



# 저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회

2023. 5. 9. (화) 오전 10:00  
국회의원회관 제5간담회의실



- 발 제** 1. 지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계  
양승정 동신대학교 한의과대학 교수  
2. 한의약 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향  
김동일 동국대학교 일산불교한방병원 병원장

**좌 장** 이진무 강동경희대학교병원 한방부인과 교수

**토 론** 조준영 자유훈의원 분당점 대표원장  
이진윤 익산시보건소 소장  
홍성규 한국난임가족연합회 사무국장  
김태열 헤럴드경제 의학전문기자  
최영준 보건복지부 출산정책과 과장

**주 최** 국회 보건복지위원장 정춘숙 의원실

**주 관** 대한한 의사협회 한의학정책연구원

**후 원** 보건복지부, 한국한 의약진흥원, 대한한 의학회

# 저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회



## 행사안내

시 간	내 용		비 고
09:30-10:00	접수 및 등록		등록
〈1부: 개회식〉			
10:00-10:30	개회식	환영사, 축사, 인사말, 기념촬영	사회자 황만기 대한한의사협회 부회장
〈2부: 본행사〉			
10:30-10:35	좌장 인사 및 소개	좌장 : 이진무 강동경희대학교병원 한방부인과 교수	
10:35-10:55	주제발표1	지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계 발제자 : 양승정 동신대학교 한의과대학 교수	
10:55-11:15	주제발표2	한의학 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향 발제자 : 김동일 동국대학교 일산불교한방병원 병원장	
11:15-12:05	토 론	토론 1. 조준영 자유훈의원 분당점 대표원장 토론 2. 이진윤 익산시보건소 소장 토론 3. 홍성규 한국난임가족연합회 사무국장 토론 4. 김태열 헤럴드경제 의학전문기자 토론 5. 최영준 보건복지부 출산정책과 과장	
12:05-12:10	질의응답		
12:10	폐회		

# 저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회



## CONTENTS

### 환영사

정춘숙 국회 보건복지위원장	06
----------------	----

### 축 사

정창현 한국한의학진흥원 원장	08
최도영 대한한의학회 회장	10

### 인사말

홍주의 대한한 의사협회 회장	12
-----------------	----

### 주제발표

발제1. 지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계	17
- 발제자 : 양승정 동신대학교 한의과대학 교수	
발제2. 한의약 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향	39
- 발제자 : 김동일 동국대학교 일산불교한방병원 병원장	

### 토 론

저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안	59
좌 장 : 이진무 강동경희대학교병원 한방부인과 교수	
1. 조준영 자유훈의원 분당점 대표원장	61
2. 이진윤 익산시보건소 소장	65
3. 홍성규 한국난임가족연합회 사무국장	69
4. 김태열 헤럴드경제 의학전문기자	73
5. 최영준 보건복지부 출산정책과 과장	77





**정춘숙**  
국회 보건복지위원장

안녕하십니까!  
국회 보건복지위원회 위원장,  
경기 용인시병 국회의원 더불어민주당 정춘숙입니다.

‘저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회’를 개최하게 되어  
매우 뜻깊게 생각합니다.

한의학계의 여러 현안으로 바쁘신 중에도 인구위기 문제 해결에 대한 깊은 관심으로 뜻깊은  
토론회를 준비해 주신 홍주의 회장님을 비롯한 대한한 의사협회 관계자 여러분께 깊은  
감사의 말씀을 드립니다. 행사를 후원해주신 보건복지부, 한국한 의약진흥원, 대한한 의학  
회에도 감사의 말씀을 드립니다.

지난해 우리나라의 합계출산율이 0.78명입니다. 이미 재작년에도 0.81명을 기록해 세계  
은행이 조사한 260여개 국가 가운데 최저였는데, 다시 한번 세계 최저 기록을 갱신했습  
니다.

이처럼 초저출산이 심각한 사회적 문제로 제기된 시점에서, 누구보다 높은 출산 의지를  
가진 난임 부부에 관심을 기울여야 합니다. 현재 난임치료 지원 사업이 시행되고 있습니  
다만, 체외수정 및 인공수정 시술에 대한 건강보험 적용을 비롯해 의과 중심 지원에 집중  
되어 있는 실정입니다.

한의 난임치료는 전국 13개 광역지자체, 38개 기초지자체 사업으로만 수행되고 있어,  
난임부부의 의료선택권이 제한되고 있는 상황입니다. 한의 난임치료는 임신, 출산, 그리고  
임산부 건강증진에 유의미한 효과가 있고, 치료 경험자의 만족도와 재치료 의향 역시  
높은 것으로 알려져 있습니다.

저출생 극복을 위해 해마다 많은 예산이 지출되고 적잖은 행정력이 사용되고 있습니다.  
중요한 것은 소기의 효과를 거둘 수 있도록 행정적·재정적 지원을 적절히 시행하는 것입  
니다.

난임치료 건강보험 급여화를 비롯한 국가사업에 한의약 서비스 및 한의 의료기관도 포함  
하는 등 난임부부의 의료선택권이 보장될 수 있도록 하는 대안에 대해서도 폭넓은 논의가  
이뤄져야 한다고 생각합니다.

국회 보건복지위원장으로 오늘 정책토론회에서 논의된 내용을 토대로 내실 있는 난임  
치료 지원 대책이 마련될 수 있도록 노력하겠습니다.

감사합니다.

2023년 5월 9일  
국회 보건복지위원장 **정춘숙**



**정창현**  
한국한의학진흥원 원장

안녕하십니까. 한국한의학진흥원 원장 정창현입니다.

귀한 토론회를 마련해주신 정춘숙 의원님께 감사의 인사를 드립니다. 대한한 의사협회  
홍주의 회장님, 발표와 토론을 맡으신 여러분께도 감사의 말씀을 드립니다.

통계청 자료에 따르면 우리나라 2022년 합계출산율은 0.78명으로 OECD 국가 평균인  
1.59명의 절반에도 못 미치는 수준입니다. 2025년이면 65세 이상 인구가 20% 넘는  
초고령사회에 진입하게 되고, 2070년에는 46.4%에 이르러 한국은 세계에서 가장 늙은  
국가로 될 것입니다.

이처럼 사회 문제로 대두되고 있는 저출생 문제를 해결하기 위해서는 정책 실효성  
국민의 요구와 난임부부들의 현장 목소리를 반영한 제도정립과 지원체계 확립이 필요하  
입니다.

보건복지부 ‘한의학 생식건강증진과 난임치료제도 마련을 위한 정책연구’에 따르면  
국민 96.8%가 한의학 난임치료에 대한 정부지원이 필요하다고 응답했습니다.

한국보건사회연구원 연구 자료에서도 양방 보조생식술 난임치료 지원제도 이후에도  
체외수정 시술여성 88.4%, 인공수정 시술여성 86.6%가 한의의료기관을 별도로 이용하는  
것으로 나타났습니다.

하지만 안타깝게도 정부 정책은 체외수정과 인공수정 등 의과 중심의 지원에 집중되어  
있고, 한의과는 일부 지자체에서 자체예산을 통해 사업을 수행하고 있는 실정입니다.  
한의학 난임치료의 뛰어난 성과에도 불구하고, 중앙 정부의 출산 정책에서 소외되고  
있는 것입니다.

현재 한의난임치료 지원 사업과 관련한 조례를 제정해 운영하는 광역자치단체는 13곳,  
기초자치단체는 38곳에 이릅니다. 비용대비 임신 성공률이 높고, 난임부부의 선호도와  
신뢰도가 높아 참여 지자체가 늘고 있습니다.

저출생 극복 및 난임환자의 의료선택권 보장을 위해 지자체 중심으로 진행되고 있는  
한의학 난임치료 지원사업에서 벗어나 정부 차원의 예산 지원과 건강보험 적용 등 의료지원  
제도화가 절실합니다.

저희 한국한의학진흥원에서는 지자체 중심으로 2013년부터 2017년까지 시행된 한의  
난임 부부 지원사업의 실태를 파악하는 연구를 진행한 바 있습니다. 익산시 한방난임  
사업 단독 참여군의 임신 성공률은 23.3%였으며, 의과시술(체외수정) 병행군을 포함  
한 경우 임신 성공률은 33.3%로 나타났습니다. 의과시술(체외수정) 평균 임신 성공률이  
13.3%인 점을 감안할 때 한의학 치료도 충분히 국가 저출생 문제 해결에 기여할 수 있음  
을 보여줍니다.

현재 여성난임 관련 한의표준임상진료지침을 개발, 고도화하는 연구도 진행 중입니다.  
지침을 기반으로 새로운 수가모형이 만들어져 전 국민 건강보험에 적용되어 우리나라가  
저출생 극복에 한걸음 더 나아갈 수 있기를 기대합니다.

앞으로도 한국한의학진흥원은 한의 치료기술 발굴과 지원, 한의학 근거 창출 및 공유,  
실용화 등으로 한의 의료서비스 시장을 활성화해 국민건강 증진과 의료비 절감, 국가경제  
발전에 기여하겠습니다.

다시 한 번 토론회를 마련해주신 정춘숙 의원님, 대한한 의사협회 홍주의 회장님께 감사  
드리며, 참석하신 모든 분께도 감사의 마음을 전합니다. 고맙습니다.

2023년 5월 9일  
한국한의학진흥원 원장 **정창현**



**최도영**  
대한한의학회 회장

안녕하십니까. 대한한의학회 최도영 회장입니다.

가벼워진 옷차림만큼이나 발걸음이 가벼운 5월에 ‘저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회’ 개최를 진심으로 축하드립니다.

먼저 바쁜 의정활동 중에도 깊은 관심을 가지고 이번 토론회를 주최해주신 정춘숙 의원님께 감사의 인사를 드립니다. 또한 공사다망한 가운데 국회토론회 준비에 정성을 다해주신 대한한 의사협회 홍주의 회장님을 비롯한 임직원 여러분, 심도 있는 발표를 준비해주신 토론자 여러분, 그리고 한의계의 발전에 관심을 가져주시고 이 자리에 직접 참석해주신 한의사 회원 및 관계자 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

우리나라는 한의 난임치료에 대한 선호도를 뒷받침하는 효과성과 안전성에 대한 연구 결과가 산출되고 있지만 국가적 차원의 한의난임치료에 대한 지원과 보장성 확보 부분에서 적극적인 대책이 필요하다고 생각합니다. 금일 토론회를 통해 임신과 출산 의지가 높은 난임부부들에게 다양한 난임치료 서비스를 제공하고 국가 난임치료 지원 활성화 방안을 제도적으로 개선되어야 할 부분을 점검하여 국민건강 증진을 위한 발판이 되기를 기대합니다.

대한한의학회는 매년 전국한의학학술대회 및 정책세미나 개최, 각종 연구과제 수행, 한일·한중 학술교류 및 2024 ICMART 개최 등 다양한 국내·외 학술교류를 통하여 학문적 발전 및 표준화 사업을 통해 국민 건강 증진에 노력을 기울이고 있습니다. 다시금 한의학의 발전이라는 공동의 목표를 위해 노력하는 대한한 의사협회의 발걸음에 아낌없는 박수를 보내며, 대한한의학회 또한 한의학의 미래와 새로운 가치를 만들기 위해 끊임없이 경주해 나아갈 것을 약속드립니다.

마지막으로 오늘 이 자리에 참석하신 모든 분들께서 푸른 희망의 기운으로 가득 차오르는 행복한 가정의 달 5월이 되시길 바라겠습니다.

감사합니다.

2023년 5월 9일  
대한한의학회 회장 **최도영**



**홍 주 의**  
대한한 의사협회 회장

안녕하십니까? 대한한 의사협회 회장 홍주의입니다.

먼저 바쁜 의정활동에도 ‘저출생 극복을 위한 국가 난임치료 지원 활성화 방안 정책토론회’를 마련해주신 정춘숙 국회 보건복지위원장님께 진심으로 감사의 인사를 드립니다.

행사를 후원해주신 보건복지부, 한국한의약진흥원, 대한한 의학회와 국가 난임치료 활성화에 대한 깊은 관심을 갖고 토론회에 참석해주신 발제자 및 토론자 여러분, 참석해주신 모든 내외빈 여러분께 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

대한민국은 초저출생 국가입니다. OECD 38개국 중 유일하게 출산율이 1명 미만입니다. 합계출산율이 5년 연속 1명 미만을 기록하고 있습니다. 2022년 합계출산율이 0.78명까지 낮아질 정도로 인구 위기가 매우 심각한 상황에 이르렀습니다. 저출생에 따른 인구소멸국가 1호는 대한민국이 될 것이라는 예견도 결코 과장된 말이 아닙니다.

