

# 보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health  
and Social Affairs

ISSN 2092-7117  
제 192호 (2013-22) 발행일 : 2013. 05. 31

**KIHASA** 한국보건사회연구원  
Korea Institute for Health and Social Affairs

## 정부 난임부부 시술비 지원사업 현황과 성과

저출산 및 고령사회에서 지속적으로 증가하는 난임 진단자수를 고려할 때, 현 일부 대상에 국한된 보조생식 시술비용 지원에서 탈피하여 보편적 서비스로 접근할 수 있도록 보조생식술에 대한 건강보험 급여화가 요구됨. 비교적 간단한 시술인 인공수정시술에 대한 보험수가 책정을 통해 질 관리를 위한 모니터링체계 구축 및 소비자 알 권리를 보장하고, 사후적 시술비 지원 정책에서 능동 예방적 서비스 확대를 위한 근거중심 사업추진 기반을 마련함

난임을 극복하는 데에는 경제적·신체적 부담 뿐 아니라 정신적 부담을 가중시키고 있으므로 난임부부 시술비 지원사업을 단순히 저출산 해법만이 아니라 이들의 삶의 질 향상 차원에서 포괄적으로 접근할 수 있는 사회적 지지 프로그램의 개발, 운영이 필요함



황나미 연구위원

### 1. 난임진단 대상자의 증가

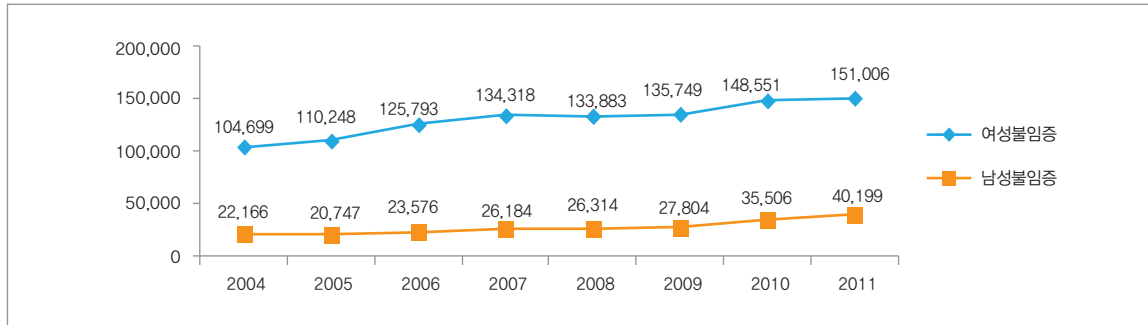
- 우리나라 합계출산율(TFR)은 2012년 1.3으로, 2005년 1.08이라는 최저점을 기록한 이후 서서히 회복되고 있으나 여전히 OECD 국가(2010년 평균 1.74) 중 최저 출산수준을 유지하고 있음
  - 인구학적 원인으로는 만혼화로 인한 생식능력의 감소로 초래된 난임이 저출산 요인의 하나로 작용하고 있음
- 우리나라 15~39세 유배우 가임여성 가운데 피임을 하지 않은 상태에서 임신이 되지 않는 일차성(원발성) 난임의 비율은 약 13.5%(2003년)임<sup>1)</sup>
  - 우리나라 난임 진단자 수는 2005~2011년 동안 연 평균 7.7%(여성 6.2%, 남성 15.6%) 증가하였으며 특히 남성 난임진단자수의 증가가 두드러져 2010년도의 경우 전년도 대비 27.7% 급증하였고, 2011년에는 13.2% 증가하였음(그림 1)<sup>2)</sup>

1) 황나미 외(2003). 우리나라 난임부부 발생현황과 의료이용 실태. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

2) 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(각년도). 건강보험통계연보.

- 난임 진단자수는 매년 19여 만명 수준이며(2011년 여성 15만명, 남성 4만명) 이들의 일부는 2~3년 이내 임신 및 출산에 이르지 못한다는 점을 감안할 때, 난임대상자 수는 우리 사회에 수십 만명에 이를 것으로 추정됨
- 전국 표본조사에 의하면 난임진단을 받았지만 치료받지 않은 경우가 37.9%, 치료받다가 중단한 경우가 25.0%이어서 약 3명 중 2명이 임신하기 위한 의료적 개입을 포기한 것으로 파악됨. 미치료 사유는 임신 가능성이 없어 보여서가 가장 많았고(60%), 경제적 부담(14%)과 영구난임 판정(12%) 순이었음<sup>3)</sup>

[그림 1] 연도별 난임 진단 대상자수: 2004~2011년 (단위: 명)



주: 298 질병분류로 난임진단 코드는 N46 남성난임, N97 여성난임 기준.  
 자료: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(각년도), 건강보험통계연보.

