산의 늪에 빠진 한국사회의 문제를 풀어나가는데 기여할 수 있을 것이라는 믿음을 갖게 한다.

자치단체는 출산가정이 당장은 선호하고 집행도 쉬운 각종 수당과 장려금 등 현금제공에 집중하여 왔다. 한번 관행이 형성되었으니 자체적으로는 멈추기가 어렵고 인접하는 자치단체에 뒤처질 수 없으니 더 많이 드려야 하는 상황이다. 그러나 현금지원 정책사업의 효과에 대해서는 의견이 분분한 상태이고 감사원도 장기적 효과를 담보할 수 있는 방안의 마련을 주문하였다. 이에 연구자는 임신부를 직접 지원하기 위하여 산후우울증 검사항목이 포함된 생애전환기 건강검진 도입, 수요자의 선택권을 보장하는 유연한 산후조리서비스 제공방안을 제안하였다.

정책제안에 대하여 컨센서스를 이루기도 쉽지 않지만, 이의 실행에는 더 많은 지혜가 모아지고 연구가 진행되어야 한다. 특히 출산지원정보시스템 구축은 단순한 기술적 구현 이상의 검토가 필요하다. 또한 분만의료기관의 적극적 동의를 구하고, 출산세대의 시스템 사용의지를 미리 파악해보는 것도 과제이다. 미혼·이혼·한부모가정의 등록방안, 생물학적 부의 부성(父性) 확인거부 문제, 출산가정의 개인정보 확보, 인센티브 도입 등 모두가 민감하고 무거운 과제들이다. 이와 같은 이슈와 과제들의 법적 근거도 고민이다. 출산, 출생, 정보연계, 지역복지, 전달체계, 사례관리, 사회보장 등 다양한 정책영역과 관련되어 있어 이를 모자보건법과 같은 단일법으로 해소할 수도 없고, 저출산고령사회기본법과 같은 기본법으로 규정하기도 난처하다. 새로운 ‘모자보건 및 복지증진에 관한 법률’ 제정을 검토해 보는 것도 전혀 엉뚱하지만은 않을 것이다.

국가와 자치단체는 저출산 극복을 위하여 대단히 노력하였다. 안타까운 것은 저출산 문제가 극복되는 희망의 징조 보다는 ‘인구소멸 위험지역’, ‘인구절벽’, 심지어 모든 것을 포기하는 ‘자포자기족’ 과 같은 신조어와 같은 비관적 분위기가 압도하는 분위기가 팽배해 있는 상황이라는 것이다. 임신과 출산의 문제는 미래의 문제가 아니라 지금 당장의 현실이고, 국가 또는 자치단체의 어느 한쪽이 도맡을 사안도 아니며, 개인이 알아서 해결할 문제는 더욱 아니다. 공급자의 관행을 벗어나서 수요자를 위하여 제대로 혁신해 나갈 때에 저출산 터널의 끝으로 성큼 나아갈 수 있을 것이다. 이 연구보고서가 실마리를 찾아가는 계기가 되기를 희망한다.

참고문헌

1. 국내 문헌

- 김 윤 외. 2012. 국가정신건강검진체계 개발 연구. 서울대학교 산학협력단.
- 박상민 외. 2017. 20-30대 국가건강검진 도입 타당성 분석. 서울대학교.
- 보건복지부. 2021. 2021 모자보건사업안내.
- 보건복지부. 2016. 보건복지 70년사.
- 보건복지부. 2020. 2019 아동학대 주요통계.
- 보건복지부. 2021. 통계로 보는 사회보장 2020.
- 보건복지부. 2021. 2021년 사회보장급여 공통업무 안내.
- 보건복지부. 2021. 2020년도 자치단체 출산지원정책 사례집.
- 보건사회부. 1971. 보건사회 행정백서.
- 안상훈 외. 2013. 지속가능한 맞춤형 복지전략 도입방안. 서울대학교 산학협력단
- 저출산고령사회위원회. 2020. 제3차기본계획 2020년도 자치단체 시행계획
- 저출산고령사회위원회. 2019. 제3차기본계획 2019년도 자치단체 시행계획
- 저출산고령사회위원회. 2018. 제3차기본계획 2018년도 자치단체 시행계획
- 저출산고령사회위원회. 2017. 제3차기본계획 2017년도 자치단체 시행계획
- 저출산고령사회위원회. 2016. 제3차기본계획 2016년도 자치단체 시행계획
- 통계청. 2020. 2019년 인구동태통계연보(총괄·출생·사망편).
- 이소영 외. 2018. 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 함영진 외. 2020. 지역사회 통합돌봄 사례관리재정지원 방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 홍성대 외. 2011. 통합적 사례관리 및 자원관리 방안 연구. 사회보장정보원.