이에 대통령 주재 저출산고령사회위원회가 7년 만에 열리고 관련 법안이 발의되는 등 국가적 차원의 관심도 고조되고 있습니다. 저출생 극복 대책을 마련하는 과정에서 출산 의지가 높은 난임 부부에 대한 국가적 지원을 활성화하는 데 주목해야 합니다.

난임 부부들을 위한 다양한 치료 지원 사업이 펼쳐지고 있지만, 체외수정과 인공시술은 건강보험이 적용되는 반면 한의 난임치료는 지자체별 지원에 그치는 실정입니다.

환자 입장에서 ‘기울어진 운동장’입니다. 난임치료를 원하는 부부들이 의료선택권을 보장받을 수 있어야 합니다. 어떻게 치료받는지 치료 효과성에 따라 선택할 수 있어야 합니다. 건강보험 적용 여부나 어느 지자체에 살고 있는지에 따라 의료선택권이 제한받아선 안 됩니다.

한의 난임치료는 출산 의지가 있음에도 임신에 어려움을 겪고 있는 난임 부부를 위한 치료로서 경제성과 효율성에서 젊은 대한민국을 위한 대안으로 각광받고 있습니다. 한의 난임치료 지원 조례 49건이 2022년 7월 법제처 선정 우수조례 30건에 선정될 정도로 뛰어난 성과와 만족도를 인정받고 있습니다.

그런데도 정부 차원의 지원은 전무한 실정입니다. 난임 부부를 위해 한의 난임치료에 대한 국가 예산 지원 근거가 마련되고, 건강보험이 적용되는 등 대책이 필요합니다.

출산율 제고를 위한 대책 모색이 활발히 이뤄지는 시점에 열리는 이번 정책토론회를 계기로 정부 저출생 극복 지원 대책에 한의 난임치료가 자리잡아 인구위기 문제 해결의 실마리가 되기를 기대합니다. 희망찬 대한민국 미래를 설계하는 데 큰 보탬이 될 것입니다.

끝으로, 참석해 주신 모든 분들께 다시 한 번 감사의 말씀을 드리며, 언제나 건강과 행운이 가득하시기를 기원합니다. 감사합니다.

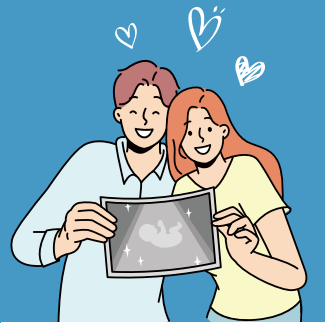
2023년 5월 9일  
대한한 의사협회 회장 **홍 주 의**

# 주제발표

발제1. 지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계

발제2. 한의약 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



# 발 제1

지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계

양승정 동신대학교 한의과대학 교수



# 지자체 한의난임치료 성과와 제도적 한계

동신대학교 한의과대학/전라남도 한의사회 난임위원장  
양승정

동신대학교 한의과대학 양 승 정

한의학 박사  
한방부인과 전문의  
나주동신대한방병원 진료교수  
동신대학교 한방부인과 교수



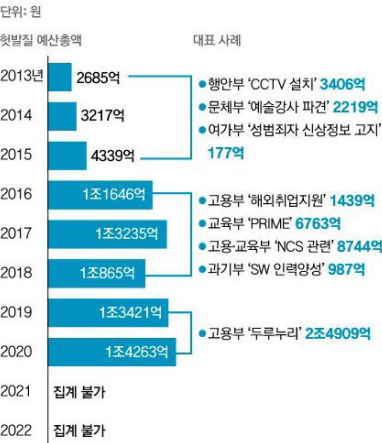
주요학력  
•동신대학교 한의과대학 학사  
•동신대학교 대학원 한의학 석사(한방부인과 전공)  
•동신대학교 대학원 한의학 박사(한방부인과 전공)

주요경력  
•동신대학교 광주한방병원 수련의 수료(인턴, 레지던트)  
•동신대학교 순천한방병원 한방부인과 진료교수  
•대한한방부인과학회 학술이사/편집이사/보혈이사/편집이사  
•전남한한협회 난임사업 특임이사/난임위원장  
•건강보험심사평가원 비상근심사위원  
•보건복지부 전문평가위원회 위원  
•한 의사국가시험 출제위원  
•현 동신대학교 한의과대학 교수  
•현 동신대학교 나주한방병원 진료교수

목차

- 01 난임극복 지원사업
- 02 지자체 한의난임치료 성과
- 03 제도적 한계 및 극복방안

## 지난 10년 ‘햇발질’ 저출산 예산 7조4000억원



※ 2021년과 2022년은 '제4차 저출산고령사회 기본계획(2021~2025)' 상 저출산 분야 항목이 삭제돼 집계 제외

자료: 저출산고령사회위원회, 박용진 의원실

The JoongAng

## 01 난임극복지원사업

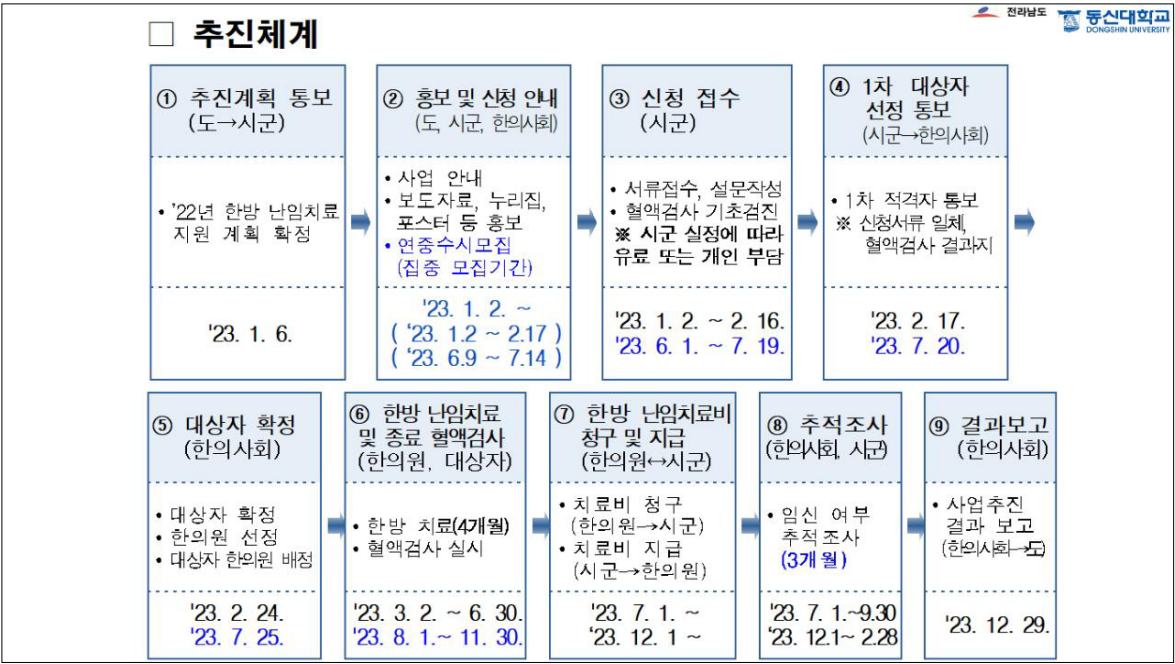
2023년도 한방난임치료지원 사업 운영지침



구분	주요역할
전라남도	○ 사업계획 및 지침 수립, 시행, 예산 교부 등 사업 총괄
시·군 (보건소)	○ 사업 홍보 및 신청자 모집 ○ 지원대상자 1차 심사(난임, 사실혼 등 선정기준 반영) ○ 혈액검사 기초검진 후 한의사회로 통보 → 1차 선정 명단, 혈액검사 결과지 ○ 지원대상자 한의원 내원 여부 관리 ○ 지원대상자 추적조사 관리(임신여부파악) ○ 지원대상자 진료비 지급(시군→한의원) ○ 한의사회와 적극적 협력체계 유지
전라남도 한의사회	○ 지원대상자 확정 및 한의원 매칭 ○ 지원대상자 임신 여부 추적조사 ○ 사업성과 보고
한의원	○ 한방 난임치료 실시(한약복용 관리) ○ 지원대상자 임신 여부 관리 ○ 지원대상자 진료비 청구(한의원→시군)

사업 개요

- 사업기간 : '23. 1. ~ 12.
- 사업량 : 150명
- 시군별 사업량은 최종 대상자 확정 후 별도 통보 예정
- 사업비 : 270백만원(도비 8130%, 시군비 10840%, 한의사회 8130%)
- 지원대상 : 도내 6개월 이상 주민등록을 둔 가정 또는 사실혼 중 1년 이상 임신이 안되고 있는 난임 부부
- 여성 만 45세 이상('23.1.1.기준)은 여성호르몬(에스트로겐) 검사 결과 첨부, 부부(사실혼 포함) 모두 6개월 이상 도내 거주
- 지원내용 : 한방치료(4개월), 추적조사(3개월)
- 지원방법 : 전라남도한의사회에서 지정한 한의원에서 치료





### 혈액검사 기초 검진

추진기관 : 시군, 한의  
원

검사횟수 : 2회 ※ (1  
차) 신청 접수 시, (2차)  
치료 종료 후

검진비 부담 : (1차)  
시군 실정에 따라 무  
료 또는 개인 부담

(2차) 대상자 개인부  
담 후 치료한의원에  
청구

1차 검사결과 : 전라  
남도한의사회로 통보

보건소 검사 불가능시  
최근 3개월 건강검진  
결과로 대체 가능

• 혈액검사 항목

• 간기능 검사 AST, ALT, r-GTP

• 신장기능 검사 BUN Creatinine

• 혈중지질평가 Cholesterol Triglyceride

• 당 검사 Glucose

• 소변중 염증반응 검사 u/a

• 소변임신검사

• 기본혈액검사 Hemoglobin RBC WBC CBC

### 난임치료 절차

○ 치료기간 : 상반기 '23. 3. ~ 6.(4개월)

하반기 '23. 8. ~ 11.(4개월)

○ 치료내용 : 한약(4개월분)  
시원, 침·뜸 등 침구 치료

- 침·뜸 등 침구 치료는 대상  
자 개인부담

※ 치료기간 종료 전 임신 또  
는 중단 요청 시, 대기자 중  
우선순위에 따라 추가 대상자  
로 선정 후 치료 실시

※ 추가 대상자 선정시 선 치  
료 완결 후, 임년도 예산에서  
상계처리 가능

### 대상자 한의원 배정

○ 추진기관 : 전라남도한의사회 난임위원회

○ 한의원 선정 요건

- 부인, 여성과 진료 경험이 풍부한 한의원 중 사업 관련 교육을 이수하고 사업 참여 신청서를 제출한 한의원

- 2022년도 자료 제출 성실한 및 난임 성공 회원 의료기관 우선 순위 배정

○ 한의원 배정 방법

- 보건소에서 신청·접수 시 치료 희망 지역을 기재토록 안내 → 전라남도한의사회에서 배정 → 대상자 및 보건소에 최종 통보

### 추적 조사

○ 조사기간 : 상반기 '23. 7. ~ 9.(3개월)

하반기 '23. 11. ~ '24. 1.(3개월)

- 한의사회 : 치료 종결 후 전화 및 문자 등을 통해  
임신을 확인할 수 있는 서류로 임신 여부 확인

- 시 군 : 추적조사 기간 중 양방시술을 받지 않도  
록 수시 안내, 한의사회 협조 요청 시 임신 여부  
확인

※ 추적조사 종료 시까지 양방 난임 시술 금지

①

요양기관  
확인

<임신 출산>

구분

날 짜

다태아 구분

임신

임신 확인일

2023년 07월04일

□ 일태아

본만 예정일

※ 초음파로 자궁 내 임신확인 후출산 가능

□ 다태아

출산  
(출생일)

2023년 03월01일

년 월 일

<양산>

구분

날 짜

다태아 구분

자궁 외 임신 진단일

년 월 일

□ 일태아

□ 다태아

※ 양 또는 양 중 하나를 손목하는 경우 기재 가능

※ 임신확인 후 임신이 진행되지 않은 경우 중 통행 후 HCG가

500mIU/mL 이상으로 측정된 적이 있는 경우

※ 초음파 또는 불임 후 HCG로 임신에 확인한 후 임신 종결을 위한

수술(제거수술, 자궁경관수술, 소파수술 등) 또는 약물치료

※ Methotrexate 사용 후 경우

※ 임신확인 후임신종결한 선출 대상 여성

위에 기록한 사항이 사실임을 확인함

년 월 일

요양기관명(기 호):

