

보조생식술 관련 법 정책 발전의 의의와 향후 과제*

김은애**

I. 보조생식술의 개념 및 관련 윤리적 법적 문제점

‘보조생식술(Assisted Reproductive Technology)’이란 재생산활동 중 특히 임신에 도움을 보태주는 기술로서 주로 불임증/난임증¹⁾을 가진 남녀 부부를 대상으로 시작되었다. 그러나 현재 이러한

기술은 매우 다양해지고 첨단화되어 임신의 성립뿐만 아니라 임신 상태를 유지하여 출산에 이르기까지 관계되는 것으로 그 적용 범위가 확대되었다. 이에 자연적인 방법만으로 임신·출산이 이루어지는 것이 아니라 인위적으로 시술이 개입된다는 의미에서 ‘인공수태시술(Artificial Reproductive Technology)’이라는 용어가 사용되기도 한다.²⁾

* 이 글은 2010년 7월 16일에 열린 이화여자대학교 생명의료법연구소 설립 5주년 기념 학술대회 <생명의료법과 생명윤리의 어제, 오늘, 그리고 내일-제2부 생명의 시작과 마지막>에서 발표한 것을 수정·보완한 것입니다.

** 이화여자대학교 생명의료법연구소 연구교수. 02-3277-4233, grace6516@hanmail.net

- 1) ‘난임(難妊)’이란 임신 가능한 연령의 남녀가 정상적인 성교를 하고 피임을 하지 않는데도 일정기간 임신이 되지 않는 상태를 지칭하던 ‘불임(不妊)’이라는 용어를 대신하여 최근 사용되고 있는 용어이다. ‘불임’이라는 용어는 임신이 되지 않거나 임신을 할 수 없는 상태라는 부정적인 의미를 가지고 있는 것으로 인식되고 있을 뿐만 아니라, 과거 불임의 범주에 포함되었던 경우라고 할지라도 최근 체내외인공수정시술을 비롯하여 임신을 보조하는 각종 생명의료과학기술의 상당한 발전이나 생식세포 제공/기증 및 수증 등을 통해 어렵게나마 임신이 되거나 임신을 할 수 있는 가능성이 있는 경우에 대해 그러한 용어를 사용하는 것이 적절하지 않다는 등의 이유로 거부되고 있다. 이에 단지 임신하기에는 어려운 상태임을 의미하는 ‘난임’이라는 용어가 ‘불임’을 대체하는 용어로 사용되고 있다. 최근 보조생식술이 일반적인 의료서비스와 다를 바 없는 것으로 여겨지고 이용되면서 실제로 과거 불임에 해당하는 범주는 점차 난임에 해당하는 범주에 포섭되고 있을 뿐만 아니라 난임에 해당하는 범주 자체도 매우 좁아지고 있다. 불임이나 난임의 범주는 어떠한 방법으로 임신·출산하는 것을 가임으로 인정할 것인지 - 예를 들어 타인의 난자를 이용하여 여성이 임신·출산할 수 있는 경우 이 여성의 상태, 대리모가 임신·출산하되 자신이 난자를 제공할 수 있는 경우 이 여성의 상태 등을 불임, 난임, 가임 중 어떠한 상태로 판단할 것인지에 따라 충분히 그 판단이 달라질 수 있는 측면이 있다. 이러한 구분에 대해서는 별도의 논의가 요구된다.
- 2) 보조생식술과 인공수태시술은 모두 임신에 인위적으로 의학적인 도움이 개입됨을 의미하는 것으로서 윤리학, 사회학, 법학 등의 분야에서는 명확한 구분 없이 혼용되어 온 용어이다. 이들 용어는 협의로는 체내·외수정시술을, 광의로는 체내·외수정시술 이외에 임신을 위한 각종 시술이나 이러한 시술 과정에서 임신 성공률을 높이기 위해 시행되는 여러 가지 보조기술(예를 들면 착상전 유전자진단 기술, 보조부화술 등) 등을 포함하는 것을 의미한다. 그러나 현재 의학 분야에서 사용되는 학술용어로서의 ‘보조생식술’은 생식 기능의 저하로 불임이 되었을 때 임신의 성공률을 높이기 위해 보조적으로 시술하는 모든 시술 방법을 통칭하는 말로서 주로 체외수정시술을 의미하는 반면, ‘인공수태시술’은 주로 자궁내 정자주입술을 중심으로 하는 체내수정시술을 의미한다. 국제적으로도 보조생식술은 임신을 성립시키기 위한 목적에서 인간의 정자와 난자 둘

보조생식술의 구체적인 유형은 난자와 정자가 수정(受精, fertilization)이 이루어지는 장소를 기준으로 구분한 '체내수정시술(Internal Fertilization)' 과 '체외수정시술(In Vitro Fertilization)' 로 크게 구분된다.³⁾ 체내수정시술로는 채취된 정액에서 운동성이 좋은 정자만을 분리하고 농축하는 과정을 대체로 거친 후 이를 임신할 여성의 자궁 안으로 넣어주는 자궁내정자주입술(Intra Uterine Insemination/Artificial Insemination)이 대표적이고, 난자와 정자를 채취한 후 자연적인 방법의 임신에 있어 수정이 이루어지는 장소인 난관 안으로 이를 다시 넣어주는 생식세포난관내이식술(Gamete Intra-Fallopian Transfer)도 수정이 이루어지는 장소가 체내라는 점을 감안하면 이에 해당하는 것으로 볼 수 있다. 체외

수정시술은 소위 '시험관아기(Test Tube Baby) 시술' 이라 불리는 것으로, 이에겐 체외에서 난자와 정자를 수정시켜 생성한 배아⁴⁾를 임신할 여성의 자궁 안으로 넣어주는 배아이식술(In Vitro Fertilization & Embryo Transfer)이 대표적이고, 난자와 정자를 수정시킨 후 이를 난관 안으로 넣어주는 접합자난관내이식술(Zygote Intra Fallopian Transfer)도 이에 해당한다. 이러한 방식들 중 난자와 정자 및 이들을 통해 생성된 배아를 체외에서 다루는 방식에서는 미세조작기를 이용하여 정자를 난자의 세포질 내에 직접 주입하여 수정이 이루어지도록 하는 방법인 난자 세포질내정자주입술(Intra Cytoplasmic Sperm Injection) 등 보다 다양한 의학적 기술들이 이용된다.

다 또는 배아를 체외에서 다루는 일을 포함하는 모든 의료처치 및 모든 절차로 정의되며, 이에겐 여성의 파트너나 정자 제공자/기증자로부터 획득한 정자를 이용하여 인위적 주입을 도와주는 것을 포함하지 않는 것으로 정의되고 있다. 이에 관한 자세한 설명은 질병관리본부, 배아생성의료기관의 생식세포·배아 관리를 위한 표준기록양식 안내(version 1.0). 2008. 12. 7면 및 보건복지가족부 : 보건복지가족부 지정 생명윤리정책 연구센터, 배아생성의료기관 표준운영지침서(version 1.0). 2009. 12. 4면, 그리고 The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology(ICMART) and the World Health Organization(WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. Human Reproduction 2009 ; Vol.24, No.11 : 2683-2687 및 Fertility and Sterility 2009 ; Vol.92, No.5 : 1520-1524 참조.

- 3) 보조생식술의 구체적인 유형 내지 방법에 대한 파악의 편의를 돕고자 이에 대해 분류함에 있어서는 '난자와 정자의 수정이 이루어지는 장소' 외에도 여러 기준이 그 바탕을 이룰 수 있다. 예를 들면, 수정에 이용되는 생식세포나 배아가 시술대상자 부모로부터 유래한 것인지 아니면 도너로부터 제공을 받은 것이 포함되어 있는지에 따라 배우자간 시술과 비배우자간 시술로 구분될 수 있고, 도너로부터 제공을 받은 것이 이용되는 경우에 있어서도 그것이 친인척의 것인지 아닌지, 지인의 것인지 아니면 익명화된 자의 것인지 등에 따라 구분될 수 있다. 또한 수정에 이용되는 생식세포나 배아가 신선 상태의 것이 이용되는지 아니면 냉동 보관 되었다가 해동한 것이 이용되는지에 따라 구분될 수도 있으며, 착상전 유전자진단 기술 등 기타 기술이 적용된 바 있는지 아닌지에 따라, 그리고 시술대상자의 혼인 여부나 가임기간 경과 여부, 시술대상자는 당연히 가니와 그 배우자가 생존해 있는지 아니면 사망하였는지 여부, 임신·출산의 수행이 모에 의해 이루어지는지 아니면 대리모에 의해 이루어지는지 등에 따라서 여러 가지로 구분될 수 있다. 다만 본 논문에서 체내수정시술과 체외수정시술로 대별한 것은 이러한 방식들로의 구분에 있어서도 가장 기본적인 사실은 난자와 정자의 수정이 이루어지는 장소는 체내이거나 체외일 수밖에 없기 때문에 범주에서 예외가 되는 사안이 발생할 우려가 거의 없기 때문이다. 또한 체내수정시술의 경우 정자를 자궁 안으로 넣어준다는 점 외에 자연적인 방법으로의 임신과 거의 차이가 없기 때문에 의학적으로는 이에 대한 문제점 지적이 거의 없을 수 있지만, 만약 도너의 정자를 이용하는 경우라고 한다면 이에 따르는 윤리적 법적 문제들로부터 자유로울 수만은 없기 때문에 체내수정시술 역시 체외수정시술과 함께 보조생식술이라는 측면에서 적극적으로 논의될 필요가 있는 것으로 판단되었기 때문이다. 참고로 보조생식술의 구체적 방법은 최근 더욱 다양해져 체외수정시술과 체내수정시술로 대별하는 것이 적절하지만은 않은 측면이 있음을 인정한다. 예를 들면, 생식세포난관내이식술(GIFT)의 경우 난자와 정자의 수정이 체내에서 이루어지는 것이 맞지만, 사실상 이러한 방식의 시술을 위해 여성에게서 난자 채취가 이루어지는 과정과 관련해서는 체외수정시술의 경우와 다를 바 없으므로 단순히 수정이 이루어지는 장소만을 기준으로 체내수정시술의 범주에 속하는 것을 분류하는 것은 적절하지 않기 때문이다. 이에 향후 보조생식술에 대한 윤리적 법적 문제들에 대한 논의에 있어서는 사실상 각 시술 방법별로 그 특징과 의미가 다르다는 점을 고려하여 이루어져야 할 필요성도 있는 것으로 판단된다.
- 4) 배아란 수정란 및 수정된 때부터 발생학적으로 모든 기관이 형성되는 시기까지의 분열된 세포군을 말한다.(「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제2조 2호) 보조생식술 모니터링 국제위원회(ICMART)와 세계보건기구(WHO)는 배아를 수정 후 8주가 된 존재로, 배아 단계의 마지막에 있는, 접합자가 분할된 산물로서, 단위생식/초녀생식이나 체세포핵이식의 산물이 아닌 존재를 말하는 것으로 정의하고 있다.(The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology(ICMART) and the World Health Organization(WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. Human Reproduction 2009 ; Vol.24, No.1 : 2683-2687 및 Fertility and Sterility 2009 ; Vol.92, No.5 : 1520-1524 참조)

이러한 기술들은 정자에 이어 난자는 물론 배아 까지도 체외에서 다루거나 냉동 상태로 보관 및 추후 이를 해동시켜 이용할 수 있는 기술의 발달에 기반하고 있다. 이는 앞서 언급한 기술을 이용하여 임신·출산함으로써 부모가 되려는 자들이 자신들의 생식세포나 배아가 아닌 다른 사람의 생식세포나 배아를 임신에 이용할 수 있음을, 즉 제3자 개입 임신(third party reproduction)의 가능성을 의미한다. 실제 임신을 목적으로 생식세포를 기증·수증하는 일이 우리나라에서도 상당수 이루어지고 있다. 참고로 연구를 목적으로 생식세포나 배아를 기증·수증하는 일 역시 동일한 이유에 기반 하여 가능하며, 이 역시 우리나라에서 실제로 이루어지고 있다. 그리고 이는 임신에 있어 남녀 간의 직접적인 성적 결합이 필수적인 조건이 되지 않았다는 사실과 맞물려 비혼자, 특히 비혼여성의 경우에도 다른 사람의 정자를 제공받아 임신할 수 있는 상황을 도출해내고 있으며, 이렇듯 성과 생식이 분리된 사례는 실제 우리나라에서도 등장한 바 있다. 또한 체외의 배아를 대상으로 착상을 시도하기 전에 세포 하나를 떼어내어 유전자진단(Preimplantation Genetic Diagnosis)을 시행함으로써 임신 목적으로의 이용에 부적합한 상태인 것을 배제시키는 물론 보다 적절한 상태인 것을 고른다거나 심지어 특정한 유전형질을 가진 것을 선택하는 일도 가능하다. 뿐만 아니라 이러한 상황을 임신·출산의 대리행위 문제와 연관 지어 생각해 보면, 난자채취기술이 가능해지기 이전 시기의 대리모는 자신의 난자와 자궁/몸을 모두 제공하여야만 했다면, 현재의 대리모는 이러한 방식 외에도 어머니가 되고자 하는 자의 난자를 채취하여 이용할 수

있기 때문에 자신의 난자는 제공하지 않으면서 자궁/몸만 제공하는 것도 가능하다. 이밖에도 생식세포 및 배아의 냉동 보관과 추후 이용의 가능성은 임신 시기의 조절 가능성을 뜻한다. 이에 한쪽 배우자가 사망한 후 남은 배우자가 이를 이용하여 임신하는 경우, 특히 남편이 사망한 후 아내가 이를 이용하여 임신하는 경우, 즉 사후생식(posthumous reproduction)도 충분히 가능하다.

