전남대학교 법학연구소 공익인권법센터
인권법평론 제21호 (2018년 8월)

의료서비스 격차해소를 위한 원격의료제도의 필요성과 개선방향

이 한 주*

목차

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 공공의료의 헌법적 의의와 현실적 한계
Ⅲ. 원격의료제도의 의의와 외국의 현황
Ⅳ. 현행 원격의료제도의 문제점과 개선방향
Ⅴ. 결론

| 국문초록 |

본 논문에서 1) 우리 헌법상 보건권의 의의와, 보건의료의 공공성 2) 원격의료제도의 의의와 외국의 원격의료 현황, 3) 현행 의료법상 원격의료제도의 문제점과 개선방향에 대해서 살펴보았다.

헌법 제36조 제3항을 통해서 보건권을 도출할 수 있고, 이를 근거로 보건의료는 모든 구성원들을 위해 공공성을 갖는다고 할 것이다. 그런데 우리나라는 대도시와 비교해서 지방 주민들은 질적·양적으로 의료서비스에서 차별을 받고 있으므로 이의 대안으로서 원격의료제도를 활성화할 필요성이 있다. 원격의료제도는 2002년 의료법에 처음 규정되었는데 아직까지도 많은 찬반 논란이 있으면서, 미국, 일본, 중국 등 외국과 비교해서 많이 뒤져 있는 것이 현실이다.

* 경희대학교 법학전문대학원 학술연구교수, 법학박사.
논문접수일 : 2018. 7. 27., 심사개시일 : 2018. 8. 2., 게재확정일 : 2018. 8. 21.

의사 – 환자 간의 원격의료 인정여부에 대해서는 원격의료의 종류에 따라 살펴보았다. 원격모니터링은 현행 의료법에서도 가능하나 실제 상담과 진찰, 진단으로의 일련의 과정이 명확하게 구별될 수 있는 것이 아닌 경우에는 문제가 될 수 있다. 원격진찰 및 진단은 대면행위가 의사 – 환자 간의 필수요소가 아니라면 인정될 여지가 있다. 원격처방은 의료법 제18조가 처방전의 수령주체를 환자로 규정하고 있으므로, 환자가 아닌 제3자가 수령하는 경우에 문제가 될 수 있다. 결국 원격모니터링 이상으로 원격의료가 조금 더 활성화할 수 있도록 할 필요가 있다.

원격의료의 규제와 활성화 모두 의료질서 속에서 올바른 의료 인프라 구축과 발전을 위해 필요한 요소들이다. 따라서 규제와 활성화 간에 생성되는 긴장관계를 적절하게 조정하는 것은 입법자의 중요한 과제로 남게 된다. 입법자는 폭넓은 재량의 범위를 갖고 있지만 적어도 몇 가지 기준을 가지고 이해관계 당사자를 포함한 국민 전체가 공감할 수 있는 정책을 제시하여 지역 간의 의료격차를 해소할 수 있는 계기로 삼아야 할 것이다.

주제어 : 보건권, 공공보건의료, 원격의료, 대면진료, 의료서비스 격차 해소

Ⅰ. 서 론

오늘날 4차 산업혁명이 이미 시작되었고, 인공지능(AI), 사물인터넷(IoT), 빅 데이터, 클라우드 컴퓨팅 등의 다양한 기술을 통해서 우리는 새로운 세상을 경험하게 되었고, 이러한 발전은 의료분야에서도 마찬가지이다. 오늘날 국민의 건강에 대한 관심과, 고령사회[1]로

1) 행정안전부는 2017년 8월말 기준으로 65세 이상 주민등록 인구가 전체 인구의 14.0%를 차지한다고 밝혔다. - http://www.hankookilbo.com/v/55e3d45937344e00af2bb9c82dea5d43 (2018/07.03. 검색). 참고로 전남의 65세 이상 비율은 2017년 4월말 기준 65세 이상 인구가 21.2%를 차지해 '초고령사회'에 진입하였다.

급속하게 진입하면서 지금까지 의료기관을 중심으로 의사와 환자의 단편적인 구조는 향후 의료 발전에 한계를 가질 수밖에 없고, 그런 점에서 기존의 의료체계의 전환이 필요한 시점이다. 이러한 흐름 속에서 한국보건산업진흥원은 2016년 '4차 산업혁명과 보건산업 패러다임의 변화' 보고서를 발간하면서 4차 산업혁명 기술 중 보건의료산업에 많은 영향을 끼칠 주요 기술로, 사물인터넷(IoT), 인공지능(AI), 웨어러블 인터넷, 이식기술, 3D프린팅과 인간의 건강 등을 포함시켰다.[2] 그밖에 정밀의료, 유전자가위 등의 기술은 미래 의료분야에 많은 발전과 혁신을 가져올 것으로 기대하고 있다.[3]

그러나 아직 현행 의료법 등은 의료인의 '의료행위'만을 인정하고 있으므로, 최첨단기술을 이용한 보건의료산업은 기본적인 신체정보, 혈압, 혈당 등과 같이 기존의 의료법 등에 저촉되지 않는 영역에 한정되어 적용될 수밖에 없고, 이러한 행위도 의료법 상의 의료인의 영역과 중첩되는 부분에서는 분쟁의 소지가 될 수 있다는 점에서, 기존의 의료 패러다임의 변화는 한계를 가질 수밖에 없다.

한편 '고령사회'에 진입하면서 의료 수요가 급속도로 증가하고 있는데, 특히 지역 간 의료서비스 격차가 커지면서 지방 환자의 수도권 대형병원 쏠림 현상이 해마다 증가하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위한 방법으로 원격의료제도 도입을 좀 더 적극적으로 고려해 볼 필요도 있다. 원격의료(Tele-medicine)는 환자가 직접 병·의원을 방문하지 않고 통신망이 연결된 모니터 등 의료장비를 통해 의사의 진료를 받을 수 있는 서비스를 의미한다. 2002년 의료법 개

2) 정현학·최영임·이상원, "4차 산업혁명과 보건산업 패러다임의 변화", 「보건산업 브리프」 제125권, 한국보건산업진흥원, 2016, 11-20면.

3) 특히 스마트폰 등을 기반으로 하는 모바일 헬스산업이 오늘날 중요한 산업으로 각광 받고 있다. 이에 따라 의료와 관련된 다양한 모바일 앱들의 개발이 활발하게 이루어지고 있다.

정을 통해서 원격의료 제도를 도입한 이후로, 현재는 의사(원격지 의사와 현지의사)간의 원격의료만 가능하도록 하고 있는데, 현행 의료시스템에서 서비스 격차를 해소하기 위해서는 원격의료를 폭넓게 인정해볼 여지가 있는지 검토해 볼 필요가 있다고 판단된다.

이하에서는 공공의료의 헌법적 의의와, 현실적 문제, 이의 대안으로써 원격의료제도의 필요성, 미국, 일본, 중국의 원격의료제도에 대해 살펴보고, 현행 의료법에서의 원격의료제도의 문제점과 실제적 개선방향에 대해서 살펴보고자 한다.

Ⅱ. 공공의료의 헌법적 의의와 현실적 한계

1. 헌법상 보건권

우리 헌법에서 직접적으로 보건권을 명시하고 있지는 않지만 보건권을 인정하는 것이 다수의 견해이다.[4] 그리고 보건권의 근거규정으로는, 제34조 제1항(인간다운 생활을 할 권리), 제35조 제1항(환경권), 제36조 제3항(국가의 국민보건 보호), 제10조 제1문, 제12조, 제13조(인간의 존엄과 가치와 신체를 훼손당하지 아니할 권리) 등 다양하게 제시되는데, 다수의 학자들은 특히 제36조 제3항을 명시적인 근거규정으로 이해한다.[5]

---

4) 여기서 보건이란 국민의 건강을 보전, 증진시키는 일체의 활동을 의미한다. 특히 WHO는 건강의 개념에 대해서, “단순히 질병이 없거나 허약하지 않을 뿐만 아니라 신체적·정신적 그리고 사회적 안녕이 완전히 보장된 상태”라 하여 ‘공중보건’과 유사한 개념이라 할 수 있다. - 한국민족문화대백과(https://terms.naver.com/entry.nhn?docId=576479&cid=46638&categoryId=46638) (2018.07.26. 확인).

