

모자보건법 일부개정안 입법예고에 대한 의견서

인도주의실천의사협의회

공동대표: 우석균, 유명진, 이보라

서울시 종로구 율곡로 17길 14, 3층

TEL) 02-766-6027

FAX) 02-766-6025

모자보건법 입법예고안에 대한 인도주의실천의사협의회 의견서

이번 모자보건법 입법예고안은 본래 법 취지의 '모성'의 건강과 의료서비스를 위한 제반 여건을 충족시키기 위한 목적이 아니라 형법으로 규정한 '낙태죄'를 보완하고 세부 절차를 마련하려는 취지로 개정되었다. 이에 따라 임신중지와 유지에 대한 자기 결정을 동등한 가치로 두지 않고, 임신중지에 대한 편향된 시각을 그대로 반영하고 있다. 형법에서 임신중지를 의료서비스로서 인정하지 않고 이와 같이 예외적 허용의 범죄로 구성하는 것은, 그동안 국가 보건의료 체계 안에 포함되지 못했던 임신중지 서비스가 제대로 자리매김할 수 있는 기회를 방해하는 핵심이 된다. 건강보험 적용, 의학적 표준지침 및 가이드라인, 의과대학 교과 및 교육, 산부인과 전공의 훈련 등에서 임신중지는 필수 의료서비스가 아닌 항상 예외적 범죄행위의 허용으로 반영되고 계속해서 제한된 법적 단서조항들이 붙게 될 것이다. 임신중지를 의료서비스로 행하는 모든 의료인들을 압박하고 위축시키는 결과는 임신중지 의료서비스의 질을 저하시켜 최종적으로 모자보건법이 지키고자 하는 '모성'의 건강에 치명적인 영향을 준다.

우리는 다음과 같은 이유로 여성의 건강권을 심각하게 해칠 우려가 있는 개정안에 반대한다.

첫째, 의사의 진료 거부권 신설은 임신중지에 대한 낙인을 강화하여 다른 의료서비스와의 차별성을 두드러지게 만드는 것이다.

둘째, 제3자의 동의 규정은 자기 결정권을 비롯한 여러 권리들을 침해한다.

셋째, 의사의 설명의무 및 상담의 내용 정보가 부적절하다.

넷째, 의사의 서면동의 특수 규정은 임신중지를 필요한 의료행위가 아닌 형법상 '죄'라고 인식되는 낙인을 강화한다.

다섯째, 상담과 24시간 숙려기간 강제 규정은 임신중지의 접근성을 가로막는 장벽이다.

여섯째, 중앙 임신·출산 지원기관은 기존의 모자보건사업과 차별성이 없는 임신·출산장려사업을 신설하는 것으로 임신중지와 관련된 논의에 끼워넣는 것이 합당하지 않다. 성·재생산 건강 지원기관으로 명칭과 기능을 확대하여 임신·출산 뿐 아니라 임신중지, 피임, 월경, 성매개감염, 성폭력 등 포괄적 성·재생산건강을 증진하는 기관을 신설할 것을 요구한다.

일곱째, 임신·출산 종합상담기관은 그 명칭도, 역할도 틀렸다. 성·재생산건강종합상담기관으로 명칭과 기능을 확대하여 포괄적 성·재생산건강 상담 기능을 수행할 것을 요구한다.

첫째, 의사의 진료 거부권 신설은 임신중지에 대한 낙인을 강화하여 다른 의료서비스와의 차별성을 두드러지게 만드는 것이다.

신설된 제14조의3(인공임신중절 요청의 거부·수락) 에서 의사는 「의료법」제15조에도 불구하고 개인의 신념에 따라 인공임신중절 요청을 거부 할 수 있도록 하고 있다.