이처럼 매우 다양해지고 첨단화된 보조생식술의 이용은 특히 체외수정기술의 경우 착상전 유전자진단 기술, 생식세포 및 배아의 냉동·해동 기술 등의 기술적 개입 그 자체로 인위성이 존재하여 태어나는 아이에게 향후 그로 인한 신체적 악영향이 미칠 가능성이 존재한다는 점,⁵⁾ 생물학적, 유전적, 사회적 측면을 모두 고려하면 복수의 부모가 존재할 수 있어 누구를 부모로 할 것인가가 문제된다는 점, 비혼자에 의한 기술의 이용이나 사후생식의 경우 부모 일방만의 존재가 아이의 복리에 문제를 유발할 수 있다는 점, 익명화된 기증·수증은 아이의 유전적 부모를 알 권리를 침해할 수 있는 반면 비익명화된 기증·수증, 특히 가족 간의 기증·수증은 상대방과 서로를 알고 있다는 사실이 관계 안정에 있어 위협적인 요소가 될 수 있다는 점, 생식세포 제공자나 대리모가 임신·출산에 있어 수단이 되거나 매매거래의 대상이 되어 인권 침해가 발생할 수 있다는 점, 체외에 존재하게 되는 생식세포 및 배아의 경우 그 자체가 보유하고 있는 생명력과 고유성, 그리고 태어나 태어난 사람과의 관계에 있어 연관성 등을 이유로 하여 윤리적으로 특별한 지위나 가치를 부여받아야 하기 때문에 이들의 이용, 임신이나 연구 목적

5) 우리나라의 보조생식술은 세계적으로도 최고 수준인 것으로 인정받고 있으며, 착상전 유전자진단 기술이나 생식세포 및 배아의 냉동·해동 기술이 적용된 후 임신·출산된 아이들이 자연적인 방법으로 임신·출산된 아이들과 비교할 때 크게 문제점이 발견되지 않는다는 연구 결과들이 나오고는 있다. 그러나 이러한 기술의 적용에 따른 중장기적인 영향력에 대해서는 충분한 시간이 흐르는 동안 추적조사가 이루어진 바 없기 때문에 이러한 방법으로 태어난 아이에게 향후 신체적 측면에서 악영향이 발생하는 문제와 관련해서는 아직까지는 확실하게 안전성이 증명되었다고 보기 어렵다.

의 기증·수증, 보관, 폐기 등이 이러한 지위나 가치를 침해할 수 있다는 점 등을 이유로 윤리적으로나 법적으로 상당히 문제시되고 있다.

II. 우리나라 보조생식술 이용 현황 및 관련 법과 정책의 발전사 개관

이처럼 윤리적 법적 측면에서 다양한 쟁점들에 대한 논의의 필요성을 제기하고 있는 보조생식술의 이용은 1985년 10월 서울대학교병원에서 쌍둥이 남매가 체외수정시술의 결과로 태어나면서 우리나라에서도 본격화되기 시작하였다. 현재 우리나라 보조생식술 이용 현황에 대해 정부가 조사한 바에 의하면,⁶⁾ 배아생성의료기관으로 지정받은 곳에서 최근인 2009년 한 해 동안 체외수정시술은 총 33,214건이 시행되었고, 체내수정시술 중 자궁내정자주입술은 34,554건이 시행되었다. 체외수정시술의 경우는 2008년 30,234건, 2007년 30,057건, 2006년 32,783건, 2005년 21,154건으로 최근 5년간 약 14만7천여건이 시행되었고, 체내수정시술 중 자궁내정자주입술의 경우는 2008년 36,388건, 2007년 32,719건, 2006년 31,233건, 2005년 28,721건으로 최근 5년간 약 16만3천여건이 시행되었다. 이 중 자궁내정자주입술의 경우 배아생성의료기관 이외에 일반 의료기관에서도 시행이 가능하다는 점을 감안하면 이보다 더 많은 건수의 보조생식술이 시행되었을 것으로 예상할 수 있다. 또한 2009년에 시행된 체외수정시술 중에서 비배우자의 난자를 사용한 경우는 334건, 비배우자의 정자를 사용한 경우는 564건이었고, 체내수정시술 중에서 비배우자의 정자를 사용한 경우는 285건으로 대략 1천1백여건의 시술이 타인의 생식세포를 이용하여 시행되었다. 좀 더

살펴보면, 비배우자의 난자를 사용한 체외수정시술은 2008년 318건, 2007년 303건, 2006년 271건, 2005년 213건이 시행되었고, 비배우자의 정자를 사용한 체외수정시술은 2008년 430건, 2007년 311건, 2006년 275건, 2005년 207건이 시행되었으며, 비배우자의 정자를 사용한 체내수정시술은 2008년 432건, 2007년 566건, 2006년 563건, 2005년 551건이 시행되었다. 이러한 바를 감안하면 우리나라에서 보조생식술의 시행은 임신을 목적으로 수행되는 매우 일반적인 의료처치의 일환으로 어느 정도 자리 잡았다고 볼 수 있다.

보조생식술의 다양화 및 첨단화, 그리고 보조생식술 이용의 보편화 등은 바로 이러한 상황을 둘러싸고 있는 윤리적 법적 문제의 예방이나 해결을 위한 법과 정책 마련의 당위성 및 시급성의 근거가 되고 있다. 그러나 우리나라에서는 체외수정시술을 통해 최초로 아기가 태어난 1985년부터 「생명윤리 및 안전에 관한 법률(이하 「생명윤리법」이라 한다)」이 제정된 2005년까지 보조생식술 관련 사항의 규제, 관리, 지원 등의 근거가 될 수 있는 법이 마련되었던 바가 없다. 다만 1993년에 대한의학협회(현 대한의사협회)가 발표한 <인공수태윤리에 관한 선언 및 시술지침>, 1999년에 대한산부인과학회가 발표한 <보조생식술 윤리지침>, 2001년에 대한의사협회가 발표한 <의사윤리지침> 등이 실무적 차원에서 판단에 도움을 줄 수 있는 자료로 이용되어왔다. 보조생식술의 현황에 대한 조사 역시 정부 차원에서 이루어진 바는 없고, 다만 대한산부인과학회가 1992년부터 현재까지 인공수태시술 의료기관 심사소위원회를 주축으로 하여 자체적으로 마련한 서식을 통해 국내 현황을 조사하고 있으며, 학회지를 통해 매년 그 결과 보고서를 발표하고 있다. 그러나 이러한 자율적인 지침들은 강제성을 지닌 법이나 체계적으로

6) 보건복지부. 2009년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과. 2010. 6 참조.

추진되는 정책과 엄연히 다를 수밖에 없다.

이에 보조생식술 관련 법과 정책의 마련이 지속적으로 요구되었고, 기술의 발전이나 이용 상황에 비하면 상당히 늦은 감이 있기는 하지만 우리나라에서도 2002년 「생명윤리및안전에관한법률안(의안번호 162007, 김홍신의원 대표발의)」의 발의를 시작으로 하여 입법을 위한 노력이 구체화되었다. 그 결과 「생명윤리법」이 제정되어 2005년부터 시행되고 있다. 이후 보조생식술과 관련하여 2006년에는 「체외수정등에관한법률안(의안번호 174331, 박재완의원 대표발의)」과 「의료보조생식에관한법률안(의안번호 175175, 양승조의원 대표발의)」이, 2007년에는 「생식세포등에관한법률안(의안번호 177703, 정부발의)」이 발의되었으며, 이밖에 「생명윤리법」에 대한 일부개정안 및 전부개정안도 여럿 발의되었다. 그러나 이러한 노력에도 불구하고 보조생식술에 관한 보다 구체적인 조항을 담은 별도의 법은 마련되지 않았으며, 단지 「생명윤리법」이 2008년에 개정되면서 타인의 임신을 목적으로 하는 난자 채취 및 제공에 관한 규정이 추가되는 수준에서 보완되었다. 현재 정부를 중심으로 동법의 전면개정이 추진되고 있으며, 이를 위해 2010년 5월에는 동법 전부개정안에 대한 입법예고가 이루어졌다.⁷⁾

「생명윤리법」이 시행되기 시작한 2005년 이후부터는 동법을 근거로 관련 정책 역시 마련되어 시행되고 있다. 정부는 <배아보관 및 제공 현황 조사>를 매년 시행하면서 배아는 물론 생식세포의 보관 및 제공 현황 모두를 파악하고 있으며, 이와 더불어 보조생식술의 시행 실태에 관해서도 보고를 받고 있다. 그리고 국가생명윤리심의위원회에 의해 연구 목

적으로 사용 가능한 난자의 조건에 대해 판단하도록 하여 관련 법 규정을 마련하였고, 산하 인공수정전문위원회를 통해 보조생식술과 관련한 법안 마련에 기여할 수 있도록 하였다. 또한 기관생명윤리심의위원회(이하 ‘기관위원회’라 한다.)에 의해 배아생성의료기관에서 보조생식술의 시행이나 생식세포 및 배아의 관리가 철저히 이루어지고 있는지를 감독하게 한다거나 난자제공자에 대한 실비보상 기준을 정하게 하는 등 배아생성의료기관의 자율적인 노력으로 보조생식술 관련 윤리적 문제의 발생을 최소화할 수 있도록 하고 있다. 이와 더불어 정부는 난자제공에 대한 법적 제한 조건과 관련하여 난자제공자의 이력을 각 배아생성의료기관으로부터 보고받아 정리하고 있으며, 이를 바탕으로 난자제공을 원하는 자의 이력을 조회할 수 있는 체계를 마련함으로써 과배란유도 및 난자채취기술로 인해 난자제공자의 건강과 생명에 과도한 위해가 발생하는 상황이 초래되지 않도록 하고 있다.⁸⁾ 뿐만 아니라 보건복지부 지정 생명윤리정책연구센터의 세부 사업을 통해 외국 주요 법령 및 제도를 분석한다거나, 『기관생명윤리심의위원회 구성·운영 표준운영지침서(2008, 2009)』 및 『배아생성의료기관 표준운영지침서(2009)』 등을 마련·배포할 수 있도록 함으로써 배아생성의료기관에 종사하는 의료인을 비롯한 관련 실무자들이 보조생식술 관련 법의 내용과 기관위원회의 구성 및 운영 등에 관한 사항을 보다 쉽고 체계적으로 이해할 수 있도록 하는 데에 도움을 주고 있다.

보조생식술과 관련하여 또 한 가지 중요한 문제가 되고 있는 부분은 바로 이용에 따른 비용의 문제

7) 이를 전후로 하여 몇몇 법안이 추가로 발의된 바 있다. 예를 들면 2009년에는 대리모중개행위 관련 조항의 신설을 중심으로 한 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 일부개정안(의안번호 1805000, 김소남의원 대표발의)」, 동의에 있어 장애인의 특성 고려를 중심으로 한 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 일부개정안(의안번호 1804448, 박은수의원 대표발의)」 등이 발의되었고, 2010년에는 불임이 아닌 난임으로의 용어 변경 사용을 중심으로 한 「생명윤리 및 안전에 관한 법률 일부개정안(의안번호 1808661, 김소남의원 대표발의)」이 발의된 바 있다.

8) 이에 관한 자세한 사항은 보건복지가족부, 난자 제공자에 대한 건강검진 등 안내, 2008. 12 참조.

이다. 한 연구에 의하면 체외수정기술 등의 이용에 의해 발생하는 고액의 비용으로 인해 출산을 포기하는 가정이 발생하고 있음이 확인되었는데, 특히 설문에 응한 대상 불임/난임 부부 중 치료를 중단할 예정인 경우라고 답한 부부에게 그 이유를 물은 결과 26.6%가 비용부담 때문인 것으로 나타났으며, 비용부담이 가정경제에 심각한 영향을 미친다고 답한 경우도 전체의 83.2%를 차지하는 것으로 나타났다.⁹⁾ 불임/난임의 계속적인 급격한 증가에 따라 이 문제를 개별 가정의 문제가 아닌 국가적 차원의 문제로 보고 대처하여야 한다는 요구¹⁰⁾가 저출산 문제의 심각화와 맞물려 제기됨에 따라, 출산·양육의 사회적 장애 제거와 병행하여, 아이를 원하는 가정이 임신에 있어 의료적 장애를 제거하고 임신·출산을 할 수 있도록 적극적으로 지원할 수 있는 정책의 필요성에 대한 인식이 확대되었다. 그 결과 보조생식술 이용에 따른 비용을 일부나마 국가적 책임 차원에서 부담하도록 하는 <난임(불임)부부 지원사업¹¹⁾>이 2006년부터 보건복지부에 의해 시행되고 있다.