5) 계희열, 헌법학(중), 2004, 801면; 성낙인, 헌법학(제18판), 법문사, 2018, 1445면; 한수웅, 헌법학(제8판), 법문사, 2018, 1081면 등이 있고, 그 외 학술논문으로는,

동조는 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라 하여 국가는 국민보건을 위해서 적극적으로 배려를 하도록 규정하고 있다.[6] 여기서 국민의 보건에 대해 규정하고 있으나, 이는 국가의 보호대상이라는 것을 밝힌 것으로, 직접적으로 ‘권리’를 인정하는 것으로 보기는 어려울 수 있는데, 이에 대해 비록 해당조항이 국민의 건강에 대해서 국가의 보호의무를 규정하고 있지만, 이는 동시에 일정한 범위 내에서 국민의 보건의 ‘권리’를 보장해 주는 것으로 해석하는 것이 바람직하다.[7]

헌법상 보건권은 국민이 자신의 건강 유지를 위해 필요한 급부와 배려를 국가에 대해 요구할 수 있는 권리로써, 국가에 의한 강제적 불임시술·의학실험 등과 같은 국가의 건강 침해로부터 방어할 수 있는 소극적 권리뿐만 아니라, 전염병의 예방·관리, 식품유통과정에 대한 관리·감독, 건강보험제도와 같은 의료정책의 실시 등을 적극적으로 요청할 수 있는 권리도 포함하고 있다.[8] 그러나 국가는 국민보건을 위해 취할 조치에 대한 광범위한 형성권을 가지고 있으므로, 개인은 국가에 대해서 보건과 관련된 특정한 정책이나 조치를 요구할 수 없다. 보건에 관한 구체적인 법률로는 보건의료기본법, 국민건강보험법, 공공보건의료에 관한 법률, 의료법, 약사법 등이 있다.

강경근, “국민의 보건권에 관한 헌재의 최근 결정”, 「고시연구」 제32권 제6호, 2006, 2005.6., 149면; 김주경, “건강권의 헌법학적 내용과 그 실현”, 「법학연구」 제23권 제4호, 2013, 107-108면; 박종현, “보건권의 헌법적 의미”, 「생명윤리정책연구」 제9권 제2호, 2015, 62면 등이 있으며, 판례로는 헌재 2008. 12. 26. 2008헌마419 결정 등 참고.

6) 성낙인, 위의 책(각주 5), 1445면.

7) 계희열, 앞의 책(각주 5), 802면; 김주경, 앞의 논문(각주 5), 109면 참고; 박종현, 앞의 논문(각주 5), 63면.

8) 성낙인, 앞의 책(각주 5), 1446면; 한수웅, 앞의 책(각주 5), 1081면.

동조에 의해 국가는 국민의 건강을 유지하고 증진시키기 위하여 노력해야 할 의무가 있다. 국민 개개인의 건강은 행복의 전제조건이자 다른 기본권 행사의 전제조건이므로, 국가의 이러한 의무는 자유를 실제로 행사할 수 있는 실질적 조건을 형성하고자 하는 사회국가적 의무에 속한다.[9] 이는 국가가 국민의 건강을 침해해서는 아니 된다는 소극적 의미뿐만 아니라, 국민의 건강을 침해하려는 제3자에 대해서도 필요한 조치를 취하고 적극적으로 국민의 보건을 위한 정책을 수립하고 시행해야 할 의무를 부담해야 한다는 것을 의미한다. 뿐만 아니라 이를 단순히 국가의 의무 측면에서만 보는 것이 아니라, 국민이 국가에 대해서 건강한 생활을 침해하지 않을 것을 요구하고, 국가에게 건강한 생활의 유지에 필요한 급부를 요구할 수 있는 권리로도 이해해야 한다.

2. 보건의료의 공공성

보건권과 관련해서 반드시 고려해야 할 요소 중의 하나가 '공공성'이다. 보건권이 사회적 기본권으로서의 실효성을 담보하기 위해서는 의료를 통해 생명의 유지와 건강 회복이 중요한 요소로 작용할 수밖에 없다. 따라서 보건권에서 의료는 중요한 의미를 갖게 되는데, 의료의 문제는 개인이나 일부 계층에 한정되는 것이 아니라 우리 국민 전체와 관련을 가지며, 일회성이 아닌 평생에 걸쳐 지속적으로 발생한다는 점에서 사회적 성격이 강하다. 따라서 보건의료는 모든 사회 구성원에 관계되는 것으로서 일부 구성원을 보건의료의 수혜로부터 배제하거나 독점하도록 할 수 없다는 의미에서 '규범적 의미의 공공성'을 갖는다고 이해해야 한다. 특히 민간의료기관

9) 한수웅, 앞의 책(각주 5), 1081면.

까지도 공공성 확보의 대상이 되어야 한다는 점이 중요하다. 이는 사적 자치의 원칙이 중요함에도 불구하고 국민건강의 본질적 가치를 고려하면 다른 분야보다 훨씬 공공성을 필요로 하게 되고, 이는 민간의료기관에 대해서도 동일하게 인정되어야 할 것이다.[10)]

헌법 제36조 제3항을 통해서, 국민의 건강에 대한 국가의 보호의무뿐만 아니라 국민이 건강의 보장을 위해 국가에게 적극적으로 요구할 수 있는 보건권이 도출될 수 있다고 위에서 기술하였다. 국가에 대해 국민이 요구할 수 있는 것은 건강유지에 필요한 시설·환경·의료서비스의 제공과, 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스의 제공이라 할 것이다. 좀 더 구체적으로 살펴보면, 전자는 정기적인 건강검진, 전염병 등에 필요한 예방조치, 자연환경보전, 식품의 유통과정에 대한 관리 및 감시, 금연 홍보 및 담배광고 금지 등이 이에 해당하고, 후자는 건강보험, 의료보호, 응급치료, 국가 또는 지방자치단체 등에 의해 설립된 의료기관에 의한 의료서비스의 제공, 국가의 종합적이고 체계적인 보건의료정책의 수립 및 시행 등이 해당한다.[11)]

3. 공공재로써 원격의료제도의 활성화 필요성

위에서 헌법상 보건권을 통하여 보건의료의 중요성과 공공성에 대해서 기술하였다. 이러한 특성을 통해서 건강한 국민은 건강의 유지와 사전예방을, 건강이 침해된 국민은 건강회복을 위해 필요한 조치를 국가 또는 지방자치단체에 대해 요청할 권리를 가진다.

그러나 현재 대도시와 비교해서 지방의 의료기관은 양적·질적으로 현저하게 낮은 수준에 머물러 있다. 이는 우리나라가 정부 주도

---

10) 김주경, 앞의 논문(각주 5), 108-109면.
11) 김주경, 앞의 논문(각주 5), 109-110면.

로 초고속으로 이루어진 고도의 경제성장 속에서 도시를 중심으로 하는 인구집중현상이 심화되면서, 많은 부분에서 도시와 지방의 수준격차가 벌어지게 되었다. 특히 최상급의 의료기관은 서울 등 대도시에 밀집해 있고, 의료인들이 지방근무를 기피하는 경향이 심화되면서 지방 주민들은 의료서비스에서 차별을 받게 될 수밖에 없었다.

국민건강보험공단에 따르면 2016년 자기 거주지역이 아닌 서울·경기·인천 등 수도권 소재 병·의원으로 원정 온 진료자 수는 320만명에 달한다고 한다.[12] 이러한 현상은 지역기반의 의료기관체계의 붕괴를 가져올 수 있고, 지역 간 의료환경 격차가 심화되어 가는 것을 의미한다. 지난 2013년 2월 의료공급 과잉과 수익성 악화에 따른 적자 누적 등을 이유로 진주의료원이 폐쇄되었는데, 당시 많은 사람들이 공공 의료기관의 폐쇄에 충격을 받았고, 상당기간 논란이 있었으나 그 이후 재개원하지 않았다. 재개원하지 않은 것이 폐쇄결정을 합리화하거나, 다른 지역의료기관들이 충분히 있으므로 폐쇄로 인한 의료서비스 향유의 불편함이 없었다는 것을 의미하는 것은 아니다.[13] 오히려 약 5년 후인 2018년 지방선거를 앞두고 각 후보자들의 공약 중에서 '지역사회 중심의 공공의료, 지역 간 의료서비스 격차 해소, 빅데이터 분석을 통해 새로운 공공의료 서비스 시스템 구축'을 주장하기도 하였다.[14] 이런 점에서 아직 대도시 특히

12) 국회 보건복지위원회 윤소하 의원 보도자료(2017.10.03.) 참고.

