



제439회국회(정기회)
제1차보건복지위원회

국민건강보험법 일부개정법률안

검 토 보 고

■ 박준태의원 대표발의(의안번호 제18144호)

2026. 9.

보 건 복 지 위 원 회

수석전문위원 상지원

목 차

I . 개요	1
II . 주요 내용별 검토	2
1. 난임치료의 본인부담률 완화	2

I. 개요

1. 박준태의원 대표발의안(의안번호 제18144호)

가. 제안경위

- (1) 제 안 자 : 박준태의원 등 13인
- (2) 제 안 일 : 2026. 4. 7.
- (3) 회 부 일 : 2026. 4. 8.

나. 제안이유 및 주요내용

현행 건강보험 제도에서는 난임치료에 대한 지원이 지속적으로 확대되고 있음. 특히 2024년 11월부터는 난임치료 시 본인부담률을 연령제한 없이 일괄 30%로 인하하여 적용하고 있음. 이는 저출산 문제에 대응하고 난임부부의 경제적 부담을 완화하기 위한 조치로서 일정 부분 성과가 기대됨.

그러나 난임치료는 시술 횟수가 반복되는 특성이 있어 여전히 상당한 비용 부담이 발생하고 있으며, 30%의 본인부담률도 상당수의 가구에겐 큰 경제적 부담으로 작용하고 있음.

이에 건강보험 가입자 또는 피부양자가 난임치료를 받는 경우 본인부담률을 5% 수준으로 함으로써 치료 접근성을 제고하고, 경제적 부담을 완화하려는 것임(안 제44조의2 신설).

II. 주요 내용별 검토

1. 난임치료의 본인부담률 완화

가. 개정안의 내용

- ☐ 개정안은 가입자 또는 피부양자가 요양급여로 난임치료를 받는 경우 본인부담률을 100분의 5로 하도록 하려는 것임(안 제44조의2 신설).

현 행	개 정 안
<u><신 설></u>	<u>제44조의2(난임치료의 본인일부부담금에 대한 특례) 제44조제1항 전단에도 불구하고 가입자 또는 피부양자가 요양급여로 난임치료를 받는 경우에는 가입자 또는 피부양자 본인이 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5를 부담한다.</u>

※ 시행일: 공포 후 6개월이 경과한 날

나. 검토의견

- ☐ 현행법 제44조제1항¹⁾은 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부를 본인이 부담한다고 하여 본인일부부담금을 규정하고 그 구체적인 내용을 대통령령에 위임하고 있는데, 같은 법 시행령 제19조제1항²⁾ 및 [별표 2]에 따라 일반적으로

1) 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

입원진료의 경우 요양급여비용 총액의 20%를, 외래진료의 경우 약 30~60%를 본인이 부담함.

- 특히, 난임치료³⁾의 경우 그 본인부담률을 2017년 여성의 연령이 만 45세 미만인 경우에 한정하여 30%로 정한 이후 지난 2024년 연령 제한 없이 30%로 정하였음⁴⁾.

□ 이에 따라 최근 4년간 연평균 약 16만명이 건강보험 급여가 적용되는 난임치료를 받았고, 2025년에는 약 19만 4천명이 약 7,031억 원에 이르는 난임치료를 받고 약 2,166억 원을 본인이 부담하였음.

< 최근 4년간(2022년~2025년) 난임시술 급여 적용 현황 >

(단위: 명, 백만 원)

진료연도	진료인원	총 진료비	공단 부담금	본인부담금
2022년	142,672	391,486	268,821	122,665
2023년	134,708	401,620	275,587	126,033
2024년	164,882	555,777	380,263	175,514
2025년	193,818	703,099	486,467	216,632
연평균	159,020	512,996	352,785	160,211

※ 1. 요양기관¹⁾의 난임진료(F021)에 대한 요양급여비용 명세서 기준으로 발체(의료급여 제외) ... '26년 3월 심사분까지 반영

2. 해당기간 발생한 F021 적용 난임 수진자 수(남성+여성) 및 급여비용(한방, 양방, 약국 포함)

3. 발체 조건 및 발체일에 따라 데이터 변동 가능(발체일 '26. 4. 7. [건강보험공단 EDW])

자료 : 국민건강보험공단

2) 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

3) 난임치료에 대한 건강보험 급여 적용 범위는 다음과 같음.

