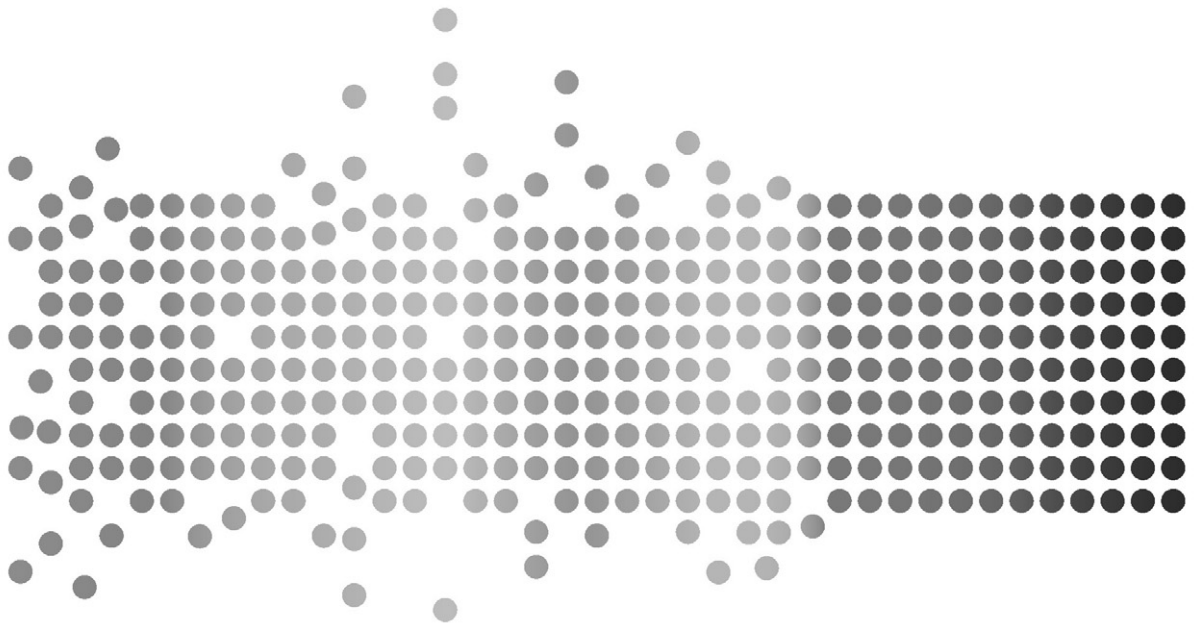


저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책방향

Evaluation of the National Supporting Program for Infertility
Couples and Future Policy Directions in Korea

황나미 · 황정혜 · 김지은



연구보고서 2010-30-13

**저출산 극복을 위한
불임부부 지원체계 현황과 정책방향**

발 행 일 2010년 12월
저 자 황 나 미 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 대명기획
가 격 6,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-711-8 93510



머리말

정부는 2006년 우리 사회에 심화된 저출산 극복을 위해 출산지원정책의 일환으로 불임부부 지원사업을 도입하여 불임부부의 보조생식 시술에 따른 의료비 일부를 지원하기 시작하였다. 비교적 고가의 시술비를 요하는 체외 수정 시술비 일부를 지원하여 불임부부의 경제적 부담을 완화시킴으로써 경제적인 문제가 출산에 장애가 되지 않도록 하였다.

그간 불임부부 지원사업은 서비스 전달체계 구축을 위한 제도적 장치 마련에 중점을 두었다. 또한 한정된 예산으로 인해 지원횟수와 지원대상을 제한하였지만 2009년에는 지원횟수를 증가하였고, 2010년에는 지원대상을 확대하여 포괄적인 서비스로 발전하고자 하였다.

이제 불임부부 지원사업이 도입된 지 5년째를 맞이하여 사업효과를 극대화할 수 있는 방향으로 발전하기 위한 전략개발이 필요함 시점이다. 더욱이 2010년 553억 원이라는 공적 재원에 의해 이루어지고 있는 사업이니 만큼 책무성의 확보가 중요하며, 이 때 책무성은 불임부부 지원사업이 우리 사회의 저출산 극복에 합목적적인 사업임을 증명해 보임으로써 확보되는 것이라고 할 수 있다.

이에 본 보고서는 2006년 도입된 불임부부 지원사업의 성과와 문제점을 도출하여 개선방안을 제시하였으며, 불임부부의 신체적·정신적·사회적 건강 증진은 물론 우리나라 저출산 극복을 위해 보다 효과적인 불임부부 지원사업 발전전략을 제시하였다. 이에 따라 본 보고서는 심화되고 있는 우리나라 저출산 현상을 완화하는 데 필요한 정책개발에 도움을 줄 것으로 기대된다.

본 연구는 황나미 박사의 책임 하에 수행되었으며, 연구진은 본 조사에

협조한 서울 차병원, 제일병원, 서울마리아병원, 부산세화병원, 대구마리아병원, 광주시엘병원, 대전 마리아의원의 원장과 본 연구를 수행함에 있어서 자문과 시술병원조사를 협조해 준 서울대 의대 최영민 교수와 대한보조생식학회 산부인과 의사, 대한남성과학회 비뇨기과의사들에게 감사하고 있다. 또한 조사에 응하여 주신 난임 여성들에게도 깊은 감사를 드린다. 초고를 읽고 유익한 조언을 해 준 본원의 김혜련 박사와 최은진 박사에게 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 연구진들의 개인적 견해이며 본원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2010년 12월

한국보건사회연구원장

김 용 하

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	21
제1절 연구배경	21
제2절 연구목적	27
제3절 연구내용 및 방법	28
제4절 연구의 제한점	32
제2장 불임극복을 위한 선진국 보조생식술 지원 실태	35
제1절 불임정의 및 실태	35
제2절 불임의 원인, 진단 및 치료	36
제3절 불임극복을 위한 선진국 보조생식술 지원 실태	46
제3장 불임부부 지원사업 현황 및 성과	53
제1절 불임부부 지원사업 현황	55
제2절 불임부부 지원사업 성과 및 대상자 특성	62
제4장 수요자의 불임부부 지원사업 평가	73
제1절 불임부부 지원사업 수혜자의 사업평가 분석	73
제2절 불임부부 지원사업 비수혜자 특성 및 사업평가	89

제5장 저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 정책방향	135
-------------------------------------	-----

제1절 불임부부 지원사업 성과 및 문제	136
-----------------------------	-----

제2절 저출산 극복을 위한 향후 정책방향	142
------------------------------	-----

참고문헌	151
------------	-----

부 록	157
-----------	-----

부록 1. 불임부부 비수혜 대상자 설문지	159
------------------------------	-----

부록 2. 남성불임 치료 대상 및 비용 추계	179
--------------------------------	-----

표 목차

〈표 II-1〉 여성 불임진단 검사	41
〈표 II-2〉 국가별 보조생식술 지원에 따른 자원조달방법	47
〈표 II-3〉 주요국 불임부부 지원 현황 및 합계출산율	51
〈표 III-1〉 체외수정 시 이식할 최대배아수	58
〈표 III-2〉 연도별 불임부부 지원사업 지원 대상 여성 연령분포	62
〈표 III-3〉 불임의 원인 분포	63
〈표 III-4〉 연도별 체외수정 시술건수 대비 임신율 및 임신 대비 자궁외임신율	64
〈표 III-5〉 연령계층별 2008년 불임부부지원사업에 의한 임신율 및 출산율	65
〈표 III-6〉 연령계층별 2007년 불임부부지원사업에 의한 임신율 및 출산율	65
〈표 III-7〉 연령계층별 2006년 불임부부 지원사업에 의한 임신율 및 출산율	66
〈표 III-8〉 연령계층별 불임부부지원사업에 의한 임신건 중 생존아 출산율 추이	67
〈표 III-9〉 2006~2008년 불임부부지원사업에 의한 출생아수	68
〈표 IV-1〉 연도별 불임부부지원사업 수혜여성 연령분포	73
〈표 IV-2〉 불임부부 지원사업 수혜여성의 출산력	75
〈표 IV-3〉 사업 수혜여성의 불임부부 지원사업의 정보 획득경로	76
〈표 IV-4〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 정보획득 후 병원 문의 시기	77
〈표 IV-5〉 사업 수혜여성의 시술병원 선택 시 고려사항	77
〈표 IV-6〉 사업 수혜여성의 병원 선택 시 정보 획득경로	78

〈표 IV-7〉 불임부부지원사업 대상 이전 체외수정 및 배아이식술 경험유무	78
〈표 IV-8〉 사업 수혜여성의 불임진단 병원과 시술병원과의 일치 여부	79
〈표 IV-9〉 사업 수혜여성의 불임진단 병원과 시술병원이 다른 이유 .	79
〈표 IV-10〉 불임부부지원사업 대상 확정 후 시술 받은 시기	80
〈표 IV-11〉 불임부부지원사업 대상 확정 후 시술까지 기간이 3개월 이상인 이유	80
〈표 IV-12〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소 만족도	81
〈표 IV-13〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소 문제점 유무	82
〈표 IV-14〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 문제점	82
〈표 IV-15〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소에서의 소요시간 ...	82
〈표 IV-16〉 불임부부지원사업 대상자격 신청접수 시 보건소 질문 여부 ...	83
〈표 IV-17〉 사업 수혜여성에 대한 시술병원의 전문적인 불임상담 제공 실태	83
〈표 IV-18〉 사업 수혜여성의 시술병원 불임상담의 도움여부	84
〈표 IV-19〉 불임부부지원사업 전·후 체외수정 및 배아이식술 시 문제점 유무	84
〈표 IV-20〉 불임부부지원사업 전·후에 체외수정 시술시 문제점 내용	85
〈표 IV-21〉 불임부부지원사업의 홍보 만족도	85
〈표 IV-22〉 불임부부 지원사업이 지원대상의 가계에 미친 영향	86
〈표 IV-23〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업에 대한 출산율 효과 평가	87
〈표 IV-24〉 사업 수혜여성의 현행 불임부부지원사업 개선방안	88
〈표 IV-25〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 시술비 지원횟수 요구 실태	88

〈표 IV-26〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 지원금액 요구 실태	89
〈표 IV-27〉 불임부부 지원사업 비수혜 여성의 연령 및 직업분포	90
〈표 IV-28〉 불임부부 지원사업 비수혜 여성의 출산력 및 현존자녀수	92
〈표 IV-29〉 사업 비수혜 가구의 불임원인 제공자별 불임 의심 후 불임진단 받기까지의 기간	93
〈표 IV-30〉 사업 비수혜 가구의 불임원인 제공자별 병원에서의 불임진단 시기	94
〈표 IV-31〉 사업 비수혜여성의 연령계층별 불임원인 제공자 분포	94
〈표 IV-32〉 사업 비수혜여성의 체질량지수	95
〈표 IV-33〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 현 임신여부	96
〈표 IV-34〉 사업 비수혜여성의 연령계층별 불임진단명	96
〈표 IV-35〉 사업 비수혜여성의 불임치료를 위한 향후 시술계획	97
〈표 IV-36〉 사업 비수혜여성의 체외수정 및 인공수정 경험횟수	98
〈표 IV-37〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 체외수정 시술횟수	99
〈표 IV-38〉 사업 비수혜여성의 취업여부별 체외수정 시술횟수	99
〈표 IV-39〉 사업 비수혜 여성의 불임원인별 인공수정 시술횟수	100
〈표 IV-40〉 사업 비수혜여성의 체외수정 시술기관 선택 시 고려사항	101
〈표 IV-41〉 사업 비수혜여성의 불임 진단 및 시술시 이용병원 수	102
〈표 IV-42〉 사업 비수혜여성의 불임진단 및 시술병원을 변경한 사유	103
〈표 IV-43〉 사업 비수혜여성의 시술병원 결정에 필요한 정보수집 용이성	104
〈표 IV-44〉 사업 비수혜 여성의 연령별 체외수정시술 지출비용	105
〈표 IV-45〉 사업 비수혜대상자의 불임원인 제공자별 체외수정시술 지출비용	105
〈표 IV-46〉 사업 비수혜대상자의 불임원인별 체외수정시술 지출비용	107
〈표 IV-47〉 사업 비수혜 여성의 인공수정 1회 지출액 분포	108

〈표 IV-48〉 사업 비수혜여성의 체외수정기술 후 임신실패에 대한 기술기관의 상담에 대한 평가	109
〈표 IV-49〉 사업 비수혜여성의 보조생식 기술에 대한 만족도	109
〈표 IV-50〉 불임진단 전후 임신을 위한 보완대체서비스 이용률	110
〈표 IV-51〉 불임 진단 전 1년부터 진단직전까지의 불임극복을 위한 보완대체요법 지출비용	111
〈표 IV-52〉 불임진단 직후 1년 동안 불임극복을 위한 보완대체요법 지출비용	112
〈표 IV-53〉 불임으로 인한 여성의 정신적 고통 및 우울증 심각정도	113
〈표 IV-54〉 사업 비수혜 여성의 불임으로 인한 증상 및 질환 발생률 ..	114
〈표 IV-55〉 임신여부에 따른 정신적 고통 및 우울의 심각성 정도 ..	115
〈표 IV-56〉 불임원인 제공자별 부부 및 남편부모와의 관계변화	116
〈표 IV-57〉 사업 비수혜여성의 남편의 불임치료 협조도에 따른 부부관계 변화	116
〈표 IV-58〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 치료비 부담정도 ...	117
〈표 IV-59〉 불임여성의 취업상태별 보조생식 기술에 따른 사회생활 지장정도	118
〈표 IV-60〉 사업 비수혜 취업여성의 보조생식기술 시간 주 할애방법	119
〈표 IV-61〉 사업 비수혜 여성의 불임부부지원사업 인지도	120
〈표 IV-62〉 사업 비수혜 여성의 불임부부지원사업 인지경로	120
〈표 IV-63〉 사업 비수혜여성의 연령별 지원사업 대상여부 확인방법 ...	121
〈표 IV-64〉 여성의 취업상태별 가구소득에 따른 사업대상 자격기준에 대한 동의 실태	121
〈표 IV-65〉 취업여성의 직종별 가구소득에 따른 사업대상 자격기준에 대한 동의 실태	122

〈표 IV-66〉 사업 비수혜여성의 현 의료비 지원 대상에 대한 출산지원 효과	123
〈표 IV-67〉 사업 비수혜여성의 의료비 지원이 출산에 도움이 안 되는 사유	124
〈표 IV-68〉 사업 비수혜여성에 대한 시술비 지원 시 출산 도움정도 ...	125
〈표 IV-69〉 사업 비수혜여성의 시술의료비 지원 시 출산에 도움이 되지 않는 사유	125
〈표 IV-70〉 사업 비수혜여성의 보조생식술 시술비 지원방식 요구도 ...	126
〈표 IV-71〉 사업 비수혜여성의 체외수정 시술비 지원횟수 요구 실태 ..	127
〈표 IV-72〉 사업 비수혜 여성의 시술기관에 대한 요구사항	127
〈표 IV-73〉 사업 비수혜여성의 불임상담 프로그램 필요성	128
〈표 IV-74〉 사업 비수혜 여성이 제안하는 불임 상담운영기관	128
〈표 IV-75〉 사업 비수혜여성의 정부에 대한 요구사항	129
〈표 IV-76〉 사업 비수혜여성의 불임 예방 및 관련 정보에 대한 홍보대상	130
〈표 IV-77〉 사업 비수혜여성의 취업상태별 무급 및 유급 불임휴직 필요성	131
〈표 IV-78〉 사업 비수혜여성의 무급 및 유급 불임휴직 희망기간	132

그림 목차

[그림 III-1] 체외수정 시술비 지원체계	61
[그림 III-2] 인공수정시술비 지원체계	61

A dark, irregular, ink-blot-like shape with a lighter center, serving as a background for the word 'Abstract'.

Abstract

Evaluation of the National Supporting Program for Infertility Couples and Future Policy Directions in Korea

Our society has been faced with the risk of low birth rate since 2000. Recently, due to advanced medical bio-technology, assisted reproductive technologies(ARTs) become possible to treat infertile couples in Korea. However, the cost of ARTs is very high and assess the services are wealthier than average, suggesting that many infertile women are excluded from treatment because of its cost. Therefore the national government introduced the National Supporting Program for Infertility(NSPI) in 2006 to increase the birth rate. The health insurance benefits were not payable for ART and various of infertility treatments such as IVF-ET, ZIFT, GIFT etc.

The government has provided low and middle economic class among infertility couples with medical-assistance for designated ART since 2006. One and half million Won each designated ART such as IVF-ET until 3 times by the NSPI, has been paid to women under 45 year of age.

The objectives of study are to identify the characteristics of client and non-client on infertile problems, to evaluate outcomes of NSPI from 2006 to 2009 and to suggest the future directions for increasing the efficiency of the NSPI.

This study analyzed the data on the NSPI and also conducted an

interview through the questionnaires of 249 infertile subjects who visited the number of 7 infertility clinics, and 30 subjects who responded via infertility internet during the period from July to September 2010.

The number of government-designated fertility clinics was 136 as of 2009, in which a total of 13,262 ART(IVF-ET) cases by NSPI were conducted in 2008. The 31.9% of them came to be pregnancy, and the 25.5% of them was brought successful childbirth by the NSPI. The number of childbirth was 4,535 in 2008, 4,699 in 2007, 5,453 in 2006 NSPI. Thus, it could be found out that the NSPI was very helpful to increase the birth rate.

Infertility is an inability that reproducible couples have been unable to conceive or bear a child after one year of unprotected intercourse. Almost infertile couples had a various of social, economic problems which are resulted from high-priced ART, medical and non-medical services utilization in relation to infertility and childlessness. They wanted to receive expanded medical-assistance beneficiaries or services in NSPI. These findings suggest the government should cover ART by national health insurance in Korea.

Many infertile women turned out to be emotionally burdened out. And also many infertile women had been limited access to informations in relation to diagnosis, treatment of infertility and process of ART, and future directions after failure of pregnancy. Therefore the quality of information and education programs regarding infertility and reproductive service should be enhanced in company with NSPI.

This study will be used for establishing public policies regarding reproductive health and childbirth encouragement.

요약

1. 서론

가. 연구배경 및 목적

- 2006년 우리나라 합계출산율(TFR)이 1.13으로 낮은 출산율을 보이면서 불임 대처가 저출산 대안으로 부각.
 - 불임은 직접적으로 생명을 위협하는 질병이 아니므로 그 동안 의료계에서 큰 문제로 삼지 않았고, 정책적으로도 관심을 두지 않았음.
- 우리사회의 만혼 및 출산지연은 불임의 증가를 초래하여 저출산의 직접적인 원인이 되고 있음.
 - 불임 발생률은 2003년 연구결과에 의하면 일차성 불임이 13.5%로 부부 7쌍 중 1쌍으로 국가 차원에서의 적극적 대처가 요구됨.
- 불임관련 진료는 2001년 6월 이후부터 건강보험에서 적용되기 시작하였으나 일부 불임진단검사에 국한되고, 체외수정 등 보조생식 시술과 관련 검사 및 처치 등은 보험 적용되지 않고 있음.
- 이에 정부는 심화된 저출산 현상을 극복하고자 출산장려정책의 일환으로 2006년부터 불임부부 지원사업을 도입, 실시 중에 있음.

□ 불임부부 지원사업비는 2010년 553억원으로, 국가(국고) 모자보건 전체 예산의 약 50%를 차지하여 그 어떤 사업보다도 책무성과 책임성이 강조되고 있음.

○ 사업이 도입된 지 5년이 된 시점에서 공적 재원에 의해 추진되고 있는 불임부부 지원사업에 대하여 저출산 극복을 위해 투입자원의 효율을 극대화할 수 있는 합목적적인 사업 발전방안을 마련할 필요가 있음.

□ 이러한 배경아래, 본 연구는 불임부부 지원사업의 성과 및 문제점을 파악하여 효과적인 사업추진전략을 제시하고, 수요자 관점에서 효과적, 효율적 불임부부 지원서비스 공급체계를 도모하며 투입자원의 효율을 극대화할 수 있는 저출산 극복 정책방안을 제시하고자 함.

첫째, 불임부부 지원사업 현황 및 사업성과, 문제점 파악

둘째, 불임부부 지원사업 수혜자 및 비수혜자에 의한 사업평가 및 요구도 분석

셋째, 선진국 불임극복을 위한 지원실태 파악 및 시사점 도출

넷째, 수요자 중심의 불임부부 지원사업 개선방안 및 정책방향 제시

나. 연구방법

□ 국내외 관련 법 및 문헌고찰, 인터넷을 활용한 국내외 관련 정보검색

□ 불임부부 지원사업 현황 및 사업실적자료 고찰 분석

□ 불임부부 지원사업 수요자를 통한 사업 평가 및 요구도 파악

○ 체외수정 시술 의료비 수혜여성 조사자료 고찰

○ 체외수정 시술 의료비 비수혜여성 조사 : 279명

— 전국 7개 시술지정병원 내원자(249명) 및 불임자조모임(30명)

- 주 정보 제공자 면접(Key Informants interview)
 - 보조생식기술 의료인, 불임자조모임 대표 등
- 전문가의 의견수렴
 - 대한보조생식학회 및 대한남성과학회 의료인 등

2. 선진국 보조생식기술 의료비 지원 실태

- 선진국의 보조생식술에 대한 의료비 지원은 국고 예산 또는 보험급여화를 통해 이루어지고 있으며, 시술기관의 시술 실적·성과 보고 의무화 등을 통해 시술 성공 및 실패요인을 분석하고 질 관리를 실시하고 있음.
 - 국가 예산을 통한 시술 의료비 지원국가는 일본, 호주, 영국, 덴마크, 노르웨이 등이며 사회보험 지원국가는 독일, 프랑스 등임.
 - 미국은 연방법에는 지원책이 없으며 법적인 지원에 대한 요구증가로 의회에서 도입 준비 중임.
 - 국가별 지원대상 및 지원내용은 아래와 같음.

	지원 대상	지원 내용	지원 금액	TFR (2008)
영국	여성(39세 이하)	1회 시술	100%(NHS기금)	1.96
호주	여성(39세 이하)	체외수정(무제한)	100%(국고)	1.97
프랑스	여성(43세 이하)	인공수정(6회) 체외수정(4회)	100%(건강보험)	2.0
독일	여성(25~40세 미만)	인공수정(6회) 체외수정(3회)	50%(건강보험)	1.38
일본	남성, 여성 모두	제한 없음	연 10만 엔, 5년간 지급(국고)	1.37

- 또한 불임예방을 위한 상담 및 교육과 불임부부 지지 프로그램을 운영하고 다양한 전문가 및 불임여성들이 참여한 위원회를 구성하여 수요자 권익보호를 강화하고 있음.

3. 불임부부 지원사업 현황 및 성과

가. 불임부부 지원사업 실시현황

- 불임부부 지원사업은 고액 진료비가 발생하는 특정 보조생식 기술을 요하는 체외수정 등의 시술비의 일부를 일정 소득계층 이하의 대상에게 지원하여 시술에 따른 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거, 출산을 지원하고자 도입되었음.
 - 의료비 지원 적응증은 체외수정(IVF-ET), 접합자 난관내이식(ZIFT), 생식세포 난관내이식(GIFT), 동결배아이식, 배이난관이식(TET) 등 특정 불임치료를 요하는 시술 등임(이하 체외수정으로 기술).
 - 2010년에는 체외수정 이전 단계인 인공수정에 대해서도 의료비를 지원함.
- 불임부부 지원사업 지원신청 자격은 법적 혼인상태에 있는 불임부부로써 전국가구 월평균소득의 150%(2010년 2인 가족 기준 약 480만원) 이하인 가구의 지원접수일 기준 여성연령이 44세 이하 대상임.
 - 2009년 까지 전국 가구 월평균소득의 130% 이하 가구에서 2010년 150% 이하인 가구로 확대하여 보편적 서비스로 접근하고자 하였음.
- 지원의료비용 및 지원횟수는 통상 체외수정 등의 시술비용의 50%에 해당하는 1회당 150만원씩 3회까지 보조함. 인공수정은 1회당 50만원씩 3회까지 보조함.
 - 2009년 체외수정 의료비 지원횟수를 2회에서 3회로 확대하고 기초생활수급권자 지원비용을 증액함.
- 의료비 지원방식은 보건소에서 체외수정 등의 시술비 지원대상으로 확정된 여성이 보건소에서 발급한 ‘지원결정통지서’를 보조생식술 지정 의

료기관에 제출하여 시술을 받은 후 시술기관이 사후 보건소(시·군·구)에 의료비를 청구, 정산하는 시스템임.

나. 불임부부 지원사업 실적 및 성과

1) 불임부부 지원사업 수혜자 특성

- 2006년부터 시작된 불임부부 지원사업을 통해 의료비 지원을 받은 여성의 연령별 분포는 30-34세가 전체 대상자의 46.6%로 약 절반을 차지하였으며, 35-39세 29.3%, 25-29세 14.0%, 40-44세 8.9%, 24세 이하 0.7%이었음.
- 불임원인은 2009년의 경우, 남성요인이 11.4%이며, 원인불명 34.0%로 사업 도입이후 32~34% 수준이었음.

2) 불임부부 지원사업 성과

- 불임부부 지원사업을 통해 체외수정 시술비 지원을 받은 건수는 2006년부터 2009년까지 4년간 총 64,794건임.
 - 2006년 19,136건, 2007년 14,700건, 2008년 13,267건이었으며, 지원 횟수가 2회에서 3회까지 확대된 2009년에는 17,691건으로 증가됨.
- 보조생식 시술당 임신율은 2009년 30.2%이며 이중 자궁외임신이 1.1%임.
 - 2008년 임신율 31.9%, 2007년 31.2% 보다 낮음.
- 체외수정 시술 후 이루어진 임신 및 출산결과 파악은 통상 2년 후 파악이 가능하여 2008년 시술지원건의 경우 2010년 출산율 파악이 가능함. 2008년 시술 지원건의 출산율은 25.5%, 2007년 지원건은 23.6%,

2006년 지원건은 21.2%이며, 임신건 기준 출생아 출산율은 79.5%(2008년), 76.2%(2007년), 69.4%(2006년)이었음.

- 의료비 지원에 의한 출생아수는 2006년 지원대상건 중 5,453명, 2007년 4,699명, 2008년 4,535명으로 각 년도 총출생아의 1.22%(2006), 0.95%(2007), 0.97%(2008)를 차지하였음.
- 2008년 시술건의 경우 출생아 중 쌍태분만은 34.1%, 삼태분만은 0.3%이며, 출생성비는 110.4로 정상범위(104~106)보다 높음.
 - － 2008년 시술부터 배아이식 개수 가이드라인이 본격적으로 시행되어 삼태이상 임신율이 유의하게 감소되었으며, 2005년 미국에서의 보고인 쌍태아 출생률 29.6%, 삼태아 이상 출생률 2.4%와는 다소 차이를 보임.

4. 불임부부 지원사업에 대한 수요자의 평가

가. 불임부부 지원사업 수혜자의 평가

1) 불임 및 임신·출산 특성

- 2009년 불임부부 지원사업 수혜자를 대상으로 실시된 사업만족도 조사에 응답한 조사대상 여성(1,332명)의 평균연령은 34.4세임.
 - 30~34세 연령층이 43.7%, 35~39세 연령층이 35.3%이었음.
- 본인이 인지한 평균 불임기간은 5.2년이며, 임신경험이 전혀 없는 일차성 불임의 경우가 74.9%이었음.
 - 불임기간이 2~4년이 가장 많아 32.1%, 2년 미만이 8.9%이었음.
- 불임부부 지원사업 이전에 체외수정 및 배아이식은 시술을 받은 적 없는 대상이 81.1%로 의료비 지원을 통해 처음 시술을 받게 된 것으로 나타남.

2) 불임부부 지원사업 인식 및 사업 평가

- 불임부부 지원사업 정보는 불임환자모임 인터넷 커뮤니티를 통해 정보를 획득한 경우가 가장 높아 17.0%이며, 14.9%는 의사를 통해 정보를 듣고 시술비를 지원받게 되었다고 응답함.
- 시술병원 선택 시 가장 중요하게 고려하는 사항은 임신 성공률(54.6%)이 가장 높았고, 시술비, 병원인지도, 연고지 순이었음.
 - 병원 선택정보는 30.9%가 불임 자조모임을 통해 알게 됨.
- 정부의 불임부부 지원사업에 대한 홍보만족도는 불만족 비율이 21.6%로 지원사업의 홍보가 미흡한 것으로 나타남.
- 불임부부 지원사업 신청을 하고자 보건소에 접수하는 과정에서 만족하지 않는 경우가 15.4%로 접수방법 및 상담 불충분 개선을 요구함.
 - 담당자의 업무과중으로 사업에 대한 충분한 설명이 미흡하다고 지적함.
- 불임부부 지원사업에 의한 시술시 문제점으로 시술비 증가를 가장 많이 지적하여 64.6%이었음.
- 시술기관에서 전문적인 불임상담을 받은 경우는 49.8%이며, 상담이 매우 도움이 되었다는 경우는 26.8%, 도움이 된 경우는 40.1%로 66.9%가 불임상담이 도움이 된 것으로 파악됨.
- 불임부부 지원사업에 의한 의료비 지원이 경제적 부담완화에 많은 도움이 된 경우가 46.2%, 도움이 된 경우가 39.6%로 전체의 85.8%가 가정에 금전적인 도움이 되었다고 응답함.

□ 불임부부 지원사업의 개선방안으로는 지원횟수 확대가 34.7%로 가장 높았으며, 그 다음으로는 지원금액 증액으로 28.6%임.

○ 지원횟수가 2009년부터 2회에서 3회로 증가하였음에도 불구하고 여전히 지원횟수의 증가를 원하고 있었음.

□ 보조생식술 시술에 따른 지출비용은 1회 당 301~400만원이 38.3%로 가장 많았으며 400만 원 이상이 18.5%이었음.

나. 불임부부 지원사업 비수혜 대상자의 사업평가

1) 불임 및 임신·출산 특성

□ 불임부부 지원사업 대상에서 제외되는 전국가구 월평균 소득의 150% 이상이거나 연령이 45세 이상인 본 조사대상 279명 여성 중 임신경험이 없는 일차성 불임은 42%이었음.

○ 출산자녀수는 자녀가 없는 경우는 78.8%이었으며, 1명 17.0%, 2명 4.2 %임.

○ 자연유산 및 인공임신중절 경험률은 40~44세 연령층이 다른 연령 계층보다 높아 각 52.0%, 38.9%임. 또한 자궁외 임신 경험률도 47.4%이었으며, 임신 후 사산 경험률도 가장 높아 25.1%이었음.

□ 불임인자 보유자는 원인불명이 가장 많아 44.5%이었고, 여성본인이 34.1%이었으며 남편은 13.4%로 의학적으로 알려진 여성 비율과 비슷한 남성의 불임비율이 낮게 나타남.

□ 불임을 의심한 후 불임진단 받기 까지 경과한 기간은 2~4년 미만이 34.7%로 가장 많았고, 1~2년 미만 34.3%, 4~6년 미만이 13.4% 순이었음. 또한 병원에서 불임 진단받은 시기는 2~4년 전이 28.7%로 가

장 많았고, 6~11개월 17.0%, 4~6년 전이 15.8% 순이었음.

○ 이로써 불임부부들은 임신 및 출산을 하기 위해 대다수가 4~8년을 소요한 것으로 파악됨.

□ 그 동안 체외수정 시술경험 횟수는 3회 이하가 67.2%이었으며, 4~6회 22.4%, 7회 이상 10.5%이었음.

○ 불임부부 지원사업에서의 지원횟수인 3회를 초과하여 시술을 받은 사업 비수혜여성은 약 3명 중 1명이어서 이들의 출산욕구가 매우 높다는 사실을 간접적으로 알 수 있음.

□ 불임부부들은 불임을 극복하기 위해 한방요법, 운동요법 및 비만치료, 금연치료 등 다양한 서비스를 받은 것으로 파악됨.

○ 불임진단 직전 1년 동안 31.3%는 연간 평균 30~100만원 미만 지출하였고, 100~200만원미만 지출한 경우가 30.6%이었음.

○ 불임진단 직후부터 1년 동안은 연간 100~200만원 미만이 22.0%로 가장 많았음.

2) 불임시술에 따른 경제적, 정신적, 사회생활 부담

□ 체외수정 시술여성의 가장 최근의 체외수정 지출비용은 최저 40만원에서 최고 6천만 원까지 다양함. 불임부부 지원사업에서 산정한 평균 시술비 300만원보다 많이 지불한 경우는 74.1%이었고, 평균 445만원 지출한 것으로 파악됨.

○ 이들의 21.6%는 체외수정 시술 후 임신실패에 대한 시술병원에서의 상담 등이 충분하지 못하였다고 지적함.

□ 조사대상 여성 중 불임으로 인해 신체적·정신적 증상이나 질환이 발병하여 의사의 진단을 받은 경우는 78.9%이었음.

○ 이들 대부분은 복합적인 증상이나 질환이 초래된 것으로 파악되었는데, 우울증, 신경쇠약 등 정신적 문제가 있는 것으로 진단받은 경우

(27.6%)와 위염, 위궤양 등 소화기계 질환(26.5%)이 가장 많았음.

- 부부간 갈등은 남편이 불임인 경우 47.3%가 부부간 갈등이 심각한 것으로 파악되어 부부를 대상으로 한 정서적 지지 프로그램의 필요성을 시사함.
- 남편 측에 불임 원인이 있는 경우 41.6%가 시부모의 편견이나 갈등으로 관계가 악화되어 여성본인이 불임인 경우(38.3%)와 부부 모두 불임인 경우(31.8%)보다 시부모와의 관계가 심각한 것으로 나타남.
- 불임치료 때문에 직장생활에 지장이 있었다고 응답한 여성은 91.0%(51.0%는 매우 지장)이었으며, 이로 인해 사직한 경우가 26.6%, 휴직 8.9%이었음. 현재 취업 중인 여성의 경우도 시간할애가 상대적으로 용이한 직종으로 이직하거나 구직을 미루는 것으로 파악됨.
 - 이로써 취업여성 3명 중 1명은 불임치료를 받기 위해 사회활동을 중단한 것으로 파악됨에 따라 사회활동을 하는 불임여성의 상당수는 시간적 제약으로 인해 불임치료를 미루는 것으로 추정됨.

3) 사업에 대한 인식 및 요구도

- 불임부부 지원사업 대상에서 제외되는 전국 가구 월평균 소득 150% 이상의 가구는 2009년 전체 가구의 약 20.3%에 해당됨.
- 불임부부 지원사업 대상기준을 가구소득으로 선정하고 있는 점에 대해 이들의 52.3%는 전혀 동의할 수 없다고 응답하였으며, 약간 동의한 경우가 27.5%로 약 80%가 소득이 높다는 이유 때문에 의료비 지원대상에서 제외되는 것에 대해 부정적이었음.
 - 특히 보조생식 기술을 받기 위해 직장을 휴직한 여성은 전혀 동의할

수 없다고 응답한 비율이 64.7%로 가장 높았고, 약간 동의할 수 없다는 경우(23.5%)까지 합하면 거의 90%가 동의하지 않았음.

□ 사업 비수혜 대상인 이들은 현 사업대상 자격이 되는 가구 월평균 소득 150% 이하의 기준에 대해 53.1%가 사업예산액을 높여 지원대상자를 150% 이상의 중상층 이상으로 확대하기를 원하였음.

○ 31.4%는 현재와 같은 기준으로 하되, 지원액과 지원횟수를 더 확대하는 것이 바람직하다고 응답함(31.4%).

□ 불임으로 겪는 다양한 문제들에 대해 별도 단독의 상담프로그램의 필요성에 대해서는 55.3 %가 매우 필요하다고 응답하였고 39.3 %는 약간 필요하다고 응답하여 95%에 이르는 여성들이 필요성이 있다고 응답함.

○ 상담프로그램 운영기관으로는 불임시술 민간의료기관 59.5%, 독립적인 비영리기관 21.9%로 나타남.

□ 사업 비수혜여성의 불임치료에 따른 휴직 필요성에 대해서는 무급휴직의 경우 89.7%, 유급휴직 92.1%의 여성들이 필요하다고 응답함.

○ 희망 휴직기간은 매우 다양하였으나 무급 또는 유급 휴직 모두 4주라고 응답한 여성이 가장 많았으며, 중앙값도 4주이었음.

□ 사업 비수혜여성의 정부에 대한 요구도는 보조생식 시술 및 관련 처치 등에 대한 보험급여화가 매우 필요하다고 응답한 비율이 가장 높았고 (91.6%), 그 다음으로 불임치료비용의 적정화(85.5%), 현 불임부부 지원사업 대상자 확대(84.9%), 불임치료기관의 시술진료에 대한 질 관리 (81.6%) 순이었음.

5. 저출산 극복을 위한 불임부부 지원정책 방향

가. 불임부부 지원사업 개선방안

□ 불임을 보편적 서비스로 지원대상자 및 지원범위 확대

- 불임을 사회 문제로 인식한 선진국들은 불임 지원을 보편적 복지 차원에서 접근하고 있음. 체외수정 시술비는 고액이고 수회에 걸쳐 시술해야 하므로 사업의 궁극적 목적인 출산을 지원하기 위해서는 1회 시술비용인 현행 150만원에서 단계적 증액 또는 지원횟수 확대가 필요함.

□ 의학적 소견을 근거로 한 사업대상 기준 보완

- 불임부부 지원사업 대상자의 불임원인 중 의학적으로 알려진 원인불명 불임의 비율이 높게 나타나 원인불명의 불임으로 의료비 지원을 신청하는 대상자에 대해서는 남편 및 여성의 불임진단검사 결과를 첨부하여 불임인자가 없다는 사실을 증명할 수 있는 제도적 장치를 의무화할 필요가 있음.
- 아울러 남성불임의 원인인 무정자증, 희소정자증 등 절대적인 불임원인이 진단된 경우에는 불임으로 인정되는 1년 이상의 비임신 기간을 의무화 할 필요 없이 진단결과, 지원해 주는 것이 바람직함.

□ 사후 시술기관에 지급하는 체외수정 시술비 지원 절차 보완

- 현 불임부부 지원사업의 의료비 지급방식이 시술기관에 직접 지급하는 방식으로 인해 불임여성들은 정부지원 체감도가 낮고 시술병원의 시술과정에서의 알 권리가 약화되고 있다고 지적하였음. 이에 수요자의 요구에 따라 현 인공수정 시술비 지원과 같이 대상자 본인에게 지급하는 방식에 대한 검토가 필요함.

□ 체외수정기술 지정기관의 보고 시스템 구축

- 그 동안 민간중심으로 이루어졌던 보조생식술은 불임부부 지원사업이 도입되면서 지정기술기관의 사업실적, 지원건의 임신 및 출산 결과에 대한 데이터베이스를 구축하여 매년 분석, 공개하고 있음.
- 의료비 지원 기술기관으로 지정된 기관에 대해서는 지원건은 물론 의료비 비지원건의 기술 건에 대해서도 선진국과 같이 임신 및 출산 결과를 보고하도록 지정기관 신청 시 의무화 하여 기술기관의 책임성을 제고시킬 수 있는 여건을 마련할 필요가 있음.

