

우리나라 불임현황과 정책과제

The Status of Infertility and Policy Direction in Korea

黃 那 美 한국보건사회연구원 연구위원

그 동안 불임은 개인적인 문제이고 치료하지 않아도 대부분 건강을 해치지 않기 때문에 정책적으로 관심을 두지 못하였다. 첨단과학 및 의료기술의 발전과 생활수준의 향상으로 불임 극복을 위한 욕구가 증대되고 있으며, 전 세계적으로 인간의 기본권으로서 생식건강 권리보장을 위한 국가의 역할을 강조하고 있다. 이에 본고에서는 우리나라 불임실태를 파악, 분석하여 불임극복을 위한 합리적인 정책 방향을 제시해보고자 하였다. 불임발생빈도는 원발성 불임이 13.5%이었다. 임신에서는 피임을 하지 않은 상태에서 3년 동안 임신이 되지 않을 경우, 치료대상으로 간주하고 있는데, 3년이 지난 이후에도 임신이 되지 못한 경우는 11.3%, 임신은 되었으나 유산된 경우가 3.3%로, 7쌍의 부부 중 1쌍은 출산에 이르지 못한 것으로 파악되었다. 난자공여를 받았거나 받을 계획인 불임여성은 '유전자의 질', '공여자 발견 및 치료협조'에 대한 문제가 심각하다는 비율이 가장 높아 비배우자간 인공수정과 정자 및 난자 공여 등의 거래는 불임의 해결이라는 긍정적인 측면이 있으나 법적·도덕적·윤리적 문제들이 분명하게 규명되어 있지 않은 상태에서 또 다른 문제를 야기시킬 수 있었다. 불임경험 여성들은 '기본 불임치료서비스에 대한 건강보험수가 적용'과 불임치료기관에 대해 '치료 전 심리적 상담, 예상비용, 치료방법 등에 대한 설명', '치료(또는 치료실패) 이후 결과상담 및 방향 제시', '치료에 따른 적절한 의료비 책정' 등을 요구하였다. 이상의 결과, 기본불임진단 및 치료에 대한 보험비용, 비영리 생식공여 관리기구 개설·운영 및 관련법률 제정, 인공수태시술 기관에 대한 질 관리 감독 강화, 불임관련 정보획득을 위하여 제도적 장치 마련과 불임 자조모임을 활성화하는 방향으로 정책방향이 요구된다.

1. 서론

우리 사회에서 출산의 의미는 유교 윤리에 기초를 둔 강한 가족주의적 전통을 특징으로 하는 가족제도에서 그 근원을 찾을 수 있다. 가족문화에 대한 사회인식이 시대의 변천에 따라 변화하였다고는 하나, 출산을 하지 못한다고 하는 것은 출산을 하지 않는 것과는 달리 기대의 상실과 기

능의 결핍으로 인식되고 있다. 서로 다른 문화권이나 개인의 삶의 방식이 각기 다를지라도 출산은 행복한 가정생활을 영위하는 데 중요하게 다루어지고 있다. 이에 따라 원치 않는 임신에 대한 사전 예방과 동시에 원하는 임신을 건강하게 출산할 수 있도록 강구하는 것은 생식건강 권리(reproductive health right)를 보장하는 구체적인 실현 방법이다.

생식 건강이란 모든 생식에 관련된 기능과 과정에서 단순히 질병이 없는 상태뿐만 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 완전한 상태를 말한다. 생식권리에 관한 국제사회에서의 이해는 1994년 이후 급격히 확산되었다. 권리의 주요 내용은 가족 형성, 자녀 수, 출산시기를 선택할 권리 등이 포함된 생식 결정권과 그러한 선택에 필요한 정보와 수단을 가질 권리로 요약된다. 따라서 국가의 생식건강 관리를 위해 필요한 정보와 교육을 주고 기본적인 의료서비스의 이용을 보장할 수 있도록 적절한 조치를 취해야 한다.

