

포괄적 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계의 과제: 임신중지를 중심으로*

김새롬**

초 록

모두의 건강을 보장하기 위한 국가와 사회의 노력에서 임신중지를 비롯한 성·재생산 건강 의제는 지속해서 배제되어 왔다. 이 연구는 지금까지 정부의 정책에서 여성건강이 어떻게 다루어져 왔는지 살펴보고 보건의료체계 개념을 소개하며, 이를 토대로 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계의 과제를 제시하였다. 지난 20여 년 사이 여성건강에 대한 정부정책은 모성건강의 협소한 범위를 벗어나 차츰 그 영역을 확대하고 있지만 여전히 여성의 건강을 재생산하는 몸으로 환원하고, 개입을 위한 적절한 책무 구조를 갖추고 있지 못하다. 이는 불평등한 의사결정과 자원배분 구조가 지속되고, 성차별적 실천에 대한 직접 개입보다 인식과 규범 변화에 치우치고 있는 상황과 관련이 있다. 모두에게 안전한 양질의 임신중지를 보장하고, 성·재생산 건강을 향상하기 위해서는 보건의료체계 전반의 변화가 필요하다. 여기에서는 세계보건기구의 보건의료체계 개념들을 활용해 포괄적 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계의 과제를 모색하였다. 형법상 낙태죄 폐지와 임신중지 합법화는 여성의 성·재생산 건강 의제를 진전하기 위한 중요한 기회이자 계기이다. 여성들이 직접 열어젖힌 정치적 기회를 놓치지 않고 여기에 개입하기 위해 학제적 협력을 강화하고, 여성들의 경험에서 출발하는 정책적 지식을 만들어 나가야 한다.

주제어: 임신중지, 낙태죄, 여성건강, 성·재생산 건강, 보건의료체계, 건강 정책

* 이 연구는 2020년 11월 20일 한국건강형평성학회 가을학술대회에서 발표한 “포괄적 성·생식 건강서비스 보장을 위한 건강돌봄체계의 과제”를 발전시킨 내용으로, 2020년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업(NRF-2019 R1A6A3A01095865)임.

** 시민건강연구소 센터와건강연구센터장(saerom@health.re.kr)

I. 서 론: 안전한 임신중지는 어떻게 가능한가?

2019년 헌법재판소는 「형법」269조제1항 자기낙태죄와 270조제1항 의사 낙태죄 조항에 대해 헌법불합치 결정을 내렸다. 판결은 “낙태의 금지가 자기 결정권 뿐만 아니라 인격권 및 인간의 존엄과 가치, 건강권 등을 침해하는 결과에 이를 수 있다”며 낙태에 대한 처벌이 여성건강에 부정적 영향을 미친다는 연구 결과를 인용했다.¹⁾ 헌법재판소의 결정은 자기결정권을 중심으로 논의되었던 여성의 성·재생산 권리가 사회권으로 성·재생산 건강과 권리의 중요성을 명시적으로 인정하는 의미를 가진다고 판단할 수 있는 지점이다.

세계보건기구(World Health Organization)는 합법적이고 안전한 임신중지가 성·재생산 건강(Sexual and Reproductive health)을 위한 필수적 요소로, 여성의 건강과 인권을 보장하기 위한 수단이라고 설명한다(World Health Organization, 2012). 재생산하는 몸을 둘러싼 정치와 제도에 따라 차이가 있지만 많은 국가가 임신중지를 필수의료서비스(essential health-care service)로 여기고 이를 보장한다. 의료전문가들의 의견도 차이가 있지만 대체로 한 방향으로 모이고 있다. 예컨대 미국 산부인과학회는 임신중지를 필수의료서비스로 규정하며 이에 대한 보편적 접근을 강조한다. 다른 모든 의료서비스와 마찬가지로 임신을 종결하고자 하는 여성이 자기 자신의 결정에 따라 안전하고 존중받는 서비스를 받을 수 있어야 한다는 학회의 공식 입장(American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017)은 임신중지에 부여된 사회문화적 억압과 낙인이 여성의 건강을 해치지 않아야 한다는 의료전문가단체의 태도를 보여준다.

성·재생산 권리(sexual and reproductive rights)는 건강의 차원을 넘어 모든 사람이 자신의 몸과 섹슈얼리티에 대한 자기결정권, 더 나아가 생애주기에 걸쳐 이루어지는 생식 과정(reproductive life)에서 안전과 존엄, 건강을 보장받을 권리를 말한다. 이는 오랫동안 여성의 건강을 모자보건으로 환원하던 인구개발정책의 제국주의적·국가주의적 관점을 지양하고, 여성주의적 사회권 접근을 추구하는 과정에서 제안된 개념이기도 하다(Correa and Petchesky, 2007).²⁾ 성·재생산 건강(sexual and reproductive health)은

1) 헌법재판소 2019. 4. 11, 2017헌바127 전원재판부 결정.

2) 역사적이고 정치적인 산물로 재생산권을 발견하고 국제적 규범이자 보편적 인권으로 재생산권이 정립되어나간 경로, 재생산권의 범주와 그 세부 내용에 대해서는 하정옥(2013)의 글을, 모성보호를 중심 가치로 두고 있는 현행 헌법과 법률체계에 대한 비판은 김정혜(2020)의 글을 참조.

성·재생산 권리의 내용 중 하나로 성·재생산 권리를 실현하기 위한 신체적·정신적·사회적 건강을 의미한다. 이때 구체적으로 건강이 어떤 영역을 포괄하는지에 대한 이해는 학제와 관점에 따라 상당한 차이가 있다. 그럼에도 성·재생산 건강과 권리를 보건의료영역에서 더 적극적으로 다룰 필요가 있다는 국제적 합의는 강화되고 있다. 예를 들어 2018년 ‘모두를 위한 성·재생산 건강과 권리를 위한 진전을 가속하기’라는 주제로 다룬 기획 논문을 출판한 란셋-굿마허 위원회는 ① 젠더기반폭력, ② HIV/AIDS 와 다른 성매개감염, ③ 피임, ④ 모성과 신생아 건강, ⑤ 임신중지, ⑥ 난임, ⑦ 생식기계 암을 성·재생산 건강의 구성요소로 제시하고 모든 국가는 국민에게 필수적인 성·재생산 건강 서비스 접근을 보장하고, 이런 서비스를 이용하는 데에 어려움을 겪는 인구집단의 필요에 대응해야 한다고 강조한다(Starrs et al., 2018).

성·재생산 건강 관련 보건의료서비스는 건강 필요가 만족스러운 의료이용으로 이어지기까지 상대적으로 더 많은 장벽이 존재한다. 일반적인 건강 문제보다 사회문화적 조건과 관계적인 특성이 강하게 작동하고, 통상 문제의 초점이 되는 의료서비스 접근성(accessibility) 외에도 수용성(acceptability)과 질(quality)이 중요한 문제가 된다. 젠더 규범이 의사-환자 관계 형성이나 의사소통의 질에 영향을 미치고, 취약한 조건에 있는 여성일수록 좋은 의료 이용하기까지 극복해야 할 장벽이 더 많다는 것도 특징이다. 그러나 지금까지 한국 보건의료영역에서 임신중지를 비롯한 성·재생산 건강은 중요한 주제로 다루어지지 못했고, 이에 대응하기 위한 정책 역시 협소한 영역을 다루는 데에 그쳐왔다. 이는 모성 보호에만 초점을 맞춰왔던 여성건강을 다루는 관점의 문제이기도 하지만, 의료를 생명에 영향을 미칠 수 있는 치명적인 건강 사건에 대응하는 기술로 여겨온 생의학적 관점의 문제이기도 하다. 예를 들어 임신중지에 대한 사회문화적 낙인과 그 결과로 발생하는 의료 필요 미충족은 법률이 바뀐다고 단번에 사라지지 않는다. 의료기관에서 여성의 입장을 존중하는 수용성이 높고 반응성 있는 의료를 제공하는 데에도 많은 자원과 노력이 든다. 사회·경제·문화적 맥락을 반영하는 임신중지 정책이 필요한 이유다. 이렇게 보건의료가 다루어야 할 내용으로 성·재생산 건강 영역을 인식하고, 여기에 필요한 더 넓은 자원과 역량을 키워나갈 필요가 있는 것은 물론 임신중지만의 문제는 아니다.

이 글은 모두의 건강을 보장하기 위한 국가와 사회의 노력에서 임신중지를 비롯한 성·재생산 건강 의제가 누락되어 왔다는 문제의식에서 출발한다. 목표는 성·재생산 건강서비스를 보장하며 누구도 배제하지 않는 보건의료체계(health system)로 이행을 위해 필요한 변화와 조건을 모색하는 것이다. 이를

위해 지금까지 한국 정부가 성·재생산 건강을 어떻게 다루어 왔는지, 이와 관련된 정책을 개괄하고, 보건의료체계 개념틀(conceptual framework)을 소개한 후 이를 준거로 향후 과제를 짚어보고자 한다.

연구는 제시한 연구 질문을 중심으로 학술문헌과 정책문서를 검토하는 문헌고찰(narrative review)로 성·재생산 건강을 포괄하는 보건의료체계를 구상하고 이를 위한 더 좋은 지식생산을 요청하기 위한 시론적 성격을 가진다. 이 글의 독자로 성·재생산 건강 문제에 관심을 가지고 있지만 보건의료체계가 생소한 이들과 보건학과 예방의학 등 영역을 다루지만 성·재생산 건강과 여성건강 정책이 생소한 양 집단을 상정하고 논의를 전개했다. 시민들의 요구를 통해 본격적으로 의제화되고, 최근 제4차 저출산고령사회 기본계획 내의 개념으로 포함된 성과 재생산 건강과 권리를 보건의료체계에서 어떻게 보장할 수 있을지를 염두에 두되 보다 실천적으로는 임신중지 서비스를 사례로 들어 체계 접근의 중요성을 보이려고 했다. 다소 병렬적 서술이 될 위험을 무릅쓰고 여성정책기본계획과 보건의료체계의 구성내용을 전술했다. 이는 주로 여성 인권과 사회 정의 차원에서 여성정책을 다루는 학제와 인구집단의 건강과 복리 측면에서 보건의료정책을 다루는 학제 사이의 간극을 좁히기 위한 불가피한 시도이지만, 보다 유기적인 논의를 전개하지 못한 것은 저자의 한계이다. 부족하나마 성·재생산 건강보장과 관련된 정책과 제도를 종합하여 제시함으로써 상호 논의진전을 위한 토대를 마련하고자 하였다.

II. 여성건강에 관한 기존 정책 흐름

전 세계적으로 여성건강 향상을 위한 국가의 노력은 모자보건(maternal and child health)에 대한 논의로 시작했다. 전후 근대국가에서 인구 증가와 산업예비군 양성은 국가를 부강하게 하기 위한 일차적 수단이었고, 모성건강은 건강한 인구를 재생산하기 위한 수단으로 여겨졌다. 암묵적으로 우생학적 관념과 결합하여 작동하는 인구정책의 틀 안에서 재생산하는 여성의 몸은 기능적 필요에 따라 선별적으로 보호받고, 또 통제되었다(Kumar, Birn, & McDonough, 2016).