## 2. 저출산 극복을 위한 난임부부 시술비 지원사업 실시

- 난임이 증가하는 가운데 최근 ‘체외수정 및 배아식술’(이후 체외수정으로 기술)을 포함한 보조생식술(ART: Assisted Reproductive Technologies)의 기술은 첨단화되고 고도화되어 이제 보조생식술은 난임대상자에게 임신을 할 수 있는 최대의 기회를 제공하고 있음

○ 이에 정부는 ‘불임(不妊)’을 ‘난임(難妊)’으로 표기하고 있으며, 우리 사회에서는 임신이 불가능한 상태가 아닌 단지 어려운 상태로 인식하고 있음. 그렇지만 임신하는 데에는 대부분 여러 차례 보조생식술이 수반됨에 따라 장기간의 시간이 소요되고 고액의 시술비용이 발생된다는 점이 문제임

- 일부 난임 진단검사는 2001년 6월부터 건강보험 급여가 적용되기 시작하였지만 현재 난임치료를 위한 인공수정 및 체외수정 등 보조생식 시술행위와 시술에 따른 검사 및 약제들은 건강보험 적용범위에서 제외되어 있음
- 이에 정부는 2006년 당시 초저출산 극복을 위하여 ‘난임부부 시술비 지원사업’을 도입, 체외수정 등의 보조생식 시술비의 일부를 지원하고 있으며, 2010년부터는 체외수정 전 단계에서 이루어지는 인공수정 시술비의 일부를 지원하고 있음

○ 난임부부의 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신 · 출산에 따른 사회 및 의료적 장애를 제거하고, 난임부부가 자녀와 함께하는 질적인 삶을 영위할 수 있도록 강구하였음

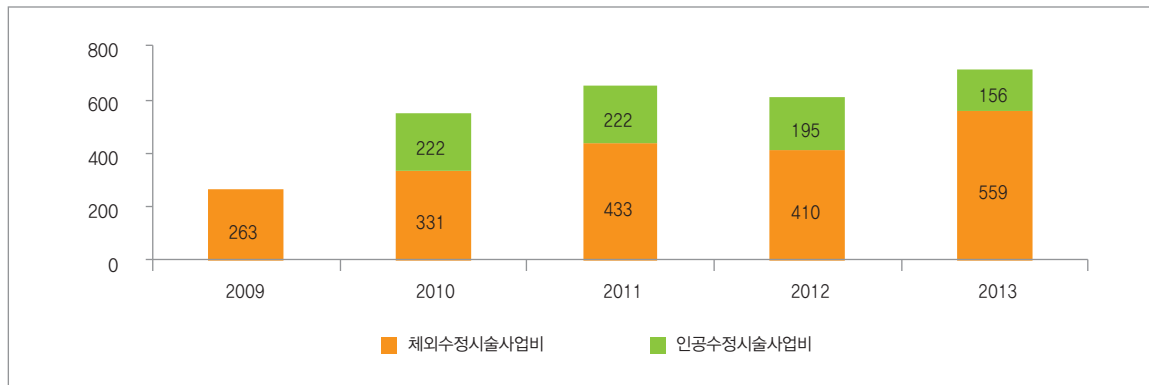
3) 김승권 외(2012). 2012년 ‘전국 출산력 및 가족보건 · 복지실태조사’, 한국보건사회연구원.

○ 전국가구 월평균 소득 150% 이하 가구<sup>4)</sup>에게 시술비용의 일부(2013년 인공수정 1회당 최고 50만원 3회, 체외수정 1회당 180만원 4회 까지)를 지원하고 있음. 따라서 일부 중상위 계층은 시술비 지원 혜택을 받지 못하고 있는 상태임

- 난임부부 시술비 지원사업 예산이 2010년 553억원에서 2012년 총 647억원, 2013년 총 715억원으로 공적 재원에 의해 그 규모가 점차 증가하고 있는 만큼 그 어느 때보다도 사업성과에 대한 국가의 책무성이 강조되고 있음(그림 2)

[그림 2] 난임부부 시술비 지원사업 예산

(단위: 억원)



자료: 보건복지부(각년도), 모자보건사업안내.

