



정책분석과 동향

다태아 정책 현황과 시사점

| 배혜원 |

노인의 의약품 부작용 관리와 시사점

| 박은자 |



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

다태아 정책 현황과 시사점

Korea's Multiple Birth Policy and Its Implications

배혜원 한국보건사회연구원 사회서비스정책연구실 전문연구원

한국의 합계출산율은 2024년 기준 0.75명으로 세계 최저 수준인 반면, 다태아출산율은 지속적으로 증가하여 세계적으로도 매우 높은 수준이다. 돌봄의 연속성 관점에서 한국의 다태아 정책을 분석한 결과, 임신 전 단계 보다는 임신 중 및 출산 전후 단계에 집중된 사후적 정책대응이 주를 이루고 있어 정책 체계 전반에 불균형이 존재하는 것으로 나타났다. 이에 따라 다태아 정책은 무엇보다 임신 전 단계에서 산모와 태아의 건강권을 최우선 목표로 설정하고, 다태아 임신을 최소화하기 위한 정책을 강화하는 동시에, 다태아 임신 이후에는 산모와 태아의 건강 관리를 위한 체계적 시스템을 구축할 필요가 있다. 또한 임신 중 및 출산 전후 단계의 다태아 정책에 다태아의 특수성을 반영하여 정책의 질을 제고하고, 의료 및 돌봄 인프라를 확충하며, 심리사회적 지원, 돌봄서비스 지원 등을 내실화해야 한다. 마지막으로 다태아 출산의 특성과 실태를 체계적으로 파악하기 위한 종합적인 실태조사와 근거 기반 정책연구가 뒷받침되어야 한다.

1 들어가며

다태아 출산은 20세기 후반 전 세계적으로 급격히 증가했다. 미국의 경우 1981~1997년 쌍둥이 임신율은 45%, 세쌍둥이 임신율은 358% 증가했

다. 같은 기간 영국 웨일스에서는 쌍둥이 비율이 41%, 세쌍둥이 비율이 273% 증가했다(Pingili et al., 2007). 이러한 다태아 임신의 증가는 여성의 출산연령 상승과 의료보조생식기술(MAR: Medically Assisted Reproduction)¹⁾의 사용 확대가 주요

1) 의료보조생식기술(MAR)은 배란 유도 및 촉진, 난소 자극, 과배란, 인공수정 등을 통해 이루어지는 치료 및 시술을 의미한다 (Zegers-Hochschild et al., 2009).

원인인 것으로 평가된다(Pison et al., 2015; 2022).

그러나 다태아 출산은 단태아 산모에 비해 산모와 태아의 건강 위험이 높아 공공보건 문제가 대두되었고, 다태임신의 심리적·의학적·사회적·재정적 영향에 대한 논의가 시작되었다. 2000년 유럽 인간생식배아학회(ESHRE: European Society of Human Reproduction and Embryology)는 '다태임신율을 낮추는 가장 중요한 방법은 예방(Prevention is the most important means of decreasing multiple gestation rates)'이라며 난임시술의 목적이 건강한 아이를 출산하는 것에 있다는 점을 강조하였다(ESHRE Capri Workshop Group, 2000). 이후 일본, 영국, 스웨덴 등의 국가에서는 이러한 국제적 권고에 따라 체외수정(IVF) 시 다태임신의 고위험성에 대한 정보 및 충분한 상담 제공, 단일 배아 이식 권고 등의 정책을 통해 다태임신율을 낮추고자 했으며, 일부 국가에서는 2010년 전후로 어느 정도 정점에 도달한 후 감소 추세에 있다.

한국은 합계출산율이 세계 최저 수준인 데 반해 다태아출산율은 세계적으로 매우 높은 수준이다. 또한, 다태아 비중이 지속적으로 증가하고 있다는 점에서 주요국들과 구분되는 상이한 특성을 보인다(배혜원, 2025a). 한국 다태아 출산 추이의 이러한 특수성은 다태아 관련 정책 변화와도 밀접한 관련이 있는 것으로 평가된다(이정택, 2017; 황나미 외, 2019). 한국의 다태아 정책은 지난 2024년 이후

임신출산진료비 지원 확대, 산모·신생아 건강관리 사업 지원 대상 세분화 및 지원 확대, 임신기 근로시간 단축 기간 확대 등의 정책이 도입되면서 대폭 확대되었다. 그러나 이러한 정책들은 주로 임신 중, 출산 전후기간에 집중되어 있다. 임신 전 산모와 태아의 건강을 보장하고, 다태임신을 낮추기 위한 정책은 미흡한 실정이다. 또한 임신 중, 출산 전후의 정책들도 행정권고 조치로 정책의 실효성이 낮다. 실제 서비스 제공 현장에서는 돌봄노동의 강도, 다태아에 대한 이해 부족 등으로 다태아 가구를 회피하는 등의 접근성 문제도 발생하고 있다. 따라서 이 글에서는 한국 다태아 출산의 현황과 추이, 중앙정부와 지방자치단체의 다태아 정책 변화와 현황을 검토하고, 이에 따른 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

2 다태아 출산 현황과 추이

다태아(多胎兒)는 한 번의 임신으로 둘 이상의 아이를 임신하는 다태임신에 의한 태아를 의미한다(국립국어원, 연도미상). 한국 다태아 출생아 수와 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 전체 출생아 중 다태아가 차지하는 비중은 2015년 3.7%(1만 6166명)에서 2024년 5.7%(1만 3461명)로 증가하였고, 다태아 중에서 세쌍둥이 이상의 고차 다태아가 차지하는 비중은 같은 기간 2.4%(392명)에서 3.4%(457명)로 증가하였다.

우리나라의 다태아출산율²⁾은 다른 국가와 비교

2) 다태아출산율(multiple rate)은 총 분만 1000건당 발생한 쌍태아 이상의 다태 분만 발생 건수를 나타내는 지표로, 국제 비교에서 표준적으로 사용된다(HMBD, 2025).

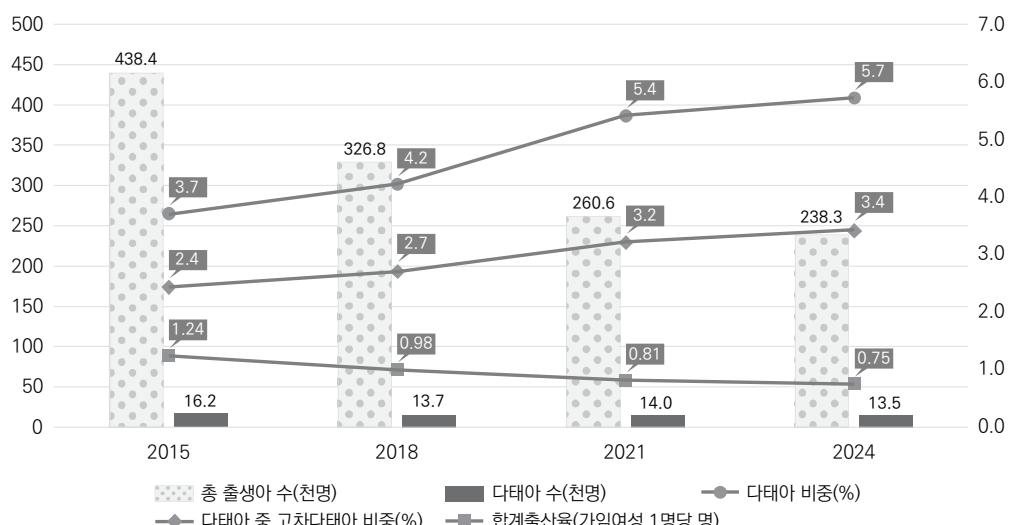
해도 매우 높은 수준이다. 한국의 다태아출산율은 분만 1000건당 28.8건(2024년)으로 세계 다태아 출생 데이터(HMBD: The Human Multiple Births Database)에 포함된 국가 중 그리스(29.5건, 2021년)에 이어 두 번째로 높고, HMBD 국가 평균(15.5건)의 2배 수준이다. 세쌍둥이 이상의 고차 다태아출산율은 분만 1000건당 0.67건(2024년)으로 HMBD 국가 중 가장 높으며, HMBD 국가 평균(0.2건)의 3배 수준이다(French Institute for

Demographic Studies – INED, 2025).

5. 26.; 국가데이터처, 2025. 8. 27.).³⁾

다태아 출생은 1980년을 전후로 2010년대 초반까지 거의 모든 국가에서 급증하였다. 출산연령의 상승, 의료보조생식기술(MAR)의 발전이 다태아 출산 증가의 주요 동인으로 작용했다(Monden et al., 2021). 한국 역시 다태아 출생의 증가는 이 두 가지 요인과 밀접한 관련이 있는 것으로 보인다. 전체 출생아 산모의 평균 출산연령은 2015년

[그림 1] 한국의 다태아 출산 추이(2015~2024)



주: 다태아 여부 미상 제외.

출처: 1) “인구동향조사: 다태아여부별 출생”, 국가통계포털, 2025. 8. 27.,
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A24&conn_path=l2
 2) “2024년 출생 통계” [보도자료], 국가데이터처, 2025. 8. 27.

3) HMBD 메타데이터(metadata)의 가장 최신 자료에 포함된 국가별 수집 최신 연도는 2019년부터 2023년까지로 차이가 있다. 한국의 경우 HMBD에서 제공하는 데이터는 2020년까지인데, 2021~2024년 수치는 국가통계포털(KOSIS)의 인구동향조사 자료를 활용하여 HMBD의 변수 설정 R코드 파일(R-code files)을 적용하여 산출하였다.