이렇듯 보조생식술과 직접 연관성이 있는 법과 정책 이외에도, 임신·출산의 사회적 국가적 책임을 강화하고 임신 중인 여성만이 아니라 가임기 여성도 보호의 중심범주에 포함시키도록 하는 근거 규정을 담은 법들이 다수 제·개정되었다. 예를 들면, 「모자보건법」은 2009년 개정을 통해 모성의 범주에 임신부 외에 가임기 여성이 포함되는 것으로 확대 규정하였고, 모자보건사업의 의미가 모성에게 전문

적인 보건의료서비스 및 그와 관련된 정보를 제공한 다거나 모성의 생식건강 관리와 임신·출산·양육 지원을 통하여 이들이 신체적·정신적·사회적으로 건강을 유지하게 하는 것임을 명확히 규정하였다. 그리고 국가와 지방자치단체가 불임 등 생식건강 문제를 극복하기 위한 지원을 할 수 있다는 명시적 규정을 마련하였다. 또한 「저출산·고령사회기본법」에도 국가 및 지방자치단체로 하여금 자녀의 임신·출산에 소요되는 경제적 부담을 경감하기 위하여 필요한 시책을 강구하도록 하는 의무 조항이 포함되어 있다. 「건강가정기본법」에도 국가 및 지방자치단체가 출산에 대한 사회적 책임을 인식하고 모성보호와 태아의 건강보장 등 적절한 출산환경을 조성하기 위하여 적극적으로 지원하여야 할 의무가 있음을 분명히 하고 있다. 앞서 언급한 <난임(불임)부부 지원사업>이 바로 이러한 법적 근거를 기반으로 하여 시행되고 있는 대표적인 정책 사례라고 할 수 있다.

이처럼 우리나라에서도 보조생식술의 이용과 관련하여서는 물론 임신·출산 자체에 대한 법 정책적 관심이 예전에 비해 훨씬 높아진 것은 사실이다. 그러나 현재의 법과 정책이 충분한 정도가 아니라는 것 역시 주지의 사실이다. 이에 향후 매우 중요한 작업은 보조생식술을 이용하여 임신을 하고자 하는 자들이나 이들에게 자신의 생식세포나 배아를 제공하고자 하는 자들, 그리고 실제 시술의 시행을 담당하는 의료인들을 포함하여 관련 기관 종사자들, 나아가 일반 국민들까지도 관련 윤리적 법적 문제를 잘 이해할 수 있도록 하는 것이며, 특히 시술의 대상자

9) 보건복지부. 2010년 난임(불임)부부 지원사업 지침 및 향나미. 우리나라 불임 및 불임관련 의료이용실태와 문제해결을 위한 연구. 보건복지부 보건사회연구원 연구보고서. 2003 참조.

10) 실제로 2005년에는 시술 비용과 관련하여 불임인 당사자들도 국가지원을 위한 서명운동을 전개한다거나 국회 이기우의원이 국가지원에 관한 청원서를 국회에 제출하는 등 국가적 책무로서의 이행을 요청한 바 있다.

11) 현재 건강보험이 적용되지 않아 고액의 비용이 소요되는 체외수정기술 등 특정치료를 실시하는 불임부부 중 일정 소득계층(2010년부터 도시근로자 평균소득 150% 적용, 부부 중 낮은 소득의 경우 50%만 합산하여 소득기준 해당여부 판단시 반영) 이하의 불임/난임 부부에게 시술비 중 일부를 지원해줌으로써 이들의 임신·출산에 있어 가장 주요한 사회적 장애요소라고 할 수 있는 경제적 부담을 경감시켜 결과적으로 시술의 기회를 부여하거나 늘려주기 위한 것을 목적으로 하는 적극적인 출산지원정책이다. <난임(불임)부부 지원사업>에 관한 보다 자세한 내용은 보건복지부. 2010년 난임(불임)부부 지원사업 지침 참조.

가 되는 여성의 건강뿐만 아니라 제반 권리를 보호할 수 있도록 하는 것이다. 이를 위해서는 적절한 법과 정책의 마련이 반드시 뒷받침되어야 한다. 이에 이하에서는 「생명윤리법」에서 보조생식술 관련 조항의 내용과 의의에 대한 분석을 중심으로 하여 보조생식술에 관한 우리나라의 법과 정책 상황에 대해 좀 더 구체적으로 살펴보도록 하겠다.

III. 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」의 보조생식술 관련 주요 내용 및 의의

1. 자기결정권의 보장

「생명윤리법」은 누구든지 자신이 생명과학기술의 적용대상이 되는 경우 생명윤리 및 안전에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의여부를 결정할 권리를 가진다는 것을 명확히 하고 있다(제5

조). 「보건의료기본법」에도 보건의료서비스에 관한 자기결정권이 보장된다는 점이 규정되어 있기는 하지만(제12조), 보조생식술에 관한 규정을 직접 포함하고 있는 동법에 자기결정권의 보장이 직접 규정되어 있다는 것은 그 자체로 의미가 있다. 그리고 이러한 조항을 바탕으로 하여, 자기결정권 보장의 실질적이고 기본적인 절차라고 할 수 있는 ‘충분한 설명에 근거한 동의(informed consent)’¹²⁾와 관련한 규정도 마련되어 있다.¹³⁾ 이에 배아생성의료기관은 배아를 생성하기 위하여 정자 또는 난자를 채취하는 때에는 정자제공자·난자제공자·인공수태시술대상자 및 그 배우자 서면동의를 얻어야 하고, 이에는 배아생성의 목적 등 법에 규정된 사항이 반드시 포함되어야 하며, 배아생성의료기관은 서면동의를 받기 전에 동의권자에게 서면동의 대상 사항에 대해 충분히 설명하여야 한다(제15조). 그리고 이를 위해 사용 가능한 <배아생성 동의서> 등 법정서식이 동법 시행규칙의 별지서식을 통해 제공되고 있다.¹⁴⁾ 또

12) 이러한 번역어를 대신하여 ‘고지동의’, ‘사전동의’, ‘설명동의’ 등과 같은 용어가 사용되기도 한다. 이에 대해 원어의 informed의 의미를 충분히 살려 의역한 것이라고 판단되는 ‘충분한 정보에 근거한 동의’라는 표현을 사용하는 것이 좋겠다는 입장도 있다. (번역어의 사용에 대한 의견은 최경석·김현철, 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」의 쟁점과 이해, 이화여대 생명의료법연구소·보건복지부 지정 생명윤리정책연구센터, 2010 : 30면 각주 16 참조) 그러나 본 논문에서는 생명윤리법에 서면동의의 외에 서면동의 대상 사항에 대한 설명의 의무가 부과되어 있다는 점을 고려하여 편의상 ‘충분한 설명에 근거한 동의’라는 표현을 사용하도록 하겠다.

13) 자기결정권 보장을 위해 충분한 설명에 근거한 동의가 이루어져야 하는 것이 기본적이라는 점에 대해서는 이미 다수의 국제규범들에서 명시적 근거를 찾을 수 있다. 예를 들면 뉘른베르크강령(Nuremberg Code) 1번은 인간을 대상으로 연구를 수행하는 경우 해당 피험자에게 충분한 정보를 제공한 후 자발적인 동의를 받는 것을 절대적 전제로 하여야 한다는 것이고, 헬싱키선언(Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects) 역시 24번에서 해당 피험자가 연구에 관한 제반 정보를 제공받을 수 있어야 한다는 것은 물론 그 정보를 이해하였음을 확인한 후에 의사나 적절한 자격을 갖춘 자가 자발적 동의를 가능한 한 문서화하여 받을 것을 규정하고 있다. 사람을 대상으로 하는 생명의학 연구에 대한 국제 윤리 가이드라인(International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects) 또한 4~6번에서 사람을 대상으로 하는 임상시험에 있어 해당 피험자에게 그가 이해할 수 있는 언어 등의 형태로 임상시험에 관한 제반 정보를 제공하여야 한다는 것, 해당 피험자가 참여 여부를 충분히 고려하여 결정할 수 있는 기회를 가졌는지를 확인한 후에 자발적인 동의를 받아야 한다는 것 등에 대해 명시하고 있다. 이밖에 생명윤리와 인권 보편선언(Universal Declaration on Bioethics and Human Rights) 제6조에도 예방, 진단, 치료를 위한 의료행위는 당사자가 사전에 충분한 정보를 바탕으로 인지와 자유롭게 동의할 경우에만 행할 수 있다는 점, 동의는 적절하게 명시되어야 한다는 점, 정보는 적절해야 하고 이해하기 쉬운 형식으로 제공되어야 한다는 점 등이 포함되어 있다. 이러한 국제규범들은 비록 시술이 아닌 연구와 관련하여 마련된 것이기는 하지만 자기결정권 보장을 위해 충분한 설명에 근거한 동의가 이루어져야 한다는 것은 이미 생명의료과학기술이 관계되는 영역에서 보편적으로 당연하게 받아들여지고 있다.

14) 우리나라에서는 보조생식술의 시행과 관련한 충분한 설명에 근거한 동의가 이루어지는 것을 돕기 위해 「생명윤리법」의 하위법령에 따른 법정 동의 서식 외에 보건복지부가 제시한 공식 동의 서식도 제공되고 있다. 기본적으로 「생명윤리법」 시행규칙 제5조에 근거하여 제시되고 있는 별지 제3호 서식(배아생성 동의서)과 제4호 서식(잔여배아 이용 동의서)가 있다. 그리고 생식세포의 제공 및 수증 관련 법정 동의 서식은 마련되어 있지 않았으나 보건복지부는 2008년 「생명윤리법」 개정을 계기로 난자 제공 관련 규정이 추가되자 「난자 제공자에 대한 건강검진 등 안내(2008.12)」를 발간하여 이를 통해 해당 규정들에 따른 세부 기준을 제시함과 아울러 (난자 제공 동의서), (난자 수증 동의서), (난자 제공자 개인정보 제공 동의서), (난자 채취 이력 조회 요청서)를 법정 동의 서식에 준하여 공식 동의 서식으로 사용할 수 있도록 제공하고 있다.

한 동의의 철회나 변경 권리에 관한 별도의 규정은 없으나 서면동의 대상 사항에 동의의 철회에 관한 사항이 명시적으로 포함되어 있으므로 이 역시 자기 결정권 보장의 또 다른 근거가 된다.

보조생식술의 이용은 자녀가 태어나게 되는 일, 즉 부모가 되는 일일 뿐만 아니라, 그 과정상으로는 의료처치를 받는 일이 개입되어 있으며, 체외에 존재하게 되는 생식세포 및 배아의 처분 문제 등과도 관련이 있다. 이에 관련 사항에 대한 정보를 충분히 제공받고 설명이나 상담을 통해 확실한 이해를 가진 후 강압 없이 자유로운 상태에서 판단하고 결정하는 일, 그리고 이미 결정한 사항이라고 하더라도 동의 권자의 의사가 바뀌는 경우 이전의 동의를 변경 내지 철회할 수 있도록 하는 일이 무엇보다 중요하다. 그러므로 서면동의를 통한 자기결정권의 보장을 법에 명시하고 있는 것은 시술이 시행되는 현장에서 동의권자의 권리를 보장해 줌은 물론 실무적 차원에서 필요한 결정도 내리고 이를 근거화 하는 절차라는 점에서 매우 의미 있다.

2. 생식세포 매매 금지 등

동법은 금전 또는 재산상의 이익 그 밖에 반대급

부를 조건으로 정자 또는 난자를 제공 또는 이용하는 행위는 물론 이를 유인 또는 알선하는 행위도 금지하고 있다(제13조 제3항). 임신을 위해서 생식세포 또는 필수불가결한 요소인데, 특히 난자의 경우 부작용이나 후유증 발생의 주요 원인이 되는 과배란유도 및 난자채취시술을 통해야만 체외로 획득될 수 있고, 생식세포는 그것이 유래한 자의 유전적 특질을 보유하고 있어 이를 통해 태어나는 아이에게 전달될 수밖에 없다는 등의 이유 때문에 그 제공자를 찾는 일이 쉽지 않다. 이에 금전 또는 재산상의 이익 등이 전제될 수 있는 경우 생식세포 매매가 이루어질 가능성은 사실상 배제하기 어려운 상황이다.¹⁵⁾ 그러므로 생식세포 매매를 금지하고 위반시 처벌하도록 하는 것은 인간의 생식력이 매매의 대상이 됨으로 인해 그 존엄성을 훼손당하는 일이나, 특히 경제적 사정이 열악한 여성에게 금전 등이 유인으로 제공되어 수단화 되는 일을 사전에 예방할 수 있도록 하는 것이라는 점에 본 규정의 의의가 있다.

