

노동개혁

자, 이제 재생산권이다!

재생산권 확보를 위한 법·제도 개선 방향 모색 토론회

2018. 11. 22(목) 오후 2시~5시
광화문 센터포인트빌딩 지하 1층

주최 :  한국여성단체연합
KOREA WOMEN'S ASSOCIATIONS UNITED

후원 :  한국여성재단
KOREA WOMEN'S FOUNDATION

인 사 말

안녕하십니까.

재생산권 확보를 위한 법·제도 개선 방향 모색 토론회, “자, 이제 재생산권이다” 에 오신 여러분들을 환영합니다.

이맘때쯤이면 낙태죄 위헌 결정이 이뤄지고 대안 모색을 위한 쟁점 논의가 활발하리라는 낙관적 예상과는 달리 헌법재판소의 결정이 미뤄지고 있습니다. 낙태죄는 더 이상 존치되어서는 안 됩니다. 다양한 삶의 맥락 속에 임신 중단을 결정하는 여성들의 상황과 목소리에 사회가 집중해야 합니다. 누구도 차별받지 않는 재생산권의 관점에서 임신중단의 문제를 바라보고 교육과 보건의료 등 각 분야에서 성과 재생산의 권리를 보장하기 위한 제도적 방안을 마련해야 합니다. 이것은 국내외적으로 거스를 수 없는 흐름이자 우리 사회의 지속 가능성을 담보하는 길이기도 합니다.

한국여성단체연합은 2012년에 이어 다시 헌법재판소의 결정 앞에 놓인 낙태죄 폐지를 2018년 핵심 운동 의제로 선정했습니다. 낙태죄 폐지를 위한 직접 행동을 적극적으로 전개하는 한편 재생산권이라는 포괄적이고 통합적인 관점에서 낙태죄 폐지 이후의 대안을 모색하기 위해 TF를 구성하고 논의를 지속해왔습니다. 오늘 토론회는 법, 보건의료, 교육 등 각 분야에서 재생산권을 보장하기 위한 과제는 물론, 운동 현장과 국제적 논의의 흐름을 살펴봤던 TF 결과를 공유하고 쟁점을 함께 논의하고자 마련된 자리입니다. 아직은 대중적으로 낯선 재생산권의 개념을 사회적으로 어떻게 공론화할 것인지, 낙태죄를 비범죄화하고 임신중단권을 보장하기 위한 법제의 방향은 무엇인지, 양질의 재생산 건강 서비스를 보장하기 위한 보건의료제도는 어떠해야 하는지, 이를

위한 운동적 과제는 무엇인지 등에 대해 다양한 논의가 이뤄지기를 기대합니다.

그동안 바쁜 일정 중에도 각 분야의 전문가로서 TF에 함께해주신 고경심, 김민문정, 김정혜, 김진선, 류민희, 박수진, 박현이, 양현아, 이미경, 이한본, 장임다혜, 정미래, 조재연, 천희란, 홍연지, 그리고 여성연합 사무처 활동가들께 감사드립니다. 그리고 토론회에 기꺼이 함께해주신 송다영, 홍찬숙 두 분과 이 사업을 후원해주신 한국여성재단에도 감사드립니다.

한국여성단체연합은 낙태죄의 폐지와 재생산권의 온전한 보장이 이뤄지는 그 날까지 여러분과 함께 싸워나가겠습니다.

2018년 11월 22일

한국여성단체연합 공동대표 백미순 김영순 최은순

차례

[발제]

발제 1

- 재생산권의 개념과 국제적 기준 1
류민희 (공익인권변호사모임 희망을 만드는 법 변호사)

발제 2

- 낙태죄 비범죄화를 위한 형법 개정 방향 8
박수진 (민주사회를위한변호사모임 여성인권위원회)

발제 3

- 임신중단권 보장의 법적 쟁점과 방향 16
김정혜 (한국여성정책연구원 부연구위원)

발제 4

- 양질의 재생산 건강 서비스 접근과 보장을 위한 보건의료 제도 33
고경심 (산부인과전문의 / 인도주의실천의사협의회 이사)

발제 5

- 낙태죄 폐지를 넘어 성과 재생산 건강과 권리로 40
김민문정 (한국여성민우회 상임대표)

[토론]

토론 1

- 54
송다영 (인천대학교 사회복지학과 교수)

토론 2

- 59
홍찬숙 (서울대학교 여성연구소 책임연구원)

별첨문서

- ‘재생산권 확보를 위한 담론 확산 및 입법 방안 검토 TF’ 운영 경과 .. 66

* 용어 설명

“재생산권 확보를 위한 담론 확산 및 입법 방안 검토 TF”에서는 임신을 중단하는 여성의 결정을 존중하는 의미에서 ‘임신 중단’이라는 용어를 사용합니다. 다만, 형법 제269조 ‘낙태죄’와 관련하여 형사 처벌에 관해서는 ‘낙태죄’ 또는 ‘낙태’를, 의료 시술과 관련해서는 ‘인공임신중절’을 사용합니다.

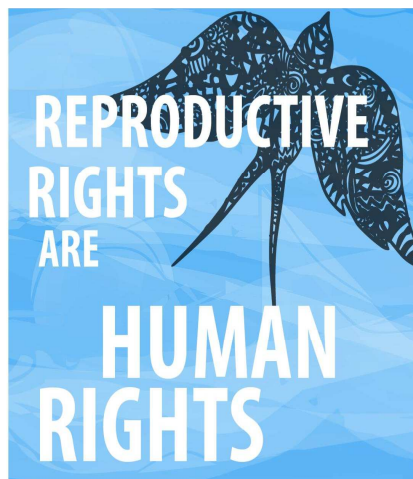
발 제

재생산권의 개념과 국제적 기준

류민희 (공익인권변호사모임 희망을 만드는 법 변호사)

재생산권의 개념과 국제적 기준

공익인권변호사모임 희망을만드는법
변호사 류민희
minhee.ryu@hopeandlaw.org



인권으로서의 재생산권

- ▶ 보통 'SRHR'이라는 영어 줄임말로 불리는 성·재생산 건강 및 권리(Sexual and reproductive health and rights, SRHR)는 서로 중첩되는 4개의 영역을 의미
- ▶ 국내법, 국제인권법, 그리고 기타 합의 문서에 의해 인정된 사람의 성에 관한 상호 연결된 권리의 집합 (개발에서도, SDG 3과5)
- ▶ 인구와 개발에서는 1994년 카이로인구개발회의의 행동계획에서 인지하기 시작함. (그렇다고 해서 이때부터 발견된 권리는 아님)
- ▶ 최근 규범들은 재생산권을 명문화하기도 함 (남아프리카 공화국 제12조 제2항 신체통합성의 권리 중, 장애인권리협약 제26조 건강권 중)



인구와 개발에 대한 권리의 제동

- ▶ 1968년 테헤란 국제인권회의(The International Conference on Human Rights on Teheran in 1968)의 최종 결의서 제16조는 “부모는 자유롭게 책임 있게 그들의 자녀의 수와 터울을 결정할 기본적인 인권을 가진다.”고 명시하고 있다. 이와 같은 자녀의 수와 터울을 결정할 여성의 권리는 1970년대와 1980년대 기타 국제회의에서도 확인
- ▶ 1994년 카이로 ‘인구 및 개발에 관한 국제회의(ICPD)’에서 마련. ICPD 행동계획(Program of Action)은 재생산권이 국내법, 국제인권협약 및 기타 합의문서에서 이미 인정된 특정한 인권을 포함하고 있음을 최초로 확인. “재생산권은 부부 및 개인이 자녀들의 수와 이에 관한 시간적·공간적인 환경을 자유롭게 책임감 있게 결정하고 이를 위한 정보와 수단을 이용할 수 있는 기본적인 권리 그리고 그들에게 최고 수준의 성적·재생산적 건강 상태에 이를 수 있는 권리가 인정되는지의 여부에 좌우된다. 또한 이 권리는 관련 인권 협약에서 표현된 바와 같이 차별, 강압, 폭력으로 부터 자유로운 재생산에 관한 결정을 내릴 권리를 포함한다.”
- ▶ 1995년 베이징 제4차 세계여성회의(the Forth World Conference for Women)는 여성의 재생산적 건강은 만족스럽고 안전한 성생활, 재생산 능력 그리고 그 시기와 방법을 결정할 자유를 포함하는 것이라고 정의

국내법적 근거

- ▶ 프라이버시권: 미국 1965년 그리스월드 대 코네티컷 (Griswold v. Connecticut) 판결에서 성인의 기혼자에게 피임기구 판매, 배부, 상담을 금지하는 코네티컷 법은 위헌이라고 봄. 1973년 로 대 웨이드 (Roe v. Wade)에서 7:2 결정. 여성이 가지는 헌법상의 프라이버시 권리가 “임신을 중지시킬 것인지 여부에 대한 결정을 포함하기에 충분할만큼 광범위하다”.
- ▶ 생명권 및 안전권: 캐나다 대법원 (의료기관의 승인이 8주 걸린 사건에서) “합법적 낙태에 대한 제한된 접근권은 안전권을 침해한다”)
- ▶ 고문, 기타 잔인하고, 비인도적이거나 굴욕적인 처우로부터 자유로울 권리: 1990년 네덜란드 국경에서 넘어오는 독일 여성에 대해 “낙태 했느냐”라고 지속적으로 물어본 독일 국경경비대 사건. ‘비인도적이거나 굴욕적인 처우’가 문제됨.
- ▶ 평등권, 시민권: 1999년 미국 뉴멕시코주 최고법원 판례 “뉴 멕시코의 평등권 수정안은 의학적으로 필요한 낙태에 대한 주정부의 자금 지원을 금지하는 [인적 서비스] 부서의 규칙이 메디 케이드 자격이 있는 여성에 대한 평등을 법으로 금지하는지 여부를 결정하기 위해 사법적 조사를 요구한다. 우리는 이 규칙이 뉴멕시코 주 평등권 수정안을 위반하였다고 본다”
- ▶ 생명권: 안전한 모성도 보호하는 적극적 의무
- ▶ 반차별의 권리

법주	세부 내용	비고
생명권과 생존, 안전의 권리	생명권과 생존의 권리	- 기본적인 산부인과 관리를 받을 권리 - AIDS/HIV 관련 처치를 받을 권리
	섹슈얼리티와 관련된 권리개인의 자유와 안전의 권리	안전하지 않은 낙태로부터 보호될 권리 - 여성의 성기 절제(female genital mutilation)로부터 자유로울 권리 - 비밀 유지의 권리 - 강제적 진단 검사를 받지 않을 권리
	섹슈얼리티와 관련된 권리고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인간적 또는 굴욕적인 대우나 처벌로부터 자유로울 권리	- 공권력에 의한 강간이나 낙태 혹은 단종 시술 금지, 성적 고문 금지.
재생산에서의 자기 결정권	아이의 수와 태울을 결정할 권리 사생활과 가족 생활의 권리	- 강제불임시술을 거부할 권리 - 원하지 않은 임신중절을 할 권리 - 임신과 낙태와 관련하여 남녀 파트너 사이의 합의가 어려울 경우 여성의 권리를 우선적으로 인정
	자유로운 모성선택과 관련된 권리결혼하고 가족을 꾸릴 권리	- 가족을 구성하고 가족을 건강하고 안전하게 유지하는 것과 관련된 권리 가족 생활의 복리를 위해서는 모성 건강을 지키고 모성 사망을 예방하는 것이 필수적
	자유로운 모성선택과 관련된 권리모성 보호 일반 및 고용 기간 동안 모성 보호의 권리	고용 관계에서의 모성 보호를 통해 자기 결정과 자유로운 선택의 권리 보장
건강 및 과학적 진보의 혜택과 관련한 권리	가장 높은 수준의 건강을 향유할 권리	재생산 건강 관련 자원의 다음을 보장할 권리. 이용가능성(availability), 접근가능성(accessibility), 수용 및 적응가능성(acceptability), 질(quality)
	건강 및 과학적 진보의 혜택과 관련한 권리와 과학적 진보의 혜택 권리	재생산 건강에서도 제공되는 보건 서비스와 시설은 당대의 가장 진전된 지식과 기술에 기반 한 것이어야 함.
차이로 차별받지 않고 적절한 존중을 받을 권리	재생산 건강과 관련하여 갖가지 이유로 차별받지 않고 존중받을 권리	다음을 이유로 차별받지 않고 이와 관련한 부당한 사회적 낙인으로부터 자유로울 권리. 성별, 결혼지위, 연령, 성적 지향 혹은 인종적 정체성, 건강 상태 및 장애
정보와 교육, 의사결정에 관련된 권리	재생산 건강과 관련된 적절한 정보를 받고 다른 사람들에게 알릴 권리, 교육을 받을 권리, 사상과 양심, 종교의 자유와 표현의 자유	피임 지식과 수단을 전달하고 교육받을 권리

▶ 출처: 하정옥(2013) 재생산권 개념의 역사화·정치화를 위한 시론

▶ Cook, R. J., Dickens, B. M., & Fathalla, M. F. (2003). Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law: Integrating Medicine, Ethics, and Law. Clarendon Press.

성평등

28. 여성 인권 및 성평등의 법적 및 실제적 실현은 성과 재생산 건강 영역에서의 차별적인 법, 정책, 관습을 폐지 또는 개혁하는 것을 필요로 한다. 여성들의 종합적인 성과 재생산 의료 서비스, 재화, 교육, 정보로의 접근을 방해하는 모든 장애물을 제거하는 것이 요구된다. 모성 사망과 질병률을 낮추기 위해서는 벽오지역을 포함하여 응급 산과치료 및 훈련된 출산도우미, 그리고 안전하지 않은 낙태의 예방이 필요하다. 원치 않는 임신과 안전하지 않은 낙태의 예방은 국가가 구매가능하고, 안전한, 효과적인 피임제 및 청소년을 위한 교육을 포함한 종합적인 성교육에 대한 모든 사람들의 접근을 보장하고, 제한적인 낙태 관련 법을 완화하고, 의료서비스 제공자 훈련 등의 방법을 통한 안전한 낙태 서비스 및 양질의 낙태후 보전에 대한 여성 및 여아들의 접근을 보장하고, 여성들이 자신의 성과 재생산 건강에 대한 자율적인 결정을 내릴 권리를 존중하는 법적 및 정책적 방안의 채택을 필요로 한다.

29. 완전한 성과 재생산 건강을 부정하는 해로운 관습, 규범, 그리고 젠더기반폭력 (예: 여성성기절제, 아동·강제결혼, 부부간간을 포함한 가정·성폭력 등)으로부터 모든 사람들을 보호하는 예방·홍보·구제조치 또한 중요하다. 당사국들은 성과 재생산 건강 관련 사안에 대한 자율적이고 폭력·강압·차별로부터 자유로운 의사결정권리에 대한 침해를 예방, 처리, 구제하는 법, 정책, 그리고 프로그램들을 반드시 시행해야 한다.

장애인권리협약위원회 일반논평 제3호 (제6조 장애여성)

가정과 가족 존중을 포함한 성 재생산 건강 및 권리 (제23조 및 제25조)

38. 장애와 성에 관한 잘못된 고정 관념은 성/재생산 건강과 권리의 향상 및 가족을 구성할 권리에 특히 심각한 영향을 미치는 차별의 한 형태입니다. 장애여성의 유해한 고정 관념은 그들이 무성애자이고, 무능력하며, 비이성적이며, 통제력이 없거나 과잉성애적이라는 관념을 포함합니다. 모든 여성과 마찬가지로 장애 여성도 자녀의 수와 간격을 선택할 권리가 있으며 성행위와 관련된 문제에 대해 자유롭게 책임감 있게 통제할 권리가 있으며 성행위, 차별과 폭력, 강요로부터 자유로운 성 재생산 건강을 누릴 권리가 있습니다.

강제, 비자발적, 강압에 의한 불임수술 / 강제피임 / 성폭력 / 모성, 양육권, 친권의 부정 / 행위능력 및 의사결정의 부정 / 성 재생산 건강 서비스 및 프로그램에 대한 접근권 미비 / 성 재생산 권리에 대한 정보 및 교육 접근권 미비 / 사법접근권 미비 / 중첩적인 정체성

국가의 의무: 사회권위원회 일반논평 22호 “12조: 성·재생산 건강과 권리”

- ▶ (a) 성 재생산 의료시설, 서비스, 재화 및 정보에 대한 개인이나 특정집단의 접근을 범죄화하거나, 방해하거나, 저해하는 법, 정책, 관습들을 폐지하거나 철폐할 것;
- ▶ (b) 차별금지사유로 구분되는 참여적이고 투명한 절차를 통해 고안된, 이러한 절차로부터 주기적인 검토 및 감독을 받는, 충분한 예산이 배정된, 성 재생산 건강에 대한 국가적 전략이나 행동계획을 채택 및 실시할 것;
- ▶ (c) 특히 여성 및 불리하고 소외된 집단을 위해 구매가능한, 허용가능한, 양질의 성적 및 재생산 의료서비스, 재화, 설비의 보편적이고 동등한 접근을 보장할 것;
- ▶ (d) 개인의 성 재생산 관련 요구 및 행동양식에 대한 사생활 및 비밀보장, 그리고 (강압, 차별, 폭력에 대한 두려움 없이) 자유롭고, 정보에 근거한, 책임있는 의사결정을 보장하면서, 여성성기절단, 아동 및 강제결혼, 부부강간 등 가·성폭력과 같은 해로운 관습과 젠더기반폭력에 대한 법적 금지를 제정 및 집행할 것;
- ▶ (e) 안전하지 않은 낙태 예방을 위한 조치를 취하고 필요로 하는 사람들에게 낙태 후 의료서비스 및 상담을 제공할 것;
- ▶ (f) 모든 사람 및 집단이 차별적이지 않고, 편견이 없고, 근거 있는, 아동 및 청소년들의 발달하는 인권능력을 고려한 성적 및 재생산 건강에 대한 종합적인 교육 및 정보로 접근할 수 있음을 보장할 것;
- ▶ (g) WHO 필수약품목록에 따른 약물을 포함하여 성적 및 재생산 건강에 필수적인 의약품, 설비, 기술을 제공하고;
- ▶ (h) 성 재생산 건강권의 침해와 관련하여 효과적이고 투명한 행정적 및 법적 구제조치 및 보상을 보장할 것;

프랑스 재생산권 단체 PLANNING FAMILIAL 연맹 본부 방문

- ▶ 1956년 (피임정보 공유가 불법이던 시절 설립)
'행복한 모성'이라는 타협적인 이름으로
- ▶ 1967년 피임정보 공유 합법
- ▶ 1970년대 여성과 의사들이 불법 감수하며 운동
- ▶ 1975년 베이유법으로 합법
- ▶ 처음에는 접근 가능하나 유료였음
- ▶ 수십년간 계속 투쟁. 물리적, 재정적, 실질적 접근권을 보장하는 형태로
- ▶ 정체성의 2가지 중요한 요소: 페미니스트 단체, SRHR 단체



프랑스 재생산권 단체 PLANNING FAMILIAL 연맹 본부 방문

- ▶ 여전히 투쟁 중. 정부는 2014년에야 공식 홈페이지를 만들 <https://ivg.gouv.fr/> 동영상에서 설명하는 의사, 조산원, 상담가 다 우리 사람들. 익명/무료 전화는 우리 전화임. 우리가 내놓았고 했음
- ▶ <https://www.ivg.net/> 라는 낙태 반대 사이트가 오랫동안 운영되어왔음. 이상한 정보 유통에 큰 몫을 했음
- ▶ 재정: 의료 파트는 관련해서는 도에서 따오고, 홍보 파트는 국가에서 일부. 여기저기서 조금씩 돈 따온다. (기업/재단한테 낙태는 인기가 잘 없다.)



