

[토론회] 저출생 '위기' 담론 속에서 '위기'에 처한 여성의 권리 찾기

# 난임에 대한 다른 상상 - 무엇이 위기인가?

난임부부 지원 예산 확대, 횡수 제한 완화, 소득 기준 완화, 연령 제한 폐지, 한방 치료 지원...  
그렇게 여성의 삶은 더 나아지고 있을까? 여성 당사자의 경험은 어떻게 더 존중될 수 있을까?  
'난임 치료'에 대한 국가적 지원의 의미, 그리고 나아갈 방향을 여성주의적 관점으로 논의하다

## 프로그램

**사회** 김민문정 (한국여성민우회 상임대표)

## 발제

- 김경례 (전남대학교 사회학과 강사)
- 노새 (한국여성민우회 여성건강팀 활동가)

## 토론

- 문한나 (국가생명윤리정책원 주임연구원)
- 이경애 (예은심리상담교육원 원장)
- 최은영 (서울대학교 여성연구소 객원연구원)
- 정우진 (보건복지부 출산정책과 사무관)

2019.10.30. (수) 오후 2~4시 | 파고다어학원 종로타워 B2 이벤트홀

주최 :  한국여성민우회

후원 :  한국여성재단  
KOREA FOUNDATION FOR WOMEN



○ 발 제 ————— 5

난임부부지원정책에 대한 페미니즘 개입전략 모색을 위한 소고  
 김경례 (전남대학교 사회학과 강사) ..... 5

저출생 ‘위기’ 담론 속에서 ‘위기’에 처한 여성의 권리 찾기  
 : 난임부부지원사업에 대한 비판적 검토를 중심으로  
 노새 (한국여성민우회 여성건강팀 활동가) ..... 21

○ 토 론 ————— 39

문한나 (국가생명윤리정책원 주임연구원) ..... 39  
 이경애 (예은심리상담교육원 원장) ..... 47  
 최은영 (서울대학교 여성연구소 객원연구원) ..... 53  
 정우진 (보건복지부 출산정책과 사무관) ..... 61

○ 메 모 ————— 67



## **발제 1.**

**난임부부지원정책에 대한  
페미니즘 개입전략 모색을  
위한 소고**

김경례 (전남대학교 사회학과 강사)



# 대한

## 페미니즘 개입전략 모색을 위한 소고

김경례 (전남대학교 사회학과 강사)

### 1. 난임부부지원정책(사업)의 쟁점

한국사회에서 난임부부지원 정책(사업)은 2006년부터 시작되었다. 처음에는 시술비 지원사업이었으나 출산억제에서 출산장려로의 인구통제 정책의 변화, 난임 여성들의 지속적인 요구가 맞물리면서 2017년부터는 건강보험이 적용되고 있다.

그간 한국의 페미니스트들은 난임부부지원 정책에 대해 여성의 재생산건강권 측면과 기술(시술)의 위험성 측면에서 다각도로 검토, 비판해 왔다. 핵심은 난임부부 지원정책이 여성의 재생산건강권을 보장하기보다는 인구통제 정책의 수단으로서 여성의 몸을 도구화하고 있다는 점, 그 결과 여성의 몸을 생식 기능으로 자연화, 본질화하고 기혼여성의 임신, 출산을 강요하며 모성 이데올로기를 강화해 나가는 데에 일조한다는 것이다. 또한 체외수정 및 인공수정 시술은 여성들에게 정신적, 육체적 고통을 가하는 위험한 기술이며 여성들은 강요된 모성 속에서 이러한 위험을 감수하고서라도 시술을 이용하여 모성을 획득하고자 한다는 것이다. 게다가 난임 판단 기준의 모호성<sup>1)</sup>(매년

---

1) 부부가 피임하지 않고 정상적인 부부관계를 가졌음에도 1년 이내에 임신이 되지 않는 경우를 난임으로 진단함. 과거에는 '불임'이라는 용어를 사용했으나 2012년 개정 및 시행된 모자보건법 일부개정법률안에 따라 불임 대신 '어렵지만 충분히 임신이 가능한 상태'라는 뜻의 '난임'이라는 용어를 사용하고 있음. 최근에는 6개월 내에 임신이 되지 않는 경우도 병원을 방문하라고 홍보하고 있음. 근거는 세계보건기구(WHO)가 정상적인 부부관계에서 35세 미만의 여성이 1년간, 35세 이상 여성이 6개월 동안 아기가 생기지 않는 것을 난임이라고 정의하고 있기 때문임. 이러한 정의는 의학적 치료 중심의 정의임. 또한 난임으로 진단된 전체 부부 중 10-30% 정도는 원인불명임.

20만 명이 난임진단을 받고 있음)과 낮은 출산 성공률(체외수정30대 여성 30%대, 40대 여성 10%대로 보고되고 있음), 정부의 지원과 불임클리닉의 상업성(홍보, 마케팅 포함)은 더 많은 여성들로 하여금 난임 시장에 진입하게 하고 난임시술을 받게 한다는 것이다. 즉 정부의 난임부부지원 정책이 여성들을 위험한 기술시장에 밀어넣음으로서 재생산건강권을 침해하는 데 일조하고 있다는 것이다(실제로 난임부부지원사업 시행 이후 난임부부와 시술이용율이 증가하였다. 체외수정 시술 건수, 2005년 21,154건→2016년 80,068건으로 거의 4배 증가).<sup>2)</sup>

반면 난임여성들은 난임(불임)이라는 사회적, 도덕적 오명과 낙인에서 벗어나기 위해서, 정상 가족(이성 부모 및 자녀로 이루어진 가족)을 구성하기 위해서, 여성으로서의 정체성을 확인하고 가족 구성원으로서의 지위를 확보하기 위해서 등 다양한 이유로 임신, 출산을 하고자 하며 시술비용<sup>3)</sup>의 지원 및 건강보험의 적용을 통해서 경제적 부담을 절감하여 체외수정 및 인공수정 시술을 자유롭게 이용하고자 한다. 체외수정 시술 과정은 배란촉진(과배란제 투여), 생식세포(정자, 난자)채취 및 처리, 수정 및 배양(실험실), (자궁)이식 및 착상(착상유도제 투여), 임신 확인(피검사) 단계를 거치며 이 과정에서 여성들은 육체적, 정신적, 사회적 고통을 경험한다. 과배란제는 난소암 발병비율을 23배까지 높이며, 심지어 사망사례까지 보고된 바 있다. 또한 임신 성공률을 높이기 위해 많은 수의 배아를 이식하다 보니 다태아 출산율이 높으며 시술 과정에서 투여되는 주사제와 약제는 여성의 몸에 각종 부작용을 일으키기도 한다(복수, 복통, 두통, 요통, 매스꺼움, , 부정출혈, 자궁근종 등 다양하게 나타난다. 심지어는 각종 합병증으로 입원 치료를 받기도 한다). 일부 난임여성들은 시술(임신, 출산)을 받기 위해 직장을 그만두기도 하고 빠른 임신, 출산의 성공을 위해 쉽 없이 지속적, 반복적으로 시술을 받기도 한다.

---

2) 건강보험이 적용된 2017년 이후 매년 20만 명 이상이 난임 진료를 받고 있고 난임 지원을 통해 매년 2만 명 이상의 아이가 출산 되고 있는 것으로 보고됨.

3) 체외수정 시술비용은 300-400만원 정도로 보고됨. 출산성공율을 30%로 잡아 3-4회 시도 시 출산이 성공된다 할 때, 거의 1,000만원 내외의 비용이 드는 것으로 추측해 볼 수 있음.



즉, 난임여성들에게는 임신, 출산의 성공에 대한 희망이 시술을 하면서 겪게 되는 고통을 압도한다. 그래서 난임여성들은 출산의 사회적 책임, 행복추구권의 일환으로서 정부의 적극적 지원을 요구하고 있다.

그렇다면 페미니스트들은 난임지원정책에 어떻게 접근하고 개입해 나가야 할 것인가? 아래는 재생산건강권 측면, 기술과학(의료)적 측면, 사회적 측면에서 고려해야 할 쟁점과 방향을 제시한 것이다.

- 여성의 재/생산건강권 측면: ①모성 욕망의 구성(강제·의무로서의 모성 Vs 자발적 모성, 리치의 ‘체제로서의 모성’ Vs ‘관계로서의 모성’)→ 경계 모호, 난임 여성의 모성 욕망이 구성되는 과정을 살펴야 함. 난임여성의 모성이 구성되는 과정은자연화된 임신 이데올로기(여자의 숙명? 임신은 선택이 아닌 필수?), 난임에 대한 사회적 시선(오명과 낙인), 혈연주의적 정상 가족 이데올로기, 기술을 통한 임신·출산 가능성과 희망담론의 내면화 등 복합적인 요인이 작용함.

② 출산권과 건강권의 충돌→ 출산보조기술을 이용한 임신·출산의 시도는 여성들에게 육체적·정신적 고통을 수반하는 과정임에도 난임 여성들은 건강권 보다는 출산권을 지향하며 같은 맥락에서 난임시술비 지원 확대, 건강보험 적용을 요구해 왔음. 따라서 건강한 출산권이라는 관점에서 난임지원정책, 시술과정의 문제점 극복방안을 모색해 나가야 함.

- 기술과학(의료)적 측면: ① 오용과 남용의 가능성→ 전문가 권력, 의과학의 상업화와 연계됨. 이는 건강보험이 적용되고 시술비 지원을 받더라도 진단, 시술방법 결정, 약제처방 등 시술과정 전반을 의료진이 통제하므로(기실 의료 전문가 이외에 판단하기 어려운 것으로 여겨짐) 얼마든지 비급여 및 본인부담 항목을 발생시켜 이윤창출의 목적으로 활용될 수 있음.

② 원인불명 진단, 기술적 효율성 과장→ 원인불명 진단, 임신·출산 성공률의 경쟁적 선전 및 과장은 기술의 불확실성의 근거이자 난임여성들로 하여금 출산보조기술과학에 더 많이 의존하게 만드는 요인이 되기도 함.

③ 시술과정의 위험성→ 난자채취율을 높이기 위해 사용되는 과배란제의 경우, 난소암 발병비율 23배 증가, 사망사례 보고된 바 있음. 과배란제 뿐만 아니라 착상유도제 등 시술과정에서 사용되는 약제의 위험성 조사, 연구 및 홍보와 함께 최소 사용방안 강구 필요. 또한 임신, 출산율을 높이기 위해 대부분 1개 이상의 배아를 이식하기 때문에 자궁외임신 4-5%, 다태아 임신<sup>4)</sup>이 20-30% 증가함. 그런 의미에서 최대 이식 배아수를 줄이고(다태아 예방과 다태아로 인한 여성 건강권 침해 저감에도 용이) 지원 횟수를 늘린 것은 고무적임.

- 사회적 측면: ① 모성, 난임에 대한 비판적 재구성→ 모성의 자연화, 의료화 및 난임에 대한 사회적, 도덕적 낙인에 대한 대항 담론 구성 및 확산 필요. 난임(불임에 대한 공포 만들기, 난임여성의 객체화와 피해자화) 및 출산보조기술의 지배 담론(희망과 해방의 기술, 효율성과 속도의 정치, 불확실성의 은폐와 기술 이용의 합리화) 비판 필요.<sup>5)</sup> 이를 위해 매체 모니터링을 제안함

② 다양한 가족형태 존중문화 확산→ 혈연주의적 정상가족 이데올로기(이성애적 부모, 자녀로 구성된 가정이 바람직하고 정상이라는 인식) 극복, 난임과 관련해서는 입양 가족에 대한 긍정 문화 확산 필요

③ 여성건강 자조모임 및 네트워크 구축, 활성화 필요→ 난임을 포함해 보스

---

4) 다태임신의 경우 주산기 사망률, 조산, 저체중아, 임신성 고혈압, 태반 조기박리, 전치태반 등의 위험이 증가하고 임신 후에도 약 20% 유산 발생, 특히 40세 이상의 여성에서는 자연유산이 50%에 이르는 것으로 보고됨.

5) 김경례, 2014. *난임여성의 체험과 출산기술의 정치*. 전남대 출판부. 4장 참조.