13) 진주의료원 폐쇄 결정부터 폐업처분 무효 확인소송을 진행했고, 2016년 8월 30일 대법원의 판결에 따라 진주의료원측이 패소를 당하면서 법적 분쟁마저 최종 종결되었다. 1, 2심에선 폐업이 적법하다는 판결이었으나, 3심에서는 당시 홍준표 전 경남도지사의 권한남용이라고 인정했다. 그러나 경남도의회가 나중에 의료원을 해산하는 조례를 제정했기에 원상복구가 불가능한 상황이라고 판시하였다(대법원 2016.8.30. 선고 2015두60617 참고).

14) 자유한국당 김태호 경남도지사 후보 공약. 출처: http://www.nocutnews.co.kr/news/4971291 (2018/07/04 검색)

수도권과 지방간의 의료서비스의 격차가 해소되지 못한 상황에서 국민의 건강을 볼모로 공공의료기관의 폐쇄 또는 이전이라는 결정을 반복하지 않으리라 장담할 수 없다.

결국 지방주민들에게도 동등한 의료서비스를 제공 받을 수 있는 권리가 부여되어야 하는데, 아직까지 우리의 현실은 많은 차별이 나타나고 있다. 물론 양질의 지방공공의료기관을 설립할 수 있다면 가장 바람직할 수 있으나, 비용적·시간적으로 해결이 용이하지 않다. 그 외 1차 의료기관의 적극적 활용도 일부 방안이 될 수 있으나, 대도시에서도 3차 의료기관에 환자가 집중될 정도로 1차 의료기관에 대한 국민들의 신뢰가 높지 않은 편이므로, 이것도 한계를 가질 수밖에 없다. 이러한 문제에 대한 대안으로서 원격의료제도를 활성화할 필요성이 있어 보인다.

Ⅲ. 원격의료제도의 의의와 외국의 원격의료 현황

1. 원격의료제도

가. 개요

원격의료제도는 2002년 의료법 개정을 통해서 처음으로 규정되어 지금까지도 도입과 관련해서 많은 찬반 논란이 있다. 특히 독자적인 원격의료법 제정이나 의료법 개정을 통해서 원력의료제도를 시행하려는 노력을 기울여 왔으나 의료계를 중심으로 하는 완강한 반대에 부딪혀서 제자리걸음에 머물고 있다. 물론 원격의료가 기존의 의료기관을 중심으로 하는 의사 – 환자의 패러다임을 변화시키고, 지역 주민들의 건강 증진과 양질의 의료서비스를 받을 수 있도

록 하겠다는 원래의 취지와는 달리, 의료서비스의 질 저하, 원격의료가 의료민영화로 연결되어 의료비 부담 가중, 의료인 없는 의료행위가 국민건강 저해, 대형 의료기관으로의 편중 등의 반대 논리들도[15] 완전히 부당한 것은 아니다. 그러나 우리의 의료계 현실에서 낙후된 지방의 의료서비스로 인한 대도시와의 격차는 결국 의료서비스의 불균형을 초래하였고, 이는 결국 전체 의료서비스 시장의 심각한 문제로 오랜 기간 존재해 왔다. 이러한 문제들에 대한 대책이 제대로 이루어지지 않은 상황에서 단순히 원격의료제도를 반대만 할 것이 아니라 부작용, 문제 등이 발생하지 않거나 최소화할 수 있는 방안을 마련해야할 필요가 있다.

나. 의의

(1) 원격의료의 개념

의료법 상 '원격의료'는 의료업에 종사하는 의료인 중에서 의사, 치과의사, 한의사가 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 것을 의미한다.[16] 그러나 일반적으로 원격의료라는 용어는 다양하게 사용되

---

15) 이 외에도 의사가 직접 임상 진료를 할 수 없으므로 화면을 통해서만 확인할 수밖에 없게 되어 의사의 진찰능력을 저해할 수 있고, 환자가 본인의 상태를 정확히 전달하지 않는다면 정확한 진단을 할 수 없어서 위험한 결과를 초래할 수 있다는 지적이 있다. 또한 원격의료를 통해서 환자의 정보유출의 문제 등의 문제가 발생할 수도 있다고 한다. 그 외에도 원격의료가 정보통신기술의 발달과 함께 산업계를 중심으로 전개되면서, 의료계가 배제되고 궁극적으로는 국민의 생명과 건강을 위협하게 될 수 있다는 등의 이유로 반대하기도 한다. - 이종구, "미국 원격의료에 관한 최근 동향과 의료법 개정안의 검토", 「법학논총」 제40권 제4호, 2016, 13면.

16) 의료법 제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료

고 있는데, WHO는 원격의료를 “떨어진 장소에서 모든 의료분야 전문가들이 정보통신기술을 이용하여 질병이나 부상의 예방, 진단, 치료, 의료공급자들에 대한 꾸준한 교육, 그리고 지역사회와 주민들의 건강향상을 위한 유용한 정보와 의료서비스를 교환하고 공급하는 행위”로 정의하고 있고,[17] 세계의사협회(World Medical Association: WMA)는 2009년 인도 뉴델리 총회에서 채택된 지침에서 원격의료를 “원격의료시스템을 통해서 전송된 음성, 화상, 문서 기타 정보를 포함한 개입, 진단 및 치료 결정 및 권장 사항을 기반으로 하는 원거리 의료행위인데, 전화나 인터넷도 이 수단에 포함된다.”고 정의하였다.[18] 또한 미국원격의료협회(American Telemedicine Association, 이하 ATA라 한다)도 이와 같이 Tele-medicine과 Tele-health를 비교하면서, “원격의료는 기술의 임상 적용으로 간주되는데, 과거에는 통신 수단에 의해 환자의 상태를 파악하여 적절한 진료를 하는 것을 의미하는 ‘Tele-medicine’이 더 많이 사용되었으나, 오늘날은 장거리 임상의료 뿐만 아니라 환자, 의사의 건강관련 교육, 공공의료 등을 위해 전자정보를 활용하는 ‘Tele-health’와 서로 바꿔서 사용하기도 한다.”라 하였다.[19]

(이하 “원격의료”라 한다)를 할 수 있다.

17) World Health Organization, “Telemedicine: opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth.”, 2010. 원격의료는 telemedicine, mHealth(mobile health), eHealth(electronic health), uHealth (ubiquitous health)로 다양하게 표현되는데 그 구분은 매우 어렵다. WHO는 telemedicine 속에 모든 것을 포함시키고 있다. - 이규식, “의료체계 발전과 원격의료”, 「의료정책포럼」 제14권 제3호, 2016, 37면 참고.

18) WMA, WMA Statement on Guiding Principles for the Use of Telehealth for the Provision of Health Care, Adopted by the 60th WMA General Assembly, New Delhi, India, October 2009, https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-guiding-principles-for-the-use-of-telehealth-for-the-provision-of-health-care/ (2018.07.25. 검색)

19) mHealth Intelligence, Is There a Difference between Telemedicine and Telehealth?

(2) 의료법 규정

원격의료에 대한 내용은 의료법에서만 규율하고 있다. 동법 제34조 제1항은 "의료인(의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료를 할 수 있다."고 한다. 이 규정에 의하면, 원격의료를 '할' 수 있는 의료인은 '의사·치과의사·한의사'이고, 원격의료를 '받을' 수 있는 의료인은 특별한 규정이 없으므로, 의료법 제2조 제1항에서의 '의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사'로 이해할 수 있다.[20]

동법 제2항은 "원격의료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다."고 한다. 이에 의해 의료법 시행규칙 제29조는 원격의료를 행하거나 받으려는 자는 원격진료실과, 데이터 및 화상을 전송·수신할 수 있는 단말기, 서버, 정보통신망 등의 장비를 갖춰야 한다고 규정한다.[21] 그리고 동법 제63조에 의해, 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 의료기관이 이러한 시설과 장비를 갖추지 않은 경우에는 일정한 기간을 정하여 그 시설·장비 등의 전부 또는 일부의 사용을 제한 또는 금지하거나 위반한 사항을 시정하도록 명할 수 있다.

---

http://mhealthintelligence.com/features/is-there-a-difference-between-telemedicine-and-telehealth, (2018.07.10 검색).

20) 강의성·최종권, "현행법상 원격의료의 허용범위에 관한 법적 고찰", 「중앙법학」 제17집 제4호, 2015, 137면.