한국에서도 여성건강은 국제적 지원을 자원 삼아 인구를 통제하는 가족계획 사업을 경유해 공적 의제로 자리잡았다. 가족계획정책은 결혼하고 아이를 낳아 기르는 국민 다수의 일상을 ‘통치’해야 할 ‘인구’의 문제로 정치화하는 과정

이었다(조은주, 2018: 263). 정부는 1960년대 경제개발5개년계획의 일부로 가족계획사업을 결의하고 전국 시·도 보건과에 이를 전담하는 가족계획계를 설치했다. 전국 보건소와 읍·면 단위까지 가족계획상담소를 설치하고 읍·면마다 훈련을 받은 가족계획 계몽원을 배치했다. 이들은 피임술을 보급하고 월별로 사업통계를 집계하고, 정부는 개인·지역 단위로 목표를 할당해 이들의 실적을 평가했다. 이처럼 가족계획사업의 확대는 한국에서 근대적 보건체계의 골격이 형성되는 과정이기도 했다(인구정책50년사편찬위원회, 2016:37-45). 이후 1980년대와 1990년대를 거치며 보건소를 중심으로 하는 공중보건체계가 구축되는 것보다 더 빠른 속도로 민간의료기관이 성장했고, 1980년대 후반부터는 거의 모든 산모가 의료기관에서 분만을 하게 되면서 임신과 출산을 비롯한 여성건강은 빠르게 의료화되었다. 이는 보건의료의 다른 영역에서도 마찬가지로 성·재생산 건강의 내용과 과정이 국가의 통제와 직접 서비스 제공이 아닌 민간 의료전문가들의 통제와 규율 하에 위치하게 되었음을 의미하는 것이기도 하다.

모성건강을 중심으로 하는 여성건강에 대한 관심이 주로 건강보험제도를 활용한 경제적 접근성 보장에 대한 것으로, 즉 건강보험제도로 포섭이 이루어지는 동안 국가의 관심을 두는 여성건강 영역은 그리 확장되지 않았다. 문제이자 정책적 개입 대상이 높은 출산율에서 낮은 출산율로 바뀌었을 뿐, 국가 정책에서 여성건강은 일관되게 모성건강을 의미했다. 상대적으로 보다 넓은 의미에서 여성 건강을 정책 대상으로 다루는 정부의 계획은 보건복지부가 아닌 여성가족부의 관할 영역이 유일했다. 따라서 여기에서는 여성건강과 관련한 국가의 정책을 살펴보기 위해 여성정책기본계획과 양성평등정책기본계획에서 관련 내용을 살펴본다.³⁾

3) 이는 보건복지부의 주요 계획에는 여성건강과 관련한 별도의 계획이 존재하지 않고 보건복지부의 전략목표에도 '저출산대응 및 인구정책지원'을 제외하면 성·재생산 건강과 권리를 염두에 두고 있다고 판단되는 영역이 존재하지 않기 때문이다. 더불어민주당은 2017년 대선공약으로 "여성의 건강권을 보장하고 여성의 특수한 건강 문제에 대한 별도의 대책을 마련하겠다"(비전 IV-6)고 약속하였으며, 이를 위해 「여성(젠더)건강기본계획」을 수립하겠다고 밝혔다. 이 계획은 2019년 보건복지부가 아닌 여성가족부를 주무부처로 수립되었으며, 시민사회의 반복된 요청에도 불구하고 외부에 공개되지 않아 이를 검토할 수 없었다.

1. 여성정책기본계획

〈표 1〉에는 제1차~4차 여성정책기본계획에서 여성건강에 대한 내용을 정리했다. 제1차 여성정책기본계획(1998~2002)에서 13번째 정책과제는 “여성의 건강증진 및 성비불균형 해소”이다. 세부과제는 임신·출산에 대한 의료서비스 확대, 근로여성의 모성보호 확대, 여성농업인 건강증진, 태아 성감별 낙태로 인한 성비불균형 해소이다. 의료보험이 지역과 직장에 따라 서로 분리되어 운영되면서 격차가 있었던 의료보험통합 이전의 상황을 반영해 농어촌 여성의 보건의료서비스 접근 향상에 대한 내용을 제외하면 모두 임신·출산에 대한 정책임을 알 수 있다. 계획이 시작되던 1998년에는 보건복지부 여성정책담당관실이 설치되었다.

제2차 여성정책기본계획(2003~2007)은 “요보호 여성”에 대한 국가의 시혜·보호의 관점을 탈피해 여성의 권리 보장 관점으로 전환을 강조하였다. 건강 영역에서도 첫 번째 하부과제는 “여성건강권 확보를 위한 보건의료정책 인프라 구축”으로 이런 기초를 반영한다. 이 시기 보건복지부 여성정책담판은 최초의 “한국 여성건강통계(2003)”를 발간하고 6개 분야 68개 사업으로 구성된 “보건복지 여성정책 중장기계획(2005)”을 발표했다. 그러나 2005년 여성부에 ‘성별영향분석평가’ 업무가 생기면서 보건복지부를 비롯해 각 부처의 여성정책담당관이 폐지되었다(박선영·김복태·윤지소, 2019: 20). 이는 여성건강정책에도 영향을 미쳐 보건복지부의 여성건강통계 발간은 약 10년간 중지되었다가 2014년이 되어서야 재개되었고, 2021년 현재까지 보건복지부는 별도의 여성건강관련계획을 수립하거나 발표하지 않았다.

제3차 여성정책기본계획(2008~2012)은 “여성의 건강 보호”를 목표로 제시하였다. 이 계획에 앞서 수립된 제1차 저출산 고령사회 기본계획(2006~2010)의 내용인 임신·출산 의료비 지원⁴⁾과 분만취약지 공공인프라 구축 사업⁵⁾이 여성정책기본계획에서도 여성의 건강보호를 위한 정책으로 제시되고,

4) 2008년부터 건강보험가입자 여성에게 전자바우처(고운맘카드로 시작해 국민행복카드로 통합됨)를 이용해 임신·출산진료비 지원제도가 시작되었음. 2008년 임신 당 20만원의 의료비 지원에서 시작해 차츰 지원 금액이 증액됨. 2020년 12월 발표한 제4차 저출산고령사회기본계획에서 정부는 2022년부터 이를 임신 당 100만 원으로 인상한다고 발표. 의료급여 수급권자의 경우 의료급여 임신·출산진료비 지원제도를 통해 동일한 금액을 지원.

5) 제1차 저출산 고령사회 기본계획에서는 산부인과 병·의원이 없는 지역을 중심으로 이동 산전진찰 서비스를 제공하는 ‘찾아가는 산부인과’ 사업 확대와 지방의료원과 농어촌 민간 의료기관에 산부인과 시설·장비비 지원을 대안으로 제시하였음. 이와 관련해 현재 중앙 정부는 분만 산부인과 지원 사업(‘11년 신규), 외래 산부인과 지원 사업(‘12년 신규), 순

두 계획이 다루는 정책과 목표의 중첩은 이후에도 지속된다. 제3차 계획은 취약여성보호라는 잔여적 관점을 넘어 총괄목표로 보편적 건강보장과 연결되는 “여성건강”을 제시하였다는 점에서 고무적이다. 하지만 하위과제가 임신·출산과 불임치료 등 모성 보호로 국한되고, 전 생애주기에 걸쳐 존재하는 여성의 특수한 건강필요를 고려하지 못하였다는 평가를 받는다(민무숙 외, 2011: 62-66).

제4차 여성정책기본계획(2013~2017)은 위와 같은 평가를 반영해 오랫동안 강조되어 왔던 모성건강보장 이외 영역을 구분해 세부과제로 명시했다. “여성의 생애단계별 건강관리 강화”의 하부과제로 청소년과 아동, 여성 근로자와 노년기 여성에 대한 내용이 포함되었고, “여성의 건강권 보장을 위한 기반 마련”에는 개인 수준의 건강증진을 넘어 여성건강과 관련된 연구지원과 실태조사, 사회환경 개선 등이 포함되었다.

〈표 1〉 제1차~제4차 여성정책기본계획에서 건강 관련 정책과제

국가계획	정책과제	내용(하부과제)
제1차 여성정책 기본계획 (1998-2002)	13. 여성의 건강증진 및 성비불균형 해소	13-1. 임신·출산에 대한 의료서비스 확대 • 임신·출산 여성의 보건교육 및 건강진단 실시 • 산전진찰관련 비용에 대한 의료보험 적용 및 적용범위의 점차적 확대 13-2. 근로여성의 모성보호 확대 • 유급출산휴가급여 등 모성보호비용의 사회적 부담비율을 점차적으로 확대 • 출산휴가기간 상향조정 • 임신 중 여성에게 월1회 유급 태아검진휴일제도 신설 13-3. 여성농업인의 건강증진 • 여성농업인에 대한 보건의료서비스 확대를 위해 일차보건의료기관의 농어촌 건강사업 강화 • 농어촌여성을 위한 보건의료전달체계간 연계성 강화 13-4. 남아선호사상에 의한 성비불균형 해소 • 남아선호사상 불식을 위한 홍보전략 개발 • 관련의료단체와 의료인 단체 내에서 태아 성감별에 의한 인공임신중절수술 자제운동 전개 • 태아 성감별 및 성선택적 인공임신중절 행위의 방지를 위한 단속 및 처벌
제2차 여성정책 기본계획 (2003-2007)	7-1. 여성건강증진 대책 강화	7-1-1. 여성건강권 확보를 위한 보건의료정책 인프라 구축 • 여성건강에 관한 주기적 실태조사 • 여성 특화 질병에 대한 체계적 연구지원 강화 • 보건소의 여성건강 프로그램 운영 및 상담강화 • 보건의료서비스 종사자의 성인지력 향상훈련 강화

회진료 산부인과 지원 사업(‘14년 신규)을 운영 중임. 중앙정부 정책 외에 지방자치단체 주도하에 이루어지는 모자보건사업이 존재하며(예. 강원도, 경상북도, 경상남도) 이들은 주로 인구보건복지협회를 통한 민간위탁사업으로 수행됨.