불임은 직접적으로 생명을 위협하는 질병이 아니므로 그 동안 보건학적으로 큰 문제가 되지 않았고, 정책적으로도 관심을 두지 못하였다. 그러나 불임 문제는 해당 부부는 물론 부모와 가족 모두에게 정상적인 생활에 위협이 될 만큼 심각한 경제적, 정신적, 사회적 문제를 초래하게 됨에 따라 단순히 개인의 문제를 넘어선 사회적 문제로 제기되고 있다. 불임이란 그 자체가 정신적으로 지치게 하며, 특히 17~20%를 차지하는 원인 미상 불임의 경우 가족이나 의료인 모두에게 좌절감을 준다.

우리나라 합계출산율이 1.17로 전 세계에서 가장 낮은 출산율을 보이고 있는 바, 불임문제 해결을 위한 정책의 마련은 출산을 원하는 대상자에 대한 행복추구권을 보장해 주고, 저출산 시대의 대안으로 필요한 전략이다. 본고에서는 생명과학 및 의료기술의 발전에 힘입어 불임의 진단 및 치료가 나날이 발전되고 있는 상황에서, 우리나라 불임실태를 파악하고 문제점을 도출하여 불

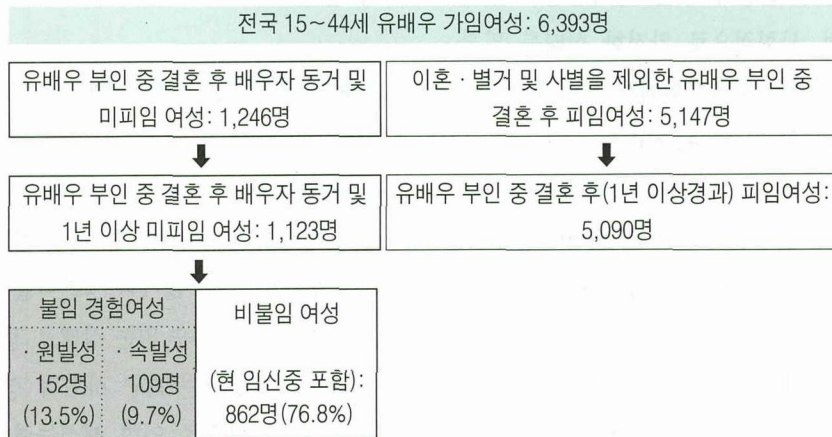
임 문제를 극복할 수 있는 정책방향을 제시하고자 한다.

2 불임 발생 및 유병 실태

‘불임’이란 배우자와 동거하면서 피임을 하지 않고 정상적인 부부관계를 가진 상태에서 1년 이내에 임신이 되지 않거나 생존아를 출산할 수 있는 임신을 지속할 수 없는 상태로 정의하고 있다.

불임 발생빈도는 최근 사회적 경향에 따른 여성의 고령임신으로 인한 생식능력의 감소, 생식기 질환의 증가, 잦은 유산, 계획된 출산을 위한 지나친 피임방법 사용의 증가, 스트레스 및 운동 부족, 그리고 환경오염의 증가 등으로 인하여 점차 증가하고 있는 것으로 보고 있다. 2000년 전국 표본조사 자료에서 추출된 15~44세 유배우 가임여성(6,393명)을 대상으로 피임을 전혀 하지 않았던 1,246명의 여성 중 배우자와 동거하면서 미피임 기간이 1년 이상 경과한 여성 1,123명(조기폐경, 자궁적출 및 양측나팔관 제거 등으로 인한 임신 불가능 여성 제외)의 불임경험 여부를 추적, 조사한 결과, 23.2%가 불임 경험(불임원인이 여성이든 배우자이든 결과적으로 불임이 된 상태)이 있는 것으로 파악되었다. 이 중 원발성 불임이 13.5%(원발성 불임경험 후 속발성 불임 경험여성 2.7% 포함)이었으며, 속발성 불임이 9.7%이었다(그림 1 참조).

