

한국 트랜스젠더 의료접근성에 대한 시론

이 호 림

(고려대학교)

이 혜 민

(고려대학교)

윤 정 원

(연세대학교)

박 주 영

(고려대학교)

김 승 섭*

(고려대학교)

한국에서 트랜스젠더의 의료접근성에 대한 논의는 전무하다. 본 연구는 한국 트랜스젠더의 의료접근성을 제도적 측면과 의료공급자 측면으로 나누어 살펴보고, 이와 관련한 외국의 현황과 그동안 진행된 논의를 소개하고자 한다. 트랜스젠더는 성별위화감 진단, 호르몬요법, 성전환수술 등의 성별 트랜지션(gender transition) 관련 의료적 조치와 더불어 성별정체성을 고려한 생애주기별 일반 건강관리 등과 같은 고유한 의료적 필요를 가지고 있다. 그러나 현재 한국에서는 트랜지션과 관련하여 의료적 조치에 대한 의료보장의 부재와 트랜스젠더에 대한 의료진의 편견 및 숙련된 의료진의 부족으로 인해 트랜스젠더의 의료접근성은 심각하게 제한되고 있다. 외국 연구들은 트랜지션 관련 의료보장의 부재는 호르몬 자가처방이나 자가거세 등을 증가시켜 건강을 해치며, 삶의 만족도를 떨어트린다는 점을 보여주고 있다. 이러한 결과에 기반하여 전 세계 118개국 중 43개국에서는 호르몬요법 또는 성전환수술을 의료보장에 포함하고 있으며 트랜스젠더 친화적인 숙련된 의료진을 양성하기 위해 의학교육과 의료진 수련 과정에서 다양한 시도가 모색되고 있다. 트랜스젠더에게 의료접근성은 신체적·정신적 질병을 치료하거나 예방하기 위해 필요한 것 이상의 의미를 지니는 중요한 삶의 조건이다. 한국 트랜스젠더의 의료접근성을 높이기 위한 적극적인 논의와 정책 수립이 필요한 시점이다.

주요용어: 트랜스젠더, 의료접근성, 의료적 트랜지션, 성전환수술, 의료보장

풍부한 조언으로 도움을 주신 SOGI 법정책연구회와 트랜스젠더 인권단체 조각보 활동가 분들께 감사드립니다.

* 교신저자: 김승섭, 고려대학교(ssk3@korea.ac.kr)

■ 투고일: 2015.10.23 ■ 수정일: 2015.12.17 ■ 게재확정일: 2015.12.21

I. 서론

1. 트랜스젠더와 의료접근성

트랜스젠더(transgender)는 스스로 정체화하고 표현하는 성별정체성(gender identity)이 태어날 때 지정된 성별(assigned gender at birth)과 일치하지 않는 사람들을 지칭하는 포괄적 용어다(American Psychiatric Association, 2011).¹⁾ 성별정체성은 자신을 남성, 여성 또는 제 3의 성별로 느끼는 내적 감정을 말하며, 성별표현(gender expression)은 자신의 성별정체성을 행동이나 옷차림, 머리스타일, 목소리 또는 신체적 특징 등으로 나타내는 방식을 가리킨다(APA, 2011). 트랜스젠더에는 MTF (Male To Female), FTM (Female To male) 등과 같은 정체성이 포함된다. MTF와 FTM은 각각 남성·여성으로 태어났지만, 본인의 성별을 여성·남성으로 여겨 살아가는 사람들을 말하며(APA, 2011), MTF는 트랜스여성 또는 성전환여성, FTM은 트랜스남성 또는 성전환남성으로 칭하기도 한다(Grant et al., 2011).

트랜스젠더에 대한 최초의 의학적 정의는 1980년 미국 정신의학회가 제정한 ‘정신장애 진단 및 통계 편람 3판(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III, 이하 DSM-III)’에 ‘아동의 성주체성장애(Gender Identity Disorder of Childhood)’와 성인 대상 진단명인 ‘트랜스섹슈얼리즘(Transsexualism)’이 등재된 것을 기초로 한다(APA, 1980). 1994년에 개정된 DSM-IV에서는 기존의 진단명을 ‘성주체성장애(Gender Identity Disorder)’로 통합하고, 아동, 청소년, 성인에 대해 각기 다른 진단 기준을 제시하였다(APA, 1994). 하지만 DSM의 성주체성장애라는 진단명은 트랜스젠더라는 정체성 자체를 병리화하며, 비규범적인 성별표현으로 인해 낙인의 대상이 되는 이들에게 정신장애라는 추가적 낙인을 부과한다는 비판을 받아왔다(Drescher, 2010). 이에 미국 정신의학회는 2013년 DSM-5를 발표하며 기존의 성주체성장애를 ‘성별위화감(Gender Dysphoria)’으로 개정하였다(APA, 2013a; APA, 2013c). 이는 트랜스젠더의 성별비순응(gender nonconformity)적 정체성이 그 자체로 정신장애가 아님을 명확히

¹⁾ 트랜스섹슈얼(transsexual), 트랜스베스타이트(transvestite) 등 트랜스젠더와 호환 가능한 유의어가 있다. 용어의 정의와 사용은 시대와 사람에 따라 다르지만, 트랜스젠더가 트랜스섹슈얼, 트랜스베스타이트 등을 아우르는 용어로 사용되므로(Lombardi, 2001), 본문에서는 트랜스젠더로 용어를 통일한다.

하면서, 동시에 진단명을 삭제하지 않음으로써 이들의 의료접근권을 보장하고자 한 조치였다(APA, 2013b; Moran, 2013).

기존 연구들은 트랜스젠더의 건강을 위한 고유한 의료적 필요(transgender-specific medical necessity)에 주목해왔다(Lombardi, 2001; Stroumsa, 2014). 트랜스젠더의 고유한 의료적 필요에는 (1) 효과적이고 안전한 성전환수술(sex reassignment surgery)을 포함한 성별 트랜지션(gender transition) 관련 의료적 조치와 (2) 정신건강을 포함한 일반적인 건강관리 등이 포함된다(Stroumsa, 2014).

성별 트랜지션은 트랜스젠더가 성별위화감을 해결하고 자신의 성별정체성에 부합하는 성별로 살아가기 위한 전환 과정을 뜻한다. 트랜지션은 좁게는 정신과 상담 및 성별 위화감진단, 호르몬요법, 체형 및 성기수술 등의 의료적 조치와 법적 성별정정을 의미하며, 넓게는 성별정체성에 부합하는 성별표현과 성역할의 변화 과정까지 포괄한다(APA, 2011).

트랜스젠더의 고유한 의료적 필요를 트랜지션 관련 의료적 조치로 한정지어 생각하기 쉽다. 그러나 기존 연구들은 트랜스젠더의 경우 건강검진과 같은 일반 건강관리와 정신건강의 측면에서도 장기적이고 지속적으로 고려되어야 하는 부분들이 있다고 지적하고 있다(Lombardi, 2001; Stroumsa, 2014). 예를 들어, 성전환수술을 거친 트랜스젠더의 경우 수술 이후에 새로 재건된 생식기 및 제거되지 않아 간과하기 쉬운 생식기에 대한 주기적인 암 검진이 필요하며, 꾸준히 호르몬요법을 받을 경우 그에 따른 생리적 변화를 감안한 위험질환에 대한 검진 역시 필요하다. 또한 트랜스젠더에게 가해지는 편견이나 차별을 감안할 때 정신건강의 측면에서도 특수한 고려가 필요하다. 6,456명의 트랜스젠더를 대상으로 한 미국 설문조사 결과(Grant et al., 2011)에 따르면, 응답자의 26%가 신체적 폭력을 당한 경험이 있었고, 41%의 응답자가 자살 시도경험이 있는 것으로 응답하여 정신건강 상 취약성이 높은 것으로 나타났다. 한국 성소수자 커뮤니티의 사회적 욕구조사(SOGI 법정책연구회, 2014)에서도 설문조사에 참여한 199명의 트랜스젠더 중 물리적 폭력이나 괴롭힘을 당한 경험이 있다고 응답한 사람이 58.6%였으며, 자살을 시도한 경험이 있다는 응답도 48.2%로 미국의 경우와 비슷한 결과를 보였다.

2. 한국의 트랜스젠더

한국에서 트랜스젠더가 처음 문헌에 등장한 시점을 정확히 알 수 없으나, 1955년 동아일보(1995b)를 통해 국내 최초의 성전환수술 사례가 보고되었으며, 이를 전후로 성전환수술 사례가 신문을 통해 알려졌다.²⁾ 하지만, 당시의 신문기사들은 성전환자·트랜스젠더를 한 인구집단으로 바라보기보다는 개개인의 독특한 사례나 해외의 이색적 사례로 보고한 것에 그쳤다.

트랜스젠더가 인구집단으로 한국사회에 등장한 것은 1990년대 초반에 성전환 수술을 받은 사람들이 법원에 성별정정허가신청을 내면서부터였다(한겨레, 1990a). 당시 공부상 성별정정에 대한 법의 해석과 적용에 관한 대법원 판례가 확립되지 않아, 관할법원에 따라 상반되는 판결이 나오게 되었다(한겨레, 1990a; 한겨레, 1990b). 따라서 트랜스젠더의 성별정정과 관련된 법률적 이슈(동아일보, 1990)가 사회적으로 부각되었고, 동시에 성별정정에 필수적인 의료적 조치가 무엇인가에 대한 논의가 이루어 지기도 했다(경향신문, 1990).

