

## 국의출장 결과보고서

<b>과 제 명</b>	낙태죄 헌법불합치 결정 이후 여성의 재생산 건강 및 권리 보장을 위한 정책방향					
<b>출장목적</b>	낙태죄 법 개정 과정에서 제기되는 쟁점들과 관련하여 여성의 임신중단권 및 재생산 건강권리 보장 측면에서 시사점을 제공할 수 있는 캐나다 사례를 심층 분석하여 관련 근거를 마련					
<b>출장기간</b>	당초	9월 22일(일) ~ 9월 29일(일) (6박 8일)	변경	없음		
<b>출 장 지</b>	당초	캐나다 토론토, 밴쿠버	변경	없음		
<b>출 장 자</b>	김정혜 부연구위원 (젠더폭력안전연구센터)					
<b>출장비용</b>	항공료	3,528,210원 (보험료 포함)	체재비	1,645,112원 (비자 발급비 포함)	출장비	0원
<b>출장업무 처리 개요</b>	일자	내용				
	9.22(일)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 인천공항 출발(9.22), 캐나다 토론토 도착(현지 시각 9.22)</li> <li>○ Geena Kim (캐나다 임신중단권 활동가) 면담</li> </ul>				
	9.23(월)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rebecca Cook, Bernard Dickens (University of Toronto, 법학 교수) 면담</li> </ul>				
	9.24(화)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planned Parenthood Toronto 기관 방문, Sarah Hobbs-Blyth (Executive Director) 등 면담</li> <li>○ Sarah Dimitrova (Choice in Health Clinic, 이사회장) 면담</li> <li>○ 토론토 → 밴쿠버 이동</li> </ul>				
	9.25(수)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Options for Sexual Health 기관 방문, Michelle Fortin (Executive Director) 등 면담</li> </ul>				
	9.26(목)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wendy Norman (University of British Columbia, 교수) 면담</li> <li>○ Derek Rains (British Columbia 보건국, Director of Acute Care Access &amp; Policy) 면담</li> </ul>				
	9.27(금)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Joyce Arthur (ARCC-CADC, Executive Director) 면담</li> <li>○ Ellen Wiebe (University of British Columbia, 교수) 면담</li> </ul>				
	9.28(토) 9.29(일)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 캐나다 밴쿠버 출발(9.28), 인천공항 도착(9.29)</li> </ul>				
	※ 상세한 업무처리 및 세부내용은 별도 붙임					
<b>기타 수집자료</b>	※ 수집자료명을 적고, 자료는 붙임 할 것					

국외출장 결과보고서

# 캐나다의 임신중단 및 성적·재생산적 건강 보장 현황 심층조사

2019. 10.

보고자 : 김정혜 (젠더폭력안전연구센터 부연구위원)

※ 국외출장 결과보고서 상세내용은 젠더폭력안전연구센터 김정혜 부연구위원(02-3156-7159)에게 문의바람

## 1. 출장목적

### □ 캐나다 정부, 민간단체, 관련 연구자 면담 및 임신중단 관련 법·제도 현지 사례 조사

- 2019년 4월 11일 헌법재판소(이하 헌재)는 임신중단을 한 여성과 의료진을 처벌 하도록 한 형법 낙태죄 조항이 헌법에 합치하지 않는다는 결정을 내림.
  - 현재의 헌법불합치 결정에 따라 2020년 12월 말까지 낙태죄를 개정하여야 하는 상황임.
  
- 지난 2012년의 헌재 결정과 달리, 이번 결정에는 여성의 임신중단 권리를 인정 하고, 보다 진일보한 방향을 제시하고 있다고 평가됨.
  - 헌법불합치 의견은 여성의 자기결정권에 여성이 존엄한 인격권을 바탕으로 자율 적으로 자신의 생활영역을 형성해 나갈 수 있는 권리가 포함되며, 여기에는 임신한 여성이 자신의 신체를 임신상태로 유지할 것인지, 출산할 것인지 여부를 결정할 권리도 포함된다고 실시함.
  
- 향후 법 개정 시 논쟁이 예상됨.
  - 임신주수, 인공임신중절 사유 등의 제한, 상담 의무화, 사유 확인 절차, 상담 및 사유 확인 주체, 건강보험 수가 문제 등이 논란이 될 가능성이 있음.
  - 낙태죄의 예외 범위 확대 외에 안전한 인공임신중절 보장, 성·재생산건강·권리 보장 관련 정책적, 입법적 시도가 부족한 상황임.
  
- 이에 본 출장을 통해 여성의 임신중단권 보장 및 여성의 재생산 건강·권리 보장에 참고가 될 수 있는 캐나다 사례에 대한 심층조사를 통해, 캐나다의 관련 법·제도의 배경 및 현실, 한계, 정책 방안 등을 살펴보고, 한국적 맥락에서의 시사점을 도출하고자 함.

## 2. 출장개요

가. 출장지: 캐나다 토론토, 밴쿠버

나. 출장자: 본원 김정혜 부연구위원

다. 출장기간: 2019.9.22(일) - 2019.9.29(일), 6박 8일

라. 비용부담: 본원 연구사업비

### 3. 주요 출장내용

#### 가. 전문가 면담 일정

일자	내용	체류지
9.22(일)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 인천공항 출발(9.22), 캐나다 토론토 도착(현지 시각 9.22)</li> <li>○ Geena Kim (캐나다 임신중단권 활동가) 면담</li> </ul>	토론토
9.23(월)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rebecca Cook, Bernard Dickens (University of Toronto, 법학 교수) 면담</li> </ul>	토론토
9.24(화)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Planned Parenthood Toronto 기관 방문, Sarah Hobbs-Blyth (Executive Director) 등 면담</li> <li>○ Sarah Dimitrova (Choice in Health Clinic, 이사회장) 면담</li> <li>○ 토론토 → 밴쿠버 이동</li> </ul>	토론토, 밴쿠버
9.25(수)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Options for Sexual Health 기관 방문, Michelle Fortin (Executive Director) 등 면담</li> </ul>	밴쿠버
9.26(목)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wendy Norman (University of British Columbia, 교수) 면담</li> <li>○ Derek Rains (British Columbia 보건국, Director of Acute Care Access &amp; Policy) 면담</li> </ul>	밴쿠버
9.27(금)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Joyce Arthur (ARCC-CADC, Executive Director) 면담</li> <li>○ Ellen Wiebe (University of British Columbia, 교수) 면담</li> </ul>	밴쿠버
9.28(토) 9.29(일)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 캐나다 밴쿠버 출발(9.28), 인천공항 도착(9.29)</li> </ul>	밴쿠버

#### 나. 주요 논의내용

##### (1) Geena Kim(캐나다 임신중단권 활동가), 2019.9.22.

###### ○ 캐나다 의료체계

- 캐나다는 주 단위로 건강보험 프로그램을 관리함. 국가 단위의 프로그램은 없음. 거주자 자격이 있으면 주별로 건강보험에 무상 가입됨. 보험료는 내지 않음. 온타리오주의 건강보험 프로그램은 OHIP(Ontario health insurance program).
- 3개월 이상 거주해야 건강보험 자격 부여됨. 따라서 단기 거주자, 난민, 여행자, 미등록인 경우 등은 건강보험체계의 보장을 받을 수 없음. 거주자 건강보험이 없는 경우 직장 건강보험이나 민간 보험에 가입함. 직장 보험은 가족도 포함.

- 건강보험 포괄 범위도 주마다 서로 다름. OHIP에는 치료를 위해 꼭 필요한 항목은 무상이거나 일부만 부담하면 되지만, 꼭 필요한 치료 목적이 아닌 경우에는 수혜자 부담으로 하고 있음.