21) 의료법 제29조(원격의료의 시설 및 장비) 법 제34조제2항에 따라 원격의료를 행하거나 받으려는 자가 갖추어야 할 시설과 장비는 다음 각 호와 같다.
1. 원격진료실
2. 데이터 및 화상(畵像)을 전송·수신할 수 있는 단말기, 서버, 정보통신망 등의 장비

동법 제3항은 “원격의료를 하는 자(원격지의사)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.”고 한다. 이 규정은 원격지의사인 경우에도 대면하여 진료한 의사와 동일한 책임을 지도록 하고 있다. 그리고 제4항은 “원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(현지의사)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.”고 한다. 이 규정은 현지의사와 원격지의사가 모두 있는 경우에 원칙적으로 현지의사가 책임을 지고, 원격지의사는 명백한 과실이 있는 경우에만 이에 대한 책임을 지는 것으로 해석해야 한다. 또한 현지에 의사가 아닌 간호사와 조산사가 있는 경우에는 제3항에 의해 원격지의사가 책임을 지는 것으로 이해할 수 있다.[22)]

(3) 원격의료 시행 이후 입법 동향

2002년 의료법 개정 이후 2006년 7월에 의사 – 환자 간 원격진료 시범사업이 실시됐다. 2010년 4월 18대 국회에서 처음으로 의사의 원격진료와 처방을 허용하는 것을 중요 내용으로 하는 의료법 개정안을 제출했다. 그러나 보건복지위원회 법안심사소위원회에 단 한 차례도 상정되지 못했고, 2014년 4월 19대 국회에서도 개정안이 제

22) 이 규정을 현지의료인이 의사가 아닌 간호사 또는 조산사의 경우에는 명백하게 과실을 인정할 만한 사실이 없는 경우에도 의료사고 시 원격지 의사는 책임을 진다는 것으로 해석하는 것은 지나친 해석으로, 동 규정은 원격진료 시 환자와 대면진료를 하는 현지의사의 책임소재를 명확히 할 것을 강조하는 것으로 이해해야 한다는 견해도 있다(강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 138면 각주 5) 참고. 그러나 의료사고가 발생한 경우에 원격지의사의 책임을 인정하지 않는다면 의사가 아닌 간호사 또는 조산사의 책임으로 귀결될 수밖에 없는데, 이것은 오히려 부당한 책임부과가 될 수도 있다.

출되었다가(의안번호 1909995) 2016년 5월 상임위 미상정으로 자동 폐기 되었다.

이에 정부는 2014년 9월부터 의료 취약지역의 의료 접근성을 높이고 만성질환자 등에 대한 관리 강화를 위해서 원격의료 시범사업을 시행하였다. 그리고 원격의료와 관련한 문제들을 해결하고, 원격의료를 통해 제공할 수 있는 의료서비스 범위를 확장하기 위해서 의사 – 환자 간의 비대면 상태에서의 직접적인 원격의료개념을 명시한 의료법 일부개정안을 제출하기도 했다.[23)]

2016년 6월 발의된 의료법 개정안은 원격의료의 대상자를 섬·벽지의 거주자나 거동이 어려운 노인 또는 장애인 등을 대상으로 하고 있어, 일정한 제한 범위 내에서 원격의료의 범위를 넓히겠다는 것을 내용을 담고 있는데, 의료전단체계의 붕괴를 우려한 의료계와 시민단체의 반발로 2년째 상임위에 계류 중이다(의안번호 2000397).

다. 원격의료의 분류

원격의료에 대한 다양한 개념이 존재하는 만큼, 원격의료를 정확히 이해하기 위해서는 원격의료의 범위를 세분화하는 것이 필요하다. 왜나 하면 이는 결국 의료법 제34조의 '원격의료' 행위의 허용범위를 규정하는데 필요하기 때문이다. 원격의료의 시행여부에 대한 찬반 양측의 의견이 팽팽하게 맞서고 있는 상황에서, 원격의료의 허용범위가 넓게 또는 좁게 인정되는 것은 결국 양측의 주장을 만족시키지 못하게 된다. 이는 결국 원격의료의 개념을 형해화 시키게 되어 우리의 낙후된 지방 의료체계의 현실과 보편적인 공공의료서비스 제공의 필요성 측면에서 보더라도 바람직하지 않다.

결국 원격의료도 각 단계별로 세분화함으로써, 단계별로 원격의

23) 강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 134면.

료행위가 인정될 수 있는지 여부와, 인정된다면 어느 범위까지 인정할 것인지 등에 대한 구체적인 논의를 진행할 수 있다고 판단된다.

원격의료는 1) 원격자문, 2) 원격 모니터링(원격감시), 3) 원격진찰 및 진단, 4) 원격처방, 5) 원격처치와 원격수술로 구분할 수 있다.[24] 원격자문은 의료기간 내의 의료영상정보시스템(Picture Archiving Communications System, PACS)과 같이 환자의 질환에 대해 효율적이고 올바르게 처리하기 위해 해당 분야에 전문적인 지식을 가진 사람이나 의료기관에 의견을 묻는 것으로, 의료법 제34조의 원격의료는 사실상 원격자문에 한정된다.[25]

원격모니터링(원격감시)은 고혈압, 당뇨병과 같이 만성질환자가 혈당, 혈압 등의 본인정보를 검사장비와 정보전달 기기를 통해서 의료기관에 전달하고, 의료기관은 해당 환자의 상태를 확인하는 것이다. 의료법상의 원격의료는 의료인 간에만 인정하고 있는데, 환자가 직접 본인의 정보를 전달하고, 의사가 이를 확인하는 것이 의료행위에 해당하는 것으로 판단된다면 이는 곧 의료법 위반이 될 수 있고, 원격의료의 인정범위는 앞에서의 원격자문에 한정해서 적용될 수밖에 없다. 반대로 이를 의료행위에 해당하지 않는 것으로 판단한다면, 원격의료가 인정될 범위가 넓어지게 될 것이다.

원격진찰 및 진단은 인터넷을 포함한 통신수단을 이용하여 원격지의사와 환자 간에 정보전달을 통해서 환자의 상태를 확인하고 질환을 판단하는 것이다. 의료법상 의사의 의료행위가 대면성을 필수요건으로 한다면 원격진찰 및 진단은 허용될 수 없으나, 반대로 대면성을 필수요건으로 하지 않는다면 허용될 수 있다고 할 것이다.

---

24) 이하의 내용은 강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 138-140면 참고.

25) 장욱 외 3인, "우리나라 원격의료제도의 개선을 위한 비교법적 연구", 「한국의료법학회지」 제18권 제1호, 2010, 79면.

원격처방은 의사가 원격의료를 통하여 환자에 대한 질환을 판단하고, 이에 따른 약물투여를 위한 처방까지 시행하는 것이다. 현지의사가 있는 경우라면, 원격지의사의 판단에 대해서 의사 본인의 책임으로 처방전을 발행하는 것은 문제가 되지 않는다고 할 것이다. 그러나 현지의사 없이 간호사 또는 조산사만 있는 경우, 또는 환자에게 처방에 대한 권한을 갖고 있는 원격지의사가 처방전을 발행해야 하는데, 이에 대한 규정은 없다. 의료법 제17조에서 직접 진찰한 의사·치과의사·한의사가 아니면 진단서, 처방전 등을 환자에게 교부하지 못한다고 규정하고 있다. 여기서 '직접 진찰'이 대면을 의미하는지 여부가 중요한 의미를 지닐 수 있다. 만약 직접 진찰이 대면진료를 의미하는 것이라면 원격지의사의 처방전 발행은 인정될 수 없다.

원격처치와 원격수술은 각각 원격지의사가 환자에게 비교적 경미한 형태의 의료행위를 하는 것과, 기술적으로 고난이도의 외과수술을 하는 것이다. 기술적으로는 원격수술도 가능한데,[26] 의료법상 원격의료에서 허용하기에는 좀 더 시간이 필요할 것이다.

2. 외국의 원격의료 현황

가. 미국

미국에서는 오래전부터 원격의료가 시행되었으나, 진정한 원격의료는 1990년대 원격정보통신기술과 디지털 기술 전송기술의 급속한 발전을 통해서 본격화되었다. 1993년 클린턴 행정부는 IITF (the Information Infrastructure Task Force)를 설치했고, 동 기구는 정보통신기술과 의료서비스의 결합을 미국의 정책과제 중 하나로 선정

26) "5m 떨어져 모니터만 보고 로봇팔로 원격수술" - 중앙일보 2018.06.28. http://news.joins.com/article/22753953) - (2018.07.06. 검색).