프랑스 재생산권 단체 PLANNING FAMILIAL 연맹 본부 방문

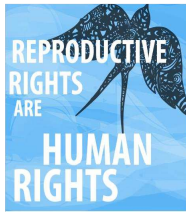
- ▶ 센터: 파리에만 (낙태약 지급, 시술까지 가능한) 자체 센터 3개. 전국에 상담소는 150개, 센터가 29개가 넘었음. 의사 조산원 상담가 등 자원 봉사
- ▶ 성교육: 2001년에야 성교육법 입법. 이 단체가 제일 많이 하는 대중 활동



프랑스 PLANNING FAMILIAL

- ▶ 현재 이슈:
- ▶ 1. 주수를 늘리려고 한다. 늦게 발견해서 프랑스에서 불가능해서, 네덜란드, 영국, 스페인으로 간다. 의사가 '다시 한번 더 와' 이런 식으로 시간만 끄는 사람도 있다
- ▶ 2. 비혼여성/레즈비언 커플 IVF 접근: 그동안은 다들 다른 나라에서 시술해서 돌아왔다. 스페인, 영국, 벨기에 등. 이렇게 태어난 아이들을 유럽 고속철도 이름을 따서 "Thales탈레스의 아이들"이라고도 한다.





Sexual and reproductive health and rights

Women's sexual and reproductive health is related to multiple human rights, including the right to life, the right to be free from torture, the right to health, the right to privacy, the right to education, and the prohibition of discrimination. The Committee on Economic, Social and Cultural Rights and the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) have both clearly indicated that women's right to health includes their sexual and reproductive health. This means that States have obligations to respect, protect and fulfill rights related to women's sexual and reproductive health. The Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health maintains that women are entitled to reproductive health care services, goods and facilities that are: (a) available in adequate numbers; (b) accessible physically and economically; (c) accessible without discrimination; and (d) of good quality [see report A/61/338].

HIV/AIDS



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Abortion



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Harmful Practices



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Contraception and Family Planning



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Adolescents



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Women Human Rights Defenders



[Arabic](#) | [English](#) | [French](#) | [Spanish](#)

Violence against Women

Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender and Intersex

Maternal Mortality and Morbidity

낙태죄 비범죄화를 위한 형법개정 방향

박수진 (민주사회를위한변호사모임 여성인권위원회)

1. 형법 개정안

가. 제안이유

형법은 자기낙태죄(제 269조 제 1항)를 기본 구성요건으로 하여, 촉탁·승낙 낙태죄(2항), 촉탁·승낙 낙태 치사상죄(3항)를 규정하면서 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상의 촉탁·승낙 낙태죄(제 270조 제 1항), 부동의 낙태죄(제 2항), 치사상죄(제 3항)는 가중 처벌하고 있다. 즉, 임신중절이 이루어진 경우 임부 본인도 처벌하고, 임신중절 시술을 한 자도 동일한 형으로 처벌하되(1년 이하의 징역, 200만 원 이하의 벌금, 치사상의 경우 각 3년 이하, 7년 이하), 의사 등이 임부의 촉탁이나 승낙을 받아 시술을 한 경우 형을 가중하고(2년 이하의 징역, 치사상의 경우 각 5년 이하, 10년 이하), 임부의 동의 없이 임신중절을 한 경우는 가장 중하게 처벌하고 있다(3년 이하의 징역, 치사상의 경우 각 5년 이하, 10년 이하).

여성의 임신, 출산에 관한 선택권은 성관계, 피임, 임신, 임신중절, 출산, 양육 전반에 관한 여성의 삶의 맥락에서의 재생산권으로 파악되어야 한다. 재생산권 개념은 기존의 가족계획·인구학적 관점에서 탈피하여 개인의 재생산 건강과 권리라는 측면에서 접근한 1994년 카이로 국제인구개발회의(International Conference on Population and Development: ICPD)에서 부각되었다. ICPD 행동강령에서 내린 재생산권의 정의는 “모든 커플과 개인들이 자녀의 수, 터울, 시기를 자유롭고 책임 있게 결정할 수 있는 기본적인 권리 및 그 권리를 행사할 수 있는 정보와 수단, 그리고 가장 높은 수준의 성적·재생산적 건강을 누릴 권리”를 말한다. 이는 여성의 만족스럽고 안전한 성생활을 영위할 수 있는 성적 권리 및 여성이 재생산을 할 수 있는 능력 및 여부, 시기, 빈도를 결정할 자유를 포함한다¹⁾.

또한 우리나라가 비준 동의한 조약인 여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐

에 관한 협약²⁾에서도 교육 분야, 고용 분야, 보건 분야 등에 걸쳐 재생산권의 보장을 담고 있다. 특히 2011년 진행된 제49차 유엔 여성차별철폐위원회는 2011. 7. 29.자 한국 정부에 대한 최종권고문에서 “임신중절을 한 여성들에게 부과되는 처벌 조항들을 삭제할 목적으로 임신중절과 관련된 법, 특히 형법을 검토할 것을 고려하고, 안전하지 않은 임신중절로부터 발생할 수 있는 합병증 관리를 위해 양질의 서비스를 제공할 것”을 촉구하였고, 제69차 유엔 여성차별철폐위원회는 2018. 3. 9.자 한국정부에 대한 최종 권고문에서 “이전의 권고를 반복하며, 안전하지 않은 임신중절이 모성 사망과 질병의 주요 원인이라는 관점에서, 당사국이 강간, 근친, 생명의 위협 그리고 또는 임신부의 건강, 또는 심각한 태아 손상의 경우 진행되는 임신중절을 합법화할 것”을 촉구하였으며, “다른 모든 경우에도 임신중절을 비범죄화하고, 임신중절을 한 여성에 대한 처벌 조항을 삭제할 것”, “특히, 안전하지 않은 임신중절로 인해 합병증을 겪을 경우 등을 포함하여, 임신중절을 한 여성에게 양질의 수술 후 돌봄 체계에 대한 접근권을 제공할 것”을 촉구하였다.

모든 임신중절을 처벌하는 낙태죄는 여성의 자기결정권, 평등권 등을 침해할 뿐 아니라 여성과 커플의 재생산권을 침해하고 있으므로, 폐지 이외에는 다른 방법이 없다. 국가에게 이론적으로 아직 인간이 아닌 태아에 대한 생명보호 의무는 인정될 수 있겠으나, 국가의 의무를 다하기 위하여 다른 인간의 기본권을 형벌로서 제한할 수는 없다. 특별법이라고 할 수 있는 모자보건법을 통하여 형법의 위헌성이 치유될 수도 없을 뿐 아니라, 모자보건법 자체가 인공임신중절 수술을 받기 위해 배우자의 동의를 얻도록 규정하고 있고, 각 허용사유들은 태아의 생부와 법률상 배우자가 다른 경우를 전혀 규율하지 못하고 있기 때문에 모자보건법의 존재는 낙태죄 폐지에 대한 반대논거가 될 수 없다.

1) 조영미, 여성의 재생산권에서 본 낙태와 모자보건정책, 낙태죄에서 재생산권으로, 사람생각, 2005, 59면

2) 특히 임신중절에 관한 관련 규정은 아래와 같다.

제16조 1. 당사국은 혼인과 가족관계에 관한 모든 문제에 있어 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 하며, 특히 남녀평등의 기초 위에 다음을 보장하여야 한다.

(e) 자녀의 수 및 출산간격을 자유롭고 책임감 있게 결정할 동일한 권리와 이 권리를 행사할 수 있게 하는 정보, 교육 및 제 수단의 혜택을 받을 동일한 권리

형법상 낙태죄 규정을 모두 폐지한다고 하여 임신중절을 전면적으로 합법화하자는 의미는 아니다. 임신중절에 대하여는 임신 주수와 임신중절 사유에 따라 의료법이나 모자보건법 등을 통해 형벌이 아닌 다른 수단을 통하여 규제를 할 수 있다. 정부와 국회는 임부와 태아에 대한 보호 의무를 이행하여 임신중절을 선택하지 않도록 여건을 조성하여야 할 것이며, 임부의 건강을 보호하기 위한 목적으로 임신중절용 약물의 처방, 판매와 인공임신중절 수술의 절차와 방법에 대한 새로운 입법을 해야 할 것이다.

한편, “우리 형법은 태아를 임산부 신체의 일부로 보거나, 낙태 행위가 임산부의 태아 양육, 출산 기능의 침해라는 측면에서 낙태죄와는 별개로 임산부에 대한 상해죄를 구성하는 것으로 보지는 않는다고 해석된다.”³⁾는 대법원 판례의 취지에 따라, 자기 낙태죄의 폐지와는 별개로 부동의 낙태죄는 당연히 형벌로 처벌하여야 할 필요성이 있다. 부동의 낙태치사상죄의 경우, 현행 형법상 상해죄, 상해치사죄, 폭행치사상죄와 비교하여 경하게 처벌될 아무런 근거가 없으므로 현행 형법의 상해죄, 상해치사죄만큼 법정형을 상향하여야 한다.

나. 주요내용

형법 제 27장 낙태의 죄 부분 중 형법 제269조, 제270조 제1항을 삭제하여 자기낙태죄, 촉탁·승낙 낙태죄, 의사 등의 촉탁·승낙 낙태죄를 처벌하지 않도록 하고(형법 제269조, 제270조 제1항 삭제), 부동의 낙태죄, 부동의 낙태치사상죄는 상해죄, 상해치사죄와 법정형을 동일하게 변경한다(형법 제270조 제2항, 3항 개정).

다. 신구조문 대비표

현행법	개정안
제 27장 낙태의 죄 제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년이하의 징역 또는 200	<삭제>

3) 대법원 2007. 6. 29. 선고 2005도3832 판결 참조

현행법	개정안
만원 이하의 벌금에 처한다. ② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다. ③ 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.	
제270조(의사등의 낙태, 부동산의낙태) ① 의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다. ② 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다. ③ 제1항 또는 제2항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다. ④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다.	제270조(부동의 낙태) ① 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 임신 중절 행위를 한 자는 <u>3년 이하</u>의 징역에 처한다. ② 제1항의 죄를 범하여 부녀를 상해에 이르게 한 때에는 <u>7년 이하</u>의 징역에 처한다. 사망에 이르게 한 때에는 <u>3년 이상</u>의 징역에 처한다.

2. 형법 개정과 모자보건법, 의료법의 개정

형법상 낙태죄를 폐지하는 경우, 특별법으로 임신중절을 규제 또는 관리하여야 한다. 현재 진행 중인 헌법재판소 2017헌바127 사건에서 헌법재판소가 전부위헌을 결정하는 경우, 형법상 낙태죄가 전부 폐지되어 처벌이 아닌 다른 형식의 규제가 필요할 수밖에 없는데, 의료법의 개정을 통해 의료인을 규율하는 방법을 선택할 수도 있고, 모자보건법의 전면 개정을 통해 역시 의사나 병원에 대한 규제를 할 수도 있을 것이다. 형법상 낙태죄를 폐지하여야만,

임신중절과 모성보호에 대하여 임신부의 건강권을 중심으로 하는 새로운 법제도를 만들어 낼 수 있다. 약물을 통한 임신중절과 관련하여서도 관련 규정의 개정 등이 필요하다(현행 모자보건법은 인공임신중절 수술만 허용사유로 규정하였기 때문에, 현행 모자보건법의 예외적인 사유에 해당하더라도 약물에 의한 임신중절은 처벌받게 된다). 이 과정에서 임부에게 형벌이 아니더라도 규제를 하는 것은 바람직하지 않다.

헌법재판소가 한정위헌 또는 한정위헌 취지의 헌법불합치 결정을 하는 경우, 형법에 대해서만 한정위헌 선언을 할 수밖에 없으므로, 형법은 그대로 두고 모자보건법 제14조만 개정하는 형식은 법 논리적으로 맞지 않다. 헌법재판소가 모자보건법을 언급하며 모자보건법의 개정을 촉구하는 형식의 주문을 내는 것은 법 논리적으로 가능하긴 하지만(모자보건법은 위헌 판단 대상 법률이 되지 않기 때문에 이 경우에는 형법을 아직은 합헌으로 선언하며 모자보건법의 입법촉구만 하는 매우 예외적인 주문을 낼 수밖에 없으며, 이는 결론적으로 낙태죄를 합헌으로 선언한 것이다) 현실적으로 불가능할 것으로 보인다.

그러므로, 최소한 헌법재판소의 결정에 따른 낙태죄의 개정은 형법 개정이 올바른 방향이라고 보이며, 헌법재판소의 주문과는 관계없이 입법적으로는 형법상 낙태죄는 폐지를 하고, 헌법재판소 결정의 취지는 형벌 이외의 입법을 통해 달성해야 할 것이다.

예를 들면 현행 의료법 제20조에 3항을 추가하는 형식으로 임신중절 행위를 규제할 수도 있을 것이며, 약물의 허가와 처방 등에 대한 관련법의 정비도 필요할 것으로 보인다.

현행법	개정안(예시)
의료법 제20조 (태아 성 감별 행위 등 금지) ①의료인은 태아 성 감별을 목적으로 임부를 진찰하거나 검사하여서는 아니 되며, 같은 목적을 위한 다른 사람의 행위를 도와서도 아니 된다. ②의료인은 임신 32주 이전에 태어나 임부를 진찰하거나 검사하면서 알게	의료법 제20조 제3항을 다음과 같이 추가함 ③의료인은 임신 32주 이후에 약물 기타 방법으로 인공임신중절 수술을 하여서는 아니 된다.

현행법	개정안(예시)
된 태아의 성(性)을 임부, 임부의 가족, 그 밖의 다른 사람이 알게 하여서는 아니 된다. <개정 2009.12.31.> [2009.12.31. 법률 제9906호에 의하여 2008.7.31. 헌법재판소에서 헌법 불합치 결정된 이 조 제2항을 개정함.]	

3. 보론 - 모자보건법의 위헌성

가. 2012년 헌법재판소 결정과 모자보건법 검토의 필요성

2012년 헌법재판소 결정은 형법이 낙태죄를 원칙적으로 처벌하면서도 예외적으로 모자보건법 제14조의 허용사유에 해당하는 경우에는 태아의 생명권을 제한할 수 있도록 하고 있으므로 최소 침해의 원칙에 반하지 않는다는 취지의 판단을 하였다. 당시 헌법재판소는 태아의 생명권을 아무런 근거 없이 인정하였는데, 인간이 아닌 존재에 대하여 기본권으로서의 생명권을 인정하는 것에 대한 아무런 논거를 제시하지 않았으며, 태아의 생명권을 언급하면서 모자보건법을 합헌근거로 사용한 것은 모순이다. 모자보건법은 사유에 따라 태아의 생명을 제한할 수 있도록 하고 있기 때문에 태아의 생명권을 인정하는 전제에서는 모자보건법은 위헌을 면할 수 없다.

모자보건법은 낙태죄의 허용사유를 규정하고 있는 법률이므로 형법상 낙태죄의 위헌성과는 직접 관련이 없다고 할 수도 있으나 2012년 헌법재판소 결정에서 모자보건법을 근거로 최소 침해성을 부인하였으므로, 모자보건법의 검토가 필요하다.

나. 모자보건법 제14조의 구조

모자보건법 제14조에 의하여 인공임신중절이 허용되기 위하여는 ① 동조 제1항 각호 사유가 존재하고, ② 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람 포함) 모두의 동의가 있어야 하며, ③ 의사에 의하여 이루어져야 하며, ④ 위 모든 요건을 갖추었다 하더라도 임신 24주가 넘어서는 안 된다(모자보건법 시행령 제15조 제1항).

다. 배우자의 동의와 여성의 자기결정권 침해

모자보건법 제14조 제1항은 ‘배우자’의 동의가 있는 경우 인공임신중절을 허용한다. 동법은 ‘배우자’의 개념에 대하여 별도의 정의를 두고 있지 않으므로, 이는 민법상의 배우자와 같은 의미로 볼 수밖에 없다. 배우자와 태아의 생부가 다를 경우, 모자보건법은 도저히 합헌적으로 해석할 수 없는 상황이 발생한다.

① 제1, 2호의 사유, 즉 태아의 생모와 생부에게 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환 또는 전염성 질환이 없음에도 임부의 배우자에게 위와 같은 사유가 있으면 임신중절이 허용된다.

② 제3호의 사유가 있는 경우, 기혼자가 강간이나 준강간에 의하여 임신하여도 배우자의 허락이 없으면 임신한 아이를 낳아 키워야 한다.

③ 제4호의 법률상 혼인할 수 없는 혈족이나 인척간에 임신한 경우, 동의권자를 생부가 아닌 배우자로 해석하면 태아의 모친도 부친도 아닌 자가 태아의 출생 여부를 결정할 권한을 갖는다.

라. 평등권 침해

모자보건법 제14조 제1항은 각호 사유가 있으면서 임부 스스로 임신중절을 원하더라도, 배우자의 동의가 없으면 임신중절을 할 수 없다. 이는 곧 남성에게 임신중절 여부를 결정할 최종적인 권한을 주는 것으로서 성별을 이유로 한 차별에 해당하며, 미혼인 임부는 상대 남성의 동의 없이 모자보건법 제14조 제1항 각호의 사유가 있으면 자기 판단으로 임신중절을 할 수 있으므로 기혼인 임부와 미혼인 임부를 다르게 취급하는 것으로서 혼인 여부에 따른 차별에 해당한다.

마. 여성의 건강권 및 생명권 침해, 법률유보의 원칙 위반

모자보건법 제14조 제1항 및 동법 시행령 제15조 제1항은 임신의 지속이 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우에도 배우자의 동의 및 임신 24주 이내라는 제한을 두고 있어 임부의 건강권 및 생명권을 침해한다.

모자보건법 시행령 제15조 제1항은 “법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다”고 규정하고 있어 동법 제14조의 모든 인공임신중절의 기간을 규정하고 있어 임신의 지속이 모체

의 건강을 심각하게 위협하는 경우에도 임신 24주 이내라는 주수 제한을 받게 된다. 그러나 모자보건법 제14조 제1항은 인공임신중절 사유가 될 수 있는 우생학적, 유전학적 정신장애나 신체질환, 전염성 질환의 구체적인 내용을 대통령령에 위임하도록 유보하고 있을 뿐, 어디에도 대통령령에 주수 제한을 위임할 근거가 없다. 동법 시행령 제15조 제1항은 법률상 근거 없이 24주 이내로 인공임신중절 기간을 제한하는 것이므로 법률유보의 원칙에도 반한다.

임신중단권 보장의 법적 쟁점과 방향

김정혜(한국여성정책연구원 부연구위원)

1. 「모자보건법」상 ‘인공임신중절수술의 허용한계’의 내용

현행법은 「형법」에서 임부의 자기낙태(제269조) 및 의사 등의 낙태(제270조)를 범죄로 두고⁴⁾ 「모자보건법」에서 정한 일정한 요건에 해당하는 경우 「형법」의 처벌규정 적용을 제외하는 방식을 취하고 있다. 「모자보건법」에서 인공임신중절수술이 허용되는 사유는 우생학적 사유, 윤리적 사유, 의학적 사유로 구분된다. 허용 사유에 해당하며 임신 24주 이내인 경우 의사는 임부 본인과 배우자의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.