트랜스젠더라는 용어가 보편화되고, 인권단체가 만들어지면서 트랜스젠더가 사회에 전면적으로 등장한 것은 2000년대의 일이다(Yun, 2014). 대중적으로는 2001년 연예인 하리수의 등장이 널리 화제가 되면서 트랜스젠더에 대한 이미지가 형성되었으며, 2006년 ‘성전환자성별변경관련법 제정을 위한 공동연대’가 출범하고, 트랜스젠더인권활동단체 ‘지렁이’가 결성되면서 시민사회에서도 트랜스젠더의 목소리가 들리기 시작했다(Yun, 2014).

아직까지 한국 내 트랜스젠더를 포함한 성소수자 인구집단의 규모는 알려져 있지 않다. 다른 인구집단과 달리, 국가 수준의 건강 연구에서 성적지향이나 성별정체성을 묻는 문항이 포함되어있지 않기 때문이다(Kim & Williams, 2012). 미국의 경우에는 주 정부 수준의 설문조사에 성별정체성을 묻는 질문이 포함되어, 그에 기반 한 추정이 이루어지고 있다. 2007년과 2009년에 메사추세츠에서 진행된 건강 위험 행동 조사

²⁾ 1920년에서 1999년까지 발행된 주요 일간지(경향신문, 동아일보, 매일경제, 한겨레) 뉴스 아카이브 서비스를 제공하는 네이버뉴스라이브러리(<http://newslibrary.naver.com>)에서 ‘성전환’을 키워드로 검색한 결과, 총 438건이 검색되었다. 성전환을 다룬 최초의 기사는 국내에서의 성전환수술 가능성(동아일보, 1955a)에 대한 기사였고, 최초의 성전환수술 사례에 대한 보도(동아일보, 1955b)를 전후로 하여 성전환수술에 대한 보도가 나오면서 성전환에 대한 다수의 기사가 나왔음을 확인할 수 있었다.

에서는 전체 28,622명 중 0.5%가 자신이 트랜스젠더라고 보고하였고(Conron et al., 2012), 2003년 캘리포니아에서 진행된 LGBT (Lesbian Gay Bisexual Transgender; 레즈비언, 게이, 바이섹슈얼, 트랜스젠더) 흡연 조사에서는 응답한 성소수자의 3.2%가 트랜스젠더인 것으로 보고하였으며, 이는 캘리포니아 전체 인구의 약 0.1%로 추정된다고 하였다(Bye et al., 2005). Gates(2011)는 이러한 연구들에 기반 해 미국의 트랜스젠더 인구를 전체의 0.3%로 추정하고 있다. 이를 한국에 대입하면 한국의 인구를 5,000만이라고 할 때, 트랜스젠더의 수는 5만 명에서 25만 명 사이일 것으로 추정할 수 있다.

3. 연구의 목적 및 연구방법

현재 한국에서는 트랜스젠더의 트랜지션과 관련한 의료적 조치인 정신과 진단과 호르몬요법, 외과적 수술 등이 건강보험에서 비급여 항목으로 분류되어 있어, 트랜지션과 관련한 의료적 조치를 위해 필요한 비용은 트랜스젠더 본인이 전액 부담하고 있다. 또한, 의학교육 과정에서 트랜스젠더에 대한 의료인의 문화적 역량(cultural competency) 향상을 위한 교육이 전혀 이루어 지지 않고 있다. 뿐만 아니라, 전문의 수련과정에서 트랜스젠더의 외과적 수술에 대한 교육이 배제되어 수술을 할 수 있는 의사의 수가 매우 적은 현실이다. 이러한 상황에서 한국 트랜스젠더의 의료접근성은 심각하게 제한되고 있다.

그러나 그동안 한국에서 트랜스젠더의 건강이나 의료접근성에 대한 학문적 및 정책적 논의는 거의 이루어지지 않았다. 한국에서 진행된 성소수자의 건강연구를 체계적으로 검토한 이혜민 등(2014)에 따르면, 트랜스젠더에 대한 최초의 의학 논문은 1989년 성전환증 환자 5명에 대한 수술 보고를 한 김태연 등(1989)의 논문이었으며, 이를 포함하여 현재까지 총 26편의 논문이 출판되었다. 하지만 대부분의 연구가 트랜스젠더의 수술 사례보고 등 임상적 연구였으며, 트랜스젠더의 건강에 대한 연구는 매우 부족한 실정이다(이혜민 등, 2014; 손인서, 김승섭, 2015). 나아가, 트랜스젠더의 전반적인 의료접근성, 의료이용 경험에 초점을 맞춘 연구는 현재까지 학술연구로 출판된 바 없다(이혜민 등, 2014). 따라서 트랜스젠더의 의료접근성 관련 현황을 파악할 수 있는 자료는 성소수자 인권단체에서 발간한 보고서와 국가인권위원회 연구용역보고서 정도가 전부인

실정이다(성전환자 인권실태조사 기획단, 2006; SOGI 법정책연구회, 2014; 장서연 등, 2014). 그로 인해, 한국에서는 트랜스젠더의 의료접근성이 얼마만큼 제한되어 있는지에 대한 현황조차 학술적으로 정리되어 있지 않은 상황이다.

따라서 본 연구에서는 트랜스젠더의 고유한 의료적 필요를 정리하고, 한국 트랜스젠더의 건강증진을 위한 의료접근성 향상 방안에 대해 논의하고자 한다.

이를 위해 본 연구에서는 다음과 같은 문헌조사를 수행하였다. 한국 트랜스젠더의 의료접근성과 관련한 실태를 파악하기 위하여, 국내에서 출판된 트랜스젠더 건강 관련 학술 논문과 보고서를 검토하였다. 트랜스젠더의 의료접근성과 관련한 외국의 현황과 논의를 파악하기 위하여 이를 다룬 해외 논문 및 해외 성소수자 단체의 보고서를 일차적으로 검토하였으며, 이와 더불어 트랜스젠더의 고유한 의료적 필요를 파악하기 위하여 ‘세계 트랜스젠더 건강전문가 협회(World Professional Association for Transgender Health, 이하 WPATH)’에서 발간하고 있는 ‘트랜스젠더를 위한 의료표준(Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 이하 트랜스젠더 의료표준)’을 비롯한 트랜스젠더의 의료적 돌봄에 대한 가이드라인들을 검토하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 트랜스젠더에게 고유하게 필요한 의료적 서비스를 성전환수술과 같은 트랜지션 관련 의료적 조치와 정신건강, 건강검진 등과 같은 일반 건강관리로 나누어 정리하고자 한다.

둘째, 한국 트랜스젠더의 의료접근성 실태를 제도적 측면과 의료공급자 측면으로 나누어 파악하고자 한다.

셋째, 트랜스젠더의 의료접근성과 이를 저해하는 요인을 제도적 측면에서 의료보장의 부재와 의료공급자 측면에서 교육의 부재로 나누어 서술하고, 이에 대한 외국의 현황과 논의를 소개하고자 한다.

II. 트랜스젠더의 의료적 필요

1. 트랜지션 관련 의료적 조치

트랜지션과 관련된 의료적 조치는 크게 DSM-5 기준에 따른 성별위화감 진단과 호르몬요법, 성전환수술로 나뉜다. 모든 트랜스젠더가 본인이 생각하는 성별의 몸으로 바꾸기 위해 의료적 조치를 필요로 하는 것은 아니지만, 트랜지션 관련 의료적 조치는 성별정체성에 부합하는 성별로 살아가기 위하여 신체적 변화를 필요로 하는 사람에게는 필수적인 역할을 한다.

가. 정신과 진단

트랜스젠더는 호르몬 투여나 성전환수술과 같은 트랜지션 관련 의료적 조치 이전에 DSM-5에 등재된 성별위화감 진단을 받을 것을 권고 받는다. 정신과 진단 이후 의료적 조치들이 이에 근거하여 진행된다는 것을 고려할 때, 정신과 진단은 의료적 조치를 향한 관문이라고 볼 수 있다. DSM-5에서 성별위화감 진단의 주요 항목은 개인이 지정 받은 성과 본인이 자각하는 성의 불일치와 이로 인한 고통, 사회적, 직업적 장애를 포함한다(APA, 2013a). 구체적인 진단기준은 아래의 <표 1>과 같다.

표 1. DSM-5의 성별위화감(청소년 및 성인) 진단기준(APA, 2013a)

- | |
|--|
| <p>A. 개인이 지정받은 성별과 자신이 경험하고 표현하는 성별의 불일치가 최소 6개월 이상 지속될 시, 다음 중 2개 이상의 항목에 해당될 때:</p> <ol style="list-style-type: none">1차 성징 및/또는 2차 성징(또는 청소년 초기일 때, 기대하는 2차 성징)과, 개인이 느끼고 표현하는 성별의 불일치불일치로 인해 1차 성징 및 2차 성징을 제거하고 싶은 강한 욕구(또는 청소년 초기일 때, 2차 성징의 발달을 방지하고 싶은 욕구)다른 성별의 1차 성징 및 2차 성징에 대한 강한 욕구다른 성별(또는 지정받은 성별과 다른 대안적인 성별)이 되고 싶은 강한 욕구다른 성별(또는 지정받은 성별과 다른 대안적인 성별)로 대우받고 싶은 강한 욕구다른 성별(또는 지정받은 성별과 다른 대안적인 성별)의 전형적인 감정과 반응을 지니고 있다는 강한 믿음 <p>B. 상기 상태가 임상적으로 유의한 고통을 초래하고 있거나 사회적, 직업적 및 기타 중요한 영역에서 지장을 미침</p> |
|--|

정신과 진단 이외의 의료적 조치의 기준은 WPATH에서 발간하고 있는 트랜스젠더 의료표준(Coleman et al., 2012)과 해외 학회나 성소수자 건강 센터에서 제시하는 트랜지션 관련 의료적 돌봄의 가이드라인(Hembree et al., 2009; Committee on Health Care for Underserved Women, 2011)을 참고할 수 있다. 트랜지션과 관련한 의료적 조치는 비가역적이므로 DSM-5 기준에 따른 진단을 받는 것뿐만 아니라, 당사자가 트랜지션에 대한 심리적 준비가 되어 있는지와 충분한 정신과적 평가과정을 거쳤는지가 중요하다. 트랜스젠더 의료표준은 호르몬요법이나 수술을 고려하기 전에 최소 1년 이상 본인이 원하는 성별로 생활해 볼 것을 권고하고 있으며, 최소 1년 이상 호르몬 요법을 경험한 후 수술을 결정하도록 한다(Coleman et al., 2012).