시술유형		요양급여 인정범위
체외수정	신선배아	(자640)정자채취 및 처리, (자641)난자채취 및 처리, (자642)수정 및 확인, (자644)배아 배양 및 관찰 (자645)배아이식
	동결배아	(자643)해동, (자645)배아이식
인공수정		(자640)정자채취 및 처리, (자646) 자궁강내 정자주입술

4) 참고. 난임치료(보조생식술) 건강보험 적용 확대 주요 연혁

□ 그러나 현행 30%의 본인부담률도 상당수의 가구에게는 큰 경제적 부담으로 작용할 수 있고, 급여 적용이 가능한 횟수에 제한이 있다는 점에서 개정안은 이를 완화하여 저출산 극복에 기여하고자 요양급여로 난임치료를 받는 경우 본인부담률을 100분의 5로 하려는 것임.

□ 다만, 다음과 같은 사항들을 고려할 필요가 있는 것으로 보임.

□ 첫째, 개정안에 따라 난임치료의 본인부담률을 완화할 경우 이에 따른 건강보험 재정 소요가 발생할 수 있는 만큼, 한정된 건강보험 재정 여건을 고려하여 난임치료에 대한 보장성 강화의 필요성과 재정 부담 수준, 다른 보장 분야와의 균형 등을 종합적으로 검토할 필요가 있음.

- 참고로, 최근 4년간 발생한 진료비를 기준으로 본인부담률을 5%로 상정하는 경우 건강보험 재정 소요는 약 1조 9,494억원으로 실제로 공단이 부담한 약 1조 4,111억원에 비하여 약 5,383억원의 추가 재정소요가 발생함.

< 본인부담률 5% 가정 시 난임치료에 따른 건강보험 재정 소요 >

(단위: 명, 백만 원)

진료연도	진료인원	총 진료비	공단 부담금 (95%)
2022년	142,672	391,486	371,912
2023년	134,708	401,620	381,539
2024년	164,882	555,777	527,988
2025년	193,818	703,099	667,944
계	636,080	2,051,982	1,949,383