우생학적 사유는 임부 본인과 배우자에게 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우(제1호), 전염성 질환이 있는 경우(제2호)를 말한다. 유전학적 정신장애나 신체질환은 ‘연골무형성증, 낭성섬유증, 그 밖의 유전성 질환으로서 태아에 미치는 위험성이 높은 질환’을 의미하며, 전염성 질환은 ‘풍진, 특소플라즈마증, 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환’을 의미한다. (「모자보건법 시행령」 제15조 제2항, 제3항) 윤리적 사유는 성폭력에 의한 임신과 근친 관계에서의 임신에 대하여 인공임신중절을 허용하는 것이다. 성폭력에 의한 임신은 ‘강간, 준강간에 의하여 임신된 경우’이며(제3호), 근친 관계에서의 임신은 ‘법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간에 임신된 경우’(제4호)를 의미한다. 마지막으로 의학적 사유는 임부 본인의 건강상 위험을 이유로 인공임신중절을 허용하는 경우로서, ‘임신의 지속이 보건·의학적으로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우’(제5호)이다.

4) 자기낙태죄는 1년 이하의 징역 또는 200만 원 이하의 벌금, 부녀의 촉탁, 승낙에 따른 의사 등의 낙태는 2년 이하의 징역에 처한다.

인공임신중절수술이 허용되는 5가지 사유는 1973년 「모자보건법」 제정 당시와 현재의 법이 동일한 내용이다. 45년 사이에 개정된 사항은 우생학적 사유로서 대통령령으로 정하는 정신장애, 신체질환, 전염병의 종류와 인공임신중절수술이 허용되는 기간이다. 과거에는 정신분열증이나 조울증에서부터 ‘현저한 유전성 범죄경향이 있는 정신장애’에 이르기까지 우생학적 경향이 뚜렷하였다가 이후 출산하더라도 기대여명이 짧은 몇 가지 사유들을 남긴 채 다수의 사유가 삭제되었다. 인공임신중절수술의 허용 기간은 법 제정 당시 임신 28주였던 것이 의학기술 발달에 따라 태아의 모체 밖 생명 유지가능성 시기가 앞당겨졌음을 이유로 2009년 개정에서 24주 이내로 축소되었다.

2. 「모자보건법」상 ‘인공임신중절수술의 허용한계’의 문제점

가. 인공임신중절 허용 사유

1) 우생학적 사유

태아의 생명권이라는 근거 위에서 인공임신중절을 원칙적으로 금지하면서 우생학적 사유를 예외로 두는 방식은, ‘인간 종의 개선’이라는 우생학적 관점에서 태아의 장애 여부 및 장애 가능성 등에 따라 생명의 가치를 구분한다는 점에서 비판을 받고 있다. 더구나 현행 규정은 태아의 건강이 아니라 부모의 건강상 사유를 통하여 태아의 건강을 간접적으로 추정하는 방식이어서, 태아의 건강상 위험이라는 기준조차도 제대로 반영하지 못한다.

2) 윤리적 사유

윤리적 사유 중 성폭력에 의한 임신 사유는 ‘강간 또는 준강간에 의하여 임신된 경우’로서, 강간죄, 준강간죄 외의 성폭력범죄에 의한 임신을 배제한다⁵⁾. 즉 13세 미만 간음, 위계 또는 위력에 의한 간음 등 현행법상 불법이지

5) 때문에 성폭력 피해자에 대한 의료지원의 일환으로서 낙태 지원에서도 범죄의 종류에 따라 지원이 불가능해지는 문제가 발생하고 있다. 여성가족부에서는 강간, 준강간 외의 성폭력범죄로 인한 임신에 대하여 의료비 지원을 할 수 없고, 다만 성폭력 피해가 있는 것으로 판단되나 정신적 장애로 입증이 어려운 때에는 우생학적 사유를 적용하여 의료비 지원을 할 수 있다고 하고 있다. 여성가족부, 2018 여성·아동권익증진사업 운영지침, 여성가족부, 2018, 143쪽.

만 강간 및 준강간에 포함되지 않는 성폭력 범죄로 인한 임신은 인공임신중절의 허용 사유에서 제외되게 된다⁶⁾. 그렇다고 하여 성폭력범죄 전체를 포함하도록 법을 개정한다고 하더라도 문제는 남는다. 당사자 간에 업무·고용 등의 관계를 입증하기 어려운 관계에서 비장애 성인 여성에 대한 위계·위력에 의한 간음⁷⁾, 비동의간음과 같이 현행법상 불법이 아니지만 원치 않은 성관계로 인한 임신, 가해자가 대가를 제공한 것으로 보인다는 이유에서 성폭력이 아닌 성매매로 분류되는 사례에서의 임신은 여전히 포함될 수 없고 출산이 강요되기 때문이다. 강간 및 준강간으로 인한 임신 사유는 입증 방법 또한 문제된다. 임신이 강간 또는 준강간에 의한 것인지를 증명해야 하나, 절차가 마련되어 있지 않고, 또한 명확한 절차를 마련하는 것은 사실상 불가능하다.

또 다른 윤리적 사유는 ‘법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척간의 임신’이다. 이 사유의 입법 취지가 근친간 임신이 유전학적 질환 가능성을 높인다는 이유라면 제1호 및 제2호의 우생학적 사유와 마찬가지로 비판이 가능하다. 또는 법률상 혼인할 수 없는 관계라는 이유라면 혼인 내 출산만을 정상화하는 태도를 반영하는 것이며, 임신 이후 상대방과 혼인할 계획이 없거나 혼인할 수 없는 관계에서의 임신과 차등을 둘 정당한 근거를 찾기도 어렵다. 더구나 근친간 임신을 입증하기도 힘들다. 법률혼 배우자가 있는 상태에서 여성이 임신한 경우 태아는 일단 남편의 친생자로 추정되지만, 혼인할 수 없는 근친간 임신은 혼인한 관계가 아닐 것이므로 성관계 상대방과 근친 관계임이 입증되어야 한다. 하지만 임신 상태에서 태아의 생물학적 부가 누구인지를 입증하는 것은 불가능하다⁸⁾.

6) 「모자보건법」 제정 당시에는 「성폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법」과 「아동·청소년의 성보호에 관한 법률」이 제정되기 전이므로 현재에 비해서는 성폭력범죄의 범위가 좁았다. 그러나 1973년에도 강간죄와 준강간죄 외에 미성년자·심신미약자 위계·위력간음, 업무상 위력간음, 13세미만 간음죄가 있었고, 혼인빙자간음죄도 존재하였으므로, 제정 당시부터 윤리적 사유는 모든 성폭력에 대해서 인공임신중절수술을 허용하고자 하는 취지는 아니었다.

7) 현행법에서 위력에 의한 간음은 피해자가 19세 미만이거나 신체적·정신적 장애가 있을 때, 또는 피해자가 업무, 고용이나 기타 관계로 가해자의 보호, 감독을 받는 때에만 범죄가 된다.

8) 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 따라 태아의 유전자 검사는 제한된다.(제50조)

나. 인공임신중절 허용 기간

현행법은 임신 24주 이내를 인공임신중절수술의 허용 기한으로 둔다. 위의 인공임신중절수술 허용 사유에 해당하더라도 임신 24주를 초과한 때에는 여성과 의사가 형사처벌 대상이 된다. 때문에 예컨대 임신의 지속이 의학적으로 임신한 여성의 건강상 심각한 위해가 되거나 성폭력으로 인한 임신을 뒤늦게 발견한 경우조차 인공임신중절수술은 원칙적으로 불법이며, 단지 법 해석을 통하여 사후적으로 정당화될 가능성이 있을 뿐이다.

다. 동의의 주체

1) 배우자의 동의

의사는 임부 본인의 동의와 더불어 배우자의 동의를 받아야 한다. 본인의 동의와 배우자의 동의가 모두 요구되므로 임부 본인이 임신중단을 결정하였더라도 배우자가 동의하지 않으면 인공임신중절수술을 할 수 없게 된다.

배우자 동의 요건은 인공임신중절수술의 허용 여부가 임부 본인이 아닌 제 3자의 동의에 좌우되도록 한다는 점, 혼인 관계에서의 임신만을 기준으로 하여 혼인 외 관계에서의 임신에 적용하는 데 어려움이 있다는 점 등에서 비판을 받는다. 배우자 동의 요건은 동의의 주체를 법률상, 사실상의 ‘배우자’로 규정함으로써, 법률혼 및 사실혼 밖의 임신 가능성을 상상조차 하지 않는다. 모든 임신은 혼인 관계에서 발생할 것으로 전제되고⁹⁾ 기껏해야 사실혼 관계를 포함하는 정도로만 확대하고 있을 뿐이다. 그 결과 혼인 외 관계에서의 임신에 적용하는 데 있어 불합리한 상황이 발생한다. 예를 들어 배우자 없는 여성이 임신한 경우에는 태아의 친부로부터 동의를 받아야 하는지, 만약 그렇다면 친부인지 여부를 어떻게 확인할 것인지, 아니면 ‘배우자’가 없으므로 본인의 동의만으로 인공임신중절수술이 가능한 것으로 보아야 하는지, 유배우자 여성이 배우자 아닌 남성과 임신한 경우 태아의 친부가 아닌 법률혼 배우자의 동의를 받아야 하는지, 만약 그렇다면 친부가 아닌 법률혼 배우자의 동의에 따라 인공임신중절수술의 허용 여부를 판단하도록 하는 것이 과연 정당한지 등의 수많은 문제를 제기할 수 있다.

9) ‘배우자’의 동의를 요건으로 하면서 혼인할 수 없는 근친 간 임신을 인공임신중절수술 허용 한계에 포함한 것이야말로 이 조항의 모순을 보여준다.

친부 또는 배우자가 자녀에 대하여 법률상의 권리와 의무를 부담한다고 하더라도 임부 본인이 아닌 제3자가 임신의 유지와 중단을 결정하는 주체가 되는 것은 심히 부당한 상황을 초래한다. 현행법에서는 인공임신중절 허용 사유 전체에 대하여 배우자의 동의가 요구된다. 심지어 강간으로 임신한 경우, 임신의 지속이 모체의 건강을 심각하게 해치는 경우조차 배우자의 동의가 없으면 인공임신중절수술이 불가능하게 되며, 아내강간으로 임신한 때에는 강간 가해자인 남편의 동의가 없으면 출산을 하여야 한다는 결론에 이르게 된다. 다시 말해, 아내강간으로 아내가 임신하고 남편이 인공임신중절수술에 동의하지 않아 아내만의 요청으로 인공임신중절수술을 하게 되면 강간에 의한 임신이었음에도 불구하고 아내는 낙태죄로 처벌을 받게 된다. 배우자 동의 조항은 남성이 낙태죄를 악용하는 데 활용되기도 한다. 남편이나 남자친구가 헤어진 이후 아내, 여자 친구를 낙태죄로 신고하거나 신고하겠다고 위협하는 것이다¹⁰⁾. 남성은 인공임신중절수술에 동의하지 않았다고 주장하면 처벌을 면할 수 있다. 배우자 동의 조항은 임신의 또 다른 당사자인 남성에게는 부담을 주지 않으면서 여성의 섹슈얼리티와 여성의 신체를 통제할 수 있는 도구를 부여하는 셈이다.

3. 임신중단권 보장의 쟁점과 법 개정 방향

가. 임신중단 지원을 위한 제도 마련

「형법」 제269조 낙태죄는 여성의 판단과 결정을 존중하고 건강한 삶을 보장하기 위하여 폐지되어야 한다. 낙태죄가 폐지되면, 인공임신중절수술의 허용 한계를 정할 필요가 없게 되므로, 「모자보건법」 제14조와 제28조¹¹⁾, 「모자보건법 시행령」 제15조는 불필요해진다. ‘생명존중 분위기를 조성하기 위한’ 인공임신중절 예방 사업(「모자보건법」 제12조 제1항)과 같이 ‘생명 경시 풍조 때문에 낙태가 만연하다’는 전제에 기한 ‘낙태 금지’ 정책으로부터, 원

10) 이지훈, ““너, 고소할 거야” 이별 여성 협박도구로 악용되는 낙태죄”, 동아일보, 2017.11.28.

11) 「모자보건법」 제14조에 해당하는 인공임신중절수술에 대하여 낙태죄 적용을 배제하는 조항이다.

하지 않은 임신의 예방¹²⁾과 ‘안전한 임신중단 지원’으로 국가의 정책적 틀을 바꿀 필요가 있다.

그럴 경우 필요한 것은 임부가 원할 경우 원활한 정보 접근성 확보, 임신 중단 약물의 사용 또는 수술 전후의 의료 지원, 지역 및 취약성으로 인한 제약 없이 임신중단 관련 의료서비스 접근성 확보, 취약계층의 임신중단 약물 또는 수술비 지원, 임부가 원할 경우 임신중단 관련 상담 접근권 보장, 의료 서비스와 상담, 정보 등에 대한 접근성 강화를 위한 임신중단 의료 센터의 지정 등 여성의 안전한 임신중단을 지원하기 위한 제도와 지원체계를 마련하는 것이다.

나. 임신중단의 허용 사유 쟁점

극히 제한적이고 부당하며 일관성조차 없는 현행 인공임신중절 허용 사유의 한계를 보완하기 위한 대안으로서 사회경제적 사유를 추가하는 방식이 제안되어왔다. 사회경제적 사유의 사례로 소개된 외국 입법례들을 보면, 자녀수¹³⁾, 임부의 연령¹⁴⁾, 경제적 여건, 생활 조건, 기존 자녀에게 미치는 영향, 부모의 질병 및 불안 등 양육 능력 등등을 나열한다. 이와 같은 사유들은 현행 「모자보건법」의 인공임신중절수술 허용 사유보다는 넓지만, 여전히 국가가 임신중단을 허용하는 사유와 그렇지 않은 사유를 규정하고 여성에게 임신중단을 정당화하도록 요구한다는 점에서 제한적이다. 선행연구에서 여성들이 임신중단을 선택한 이유를 살펴보면, 경제적 곤란 외에도 자녀를 원하지 않음, 학업이나 일을 계속 해야 하는 상황, 혼인 의사 없음 등이 나타난다¹⁵⁾. 사회경제적 사유를 도입하더라도 그것이 ‘여성의 요청’의 다른 이름으로 읽히

12) 원치 않는 임신의 예방은 금욕주의나 배우자 등 특정 관계에서의 성관계만을 허용하는 방식에 대한 지지가 아니라, 원치 않는 성관계를 하지 않을 권리의 보장, 포괄적 성교육, 섹슈얼리티 실천에서의 평등 보장 등을 의미한다.

13) 3명 이상(멕시코 유카탄주), 4명 이상(핀란드) 등

14) 16세 미만(노르웨이), 17세 미만(핀란드), 미성년자(오스트리아), 40세 이상(핀란드) 등

15) 김동식 외(2018)에서는 임신중단을 고려한 사유 중 ‘경제적으로 준비되어 있지 않음’(29.7%), ‘계속 학업이나 일을 해야 하는 상황’(20.2%), ‘결혼할 마음 없음’(12.5%), ‘이미 낳은 아이로 충분함’(11.0%) 등이 높게 나타났고, 손명세 외(2011)에서는 ‘원치 않는 임신’(50.7%), ‘미혼’(26.4%), ‘태아의 건강 문제’(19.9%), ‘경제상 양육 힘들’(17.9%), ‘가족계획’(12.9%) 순으로 나타났다. 손명세 외, 전국 인공임신중절 변동 실태조사, 보건복지부, 2011, 54쪽; 김동식 외, 임신중단(낙태)에 관한 여성의 인식과 경험 조사, 한국여성정책연구원, 2018, 71쪽.

지 않는 한, 현실에서 이루어지는 ‘불법적 낙태’ 중 대다수를 포괄할 수 없다는 것이다.

사회경제적 사유 하에서 여성은 자신의 현재와 미래를 설계하고 스스로의 운명을 결정할 권한을 보유한 주체가 아니라 사회경제적 여건들 때문에 어쩔 수 없이 임신을 지속할 수 없는 일종의 ‘피해자’로 자리매김한다. 국가가 승인한, ‘어찌 할 수 없는 사유’를 통하여 정당화될 수 있을 때라야 여성은 스스로의 몸에서 일어나고 있는 임신 상태를 중단할 수 있는 자격을 부여받는다. 사회경제적 사유라는 우산 아래에서 임신중단의 합법성 여부는 임신한 여성 본인이 아니라 외적 조건이 결정하므로, 국가의 정책적 지원 증가, 가족의 생활 여건 향상 등 임신, 출산, 양육과 관련된 사회경제적인 조건이 향상되면 합법적 임신중단의 가능성은 반대로 축소된다. 사회경제적 사유가 인공임신중절 허용의 주요 사유가 되는 한, 임신, 출산, 양육에 대한 지원을 늘리라는 요구는 안전한 임신중단을 지원하라는 요구의 정당성을 희석시킨다. 여성의 모성화를 강제한다는 비판을 받는 ‘출산장려’ 정책은 출산을 경제적으로 지원한다는 측면에서는 ‘사회경제적 사유에 의한 인공임신중절을 감소시킬 정책’으로 평가받을 수 있게 된다. 이는 다시 여성의 모성화를 독려하며, ‘경제적인 지원을 해준다는데도’ 임신을 중단하고자 하는 여성에게 비난의 화살을 되돌려준다. 여성이 ‘어찌할 수 없는 상황’에 있다는 이유에서 인공임신중절을 허용하였던 것이기 때문이다.

경제적 상황, 임부의 연령, 자녀의 수 등에 보편적 기준을 마련하려 한다면 더 큰 문제에 직면한다. 모든 사람, 모든 가족에게 일괄 적용하기에 타당한 임신중단의 기준이란 존재할 수 없기 때문이다¹⁶⁾. 기존 자녀 ‘3명 이상’과 ‘4명 이상’ 중에서 무엇이 더 적합한지는 어떤 기준으로 판단할 수 있는가. 만 39세 11개월에 임신한 여성은 임신을 유지해야 하고, 만 40세가 되자마자 임신한 여성은 임신을 중단해도 좋다고 말할 수 있는 근거는 무엇인가. 경제적 여건이 대체 어느 수준이라야 출산과 양육의 어려움을 인정받을 수 있을까. 사회경제적 사유를 구체화하여 적용하기 위해서 어떤 수준에서 기준점을 마련하게 된다면 임신한 여성들은 국가가 자의적으로 그어둔 선에 의하여 합

16) 손명세 외(2011)에서는 월 평균 가구소득 500만 원 초과 집단에서도 14.3%가 임신중단의 이유로 ‘경제상 양육 힘들’을 선택하였다.

법적 임신중단의 허락을 받거나 아니면 범죄자가 된다.