톤여성건강공동체처럼 여성들 스스로 자신의 몸 경험을 나누고 건강한 삶을 모색할 수 있는 다양한 자조 모임 및 네트워크 구축이 활성화되어야 함(여성 건강운동)

## 2. 난임부부지원정책 현황과 문제점

○ 아래는 난임부부시술지원사업의 개요임

■ 정부의 난임부부지원사업 전개과정과 현황

(출처: 보건복지부 「2019년 모자보건사업안내」)

- 1) 목적: 체외수정시술 및 인공수정시술 등 시술비 일부를 지원하여 난임부부의 경제적 부담 경감, 자녀를 갖도록 지원
- 2) 근거: 「저출산·고령사회기본법」 제10조(경제적 부담의 경감), 모자보건법 제11조(난임 극복 지원사업)
- 3) 필요성 및 추진배경: 난임에 대한 사회·국가의 책임 요구 증대(난임은 개별 가족의 문제가 아니라 사회적 문제, 난임 당사자들의 지원 요구), 적극적 출산 지원정책 필요
- 4) 추진 경과
  - 체외수정시술비 지원(2006년)
  - (지원횟수) 2회
  - (선정기준) 도시근로자 월평균소득 130% 이하
  - (지원금액) 1회당 150만원(기초수급자 255만원) 범위 내
  - 체외수정시술비 지원횟수 및 기초생활수급자 지원금액 확대(2009년)
  - (지원횟수) 2회→3회
  - (기초수급자 지원금액) 255만원→270만원 범위 내
  - 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 범위 내 3회까지 신규 지원
  - 체외수정시술비 지원금액 및 지원횟수 확대(2011년)
- (지원횟수) 3회 → 4회
- (지원금액) 1회부터 3회까지는 1회당 150만원 범위 내(기초수급자 270만원) → 180만원 범위 내(기초수급자 300만원), 4회는 100만원 범위 내
  - 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
  - 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

- (기준중위소득 200%초과) 최대 3회, 1회당 20만원 범위

#### ※ 2017년 10월 국민건강보험 적용

##### · 지원대상 및 지원내용 변경(2018년)

- (지원대상) 기준중위소득 130%(2인 가구 기준 월소득 약 370만원)이하 및  
의료급여수급자(국민기초생활보장법에 따른 의료급여수급자로 한정)

- (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(2인 가족 기준 월소득 512만원 이하) 및  
기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층

- (지원내용) 인공수정, 체외수정(신선배아, 동결배아) 시술비 중 일부 본인부담  
금, 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 신설) 착상유도제, 유산방지제, 배아동결·보관비 포함

→ 착상유도제, 유산방지제의 경우 보건복지부 보험급여과에서 인정 비급여로  
명시하지 않은 임의 비급여 시술과 약제비는 지원대상에서 제외(시술당 최

대 각 20만원 지원)

→ 배아 동결·보관비의 경우 1년 기준 30만원 지원

→ 유전자검사 및 선택유산은 지원에서 제외

• 난임치료기술 건강보험범위 확대

- 2019년 7월 진료분부터 적용 예정

- (적용대상 연령) 만44세 이하→ 나이제한 폐지(만 45세 이상 본인부담 50%)

- (지원횟수) 신선배아 4회→7회(4회 초과 시 본인부담 50%, 정부지원 상한액 만 44세 이하 50만원, 4회 초과시 40만원, 만 45세 이상 상한액 40만원)

동결배아 3회→5회(3회 초과 시 본인부담 50%, 정부지원 상한액 상동)

인공수정 3회→5회(3회 초과 시 본인부담 50%, 정부지원 상한액 상동)

-(공난포<sup>6)</sup> 본인부담률 축소) 80%→30%

4) 난임진료 인원 추이(국민건강보험공단)

: 177천명('09)→ 192천명('13)→ 212천명('17)

5) 지원체계

• 보건복지부 인구아동정책관 출산정책과

- 난임부부지원사업 종합계획 수립 및 평가

- 난임부부지원사업 지침 개발 및 국고 배정(2019년 예산: 국민건강증진기금, 국비·지방비 매칭, 서울30%·지방50% 보조, 사업비 40,404,300천원, 보조인력비 및 심의위 수당 2,267,300천원)

- 난임부부지원사업 중앙심의회위원회 구성·운영

→ 위원구성: 대한산부인과학회, 대한생식의학회, 대한보조생식의학회, 대한산부인과 의사회, 건강 보험심사평가원, 국민건강보험공단, 대한비뇨기과학회, 여성계, 윤리계 등 각 단체의 장으로부터 추천을 받은 자와 보건복지부 공무원 등 15인 이내

- 난임치료 의료기관 지정 및 관리

---

6) 공난포란 과배란 유도과 난자 채취를 시도했으나 난자가 나오지 않는 상태를 말함.

- 기타 난임부부지원사업에 관한 지도·감독
    - 광역자치단체
  - 시,군,구 보건소에 사업지침 이첩 및 예산 배정, 사업량 조정
    - 시,군,구 보건소
  - 지원신청 접수, 상담 및 지원대상자 자격 조사 및 선정, 의료비 지급, 홍보
  - 실적보고(14년부터 지역보건의료정보시스템에 매월 입력, 출생아 실적보고는 분기별 제출)
    - 시술(의료)기관
  - 난임치료 시술(의학적 가이드라인 준수), 시술비 청구서 발행 및 보건소에 시술비 청구, 정부지정 시술기관으로서의 의무준수
    - 난임부부
  - 의사의 '난임진단서'(지정의료기관에서만 발행) 지참, 부인 주소지 관할 보건소에 지원신청
  - 보건소에서 교부받은 '지원결정통지서'를 정부지정 시술 기관에 제출
- 6) 지원신청 자격: **법적 혼인상태**에 있는 난임부부, 국제결혼 부부인 경우 부부 중 최소 한 명은 대한민국 국적 소유자이면서 부부 모두 건강보험 가입 및 보험료 고지 여부가 확인되는 자
- 2019년 10월 24일부터 모자보건법 개정을 통해 **사실혼 부부로까지 확대**
- 7) 치료기간: 보건소 '지원결정통지서' 발급일로부터 3개월
- 3개월이 경과한 경우, 지원신청을 다시 하여 자격 재조사 후 지원결정통지서를 다시 발급받아야 함
- 8) 시술 허용범위: 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」상 허용되는 범위에서 지원
- 법률적 혼인관계(사실혼 포함)에 있는 부부에게만 시술
  - 특정 성을 선택하여 수정하거나 미성년자의 정자, 난자 활용행위 금지
  - 매매된 정자, 난자 활용 금지
  - 대리모 제외
- 9) 난임부부 심리 및 의료상담서비스 제공

- 난임·우울증 상담센터 위탁 운영

→ 중앙(국립 중앙의료원), 인천권역(가천대 길병원), 대구권역(경북대병원), 전남권역(현대여성아동병원), 현재 총 3센터 운영 인천권역 센터는 개소예정.

10) 체외수정 시술 의학적 기준 가이드라인(2015년 개정, 시행)

- 이식할 최대 배아 수(2015년 10월 시행)

| 연령별    | 5~6일 배양 후 | 2~4일 배양 후 |
|--------|-----------|-----------|
| 35세 미만 | 1개        | 2개        |
| 35세 이상 | 2개        | 3개        |

\* 동결배아 이식도 동일한 기준 적용

11) 난임부부한방지원사업

- 현재 많은 지자체, 자치구에서 실시 중(조례 근거)이며 양·한방갈등의 원인이 되기도 함

■ 난임부부지원정책 개요

- 2006년 시술비 지원사업으로 시작, 2017년부터 건강보험 적용
- 2019년 10월 현재, 기준중위소득 180%이하(2인 가족 기준 월소득 512만원 이하) 및 기초생활보장수급자(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위계층 여성에 부부에게 지원(여성 연령 제한 폐지, 사실혼 부부 포함, 부부 중 한 명이 대한민국 국적 소유자임을 전제로 한 국제결혼 부부 포함)
- 지원(건강보험 적용)횟수 증가, 지원항목 확대, 본인부담율 축소, 이식 배아 수 감소 추세
- 건강보험 적용을 통한 시술비 지원을 넘어 심리 및 의료 상담, 한방 지원 서비스 등 지원 서비스의 다각화 경향

■ 난임부부지원정책의 문제점

- 현 정책 하에서 부모가 될 자격은 이성애 부부에게만 한정되어 있음.
- 여성의 건강권보다는 출산 지원(인구 관리)에 역점을 두고 있음
- 근거 법령 및 정책의 목표 자체가 저출산 극복에 있음
- 다태아 예방 차원에서 이식 배아 수는 2008년, 2015년 체외수정 시술 의



학적 기준 가이드라인 개정을 통해 감소하였으나 채취 난자 수 제한은 없음. 기실 임신, 출산 성공률을 높이기 위한 과배란 유도, 많은 수의 난자 채취는 여성의 건강권 차원에서 유해하다고 알려져 있음. 따라서 여성 몸의 차이(난포 생성, 공란포 발생 가능성)에 따른 의료진의 재량을 감안한다 하더라도 과배란제 등 시술 시 이용되는 약제에 대한 가이드라인의 표준화가 필요함

- 난임 진단, 시술 방법의 선택, 시술과정에서 난임부부의 선택지 확대와 통제권 확보를 위한 정책적 노력이 요구됨

→ 이를 위해서는 지원 확대만이 아니라 시술과정에 대한 정확한 정보 제공(특히 현재는 시술의 유용성만 강조되고 있으므로 위험성 파악 및 홍보), 표준적 가이드라인 마련을 통한 불임클리닉 관리·감독 강화, 동의 절차 마련을 통한 난임 부부의 선택권 확보 등이 필요함.

### 3. 난임부부지원정책에 여성운동은 어떻게 개입하면 좋을까?

#### ■ 정부(지자체) 정책 개입 방안

○ 난임부부 지원 정책과 함께 난임시술 위험성 연구지원 및 난임부부에게 안내·홍보 병행 요구(의과학 연구의 여성 대표성 확보)

○ 정부지정시술 기관(불임클리닉)에 대한 관리·감독 강화 요구(관련 법령 및 지자체 조례 제정, 전담인력 배치, 정례적 파견 감독, 실적 보고 내용 및 체계 개선 등)

→ 현재 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 의거, 특정 성을 선택하여 수정하거나 미성년자의 정자·난자 활용, 매매된 정자·난자 활용, 대리모는 금지하고 있으나 불임클리닉 관리·감독과 관련한 법률은 마련되어 있지 않고 <체외수정시술의 의학적 가이드라인>(대한산부인과학회)과 <난임 시술 의료기관 평가 기준>(보건복지부)만 마련되어 있으며 법령이 아니다 보니 강제성이 없음.

→ 또한 <체외수정시술의 의학적 가이드라인>에는 여성 및 남성 난임 판단

요인, 이식배아 수 정도만 명시되어 있고 <난임 시술 의료기관 평가 기준>에는 시설·장비 및 전문인력 충족 여부나 시술 건수, 배아 생성 및 이식 건수 등 가이드라인 준수여부 등만 평가하게 되어 있어 약제의 과도한 사용, 무리한 시술 강행, 비급여 약제 및 항목 처방 등 의료적 오남용이나 시술비 증가를 초래하는 요인들에 대해서는 파악이 어려움. 따라서 표준화된 의료적 가이드라인 마련, 강제성 있는 법제 마련을 통해 불임클리닉의 관리·감독을 강화할 필요가 있음.

○ 현재 정부와 지자체는 난임부부지원사업 중앙심의위원회, 저출산고령화위원회 등 관련 위원회(지자체 포함)를 운영하고 있는데, 어떤 위원들이 참여하고 있는지를 파악하고 젠더 감수성(성 인지적 시각)을 가진 여성 위원 참여 비율의 확대를 요구할 필요가 있음

○ 현재 난임 부부들의 심리적·정서적 지원을 위하여 난임·우울증 상담센터를 운영하고 있으나 모두 의료기관에서 운영되고 있음. 난임 문제는 복합적인 여성 건강 문제이므로 수탁기관으로서 여성단체 및 유관기관 포함을 요구할 필요가 있음. 나아가 가칭 ‘여성건강센터’를 신규 지정하여 난임을 포함한 여성건강정보 안내, 여성건강 자조모임 지원, 생애주기별 여성건강 지원 정책 발굴 등의 기능을 수행할 수 있도록 요구해볼 필요가 있음

## ■ 자체 운동 방향

○ 사회적 담론 생산 필요

- 모성, 재생산건강권, 출산문화, 출산보조기술 관련 세미나, 포럼, 토론회 등 개최

○ 출산보조기술연구 동향 파악 및 관련 지식·정보 DB구축, 홍보

- 페미니스트 의과학자와 연계

- 상대적으로 유용성 담론이 지배적이므로 위험성과 관련된 정보를 적극 수집, 홍보(책자 및 팸플릿 제작)하여 난임 부부들의 선택지와 판단의 폭을 넓혀 줌

○ 여성들 간의 연대 모색

- 난임여성들과 페미니스트의 만남(한국난임가족연합회, 아가야, 맘스홀릭 등 온라인 난임여성 자조 모임과 연계)
- 여성건강 소규모 자조 모임 결성(온,오프라인) 및 확대 운동
- 여성의 체험에 기반한 생애주기별 몸과 건강 이야기 나눔, 관련 소책자 제작 등



## 발제 II.

‘위기’ 담론 속에서  
‘위기’에 처한 여성의 권리  
찾기 : 난임부부지원사업에  
대한 비판적 검토를 중심으로

노재

( 여성건강팀 활동가)



## 7) '위기' 담론 속에서 '위기'에 처한 여성의 권리 찾기 : 난임부부지원사업에 대한 비판적 검토를 중심으로

노새 (한국여성민우회 여성건강팀 활동가)

### 들어가며

2019년 4월 11일, 헌법재판소는 형법 제269조, 제270조 ①항 낙태죄에 대해 헌법불합치 결정(2017헌바127)을 했다. 낙태죄 헌법불합치 선고로 인해, 한국 사회는 임신중지를 선택한 여성에 대한 오랜 낙인과 범죄자화의 고리를 끊고, 드디어 '안전하고 합법적인 임신중지'를 권리로 이야기할 수 있게 되었다. 제도적·정책적 접근을 마련할 단초도 마련되었다. 물론 이 변화는 '낙태한' 여성에 대한 극심한 사회적 낙인에도 불구하고 자신들의 경험을 공개적으로 말하고, '낙태죄'로 인해 겪어야 했던 인권 침해 현실을 고발하며 낙태죄 폐지를 촉구한 여성들의 용기, 그리고 그들의 용기에 지지와 연대로 함께 한 수많은 사람들이 있었기 때문에 가능했다. 여기에 이르기까지 여성 단체들 그리고 수많은 여성들은 단순히 '낳지 않을 권리'를 넘어 낳고 기르는 문제 전반에 관한 정책과 제도를 재정비함으로써 포괄적인 재생산권리를 보장해야 함을 강력히 주장해 왔다. 안전하고 평등하게 성적 실천을 할 수 있을 권리, 그리고 장애, 경제적 상황, 혼인 여부, 국적 등과 상관없이 누구나 아이를 낳거나 낳지 않을 권리, 그 권리를 행사할 수 있는 정보와 수단에 접근할 수 있는 권리 등 성·재생산 건강과 권리를 보장할 수 있는 사회로 나아가야 한다고 말이다.

