



13809 경기도 과천시 관문로 47 정부과천청사
대한민국 법무부 귀중

추미애 법무부장관 귀하

안녕하세요,

국제앰네스티 한국지부는 대한민국의 '낙태죄' 형법 개정안에 대한 공식 의견서를 제출합니다. 이 의견서는 임신중지에 대한 접근을 비롯해 성과 재생산 건강에 관한 의료 서비스 제공에 대한 정부의 의무를 요약하고 있습니다. 또한 국제앰네스티가 확인한 현행 개정안의 문제점을 담고 있습니다.

이 의견서는 임신중지 관련 법률 및 정책 분야에 전문성을 갖춘 한국지부 및 국제사무국 직원들의 협력 하에 작성되었습니다. 이는 세계적 인권 운동 단체로서 임신중지 비범죄화를 지지하는 국제앰네스티의 의견을 대변하고 있으며, 임신중지를 필요로 하는 모든 사람에게 어떠한 장벽이나 차별 없이 임신중지 서비스에의 접근을 보장해야 함을 기술하고 있습니다.

국제앰네스티는 대한민국 정부가 다음의 내용을 반영하여 인권에 부합하는 법제도를 채택할 것을 강력히 촉구합니다. 정부는 임신한 사람을 비롯해 임신중지에 도움을 준 의료 서비스 제공자들에 대한 처벌을 멈추어야 합니다. 이와 더불어 여성과 소녀를 비롯해 임신할 수 있는 모든 이들로 하여금 자신의 성과 재생산의 권리를 보장받는 것이 개인의 완전한 인권 실현을 위한 핵심적인 요소임을 인지할 수 있도록 해야 합니다. 임신중지의 전면 비범죄화는 임신중지가 도덕적으로 잘못되었다거나 사회적으로 용인될 수 없다는 편견을 타파하고, 임신중지 서비스를 필요로 하거나 제공, 보조하는 사람들에 대한 낙인찍기를 끝내는 데 필수불가결합니다.

위에서 언급한 내용을 포함해 본 의견서에 제시된 바와 같이, 국제앰네스티는 '낙태죄'를 형법에서 완전히 삭제할 것을 촉구합니다. 또한 임신중지와 관련된 정보와 사전/사후 관리가 성과 재생산 건강 관리를 위한 필수적인 요소로 인식되어야 함을 재차 강조합니다.

추가적인 논의가 필요하다면 언제든지 연락바랍니다.

감사합니다.

2020 년 11 월 16 일

윤지현 국제앰네스티 한국지부 사무처장 드림

1. 제출의 배경

2019년 4월 11일 대한민국 헌법재판소는 형법상 낙태죄 조항이 위헌이라는 결정을 내렸다.¹ 이에 따라 국회는 2020년 12월 31일까지 관련 법을 개정해야 한다.

지난 10월 7일, 법무부와 보건복지부는 최근 형법 및 모자보건법 등 임신중지를 규제하는 개정안을 입법예고 했다.² 현행법은 강간에 의한 임신, 임부 건강의 위험, 임부나 배우자가 우생학적·유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 예외적인 경우에만 임부 및 배우자의 동의 하에 임신중지를 허용하고 있다.

정부의 형법 개정안은 임신 14주 이내에 일정한 사유 없이 본인 의사에 따라 임신중지를 결정할 수 있도록 하고 있어 일면 진전으로 비춰질 수 있으나 개정안의 나머지 부분은 다양한 층위의 결함을 안고 있다. 이를테면 개정안은 계속해서 기존 임신중지 허용 기준에 24주라는 주수 제한을 부과함으로써 생명과 건강을 보호하는 방법에 대한 법적, 실질적 접근성을 떨어뜨리는 결과를 낳고 있다. 또한 이번 개정안은 임신 15~24주 이내에는 '임신의 지속이 사회적 또는 경제적 이유로 임신한 여성을 심각한 곤경에 처하게 하거나 처하게 할 우려가 있는 경우'에 한해 임신중지가 가능하도록 했다. 단 이 경우, 24시간의 숙려기간 및 의무 상담을 거치는 것을 추가 조건으로 삼고 있다. 개정안은 또한 모자보건법상 임신중지 요청에 대한 의사의 '진료거부권'을 인정해 임신중단을 부정하는 또 하나의 장벽을 세워 여성과 소녀 및 임신할 수 있는 모든 이들의 기본적 인권을 침해하고 있다.

이번 개정안은 임신중지에 대한 대한민국의 형법 규제를 유지하고 심지어 강화시킨다는 측면에서 또 다른 중요한 인권문제를 야기한다. 임신 14주 내 또는 앞서 언급된 요건(24주 이내)을 충족하는 임신한 이가 임신중지를 시도하는 경우 형사처벌 대상에서 제외되지만, 규정되지 않은 기타 사유로 인한 임신중지나 규정된 기한 내 중지 요청이 불가한 경우 여전히 형사처벌의 대상이 되기 때문이다. 임신중지의 범죄화는 필수불가결한 의료 행위를 범죄로 낙인 찍는 것이며 위법 행위 및 형사처벌에 대한 두려움을 가중시켜 합법적인 임신중지 제공에 '냉각 효과'를 초래할 수 있다. 게다가 임신중지 접근성의 확대를 권고한 헌법재판소의 결정과는 반대로 개정안은 기존의 장벽을 강화할 뿐 아니라 임신중지 서비스에 대한 새로운 장벽마저 세우고 있다. 다시 말해 이번 개정안은 한국 입법부가 헌법재판소의 판결에 충분히 부응하지 못한 결론을 제시했음을 보여준다.

또한, 정부의 개정안은 거듭 진보해온 임신중지 관련 국제 인권법 및 기준에 부합하지 않는다. 안전한 임신중지에 접근할 수 있는 권리는 보다 광범위한 인권의 범주에 근거를 둔다. 지난 수년간 유엔인권기구는 형법상 임신중지의 예외적 허용 사유(예: 생명이나 건강에 대한 위험, 성폭행 또는 태아 이상 및 장애)를 규정하는 법률 등 임신중지 범죄화의 위험성을 인지해왔으며 이에 따라 임신중지의 전면 비범죄화와 임신중지를 필요로 하는 임신한 이의 안전한 임신중지 접근권을 촉구해왔다. 유엔인권기구는 또한 안전한 임신중지 시술이 이론상으로뿐만 아니라 실질적으로도

¹ 형법 제 269 조 제 1 항 등 위헌소원 [전원재판부 2017 헌바 127, 2019. 4. 11., 헌법불합치]

<https://www.law.go.kr/LSW/detcInfoP.do?mode=1&detcSeq=150780>

² 법무부공고 제 2020-307 호(2020. 10. 7.) | 법률(일부개정) <https://opinion.lawmaking.go.kr/gcom/ogLmPp/60959>

가능하게 할 것을 각 국에 요구하고 있다. 이는 곧 국가들이 임신한 이들을 안전하지 않은 임신중지로 내모는 법률을 폐지 또는 개정하고 합법적 의료 서비스에 대한 기존의 장벽을 허무는 동시에 새로운 장벽이 세워지지 않도록 해야함을 뜻한다.

본 의견서는 임신중지의 전면 비범죄화에 대한 국제 인권법 및 기준을 요약하여 제시함으로써 임신중지를 필요로 하는 모든 이가 장벽이나 차별 없이 안전한 임신중지 서비스를 이용할 수 있도록 보장해야함을 피력하고자 한다. 국제앰네스티 한국지부는 입법부가 현재의 진전과 대세적 흐름에 발맞추어 현행 개정안을 수정해 여성과 소녀 및 임신 가능한 모든 이들의 인권을 존중, 보호 및 실현할 것을 입법부에 촉구하는 바이다.

2. 임신중지 범죄화가 인권에 미치는 영향

임신중지를 허용하는 형법상 예외조항(사유 기반 접근법)이 존재하더라도 임신중지의 범죄화가 그 자체로 여성과 소녀 및 임신 가능한 모든 이들의 인권, 건강, 안녕에 부정적인 영향을 미치며 국제 인권법 상의 국가별 의무 및 기본 법 원칙에도 위배된다는 유엔인권기구 간 인식이 확산되고 있다. 이번 장에서는 임신중지를 제한하는 법률이 인권에 미치는 부정적인 영향을 개략적으로 설명하고자 한다.

2.1. 임신중지 범죄화는 여성, 소녀 및 임신 가능한 모든 사람의 재생산 자율성과 광범위한 인권을 침해한다.

재생산과 관련된 모든 결정을 스스로 내릴 권리, 임신 여부 및 시기 등 임신과 출산에 관련된 결정권은 여성, 소녀 및 임신 가능한 모든 사람의 인권 실현에 있어 필수적이다.³ 초기 유엔인권기구가 임신중지 접근성을 '안전하지 않은 임신중지로 인한 산모사망률과 질병률을 낮추는 조치'로 이해하고 접근했다면, 지난 몇 년 간은 '개인 및 신체적 자율권, 평등권, 차별 받지 않을 권리, 존엄권, 프라이버시권, 정보권, 고문 및 그 밖의 잔혹 대우로부터 자유로울 권리'⁴ 등 모든 인권을 향유하기 위해 반드시 필요한 요소'로 개념화해왔다. 이에 유엔인권기구는 회원국 권고안을 통해 상황의 임신중지를 단순히 비범죄화하는 것에서 더 나아가 광범위한 임신중지 접근권을 제공하고 장벽을 없애 개인의 신체와 삶에 대한 자율적 결정을 보장할 것을 촉구하고 있다. 이를테면 경제적·사회적·문화적 권리위원회(CESCR Committee, 이하 사회권규약위원회)는 건강에 대한 "자율적 결정을 내릴 수 있도록 여성의 권리를 존중"하는 국가

³ 본 의견서에서는 여성, 소녀, 임신 가능한 사람, 임산부 또는 임신한 개인이 언급된다. 임신중지와 관련된 개인적 경험을 한 사람의 대다수가 시스젠더 여성과 소녀(즉 출생시 부여된 생물학적 성과 개인의 성 정체성이 일치하는 여성과 소녀를 뜻함)지만 인터섹스, 트랜스젠더 남성 및 소녀, 다른 성 정체성을 보유한 사람도 임신을 할 수 있는 생식 역량이 있을 수 있고 임신중지가 필요할 수도 있음을 인식하는 것이다. 본 의견서의 제출 목적상, '여성 및 소녀'는 보통 시스젠더 여성에게 적용되는 임신 가능한 여성 및 소녀를 지칭하는 것으로 한다.