### 3. 난임부부 시술비 지원사업 현황 및 성과

#### 가. 시술비 지원대상 수 및 난임여성 연령

- ‘난임부부 시술비 지원사업’을 통해 2011년 1년 동안 제공된 시술비 지원건은 인공수정 총 31,684건, 체외수정 총 29,631건이며, 지원대상 여성의 수는 인공수정 19,450명, 체외수정 22,321명으로 총 41,800여명이 시술비를 지원받았음<sup>5)</sup>

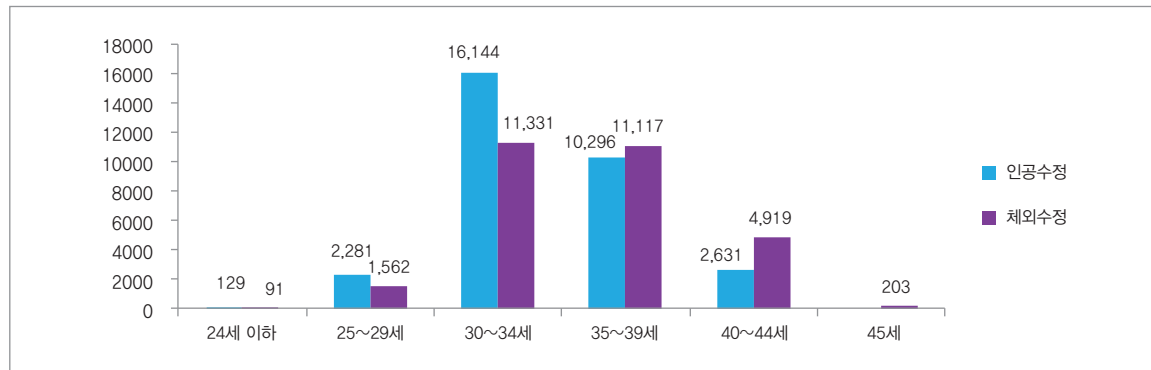
○ 지원대상의 연령층은 인공수정의 경우 30~34세 연령층이 과반수를 차지하였으며(50.8%), 체외수정은 38.2%이었음. 35~39세 연령층은 인공수정 32.4%, 체외수정 37.5%로, 체외수정 시술 연령층이 상대적으로 높은 것으로 파악됨(그림 3)

4) 2013년 기준 전국가구 월평균 소득 2인 가구일 경우 553만원 이하

5) 중앙대학교병원(2012). 난임부부 정부지원사업 시술기관 워크샵.

[그림 3] 난임여성 연령별 인공수정 및 체외수정 시술비 지원건 분포: 2011년

(단위: 건)



자료: 황나미(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(인공수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.  
이경훈(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(체외수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

### 나. 시술비 지원대상자의 난임원인

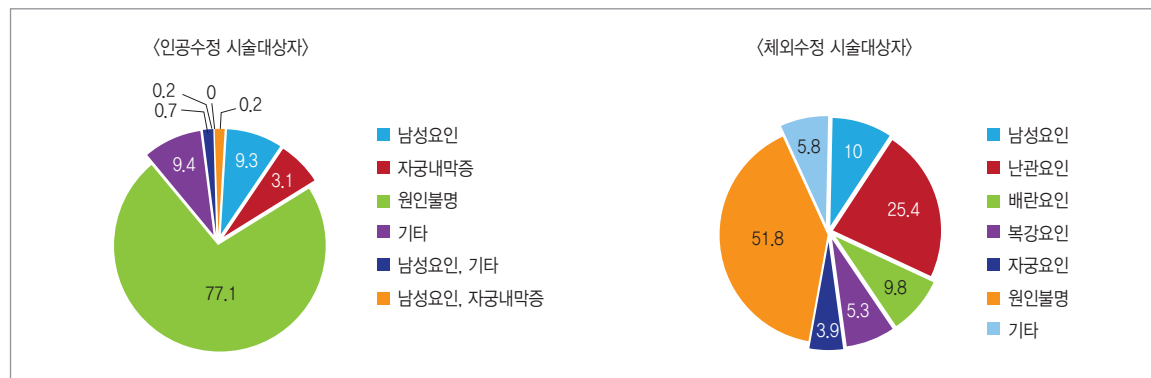
- 시술비 지원대상자의 난임원인은 인공수정 시술의 경우, 원인불명이 77.1%, 기타 9.4%, 남성요인 9.3%, 자궁내막증 3.1%, 남성요인 및 기타요인 0.7% 순이었음. 체외수정 시술지원대상자의 난임원인은 원인불명 51.8%, 난관요인 25.4%, 남성요인 10.0%, 배란요인 9.8%, 복강요인 5.3% 순이었음(그림 4)