그림 1. 유배우 가임여성(15~44세)의 불임경험실태



이에 따라 배우자와 첫 동거를 시작한 후 미피임 기간이 1년이 지났음에도 임신이 되지 않은 불임발생률은 13.5%인데, 3년이 지난 이후에도 임신이 되지 않은 경우는 11.3%, 임신은 되었으나 유산된 경우가 3.3%로 전체 14.6%는 출산에 이르지 못한 것으로 파악되었다. 임상에서는 피임을 하지 않은 상태에서 3년 동안 임신이 되지 않을 경우, 임신 가능성을 거의 기대할 수 없는 것으로 보고 우선적인 치료대상으로 간주하고 있는 바, 부부 7쌍 중 1쌍은 적극적인 불임치료대상이라 볼 수 있다.

한편, 불임경험 여부에 영향을 미치는 여성의 인구 사회학적 요인은 교육수준과 직업이었으며, 교육수준이 낮을수록, 그리고 직업이 있는 여성의 경우가 불임이 될 확률이 높게 나타났다. 또한 불임경험 여성들과 비불임 여성들의 임신소모 수준의 차이를 파악하기 위하여 평균 자연유산 및 인공임신중절횟수에 대한 차이검증을 시도한 결과, 불임여성에게서 시술횟수가 높게 나타났다(표 1 참조).

표 1. 속발성 불임여성과 비불임 여성과의 자연유산 및 인공임신중절횟수 차이 검증결과

(단위: 회)

구분	불임 (N=191)	비불임 (N=862)	T	P
평균자연유산횟수±표준편차	0.53±0.97	0.27±0.72	-3.411	.001**
평균인공임신중절횟수±표준편차	0.51±1.05	0.31±0.69	-2.539	.012*

주: * P<0.05, ** P<0.01

3. 불임 경험여성의 서비스 이용 실태

1) 서비스 이용양상 및 관련 문제

1985년 국내에서 체외수정 시술에 의한 첫 시험관 아기가 탄생된 이래, 인공수태시술기관은 지속적으로 증가되어 '대한산부인과학회'가 인준한 기관수는 81개 기관(2002년 7월 현재)이다. 인공수태시술기관은 '대한산부인과학회'에서 자율적으로 인증을 하고 있으나 불임 전문의사인력은 법적 장치나 가이드라인이 없이 산부인과 전문의 과정을 마친 후 세부전공을 정하여 1~2년 추가로 수련하여 양성하고 있는 실정이다. 이러한 상황에서 불임치료 중이거나 불임치료를 통해 임신 중인 여성(각 426명, 53명)이 불임치료를 위해 이용한 의료기관은 양방 의료기관의 경우 3개소 이상이 30.1%, 2개소가 40.8%이며, 한방 의료기관은 3개소 이상이 21.2%, 2개소가 16.1%로 양방과 한방 의료기관을 대부분 이용하고 있었다. 또한 일부는 건강원, 무속인 등을 방문하여 불임을 극복하고자 노력한 것으로 나타났다.

불임경험 여성의 불임치료기관 선택에 영향을 주었던 정보원은 '불임경험자 모임(아기를 기다리는 모임)'에서 얻은 정보가 41.9%로 가장 많았고, '가족 및 친지 권유' 33.9%, '인터넷 광고 및 홍보'가 10.0%이었다. 약 8,000여 명의 불임여성들이 '아기를 기다리는 모임'이라는 인터넷 매체를 활용한 자조모임을 통하여 관련 정보를 공유하고 있음을 볼 때 이들의 절박한 심정을 간접적으로 알 수 있다.

불임문제에 대한 심각도는 불임원인 보유자가 누구인가에 따라 달랐는데, 정신적 고통이나 우울증이 심각하다고 응답한 여성이 84.2%이었으며, 이중 불임원인이 여성측에 있는 경우가 86.8%로 다른 집단보다 약간 높았고, 원인불명의 경우는 79.2%로 상대적으로 낮았다. 시부모 등 가족의 편견이 심각한 경우는 51.1%이었으며, 불임치료 비용부담이 가정경제에 심각하게 영향을 미친다고 응답한 경우는 83.2%이었다(표 2 참조). 이들이 불임과 직접 관련된 문제(내과, 신경정신과 등 불임문제로 유발된 간접진료 제외)로 지출한 비용은 불임 진단 전에 지출한 비용(의료 및 비의료)이 300만원 이상인 경우가 35.6%로 가장 많았다. 불임진단 검사를 위해 지출한 비용은 평균 164만원, 불임진단 후 치료비용은 18개월 동안 평균 603만원이었다. 불임치료기관 관련정보 접근성에 대해서는 과반수 이상이 심각하다고 응답하였다. 본 조사대상은 지역사회에서 불임여성을 구분하여 조사하기가 용이하지 않아 95%가 인공수태시술기관을 방문한 불임여성들이었다. 따라서 의료기관을 이용하지 못한 계층은 제외되었는데, 조사대상 여성의 학력은 99.2%가 고졸(대졸 이상은 68.5%)이상의 고학력자이며, 가구 월평균 소득이 300~399만원인 경우 20.7%, 400만원 이상이 18.6%이었다.

