

IV

1

난임부부 시술비 지원사업

1. 사업 개요
2. 난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용
3. 지원대상자 자격조사 및 지원결정
4. 시술비 청구 및 지급
5. 난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영
6. 난임시술 의료기관 지정
7. 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공
8. 기타 행정사항

IV / 1. 난임부부 시술비 지원사업

- 난임부부 시술비 지원사업은 2022년 1월 1일부터 지방이양된 사업입니다. 기존 정부 지원사업의 경과 및 기준으로, 본 개정 시에는 지침 내 자구(오타) 수정 및 건강보험료 판정표 변경 등 지침 변경을 최소화하였습니다.

1 사업 개요

가. 목적

- 체외수정시술 및 인공수정시술 등 보조생식술을 받는 난임부부에게 건강보험 본인부담 및 비급여 일부를 보충적으로 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 난임부부가 희망하는 자녀를 갖도록 지원하기 위함

나. 추진근거

- 저출산·고령사회 기본법
제10조 (경제적 부담의 경감) 국가 및 지방자치단체는 자녀의 임신·출산·양육 및 교육에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.
- 모자보건법
제11조 (난임 극복 지원사업) 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.

다. 필요성 및 추진배경

- 난임에 대한 사회·국가의 책임 요구 증대
 - 난임부부의 지속적인 증가에 따라 난임문제를 개별 가정의 문제가 아닌 사회 현상으로 간주하여 대처 필요

- 난임당사자들도 국가지원 서명운동 전개(8.5천명) 및 국가지원에 관한 청원서 국회 제출 등 국가적 책무 이행을 요청('05년)
- 현재 체외수정시술 등 난임치료 시술비는 건강보험이 적용되지 않는 고액으로 시술비 중 일부를 지원함으로써 난임부부의 경제적 부담 경감 필요
- 아이를 원하는 가정이 출산을 할 수 있도록 적극적 출산지원정책 필요
 - 출산·양육의 사회적 장애 제거와 병행하여 난임과 같은 의료적 장애를 제거하는 지원정책 필요

라. 추진경과

- 체외수정시술비 지원(2006년)
 - (지원횟수) 2회
 - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% 이하
 - (지원금액) 1회당 150만원(기초수급자 255만원) 범위내
- 체외수정시술비 지원횟수 및 기초생활수급자 지원금액 확대(2009년)
 - (지원횟수) 2회 → 3회
 - (기초수급자 지원금액) 255만원 범위내 → 270만원 범위내
- 지원대상자 확대 및 인공수정시술비 신규지원(2010년)
 - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% → 전국가구 월평균소득 150% 이하
 - (맞벌이부부 지원 확대) 건강보험료(소득수준)가 낮은 배우자 보험료는 50%만 합산하여 선정기준 적합 여부 판정
 - (인공수정시술비) 1회당 50만원 범위내 3회까지 신규 지원
- 체외수정시술비 지원금액 및 지원횟수 확대(2011년)
 - (지원횟수) 3회 → 4회
 - (지원금액) 1회부터 3회까지는 1회당 150만원 범위내(기초수급자 270만원) → 180만원 범위내(기초수급자 300만원), 4회는 100만원 범위내

- 체외수정시술비 4회차 지원금액 확대(2013년)
 - (4회차 시술비) 100만원 범위내 → 180만원 범위내
- 체외수정시술비 최대 6회차까지 지원 확대(2014년)
 - (시술비 구분지원) 신선배아 3회, 동결배아 3회로 시술비지원 확대
 - (동결배아 미발생) 신선배아 4회까지 지원
- 체외수정시술비 신선배아 지원금액 확대(2015년)
 - (신선배아 시술비) 1회당 180만원 범위내 → 1회당 190만원 범위내
- 지원대상자 및 지원금액 확대(2016년)
 - (신선배아 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 100만원 범위내 신규 지원
전국가구 100%이하 190만원 범위내 → 240만원 범위내, 3회 → 4회
 - (인공수정 시술비) 전국가구 월평균소득 150% 초과 20만원 범위내 신규 지원
- 지원대상자 기준 변경(2017년)
 - (지원기준)
 - 전국가구 월평균소득 150% → 기준중위소득 200%
 - 전국가구 월평균소득 100% → 기준중위소득 130%
 - (신선배아)
 - (의료급여수급자) 4회, 1회당 300만원 범위
 - (기준중위소득 130%이하) 4회, 1회당 240만원 범위
 - (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 3회, 1회당 190만원 범위
 - (기준중위소득 200%초과) 3회, 1회당 100만원 범위
 - (동결배아)
 - (의료급여수급자) 최대 3회, 1회당 100만원 범위

- (기준중위소득 130%이하) 최대 3회, 1회당 80만원 범위
- (기준중위소득 130%초과 ~ 200%이하) 최대 3회, 1회당 60만원 범위
- (기준중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 30만원 범위
- (인공수정)
 - (의료급여수급자 ~ 중위소득 200%이하) 최대 3회, 1회당 50만원 범위
 - (중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 20만원 범위

※ 2017년 10월 국민건강보험 적용

구 분	내 용
혼인조건	법적 혼인상태에 있는 난임부부
적용대상 연령	부인 연령 만 44세 이하인 자(보조생식술 진료시작일 기준)
횟수	체외수정(신선배아4회, 동결배아3회), 인공수정 3회

● 지원대상 및 지원내용 변경(2018년)

- (지원대상)
 - 기준중위소득 130% 이하 및 의료급여수급자*
 - * 국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급자로 한정함
- (지원내용)
 - 체외수정(신선배아) 시술비 중 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원

● 지원대상 및 지원내용 변경(2019년)

- (지원대상)
 - 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층
- (지원내용)

- 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
- (지원횟수) 신선배아 최대 4회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
동결배아 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
인공수정 최대 3회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
- (지원금액) 1회당 최대 50만원
- (지원항목) 착상유도제, 유산방지제, 배아동결·보관비 포함

※ 2019년 7월부터 국민건강보험 적용 확대

구 분		현행	개선	비고
적용 대상 연령		여성 연령 만 44세 이하	폐지	만 45세 이상 본인부담 50%
체외수정	신선배아	4회	7회	4회 초과 시 본인부담 50%
	동결배아	3회	5회	3회 초과 시 본인부담 50%
인공수정		3회	5회	3회 초과 시 본인부담 50%

- 지원대상 및 지원내용 변경(2019년 7월)
 - (지원대상)
 - 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층(연령제한 폐지)
 - (지원내용)
 - 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금
 - (지원횟수) 신선배아 최대 7회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
동결배아 최대 5회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
인공수정 최대 5회(단, 건강보험이 적용되는 시술에만 지원)
 - (지원금액) 1회당 최대 50만원, 단 확대된 대상자 및 횟수는 최대 40만원
- 지원대상 부부 확대(2019.10.24.)
 - 지원대상을 사실상 혼인관계에 있는 부부로 확대

● 시술별 지원금액 조정(2020년)

- (지원대상)

- 기준중위소득 180% 이하 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층

- (지원내용)

- 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부·전액본인부담금 중 90%, 배아동결비(최대 30만원), 착상보조제 및 유산방지제(각 최대 20만원) 등 각 시술별 지원금액 상한범위 내

- (지원금액) 각 시술 및 회차에 따른 지원금액을 다음과 같이 변경

적용대상 연령(여성 기준)		만 44세 이하	만 45세 이상
체외수정	신선배아	1~4회	최대 110만원
		5~7회	최대 90만원
	동결배아	1~3회	최대 50만원
		4, 5회	최대 40만원
인공수정	1~3회	최대 30만원	최대 20만원
	4, 5회	최대 20만원	

※ 2021년 11월 15일부터 국민건강보험 적용 확대

구 분	현행	개선	비고
체외수정	신선배아	7회	본인부담 30% (만 45세 이상 본인부담 50%)
	동결배아	5회	
인공수정	5회	5회	

- 2단계 재정분권에 따른 2022년도 지방이양사업으로 확정
 - 행안부 예규 「2022년도 지방자치단체 전환사업 운영기준」에 따라 이양 전 사업지침을 준수하여 지원하되, 재정분권의 취지에 따라 자치단체가 자율적으로 사업 추진
 - 난임부부 시술비 지원사업 소득기준 폐지(2024년 1월) 및 지원 확대(2월)
 - '23.3월 「저출산·고령사회 정책 과제 및 추진 방향」 및 '23.7월 「난임·다둥이 맞춤형 지원 대책」에 따라 정부와 지방자치단체간의 논의와 사회보장제도 변경 협의를 통해 2024년 1월부터 난임부부가 소득수준에 상관없이 지원받을 수 있도록 광역시·도에서 소득기준(기준중위소득 180% 이하) 폐지
 - 건강보험 체외수정 시술별 횟수 통합 운영 및 시술 횟수 확대
 - 인공수정 시술에 대한 급여 횟수 구분은 유지하되, 체외수정 시술 신선배아 9회 + 동결배아 7회 + 추가 지원 4회 = 총 20회 지원하며, 기존 시술별 지원금액 상한범위 유지
 - 여성보다 선행하는 배우자 남성의 난임 시술과 난자채취 실패 및 미성숙 난자 등 불가피한 시술 실패·중단에 대한 기준을 개선하여 지원 실효성 제고
- ※ 2024년 2월 1일부터 국민건강보험 적용 확대

구 분		현행	개선	비고
체외수정	신선배아	9회	20회	본인부담 30% (45세 이상 본인부담 50%)
	동결배아	7회		
인공수정		5회	5회	

* 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정(보건복지부고시 제2023-280호, 2023. 12. 27.)

- 난임부부 시술비 지원사업 연령구분폐지 및 둘째아 이상 출산 지원횟수 확대 (2024년 11월)
 - '24.6월 「저출생 추세 반전을 위한 대책」의 후속조치로 난임시술 지원을 확대하여 '24년 11월부터는 난임시술 지원을 난임부부당 25회에서 출산당 25회*로 변경하고, 연령구분을 폐지하여 45세 이상 여성의 지원금도 44세 이하와 동일하게 적용
 - * 신선배아 110만원, 동결배아 50만원, 인공수정 30만원

※ 2024년 11월 1일부터 지자체 난임부부 시술비 지원사업 출산당 지원 횟수 및 지원 금액

구분 (출산당 지원 횟수 및 최대 지원금액)			지원 금액			
			기존(연령구분)		→	개선 (연령구분 폐지)
			만 44세 이하	만 45세 이상		
체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만원	최대 90만원	→	최대 110만원
	동결배아		최대 50만원	최대 40만원		최대 50만원
인공수정		1~5회	최대 30만원	최대 20만원		최대 30만원

- 지자체 비자발적 난임시술 중단시 지원(2024년 11월) : 의학적 사유(의료진 판단)에 의한 비자발적 난임시술 실패·중단(▲공난포(난자 미채취), ▲미성숙 난자 또는 비정상난자만 채취되어 수정가능한 난자 미획득) 시, 난임시술 횟수 차감 없이 지원 한도 내에서 지원 가능함
- 건강보험 난임시술 본인부담 완화 및 지원횟수 확대(2024년 11월)
 - '24.6월 「저출생 추세 반전을 위한 대책」의 후속조치로 난임시술 지원을 확대하여 '24년 11월부터는 난임시술 지원을 난임부부당 25회에서 출산당 25회*로 변경하고, 45세 이상 여성의 난임시술 본인부담률을 50%에서 30%로 인하
 - * 인공수정 5회, 체외수정(신선배아, 동결배아) 20회

※ 2024년 11월 1일부터 국민건강보험 적용 확대

구 분		기 존		개 선	비 고
지원기준(신설)		1인당 25회	→	출산당 25회	둘째아 이상 출산시 시술 횟수 확대
체외수정	신선배아	20회	→	20회	
	동결배아				
인공수정		5회		5회	
본인부담률	44세 이하	30%	→	30%	(연령구분폐지)
	45세 이상	50%			

* 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정(보건복지부고시 제2024-227호, 2024. 10. 31.)

마. 기본방향

- 아이를 원하는 난임부부의 경제적 부담을 완화하기 위해 보조생식술 소요 비용 지원
 - 비급여는 원칙적으로 지원 불가하나, 본 지침에 따라 지원이 가능하다고 기술된 경우에 한해 가능
- 2017년 10월 이후 난임치료시술에 대한 건강보험 적용으로 국가차원에서 안정적인 보편지원의 토대가 마련되었으므로, 지방자치단체는 지역별 상황과 특성에 맞는 난임치료시술 지원이 이루어지도록 함
- 의학적 근거를 기반으로 난임시술 효과성 및 시술여성의 건강에 미치는 영향 등을 고려하여 사업 추진
 - ※ 광역자치단체는 난임부부 시술비 지원사업 기본계획 및 시행계획 수립 시 필요한 경우 난임부부 지원사업 시·도심의위원회를 구성·운영할 수 있음
- 시술기관의 질 관리 및 평가시스템 강화
 - 불필요한 시술사례가 과잉 유입되지 않도록 시술확인서 및 난임진단서 분석을 통해 정도 관리 및 시술기관의 질적 수준 향상
 - 난임시술 의료기관의 평가관리체계를 도입·운영하여 시술기관의 각종 지침 준수 여부 및 시술 행태 등을 모니터링하고, 평가 결과를 공개하여 난임부부의 알 권리 보장
- 지원대상자의 정서적 지지체계 및 난임예방사업 활성화 병행

- 난임·우울증 상담센터 확대·운영 및 연계, 난임부부의 On-Line 커뮤니티 활성화 및 민간단체와의 연계·협조를 통한 난임 예방사업 효과성 제고

바. 지원범위

- 건강보험 급여가 적용된 보조생식술로서 체외수정시술(신선 및 동결배아시술) 및 인공수정시술(자궁 내 정자주입술)에 부담한 본인부담 비용
- 기타 시술에 직간접적으로 필요한 경우로서 본 지침에서 명시한 비용
- 그 외, 지자체는 지역 상황을 고려하여 지원범위를 자율적으로 결정하되, 본 지침에서 정한 지원내용* 외 추가 지원을 할 경우에는 최소한 본 지침에서 정한 지원범위는 반드시 준수

* 난임시술비 중 일부 및 전액 본인부담금, 일부 비급여(배아동결비, 착상유도제 및 유산방지제)

사. 기관별 담당업무

□ 행정안전부

- 난임부부 시술비 지원사업(지방이양사업) 성과평가 및 재원 보전

□ 보건복지부(인구아동정책관 출산정책과)

- 난임부부 시술비 지원사업 공통지침 안내
- 난임부부 지원사업 중앙심의위원회 구성·운영
- 난임시술 의료기관 지정 및 관리

□ 광역자치단체

- 난임부부 시술비 지원사업 사업계획 수립
- 난임부부 지원사업 시·도심의위원회 구성·운영

- 시·군·구(보건소)에 사업지침 이첩 및 예산배정, 사업량 조정
- 기타 난임부부 시술비 지원사업에 관한 지도·감독

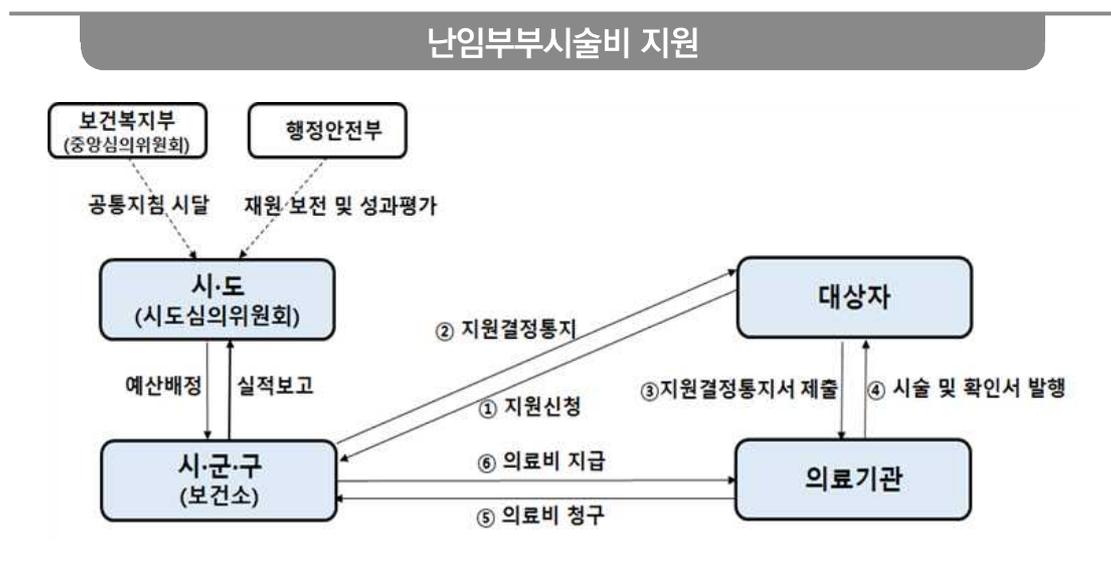
□ 시·군·구(보건소)

- 난임부부 시술비 지원사업 시행계획 수립
- 지원 신청 접수·상담 및 지원대상자 선정, 의료비 지급, 홍보
 - 지원대상자 및 시술기관 시술비 지원에 대한 확인 및 지도·감독

□ 난임시술 의료기관

- 특정 난임치료 시술(의학적 가이드라인 준수)
- 시술 후 난임여성 관할 보건소에 시술비 청구
- 난임시술 기록지 비치 및 난임시술 당사자 및 정부 제출 요구 시 협조
- 기타 정부지정 난임시술 의료기관으로서의 의무준수

아. 난임부부 시술비 지원사업 체계도



2

난임부부 시술비 지원사업 지원신청 및 지원내용

가. 지원신청 자격

□ 난임시술을 요하는 의사의 ‘난임진단서’ 제출자(난임진단서는 지침상 서식이어야 함)