나. 호르몬요법

호르몬요법은 신체 외형을 개인의 성별정체성에 부합시키기 위한 조치이다. 호르몬 요법만으로도 체형, 피부 및 목소리의 변화를 얻을 수 있다. 6개월 이상 지속할 경우 신체적 변화는 비가역적이기 때문에 일반적으로 정신과 진단 이후에 호르몬요법을 행하도록 권고하고 있으나, 국가별로 차이가 있다(Coleman et al., 2012).

첫째, MTF의 호르몬 투여는 여성 호르몬제과 남성 호르몬 억제제를 통해 체형과 목소리의 변화를 얻기 위해 시행된다. 여성 호르몬제인 에스트로젠은 경구, 근육주사제, 그리고 경피용 젤·패치의 3가지 종류가 있으며, 일반여성의 부인과 질환에 사용하는 용량의 3-5배 정도의 고용량제제이다(Hembree et al., 2009). 남성 호르몬을 억제하기 위한 항안드로젠제제는 남성호르몬인 테스토스테론의 생성과 활성을 감소시키고, 털 생성 및 성욕을 감소시킨다(Coleman et al., 2012). 개개인의 상태 및 약제에 대한 반응에 따라 호르몬 투여 용량은 달라질 수 있으며, 정기적인 혈액검사가 필요하다(CHCUW, 2011; Coleman et al., 2012). 호르몬 투여 이후 1-3개월 내에 성욕과 발기가 감소하고, 3-6개월 내에 피부, 체지방과 근육량이 변화하며, 고환이 위축되고 가슴이 성장한다(Hembree et al., 2009).

표 2. 여성호르몬의 효과와 예상 시기

여성호르몬의 효과	변화 시작 시점	최대 효과 기간
피부 유분 감소	3-6개월	불명
체모 얇아짐, 성장속도 감소	6-12개월	>3년
근육량/근력 감소	3-6개월	1-2년
체지방 재배치	3-6개월	2-5년
성욕감소	1-3개월	1-2년
발기감소	1-3개월	3-6개월
불임	개인차	개인차
고환위축	3-6개월	2-3년
가슴 성장	3-6개월	2-3년

자료: Hembree et al.(2009). 번역.

둘째, FTM의 호르몬 투여 역시 남성 호르몬의 증가와 여성 호르몬의 억제로 나뉜다. 남성호르몬의 용법에는 피하주사와 근육주사 제제가 있는데, 피하주사제제는 혈중 농도가 더 낮기 때문에 항여성호르몬제인 프로세스테론을 병용해야 하는 경우가 많다 (Hembree et al., 2009). 호르몬 투여 이후, 1-6개월 내 피부 유분이 증가하고, 3-6개월 사이 체모 증가, 체지방 재배치, 월경중단, 질 위축이 오게 되며, 6-12개월 사이 근육량 증가 등의 변화를 겪게 된다(Hembree et al., 2009).

표 3. 남성호르몬의 효과와 예상 시기

남성호르몬의 효과	변화 시작 시점	최대 효과 기간
피부 유분 증가, 여드름	1-6개월	1-2년
체모 증가	3-6개월	3-5년
탈모	>12개월	개인차
근육량/근력 증가	6-12개월	2-5년
체지방 재배치	3-6개월	2-5년
월경중지	3-6개월	없음
클리토리스 크기 증가	3-6개월	1-2년
질 위축	3-6개월	1-2년
목소리 변성	3-12개월	1-2년

자료: Hembree et al.(2009). 번역.

MTF와 FTM 모두 호르몬 투여 3개월 이내에 영구적이고 비가역적인 불임이 될 것을 고려해야 한다(Coleman et al., 2012). 또한 호르몬 투여로 인해서 이미 생성된 생물학적 성별에 따른 골격 자체는 변하지 않지만, 얼굴은 최대 2년의 기간 동안 변화가 있을

수 있다. 따라서 성형수술은 호르몬 투여를 최소 2년 이상 시행한 후 고려할 것을 권고한다(CHCUW, 2011; Coleman et al., 2012).

다. 성전환수술

성전환수술은 호르몬요법으로 불가능한 신체적 변화를 얻기 위해 시행된다. 여기에는 안면윤곽성형술, 목젓성형수술, 제모·모발이식수술, 유방 절제·확대술, 지방흡입·지방 이식술 등에서부터, 기존의 체내 생식기를 제거하기 위한 고환·정관절제술, 자궁·난소 난관절제술, 새로운 성기를 만들기 위한 성기재건술 등 다양한 스펙트럼의 수술이 포함된다(Coleman et al., 2012).

성기재건술은 트랜스젠더에 국한된 수술로, 이를 시행하기 위해서는 특수한 지식과 기술을 갖추어야하기 때문에 의료진의 전문적인 수련이 필요하다. MTF의 경우 내성기(난소, 자궁)는 현대의학기술에서 이식이 불가능하기 때문에 제거하는 경우가 많으며, 주로 외성기 재건술을 받는다(Coleman et al., 2012). 음경의 일부를 클리토리스로 재건하고 고환을 절제한 후, 회음부 피부나 직장의 일부를 이용하여 질을 만든다(Coleman et al., 2012). FTM의 수술은 MTF에 비해 난이도가 높고 여러 단계로 진행된다(Coleman et al., 2012). 유방과 자궁, 난소난관을 절제하고, 질 내벽을 봉합한 후 허벅지의 피부 및 근육을 이용하여 음경을 재건한다. 그 이후, 요도조직을 양성하여 생착하기까지 6개월 이상 소요되며, 2번 이상의 수술이 필요하다(Coleman et al., 2012).

2. 일반 건강관리

트랜스젠더는 생애주기에 따른 일반적인 건강관리의 측면에서 추가적으로 고려해야 하는 점이 있다. 첫째, 트랜지션 관련한 의료적 조치에 따라 발생할 수 있는 부작용이다. 둘째, 성전환수술 이후 간과할 수 있는 생식기관 건강에 대한 고려다. 마지막으로 전반적인 정신건강에 대한 고려가 필요하다.

첫째, 호르몬 투여와 관련하여 특별히 유의해야 하는 항목들은 <표3>과 같다. MTF는 여성호르몬 투여로 인해 호르몬 의존성 종양의 위험이 증가할 수 있다고 보고되며,

특히 고용량 에스트로겐 요법을 받는 경우 1년에 한번 이상 프로락틴 수치를 검사하여 종양의 발생가능성을 배제하도록 권고하고 있다(Hembree et al., 2009). 유방암 발생률은 일반 여성에 비해 높지는 않으나, 가족력이 있거나 호르몬 사용기간이 6개월 이상, 또는 비만일 경우 정기적인 유방촬영술이 필요하다(Hembree et al., 2009). 에스트로겐 투여는 심혈관질환 및 고혈압의 위험성이 높으므로, 1-3개월 간격으로 혈압측정을 해야 하며, 필요시 혈압약을 복용해야 한다(Hembree et al., 2009). 고지혈증과 당뇨가 있는 경우에도 에스트로겐 용량의 조절 및 주기적 검사를 요한다(Hembree et al., 2009). 반면 FTM의 테스토스테론 투여는 적혈구증가증 및 혈전생성 위험을 높일 수 있으므로 정기적인 혈액검사가 필요하다(Hembree et al., 2009). 테스토스테론은 체내에서 일정량이 에스트로겐으로 전환되므로 여성호르몬 의존성 유방암, 자궁내막암, 난소암의 위험 역시 증가한다(Hembree et al., 2009).

표 4. 반대 성의 호르몬요법 시 유의해야 할 내과적 합병증

	MTF 에스트로겐	FTM 테스토스테론
심각한 위험을 가지는 합병증	혈전색전증	유방암, 자궁암 적혈구증가증
중등도의 위험을 가지는 합병증	프로락틴분비 뇌하수체종양, 심각한 간수치 상승(정상의 3배 이상), 유방암, 심혈관계 질환, 뇌혈관계 질환, 심한 편두통	심각한 간수치 상승 (정상의 3배 이상)

자료: Hembree et al.(2009). 번역.

둘째, 성전환수술에 따라 고려해야 할 사항이 존재한다. MTF가 질과 자궁경부 재건술을 받은 경우에는 일반여성에 준해서 자궁경부암검사를 받도록 권장한다(Hembree et al., 2009). 또한 성기수술 후에도 전립선은 남아있는 경우가 많기 때문에, 일반남성에 준해서 전립선암 고위험군에서는 선별검사가 필요하다(Hembree et al., 2009). FTM의 경우에는 유방, 질, 난소, 자궁이 남아 있을 경우 이에 대한 암검사를 간과하기 쉬운데, 이 역시 일반여성에 준하여 검사받아야 한다(Hembree et al., 2009).