이상과 같이 불임은 개인의 사생활 차원으로 간주되어 불임대상자들은 제한된 지식과 정보를 가지고 뒤늦게 불임에 대처할 수밖에 없는 환경에 놓여 있다고 하여도 과언이 아닐 것이다. 또한 다양한 갈등을 경험하면서 불임 진단 및 치료

과정에서 경제적 부담까지 가중되어, 사회경제적 취약계층의 경우에는 적절한 진단도 받지 못하고 가정이 해체되거나 혹은 적법인지, 불법인지 모

르는 상태에서 민간요법 등 다양한 수단과 방법을 동원하여 그 해결책을 모색하고 있을 것으로 추측된다.

표 2. 불임 진단 및 치료 중인 여성의 불임치료에 따른 관련문제의 심각도

(단위: %)

구분	전체	여성측 요인	남성측 요인	양측 요인	원인불명
계 (N)	100.0 (479)	100.0 (209)	100.0 (62)	100.0 (28)	100.0 (98)
정신적 고통 및 우울					
심각하지 않음	15.8	13.2	15.8	18.5	20.8
약간 심각함	34.7	32.7	42.1	37.0	35.2
보통 심각함	24.4	25.5	24.6	18.6	26.4
매우 심각함	25.1	28.6	17.5	25.9	17.6
시부모·가족의 편견					
심각하지 않음	48.9	44.2	56.9	59.3	55.0
약간 심각함	28.2	29.5	23.5	33.3	22.5
보통 심각함	15.5	18.4	7.8	7.4	14.6
매우 심각함	7.4	7.9	11.8	—	7.9
남편 비협조와 무시					
심각하지 않음	76.4	76.2	75.9	88.5	75.6
약간 심각함	14.3	15.3	14.8	11.5	13.3
보통 심각함	6.0	5.3	7.4	—	7.8
매우 심각함	3.3	3.2	1.9	—	3.3
치료비용 부담					
심각하지 않음	16.8	13.2	19.0	18.5	19.7
약간 심각함	32.0	33.5	29.3	40.7	30.8
보통 심각함	28.4	28.4	29.3	22.2	29.7
매우 심각함	22.8	24.9	22.4	18.6	19.8
치료기관 선택정보 부족					
심각하지 않음	45.4	41.7	44.2	48.1	50.4
약간 심각함	30.3	30.7	38.5	33.3	27.0
보통 심각함	13.8	16.1	9.6	11.1	14.6
매우 심각함	10.5	11.5	7.7	7.5	7.9

주: 조사대상에는 불임을 치료하지 못하고 있는(않은) 대상이 제외되어 있어 관련문제가 심각한 대상이 제외될 가능성이 큼.

2) 남자 및 정자 공여 관련 문제

불임치료의 일환으로 실시되는 비배우자간 인공수정과 정자 및 난자 공여 등의 거래는 불임의 해결이라는 긍정적인 측면이 있으나 법적·도덕적·윤리적 문제들이 분명하게 규명되어 있지 않는 상태에서 또 다른 문제를 야기시킬 수 있다. 난자공여를 받았거나(27명) 받을 계획인 여성(61명)을 대상으로 난자공여에 따른 문제의 심각도를 파악한 결과, '유전자의 질' 문제가 걱정된다고 응답한 비율이 90.9%, '공여자 발견 및 치료협조'문제가 90.2%, '감염 위험성' 및 '비용부담'에 대해 걱정된다고 응답한 비율이 각 88.2%이었다. 이들 중 '매우 걱정된다'는 비율이 가장 높은 경우는 '공여자 발견 및 치료협조(58.5%)'와 '공여

자의 친모권리(56.1%)' 문제로 나타났다(표 3 참조). 난자공여를 받은 27명은 공여자가 주위친지인 경우 40.8%, 누구인지 모르는 경우 37.0%, 제 3자인 경우가 22.2%이었다.