* 난임진단서는 ‘정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사’에게 발급받아 제출해야 함

● 정부지정 난임시술 의료기관 시술 의사의 ‘난임진단서’

※ 비뇨기과 의사는 정부지원 ‘난임진단서’를 발급할 수 없음. 비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받은 자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 정부지정 난임시술 의료기관의 난임시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 ‘난임진단서’를 발급

□ 법적 혼인상태에 있거나, 신청일 기준 1년 이상 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소로부터 확인된 난임부부(지원신청 접수일 기준)

※ 보건소에서 확인된 사실상 혼인관계는 난임 시술 대상을 판정하기 위한 절차이며, 그 외 법적인 효력(법정 판결, 친자확인 사항 등)과는 관계가 없음에 유의

사실상 혼인관계를 유지하였다고 인정하는 기준

- 1) 신청인 외에도 사실상 혼인관계에 있는 상대방이 모두 시술 동의를 하였음을 서면으로 제출한 경우
 - 2) 사회적으로 인정이 될만한 실질적인 혼인생활을 영위한 것으로 추정할 수 있는 공문서 또는 사실혼 확인보증서를 제출한 경우
 - 공문서 : 주민등록상 1년 이상의 동거기록, ‘사실상 혼인관계 존재확인 소’ 판결문, 기타 정부 위원회(행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의회위원회 등)에서 발급한 판결문·서류로서, 해당 공문서 내에 두 당사자가 신청일 기준 1년 이상의 사실상 혼인관계를 영위하였다고 객관적으로 증명할 수 있어야 함
 - 사실혼 확인보증서 : 2인 이상의 제3자가 1년 이상의 동거 등 사실상 혼인관계를 보증한 경우로서, 지침상 서식에 해당 보증인의 인적사항 및 보증사실에 대한 법적 책임을 지는 것에 동의한다는 서명을 받아야 함
 - 3) 두 당사자의 가족관계등록부에 신청일 기준 제3자와의 혼인 관계가 없어야 함
 - 4) 사실상 혼인관계를 주장하는 당사자 중 일방이 외국인 또는 재외국민이었던 경우 1년 이상 당사자 모두 국내에 체류한 사실이 확인되어야 함
 - 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 및 출입국기록을 추가 제출하여 1년 이상 국내 체류 여부를 확인받아야 함
- * 입출국이 반복된 경우 국내 체류기간 모두 합산하여 산정 가능

□ 부부 중 최소한 한 명은 주민등록이 되어 있는 대한민국 국적 소유자(주민등록 말소자, 재외국민 주민등록자는 대상에서 제외)이면서, 부부 모두 건강보험 가입 및 보험료 고지 여부가 확인되는 자

※ 재외국민 주민등록 관련 법령 : 주민등록법 제6조, 제24조 참조

※ 단, 건강보험 적용만을 위한 사실상 혼인관계 인정은 부부 중 최소한 한 명은 건강보험 가입이 되어 있어야 하며, 건강보험 가입자에 한하여 난임시술에 대한 급여 적용이 가능함

나. 지원범위 및 내용

- 지원범위 : 체외수정(신선배아, 동결배아), 인공수정 시술비 중 일부 및 전액본인부담금, 비급여 3종(배아동결비, 유산방지제 및 착상보조제)
- 지원시술횟수 : 출산당 체외수정 최대 20회, 인공수정 최대 5회
 - ※ 난임부부 시술비 지원 사업의 시술 횟수 차감은 건강보험 급여 적용 및 횟수 차감하는 경우에 한함
 - ※ 의학적 사유(의료진 판단)에 의한 비자발적 난임시술 실패·중단(▲공난포(난자 미채취), ▲미성숙난자 또는 비정상난자만 채취되어 수정가능한 난자 미획득) 시, 난임시술 횟수 차감 없이 지원 한도 내에서 지원 가능함
 - 지원범위 : 일부·전액본인부담금 합계액의 90%에 해당하는 금액에 대해 지급가능(비급여 및 약제비는 제외)
 - 지급범위 : 결정통지서에 안내된 기간내에 시술이 시작된 경우로서 시술시작일로부터 난자채취를 시행했으나 ▲공난포만 채취한 경우, ▲성숙한 난자없이 미성숙 난자 또는 비정상 난자만 채취되어 수정 가능한 난자를 획득하지 못한 경우, 시술중단일까지의 시술비용을 지원
 - 적용시점 : 난자채취일이 '24년 11월 1일 이후부터 지원 가능
- 지원최대금액 : 아래 표 참조

구분 (출산당 지원 횟수 및 최대 지원금액)		지원 금액 (연령구분 폐지)	
체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만원
	동결배아		최대 50만원
인공수정		1~5회	최대 30만원

- 지원대상 난임시술 종류
 - 체외수정시술(IVF-ET)
 - 과배란유도, 난자채취, 난자세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)
 - 배아보조 부화술(Hatching)
 - 접합자 난관내이식(ZIFT)
 - 과배란유도, 난자채취, 세포질내 정자 직접 주입술(ICSI)
 - 생식세포 난관내이식(GIFT)
 - 동결배아이식
 - 배아난관이식(TET)
 - 인공수정시술
 - 배란유도(배란유도제로 경구제나 주사제 또는 병합투여) 후 인공수정시술
 - 자연주기 인공수정시술
- 생명윤리 및 안전에 관한 법률상 허용되는 범위에서 지원
 - 특정의 성을 선택하여 수정하거나, 미성년자의 정자·난자 활용행위 금지
 - 매매된 정자·난자 활용 금지
 - 대리모 제외
 - ※ 대리모는 '생명윤리 및 안전에 관한 법률' 및 '민법'과 관련된 현실적인 문제의 발생은 물론 윤리적 문제 야기로 국고 지원의 타당성이 떨어짐
 - 기타 관련 법령의 허용범위 내에서만 시술

생명윤리 및 안전에 관한 법률

- 제23조(배아의 생성에 관한 준수사항) ① 누구든지 임신 외의 목적으로 배아를 생성하여서는 아니 된다.
- ② 누구든지 배아를 생성할 때 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
1. 특정의 성을 선택할 목적으로 난자와 정자를 선별하여 수정시키는 행위

생명윤리 및 안전에 관한 법률

2. 사망한 사람의 난자 또는 정자로 수정하는 행위
3. 미성년자의 난자 또는 정자로 수정하는 행위. 다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위하여 수정하는 경우는 제외한다.
- ③ 누구든지 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부(反對給付)를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선하여서는 아니 된다.

제66조(벌칙)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역에 처한다.
3. 제23조제1항을 위반하여 임신 외의 목적으로 배아를 생성한 사람
4. 제23조제3항을 위반하여 금전, 재산상의 이익 또는 그 밖의 반대급부를 조건으로 배아나 난자 또는 정자를 제공 또는 이용하거나 이를 유인하거나 알선한 사람

제67조(벌칙)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 2년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.
1. 배아를 생성할 때 제23조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 자

2025년 지방자치단체 난임시술비 지원 현황('25.1월~)

시도	소득 기준	기타 자격요건	시술별 최대 지원 횟수			시술별 회당 최대 지원금액(기준) (공통) 일부·전액본인부담금 90%		지원금액 내 일부 비급여항목 지원 한도(기준) 유산방지제 20만원 착상유도제 20만원 배아동결비 30만원	비고
			체외수정		인공 수정	구분(여성 기준)			
			신선 배아	동결 배아		체외수정	연령구분 폐지		
서울	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	총 25회			기존 지침 동일		기존 지침 동일	
부산	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
대구	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
인천	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
광주	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
대전	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
울산	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
세종	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
경기	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
강원	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
충북	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
충남	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
전북	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
전남	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
경북	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일	별도 추가 있음	
경남	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	20	5	기존 지침 동일		기존 지침 동일		
제주	폐지	신청 시점 관내 거주 (여성)	총 25회		기존 지침 동일		기존 지침 동일		

※ 난임부부 시술비 지원사업은 지자체별로 지원사항이 다르니, 거주지 관할 보건소에 추가 문의해야 함

다. 신청 접수

□ 신청기간 및 방법

- 접수 : 연중 접수
 - 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속 또는 형제자매 신청 가능
 - 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청 시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서 등)제출
- 방법 : 보건소 방문(난임부부 중 여성의 주소지 관할 시·군·구 보건소) 또는 온라인(정부24, e보건소 공공보건포털) 신청
 - ※ 지원대상자가 통지서 발급 이후 타 지역으로 전출 시, 지원결정통지서를 발급한 보건소에서 시술비 지급
 - ※ 사실상 혼인관계인 경우, 최초 신청 시 방문 신청 필요(온라인 신청 불가)하며, 보건소장은 사실상 혼인관계를 확인하기 위해 이후에도 추가 방문을 요구할 수 있음
 - ※ 전입보건소 요구 시, 전출보건소에서는 전입보건소에 관련 사항 문서 통보(통합정보시스템상 현황자료 입력조치 완료 후 문서 통보하고 원본은 보관)

□ 제출서류

- 기본 첨부서류
 - ① 난임부부 시술비 지원 신청서 1부 <서식 1>
 - ② 난임 진단서 1부 <서식 2, 3>
 - * 난임 진단서는 1차 신청 시 제출한 내용을 최종 지원 시까지 같음함
 - * 사실혼 부부의 경우, 난임진단서 없이 신청 가능. 시술 종료 후 비용청구 전까지 진단서를 별도 제출받아 PHIS에 입력하여야 함
 - ③ 부부 모두의 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 1부씩
 - ④ 주민등록등본 1부(단, 부부 또는 직계비속이 별도의 주민등록지에 거주하고 있는 경우 가족관계증명서 1부 제출)
 - ※ ③~④의 경우 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략

● 추가 첨부서류

⑤ 사실상 혼인관계인 경우

- 당사자 시술동의서 <서식 10>
- 주민등록등본* 및 가족관계증명서 당사자별 각 1부
 - * 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의한 경우는 제출 생략
- 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인보증서<서식 11> 및 보증인 신분증 사본 각 1부)
 - * 주민등록등본상 동일 거주지에 1년 이상 동거한 기록이 있는 경우 제출 생략 가능
 - * 행정심판위원회, 보훈심사위원회, 범죄피해구조심의회, 의사상자심의위원회, 법원 판결문 등 정부기관에서 사실혼으로 인정한 공문서로서 반드시 1년 이상의 사실상 혼인관계 기간을 확인할 수 있어야 함
 - * 공문서 제출을 우선으로 받되, 해당 공문서가 없는 경우에 한해 사실혼 확인보증서를 징구(이 경우 보증인의 신분증 사본을 추가 징구하되, 주민등록번호 뒷자리는 삭제하여 보관)
 - * 사실혼 확인보증인은 반드시 내국인 성년자이어야 함(외국인 및 미성년자 불가능)
 - * 해외에서의 혼인신고 증빙서류는 인정하지 않음
- 1년 이상 체류를 증빙할 수 있는 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실 증명 중 1부(당사자가 외국인인 경우에 한함)
 - * 상기 서류 외에 1년 이상 체류를 추가 증빙하려는 경우 출입국기록을 추가 제출할 수 있음

‘행정정보 공동이용’ 활용 안내

- 행정정보 공동이용 등록사무명 : “난임부부 시술비 지원사업”
 - * 행정안전부에 민원사무로 등록되어 있음
- 이용 가능 정보내용
 - 건강보험 자격확인 및 건강보험료 납부확인서상의 고지금액 유무*
 - * 고지금액이 0원인 경우 급여개시유효일 등 건강보험 자격이 정상적으로 유효한지 파악하여야 함
- 보건소 업무담당자 사전조치 사항
 - 기관별 행정정보 공동이용 담당자(분임공동이용관리자)로부터 행정정보 공동이용 접근 권한을 신청하여야 함(보건소 권한 신청 부서는 구청 민원봉사과 등에서 담당)
- 시술대상자가 해야 할 사항
 - 지원신청서 뒷면의 ‘난임부부지원사업 개인정보 제공 동의서’에 동의 (서명)하여야 함.
 - * 행정정보 공동이용 화면 예시(고지금액)

월별	고지금액		납부금액	
	건강보험료	장기요양보험	건강보험료	장기요양보
01월	93,220원		93,220원	
02월	93,220원		93,220원	
03월	93,220원		93,220원	
04월	93,220원		93,220원	

※ 국제결혼자의 경우 주민등록 조회가 불가능할 경우 가족관계증명서 제출

3 지원대상자 자격조사 및 지원결정

가. 지원대상 자격조사

- 시·군·구 보건소에서 신청서 접수시마다 연령 등 자격기준 조사
 - 시술비지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격 조사 후 '지원결정통지서' 배부
 - ※ '지원결정통지서' 발급일부터 시술비 지원 가능
 - ※ 온라인(정부 24, e보건소 공공포털) 신청의 경우, 신청 시 제출서류를 모두 구비하였다면 지원결정 통지서의 발급일자를 지원 신청일로 지정하여 발급

나. 지원대상자 지원결정

- 수급권은 해당 난임부부에게 부여(선정)
- 신청자격 및 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 지원결정통지서를 발급
 - 지원결정통지서 발급 유효기간은 발급일로부터 3개월임
 - ※ 보건소 및 정부 난임시술 지정기관에서는 지원 유효기간 경과 시 재신청을 통한 자격요건 재확인 후 지원결정통지서를 재발급 받아야 한다는 사실에 대하여 지원결정통지서 발급 및 의료기관 내방 시 반드시 안내
 - 통지서 분실 시, 기존 통지서와 동일한 유효기간으로 재출력하여 배부
- 유효기간 내 시술을 시작하지 않고 유효기간이 경과 한 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 지원결정통지서를 새로 발급받아야 함
 - 단, 유효기간 변경을 원할 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 새로 발급받아야 함
- 지원결정통지서 발급 이후 난임시술 종류를 변경하여야 하는 경우, 해당 시술 지원 신청용 진단서 등 제출서류가 지원기준에 적합한 경우 기존 발급일에 맞춰 기존 지원결정통지서의 난임시술 종류를 변경하여 교부
 - ※ 예) 체외수정 중 신선배아 방식을 동결배아 방식으로 변경하고자 하는 경우(신선→동결) 등

사실상 혼인관계 부부 지원결정통지서 발급 안내

- 1) '사실상 혼인관계' 확인은 지원신청 접수일 기준으로 하며, 사실혼 확인에 대한 유효기간은 해당 신청에 따른 지원결정통지서 발급일로부터 6개월임
- 2) 사실혼 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술을 받는 경우, 사실상 혼인관계인 경우 제출하는 서류를 생략할 수 있음
- 3) 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일이 지원결정통지서 유효기간 종료일보다 선행할 경우 해당 통지서의 유효기간 종료일은 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일로 함
- 4) 사실상 혼인관계 부부에게 해당 지원결정통지서를 시술의료기관에 제출해야 건강보험 급여 적용이 가능함을 반드시 안내하여야 함

다. 건강보험 적용을 위한 사실상 혼인관계 인정

- 사실상 혼인관계를 확인한 경우라면 건강보험 적용만을 위해 지원결정통지서를 배부 가능
 - 다만, 지원결정통지서 내에 '지원한도액'을 해당사항없음(건강보험 급여만 적용)에 체크 후 배부하여야 함
- 사실상 혼인관계 확인 유효기간 내 또 다른 난임시술(건강보험 적용)을 받는 경우, 기존 통지서를 재출력하여 배부할 수 있음
- 보건소는 사실상 혼인관계만이 확인된 지원자에게는 해당 지원결정통지서를 시술의료기관에 제출하여야만 건강보험 급여 적용이 가능함을 반드시 안내하여야 함

4 시술비 청구 및 지급

가. 시술비 청구

- 지원대상자는 시·군·구 보건소에서 ‘지원결정통지서’ <서식 4>를 교부받아 시술을 받는 정부지정시술 기관에 제출
 - 지원결정통지서 발급 이후에 발생한 시술비용에 대해서만 지원하며 시술이 종료된 경우 소급지원은 불가. 단, 시술시작일이 공휴일(토요일 포함)인 경우에는 공휴일의 다음 날(연휴인 경우에는 연휴의 마지막 날의 다음 날)까지 ‘지원결정통지서’를 교부받은 경우에 한하여 시술비 지원 대상으로 인정됨
 - 시술의료기관에서 발급한 진료비 계산서·영수증*(약제비 포함)을 첨부
 - * 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(별칙 제6호 서식) 참조

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2020. 4. 3.>

[]외래 []입원 ([]퇴원[]중간) 진료비 계산서·영수증

환자등록번호	환자 성명	진료기간		아간(공휴일)진료	
		부터	까지	[] 아간 [] 공휴일	
진료과목	질병군(DRG)번호	병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)	
항목	급여		비급여		금액산정내용
	일부 본인부담 본인부담금	전액 본인부담금	선택 진료료	선택진료 료 외	
진찰료					⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)
입원료	1인실				⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤
	2·3인실				
	4인실 이상				
식대					⑨ 이미 납부한 금액
투약 및 행위료					

- 지정시술기관에서는 지원대상자에 대하여 일반 시술자(비 지원대상자)와 동일하게 진료 및 시술을 시행하고, 정부지원사업을 인지하지 못하여 시술 당사자가 지원대상에서 누락되는 일이 없도록 정부지원사업 안내를 반드시 실시
 - ※ 관련 민원발생시 정부 시술지정기관 제외 등 조치
- 특히, 시술 전 진료 시 난임부부 시술비 지원사업이 지역마다 다를 수 있으며, 자세한 사항은 지원대상자(여성)가 거주하는 관할 보건소에 문의해야 함을 반드시 안내