본 단체도 그러한 사회적 요구 및 논의에 동참하며 임신중단 관련 형법

---

7) 본고에서는 '저출산'이라는 용어가 '출산하지 않는 여성'을 인구수 감소의 원인으로 강조하여 지목한다는 문제의식에 공감하여 '저출생'이라는 용어를 사용하였다. 단, 정부의 관련 정책 내용을 인용할 때에는 그대로 '저출산'이라는 표현을 사용하였으며, 여성의 입장에서 실제 아이를 낳는 문제에 관한 표현에서는 '출산'을 사용하였다.

또는 모자보건법상 예외적 허용사유 조항에 대한 개정만으로는 여성의 시민 권적 권리가 보장될 수 없음을 확인해 왔다. 설령 임신중단권이 확대된다 하더라도, 국가 정책 기조가 어떠한가에 따라 여성의 건강권 및 재생산권은 담 보되지 않을 수 있기 때문이다. 즉, 단지 몇몇 법 조항의 개정이나 정책 개 선만이 아닌, 국가가 여성의 재생산과 건강을 어떤 관점으로 바라보고 어떤 방향으로 정책을 설계하는가가 더 중요하다.

현행 법체계 안에서 여성의 재생산을 직접적으로 다루고 있는 법은 모자 보건법이다. 그러나 모자보건법은 여성을 지원한다는 명목에도 불구하고 ‘모 성의 보호’에만 초점을 맞추고 있는 등 여성을 임신·출산의 도구로 여기는 관점을 전제하고 있다는 한계가 있다. 본 법에 의거해 진행되는 난임부부지 원사업 역시 표면적으로는 임신을 원하지만 임신하지 못하는 이들을 지원해 ‘낳을 권리’를 보장하는 정책으로 보이지만, 정책의 의의와 효과에 대해 다각 도로 검토해 볼 필요가 있다. 특히 생명과학기술의 발달과 적용이 여성에게 더욱 이로울 거라는 전망과 달리, 2000년대 황우석 사태에서 우리는 기존의 사회 구조 및 문화, 이에 대한 정책적 개입 여부에 따라 여성들에게 심각한 악영향을 끼칠 수 있다는 것을 이미 목격했다. 따라서 이 제도와 맞물린 기 술이 여성의 건강과 권리에 어떻게 작용하고 있는지도 검토해볼 대상이다.

헌법불합치 선고에 따른 관련법 개정 및 제도의 재정비가 예정돼 있다. 낙태죄 폐지 운동이 단지 ‘낙태할 권리’를 확보하기 위한 것이 아니라 여성 의 몸을 인구통제의 수단으로 여겨 온 국가에 대한 저항이자, 보호 및 지원 대상이 아닌 권리의 주체로서 여성의 위치를 회복하고자 하는 것이었던 만큼, 그 동안 일정한 방향성을 가지고 전개되어 온 국가 정책 기조에 대한 관 심 환기와 새로운 담론의 확산이 그 어느 때보다 필요하다. 이를 위해 지난 수 년 동안 저출생 위기 담론 속에서 확대되어 온 난임부부지원사업을 비판 적으로 검토해보며, 이에 대한 사회적 논의를 열고자 한다.

## 1. 인구조절 필요에 따라 호명되는 여성들

「모자보건법」은, 폭발적으로 증가하는 인구의 조절을 위해 국가가 실시



한 ‘가족계획사업’의 근거조항 마련을 위해 1973년 제정한 법으로, 이 법을 통해 인공임신중절수술의 예외적 허용조건이 마련되었다. 가족계획사업을 통해 국가는 강력한 산아제한정책을 실시했으며, 1974년~1990년 사이에만 무려 1,784,442건의 초기 임신중지 시술이 ‘가족계획’이라는 이름 아래 국가의 지원으로 시행되었다.<sup>8)</sup> 정부는 출산율을 줄이기 위해 피임도구와 피임법을 적극 보급했으며, 전국에 가족계획요원을 파견하여 지자체별 인구증감을 감시하는 등 국민의 ‘낳는 문제’에 촘촘하게 개입했다. 정관수술에는 임대주택 분양권을 나눠주거나, 셋째아이에게는 건강보험적용을 배제시키는 등 인구조절이라는 국가적 필요에 의해 각종 복지 제도와의 혜택마저 인구정책 안으로 편입시켰다. 여성들에게는 피임시술 중 하나인 루프시술이 많이 시행되었는데, 제대로 시술되지 않아 루프를 낀 채로 임신중절수술을 받게 된 경우나 부작용에 대한 안내 없이 ‘그냥 데려다 시술하는 바람에 부작용이 생겨 일도 못가고 생계에 문제가 생기는’ 사례와 같이 여성 건강이 심각하게 침해된 사례도 적지 않았다. 남성의 정관수술이 부작용이 적고 비용도 적게 들었으나, 성욕 감퇴 등을 이유로 남성들이 시술을 꺼려한다는 이유로 고비용에 부작용도 훨씬 큰 여성의 피임시술이 더욱 활발했던 상황은 성차별적이고 불평등한 성 역할을 국가가 그대로 유지시키거나 강화시키며 여성을 인구 조절을 위한 도구로 삼아왔음을 말해 준다.

강력한 산아제한정책으로 1987년 1.53명을 기록했던 한국 사회의 합계출산율은 2000년대에 들어 더욱 하락하여 2000년에는 1.31명, 2018년에는 0.98명을 기록했다.<sup>9)</sup> ‘낳지 않을 것’을 강조하던 국가는 서둘러 방향을 180도 전환해 ‘출산’을 장려하기 시작했다. 2009년 전재희 전 보건복지부 장관의 “낙태율을 반으로만 줄여도 출산율 증가에 큰 도움이 된다” 발언<sup>10)</sup>과 2015년 황우여 전 교육부 장관 집무실의 ‘교육부 직원 미혼자 현황’ 논란, 2016년 행정자치부의 ‘가임기 여성 지도’ 논란, 2016년 보건복지부의 의료법 시행규칙 개정을 통한 임신중지 처벌 강화는 모두 ‘출산율 제고’라는 국가의 ‘인구목표 달성’을 위해 여성을 도구화하고 모성을 강제하는 방식이 결코 오

8) 지승경. 여성학논집 2019, vol.36. no.1, “대한가족계획협회의 초기낙태로서의 월경조절술 제공에 대한 연구(1974-1990): 국가의 위법적 재생산 정책에 대한 소고” (이화여자대학교 한국여성연구원: 서울)

9) 출산율 0.98명 ‘최악 저출산’...韓, 세계 첫 0명대 국가 됐다 - 중앙일보, 2019.02.27

10) “낙태 줄인다고 저출산 극복될까?” - 시사인, 2010.10.3

랜 과거의 일만이 아님을 보여 주는 사례들이다.

2006년 시작된 난임부부지원사업 역시 저출산대책의 일환으로 시작되었으며, 정부는 본 사업의 목적을 “난임(불임)부부에게 시술비 일부를 지원하여 경제적 부담을 경감시키킴으로써 임신·출산의 사회·의료적 장애를 제거하고 난임부부가 희망하는 자녀를 갖게 함으로써 행복한 가정을 영위케하고 저출산 극복효과를 달성하기 위함”으로 정리하고 있다<sup>11)</sup>. 난임 당사자들의 국민건강보험 적용 등 국가의 지원 요청은 이전에도 계속 이어져왔으나, 2005년 이전만 하더라도 국가는 ‘불임(난임)은 질병이 아니기 때문에 지원대상에 포함되지 않는다’며 지원을 거절해왔다. 출산을 하락으로 인구정책기조가 전환되자, 저출산 ‘위기’를 타개하기 위해 오랫동안 외면하던 ‘난임부부’에 주목하여 지원을 시작한 것이다. 2006년 도입된 이래 2018년까지 모자보건법에 근거한 모자보건사업 전체 예산의 50% 이상을 차지하며 모성보호와 지원에 관련된 정책 중 가장 큰 비중을 차지하고 있다.<sup>12)</sup> 2017년부터는 건강보험적용이 시작되었으며, 올해부터는 지원대상의 연령제한이 폐지되고(기존 만44세 이하), 지원가능횟수가 17회로 더 확대되었으며, 지자체에서는 한방의학에 대한 치료비도 지원되며 가열차게 확대일변도를 달리고 있다.

이렇듯 정부의 인구정책의 기조 변화와 함께 ‘낳고자 하는 이들’을 지원하는 제도들은 신설된 반면, 각종 피임시술 등 ‘낳지 않고자 하는 이들’에 대한 기존의 지원은 점점 삭제되고 있다. 가족계획사업부터 오랫동안 보험급여 대상으로 지원되었던 정관절제술, 난관결찰술, 자궁내 장치삽입술은 2004년 출산장려정책의 시행과 함께 비급여항목으로 전환되었고, 반면 다시 임신을 가능하게 하는 정관복원술과 난관복원수술은 급여항목에 포함시켰다.<sup>13)</sup> 인구 감

인구 증대로 그 방향만 틀었을 뿐, ‘덜 낳아야 하는 시대에는 낳지 않는 것만, 더 낳아야 하는 시대에는 더 낳는 것만 지원하는’ 국가 정책의 기저에는 근본적으로는 가족계획사업 시대와 마찬가지로 여성을 국가의 인구조절 수단으로 여기는 관점이 드러나 있다. 그 때나 지금이나, 인구의 위기는 국가의 위

11) 보건복지부, <난임(불임)부부지원사업>(2010) 안내자료.

12) “여성건강이 아닌 인구정책으로 좌우되는 <모자보건사업> : <난임부부지원사업>을 중심으로” 2018 한국여성단체연합 주최 재생산권 확보를 위한 법제도 개선 방향 모색 토론회. 하정옥 발제문에서 발췌.

13) “정관수술 제외·임산부 풍진검사 혜택...출산장려시대 건보” - 서울신문, 2004.11.22

, 국가는 언제나 여성의 몸과 노력으로 위기를 해결하고자 한 것이다.

## 2. 아이 없는 부부라는 ‘질병’

‘난임 인구가 늘어나고 있다’는 보도가 연일 등장하며 만혼 부부의 불안감을 증폭시키지만, 실제로는 국가 지원 제도의 혜택을 받기 위해 ‘난임 진단을 받는 인원이 늘어난 것’이므로, 난임 인구 증가에 대한 강조는 불필요한 위기감을 조성한다. 난임에 대한 모호한 정의도 위기감 조성에 한 몫 하고 있다. 현재 ‘난임(불임)’의 정의는 “부부가 피임을 하지 않고 정상적인 부부생활을 하여도 1년 이상(35세 이상이라면 6개월 이상) 임신이 안 되는 경우”이다. 정상적인 부부생활이 정확히 무엇을 의미하는지 구체적인 내용도 없이, 남성의 무정자증이나 여성의 난관협착증과 같은 구체적인 증상이 발견되는 부부뿐만 아니라, 다수의 ‘원인불명’ 부부들도 모두 포함하고 있는 까닭에, 조금 과장을 보태면 ‘결혼한지 1년이 지나도 아이가 없는 모든 부부’가 ‘제거해야 할 의료적 장애를 지닌’ 난임부부가 되는 식이다. 자녀 계획이 있더라도 아이가 생기지 않는다면 또 그런대로 아이 없이 살고 있는 부부들도 있을 텐데, 이런 모호한 정의는 아이 없는 모든 이성애 기혼 커플에게 어딘가 ‘문제가 있는’, ‘비정상적인’ 몸을 가지고 있다는 것을 암시하며 불안을 자극한다. 이처럼 지나치게 넓고 모호한 난임에 대한 정의는 과연 임신이 되지 않는 어떤 상태를 치료해야 할 ‘질병’으로 보는 것이 타당한가에 대한 의구심을 갖게 한다. 게다가, ‘보통의 건강한 부부’가 1년 이내에 임신할 확률은 80~90%로 이야기되고 있지만, 부부가 ‘자연 상태’에서 매월 임신에 성공할 확률은 20~25%에 그친다.<sup>14)</sup> 일정 기간동안 아이가 생기지 않는 것을 그 자체로 ‘치료할 문제(질병)’라고 볼 수는 없다는 이야기이다. 다음에 인용하는 한 난임 클리닉 산부인과 의사의 글은 ‘부부가 ‘난임’ 진단을 받더라도, 별도의 인위적·의료적 개입이 필수적인 것은 아니’라는 사실을 시사하고 있다.

*만약 난임의 기준에 해당하는 분이 전문적인 검사와 치료를 받지 않는다면 어떻게 될까요? 이런 주제를 다룬 몇 가지 흥미로운 연구 결과들을 살펴보겠습니다.*

14) 건강보험심사평가원, 임지혜, 2016 HIRA 정책동향 10권 6호 ‘프랑스의 보조생식술 정책 및 질 관리 현황’

- 1) 난임으로 진단된 부부가 치료를 받지 않은 경우에도 결국 50% 정도는 이후에 자연임신이 이루어졌습니다.
- 2) 피임 없이 2년간 임신이 되지 않았던 부부를 추적 조사한 결과 이 중 80%는 결국 임신에 성공했습니다. (난임치료를 받은 경우와 안 받은 경우를 모두 포함하여)
- 3) 난임검사와 치료를 받지 않은 난임부부 58쌍을 추적 조사한 연구에서 2년이 더 지난 상황에서 74%가 임신에 도달했습니다. (난임이 아닌 부부에서는 74% 정도가 임신하는데 소요 되는 기간이 약 9개월 정도입니다.)
- 4) 난임치료를 받다가 임신이 되지않은 상태에서 치료를 중단한 분들 중에서도 대략 40%는 이후에 자연임신이 확인되었습니다.