정자공여를 받았거나(16명) 받을 계획인 여성(31명)의 정자공여에 따른 문제는 '정자의 성병 및 에이즈 등 감염 위험성' 문제가 걱정된다는 비율이 93.3%로 가장 높았고, 그 다음으로 '유전자의 질 문제(91.5%)', '공여자 발견 및 치료협조 문제(90.7%)' 이었다. 반면, '매우 걱정된다'는 비율이 가장 높은 경우는 '출생아를 가족으로 수용하는 문제(61.4%)'이었다. 정자공여를 받은 경우, 공여자가 주위친지인 경우 31.3%, 누구인지 모르는 경우 50.0%, 제 3자인 경우가 18.7%이었다.

표 3. 남자 및 정자 공여 수혜(예정) 여성의 공여에 따른 문제제기 실태

(단위: %)

	걱정 안됨	약간 걱정됨	보통 걱정됨	매우 걱정됨	계(N)
난자공여					
유전자에 대한 걱정	9.1	23.9	22.7	44.3	100.0(88)
공여자 발견 및 치료협조	9.8	9.8	22.0	58.5	100.0(88)
감염위험성	11.8	20.0	20.0	48.2	100.0(88)
비용	11.8	18.8	23.5	45.9	100.0(88)
출생아에 대한 수용	17.1	17.1	22.0	43.9	100.0(88)
친권 문제	18.3	12.2	13.4	56.1	100.0(88)
정자공여					
감염위험성	6.7	24.4	13.3	55.6	100.0(47)
유전자에 대한 걱정	8.5	21.3	17.0	53.2	100.0(47)
공여자 발견 및 치료협조	9.3	11.6	32.6	46.5	100.0(47)
비용	13.6	20.5	25.0	40.9	100.0(47)
출생아에 대한 수용	11.4	6.8	20.5	61.4	100.0(47)
친권 문제	20.5	15.9	25.0	38.6	100.0(47)

4. 불임 경험 여성의 불임 관련 요구도

불임 경험 여성들이 불임진단을 받기까지 소요된 기간은 결혼 후 3~5년인 경우가 24.1%, 5년 이후 진단을 받은 경우가 13.7%로 약 40%가 3년이 지나 의료기관을 방문하여 진단을 받은 것으로 나타났다. 불임경험 여성들이 정부에 요구한 사항은 '기본 불임치료서비스에 대한 건강보험수가 적용'이 34.9%로 가장 많았다. 불임치료기관에 대한 요구사항으로는 '치료 전 심리적 상담, 예상비용, 치료방법 등에 대한 설명'이 가장 많아 26.8%, '치료(또는 치료실패)후 결과상담 및 방향제시' 26.1%, '치료를 따른 적절한 의료비 책정'이 22.1%이었다. 이와 같은 요구에 비추어 볼 때, 불임이 치료를 필요로 하는 질환임에도 불구하고 불임대상자에게조차도 자신의 치료과정 및 결과 후 조치에 대해 잘 알고 있지 못한 것으로 파악되었다. 일본 및 호주 등 선진국은 불임치료 과정에서 마음의 케어(care)도 중요한 치료로 간주하여 불임치료에 정통한 '불임치료코디네이터(coordinator)'를 양성, 불임관련 치료에 관한 의문이나 질문에 상담하고 설명해 줌으로써 불임환자가 치료에 적극적으로 임할 수 있도록 돕고 있다. 또한 불임 치료기간이 길어지면 환자에게 불안이나 의혹이 생겨나므로 이들에게 제기되는 문제들이나 요구에 대처하기 위하여 지역사회에서 심리학 및 여성학 전문가를 활용하여 상담을 실시하고 있다.