국가계획	정책과제	내용(하부과제)
		7-1-2. 모성건강 증진대책 강화 <ul style="list-style-type: none"> • 청소년 대상 성건강 증진을 위한 예방대책 강화 • 인공임신중절수술 예방대책 강화 • 제왕절개술 남용 방지 내실화 • 모성보호에 대한 건강보험의 보장성 강화 7-1-3 여성근로자 건강보호 강화 <ul style="list-style-type: none"> • 여성근로자의 직업병 예방 및 관리프로그램 도입 • 여성농어민을 위한 보건의료체계 강화
제3차 여성정책 기본계획 (2008-2012)	2-1. 여성 권익 보호	2-1-1. 여성의 건강 보호 <ul style="list-style-type: none"> • 모성건강에 대한 건강투자 강화 - 임신·출산에 대한 모성보건 지원 강화 - 불임치료보조생식술 지원 확대 - 불임치료 등 생명과학기술로부터 여성건강보호방안 강구 • 여성건강정책 강화 - 보건 의료서비스의 성인지성 제고 - 건강문제별 목표인구집단 설정 및 정책강화 - 여군에 대한 민간병원 산부인과 진료비 지원 검토 4-3-1. 여성의 생애단계별 건강관리 강화 <ul style="list-style-type: none"> • 청소년을 위한 여성적합형 체육프로그램 활성화 • 아동·청소년의 건강한 식습관 교육 지원 • 여성근로자의 건강증진을 위한 기반 구축 • 자녀양육기 여성을 위한 공공생활체육 시설에서의 돌봄 지원 • 노년기 여성건강 증진 지원 확대 4-3-2. 모성건강보장을 위한 지원 확대 <ul style="list-style-type: none"> • 건강한 임신·출산을 위한 지원 강화 • 산후조리원 관리 강화 및 가정 내 산후조리 지원 확대 • 피임 교육 공식화 및 양성평등 성교육 확산 4-3-3. 여성의 건강권 보장을 위한 기반 마련 <ul style="list-style-type: none"> • 여성건강에 유해한 사회환경 개선 • 여성건강 관련 연구 지원 및 실태조사 실시 • 여성건강정책 추진을 위한 법·제도적 기반 마련
제4차 여성정책 기본계획 (2013-2017)	4-3. 여성의 건강지원 강화	

자료: 제1차~제4차 여성정책기본계획을 바탕으로 저자가 재구성함

2. 양성평등정책기본계획

2015년 여성정책기본계획 수립을 규정하는 『여성발전기본법』이 『양성평등기본법』으로 전면개정⁶⁾되면서 제4차 여성정책기본계획은 수립 당시 목표로 했던 연한을 채우지 못하고 양성평등정책기본계획으로 대체되었다. 제1차와

6) 2015년 「여성발전기본법」을 「양성평등기본법」으로 전부개정하면서 계획의 명칭이 변경. 국가법령정보센터 법령 전면개정 이유는 다음과 같음. 성 주류화를 중심으로 하는 국제적 흐름에 따라 여성 정책 패러다임을 ‘여성 발전’에서 ‘실질적 양성평등 실현’으로 전환하고 ‘여성’과 ‘남성’이 동등한 참여와 대우를 받고 모든 영역에서 평등한 책임과 권리를 공유하는 실질적 양성평등 사회를 실현하고자 함(국가법령정보센터, 2014)

2차 양성평등정책기본계획은 비교적 여성건강을 모성건강으로 국한하지 않으면서 성별 특성을 고려하고, 건강정책에서 성평등을 제고하기 위한 정책과제로 구성되어 있다<표 2>.

제2차 양성평등정책기본계획에서는 여성건강과 관련된 하부과제가 상대적으로 다각화·구체화되었다. 임신·출산 건강권을 다루는 정책과제로 기존의 “낙태 예방” 대신 여성건강 문제로 피임과 임신중단에 대한 내용이 추가되었고, 청소년과 장애인의 건강권 보장이 별도 과제로 제시되었다. 여기에는 2017년 문재인 대통령 대선공약이었던 “여성건강정책 기본계획 수립”, “국민건강증진기본계획에 성별지표 적용 및 모니터링 이행”이 포함되었다. 사회적 논란이 되었던 ‘깎창 생리대’사건이나 ‘안전한 임신중지’에 대한 여성들의 요구를 반영해 “취약계층 청소년 등에 대한 위생용품 지원”, “피임과 임신중단에 대한 실태파악”에 대한 정책이 제시되었다는 점에서 정책 반응성이 다소 향상된 것으로 평가할 수 있다.

<표 2> 제1차~2차 양성평등정책기본계획에서 건강 관련 정책과제

국가계획	정책과제	내용(하부과제)
제1차 양성평등정책 기본계획 (2015-2017)	6-1. 양성평등한 건강권 보장	6-1-1. 양성평등한 건강권 보장을 위한 기반 마련 • 성별 건강불평등 관련 연구지원 및 실태조사 실시 • 양성평등한 건강정책 추진을 위한 법·제도적 기반 마련 • 남녀 건강에 유해한 사회환경 개선 (의료광고 심의제도 개선방안 마련 및 모집·채용 성차별 모니터링) 6-1-2. 성별 특성을 고려한 건강관리 강화 • 서비스업 등 직무스트레스 고위험 직종 종사자의 건강장해 예방 지원 • 청년기 여성의 건강지원 확대(자궁경부암 검진연령 조정 30세 →20세) 6-1-3. 모성건강보장을 위한 지원 확대 • 건강한 임신·출산을 위한 지원 강화 • 취약지역 및 특수직종 모성보호 강화
제2차 양성평등정책 기본계획 (2018-2022)	5-4. 성인지적 건강증진 기반 강화	5-4-1. 성인지적 보건의료 정책기반 마련 • 여성건강정책 기본계획 수립 • 성인지적 건강관련 연구 지원 및 실태조사 실시 • 국민건강증진기본계획에 성별지표 적용 및 모니터링 이행 • 지역 건강정책 추진의 성인지관점 강화 5-4-2. 성인지적 건강증진을 위한 인식 개선 • 외모 중심의 사회인식 및 관행 개선 • 질병에 대한 성별고정관념 개선 5-4-3. 청소년의 건강증진 지원 • 취약계층 청소년 등에 대한 위생용품 지원 • 성인지 관점에 기반한 포괄적 성교육 실시 5-4-4. 안전한 피임과 임신·출산에서의 건강권 보장 • 피임과 임신중단에 대한 실태 파악

국가계획	정책과제	내용(하부과제)
		<ul style="list-style-type: none"> • 안전한 피임 실천정보 제공 • 산모·신생아 건강관리 지원 확대 • 안전한 분만 인프라 구축 • 난임여성 지원강화 • 다양한 출산과 차별 없는 보호·지원 강화
	5-4-5. 여성장애인의 건강권 보장	<ul style="list-style-type: none"> • 여성장애인의 의료서비스 접근성 강화 • 여성장애인의 임신과 출산의 권리 보장 및 자녀양육 지원 • 여성장애인의 역량강화

자료: 제1,2차 양성평등정책기본계획과 제19대 대통령선거 정책공약집을 바탕으로 저자가 재구성함

3. 여성건강보장을 위한 정책의 다층적 한계

지금까지 정부 계획을 살펴보았을 때, 지난 20여 년 사이 여성건강에 대한 정책이 점진적으로 구체화 되고 여성의 특수한 건강 필요와 불평등한 권력 관계를 고려하는 성인지적 접근의 중요성이 강화되고 있음을 확인할 수 있었다. 그러나 여성건강보장을 위한 정부 정책은 다층적 한계를 가지고 있다.

첫 번째 한계는 여성건강이 끊임없이 아이를 낳는 몸에 대한 선별적 지원으로 환원되고 있다는 점이다. 이는 보건의료 지식생산에서 시작하는 젠더 편향으로, 과학과 사회 모두에서 여성의 몸을 재생산하는 몸으로 생물학적 본질화(biological essentialization of women as reproducers)하는 관점이 일반적인 인식 세계를 구성하고 있는 것과 관련이 깊다(Inhorn & Whittle, 2001; Gideon, 2016:5). 건강 영역에서 젠더주류화가 거의 이루어지지 못한 한국의 형편을 생각하면 오로지 임신과 출산에만 집중하던 데에서 피임과 월경, 폐경 등 재생산 건강 영역으로의 관점 확장은 바람직해 보인다. 다만 성과 재생산 건강에 대한 논의가 곧 여성건강을 대체하는 것은 여성의 실질적인 건강 필요와 격차를 비가시화할 위험을 수반한다는 점을 주의해야 한다. 일반적인 공중보건에서 우선순위 결정과 마찬가지로, 여성건강 향상논의는 질병 부담(disease burden)에 따른 접근이 필요하다. 여성건강의 개선은 성과 재생산 건강에 대한 인식만으로는 이루어지지 않는다. 예컨대 한국 여성의 주요 사망원인인 심혈관질환 치료나 당뇨처럼 성별에 따라 서로 다른 접근이 필요한 만성질환 관리에서 성별과 교차하여 작동하는 젠더 규범, 역할, 관계를 고려하는 접근이 필요하다(Heise et al., 2019; Hay et al., 2019). 여성의 건강을 유방과 자궁, 난소 등 생식기관에 대한 것으로 축소하는 소위 “비키니 의학(bikini medicine)”은 자원배분의 우선순위를 왜곡하여 여성건강에 악영향

을 미친다(Gulati, 2017). 다시 한 번 여성건강 패러다임의 확장과 전환이 필요한 이유다.

둘째, 여성건강에 대한 적절한 책무 구조 미비는 오랫동안 지적되어 온 한계점이다. 상술하였듯 정부는 여성발전기본계획과 양성평등기본계획을 통해 여성건강 정책과제를 제시하고 차츰 그 영역을 확장, 구체화해 왔다. 그러나 많은 정책과제가 공공보건의료체계를 비롯해 기존의 체계와 유의미한 접점을 만들지 못하거나, 남성중심적 의료를 변화시키기 위한 정책수단을 확보하지 못했다. 이는 부서 간 협력의 어려움도 문제지만 일차적으로 기술적·전문적 특성이 강하고, 정부가 아닌 민간 제공자에 의해 통제되고 있는 보건의료영역에 대해 정부의 계획이 영향력을 행사하기 어렵기 때문이기도 하다.

한편, 의학과 의료의 젠더편향을 바로잡고 성과 재생산 건강을 보장하기 위한 별도의 유의미한 기획은 확인되지 않는다. 보건복지부는 인구정책의 일환으로 출산 정책을 수행하고 모성건강을 다루는 데에 머물러 있을 뿐, 여성의 건강에 대한 별도의 계획을 수립하지 않는다. 2019년 보건복지부에 양성평등 정책담당관이 신설되었으나 이 부서는 부처 내 성폭력 근절과 기존 사업에 대한 성평등 관점 반영 업무를 주요 업무로 담당한다. 부처 내 젠더주류화와 고유한 정책 영역으로 여성건강을 다루는 것이 서로 엄연히 다른 업무임을 강조한다. 행정과 정책과정에서 젠더주류화와 만성질환의 병태생리와 건강행태에 대한 젠더 접근이 필요로 하는 전문성은 서로 같지 않다. 생물학적 성차를 넘어 서로 다른 여성의 사회적 위치와 중층적 정체성을 고려하는 별도의 여성건강부서 설치가 필요하다는 오래된 요구는 이러한 맥락을 반영한다(정진주 외, 2007:230; 김남순 외, 2018:269, 김영택 외, 2020:180).

보건복지부 내 여성건강부서의 부재와 책무 구조 미비는 성평등과 여성건강권 보장 요구에 대한 소극적이고 분절화된 대응으로 이어지고 있다. 2021년부터 시작되었어야 할 젠더폭력에 대한 모니터링이 제때 시작되지 못하고 향후 과제로 남은 과정도 소극적인 대응의 예라고 할 수 있다.⁷⁾ 젠더폭력이 여지껏 한국에서 공중보건과 여성건강의 문제로 다루어지지 못했던 결과, 대통령 공약과 사회적 요청에도 불구하고 많은 여성의 생명과 건강에 위해를 끼치고 있음이 분명한 젠더 폭력을 건강의 문제로 시의적절하게 모니터링하지 못하고 있는 것이다. 성·재생산 건강 영역에 속하는 많은 부분이 젠더폭력처럼 이 분야의 전문가들에게 생소하고 주변화되기 쉬운 의제라는 점에서 이에 대

7) 마찬가지로 지난 대통령 선거 공약이었던 국민건강증진기본계획에서 젠더 지표 반영에 대한 약속은 제5차 계획이 발표되는 시점인 2021년 시작되지 못하고 2023년까지 지표 개발을 목표로 제시한 채 미완의 계획이 발표되었다.