이밖에도 동법은 배아를 생성함에 있어 특정의 성을 선택할 목적으로 정자와 난자를 선별하여 수정시키는 행위, 사망한 자의 정자 또는 난자로 수정시키는 행위, 미성년자의 정자 또는 난자로 수정시키는 행위(다만, 혼인한 미성년자가 그 자녀를 얻기 위

15) 타인으로부터 생식세포를 제공받아야만 불임의 해결이 가능한 절박한 상황에 있는 자들을 대상으로 하는 음성적인 난자 매매 시장이 형성되어 있다는 사실이 각종 조사 내용을 담은 언론 보도 등을 통해 속속 드러난 바 있다.(난자 불법 매매는 2005년 9월 23일 박재완 한나라당 의원이 보건복지부 국정감사에서 서울과 도쿄에 사무실을 두고 한국 여성의 난자를 일본인 불임부부에게 불법 알선하는 회사가 운영되고 있으며, 심지어 이 회사는 인터넷 사이트도 개설하고 있음을 밝히면서 처음으로 드러났다. 보도된 바에 의하면 해당 회사는 DNA-BANK이며, 이 회사는 한국 여성의 난자를 일본인 불임 부부에게 알선하였을 뿐만 아니라 홈페이지를 통해 대리모의 비용과 수술병원 등 상세한 방법을 알리고 있어 한국 여성의 난자 제공 외에 자궁을 대여하는 대리모 업무도 수행하고 있는 것으로 나타났다. 보다 자세한 내용은 '난자, 日 불임부부에 인터넷 불법매매', 국민일보 2005년 9월 23일 기사; '난자, 日 불임부부에 불법매매', 서울신문 2005년 9월 23일 기사; '한국여성 난자 판매 사이트 운영 충격', 노컷뉴스 2005년 9월 23일 기사 등 참조.) 그리고 실제로 2005년 11월에는 난자 매매 사실이 국내에서 처음으로 적발되어 관련자가 구속되기도 했으며('불임병원 입수 시술동의서에 '기증 의사' 누락 확인', SBS 2005년 11월 9일 뉴스; '난자 불법매매 알선 첫 적발포털사이트에 카페개설 "여성-불임부부" 모집, 건당 300~400만원 챙겨 ... 일본인에게도 판매', 세계일보 2005년 11월 5일 기사 참조), 2008년 3월과 4월에는 불법적인 난자 매매를 이유로 브로커, 산부인과 의사 등이 검거된 바 있다.(보도된 바에 의하면 브로커는 인터넷 포털사이트에 난자 매매 관련 카페와 블로그를 개설하여 난자를 판매하고자 하는 여성들을 끌어 모은 후 이들과 난자 구매를 희망하는 여성들을 연결해 주고 댓가를 받았으며, 의사들은 매매된 난자가 이용되는 것을 알면서 시술을 해주었음은 물론 배아생성 동의서를 작성하지 않거나 의료처치를 허위로 작성한 것으로 드러났다. 보다 자세한 내용은 '인터넷카페서 난자 매매 알선 ... 브로커 2명 검거', 세계일보 2008년 3월 20일 기사; '난자 불법매매 브로커 검거', 연합뉴스 2008년 3월 20일 기사 등 참조.)

한 경우 제외)를 금지하고 있다(제13조 제2항). 이러한 규정들은 특정 성별의 선호, 특히 아직까지 남아 있는 남아선호의 문제가 보조생식술 과정에 개입될 가능성을 배제하지 못해 오히려 이러한 성별 선택을 위해 보조생식술을 이용하게 되는 결과를 초래하지 않을 수 있도록 한다거나, 일방 배우자(주로 남편)가 사망한 후 남은 일방 배우자(주로 아내)가 사후생식을 할 목적으로 보조생식술을 이용하게 되어 결과적으로 자의 복리가 충분히 고려되지 못할 가능성을 배제시킨다거나, 미성년자가 생식세포 제공자가 되는 경우를 사전에 차단하기 위한 목적을 담고 있다는 점에 의의가 있다.

3. 배아생성의료기관의 지정 의무화

동법에 의하면 인공수태시술을 위하여 정자 또는 난자를 채취·보관하거나 이를 수정시켜 배아를 생성하고자 하는 의료기관은 보건복지부령이 정하는 시설 및 인력 등을 갖추고 보건복지부장관으로부터 배아생성의료기관으로 지정받아야 한다(제13조). 배아생성의료기관은 생식세포 및 배아를 체외에서 다룰 뿐만 아니라 경우에 따라서는 이를 냉동 상태로 보관하기도 하며, 인공수태시술대상자나 난자제공자 등을 대상으로 고수준의 의료처치를 수행하기 때문에 이러한 역할 수행에 맞는 조건을 갖추고 있어야만 적절한 보건의료서비스를 제공할 수 있다. 이에 단순한 신고 방식이 아니라 지정 방식으로 배아생성의료기관 자체의 질 관리를 가능하게 하고 있는 것은 시술 대상자의 보호 그리고 생식세포 및 배아의 적절한 처분을 담당하기에 매우 적절한 방식이라고 판단된다.

4. 난자제공자의 건강 보호 및 실비보상 허용

동법은 2008년 개정을 통해 난자제공자의 건강을 보호하기 위한 조치로서 난자채취의 빈도 자체를 제한하도록 하는 규정 및 난자제공자의 건강 상태를 확인하여 적절하다고 판단된 경우에만 난자채취를 할 수 있도록 하는 규정을 추가하였다. 배아생성의료기관은 대통령령으로 정해진 빈도인 평생 3회 한도, 6개월 이상의 기간 간격을 준수하여 난자채취를 하여야 하고(제15조의3), 난자채취 전에 난자제공자에 대하여 건강검진을 실시하여 법이 정하는 건강기준에 미달하지 않는 자에게서만 난자채취를 하여야 한다(제15조의2). 난자제공은 본인의 임신이 아닌 타인의 임신을 목적으로 하는 것인 만큼 희생에 따른 정신적 이득을 획득할 수 있을지 모르나 이외에 특히 신체적인 측면에서는 과배란유도 및 난자채취시술을 겪어야 하기 때문에 부작용 및 후유증의 발생 부담이 상존해있다. 그러므로 이러한 규정을 통해 여성이 과도하게 난자제공을 함으로써 신체에 위해를 감당하여야 하는 상황을 어느 정도 예방한다거나, 건강상 난자제공을 위한 제반 투약 및 시술에도 문제가 발생하지 않을 정도로 건강한 상태인 여성만을 대상으로 할 수 있도록 제한함으로써 관련 문제의 발생을 최소화하기 위한 노력을 하게 되는 것이라는 점에는 매우 중요한 의의가 있다.

또한 동법은 2008년 개정을 통해 난자제공자에 대한 실비보상을 가능하게 하는 근거규정을 두었다. 이에 난자제공자는 난자제공에 필요한 시술 및 회복에 소요되는 시간에 따른 보상금 및 교통비 등을 지급받을 수 있게 되었다(제15조의4).¹⁶⁾ 난자제공을 위해서는 교통비와 식비뿐만 아니라 숙박비, 그리고 시술 및 회복에 소요되는 시간 동안 상대적으로 소

16) 난자제공자에 대한 실비보상에 관한 보다 상세한 사항은 난자 제공자에 대한 건강검진 등 안내, 2008. 12 참조.

득의 상실 등이 발생할 수 있다. 그런데 난자제공이 제공자 본인의 이익을 위한 것이 아니라 타인의 이익을 위한 것이다. 그러므로 선의의 난자제공자로 하여금 난자제공으로 인해 실제 소요된 비용을 지급 받을 수 있도록 한 것은 난자제공에 따른 부담 요소를 적극 배려한 것이라는 점에 의의가 있다. 특히 시술 및 회복에 소요되는 시간에 따른 보상금은 배아 생성의료기관의 장이 기관위원회의 심의를 거쳐 그 구체적인 산정기준을 정할 수 있도록 함(동법 시행규칙 제5조의3 제3항)으로써 해당 기관의 내부 상황이나 입장에 대해서는 물론 윤리적 측면에서의 적절성에 대한 고려까지도 할 수 있도록 한 것이라는 점에 의의가 있다.

5. 생식세포 및 배아의 처분에 대한 결정권 보장

체외에 존재하게 되는 생식세포 및 배아는 보조 생식술에 이용되거나, 추후 이용을 위해 냉동 상태로 보관되거나, 타인의 임신이나 연구 목적으로 제공되거나, 더 이상 이용을 원하지 않는 경우 폐기될 수 있다. 생식세포 및 배아를 그것이 유래한 자의 소유권 내지 처분권이 행사되는 대상으로 볼 수 있을 것인지에 대한 부분은 차치하더라도, 이들은 그것이 유래한 자의 유전적 고유성을 담지하고 있으며, 임신에 이용되어 아이가 태어날 수 있도록 하는 목적이나 연구 대상으로 사용될 수 있는 만큼 본인이나 타인에 의해 임신이나 연구의 목적으로 자신의 생식세포나 배아가 이용되는 것을 허용할 것인지 여부에 대한 결정은 반드시 본인의 몫이어야만 한다.

현재 생식세포 및 배아의 보관, 연구 목적 제공, 폐기에 관한 사항은 사전 설명 및 서면동의 대상 항목으로 법에 명시되어 있으며(제15조 제2항 및 제3항), 관련 법정 서식인 <배아생성 동의서>에도 이에 관한 결정 사항을 기재할 수 있는 부분이 마련되어 있다. 또한 동법에 의하면 배아생성의료기관의 준수 사항 중에는 동의권자가 동의서에 기재한 목적대로 배아를 취급하여야 하고, 잔여배아의 보관·취급·폐기 등의 관리를 철저히 하여야 한다는 것이 포함되어 있다(제21조). 이밖에도 보존기간이 도래한 배아 중 연구목적으로 이용하지 않을 배아는 폐기하여야 하고, 배아의 폐기에 관한 사항을 기록·보관하도록 하며(제16조 제2항 및 제3항), 잔여배아의 보관 및 제공 등에 관한 사항 역시 기록·보관하도록 함으로써(제20조) 배아에 대한 철저한 관리가 가능하도록 하고 있다. 배아 보관 기간에 대한 최대 5년으로의 제한 규정이 있기는 하지만, 그 외에 생식세포 및 배아의 처분에 관한 결정 권한을 동의권자에게 부여하고 있고, 결정된 사항을 서면동의서에 명시할 수 있도록 하고 있는 것은 처분 기준을 명확히 하여 동의권자의 임신·출산 관련 권한 내지 생식능력 관련 권한을 보호함과 동시에 기관으로 하여금 그에 따른 처분을 할 수 있도록 한다는 점에 의의가 있다.

6. 배아 대상 유전자검사의 제한적 허용

동법에 의하면 근이영양증 그 밖에 대통령령이 정하는 유전질환을 진단하기 위한 목적에서 배아를 대상으로 유전자검사를 할 수 있다(제25조 제항).¹⁷⁾ 태아가 가지게 되는 유전질환은 인공임신중절을 고

17) 「생명윤리법」 제25조 제2항, 동법 시행령 제14조 및 [별표 1의2]의 제63호 규정에 따라 배아 또는 태아를 대상으로 유전자검사를 할 수 있는 유전질환은 현재 '수적 이상 염색체이상질환(Numerical chromosome abnormalities)'을 비롯한 62개 질환으로 규정되어 있으며, 그 밖에 질환의 예후 등이 이러한 질환과 같은 수준의 유전질환으로서 보건복지부장관이 고시한 유전질환의 경우 역시 배아 또는 태아를 대상으로 유전자검사를 할 수 있다. 보건복지부는 2009년 7월 30일 고시 제2009-139호를 통해 배아 또는 태아를 대상으로 유전자검사를 할 수 있는 유전질환으로 '시투롤린혈증(Citrullinemia)'을 비롯한 76개의 질환을 추가로 지정하였다. 이에 현재 배아 또는 태아를 대상으로 유전자검사를 할 수 있는 유전질환은 총 138개이다.

민하게 만드는 실질적인 이유가 될 수 있을 뿐만 아니라, 이러한 유전질환을 가지고 태어나는 아이의 삶의 질에도 직접적으로 영향을 줄 수 있는 요소가 되는 것이 사실이다. 이밖에 유전적인 요인으로 인해 자연유산이 반복적으로 이루어지는 경우도 있다. 그러므로 이식이 이루어지기 전에 유전자검사가 허용되는 것은 이러한 문제점들을 회피할 수 있도록 한다는 측면에서 실익이 있다. 또한 이러한 기술이 남용될 수 있는 가능성이 다분하다는 점을 감안하면 법에 정한 항목 이외의 항목에 대한 진단 목적으로의 유전자검사를 허용하지 않도록 한 것 역시 우생학적 목적의 지나친 개입을 방지할 수 있는 조치라는 점에서 의의가 있다.