○ 캐나다의 임신중단권 보장 관련 전반적 상황

- 여론은 대체로 여성이 임신의 결과를 선택할 권리를 인정하는 편이 우세함. 한국처럼 태아의 생명을 주장하면서 여성의 권리에 반대하는 세력이 있고, 매우 공격적인 태도를 보이는 경우도 있으며, 임신중단을 방해하려는 목적에서 상담을 하기도 하지만, 사회적으로 널리 동의를 받지는 못하는 추세임. 그래서 임신중단권을 제한하려는 입법적인 시도가 계속 있기는 하나 통과되지는 못하고 있음.
- 처벌 규정이 전혀 없음에도 불구하고 대부분의 임신중단은 임신 초기에 이루어지며, 후기 인공임신중절은 매우 드문 경우여서, 후기 인공임신중절은 꼭 필요한 상황에서만 하는 것으로 볼 수 있음. 형법이 임신중단을 처벌하지 않아도 여성의 건강은 여성과 의사가 보호할 수 있음.
- 캐나다는 한국처럼 임신중단한 여성을 형사처벌하지는 않지만, 지역별 접근성 문제가 크게 나타나고 있음. 정책적 차이와 더불어 지리적 접근성 문제가 캐나다의 임신중단에서는 중요한 문제로 다루어짐. 캐나다는 주별로 모든 정책에서 차이가 있기 때문에, 주에 따라서는 임신중단권 보장이 제한적인 곳도 존재함.

○ 유산유도약

- 2015년에 미프진이 승인되어 2017년부터 배포되기 시작했음. 약물 배포가 얼마 되지 않았기 때문에 임신중단 비범죄화 국가임에도 불구하고 약물 도입이 더 이른 시기였던 국가들에 비해서 임신중단 중 약물 비율이 아직은 높지 않지만 계속 상승하고 있는 상황임. 약물 도입 초기에는 병원에서 초음파 검진하고 병원에서 약 복용하도록 하는 등의 제한이 많았는데 점차로 제한이 축소되어 현재는 대부분의 제한이 폐지되었음.

○ 방문 단체 정보 수집

(2) Rebecca Cook, Bernard Dickens(University of Toronto 법학 교수), 2019.9.23.

○ Morgentaler 판결

- 1988년 Morgentaler 판결에서 낙태 조항이 헌법에 위반된다고 선언하였음. Morgentaler 판결 이전에는 여성의 생명, 신체적, 정신적 건강에 위협을 초래할 경우, 병원에서 치료 목적으로 인공임신중절을 할 수 있었음. 병원에서 인공임신중절 위원회를 구성해야 하며, 인공임신중절을 하려는 여성은 위원회의 승인을 받아야 하고, 위원회에는 인공임신중절 수술의를 포함하여 2명의 의사가 필요했음.
- 그러나 농촌 지역은 병원이 없거나, 병원이 위원회를 아예 구성하지 않거나, 위원회에 의사 대신 카톨릭 신부가 위원으로 들어가 있어 임신중단 승인을 해주지 않는 등 임신중단이 사실상 불가능한 상황이 발생하기도 했고, 판단 기준이 위원회마다 제각각이라는 점도 문제였음.
- Morgentaler 판결에서는 인공임신중절 관련 법 적용이 자의적이고 모든 여성에게 공평하지 않다는 점에 주목했음. 법원은 캐나다 헌법(자유와 권리 헌장)에서 보장하는 신체의 안전권 침해라고 판시함.

○ Morgentaler 판결 이후 캐나다의 임신중단권 보장

- 판결 이후 의회에서 법안이 논의되었지만, 법안에 대한 반대의견이 강했기 때문에 정치권에서 부담을 크게 가짐.
- Morgentaler 판결 이후 법이 폐지되면서 현재는 임신 주수, 대기 기간, 제3자 동의 등 일체의 제한이 없음. 법원은 점점 더 프로초이스(pro-choice)로 기울어지고 있음.
- 퀘벡에서 한 남성이 여자친구의 임신중단을 막으려고 했던 사건이 대법원까지 간 사례가 있음. 대법원은 생물학적 아버지라 하더라도 여성의 결정에 어떤 영향도 줄 수 없다고 판결. 여성의 신체의 안전을 위협한다는 이유였음(1988년).
- 인공임신중절 접근성을 높이기 위해 정부에 적극적인 의무를 부과하는 정도까지는 나아가지 못했고, 캐나다는 국토가 매우 넓기 때문에 접근성 문제가 여전히 남아 있음.

○ 미성년자, 지적장애인의 동의 능력

- 술, 담배, 운전 등과 관련해서는 연령 기준이 있지만, 의료서비스와 관련해서는 연령 기준이 없으며, 스스로 판단할 능력이 있는 ‘성숙한 미성년자’로 인정되면 미성년자도 보호자의 동의 없이 결정할 수 있음.
- 성관계에 동의할 수 없는 연령의 미성년자가 임신한 사례에서, 본인은 임신중단을 원하지만 보호자가 종교적 이유 등으로 자녀의 인공임신중절을 거부할 때 의사는 아동복지센터에 도움을 구할 수 있으며, 법적 절차를 거쳐 인공임신중절을 할 수 있음.
- 미성년자가 스스로 결정할 능력이 있는지는 의사가 판단하며, 의사가 판단하기 어려울 경우 정신과 의사의 도움을 받아 환자의 지능, 이해력 등을 판단하는데, 환자가 의사의 조언을 따르는지 여부로 판단하는 경우가 많음.
- 지적장애인도 마찬가지. 캐나다는 장애인권리협약에 가입되어 있어서, 지적장애인이 정말로 비현실적이거나 미성숙한 결정을 내리는 경우가 아니라면, 장애가 있더라도 모든 권리를 보장함. 자녀를 정상적으로 기를 수 없는 상태에서 임신유지 및 출산을 결정한다면, 이는 미성숙한 결정이라고 판단할 수 있음.

○ 의사의 연계 의무

- 의사가 인공임신중절을 거부하고자 하는 경우 다른 의사에게 연계할 의무가 있음. 온타리오 의료 협회에서 의사에게 연계 의무를 부과하려 했을 때, 비밀유지 등의 복잡한 문제들을 들어 반대하는 의견이 있었지만 항소심 법원에서는 의사의 의무를 인정했음.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 여성만이 필요로 하는 의료서비스를 제한하는 것은 여성에 대한 차별이며, 여성차별철폐협약 위반임. 예를 들어 전립선 수술에는 아무런 규제가 없는데 여성이 필요로 하는 수술에 규제를 두는 것은 차별적인 법제임. 임신중단에 대한 규제를 없애는 것이 성평등임.
- WHO의 ‘안전한 임신중단 가이드라인’을 한국 정부는 준수해야 함.
- 여성이 원하지 않는 임신을 지속하도록 강제하는 것은 여성의 신체의 안전을 침해하는 것. 여성의 의사가 가장 우선되어야 함. 여성의 의사는 제3자가 그

여성에게 갖는 의사와 분리되어야 함. 여성 스스로의 의사가 가장 중요하며, 이 원칙은 재생산 건강과 관련된 선택에서도 동일하게 적용되어야 함.

- ‘여성은 과학적 진보의 혜택을 누릴 권리가 있다’는 주장도 적용할 수 있을 것. 남성은 이미 과학적 진보의 혜택을 누리고 있음.
- 법을 바꾸는 것이 첫 번째 단계이고, 의사들이 인공임신중절 서비스를 제공하도록 의사들의 마음을 바꾸는 것. 법이 실제로 실행되도록 의사의 마음을 바꾸는 것이 중요함. 의대생들부터 교육해야 함.

