

원격의료의 현행법상의 법적 문제점과 개선점

정순형[○], 박종렬^{*}

[○]광주여자대학교 보건의료공학과

^{*}광주여자대학교 경찰법학과

e-mail: jung-sunh@kwu.ac.kr[○], park3822@kwu.ac.kr^{*}

The Current Legal Problems and Improvements of Telemedicine

Soon-Hyoung Jung[○], Jong-Ryeol Park^{*}

[○]Dept. of Biomedical Engineering, Kwangju Women's University

^{*}Dept. of Police & Law, Kwangju Women's University

● 요약 ●

현재 정보통신의 비약적인 발전은 의료서비스 전달체계에서도 큰 변화와 진전을 야기하고 있으며 세계적으로 점차 확대되어가고 있는 추세이다. 이는 의료정보화라는 이름으로 환자에게는 질병의 진단, 치료에 있어서 보다 신속, 세밀하고 정확히 판단할 수 있게 하여 수준 높은 보건의료서비스를 제공하는 한편 의료기관 및 관련기관은 업무의 효율성을 높여가고 있다. 그 중 원격의료는 의료기관의 방문 없이 대기시간의 단축, 일률적인 고도의 의료수준을 기대할 수 있는 등의 장점이 있는 제도이다. 그러나 현행 우리 의료법에서는 이를 규정하고는 있으나 그 내부적 관계에 따르는 세부적인 법률관계의 부재와 현장에서 이루어지는 의료행위가 아닌 정보통신망을 이용한 비대면접촉에 의한 특수한 형태라는 측면에서 제도적, 시설적, 환경적 제약이 있음을 부인할 수 없다. 따라서 본 논문에서는 원격의료의 법적 문제점 및 개선점을 고찰해보고 이를 통한 원격医료를 활성화할 수 있는 활로를 모색하고자 한다.

키워드: 원격의료(telemedicine), 원격의료의 유형(types of telemedicine), 원격의료과오책임(physician's liability), 원격의료 계약(telemedical contract)

I. 서론

원격의료란 현행 의료법상에서는 컴퓨터·화상통신 등 정보기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 것으로 정의하고 있다. 즉 의사가 환자를 직접 대면하지 않고 원거리에서 화상통신이나 인터넷 등을 활용하여 간접대면방식으로 진료하는 의료기술이라 할 수 있다. 이는 IT(정보통신기술)와 health care(보건의료)와의 접목된 새로운 형태의 의료분야라 말할 수 있으며 현재 전 세계적으로 점차 확대되고 있다. 원격의료는 갈수록 의료서비스의 내용도 다양해질 것이며 원격문진, 원격상담, 원격간호, 원격처방, 원격수술까지도 가능하게 되는 효용성 측면에서는 이미 인정되고 있다고 본다. 다시 말해 우수한 의료진에 대한 환자의 접근성의 용이, 진료상의 편의 증진, 새로운 의료시장의 창출, 민간의료비의 절감, 국민건강 향상 등이라는 큰 틀에서 보면 이를 적극 활용하고 보다 나은 보건의료시장의 활성화가 요구되고 있다. 그러나 그 제도적 명확성이나 구체적 실효성 등에 대하여도 검토하여야할 사항이 필요하다. 물론 원격의료제도는 우리나라에서 2002년 3월에 의료법에 원격의료에 관한 규정을 신설하여 구

정함으로써 이를 반영하고 있으나 좀 더 세부적인 내용에 대한 법적 검토가 필요하며 전면적인이 아닌 제한적 허용이라는 점에서 이를 개선하여야할 여지는 남겨두고 있다고 본다. 따라서 현행법상의 원격의료의 법적 검토사항과 이에 따르는 제도적 개선점을 살펴보고 이에 대한 활성화에 기여할 수 있는 대안을 살펴보고자 한다.

II. 관련 연구

1. 관련연구

1.1 국내 동향

국내에서 원격의료는 2002년 의료법에서 관련 규정을 신설하기 전에 이미 80년대 말에 시범적으로 실시되었고 점차 확대해져가는 추세로서 제한적으로 시작되었다. 이는 정부와 지자체, 민간 의료기관과의 유기적인 협력 체제로서의 시작을 의미하는 것이다. 다만 원격진료시스템에 대한 확고한 제도 정착에 대한 마인드가 부

죽어 어는 정도 한계점이 드러나고 있음은 부인할 수 없다. 현재에는 원격의료 전면 허용과 관련하여 의료법개정안이 19대 국회에서 우선 추진 법안으로 상정한다라는 기대 속에 보건복지부가 2010년 정부입법으로 추진했던 원격의료 도입을 재추진한다고 한다[1]. 이를 통해 취약계층에 정보기술(IT)을 활용한 원격의료를 허용하는 내용으로서 의료계의 반발이 예상 되고 있음에도 보다 확실한 논의가 필요한 실정이다.

