



시민건강이슈 2023-02 PHI Issue Paper 2023-02

PHI Issue Paper 2023

성·재생산 건강 연속기획 II -“입법공백”이라는 핑계는 이제 그만

필진 || 김새롬 시민건강연구소 비상임연구원
 김성이 시민건강연구소 건강형평성연구센터장
 문다슬 시민건강연구소 노동건강연구센터장
 김진환 시민건강연구소 회원
 이동근 시민건강연구소 회원
 건강사회를위한약사회 활동가
 정혜승 시민건강연구소 감사
 법무법인 반우 변호사

출판일 || 2023년 2월 20일

펴낸 곳 || (사) 시민건강연구소
 서울시 동작구 사당로13길 36, 2층
 전화: 02-535-1848
 팩스: 02-581-0339
 누리집: www.health.re.kr
 전자우편: people@health.re.kr
 후원계좌: 하나은행 199-910004-60804
 사)시민건강연구소

(사) 시민건강연구소는 정부와 기업의 후원을 받지 않고 회원들의 후원금만으로 운영되는 비영리민간독립연구소입니다.

한국에서 임신중지를 처벌하는 법이 사라진 지도 벌써 2년이 훌쩍 지났다. 하지만 원치 않는 임신을 하게 된 여성들이 처하게 되는 상황은 과거와 그리 다르지 않다. 공적 보건의료체계 내에서 임신중지를 어떻게 포함할지에 대한 논의가 거의 진전되지 않았기 때문이다. 우리는 이 글에서 입법부가 자신들의 일을 하지 않았기에, 그러니까 모자보건법과 형법이 개정하지 않았기 때문에 모두에게 안전한 임신중지를 보장하기 위한 일들을 할 수 없다고 말하는 행정부의 주장이 사실인지, 정말 개입 수단이 없는지를 치열하게 고민해 보았다. 복잡하고 기술적인 법·제도의 맥락 속에서 여성 건강권을 보장하기 위한 정부의 노력이 어떻게 가능할지 가능한 구체적으로 훑어보았다. 우리의 결론은 명확하다. 임신중지를 위한 행정부의 개입은 현행법과 제도 속에서도 얼마든지 가능하고, 또 필요하다.



PEOPLE'S HEALTH INSTITUTE

English Summary

Stop using legal limbo as an excuse!

PHI Series on Sexual and Reproductive Health and Rights II

The South Korean constitutional court decriminalized abortion in April 2019, yet the condition of women who face unwanted pregnancy has not improved much despite the official nullification of the Criminal Act that made abortion illegal on January 1st, 2021. We argue that the government and healthcare providers are more than reluctant to ensure equitable access to women's reproductive health services, resulting in inertia and nonfeasance.

Our investigation found that the Ministry of Health and Welfare issued an official document stating that abortion services before the gestational age of 24 weeks, outside the permitted limit imposed by the 'Mother and Child Health Act,' should be considered legal healthcare services not covered by the national health insurance scheme (Bi-Geup-Yeo). This official document was a response to the official inquiry by the Korean Society of Obstetricians and Gynecology.

However, the government and healthcare providers have been behaving quite the opposite in the public sphere regarding the discussion of abortion rights and the government's obligation to ensure women's reproductive health rights. The Ministry of Health and Welfare, accountable for expanding healthcare coverage to abortion services and introducing medicine for medical abortion, denies its responsibility, using the excuse that the legal status of abortion is unclear. Many obstetricians also tend to dismiss the significance of the decriminalization decision made by the constitutional court by denying the necessity of policy intervention to improve the conditions of abortion services, and by stating that there still is a legal risk in providing the service without proper legal proof.

We believe that these excuses from bureaucrats and reluctant providers are invalid, as we can find many existing health policies that can improve the accessibility and quality of abortion care. The government only needs to decide to include various cases of abortion in one of the many healthcare services ensured and managed by the current healthcare system and related institutions. According to our technical review of the legal-political status, the government and healthcare providers face no definitive barriers to improving the accessibility and quality of abortion service in Korea, other than their own volition.

1. 들어가며

2021년 1월 1일부터 형법상 낙태죄의 효력이 사라졌다. 헌법재판소의 결정에 따른 결과다. 2019년 4월 있었던 결정에서 헌법재판소는 조항의 효력을 즉시 없애는 “단순위헌” 결정이 아니라 “헌법불합치” 결정을 내리며 입법자에게 2020년 12월 31일까지 이와 관련한 임신한 여성의 신체적, 사회적 보호를 포함하는 대체입법을 마련할 것을 요구했다. 그러나 한국의 입법자들은 이 책임을 다하지 않은 채 1년 8개월을 흘려보냈고, 2021년이 되어 여성의 자기결정권을 침해하던 형법의 낙태죄 조항은 효력을 잃었다.

2023년이 넘어서도록 대체 입법이 이루어질 조짐이 보이지 않는 상황. 행정부와 언론은 이 상황을 “입법 공백”이라고 부르기 시작했다. 입법자들의 책무 방기를 입법 공백이라는 중립적인 단어로 지칭하는 게 적절한지 의문이지만, 확실한 것은 “입법 공백”이라는 상황 규정이 누군가들에게 그럴듯한 핑계가 되고 있다는 사실이다. 2022년 국정감사 과정에서 공개된 국무총리실의 준비자료(a.k.a. 컨닝페이퍼)가 그 맥락을 구체적으로 보여준다. 식품의약품안전처(이후 식약처)의 업무를 다루는 국정감사에서 야당 의원들은 청와대 국민청원 등을 통해 반복해서 요구해 온 임신중지 유도약인 미페프리스톤(상품명 미프지미소)의 승인/허가에 대한 질의를 준비했고 이는 예상가능한 일이었다. 이와 관련하여 국무총리실이 준비한 자료에는 유산유도제의 허가 지연에 대한 질의가 있을 때 “안정적인 법체계 하에서 허가하는 것이 가장 바람직하다는 판단”이라고 응답할 것을 제안하고 있었다.¹⁾ 입법부가 결정을 미루고 있으니 행정부의 업무 역시 미루고 늦춰도 괜찮다는 식이다.

임신중지가 형법상 불법으로 규정되어 있을 때나,

1) 보다 자세한 내용과 해석은 모임넷 논평을 참고
<https://srhr.kr/statements/?idx=13149632&bmode=view>

그렇지 않을 때나 원치않는 임신으로 임신중지를 결정하는 여성들은 언제나 있다. 2021년 한국보건사회연구원이 진행한 <인공임신중절 실태조사>에 따르면 2020년 임신중지를 한 여성은 약 3만 2천여명으로 추정되었다. 출생 대비 임신중지(abortion per live births) 비율을 고려했을 때에 너무 빠르게 줄어든 것이어서²⁾ 과소추정 가능성이 상당하다는 점을 고려하더라도 여전히 많은 숫자다. 일주일에 614명, 하루에는 평균 88명의 여성이 인공임신중절을 하고 있다는 의미이니 말이다.

낙태죄 폐지를 위해 목소리를 모아왔고, 임신중지가 필수의료서비스로서 보장되어야 한다고 말해왔던 우리 시민건강연구소가 가장 중요하다고 생각하고 있는 일은 지금도 어디에선가 임신중지를 하는 여성들의 상황을 개선하는 일이다. 이는 주로 보건의료 서비스 접근성과 질, 형평성 등에 대한 문제이므로 행정부 안에서 의료의 주무부처인 보건복지부의 업무이다. 하지만 보건복지부, 그리고 식약처는 이를 위해서 충분히 노력하고 있을까?