하면서 원격의료에 대한 연구가 본격화되었다. 연방정부는 원격의료를 뒷받침하기 위해서 1996년 원격통신개혁법(the Telecommunications Reform Act of 1996)을 개정하여, 농촌의 의료제공자들이 도시의 의료제공자들과 상응하는 비율로 원격통신시설을 이용하는 것을 연방통신위원회(FCC)가 보장하도록 의무화하였다. 또한 1997년 균형예산법(the Balanced Budget Act of 1997)을 개정하여 보건사회복지부(HHS)가 의료전문가가 부족한 농촌의 원격의료 행위에 대하여 노인의료보험제도(Medicare)에서 보험급여를 제공할 것을 의무화하였다. 또한 식품, 의약품 및 화장품법(the Food, Drug and Cosmetic Act)을 개정에 따라 FDA는 하드웨어와 소프트웨어를 포함한 모든 원격의료장비에 대해서도 FDA가 규제할 권한이 있음을 공표하였다. 게다가 FDA는 2012년에 통과된 식품과 의약관리안전 및 혁신법(the Food and Drug Administration Safety and Innovation Act)에 따라 모바일 의약관련 앱들을 규제하고 있고, 2015년에는 의료장비기록장치(Medical Device Data Systems)를 규제하는 지침을 발표하였다. 미국은 연방과 주정부차원에서의 지원과 원격정보통신 기술의 발전에 따라 원격의료는 지속적으로 발전하고 있다.[27)]

미국 원격의료협회(ATA)는 미국 각주의 원격의료 현황을 비교분석한 자료들을 발표하고 있는데, 2017년 자료에서는 각 주들은 민간보험, 주 정부직원용 건강보험, 저소득층용 건강보험에 대한 임의적인 제한을 금지하고 보장한도를 보장하는 법률을 채택하여 과거에 비해 등급향상의 결과를 가져왔다.[28)] 가장 엄격한 규제를

27) 김진숙·오수현, “원격의료 정책현황 비교 분석 연구: 미국, 일본, 한국을 중심으로”,「보건경제와 정책연구」제24권 제1호, 2018, 8-9면; 이종구, 앞의 논문(각주 15), 7-9면.

28) 2015년 12월 A 등급은 9개주, B등급은 30개주, C등급은 10개주, F등급은 2개주였는데, 2017년 1월에는 A등급 9개주, B등급 34개주, C등급 8개주로 평가되었

두었던 아칸소주에서는 원격의료를 시행하기 전에 의사와 환자간 사전 교류 관계가 있었어야 하며, 사전교류는 직접검사, 왕진, 협진 등의 대면진료를 반드시 하도록 규정하였다. 그리고 환자는 신장질환자가 아닌 한, 진료실이나 의사의 사무실에 있어야 하며, 전송 후 전송방법도 제한하였다. 한편 텍사스주도 환자가 의료기관에 있어야 하고, 의사와 환자는 직접 대면이 아닌, E-mail, 유선상의 질의, 평가, 자문 등은 허용되지 않는다. 다만 직접 검사 대신에 적어도 대면원격의료(face-to-face telemedicine)가 허용되는데, 그 경우에도 1년에 1회 이상 직접 후속조치를 취하도록 하였다.[29)]

나. 일본

일본에서 원격의료는 1971년 처음 시도되었고, 1997년 원격의료 관련 후생성 고시가 제정되어 의료인 간의 원격의료가 법적으로 인정되었으며, 그 후 2011년 의사 – 환자 간의 원격의료가 제한적으로 허용되었다. 그리고 2015년 8월 일본 후생성은 '정보통신기기를 활용한 진료(원격진료)(情報通信機器を用いた診療(いわゆる「遠隔診療」)について)'에 대한 고시를 개정하였다. 일본 의료인들은 1997년 제정된 원격진료에 관한 후생성 고시에 대해서, 원격진료는 고시에서 규정한 내용들에 대해서만 인정되는 것으로 엄격하게 이해했다. 물론 원격진료를 직접적으로 금지하는 명문의 규정은 없었으나, 원격진료 시행초기에 안전에 대해 완전히 검증되지 않았기에 위험성을 담보로 원격진료를 시행할 필요성이 크지 않았다고 할 것이다. 2015년 후생성 고시는 원격진료에 대한 적용범위를 좀 더 유연하게

다. - ATA, "State Telemedicine Gaps Analysis", 2017, p.2.

29) 최용전, "미국 원격의료제도의 연구 현황과 시사점", 「법학논총」 제40권 제2호, 2016, 200-201면.

해석해도 되는 것으로 이해할 수 있다. 그러나 일본 의료계에서는 해당 고시에서 여전히 원격진료 중에 발생한 결과에 대해서 진료의사 또는 치과의사가 부담하도록 하고 있기 때문에 어떻게 해석할 것인지에 대한 논의가 진행 중에 있다.[30]

일본에서의 의료행위는 대면행위가 원칙이고, 원격의료는 보완적으로 이루어진다. 만약 원격의료를 하기 위해서는 의료인의 대면행위와 동등한 수준에 이르지는 못한다 하더라도 이에 근접할 정도로 대상환자에 대한 정보를 얻을 수 있어야 한다. 비록 원격의료를 위한 요건이 갖춰졌다고 하더라도 초진 또는 급성기의 환자는 대면행위가 우선이고, 예외적으로 대면행위가 어려운 산간도서지역에 거주하는 환자이거나 응급대응 체제를 갖춘 시설에서 원격의료의 효과가 기대되는 만성질환자에 대해서 허용된다.[31]

다. 중국

중국이 원격의료를 시작한 것은 비교적 오래되었다. 1999년 '원격의료회진 관리강화에 강한 통지(关于加强远程医疗会诊管理的通知)'를 통해서, 원격의료를 집행할 수 있는 대상을 각급 위생행정부문에 비준된 의료기관의 자격 있는 의료인에 한정하고, 허용되는 원격의료서비스는 원격치료, 원격자문에 한정하였으며, 비의료기관의 원격의료는 원칙적으로 제한하였다.[32] 당시 중국의 인터넷 인프라가 부족했었기 때문에 오늘날의 원격의료보다는 의사 간 자문에 가까운 형태로 볼 수 있다.

---

30) 김진숙, "일본 원격의료 현황과 한국에의 시사점", 「의료정책포럼」 제14권 제2호, 2016, 32-33면.

31) 김진숙, 위의 논문(각주 30), 32면.

32) 이찬우, "중국 원격의료 도입과 정책 시사점", KERIS Economic Quarterly 제16권 제33호, 2017, 4면.

그리고 2009년 '의약위생시스템 개혁 심화에 관한 의견(关于深化医药卫生体制改革指导意见)'에서 중국 보건의료시스템 개혁에 원격의료를 활용하겠다는 의미로 농촌 및 지방도시를 위한 원격의료를 발전시키려는 방침을 정했다. 그리고 동년 '의사의 다수 업무에 관한 통지(关于医师多点执业有关问题的通知)'를 통해서 의료기관에 소속된 의사들이 행정기관에 신고만하면 진료시간 외에 보다 자유롭게 원격의료 서비스를 행할 수 있도록 하였다. 또한 2014년에는 '의료기구 원격의료서비스 촉진에 관한 의견(国家卫生计生委关于推进医疗机构远程医疗服务的意见)'은 원격의료의 정의와 서비스 허용범위를 규정하고 지방정부가 원격의료 시스템 도입을 하도록 촉구하였다. 이는 지방정부의 승인을 받은 의료기관이 원격의료, 원격자문, 원격모니터링 등의 서비스를 의사 간 뿐만 아니라 의사 – 환자 간에도 폭넓게 허용하는 것으로 해석된다. 그 외에도 2009년 '인터넷의료 및 위생 정보서비스 방법(互联网医疗卫生信息服务办法)'에서 비의료기관이 인터넷을 통한 상업적 또는 비상업적 진료, 건강정보 상담, 의료교육 등을 제공하는 서비스에 대해서 규정하고 있다.[33] 이후 2010년 '원격회진시스템 건설항목관리방안', '원격회진시스템 건설항목기술방안', 2011년 '2011년 원격회진시스템 건서랑목실시에 관한 통지' 등을 발표하여 원격의료에 필요한 기초적 기준을 제시했다. 2014년에는 '의료기구 원격의료서비스 촉진에 관한 의견'을 통해서 의료기관에서 지켜야 할 원격의료 기본방침을 정했고,[34]

33) 이찬우, 위의 논문(각주 32), 5면.

34) 원격의료 서비스 범위를 원격진료, 원격자문, 원격영상진단, 원격모니터링 등으로 확대하여, 의료 접근성이 떨어지는 지역의 병원이나 보건소에서 진단 및 처방을 포함한 의사 – 환자 간의 원격의료가 허용되고 있다. 또한 중국은 원격의료서비스 범위를 원격진료, 원격처방, 전자처방전 발급, 전자처방전에 따른 의약품 배송 등을 모두 허용하고 있다. - 이찬우, 앞의 논문(각주 32), 8면.

