

의안번호	2218144
의 퇴 인	박준태의원
회 답 일	2026.8.5.
추 계 번호	26C1990

국민건강보험법 일부개정법률안

【비용추계서】

I. 비용추계 결과

- 개정안에 따라 난임시술의 본인부담률을 현행 30%에서 5%로 인하할 경우 국가의 추가재정소요는 2027년 257억원, 2031년 268억원 등 5년간 총 1,315억원(연평균 263억원)으로 추계됨

[표 1] 개정안에 따른 추가재정소요: 2027~2031년

(단위: 억원)

구 분	2027	2028	2029	2030	2031	합계	연평균
개정안에 따른 추가재정소요(안 제44조의2)	257	261	264	266	268	1,315	263

주: 본 추계결과는 건강보험 지출 증가분에 상응하는 국고지원금(국고지원을 14.1% 적용)이며, 건강보험 지출 증가분은 [표 4] 참조
자료: 국회예산정책처

II. 재정수반요인

연번	조·항(조제목)	주요내용	비고
1	안 제44조의2 (난임치료의 본인일부 부담금에 대한 특례)	○ 가입자 또는 피부양자가 요양급여로 난임치료를 받는 경우에는 가입자 또는 피부양자 본인이 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5를 부담한다.(신설)	의무규정

III. 비용추계의 전제와 상세내역

1. 재정수반요인별 추계 여부

연번	조·항(조제목)	추계 여부	비고(추계 미 실시 사유)
1	안 제44조의2 (난임치료의 본인일부 부담금에 대한 특례)	○	○ 유사사례를 참고하여 추계

2. 비용추계의 총괄적 전제

□ 본 추계는 현행 30%인 난임시술의 본인부담률을 5%로 인하할 경우 발생하는 건강보험 지출 증가분에 연동되는 국고지원금의 증가분을 추가재정소요로 제시

○ 난임치료를 위한 난임시술(보조생식술)*은 2017년 10월부터 건강보험이 적용되어 요양급여 대상에 포함됨

- 「국민건강보험법」 제44조제1항¹⁾에 따라 요양급여를 받는 자는 진료비(요양급여비용)의 일부(이하 “본인부담금”)만을 부담하고 그 외의 비용은 국민건강보험공단(이하 “공단”)이 부담(이하 “공단부담금”)하고 있음

※ 제외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정

○ 따라서 개정안과 같이 본인부담률을 5%로 인하할 경우, 공단부담금은 진료비의 70%에서 95%로 25%p 증가할 것으로 예상됨

- 건강보험 재정은 공단의 회계로 운용되어 ‘국가 및 지방자치단체의 재정’이 아니므로 비용추계의 대상이 아님²⁾
- 다만, 건강보험 지출 증가분만큼 건강보험료 수입액 증가가 수반될 것으로 예상되며³⁾, 건강보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 일반회계 및 국민건강증진기금에서 국가가 지원하도록 하고 있어 건강보험 지출 증가분 중 실제 국고지원율에 해당하는 금액을 국가의 추가재정소요로 볼 수 있음⁴⁾⁵⁾

1) 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.

2) 「의안의 비용추계 등에 관한 규칙」 제2조에 따르면 ‘비용추계’는 발의·제안 또는 제출되는 의안이 시행될 경우 소요될 것으로 예상되는 ‘재정지출’의 순증가액 또는 재정수입의 순감소액에 관하여 추계하는 것을 의미하며, ‘재정지출’은 국가와 지방자치단체의 일반회계·특별회계의 세출 및 「국가재정법」 별표 2의 규정에 따른 법률에 의하여 설치된 기금의 지출을 의미한다. 따라서 ‘재정지출’에 해당하지 않는 건강보험 재정 자체는 추계 대상에 해당하지 않음. 다만, 건강보험에 대한 국가의 국고지원 금액만 그 대상이 됨

3) 건강보험료율 결정 절차에 따르면 먼저 건강보험 지출 금액을 추계하고 이를 토대로 필요 건강보험료 수입 규모를 추정 후(양출제입), 건강보험정책심의위원회에서 건강보험료율을 심의·의결함. 「국민건강보험법」 제69조에 따르면 공단은 건강보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 보험료를 징수하도록 하고 있어 건강보험 지출에 따라 건강보험 수입이 결정되는 것으로 볼 수 있음