임신중단의 유일한 기준은 임부의 신체적, 정신적 건강과 임신중단의 안전성이어야 한다. 임신중단이 허용되는 사유를 ‘제한’한다고 하더라도 “임신의 지속, 출산, 양육이 본인의 신체적, 정신적 건강을 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우”와 같이 임신한 여성의 건강을 기준으로 제시하되 그 본질은 임신한 여성 스스로의 결정을 의미하도록 하는 것이 타당하다. 이는 임신의 지속이 신체적 건강에 보건의학적 위해를 끼치는 경우뿐만 아니라 출산 또는 양육이 정신적 건강을 해칠 우려가 있는 경우까지 포섭한다는 점에서, 현행 「모자보건법」 허용사유 중 제5호 의학적 사유와는 커다란 차이가 있다. 임신중단에서 어떤 기준을 마련해야만 한다면, 그것은 국가의 인구정책에 따라 태아에게 차별적인 자격을 부여하는 것이 아니라 임신한 여성이 임신을 유지할 것인지 중단할 것인지를 결정할 때 사고하는 방식을 반영하는 것이어야 한다.

다. 동의 주체의 쟁점

1) 배우자

태아의 친부이든 태아의 친부가 아닌 임부의 배우자이든, 임부 본인 이외의 사람은 임부와 논의하고 임부의 임신중단 여부 결정에 의사를 표시할 수 있을 뿐, 누구도 임부의 의사에 반대되는 결정을 할 권한을 가질 수 없다. 출생한 자녀에 대한 권리 및 의무를 갖는 것과 인공임신중절의 불법성을 좌우할 권한은 구별하여야 한다. 설령 인공임신중절의 일부만을 허용하는 법 개정이 이루어지더라도 임부 본인의 의사만을 요건으로 두고, 배우자 동의 규정은 전면 폐지하는 것이 타당하다.

2) 미성년자

본인의 의사에 따라 인공중단을 가능하게 할 경우, 미성년자의 동의 능력이 쟁점이 된다. 미성년자의 임신중단의 문제에서 보호자에게 알릴 필요성은 ① 미성년자의 건강에 대한 정보를 보호자에게 제공함으로써 수술 전후 관리 등 미성년자의 건강을 보호하고 향후 원치 않는 임신의 재발을 막도록 교육할 것을 기대하는 차원, ② 진료 행위와 의료비 지급이라는 의료계약의 당사자로서의 보호자에게 계약의 권한을 부여하는 차원, ③ 보호자에게 인공임신중절에 동의할 권한을 부여함으로써 미성년자의 신체에 대한 처분권을 보호

자가 대신 결정하도록 하는 차원 등으로 구분해서 살펴볼 필요가 있다.

인공임신중절의 허용 한계 조항은 ‘임부의 요청으로 인공임신중절을 할 경우 임부와 의사를 형사처벌 하지 않도록 한다’는 의미이므로, 위의 내용 중 ③번이 문제된다. ①의 필요성은 크지만, 낙태를 처벌할 것인지 여부를 결정하는 문제와는 구별되어야 하고, 보호자에 대한 정보의 제공이나 미성년자의 교육은 처벌이 아닌 다른 방법과 절차를 통하여 확보하도록 하는 것이 타당하다. 안전한 임신중단의 보장은 미성년자의 건강권 보장이라는 측면에서 수술 전후 관리 및 성교육 필요성과 충돌하는 것이 아니라 동일선상에 있는 것이다.

미성년자의 수술 동의권에 대해 명시적인 조항이 없는 상황에서, 법이 허용하는 ‘강간에 의한 임신’의 인공임신중절수술조차 부모 동반이 요구되어 피해 청소년이 의료지원을 받기 어려운 상황이 발생하고 있다. 보호자의 동의가 없다는 이유로 미성년자 본인이 임신중단을 원함에도 불구하고 의사나 지원기관이 수술 또는 지원을 거부하는 것은 미성년자의 건강권, 신체적 통합성의 권리 등을 침해하는 것이라 볼 수 있다.

보호자라 하더라도 자녀의 신체에 대한 처분권을 인정하기는 어렵고, 부모는 자녀의 복리를 최우선으로 판단할 의무가 있다. 지방법원 판례에서는 신생아도 “자기결정권을 가지고 있으나 문제되는 진료행위를 받을 것인지 여부를 판단하고 그러한 의사를 표시할 수 있는 능력이 없”기 때문에 친권자가 자녀를 대신하여 동의를 하는 것이라고 해석한바 있다¹⁷⁾.

우리 법은 만 13세 이상의 아동청소년에게 부모 동의 없는 성적 자기결정능력을 인정한다. 의제강간 연령의 상향 논쟁은 별론으로 하고, 만 13세를 성관계에 동의할 수 있는 기준으로 삼고 있는 현행법 하에서 만 13세 이상 미성년자에게 임신중단의 권리를 부정한다면, 누구와 성관계를 맺을 것인지는 결정할 수 있지만 임신중단을 결정할 수는 없다는 모순이 발생한다. 미성년자의 임신중단 문제에서는 ‘정상가족’ 외부의 청소년이 더욱 문제된다. 미성년 임부가 아동학대나 가정폭력의 피해자인 경우, 친권자가 없고 후견인 지정도 되지 않은 경우, 친권자가 있으나 유기 상태이거나 연락이 두절된 경우 등, 부모가 자녀의 건강을 전적으로 지원하고 자녀의 의사를 존중할 것이

17) 서울동부지법 2010. 10. 21. 2010카합2341 결정. 부모의 신생아 자녀 수혈 거부에 대하여 수혈 행위를 방해하지 말라는 판결을 선고한 사례이다.

라고 상상적으로 기대되는 ‘정상가족’ 범주 외의 청소년이 임신하였을 때 보호자의 동의 문제로 인공임신중절이 불가능해지거나 시기가 늦춰지거나 의료기관 접근성에 문제가 생겨 수술의 위험성이 높아지는 상황에 처할 수 있다는 점을 중요하게 고려할 필요가 있다.

인공임신중절수술은 수술이라는 점에서 「의료법」상의 수술에 대한 설명 및 동의 의무 조항을 참고할 수 있다. 「의료법」은 의사 등이 사람의 생명, 신체에 중대한 위해 발생 우려가 있는 수술 등을 할 경우, 환자가 의사결정능력이 없는 경우 환자의 법정대리인에게 동의를 받도록 한다¹⁸⁾. 환자의 연령 기준은 두고 있지 않아, 환자가 미성년자이더라도 개인에게 의사결정능력이 있는지를 판단하여 본인의 동의를 구함으로써 수술이 가능한 것으로 해석할 수 있다¹⁹⁾.

‘아동권리협약 일반논평 제20호’는, 제3자의 동의나 승인 등이 아동의 성적, 재생산적 건강 및 권리에 대한 상품, 정보, 상담에서 장애물이 되지 않도록 할 것, 임신중단 관련 결정에서 항상 아동 의견 경청 및 존중을 보장하기 위하여 법적 검토를 할 것을 요구한다. 외국 입법례들은 인공임신중절수술에서 동의가 문제되는 연령 기준이 미성년자의 기준보다 대체로 낮고, 보호자 동의를 요구하더라도 본인이 보호자에게 알리기를 원하지 않는 경우 보호자 동의 없이 인공임신중절수술을 할 수 있는 길을 열어두고, 다만 수술 후 건강 보호를 위하여 성인을 동반할 것을 요구하는 편이다²⁰⁾.

18) 의료법 제24조의2(의료행위에 관한 설명) ④ 의사·치과의사 또는 한의사는 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취(이하 이 조에서 "수술등"이라 한다)를 하는 경우 제2항에 따른 사항을 환자(환자가 의사결정능력이 없는 경우 환자의 법정대리인)를 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 설명하고 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다. 다만, 설명 및 동의 절차로 인하여 수술 등이 지체되면 환자의 생명이 위험하여지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그러하지 아니하다.

19) 윤진수 외, 부모의 자녀 치료 거부에 대한 입법 필요성에 관한 연구, 법무부, 2012.

20) 영국은 16세 미만의 임부에 대하여 부모나 보호자의 동의를 요구할 수 있으나, 임부가 보호자 동의를 원하지 않고, 2명의 의사가 임신중단이 임부의 최대 이익에 부합한다는 점, 임부가 임신중단을 완전히 이해한다는 점에 동의하면 부모 동의를 받지 않아도 된다. 단, 인공임신중절수술 시에는 18세 이상 여성과 동반해야 하는데, 이는 수술 후 임부를 안전하게 동반할 사람이 필요하다는 의미일 뿐이다. 프랑스는 미혼인 미성년자가 인공임신중절을 하고자 하는 경우 법정대리인의 동의를 받아야 한다. 만일 본인이 비밀을 유지하고자 하면, 의사는 법정대리인 등의 동의를 얻기 위하여 노력하여야 하지만, 본인이 원하지 않거나 동의를 얻지 못할 경우, 인공임신중절 및 의료 절차와 관련된 보

낙태죄가 폐지되더라도 인공임신중절 수술에 있어서는 미성년자의 동의 문제가 여전히 남는다. 「의료법」의 기준에 맞추어 임부의 연령과 무관하게 임부 본인에게 의사결정능력이 있는지 여부에 따라 판단하도록 하는 방안이 있다. 다만 의료 실무상 미성년자에게는 보호자의 동의를 요구하는 경우가 대부분임을 감안하면 연령 기준을 정할 필요성이 제기될 수도 있다. 연령 기준을 정할 경우 미성년자로서 일정 연령 이하의 임부는 의사가 법정대리인의 동의를 요구할 수 있도록 하더라도 임부가 법정대리인에게 알리기를 원하지 않는 때에는 본인의 요청만으로 임신중단수술이나 약물 처방을 받을 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

라. 임신중단 ‘허용 기간’의 쟁점

1) 임신 ‘초기’와 기한 규제의 범위

현행법에 비하여 임신중단 허용 범위를 확대하는 대안 중 하나로서, 임신 주수에 따라 규제를 달리 하자는 제안이 논의되어왔다. 대표적으로 ‘3분기’ 기준이 언급된다. 임신 기간을 셋으로 나누고 초기에는 임부의 요청만으로 인공임신중절수술을 가능하게 하며(기한규제), 중기에는 허용 사유를 제한적으로 두고(사유규제) 후기는 사유를 더욱 제한하거나 어떤 사유로도 허용하지 않도록 하는 방식이 일반적이다.

먼저 ‘초기’와 ‘중기’의 구분으로는 12주를 기준으로 삼는 국가가 비교적 다수이고 WHO도 12주 기준을 채택하고 있다. 그러나 모든 국가가 동일한 기준을 갖고 있는 것은 아니다. WHO 기준 또한 모든 국가에 보편적으로 적합한 기준이라기보다는, 의료기술 수준이 낮은 저개발국, 개발도상국까지 포괄하는 기준임을 고려할 필요가 있다. 임신 주수를 정한다고 하더라도 현재의 시점에서 우리나라의 의료기술 수준을 감안하면 안전한 수술이 가능한 기간을 좀 더 확대할 여지가 있다는 것이다. 기한규제 방식을 채택한 외국의 입법례에서도 짧게는 8주, 길게는 18주까지 다양하게 기준을 두고 있고, 영

살핀은 관심 있는 사람의 요청에 따라 실행될 수 있다. 의사는 수술 후 피임에 대한 정보를 제공하여야 한다. 스페인은 16-17세의 여성이 인공임신중절을 하고자 하는 때에는 본인 동의만으로 가능하지만 가정폭력, 학대, 유기 등 특별한 사유가 없는 한 임부의 결정에 따라 부모, 후견인, 법적 대리인 중 한 명에게 고지하여야 한다. 미국에서도 미성년자가 부모 동의 없이 임신중단할 권리를 인정한 대법원 판결이 있다. *Bellotti v. Baird*, 443 U.S. 622 (1979).

국은 사실상 24주까지 여성의 요청에 따라 수술이 가능하도록 하고 있다. ‘12주’ 기준을 채택하는 국가 중에서도 임신 전 마지막 생리 시작일이 아니라 수정이나 착상을 기점으로 함으로써 생리일 기준 계산 방식에서는 14주 또는 그 이상을 의미하는 국가들이 포함되어 있다. 더구나 임신 전 마지막 생리 시작일이나 초음파 판독을 통한 임신일의 계산은 어디까지나 추정일 뿐 임신의 명확한 시작점을 확인해주지 못한다²¹⁾. 주수에 따른 불법성 판단은 여성의 생리일 기록 여부나 의사의 실수로 여성을 범죄자로 만들 수 있다. 더구나 어느 시점까지가 모든 여성에 대하여 임부의 요청만으로 임신중단을 해도 좋다고 허용할 수 있는 시기인지, 의학도, 법학도 말해줄 수 없다. 헌법재판소는 2012년 낙태죄 합헌 결정에서 이미 태아마다 성장 속도가 다르고, 태아의 성장 상태나 독자적 생존 가능성에 따라 생명권 보호 정도를 달리할 수 없다고 하여²²⁾ 태아의 성장 상태에 따라 특정한 시점을 정하여 임신중단 허용 시기를 구분할 수 없다고 판시한 바 있다. 생명의 연속성으로 인하여, 시기의 구분은 임의적인 것이 될 수밖에 없다는 것이다.

그러나 다른 한편으로 국가의 막대한 예산으로 행해지는 난임 지원 사업에서는 수많은 배아가 폐기되며 심지어 착상에 성공한 배아에 대하여 ‘선택적 유산’이 실시됨에도 불구하고 체외수정을 통한 임신의 과정에서 생명의 연속성이나 생명의 박탈을 이유로 한 형사처벌이 논의되지는 않는다²³⁾. 낙태죄 합헌 판단에서 그렇게 강력한 힘을 발휘한 태아의 생명권은 ‘난임 치료’의 이름 앞에서는 실종된다. 즉, 생명권은 선택적으로 주장된다. 사회에서 여성에게 요구하는 ‘어머니로서의 역할’에 부합하는 배아의 ‘선택적 유산’과, 어머니 역할을 거부하는 인공임신중절에 대한 법의 접근은 완전히 상반되어 있다.

태아에게 생명권을 인정해야 하는 이유로서 “태아가 비록 그 생명의 유지를 위하여 모(母)에게 의존해야 하지만, 그 자체로 모(母)와 별개의 생명체이고 특별한 사정이 없는 한 인간으로 성장할 가능성이 크기 때문이다”²⁴⁾이라는 헌법재판소의 논거는 임신을 ‘남의 몸’에서 일어나는 일로서 사고할 때

21) 윤정원, 인권과 보건의료의 관점에서 본 임신중지, 성과재생산포럼 편, 배틀그라운드: 낙태죄를 둘러싼 성과 재생산의 정치, 후마니타스, 2018, 65쪽.

22) 헌법재판소 2012. 8. 23. 선고, 2010헌바402 결정.

23) 최현정, 낙태와 헌법 논쟁, 성과재생산포럼 편, 배틀그라운드: 낙태죄를 둘러싼 성과 재생산의 정치, 후마니타스, 2018, 95쪽.

24) 헌법재판소 2012. 8. 23. 선고, 2010헌바402 결정.

라야 성립 가능한, 임신한 여성을 철저히 타자화하는 문장이다. 임신에서 임부의 역할은 소거되고 임부가 임신을 ‘유지’하는 것, 태아를 그저 내버려두는 것만으로 태아가 성장할 것이라고 간주하는 것이다. 그러나 태아의 성장은 자동으로 진행되는 과정이 아니다. 2015년에 실시된 출산력 조사에 따르면, 기혼여성 임신의 11.5%는 자연유산으로 귀결되었다²⁵⁾. 임부는 태아를 인간으로 성장시키기 위해 무수히 많은 노력을 기울이며 설령 의도적인 노력을 전혀 하지 않더라도 자신의 신체와 정신을 상당히 소모하여 태아를 성장시킨다. ‘태아가 생명의 유지를 위해 모에게 의존해야 하는’ 것, 그것이 바로 태아가 모와 ‘별개의 생명체’가 아니라는 것을 의미한다. 여성이 임신을 유지하고 있는 모든 순간에, 태아가 성장할 수 있도록 하는 ‘특별한 사정’이 존재한다.

임신 초기의 인공임신중절을 임부의 요청만으로 가능하도록 하는 근거 중 하나는 초기 인공임신중절수술의 안전성이다. 그러나 인공임신중절의 안전성은 당연히 모든 시기, 모든 임부에게 동일하지 않다. 미국에서 임신 기간을 3분기로 구분하고 초기를 임신 12주 이내로 보았던 Roe v. Wade 판결은 1973년에 선고되었고, 유럽 국가들이 낙태법을 제정하기 시작한 것은 1960년대부터였다. 그로부터 60~70년이 지난 현대 의학 환경 하에서 인공임신중절수술의 안전성 수준이 과거와 동일하다고 말할 수는 없을 것이다. 인공임신중절의 안전성은 명확하지도 않은 특정한 주수보다는 해당 국가와 지역의 인공임신중절 관련 의료기술 수준, 임부의 의료 접근성과 지식, 수술 전후의 관리, 임부의 신체적 건강 상태 등에 의해 더 많이 영향을 받는다. 나아가 그 사회의 인공임신중절 관련 의학 연구의 수준, 의료진 교육 내용, 의료진의 숙련도, 보편화되어 주로 사용하는 인공임신중절의 방법, 인공임신중절 관련 지식의 보급 정도, 인공임신중절의 불법 여부와 허용 범위, 그 사회의 여성에게 요구되는 섹슈얼리티의 윤리, 성평등의 정도, 그로 인한 임부의 정신적 건강 등까지도 안전한 임신중단의 가능성에 영향을 끼친다.

더불어, 「모자보건법」의 ‘인공임신중절의 허용한계’가 어디까지나 형사처벌 여부의 문제라는 점을 되새겨보면, 인공임신중절수술의 ‘안전성’을 수술을 받

25) 임신경험이 있는 15~49세 기혼여성의 자연유산 횟수를, 총 임신횟수 중 현 임신을 제외한 값으로 나눈 것이다. 이삼식 외, 2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사, 한국보건사회연구원, 2015, 134쪽.

는 당사자에 대한 형사처벌 여부의 기준으로 삼는 것은 기이한 논리이다. 현행 「형법」과 「모자보건법」의 금지 및 허용한계 조항은 임부의 건강이나 안전을 보장하기 위한 규정이 아니라, 허용 영역 외에는 범죄화하고 임부와 의사를 처벌하는 기준을 제시하는 법이다. 자신에게 ‘안전하지 못한’ 수술에 동의한 것이 형사처벌의 근거가 될 수는 없다. 좀 더 안전한 임신중단이 가능한 시기에 임신중단을 할 수 있도록 유도하는 방안은 형사처벌이 아닌 다른 방법이어야 마땅하다. 형사처벌은 오히려 인공임신중절의 시기를 늦추어 위험성을 높이는 데 기여한다²⁶⁾.