한 책무 구조, 더 나아가 정부의 리더십이 특히 중요하다.

셋째, 여성건강 관련 정책과제가 물질적 조건과 제도적 기반에 도달하지 못하고 성차별적 인식과 규범 변화를 목표로 교육·홍보 사업에 치우치는 경향 역시 한계점이라고 볼 수 있다. 인식과 규범 변화를 목표로 하는 대중 캠페인이나 교육은 성차별적 의료서비스를 변화시키고 불평등한 자원배분을 바꾸는 데에 제약이 명백하다. 여성들이 필요로 하는 성인지적 의료서비스를 확보하고, 성과 재생산 건강보장을 강화하기 위해서는 보다 구체적이고, 제도적으로 자원배분과 의사결정의 방식을 바꾸는 정책이 필요하다. 대표적으로 지금까지의 여성건강 건강보험은 한국 보건의료영역에서 가장 중요한 제도이자 민간중심 의료체계에 개입할 수 있는 주요한 정책 수단이지만, 여성건강과 관련된 기존의 정책들은 이에 대한 개입을 거의 시도하지 못했다. 건강증진 영역에서도 미시적 수준의 연구개발을 넘어 실제 여성건강 사업으로 이어진 경우는 많지 않다. 여성들의 직접행동을 통해 어렵게 자원이 확보되었으나 이것이 여성들의 필요에 따라 배분되지 못하고 정책집행과정에서 전문가들의 판단에 따라 기존의 성별 규범을 강화하는 지식을 생산하는 데에 활용되는 상황도 반복되고 있다.

이는 여성건강 관련 정책이 보건의료 지식생산과 실천에 더 긴밀히 개입해야 함을 의미하는 것이기도 하다. 성과 재생산 건강 이슈에 대한 연구 개발과 서비스 제공을 위한 자원을 확보하고 의료서비스 질 관리와 규제를 위한 정책 수단을 고려해야 한다. 장기적으로 보건의료영역에서 성차별적 구조와 남성중심 규범을 바꿔야 하고, 건강보험급여와 의료보장제도를 젠더 관점에서 분석하고 이를 변화시키기 위한 노력이 동반되어야 한다(김영옥 외, 2006).

Ⅲ. 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계

- 임신중지를 중심으로

보건의료체계(health system)는 일차적 목적이 건강을 향상, 유지, 회복하는 데에 있는 모든 조직과 사람, 활동으로 구성된다(World Health Organization, 2007: 2). 보건의료체계를 폭넓게 해석한다면, 직접적으로 건강을 개선하기 위한 활동뿐만 아니라 건강의 사회적 결정요인에 영향을 미치는 활동도 여기에 포함될 수 있다. 따라서 보건의료체계는 개별 환자에게 의료서비스를 제공하는 의료기관들의 집합만을 의미하지 않는다. 예를 들어 제한

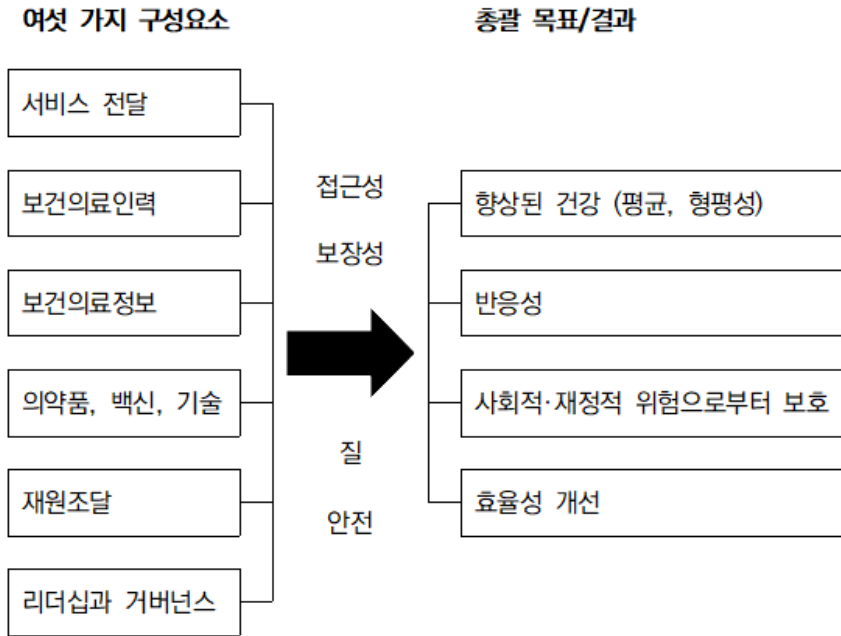
된 자원을 이용해 더 효과적이고 차별 없는 의료를 제공하기 위한 규제나 질관리를 수행하거나, 원치 않는 임신을 줄이기 위해 성 교육과 상담을 제공하는 조직과 인력 역시 보건의료체계의 구성요소라고 볼 수 있다.

한국에서는 보건의료를 주로 간호사, 의사 등 보건의료인력에 의해 수행되는 업무를 의미하는 것으로 좁게 개념화하는 경우가 많다. 그러나 과거 가족계획시기에 적극적으로 활동했던 마을건강원⁸⁾이나 신종 감염병 통제를 위한 방역 활동에서 비의료인 행정 인력의 기여에서 확인할 수 있듯, 국가보건의료체계는 병원으로 대표되는 생의학적 치료 체계를 넘어 더 넓은 제도와 실천을 포괄한다.

보건의료체계의 기능과 구조를 논의하는 데에 장단점을 가지는 여러가지 개념틀(conceptual framework)이 존재한다. 이 글에서는 근래 널리 활용되는 세계보건기구의 보건의료체계 개념틀을 소개하고, 임신중지를 중심으로 성·재생산 건강보장을 위한 보건의료체계의 과제를 논의한다. 이 개념틀은 투입요소를 여섯 가지 영역으로 제시하면서 보건의료체계의 바람직한 속성과 목표를 제시하고, 무엇이 문제이고 어떤 부분에 투자가 필요한지를 파악할 수 있게끔 구성되어 있다. 구성요소 간 연관성이나 상호관계를 제시하지 못하고 이들을 병렬적으로 나열하여 다소 관료적이라는 비판을 받지만, 상대적으로 이해하기 쉽다는 장점을 가진다(Balabnova et al., 2010).

개념틀의 좌측에는 보건의료체계의 구성요소를 크게 ① 서비스 전달(service delivery), ② 보건의료인력(healthcare workforce), ③ 보건의료 정보(information), ④ 의약품과 백신, 기술(medical product, vaccines, & technologies), ⑤ 재원조달(financing), ⑥ 리더십과 거버넌스(leadership/governance) 여섯 가지 영역으로 구분하며, 이는 목적달성을 위한 투입(input)에 해당한다. 투입은 접근성(access), 보장성(coverage), 질(quality), 안전성(safety)을 경유해 보건의료체계의 네 가지 목표이자 투입의 결과(output)로 나아가며, 이는 ① 향상된 건강과 ② 반응성(responsiveness), ③ 사회적·재정적 위험으로부터 보호(social and financial risk protection), ④ 효율성 개선(improved efficiency)이다[그림 1].

8) 1970~80년대 지역보건의료체계의 기틀을 마련한 가족계획사업에서 정부는 비의료인 주민을 뽑아 약간의 훈련을 거친 후 지역사회를 기반으로 활동하게 하였으며, 이는 지금도 일차보건의료에서 널리 활용되고 있는 소위 'village health worker'에 해당한다. 이들은 비전문가(lay person) 보건요원으로 지역사회가 자발적으로 보건사업에 참여하고 지역사회주민의 역량을 개발하는 데에 핵심적인 역할을 맡아 수행했다(김창엽, 2011: 126).



자료: World Health Organization, 2007:3의 그림을 번역

[그림 1] 세계보건기구 보건의료체계 개념틀

1. 서비스 전달

사람들이 적절한 의료서비스를 이용할 수 있게 하되, 체계 수준의 효과성과 효율성을 추구하는 제도를 “의료전달체계(healthcare delivery system)”라고 부른다.⁹⁾ 임신중지 관련 서비스를 어떤 기관에서 누가 어떻게 제공하고, 서로 다른 조건(거주지역, 소득수준, 국적 등)과 필요(기저질환, 임신주수, 피임수요 등)를 가진 사람들이 어떻게 적절한 의료를 이용할 수 있도록 할 것인지 등이 임신중지서비스 전달체계의 문제라고 할 수 있다.

2020년 10월 정부가 공개한 모자보건법 일부개정안¹⁰⁾은 임신 14주 이후에

9) 의료를 전달하는 체계라는 개념화는 국가 입장에서 의료자원의 효과적인 분배와 운영을 논의하기 위한 개념화라는 점에서 각자의 고통과 필요를 해결하기 위해 병·의원을 이용하는 사람들의 경험과 그리 부합하지 않는 정책용어라는 비판을 받는다. 여기에서는 기존에 사용되는 정책 용어로 이를 활용하지만 의료이용자 입장에서 이는 “의료이용체계” 등의 용어로 대체할 수 있다.

10) 이 글을 최종 작성하고 있는 2021년 6월 중순까지 임신중지와 관련한 법·정책은 결정되지 않았음.

는 종합상담기관을 방문해 ‘상담사실확인서’를 발급받아 이를 제시하면 의료기관에서 시술을 받을 수 있도록 하는 등의 내용을 포함했다. 이 외에도 임신중지 시술에 대한 의사의 거부권을 인정하고 환자를 종합상담기관으로 연계하도록 하는 방안 등이 담겼고(보건복지부, 2020a), 이를 일종의 임신중지 서비스 전달 계획이라고 할 수 있다.

보건의료서비스 전달을 위한 기본 전제는 서비스를 제공할 수 있는 보건의료기관과 인력의 존재다. 즉, 임신중지 서비스 제공을 위한 전제조건은 안전한 임신중지 서비스를 제공할 수 있는 피임과 사회서비스 연계 등에 대한 상담을 제공할 수 있는 상담기관¹¹⁾을 확보하는 것이 우선이다. 일각에서는 이전까지 비공식적으로 임신중절 시술을 해왔던 의료기관이 있으니 합병화 이후 서비스 제공 주체에 대한 고민이 불필요하다고 판단하기도 한다. 그러나 일선 산부인과 의사들이 ‘선별적 낙태 거부’를 선언하고,¹²⁾ 지역 간 의료자원 격차가 심각함¹³⁾을 고려하면 안전한 임신중지를 위한 보건의료인프라에 대한 검토는 필수적이다.

서로 다른 기관 사이 ‘연계’ 역시 의료전달체계의 핵심요소다. 많은 국가가 가벼운 질환과 예방적 서비스는 일차의료기관을, 중증이거나 복잡한 질환은 종합병원을 이용하도록 하는 제도를 운영한다. 대표적인 것이 “주치의 제도”이다. 주치의를 맡은 일차의료 의사는 지역사회의료팀의 일원으로 주민의 건강증진, 질병예방, 만성질환 관리, 의뢰-회송을 담당하며 적절한 의료이용을 돕는다(이재호, 2018). 피임과 임신중지, 성건강 상담 같이 성·재생산 건강서비스를 효과적으로 제공하기 위해서도 주치의에 준하는 믿을만한 의료제공자의 역할이 필요하며, 이와 같은 서비스는 일상에서 흔히 접할 수 있는 장벽이 낮은 일차의료 또는 건강증진의 영역에서 제공하는 것이 바람직하다. 몸에 대한 생의학적 지식뿐만 아니라 여성의 복합적인 건강 필요와 사회적 조건을 고려해 의료이용과 재생산 계획을 세우고 사회복지서비스 연계 역량을 갖춘 조정자(coordinator)가 있다면 성·재생산 건강서비스 이용에도 크게 도움이 될 수 있다.