□ 보조생식기술 전후 상담 프로그램 개발 및 의료비 지원과 연계 운영

- 본 연구결과, 94.8%의 여성이 불임상담 프로그램의 필요성을 제시하였고, 80% 이상이 불임치료 전 심리적 상담 및 치료방법 설명, 예상치료비용 가이드라인 설명, 임신실패 등 기술결과 상담 및 치료방향, 치료책임자의 치료 참여여부에 대한 알 권리 등을 요구함.
- 이에 따라 불임부부 지원사업과 연계하여 운영할 수 있도록 패키지화된 프로그램을 개발, 사업을 발전시킬 필요가 있음.
 - － 불임은 남성흡연 및 여성비만으로도 초래되는 바, 불임부부 지원사업 대상자 신청을 위해 보건소에 내소하는 불임부부를 대상으로 보건소에서 운영하는 금연 또는 비만관리 프로그램을 이용하도록 의무화할 필요가 있음.

나. 저출산 극복을 위한 향후 정책방향

□ 보조생식 기술과정 모니터링체계 구축 및 소비자 알 권리 보장

- 선진국의 보조생식술의 모니터링은 대부분 국가차원에서 주기적인 보고서 제출과 현장방문을 통해 관리되고 있는 바, 우리나라에서도 보조생식술 질 관리가 전문인력에 의한 시스템이 구축되도록 국가차원에서의 재정적 지원이 수반되어야 할 것임.

□ 보조생식 시술에 대한 단계적 보험적용 확대

- 저출산 정책의 사업성과 제고와 서비스 질 관리 차원에서 현재의 제한적 급여에서 확대하여 건강보험 비급여 대상인 보조생식 시술 및 이에 따른 검사, 투약, 처치 등에 대한 보험 적용이 요구됨. 비교적 재원부담이 적은 인공수정부터 시작하여 불임치료가 보편적 서비스로 접근할 수 있도록 함.
- 이미 독일 및 프랑스 등은 보험급여를 통해 시술비를 지원하고 있음.

□ 남성불임 치료비 지원

- 일본은 남성 정관복원술 등 남성 불임치료비를 100% 지원해 줌. 신체에 무리가 가지 않고 자연적으로 임신이 가능하도록 치료가 비교적 용이하면서 근원적 남성불임의 원인을 제거할 수 있는 치료비용을 지원하는 방안을 모색할 필요가 있음.

□ 취업여성의 보조생식 시술을 위한 유급 불임휴직제도 도입

- 취업여성들은 불임진단이나 치료를 위한 시간할애가 어려워 임신을 포기하거나 여러 차례 시술로 인해 장기간의 기간이 소요됨에 따라 직장 여성 3명 중 1명은 직장을 사직하거나 휴직하고 있는 것으로 나타남. 따라서 보다 효과적인 저출산 극복을 위해서는 취업여성이 조기에 불임 진단 및 시술에 임할 수 있는 유급 불임휴직제도 도입이 필요함.

□ 불임에 대한 사회적 인식 제고를 위한 홍보 강화

- 최근의 불임발생은 만혼으로 인한 생식능력 감소와 환경호르몬 등 사회적 환경 등에 의해 초래되므로 불임은 개인의 책임이 아닌 사회적 책임으로 인식되어야 함.
- 최첨단 의학기술의 발전으로 불임(不妊)은 이제 난임(難妊)으로서 단지 임신이 어려울 뿐, 치료가 가능한 질환임. 따라서 정부는 민간단체와 협력하여 지역사회에서 불임을 올바르게 인식하고 아울러 조기진단 및

치료를 권장하는 홍보와 정보안내자 역할을 강화하여야 할 것임.

□ 지역사회 불임 예방 및 상담 프로그램 개발, 운영

- 불임은 우리 사회에서 개인 당사자의 문제로 간주되어 사회적으로 공유할 수 있는 장이 활성화되어 있지 못함. UN 및 WHO 등 국제 기구에서는 인간의 기본권으로서의 생식건강(reproductive health) 증진을 위한 국가의 정보제공 역할을 강조하고 있음.
- 이에 따라 기존의 On-Line 커뮤니티 및 자조모임 등이 불임부부의 정서적 지지를 위한 올바른 정보공유창구로 활용될 수 있도록 지도하고 지원할 필요가 있으며, 더 나아가 의료인, 사회복지사, 여성학자, 심리학자 등의 전문가와 불임경험자들이 함께 참여할 수 있도록 공적 지원 네트워크 구축이 요구됨.

□ 시술 후 다태아 분만에 따른 신생아 집중치료실의 강화

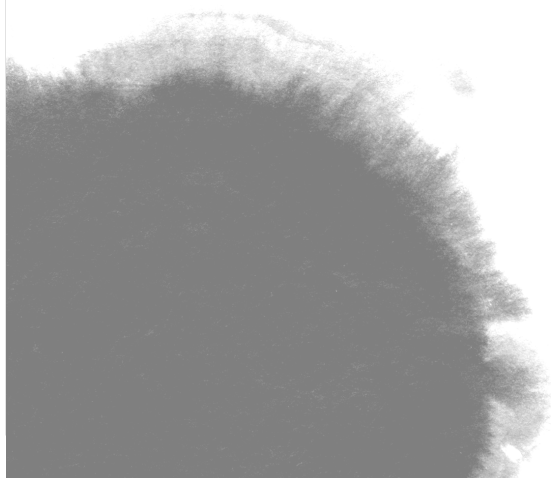
- 정부의 체외수정 시술비 지원에 의해 출산한 여성의 3명 중 1명은 다태분만을 하였음.
- 다태임신은 보조생식술에 의하여 생기는 가장 심각한 합병증 중의 하나로 이의 위험성은 모체뿐만 아니라, 재정적, 사회적, 인구의 질적 수준에 심각한 문제로 부각되고 있음.
- 현재에도 약 20%의 신생아집중치료실 병상이 부족한 현실이어서 다태아 분만으로 인한 저체중출생아의 건강한 출발(Healthy start for life)을 보장하기 위해서는 신생아집중치료실(NICU)의 강화가 요구됨.

□ 불임발생 및 불임극복을 위한 지역사회 관련 통계 생산

- 불임부부 지원사업이 지역사회 불임대상자의 관련정보와 정확한 불임발생 통계가 미흡한 채 실시되고 있어 수요층의 목표화된 접근(targeted assessment)을 통해 사업성과를 제고하기 위해서는 지역사회에서의 체계화된 불임실태조사가 시급함.

01

서론



제1 절 연구배경

1. 인구의 고령화를 초래하는 저출산

우리나라 합계출산율(TFR)은 2005년 1.08로 가장 낮았으며, 정부와 사회단체의 적극적인 정책들을 통해 2006년 1.13, 2007년에는 1.18로 점차 증가하였다. 그러나 이러한 약간의 상승에도 불구하고, 2009년 합계출산율이 1.15로 다시 낮아졌고 OECD 국가 평균 1.71(2008)보다 낮아 싱가포르에 이어 세계 최저수준이다.

출산율 저하는 인구의 고령화를 초래하는 바, 2000년 고령화 사회로 진입한 이후 전 세계에서 가장 빠른 18년 뒤에 고령사회로의 진입을 앞두고 있다(통계청, 2005). 이로 인해 노인 1명을 부양하는데 필요한 20세 이상 생산가능인구(working age population)가 2000년 10명에서 2050년에는 1.4명으로 급감할 것으로 전망되어(Takahiraogawa, 2006) 출산율 저하는 경제·사회의 성장기반을 심각하게 약화시킬 것으로 예상된다.

2. 저출산의 원인으로서는 불임

출산율의 저하요인은 직접적 원인과 간접적 원인으로 나눌 수 있다. 직접적 원인으로는 만혼 및 임신의 지연, 이로 인한 생식능력의 감소 등이며, 간접적 요인은 주로 사회·경제적인 요인으로서 여성의 경제활동 증가, 여

성의 교육수준 향상, 자녀양육 부담 및 가치관 등이 지적되고 있다. 2009년 통계청 자료에 의하면 우리나라 평균 초혼연령이 남성 31.6세, 여성 28.7세로 높아졌으며, 출산연령은 평균 31.4세이다.

일반적으로 여성의 생식능력은 25세에 최고점을 이룬 후 30대 연령층부터 감소하여 35세 이후에 급격히 감소한다. 20대 연령층은 1년 동안 86%의 임신율을 갖는 반면 35세 이후에는 52%로 20대 연령층에 비해 현저하게 낮아진다. 그리고 고령이 될수록 산부인과적 질환(즉 자궁염증, 자궁내막증, 만성골반염 등 불임과 관련된 질환)이 증가되고, 자연유산율도 증가된다. 이와 같이 만혼이나 임신의 지연은 생식건강을 위협하고 생식능력의 감소로 불임이 될 가능성이 높다. 남성 역시 연령에 따라 여성보다 급격하지는 않지만 45세 이후에 임신능력이 저하된다. 따라서 만혼 및 임신의 지연은 불임을 초래하고 불임은 곧 저출산의 주요 요인이 되고 있다고 지적할 수 있다.

‘불임’은 피임을 하지 않고 정상적인 부부생활을 함에도 불구하고 1년 이내 임신에 이르지 못한 경우를 일컫는다. 우리나라는 불임발생 수준에 대한 정확한 통계자료가 없어 불임대상자의 관련정보가 미흡할 뿐 아니라 정책적 접근에 필요한 근거 기반이 취약하다. 다만, 2003년 기혼여성을 대상으로 표본 조사한 자료를 활용하여 이혼 및 사별을 제외한 생식능력이 가능한(조기폐경, 자궁적출 여성 제외) 유배우 기혼여성 중 임신경험이 전혀 없는 원발성(일차) 불임을 경험한 여성은 13.5%로 기혼부부 일곱 쌍 중 한 쌍이었다. 또한 임신 경험은 있으나 재임신이 안되거나 임신이후 및 출산까지 유지하지 못하는 속발성(이차) 불임이 9.7%이었다(황나미, 2003).

최근 사회적 경향에 따른 고령임신으로 인한 생식능력의 감소, 잦은 유산, 장기간의 피임방법 사용의 증가, 스트레스 및 비만·운동부족, 환경오염의 증가 등으로 인하여 불임이 점차 증가되고 있는 것으로 추정하고 있다. 이러한 점에서 불임은 저출산 시대에 단순히 개인의 문제를 넘어선 사회문제이다.

3. 불임으로 인한 정신적·경제적 부담 가중

최근 우리 사회는 자녀에 대한 가치관의 변화와 자녀양육에 따른 경제적 부담 증가로, 자녀의 필요성에 대한 인식이 점차 약화되고 있는 것은 사실이다. 그러나 임신을 하지 못한다는 것은 임신을 하지 않는 것과는 달리, 기대의 상실과 생식기능의 결함으로 당사자 본인은 물론 가족까지도 심한 정신적 고통을 겪고 있는 것이 현실이다.

「국민건강보험공단」 진료자료에 의하면 불임으로 진단받은 여성은 2005년 11만 4천명, 2006년 13만 2천명, 2007년 13만 9천명이었고, 남성은 각 년도 2만 1천명, 2만 4천명, 2만 6천명이어서 매년 새롭게 불임으로 진단받은 자가 넘쳐 공히 증가하고 있다. 이 수치는 병원을 방문하여 검사를 받은 자에 국한된다. 따라서 병원을 방문하지 못한 경우와 임신을 하였지만 출산까지 이르지 못한 이차성 불임까지 고려하면 그 대상은 훨씬 더 많을 것이다.

불임 진단 및 치료비용은 일부 불임원인 진단검사 또는 임신축진 목적의 배란축진제 사용 등에만 건강보험 급여화(국민건강보험법 제 39조 제2항, 고시2006-36호)되어 있고, 실제 임신을 위한 인공수정과 체외수정(IVF-ET) 등과 같은 고가의 보조생식 기술(ART: Assisted Reproductive Technologies)과 기술을 위한 검사, 투약 및 처치 등은 건강보험 급여대상에서 제외되어 있어 보조생식기술 비용과 기술을 위한 검사, 투약 및 처치 비용은 전액 불임대상자가 부담하여야 된다. 이로 인해 보조생식술에 따른 높은 기술비용은 불임대상자에게 상당한 경제적 부담으로 작용하게 된다. 2003년 불임을 경험한 기혼 여성의 83.2%가 치료비 부담이 심각하다고 응답한 바 있다(황나미, 2003). 이와 같이 불임을 극복하는 데 요구되는 기술 및 관련 의료서비스는 불임 당사자들에게 정신적 고통 이외에 경제적 부담까지 가중되고 있다. 이와 같이 불임은 그 자체가 직접적으로 생명을 위협하는 질병이 아니라는 사회적 인식 때문에 치료비 발생에 대해 보험급여화가 되지 못했고, 보건학적으로 큰 문제가 되지 않아 정책적으로도 관심을 두지 못하였다.

4. 저출산 대책으로서의 ‘불임부부 의료비 지원사업’의 도입

1985년 국내에서 최초로 체외수정 시술에 의한 출생아가 탄생된 이래 최첨단 의학기술의 발전으로 불임(不妊)은 이제 난임(難妊)으로 인식되고 있다). 임신이 불가능한 상태가 아닌, 단지 임신이 어려울 뿐, 치료가 가능한 질환이어서 체외수정과 같은 보조생식 시술에 따른 의료비 지원을 통해 조기에 적절한 치료에 임한다면 출산이 가능하여 저출산 문제는 어느 정도 극복될 것이다. 더욱이 불임부부의 경우에는 임신과 출산에 대한 욕구가 일반인에 비해 높으므로 불임극복을 위한 정책적 지원에 무척 반응성(responsiveness)이 높을 것으로 예상된다.

정부는 우리 사회가 당면한 저출산 문제를 완화하기 위해 2006년 불임을 치료하는 데 경제적 부담이 큰 시술비용을 정부기금(건강증진기금)으로 지원하는 이른바 ‘불임부부 지원사업’을 도입, 출산을 장려하고자 하였다. 현재 불임 치료법 중 ‘체외수정 및 배아이식술’(이후 체외수정으로 기술)을 포함한 보조생식술(ART)은 불임대상자에게 임신을 할 수 있는 최대의 기회를 제공하고 있다. 정부는 일정소득계층 이하의 불임부부에게 체외수정 등 특정 시술²⁾비용의 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 임신·출산에 따른 사회 및 의료적 장애를 제거하고, 불임부부가 자녀와 함께 하는 질적인 삶을 영위할 수 있도록 하였다.

그러나 2006년 정부의 체외수정 시술에 대한 의료비 지원이 시작되면서 배란유도제, 인공수정 등을 통해서도 충분히 임신할 수 있는 대상들까지도 체외수정 시술 쪽으로 옮겨가는 등 ‘쏠림현상’이 나타나고 있다는 지적이 제기되었다. 이 문제를 해소하기 위해 2010년부터는 체외수정 이전 단계에 임

- 1) 국내에서는 난임을 병행 사용하고 있으나 본 연구에서는 국제적 공통용어인 infertility 즉, 불임으로 지칭함.
- 2) 체외수정(IVF-ET), 접합자 난관내이식(ZIFT), 생식세포 난관내이식(GIFT), 동결배아이식, 배아난관내이식(TET) 등이 해당됨. 다만, ‘생명윤리 및 안전에 관한 법률’상 허용되는 범위에서 지원됨에 따라 특정 성 선택 수정, 미성년자의 정자·난자 활용, 매매된 정자·난자 활용 및 대리모는 제외됨.

신을 촉진하는 인공수정에 대해서도 시술비를 지원하는 대책도 마련하였다.

우리 사회에서 불임에 대한 대처는, 가정 복지는 물론 사회의 건전한 발전을 뒷받침한다는 점에서 소홀히 다루어서는 안 되는 사회문제이다. 그간 우리 사회는 불임에 대한 대부분의 관심이 저출산을 극복하고자 임상적 영역과 불임여성의 경제적·정신적 고통에 집중하여 의료비 지원에 국한된 정책적 접근이 이루어져 왔다.

5. 생식건강 증진을 위한 통합적 ‘불임부부 지원사업’ 발전 모색 필요

2006년부터 도입된 불임부부 지원사업은 출산을 원하는 부부에게 보조 생식시술을 실시할 수 있도록 경제적인 지원체계를 마련해 줌으로써 의료 서비스 이용의 접근성을 제고한 구체적인 실현방법으로서 그 의미가 크다.

그렇지만 불임은 자녀에 대한 기대의 상실로 가정의 위기가 될 수 있고, 때로는 불임극복을 위한 장기간의 고통과 진단·치료과정에서 심각한 신체적·정신적 고통으로 사회적 안녕에 지장을 준다. 세계보건기구(WHO)는 건강을 단순히 질병이 없는 상태만이 아닌 정신적 사회적 안녕상태에 있을 때 건강하다고 정의하고 있다. 대부분의 불임부부들은 진단 전후, 치료과정 중에 신체적·정신적 질환이나 증상 등을 동반한다. 임신은 성공하였으나 중도 유산되거나 사산되어 자녀를 출산하지 못하게 되면 더 심각한 고통과 좌절을 겪게 된다. 이와 같이 기나긴 불임 치료과정에서 겪는 고통과 후유증으로 인한 또 다른 질병이나 부작용 등은 불임치료에 더해질 뿐 아니라 사회적 생산성에도 저해된다는 점에 주목할 때, 불임에 처해있는 대상자에 대한 총체적(holistic) 건강과 생명윤리를 고려하지 않은 임신성공을 위한 보조생식술 시술비 지원정책만으로는 이들의 신체적·정신적·사회적 안녕을 추구하는 데 한계가 있다고 볼 수 있다. 따라서 생식과 관련된 총체적 건강 즉, 생식건강(reproductive health) 증진을 위한 접근이 필요하다.

6. 생식건강 중요성에 대한 국제사회의 재조명

생식건강에 관한 국제사회에서의 이해는 1994년 「유엔인구기금(UNFPA)」의 ‘인구개발국제회의(International Conference for Population Development; ICPD)’를 계기로 급격히 확산되었다. 생식건강 권리(reproductive health right)에 대한 주요내용은 가족형성, 자녀수, 출산시기 선택할 권리 등이 포함된 생식 결정권과 그러한 선택에 필요한 정보와 수단을 가질 권리로 요약된다. 이에 WHO 및 UN 등 국제기구에서는 인간의 기본권으로서의 생식건강(reproductive health) 증진을 위한 국가의 정보제공 역할을 강조하고 있다. 따라서 국가는 생식건강 권리를 보장하기 위해 불임극복을 위한 여러 가지 가능한 의과학적 기술들이 나날이 개발됨에 따라 기본적인 의료서비스의 이용을 보장하고, 필요한 정보를 제공할 수 있는 상담 및 교육 등 적절한 조치를 취해야 한다.

불임은 그 자체가 직접적으로 생명을 위협하는 질병이 아니다. 그렇다면 가족이나 사회관계에서 보이지 않는 갖가지 정신적 고통과 스트레스를 경험하고 있는 이들을 지원하는 사회구조와 의료여건은 어떠한가. 생식건강 관점에서 볼 때, 불임부부를 대상으로 한 의료비 지원정책이 국가 저출산 극복을 위해 여성을 단지 인구재생산이라는 ‘기능재(functional product)’로만 인식하여 접근하고 있지는 않는가 하는 검토가 필요하다.

‘건강할 권리’는 인간의 가장 기본적인 권리로, 모든 국민은 누구나 국가로부터 개인의 능력·재산·지역의 차별 없이 언제 어디서나 건강할 권리를 보장받아야 한다. 헌법 제36조 제3항에도 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다”고 규정하고 있다. 국민의 건강할 권리가 사회적으로 보장받기 위해서는 ‘의료’가 ‘평등성’(free health), ‘보편성’(universal health), ‘공익성’(publicity)을 구현해야 한다.

7. 공적 지원에 따른 합목적적 ‘불임부부 지원사업’ 모색 필요

불임부부 지원사업이 도입된 후 지난 4년 동안은 보조생식기술에 따른 의료비 지원서비스 전달체계와 배아생성의료기관의 운영기준 및 업무매뉴얼 개발 등 질적 서비스 구축을 위한 사업기반 확립에 중점을 두었다. 사업 도입 5년째에 이르는 시점에서, 2010년 사업예산이 전년도 263억 원에서 553억 원으로 증액된 점을 주목할 때, 공적 재원에 의해 민간부문에서 이루어지고 있는 보조생식기술에 대하여 저출산 극복을 위해 투입자원의 효율성을 극대화할 수 있는 합목적적인 사업 발전방안을 마련할 필요가 있다.

이러한 배경아래, 본 연구는 불임부부의 신체적·정신적·사회적 건강증진은 물론 질적 인구의 출산을 위해 2006년 도입된 불임부부 지원사업의 성과와 문제점을 도출하여 개선방안을 제시하고 저출산 극복을 위해 효과적인 불임부부 지원사업을 추진할 수 있는 방안을 모색하고자 시도되었다. 수요자가 주체가 되는 수요자 지향적(consumer-oriented) 사업 접근을 위해 불임부부를 대상으로 수요(demand)와 필요(need) 서비스를 도출, 이들의 만족도와 서비스의 질을 동시에 향상시킬 수 있는 방안을 제시하고자 하였다.

제2절 연구목적

본 연구는 2006년 도입된 불임부부 지원정책 성과 및 문제점을 파악하고 수요자를 통한 사업평가 및 요구도를 파악하여 사업성과를 제고할 수 있는 합목적적 수행방안을 제시하고자 한다.

첫째, 불임부부 지원사업 현황 및 사업성과, 문제점 도출

둘째, 선진국 불임극복을 위한 공적 지원 실태 파악 및 시사점 도출

셋째, 불임부부 지원사업 의료비 지원 수혜대상 및 비수혜대상자의 사업
평가 및 요구도 분석

넷째, 불임부부 지원사업 성과 제고를 위한 사업 개선방안 및 향후 정책
방향 제시

제3절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

가. 불임부부 지원사업 현황 및 사업성과, 문제점 도출

- ☐ 저출산 시대의 불임부부 지원사업의 의의
- ☐ 선진국 불임관련 지원사업 현황 및 서비스전달 체계, 투입재원 파악
- ☐ 불임부부 지원사업 의료비 지원대상자 특성 및 사업성과
 - 연도별 체외수정기술 의료비 지원건수, 임신건수 및 출생아수 추이
 - 배아생성기관의 지원적응증, 임신 및 출생아 특성

나. 불임여성의 불임부부 지원사업 평가

- ☐ 불임부부 지원사업에 대한 사업 수혜여성의 평가
 - 의료비 지원효과, 사업 만족도 및 문제점 도출
 - 사업 인식도 및 정보습득정도
 - 보조생식기술 지정기관에 대한 인식 및 문제점 도출
- ☐ 불임부부 지원사업에 대한 사업 비수혜 여성의 평가
 - 의료비 지원효과, 사업 만족도 및 문제점 도출
 - 사업 인식도 및 정보습득정도
 - 사업성과, 사업에 대한 문제점 도출 및 개선내용
- ☐ 불임극복을 위한 정부 및 시술의료기관에 대한 개선점

다. 불임부부 지원사업 의료비 지원 수혜대상의 의료이용 실태 및 요구도 파악

- ☐ 의료비 지원 대상 인구학적 특성, 임신·출산 특성 분석
- ☐ 불임부부 지원사업 평가
 - 불임부부 지원사업 및 보조생식기술 관련 정보습득

- 불임극복을 위한 정부, 시술의료기관에 대한 요구도

라. 불임부부 지원사업 비수혜대상의 특성 및 의료이용 실태 및 요구도 파악

- ☐ 사업 비수혜 대상 인구사회학적, 임신·출산 특성 분석
 - 보조생식시술에 따른 정신적, 경제적 고통 및 사회생활 지장정도
 - 신체적, 정신적 증상 및 이환질환 발생 실태
 - 부부 및 시부모와의 관계 변화
 - 직장생활에서의 보조생식 시술에 따른 시간활애 방법 등
 - 불임극복을 위한 직간접 지출비용
 - 의료 및 대체의료서비스 이용에 따른 지출비용, 치료포기 의사

마. 선진국 불임극복을 위한 지원체계 실태 파악

- ☐ 체외수정, 인공수정 등 의료비 지원내용 및 범위, 재원조달
- ☐ 불임관련 정보의 획득 및 치료과정에 대한 알 권리 보장 실태

바. 생식건강 증진 및 합목적적 불임부부 지원사업 정책방향 제시

- ☐ 효과적인 불임부부 지원사업 개선방안 제시
- ☐ 저출산 극복을 위한 수요자 중심의 효율적 지원체계 마련 및 향후 정책과제

2. 연구방법

가. 국내외 관련 법 및 문헌고찰, 인터넷을 활용한 국내외 관련 정보 검색

국내외 불임지원 관련 정책 및 제도를 고찰하고자 국내외 관련 법 및 문헌, 그리고 인터넷을 활용하여 관련 정보를 수집, 분석하였다. 구체적으로 보조생식 시술비 지원범위 및 재원조달방안, 건강보험 적용여부, 의료비 이외 지원프로그램과 제도 등을 고찰하였다.

나. 불임부부 지원사업 실적 및 사업대상자 통계자료 고찰

불임부부 지원사업 실적은 동 사업이 도입된 2006년부터 전국 보건소에 서 이들 지급대상자 전원에 대해 시술 관련 자료와 시술결과를 기 개발된 양식에 따라 입력하도록 되어 있다. 사업 대상자 특성 및 사업 만족도 등 역시 2006년부터 보건소 담당자가 의료비 지원대상자로 확정된 여성을 대상으로 사업평가를 위해 기 개발된 조사표 작성에 대한 사전 동의를 구한 후 대상자 거주지로 조사표를 발송하는 우편설문조사로 이루어지고 있다.

이에 본 연구에서는 사업실적 및 지원대상자조사결과를 분석한 ‘2009년 불임부부 지원사업 보고서’를 참조하였다.

다. 불임부부 의료비 지원사업 비수혜 대상자 조사

본 조사대상은 현재 정부의 불임부부 지원사업 비대상자이다. 조사방법은 사업목적 달성을 위해 조사표를 구성, 개발하여(부록1 참조), 보조생식 시술을 받고자 시술기관에 내원한 자와 불임부부 자조모임을 활용하여 직접면접 또는 자기기입식 설문조사로 이루어졌다. 연구진이 시술병원을 방문하거나 조사대상자와 직접 면담을 실시하여 조사표 작성을 협조요청하였다.

그러나 불임 관련 사항이 대상자의 사적 내용인 점을 감안하여 대부분 자기입식 방식으로 이루어졌으며, 1개 병원은 의료인이 진료하면서 직접 질 의하는 방식으로 자료를 수집하였다.

조사대상 시술기관 선정은 대한보조생식학회의 협조를 통해 조사협조가 가능하면서 의료비 비수혜 대상자가 최소 20명 이상 확보할 수 있는 기관으로 지역적 인배를 고려하여 선정하였다. 이에 따라 서울특별시 3개 병원, 부산, 대구 및 광주광역시 병원, 그리고 대전광역시 의원 등 총 7개 보조생식시술기관(차병원, 제일병원, 서울마리아병원, 부산세화병원, 대구마리아병원, 광주시엘병원, 대전 마리아의원)이 선정되었다.

조사기간은 2010년 6월 21일부터 9월 20일까지 3개월이었으며, 조사결과 응답자 수는 총 279명으로 병원 내원 여성 249명(89.2%), 인터넷 커뮤니티를 활용한 불임부부 자조모임 30명(10.8%)이었다.

라. 주 정보 제공자 면접 (Key Informants interview)

불임으로 체외수정을 여러 차례 경험한 여성과 현재 시술 중인 여성을 대상으로 현 의료체계에서 불임부부 지원사업의 성과와 문제, 시술비용, 의료비 지원을 받기 위한 대상자들의 성향, 정부 및 시술기관에 대한 요구도 및 사업 개선방안 등에 대한 내용을 구체적으로 파악하기 위하여 개방형 설문으로 구성, 심층면담을 실시하였다.

마. 전문가의 의견수렴

불임부부 지원사업 성과 및 개선방안과 저출산 극복을 위한 발전방안을 모색하기 위해 예방의학 및 보건학 교수, 산부인과전문의사 및 비뇨기과전문의사의 의견을 수렴하였다. 또한 대한남성과학회의 남성 불임치료 및 의료비 지원에 대한 공식 의견을 파악하였다.

제4절 연구의 제한점

본 연구에서는 불임부부 지원사업 비수혜대상자 조사대상이 보조생식시술병원에 내원한 여성이 대부분이고(89.2%), 지역사회에서는 불임을 사적 문제로 인식하기 때문에 대상자 확보가 어려워 불임여성자조모임을 통해 전체 조사대상의 10.8%만을 확보하였다. 이 때문에 불임이지만 시술병원을 방문하지 못한 지역사회 대상자가 제외되었을 가능성이 있다. 즉, 개인여건이나 사회활동으로 인해 보조생식시술을 포기한 직장여성들과 불임문제로 부부간 갈등이 초래되어 시술을 받지 못한 병원 미방문자는 제외되었다는 한계가 있다.

따라서, 본 조사대상이 병원을 방문하여 보조생식 시술을 받았거나 받을 계획이어서 이미 부부간 협력관계가 형성되어 있다고 볼 때, 본 연구결과의 불임으로 인해 초래되는 신체적·정신적·경제적 고통 및 사회적 문제 등은 일반적인 불임부부의 상황보다 덜 심각할 수 있다는 점을 감안할 필요가 있다.

02

불임극복을 위한
선진국 보조생식술 지원 실태



제2장 불임극복을 위한 선진국 보조생식술 지원 실태

제1 절 불임정의 및 실태

불임은 부부가 자녀를 위하여 피임을 하지 않고 정상적인 부부관계를 하여도 12개월 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태이다(Woods, 1981). 과거에 임신의 경험이 없는 경우를 일차성(primary) 또는 원발성 불임이라고 하며, 이차성(secondary) 또는 속발성 불임은 과거에 임신의 경험이 있었던 경우로, 자궁의 임신이나 자연유산도 여기에 포함된다. 발생빈도는 일차성 불임이 높으며 반복적인 자연유산을 났을 의미로 불임영역에 포함하기도 한다(구병삼 외, 2001).

결혼 후 임신율은 부부의 연령, 결혼기간, 성관계 횟수 등에 의해 결정된다. 정상적인 부부가 피임을 하지 않고 정상적인 부부생활을 할 경우 1개월 내에 25%, 6개월 내에 70%, 1년 내에 85% 정도에서 임신이 성립되는 것으로 알려져 있으며, 이후에는 1년이 지나도 5% 정도에서만 추가로 임신되는 것으로 보고되고 있다(Guttmacher, 1956). 여성의 수태능력이 최대인 연령은 24세 전후이며, 이후 매 5년이 경과될 때마다 임신될 때까지의 기간은 2배정도 길어져서 35세 이후부터는 수태능력이 현저히 감소하게 된다. 따라서 여성의 나이가 30세 이상인 불임 부부에서는 가능한 한 신속하고도 철저하게 불임검사를 실시하는 것이 바람직하다.

불임 발생빈도는 여성의 고령임신의 사회적 경향으로 인한 생식능력의 감소, 생식기 질환의 증가, 인공임신중절 또는 잦은 자연유산, 계획된 출산

을 위한 지나친 피임방법 사용의 증가, 스트레스 및 운동부족, 그리고 환경 오염의 증가 등으로 인하여 최근 점차 증가되고 있는 것으로 추정하고 있다(Aral, 1983; Hirsh, 1987; Jaffe, 1991).

남녀 간의 불임비율은 정확하게 제시되어 있지 않으나 일부 학자들은 50:50으로, 또 다른 연구에 의하면 불임부부의 약 30%가 남성에 의한 불임이고 그 외 20%는 남편과 여성 모두에게 이상이 있는 것으로 나타나, 남성불임이 전체 불임의 50%를 차지한다고 해도 과언이 아니다. 이러한 이유 때문에 현대의학에서는 불임이 단순히 여성만의 문제가 아닌 남성과 여성의 문제이며 부부가 협력하여야 진단 및 치료가 가능하다고 보고 있다.

이러한 불임부부를 대상으로 임신을 목적으로 시술하는 여러 시술방법들을 포괄적으로 보조생식술(Assisted Reproductive Technologies)이라 한다.

제2절 불임의 원인, 진단 및 치료

1. 불임의 원인

불임의 원인은 남성 또는 여성의 생식세포(정자, 난자)의 발생부터 정자와 난자의 수정, 수정된 배아의 발달, 배아의 자궁 내 착상까지의 전 과정과 관련되어 있다. 즉, 이와 같은 과정 어느 한 곳이라도 이상이 있으면 불임이 될 수 있으며, 불임검사는 역으로 이러한 과정 중에 이상이 있는지를 확인하기 위하여 고안된 검사이다. 그러나 기본 불임검사만으로는 위의 전 과정을 아주 정확하고 구체적으로 확인하기는 현실적으로 불가능한 경우도 있다.

불임의 원인은 크게 남성 불임, 여성 불임, 남성과 여성의 양측 복합불임, 기타 원인불명으로 구분할 수 있다. 불임의 원인 중 여성 측 요인으로서는 나팔관 이상, 난소의 배란장애, 생식기 감염, 외상(골반 부위나 하복부에 심한 충격을 가할 경우), 습관성 유산으로 인한 불임증³⁾, 난소낭종, 자궁

위치 이상, 자궁기형, 무자궁으로 인한 불임증, 자궁근종, 자궁내막증, 자궁하수증 등이 있다.

남성 불임의 원인으로는 발기부전, 전신의 내분비 이상, 생식불능으로 인한 불임, 정자 수송로가 막힌 경우의 불임증, 무정자증(성기 결핵이나 임질 등으로 부고환이나 정관이 폐쇄되어 고환에서 생성된 정액 중 정자가 나오지 못하는 경우) 등이 있다. 그러나 남성불임의 약 25%는 그 원인이 확실히 밝혀지지 않고 있다. 정자생성에 관여하는 유전자가 점차 밝혀짐에 따라 남성불임의 약 10%는 유전자 이상에 의한 것으로 추정되고 있다(남성과학, 2010).

불임의 원인별 빈도는 난관요인(tubal factor)이 11~77%, 배란장애가 11~49%, 자궁 및 자궁경부요인(uterine/cervical factor)이 3~48%, 원인 불명의 불임이 4~22%이며, 남성요인이 26~47%로 보고되고 있으며 이 두 가지 이상의 원인을 동시에 갖는 경우가 약 10%에 이른다(구병삼 외, 2001).

여성 불임의 흔한 원인인 배란장애는 그 심한 정도에 따라 배란이 수개월에 한 번 일어나는 ‘희소배란(oligoovulation)’이나 전혀 배란이 일어나지 않는 ‘무배란(anovulation)’으로 나눌 수 있는데 배란이 적게 일어날수록 임신의 가능성도 줄어들게 된다. 이러한 배란장애가 있는 경우에는 다른 불임 검사가 완결되기 전이라도 클로미펜 등의 배란유도제를 투여하면서 동시에 다른 불임검사를 진행하기도 한다.

-
- 3) 습관성 유산이란 연속 2회 또는 그 이상의 자연유산이 반복되는 경우, 혹은 임신 20주 이전에 연속 3회나 그 이상 자연 임신소모가 반복되는 것을 말한다. 자연유산의 원인 가운데 반수 이상이 낙태아의 염색체 이상에 의한 것이며, 호르몬 부족으로 인한 경우가 그 다음으로 많고 자궁경관 무력증, 선천적 자궁결함 등도 이에 속한다. 이러한 유산의 50% 정도를 원래 수정란 자체의 염색체 이상으로 보지만 아무 이유 없이 유산되는 경우의 50%는 자궁과 난소의 기능적인 저하가 그 원인이며 그 가운데에서도 자궁기능의 저하로 인한 임신 유지 실패는 현대의학에서도 잘 이해하지 못하고 있는 실정이다.

2. 불임의 진단

가. 불임검사 대상

불임검사는 전술한 바와 같이 피임을 하지 않았고, 규칙적인 성생활을 한 부부라면 1년이 지나도 임신에 도달하지 못했을 경우에 불임검사를 시작하는 것이 타당하다. 이외에도 여성의 연령이 30세 이상이면, 과거에 불임을 초래할 만한 질병을 앓은 병력이 있는 경우(비노생식기의 감염, 불규칙한 월경, 성기의 발육이상, 결핵)에는 결혼 6개월 후라도 검사를 시작할 수 있으므로, 이러한 경우에는 1년 기간을 집착할 필요는 없다.

또한 불임은 부부 양쪽의 문제를 함께 고려해야 되는 특수한 문제이고, 부부 중 한쪽만 검사해서는 자녀를 갖지 못할 수 있으므로 양쪽 다 검사하는 것이 중요하다. 따라서 불임환자는 의사와 첫 면담 때 남편도 같이 방문해야 하는 것이 유리하다. 특히 정액검사 한 가지만 시행하면 불임의 원인 중 40% 이상에 해당하는 남성불임을 진단할 수 있으므로 정액검사를 제일 먼저 검사하도록 권유하고 있다. 최근에는 무정자증이라도 성숙정자만 얻을 수 있다면 보조생식술을 이용한 임신 성공비율이 매우 높으므로, 남성의 과거력이 진단 및 치료계획을 세우는데 중요한 부분을 차지한다.

불임검사를 시행하는 순서와 방법은 검사자의 선호도 및 환자의 개인적인 상황에 따라서 다를 수 있다. 그러나 일반적으로 쉬운 검사, 위험성이 없는 검사, 비용이 많이 들지 않는 검사부터 시행하고, 힘이 들고 환자에게 부담이 되는 침습적인 검사, 비용이 많이 드는 검사는 나중에 실시하는 것이 원칙이다. 참고로 불임검사는 월경주기 중 일정한 시기에만 시행할 수 있으므로, 그 주기에서 검사 시기를 놓치게 되면 다음 월경주기까지 기다려야 된다. 따라서 어떤 경우에는 한 가지 검사를 몇 달에 걸쳐서 시행하는 경우도 생길 수 있으므로, 검사자는 최단 시기에 검사를 마칠 수 있도록 노력해야 한다.