⁴ 유엔 자유권규약위원회(UN Human Rights Committee), '멜렛 대 아일랜드', 진정 2324/2013 호, 유엔문서 CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016) 참고. 재생산권리센터(Center for Reproductive Rights), '새로운 장 2020: 재생산권조약 모니터링 기구, 2020, reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights. J.B. 파인(J.B. Fine), K. 메이올(K. Mayall), L. 세풀베다(L. Sepúlveda), '세계적 임신중지법 자유화에 있어 국제 인권 규범의 역할', 보건인권학술지, 2017, www.hhrjournal.org/2017/06/the-role-of-international-human-rights-norms-in-the-liberalization-of-abortion-laws-globally/

의무의 일환으로 임신중지 뿐 아니라 성과 재생산 건강 서비스에 대한 접근권을 확대해야 한다고 언급하였다.⁵ 또한 유엔 전문가는 임신중지를 제한하는 법과 정책이 인권법에 위배될 뿐 아니라 “(여성) 내 몸에 대한 결정을 내릴 수 있는 신체적 자율성을 무시하는 것”이라고 강조하였다.⁶ 유사한 맥락에서 유엔 아동권리위원회(Committee on the Rights of the Child, CRC)는 임신중지 결정에 있어 임신한 소녀의 의견을 항상 존중하고 반영하도록 회원국에 촉구하였다.⁷

2.2. 임신중지 범죄화는 성차별 및 교차적 차별을 영구화한다.

국가는 여성, 소녀 및 임신 가능한 모든 사람이 차별 없이 인권을 누릴 수 있도록 보장할 법적 의무가 있다.⁸ 여성차별철폐위원회(CEDAW Committee)는 회원국들에게 공공 기관 및 비국가 행위자(개인, 단체, 기업)⁹에 의한 모든 형태의 여성 차별을 없애고 삶 전반에 있어 실질적인 평등을 보장하기 위한 적절한 법적 및 그 밖의 조치를 취할 것을 지속적으로 촉구해왔다.¹⁰

형사 및 징벌적 임신중지 규제 법, 정책, 관행은 국제 및 지역적 인권 조약과 대부분의 헌법에 따라 보장된 평등권 및 동등한 보호를 받을 권리를 침해한다.¹¹ 유엔 여성차별철폐위원회는 “국가가 여성을 위한 특정 재생산 건강서비스의 합법적인 제공을 거부하는 것은 차별적”이라고 명시적으로 언급한 바 있다.¹² 또한 위원회는 임신과 관련된 여성의 보건 요구를 무시하고 간과하거나 수용하지 않는 것은 여성에 대한 차별의 형태임을 지속적으로 인지해왔다.¹³

⁵ 사회권규약위원회(mmittee), 성-재생산권에 대한 일반논평 22 호 (사회권규약 제 12 조), 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 28 절.

⁶ 유엔인권최고대표사무소(UN Office of the High Commissioner for Human Rights), ‘안전하지 않은 임신중지로 인해 전세계적으로 수만 명의 여성이 죽고 있다’- 유엔 인권전문가들의 경고, 2016 년 9 월 28 일. 알다 파시오(Alda Facio), 여성차별적 법률 및 관행에 관한 유엔 실무그룹 의장; 다이누스 푸라스(Dainius Pūras), 도달 가능한 최고 수준의 신체적, 정신적 건강에 대한 모든 사람의 권리에 대한 특별보고관(이하 유엔 건강권 특별보고관); 후안 E. 멘데즈(Juan E. Mendez), 유엔 고문과 잔혹한 비인도적 굴욕적 대우와 처벌에 관한 특별보고관(이하 유엔 고문 특별보고관); 두브라브카 시모노비치(Dubravka Šimonović), 유엔 여성폭력 특별보고관, www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20600&LangID=E

⁷ 유엔 아동권리위원회, 최종권해: 아일랜드, 유엔문서. CRC/C/IRL/CO/3-4 (2016), 58(a)절; 모로코, 유엔문서 CRC/C/MAR/CO/3-4 (2014), 57(b)절; 쿠웨이트, 유엔문서 CRC/C/KWT/CO/2 (2013), 60 절; 시에라리온, 유엔문서 CRC/C/SLE/CO/3-5 (2016), 32(c)절; 영국, 유엔문서 CRC/C/GBR/CO/5 (2016), 65(c)절.

⁸ 여성차별철폐협약, 제 15 조. 여성차별철폐위원회, 일반권고 33 호, 유엔문서 CEDAW/C/GC/33 (2015), 6 절 및 21 절 참고. 동 협약 제 2 조의 내용과 범위는 협약 제 2 조에 따른 당사국의 핵심 의무에 관한 위원회의 일반권고 28 호에 자세히 설명되어 있음, 제 47 차, 유엔문서 CEDAW/C/GC/28 (2010). 협약 제 3 조에 따르면 당사국은 여성이 남성과 동등하게 인권과 기본적 자유를 행사하고 향유하는 것을 보장하기 위한 목적으로 적절한 조치를 취하여야 한다.

⁹ 여성차별철폐위원회, 일반권고 33 호, 유엔문서 CEDAW/C/GC/33 (2015), 21 절

¹⁰ 여성차별철폐위원회, 일반권고 33 호, 유엔문서 CEDAW/C/GC/33 (2015), 6 절. 동 협약 제 2 조의 내용과 범위는 협약 제 2 조에 따른 당사국의 핵심 의무에 관한 위원회의 일반권고 28 호에 자세히 설명되어 있음, 제 47 차, 유엔문서 CEDAW/C/GC/28 (2010). 협약 제 3 조에 따르면 당사국은 여성이 남성과 동등하게 인권과 기본적 자유를 행사하고 향유하는 것을 보장하기 위한 목적으로 적절한 조치를 취하여야 한다.

¹¹ 예를 들어 세계인권선언 제 7 조 및 제 8 조, 자유권규약 제 2 조 및 제 14 조, 사회권규약제 2(2)조 및 제 3 조 참고. 지역 차원에서는 인권과 기본적 자유의 보호를 위한 협약(유럽인권조약), 미주인권협약, 아프리카인권헌장 등이 모두 관련 조항을 담고 있다.

¹² 여성차별철폐위원회, 일반권고 24 호: 협약(여성 및 보건) 제 12 조, 유엔문서 A/54/38/Rev.1, I 장, 1999, 11 절

¹³ 여성차별철폐위원회, 일반권고 24 호, 유엔문서 A/54/38/Rev.1, I 장, 1999, 6, 11, 12 절; 여성차별철폐위원회, 알리네 다 실바 피델 테세라 대 브라질, 진정. No. 17/2008, 유엔문서. CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011); R.J. 쿡(R.J. Cook) 및 V. 운두라가(V. Undurraga), ‘제 12 조 [보건]’, M. 프리먼(M. Freeman), C. 친킨(C. Chinkin) 및 B. 루돌프(B. Rudolf) (eds.), 여성 차별철폐협약:

유엔 여성차별철폐위원회 및 기타 인권조약기구의 권고에 따라 국가는 임신중지를 범죄화 하는 법률을 포함한 모든 차별적인 형법을 폐지해야 한다.¹⁴ 사회권규약위원회는 “남성과 여성이 동등하게 보건의료에 접근하지 못하게 하거나 혜택을 누리지 못하게 하는 법적 및 기타 장애물을 제거하는 것이 건강권의 맥락에서 보장되어야 할 평등의 최소 요건”이라고 언급하고 있다.¹⁵

또한 사회권규약위원회는 경제적 지위가 낮은 여성, 장애 여성, 이민 및 난민 여성, 청소년, 레즈비언, 양성애자, 트랜스젠더, 인터섹스 여성 및 소녀 등 사회에서 가장 소외된 계층의 여성, 소녀 및 임신했던 이들에게 부적절한 영향을 미치는 다중 및 교차 차별의 ‘심각한 영향’을 해소하기 위해 국가가 조치를 취할 것을 촉구했다.¹⁶

2.3. 임신중지 범죄화는 유해한 성 고정관념을 영구화하며 성 평등을 부정한다.

임신중지를 제한하는 법을 포함한 임신중지 범죄화는 사회 내 여성의 역할에 대한 부적절한 성 고정관념에서 유래했으며 나아가 이 같은 고정관념을 영속시킨다. 이러한 고정관념은 여성의 생물학적 기능을 들어 여성의 주된 사회적 역할을 엄마 혹은 보육자에 한정하고 여성은 자신의 임신에 대한 책임 있는 결정을 내릴 수 없다는 견해를 반영한 것이다.

이미 다수의 국제인권기구는 유해한 성 고정관념 및 고정관념화가 성과 재생산건강 서비스에 대한 접근권 등 여성 및 소녀의 건강에 미치는 부정적인 영향을 인식하고 있다.¹⁷ 건강권에 관한 유엔 특별보고관(UN Special Rapporteur on the Right to Health, 이하 유엔 건강권 특별보고관)은 성 고정관념이 여성의 성적 표현 및 재생산의 자유를 위축시켜 여성의 건강에도 악영향을 미치며 여성의 건강권을 침해한다는 점을 강조해왔다.¹⁸

여성차별적 법률 및 관행에 관한 유엔 실무그룹(The UN Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice)은 이와 같은 유해한 고정관념을 철폐하는데 있어 여성에 대한

논평, 2012, 311-333 쪽, 326-327 쪽; 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 9-10, 28, 34 절; 유엔 건강권 특별보고관, 유엔문서 A/66/254 (2011), 16 절 및 34 절; 유엔 여성차별문제에 관한 실무그룹, 실무그룹 보고서, 유엔 인권이사회(Human Rights Council), 유엔문서 A/HRC/32/44 (2016), 23 절; 유엔 자유권규약위원회, 멜렛 v. 아일랜드, 진정, 2324/2013 호, 유엔문서 CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016), 회원 간 의견일치: 클리브랜드(Cleveland), 벤 아코어(Ben Achour), 및 로드리게즈 레시아(Rodríguez Rescia), 드 투르빌 앤 살비올리(de Frouville and Salvioli).

¹⁴ 여성차별철폐위원회, 일반권고 33 호 (정의에 대한 여성의 접근), 유엔문서 CEDAW/C/GC/33 (2015), 51(i)절; 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 34, 40, 57 절.

¹⁵ 사회권규약위원회, 일반논평 16 호, 유엔문서 E/C.12/2005/4 (2005), 29 절.

¹⁶ 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 30 절.

¹⁷ 사회권규약위원회, 일반논평 16 호, 유엔문서 E/C.12/2005/4 (2005), 29 절 참조; 유엔아동권리위원회, 일반논평 15 호, 유엔문서 CRC/C/GC/15 (2013), 9 절. 성 고정관념이 안전한 임신중지 서비스에 접근할 수 있는 여성의 역량에 미치는 영향은 다수의 사례를 통해 증명되었다. L.M.R. v 아르헨티나 및 K.L. v 페루 사례를 통해 성 고정관념이 피해자의 임신중지 접근성에 부정적 영향을 미친 것이 인정되었다. 유엔인권위원회, ‘L.M.R. v 아르헨티나’, 진정. 1608/2007 호, 유엔문서 CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011), 3.6 절 참조;

유엔인권위원회, “, 진정. No. 1153/2003, 유엔문서 CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), 3.2(b)절

¹⁸ 건강권특별보고관 보고서, 유엔문서 A/66/254 (2011), 16 절

모든 형태의 차별철폐에 관한 협약 제 5 조의 중요성을 강조해왔다.¹⁹ 여성차별철폐위원회는 각 회원국이 “성과 재생산 건강권을 행사할 수 있는 개인이나 집단의 역량을 무효화하거나 저해하는 법과 정책은 폐지하거나 개혁”해야 하는 의무가 있음을 재차 강조했다. 또한 “임신중지 범죄화나 임신중지 제한 법 등 오늘날 다양한 법, 정책, 관행이 성과 재생산 건강권의 완전한 보장에 있어 자율성, 평등권, 차별받지 않을 권리를 훼손하고 있다”고 언급했다.²⁰

2.4. 임신중지 범죄화는 임신중지 낙인을 영구화한다.