1.2 국외 동향

미국 등 선진국은 물론 말레이시아 등에서도 이미 1990년대 후반 원격의료를 제도적으로 허용하고 있다. 근래의 미국도 경기부양책의 일환으로 원격의료 등 U-헬스케어 인프라 구축에 8억달러를 투자하고 미국 전역에 원격의료를 확대 허용할 방침을 밝히고 있다.

특히 미국의 경우 일찍부터 원격보건 서비스의 효용성에 지속적인 투자를 하고 있다[2]. 특히 원격의료에 대해서는 1960년대부터 시도되어 다수의 주(state) 간 원격의료의 시행을 위한 모델법 초안을 제정 각 주(state) 간 이를 다양한 개념에 따라 운용하고 있다. 최근에는 언제 어디서나 의사가 환자 상태를 확인, 각종 처방 및 진료를 할 수 있는 무선 장치를 통해 보다 빠르고 편리한 원격 진료도 가능할 전망이다 이를 위한 별도 주과수 지정 등 활성화 작업이 본격화 되고 있어 이를 연방통신위원회(FCC)가 의료용인체통신망(Medical Body Area Networks, MBAN)도입을 위해 지속적인 프로젝트를 진행해 오고 있다[3].

일본의 경우에는 섬이라는 지형적 특수성으로 인하여 1970년대에 시작되었고 지방의 의사부족 문제를 완화할 수 있다는 커다란 의의를 두고 있다. 그러나 원격의료에 관한 기대가 높지만 관련 설비투자 비용 문제로 인한 보급 및 활성화에 여전히 고심하고 있다[4].

2. 유형별 형태분류

원격의료의 형태는 크게 4가지로 분류해볼 수 있는데 의사 등 의료인(의료기관)과 의사 등 의료인(의료기관) 사이의 원격의료, 의사 등 의료인(의료기관)과 기타 의료인 및 보건의료인(의사 없는 의료관련기관)간의 원격의료, 의사 등 의료인(의료기관) 또는 기타 의료인 및 보건의료인(의사 없는 의료관련기관)과 환자간의 원격의료, 사이버병원 또는 보건의료포털사이트 형태의 원격의료 등 의료 나눌 수 있다.[5] 이때 의료인과 의료기관은 원격지나 현지 지지 모두 진료가 가능한 의사 치과의사 한의사와 의료기관을 말하며 기타의료인은 조산사, 간호사 및 관련의료인을 지칭하는 의료인을 말한다. 이는 의료법상의 원격의료의 개념을 행위주체를 중심으로 규정하고 있기 때문이며 실제로 원격의료 시행현실과 법제사이의 괴리는 있다. 따라서 이를 통한 법률적 관계와 정확한 입법적 해석이 필요하다.

III. 본 론

1. 현행법상의 문제점

1.1 의료법 제34조상의 문제점

우리나라의 의료법에서는 원격의료에 관한 기본조항과 관련조항 몇 가지를 규정하고 있다. 구체적으로 살펴보면 현행 의료법 제34조 1항에서는 원격의료 허용범위에 대하여 의료인간의 원격자문 즉 의료지식이나 기술을 지원하는 것으로 제한하고 있다. 다시 말해 의사와 환자간의 원격진료나 원격처방이 불가능하다는 점이다. 이는 원격지의사와 현지의사와는 수평적 분업관계로 파악하여 고도의 전문적 의학지식이나 진료기술에 대한 자문을 하는 것으로 해석할 수 있기 때문이다.[6] 따라서 넓은 의미의 보건교육, 의료행정의 원격의료 내용은 의료행위에 포함되지 않는다고 봐야하며 이는 곧 원격의료 도입취지의와는 상당한 거리가 있다고 할 수 있다. 제34조 2항과 시행규칙 제29조에서는 원격진료실과 그에 따르는 시설, 장비를 구비하도록 규정하고 있는데 응급상황 이거나 재택일 경우에는 이에 적절하게 대응하기란 어려움이 있다고 할 수 있다. 이는 시설 및 장비에 대한 기술적 기준과 표준화가 세부적이지 않다는 문제점을 가지고 있다.