2) 임신 ‘후기’와 태아의 생존가능성 기준 문제

임신주수에 따라 처벌을 달리 하는 입법 방식에서는 인공임신중절수술을 금지하거나 극히 제한적인 사유에만 허용하는 시기를 구분하고자 한다. 그러나 형사처벌이라는 방법으로 여성의 임신중단을 금지하거나 제한하여야만 하는 임신 ‘후기’를 구분하는 것 또한 정당화되기 어렵다. ‘후기’ 인공임신중절을 제한하고자 하는 주된 근거는 태아의 자생능력이다. 그러나 태아의 자생능력은 유동적이다. 분만기 이전 모체 외 배출 시 태아의 ‘독자적’ 생존 가능성이란, 적어도 우리나라의 의료 환경에서는 가상의 개념에 불과하다. 2017년 출생아의 99.6%는 병원 출산이다²⁷⁾. 거의 대부분의 출산이 의료적 지원을 받아 이루어지는 환경에서, 생존 가능성에 위협을 주는 요소에는 당연히 의료적 개입이 기대되므로 의료기술의 도움 없는 자생능력을 말하는 것은 무의미하다. 숙련된 의료진, 충분한 의료 장비, 적절한 의료 서비스가 뒷받침되는 환경에서의 생존 가능성과 그렇지 못한 환경에서의 생존 가능성에 상당한 차이가 있을 것임은 자명하다. 현재와 미래의 의료 환경에서 모체 외 생존 가능성이란 태아의 자생능력보다도 의료기술 수준과 이용가능성의 문제로 빠르게 이동하고 있다. 그렇다면 태아의 자생능력이 언제 생기는지는, 의학적으로 모두에게 보편적이고 일반적인 시점을 결정할 수 있는 문제가 아니

26) 김동식 외(2018)에서는 인공임신중절을 하였거나 고려한 적이 있는 사람 중에서 낙태죄가 ‘안전하게 낙태할 수 있는 의료기관을 찾는 데 제약이 되었다’가 54.5%, ‘낙태 관련 전문 상담기관을 찾는 데 제약이 되었다’가 44.8%로 나타나, 낙태죄가 결국 안전한 임신중단을 방해하고 있음을 보여주었다. 김동식 외, 2018, 75쪽.

27) 통계청, 인구동향조사, 2017년 출생 통계, 2018, 24쪽.

라 의료기술 수준, 의료적 접근 가능성, 태아의 건강 상태 등에 따라 개별적으로 판단할 영역인 것이며, 인공임신중절의 불법성을 가를 기준점의 마련은 다분히 자의적인 것이다.

더구나 ‘후기’ 인공임신중절은 대개 특수한 상황에서 발생하는 일임을 감안하면, ‘후기’ 인공임신중절의 금지가 인공임신중절의 감소를 유도하기보다는 오히려 임신중단의 위험성을 높이는 데에만 기여할 가능성도 고려할 필요가 있다. 인공임신중절 경험조사를 보면, 임신 24주 이후의 수술은 극히 드문 경험으로 나타난다. 드문 사례들은 수술로 인한 건강상 위험에도 불구하고 인공임신중절수술을 할 수밖에 없었던 특별한 사정이 있었을 가능성이 높다. 일례로 일반 여성 조사에서 임신 24주를 넘긴 수술 경험은 0.8%였지만,²⁸⁾ 성폭력 피해자 조사에서는 임신 24주 이후 지원을 요청한 경우가 7.1%나 되었다²⁹⁾. 미성년자나 정신적 장애인 등 성폭력에 취약한 집단은 성폭력에의 취약성과 같은 이유에서 성폭력 피해의 발견, 임신의 인지, 인공임신중절 관련 정보의 수집, 임신중단 의사 결정, 지원 요청 등도 늦어질 수 있다.

인공임신중절수술은 수술이라는 점에서 의학적 판단이 당연히 개입할 수밖에 없다. 임신중단의 판단에 법적 처벌 우려가 방해물이 되지 않고, 임신중단이 전적으로 의학적인 판단의 문제가 된다면, 오히려 임신중단의 안전성 향상에는 더 도움이 될 것이다. 불법이기 때문에 적절한 의료기관을 찾기 어렵고, 불법이기 때문에 정보 접근성이 떨어지며, 불법이기 때문에 더 많은 비용을 마련하여야 수술을 받을 수 있다. 이러한 요소들은 수술 시점을 지연시킨다. 불법화로 인한 장애물이 없이 오로지 의학적인 문제가 될 때라야 비로소 ‘후기’의 인공임신중절수술이 여성에게 끼칠 수 있는 건강상 위험의 정도를 정확히 검토할 수 있게 된다. 그리고 수술하지 않으면 임부의 생명과 건강상 위험이 현저한 경우가 아니라면, 의학적 견지에서 수술의 위험성과 임신중단의 필요성을 판단할 수 있게 될 것이다. 물론 임신의 지속이 임부에게 건강

28) 김동식 외, 2018, 86쪽.

29) 성폭력 피해자의 인공임신중절 지원 요청 시점을 보면 임신 12주 이내에 지원을 요청한 경우는 43.3%, 임신 12주 내에 수술을 받은 경우는 19.1%에 그쳤고, 임신 16주까지 지원을 요청한 경우는 50%를 조금 넘는 수준이어서, 성폭력 피해자의 인공임신중절수술 시점이 다른 집단에 비하여 상대적으로 늦은 것으로 보인다. 이미경 외, 성폭력 피해로 인한 인공임신중절수술 지원실태 및 개선방안 연구, 여성아동폭력피해중앙지원단, 2012, 33쪽.

상의 현저한 위험이 있는 경우는 현행법 하에서도 법 해석을 통하여, 정당행위 또는 긴급피난에 해당하므로 낙태죄의 위법성이 없다고 볼 수 있다³⁰⁾. 그러나 원칙적으로 범죄에 해당하고 사후적으로 정당화되는 방식이 아니라 처음부터 범죄가 아니어야 임신한 여성의 의료 접근성을 떨어뜨리지 않고 의사 및 지원 기관의 부담을 경감시킬 수 있으며 그 결과 급박한 위험에 처한 임부의 건강 보호 강화를 기대할 수 있다. ‘후기’의 수술이 위험성이 높다면, 법에서 ‘후기’를 구분하여 엄격한 제한을 하지 않더라도 ‘후기’의 인공임신중절수술이 증가하지는 않을 것이므로, ‘후기’의 기산점을 두지 않는 것은 인공임신중절의 증가를 촉진한다기보다는 불가피한 수술에 불법화로 인한 지연의 위험성을 더하지 않는다는 것을 의미한다.

4. 남아있는 문제

낙태를 형사 처벌하는 조항을 유지하면서 사회경제적 사유나 여성의 신체적·정신적 건강을 인공임신중절 허용 사유로 두는 방법으로 법 개정을 할 경우, 현행법에 비하여 인공임신중절 허용 범위가 넓어질 수는 있지만 여전히 문제는 남는다. 낙태죄가 남아있는 한 임신중단 중에서 어떤 경우는 합법이고 어떤 경우는 불법이므로, 불법을 가려내어 처벌하기 위하여 법 해석이 필요해질 것이다. 이때 판단 주체나 해석 기준의 확정이 요청될 수 있다.

먼저 판단 주체와 관련해서는, 인공임신중절수술과 관련한 모든 절차는 수술을 지연시키는 요인임을 고려할 필요가 있다. 외국 입법례로 소개되는 ‘의사 2인 이상’이나 수술 전 의무적으로 거쳐야 하는 상담원 등은 인공임신중절수술의 불법성 여부와 관련하여 의무적 절차로 둘 것이 아니라, 여성이 충분한 정보에 근거한 판단을 할 수 있는 환경을 마련하는 방향으로 전환하여야 한다. 여성이 충분한 판단 능력을 갖고 있지 않거나 적절한 판단을 할 수 없을 것이라고 간주하여 제3자가 여성을 대신하여 판단하겠다는 이념을 반영하여서는 안 된다는 것이다.

인공임신중절수술 허용 사유 해당성을 검토하는 위원회 등의 절차는 판단

30) 대법원 1976. 7. 13. 선고, 75도1205 판결.

기준의 마련과 연관되는 문제이다. 판단 기준 마련 요구에 따라 보건복지부나 법원이 판단의 구체화를 시도한다면, 애초의 법 개정 목적에 어긋나는 결과가 초래될 수 있다. 사회경제적 사유나 여성의 신체적·정신적 건강에의 위험 사유에서 판단 기준의 객관화는 불가능하며, 어떠한 시도도 불합리한 결과를 낳을 것이다. 임신중단권의 확보를 위한 법 개정은, 국가가 허용하는 임신중단 사유를 객관적이고 구체적으로 확정하는 문제가 아니라, 임신한 여성이 스스로 판단하고 결정할 수 있도록 권한을 부여하는 것을 의미한다. 「형법」 또는 「모자보건법」이 어떤 방식으로 개정이 되더라도, ‘임신한 여성의 결정권을 인정하고, 재생산 건강 보장과 몸의 통합성의 권리를 위하여 안전한 임신중단을 지원한다’는 점이 개정법의 해석 기준이 되어야만 지금의 법 개정 논의는 비로소 유의미할 수 있다. 낙태법 개정은 임신중단권 확보의 종착점이 아닌 시작점일 것이다.

양질의 재생산 건강서비스 접근과 보장을 위한 보건의료제도

고경심(산부인과 전문의/인도주의실천의사협의회 이사)

1. 기본적인 원칙

- 1) 여성의 건강과 재생산 건강을 최우선으로 한다.
- 2) 여성의 몸에 대한 재생산권, 자기결정권을 존중한다.
- 3) 양질의 재생산 건강서비스 중 임신중단은 공적으로 보장되는 의료서비스이다.
- 4) 청소년, 장애여성, 저소득층 여성 등 재생산 건강 서비스 접근성이 취약한 여성을 대상으로 접근성 보장을 위한 공적 부조 제도가 필요하다.

2. 재생산 건강서비스 접근성 보장

가. 한국의 현실

현행 모자보건법상 허용사유에 해당되는 합법적인 ‘인공임신중절’에 대해서는 다음과 같이 의료보험 수가가 책정되어 있다. 임신 8주 이내 81,080원, 8주~12주 104,600원, 12주~16주 126,870원, 16주~20주 171,170원, 20주~213,680원으로 수가가 정해져 있는데, 임신 주수가 늘어날수록 그 수가가 올라가는 이유는 그만큼 시술에 필요한 시간과 의료적 처치와 의사의 시술 상 어려움이 증가하기 때문이다.

그러나 전체 임신중단 중 4.5%만 합법적인 임신중단에 해당한다고 추정하고 있으며, 음성적으로 시행되는 임신중단시술은 통계적으로 정확히 산출될 수 없다. 현재 산부인과에 시행되는 임신중단시술은 불법적이므로 공개할 수도 없으며, 당연히 의료보험수가에 포함되지 않으므로 임신 주수에 따라 50만원에서 500만원까지 자의적으로 책정된 일반수가에 따라 진행되고 있다. 이는 전체 의료비 및 환자의 부담을 상승시키고, 정확한 통계 및 역학조사를

어렵게 한다. 아울러 이러한 고비용은 저소득층 여성과 청소년들의 접근성을 심각하게 제한하고 있다. 따라서 이러한 문제 해결을 위하여 건강보험과 공공재정에서 비용을 부담하는 해외 사례들을 살펴볼 필요가 있다.

나. 임신중단 비용보조 및 공공기금 투입 사례들

재생산 건강서비스 중 임신중단은 현재 형법조항으로 불법이다. 이러한 법적인 제한은 필요한 건강서비스에 대한 접근성을 방해하는 요소로 여성의 재생산권과 자기결정권을 심각하게 제한한다. 따라서 임신중단에 대한 합법화가 필요하다.

임신중단이 합법화되었다고 해도 그 접근성이 취약한 여성을 대상으로 접근성 보장을 위한 공적 부조 제도가 필요하다. 비용이 어느 정도인가, 합법과 불법의 비용 차이가 얼마인가, 비용 부담이 개인의 책임인가 또는 국가가 부담하는가 하는 문제는 의료 이용 접근성과 직결된다.

임신중단이 합법화되어 있는 대부분의 국가들에서는 임신중단 시술이 공공재원에서 지원된다. 아래 표를 참고하면, 총 34개국에서 공공의료시스템 하에서 임신중단 비용이 전액 무료로 제공되고 있다. 이 외에도 공공병원에서 더 저렴하게 시술을 제공하는 방식으로 일부 재정부담을 제공하는 국가, 공공보험에서 보험적용이 되어 개인이 일정 비율만 본인부담하면 되는 국가, 저소득층과 청소년에게 비용지원을 하는 국가, 사유에 따라 제한적으로 비용을 지원하는 국가들을 포함하면, 총 59개국이 전액 또는 일부 비용을 공공재정에서 부담한다. 미국의 경우에는 1976년 Hyde 개정조항 이후 임신중단에 대한 공공자금 지원이 금지되었다. 그러나 오바마 대통령의 의료개혁 이후, 주 정부가 제공하는 오바마케어 플랜을 도입한 19개주(뉴욕, 뉴저지, 캘리포니아 등)에서는 임신중단이 건강보험 혜택을 받고 있다.

무료 (34)	공공기관/정부 제공	오스트리아, 아제르바이잔, 바베이도스, 덴마크, 에티오피아, 그리스, 가이아나, 인도, 이탈리아, 카자흐스탄, 멕시코(멕시코시티만), 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 러시아, 남아공, 튀니지, 우크라이나, 영국, 우즈베키스탄, 잠비아(21)
	건강보험 제공	벨기에, 캄보디아, 캐나다, 쿠바, 프랑스, 홍콩, 아이슬란드, 룩셈부르크, 네덜란드, 북한, 슬로베니아, 스페인, 우루과이(13)
일부 부담	특정 연령의 경우 보조	아르메니아, 불가리아, 몰도바, 몽골

일부 부담 (25)	저소득층의 경우 보조	아르메니아, 독일
	건강상의 이유	불가리아, 에스토니아, 독일, 헝가리, 이스라엘, 리투아니아, 몰도바, 몽고, 루마니아, 슬로바키아, 터키
	기혼여성의 경우 보조	중국
	정부가 일정비율 부담	벨리즈, 케이프베르데, 에스토니아, 핀란드, 헝가리, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 스위스, 투르크메니스탄, 터키
	건강보험에서 제공	핀란드, 몬테네그로, 대한민국, 스웨덴, 투르크메니스탄, 터키
	민간기관보다 공공기관을 저렴하게 이용 가능	가나, 리투아니아, 몰도바, 모잠비크, 루마니아, 싱가포르, 슬로바키아
특정 조건에서 보조 (10)		피지(건강상의 이유, 성폭력, 근친상간) 체코, 라트비아, 마케도니아, 키르기스스탄, 바레인(건강상의 이유) 크로아티아(건강상의 이유, 성폭력) 벨라루스(건강상의 이유, 사회경제적 이유) 알바니아(신체, 정신적 장애가 있을 때) 미국(지역에 따라 다름)

이러한 비용 지원으로 임신중단율이 더 높아질 것이라는 반론과 우려가 있을 수 있다. 그러한 반론에 대한 조사로, 2006년 메사추세츠 주에서 주(州) 기금을 지원하여 건강보험 가입을 보조했다. 2004년 86%이던 건강보험 가입율이 2008년 94%까지 증가하였고, 임신중단 비용도 건강보험에서 보조하였다. 같은 기간 임신중단 건수는 24,245건에서 23,883건으로 1.5% 감소하였다. 미국의 임신중단율은 인구감소와 함께 자연감소를 보이고 있는데, 건강보험 적용이 임신중단율을 높이지 않았다는 결론이다.

다. 임신중단 상담과 피임교육

여성이 계획하지 않은 임신임을 확인하였을 때 수많은 가능성과 선택의 문제에 직면하게 된다. 아이를 낳을 것인지, 낳아서 직접 양육을 할 수 있을지, 아니면 입양을 시킬 수 있는지, 임신중단을 하게 되면 언제 어디서 어떻게 해야 하는지, 시술의 부작용 및 고려사항은 무엇인지 등등 의문을 가지게 된다. 이러한 가능성과 선택 사이에서 개인이 혼자 결정을 내리기 힘들 때, 올바른 정보나 지식을 제공받을 창구가 필요하다. 이 과정에서 여성의 상태와 감정을 명확히 파악하고 결정을 내리는 데 도움을 주는 방향으로 제공되어야 한다. 서유럽 국가들에서 의무적(네덜란드, 독일, 벨기에, 슬로바키아, 이탈리아, 라트비아, 프랑스) 또는 선택적으로 이러한 문제를 가지고 상담할 수 있는 서비스가 제공된다.

임신중단 이후에도 사후 건강관리 및 피임에 대한 상담이 필요하다. 특히 임신중단 이후 2주 이내 배란이 재개되기 때문에 바로 피임이 필요하다는 정보도 제공하고, 이후 원치 않는 임신을 예방하기 위한 적절하고 효과적인 피임법에 대한 정보 제공이 중단 직후에 바로 이루어질수록 효과적이다³¹⁾. 전인적이고도 통합적인 성교육과 피임교육, 임신과 출산/인공임신중절에 대한 통합적인 상담과 정보의 제공은 동시에 진행되어야 한다.

3. 임신중단 의료서비스 적용 제안

○ 임신초기(임신 12주 이내) 임신중단의 의료적 요건

- 임신 12주 이내에 여성의 요청에 의하여 시술 및 약물 처방을 할 수 있다. 단, 약물 처방 시에는 의사의 산과 초음파 검사로 자궁 내 태낭이 확인이 되어 자궁외임신이나 자연유산이 아닌 경우 가능하다.

○ 임신중기(임신 12주 ~ 임신 24주 미만) 임신중단의 의료적 요건

- 임신 12주 이후 임신 24 주 이내에는 다음과 같은 요건에서 임신중단

31) World Health Organization. "Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd ed." WHO: 2012.

시술을 할 수 있다.(임신중단 약물은 중기 임신중단의 안전성과 효과가 확실치 않다.)

▶ 임신 중기 임신 중단 시술의 조건

수술실과 회복실 또는 입원실이 갖추어져 있는 시설과 산부인과 전문의 및 마취과 전문의가 상주하는 산부인과 병원에서 시술하는 것이 안전하다.

▶ 임신 중기 임신 중단 시술을 할 수 있는 적용 사유들

① 태아 측의 의료적 사유

- 태아가 태어나서 생명 유지가 어려운 구조적, 기능적 중증 태아기형의 경우
- 풍진, 톡소플라즈마증 등 임신 초기 바이러스 감염으로 중증 태아기형 가능성이 높은 경우
- 태아의 유전자 이상으로 심각한 지체나 장애가 생길 가능성이 높은 경우

② 산모 측의 의료적 사유

- 산모의 기저 질환이 임신 유지 시 산모의 생명과 건강에 현저히 위협할 경우
- 임신으로 인한 산모질환으로 산모의 생명과 건강에 현저히 위협할 경우
- 임신의 유지 및 출산이 산모의 정신 건강에 현저히 위협할 경우

③ 기타 사회·경제적 사유

- 성폭력으로 인한 임신
- 미성년자의 임신
- 사회·경제적 취약성

○ 임신 후기(24주 이후) 임신중단의 의료적 요건

- 임신 24 주 이후는 다음과 같은 요건에서 임신중단 시술을 할 수 있다.

▶ 임신 후기 임신 중단 시술의 조건

① 수술실과 회복실 또는 입원실이 갖추어져 있는 시설과 산부인과 전문의 및 마취과 전문의가 상주하는 산부인과 병원에서 시술한다.