임신중지 범죄화는 “임신중지가 비도덕적이며 사회적으로 용인될 수 없다는 기존의 이해”를 영구화하는 것으로²¹ 결국 임신중지를 필요로 하거나 제공 또는 지원하는 모든 사람을 범죄자로 낙인찍는 것이나 마찬가지다. 임신중지가 형사법 체계 내에서 유지되는 한 이러한 낙인은 없어지지도 줄어들지도 않으며 이는 신체적·정신적 건강에 대한 부정적 영향 및 차별로 이어져 여성, 소녀 및 임신한 모든 사람의 인권을 침해하는 결과를 낳는다.

국제인권기구는 임신중지로 인한 낙인이 안전한 임신중지 서비스를 받고자 하는 개별 여성에게 미치는 영향을 분석했으며, 임신중지 범죄화와 이로 인한 낙인 및 수치심이 임신중지를 원하는 이들에 대한 부정적인 성 고정관념과 차별을 야기하고 있다는 결론을 내렸다.²² 여성차별에 관한 유엔 실무그룹(UN Working Group on discrimination against women and girls)은 “임신중지의 범죄화는 궁극적으로 안전하고 필요한 의료 시술을 범죄로 낙인 찍음으로써 여성의 건강 및 인권에 중대한 해를 끼친다”고 언급했다.²³

임신중지를 둘러싼 낙인은 임신을 한 사람이 적시에 안전한 임신중지 시술을 받을 수 있는 접근성을 방해하는 주된 장벽이다. 그렇기에 임신중지에 주수 제한을 두려하는 한국 입법부의 방향성은 상당히 중요한 사안이라고 할 수 있다. 특히 유엔인권기구는 임신중지 규제 및 법률조항에 있어 낙인을 없애야 할 국가의 의무를 지속적으로 강조해왔다. 이를 테면 유엔 여성차별철폐위원회는 모든 회원국들에게 “임신중지를 범죄로 낙인 찍고 임신중지와 피임에 관한 대중의 견해에 부정적인 영향을 끼치는 모든 캠페인을 근절하는 등 여성의 성과 재생산 권리에 대한 개입을 중단”할 것을 촉구했다.²⁴ 사회권 규약위원회는 임신한 이에게 편향적이거나 과학적으로 부정확한 임신중지의 위험성을 알려 임신중지 접근을 방해하는 행위를 금지할 것을 회원국에 권고했다.²⁵

¹⁹ 유엔 여성차별문제에 관한 실무그룹, 실무그룹 보고서, 유엔문서 A/HRC/29/40 (2015), 15 절.

²⁰ 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 34 절.

²¹ K. 김포트(K. Kimport), K. 콕크릴(K. Cockrill) 및 T.A. 웨이츠(T.A. Weitz), '임신중지 클리닉 구조 및 절차의 영향 분석: 임신중지 클리닉 관련 여성의 부정적 경험에 대한 정성적 분석', *피임*, 85, 2012, 204-210 쪽

²² 자유권규약위원회, '멜렛 v. 아일랜드', 진정, 2324/2013 호, 유엔문서 CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016), 7.11 절 참조. See also 자유권규약위원회, '웰런(Whelan) v 아일랜드', 진정, 2425/2014 호, 부속서 II, 유엔문서 CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017) (S. 클리브랜드(S. Cleveland) 의견, 의견일치).

²³ 유엔 여성차별문제에 관한 실무그룹, *국제 인권에 있어 여성의 자율성, 평등, 재생산 건강: 인식, 반발 및 퇴행적 추이 그 사이* (2017년 10월) 참조, www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf

²⁴ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), 31 절.

²⁵ 사회권규약위원회, 최종견해: 슬로바키아, 유엔문서 E/C.12/SVK/CO/3 (2019), 42(b)절.

2.5. 임신중지 범죄화는 보건의로 접근성을 저해한다.

공중보건 연구에 따르면 임신중지 범죄화는 보건의로 접근성을 저해하는 '냉각효과'를 조성하며 예방 가능한 산모사망률 및 질병률을 증가시킨다. 예를 들어 의료 서비스 제공자는 형사처벌의 두려움으로 인해 임신중지 시술을 꺼리거나 거부할 수 있다. 일정한 사유에 한해 임신중지가 합법(또는 비범죄화)으로 인정되는 경우에도 마찬가지다.²⁶

세계보건기구 및 기타 공중보건 전문가는 "임신중지를 법적으로 제한하는 행위는 임신중지 감소나 출산율 증가로 이어 지지 않는다"고 확인한 바 있다.²⁷ 하지만 임신중지 제한 법은 불법 또는 안전하지 않은 임신중지를 필요로 하는 여성의 수를 증가시킬 뿐이며 이에 따른 산모사망률과 질병률 또한 증가시킬 수 있다.²⁸ 세계보건기구는 또한 "안전한 임신중지에 대한 접근성을 보장하는 법과 정책이 곧바로 임신중지의 증가로 이어지지 않으며, 이러한 법과 정책의 주된 효과는 은밀하고 안전하지 않던 기존 시술을 합법적이고 안전한 시술로 바꾸는 것"이라고 강조했다.²⁹

또한 임신중지 범죄화는 치료적 임신중지 또는 유산 후 치료과정 등 필수적인 재생산 건강 서비스에 장벽을 만드는 것과 마찬가지다. 임신한 이가 유산에 대해 신고, 기소 및 수감의 위험이 있는 것을 인지한다면 자신이 필요로 하는 치료를 꺼릴 것이기 때문이다.³⁰

3. 임신중지에 대한 국가별 규제는 임신중지에 대한 국제 인권법 및 기준에 반드시 부합해야 한다.

²⁶ 유럽인권재판소(European Court of Human Rights), '티시악(Tysiac) v 폴란드', App. 5410/03 (2007)호, 116 절

²⁷ 세계보건기구(WHO), '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침 - 법률 및 정책 고려 사항', WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (G. 세지(G. Sedgh), S. 싱(S. Singh), I.H. 샤(I.H. Shah), E. 아만(E. Ahman), S.K. 헨샤(S.K. Henshaw), A. 뱅쿨(A. Bankole) 인용, '인공임신중지: 1995년부터 2008년까지 전 세계적 사례 및 추이', 379 Lancet, 625, 2012, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8; P.B. 레빈(P.B. Levine), D. 스타이거(D. Staiger), '임신중지 정책 및 출산율: 동유럽 경험, XLVII, 법경제학연구 학술지, 223, 2004.

²⁸ 세계보건기구, '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침 - 법률 및 정책 고려 사항', WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (H.P. 데이비드(H.P. David) 인용, "소련", H.P. 데이비드(H.P. David), 편집자, '임신중지 연구: 국제 경험', 렉싱턴(Lexington Books), 1974, 209-16; F. 세르바네스쿠(F. Serbanescu), L. 모리스(L. Morris), P. 스텝(P. Stupp), A. 스타네스쿠(A. Stanescu), '최근 정책변화가 루마니아의 출산, 임신중지, 피임 사용에 미치는 영향', 가족계획에 대한 26 개 연구, 1995, 76-87; I.A. 지로바(I.A. Zhirova), O.G. 프롤로바(O.G. Frolova), T.M. 아스타호바(T.M. Astakhova), E. 케팅(E. Ketting), '러시아 연방 내 임신중지 관련 산모 사망률, 가족계획 3 에 대한 35 개 연구, 2004, 78-88; 유엔개발계획(UNDP), '러시아의 밀레니엄 개발 목표: 미래를 바라본다, 2010).

²⁹ 세계보건기구, '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침 - 법률 및 정책 고려 사항', WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (G. 세지(G. Sedgh), S. 싱(S. Singh), I.H. 샤(I.H. Shah), E. 아만(E. Ahman), S.K. 헨샤(S.K. Henshaw), A. 뱅쿨(A. Bankole) 인용, '유도 유산: 1995년부터 2008년까지 전 세계적 사례 및 추이', 379 Lancet, 625, 2012, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8; D. 그라임스(D. Grimes), J. 벤슨(J. Benson), S. 싱(S. Singh), M. 로메로(M. Romero), B. 가나트라(B. Ganatra), F.E. 오키노푸아(F.E. Okonofua) 등, '안전하지 않은 임신중지: 예방 가능한 대유행', 368 Lancet, 1908, 2006, www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext

³⁰ 유엔 여성차별철폐에 관한 실무그룹, 실무그룹 보고서, 유엔문서 A/HRC/32/44 (2016), 79 절. 여성차별철폐위원회, 최종견해: 엘살바도르, 유엔문서 CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017), 36(a)절 참고; 재생산권리센터, '소외, 박해, 투옥: 엘살바도르의 임신중지 전면 범죄화로 인한 영향', (2014), www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/El-Salvador-CriminalizationOfAbortion-Report.pdf; E. 게바라로사스(E. Guevara-Rosas), '엘살바도르와 'Las 17'', 뉴욕타임즈, 2015 년 3 월 2 일, www.nytimes.com/2015/03/03/opinion/el-salvador-and-las-17.html?mcubz=0.

자유권규약위원회는 국가가 임신중지를 규제하는 경우, “여성 및 소녀가 안전하지 않은 임신중지를 선택하지 않도록 보장해야 할 의무에 부합하는 방식으로 이루어져야 하며 임신중지 관련 법률 개정하고 새로운 장벽을 만들지 않음과 동시에 의료 제공자의 양심적 임신중지 거부³¹ 등 여성 및 소녀가 안전하고 합법적인 임신중지³²를 효과적으로 접근할 수 없도록 막는 기존의 장벽³³을 제거해야 한다”고 말한다.

유엔인권기구는 국가들이 안전한 임신중지가 이론상은 물론 실제로도 가능하도록 보장할 의무가 있다고 강조한다. 다시 말해 국가는 임신한 사람들을 안전하지 않은 임신중지로 내모는 법률을 폐지 또는 개정해야 하며 합법적 의료 서비스에 대한 기존의 장벽을 허무는 동시에 새로운 장벽이 세워지지 않도록 해야 하는 것이다.

3.1. 임신중지 규제는 임신중지를 범죄의 문제가 아닌 보건과 인권의 문제로 다뤄야 한다.

임신중지를 보건 및 인권 문제가 아닌 범죄 문제로 다루는 법률과 정책 구조는 인권에 위배된다. 임신중지와 필수 의료서비스는 본질적으로 다르다고 하며 임신중지를 예외적인 의료서비스로 취급하는 보건 체계도 마찬가지다. 앞서 언급된 것처럼 이와 같은 구조는 유해한 성 고정관념에 기초하는 것이며 넓게는 중대한 성과 재생산 건강서비스, 좁게는 특히 임신중지 서비스를 위태롭게 하는 교차적 차별을 강화하고 허용하는 것이다. 또한 임신한 개인의 재생산 자율성을 부정하고 이들을 차별하며 의료 서비스에 대한 접근성을 저해하고 스스로의 건강과 삶에 대한 결정을 내릴 수 있는 역량을 저해하는 것이다.