○ 난임원인 가운데 원인불명은 임상에서 보고된 바에 의하면 약 20~30% 수준이어서<sup>6)7)</sup> 정부 난임부부 시술비 지원대상자의 원인불명이 높은 이유에 대해서는 여러 측면에서 해석할 수 있음

- 난임원인을 밝히기 위한 검사에 따른 시간의 경과로 생식능력이 더 떨어질 수 있기 때문에 만혼화된 우리 사회에서는 임신성공률을 높이기 위해 난임원인 규명에 시간을 소모하지 않고 임신 성공률을 높이고자 하는 목적에서 나타난 결과로 추측할 수 있음
- 또한 검사에 따른 신체적, 정신적 고통과 함께 검사비용의 부담을 줄이고 임신 및 출산이 시급한 난임여성의 욕구와 일치하여 나타난 결과로 해석할 수 있음

[그림 4] 난임부부 시술비 지원사업 대상자의 난임원인 분포

(단위: %)



자료: 황나미(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(인공수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.  
이경훈(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(체외수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

6) 구병삼 외(2001). 여성과 내분비학. 서울: 고려의학.

7) <http://americanpregnancy.org/infertility/>.

- 이에 ‘원인불명’ 난임부부의 여성 연령을 파악한 결과, 24세 이하의 여성의 경우 ‘원인불명’이 다른 연령층에 비해 상대적으로 낮았지만 여전히 69.5%, 25~29세 여성층에게서는 70.7%이어서 생식능력의 감소가 심각하지 않은 30세 이전 여성의 경우에도 약 70%가 ‘원인불명’으로 진단받은 것으로 나타남(표 1)
  - 이는 곧 난임부부에게 난임원인을 찾기 위한 검사를 제대로 시행하지 않았음을 간접적으로 시사하고 있음
- 난임부부 중 남성 및 여성측 요인으로 대별할 때, 인공수정의 경우, 남성측 요인이 10.2%, 여성측 3.6%, 남성과 여성 양측 요인 0.2% 이어서 여성측 요인 보다 남성측 요인이 높게 나타난 점이 특징적임
  - 이러한 이유 때문에 난임은 단순히 여성만의 문제가 아닌 부부의 문제이어서 부부가 협력하여야 정확한 진단과 치료가 보다 용이할 것임

〈표 1〉 2011년도 인공수정 시술비 지원사업 대상 여성의 연령별 난임원인 분포 (단위: %)

분류	24세 이하	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	45세
〈남성측 요인〉						
남성요인	28.6	26.3	20.6	17.2	21.2	1.3
남성요인, 기타	8.2	9.8	1.9	2.9	3.4	50.0
〈여성측 요인〉						
자궁내막증	2.0	6.0	0.6	0.0	1.3	1.3
자궁내막증, 기타	0.0	28.6	53.9	66.1	50.0	50.0
〈양측 요인〉						
남성요인, 자궁내막증	-	0.1	0.3	0.1	0.4	-
남성요인, 자궁내막증, 기타	-	-	0.0	0.0	-	-
〈원인불명〉	69.5	70.7	76.1	78.3	79.0	82.5
〈기타〉	9.4	13.7	9.6	8.7	11.1	12.5
계 (N)	100.0 (95)	100.0 (1,432)	100.0 (9,775)	100.0 (6,244)	100.0 (1,607)	100.0 (120)

자료: 황나미(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(인공수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

#### 다. 시술비용 및 정부 지원 시술비용

- 보조생식 시술비 지원금액(2011년)은 인공수정의 경우 1회당 최대 50만원, 체외수정은 150만원(2013년 180만원)임. 1회당 평균 시술비 발생금액은 인공수정 52만원, 체외수정 245만원이며, 중앙값은 인공수정의 경우 정부 시술비 지원금액과 동일하여(505,000원) 절반 가량의 난임여성은 본인부담액이 없었던 것으로 파악됨. 반면, 체외수정 시술비용은 중앙값이 262만원 이어서 2/3 정도가 본인부담액이 발생되었음
  - 정부로 부터 시술비를 지원받은 난임부부의 체외수정 시술비 부담금액은 1회당 평균 110만원이었음