요약하자면 난임으로 진단이 되더라도 상당수는 별다른 치료 없이도 임신에 이를 수 있다는 결과들입니다.<sup>15)</sup>

난임의 질병화는 임신을 시도함에도 아직 임신하지 않은 여성들에게 ‘치료’를 통해 ‘문제해결’을 서두를 것을 압박한다. 결혼 후 어느 정도 시간이 흘러도 아이가 생기지 않는다는 사실은 의료적 진단에 의해 ‘비정상적 상태’로 기정사실화 되며, 여기에 더해 ‘건강하지 않은/비정상적인 몸’이 문제의 원인이라는 ‘의학적 사실’은 여성들로 하여금 문제를 해결하고자 의료 전문가 및 병원의 주도 하에 모든 것을 맡길 수밖에 없는 구조를 만들어낸다. 이로써 당사자가 자신의 몸에 대해 정상 또는 비정상이 아닌 다른 방식으로 의미화할 수 있는 기회는 줄어든다. 또한 그러한 의료적 절차에 들어가지 않기로 한 여성들은 아이를 낳아야만 한다는 가부장적 압박에 더해 문제가 있는 몸을 ‘치료’하지 않고 방치한다는 압박을 받게 된다. 여전히 남성중심적 가족구조 안에서 여성이 상대적으로 낮은 위치를 점하며 아이 낳을 역할을 요구받는 사회적 분위기 속에서, ‘의료적 해결책’이라는 ‘모범 답안’은 여성에게 덜레마가 되기도 한다.

### 3. 병원에 다닐수록 더 아프게 되는 여성의 몸

15) 원문은 아가온여성의원 홈페이지 게시물 ‘병원이 병을 만든다?-난임치료의 ‘불편한 진실’ 참조

[http://www.agaon.co.kr/?m=bbs&bid=d2\\_01&uid=390&PHPSESSID=0e0396222439a337c16ee55f90426780](http://www.agaon.co.kr/?m=bbs&bid=d2_01&uid=390&PHPSESSID=0e0396222439a337c16ee55f90426780)

“심각한 것은 난자채취 시술의 장기적인 위험성, 각종 암과의 연관성, 호르몬제의 부작용 등에 대한 잠재적 위험성은 아직 밝혀지지 않고 있다는 점이다. 따라서 여성의 난자를 필요로 하는 체세포복제배아줄기세포 연구를 금지하지 않으면서, 여성의 건강과 안전을 확보한다는 것은 어불성설이다. 심의위원회는 연구 허용이나 난자기증 관리를 논하기에 앞서, 난자채취 시술의 장·단기적인 위험성에 대한 신뢰성 있는 조사와 연구를 진행하도록 해야 할 것이다.”

- 2006.11.24. [성명서] 국가생명윤리심의위원회의 최종보고서 발표에 부쳐 - 여성의 인권과 건강권을 침해하는 체세포복제배아줄기세포 연구와 '생식세포이용및관리에관한법' 제정을 반대한다 (대한YWCA연합회, 여성환경연대, 한국여성단체연합, 한국여성민우회)

“시험관 시술을 한다고 하면 다들 그냥 ‘간단한 시술’로 생각해요. 그 과정이 얼마나 고통스러운지 모르죠. 시어머니에게 저는 ‘유산’한 게 아니고 ‘시술 실패’한 것일 뿐이에요.” (67쪽)

“몸이 너무 안 좋아졌어요. 이러다가 큰일 나겠다는... 멍청하죠. 아침에 눈도 제대로 못 뜰 정도로, 수저 드는 것조차 힘들 정도로 몸이 망가지고 나서야 그만뒀어야겠다고 결심했어요.” (184쪽)

“시험관 시술 한 번 할 때마다 10년씩 늙는 느낌이에요. 그런 건지 몰랐어요. 몸에도 무리를 많이 주고, 정신적인 스트레스도 심해요. 하루하루 피가 말라요. 어느 날, 더 해서는 안 되겠다고 몸이 신호를 보냈어요. 미련은 좀 남지만 현실적으로 생각해야죠. 아이를 낳고 키우는 거, 다 현실이니까요.” (197쪽)

- 이수희, 『엄마가 아니어도 괜찮아』 (2018, 부키)에서 발췌

2005년 ‘황우석 사태’ 당시 민우회는 난치병 치료방법 발견이라는 생명공학기술의 놀라운 성취를 위해 가려져있던 여성 난자 채취의 윤리적 문제와 여성 건강권 침해에 대해 강력한 비판을 제기한 바 있다. 연구 윤리 문제만큼 주요하게 지적된 문제는 난자 채취 시 사용되었던 ‘과배란유도제’에 의한 심각한 부작용과 후유증의 위험성이었다. “난자채취 기술의 장기적인 위험성, 각종 암과의 연관성, 호르몬제의 부작용에 대한 잠재적 위험성은 아직 밝혀지지 않았다”라는 점을 들며, 여성의 난자를 이용한 기술연구 이전에, 반드시 난자채취 시술의 장·단기적 위험성에 대한 신뢰성 있는 조사와 연구를 촉구했다.<sup>16)</sup> 그런데 당시 지적했던 바로 그 기술이 현재 난임여성들의 ‘난임 치료’를 위해 그대로 이용되고 있다. 이번에는 연구목적의 증여용 난자 채취가 아닌, ‘난임여성’의 인공수정시 임신의 성공률을 높이기 위해, 체외수정(시험관시술)시 더 많은 난자를 한꺼번에 채취하기 위해 과배란유도제가 활용된다.

16) 2006년 11월 24일. [성명서] ‘여성의 인권과 건강권을 침해하는 체세포복제배아줄기세포 연구와 ‘생식세포이용및관리에관한법’ 제정을 반대한다.’ (한국여성민우회 홈페이지 참조)

과배란유도 과정이 유발할 수 있는 난소과자극증후군(OHSS)이나 다낭성 난소증후군(POS) 등의 부작용은 누차 지적되어 왔다. 여성 당사자들은 복부 팽만, 복통이나 구역질, 부종 등의 증상을 경험하곤 하며, 복막의 자극으로 인해 복수가 차거나 심한 두통, 시력 이상, 혈액 응고 증상 등이 발생하기도 한다. 호르몬 불균형에 따른 부정출혈, 우울증, 피부 색소침착 등의 증상이 나타날 수 있으며 심한 경우 심혈관 질환이나 자궁내막증, 자궁내막암이 발생한다. 배란만이 아니라 난자채취시술 과정에서도 침습적 방식에 의해 자궁이나 난소에의 천공 발생, 골반염 감염 등의 부작용 가능성이 있다.<sup>17)</sup> 시술을 받기로 한 순간부터 여성은 남성이 겪어야 하는 것과는 견줄 수 없을 만큼 힘든 경험을 하게 된다. 난임의 원인은 남성과 여성에게 비슷하게 있는 것으로 보고되고 있지만, 원인이 남성 쪽에 있더라도 건강상 위험이 수반되는 시술에 노출되는 것은 여성이다. 한 연구보고서는, 남성에게 난임의 원인이 있더라도 ‘조기 임신 목적 달성을 위해 보조생식술을 조기에 시행할 수 있도록’ 하는 것을 개선사항으로 제시하고 있다.<sup>18)</sup>

그런데 여성들의 심각한 고통은 내부에서만 서로 공유될 뿐, 사회적으로 많이 알려져 있지 않다. 난임여성들의 경험을 나누는 커뮤니티는 이들이 겪는 신체적·정신적 고통에 대한 기록으로 가득하지만, 이 고통은 의료진에게도 심각한 문제로 받아들여지지 않고, 더 나은 지원과 기술로 털어야만 하는 중요한 사회적 의제로 인정되거나 공감 받지 못한다. 이는 효율을 우선시하는 난임클리닉의 관행, 또한 여성의 신체에 대한 연구와 이해가 부족한 현실 때문이다. 지난 수십 년간 보조생식기술이 발전하고 적용이 확대되어 온 데 비하여 관련 부작용이나 위험성에 관한 조사·연구는 현저히 부족하다.

여성의 재생산을 '돕고자 하는' 이 기술(과 의학)이 오히려 새로 추가하고 있는 여성 건강에 대한 침해, 장·단기적 부작용에 주목해야 한다. 아이를 계

17) 보조생식술의 부작용에 대한 보다 자세한 정보 및 관련 자료는 다음을 참고. 김은애 (2008), “생명의료과학기술의 발전에 따른 여성의 재생산권리에 관한 연구 - 생식세포 기증 및 보조생식술에 관한 법과 제도를 중심으로-”, 『법학논집』, 제13권 1호, 이화여자대학교 법학연구소

18) <2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안> 중 138쪽부터 ‘남성 요인 체외수정 시술 가이드라인 개선방안’ 참조.

확하고 있는 부부가 시술 절차에 진입하기 전에, 이 전체 과정이 야기하게 될 신체적·정신적 부작용이나 위험의 가능성에 대한 균형 잡힌 정보 및 상담이 사전에 충분히 제공되고 있는가? 난임 시술로 인해 여성과 아이에게 발생 가능한 건강상의 위험에 대한 연구 조사 및 그 위험을 줄이기 위한 연구 개발에의 지원은 충분한가? 종합적이고 정확한 정보 제공이나 기술에 대한 충분한 검토도 없이 국가는 지원 정책이라는 명목 하에 건강상 위험을 초래할 수 있는 선택지로 여성들을 떠밀고 있는 것은 아닌가? 진지한 질문과 숙고가 필요하다.

#### 4. 부모와 자녀로 이뤄진 ‘환상적’ 가족

한국 사회는 일정한 삶의 패턴을 상당히 강력하게 정형화하고 있다. 고등학교 졸업 후에는 ‘대학진학-졸업-취업-결혼-출산’이라는 삶의 각 단계들이 마치 ‘유일한 정답’처럼 정해진 사회다. 하나라도 순서가 바뀌거나 생략하게 될 때 개인이 감당하게 될 사회적 낙인과 압력은 대단하다. 부부는 결혼 이후, ‘자녀 계획’에 관한 주변의 압박을 계속 받게 되는데, 남녀 두 사람이 결합해 만들어진 2인의 가족은 ‘완성된 가족’으로서 여겨지지 않는다. 남성과 여성으로 결합된 기혼의 커플과, 그들의 혈연 자녀로 이루어진 ‘정상가족’ 구성에 대한 압력은 우리 사회 문화 전반에 녹아있다.

*“지금은 편하고 좋을지 몰라도, 나이 들어 애 없으면 이혼한다는 소리를 계속 들어요. 애가 있으면 이혼을 하지 않는 건가요? 아이가 있어야만 부부 관계가 유지되나요? 그것을 부부 관계라고 할 수 있을까요? 그냥 누군가의 부모로만 존재할 뿐이잖아요.” (결혼 6년차 여성)*

- 이수희, 『엄마가 아니어도 괜찮아』에서 발췌(102쪽)

‘자식도 없이 늙으면 누가 돌봐주느냐’는 노후에 대한 불안감 조장, 아이가 없는 결혼 생활은 유지되기 힘들다는 협박(?)과 ‘아이를 낳아 (남성) 집안의 대를 잇는 것’은 여성의 의무로 여겨지는 가부장적 압박, 부모에게 손주를 안기는 것이 일종의 ‘자식 된 도리’이자 효도라는 문화적 분위기와 맞물려 아직 정상가족을 구성하지 못한 구성원들을 결혼과 출산으로 강력하게 밀어 넣는다. 모성에 대한 오래된 이데올로기도 여기에 한 몫 한다. 최근 저출생 현상이 ‘위기’로 호명되며 여성의 출산은 ‘국가에 대한 의무’로까지 회자되고

있다. 여성의 출산, 모성이 의무화될수록 비출산을 선택하거나 아이를 낳지 못하는 여성에 대한 비난과 낙인은 강화되기 마련이다.

이러한 상황에서 부부가 ‘그래도 우리는 아이를 낳지 않겠다’고 결심하는 일은 쉬운 일이 아니다. 소위 말하는 ‘딩크족’ 부부의 일상이 주변의 선입견들로부터 녹록치 않은 것만큼, 난임 진단을 받은 부부가 ‘아이 없이 사는 삶’이라는 ‘선택지’를 고려해보는 일은 쉽지 않다. 장려되는 삶이 아니기 때문이다. 이 때문에 ‘정말로 아이를 원하는 것이 맞는지’ 충분한 고민을 하지 못한 채, 가족의 압력과 사회적 주문, 병원의 진단에 떠밀려 난임시술을 받게 되는 경우도 더러 나타난다.

난임부부를 위한 보조생식기술의 성공에 있어서도 여성의 모성실천에 대한 의지나 역할, 책임은 막중하다. 실제로 복잡하고 위험한 시술의 과정 전반에서 여성의 고통과 희생이 수반되는데 이 어려운 난임시술의 과정은 출산을 경험하는 여성들이 겪게 되는 산고와 희생 같은 모성의 실천으로 의미화되곤 한다. 난임 여성들이 겪게 될 고통은 ‘어머니가 되기 위해서라면 당연히 인내해야할’ 고통으로 여겨지며, 난임여성들에게 ‘힘들더라도 아이를 위해 시술을 참고 견뎌낼 것’, ‘한 번만 더 시도해볼 것’을 강조하게 된다.