‘원격의료정보시스템 건설기술 가이드’에는 원격의료센터 구축 및 운영에 필요한 기술적 요소들을 규정하였다.

중국은 원격의료와 관련된 구체적인 규정보다는 원격의료를 장려한다는 원칙선언을 통하여 원격의료를 활성화하고자 한다. 정부가 발표한 원격의료 관련규제는 비의료인에 의한 원격의료 금지, 각 성(省) 단위의 위생·보건 행정당국의 비준을 받은 의료기관의 원격의료 허용 등의 원칙만을 규정하고 있다. 의사와 환자 간의 원격의료 주체, 서비스 범위 등은 각 지역 위생·보건 행정당국이 폭넓게 허용하고 있다.

라. 소결

미국은 원격의료에 대한 법률이 연방과 주별로 모두 규정되어 있는데, 각 주별로 원격의료의 대상자, 지역, 제공방법, 자격기준, 책임 등에 대해 자세히 규정하였고, 그에 따라 원격의료 정책이 수행되었다.

일본은 후생성 고시에서 원격의료에 대해 규정하고 있는데, 원격의료에 대한 전제와 원격의료 허용이 가능한 환자, 지역 등에 대한 예시가 제시되어 있었다. 그리고 의료인 간 원격의료인 원격병리진단과 원격방사선화상진단에 대해서는 보험 적용과 수가가 책정되어 있었다.[35]

중국은 의사와 환자 간의 원격의료의 전면 도입을 통해서 의료접근성 제고와 의료서비스 수준 향상을 도모하고 있다. 특히 의료기관의 원격의료 허용범위를 의사와 환자 간으로 확대하고 원격의료서비스 허용범위를 원격진료, 원격자문, 원격영상진단, 원격모니터링 등으로 확대하여 국민의 의료수요를 충족하고 있다.[36]

---

35) 김진숙·오수현, 앞의 논문(각주 27), 24-25면.

이러한 내용을 통해서 보면, 소개한 국가들은 우리보다 원격의료의 활성화에 대해 많은 관심과 전향적인 태도를 지니고 있다고 할 수 있고, 결국 그러한 태도들이 법제를 통해서 다양한 내용들을 포함하게 되었다. 물론 일본의 경우 의료행위의 대면성을 원칙으로 삼는다는 점에서는 우리와 유사한 측면이 있지만, 예외규정을 통해서 원격의료를 활성화하려는 노력들이 보인다고 할 것이다. 미국이나 중국은 원격의료의 활성화를 위해 다양한 시도를 진행하고 있는데, 미국은 자격기준, 책임 등을 엄격하게 규정하고 있는 반면에, 다른 사항들에 대해서는 폭넓게 인정하는 것으로 이해된다. 반면에 중국은 정부 주도로 공공의료기관이 중심이 되는 활성화 정책을 진행하고 있다.

Ⅳ. 현행 원격의료제도의 문제점과 개선방향

1. 원격의료와 관련된 쟁점사항

가. 의료행위에서 대면성의 필수 여부

(1) 의료법상 대면행위 유무의 중요성

의료법 상으로 원격의료는 의료인 간에만 허용된다. 물론 지금까지의 의사 – 환자의 관계 속에서 의료행위는 의사의 '전문성'과 의사가 직접 환자를 문진하는 '대면성'이 당연한 것으로 받아들여졌다. 그러나 원격의료는 정의에서 밝힌 바와 같이 직접 대면하는 것이 어려운 환자에게 정보통신기술을 이용해 서비스를 제공하는 것

36) 이찬우, 앞의 논문(각주 32), 10면.

이므로 대면성을 인정하기 어렵다. 따라서 대면성을 모든 형태의 의료행위에 필수적으로 인정되는지 여부에 따라 원격의료의 보호범위가 달라질 것이다. 만약 의사와 환자 간의 대면행위가 필수라면 환자가 의사에게 단순한 정보의 전달 이상의 원격의료는 허용될 수 없고, 그만큼 원격의료의 허용범위는 축소될 것이다. 게다가 의료행위가 문진이나 진찰의 단계에서 마무리되는 경우보다는 오히려 진단, 처방, 처치, 시술 등의 절차로 이행되는 경우가 더 많다. 그런데 의료법 제17조에서 의료업에 종사하고 직접 진찰하거나 검안한 의사·치과의사·한의사가 아니면 처방전 등을 작성하여 교부하지 못하도록 규정하고 있는데, 여기서 특히 "직접 진찰"이 대면진찰을 의미하는 것인지 여부가 문제인데, 대법원과 헌법재판소는 견해 차이를 보이고 있다.[37]

(2) 헌법재판소 견해

헌법재판소는, 1) 의료법 제17조 제1항에서 의사·치과의사·한의사가 처방전을 발행하기 위해서는 '직접 진찰'하도록 규정하고 있는데, 직접'의 사전적 의미, 이 사건 법률조항의 입법연혁, 의료법 관련 규정들을 종합적으로 고려하면, 이 사건 법률조항에서 말하는 '직접 진찰한'은 의료인이 '대면하여 진료를 한'으로 해석할 수밖에 없으므로, 결국 제17조는 의료인의 대면진료 의무'와 '진단서 등의 발급주체' 양자를 모두 규율하고 있는 것으로 판단하였고, 2) 동법 제33조 제1항은 의료인이 환자나 보호자의 요청에 따라 진료하는 등 예외적인 경우가 아닌 한 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 하고, 제34조 제1항은 일정한 시설과 장비를 갖춘 경우에 컴퓨터·화상 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 다른 의료인에 한

37) 강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 133-134면.

하여 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료를 할 수 있으며, 동조 제3항은 원격의료를 하는 자도 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다고 규정하여, 직접 대면진료를 원격의료의 상대개념으로 하고 있다는 점에서, 제17조에서의 '직접 진찰한'은 의료인이 의료기관 내에서 '대면하여 진료를 한'의 의미로 해석할 수밖에 없다고 하였다.

또한 동법 제17조 제2항은 "의료업에 종사하고 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 아니면 출생·사망 또는 사산증명서를 내주지 못한다."고 규정하고 있는데, 조산의 경우는 대면조산 이외의 방법을 상정하기 어려움에도 불구하고, 굳이 '직접 조산한'으로 규정한 것과 비교해보면, 비록 진찰의 경우는 대면진료 이외의 방법이 있을 수 있다 하더라도 해당조항의 '직접 진찰한'은 '대면하여 진료한'으로 해석하지 않을 수 없다고 하였다.

게다가 의료인의 사명, 신의성실의 원칙 등에 대한 규정하고 있는 의료법의 취지와 현재의 의료수준을 고려할 때, 의료인이 환자를 대면하지 아니하고 전화통화에 의한 문진 등 일부 방법만으로 병상 및 병명을 규명·판단하는 것은 진료의무를 성실히 이행한 것이라고 보기에 부족하고, 또 현재의 일반적인 의료수준이 대면진료를 하지 않고도 이와 동일한 정도의 진료를 할 수 있는 수준에 달하였다고 보기도 어려우므로, 해당조항 중 '직접 진찰한'은 '대면하여 진료한' 이외에 달리 해석될 여지가 없다고 하였다.

마지막으로 동조항은 의료인을 수범자로 한정하고 있는데, 통상적인 법감정과 직업의식을 지닌 의료인이라면 동조항이 규율하는 내용이 '대면진료'를 한 경우가 아니면 진단서 등을 작성하여 교부할 수 없고 이를 위반한 경우 형사처벌을 받게 된다는 것임을 인식하고 이를 의료행위의 기준으로 삼을 수 있으며, 또한 동조항의 내

용은 이를 위반한 행위에 대한 형사소송에서 법관의 통상적인 해석·적용에 의하여 보완될 수 있으므로, 법 집행당국의 자의적인 집행의 가능성 또한 예상되지 않는다고 하였다.[38)]

(3) 대법원 견해

반면 대법원은 '직접'의 문언적 의미가 문언 해석만으로 바로 '직접 진찰한 의사'에 전화 등으로 진찰한 의사가 포함되는지 여부를 판단하여 단정하기는 어려우므로 동 규정의 입법 취지와 목적 등을 고려한 법률체계적 연관성에 따라 문언의 의미를 분명히 밝히는 체계적·논리적 해석방법이 필요하다고 하였다. 그러면서 판단의 근거로, 1) 의료법 제17조 단서("환자를 직접 진찰한 의사·치과의사 또는 한의사가 부득이한 사유로 진단서·검안서 또는 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·치과의사 또는 한의사가 환자의 진료기록부 등에 따라 내줄 수 있다.")의 반대해석상 '직접' 진찰은 '자신이' 진찰한 것을 의미하는 것으로 볼 수 있고, 2)동조 제2항("의료업에 종사하고 '직접' 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 아니면 출생·사망 또는 사산 증명서를 내주지 못한다."), 제3항("의사·치과의사 또는 한의사는 '자신이' 진찰하거나 검안한 자에 대한 진단서·검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다."), 제4항("의사·한의사 또는 조산사는 '자신이' 조산(助産)한 것에 대한 출생·사망 또는 사산 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.")과 같이 동조 다른 항들은 '직접'의 의미를 '자신이'와 같은 의미로 사용하고 있는데, 당시 개정 전 조항에서 '자신이 진찰한 의사'만이 처방전 등을 발급할 수 있다고 한 것은, 처방전 등의 발급주체를 제한한 규

38) 헌재 2012. 3. 29. 2010헌바83, 판례집 24-1상, 392.