나. 병력 청취 및 이학적 검사

불임여성과 면담 시 의사는 내·외과적, 산부과적 기왕력을 완벽하게 파악하고 있어야 하며, 특히 월경주기, 골반통, 산과력에 대한 정보는 매우 중요하다. 예를 들면 골반 내 염증성 질환의 기왕력, 폐결핵·골반결핵, 자궁 내 피임장치의 사용여부, 골반수술 기왕력, 인공임신중절 시술여부 등 불임의 위험인자들에 대한 내용을 자세히 파악하여야 한다. 또한 뇌하수체, 부신, 갑상선 기능과 관련한 증상에 대해서도 파악하여야 하고, 더불어 남편의 경우는 성기의 수술 및 감염 여부, 외상여부, 유행성이하선염의 과거력을 파악하여야 한다. 기타 내분비교란물질(EDC: Endocrine Disrupting Chemical, 일명 환경호르몬)이 문제가 되고 있으므로 생식기능에 영향을 미칠 수 있는 유해물질에 직업적인 노출이 있었는지를 알아보는 것도 도움이 되는 경우가 있다. 마지막으로 성관계 횟수, 성교통의 유무, 성기능 장애가 있는지도 알아보아야 한다. 대개 환자는 자기의 정신적인 문제를 첫 면담부터 노출하기 싫어하는 경향이 있으므로 의사는 불임부부의 정서적인 충격이 어느 정도인가 살펴야 하고, 진단적인 평가와 가능한 치료방법을 제시함으로써 이들 부부에게 정서적인 지지를 해주어야 한다.

여성에 대한 이학적 검사 시 관찰하여야 하는 내용은 신장, 체중, 체형, 모발의 분포양상, 갑상선, 유즙 분비상태와 골반진찰 소견이다. 예를 들면, 비만한 환자가 월경이 불규칙하거나, 여드름이 많고, 배꼽 주위까지 모발선이 올라가 있는 경우에는 ‘다낭성 난소증후군(PCOS: polycystic ovarian syndrome)’에 의한 만성무배란을 의심할 수 있다. 골반진찰 시에는 자궁근종, 자궁 뒤쪽으로 골반 내 결절이 만져지는지 또는 통증이 있는지 진찰하고, 특히 자궁세포진 검사를 최근 1년 이내에 시행하지 않았을 경우에는 이때 같이 시행하는 것이 좋다. 또한 남편 과거력 상 이상한 점이 있으면 비뇨기와 의사에게 이학적 검사를 의뢰해 볼 필요가 있다.

대표적인 기본 불임검사로는 정액검사, 황체화호르몬(LH: Luteinizing hormone), 난포자극호르몬(FSH: Follicle stimulating hormone), 에스트로

젠과 같은 혈중호르몬농도, 자궁난관조영술(HSG: hysterosalpingogram), 자궁경부점액검사(CMT: cervical mucus test), 성교 후 검사(PCT: Post coital test), 자궁내막생검, 진단복강경 검사가 있다. 이 중 자궁난관조영술 검사는 자궁강 내에 조영제를 넣은 후 방사선 촬영으로 자궁내부의 모양, 난관의 소통상태 및 모양을 검사한다. 조영제를 주입하는 동안 환자는 자궁 내막 검사 시에 느꼈던 것과 같은 아랫배의 통증을 느끼는 경우가 많으며, 이러한 통증은 수 시간 동안 계속되기도 한다. 자궁난관조영술 소견이 정상인 경우에는 향후 6개월 정도 기다려 보아 임신이 되지 않을 경우에 진단 복강경을 시도하는 것이 바람직하다.

앞서 설명한 바와 같이 불임검사에서 가장 처음 시행하여야 하는 검사는 정액검사이다. 정액검사는 간단하게 시행될 수 있으며, 이 검사결과에 따라 서 불임의 진단 및 치료 방향이 결정될 수 있다. 즉 남편이 무정자증 또는 희소정자증으로 판명된 경우에는 체외수정기술 중 한 개의 정자를 난자의 세포질로 직접 주입하는 ‘난자세포질내 정자주입술(ICSI: intracytoplasmic sperm injection)’을 시행하여야 하므로 여성은 기초검사 및 호르몬검사, 자궁난관조영술 등의 간단한 불임검사만 시행하고 보다 침습적인 복강경 검사 등은 시행하지 않는 경우가 많다.

〈표 11-1〉 여성 불임진단 검사

기초 검사	노검사, 일반혈액검사, 혈액형 검사, 혈청 검사, 만성 질환, 감염성 질환검사 등
호르몬 검사	갑상선 자극 호르몬, 유즙분비호르몬, 성선 자극 호르몬, 난포자극 호르몬
자궁난관 조영술	자궁 내부 및 난관 개통여부 확인을 위해 조영제를 이용하여 엑스레이 사진을 찍는 검사
자궁경부점액 검사 및 성교 후 검사	배란기에 검사하여 자궁입구의 점액이 정자의 운동성에 미치는 영향을 보는 검사
자궁 내막조직 검사	자궁내막조직 일부를 채취하여 자궁 내막이 배란 및 호르몬에 적절하게 반응하는지 여부를 판정
복강경 검사	이상의 검사완료 후 필요에 따라 시행하며 복강 내 자궁내막증 또는 유착유무, 난관 개통상태를 직접 눈으로 확인하는 검사

3. 불임치료

불임의 치료방법은 크게 수술과 배란유도술 및 보조생식술(ART: Assisted Reproductive Technologies)로 구분할 수 있다. 수술은 난관개통술, 자궁근종절제술, 자궁내막유착 박리술 등이 있으며, 과거에는 주로 개복술에 의존하였으나 현재에는 거의 대부분의 불임수술을 골반경이나 자궁경을 이용하는 방법으로 대체하고 있다. 보조생식술이란 난자를 체외로 꺼내어 불임치료에 이용하는 시술을 총칭하는 것이다.

불임치료는 원인을 정확히 규명한 후 치료를 시작하는 것을 원칙으로 하나 여성의 연령이 35세 이상인 경우에는 난소의 노화로 인하여 그 자체가 불임의 원인이 될 수 있으므로 이러한 경우에는 불임의 원인이 정확히 규명되지 않은 상태라도 반드시 수술을 시행하여야 하는 경우를 제외하고는 몇 가지 기본검사 후 보조생식술을 시행하기도 한다.

이에 본 연구에서는 수술적 치료와 난자공여프로그램 등을 제외한 불임 부부 지원사업 지원적응증과 관련된 불임치료에 대해 기술하고자 한다.

가. 배란유도(Ovulation induction)

배란유도란 배란이 안 되는 여성에게 수술 또는 약물 투여로 배란이 되도록 도와주는 것을 말하며, 과배란유도란 배란이 되는 여성에게서 더 많은 난포를 얻어서 임신율을 올리기 위하여 주사용 과배란유도제를 투여하는 것을 말한다. 배란 인자에 의한 불임은 배란유도로 쉽게 효과를 볼 수 있으며, 적응증으로는 무배란, 희소배란, 황체기능 장애, 난자배출장애 (LUF: leuteinized unruptured follicle) 등이 있다. 최근 배란유도의 새로운 적응증으로서 정상 배란주기를 갖는 여성이나 원인불명의 불임여성들에서도 배란 유도제를 사용하는 등 점차 그 영역도 넓어지고 있다. 현재 배란유도에 의한 임신 성공률은 주기 당 15~30% 정도로 보고되고 있으며, 이는 생식 내분비학에 대한 지식이 발전되었고, 새로운 임상약제의 개발, 정확한 호르몬검사 기술의 개발, 초음파검사의 확산에 기인한다.

나. 보조생식술

1) 인공수정(Artificial insemination)

정자를 인공적으로 여성의 생식기내로 주입해 주는 것으로 자궁경관요인, 항정자항체 등의 면역학적 요인 및 남성요인으로서 무정자증, 희소정자증 등에 이용된다. 효과적인 정자의 농축을 위하여 다양한 과정의 정자 처리 과정을 거친다. ‘배우자 인공수정(AIH: artificial insemination of husband)’은 정상 정액을 가진 남성이 성기능 장애, 해부학적 결핍 등으로 정액을 질내로 전달하지 못할 때 시행하며, ‘공여자 인공수정(AID: artificial insemination of donor)’은 무정자증의 경우에 고환 내에서 정자를 얻을 수 없을 때 시행된다. 유전질환, 성병이 없고 피수정자와 신체 특징이 같은 정상 정액을 가진 남성이 제공자가 된다. 기술적인 방법으로는 ‘자궁 내 인공수정(IUI: intrauterine insemination)’, ‘자궁경관 내 인공수

정(ICI: intracervical insemination)', '질내 인공수정(IVI: intravaginal insemination)' 등이 있으나 현재는 자궁 내 인공수정이 가장 널리 사용되고 있다. 시술시기가 중요함에 따라 배란시기를 정확히 예측하는 것이 임신율을 높이는 관건이다. 자연 배란주기를 이용하는 경우는 드물고 임신율을 높이기 위하여 통상 경구 또는 주사용 과배란 유도과 병용한다. 3개월 내에 50%, 6개월 내에 90%에서 임신이 된다.

2) 체외수정시술(IVF: In Vitro Fertilization)

체외수정시술이란 난자를 채취하여 시험관내에서 수정시키고 배아를 다시 자궁내로 이식하는 시술이다. 체외수정시술의 적응증으로는 일측 혹은 양측성 난관폐쇄, 기왕의 수술로 인한 난관의 상실, 자궁경관 요인, 정자감소증 등의 남성요인, 항정자항체 등의 면역학적 요인, 원인불명의 불임 그리고 자궁내막증, 중등도의 남성인자 불임 등이다.

체외수정 시술의 성공률은 난자채취 주기 당 생명력이 있는 신생아의 출생률이 된다. 체외수정 시술 후 임신율은 시술환자들이 어떤 대상인가에 전적으로 달려있기 때문에 임신율 자체가 시술기관의 질적 평가기준일 수는 없다. 체외수정시술의 주기 당 임신율은 20~40% 정도로 보고되고 있으나 주기 당 지속 임신율은 15~20%를 크게 상회하지 못하며 누적임신율은 3~5회 시행할 경우 50~70% 정도로 보고되었다. 그러나 이 성공률은 치료대상자들의 연령이나 남성요인 환자들의 분포비율 등에 따라 좌우되므로 임신율을 직접 비교하는 것은 의미가 없다. 체외수정 시술을 반복적으로 시행하는 경우에 3~6회까지는 성공률에 큰 차이가 없다. 35세 이하의 여성의 약 50%는 체외수정시술 5회 이내에 출생아를 갖게 된다(구병삼 외, 2001).

한편 체외수정 시술에 의한 임신에서 자궁외 임신율도 증가된다. 체외수정 시술의 모든 임신 중 4~5%가 자궁외 임신으로 보고되었다. 따라서 체외수정 시술에 의한 임신은 초기부터 혈청 HCG나 초음파검사 등을 이용

하여 세심하게 추적할 필요가 있다. 보조생식술에서 자궁외 임신의 증가는 과배란 유도에 따른 다수의 배란과 높은 호르몬치에 의한 것으로 설명된다. 임상적으로 확인된 임신의 20%에서 유산이 일어나며 특히 40세 이상의 여성들에서는 자연유산율이 50%에 이른다. 이와 같은 자연유산율은 자연임신에서의 유산율과 비교하여 유의하게 높은 것으로 이유는 황체기 동안의 높은 에스트라디올치, 혹은 에스트라디올 대 프로게스테론 비에 따른 자궁 내막 발달의 장애에 의한 것으로 본다.

다태임신율은 20~30% 정도이고 3태 이상이 5%에 달한다. 다태임신 시 조산이 문제이며 평균 재태기간이 3태아에서 33주, 4태아에서 29주로 각각 보고되었다. 다태임신, 특히 3~4태 이상의 임신에서 이로 인한 조산을 비롯한 여러 합병증을 피하기 위하여 선택적 태아감축술(selective fetal reduction)을 시행한다. 초음파를 이용하여 심장천자를 시행하여 태아의 수를 1~2개로 줄임으로써 다태로 인하여 유발되는 여러 임신 중 합병증을 예방할 수 있다. 상황에 따라 다르지만 모든 임신에서 태아감축술을 시행할 필요가 없고 4태 이상에는 원칙적으로 시행하는 것이 유리하다. 그러나 이와 같은 원칙들은 미숙아를 다루는 중환자실의 설비나 치료능력에 따라 결정될 문제이다. 숙련된 시술자가 시행하는 경우에 선택적 태아감축술후 잔여 태아가 유산될 확률은 4~10% 정도로 보고되고 있다. 체외수정 시술로 출생한 신생아 중에 선천성 기형의 빈도는 일반 출생아들과 비교하여 증가하지 않는 것을 보고되고 있다(구병삼 외, 2001).

착상시기를 전후하여 많은 배아의 손실이 있으며 임신여부를 인지하지 못한 상황에서 조기에 임신소모가 이루어지는 것이다. 이와 같은 현상은 대부분 비정상 정자나 혹은 난자의 수정으로 생겨난 배아에 의하여 이루어진 임신의 결과이고 이는 정상적인 사람들에서도 흔히 일어나는 현상일 뿐 아니라 체외수정의 성공률을 떨어뜨리는 요인이기도 하다(구병삼 외, 2001).

체외수정시술을 시행하기 위해서는 임신율을 높이기 위하여 다수의 난자를 얻어야 하는데 앞에서 설명하였던 배란유도제를 이용하여 과배란유도(COH: controlled ovarian hyperstimulation)를 시킨다. 이식하는 배아의

수는 각 국가마다 여성의 연령 등을 고려한 상한선을 정해 놓고 있다.

다. 남성불임의 치료

남성불임은 전체 불임의 35~40% 정도이며 그 원인은 내분비학적, 혹은 수술적 치료가 필요한 외과적인 원인이 있고, 때로 감염이나 면역학적 원인을 갖는다. 그 외에도 환경적 요인도 남성불임을 유발할 수 있으나, 흔히 원발성인 경우가 많다. 정액검사 소견의 이상 정도에 따라 자궁 내 인공수정(IUI)을 시행할 수도 있고, 때로 과배란 유도과 더불어 자궁 내 인공수정을 시도하여 좋은 결과를 얻을 수 있다. 그렇지 못한 경우에는 체외수정시술을 하게 된다. 즉 정액검사에서 정자수, 운동성, 모양에 이상을 갖는 환자, 특히 ‘자궁 내 인공수정’에 의한 치료에 실패한 환자들이 체외수정시술의 적응증이 된다. 최근에는 정자의 질적, 양적 이상이 있는 경우 난자와 정자가 만나 수정하는 여러 단계를 생략하고 난자내로 정자 한 개를 직접 주입하는 세포질내정자직접주입술(ICSI)로 높은 임신율을 보고하고 있다. 이외에도 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증이나 선천성 정관형성부전으로 인한 무정자증 환자에서 ‘미세수술적 부고환 정자 흡인술(MESA: microsurgical epididymal sperm aspiration)’ 또는 ‘경피적 부고환정자 흡인술(PESA: percutaneous epididymal sperm aspiration)’로 정자를 얻을 수 있으며, 부고환 전체의 폐색이나 부고환 형성부전 또는 부고환 절제술을 받은 경우에는 고환조직에서 얻은 정자로 세포질내정자직접주입술(ICSI)을 시도하여 높은 임신성공률이 보고되고 있다. 또한 고환에서 정자형성 장애를 나타내는 비폐쇄성 무정자증 불임환자들을 치료하기 위한 방법으로 고환생검(TESE: testicular sperm extraction)으로 성숙정자나 미성숙 원형정세포(round spermatid)를 채취하여 수정 후 임신이 가능하므로 고환이나 정액 내에서 감수분열을 마친 정세포나 정자를 이용할 수 있다면 불임 치료가 가능한 단계에까지 이르고 있다.

제3절 불임극복을 위한 선진국 보조생식술 지원 실태

2004년 ‘미국생식의학회(American Society for Reproductive Medicine)’의 48개국의 보조생식술 지원방법을 살펴보면 <표 II-2 >와 같다(Fertility and Sterility, 2004). 완전한 재정적 지원을 하는 나라는 프랑스, 독일, 벨기에, 체코공화국(IVF만 지원), 슬로베니아, 그리고 이스라엘(2명 자녀 출생 시까지)이다. 호주, 독일, 포르투갈은 국가보건계획(National health plan)에 의한 공적 지원과 민간보험에서 지원하고 있다. 20개 국가는 국가보건계획아래 보조생식술을 지원하나, 민간보험의 지원은 없다. 미국과 터키는 민간보험에 의해 지원된다. 23개 국가는 국가보건계획이나 민간보험회사의 제3자에 의한 지불보상체계를 갖고 있지 않다.

1. 유럽

가. 영국

2004년 2월 영국 국립임상연구소에서 2005년 4월부터 39세 이하의 여성들은 국가의료제도(NHS)의 기금으로 1회의 무료 체외수정 시술을 받을 수 있게 되었다.

합계출산율(TFR)은 1.96(2008)이다(OECD, 2009).

나. 프랑스

프랑스는 건강보험을 통해 100% 보조생식시술을 보장하고 있다. 시술은 물론 검사와 약물 등 제반 비용 모두 보험혜택을 받는다. 특히 민간병원에서 치료받아 비용이 추가로 발생하면 사보험을 통해 보상받도록 하고 있다(민간기관 이용자의 경우 공공기관 제공수준 및 범위에 한해 지원하며 나머지는 개인이 부담). 체외수정 4회, 배란유도나 인공수정은 6회까지 지원한다. 연령은 여성연령이 43세 이하인 경우에 한해 지원이 가능하다.

합계출산율(TFR)은 2.0(2008)이다(OECD, 2009).

〈표 11-2〉 국가별 보조생식술 지원에 따른 재원조달방법

국가	국가보건계획 (완전/부분)	민간보험 (완전/부분)	비보험
Argentina		+, 부분	+
Australia (West)	+, 부분	+, 부분 ^a	
· Australia (South)	+, 부분 ^a	+, 부분 ^b	
· Australia (Victoria)	+, 부분 ^b	+	
· Australia(Remainder)	+		
Austria	+, 부분 ^c		
Bangladesh			+
Belgium			+
Brazil			+
Bulgaria			+ ^d
Canada			+
Chile			+
China	+, 완전 ^e		
Czech Republic	+, 완전		
Denmark			+
Ecuador			+
Egypt			+
El Salvador	+, 부분 ^f		
Finland	+, 완전		
France	+, 완전		
Germany	(mainly) ^g	+, 완전 (mainly) ^g	
	+, 부분		
Greece	+, 부분		
Hong Kong	+, 부분 ^h		
Hungary			+
Iran			+ ^j
Ireland	+, 완전 ^j		
Israel	+		
Italy			+
Japan	+		
Jordan			+
Mexico			+
Morocco	+, 부분 ^k		
Netherlands	+, 부분		
Norway			+
Poland	+, 부분 ^l		
Portugal		+, 부분	+
Romania			+
Saudi Arabia			+
Singapore	+, 완전 ^m		
Slovenia			+

South Africa	+, 부분		
Spain			
Sweden	+		
Switzerland	+, 부분n		
대만			+
튀니지	+, 부분		
터키		+, 완전o	
영국	+, 부분p		
우루과이			+
미국		+, 부분q	
Venezuela			+

주: a 환자를 위한 보충 물품에 대한 비용은 일반적으로 최대 ASS\$2500
b 신기술(ICSI: 난자 내 정자주입법, 고환의 생체 검사 등)과 관련 비용은 제외
c 생식에 관련된 전체 비용의 70% 보상. 나팔관 및 심각한 남성 불임 요인, 여성 40세까지, 남성 50세까지.
d 유일하게 Ontario주만 양측으로 저지된 나팔관의 경우에 있어 IVF(자궁내인공수정)을 제공
e 표준 IVF는 충분히 보상. ICSI(난자 내 정자주입법), 수정란 동결 및 관련 생식에 대해서는 보상되지 않음.
f 법에 의한 보상이 아닌 일상적인 건강 보호 체계의 일부로서 보상.
g 2004년 1월 이후 추가 보상은 없으며, 현재 다음 전체 조건 하에서만 보상이 이루어지고 있다. 연령 40세, 결혼한 부부, b형, C형 간염 및 인간 면역 부전 바이러스성 감염이 아닌 경우
h 약에 대한 비용은 환자가 일부 지불.
i 그러나 비용은 세금공제가 된다. 약물은 National Health Plan(국가 건강 계획)에 의해 제공.
j 한 부부에 두 명의 자녀 출생으로 완료
k IVF(자궁내인공수정)에 대하여 세 주기, ICSI(난자내정자주입법)에 대해서는 보상되지 않음.
l 공립 병원에서 ART는 무료. 약의 경우에는 부분적으로(40%) 보상. 사립 병원의 경우, 약에 대해 40% 보상.
m 네 주기
n IUI(자궁 내 인공수정): 세 주기에 대해 보상한다. 난자 자극: 12주기에 대해 보상한다. IVF(체외수정)과 ICSI(난자내 정자 주입법): 보상하지 않음
o 몇몇 개인 보험 회사들은 IVF 치료에 대한 보상.
p National Health Service(국민건강보호)는 영국에서 IVF 주기의 25%를 적립한다.
q 아주 적은 수의 주 및 몇몇 제 3의 남부자가 다양한 보상을 제공

자료: Fertility and Sterility, Insurance Coverage Supplement 4, 81(5), 2004

다. 독일

독일은 25세 이상 40세 미만의 여성에 한해 체외수정 4회, 나팔관인공수정(GIFT)은 2회까지 건강보험회사에서 지원한다. 그 이상의 시술은 질병기금(Sick Fund)에서 지원한다. 배란유도와 인공수정은 배란유도제를 이용하는 경우 6회까지, 이용하지 않는 경우는 8회까지 지원한다.

합계출산율(TFR)은 1.38(2008)이다(OECD, 2009).

라. 오스트리아

오스트리아의 경우 대부분의 보조생식술을 시행하고 있으며 2000년부터 체외수정 관련 시술비와 약제비의 70%를 지원하고 있다(단 여성 만 40세

미만, 남성 50세 미만, 난관요인, 남성요인만 해당 됨).

마. 벨기에 및 룩셈부르크

벨기에는 2003년 7월부터 평생 6회의 체외수정 시술비를 지원하고 있으며(회당 1,187유로) 시술에 이용되는 호르몬비용의 75%를 지원하고 있다. 재조합 호르몬제제는 세 번째 주기부터 지원하고 있으며 일반적인 urinary FSH의 경우에는 다낭성난포증후군 환자에게만 지원해 주고 있다.

룩셈부르크의 경우 호르몬약제비의 80%를 지원하고 있다.

바. 덴마크

덴마크는 공공의료기관에서 시술을 받는 경우에만 3회까지 지원을 해 주고 있다. 약제비용은 74~177불 이내는 50% 지원, 177~415불 이내는 75% 지원, 415불 이상은 85% 지원해 주고 있다.

사. 핀란드

핀란드는 연간 총 3,300FIM까지만 본인이 부담하고 나머지는 국가에서 지원한다.

아. 이탈리아

공인받은 기관에서 진단 및 처방을 받는 경우에 모든 약제비를 지원하며 시술비의 경우 공공의료기관이나 국가기관에서 시술받는 경우에만 부분적으로 지원하고 있다.

합계출산율(TFR)은 1.41(2008)이다(OECD, 2009).

자. 네덜란드

네덜란드는 체외수정은 3회, 배란유도와 인공수정은 횟수의 제한없이 지원하지만 GIFT(생식세포 난관 내 이식), ZIFT(접합자 난관 내 이식), ICSI(세포질 내 정자 주입술)은 지원대상이 아니다. 모든 약제비도 지원한다.

차. 스웨덴, 노르웨이

공공의료기관에서 시술받는 경우에만 3회까지 지원을 해 주고 있다. 민간기관 이용자는 지원하지 않고 있다.

카. 포르투갈

주정부의 병원에서 시술받는 경우 100% 지원하며 약제비는 40%까지 지원하고 있다. 민간병원의 경우 약제비만 40% 지원하고 있다.

합계출산율(TFR)은 1.37(2008)이다(OECD, 2009).

타. 스페인

공공기관의 경우 보조생식 시술을 100% 지원한다. 합계출산율(TFR)은 1.46(2008)이다(OECD, 2009).

2. 미국

미국 연방법에는 보조생식술에 대한 지원책이 없으며 법적인 지원에 대한 요구증가로 의회에서 도입을 준비 중이다. 각 주마다 불임에 대한 보험 규정은 각기 다르다. 각 주마다 대부분의 보험회사와 업주들에게 불임관련 지원에 대한 법적인 의무는 없지만 캘리포니아 코네티컷 등 15개의 주(29.4%)들은 불임치료 전 과정에 대해 보험적용을 통해 지원하고 있다.

3. 일본

2004년 4월부터 국고 지원을 시작한 일본은 지원 범위가 넓다. 우리나라(만44세 이하)와 달리 지원대상의 성과 연령제한이 없고, 시술방법을 제한하지 않고 있어 일본의 불임부부들은 인공수정, 체외수정 시술, 그리고 남성 정관복원술 등을 100% 지원받는다. 지원은 연간 10만 엔씩 5년 동안 받을 수 있다. 때문에 일본의 불임부부들은 체외수정 시술에 비해 여성의

몸에 무리가 덜 가는 인공수정 기술을 먼저 거친다. 인공수정에 한 해 70-80%까지 지원한다. 또한 둘째아 출산시도가 신체에 무리가 가지 않고 자연출산이 가능하도록 근원적인 남성 불임치료비도 지원한다.

일본은 체외수정기술에 대한 전문적인 가이드라인이 제한적으로 마련되어 있다. 가이드라인은 보조생식술을 시행하기 위해서는 법률적인 혼인관계이어야 하며 간접적인 대리모 금지 등의 내용을 포함하고 있다.

합계출산율(TFR)은 1.37(2008)이다(OECD, 2009).

4. 호주

2000년 1월부터 6회까지의 제한규정이 없어져서 현재 횟수에 제한 없이 체외수정 기술이 가능하다. 그러나 연령제한이 있어 여성연령이 39세 이하이어야 하는 조건이 있다.

합계출산율(TFR)은 1.97(2008)이다(OECD, 2009).

이상과 같이 유럽국가 및 일본 등 저출산 국가에서는 국가 예산 또는 보험급여를 통해 불임극복을 위한 인공수정 및 보조생식술 지원정책을 시행하고 있다.

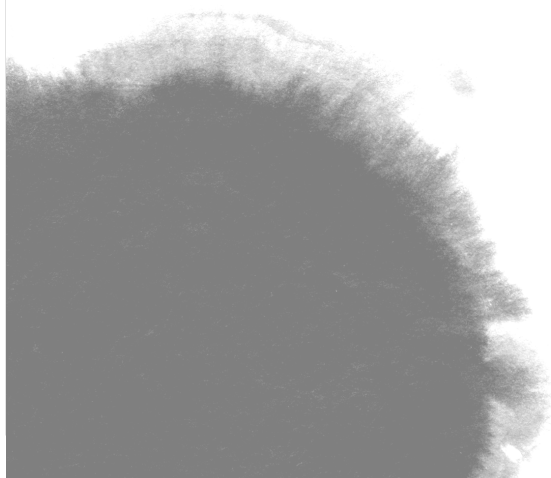
〈표 11-3〉 주요국 불임부부 지원 현황 및 합계출산율

	지원 대상	지원 내용	지원 금액	TFR (2008)
영국	여성(39세 이하)	1회 시술	100%(NHS기금)	1.96
호주	여성(39세 이하)	체외수정(무제한)	100%(국고)	1.97
프랑스	여성(43세 이하)	인공수정(6회) 체외수정(4회)	100%(건강보험)	2.0
독일	여성(25~40세 미만)	인공수정(6회) 체외수정(3회)	50%(건강보험)	1.38
일본	남성, 여성 모두	제한 없음	연 10만엔, 5년간지급(국고)	1.37

자료: OECD, Family Database, 2009

03

불임부부 자원사업 현황 및 성과





제3장 불임부부 지원사업 현황 및 성과

제1 절 불임부부 지원사업 현황

1. 사업목적

초저출산 시대를 맞이하여 자녀를 원하는 불임(난임)부부가 출산을 할 수 있도록 적극적인 출산지원정책의 필요성이 대두되었다. 이에 따라 정부는 2006년부터 체외수정시술 등 특정치료를 요하는 일정 소득계층 이하의 불임부부에게 시술비 일부를 지원하여 불임부부가 희망하는 자녀를 갖게 함으로써 행복한 가정을 영위하게 하고 출산극복 효과를 달성하기 위해 불임부부 지원사업을 도입하였다.

체외수정시술 등 특정치료 시술비는 건강보험이 적용되지 않는 고액이어서 시술비 중 일부를 지원하여 불임부부의 경제적 부담을 경감할 필요성이 제기되었기 때문이다. 배란촉진제, 약물요법 등 불임진단검사 등에 제한적으로 보험이 적용되고 있으나 보조생식술(체외수정시술, 인공수정 등) 시술비와 시술에 필요한 검사, 투약, 처치 등은 보험이 적용되지 않는 비급여 서비스이다.

2010년부터는 체외수정 이전 단계에 이루어지는 인공수정에 대해서도 시술비를 지원하고 있다.

2. 사업의 기본방향

불임부부 지원사업은 불임가정의 경제적 부담 완화, 서비스 보편성과 효과적·효율적 사업수행을 위해 지속적으로 사업대상과 지원액을 확대하여 온 것으로 나타났다.

먼저, 체외수정이 통상 3회 시술을 하여야 임신확률이 높아진다는 점을 감안하여 경제적 부담 없이 시술을 지속할 수 있도록 2009년부터 체외수정 의료비 지원횟수를 2회에서 3회로 확대하였다. 지원 의료비는 체외수정 1회당 150만원이나(평균시술비 50%), 기초수급자에 대해서는 2009년 255만원, 2010년에는 270만원(평균시술비 90%)으로 지원액을 확대하였다.

2010년에는 불임치료시술비가 고액이고 수회에 걸쳐 시술해야 하는 등 중산층에도 경제적 부담이 가중됨에 따라 지원 대상 전국가구 월평균소득 130%이하에서 150%이하 중산층까지 포함하여 지원하는 보편적 저출산 대책으로 불임부부 지원사업을 추진하였다.

또한 보다 고액의 시술비용이 소요되는 체외수정시술로의 쏠림현상을 방지하고자 체외수정 이전 단계인 인공수정시술 대상까지 지원하였으며 지원 횟수를 3회로 제한하였다.

3. 사업대상 및 내용

가. 사업대상 및 지원적응증

불임부부 지원사업의 지원신청 자격은 법적 혼인상태에 있는 불임부부로써 전국가구 월평균소득 150%이하이면서, 의료비 지원접수일 기준 여성연령이 45세 이전(44세 이하) 여성이다. 월평균소득 150%이상 가구는 2009년 전국 가구의 약 20.3%에 해당된다(통계청, 2010). 소득판별 기준은 건강보험료 납부금액을 기준으로 정한다. 맞벌이 불임부부에 대한 지원을 확대하기 위해 맞벌이 불임부부의 경우 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자

의 보험료는 50%만 반영하여 직장여성의 소득이 지원에 장애가 되는 방식을 개선하였다.

의학적 적용대상은 체외수정시술(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI)⁴⁾ 등 약 10여종 보조생식술과 인공수정시술로 의사진단이 확인된 자이다(여성요인인 경우는 산부인과전문의, 남성요인인 경우 비뇨기와 전문의 진단).

구체적 신청 자격은 체외수정시술 이외의 불임치료로 임신을 기대하기 어려운 경우(양측 난관 폐색, 중증 자궁내막증, 조기 폐경 등), 체외수정시술 이외의 불임치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우(난관성형술 기왕력, 배란유도 기왕력, 인공수정 기왕력), 원인불명 불임으로 3년 이상의 불임기간과 여성연령이 35세 이상인 경우 이다.

남성요인은 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증, 정관절제술(vasectomy) 후 상태, 정계정맥류(varicocele), 폐쇄성 무정자증(obstructive azoospermia) 등이다.

지원 대상 불임치료 시술종류를 제시하면 아래와 같다.

- 체외수정시술(IVF-ET)
 - 과배란유도 난자채취
 - 난자세포질내정자직접주입술(ICSI)
 - 배아보조부화술(Hatching)
- 접합자난관내이식(ZIFT)
 - 과배란유도 난자채취
 - 세포질내정자직접주입술(ICSI)
- 생식세포난관내이식(GIFT)
- 동결배아이식
- 배아난관내이식(TET)
- 인공수정시술
 - 배란유도(배란유도제로 경구제나 주사제 또는 병합투여) 후 인공수정시술

4) 임신을 위해 남성의 정자를 처리하여 여성의 자궁강 내로 직접 주입해 주는 시술

- 자연주기 인공수정 기술

배아생성관련 허용범위(체외수정기술)는 ‘생명윤리 및 안전에 관한 법률’상 허용되는 범위에서 지원한다. 따라서 특정의 성을 선택하여 수정하거나 미성년자의 정자·난자 활용행위 금지, 매매된 정자·난자 활용 금지, 대리모 등은 제외된다. 2008년부터 임부연령과 배아상태 등을 고려하여 체외수정 시 이식할 최대배아수를 규정하여 시행하고 있다(표 3-1).

영국은 인공수정배아관리국(HFEA)에서 진료지침을 내려 체외수정 시 2개의 배아만 이식을 허용하고 있다. 미국생식의학회(ASRM)는 37세 이하 여성의 경우 2개, 40세 이하는 4개까지 배아를 이식하도록 권고하고 있다. 일본은 연령과 상관없이 이식 배아수를 3개 이하로 제한하고 있고, 호주는 35세 이하 여성의 경우 1개, 35~40세는 2개까지로 가이드라인을 제시하고 있다.

〈표 III-1〉 체외수정 시 이식할 최대배아수

연령별	2~4일 배양후		5~6일 배양후	
	양호한 조건	양호하지 못한 조건	양호한 조건	양호하지 못한 조건
35세 미만	2개	3개	1-2개	2개
35~39세	3개	4개	2개	3개
40세 이상	5개	5개	3개	3개

주: 양호한 조건 내역을 명시하여 이행하도록 규정
자료: 보건복지부, 가족건강사업 안내, 2010

나. 사업내용

불임부부 지원사업의 주요 사업내용은 시술 의료비 지원이다. 인공수정 시술비는 1회 50만원 범위에서 총 3회까지 150만원 지원하고 있다. 체외수정기술은 1회 지원한도액 150만원 (단, 기초생활보장 수급자는 270만원)이며, 최대 지원횟수는 3회 450만원이다(기초생활보장 수급자는 810만원).

체외수정기술 지정 의료기관은 서울 27 개소, 부산 12 개소, 대구 10개

소, 인천4개소, 광주 8개소, 대전 8개소, 울산 4개소, 경기도 28개소 등 대도시와 수도권에 집중되어 있다. 2010년부터 지원되고 있는 인공수정 시술기관은 2010년 5월 현재 326개 기관이 신청하여 지정 승인되었다.

‘정부지원 체외수정 시술 지정기관’은 ‘생명윤리 및 안전에 관한 법률’에 의한 배아생성의료기관이다. 즉, 동 법률 제14조(배아생성의료기관) 규정, 동 법 시행규칙 제4조(배아생성의료기관의 지정) 규정에 의거하여 보건복지가족부령이 정하는 시설 및 인력을 갖추어 배아생성기관으로 지정받은 의료기관 중 보건복지가족부에 신청하면 지정된다.

한편, 불임부부의 심리 상담을 위해 인구보건복지협회에 위탁하여 면접 상담과 인터넷 상담을 실시하고 있다. 지원내용은 심리상담학을 전공한 석·박사로 상담 유경험자 중에서 비공개 상담, 인터넷 상담(아기모 사이트)을 지원하고 있다.

다. 사업예산 및 관리

사업예산은 국고보조사업으로 사업비중은 서울 30%, 자치단체 50%를 국가보조로 이루어지고 있다. 2010년 총사업비는 553억 원(국비 254억 원, 지방비 299억 원)이며, 이 중 체외수정시술 사업비는 60%에 해당되는 331억 원, 인공수정시술 사업비는 40%에 해당되는 222억 원이다.

보건복지부는 ‘불임부부지원사업 중앙심의위원회’⁵⁾를 구성·운영하여 불임치료기관 지정 및 관리, 기타 불임부부 지원사업에 관한 지도·감독하고 있다. 광역자치단체는 ‘시·도 불임부부지원사업 심의위원회’를 구성·운영하여 중앙심의위원회의 의료적 가이드 등에 의거, 특이사례를 심의하고 불임진단서의 의학적 증상이 불명확하거나 평균 시술비보다 과다하게 청구된 사례 등 시·군·구에서 심의요청 사안을 심의한다. 시·군·구 보건소는

5) 대한산부인과학회, 대한생식의학회, 대한보조생식학회, 대한산부인과개원의협의회, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 대한비뇨기과학회, 여성계 등 각 단체의 장으로부터 추천을 받은 자와 보건복지부 공무원 등 15인 이내(보건복지부 건강정책국장은 당연직 위원으로 하고, 간사는 보건복지부 가족건강과장이 됨)

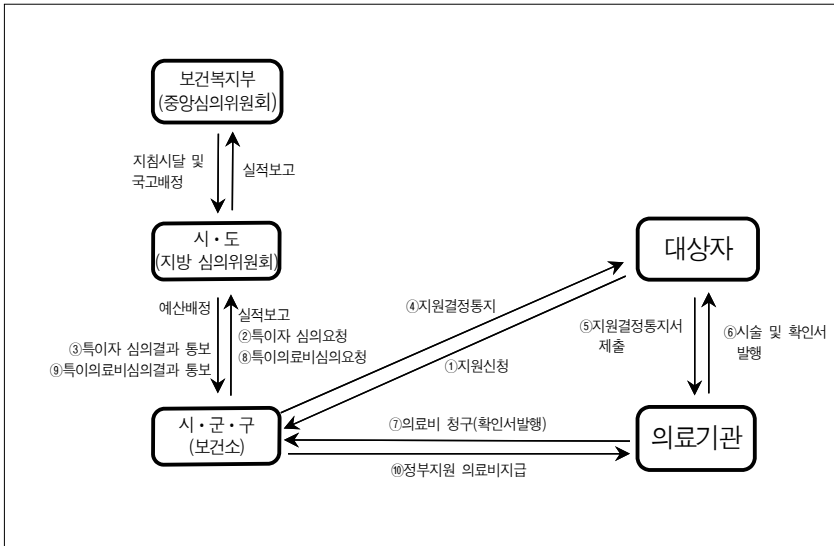
불임부부 의료비 지원 신청 접수·상담 및 지원대상자 선정, 의료비 지급, 그리고 홍보를 실시한다.

불임부부 지원사업의 의료비 지원체계는 [그림 III-1], [그림 III-2]와 같다. 불임부부는 시·군·구 보건소에 의료비 지원을 신청한다. 불임진단서와 건강보험카드 사본을 첨부하여 정부지원 불임치료 지원신청서를 제출하면 보건소에서 신청서 접수 시 연령·소득기준 등 신청자격 유무를 확인, 해당기관 예산 범위 내에서 유자격자 전원을 지원대상자로 선정한다. ‘지원결정통지서’를 교부받은 여성은 정부지정시술기관에 제출하며, 지정시술기관에서는 지원대상자에 대하여 일반 시술자(비 지원대상자)와 동일하게 진료 및 시술을 시행한 후 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구한다. 시술기관에서는 피시술자에게 정부지원금이 초과될 때 본인 부담금을 청구한다. 정부지원대상자로서 치료 중 의사진단에 따라 불가피하게 치료를 중단한 경우도 정부지원금 한도 내에서 치료비 지원이 가능하다.