‘아이를 원한다/노력하고 있다’는 사실은 ‘아이를 거부한/노력도 하지 않는다’는 여성 보다는 모성을 갖춘 ‘정상적인 여성상’에 더 부합하는 것으로 여겨지기도 한다. ‘몇 년의 고생 끝에 기적처럼 찾아온 아이’와 같은 찬란한 난임시술 성공담들은 여성의 모성 실천과 희생을 더욱 숭고하고 ‘어머니다운’ 것으로 보이게 한다. 그것은 위대하지만 모성은 ‘당연한 본성이자 의무’이므로, 반대로 중간에 난임시술을 포기한 여성에게는 가혹한 평가가 뒤따른다. 어머니가 되는 것을 ‘쉽게’ 포기하는 ‘어딘가 부족하고 미성숙한 여성’, 가족의 행복을 생각하지 않거나 출산의 의무를 다하지 않는 ‘이기적인 여성’이라는 낙인이 따르는 것이다.

그러나 '문제'는 난임커플이나, '아이 낳기'를 수행하지 않는 여성에게 있는 게 아니라, '정상가족'을 꾸리지 않은/못하는 이들에게 보내는 사회적 낙인과 그들을 배제하고 있는 차별적인 구조와 정책에 있다. 부부와 자녀로 이루



어진 가족만이 ‘정상적인 가족구성’이며 이 구성을 완성해야만 ‘가족의 완성’으로 여겨지는 정상가족 이데올로기, 이 구성을 위해 발견되는 모성이 자연스러운 여성의 본성이며 이 본성과 욕망을 지원해야한다는 생각은 다양한 가족구성에 대한 사람들의 현실 및 인식과도 부합하지 않는다. 결혼은 하지만 아이는 낳지 않는 부부부터, 할머니와 손녀의 결합, 배우자와 사별한 할머니들의 결합, 비혼을 선택한 친구들 간의 결합, 반려동물과 꾸려진 여러 가지 형태의 결합들, 그리고 가족 내 여성만의 역할로 여겨져 온 돌봄노동과 가사노동, 출산 및 양육노동의 역할을 재분배하고자 하는 사람들... ‘원자’와 같은 개인들이 만나 새로운 ‘가족공동체’를 만들어가고 있는 모습은 저마다 다양하지만, 국가가 각종 정책으로 지원하는 ‘정상가족’의 모델은 지나치게 단조로우며, 비현실적이다.

더 큰 문제는 모두가 ‘정상가족’을 욕망하지도 않고, 모두가 ‘정상가족’을 꾸릴 수도 없음에도 불구하고 국가의 지원이 ‘정상가족’을 욕망하는 이들에게만 한정되어 있다는 사실이다. 가족 안에서 여성의 역할로 여겨져 온 돌봄노동과 가사노동, 출산과 양육에 필요한 여성의 희생과 헌신에 물음을 제기하는 이들이 많아지며 새롭게 그 역할을 분배하고자 하는 커플들, 새로운 구성의 가족을 기획하는 개인들이 증가하고 있지만 국가는 정상가족의 모습을 갖추지 못한 이들을 ‘가족’에게 할당한 다양한 복지 혜택과 지원으로부터 소외시키는 방식, 결혼을 한 남녀커플과 그들이 낳은 아이(들)로 구성된 ‘3-4인 가족’에게만 그 혜택을 줌으로써 국민들에게 ‘정상가족’이 될 것만을 장려하고 있다. 난임여성, 난임부부들에게도 이것은 마찬가지인데, 복잡하고 어려운 시술에 뛰어들기 이전에, ‘다른 선택을 할 가능성’에 대한 세심한 안내나 상담이 병행되지 않는 사실은 난임의 질병화와 더불어 난임은 당연히 시술을 통해 출산을 해야만 하고 그것이 바로 난임의 치료라는, 삶의 ‘정답’을 한정지어버림으로써 특정한 가족구성만을 장려하고 지원하고 있다. 난임을 ‘비정상’, ‘질병’, ‘불행한 삶’으로 만드는 가부장적 가족문화, 국가의 인구 정책 상의 필요, 불임/난임클리닉 등 의료산업의 개입 등 사회적 맥락에 우리는 더 많은 질문을 던질 수 있어야 한다.

## 5. 희망의 기술일까 희망고문 기술일까

‘아직 아이가 없는’ 많은 기혼여성들이 주변의 적극적인 병원(난임클리닉) 방문 권유를 받는다. “너도 한 번 가봐. 요즘 많이들 간대. 빨리 갈수록 좋대. 가보고 문제가 없으면 좋은 거고, 문제가 있으면 발견했으니 좋은 거지.”와 같은 레퍼토리가 이어진다. 여기에 ‘국가가 비용을 지원하고 있다’는 사실은 더욱 강력한 유입요인으로 작용한다. 이렇게 주변의 강력한 권유 등으로 난임병원을 방문하게 된 많은 여성들이 병원의 진료 예약 권유와 시술 권유에 ‘어떤 생각을 해 볼 겨를도 없이’ ‘병원의 속도에 맞춰’ 각종 검사와 시술을 받고 있다. 어떤 가족을 구성할지, 임신과 출산이 어려워진 시점에서 어떤 선택이 두 사람(부부)이 바라는 삶에 가까울지, 실현가능성과 위험의 부담은 어느 정도일지, 병원은 신중하게 고민해볼 시간이나 정보를 제공하지 않는다. 병원에게 이들은 ‘아이가 갖고 싶어 병원에 온 것이 틀림없을 부부’일 뿐이다. 그들은 ‘고객’을 놓치지 않는다. 심지어 “축구 경기도 한 골 먼저 넣고 가면 좋지 않냐”며 확률이나 수가가 낮은 시술을 건너뛰고, 곧바로 고가·고위험의 시술로 바로 들어가자며 부추기는 의사도 존재한다.

사전에 충분한 정보와 고민의 기회를 주지 않는 것에 더해 또 다른 문제점은, 이 과정에는 마땅한 탈출구가 없다는 것이다. 국가, 의료, 언론, 가족, 사회 전체가 난임 부부가 하루빨리 난임 시술을 받아 원하는 아이를 얻을 수 있도록 적극적으로 ‘응원’하고 ‘지원’하는 것처럼 보이지만, 불확실한 기술과 명징한 고통의 과정 중에는 ‘어느 시점에 이 과정을 그만 두어야 마땅한지’, ‘어느 시점에 그만두는 것이 합리적인 선택인지’에 대한 안내가 없다. ‘난임’은 많은 경우에 구체적인 생식 기관에 걸쳐진 명확한 질환이 아니라 ‘아이가 없는 상태’ 그 자체이므로, 기술과 사회는 난임 부부를, 특히 여성이 아이가 생길 때까지 최선을 다할 것을 요구한다. 국가의 비용 지원이 없던 이전에는 높은 비용에 대한 부담 자체가 장벽이자, 일종의 출구가 되기도 하였으나(‘비용부담 때문에 더는 진행할 수 없겠다’), 지원사업 이후에는 국가의 지원 횡수가 일종의 마지노선이 되어가고 있는 것으로 보인다. 국가의 난임시술 지

원 확대의 배경에는 당사자들의 강력한 요청의 목소리가 반영된 부분도 있으나, 이 시술이 여성의 건강에 미치는 영향을 고려한 횟수의 지원과 제한이 아니기 때문에, ‘지원횟수가 최대 17회까지 확대되었으니, 17번까지는 해보자’라는 식으로 진행되는 것이다. 이 때 병원 역시, 여성의 건강에 초점을 맞춰 적정한 수준에서 한계선을 그어주기 보다는 성공의 여부와 ‘정부에서 이만큼 지원도 해주고 하니까 한 번 더 시도해보자’라는 식으로 여성을 독려하기 때문에, 건강에 크게 무리가 오거나 힘에 부친다고 여성들이 느끼더라도, ‘도중에 포기했다’고 생각되거나, ‘최선을 다하지 못했다’라는 부담감이 주어진다. 여성이 이렇게 무리하면서까지 임신과 출산을 위해 희생하는 걸 당연하게 만드는 상황은 중단되어야 한다. 여성이 ‘자발적 희생’으로서 이 시술을 선택했다 하더라도, 건강의 위해가 생겼거나, 자녀의 계획에 관한 부부의 의논 결과에 따라, 언제든지 ‘아이 가지기 노력’으로부터 비난 없이, 실패라는 낙인 없이 그만 둘 수 있는 조건들(예를 들어 시술 전 상담, 시술 중 상담)이 전체 과정 안에 갖춰져야 한다.

*“정부가 출산률 회복을 위해 난임시술을 적극 지원하고 있는 가운데 난임 시술 여성 10명 중 2명이 출산에 성공한 것으로 나타났다. 난임 시술자는 30대가 가장 많았으며 평균 7회 정도 시술을 받았다.”*

*-2019 국민건강보험공단 ‘난임 시술 현황’*

한편, 보조생식술의 성공률은 9~28%로 보고되고 있는데,<sup>19)</sup> 2019년 9월 15일 국회 보건복지위원회 김승희(자유한국당) 의원이 국민건강보험공단으로부터 제출받은 ‘난임 시술 현황’ 자료에 따르면 난임여성 10명 중 단 2명만이, 40대 이상의 여성의 경우엔 10명 중 단 1명만이 출산에 성공하고 있다.<sup>20)</sup> 이 숫자가 의미하는 바는 무엇일까. 보조생식기술은 날로 발전하고 있지만 난임시술의 성공률은 여전히 매우 낮고,<sup>21)</sup> 장기간 여성의 신체적·정신

19) Corinna Sorenson, 2006. 2016 HIRA 정책동향 10권 6호 ‘프랑스의 보조생식술 정책 및 질 관리 현황’(임지혜)에서 재인용.

20) “난임 시술 여성 10명 중 2명 아이 낳았다...평균 7회 시술” - 헤럴드경제, 2019.9.15

21) 2016년 영국에서 난자를 해동해 정상 출산을 한 경우는 겨우 19퍼센트에 불과했다. 미 국립립보건원에 따르면, 40세 이상의 여성의 경우 1회의 체외수정 시술의 성공 가능성은 14퍼센트에 불과하다. ‘유럽 인간 재생산 및 발생학 학회’는 매년 시행되는 150만 회의 체외수정 가운데 약 120만 건이 정상 출산을 하지 못한다고 추정한다. 이 말은, 전 세계적으로 체외수정의 회당 실패율이 전 연령대에 걸쳐 거의 80퍼센트에 이른다는 뜻이다. 미리암 즐, “희망을 팔다” 『재생산에 관하여: 낳는 문제와 페미니즘』(머브 엠리 외, 마

적 건강에 영향을 미치며 일상생활의 상당한 부분을 할애해야 가능한 간단치 않은 과정이다. 아무리 당사자들의 절박한 필요와 요청이 있다고 하더라도, 이렇게나 성공률이 낮고 장단기간의 부작용이 많은 의료시술을 국가가 전폭 지원하는 것이 과연 타당할까? 이것은 일종의 희망고문인 것은 아닐까?

대부분의 난임클리닉 역시 시술의 성공률을 뚜렷하게 밝히지 않고 있는데, 일부 의료기관에서는 ‘출산성공률’이 아닌 ‘임신성공률’을 홍보하기도 한다. 그러나 임신에는 성공하더라도 유산으로 이어지는 경우가 많으므로, 아이를 얻기 위해 고생을 감내하고 있는 여성들에게는 착시효과를 불러일으킬 뿐이다. 한편 난임클리닉의 성공률 공개는 당사자 여성들이 요구하는 내용이기도한데, 이것이 오히려 병원으로 하여금 높은 성공률을 만들기 위해 배아이식 수를 지나치게 많이 높이거나, 과배란유도제를 과도하게 사용하는 등 여성건강에 치명적일 수 있는 각종 제재를 남용하여 오히려 여성의 건강을 해칠 수 있다는 지적이 있다.<sup>22)</sup> 그러나 얼마나 안전하고 효과가 있는 기술인지도 모르는 채 자신의 몸과 건강을 의료기술산업에 맡길 수는 없기에, 당사자 여성들의 공개 요구 자체는 합리적인 요구이며, 이에 따른 병원의 기술 오남용 문제는 안전을 위한 별도의 가이드라인과 모니터링으로 예방하고 제재해야 할 국가의 중요한 책무이다. 난임 부부를 지원하고 있는 이 의료기술들은 비용지원만으로 접근성부터 높이기 이전에, 기술의 안전성과 유효성에 대해 국가가 충분히 검증했는지 의문스럽다. 너무나도 낮은 성공률 때문에 이 기술이 난임 여성을 돕고 있다기보다는, 오히려 무수히 많은 난임 여성들이 보조생식기술의 발전을 위해 희생되고 있는 것처럼 보이기까지 한다. 국가가 실질적으로 지원하는 것은 과연 당사자들의 삶인가, 의료 산업인가? 혹은 오직 출생율의 제고인가? 관련 사업을 진행한 지 15년이 넘었다. 난임 진단을

---

티), 82-83쪽.

22) 보건복지부 정책보고서 <2013년도 난임부부 지원사업 결과분석 및 인공수정 급여화 방안>, 한국보건사회연구원 황나미 외 4인. 제7장 인공수정 시술에 대한 건강 보장성 강화 방안 중 155쪽. “본 연구에서 난임여성들의 또 다른 요구도는 시술기관의 임신성공률에 대한 정보이다. 이들은 임신성공에 미치는 여러 요인들을 인식하지 못한 채, 단지 시술기관의 임신성공률과 시술비용으로만 시술기관을 평가하고자 이들 정보를 공개할 것을 요구하였다. 이는 곧, 난임부부 자신의 건강실천행위의 중요성에 대한 인식이 부족한 상태에서 보조생식 시술과정에 대한 정보 미흡으로 인해 과배란 유도 및 이식배아수로 인한 부작용 등은 간과된 채, 임신성공률에만 집착하여 의료인으로 하여금 다배아 이식을 유인하는 동기로 작용하고 있다.”