의료법 15조에는 의료인의 진료거부 금지의 조항이 존재한다. 예외적으로 진료거부가 인정되는 경우는 ■ 의사가 부재중이거나 신병으로 인하여 진료를 행할 수 없는 상황인 경우, ■ 병상, 의료인력, 의약품, 치료재료 등 시설 및 인력 등이 부족하여 새로운 환자를 받아들일 수 없는 경우, ■ 의사가 타 전문 과목 영역 또는 고난이도의 진료를 수행할 전문지식 또는 경험

이 부족한 경우, ■ 환자가 의료인의 치료방침에 따를 수 없음을 천명하여 특정 치료의 수행이 불가하거나, 환자가 의료인으로서의 양심과 전문지식에 반하는 치료방법을 의료인에게 요구하는 경우 등의 사유를 그간 인정해왔다. 이 범위 안에서 진료수행과 의뢰가 이루어지는데 문제가 없음에도, 임신중지에 대해서만 진료거부권을 허용하는 것은 임신중지에 대한 낙인을 강화하여 다른 의료서비스와의 차별성을 두드러지게 만드는 것이다.

같은 제14조의3(인공임신중절 요청의 거부·수락) 에서 의사가 인공임신중절 요청을 거부하는 경우, 이를 요청한 자에게 제7조의2제1호에 따른 임신·출산 등에 관한 긴급전화 및 제7조의3제1항에 따른 임신·출산 종합상담기관에 관한 정보를 안내하여 임신의 유지·종결에 관한 필요정보를 제공받을 수 있도록 하여야 한다고 명시하였다. 이는 상담소-병원-상담소로 책임을 떠넘기는 악순환이 반복되게 된다. 이는 특히 전문 산부인과 병·의원이 부족한 지역에서의 임신중지 접근성 및 실제 서비스 제공까지의 소요 시간에 중요한 영향을 미칠 것이다.

의료인 개개인의 가치관과 신념은 물론 존중받아야 한다. 하지만 이 신념의 자유를 여성의 임신중지접근성과 의료인의 전문가주의에 앞서 법에 명기하려 한다면 훨씬 더 정교한 고민이 필요하다. 그러기 위해서는 1. 여성의 임신중단 접근을 저해하지 않도록 하는 장치가 마련되어야 한다. 정부개정안에서는 의료인이 임신중단을 거부할 경우 여성을 상담소로 다시 보내도록 했다. 이렇게 ‘핑퐁게임’을 하듯 여성을 다룰 게 아니라 시술이 가능한 기관으로 의뢰하든지, 처음부터 상담 및 정보제공과정에서 시술의료기관으로 안내하든지 개선이 필요하다. 이같은 ‘실질적 의뢰’ 장치는 의료인의 거부권을 허용하는 모든 나라가 공히 가지고 있다. 임신중지 거부가 여성의 생명과 건강에 위해가 있는 경우에는 거부할 수 없다는 명시 역시 필요하다. 일례로 맨 섬의 2018년 개정임신중지법은 신념에 따른 시술거부를 인정하면서, 여성의 생명과 건강의 위해가 있는데 시술하지 않았거나, 임신중지 권리에 대한 정보를 제공하지 않았을 때 의료인을 처벌하는 조건을 붙이고 있다. 2. 임신중지를 시행한다는 이유로, 시행하지 않는다는 이유로 의료인에게 직업상의 불이익을 가할 수 없다는 것을 명시한다. 단, 정부의 임신중지의료서비스 제공 의무를 고려할 때, 국공립병원에서는 반드시 임신중지의료서비스를 제공한다는 조항을 첨가한다. 3. 현재도 여성건강의 사각지대는 분만취약지역이라는 형태로 존재한다. 이는 산부인과 의사수 감소, 고위험임신의 증가로 인한 의료사고에 대한 부담 증가, 상대적 저수가 등의 복합적인 요인에 기인한다. 여기에 의료인의 신념에 따른 거부까지 추가할거라면, 의료접근성 취약지역에 대한 어떠한 대책과 지원들을 할 계획인지를 구체적으로 같이 명시하라. 4. 시술거부권은 의사 개인에게 적용되는 것이지, 기관이 거부권을 행사할 수 없음을 명시해야 한다. 2005년 임신중지 시술을 하고 있다고 하는 의료기관은 전체 산부인과 의료기관의 80%였는데 2009년 조사에서는 낙태경험이 있는 의사의 비율이 58.3%, 2010년 조사에서는 49.3%로 점점 줄어들고 있다. 공공적인 제공, 적정수가 보장 등의 장치를 마련하지 않고 진료거부권만 명시하는 것은 임신중지 접근성을 심각하게 저해시킬 수 있다.