또한 의료법 제34조 3, 4항에서는 원격의료를 시행하는 원격지의사는 환자에 대하여 직접 대면하여 진료하는 경우와 동일한 책임을 지도록 하고 있고, 원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 현지 의사 치과의사 한의사인 경우에는 당해 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없는 한 환자에 대한 책임은 현지지사에게 있는 것으로 보고 있다. 이는 원격의료의 책임소재에 대하여 원격지의사의 과도한 책임을 지도록 규정하고 있는데 대하여 책임의 해석상 여러 견해가 있음에도 불구하고 원격지의사, 환자, 장비간의 책임소재를 확정하기란 어렵다는 문제점이 있다.[7]

1.2 기타 제반 문제점

원격의료 시행되면 그 비용(보험수가)에 관하여 현행법상 규정이 없다. 이는 현행 의료법은 원격의료를 원천적으로 제한하고 있는 형태이므로 의료취약계층을 위한 원격의료를 법 제도가 따라가지 못하고 있는 것이다. 또한 원격의료에 관한 법 규정의 위반이 있을 경우 이에 대한 명시적인 제재규정이 없다는 점도 문제점으로 지적될 수 있다. 이는 제도적 정착이라는 정책적 차원에서도 의문이 제기될 수 있고, 원격의료를 받은 환자의 경우에는 의약품에 대하여도 현행 약사법 제50조에서 보호자의 대리수령을 할 수 없게 되어 있어 의약품 수령에 관한 법적 근거도 필요하다고 할 수 있다. 더불어 원격의료는 정보통신망을 이용한 의료행위라고 본다면 현행 의료법이라든지 원격의료와 관련된 제반 규정에 해킹 및 진료정보 유출에 대한 정보보호 규정의 부재가 시급히 해결되어야 한다. 현행 의료법 제18조 3항은 “누구든지 정당한 사유 없이 전자처방전에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출변조 또는 훼손하여서는 아니 된다”고 규정하고 있다. 또한 동법 제23조 3항은 “누구든지 정당한 사유 없이 전자무기록에 저장된 개인정보를 탐지하거나 누출변조 또는 훼손하여서는 아니 된다”라는 조항에

따라 전자의무기록에 대해서도 정보보호를 위한 규정을 하고 있다. 그러나 위 규정은 개괄적이고 추상적 규정으로서 원격의료시행에서 발생할 수 있는 환자의 개인정보침해의 다양한 경우 및 원격의료에 관여하는 전문가와 보조자에 대해서 구체적인 규정이 필요하다.

더불어 원격의료를 하는데 있어서 대형병원으로의 집중되는 현상도 가중될 것이며 이를 해결하고자 하는 국민건강보험법상의 개선이나 의료전달체계의 문제점도 지적 될 수 있다.

2. 개선점

2.1 의료법상의 개선점

원격의료 허용범위와 관련하여 의료행위를 할 수 있는 주체는 의사·치과·한의사로 재진환자로서 의료서비스 접근성 즉 거리적, 신체적, 환경적, 지속적인 관리성에 관하여 상대적으로 떨어지는 환자를 위한다고 보면 현재 원격의료의 주체를 의료법상의 조산사나 간호사는 현지의료인에서 제외가 된다고 해석할 수 있다. 이는 의료법 제2조 2항에서 환자를 진단하고 치료하는 주체적 지위에 있지 않기 때문이다. 그러나 조산사나 간호사가 의료법상의 의료인임에도 불구하고 원격의료인에서 제외하는 것도 개선하여야 할 점으로서 폭 넓게는 원격의료의 적정성과 효율성을 확보하기 위해서는 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 작업치료사 등의 의료관계 종사자도 포함시켜야 할 것이다. 입법적 해결이 필요하다. 더불어 원격의료를 행할 수 있는 의료기관도 현행 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원을 포함한 보건소, 보건지소, 보건진료소 등도 포함하는 것으로 보고 있지만 사회복지시설, 가정의 재택진료 등도 포함시켜 그 범위를 확대해야 한다. 또한 원격의료인의 자격과 관련하여 일반적인 의료지식과 별도의 일정한 교육과정과 적절한 정보통신기술에 대한 지식을 갖추도록 하여 원격의료에 관한 별도의 자격을 갖추도록 해야 한다. 원격의료를 함에 있어 정보통신기술을 활용해야 하는 현행법상 물리적인 원격진료실에 관한 규정을 폐지하고 시설과 장비에 대한 규정도 보다 구체적이고 상세화된 기술적기준과 표준화를 마련해야 한다. 이에 따르는 전문진료과목별로 필요한 원격의료 시설 및 장비기준을 마련하여 현대 의료의 전문화, 세분화에 대비하여야 한다. 여기에 시설과 장비에 대한 인증제도가 함께 병행된다면 그 효율성은 더 크다고 할 수 있다.