받은 커플 중, 시술을 시도하여 아이를 얻은 그룹과 시술을 시도하지 않고도 아이를 얻은 그룹의 비교와 본 시술의 유효성, 그리고 시술을 받은 여성들에 관한 건강에 관한 조사를 진행하기에 부족하지 않은 기간이다. 국가는 이 시술이 이뤄지는 전반적인 과정과 임신성공율, 출산성공율, 과정 중의 부작용 사례들과 이후의 건강에 관한 지표 등에 관해 명확하게 파악하고 있어야 하며, 더욱 정확하고 객관적인 지표와 정보를 당사자 여성들에게 제공할 수 있도록 노력해야 한다.

## 나가며

앞서 살펴본 바와 같이, 성·재생산을 둘러싼 현재까지의 국가정책은 ‘인구 관리’를 중심으로 설계되고 집행되어 왔다. 그러나 여성의 건강은 출산과 양육 등 ‘모성’만을 위해 관리되어야 하는 것이 아니다. 이제는 여성을 포함한 모든 국민의 건강과 권리 보장을 중심으로 한 포괄적 성·재생산 정책 및 제도가 필요하다.

‘출산장려정책’은 그 개념부터 재고해야 한다. 주거, 노동, 교육, 보육 정책 등 전반적인 사회적 지원 강화 없이 출생율은 결코 오르지 않을 것이다. 여성에게 모성을 강조하며 출산을 중용하거나, 임신중절수술을 막아 출생율을 높이는 등의 양적이고 단편적인 접근은 차별적이고 실효성도 없다. 장기적 관점으로 ‘아이를 낳아 기르고 싶은 사회’, 즉 살고 싶은 사회를 만드는 데 집중해야 한다. 또한 장기적 관점에서 적정인구의 유지를 위해서는 출생만이 아닌 이민 인구의 유입과 같은 대책을 고려해볼 수도 있다. 입양가족이나 이주민에 대한 인식 개선도 중요한 과제이다.

보조생식술을 비롯하여 발전하는 생명 공학 및 의학은 앞으로도 점점 더 중요한 이슈로 대두될 것이다. 시험관 시술만이 아니라 난자의 냉동과 거래, 대리모에 이르기까지 아직 정책적으로 포괄하지 못하고 있는 영역에서 이미 개인들의 행위는 이뤄지고 있다. 현재 시행되고 있는 난임시술에 대한 관리 감독과 더불어 기술을 둘러싼 다양한 현상들이 한국 사회의 구성원들에게 어떤 영향을 끼칠지에 대해 적극적으로 고민하고 제도적 보완책을 마련해야 할 것이다. 무엇보다도 생명공학 기술이 주로 여성의 신체와 삶에 중대한 영향

을 미치는 만큼, 그 논의를 진행하고 실태를 파악하고 정책을 고안함에 있어 경제적·효율적 논리가 아닌 여성의 건강과 인권이 우선적으로 고려되어야 한다.

정상가족 중심주의를 약화시키고, 다양한 형태의 삶과 다양한 형태의 가족을 지지하는 정책도 필요하다. 결혼하지 않은 채, 혹은 결혼을 하고도 아이 없이 살아가는 이들은 이미 많다. 그럼에도 그들은 여전히 비정상이거나 미완성이라는 편견이나 사회 곳곳에서의 배제를 경험하고 있다. 혈연이나 결혼을 통한 결합이 아닌 다양한 형태의 가족결합에 대한 사회적 논의와 지지가 더욱 많아져야 한다. 특히 국가는 기존의 가족 구조 및 문화가 여성들에게 차별적이고 억압적인 영향을 미쳐왔음을 인지하고 이를 개선해야 한다. 기존 구조 속 사회 구성원의 수요를 충족하는 정책을 마련하는 것만이 아니라, 개인의 인권이 존중되는 성평등한 사회를 만들어가기 위해 새로운 삶과 사회의 비전을 제공하고 그것을 지지하는 것도 국가의 중요한 역할이다.

# 토론 1.

문한나

(국가생명윤리정책원 주임연구원)





## 삶을 존중하는 재생산 정책의 방향을 세우기 위하여

문한나 (국가생명윤리정책원 생명윤리안전정책연구팀 주임연구원)

우리 사회가 여성의 재생산 문제를 어떻게 다루고 있는지에 대한 문제제기, 즉 보조생식술 전반의 과정과 그 부작용에 대한 우려, 단순 임신율 공개를 다루는 지금의 질 관리 방식이 가지는 위험성 등에 대하여 발제자 두 분께서 지적하시는 것에 먼저 동의를 표합니다. 난임 기술이 생물학적 모성을 회복시켜주는 모습을 갖고 있지만 가부장적 제도 아래에서 난임 여성을 비정상적인 여성으로 간주하며, 스스로 자신의 여성성에 의문을 갖게 하고, 아이가 없는 가정은 정상가족이 될 수 없다는 인식을 강화시켰다는 것을 부정할 수 없습니다. 또한 지금까지 ‘자녀출산’ 그 자체에 대한 본질적인 숙고와 그에 따른 사회적 안전망 마련에 대한 논의 없이 그 금액 범위와 속도 면에서만 국가 지원이 증가하고 있다는 것, 특히 2006년부터 시작된 난임부부 시술비 지원사업은 난임부부의 경제적 어려움을 조금이나마 덜어주기 위한다는 명목으로 진행되었지만 난임의 원인을 밝히고 그 원인에 대한 치료를 하고자 하는 노력보다는 더욱 많은 여성들을 신속하게 보조생식술에 접근하게 만들면서 임신 및 출산과정을 의료화, 인공화시키는 원인이 된 것이 사실입니다.

그러나 그럼에도 불구하고 관련 정책을 연구하고 있는 토론자의 역할에 충실하고자 몇 가지 영역을 말씀드리고자 합니다.

첫 번째는 먼저 여성을 임신과 출산과정에서 적극적 행위의 주체로 설정하고, 정책과 제도는 그들의 도움이 필요한 상황에서 어떻게 이들의 결정을 지원할 수 있을지를 논의해야 한다는 것입니다. 과거부터 지금까지 난임 기술을 사용하고자 하는 여성들은 자신이 가진 한계 안에서 누구보다도 자신의 몸과 지금의 가정, 미래의 아이에 대해 깊이 사고하고, 자신의 삶의 가치를 지키기 위해 노력하고자 했던 당사자들이었고, 난임 관련 정책 마련 과정에서도 다양한 권력들에게 끊임없이 저항하고, 협상해온 주체자였습니다. 이에 대한 노력으로 난임 시술의 방식은 과배란 호르몬제의 용량을 줄이고, 배아

이식 개수를 줄이고, 자연주기 IVF 방식 요구를 선호하는 변화가 시작되었습니다. 기술과 그 기술의 방향성은 정형화된 것이 아니라, 그 사회적 요소와 다양한 구성원들의 개입을 통해 충분히 달라질 수 있기에 여성들은 보다 자발적이면서 적극적으로 자신의 몸에 가해지는 행위에 대해서 고민하고 건강한 출산권을 요구하기 위하여 사회에 의료진에 요구하여야 합니다. 이를 위해서 정책 연구자들은 객관적인 정보를 제공하면서, 모두의 의견을 편견 없이 듣고 이를 정책에 적절히 반영할 수 있는 가를 고민해야 합니다. 또한 관련 정책들은 여성을 보이는 또는 보이지 않는 모든 억압에서 보호하는 방향으로 마련되어야 하기에, 앞선 권력들이 여성에게 가하는 억압적 측면 뿐 아니라 이 과정에서 어떤 방식을 통해서라도, 그 손해를 감수하고서라도 아이를 낳고자 하는 여성들이 있다는 것도 간과해서는 안 됩니다. 이 기술은 과거 페미니즘의 시각에서, 앞서 논의된 억압 뿐 아니라 권리의 주체인 여성이 자신의 생물학적 아이를 낳기를 원하나 그럴 수 없는 상황에서 선택과 참여에 대한 가능성을 제공하였고 이를 실제로 이루어주었다는 ‘해방’의 측면도 있었습니다. 다양한 방안을 고려하면서 정부와 정책입안자들은 여성을 출산 과정에서 행위의 주체로 설정하고, 지원 방향을 결정하여야 합니다.

두 번째는 환자와 시술기관 및 시술 의료진에 대한 신뢰의 회복입니다. 의료진은 난임시술에 접근하고자 하는 여성에게 그 성공 가능성 뿐 아니라 신체적, 정신적 부작용, 이후 발생 가능한 여성, 태아의 위험, 주의사항 등을 객관적인 정보를 충분히 환자에게 제공하여야 하고, 환자들은 이에 안정감을 느낄 수 있어야 합니다. 그러나 현장은 이와 다릅니다. 2013년도에 진행한 난임부부 지원사업 개선방안 연구에 따르면 시술 전에 난임 시술과 부작용에 대한 설명에 대하여 50% 이상의 사람들이 만족하지 못하고 있었습니다. 또한 시술로 인한 신체적 부작용은 58.1%가, 정신적 고통은 93.5%가 겪었으나 병원 내 상담 프로그램에서 정신적 고통을 해결한 경우는 2.9% 밖에 되지 않았습니다. 응답자 중에서 82,3%가 권위적인 시술병원의 문화가 개선되어야 한다고 답하였습니다. 이 조사는 의료진에 의해서 행해지는 난임시술기관 내 모든 시술이 난임 당사자의 신체적, 정신적 건강에 초점을 맞추고 있지 않거나 당사자에게 까지 잘 전달되지 않는다는 것을 보여주며, 결국 서로 간의 신뢰에 악 영향을 미치고 있다는 것을 보여줍니다. 난임 시술이 올바르게 시행되기 위해서는 의료진이 시술 당사자에게 정확한 정보를 제공하고, 의료

적 지식을 바탕으로 당사자의 건강을 위해하지 않는 방향에서 최선의 조치를 취하여 줄 것이라는 신뢰가 현장에서 먼저 회복되어야 할 것입니다.

세 번째는 보조생식술을 다루고 있는 생명윤리법과 모자보건법에서 여성의 건강권을 어떻게 바라보고 있는지 살펴보고 관련 적절한 법률 체계를 정비하여야 한다는 것입니다. 생명윤리법은 체외수정을 진행할 수 있는 기관은 모두 배아생성의료기관으로 지정받도록 하고 그 시설, 장비, 인력의 최소기준을 제시하고 있습니다. 그러나 생명윤리법은 잔여배아 및 난자의 연구목적 이용을 중점으로 하고 있기에 자신의 임신을 위하여 자신의 생식세포로 시술을 하고자 하는 여성의 건강권을 보호하는 측면은 찾아보기 힘든 것이 사실입니다. 그러나 난임부부 시술비 지원사업의 근거 법령을 가지고 있었던 모자보건법이 2015년 말에 개정되면서 난임시술기관 지정, 평가, 통계관리, 시술기준 등에 대한 법적근거를 마련하였다는 것은 고무적인 일입니다. 이 과정에서 저희 정책원은 위에서도 언급된 2013년 연구를 통하여 지원사업의 문제점을 평가하고 개선하는 연구를 진행하였고 이 내용이 해당 법령에 많이 반영되어 있습니다. 그 내용은 시술의 횟수와 금액 차원의 접근 뿐 아니라 난임전문상담센터 개설과 통계관리를 통하여 인구통계학적 특성, 산과 및 의학적 과거력, 난임의 원인 시술과정 및 임신 출산 등 난임의 결과, 출생아의 건강정보, 의료기관의 정보, 의료비 정보, 배아관리 등 전반의 내용을 파악하고 이를 모니터링 할 수 있는 근거를 마련한 것입니다. 특히 2017년부터 시작된 건강보험 적용은 공식적 비용의 흐름을 전제로 지원을 더 효율적이고 안전하게 진행하고자 추진된 것입니다. 그러나 아직 통계관리가 그 시작단계에 있다는 점, 관련 항목이 의무이기 보다는 아직 할 수 있다는 기반만을 마련하였다는 점, 생명윤리법과 중복된 규제가 있어 비효율적이라는 점, 어떤 정보가 어떻게 재생산 기술을 고려하는 사람들에게 제공되어야 하는지 논의되지 않았다는 점 등 아직 부족한 점이 많습니다. 이 부분에 대해서는 관심 있는 그룹이 목소리를 내어서 이를 정책에 효과적으로 반영하도록 할 필요가 있습니다.

이 연장선에서 체외수정시술로 가장 먼저 아이를 탄생시켰으며 관련 조항을 비교적 촘촘하게 가지고 있는 영국을 소개하고자 합니다. 영국은 1990년부터 관련 법(Human Fertilisation and Embryology Act)을 마련하여 시행하

고 있는 나라로, 이 법에는 HFEA(Human Fertilisation and Embryology Authority)라는 독립적 기구를 설립하여 보조생식술에 대한 치료, 저장, 연구 등의 면허를 발급하도록 하고 있습니다. HFEA는 지금까지 시설, 인력, 장비에 대한 기준 및 배아관리를 위한 세부 지침 등을 제공하는 것 뿐 아니라 관련 학회 등과 협력하여 임상 가이드라인과 환자 가이드북을 마련하고 있습니다. 실제 제공된 환자가이드북(Getting Start)에는 먼저 진료대상자의 생활습관에 대한 상담과 조언을 진행한 후, 이에 효과가 없을 경우에만 난임 진단을 시작하며, 약물적, 수술적 치료로 난임 원인에 대한 치료를 선행하고 이 모든 것에 효과가 없을 경우에만 체외수정 등의 시술에 접근하도록 하여 환자의 건강권을 보장하면서, 충분한 고려와 정보 없이 환자와 의료진이 시술에 접근하는 것을 막고 있습니다. 특히 이 가이드라인에는 언제 치료를 멈출 것인가에 대한 챕터, 입양 등 그 밖의 대안에 대한 챕터도 마련하여 환자가 자발적으로 이를 고려할 수 있도록 하고 있습니다. 아래는 참고로 HFEA에서 제시한 보조생식술시행기관의 규제원칙 13가지(건강보험심사평가원, 2016)를 나열하였는데 이 원칙은 영국 사회가 환자와 태어날 아이에 대한 복지, 존엄을 전제로 그 안전성과 과학적 타당성 등을 중시하고 있다는 것을 보여주는 예가 됩니다. 관심 있으신 분들은 참고하시길 바랍니다. 개인적으로 저는 우리나라도 관련 특별법, 독립적 관리기구를 통한 기관 및 시술 정도 관리, 환자에게 적절한 정보제공, 해당 정보의 적절한 등록 등 관련 전반의 체계가 마련될 필요가 있다고 생각합니다.