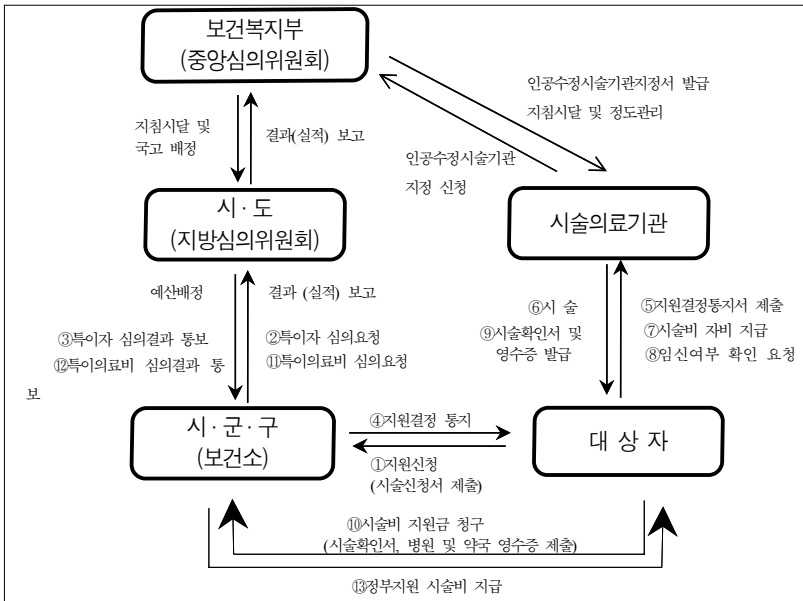
시·군·구(보건소)에서는 시술비 청구 해당 시술기관에 시술비를 지급한다. 시술비가 정부지원금 이내인 경우에는 총시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급하며, 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 지방 심의위원회에 심의 요청한다.

반면, 인공수정은 관할 보건소장이 시술확인서 확인 후 정부지원금 범위 내에서 지원대상자에게 시술비를 직접 지급한다.

[그림 III-1] 체외수정 시술비 지원체계



[그림 III-2] 인공수정시술비 지원체계



제2절 불임부부 지원사업 성과 및 대상자 특성⁶⁾

1. 연령

2006년부터 시작된 불임부부 지원사업을 통해 체외수정시술을 받은 건수는 2006년 19,136건으로 가장 많았고 2007년 14,700건, 2008년 13,267건으로 다소 줄었다가 시술횟수가 3회로 늘어난 2009년에는 17,691건으로 다시 증가하여 4년간 총 64,794건의 시술이 이루어졌다.

지원대상자의 연령은 30-34세가 30,249명으로 전체 대상자의 46.6%를 차지하여 가장 많았고, 35-39세(29.3%)가 다음으로 많은 분포를 보였다. 24세 이하는 0.7%, 25-29세 14.0%, 40-44세 8.9%, 45세 이상은 0.3%의 분포를 보였다. 이러한 연령대의 분포는 2006~2009년 사이에 큰 변화는 없었다(표 III-2).

〈표 III-2〉 연도별 불임부부 지원사업 지원 대상 여성 연령분포

(단위: %)

	2009년	2008년	2007년	2006년	계
≤24	0.8	0.8	0.8	0.5	0.7
25-29	13.8	15.4	13.9	13.5	14.0
30-34	43.7	46.4	47.8	48.8	46.6
35-39	30.5	29.0	28.7	28.8	29.3
40-44	10.6	8.1	8.4	8.3	8.9
≥45	0.5	0.4	0.4	0.1	0.3
계 (N)	100.0 (17,691)	100.0 (13,267)	100.0 (14,700)	100.0 (19,136)	100.0 (64,794)

6) 본 절은 한양대 의과대학 황정혜 교수의 원고로 통계자료는 ‘2009년 불임부부지원사업 보고서’를 참조하였음.

2. 불임의 원인분포

2009년 불임부부 지원대상자(17,689명)의 불임원인 분포는 남성요인 11.4%, 여성요인 36.9%(난관요인 24.0%, 배란요인 7.2%, 복강요인 3.3%, 자궁요인 2.4%), 원인불명 34.0%, 복합요인 13.6%, 기타 4.0%이었다(표 3-3).

일반적으로 남녀 원인발생이 같은 비율이며 원인불명이 20% 수준으로 알려지고 있다. 그러나 본 시술비 지원대상은 남성요인이 11.4%에 불과하고 원인불명이 34%로 매우 높게 나타났다. 사업 초부터 남성불임은 11% 수준이었으며, 원인불명은 32% 수준이었다.

〈표 III-3〉 불임의 원인 분포

(단위: %)

분류	2009년	2008년	2007년	2006년
남성요인	11.4	12.3	13.8	11.9
난관요인	24.0	24.6	24.4	23.3
배란요인	7.2	7.3	7.8	8.3
복강요인	3.3	2.8	3.5	3.8
자궁요인	2.4	3.1	2.9	2.6
원인불명	34.0	32.6	32.1	33.1
기타	4.0	3.8	4.2	3.2
복합요인	13.6	13.4	11.3	13.8
계 (N)	100.0 (17,689***)	100.0 (13,257**)	100.0 (14,696*)	100.0 (19,137)

주: *미확인 4례 제외, **미확인 10례 제외, ***미확인 2례 제외

3. 임신율 및 출산율

2009년에 불임부부의 체외수정 시술 지원건수는 총 17,691건이 시행되었다. 시술건 당 임신율은 총 17,691례의 시술에서 5,349례에서 임신이 확인되어 30.2%의 임신율을 보였다. 임신 중 자궁 외 임신율은 1.1%이었다(표 III-4).

〈표 III-4〉 연도별 체외수정 시술건수 대비 임신율 및 임신 대비 자궁외임신율

(단위: %)

	2009년	2008년	2007년	2006년
시술당 임신율	30.2	31.9	31.2	31.3
총임신 중 자궁외임신 율	1.1	1.3	1.1	1.1

주: 미확인 제외

가. 체외수정 시술건수 대비 임신율 및 출산율

불임부부 지원사업을 통해 이루어진 체외수정 시술 건에 대한 출산결과는 270일간의 임신이 경과한 이후에 파악이 가능하다. 따라서 2009년 시술 건에 대한 출산결과 파악은 최종적으로 2010년 12월 이후에 가능하다.

이에 본 연구에서는 2008년 1년 동안 이루어진 체외수정 시술건의 임신율을 살펴본 결과, 임신율은 31.9%이며, 출산 비율은 25.5%이었다.

먼저 임신율을 연령계층에 따라 구분해 보면, 25-29세 39.1%, 24세 이하 37.6%, 30-34세 35.4%, 35-39세 28.6%, 40-44세 11.3%, 45세 이상의 연령층에서는 3.9%의 임신율을 보였다. 이와 같이 여성연령이 35세가 지나면서 임신 성공률이 35%수준에서 25% 수준으로 급격히 감소하여, 45세 이상의 여성에서는 임신이 성립할 가능성이 매우 낮음을 알 수 있었다(표 III-5). 2006년, 2007년 사업의 경우도 각 연령층에서의 임신율이 유사하였다.

연령계층별 시술건수 대비 출산율 역시 30세 미만에서는 약 30%의 출산율로 가장 높았으나 30세 이후부터 출산 성공률이 낮아진 것으로 나타났다.

〈표 III-5〉 연령계층별 2008년 불임부부지원사업에 의한 임신율 및 출산율

(단위: 건, %)

연령	총 시술 건수(T)	임신수 (P)	임신율 (P/T×100)	출산수 (D)	총 결과 확인 건수	결과 미확인 건수	출산율 (D/T×100)
20-24세	101	38	37.6	33	101	0	32.7
25-29세	2,049	802	39.1	658	2,030	19	32.4
30-34세	6,147	2,175	35.4	1,757	6,116	31	28.7
35-39세	3,842	1,098	28.6	849	3,841	1	22.1
40-44세	1,072	121	11.3	68	1,064	8	6.4
45세 이상	51	2	3.9	1	51	0	2.0
계	13,262	4,236	31.9	3,366	13,203	59	25.5

〈표 III-6〉 연령계층별 2007년 불임부부지원사업에 의한 임신율 및 출산율

(단위: 건, %)

연령	총 시술 건수(T)	임신수 (P)	임신율 (P/T×100)	출산수 (D)	총 결과 확인 건수	결과 미확인 건수	출산율 (D/T×100)
20-24세	114	44	38.6	34	114	0	29.8
25-29세	2,038	791	38.8	624	2,026	12	30.8
30-34세	7,029	2,458	35.0	1,885	7,011	18	26.9
35-39세	4,216	1,145	27.2	831	4,206	10	19.8
40-44세	1,238	139	11.2	86	1,238	0	6.9
45세 이상	62	2	3.2	0	62	0	-
계	14,697	4,579	31.2	3,460	14,657	40	23.6

〈표 III-7〉 연령계층별 2006년 불임부부 지원사업에 의한 임신율 및 출산율

(단위: 건, %)

연령	총 시술 건수(T)	임신수(P)	임신율 (P/T×100)	출산수 (D)	총 결과 확인 건수	결과 미확인 건수	출산율 (D/T×100)
20-24세	104	48	46.2	31	104	0	29.8
25-29세	2,576	1,061	41.2	745	2,540	36	29.3
30-34세	9,329	3,274	35.1	2,293	9,262	67	24.8
35-39세	5,518	1,422	25.8	899	5,482	36	16.4
40-44세	1,582	182	11.5	84	1,573	9	5.3
45세 이상	27	0	-	-	27	0	-
계	19,136	5,987	31.3%	4,052	18,988	148	21.3%

나. 임신 건 대비 출산율 및 출생아수

2008년 시술대상 중 임신한 여성이 출산까지 성공한 비율은 79.5%이었다. 2006년에는 69.4%, 2007년에는 76.2%이었다(표 III-8).

〈표 III-8〉 연령계층별 불임부지원사업에 의한 임신건 중 생존아 출산율 추이

(단위: 건, %)

연령	2008년 지원건			2007년 지원건			2006년 지원건		
	출산수 (D)	임신 건수 (P)	출산율 (D/P×100)	출산수 (D)	임신 건수 (P)	출산율 (D/P×100)	출산수 (D)	임신 건수 (P)	출산율 (D/P×100)
20-24	33	38	86.8	34	44	77.3	31	48	64.6
25-29	658	802	82.0	624	779	80.1	745	1,025	72.7
30-34	1,757	2,175	80.8	1,885	2,440	77.3	2,293	3,207	71.5
35-39	849	1,098	77.3	831	1,135	73.2	899	1,386	64.9
40-44	68	121	56.2	86	140	61.4	84	173	48.6
≥45	1	2	50.0	0	2	0.0	0	0	0.0
계	3,366	4,236	79.5	3,460	4,540	76.2	4,052	5,839	69.4

불임부부 의료비 지원이 시작된 2006년부터 2008년 동안 이루어진 출생아 수는 2006년 지원 대상 기준 5,453명, 2007년 4,699명, 2008년 4,535명이다. 이들은 각 년도 총출생아의 1.22%(2006), 0.95%(2007), 0.97%(2008)를 차지하고 있다. 총 출산건(10,874건)을 대상으로 다태아 출산비율을 살펴보면 단태분만은 65.6%, 쌍태분만은 34.1%, 삼태분만은 0.3%이었다 (표 III-9). 출생성비는 2008년 110.4로 정상범위보다 다소 높으며, 2007년 106.1, 2006년 107.2이었다.

〈표 III-9〉 2006~2008년 불임부부지원사업에 의한 출생아수

(단위: 명, %)

	2008년		2007년		2006년	
	N	%	N	%	N	%
단태분만 건수	2,207/3,366	65.6	2,240/3,460	64.8	2,663/4,048	65.8
쌍태분만 건수	1,149/3,366	34.1	1,201/3,460	34.7	1,365/4,048	33.7
삼태분만 건수	10/3,366	0.3	19/3,460	0.5	20/4,048	0.5
총 출생아 수	4,535		4,699		5,453	
출생성비 (남/여×100)	110.4		106.1		107.2	

주: 미확인 건 제외

다. 고찰

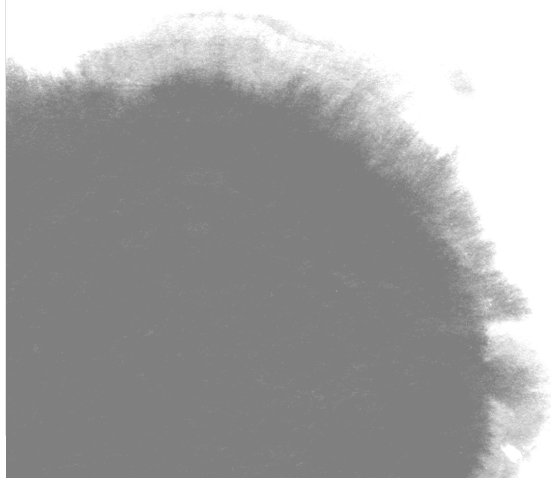
불임부부 지원사업의 시술지원건에 대한 출산율 분석결과를 ICMART(International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology)의 시술결과보고서와 비교하면, 2006년 시술 건의 출산율은 21.3%, 2007년 시술 출산율은 23.6%, 2008년 시술 출산율은 25.5%로 분석되었다. 이는 ICMART 보고서 자료의 2002년 세계 평

균 출산율 22.3%와 유사하거나 우월한 결과이다.

<표 III-9>에서 2008년 임신의 단태분만이 전체의 65.6%이고, 쌍태분만인 경우는 34.1%, 삼태분만은 0.3%로, 2006년 및 2007년 임신건의 출산결과와 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 이 수치는 2005년 미국에서의 보고인 단태아 출산 68.0%, 쌍태아 출산 29.6%, 삼태아 이상 출산이 2.4%(Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine, 2007)와 비교할 때, 큰 차이가 없는 것으로 해석할 수 있다. 2008년 시술부터 배아이식 개수에 대한 가이드라인이 본격적으로 시행되어 삼태이상 임신율이 유의하게 감소되었으며, 이로 인해 결과적으로 쌍태아 출생률은 비슷하지만 다태아 감수술의 시술빈도는 현저히 감소하여 삼태분만 비율이 0.3%로 낮게 나타난 것으로 볼 수 있다.

04

수요자의 불임부부 자원사업 평가



제4장 수요자의 불임부부 지원사업 평가

제1 절 불임부부 지원사업 수혜자의 사업평가 분석⁷⁾

1. 응답자 생식건강 특성

가. 연령

본 조사대상은 2009년 정부 불임부부 지원사업의 시술비를 지원받은 불임여성 15,450명 중 전국 보건소에서 우편설문조사에 응답한 1,332명이다. 이들의 연령분포는 30~34세 연령층이 43.7%, 35~39세 35.3%, 40~44세 10.5% 순이며, 의료비 지원 대상 제외되는 45세 연령층이 0.9%이었다(의료비 신청 당시에는 44세 이하였으므로 지원대상임). 평균연령은 34.4 ± 4.0 세이며, 배우자의 평균 연령은 36.7 ± 4.2 세이었다.

〈표 IV-1〉 연도별 불임부부지원사업 수혜여성 연령분포

연령대	분포 (%)
~ 24세	0.6
25-29세	9.0
30-34세	43.7
35-39세	35.3
40-44세	10.5
45세	0.9
계	100.0
(N)	(1,331)

7) 본 절은 한양대 의과대학 황정혜 교수의 원고로 통계자료는 ‘2009년 불임부부지원사업 보고서’를 참조하였음.

나. 불임, 임신 및 출산 실태

불임부부 지원사업의 시술비를 지원받은 조사대상 여성의 평균 불임기간은 5.2 ± 0.9 년 이었다. 2007년, 2008년과 마찬가지로 2~4년이 가장 많았다(32.1%). 2006년의 경우 평균 불임기간은 5.9년, 2007년 4.9년, 2008년은 4.8년이었다. 최근 4년의 조사결과를 보면, 불임기간이 2008년까지 단축되는 경향을 보이다가 2009년에 다시 증가하는 것으로 나타났다. 이는 2008년부터 3회까지 지원이 되어 이전에 2회 지원을 받았던 여성들이 3차 시술을 받아 불임기간이 증가된 것으로 판단된다.

조사대상 여성의 임신횟수는 임신을 한 번도 하지 않은 경우는 74.9%, 1회 임신한 경우가 15.2%이었다. 2006년(13.5%)에 비해 임신경험 여성이 약간 증가하였으나 2007년과 2008년에 비해서는 약간 감소하였다.

현재 출산자녀가 없는 경우는 71.7%로 2006년과 비교할 때 약 20% 감소하였다. 1명 이상의 자녀를 둔 불임부부의 지원 비율이 17.6%, 2명 이상의 자녀를 둔 경우도 7%로 2006년과 2007년에 비해(각 1.9%, 0.8%) 현저하게 증가되었고 2008년과는 비슷한 결과를 보였다.

〈표 IV-2〉 불임부부 지원사업 수혜여성의 출산력

불임 치료 전 임신 횟수	2009년	2008년	2007년	2006년
계	100.0 (1,332)	100.0 (1,263)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)
불임기간				
2년 미만	8.9	14.8	10.3	4.3
2 ~4년 미만	32.1	34.8	31.5	23.0
4 ~6년 미만	26.1	23.1	24.3	27.4
6~8년 미만	15.5	12.3	15.7	22.1
8~10년 미만	8.3	5.5	7.0	8.7
10년 이상	8.9	5.0	7.8	12.3
무응답	0.2	4.3	3.2	2.2
임신횟수				
0	74.9	72.6	70.9	75.3
1	15.2	15.8	17.4	13.5
2	5.9	6.3	6.2	6.2
3	2.1	2.7	2.5	3.1
4	0.8	1.3	1.9	1.0
5회 이상	1.1	1.1	0.6	0.7
무응답	-	0.1	0.4	0.2
현존 출생자녀수				
없음	71.7	68.0	85.4	91.6
1명	17.6	17.3	12.1	7.4
2명	6.1	6.4	1.5	0.8
3명 이상	0.9	0.7	0.4	-
무응답	3.7	7.6	0.6	0.2

2. 불임부부 지원사업에 대한 인식도

가. 불임부부 지원사업에 대한 정보 획득경로

불임부부 지원사업 수혜여성들은 불임자조모임에서 정보를 획득한 경우가 가장 많아 17.0%로 인터넷 커뮤니티를 통해 정보를 많이 얻고 있음을

알 수 있었다. 처음 불임부부 지원사업을 시작한 2006년과 2007년에는 TV나 신문 등의 미디어의 역할이 컸으나(각 년도 38.5%, 20.7%), 2008년에는 불임여성 자조모임을 통해 정보를 획득한 경우가 증가하여 가장 높게 나타난 바 있다(17.2%).

〈표 IV-3〉 사업 수혜여성의 불임부부 지원사업의 정보 획득경로

정보 획득처	2009년	2008년	2007년	2006년
TV	13.6	11.4	20.7	38.5
신문, 잡지	6.5	7.9	9.6	16.9
인터넷 광고	9.3	10.1	11.0	8.7
가족, 친지의 권유	10.1	12.1	13.3	9.3
불임환자모임	17.0	17.2	16.0	11.9
의료진 권유	14.9	13.7	10.4	5.7
병원직원 권유	10.2	11.2	9.9	4.2
행정기관	11.1	11.6	-	-
기타	7.2	4.9	9.1	4.8
계 (N)	100.0 (1,407)	100.0 (1,460)	100.0 (1,941)	100.0 (1,507)

주: 중복 응답건

나. 불임부부 지원사업에 대한 시술병원 문의 시기

불임부부 지원사업에 대한 정보를 듣고 병원에 문의한 시기를 보면 1주일 이내에 병원에 문의한 경우가 가장 높았다(28.9%). 이는 불임부부 지원사업에 대한 홍보 및 관심의 증대와 인터넷 등을 통해 병원정보를 빨리 획득할 수 있어 문의가 빨라졌다는 것을 알 수 있다. 문의를 늦게 한 이유로는 경제적인 이유와 자연임신을 기다린 경우가 가장 많았으며, 인공수정 과정이나 과배란 유도과정을 오래 경험한 경우, 그리고 직장생활 때문이라고 응답한 경우가 많았다.

〈표 IV-4〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 정보획득 후 병원 문의 시기

(단위: %)

병원 문의시기	2009년	2008년	2007년
1일	8.0	6.4	7.4
1주일 이내	28.9	24.1	25.1
2주일 이내	4.7	6.5	5.6
한 달 이내	25.8	30.9	22.8
한 달 이후	18.3	16.3	35.1
무응답	14.3	15.8	4.0
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,256)	100.0 (1,633)

다. 지정 시술병원 선택 시 고려사항

정부지정 시술병원 선택 시 가장 중요하게 고려한 사항은 임신성공률 (54.6%)로 가장 많았고, 시술비, 병원 인지도, 연고지 순으로 나타났다. 이러한 결과는 2007년, 2008년과 유사한 양상을 보였다.

〈표 IV-5〉 사업 수혜여성의 시술병원 선택 시 고려사항

(단위: %)

병원선택시 고려사항	2009년	2008년	2007년
임신 성공률	54.6	51.2	51.7
시술비	22.0	24.6	25.4
연고지	8.4	8.4	8.3
인지도	13.4	15.0	13.4
기타	1.6	0.9	1.2
계 (N)	100.0 (1,536)	100.0 (1,652)	100.0 (1,834)

주: 중복 응답전

시술병원을 선택할 때 정보를 얻는 경로는 불임자조모임이 30.9%로 가장 높았다. 반면, 2008년에는 가족 또는 친지 권유가 32.2%로 가장 높았다.

〈표 IV-6〉 사업 수혜여성의 병원 선택 시 정보 획득경로

(단위: %)

정보 획득 경로	2009년	2008년	2007년
TV	2.3	2.7	4.0
신문, 잡지	1.7	1.8	3.3
인터넷 광고	9.2	11.1	11.8
가족, 친지의 권유	28.4	32.2	29.6
불임환자모임	30.9	31.4	32.0
의료진 권유	15.6	7.7	8.2
병원직원 권유	1.9	2.6	2.1
보건소 및 행정기관	1.6	2.7	3.4
기타	8.4	7.8	5.6
계 (N)	100.0 (1,548)	100.0 (1,406)	100.0 (1,834)

주: 중복응답

3. 보조생식 시술 경험 및 시술기관 이용실태

가. 보조생식 시술 경험실태

여성의 불임부부 지원사업 대상이 되기 이전 체외수정 및 배아이식 시술 경험여부를 조사한 결과, 81.1%가 시술경험이 전혀 없는 것으로 나타났다.

〈표 IV-7〉 불임부부지원사업 대상 이전 체외수정 및 배아이식술 경험유무

(단위: %)

사업 전 경험유무	2009년	2008년	2007년
없다	81.1	83.4	72.0
있다	18.3	15.7	24.0
무응답	0.6	0.9	4.0
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,256)	100.0 (1,633)

나. 시술기관 선택 및 이용 실태

불임부부 지원사업 의료비 신청을 위한 진단서를 받은 병원과 체외수정 및 배아이식 시술받은 병원이 일치하는 경우가 76.4%로, 2008년(80.3%)보다 약간 감소하였다. 불임부부 지원사업을 위한 진단서를 받은 병원과 시술받은 병원이 다른 이유는 임신성공률이 높은 병원을 이용하고 싶어서가 가장 많았는데(47.6%), 이러한 욕구는 2006년부터 점차 증가하는 경향을 보였다. 그 다음으로는 좀 더 큰 병원에 가고 싶은 경우가 16.2%로 나타났다.

〈표 IV-8〉 사업 수혜여성의 불임진단 병원과 시술병원과의 일치 여부

(단위: %)			
병원의 일치 여부	2009년	2008년	2007년
동일한 병원	76.4	80.3	70.2
다른 병원	10.6	18.2	25.3
무응답	13.0	1.5	4.5
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,633)

〈표 IV-9〉 사업 수혜여성의 불임진단 병원과 시술병원이 다른 이유

(단위: %)				
이유	2009년	2008년	2007년	2006년
집 또는 직장과의 거리가 멀어	8.2	10.1	10.5	12.2
좀 더 큰 병원에 가고 싶어	16.2	12.5	15.0	17.7
시술비용이 저렴하여	5.0	3.4	4.1	4.5
병원의료진들이 불친절하다	6.1	4.6	5.9	4.9
임신결과 좋은 병원에 가고자	47.6	44.5	41.4	36.7
친지가 병원을 추천하여	11.2	14.9	9.5	12.8
기타	5.7	10.1	13.6	11.2
계 (N)	100.0 (439)	100.0 (328)	100.0 (580)	100.0 (485)

라. 불임부부 지원사업 대상으로 확인된 후 시술받은 시기

불임부부 지원사업 대상으로 확정된 후 시술받기까지 걸린 기간은 2~4주 이내가 32.7%로 가장 높았으며, 12주 이후에 받은 경우는 7.4%이었다.

〈표 IV-10〉 불임부부지원사업 대상 확정 후 시술 받은 시기

(단위: %)

승인후 시술시기	2009년	2008년	2007년	2006년
2주 이내	29.6	31.4	24.6	21.5
2~4주 이내	32.7	28.7	24.0	32.0
4~8주 이내	14.1	15.3	16.9	20.0
8~12주 이내	6.5	7.2	9.2	10.2
12주 이후	7.4	7.5	-	-
기타	6.4	7.6	21.5	4.8
무응답	2.0	2.3	3.9	11.4
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)

불임부부 지원사업 대상 확인 후 3개월 이후에 시술을 받게 된 이유는 집안일 및 개인적인 사정 때문이 55.3%로 가장 많았다. 이는 그 이전 대상자의 결과와 비슷하였다.

〈표 IV-11〉 불임부부지원사업 대상 확정 후 시술까지 기간이 3개월 이상인 이유

(단위: %)

3개월 이상 걸린 이유	2009년	2008년	2007년	2006년
생리주기가 맞지 않아서	19.1	19.7	16.6	34.1
집안일 및 개인사정 때문에	55.3	50.1	52.4	43.2
다른 질병치료 때문에	8.5	6.9	7.9	8.8
나중에 사용하기 위해 미리 받음	6.2	8.5	5.7	6.1
기타	10.9	14.8	17.4	7.8
계 (N)	100.0 (407)	100.0 (365)	100.0 (584)	100.0 (296)

4. 불임부부 지원사업에 대한 만족도

가. 불임부부 지원사업 신청접수 보건소에 대한 만족도

불임부부 지원사업의 시술비지원금 신청자격 확인 및 신청접수는 보건소에서 담당하고 있다. 불임부부 지원사업 수혜여성의 보건소 신청서 접수 시 만족도를 보면 만족하지 않거나 매우 불만족하다는 경우가 15.4%로 이는 2006년(12.9%), 2007년(11.5%), 2008년(10.1%)에 비해 증가한 수치이다.

〈표 IV-12〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소 만족도

(단위: %)				
만족도	2009년	2008년	2007년	2006년
매우 만족한다	27.3	33.3	31.8	26.5
만족한다	53.8	54.3	53.2	59.4
만족하지 않는다	13.7	8.6	9.8	9.9
매우 불만족하다	1.7	1.5	1.7	3.0
무응답	3.5	2.3	3.5	1.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(1,332)	(1,261)	(1,633)	(1,250)

불임부부 지원사업 신청 또는 접수 시 문제점을 조사한 결과, 응답자의 18.6%가 문제가 있다고 응답하여 2008년(13.3%)에 비해 약간 증가하였다. 즉, 문제가 있다는 조사대상자 비율이 2006년 이후 계속 감소하다가 2009년에 다시 증가한 것이다.

보건소 접수 시 문제가 있다고 응답한 여성을 대상으로 구체적 문제점을 조사한 결과, 접수방법의 개선을 원하는 경우가 58.9%로 가장 높았다. 동표에서 소득조회방법이나 지원금 지급방법 등의 문제보다 더 높게 나타났으며, 특히 2008년에 비해 약 17% 증가하여 이 결과는 보건소에서의 접수과정의 개선이 필요하다는 것을 간접적으로 보여주는 결과라고 할 수 있다.

〈표 IV-13〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소 문제점 유무

(단위: %)

보건소에 접수 시 문제점 유무	2009년	2008년	2007년	2006년
문제없음	80.5	85.6	82.5	78.6
문제 있음	18.6	13.3	15.8	20.5
무응답	0.9	1.0	1.7	0.9
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,260)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)

〈표 IV-14〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 문제점

(단위: %)

문제점	2009년	2008년	2007년	2006년
접수방법 개선	58.9	41.6	40.9	37.1
소득조회 방법 개선	9.0	16.4	16.2	23.2
신청 장소 개선	6.9	13.1	12.1	12.4
지원금 지원방법 개선	17.7	19.4	19.4	17.5
기타	7.5	9.5	11.4	9.8
계 (N)	100.0 (464)	100.0 (464)	100.0 (687)	100.0 (638)

불임부부 지원사업신청서를 보건소에 접수하는 데 소요되는 시간은 1시간 미만인 경우가 가장 많아 86.0%이었다. 그러나 다음날 또는 며칠 후인 경우가 4.7%이어서 접수에 따른 보다 빠른 행정처리가 요구되었다.

〈표 IV-15〉 불임부부지원사업 대상 신청접수 시 보건소에서의 소요시간

(단위: %)

소요시간	2009년	2008년	2007년	2006년
1시간미만	86.0	85.3	84.0	83.5
1~3시간미만	7.0	7.2	5.9	5.4
3시간 이후	0.5	0.7	0.5	1.0
다음날 또는 며칠 후	4.7	5.3	6.4	7.6
기타	0.9	0.8	0.4	0.9
무응답	0.9	0.6	2.8	1.6
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,663)	100.0 (1,230)

또한 불임부부 지원사업 신청서 접수 시 보건소 지원에게 질문하고 싶었으나 할 수 없었던 경우가 전체 조사대상의 10.2%이어서 2008년(8.3%)까지 감소추세였던 것이 다시 증가추세로 바뀌어 보건소에서 접수 시에 보다 친절한 설명이 있어야 할 것으로 판단된다.

〈표 IV-16〉 불임부부지원사업 대상자격 신청접수 시 보건소 질문 여부

(단위: %)

보건소에서의 질문 여부	2009년	2008년	2007년	2006년
질문하고 싶었으나 못한 경우가 있었다	10.2	8.3	11.0	49.0
없었다	73.9	76.5	72.1	49.3
무응답	15.9	15.2	16.9	1.8
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,633)	100.0 (1,288)

나. 시술병원 만족도

시술병원에서 전문적인 불임상담을 받은 여성은 49.8%로, 2006년 65.4%, 2007년 55.4%, 2008년 51.4%에 비해 계속적으로 감소된 것으로 나타나 불임부부를 대상으로 한 전문적인 상담프로그램의 필요성이 제기되고 있다.

〈표 IV-17〉 사업 수혜여성에 대한 시술병원의 전문적인 불임상담 제공 실태

(단위: %)

전문적인 불임 상담	2009년	2008년	2007년	2006년
없었다	46.1	44.3	40.8	31.8
있었다	49.8	51.4	55.4	65.4
무응답	4.1	4.3	3.8	2.8
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,256)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)

상담을 받은 경우, 많은 도움이 된 경우는 26.8%, 도움이 된 경우는 40.1%로 66.9%가 불임상담이 도움이 된 것으로 나타났다. 상담이 도움이 되었다는 비율은 2007년 보다는 다소 증가하였으나 2008년에 비해 약간 감소하는 경향을 보였다.

〈표 IV-18〉 사업 수혜여성의 시술병원 불임상담의 도움여부

(단위: %)

불임상담 도움	2009년	2008년	2007년	2006년
많은 도움이 되었다	26.8	24.8	21.6	23.2
도움이 되었다	40.1	45.3	44.0	44.3
그저 그렇다	29.6	27.0	30.0	28.6
전혀 도움이 되지 않았다	3.5	2.9	4.4	3.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(724)	(718)	(960)	(880)

불임부부 지원사업 대상이 되기 전과 후를 비교하였을 때 시술기관의 문제점에 대해서는 82.3%가 없었다고 응답하였다. 문제점이 있다고 응답한 113명(17.7%)을 대상으로 문제점을 파악한 결과 시술비 증가가 64.6%로 가장 많았다. 이 수치는 2008년의 경우(82.4%)보다는 낮은 수치이나 60% 이상이 시술비 증가를 지적하였다.

〈표 IV-19〉 불임부부지원사업 전·후 체외수정 및 배아이식술 시 문제점 유무

(단위: %)

사업 전후 체외수정 시술시 문제점 유무	2009년	2008년	2007년	2006년
없었다	82.3	82.1	81.6	68.8
있었다	17.7	17.9	18.4	31.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(636)	(508)	(922)	(1,227)

〈표 IV-20〉 불임부부지원사업 전·후에 체외수정 시술시 문제점 내용

(단위: %)

불임부부지원사업 전·후에 체외수정 및 배아이식술시 문제점 내용	2009년	2008년	2007년	2006년
지원사업 후 실제 비용 증가	64.5	82.4	60.0	68.9
일반 환자보다 지원환자를 소홀히 대했다	8.9	11.7	8.2	9.3
예전과 다른 보조생식술이 증가	7.1	2.7	-	-
기타	19.5	3.1	31.8	21.8
계 (N)	100.0 (113)	100.0 (512)	100.0 (170)	100.0 (344)

다. 사업의 홍보 만족도

불임부부 지원사업에 대한 홍보 만족도를 살펴보면 불만족이라는 비율이 21.6%로 2008년(15.1%)에 비해 다소 증가하여 지원사업의 홍보가 미흡한 것으로 나타났다.

〈표 IV-21〉 불임부부지원사업의 홍보 만족도

(단위: %)

홍보 만족도	2009년	2008년	2007년	2006년
만족	13.1	17.4	11.6	68.9
보통	54.1	57.6	58.6	9.3
불만족	21.6	15.1	21.3	-
모르겠다	6.4	5.9	5.9	21.8
기타	3.8	3.5	1.6	
무응답	1.0	0.6	1.0	
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,633)	100.0 (344)

5. 불임부부 지원사업 평가 및 요구도

가. 불임부부 지원사업이 가계에 미친 영향

불임부부 지원사업이 가계의 금전적인 부분에 미친 영향을 보면 많은 도움 46.2%, 도움 39.6%로 전체의 85.8%가 가계의 금전적인 도움이 되었다고 응답하였다. 이는 2008년 (88.0%)보다는 약간 감소하였지만 2007년 (82.5%)보다 약간 증가된 수치이다.

〈표 IV-22〉 불임부부 지원사업이 지원대상의 가계에 미친 영향

(단위: %)				
가계에 미친 영향	2009년	2008년	2007년	2006년
많은 도움이 되었다	46.2	43.2	41.8	68.9
도움이 되었다	39.6	44.8	40.7	9.3
그저 그렇다	11.2	9.8	13.6	-
전혀 도움이 되지 않았다	1.9	0.6	1.8	21.8
무응답	1.1	1.6	2.1	
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(1,332)	(1,261)	(1,633)	(344)

나. 불임부부 지원사업이 출산율에 미친 영향

불임부부 지원사업이 도입되어 불임여성들이 출산율을 증가시키는 데 많은 도움 또는 도움을 주었다고 응답한 경우는 78.8%로 2007년의 82.3%, 2008년의 81.9%에 비해 약간 감소하는 경향을 보였다.

〈표 IV-23〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업에 대한 출산율 효과 평가

(단위: %)

출산율에 미친 영향	2009년	2008년	2007년	2006년
많은 도움이 되었다	47.5	43.2	42.6	68.9
도움이 되었다	31.3	38.7	39.7	9.3
그저 그렇다	16.0	14.8	14.1	-
전혀 도움이 되지 않았다	3.6	1.0	1.9	21.8
무응답	1.6	2.3	1.8	
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,261)	100.0 (1,633)	100.0 (344)

다. 불임부부 지원사업에 대한 요구도

불임부부 지원사업의 개선방안으로는 34.7%가 시술비 지원횟수 증가를, 그 다음으로 지원 금액 증가로 28.6%가 요구하였다. 지원횟수의 경우 2009년부터 3회로 증가하였고 지원기준도 완화되었음에도 불구하고 여전히 지원횟수와 지원 금액 증가를 원하는 여성이 많았다. 그 다음으로는 체외수정 등의 보조생식 시술비의 건강보험 적용으로 22.9%가 요구하였다.

이들이 요구하는 불임부부 지원사업의 지원횟수는 임신 시까지 지원을 희망하는 경우가 66.9%로 가장 높은 비율을 보였다.

또한 불임부부 지원사업의 체외수정 시술비 지원 금액은 1회당 현재 150만원인데, 이들이 요구하는 지원액은 301~400만원이 38.3%로 가장 높게 나타났다.

〈표 IV-24〉 사업 수혜여성의 현행 불임부부지원사업 개선방안

(단위: %)

사업 개선방안	2009년	2008년	2007년	2006년
지원 금액 증가	28.6	25.6	26.1	36.5
지원횟수 증가	34.7	30.8	36.7	40.4
사업이후 실제시술비용 증가	2.8	2.0	2.8	6.4
지원절차가 복잡하다	0.6	0.5	0.5	3.3
지원 대상 소득수준이 낮다	5.0	4.3	4.9	10.1
시술비 건강보험 적용	22.9	27.2	23.3	3.0
검사비용 건강보험 적용	4.8	9.4	5.1	0.0
기타	0.6	0.2	0.6	0.8
계 (N)	100.0 (2,524)	100.0 (2,245)	100.0 (3,541)	100.0 (1,860)

주: 중복 응답건

〈표 IV-25〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 시술비 지원횟수 요구 실태

(단위: %)

사업 지원횟수	2009년	2008년	2007년	2006년
연 2회	0.4	10.9	8.3	5.4
연 3회	4.5	1.5	21.6	21.9
2년간 2회	4.1	4.0	0.6	0.8
2년간 3회	21.1	13.8	4.7	7.7
임신 시 까지	66.9	57.5	55.4	58.2
기타	0.4	10.2	7.0	0.5
무응답	2.6	2.1	2.4	5.4
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,258)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)

〈표 IV-26〉 사업 수혜여성의 불임부부지원사업 지원금액 요구 실태

(단위: %)				
금액	2009년	2008년	2007년	2006년
100만 원 이하	7.8	7.3	8.4	5.4
101~200만원	13.7	14.8	15.7	21.9
201~300만원	15.1	45.2	44.5	0.8
301~400만원	38.3	22.6	22.9	7.7
400만 원 이상	18.5	4.9	3.6	58.2
기타	4.6	3.4	2.3	0.5
무응답	2.0	1.8	2.6	5.4
계 (N)	100.0 (1,332)	100.0 (1,256)	100.0 (1,633)	100.0 (1,250)

제2절 불임부부 지원사업 비수혜자 특성 및 사업평가

1. 조사대상의 출산 및 생식건강 특성

가. 연령 및 직업

본 연구대상은 불임부부 지원사업 대상 자격기준에 해당되지 않은 불임 여성이다. 즉, 전국 월평균소득 150%이상의 중상층 이상의 가구와 45세 이상의 여성이다. 본 조사대상자수는 2010년 7~10월 기간 중 보조생식 기술을 받았거나 또는 받고자 전국 7개 의료 기관을 방문한 249명과 인터넷사이트를 통해 불임자조모임에 참여한 30명의 여성이다. 응답자의 연령 분포는 35~39세 42.4%, 30~34세 연령층이 30.8%를 차지하고 있다. 45세 이상의 연령층도 3.6%이었다.