둘째, 제 3자의 동의 규정은 자기 결정권을 비롯한 여러 권리들을 침해한다.

신설된 제14조의2(인공임신중절에 관한 의사의 설명의무 등)에는 심신장애인과 만16세 미만에서의 법정대리인 동의 규정이 있다.

동조 1항에서 ‘심신장애로 의사결정능력이 없는 경우에는 임신한 여성의 법정대리인’에게 설

명 의무와 서면 동의를 받을 수 있다. 여기에서 '의사결정능력'의 평가는 오로지 의사의 자의적 판단에 의해서 이루어질 수 있기 때문에, 의사가 당사자의 능력을 과소평가함으로 인해 법정대리인에게 동의의 권한이 위임될 가능성이 높다. 신체에 대한 의사결정을 할 권리가 침해될 우려가 있다.

동조 3항에서 16세 이상의 미성년자는 법정대리인의 동의를 받거나 상담사실확인서를 제출해야 하고, 16세 미만 미성년자의 경우에는 학대를 입증할 수 있는 공적자료와 상담사실확인서를 제출하게 하고 있다.

이 때 필요한 '공적자료'에 해당하는 자료를 5항에서 '지체 없이' 발급하라고 명시되어 있으나, 현실적으로 자료들이 제출되기까지 걸리는 시간을 무시할 수 없으며 이는 임신중지에 걸리는 시간을 지체시킬 수 있다.

모든 미성년자를 '심신장애로 의사결정능력이 없는 경우'로 볼 것이 아니라, 미성년자는 연령기준이 아니라 스스로 이해하고 판단 할 수 있는 인지력에 따라 스스로 결정할 권리를 보장받아야 한다. 그러기 위해 필요한 연령과 지적수준에 맞는 정보제공과, 제3자 신뢰관계인에 의한 조력은 국가가 제공해야 할 의무이나, 그런 지원과정은 빠진 채, 미성년자에게 스스로 학대를 증명하도록 하는 것이나, 성인에게는 부과되지 않는 상담의 문턱을 한 단계 더 부과하는 것은 이중의 부담을 부과할 뿐더러 반인권적이다. 미성년자의 자원 부족과 사회적 압력을 고려했을 때 상담기관과 아동학대 기관을 방문하고 상담을 의무적으로 받는 조항은 청소년의 건강과 인권을 보호하는 조치가 아니라 임신중지 접근성을 낮추고 임신중지 시점이 오히려 지연되는 결과를 낼 수 있다. 아동청소년 폭력의 신고율이 낮고 처벌이 경미한 현 실태를 고려한다면, 오히려 도움을 요청할 자원이 없는 더 열악한 상황의 아동청소년들을 법의 사각지대로 몰아넣는 조항이다.

셋째, 의사의 설명의무 및 상담의 내용 정보가 부적절하다.

신설된 제14조의2(의사의 설명의무 등)에서 의사는 의료법에 따른 설명 외에 추가로 '인공임신중절 후 피임의 시기 및 방법, 정신적·신체적 합병증, 계획임신 등의 사항'을 하도록 한다. 또한 제7조의3(임신·출산 종합상담 제공) 제3항에서 '임신의 유지·종결에 대한 상담'은 '임신, 출산 및 양육 등에 관한 정보를 충분히 제공'받도록 한다.