한국의 보건의료체계는 상대적으로 의료접근성이 높지만 적절한 의료전달

11) 보건소, 의료기관, 사회복지시설, 비영리민간기관 등 다양한 주체가 이를 수행할 수 있을 것으로 논의되고 있음.

12) 청년의사. (2020.12.29.). 기약없는 낙태법 개정에 ‘선별적 낙태 거부’ 선언한 산부인과계. <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2006214>

13) 2018년 12월 기준 전국 250개 시군구 중 산부인과가 없거나 산부인과가 있어도 분만이 어려운 지역은 65개임(보건복지부, 2020b:3).

체계가 구축되지 못한 채 의료이용의 조정이 개인의 책임으로 놓여있다는 특징을 가진다. 이러한 가운데 대부분 의료기관이 민간 소유로 전문가의 안내에 따른 효과적인 의료이용과 연계가 어렵고 의료기관 간 경쟁이 이루어진다. 환자와 보호자는 자력으로 예방과 진단, 치료, 돌봄을 위한 서비스를 구매하는데에 상당한 노력을 기울일 수밖에 없다. 각자가 가용한 물질적·사회적·시간적 자원에 따라 의료이용경로의 효율성과 효과성의 격차도 큰 편이다.

임신중지 역시 마찬가지다. 산부인과에 아는 사람이 있는 여성과 그렇지 않은 여성의 임신중지는 경로와 경험에서 차이가 있다. 복잡한 임신중지에서 격차는 더 커진다. 예컨대 선천성 심장병을 가진 여성의 임신에서 태아 기형이 발견된다면 임신의 유지와 종결에 대한 결정을 위해 심장내과와 산부인과, 소아과, 흉부외과 등 다수 전문분과의 의견과 논의가 필요하다. 가정폭력과 우울증을 경험한 청소년이 원치 않는 임신을 하였을 때는 폭력에 대한 수사과 정신보건서비스, 주거 등 사회복지서비스 지원이 필요할 수 있다. 의료기관 간, 의료와 사회복지 및 행정 사이 연계와 조정이 원활하게 이루어지기 힘든 현재의 관계에서 복잡한 임신중지 상황에 적절히 대응할만한 자원을 가진 여성은 그리 많지 않다.

2. 보건의료인력

최선의 근거에 따라 여성을 존중하고 보호하는 보건의료인력의 존재는 안전한 임신중지를 위한 필요조건이다. 직접 시술을 하거나 약을 처방하는 산부인과 전문의에 초점이 맞춰지기 쉽지만, 임신중지를 비롯해 성·재생산 건강 문제를 다룰 수 있는 의사와 간호사, 조산사와 약사 등 더 다양한 인력 양성과 교육·수련이 가능하며 역할 조정에 대한 논의가 필요하다.

지금까지 한국의 의과대학과 의학수련기관에서는 인공임신중절의 다양한 상황과 원치 않는 임신을 하고 이를 종결하고자 하는 여성의 복합적 필요에 대한 교육이 이루어지지 못했다. 간호학과 보건학 등 관련 학제에서도 임신중지는 물론, 성·재생산 건강에 대한 관심 수준이 낮다. 미국의 경우 산부인과 전문의 수련 과정 중 약 64%가 임신중지와 관련해 별도의 시간을 배정하고, 31%에서 선택적으로 이를 실시하며, 5%에서는 수련이 불가능한 것으로 보고하고 있다(Steinauer et al., 2018). 한국 산부인과 전공의 수련교과과정¹⁴⁾에

14) [보건복지부고시 제2019-034호] 전공의의 연차별 수련교과과정.

<https://www.law.go.kr/행정규칙/전공의의연차별수련교과과정>

자궁소파술과 임신 중반기 중절술이 포함되어 있지만 실제로 얼마나 훈련이 이루어지는지는 파악되고 있지 않다. 대부분 전공의 수련이 이루어지는 상급 종합병원에서는 다양한 임신중지 사례를 접하기 힘들다. 불법이라는 이유로 인공임신중절의 현황이나 합병증에 관한 연구가 거의 이루어지지 않았기에 간접적인 훈련도 어렵다.

성인지적 의료를 위한 기반 역시 미비하다. 개선을 위해 임신중지가 필수 의료서비스로 보장되고, 인력의 교육·훈련에 관한 규정을 포함, 질 관리 대책이 필요하다. 많은 여성이 임신중지 과정에서 의료진으로부터 모욕감을 느끼고 이후 건강관리와 피임 등에 대해 적절한 설명과 지지를 받지 못했다고 말한다(한국여성민우회, 2013: 65-68). 환자중심적 임신중절 서비스 제공을 위해 별도의 교육과 훈련이 필요하다는 의미다.

임신중지와 관련한 인력활용 방법에 대한 논의도 진전이 필요하다. 해외 사례를 살펴보면 임신중지 등 성·재생산 건강 영역에서 의사 외의 인력을 적극적으로 활용하고 있는 경우가 많다. 한국에서는 전체 분만의 99.7%가 의료기관에서 전문의에 의해 이루어지고, 조산원 분만은 0.2%에 그치지만(이소영 외, 2018: 169-170) 이것이 절대적인 인력운영방식은 아니다. 조산사에 의한 지역사회 모성건강서비스가 활발하게 이루어지는 네덜란드의 경우 병원에서도 합병증이 없는 임신의 임신과 출산을 조산사가 담당하는 경우가 많으며, 조산사의 도움을 받아 각자의 집에서 분만을 하는 경우가 약 13% 수준이다(Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, 2017:6). 일차의료영역에서 간호인력을 활발하게 활용하는 것도 흔한 일이다. 국제적으로 적절한 훈련을 받은 간호사가 의사와 동등한 수준으로 안전한 임신중지 서비스를 제공할 수 있게끔 성·재생산 건강서비스 제공자의 역할 배분에 대해 적극적인 검토가 필요하다는 논의가 활발하게 진행되고 있다(Mainey et al., 2020).

의료에 대한 의사의 독점권이 강한 한국에서 비의사, 비의료인 인력 활용은 임상적 증거뿐 아니라 사회적 요구를 고려해 검토해야 할 문제다. 특히 치료를 넘어 건강과 권리에 대한 포괄적인 접근에서 인력 활용과 역할 배분에 대한 논의가 필요하다. 정부가 제출한 모자보건법 개정안과 근래의 정책연구(김남순 외, 2018: 150-151)는 임신중지 전후에 시술 방법과 신체적·심리적 휴유증을 최소화하기 위한 정보, 피임교육과 상담을 제공할 수 있는 전문상담인력 활용 등을 제안하고 있고, 대체로 이는 의료인의 젠더의식을 변화시키는 것보다 간편한 방안으로 여겨진다.

3. 건강정보체계

건강정보체계는 크게 두 가지 측면에서 논의될 수 있다. 먼저 의료이용자 측면에서 믿을만한 정보 플랫폼이 한 축이다. 성·재생산 건강은 정확한 정보와 서비스를 찾기 어렵고, 당사자들이 정보를 적극적으로 구하기 어려운 영역이다. 임신중지를 위한 정확한 정보 제공은 양질의 임신중지를 위해 필수적이다. 많은 국가가 임신중지의 방법은 무엇이 있고 장단점은 무엇인지, 임신중지 서비스를 제공하는 의료기관은 어디에 있고 어떻게 연락을 취할 수 있는지, 비용과 위험은 어떤지, 임신중지와 관련한 상담이나 지원은 어떻게 받을 수 있는지 등에 대한 정보를 제공하는 홈페이지를 운영한다.

반면 질병관리청 국가건강정보포털은 임신중지 관련한 내용을 다루지 않는다. 정부가 임신의 유지·종결에 대한 종합상담을 담당하게 하겠다고 밝혔던 ‘임신육아종합포털 아이사랑’ 누리집이 “인공임신중절”을 다루지만¹⁵⁾ 서비스를 어떻게 이용할 수 있는지 실용적 지식은 없다. 여러 연구와 조사에서 반복적으로 확인되었던 임신과 출산을 겪는 여성뿐만 아니라 생애주기에 따라 경험하게 되는 다양한 성·재생산 건강(피임과 유산, 출산 후 건강관리, 폐경기 전후 건강관리, 노년기 성 건강 등)에 대해 적절한 정보를 제공하는 플랫폼과 대중 교육에 대한 요구(김동식 외, 2018:280-281; 김남순 외, 2018:263)를 반영하는 대안이 필요한 상황이다.

건강정보체계의 두 번째 측면은 서비스 제공자(provider) 측면에서 정보 수집이다. 임신중지를 비롯해 성·생식 건강 관련 정보를 수집·모니터링·평가하는 체계를 구축이 필요하다. 간헐적 실태조사로는 임신중지의 현황을 파악하기 어려웠다. 협소한 관점 역시 문제였다. 유배우 부인을 대상으로 임신중절 경험을 묻는 〈전국출산력 및 가족보건·복지실태조사〉는 성·생식 건강보장이 아닌 정상가족의 구성원으로 여성의 장기적인 가족계획에 대한 조사라는 점에서 한계가 있다. 대조적으로 미국의 구트마허 연구소(Guttmacher Institute)는 여성의 관점에서 현재 출산 의향(pregnancy preference)과 피임접근성, 임신중지 접근성 등 재생산 건강과 관련된 지표를 모니터링한다. 여성 당사자의 의향과 조건을 묻는 조사는 여성들의 성·재생산 욕구를 파악하고, 경제위기나 신종감염병 유행처럼 사회적 위기가 발생하거나 정치적 여건이 변화하였

15) 임신육아종합포털 아이사랑>임신>인공임신중절 페이지(2021.02.04. 인출)
http://www.childcare.go.kr/cpin/contents/p1_010200000000/p1_010210000000.jsp

을 때 재생산 선택이 어떤 영향을 받는지를 파악하는 데에 활용된다(Lindberg et al., 2020). 이와 대조적으로 한국에서는 저출산을 국가적 문제로 설정하면서 임신과 출산을 여성의 건강필요가 아닌 정상가족의 의무로 여김으로써 오히려 출산률에 영향을 미치는 사회적 요인을 파악하기 위한 자료를 생산하지 못하고 있다. 향후 임신중지에 대한 정보수집체계를 구축하고 이를 근거자료로 양질의 임신중지서비스 제공을 위한 모니터링과 평가가 필요하다. 3년에 한 번 실시하는 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사를 여성의 관점에서 재편하여 성과 재생산 건강 조사로 확대하는 것도 방법이 될 수 있다. 장기적으로 지역사회건강조사, 청소년건강행태조사, 한국의료패널, 국민건강영양조사 등 기존 보건의료영역의 조사에도 젠더 폭력 경험이나 재생산과 관련한 의료이용 및 건강 영향을 파악하기 위한 성·재생산 지표를 포함할 수 있도록 해야 한다.