**(3) Cheryl Dobinson, Sarah Hobbs Blyth, Clare Hacksel(Planned Parenthood Toronto), 2019.9.24.**

○ 유산유도약

- 의사뿐 아니라 임상간호사도 처방 가능.
- 산부인과협회에서 저렴한 가격에 유산유도약 처방 훈련을 제공하고 있고 훈련을 받으면 가정의도 처방을 할 수 있지만, 훈련 받은 사람이 많지는 않음. 확대를 위해 노력하고 있음.

○ 건강보험 미가입자 지원

- Planned Parenthood Toronto에서는 건강보험 미가입자도 지원 받을 수 있음. 정부 보조금, 기부금 등으로 지원 가능함.

○ 미성년자의 임신중단권

- 온타리오주는 의료서비스 동의 연령 제한이 없음. 오로지 의사가 결정함. 환자가 제대로 이해하고 있고, 결정이 타인의 강요에 의한 것이 아니라 스스로의 선택인지를 확인함. 부모나 파트너가 관여할 필요가 없음.

○ 시위 금지 구역 입법

- 온타리오에서 안전지대 접근법이 통과된 지 2년이 되었으며 Planned Parenthood Toronto도 법안 통과에 기여했음. 임신중단 클리닉 등으로부터 일정 거리 내에서 시위를 할 수 없도록 버블존(bubble zone)을 설정하는 내용. 주로 독립된 임신중단 클리닉 주변으로 승인되고 있음.

○ Planned Parenthood Toronto의 교육 프로그램

- 청소년들이 성적 건강, 건강한 관계 등을 주제로 포대를 대상으로 워크숍을 진행할 수 있도록 훈련하고 있음.
- Teen Health Source에서 16-19세 청소년들이 전화, 문자메시지, 채팅 등을 통해 포대 청소년에게 성 건강 관련 상담을 제공. 정보 제공 차원의 상담임. 지역사회 기반 프로그램으로, 활동 시작 전에 10주간 훈련하며, 1년 간 자원활동을 함. 고등학생의 자원활동 의무 수행의 일환으로 진행함.



<그림 1> 청소년 포대 성적 건강 상담 프로그램, Teen Health Source

- TEACH 프로그램에서는 청소년들이 포대들과 안티 호모포비아, 바이포비아, 트랜스포비아에 대해 워크숍을 진행. 학교와 지역단체에서 청소년 대상 워크숍을 실시함.
- PEAK 프로그램은 HIV 예방, HIV 낙인 반대를 위한 워크숍을 진행하며, 성매개감염까지 포함하려고 함.
- 이민자 대상 프로그램은 이민자 청소년이 대상이며, 접근성 관련 도움을 줌. 역시 포대 자원활동가를 중심으로 성적 건강, 건강한 관계를 주제로 워크숍 운영. 학교, 지역사회 단체 등 이민자 청소년이 모일 수 있는 공간이면 어디든 가서 워크숍을 진행함.
- ‘함께 디자인하는(co-design)’ 프로그램이 도움이 됨. 이용자들, 자원활동가들, 상담원들과 함께 프로그램을 구성함으로써 수혜자가 원하는 프로그램을 만들게 되는 것. 만족도와 참여율이 높아짐.

○ 성소수자 청소년 지원

- Planned Parenthood Toronto는 어떤 사람이 오더라도 안전한 서비스를 제공하는 것을 추구함. 성소수자가 온다면 맞춤 서비스를 제공할 수 있음. 예를 들어 정신건강상담사 중에서 성소수자를 위한 상담을 할 수 있는 직원이 있음.
- FIRM 프로그램은 토론토대학과 파트너십을 맺어 시행하는 것으로, 성소수자 학생들이 상황을 헤쳐나갈 수 있는 기술을 기를 수 있도록 하기 위한 성적 건강, 정신건강 프로그램.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 캐나다에서 일어난 일을 한국에서 미리 막을 수 있으면 좋을 것. 임신중단을 지원하고 상담을 제공한다고 주장하지만 사실은 임신중단을 하지 않도록 설득하거나 접근을 막는 임신지원센터들이 있음. 법을 통해서라도 이런 센터가 시작되지 못하게 막아야 함.
- 임신중단을 주로 하는 클리닉도 있어야겠지만, 일반적 의료 서비스를 제공하는 곳에서도 유산유도약 처방이 가능하도록 해야 한다고 생각함. 일반적 의료 서비스를 제공하는 곳에 대해서는 사람들이 거부감을 덜 느끼기 때문에 낙인으로 인한 접근성 제한 문제를 완화할 수 있음.

**(4) Sarah Dimitrova(Planned Parenthood Toronto 이사, Choice in Health Clinic 이사회장), 2019.9.24.**

○ 임신중단 규제 입법 시도 좌절

- 1988년 법 폐지 직후 발의된 법안은 이전보다 더 나아진 것이 없는 내용였고, 이후 12개 정도의 법안이 발의되었지만 통과 가까이 간 적도 없음. 프로초이스 입장도 강력히 반대했기 때문인 것 같음. 의원들도 임신중단 규제에 반대하거나 접근권 보장을 주장하는 경우가 많음.
- 현재 여당은 공식적으로 프로초이스를 지지한다고 선언하고, 당 내에 임신중단을 규제하려는 의원이 있다면 절대 그 의원을 지지하지 않겠다는 입장을 명확히 하였음.

- 과거 보수정부 시절 총리도 임신중단이 과거의 문제이고 이미 결정된 사항이며, 정부가 임신중단을 다시 규제하려는 시도를 하는 데 반대한다는 것을 분명히 했음. 그래서 누군가가 임신중단 규제 문제를 제기하더라도 정부의 방향을 확실히 밝힘으로써 규제 시도가 무마됨.
- 왜 임신중단을 규제하는 법이 없어야 하는가
  - 다른 의료 행위에는 법이 없음. 암이나 출산에 대해 어디서 해야 하고 어디에서 할 수 없는지, 누가 있어야 하는지 등을 통제하는 법은 전혀 없음. 규제는 있지만 형사법은 없으며, 규제는 의료전문가에 의한 것. 누가 의료행위를 할 수 있고 어디에서 하는지 등은 안전과 의료서비스 제공자의 지식, 기술을 고려하여 의사 단체(College of Physicians)가 규제할 뿐.
- 유산유도약
  - 캐나다 보건국은 미페가이미소(Mifegymiso, 미페프리스톤과 미소프로스톨을 담은 콤비팩)의 처방을 임신 9주까지 할 수 있도록 권장하고 있음. 7주였던 것이 9주로 연장되었고, 처방 전 초음파가 의무였지만 현재는 의무에서 제외됨. Choice in Health Clinic에서는 보건국 기준을 따르고 있음. 보건국 기준은 권고이며 강제는 아니므로 다른 클리닉은 9주 이후에 처방할 수도 있지만, 대개는 보건국 기준을 준수할 것임.
  - 약 처방 위해 초음파 검진을 할 의무가 없어서 임신주수를 명확히 알 수 없기 때문에 NAF에서는 사후관리를 권고하고 있음. 그러나 사후관리 또한 법적 의무는 아님.
  - 어떤 주에서는 처방을 받아 약국에 가서 약을 사게 되면 본인이 약값을 부담함. Choice in Health Clinic에서는 수술과 마찬가지로 미페가이미소도 무상 지원함. 클리닉에서 직접 약을 지원하기 때문. 약 제공 전에 상담을 미리 하기는 하지만, 상담이 법적 의무사항이거나 필수인 것은 아니고, 환자가 충분한 정보를 얻은 뒤 동의할 수 있도록 하기 위한 절차.
  - 약을 클리닉에서 제공하는지 약국에서 사도록 하는지는 클리닉에 따라 다른데, 클리닉의 재고 구비와 관련된 문제임. Choice in Health Clinic에서는 미리 약을 구입해두고 환자에게 제공할 때마다 정부에서 약값을 보전 받지만, 다른 클리닉에서는 약을 구비해두는 대신 환자를 약국으로 안내하는 방식을 선호함

수도 있음.