의료법 제24조의2(의료행위에 관한 설명)에는 '환자의 임상 및 치료과정에 대해 충분한 설명을 듣고 알 권리와 치료과정과 대안 등에 대해 선택과 결정의 권리'를 보장하기 위해 해당 의료행위에 대한 필요성, 방법 및 내용, 후유증 또는 부작용을 설명하도록 되어 있다. 그동안 임신중지는 의료서비스로 인식되지 않음으로써, 임신중지의 방법 선택과 과정, 추후 관리 등에서 의학적으로 필요한 설명조차 제대로 이루어지지 않아왔으며, 이를 개선하기 위해서 의사의 정보제공 및 설명의무에 주요한 원칙들을 규정하는 것이 필요하다.

그러나 임신한 여성에게 죄책감을 심어주는 방식 및 내용이 제공되고, 임신중지를 고려하는 사람에게 임신의 유지를 강요하게 된다면, 이는 현재 상태 및 치료법에 대한 적절한 설명이라고 할 수 없으며, 임신중지 후 합병증에 관한 의학적으로도 적절하지 않은 정보 및 불충분한 정보를 제공하는 셈이 된다.

따라서 안전한 임신중지가 시행되려면 의사의 설명의무 조항과 상담 제공 조항에 의학적 근거에 기초하여 정확한 정보를 제공함은 물론 임신한 여성의 의사결정에서의 자율성, 차별금지,

기밀보장과 사생활과 같은 최소한의 원칙을 구체적으로 법률에서 규정해야 한다. 이로써 낙인을 강화하지 않고 의료서비스나 상담을 제공하는 사람의 개인적 신념이나 가치를 배제하는 것이 필요하다.

넷째, 의사의 서면동의 특수 규정은 임신중지를 필요한 의료행위가 아닌 형법상 '죄'라고 인식되는 낙인을 강화한다.

또한 신설된 제14조의2(인공임신중절에 관한 의사의 설명의무 등)에서는 「의료법」제24조의2에 따른 의료행위에 관한 설명 외에도 인공임신중절 후 피임의 시기 및 방법, 정신적·신체적 합병증, 계획임신 등의 사항을 설명하고, 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다.

의료법 제24조의2(의료행위에 관한 설명)는 응급상황이 아닐 경우 '사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취'에 대한 의료인의 설명의무와 서면동의를 명시하고 있다. 의사의 설명의무는 모든 의료행위에 대하여 기본적인 원칙이지만, 특히 의학적인 위험성이 예견되는 의료행위에 대해서는 어떤 내용들이 포함되어야 하며 추후 법적인 소송이나 책임 여부의 판단을 확실히 하기 위해 서면동의를 법률로 명시한 것이다. 하지만 의료법에서는 어떤 특수한 의료행위를 지시하고 있지는 않다. 의학적 근거에 기반을 두어 반드시 서면동의를 필요한 의료행위가 무엇인지에 대해 의료인이 판단할 수 있는 자율성을 허용한 것이라고도 볼 수 있다.

하지만 '낙태'는 '의사'에 의한 의료행위이면서 형법상 '죄'로서 규정되는 모순 때문에, 형법 규정이 없다면 사실상 불필요한 조항을 모자보건법에서 보완하고 있는 셈이다. 이것은 특수한 설명의무와 서면동의를 받아야 하는 의사에게 임신중지는 여전히 필수 의료서비스가 아닌 형법상 '죄'라고 인식되는 낙인을 강화하고 의료서비스의 제공을 위축시키는 요인이 된다.

다섯째, 상담과 24시간 숙려기간 강제 규정은 임신중지의 접근성을 가로막는 장벽이다.

신설된 형법 제270조의2(낙태의 허용조건) 제2항은 임신 14~24주 이내에 네 가지 허용사유들 중에서 사회경제적 사유에 한하여 모자보건법에서 정한 상담을 받아야 받고, 24시간의 대기기간을 거쳐야만 한다.