셋째, 트랜스젠더의 정신건강에 대한 고려가 필요하다. 트랜스젠더는 성별위화감으로 인한 정신적 고통뿐만 아니라, 성소수자에게 가해지는 사회적 편견과 낙인으로 인한 소수자 스트레스를 경험할 가능성이 높다(IOM, 2011). 트랜스젠더의 정신건강과 관련

하여 고려되어야 할 문제는 불안, 우울, 자해, 학대나 방치 경험, 충동, 약물 남용, 성적 고민(sexual concerns) 등이 있다(Coleman et al., 2012). 이러한 사항은 의료적 조치에 대한 결정 및 결과만이 아니라 전반적인 삶의 질에도 영향을 미칠 수 있기 때문에 정신과 의사, 임상심리사 등 트랜스젠더를 대하는 정신건강 전문가들의 문화적 역량에 대한 교육이 권고되고 있다(CHCUW, 2011; Coleman et al., 2012).

III. 트랜스젠더의 의료접근성

선행연구는 트랜스젠더의 의료접근성을 낮추는 요인으로 크게 두 가지 측면을 언급하고 있다(Stroumsa, 2014). 첫째는 의료보장의 부재와 같은 제도적인 요인이고, 둘째는 트랜스젠더에 대한 편견과 무지, 진료를 위한 기술을 갖춘 전문적 의료진의 부재와 같은 의료공급자 측면의 요인이다. 본문에서는 이 두 가지 측면에서 한국 트랜스젠더의 의료접근성 실태와 외국의 논의를 알아보고, 트랜스젠더 의료접근성에 대한 외국의 주요 현황을 소개하고자 한다.

1. 제도적 측면: 트랜스젠더의 의료보장

가. 한국 트랜스젠더의 의료보장 실태

한국 트랜스젠더의 의료 실태를 파악할 수 있는 학술논문은 없지만, 2006년과 2014년에 발간된 성소수자 인권단체의 보고서 및 연구용역보고서를 통해 한국 트랜스젠더의 의료 현황을 대략적으로 파악할 수 있다(성전환자 인권실태조사 기획단, 2006; SOGI 법정책연구회, 2014). 두 보고서는 한국 트랜스젠더의 상당수가 트랜지션과 관련한 의료적 조치를 받고 있으며, 현재 의료적 조치를 받지 않는 이들도 의료적 조치의 욕구를 가지고 있음을 보여준다. 성전환자 인권실태조사 보고서(기획단, 2006)에 의하면, 조사 대상자 78명 중 52명(66.7%)이 호르몬 투여를 하고 있으며, 28명(35.9%)이 난소·정소 제거수술, 22명(28.2%)이 성기성형수술을 받은 것으로 나타났다. 또한 호르몬 투여를 하지 않은 응답자 26명 중 12명(57.1%)이 호르몬 투여 계획을 가지고 있었으며, 수술

경험이 없는 응답자 53명 중 42명(79.2%)이 수술 계획이 있다고 답했다. 또한 한 차례라도 성전환 관련 수술을 받았던 응답자 42명 중 30명(71.4%)이 추가 수술 계획을 가지고 있다고 응답했다(기획단, 2006). LGBTI 커뮤니티 사회적 욕구조사에 참여한 199명의 트랜스젠더 중 정신과 진단을 포함한 의료적 조치를 한 가지 이상 받은 이들은 105명(52.8%)으로 과반수를 차지했으며, 정신과 진단 이외의 내·외과적 의료적 조치를 받은 이들은 61명(30.7%)이었다(SOGI 법정책연구회, 2014). 또한 내·외과적 의료적 조치를 받지 않은 138명 중 120명(87.0%)이 적어도 하나 이상의 의료적 조치를 “언젠가 하기를 원한다”고 응답하여, 의료적 욕구를 가진 이들이 절반 이상이었다(SOGI 법정책연구회, 2014).

하지만 현재 한국에서는 트랜지션과 관련한 정신과 진단과 호르몬요법, 외과적 수술 등이 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목이므로 한국의 트랜스젠더들은 의료적 조치를 위해 필요한 높은 비용을 전액 본인이 부담하고 있다. 이러한 비용 부담은 트랜스젠더가 의료적 조치를 선택하는 데 장벽으로 작용하고 있다. 2006년 실태조사에 따르면 일상생활에서 부담되는 지출항목을 묻는 질문에 가장 높은 비율인 28.9%가 성전환수술을 위한 수술비용이라고 응답했다(기획단, 2006). 2014년 LGBTI 사회적 욕구조사에서 현재 호르몬요법을 하지 않고 있거나, 중단한 적 있는 경우의 이유에 대해 가장 높은 비율인 27.1%(54명)가 “경제적 부담 때문에”라고 답했으며, 성전환수술의 경우에는 47.7%(95명)가 경제적 부담 때문이라고 응답했다(SOGI 법정책연구회, 2014).

SOGI 법정책연구회(2014)는 수술을 받은 트랜스젠더에게 성전환수술에 소요된 비용을 조사하였다. 각 수술에 소요된 금액의 평균치를 구한 결과, MTF는 고환·정소 제거수술에 평균 200만원을 지출하였으며, 성기성형수술에 평균 1,231만원을, 가슴수술에 683만원을, 기타 수술에 1,990만원을 지출한 것으로 나타났다(SOGI 법정책연구회, 2014). FTM은 평균적으로 난소·자궁 제거수술에 366만원을, 성기성형수술에 1,883만원을, 가슴수술에 406만원, 기타 수술에 650만원을 지출하였다(SOGI 법정책연구회, 2014).

나. 트랜스젠더 의료보장의 필요성

최근 의학 전문가들은 의료적 트랜지션을 미용 목적의 성형수술이나 실험적 시술로 바라보는 것이 아니라, 의료보장이 필요한 의료적 조치로 다루어야 한다는 점에 합의

하고 있다. 트랜스젠더 의료표준을 발간하고 있는 WPATH에서는 성전환수술과 호르몬요법을 성별위화감의 해결에 필수적인 의료적 조치로 바라보고 있다(Coleman et al., 2012). 미국 의학 협회도 결의안을 통해 의료적 조치의 효과를 인정하며, 의료적 조치를 공공 및 민간 의료보험이 보장해야 한다는 입장을 명확히 하였다(American Medical Association, 2008).

이러한 변화는 트랜스젠더에게 트랜지션 관련 의료적 조치가 미치는 긍정적 영향과 의료적 조치가 의료보장에서 배제될 경우에 나타날 수 있는 문제점들을 보여주는 연구들에 기반하고 있다. 기존 연구들은 의료적 조치를 받은 트랜스젠더가 압도적으로 높은 만족도를 나타내고 있다고 보고하고 있다. 1,833명의 트랜스젠더를 연구한 28개의 논문을 메타분석한 연구에 따르면, 호르몬요법을 포함한 트랜지션 관련 의료적 조치를 받은 트랜스젠더에서 삶의 만족도가 유의하게 높은 것으로 나타났다(Murad et al., 2010). 의료적 조치를 받은 사람의 80%에서 성별 위화감이 호전되었으며, 80%에서 삶의 만족도가 증가했다(Murad et al., 2010). 또한 의료적 조치를 후회하는 MTF는 1-1.5% 사이, FTM은 1% 미만으로 극히 적은 것으로 알려졌다(Pfafflin, 1993). 반면, 트랜스젠더가 적절한 의료적 조치를 받을 수 없는 경우에 정신건강이 악화될 수 있다고 알려져 있다(AMA, 2008; Coleman et al., 2012). 314명의 미국 MTF를 대상으로 한 조사(Wilson et al., 2015)에서는 조사대상자 중 히스패닉과 흑인 트랜스여성이 의료적 조치인 가슴성형과 성기성형을 백인에 비해 상대적으로 적게 이용하고 있었으며, 이와 같은 의료적 조치를 받지 못한 집단에서는 폭음, 자살사고, 약물남용 등이 유의하게 높게 나타났다(Wilson et al., 2015).

트랜지션 관련 의료적 조치가 의료보장에서 배제될 때 발생할 수 있는 첫 번째 문제점은 호르몬 자가처방이나 자가거세 등의 자가시술과 그에 따른 건강에 대한 부정적 영향이다. 호르몬 처방의 경우 개인의 의학적 상태를 감안한 용량 조절이 매우 중요함에도 불구하고, 미국의 경우 지역에 따라 23-70%의 트랜스젠더들이 호르몬 자가처방을 하고 있는 것으로 보고되고 있다(Sanchez et al., 2009). 호르몬 자가처방을 할 경우, 부작용이나 위험성에 대한 정보를 알기 어렵다는 점에서 건강을 해칠 수 있는 위험요인이 된다. 미국 뉴욕의 MTF 101명을 대상으로 한 조사(Sanchez et al., 2009)에 따르면, 의사의 처방을 받아 호르몬요법을 받는 이들은 그렇지 않은 이들 보다 호르몬요법 시 건강위험요인이 될 수 있는 흡연이나, 주사바늘 재사용과 같은 건강위험행위를 유의미하게 적게 하는 것으로 나타났다(Sanchez et al., 2009). 또한 세계적으로 MTF의

자가거세에 대한 증례보고도 지속적으로 이루어지고 있다(Lowy & Kolivakis, 1971; Haberman & Michael, 1979; Krieger et al., 1982; McGovern, 1995; Nakaya, 1996; Murphy et al., 2001; St Peter et al., 2012; Kai et al., 2014). 고환을 제거하면 호르몬의 요구용량 및 필요성이 낮아지기 때문에, MTF는 수술이 지연되거나 비용부담의 문제로 수술이 어려운 경우에 스스로 고환제거술을 시행하는 것과 같은 극단적인 선택을 하기도 하는 것이다(Murphy et al., 2001).