○ 임신주수의 문제

- 캐나다는 인공임신중절을 처벌하지 않기 때문에 임신중단이 가능한 주수 제한도 없음. 인공임신중절을 임신 몇 주까지 할 수 있는가는 오직 의사의 기술에 달려 있음. 대개 임신 20주 이상은 큰 병원에서 수술하며 산모나 태아에 문제가 있는 등 의학적인 이유가 있어서 인공임신중절을 하는 경우가 대부분이고 수도 적음.
- 캐나다에는 임신 20주 이상 수술할 수 있는 의사가 적지만, 24주까지도 수술 가능한 의사가 있는 센터도 있으며, 수술 불가능한 시기에는 수술 가능한 의사가 있는 미국 병원으로 연계해주기도 함.

○ 상담

- NAF에서 발간한 가이드라인을 북미 지역에서 많이 따르고 있음. 상담은 간호사가 하기도 하고, Choice in Health Clinic에서는 자격 있는 의료 전문 상담사가 하고 있음. 환자가 원하는 것이 임신중단이 맞는지, 위험 등에 대해 잘 이해하고 있는지 등을 확인하고 동의를 얻고 있음.
- Choice in Health Clinic에서는 정부 보조금을 받아 사후 상담 프로그램을 운영하고 있음.

○ 인공임신중절 진료까지 소요기간

- Choice in Health Clinic의 경우 1주일 내에 진료 가능함. 만일 임신 14주차라면 더 빨리 진료할 수도 있음.(Choice in Health Clinic은 임신 15주까지만 수술함) 일반적으로 1-2주 내에는 진료 가능하며, 내가 아는 한 대개의 임신중단 클리닉이 그 정도이고, 더 빠른 진료가 필요하면 다른 곳을 연계해줄 수 있음.
- 하루만에 상담과 진료가 모두 이루어짐. 어떤 곳은 상담 다음 날 수술을 하는 경우도 있지만, 하루에 모두 하는 곳도 있음.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 최대한 권리에 초점을 두면 좋겠음. 임신중단 접근권을 보장하는 것, 제한이

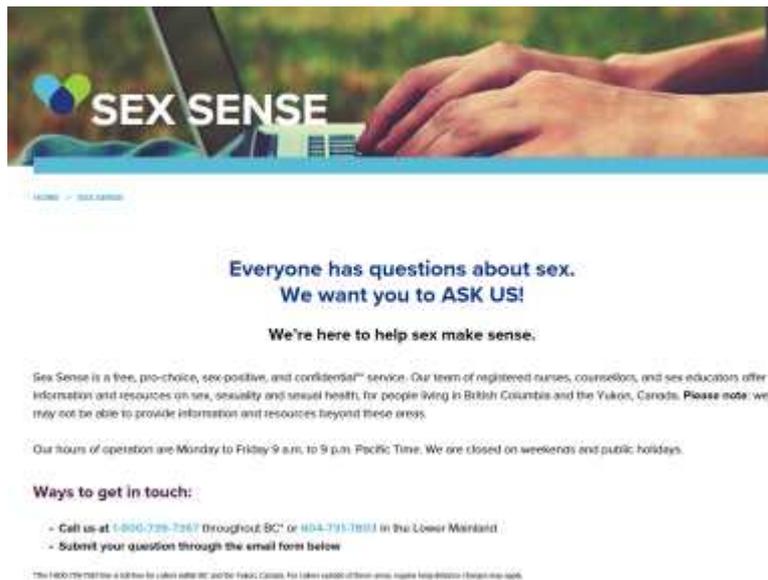
나 규제가 아니라 지원하는 방향으로 가야 함. 주수 제한, 상담 의무 등 장애물을 규정하지 말고, 여성들이 필요로 하는 것을 정부가 제공하도록 하는 방향이 필요함.

- 미국의 한 연구에서, 임신 주수 제한을 초과하여 임신중단을 하지 못한 사람들을 추적조사한 사례가 있음. 안티초이스(anti-choice) 입장은 임신중단이 여성에게 해롭다, 여성을 우울하게 한다고 주장하고 있는데, 이 연구에서는 임신중단을 하지 못한 경우가 여성을 정신적, 정서적, 신체적으로 위협에 빠뜨린다는 점을 입증했음. 원치 않는 임신과 출산을 한 것이 임신중단보다 더 위험하다는 것.

**(5) Michelle Fortin, Helena Palmqvist De Felice, Nicole Pasquino(Options for Sexual Health), 2019.9.25**

o 성적 건강 관련 상담

- 주 보건국의 Health Link의 지원을 받아 Sex Sense라는 상담 서비스를 운영하고 있음. Health Link(811)에서도 성적 건강 관련 질문은 Sex Sense로 연계.



<그림 2> Sex Sense 상담 서비스

- 전화, 인터넷, 이메일 등으로 상담 가능. 성적 건강 관련 정보 제공을 하며, 진료를 하지는 않음. Sex Sense에서는 주로 성적 건강 전문 상담사, 자격을 가진 성교육 전문가들이 상담.

- 주로 임신을 했는데 어떻게 할지, 임신 검사를 해야 할지, 다른 선택지는 무엇이 있는지, STIs 관련된 내용, 피임약을 잘못 복용했다거나, 지역 내 임신중단 클리닉이 어디에 있는지 등의 상담이 오며, 때로는 전문 의료서비스 제공자들도 상담을 요청하기도 함.
- Health Link에서 상담하려면 개인정보 제공해야 하지만, Sex Sense는 익명 상담이 가능함. 성경험, 성적지향, 성별정체성에 대한 상담에 더 옹호적이고 다른 판단을 하지 않는 상담을 제공함.

#### ○ 간호사의 의료 서비스

- BC주에서는 간호사가 심화과정을 이수하면 자궁경부암 검진, 피임, STIs 관리 등의 의료서비스를 제공할 수 있음. 여성이 일반의(general practitioner)에게 성적 건강 문제로 진료 받으려 할 경우 일반의가 여성의 성적 건강에 전문성이 없을 수도 있는데, 심화교육 받은 간호사가 의료서비스를 제공하면, 여성 환자가 여성 의료인을 만날 수 있는 기회가 많아지며, 의사보다 간호사가 좀더 긴 시간 진료가 가능함.

#### ○ 유산유도약

- 유산유도약은 의사와 NP(Nurse Practitioner)가 처방 가능함. 훈련 불필요함. 간호사협회, 의사협회, 약사협회는 임신중단이 필요하면 당연히 처방해야 한다고 말하고 있음. 비용 결정은 다르지만, 모든 주에서 보험으로 커버됨. 임신중단은 합법이기 때문에, 보험 적용은 권리로서 논의되며, 접근성을 높이는 방향으로 개선중임.
- 지침이 바뀌어 이제는 유산유도약 처방을 위해 초음파 검사를 할 필요가 없지만, 아직은 처방 전에 초음파 검사를 하려는 의사들이 많음. 의사들은 검사하는 것이 마음이 편하기 때문. 미페프리스톤이 처음 도입될 때에는 제한이 너무 과도했음. IUD를 할 때조차 초음파를 했었는데, 꼭 필요하지 않다는 것을 알면서도 바꾸는 데 오래 걸렸음. 세계적으로 30년 가까이 미페프리스톤이 잘 사용되어왔다는 연구가 있지만, 관행을 바꾸는 데에는 시간이 좀 걸릴 것으로 보임.