[표 1] 한국의 다태아 출산 추이(2015~2024)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
합계출산율(기임여성 1명당 명)	1.24	1.17	1.05	0.98	0.98	0.84	0.81	0.78	0.72	0.75
총 출생아 수(천 명)	438.4	406.2	357.8	326.8	302.7	272.3	260.6	249.2	230.0	238.3
다태아수(천 명)	16.2	15.7	13.9	13.7	13.9	13.3	14.0	14.5	12.6	13.5
다태아 비중(%)	3.7	3.9	3.9	4.2	4.6	4.9	5.4	5.8	5.5	5.7
다태아 중 고차다태아 비중(%)	2.4	2.9	2.2	2.7	2.6	2.6	3.2	2.6	3.2	3.4

주: 다태아여부 미상 제외.

출처: 1) “인구동향조사: 다태아여부별 출생”, 국가통계포털, 2025. 8. 27., https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A24&conn_path=l2

2) “2024년 출생 통계” [보도자료], 국가데이터처, 2025. 8. 27.

32.2세에서 2024년 33.7세로 상승했다. 특히 다태아 산모의 평균 출산연령은 2024년 기준 35.3세로 단태아 모(33.6세)에 비해 1.7세 높게 나타난다 (국가데이터처, 2025. 8. 27.). 난임시술 환자 수는 2018년 12만 1038명에서 2024년 16만 1083명으로 급증하여 MAR 이용이 크게 증가한 것을 알 수 있다(건강보험심사평가원, 2023. 5. 25.; 2025. 7. 1.). 이러한 추세를 고려하면 한국의 다태아 출산 비중은 당분간 현재 수준을 유지하거나 증가 추세를 보일 것으로 예측된다(배혜원, 2025a).⁴⁾ 다만 관련 정책의 변화에 따라, 다태아 출산의 양상은 달라질 수 있다.

다태아 출산의 추이는 지역별로도 차이를 보인다. 2024년 시도별 다태아 비중은 충북(6.3%), 서

울(6.2%), 경기(6.1%), 인천(6.0%) 순으로 높게 나타났으며. 제주(4.1%)가 가장 낮았다. 다태아 수는 경기(4357명), 서울(2585명) 등 수도권 지역에서 절대적으로 많고, 세종(167명), 제주(128명) 등이 200명 미만으로 가장 적은 것으로 나타났다. 지난 20여 년간(2000~2024년) 시도별 다태아 비중 변화를 살펴보면 충북(4.8%포인트), 서울(4.5%포인트), 경기(4.5%포인트) 순으로 크게 증가했고, 제주(2.5%포인트), 경북(2.4%포인트), 충남(2.4%포인트) 등은 상대적으로 소폭 증가했다. 같은 기간 시도별 다태아 수의 연평균 변화율을 살펴보면⁵⁾ 경기(2.63%), 충북(1.96%), 인천(1.85%), 전남(0.85%) 순으로 나타났다. 경북(-1.85%), 전북(-0.96%) 등 일부 지역에서는 감

4) 2025년 1~7월 난임시술(보조생식술) 환자 수가 12만 9702명임을 고려하면(서영석, 2025. 9. 18.) 2025년 난임시술 환자 수는 2024년보다 증가할 것으로 예상된다.

5) 지난 10년간 시도별 다태아 현황 변화를 살펴보면 2015년에는 다태아 비중이 서울 6.0%, 제주 3.1%와 같이 이미 지역 간 편차가 크게 나타난다. 반면 2000년에는 대부분의 시도가 유사한 수준에서 비교적 균질하게 분포하고 있어 시기별 변화 추이를 파악하기에 더 적합하다고 판단하였다. 이에 시도별 변화는 2000~2024년을 기준으로 살펴보았다.

소하였다.

종합하면 지난 20여 년간 다태아 비중은 전국의 모든 지역에서 증가하였는데, 서울, 경기, 인천 등

수도권 지역에서 크게 증가했고, 절대적인 다태아 수도 가장 많은 것으로 나타났다. 다만 비수도권인 충북 지역은 모든 시도를 통틀어 다태아 비중 증가

[표 2] 시도별 다태아 비중 및 다태아 수 변화(2000~2024)

(단위: %, %P, 명)

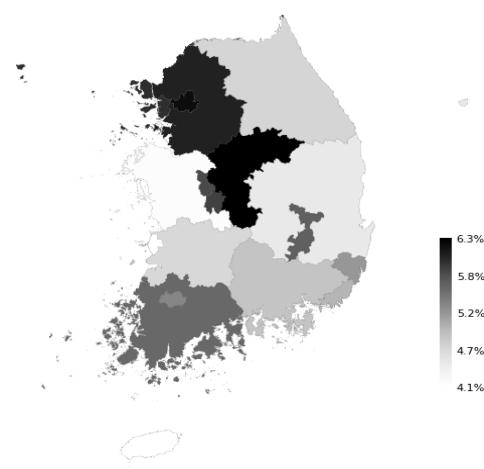
구분	전국	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	
다태아 비중 (%)	2000(A)	1.7	1.7	1.6	1.8	1.7	1.6	1.9	1.9	-	1.6	1.5	1.5	1.8	1.6	1.5	2.1	1.4	1.6
	2024(B)	5.7	6.2	5.0	5.6	6.0	5.3	5.8	5.1	5.8	6.1	4.7	6.3	4.2	4.7	5.6	4.5	4.9	4.1
	B-A(%P)	4.0	4.5	3.3	3.8	4.3	3.7	3.9	3.2	-	4.5	3.2	4.8	2.4	3.1	4.1	2.4	3.5	2.5
다태아 수 (명)	2000	10,768	2,283	668	599	587	338	363	298	-	2,335	297	300	452	405	379	726	599	139
	2024	13,461	2,585	648	566	912	319	424	272	167	4,357	310	478	410	321	464	464	636	128
	연평균 변화율(%)	0.93	0.52	-0.13	-0.24	1.85	-0.24	0.65	-0.38	-	2.63	0.18	1.96	-0.41	-0.96	0.85	-1.85	0.25	-0.34

주: 1) 다태아여부 미상 제외.

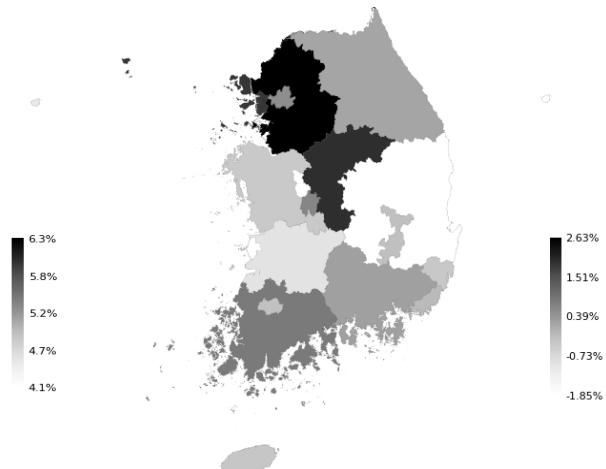
2) 각 값을 소수점에서 반올림하여 제시하였으므로 변화값 및 변화율을 직접 계산한 값과 차이가 있을 수 있음.

출처: “인구동향조사: 다태아여부별 출생”, 국가데이터처, 2025. 8. 27., https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A24&conn_path=l2

[그림 2] 시도별 다태아 비중(2024)



[그림 3] 시도별 다태아 수 연평균 변화율(2000~2024년)



주: [그림 3]에서 세종특별자치시는 2012년 출범하여 백색으로 표기됨.

출처: “인구동향조사: 출생연간자료 A형”, 국가데이터처, 각 연도의 자료를 토대로 저자 작성.

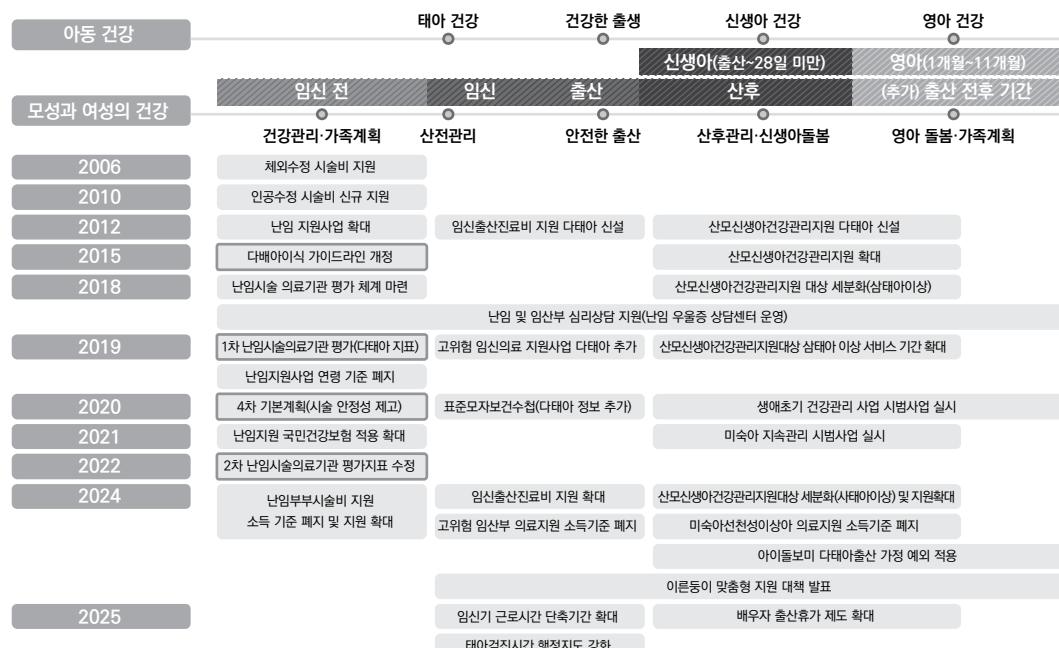
폭이 가장 크고, 2024년 현재 다태아 비중도 가장 높게 나타난다. 이와 같은 지역별 차이는 인구구조 변화, 혼인·출산연령 변화, 보건의료 접근성 및 의료 인프라, 지역별 관련 정책 변화 등 복합적인 요인이 작용했을 가능성이 있어 향후 보다 세부적인 분석이 필요하다.