이와 관련한 우리의 목표를 먼저 살펴보자. 시민건강연구소는 <모두를 위한 낙태죄 폐지 공동행동>의 운동 의제를 이어받아 2022년 활동을 시작한

2) 전체 임신 중 다양한 이유로 임신중지가 이루어지는 건수는 피임성공률과 여성들이 처해있는 사회경제적 조건, 결혼과 양육의 문화 등과 관련이 있을 것으로 추정되며 이는 대체로 고소득국가에서 안정적으로 유지되는 경우가 많다. 한국에서 출생아 대비 임신중지 비율 추세는 다음과 같다.

(’05년) 78.1% (342,433건/438,707명) →
 (’10년) 35.9% (168,738건/470,171명) →
 (’16년) 17.1% (69,609건/406,243명) →
 (’17년) 13.9% (49,764건/357,771명) →
 (’18년) 7.1% (23,175건/326,822명) →
 (’19년) 8.9% (26,985건/302,676명) →
 (’20년) 11.8% (32,063건/272,337명)

보다시피 2005년의 인공임신중절 실태조사에서 출생아 대비 임신중절 건수는 약 80% 수준이지만, 낙태죄 폐지와 관련하여 임신중절에 대한 사회적 관심 수준이 가장 높았던 2019년 무렵에는 출생아 대비 임신중절 건수가 7.1~8.9%로 낮게 나타났다. 이를 성공적인 피임 실천과 계획 임신의 증가로 해석할지, 아니면 사회적 낙인과 가시화에 대한 두려움으로 인한 과소응답으로 파악해야 할지는 앞으로 우리가 함께 밝혀내야 할 중요한 연구질문이다.



<모두의 안전한 임신중지를 위한 권리보장 네트워크 (이하 ‘모임넷’)>의 구성원으로, 임신중지를 ‘필수 의료’로 포함하자는 데에 뜻을 모아왔다. 모임넷이 2022년 9월 28일 보건복지부를 방문하여 요구한 내용은 다음 일곱 가지다(SHARE, 2022).

<표 1> 모임넷의 7가지 요구사항

1. 임신중지 관련 의료행위에 건강보험 전면 적용하라
2. 안전한 임신중지를 위한 보건의료체계를 구축하라
3. 안전한 임신중지를 위한 종합정보제공 시스템을 마련하라.
4. 유산유도제를 도입하고 접근성을 확대하라
5. 임신중지 권리 보장을 위한 교육을 실행하라
6. 사회적 낙인을 해소하고 포괄적 성교육을 시행하라
7. 성·재생산 건강과 권리 보장을 위한 법체계를 마련하라

실제로 우리는 위와 같은 요구 사항을 공론장에서 요구하는 데에 그치지 않고 정부에 면담을 요청하고 세종 정부청사에 찾아가 이 내용을 전달하기도 했다. 하지만 작년 가을 2시간 넘게 이어진 보건복지부 여러 부처 담당자들과 면담에서 우리는 실망스러운 답변 밖에 들을 수 없었다. 모임넷-보건복지부 면담에는 출산정책과, 보험약제과, 보험급여과, 그리고 양성평등정책담당관 구성원들이 참석했는데, 실망스럽게도 보건복지부 관계자들은 형법과 모자보건법 개정안이 국회에서 통과되기 전에는 아무것도 할 수 없다는 입장만을 반복했다. 잦은 부서 변경을 고려하면 미리 고민하고 일할 필요 없다는 흔한 직장인의 현실적인 판단 때문이라고 이해하고 넘어가기에는 문제가 너무 중요하지 않은가? 그럼에도 보건복지부 담당자들의 태도는 명확했다. 임신중지와 관련한 “사회적 합의”가 필요하고, 부처 입장에서 구

체적 업무를 수행하기 위해서는 모자보건법과 형법의 개선 입법 이후에나 가능하다는 것이다. 모호한 단어이지만 이 때 관료들이 말하는 “사회적 합의”는 국회에서의 입법으로, 공식 법적 근거로 명시되어야만 모임넷이 요구하는 임신중지 접근성 개선을 위한 행정부의 정책을 검토해볼 수 있다는 이야기다.

심지어 면담을 마치고 다소 긴장이 풀린 상태에서 보건복지부 출산정책과 A 주무관은 내부적으로 법제처의 유권해석을 받아 “모자보건법 제14조(인공임신중절수술의 허용한계)가 형식적 효력을 가지고 있다”고 판단한다면서, 모임넷 활동가들의 요구안이 기대어 있는 “임신중지가 합법화 되었다”는 전제에 동의할 수 없다고 말했다.

예를 들어 이런 식이다. 면담 과정에서 활동가들은 지금 당장 원치않는 임신을 한 여성들에게 가장 긴요한 것 중 하나로 임신중지를 제공하는 의료기관의 명단을 공개할 필요가 있다고 질의했다. 이에 담당자는 보건복지부가 공공기관으로서 헌법재판소의 결정에 대한 해석을 활동가들과는 다르게 하고 있기 때문에 그런 종류의 정보공개는 불가능하다고 말했다. 과연 누구의 말이 맞는 것일까? 보건복지부는 정말로 의료서비스로 임신중지를 보장하기 위해 새법이 없으면 아무 일도 할 수가 없는 걸까? 헌법재판소의 결정에 대해 정부 부처와 시민 사이에서 얼마나 다른 해석의 여지가 있다는 것일까? 법률적 조건이란 게 각자의 입장에 따라 다르게 해석할 수 있는 그런 유동적인 것일까?

임신중절과 재생산 건강 영역에서 “입법 공백”이 오래 이어지는 건 한국만의 상황은 아니다. 캐나다에서도 대법원의 판결로 임신중지 1988년 합법화가 이루어진 이후 이와 관련한 별도의 법이 이루어지지 않았다. 하지만 별도 입법 없이도 현재 캐나다의 보건의료체계는 임신중지서비스 보장을 위한 다양한 장치들을 가지고 있고, 지방 정부들도 원치 않는 임신을 한 여성들의 의료접근성을 제고하기 위한 정책을 펼치고 있다. 한국에서 모자보건법과 형법 개정을

역시 비슷하게 입법부의 책무방기가 이대로 장기화 될 가능성이 있다면, 입법공백을 핑계로 손 놓고 있겠다는 행정부를 이대로 두고 볼 수는 없다. 우리는 길을 만들어야 한다. 그렇다면 보건복지부의 “입법 공백”이라는 핑계가 사실인지를 검토해볼 필요가 있다.

2. 의료서비스로 임신중지서비스를 제공하려면 정말로 새로운 법이 필요할까?

우선 문제가 되는 「모자보건법」 제14조는 어떤 상태에 있는지 살펴보자. 헌법재판소의 헌법불합치 결정이 내려지기 전에 낙태죄가 어떻게 구성되어 있는지를 이해하는 것이 현재의 상황을 이해하는데 도움이 된다.

「형법」은 제269조와 제270조에서 낙태죄를 규정했다. 제269조 제1항은 낙태를 시행한 임신한 여성을 처벌하는 자기낙태죄 조항이고, 제269조 제2항 및 제270조 제1항은 임신한 여성의 동의를 받아 낙태를 시술한 의사를 처벌하는 의사낙태죄 조항이다.

〈표 2〉 형법에서 낙태죄 규정

형법(효력 상실)	
제269조(낙태)	
①	부녀가 약물 기타 방법으로 낙태한 때에는 1년 이하의 징역 또는 200만원 이하의 벌금에 처한다.
②	부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 자도 제1항의 형과 같다.
제270조(의사 등의 낙태, 부동의낙태)	
①	의사, 한의사, 조산사, 약제사 또는 약종상이 부녀의 촉탁 또는 승낙을 받아 낙태하게 한 때에는 2년 이하의 징역에 처한다.