#### ○ 피임약

- 건강보험에서 커버되지 않음. 저소득, 선주민, 학생 등은 비용을 선지급하고 영수증을 받아 환급 받는 방식으로 커버함. 클리닉마다 피임약을 미리 구매해 두었다가 무상으로 제공하는 경우도 있음. Options for Sexual Health에서도 직접 피임약을 공급함. BC주의 심화과정 체계 하에서는 간호사는 처방은 못 하지만 피임약을 제공할 수는 있음.

#### ○ STI, PrEP 등

- BC주는 STI 관련 약, HIV 치료제가 모두 무상 제공되며, PrEP(pre-exposure prophylaxis)도 무료임. 성폭력 피해자는 PEP(post-exposure prophylaxis)도 무료임.
- 캐나다는 발목이 부러져서 병원에 가도 HIV 검사를 함. 현재 매독이 유행중 이어서 다음 달부터는 가정분만을 포함해서 임신부 분만 시 전원 검사할 예정임.

#### ○ 성교육

- Options for Sexual Health는 성적 건강 강사 양성 교육(SHEC)을 실시하고 있음. 매달 3일씩 5개월간, 총 15일 동안 교육한 뒤 실습을 하고, 최종 프로젝트를 수행하면 자격증을 발급함.
- Options for Sexual Health에서 교사, 시민 등을 교육하기도 함. West Kootenay 지역의 Trail이 모범 사례임. 이 지역에서 예기치 못한 임신 증가, 성폭력 발생 증가 때문에 지난 3년 동안 연간 3주씩 교사, 부모, 응급 구조자, 관련 사업체 운영자 등을 교육했음. 교육으로 임신과 성폭력 모두를 감소시켰음.

#### ○ 미성년자의 임신중단권

- 청소년이 행위성이 있고 임신중단 절차가 어떻게 진행되는지 이해할 수 있다고 확신하면, 의사는 청소년의 동의를 얻으면 충분함.
- 한국처럼 의사가 미성년 환자에게 보호자를 데려오라고 하는 관행은 없음. 주치의 제도가 있어서, 의사는 이들이 태어나면서 청소년으로 성장할 때까지 모두 지켜본 사람이기 때문에 이미 관계 형성이 이루어진 상태임. 청소년 클리닉(Youth Clinic)은 청소년에게 특별히 더 안전한 공간임.

○ 안티초이스에 대한 대응

- 캐나다 인구의 78%가 프로초이스이며 임신중단 접근을 지지함. 안티초이스 세력이 있지만 직접 대응하기보다는 긍정적인 정보를 제공하는 방식으로 대응하고 있음. 캐나다는 임신중단 관련 법을 만들려고 해도 헌법 내에서 만들어야 함. 임신중단 반대 세력도 매년 시위를 하지만, 우리는 이런 시위에 반대하는 대신 ‘Chews and Brews for Choice’ 같은 행사를 기획했고, 이번 10월 선거에서도 페미니즘 의제를 논의하려고 함.



<그림 3> Chews and Brews for Choice

○ 원격의료

- 원격의료(telemedicine)에 의한 임신중단으로도 후속조치 없이 유산유도약을 정확히 사용할 수 있음. 사람들은 의사를 만나야 한다면 병원에 가면 된다는 것을 알고 있으므로, 병원에 갈 만한 문제가 아니고 병원 접근성이 떨어질 때 등 원격의료가 필요할 때 이를 이용할 수 있음. 원격의료는 접근성 향상에 도움이 되며, 우리는 정부에 임신중단 접근성을 높이라고 요구하고 있음.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 정책은 필요하지 않음. 정책은 이미 잘 시행되는 것처럼 여겨짐. 문제는 정책이 아니라 관행임. 정책만 있다고 되는 것이 아니라 여성들이 실제로 서비스에 접근가능하게 해야 함.

(6) Wendy Norman(The University of British Columbia, BC Women's Hospital),  
2019.9.26

○ 캐나다 인공임신중절 현황

- 캐나다 전역에서, 90% 정도는 1분기 인공임신중절이며, 임신 20주 이후 인공임신중절을 하는 사례는 250명 수준으로 전체 임신중단의 0.6~1%에 불과하고 그조차 대개는 임신 24주 이내에 이루어짐.
- 임신중단과 관련하여 병원에서 어떤 서비스를 할 것인지는 법이 아니라 병원과 의료인이 결정함. 어떤 병원은 24주 이후에도 인공임신중절을 하고, 어떤 병원은 14주까지만 하는데, 그 차이는 대부분 그 병원에 근무하는 의사의 기술에 달려 있음. 그리고 그 병원에서 일하는 사람들(마취과 의사, 수술실 간호사 등)의 태도, 그 집단의 문화 등등의 영향을 받을 것임.
- 빅토리아 지역의 사례를 예로 들면, 처음에는 임신 14주까지만 인공임신중절을 하던 병원이 있었는데 이 병원에 임신 20주까지 수술 가능한 의사를 보낸 뒤로는 점점 주수를 늘려가서 지금은 임신 24주까지 서비스를 제공하고 있음. 많은 곳에 비슷한 사례들이 있음. 다른 지역에서도, 처음에는 몇 주 이후의 인공임신중절은 불편하고 의학적인 문제가 있고 등등의 이유를 들어 중후기 인공임신중절에 부정적이었으나 시간이 지나면서 점차 기간을 늘려나갔음. 시술의뿐 아니라 간호사, 마취과 의사 등과 함께 가치를 명확히 하는 작업이 필요하고, 모두가 불편함을 느끼지 않아야 함. 이러한 과정에 법이나 협회의 규제가 있는 것은 아니고, 단지 과정과 절차의 문제임.

○ 인공임신중절 가이드라인 및 정보 공유

- 임신중단 관련 BC주 정부 가이드라인을 2003년에 BC Women's Hospital에서 개발했고, 주 내 기관에 배포했음. 상담 등 임상 외 가이드라인을 포함함.
- 여성 중심 진료, 환자에 대한 존중, 폭력의 징후가 있는지 진단하고 조치를 취할 것을 요구.
- 프로그램 디렉터, 간호사, 직원 대상 핸드북 개념.
- 이후 산부인과협회(SOGC)에서 임상 기술 중심으로 가이드라인이 제작됨.
- CAPS(Canadian Abortion Providers Support) 사이트를 운영하고 있음. 폐쇄

그룹으로, 의사 중심으로 이용함. 의료 가이드라인, 처방자 체크리스트, 약사 체크리스트, 유산유도약 공급처, 약국 지도 및 연락처, 간호사의 권한, 건강보험의 범위 등등 정보가 집적되어 있고, 지식을 상호 공유함.