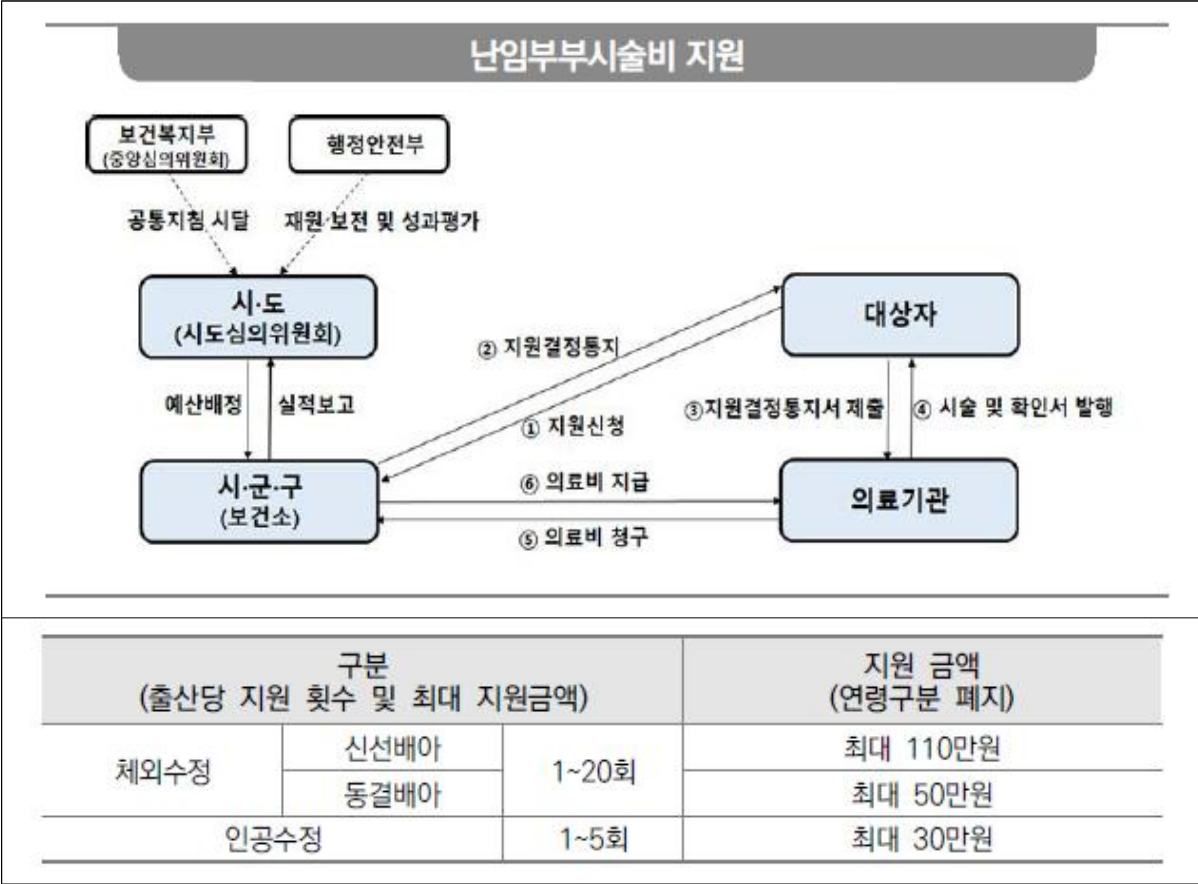
자료 : 국민건강보험공단

□ **둘째**, 현행법 제44조제1항⁵⁾은 구체적인 본인부담률은 대통령령에서 규정하도록 하고 있는데, 이는 의료서비스의 이용 여건, 건강보험 재정 상황 등 구체적인 사정의 변화에 따라 본인부담률을 탄력적으로 조정할 수 있도록 하기 위한 취지로 볼 수 있으나, 개정안에 따르면 난임치료에 대해서만 예외적으로 법률에서 그 본인부담률을 규정하게 되어 본인부담률을 하위법령에 위임하고 있는 현행법의 체계 및 취지와는 정합성을 고려할 필요가 있음.

□ **셋째**, 지방자치단체는 체외수정시술, 인공수정시술 등 난임치료를 받는 난임부부에게 경제적 부담을 경감시킴으로써 난임부부가 희망하는 자녀를 갖도록 지원하기 위하여 「모자보건법」 제11조 등에 근거하여 난임치료의 건강보험 본인부담 및 비급여 일부를 지원하고 있다는 점을 고려할 필요가 있는 것으로 보임.

5) 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

< 난임부부 시술비 지원 사업 >



자료 : 보건복지부, 2026년 모자보건 사업안내

다. 관계부처 및 관련기관 의견

□ 보건복지부

- 현행법 제44조에서 요양급여비용의 본인일부부담에 대한 기본 원칙을 규정하고 있으며, 구체적인 부담률 및 부담금은 대통령령으로 정하도록 위임하고 있음. 이에 현행 난임진료에 대한 본인 부담률도 위 위임체계에 따라 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에서 정하여 운영 중임.
- 난임치료 본인일부부담금에 관한 사항을 법률에 특례로 별도 규정하는 경우, 본인부담률 조정의 정책적 유연성이 제한되고 현행 위임체계와 정합성 측면에서 부합하지 않는 것으로 보여, 시행령에서 정하는 것이 적절할 것으로 판단됨.

□ 국민건강보험공단

- 저출생 문제에 대응하고 난임치료를 받는 가정의 경제적 부담을 완화하여 출산율 제고에 기여하려는 개정안의 취지에는 공감하나, 난임치료 시 본인부담률을 5% 수준으로 하는 것에 대해서는 신중한 검토가 필요함.
- 현재, 공단은 진료비 부담이 높은 ‘난임시술(보조생식술)’에 대해 건강보험 급여를 적용하여 난임 치료에 대한 부담을 완화하고 있음. 요양기관 종별 구분 없이 진찰료, 보조생식술 시술행위료, 마취료, 약제비 등 보조생식술 관련 비용에 본인부담률 30% 적용하고 있음.

- 또한 지방자치단체는 ‘난임부부 시술비 지원사업’으로 건강보험 본인부담 및 비급여 일부를 보충적으로 지원하고 있음.