신부인과의원

담당의사(면허번호):

( )

( )

( )

- 22 -

- 23 -

### 치료비 청구 및 지급

#### 치료비 청구

한의원에서 치료기간 (4개월) 종료 후 1개월 이내 보건소로 치료비 청구

#### 치료비 지급

치료비 청구서, 치료확인서, 진료비 영수증, 통장사본 제출

#### 치료비 지급

- 지원 대상자 1인당 180만원 이내 청구
- 지급 상한액 범위 내에서 지원
- 시·군 보건소에서는 치료비 청구서 접수일로부터 가급적 1개월 이내에 한의원에 치료비 지급(계좌 송금)

## 02 지차체 난임치료 성과

-2022년도 전라남도 한의사회 결과 중심으로-

### 2022년 사업 결과

- 대상자의 사업참여도
  - 총 136명(중단 부부 2쌍 4명 포함)이 사업을 신청
  - 부부신청자 57쌍(중단 부부 3쌍), 1인 신청자 22명이 참여
  - 여성참여 78명(중단 3명 포함)이 사업에 참여
- 임신율
  - 사업에 참여한 여성참여자 75명(부부 54쌍 포함) 중
  - 13명(17%)가 임신에 성공을 하여 임신율은 17%
  - cf) 한의난임치료 임상적 임신율 14.44% (한약 투여 및 침구치료 난임치료 효과규명을 위한 임상연구)

### 대상자의 일반적인 특징 - 나이

여성연령	30세미만	6	7.6	30세미만	3	4.2
	30세이상-35세미만	25	31.6	30세이상-35세미만	19	26.4
	35세이상-40세미만	26	32.9	35세이상-40세미만	26	36.1
	40세이상-44세미만	22	27.8	40세이상-45세미만	19	26.4
	평균	36.08±4.511세 (최소 23세, 최대 44세)		45세이상-50세미만	5	6.9
			50세이상-	3	4.2	
			평균	38.16±5.659세 (최소 26세, 최대 55세)		



전라남도

한양대학교



동신대학교

DOONGSHIN UNIVERSITY

# 대상자의 일반적인 특징 - BMI

여성 BMI	저체중(-18.5)	8	10.3	저체중(-18.5)	1	1.4
	정상(18.6-22.9)	39	50.0	정상(18.6-22.9)	16	22.2
	과체중(23-24.9)	11	14.1	과체중(23-24.9)	21	29.2
	경도비만(25-29.9)	14	17.9	남성 BMI 경도비만(25-29.9)	28	38.9
	중등도비만(30-34.9)	6	7.7	중등도비만(30-34.9)	6	8.3
	평균	23.11±4.030 (최소 16.9, 최대 34.9)		평균	24.23±5.851 (최소 17.9, 최대 33.5)	

## 임신 대상자 BMI 에 따른 임신율

여성 BMI	저체중(-18.5)	1/8	12.5	저체중(-18.5)	0/1	0
	정상(18.6-22.9)	9/39	23.1	정상(18.6-22.9)	2/16	12.5
	과체중(23-24.9)	2/11	18.2	남성 BMI 과체중(23-24.9)	5/21	23.8
	경도비만(25-29.9)	1/14	7.1	경도비만(25-29.9)	3/28	10.7
	중등도비만(30-34.9)	0/6	0	중등도비만(30-34.9)	2/6	33.3
	평균			평균		

## 임신 대상자의 나이에 따른 임신율

여성연령	30세미만	0/6	0	30세미만	0/3	0
	30세이상-35세미만	8/25	32.0	30세이상-35세미만	5/19	26.3
	35세이상-40세미만	4/26	15.4	남성연령 35세이상-40세미만	7/26	26.9
	40세이상-44세미만	1/22	4.5	40세이상-45세미만	1/19	5.3
				45세이상-50세미만	0/5	0
				50세이상	0/3	0

## 난임대상자의 과거 질환

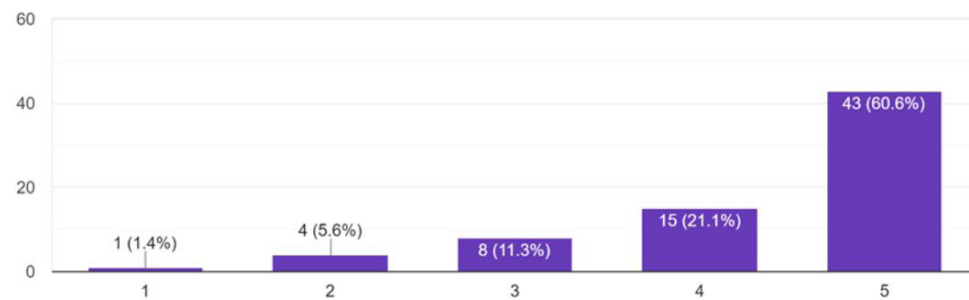
- 자궁근종
- 다낭성난소증후군
- 자궁내막증

병명	응답자(명)	응답비율(%)
질환없음	44	55.7
자궁근종	13	16.5
다낭성난소	9	11.4
자궁내막증	8	10.1
난소낭종	5	6.3
생식기염증	4	5.1
자궁외임신	4	5.1
자궁선근증	3	3.8
질염	3	3.8
자궁후굴	2	2.5
복수응답	15	19.0

## 한의지원사업 본인치료 만족도

한방난임치료 지원사업의 한방치료에 대하여 만족하십니까?

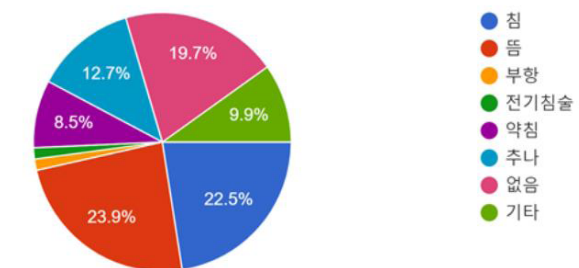
응답 71개



## 한약외 한방치료 선호도

난임 치료 시 난임에 대한 한방치료법 중 가장 도움이 되었거나 한약 외에 추가로 받고 싶은 치료가 있다면 골라주세요. (복수 체크 가능)

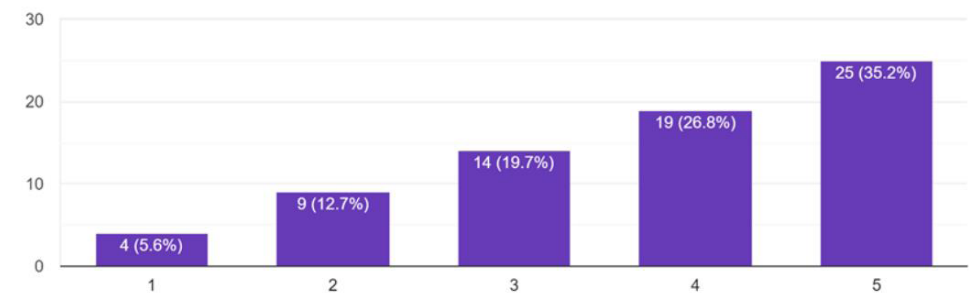
응답 71개



## 난임치료 이후 신체적 변화

진료 후 신체의 긍정적인 변화가 있었습니까?

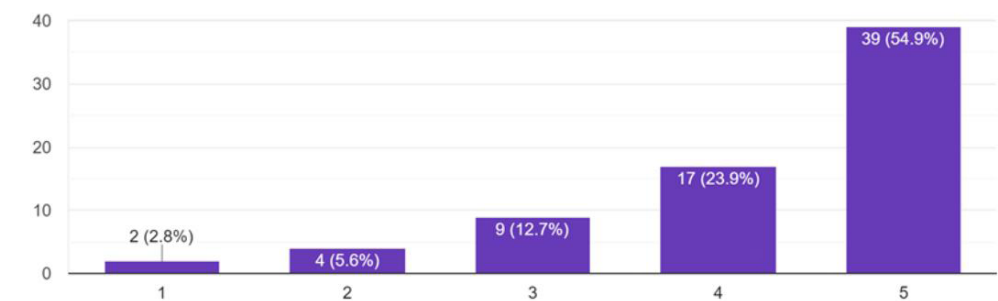
응답 71개



## 한의난임치료 재치료 의향

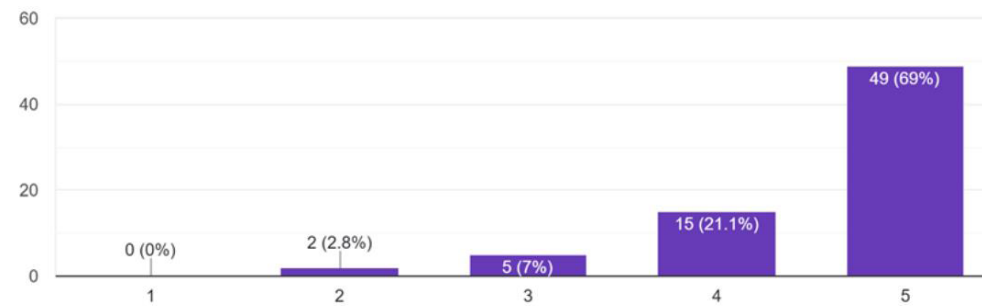
난임에 대한 한방치료를 차후에 다시 받으실 의향이 있습니까?

응답 71개



## 정부의 정책적 지원 필요성

향후 난임부부의 한방난임치료에 대한 정부의 정책적 지원이 필요하다고 생각하십니까?  
응답 71개



## 03 제도적 한계 및 극복방안

## 모자보건법

**제11조(난임극복 지원사업)** ① 국가와 지방자치단체는 난임 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다.

② 난임 극복 지원에는 다음 각 호의 내용이 포함되어야 한다. <신설 2015. 12. 22.>

1. 난임 치료를 위한 시술비 지원
2. 난임 관련 상담 및 교육
3. 난임 예방 및 관련 정보 제공
4. 그 밖에 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 사업

[전문개정 2009. 1. 7.]

[제목개정 2012. 5. 23., 2015. 12. 22.]

[https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/\(20220622,18612,20211221\)/제11조](https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/(20220622,18612,20211221)/제11조)

## 모자보건법

**제11조의2(난임시술의 기준 고시)** 보건복지부장관은 난임시술 의료기관의 보조생식술 등 난임치료에 관한 의학적·한의학적 기준을 정하여 고시할 수 있다.

[본조신설 2015. 12. 22.]

[https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/\(20220622,18612,20211221\)/제11조](https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/(20220622,18612,20211221)/제11조)



## 모자보건법

제11조의3(난임시술 의료기관의 지정 등) ① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제1호가목·다목 및 같은 항 제3호가목·다목·마목에 따른 의료기관 중 **보조생식술 등 난임시술이 가능한 의료기관을 난임시술 의료기관으로 지정**할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 **난임시술 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 시설·장비 및 전문인력 등을 갖추어야 한다.**
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 지정된 난임시술 의료기관(이하 “지정의료기관”이라 한다)에 대하여 3년마다 제2항의 기준 및 실적 등에 대한 평가를 실시하고 평가 결과에 따라 그 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제3항에 따른 평가결과를 공개하여야 한다. <개정 2018. 3. 13.>
- ⑥ 제1항 및 제3항에 따른 난임시술 의료기관 지정 및 지정취소의 기준·절차, 제4항에 따른 위탁, 제5항에 따른 평가결과의 공개방법 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[본조신설 2015. 12. 22.]

[https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/\(20220622,18612,20211221\)/제11조](https://www.law.go.kr/법령/모자보건법/(20220622,18612,20211221)/제11조)

## 전라남도 난임부부 지원

- 난임·우울증 상담센터 운영
- 한방 난임치료 지원
- 난임부부 시술비 지원(정부형)
- 난임부부 시술비 지원(전남형)

## 전라남도 모자보건 조례

제6조(난임극복 지원사업) ① 도지사는 난임 등 생식(生殖)건강 문제를 극복하기 위하여 다음 각 호의 사업을 추진할 수 있다.

1. 의학적·**한의학적 난임치료를 위한 시술비 지원**
2. 난임 관련 상담 및 교육
3. 난임 예방 및 관련 정보 제공
4. 그 밖에 도지사가 필요하다고 인정하는 사업

② 제1항제1호에 따른 지원 기준 및 방법 등은 도지사가 따로 정한다.