▶ 임신 후기 임신 중단 시술을 할 수 있는 적용 사유들

- ① 산모의 기저 질환이 임신 유지 시 산모의 생명과 건강에 현저히 위협할 경우
- ② 임신으로 인한 산모질환으로 산모의 생명과 건강에 현저히 위협할 경우

※ 임신 후기 임신중단 적용 사유에 대한 심사

4. 필요한 제도적 장치

- 임신 중단 약물에 대한 식약처의 허가가 필요하다.
- 임신 중단 약물 및 시술 비용은 현행 의료보험체계의 수가체계로 적용된다.
(수가 산출은 심평원 작업이 필요하다.)
- 임신 중단 약물 처방 및 시술 보고 체계 구축 및 통계 생성
 - (보고방안) 의료기관 → 보건소(시·군·구) → 시·도 → 복지부
 - * 법령 개정 필요, 임신부 사망·사산 보고와 연계 검토(모자보건법 제8조)
 - (보고주기) 분기별
 - (보고범위) 사유, 시술방법, 임신기간, 인적사항(성명 제외, 생년월일 정보 포함)
- 임신과 임신 중단 및 피임, 출산에 대한 사회적 상담과 의료적 상담 기관을 둔다.
임신 및 임신 중단에 따르는 신체적 변화, 합병증에 대한 설명, 피임방법에 대한 설명을 온라인과 전화로 상담할 수 있는 기관을 각 보건소 및 보건지소, 성폭력상담소 등 관련 기관에 설치한다.
특히 성폭력 생존자, 만 19세 미만 청소년, 정신지체 여성 등 사회적 취약계층 여성을 위한 전문가 상담 기관을 설치하여 접근성을 높인다.
- 의사의 시술 거부
임부의 생명이 위급할 경우를 제외하고, 의사 개인의 양심에 따라 임신중단 시술을 거절할 수 있으나 반드시 임신중단 시술 의사에게 의뢰하도록 한다.

5. 법률 체계 및 구성

- 현행 형법 낙태죄 조항은 폐지한다.
- 기존의 모자보건법 개정 또는 새로운 <재생산건강법>을 제정하여 임신 중단 허용기간, 포괄적인 허용범위, 기본절차 등을 규정, 시행령에서 세부적인 허용범위 및 절차 설정한다.

6. 의과대학 교육 및 산부인과 전공의 수련과정 도입

- 안전한 임신중단 표준진료지침을 산부인과학회와 의사회에서 연구 및 공론화를 통하여 제정하고 적용하는 과정이 필요하다.
- 의과대학에서도 정규 교육과정에 임신중단 표준진료지침이 포함되어야 한다.
- 산부인과 개원의를 대상으로 정기적인 연수 교육을 시행하고 신고와 모니터링 체계를 구축하도록 하는 제도화가 필요하다.

낙태죄 폐지를 넘어 성과 재생산 건강과 권리로

김민문정 (한국여성민우회 상임대표)

1. ‘국가’와 ‘여성’, ‘시민권’

- 제안된 주제는 ‘재생산권 확보를 위한 운동적 제안’이었음. ‘재생산권’을 말하기 위해서는 먼저 ‘국가에게 여성은 무엇인가?’, ‘한국사회에서 여성은 ‘시민권’적 주체인가?’를 질문하고 짚어보는 것이 필요함.

가. 대한민국 법 체계 속 여성의 위치

1) 형법(1953년 9월 18일 제정, 1953년 10월 3일 시행)

- 형법은 공법으로, 국가와 개인과의 관계를 규율하는 법임. 어떤 행위가 범죄이고 이에 대한 법적 효과로서 어떤 형벌이 부과되는가를 규정함.
- 1953년 제정된 형법에 여성은 ‘부녀’라는 이름으로 등장함.
- [제27장 낙태의 죄]³²⁾와 [제31장 약취와 유인의 죄]³³⁾, [제32장 정조

32) 제27장 낙태의 죄

제269조(낙태) ① 부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 1만원 이하의 벌금에 처한다.

② 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 전항의 형과 같다.

③ 전항의 죄를 범하여 부녀를 치상한 때에는 3년 이하의 징역에 처한다. 치상한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

제270조(의사등의 낙태, 부동의낙태) ① 의사, 한의사, 조산원, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다

② 부녀의 촉탁 또는 승낙 없이 낙태하게 한 자는 3년 이하의 징역에 처한다

③ 전2항의 죄를 범하여 부녀를 치상한 때에는 5년 이하의 징역에 처한다 치상한 때에는 10년 이하의 징역에 처한다.

④ 전3항의 경우에는 7년 이하의 자격정지를 병과한다

33) 제31장 약취와 유인의 죄

제287조(미성년자의 약취, 유인) 미성년자를 약취 또는 유인한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

제288조(영리등을 위한 약취, 유인, 매매등) ① 추행, 간음 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 자는 1년 이상의 유기징역에 처한다.

에 관한 죄]³⁴⁾에 등장함.

- 낙태의 죄에서는 자기낙태죄의 주제, 범죄의 주제로 등장하고, 나머지 장에서는 범죄의 대상, 피해자로서 등장함.
- 형법 제정 당시 법제사법위원회 심의과정에서 “법전편찬위원회에서 안을 만들 때 도의적인 측면에서나 국가나 민족 전체적으로 보아 개인 희생이 너무 크지 않은가 라는 점을 고려하였고, 그리고 국가나 민족 전체적으로 보아도 인구가 적어서 노력해 볼 때도 있고 또 인구가 너무 많아서 곤란할 때도 있고 해서 사실은 그다지 큰 확신을 가지지 못하고 이 낙태죄의 장을 초안으로 존치시켰다.”는 기록이 있고, 낙태죄 초안규정을 지지하는 의원들의 답변 중에도 ‘낙태죄 유래가 이론상으로 태아의 인명.....(중략).....인구증식 상으로 좋지 못하다는 점, 군국 주의자들이 전쟁을 하는데 있어서 급속도로 인구를 증가시키기 위해 낙태를 허용하지 않았다’는 기록 존재³⁵⁾. 이로서 낙태죄는 국가의 인구조절을 위한 수단임이 명백함.
- 낙태죄는 여성을 국가의 인구조절정책의 도구로 위치 짓고, 국가의 목표에 순응하지 않는 여성에 대한 응징, 그를 강제하기 위한 수단으로

② 취업에 사용할 목적으로 부녀를 매매한 자도 전항의 형과 같다.

③ 상습으로 전2항의 죄를 범한 자는 2년 이상의 유기징역에 처한다.

34) 제32장 정조에 관한 죄

제297조(강간) 폭행 또는 협박으로 부녀를 강간한 자는 3년 이상의 유기징역에 처한다.

제298조(강제추행) 폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 추행을 한 자는 10년 이하의 징역 또는 5만원 이하의 벌금에 처한다.

<중략>

제303조(업무상위력등에 의한 간음) ① 업무, 고용 기타 관계로 인하여 자기의 보호 또는 감독을 받는 부녀에 대하여 위계 또는 위력으로써 간음한 자는 5년 이하의 징역 또는 2만5천환 이하의 벌금에 처한다.

② 법률에 의하여 구금된 부녀를 감호하는 자가 그 부녀를 간음한 때에는 7년 이하의 징역에 처한다.

제304조(혼인빙자등에 의한 간음) 혼인을 빙자하거나 기타 위계로써 음행의 상습 없는 부녀를 기망하여 간음한 자는 2년 이하의 징역 또는 2만5천환 이하의 벌금에 처한다.

제305조(미성년자에 대한 간음, 추행) 13세미만의 부녀를 간음하거나 13세미만의 사람에게 추행을 한 자는 제297조, 제298조 또는 제301조의 예에 의한다.

제306조(고소) 제297조 내지 제300조와 제302조 내지 전조의 죄는 고소가 있어야 논한다.

35) 공익과인권. 2004. 「낙태죄에서 재생산권으로」 토론회 자료집 중 이인영. ‘성통합적 관점에서의 낙태죄의 현실분석과 재구성을 위한 논의’

서 의료영역에 대한 통제 형식으로 구성됨.

2) 모자보건법(1973년 2월 8일 제정, 1973년 5월 10일 시행)

- 모자보건법은 ‘모성의 생명과 건강을 보호하고 건전한 자녀의 출산과 양육을 도모함으로써 국민의 보건향상에 기여하게 함’을 목적으로 만들어진 것이나 실질적으로는 1960년대 산아제한을 목표로 했던 가족계획 사업의 법적 근거를 마련하고, 낙태를 합법화하기 위한 의도로 제정됨.
- 제4조(모성등의 의무)³⁶⁾ 조항은 여성을 시민권적 주체로서가 아니라 임신, 출산, 양육의 주체로서의 책무를 규정함. 여성의 몸을 국가의 출산과 인구정책의 도구로서 위치 지음.
- 이후 모자보건법은 여러 차례 개정을 거쳐 변화를 했지만 저출산 위기 담론 속에서 가족계획이라는 국가정책적 방향을 제거하였음에도 전반적인 목적과 정의의 변경 없이 여전히 여성의 몸을 출산과 양육을 위한 도구적인 관점에서 바라보는 정책을 유지하고 있음³⁷⁾.
- 형법의 제정 배경과 모자보건법의 변화를 통해 확인한 바와 같이 여성은 국가 인구조절정책의 도구일 뿐 시민권을 가진 존재, 권리의 주체가 아니었음.
- 따라서 ‘재생산권’을 이야기하기 위해서는 권리의 주체로서의 여성의 위치를 회복하는 것에서부터 논의가 시작되어야 함.

2. 낙태죄 폐지 운동의 의미와 전략

- 그동안의 ‘낙태죄’와 관련한 논의는 허구임. ‘태아의 생명권’ 대 ‘여성의 자기결정권’ 프레임은 개별 인권 간의 경합처럼 구도화하여 국가에 의한 여성의 몸에 대한 통제, 여성은 도구일 뿐 시민권을 가진 존재, 권리의 주체가 아니었던 사실을 숨기고, ‘태아의 생명권’이라는 허구적 생명

36) 제4조(모성등의 의무) ① 모성은 임신·분만등에 있어서 자신의 건강에 대한 올바른 이해와 관심을 가지고 그 건강관리에 자발적으로 노력하여야 한다.

② 영유아의 친권자·후견인 기타 영유아를 보호하고 있는 자는 육아에 대한 올바른 이해를 가지고 영유아의 건강증진에 적극적으로 노력하여야 한다.

37) 장임다혜. 2018. 「모자보건법 개정방향 : 재생산권 확보를 위한 국가의 책무 및 전달체계」

이데올로기를 통해 여성의 몸에 대한 통제를 보이지 않게 하고 ‘비도덕적’이라는 윤리의 문제로 환원하여 여성에 대한 통제를 지속하도록 함.

- 2012년 현재의 결정(2010헌바402(2012. 8. 23.)) 또한 ‘태아의 생명권’과 ‘임부의 자기결정권’을 기본 구도로 설정하고, 즉 침해할 수 없는 개별적 인권 둘이 서로 경합하는 문제로 설정하여 태아와 임부, 그 어떤 인권도 무시하거나 배제할 수 없으므로 양자의 인권을 모두 조화롭게 존중하는 방향으로 합리적 절충 방안을 마련하면 되는 것처럼 문제를 호도하고 본질을 왜곡함.
- 낙태죄 폐지 논의의 핵심은 ‘낙태’에 대한 ‘찬반’이 아니라 낙태‘죄’에 대한 ‘찬반’임. ‘국가가 불가피하게 임신을 중단한 여성만을 처벌하는 것이 정의로운가?’에 대한 질문이 본질임.
- ‘낙태죄’ 폐지 운동은 여성을 국가의 인구조절정책의 도구로 삼고, 국가의 목표에 순응하지 않는 여성에 대한 응징, 이를 강제하기 위한 수단으로서 의료영역에 대한 통제를 가하고 있는 국가권력에 대한 도전이며 여성시민권 쟁취 투쟁임.
- 따라서 기본목표는 형법 [제27장 낙태의 죄] 장 자체를 삭제하여 낙태를 비범죄화하는 것. 여성을 도구로 삼고 통제하는 형법 자체의 변화 없이 기본권의 주체로서의 여성의 위치는 확보될 수 없음. 비범죄화되어야만 실질적으로 권리의 문제로 이행 가능함.
- 형법 [제27장 낙태의 죄] 삭제되면 모자보건법 제14조는 자동 삭제됨.
- 불가피한 결정을 할 수밖에 없는 여성들의 생애사적 맥락과 양육과 관련한 사회시스템의 부재 등과 같은 구조적 문제를 고민하고 풀어나가는 과정이 바로 ‘성과 재생산 건강과 권리’를 구체화하고 실현하기 위한 과정이 될 것임.

3. 성과 재생산 건강과 권리를 위하여

- 형법에서의 낙태죄 삭제를 통해 여성이 시민권적 존재, 권리의 주체가 되는 것이 논의의 출발점이어야 함.
- 권리의 주체가 된다는 것, 권리의 관점에서 접근한다는 것은 국가가 개인의 삶의 영역에 얼마나, 어떻게 개입하게 할 것인가에 대한 질문

이기도 함.

- 사회권적 관점에서 재생산권리를 보장할 수 있는 조건을 만드는 것은 결국 ‘누구에게’ ‘무엇을’ ‘어떻게’ 등등 매우 다층적이고 복잡한 논의 주제와 연결되는 문제이고 이 과정은 국가가 상정하는 정상/비정상, 선/후 등 우선순위, 차별과 배제의 문제가 동시에 발생할 수 있는 민감한 문제임.

가. ‘성과 재생산 건강과 권리’의 의미를 한국적 맥락에서 구체화하기

- 여성의 재생산건강권이란 1995년 제4차 세계여성회의에서 합의 도출된 개념으로, 구체적으로 첫째, 여성의 만족스럽고 안전한 성생활을 영위할 수 있는 성적 권리를 포함하고, 둘째, 여성이 재생산할 수 있는 능력 및 여부, 시기, 빈도를 결정할 자유를 포함한다. 이에 임신, 자녀 양육에 관한 적절한 보건의료서비스 접근권을 보장할 것과 가족계획에 대한 정보권, 안전하고 효과적이며 입수 가능하고 받아들일 수 있는 가족계획 방법에 접근할 수 있는 권리를 포함한다. 보다 간단하게 정의하자면 재생산건강권이란 재생산의 영역에서 여성들이 주체적인 의사결정자가 될 것과 안전하고 효과적인 공동의 재생산 서비스에 접근할 권리를 확보하는 것임³⁸⁾.
- 1994년 카이로 국제인구개발회의 행동강령에서 내린 재생산권의 정의는 ‘모든 커플과 개인들이 자녀의 수, 터울, 시기를 자유롭게 책임있게 결정할 수 있는 기본적 권리 및 그 권리를 행사할 수 있는 정보와 수단, 그리고 가장 높은 수준의 성적, 재생산적 건강을 누릴 권리’³⁹⁾임.
- 재생산권리에 대하여 그동안 개발되어 어느 정도 공통적으로 적용되고 있는 척도는 1) 생명과 생존, 안전, 섹슈얼리티 2) 재생산에서의 자기 결정과 자유로운 모성 선택 3) 건강 그리고 과학적 진보의 혜택 4) 차이에 대한 반차별 그리고 적절한 존중 5) 정보와 교육, 의사결정의 차원임⁴⁰⁾.
- 재생산권과 관련하여 국제사회의 논의는 많이 진척되었으나 아직 국내

38) 공익과 인권. 2004. 「낙태죄에서 재생산권으로」 토론회 자료집 중 조영미. ‘여성의 재생산권에서 본 낙태와 모자보건정책’

39) 이한본. 2018. 「낙태죄 비범죄화를 위한 법 개정 방안」

40) 류민희. 2018. 「낙태죄 폐지 이후 검토 과제 기초발제 자료」

에서는 추상적 수준에서 논의될 뿐 구체적인 개념규정이나 의미 정리 안 됨. 이를 구체화하는 것이 과제임.

〈표〉 재생산권리 관련 척도

범주	세부내용	비고
생명권과 생존, 안전과 섹슈얼리티와 관련된 권리	생명권과 생존의 권리	-기본적인 산부인과 관리를 받을 권리 -AIDS/HIV 관련 처치를 받을 권리
	개인의 자유와 안전의 권리	-안전하지 않은 낙태로부터 보호될 권리 -여성의 성기 절제로부터 자유로울 권리 -비밀유지의 권리 -강제적 진단검사를 받지 않을 권리
	고문 및 그 밖의 잔혹한 비인간적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌로부터 자유로울 권리	-공권력에 의한 강간이나 낙태 혹은 단종시술 금지, 성적 고문금지
재생산에서의 자기결정과 자유로운 모성선택과 관련한 권리	아이의 수와 태아를 결정할 권리 사생활과 가족생활의 권리	-강제불임시술을 거부할 권리 -원하지 않은 임신 중절을 할 권리 -임신과 낙태와 관련하여 남녀파트너 사이에 합의가 어려울 경우 여성의 권리를 우선적으로 인정
	결혼하고 가족을 꾸릴 권리	-가족을 구성하고 가족을 건강하고 안전하게 유지하는 것과 관련한 권리 -가족생활의 복리를 위해서는 모성건강을 지키고 모성사망을 예방하는 것이 필수적 -청소년의 조혼을 방지하여 이들의 신체적·감정적·지적 성숙을 보장
	모성보호 일반 및 고용기간 동안 모성보호의 권리	고용관계에서의 모성보호를 통해 자기 결정과 자유로운 선택의 권리 보장
건강 및 과학적 진보의 혜택과 관련한 권리	가장 높은 수준의 건강을 향유할 권리	재생산건강 관련 자원의 다음을 보장할 권리 -이용가능성, 접근가능성, 수용 및 적용가능성, 질
	과학적 진보의 혜택 권리	재생산건강에서도 제공되는 보건서비스와 시설은 당대의 가장 진전된 지식과 기술에 기반한 것이어야 함
차이로 차별받지 않고	재생산건강과 관련하여 갖가지 이유로 차별받지	다음은 이유로 차별받지 않고 이와 관련한 부당한 사회적 낙인으로부터

적절한 존중을 받을 권리	않고 존중받을 권리	자유로울 권리 -자신의 성별, 결혼지위, 연령, 성적 지향 혹은 인종적 정체성, 건강상태 및 장애
정보와 교육, 의사결정에 관련된 권리	재생산건강과 관련된 적절한 정보를 받고 다른 사람들에게 알릴 권리, 교육을 받을 권리, 사상과 양심, 종교의 자유와 관련한 권리	피임지식과 수단을 전달하고 교육받을 권리

* 출처 : 류민희. 2018. 「낙태죄 폐지 이후 검토 과제 기초발제 자료」 재인용

나. 세부 영역⁴¹⁾에 따른 재생산권 추진방안

- ‘성과 재생산 건강과 권리’의 구체적인 개념과 의미가 한국적 맥락에서 정리되지 않은 상황에서 추진방안을 얘기한다는 것 자체가 매우 제한적이며 한계가 많다는 점을 고백함.
- 다만 세부적인 권리 영역들을 중심으로 어떤 구체적인 정책이 가능할 지에 대해 상상해 보는 것이 낙태죄 폐지 이후 재생산권에 대한 논의 과정에 도움이 될 수 있고, 이미 논의 과정에서 나왔던 아이디어들을 설명하는 것도 의미 있다는 판단에 따라 세부 영역 중 몇 가지를 임의로 선별하여 제안을 소개함.

1) 기본적인 산부인과 관리를 받을 권리/재생산건강 관련 자원의 이용가능성, 접근가능성, 수용 및 적용가능성, 질을 보장할 권리/ 모성 안전, 모성사망 예방

41) 위의 류민희 재인용 자료의 비교 내용의 일부를 임의로 발췌한 것임.