7. 생식세포 및 배아의 연구 목적 제공에 대한 별도 동의 획득의 의무화

동법에 의하면 불임치료법 및 피임기술의 개발, 근이영양증 그 밖에 대통령령이 정하는 희귀·난치병의 치료, 그 밖에 이에 준하는 목적으로 대통령령으로 정해진 경우에 대해 잔여배아연구가 허용되며(제17조), 근이영양증 그 밖에 대통령령이 정하는 희귀·난치병의 치료를 목적으로 체세포핵이식행위를 통해 체세포복제배아를 생성하고 이를 이용하여 줄기세포주를 수립하는 연구인 체세포복제배아연구도 허용된다(제22조). 그리고 이러한 연구에 이용될 수 있는 생식세포 및 배아는 배아생성의료기관으로부터 제공될 수 있다. 이에 배아생성의료기관에서의 사전 설명 및 서면동의 대상항목 중에는 임신 외의 목적, 즉 연구 목적으로 잔여배아나 잔여생식세포를 이용하는 것에 대한 동의 여부가 포함되어 있다(제15조). 생식세포 및 배아에 대한 처분 권한이 이것이 유래한 자에게 있어야 하는 만큼, 이를 연구 목적으로 이용할 수 있도록 할 것인지 여부에 대한 결정 권한이 함께 주어지는 것은 당연한 처사이다. 그러므

로 만약 연구 목적 제공에 동의하는 경우에는 법정 서식인 <잔여배아 이용 동의서>를 별도로 작성하여 동의권자의 의사가 명확히 표시될 수 있도록 하고 있다(제15조). 뿐만 아니라 보존기간을 5년 미만으로 정한 잔여배아를 연구 목적으로 이용하고자 하는 경우에는 동의권자로부터 해당 목적으로의 이용에 대하여 새로이 동의를 받도록 함으로써(제17조) 배아의 보관기간을 연장할 수 있음에도 불구하고 그렇게 하지 않고 연구 목적으로 제공할 것인지를 한번 더 판단할 수 있도록 기회를 부여하고 있다는 점에 의미가 있다.

8. 기관생명윤리심의위원회를 통한 자율적인 관리·감독

동법에 의하면 배아생성의료기관에는 생명과학기술에 있어서의 생명윤리 및 안전을 확보하기 위하여 기관위원회를 두어야 한다(제9조 제1항). 배아생성의료기관의 기관위원회의 경우 기본적으로 기관 내에서 행해지는 보조생식술과 관련하여 환자 또는 정자·난자의 제공자로부터 적법한 절차에 따라 동의를 받았는지의 여부, 환자 또는 정자·난자의 제공자에 대한 안전대책 및 정자·난자를 타인에게 제공하는 경우에 성명·주민등록번호 등 개인을 식별할 수 있는 정보에 대한 보호대책, 그 밖에 기관에서 행하여지는 생명과학기술의 연구·개발 또는 이용에 관한 사항 등을 심의한다(제9조 제2항). 그리고 난자제공과 관련하여 대상 항목 중 시술 및 회복에 소요되는 시간에 따른 보상금에 관한 산정기준에 대한 심의를 담당하며(제15조의4), 잔여배아연구기관이나 체세포복제배아연구기관이 해당 연구계획서에 대한 보건복지부장관의 승인서와 함께 잔여배아나 잔여난자의 이용 목적, 수량, 제공방법 등을 기재한 계획서를 배아생성의료기관에 제출하는 경우 심의를 통해 잔여배아 내지 잔여난자의 제공 여부를 결

정한다(제20조 제3항). 또한 생식세포 및 배아의 이용, 관리, 제공 관련 기록이 적절히 이루어지고 보관되는지 여부를 법에 정한 기준 및 기관의 표준운영지침의 세부원칙에 따라 심의한다. 이밖에, 난자제공자에 대한 실비보상이 이루어진 후 관련 사항이 기관위원회에 보고되면 해당 자료를 근거로 그 처리의 적절성 여부도 심의한다.¹⁸⁾ 기관위원회로 하여금 이러한 역할을 수행할 수 있도록 하고 있는 것은 자율적인 관리·감독을 존중하는 것이라는 점에 의의가 있다.

동법은 2008년 개정을 통해 보건복지부장관이 기관위원회의 운영을 적절하게 감독·지원하기 위하여 기관위원회에 대한 조사와 평가, 기관위원회 위원에 대한 교육 업무, 그리고 기관위원회에 대한 감독 및 지원에 필요한 업무로서 법에 정한 업무 등을 수행할 수 있도록 함은 물론, 기관위원회의 운영실적을 평가하고 그 결과를 공개할 수 있도록 하는 근거 규정을 마련하였다(제10조의2). 이는 정부에 의한 직접적인 개입에 치중하기 보다는 기관위원회의 역량을 강화하고 그 역할을 존중함으로써 가능한 기관의 자율성을 높이고자 하는 목적을 가진 조치라는 점에 의의가 있다.

9. 배아생성의료기관의 보고 의무화

동법에 의하면 배아생성의료기관은 잔여배아의 보관 및 제공 등에 관한 사항을 법이 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 보고하여야 한다(제20조). 그리고 보건복지부장관은 생명윤리 및 안전의 확보와 관련하여 필요하다고 인정할 때에는 배아생성의

료기관 또는 그 종사자에 대하여 보건복지부령이 정하는 바에 따라 이 법의 시행에 관하여 필요한 보고 또는 자료의 제출을 명할 수 있다(제38조). 현재 정부는 이들 규정을 근거로 <배아보관 및 제공 현황 조사>를 2006년부터 매년 실시하고 있으며, 그 결과를 발표하고 있다.¹⁹⁾ 조사 대상 내용에 배아는 물론 생식세포의 보관 및 제공 현황까지 포함되어 있으며, 이와 더불어 보조생식술의 시행 실태에 관한 사항도 포함되어 있다. 정부는 이를 통해 생식세포 및 배아, 그리고 보조생식술 관련 데이터를 확보하여 결과 정보를 공개하고 있는 것이며, 실사 관련 자료로도 이용하고 있다. 이렇듯 배아생성의료기관으로 하여금 관련 사항에 관한 보고를 의무적으로 수행할 수 있도록 하는 것은, 보고라는 형식으로 이루어지는 일종의 정부 차원의 관리·감독을 받는 것을 계기로 생식세포 및 배아의 관리에 있어 문제점은 없는지 등에 대한 점검을 할 수 있도록 하는 등의 효과를 거둘 수 있다는 점에 의의가 있다.

IV. 보조생식술 관련 향후 입법 및 정책 과제

앞서 살펴본 바와 같이 현재 우리나라에서는 「생명윤리법」을 중심으로 보조생식술을 규제하고 있다. 하지만 동법은 보조생식술을 둘러싸고 있는 다수의 쟁점들과 관련되는 문제점들을 예방 내지 해결할 수 있는 기준을 충분히 포괄하고 있지 못하다. 이에 보조생식술 관련 윤리적 법적 쟁점 사항들을

18) 보건복지가족부. 난자 제공자에 대한 건강검진등 안내. 2008 및 보건복지가족부·보건복지가족부 지정 생명윤리정책연구센터. 배아생성의료기관 표준운영지침서. 2009 등 참조.

19) 보건복지부 보건산업육성사업단 생명윤리팀. <2005년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과>. 2006: 보건복지부 보건산업육성사업단 생명윤리안전팀. <2006년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과>. 2007: 보건복지가족부. <2007년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과>. 2008: 보건복지가족부. <2008년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과>. 2009: 보건복지부. <2009년도 배아보관 및 제공 현황 조사 결과>. 2010 참조.

고려하여 향후 입법을 추진하거나 정책을 마련할 필요성이 있는 부분들에 대해 판단해보도록 하겠다.²⁰⁾

1. 임신 목적 생식세포 기증·수증 관련 체계 및 당사자 간 법적 관계 정립 기준 마련의 필요성

현행 「생명윤리법」의 규정 중 임신을 목적으로 하는 생식세포 기증·수증과 관련된 내용은 당사자들에게 관련 법적 사항에 대해 사전에 충분히 설명하고 서면동의를 받아야 한다는 것과, 난자제공자의 건강을 보호하기 위한 조치로써 빈도를 제한하고 건강검진을 의무화하는 것 그리고 난자제공자에 대한 실비보상에 관한 것뿐, 그 이외의 기준이나 제한 사항은 직접 규정되어 있지 않다.

그러나 기증의 대상이 생식세포이고, 이는 이것이 유래된 자와 유전적 연관성을 갖는 인간을 태어나도록 하는 목적으로 이용되며, 이의 상태는 이것이 유래된 자의 건강 조건에 의해 직접적인 영향을 받을 수 있는 범주에 속한 것이라는 점, 특히 난자의 경우 부작용 및 후유증 발생의 원인이 되는 과배란 유도 및 난자채취술이 전제된다는 점 등은 기증자의 조건에 대한 제한을 생각하지 않을 수 없게 한다. 뿐만 아니라 생식세포 기증자를 쉽게 확보할 수 없다는 점이나 유전적 연관성을 포기할 수 없다는 점 등의 영향으로 가족 간이나 지인 간에 기증·수증이 상당수 이루어진다는 점을 감안하면, 가족 간 질서의 혼란이나 유전질환 발생 가능성의 상승 또는 사

실상의 매매 가능성 등 이들이 가족 간이거나 지인 간이라는 이유 때문에 동반 가능한 문제가 예상되므로 기증자와 수증자의 관계에 대한 부분도 검토되어야만 한다.

반면 수증과 관련해서도, 이러한 방법을 통해 태어나는 아이의 복리를 적극 고려하여야 한다는 점, 보조생식술의 대상이 되는 여성의 건강 보호를 위해 임신을 무리 없이 수행할 수 있는지를 감안하여야 한다는 점 등은 수증자의 조건에 대한 제한 역시 필요한 것이 아닌가 하는 판단을 가능하게 한다. 생식세포 기증·수증은 결과적으로 기증자와 수증자 외에 그 결과로 태어나는 아이까지가 당사자라고 할 수 있다. 이에 이들 간의 관계, 즉 기증자와 아이의 관계나 수증자와 아이의 관계도 법적으로 반드시 정립될 필요가 있다. 또한 아이는 자신의 유전적 부모를 알 권리를 존중받을 수 있어야 한다는 주장과, 기증자는 익명성을 보장받을 수 있어야 한다는 주장이 동시에 제기되고 있으므로 이에 대한 해결방안의 모색도 요구된다.

기증과 관련하여 외국에서는 기증자의 나이가 건강 상태와 매우 밀접한 연관관계가 있다는 점을 고려하여 특정 연령 이하인 경우에만 기증을 할 수 있도록 한다거나, 난자의 경우 침습적인 행위를 통해서만 채취될 수 있다는 점 때문에 순수기증이 아닌 공유만이 인정될 수 있도록 한다거나, 세대 간 또는 친남매 간에는 생식세포 기증·수증을 하지 못하도록 한다거나, 기증되는 생식세포가 이용되는 가정의 수를 제한하는 등의 제한 조치를 취하고 있다.²¹⁾ 우리나라 법안들에서도 신체적 정신적 건강 여부,

20) 이를 위해 구체적인 방안을 제시함에 있어서는 앞서 언급되었던 「체외수정등에관한법률안」과 「의료보조생식술에관한법률안」, 그리고 「생식세포 등에관한법률안」의 규정 내용이 지금까지 제시되었던 법안들 중 보조생식술 관련 기준을 가장 구체적으로 담고 있었다고 판단되고, 최근 「생명윤리법」 전부개정안이 제시되어 있는 상황이므로 필요한 경우 이를 참조하도록 하겠다.

21) 예를 들면, 이탈리아와 같이 생식세포의 기증·수증이 아예 금지되어 있는 국가도 있으며, 노르웨이나 터키 등과 같이 난자나 정자 중 일부에 대한 기증·수증만이 금지되어 있는 국가도 있다. 반면 생식세포의 기증·수증을 허용하고 있는 국가들도 상당수 있으며, 이들 국가들에서는 관련 당사자의 조건을 구체적으로 제시하고 있다. 예를 들면 난자 기증자의 조건을 영국에서는 35세 이하로, 이스라엘에서는 기혼자로 제한하고 있으며, 정자 기증자의 조건을 영국에서는 18~46세로 제한하고 있다. 헝가리에서는 난자 기증자가 기증된 난자를 사용하는 부부의 친척이

일정 연령 이상인지 여부, 출산 경험 여부, 수증자 지정 기증의 허용 여부, 기증자와 수증자가 혈족 간인지 여부, 기증자가 수증자와 종속적이거나 강압적인 관계에 있는 것은 아닌지 여부, 생식세포 적격 여부 검사 여부 등을 판단 기준으로 둘 것이 제안되었던 바 있다. 기증자에 대한 제한 조건을 두는 것이 기증자의 자유를 침해하는 요소가 될 수 있기는 하지만, 기증자의 건강을 보호함과 동시에 가능한 한 임신 목적으로 이용됨에 적절한 생식세포가 기증될 수 있도록 하고, 기증·수증으로 인한 기타 사회적 문제점들의 발생을 예방 내지 최소화하기 위한 것이라는 점에는 충분한 의의가 있을 수 있다. 특히 우리나라의 경우 현재 정자를 기증하는 경우와 관련된 규정은 전무하다. 그러므로 향후 이러한 구체적인 사안들에 대한 심도 있는 논의를 통해 합의를 이끌어낼 필요가 있다.