의료보장의 부재가 자가시술에 어떤 영향을 미치는지를 극명하게 확인할 수 있는 사례로 2000년대 초반 캐나다 온타리오 주의 경험이 잘 알려져 있다. 1998년, 의료 전문가들의 동의 없이 온타리오 건강 보장 프로그램에서 성전환수술이 삭제되면서 이후 10년 동안 성전환수술을 원하는 트랜스젠더는 모두 본인부담으로 수술해야 했다. 이러한 제도의 변화 이후, 433명의 트랜스젠더를 조사한 연구에 따르면 조사대상자의 43%가 호르몬요법 중이었으나 이들 중 25%가 의사처방 없이 호르몬제를 투여한 경험이 있었으며, 5명은 스스로 고환적출술이나 유방절제술 등을 시도한 경험이 있음을 보고 했다(Rotondi et al., 2013).

다. 외국의 트랜스젠더 의료보장 현황

의료적 트랜지션에 대한 의료보장은 트랜스젠더의 의료접근성을 향상시킬 수 있는 방안 중 하나다. 과거에는 호르몬요법과 성전환수술을 미용목적의 시술이나 실험적 요법으로 보아 의료보장 적용대상에 포함하지 않는 국가가 많았다. 하지만, 의료적 조치의 필수성과 효과성이 입증되면서 의료전문가들은 의료적 트랜지션이 의료보장의 범위에 포함 되어야 한다는 점에 일치된 목소리를 내고 있다(AMA, 2008; Coleman et al., 2012). 또한, 트랜스젠더의 의료적 조치를 의료보장의 적용대상으로 삼는 국가의 수도 증가하고 있으며, 보장되는 시술의 범위도 확장되고 있는 추세다.

유럽의 트랜스젠더 인권 단체인 트랜스젠더 유럽(Transgender Europe)은 2014년 세계 116개 나라의 트랜스젠더 관련 법률적 및 사회적 상황을 조사하여 체계적으로 정리하는 연구 프로젝트를 진행했다(Transgender Europe, 2014). <표 5>는 트랜스젠더의 의료적 트랜지션에 대한 국가별 의료보장에 대한 내용을 바탕으로 조사대상 국가에 포함되지 않은 미국과 캐나다에 대해 별도의 문헌조사(Snelgrove et al., 2012; National Center for Transgender Equality, 2014a; Stroumsa, 2014)를 수행하여 총

118개국의 의료보장 상황을 요약, 정리한 것이다. 나라별로 제도의 형태는 상이하지만, 국가건강보험(National Health Insurance)이나 기타 공공의료체계(Public Health System)에서 의료적 조치의 비용을 부담하는 경우에는 의료보장을 하고 있다고 표시하였다. 또한 가슴 제거·확장 수술, 고환제거수술 등 주요 성전환수술 12가지 중 한 종류라도 공공의료체계에서 비용을 부담하는 경우 보장하고 있다고 표시하였다.

표 5. 트랜스젠더의 트랜지션 관련 의료적 조치에 대한 국가별 의료보장 현황(총 118개국)

보장범위		국가	
호르몬 요법	성전환 수술		
○	○	유럽	오스트리아, 벨기에, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아**, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 루마니아, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국
		아메리카	미국, 캐나다*, 브라질***, 칠레, 콜롬비아***, 쿠바, 에콰도르, 멕시코
		아시아	홍콩, 인도*, 이스라엘
		오세아니아	뉴질랜드
○	X	유럽	불가리아, 에스토니아, 그리스, 폴란드
		아메리카	엘살바도르, 니카라과
X	○	유럽	크로아티아, 몬테네그로, 러시아, 터키
		아메리카	아르헨티나
		아시아	카자흐스탄
		오세아니아	호주
X	X	유럽	알바니아, 아르메니아, 아제르바이잔, 보스니아-헤르체코비나, 키프로스, 조지아, 코소보, 라트비아, 리투아니아, 마케도니아, 몰타, 몰도바, 세르비아, 우크라이나
		아메리카	바베이도스, 벨리즈, 네덜란드령 카리브, 아이티, 자메이카, 페루, 푸에트리코, 세인트키츠 네비스*, 세인트빈센트 그레나딘, 신트마르틴**, 수리남, 트리니다드 토바고, 베네수엘라
		아시아	동티모르, 인도네시아, 일본, 키르기스스탄, 말레이시아, 몽골, 필리핀, 싱가포르, 대한민국, 타지키스탄, 태국, 우즈베키스탄
		오세아니아	아메리칸사모아, 쿡제도*, 피지, 괌, 키리바시, Нау루, 뉴칼레도니아, 니우에, 파푸아뉴기니, 사모아, 솔로몬제도**, 타히티, 토켈라우*, 통가, 투발루
		아프리카	앙골라, 보츠와나, 이집트, 케냐, 나미비아, 나이지리아*, 남아프리카공화국, 우간다, 잠비아
정보 없음		유럽	안도라, 벨라루스, 체코, 리히텐슈타인, 룩셈부르크, 모나코, 산마리노
		아메리카	안티гу아 바부다, 바하마

*지역에 따라 다름, **성전환수술은 전국에서 보장, 호르몬요법은 지역에 따라 다름. ***호르몬요법은 전국에서 보장, 성전환수술은 지역에 따라 다름.

†성전환수술에 대해서는 정보 없음, ††호르몬요법에 대해서는 정보 없음

<표 5>의 118개국 중 43개국이 어떤 방식으로든 한 가지 이상의 의료적 트랜지션을 보장하고 있는 것으로 나타났다. 유럽의 경우, 조사대상 49개국 중 절반 이상을 차지하는 26개국에서 의료적 트랜지션에 의료보장이 적용되고 있었다. 하지만 유럽에서도 의료보장이 적용되는 시술의 종류는 국가별로 상이했다(Transgender Europe, 2014). 또한 개별 사례를 미용 목적의 시술이나 실험적 요법으로 판단하여 의료보장의 적용을 거부당하는 경우가 많은 것으로 나타났다(OBE et al., 2008; European Union Agency for Fundamental Rights, 2014). 2007년 유럽연합 내 22개국 2,575명의 트랜스젠더를 대상으로 한 조사 결과에 의하면, 82% 이상의 응답자가 호르몬요법에 대한 의료보장 적용을 거부당한 경험이 있다고 응답했으며, 83% 이상의 응답자가 최소 수준의 성전환수술에 대한 보장 적용을 거부당한 경험이 있다고 밝혔다(OBE et al., 2008)

미국의 경우, 의료보장체계는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 등 공공 영역의 의료보장제도와 민간의료보험으로 나뉘어있다. 미 연방정부가 지원하는 65세 이상 노인 대상 의료보장제도인 메디케어는 호르몬요법과 성전환수술을 보장하고 있으며, 메디케어의 적용을 받는 이들이 성별표지에 무관하게 필요한 의료보장을 받을 수 있도록 하고 있다(NCTE, 2014a; Stroumsa, 2014). 65세 이하 저소득층과 장애인에 대한 의료보장제도인 메디케이드(Medicaid)의 경우는 주 정부 별로 달리 운영되고 있어, 지역에 따라 의료적 트랜지션의 보장 여부가 다르다(Stroumsa, 2014). 미국에서는 대부분의 민간보험이 명시적으로 보장대상에서 의료적 트랜지션을 제외하고 있으나 보험사에 따라 보장하는 경우가 있으며 성소수자 인권단체에서는 이를 목록화하여 소개하고 있다(Human Rights Campaign, 2012). 의료보장의 빈틈을 메우기 위해 뉴욕, 캘리포니아 등 2015년 기준 총 9개 주(CA, CO, CT, DC, IL, MA, NY, OR, VT)에서 메디케이드와 민간의료보험의 트랜스젠더 배제를 금지하는 정책을 시행하고 있으며, 워싱턴과 네바다에도 일부 금지하는 정책이 있다(NCTE, 2014b). 하지만 2011년 미국에서 수행된 연구에 따르면, 6,436명의 트랜스젠더 중 공공부조의 대상이 아니지만 민간보험에 가입하지 못해 의료보장을 받을 수 없는 사람이 19%로 아직 트랜스젠더의 의료 사각지대가 남아있는 것으로 알려졌다(Grant et al., 2011). 캐나다는 주 정부에 따라 정책이 다르지만 온타리오, 브리티시컬럼비아 등 대부분의 주에서 의료보장이 되고 있다(Snelgrove et al., 2012). 남미에서도 브라질 등 6개국에서 호르몬요법과 성전환수술이 의료보장 대상에 포함되어 있으며, 엘살바도르와 니카라과는 호르몬요법을,

아르헨티나는 성전환수술을 보장하고 있었다.

아시아와 아프리카, 오세아니아는 유럽과 아메리카에 비해 의료보장 수준이 낮은 편이었다. 아시아 지역의 경우, 홍콩과 이스라엘, 카자흐스탄, 인도의 일부 지역을 제외하고는 한국을 포함한 대부분의 국가에서 의료적 트랜지션이 의료보장에서 배제되어 있기 때문에, 트랜스젠더들은 높은 비용을 스스로 부담해야 하는 상황이다(Health Policy Project et al., 2015). 아프리카의 경우 의료적 조치에 대해 의료보장이 적용되고 있는 국가는 전무했다. 오세아니아는 호르몬요법과 성전환수술을 보장하는 뉴질랜드와 성전환수술만을 보장하는 호주를 제외한 조사대상 국가들에서는 의료적 조치가 의료보장에서 배제되어 있었다.