신으로 돌봄 연속성의 관점에서 임신 전 단계부터 출산 이후까지 체계적이고 연속적인 관리를 필요로 한다(배혜원, 2025b). [그림 4]는 돌봄 연속성(Continuum of Care) 관점을 적용하여 중앙정부의 다태아 정책을 분석한 것이다. 여기에서 돌봄 연속성이란 임신 전부터 임신 중, 그리고 출산 전후까지의 모든 단계에서 산모, 신생아, 아동에게 통합적이고 지속적인 보건 및 복지서비스를 제공하는 것을 목표로 하는 프레임워크를 의미한다(DFID, 2010; WHO, 2015).

3 중앙정부의 다태아 정책 현황

다태아 출산은 산모와 태아 모두에게 고위험 임

[그림 4] 돌봄 연속성 관점에서의 중앙정부 다태아 정책 분석(2006~2025)



출처: “난임시술 의료기관 질 관리 평가체계 개선을 위한 연구”, 이수형 외, 2024, 건강보험심사평가원.; “다태아 출산 의도와 양육 경험에 관한 연구”, 배혜원, 2025b, 고려대학교.; “임신 출산 진료비 지원사업 안내”, 국민건강보험공단 의료비지원실, 2025, 국민건강보험공단의 내용을 토대로 저자가 수정·보완함.

다태아 출산은 앞서 살펴본 바와 같이 MAR의 확대와 밀접한 관련이 있다. 따라서 이 글에서는 난임지원사업이 시작된 2006년 이후를 중심으로 다태아 정책의 현황 살펴보고자 한다. [그림 4]에서 임신 전 다태아임신율을 낮추기 위한 정책으로는 네모 박스의 다배아 이식 가이드라인 개정, 난임시술 의료기관 평가 지표 반영 등이 해당된다. 이 외에 임신, 출산, 산후 기간의 정책들은 다태아 임신 후의 정책으로 사후 대응적 성격을 갖는다. 특히 ‘난임·다동이 맞춤형 지원대책(안)’(관계부처합동, 2023. 7. 27.), ‘이른둥이 맞춤형 지원 대책(안)’(관계부처합동, 2024. 12. 3.) 등이 발표되면서 2024년 이후에는 임신 중부터 출산 전후의 다태아 지원 정책이 크게 확대되었다. 즉 한국의 다태아 정책은 임신 전의 정책보다는 임신중 및 출산전후의 사후적 정책 대응에 집중되어 있다는 것을 확인할 수 있다. 아래에서는 이러한 정책들을 시기별로 보다 세부적으로 검토한다.

가. 임신 전

1) 난임부부 시술비 지원사업⁶⁾

난임부부 시술비 지원사업은 체외수정 및 인공수정 등 보조생식술을 받는 난임부부에게 건강보험 본인 부담 및 비급여를 보충적으로 지원하여 경제적 부담을 경감시킴으로써 난임부부가 희망하는 자

녀를 갖도록 지원하기 위해 2006년 ‘체외수정 시술비 지원사업’으로 시작되었다(보건복지부, 2025a). 사업 도입 이후 지원 항목 및 횟수, 시술 방법, 소득 기준, 지원 금액 등이 지속적으로 확대되었다. 도입 당시에는 지원 횟수(2회), 소득기준(도시근로자 월 평균 소득 130% 이하), 지원 금액(1회당 150만 원 이내) 등을 중심으로 제한적으로 운영되었다. 이후 인공수정 시술비가 추가(2010년) 되었고, 2011년 이후 체외수정 시술비의 지원 횟수 및 대상, 금액 등이 지속적으로 확대되었다. 2017년 난임시술에 건강보험 급여를 적용하여 난임시술에 대한 접근성을 높였으며, 2019년에는 사실혼 부부까지 지원 대상을 확대하고, 만 44세 이하 여성으로 제한하던 연령 기준을 폐지하였다. 2024년에는 소득기준, 그리고 본인부담률을 차등 적용하던 연령 구분도 폐지하였으며, 둘째아 이상 출산 지원 횟수를 확대하였다. 결과적으로 2025년 현재 출산당 25회(체외수정 20회, 인공수정 5회)를 지원하고, 연령과 무관하게 본인부담률 30%를 적용하고 있다.

난임부부 시술비 지원사업은 임신을 희망하는 부부의 난임시술로 인한 경제적 부담을 완화하고, 접근성을 높였다는 점에서 긍정적으로 평가된다. 하지만 이와 동시에 난임시술에 대한 문턱이 낮아지고, 임신 성공을 위해 여러 개의 배아를 이식함에 따라 다태아 임신 증가에 영향을 미친 것으로 평가된다(하정옥, 2014; Park et al., 2010, Yun et al., 2023).

6) 보건복지부. (2025a). “2025 모자보건사업 안내”를 중심으로 정리하였다.

2) 산모와 태아의 건강권 보호와 다태임신율 낮추기 위한 정책

다태임신율을 낮추기 위한 정책으로는 다배아 이식 가이드라인 개정(2015), 난임시술 의료기관 평가에 다태아 지표 반영(2019) 등을 들 수 있다. 한국은 2008년부터 여성의 연령, 배아의 배양 일수 등을 기준으로 최대 5개의 배아를 이식할 수 있는 가이드라인을 운영해 왔다. 그러나 다태아 출생의 지속적인 증가와 다태임신의 고위험성, 의료비 부담 등에 대한 우려가 제기되었다. 이에 2015년 가이드라인을 개정하여 최대 3개의 배아를 이식할 수 있도록 축소하였으며(보건복지부, 2015. 9. 2.), 현재까지 적용하고 있다.

난임시술에 대한 건강보험 급여화로 2018년 난임시술 의료기관의 질 향상을 위한 평가체계를 마련한 것도 다태아임신율을 낮추기 위한 정책으로 볼 수 있다. 다태아 관련 지표를 평가지표에 반영함으로써 의료기관에서 다태아 임신 발생 가능성을 낮추도록 하였기 때문이다. 1차 평가(2019)에서는

삼태아 이상 임신율, 다배아 이식 가이드라인 준수율을 통해 난임시술의 안정성과 질을 관리하고자 했다. 이후 2차 평가(2022)에서는 다태임신율을 줄이기 위해 ‘삼태아 이상 임신율’에서 ‘다태아임신율’ 지표로 변경하여 산모와 태아의 건강한 출산을 보장하고자 했다. 아울러 제4차 저출산·고령사회기본계획(2021~2025)에서 ‘여성과 태어날 아이의 건강을 위해 배아 이식 수 개선 등 시술의 안전성 제고 방안 마련’을 추진 방향으로 제시하였으나(대한민국정부, 2020) 아직까지 제도 변화는 없는 실정이다.

종합하면 한국은 배아 이식 가이드라인 개정과 난임시술 의료기관 평가체계 및 지표 개선 등을 통해 산모와 태아의 건강권 보장과 다태임신율 줄이기 위한 변화를 유도하고 있다. 그러나 다태임신 발생 가능성과 가장 밀접한 관련이 있는 배아 이식 수 가이드라인은 10년 전과 동일하게 다배아 이식을 허용하고 있다. 영국, 일본, 오스트리아 등 많은 국가에서 단일 배아 이식 정책 강화를 통해 다태아 출

[표 3] 인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인 개정 내용(2015)

구분	변경 전				구분	변경 후	
	5~6일 배양 후		2~4일 배양 후			연령별	5~6일 배양 후
연령별	양호한 조건	양호하지 못한 조건	양호한 조건	양호하지 못한 조건	35세 미만	1개	2개
35세 미만	1~2개	2개	2개	3개	35세 미만	1개	2개
35~39세	2개	3개	3개	4개	35세 이상	2개	3개
40세 이상	3개	3개	5개	5개			

출처: “체외수정시 이식 배아수 최대 5개에서 3개로 줄인다: 인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인 개정” [보도자료], 보건복지부, 2015. 9. 2.

산율을 낮춘 경험적 사례는 배아 이식 수 가이드라인의 조정이 다태임신율을 낮추는 데 효과적인 방법이라는 것을 보여 준다. 한국과 유사하게 다태아 출산율이 높은 그리스의 경우 체외수정(IVF) 시 다배아이식 관행이 다태아 출산 증가의 주요 원인이 된 것으로 분석되고 있다는 점(Vlachadis et al., 2023)⁷⁾ 역시 시사하는 바가 크다.

나. 임신 중

1) 임신출산 진료비 지원사업

임신출산 진료비 지원사업은 임산부와 영유아의 의료비 부담을 경감하여 출산 친화적 환경을 조성하고, 주기적인 산전 진찰로 건강한 분만을 지원하기 위해 2008년 도입되었다. 도입 당시 단태아와 다태아 산모 간 지급액은 차등이 없었으나, 2012년부터는 다태아 임산부 지급 금액을 별도로 신설하였다. 다태임신은 고위험성으로 산전 진찰 횟수가 더 많기에 지급액을 상향할 필요성이 있다는 논의가 확산되었기 때문이다(김주경, 조주은, 2010. 1. 28.). 이에 단태아 임산부는 50만 원, 다태아 임산부는 70만 원을 지급하기 시작했다. 이후 몇 차례의 개정을 통해 단태아 임산부와 다태아 임산부의 지급액은 40만 원의 차이를 유지하며 운영되다가

2024년부터는 태아 수에 따른 의료비 실지출 등을 감안하여 태아당 100만 원씩으로 증액 지원하고 있다(국민건강보험공단, 2025).