[시행 2019. 8. 1.] [전라남도조례 제4901호, 2019. 8. 1., 제정]

[https://www.law.go.kr/자치법규/전라남도모자보건조례/\(4901,20190801\)/제6조](https://www.law.go.kr/자치법규/전라남도모자보건조례/(4901,20190801)/제6조)

## 한방 난임치료 지원

- 지원대상 : 도내 6개월 이상 주민등록을 둔 가정(사실혼 포함) 중 1년 이상 임신이 안되고 있는 난임부부\* (나이제한 폐지, 부부 모두 도내 거주)
- 지원내용 : 한약, 침구치료, 임신여부 관리 등
- 지원금액 : 1인당 180만원 이내
- 신청방법 : 관할지역 시군 보건소
- 실제 지원금액 : 한의사회 부담 제외 (120만원 상당 한약)

## 난임부부 시술비 지원(정부형)

- 지원대상 : 기준중위소득 180%이하 혼인상태의 난임부부
- 지원내용 : 난임 시술비, 배아동결비, 유산방지제 및 착상보조제
- 지원금액 : 시술별 차등 지급(회당 20~110만원 이내)
- 신청방법 : 여성의 주소지 보건소

### 난임시술 의료기관 현황

(기준 : 2021. 3. 24.)

구 분	의료기관명	주 소	전화번호
체외·인공	현대여성아동병원	전남 순천시 장선배기 1길 8	061-720-1131
체외·인공	미즈여성아동병원	전남 순천시 조례1길 10-26	061-720-8000
인공	여수문화병원	전남 여수시 대치3길 26	061-650-5155
인공	여수제일병원	전남 여수시 쌍봉로 70	061-689-8114

## 난임부부 시술비 지원(전남형)

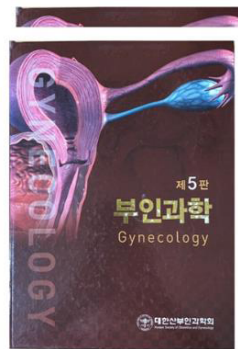
- 지원대상 : 도내 1년이상 주민등록을 둔 난임부부 중 난임 시술비 정부지원 제외자
- 지원내용 : 난임 시술비 1회당 20~150만원 차등지원(횟수 및 소득제한 없음)
- 신청방법 : 시군 보건소

## 난임부부지원사업과 참여여성의 삶의 질

- 신체적 부담
  - 보조생식술에 의한 부작용 – 난소과자극증후군, 다태임신, 유산
  - 모자보건법 시술건수 보고 의무, 부작용 보고는 통계집계 안 됨
- 정신적/정서적 부담
  - 출산에 대한 개인적 혹은 사회적 기대충족의 좌절 등으로 인한 상실감과 죄의식, 열등감 등의 부정적인 감정을 경험하고, 우울 등 정신적 고통에 노출
  - 장기적 시술과정에서의 반복적 임신 실패로 인한 상실감, 시술결과에 대한 불안 등과 관련하여 스트레스와 우울
- 사회적 부담
  - 일상생활과의 병립 어려움

난임부부지원사업 개선연구: 난임여성의 안전 및 삶의 질 보호방안 마련을 중심으로

## 심신질환의 하나인 불임환자의 치료



제5판 부인과학  
Gynecology  
대한신방간학회

- 제5판 부인과학
  - 침술은 진정, 자궁이완, 자궁혈류량을 증가시킬 목적으로 사용된다
  - 전기침으로는 다낭성난소환자의 약 2/3에서 규칙적 생리 유도
  - 배아 이식 전후에 25분간 통상적인 침술을 시행한 결과 대조군의 26%에 비해 43%로 임신율이 증가

## 극복 방안

- 난임치료에 대한 환자의 다양한 선택 존중을 위한 의과병행치료 고려
  - 고령의 산모나 AMH 낮은 수치 등 난임가능성이 높은 경우로 환자가 의과병행치료를 원하는 경우
  - 한의치료 후 보조생식술시행
  - 보조생식술 시행 침구치료 병행치료(추나시술 처럼 횡수나 또는 암치료비처럼 환자부담 10% 같은 차등화 지원)
- 난임 진단 사업 실시하여 맞춤형 난임치료
  - 난임 진단 사업 실시 후 진단에 따른 맞춤형 난임치료
- 혈액검사 f/u 등은 지역별 거점병원이나 보건소 실시

## 전남 한의난임치료 사업 어려운 점

- 도 담당직원의 잦은 교체
- 광범위한 지역으로 홍보의 어려움
- 난임전문기관의 부족
- 긴 기간 동안의 한약 복용 지속 유지
- 진단 및 출산 등 양방 산부인과와의 연계 어려움

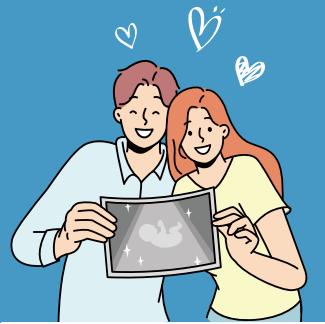
경청해 주셔서  
고맙습니다.



<https://pixabay.com/photos/%ec%84%9d%eb%a5%98-%ec%bd%83-%ec%84%9d%eb%a5%98%ec%bd%83-%eb%b6%89%ec%9d%80-%ec%bd%83-6579110/>



저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



## 발 제2

한의학 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향

김동일 동국대학교 일산불교한방병원 병원장

동국대학교

대한한방부인과학회

# 한의학 난임치료 국가지원 사업화 필요성과 추진방향

대한한방부인과학회  
동국대학교 한의과대학 김동일



동국대학교

대한한방부인과학회

## 발제자 및 발제 개요

동국대학교 한의과대학 교수  
동국대학교 한의과대학 일산한방병원장  
동국대학교 한의과대학 전임 학장  
대한한방부인과학회 전임 회장  
여성 난임 및 갱년기장애 임상진료지침개발 등

목차

01

인구절벽과 한의치료 대상 변화

02

의과난임치료의 기여와 과제

03

의과 개별 지원 사업 사례

04

한의학치료지원의 제도화 방안

우리가 직면한 저출산과 고령화가 결합된 압축고령화는 국가와 사회의 존립을 심각하게 위협하고 있습니다. 만혼과 긴 피임기간 등으로 인해 난임환자가 증가할 뿐만 아니라 보조생식술의 보편화와 배우자 연령 증가 추세 등에 따라 전통적으로 난임치료의 중요한 축을 담당하였던 한의단독 치료에 의한 난임치료 환자 비율이 감소하고 있습니다.

보조생식술에 대한 급여화와 각종 지원제도에 따라 과거에 비해 더 많은 난임 환자가 혜택을 보고 있으나 여전히 배란유도에 대한 반응성이 저하되거나 자궁내막수용성이 저하되어 임신과 출산에 실패하는 난임 환자 역시 증가하고 있습니다. 또한 보조생식술에 의한 고령임신의 증가는 유산과 조산의 가능성을 높이며, 다태아 임신 증가는 조산으로 이어져 주산기 이환을 늘리고, 직접적인 의료비용의 증가는 물론 생애전주기에 걸친 사회적 비용을 증가시킬 수 있습니다.

이에 예방의학적인 특성이 강한 한의치료를 생식건강증진의 중요 수단으로 수용하고, 난임 예방과 치료에 한의단독치료법과 보조생식술의 병행요법으로 한의치료를 적용하여 시술과정에서 겪는 다양한 임상적 문제를 해결하고, 임신율과 생아출산율을 제고할 수 있도록 제도적 보완을 제안하고자 합니다.

동국대학교

대한한방부인과학회

## 라가르트 IMF 총재의 경고..."한국은 집단적 자살사회 같다"

워싱턴=박수진 2017-10-24 18:54:51

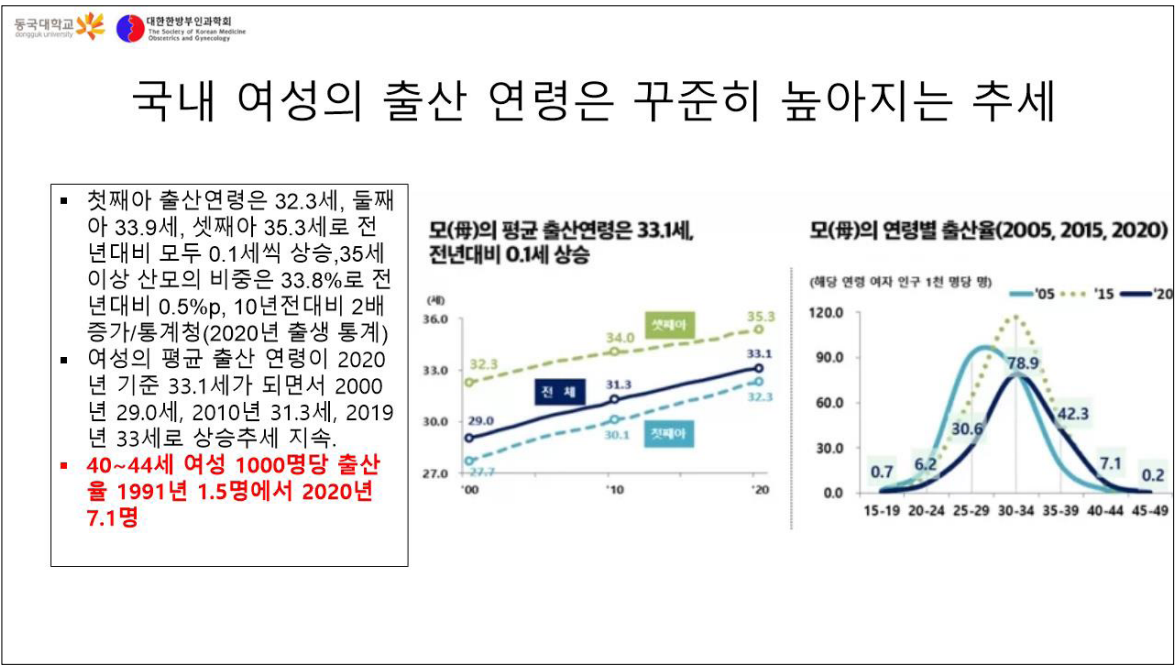
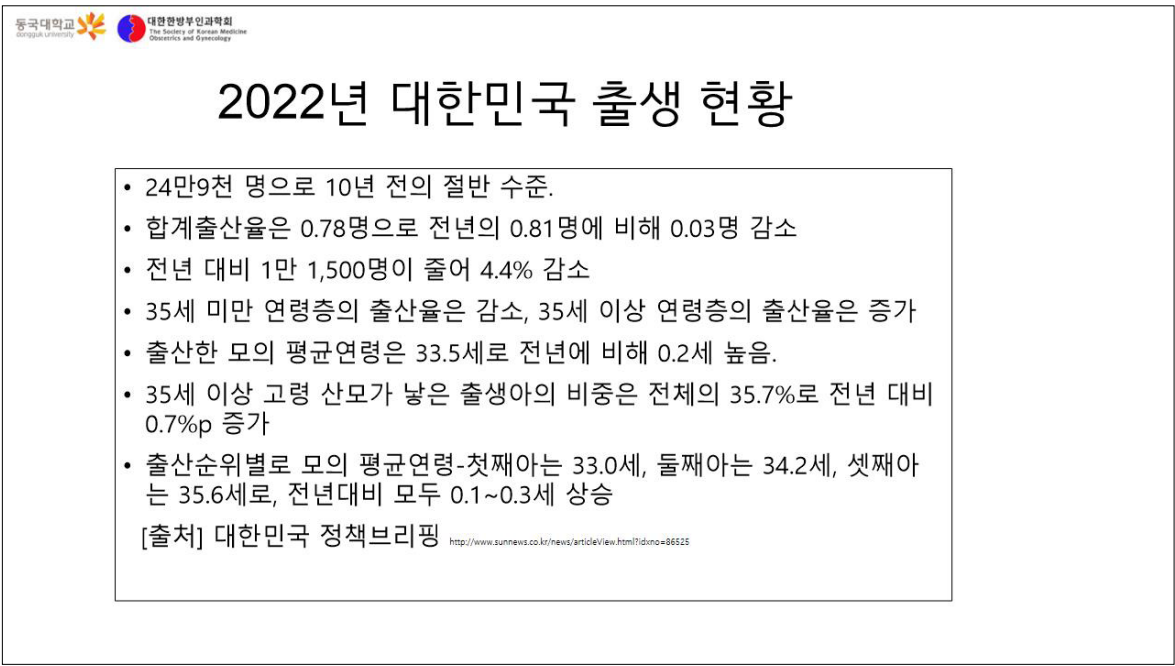
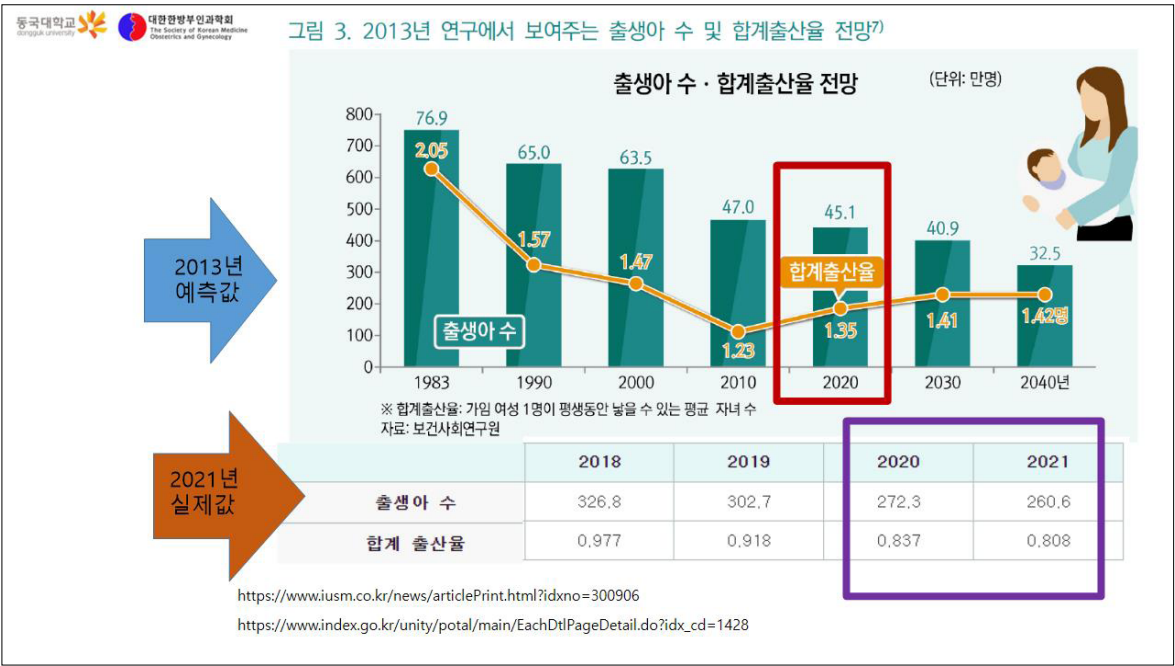
이창용 IMF 아태담당 국장 지난달 방한시 일화 전해  
여대생들 결혼·출산 기피현상 충격  
저출산→고령화→성장률하락→재정악화 '악순환 고리' 경계  
이 국장 "재정건전성보다 저출산등 효율적 투자 중요"