한편, 난자공여의 합법화를 위한 관련 법 제정에 대해서는 '매우 찬성' 25.8%, '찬성' 31.2%로 과반수 이상(57%)이 찬성하였으며 '잘 모르겠다'

는 응답자도 29.0%이었다. 정자공여 합법화를 위한 관련법 제정에 대해서는 '매우 찬성' 18.5%, '찬성' 27.8%로 46.3%가 찬성하였으며 '잘 모르겠다'는 유보계층이 44.4%이었다.

현재, 난자 및 정자 공여가 법적으로 가능하도록 법률화된 국가는 프랑스, 영국, 호주, 중국, 대만 등이며, 공여가 가능하도록 가이드라인이 있는 국가는 미국, 이탈리아 등이다. 독일에서는 법적으로 정자공여는 가능하지만 난자공여는 불가능하다. 공여 난자 및 정자를 이용한 비배우자 인공수정은 유전적 문제와 향후 법률적 윤리적인 문제가 발생되며 금전적 보상문제 발생 가능성이 높기 때문에 안전한 출생과 난자 및 정자 등의 생식세포의 음성적, 비합법적 거래를 방지할 수 있도록 법적 장치 마련이 요구된다고 보겠다.

5. 불임 진단 및 치료 관련 건강보험 적용실태

불임치료는 2001년 6월 이후부터 건강보험에서 적용되기 시작하였다. 적용범위는 불임진단이 내려진 환자의 원인을 찾기 위한 검사와 무배란성 여성불임증 치료에 '페고날(pergonal)'을 1주기당 최고 18앰플까지 인정하고 총 3주기를 인정하고 있다. 그러나 불임원인을 찾기 위한 검사의 보험 적용범위가 제시되어 있지 않아 이를테면 자궁내막증의 확인 및 치료를 위한 진단적 복강경이 적용되는지 여부가 모호하고, 반복되는 검사에 대한 보험 적용여부가 불명확하다. 또한 불임치료의 경우 보험적용이 첫째, 불임원인으로 가장 많은 난관 인자를 제외하고 무배란만을 급여대상으

로 제한했다는 점은 비현실적이다. 둘째, 무배란의 경우 '클로미펜'이라는 저렴한 가격의 경구 배란유도제가 광범위하게 사용되고 있고, 치료효과 또한 상당한데도 주사제만 보험급여를 한다는 것은 납득하기 어렵다. 일차적으로 사용해야 하는 경구용 배란유도제를 제외하고 이차로 사용해야 하는 주사제를 보험 적용한다는 것은 이해하기 어려운 결정이다. 셋째, 무배란성 불임환자의 치료에 '페고날'로 배란유도를 했을 경우, 문헌상 자궁강내 인공수정을 시행하는 것이 부부관계를 통한 임신시도보다 월등한 성적을 보고하고 있음에도 불구하고 인공수정은 보험에서 제외하였다는 점이다. 즉, 주사제는 보험급여를 하지만 시술 자체는 급여에서 제외했다는 점을 지적할 수 있다. 이상과 같이 보험이 적용되는 불임진단에 대한 명시가 불명확하고 적용범위가 지극히 제한적이고 현실적이지 못하다. 이러한 사실은 불임여성들이 1년 6개월 동안 불임치료비용으로 약 600만원을 지출한 사실을 통해서도 보험적용의 미미함을 알 수 있다.

미국은 14개 주에 불임치료에 관련된 보험 규정이 있으며 보험 적용범위는 약간씩 다르다. 아칸소주 정부는 시험관아기 시술비용을 지급하고 있으며(일생동안 최대 금액이 \$15,000을 초과하지 못함), 캘리포니아주는 불임진단 검사 및 약물치료, 수술 등에 대해 급여하고 있다. 코네티컷 주 정부는 불임진단 및 시험관아기 시술 등의 치료까지 급여하도록 하였다. 유럽 대부분의 국가들은 불임치료의 마지막 단계인 시험관아기 시술까지 보험급여가 되거나 국가에서 지원하고 있다. 호주는 불임치료횟수에 제한 없이 불임치료