<그림 4> CAPS 홈페이지

#### ○ 유산유도약

- 유산유도약 도입 당시에는 연방 보건부에서 처방에 여러 제한을 두었음. 처방자는 훈련 받고 인증을 받을 것, 병원이 제조사에 등록할 것, physician일 것, 직접 환자에게 처방할 것, 환자가 의사 앞에서 복용할 것, 처방 전 초음파 검진 등.
- 모든 규제, 인증이 불필요하며, 약물을 처방할 수 있는 권한을 넓혀야 한다는 내용으로 전국 의사, 협회 전문가 110명을 인터뷰한 자료를 정부에 제출하였고, 결국 모든 규제를 없앴음. 유산유도약 처방이 혈압 관리처럼 모든 의사가 하는 일이 되면 더 이상 어려운 일이 아니게 됨.
- 연방 정부에서는 유산유도약 처방 기간으로 임신 9주를 기준으로 제시하고 있기는 하지만 병원 방침에 따라 9주 이후에도 사용 가능함. 병원 방침에 따라 가이드라인과 다른 선택을 할 수 있는 것은 임신중단 외의 다른 약, 다른 시술도 모두 마찬가지임.
- 유산유도약 처방 전 초음파 검진 의무는 없어졌지만 많은 의사들이 초음파를 보는 것을 더 편하게 생각하고 있음. 가이드라인은 임신주수를 확인하라는 것이고, 주수 확인은 마지막 생리 시작일, 자궁저부 높이 등으로도 할 수 있고, 초음파가 가능하다면 초음파가 제일 좋다고 권고할 뿐임. 캐나다의 대부분의

지역에서 초음파 검진을 하려면 3주까지도 지연될 수 있어서 초음파 검진을 필수로 하면 유산유도약 사용을 못 하고 수술을 해야 하는 상황이 되는 등 접근성 문제가 발생할 수 있음.

- 국가 예산을 받아, 인공임신중절 서비스 제공자 전국조사를 내년에 실시할 예정임. 2017년부터 유산유도약이 도입되었기 때문에 현황을 보려는 것. 임신중단 방법, 가이드라인과 실제의 차이, 한계 등을 조사하려고 함.

#### ○ 인공임신중절 방법

- 캐나다 전역에서, 인공임신중절 수술의 2/3는 가정의가 하며, 2분기 이후의 수술은 산부인과 의사들이 대부분 하고 있음.
- BC Women's Hospital의 경우 24주 6일까지는 수술을 하고, 그 이후는 보통 유도분만을 실시.
- 임신중단 관련 모든 케어는 법이 아닌 가이드라인에 따라 진행됨. 가이드라인은 협회에서 의료인들이 직접 만듦. 의사들은 모든 것이 안전하게 이루어지기를 원함. 임신중단보다 훨씬 더 위험한 것들이 더 많은데, 그런 분야들도 잘 관리되고 있음.

#### ○ 병원 위원회

- 24주 이후는 복잡한 상황이 많아 BC Women's Hospital에는 위원회가 있음. 4-12명 정도 참여하며, 상황에 따라 위원 수가 달라짐. 산부인과 과장, 환자를 리퍼한 주치의, 사회복지사, 병원 법률팀 등이 참여함. 법률팀이 참여하기는 하지만, 임신중단을 반대할 수 있다거나 결정권을 갖거나 하는 것은 아니고, 병원이 여성의 필요를 만족시키고 있는지를 검토함. 위원회는 임신중단에 대해 여성 대신 판단하는 차원이 아니라 여성을 돕는 차원에서 운영하는 것임. BC Women's Hospital에서 임신 3분기의 인공임신중절로 위원회가 열리는 경우는 1년에 1-2건 정도임.

#### ○ 상담

- BC주에서 상담 전화를 운영. 그 중 하나가 BC Women's Hospital에서 운영하는 Pregnancy Options로, 임신중단 관련 정보 제공, 인공임신중절이 가능한 가까운 지역 서비스 제공자 연계, 서비스 제공자를 BC Women's Hospital로 연

계하는 역할도 함.

○ 피임

- 임신중단 이후 피임이 무상 제공될 경우, 유상일 때에 비해 재임신율이 훨씬 떨어지는 연구결과를 도출했음. 이 연구를 바탕으로 BC주에서는 2년 전부터 임신중단 이후 IUD 삽입을 무상으로 제공하여, 인공임신중절 시행 여성의 60%가 IUD 시술을 받고, 그 결과 재임신률이 36% 감소했음.
- 피임을 해야 임신중단을 막을 수 있는데, 임신중단은 무상이고 피임은 유상인 것은 타당하지 못함. 정부에 모든 피임을 무상화하라고 요구하고 있음.

**(7) Derek Rains(BC Ministry of Health, Director of Acute Care Access & Policy),  
2019.9.26**

○ 주 정부의 임신중단 지원

- 주 정부의 지원의 조건은 ‘임신중단이 의학적으로 필요하면 지원한다’는 것. ‘의학적 필요’란 여성과 의사 사이의 대화에서 결정되는 것이어서 개방적 해석이 가능.
- 여성이 원하는 때에 언제든지 무료로 임신중단 서비스를 받을 수 있고, 임신중단 후 의사가 주 정부에 청구하면 주 정부가 의사에게 지불하는 것. 주 정부에서 별도로 임신중단을 지원하는 예산을 책정하는 방식이 아니라, 청구되는 대로 지급하는 방식임.

○ 임신중단 현황 통계 수집

- 숫자가 집계되기는 하지만 정확한 임신중단 건수를 알 수는 없음. 미폐가이미 소를 제공하는 수는 집계하나, 처방 또는 판매한다고 해서 실제로 여성이 복용하는지는 알 수 없기 때문. 주 정부는 여성들의 접근성을 측정하는 것이고, 여성들의 실제 복용은 접근성 문제가 아니라 개인의 선택의 문제임.

○ 유산유도약

- 건강보험 수급자에게는 무상 제공. 캐나다에서는 건강보험을 받으려면 신청 후 90일 간 대기해야 하는데, 대기 기간에도 유산유도약은 무상 제공됨.

- 연방 가이드라인은 유산유도약 처방을 임신 9주 이내로 권장하고 의료전문가는 보통 가이드라인을 따르지만, 이는 어디까지나 가이드라인일 뿐이어서, 개별 사안에서 의료전문가가 결정하도록 맡김.

○ 의사의 연계 의무

- College of Physicians and Surgeons에서 면허를 관할하는데, 면허 규정에는 의사가 서비스를 제공하지 않을 경우 다른 의료기관으로 연계할 의무를 부여함. 위반 시 College of Physicians and Surgeons에서 해당 의사 개인의 면허를 규제할 수 있음. 면허 규제로는 경고, 의무 교육 이수, 면허에 조건 부과, 면허 상실 등이 가능함.

○ 미성년자의 임신중단권

- 동의할 수 있는 연령 기준은 없으며 부모 동의를 의무화하지도 않음. 자신의 건강에 미칠 결과를 이해할 능력이 없어 스스로 결정할 수 없는 경우를 제외하고는 본인의 결정을 존중함. 미성년자의 이해능력 및 의사결정능력은 의사가 판단함.

○ 원거리 진료 지원

- 의료서비스를 위하여 원거리 이동을 해야 하는 경우 교통, 숙박 등을 지원하는 프로그램이 있음. 지역의 특성에 따라 다르게 운영하며, 밴쿠버 같은 도시는 의료기관으로 가는 작은 버스를 지원하고, 마을 간 거리가 500km씩 되는 북부 지역은 지역들을 다니는 버스를 운영하는 등. 기업과 협약을 맺어 배, 항공료 일부를 지원하기도 하고, 병원이 근처 호텔과 협약을 맺어 숙박비를 할인해주기도 함. 모든 의료서비스에 해당하며, 임신중단도 당연히 포함됨.