2.2 제도상 개선점 검토

원격의료의 가장 큰 쟁점 중의 하나는 원격의료과오에 대한 책임 문제로서 현행 의료법상에서는 원격지의사의 환자의 대면진료 수준의 책임을 부과하고 있는 부분에 대해서도 개선점이 요구된다. 원격지의사에게 책임을 지우되 인정할 수 있는 명백한 과실에 대한 기준 즉 원격지의사의 지시 미준수, 환자 또는 장비 결함, 인증장비의 미사용 등으로 인한 경우에는 예외적으로 책임을 경감하게 하거나 현지의사나 환자에게도 책임을 물을 수 있어야 하는 규정을 따로 두고 있어야 할 것이다. 이는 원격의료의 활성화라는 측면에서도 필요하다고 본다. 한편 최근 의료법개정안에는 진료정보 보호규정과 이를 위반하였을 경우의 벌칙 및 과태료 규정을 내놓

고 있지만 근거 규정으로서의 명문화를 선언하는 것이므로 이에 따르는 세부적인 개인정보정보 및 해킹에 따르는 대비책을 구체적으로 마련하여야 할 것이다.

원격의료의 진료비에 관한 개선점으로는 관련 의료수가 지불제도의 개선과 수가수준 합리화가 선행되어야 하는데 환자가 많이 이동하지 않아도 되므로 발생하는 기회비용, 조기의 건강관리가 가능한 점 등을 감안한다면 전체적인 사회적 비용이 감소할 수도 있을 것이지만 이를 현행 행위별 수가제도를 원격의료에 적용할 경우, 불필요한 진료의 증가로 건강보험 재정에 악영향을 미칠 수 있으며, 또한 의료기관의 입장에서는 원가 측면에서 대면진료보다 더 많은 비용이 발생할 수도 있다. 따라서 건강보험법상의 구체적 규정을 신설하거나 별도의 방안을 모색해야 한다.

즉 원격의료에 소요되는 제반 비용 등에 대한 산정과 함께 협진을 비롯한 공동행위로 나타날 수 있는 원격의료의 수가를 어떻게 할 것인지에 대한 검토가 필요하다.

IV. 결 론

현대의 정보통신분야의 급속한 발전은 보건의료산업 및 원격의료라는 시간과 공간의 제약을 최소화하고 의료의 질을 높이는 많은 장점을 지닌 제도를 탄생 시켰으며 이는 더 나아가 보건의료서비스의 제공과 삶의 질을 보장하는 국가적, 정책적 차원에서도 큰 의미가 있다. 그러나 원격의료의 기술적인 측면의 변화와 발전에 비하여 뒤늦은 법적 대응이 원격의료의 활성화에 걸림돌이 된다면 제도의 취지가 역행하는 결과를 초래 할 수 있다. 어떤 사회적 제도나 조치는 관련 입법의 부재와 세부적이지 못한 추상적인 근거 규정만으로는 시행착오의 반복만이 계속 될 수 있다. 현행 의료법에 규정된 원격의료의 범조항은 실제로 시행되고 있는 원격의료의 유형들을 감안할 때 원격의료의 대포하고 있는 여러 법적 문제들을 모두 해결하기에 미약하다. 원격의료의 허용범위, 원격의료의 보험수가적용, 개인정보보호, 원격의료과오의 책임소재, 건강보험 수가문제 등등이 그렇다.

따라서 현행 의료법의 재정비라는 큰 틀에서 구체적이고 세부적인 내용을 포함 할 수 있는 원격의료에 관한 특별법이든지 세부적인 위임 입법을 통해 의료인, 의료기관, 장비업체, 통신사업자 등의 협력적인 동반성장을 이루도록 해야 할 것이다.

참고문헌

- [1] <http://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=82566>
- [2] Chang-Geun Yoon, "California Telehealth Network (CTN)", Local Informatization Magazine, Vol.65. pp.69. 2010.
- [3] http://news.inews24.com/php/news_view.php?g_serial=658734&g_menu=020800
- [4] Jong-Wook Kim, "Telemedicine in Japan", Local Informatization Magazine, Vol.65. pp.77. 2010.

- [5] Yong-Yeob Jeong, "A Study on the Civil Liability of Telemedicine and Some Legislative Proposals", A doctoral dissertation in Kyung Hee University, pp.38, 2005. 2.
- [6] Hwa-Shin Ryoo, "On the Physicians' Liability Principle in Telemedicine", Comparative Private Law, Vol.12, No.1, pp.572, 2005.
- [7] Chang-Seon Lim, "Amending Telemedicine Provisions of Korean Medical Act or A Study on Article 30-2 of the Korean Medical Act for Telemedicine", Study of Civil law, Vol.14, No.12, pp.172-173, 2006.12.