2. 의료공급자 측면: 트랜스젠더 관련 의학 교육·수련

가. 한국 트랜스젠더 관련 의학 교육·수련 실태

한국의 제도권 의료교육에는 트랜스젠더와 관련된 교육 과정이 전무하다. 따라서 일선 임상 의사의 트랜스젠더에 대한 인식은 일반인의 수준과 다르지 않을 것으로 추정되지만, 의료진의 트랜스젠더에 대한 인식을 파악할 수 있는 연구는 아직 없다. 또한 트랜스젠더의 의료적 조치에 대한 학회 차원의 지식 전달이나 수련, 가이드라인도 부족하다. 따라서 의료적 조치를 필요로 하는 한국 트랜스젠더는 의료기관에서 적절한 케어를 받기 어려운 상황이며, 전반적인 건강관리를 위해 의료기관을 방문하는 경우에도 트랜스젠더에 대한 의료진의 편견을 마주하거나 차별을 경험할 가능성이 높다.

2006년 발간된 성전환자 인권실태조사 보고서(기획단, 2006)에 의하면, 호르몬제를 투여하는 트랜스젠더 70명 중 17.1%가 호르몬 처방을 받기 전에 어떤 정신과 진료도 받지 않았다고 답했으며, 호르몬 투여 방법에 대해서도 전체의 30%만이 병원에 정기적으로 방문해 주사를 맞는다고 응답하였다. 이러한 결과는 호르몬요법 과정에서 필요한 전문적이고, 지속적인 관리가 현실에서는 이루어지지 않고 있음을 보여준다.

트랜스젠더가 의료기관에서 차별이나 무례를 경험하는 경우도 많았다. 2014년 LGBTI 사회적 욕구조사(SOGI 법정책연구회, 2014)에 참여한 트랜스젠더 199명 중 ‘병원에서 차별 받거나 무례한 대우를 받는 것이 걱정되어 병원에 가지 않거나 미룬

적이 있다고 응답한 사람이 전체의 43.7%(87명)이었으며, '의료진에게 차별적 대우를 받거나 모욕을 받은 적이 있다고 응답한 사람이 21.1%(42명)이었다. 또한 '적합한 의료적 조치를 받기 위해 의료진에게 트랜스젠더·간성에 대해 가르쳐줘야 한 적이 있다고 응답한 사람이 34.7%(69명)이었다. 또한 실제 '의료진에게 치료를 거부당한 적이 있다는 답은 전체의 6.0%(12명)이었다. 2014년 성적지향·성별정체성에 따른 차별 실태조사(장서연 등, 2014)에서는 의료기관 이용경험이 있는 트랜스젠더 78명이 설문문에 응답했는데, 성전환 관련 의료 경험에서의 차별경험으로 '성전환과 관련된 의료적 조치에 대해 건강보험 적용을 받지 못함'이라는 응답이 50.7%로 가장 높은 비율을 차지했으며, '의사 등 의료인이 성전환과 관련된 의료적 조치에 관한 지식이 부족해 다른 병원을 알아봄'이 39.4%, '성전환 관련 상담, 진단, 의료조치를 거부당함'이라는 응답이 14.1%를 각각 차지하였다.

나. 트랜스젠더 관련 의학·수련의 필요성

외국에서도 트랜스젠더에 관한 의학 교육 및 수련의 상황은 한국과 크게 다르지 않았으나, 최근 이와 관련한 문제의식이 널리 퍼지고 있다. 외국의 논의는 크게 성소수자 진료를 담당할 의료진 수련 프로그램의 부족과 성소수자에 대한 편견이 방치되고 있는 의학 교육 과정으로 나뉜다(Stroumsa, 2014).

첫째로 트랜스젠더에게 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는 전문 의료 인력이 부족하다. 미국의학연구소(The Institute of Medicine, IOM)의 보고서에서는 트랜스젠더를 포함한 성소수자 환자에게 필요한 의학적 서비스를 제공할 수 있는 지식과 감수성을 지닌 임상전문의가 부족하다는 점을 지적하고 있다(IOM, 2011).

미국에서는 1970년대부터 의학 논문을 통해 트랜스젠더의 트랜지션과 관련된 의료적 시술 경험을 공유해왔지만(Edgerton et al., 1970; Laub & Ascough, 1970; Stinson, 1972), 조직차원에서 본격적으로 트랜스젠더의 건강문제를 다루기 시작한 것은 2010년 이후다. 트랜스젠더의 건강을 전문적으로 다루는 전국 트랜스젠더 건강 회의(National Transgender Health Summit), 필라델피아 트랜스 건강 컨퍼런스(Philadelphia Trans Health Conference) 등의 학회가 2000년 이후에 시작되었으며, 관련된 의학 가이드라인(Feldman & Goldberg, 2006; Bockting et al., 2007; Hembree et al., 2009;

Coleman et al., 2012)도 출판되었다. 2015년 가을에는 트랜스젠더의 건강과 보건의료 이슈에 대한 연구를 출판하는 첫 저널(Transgender Health)이 창간되어 관련 연구를 종합적으로 공유할 수 있게 되었다. 그러나 2009-2010년에 진행된 연구에서 미국과 캐나다의 176개 의과대학 중 각각 30.3%, 34.8%만이 성별 트랜지션과 성전환수술에 대한 교육 과정을 가지고 있었고(Obedin-Maliver et al., 2011), 2012년을 기준으로 미국에서 트랜스젠더의 성기재건수술을 할 수 있는 외과의는 6명에 불과하였다(Stroumsa, 2014). 이와 같은 의료공급자의 부족은 트랜스젠더가 의료 서비스를 이용하는데 장벽으로 작용하고 있다.

둘째, 정규 의학 교육에서 성소수자를 진료하는 과정에서 필요한 문화적 역량에 대한 교육이 부재하여, 의료 제공자들이 가질 수 있는 성소수자에 대한 편견이 방치되어 있다. 미국 샌프란시스코의 유색인종 MTF 48명을 대상으로 한 질적 연구에서는 대다수의 응답자가 의료 서비스 이용과정에서 편견과 차별을 경험한 적이 있었으며, 그 이유로 트랜스젠더의 의료적 욕구에 관한 의료종사자 교육의 부족을 꼽았다(Nemoto et al., 2005). 여러 연구들은 트랜스젠더에 대한 편견을 가진 의료진으로부터 경험하는 차별이 트랜스젠더의 의료접근성을 저해한다는 점을 지적하고 있다(Cobos & Jones, 2009; Poteat et al., 2013).

이러한 현실에 대한 문제의식을 바탕으로 미국에서는 1990년대부터 성소수자에 대한 편견을 바로잡고 적절한 문화적 역량을 키우기 위한 의학교육이 부족했다는 성찰이 있었다. Wallick 등(1992)에 따르면, 126개 미국 의과대학 중 응답한 82개의 학교에서 4년의 커리큘럼 중 평균 3.26시간만을 동성애와 관련된 의학교육에 할애하였다. Tesar와 Rovi(1998)의 연구에서도 마찬가지로 조사에 참여한 116개 의과대학 중 응답한 95개의 학교에서 평균 2.5시간만을 동성애·양성애에 대한 의학교육에 할애하였으며, 절반 이상의 학교는 동성애·양성애에 대해서 전혀 가르치고 있지 않다고 응답하였다.

트랜스젠더의 삶에서 의료적 조치의 중요성을 고려할 때, 의료 환경 내에서 차별받지 않는 것은 중요하다. 따라서 트랜스젠더에 대한 존중을 바탕으로 적절한 의료서비스를 제공하기 위한 교육과 훈련은 필수적이다(Sequeira et al., 2012; Dowshen et al., 2014). 트랜스젠더 친화적인 의료환경을 구축하기 위해서는 트랜스젠더가 의료기관에서 마주칠 수 있는 다양한 의료기관 직원들의 문화적 역량을 증진할 수 있는 교육 또한 필요하다(Nemoto et al., 2005).

다. 트랜스젠더 관련 의학 교육·수련 증진을 위한 외국 논의

2013년 기준으로 한국의 병원 및 의원 수는 60,899개, 병의원에 종사하는 의료인 수는 483,943명에 달한다(보건복지부, 2014). 의료기관과 의료인 수 모두 2000년대 초반부터 꾸준히 증가했지만, 트랜스젠더의 고유한 특성을 감안하여 의료서비스를 제공하는 곳은 부족하다.

따라서 한국 트랜스젠더의 의료접근성 향상을 위해 의료공급자 측면에서 개선되어야 할 것은 크게 두 가지로 나뉜다. 첫째, 의학교육 및 수련 과정에서 트랜스젠더를 대상으로 한 트랜지션 관련 의학정보와 지식을 전달하는 것이다. 이는 의료적 트랜지션을 수행하고 트랜스젠더의 건강증진을 도모할 수 있는 의료인력을 확대하기 위한 것이다. 둘째, 트랜스젠더 진료 시 가져야 할 태도와 방식 등 문화적 역량을 제고하기 위한 교육이다. 이는 의료기관 내의 트랜스젠더에 대한 차별과 편견을 없애고 트랜스젠더 친화적인 환경을 만들기 위해서다. 트랜스젠더가 의료적 조치를 받기 위해 방문하는 정신과, 산부인과, 성형외과 뿐 아니라, 일반건강관리를 위해 만나게 될 다양한 전공의 의료진과 직원 역시 관련된 교육이 절실하다(Daniel & Butkus, 2015).