정이지 진찰방식의 한계나 범위를 규정한 것은 아니라 할 것이므로 '대면진찰'로 한정하는 것은 아니라고 하였으며, 3) 동조는 '직접 진찰'이라는 용어를 사용한 것과 다르게 동법 제34조 제3항에서 '직접 대면하여 진료'라 하고 있어서 의료법 내에서도 '직접 진찰'과 '직접 대면진찰'을 구별하여 사용하고 있다고 하였다. 또한 4) 동법 제34조에서 원격의료에서 별도로 규정하고 있으므로, 해당행위가 원격의료로 인정되는지 여부는 해당조문을 통해서 판단하는 것이 바람직하며, 5) 의료법의 목적이나 국민의 편의 도모, 세계 각국에서 원격의료제도가 시행·발전되고 있는 점 등을 고려하여, '전화진찰'을 했다는 것만으로는 '직접진찰'이 아니라고 할 수 없다고 판시하였다.[39]

(4) 소결

위에서와 같이, 의료법 제17조의 '직접 진찰'과 관련해서 헌법재판소와 대법원은 각각 다른 결정을 내렸다. 헌법재판소는 의사 – 환자의 전통적 관계 속에서 의사의 신의성실의 원칙, 환자의 안전 등을 고려하여 의료행위의 대면성을 강조하였다. 반면 대법원은 진찰의 범위를 넓게 인정하여 직접 대면하지 않더라도 의료행위를 인정할 수 있는 것이라 하였다.

그렇다고 해서 두 견해가 서로 대립되는 것은 아니라 할 것이다. 다만 의료인이 의료행위를 수행하는데 있어서, 어떤 측면을 강조하는지에 따라서 진찰의 범위를 좁게 또는 넓게 해석하는 차이가 있다고 판단된다.

물론 대면성은 의료행위에 있어서 중요한 의미를 지닌다. 그런 점에서 원칙적으로 의료인이 의료행위를 하는데 있어서는 대면성이 필요하다. 그러나 반대로 대면성이 없다면 의료행위로 인정할

39) 대법원 2013.4.11. 선고 2010도1388 판결.

수 없다고 단정할 수 있을까? 만약에 의료인의 대면행위가 없더라도 위험성이 발생할 가능성이 없거나 현저히 낮은 경우, 또는 대면행위를 할 수 없는 상황에서 환자의 동의에 의한 원격의료행위를 한 의료인은 처벌 받아야 한다고 단정할 수 있을까? 다시 말하면 대면성은 원격의료를 포함한 의료행위에서 중요한 요소임에는 분명하다. 그러나 대면성이 없다고 의료행위가 아니거나, 의료인이 처벌 받는 것이 당연하다고 하기는 어렵다. 그런 점에서는 의료인의 대면행위가 절대적인 것으로 이해하는 것은 타당하지 않다고 판단된다.

나. 의사 - 환자 간의 원격의료 인정여부

위에서 의사와 환자의 대면행위가 반드시 필요한 것은 아니라고 기술했는데, 이것이 바로 의사 – 환자 간의 원격의료까지 당연히 인정하는 것은 아니다. 의료법에서 의료행위는 의료인만 할 수 있도록 규정하고 있다. 다음에서는 원격지의사가 현지의사 없이 환자와 원격의료를 할 수 있는지 여부에 대해서 원격의료의 종류에 따라 살펴보도록 하겠다.

의사가 단순하게 환자의 상태만을 체크하는 원격모니터링은 현행 의료법에서도 가능하다. 2014년 원격의료 시범사업의 경우에도 의사 – 환자의 원격의료에 대한 시범사업은 환자의 상태만을 측정하는 원격모니터링 사업을 우선 시행하여 논란을 최소화하고자 했다.[40] 현행 의료법에서도 진찰과 진단을 포함하지 않고 단순히 환자의 상태를 모니터링하기 위한 상담은 그 자체로 어떤 위험성을 내포하지 않기 때문에 가능할 것으로 판단할 수 있다. 그러나 실제 상담과 진찰, 진단으로의 일련의 과정이 명확하게 구별될 수 있는

40) 보건복지부 보도자료, 2014.09.17. “의사 - 환자간 원격의료 시범사업 9월말부터 시작” 참고.

것이 아닌 경우에는 문제가 될 수 있다.[41] 또한 만성질환자에게 지속적으로 모니터링을 통해서 측정하던 정보가 아닌 경우 또는 새로운 환자인 경우에는 원격모니터링도 인정될 수 없다고 해야 한다. 원격진찰 및 진단은 의료인 간의 정보교환의 단계를 넘어서는 것으로, 만약 의사 – 환자 간의 대면행위가 있어야 한다는 견해에 의하면 원격진찰 및 진단은 허용될 수 없다. 그러나 대면행위가 의사 – 환자 간의 필수요소가 아니라면 인정될 여지가 있다. 예를 들어 대면행위를 할 수 없는 불가항력적인 경우나 위험성이 현저히 낮은 상황에서라면, 환자의 생명과 건강을 위해서라도 대면행위가 없더라도, 또는 원격지의사만 있는 경우라도 원격의료로 인정할 수 있다고 하는 것이 타당하다고 판단된다.

원격처방은 원격지의사가 간호사, 조산사 등 현지의사가 없는 경우, 또는 환자에게 직접 처방을 시행하는 것이다. 처방전 발행과 관련하여, 의료법 제17조는 직접 진찰한 의사로 규정하고 있는데, 앞에서 밝힌 바와 같이 직접 관찰이 대면진찰을 의미하는 것은 아니라 할 것이므로, 이는 크게 문제가 되지 않을 수 있다. 그리고 동법 제18조[42]는 처방전의 수령주체를 환자로 규정하고 있으므로, 환자가 아닌 제3자가 수령하는 경우에 문제가 될 수 있다.[43] 그 외에도 원격지의사가 처방전 발행과 관련하여 현지의사 보다 엄격한 책임을 부과해야 하는데, 쉽게 해결될 수 있는 문제는 아니다.

---

41) 강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 154-155면.

42) 제18조(처방전 작성과 교부) ①의사나 치과의사는 환자에게 의약품을 투여할 필요가 있다고 인정하면 「약사법」에 따라 자신이 직접 의약품을 조제할 수 있는 경우가 아니면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 처방전을 작성하여 환자에게 내주거나 발송(전자처방전만 해당된다)하여야 한다.

43) 강의성·최종권, 앞의 논문(각주 20), 155-156면.

다. 의료정보보호의 문제

원격의료에 대한 부정적인 견해의 이유 중에는 개인의료정보 침해의 문제도 있다. 원격의료는 정보통신기술을 이용하게 되므로, 그 과정에서 개인의료정보가 유출될 가능성이 있다는 것이다. 개인정보과 비교해서 의료정보는 유출로 인한 피해의 정도가 훨씬 크다고 할 것이다. 우리 개인정보보호법(제23조)에서 의료정보는 '민감정보'에 해당하는 것으로 해석할 수 있으므로, 일반 개인정보와 비교해서 높은 수준의 보호를 받는다고 해석할 수 있다. 또한 의료법(제21조)에서 원칙적으로 환자만이 기록 열람 등이 가능하도록 규정하고 있다. 따라서 의료정보 보호, 보안, 이용 등에 대해서 구체적으로 규정하고 있지 않으며, 온라인 상 유·무선 통신을 이용한 제3자 대리열람이 인정되지 않는다. 게다가 최근 다양한 디지털기술을 이용한 헬스케어 산업에서 아직까지 보안에 취약한 측면이 문제가 되기도 하면서 원격의료의 활성화에 회의적인 의견도 있다.[44]

그러나 의료정보를 이용한 다양한 학문연구나 새로운 기술개발이 가능하게 될 것이라는 점에서, 개인의료정보 이용의 측면도 함께 고려해야 한다. 특히 4차 산업혁명으로 일컬어지는 빅데이터 기반의 다양한 기술들은 의료정보를 폭넓게 이용하게 되고, 이를 통해서 기존의 의료체계를 바꿀 수 있을 것으로 기대한다. 게다가 의료법(제23조)에서 전자의무기록은 의료기관 내의 독립된 서버에 저장되어야 하고 외부 시스템에 연동될 수 없도록 되어 있었으나, 2016년 의료법 개정을 통해서 의료정보의 클라우드 저장이 허용되었고, 2017년 클라우드 기반의 병원정보시스템 구축을 위한 대형

---

44) 조혜신, "원격의료확대의 의의 및 조건에 대한 법정책적 연구: 헬스케어 산업 발전의 관점에서", 「IT와 법연구」 제15집, 2017, 260-262면.