4. 의약품, 백신, 기술

한국에서 임신중지에 대한 표준화된 임상지침은 최근 내과적 임신중지 합법화에 대비해 개발되어 배포가 시작되었다. 그러나 수술적 치료에 대한 지침은 물론 내과적 치료에 대한 지식도 국제 표준에 부합하게 확산되어 있다고 보장하기 힘들다. 전반적으로 신약에 대한 접근성과 요구가 높은 한국에서의 일반적인 경향과 달리 내과적 임신중지를 위한 의약품인 미페프리스톤(mifepristone)은 국내에서 안전성과 효과성에 대한 품목허가가 나지 않은 상태다. 내과적 임신중지를 위해 미페프리스톤과 함께 사용하는 미소프로스톨(misoprostol) 역시 십이지장궤양 치료를 용법으로 허가되어 있을 뿐, 자궁수축과 자궁경관 숙화(cervical ripening)의 목적으로 품목허가가 확장되지 않은 상태다.

미페프리스톤은 1980년대 프랑스에서 개발된 의약품이다. 내과적 임신중지를 유도할 수 있는 의약품으로 그 효과성과 안전성에 대한 근거가 축적되어 2005년 세계보건기구의 필수약품(essential medicine) 목록에 포함되었고, 2019년에는 핵심필수약품(core essential medicine) 리스트에 포함되었다(Gill, Ganatra, Althabe, 2019). 근래 한국에서 내과적 임신중지 약물에 대한 시민들의 요구가 가시화되었다. 청와대 국민청원게시판에 두 차례에 걸쳐 미페프리스톤 도입 청원이 올라왔고 두 건 모두 20만 명 이상의 찬성을 얻었다. 그러나 식품안전의약처는 법률개정과 제약사의약품허가신청을 기다리며 약물 도입을 위한 사전검토를 시작하지 않았다. 최근 들어서야 미프지미

소(미페프리스톤과 미소프로스톨 복합제제의 상품명)에 대한 검토가 시작된 수준이지만 구체적인 허가승인계획은 알려지지 않았다.

미페프리스톤은 국가마다 다르지만 주로 임신 1분기의 임신중지에 대해 허가되어 있고, 국가에 따라 더 넓은 적응증을 가지고 있기도 하다. 국내에서 모자보건법상 허용되는 인공임신중절 시술 중 81.9%가 임신 12주 이내에 이루어졌음을 고려하면(김해중 외, 2005) 내과적 임신중지 기술은 한국 여성들의 임신중지 경험을 큰 폭으로 바꾸어 놓을 가능성이 있다. 내과적 임신중지 의약품 도입 과정은 의약품 기술 확산이 성·재생산 건강에 대한 사회적 억압으로 인해 지연된 독특한 사례다. 북한에서의 증거(Tran et al., 2010)를 비롯해 전 세계적으로 안전성과 유효성이 검증되어 있고, 일각에서 약을 비공식적으로 수입하여 이용하고 있는 형편임에도 이를 수입하겠다고 나서는 제약사가 뒤늦게야 나타났고 산부인과학회가 의약품 도입을 요구하기는커녕 약물의 위험성을 강조하는 상황은 이와 관련된 미시적 정치경제를 고려하더라도 상당히 특수한 사례다. 여성의 건강, 그중에서도 성·재생산 건강 영역에서 의학 기술의 진보와 확산이 특별히 지체되는 이유가 무엇이고 이를 변화시키기 위해서 어떤 개입이 필요한지에 대한 진지한 탐색이 필요할 것으로 보인다.

5. 보건의료 자원조달

보건의료 자원조달은 사람들이 의료서비스를 이용하는 과정에서 의료비를 감당할 수 없어 의료이용을 포기하거나, 빈곤에 빠지지 않도록 하는 제도에 대한 것이다. 자원조달의 방식은 다양하다. 미국이 주로 민간보험에 의존하는 드문 상황에 해당한다면 보건의료 자원조달 대부분을 조세에 의존하는 영국, 스웨덴, 쿠바 같은 나라가 있고, 한국은 일본, 대만, 독일, 캐나다 등과 유사하게 사회보험제도를 운영하고 있다.

1977년 시작되어 1989년 전국민을 대상으로 확대된 건강보험¹⁶⁾은 모든 의료기관과 국민 대다수의 의료이용에 대한 건강보험급여를 제공한다. 하지만 모든 의료서비스가 건강보험급여 대상이 되는 것은 아니다. 현재 한국의 건강보험은 임신과 출산, 심지어 난임에 대한 의료비를 지원하지만, 피임은 급여에 포함하지 않는다. 모자보건법(개정 이전)이 허용하는 적법한 사유의 인공임신

16) 1963년 제정된 『의료보험법』이 1998년 『국민의료보험법』으로, 1999년 『국민건강보험법』으로 개정되면서 2000년부터 제도 명칭이 의료보험에서 건강보험으로 명칭이 변경됨. 건강보험제도와 관련한 상세한 연혁은 건강보험심사평가원의 제도·정책 소개 페이지 참조. <https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020014000000>

중절은 건강보험급여가 제공된다. 그러나 형법상 낙태죄 폐지 이후 합법의 영역으로 들어오게 될 임신중절을 건강보험급여 범위 내에 포함할 것인지에 관한 결정은 아직 이루어지지 않았다.

건강보험급여 여부는 한국 사회가 어떤 건강 필요를 사회적으로 보장해야 할 것으로 인정하는지에 대한 합의인 동시에 경제적 접근성을 좌우하는 정치적 결정이다. 건강보험급여의 원칙을 규정하는 『건강보험법』 제41조는 “가임자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다”고 되어 있다.¹⁷⁾ 일각에서 이 조항을 근거로 임신중지가 요양급여의 대상이 될 수 없다는 주장이 제기되고 있는데¹⁸⁾ 이는 예방적 치료와 건강증진사업에 건강보험재정을 활용할 수 있다는 최근의 결정에 배치되는 것이다. 법률 해석과 의료제공자의 이해관계를 둘러싸고 벌어지는 정치경제를 논외로 하더라도¹⁹⁾ 무엇이 건강보험 요양급여의 대상이 될 수 있는지에 대한 이론적 논의는 성·재생산 건강보장을 위해 진전이 필요한 영역이다.

피임과 임신중지, 폐경기 증상 관리 등 성·재생산 건강 영역에는 “질병”으로 규정되지 않는 다양한 건강 필요가 포함된다. 트랜스젠더의 성 전환을 위한 호르몬 치료와 수술 등도 마찬가지다. 원치 않는 임신을 피하고, 젠더정체성과 지정 성별의 불일치를 정정하는 의료서비스는 질병 치료가 아니지만 삶의 질

17) 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제1조의2는 “보건복지부장관은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성 등 임상적 유용성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도, 사회적 편익 및 건강보험 재정상황 등을 고려하여 요양급여대상의 여부를 결정해야 한다”고 규정한다. 이는 건강보험요양급여 결정이 단지 의학적 근거에 따른 판단뿐만 아니라 사회적 요구와 재정적 지속가능성 등 다차원적 요소를 고려하여 이루어지며, 건강 필요를 해결할 수 있는 적절한 가격의 의약품 발명·발견과 같이 기술적 진전의 영향을 받는 자원배분에 관한 결정이자 정치임을 시사한다.

18) 한겨레. (2021.01.27.) “임신중지는 개인 취향? ‘괘변’ 펼친 산부인과 의사회”.
<http://www.hani.co.kr/arti/society/women/980562.html>

19) 건강보험급여는 건강보험재정으로 의료서비스 비용의 일부를 지급한다는 의미도 있지만, 해당 의료서비스의 비용을 통제·관리한다는 점에서 의의가 크다. 예컨대 건강보험급여가 이루어지지 않는 미용·성형 서비스의 가격은 개별 의료기관에서 자의적으로 결정할 수 있지만 건강보험급여가 이루어지는 분만의 경우 자연분만과 제왕절개술 각각에 대한 수가가 정해져 있고 모든 의료기관이 이를 따라야 한다. 따라서 임신중지가 비급여 서비스로 남게 되는 경우 개별 의료기관이 임신중지 비용을 결정할 수 있고, 이렇게 시장에서 결정되는 가격은 대체로 건강보험급여에서 책정되는 수보다 더 높은 수준으로 책정될 가능성이 크다. 또한, 모든 의료기관은 제공한 건강보험급여서비스에 대한 의료비 보상을 위해 건강보험공단에 이를 청구해야 한다. 이 과정에서 전 국민의 의료이용과 관련된 정보가 축적되며, 정부/건강보험심사평가원은 여기에서 축적된 자료를 활용해 의료서비스의 질 관리 등 다양한 규제 정책을 시행해 왔다. 의료제공자 입장에서 이와 같은 모니터링과 평가, 차별적 보상은 자율성에 대한 침해로 여겨지기도 한다.

과 건강을 증진하고 성별 불쾌감(gender dysphoria) 등으로 인한 정신 건강 악화를 예방한다. 과거에도 의료전문가들은 임신·출산 관련 의료서비스가 질병에 대한 치료가 아니라는 이유로 이와 관련한 의료보장을 반대한 바 있다.²⁰⁾ 질병, 부상, 출산만 건강보험 요양급여의 대상으로 해야 한다는 협소한 논리를 따른다면 성·재생산 영역의 많은 영역은 건강보험 급여범위에 포함될 수 없다. 어떤 몸의 고통을 선택적으로 “질병”으로 규정해 인정하고, 어떤 괴로움을 개인이 부담해야 할 고통으로 남겨두는지에 대한 의학의 독점적 권력이 건강보험제도에서 되풀이되는 셈이다.

이러한 상황에서 성·재생산 건강 관련 의료의 건강보험급여를 위한 경로는 두 가지 전략을 통해 실현될 수 있다. 첫 번째는 성·재생산 영역에서 몸의 불편과 고통을 치료받아야 할 “질병”으로 규정하는 의료화(medicalization) 전략이다. 예를 들어 정상적인 노화 과정에서 발생하는 몸의 변화는 상당 부분 “퇴행성 질환”으로 규정된다. 노년기에 발생하는 다양한 몸의 변화가 질병으로 개념화, 인정받게 되면서 생명공학과 의학에서는 노화에 대한 체계적 연구를 수행하게 되었다. 이로 인한 발견은 나이가 들면서 발생하는 몸의 문제의 상당 부분을 병리화하며 이를 사회보장제도 안에서 다룰 수 있는 근거를 만들었다. 그러나 의료화는 몸의 고통과 결부된 사회적 맥락을 소거하고 건강 문제를 개인화하여 의료전문가의 통제 속에 두는 방향으로 나아간다는 점에서(Conrad, 1992) 성·재생산 권리 측면에서 제약이 크다. 물론 의료화 전략은 계층화가 심한 사회에서 중립적·객관적 필요로서 질병을 표방하고, 정치적·경제적 갈등을 우회하여 자원을 획득할 수 있게 해준다. 그러나 의료화를 통한 자격 획득은 지배적인 젠더규범과 이성애 정상가정규범과 일치하지 않는 건강 필요를 배제하고 주변화하는 방식이 될 가능성이 크다(Vipond, 2015). 생의학적 관점을 고수하지 않고 포용적 의료와 성·재생산 건강 필요를 고민하는 의료전문가 집단이 주류가 아니라는 현실적 조건도 의료화를 통한 건강보장이 한국에서 유효한 전략이 되기 어려운 또 다른 이유다.