외국연구들은 트랜스젠더 관련 의학교육과 수련을 통해서 의료제공자의 태도에 긍정적인 변화가 있었다고 보고하였다(Kelly et al., 2008; Safer & Pearce, 2013; Porter & Krinsky, 2013). 2004년 미국 캘리포니아 대학에서 진행된 연구에서는 의과 대학에서 성소수자에 관한 교육세션(2시간)을 진행하고 사전·사후 검사를 수행한 결과, 학생들의 트랜스젠더 진료에 대한 신념과 의지, 진료에 대한 인식이 유의하게 높아졌다고 보고하였다(Kelley et al., 2008). 2013년 미국 보스턴 대학에서 의과대학생을 대상으로 한 연구에서도 트랜지션 관련 의료적 조치 등에 대한 교육을 받기 이전에는 38%의 학생이 트랜스젠더 환자 진료가 불편하다고 응답하였으나, 수업 후에는 11%가 불편했다고 응답했다(Safer & Pearce, 2013). 특히 교육 전에는 5%의 학생들이 의료적 트랜지션이 의학의 영역이 아니라고 답했으나, 교육 후에는 모든 학생이 의학 영역이라고 답했다(Safer & Pearce, 2013). 또한 행정직원 등 의료기관 종사자 전반에게 트랜스젠더 관련 교육을 진행했던 메사추세츠의 노인요양시설 연구는 교육 이후 성소수자에 대한 인식이 유의하게 제고된다는 점을 보여주고 있다(Porter & Krinsky, 2013). 이러한 연구결과는 관련 교육이 트랜스젠더 진료에 대한 거부감이나 두려움을 줄일 수 있다는

점을 시사한다.

최근 외국의 단체와 학회를 중심으로 트랜스젠더 진료를 위한 교육과 수련과정을 개발하고 확산하기 위한 다양한 시도가 행해지고 있다. 예를 들어, 선도적으로 트랜스젠더에 대한 정보와 지식, 문화적 역량강화를 위한 교육을 제공해온 WPATH는 자체적으로 트레이닝코스를 제공하고 있다. 이 트레이닝코스는 3일 동안 의사를 대상으로 트랜스젠더 의료표준을 비롯해, 일차의료, 정신건강, 의료적 트랜지션 과정, 트랜스젠더를 둘러싼 법·정책에 대한 교육을 제공하고, 과정을 수료한 이에게 수료증을 수여하고 있다. 미국의 경우, 전국성소수자교육센터(The National LGBT Education Center)에서 온·오프라인 강의를 제공하고 있으며, 캐나다에서는 트랜스 건강 연결 프로젝트(Trans Health Connection Project)가 4일 과정의 오프라인 교육을 제공하며 관련 자료를 배포하고 있다. 또한 성소수자 건강 관련 의학 커리큘럼을 보유하고 있는 대학들의 경우에는 주로 성적지향 및 성별정체성뿐만 아니라 HIV, 간성, 의료 장벽, 정신 건강 문제 등에 대해서 교육하고 있다(Obedin-Maliver et al., 2011).

IV. 결론

본 연구에서는 트랜스젠더의 고유한 의료적 필요를 정리하고, 트랜스젠더의 의료접근성을 제도적 측면과 의료공급자 측면으로 나누어 한국적 상황을 알아보고 외국에서 진행되는 논의를 소개하였다. 앞서 살펴본 바와 같이 트랜스젠더는 고유한 의료적 필요를 지니고 있으며, 이는 트랜지션 관련 의료적 조치만이 아니라 트랜스젠더의 정체성과 트랜지션 여부 그리고 이들을 둘러싼 사회문화적 상황이 고려되는 일반적 건강관리로 나뉜다. 하지만, 한국 트랜스젠더는 트랜지션 관련 의료적 조치를 위한 비용을 모두 스스로 부담하고 있으며, 의료기관에서 의료진의 편견으로 인해 차별을 경험하기도 하고, 성전환수술을 할 수 있는 외과의사의 수가 부족해 어려움을 겪고 있다. 외국 연구에서는 의료적 조치에 대한 의료보장의 부재는 호르몬 자가처방이나 자가거세 등의 자기시술과 그에 따른 건강에 대한 부정적 영향으로 이어질 수 있음을 지적하고 있다. 또한 트랜스젠더가 의료진으로부터 경험하는 차별을 개선하기 위한 교육과 의료적 조치를 시행할 수 있는 역량을 가진 의료진을 양성하기 위한 수련이 필요함을 강조한다.

이러한 상황을 개선하기 위해 제도적 측면에서는 전 세계 118개국 중 43개국에서 의료적 트랜지션을 의료보장에 포함하고 있다. 또한 WPATH와 미국의 전국성소수자 교육센터 등에서는 트랜스젠더 관련 의학교육과 수련을 제공하고 있다.

본 연구의 한계는 크게 두 가지를 제시할 수 있다. 첫째, 한국 트랜스젠더의 건강에 대한 경험적 연구가 부족하여 의료접근성 실태와 그 장벽을 파악하는 데 있어 제한적이었다. 예를 들어, 한국 트랜스젠더의 건강 및 의료접근성 실태와 관련하여 실증조사를 한 문헌은 보고서 3편에 불과했으며, 연구참여자가 200명이 넘는 경우가 없었다. 또한 한국 트랜스젠더의 건강 및 의료접근성에 초점을 둔 경험적 연구가 아직까지 수행된 바가 없기 때문에 이와 관련한 후속 연구가 요청되는 상황이다. 둘째, 의료접근성을 향상시키기 위한 구체적인 정책적 대안에 대한 검토가 부족했다. 본 연구는 트랜스젠더 의료접근성 향상과 관련한 외국의 논의와 사례를 소개하고 나아갈 방향에 대해 제시하기는 했지만, 한국적 맥락에서 정책도입 방안이나 방해요인 등에 대해서는 구체적으로 다루지 못했다.

트랜스젠더가 의료적 트랜지션을 선택하는 이유는 성별위화감을 해결하기 위해서만이 아니다. 의료적 조치는 성별정체성에 부합하는 사회적 삶을 살기 위해서 선택되기도 하며, 신분증명을 위해 요구받는 공적 문서상의 성별을 정정하기 위한 필수적 요건으로 포함되어 있기 때문에 수행되기도 한다. 따라서 의료적 트랜지션을 선택한 트랜스젠더에게 의료접근성은 신체적·정신적 질병을 치료하거나 예방하기 위해 필요한 것 이상의 의미를 지니는 중요한 삶의 조건이다. 하지만 그동안 한국에서 트랜스젠더의 의료접근성에 대한 학문적 논의는 전무했으며, 한국 트랜스젠더는 제한된 자원과 정보에 기대어 의료적 조치를 개별적으로 받아야 했다. 한국 트랜스젠더 삶의 질을 증진하기 위해 트랜스젠더의 건강과 의료접근성에 대한 학문적 관심과 정책적 대안이 요구되는 상황이다. 본 연구에서 소개한 한국 트랜스젠더 의료접근성의 현황과 외국의 논의 및 정책이 향후 연구와 논의에 길잡이가 되기를 기대한다.

참고문헌

- 경향신문. (1990.8.4). “性(성)전환 男性(남성)은 女子(여자)” 대한의학協會(협회) 밝혀.
- 김태연, 정전은, 구상환. (1989). 성전환증 치험례. *대한성형외과학회*, 16(5), pp.735-748.
- 보건복지부. (2014). 2014 보건복지 통계연보. 서울: 보건복지부.
- 동아일보. (1955a.1.23). 韓國(한국)서性轉換(성전환)은可能(가능)?.
- 동아일보. (1955b.8.29.). 最新型(최신형)으로 整髮(정발) - 性轉換第一號趙孃(성전환제일 호조양).
- 동아일보. (1990.6.29). 性(성)변경신청 판결混線(혼선).
- 손인서, 김승섭. (2015). 한국의 차별경험과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰. *보건사회 연구*, 35(1), pp.26-57.
- 성전환자 인권 실태조사 기획단. (2006). 성전환자 인권 실태조사 보고서. 서울: 성전환자 인권 실태조사 기획단.
- 이혜민, 박주영, 김승섭. (2014). 한국 성소수자 건강 연구. *보건과 사회과학*, 36, pp.43-76.
- 장서연, 김정혜, 김현경, 나영정, 정현희, 류민희, 등. (2014). 성적지향·성별정체성에 따른 차별 실태조사. 서울: 국가인권위원회.
- 한겨레. (1990a.6.9). “성 인위적 변경못해” 신청기각.
- 한겨레. (1990b.6.29). 성전환 인정 판결 대전지법.
- SOGI 법정책연구회. (2014). 한국 LGBTI 커뮤니티 사회적 욕구조사 보고서. 서울: 한국게이 인권운동단체 친구사이.
- Committee on Health Care for Underserved Women. (2011). *Committee Opinion Number 512: Health Care for Transgender Individuals*. The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2011). *Answers to your questions about transgender people, gender identity, and gender expression*. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/topics/sexuality/transgender.pdf>.

- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Gender Dysphoria Fact Sheet*. Washington, DC: Author. Retrived from <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2013c). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: Author.
- American Medical Association. (2008). Removing financial barriers to care for transgender patients. *House of Delegates*, 122, p.4.
- Bockting, W. O., Mcgee, D., & Goldberg, J. (2007). *Guidelines for transgender care*. Informa Health Care.
- Bye, L., Gruskin, E., Greenwood, G., Albright, V., & Krotki, K. (2005). *California lesbians, gays, bisexuals, and transgender (LGBT) tobacco use survey - 2004*. Sacramento, CA: California Department of Health Services.
- Cobos, Daniel G., & Jones, Jonathan. (2009). Moving forward: Transgender persons as change agents in health care access and human rights. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), pp.341-347.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., & Feldman, J., et al. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), pp.165-232.
- Conron, Kerith J., Scott, Gunner, Stowell, Grace Sterling, & Landers, Stewart J. (2012). Transgender Health in Massachusetts: Results From a Household Probability Sample of Adults. *American Journal of Public Health*, 102(1), pp.118-122. doi: 10.2105/AJPH.2011.300315.
- Daniel, Hilary, & Butkus, Renee. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Disparities: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians LGBT Health Disparities. *Annals of Internal Medicine*, 163(2), pp.135-137. doi: 10.7326/M14-2482.