- 시술확인서 <서식 5, 6> 작성시 ‘시술시작일’은 통지서 발급일과 같지 않을 수 있으며, 순수하게 시술이 시작한 일자부터 임신확인일까지로 기재
 - ※ 시술기간 통계의 정확도 제고를 위해 실제 시술의 시작과 끝을 정확히 기재할 것. 다만, 시술시작일이 통지서발급일보다 앞설 경우 지원금 청구시 통지서발급일부터 발생한 의료비만을 청구해야 함
- 시술 결과 임신한 경우, 시술확인서 상 임신낭 개수 기입이 누락되면 시술 대상자에 대한 시술비 지원이 불가하므로 임신낭 개수를 반드시 기입
- 사실상 혼인관계 당사자가 진단서 없이 최초 지원결정통지서를 발급받은 경우, 진단서를 보건소에 제출할 때까지 시술비가 지급되지 않음에 유의
 - 시술 당사자가 직접 보건소에 진단서를 제출하거나, 시술의료기관에서 비용 청구 시 진단서를 같이 첨부할 수 있도록 조치

나. 시술비 지급 기준 및 절차

□ 시술비 지급 기준

- (지급 범위) 결정통지서에 안내된 기간 내에 시술이 시작된 경우로서, 시술시작일* 부터 임신낭을 확인(또는 혈액·소변검사일)한 시술종료일까지 소요된 다음 시술비용에 대해 지급
 - * 과배란 유도 시 약제 처방일 또는 자연주기 이용 시 생리 시작 후 내원일부터 적용 단, 남성 난임으로 상기 기간 이전에 정자채취 및 처리를 시행하는 경우 정자채취 및 처리 시행일부터 적용(건강보험 적용 기준과 동일)
- 건강보험 회차 적용(횟수 차감)을 통해 보험자(건강보험공단)가 비용을 부담하고 남은 시술비(일부본인부담금)
- 그 외 시술에 필요한 경우로서 건강보험에서 전액본인부담급여(100/100)가 인정된 금액
- 비급여 비용으로서 이 지침에 허용한다고 명시한 시술 및 약제비용*
 - * 건강보험상 효과성 및 안전성이 일부 인정된 사례가 있어 정부지원의 타당성 역시 인정된 경우
- (지급 상한액) 시술기관에서는 시술대상자에게 정부지원금을 일부 본인부담금, 비급여 및 전액본인부담금을 선택하게 하여 청구

- 시·군·구별기준으로 청구지원 가능 금액이 다름에 유의(아래 표 참조)

구분 (출산당 지원 횟수 및 최대 지원금액)		지원 금액 (연령구분 폐지)	
체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만원
	동결배아		최대 50만원
인공수정		1~5회	최대 30만원

※ 단, 지역마다 지원가능금액 등 기준이 다를 수 있으므로 지원기준을 주민에게 충분히 홍보 필요

● (지급액 계산) 청구항목에 따라 지급되는 금액이 전부 지급되는 것이 아님에 유의

- (일부·전액본인부담금) 본인부담금 합계액의 90%에 해당하는 금액에 대해 지급 가능
- (비급여) 배아동결비는 최대 30만원, 착상유도제 및 유산방지제는 각각 20만원까지 지급 가능
- (지원금 합계) 상기 본인부담금 합계액의 90% 및 비급여 금액의 합산액은 지급상한액을 넘을 수 없음

※ 절사금액 발생에 대하여는 90% 초과분 발생액도 인정

※ 단, PHIS 시스템은 90% 반영분만 자동계산되므로 금액불일치 인정

예 시

☞ 1회차 신선배아 시술 시 일부 및 전액본인부담금이 100만원, 배아동결비 40만원, 유산방지제 15만원을 청구한 경우

- (일부 및 전액본인부담금) 90만원 = 100만원 × 90%

- (배아동결비) 30만원 (상한액)

- (유산방지제) 15만원 (청구액)

⇒ 합계액 : 110만원

(합계액은 135만원이나 상한액을 초과하였으므로, 지원금 상한액인 110만원 지급)

□ 시술비 지급 절차

- (시술의료기관 청구 절차) 정부지원금은 시술을 종료한 후 시술대상자 주소지의 시·군·구 보건소에 청구 (청구서, 지원결정통지서 사본, 시술확인서, 진료영수증, 진료상세내역서, 통장사본 첨부)
 - 시술의료기관에서 보건소에 청구하는 시술비(지급범위에 해당하는 비용을 합산한 금액을 말함)가 정부지원금 상한액보다 초과된 경우라면, 정부지원금 상한액을 청구, 그 이외에는 시술비를 청구
 - 비급여, 일부본인부담금 및 전액본인부담금을 혼재하여 청구하려는 경우, 비급여 및 전액본인부담금액을 우선(선순위) 청구하고, 일부본인부담금을 후 순위로 청구(본인부담상한제※ 적용 관련)
 - ※ 전체 10분위 기준 연간 80만원(소득최저)에서 580만원(소득최고)까지 본인부담상한초과분에 대하여 다음연도에 건강보험공단에서 환급해주는 제도로, 별도 국가예산 등으로 지원받는 일부 본인부담금의 경우 환급대상에서 제외됨
 - 시술 중 의학적 판단 또는 개인적 사유에 따라 불가피하게 시술을 중단한 경우라도, 건강보험 횡수 차감이 되었다면 정부지원금 상한액 내에서 시술비 청구 가능(이 경우, 중단이유에 대해 시술확인서에 기재하여야 함)
 - ※ 시술비 청구 (서식 7)는 시술 종료일로부터 1월 이내에 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 6개월의 범위 내에서 지연청구 가능
- (지원대상자의 약제비 청구절차) 지원대상자는 시술과 직접적 관련 있는 원외약 처방을 받은 경우 시술확인서, 처방전, 약제비 영수증 등 제출 시 일부 본인부담금, 비급여(전액본인부담금 포함) 약제비에 대하여 정부지원금액 한도 내에서 지급 가능
 - 시·군·구(보건소)에서는 지원대상자 및 시술의료기관에 지급한 금액의 합산액이 정부지원금 상한액을 초과하지 않도록 유의하여야 함
 - ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련 서류(시술비 청구서 <서식 8>, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서<서식 5, 6> 1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자 본인의 계좌 통장 사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소 또는 e보건소 공공보건포털로 청구하되, 1개월이 지나서 청구하는 경우는 청구서의 지연 사유를 확인하고 보건소장이 그 사유가 타당하다고 판단하는 경우 6개월의 범위 내에서 지연청구 가능
 - ※ 개인에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외처방약의 경우에만 해당되며, 의료기관의 시술비 청구금액 확인 후 지급이 되므로 개인지급에는 다소 시간이 걸릴 수 있음

- (지원대상자가 시술의료기관 외 민간의료기관에서의 착상유도제 또는 유산방지제 청구절차) 지원대상자는 2차 민간의료기관 및 보건소에서 프로그스테론 억제 (착상유도제 또는 유산방지제)를 투약한 경우, 그 약제비용이 포함된 영수증을 제출하여 전부 본인부담금, 비급여 약제비에 대하여 정부지원금액 한도내에서 지급 가능
 - 시·군·구(보건소)에서는 지원대상자 및 시술의료기관에 지급한 금액의 합산액이 정부지원금 상한액을 초과하지 않도록 유의하여야 함
 - ※ 시술비 지급청구는 시술 완료 후 관련서류(청구서 <서식 8>, 체외수정 또는 인공수정 시술확인서 <서식 5, 6> 1매, 원외약처방전 및 영수증, 시술자 본인의 계좌 통장 사본)를 첨부하여 1개월 이내에 관할 보건소로 청구하여야 함(약제비 청구절차와 동일)
 - ※ 개인에게 지급되는 시술비는 약제비에 대해서만 해당되며, 투약에 대한 시술비(주사시술 비용) 및 진료비(본인부담액)에 대해서는 지원이 불가능함
- (보건소의 비용 지급 절차) 시·군·구(보건소)에서는 시술비와 약제비 청구서가 모두 접수된 날로부터 가급적 30일 이내에 해당 의료기관 및 지원대상자(개인)에게 시술비 지급(계좌 송금)
 - 시술비가 정부지원금 이내인 경우에는 총 시술비를 확인하여 그 범위 내에서 지급
 - 시술비 총액이 평균시술비에 비해 과다하거나 허위청구가 의심된 때에는 철저히 확인 후 지급
 - ※ 전문의약품 주사제는 주사시술 당일날 투약하려는 약제만 원내처방되어야 함(의료법)
 - ※ 전체 시술과정(약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지)이 둘 이상의 시술기관으로 나뉘어 있는 경우 시술비 신청시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부하여 시술과정과 내용의 중복 및 중단 등이 없이 연속적 시술행위가 이루어졌음을 신청자 및 의료기관이 입증(입증 곤란시 최초 지원결정통지서 제출 시술 기관의 시술비만 정부 지원 인정)
 - 지원대상자에게 지급되는 시술비는 시술과 직접적 관련이 있는 원외약 처방 인지 확인 후 시술본인의 계좌로 지급
 - 비급여가 아닌 임신확인검사(노검사, 혈청검사 또는 초음파상 임신낭 확인 검사)비 역시 청구 가능
 - 당해 연도 시술비지원 예산 부족으로 인해 발생한 미지급분에 대해서는 다음 연도 예산으로 지급 가능

- 시·군·구(보건소)는 본 지침의 시술지원 범위 내에서는 PHIS시스템을 통해 지원대상자 관리 등 절차를 처리할 수 있으나, 그 외 별도지원 사항에 대해서는 자치단체 자체적으로 시스템 마련하여 대상자 등 관리 필요

□ 허용되는 비급여 지원 시술 및 약제비용 지원

● 비급여 비용의 지원 원칙

- 유산방지제, 착상유도제, 배아동결비용(보관비용을 포함함)은 전체시술과정 (약제 투여 시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지) 중 발생되어 청구된 경우에만 지원이 인정됨(해동되었다 다시 동결하는 경우 지원 불가능)
- 각종 유전자검사, 면역력검사 및 선택유산시술 비용 등은 지원 불가능※
※ 해당 검사 및 시술은 법적으로 금지되어 있거나, 보편적이지 않은 타 비급여 시술을 유도하는 측면이 있으며, 효과성, 비용의 적절성 등을 건강보험 체계 내에서 검증되지 못한 점 등을 종합적으로 고려
- 각 비급여시술 및 약제별로 지원한도를 정하되, 그 총 합계액은 본인부담금 한도 내에서 지원

● 자궁착상유도제 및 유산방지제의 지원 방향

- (지원 약제 범위) 의약품안전나라(<https://nedrug.mfds.go.kr>)에서 주성분이 프로그스테론으로, 황체(기) 결합, 호르몬 이상 및 면역학적 요인 등을 보조해 주는 용도로 검색·확인된 약제
※ 프로그스테론 질정 및 주사, 타이유 프로그스테론 주사, 슈게스트 프로그스테론 주사, 제니퍼 프로그스테론 주사, 루티너스 질정, 유티로게스탄 질정, 예나트론 질정, 크리논 겔, 사이클로제스트, 프롤루텍스주 등
- (지원액) 각 약제용도 당 최대 20만원 한도 내에서 지원

● 배아 동결·보관비의 지원 방향

- (지원대상) 신선배아 시술에 따른 배아 이식 후 남은 배아, 자궁내막 등 여성의 건강상태가 이식을 하지 못할 상태 및 질병 확인 때문에 배양 배아를 향후 난임 시술 목적으로 배아를 동결, 보관할 필요가 있는 경우
- (지원액) 동결 및 최대 1년까지의 보관비용※에 한해 시술당 최대 30만원 지원
※ 시술기간 지원 원칙에도 불구하고, 1년간의 보관비용에 대해서 지원함

5

난임부부 지원사업 심의위원회 구성·운영

가. 난임부부지원사업중앙심의위원회

□ 설치·운영 : 보건복지부

□ 위원 구성

- 대한산부인과학회, 대한생식의학회, 대한보조생식학회, 대한산부인과 의사회, 건강 보험심사평가원, 국민건강보험공단, 대한비뇨기과학회, 여성계, 윤리계 등 각 단체의 장으로부터 추천을 받은 자와 보건복지부 공무원 등 15인 이내
※ 보건복지부 인구아동정책관은 당연직 위원으로 하고, 간사는 보건복지부 출산정책과장이 됨

□ 의결방법

- 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결
※ 서면회의 시 재적위원 과반수의 의견 제출과 의견 제출위원 과반수의 찬성

□ 기능

- 난임부부 시술비 지원사업(체외수정 및 인공수정)의 의학적 기준 심의, 시술 관련 의료적 가이드 제시 및 각종 주요 사안 심의

나. 난임부부지원사업시·도심의위원회

□ 설치·운영: 시·도

□ 위원 구성

- 당연직위원(국장급 공무원)을 포함하여 9명 이내의 위원으로 구성하고, 담당 과장이 간사를 맡음
- 보건 의료 수요자를 대표하는 사람 2명
- 의료법 제28조 및 제52조에 따른 의료인 단체 또는 의료기관 단체에서 추천하는 사람 3명
- 시·도 소속 3급 상당 공무원 1명
- 난임 관련 학식과 경험이 풍부한 전문가 3명

□ 기능

- 난임부부 시술비 지원사업의 의학적 기준 심의 등 각종 주요 사안 심의

6 난임시술 의료기관 지정

가. 지정 및 지정절차

□ 난임시술(체외수정 시술) 의료기관

1) 지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “난임시술(체외수정 시술) 의료기관”
- 지정신청자격<모자보건법 시행규칙 별표2>
 - “생명윤리 및 안전에 관한 법률” 제22조(배아생성의료기관의 지정 등) 규정, 동법시행규칙 제17조(배아생성의료기관의 지정) 규정에 의거 보건복지부령이 정하는 시설 및 인력 등을 갖추어 “배아생성기관”으로 지정받은 의료기관중 본 사업 참여를 희망할 경우 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식>을 작성하여 신청

2) 지정절차

- 정부지원 난임치료 체외수정 시술 사업에 참여하고자 하는 배아생성의료기관은 ‘난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서’ <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식>를 제출
- 보건복지부장관은 난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서를 검토하여 배아생성의료기관을 “난임시술(체외수정 시술) 의료기관”으로 지정·통보

□ 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관

1) 지정

- 지정권자 : 보건복지부장관
- 지정기관의 명칭 : “난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관”
- 지정신청 자격기준<모자보건법 시행규칙 별표2>
 - 시설기준 : 정액채취실(개인 프라이버시 보호가능한 독립적 공간), 진료실
 - 장비기준 : 초음파기기, 현미경을 포함한 정액검사장비, 정자분리 장비 (예시, 원심분리기 등)
 - 인력기준
 - 산부인과 전문의 1명 이상
 - 시술을 보조할 수 있는 간호사 또는 간호조무사 1명 이상을 두어야 함

2) 지정절차

- 정부 인공수정시술 지원사업에 참여하고자 하는 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식>에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 다음 각호의 서류를 준비하고 관할지역 보건소에 요청
 - 의료기관 개설신고증명서 또는 의료기관 개설허가증 사본
 - 시설, 장비 및 전문인력 명세서
 - 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서<모자보건법 시행규칙 별지 제9호의2서식>
 - ※ 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제22조에 의한 배아생성의료기관은<모자보건법 시행규칙 별지 제9호의3서식에 의한>“난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서”로 신청(배아생성의료기관 지정서사본 첨부)
- 요청을 받은 보건소 담당자는 해당 의료기관에 현장방문하여 시설, 장비, 인력 등 자격기준 충족여부 점검 후 ‘자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서’를 발급

- 보건소로부터 점검표를 발급받은 해당 의료기관은 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호서식>에 의한 난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서에 상기 각호의 서류를 첨부하여 보건 복지부에 제출
- 보건복지부장관은 난임시술 의료기관을 지정하는 때에는 <모자보건법 시행규칙 별지 제9호의4서식>에 의한 난임시술 의료기관 지정서를 교부할 수 있음

나. 체외수정 시술 및 인공수정 시술(공통)

□ 의료기관 변경사항 신고

- 난임치료 시술기관은 기관의 명칭, 기관장(대표자), 소재지, 시설, 전문인력(의사에 한함)을 변경하려면 별지 제9호5서식의 변경신고서를 난임시술 의료기관 지정서 원본과 변경사항을 확인할 수 있는 서류를 첨부하여 변경사유가 발생한 날부터 30일 이내에 보건복지부장관에게 제출
- 보건복지부는 지정사항 변경처리후 지정서를 고쳐 써서 발급하거나 재발급함

□ 지정 반납 및 해지

- 난임치료 시술기관으로서의 기능이 상실된 의료기관은 난임시술의료기관 지정서를 보건복지부에 반납하여야 하며, 해당 기관에 대해서는 지정해지 하고 결정사항을 해당기관에 통지하며 “난임치료 시술지정기관 목록”에서 퇴록. 각 시·도에 통보
- “난임부부지원사업 시술 지정기관(체외수정 및 인공수정)”은 지정 반납 사유가 발생하면 그로부터 7일 이내에 보건복지부에 공문으로 보고하고 당해 시술기관 내에서는 관련 사실을 6개월 이상 반드시 안내(공지)하여 민원 불편이 발생하지 않도록 함
- 진단서 허위발급 및 시술비 허위청구, 시술비 과다 청구시 보건복지부에서 현황 파악 후 지정기관 제외 등 조치

□ 난임치료시술지정기관 준수사항

- 정부에서 제공하는 ‘난임치료시술 가이드라인(체외수정 또는 인공수정시술)’을 준수하고 정부에서 제공하는 ‘양식’을 사용할 것
- 난임시술 전 부부 모두 난임의 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실 있는 시술이 이루어지도록 할 것
- ‘난임치료시술 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것
 - 일반 환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제, 시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
 - 일반 환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것
- 난임시술비지원사업 안내를 위하여 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해줄 것
 - 병원에 반드시 ‘정부지원사업 안내’ 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보하며, 난임진단 사유로 내원한 환자에게는 반드시 정부지원사업 안내를 하여 불이익을 받는 자가 발생하지 않도록 할 것
- 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지말 것
- 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링, 설명회 등에 필히 협조·참석 할 것
- 지정조건 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음
- 시술확인서, 청구 영수증 등 시술 증빙자료를 성실히 구비하여 보건소(청구기관)에 제출할 것(시술 종료일로부터 1개월 이내 청구)