이들의 직업(불임치료 직전의 직업 포함)은 전체 279명 중 전문·행정·관리직이 31.2%, 사무직 20.4%, 판매서비스직 8.6% 순이며, 직업이 없는 여성은 22.9%이었다. 무응답을 제외할 경우, 취업여성의 비율은 75.2% 이어서 우리나라 취업여성비율 47.6% 보다 훨씬 높은 것으로 나타났다. 기혼

여성의 취업비율은 출산 전 54.4%에서 출산 후 25.9%로 급감하다가 이후 점차 증가하는 것으로 조사된 바 있어(황수경, 2004) 출산이 여성의 사회생활을 중단하는 주 요인으로 작용하고 있었다. 그러나 본 불임여성들은 임신·출산이 이루어지지 못해 사회활동을 지속하다가 이 중 19.8%가 불임 치료를 위해 사회활동을 중단한 것으로 파악되어 불임도 여성의 사회활동을 저해하는 것으로 나타났다. 45세 이상을 제외한 이들은 우리나라 전국 가구 월평균 소득의 150%(2인 가구 약 480만원) 이상의 소득이 있는 상위 약 20.3%에 해당되는 중상층 이상의 가구이다.

〈표 IV-27〉 불임부부 지원사업 비수혜 여성의 연령 및 직업분포

구분	응답자수(명)	분포(%)
연령		
25세~29세	28	10.1
30세~34세	85	30.8
35세~39세	117	42.4
40세~44세	36	13.1
45세 이상	10	3.6
직업¹⁾		
직장 없음(전업주부)	64	22.9
판매, 서비스직	24	8.6
전문, 행정, 관리직	87	31.2
사무직	57	20.4
기술직(피아노 등 학원 강사)	17	6.1
농업, 어업	2	0.7
단순 기능직	4	1.4
기타	19	6.8
무응답	5	1.8
계	279	100.0

주 1) 불임치료 직전 직업 포함.

나. 불임, 임신 및 출산 실태

사업 비수혜 여성의 출산력을 살펴보면, 응답자의 42%는 임신경험이 전혀 없는 일차성 불임이었으며, 58%는 임신을 하였으나 출산으로 지속되지 못하였거나 출산경험이 있으나 재임신이 안 되는 이차성 불임대상자이다.

자연유산 경험률은 36.5%, 인공임신중절 경험률은 24.4% 이다. 특히 40~44세 여성 중에서는 자연유산 및 인공임신중절 경험률이 다른 연령계층보다 높아 각 52.0%, 38.9%이며, 자궁외 임신 경험률과 임신 후 사산 경험률도 가장 높아 각 47.4%, 25.1%이었다. 참고로 이들의 많은 수는 인공임신중절, 사산, 자궁외 임신 경험에 대해 응답을 기피하여 본 조사를 통해 파악된 수준보다 높을 가능성이 크다.

출산한 현존자녀수는 자녀가 없는 경우가 78.8%, 1명 17.0%, 2명이 4.2%이었다(표 IV-28). 불임부부 지원사업 수혜여성의 경우 2명 이상의 자녀가 있는 경우가 7% 수준이어서(표 IV-2) 비수혜 여성의 비율이 낮은 것으로 나타났다.

〈표 IV-28〉 불임부부 지원사업 비수혜 여성의 출산력 및 현존자녀수

(단위: %)

구분	25세~29세	30세~34세	35세~39세	40세~44세	45세 이상	전체
임신허수						
없음	55.0	46.1	34.0	42.3	62.5	42.0
1회	30.0	30.3	31.9	34.6	25.0	31.3
2회	5.0	10.5	9.6	11.5	12.5	9.8
3회	-	9.2	12.8	7.7	-	9.4
4~5회	10.0	3.9	9.6	3.8	-	6.7
6~7회	-	-	2.2	-	-	0.8
자연유산 횟수						
없음	76.2	68.1	59.8	48.0	83.3	63.5
1회	23.8	23.2	22.0	48.0	-	25.1
2회	-	5.8	11.0	-	16.7	6.9
3회	-	2.9	2.4	4.0	-	2.5
4~5회	-	-	4.8	-	-	2.0
인공임신중절 횟수						
없음	85.0	78.8	74.3	61.1	66.7	75.6
1회	10.0	13.6	15.7	33.3	16.7	16.1
2회	-	4.5	7.1	5.6	16.7	5.6
3회	5.0	3.0	-	-	-	1.7
4회	-	-	1.4	-	-	0.6
5회	-	-	1.4	-	-	0.6
자궁외임신 횟수						
없음	85.7	85.9	76.1	52.6	100.0	78.9
1회	9.5	12.5	15.5	26.3	-	14.4
2회	-	1.6	7.0	21.1	-	5.6
3회	-	-	1.4	-	-	0.6
4회	4.8	-	-	-	-	0.6
사산횟수						
없음	100.0	94.8	98.3	74.9	100.0	94.9
1회	-	5.2	1.7	18.8	-	4.4
2회	-	-	-	6.3	-	0.6
출산자녀수						
없음	89.3	82.9	74.1	75.0	80.0	78.8
1명	10.7	14.6	23.2	6.3	20.0	17.0
2명	-	2.4	2.7	18.8	-	4.2

이들은 자녀를 원하여 피임을 하지 않았으나 임신이 되지 않고 출산에 이르지 못하여 병원에서 불임을 진단받기까지 경과된 기간이 2~4년 미만

이 34.7%로 가장 많았고, 1~2년 미만 34.3%, 4~6년 미만이 13.4% 순이었다(표 IV-29).

병원에서 불임 진단받은 시기는 2~4년 이전이 28.7%로 가장 많았고, 6~12개월 전 17.0%, 4~6년 이전이 15.8% 순이었다(표 IV-30). 이들은 결국 대다수가 4~8년 동안 임신 및 출산을 위해 시간과 의료비를 지출하고 있는 것으로 볼 수 있다.

〈표 IV-29〉 사업 비수혜 가구의 불임원인 제공자별 불임 의심 후 불임진단 받기까지의 기간

(단위:%)

불임진단 받기까지의 기간	전체	본인	남편	부부 모두	원인불명
~1년 미만	8.8	9.2	6.9	10.5	8.7
1~2년 미만	34.3	47.4	27.6	15.8	30.4
2~4년 미만	34.7	27.6	34.5	26.3	40.9
4~6년 미만	13.4	11.8	20.7	36.8	8.7
6~8년 미만	3.4	1.3	3.4	-	5.2
8년 이상	5.4	2.6	6.9	10.5	6.1
계 (N)	100.0 (239)	100.0 (76)	100.0 (29)	100.0 (19)	100.0 (115)

〈표 IV-30〉 사업 비수혜 가구의 불임원인 제공자별 병원에서의 불임진단 시기

(단위: %)

불임진단 시기	전체	본인	남편	부부 모두	원인불명
6개월 이전	10.5	12.2	14.3	10.0	8.2
6~12개월 전	17.0	11.0	14.3	25.0	20.1
1~2년 이전	15.0	19.5	11.4	10.0	13.6
2~4년 이전	28.7	34.2	22.9	30.0	26.4
4~6년 이전	15.8	12.2	22.9	10.0	17.3
6~8년 이전	6.5	4.9	8.6	5.0	7.3
8~10년 이전	3.2	4.9	-	-	3.6
10년 이상	3.2	1.2	5.7	10.0	2.7
계 (N)	100.0 (247)	100.0 (82)	100.0 (35)	100.0 (20)	100.0 (110)

이들의 불임원인은 원인불명이 가장 많아 44.5%이었고 특히 35~39세의 경우 50.4%로 가장 높았다(표 IV-31). 일반적으로 불임검사에서 특별한 이상이 없는데도 임신이 되지 않는 원인불명의 불임을 포함한 불임과 정상 사이 경계의 아불임(subfertility)이 전체 불임 중 17~20%로 알려져 있다. 따라서 본 조사대상의 경우는 원인불명의 비율이 높은 것으로 볼 수 있다.

〈표 IV-31〉 사업 비수혜여성의 연령계층별 불임원인 제공자 분포

(단위: %)

연령	본인	남편	부부 모두	원인불명	계
전체	34.1	13.4	7.9	44.5	100.0
25~29세	21.4	21.4	14.3	42.9	100.0
30~34세	40.5	11.9	6.0	41.7	100.0
35~39세	27.4	16.2	6.0	50.4	100.0
40~44세	47.2	5.6	11.1	36.1	100.0
45세 이상	40.0	-	20.0	40.0	100.0

불임은 남성이 습관성 약품을 상습 복용하거나 약물복용 시, 심한 흡연, 과다음주로 인한 영양결핍으로 초래될 수 있다. 또한 여성의 경우는 비만에 의해 여러 호르몬의 불균형으로 무배란 상태가 올 수 있다. 비만 시 가장

먼저 일어나는 변화는 성호르몬 운반 단백질의 양이 감소함으로써 상대적으로 남성호르몬(testosterone)이나 여성호르몬의 작용이 강해지고, 이에 따라 여포자극호르몬(FSH) 수준을 떨어뜨려 배란의 불규칙하게 되거나 무배란 상태가 될 수 있다. 이에 본 조사대상의 비만여부를 파악한 결과, 체질량지수(BMI)가 25이상인 경도비만 여성은 6.1%, 30이상인 중증도 비만여성은 0.4%이었다. 따라서 불임부부 지원사업이 단순히 체외수정 시술비를 지원하는 사업에서 확대하여 남성 건강증진프로그램과 비만여성을 대상으로 한 비만관리 프로그램이 수반되어야 할 필요성이 제기된다. 조사대상 여성 중 전체 비만 여성비율은 13%에 불과하여 2007년 우리나라 20대 이상 여성의 비만을 23.8%에 비해 낮았고, 원인불명의 불임의 경우에도 여성의 비만비율이 8.4%로 높지 않은 것으로 나타났다(표 IV-32).

〈표 IV-32〉 사업 비수혜여성의 체질량지수

(단위: %)

불임원인	저체중	정상	과체중	경도비만	중등도 비만	계 (N)
전체	13.3	73.8	6.5	6.1	0.4	100.00 (263)
본인	12.6	75.9	4.6	6.9	-	100.00 (87)
남편	10.8	70.3	8.1	10.8	-	100.00 (37)
부부 모두	19.1	47.6	14.3	14.3	4.8	100.00 (21)
원인불명	13.6	78.0	5.9	2.5	-	100.00 (118)

조사대상 중 현재 11.8%는 임신 중이며 불임원인 제공자별로 살펴보면 원인불명의 경우 임신비율이 가장 높아 18.3%, 부부 모두 불임원인이 있는 경우가 13.6% 이었다. 반면, 여성 본인이 불임원인이 있는 경우는 4.3%로 가장 낮았다(표 IV-33). 원인불명의 불임은 치료 없이 진단일로 부터 2년 이내에 74%가 임신하는 것으로 보고되고 있다(구병삼 외, 2001). 전체 임신여성의 44.3%는 원인불명 불임상태에서 생식보조 시술을 통해 임신한 것으로 파악되었다.

〈표 IV-33〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 현 임신여부

(단위: %)

불임원인	예	아니오	계(N)
전체	11.8	88.2	100.0(271)
본인	4.3	95.7	100.0(93)
남편	8.3	91.7	100.0(36)
부부 모두	13.6	86.4	100.0(22)
원인불명	18.3	81.7	100.0(120)

불임의 원인이 확인되지 않는 경우(원인불명)를 제외한 조사대상 부부의 불임진단명은 〈표 IV-34〉와 같다. 여성요인이 남성요인의 약 2배 이상으로 파악되었으며 여성 측의 불임원인으로는 나팔관 장애 32.5%, 배란 장애 24.2%, 자궁내막 장애 14.6% 순으로 파악되었다. 남성요인은 정자무력증이 44.9%로 가장 많았고, 희소정자증이 24.1%로 그 다음으로 많았다. 여성 연령별로 살펴보면 25~29세 연령층은 배란장애가 가장 많았고 30대 연령층과 40~44세 연령층은 나팔관 장애가 많았다.

〈표 IV-34〉 사업 비수혜여성의 연령계층별 불임진단명

(단위: %)

불임진단명		전체	25~ 29세	30~ 34세	35~ 39세	40~ 44세	45세 이상
여성원인 (n=157)	나팔관 장애	32.5	11.8	35.2	33.9	43.5	-
	배란 장애	24.2	41.2	24.1	22.0	8.7	75.0
	염색체 이상	1.3	-	1.9	-	4.3	-
	자궁경관 장애	0.6	-	1.9	-	-	-
	자궁내막장애	14.6	5.9	5.6	22.0	21.7	25.0
	조기폐경	1.9	-	3.7		4.3	-
	습관성유산	7.1	-	9.4	10.2	-	-
남성원인 (n=79)	무정자증	5.1	8.3	8.3	2.9	-	-
	희소정자증	24.1	41.7	33.3	8.6	42.9	-
	정자무력증	44.9	33.3	39.1	54.3	28.6	100.0
	염색체 이상	5.2	-	4.3	5.7	14.3	-

주: n은 2개 이상 복합요인과 부부 모두 원인의 경우 중복 응답건임

사업 비수혜여성의 향후 불임치료 계획을 조사한 결과, 앞으로 출산할 때까지 계속해서 불임치료를 받겠다고 응답한 여성이 86.4%로 출산에 대한 욕구가 높았으며, 특히 부부 모두 불임인자를 가지고 있는 경우 출산욕구가 가장 높아 95.5%이었다. 더 나아가 불임치료를 통해 출산한 이후에도 자녀를 더 원하여 불임치료를 또 받겠다고 응답한 여성이 63.7%이어서 자녀에 대한 욕구가 매우 강한 것으로 나타났다(표 IV-35).

〈표 IV-35〉 사업 비수혜여성의 불임치료를 위한 향후 시술계획

(단위: %)

불임원인	출산할 때까지 지속적으로 시술 시도할 계획 ¹⁾	시술로 출산한 후 추가출산을 위해 재차 시술 시도할 예정 ¹⁾
전체	86.4	63.7
본인	85.9	68.5
남편	83.8	62.2
부부 모두	95.5	65.0
원인불명	86.0	60.3

주: 1) 조사대상자 중 해당 계획에 대한 긍정 응답비율

2. 불임극복을 위한 의료이용 실태 및 만족도

가. 체외수정 및 인공수정 시술 경험

불임부부 지원사업 비수혜 여성의 체외수정 및 인공수정 시술경험횟수를 현 임신여부에 따라 구분하여 살펴보았다. 현재 임신에 성공한 여성의 체외수정시술 경험횟수는 1회가 가장 많아 37.0%, 2회 29.6%, 3회 14.8%이며, 4회 째 시술하여 임신한 경우는 급격히 낮아 7.4%이었다. 7회 이상 이 체외수정 시술을 통해 임신한 경우는 11.1%로 이들은 출산을 위해 고액의 시술비용부담을 지출한 것으로 간주할 수 있다. 임신여성의 인공수정 시술경험횟수는 3회가 33.3%, 1회 29.2%, 2회 25.0% 순이며 4회는 4.2%로 매우 낮아져 일반적으로 인공수정을 3회 시도한 후 임신되지 않을 경우 체외수정 시술을 시도한 것으로 간주할 수 있다(표 IV-36).

한편, 임신을 하기 위해 보조생식 기술을 받을 계획에 있는 여성의 체외 수정기술 경험횟수는 2회가 가장 많아 20.9%, 1회 20.3%, 3회 18.6% 순이었다. 불임부부 지원사업에서 지원하는 3회 시술횟수를 초과한 4회 이상 시술경험자는 35.5%이었으며, 5회부터는 급격히 낮아져 고령으로 인해 시술을 포기하여 나타난 현상으로 추측된다. 7회 이상 경험자는 10.5%이었다(표 IV-36).

〈표 IV-36〉 사업 비수혜여성의 체외수정 및 인공수정 경험횟수

(단위: %)

구분	체외수정횟수		인공수정횟수	
	비임신 여성	임신 여성	비임신 여성	임신 여성
0	4.7	-	5.3	-
1회	20.3	37.0	30.4	29.2
2회	20.9	29.6	19.3	25.0
3회	18.6	14.8	22.2	33.3
4회	15.7	7.4	8.2	4.2
5~6회	9.3	-	12.3	8.3
7~8회	5.8	7.4	2.3	-
9회 이상	4.7	3.7	-	-
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(240)	(32)	(240)	(32)

불임원인 제공자별 체외수정기술 경험횟수를 살펴보면 체외수정 시술경험이 없는 경우는 남편이 불임원인 제공자인 경우가 10.3%로 가장 많았다. 반면, 체외수정 시술 경험횟수가 7회 이상인 경우는 부부가 모두 불임원인을 가지고 있는 경우로 18.8%이었고, 그 다음으로 여성이 불임원인을 가지고 있는 경우로 11.6%를 차지하고 있었다(표 IV-37).

〈표 IV-37〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 체외수정 시술횟수

(단위: %)

구분	전체	본인	남편	부부 모두	원인 불명
0	4.0	4.3	10.3	-	2.3
1~3회	63.2	55.1	62.1	68.8	69.0
4~6회	22.4	29.0	17.2	12.5	20.7
7~9회	8.0	5.8	6.9	18.8	8.0
10회 이상	2.5	5.8	3.4	-	-
계 (N)	100.0 (201)	100.0 (69)	100.0 (29)	100.0 (16)	100.0 (87)

또한 여성의 사회생활은 보조생식 시술을 하는 데 시간적 제한이 있을 것으로 예상되어 여성의 취업여부에 따라 체외수정 시술횟수를 살펴보았다. 분석결과, 취업여부에 따라 체외수정시술 경험횟수는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($P>0.05$)(표 IV-38).

〈표 IV-38〉 사업 비수혜여성의 취업여부별 체외수정 시술횟수

(단위: %)

구분	전체	전업주부	직업 있(었)음
0	4.0	4.9	3.8
1~3회	63.2	51.2	66.3
4~6회	22.4	31.7	20.0
7~9회	8.0	9.8	7.5
10회 이상	2.5	2.4	2.5
계 (N)	100.0 (201)	100.0 (41)	100.0 (140)

인공수정시술 경험횟수를 살펴보면 의료비 지원이 되지 않는 4회 이상 경험자는 전체의 21.9%이며, 불임원인 제공자별로 구분할 때는 원인불명의 경우가 4회 이상 시도한 비율이 가장 높아 26.0%이었다(표 IV-39).

〈표 IV-39〉 사업 비수혜 여성의 불임원인별 인공수정 시술횟수

(단위: %)

구분	전체	본인	남편	부부 모두	원인불명
없음	4.6	5.8	20.0	-	1.0
1~3회	73.5	75.0	68.0	80.0	73.1
4~6회	19.9	17.3	12.0	20.0	23.1
7~9회	2.0	1.9	-	-	2.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(196)	(52)	(25)	(15)	(104)

나. 시술기관 선택 및 이용실태

사업 비수혜 여성의 체외수정 시술기관 선택 시 고려사항(중복응답)은 임신성공률이 높은 병원을 고려한다는 경우가 75.9%로 가장 높았고, 시술 병원 인지도가 60.8%로 그 다음이었다. 이 외 거주지 인접지역 20.0%, 불임여성 등의 주위 권유 16.7%, 상담, 치료과정 설명 등의 친절도 11.4%, 시술비용 8.2% 순이었다. 임신성공률은 특히 부부 모두가 불임인 경우 병원선택시 고려한다는 비율이 가장 높았고, 시술병원 인지도와 거주지와 가까운 병원을 고려하는 경우는 남편이 불임인 경우가 가장 높았다. 그러나 이들 고려사항은 불임원인 제공자에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(표 IV-40).

〈표 IV-40〉 사업 비수혜여성의 체외수정 시술기관 선택 시 고려사항

(단위: %)

구분	본인	남편	부부 모두	원인 불명	전체
임신성공률*					
고려	74.7	70.6	78.9	78.0	75.9
고려하지 않음	25.3	29.4	21.1	22.0	24.1
시술병원의 인지도*					
고려	59.0	64.7	42.1	64.2	60.8
고려하지 않음	41.0	35.3	57.9	35.8	39.2
시술비용*					
고려	12.0	8.8	5.3	5.5	8.2
고려하지 않음	88.0	91.2	94.7	94.5	91.8
연고지에서 가까운 지역*					
고려	22.9	26.5	15.8	16.5	20.0
고려하지 않음	77.1	73.5	84.2	83.5	80.0
상담, 치료과정 설명 등의 친절도*					
고려	9.6	5.9	15.8	13.8	11.4
고려하지 않음	90.4	94.1	84.2	86.2	88.6
주위 권유*					
고려	10.8	20.6	31.6	17.4	16.7
고려하지 않음	89.2	79.4	68.4	82.6	83.3

주. * P>0.05

이들이 불임 진단 및 치료를 위해 이용한 의료기관의 수는 2개소 이상인 경우가 조사대상 여성 본인의 경우 74.0%, 남성 38.3%이었다(표 IV-41). 앞서 시술병원을 선정할 때, 임신성공률과 병원인지를 고려한다는 경우가 가장 높았으나 2개소 이상의 병원을 이용한 사유는 <표 IV-42>에서 95.8%가 시술담당 의사, 병원의 명성을 보고 병원을 다시 바꾸었으며, 동시에 78%가 불임 경험자의 권유, 65.8%는 가족 또는 친지의 권유에 의해 병원을 바꾼 것으로 나타났다. 또한 진단 결과 및 치료 등의 재확인을 위해 다른 병원을 방문한 경우가 62.4%로 시술병원에 대한 신뢰도가 낮거나 진단결과나 시술 후 임신실패에 대한 충분한 상담이 부족한 데에서(40.2%) 그 원인을 찾을 수 있을 것이다.

한편, 교통이 불편하여 병원이용의 편의를 위해 병원을 변경한 경우가

46.7%이었는데, 본 조사대상의 13.3%는 보조생식시술을 받기 위해 거주지 외 병원을 이용하게 됨에 따라 친인척 집(7.0%), 유료 숙박시설(5.1%), 그 외 병원입원실 등(1.2%)에서 거주한 것으로 파악되었다.

정부 체외수정시술 지정기관은 2009년 12월 현재 136개 기관이나, 서울 27개소, 부산 12개소, 대구 10개소, 인천4개소, 광주 8개소, 대전 8개소, 울산 4개소, 경기도 28개소 등 모두 대도시와 수도권에 집중되어 있다. 따라서 중소도시 및 농촌지역 거주자인 경우 시술병원의 의료서비스를 이용하는 데 불편할 것으로 판단된다.

이들은 불임 진단 및 치료를 위해 한방병의원도 방문하여 여성 93.9%, 남편의 경우 72.8% 이었으며, 5개소 이상 방문한 경우는 여성 15.7%, 남편 2.9%이었다(표 IV-41).

〈표 IV-41〉 사업 비수혜여성의 불임 진단 및 시술시 이용병원 수

이용 병원기관수	병의원		한방병의원	
	여성	남편	여성	남편
이용하지 않음	-	10.5	6.1	27.2
1개 기관	26.0	51.3	35.2	38.8
2개 기관	42.7	25.7	22.9	17.5
3개 기관	20.2	8.9	14.0	7.8
4개 기관	7.3	3.7	6.1	5.8
5개 기관 이상	3.8	-	15.7	2.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(267)	(203)	(179)	(109)

〈표 IV-42〉 사업 비수혜여성의 불임진단 및 시술병원을 변경한 사유¹⁾

병원 변경 사유	(단위: %)				
	전체	본인	남편	부부 모두	원인불명
담당의사, 병원의 명성을 보고	95.8	94.6	100.0	92.9	96.6
가족, 친지의 권유	65.8	56.4	58.3	66.7	75.0
불임 경험자의 권유	78.0	73.3	75.0	61.5	87.5
진단 결과 및 치료 등의 재확인	62.4	67.4	81.8	66.7	50.0
교통 불편으로 방문 편의성을 위해	46.7	38.9	55.6	75.0	46.2
의사가 의뢰해주어	33.0	31.6	40.0	22.2	35.0
병원에서의 불쾌한 경험	43.2	41.7	37.5	37.5	47.2
불임 상담, 설명을 잘 해주지 않아	40.2	40.0	62.5	28.6	37.5
치료비용이 비싸서	16.5	15.2	14.3	25.0	16.1

주: 1) 각 해당사유별 조사대상자 중 긍정응답비율

<표 IV-43>에서 불임치료 시술병원을 결정하는 데 필요한 정보수집이 일반진료와 비교할 때, 쉽게 정보를 찾을 수 있었다고 응답한 여성이 77.2%이었음에도 불구하고 이상과 같이 여러 병원들을 방문, 이용하고 있다는 사실은 시술기관에 대한 임신 성공의 기대치는 높은 반면, 불임여성들의 불임관련 정보에 대한 요구도가 충족되지 못한 상태에서 여러 차례 시도되는 시술과정에서 초래되는 불안감으로부터 나타난 행동으로 풀이된다. 전체 조사대상자 4명 중 1명은 보조생식 시술기관에 대한 정보수집에 어려움이 있다고 응답하여(20.7%는 약간, 2.2%는 시술병원 결정하는 정보수집에 매우 어려움) 향후 이들에게 알 권리를 충족시켜 줄 방안을 모색할 필요성이 제기된다.

본 조사대상이 시술규모가 큰 병의원을 방문한 여성이었기 때문에 병원 진료·시술 안내 및 홍보 등의 필요한 정보가 인터넷사이트 등 다양한 매체를 통해 제공되고 있어 이들의 경우에는 정보수집이 비교적 용이하였을 것으로 판단된다. 이에 자조모임을 활용한 조사대상자(30명)에 국한하여 분석한 결과, 시술병원을 결정하는 정보를 얻는데 어려웠다는 경우가 36.6% (약간 어려웠다 33.3%, 매우 어려웠다 3.3%)로 시술병원 내원자의 22.9%보다 높게 나타났다. 이는 곧 보조생식 시술에 대한 치료과정을 안내하고 시술기관에 대한 정보를 파악하는 데 사회적 기반이나 여건이 우리 사회에

조성되지 않았다는 사실을 보여주고 있다.

〈표 IV-43〉 사업 비수혜여성의 시술병원 결정에 필요한 정보수집 용이성¹⁾

불임원인	매우 쉽게 찾음	비교적 쉽게 찾음	약간 어렵게 찾음	매우 어렵게 찾음	계(N)
전체	8.7	68.5	20.7	2.2	100.0(276)
본인	8.6	68.8	18.3	4.3	100.0(93)
남편	13.5	64.9	21.6	0.0	100.0(37)
부부 모두	0.0	68.2	31.8	0.0	100.0(22)
원인불명	8.9	69.4	20.2	1.6	100.0(124)

주. 일반진료와 비교한 응답결과

다. 체외수정 및 인공수정 시술 비용

사업 비수혜 여성이 가장 최근 이루어진 체외수정 시술 지출비용은 1회 당 최저 40만원에서 최고 6천만 원까지 크게 차이가 있었다. 불임부부 지원사업에서 설정한 300만원 시술비보다 높은 비용을 지출한 여성은 74.1%이었다. 이를 다시 세분화하면 300~400만원 미만 49.4%로 조사대상의 절반이었고, 400~500만원 미만 11.2%, 500~1000만원 미만 7.6%, 1000~2000만원 미만 3.5%, 그리고 2000만 원 이상 2.4%이었다. 평균 시술비용은 445만원 이었다. 여성의 연령이 44세 까지는 고령이 될수록 비용 지출이 높아지는 특성을 보이고 있다(표 IV-44).

〈표 IV-44〉 사업 비수혜 여성의 연령별 체외수정기술 지출비용

(단위: %)

구분	전체	25~29세	30~34세	35~39세	40~44세	45세 이상
100만원 미만	1.2	-	2.0	-	-	16.7
100~150만원 미만	1.8	-	-	2.4	5.6	-
150~200만원 미만	5.3	7.7	2.0	7.2	5.6	-
200~250만원 미만	4.1	-	2.0	4.8	5.6	16.7
250~300만원 미만	13.5	23.1	18.0	10.8	-	33.3
300~400만원 미만	49.4	53.8	54.0	47.0	61.1	-
400~500만원 미만	11.2	-	10.0	13.3	5.6	33.3
500~1000만원 미만	7.6	7.7	8.0	8.4	5.6	-
1000~2000만원 미만	3.5	7.7	4.0	2.4	5.6	-
2000만 원 이상	2.4	-	-	3.6	5.6	-
계 (N)	100.0 (170)	100.0 (13)	100.0 (50)	100.0 (83)	100.0 (18)	100.0 (6)

불임원인 제공자에 따른 체외수정 지출비용을 살펴보면 부부 모두 불임 원인인자를 보유한 경우 모두 300만 원 이상 지출하였고 반면, 남편이 불임원인인자를 보유한 경우는 비용지출이 가장 낮은 것으로 파악되었다(표 IV-45).

〈표 IV-45〉 사업 비수혜대상자의 불임원인 제공자별 체외수정기술 지출비용

(단위: %)

구분	전체	본인	남편	양쪽 모두	원인불명
100만원 미만	1.2	3.3	-	-	-
100~150만원 미만	1.8	1.6	4.8	-	1.4
150~200만원 미만	5.3	8.2	-	-	5.4
200~250만원 미만	4.1	3.3	9.5	-	4.1
250~300만원 미만	13.5	19.7	14.3	-	10.8
300~400만원 미만	49.4	39.3	38.1	50.0	60.8
400~500만원 미만	11.2	8.2	23.8	21.4	8.1
500~1000만원 미만	7.6	8.2	9.5	7.1	6.8
1000~2000만원 미만	3.5	3.3	-	14.3	2.7
2000만 원 이상	2.4	4.9	-	7.1	-
계 (N)	100.0 (170)	100.0 (61)	100.0 (21)	100.0 (14)	100.0 (74)

불임원인에 따라 체외수정 지출비용의 분포를 살펴보면 1천만 원 이상의 고액을 지출한 경우가 습관성 유산이 가장 높아 37.5%이었고 그 다음으로 자궁내막 장애로 18.8%, 그리고 남편의 희소정자증이 18.2%이었다. 500만 원~1천만 원 미만 지출한 경우는 남편이 염색체 이상인 경우가 가장 높아 25%이었다(표 IV-46).

냉동배아를 이용할 경우 진료비가 낮게 발생되며, 난소의 기능이 없는 경우(조기 난소 부전, 저항성 난소 증후군, 난소암 등 질병으로 인한 난소 적출술 후), 기능이 있더라도 유전질환 또는 염색체 이상 등으로 난자공여가 이루어 질 경우 고액의 비용이 지출되는 것으로 나타났다. 이상의 결과를 종합하여 볼 때, 동일한 불임원인의 경우에도 불임대상자의 연령 및 생식건강 조건 등과 같은 개별성과 복합적 요인으로 인해 불임치료는 다양하여 시술과정 또는 시술결과에 대해 획일적으로 모니터링하고 평가하기 어렵다는 사실을 단적으로 보여주고 있다. 또한 이는 곧 시술비용의 평균값이 큰 의미를 갖지 못하며 동시에 시술비의 표준화가 어렵다는 사실을 간접적으로 시사하고 있다.

〈표 IV-46〉 사업 비수혜대상자의 불임원인별 체외수정기술 지출비용

구분	(단위: %)									
	~200만원 미만	200~250만원 미만	250~300만원 미만	300~400만원 미만	400~500만원 미만	500~1000만원 미만	1000~2000만원 미만	2000만 원 이상	계 (N)	
나관관장애	14.3	4.8	11.9	45.2	9.5	9.5	2.4	2.4	100.0	(42)
배란장애	13.6	-	18.2	40.9	13.6	-	4.5	9.1	100.0	(22)
여_염색체이상	-	-	-	100.0	-	-	-	-	100.0	(2)
자궁내막장애	-	18.8	6.3	50.0	6.3	-	6.3	12.5	100.0	(16)
조기폐경	-	-	100.0	-	-	-	-	-	100.0	(1)
습관성유산	-	12.5	25.0	25.0	-	-	12.5	25.0	100.0	(8)
무정자증	-	-	-	50.0	50.0	-	-	-	100.0	(2)
회소정자증	-	-	18.2	54.5	9.1	-	18.2	-	100.0	(11)
정지부력증	4.5	4.5	4.5	54.5	18.2	4.5	4.5	4.5	100.0	(22)
남_염색체이상	-	-	-	-	75.0	25.0	-	-	100.0	(4)

한편, 가장 최근 시술받은 인공수정의 1회당 지출비용은 50~100만원 미만이 54.5%이었고 그 다음으로 50만원 미만으로 27.9%이었다. 반면, 300만원 이상 지출한 경우는 7.1%이었다. 평균 지출비용은 97만원이었으며, 가장 많은 시술대상자가 지출한 비용(최빈값)은 50만원이었다(표 IV-47).

〈표 IV-47〉 사업 비수혜 여성의 인공수정 1회 지출액 분포

구분	N	%
50만원 미만	43	27.9
50~100만원 미만	84	54.5
100~150만원 미만	8	5.2
150~200만원 미만	3	1.9
200~250만원 미만	4	2.6
250~300만원 미만	1	0.6
300만 원 이상	11	7.1
계	154	100.0

라. 시술기관 만족도

체외수정 시술 후 임신(또는 출산)이 되지 않아 시술병원으로부터 상담이나 향후 치료과정에 대한 설명의 충분성을 파악한 결과, 50.9%가 보통이었고 27.5%는 충분히 받았다고 하였으며 21.6%는 충분히 받지 못하였다고 응답하였다(표 IV-48). 시술기관에 대한 만족도는 매우 만족이 38.2%, 약간만족이 45.5%로 83.7%가 만족한 수준에 있었으며 3.2%는 불만족스럽다고 응답하였다(표 IV-49).

〈표 IV-48〉 사업 비수혜여성의 체외수정시술 후 임신실패에 대한 시술기관의 상담에 대한 평가

(단위: %)

구분	충분	보통	충분하지 못함	계(N)
전체	27.5	50.9	21.6	100.0(218)
본인	23.4	61.0	15.6	100.0(77)
남편	35.7	42.9	21.4	100.0(28)
부부 모두	25.0	43.8	31.3	100.0(16)
원인불명	28.9	46.4	24.7	100.0(97)

〈표 IV-49〉 사업 비수혜여성의 보조생식 시술에 대한 만족도

(단위: %)

	매우 만족	약간 만족	그저 그렇다	약간 불만족	매우 불만족	계(N)
전체	38.2	45.5	13.1	2.5	0.7	100.0(275)
본인	44.2	38.9	12.6	3.2	1.1	100.0(95)
남편	44.4	50.0	5.6	0.0	0.0	100.0(36)
부부 모두	31.8	50.0	13.6	4.5	0.0	100.0(22)
원인불명	32.8	48.4	15.6	2.5	0.8	100.0(122)

3. 불임극복을 위한 보조생식시술 이외 서비스 이용 현황

가. 불임진단 전후 불임극복을 위해 이용한 서비스

불임부부들은 불임으로 진단받기 전, 임신을 위해 모두 보완대체요법, 운동요법, 민간요법 등을 이용하여 건강증진 또는 체질개선을 시도한 것으로 나타났다. 이 중 한방서비스 이용률이 가장 높아 77.9%이었고 그 다음으로 헬스센터를 이용한 운동 또는 요가서비스로 19.4% 이었다.

불임으로 진단받은 이후에는 일반건강원, 헬스센터, 민간요법 등의 이용률은 약 3% 씩 증가되었으나 한방서비스 이용률은 6% 감소되었다.

불임원인 보유자에 따라 이용률 변화를 살펴보면 불임원인이 남편인 경우와 부부 모두 불임원인을 가지고 있는 경우 한방서비스, 운동요법, 일반건강서비스 이용률이 모두 3~6% 씩 증가되었다. 남편이 불임인 경우에는 민간요법 이용률까지 증가되었다. 원인불명의 불임으로 진단 받은 경우에는

한방서비스와 헬스센터 이용율이 감소한 것이 특징이다(표 IV-50).

불임진단 후 이용한 서비스 내용을 구체적으로 살펴보면 운동요법(요가 등) 65.2%, 침뜸 치료 56%, 식이(비타민) 요법 47.0%, 금연치료 10.9%, 기 치료 4.3%, 체형교정(골반통 관련) 7.1%, 비만치료 6.5%, 명상요법 7.6% 등으로 파악되었다. 가장 많은 대상자가 시행한 운동요법(요가 등)의 경우, 건강증진에 매우 도움이 되었다고 응답한 비율이 4.2%, 약간도움 20.0%이었고, 침뜸 치료를 받은 대상자 중 매우 도움이 되었다고 응답한 비율이 3.9%, 약간 도움 13.6%이었다. 비타민(식이)요법을 이용한 대상자 중 매우 도움이 되었다고 응답한 비율이 1.2%, 약간도움 5.8%이었다. 금연치료를 받은 대상자 중 매우 도움이 되었다고 응답한 비율이 15.0%, 약간 도움 15.0%이었고, 비만치료를 받은 대상자 중 매우 도움이 되었다고 응답한 비율이 16.7%, 약간도움 8.3% 이었다.

〈표 IV-50〉 불임진단 전후 임신을 위한 보완대체서비스 이용률

(단위: %)

불임원인	한방요법		헬스센터		일반건강원		민간요법	
	진단 전	진단 후	진단 전	진단 후	진단 전	진단 후	진단 전	진단 후
전체	77.9	71.6	19.4	21.2	6.3	9.1	6.7	9.1
본인	75.3	65.9	16.5	22.0	8.2	11.0	7.1	6.6
남편	71.4	74.3	11.4	25.7	-	8.6	17.1	22.9
부부 모두	76.2	81.8	19.0	22.7	-	4.5	-	-
원인불명	82.1	73.3	24.3	19.0	8.0	8.7	4.5	8.6

주: 각 해당항목에 대한 긍정응답비율(중복 응답건)

나. 불임진단 전후 불임극복을 위해 보완대체서비스로 지출한 비용

불임부부들이 임신 및 출산을 하기 위해 이용한 다양한 서비스에 지출한 비용은 <표 IV-51>, <표 IV-52>와 같다. 먼저 불임으로 진단받기 직전 1년 동안 지출한 비용은 대상자에 따라 그 차이가 매우 커 30만원에서부터 수천만 원을 지출한 것으로 나타났다. 가장 많은 대상자가 지출한 비용은 30~100만원 미만으로 전 조사대상자 중 31.3%가 이에 해당되었다. 그 다

음으로 30.6%는 100~200만원 미만 지출하였고, 반면 500~1000만원 미만이 6.8%, 1천만 원 이상 지출한 경우가 4.0%이었다(표 IV-51).