반대로 인권에 부합하는 규제 제도는 임신한 사람, 의료 서비스 제공자, 임신중지를 도운 사람을 처벌하지 않으며 오히려 여성, 소녀 및 임신한 모든 사람이 인권의 핵심 요소인 성과 재생산 권리를 행사할 수 있도록 힘을 실어준다. 다시 말해 임신중지와 관련된 기존 및 최신 국제인권기준을 전적으로 준수하기 위해서는 형법에서 낙태죄를 전면 폐지하고 임신중지 관련 정보 및 전후 관리를 성과 재생산 건강의 필수적인 요소로 취급해야 한다.

진료 서비스 제공에 대한 지침, 의료 전문가 면허 인가, 의료 과실로부터 보호, 환자의 사전 동의 요건 등 합법적인 규제 및 의료 윤리 문제는 (성과 재생산) 보건의로 서비스에 대한 전반적인 규제를 통해 해결할 수 있다. 세계보건기구의 안전한 임신중지 지침에도 명시되어 있듯³⁴ 규제 및 규제에 따른 임상 실습에서 가장 중요하게 고려해야 할 요소는 특정 사유로 임신중지를 하거나 임신중지 사후 관리가 필요한 여성 및 소녀 그리고 임신할 수 있는 모든 이들의 권리와 안녕이다. 임신중지를 성과 재생산

³¹ 자유권규약위원회, 최종견해: 요르단, 유엔문서 CCPR/C/JOR/CO/5 (2017), 21 호 참고. 모리셔스 유엔문서 CCPR/C/MUS/CO/5 (2017), 16 절

³² 자유권규약위원회, 일반논평 36 호(생명권), 유엔문서 CCPR/C/GC/36 (2019), 8 절 (자유권규약위원회, 최종견해: 파나마, 유엔문서 CCPR/C/PAN/CO/3 (2008 인용), 9 절; 전 유고 슬라비아 마케도니아 공화국, 유엔문서 CCPR/C/MKD/CO/3 (2015), 11 절. 세계보건기구, '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침'(제 2 호, 2012), 96-97 쪽 참고

³³ 자유권규약위원회, 일반논평 36 호(생명권), 유엔문서 CCPR/C/GC/36 (2019), 8 절 참고. 자유권규약위원회, 최종견해: 요르단, 유엔문서 CCPR/C/JOR/CO/5 (2017), 21 절 참고; 모리셔스 유엔문서 CCPR/C/MUS/CO/5 (2017), 16 절

³⁴ 세계보건기구, '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침'(제 2 호, 2012)

보건의료의 일환으로 해석한다면 임신중지에 접근을 막는 장벽이 무엇인지 명확히 파악하고 제거할 수 있다.

3.2. '주수 제한'을 통한 임신중지 기한 규제는 차별적이며 가장 소외된 이들의 임신중지 접근성을 저해할 수 있다.

임신 후기의 임신중지는 극히 드물지만³⁵ 심각한 상황에 놓인 사람의 경우, 자신의 삶과 건강 관련 이유를 포함해 다양한 이유로 임신 주수와 관계없이 임신중지가 필요할 수 있다. 임신 주수를 토대로 임신중지 기한을 규제(또는 일명 '주수 제한')하는 경우 반드시 그 규제가 임신중지의 접근성을 저해하지 않고 임신한 사람의 인권, 특히 취약 계층의 인권을 침해하지 않아야 한다. 따라서 '주수 제한'을 적용하고자 하는 국가는 국제법적 의무를 준수하여 임신중지가 필요한 모든 사람이 차별 없이, 그리고 임신 주수에 관계없이 안전하고 합법적인 임신중지에 접근할 수 있도록 해야 한다.

자유권규약위원회는 각 국가가 여성, 소녀 및 임신한 사람이 안전하지 않은 임신중지에 내몰리지 않도록 해야 할 국가의 의무와 상반되는 방식으로 임신중지를 규제할 수 없다고 밝혔다.³⁶ 주수의 제한은 양질의 보건 의료에 접근하는 데 있어 자의적으로 차별적인 장벽으로 작용할 수 있다.³⁷ '주수 제한'은 필요한 임신중지 서비스에 대한 접근을 저해함으로써 특히 저소득층이고(혹은 이거나) 소외된 사람들에게 불균등한 영향을 끼친다. 의료 전문가도 임신중지 기한의 법적 요건을 혼동하거나, 과도하게 보수적으로 적용하거나, 책임에 대한 두려움으로 환자의 최상의 건강 결과를 촉진할 수 있는 모든 의료 및 진료 선택지를 고려하지 못하게 될 수 있다.³⁸

한국이 법 개혁을 통해 임신중지 비범죄화를 시도하는 동시에 합법적 임신중지의 모든 사유에 '주수 제한'을 부과하는 것은 사실상 임신중지 접근성을 더욱 제한하는 결과를 낳을 수 있다. 이는 인권의 퇴보 불가 원칙에 위배될 수 있으며, 동시에 여성, 소녀 및 임신한 사람들의 인권을 침해하는 것이기도 하다

3.3. 상담 및 숙려기간의 의무화는 임신중지 접근성에 대한 장벽이다.

국가는 여성, 소녀 및 임신 가능한 모든 사람이 재생산 자율성을 포함한 자신의 권리를 침해하는 어떠한 장벽, 지연 혹은 제한에 구애 받지 않고, 적시에 효과적인 임신중지 서비스에 접근할 수 있도록 보장할

³⁵ 미국에서는 대다수의 임신중지가 임신 초기에 일어나며 임신중지 시술 여성의 9%가 제 1 삼분기(임신 14 주 이상) 이후에 시술을 받고 약 1%가 21 주 이후에 시술을 받는다. 굿타커연구소(Guttmacher Institute), '미국 내 임신중지. 팩트시트', 2019, www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states. 임신중지를 규제하고 있지 않는 캐나다에서는 임신중지의 29%가 8 주 전, 41%가 9~12 주, 7%가 13~16 주, 2%가 21 주 후에 시행된다. 글로브앤메일(Globe & Mail), '임신 주수에 따른 임신중지 비율 분포도', 2012 참고. 잉글랜드웨일스에서는 임신중지의 8%만이 12 주 후에 시행되며 24 주 후에 시행되는 비율은 0.1%에 불과하다. 보건부 산하 정부통계기구 참고 (2016 년 5 월 17 일) 임신중지 통계, 잉글랜드웨일스: 2018 assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/808556/Abortion_Statistics_England_and_Wales_2018_1_.pdf

³⁶ 자유권규약위원회, 일반논평 36 호, 유엔문서 CCPR/C/GC/36 (2019), 8 절.

³⁷ 세계보건기구, 안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침 제 2 호 (2012), 93-94 쪽

³⁸ 어드먼(Erdman), 조안나(Joanna). (2017). 임신중지 관련 법과 인권에서의 시간 이론화. 보건 및 인권. 19. 29-40.

법적 의무가 있다.³⁹ 유엔조약기구는 의무 상담⁴⁰, 숙려기간⁴¹ 등을 안전한 임신중지 서비스를 방해하거나 저해하는 국가가 만든 장벽이라고 지속적으로 비판해왔다. 동시에 합법적 임신중지의 접근을 저해하는 새로운 장벽의 도입을 삼가고 기존의 장벽을 제거할 것을 각 국에 촉구해왔다.⁴² 공중보건 관점에서 세계보건기구는 이러한 장벽으로 인해 여성이 안전한 임신중지를 받지 못한다고 인식하고 장벽을 없앨 것을 요구해왔다.⁴³

여성차별철폐위원회는 한국이 이번 개정안에 포함한 것과 같은 의학적으로 불필요한 숙려기간⁴⁴을 없애도록 국가에 권고했다. 또한 세계보건기구는 “의무 숙려 기간은 치료를 지연시키는 결과를 가져올 수 있으며, 이로 인해 여성들은 안전하고 합법적인 임신중지에 대한 접근성을 위협받고, 의사결정자로서의 자신의 능력이 손상된다”고 경고했다.⁴⁵ 숙려기간은 보건으로 서비스를 받기 위한 추가적인 교통 비용이나 보육비, 결근 등으로 인하여 경제적 수단을 더 적게 보유한 여성과 소녀, 그리고 임신한 모든 이들에게 불균등하고 차별적인 영향을 끼칠 수 있다.

여성차별철폐위원회는 각 국가에 편향된 의무 상담 요건⁴⁶과 같이 임신중지 서비스에 대한 정보 장벽을 없애고, 임신한 사람들에게 과학적이고 증거에 기반한 정보를 제공할 것과 임신 시 선택할 수 있는 모든 선택지에 있어 편향되지 않은 정보를 제공할 것을 촉구했다.⁴⁷ 여성, 소녀 및 임신한 모든 사람이 자신의 임신, 태아 진단, 출산에 있어 강압없이 자율적이며 정보에 입각한 결정을 내리도록 돕기 위해서는 정확하고, 비편향적이며, 낙인없는 정보의 제공과 상담이 필수적이다.⁴⁸ 세계보건기구에 따르면, 임신한 사람의 요청에 따라 제공되는 상담은 자발적이어야 하고, 비밀이 보장되고, 지시적이지

³⁹ 자유권규약위원회, 일반논평 36 호, 유엔문서 CCPR/C/GC/36 (2019), 8 절 참고

⁴⁰ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); 러시아연방, 유엔문서 CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015).

⁴¹ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 슬로바키아, 유엔문서 CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015); 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); 러시아연방, 유엔문서 CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015). 유엔아동권리위원회, 최종견해, 슬로바키아, 유엔문서 CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016).

⁴² 자유권규약위원회, 일반논평 36 호, 유엔문서 CCPR/C/GC/36 (2019), 8 절(“당사국은 새로운 장벽을 도입해서는 안 되며 의료 제공자의 양심적 거부 행위를 포함하여 여성 및 소녀의 안전하고 합법적인 임신중지 시술 접근을 저해하는 기존의 장벽을 없애야 한다.”)

⁴³ 이러한 장벽에는 정보에 대한 접근성 부족, 제 3 자 권한 필요, 비밀 및 프라이버시 보장 실패, 기타 기관으로의 안내 없이 의료 제공자-시설의 양심적 거부 허용 등이 포함된다. 세계보건기구, ‘안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침’(제 2 호, 2012), 95-97 쪽 참고

⁴⁴ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), 30 절

⁴⁵ 세계보건기구, ‘안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침’(제 2 호, 2012), 96 쪽 참고

⁴⁶ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), 30 절.