2. 보도 자료

- 감 사 원. 2021. “저출산·고령화대책 성과분석 감사결과”
- 보건복지부. 2020. “2020년도 자치단체 출산지원정책 사례집 발간”
- 보건복지부. 2012. “생애주기별 정신건강검진 실시”
- 인구보건복지협회. 2015. “제4차 저출산 인식 설문조사”
- 저출산고령사회위원회. 2021. “제4차 저출산·고령사회 기본계획 이행 약속”

3. 해외 자료

Arizona Department of Heal Services. 2016. “Certificate of Live Birth Instruction Guide.”

<https://azdhs.gov/documents/vital-records/manuals/certificate-of-live-birth-worksheet-instruction-guide-2003-standard.pdf>(검색일: 2021년 10월 22일)

Ohio Department of Health. 2017. “Birth Parent’s Worksheet.”

<https://ccphohio.org/wp-content/uploads/sites/21/2017/02/nbbirthcertpacket.pdf>
(검색일: 2021년 10월 22일)

[붙임 1]

자치단체 공통사업 투자예산 추이

(단위 억 원, 만 원, 명)

	투자예산 (억원)					연평균		1인당
	2015	2016	2017	2018	2019	투자예산 (억원) (a)	출생아 (명) (b)	투자액 (만원) c=(a/b)
전국	136,529	157,063	127,377	141,142	156,553	143,732	366,386	3,923
서울	25,582	20,230	28,250	27,601	31,313	26,595	67,135	3,961
부산	4,543	20,982	8,015	8,730	13,191	11,092	21,846	5,077
대구	3,334	1,105	3,936	5,307	5,515	3,839	16,063	2,389
인천	5,197	5,306	5,429	8,595	11,369	7,179	21,630	3,319
광주	3,185	3,157	2,948	4,794	532	2,923	10,322	2,831
대전	4,543	3,660	3,824	1,991	3,600	3,523	10,961	3,214
울산	575	18,663	5,123	1,988	2,887	5,847	9,542	6,127
세종	27	37	52	403	580	219	3,406	64
경기	57,343	51,489	31,990	38,945	43,735	44,700	96,919	4,612
강원	3,932	4,638	4,334	4,932	2,161	3,999	9,315	4,293
충북	3,564	4,682	3,367	4,741	4,681	4,207	11,523	3,650
충남	2,791	3,372	3,434	5,611	7,481	4,537	15,836	2,864
전북	5,221	4,701	4,346	5,613	5,628	5,101	11,421	4,466
전남	7,743	1,837	3,227	780	446	2,806	12,693	2,210
경북	2,406	3,935	9,317	7,087	5,347	5,618	18,286	3,072
경남	4,383	6,995	7,866	11,452	14,897	9,118	24,199	3,767
제주	2,160	2,274	1,919	2,572	3,190	2,423	5,082	4,767

주1: 제3차 기본계획의 각 년도 시행계획에서 전년도 예산액(국비 포함) 집계

주2: 세종특별자치시 투자예산액은 특별자치시 조성 차원에서 복지인프라 조성이 추진되어 이와 관련된 소요예산의 반영 필요성이 낮았을 것으로 보임

[붙임 2]

미국의 출생증명기록 구성 항목

1. 개 요

출생증명서(birth certificate)가 주 정부와 지역 행정기관에서 발급되기 위해서는 먼저 병원에서 기초자료로서 출생증명서(certification of live birth)가 작성되어 시스템에 등록되어야 한다. 출생아의 부모는 분만의료기관이 출생기록의 등록을 용이하게 할 수 있도록 출생증명 조사기록지(Work sheet)를 작성하여 분만의료기관에 제출한다. 과거 진료기록이나 출산전후 특이사항은 진료차트 등 기록에 따라 분만을 담당하는 의사나 등록담당자가 작성한다.

출생증명서(certification of live birth)를 주 정부 생명통계센터의 정보시스템에 등록하는 권한과 책임은 분만의료기관의 등록담당자에게 있다. 등록담당자는 출생아 부모의 작성자료가 정부의 매뉴얼에 따라 정확하고 빠짐없이 작성하였는지를 확인하고, 부모의 작성내용을 정정하기도 한다. 따라서 출생증명서(certification of live birth)는 출생아의 부모와 분만의료기관이 협업하여 나온 결과물이라고 할 수 있다.