불임의심 후 불임진단 받기 까지의 기간이 평균 3.2년이라는 점에 비추어 볼 때, 이들의 60%는 300~600만 원 정도 지출한 것으로 볼 수 있다.

〈표 IV-51〉 불임 진단 전 1년부터 진단직전까지의 불임극복을 위한 보완대체요법 지출비용

(단위: %)

구분	전체	본인	남편	부부 모두	원인 불명
99만원 이하	31.3	34.9	36.1	14.3	30.4
100~199만원	30.6	27.7	25.0	47.6	31.3
200~299만원	17.1	15.7	19.4	14.3	17.9
300~399만원	7.1	9.6	5.6	4.8	6.3
400~499만원	3.2	2.4	8.3	-	2.7
500~599만원	3.6	3.6	-	4.8	4.5
600~699만원	2.0	2.4	2.8	-	1.8
700~999만원	1.2	1.2	-	-	1.8
1000만원 이상	4.0	2.4	2.8	13.2	3.5
계 (N)	100.0 (252)	100.0 (83)	100.0 (36)	100.0 (21)	100.0 (112)

또한 불임으로 진단받은 직후부터 1년 기간을 기준으로 할 때, 지출한 비용은 연간 100~200만원 미만 지출한 경우가 가장 많아 22.0%이었고 그 다음으로 100만원 미만 14.8%, 200~300만원 미만 12.0%이었다. 따라서 조사대상의 약 절반은 연간 300만원 미만 지출하였으며, 반면 12.4%는 연간 1천만 원 이상 지출한 것으로 나타났다(표 IV-52).

〈표 IV-52〉 불임진단 직후 1년 동안 불임극복을 위한 보완대체요법 지출비용

(단위: %)

구분	전체	본인	남편	부부모두	원인불명
99만 원 이하	14.8	19.3	14.3	5.0	13.4
100~199만원	22.0	20.5	28.6	20.0	21.4
200~299만원	12.0	13.3	17.1	20.0	8.0
300~399만원	11.6	9.6	14.3	5.0	13.4
400~499만원	6.0	3.6	2.9	20.0	6.3
500~599만원	8.0	8.4	8.6	-	8.9
600~699만원	4.8	6.0	-	5.0	5.4
700~799만원	3.6	2.4	-	-	6.3
800~899만원	3.2	-	5.7	5.0	4.5
900~999만원	1.6	1.2	2.9	5.0	0.9
1000~1099만원	6.4	7.2	2.9	5.0	7.1
1100~1199만원	1.6	3.6	-	5.0	-
1200~1299만원	1.2	1.2	-	-	1.8
1300~1399만원	0.4	-	2.9	-	-
1400만 원 이상	2.8	3.6	-	5.0	2.7
계 (N)	100.0 (250)	100.0 (83)	100.0 (35)	100.0 (20)	100.0 (112)

4. 불임으로 인한 신체적·정신적 및 사회적 문제

가. 정신적 고통 및 우울

인공수정이나 체외수정 등 보조생식 기술을 받고 있는 부부들은 스트레스, 불안 및 우울 정도가 높은 것으로 알려져 있다(Cook, 1989; Golombok, 1989). 치료과정 중에 불임여성들은 고통이 더욱 두드러져서 치료 과정동안 고통스럽고 인간적이지 못하다고 느끼며, 특히 치료의 실패와 원활하지 못한 의료진과의 관계에서는 좌절을 경험한다. 또한, 어렵게 한 임신이 유산이나 조산될 경우, 그리고 배우자와의 의사소통이 어려울 경우에는 괴로움과 고통을 더 느낀다(Unruh & McGrath, 1985).

본 조사대상자에게 불임으로 인한 정신적 고통과 우울상태를 파악한 결과, 정신적 고통과 우울증이 매우 심각하다고 응답한 여성이 42.1%, 약간 심각이 52.5%로 94.6%가 심각한 수준이었다. 불임원인 제공자별로 살펴보

면 불임인자가 남편인 경우 정신적 고통과 우울이 심각한 경우가 가장 높아 97.2%이었다. 반면, 여성본인이 불임인 경우는 심각도가 가장 낮아 정신적 고통과 우울증이 매우 심각한 수준이라고 응답한 비율이 46.3%, 약간 심각하다는 비율이 46.3%이어서 심각한 경우가 92.6%이었다(표 IV-53).

남편의 협조정도는 불임여성의 정신적 고통에 영향을 미칠 것이라는 가정아래 남편의 지지 및 불임치료에 따른 병원방문 등의 협조도를 파악한 결과, 협조하지 않는 경우, 정신적 고통이 매우 심각한 경우가 75%로 가장 높게 나타났다(표 IV-53). 본 조사대상자는 모두 병원에서 불임진단을 받았고 또한 시술을 받은 경험이 있는 병원방문 대상자이므로 이미 남편이 어느 정도 협조하고 있는 것으로 이해하여야 할 것이다. 임신 및 출산기능의 상실감으로 인한 불임여성의 정신적 고통이나 우울증은 남편의 불임치료 협조도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다($P>0.05$).

호주의 ‘보건복지연구소’ 자료에 의하면 불임에 직면한 많은 사람들은 자조(지지)집단과 상담하거나 자조모임에 참여하는 것이 신체적·정신적 안정과 효과적 대처를 위한 정보수집에 매우 도움이 된다고 하였다.

〈표 IV-53〉 불임으로 인한 여성의 정신적 고통 및 우울증 심각정도

(단위: %)				
불임원인	매우 심각	약간 심각	심각하지 않은 편	계(N)
전체	42.1	52.5	5.4	100.0(276)
불임원인 제공자				
본인	46.3	46.3	7.4	100.0(95)
남편	38.9	58.3	2.8	100.0(37)
부부 모두	31.8	63.6	4.5	100.0(22)
원인불명	41.0	54.1	4.9	100.0(122)
남편 불임치료 협조도				
매우 협조함	40.0	55.1	4.9	100.0(185)
약간 협조함	44.8	49.4	5.7	100.0(87)
협조하지 않음	75.0	-	25.0	100.0(4)

조사대상 여성 중 불임으로 인해 신체적·정신적 증상이나 질환이 발병하여 의사의 진단을 받은 경우는 78.9%이었다. 이들 대부분은 복합적인 증상이나 질환이 초래된 것으로 파악되었는데, 우울증, 신경쇠약 등 정신적 문제가 있는 것으로 진단받은 여성은 27.6%, 위염, 위궤양 등 소화기 계통 질환 진단여성은 26.5%, 만성두통 및 심장질환 등은 17.9%이었다(표 IV-54). 이 수치는 조사결과의 신뢰성을 위해 의사진단을 받은 경우만을 제시한 바, 의사로부터 진단받지 않은 경우까지 포함하면 거의 모든 여성들이 불임으로 인하여 신체적·정신적 증상이나 질환을 가지고 있는 것으로 간주할 수 있다.

〈표 IV-54〉 사업 비수혜 여성의 불임으로 인한 증상 및 질환 발생률

구분	증상·질환 발생률(%)	남편의 불임치료 협조도 분포(%)		
		매우 협조	약간 협조	협조하지 않음
전체	78.9	67.4	31.2	1.4
우울증, 신경쇠약 등 정신적 문제	27.6	59.7	37.7	2.6
위염, 위궤양 등 소화기계	26.5	63.5	35.1	1.4
만성두통, 심장병 등	17.9	64.0	34.0	2.0
고혈압 및 저혈압, 당뇨 등 내분비 관련 질환	9.7	66.7	29.6	3.7

주: 조사대상자의 각 해당 질환별 발생자에 대한 백분율

조사대상자 중 현재 11.8%는 임신 중이다. 임신여부에 따라 문제의 심각성이 다를 것으로 판단되어 임신여부에 따른 정신적 고통의 심각성을 파악해 보았다. 예상과는 달리 임신 중인 여성의 경우 정신적 고통이나 우울증이 심각하다고 응답한 비율이 96.9%로 비임신 여성(95.4%)보다 약간 높게 나타났다(표 IV-55). 통계적으로 유의한 차이는 아니지만 비임신 여성보다 우울증 등이 높게 나타난 점은 시술 이후 임신에 성공하였지만 앞서 파악한 바와 같이 자연유산 또는 사산 등으로 자녀를 갖지 못할지도 모른다는 불안감이나 압박감 등으로 정신적 고통이 더 심해진 것으로 나타났다. <표 III-8>에서 파악한 바와 같이 보조생식 시술로 성공한 임신 중에서도 20~30%는 자연유산, 자궁외임신 및 조산 등으로 건강한 출산에 이르지

못한 것으로 나타나 임신기간 중 정신적 고통과 우울증이 여전히 사라지지 않은 것으로 볼 수 있다. 이에 따라 보조생식 시술에 의해 임신한 여성을 대상으로 한 지속적인 건강증진 프로그램의 필요성을 시사한다고 하겠다.

〈표 IV-55〉 임신여부에 따른 정신적 고통 및 우울의 심각성 정도

(단위: %)				
현재임신	매우 심각	약간 심각	심각하지 않음	계(N)
임신 중	37.5	59.4	3.1	100.0(32)
비임신	43.5	51.9	4.6	100.0(239)

주: P >0.05

나. 부부 및 시부모 관계 변화

불임으로 진단받은 이후 부부간의 관계에 변화가 있었는지에 대해 파악한 결과, 조사대상자의 50.5%는 변화가 없었으며, 13.1%는 불임으로 인해 부부관계가 오히려 좋아진 것으로 나타났다. 반면, 36.4%는 불임으로 인해 부부간 갈등을 겪는 것으로 나타났다. 특별히 남편이 불임인 경우 부부관계가 악화된 경우가 가장 높아 47.3%이었고, 부부관계가 매우 심각하다고 응답한 비율 역시 가장 높아 5.6%이었다. 또한 부부 모두에게 불임인자가 있는 경우 부부간 갈등이 매우 심각한 경우가 4.5%이어서 특히 이들 가정의 해체 가능성을 보여주고 있다(표 IV-56).

불임부부는 불임을 경험하면서 부부관계 또는 가족관계가 양극화된 현상을 통해 아주 밀착되거나 멀어지는 느낌을 갖게 되는데 이는 배우자가 갖는 불임의 의미와 삶의 방식에 의해 좌우된다(박영주, 1993). 이에 따라, 양극화된 변화를 보인 두 집단의 부부들을 대상으로 악화된 부부관계에서 현명하게 대처할 수 있는 노하우를 공유할 장이 필요하다. 부부간의 갈등을 해결할 수 있는 해법을 제공할 수 있도록 불임자조모임의 네트워크를 구축하고 아울러 전문가의 상담 및 자문을 통한 사회적 출산지원 프로그램의 개발이 요구된다.

한편, <표 IV-56>에서 불임으로 인해 시부모와의 관계변화를 살펴보면, 심각하다고 응답한 여성은 38.7%이다. 불임원인 제공자별로 구분하여 보면, 남편 측에 불임원인이 있으나 시부모의 편견 등으로 관계가 악화되었다고 응답한 경우는 41.6%(매우 악화 9.3%)로 여성의 생식기능이 정상임에도 불구하고 우리나라 전통적인 가부장적 사고방식으로 인하여 40%의 여성들이 남편 부모 및 가족으로부터 고통 받고 있는 것으로 나타났다.

<표 IV-56> 불임원인 제공자별 부부 및 남편부모와의 관계변화

(단위: %)						
구분	매우 좋아짐	약간 좋아짐	변화 없음	약간 악화	매우 악화	계(N)
불임원인 제공자별 부부관계						
전체	2.9	10.2	50.5	33.1	3.3	100.0(275)
본인	2.1	10.5	52.6	31.6	3.2	100.0(95)
남편	8.3	8.3	36.1	41.7	5.6	100.0(36)
부부 모두	-	9.1	59.1	27.3	4.5	100.0(22)
원인불명	2.5	10.7	51.6	32.8	2.5	100.0(122)
불임원인 제공자별 시부모 관계						
전체	2.2	2.2	56.9	33.6	5.1	100.0(274)
본인	1.1	2.1	58.5	34.0	4.3	100.0(94)
남편	8.3	2.8	47.2	33.3	8.3	100.0(36)
부부 모두	-	-	68.2	22.7	9.1	100.0(22)
원인불명	1.6	2.5	56.6	35.2	4.1	100.0(122)

남편의 불임치료에 대한 협조정도와 부부관계는 통계적으로 유의한 차이가 있어($P<0.001$) 남편의 협조가 없는 경우에 부부관계는 좋지 못한 것으로 나타났다(표 IV-57). 이는 곧, 불임문제로 인해 부부관계가 좋지 못하여 결국 남편이 불임치료에 협조하지 않아 나타난 현상으로도 해석된다.

<표 IV-57> 사업 비수혜여성의 남편의 불임치료 협조도에 따른 부부관계 변화

(단위: %)						
남편 치료협조도	매우 좋아짐	약간 좋아짐	변화 없음	약간 악화	매우 악화	계(N)
남편 매우 협조	4.3	8.6	59.5	25.9	1.6	100.0(185)
남편 약간 협조	-	13.8	32.2	48.3	5.7	100.0(87)
남편 협조하지 않음	-	25.0	25.0	25.0	25.0	100.0(4)
계	2.9	10.5	50.4	33.0	3.3	100.0(276)

주: $P<0.001$

다. 불임치료에 따른 경제적 부담

불임치료 및 보조생식기술에 따른 비용부담이 가정경제에 미치는 영향이 매우 심각하다고 응답한 여성은 71.3%이며, 약간 심각한 경우까지 포함하면 97.8%가 비용부담이 크다고 응답하였다. 특히 본인이 불임인자를 가지고 있는 경우 불임여성의 80%가 치료비 부담이 매우 크다고 응답하였다(표 IV-58). 이와 같이 이들의 대부분은 소득수준이 높은 중상층에 속하지만 시술비에 대한 경제적 부담을 가지고 있었다. 불임치료에 소요되는 비용에 대해서는 소득수준이 높은 계층이라 할지라도 여러 번의 임신실패를 경험하면서 향후 출산가능성에 대한 불확실성 때문에 더욱 부담이 큰 것으로 인식할 수 있다. 그럼에도 불구하고 <표 IV-35>에서 이들의 86.4%는 앞으로 출산할 때까지 계속해서 시술을 받겠다고 응답하였고, 63.7%는 출산한 이후에도 자녀를 더 원하여 재차 시술을 받겠다고 응답하여 이들의 자녀에 대한 욕구가 매우 강하다는 사실을 다시 한 번 확인할 수 있었다.

〈표 IV-58〉 사업 비수혜여성의 불임원인 제공자별 치료비 부담정도

불임원인	(단위: %)				
	매우 부담	약간 부담	거의 부담 없음	기타	계(N)
전체	71.3	26.5	1.5	0.7	100.0(275)
본인	79.8	16.0	3.2	1.1	100.0(94)
남편	69.4	27.8	2.8	-	100.0(36)
부부 모두	59.1	36.4	-	4.5	100.0(22)
원인불명	67.5	32.5	-	-	100.0(123)

라. 보조생식술 시술에 따른 사회생활 지장정도

앞서 불임여성의 대다수는 불임진단 이후 2~4년이 경과되었고 그 동안 수차례의 체외수정과 인공수정을 시술받은 것으로 나타나 많은 시간을 할애했던 것으로 파악되었다. 조사대상자의 취업상태별 보조생식 시술에 따른

사회생활 지장정도를 살펴보면 취업여성들은 사회생활에 매우 지장을 받았다고 응답한 여성이 51%, 약간 지장을 받았다는 비율이 40%이어서 91% 여성이 직장생활을 병행하기 어려웠던 것으로 나타났다. 반면, 미취업여성 은 54.4%가 사회생활에 지장을 받은 것으로 나타나 취업여성이 미취업여성보다 시간적 제약이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($P<0.001$). 이는 곧, 직장여성들이 시간적 제약으로 보조생식 기술을 받지 못하고 있는 경우가 지역사회에 상당수 있다는 것을 암시하고 있어 불임치료를 위한 직장여성의 휴직제도가 도입될 필요성을 시사한다고 하겠다(표 IV-59).

〈표 IV-59〉 불임여성의 취업상태별 보조생식 시술에 따른 사회생활 지장정도

구분	전업주부	취업여성 ¹⁾
매우 지장을 받음	10.5	51.0
약간 지장을 받음	43.9	40.0
지장을 받지 않음	45.6	9.0
계	100.0	100.0
(N)	(57)	(210)

주: 1) 취업여성에는 보조생식 시술로 인해 휴직, 사직한 경우 포함

2) $P<0.001$

취업여성을 대상으로 보조생식 시술에 따른 시간 할애방법을 조사한 결과, 조퇴, 연가 및 휴가를 활용하는 경우가 29.7%로 가장 많았고, 치료를 위해 사직한 경우 26.6%, 잠시 외출하여 시술받은 경우가 21.9%, 그리고 한시적 휴직상태가 8.9%이었다. 이 외, 근무시간 이외 개설된 모닝 및 이브닝 진료와 주말진료 이용이 7.3%로 시간할애 방법이 매우 다양하였다. 취업여성 중에는 시술을 받기 위해 구직을 미루거나 시간을 할애할 수 있는 자유업으로 직장을 이직한 경우, 방학을 이용하여 시간을 할애하는 등 가능한 방법들을 모두 동원하여 활용하고 있는 것으로 나타났다(표 IV-60). 이로써 불임치료를 위해 사직한 여성이 4명 중 1명이었으며, 휴직한 경우 까지 포함하면 취업여성 3명 중 1명이어서 보조생식 시술을 받기 위해 사회활동을 중단한 것으로 나타났다. 이들은 의료비 비지원 대상으로 시술에

따른 경제적 부담이 큼에도 불구하고 자녀를 갖기 위해 사회생활을 중단할 만큼 적극적으로 불임에 대처하고 있다는 점에서 이들에 대한 사회적 배려가 필요하다고 보겠다.

〈표 IV-60〉 사업 비수혜 취업여성의 보조생식기술 시간 주 할애방법

구분	응답자수	%
직장에서 조퇴, 연가, 휴가 활용	57	29.7
불임치료를 위해 직장을 그만 둠	51	26.6
평소 직장에서 잠시 외출	42	21.9
주로 모닝 또는 이브닝, 주말 진료이용	14	7.3
현재 한시적으로 휴직한 상태	17	8.9
자영업, 자유업이라 자유롭게 치료받음	7	3.6
기타	4	2.0
계	192	100.0

5. 불임부부 지원사업 인식 및 평가

가. 불임부부 지원사업에 대한 인식

2006년 도입된 불임부부에 대한 시술비 일부 지원사업에 대해 사업 비수혜여성의 인식도를 파악한 결과, 정확하게 알고 있는 경우가 67.3%이었으며, 본인이 불임인자를 가지고 있는 경우 특히 높아 70.2%이었다. 사업에 대해 일부 알고 있는 경우는 29.9%이어서 거의 대부분의 사업 비수혜 여성들이 사업에 대해 알고 있는 것으로 평가할 수 있다(표 IV-61).

불임부부 지원사업을 처음 알게 된 경로는 병원 의료진을 통해 안 경우가 42.5%이었고 그 다음으로 일반 인터넷사이트(19.8%)를 통해 정보를 획득한 것으로 나타났다(표 IV-62). 불임부부 지원사업 수혜대상의 경우는 불임자조모임에서 정보를 획득한 경우가 가장 많아 이와 상반된다.

〈표 IV-61〉 사업 비수혜 여성의 불임부부지원사업 인지도

(단위: %)

불임원인	모두 정확하게 잘 알고 있음	일부만 알고 있음	전혀 모름	계(N)
전체	67.3	29.9	2.8	100.0(214)
본인	70.2	28.7	1.1	100.0(69)
남편	64.9	32.4	2.7	100.0(27)
부부 모두	63.6	36.4	-	100.0(19)
원인불명	67.7	26.6	5.6	100.0(99)

〈표 IV-62〉 사업 비수혜 여성의 불임부부지원사업 인지경로

(단위: %)

불임원인	의료진, 병원 직원	인터넷 일반싸 이트	TV, 신문, 잡지	가족, 친지	불임 자조모임 인터넷 사이트	시술병원 방문불임 여성	보건소 등 행정기관	기타	계 (N)
전체	42.5	19.8	13.0	3.9	7.7	3.4	6.3	3.4	100.0 (207)
본인	45.6	14.4	8.9	10.0	10.0	1.1	5.6	4.4	100.0 (68)
남편	44.1	26.5	14.7	2.9	2.9	-	8.8	-	100.0 (25)
부부 모두	40.9	22.7	9.1	4.5	9.1	9.1	-	4.5	100.0 (19)
원인불명	45.3	17.9	13.7	4.3	6.8	3.4	5.1	3.4	100.0 (95)

조사대상자들은 자신이 의료비 지원 대상자격에 해당되지 않는다는 사실을 확인한 기관이 보건소라고 응답한 경우가 가장 많아 39.3%이었다. 그 다음으로 보조생식 시술병원을 방문하여 확인한 경우가 12.6%이었다. 반면, 28.2%는 소득이 높아 스스로 사업대상이 아닌 것으로 판단하였고 9.5%는 아직 지원자격 여부를 확인하지 않은 것으로 나타났다. 또한 작년 이전에 보건소를 방문하여 지원 자격을 확인한 경우가 26.3%이어서, 올해 자격기준이 변경되어 가구 월평균소득이 기존의 130%이하에서 150%이하로 소득기준이 상향조정되었기 때문에 이들은(64%) 사업 수혜대상 여부를 재차 확인할 필요성이 있다고 보겠다(표 IV-63).

〈표 IV-63〉 사업 비수혜여성의 연령별 지원사업 대상여부 확인방법

(단위: %)

구분	자격여부 미확인	작년 이전 보건소에 서 확인	올해 보건소에 서 확인	시술병원 에서 확인	소득이 높 아 비대상 으로 판단	기타	계 (N)
전체	9.5	26.3	13.0	12.6	28.2	10.3	100.0(262)
25~29세	10.7	21.4	28.6	14.3	17.9	7.1	100.0(28)
30~34세	9.5	22.6	8.3	10.7	35.7	13.1	100.0(84)
35~39세	10.1	29.4	10.1	11.0	27.5	11.9	100.0(109)
40~44세	6.5	32.3	22.6	16.1	19.4	3.2	100.0(31)
45세 이상	10.0	20.0	10.0	30.0	30.0	-	100.0(10)

이들은 월평균소득이 높다는 이유(지원기준: 2인 가구 480여만 원 이상)로 정부로부터 불임치료비를 지원받을 수 없다는 점에 대해 52.3%가 전혀 동의할 수 없다고 응답하였고, 약간 동의할 수 없다는 경우는 27.5%로 약 80%가 소득 때문에 의료비 지원 대상에서 제외되는 것에 대해 부정적인 인식을 가지고 있었다.

특히 보조생식 시술을 받기 위해 직장을 휴직한 여성의 경우에는 매우 동의한다고 응답한 경우가 없는 반면, 전혀 동의할 수 없다고 응답한 비율은 64.7%로 현저하게 높았다. 약간 동의할 수 없다고 응답한 비율(23.5%)까지 합하면 거의 90%가 동의하지 않는 것으로 나타났다. 현재 직장생활을 하고 있는 경우, 82%가 역시 동의하지 않았는데 이들은 본인의 소득이 지원대상 선정기준인 총소득에 포함되어 지원대상에서 제외되었다는 점에 대해 불만을 호소하고 있었다(표 IV-64).

〈표 IV-64〉 여성의 취업상태별 가구소득에 따른 사업대상 자격기준에 대한 동의 실태

(단위: %)

구분	매우 동의함	약간 동의함	약간 동의 하지 않음	전혀 동의하지 않음	계(N)
전체	2.3	17.8	27.5	52.3	100.0(258)
전업주부	-	22.2	27.0	50.8	100.0(63)
불임치료로 직장 그만둠	2.0	23.5	35.3	39.2	100.0(51)
불임치료로 직장 휴직함	-	11.8	23.5	64.7	100.0(17)
직장 근무 중	3.9	14.2	25.2	56.7	100.0(127)

취업여성만을 대상으로 소득기준에 따른 시술의료비 지원기준에 대한 의견을 파악한 결과, 동의할 수 없다고 응답한 비율이 전체 조사대상 여성보다 약간 높았다(81.5%). 전혀 동의할 수 없다고 응답한 비율이 가장 높은 직종은 사무직(57.1%)과 전문, 행정, 관리직(56.3%)이었으며 동의하지 않는 비율이 높은 직종은 전문, 행정, 관리직 이었다(표 IV-65).

〈표 IV-65〉 취업여성의 직종별 가구소득에 따른 사업대상 자격기준에 대한 동의 실태

(단위: %)

구분	매우 동의함	약간 동의함	약간 동의 하지 않음	전혀 동의 하지 않음	계(N)
전체	3.8	14.7	27.7	53.8	100.0(184)
판매, 서비스직	8.3	8.3	45.8	37.5	100.0(24)
전문, 행정, 관리직	2.3	10.3	31.0	56.3	100.0(87)
사무직	5.4	19.6	17.9	57.1	100.0(56)
기술직	-	33.3	11.1	55.6	100.0(9)
농업, 어업, 단순기능직	-	20.0	40.0	40.0	100.0(5)
기타	-	33.3	-	66.7	100.0(3)

나 불임부부 지원사업 성과에 대한 인식

1) 현 지원대상의 출산지원 효과

정부가 2006년부터 저소득층 및 서민층을 대상으로 보조생식시술 비용을 지원한 후 이들이 그 이전과 비교할 때, 자녀를 갖는데(출산율을 높이는 데) 도움이 되었다고 평가하는지에 대해 파악한 결과, 51.8%가 매우 도움, 40.2%가 조금 도움이 되었을 것으로 판단하였다. 반면, 8%는 도움이 되지 않았을 것이라고 평가하였다(표 IV-66).

〈표 IV-66〉 사업 비수혜여성의 현 의료비 지원 대상에 대한 출산지원 효과

(단위: %)

불임원인	매우 도움이 됨	조금 도움이 됨	도움이 되지 않음	전혀 도움이 되지 않음	계 (N)
전체	51.8	40.2	6.9	1.1	100.0 (276)
본인	54.3	37.2	6.4	2.1	100.0 (94)
남편	43.2	43.2	13.5	0.0	100.0 (37)
부부 모두	33.3	57.1	4.8	4.8	100.0 (21)
원인불명	55.6	38.7	5.6	0.0	100.0 (124)

비록 소수이지만 도움이 되지 않는다고 응답한 여성(8%, 22명)은 그 사유를 시술에 따른 검사 및 투약 등의 제반 비용지출부담에 비해 시술 1회당 150만원의 지원으로는 경제적 부담완화에 별로 도움이 되지 않는다는 점을 지적하였다(78.3%). 또한 지원이 3회까지 시술로 제한되어 있어 출산을 하기까지의 시술횟수를 고려한다면 별로 도움이 안 된다는 것이다(73.9%).

한편, 응답자의 33.3%는 서민층을 대상으로 경제적 지원을 한다 할지라도 불임치료로 인해 심신이 지쳐 임신 및 출산을 포기하는 문제가 더 크기 때문에 도움이 안 된다고 응답하였다(표 IV-67). 이는 곧 이들을 정서적으로 지지할 수 있는 프로그램 개발 및 운영의 필요성을 시사하고 있다고 보겠다.

〈표 IV-67〉 사업 비수혜여성의 의료비 지원이 출산에 도움이 안 되는 사유

(단위: %)

이유	불임원인 제공자에 따른 분포 ¹⁾				
	전체 (N=22)	본인 (N=8)	남편 (N=5)	부부모두 (N=2)	원인불명 (N=7)
시술 검사 특약비용에 비해 지원액이 적어	78.3	77.8	100.0	66.7	66.7
지원횟수가 3회까지 이어서	73.9	88.9	60.0	66.7	66.7
불임치료로 인해 심신이 지쳐 포기하는 문제가 더 크기 때문에	33.3	33.3	40.0	33.3	28.6
시술병원이 대도시에 국한되어 이용불편이 더 큰 문제이므로	21.7	22.2	20.0	33.3	16.7
치료비보다는 자녀 필요성에 대한 욕구가 자녀를 갖는데 결정적 요인이어서	17.4	11.1	-	-	50.0
불임에 대한 부정적 사회인식으로 적극적 치료를 못하는 것이 더 큰 문제이어서	17.4	-	40.0	66.7	-

주: 1) 각 해당사유에 대한 중복 긍정응답비율

2) 중상층 이상의 가구를 대상으로 한 의료비 지원 시 출산효과

본 조사대상은 전국 가구월평균 소득의 150% 이상인 불임부부 지원사업 비수혜 여성으로 전국 가구 중 약 20%에 해당된다. 정부가 중상층이상인 이들에게도 보조생식시술 비용을 지원할 경우 자녀를 갖는데(출산율을 높이는데) 도움이 될 것으로 생각하는지에 대해 의견을 파악한 결과, 70.4%가 매우 도움, 23.6%가 조금 도움이 될 것으로 응답하여 조사대상의 94%가 도움이 될 것이라 응답하였다(표 IV-68).

〈표 IV-68〉 사업 비수혜여성에 대한 시술비 지원 시 출산 도움정도

불임원인	(단위: %)				
	매우 도움이 될 것임	조금 도움이 될 것임	도움이 되지 않을 것임	전혀 도움이 되지 않을 것임	계(N)
전체	70.4	23.6	4.2	1.9	100.0(216)
본인	75.4	17.4	4.3	2.9	100.0(69)
남편	67.7	25.8	6.5	-	100.0(31)
부부 모두	47.1	41.2	-	11.8	100.0(17)
원인불명	71.7	24.2	4.0	-	100.0(99)

비록 소수이지만 6.1%(13명)의 여성은 도움이 되지 않을 것으로 판단하였는데, 그 사유로 이들의 73.3%가 3회 제한된 시술비 지원으로는 출산에 성공하는 데 지원횟수가 적다는 점이다. 또한 53.3%는 시술검사투약비용에 비해 1회 150만원의 지원액으로는 시술비용부담을 경감하는 게 도움이 되지 못하기 때문이라고 지적하였다(표 IV-69).

〈표 IV-69〉 사업 비수혜여성의 시술의료비 지원 시 출산에 도움이 되지 않는 사유

출산에 도움이 되지 않는 사유	(단위: %)				
	불임원인 제공자에 따른 분포 ¹⁾				
	전체 (N=13)	본인 (N=5)	남편 (N=2)	부부모두 (N=2)	원인불명 (N=4)
시술 검사·투약비용에 비해 1회 150만원 지원은 별로 도움 안 됨	53.3	66.7	100.0	-	50.0
지원비용이 3회까지 만이어서 별로 도움 안 됨	73.3	66.7	100.0	33.3	100.0
시술병원이 대도시에 국한되어 이용불편이 더 큰 문제이므로	13.3	16.7	-	-	25.0
불임치료비보다는 자녀 필요성에 대한 욕구가 자녀를 갖는데 결정적 요인이어서 불임에 대한 부정적 사회인식으로 적극적 치료를 못하는 것이 더 큰 문제임	13.3	16.7	-	33.3	-
불임치료로 인해 심신이 지쳐 포기하는 문제가 더 크기 때문에	-	-	-	-	-
	13.3	16.7	50.0	-	-

주: 1) 각 해당사유에 대한 조사대상자의 중복 긍정응답비율

6. 저출산 극복을 위한 의료적, 사회적 요구도

가. 불임부부 지원사업에 대한 요구도

현 불임부부 지원사업의 의료비 지원 대상 및 범위에 대해서는 조사대상의 53.1%가 정부가 불임치료비 지원액을 높여 지원대상자를 중상층 이상으로 확대하기를 원하였다. 그 다음으로는 31.4%가 현재와 같이 서민층 대상으로 하되, 지원액과 지원횟수를 더 확대하는 것이 바람직하다고 응답하여 이들은 의료비 지원 대상 제외되었음에도 불구하고 서민층으로 국한하는 것에 대해 관대한 입장을 보였다. 한편, 19.8%는 1회당 50만원 지원하는 ‘인공수정’ 지원방침을 없애고 인공수정 지원액을 ‘체외수정’ 시술자에게 지원하여 지원대상자를 중상층으로 확대하기를 원하였다(표 IV-70).

〈표 IV-70〉 사업 비수혜여성의 보조생식술 시술비 지원방식 요구도

(단위: %)

의료비 지원 개선사항	불임원인 제공자에 따른 분포 ¹⁾				
	전체	본인	남편	부부모두	원인불명
정부 불임지원액을 높여 대상자를 중상층 이상으로 확대	53.1	52.7	45.9	42.9	57.3
현재와 같이 서민층 대상으로 하되, 지원액과 지원횟수를 더 확대	31.4	33.7	29.7	28.6	30.6
‘인공수정’은 지원하지 않고 그 지원액을 ‘체외수정’에 적용, 지원대상 확대	19.8	16.3	25.0	9.5	22.6
현재와 같이 서민층만 대상으로 지원해도 무방	2.6	4.3	-	-	2.4
체외수정 지원액(150만원)을 감액하여 지원 대상을 확대 필요	8.8	7.6	5.4	14.3	9.7
지원횟수(3회)를 줄여 지원 대상 2~3배로 확대	5.5	5.4	5.4	14.3	4.0

주 1) 복수응답전입

사업 비수혜여성이 요구하는 체외수정 시술비 지원횟수를 살펴보면 70% 이상이 5회 이상 원하였다(표 IV-71).

〈표 IV-71〉 사업 비수혜여성의 체외수정 시술비 지원횟수 요구 실태

(단위: %)

불임원인	2회 이하	3회 이하	4회	5회 이상	계(N)
본인	1.8	10.5	14.0	73.7	100.0(57)
남편	-	22.7	4.5	72.7	100.0(22)
부부 모두	-	21.4	7.1	71.4	100.0(14)
원인불명	-	21.4	7.1	71.4	100.0(86)

주: P>0.05

또한, 불임여성들은 시술기관에 대하여 다양한 요구사항을 제안하였다. 시술 후 임신이 안된 경우 관련 결과에 대한 상담 및 향후 치료방향에 대한 제시가 매우 필요하다고 응답한 비율이 가장 높아 89.5% 이었다. 그 다음으로 건강한 임신을 위한 적절한 배아이식 및 적정진료이었다(표 IV-72). 정부는 2009년부터 배아이식 수에 대한 가이드라인을 마련하여 각 시술병원에 배포함으로써 배아이식 수는 평균 2.6개로서 이전 3년간의 평균 배아이식수(2006년 3.8개, 2007년 3.6개, 2008년 3.0개)에 비해 현저히 감소한 것으로 나타났다. 이에 따라 각 병원에서는 시술 전후에 상담을 실시하여 불임부부들에게 시술과정에 대한 정확한 정보와 궁금증을 설명해 주고, 향후 치료계획 등을 알려 줄 필요성이 제기된다.

〈표 IV-72〉 사업 비수혜 여성의 시술기관에 대한 요구사항

(단위: %)

구분	매우 필요함	약간 필요함	필요 없음	계(N)
건강한 임신을 위한 적절한 배아이식 및 적정진료	83.7	13.6	2.7	100.0(258)
치료과정에서 신체적·정신적 인격적인 대우	82.7	13.3	3.9	100.0(255)
치료(실패)후 관련 결과상담 및 치료방향 제시	89.5	9.8	0.8	100.0(266)
치료책임자의 시술참여여부에 대한 알권리	81.4	17.0	1.6	100.0(253)
치료에 앞서 심리적 상담, 예상비용, 치료방법 등에 대한 가이드라인 설명	82.3	16.5	1.1	100.0(266)

한편, 불임부부가 가정 및 사회나 의료현장에서 겪는 다양한 문제들에 대해 불임과 관련하여 별도 단독의 상담프로그램의 필요성에 대해서는 55.4%가 매우 필요하다고 응답하였고 39.4%는 약간 필요하다고 응답하여 95%에 이르는 대부분의 여성들이 필요성을 강조하였다(표 IV-73).

〈표 IV-73〉 사업 비수혜여성의 불임상담 프로그램 필요성

(단위: %)

불임원인	매우 필요함	약간 필요함	필요하지 않음	계(N)
전체	55.4	39.4	5.2	100.0(270)
본인	59.6	35.1	5.3	100.0(94)
남편	44.4	50.0	5.6	100.0(36)
부부 모두	61.1	38.9	-	100.0(18)
원인불명	54.9	39.3	5.7	100.0(122)

상담운영기관으로는 보조생식 시술기관을 59.5%가 지목하여 One-stop services의 필요성을 강조하였다고 볼 수 있다(표 IV-74).

〈표 IV-74〉 사업 비수혜 여성이 제안하는 불임 상담운영기관

(단위: %)

불임원인	보조생식시 술기관	국립의과 대학병원	독립적인 비영리기관: 의료전문협회	보건소	기타	계(N)
전체	59.5	4.2	21.9	10.2	4.2	100.0(215)
본인	50.7	8.0	22.7	14.7	4.0	100.0(75)
남편	73.3	-	3.3	13.3	10.0	100.0(30)
부부 모두	53.3	6.7	20.0	13.3	6.7	100.0(15)
원인불명	63.2	2.1	27.4	5.3	2.1	100.0(95)

나. 저출산 극복을 위한 불임여성의 보건의료 및 사회적 요구도

1) 불임치료와 관련된 정부에 대한 보건의료 요구도

사업 비수혜여성의 정부에 대한 요구사항을 살펴보면 가장 필요하다고

응답한 내용이 ‘불임시술 및 처치 등의 보험급여화’가 가장 많아 91.6%가 요구하였다. 그 다음으로 불임치료 비용의 적정화(85.5%), 현 시술의료비 지원대상자 확대(84.9%), 시술기관의 시술 및 진료에 대한 질 관리(81.6%) 순이었다. 또한 특수한 임신과 출산에 관한 구체적인 정보제공(78.5%), 불임 예방 및 조기발견 교육상담 및 자료개발(76.7%), 남성 불임치료를 따른 의료비 지원(72.0%), 그리고 불임에 대한 부정적인 사회적 인식전환 교육(70.1%) 등을 요구하였다(표 IV-75).