7 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공

가. 난임·임산부심리상담센터

- 난임환자 및 임산부 심리상담서비스 제공

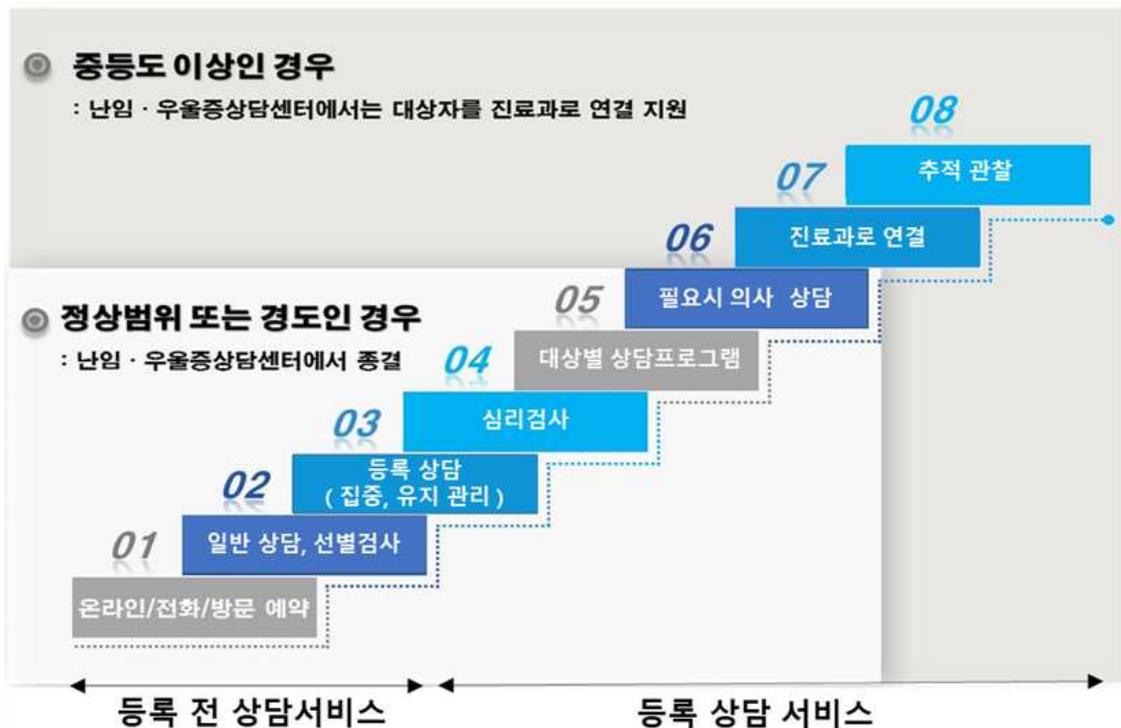
구 분		내 용
대 상		난임부부, 유산 및 사산 경험 부부, 임신부, 산모, 양육모(출산 후 36개월 이내), 그 배우자 및 가족 등
상담문의 및 상담예약		www.nmc22762276.or.kr ※ 중앙 및 권역 난임·임산부 심리상담센터 기관 안내 [표 1] 참조
상담 유형	대면	대상자나 가족 등이 직접 센터로 방문하여 대면상담, 대상자가 거주하는 연계기관으로 방문하여 상담
	비대면	전화, 온라인, 영상으로 상담
상담시간	예약제	(평일) 월~금 09:00 ~ 17:00
상담사		정신건강전문요원, 사회복지사, 임상심리사, 간호사

※ [표 1] 중앙 및 권역 난임·임산부 심리상담센터 기관 안내

구분	운영기관	주소	전화	누리집
중앙	국립중앙의료원	서울 중구 을지로 245, 본관 2층	02-2276-2276	www.nmc22762276.or.kr
인천	(의)아인의료재단 아인병원	인천 미추홀구 경인로 372,아인병원 5층	032-466-3268	www.id-incheon.co.kr
대구	경북대학교병원	대구 중구 달구벌대로 2167, 7층	053-261-3375	www.healthymom.or.kr
전남	의료법인 내일의료재단 현대여성아동병원	전남 순천시 장선배기1길 8, 3층	061-901-1234	www.hwc1234.co.kr
경기	인구보건복지협회 경기도지회	경기 수원시 팔달구 고화로14번길 11, 3층	031-255-3374	www.happyfamily3375.or.kr
경북	경상북도 안동의료원	경북 안동시 태사2길 55	054-850-6367	happymoa.kr

구분	운영기관	주소	전화	누리집
서울	연세대학교의과대학 강남세브란스병원	(강남센터) 서울 강남구 연주로 211, 2동 3층	(강남) 02-2019-4581	www.mindcare-for-family.kr
		(송파센터) 서울 송파구 충민로 66, 가든파이브 영관 8층	(송파) 02-6956-6248	
경기 북부	동국대학교 일산불교병원	경기 고양시 일산동구 동국로 27	031-961-8500	happyfamily.dumc.or.kr
경북 서부	경상북도 김천의료원	경상북도 김천시 모암길 24 응급수납 2층	054-429-8540	www.healthymoa.kr
서울 서남	서울특별시 보라매병원	(보라매센터) 서울 동작구 보라매로5길 15 전문건설회관 28층 (금천구센터) 서울 금천구 시흥대로 239 금화빌딩 10층	(보라매) 02-870-3617 (금천) 02-895-1002	www.fmc.or.kr

● 난임·임산부심리상담센터 단계별 상담서비스 안내



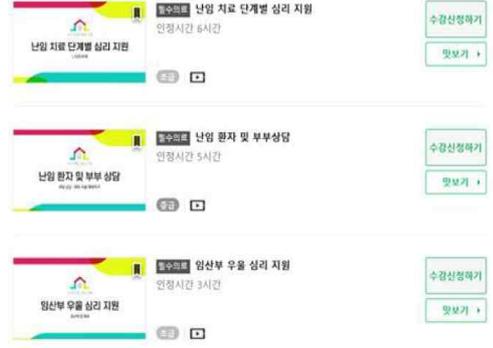
1. 선별검사 이후 등록 전 대상자의 우울증상 정도 및 알코올 사용 장애, 니코틴 의존도를 측정하기 위한 사전검사 실시, 일반상담(등록 전 상담)을 통해 지속

상담이 필요하다고 판단되는 경우 센터 등록 및 지속 상담을 진행함. 등록 전 대상자에 따라 필요한 연계기관, 기타 상담센터 등을 이용할 수 있도록 안내.

2. 등록 후 대상자의 우울, 불안, 스트레스 증상 등의 증상 및 정도를 측정하기 위한 심리검사 실시하며, 등록 상담제공. 또한 중앙센터에서 개발한 상담 프로그램을 이용한 집단 상담이나, 각 센터에서 자체적으로 실시하는 집단프로그램(산림치유프로그램, 원예치유프로그램 등)에 참여할 수 있음.
3. 등록관리 중 정신병리가 의심되거나 정신건강의학과 전문의의 진단 및 평가가 필요한 경우 진료의뢰나 의사상담 서비스를 제공함. 또한 정신건강의학과 진료의뢰 기준에 충족하는 의료급여 1·2종 및 중위소득 150% 이하에 해당자에게 의료비 중 본인부담금에 대한 의료비를 지원(1인 최대 30만원).

● 온라인 교육과정 운영

1. 난임 및 임신부 정신건강 전문가 온라인 교육과정
 - 교육 대상 : 난임 및 임신부의 정신건강에 관심 있는 대상자
 - 강의 과정 (총 3개과정, 16차시)
 - 1) 난임 치료 단계별 심리지원
 - 2) 난임 환자 및 부부 상담
 - 3) 임신부 우울 심리지원
2. 유산·사산 대상자 건강관리 및 심리지원 온라인 교육과정
 - 교육 대상 : 난임, 유·사산 경험 대상자, 임신부 및 양육모 등의 대상자에게 심리상담을 제공하는 정신건강전문가, 상담 실무자, 접점부서 실무자, 병의원 관련 업무 실무자. 관련 업무 담당 공무원 등
 - 강의 과정 (총 1개과정, 2차시)
 - ※ 교육 신청 : 국립중앙의료원 공공보건의료교육 훈련센터 홈페이지 ▶ 이러닝 (사이버 연수원) ▶ 이러닝 과정 ▶ 전문임상 ▶ 산모, 신생아 ▶ 과정 신청 후 학습 가능(학습 누리집 : edunmc.hunet.co.kr/home)

공공보건의료교육 훈련센터 홈페이지 화면	교육과정
	

※ 본 과정은 내부 정책에 따라 변경될 수 있습니다.

참고 1

난임 부부를 위한 우울증 설문
(Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

▶ 지난 2주 동안 아래 나열되는 증상들에 얼마나 자주 시달렸습니까?

	문항	없음	2-6일	7-12일	거의 매일
1	기분이 가라앉거나, 우울하거나, 희망이 없다고 느꼈다.	①	②	③	④
2	평소 하던 일에 대한 흥미가 없어지거나 즐거움을 느끼지 못했다.	①	②	③	④
3	잠들기가 어렵거나 자주 깬다/ 혹은 너무 많이 잤다.	①	②	③	④
4	평소보다 식욕이 줄었다/혹은 평소보다 많이 먹었다.	①	②	③	④
5	다른 사람들이 눈치 챌 정도로 평소보다 말과 행동이 느려졌다/혹은 너무 안절부절 못해서 가만히 앉아 있을 수가 없었다.	①	②	③	④
6	피곤하고 기운이 없었다.	①	②	③	④
7	내가 잘못 했거나, 실패했다는 생각이 들었다/혹은 자신과 가족을 실망시켰다고 생각했다.	①	②	③	④
8	신문을 읽거나 TV를 보는 것과 같은 일상적인 일에도 집중 할 수가 없었다.	①	②	③	④
9	차라리 죽는 것이 더 낫겠다고 생각했다/혹은 자해할 생각을 했다.	①	②	③	④

- 총점 10점 이상일 때 상담 필요
- 9번 항목에 ① ~ ④ 체크 한 경우 상담 필요
- 박승진, 최혜라, 최지혜, 김건우, 홍진표(2010). 한글판 우울증선별도구(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)의 신뢰도와 타당도. 대한불안학회지 6, 119-24

참고 2

임산부를 위한 우울증 설문
임산부를 위한 우울증 설문
 (Korea version of Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS-K)

▶ 현재의 기분이 아니라, 지난 7일 동안의 기분을 가장 잘 표현한 대답에 표시해 주십시오.

1. 나는 사물의 재미있는 면을 보고 웃을 수 있었다.	① 예전과 똑같았다. ① 예전보다 조금 줄었다. ② 확실히 예전보다 많이 줄었다. ③ 전혀 그러지 않았다.
2. 나는 어떤 일들을 기쁜 마음으로 기다렸다.	① 예전과 똑같았다. ① 예전보다 조금 줄었다. ② 확실히 예전보다 많이 줄었다. ③ 거의 그렇지 않았다.
3. 일이 잘못될 때면 공연히 자신을 탓하였다.	① 전혀 그러지 않았다. ① 자주 그러지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 대부분 그랬다.
4. 나는 특별한 이유없이 불안하거나 걱정스러웠다	① 전혀 그렇지 않았다. ① 거의 그렇지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 자주 그랬다.
5. 특별한 이유없이 무섭거나 안절부절 못하였다.	① 전혀 그렇지 않았다. ① 거의 그렇지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 꽤 자주 그랬다.
6. 요즘 들어 많은 일들이 힘겹게 느껴졌다.	① 그렇지 않았고, 평소와 다름없이 일을 잘 처리하였다. ① 그렇지 않았고, 대개는 일을 잘 처리하였다. ② 가끔 그러하였고, 평소처럼 일을 처리하기가 힘들었다. ③ 대부분 그러하였고, 일을 전혀 처리할 수 없었다.
7. 너무 불행하다고 느껴서 잠을 잘 수가 없었다.	① 전혀 그렇지 않았다. ① 자주 그렇지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 대부분 그랬다.
8. 슬프거나 비참하다고 느꼈다.	① 전혀 그렇지 않았다. ① 자주 그렇지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 대부분 그랬다.
9. 불행하다고 느껴서 울었다.	① 전혀 그렇지 않았다. ① 가끔 그랬다. ② 자주 그랬다. ③ 대부분 그랬다.
10. 자해하고 싶은 마음이 생긴 적이 있다.	① 전혀 그렇지 않았다. ① 거의 그렇지 않았다. ② 가끔 그랬다. ③ 자주 그랬다.

- 총점 10점 이상일 때 상담 필요
- 10번 항목에 ① ~ ③ 체크 한 경우 상담 필요
- 김용구, 원성두, 최소현, 이승민, 임혜진, 김계현, 신영철(2005). 한국어판 Edinburgh Postnatal Depression Scale의 타당화 연구. 대한우울조울병학회, 3(1), 42-49

- 난임부부 상담서비스 안내

- 보건소 담당자는 난임부부 지원결정 통지서 발급 시, 신청자에게 심리상담 서비스 제공에 대하여 안내.

특히, 난임 부부를 위한 우울증 설문 (PHQ-9) 결과 10점 이상 혹은 9번 항목 ① ~ ③ 체크 한 경우 난임·우울증상담센터에 대한 정보를 제공하고 연계할 수 있도록 함.

[참고] 체외수정 시술 3번 이상 등 난임환자 우울 고위험군 확률이 높은 대상자에 대한 정보는 다음 자료에서 확인 가능

(난임·우울증상담센터 대상자 특성에 근거한 서비스 체계 고찰 및 개선 방안. 한국모자보건 학회지, 2020.)

나. 민간단체

- 기관명: (사)한국난임가족연합회 02-3431-3382
 - 사업내용: 난임예방교육, 난임극복교육 등
 - 난임상담: 1899-1806(www.agaya.org)

8 기타 행정사항

가. 난임여성 프로게스테론 주사 지원

□ 목적 : 장기간 지속 투약이 필요한 착상보조주사제를 인근 주사시술이 가능한
민간의료기관 또는 보건소에서 투약 지원

- 착상보조주사제 : 보조생식 시술 후 자궁착상 실패 또는 유산이 예상되는 난임 여성이 장기간 정해진 용량만큼 투약하는 프로게스테론 호르몬제로서 근육 내 직접 침습해야 하는 주사액을 의미
- 일반원칙 : 투약기관의 접근성, 시술 부작용 발생 시 대응 가능 여부 등을 검토하여 주사제 투약 편의성이 확보될 수 있도록 조치

□ 주사 지원방식 : 투약하려는 민간의료기관 또는 보건소에서는 관련 주사제를
구비하고, 진찰 및 처방(조제) 후 주사제를 투여(의료법 제18조, 약사법 제23조)

- 해당 난임 여성이 장기간 시술 의료기관에 내원하기 곤란하여, 거주지 인근 의료기관에서 투약하려는 경우, 시술 의료기관에서는 주사제명, 투약용량, 기간, 투약 시 유의사항 등이 적힌 진료의뢰서를 난임 여성에게 발급하고, 투약하려는 의료기관에 사전 예약 후 방문할 수 있도록 반드시 안내
- 투약 가능한 의료기관 및 보건소는 난임 여성이 예약 후 방문 전까지 주사제를 구비할 수 있도록 조치하고, 방문한 난임 여성으로부터 진료의뢰서를 제출받은 후 진료, 처방 후 주사
- 보건소에서는 관할지역 내 투약 가능한 의료기관의 명칭, 투약가능 일시(시간, 요일) 등을 현행관리, 시술 및 약제 비용 징수를 위한 조례 개정 등 조치

나. 난임관련 상담 전용창구(시설) 설치 운용

□ 목적(배경) : 난임상담 내역을 비공개하여 난임 당사자의 심리적 위축 및 프라이버시 침해 경감 유도

* 국민 생활밀착형 일괄 제도개선 요청(국민권익위원회 사회제도개선과-2426, '19.12월)

□ 추진방향 : 보건소 각 상황에 맞게 별도 상담 전용시설을 마련하거나 신청 창구를 타 모자보건사업(임신·출산 등) 지원신청 창구와 분리 운영

난임부부 지원사업 (Q&A)

➔ 2024년 11월1일 시행관련

① (지원기준) 1인당 25회 → 출산당 25회

- 출산 후 추가적인 임신을 원할 경우 25회 추가 제공 관련



Q 1. '24년 11월부터 난임시술 지원을 난임부부당 25회에서 출산당 25회로 변경에 대한 개선사항은 어떻게 되나요?

➔ 난임시술을 통해 출산 후 추가적인 임신을 원할 경우 기존에 받은 지원 횟수는 전부 차감되며, 새롭게 25회의 기회가 주어집니다. 난임부부시술비 지원사업도 이에 기존에 받은 지원 횟수는 전부 차감되며, 새롭게 25회의 지원 기회가 주어집니다.



Q 2. 체외수정 5회차에 임신 성공, '23년 2월에 첫째아를 출산함. 현재('24.10.20) 둘째아 임신을 위해 체외수정 8회차를 진행 중인데, 이 경우 체외수정 몇 차에 해당하나요?

➔ 체외수정 총 8회 사용 중(첫째아 체외수정 5회 사용, 둘째아 체외수정 3회 사용 중)이었으나, 11월 1일부터 첫째아 5회를 제외한 둘째아 3회만 반영. 둘째아 체외수정 3회에 해당함



Q 3. 출산당 급여인정 횟수의 적용기준은 어떻게 되나요?