4) 「국민건강보험법」 제108조의2에 따르면 국가는 예산의 범위에서 해당 연도 건강보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을 지원할 것을 규정하고 있으며, 법률 제6619호 「국민건강증진법」 부칙 제2항에서는 해당 연도 건강보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액을 지원하도록 정하고 있음(단, 부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없음)

5) 2023~2025년 결산 자료에 따르면, 건강보험료 실제 수입액의 평균 14.1%를 일반회계 및 건강증진기금에서 지원하였음

□ 2026년 기준 난임시술 제도가 유지되고 2025년 기준 건강보험 적용인 구 대비 난임시술 인원 비율과 평균 시술 행태(횟수)가 추계기간 동안 유지되는 것으로 가정

- 최근 난임시술 이용의 증가는 대부분 급여기준 확대 정책에 기인하며, 이를 제외할 경우 자생적 증가 추세는 관찰되지 않음
 - 2017년 10월 건강보험 적용 이후 급여기준이 확대된 연도(2019·2021·2024년)에는 이용이 크게 증가한 반면, 급여기준 변화가 없었던 연도에는 오히려 소폭 감소하였음(2022년 -1.0%, 2023년 -4.0%)⁶⁾
 - 최종적으로 2024년 11월 난임시술 횟수 지원 기준이 1인당 25회에서 출산당 25회로 변경되고 본인부담률 연령 기준이 폐지되어 45세 이상 여성의 본인부담률이 50%에서 30%로 인하되었음
 - 또한, 연령 제한, 본인부담률, 시술 횟수 및 성별 적용 범위 등의 주요 정책 확대 여력이 2024년까지 대부분 소진되어 추계기간 중 과거와 같은 정책 주도의 급격한 이용률 상승이 재현될 가능성이 낮음

□ 난임시술 본인부담률 인하에 따라 지방자치단체가 수행하고 있는 “난임부부 시술비 지원사업”의 지원 액수가 감소할 수 있으나, 이는 본 추계의 범위를 벗어나므로 고려하지 않음

- “난임부부 시술비 지원사업”은 2022년부터 지방이양되었으며, 보건복지부는 출산 당 지원 횟수, 최대 지원 금액 등에 대한 가이드라인을 매년 제시하고 있음

6)

[표] 난임시술 환자 수 현황

(단위: 명, %)

구분	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
난임시술 환자 수	12,569	116,462	123,322	130,746	143,999	142,572	136,905	161,083	189,460
(증가율)	-	(826.6)	(5.9)	(6.0)	(10.1)	(-1.0)	(-4.0)	(17.7)	(17.6)

주: 1. 난임시술 환자 수는 2017년 10월부터 건강보험이 적용된 난임시술 수진자 수를 의미함

2. 건강보험 심사일 2017~2025년 기준 발체

자료: 건강보험심사평가원

[표 2] 2026년 난임부부 시술비 지원사업 가이드라인

구분			출산 당 지원 횟수	출산 당 지원 금액
급여	체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만원 ¹⁾
		동결배아		최대 50만원 ¹⁾
	인공수정		1~5회	최대 30만원 ¹⁾
비급여	배아동결비		—	최대 30만원
	착상유도제 유산방지제		—	최대 20만원
	냉동난자 해동비		—	최대 30만원

주: 1) 본인부담금 합계액의 90% 해당액

1. 보건복지부 가이드라인에 따른 것으로, 각 지역마다 지원가능금액 등 기준이 다를 수 있음
자료: 보건복지부 「2026 모자보건사업 안내」를 바탕으로 제작됨

- 개정안 부칙은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행하도록 규정하고 있으므로 추계기간은 2027년부터 2031년까지 5년으로 함

3. 재정수반요인별 상세 추계내역

- 본인부담률 인하에 따른 국가의 추가재정소요는 건강보험 지출 증가분을 우선 추계하고 그에 상응하는 국고지원금 증가분을 산출함
- (건강보험 지출 증가분) 난임시술 환자 수에 1인당 평균 진료비⁷⁾와 개정안에 따른 공단의 추가 급여 부담분인 25%를 곱하여 급여비 추계
 - (국고지원금) 건강보험 지출증가분에 실 국고지원율(14.1%)을 적용