「모자보건법」 제28조는 「모자보건법」에 따른 낙태는 낙태죄로 처벌하지 않도록 「형법」의 적용을 배제하도록 규정하고 있다. 즉, 「형법」에 따라 낙태한 사람에 대한 처벌규정을 두고, 「모자보건법」에서 낙태의 허용사유(위법성 조각사유)를 규정하는 체계로 되어 있다는 뜻이다. 이에 따라 「모자보건법」 제14조와 같은 법 시행령 제15조는 인공임신중절수술의 허용한계를 설정하고 있으며 이 범위 안에서는 낙태죄가 성립하지 않았다.³⁾

〈표 3〉 모자보건법에서 인공임신중절수술 허용한계

모자보건법(효력 상실)	
제14조(인공임신중절수술의 허용한계)	
①	의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에만 본인과 배우자(사실상의 혼인관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)의 동의를 받아 인공임신중절수술을 할 수 있다.
1.	본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 우생학적(優生學的) 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우
2.	본인이나 배우자가 대통령령으로 정하는 전염성 질환이 있는 경우
3.	강간 또는 준강간(準強姦)에 의하여 임신된 경우
4.	법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간에 임신된 경우
5.	임신의 지속이 보건의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우

3) 범죄가 성립하기 위해서는 구성요건 해당성, 위법성, 책임의 세 가지 요건이 충족되어야 한다. 구성요건 해당성은 형법에서 범죄로 규정하고 있어야 범죄가 된다는 것으로, 법률이 없으면 범죄도, 형벌도 없다는 근대 형법의 기본원리를 의미한다. 위법성 요건은 특정 행위가 일반적으로 법질서의 전반과 모순되는지에 대한 것으로 법률에서 금지한 행위는 원칙적으로 위법한 것이 된다. 마지막으로 책임요건은 범죄를 저지른 사람에게 행위에 대한 책임을 물을 수 있는지에 대한 것으로, 14세 이하의 청소년을 형사처벌하지 않는 것은 이들에게 책임능력이 없다고 보기 때문이다.

즉, 「모자보건법」 제14조와 같은 법 시행령 제15조는 범죄의 세 가지 구성요건 중 위법성을 없애주는 낙태죄의 위법성 조각사유를 규정하고 있는 조항이다.



- ② 제1항의 경우에 배우자의 사망·실종·행방 불명, 그 밖에 부득이한 사유로 동의를 받을 수 없으면 본인의 동의만으로 그 수술을 할 수 있다.
- ③ 제1항의 경우 본인이나 배우자가 심신장애로 의사표시를 할 수 없을 때에는 그 친권자나 후견인의 동의로, 친권자나 후견인이 없을 때에는 부양의무자의 동의로 각각 그 동의를 갈음할 수 있다.

제15조(인공임신중절수술의 허용한계)

- ① 법 제14조에 따른 인공임신중절수술은 임신 24주일 이내인 사람만 할 수 있다.
- ② 법 제14조제1항제1호에 따라 인공임신중절 수술을 할 수 있는 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환은 연골무형성증, 남성 섬유증 및 그 밖의 유전성 질환으로서 그 질환이 태아에 미치는 위험성이 높은 질환으로 한다.
- ③ 법 제14조제1항제2호에 따라 인공임신중절 수술을 할 수 있는 전염성 질환은 풍진, 특소플라즈마증 및 그 밖에 의학적으로 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환으로 한다.

헌법재판소는 2019년 4월 11일 헌법불합치 결정⁴⁾을 내리면서 2020년 12월 31일까지 형법에 따른 낙태죄 조항의 효력을 유지시켰다. 이 시한이 끝난 뒤인 2021년 1월 1일부터는 해당 조항들은 단순위헌 결정을 받은 것과 마찬가지로 효력을 상실하였다. 자기낙태죄와 의사낙태죄는 범죄로 규정하는 법률이 없어져 더 이상 범죄가 아니다. 따라서, 낙태죄의 위법성 조각사유를 규정한 「모자보건법」 제14조는 형사벌을 규정하고 있던 형법 조항들이 효력을 상실하면서 같이 효력을 상실했다고 보는 것이 타당한 해석이다. **현재 한국에는 의료서비스로 임신중지를 금지하는 법률이 존재하지 않는 셈이다.**

4) 2019. 4. 11. 2017헌바127 결정, 형법 제269조 제1항 등 위헌소원

주무 부처인 보건복지부는 국회의 입법이 될 때까지 할 수 있는 일이 “상담 수가”를 도입하는 정도라고 말한다.⁵⁾ 하지만 꼭 그럴까? 형법이 효력을 잃은지 4일째였던 2021년 1월 4일 대한산부인과학회는 공문을 보내 보건복지부에 인공임신중절수술의 상태를 질의했다. 같은 날 보건복지부는 당시 이종규 보험급여과장(現 대통령실 사회수석비서관실 선임행정관)의 전격로 회신 공문을 보냈다. 보건복지부 공문의 전문은 다음과 같다(그림 1).

이 공문을 이해하기 위해서는 건강보험의 체계를 알아야 한다. 건강보험에서 보장할 필요가 있다고 판단하여 비용의 일부 또는 전체를 건강보험에서 부담하는 의료행위, 처치/수술, 물품/약제를 ‘**급여**’라고 부른다. 따라서 단순히 설명하면 ‘**비급여**’는 ‘**급여**’가 아닌 모든 의료 행위, 처치/수술, 물품/약제를 지칭한다. 건강보험이 보장할 필요가 없는 의료인 셈이다. 그렇다면 한국 정부는 건강보험이 적용되지 않는 모든 의료서비스를 ‘비급여’로 타당하다고 인정하고 있을까? 그렇지 않다. 한국 정부는 안전하지 않거나, 효과가 없거나, 비용이 너무 높아 투입되는 경제적 자원에 비해 건강 이득이 너무 작다고 생각하는 서비스 등 건강보험을 통해 환자들에게 보장하기에 적합하지 않은 의료행위를 비급여 항목으로 지정하고 여기에 해당하는 의료만 합법적 비급여로 인정하는 positive list 제도를 운영하고 있다.

〈국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙〉
별표2. 가 합법적인 비급여 의료의 범위를 정하는 기준으로, 여기에 포함되는 의료를 통칭 “**법정 비**

5) 2022년 6월 국민의 힘 서정숙 의원 등이 개최한 국회토론회에서 보건복지부 인구정책실 최영준 출산정책과장은 “입법공백기에도 인공임신중절 실태조사를 실시하고, 교육과 상담 수가 신설로 인공임신중절에 대한 정확한 의학적 정보와 심층 상담을 받을 수 있도록 제도를 마련했다”고 말했다. 별도의 입법 없이도 정보를 수집하고 서비스를 신설하는 일이 가능하다는 의미다. 그렇다면 왜 다른 정책들은 입법공백 때문에 안 된다는 걸까?