수증과 관련하여 외국에서는 수증자의 불임 여부 및 불임 기간, 나이 및 건강상태, 양육능력, 혼인 여부, 성적 지향, 부부의 합의 내지 배우자의 동의 여부 등을 기준으로 제한 조치를 취하고 있다. 우리나라 법안들에서도 이러한 사항들이 수증자를 판단하는 기준으로 제시되어야 하는 것으로 포함되었던 바 있다.²²⁾ 그리고 몇몇 국가의 경우 수증자는 물론 기증자도 공적관리시스템에 당사자 등록을 하게 한다거나, 기증자의 정보를 아이가 일정 연령 이상으로 성장한 이후 제공할 수 있도록 하는 등의 조치도 마련하고 있다. 현재 우리나라에는 생식세포 기증·수증과 관련하여 난자제공자의 이력을 조회할 수 있는 시스템 이외에 기증자와 수증자를 매치시켜 준다거나 타 배아생성의료기관에서의 기증자 발생

에 관한 정보 등을 알 수 있는 체계는 전무하다. 생식세포 매매 가능성의 배제나 임신을 지원하는 정책의 일환으로 이러한 체계를 갖추도록 하기 위한 구상도 요구된다. 또한 기증자와 수증자 그리고 태어나는 아이 간의 법적 관계와 관련하여 외국에서는 생식세포의 기증·수증이 개입된 보조생식술을 이용하는 경우 이를 법원 등의 허가하에서만 할 수 있도록 한다거나, 아예 법에 이들 간의 관계를 명시하여 시술에 대한 동의를 하는 경우 동법의 적용을 자동적으로 받도록 하는 방식을 통해 문제를 해결하고 있다. 우리나라 법안들에서도 이러한 방식이 제안되었던 바 있다. 현재 우리나라 「민법」상 부모자녀의 법적 관계 형성 관련 조항만으로 생식세포 기증·수증이 개입되는 비배우자간 보조생식술을 통해 태어나는 아이와 기증자 및 수증자의 법적 관계를 명확하게 판단하기란 부적절한 측면이 있다. 이에 부모가 되려는 의도로 임신·출산을 하였으므로 태어나는 아이에 대해 기본적인 법적 책임이 있는 수증자, 부모가 될 의사 없이 생식세포를 제공한 것이므로 법적 부모로 인정되는 것 역시 적절하지 않고 이를 본인도 바라지 않을 기증자, 그리고 양육 등 복리를 위해 최소한 성인이 될 때까지는 법적 부모가 필요하며 부모가 되고자 하는 자들의 의도에 의해 태어났으므로 그 부모의 친생자로 인정되는 것이 마땅한 아이 모두의 권리 보호를 위해 이들 간의 법적 관계를 확정할 수 있도록 하는 법적 근거가 반드시 마련되어야만 한다. 몇 년 전 우리나라에서 한 유명 여성 연예인이 비혼 상태로 타인으로 부터 정자를 기증받아 체외수정시술을 통해 아이를 낳은 사례가 있었으나, 현재 이러한 사례와 관련하여 법적으로나 정책

어야 하고, 뉴질랜드와 슬로베니아에서는 세대 간 정자 기증·수증을 하려는 경우에는 윤리위원회의 승인을 받아야만 하며, 기증된 생식세포는 영국의 경우 10가정 이상에 대해 이용될 수 없다.

22) 예를 들면, 영국의 경우 난자 수증자의 나이는 18-55세여야 하고, 기본적인 양육 능력을 확인하기 위하여 가정폭력 등의 이력이나 심리 상태를 평가할 수 있는 질문지를 작성하도록 하는 조치가 시행규정(code of practice)에 따라 이루어지고 있으며, 법률혼 부부 뿐만 아니라 사실혼 커플이나 동성혼 부부까지도 보조생식술 이용의 주체가 될 수 있고 사후생식 역시 특정 조건에서 가능하도록 인간수정 및 배아 발생에 관한 법률(Human Fertilisation and Embryology Act)에 관련 규정이 마련되어 있다.

적으로 명확한 금지 내지 제한 규정이 없는 상태에서 이러한 방식이 용인되어야 한다는 입장과 그래서 안 된다는 입장이 대립하면서 사회적으로 논란이 되었던 바 있다. 그리고 부부가 합의에 의해 타인으로부터 정자를 기증받아 아이를 낳았지만 이혼에 이르게 되자 남편 측에서 친자관계를 부인하는 소송을 제기하였던 사례가 있었다.²³⁾ 물론 이 사례의 경우 비배우자간 시술에 동의를 했으므로 신의성실 원칙을 근거로 친자관계 부인이 불가하다는 판단이 내려진 바 있기는 하다. 그러나 중요한 것은 이러한 사례들이 바로 생식세포 기증·수증이 윤리적으로나 법적으로 문제되는 일이 우리나라에서도 본격화될 수 있는 가능성을 시사해주는 것이라는 점이다. 이에 임신 목적 생식세포 기증·수증 관련 체계의 구축 및 비배우자간 보조생식술과 관련되는 당사자 간의 법적 관계를 정립할 수 있는 기준 마련을 위한 법적 정책적 노력이 시급하다.

2. 배아이식술 관련 제한 기준 구체화의 필요성

시술에 있어 실제로 가장 문제가 되는 것은 바로

체외수정시술에 있어 임신성공률을 높이기 위해서 24) 2개 이상의 배아(다배아)를 이식함에 따라 한 번에 한 배(胚)/태(胎)에 둘 이상의 수정란이 착상하여 둘 이상의 태아를 동시에 갖는 임신(다태임신)이 발생하고, 이로 인한 문제점의 예방이나 해결을 위하여 선택적 태아감수술(selective fetal reduction)²⁵⁾이 이루어지는 것이다. 다태임신은 임신중독증을 비롯하여 임신으로 인한 합병증을 발생시키고, 저체중아나 사산아 출산 비율 상승 등의 문제와 밀접한 관계가 있기 때문에 임신기간의 유지 및 출산에 있어 여성의 건강에 위험성을 증가시킬 뿐만 아니라 태아의 건강과 생명에까지 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다.²⁶⁾ 그러므로 이는 여성의 재생산건강뿐만 아니라 임신 상태를 유지하여 출산하는 것 자체를 위협하여 건강한 아이를 임신·출산하고자 하는 바람에 역행하는 결과를 낳고 있다. 이에 국제적으로도 다태임신을 감소시킬 수 있도록 하는 것의 중요성이 강조되고 있다.²⁷⁾

이에 다태임신을 예방하기 위해 이식되는 배아의 수를 효과적으로 제한하는 것이 매우 중요하지만, 이는 임신성공률 저하의 초래와 직접적으로 연관이 있어 대체적인 방법으로 이용되고 있는 것이

23) 대구지방법원 가정지원 2007.8.23. 선고, 2006드단22397 판결.

24) 이식 배아의 수가 임신율에 영향을 준다는 것을 알 수 있는 한 조사 결과가 있다. IVF와 ICSI 시행주기에서 이식한 배아의 수는 1개인 경우가 8.6%, 2개인 경우가 14.1%, 3개인 경우가 19.8%, 4개인 경우가 25.9%, 5개인 경우가 22.6%, 6개 이상인 경우가 9.1%였는데, 이식 배아 수에 따른 이식주기당 임상적 임신율은 이식한 배아의 수가 1개의 경우는 8.8%, 2개인 경우는 27.2%, 3개인 경우는 33.8%, 4개인 경우는 36.9%, 5개인 경우는 34.4%, 6개 이상인 경우는 30.2%였던 것으로 나타났다.(황나미, 문신용, 김태준, 심은혜. 우리나라 불임 및 불임 관련 의료이용 실태와 문제해결을 위한 연구. 한국보건사회연구원·건강증진기금사업지원단, 2003 : 116-117면 참조.)

25) 다태임신이 초래된 경우에, 특히 3~4태 이상을 임신한 경우에 그로 인해 여성이나 태아에게 발생하는 위험을 경감시키거나 없애기 위한 목적에서, 말 그대로 임신된 태아 중 일부의 성장을 선택적으로 정지시킴으로써 최종 태아의 수를 1~2명으로 줄이는 시술을 말한다. 우리나라에서는 이에 대해 '선택적 태아감축술', '선택적 유산', '자율적 유산', '선택적 낙태' 등의 용어도 사용되고 있다.

26) 이규락·박건호·박진실·이원무·차지영·김현희·박문일·조수현·정성로. 쌍태임신에 관한 임상통계학적 고찰: 10년간의 관찰. 대한산부회지 2003 ; 제46권 제10호 : 1957-1964.

27) 유럽 인간생식발생학회(European Society for Human Reproduction and Embryology)는 보조생식술로 인한 다태임신이 이식되는 배아의 수가 임신 성공률을 높이는 것과 무관하지 않아 발생하는 일이지만, 이는 태아와 모체 모두에 악영향을 줄 수 있다는 이유에서 반드시 감소되어야 한다고 보았다. 그 이유로 태아에 대한 악영향으로는 사망, 조산, 신경계발달 질환 등을 들었고, 모체에 대한 악영향으로는 다태임신을 줄이기 위해 요구되는 선택적 태아감수술의 위험성, 그리고 다태아 출산으로 인한 정신적 부담감 및 다태아 양육으로 인한 사회적 노동기회의 박탈, 심지어 이혼율의 증가까지도 제시하였다. 이에 관한 자세한 사항은 ESHRE Task Force on Ethics and Law (6)-Ethical issues related to multiple pregnancies in medically assisted procreation. Human Reproduction 2003 ; Vol.18, No.9 : 1976-1979 또는 ESHRE 홈페이지 <http://www.eshre.com/emc.asp-Special Interest Groups-Ethics & Law> 참조.

바로 선택적 태아감수술이다. 하지만 이는 태아의 수를 감소시켜 임신 여성 및 남은 태아의 건강상 위험을 줄이는 데에 도움을 줄 수 있는 반면, 시술 후 저체중아 출산이나 임신소실율이 증가하는 등 예후가 좋지 않게 나타나는 경우가 많은 것으로 나타나고 있다.²⁸⁾ 가장 문제가 되는 점은 선택적 태아감수술이 시술 이후에 일부의 태아만을 잔존시킨다는 것을 제외하면 나머지 태아에 대해 임신의 유지를 불가능하게 하는 것이므로 엄밀히 말해 인공임신중절시술과 다를 바 없다고 생각될 수 있다는 것이다.²⁹⁾ 시술 대상이 되는 여성의 입장에서 생각하면 이러한 시술은 실질적으로 임신의 유지와 임신의 중단을 동시에 경험하게 만드는 것이므로, 이로 인해 시술을 받는 여성의 신체적 건강에 위해가 발생하는 것은 당연하고, 오히려 인공임신중절에 버금가는 시술로 인해 정신적 건강에 상당한 충격이 가해질 수 있다. 대체로 검사를 통하여 발달 상태에 문제가 있는 태아가 시술 대상으로 결정되거나 주로 접근이 용이한 쪽의 태아가 시술자에 의해 임의로 선택된다고 하지만, 비록 그러하더라도 태아를 사망에 이르게 선택하였다는 점 자체로 인해 정신적 어려움을 겪을 수 있다.³⁰⁾

현재 우리나라에서도 다배아이식과 선택적태아감수술이 이루어지고 있으나, 이에 직접 관련되는 법률 규정은 전무한 상황이며, 이에 관하여 <난임(불임)부부 지원사업>에 의해 실시된 체외인공수정시술의 결과와 관련하여 제한적이거나 다배아이식과 다태임신에 대한 정보를 파악할 수 있을 뿐 총체적으로 공식적인 조사가 이루어진 바도 없어 정확한 현황을 파악하기는 불가능하다. 다만 현재 <난임 불임)부부 지원사업> 대상자에게 시행되는 체외수정시술에 있어 시술과 관련하여 준수하여야 하는 '의학적 기준 가이드라인'에 배아이식술의 대상이 되는 여성의 나이 및 상태, 배아의 조건, 배양 기간의 경과 정도 등에 따라 이식되는 배아의 수가 다르게 제한되도록 하는 기준³¹⁾이 마련되어 있다.

그러나 이는 지원사업의 대상자에 한정되는 것이므로 전체 체외수정시술 대상자의 일부에 대해서 적용되는 것에 그쳐 다태임신의 예방을 위한 충분한 조치가 될 수 없다. 하지만 시술주기당 이식 가능한 배아의 수를 법에 확정적으로 명시하는 것은 다태임신의 가능성을 줄일 수 있어 재생산건강권에 대한 강력한 보호 조치가 될 수 있는 반면, 다배아이식이 요구되는 상황에 있는 여성에게는 이러한 조치가 근

28) 전대준·강은희·추형식·채희동·김정훈·강병문·장윤석·목적은, 질식 다태임신 감수술의 시행 시기에 따른 임상 결과, 대한산부회지 1998 ; 제41권 제11호 : 2758.

29) 선택적 태아감수술 자체가 가지는 윤리적 정당성 문제도 진지하게 살펴보아야 하는 부분이다. 이는 시술이 살아있는 태아를 직접적으로 목표로 삼아 유산시키는 것이므로 이런저런 이유에 의해 생명체를 사망에 이르게 하는 안락사라도 그 윤리적 문제점이 유사하게 지적될 수 있는 측면이 존재하기 때문이고, 이러한 시술의 안정성과 정확성에 대한 확실한 보장이 아직 없을 뿐만 아니라 결과적으로 생존한 태아는 일종의 실험적 상황에 처하게 되기 때문이다. 이러한 지적에 대해서는 이용호·김선행, 보조생식술에 의한 다태임신에서 질식 선택적 유산술, 대한산부회지 1999 ; 제42권 제3호 : 523 참조.