분만의료기관 이외 장소에서 출산(Out of Institution Birth)한 경우의 작성항목에 대해서는 생략하고 아래에서는 분만의료기관을 중심으로 소개한다.

2. 출생증명 기록지 (산모용)

출생자녀의 증명서를 등록하기 위하여 산모는 다음 사항의 출생증명서 조사기록지를 작성하여 퇴원하기 전에 분만의료기관에 제출한다. 필요한 경우 병원에 근무하는 사회복지사 등의 도움을 받을 수 있다.

- (신생아 일반) 분만의료기관의 명칭과 소재지, 신생아의 출생일시, 다태아 여부, 출생 증명서에 표기될 아기의 법률상 이름
- (산모 일반) 성명, 출생 연월일, 출생장소, 현재 거주지, 우편물 수령주소, 이메일 주소, 전화번호, 산모의 직업, 종사하는 산업 직군, 최종 학력, 히스패닉 출신 여부, 인종 구분

- (산모의 건강상태) 이번 임신기간 동안 WIC 프로그램의 식품 수혜 여부, 신장, 체중 (임신 전) 체중(출산 후)
- (흡연과 음주) 임신 전 3개월, 임신 이후 첫 3개월, 두 번째 3개월, 마지막 3개월로 구분하여 해당 기간 중에 일일 흡연량과 음주 횟수
- (산모의 혼인 관련) 현재 혼인 상태라면 자녀의 출생증명서에 남편이름을 출생자녀의 부(父)로 등재할 것인지 여부는 산모가 자율적으로 선택 가능
 - 미혼 상태라면 출생자녀에 대한 부의 성명은 부, 모가 모두 친권을 인정할 경우에만 출생증명서에 기재 가능
 - 아기의 출생 300일 이전 당시에 생물학적 부(父)와는 다른 사람과 결혼상태에 있는가에 대한 질문
- (생물학적 부 관련) 성명, 출생 연월일, 태어난 지역, 사회보장번호, 직업, 종사하는 산업 직군, 최종학력, 히스패닉 출신 여부, 인종 구분, 우편주소
 - 친자확인 관련 필요한 검사의 완료 여부와 부와 모가 각각 아기에 대한 법적 책임을 수락하는 친부진술서 양식에 서명 여부

3. 출생증명 기록지 (등록 담당자용)

이 부분은 산전후 진료내역, 진통 및 분만과 관련된 것으로 진료 기록, 의료보고서 등 명확한 근거에 기초하여 작성해야 한다. 작성편의와 통계적 처리를 위하여 각 조사항목의 나열된 선택지 중에서 해당사항을 선택한다.

- (분만의료기관 일반현황) 기관명칭과 고유번호, 주소, 출생장소(병원, 의원, 병원으로 오는 도중의 교통수단, 집(의도), 집(비 의도), 기타), 의료비 지불방법(개인보험, 에디 케이드, 메디케어, 직접 지불, 제3자 등)
- (태아기, Prenatal) 임신 진단을 받기 위하여 의료기관을 처음/마지막으로 방문한 날짜, 이번 임신기간에 태아진찰 등을 위하여 의료기관 방문 총 횟수, 마지막 월경일, 초음파 검사시기, 출산자녀 중 현재 살아 있는 자녀 수, 이번 임신을 제외한 총 임신횟수, 이번 임신 이전의 마지막 임신결과 날짜
- (임신기, Pregnancy) 임신기 의료적 위험 요인(임신 전 고혈압, 임신 당뇨, 37주 미만의

- 조산경험, 불임치료, 보조생식, 제왕절개분만, 양수 이상증, 자궁파열, 심장질환, 혈액형 동종 면역 등), 감염질환, 산과 절차, 조산방지를 위한 프로게스테론 처치경험 등
- (분만) 분만의료기관으로의 이송 사유, 산통, 분만 일시, 분만 담당자의 성명과 직종, 분만시 체중, 진통과 분만시 특이사항, 분만 방법, 산모 이환율
 - (신생아) 신생아 의료기록 번호, 출생시 체중, 산과적 추정에 의한 임신 주수, 성별, 아프가 점수, 다태아 여부와 분만 순서 출생아 이외의 사태아 여부와 수, 신생아의 눈에 사용된 의약품의 종류, 신생아의 이상 상태, 신생아의 선천성 기형, 분만 후 24시간 이내 전원 여부, 보고시점에 아이의 생존여부, 아이 퇴원 시점의 모유 수유 여부, B형 간염백신 접종 여부 등