힘이 되는 평생 친구, 보건복지부



보건복지부



수신자 수신자 참조
(경유)

제목 법령 미개정에 따른 인공임신중절수술 관련 질의 회신

1. 귀 학회의 무궁한 발전을 기원합니다.
2. 대한산부인과학회 제2021-1(2021.1.4.)호 관련입니다.
3. 학회 질의에 대해 아래와 같이 회신하니 업무에 참고하시기 바랍니다.
 - 인공임신중절수술은 현행 모자보건법령상 허용범위*에 대한 건강보험 적용을 유지하되, 추후 관련 법령 개정에 맞춰 건강보험 적용 확대 검토 예정
 - * 임신 24주 이내 ① 본인이나 배우자의 유전성 질환, ② 본인이나 배우자의 전염성 질환, ③ 강간 또는 준강간에 의한 임신, ④ 법률상 혼인할 수 없는 혈족 또는 인척 간 임신, ⑤ 보건·의학적 이유로 모체의 건강을 심각하게 해치고 있는 경우 등
 - 상기 범위 외 인공임신중절수술(분류번호 자-445)에 대해서는 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 않는 경우로 비급여 대상임
 - * 적용시절 : '21.1.1.부터 별도 안내시까지

끝.

보 건 복 지 부 장 관



수신자 대한산부인과학회, 건강보험심사평가원장, 국민건강보험공단이사장

행정사무관	성지은	보러사무관	조영대	보험급여과장	전담 01/04 이종규
-------	-----	-------	-----	--------	-----------------

별첨자

시행 보험급여과-26 2021.01.04. 접수 2021.01.05.
 우 30113 세종특별자치시 도움4로 13 (어진동) 정부세종 / je0925@korea.kr
 청사 10동 보건복지부 보험급여과
 전화 044-202-2737 전송 044-202-3934 / je0925@korea.kr / 비공개(5)
 위험할 땐 119, 힘겨울 땐 129

[그림 1] 보건복지부 보험급여과 공문(2021.01.05.)

급여”라고 부른다.6)7) 별표2에서 규정한 법정 비급여가 아니면서, 건강보험 급여가 되지도 않는 의료도 드물지 않게 찾아볼 수 있는데, 통상 이를 “**임의 비급여**”라고 부른다.

이 틀에서 보면 저 공문은 모자보건법 제14조에 따라 허용되는 범위 안에서는 급여인 현재 상태를 유지하되, 그 외의 임신중절수술에 대해서는 법정 비급여, 그중에서도 별표 2의 3번 항목인 “예방진료로서 질병/부상의 진료를 직접 목적으로 하지 않는 경우에 실시 또는 사용되는 행위/약제 및 치료재료”에 포함되는 서비스로 인정한다는 내용을 담고 있다.

즉, 보건복지부와 대한산부인과학회는 모자보건법과 무관하게 현재 임신중지를 합법적인 의료서비스로 보고 있다는 뜻이다.

대한산부인과학회는 보통의 시민들에게는 공개되지 않은 이 공문을 받아 학회에 소속 산부인과 의사들에게 이메일로 배포했다. 공식적으로 산부인과 의사를 대변하는 대한산부인과학회가 형법상 낙태죄가 사라진 이후 일선 의료기관에서 임신중절 시술을 합법적으로 수행할 수 있도록 법 해석을 명확하게 했다는 점에서 이는 전문가 단체로서 마땅하고 합당한 대처다. 문제는 **보건복지부와 대한산부인과학회가 이런 공문을 주고받은 사실과는 별도로 공론장에서**

는 이 공문의 의미와 전혀 다른 이야기를 해왔다는 점이다.

예를 들어 2021년 8월에 게시된 기사에서 직선제 대한산부인과의사회8) 김동석 회장의 말9)을 보자.

“**인공임신중절 수술을 어떻게 해야 할지, 가능 주수는 몇으로 할지 관련 법령부터 만든 다음에 교육이나 상담을 논해야 하는데 순서가 바뀐 것 아닌가**” 라면서 “**복지부와 입법부는 직무유기하면서 계속 지켜만 보고 있다. 국민 건강권을 보호한다고 하면서 실제로 중요한 문제는 손을 놓고 있고 의사들이 원하지도 않던 교육상담료를 만들었다**” (쿠키뉴스, 2021.08.10.)

법이 없는 상태에서 임신중지 시술을 하는 것은 얼마든지 “합법적”인 “법정 비급여” 시술로 하고 있으면서 교육이나 상담은 법 이후에나 가능하다는 말은 어불성설이다.

2022년 7월 한국일보의 취재 과정에서 보건복지부 출산정책과 최영준 과장도 “**진보 적용은 대체 입법이 먼저 이뤄져야 검토할 수 있는 사안**”10)이라고 선을 그었다. 하지만 과연 그럴까?

보건복지부 출산정책과가 낙태죄 폐지 이후의 여성 건강권 논의 과정에서 성과로 반박적으로 언급하는 상담수가 신설의 예를 보자. 정부는 임신중지를 하는 사람들에게 상담이나 교육이 필요하다는 상식적인 판단에 따라 2020년 이와 관련한 연구를 진행하고 임신중지 상담수가를 만들었다(이선훈 외,

6) 이와 달리 약제와 치료재료의 경우 비용효과성이 확인된 것만을 급여대상으로 하는 positive list 방식을 활용한다. 여기에서는 편의상 행위인 임신중절수술을 중심으로 설명한다.
7) 국민건강보험공단 비급여관리정책협의회는 비급여 진료비를 기준비급여, 등재비급여, 제도비급여, 선택비급여의 4가지로 분류한다. 기준비급여는 건강보험 급여 목록에 등재된 항목이지만 급여 기준에 해당하지 않아 비급여로 적용되는 항목, 등재비급여는 건강보험 비급여 목록에 등재된 항목이면서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명한 경우, 제도비급여는 제증명 수수료 등 관련 제도적 규정에 따라 비급여로 정한 항목, 선택비급여는 의료소비자의 선택에 따라 이루어지는 미용, 성형, 예방접종, 건강검진 등의 항목을 의미한다(보건복지부, 2020). 2021년 1월 4일 산부인과 질의에 대한 회신과정에서 보건복지부는 임신중절수술을 이 네 가지 비급여 항목 중 어디에 포함되는 법정비급여로 분류하였는지를 명시하지는 않았지만 공문의 내용 상 임신중절을 선택비급여로 분류하고 있는 것으로 보인다.

8) 2015년 산부인과의사회가 분리되면서 만들어진 단체로 주로 개원의들이 회원으로 참여하는 대한산부인과학회의 산하단체이다. <http://www.obgy.org/>
9) 쿠키뉴스(2021.08.10.) “그래서 낙태 잘하는 병원이 어던데요?” <https://www.kukinews.com/newsView/kuk202108090253> (접속일 2023.02.03.)
10) 한국일보(2022.07.13.) “‘낙태죄 잠정 폐지’ 3년… 병원 가진 여전히 힘들다.” <https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2022071019390000736> (접속일 2023.02.03.)

2020; 최기홍 외, 2020). 그렇다면 인공임신중절과 관련해서 상담 수가를 만들었던 것처럼 임신중절 시술에 대한 수가를 만들 수 없는 이유는 뭘까? 보건복지부가 비급여일 뿐 합법적으로 이루어지고 있다고 직접 확인까지 했는데 말이다.

건강보험 급여를 위한 수가를 새로 만드는데 필요한 정보는 해당 의료서비스를 제공하기 위해 소요되는 의사 업무량, 진료 비용(보조 인력 인건비, 장비비, 재료비, 간접비 등), 위험도 등이다. 임신 주수에 따라 임신중절시술의 복잡성이 달라진다고 하더라도 이와 관련한 정보는 법률 개정에도 따라 달라지는 내용은 아니다. 그렇다면 대체 입법이 이루어지지 않아서 건강보험 적용을 시작도 아니고 “검토”도 할 수 없다는 말은 도대체 무엇을 의미하는 것일까?