비용을 국가 의료보험(Medicare)에서 대부분 보상해 주고 있다. 일본은 낮은 출산율의 저하를 막기 위해 의료보험 적용대상에서 제외되었던 불임치료에 대해 공적 지원을 하고 있으며, 불임예방 및 조기치료를 위해 정부차원에서 지역사회 민간단체와 보건소를 활용하여 다양한 교육 및 상담 프로그램을 운영하고 있다. 이러한 선진국의 정책들은 불임을 질병으로 간주하여 치료의 대상이 된다는 점 때문에 보험 적용을 당연시한다는 점과 출산이 개인의 문제가 아닌 사회의 문제로 인구 재생산 측면에서 바라보는 시각에서 비롯된 것이다.

6. 정책 제언

최근 저출산으로 인하여 다각적인 출산장려정책을 모색하고 있는 가운데, 불임대상자의 욕구 충족을 위한 불임문제 해결은 가정복지는 물론 사회 발전을 뒷받침한다는 점에서 소홀히 다루어서는 안되는 과제이다. 보건의료 정책이 각 개인의 '삶의 질 향상'을 추구한다는 점에서 볼 때, 불임대상자의 질적인 삶을 영위하기 위해서는 불임문제를 극복할 수 있도록 다음과 같은 제도의 보완과 정책마련이 요구된다.

1) 불임 진단 치료의 비합리적인 보험급여 조항 개정 및 단계적 보험적용 확대

불임은 불임환자 본인은 물론 배우자 및 그 가족에게 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태에 위협을 초래하여 상황적 위기를 가져다주는 질환이

다. 따라서, 현 모호한 보험적용 범위를 명확히 하고, 보험제정에 영향을 미치지 않는 범위내에서 단·장기적으로 불임진단 및 치료에 대해 확대할 필요가 있다. 단기적으로는 불임의 진단(기초 호르몬 검사, HSG, 혈청 검사, Prolactin·TSH 검사, 성교 후 검사, 분비기 혈중 프로게스테론, 자궁내막검사 등 기초검사)과 구강 복용 배란유도제(클로미펜), 자궁강내 인공수정(주사제를 이용한 배란유도를 시행한 경우) 등에 대해 보험적용이 필요하며 장기적으로는 보조생식술까지 확대되어야 할 것이다.

2) 법 제정을 통한 비영리 생식세포 공여 관리기구 개설 및 운영

비배우자 인공수정 및 대리수태기술 등은 법률적·윤리적 문제가 초래될 가능성이 높기 때문에 정부는 '장기이식 등에 관한 법률' 등에 준용한 규정을 마련하여 국가적인 차원에서 관리할 필요가 있다. 난자 및 정자 공여의 경우 공여자의 요건(제공자의 검사, 정보관리, 동의서, 동일한 정자 제공횟수 등), 의사 등 시술자의 의무(의학적, 윤리의무, 안전유지 의무, 검사 의무, 영리목적 금지 의무, 비밀준수 의무 등), 수혜자의 지위 등에 대한 일정한 관리 감독이 필요하다.

관리기구는 공공성이 큰 설립주체의 인공수태 시술기관을 지정하여 '생식세포 공여 관리 센터(가칭)'를 운영, 난자 및 정자 공여 지원자의 풀(pool) 기능을 원활하게 할 수 있도록 한다. 공익을 우선시하는 동 센터에서는 각계 전문가 의견을 수렴하여 합리적인 비용 책정이 이루어질 수

있도록 하며, 센터 내에는 시술의 적합성 여부를 판단할 수 있는 자문위원회를 구성하고, 센터 및 자문위원회의 운영, 유지비용은 정부의 지원이 필요하다.