2) 고위험 임산부 의료비 지원사업

고위험 임산부 의료비 지원사업은 일정 소득 이하의 가구에 고위험 임신의 적정 치료·관리에 필요한 진료비를 지원하여 경제적 부담 경감 및 건강한 출산과 모자 건강을 보장하고자 2013년 도입되었다(보건복지부, 2025a). 정책의 지원 대상 질환을 확대하는 과정에서 2019년 다태임신(질병코드 O30), 다태임신에 특이한 합병증(O31)이 추가되었다. 질병 관련 입원 치료 기간 동안 가계부담이 큰 전액 본인부담금 및 비급여 진료비(입원료, 환자 특식 등 제외)에 해당하는 금액의 90%를 지원하는데 상한액 300만 원까지 지원하고 있다. 2024년부터는 기존의 소득기준을 폐지하여 고위험 임신으로 인한 경제적 부담을 완화할 수 있도록 지원 대상을 전면 확대했다.

3) 임신기 근로 지원 및 보호제도

임신기 근로자 지원 및 보호제도로는 태아 검진 시간, 임신기 단축근로, 출산전후휴가를 들 수 있다. 근로기준법과 모자보건법에 따르면 임산부가

7) 그리스는 환자의 연령과 예후에 따라 35세 미만 여성 최대 3개, 40세 이상 여성에게 최대 4개의 배아 이식을 허용하는 등 생식보조술에 대한 접근성이 높은 국가로 유럽 국가들 중 40세 이상 여성의 난임시술 비율이 가장 높게 나타난다(National Authority of Medically Assisted Reproduction, n.d.; Alexopoulou et al., 2022).

건강검진을 받는 데 필요한 태아 검진 시간을 청구하는 경우 임금 삐감 없이 28주까지는 4주마다 1회, 29~36주는 2주마다 1회, 37주부터는 1주마다 1회를 사용할 수 있다. 다만 지자체는 장애인, 만 35세 이상, 다동이 임신, 의사가 고위험 임신 판단 시 등 의 경우에 한해 상시 기준(횟수) 초과 실시가 가능하다(저출산고령사회위원회, 관계부처합동, 2024. 6. 19.). 그러나 다태아의 경우 태아 수에 따라 만 출 시기가 달라⁸⁾ 실질적으로 제도를 이용할 수 없거나, 일부 기업은 제한된 시간만 인정하고 있다는 한계가 존재했다(배혜원, 김태은, 2023; 관계부처 합동, 2023. 7. 27.). 이에 임산부가 필요한 시간을 청구하는 경우 사업주가 허용하도록 모성보호 알리미 활용 등 행정지도를 강화함으로써 적정 태아 검진 시간 사용 보장에 노력하고 있다. 이 외에 임신기 근로시간 단축 제도에서는 2025년부터 사용 시기를 확대하였으며(12주 이내 36주 이후→12주 이내 31주 1일 이후), 특히 고위험 임신부는 임신 전 기간에 걸쳐 1일 2시간의 근로시간 단축을 임금 삐감 없이 사용 가능하도록 개정하였다(근로 기준법 제74조).

출산전후휴가의 경우 다태아는 단태아(90일)보다 많은 120일을 사용할 수 있다. 2025년부터는 단태아를 출산한 경우에도 미숙아 출산 시 휴가 기

간이 100일로 늘어났고,⁹⁾ 배우자 출산휴가 제도 역시 확대되었다. 2023년 발표된 ‘난임·다동이 맞춤형 지원대책(안)’에서는 배우자 출산휴가 기간을 단태아(10일)와 다태아(15일)로 차등 확대하는 방안을 제시하였다. 그러나 2023년 합계출산율과 출생아 수가 역대 최저치를 기록하면서 보다 적극적인 정책적 대응이 요구되었다. 이에 따라 2025년 부터 휴가 기간은 10일→20일, 청구 기한은 배우자가 출산한 날로부터 90일→120일, 분할 횟수는 1회→3회로 확대되었다.¹⁰⁾

종합하면 임신 전 다태아 정책은 고위험 임신에 대한 산모 및 태아의 신체적, 경제적 부담을 완화하기 위한 방향으로 개선되고 있다. 그러나 이러한 정책들은 경제적 지원과 행정권고 중심으로 이루어지고 있으며, 다태임신에서 가장 중요한 고위험 건강 관리, 심리정서적 지원체계는 다소 미흡한 것으로 나타났다.

다. 출산 전후 기간

1) 산모·신생아 건강관리 지원사업¹¹⁾

산모·신생아 건강관리 지원사업은 출산 가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 산후 회복과 신생아

8) 의학적으로 다태아의 만삭 기준은 쌍태아 36~37주, 삼태아 34~35주, 사태아 31~32주이다. 분만 시기는 37주 미만에 출산하는 비율은 단태아가 6.6%인 반면 다태아(쌍태아 이상)는 70.8%에 이른다(국가데이터처, 2025. 8. 27.).

9) 다태아이면서 미숙아를 출산한 경우에는 중복 적용되지 않고, 다태아 기준 휴가 기간인 120일이 부여된다.

10) 다만 ‘저출생 추세 반전을 위한 대책’에서 배우자의 임신 중 특정 상황(고위험 산모, 배우자의 임신 중 육아휴직 사용 등) 발생 시 배우자가 출산 전이라도 배우자 출산휴가를 사용하도록 하겠다는 추진계획은 아직 반영되지 않았다.

11) 보건복지부. (각 연도). ‘산모·신생아 건강관리 지원사업 안내’를 중심으로 정리하였다.



의 양육을 지원하고, 출산 가정의 경제적 부담을 경감하기 위한 사업으로 2006년 도입되었다. 이 사업은 일정 소득수준 이하의 출산 가정을 대상으로 시작되었으나, 점차 소득 기준을 완화하는 등 지원 범위가 확대되어 왔다. 2006년에는 기본 2주(10일), 쌍태아 3주(15일)가 지원되었고, 2008년부터는 태아 수에 따라 단태아 12일, 쌍태아 18일, 삼태아 24일로 차등을 두기 시작했다. 이후 2017년부터는 서비스 기간을 단축형(5일), 표준형(10일), 연장형(15일)으로 세분화하고, 태아 유형, 출산 순위, 소득구간 조합에 따라 5~25일까지 서비스를 제공했다. 2020년에는 노동 강도, 인력 수급 현황을 감안하여 쌍태아는 산모·신생아 건강관리사를 2명까지 선택할 수 있게 되었으며, 삼태아 이상은 2명으로 확대되었다. 2024년부터는 제공 인력을 삼태아는 3명, 사태아 이상은 4명까지 확대하였으며, 삼태아 이상은 서비스 제공 기간을 최대 40일로 연장하였다. 2025년에는 바우처 유효기간을 출산일로부터 90일 이내로 하되 예외적으로 미숙아, 선천적 이상아 출산 등으로 입원한 경우 신생아 퇴원일로부터 90일, 단, 삼태아 이상 '연장'은 퇴원일로부터 100일 이내로 개선하는 등 지속적인 제도 개선이 이루어지고 있다.

그러나 실제 서비스 현장에서는 건강관리사들이 돌봄 난이도가 높은 다태아 가정을 회피하는 사례가 있으며(관계부처합동, 2023. 7. 27.), 다태아

산모 및 다태아의 건강관리, 수유, 돌봄 등에 대한 이해도가 낮은 것으로 나타났다. 기본적으로 제공되는 표준화 서비스도 부분적으로 제공되는 등 서비스 질적 측면에서 또 다른 정책과제가 남아 있다(정세영, 2024. 6. 26.; 혀정연, 2024. 4. 13.).

2) 미숙아 지속관리 시범사업¹²⁾

미숙아 지속관리 시범사업은 미숙아가 신생아기 이후에도 발달 상태를 지속적으로 관리받고 조기 발달·재활 치료로 건강하게 성장하도록 지원체계를 강화하기 위한 목적으로 2021년도부터 시행되었다. 사업 대상자는 사업 참여 병원에서 출생한 1.5kg 미만 또는 32주 미만 출생아로, 고위험 이론동이가 신생아집중치료실(NICU)에서 퇴원한 후에도 생후 36개월까지 전문인력(코디네이터)을 배정하여 성장·발달 상황을 상담·검사·치료받을 수 있도록 추적 관리를 지원한다. 세부적으로는 발달평가 설문, 자폐스펙트럼장애 스크리닝, 인지정서행동평가 등 성장 및 발달에 대한 전반적인 평가를 수행하며, 필요시 관련 분야 전문가 진료를 연계한다. 또한 추적 관리 전담 코디네이터와의 핫라인을 통해 적절한 진료 안내 및 관련 상담 서비스를 제공한다. 2025년 현재 6개 지역(서울, 부산, 광주, 인천, 대구, 수원)의 30개 병원과 2500명 이상의 이론동이가 시범사업에 참여하고 있다. 정부는 2026년까지 서비스 전국 확대를 목표로 하고 있다(관계부처

12) 이론동이 지속관리 사업단 홈페이지(<https://babyhealth.kr/>)의 내용을 중심으로 정리하였다.

합동, 2024. 12. 3.).

이러한 정책은 다태아 부모가 자녀의 건강 수준에 대한 불안 및 우울, 죄책감 등이 높고(인구보건복지협회, 2025.11.23.), 다태아 육아 및 발달 등에 대한 정보를 필요로 한다는 점에서(Bhardwaj et al., 2025) 정책 수요와도 부합한다. 그러나 대상자 선정 기준이 출생 체중 및 재태 기간에 한정되어 있어 전체 다태아 중 일부만을 포함하고 있고,¹³⁾ 정상 체중으로 출생한 다태아 역시 언어, 신체 발달 지연 등을 경험할 가능성이 높다는 연구 결과를 고려할 때(Babatunde et al., 2019) 한계가 있다.