반면 임신중지 합법화를 위해 힘을 모아온 우리는 꾸준히 모두에게 안전한 임신중지 접근을 보장해야 한다고, 지금의 의료로는 한참 부족하다고 주장해왔다. 구체적으로 앞서 언급했던 모임넷의 일곱 가지 요구사항을 보자(표 1). 우리는 입법 그 자체를 요구하는 일곱 번째 요구사항을 제외하고 나면 새로운 입법 없이도 앞의 여섯 가지 요구사항을 모두 실현할 수 있다고 판단한다. 그러나 반복해서 “입법 공백”을 타는 행정부처의 입장을 마주하고 있기에, 각각의 사안에 대해 구체적인 행정적·법리적 정황을 검토하는 것이 돌파구를 찾는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

요구사항 1. 임신중지 건강보험 적용

임신중지에 대한 건강보험 적용부터 살펴보자. 보건복지부는 이미 모자보건법의 허용한계에 포함되는 임신중절수술에 대해 건강보험 요양급여를 시행하고 있다. 이는 정부가 임신중절수술이 「국민건강보험법」 제41조 제1항에 따른 질병, 부상, 출산 등에 해당한다는 것을 의미한다. 그렇다면 왜 어떤 임신중절은 건강보험 급여가 적용되고 어떤 임신중절은 법정비급여인걸까?

현재로서 보건복지부 입장에 따르면 임신중절수술에 대해서 급여 실시 여부를 가르는 기준은 「모자보건법」 제14조이다. 그러나 이 조항은 헌법재판소의 결정으로 인해 형법의 낙태죄 조항이 효력을 상실하면서 함께 위법성 조각사유로서의 존재 의의를 상실했다.

먼저, 출산정책과 주무관이 말했던 것처럼 해당 조항이 형식적으로(?) 남아 있기에 여전히 이 조항에서 정한 경우의 임신중지만 합법이라면 정부는 이외의 임신중지 관련 의료서비스를 제공하는 것 자체를 금지해야 한다. 즉, 보건복지부가 모자보건법 제14조의 효력이 남아있다고 판단하고 있다면 모자보건법의 허용한계를 넘어서는 임신중지는 위법한 것이다. 이런 법해석이 참이라면 보건복지부가 대한산부인과학회에 보낸 공문(그림 1)은 위법한 의료행위를 법정 비급여로 허용하고 있는 것으로, 새로 입법이 되기 전에는 선제적으로 아무것도 할 수 없다는 자신들의 주장과 정면으로 배치된다.

이런 자기모순을 해소하려면, 보건복지부는 임신중절수술을 합법적 비급여로 판단하고 있다고 보아야 한다. 그렇다면 공문 3번의 두 번째 동그라미, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2의3인 “예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위”를 법적 근거로 삼아 모자보건법의 허용범위 밖에 있는 임신중지를 법정 비급여로 간주하겠다는 내용에 주목해야 한다. 보건복지부의 판단대로 임신중지가 예방진료라면 이는 원하지 않는 출산과 그로 인한 여러 합병증 및 부정적인 건강 영향을 예방한다는 의미일 수밖에 없다. 여성들이 원하지 않는 출산을 하지 않을 권리가 있기에 사회경제적 이유로 인한 임신중절을 합법화해야 한다고 주장해 온 모나페/모임넷의 입장과 유사한 해석이다. 그렇다면 보건복지부가 산부인과 의사들의 편의를 위해 행정부의 재량 범위를 이탈하여 임의적인 판단을 한 것이 아니라면, 임신중절시술이 이미 합법적인 의료라는

모임넷의 요구를 각각할 여지가 없어 보인다.

지금까지의 논의를 정리하면 다음과 같다. 만약 「모자보건법」 제14조의 효력이 남아 있다고 판단한다면, 보건복지부는 허용한계 내의 임신중지는 급여를 유지하고, 그 외의 임신중지는 금지해야 한다. 반대로 「모자보건법」 제14조의 효력이 상실되었다고 판단한다면, 적응증에 따라 일부는 급여, 일부는 비급여로 나눌 수 있는 근거가 존재하지 않으므로 보건복지부는 임신중지 전체를 급여로 인정해야 마땅하다. 이는 모든 임신중지가 건강보험 급여 서비스로 포함되어야 한다고 말해왔던 우리의 입장과 동일하다. 이를 위해서 정부는 지금 당장 임신중절수술에 대한 적절한 수가를 도입하기 위한 연구를 시작해야 하며, 이를 불가능하게 하는 법적 제약은 존재하지 않는다. 만에 하나 새로 제정되는 법에서 합법적 임신중절 주수에 대한 제한을 둔다고 하더라도 이는 마찬가지다. 여러 가지 경우의 수를 고려한 시나리오에 따라 정책적 예상과 계획을 세우고, 이후 정책 맥락이 변함에 따라 이를 조정하는 일은 근대적 합리성을 갖춘 관료들이 언제나 해왔던 일이다. “입법 공백” 때문에 건강보험 급여 논의를 진행할 수 없다는 말은 사실이 아니다.

또한, 만약 보건복지부가 현재 상태처럼 일부의 임신중지는 건강보험 급여로, 또 일부는 법정비급여로 두는 상태를 유지하고 싶다면 정부가 사회경제적 이유에 의한 임신중지가 예방적 의료라고 판단하고 있다는 점을 인정하고, 그것을 법정 비급여로 규정할 이유에 대해 명명백백히 소명해야 한다. 이럴 경우 정부는 경제적 장벽으로 인한 어려움을 겪을 여성들을 위한 대처를 제시해야 한다. 임신중절 서비스 비용이 시장에서 개별 의료인에 의해 임의적으로 결정되는 것을 승인한다면, 경제적 장벽으로 인해 임신중절 서비스 접근에 어려움을 겪는 여성이 생길 수밖에 없기 때문이다.

요구사항 2 & 3. 더 좋은 임신중지를 위한 보건의료체계와 정보제공시스템

여성들은 오랜 기간 처벌 대상이었던 임신중지가 보다 안전하고 좋은 의료가 되기를 요구해 왔다. 모임넷이 요구한 주요 요구 사항에도, 여성정책연구원 등 국책연구기관에서 이루어진 다양한 연구에서도 임신중절 시술을 제공하는 의료기관 정보를 검색할 수 있는 신뢰할만한 정보제공시스템과 임신중지가 필요한 다양한 상황에 맞춤형에 대응할 수 있는 의료전달체계(health delivery system) 구축 등이 과제로 포함되어 있다. 그러나 보건복지부를 포함해 정부 부처들은 이제껏 “대체 입법”이라는 조건이 달성되지 않으면 이에 대한 어떤 일도 할 수 없다고 말해왔다. 과연 그러한가?

앞서 보건복지부의 공문대로 현재 한국에서 이루어지는 대부분의 임신중지가 합법적인 비급여의 지위를 가지고 있다면, 이는 **의료법 제45조(비급여 진료비용 등의 고시)**에 따라 해당 비급여 진료비용에 대해 환자와 보호자가 쉽게 알 수 있도록 고지해야 할 의료에 포함된다. 국민건강보험공단은 2015년부터 비급여 의료비에 대한 실태조사를 진행하여 왔다. 2016년 「비급여 진료비용 등의 공개에 대한 기준」이 도입됨에 따라 보건복지부는 병원급 의료기관의 비급여 진료비용에 대한 조사를 시작했고, 2021년 3월부터 조사대상은 모든 의료기관으로 확대되었다. 이 기준은 비급여 진료비용 조사 결과 중 보건복지부 장관이 필요하다고 인정하는 범위의 진료비를 의료기관별, 항목별로 공개할 수 있다.