⁴⁷ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 슬로바키아, 유엔문서 CEDAW/C/SVK/CO/5- 6 (2015), 31 절

⁴⁸ 공동성명, 임신중지, 산전검사 및 장애와 관련된 나이로비 원칙(The Nairobi Principles on Abortion, Prenatal Testing and Disability), 2019, nairobiprinciples.creaworld.org/nairobi-principles-on-abortion-prenatal-testing-and-disability/ (원칙 6: “예비 부모가 임신 지속 또는 중단 여부에 대해 정보에 입각한 결정을 내리도록 돕는 유일한 방법은 산전검사와 상담과정 중 장애차별주의 근절하고, 모든 부모가 장애 아동이나 사회적 소외 아동을 양육하는데 필요한 환경과 사회경제적 지원을 받도록 보장해야 하며 공·사 모든 삶의 영역에서 장애인의 권리와 참여를 증진하는 등의 적극적 조치를 통해서 언어짐을 확인한다. 원칙 12: “산전과학과 기술의 발전에 따라 우리는 의료 제공자가 산전검사 및 진단과정 중 임신한 사람에게 중립적이고 편견없이 증거에 기반한 모든 정보를 제공해야 한다는 것을 인정한다. 의료 제공자가 장애인의 권리와 현실의 삶에 기반한 교육을 받거나 이러한 정보를 제공할 수 있는 관련자에게 안내할 수 있도록 하는 전문적이고 윤리적인 표준 의료 교육을 지지한다.”)

않으며, 전문가에 의해 진행되어야 한다.⁴⁹ 아동권리위원회 또한 편향된 상담에 대해 비판하며 “보건의로 전문가가 임신중지에 대해 의학적으로 정확하며 낙인 없는 정보를 제공하는 것”이 핵심이라고 언급했다.⁵⁰ 유사한 맥락에서 여성차별철폐위원회와 유엔 장애인권리위원회(UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities)는 “국가는 장애 여성을 포함하여 모든 여성이 성과 재생산 건강에 대해 자율적인 결정을 내릴 수 있도록 효과적인 조치를 취해야 하며 이와 관련하여 여성들이 과학적 증거에 기반한 정보, 편향되지 않은 정보에 접근할 수 있도록 해야 한다”고 강조했다.⁵¹

3.4. 임신중지 서비스의 제공을 거부하는 의료 제공자의 행위는 반드시 적절히 규제되어야 한다.

국제법에서는 양심이나 종교적 신념을 이유로 의료 제공을 거부할 수 있는 권리를 명시적으로 인정하고 있지 않다. 오히려 유엔이나 지역인권기구는 의료 서비스 제공 거부가 여성과 소녀 그리고 임신한 모든 사람의 건강과 인권에 유해한 영향을 미친다고 인식하고 있다. 이에 따라 인권기구들은 의료 거부를 허용하는 국가에 이를 적절히 규제하여 합법적인 임신중지 서비스 접근을 제한하지 않을 것을 거듭 촉구해왔다.⁵²

우선 임신중지 진료에 대한 예외 범위를 정확히 정의하고 적용시 이를 명확히 규제해야 한다. 의료 전문가가 임신중지 시술 요청을 거부하는 경우 해당 전문가는 즉시 정확한 정보를 제공하고 다른 전문가에게 적시에 안내하는 등 다른 선택지를 모색해야 한다.⁵³ 사람의 생명을 구하거나 심각한 손상을 예방하기 위해 임신중지 서비스가 필요하거나 임신중지 사후 치료가 반드시 필요한 경우, 또는 다른 기관으로의 안내가 불가하고 치료의 연속성이 저해될 것으로 사료되는 경우, 의료 제공자는 개인적 신념에 관계없이 반드시 의료 서비스를 제공해야 한다.⁵⁴ 유엔인권기구는 국가가 기관 단위의 집단적 진료 거부를 허용해서는 안 된다고 강조한다.⁵⁵ 또한 사회권규약위원회는 서비스를 제공할 의사와 역량이 있는 의료 전문가를 충분히 확보해야 하며 이를 필요로 하는 모든 이가 쉽게 접근할 수

⁴⁹ 세계보건기구, '안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침'(제 2 호, 2012), 36 쪽 참고

⁵⁰ 유엔 아동권리위원회, 최종견해: 슬로바키아, 유엔문서 CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), 41(e)절. 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 41 절 참고.

⁵¹ 여성차별철폐위원회 및 장애인권리위원회 공동성명, '장애 여성을 포함한 모든 여성의 성과 재생산건강 및 권리 보장', 2018 년 8 월 29 일, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx

⁵² 사회권규약위원회, 최종견해: 폴란드, 유엔문서 E/C.12/POL/CO/5 (2009), 28 절. 여성차별철폐위원회, 최종견해: 폴란드, 유엔문서 CEDAW/C/POL/CO/6 (2007), 25 절; 슬로바키아, 유엔문서 CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008), 29 절. 유엔인권위원회, 최종견해: 폴란드, 유엔문서 CCPR/C/POL/CO/6 (2010), 12 절.

⁵³ 유엔 건강권 특별보고관 보고서 - 폴란드 실태조사 보고서, 유엔문서 A/HRC/14/20/Add.3 (2010), 50 및 85(k)절.

⁵⁴ 양심적 거부에 대한 국제, 유럽 및 미주 지역 인권 기준은 재생산권리센터 '양심적 거부 및 재생산권리: 국제인권기준(2013)을 참조 www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf

⁵⁵ 여성차별철폐위원회, 최종견해: 헝가리, 유엔문서 CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), 31(d)절; 유엔 아동권리위원회, 최종견해: 슬로바키아, 유엔문서 CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), 41(f)절.

있도록 해야 한다고 강조했다.⁵⁶ 의료윤리지침에 따라 의료 제공자는 개인의 신념에 의한 진료 거부보다 환자의 치료를 우선해야 한다.⁵⁷

진료 거부 등 의료 서비스 제공을 규제할 국가의 의무는 공공기관뿐 아니라 민간 기관에도 적용된다. 게다가 국가는 모든 보건 규제 및 의료 서비스 제공이 인권에 부합하도록 보장해야 할 보다 광범위한 의무를 지닌다. 사회권규약위원회는 “보호 의무에는[...]의료 분야의 민영화로 인해 의료 시설과 의료 상품 및 서비스 가용성, 접근성, 수용성 및 품질에 영향을 끼치지 않도록 할 국가의 의무가 포함된다”고 말한다.⁵⁸

진료 거부를 허용하는 경우, 입법부는 이 모든 절차가 인권에 부합하도록 규제해야 하며 임신중지를 필요로 하거나 원하는 여성과 소녀 그리고 임신한 모든 사람이 적시에 임신중지 서비스를 받을 수 있도록 보장해야 한다.

끝.

⁵⁶ 사회권규약위원회, 일반논평 22 호, 유엔문서 E/C.12/GC/22 (2016), 14, 43 절 (“개인의 양심으로 인한 서비스 제공 거부 등 신념에 기초한 정책과 관행으로 재화와 서비스를 제공할 수 없는 경우 이는 서비스 접근의 장벽으로 작용해서는 안 된다. 지리적으로 합리적인 범위 내 모든 공공·민간 시설에 의료 서비스를 제공할 의사 및 역량이 있는 의료 전문가가 항상 확보되어 있어야 한다... 의료제공자의 양심적 거부가 허용되는 경우 해당 국가는 반드시 이 서비스를 제공할 능력과 의사가 있으며 접근 가능한 의료 제공자에게 안내하도록 규정하는 등 양심적 거부 관행을 적절히 규제하여 성과 재생산 보건 접근성에 영향을 주지 않고 긴급상황에도 이러한 서비스가 적절히 수행될 수 있도록 해야 한다.”).

⁵⁷ J. 부에노데메스키타(J. Bueno de Mesquita) 및 L. 파이너(L. Finer), ‘양심적 거부: 성과 재생산 건강과 권리보호’, 에식스대학교 인권센터(University of Essex Human Rights Centre), 2008. 국제산부인과학회 인간생식 및 여성건강의 윤리적 측면 연구 위원회(FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health), ‘산부인과의 윤리적 문제’(국제산부인과학회, 2015) 참고. 세계보건기구, ‘안전한 임신중지: 의료 시스템을 위한 기술 및 정책 지침’(제 2 호, 2012) 참고.

⁵⁸ 사회권규약위원회, 일반논평 14 호, 유엔문서 E/C.12/2000/4 (2000), 35 절.



Minister Choo Mi-ae,
Building #1, Government Complex-Gwacheon, 47, Gwanmun-ro,
Gwacheon-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea 13809

16 November 2020

Dear Justice Minister,

Amnesty International Korea is making a submission in response to the public consultation around the proposal to amend laws regulating abortion in the Republic of Korea. The submission summarizes the obligations of the government in terms of providing timely access to abortion, among other sexual and reproductive health care services. It also points out certain human rights issues we identified, as an international human rights movement, in the currently proposed legal amendments.

This submission is presented to the government of the Republic of Korea through the Korea section of Amnesty International, but was put together as a collaborative effort between the section and staff with expertise in the areas of abortion-related law and policy in the International Secretariat. It fully represents the opinion of Amnesty International as an international human rights movement on the decriminalization of abortion and how this should be achieved in a manner that ensures access to such services, without barriers or discrimination to all pregnant people who need it.

Amnesty International strongly encourages the Korean government to take on a human rights-compliant regulatory framework which does not punish pregnant people, healthcare providers and others facilitating access to abortion, but rather empower women, girls and all people who can become pregnant to realize their sexual and reproductive rights as a core component of their full range of human rights. Full decriminalization of abortion is necessary in stopping the perpetuation of a common perception that abortion is morally wrong or socially unacceptable, and in ending the stigmatization of those who need, provide, or assist with abortion services.

With the above, and the content presented in this submission, we reiterate the need for abortion to be removed from the criminal law entirely, and for abortion-related information and care to be treated as an essential component of sexual and reproductive health care.

Thank you for your attention. Please feel free to contact us at any time for further discussion.

Yours sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sylvia Jihyun Yoon".

Sylvia Jihyun Yoon
Director, Amnesty International Korea

1. Background

On April 11, 2019, South Korea's Constitutional Court ruled that the country's highly restrictive abortion laws were unconstitutional.¹ As a result, South Korea's legislature must revise the existing legal framework around abortion by December 31, 2020.

The Ministry of Justice and the Ministry of Health and Welfare on October 7th initiated a public consultation around a proposal to amend laws regulating abortion, including the Criminal Act and the Mother and Child Act.² At present, abortion is permitted as exceptions to the Criminal Act, without time limits, in cases where pregnancy was the result of rape, on medical grounds, and when the pregnant woman or her husband suffer from a genetic disorder or mental disability pending the consent of both spouses.

While the proposed legal amendments to the Criminal Act call for decriminalizing abortion during the first 14 weeks of pregnancy, regardless of reason, are a critical step forward, the remaining amendments are flawed on various grounds. For example, the amendments seek to continue to impose a twenty-four-week gestational limit on the existing legal grounds of abortion (referenced above), thus reducing legal and practical access to these often life and health-saving procedures. The amendments would also introduce a new legal exception in cases where a pregnant woman can prove a specific social or economic reason requiring termination of the pregnancy between 15 and 24 weeks of pregnancy but this is conditional on a 24-hour mandatory waiting period and mandatory counselling. With regard to the Mother and Child Act, the proposed amendments introduce a "right to refuse abortion services" for abortion providers; creating yet another significant barrier to abortion access in the country to the detriment of women's, girls' and pregnant persons' human rights.