크리스틴 라가르트 국제통화기금(IMF)총재가 한국을 '집단적 자살사회(collective suicide society)'라고 표현했다고 이창용 IMF 아시아태평양 담당 국장이 23일(현지시간) 전했다. 한국이 여성들의 출산회피로 고령화 급격히 진행되고, 이것이 성장률과 생산성 저하, 재정 여건 악화로 연결되는 '악순환의 고리'로 빠져든 상황에 대한 비유다.

2017년 출생아 357,771명

↓

2022년 출생아 249,000명





동국대학교

Dongguk University

대한한방부인과학회

The Society of Korean Medicine

Obstetrics and Gynecology

## 난임 환자 신규 진단과 출생 현황

- 서울 난임 진단 환자 : 8만 2천명
- 전국 연간 난임 진단 환자 : 25만명
- 연간 난임치료 후 출생아 : 전체 출생아의 10%

동국대학교

Dongguk University

대한한방부인과학회

The Society of Korean Medicine

Obstetrics and Gynecology

## 주요 한의 난임치료 지원 사업 결과

### 2021년 경기도 난임 사업 주요 결과

- 대상자249명 : 중도탈락자19명(7.34%)/완료 대상자 224명(90.0%)  
\*사업완료율 90%←전년도 87.8%
- 사업 참여 배우자183명  
중도탈락배우자12명(6.35%)/완료배우자151명(79.89%)  
**완료여부 누락 배우자 26명(13.76%)**
- 2021년 대상자의 평균 연령은 37.98±5.02세(0.7세+).
- 정액검사에서 이상이 있는 배우자의 비율(73.5%,18.7%+)
- 성기능장애가 있는 배우자의 비율(15.7%, 3%+)

동국대학교

Dongguk University

대한한방부인과학회

The Society of Korean Medicine

Obstetrics and Gynecology

## 주요 한의 난임치료 지원 사업 결과

### 2021년 서울 난임 사업 결과

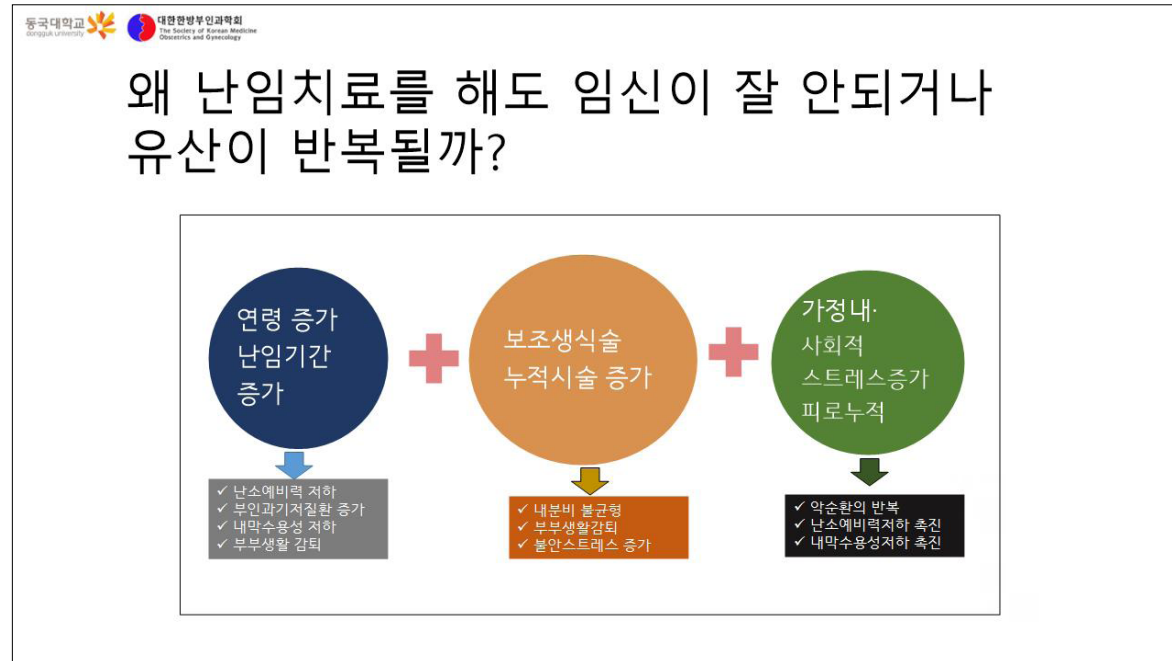
표 33. 자연임신에 성공한 대상자의 연령군별 분포

성별	연령대	대상자(n)	평균
여성	30세 미만	1	34.81세
	30세 이상 35세 미만	8	
	35세 이상 40세 미만	5	
	40세 이상 45세 미만	2	
남성	45세 이상	0	37.41세
	30세 미만	0	
	30세 이상 35세 미만	4	
	35세 이상 40세 미만	3	
	40세 이상 45세 미만	5	
	45세 이상	0	

- ✓ 치료 완료
  - 부부치료 88
  - 여성 단독치료 26명,
  - 남성 단독치료 1명.
- ✓ 임신 수
  - 20명(한의학 단독 치료 후 자연 임신)
  - 2명(난임치료 종료 후 체외수정 임신)
- ✓ 자연임신을17.4%, 총 임신을 19.13%
- ✓ 유산 수- 4명

- 44 -

- 45 -



보조생식술과 다태임신, 조산

목적: 체외수정이 지난 3년간 저체중아, 조산, 조저체중아, 다태아 비율의 변화에 미치는 기여도를 정량화하고자 한다.

방법: 1994년부터 1996년까지 앨버타 내 IVF 임신에 대한 데이터를 검토했습니다. 인구 데이터는 live 또는 사산에 대한 주정부 통지에서 얻음.

결과: 주에서 증가된 LBW 비율의 IVF 구성요소는 2500g 미만 영아의 경우 17.8%, 1500g 미만 출생아의 경우 43.5%였음. 체외수정시술은 임신 37주 미만의 출산율 증가의 10.5%, 임신 30주 미만의 출산율 증가의 66.20%를 차지. 체외수정 시술은 지방에서 쌍둥이와 모든 세쌍둥이 출산의 21.4%를 차지.

결론: 3년 동안 IVF는 LBW, 조산 및 다태아 발생률에 영향을 미침. IVF는 극소 저체중아 출생 및 30주 이전 분만의 변화에 상당한 기여를 하며 이는 부분적으로 다태아 출산과 관련이 있음.

Review  
Birth defects and assisted reproductive technologies  
Joe Leigh Simpson<sup>\*</sup>  
March of Dimes, 1275 Manamorneck Avenue, White Plains, NY 10605, USA

Keywords: Assisted reproductive technologies (ART), Birth defects, Hypertension, Implantation, Intracytoplasmic sperm injection (ICSI), In-vitro fertilization (IVF)

SUMMARY  
Assisted reproductive technologies (ART) using in-vitro fertilization (IVF) account for ~1% of births in the USA and as much as 3–4% in Europe or Australia. Initially studies involved infants prospectively examined in an early cohort of US births, with salutary results. Later studies began to show the frequency of birth defects to be increased. In meta-analysis, odds ratio was >1.0, with the 95% confidence limit not extending to <1.0. Although ART are associated with a 30% increase in birth defects, subfertile couples achieving pregnancy without ART show a 20% increase. It thus appears that the increase in birth defects is due less, if at all, to ART protocols per se than to the biological perturbations that generated the infertility that necessitated ART to achieve pregnancy. There is consensus that traditional IVF and intracytoplasmic sperm injection (ICSI)/IVF show the same overall risk notwithstanding increased sex chromosome abnormalities in both procedures and increased hypoplasia in ICSI. No other organ system seems disproportionately affected. There is no additive risk in ART twins compared with non-ART twins, nor in embryos having been cryopreserved. The increased risk observed had not appeared to dissuade couples from attempting to have their own children.

© 2014 Published by Elsevier Ltd.



보조생식술과 다태임신, 조산

다태 임신은 보조생식술의 주요하며, 가장 심각한 합병증.

ART로 임신한 아기의 많은 비율이 쌍태임신이며, 다태임신은 높은 조산율, 주산기 이환율 및 사망률[1,2]과 연관

쌍태임신에서 64.8%의 조산율(37주 이전)이 발생[3].

1. Vogel JP, Torloni MR, Seuc A, et al. Maternal and perinatal outcomes of twin pregnancy in 23 low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2013;8:e70549.

2. Giuffre M, Piro E, Corsello G. Prematurity and twinning. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012;25(Suppl 3):6–10.

3. Aboulghar MM, Aboulghar MA, Amin YA, Al-Inany HG, Mansour RT, Serour GI. The use of vaginal natural progesterone for prevention of preterm birth in IVF/ICSI pregnancies. *Reprod BioMed Online*. 2012;25(2):133–138.