조사대상자 중 70% 이상이 요구한 내용의 핵심은 보조생식술에 대한 보험급여화 및 지원확대 등을 통한 시술비 비용부담 완화, 시술 질 관리, 불임 예방 및 치료, 특수한 임신·출산 정보, 교육 및 상담 등을 통한 소비자 알 권리, 그리고 남성불임에 대한 치료비 지원으로 요약된다.

〈표 IV-75〉 사업 비수혜여성의 정부에 대한 요구사항

구분	(단위: %)			계(N)
	매우 필요함	약간 필요함	필요 없음	
보조생식 시술, 처치 등의 보험급여화	91.6	7.3	1.1	100.0(261)
불임치료 비용의 적정화	85.5	14.1	0.4	100.0(255)
현 시술의료비 지원대상자 확대	84.9	14.0	1.1	100.0(265)
시술병원에 대한 질 관리	81.6	17.6	0.8	100.0(245)
특수한 임신과 출산에 관한 구체적인 정보제공	78.5	20.7	0.8	100.0(251)
불임 예방 및 조기발견 교육상담 및 자료개발	76.7	22.1	1.2	100.0(249)
남성 불임치료를 따른 의료비 지원	72.0	26.4	1.6	100.0(254)
불임에 대한 부정적인 사회적 인식전환 교육	70.1	27.6	2.4	100.0(254)
난자, 정자를 공여하는 법 마련과 인증기관 설치	57.9	35.5	6.6	100.0(242)
지원비용을 불임가정에게 직접 수령	34.5	27.7	37.8	100.0(238)

이 중 불임 예방 및 교육과 ‘불임은 이제 난임으로 치료가능하다’, ‘남성도 난임 원인의 50%를 제공하며, 그밖에 원인불명, 스트레스 등도 원인이

될 수 있다'라는 정보 등을 홍보할 때 적절한 대상에 대해 조사한 결과, 성인이 적절하다고 응답한 경우가 가장 높아 42.2%이었고, 대학생 이상 34.9% 순이었다. 특별히 불임인자가 여성본인이 가지고 있는 경우에만 대학생 이상 계층을 대상으로 홍보하는 것이 바람직하다고 응답한 경우가 가장 높아 43.2%이었다(표 IV-76).

〈표 IV-76〉 사업 비수혜여성의 불임 예방 및 관련 정보에 대한 홍보대상

(단위: %)

불임원인	고등학생 이상	대학생 이상	일반인	계(N)
전체	22.9	34.9	42.2	100.0(275)
본인	24.2	43.2	32.6	100.0(95)
남편	28.6	31.4	40.0	100.0(35)
부부 모두	31.8	18.2	50.0	100.0(22)
원인불명	18.7	32.5	48.8	100.0(123)

한편, 여성의 불임은 불임부부 지원사업에 의한 의료비 지원에 힘입어 경제성이 있기 때문에 진단검사를 실시하고 적극적인 시술과정이 유발된다. 그렇지만 남성의 경우는 비뇨기와 의료인과의 면담결과, 특정병원이 아니면 불임치료를 접근하기 쉽지 않고, 원인불명으로 의료비 지원이 가능하기 때문에 남성들이 불임진단 및 치료에 적극적이지 못한 경우가 많은 것으로 파악되었다. 또 우리 사회에서 여성의 문제는 과다하게 강조되고 있는 반면, 남성의 문제는 특히 정자만 채취하게 되면 불임치료문제가 묻히는 경향이 강하다. 이런 이유로 남성불임에 대한 관심이 적다고 지적할 수 있는데, 비교적 치료비가 적게 발생하는 남성불임의 근원적 치료를 통해 이들의 생식건강 증진은 물론 출산지원효과를 제고하는 방안을 모색할 필요가 있다. ‘대한남성과학회’의 공식적인 의견수렴을 거쳐 남성불임 치료비 지원 적응증과 치료비 지원시 추정되는 지원액 및 전체 지원규모를 제시하면 [부록 2] 와 같다.

2) 불임 진단 및 치료에 따른 휴직제도

〈표 IV-59〉에서 직장생활을 하는 불임여성들은 보조생식 기술을 받기 위해 시간을 할애하기가 어려운 것으로 파악되었다. 조사대상 여성의 취업 상태에 따라 불임진단 및 치료에 따른 휴직의 필요성을 조사한 결과, 무급 휴직의 경우 89.7%, 유급휴직은 약간 높아 92.1%의 여성들이 매우 또는 약간 필요하다고 응답하였다.

이 중 유급휴직제도 도입은 재원확보가 관건이어서 노동계 등의 사회적 합의가 중요한 바, 유급휴직제도 도입에 대해 ‘매우 필요하다’고 응답한 비율은 63.2%이었다. 조사대상 여성의 취업상태별 휴직의 필요성을 파악한 결과, 기술을 하기 위해 직장을 휴직한 여성의 경우가 유급휴직이 매우 필요하다’고 응답한 비율이 가장 높아 71.4%이었다. 반면, 불임치료를 받기 위해 이미 직장을 사직한 여성의 경우는 유급휴직이 필요하다고 응답한 비율이 45.5%로 가장 낮았으며 필요없다고 응답한 비율은 가장 높아 18.2%이었다 (표 IV-77). 이러한 결과는 보조생식 기술을 받기 위해 부득이하게 이미 직장을 그만 둔 상태이어서 향후 유급휴직제도가 도입될 경우, 상대적으로 혜택을 받지 못하게 되기 때문에 나타난 현상으로 풀이된다. 취업상태에 따른 휴직의 필요성에 대해서는 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 IV-77〉 사업 비수혜여성의 취업상태별 무급 및 유급 불임휴직 필요성

(단위: %)

구분	매우 필요함	약간 필요함	필요 없음	계(N)
무급휴직				
전체	56.5	33.2	10.3	100.0(214)
전업주부	46.9	42.9	10.2	100.0(49)
불임치료로 직장 사직	55.6	42.2	2.2	100.0(45)
불임치료로 직장 휴직	66.7	16.7	16.7	100.0(12)
현재 직장 근무 중	60.2	26.9	13.0	100.0(108)
유급휴직				
전체	63.2	28.9	7.9	100.0(228)
전업주부	64.3	28.6	7.1	100.0(56)
불임치료로 직장 사직	45.5	36.4	18.2	100.0(44)
불임치료로 직장 휴직	71.4	21.4	7.1	100.0(14)
현재 직장 근무 중	68.4	27.2	4.4	100.0(114)

조사대상자가 응답한 희망 무급휴직기간은 매우 다양한데, 4주라고 응답한 여성이 가장 많았으며(27.7%), 휴직기간의 중앙값도 4주간이었다. 유급휴직기간 역시 4주라고 응답한 여성이 가장 많았으며(28.5%), 중앙값 역시 4주이어서 보조생식 기술 경험에 비추어 이들은 불임치료 후 사회생활로 복귀하는 데 4주가 적절하다고 제시한 것으로 풀이된다. 본 연구의 전문가 의견 조사결과에서는 기술을 통한 임신 성공 후 산전초기의 건강관리의 중요성을 고려하여 6개월 정도가 적절하다고 제안하였다(표 IV-78).

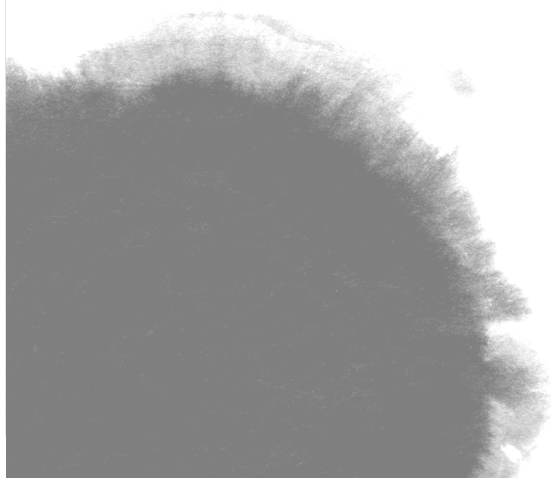
〈표 IV-78〉 사업 비수혜여성의 무급 및 유급 불임휴직 희망기간

(단위: %)

구분	1주	2주	3주	4주	5주	6~11 주	12~17 주	18주 이상	계(N)
무급휴직	14.1	21.7	7.1	27.7	0.5	14.7	6.5	7.6	100.0(184)
유급휴직	13.5	23.0	9.0	28.5	1.50	10.0	8.0	6.5	100.0(200)

05

저출산 극복을 위한
불임부부 자원사업 정책방향



제5장 저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 정책방향

정부는 2006년 우리 사회에 심화된 저출산 극복을 위해 출산을 희망하는 불임부부의 보조생식 시술에 따른 의료비 일부를 지원하기 시작하였다. 비교적 고가의 시술비를 요하는 체외수정시술 소요비용의 약 50%에 해당되는 1회당 150만원을 지원하여 불임부부의 경제적 부담을 완화하고자 하였다. 한정된 예산으로 인해 지원횟수를 1인당 2회로 제한하였고, 지원 대상도 전국가구 월평균소득 130%이하 소득계층으로 한정하였다.

2009년부터는 1인당 지원횟수를 3회로 확대하였고, 2010년부터는 지원대상을 전국가구 월평균소득 150%이하 가구로 지원대상의 소득기준을 상향조정하여 확대하였다. 그리고 체외수정시술 전 단계에서 이루어지는 인공수정에 대해서도 1회 50만원의 의료비를 3회 까지 지원하게 되었다.

의료비 지급방법은 체외수정시술의 경우, 지정시술기관에 시술비를 지급하고 있으며, 인공수정은 시술확인 후 불임가정에 직접 지급하고 있다. 체외수정시술 지정기관은 2009년 12월 현재 136개 기관이며, 인공수정 시술기관은 2010년 5월 현재 326개 기관이 신청하여 지정 승인되었다. 체외수정시술 지정기관은 서울 및 광역시지역, 경기도 등 대도시와 수도권에 모두 집중되어 있어 중소도시 및 군지역 여성들의 의료이용에 불편을 주고 있다.

불임부부 지원사업이 도입된 후 지난 4년 동안은 불임부부에게 의료비 지원서비스 전달을 위한 제도적 기반을 확립하고자 공급자적 시각에서 의료비 지원체계와 질적 서비스 제공체계 구축에 중점을 두었다. 사업 5년째에 이르는 현 시점에서는 불임부부 지원사업이 저출산 극복을 위해 투입된

자원의 효과성을 극대화할 수 있는 사업으로 발전할 수 있는 전략 점검이 필요하다고 할 수 있다. 더욱이 공적 재원에 의한 사업예산이 2008년 268억 원, 2009년 263억 원, 그리고 2010년에는 553억 원으로 증액되었다는 점에서 책무성의 확보가 더욱 중요하며, 이 때 책무성은 불임부부 지원사업이 우리 사회의 저출산 극복에 함목직적인 사업임을 증명해 보임으로써 확보되는 것이라고 할 수 있다.

이러한 배경아래, 본 연구는 2006년 도입된 불임부부 지원사업의 성과 및 문제점을 도출하여 개선방안을 제시하고, 불임부부의 신체적·정신적·사회적 건강증진은 물론 저출산 극복을 위해 보다 효과적인 불임부부 지원사업을 추진할 수 있는 방안을 모색하고자 시도되었다. 연구의 접근전략은 수요자가 주체가 되는 수요자 지향적(consumer-oriented) 접근을 위해 불임부부 지원사업 수요자를 대상으로 설문조사를 실시하여 이들의 수요(demand)와 필요(need) 서비스를 도출, 이들의 만족도와 서비스의 질을 동시에 향상시킬 수 있는 방안을 제시하고자 하였다.

제1 절 불임부부 지원사업 성과 및 문제

1. 사업실적 및 사업성과

불임부부 지원사업을 통해 의료비 지원이 이루어진 체외수정건수는 첫 사업이 도입된 2006년에는 19,136건으로 가장 많았고, 2007년 14,700건, 2008년 13,267건이었다. 지원 시술횟수가 1인당 2회에서 3회로 확대된 2009년에는 17,691건으로 다시 증가하여 4년간 총 64,794건의 시술이 이루어졌다.

2006년부터 2009년까지의 체외수정 시술당 임신율은 31.0%(20,118건/64,794건)이었다. 출산율은 2008년 시술 지원건의 경우, 25.5%이어서 임신 성공 건 중 82.3%가 출산에 이른 것으로 나타났다. 2007년 시술 지원건의 출산율은 23.6%, 2006년 21.3%로 최근에 이룰수록 점차 높아졌다.

따라서 이제 불임(不妊)은 임신이 불가능한 상태가 아닌 단지 임신이 어려울 뿐, 치료가 가능한 질환이어서 난임(難妊)으로 인식하여야 할 것이다. 이에 정부는 현재 불임을 공식적으로 난임과 병행 표기하여 사용하고 있어 매우 적절한 조치라 할 수 있다.

불임부부 지원사업의 성과는 결국 출생아수로 평가될 수 있다. 불임부부 지원사업의 체외수정 시술지원에 의한 출생아 수는 2008년 4,535명으로 당해 총 출생아의 0.97%(2008)를 차지하였다. 출생성비는 2008년 지원 건이 경우 110.4로 정상범위(104~106)보다 다소 높아 남아 출생아수가 많았다. 2007년 체외수정 지원 건에 의한 출생아 수는 4,699명, 2006년 5,453명으로 총 출생아의 0.95%(2007), 1.22%(2006)이었다.⁸⁾

이들의 출생이 정부의 불임부부 지원사업에 의해 불임여성들의 의료서비스 접근성이 용이해짐에 따라 나타난 순효과인지에 대해서는 객관적으로 판단하기 어렵다. 다만, 본 연구에서 동 사업의 직접적 수혜자인 여성의 경우 78.8%가 의료비 지원이 가계 부담을 덜어주어 시술을 받는 데 도움을 주었다고 응답하였고, 가구소득이 높거나 연령이 높아 사업 지원대상에서 제외된 비수혜여성의 경우는 더 높아 92%가 동 사업이 출산을 증가에 도움이 되었을 것으로 평가하고 있었다. 또한, 불임부부 지원사업 도입 이전인 2003년 조사결과에서 불임치료 중인 부부 중 치료를 중단하고자 하는 사유의 26.6%가 시술비용 부담 때문인 것으로 파악되어(황나미, 2003) 체외수정 등 고액의 보조생식시술 비용부담이 이들의 출산을 저해하는 주요인임이 분명한 바, 불임부부 지원사업은 불임부부가 출산하는데 직접적인 도움을 주어 저출산 문제를 완화하는데 가시적인 성과를 보인 사업이라 평가할 수 있다.

한편, 2006년 정부의 체외수정 시술에 대한 의료비 지원이 시작되면서 정부가 지원한 체외수정 시술건 만으로도 2005년도 전체 시술건의 약 100%가 증가하였다는 점에 대해서는 시술의 적절성에 대한 논란의 소지가 있었다. 이는 곧 불임진단 대상의 일부는 배란유도제, 인공수정 등을 통

8) 선진국의 보조생식술을 통한 출생아 비율은 덴마크, 핀란드, 아이슬란드, 노르웨이 등은 2.1~3.8%로 높으며, 프랑스 1.4%, 영국 1.1%, 미국 1% 이다

해서도 충분히 임신할 수 있었음에도 불구하고 이들에게까지도 의료비 지원이 이루어져 시술의 마지막 단계인 체외수정 시술로 치료방식이 옮겨가는 소위 ‘쏟림현상’이 나타난 결과로 추측할 수 있기 때문이다. 다행히 정부는 2010년부터 체외수정 이전 단계에 이루어지는 인공수정에 대해서도 의료비를 지원하게 되어 이러한 쏟림현상은 완화될 것으로 판단됨에 따라 불임부부 지원사업으로 도입된 인공수정 의료비 지원은 매우 적절한 전략이라 평가할 수 있다.

2. 불임부부 지원사업의 개선방안

가. 보조생식술 시술비 지원대상의 확대

본 연구결과, 가구 월평균소득이 150% 이상인 사업 비수혜 여성의 71.3%가 수차례에 걸친 체외수정 시술비 부담으로 가정경제에 심각한 영향을 미쳤고, 약간 심각한 경우까지 포함하면 97.8%에 이른다. 아울러 임신하기 위한 보약 및 침·뜸 등의 한방진료, 운동요법 및 민간요법 등 보완대체서비스 이용과 불임으로 초래된 신체적·정신적 증상 및 질환으로 지출한 비용까지 고려하면 이들의 비용부담은 심각한 수준이었다. 이와 같이 불임부부 지원사업 비수혜 여성의 가구원소득이 중상층 이상이지만 대부분 경제적 부담을 가지고 있는 것으로 나타나 결국 부부갈등이 심화되고 정신적 고통이 가중되어 현 제도가 보다 보편적인 저출산 대책으로 추진될 필요성이 제기되고 있다. 보조생식 시술비를 공적 체계에서 지원하는 국가의 대부분은 가구소득으로 지원 자격기준을 두고 있지 않으며 유일하게 일본이 소득기준으로 자격을 제한하고 있다.

불임부부 지원사업이 2010년부터 사업대상을 전국가구 월평균소득의 130%에서 150%(2인 가족 기준 약 480만원) 이하인 가구로 확대되었지만 자녀를 갖기 위한 불임부부의 출산욕구에 가구소득수준으로 차별하는 것은 여전히 의료서비스의 보편성(universal health) 측면에서 검토를 필요로 한다.

나. 체외수정 의료비 지원횟수 및 지원의료비 증액

체외수정시술의 임신성공률은 ‘유럽생식의학회’에 의하면 3회째 45%, 4회째 52% 이어서 4회째 성공률이 절반에 이른다. 이러한 이유 때문에 프랑스는 4회, 호주(39세 이하)와 일본(5년 간 지급) 등의 국가는 여성의 연령이나 지원기간을 한정하고 있지만 시술횟수에는 제한을 두지 않고 있다. 우리나라는 현재 불임부부 지원사업의 지원자격 연령을 44세 이하로 제한을 두고 있기 때문에 의료비 지원횟수를 현 3회에서 4회까지 확대하여도 큰 무리가 없을 것으로 본다. 다만 이때 정부는 불필요한 시술이나 과잉 의료이용을 규제할 수 있는 모니터링 강화 등의 제어장치가 필요하다.

또한 현재 의료비 지원이 통상 시술자체 지원에만 국한되고, 시술에 따른 검사, 투약, 처치의 경우 대부분 보험 적용이 되지 않음에 따라 시술 전후 진료비용은 개인이 부담하고 있다. 따라서 가시적으로 성과가 나타나고 있는 불임부부 지원사업의 체외수정시술비 지원액을 1회당 150만원에서 상향조정하여 현재보다 더 많은 대상자가 적극적으로 불임치료에 임할 수 있도록 증액할 필요가 있다. 본 연구결과 체외수정 시술비의 평균 지출액은 445만원이었다.

다. 의학적 소견을 근거로 한 사업대상 기준 보완

의학적으로 불임인자 보유 비율은 남녀가 각각 40% 수준이고 원인불명은 약 20%로 간주되고 있다. 그러나 2009년 불임부부 지원사업 지원대상의 경우 원인불명이 34%로 통상 수준보다 1.5배 높게 나타났다. 사업 초부터 원인불명은 32% 수준인 반면, 남성의 불임요인 비율은 11.4%에 불과하였다.

원인불명 불임의 비율이 높은 것은 현 사업체계가 원인을 알 수 없는 불임으로 진단하여 지원 신청하여도 의료비를 지원받을 수 있기 때문이라고 할 수 있다. 즉, 불임부부 지원사업에서는 불임기간이 3년 이상 경과하거나 여성의 연령이 35세 이상이면 남편의 불임에 대한 진단없이 지원대상이 된다(보건복지부, 2010).

남성불임이 통상 40% 내외임에도 불구하고 본 연구결과 11% 수준으로 나타난 점에 대해서는 남편의 불임진단 검사결과 없이 원인불명으로 진단 받아 원인불명 불임이 높게 나타난 것이 아닌가 하는 추측을 할 수 있다.

이에 따라, 남편 불임진단검사 결과를 첨부하여 남성이 불임인자가 없다는 사실을 증명할 수 있는 제도적 정치를 의무화할 필요가 있다. 또한 여성의 경우, 통상적으로 진단복강경 검사 등을 통해 나팔관에 이상이 없고 자궁내막증 등이 아닐 때에만 원인불명으로 진단한다. 따라서 원인불명의 경우에는 여성의 불임원인을 파악하는 복강경 검사결과(특별한 경우 제외)를 의료비 지원 신청 시에 첨부하도록 의무화할 필요가 있다. 요컨대, 얼마만큼 적절한 검사와 치료를 받은 후 원인불명으로 진단받았는지 정확히 파악할 수 있는 체계 구축이 필요하다.

한편, 남성불임의 원인인 무정자증, 희소정자증 등 절대적인 불임원인이 진단된 경우에는 불임으로 인정되는 1년 이상의 기간을 의무화 할 필요 없이 진단결과, 지원해 주는 것이 바람직하다.

라. 사후 시술기관에 지급하는 체외수정 시술비 지원절차 보완

불임부부 지원사업에서 체외수정 의료비 지원방식은 사업대상으로 결정된 여성이 보건소에서 발급한 ‘지원결정통지서’를 보조생식술 지정 의료기관에 제출하여 시술을 받은 후 시술기관이 사후 보건소(시·군·구)에 의료비를 청구, 정산하는 시스템이다.

이러한 절차로 인해 시술기관은 추가로 행정업무가 부과되고 있으며, 불임부부들은 정부로부터 지원받는 의료비 체감도가 낮고 시술과정 중 소비자의 권리가 약화되고 있다고 지적하고 있다. 더욱이 1회 시술비가 150만원 미만일 경우에는 이들이 지불하는 비용이 없어 더욱 그러하다고 주장하고 있다.

올해 도입된 인공수정은 체외수정 시술비 지급방식과는 달리, 불임여성이 시술 후 시술기관에 시술비를 지불하고, 시술기관의 시술확인서와 발급 영수증을 보건소에 제출하면 보건소에서 시술비를 지급하는 체계이다.

마. 체외수정시술 지정기관의 보고시스템 구축

그 동안 민간 중심으로 이루어졌던 보조생식술은 공적 지원에 의한 불임 부부 지원사업이 도입되면서 의료비 지원 지정시술기관을 대상으로 의료비 지원대상에 한해 사업실적, 지원건의 임신 및 출산 결과에 대한 데이터베이스를 구축하여 매년 분석, 공개하고 있다.

미국은 보조생식술에 대한 공적 지원체계가 구축되어 있지 않는 상태에서도 1992년 ‘불임클리닉 성공률에 대한 법률(Fertility Clinic Success Rate and Certification Act of 1992)’을 제정하여 모든 불임클리닉은 「질병관리센터(Center of Disease Control)」에 매년 시술건수 및 성공률에 대한 보고의무가 규정되어 있다. 「질병관리센터」에서는 대상기관을 무작위로 선정하여 시술의 질 관리를 위하여 면밀한 의무기록에 대한 확인 작업을 시행한다. 미국 ‘보조생식술협회(SART: the Society for Assisted Reproductive Technology)’에서 데이터베이스관리 소프트웨어를 제공하여 시술 관련 제반 모든 기록이 전산으로 관리된다. 유럽국가들도 2000년 이후 22개국의 보조생식술 결과를 매년 보고하고 있으며, 보고내용에는 난자 공여 내용까지 포함되어 있다.

사업이 일천한 우리나라는 의료비 지원 건에 한해 임신 및 출산 결과를 보고하도록 되어 있다. 이에 따라 의료비 지원 시술기관으로 지정된 기관에 대해서는 비수혜대상의 시술 건에 대해서도 수혜대상 건과 동일하게 임신 및 출산 결과를 보고하도록 지정기관 신청시 의무화 하여 시술기관의 책임성을 제고시킬 수 있는 여건을 마련할 필요가 있다.

바. 보조생식시술 전후 상담 프로그램 개발 및 불임부부 지원사업과 연계 운영

본 연구결과에서 불임여성의 80% 이상이 불임치료 전 심리적 상담과 치료방법 설명, 예상치료비용 등의 가이드라인 설명, 임신실패 등 시술결과

상담 및 치료방향, 치료책임자의 치료 참여여부 등의 알 권리 등을 요구하였다. 또한 94.8%의 여성이 단독 불임상담 프로그램의 필요성을 강조하였고 상담기관으로는 59.5%가 보조생식술 시술기관이 적절하다고 응답하였다. 이에 따라, 현 의료비 지원에 국한된 불임부부 지원사업에서 탈피하여 불임부부에게 불임관련 상담 및 불임치료, 보조생식 시술과정 및 가이드라인 등 불임여성들이 요구하는 내용을 중심으로 한 프로그램을 개발, 의료비 지원과 연계하여 운영할 수 있는 불임부부 지원 패키지 프로그램으로 발전시킬 필요가 있다.

더 나아가, 불임은 남성흡연 및 여성비만으로도 초래되는 바, 불임부부 지원사업 대상자 신청을 위해 보건소에 내소하는 불임부부를 대상으로 보건소에서 운영하는 금연 또는 비만관리 프로그램을 이용하도록 의무화할 필요가 있다. 본 연구결과, 사업 비수혜여성 중 65.2%는 불임극복을 위해 운동요법(요가 등)을 받았고, 비만치료는 6.5%, 금연치료는 10.9%가 비용을 지출하면서까지 서비스를 받은 바 있어 불임부부 지원사업의 성과를 극대화하기 위해서는 건강증진 프로그램과 연계할 필요가 있다.

제2절 저출산 극복을 위한 향후 정책방향

1. 보조생식술 질 관리를 위한 제도적 장치 마련

가. 보조생식 시술과정 모니터링체계 구축 및 소비자 알 권리 보장

본 연구결과, 불임부부 비수혜 여성이 체외수정 시술로 지출한 비용은 1회 평균 455만원으로 파악되었으며, 동 사업의 시술비 지원액의 기준이 된 300만원 이상 지불한 경우는 74.1%이었다.

정부는 불필요한 의료이용이나 과잉이용을 규제함으로써 의료분야의 비효율성을 방지하고 있다. 예컨대, 불필요한 고가 의료장비 등의 사용을 억제하는 정책을 실시하고 불필요한 진료비는 본인에게 일부 부담시키는 수

요역제정책을 실시하고 있다. 체외수정 등의 보조생식 기술분야는 정보의 비대칭성, 전문성으로 인한 의료인이외 진입장벽, 정보의 확실성 미흡 등으로 민간시장에서 일종의 독점권을 가지고 있다. 공적 지원에 힘입어 날로 커지는 체외수정기술 등 보조생식술 시장을 놓고 벌이는 불임치료 및 보조생식기술기관들의 치열한 경쟁도 불임 당사자에게는 의료적 혼란을 겪게 하고 있다.

우리나라 불임치료 수준은 국제적으로 경쟁력이 높은 선진국 수준이지만 불임부부의 알 권리는 충분히 충족되지 못하여 도덕적 해이가 발생할 우려가 있다. 불임환자 또는 불임의심 대상자가 올바른 의료서비스 이용을 선택할 수 있도록 불임 진단, 기술 또는 치료방법, 치료 후 대처방안 등에 관련된 정보를 얻고, 상담하며 치료과정에서의 안전성 및 투명성을 보장할 수 있는 기반이 구축되어야 할 것이다.

선진국의 보조생식술의 모니터링은 대부분 주기적인 보고서 제출과 현장 방문을 통해 관리되고 있다. 가이드라인 보고서는 준정부 기관이나 독립적인 기관에서 관리하는 경우가 많다. 일본은 산부인과학회에서 조직된 그룹에 의해 관리되고 있으며, 미국에서는 미국보조생식술협회(SART)내 보조생식술학회(Reproductive Technology subgroup of the American Society for Reproductive Medicine)에 제출하고 질병통제센터(CDC)에서 자료를 정리, 관리하고 있다(IFFS, 2007). 우리나라에서 보조생식술 질 관리를 위한 모니터링 체계를 구축하기 위해서는 전문인력에 의한 평가시스템이 구축, 운영될 수 있도록 국가차원에서의 재정적 지원이 수반되어야 가능할 것이다.

나. 보조생식 기술에 대한 단계적 보험적용 확대

현재 불임치료에 따른 보험급여는 제한적이어서(불임진단검사, 배란촉진제, 약물요법, 수술 등) 보조생식 기술시 소요되는 검사, 투약, 처치 등의 서비스는 불임부부가 전액 부담하여야 한다. 불임치료와 관련된 첨단기술이

개발됨에 따라 불임극복을 위한 사회적 요구가 증가하고 있음에도 불구하고, 이렇듯 보조생식 기술이 건강보험 비급여 항목이어서 정부차원에서 관련정보를 체계적으로 제공할 수 있는 서비스의 한계에 부딪히고 있다. 따라서 보조생식 기술에 대한 건강보험 급여화는 이 문제를 해결할 수 있는 방안의 하나가 될 것이다. 불임대상자의 개별성으로 인한 복잡한 절차와 다양한 기술에 대한 의료의 질적 관리가 가능하게 될 것이고, 전적으로 민간시장에 맡겨져 있는 보조생식술 공급자원과 수요를 파악할 수 있게 되어 자원의 적정화를 기할 수 있게 될 것이다. 무엇보다도 체외수정 기술 등이 건강보험 급여화되면 현재보다 더 많은 대상자가 적극적으로 불임치료에 임하게 되어 저출산 극복에 보다 효과적인 수단으로 작용하게 될 것이다.

보험급여화는 우선적으로 재원부담이 크지 않고 현재 불임부부 지원사업에서 의료비가 지원되면서 시술과정이 비교적 간단한 인공수정을 대상으로 검토하는 것이 바람직하다(2010년 사업비 222억 원).

불임이 생명을 위협하는 질환이 아니어서 보험적용의 우선순위에는 밀린다고 하지만, 불임환자 본인은 물론 배우자 및 그 가족의 신체적·정신적·사회적 안녕을 위협함에 따라 사회적으로 위기를 초래하는 질환임을 주지하여야 할 것이다. 이미 독일 및 프랑스 등은 보험급여를 통해 시술비를 지원하고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다.

2. 남성불임 치료비 지원

의학적으로 불임원인 발생은 여성 측 요인과 남성 측 요인이 동일한 비율이어서 각각 40% 내외로 알려져 있다. 그러나 「국민건강보험공단」 진료자료에 의하면 불임으로 진단받은 남성은 2005년도 2만 1천명, 2006년, 2만 4천명, 2007년 2만 6천명이어서 불임으로 진단받은 여성(12~14만 명)의 20%에도 미치지 못하고 있다. 남녀 불임원인이 동률인 점에 비추어 볼 때, 현 사업이 성 평등(gender-equality) 관점에서 효과적으로 추진되고 있는 지에 대해 검토할 필요가 있다.

일본의 경우, 남성 정관복원술 등을 100% 지원한다. 본 연구결과, 보조 생식 기술을 통해 자녀를 출산한 뒤, 재차 기술을 시도할 계획에 있는 여성이 63.7%라는 점과 둘째아 이상의 자녀를 갖고자 의료비를 지원받아 기술받는 여성이 24.6%라는 점에 비추어 볼 때, 신체에 무리가 가지 않고 자연적으로 임신이 가능하도록 근원적 남성불임의 원인을 제거할 수 있는 치료비용을 지원하는 방안을 모색할 필요가 있다. 대한남성과학회에서 제시한 치료적응증의 우선순위와 소요비용 추계는 [부록 2] 와 같다

3. 불임 예방 및 치료를 위한 사회적 여건 조성

가. 불임 휴직제도 도입

최근 사회활동 여성의 증가로 만혼이 초래되고 임신을 늦추는 경우가 증가되어 우리나라 평균 출산연령이 높아지고 있음은 주지의 사실이다. 이로 인해 불임 또한 증가되고 있는 데, 이들은 불임진단이나 치료를 위한 시간 할애가 어려워 임신을 포기하는 경우가 발생되고 있다. 이에 민간 시술기관에서는 근무시간 전후 모닝 및 이브닝 진료, 주말진료 등의 진료시간을 별도 마련하여 직장여성의 편의를 도모하고 있다. 그러나 여러 차례 시술 등으로 장기간의 기간이 소요됨에 따라 이를 이용하는 데에도 한계가 있어 본 연구결과, 직장여성 3명 중 1명은 사직하였거나 휴직한 것으로 파악되었다.

따라서 보다 효과적인 저출산 극복을 위해서는 취업 여성 및 남성이 조기에 불임 진단 및 치료에 임할 수 있도록 사회제도적 장치 마련이 필요하다. 특히 일부 민간기관의 경우, 자율적으로 불임휴직제를 실시하고 있으며, 최근 국방부는 불임휴직제를 신설하여 여군이 불임치료 및 시술을 위해 휴직이 필요한 경우 최대 1년간 분할하여 휴직신청(휴직기간은 임금의 1/2 지급)을 할 수 있도록 할 계획이라고 발표한 바 있다.

단기적으로는 무급휴직, 장기적으로는 소득의 일정비율을 고용보험에서

보상해 주는 유급휴직제도를 도입할 필요가 있다. 불임휴직 등과 같은 제도적 장치가 마련되어 있어도 불임에 대한 부정적인 인식으로 인해 이를 활용하기 어려울 수 있으므로 사회적 인식을 개선할 수 있는 홍보가 동시에 수반되어야 할 것이다.

휴직기간에 대해서는 본 연구결과, 가장 많은 여성이 4주라고 응답하였고, 중앙값 역시 4주이었다. 시술 성공으로 인한 임신의 초기 관리 중요성을 고려할 때, 6개월 이내의 기간이 적정할 것으로 판단된다.

나. 불임에 대한 사회적 인식 제고를 위한 홍보 강화

최근의 불임발생은 만혼으로 인한 생식능력 감소와 사회적 환경 등에 의해 초래되어 불임은 개인의 책임이 아닌 사회적 책임이다. 1985년 국내에서 체외수정 시술에 의한 첫 출생아가 탄생된 이래, 나날이 발전되어 가는 최첨단 의학기술의 발전으로 불임(不妊)은 이제 난임(難妊)이다. 임신이 불가능한 상태가 아닌 치료가 가능한 질환이어서 조기에 적절한 치료에 임한다면 임신 및 출산으로 이어질 수 있다. 따라서 저출산 극복을 위해 정부는 민간단체와 협력하여 지역사회에서 불임을 올바르게 인식하고 아울러 조기진단 및 치료를 권장하는 홍보와 정보안내자의 역할을 강화하여야 할 것이다.

다. 지역사회 불임 예방 및 상담 프로그램 개발, 운영

자녀의 필요성에 대한 사회인식은 과거에 비해 약화되었다. 그러나 불임은 여전히 우리 사회에서 개인 당사자의 문제로 간주되어 사회적으로 공유할 수 있는 장이 활성화되어 있지 못하다. UN과 WHO 등 국제기구에서는 인간의 기본권으로서의 생식건강(reproductive health) 증진을 위한 국가의 정보제공 역할을 강조하고 있다.

본 연구결과, 불임부부들은 불임자조모임 또는 인터넷사이트를 통해 시

술병원 등 관련정보를 얻고 불임시술에 대한 정보를 공유하고 있는 것으로 나타났다. 불임자조모임과 인터넷싸이트는 불임에 직면한 이들에게 현명하게 대처할 수 있는 지혜를 주고 정서적 지지를 통해 고독감을 감소시켜 주며, 출산에 성공한 사례를 통하여 희망을 주고 있다는 점에서 간과해서는 안 될 것이다. 호주의 ‘보건복지연구소’ 자료에 의하면 불임에 직면한 부부들은 자조(지지)집단과 상담하거나 모임에 참여하는 것이 신체적·정신적 안정과 정보수집에 매우 도움이 된다고 하였다.

이에 따라 기존의 On-Line 커뮤니티 및 자조모임 등이 올바른 정보공유 창구로 활용될 수 있도록 지도하고 지원할 필요가 있다. 더 나아가 의료인, 사회복지사, 여성학자, 심리학자 등의 전문가와 불임경험자들이 함께 참여할 수 있도록 공적 지원 네트워크 또한 요구된다. 호주는 다양한 전문가들로 구성된 위원회를 둔 불임단체(ACCESS)가 국가차원에서 조직되어 국가 불임정책을 발전시키는 데 한 축을 담당하고 있어 시사하는 바가 크다. 우리나라도 이러한 여건이 조성되기 위해서는 생식건강 상담지도 전문 인력 양성과 지역사회에서 전반적인 상담 및 교육 서비스가 제공될 수 있도록 공공기관을 중심으로 관련 프로그램의 개발 및 운용이 필요하다.

4. 다태아 분만증가로 인한 고위험 신생아 집중치료대책 강화

정부의 체외수정 시술비 지원에 의해 이루어진 출산여성 3명 중 1명은 다태분만을 하였다(34.4%). 각 나라마다 다태분만 비율은 매우 다르다. 2002년 보고에 의하면 미국 35.3%, 유럽 24.9%로 우리나라는 유럽보다는 높고 미국과는 유사하다(최영민, 2009)

다태임신은 보조생식술에 의하여 생기는 가장 심각한 합병증 중의 하나로 이의 위험성은 모체뿐만 아니라, 재정적, 사회적 문제로 부각되고 있다. 다태임신은 단태임신에 비해 모성 합병증과 주산기 유병률 및 사망률이 높아 출생하여도 이들은 일정기간 병원에 입원하거나 신생아 집중치료를 받게 되고, 경우에 따라서는 사망에 이르게 된다. 때문에 단태임신보다 산전,

산과적 비용, 신생아 비용, 장기적 합병증 치료 등 훨씬 더 많은 의료비용이 발생된다(Katz P., 2002).

출생시 체중이 2.5Kg 미만인 저체중아 출생률은 점차 증가되고 있다(2002년 3.95%, 2008년 4.87%, 2009년 4.94%). 다태아 중 저체중 출생아 비율이 2007년 3.3%, 2009년 3.6%인 반면, 다태아 중 저체중아 비율은 2007년 52.7%, 2009년 54.4%로 높게 나타났다(통계청, 2010). 이처럼 다태아 출생의 증가는 저체중출생아의 출생을 증가시켜 고위험 출생아의 발현율을 증가시키는 요인이 되고 있다. 특히 보조생식술로 출생한 다태아의 경우 조산, 저체중 출산 및 사망과 같은 주산기 문제 발생위험이 자연적으로 임신된 다태아에 비해 높고 입원기간도 더 길며 집중치료를 받는 경우도 4배 더 높았다는 연구결과가 발표된 바 있다. 미국의 워싱턴의과대학의 연구결과에 의하면, 출생 시 체중이 1.5kg 이하인 경우는 성인이 되어도 호흡기질환으로 입원할 확률이 평균 83%, 1.5~2.5kg인 경우는 34%로 확인되어 출생시 체중이 표준이하인 경우는 호흡기 건강에 문제가 발생할 가능성이 높은 것으로 나타났다. 또한 학습장애나 발달장애가 발병할 위험이 크고 성인이 되서는 고혈압이나 심장병 등 각종 만성질환 발생 위험이 있다(Legro RS, 1997; Katz P., 2002). 따라서 저체중아는 출생 이후에도 지속적인 집중관리를 필요로 한다.