3) 미숙아·선천성 이상아 의료비지원사업

미숙아·선천성 이상아 의료비지원사업은 출생 후 NICU 입원이 필요한 미숙아 및 선천성 이상아에 대한 의료비 부담을 경감하고 건강한 성장을 도모하기 위해 2000년 도입되었다. 의료비 중 전액 본인 부담금 및 비급여에 대해 선천성 이상아의 경우 500만 원, 미숙아는 출생 시 체중에 따라 300만 원에서 1000만 원 한도에서 차등 지원한다. 청각장애의 조기 발견과 재활을 위해 난청검사 및 보청기 지원도 함께 제공하고 있다. 그러나 기준 중위소득 180% 이하 가구 대상으로, 출생 후 1년 4개월 이내에 진단·수술을 받은 경우에만 지원이 가능하여

증산층 가구의 경제적 부담이 여전히 존재하였다. 이에 2024년부터는 소득수준과 상관없이 지원하도록 개선되었으며, 지원 기간도(1년 4개월→2년) 확대되었다(보건복지부, 2025a).

4) 아이돌봄 지원사업 확대

아이돌봄 지원사업은 아이돌보미가 가정으로 찾아가 영아종일제, 시간제 서비스 등을 제공하는 사업으로, 부모 외 돌봄 인력이 필요한 다태아 가정에 특히 중요한 의미를 갖는다. 그러나 실질적으로 영아 2~3명에 대한 동시 돌봄 부담으로 아이돌보미가 다태아 가구 서비스 제공을 회피하여 아이돌보미를 배정받기가 어려운 것으로 나타났다. 또한 부모 모두 육아휴직 중인 경우 양육 공백으로 미인정되어 정부 지원에서 제외되는 문제도 제기되었다(관계부처합동, 2023. 7. 27.).

이에 정부는 2024년부터 다태아·다자녀 가구의 양육 부담 경감을 위한 지원을 확대하였다. 2자녀 이상 가구 본인 부담금의 10%를 추가 할인하고, 영아종일제의 아이돌보미 추가 수당을 지원하여 다태아 가구 기피 현상을 완화하고자 하였다. 특히 부모 모두 육아휴직 중이라도 쌍둥이 이상 출산 가정은 양육 공백으로 인정하여 지원하고, 동시 돌봄 시 둘째 아동부터 각각 50%씩 감액하고 있다. 2025년부터는 이른둥이의 이용 기간을 당초 36개월에서

13) 2024년 출생 다태아 중 1.5kg 미만은 5.7%, 2023년 다태아 중 32주 미만 출생아는 6.5%이다(배혜원, 2025a; 국가데이터처, 2025. 8. 27.).

4개월 연장하여 총 40개월까지 지원하고 있다(보건복지부, 2025b). 그러나 정부 지원 시간이 연간 960시간 이내로 자녀 수, 동시 돌봄 등에 따른 돌봄의 강도와 시간에 대한 고려가 없다는 문제가 제기되며 국민청원이 접수되는 등(이현정, 2025. 11. 6.) 정책과제가 남아 있다.

5) 이른둥이 맞춤형 지원 대책

‘이른둥이 맞춤형 지원 대책’(관계부처합동, 2024. 12. 3.)은 이른둥이(임신 기간이 37주 미만인 조산아로 출생하거나 출생 당시 2.5kg 미만인 저체중 출생아)가 신생아기 장기 입원 및 영유아기 따라잡기 발달이 필요함에도 이용 기간을 일률적으로 설정한 제도가 많다는 문제의식에서 출발하였다. 주요 내용은 교정연령 개념의 제도 적용 확대로 볼 수 있는데,¹⁴⁾ 출생일이 아니라 출생예정일 등 교정연령에 따라 지원 기간을 설정하거나 교정 기간에 상응하는 서비스 이용 추가 혜택을 부여하는 것이다. 또한 다등이 임신 시 태아보험 가입이 거절되어 다등이 부모의 의료비가 기증되는 경우가 많아 보험 사고가 이미 발생하지 않았다면 보험사가 100% 보험 계약을 인수할 것이라고 발표한 바 있다(금융위원회, 2024. 12. 16.).

이른둥이 지원 대책은 이른둥이와 산모가 제때 적절한 곳에서 양질의 치료를 받을 수 있도록 고위

험 산모, 신생아 통합치료 인프라를 강화하는 동시에 보상체계 개편 및 이송 시스템을 구축하고, 치료 비용 부담 완화, 집중 의료상담과 교육기회 제공을 목표로 한다. 신생아기 이후에도 이른둥이의 발달 상태를 지속적으로 관리하고 건강하게 성장할 수 있도록 조기 재활치료, 발달재활 서비스 지원체계를 구축하고 있다. 이 외에 이른둥이 가족의 일, 치료, 양육 등의 어려움을 완화하기 위해 건강돌봄 서비스 맞춤 서비스를 지원하고 육아 시간을 보장하며, 양육자가 겪는 이른둥이 양육의 어려움과 정보 부족 등의 문제를 맞춤 지원하기 위해 노력하고 있다.

이러한 대책은 이른둥이의 발달 특성과 교정연령을 고려하여 발달 단계에 적합한 의료적 지원체계를 구축하고, 이른둥이 가족의 심리정서적 지원까지 포괄한다는 점에서 의의가 있다. 그러나 정책의 실효성에서는 여전히 한계가 남아 있다. 최근 국정감사 자료에 따르면 다태아 산모의 보험 가입률은 전년도와 유사할 것으로 전망되었다.¹⁵⁾ 실제로 일부 보험사에서는 다태아보험 상품 자체를 철수하는 등 다태아 산모들은 여전히 보험 가입에 어려움을 겪고 있다(김정산, 2025.10.21.이시은, 2025. 10. 21.).

종합하면 출산 전후 기간 다태아 정책은 다태아 보다는 이른둥이(미숙아) 중심으로 정책이 확대되

14) 교정연령은 생후 연령에서 교정 기간을 뺀 값으로, 이른둥이의 실제 발달 상태를 반영하는 지표이다.

15) 2025년 6월 기준 쌍둥이의 손해보험 가입은 4657건으로 2024년 전체 가입이 8456건을 감안하면 유사 수준일 것으로 전망된다 (이정문, 2025; 이시은, 2025. 10. 21.).

어 왔다. 이러한 정책은 교정연령의 적용, 지속적인 발달과 성장관리, 의료비 지원을 통해 경제적 부담 완화에 기여하고 있다. 그러나 정책별로 미숙아의 기준 설정이 상이하고, 정책의 초점이 개별 아동의 건강 및 발달 관리에 맞추어져 있어서 동시 돌봄이라는 다태아 양육의 특수성 반영, 미숙아가 아닌 다태아를 충분히 포괄하지 못하고 있다는 한계가 있다.

4 지방자치단체의 다태아 정책

지방자치단체도 지역 특성과 재정 여건에 따라 독자적인 다태아 정책을 시행하고 있다. 이러한 정책 대부분이 2020년대 이후를 기점으로 도입되었는데, 이 시기는 한국의 총출생아 중에서 다태아가 차지하는 비중이 5%를 넘어선 때이기도 하다. 이러한 정책은 주로 출산축하금, 산후조리비 지원, 육아용품 지원, 보험 지원 등 경제적 지원을 중심으로 구성되어 있는데, 지역별로 지원 대상, 금액, 방식에서 차이가 있다.

다태아 출산축하금 지원은 대부분의 지방자치단체가 단태아보다 높은 금액을 지급하고 있다. 광주광역시는 2022년부터 다태아 출생 시 1인당 100만 원의 축하금을 지급하며, 익산시는 출산장려금 외에 다태아 추가 지원으로 쌍태아 200만 원, 삼생아 이상 300만 원을 별도 지급한다. 전남 고흥군은 쌍둥이 출산 가정에 가구당 50만 원을 지원한다. 산후조리비 지원의 경우 부산시는 부산형 산후조리경비 지원사업을 통해 출생아 1인당 최대 100만 원, 쌍

동이 200만 원, 삼태아 이상 300만 원을 지원하며, 서울시는 산모 1인당 단태아 100만 원, 쌍태아 200만 원, 삼태아 300만 원을 지원한다. 인천 남동구는 다태아 출산 산모에게 민간 및 공공 산후조리원 이용비로 최대 150만 원을 지원한다.

광주 남구는 다태아 출생 가정에 육아용품 구입비로 세대당 50만 원을 지원하고, 서울시는 삼등이 이상 출산 가정에 출산일로부터 60일 이내 생활용품을 지원한다. 충청북도는 기준중위소득 120% 이하 다태아 출산 가정의 12개월 이하 영아 1명당 분유 구입 비용으로 월 최대 10만 원을 지원하며, 일동후디스(주)와의 협약으로 후디스몰 포인트를 추가 지원한다. 도내 비인구감소지역 거주 다태아 임산부에게 태교여행을 지원하는 맘(mom) 편한 태교 지원사업도 시행하고 있다.

특화된 지원정책으로는 서울시의 다태아 안심보험 지원(2024)이 대표적이다. 서울에서 출생한 다태아 가정에 안심보험 자동 가입을 지원하여 응급실 내원비, 골절·화상 수술비, 암진단비 등 19개 항목에 대해 최대 1000만 원을 지급한다. 또한 서울시는 무주택가구 주거비 지원사업을 통해 출산 가정에 최대 월 30만 원의 주거비를 2년간 지원하는데, 다태아 출생 시 최대 2년 연장이 가능하도록 하고 있다. 1인 자영업자 및 고용보험 미적용자에게는 1인당 출산급여 240만 원을 보장하되 다태아의 경우 170만 원을 추가 지원한다.