이렇다면 별도의 체계를 만들 이유 없이 기존 의료법 규정에 따라 임신중절 시술도 기존에 운영하던 비급여 진료 관리 체계 내에서 동일한 원칙에 따라 관리하면 될 일이다. 「비급여 진료비용 등의 공개에 대한 기준」은 건강보험심사평가원이 비급여 진료 비용의 조사와 분석, 분석 결과의 공개, 이를 위한 인터넷 홈페이지 구축과 운영, 교육과 홍보 등을 담당



<표 4> 의료법에서 비급여 진료비용 등의 고지

의료법
<p>제45조(비급여 진료비용 등의 고지)</p> <p>① 의료기관 개설자는 「국민건강보험법」 제 41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항 또는 「의료급여법」 제7조제 3항에 따라 의료급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용(이하 “비급여 진료비용”이라 한다)을 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 알 수 있도록 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고지하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2011. 12. 31., 2016. 3. 22.></p>
<p>제45조의2(비급여 진료비용 등의 보고 및 현황 조사 등)</p> <p>① 의료기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 비급여 진료비용 및 제45조제2항에 따른 제증명수수료(이하 이 조에서 “비급여진료비용등”이라 한다)의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등에 관한 사항을 보건복지부장관에게 보고하여야 한다. <신설 2020. 12. 29.></p> <p>② 보건복지부장관은 제1항에 따라 보고받은 내용을 바탕으로 모든 의료기관에 대한 비급여진료비용등의 항목, 기준, 금액 및 진료내역 등에 관한 현황을 조사·분석하여 그 결과를 공개할 수 있다. 다만, 병원급 의료기관에 대하여는 그 결과를 공개하여야 한다. <개정 2016. 12. 20., 2020. 12. 29.></p> <p>③ 보건복지부장관은 제2항에 따른 비급여진료비용등의 현황에 대한 조사·분석을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 의료기관의 장에게 관련 자료의 제출을 명할 수 있다. 이 경우 해당 의료기관의 장은 특별한 사유가 없으면 그 명령에 따라야 한다. <신설 2016. 12. 20., 2020. 12. 29.></p> <p>④ 제2항에 따른 현황조사·분석 및 결과 공개의 범위·방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016. 12. 20., 2020. 12. 29.></p> <p>[본조신설 2015. 12. 29.] [제목개정 2020. 12. 29.]</p>

하도록 하고, 위탁받은 업무를 수행하는 데 필요한 비용을 지원할 수 있다고 규정한다. 따라서 후속 입법이 이루어지지 않아 예산을 마련할 수 없다는 말은 핑계일 뿐, 이미 비급여 의료를 관리하도록 만들어진 제도 속에서 임신중지 접근성을 향상하기 위한 조치를 취할 수 있다는 의미다.

같은 고시의 별표1은 비급여 서비스로서 비용에 대한 조사·관리 뿐만 아니라 공개 대상이 되는 의료서비스들의 목록을 제시하고 있는데 여기에는 총 585개의 건강보험급여가 포함되어 있다. 임신중절 시술은 왜 600개에 육박하는 비급여 서비스 관리 대상 중 하나가 될 수 없는 것일까? 어떤 정보를 왜, 어떻게 모으고 공개해야 할지 알기 어려워서라면, 현황조사와 공개 과정에서 의견을 수렴할 수 있도록 하는 비급여 진료비용 공개에 대한 기준 제5조를 활용하면 된다. 건강보험심사평가원이 비급여 서비스로 제공되고 있는 임신중지와 관련해서 좀 더 좋은 정보를 생산한다면 이는 많은 여성에게 도움이 되는 공익적 활동이 될 것이다. 수년에 걸쳐 여성들의 알 권리와 임신중지 서비스에 접근할 권리를 요구해왔던 모임빛의 의견을 청취하고자 한다면, 우리는 얼마든지 그 공론장에 참여할 의지가 있다.

<표 5> 비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준

비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2021-100호)
<p>제2조(업무의 위탁)</p> <p>① 시행령 제42조에 따라 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 「국민건강보험법」에 따른 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)에 위탁한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 비급여 진료비용등의 항목, 기준 및 금액 등에 관한 자료의 조사 및 분석 2. 제1호에 따라 수집한 비급여 진료비용등의 조사·분석 결과의 공개 3. 비급여 진료비용등의 공개를 위한 인터넷 홈페이지 구축 및 운영



4. 비급여 진료비용등의 조사·분석 및 결과의 공개에 관한 연구·교육 및 홍보
 5. 그 밖에 비급여 진료비용등의 조사·분석 및 결과의 공개와 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 업무
 6. 제1호부터 제5호까지의 업무와 관련한 데이터베이스의 구축
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따라 심사평가원이 위탁받은 업무를 수행하는데 필요한 비용을 지원할 수 있다.
- 제4조(현황조사·분석 및 공개항목)**
- ① 규칙 제42조의3제2항에 따른 현황조사 대상 항목은 다음 각 호의 사항을 고려하여 선정한다.
 1. 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 따라 비급여 대상이 되는 행위·약제 및 치료재료 중 의료기관에서 실시·사용·조제하는 빈도 및 개별항목의 징수비용
 2. 선행연구, 전문가 및 의약계단체 등의 의견 수렴을 통해 확인되는 임상적 중요도 등의 의약학적 중요성
 3. 환자안전 등 사회적 관심 항목
 4. 기타 비급여 관련 자료 등을 통하여 필요성이 확인되는 항목
- 제5조(의견수렴)** 심사평가원은 비급여 진료비용등의 현황조사 및 공개에 관한 과정에서 국민건강보험공단·전문학회·의약계단체·소비자단체·학계 등으로부터 의견을 수렴할 수 있다.

요구사항 4. 유산유도제 도입

안전한 내과적 임신중지가 가능한 유산유도제, 미페프리스톤(mifepristone)을 도입하자는 이야기는 2019년 헌법재판소 결정이 내려지기 전부터 시민사회와 일부 보건의료 전문가들 역시 요구하던 사안이다. 주로 산부인과 의약품을 취급하는 현대약품은 2021년 7월 미페프리스톤과 미소프로스톨 복합제

제인 미프지미소에 대한 허가 신청을 식약처에 접수했다. 2021년 10월 말 식약처는 이에 대한 1차 검토를 마친 후 현대약품에 자료보완을 요청했고, 그 사이 식약처와 현대약품 사이에 어떤 자료와 의견이 오고 갔는지는 알려지지 않았지만, 현대약품은 미프지미소 허가신청 533일째인 2022년 12월 16일, 미프지미소 허가를 자진 철회했다. 여러 언론과 국회의원실 등에서 이 사안에 주목하고 있음에도 현대약품이 미프지미소 허가신청을 철회한 이유나 배경에 대해서는 알려지지 않았다.

지난 10년간 한국에서 신약심사기간은 평균 314일 정도였다. 1970년대 개발되어 전 세계 여러 나라에서 이미 활용되고 있기에 “신약”이라고 부르기도 민망한 유산유도제 도입에 이렇게 오랜 시간이 걸릴 타당한 이유는 마땅치 않다. 게다가 영리 목적으로 의약품을 제조하고 유통하는 제약회사가 신약 허가를 신청하지 않으면 사람들이 필요로 하는 의약품이라고 하더라도 정부가 개입할 방법이 없다는 식약처와 보건복지부 보험약제과의 말에는 정말로 그게 최선인지를 묻지 않을 수 없다. 예외적이라고는 해도 코로나19 백신이나 치료제의 경우에는 전혀 다른 접근을 취했다는 사실을 기억하지 못하는걸까? 사람들이 필요로 하며 합법적으로 사용할 수 있는 임신중지 의약품 도입이 오로지 개별 제약사의 입장에 달려있다는 건 매우 황당한 일이다.