Another significant human rights issue with the proposed legal amendments is that they retain and reinforce South Korea's criminal regulation of abortion. While some pregnant people may be excepted from criminal punishment if they seek abortions in the first 14 weeks of pregnancy or under the above-referenced grounds (within the 24 week gestational limit), many will continue to face punishment if they need abortions for other reasons and/or cannot access services during the prescribed legal time limits. Continuing to take a criminalized approach to abortion also continues to stigmatize this essential health service and to have a "chilling effect" on the provisions of lawful services due to medical providers fear of contravening the law and facing punishment. Moreover, as opposed to responding to the Constitutional Court's ruling to expand abortion access, they reinforce existing stigmas, as well as introduce new barriers to services. As such, the proposed legal amendments fail to sufficiently respond to the Constitutional Court's mandate to the South Korean legislature.

The proposed legal amendments also fail to fully comply with evolving international human rights law and standards around abortion. The right to access safe abortion services is built upon a broad constellation of human rights. Over the years, the UN human rights bodies are increasingly recognizing the significant harm caused by criminalizing abortion, including through laws which restrict abortion access to certain grounds (*i.e.* risk to life or health, sexual assault or foetal impairment) that are being treated as exceptional circumstances within a criminal legal framework, and are increasingly calling for full decriminalization of abortion and access to safe abortion for all pregnant people who need it. Additionally, UN human rights bodies increasingly call on states to ensure that access to safe abortion is available not only in theory but in practice, which means that states must remove or reform laws that force pregnant people to seek unsafe abortions and remove all existing barriers to lawful services while refraining from introducing new ones.

The current submission provides a summary of evolving international human rights law and standards regarding full decriminalisation of abortion and ensuring access to safe abortion services without barriers or discrimination to all pregnant people who need it. Amnesty International South Korea calls upon the legislature to align its proposed legal amendments with this evolution and trajectory and to respect, protect and fulfil the human rights of women, girls and all people who can become pregnant.

2. Human rights impact of criminalization of abortion

¹ [South] Korean Constitutional Court (Case No.: 2017Hun-Ba127, KCCR, April 12, 2019) : <http://english.court.go.kr/cckhome/engNew/decisions/casesearch/caseSearchPop.do>

² Ministry of Government Legislation notice No.2020-307(2020. 10. 7.) | Law(Partial revision) <https://opinion.lawmaking.go.kr/gcom/ogLmPp/60959> (in Korean)

There is a growing recognition among the UN human rights bodies that criminalisation of abortion, even when exceptions to the criminal law are made to allow abortion in some circumstances (a so-called grounds-based approach) – negatively impacts the rights, health and wellbeing of women, girls and people who can become pregnant, as well as contravenes states’ international human rights legal obligations and fundamental legal principles. The sections below outline some of the harmful human rights impact of restrictive abortion laws.

2.1. Criminalization of abortion violates reproductive autonomy and a wide range of women’s, girls’ and pregnant persons’ human rights

The ability to exercise reproductive autonomy, control one’s reproductive life and decide if, when and how to have children is essential to the full realization of human rights for women, girls and all people who can become pregnant.³ While UN human rights bodies initially focused on abortion access as a measure to decrease preventable maternal mortality and morbidity due to unsafe abortion, over the years these expert bodies have moved on to conceptualizing abortion access as essential to ensuring the full range of human rights, such as the rights to personal and bodily autonomy, equality and non-discrimination, dignity, privacy, information and the right to be free from torture and other ill-treatment.⁴ In turn, UN human rights bodies’ recommendations to states call for more than simply decriminalizing abortion in certain proscribed circumstances, but rather broad access and removal of barriers to enable people to make autonomous decisions about their bodies and the course of their lives. For example, The CESCR Committee has explicitly articulated increased access to abortion, as well as other sexual and reproductive health services as part of states’ obligation to “respect the right of women to make autonomous decisions” about their health.⁵ UN experts have also noted that restrictive laws and policies on abortion not only contravene human rights law, but also “negate [women’s] autonomy in decision-making about their own bodies.”⁶ Along similar lines, the CRC Committee has called on states to ensure that the views of pregnant girls are always heard and respected in abortion decisions.⁷

2.2. Criminalization of abortion perpetuates gender and intersectional discrimination

States have a legal obligation to ensure that women, girls and all people who can become pregnant can enjoy their human rights without discrimination.⁸ The UN Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee) has consistently called on states to adopt appropriate legal and other measures to eliminate all forms of discrimination against women by public authorities and non-state actors (individuals, organizations and enterprises)⁹ and to guarantee substantive equality in all areas of life.¹⁰

³ The submission refers to women and girls, people who can become pregnant and pregnant people or individuals. This recognizes that while the majority of personal experiences with abortion relate to cisgender women and girls (that is, women and girls whose sense of personal identity and gender corresponds with the sex they are assigned at birth), intersex people, transgender men and boys, and people with other gender identities may have the reproductive capacity to become pregnant and may need and have abortions. For the purposes of this submission, references to ‘women and girls’ refers to those women and girls who have the capacity to become pregnant, which generally applies to cisgender women.

⁴ See UN Human Rights Committee, *Mellet v Ireland*, Comm. No. 2324/2013, UN Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016). See also Center for Reproductive Rights, ‘Breaking ground 2020: Treaty monitoring bodies on reproductive rights’, 2020,

reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights. See also J.B. Fine, K. Mayall and L. Sepúlveda, ‘The role of international human rights norms in the liberalization of abortion laws globally’, Health and Human Rights Journal, 2017, www.hhrjournal.org/2017/06/the-role-of-international-human-rights-norms-in-the-liberalization-of-abortion-laws-globally/

⁵ CESCR Committee, General Comment 22 on the right to sexual and reproductive health (Article 12 of the ICESCR), UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 28.

⁶ UN Office of the High Commissioner for Human Rights, ‘Unsafe abortion is still killing tens of thousands of women around the world’ – UN rights experts warn, 28 Sept 2016. Alda Facio, Chair-Rapporteur of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice; Dainius Pūras, Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Juan E. Mendez, Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment; and Dubravka Šimonović, Special Rapporteur on violence against women, www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20600&LangID=E

⁷ CRC Committee, Concluding Observations: Ireland, UN Doc. CRC/C/IRL/CO/3-4 (2016), para. 58(a); Morocco, UN Doc. CRC/C/MAR/CO/3-4 (2014), para. 57(b); Kuwait, UN Doc. CRC/C/KWT/CO/2 (2013), para. 60; Sierra Leone, UN Doc. CRC/C/SLE/CO/3-5 (2016), para. 32(c); United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, UN Doc. CRC/C/GBR/CO/5 (2016), para. 65(c).

⁸ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), Article 15. See also CEDAW Committee, General Recommendation 33, UN Doc. CEDAW/C/GC/33 (2015), para para 6 and 21. The content and scope of CEDAW Article 2 are further detailed in the Committee’s General Recommendation 28 on the core obligations of states parties under Article 2 of the Convention, 47th Session, UN Doc. CEDAW/C/GC/28 (2010). Article 3 of the Convention mentions the need for appropriate measures to ensure that women can exercise and enjoy their human rights and fundamental freedoms on a basis of equality with men.

⁹ CEDAW Committee, General Recommendation 33, UN Doc. CEDAW/C/GC/33 (2015), para. 21.

¹⁰ CEDAW Committee, General Recommendation 33, UN Doc. CEDAW/C/GC/33 (2015), para. 6. The content and scope of CEDAW Article 2 are further detailed in the Committee’s General Recommendation 28 on the core obligations of states parties under Article 2 of the

Criminal and punitive abortion laws, policies and practices violate the right to equality and equal protection under the law guaranteed under international and regional human rights treaties and most national constitutions.¹¹ The CEDAW Committee has explicitly stated that “it is discriminatory for a State party to refuse to provide legally for the performance of certain reproductive health services for women.”¹² The Committee has also long recognized that neglecting, overlooking or failing to accommodate women’s specific health needs, including in relation to pregnancy, is a form of discrimination against women.¹³

In line with the recommendations of the CEDAW Committee and a range of other human rights treaty bodies, states must repeal discriminatory criminal laws, including laws that criminalize abortion.¹⁴ The UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR Committee) has also made clear that equality in the context of the right to health “requires at a minimum the removal of legal and other obstacles that prevent men and women from accessing and benefitting from healthcare on a basis of equality.”¹⁵

The CESCR Committee has also called on states to take measures to specifically address the “exacerbated impact” of multiple and intersectional discrimination, which disproportionately affects the most marginalized groups of women, girls and pregnant people – such as women of lower economic status, women with disabilities, migrant and refugee women and girls, adolescents, lesbian, bisexual, transgender and intersex persons .¹⁶

2.3. Criminalization of abortion perpetuates harmful gender stereotypes and denies gender equality

Criminalization of abortion, including restrictive abortion laws, is grounded in harmful gender stereotypes about women’s role in society and further perpetuates such stereotypes. They reflect the view that women’s primary social role is to be mothers and child carers due to women’s biology, and that women cannot be trusted to make responsible decisions about their pregnancies.

The negative impact of harmful gender stereotypes and gender stereotyping on the health of women and girls, in particular on their access to sexual and reproductive health services, has been acknowledged by multiple international human rights bodies.¹⁷ The UN Special Rapporteur on the right to health has highlighted that gender stereotypes often curtail women’s sexual expression and reproductive freedom, resulting in poor health outcomes for women and violations of their right to health.¹⁸

The UN Working Group on discrimination against women and girls has emphasized the vital importance of CEDAW Article 5 in addressing such harmful stereotyping.¹⁹ The CESCR Committee has also reaffirmed that states have an obligation to “repeal or reform laws and policies that nullify or impair certain individual’s and

Convention, 47th Session, UN Doc. CEDAW/C/GC/28 (2010). Article 3 of the Convention mentions the need for appropriate measures to ensure that women can exercise and enjoy their human rights and fundamental freedoms on a basis of equality with men.

¹¹ See, for example, articles 7 and 8 of the Universal Declaration of Human Rights, articles 2 and 14 of the International Covenant on Civil and Political Rights, and articles 2(2) and 3 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. At the regional level, the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (European Convention on Human Rights), the American Convention on Human Rights and the African Charter on Human and Peoples’ Rights all contain relevant provisions.

¹² CEDAW Committee, General Recommendation 24: Article 12 of the Convention (Women and Health), UN Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I, 1999, para. 11.

¹³ CEDAW Committee, General Recommendation 24, UN Doc. A/54/38/Rev.1, chap. I, 1999, paras 6, 11, 12; CEDAW Committee, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v Brazil*, Comm. No. 17/2008, UN Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011); R.J. Cook and V. Undurruga, ‘Article 12 [Health]’, in M. Freeman, C. Chinkin and B. Rudolf (eds.), *The UN Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*, 2012, pp. 311-333, pp. 326-327; see also CESCR, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), paras. 9-10, 28, 34; Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc. A/66/254 (2011), paras 16 and 34; UN Working Group on discrimination against women and girls, Report of the Working Group, Human Rights Council, UN Doc. A/HRC/32/44 (2016), para. 23; Human Rights Committee, *Mellet v Ireland*, Comm. No. 2324/2013, UN Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016), concurring opinions of members: Cleveland, Ben Achour, and Rodríguez Rescia, de Frouville and Salvioli.

¹⁴ See CEDAW, General Recommendation 33 (women’s access to justice), UN Doc. CEDAW/C/GC/33 (2015), para. 51(l); CESCR Committee, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), paras 34, 40, 57.