현재 정부는 미숙아 또는 저체중출생아가 태어나면 전국 가구 월평균 소득 130% 이하의 가정에 대해 출생아 집중치료를 따른 의료비를 지원하고 있다. 다태아 분만으로 인한 저체중아 출생은 의료비 증가는 물론 지속적으로 사회경제적 부담을 가중시키게 된다. 현재에도 약 20%의 신생아집중치료실(NICU) 병상이 부족한 것으로 파악되어 저체중출생아의 증가에 제대로 대처하지 못할 경우 무엇보다도 이들 생의 건강한 출발(Healthy start for life)을 보장해 주기 어려울 것이다.

다태임신은 이식된 배아의 개수와 밀접한 관련이 있기 때문에 이를 줄이는 가장 확실한 방법은 배아이식수를 제한하는 방법이다. 국가에서 시술비를 지원하는 경우에는 관리하기가 비교적 용이하다. 앞서 다태임신 비율이

낮은 유럽국가 중 벨기에, 스웨덴, 핀란드 등 북유럽 국가는 단일 배아이식을 하는 경우, 정부가 의료비를 지원함으로써 다태임신을 감소시키는 데 기여하고 있다(Van Landuyt L, 2006; Benagiano G, 2004; Tiitinen A, 2004; Braude P., 2006).

5. 불임발생 및 불임극복을 위한 지역사회 관련 통계 생산

2000년 이후 우리나라는 저출산 현상이 심화되면서 다각적인 출산장려 정책의 일환으로 2006년 불임부부 지원사업을 도입, 실시 중에 있다. 지역사회에서의 불임대상자의 관련정보와 정확한 불임발생 통계가 미흡한 채, 보조생식술 시술에 따른 의료비의 일부를 지원하고 있다.

그간의 불임통계는 2003년 단 한 차례 추정치에 불과하고 그 통계마저도 불임실태 파악을 목적으로 실시되지 않아 여러 한계를 가지고 있다. 최근 사회적 경향에 따른 고령임신으로 인한 생식능력의 감소, 잦은 유산, 장기간의 호르몬 균형을 저해하는 피임방법 사용의 증가, 스트레스 및 비만·운동부족, 환경오염의 증가 등으로 불임이 점차 증가되고 있는 것으로 추정하고 있을 뿐이다. 이에 따라 저출산 극복을 위한 수요층의 목표화된 접근(targeted assessment)을 통해 저출산 정책효과를 제고하기 위해서는 지역사회에서의 불임 실태조사가 시급하다.

한편, 보조생식술은 불임을 극복할 수 있는 최적의 시술이지만 인간의 생식세포와 배아를 다룬다는 점에서 다른 의학적 기술보다 윤리적, 법적 측면에서 제반 규제와 법률이 필요하고 이러한 특성 때문에 지금까지 많은 논쟁의 대상이 되고 있다(황정혜, 2009). 경우에 따라서는 난자 및 정자 공여를 통한 비배우자간 수정이 필요하고 대리모를 이용한 출산까지 이루어지기도 한다. 앞서 파악한 바와 같이 보조생식술은 다태아 분만으로 인한 저체중아의 출생과 이로 인한 치료비용 등 사회적 비용을 지속적으로 발생시키기도 한다. 또한 불임부부의 임신 및 출산의 실패로 인한 신체적, 정신적 고통과 수차례 시술기관 방문에 따른 간접비용 및 생산성의 손실 등 기

회비용 등을 고려할 때, 보조생식 기술은 인구의 양적 측면에서는 저출산 극복에 기여하였지만 개인 및 의료사회적, 인구의 질적 측면에서는 어떤 영향을 미쳤는지 심도있는 분석이 필요하다.

참고 문헌

- 구병삼, 『부인과 내분비학』, 고려의학, 2001.
- 대한남성과학회, 남성과학, 2010.
- 박영주, 「불임과 간호」, 『대한간호』, 제32권 제3호, 1993.
- 보건복지부, 모자보건사업안내. 보건복지부 2006-2009.
- 보건복지가족부, 가족건강사업안내, 2010.
- 불임치료 시술기관의 연구실 지침서, 2009년 개정판
- 이은경, 저출산 해법과 한의학, 참의료실현 청년한의사회, 2009
- 최영민, 민응기, 황정혜, 이정렬, 이동률, 윤태기. 2008년 불임부부지원사업
보고서, 보건복지부. 2009. Aug.
- 통계청, 특별인구추계, 2005.
- 통계청, 인구동태통계연보, 2005.
- 통계청, 가계동향조사, 2009, 2010.
- 한국보조생식술의 현황. 2006, 대한산부회지 제52 제12호, pp.1212-1238,
2006.
- 황나미, 심은혜 등, 우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제해결을
위한 연구. 한국보건사회연구원, 2003.
- 황수경, 기혼여성의 노동공급과 단시간 근로, 한국노동연구원, 2004.
- 황정혜 · 민응기, 불임지원정책, 대한생식의학회지, 36(4), 2009.
- Abdallah S. D. and Zara Merali, "Infertility and social suffering: the
case of ART in developing countries", WHO, 2002.

- Ahuja, K. K., et al., "An assessment of the motives and morals of egg share donors: policy of "payments" to donors requires a fair review., *Human Reproduction*, Vol.13, 1998, pp.2671~678.
- Angard, N. T., "Seeking coverage for infertility: insurers should offer reasonable services to help couples achieve pregnancy", *Awhonn lifelines*, Vol.4, No.3, 2000, pp.22~24.
- Becker, G. *Healing the infertile family: strengthening your relationship in the search for parenthood*, N.Y.: Bantam Books, 1990.
- Benagiano G, Gianaroli L. The new Italian IVF legislation. *Reprod Biomed Online* 2004;9:117-25.
- Braude P. *One Child at a Time: Reducing Multiple Births after IVF*. Report of the expert group on multiple births after IVF. The Human Fertilisation and Embryology Authority, October 2006.
- Brinsden, P. R., *A textbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproduction*, London, The Parthenon Publishing Group, 1999.
- Cook, R., Parsons, J., Mason, B., & Colombok, S. "Emotional, marital and sexual functioning in patients embarking upon IVF and AID treatment for infertility" , *Journal of reproductive and infant Psychology*, Vol.7, 1989.
- Davis, D. C., & Dearman, C. N. "Coping strategies of infertile women. *Journal of Obstetric*" , *Gynecologic and Neonatal Nursing*, Vol.20, No.3, 1991.
- Draye, M., Michell, E., & Woods, N. "Coping with infertility in couples: Gender differences" , *Health care for woman international*, Vol.9, No.3, 1988.

Edwards, B. E., Gsarthart, J. D., & Wallach E. E, “The human pluripotent stem cell: impact on medicine and society”, Fertility and Sterility, Vol.74, No.1, 2000, pp.1~7.

Gardner DK, Weissman A, Howles CM et al., Textbook of Assisted Reproductive Technology, United Kingdom, Martin Dunitz Ltd, 2001.

Guttmacher, A. F., “Factors affecting normal expectancy of conception” , JAMA, 161, 1956.

Human Fertilization and Embryology Authority, Annual Report 2001, 2001.

Human Fertilization and Embryology Authority, Code of Practice, 2001.

IFFS Surveillance 2007: a survey of the current status of assisted reproductive technology procedures around the world. Fertil Steril 2007;87: 4(S8) (Supplement 1).

International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART). World Collaborative Report on Assisted Reproductive Technology, 2002. Hum Reprod 2009, In press.

Jones, H. W., & Cohen, J., “Statement of general purpose”, Fertility Sterility, Vol.76, No.5 suppl.2, 2001, pp.S5~S16

Karlström PO, Bergh C. Reducing the number of embryos transferred in Sweden-impact on delivery and multiple birth rates. Hum Reprod. 2007 Aug;22(8):2202-7.

Katz P, Nachtigall R, Showstack J. The economic impact of the assisted reproductive technologies. Nat Cell Biol. 2002, 4 Suppl:s29-32.

Legro RS, Shackleford DP, Moessner JM, Gnatuk CL, Dodson WC.

- ART in women 40 and over. Is it worth it? The Journal of Reproductive Medicine. 1997, 42(2):76-82.
- Mol BJ, Bonsel GJ, Collins JA, Wiegerinck M, Van Der Veen F, Bossuyt PM. Cost-effectiveness of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertility and Sterility, 2001;73:748-54.
- Nyren, K. G., & Anderson, A. N., "Assisted reproductive technology in Europe, 1998. Results generated from European registers by ERSHRE, Human Reproduction", Vol.16, No.11, 2001, pp.2459~2471.
- Olshansky, D. F. "Identity self as infertile: An example of theory generating research", Advances in Nursing Science, Vol.9, No.2, 1987.
- Prattke, T. W., & Gass-Sternas, K. A. "Appraisal, Coping, and emotional Health of infertile couples undergoing donor artificial insemination", JOGNN, Vol.22, No.6, 1993.
- Rabe T, Strowitzki T & Diedrich K, Manual on Assisted Reproduction, Germany, Springer-Verlag, 2000.
- Sandelowski, N., & Pollac, C. "Women's experiences with infertility", Image: Journal of Nursing Scholarship, Vol.19, No.2, 1986.
- Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine, "Assisted reproductive technology in the United States: 1999 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry", Fertility Sterility, Vol.78, No.5, 2002, pp.918~931.
- Society for Assisted Reproductive Technology and the American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2001 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for

- Assisted Reproductive Technology registry. Fertil Steril 78, 1253-1256. 2007.
- Takahiraogawa, “Global Graying: Aging Societies and Sovereign Ratings”, Standard & Poor's, 2006
- The American Society for Reproductive Medicine, “2002 Guidelines for gamete and embryo donation: a practice committee report”, Fertility and Sterility, Vol.77, No.6, SUPPL 5, 2002, pp.S1~S16.
- The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, “Financial incentives in recruitment of oocyte donors”, Fertility and Sterility, Vol.74, No.2, 2000, pp.216~220.
- The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, “Human somatic cell nuclear transfer(cloning)”, Fertility and Sterility, Vol.74, No.5, 2000, pp.873~876.
- Tiitinen A, Gissler M. Effect of in vitro fertilization practices on multiple pregnancy rates in Finland. Fertil Steril 2004;82:1689-90.
- Unruh, A., & McGrath, P. “The psychology of female infertility: Toward a new perspective”, Health Care for woman International, Vol.6, 369~381, 1985.
- Van Landuyt L, Verheyen G, Tournaye H, et al. New Belgian embryo transfer policy leads to sharp decrease in multiple pregnancy rate. Reprod Biomed Online 2006;13:765-71
- Woods, N. F., Olshansky, E., & Draye, M. A. “Infertility: Women's experiences”, Health care for International, Vol.12, 179~190, 1991.
- Zollner KP, Steck T & Dietl J, “First experiences with human blastocyst culture after IVF/ICSI under the conditions of the

German Embryo Protection Law”, Zentralbl Gynakol, Vol.124,
2002, pp. 164~169.

OECD, Family Database, 2009

<http://www.uni-kassel.de/fb19/genetics/genetech/artikel1.html>

: Biller-Andorno N & Wkeseemann C, "Ethical Implications
of Genetic and Reproductive Technologies-Reconsidering the
Questions"

<http://www.asrm.org/Media/Practice/provis.html>

: Guidelines for the Provision Of Infertility Services

<http://www.asrm.org/Media/Practice/revised.html>

: Revised minimum standards for in vitro fertilization,
gamete intrafallopian transfer, and related procedures

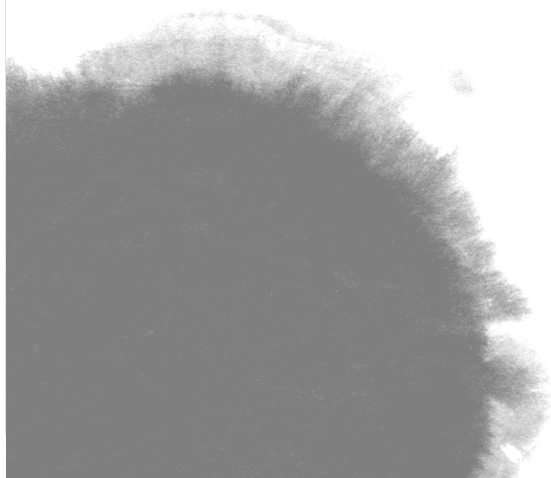
<http://www.asrm.org/Media/Ethics/shared.html>

: Shared-Risk or Refund Programs in Assisted Reproduction

<http://www.asrm.org/Patients/insur.html>

: State Infertility Insurance Laws

부 록





부록

부록 1. 불임부부 비수혜 대상자 설문지

정부의 ‘난임부부 지원사업’ 발전을 위한 조사표

안녕하십니까?

정부에서는 우리 사회의 낮은 출산율을 높이고자 난임치료비 일부를 지원하는 사업을 시행하고 있습니다.

이에 국무총리실 산하 정책연구기관인 「한국보건사회연구원」에서는 현재 「보건복지부」로부터 치료비를 지원받지 않고 난임치료 중인 부부를 대상으로 ‘난임부부 지원사업’에 대한 의견을 조사하여 향후 정책에 반영하고자 합니다. 따라서 귀하의 소중한 답변은 ‘난임부부 지원사업’의 정책개발에 매우 귀중한 자료로 활용될 것입니다.

귀하께서 작성하신 자료는 통계법(비밀의 보호)에 의거하여 엄격히 보호되며, 무기명으로 통계 처리되어 정책개발 자료로만 활용되오니, 바쁘시더라도 본 설문에 빠짐없이 응답하여 주시길 부탁드립니다.

귀하의 건강과 발전을 진심으로 기원합니다.

감사합니다.

※ 본 조사대상은 ① 「보건복지부」 난임치료비 지원을 받지 않은 경우, ② 3회 지원받은 후 자비로 인공수정이나 체외수정 등 보조생식술을 받은(받을) 여성이며, 난임여부를 진단하거나 확인할 목적의 여성은 조사대상이 아닙니다.

2010. 6

한국보건사회연구원장

1. 정부 ‘난임부부 지원사업’에 대한 이해와 정보

1. 귀하는 정부의 ‘난임부부 의료비 지원사업’이 ① 서민층, 44세 이하 여성에 대해, ② 체외수정시술 1회당 150만원, 인공수정 1회당 50만원을 각각 3회까지 지원한다는 사실을 모두 알고 계십니까?

- ☐① 모두 정확하게 잘 알고 있음 ☐② 일부만 알고 있음
☐③ 전혀 모름 → (질문3)으로 가세요.

2. 귀하는 정부가 ‘난임부부 의료비 지원사업’을 실시한다는 사실을 처음에 어디서 알게 되었습니까? (1개만 선택)

- ☐① 의료진, 병원직원 ☐② TV, 신문, 잡지
☐③ 인터넷, 일반사이트 ☐④ 가족, 친지
☐⑤ 난임단체 인터넷 사이트 ☐⑥ 난임치료 중 방문한 환자를 통해
☐⑦ 보건소 등 행정기관 ☐⑧ 기타 (_____)

- 1) 언제 알게 되었습니까?

- ☐① 2006년 ☐② 2007년 ☐③ 2008년
☐④ 2009년 ☐⑤ 2010년

- 2) 올해부터 난임치료비 지원이 가구소득이 높은(2인가구 월 480여만원까지) 대상에게도 확대되었다는 사실을 알고 계십니까?

- ☐① 예 ☐② 아니오

5. 정부가 난임치료비를 어떤 방식으로 지원하기를 원하십니까?

있는 대로 V 표시해 주세요

- ☐① 현재와 같이 서민층만 대상으로 지원해도 무방함
- ☐② 현재와 같이 서민층 대상으로 하되, 지원액과 지원횟수를 더 확대함
- ☐③ 체외수정 지원액(150만원)을 감액하여 지원대상을 중상층으로 더 확대함
- ☐④ 지원횟수(3회)를 줄여 지원대상을 2~3배로 확대함
- ☐⑤ ‘인공수정’은 지원하지 않고 그 지원액을 ‘체외수정’에 적용, 지원대상자 확대함
- ☐⑥ 정부 난임치료비 지원액을 높여 지원대상자를 중상층 이상으로 확대함
- ☐⑦ 기타 직접기재:(_____)

6. 정부가 난임치료비용을 지원한 이후 그 이전과 비교할 때, 서민층

난임부부가 자녀를 갖는데(출산율을 높이는데) 도움이 되었다고

생각하십니까?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ ① 매우 도움이 됨 | ☐ ② 조금 도움이 됨 |
| ☐ ③ 도움이 되지 않음 | ☐ ④ 전혀 도움이 되지 않음 |

▶ 위 ③, ④로 응답한 경우 그 이유는 무엇입니까? 있는 대로 V표시해 주십시오.

- ☐① 시술·검사·투약비용에 비해 1회 150만원 지원은 별로 도움 안됨
- ☐② 지원비용이 3회까지 만이어서 별로 도움 안됨
- ☐③ 시술병원이 대도시에 국한되어 이용하기 불편한 점이 더 큰 문제이므로
- ☐④ 난임치료비보다는 자녀 필요성에 대한 욕구가 자녀를 갖는데 결정적 요인이어서
- ☐⑤ 난임에 대한 부정적 사회인식으로 적극적 치료를 못하는 것이 더 큰 문제
- ☐⑥ 난임치료로 인해 심신이 지쳐 포기하는 문제가 더 크기 때문에
- ☐⑦ 기타 직접기재:(_____)

7. 귀하에게도 정부가 현재와 같이 난임치료비용을 지원한다면 결과적으로 **자녀를 갖는데** 도움이 될 것으로 생각하십니까?(3회 지원 받은 대상은 응답하지 마세요)

- ☐① 매우 도움이 될 것임 ☐② 조금 도움이 될 것임
- ☐③ 도움이 되지 않을 것임 ☐④ 전혀 도움이 되지 않을 것임

총()개월

2. 양방병원에서 첫 난임 진단 이후부터 현재까지 총 몇 개월이 지났습니까?

총 () 개월

3. 귀하 부부께서는 난임 진단이나 치료를 위해 현재까지 총 몇 개의 의료기관을 이용하셨습니다? (이용한 적이 없으시면 꼭 “0”으로 표시해 주십시오.)

병원 종류	본인	남편	
1) 양방병원/의원	()개소	()개소	☐ 잘 모름
2) 한방병원/한의원	()개소	()개소	☐ 잘 모름

1) 2군데 이상 양방병원을 이용한 경우, 그 이유를 해당란에
각각 V표시해 주십시오.

병원을 옮긴 이유는?	예	아니오
1) 의사가 의뢰해주어	☐ ①	☐ ②
2) 진단결과, 치료 등의 재확인	☐ ①	☐ ②
3) 담당의사, 병원의 명성을 보고	☐ ①	☐ ②
4) 가족, 친지의 권유	☐ ①	☐ ②
5) 난임 경험자의 권유	☐ ①	☐ ②
6) 교통이 불편하는 등 방문 편의성을 위해	☐ ①	☐ ②
7) 치료비용이 비싸서	☐ ①	☐ ②
8) 병원에서의 불쾌한 경험	☐ ①	☐ ②
9) 난임상담이나 설명을 잘 해주지 않아	☐ ①	☐ ②
10) 기타이유 ()		

1) 인공수정 _____회
➡ 이용시술기관수 _____ 개 기관, 1회 지출액()만원

2) 체외수정 _____회
➡ 이용시술기관수 _____ 개 기관, 1회 지출액()만원

8. 귀하가 시술기관에 내원하여 시술받고자(받은) 하는 치료는 무엇
입니까? 있는 대로 모두 V표시 해주세요.

1) 본인 : ☐① 인공수정 ☐② 체외수정
 ☐③기타(_____)

2) 남편 난임치료 여부 : ☐① 받음 ☐② 안받음

9. 귀하는 난임치료 후 현재 임신 중이십니까?

☐① 예 ☐② 아니오

10. 귀하부부는 앞으로 출산할 때까지 계속해서 난임치료를 받으실
계획입니까?

☐① 예 ☐② 아니오

11. 현 난임치료로 자녀를 가진 뒤 자녀를 더 원하여 난임치료를
또 받으실 계획입니까?

☐① 예 ☐② 아니오

III. 난임 치료에 따른 서비스 요구도

1. 귀하는 난임을 경험하면서 정신적 고통과 우울, 고립감을 느낀
적이 있습니까?

☐① 매우 심각하게 느낌 ☐② 약간 심각하게 느낌

☐③ 거의 느끼지 않음

2. 귀하는 난임 문제로 인해 부부관계에 변화가 생겼다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 좋아짐 ☐② 약간 좋아짐 ☐③ 변화 없음
☐④ 약간 나빠짐 ☐⑤ 매우 나빠짐

3. 귀하는 난임 문제로 인해 시댁가족과의 관계에 변화가 생겼다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 좋아짐 ☐② 약간 좋아짐 ☐③ 변화 없음
☐④ 약간 나빠짐 ☐⑤ 매우 나빠짐

4. 난임 치료비용에 대해 어느 정도 경제적 부담을 느끼십니까?

- ☐① 매우 부담이 있음 ☐② 약간 부담이 있음
☐③ 부담이 거의 없음 ☐④ 기타(_____)

5. 난임문제로 인한 아래의 증상때문에 병원(한방병원 포함)을 방문한 적이 있습니까?

➡ 그 외 심각한 증상은 없었습니까? 있었다면 아래에 직접 기재해 주십시오

증상	해당 없음	방문한 적 없음			방문한 적 있음		
		심각 하지 않음	약간 심각 함	매우 심각 함	심각 하지 않음	약간 심각 함	매우 심각 함
1) 위염, 위궤양 등 소화기 계통	☐ ①	☐ ②	☐ ③	☐ ④	☐ ⑤	☐ ⑥	☐ ⑦
2) 고혈압, 저혈압, 당뇨 등 내분비계	☐ ①	☐ ②	☐ ③	☐ ④	☐ ⑤	☐ ⑥	☐ ⑦
3) 우울증, 신경쇠약 등 정신적 문제	☐ ①	☐ ②	☐ ③	☐ ④	☐ ⑤	☐ ⑥	☐ ⑦
4) 두통, 심장병 등	☐ ①	☐ ②	☐ ③	☐ ④	☐ ⑤	☐ ⑥	☐ ⑦

IV. 정부 ‘난임부부 지원사업’ 과 시술병원에 대한 건의

1. 귀하께서는 난임과 관련하여 별도의 상담프로그램이 필요하다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 필요함
☐② 약간 필요함
☐③ 필요하지 않음

➡ 어떤 기관에서 운영하는 것을 원하십니까?

- ☐① 난임시술 민간의료기관
☐② 국립의과대학병원
☐③ 독립적인 비영리기관: 의료전문협회
☐④ 보건소
☐⑤ 기타(_____)

2. 귀하는 ‘난임은 치료가능하다’, ‘남성도 난임 원인의 50%를 제공하며, 그밖에 원인불명, 스트레스 등도 원인이 될 수 있다’라

는 정보를 홍보할 때 누구를 대상으로 하는 것이 가장 바람직하다고 생각하십니까?

- ☐① 고등학생 이상 대상
 ☐② 대학생 이상 대상
 ☐③ 일반인 대상

3. 다음 중 난임시술 병원에 요구하고 싶은 사항이 있으시면 각각 표시해 주십시오.

요구사항	매우 필요함	약간 필요함	필요 없음
1) 건강한 임신을 위한 적절한 배아이식 및 적정진료	☐ ①	☐ ②	☐ ③
2) 치료과정에서 신체적·정신적 인격적인 대우	☐ ①	☐ ②	☐ ③
3) 치료(실패)후 관련 결과상담 및 치료방향 제시	☐ ①	☐ ②	☐ ③
4) 치료책임자의 시술참여여부에 대한 알권리	☐ ①	☐ ②	☐ ③
5) 치료에 앞서 심리적 상담, 예상비용, 치료방법 등에 대한 가이드라인 설명	☐ ①	☐ ②	☐ ③
6) 기타 직접기재: _____			

4. 난임치료와 관련하여 **정부에게 요구하고 싶은 사항**이 있으시면 각각 표시해 주십시오.

요구사항	매우 필요함	약간 필요함	필요 없음
1) 남성 난임치료에 따른 의료비 지원 확대	☐ ①	☐ ②	☐ ③
2) 난임치료 기간 중 무급휴직 지원 제도 도입	☐ ①	☐ ②	☐ ③
3) 난임치료 기간 중 유급휴직 지원 제도 도입	☐ ①	☐ ②	☐ ③
4) 현 난임치료비 지원하는 대상자 확대	☐ ①	☐ ②	☐ ③
5) 난임치료비용의 적정화	☐ ①	☐ ②	☐ ③
6) 난임치료 지원비용을 시술기관이 아닌 직접 수령	☐ ①	☐ ②	☐ ③
7) 난임시술 검사비 등의 건강보험수가 적용	☐ ①	☐ ②	☐ ③
8) 난임 치료기관의 시술진료에 대한 질 관리	☐ ①	☐ ②	☐ ③
9) 난임에 대한 부정적인 사회적 인식전환 교육	☐ ①	☐ ②	☐ ③
10) 특수한 임신과 출산에 관한 구체적인 정보제공	☐ ①	☐ ②	☐ ③
11) 난임 예방 및 조기발견 교육상담 및 자료개발	☐ ①	☐ ②	☐ ③
12) 난자, 정자를 공여하는 법 마련과 인증기관 설치	☐ ①	☐ ②	☐ ③
13) 기타 직접기재: _____			

1) 위 (질문4)에서 보기 2) **무급휴직**이 필요하다고 응답한 경우, 치료경험에 비추어 볼 때, **몇 주**가 적당하다고 생각하십니까?

☐ 필요하지 않다 ☐ _____ 주 휴직이 필요하다

2) 위 (질문4)에서 보기 3) **유급휴직**이 필요하다고 응답한 경우, 치료경험에 비추어 볼 때, **몇 주**가 적당하다고 생각하십니까?

☐ 필요하지 않다 ☐ _____ 주 휴직이 필요하다

V. 난임치료 관련 대체의학서비스, 대체요법 이용

1. 귀하와 남편은 임신을 하기 위한, 혹은 임신을 유지하기 위한 **건강보약, 한약**을 복용한 적이 있습니까?

- ☐① 복용한 적 없음 ☐② 총 1회 복용한적 있음
☐③ 총 2~5회 복용한 적 있음 ☐④ 시술 전 매번 복용함
☐⑤ 기타(_____)

2. 이외에도 귀하와 남편은 임신을 하기 위한, 혹은 임신을 유지하기 위한 요법을 받은 적이 있습니까? 있다면 다음 중 어떤 요법인지 **있는 대로 모두** V표시해주십시오.

- ☐① 받은 적 없음 ☐② 침·뜸 치료
☐③ 운동요법(요가 등) ☐④ 식이요법(비타민 요법)
☐⑤ 기 치료 ☐⑥ 체형교정(골반통 관련)
☐⑦ 비만치료 ☐⑧ 명상요법
☐⑨ 금연치료 ☐⑩ 기타(직접기재_____)

▶ 귀하는 위 표시한 치료가 도움이 되었다고 생각하십니까?

☐① 매우 도움이 되었다고 생각함

➡ 어떤 치료인지 해당번호 기입_____

☐② 약간 도움이 되었다고 생각함

➡ 어떤 치료인지 해당번호 기입_____

☐③ 도움이 되지 않았다고 생각함

☐④ 전혀 도움이 되지 않았다고 생각함

3. 난임진단 전, 임신을 하기위해 이용한 한방, 대체요법 기관 및 지출비용 관련

1) 난임진단 직전 이용기관: ※ 있는 대로 모두 V 표시

☐① 한의원/한방병원

☐② 양방병원

☐③ 약국

☐④ 일반 건강원

☐⑤ 헬스센터(비만 교정 등)

☐⑥ 민속요법

☐⑦ 기타(_____)

2) 대체요법으로 난임진단 직전 1년간 평균소요비용: 남편 지출비용 포함

※ 난임진단 비용 제외, 유산·사산 치료비용 제외

※ 남편 포함 대체요법, 보약 등 건강식품 지출비용 모두 포함

☐① 99만원 이하

☐② 100-199만원

☐③ 200-299만원

☐④ 300-399만원

☐⑤ 400-499만원

☐⑥ 500-599만원

☐⑦ 600-699만원

☐⑧ 700-799만원

☐⑨ 800-899만원

☐⑩ 900-999만원

☐⑪ 1000-1099만원

☐⑫ 1100만원 이상

4. 난임진단 후, 임신을 하기위해 부부가 이용한 한방, 대체요법 기관 및 지출비용 관련

1) 난임진단 후, 부부가 이용한 기관: 있는 대로 모두 V 표시

- | | |
|---|-----------------------------------|
| ☐ ① 한의원/한방병원 | ☐ ② 양방병원 |
| ☐ ③ 약국 | ☐ ④ 일반 건강원 |
| ☐ ⑤ 헬스센터(비만교정 등) | ☐ ⑥ 민속요법 |
| ☐ ⑦ 기타_____ | |

2) 대체요법으로 난임진단 후, 지난 1년간 평균 지출비용: 남편
치료비용 포함

※ 대체요법, 보약 등 건강식품 지출비용 모두 포함, 임신 이전까지

- | | |
|--|--|
| ☐ ① 99만원 이하 | ☐ ② 100-199만원 |
| ☐ ③ 200-299만원 | ☐ ④ 300-399만원 |
| ☐ ⑤ 400-499만원 | ☐ ⑥ 500-599만원 |
| ☐ ⑦ 600-699만원 | ☐ ⑧ 700-799만원 |
| ☐ ⑨ 800-899만원 | ☐ ⑩ 900-999만원 |
| ☐ ⑪ 1000-1099만원 | ☐ ⑫ 1100-1199만원 |
| ☐ ⑬ 1200-1299만원 | ☐ ⑭ 1300-1399만원 |
| ☐ ⑮ 1400만원 이상 | |

VI. 귀하의 일반특성

1. 귀하 및 배우자의 연령, 결혼상태 및 기간 (동거기간 포함)

1) 연령 본인 만 ()세
 남편 만 ()세

2) (임신 전) 본인 신장 _____cm 체중 _____kg

2. 귀하의 거주지는 어디십니까? (난임치료를 위한 거주지가 아닌 원 거주지 표시)

()시()구/군

3. 귀하의 거주지에서 시술기관까지 평소 이용교통수단으로 얼마 나 걸립니까?(편도)

()시간

4. 귀하는 난임치료를 위해 원 거주지 이외 시술기관 가까운 장소(친 인척 집 포함)에서 숙박하신 경험이 있습니까?

☐① 예 ☐② 아니오 → (질문5)로 가세요

▶ 원 거주지 이외에 숙박하신 장소는 어디십니까?

☐① 친인척 ☐② 유료 숙박시설
☐③ 친구, 지인 ☐④ 기타 (_____)

5. 귀하는 그 동안 직장 또는 일상업무 때문에 시간내기가 어려워
난임치료에 지장을 받은 적이 있습니까?

- ☐① 매우 지장을 받음 ☐② 약간 지장을 받음
☐③ 지장을 받지 않음

6. 귀하는 난임 치료를 위해 직장을 휴직하거나 그만두신 상태입
니까?

- ☐① 직장을 다니지 않는 전업주부 → (질문6)으로 가세요.
☐② 평소 직장에서 잠시 외출하여 치료받음
☐③ 주로 모닝 또는 이브닝, 주말 진료를 이용하여 진료 받음
☐④ 직장을 다니면서 조퇴, 연가, 휴가를 주로 활용함
☐⑤ 현재 한시적으로 휴직한 상태임
☐⑥ 난임 치료를 위해 직장을 그만 둠
☐⑦ 자영업, 자유업이라 자유롭게 치료받음
☐⑧ 기타 (_____)

■ 위 ②-⑧의 경우 귀하의 직업은?

- ☐① 판매, 서비스직 ☐② 전문·행정·관리직
☐③ 사무직 ☐④ 기술직
☐⑤ 농업·어업 ☐⑥ 단순기능직
☐⑦ 학생 ☐⑧ 기타 (_____)

7. 다음은 귀하의 임신, 출산에 관한 사항입니다. 해당 질문
에 직접 기입하여 주십시오. (해당사항이 없으시면 꼭 “0”으
로 표시해 주십시오.)

질 문	총 횟수
1) 현 귀하가 출산한 자녀수는 ?	☐ ① 없음 ☐ ② 1명 ☐ ③ 2명
2) 임신횟수는?	총()회
3) 자연유산횟수는?	총()회
4) 인공유산횟수는?	총()회
5) 자궁 외 임신 횟수는?	총()회
6) 사산한 횟수는?	총()회

8. 남편께서는 난임 진단 및 치료를 위한 병원방문에 얼마나 협조하십니까?

- ☐① 매우 협조함 ☐② 약간 협조함
☐③ 협조하지 않음

9. 귀하의 난임진단서 상의 난임 원인은 누구에게 있으며, 원인은 무엇이었습니까?

- ☐① 본인 ☐② 남편
☐③ 본인과 남편 양쪽 모두 ☐④ 원인불명

1) 난임 진단명이나 원인은? 아래에서 있는 대로 V표시해 주십시오.

본인	☐ ③ 나팔관(난관)장애	☐ ④ 배란장애	☐ ⑤ 염색체이상
	☐ ⑥ 자궁경관장애	☐ ⑦ 자궁내막장애	☐ ⑧ 조기폐경
	☐ ⑨ 습관성유산	☐ ⑩ 기타 (_____)	
남편	☐ ⑪ 무정자증	☐ ⑫ 희소정자증(정자수 적음)	
	☐ ⑬ 정자무력증	☐ ⑭ 염색체이상	
	☐ ⑮ 기타 (_____)		

귀하의 가정에 축복과 행복이 가득하기를 기원합니다.

부록 2. 남성불임 치료 대상 및 비용 추계

〈표〉 남성불임 치료 연간 대상자수 추계 및 본인부담금

구분	치료대상	본인부담금
치료적 시술		
1. Vasovasostomy	1,200	80만원
2. Vasoepididymostomy	100	100만원
3. varicocelectomy	1,200	90만원
Ejaculatory obstruction: TUR-ED,	50	60만원
보조생식술 보조적 시술(정자추출법)		
4. TESE (microsurgical TESE)	1,900	50만원
5. MESA	100	50만원
불임 진단적 시술		
6. Testicular biopsy(azoospermia)	5,000	8만원
7. Azoospermia: vasography	200	50만원

주: 위 시술은 보험급여 적용되고 있음.

- 1) 의료비 지원의 우선 순위는 vasovasostomy, varicocelectomy, Vasoepididymostomy의 3종 치료적 시술이며, 추가적으로 MESA, TESE의 체외수정의 보조적 시술이 의료비 지원이 되어야 할 것임.
- 2) 적응증에 대해서는 Vasovasostomy는 출산 장려가 이 정책의 기본 개념이므로 자녀 유무와 관계 없이 재혼 여부 관계 없이 모든 환자를 대상으로 하는 것이 적절함. 또한 varicocelectomy는 불임 환자 및 정액 검사 이상자는 모두 해당해야 함.
- 3) 체외수정시술(IVF), 난자세포질내 정자주입술(ICSI) 등 약 10여종을 시행하기 위해 정자를 채취하기 위한 시술은 작년 자료에 의하면 약 2000예에 해당하지만 이렇게 적극적으로 남성 불임 원인에 대한 치료가 시행된다면 2000예가 되지 않을 것으로 판단됨. 단 수술적 치료가 가능한 남성요소가 있는 경우 남성수술을 먼저 시행한 후에 시술 가능. 그 이유는 수술적 교정이 체외 수정에 비해 임신 성공률도 높고 한번 성공으

로 여러 번의 임신이 가능할 뿐만 아니라 비용도 저렴하기 때문에 합당하다고 판단됨.

- 4) 치료비용이 매우 저렴하므로 불임으로 진단이 되었을 때 (azoospermia, 혹은 임신이 어려운 oligospermia가 확인된 경우) testicular biopsy 나 정상 고환조직검사일 경우 vasography를 보조해주는 것이 불임 부부의 출산 욕구를 제고시킬 것으로 판단됨. testicular biopsy가 연 5000건으로 약 8만원 정도가 환자부담이며, vasography가 연300건으로 50만원을 책정하면 진단 비용이 약 5.5억정도 밖에 소요되지 않으므로 비용 대비 우수한 결과를 나올 것으로 예상됨.

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.

▶ 회비

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

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 국제협력홍보팀
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8303)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ▪ 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 |

신간 안내

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health & Social Research

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	5,000
연구 2010-02	화귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박실키아	5,000
연구 2010-03	해외의료시장 개혁의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정가혜	6,000
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	7,000
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	7,000
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정신	5,000
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	7,000
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	5,000
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	8,000
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	7,000
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안 연구 : -기초보장제도 시행 10년 주거급여를 중심으로-	이태진	7,000
연구 2010-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	7,000
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	8,000
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조응성 분석	여유진	7,000
연구 2010-18	근로장려세제(EITC) 확대 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	8,000
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	6,000
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최자수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강혜규	미정
연구 2010-22	장애인 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	8,000
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	7,000
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 접근을 넘어서	강은정	5,000
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	이윤경	7,000
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손창균	6,000
연구 2010-28	한국의 보건복지 동향: 2010	장영식	10,000
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	6,000
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	5,000
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	6,000
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자녀기차와 출산율 관계 연구	김은정	5,000
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	6,000
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은지(외부)	6,000
연구 2010-30-8	차녀 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	6,000
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	7,000
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	6,000
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	10,000
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	6,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	6,000
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	5,000
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	5,000
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-30-17	산노년층의 특징과 정책과제	정경희	6,000
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	10,000
연구 2010-30-19	예비노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	6,000
연구 2010-30-20	산노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	5,000
연구 2010-30-21	산노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산 분석	최성은	8,000
연구 2010-31-2	2010 보건복지제정의 정책과제	유근춘	9,000
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	7,000
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최성은	6,000
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	6,000
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	7,000
연구 2010-31-7	건강보험 재정평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 가설 지원 제1권	김동진	8,000
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 가설 지원 제2권	김동진	11,000
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	5,000
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	5,000
연구 2010-33	보건의료지원태분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 (3년차)	오영호	9,000
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	14,000
연구 2010-35	취약위험 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): 아시아 국가의 사회안전망	홍석표	8,000
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강신욱	14,000
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	김미곤	6,000
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	11,000
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅰ)	정영호	7,000
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	7,000
연구 2010-40	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	5,000
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-02	고가의료장비의 적정공급과 효율적 활용방안	오영호	8,000
연구 2009-03	신의료기술의 패권 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살비아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (Ⅰ)	정영호	6,000
연구 2009-05	미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문의 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대적용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 재편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지재정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급과자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000