이처럼 지방자치단체에서는 중앙정부 정책의 사각지대를 보완하고, 지역 실정에 맞는 정책지원을

[표 4] 지방자치단체의 다태아 정책

구분	사업명	지원 기준	지원 내용
광주 광역시	다태아 출생축하금 (2022)	- 광주 출생등록 아동	- 다태아 출생 축하금 1인당 100만 원
광주 남구	다태아 출생 가정 육아용품 구입비 지원(2024)	- 관내 주민등록을 둔 다태아 출생 가정	- 육아용품 구입비(1세대 50만 원)
부산	부산형 산후조리경비 지원사업	- 2025. 1. 1. 이후 부산광역시 출생신고자	- 출생아 1인당 최대 100만 원, 쌍둥이 200만 원, 삼태아 이상 300만 원 지원
서울	다태아 안심보험 지원 (2024)	- 2024. 1. 1. 출생 서울 거주 다태아 가정 보험 가입	- 응급실 내원비, 특정 전염병 진단비, 골절·화상 수술비, 상해 또는 질병치료 입원비, 암진단비 등 19개 항목 최대 1000만 원 지급
	무주택가구 주거비 지원사업(2025)	- 서울시 거주 자녀 출산 무주택 가구(2025년 1~10월 출산)	- 최대 월 30만 원 주거비 지원(2년간 총 최대 720만 원) - 지원 기간: 기본 2년 지원(기본 2년+추가 다태아 출생시 최대 2년 연장)
	1인 자영업자 등 임산부 출산급여 지원(2025)	- 출산(유·사산)한 1인 자영업자 및 프리랜서 임산부 - '고용보험 미적용자 출산급여' 수혜자 - 신청일 기준 서울시 거주 및 자녀 서울시 출생신고	- 1인 자영업자 등 임산부 출산급여 90만 원 지원 - 1인당 출산 급여 240만 원 보장=[고용노동부] 고용보험 미적용자 출산급여 150만 원 지원+[서울시] 90만 원 지원(※다태아 170만 원) - 유·사산 산모는 임신 기간에 따라 차등 지원
	서울형 산후조리경비 지원사업	- 신청일 현재 서울시에 주민등록을 두고 있는 산모	- 산모 1인당 산후조리경비 100만 원 - 단태아 100만 원, 쌍태아 200만 원, 삼태아 300만 원
	삼둥이 이상 출산 가정 축하물품 지원(2025)	- 신청일 현재 서울시에 주민등록을 두고 있는 삼태아 이상 출산가정	- 출산일로부터 60일 이내 생활용품 7종 택배 배송
	출산장려금 지원 (2020)	- 출산일 기준 부 또는 모가 1년 이상 익산시에 주민등록을 두고 출산한 가정	- 첫째아 100만 원, 둘째아 200만 원, 셋째아 300만 원, 넷째아 500만 원, 다섯째 이상 1000만 원 (다태아 추가지원: 쌍태아 200만 원, 삼생아 이상 300만 원)
인천 남동구	산후조리비 지원사업(2023)	- 6개월 이상 관내 거주 다태아 출산 산모	- 민간 및 공공 산후조리원 이용(최대 150만 원)
전남 고흥군	쌍둥이 출산 가정 행복축하금 지원 (2020)	- 출산일 현재 군내 주소 두고 실 거주 쌍둥이 출산 가정	- 가구당 50만 원
충북	다태아 출산 가정 조제분유지원사업 (2025)	- 도내 거주하는 기준중위소득 120% 이하 다태아 출산 가정의 12개월 이하 영아	- 12개월 이하 영아 1명당 분유 구입 비용 월 최대 10만 원 지원 (*다동이 3명인 가정: 3명×10만 원×12개월=360만 원) - 일동후디스(주)와의 협약으로 후디스몰 13만 원 포인트 지원
	다자녀 다태아 맘(mom) 편한 태교 지원사업 (2025)	- 도내 비인구감소지역 거주 다자녀 (둘째 이상), 다태아 임산부	- 태교여행 지원

출처: “산모·신생아 건강관리 서비스 지원사업”, 연도미상, 서울시 임신·출산정보센터, <https://seoul-agi.seoul.go.kr/health-support>; “다태아 출산가정 조제분유지원사업”, 연도미상, 충청북도 가치자람, <https://gachi.chungbuk.go.kr/portal/main/contents.do?menuNo=200061>; “다자녀·다태아 임신부 태교지원사업”, 충청북도 가치자람 연도미상, <https://gachi.chungbuk.go.kr/portal/main/contents.do?menuNo=200061>; “분야별정보: 출산”, 연도미상, 익산시청, https://www.iksan.go.kr/index.iksan?menuCd=DOM_000002004002005016; “2024년도 지방자치단체 출산지원정책 사례집”, 2024, 보건복지부, 육아정책연구소

하고자 노력하고 있다. 특히 서울시의 안심보험 정책은 다태아 가정의 실질적 수요를 반영하는 정책 사례라고 평가할 수 있다. 그러나 지자체의 다태아 정책은 중앙정부의 지원사업과 유사하게 출산 전후 정책에 집중되어 있다. 산모와 태아의 건강권 보장을 위한 고위험 건강관리, 심리정서적 지원 정책 등은 찾아보기 힘들다. 또한 출생축하금, 산후조리비 등 일회성 현금성 지원에 편중되어 있어 장기적인 신체적·심리정서적 양육 부담을 완화하는 데는 불충분할 것으로 보인다.

5 나가며

한국의 다태아 출생 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 난임지원사업 확대 등 정책 변화와 맞물려 당분간 현재 수준을 유지하거나 증가할 것으로 예측된다. 그러나 다태아 출산은 산모와 태아의 건강상 고위험을 수반한다. 각기 다른 다태아의 건강수준, 수유, 수면 패턴 등으로 인해 다태아 부모는 신체적, 심리정서적, 경제적 부담 등 복합적인 요인이 상호작용하며 증폭된 어려움을 경험한다. 특히 한국의 다태아출산율은 세계적으로 높은 수준으로, 이러한 잠재적 위험 부담을 내포한다고 볼 수 있다. 따라서 한국의 다태아 정책은 돌봄 연속성 관점에서 임신 전 단계에서 산모와 태아의 건강권 보장 및 다태임신율을 낮추기 위한 정책 강화, 다태아 산모 및 신생아의 체계적인 건강관리, 임신 중 및 출산 전후 정책의 질적 제고 등의 정책 개선이 필요하다.

첫째, 무엇보다 산모와 태아의 건강권 보호를 최우선 목표로 하는 동시에 다태임신율을 낮추기 위한 임신 전의 정책을 강화해야 한다. 한국의 다태아 정책은 전반적으로 임신 전보다는 임신 중과 출산 전후의 사후 대응적 정책에 집중되어 있어 정책적 불균형 상태에 놓여 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 주요 다태아 정책은 출산 이후 고위험 신생아에 대한 의료적 개입과 경제적 지원에 초점이 맞춰져 있다. 지방자치단체의 정책 역시 출산축하금, 산후조리비 등 출산 이후 일회성 경제적 지원에 편중되어 있다. 이에 반해 산모와 태아의 건강을 보호하고 다태임신을 낮추기 위한 임신 전의 정책적 노력은 상대적으로 미흡하다. 다태임신 발생 가능성과 밀접한 관련이 있는 난임지원사업은 지속적으로 확대되고 있지만, 2015년 개정된 배아 이식 가이드라인 이 10년이 지난 현시점까지 유지되며 다배아 이식이 이루어지고 있다.

반면 2000년대 전후로 많은 국가가 다태아 정책을 예방적 접근으로 전환하였으며, 다태아 출산 감소라는 성과를 거두고 있다. 특히 영국은 단일 배아 이식 정책 외에도 난임 클리닉에서 자체적으로 다태아 출산을 최소화할 수 있도록 유도하고, 난임기술을 받는 여성에게 다태아 출산의 고위험성에 대한 의료정보를 충분히 제공하고 있다. 이를 통해 영국은 체외수정으로 인한 다태아출산율이 1991년 28.5%에서 2023년 3.4%로 급감하였고, 조산과 신생아 합병증 발생도 함께 감소하는 효과를 거두었다(Human Fertilisation & Embryology

Authority, 2024). 이탈리아 불임 및 생식학회에서도 다태임신을 최소화하기 위해 단일 배아 이식을 강력히 권장하고 있으며, 다태아임신율을 체외수정 임상 및 실험실 내 핵심성과지표(Clinical and laboratory key performance indicators in IVF)로 활용하고 있다(Vaiarelli et al., 2023). 뿐만 아니라 일부 국가에서는 시술 과정에서 단일 배아를 이식한 시술에 한해 지원하면서 단일 배아 이식을 유도하는 국가들도 있다(이수형 외, 2024).

세계 최저 수준의 합계출산율을 경험하고 있는 한국에서 다태임신율을 낮추기 위한 정책을 도입하는 것이 초저출산 현상의 심화를 가져오는 것은 아닌지에 대한 우려가 제기될 수 있다. 그러나 저출산·고령사회정책의 기본 방향은 국가의 경쟁력을 높이고 국민의 삶의 질 향상과 국가의 지속적인 발전에 이바지하는 데 목적이 있다(저출산고령사회 기본법 제1조). 또한 국가와 지방자치단체는 모든 자녀가 안전하고 행복한 생활을 영위할 수 있는 사회환경을 조성하고, 임산부·태아 및 영유아에 대한 건강진단 등 모자보건의 증진과 태아의 생명 존중을 위하여 필요한 시책을 강구해야 할 의무가 있다(저출산고령사회기본법 제8조, 제9조). 따라서 장

기적 관점에서 산모와 태아의 건강을 보장하고, 다태임신을 최소화하는 임신 전 단계의 정책을 강화해야 한다. 특히 일부 여성과 난임부부들은 다태아 출산을 선호하는 것으로 나타나 배아 이식 가이드라인 조정 외에 다태임신에 대한 충분한 정보 제공도 반드시 병행되어야 한다.¹⁶⁾ 다태아출산율을 줄이면서도 일정 수준의 출산율을 유지하고 있는 영국의 사례는 이러한 정책 방향이 출산율 저하로 이어지지 않는다는 점을 시사한다.

둘째, 다태아 임신 후에는 다태아 산모 및 태아의 체계적인 건강관리를 위한 지침 개발 및 시스템 구축이 필요하다. 한국의 다태아 정책은 주로 임신 중, 출산 전후 단편적인 경제적 지원에 집중되어 있다. 임신 중 고위험 건강관리에 대한 전문적·체계적인 대응은 부족하다.