두 번째 방향은 질병과 부상, 출산이 아닌 다양한 건강 문제가 마땅히 건강보험을 통해 보장받아야 할 몸의 문제임을 주장하고 이를 관철해 내는 것이다. 법률을 어떻게 해석할 것인지를 다투지 않더라도 이미 건강보험은 정치적·정책적 상황에 따라 급여를 제공하고 있다. 넓은 의미에서 출산을 위한 과정이지

20) 예를 들어 2007년 대한 산부인과 의사회는 “건강보험대상 항목으로 등재될 수 있는 질환은 필수의료로 한정해야 한다”면서 “입원환자 식대 및 산전진찰검사는 필수의료라고 할 수 없기 때문에 (국민건강보험 대상에) 포함되어서는 안 된다”라고 주장했다(의약뉴스, 2007.12.10.).

만 명확하게 질병이라고 보기 어려운 난임에 대한 건강보험급여가 대표적이다. 난임 ‘치료’를 위한 보조생식술은 오랫동안 비급여로 남아있다가 2006년부터 저출산 대책의 일환으로 사회적 지원의 대상이 되었다. 시작은 일정 소득 계층 이하 난임부부에게 시술비 일부를 지원하는 사업이었다. 2017년 정부는 건강보험 보장성 강화 정책, 일명 ‘문재인 케어’를 발표했고, 여기에는 기존에 의료비 지원을 하던 난임 시술을 건강보험제도 내로 포괄하는 안이 포함되었다. 이는 강력한 저출산대응 기조에 말미암은 것이기도 하지만 별도의 자원과 집행체계를 필요로 하는 난임 시술에 대한 국고지원을 건강보험료를 재원으로 하는 영역으로 통합하고자 하는 관료적 동기와도 무관하지 않았을 것으로 추정된다.

질병이라고 보기 어렵지만 건강보험급여에 포함되는 의료서비스가 난임뿐만은 아니다. 국민건강보험은 영구피임시술을 받은 사람이 자녀를 낳기 위해 이를 복원하거나²¹⁾, 자궁내장치를 제거하는 시술²²⁾에 대해 선택적으로 급여를 제공해왔다. 건강보험급여에 대한 원칙과 규정에 대한 해석이 정치적·사회적 맥락의 영향을 받는 가운데 출산장려정책(pro-natalist policy)이 급여 결정과정에 개입을 해왔다고 볼 수 있다(Kim, 2019). 국제사회는 국가와 사회가 마땅히 보장해야 하는 필수적인 성·재생산 건강서비스의 항목을 위와 같이 규정한다(표 3). 한국의 건강보험은 대체로 산전·출산·산후 서비스와 불임에 대한 치료, HIV와 생식기계 성매개감염에 대한 치료, 생식기계 암에 대한 예방과 치료를 급여로 포함하지만 그 외 항목들은 아예 의료 영역에서 다루지 않거나 건강보장 대상으로 간주하지 않는다.

21) 보건복지부 고시 제2004-36호. 불임 관련 진료 등에 대한 요양급여 항목으로 “영구피임시술(난관정관절제술 또는 결찰술)을 받은 자가 자녀를 낳고자 하여 실시하는 난관정관복원수술”을 급여대상으로 포함.

22) 행정해석 제2186호(2008.10.8.), 자궁내장치 교체 시 제거로 산정방법 관련 질의에 대한 회신 내용 - “저출산 문제를 해결하고 출산을 장려하기 위하여 건강보험 지원을 확대하는 정책의 하나로 그동안 비급여로 분류되었던 난관, 정관복원수술 및 자궁내장치 제거를 출산을 목적으로 시행하는 경우 요양급여대상으로 포함한다.”

〈표 3〉 필수 성·재생산 건강서비스의 항목

- 근거에 기반한 포괄적 성 교육을 포함해 성·재생산 건강에 대한 정확한 정보와 상담
- 성 기능과 만족에 대해 정보, 상담, 치료
- 성폭력과 젠더기반폭력과 강제 예방, 보고, 관리
- 안전하고 효과적인 피임 방법에 대한 선택
- 안전하고 효과적인 산전·출산·산후 서비스
- 안전하고 효과적인 임신중지 서비스와 돌봄
- 불임에 대한 예방·관리·치료
- HIV와 그 외 생식기계 성매개감염에 대한 예방·관리·치료
- 생식기계 암에 대한 예방·관리·치료

자료: Starrs et al., 2018

굵은 글씨 처리된 항목들은 현재 건강보험이 급여를 제공하는 서비스를 의미함

성·재생산 건강서비스는 성적 자기결정과 재생산 운명(reproductive life)에 대한 자기통제를 가능하게 한다는 점에서 건강 보호와 증진을 넘어서는 가치를 지닌다. 인권으로서 재생산 건강을 보장하라는 사회적 요구는 생의학적 관점으로 협소하게 해석되곤 하는 건강보험의 목적²³⁾이 보건의료를 통해 해소할 수 있는 사회적 고통을 충분히 포괄하고 있는지 다시 생각해야 한다는 요구이기도 하다. 성·재생산 건강과 권리를 국민건강보험제도 내에 반영하는 것은 이전과 같이 사회적 가치와 세력이 경합하는 정치적 과정일 수밖에 없다. 불평등한 젠더 구조를 구성하는 생물학적 성차와 그로 인한 건강 결과를 다루는 성·재생산 건강에 대한 보장은 기존의 건강보장제도 운영의 근본 원리를 다시 검토하게끔 만드는 논쟁적인 요소들을 다수 포함하고 있다. 건강보험의 재정배분 원칙을 다시 생각하게 만드는 성·재생산 건강의 특성들을 진지하게 검토하는 것은 한국의 보건의료체계가 보다 성평등한 제도로 나아가도록 하는 데에 기여할 수 있다.

6. 리더십과 거버넌스

보건의료체계의 마지막 구성요소는 리더십과 거버넌스다. 목적달성을 위해 필요한 자원을 동원하고 효과적으로 감시·규제하거나 책무와 협력의 구조를 형성하는 등의 활동이 여기 포함된다. 이는 행정부, 이른바 건강당국(health authority)의 역할이지만 정부 내에 성·재생산 건강보장을 위해 리더십을 받

23) 『국민건강보험법』 제1조(목적) 이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

휘하고 책무를 지는 주체는 명확하지 않다. 보건복지부 인구정책실에 출산과 아동, 보육, 노인을 다루는 부서가 있지만, 언급하였듯 성·재생산 건강이나 여성건강을 다루는 부서는 지금껏 설치되지 않았다.

여러 해외 국가 보건부처에는 여성건강에 관한 정책, 연구, 사업을 총괄하고 부처·부문 간 업무 연계와 조정을 담당하는 부서가 존재한다. 예를 들어 미국 공중보건국(Public Health Offices)에는 여성건강국(Office on Women's Health)이, 캐나다 보건국(Health Canada)에는 여성건강국(Women's Health Bureau)이 있다. 이들 부서는 보건 정책의 기획, 집행, 평가 단계에서 성 주류화와 여성의 특수한 건강 필요를 고려하기 위한 조정과 지원을 담당한다. 생애주기에 따른 여성건강증진을 위해 “여성건강계획”을 수립·시행하고 산하기관과²⁴⁾ 지방정부의 여성건강업무를 총괄·관리한다.

한국에서도 보건복지부 내 여성건강부서 설치 필요성이 논의된 지 오래되었다(정진주 외, 2007:230; 김영택 외, 2013: iv; 임도희 외, 2014). 성인지의 학과 젠더주류화 관점에서 생애주기에 따른 재생산 건강을 다루고, 심혈관질환이나 암처럼 주요사망원인 질환에 대한 성인지 정책을 총괄하는 리더십이 필요하다는 요구도 반복되고 있다. 달라진 조건이 있다면 최근 한국 사회에서 낙태죄 폐지 운동을 비롯해 여성건강과 보건의료의 젠더편향에 대한 문제의식이 커져가고 있다는 것이다. 여성계와 학계, 언론, NGO 등 여성건강권을 중심으로 활동하는 시민사회는 이미 성·재생산 건강을 위한 시민적 리더십을 행사하고 있다. 그러나 사회권력의 영향에서 상대적으로 자유로운 의료전문가 권력과, 보건의료 의사결정에 대한 기술관료의 독점은 사람들의 목소리가 의료서비스 현장에 미치는 힘을 제약해 왔다. 성·재생산 건강과 같이 소외된 이슈를 당사자들의 입장에서 다루기 위해서는 시민사회의 참여가 보장되는 공적 거버넌스가 앞으로도 중요하다. 한국 보건의료체계의 맥락과 성·재생산 권리를 이해하는 활동가, 연구자, 시민들의 참여와 권력강화(empowerment)가 필요할 것으로 보인다. 이들의 적실한 참여를 안내하여 보건의료서비스의 실재를 바꾸는 과정에서 정부의 지지와 민주적 거버넌스는 필수 조건이다.

24) 예. 미국 질병관리예방센터와 보건의료자원서비스청, 식품의약품안전청, 국립보건원 각 각에 여성건강부서가 존재.

IV. 맺으며: 여성의 경험에서 출발하는 새로운 보건의료체제로

한국에서 여성건강은 출산 예정이거나 임신 중인 여성의 건강으로 축소·환원되어 왔다. 1998년 제1차 여성정책기본계획을 시작으로 여성건강권 보장을 위한 계획이 차츰 확대·구체화하였지만 이는 대체로 이성애 정상 가족의 생식 과정을 보조·지원하는 출산장려제도의 맥락을 벗어나지 못했다. 전국민 건강보험제도는 성평등한 의료접근성에 기여하고 있으나 의료이용과정의 성차별이나 젠더와 교차하는 건강의 사회적 결정요인에는 개입하지는 못한다. 청소년과 노년기 여성의 성·재생산 건강서비스 이용이나 성 소수자의 의료 이용처럼 문화적 장벽이 높은 영역에 대한 고려도 부족했다. 차별적이고 반응성이 낮은 의료를 바꾸기 위한 정부 개입은 충분하지 않고, 시장에서의 개선을 기대하기도 어렵다.

여성건강 영역 안에서도 성·재생산 건강은 출산장려정책을 제외하면 오롯이 여성 개인이 감당하고 책임져야 할 영역이었다. 안전하고 비용효과적인 피임 기술이 있고, 건강보험 급여나 적극적인 홍보·교육을 통한 피임 접근성 개선이 여성의 성적 자기결정권을 보장할 수 있음에도 정부는 이를 외면해왔다.²⁵⁾ 준비되지 않은 시기에 피임과 임신중지 지원 등 생애주기에 따른 재생산 선택을 지지하는 정책은 성·재생산 권리 보장이자 스스로 성취하고자 하는 삶을 기획할 자유를 보호하는 정책이다. 국가적 과제인 인구 재생산에 기여하지 않는다고 하더라도 여성의 건강할 권리는 보장되어야 마땅하다. 출산장려 관점에서 피임과 임신중지를 외면하는 것도 과학적 근거를 무시하는 일이다. 임신중지가 합법화된 나라에서 출산률 저하는 대체로 저소득·저연령 여성에서 효과가 크고, 합계출산율 감소에는 영향을 미치지 않으면서 장기적으로 여성교육성취와 삶의 만족도 향상에 기여하는 것으로 알려져 있다(González et al., 2018).