The effect of early administration of rectal progesterone in IVF/ICSI twin pregnancies on the preterm birth rate: a randomized trial

Mona Mohamed Aboulghar<sup>1,3\*</sup>, Yahia El-Faissal<sup>1,2</sup>, Ahmed Kameel<sup>2</sup>, Ragaa Mansour<sup>1</sup>, Gamal Serour<sup>1,4</sup>, Mohamed Aboulghar<sup>1,2</sup> and Yomna Islam<sup>1,2</sup>

Abstract  
Background: The rate of multiple pregnancies in IVF/ICSI ranges from 20 to 30%. The incidence of preterm birth in multiple pregnancies is as high as 60% and is even higher in pregnancies conceived after IVF & ICSI. The effect of progesterone on prevention of preterm birth in twins is controversial. Our group has proven a positive effect in reduction of preterm birth, by starting progesterone from the mid-trimester, in exclusively IVF/ICSI singleton pregnancies but not twins. The purpose of our current study was to explore the effect of earlier administration of natural progesterone, in IVF/ICSI twin pregnancies starting at 11–14 weeks for prevention of preterm birth.  
Methods: This is a double-blind, placebo controlled, single center, randomized clinical trial. Women with dichorionic twin gestations, having an IVF/ICSI trial were randomized to receive natural rectal progesterone (800 mg daily) vs placebo, starting early from 11 to 14 weeks. They also received oral and vaginal antimicrobial agents as part of our routine treatment for vaginitis and urinary tract infection. They were randomized regardless of cervical length and had no previous history of preterm birth or known Mullerian anomalies. The primary outcome was spontaneous preterm birth rate before 37 weeks. The secondary outcome was spontaneous preterm birth before 34, 32, 28 weeks and neonatal outcome.  
Results: A total of 203 women were randomized to both groups, final analysis included 199 women as 4 were lost to follow up. The base line characteristics as well as gestational age at delivery were not significantly different between the study and the placebo group (34.7 ± 3.6 vs 34.5 ± 4.5, P = 0.26). Progesterone administration was not associated with a significant decrease in the spontaneous preterm birth rates before 37 weeks (73.5% vs 69%, P = 0.551), before 34 (20.6% vs 21.6%, P = 0.649), before 32 (8.8% vs 12.4%, P = 0.46) & before 28 (4.9% vs 3.1%, P = 0.555) weeks.  
Conclusions: Rectal natural progesterone starting from the first trimester in IVF/ICSI twin pregnancies did not reduce spontaneous preterm birth.  
(Continued on next page)



## 보조생식술과 조산

- 산모의 나이, 다태 임신, 배아 감소 및 전치 태반이 IVF/ICSI를 받는 여성의 조산 위험 증가.
- ART 치료 중에는 주기당 배아 이식 횟수를 2개 또는 1개로 줄여 배아감축이나 다태임신 발생 줄여야.

Risk factors associated with preterm birth after IVF/ICSI  
[Sci Rep.](#) 2022; 12: 7944.

### Risk factors associated with preterm birth after IVF/ICSI

Jian Li<sup>1,11</sup>, Jinhua Shen<sup>1,2,11</sup>, Xiaoli Zhang<sup>1,3,4</sup>, Yangqin Peng<sup>5,11</sup>, Qin Zhang<sup>1,6,11</sup>, Liang Hu<sup>5,7,8,9</sup>, Christoph Reichetzeder<sup>10</sup>, Suimin Zeng<sup>1</sup>, Jing Li<sup>1</sup>, Mei Tian<sup>1</sup>, Fei Gong<sup>5,7,8,9</sup>, Ge Lin<sup>5,7,8,9,12,13</sup> & Berthold Hofer<sup>1,3,5,12,13</sup>

In vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection (IVF/ICSI) is associated with an increased risk of preterm (33rd–37th gestational week) and early preterm birth (20th–32nd gestational week). The underlying general and procedure related risk factors are not well understood so far. 4328 infants women undergoing IVF/ICSI were entered into this study. The study population was divided into three groups: (a) early preterm birth group ( $n = 66$ ), (b) preterm birth group ( $n = 675$ ) and (c) full-term birth group ( $n = 3653$ ). Odds for preterm birth were calculated by stepwise multivariate logistic regression analysis. We identified seven independent risk factors for preterm birth and four independent risk factors for early preterm birth. Older ( $> 39$ ) or younger ( $< 25$ ) maternal age ( $R: 1.504$ , 95% CI 1.091–2.090,  $P = 0.009$ , 95% CI 0.853–2.767,  $P = 0.001$ , respectively), multiple pregnancy ( $R: 9.780$ , 95% CI 0.814–11.935,  $P = 0.001$ ,  $R: 8.588$ , 95% CI 0.866–15.579,  $P = 0.001$ , respectively), placenta previa ( $R: 14.954$ , 95% CI 0.053–27.767,  $P = 0.001$ ,  $R: 16.147$ , 95% CI 0.381–61.976,  $P = 0.001$ , respectively), and embryo reduction ( $R: 3.547$ , 95% CI 1.736–7.249,  $P = 0.001$ ,  $R: 7.345$ , 95% CI 1.990–25.663,  $P = 0.003$ , respectively) were associated with preterm birth and early preterm birth, whereas gestational hypertension ( $R: 2.494$ , 95% CI 1.770–3.514,  $P = 0.001$ ), elevated triglycerides ( $R: 1.120$ , 95% CI 1.011–1.240,  $P = 0.030$ ) and shorter activated partial thromboplastin time ( $R: 0.367$ , 95% CI 0.349–0.585,  $P = 0.001$ ) were associated only with preterm birth. In conclusion, preterm term from IVF/ICSI are associated with several risk factors. IVF/ICSI are in general similar to those in natural pregnancy. The lack of some associations in the early preterm group was most likely due to the lower number of early preterm birth cases. Only embryo reduction represents an IVF/ICSI specific risk factor.

단일 배아이식도 조산을 막지는 못함

*J Assist Reprod Genet.* 2015 Feb; 32(2): 221–224.  
Published online 2014 Nov 6. doi: [10.1007/s10815-014-0381-2](https://doi.org/10.1007/s10815-014-0381-2)

PMID: [25374396](#)

Effect of single embryo transfer on the risk of preterm birth associated with in vitro fertilization

Adam J. Fechner,<sup>1\*</sup> Kelecia R. Brown, Ndidamaka Onwubali, Sangita K. Jindal, Gerson Weiss, Laura T. Goldsmith, and Peter G. McGovern

• Author information • Article notes • Copyright and License information • [Disclaimer](#)

## Results

The 3125 eSET cycles resulted in 1507 live births (live birth rate 48.2 %). Among these deliveries were 27 twins (1.8 %) and one set of triplets (0.07 %). The overall preterm delivery rate (20–37 weeks gestation) following eSET was 17.6 % (269/1527). This is significantly greater than the preterm birth rate for all patients undergoing IVF over the same time period (12 %,  $P < 0.001$ ).

## Conclusions

Elective single embryo transfer does not reduce the risk of preterm delivery associated with in vitro fertilization (IVF).

## 보조생식술과 조산

# Is IVF/ICSI an Independent Risk Factor for Spontaneous Preterm Birth in Singletons? A Population-Based Cohort Study

Nina Jančar,<sup>1</sup> Barbara Mihevc Ponikvar,<sup>2</sup> Sonja Tomšič,<sup>2</sup>  
Eda Vrtačnik Bokal,<sup>1</sup> and Sara Korošec <sup>1</sup>

<sup>2</sup>Health Survey and Health Promotion Department, National Institute of Public Health, Ljubljana, Slovenia

Correspondence should be addressed to Sara Korosec; sara\_korosec@hotmail.com

Received 11 April 2018; Accepted 10 December 2018; Published 30 December 2018

Guest Editor: Birgit Arabin

Copyright © 2018 Nina Jančar et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

The aim of our study was to assess the dose risks for very preterm (gestation under 32 weeks) and moderate preterm birth (gestation weeks 32–36.67) in singleton pregnancies in a national retrospective cohort. We also wanted to establish whether the risk of perinatal mortality and congenital malformations was higher in the preterm population compared to the singleton births from 2002–2015 from the National Perinatal Information System of Slovenia, containing data on woman, pregnancy, the postpartum period, and the neonate for each mother–infant pair. Mode of conception, maternal age, education, BMI, parity, and gestational age at birth were included in the model. We also examined the effect of maternal and fetal congenital ultrasonic malformations, bleeding in pregnancy, pre-eclampsia or HELLP and maternal blood, and pulmonary or renal malformations on the risk of perinatal mortality. The results of the analysis showed that the risk of perinatal mortality was 1.7 higher after adjustment for known confounders, the OR was still significantly elevated 1.6 and 1.3, respectively. Risk factors for very preterm birth with OR higher than 2.4 were history of cervical conization procedure, reaction of uterine septum, abortion or having a stillborn child, and placental abruption. The risk of congenital malformations was 1.2 higher after adjustment for known confounders, the OR was still significantly elevated 1.2 and 1.3, respectively. Risk factors for very preterm birth with OR higher than 2.1 were being underweight or obese, having advanced education, smoking, first birth, pre-eclampsia/HELLP, and placental abruption. The results of the analysis showed that the risk of congenital malformations was 1.2 higher after adjustment. IVF/ICSI represents a single risk factor for early and late perinatal mortality, but not for congenital malformations. The results of the analysis showed that the risk of congenital malformations was 1.2 higher after adjustment. IVF/ICSI represents a single risk factor for early and late perinatal mortality, but not for congenital malformations. The results of the analysis showed that the risk of congenital malformations was 1.2 higher after adjustment. IVF/ICSI represents a single risk factor for early and late perinatal mortality, but not for congenital malformations.

BioMed Research International Volume 2018, Article ID 7124362, 8 pages  
<https://doi.org/10.1155/2018/7124362>

## 조산의 의학적, 사회적 부담

Lancet Glob Health. 2021 Sep; 9(9): e1226–e1241

PMC

Published online 2021 Aug 17. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00298-9; 10.1016/S2214-109X(21)00298-9

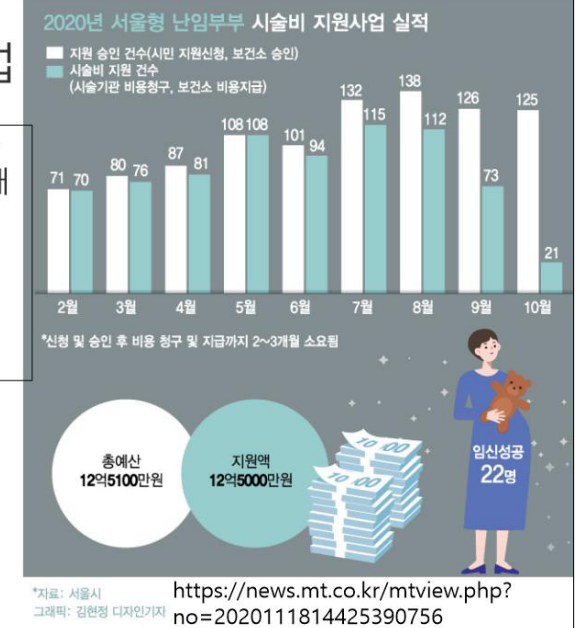
Preterm births in China between 2012 and 2018: an observational study of more than 9 million women

- An increase in preterm births was noted for both singleton and multiple pregnancies between 2012 and 2018 in China. China's strategic investment in maternal and neonatal health has been crucial for the prevention of preterm birth. Due to rapid changes in sociodemographic and obstetric factors related to preterm birth—particularly within the context of the universal two child policy—such as advanced maternal age at delivery, maternal complications, and multiple pregnancies, **greater efforts to reduce the burden of preterm birth are urgently needed.**
- 조산의 지속적 증가와 의학적, 사회적 비용 급증
- 조산예방을 위한 더 많은 노력이 시급히 전개되어야!!!

## 의과 개별지원 사례-서울특별시 모델

## 서울형 난임부부시술비지원사업

- 지원: 체외수정(신선배아) 건강보험 수급  
한도(7회) 소진 난임부부에게 1회당 최대  
180만원씩 3회까지  
시술비 지원
- 결과 : 20여건의 임신성공 사례  
(→유산율은?)  
임신1건당 : 예산 투입액 5686만 3636원



## 서울 난임 시술 지원 확대안

- 난임부부 시술비 지원 소득기준 및 시술간 칸막이 폐지
- 난자 동결 시술비용 지원
- 고령(35세 이상) 산모 검사비 지원
- 다태아 자녀안심보험 지원

<http://www.sunnews.co.kr>



## 보조생식술 후 연령별 착상율

**TABLE 1**

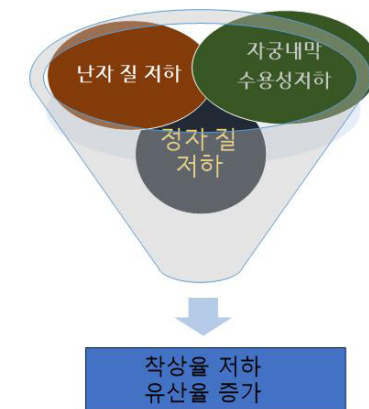
Embryo implantation rates as a function of female age (42).