다른 허용사유(성폭력에 의한 임신, 법률상 혼인할 수 없는 친족 간 임신, 보건의학적 이유로 여성의 건강을 심각하게 해치고 있거나 해칠 우려가 있는 경우)에는 적용하지 않고 예외적으로 사회경제적 사유에만 상담과 대기기간을 강제하였다. 이것은 다른 사유보다 아마도 쉽게 접근할 수 있다는 우려에서 나온 것으로 여성에게 다시 한번 임신중지를 결정하기 전에 '숙고'하라는 경고인 셈이다. 개정안에 따르면 만약 병원에서 임신 14주가 넘은 시점에 임신 사실을 인지하고 직접 의사와 임신중지에 대한 상담을 마친 경우라 하더라도, 다시 상담기관에서 발급하는 '상담사실확인서'와 24시간 대기 요건을 충족시키기 위해서 물리적으로 24시간이 넘는 시간을 기다려야만 한다. 아무리 신속하게 처리가 되더라도 '병원 -> 상담기관 -> 24시간 후 -> 병원'으로 돌아오기까지 실제로는 최소 2~3일이라는 시간을 소요하게 되는 것이다. 의사는 자신의 첫 번째 진료행위에서 오로지 '상담사실확인서'를 받은 시각부터 24시간이 지났는지를 확인하는 형식적인 절차만을 하기 위해 환자를 돌려보내야 하는 꼴이다. 이는 임신중지를 보다 안전하게 하기 위한 규정이 아니라 요식행위일 뿐이다. 더구나 그 2~3일 사이에

임신 24주를 넘겼다면 법망 안에 포섭되기 위한 그 동안의 노력은 모두 절망적인 헛걸음이 되고 만다.

어떤 여성들에게는 임신을 인지하자마자 임신유지 여부에 관한 결정을 내리기에 24시간이라는 시간이 너무 짧을 수 있다. 임신 주수에 따른 위험성을 인지한 상태에서도 결정을 내리는 것이 쉽지 않다면 이런 경우 몇 번이고 원하면 다시 상담할 수 있어야 한다. 또 상담과정에서 긴 시간을 요하는 경우들, 예를 들어 경계선 지적장애가 있는 사람, 수화 통역이 필요한 사람, 뇌변장장애로 의사표현에 시간이 걸리는 사람, 한국어에 능통하지 않아 통역지원이 필요한 사람, 성폭력과 관련하여 추가적인 법적·의료적 절차가 필요한 사람 등등 무수히 많은 사례들이 있다. 한편 임신 14주 이내의 임신중지를 고민하는 여성들도 임신유지와 임신중지에 관한 선택지와 자원들에 대한 정보가 필요 할 수 있다. 현행 개정안의 14~24주, '24시간'이라는 규정은 여성에게 안전이 아니라 심리적 압박으로 작용하고, 여기에 소요되는 물리적 시간이 이들을 법률 밖으로 내몰 수도 있는 매우 강한 제약조건이 된다.

이미 수십년간 해외의 사례를 통해 '상담과 대기기간 강제 규정'은 의미가 없고 오히려 위험성과 폐해가 있음이 확인되었다. 그럼에도 불구하고 상담과 24시간의 근거 없는 숙려기간을 형법상 의무규정하는 것은 임신중지를 의료서비스가 아니라 여전히 당사자의 '비도덕적 선택'과 의사의 '처벌 가능한 제한된 진료행위'로서 '방지해야 하는 범죄행위' 인식하는 것이다. 임신중지는 의학적 개입이 필요한 절차로 임신의 인지 이후 결정과정에 의학적으로 정확하고 중립적인 정보의 제공과 상담이 필요하지만, 이는 '상담 및 숙려 받을 권리'로 보장되어야 하는 것이며, 국가는 이러한 권리 보장의 기회를 평등하고 차별없이 제공할 의무가 있는 것이지 형법에서 명시하고 한계를 둘 사항이 아니다.