**(8) Joyce Arthur(Abortion Rights Coalition Canada), 2019.9.27**

○ 캐나다 임신중단 관련법 역사

- 캐나다도 1988년에는 임신중단을 규제하는 법이 없다는 것 자체가 상상할 수 없는 일이었음. 법 폐지 당시 정부는 법이 없는 것을 염려했고, 새로운 법을 통과시켜야 한다고 보았음. 그러나 30년 간 규제법이 없었던 캐나다의 사례

가, 규제법이 필요하지 않다는 증거임.

- 1988년 위헌판결 이후 새 법안을 만드는 데 1년이 걸렸고, 하원에서 프로초이스 의원과 안티초이스 의원 간의 의견 차이가 심했음. 당시 제출된 법안은 임신 1분기 임신중단 허용, 그 이후는 제한적으로 20주까지 허용하며, 임신중단은 여전히 범죄이고, 의사를 처벌하는 내용이었음. 예를 들어 의사가 여성의 생명과 건강 보호를 위해 임신중단이 필요하다고 판단하여 임신중단을 했지만 누군가가 의학적으로 불필요한 것이었다고 판단하면 그 의사는 기소되는 것. 그러나 아무도 이 법안에 동의하지 않았음. 의사들은 처벌 대상이 될 수 있기 때문에 이 법안 하에서 인공임신중절을 할 수 없다며 서명운동을 했고, 프로초이스는 임신중단 범죄화에 반대했고, 안티초이스는 이 법이 임신중단을 허용하기 때문에 반대했음. 하원에서 약간의 표 차이로 통과되었지만 상원에서는 찬반 동수가 나와 통과되지 못했음.
  - 1988년 이전에는 병원에서만 인공임신중절 수술이 가능했는데, 의사인 Morgentaler가 클리닉을 열어 인공임신중절을 시행하였다가 몇 차례 재판을 받았음. 실제로 처벌을 받은 적도 있지만, 배심원들이 ‘그가 여성을 도왔다’며 무죄 평결을 내린 적도 있었음. 법 폐지 이후 클리닉에서의 임신중단도 보험 적용이 되도록 민간단체에서 요구하였음.
  - 현재 정치권은 임신중단 문제를 가급적 의제화하지 않으려고 함. 정당에서도 의원들이 법안을 발의하는 것을 원하지 않는 것 같음.
- 왜 임신중단을 규제하는 법이 없어야 하는가
- 임신중단을 규제하는 법은 필요하지 않음. 보통의 의료 절차와 같으며, 이미 존재하는 보건 관련 법에 따르면 되는 것.
  - 캐나다의 권리와 자유 헌장에 따르면 여성은 동등한 권리를 가지며 평등이 보장되는데, 만약 임신중단을 규제하는 법이 있다면 그것은 여성에게만 적용되는 것이기 때문에 자동으로 차별적인 법이 됨.
  - 만약 임신중단을 규제하는 법이 있다면 안티초이스 단체들은 제한의 정도를 강화하려고 시도할 것. 하지만 캐나다는 법이 없어서 안티초이스가 시작할 수 있는 기반 자체가 없음.
  - 임신중단을 규제하는 법이 없기 때문에 접근성 개선에 집중할 수 있음.

○ 안티초이스에 대한 대응

- 임신중단 서비스 제공처의 접근성 문제 때문에 임신중단을 원하는 여성들이 인근에 있는 안티초이스 상담 기관으로 가게 되는 경우도 있기 때문에, 모든 지역에서 접근성을 보장해야 하는 과제가 남아 있음.
- 안티초이스는 세계 어디든 태아에게만 집중하고 여성은 잊어버림. (Joyce Arthur는 이를 “태아 중심 오류(fetus-focused fallacy)”라고 명명하였음.) 여성의 권리로 초점을 다시 맞추어야 함.
- 임신중단은 여성의 생명, 자유, 양심, 신체의 권리에 관한 문제임. 태아에게 어떤 권리를 부여하는 것은 여성의 권리를 빼앗는 것. 캐나다의 법원은 기본적으로 여성에게 100%의 권리를, 태아에게는 0%의 권리를 인정해왔음. 여성에게는 현장에서 보장된 권리가 있고, 태아에게 권리를 주면, 여성의 권리를 타협할 수밖에 없는데 그래서 안 됨. 아일랜드에서 Savita Halappanavar가 죽었던 이유가 바로 그것 때문임. 실제에서는 여성과 태아의 권리의 균형을 찾을 수 없음. 결정을 내려야 할 때 사람들은 의사와 태아에게만 집중했고 아무도 Savita Halappanavar에게 관심을 갖지 않았으며, 그 결과 그녀는 사망한 것임.
- 태아가 권리를 가지면, 임신중단 외에도 임산부는 자신을 희생하고 자신의 의사와 다른 일을 강제당하는 상황이 올 수 있음. 임신중에 자신보다 태아를 보호해야 하는 등의 의무가 뒤따를 수 있음. 따라서 태아에게 권리를 부여하는 것은 임신중단을 하려는 여성만이 아니라 모든 임신한 여성에게 영향을 미치는 문제임. 이런 법은 여성에게만 적용되기 때문에 여성이 2등 시민이 되는 것과 마찬가지.
- 안티초이스 운동이 과거에는 매우 종교적이었고 태아 이야기에 집중했다면, 90년대 이후에는 ‘임신중단이 여성에게 해로우므로, 자신들이 여성을 돕고 구하려는 것’이라고 주장. 안티초이스가 일종의 상담기관인 위기임신센터(Crisis Pregnancy Centre)를 시작했는데, 상담은 자원봉사자들이 하고, 자원봉사자들은 기독교인이며, 임신중단을 못하게 하도록 훈련을 받은 사람들임. 여성이 아내이고 어머니여야 한다는 가부장적, 전통적 관념에 따른 것. 여성의 평등권을 인정하는 현대 사회에서는 합당하지 못함.

○ 유산유도약

- 캐나다에서는 의사의 진료는 건강보험이 적용되지만 약국에서 구입하는 약은 건강보험으로 커버되지 않음. 하지만 미페가이미소는 커버됨. 가장 마지막으로 미페가이미소를 건강보험 범위 내에 포섭한 주는 매니토바주, 사스카추완주임. 둘 다 보수적이고 안티초이스인 정부가 있는 곳인데, 안티초이스 정부까지도 미페가이미소를 재정적으로 지원하게 된 것임.

○ 미성년자의 임신중단권

- 사스카추완주에서 안티초이스 단체들이, 청소년이 임신중단을 하려면 부모의 동의를 얻도록 하는 법안을 통과시키려는 시도를 한 적이 있음. 보수정부였던 주정부가 법률 자문을 구한 결과 위헌적이라는 답을 듣고 법안을 통과시키지 않기로 결정함. 청소년의 권리 제한도 헌법에 위반되는 것임.

○ 시위 금지 구역 입법

- 시위대로부터 클리닉을 보호하는 임신중단 서비스 접근법이 5개 주에 있음.
- 임신중단 서비스를 제공하는 의사 등 의료진뿐 아니라 클리닉 직원, 접수원까지도 주거지, 사무실, 연구실 주변이 안전지대로 자동 지정됨. 연구실 주변은 10m, 주거지 주변은 160m까지 보호됨.
- 클리닉, 병원은 지정 신청을 해서 승인을 받아야 함. 주마다 차이가 있어서, 온타리오주는 민간 클리닉도 자동 지정되어 따로 신청할 필요가 없음.
- 온타리오주의 병원은 신청을 해야 하지만 150m까지 구역 설정을 할 수 있음. 그러나 BC주는 50m까지만 가능해서, 거리를 확대하도록 주정부에 법 개정을 요청하고 있음. 또한 온타리오주처럼 BC주에서도 미페가이미소를 공급하는 약사, 약국도 보호받을 수 있도록 하는 법 개정도 요청중임.