형법상 낙태죄 폐지와 임신중지 합법화는 여성의 성·재생산 건강 의제를 진전의 중요한 기회이자 계기이다. 성적 자기결정권에 대한 여성들의 절실한 요구가 법률개정을 이끌어 냈을 뿐만 아니라 공적 통제 수준이 낮고 전문가와 관료가 주요의사결정을 독점해왔던 보건의료에 대한 구체적인 요구를 제시하

25) 2020년 12월 발표한 제4차 저출산·고령사회 기본계획에 최초로 “건강하고 안전한 피임과 임신의 유지·종결을 위한 사회적 지원 강화”가 언급되었으나 구체적인 사업계획은 제시되지 않음(보건복지부, 2020c: 90).

기 시작했기 때문이다. 이와 같은 사회적 필요를 공론장의 의제로 더 잘 정립하고, 정책 대안을 만들어 내기 위해 보건의료와 여성연구 사이의 생산적 논의가 필요하다. 그러나 한국 보건의료영역은 성·재생산 건강에 대한 이해도가 낮고 젠더주류화를 공식 의제로 다루어 본 적이 없다. 여성운동과 연구에서는 보건의료를 체제 수준에서 다루고 규범이나 문화를 넘어 의료생산의 정치경제를 고민할 기회가 많지 않았다.

이 연구에서는 여성건강에 대한 기존 정책과 맥락을 정리하고, 성·생식 건강보장을 위한 과제를 보건의료체계 관점에서 조망하고자 하였다. 저자는 성·재생산 건강과 권리가 사람중심적이지 못한 기존의 보건의료체계를 변화시킬 잠재력을 가지고 있다고 판단한다. 여성의 건강과 권리에 대한 연구는 규범적·상징적 영역을 넘어 보건의료체계라는 실재에 개입하는 전략을 마련하는 지적 기반이 되어야 한다. 여성들이 직접 열어젖힌 정치적 기회를 놓치지 않고 여기에 개입하기 위해 학제적 협력을 강화하고, 여성들의 경험에서 출발하는 정책 지식을 당사자들과 함께 만들어나가야 한다.

참고문헌

- 국가법령정보센터(2015). “양성평등기본법”. <https://www.law.go.kr/LSW//lsInfoP.do?lsiSeq=154260&ancYd=20140528&ancNo=12698> 2021.02.03. 인출.
- 김남순·전진아·김동식·김명희·김성이·김유미·정최경희·지선미·송은솔·이나경 (2018). 건강증진정책 특정성별영향분석평가-여성건강정책기본계획 기초 연구. 한국보건사회연구원.
- 김동식·송효진·동제연·이인선(2018). 여성의 성·재생산 건강 및 권리 보장을 위한 정책방향과 과제. 한국여성정책연구원.
- 김영옥·김이선·황정미·황정임·마경희(2006). 제2차 여성정책기본계획(2003-2007) 추진성과와 과제. 한국여성개발원 주최 제34차 여성정책포럼 자료집: 제2차 여성정책기본계획의 성과와 과제.
- 김영택·김동식·김인순·정진주(2013). 한국의 여성건강증진 정책 추진전략을 위한 외국 사례연구. 한국여성정책연구원.
- 김영택·배호중·천재영·박진표·김새롬·문다슬(2020). 성인지적 재생산건강증진 모델 개발 기초 연구. 한국여성정책연구원/보건복지부.
- 김정혜. (2020). “헌법상 모성보호의 한계와 성과 재생산 권리 보장을 위한 헌법 개정 방향”. 법학논총. 27. 265-313.
- 김창엽(2011). 일차보건의료와 보건진료원 제도. 서울대학교 보건대학원.
- 김해중·안형식·김순덕·박문일·박춘선·임지은·홍성희·이제숙·김경란·이수경·이선영·김호임·김경훈(2005). 인공임신중절 실태조사 및 종합대책 수립. 고려대학교/보건복지부
- 민무숙·양인숙·윤덕경·황정임·마경희·김양희·최윤정(2011). 제3차 여성정책기본계획 이행점검 및 제4차 여성정책기본계획 수립을 위한 기초연구. 한국여성정책연구원/여성가족부.
- 박선영·김복태·윤지소. (2020). 성평등정책 추진계획 실질화를 위한 젠더거버넌스 강화방안. 한국여성정책연구원.
- 보건복지부(2017). “보도자료-건강보험 적용 난임치료 시술 기준마련”. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=342170에서 2021.01.29. 인출.
- 보건복지부(2020a). “보건복지부공고 제2020-708호. 모자보건법 일부개정안 입법예고”. <https://www.moleg.go.kr/lawinfo/makingInfo.mo?lawSeq>

- =60963&lawCd=0&&lawType=TYPE5&mid=a10104010000에서 2021.01.29. 인출.
- 보건복지부(2020b). “2020년 분만취약지 지원 사업 안내”. <https://www.korea.kr/archive/expDocView.do?docId=38907>에서 2021.01.29. 인출.
- 보건복지부(2020c). “제4차 저출산·고령사회 기본계획(전체)”. <https://www.betterfuture.go.kr/front/notificationSpace/pressReleaseDetail.do?articleId=117>에서 2021.02.04. 인출.
- 이소영·김은정·박종서·변수정·오미애·이상림·이지혜(2018). 2018년 전국 출산력 및 가족보건·복지 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 이재호(2018). 주치의제도 바로알기: 주치의제도의 의미. 한국일차보건의료학회. <http://sub.kafm.or.kr/question/index.kin?gubun=3>에서 2021.01.29. 인출.
- 인구정책50년사편찬위원회(2016). 한국 인구정책 50년: 출산억제에서 출산장려로. 한국보건사회연구원.
- 임도희·이지혜·김혜원·박수현·이혜아·민정원·박보현·김영주·정최경희·박혜숙(2014). “여성건강연구 관련 법, 관리체계 및 연구현황에 대한 국가 비교”. 한국모자보건학회지. 제18권 제1호. 13-23.
- 의약뉴스(2017.12.10.) “가입자 현금 직접 지급, ‘말도 안돼’ 반박”. <http://www.newsmpp.com/news/articleView.html?idxno=38767> 에서 2021.05.31. 인출.
- 정진주·김영택·전희진·천희란·최성수(2007). 외국의 여성건강증진 기반고찰 및 한국의 정책과제. 한국여성정책연구원.
- 조은주(2018). 가족과 통치. 창비: 파주시.
- 하정옥(2013). “재생산권 개념의 역사화·정치화를 위한 시론”. 보건과 사회과학. 제34호. 183-210.
- 한국여성민우회(2013). 있잖아... 나 낙태했어. 서울:도서출판 다른.
- American College of Obstetricians and Gynecologists(2017). Abortion Policy. Statement of Policy. <https://www.acog.org/advocacy/facts-are-important/abortion-is-healthcare>에서 2020.01.18. 인출.
- Conrad, P.(1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Gideon, J.(2016). Gender and health: an introduction. In Gideon, J.(Ed.). *Handbook on gender and health*(pp.3-22), Edward Elgar Publishing.

- Gill, R., Ganatra, B., & Althabe, F.(2019). WHO essential medicines for reproductive health. *BMJ Global Health* 2019;4:e002150
- González, L., Jiménez-Martín, S., Nollenberger, N., & Vall-Castello, J. (2018). The effect of abortion legalization on fertility, marriage and long-term outcomes for women (No. 1035).
- Gulati, M.(2017). Improving the cardiovascular health of women in the nation: moving beyond the bikini boundaries. *Circulation*, 135(6), 495-498.
- Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, a., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blockhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., Kharel, C., Silverman, J. G., Raj, A., Darmstadt, G. L., Green, M. E., Hawkes, S., Heise, L., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Gupta, G. R.(2019). Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *The Lancet*, 393(10190), 2535-2549.
- Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., & Zewdie, D.(2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440-2454.
- Inhorn, M. C., & Whittle, K. L.(2001). Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science & Medicine*, 53(5), 553-567.
- Kim, S. (2019). Reproductive technologies as population control: how pronatalist policies harm reproductive health in South Korea. *Sexual and reproductive health matters*, 27(2), 6-12.
- Kumar, R., Birn, A. E., & McDonough, P.(2016). Agenda-setting in women’s health: critical analysis of a quarter-century of paradigm shifts in international and global health. In Gideon, J.(Ed.). *Handbook on gender and health*(pp.25-44), Edward Elgar Publishing.
- Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen(2017). Midwifery in the Netherlands. de Royal Dutch association of Midwives

<https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/489-2/midwifery-in-the-netherlands/hoofdstuk/463/midwifery-in-the-netherlands>에서 2020.01.29. 인출

- Lindberg, L. D., VandeVusse, A., Mueller, J., & Kirstein, M.(2020. June 24). Early impacts of the COVID-19 pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences. Guttmacher Institute <https://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health>에서 2021.01.29. 인출
- Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A., & Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1513-1526.
- Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. Blum R., Coll-Seck, A. M., Grover, A., Laski, L., Roa, M., Sathar, Z. A., Say, L., Serour, G. I., Singh, S., Stenberg, K., Temmerman, M., Biddlecom, A., Popinchalk, A., Summers, C., & Ashford, L. S.(2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391(10140), 2642-2692.
- Steinauer, J. E., Turk, J. K., Pomerantz, T., Simonson, K., Learman, L. A., & Landy, U.(2018). Abortion training in US obstetrics and gynecology residency programs. *American journal of obstetrics and gynecology*, 219(1), 86-e1.
- Vipond, E. (2015). Resisting transnormativity: Challenging the medicalization and regulation of trans bodies. *Theory in Action*, 8(2), 21.
- World Health Organization. (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>에서 2020.01.30. 인출
- World Health Organization. (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. <https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART002702350>에서 2021.01.30. 인출

Abstract

Integrating Sexual and Reproductive Health into Health System - Decriminalization of abortion and its task in South Korea*

Saerom Kim**

Sexual and Reproductive Health, including abortion services, had long been excluded from the government's effort to ensure "health for all" in South Korea. This study is a narrative review that analyzes previous women's health policy, introduces the health system conceptual framework, and presents the health system's forthcoming tasks to ensure sexual and reproductive health and rights. In the last two decades, women's health policy had escaped from the narrow scope of maternal health, but still, it reduces women's health into the reproductive body, and the adequate accountability structure for women's health is still absent. The policy focuses on awareness-raising and changing social norms rather than material condition of women's health, such as health care service production or challenging the unequal distribution of resources. A health system approach is essential to assure safe abortion and improve access to sexual and reproductive health for everyone. We explored the health system's future task, utilizing WHO's six building block framework for health system strengthening. Decriminalization of abortion and legalization of abortion is a significant opportunity to advance the sexual and reproductive health agenda. Scholars should not dissipate the political window from the women's movement, producing policy alternatives that start from women's own experience, which requires constructive inter-disciplinary collaboration between public health and women's studies.

Keywords : abortion, women's health, sexual and reproductive health, health system, health policy

* This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education (NRF-2019R1A6A3A01095865)

** Director, Gender and Health Research Center, People's Health Institute, Korea