Age	Implantation rate
25-29	18.2%
30-34	16.1%
35-39	15.3%
40-44	6.1%

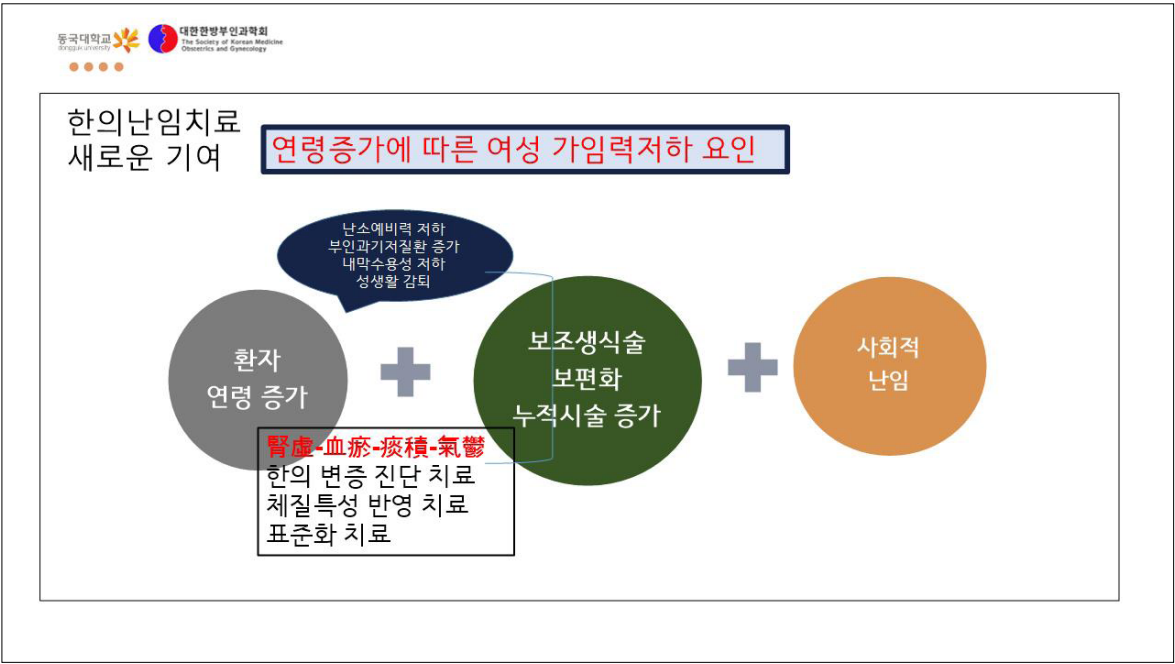
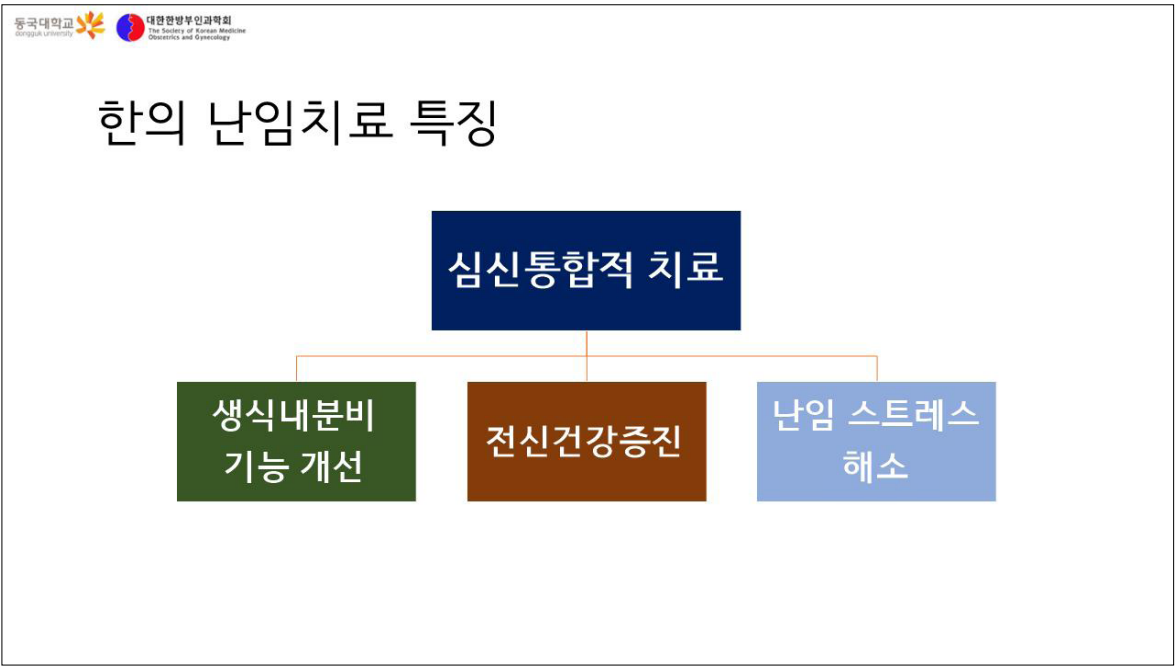
Reprinted with permission (Fertil Steril 1996;65:783-790) (42).

Source: Centers for Disease Control and Prevention, American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology, RESOLVE. 1999 Assisted Reproductive Technology Success Rates. Atlanta, GA. Centers for Disease Control and Prevention; 2001 (4).

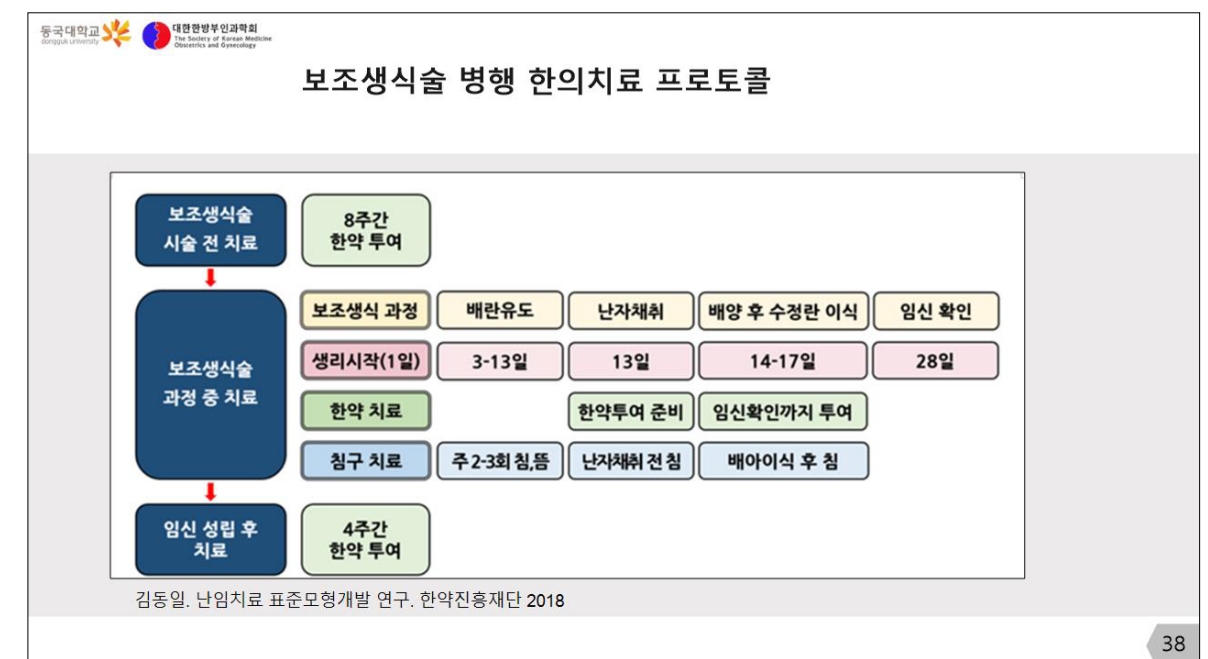
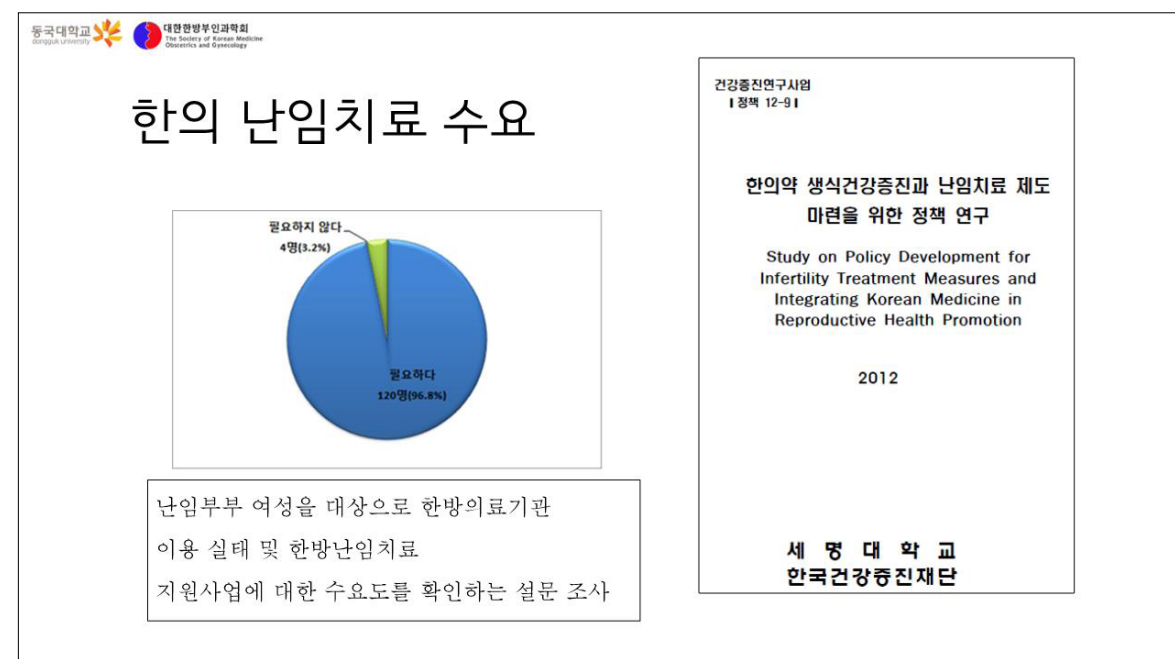
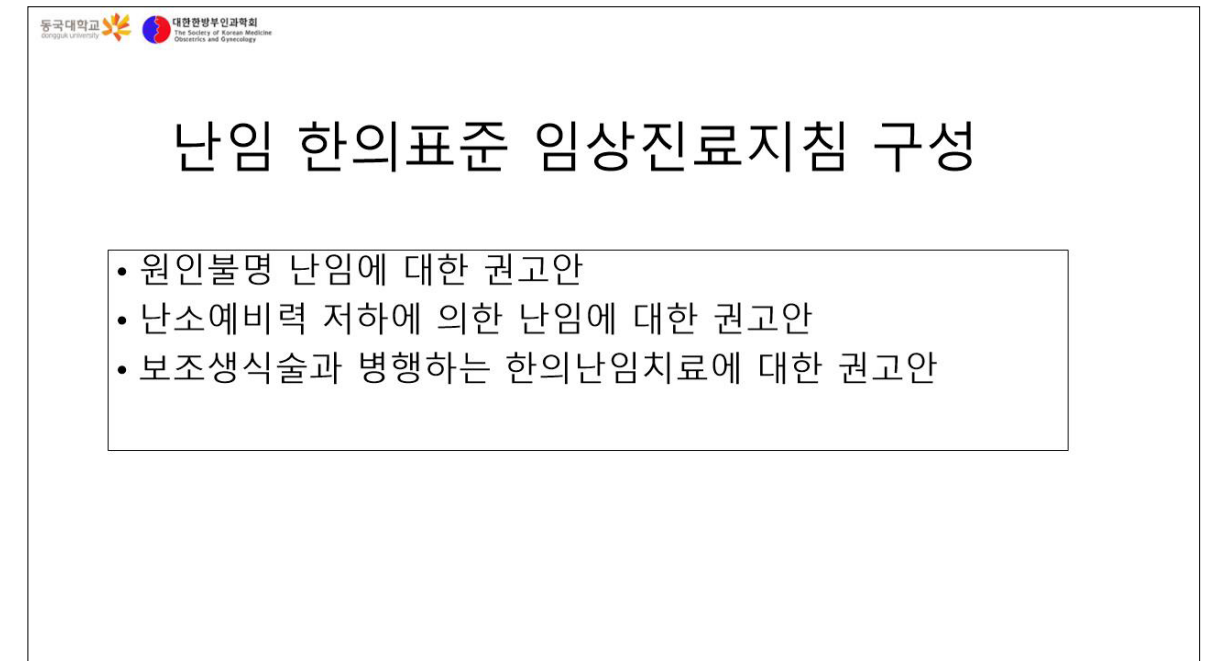
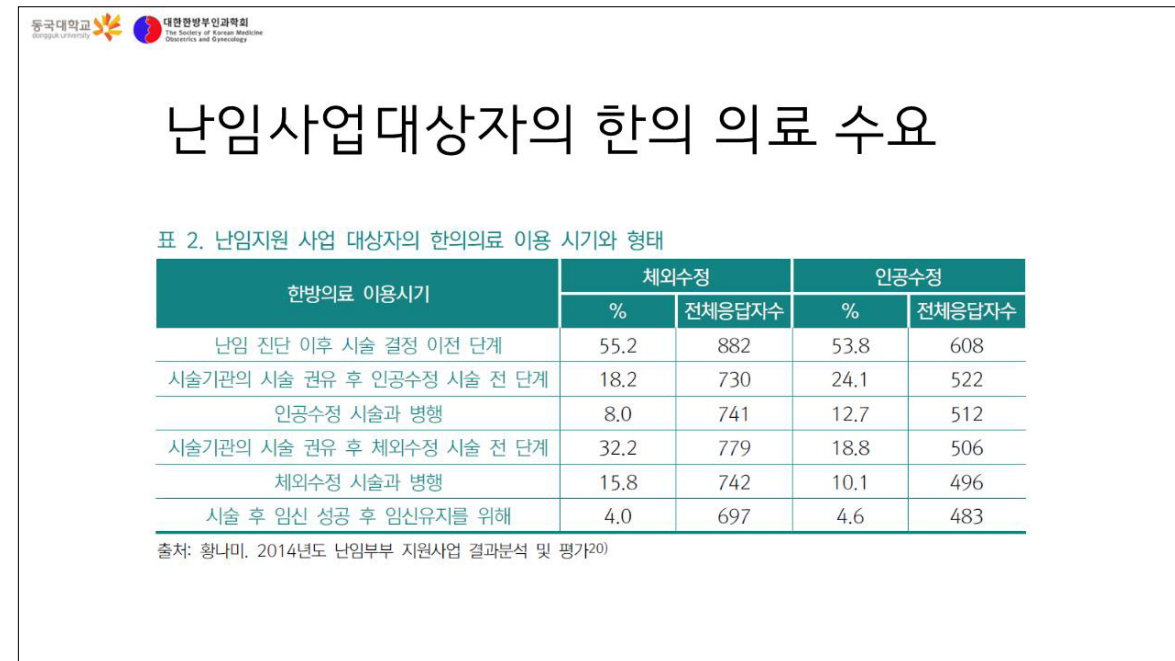
ASRM Practice Committee. Aging and infertility in women. *Fertil Steril* 2006.