< 난임부부 시술비 지원사업 지원범위 >

구분 (출산당 지원횟수)			지원금액(회당)
체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만 원
	동결배아		최대 50만 원
인공수정	인공수정	1~5회	최대 30만 원

- 난임시술 진료비가 지속적으로 증가하고 있는 상황에서, 난임치료 시 본인부담률 경감은 한정된 재원으로 운영되는 건강보험제도의 특성과 타 질환과의 형평성 및 타 법령에 따른 지원사업과의 연관성 등을 종합적으로 고려한 신중한 검토가 필요함
- 한편, 개정안과 같이 법률에서 난임치료에 대한 본인부담 비용을 직접 정하는 것은 대통령령에서 본인부담금을 정하는 현행 법령 체계에 부합하지 않는 측면이 있음도 고려할 필요가 있음.

□ 대한의사협회

- 건강보험 제도하에서 난임치료 지원을 확대하여 난임 문제를 겪고 있는 부부의 경제적 부담 완화하고 치료 접근성을 제고하려는 개정안의 취지에 공감함.
- 현재 체외수정 및 인공수정 등 보조생식술에 대해 2024년 11월부터 인정횟수를 확대하고 연령제한 없이 본인부담률 30%를 적용하고 있으며, ‘난임부부 시술비 지원사업’을 통해 소득 수준에 따라 건강보험 본인부담금과 일부 비급여 항목을 국비와 지방비로

지원하는 등 지원 대상과 범위 역시 지속적으로 확대되고 있음.

- 다만, 난임 문제는 단순히 시술비 지원 확대에 국한될 사안이 아니라, 고위험 임신 및 분만 의료비, 불가항력적 의료사고에 대한 국가 보상체계 마련, 출산 친화적 환경 조성, 생애주기를 고려한 연속적·통합적 지원체계 구축 등과 유기적으로 연계되어야 할 필요가 있음.
- 따라서 난임치료 지원 확대 정책은 임신·출산·산후 관리 전반을 포괄하는 종합적인 관점에서 검토되어야 하며, 보다 실효성 있는 저출산 대응 정책으로 기능할 수 있도록 중장기적이고 체계적인 정책 설계가 병행될 필요가 있음.

문 의 처
02)6788-5503

참고

난임치료(보조생식술) 건강보험 적용 확대 주요 연혁

시기	보조생식술 종류		만45세 미만	본인부담률	만45세 이상	본인부담률
'17.10.	체외수정	신선배아	4회	30%	-	-
		동결배아	3회			
	인공수정		3회			
'19.7.	- 만45세 이상 대상자 추가 (본인부담률 50%) - 횟수 추가(횟수 추가분은 본인부담률 50%) : 체외수정(신선배아) 3회, 체외수정(동결배아) 2회, 인공수정 2회					
	체외수정	신선배아	4(3)회	30%,(50%)*	4(3)회	50%,(50%)*
		동결배아	3(2)회	*횟수	3(2)회	*횟수
	인공수정		3(2)회	추가분	3(2)회	추가분
'21.11.	- 만45세 미만 본인부담률 인하(초과급여 인정횟수 선별급여→급여) - 횟수 추가 : 체외수정(신선배아) 2회, 체외수정(동결배아) 2회					
	체외수정	신선배아	9회	30%	9회	50%
		동결배아	7회		7회	
	인공수정		5회		5회	
'24.2.	- 체외수정 내 신선배아와 동결배아 통합관리 - 신선배아이식 시 수정 가능한 난자를 확보하지 못한 경우 건강보험 지원 횟수 차감에서 제외, 체외수정 시술횟수 4회 추가 [(기존) 체외 16회(신선배아 9회, 동결배아 7회) → (확대) 신선·동결배아 구분 없이 체외시술 통합 20회) - 여성의 난임시술 주기에 앞서 남성의 정자 채취 및 처리 급여 적용					
	체외수정	신선배아	20회	30%	20회	50%
		동결배아				
	인공수정		5회		5회	
	'24.11.	- 여성 나이 45세 이상 선별급여 폐지 (본인부담률 50% → 30%) - 현행 1인 당(난임부부당) 시술횟수 25회 급여 제공을 출산당* 기준 25회로 확대 * 출산당: 임신 20주 이후(20주 1일부터) 태아 사망으로 임신이 종결된 경우 포함				
체외수정		신선배아	20회	30%	20회	30%
		동결배아				
인공수정		5회	5회			

자료 : 국민건강보험공단