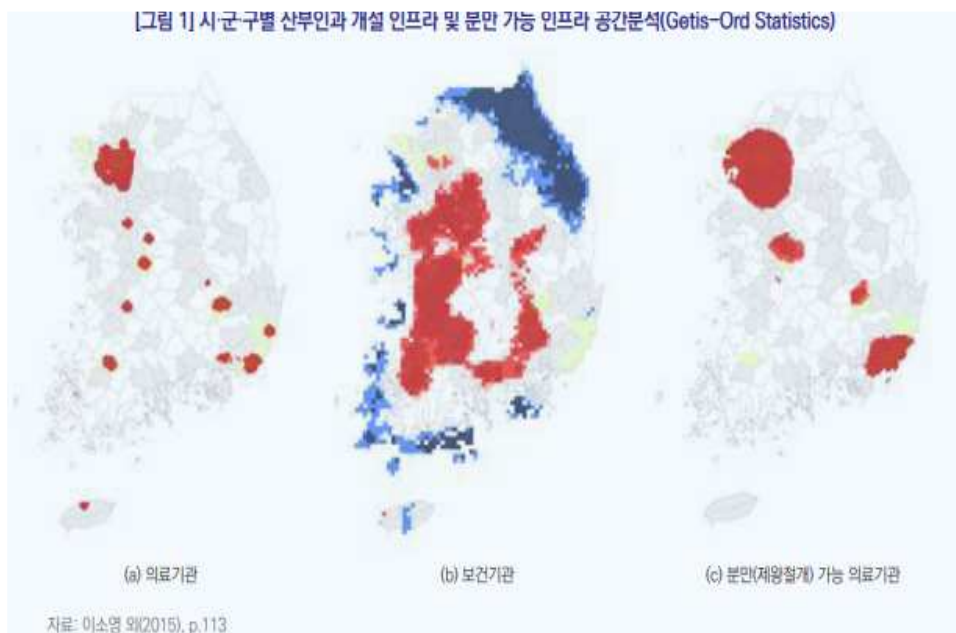
〈표 1〉 최인접 임신·출산 인프라 평균 접근 거리

(단위: km)

지역	산부인과 인프라	분만(제왕절개 가능) 인프라
서울특별시	0.3	1.1
광역시 및 세종특별자치시	시 지역	0.4
	군 지역	0.6
도	시 지역	0.3
	군 지역	0.4
전국	시 지역	0.4
	군 지역	0.4

자료: 이소영 외(2015)

- * 출처 : 한국보건사회연구원. 2016. 보건복지 이슈앤편거스 제320호. 이소영. ‘임신·출산을 위한 인프라의 분포와 시사점



- *출처 : 한국보건사회연구원. 2016. 보건복지 이슈앤편거스 제320호. 이소영. ‘임신·출산을 위한 인프라의 분포와 시사점

- 의료기관 분포, 특히 분만(제왕절개) 가능한 의료기관의 분포는 수도권과 광역시 및 시 지역을 중심으로 분포함. 수도권과 광역시 및 시 지역에는 병원, 전문병원, 종합병원과 같은 보다 다양한 전문적인 시설이 분포되어 있는 반면, 보건기관은 전반적으로 산부인과 개설의료기관의 분포가 적은 곳에 위치하는 등 지역별 격차가 존재. 거리적 접근성도 서울은 1.1Km인데 반해 도의 군지역의 경우 24.2Km로 격차가 큼.

- 생리불순, 질염 등 산부인과 질환으로 산부인과 진료를 받은 여성들이 늘고 있긴 하지만 여전히 사회적 인식으로 인해 산부인과 진료를 필요한 적기에 받기 어려운 것이 현실. 2012년 민우회에서 진행한 산부인과 프로젝트 결과에서도 단순히 산부인과 병원의 수와 거리 등 물리적 접근성만의 문제가 아니라 ‘결혼도 안한 젊은 여자가 산부인과에?’하는 식의 문화적 문턱이 높은 것이 확인됨. 특히 레즈비언 여성의 경우 산부인과 진료를 받는 최초 연령이 이성애 여성들보다 훨씬 늦어지는 경향이 있어 관련 질환을 발견, 치료하는 시기가 늦는다는 연구결과가 있다는 이야기도 있음.
- 성과 재생산 건강 관련 기본 인프라 확충
- 피임, 출산 등 재생산 관련 의료서비스 의료보험 적용 등 권리 보장을 위한 제도적 지원책 마련
- 청소년, 성소수자 등 접근성을 높이기 위한 정책적 접근 필요.

2) 원하지 않은 임신을 종결할 권리 / 안전하지 않은 임신중단으로부터 보호될 권리

- 임신 중단 비범죄화
- 수술적 방법 외에 약물적 방법 등 안전한 임신 중단 방법 도입
- 안전한 임신 중단 가능한 병원 인프라 : 네덜란드의 사례를 보면 임신 중단 전문 클리닉을 지정/개설하는 방식은 오히려 접근성을 낮추는 효과 발생. 누구나 필요할 때 쉽게 접근할 수 있는 방식으로 인프라를 확충하는 것 필요
- 의료서비스 의료보험 적용 등 권리 보장 시스템 구축
- 안전한 임신 중단을 위한 의료인들에 대한 실질적인 교육 시스템 마련

3) 강제불임시술을 거부할 권리

- 동의 없는 임신중단 강요(파트너, 파트너의 부모 등)는 기존 형법체계에서 보완 : 처벌 범위 확대 및 형량 강화
- 동의 없는 임신중절수술 의료인에 대한 처벌 조항은 의료법 보완
- 장애인, 특정 감염인 등에 대한 강제불임시술 사례 존재. 이를 막을 수 있는 제도적 방안 및 이들의 재생산권리를 보장할 수 있는 정책적 대안 마련

4) 재생산 건강에서도 제공되는 보건서비스와 시설은 당대의 가장 진전된

지식과 기술에 기반

- 사회 경제적 조건에 상관없이 누구나 보편적 권리로 안전한 최신의 지식과 기술에 접근할 수 있는 것은 중요함.
- 의과대학에서조차 재생산과 관련한 안전하고 진전된 의료지식과 기술을 습득할 수 있는 기회가 부족하고, 미프진 등 약물에 의한 임신중단 방법의 도입도 적극적으로 고민되지 못하는 현실 : 약물적 방법 확대 및 안전한 최신의의료기술 접목 가능성 확장

5) 다음을 이유로 차별받지 않고 이와 관련한 부당한 사회적 낙인으로부터 자유로울 권리(자신의 성별, 결혼지위, 연령, 성적 지향 혹은 인종적 정체성, 건강상태 및 장애)

6) 피임지식과 수단을 전달하고 교육받을 권리

- 아래 표는 한국보건사회연구원이 발행한 「2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」 보고서에 수록된 피임 실태 조사 결과임.
- 이 조사에서 전체 유배우여성(15~49세)의 피임실천율은 79.6%로 나타났다. 아래 그림은 이들의 피임방법을 나타낸 표임.
- 월경주기법을 사용하는 경우가 31.5%, 질외사정법 24.8%로 56.3%가 매우 불안정한 피임방법을 사용하고 있음. 30~34세의 경우는 월경주기법 41.3%, 질외사정법 33.9%로 총 75.2%, 4명 중 3명은 피임실패의 위험에 노출되어 있음.
- 질병관리본부 청소년건강행태온라인통계조사 결과, 전체 청소년의 5% 정도 성관계 경험 있음(여3.1%, 남7.1%). 첫 성관계 나이는 12.8~13.1세(중학교 1~2학년). 성관계 경험자 중 피임 실천율은 50% 내외. 임신 경험율은 여학생 전체 0.3%이고 인공임신중절수술 경험율은 여학생 전체 0.2%임(임신경험 여학생 중 수술 받은 적이 있는 경우는 80% 내외).
- 성교육 등 교육 강화
- 피임도구 접근권 확대
- 피임과 관련한 의료서비스 지원 강화

(표 5-29) 현재 피임 중인 유배우여성(15~49세)과 남편의 현재 피임 방법(중복응답)

(단위: %, 명)

구분	난관 수술	항문 수술	자궁내 장치	사후경구 피임약	사후경구 피임약	콘돔	실정계	월경 주기법	질외 사정법	기타 (대상자수)
전체	7.6	23.0	12.4	2.9	0.5	30.2	0.4	31.5	24.8	0.2 (8,219)
거주지										
대도시	6.9	22.0	11.5	2.9	0.5	32.5	0.3	34.7	27.3	0.2 (3,600)
중소도시	7.7	24.6	13.0	3.0	0.4	28.4	0.3	29.3	22.9	0.2 (3,450)
농촌	9.3	21.1	13.3	2.9	0.6	28.2	0.7	28.3	23.2	0.4 (1,170)
연령 ¹⁾										
30세 미만	2.5	6.4	6.4	12.3	1.0	49.8	-	32.4	34.5	0.4 (261)
30~34세	3.5	10.2	7.6	4.9	1.0	44.3	0.6	41.3	33.9	0.1 (1,048)
35~39세	5.0	16.9	9.3	3.1	0.2	38.9	0.3	37.2	28.5	0.3 (1,921)
40~44세	8.3	26.5	13.1	2.5	0.4	27.0	0.3	29.2	23.7	0.2 (2,533)
45~49세	11.2	31.3	16.6	1.5	0.5	18.5	0.4	25.2	18.3	0.2 (2,456)
교육수준										
중졸이하	17.0	19.6	20.0	4.9	1.3	20.6	-	22.2	15.6	- (194)
고졸	10.3	25.5	16.4	3.1	0.5	23.2	0.5	26.5	21.6	0.4 (3,413)
대졸	5.3	21.3	9.2	2.8	0.5	35.4	0.3	35.4	27.8	0.1 (4,277)
대학원졸	4.7	20.4	7.5	1.5	0.2	40.0	-	39.2	25.4	0.2 (336)
취업여부										
취업	7.6	24.1	14.8	2.8	0.4	27.3	0.5	30.2	24.0	0.3 (4,665)
비취업	7.6	21.5	9.2	3.1	0.6	33.9	0.2	33.2	26.0	0.1 (3,564)
가구소득 ²⁾										
60%미만	8.6	16.1	12.4	3.7	0.9	34.3	0.4	33.6	27.8	- (730)
60~80%미만	7.7	17.8	11.9	4.4	0.7	33.7	0.3	31.5	27.0	0.2 (1,167)
80~100%미만	8.0	22.6	13.8	2.7	0.3	30.4	0.3	31.7	22.8	0.2 (1,679)
100~120%미만	8.3	21.5	12.7	2.9	0.4	28.8	0.6	31.6	25.0	0.5 (1,577)
120~140%미만	9.3	22.6	13.6	3.0	0.6	29.7	0.8	30.9	22.8	0.2 (820)
140~160%미만	5.2	31.5	10.5	2.2	0.8	28.4	0.4	28.8	23.7	0.2 (774)
160%이상	6.1	28.2	11.1	1.9	0.3	27.6	-	32.1	25.6	0.1 (1,468)
출생자녀수										
0명	-	4.3	5.7	12.7	2.1	55.5	0.4	41.2	28.2	- (195)
1명	1.7	8.9	11.5	4.7	0.6	40.5	0.5	43.3	32.8	0.2 (1,563)
2명	8.3	26.6	12.2	2.1	0.4	28.0	0.3	29.8	23.7	0.1 (5,275)
3명 이상	13.6	28.6	15.3	2.5	0.3	21.8	0.3	22.1	18.7	0.6 (1,185)

주: 1) 25세 미만에는 15~19세 2명, 20~24세 21명이 포함되어 있음.

2) 가구소득은 2015년 2/4분기 가구당 월평균 소득(427만원)을 100%로 하여 분석하였음.

3) 무응답은 분석에서 제외되었으며, 출수치음으로 합이 일치하지 않을 수 있음.

* 자료 출처 : 한국보건사회연구원, 2015, 「2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사」

토 문

종합토론문

송다영(인천대학교 사회복지학과 교수)

1. 헌법과 모자보건법, 형법

헌법은 모든 법률의 기본법으로서 하위법률의 상위법이자, 구체적 법률들의 방향키를 잡고 있음. 헌법 10조는 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다”로 명시하고 있음. 여성의 국민으로서의 행복권 추구는 불가침의 권리임. 그런데 누가, 무엇이 여성의 행복을 추구할 권리에 앞설 수 있는 것인지 의심스러움. 헌법이 보장한 행복추구권이 왜, 어떻게 모자보건법이나 형법에 의해 부정되어도 되는 것인지 합리적 설명이 있어야 함. 아직 사회적으로, 법률적 의미의 국민이라고 할 수 없는 태아가 국민인가? 일하고, 돌보고, 세금내고, 교육하고, 양육하고, 정치적, 경제적, 문화적, 사회적 행위를 하는 여성이 국민인가? 태아 vs 여성으로 대비되는 모순적 비대칭 권리에 대해서 법률은 이에 응답해야 함.

2. 여성의 노동권, 생존권 보장

수정에서 착상까지는 대략 5~8일 걸림. 착상에 성공하면 태아로 이행할 수 있는 토대가 만들어진다고 볼 수 있음. 그런데 이 5~8일 정도의 시간 대비, 출산 후 자녀를 키워내는 과정에 들어가는 시간은 365일×18년(우리나라에서 한부모가족지원법에서 아동양육비를 지급되는 기점 기준)으로 하면 6,570일이 걸림. 이 엄청난 시간 격차를(피임에 실패했다는 이유로, 혹은 피임에 신경 쓰지 않는 남성 때문에) 여성이 모두 짊어져야 하는 것이 합당한가? 여성은 출산의 도구로서만 의미가 있나? 여성은 아이를 키우는 사람으로서만 정체성을 갖아야 하나? 여성은 주체적 개인으로서 존재할 수 없나? 사회적

생존이 어려워, 혹은 의식의 변화로 점차 개인을 기본으로 전환하는 사회구조 속에서 여성은 일해야 하고 생존을 해나가야 함. 낙태죄 논쟁이 놓친 가장 중요한 권리는 여성의 시민으로서의 기본권인 노동권, 생존권임. 이에 대한 새로운 논의가 필요함.

3. 왜 여성에 의한 임신중단을 불법으로 해야 하는가에 대한 정확한 근거를 제시할 것

임신중단 비범죄화는 세계적 추이. 엄격한 물을 적용하던 가톨릭 국가인 아일랜드도 법적 허용을 2018년에 국민투표로 통과시켰음. 아래 <표>를 보면 현재 경제협력개발기구(OECD) 30개국 중 임신중절을 합법화한 국가는 23개국에 달하며 대다수 국가가 임신 후 12주에서 24주까지 혹은 ‘태아가 모체 밖에서 생존할 수 있는 시기 전까지’ 등의 조건을 두어 여성 스스로의 의사에 근거한 임신중절을 허용하고 있음(이한본, 2018, “모자보건법 개정안 - 2012년 10월 여성연합 낙태TFT, 2012년 민변 개혁입법과제”). 또한 임신중단 허용 국가의 낙태율이 금지국보다 뚜렷하게 높게 나타나는 것도 아님(김광재, 2018).

이와 같은 세계적 추세, 낙태율 분포를 보더라도, 임신중단을 불법으로 하면 진실되게 위협받는 것은 불법 임신중단에 노출된 여성의 생명권임. 또한 임신과 출생의 책임을 지고 있는 여성들은 4명 중 3명도 낙태죄 폐지를 찬성하고 있어서(한국여성정책연구원, 2018), 임신중단에 대한 사회적 합의도 일정 수준에 이르렀다고 보임. 그렇다면 왜 임신중단이 불법이어야 하는가에 대한 법률적 규정이 보다 더 정교하게 명문화되어야 함.

〈표〉OECD 회원국의 임신중단 허용 사유 및 낙태율, 출산율⁴²⁾

국가	생명)	신체 건강	정신 건강	건강 / 근친상간	태아 이상	사회· 경제적 사유	임부 요청	낙태율	출산율
칠레	-	-	-	-	-	-	-	0.5	1.9
아일랜드*	○	-	-	-	-	-	○	4.4	2.0
한국	○	○	○	○	○	-	-	-	1.2
폴란드	○	○	○	○	○	-	-	0.1	1.3
이스라엘	○	○	○	○	○	-	-	13.3	2.8
뉴질랜드	○	○	○	○	○	-	-	20.0	2.0
일본	○	○	-	○	-	○	-	10.3	1.3
영국	○	○	○	-	○	○	-	16.8	1.8
핀란드	○	○	○	○	○	○	-	10.6	1.8
아이슬란드	○	○	○	○	○	○	-	14.5	2.1
룩셈부르크	○	○	○	○	○	○	-	-	1.7
스페인	○	○	○	○	○	○	○	12.1	1.4
멕시코	○	○	○	○	○	○	○	-	2.2
호주	○	○	○	○	○	○	○	1.2	1.4
오스트리아	○	○	○	○	○	○	○	1.2	1.4
스위스	○	○	○	○	○	○	○	6.7	1.5
그리스	○	○	○	○	○	○	○	7.0	1.4
독일	○	○	○	○	○	○	○	7.2	1.3
벨기에	○	○	○	○	○	○	○	8.7	1.8
포르투갈	○	○	○	○	○	○	○	9.0	1.4
네덜란드	○	○	○	○	○	○	○	10.1	1.7
이탈리아	○	○	○	○	○	○	○	10.2	1.4
슬로바키아	○	○	○	○	○	○	○	10.9	1.3
체코	○	○	○	○	○	○	○	11.7	1.4
슬로베니아	○	○	○	○	○	○	○	12.0	1.4
캐나다	○	○	○	○	○	○	○	13.3	1.6
덴마크	○	○	○	○	○	○	○	14.0	1.8
터키	○	○	○	○	○	○	○	14.8	2.1
노르웨이	○	○	○	○	○	○	○	16.9	1.9
프랑스	○	○	○	○	○	○	○	17.6	1.9
미국	○	○	○	○	○	○	○	18.9	2.1
스웨덴	○	○	○	○	○	○	○	21.0	1.9
헝가리	○	○	○	○	○	○	○	21.2	1.4
에스토니아	○	○	○	○	○	○	○	34.5	1.6

- OECD 국가 임신중단 허용과 낙태율 등 비교. 우리나라는 칠레에 이어 임신중단이 어려운 나라임. 아일랜드* 최근 임신중단 합법화(2018.5.25)

42) 김광재(2018). 낙태 문제에 관한 비교법적 연구-세계 각국의 입법례와 판례를 중심으로. 인권과정의 473: 217-473

4. 진정으로 태아 생명 존중하고 싶다면 자연유산 없는 노동환경 구축이 선결과제

임신중단을 반대하는 측에서는 지속적으로 태아의 생명권을 강조하면서 여성의 생명권, 건강권, 생존권에 대한 존중은 안중에도 없는 태도를 보이고 있음. 그러나 만일 진정으로 한국사회가 태아의 생명을 존중한다면 자연유산이 없는 사회 환경을 만드는 것이 최우선 과제가 되어야 함. 자연유산은 태아가 생존할 수 있는 시기인 임신 20주 이전에 임신이 끝나는 것을 말함. 2018년 메디컬 투데이 발표에 의하면, “2007~2015년 직장가입자 임신 결과 현황 자료에 따르면 총 192만 명 중 사산을 비롯해 자연유산, 의학적 유산 등으로 33만 명이 아이를 잃거나 포기했다. 또 교대근무나 야간근무, 장시간 서서 일하는 근무자는 자연유산, 조산, 태아발육 지연, 저체중아 출산 위험에 노출돼 있다는 연구결과도 존재한다. 실제로 야간근무자의 자연유산율은 주간근무자 보다 3.3배나 높고, 교대근무자는 비 교대 근무자와 비교해 3.3배 자연유산율이 증가했다. 또 임신노동자와 태아 보호를 위한 임신노동자 사용금지 직종에 대한 근로기준법은 유명무실하다는 지적임(메디컬 투데이 2018.3.2. “제주의료원 간호사 5명 유사에 4명은 심장질환, 언제쯤 산재 인정받나”).