30) 선택적 태아감수술이 모체와 태아 사이의 감정적 교감이 덜 형성된 시기에 이루어져 모체의 정신적 심리적 부담을 줄일 수 있다고는 하지만, 모체가 태아의 존재에 대하여 인지하고 이로 인해 정신적인 영향을 받는 것은 태아와의 감정적 교감이 어느 정도 형성되었는지나 태아가 얼마나 성장하였는지의 여부에 의해서 결정되는 것이 아니라 임신이 성립되었음을 확인한 순간부터 태아의 존재를 인지하는 경우가 대부분이라는 점을 감안하면 이 역시 선택적 태아감수술로 인한 악영향을 부각시키지 않기 위한 핑계에 불과한 것일 수 있다.

31) 난임(불임)부부 지원사업 중앙심의위원회에 의해 마련된 이 의학적 가이드라인은 2008년 불임부부 지원사업에 대해서부터 적용되기 시작하였다. 이식이 허용되는 최대배아의 수에 관한 가이드라인의 내용은 다음과 같다.

여성의 연령	2~3일 배양 후		5~6일 배양 후	
	양호한 조건	양호하지 못한 조건	양호한 조건	양호하지 못한 조건
35세 미만	2개	3개	1~2개	2개
35~39세	3개	4개	2개	3개
40세 이상	5개	5개	3개	3개

본적으로 임신권에 대한 지나친 제한 조치가 되는 측면이 있다. 그러므로 의료인 및 의료기관의 수준, 그리고 생명의료과학기술의 발전 정도 등에 관한 관련 전문가집단의 의견을 수렴한다거나 정부 차원에서 전문적인 연구를 실시하여 이식되는 최대배아의 수를 제한하는 것이 다태임신 예방에 효과가 있으면서 임신율을 적절히 고려한 것으로 여성의 재생산권 강권과 임신권을 동시에 보장하는 데에 의의가 있을 수 있도록 하기 위한 방안을 마련하여야 한다. 이에 장기적으로는 시술자로 하여금 체외인공수정시술을 받는 여성의 건강 보호를 위해 배아이식 및 선택적 태아감수술과 관련하여 최선의 조치를 취할 것을 법에 의무화할 수 있도록 하고, 배아이식수 조절에 대한 의학적 가이드라인이 의료현장에서 자율적인 실천을 통해 모든 체외수정시술에 적용될 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

3. 생식세포·배아 관리 관련 기준 구체화의 필요성

현재 「생명윤리법」에 근거하여 생식세포 및 배아를 관리함에 있어 근거가 되는 문서인 <배아생성동의서>에 기재되는 바는 생식세포 및 배아를 즉시 폐기할 것인지, 얼마 동안 냉동 상태로 보관할 것인지, 보존기간이 경과한 후 연구용으로 제공할 것인지 여부 정도이다. 이에 있어 기본적으로 문제가 되는 법 규정은 생식세포의 냉동 보관에 대해서는 기간 제한이 없는 반면, 배아의 냉동 보관에 대해서는

최대 5년으로 기간 제한이 있다는 점이다(제16조 제1항). 배아가 불필요하게 장기간 보관되는 것이 바람직하지 않은 측면이 있다는 점이 충분히 이해되기는 한다.³²⁾ 그러나 실질적으로 생식세포가 보관된다는 것은 배아 생성을 전제로 한다는 점에서 생식세포와 달리 배아에만 보존 기간이 제한된다는 것은 맞지 않는 측면이 있을 뿐만 아니라, 생식세포가 배아와 유사하게 유전적 독특함이나 이후 수정을 통해 배아나 태아 등으로 발달할 잠재성을 가진 살아 있는 신체조직이라는 점을 감안하면 생식세포에 대한 관리 조치가 명확하지 않음은 부적절하고, 질병의 치료나 임신 시기의 자유로운 선택 등을 이유로 이에 대한 보관이 5년 이상으로 장기화되어야 하는 경우에 대한 별도의 고려가 이루어지지 않음은 실질적으로 이러한 입장에 놓여 있는 자들의 재생산권리 자체를 제한하거나 보호하지 못하는 결과를 초래할 것이어서 문제가 될 수 있다. 그러므로 생식세포와 배아에 공히 적용될 수 있는 제한 기준을 두되, 필요하다고 인정되는 경우에 있어서는 추가 기간 동안 보관이 가능할 수 있도록 하는 조건을 명확히 하는 일이 필요하다.³³⁾

다음으로, 보관 중인 생식세포 및 배아를 둘러싸고 실제로 외국에서 벌어지는 논쟁의 핵심에는 특히 배아의 경우 이를 생성하는 데에 생식세포를 제공한 자들의 배아의 관리나 이용에 관한 합의가 변경되는 경우, 즉 이혼 등을 이유로 일방 당사자는 폐기를 원하지만 다른 일방 당사자는 임신 목적으로 이용하기를 원하는 경우³⁴⁾와, 일방 당사자의 사망 후 다른

32) 이동익은 배아의 냉동 보관이 배아의 성장을 중지시키는 것이므로 인간 생명의 주기에 대한 불법적 남용이라고 비판한다. 이러한 내용에 관한 자세한 사항은 이동익, 자궁밖에 남겨진 잔여 배아에 대한 윤리적 보호, 한국 천주교 주교회 생명윤리회 2001년 5월 26일 제2회 소세미나 자료집, 잉여 배아의 지위와 실태에 관하여 참조.

33) 예를 들어, 영국의 경우 보관 기간을 기본적으로 최대 10년으로 제한하되, 사유가 있는 경우에는 보관 기간을 연장하는 일이 가능할 수 있도록 관련 규정을 마련하고 있다. 우리나라 「생명윤리법」 전부개정안에서도 항암치료 등 보건복지부령이 정하는 경우에 한해 동의권자가 보존기간을 5년 이상으로 정할 수 있도록 하는 방안이 제시되어 있다(제27조 제2항).

34) 일명 영국의 '나탈리 에반스(Natalie Evans) 사건' 과 '로레인 하들레이(Lorraine Hadley) 사건', 그리고 미국의 '데이비스(Davis) 부부 사건' 등이 바로 그 예이다.

일방 당사자가 이를 이용하여 임신하기를 원하는 경우³⁵⁾ 등이 있다. 현재 우리나라에서도 배아 보관이 활발하게 이루어지고 있는 것을 감안하면 향후 이러한 문제의 등장이 예견 가능하다. 하지만 현재 「생명윤리법」상 사전설명 및 서면동의의 대상 항목에 배아의 보관, 폐기, 연구 목적 이용에 관한 사항이 포함되어 있지만, 이러한 규정에 기반하여 실제로 작성되고 있는 <배아생성 동의서>의 내용 중에는 이혼이나 사망 등의 사유가 발생하는 경우 보관 중인 생식세포 및 배아를 어떻게 관리할 것인지에 대한 결정을 내려 명확하게 기재하는 부분이 없다. 더구나 사후생식과 관련하여, 「생명윤리법」에 의하면 사망한 자의 정자 또는 난자로 수정시키는 행위는 금지되어 있어(제13조 제2항 2호) 사후생식을 금지하는 것으로 해석될 소지가 있기는 하지만, 엄밀히 말해 사망 전에 생성된 배아를 이식하는 행위에 대해서는 명백한 금지 조치가 마련되어 있지 않은 것으로 해석될 수도 있는 상황이다. 그러므로 향후 생식세포 및 배아의 관리와 관련된 기준을 보다 구체화하여 생식세포 및 배아를 둘러싼 분쟁이나 사후생식 문제 등에 관하여 대처할 수 있도록 하여야 한다.³⁶⁾

4. 사전 설명 및 서면동의의 내실화

보조생식술의 이용이나 생식세포 및 배아의 관리와 관련하여 가장 중요한 부분은 동의권자가 동의 관련 사항에 대해 충분한 정보, 설명, 상담 등을 제공받아 충분한 이해를 가지고 이를 바탕으로 적절하

게 판단하여 자발적으로 결정한 바를 최종적으로 서면을 통해 확인하는 일, 즉 충분한 설명에 근거한 동의(informed consent)라고 할 수 있다. 그리고 이에 있어 단연 중대한 영향력을 가진 것이라고 하면 동의서식과 동의 설명문을 들 수 있다. 동의서식의 경우 동의 결과를 확인할 수 있는 결정적인 수단이 되기 때문이기도 하지만, 동의서식이나 동의 설명문은 설명 및 동의되어야 하는 사항을 담고 있는 실체화된 것으로서, 동의권자에게는 동의 대상 사항에 대한 이해와 판단을 돕는 수단이 되고 동의를 획득하는 사람에게서는 설명 및 동의와 관련한 업무 수행에 있어 적극적으로 이용 및 참조 가능한 수단이 되기 때문이다. 이에 우리나라에서도 서면동의를 위한 동의서식이 「생명윤리법」의 하위법령인 시행규칙의 별지서식을 통해 제공되고 있다. 그러나 현재 인공수태시술대상자 및 그 배우자, 생식세포 제공자 및 그 배우자가 보조생식술의 이용과 관련하여 작성하여야 하는 법정 동의서는 동법 시행규칙 별지서식으로 제시되어 있는 <배아생성 동의서>와 <잔여배아 이용 동의서> 뿐이다. 즉, 생식세포 기증·수증이나 잔여난자의 연구 목적 제공과 직접 관련되는 법정 동의서는 없다. 이에 정부는 공식적인 동의서로 이용되도록 <난자 제공 동의서>, <난자 수증 동의서>, <난자 제공자 개인정보 제공 동의서>를 추가로 제시한 바 있다.³⁷⁾

그런데 기본적으로 보조생식술의 이용과 관련하여 반드시 작성되어야 하는 서식들 중 일부가 아직

35) 일명 영국의 '다이앤 블러드(Diane Blood) 사건' 이 바로 그 예이다.

36) 예를 들면, 영국의 경우 서면동의시 본인의 사망이나 정신적 행위무능력 상태가 되는 상황이 발생하는 경우에 있어 생식세포나 배아를 어떻게 처리할 것인지에 관한 사항을 구체적으로 기재하도록 하고 있다. 그리고 사후생식과 관련해서는, 영국, 오스트레일리아의 경우 남성이 사망하기 전에 사후생식에 대한 서면동의를 한 경우에 한하여 허용되고, 뉴질랜드에서는 서면동의에 그 사용자로 특정되어 있는 여성에 의해서만 사용이 허용되며, 이스라엘에서는 법률혼관계나 사실혼관계에 있던 배우자만이 법원의 허락을 받아 사용하는 것이 허용되고, 스페인에서는 남성이 사망한지 6개월 이내에, 벨기에에서는 남성이 사망한지 1년 이내에 사용하는 경우에만 허용된다. 반면 덴마크, 독일, 노르웨이 등에서 사후생식은 법률 규정에 의해 금지되고 있다.

37) 실제 서식은 보건복지가족부. 난자 제공자에 대한 건강검진등 안내. 2008 : 17-19 및 보건복지가족부·보건복지가족부 지정 생명윤리정책연구센터. 배아생성의료기관 표준운영지침서. 2009 : 92-94 참조.

법정 서식에 포함되지 않았다는 점이 문제이고, 생식세포의 기증·수증에는 정자가 그 대상인 경우가 존재함에도 불구하고 이와 관련되는 그 어떠한 서식도 법적으로나 공식적으로 제시되지 않고 있다는 점 역시 문제이다. 그리고 각 동의서의 내용을 살펴보면, 예를 들어 <배아생성 동의서>나 <잔여배아 이용 동의서>의 경우 작성 주체가 인공수태시술대상자 및 그 배우자인 경우가 상대적으로 많기는 하겠지만 이들을 중심으로 고정되어 있어서 생식세포제공자 및 그 배우자가 이용하기에는 부적절한 부분이 있고, <난자 제공 동의서>의 경우 난자 제공자가 난자채취 이후 난자에 대한 모든 권리와 의무가 난자수증자에게 귀속되는 데에 동의한다는 적절하지 않은 문구가 포함되어 있는 등의 문제가 포함되어 있어 수정·보완이 요구된다. 참고로 이들 동의와 관련하여 동의의 변경이나 철회시 이용할 수 있는 별도의 법정 서식이나 공식 서식이 마련되어 있지 않아 배아생성의료기관에서 실무적으로 대처할 수 있는 방안을 직접 준비하여야 하는 상황이다. 또한 동의 설명문에 관해서는 법에 그 마련이 강제될 수 있는 근거 규정이나 마련의 구체적인 기준을 담은 가이드라인도 제시되고 있는 바가 없어 배아생성의료기관에서 자율적으로 마련하여 사용하여야 하는 상황이다.³⁸⁾ 하지만 자체적으로 동의 설명문을 마련하여 보충적으로 사용할 능력이 있는 몇몇 대형 배아생성의료기관을 제외하고 대부분의 배아생성의료기관은 법정 서식 등에 상당히 의존하고 있는 실정

이다. 그러므로 충분한 설명에 근거한 동의의 적정화를 위해서는 실무적 차원에서 효율적으로 이용 가능한 동의서식과 동의 설명문이 주어질 수 있어야 한다. 따라서 향후 동의서식과 동의 설명문을 어떻게 마련하는 것이 바람직할지에 대한 연구가 요구되며, 그 결과를 반영하여 법정 서식이나 공식 서식, 각각의 서식 관련 변경 및 철회용 서식, 그리고 관련 동의 설명문이 마련되어 사전 설명 및 서면동의가 보다 내실화될 수 있어야만 한다.³⁹⁾

5. 기타

생식세포 및 배아가 몸과 완전히 분리된 객체로 다루어질 수 있게 됨에 따라 임신·출산의 대리행위의 유형 역시 자신의 난자와 자궁/몸을 모두 제공하여야만 했던 방식에서 나아가 자신의 난자는 제공하지 않으면서 자궁 몸만 제공하는 방식도 가능해진 상황이다. 이에 임신·출산의 대리행위가 보조생식술 이용의 문제와 연관될 가능성은 훨씬 쉬워졌다고 볼 수 있다. 이미 이에 대해 법적으로나 윤리적으로 문제가 상당함이 지적되어 왔고 많은 연구들이 있었지만, 이에 관한 구체적인 내용을 담은 법 규정은 현재 없다. 그러나 임신·출산의 대리행위가 암암리에 상당수 이루어지고 있는 현실을 고려할 때 이에 관한 논의의 공론화와 사회적 합의를 기반으로 이에 관한 기준을 법에 마련할 필요가 있다.