¹⁵ CESCR Committee, General Comment 16, UN Doc. E/C.12/2005/4 (2005), para. 29.

¹⁶ CESCR Committee, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 30.

¹⁷ See for example CESCR, General Comment 16, UN Doc. E/C.12/2005/4 (2005), para. 29; CRC Committee, General Comment 15, UN Doc. CRC/C/GC/15 (2013), para. 9. The impact of gender stereotypes on women’s ability to access safe abortion services has been highlighted in a number of individual cases. In *L.M.R. v Argentina*¹⁷ and *K.L. v Peru*¹⁷ gender stereotyping was acknowledged to have negatively affected the ability of the victims to access abortion. See Human Rights Committee, *L.M.R. v Argentina*, Comm. No. 1608/2007, UN Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011), para. 3.6; Human Rights Committee, *K.L. v Peru*, Comm. No. 1153/2003, UN Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), para. 3.2(b).

¹⁸ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc. A/66/254 (2011), para. 16.

¹⁹ UN Working Group on discrimination against women and girls, Report of the Working Group, UN Doc. A/HRC/29/40 (2015), para. 15.

group's ability to realise their right to sexual and reproductive health. A wide range of laws, policies and practices undermine the autonomy and right to equality and non-discrimination in the full enjoyment of the right to sexual and reproductive health, for example criminalization of abortion or restrictive abortion laws."²⁰

2.4. Criminalization of abortion perpetuates abortion-related stigma

Criminalization of abortion perpetuates a "shared understanding that abortion is morally wrong and/or socially unacceptable"²¹, and thus results in stigmatization of those who need, provide, or assist with abortion services. This stigma is not eliminated or even reduced as long as abortion is retained within the criminal legal framework, which can lead to poor physical and mental health outcomes and discrimination, both of which violate the human rights of women, girls and pregnant people.

International human rights bodies have analysed the impact of abortion-related stigma on individual women seeking safe abortion services and have concluded that criminalization of abortion and associated abortion stigma and shame subject people seeking abortion to harmful gender stereotyping and discrimination.²² The UN Working Group on discrimination against women and girls has observed that: "Ultimately, criminalization does grave harm to women's health and human rights by stigmatising a safe and needed medical procedure."²³

Abortion-related stigma is a key barrier to pregnant people's timely access to safe abortion—a significant issue in South Korea if the legislature moves to impose time limits on abortion. Notably, UN human rights bodies have increasingly drawn attention to states' obligations to address stigma in the context of abortion regulation and provision. For example, the CEDAW Committee has urged a member state to "cease all negative interference with women's sexual and reproductive rights, including by ending campaigns that stigmatise abortion and seek to negatively influence the public view on abortion and contraception."²⁴ The CESCR Committee has called on a member state to prohibit any exposure of pregnant persons to biased or scientifically inaccurate information on the alleged risks of abortion, which may impede their access to services.²⁵

2.5. Criminalization of abortion undermines access to health care

Public health evidence demonstrates that criminalization of abortion creates a "chilling effect" that undermines access to health services and results in an increase in preventable maternal mortality and morbidity. For example, service providers are more reluctant to, or may refuse to, provide abortion services if there is a threat of criminal punishment. This is the case even where abortion is lawful (or decriminalized) but only on certain particular grounds.²⁶

The WHO and other public health experts have confirmed: "Legal restrictions on abortion do not result in fewer abortions, nor do they result in significant increases in birth rates."²⁷ However, restrictive abortion laws are likely to result in a rise in the number of women seeking illegal or unsafe abortions and therefore in increased maternal morbidity and mortality.²⁸ The WHO also noted that "laws and policies that facilitate access to safe abortion do

²⁰ CESCR Committee, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 34.

²¹ K. Kimport, K. Cockrill and T.A. Weitz, 'Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: A qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics', *Contraception*, 85, 2012, pp. 204-210.

²² See Human Rights Committee, *Mellet v Ireland*, Comm. No. 2324/2013, UN Doc. CCPR/C/116/D/2324/2013 (2016), para 7.11. See also Human Rights Committee, *Whelan v Ireland*, Comm. No. 2425/2014, Annex II, UN Doc. CCPR/C/119/D/2425/2014 (2017) (opinion of S. Cleveland, concurring).

²³ See UN Working Group on discrimination against women and girls, *Women's autonomy, equality and reproductive health in international human rights: Between recognition, backlash and regressive trends* (October 2017), www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf

²⁴ CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), para. 31.

²⁵ CESCR Committee, Concluding Observations: Slovakia, UN Doc. E/C.12/SVK/CO/3 (2019), para. 42(b).

²⁶ European Court of Human Rights, *Tysiac v Poland*, App. No. 5410/03 (2007), para. 116.

²⁷ WHO, 'Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – legal and policy considerations', WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (citing G. Sedgh, S. Singh, I.H. Shah, E. Ahman, S.K. Henshaw, A. Bankole, 'Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, 379 *Lancet*, 625, 2012, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11) 61786-8; P.B. Levine, D. Staiger, 'Abortion policy and fertility outcomes: The Eastern European experience', XLVII, *Journal of Law and Economics*, 223, 2004.

²⁸ WHO, 'Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – Legal and policy considerations', WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (citing, H.P. David, "Soviet Union", In H.P. David, editor, 'Abortion research: international experience', Lexington (MA): Lexington Books, 1974, 209-16; F. Serbanescu, L. Morris, P. Stupp, A. Stanescu, 'The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania', 26 *Studies in Family Planning*, 1995, 76-87; I.A. Zhirova, O.G. Frolova, T.M. Astakhova, E. Ketting, 'Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation', 35 *Studies in Family Planning* 3, 2004, 78-88; UNDP, 'Millennium development goals in Russia: Looking into the future', 2010).

not increase the rate or number of abortions. The principle effect is to shift previously clandestine, unsafe procedures to legal and safe ones.”²⁹

Criminalizing abortion also creates barriers to other essential reproductive health services such as life-saving post-abortion or miscarriage care; when people know they risk being reported, prosecuted and imprisoned for having miscarriages, this can discourage them from seeking the care they need.³⁰

3. State regulation of abortion must not contravene international human rights law and standards around abortion

The UN Human Rights Committee (HRC) has confirmed that while a state may regulate abortion, it must not do so in “a manner that runs contrary to its duty to ensure that women and girls do not have to undertake unsafe abortions, and it should revise its abortion laws accordingly, and should not introduce new barriers and should remove existing barriers³¹ that deny effective access by women and girls to safe and legal abortion,³² including barriers caused as a result of the exercise of conscientious objection by individual medical providers.”³³

UN human rights bodies have also emphasized that states have an obligation to ensure that access to safe abortion is available not only in theory but in practice, which means that states must remove or reform laws that force most people to seek unsafe abortions, and to remove all existing barriers to lawful services, as well as refrain from introducing new ones.

3.1. Abortion regulation should not treat abortion as criminal matter but as a health and human rights issue

Legal and policy frameworks that primarily treat abortion as a criminal matter, as opposed to a health and human rights matter, are not human rights-compliant. The same applies when health systems exceptionalize abortion by treating abortion services differently than other necessary health services. As discussed earlier in this submission, such frameworks are based in harmful gender stereotypes and reinforce and enable intersectional forms of discrimination, which jeopardize critical sexual and reproductive health services in general, and abortion services in particular. These legal frameworks also deny pregnant individuals’ reproductive autonomy, discriminate against them and undermine their access to healthcare services and their ability to make decisions about the health and lives.

By contrast, human rights-compliant regulatory frameworks do not aim to punish pregnant people, healthcare providers and others facilitating access to abortion, but rather empower women, girls and people who can become pregnant to realize their sexual and reproductive rights as a core component of their full range of human rights. In other words, to fully comply with existing and evolving international human rights standards around abortion, regulatory frameworks should remove abortion from the criminal law entirely and treat abortion-related information and care as an essential component of sexual and reproductive health care.

²⁹ WHO, ‘Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – legal and policy considerations’, WHO/RHR/15.04, 2015, 2 (citing G. Sedgh, S. Singh, I.H. Shah, E. Ahman, S.K. Henshaw, A. Bankole, ‘Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008’, 379 *Lancet*, 625, 2012, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8; D. Grimes, J. Benson, S. Singh, M. Romero, B. Ganatra, F.E. Okonofua, et al., ‘Unsafe abortion: The preventable pandemic’, 368 *Lancet*, 1908, 2006, www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext

³⁰ UN Working Group on discrimination against women and girls, Report of the Working Group, UN Doc. A/HRC/32/44 (2016), para. 79. See also CEDAW Committee, Concluding Observations: El Salvador, UN Doc. CEDAW/C/SLV/CO/8-9 (2017), para. 36(a); Center for Reproductive Rights, ‘Marginalised, persecuted and imprisoned: The effect of El Salvador’s total criminalization of abortion’, (2014), www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/El-Salvador-CriminalizationOfAbortion-Report.pdf; E. Guevara-Rosas, ‘El Salvador and ‘Las 17’’, *New York Times*, 2 March 2015, www.nytimes.com/2015/03/03/opinion/el-salvador-and-las-17.html?mcubz=0.

³¹ See Human Rights Committee, Concluding Observations: Jordan, UN Doc. CCPR/C/JOR/CO/5 (2017), para. 21; Mauritius UN Doc. CCPR/C/MUS/CO/5 (2017), para. 16.

³² Human Rights Committee, General Comment 36 (Right to Life), UN Doc. CCPR/C/GC/36 (2019), para. 8 (citing Human Rights Committee, Concluding Observations: Panama, UN Doc. CCPR/C/PAN/CO/3 (2008), para. 9; FYROM, UN Doc. CCPR/C/MKD/CO/3 (2015), para. 11. See also WHO, ‘Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems’ (2nd ed., 2012), pp. 96-97.

³³ See Human Rights Committee, General Comment 36 (Right to Life), UN Doc. CCPR/C/GC/36 (2019), para. 8. See also Human Rights Committee, Concluding Observations: Jordan, UN Doc. CCPR/C/JOR/CO/5 (2017), para. 21; Mauritius UN Doc. CCPR/C/MUS/CO/5 (2017), para. 16.

Legitimate regulatory and medical ethics concerns such as guidance on clinical service provision, the licensing of health professionals, protection from medical malpractice and requirements for patients' informed consent can be addressed as part of the overall regulation of (sexual and reproductive) health-care services. The overarching concern of such regulation and the clinical practice flowing from them – as stated in the WHO safe abortion guidelines³⁴ – must be the rights and wellbeing of all women, girls and others who may seek abortions for a variety of reasons or may need post-abortion care. Once abortion is treated as part of the continuum of sexual and reproductive health care, access barriers can be more clearly identified and eliminated.

3.2. Time-bound regulation of abortion through the imposition of “gestational limits” may be discriminatory and deny access to abortion to the most marginalized pregnant people

While abortions later in pregnancy may be rare,³⁵ pregnant individuals in critical situations may need abortion at any stage of pregnancy for various reasons, including to safeguard their health and lives. It is essential that when considering the imposition of time-bound limits on abortion based on an estimated gestational age of pregnancy (or the so-called “gestational limits”), to ensure that any such regulation does not undermine access to abortion services and does not violate pregnant persons' human rights, particularly those from marginalized groups. To this end, states seeking to impose “gestational limits” must continue to account for and comply with their international legal obligations to ensure access to safe and legal abortion services at all stages of pregnancy to all people who need it, without discrimination.