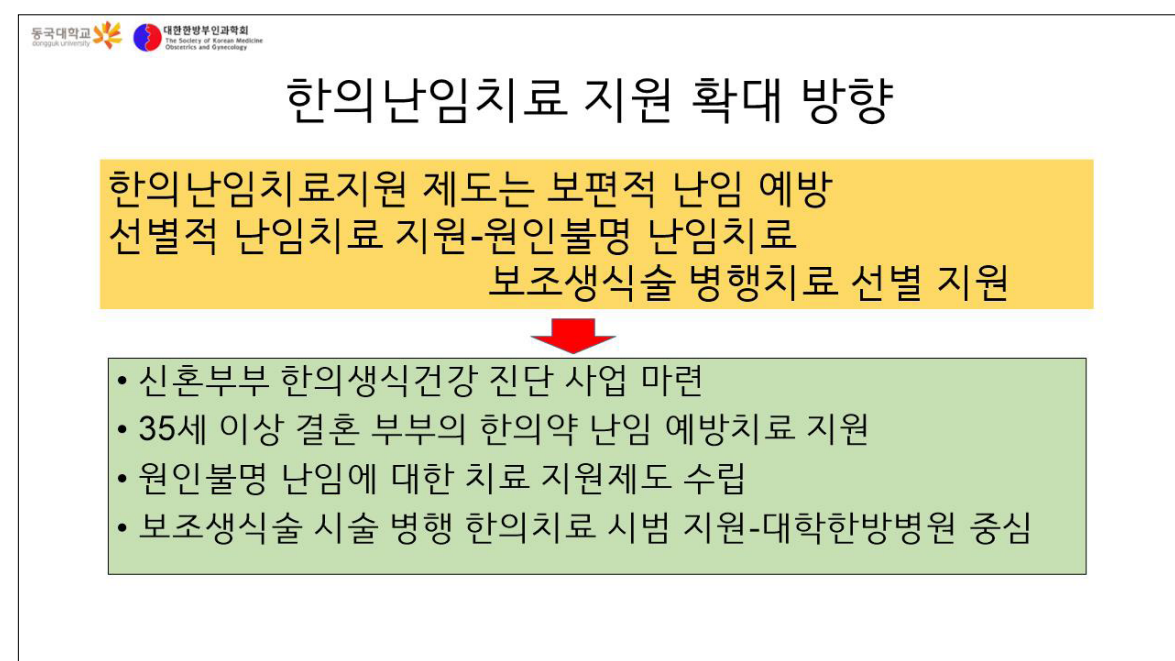
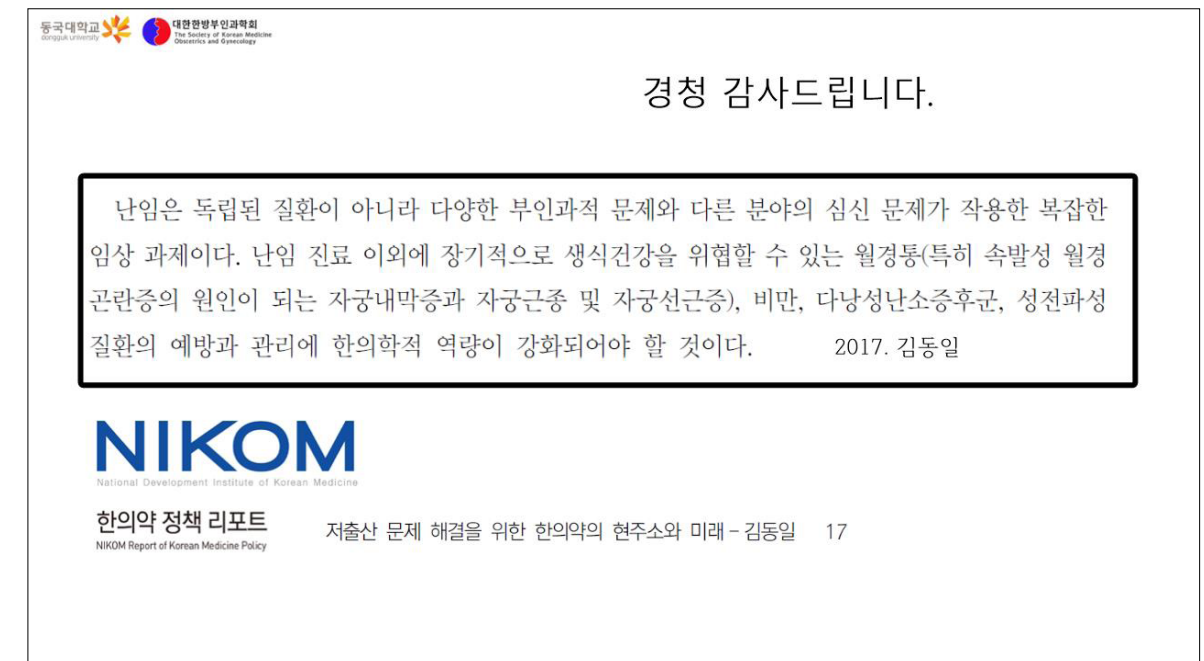
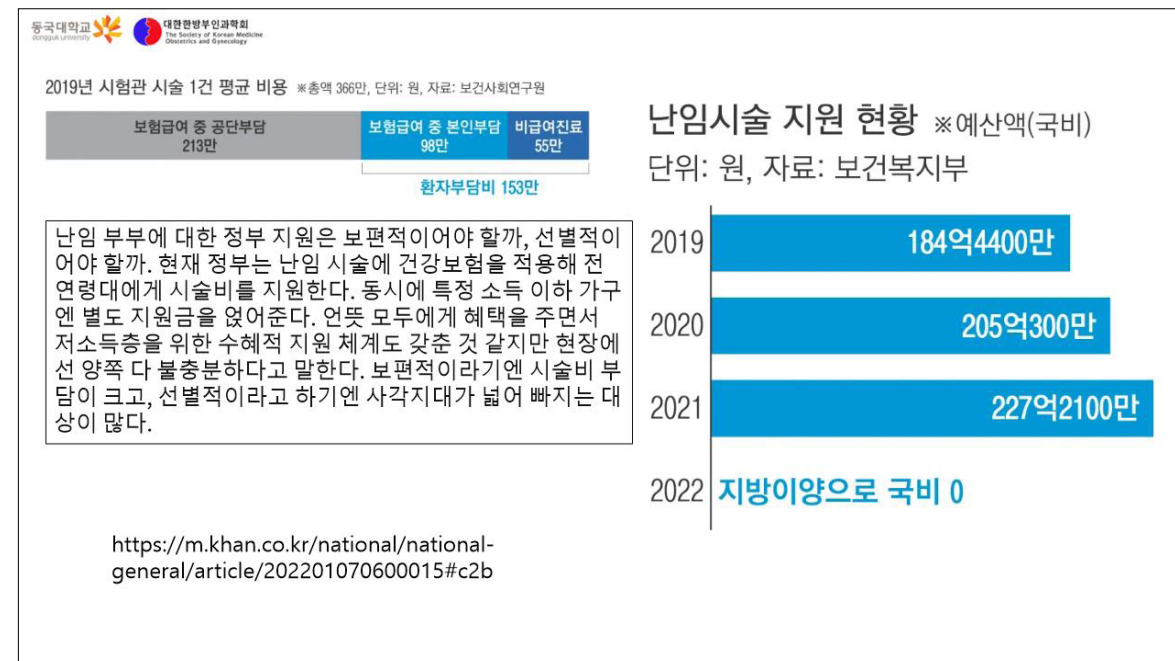












# 토 론

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원 활성화 방안

좌 장 : 이진무 강동경희대학교병원 한방부인과 교수

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회

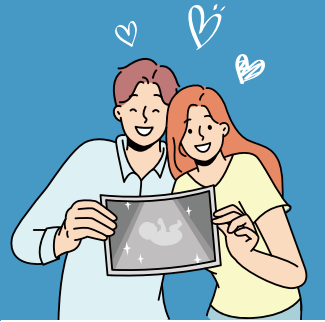


## [토 론]

조준영 자유훈의원 분당점 대표원장

[illegible][illegible]

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



[토 론]

이진윤 익산시보건소 소장

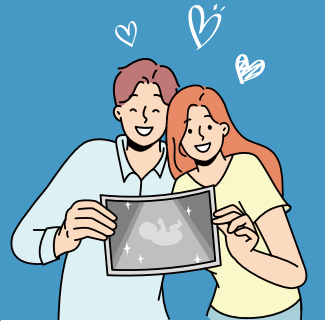
# MEMO

- 66 -

MEMO

- 67 -

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



## [토 론]

홍성규 한국난임가족연합회 사무국장



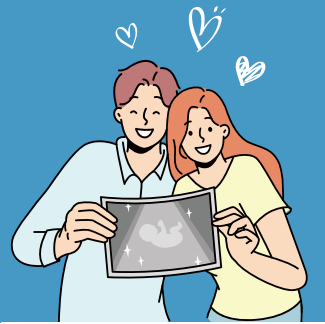
# MEMO

- 70 -

MEMO

- 71 -

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



## [토론]

김태열 헤럴드경제 의학전문기자

[illegible][illegible]

저출생 극복을 위한  
국가 난임치료 지원  
활성화 방안  
정책토론회



## [토 론]

최영준 보건복지부 출산정책과 과장

[illegible][illegible]