➔ 보조생식술 시술 이력있는 여성이 출산(사산* 포함) 후, 2024년 11월 1일부터 보조생식술을 재시행하는 경우 체외수정(신선배아, 동결배아) 20회, 인공수정 5회 횟수가 다시 적용됩니다. 난임부부 시술비 지원사업도 급여인정 횟수의 적용기준과 같습니다.

* 사산: 임신 20주 이후 태아 사망으로 임신이 종결된 경우 의미

➔ 다만, 위 대상자가 2024년 11월 1일 전에 보조생식술을 재시행한 경우, 체외수정(신선배아, 동결배아) 20회, 인공수정 5회에서 이미 재시행한 횟수를 차감한 횟수가 적용됩니다.

② (본인부담) 건강보험 및 지자체 난임부부 시술비 지원사업 연령구분 폐지

- (건강보험 본인부담) 45세 이상 50% → 30% 관련
- (난임부부 시술비 지원사업) 연령구분 폐지(지원금액 44세 이하로 일원화)

구분 (출산당 지원 횟수 및 최대 지원금액)			지원 금액			
			기존(연령구분)		→	개선 (연령구분 폐지)
			만 44세 이하	만 45세 이상		
체외수정	신선배아	1~20회	최대 110만원	최대 90만원	→	최대 110만원
	동결배아		최대 50만원	최대 40만원		최대 50만원
인공수정		1~5회	최대 30만원	최대 20만원		최대 30만원

 1. 선별급여(본인부담률 50%)로 보조생식술을 시행하던 45세 이상 여성의 경우, 2024년 11월 1일 이후에 급여적용은 어떻게 되나요?

➡ 보조생식술 진료시작일을 기준으로 적용하므로, 진료시작일(과배란유도제 투여 등)에 선별 급여(본인부담률 50%)인 경우 시술 과정 진행 중 2024년 11월 1일이 되더라도 해당 보조생식술 진료기간의 보조생식술 시술 행위는 선별급여(본인부담률 50%)로 적용됩니다. 난임부부 시술비 지원사업도 급여적용기준과 같습니다.

예시 1976년 1월 1일생의 경우

연번	시술 시작일	시술 종료일	본인부담률
①	2024년 9월 20일	2024년 10월 10일	선별급여(50%)
②	2024년 10월 15일	2024년 11월 5일	선별급여(50%)
③	2024년 11월 10일	2024년 12월 30일	30%

③ 난임시술(보조생식술)고시 개정(2024년11월1일 시행)관련 난임시술(보조생식술)재등록



Q 1. 난임시술(보조생식술)재등록은 어떻게 하나요?

⇒ 2024년 11월1일 난임시술 관련하여, 급여횟수가 난임부부 당 25회에서 출산 당*25회로 확대되었습니다. 난임 시술 이력이 있으면서, 출산 이력이 있는 난임 부부는 '시술재등록'을 통하여 건강보험 급여적용 횟수를 기존 시술횟수 등을 반영하여 새롭게 부여받을 수 있습니다.

* 출산당 : 임신20주 이후(20주 1일부터)태아 사망으로 임신이 종결된 경우 포함

⇒ 시술 재등록 희망 난임부부의 경우 시술 재등록 신청서*와 관련 첨부서류** 작성, 시술지정의료 기관에서 재등록 관련 서류를 국민건강보험공단에 송부, '시술재등록'을 통해 건강보험 급여적용 횟수를 기존 시술횟수 등을 반영하여 새롭게 부여받을 수 있게 됩니다.

* 재등록 신청서 및 **관련 첨부서류는 국민건강보험공단 및 시술지정의료기관을 통해 안내받음



Q 2. 난임시술을 받아 출산한 경우에만, 난임시술(보조생식술)재등록을 할수 있나요?

⇒ 난임시술을 받아 출산한 경우, 재등록하여야 하고, 난임시술을 진행하다 자연임신으로 출산한 경우에도 보조생식술을 받기를 원하는 경우, 재등록하여야 합니다.

⇒ 따라서, 보조생식술을 받은 이력이 있는 여성 중 출산(자연임신 포함)을 한 여성의 경우, 보조생식술을 받기를 원하는 경우, 재등록하여 주시기 바랍니다.

4] 난임부부 시술비 지원사업 시술중단(공난포, 미성숙난자 등) 지원 관련



Q 1. 시술중단(공난포, 미성숙난자 등) 어떤 경우인가요?

- ➔ 의학적 사유(의료진 판단)에 의한 비자발적 난임시술 실패·중단은 ▼공난포만·채취한 경우(난자 미채취), ▼성숙한 난자없이 미성숙 난자 또는 비정상 난자만 채취되어 수정 가능한 난자를 획득하지 못한 경우에 한함



Q 2. 시술중단시 유효기간이 남아있으면 기존 지원결정통지서로 시술가능한가요?

- ➔ 기존 지원결정통지서로 보조생식술 진행하는 것은 가능하지 않습니다.
- ➔ 현재 시술중단 또는 시술종료된 경우 모두 지원결정통지서 유효기간과 관계없이 재사용이 가능하지 않습니다.
- ➔ 따라서, 공난포등으로 인한 시술중단시 결정통지서의 유효기간이 남아있더라도 난임부부시술비 지원신청서(서식1호) 재신청후 난임부부 시술비 지원결정통지서(서식)를 의료기관에 제출하여 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.



Q 3. 신청서식(5호)작성방법은?

- ➔ **예시1** (시술중단) 난자채취결과 공난포 등으로 채취되지 않은 경우 건강보험 환수는 미차감, 건강보험적용후 정부지원가능합니다. 단 일부·전액본인부담금 합계액의 90%만 지원가능합니다.
- ➔ **예시2** (시술중단) 시술 중 의학적 판단 또는 개인적 사유에 따라 불가피하게 시술을 중단할 경우라도, 건강보험 환수 차감이 되었다면 정부지원금 상한액 내에서 시술비 청구가능합니다. 이 경우 중단이유에 대해 시술확인서에 기재하여야 합니다.



Q 4. 지원내용 및 신청절차는?

- ➔ (일부·전액본인부담금) 본인부담금 합계액의 90% 지원, 신선배아 최대110만원, 동결배아 최대 50만원 (비급여 및 약제비는 신청 불가),
- ➔ 난임시술의료기관에서 대상자의 보건소에 청구(서식5, 서식7)



Q 5. 지급범위는?

- ➔ 결정통지서에 안내된 기간내에 시술이 시작된 경우로서 시술시작일*부터 난자채취를 시행했으나 공란포만·채취된 경우, 성숙한 난자없이 미성숙 난자 또는 비정상 난자만 채취되어 수정 가능한 난자를 획득하지 못하여 시술중단일까지 시술비용에 대해 지급
- ➔ 난자채취일이 '24.11월1일부터 적용되며 기준범위는 기간내에 시술이 시작된 경우로서 시술시작일부터 난자채취를 시행했으나 공란포만·채취된 경우, 성숙한 난자없이 미성숙 난자 또는 비정상 난자만 채취되어 수정 가능한 난자를 획득하지 못하여 시술중단일까지 시술비용에 대해 지급

➔ **지원신청 자격**



Q 1. 가임기여성 연령기준은 어떤 근거인가요?

➔ 15~49세 기준은 UN에서 쓰는 국제 기준입니다.



Q 2. 체외수정 지정병원으로 지정받기 전에 민원인이 지원결정통지서를 가지고 시술한 경우

➔ 난임부부 정부지원사업은 지정된 시술기관에서 시술한 경우 지원이 가능하므로 위 경우 지원이 불가합니다.



Q 3. 오늘 혼인신고하고, 혼인신고 접수증 제출하였을 경우 난임부부 신청 가능한지?

➔ 혼인신고 처리기간을 고려하여 모든 조건을 충족할 경우, 지원결정 통지서 발급 가능. 단, 이후 혼인을 증명할 수 있는 서류는 추가로 제출해야 합니다.



Q 4. 난임지원 진단서는 지침에 있는 서식을 이용해야 하나요? 해당 전문의도 맞고, 난임이라고 나온 다른 진단서는 불가한가요?

➔ 반드시 지침의 진단서 양식을 사용해야 하며 정부에서 지정받은 시술기관에서 작성 하여야 합니다.



Q 5. 다른 나라의 영주권자(우리나라 국적 보유, 주민등록말소)와 외국인(미국 국적) 부부가 건강보험 가입한 경우 난임부부 지원이 가능한가요?

➔ 영주귀국 신고를 하고 주민등록 생성·재등록 및 부부 모두 건강보험 가입, 보험료 고지 여부가 확인된 경우는 지원가능. 다만, 재외국민 주민등록자와 외국인(미국국적) 부부는 지원불가.



Q 6. 1차 지원결정통지를 받고 시술종료(1차신청 당시 부부 모두 건강보험가입) 후 남편만 영주권 취득하면서 건강보험 미가입 상태로 변경됨. 이 경우 1차 지원결정 근거로 2차 지원이 가능한가요?

➔ 불가. 지원기준이 부부 모두 건강보험 가입자여야 하므로 남편이 건강보험 가입할 경우 지원이 가능합니다.



Q 7. 해외 체류 후 국내 들어와서 건강보험 자격회복하고 바로 난임시술 하려고 합니다. 현재 건강보험료는 '0원'이고, 고지금액은 확인되지 않습니다. 이 경우 지원결정 가능한가요?

➔ 건강보험료 고지금액 유무* 확인 이후 신청 가능(입국하여 보험급여 정지 해제 후 고지된 납부확인서상의 고지금액)

* 고지금액이 0원인 경우 급여개시유효일 등 건강보험 자격이 정상적으로 유효한지 파악하여야 함



Q 8. 남편 직장일로 해외거주. 건강보험가입자 자격정지됨. 난임시술을 위하여 일주일간 입국하였고 입국기간 동안 자격회복 후 건강보험 자격 정리 후 난임지원 신청 가능한가?

➔ 입국 후 건강보험 자격취득 및 보험급여 정지 해제 처리 후 첨부 서류를 모두 제출할 수 있다면 난임지원 신청 가능함.



Q 9. 남편이 해외 체류 중인 경우

➔ 부부가 모두 건강보험 가입자 이어야 하므로 남편의 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 기준에 부합하면 지원 가능합니다.



Q 10. 우리나라 거주하는 미군남편(건강보험가입 안됨)과 결혼한 한국인부인(건강보험가입)이 난임부부 신청이 가능한가요?

➔ 불가. 부부모두 건강보험에 가입해야만 지원 가능함.



Q 11. 외국유학, 외국에서 소득활동중인 자가 난임부부 지원을 받기 위해서는 국내 입국 하여 건강보험료를 납부해야 하나요?

➔ 국내 입국하여 건강보험 급여 정지 해제 처리 후 고지된 보험료가 확인되어야 합니다.



Q 12. 지원결정통지 후 시술은 받지 않은 상태에서 자연임신이 된 경우 철회하고 추후 지원하면 되는 건가요?

➔ 지원결정통지서 유효기간(3개월) 이후 자동 소멸되므로 별도의 철회 없이 추후 새로이 신청가능 함

➔ 신청 접수



Q 1. 부부 주소지 다른 경우 신청 장소

➔ 부인 주소지 관할 시·군·구 보건소에 신청해야 됨



Q 2. 부인(외국인·A주소)과 남편(한국인·B주소)주소지가 각각 다를 경우 난임부부 신청을 어디에 해야 하나요?

➔ 배우자가(부인 또는 남편) 외국인일 경우는 주민등록번호가 있는 자(한국인)의 주소지에 난임부부지원 신청을 하여야 합니다.

* 다만, 부득이 사업 및 직장 등의 이유로 실질적 거주지가 주민등록번호의 주소지가 아닌 타 지역에서 난임시술을 받을 경우 관계서류 확인 후 신청가능

* 부부 모두 한국인일 경우는 부인 주소지로 신청하는 것이 원칙임.



Q 3. A지역보건소에서 지원결정통지서 발급 후 타 지역으로 전출입 재신청해야 하는지?

➔ 재신청하지 않아도 됨. A보건소에서 발급한 지원결정통지서로 가능



Q 4. 1, 2차지원대상자가 외국인으로 주민번호가 6번으로 사용하다가 국적 취득으로 인해서 주민번호를 취득함.
3차지원 신청시 어떻게 기입을 해야 될지 문의

⇒ 현재 주민번호로 기입하여 지원결정통지서 발급하면 됨



Q 5. 1차 난임치료 지원신청시 의료급여 수급자였다가 2차 난임 치료 지원 신청시 건강 보험가입자가 됨.
이 경우 2차 난임치료 지원 신청시 서류제출 해야 하나요?

⇒ 제출. 시술비 지원 신청시마다 선정기준에 따른 지원자격을 조사해야 함



Q 6. 1차 난임부부 지원받고 이혼함.
재혼후 난임시술비 지원 신청시 신규와 동일한 서류 제출해야 하나요?

⇒ 네. 진단서 포함하여 제출해야 합니다.



Q 7. 체외수정시술 진단서 제출시 인공수정시술기관으로만 지정된 의료기관에서 체외수정시술 진단서를 받아 제출해도 되는지?

⇒ 인공수정 시술기관으로만 지정된 의료기관이기 때문에 체외수정시술 진단서 발급을 인정할 수 없음.



Q 8. 과거에 인공수정 지원 1회 후 체외수정시술 신청시 신청서류 별도로 받아야 하는지?

⇒ 각각의 사업이므로 별도 신청



Q 9. 난임부부 신청시 관련 구비서류(신청인 신분증 포함) 모두 작성해서 가지고 왔을 경우 대리신청(시부모, 친정부모)이 가능한가요?

➔ 가능. 신청은 원칙적으로 난임부부가 하되, 불가피한 경우 난임부부의 직계존속이나 형제자매가 신청시에는 가족관계를 증빙할 수 있는 신분증 제시 및 서류(가족관계증명서 등)를 제출하여야 합니다.



Q 10. 오래전에 지원결정통지서를 발급받고 1차 시술 받지 않아서 재신청 대상인데 난임 진단서를 다시 제출해야하나요(난임 진단서의 유효기간)?

➔ 난임 진단서는 1차 신청시 제출한 내용을 최종 지원시까지 같음함



**Q 11. 난임부부 지원사업 개인정보 제공동의서 제출은 신규나 기존 대상자 모두 받아야 하나요?
기존대상자의 가족동의는 언제 가족 기준으로 받아야 하나요?**

➔ 개인정보보호법 시행에 따라 제출 받아야 하므로 신규 뿐 아니라 기존 대상자도 개인정보 제공 동의서 받아야 함. 가족은 신청시점에 조사한 가족 기준의 동의서 제출 받으면 됨.

➔ 치료기간 및 시술 허용범위



Q 1. 2차 대상자인데, 시술 중 지원결정통지서 유효기간이 도래한 경우 시술비 지원이 되나요?

➔ 유효기간 내에 시술을 시작할 경우 시술비 지원 가능



Q 2. 지원결정통지서 받았으나 유효기간이 경과된 경우

➔ 3개월 경과시 지원신청을 다시 하여 자격재조사 후 지원결정통지서를 다시 발급 받아야 함



Q 3. 난임부부 시술비 지원범위는?

➔ 요양기관에서 발급한 체외수정시술비 및 인공수정시술비 진료비 계산서·영수증 (약제비 포함)에 기재된 급여 항목 중 일부 본인부담금, 전액본인부담금 및 비급여 항목 지원



Q 4. 배아생성동의서 보관기간은?

➔ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제20조제4항에서 배아생성의료기관은 동의서를 10년간 보존하여야 한다고 규정하고 있습니다.

➔ 시술 및 시술비 지급



Q 1. 난임부부지원사업 시술비 지원기간은?

➔ 약제 투여시작일부터 초음파로 임신낭 확인일까지입니다.



Q 2. 난자공여시 기증자의 생식세포 채취를 위한 의료비 지원이 가능한가요?

➔ 난임부부 정부지원금은 시술지원 신청자에 한함(기증자에 대한 시술지원 불가)



Q 3. 체외수정시술비 지원시 혈액검사하여 혈액형, 호르몬, 성병 검사들을 실시한 경우 혈액검사비용도 지원되나요?

➔ 시술기간에 발생되며, 건강보험이 적용되어 일부본인부담금이 발생한다면, 지원가능함.



Q 4. 지원받는 통장계좌를 남편계좌로 해도 되나요?

➔ 신청인이 부인이므로 부인계좌로 입금하는 것이 타당합니다. 단, 부득이 부인의 계좌로 입금하는 것이 어려울 경우 남편의 계좌로 입금하는 것은 가능합니다.



Q 5. 추가로 처방받은 유산방지주사제, 착상유도주사제도 정부 지원에 포함 되나요?

➔ 가능. 유산방지제와 착상유도제는 각 20만원까지 지원 가능합니다. 다만, 시술비 포함한 지원금은 각 시술별 상한액을 넘지 않아야 합니다.



Q 6. 민간단체, 직장 등에서 시술비를 지원받을 경우 정부지원이 가능한가요?

➔ 시술비를 지원받았다면 직장 등에서 지원받은 금액을 제외하고 신청 가능합니다. 단, 지원사업 지원범위와 중복되지 않는 비급여항목 등을 지원받았다면 제외 없이 신청할 수 있습니다.



Q 7. 원외약제비 신청 시, 구비서류를 우편, 팩스, 이메일 등으로 제출하는 것이 가능한지?

➔ 가능합니다.



Q 8. 사실혼 부부의 공휴일(토요일) 시술시 지원결정통지서 소급발급 가능한가요?

➔ 소급지원불가(사실혼 부부는 지원결정통지서가 있어야 보험적용 및 시술시작이 가능)



Q 9. 사실혼 확인 유효기간 내 다음 시술을 토요일에 시작하는 경우 시술비 지원가능한가요?