불임/난임인 자들의 임신을 돕기 위한 경제적

38) 참고로 보건복지가족부(현 보건복지부)와 보건복지가족부 지정 생명윤리정책연구센터는 『배아생성의료기관 표준운영지침서(2009,12)』를 발간 하면서 권고서식의 형태로 (배아생성 동의서 설명문) 등을 제시하고 있다. 이에 대한 자세한 내용은 보건복지가족부·보건복지가족부 지정 생명윤리정책연구센터, 배아생성의료기관 표준운영지침서, 2009 : 97-119 참조.

39) 예를 들어, 영국의 경우 인간수정및배아발생관할관청(Human Fertilisation and Embryology Authority)가 홈페이지를 통해 보조생식술 관련 각종 동의 서식 및 동의 설명문을 의료현장에서 실제 이용 가능하도록 배포하고 있다. 이들을 살펴보면, 각 동의 서식은 철저하게 동의권자가 누구인지를 중심으로 하여 마련되어 있음을 알 수 있고, 비록 부부라고 하더라도 각각 본인의 입장에 맞는 동의서를 작성하도록 되어 있지 않게 작성하도록 되어 있지 않으며, 동의의 변경이나 철회에 이용 가능한 서식도 별도로 마련되어 있고, 동의 서식에 일부 관련 설명이 직접 포함되어 있으나, 이의 작성과 관련하여 추가적인 정보가 필요한 경우 별도의 안내문을 마련하여 함께 제시하고 있다. 이를 통해 동의 내용을 매우 구체적으로 접근하여 처리할 수 있도록 함으로써 동의권자의 자기결정권 보호와 의료기관 종사자의 실무적 차원에서의 직접적 도움을 줌에 기여하고 있으며, 관련 분쟁의 소지 역시 미연에 방지할 수 있는 체계를 갖추고 있다.

지원 정책은 한정된 공적 자금을 통해 지원하는 것이기에 때문에 한계가 있을 수밖에 없는 것이 사실이다. 그러나 장기적인 관점에서 볼 때 우리나라도 현재 처해있는 저출산이라는 국가·사회적 차원의 문제를 해결함과 아울러 개인에게는 재생산권리의 실현이라는 목적의 달성을 통해 자녀와 부모가 함께 행복한 삶을 영위할 수 있도록 하기 위해 가능한 한 최대한도 지원될 수 있도록 하는 노력이 필요하다. 물론 이러한 경제적 뒷받침을 정부 차원에서 해줄 수 있도록 하는 법적 근거가 여러 법에 마련되어 있기는 하지만, 추후 이에 관한 세부적인 규정을 보조생식술에 관한 규정을 포함하고 있는 법에 명시하여 그 근거를 보다 명확히 하는 것이 실제로 지원책이 마련되고 운영됨에 있어 보다 적극적일 수 있도록 할 것이라고 판단된다.

우리나라도 「생명윤리법」에 근거하여 보건복지부장관으로부터 배아생성의료기관으로 지정을 받은 기관만이 체외수정시술을 중심으로 하는 보조생식술의 시행을 담당할 수 있기는 하다. 그렇지만 보조생식술 이용에 대한 질적 측면에서의 관리의 중요성을 감안하면 시설 및 인력에 대한 보다 강화된 요건이 적용될 수 있어야 한다. 특히 아직까지 윤리적으로나 법적으로 관련 문제들이 산재해 있는 상황이므로 이러한 부분에 대한 이해가 있는 의료인이 사전 설명 및 서면동의를 담당하여야만 동의권자의 자기결정권 보장이 충분히 적절하게 이루어질 수 있으며, 시설이 적절하여야만 시술의 안전성이나 생식세포 및 배아 관리의 적절성을 제고할 수 있다. 이에 전문가가 포함된 실사 등을 통한 배아생성의료기관 질관리가 가능할 수 있어야 한다. 이밖에 보조생식술의 이용이나 생식세포 및 배아의 기증·수증과 관련된 정보를 관련 당사자들이 쉽게 접근하여 획득할 수 있도록 하기 위해서, 앞서 언급한 실사의 수행을 위해서, 또는 법이나 정책적으로 미비한 부분에 대해 전문적인 상담 내지 조언 등의 조치를 담당할

수 있는 전문적인 인력의 양성이나 별도 주무 기관의 설립도 가능하다면 좋을 것으로 판단된다.

V. 마치며

「생명윤리법」이 시행된 2005년과 동법의 개정이 이루어진 2008년을 전후로, 그리고 동법에 대한 전부개정안이 마련되어 있는 지금 역시 우리나라에서 보조생식술 관련 부분에 대한 법 정책적 노력이 의미 있게 이루어져 오고 있으며, 앞으로도 그러한 가능성이 충분함을 보여주고 있는 것으로 여겨진다. 그러나 아직도 윤리적으로나 법적으로 문제가 될 만한 부분들은 산재해 있으며, 이 중 모두는 아니더라도 대부분은 법이나 정책의 마련을 통해 어느 정도 예방 내지 해결의 실마리를 찾을 수 있을 것으로 보인다. 이에 있어 현재의 「생명윤리법」 전부개정안의 내용 중 기본원칙에 관한 부분의 규정(제3조)의 내용을 보조생식술 관련 법과 정책이 앞서 지적인 과제들에 대해 향후에 어떤 방향으로 대처해나가야 할 것인지에 관한 것과 연관 지어 생각해본다면 그 구체적인 방향을 정함에 있어 큰 도움이 될 것으로 판단된다.

첫째, “이 법에서 규율하는 행위들은 인간의 존엄과 가치를 침해하는 방식으로 행해져서는 안 되며, 피험자 등의 인권과 복지는 우선적으로 고려되어야 한다.”(제1항) 보조생식술이 이용되는 궁극적인 이유는 바로 인간의 탄생에 있다. 그리고 이러한 시술의 대상이 되는 자들뿐만 아니라 관련되는 모든 자들 역시 인간으로서의 존엄성과 가치를 인정받아야만 하는 사람들이다. 인간이라고 단정할 수는 없지만 생식세포나 배아 역시 인간 존재와의 연장선상에 있는 특별한 존재임을 부인하기는 어렵다. 이에 이러한 당사자들 모두와 임신·출산에 관계되는 존재들 역시 그 자체로 가진 존엄과 가치를 침해당하

지 않도록 하기 위한 최대한의 노력이 기본적으로 이루어져야만 한다.

둘째, “피험자 등의 자율성은 존중되어야 한다. 피험자 등의 자발적 동의는 충분한 정보에 근거하여야 한다.”(제2항) 앞서도 언급했지만 사전 설명이나 서면동의를 당사자의 자기결정권 보장을 위해 반드시 강화되어야만 하는 영역이다. 실무적 차원에서 보조생식술 관련 윤리적 법적 문제들의 예방이나 해결을 위해 가장 적절한 노력을 기울일 수 있는 부분이 바로 이 부분인 만큼 이의 실효성 확보를 위해 공적 노력이 부가되어야만 하고, 기관에서의 자율적 노력 역시 더해져야만 한다.

셋째, “피험자 등의 사생활은 보호되어야 한다. 사생활을 침해할 수 있는 개인 정보는 당사자가 동의하거나 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 비밀로서 보호되어야 한다.”(제3항) 생식세포 및 배아의 기증·수증은 불임/난임을 해결하기 위한 하나의 의료적 방법으로 자리잡아가고 있는 실정이나, 기증자와 수증자의 관계에서 발생 가능한 문제나 이러한 방식을 통해 태어난 아이의 권리 보장의 문제와 관련된 부분에 대한 대응책이 아직은 매우 미비한 상황이다. 추후 이들 상호간에 상대방에 대한 정보를 일정 조건 하에 알 수 있도록 할 것인지에 대한 논의가 반드시 필요하겠지만, 적어도 생식세포 및 배아의 기증·수증에 개입되는 문제가 사적인 문제인 만큼 이와 관련되는 사적인 정보는 반드시 보호될 수 있어야만 한다. 현재 개인정보의 보호에 관하여 「생명윤리법」에도 직접적인 규정이 있지만 실제로 중요한 것은 실무적인 시스템을 비롯한 대책의 마련이라고 할 수 있다. 그러므로 이러한 부분에 대한 적극적인 노력을 기관도 기울여야 하고, 정부는 이를 지원할 수 있도록 하여야 한다.

넷째, “피험자 등의 안전은 충분히 고려되어야 하며, 위험은 최소화되어야 한다.”(제4항) 그리고 “취약한 환경에 있는 개인이나 집단은 특별히 보호

되어야 한다.”(제5항) 보조생식술은 말 그대로 의학적인 개입이 이루어지는 것을 말하므로 대상자는 침습적 행위의 객체로서 경험하여야 하는 많은 부분들이 있다. 특히 이의 대상이 되는 것은 임신·출산을 직접 수행할 수 있다는 생물학적인 이유에서 대부분 여성이다. 그러므로 시술 등 관련 모든 행위에 있어 여성의 생명과 건강에 대한 보호는 최고의 목적으로 여겨질 수 있어야 한다. 특히, 보조생식술과 관련하여 의학적으로 건강 및 생명과 관련하여 가장 문제가 될 수 있는 부분은 타인의 임신 목적 난자 제공과 임신·출산의 대리행위 부분이다. 이 두 행위는 여성의 입장에서 볼 때 건강 및 생명의 문제와 직결되어 있을 뿐만 아니라 사회 활동을 포함한 전체 삶과도 직접적으로 상당한 영향관계에 있을 수 있는 부분임에 반해 자신의 이익이 아닌 타인의 이익을 위해 행해지는 일이므로, 이에 개입되는 여성의 경우 특별한 보호조치가 강구될 필요가 있다. 그리고 경제적 취약성으로 인해 시술에 대한 접근이 어려운 사람들에게 대한 국가적 차원에서의 지원이 계속되도록 하는 것은 물론, 가능한 한 수혜자 범주를 확대할 수 있도록 하기 위한 노력도 함께 되어야 하겠다.

넷째, “생명윤리와 안전을 확보하기 위해 필요한 국제 협력이 모색되어야 하고, 보편적인 국제기준을 수용하기 위한 노력이 이루어져야 한다.”(제5항) 우리나라에서 보조생식술과 관련된 생명윤리와 안전의 문제를 법적으로나 정책적으로 본격화하여 다루기 시작한 것은 아직 얼마 되지 않았다. 반면 선진 외국에서는 이러한 일들에 대한 노력을 보다 일찍 그리고 심도 있게 다루어 많은 성과들을 내고 있다. 이에 선진 사례들을 검토하는 일들을 통해 법과 정책의 적절한 수준과 내용을 분석해내고 우리나라의 이용 현실이나 기술의 발달 정도 등을 고려하여 도입 가능한 방식을 연구해내는 일이 충분히 의미가 있을 것이다. 이에 앞으로 신중하고도 세밀한 검토를 통해 사회적 가치가 위협받지 않으면서도 각 개

인들의 생명권, 건강권, 재산권 등이 최대한 보장될 수 있도록 하는 법과 정책이 강구되어 국제적 수준에서도 보조생식술에 관한 한 발전되어 있는 세계적인 수준의 기술만큼이나 인정받을 수 있어야 할 것이다. ㉞

색인어

보조생식술, 불임/난임, 생명윤리 및 안전에 관한 법률, 배아, 생식세포/난자/정자

An Examination of the Current Legislation and Policies Concerning the Use of ART in Korea

Eun-Ae Kim*

Abstract

The Korean Bioethics and Safety Act contains specific laws concerning the buying and selling of gametes, egg donations, and compensation for egg donors. This legislation helps to protect the human rights of those who use assisted reproductive technology (hereafter, ART). However, this article argues that the laws outlined in the Bioethics and Safety Act are insufficient to deal with all of the ethical and policy issues raised by the use of ART. Additional laws or policies are needed to establish good criteria for the number of embryos created in ART procedures, limitations (if any) on surrogate parenting and posthumous reproduction, the exact requirements of informed consent, and procedures enabling individuals to determine how their embryos or gametes are used.

keywords

assisted reproductive technology, infertility, Bioethics and Safety Act, embryo, gamete/egg/sperm

* Research professor, Ewha Institute for Biomedical Law and Ethics