- 기증자를 차별 없이 공평하게 대해야 함.
- 환자와 기증자의 안녕을 지향하고 존엄을 지켜야 함.
- 배아를 생명체의 일부로 생각하고 존중해야 함.
- 보조생식술을 통해 태어난 아이의 복지를 존중해야 함.
- 환자와 기증자가 충분한 정보를 제공받은 상태에서 의사결정 할 수 있도록 도와야 함.
- 보조생식술 실시 전 환자와 기증자에게 사전 동의를 받아야 함.
- 최적의 결과와 최소의 위험을 보장하기 위해 양질의 보조생식술을 제공해야 함.
- 보조생식술과 관련된 전제 조건 장비, 절차, 과정 등이 목적에 따라 안전성, 명확성, 적합성을 보장해야 함.
- 보조생식술에 참여한 모든 관계자들이 경쟁력 있고 안전한 행위를 제공할 수 있는 능력이 보장되어야 함.
- 보조생식술과 관련된 모든 과정을 정확하게 기록하고 그 정보를 보유해야 함.
- 모든 불의의 사고는 HFEA에 보고해야 하며, 불만에 대한 적절한 대응과 교훈에 대해 공유해야 함.
- 허가된 연구는 윤리적 표준에 부합해야 하며, 과학적 타당성을 갖춰야 함.

- 생식세포와 배아가 포함된 치료와 연구는 모두 규제 범위 안에서 실시되어야 함.

마지막으로 반복하자면, 모든 정책방향은 다양한 삶에 대한 사회적 기반을 마련하고 여성을 재생산의 수동적 존재, 보호 대상으로 규정되어 지는 것을 적극적으로 거부하는 것을 전제로 진행하되, 다양한 삶에 대하여 배제와 판단을 멈추고 이를 이해하려는 노력에서 진행되어야 한다고 생각합니다. 그리고 그럴 때에 공론의 영역 속에서 우리는 더욱 다양한 삶의 목소리와 마주하게 될 것입니다. 그리고 그 과정의 시작으로 이 같은 자리를 마련해주신 분들께 다시 한 번 감사하며 토론을 마치고자 합니다. 감사합니다.



## 토론 II.

이경애 (예은심리상담교육원 원장)

# 정책 및 가부장적 사회구조에 대한 비판적 재고를 지시하며

이경애 (예은심리상담교육원 원장, 이화여자대학교)

1. 김경례 <난임 부부지원정책에 대한 페미니즘 개입전략 모색을 위한 소고>를 읽고

본 글은 사회학자로서 가장 개인적인 생식 영역에 대한 공권력 개입의 공헌과 한계에 대한 객관적 상황을 난임 여성을 향한 따뜻한 시선으로 기술하였다고 보인다. 난임 시술의 막대한 예산 투입에도 불구하고 출산율에 직접적인 긍정적인 영향을 주지 못하는 정책에 대한 비판과 여성 몸에 대한 부작용들 그리고 여전히 한국 사회에 만연한 핏줄중심의 생물학적 부모에 대한 환상적 모성개념들과 가족관이 소개되었다. 그리고 결론적으로 정부의 개입에 있어 물적 개입뿐 아니라, 심리적 지원과 여성 내부의 모성과 재생산권에 대한 인식의 전환, 페미니스트 의과학자와의 연계를 제안하였다. 본 글은 그동안 당연시 되어 왔던 난임 문제 특히 의학적 개입과 국가 정책의 톱니바퀴 속에서 소외된 여성의 경험을 이슈화 시키고자 하는 시도로 감동과 문제의식을 제기한 지적이면서도 공감적인 글로 평소 난임 문제에 관심하던 본 토론자에게도 감동이 되었다.

2. 노새 <저출생 ‘위기’ 담론 속에서 ‘위기’에 처한 여성의 권리 찾기>를 읽고

본 글은 현장에서 여성문제를 다각도로 검토하고 돌봄을 위한 여성 활동가의 글로서 낙태죄와 재생산권에 대한 비교와 통찰, 정책과 사회적 거대 담론의 입장을 해체하고 재구성하고자 하는 시도를 하고 있다. 재생산 영역의 통제를 통한 국가의 인구정책의 과도한 관여와 이와 맞물린 의학적 정책과 이와 연관된 질병의 낙인, 거대한 자본의 흐름에 대한 통찰은 그동안 여성의 재생산 권리를 상담학적으로 경험한 본 토론자에게 많은 동감을 갖게 하였다.



난임 여성과 커플 및 가족을 위한 심리상담의 수퍼바이저로 또한 현장에서 오랜 시간동안 상담하면서 난임 여성을 생생히 만나왔던 상담가로서 이 두 편의 글을 통해 몇 가지 생각해 볼 문제를 살펴보고자 한다.

1. 윗글에서 발제자는 여성의 몸이 도구화되고 여성이 몸이 생식기능으로만 과도하게 평가되는 현실을 공통적으로 비판하였다. 그리고 이러한 이데올로기에 대한 모성과 재생산권, 출산 문화 등의 변화를 도모하는 것을 제안하였다. 이것은 매우 중요한 패러다임의 변화이다. 그런데 상담현장에서 만난 토론자의 사례를 보면 난임 여성의 생물학적 모성 열망 자체를 부인하기는 상당히 어렵다고 느껴진다. 이것이 가부장적 사회에서 강요된 모성론이라고 결론을 내리기에는 인류학적으로, 역사적으로 혹은 쉽게 부인할 수 없는 본능설에 입각한다고 하더라도 여성과 모성의 동일시를 부인하는 새로운 의식화는 단번에 이루어지기는 매우 어려울 것으로 보인다. 오히려 문제의 접근은 난임 여성들에게 소외되어 있는 의학적 과정에 대한 전문지식이 사전에 고지되는, 소외된 절차에 대한 인식이 우선되어야 하지 않을까 한다. 지식의 독점문제, 지식 권력체계에서 소외되어 있는 난임 여성들에게 여러 시술에 대한 의학적 가능성 뿐 아니라 부작용에 대한 충분한 고지, 그리고 기대만큼 높지 않은 성공률에 대한 충분한 지식의 제공과 더불어 개인의 선택권을 충분히 제공하는 접근이 더 현실적이라고 생각이 된다.

2. 페미니스트 의과학자의 연계에서도 과연 무엇을, 어떻게 연계할 것인가에 대한 명확한 정의가 내려져야 할 것이다. 페미니스트 의과학자들은 이러한 의학적 기술의 부정적 결과에 대해 인식한 만큼 고지 할 용기가 있을 것인가? 본인의 의학 전문가로서의 입장(수입과 연관되는)과 환자의 알권리(페미니스트입장)사이의 모순을 이겨낼 용기와 의도가 얼마나 있을 것인가에 대한 의문이 든다. 여성의 문제를 단일한 여성의 문제로 볼 수 없는 여성 계층내의 위계와 차이의 문제 앞에서 얼마나 충분한 고지와 협력이 가능할 것인가에 대해 재고할 필요가 있을 것이다.

3. 위와 연관해서 난임 관련 심리상담의 목적에 대한 재고도 필요하다. 난임 여성들의 '스트레스를 낮추고' '마음을 편하게 해주는 것'이 심리상담의 목표라고 한다면, 이 심리상담은 여성들의 재생산을 강화하기 위한 접근이 될 수 있을 것이다. 만약 이 심리 상담이 여성주의적 의식강화의 상담이 된다면 여성의 주체적 선택권에 대한 지지가 될 것이다. 과연 현재 지향되고 진행되고 있는 심리상담은 무엇을

위한 것인가?

4. 낙태권과 재생산권 관련 근본적인 욕구의 차이도 검토해 보아야 할 것으로 보인다. 낙태권은 본인의 선택권이 인정받으려는 ‘거부하고 싶은’ 욕구에서 기인되었다면, 재생산권은 이보다 ‘획득하고 싶은’ 욕구에서 기인되는 것으로 보인다. 여성의 모성욕구가 본능적이냐, 가부장적 사회의 모성담론의 결과물이나 보다 우선되는 것은 ‘낳고 싶은 열망’이 더 크다는데 그 차이가 있다고 본다. 그러므로 이 재생산에 대한 이슈는 여성의 열망에 보다 더 공감적 입장을 가져야 하고 이 공감에서부터 욕구와 조화를 이루는 비판이 이루어져야 할 것이다.

5. 난임의 이슈에서 드러난 여성들은 비자발적 난임의 여성에 국한되어 있다. 즉, 자발적으로 아이를 원치 않는 여성들의 목소리는 드러나지 않은 채, 아이를 낳기 원하는 여성들의 입장만 드러나고 있다. 그러므로 DINK 족을 비롯하여 비자발적 난임 여성들의 의도와 삶도 드러나야 할 것이다. 이러한 다양한 욕구가 드러날 때 본 논고가 지향하는 여성의 권리가 보다 명료하게 드러나지 않을까?

6. 여성들의 의식화의 방향을 위한 논의가 필요할 것으로 보인다. ‘환자’ ‘여성’이 ‘전문가’ ‘남성중심사회’에서 경험하는 박탈과 소외적 현실, 거대한 자본의 유입과정, 누구를 위한 정책인가에 대한 비판적 고찰, 게다가 여성안의 차별과 차이(난임 여성과 비난임여성의 대립, 난임 여성의 자조집단에서 한 여성이 임신하면 그 집단을 탈퇴하는 현실)에 대한 따뜻하고 날카로운 해체의 작업이 우선되어야 할 것이다.

7. 마지막으로 ‘목회신학자’ ‘목회상담가’로서 재생산이라고 하는 신적 영역에 대한 인간의 개입의 한계에 대해 다소 소박하고 순진한 그러나 진지한 문제를 제기해보고자 한다. 과연 우리는 생명의 탄생이라고 하는 ‘신적’영역에 대해 얼마나 단언할 수 있는 지식과 지혜를 갖추고 있는가? 재생산 영역은 소위 ‘하나님 놀이(playing God)’의 영역으로 손댈 수 없는, 판단할 수 없는, 함부로 결론 내릴 수 없는 영역으로서의 신성의 영역이 아닌가?

결론적으로, 본 토론자는 우선 이러한 난임 정책과 가부장적 사회구조에 대한 비판적 재고의 소리가 공론화되었다는 이 시작을 위대한 발걸음으로 축하하고 싶

다. 역사적으로 모든 새로운 시도는 처음에는 저항에 부딪혔지만, 결국 이러한 새로운 시도가 새로운 패러다임의 변화를 도모했다고 본다. 난임 여성들이 ‘난임’ 여성이 아닌, ‘여성’으로서, 아니 한 존귀한 ‘주체적 존재’로서 자신의 삶에 주인이 되어 꽃피우는 삶이 되기를, 같이 기대하며 도우며, 공존하고, 상생하는 날을 꿈꾸며 본 글을 마친다.



## 토론 III.

최은영

( 여성연구소 객원연구원)



## Becoming Mother Do Mothering으로의 이행의 시대, 난임부부지원사업 이대로 괜찮은가?

최은영 (서울대학교 여성연구소)

‘안전하고 합법적인 임신중지권’의 획득과 ‘난임자출산건강위험부담국가지원사업’으로서의 난임부부지원정책

2019년 4월 11일 헌법재판소의 낙태죄 헌법불합치 선고는 '안전하고 합법적인 임신중지'를 권리로 이야기할 수 있게 되었고 이 권리를 보장하기 위한 제도적·정책적 접근을 할 단초를 마련하였다. 이는 발제자(노새)도 말하고 있듯, ‘낳지 않을 권리’를 넘어 안전한 성적 권리, 그리고 장애, 경제적 상황, 혼인 여부, 국적 등과 상관없이 누구나 아이를 낳거나 낳지 않을 권리, 그 권리를 행사할 수 있는 정보와 수단에 접근할 수 있는 권리 등 성·재생산 건강과 권리를 보장할 수 있는 사회로 나아가야 하며, 아이를 낳지 않거나 낳고 기르는 문제 전반에 관한 정책과 제도를 재정비함으로써 전반적 재생산권을 보장해야 함을 촉구하고 있다. 낙태가 죄가 아님을 말하기 위해 먼 길을 왔고, 아직 다 온 것도 아니라는 것이다.

이러한 맥락에서 국가의 여성의 재생산과 건강을 보는 관점에 대한 발본적 물음을 제기하고 이를 재정비하고자 하는 시도로서 ‘난임부부지원사업’에 대한 정책적 접근은 대단히 시의적절하다. 국가가 저출산사회화에 대한 해결책으로 여성을 임신·출산의 도구로 여기는 관점을 전제·유지·공고화 하고 있는 입장에서 서 있음을 문제 삼고, 이는 여성의 전반적 재생산권에 배치되며, 침해할 수 있음을 환기하는 것이다. 이번 토론문에서는 이론적 논의보다는 토론의 활성화와 관점의 환기에 초점을 두고자 한다.