제약회사에 의한 신약신청이 철회된 현 상황에서 정부가 여성들이 요구해 온 내과적 임신중지를 보장하기 위해 할 수 있는 일은 있다. 그중 가장 쉽고 대표적인 일이 한국회귀·필수의약품센터(이하 센터)를 통해 미페프리스톤을 직접 수입하는 것이다. 센터는 약사법 제91조에 따라 설립된 식품의약품안전처 산하의 공공기관으로 환자 치료에 필요하지만, 국내에 유통되지 않는 의약품을 수입하여 직접 공급하는 기관이다. 센터 홈페이지에는 현재 공급하고 있는 의약품 정보가 공개되어 있는데, 건강보험에 등재되어 있지 않거나, 식약처의 승인허가가 이루어

지지 않은 의약품도 의학적 필요가 있다면 긴급도입하여 활용할 수 있도록 하고 있다. 그렇다면 정부는 국회가 대안입법을 마련할 때까지, 제약사가 미페프리스톤을 도입하기 위한 자료를 갖춰 제대로 신청하기 전까지만이라도 센터를 통해 미페프리스톤을 수입, 이용할 수 있도록 할 수는 없는 걸까?

코로나19 확산으로 인해 공급이 원활하지 않았던 의약품을 센터가 긴급하게 수입한 사례도 있다. 전 국민을 대상으로 예방접종이 진행되면서 해열진통제인 타이레놀(성분명 아세트아미노펜)을 찾는 사람이 많아지고 공급이 부족했다. 이에 정부는 대체불가능한 필수 치료제라고 보기 어려운 타이레놀을 긴급도입해 유통하도록 했다. 여성호르몬제인 프로기노바(성분명 에스트라디올발레레이트) 역시 공급이 원활하지 않아지면서 난임치료를 하는 병원계의 요구를 수용하여 긴급도입되었다. 많은 여성들이 오랜 기간 보장을 요구해왔고, 세계보건기구가 필수약품으로 지정한 지도 오래되었지만 “시장”을 통해서도 공급되지 않아 법을 위반하지 않고서는 구할 수 없는 미페프리스톤이야말로 긴급도입이 이뤄져야 하는 의약품이 아닐까?

제3차 양성평등기본계획(2023~2027)에 실린 식품의약품안전처의 양성평등 실행 목표는 “임신중절의약품의 안전한 사용 지원을 통해 건강권을 보장”하는 것이라고 한다. 그렇다면 식품의약품안전처는 지금 당장이라도 센터를 통해서 미페프리스톤을 도입해야 한다.

이상의 검토를 종합하자면 총리실의 “컨닝페이퍼”에 적혀있던 내용¹¹⁾과 달리, 적어도 현재의 법률적 상황 때문에 행정부가 내과적 임신중지를 위한 유산 유도제 도입에 더욱 적극적으로 나서지 못할 이유가 없어 보인다. 가능하고, 필요하며, 타당한 일을 마땅

히 책임지고 할 수 있는 것이다.

3. 지금 당장 새로운 법 없이도 정부가 할 수 있는 일은 무엇이 있을까?

한국에서 합법적 임신중지와 의료접근을 보장하는 입법이 언제 이루어질지는 예측하기 어렵다. 그렇다면 행정부는 입법 이전에 또 어떤 일을 할 수 있을까?

성·재생산 건강과 권리(Sexual and Reproductive Health and Right)의 측면에서 바라본다면 보편적이고 안전한 임신중지 접근성 보장을 위해 정부가 할 수 있는 일은 상당히 많이 있다. 법이 생겨야 예산도 마련할 수 있다는 이야기는 대체로 임신중지를 특수한 별도의 영역으로 여기기 때문일 것이다. 하지만 반드시 그렇게 사안을 바라볼 이유는 없다. 선별적으로 아이를 낳아 키울 여성의 건강만큼 짊어 보장하는 정책을 보다 장기적으로 생애주기에 맞춤형 여성의 건강권을 고려하는 성·재생산 건강 보장 관점으로 전환하면 되는 일이기 때문이다.

예컨대 기존에 안정적으로 이루어지고 있는 「청소년산모임신·출산진료비 지원사업」¹²⁾을 확장하는 방안을 생각해볼 수 있다. 이 사업은 만 19세 미만의 여성이 임신이 확인되는 경우 임신 1회당 120만원 범위 이내의 의료비를 바우처(국민행복카드)로 지급하는 사업이다. 현재의 정책은 청소년 여성이 임신했을 때, 이 임신을 유지해 출산하겠다고 결심했을 때만 국가의 지원을 제공한다. 하지만 임신을 유지하기로 결정한 청소년 여성만 지원이 필요할까? 숙고 끝에 임신 중절을 결심한 청소년 여성에게도 의료이용과 건강보장을 위한 국가의 지원이 필요하지 않을까? 임신을 유지하거나 중단할 것을 결정하는 것이 마땅한 권리라면, 정부는 여성이 어떤 결정

11) 경기메디뉴스(2022.10.09.) “미프진미소 컨닝페이퍼엔 법체계 하에서...허가를 지연시키겠다는 것인가?”
http://www.ggmedinews.com/news/articleView.html?id_xno=3399 (접속일 2023.02.09.)

12) 국가바우처사업 - 청소년산모 임신·출산의료비 지원사업.
 보건복지부/한국사회보장정보원
<http://www.voucher.go.kr/voucher/youth.do>

을 내린다고 하더라도 이 과정이 안전하고 존엄할 수 있도록 지원을 해야 한다. 사실 이는 청소년이 아닌 성인 여성에서도 마찬가지이다.

임신·출산진료비 지원사업이 모자보건법이 규정하는 “분만 지원”에 해당하기에 당장 사업 범위를 확대하기 어렵다면, 다른 방안도 있다. 예를 들어 「청소년복지지원법」에 따른 「청소년 특별 지원 사업」은 소득인정액 기준 이하의 청소년(만9세~만24세)에게 생활, 건강, 학업, 자립, 상담, 법률 등 다양한 영역에서 지원을 제공한다. 이 중 건강 지원은 진찰, 검사, 수술, 입원 등 비급여를 포함하는 의료비에 대해 연 200만 원 내외의 지원을 제공한다. 그렇다면 이 건강지원에 임신중절수술에 대한 의료비 지원을 포함할 수 있지 않을까? 문제는 사업이 사업 대상에 포함되는 위기 청소년의 주민등록이 되어 있는 관할 시군구 주민센터에서 정해진 기간에 “사전 신청”을 통해 이루어지고, 포괄적 지원을 제공하는 것이 아니라 대상 청소년에게 가장 긴급하거나 중요하다고 생각되는 1개 항목에 대한 지원만 제공한다는 사실이다. 임신중절과 같이 급작스럽게 건강 필요가 생기는 상황의 의료는 포함할 수 없다는 의미다. 법과 제도의 보호를 받지 못하는 청소년들의 상황을 개선하기 위해 만들어진 제도라면, 여성가족부가 더욱 적극적으로 나서야 하는 게 아닐까? 구체적으로는 여성가족부의 사업지침에 따라 예산이 활용된다는 점을 고려한다면, 보호자가 없는 청소년 여성들의 사정을 헤아릴 필요가 있다. 여러 이유로 임신중지가 건강보험에서 급여서비스로 제공되지 않는 상황에서 가장 열악한 조건에 있는 청소년들의 성과 재생산 건강 보장을 위해 여성가족부가 더욱 적극적으로 개입해야 한다 생각한다.