〈표 2〉 난임부부 시술비 지원사업 대상의 1회 평균 인공수정 및 체외수정 시술비 발생금액: 2011년

구분	평균 시술비 (원)	표준편차	중앙값 (원)
인공수정	519,088	152,169	505,000
체외수정	2,448,205	885,514	2,618,505

자료: 황나미(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(인공수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.  
이경훈(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(체외수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

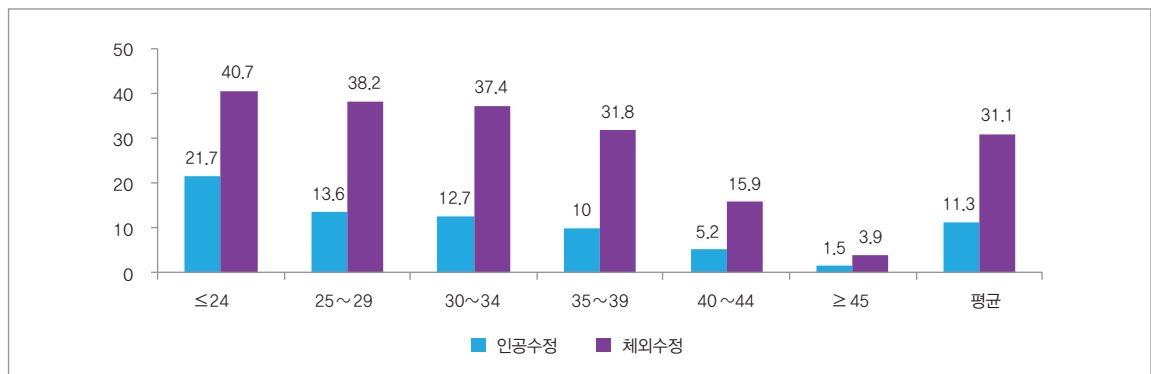
라. 임신 및 출산 성공률

- 2011년 인공수정 시술비 지원대상 중 임신성공률(임신낭수 기준)은 11.3%, 체외수정 시술비 지원대상자 중에서는 31.1%의 임신율을 나타냄

○ 임신 성공률은 여성의 연령이 낮을수록 높아 인공수정의 경우 24세 이하가 21.7%이었고, 그 다음은 25~29세 이었지만 24세 이하 연령층보다 60%에 불과한 임신성공률(13.6%)을 보임

○ 체외수정 역시 연령이 높아질수록 임신율은 낮아지고 특히 40세가 되면서 임신확률이 절반으로 감소된 것으로 나타남(그림 5)

[그림 5] 2011년 난임부부 시술비 수혜대상자 연령별 임신 성공률 (단위: %)

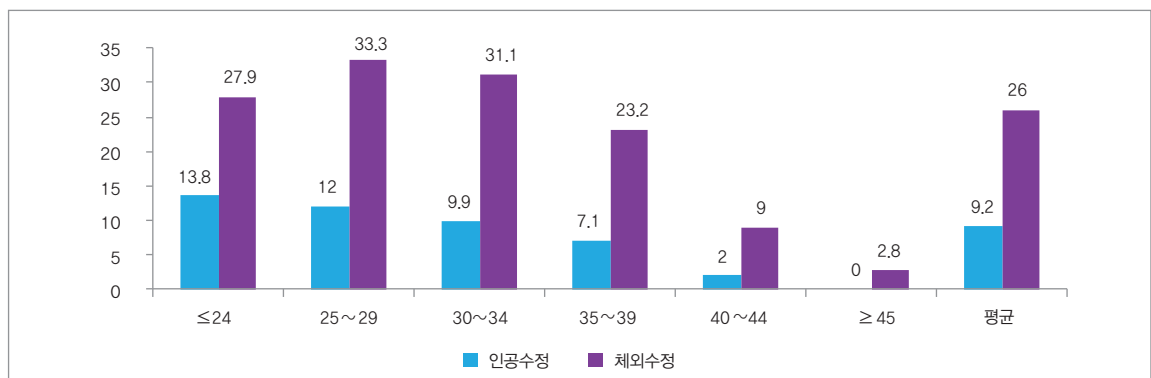


자료: 황나미(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(인공수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.  
이경훈(2012). 2011 지원사업 임신율 분석결과(체외수정), 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

- 2010년 시술비 지원대상자를 1년여 추적하여 생존아 출산 성공률을 파악한 결과, 인공수정 9.2%, 체외수정 26.0%임

○ 출생아수는 총 11,346명(인공수정 3,341명, 체외수정 8,005명)으로 2011년 총 출생아수 중 2.4%를 차지한 것으로 파악됨

[그림 6] 2010년 난임부부 시술비 지원사업대상 여성의 연령계층별 생존아 출산율 (단위: %)



자료: 이은주(2012). 2010 지원사업 출생률 분석결과, 난임부부 정부지원사업 시술기관워크샵.