개인적인 것은 정치적인 것이다. 페미니스트들의 일만가지 연대, 천개의 목소리, 천개의 페미니즘이 유행하는 시대, 나는 “난임에 대한 다른 상상, 무

엇이 위기인가?”의 토론자로 이 자리에 있지만 난임에 대한 여성주의적 입장을, 페미니즘을 대표하진 않는다. 낙태‘죄’를 폐지 하고자 했을 때에도 여성주의 내 다양한 사고와 입장의 결이 존재했듯, “난임”이라는 소재 역시도 다양한 입장과 결이 존재하며, 이들간에는 무혈전쟁이 선포되어 있을지 모른다. 나는 다만 ‘난임부부지원사업’에 대한 하나의 목소리이나 오늘을 통해 토론의 화두처럼 난임에 대한 다른 상상이 가능토록 조금의 보탬이 되고자 한다.

지난 우리사회는 간통죄 폐지, 강남역 페미니즘, 페미니즘의 유행, 미투운동과 낙태죄헌법불합치 판결 등 많은 움직임과 그로인한 사회 변화가 있어왔다. 그 중, #Me Too이후 가장 큰 변화는 대다수의 사람들이 구조의 문제를 인식하기 시작하였다는 것인데, 예컨대, 성폭력을 개인의 문제가 아닌 구조의 문제로 인식하게 되었다는 것이다. 물론 여기에는 “발언의 힘”이 있었고, 연대의 근원을 발견할 수 있게 하였기에 가능했던 인식의 전환이었다. 변화된 주체들의 변화된 인식이 만들어 낸 의미있는 변화들이었으며, 변화가 필요한 지점에 다시 모여들 것을 믿는다. 이러한 변화는 단순히 변화에 그치는 것이 아니라 그 사회의 모성 개념의 변화를 수반한다. 즉 다양한 가족이 출현하며, 노동 시장 참여 구조와 방식이 변화하고, 결혼과 출산의 태도가 달라지고, 삶의 방식과 지향이 변화하고, 여성의 생애경험과 정체성이 다양해지면서 모성 개념, 즉 모성 정체성, 모성 역할, 모성 규범, 모성 이데올로기 등이 변화한다는 것이다. 그러나 이러한 변화에도 불구하고 상대적으로 변화하지 않는, 변화가 포착되지 않는 지점이 있다. 바로 불임 또는 난임이다. 정부가 불임에서 난임으로 용어의 변경을 가져왔으나 사회적 편견과 정상적 여성성을 확보하지 못한 여성으로서의 낙인이 존재한다보면 불임도 난임도 적절한 용어는 아니며, 난임은 더더욱 아니다. 어쨌든, 난임에 대한 입장과 난임 당사자들의 입장, 우리는 이들이 변화하였는지 하지 않았는지 알지 못한다. 가늠하기도 어렵다. 변화를 말하기 어렵기 때문이다. 암묵적으로 거대한 힘으로 작동하는 무언가가 있기 때문이다. 이것이 한국사회를 압도하는 생물학적 모성의 특성이며, 모성이데올로기이다.

모성은 생물학적 어머니 모성(maternity), 어머니 노릇(mothering), 그리고 어머니 됨에 필요한 성품, 혹은 인성적 차원을 의미하는 어머니 정체성



(motherhood), 이렇게 세 가지 영역 모두를 포괄하는 의미로 사용된다. 그러나 그간의 사회문화와 제도, 담론의 흐름은 생물학적 어머니 됨, 혹은 생물학적 어머니 되기(maternity)에만 강력하게 규제를 하는 방식으로 이루어져 왔다. 이것은 개념상 세 가지 영역의 분화가 있어서가 아니라 나머지 두 영역은 ‘생물학적 어머니 되기’에 자연적으로 부착되는 개념으로 이해 되어온 맥락이 있다. 생물학적 몸의 경험이 그 이후의 양육경험으로 자연스럽게 순차성을 갖고 연결되는 것으로 모성개념이 구성되어 왔다. 출산과 양육의 연속선상의 모성경험을 통해 여성의 ‘진정성(authenticity)’이 구성되며 여성성이 확보된다는 것이다. 그러나 모성(maternity-mothering-motherhood)개념의 세 영역은 사회-경제적 조건의 변화와 모성을 인식하고 경험하는 주체의 변화로 인해 더 이상 순차성을 갖지 않음에도, 분리가 불가능한 방식으로 통합된 연속체 개념으로 사유되고 있다. 여러면에서 출산이 운명에서 선택의 영역으로 이행한 듯 보이나 여전히 대부분의 여성은 연속체 개념으로서 모성을 사유하는 경향이 있으며, 자발적으로 ‘위험’을 선택하기도 하며, 출산하지 않거나 못한 것에 대한 부정적 의미와 사회의 부적절한 이해를 고스란히 자신의 몫으로 받아 들이거나 하며, 이를 여성으로서의 삶 전반에 적용한다. 자신의 경우 뿐 아니라 타인을 볼 때도 그리 본다. 낙태의 경우도, childless의 경우도, childfree의 경우도, 입양의 경우도, 생물학적 출산이 전제되지 않는 모성은 모성으로 호명되지 않는다. 모성이 부재하거나 모성을 발현 실현하기에는 부족한 불안정한 여성이 될 뿐이다. 따라서 의도적으로라도 Becoming Mother에서 Do Mothering으로의 이행의 시대를 살아가기 위해서는 모성개념의 의도적 분절 사용과 인식의 균열을 만들어 낼 필요가 있다. 연관된 차원의 발제문의 몇 가지를 언급하면 다음과 같다.

### 1. ‘난임자출산건강위험부담국가지원사업’으로서의 난임부부지원정책

난임부부지원사업은 다른 말로, ‘난임자출산건강위험부담국가지원사업’이다. ‘출산율제고’방안으로서 낙태율을 줄이려했던 것처럼, 여성의 건강에 위험부담이 있을 수 있으나 국가가 지원할테니 출산을 제고에 ‘성과’를 거둘 수 있게 해달라는 국가의 요청인 것이다. 난임부부지원사업은 다른 이름으로 지원 될, 할, 필요가 있다.

## 2. 난임부부지원사업은 존재만으로도 정상가족이데올로기와 모성이데올로기를 공고하게 한다.

난임부부지원사업의 지원대상과 범위, 적용연령, 지원 내용, 횟수, 지원액, 시술허용범위 등 전반은 한국사회의 정상가족이데올로기와 모성이데올로기의 강화에 기능한다. 난임부부지원사업의 확대를 우려하거나 문제 삼는 일부의 목소리는 저출산극복의 도구로 여성의 몸을 통제하는 것 뿐만아니라 출산한 국사회에서 지원을 받으며 난임을 극복할 수 있는 대상은 정해져 있기 때문이다. 출산을 장려하지만 축복과 장려받을 만한 출산이 따로 있는 것처럼. 또한 법적혼인상태에 있는 여성만이 지원신청 자격이 되며, 직장생활을 하며 시술을 진행하기 어렵다는 것은 지원액의 증대에도 사회경제적 배경의 제한(기준중위소득 초과자와 이하자의 간극, 실질적 경제수준)이 작용할 것이라는 짐작을 할 수 있다. 출산율을 제고하기 위함이라 하더라도 가족형태가 건강한 시민을, 사회 일익을 담당하는 공동체의 구성원으로 커나갈 수 있는데 하등의 영향을 미치지 않는다. 지원이 필요한 대상을 국가의 의도와 입장으로 정하는 것이 아니라 다른 방안이 필요하다. 이와 연동되어 실적보고와 '난임 진단서'의 문제도 마찬가지이다. '난임' 진단을 받더라도, 별도의 인위적·의료적 개입이 필수적인 것은 아니'지만 실적이 되기 위해서는 불필요가 당위로 말해지고 있을 수 있다. 출산 기능 뿐 아니라 기타 건강상태와 관련한 상태를 검진, 체크할 수 있거나 시술 지속 가능 여부를 타진 할 수 있는 건강상태의 점검 관련 지원금액도 필수적으로 있어야 하겠다. 지원대상과 범위의 전명 재조정이 없다면 이대로 존재해도 괜찮은가?

## 3. 난임부부는 왜 보조생식기술을 필요로 하는가?

난임부부는 왜 보조생식기술을 필요로 하는가? 또 이를 필요로 하는 이들은 난임부부만인가(성적지향, 장애로 인한 난임)? 왜 난임부부만을 지원하는가? 난임부부는 보조생식기술을 거부할 권리가 있는가? 시술을 선택하지 않을, 시술을 원하지 않을 권리가 있는가? 다른 선택지가 있는가? 난임당사자는 낳지 않을 선택지를 보장받는가? 난임부부는 진정 시술을 원하는가? 여자

의 적은 여자라는 말이 있었다. 이 말은 틀렸다. 여자의 적을 여자로 만드는 사회이기 때문이다. 난임부부는 왜 위험을 무릅쓰고 자발적으로 간절히 그토록 위험한 희망을 꿈꾸는가? 이 사회가 단 하나의 정답을 정해놓고 선택하도록 종용하고 있는 것은 아닐까. 여러 변화에도 이들의 아이에 대한, 출산에 대한, 난임에 대한 사고, 입장, 생각, 의지 등은 변화하였을까? 아무런 영향을 받지 않았을까? 변화하면 안된다는 입장을 갖고 있는가? 자기정당화, 자부심, 생존 전략, 자원으로서의 의미인가? 대한민국사회에서 난임당사자는 위험을 무릅쓰고 낳아야 하는 것을 선택하지 않을, 또는 포기할 수 있는 자유와 권리가 있는가?

#### 4. 들어야 할 난임 여성들의 목소리(추가)

- 성과와 효율을 우선시하게 되는 난임클리닉의 특성
- 여성의 신체에 대한 연구와 이해가 부족한 현실과 맞닿은 경향
- 신체적·정신적 부작용이나 위험의 가능성에 대한 정보 및 상담 부재로 인한 피해
- 난임시술 진입에 대한 후회여부
- 난임진단이전이후의 일상과 심리적·정신적·육체적 건강

#### 5. 난임부부지원정책에 여성운동은 어떻게 개입하면 좋을까와 관련하여...(김경례)

- 난임부부지원사업종합계획 수립 평가 위원회의 위원 인적구성의 다양화 (여성계로 통칭 No)
  - 난임 시술 위험성 연구지원 시 수행기관
  - ‘젠더 감수성’ 가진 여성 위원 참여 비율 확대 요구?
  - 심리적지원 내용의 점검 :
    - 1) 난임·우울과 부부상담
    - 2) 현재에 대한 긍정, 인정 및 삶의 만족도 높이기
    - 3) ‘입양’ 또는 ‘아이 없는 삶’에 대한 긍정적 선택 독려도 가능하도록
  - 여성의 몸을 둘러싼 사회적 해석에 대한 여성주의 강의
- 현대 사회에서 몸은 문화적 텍스트, 사회적 통제의 장으로서의 몸이다. 각 사회에서 성별에 따라 어떤 몸이 부정, 긍정, 낙인, 가치 등이 새겨지는가를 살

펴본다면 각 사회문화, 그 사회의 성문화의 특성을 간파할 수 있다.

## 6. 아이 낳기 좋은 세상에서 키우기 좋은 세상으로

‘아이를 낳아 기르고 싶은 사회’는 둘로 나뉘는 필요가 있다. ‘낳기’와 ‘기르기’는 분리된 것으로, 낳고 기르거나 낳아 기르거나 하는 것은 생물학적 출산 및 생물학적 모성, 생물학적 부모됨 등 한국사회의 생물학적 모성이 압도한 것으로서의 모성을 전제, 의도치 않게 정상가족이테올로지 및 생물학적 연결을 갖는 부모가, 특히 여성이, 엄마라는 이름의 최적의 양육자임을 내면화하게 한다. 모자보건과 관련, 재생산권과 건강권이 지켜지기 위해서는 낳기와 키우기가 두 축으로 분리되어 각각 보장받을 수 있는 방안이 필요하지 않을까. 불임(난임)을 출산으로 이끄는 과정이 생물학적 부모됨으로부터 자유로울 수 있는, 또 생물학적 부모됨의 특권을 오남용하지 않을 수 있어 다양한 삶의 지향과 가족구성행위에 대한 사회공동체의 인식과 보살핌의 윤리의 확대에 영향을 미칠 수 있기를...

## 토론 IV.

정우진

(보건복지부 출산정책과 사무관)



















## 한국여성민우회는

1987년에 태어나 세상의 색깔이 다채롭다는 것,  
사람들의 생각이 다양하다는 것,  
그 사실이 만들어내는 두근두근한 가능성을 봅니다.  
또한, 서로 다른 것들이 각자의 존엄성을 지키며  
차별 없이, 평등하게, 함께 공존하는  
세상을 향해 걸어갑니다.

지금 바로 후원으로 함께 하는 방법은?

### **작지만 큰 의미 3천원 문자후원 #2540-3838**

문자메시지 수신번호에 #2540-3838을 입력하고  
문자내용에 응원의 한 마디를 적어 전송해주세요.  
3,000원의 소중한 마음이 민우회에 전달됩니다.  
(내역에는 '정보이용료'로 표시됩니다.)

### **정기후원도 가능합니다.**

후원문의 02.737.5763

후원계좌 국민은행 813-25-0011-869 (한국여성민우회)

**발행일** : 2019. 10. 30

**발행인** : 김민문경, 강혜란

**표지디자인** : 라용

**편집디자인** : 김영지

**문의** : 02.737.5763 womensbody@womenlink.or.kr

본 사업은 한국여성재단이 지원하는 사업입니다.