영국의 국가보건임상우수원(NICE: National Institute for Health and Care Excellence)은 쌍둥이 및 세쌍둥이 임신을 위한 지침(Twin and triplet pregnancy NICE guideline)을 마련하고 산부인과 전문의, 전문조산사, 초음파 검사 전문가, 정신과 전문의, 물리치료사, 영아 수유 전문가, 영양사로 구성된 다학제팀을 구성하여 체계적인 산

16) 쌍둥이 임산부 및 육아 부모는 쌍둥이를 긍정적으로 생각하는 이유에 대해 '한 번의 임신·출산으로 두 자녀 이상을 만남'(30.7%), '산모 상황(노산 등)을 고려했을 때 최선의 선택'(14.3%)이라고 응답했다(인구보건복지협회, 2024. 6. 26.). 최근 개최된 대한모체태아의학회·대한보조생식학회의 연구 심포지엄에서도 유사한 논의가 진행된 바 있다. "난임부부가 쌍둥이를 일부러 원하기도 하고 시술 횟수를 줄이려 선택하는 면이 있다. 시험관 시술에 따른 다태아 출산은 잘 된 사례만 홍보되고, 고통받는 사례는 묻히는 악순환이 지속되고 있으며, 다태아 임신의 위험성을 충분히 이해하고 의료진과 상담해야 한다"고 밝히며 다태임신의 위험을 정리한 공동 팩트시트를 발표했다(대한모체태아의학회, 2025. 11. 24.). 배혜원(2025b)은 이러한 다태아 출산 의도를 '한 번의 임신과 출산을 통해 두 명의 자녀를 동시에 낳고 양육하려는 경향'을 의미하는 '출산편의주의(Convenience-oriented Childbearing)' 개념으로 제시하며 의료화된 출산, 압축적 출산, 신자유주의 출산, 젠더레짐이 결합된 한국의 독특한 현상으로 설명한다.

전·분만 관리 서비스를 하고 있다(NICE, 2019). 또한 전담 다태임신조산사(MBM: Multiple Births Midwife)를 활용하여 임신 전후 다태아 가구를 위한 교육, 모니터링, 연계 등을 제공하고 있다.

셋째, 임신 중 및 출산 전후 다태아 정책의 질적 제고가 필요하다. 2023년 이후 ‘난임·다둥이 맞춤형 지원대책(안)’, ‘이른둥이 맞춤형 지원대책’ 등의 정책이 강구되면서 한국의 다태아 정책은 임신 중 및 출산 전후의 정책이 크게 확대되었고, 다태아 또는 이른둥이의 특수성이 반영되었다. 그러나 이러한 양적 확대에도 불구하고 정책 실효성 측면에서는 여전히 많은 과제가 남아 있다.

먼저 임신기 근로 지원 및 보호제도의 사용 시기가 유연해졌지만, 초과 사용 등에 대해서는 행정지도 강화에 머물러 있어 실질적인 사용을 위해 보다 적극적인 정책적 대응이 필요하다. 또한 (배우자) 출산휴가 기간 및 사용 시기를 산모와 태아의 건강 수준, 태아 수 등에 따라 확대할 필요가 있다. 일례로 프랑스의 경우 단태아는 기본 출산휴가가 16주이나, 쌍둥이는 34주, 세쌍둥이 이상은 46주를 지원하고 있으며, 배우자 출산휴가의 경우에도 단태아는 25일, 쌍둥이 이상은 32일을 부여하고 있다 (Service-Public.fr, 2025).

산모·신생아 건강관리 지원사업의 경우 산모·신생아 건강관리사의 다태아에 대한 전문성 향상을 위해 보수교육 및 경력자 과정의 특수 대상 산모·신

생아에 다태아를 포함해야 한다. 현재 관련 지원사업의 특수 대상 산모로 고위험 산모가 포함되어 있기는 하지만, 장애인 산모, 다문화가정 산모, 청소년·미혼모·성범죄피해 산모 등이 다수의 대상에 포함되어 있다. 특수 신생아 역시 이른둥이의 건강 상태, 성장발달 등에 대한 교육이 이루어지고 있으나, 이른둥이와 다태아는 개념과 돌봄 특성이 다르다는 점에서 한계가 있다. 다태아에 대한 서비스 제공 회피를 방지하기 위해 이른둥이 또는 다태아 서비스 제공 인력에 대한 수가 인상 등의 정책이 병행되어야 한다.¹⁷⁾

이와 함께 고위험 임신·출산의 안전성 보장을 위한 의료 및 돌봄 인프라 확충이 필요하다. 2024년 기준 한국의 35세 이상 분만 환자는 전체 분만의 41.3%(9만 500명), 고위험 분만 환자는 전체 분만의 26.2%(5만 6500명)로 신생아 4명 중 1명은 고위험 분만인 것으로 나타났다(정종태, 2025. 10. 1.). 그러나 2024년 기준 여성 인구 1000명당 산부인과 전문의 수는 전국 평균 0.24명으로 1명도 채 되지 않는다. 실질적으로 고위험 분만을 담당하는 대학병원의 산과 교수는 2024년 현재 158명에서 2032년 125명, 2041년 59명으로 감소할 것으로 전망되고 있어 의료 공백 위기가 심각한 것으로 나타났다(대한산부인과의사회, 2025. 4. 6.). 따라서 다태아를 포함한 고위험 임신·출산에 대한 전문 의료인력 양성 및 확보, 권역별 고위험 산모·

17) 현재 산모·신생아 건강관리 지침상 이용자의 선택권 보장, 우수 인력에 대한 인센티브 부여 등을 위해 제공 기관은 기준 가격의 +5% 범위에서 가격 차등화 자율 책정을 운영하고 있기는 하지만, 보다 적극적인 대응이 필요하다.

신생아 통합치료센터 확대, 진료협력 체계 구축 등 의료 전달체계 전반의 체계적 개선과 함께 퇴원 후에도 지역사회에서 지속적인 건강관리와 돌봄서비스를 받을 수 있는 통합적 지원체계 마련이 필요하다.

이 외에 다태아 가구의 복합적 부담을 완화하기 위한 심리사회적 지원과 돌봄서비스 지원을 강화할 필요가 있다. 다태아 부모는 동시에 여러 명의 자녀를 돌보아야 하는 신체적·심리적 부담이 매우 크지만, 다태아 가정을 위한 심리상담 지원이나 또래 부모 네트워크 지원은 거의 부재한 실정이다. 따라서 다태아 부모를 위한 심리정서 상담 서비스, 육아 멘토링 프로그램, 다태아 가정 커뮤니티 지원 등 심리 사회적 지원체계를 구축해야 한다. 또한 다태아 특성에 맞는 표준화된 돌봄 매뉴얼 개발, 다태아 육아 및 발달 정보에 대한 안내서 제작·배포 등을 통해 다태아 출산과 양육에 대한 정보 제공을 강화해야 한다.

넷째, 국내 다태아 출산의 특성과 실태를 체계적으로 파악하기 위한 통계 기반을 구축하고 다태아 출산 추이와 영향 등을 지속적으로 모니터링할 필요가 있다(배혜원, 2025a). 현재 이른둥이에 대한 장기 추적 통계는 사실상 한국신생아네트워크(KNN) 통계가 유일하다. 그러나 KNN은 생후 3년까지만 건강상태 중심의 통계를 작성하고 있으며, 다태아 양육 실태 조사는 이루어지지 않고 있다. 실효성 있는 다태아 정책 수립을 위해서는 다태아 출산과 양육 관련 데이터 구축과 근거기반의 정책연구가 뒷받침되어야 한다. ■

참고문헌

- 건강보험심사평가원. (2023. 5. 25.). **불임 및 난임시술 진료현황 분석** [보도자료].
- 건강보험심사평가원. (2025. 7. 1.). **난임시술(보조생식술) 연도별 환자수 추이**. 보건의료빅데이터개방시스템. <https://opendata.hira.or.kr/op/opc/oipMfrnIntrsDiagBhvInfoTab1.do>
- 관계부처합동. (2023. 7. 27.). **난임·다동이 맞춤형 지원 대책(안)**.
- 관계부처합동. (2024. 12. 3.). **이른둥이 맞춤형 지원대책**.
- 국가데이터처. (2025. 8. 27.). **2024년 출생통계** [보도자료].
- 국가데이터처. (각 연도). **인구동향조사 원자료**. 출생연간 자료 A형.
- 국가통계포털. (연도미상). **인구동향조사: 다태아여부별 출생**. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A24&conn_path=l3
- 국립국어원. (연도미상). **표준국어대사전**. https://stdict.korean.go.kr/search/searchView.do?word_no=73203&searchKeywordTo=3
- 국민건강보험공단 의료비지원실. (2025). **임신·출산 진료비 지원사업 안내**. 국민건강보험공단.
- 근로기준법, 법률 제20520호(2024. 10. 22. 일부개정, 2025. 2. 23. 시행). <https://www.law.go.kr>
- 금융위원회. (2024. 12. 16.). **신뢰회복과 혁신을 위한 5차 보험개혁회의 개최** [보도자료].
- 김정산. (2025. 10. 21.). [2025 국감] 다태아 보험가입 거절 여전. 금감원, “공공·민간 협업 고민할 것”. *THE FACT*.
- 김주경, 조주은. (2010. 1. 28.). **다태아 지원정책의 문제점과 개선방안** (현안보고서 제63호). 국회입법

조사처

대한모체태아의학회. (2025.11.24.). 대한모체태아의학회/보조생식학회 Factsheet 발표. <https://www.ksfm.or.kr/bbs/?number=501&mode=view&code=notice&keyfield=&keyword=&category=&gubun=&orderfield=>

대한민국정부. (2020). 제4차 저출산고령사회 기본계획 (보완판).