- Dowshen, N., Nguyen, G. T., Gilbert, K., Feiler, A., & Margo, K. L. (2014). Improving transgender health education for future doctors. *American Journal of Public Health, 104*(7), e5-6. doi: 10.2105/AJPH.2014.301978.
- Drescher, Jack. (2010). Queer Diagnoses: Parallels and Contrasts in the History of Homosexuality, Gender Variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), pp.427-460. doi: 10.1007/s10508-009-9531-5.
- Edgerton, M. T., Knorr, N. J., & Callison, J. R. (1970). The surgical treatment of transsexual patients. Limitations and indications. *Plastic and Reconstructive Surgery, 45*(1), pp.38-46.
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Being Trans in the European Union - Comparative analysis of EU LGBT Survey data*. Vienna, Austria: Publications Office of the European Union.
- Feldman, Jamie L, & Goldberg, Joshua. (2006). *Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia*. Citeseer.
- Gates, Gary J. (2011). *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/09h684x2>.
- Grant, J. M., Mottet, L., Tanis, J. E., Harrison, J., Herman, J., & Keisling, M. (2011). *Injustice at every turn: A report of the National Transgender Discrimination Survey*. National Center for Transgender Equality.
- Haberman, M. A., & Michael, R. P. (1979). Autocastration in transsexualism. *The American Journal of Psychiatry, 136*(3), pp.347-348.
- Health Policy Project, Asia Pacific Transgender Network, United Nations Development Programme. (2015). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer III, W. J., Spack, N. P., et al. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94*(9), pp.3132-3154. doi: 10.1210/jc.2009-0345.

- Human Rights Campaign. (2012). *Transgender-Inclusive Health Care Coverage and the Corporate Equality Index*.
- Institute of Medicine. (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding*: National Academies Press Washington, DC.
- Kai, F., Motoyama, D., Un-no, T., & Sudoko, H. (2014). Incomplete self-castration by the patient with gender identify disorder: a case report. *Nippon Hinyōkika Gakkai zasshi*, 105(1), pp.26-28.
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A Critical Intervention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Knowledge and Attitude Outcomes Among Second-Year Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 20(3), pp.248-253. doi: 10.1080/10401330802199567.
- Kim, S-S., & Williams, D. R. (2012). Perceived discrimination and self-rated health in South Korea: a nationally representative survey. *PloS one*, 7(1), e30501. doi: 10.1371/journal.pone.0030501.
- Krieger, M. J., McAninch, J. W., & Weimer, S. R. (1982). Self-performed bilateral orchiectomy in transsexuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43(7), pp.292-293.
- Laub, D. R., & Ascough, B. (1970). Transsexual surgery. *California Medicine*, 113(5), pp.68.
- Lombardi, E. (2001). Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health*, 91(6), pp.869-872.
- Lowy, F. H., & Kolivakis, T. L. (1971). Autocastration by a male transsexual. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 16(5), pp.399-405.
- McGovern, S. J. (1995). Self-castration in a transsexual. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 12(1), pp.57-58.
- Moran, Mark. (2013). New gender dysphoria criteria replace GID. *Psychiatric News*, 48(7), pp.9-14.
- Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., et al. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review

- and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical endocrinology*, 72(2), pp.214-231. doi: 10.1111/j.1365-2265.2009.03625.
- Murphy, D., Murphy, M., & Grainger, R. (2001). Self-castration. *Irish Journal of Medical Science*, 170(3), p.195.
- National Center for Transgender Equality. (2014a). *Medicare And Transgender People*. Washington, DC: Author. Retrived from <http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/kyr/MedicareAndTransPeople.pdf>
- National Center for Transgender Equality. (2014b). *Transgender Healthcare Insurance Rules*. NCTE(National Center for Transgender Equality).
- Nakaya, M. (1996). On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*, 29(4), pp.242-248.
- Nemoto, T., Operario, D., & Keatley, J. (2005). Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *International Journal of Transgenderism*, 8(2-3), pp.5-19.
- OBE, Stephen Whittle, Turner, Lewis, Combs, Ryan, & Rhodes, Stephenne. (2008). *Transgender Euro Study: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Belgium: ILGA Europe Transgender Europe.
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., et al. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, 306(9), pp.971-977. doi: 10.1001/jama.2011.1255.
- Pfafflin, Friedemann. (1993). Regrets after sex reassignment surgery. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 5(4), pp.69-85.
- Porter, Kristen E., & Krinsky, Lisa. (2013). Do LGBT Aging Trainings Effectuate Positive Change in Mainstream Elder Service Providers? *Journal of Homosexuality*, 61(1), pp.197-216. doi: 10.1080/00918369.2013.835618.
- Poteat, T., German, D., & Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, 84, pp.22-29.

- Rotondi, N. K., Bauer, G. R., Scanlon, K., Kaay, M., Travers, R., & Travers, A. (2013). Nonprescribed hormone use and self-performed surgeries: “do-it-yourself” transitions in transgender communities in Ontario, Canada. *American Journal of Public Health, 103*(10), pp.1830-1836. doi: 10.2105/AJPH.2013.301348.
- Safer, J., & Pearce, E. (2013). A simple curriculum content change increased medical student comfort with transgender medicine. *Endocrine Practice, 19*(4), pp.633-637.
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P., & Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health, 99*(4), pp.713-719. doi: 10.2105/AJPH.2007.132035.
- Snelgrove, J. W., Jasudavicius, A. M., Rowe, B. W., Head, E. M., & Bauer, G. R. (2012). “Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. *BMC health services research, 12*(1), p.110.
- St Peter, M., Trinidad, A., & Irwig, M. S. (2012). Self-castration by a transsexual woman: financial and psychological costs: a case report. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(4), pp.1216-1219. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02621.x.
- Stinson, B. (1972). A study of twelve applicants for transsexual surgery. *The Ohio State medical journal, 68*(3), pp.245-249.
- Stroumsa, D. (2014). The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks. *American Journal of Public Health, 104*(3), e31-38. doi: 10.2105/AJPH.2013.301789.
- Tesar, C. M., & Rovi, S. L. (1998). Survey of curriculum on homosexuality/bisexuality in departments of family medicine. *Family medicine, 30*(4), pp.283-287.
- Transgender Europe. (2014). *Legal and Social Mapping World #2 Criminalisation, Prosecution, State-Sponsored Discrimination and Hormones, Hormone Therapy and Gender Reassignment Treatment/Surgery*. Retrieved from http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Legal-Social-Mapping2014/web_tvt_mapping_2_EN.pdf.

- Wallick, M. M., Cambre, K. M., & Townsend, M. H. (1992). How the topic of homosexuality is taught at U.S. medical schools. *Academic Medicine*, 67(9), pp.601-603.
- Wilson, E. C., Chen, Y. H., Arayasirikul, S., Wenzel, C., & Raymond, H. F. (2015). Connecting the Dots: Examining Transgender Women's Utilization of Transition-Related Medical Care and Associations with Mental Health, Substance Use, and HIV. *Journal of Urban Health*, 92(1), pp.182-192. doi: 10.1007/s11524-014-9921-4
- Yun, Candy Darim. (2014). *Finding Our Way to the Trans Rights :The history of trans movement in Korea*. Paper presented at the World Pride Human Rights Conference, Toronto, Canada.

이호림은 이화여자대학교 법학과에서 학사학위를, 서울대학교 사회복지학과에서 석사학위를 받았다. 주요 관심분야는 성소수자의 건강, 차별경험과 건강, 사회적 소수자와 인권이다.

(E-mail: keepgoinghr@gmail.com)

이혜민은 고려대학교 일반대학원 보건과학과에서 역학 및 위생관리학 석사과정 중이며, 주요 관심분야는 성소수자의 건강, 차별경험과 건강이다.

(E-mail: hm4723@korea.ac.kr)

윤정원은 연세대학교 의학과를 졸업하고 동 대학 산부인과학교실에서 전문의를 취득한 후 강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 재생산권, 성소수자 건강, 젠더와 건강이다.

(E-mail: erynies4@yuhs.ac.kr)

박주영은 고려대학교 일반대학원 보건과학과에서 박사과정 중이며, 주요 관심분야는 소수자 건강, 불안정 노동과 건강, 여성노동과 건강이다.

(E-mail: fireman@korea.ac.kr)

김승섭은 미국 Harvard University에서 직업역학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 일반대학원 보건과학과와 고려대학교 보건과학대학 보건정책관리학부에서 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 소수자 건강, 차별경험과 건강, 불안정 노동과 건강이다. (E-mail: ssk3@korea.ac.kr)

Transgender People's Access to Health Care in Korea

Yi, Horim

(Korea University)

Lee, Hyemin

(Korea University)

Yoon, Jung Won

(Yonsei University)

Park, Jooyoung

(Korea University)

Kim, Seung-Sup

(Korea University)

This research examined current barriers that prevent transgender people from accessing health care in Korea and reviewed what has been discussed and what efforts have been made in some other countries to improve health care access of transgender people. Transgender-specific medical necessities include not only medical transition but also general health care throughout life course. However, Korean transgender people's access to health care is significantly limited due to the absence of health care coverage on medical transition, cultural prejudice and discrimination of medical personnels, and shortage of well-trained surgeons. Previous literatures reported that lack of health care coverage on medical transition may increase self-prescribed hormone use and self-castration, which can severely damage their health. Currently, 43 out of 118 nations cover transition-related care in national health insurance or public health system. Studies also address that transgender-specific cultural competency educations and training programs are necessary for medical personnels. Future research is required to find effective strategies to improve transgender people's access to health care in Korea.

Keywords: Transgender, Access to Health Care, Medical Transition, Sex Reassignment Surgery, Medical Security