가. 건강보험 지출 증가분 추계

- (난임시술 환자 수) 건강보험 적용인구 전망치에 난임시술 진료실인원 비율을 곱하여 추계

※ 국민건강보험공단 제출자료에 따라, 난임진료(F021)에 대한 난임 수진자(남성 포함)를 난임시술 환자로 분류

7) 원론적으로 난임시술 대상자 수에 난임시술 종류별(신선배아, 동결배아, 인공수정) 1인당 평균 시술 건수와 시술 건당 평균 비용을 곱해야 하지만, 자료의 한계로 전체 난임진료 시술비만 집계되므로 이상의 방법으로 전망함

- 건강보험 적용인구는 통계청 장래인구추계(2023.12.) 전망치에 최근 3년(2023~2025년) 평균 건강보험 적용인구 비율(100.7%)⁸⁾을 곱하여 추계
 - 난임시술 이용은 가임연령대에 집중되어 있으므로 전체 건강보험 적용인구가 아닌 30~49세 적용인구를 분모로 하여 산출함
- 건강보험 적용인구 중 난임시술 환자 비율은 2025년 비율인 1.31%가 유지되는 것으로 가정

[표 3] 난임시술 환자 수 추계: 2027~2031년

(단위: 명)

구분	2027	2028	2029	2030	2031
건강보험 적용인구(A)	14,726,251	14,667,784	14,565,446	14,400,607	14,208,641
난임시술 환자 수(B=A×1.31%)	193,063	192,297	190,955	188,794	186,277

주: 30~49세 건강보험 가입자 중 난임진료(F021) 수진자(남성 포함) 수를 추계
자료: 국회예산정책처

- (1인당 평균 진료비) 2025년 기준 진료 1인당 평균 진료비 363만원에 최근 3년 평균(2024~2026년) 수가인상률 1.96%를 적용하여 추계
- 추계결과, 난임시술 본인부담률 인하에 따른 건강보험 지출 증가분은 2027년 1,821억원, 2031년 1,898억원 등 5년간 총 9,327억원(연평균 1,865억원)으로 추계됨

[표 4] 개정안에 따른 건강보험 증가분: 2027~2031년

(단위: 명, 만원, 억원)

구분	2027	2028	2029	2030	2031	합계	연평균
연간 난임시술 환자 수(A)	193,063	192,297	190,955	188,794	186,277	951,386	190,277
1인당 평균 진료비(만원)(B)	377	385	392	400	408	-	-
총 진료비(억원)(C=A×B)	7,283	7,396	7,488	7,548	7,594	37,310	7,462
공단부담금 증가분(억원)(D=C×공단 추가 급여율 25%)	1,821	1,849	1,872	1,887	1,898	9,327	1,865

자료: 국회예산정책처

8) 건강보험 직장가입자의 경우 중복가입이 가능하므로 생산가능인구의 건강보험 적용인구 비율은 100%를 상회할 수 있음

나. 건강보험에 대한 국고지원금 증가분 추계

- 건강보험에 대한 국고지원금은 개정안에 따른 건강보험 지출 증가분에 국고지원율을 곱하여 산출
 - ‘비용추계의 총괄적 전제’에서 전술한 바와 같이 양출제입의 원칙에 따라 건강보험 예상 지출 증가분만큼 예상 수입액이 증가하므로, 지출 증가분에 국고지원금이 연동된다고 가정
 - 국고지원율은 최근 3년(2023~2025년) 결산 상 실제 국고지원율의 평균인 14.1%를 적용
- 추계 결과, 난임시술 본인부담률 인하에 따른 국가의 추가재정소요는 2027년 257억원, 2031년 268억원 등 5년간 총 1,315억원(연평균 263억원)으로 추계됨

[표 5] 개정안에 따른 추가재정소요: 2027~2031년

(단위: 억원)

구 분	2027	2028	2029	2030	2031	합계	연평균
개정안에 따른 추가재정소요(안 제44조의2)	257	261	264	266	268	1,315	263

자료: 국회예산정책처

IV. 작성자

□ 성명

국회예산정책처	분석관	과장
사회비용추계과	임슬기	문지은

□ 대표연락처

성명	전화번호	이메일 주소
임슬기	02-6788-4740	sg.lim@assembly.go.kr