## 4. 보조생식 시술 여성의 정신적, 신체적 건강문제 대두

- 난임진단을 받은 부부 중 여성의 경우 94.5%가 난임문제로 인하여 우울증상을 경험하였으며 42%는 매우 심각한 우울증상을 경험한 것으로 파악됨
  - 자녀에 대한 기대의 상실감과 시술에 대한 스트레스로 정상적인 생활에 위협이 될 만큼 정신적 고통을 받고 있는 것으로 파악됨
- 그러나 이들 여성 중 우울, 불안, 신경쇠약 등으로 병원을 방문한 대상자는 8.0%에 불과하여 92%는 우울감을 자각하고 있음에도 불구하고 병원을 방문하지 않은 것으로 파악됨
- 보조생식 시술 후 임신에 성공한 여성의 경우도 96.9%가 우울증상을 경험한 것으로 나타남
  - 임신에 성공하였지만 9개월간의 임신과정에서 유산 및 사산, 다태아 임신 등의 고위험 요인에 의해 건강한 자녀의 출산이 보장되지 못할 수 있다는 불안감 때문에 우울증상 등이 여전히 해소되지 못한 것으로 파악됨
- 또한 난임진단 후 발생한 신체적 건강문제로 병원을 방문하여 위염, 위궤양 등 소화기계 질환(또는 증상), 두통, 고혈압, 저혈압 등으로 의사의 진단 및 치료받은 대상자는 22.9%이었음

## 5. 정책적 시사점

- [그림 1]에서 파악한 바와 같이 난임으로 진단된 대상자수는 매년 증가하고 있음. 저출산 현상의 심화와 고령사회로의 진입을 앞두고 있어 자녀를 원하는 난임부부의 욕구를 제도권내에서 충족시켜 줌으로써 이들에게는 삶의 질을 향상시키고, 사회적으로는 출산율을 제고하는 데 기여할 수 있도록 포괄적 접근이 요구됨
  - 난임은 우리 사회에서 개인 당사자의 문제로 간주되어 사회적으로 공유할 수 있는 장이 활성화되어 있지 않는 바, 인간의 기본권으로서의 생식건강(reproductive health) 증진을 위해 국가 관리의 필요성이 강조되고 있음
- 난임진단자수 대비 적은 시술비 지원대상 규모를 고려할 때, 선택적 서비스가 아닌 보편적인 서비스로 접근할 수 있도록 보조생식술에 대한 단계적 건강보험 급여화가 요구됨
  - 단기적으로는 비교적 간단한 시술인 인공수정에 대한 보험급여를 통해 질 관리를 위한 모니터링체계를 구축하고 난임부부의 알 권리를 보장하여 질적 의료를 도모하는 한편, 사후 난임 시술비 지원정책에서 능동·예방적 서비스 확대를 위한 근거중심 사업추진 기반을 마련할 필요가 있음

- 난임부부 시술비 지원사업 대상자 중 원인불명 난임이 학계에서 보고된 수준보다 높게 나타나 제한된 예산이니 만큼 의학적 필요에 의한 대상자에게 시술비 지원이 이루어질 수 있도록 보다 임상적으로 타당한 기준 선정이 요구됨
  - 한편, 난임여성의 불안과 우울은 신체 균형을 깨트리고 스트레스로 작용하여 임신성공률을 낮추는 요인이 되는 악순환을 반복시키므로 난임여성이 경험하는 상실감, 스트레스, 우울감 등 정신적 위기를 완화할 수 있도록 난임부부는 물론 임신에 성공한 난임부부를 대상으로 사회적 지지 프로그램의 개발, 운영이 필요함
- 난임부부는 임신에 성공하는데 경제적 · 신체적 부담이 따르고 임신이 되어도 건강한 출생아 분만이 보장되지 않아 오랜 기간 정신적 고통을 경험하는 바, 난임부부 시술비 지원사업을 여성의 재생산도구화나 저출산 해법으로만 접근할 것이 아니라 이들의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 패러다임의 전환이 필요함