➔ 소급지원가능(지원결정통지서 발급 이후에 발생한 시술비용에 대해서만 지원하며 시술이 종료된 경우 소급지원은 불가. 단, 시술시작일이 공휴일(토요일 포함)인 경우에는 공휴일의 다음 날(연휴인 경우에는 연휴의 마지막 날의 다음날)까지 '지원결정통지서'를 교부받은 경우에 한하여 시술비 지원 대상으로 인정됨)

➔ 난임치료시술기관 지정



Q 1. 정부지정 난임시술기관 신청서 제출처

➔ 세종특별자치시 가름로 143, 세종타워 B 12층 보건복지부 출산정책과 (의료기관에서 직접 제출)



Q 2. 정부지정 난임시술기관 업데이트

➔ 난임시술기관 신규 지정 시 보건기관통합시스템 및 건강보험공단시스템에 반영을 위해 한국사회보장정보원 및 건강보험심사평가원에 지정 현황을 통보하여 업데이트하고 있습니다.



Q 3. 난임치료시술기관 지정 번호

➔ 체외수정의 경우 질병관리본부에서 지정받은 배아생성의료기관 지정번호와 동일한 ‘체외 수정시술기관 지정번호’가 시스템에 반영되어 있으며, 인공수정의 경우 “지정년도- 일련번호”의 형태로 지정되어 시스템에 반영되어 있음

※ 난임시술기관 확인 경로
보건복지부홈페이지→정보공개/사전정보공표→인구정책

➔ 난임시술 가이드라인 개정 관련 Q&A



Q 1. 개정가이드라인 적용 기준일자는?

➔ 2015년 10월 1일부터 시작되는 인공/체외 수정 시술에 적용

- (진단서) '15.10.1일부터 인공/체외수정 진단서 발급하는 경우
- (시술확인서) '15.10.1일부터 시술이 시작되는 경우
- (이식배아수 적용) '15.10.1일부터 이식되는 배아 시술부터 적용
- * '15.10.1일 이전에 냉동보관중인 동결배아는 '16.3.31.까지 시술의사의 판단에 따라 종전 가이드라인 적용 가능



Q 2. 체외수정 진단서는 누가 발급해야 하나요?

➔ 체외수정 진단서는 정부지정 난임시술 의료기관의 시술 의사가 발급 합니다.

* 비뇨기과 의사는 정부지원 난임시술 진단서를 발급하지 않습니다.
비뇨기과에서 남성 요인 난임을 진단받았다면, 환자는 비뇨기과 진단서를 난임시술 의료기관에 제출하고, 시술 의사가 여성요인 검사결과 및 남성요인 진단서를 검토·판단 후 난임시술 진단서를 발급합니다.

예시1 비뇨기과에서 정액검사한 경우 : 시술 대상자는 비뇨기과에서 발급한 정액 검사 결과서를 정부지정 시술기관(산부인과) 시술의사에게 제출하고 시술 의사가 검토 후 판단

예시2 비뇨기과에서 남성요인(가이드라인 5번항목) 진단서를 발급받은 경우 : 비뇨 기과에서 발급한 일반 진단서를 지정 의료기관 시술의사에게 제출하고, 지정 의료기관은 여성요인에 대한 검사 후 최종 진단서 발급



Q 3. 난임기간 산정시 사실혼 상태에서의 자연임신시도 기간도 포함할 수 있나요?

➔ 사실혼 관계에서 자연임신을 시도하였으나 임신이 되지 않은 경우도 난임기간으로 인정합니다 (피임기간은 제외).



Q 4. 여성의 자궁난관조영술(HSG)을 대체할 수 있는 검사 방법은?

- ➔ 시술 대상 여성이 시행한 복강경 검사 혹은 개복 검사 (Explo-laparotomy)를 통해 나팔관 통관 여부를 확인하였고 이를 진단서로 제출한 경우
 - ➔ 조영 물질을 이용하여 난관 통관을 초음파로 확인하는 방법인 HyCoSy (hysterosalpingo-contrast sonography)실시하여 결과를 제출한 경우.
(초음파상 결과를 영상으로 찍어 의무 기록지에 기록하여 확인 가능토록 하여야 함)
- ※ 식염수만을 사용하는 난관 검사(SIS)는 인정 불가



Q 5. 여성의 자궁난관조영술 검사를 생략할 수 있는 경우는?

➔ 나팔관 질환 등으로 양측 나팔관을 절제한 경우 또는 나팔관 수술 후에도 양측 나팔관 폐쇄나 심한 유착으로 정상임신이 어렵다고 생각되는 경우 또는 남성요인 난임으로 제외수정 시술로만 임신이 기대시(의사의 소견서나 진단서를 제출)



Q 6. 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략할 수 있는 경우 추가검사는 필요 없는지?

➔ 양측난관 절제 등으로 자궁난관검사를 생략한 경우 자궁상태 확인을 위해 자궁검사 (자궁초음파, 자궁경 등)는 반드시 실시하여야 합니다.



Q 7. 기존에 정부지원 없이 자비로 인공수정 또는 체외수정 시술을 받은 여성이 정부지원 대상자로 신규 신청할 경우 자궁난관조영술을 실시하여야 하는지?

➔ 기존에 자궁난관조영술 검사를 실시한 적이 있으면 기존 검사결과서를 제출하시면 인정되며, 자궁난관조영술 검사를 이행한 적이 없으면 검사를 하여야 함.



Q 8. 남성요인 난임으로 체외수정 시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 여성의 자궁난관 조영술 검사를 시행하여야 하는지?

➔ 자궁난관조영술 검사 대상 아님.



Q 9. 난소기능 저하의 진단 기준은?

➔ 아래 3가지 요인 중 2가지 이상에 해당하는 경우에 난소기능 저하로 진단하여 체외수정 시술을 지원할 수 있다.

① 난소기능 검사(Ovarian reserve test)결과 기능저하

〈난소기능 검사결과 비정상 기준〉

- 1) 초기 난포기 질식 초음파상 양측 난소에 난포 수(Antral follicle count: AFC)가 6개 이하
- 2) AMH 검사결과 1.0ng/mL이하
- 3) FSH 12mIU/ml 이상

② POR(POOR OVARIAN RESERVE)의 위험인자

- 나이 40이상, 터너증후군(Turner syndrome), FMR1 premutation, 골반염증 (Pelvic infection), 난관손상(Tubal damage), 크라미디아 검사 양성 (Chlamydia antibody test: +), 자궁내막종(Ovarian endometrioma), 난소 낭종 수술력 (Ovarian surgery for ovarian cysts), 항암치료 (Chemotherapy, 특히, alkylating agent), 생리주기가 짧아짐 (Shortening of the menstrual cycle) 등

③ POR(POOR OVARIAN RESPONSE) 과거력

- 3개 미만의 growing follicles로 인하여 cycle이 취소되거나, 혹은 적어도 하루에 150 IU FSH 이상을 적용한 ovarian stimulation protocol 에서 3개 이하의 oocytes가 얻어지는 경우.

* 예시1 AMH 검사결과 0.6ng/mL이하이면서, POR위험인자로 터너증후군인 자

** 예시2 FSH 12 mIU/ml 이상이면서, POR과거력에서 난자가 3개 이하로 얻어진 경우



Q 10. 최대 이식배아 수의 여성 연령에 대한 판단 기준은?

➔ 배아 이식 여성의 연령 판단은 배아 이식일을 기준으로 주민등록상의 생년월일과 만나이를 기준하여 판단합니다.



Q 11. 35세 이상의 여성이 동결배아를 해동하여 이식할 경우 배양 일수가 다른 배아를 함께 이식할 경우 최대 이식배아 수는?

➔ 배양일 기준 5~6일 배아와 2~4일 배아를 함께 이식할 경우에는 5~6일 배아의 이식 수 기준을 준용합니다.

- * **예시** 여성연령 35세 이상, 보존중인 동결배아(5~6일 배양배아 1개, 2~4일 배양배아 4개) 일 경우 최대 이식 배아 수
- (5~6일 배양 배아 1개 + 2~4일 배양배아 1개 = 최대 2개) 또는 (2~4일 배양 배아 최대 3개) 이식 가능



Q 12. 체외수정 시술 적응증에 해당하는 착상전 유전진단의 기준?

➔ 생명윤리법시행령 제21조 별표3 및 보건복지부 고시에 의거 배아를 대상으로 유전자 검사할 수 있는 유전질환이 있는 경우(Preimplantation genetic diagnosis, PGD)에 한 합니다.

- * 착상 전 유전 선별검사 (Preimplantation genetic screening, PGS)는 체외수정 시술 적응증에 해당하지 않음.



Q 13. 체외수정 진단서 상 난임의 원인이 '원인불명 난임'인 경우 체외수정 필요사유 부분은 어떻게 선택할 수 있는지?

➔ 원인불명 난임으로 진단된 경우 체외수정 필요사유의 '3.원인불명 난임'을 선택하거나, 2-2 배란유도 기왕력, 2-3 인공수정 기왕력이 있는 경우도 선택 가능합니다.



Q 14. 체외수정 가이드라인의 남성요인(5번 항목) 진단서는 어디서 발급하는지?

➔ 남성요인(5번 항목)에 대한 진단서는 비뇨기과에서 발급합니다.
시술 대상자는 비뇨기과에서 발급받은 일반 진단서를 난임시술 지정 의료기관의 시술의사에게 제출하여야 합니다

* 비뇨기과에서 발급하는 진단서는 정부 지정 진단서 양식이 아닌 일반 진단서 양식으로 발급하시면 됩니다.



Q 15. 비뇨기과에서 남성 요인(체외수정 가이드라인 5번항목)으로 진단받은 경우 정액검사가 필요한지?

➔ 비뇨기과에서 체외수정 가이드라인 남성 요인 (제 5항목)으로 진단받아 진단서를 제출한 경우 정액검사를 생략할 수 있음

* 단 비뇨기과의 남성요인 진단서 발급 날짜를 정액검사 날짜로 대체하여 기재.



Q 16. 정액검사결과서의 유효기간은?

➔ 인공수정 및 체외수정 진단일 기준 6개월 이내 검사결과서로 인정



Q 17. 남성 측 난임요인은 어떻게 진단하나요?

➔ 첫번째로 시행한 정액검사에서 2010년도 WHO 기준에 따라 정자의 수(정자밀도)나 운동성에 이상이 있는 경우 2~7일의 금욕기간을 가진 후 정액검사를 반복합니다.

➔ 반복 정액검사에서도 이상이 있는 경우 신체검사를 시행하여 정계정맥류 유무를 확인 해야 합니다.



Q 18. 남성검사 결과 어떤 경우에 비뇨기과로 의뢰해야 하나요?

➔ ① 반복 시행한 정액검사서 정자의 수나 운동성에 이상이 있으며 신체검사서 정계 정맥류가 확인된 경우 비뇨기과로 의뢰하여야 합니다. 단, 아래 요건에 해당하는 경우 정계정맥류제거술 없이 보조생식술을 시행할 수 있습니다.

- 여성 연령 35세 이상
- 양측난관 폐색, 난소기능 저하 등 보조생식술을 시행하여야 하는 여성요인이 있는 경우

➔ ② 정액검사서 무정자증인 경우 비뇨기과로 의뢰해야 합니다.



Q 19. 정액검사 결과 정액에 문제가 있어 보조생식술이 필요할 경우 진단서에 어떻게 기재해야 하는지?

➔ ① 난임의 원인으로 ‘남성요인’ 선택

* 시술의사는 인공수정 또는 체외수정 시술 여부 판단

② 시술방법 결정

- 인공수정 시 (필요 사유 2번 남성요인 선택 후 2-1 선택, 여백에 상세사유 기재)
- 체외수정 시 (필요 사유 1번의 1-5기타 선택 후 상세사유 기재)



Q 20. 남성요인의 정관절제술 후 상태(5-2)에서 어떠한 경우에 정관문합술을 실패한 경우로 판단하는지?

➔ 정관문합술의 실패는 개통 실패를 의미합니다. 수술 후 3개월 이내 사정액에서 정자가 검출되지 않거나, 처음에는 정자가 검출되었으나 나중에 추가 정액검사를 시행하였을 때 사정액에서 정자가 검출되지 않는 경우를 말합니다.

- 이러한 경우 보조생식술을 시행하지 말고 재수술을 시행해야 합니다.
- 재수술을 하였음에도 불구하고 정자가 검출되지 않는 경우 (개통 실패)나 정자가 출현해도 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조생식술 시행을 권장합니다.



Q 21. 시술확인서 상 총 시술비의 기준은?

⇒ 총 시술비는 환자가 부담하는 의료비를 파악하기 위함으로 급여부분의 일부본인부담금, 전액본인 부담금과 비급여 의료비를 합한 금액으로 기재합니다.



Q 22. 시술확인서의 '시술기간' 및 '시술결과 임신 여부'란에 화학적 임신의 경우 초음파 검사일자를 반드시 기재해야 하는지?

⇒ 시술확인서에 임신인 경우 초음파로 임신낭을 확인한 날짜를 시술종료일로 기재.

⇒ 단, 화학적 임신의 경우는 혈액검사 결과 양성(임신)으로 나왔으나 여러번의 혈액 검사 결과 수치가 점점 떨어져 의사판단하에 초음파 검사를 하지 않았다면 '시술결과 임신 여부'란의 화학적 임신에 표시하고 '시술기간'에는 혈액검사일자를 시술종료일로 기재.

※ 화학적 임신의 경우 혈액검사 결과 양성인 상태로 수치의 변화가 없어 자궁내의 상태를 확인하기 위해 초음파를 실시하는 경우는 '시술 결과 임신여부'란에 화학적 임신에 체크하고 '시술기간'에는 초음파 검사일자를 시술종료일로 기재

[서식 제1호]

(앞면)

난임부부 시술비 지원 신청서

신청인 (난임 부부 중 여성)	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail
배우자	성명	주민등록번호 또는 외국인등록번호
	주소	
	전화번호	E-mail
시술 종류 및 차수	시술 종류 [] 신선배아 [] 동결배아 [] 인공수정	시술 회차
인적사항 확인	신청인의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자 [] 미가입(사실혼 대상자의 건강보험적용에 한함)	
	배우자의 건강보험 가입 또는 의료급여 수급 여부 [] 건강보험 직장가입자 [] 건강보험 지역가입자 [] 의료급여 수급자 [] 미가입(사실혼 대상자의 건강보험적용에 한함)	

「모자보건법」 제11조제1항의 지원을 위해 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

시·군·구 보건소장 귀하

첨부서류	<ol style="list-style-type: none"> 1. 진단서 1부(최초 신청시에만 제출) 2. 부부별 건강보험증 사본 또는 건강보험자격확인서 각 1부(의료급여 수급자의 경우 자격증명서 1부) 3. 부부 관계를 증명할 수 있는 주민등록등본 또는 가족관계증명서 1부 4. 주민등록등본 및 가족관계증명서 당사자별 각 1부(사실혼의 경우) 5. 개인정보 제공동의서 1부 6. 당사자 시술동의서 1부(사실혼의 경우) 7. 1년 이상 사실상 혼인관계를 증명할 수 있는 공문서 1부(사실혼의 경우) * 주민등록등본으로 확인할 수 있는 경우 생략 가능, 해당 공문서가 없는 경우 사실혼 확인증명서를 제출 8. 당사자 중 1인이 외국인인 경우, 신청일 기준 외국인등록사실증명, 국내거소신고사실증명 중 1부 * 위 서류 외에 1년 이상 체류를 추가로 증빙하려는 경우 출입국기록증명서를 추가 제출할 수 있음
------	--

- ※ 유의사항 : 1) 허위 기재 시 지원대상에서 제외되며, 지급된 지원 비용은 환수 조치됩니다.
2) 정부지원 시술결과(출생아 포함)에 대해 보건소에서 확인 질문이 있을 경우 성실히 응답하여야 합니다.
3) 첨부서류 2~4의 경우, 「전자정부법」에 따라 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의할 경우에는 제출을 생략할 수 있습니다.
4) 보건복지부에서는 시술관련 개인정보를 통계 등 정부정책과 관련해서만 활용할 것임을 알려 드립니다.

제Ⅳ장

난임부부 지원사업 개인정보 제공 동의서

(뒷면)

난임부부지원사업 시술비 신청 및 지원대상자와 관련하여 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제18조, 제23조, 제24조, 제26조의 규정에 의거 다음의 본인 개인정보 제공 및 활용에 동의합니다.

- 다 음 -

- 개인정보를 제공받는 기관 및 사업 : 보건복지부, 전국 보건소(시·도사업과 포함), 한국사회보장정보원, 국민건강보험 공단의 난임부부 지원사업, 난임부부 지원사업 통계관리를 위해 보건복지부에서 위탁한 기관
- 개인정보화일(DB)수집의 목적
 - 난임부부시술비지원 대상자 선정 및 관리
 - 보건소통합정보시스템을 통한 시술신청, 지원현황 조사 또는 확인 시 활용
 - 난임부부지원사업 통계자료 수집, 분석, 결과 추출 및 정책 기초연구 자료로 활용
 - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
- 개인정보수집항목
 - 난임부부 : 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대폰번호, 전자메일주소, 건강보험가입현황, 건강보험료, 시술확인서 내용(시술병원, 시술명, 시술원인, 사용약, 시술기간, 난자채취일, 채취난자수 등), 혼인관계, 출생아의 출생·성장 관련 현황 등
 - 난임부부를 제외한 가족 : 성명, 주민등록번호, 주소, 건강보험가입현황, 건강보험료
- 개인정보보유 및 이용기간
 - 보건복지부·전국 보건소(시·도사업과 포함)에서 대상자 선정·관리를 위한 개인정보 수집·활용 시 : 영구
- 개인정보 조회·열람·활용 동의내용
 - 주민등록등(초)본 조회·열람(세대원 수, 출생여부 확인)
 - 가족관계증명서(가족관계, 혼인 여부 및 가족수 확인)
 - 건강보험료납부확인서(건강보험료 및 고지금액 확인)
 - 건강보험카드(건강보험 가입자 및 피부양자 현황 확인)
 - 난임부부지원 신청, 시술현황, 지원내용 확인 및 통계자료 수집분석
 - 난임부부지원사업이 타 지원사업과 연계될 경우 활용
 - 가족관계 확인 및 선정기준 확인을 위한 '행정정보공동이용' 조회 동의
- 개인정보 수집 동의 거부
 - 본인 및 가족에 대한 개인정보 수집 동의에 거부할 수 있으며, 동의 거부 시 지원 신청이 제한됩니다.