대한산부인과의사회. (2025. 4. 6.). **2025 대한산부인과 의사회 제53차 춘계학술대회 기자간담회 자료집.** 모자보건법, 법률 제20311호(2024. 2. 6. 일부개정). <https://www.law.go.kr/>

배혜원. (2025a). 한국의 다태아 출생 추이와 과제. **보건복지 ISSUE&FOCUS, 458.**

배혜원. (2025b). **다태아 출산 의도와 양육 경험에 관한 연구.** [박사학위 논문 고려대학교].

배혜원, 김태은. (2023). 단태아 및 다태아 출생에 따른 임신출상정책의 형평성 고찰. **공공사회연구, 13(3).**

보건복지부. (2015. 9. 2.). **체외수정시 이식 배아수 최대 5개에서 3개로 줄인다: 인공수정 및 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인 개정 [보도자료].** https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=325206&tag=&nPage=746

보건복지부. (2025a). **2025년 모자보건사업 안내.**

보건복지부. (2025b). **2025년도 아이돌봄지원사업 안내.**

보건복지부. (각 연도). 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내.

보건복지부, 육아정책연구소. (2024). **2024년도 지방자치단체 출산지원정책 사례집.**

서영석. (2025. 9. 18.). **난임 시술 하루 평균 600건, 우울증 상담센터는 8개 시·도에만: 2년 새 하루 80 건씩 늘어난 난임 시술, 누적 66만 건 돌파 [보도자료].**

자료]. 더불어민주당 국회의원 서영석 의원실.

서울시 임신·출산정보센터. (연도미상). 산모·신생아 건강 관리 서비스 지원사업, <https://seoul-agiservice.go.kr/health-support>

이른둥이 지속관리 사업단 홈페이지. (n.d.). <https://babyleanbyhealth.kr/>

이수형, 강지원, 유정훈, 황나미, 윤지원, 왕승혜, 최숙자. (2024). **난임시술 의료기관 질 관리 평가체계 개선을 위한 연구.** 건강보험심사평가원.

이시은. (2025. 10. 21.). 다태아 보험 5년째 제자리. 아직도 “주수 제한 있어요”. **한국경제.** <https://www.hankyung.com/article/2025102012361>

이정문. (2025). **다태아 태아보험 인수현황.** 이정문 의원실 내부자료.

이정택. (2017). 우리나라 다태아의 출생과 건강 현황. **Monthly 제13호.**

이현정. (2025. 11. 6.). [국민청원] “다자녀 가정에 대한 아이 돌봄 서비스 시간 확대해야”. **전국매일신문.** <https://www.jeonmae.co.kr/news/articleView.html?idxno=1199961>

의산시청. (연도미상). **분야별 정보: 출산.** https://www.iksan.go.kr/index.iksan?menuCd=DOM_000002004002005016

인구보건복지협회. (2024. 11. 23.). **인구보건복지협회, 2025년 제1차 ‘쌍둥이 육아공감 캠페인’ 설문조사 결과 발표 [보도자료].**

인구보건복지협회. (2024. 6. 26.). **인구보건복지협회, 2차 ‘쌍둥이 육아공감 캠페인’ 설문조사 결과 발표 [보도자료].**

저출산고령사회기본법. 법률 제20112호.

저출산고령사회위원회, 관계부처합동. (2024. 6. 19.). **저출생 추세 반전을 위한 대책.**

정세영. (2024. 6. 26.). “자녀 수별 세금 혜택 달리해서

양육비 부담 덜어주면 좋겠어요” 네쌍둥이 키우는 송리원·차지혜 부부. **여성동아**. <https://woman.donga.com/people/article/all/12/5021230/1>

정종태. (2025. 10. 1.). **분만실에 2,400억 쏟아부었지만 고령산모·고위험분만 ‘시한폭탄’** [보도자료]. 더불어민주당 국회의원 정종태 의원실.

충청북도 가치자람. (연도미상). **다자녀·다태아 임신부 태교지원사업**. <https://gachi.chungbuk.go.kr/portal/main/contents.do?menuNo=200061>

충청북도 가치자람. (연도미상). **다태아 출산가정 조제분 유 지원사업**. <https://gachi.chungbuk.go.kr/portal/main/contents.do?menuNo=200061>

하정옥. (2014). 한국의 시험관아기 시술 30년, 거버넌스의 부재와 위험의 증가: 전문가 역할을 중심으로. **한국사회정책**, 21(4), 1-40.

허정연. (2024. 4. 13.). “오동이 육아, 매일이 전쟁이지만…행복한 전시상황이죠”. **중앙일보**. <https://www.joongang.co.kr/article/25242257>

황나미, 김대중, 최슬기, 이수형, 고현선, 장인순, 주창우, 문경용, 신나라, 유혜영, 임재우. (2019). **난임치료 확대 등 난임지원을 위한 실태 및 제도 개선 방안 연구**. 한국보건사회연구원.

Alexopoulou, E., Galanis, P., & Souliotis, K. (2022). Assisted reproduction in Greece: Sociodemographic aspects and health behavior analysis. *Population Medicine*, 4, 1–9. <https://doi.org/10.18332/popmed/150331>

Babatunde, O., Sargeant, J., Black, D., & Fowler, C. (2019). Neurodevelopmental outcomes of twins compared with singletons: A systematic review. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1), e000477. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7296909/>

Bhardwaj, G., Smitha, M. V., Jelly, P., Stephen, S., Cook, J. E.-, & Panda, S. (2025). Breastfeeding Challenges Experienced by Mothers Following Multiple Births—a Systematic Review and Meta-Synthesis of Quantitative, Qualitative, and Mixed-Methods Studies. *Breastfeeding Medicine*. <https://www.semanticscholar.org/paper/161c259dab8b4e22b7610ff056c3943fa512ae6d>

Department for International Development(DFID). (2010). Choices for women: Planned pregnancies, safe births and healthy newborns: The UK's framework for results for improving reproductive, *maternal and newborn health in the developing world*. <https://www.gov.uk/government/publications>.

European Society of Human Reproduction and Embryology Capri Workshop Group. (2000). Multiple gestation pregnancy. *Human Reproduction*, 15(8), 1856–1864. <https://doi.org/10.1093/humrep/15.8.1856>

French Institute for Demographic Studies – INED. (2025. 5. 26.). Human Multiple Births Database: Data and metadata [Data set]. (distributor). <https://www.twinbirths.org/en/data-metadata>

HFEA(Human Fertilisation & Embryology Authority). (2024). *Our campaign to reduce multiple births*. <https://www.hfea.gov.uk/about-us/our-campaign-to-reduce-multiple-births/>

- Monden, C., Pison, G., & Smits, J. (2021). Twin peaks: More twinning in humans than ever before. *Human Reproduction*, 30(6), 1666–1673.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Twin and triplet pregnancy: Antenatal care (NICE guideline NG137). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng137>
- Park, Y. S., Choi, S. H., Shim, K. S., Chang, J. Y., Hahn, W. H., Choi, Y. S., & Bae, C.-W. (2010). Multiple births conceived by assisted reproductive technology in Korea. *Korean Journal of Pediatrics*, 53(10), 880–885. <https://doi.org/10.3345/kjp.2010.53.10.880>
- Pingili, R., Bamigboye, V., & Jegede, K. (2007). Multiple pregnancy: A blessing or a curse? *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics*, 9(2), 1–6.
- Pison G., Monden, C. W. S., & Smits, J. (2015). Twinning rates in developed countries: trends and explanations. *Population and Development Review*, 41, 629–649.
- Pison, G., Torres, C., Monden, C., & Smits, J. (2022). Peaks in twin births? An international comparison of trends in twinning rates in 30 developed countries [Conference presentation]. European Population Conference 2022, Groningen, Netherlands.
- Service-Public.fr. (2025). Congé de maternité dans le secteur privé. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2265>
- Vaiarelli, A., Cimadomo, D., Conforti, A., Carbone, L., Alvaggi, C., Vaiarelli, M., Ubaldi, F. M., Rienzi, L., & De Placido, G. (2023). Clinical and laboratory key performance indicators in IVF: A consensus between the Italian Society of Fertility and Sterility and Reproductive Medicine (SIFES-MR) and the Italian Society of Embryology, Reproduction and Research (SIERR). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 40, 1057–1078. <https://doi.org/10.1007/s10815-023-02785-7>
- Vlachadis, N., Siori, M., Petrakos, G., Panagopoulos, P., Kornarou, E., Barbouni, A., Antonakopoulos, N., Tigka, M., Lykeridou, A., & Vrachnis, N. (2023). Tracing time trends of births in Greece. *Cureus*, 15(1), e34040. <https://doi.org/10.7759/cureus.34040>
- Yun, I., Cha, W., Nam, C.-M., Nam, J. Y., & Park, E.-C. (2023). The impact of assisted reproductive technology treatment coverage on marriage, pregnancy, and childbirth in women of childbearing age: An interrupted time-series analysis. *BMC Public Health*, 23, Article 1379. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16286-3>
- World Health Organization. (2015). *Sustainable Development Goals(SDGs)*.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E., & Vanderpoel, S. (2009). International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology

(ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. Fertility and Sterility, 92(5), 1520–1524. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009>.

Korea's Multiple Birth Policy and Its Implications

Bae, Hyewon

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Even as Korea's total fertility rate remains among the lowest in the world, the country's multiple-birth rate continues to one of the highest in the world. This trend is attributable to Korea's current policies on multiple births. From the continuity-of-care perspective, these policies focus disproportionately on peripartum care as opposed to preconception care. The situation calls for greater emphasis on preventing multifetal conceptions and on making preconception care a top priority in order to optimize maternal and fetal health outcomes. Prenatal care for mothers with multifetal pregnancies should also be more systematically organized. In addition, policymaking should take into account the unique characteristics of multiple births when designing antepartum and perinatal programs, and should consider strengthening medical and care infrastructure, psychosocial services, and caregiving support for mothers of multiples. Further research is needed to track and identify the specific characteristics of multiple births.