여섯째, 중앙 임신·출산 지원기관은 기존의 모자보건사업과 차별성이 없는 임신·출산장려사업을 신설하는 것으로 임신중지와 관련된 논의에 끼워넣는 것이 합당하지 않다.

개정안 제7조의2에서 제시한 중앙 임신·출산 지원기관을 성·재생산건강 지원기관으로 명칭과 기능을 확대하여 임신·출산 뿐 아니라 임신중지, 피임, 월경, 성매개감염, 성폭력 등 포괄적 성·재생산건강을 증진하는 기관을 신설할 것을 요청한다. 모자보건법을 관통하는 주제는 임신과 출산, 난임사업과 임신중지예방사업을 통한 임신장려이다. 임신·출산에 관한 상담, 지원, 연구, 재정, 지자체의 역할을 구체적으로 제시하는 반면, 통합적인 성·재생산건강, 성·재생산보건사업에 대해서는 미미하게 다루고 있다. 중앙 임신·출산 지원기관의 이러한 명칭과 설립목적에 부합하는 업무는 현재 모자보건사업과 중첩되는 부분이 상당수일 것은 예상할 수 있다. 임신중지와 관련된 내용을 추가할 것이라면 임신중지를 제한하기 위한 상담과 예방조항만이 아니라, 어떤 서비스를 어떻게 제공하고, 정부와 지자체가 어떤 역할을 할지에 대한 지원내용이 포함되어야 한다.

여섯째, 임신·출산종합상담기관은 그 명칭도, 역할도 틀렸다. 성·재생산건강종합상담기관으로 명칭과 기능을 확대하여 포괄적 성·재생산건강 상담 기능을 수행할 것을 요구한다.

모자보건법 개정안 제7조의3에서 제시한 14주~24주 이내 강제적 상담의무를 수행하기 위한 목적인 임신·출산 종합상담기관은 일단 그 목적부터가 모성건강에 대한 교육, 임신·출산 정보제공, 임신·출산 관련 서비스 연계들을 우선 제시한 후 임신 유지·종결에 대한 상담 역할

을 명시하고 있다. 그 내용을 보면, '임신한 여성이 심리적 지지와 임신, 출산 및 양육 등에 관한 정보를 충분히 제공받고 임신의 유지 여부에 대해 스스로 결정할 수 있도록 제공되어야 한다.'고 되어 있다. 임신 유지와 중지 여부를 고민하는 여성에게 임신·출산에 대한 권유를 하라는 것과 마찬가지로이다. 임신유지여부와 관련된 고민에 있어 필요한 것은 임신, 출산, 양육, 임신중지, 입양 등 여러 가지 선택지에 대한 중립적인 설명과 유용할 수 있는 자원과 정보이다. 이들을 독립적으로 대등하게 다루는 것이 아니라 임신유지와 출산장려를 목적으로 한 상담이라는 의도가 분명하다.

현재도 인구보건복지협회에 외주화되어 운영되는 임신육아종합포털 아이사랑 상담기능이 있는데, 상담인원은 3명에 불과하고 그 역할도 미미한 상황이다. 기존의 기능들을 재정비하고 성·재생산건강 관련 사업 - 피임, 성매개질환, 성폭력, 임신중지 등을 통합해서 상담할 수 있는 성·재생산건강종합상담기관으로 승격할 것을 요구한다.

그리고 구체적인 상담기관 및 인력 확보 교육에 대한 대안이 부족하다. 보건소에 상담기관을 두거나 외주를 준다는 규정이 매우 협소하다. 상담인력 양성·보수교육, 상담인력의 의무, 상담 내용에 담겨야 하고 담겨야하지 않아야 하는 기본 원칙들, 상담기관의 접근성, 질 관리 및 통계와 같은 조항들이 추가되어야 할 것이다.