○ 임신중단 관련 휴가 사용

- 자연유산 또는 인공유산 후 휴가를 사용할 수 있고, 휴가 기간 동안 임금을 받을 수 있는 것으로 알고 있음. 한국처럼 인공임신중절이라고 해서 휴가를 박탈하지는 않으며, 인공임신중절 또한 유산의 일종이므로 휴가 사용이 가능함. 여성들은 인공임신중절인지 자연유산인지 여부를 회사에 구체적으로 알릴 필요가 없고, 원한다면 자연유산이라고 말할 수도 있을 것.

○ 원격의료(telemedicine)

- 국토가 넓은 캐나다에서 필요한 서비스임. 아직 널리 시행되지는 않고 있음. 예를 들어 스카이프로 영상통화를 통해 진료, 처방하면 환자가 약국에서 약을 사는 방식. 하지만 의사는 주 내에서 면허가 있어야 처방 가능하기 때문에 원격의료도 주 내에서만 하고 있음. 원격의료는 유산유도약 접근성 확보에 매우 도움이 되는 방법임.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 법의 존재보다도 법이 실제로 시행되도록 확보해야 함. 임신중단을 수행하는 병원 수가 충분해야 하고, 모든 지역에 있어야 함. 의사 단체들도 임신중단 서비스 제공자를 지원해주어야 하고, 학교에서 관련 훈련을 제공해야 하고, 접근성을 확보하는 프로그램과 기금이 마련되어야 함.
- 새 입법은 여성을 범죄화하지 않아야 하며, 인공임신중절을 의사만 할 수 있도록 해서도 안 됨.
- 안티초이스 측에서는 임신중단을 규제하는 법이 없으면 출산 직전까지도 임신중단이 가능하다는 주장을 펼치려고 할 것임. 하지만 임신 말기의 임신중단은 근친간간, 임신된 줄 몰랐던 경우, 어떤 문제가 있는 경우 등등 특별한 이유가 있는 경우에 매우 드물게만 행해지기 때문에 이를 통제하기 위한 입법은 필요하지 않음. 의사들도 타당한 이유가 없으면 말기 인공임신중절을 하지 않음.
- 여성들이 말기 임신중단을 할 것이라는 주장은, 여성들이 마치 “머리 하러 가는 길에 클리닉 들러서 낙태 해야지”라고 태평스럽게 생각할 것이라는, 여성에 대한 불신에 기반한 매우 모욕적인 주장임.
- 임신 주수 제한이 불필요하다는 것, 의료체계가 알아서 자정작용을 한다는 것, 여성들이 책임감 있게 행동한다는 것을 캐나다의 사례가 이미 증명했다고 생각함. 임신주수 제한은 그 이후 기간에 임신중단이 필요한 여성에게 잔인하며, 불필요함.
- 인공임신중절이 합법이더라도 많은 여성들은 스스로 약을 복용하는 방식을 선호하며, 클리닉에 가고 싶어 하지 않는 여성도 있을 수 있기 때문에 유산유도약에 대한 제한은 없어야 함. 여성들이 최대한 많은 선택지를 가질 수 있게

하고, 임신중단으로 체포될 수 있다는 두려움을 없애는 것이 매우 중요함.

**(9) Ellen Wiebe(The University of British Columbia), 2019.9.27**

○ 유산유도약

- 미페가이미소가 들어오기 전에도 약물을 이용한 인공임신중절을 했음. 1993년에 메토트렉세이트로 연구를 시작했는데, 1995년경에는 1,000명이 넘었고 1996년경에는 매년 2,000명 이상 메토트렉세이트를 처방했음. 메토트렉세이트는 임신중단에 시간이 더 오래 걸리고, 미페프리스톤만큼 좋지는 않았지만, 수술보다 약 복용을 통한 임신중단을 선호하는 여성들이 있었고, 여성들에게는 선택지가 필요했음. 다른 나라보다 캐나다에 미페가이미소가 늦게 보급된 것은 인구가 적어 제약회사가 수익성이 없다고 생각해 적극적이지 않았기 때문임.

○ 미성년자, 지적장애인의 동의 능력

- 연방법은 ‘성숙한 미성년자는 자신이 받을 의료서비스에 대해 스스로 결정을 내릴 수 있다고 규정함. 임신중단을 하러 온 미성년 여성이 생명의 위협이 있다면 의사는 보호자에게 알려야 할 의무가 있지만, 미성년자라도 스스로 결정할 능력이 있다면 의사는 본인을 제외한 누구의 동의도 구할 의무가 없음. 모든 환자는 스스로 동의해야 함.
- 정신적 장애가 있는 환자가 있기도 하지만 그중 일부는 스스로 이해하고 결정할 수 있고, 그렇지 못한 이들은 법적 대리인이 있지만 그런 경우는 드문 편.
- 이해능력 판단에 대한 가이드라인은 있지만, 의사가 판단함. 다른 치료나 수술과 마찬가지로. 의사가 판단하기 매우 곤란한 상황에서는 병원 내의 윤리 부서나 정신과, 신경과 의사의 도움을 구할 수는 있음. 하지만 임신중단 사례에서 이해능력 판단은 대부분 어렵지 않음. 임신중단에 대해 결정하기 위해 환자가 알아야 할 것이 많지 않기 때문. 환자의 두 가지 선택지, 아이를 갖는 것이 어떤 것인지, 임신을 중단한다는 것이 어떤 것인지만 알면 됨.

○ 의사의 연계 의무

- 의사가 환자가 진료를 받지 못하게 하는 것은 면허 규정 위반임. 자신이 의료

서비스를 제공하지 않는다면 무조건 다른 곳으로 연계해야 함. 연계하지 않을 경우 면허 기관에 문제 제기를 할 수 있고 소송도 할 수 있지만, 환자가 그렇게까지 하는 경우는 별로 없음. 자신이 임신중단을 하려 했었다는 것이 드러나기를 원하지 않음.

○ 한국의 법정책에 대한 제언

- 캐나다는 임신중단을 규제하는 법이 없지만 아무 문제가 없음. 임신중단은 여성과 의사 사이의 의학적 결정이며, 그것이 최선임.
- 모든 사람은 자신의 몸과 생명에 대해 스스로 결정할 수 있어야 하고, 자신의 몸을 통제할 수 있어야 함.
- 어려운 사례를 다루기 위해서는 인공임신중절 서비스를 제공하는 병원도 필요함. 하지만 대부분은 병원 밖의 독립 클리닉이 좋음. 이런 곳은 임신중단 환자들을 돌보기를 원하는 직원과 의사들이 있고, 환자들도 그런 곳으로 가고 싶어함. 그렇더라도 ‘임신중단 클리닉’이라고 써놓는 것은 거부감을 불러일으킬 수 있음.



Geena Kim 면담



Rebecca Cook, Bernard Dickens 면담



Planned Parenthood Toronto, 로비, 화장실마다 콘돔 박스가 비치되어 있음



Sarah Hobbs-Blyth 의 면담



Michelle Fortin 면담



Planned Parenthood Toronto,  
로비에 게시된 자료들.  
'임신중단' 자료도 게시되어  
있음



Sarah Dimitrova 면담



Options for Sexual Health,  
임신중단은 1988년 이후  
안전하고 합법적임을  
알리는 집회 피켓



Sex Sense 버스 광고



Wendy Norman 면담



Derek Rains 면담



Joyce Arthur 면담



Ellen Wiebe 면담