The UN Human Rights Committee has confirmed that States cannot regulate abortion in a manner that is contrary to their obligation to ensure that women, girls and pregnant persons are not forced to resort to abortions performed under unsafe conditions.³⁶ This is particularly important against public health evidence that gestational limits may constitute an arbitrary and discriminatory barrier to accessing quality healthcare.³⁷ “Gestational limits” can deny people access to necessary abortion services, disproportionately impacting those from lower-income and/or marginalized backgrounds. Health professionals can also be arbitrarily precluded from considering all medical and clinical options available to promote the best health outcome of their patients due to confusion around and/or an overly cautious application of time-bound legal requirements, due to fear of liability.³⁸

In the South Korean context, undertaking law reform that further decriminalizes abortion yet simultaneously imposes “gestational limits” on all grounds for legal abortion could actually lead to further restricting abortion access—a move that could contravene the principle of non-retrogression and violate the human rights of girls, women and pregnant persons.

3.3. Mandatory counselling and waiting periods constitute barriers to abortion access

States have a legal obligation to ensure that women, girls and all people who can become pregnant, can have a timely and affective access to abortion services, free from any barriers, delays or restrictions that violate their human rights including their reproductive autonomy.³⁹ UN treaty bodies have consistently critiqued various barriers imposed by states that impede or deny safe abortion services, such as mandatory counselling,⁴⁰ mandatory waiting periods.⁴¹ They have called on states not only to refrain from introducing barriers to access to lawful

³⁴ WHO, 'Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems' (2nd ed., 2012).

³⁵ In the USA, for example, most abortions take place early in pregnancy and only 9% of women who obtain an abortion do so after the first trimester (at 14 weeks or later), and around 1% of abortions are performed at 21 weeks or later. See Guttmacher Institute, 'Induced abortion in the United States. Fact Sheet', 2019, www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states. In Canada, where access to abortion is not regulated, 29% of induced abortions are performed before eight weeks; 41% at nine to 12 weeks; 7% at 13 to 16 weeks; and 2% over 21 weeks. See *Globe & Mail*, 'Percentage distribution of induced abortions by gestation period', 2012. In England and Wales, only 8% of abortions occur after 12 weeks; 0.1% occur at or over 24 weeks. See Government Statistical Service for the Department of Health (17 May 2016). Abortion statistics, England and Wales: 2018, assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/808556/Abortion_Statistics__England_and_Wales_2018__1_.pdf

³⁶ Human Rights Committee, General Comment 36, UN Doc. CCPR/C/GC/36 (2019), para. 8.

³⁷ World Health Organization, *Safe Abortion: Second edition technical and policy guide for health systems*. Second Edition. (2012), p. 93-94.

³⁸ Erdman, Joanna. (2017). *Theorizing Time in Abortion Law and Human Rights*. Health and Human Rights. 19. 29-40.

³⁹ See for example Human Rights Committee, General Comment 36, UN Doc. CCPR/C/GC/36 (2019), para. 8.

⁴⁰ See CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); Russian Federation, UN Doc. CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015).

⁴¹ CEDAW Committee, Concluding Observations: Slovakia, UN Doc. CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015); Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013); Russian Federation, UN Doc. CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015). See also CRC Committee, Concluding Observations, Slovakia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016).

abortion services, but to eliminate existing barriers.⁴² From a public health perspective, the WHO has recognized that barriers deter women from seeking safe abortions and called for the removal of such barriers.⁴³

The CEDAW Committee has specifically recommended that states eliminate medically unnecessary waiting periods for abortion,⁴⁴ such as those proposed in the South Korean legal amendments. The WHO has also cautioned that “mandatory waiting periods can result in delaying care and thus jeopardize women’s ability to access safe, legal abortion services and demeans women as competent decision-makers”.⁴⁵ Waiting periods can have a disproportionate and discriminatory impact on women, girls and all pregnant people with fewer economic means because of, for example, additional transport costs to reach health-care services, additional child care or absence from work.

The CEDAW Committee has called on states to eliminate information barriers to abortion services, such as mandatory biased counselling requirements,⁴⁶ and to ensure that information provided to pregnant people seeking abortion is science- and evidence-based, and includes non-biased information about the full range of pregnancy options.⁴⁷ Providing accurate, unbiased and non-stigmatizing information and counselling is essential to assist women, girls and all pregnant people to make informed and autonomous decisions about their pregnancies, foetal diagnoses and fertility, free of coercion.⁴⁸ The WHO notes that provision of counselling to pregnant individuals who desire it should be voluntary, confidential, non-directive and by trained personnel.⁴⁹ The CRC Committee has also spoken out against biased counselling, noting it is key for “health care professionals [to] provide medically accurate and non-stigmatizing information on abortion.”⁵⁰ Along similar lines, both the CEDAW and the UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities have confirmed that “States should adopt effective measures to enable women, including women with disabilities, to make autonomous decisions about their sexual and reproductive health and should ensure that women have access to evidence-based and unbiased information in this regard.”⁵¹

3.4. Healthcare providers’ refusals to provide lawful abortion services must be adequately regulated

International law does not explicitly recognize a human right to refuse to provide healthcare on grounds of conscience or religious beliefs. Rather, UN and regional human rights bodies have recognized the harmful effects of refusals of care on the health and human rights of women, girls, and all pregnant people. They have repeatedly urged states that permit such refusals of care to adequately regulate this practice to ensure that they do not limit access to lawful abortion services.⁵²

This requires ensuring that exemptions from service provision be well-defined in scope and well-regulated in use. It further requires that health professionals who object to the provision of abortion services facilitate other options

⁴² Human Rights Committee, General Comment 36, UN Doc. CCPR/C/GC/36 (2019), para. 8 (“States parties should not introduce new barriers and should remove existing barriers that deny effective access by women and girls to safe and legal abortion, including barriers caused as a result of the exercise of conscientious objection by individual medical providers.”)

⁴³ These barriers include lack of access to information; requiring third-party authorization; failing to guarantee confidentiality and privacy; and allowing conscientious objection without referrals on the part of health care providers and facilities. See WHO, ‘Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems’ (2nd ed., 2012), pp. 95-97.

⁴⁴ CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), para. 30.

⁴⁵ WHO, ‘Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems’ (2nd ed., 2012), p. 96.

⁴⁶ CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), para. 30.

⁴⁷ CEDAW Committee, Concluding Observations: Slovakia, UN Doc. CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), para. 31.

⁴⁸ See Joint Civil Society Statement, The Nairobi Principles on Abortion, Prenatal Testing and Disability, 2019, nairobiprinciples.creaworld.org/nairobi-principles-on-abortion-prenatal-testing-and-disability/ (Principle 6: “We affirm that the only way of supporting all prospective parents to make informed decisions about continuing or terminating their pregnancies is through affirmative measures, such as combating ableism in prenatal testing and counselling processes, ensuring all parents are operating in an enabling environment and have the social and economic supports they need to raise any child, including a child with disabilities or who is otherwise socially excluded, and promoting the rights and inclusion of persons with disabilities in all spheres of public and private life.”; Principle 12: “As prenatal science and technology advance, we recognize that providers should offer evidence-based information to pregnant people neutrally and without bias during the prenatal screening and diagnostic process. We will advocate for professional and ethical standards and medical education that ensures that providers are trained on the rights and lived realities of people with disabilities or are able to refer to relevant people who can provide this information.”)

⁴⁹ WHO, ‘Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems’ (2nd ed., 2012), p. 36.

⁵⁰ CRC Committee, Concluding Observations: Slovakia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), para. 41(e). See also CESCR, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 41.

⁵¹ Joint Statement by CEDAW and CRPD Committees, ‘Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities’, 29 August 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx

⁵² CESCR Committee, Concluding Observations: Poland, UN Doc. E/C.12/POL/CO/5 (2009), para. 28. See also CEDAW Committee, Concluding Observations: Poland, UN Doc. CEDAW/C/POL/CO/6 (2007), para. 25; Slovakia, UN Doc. CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008), para. 29. See also Human Rights Committee, Concluding Observations: Poland, UN Doc. CCPR/C/POL/CO/6 (2010), para. 12.

- including by providing accurate information and making timely referrals to other healthcare providers.⁵³ Medical providers must always provide care, regardless of their personal beliefs or objections, in emergency circumstances when abortion services are necessary to save a person's life or prevent serious harm, in cases of life-saving post-abortion care, or where a referral or continuity of care is not possible.⁵⁴ UN human rights bodies have also affirmed that states must never allow institutional refusals of care.⁵⁵ The CESCR Committee has also confirmed that states should ensure that an adequate number of health-care providers willing and able to provide such services are available and accessible to anyone who needs them.⁵⁶ Medical ethics guidelines also require providers to prioritize patient care over medical providers' individual objections to care.⁵⁷

States' obligation to regulate health-care provision, including refusals of care, applies to both public and private institutions. Moreover, states also have a broader obligation to ensure that all health regulation and provision is human rights-compliant. According to the CESCR Committee, "[o]bligations to protect include, inter alia, the duties of States ... to ensure that privatization of the health sector does not constitute a threat to the availability, accessibility, acceptability and quality of health facilities, goods and services."⁵⁸

To the extent that the South Korean legislature seeks to permit refusals of care, they must regulate this process to ensure full compliance with human rights standards and ensure that all women, girls and people who can become pregnant who need and want abortion can access timely services.

End of document.

⁵³ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental – Mission to Poland, UN Doc. A/HRC/14/20/Add.3 (2010), paras 50 and 85(k).

⁵⁴ For an overview of international, European and Inter-American regional human rights standards around conscience-based refusals, see Center for Reproductive Rights, 'Conscientious objection and reproductive rights: International human rights standards', 2013, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf

⁵⁵ See for example CEDAW Committee, Concluding Observations: Hungary, UN Doc. CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), para. 31(d); see also CRC Committee, Concluding Observations: Slovakia, UN Doc. CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), para 41(f).

⁵⁶ CESCR Committee, General Comment 22, UN Doc. E/C.12/GC/22 (2016), paras 14, 43 ("Unavailability of goods and services due to ideologically based policies or practices, such as the refusal to provide services based on conscience, must not be a barrier to accessing services. An adequate number of health-care providers willing and able to provide such services should be available at all times in both public and private facilities and within reasonable geographical reach ... Where health-care providers are allowed to invoke conscientious objection, States must appropriately regulate this practice to ensure that it does not inhibit anyone's access to sexual and reproductive healthcare, including by requiring referrals to an accessible provider capable of and willing to provide the services being sought, and that it does not inhibit the performance of services in urgent or emergency situations").

⁵⁷ J. Bueno de Mesquita and L. Finer, 'Conscientious objection: Protecting sexual and reproductive health and rights', University of Essex Human Rights Centre, 2008. See also FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 'Ethical issues in obstetrics and gynaecology' (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2015). See also WHO, 'Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems' (2nd ed., 2012).

⁵⁸ CESCR, General Comment 14, UN Doc. E/C.12/2000/4 (2000), para. 35.