3) 3차 진료에 대한 질 관리 감독 강화

현재 '대한산부인과학회'에서는 인공수태기술을 시행할 수 있는 기관을 대상으로 자율적으로 인증을 실시하고 있다. 정부는 3차 진료 수행기관의 근무 의료인력, 연간 시술횟수, 시술 가능한 치료범위, 임신율, 출생률 등을 공개하도록 의무화하고, 정기적으로 질적 서비스 기반 및 서비스 프로세스를 평가한다. 평가는 정부가 동 학회 전문위원회(가칭 '인공수태시술의료기관 심사위원회')에 위임하여 필요한 재원을 지원한다. 적극적인 질 관리 감독은 불임치료의 발전을 도모하고 안전한 서비스의 공급 기반을 구축함으로써 불임 의료시장의 개방에 대비할 수 있는 효과적인 수단일 것이다.

4) 환자의 알 권리 보장을 위한 불임치료 관련 제도적 장치 마련 및 자조모임 활성화

정부는 불임치료기관에서 치료 전후 상담의 의무화와 대상자가 요구할 경우 해당 실험 및 치료과정의 공개 등에 관련된 규정을 마련하는 것이 필요하다. 또한 현재 '아기를 기다리는 모임' 등의 인터넷 불임 자조모임은 유사한 문제를 가진 대상들과 on-line, off-line 상에서 접촉하여 불

임치료에 관한 정보를 공유함과 동시에 정서적 지지가 강화되어 고독감을 감소시키고, 불임과 관련된 문제에 직면했을 때 대처할 수 있는 전략을 제공해 주며 성공한 사례를 통하여 희망을 제공해 주는 창구 역할을 담당하고 있다. 불임을 개인의 사생활로 간주하여 자신의 요구나 문제 해결을 위해 노출을 기피하는 우리나라 문화적 특성을 고려할 때, 인터넷사이트를 활용한 불임 대상자들의 정서적·심리적 자조모임을 활성화시킬 필요성이 크다. 정부는 이들이 활용할 수 있는 다양한 교육자료들을 개발하고 의료인과 상담할 수 있는 창구를 마련하는 등 이들의 욕구에 부응한 다양한 물질·인적 지원을 하여야 할 것이다.

5) 불임 예방 및 조기진단·치료를 위한 관련 교육·홍보 자료 개발 및 보급

불임을 사전 예방하고 조기에 불임을 극복할 수 있도록 하기 위해서는 청소년기에서부터 관련 정보제공 및 보건교육을 강화하고 조기 발견할 수 있는 지침의 개발과 보급 확대가 요구된다. 보건소는 불임전문의료기관과 학교 및 산업장 등과 연계하여 지역사회에서 청소년, 결혼 적령계층 및 신혼가정을 대상으로 생식건강 증진을 위한 정기적인 보건교육을 실시한다. 필요한 경우 불임전문 의사, 여성학자, 심리전문가와 연계하여 불임관련 상담 및 지도사업을 실시한다. 이 때 우선순위 관리 대상자인 저학력의 저소득층 직업 여성을 중점대상으로 불임을 포함한 생식건강 전

반적인 상담과 지역사회 가용자원에 대한 안내를 실시한다.

6) 불임에 대한 올바른 사회 인식의 홍보 실시

우리 사회는 불임에 대한 부정적인 인식으로 인하여 불임 원인, 진단 및 치료에 대한 올바른 정보를 획득하기 어려운 여건이다. 불임은 사회적 환경 또는 원인불명으로도 불임이 초래되기 때문에 '불임치료는 빠를수록 치료 효과를 높인다', '불임검사는 부부가 같이 검사하는 것이 중요하다', '최근 의학기술의 발전으로 불임을 조기에 발견하면 치료(극복)가 가능하다' 등 정부는 불임에 대해 올바르게 인식하고 아울러 조기진단 및 치료를 권장하는 홍보와 정보안내자 역할을 담당하여야 할 것이다.

7) 불임관련 상담 전문가 양성

지역사회에서는 불임을 포함한 생식건강 전반적인 내용을 상담 지도할 수 있는 지역사회 차원에서의 전문인력 양성 및 시설 운영 등 전반적인 기반 확충이 요구된다. 선진국은 불임전문간호사(Reproductive endocrinology and infertility nursing)를 양성하여, 불임 대상자들의 서비스 욕구를 충족시키고 있는 바, 정부는 불임전문 의료기관에서 불임전문 상담가 양성을 위한 이수과정을 운영할 수 있도록 권장, 지원하여야 할 것이다. 