문재인 정부는 출산장려 중심의 정책에서 개인의 삶과 선택을 존중하는 사람중심 정책으로 여성이 아이를 낳고 자기실현을 할 수 있는 삶을 살 수 있도록 저출산 패러다임을 전환하는 대책을 제시했음. 이와 같은 사회의 대 전환 선언이 있었지만, 정말 여성이 잉태한 태아를 잘 보호하여 사회적 시민으로 탄생시키는 재생산권 과제에 대해서는 사회적 관심이 크지 않음. 무작정 인공유산만을 문제 삼는 그룹은 아동과 여성의 생명권, 건강권, 재생산권 보장을 위한 안전하고 존중받는 노동 환경, 직업 환경을 준수하지 않을 때 제재하고 처벌을 강화하는 법률을 만들어야 함. 수많은 선의를 가진 분들도 있을 것으로 봄. 그렇다면 기독교적 사랑의 은사를 ‘아이를 낳기를 원하는 여성’들은 안전하고, 무사하게, 건강하게 나올 수 있게 하는 사회적 환경을 만드는 방향으로 전환하는 것이 좋을 것임.

5. 남성 행위에 대한 법률적 제재? 위반에 대한 처벌?

낙태죄 폐지에 대한 청와대 청원에 대해서 조국 수석이 상당히 전향적인 답변을 내놓았음. 낙태죄가 여성에게만 책임이 가해지고, 남성과 국가의 책임은 상대적으로 (너무) 소홀했다고 강조함. 그러나 이후 낙태죄 폐지 논쟁은 여전히 종교계와 여성계간의 싸움에 갇혀 있음. 왜 종교계는 피임에 책임을 지지 않는 남성 행위에 대한 법률적 제재, 처벌은 진행하지 않는가? 여성만 벌하는 사회, 국가는 논쟁에 뒷짐을 지고 있는 사회, 전형적으로 사회적 약자에게만 행해지는 비난, 차별, 억압, 처벌을 전면적으로 재편하길 바람.

재생산권은 자기결정권인가?

홍찬숙 (서울대학교 여성연구소 책임연구원)

임신중단의 권리를 ‘재생산권’으로 재개념화해야 한다는 전반적 논리가 개인의 ‘신체의 자유’라는 의미에서 ‘자기결정권’의 개념으로 이해되고 있다. 그리하여 헌법재판소의 ‘성적 자기결정권’ 인정과 형법에서의 낙태죄 유지 판단이 상충한다는 지적이 있고, 또한 동시에 여성의 자기결정권은 ‘배려의 윤리’라는 관계적 존재론으로부터 도출된다는 해석(양현아)도 있다.

여기서 토론자의 문제제기는 ‘재생산권을 자기결정권으로 보아야 하는가?’라는 것이다. ‘자기결정권’이란 자유주의 법해석의 핵심으로서, 기본적으로 타인으로부터 분리되고 독립적인 ‘개인’의 개념에서 출발한다. ‘성적 자기결정권’ 개념 역시 그런 독립적 존재로서 개인들이 자신의 성생활을 결정할 수 있다는 것이다. 발표문들에서 인용되는 바, 서구에서 도입된 ‘재생산권’ 개념은 자신이 결정한 성생활의 결과에 대해서도 여성 개인이 결정할 수 있는 권리를 말하는 것으로 이해된다. 그러나 사실상 ‘관계론적 존재’라는 개념이 말해주듯이, 임신한 여성이나 여성의 몸속에서 임신된 태아는 둘 다 타인으로부터 분리된 존재가 아니다. 태아의 경우는 개인 개념에 해당될 수 없으므로, 여기서 도출할 수 있는 사실은 임신한 여성은 타인으로부터 분리된 개인이 아니라는 것이다. ‘배려의 윤리’ 역시 이로부터 출발한다.

‘자기결정권’ 개념의 기본 전제에 있어서 이처럼 어긋남이 있으므로, ‘자기결정권’과 ‘재생산권’, ‘관계론적 존재’라는 개념들이 서로 어떤 관계에 있는냐에 대해 우선적으로 규명할 필요가 있다. 그러기 위해서는 다음의 세 가지 차원에서 출발할 필요가 있다.

1. 서구에서는 왜 또는 어떻게 낙태죄가 여성의 재생산권 인정이라는 방향으로 변화하였는가?
2. 그러한 서구의 변화에서 우리 논의의 준거를 찾을 만큼, 한국사회의 현실이 서구의 현실과 동일 또는 유사한가?
3. ‘자기결정권’이라는 고전적 자유주의 개념과 ‘배려의 윤리’라는 반자유주의적인 관계적 존재론이 왜 동시에 주장되는가?

1. 서구에서는 왜 또는 어떻게 낙태죄가 여성의 재생산권 인정이라는 방향으로 변화하였는가?

서구에서는 근대의 시작과 함께 남성들이 기존의 신분제적, 공동체적 귀속으로부터 독립을 요구하는 자유주의적 개인화가 진행되었다. 그런데 잘 알다시피, 이런 개인화는 여성과의 ‘낭만적 사랑’이라는 사적이고 심리적인 지원에 힘입어서 남성들이 핵가족의 ‘가장’으로서 대표성을 인정받는 과정이었고, 따라서 여성은 남성의 사생활 영역 속에서 남성에게 의존하는 ‘타자’의 지위를 부여받았다. 그러나 2차 대전 이후 서구에서는 산업화 성공 및 경제위기에 기초하여 여성이 ‘타자’ 지위로부터 벗어나는 또 다른 개인화가 진행되었다. 이것은 여성이 남성의 사생활 영역에 한정된 삶으로부터 벗어나는 과정이기 때문에 한편으로는 근대 초의 남성 중심적인 자유주의적 개인화와 충돌한다. 그러나 법치국가 형태를 통해 자유주의적 개인 개념이 제도화한 서구에서는 이 새로운 개인화의 현상을 근대 초 개인화의 확대로 이해함으로써 규범적 아노미를 피할 수 있었다. 이런 과정에서 여성의 몸에 대한 결정인 낙태가 개인 주체의 결정인 ‘자기결정권’ 또는 ‘재생산권’으로 개념화될 수 있었을 것이다.

반면에 ‘배려의 윤리’는 남성중심적 자유주의 철학에 대한 반명제로 제시되었다. 여성은 남성과 달리 타인으로부터 완전히 분리·독립적인 존재가 될 수 없다는 사실이 그 출발점이다. 여성은 성생활 동반자인 남성 및 그 결과인 자녀와의 상호관계 속에서 완전히 분리되기 어려운 존재라는 특성을 갖는다는 것이다. 이로부터 ‘개인을 단위로 재화를 공정하게 나누기’라는 정의의 패러다임이 여성의 존재특성과는 맞지 않으며, ‘관계를 단위로 하여 그 관계 속에서 자신의 몫과 타인의 몫을 조율’하는 배려의 패러다임이 여성의 삶에 더 적합하다는 주장이 제기되었다.

이렇게 보면 ‘자기결정권’으로서의 ‘재생산권’ 개념과 여성이 남성과 달리 ‘관계적 존재’라는 주장은 서로 충돌한다. 그런데 양현아의 경험적 논의에서와 같이 여성들의 낙태결정은 실제로 임신한 자녀의 미래를 배려하는 ‘관계적 존재’로서의 결정이지, 태아와 완전히 분리되어 자신의 몸만을 고려하는 ‘자기결정권’의 행사는 아닌 것이다.

2. 한국의 현실이 서구의 현실과 유사 또는 동일한가?

서구에서 여성의 ‘재생산권’ 개념의 정착은 앞서 보았듯이, 여성이 시민권적 ‘개인’으로서 법적 인정을 받는 과정의 결과물이다. 한국의 경우에는 근대화 과정에서도 오랫동안 남성들 역시 국가로 하여금 자신의 주권을 대변하도록 결정한 주체적 개인이 될 수 없었으며, 여성들은 부계 혈통의 지속성을 보장하는 전통적 타자의 위치에 결박되어 있었다. 국가의 인구정책은 국가가 부계 혈통을 대신하여 여성의 출산능력을 통제해 온 것과 다르지 않으므로, ‘집단의 지속성 보장을 위한 타자’라는 여성의 지위는 공고하게 유지되었다.

따라서 한국에서 여성이 자신의 몸에 대한 자율적 결정을 요구하는 것은 서구의 경우처럼 2차 개인화의 현상이 아니라, 최초의 개인화 현상이라고 할 수 있을 것이다. 그리하여 좀 과장해서 표현하자면, 한국 여성의 재생산권 요구는 여성의 몸에 대한 남성의 사적 지배—또는 그런 남성의 사생활을 보호하려는 자유주의 국가—로부터의 자유보다는 오히려 여성의 몸을 자원으로 활용하려는 집단—권위주의 국가를 포함하여—으로부터의 자유를 요구하는 ‘보다 고전적인’ 자유주의적 성격을 갖는다. 그러나 앞서 양현아의 연구에서 보았듯이, 낙태에 대한 여성의 판단은 자기 몸에 대한 배타적 권리주장이 아니라 태아의 인생전망에 대한 판단에 기초한다. 또한 태아의 미래 삶에 대한 이러한 배려가 여성이 자신의 몸에 대한 ‘자유주의적 결정권’ 주장을 정당화하기 위해 동원하는 단순한 의례가 아니라 오히려 진정성 있는 판단임을 우리는 여러 자료를 통해 확인할 수 있다.

이것이 의미하는 바는, 한국에서 여성의 재생산권 주장은 일면 자유주의적 요구이면서, 동시에 자유주의적으로만 이해될 수 없는 요구라는 사실이다. 즉 여성은 재생산 과정에 대한 집단의 통제로부터 벗어나 자율적 결정권을 행사하려는 자유주의적 주체인 동시에, 태아와의 완전한 분리가 불가능한 비자유주의적 행위자이기도 하다. 따라서 한국사회에서 여성의 재생산권 주장은 ‘자기결정권’의 주장으로만 축소시켜서 이해할 수 없으며, ‘태아의 대변자’로서의 역할을 수행하는 것으로 이해될 필요가 있다.

3. ‘자기결정권’이라는 자유주의적 주장과 ‘배려의 윤리’라는 반자유주의적 요구는 양립 가능한가?

대표적 자유주의 정의론자인 존 롤스는 제헌의회 구성을 위해서 ‘원초적 상황’을 가정한다. 다만 여기서는 가족 외부의 공적 영역의 분배문제만이 다루어지므로, 페미니스트 정치철학자 오킨은 롤스의 정의론이 가족 내부의 분배문제까지 다루어야 한다고 비판했다. 그런데 여기서 롤스의 논의 자체가 아니라, 롤스의 ‘원초적 상황’이라는 장치만을 빌려와서 낙태문제에 대한 헌법적 판단의 가능성을 유추할 수 있다. 말하자면 원초적 상황에서 모든 제헌의회 의원들은 자신들이 여성인지 남성인지를 알지 못한다(‘무지의 장막’). 그러나 낙태와 관련된 제반 불평등과 사회적 결과들에 대해서는 충분히 알고 있다. 그럴 경우 제헌의회 의원들이 어떤 선택을 할 것인가? 결과는 롤스가 제시한 ‘차등의 원리’, 즉 ‘최소 수혜자의 최대 수혜’가 될 것이다. 이 ‘차등의 원리’를 오킨은 ‘취약성’의 개념으로 설명한다. 말하자면 가장 취약한 사람이 가장 덜 취약한 방향으로 결정해야 한다는 것이다. 이 원리를 따르면, 남성보다는 산모와 태아의 취약성을 해소하는 방향으로 결정이 내려져야 한다.

여기서 산모의 취약성은 잘 알려져 있다. 그러나 태아의 취약성이 단순히 ‘생명’의 문제로만 좁혀질 수 있는가의 문제가 있다. 이것은 여성의 ‘자기결정권’과 ‘태아의 생명’을 대립시키는 현재 판결과 관련된 내용이다. 태아는 출생을 통해서 취약성이 해결되는 것이 아니라 오히려 취약성의 증가를 겪을 수 있다. 그렇기 때문에, 태아의 취약성을 최소화하기 위해서는 ① 태어난 모든 생명이 취약한 입장이 되지 않도록 완벽하게 설계된 사회제도가 존재하거나, ② 그렇지 않으면 취약한 삶이 예상되는 출산보다는 오히려 낙태를 택하게 될 것이다.

‘자녀 세대에 대한 대변’과 관련하여 롤스는 제헌의회에 자녀의 복리를 대변하는 아버지가 출석한다고 보았다. 그러나 이것은 전형적으로 분리와 독립에 기초한 자유주의적 설정이다. 아버지가 태아의 복리는 대변할 수는 없다. 따라서 태아의 복리는 태아와 한 몸 상태에 있는 임부에 의해 대변될 수밖에 없다. 임부의 결정은 자신의 취약성과 태아의 취약성을 모두 고려한 선택이 될 수밖에 없다. 그들이 한 몸으로 이어져 있기 때문이다. 임부가 신체적, 심

리적, 사회경제적으로 취약하지 않아야만, 그 몸속의 태아 역시 취약하지 않을 수 있다. 이런 식으로 임부는 분리된 개인 존재에 기초해서가 아니라, 관계적 존재로서 태아를 대변한다.

결과적으로 여성의 재생산권은 자신의 취약성을 축소하려는 자기결정권일 뿐만 아니라, 태아의 취약성을 축소하려는 ‘배려결정권’이기도 하다.

그렇다면 자유주의적 자기결정권과 반자유주의적 배려결정권은 양립 가능한가? 이 문제에 대답하기 위해서는 근대 물리학에 기초한 ‘개인’ 개념에서 탈피할 필요가 있다. 필요하다면 양자역학자의 설명을 들을 수 있을 것이다. 근대 물리학의 기계론적 세계관에서 입자는 모두 고립된 것으로 설명되었다. 그러나 현대 양자역학에서 입자는 동시에 파동으로 행동하기도 한다. 고립된 입자가 동시에 중첩된 파동으로 존재할 수 있다는 것이다. 여성의 자기결정권과 배려결정권 역시 이와 같다고 볼 수 있다. 여성은 독립적이고 자율적 주체로서 재생산권을 요구하고 행사할 수 있지만, 동시에 태아와의 중첩된 운명 속에서 그런 결정을 내릴 수밖에 없는 것이다.

별 첨

[별첨] ‘재생산권 확보를 위한 담론 확산 및 입법 방안 검토 TF’ 운영 경과

목 적

낙태죄 폐지 이후 제·개정이 필요한 여성 재생산권 관련 법안 및 정책 대안을 마련하고 재생산권 관련 법안을 둘러싼 다양한 논의들을 점검하여 여성의 건강권을 확보하는 방안으로 마련될 수 있도록 담론을 확산함.

구성

공익인권변호사모임 희망을만드는법 변호사 류민희, 민주사회를위한변호사모임 변호사 이한본, 법무법인 덕수 변호사 박수진, 산부인과 전문의 고경심, 성매매문제해결을위한전국연대 공동대표 정미래, 아하! 서울시립청소년성문화센터 부장 박현이, 중원대학교 보건행정학과 교수 천희란, 서울대학교 법학전문대학원 교수 양현아, 한국성폭력상담소 소장 이미경, 한국여성민우회-상임대표 김민문정, 여성건강팀장 김진선, 여성건강팀 홍연지, 한국여성의전화 국장 조재연, 한국여성정책연구원 부연구위원 김정혜, 형사정책연구원 부연구위원 장임다혜

TF 운영 경과

회차(날짜)	주제	발제자
기획회의		
1차 (2018.04.13.)	TF 기획과 운영방안	
2차 (2018.04.24.)	TF 검토영역과 쟁점	공익변호사모임 희망을만드는법 변호사 류민희
전문가 TF		
1차 (2018.05.28.)	재생산권 관점에서 바라본 낙태죄 폐지	서울대학교 법학전문대학원 교수 양현아
2차 (2018.06.11.)	법제도 개선과제와 해외 입법례	공익변호사모임 희망을만드는법 변호사 류민희 민주사회를위한 변호사모임 변호사 이한본
3차 (2018.07.02.)	재생산권 보장을 위한 보건 의료 정책	산부인과 전문의 고경심 중원대학교 보건행정학과 교수 천희란
4차 (2018.07.16.)	청소년 성교육 현황과 정책제안	아하! 서울시립청소년성문화센터 부장 박현이

5차 (2018.08.20.)	낙태죄 폐지 이후 모자보건법 전면 개정 방향	한국여성정책연구원 부연구위원 김정혜 한국형사정책연구원 부연구위원 장임다혜
전문가 워크숍		
1차 (2018.09.06.)	모자보건법 개정 방향	한국형사정책연구원 부연구위원 장임다혜
	재생산권의 개념과 헌법적 근거	한국여성단체연합 부장 김수희
	낙태죄 비범죄화를 위한 법 개정	민주사회를위한 변호사모임 변호사 이한본
	모자보건법 개정	한국여성정책연구원 부연구위원 김정혜
	보건의료 정책 및 법 개정	산부인과 전문의 고경심 중원대학교 보건행정학과 교수 천희란
	성교육 정책과 법제도화	아하! 서울시립청소년성문화센터 부장 박현이
집담회		
1차 (2018.10.10.)	현장 활동가의 의견 수렴 재생산권 담론의 전국적 확산 방안	
2차 (2018.11.02.)	쟁점에 대한 운동적 재검토 재생산권 담론의 효과적 외화 방안	
재생산권 확보를 위한 법·제도 개선 방향 모색 토론회		
1차 (2018.11.15.)	모자보건법에서 재생산권 보장법으로	한국형사정책연구원 부연구위원 장임다혜
		(토론)대한민국 역사박물관 학예연구관 하정옥
		(토론)성과재생산포럼 기획위원 이유림
		(토론)한국여성정책연구원 부연구위원 김정혜
2차 (2018.11.22.)	자, 이제 재생산권이다!	공익변호사모임 희망을만드는법 변호사 류민희
		법무법인 덕수 변호사 박수진
		한국여성정책연구원 부연구위원 김정혜
		인도주의실천의사협의회 이사 고경심
		한국여성민우회 상임대표 김민문정
		(토론)인천대학교 사회복지학과 교수 송다영
		(토론)서울대학교 여성연구소 책임연구원 홍찬숙

낙태죄 폐지를 위한 지역 캠페인

프로그램		
순서	내용	
영화상영	자, 이제 댄스타임	
강의	낙태죄 폐지 타임	
토론	질의응답과 청중 토론	
차수 / 일시	지역	장소
1차 (2018.08.25.)	광주·전남	청소년삶 디자인 센터
2차 (2018.09.05.)	대전	여성인권터움
3차 (2018.09.17.)	창원	경남여성회
4차 (2018.09.18.)	제주	제주 메가박스
5차 (2018.09.19.)	전주	도키텍프로젝트
6차 (2018.10.12.)	대구·경북	경주 황룡원
7차 (2018.10.30.)	경기	운정청소년문화의집
8차 (2018.10.31.)	부산	부산YMCA