성 명	개인정보 수집 및 이용	고유식별정보 처리	민감정보 처리	업무위탁에 따른 개인정보 처리
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음			
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음			
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음			
	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음			
본인은 "시술비 지원신청"과 관련하여 상기 사항의 목적에 한하여 개인정보 제공 및 조회 열람 활용에 동의합니다.				
20 년 월 일				
동의자 성명		관 계	동의확인(서명)	
			(인)	

※ 관계표시 방법 : 본인(시술받는 여성), 남편, 아들, 딸, 시부, 시모, 부, 모
 ※ 건강보험료 산정 시 가족 수에 포함되는 사람을 기재하시기 바랍니다.

[서식 제2호]

진 단 서 (체외수정시술 지원 신청용)

수진자 성명	아 내	주민등록번호	법률혼 여부	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 법률혼 아님 (사실혼)
		연락처		
	남 편	주민등록번호		
		연락처		
난임의 원인 (다중선택 가능)	<input type="checkbox"/> 남성요인 <input type="checkbox"/> 배란기능장애 <input type="checkbox"/> 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 난관요인 <input type="checkbox"/> 자궁요인 <input type="checkbox"/> 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 원인불명(원인 불명의 경우, 다른 요인 선택 불가) <input type="checkbox"/> 기타()			
필수검사 시행 (모두 체크)	<input type="checkbox"/> 정액검사(WHO, 2010 기준) (검사일자: 년 월 일) ※ 정액검사 예외 <input type="checkbox"/> 4번 남성요인 항목에 대한 비뇨기과 진단서 별도 제출한 경우 <input type="checkbox"/> 냉동배아, 냉동정자로 시술하는 경우 (진단서 발급일자: 20 년 월 일) <input type="checkbox"/> 자궁 및 난관검사(검사일자: 년 월 일) ■ 검사방법 <input type="checkbox"/> HSG, <input type="checkbox"/> HyCoSy, <input type="checkbox"/> 복강경 검사 <input type="checkbox"/> 개복수술력 ※ 난관검사 예외 <input type="checkbox"/> 양측나팔관 폐쇄 또는 절제, 심한 유착으로 인한 나팔관 기능 부전 진단서를 제출하여 나팔관 검사 없이 자궁 검사만 실시한 경우 <input type="checkbox"/> 난소기능 저하 등 여성원인으로 체외수정이 반드시 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 남성요인(무정자 등) 난임으로 체외수정시술로만 임신을 기대할 수 있는 경우 <input type="checkbox"/> 조영제알러지반응 등 (자궁 검사명: , 검사일자: 20 년 월 일) <input type="checkbox"/> 정상 배란 유무 (검사일자: 년 월 일) * 기타검사(<input type="checkbox"/> 진단복강경, <input type="checkbox"/> 자궁내시경검사, <input type="checkbox"/> 호르몬검사)			
필수검사 결과 의학적 소견 (타기관 검사포함)	① 정액 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ② 자궁난관 검사 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상 ③ 배란 기능 <input type="checkbox"/> 정상 <input type="checkbox"/> 이상			
체외수정 필요사유 (의학적 기준 가이드라인) * 중복 선택 가능	1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우 <input type="checkbox"/> 1-1 양측 난관 폐쇄 (피임시술로 인한 폐쇄 제외) <input type="checkbox"/> 1-2 중증 자궁내막증 <input type="checkbox"/> 1-3 난소기능저하 <input type="checkbox"/> 1-4 착상전 유전진단이 필요한 경우 <input type="checkbox"/> 1-5 기타 (상세 사유:) 2. 체외수정시술 이외 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우 <input type="checkbox"/> 2-1 난관 성형술 기왕력 <input type="checkbox"/> 2-2 배란 유도 기왕력 <input type="checkbox"/> 2-3 인공 수정 기왕력 <input type="checkbox"/> 2-4 기타 (상세 사유:) 3. 원인 불명 난임(정액검사와 배란기능, 자궁강 및 난관 검사결과 모두 정상 소견) <input type="checkbox"/> 3-1-1 여성연령 35세 미만이나 3년 이상 임신되지 않은 경우 <input type="checkbox"/> 3-1-1 (단서조항) 여성연령 35세 이상이나 1년 이상 임신되지 않은 경우 4. 남성 요인 <input type="checkbox"/> 4-1 저성선자극호르몬성 성선기능저하증 진단 후 24개월 이상 호르몬 치료한 경우 <input type="checkbox"/> 4-2 정관절제술에 대한 수술적 치료 후 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-3 정계정맥류 진단 치료 후 1년 이상 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-4 폐쇄성 무정자증 진단 및 수술적 치료 후 지속되는 난임 <input type="checkbox"/> 4-5 비폐쇄성 무정자증 진단 후 고환 조직 검사에서 정자가 발견된 경우 5. 기타사유 ()			
임신시도 기간 (피임기간제외)	<input type="checkbox"/> 1년 ~2년 <input type="checkbox"/> 2년 ~ 3년 <input type="checkbox"/> 3년 이상			
이전 보조생술 이행 여부 (타병원 시술 포함)	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 인공수정()회, <input type="checkbox"/> 체외수정()회			<input type="checkbox"/> 없음
체외수정 시술기관 지정번호		의료 기관명	전화	
			FAX	
<input type="checkbox"/> 기존 진료받은 환자가 지원 신청을 위해 진료기록부 등에 따라 발급한 경우로 진단 연월일			20 년 월 일	
위와 같이 확인합니다. 20 년 월 일 의사면허번호 : 전문의자격번호 : 과 번 담당의사 : (서명) 기관명 : (직인) 시·군·구 보건소장 귀하				

제IV장

난임부부 지원사업

[서식 제4호]

일련번호 20 - 호

난임부부 시술비 지원결정통지서

발급일자

20 . . . (요일)

주 소				연락처 (자택) (휴대폰)			
	부인		생년월일		년 월 일	혼인 관계	<input type="checkbox"/> 법률혼 <input type="checkbox"/> 사실혼
성 명	남편		생년월일	년 월 일			
출산 횟수	<input type="checkbox"/> 0회 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 <input type="checkbox"/> 3회 <input type="checkbox"/> 4회 <input type="checkbox"/> 5회 <input type="checkbox"/> 기타(회) ※ 생존아 및 사산아(재태20주이후 사산 포함) 출산을 모두 포함하여 기재 (다태아 출산의 경우 출산 1회로 산정)						
시술종류 및 지원한도액	▶ 신선(<input type="checkbox"/> 110만원 <input type="checkbox"/> 기타()) ▶ 동결(<input type="checkbox"/> 50만원 <input type="checkbox"/> 기타()) ▶ 인공(<input type="checkbox"/> 30만원 <input type="checkbox"/> 기타()) ▶ 해당사항 없음 (사실혼 부부로서 건강보험 급여 적용만) (<input type="checkbox"/> 신선, <input type="checkbox"/> 동결, <input type="checkbox"/> 인공)				회차	()차	
유효기간	20 년 월 일 ~ 월 일까지 * 유효기간내 시술을 시작하지 못할 경우 자동 효력 상실(재신청을 통해 지원결정통지서 재발급 필요) * 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일이 지원결정통지서 유효기간 종료일보다 선행할 경우 해당 통지서의 유효기간 종료일은 사실상 혼인관계 확인 유효기간 종료일로 함						

위와 같이 시술을 의뢰합니다.

시·군·구 보건소장 직인

〈준수사항〉

※ 지원 대상자

- ① 지원대상자는 원칙적으로 난임시술 의료기관을 방문하는 최초 진료일에 “지원 결정통지서”를 미리 제출하여야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.
- ② 시술비는 1회 시술비 지원 한도액 범위내에서 본인부담금(일부·전부)의 90%, 비급여(착상유도제, 유산방지제 각 20만원 및 배아동결비 30만원 한도)에 대하여 지원이 됩니다.
- ③ 지원대상자가 희망하는 시술지정기관에서 자유롭게 시술을 받되, 지원결정통지서 유효기간 내에 시술을 시작하여야 합니다. 유효기간이 경과한 경우, 반드시 새로운 결정통지서를 발급받아 시술기관에 재제출하여야 시술비를 지원 받을 수 있습니다.
- ④ 지원결정통지서의 시술종류와 다른 방법으로 시술받고자 하는 경우(예: 신선→인공), 시술을 중단하거나 시술도중 시술기관을 변경할 경우는 지원결정통지서를 발급한 보건소에 알려야 합니다.(시술비 신청 시 각 시술기관의 시술확인서 및 영수증을 각각 첨부)
- ⑤ 시술 의료기관이 아닌 인근 의료기관에서 프록세테론 주사제를 투약하려는 경우, 거주지 관할 보건소에 문의하여, 투약 가능한 의료기관의 안내 및 투약절차 등을 안내받을 수 있습니다.
- ⑥ 난임시술 이력이 있는 난임부부가 다음 임신을 위한 난임시술 지원 횟수 25회를 다시 제공받기 위해서는 난임시술의료기관에서 시술재등록 필요합니다.
- ⑦ 공난포등으로 인한 시술중단시 결정통지서의 유효기간이 남아있더라도 난임부부시술비지원신청서(서식1호) 재신청후 난임부부 시술비 지원결정통지서(서식)를 의료기관에 제출해야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있습니다.

※ 지정 의료기관

- ① 시술지정기관은 모든 시술대상자에 대하여 본 결정통지서 제출 이전 시술내용에 대하여는 정부 지원이 되지 않음을 정확히 안내 후 시술을 시작하여야 합니다.
- ② 본 지원결정통지서 “유효기간”이 경과한 지원대상자에게는 난임시술을 실시했다라도 정부지원금을 청구할 수 없습니다.
- ③ 부작용 등 경증 및 중등증 이상의 후유증 등은 건강보험 적용항목이므로 정부지원시술비에 포함시키거나 별도로 청구할 수 없습니다.
- ④ 시술기관은 난임치료시술을 제공함에 있어 동사업 지침을 준수하지 않거나 지정기관으로서의 기능이 상실되거나 부적합한 경우 지정기관에서 제외될 수 있습니다.
- ⑤ 시술기관 통계 관리를 위해 시술이력을 건강보험심사평가원에 제공하는 등 모니터링에 적극 협조하여야 합니다.
- ⑥ 사실상 혼인관계인 당사자의 시술을 수행한 후, 반드시 ‘요양기관 정보마당’에 사실혼 표기 입력 후 비용을 청구하여야 합니다.
- ⑦ 공난포등으로 인한 시술중단시 건강보험적용후, 시술횟수차감없이 체외수정시술확인서(서식5로)로 보건소에 비용을 청구하여야 합니다. 시술 지정기관은 모든 시술대상자에게 공난포등으로 인한 시술중단시 결정통지서의 유효기간이 남아있더라도 난임부부시술비지원신청서(서식1호) 재신청후 난임부부 시술비 지원결정통지서(서식)를 의료기관에 제출해야 정부지원 난임치료를 시작할 수 있음을 안내 후 시술을 시작하여야 합니다.

(뒷면)

시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)
2. 난임부부 시술비 지원 사업의 시술 횟수 차감은 건강보험 급여 적용 및 횟수 차감하는 경우에 한합니다.
 <시술중단>의 경우는 아래와 같습니다.
 - 난임시술 진행 중 의학적 판단 또는 개인적 사유에 따라 불가피하게 시술을 중단할 경우라도, 건강보험 횟수 차감이 되었다면 정부지원금 상한액 내에서 시술비 청구가능합니다.
 - 난자채취결과 공란포 등으로 채취되지 않은 경우(난자미채취, 수정가능한 난자 미획득) 건강보험 횟수는 차감하지 않고, 지원가능합니다. 단 일부·전액본인부담금 합계액의 90%만 지원가능합니다. (약제비, 비급여 항목 제외)
3. 시술 기간의 시작일은 약제 투여 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor, estradiol valerate 등 과배란유도 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.(시술 기간의 시작일은 지원결정통지서 발급 일과 같지 않아도 되나, 정부지원금은 통지서 발급일 이후 발생한 비용부터 지원 가능합니다.)
4. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우(자궁외 임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.
5. 임신반응검사 : 배아이식 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 혈중 β -hCG 수치를 기입합니다.
6. 임신여부 : '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 화학적 임신, 즉 혈액 검사로는 임신반응이 양성이었으나 임신낭을 확인하지 못한 경우 '화학적 임신'란에 표시하시기 바랍니다. '자궁내 임신'인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다.
7. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.
8. 체외수정시술기관 지정번호 : 체외수정시술기관 지정번호를 기입합니다. 인공수정시술지정기관 코드를 기입하지 않도록 주의하시기 바랍니다.
9. 총 시술비용은 일부본인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다.(총 시술비용은 난임부부 시술비 지원통지서 발급일로부터가 아닌, 전체 시술 기간에 발생한 비용을 기재합니다.)
 <주의> 시술 확인서 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.
10. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

[서식 제6호]

(앞면)

일련 번호	20 - 호		인공수정 시술확인서					
시술 종류 및 차수	인공수정 / 차							
수진자 성명 (여성)			주민등록번호					
			연락처					
출산 횟수	<input type="checkbox"/> 0회 <input type="checkbox"/> 1회 <input type="checkbox"/> 2회 <input type="checkbox"/> 3회 <input type="checkbox"/> 4회 <input type="checkbox"/> 5회 <input type="checkbox"/> 기타(회) ※ 생존아 및 사산아(재태20주이후 사산 포함) 출산율 모두 포함하여 기재 (다태아 출산의 경우 출산 1회로 산정)							
건강보험 적용 시술종류 및 차수	인공수정 / () 차							
시술명	<input type="checkbox"/> 자연주기 <input type="checkbox"/> 배란유도(<input type="checkbox"/> 주사제제 단독 <input type="checkbox"/> 경구제제 단독 <input type="checkbox"/> 경구제 + 주사제 병용) <input type="checkbox"/> 정자공여							
시술 결과								
시술기간	년 월 일 (약제 첫투여일 또는 월경 제3일, 통지서발급일과는 무관) ~ 년 월 일 (임신헌인검사일 또는 초음파상 임신낭 확인일)							
인공수정 시술일	년 월 일							
임신반응 검사일	<input type="checkbox"/> 요검사 (년 월 일), 결과 () <input type="checkbox"/> 혈청검사 (년 월 일), 결과 ()							
시술 결과 임신 여부	<input type="checkbox"/> 자궁내 임신 (초음파 임신낭 확인일 년 월 일) ▶ 임신낭 개수 _____ 개 (자궁내임신시 필수) ※ 임신한 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됨							
	<input type="checkbox"/> 임신실패 <input type="checkbox"/> 자궁외 임신 <input type="checkbox"/> 화학적임신 <input type="checkbox"/> 치료도중 자연임신 <input type="checkbox"/> 기타 : _____							
시술 중단	<input type="checkbox"/> 자연임신 <input type="checkbox"/> OHSS <input type="checkbox"/> 의학적판단(사유 : _____) <input type="checkbox"/> 의학적판단 외 개인사정 <input type="checkbox"/> 수정실패							
시술 비용 (단위 : 원)								
총 시술비 (A+C+D)	일부분인부담금 (A)	보험자 (공단)부담금 (B)	전액본인 부담금 (C)	비급여 (D)				보건소 청구비용
				유산 방지	착상 보조	동결 보관	기타	
인공수정 시술기관 지정번호			의료 기관명	전화				
			FAX					
위와 같이 정부지원 인공수정시술을 시행하였음을 확인합니다. 20 년 월 일 의사면허번호 : _____ 번 전문의자격번호 : _____ 과 _____ 번 담당의사 : _____ (서명 또는 날인) 시술기관대표 : _____ (직인) 시·군·구 보건소장 귀하								

(뒷면)

시술확인서 작성시 유의사항

1. 누락되는 항목이 없이 모두 기입해 주시기 바랍니다. (미기재 항목이 있을시 접수가 불가합니다)
 2. 시술 방식 중 해당하는 사항 모두를 선택하여 기입해 주시기 바랍니다.
 3. 건강보험이 적용되는 시술(횃수의 차감)에 대해서만 지원이 가능합니다. 해당 시술의 건강보험 지원 차수를 표시하여주시기 바랍니다.
 4. 시술 기간의 시작일은 약제 투여의 시작일 즉, GnRH agonist, gonadotropin, clomiphene citrate, aromatase inhibitor 등 배란유도와 관련된 약제의 투여 시작일을 기입합니다. 자연주기법을 시도한 경우에는 시술주기의 생리 3일째를 시작일로 기입합니다.
 5. 시술 기간의 종료일은 배아 이식후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜입니다. 단, 임신의 경우 (자궁외임신, 화학적임신 포함) 초음파상 최종 임신낭을 확인한 날짜를 기입합니다.
 6. '자궁내 임신'은 반드시 초음파로 임신낭을 확인한 경우에 한합니다. 자궁내 임신인 경우 임신낭의 개수를 반드시 함께 기입하시기 바랍니다. 자궁내 임신의 경우 임신낭 개수 기입이 누락된 경우에는 시술비 지원이 안됩니다.
 7. 임신반응검사는 인공수정 후 최초로 임신반응검사를 시행한 날짜와 검사종류 및 그 결과를 기입합니다.
 8. 시술을 진행하다가 중단한 경우 그 사유를 체크하시기 바라며, 의학적 판단 또는 의학적판단외 개인사정 등으로 중단한 경우 상세사유를 기입하시기 바랍니다.
 9. 총 시술비용은 일부본인부담금, 비급여 의료비와 급여부분의 환자 전액본인부담액을 기재하여 주시기 바랍니다.(총 시술비용은 난임부부 시술비 지원통지서 발급일로부터가 아닌 전체 시술 기간에 발생한 비용을 기재합니다.)
 10. 기관코드 : 난임부부지원사업(인공수정시술) 지정기관 코드로서 보건복지부에서 각 시술기관에 부여한 고유번호를 말합니다. 체외수정시술 지정기관 코드가 아닙니다.
- 〈주의〉 시술 확인서의 기재시 본 유의사항을 지켜 주시고, 내용이 잘못 기재되거나 누락되는 일이 없도록 주의하시기 바랍니다. 기재 내용이 사실과 다를 경우 시술기관 지정 취소 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.
11. 지원결정통지서의 시술 차수와 시술확인서의 시술 차수가 일치해야 합니다.