이 외에도 아쉬운 부분들은 많다. 정부는 계속해서 과소보고를 피할 수 없는 자가보고식 실태조사로 현황조사의 책임을 다하고 있다고 주장한다. 하지만 의료기관의 서비스 제공 실태조사를 포함해, 엄밀히 따져서 “의료”로서 임신중절에 관한 자료 생산과 현

황 모니터링은 아직 시작도 되지 못했다. 2020년 초 한국여성정책연구원에서 진행한 연구는 최근 5년 사이 임신중절을 한 여성들의 경험을 조사하였는데, 임신중절 이후에 신체적·정신적 후유증이나 부작용을 경험했다는 여성의 비율이 각각 24.8%와 48%로 상당히 높게 나타났다(김동식 외, 2020). 임신 1분기 임신중절에서 수혈을 포함해 적극적인 개입이 필요한 부작용 발생률이 0.1% 이하, 입원이 필요한 경우는 0.5% 이하, 재시술을 필요로 하는 경우가 3% 이하로 신체적 부작용 경험 수준이 상당히 낮다는 체계적 문헌고찰 결과와는(White et al., 2015) 그 차이가 크다. 부작용에 대한 조사 문항이 자궁경부 무력증, 자궁천공, 골반염증성 질환 등 상당히 심각한 상황을 예시로 들었음에도 불구하고 4분의 1에 가까운 여성이 신체적 부작용을 경험했다고 응답했다면 한국에서 임신중절 시술의 질 문제가 있는 것은 아닌지, 보다 구체적인 조사가 필요해 보인다. 정신건강 문제의 경우에도 마찬가지다. 조사에서는 불면증, 우울증, 대인기피증 등을 정신적 후유증의 예시로 제시했는데 여기에 대해 응답자 48%가 임신중지 후에 이러한 정신적 후유증을 겪었다고 응답했다. 임신중지에 대한 낙인이 심한 나라일수록 임신중지를 경험한 여성이 수치심, 고립감, 자존감 상실을 겪을 가능성이 크고, 이것이 부정적인 정신 건강과 연관될 가능성이 크다는 점에서 곱씹어볼 필요가 있다(Harris, 2012). 한국에서 임신중지에 대한 사회적 낙인과 정치적 공격이 여성들에게 불필요한 정신적 부담을 가하는 것은 아닌지 따져볼 필요가 있는 것이다.

출산률과 함께 임신중절을 역시 감소하고 있다고 하더라도 **임신중지는 한국에서 지금까지 한 번도 공적 의료보장체계 내에서 그 질과 과정을 온전히 평가받아 본 적이 없는 소외, 방치되었던 의료다.** 여성들에게 필수적인 재생산 건강권을 오랫동안 침해해왔던 국가의 책무를 다하기 위해서라도, 이제라도 서둘러 현 상황에 대한 개선조치를 마련하는 것이

합리적인 대처일 것이다.

4. 나가며 - 국가의 책무를 요구한다

헌법재판소에서 낙태죄에 대한 헌법불합치 결정이 이루어진 지 꼬박 4년이 되어 간다. 많은 언론이, 또 정치인이 “입법 공백”을 지적한 지도 오래다. 여기서 한발 더 나아가 우리는 입법 공백이라는 말이 여성 재생산권 보장을 위해 제대로 된 일을 하지 않는 정부의 책임을 가리기 위한 허울 좋은 핑계로 활용되고 있다 의심한다. 논증한 바와 같이 형법과 모자보건법 개정 전에도 보건복지부와 식품의약품안전처, 여성가족부에 이르기까지 상황을 파악하고 대처하려고 한다면 할 수 있는 일들은 얼마든지 있다. 경제적 장벽으로 임신중절 시기가 지연되는 사례나 임신중절시술을 어디서 어떻게 받을 수 있는지 정보를 구하지 못해 고생하는 여성들이 형법상 낙태죄가 존재하던 시기와는 좀 다른 상황에서 의료를 이용할 수 있도록 개입할 수 있는 수단과 제도가 이미 있다는 말이다. 이렇다면 한국의 임신중지를 둘러싼 지금의 진짜 문제는 입법 공백이 아니라 정부 당국의 “책임 공백”과 “책임의 적극적인 방기”가 서로 악순환하는 것이라고 할 수 있다.

지난 1월 말, 여성가족부가 발표한 제3차 양성평등정책 기본계획은 앞으로 5년, 2023년부터 2027년 정부 각 부처가 성평등을 위해 중점적으로 수행할 일들과 계획을 제시했다. 5개 대과제 중 하나인 “폭력 피해 지원 및 성인지적 건강권 보장”에서 “**인공임신중절 의료접근성 보장**”은 주요 핵심과제 중 하나로 포함됐다. 그러나 양성평등계획이 주요 사안으로 언급하는 ▲인공임신중절 관련 법·제도 정비와 ▲임신중절의약품의 안전한 사용 지원, ▲인공임신중절 의료서비스 접근성 강화는 법이 개정되면 저절로 이루어지는 일이 아니다. 현실에서 임신중지와 관련한 문제를 온전하게 파악하고 문제를 해결하기 위해 노력을 기울인 딱 그만큼 상황을 바꾸어 낼 수

있다. 전문성이 높고 복잡하며 기술적인 “보건의료”를 관리해 온 보건복지부의 실력과 자원은 이런 복잡하고 어려운 상황에서도 여성들의 건강을 보호하기 위해 사용되어야 한다.

정부가 약속대로 여성의 성·재생산 건강권 보장을 중요한 정책목표로 삼는다면, 2023년 현재의 “입법 공백”은 임신중절과 관련한 대책을 세우지 않을 이유가 아니라 임신중절과 관련한 보다 적극적인 대책을 세워야 할 이유다. 이런 점에서 다시 한번 강조하며 글을 마무리한다. 필수적인 임신중지 서비스의 접근성과 안전성, 질을 제고함으로써 여성 건강권을 보장하는 일은 새로운 법이 입법되기 전에도 얼마든지 가능하다. 입법 공백이라는 핑계는 이제 그만두고, 성과 재생산 건강과 권리를 모두의 인권으로 보장하는 새로운 세상을 향해 함께 나아가자.

시민건강이슈는 시민건강연구소의 (비)상근 연구원뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다. 제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면, 논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원 광주지원. (2021. 01. 08). 「법령 미개정에 따른 인공임신중절수술 관련 질의 회신」 안내. (2023년 1월 28일 접속). <https://blog.naver.com/kjhira/222200725793>
- 김동식, 동제연, 김새롬. (2020). 안전한 임신중단을 위한 의료접근성 제고방안 연구. 한국여성정책연구원. <https://www.kwdi.re.kr/publications/reportView.do?p=4&idx=128095>
- 보건복지부(2020). 건강보험 비급여관리강화 종합대책. http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=362797 (2023년 2월 10일 접속).
- 성적권리와 재생산정의를 위한 센터 셰어 SHARE. (2022.09.29.) 9.28 "일해라, 복지부!" 보건복지부 면담_모임넷 요구안. (2023년 1월 28일 접속) <https://srhr.kr/policy/?idx=12980520&mode=view>
- 이선혜 외(2020). 임신·출산 전문상담인력 교육 프로그램 개발·운영 연구. 보건복지부/중앙대학교
- 최기홍 외(2020). 임신·출산 상담체계 구축방안 연구. 보건복지부/고려대학교
- Harris, L. H. (2012). Stigma and abortion complications in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1472-1474.
- White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. *Contraception*, 92(5), 422-