[서식 제7호]

체외수정/ 인공수정 시술비 청구서(의료기관용)

청구금액	금 원			
청구내역 (건수)	20 년 월 일 ~ 20 년 월 일 기간 중 외 _____명의 체외수정/인공수정 시술비(명단별첨)			
기관명			대표자	
기관주소				
전화번호			의료기관 등록번호	
은행명		계좌번호		예금주
지연청구 사유 (1개월 이후 청구 사유)				
위와 같이 청구합니다.				
20 년 월 일				
청구인			(직인)	
시·군·구 보건소장 귀하				
※ 첨부서류 : 1. 피시술자 명단 ()부 2. 난임치료 시술확인서()매 3. 통장사본 1부 4. 진료 영수증 5. 일부분인부담금, 비급여 및 전액본인부담액 진료비 내역서 6. 진료상세내역서 ※ 시술비 지급청구는 시술 완료후 관련서류(시술확인서 및 영수증 등)를 첨부하여 1개월 이내에 시술대상자 관할 보건소로 청구하여야 합니다. ※ 연내 시술자는 반드시 연내 청구하여 예산집행에 차질이 없도록 해야 합니다.				

[서식 제10호]

사실상 혼인관계 당사자의 보조생식술 동의서

두 당사자는 다음 각 사항을 안내받았으며 이견이 없음을 동의합니다.

1. 두 당사자는 법률적 혼인관계가 아니지만, 1년 이상 혼인 의사가 존재하여 신청일 현재 동거 등 상호 합의 하에 실질적인 혼인관계를 유지하고 있습니다.
2. 두 당사자가 만약 사실상 혼인관계가 아님에도 보조생식술(인공수정 및 체외수정)의 건강보험 적용 및 정부지원 보조를 받기 위해 허위로 사실상 혼인관계를 주장한 경우, 관련비용의 환수는 물론 형법 등 관계법에 따라 처벌 등 법적 책임을 지는 것에 동의합니다.
3. ‘난임부부 시술비 지원사업’을 신청하여 결정통지된 ‘사실상 혼인관계’는 보조생식술(인공수정 및 체외수정)의 건강보험 적용 및 정부지원 여부를 확인하기 위한 것이며, 그 외에 다른 법적 효력을 없음을 인지하였습니다.

20 . . .

당사자1 : (인) 연락처 :

생년월일 :

주소 :

당사자2 : (인) 연락처 :

생년월일 :

주소 :

000보건소장 귀하

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호서식] <신설 2016. 6. 23.>

난임시술(자궁내 정자주입 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
의료기관	명칭	전화번호	
	소재지		
	종류	[] 의원 [] 병원 [] 종합병원	
	신고(허가)번호		
기관의 장 (대표자)	성명	전화번호	
	주소		
	면허번호(법인등록번호)	생년월일	

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제3항에 따라 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 「의료법 시행규칙」 제25조제3항에 따른 의료기관 개설신고증명서 사본 또는 같은 법 시행규칙 제27조제3항에 따른 의료기관 개설허가증 사본 2. 시설·장비 및 전문인력의 명세서 3. 관할 보건소가 발급한 현지확인 의견서	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

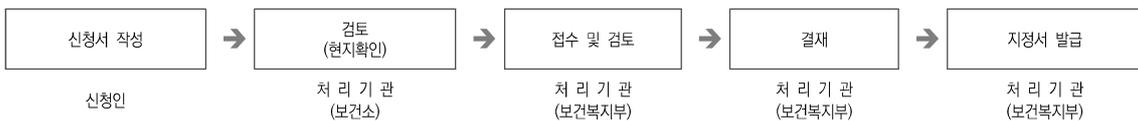
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관의 장)

(서명 또는 인)

처리 절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의2서식] <신설 2016. 6. 23.>

(앞쪽)

자궁내 정자주입 시술 의료기관 지정신청 현지확인 의견서

의료기관	명칭	기관의 장 (대표자)
	소재지	전화번호
확인자	소속	직급
	성명	

1. 시설 현황

1) 진료실	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	일반진료실
2) 독립적인 공간의 정액채취실	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	정액채취실의 경우 다른 용도의 방과 같이 사용하지 않아야 함

2. 장비 현황

1) 초음파기기	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	작동여부 확인
2) 현미경	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	작동여부 확인
3) 정액검사장비(세포계수기)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	작동여부 확인
4) 정자분리장비(원심분리기)	<input type="checkbox"/> 있음	<input type="checkbox"/> 없음	작동여부 확인

3. 전문인력 현황

1) 의사인력	<input type="checkbox"/> 산부인과 전문의(명)
	<input type="checkbox"/> 전문의(명)
	<input type="checkbox"/> 일반의사(명)
2) 간호인력	<input type="checkbox"/> 간호사(명)
	<input type="checkbox"/> 간호조무사(명)

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제4항에 따라 위와 같이 자궁내 정자주입 시술 의료기관 현지확인 의견서를 통보합니다.

년 월 일

보건소장

직인

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의3서식] <신설 2016. 6. 23.>

난임시술(체외수정 시술) 의료기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	30일
의료기관	명칭	전화번호	
	소재지		
	종류	[] 의원 [] 병원 [] 종합병원	
	신고(허가)번호		
배아생성 의료기관 지정	지정번호	지정일자	년 월 일
	성명	전화번호	
기관의 장 (대표자)	주소		
	면허번호(법인등록번호)	생년월일	

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제5항에 따라 위와 같이 신청합니다.

[] 같은 법 시행규칙 제8조제6항에 따라 자궁내 정자주입 시술 의료기관의 지정을 함께 신청합니다.

년 월 일

기관의 장(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	「생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙」 제17조제4항에 따른 배아생성의료기관 지정서 사본	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	의사 면허증	

행정정보 공동이용 동의서

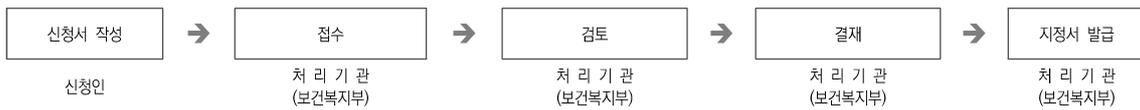
본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

주민등록번호 :

신청인(기관의장)

(서명 또는 인)

처리 절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의4서식] <신설 2016. 6. 23.>

(앞쪽)

제 호

난임시술 의료기관 지정서
[]자궁내 정자주입 시술 []체외수정 시술

- 기관의 명칭 :
- 기관의 소재지 :
- 기관의 장 성명 :

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제8조제8항에 따라 위와 같이 난임시술 의료기관으로 지정합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인

210mm×297mm[백상지(150g/㎡)]

제IV장

난임부부 지원사업

(뒤쪽)

변경사항 등			
연 월 일	내 용	확인자	서명

■ 모자보건법 시행규칙 [별지 제9호의5서식] <신설 2016. 6. 23.>

난임시술 의료기관 변경신고서

[]자궁내 정자주입 시술 의료기관 []체외수정 시술 의료기관

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일	
신고기관	명칭	지정번호		
	기관의 장 성명	전화번호		
	소재지			
변경사항	항목	변경 전	변경 후	사유

「모자보건법」 제11조의3제1항 및 같은 법 시행규칙 제9조제1항에 따라 위와 같이 변경신고합니다.

년 월 일

신고인(기관의 장)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

신청인 제출서류	1. 난임시술 의료기관 지정서 원본 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
----------	---	--------

처리 절차



210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

정부지원 시술(체외수정, 인공수정)기관 지정 조건 및 유의사항

- ① 정부에서 제공하는 ‘난임부부 지원사업 가이드라인’을 준수하고 정부에서 제공하는 ‘양식’을 사용할 것
- ② 난임시술 전 원인에 대한 철저한 검사를 통해 내실있는 시술이 이루어지도록 할 것
- ③ ‘난임치료시술 지원결정 통지서’를 갖춘 환자에 대해 불필요한 의료 서비스로 환자의 실질적 혜택을 경감시키지 않을 것
 - 일반환자에 비해 특별한 주사제 혹은 마취제시술 등을 사용하여 정부지원의 취지를 경감시키지 않을 것
 - 일반환자에 비해 어떠한 차별 대우도 하지 않을 것
 - 난임지원사업에 대한 환자의 질문에 상담실 운영 등의 방법으로 성실한 상담을 해 줄 것
 - 병원에 반드시 ‘정부지원 시술기관’에 대한 홍보문을 붙이고 적극적으로 홍보에 참여할 것
- ④ 정부지원 난임환자의 유치를 위해 환자와의 부당한 결탁 및 의료인으로서의 품위 손상행위를 하지 말 것
- ⑤ 정기적으로 시행할 정도관리와 질 관리 모니터링에 협조할 것
 - 정기적, 비정기적 결과 보고에 성실하게 임할 것
 - 정기적, 비정기적 사후관리 결과와 연령대별, 환자 조건별 임신율 등은 필요시 중앙심의위원회와 협의 후 일부 제한적 공개도 가능
- ⑥ 시술확인서 및 시술비 청구서 작성 시 누락·부정항목이 발생하지 않도록 성실히 기재할 것
- ⑦ 주소이전, 명칭변경, 대표자변경 등 변경사항이 발생한 경우 반드시 보건복지부 (출산정책과)로 보고할 것
- ⑧ “생명윤리 및 안전에 관한 법률”상 허용하는 범위 내에서 정부지원 대상자의 시술을 할 것
 - * 인공수정시술의 경우, 시술기관 비치용 “인공수정시술 기록지”는 각 병원의 고유양식이 있을 경우 고유양식을 사용하고 고유양식이 없을 경우, 별도 ‘인공수정시술 기록지’를 만들어 기록·관리 할 것
- ⑨ 지정 조건 및 유의사항 미준수나 지정기관으로서 부적합한 행위가 발견될 경우 지정기관에서 제외될 수 있음
- ⑩ 기타 정부지원사업의 변동시도 시술비 청구 및 지정조건을 준수할 것

참고

시술 가이드라인

체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, '15.10.1. 시행)

1. 체외수정시술 이외의 난임 치료로 임신을 기대하기 어려운 경우

- 1-1. 양측 난관 폐색 (피임시술로 인한 인공 폐색 제외)
- 1-2. 중증 자궁내막증
- 1-3. 난소기능 저하
- 1-4. 착상전 유전진단이 필요한 경우
- 1-5. 기타 : 상세사유 기입

2. 체외수정시술 이외의 난임 치료에 의하여 1년 이상 임신이 되지 않는 경우

- 2-1. 난관성형술 기왕력
- 2-2. 배란유도 기왕력
- 2-3. 인공수정 기왕력
- 2-4. 기타 : 상세 사유 기입 요함

3. 원인불명 난임

- 3-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자
 - 3-1-1. 3년이상 임신이 되지 않은 경우
 - 단, 부인연령이 35세 이상인 경우 1년 이상 임신이 되지 않은 경우

〈검사 기준〉

- ▶ **배란기능** : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙 적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ **자궁강 및 난관검사** : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 한다.
- ▶ **정액검사 정상기준(WHO, 2010)** : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

4. 이식할 최대배아 수(15.10월 시행)

연령별	5~6일 배양 후 (Blastocyst)	2~4일 배양 후 (Cleavage-stage embryos)
35세 미만	1개	2개
35세 이상	2개	3개

※ 동결배아를 해동하여 이식하는 경우에도 동일한 기준 적용

5. 남성요인

5-1. 시상하부나 뇌하수체 질환으로 인한 저성선자극호르몬성 성선기능저하증

- ① GnRH, hCG/hMG 등의 호르몬치료가 보조생식술 적용에 우선 시행되어야 한다.
- ② 최소한 24개월간 호르몬치료를 지속하며 정액검사 지표의 향상과 임신 여부를 주기적으로 관찰해야 하며 이 기간 중 자연임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.

5-2. 정관절제술(vasectomy) 후 상태

- ① 2회 반복 정관문합술이 실패한 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ② 수술후 3개월내에 사정액에서 정자가 관찰되지 않거나, 정자가 출현한 이후 1년내 임신이 되지 않은 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ③ 정관문합술이 불가하다는 비뇨기과 전문의 진단서가 있을 경우

5-3 정계정맥류 (varicocele)

- ① 정액검사에서 이상 소견 (정자의 수, 운동성 저하 또는 형태 이상)이 있고 정계 정맥류가 확인된 경우 보조생식술에 앞서 정계정맥류제거술이 시행되어야 한다.
- ② 정계정맥류제거술 후 6개월 이내에 정액검사 지표의 향상이 없거나, 수술 후 정액검사 지표 향상이 있으나 1년 이내 임신이 되지 않는 경우 보조 생식술을 시행할 수 있다.

5-4. 폐쇄성 무정자증 (obstructive azoospermia)

- ① 폐쇄성 무정자증이 의심되는 경우 (외성기 신체검사 상 정상인 무정자증) 고환생검을 반드시 시행해야 하며, 정상적인 정자생산기능이 확인되면 보조생식술 시행에 우선하여 폐쇄성 무정자 증에 대한 수술적 치료가 시행되어야 한다.
 - 폐쇄성 무정자증에 대한 수술적 교정이 실패했거나 불가능한 경우는 진단서 등에 의사의 소견 (사유 및 내용)을 상세히 기록하여야 한다. 단, 수술적 교정이 불가능한 폐쇄성 무정자증이란 정관무발생, 다발적 정관폐쇄, 부고환 전체 폐쇄를 말한다.

- ② 부고환 폐쇄가 의심되면 부고환정관문합술이 우선 시행되어야 한다.
 - 부고환정관문합술 후 최소한 6개월까지 사정액 내 정자의 출현 유무를 관찰해야 한다.
 - 부고환정관문합술 시도 중 정자를 발견하지 못한 경우 즉시 보조생식술을 시행할 수 있다.
 - 성공적인 부고환정관문합술 후 6개월 이내에 사정액 내 정자가 출현하지 않거나, 정자가 출현하였으나 수술 후 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우 보조생식술을 시행할 수 있다.
- ③ 사정관 폐쇄에 의한 무정자증이 의심되는 경우 (소량의 산성 정액) 정확한 진단을 위하여 경직장 초음파검사 또는 정관촬영술을 시행하여야 하며 사정관 폐쇄가 확인된 경우 사정관의 경요도절제술이 우선 시행되어야 한다.

5-5. 비폐쇄성 무정자증

- ① 비폐쇄성 무정자증의 경우 고환 조직검사서 정자가 발견되어 체외수정이 가능할 경우 보조생식술 시행 가능

난임시술 의료기관 현황 안내

난임시술 의료기관 현황은 보건복지부와 건강보험심사평가원 누리집, 지역보건의료정보시스템(PHIS)에서 확인할 수 있습니다.

- * 보건복지부 홈페이지 → 정보공개(사전정보공표) → 인구아동/인구출산 → 정부 체외수정(인공수정) 시술 지정기관 현황
- * PHIS : 진단서 등록/시술확인서 등록/청구 - 난임시술 의료기관 검색 팝업 확인

인공수정 시술 의학적 기준 가이드라인

(난임부부 지원사업 중앙심의위원회, '15.8.31. 개정, 15.10.1. 시행)

1. 원인불명 난임

1-1. 정액검사·배란기능·자궁강 및 난관검사 결과 의학적 소견상 모두 정상으로 진단되었으나 아래 조건 해당자

1-1-1. 1년이상 자연임신이 되지 않은 경우

단, 부인연령이 35세 이상인 자는 6개월 이상 자연임신이 되지 않은 경우

<검사 기준>

- ▶ **배란기능** : 황체기 중반 혈중 프로게스테론 검사로 확인하는 것을 추천하나, 규칙적인 월경주기를 가지면서 배란증상을 보일 경우 정상배란으로 판단 가능
- ▶ **자궁강 및 난관검사** : 자궁난관조영술(HSG)로 진단하는 것을 원칙으로 하며, 검사(HSG) 결과 최소한 한쪽 나팔관은 정상이어야 함
- ▶ **정액검사 정상기준(WHO, 2010)** : 총 사정액 1.5ml 이상, 정자수 1천5백만/ml 이상, 전진성 운동 정자의 비율이 32% 이상이거나 운동성 있는 정자비율이 40% 이상, 엄격기준에 따른 정상적인 모양의 정자 4% 이상

2. 남성 요인

2-1. 정계정맥류가 없다는 신체검사 확인 후 2010년 세계보건기구(WHO) 기준 정액검사 결과 정자수가 적거나 정자의 운동성이 저하되어 있는 경우

2-2. 사정장애 등 기타 남성불임의 경우

* 진단서에 인공수정이 필요한 상세사유 반드시 기입

3. 자궁내막증

3-1. 과거 자궁내막증 수술 후 자연 임신 시도 6개월이상 경과된 경우

3-2. 임상적으로 의심되는 자궁내막증 소견이 있으면서, 1년 이상 자연임신이 되지 않은 경우

4. 기타 사유 : 상세 사유 기입