국책과제가 추진되어서, 현재 구축 중에 있다.[45)]

물론 개인의료정보는 타인에게 유출될 경우 침해될 위험이 일반 개인정보 보다 훨씬 크다. 따라서 개인의료정보는 보호의 측면이 더 강조되어야 할 것이다. 그러나 최근 의료정보를 이용한 다양한 기술들에 대한 규제가 긍정적으로만 평가하기는 어렵다. 오히려 외국과 비교해서 우리나라는 규제 장벽이 높은 측면이 있다. 물론 보호를 강조한 것도 있지만, 이러한 규제가 오히려 의료산업의 발전을 저해할 수도 있다. 규제가 국가정책의 모든 해결책이 될 수 없는 것처럼, 필요하다면 허용의 측면도 충분히 고려해야 한다. 물론 이 과정에서 생길 수 있는 기술적 문제들을 최대한 해결하려는 노력이 필요하고, 이를 보완하기 위한 법제 정비도 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

2. 원격의료 정착을 위한 전제요건

가. 원격의료 발전을 위한 의료정책의 방향 제시

앞에서 밝힌 바와 같이, 지역 간의 의료서비스격차를 빠른 시간 내에 해소할 수 없고, 그런 문제점을 해결하기 위한 수단으로 실질적인 원격의료제도 시행이 필요하다고 할 것이다. 그런 점에서 향후 의료정책도 원격의료를 발전시킬 수 있는 방향으로 나아가야 할 것이다.

원격의료의 시행은 시간적·장소적·비용적 장점과 함께 의료계에서 염려하는 바와 같이 의사의 잘못된 진단으로 환자의 생명 또는 건강에 심각한 침해를 가져올 수 있다는 점에서 일반적인 손해, 침

45) 전자신문 2018/07/25 “국내 최초 상급종합병원 클라우드 사업 개시. 정밀의료 구현 속도”(http://www.etnews.com/20180725000332) (2018/07/26 검색).

해보다 훨씬 보호의 필요성이 크다. 따라서 원격의료의 시행은 엄격한 조건에서 이루어져야 할 것이다. 그러나 의과학기술의 발전으로 원격의료의 위험성도 줄어들 것이고, 필요성도 증가할 것으로 예상할 수 있다. 따라서 의료 정책은 원격의료의 본격적 시행과 관련하여, 안전을 고려한 규제뿐만 아니라 활성화를 위한 정책도 함께 고려해야 한다.

그런 점에서 원격의료를 위한 의료정책의 규제와 활성화가 서로 상반되어 공존하기 어려운 것처럼 보이기도 한다. 그러나 규제와 활성화 모두 항상 우선하는 가치를 갖는다고 단정할 수는 없으므로, 규제와 활성화 중에서 하나만을 선택해야하는 것은 아니다. 즉, 원격의료의 규제와 활성화 모두 의료질서 속에서 올바른 의료 인프라 구축과 발전을 위해 필요한 요소들이다. 따라서 규제와 활성화 간에 생성되는 긴장관계를 적절하게 조정하는 것은 입법자의 중요한 과제로 남게 된다.

나. 원격의료 규제/활성화의 원칙

원격의료의 규제와 활성화 사이에 다양한 방법들이 존재할 것이고, 그 중에서 어떤 방법을 선택할 것인지 여부는 전적으로 입법자의 재량행위에 해당될 것이다. 그러나 입법자는 적어도 다음 사항들에 대한 고려를 통하여 원격의료에 대한 정책이 이루어지도록 해야 할 것이다. 첫째, 원격의료는 원칙적으로 규제가 활성화 보다 우선되어야 한다. 원격의료에 의한 피해는 생명이나 건강과 직접적으로 관련을 갖게 되므로 보호차원에서의 규제가 우선해야 한다. 물론 국가경쟁력 강화와 외국인 환자들을 대상으로 하는 의료서비스의 향상을 위해서 원격의료를 활성화되어야 한다는 주장도 타당한 측면이 있다. 그러나 국가는 이러한 발전적인 부분과 함께 부정적

인 부분도 고려해야 하고, 최악의 결과도 상정하여 대처할 수 있어야 한다. 따라서 국가는 원격의료정책에 대해서 보수적으로 접근해야 할 필요가 있다.

둘째, 원격의료를 규제하는 방법은 객관성, 공정성, 명확성을 가져야 한다. 규제가 인정된다는 것은 입법자의 자의적인 결정까지 존중되어야 하는 것은 아니다. 원격의료의 규제를 통해서 특정 집단에게만 이익 또는 손해가 발생해서는 아니 되고, 누구에게나 객관적이고 공정하게 적용되어야 한다. 그리고 규제의 내용은 명확하게 규정하여 누구나 쉽게 이해할 수 있어야 한다.

셋째, 원격의료 규제정책의 위험성이 희박하거나 통제가 충분히 가능하다면 허용의 범위를 확대해야 한다. 규제와 허용은 반비례 관계에 있으므로, 규제범위가 줄어들게 되면 반대로 허용범위가 확대될 수 있다. 물론 허용의 범위를 확대하기 위해서 규제범위를 줄이는 것은 바람직하지 않다. 그러나 규제의 필요성이 줄어든 경우, 예를 들어 원격의료기술의 발달로 환자의 생명 침해나 건강에 대한 위험이 현저히 감소되거나, 위험성 자체가 감소되는 것은 아니지만 이를 통제할 수 있는 기술적·제도적 수단을 구비하게 된다면 허용의 범위를 확대하는 것도 고려해 볼 수 있다.

넷째, 규제 또는 활성화 정책을 위반한 경우에는 위반자에 대해서 엄격한 책임을 부과해야 한다. 우리 법은 다양한 규제규정을 갖고 있지만 실제로 이를 위반한 경우에도 처벌이 미흡한 경우가 많다. 다른 법령과 균형이 맞지 않는 경우도 있고, 심지어 위반에 대한 처벌규정이 없는 경우도 있다. 규제 또는 활성화에 따른 책임은 결국 원격의료를 안정적으로 수행하는데 있어서 모두 중요하다. 특히 규제와 활성화 모두 필요한 원격의료정책은 허용과 비례하여 수범자의 책임도 중요하게 인식되어야 하고, 이를 위반한 경우에는

엄격하게 통제해야만 허용으로 인한 부작용을 최소화할 수 있다.

다섯째, 국가는 원격의료에 대한 일관된 정책과 비전을 제시해야 한다. 우리는 지금까지 정권이 바뀔 때마다 정책이 일관되지 못해서, 매번 시행착오와 예산낭비를 반복하고 있다. 의료는 결국 국민의 생명과 건강을 담보로 한다는 점에서 진지한 고민과 성찰을 통해서 오랜 기간 유지할 수 있는 중·장기 계획을 세우고 국민들이 신뢰할 수 있는 비전을 제시해야 한다. 물론 급변하는 생명의료기술 환경에서 법의 변화 없이 현실을 제대로 반영할 수는 없으나, 새로운 첨단과학 기술이 도입되고 글로벌 의료시장이 변화하더라도 결국은 국민과 국가를 위한 보건의료정책을 수립해야 된다는 점에서는 마찬가지이다. 따라서 이러한 큰 틀에서 단기적인 변화에 대응할 수 있는 정책과 입법이 필요하다 할 것이다. 그런 점에서 2002년 처음으로 도입된 원격의료제도는 현재까지도 정부의 일관되지 못한 정책과 제도도입의 공감대를 형성하지 못해 왔기에 한계를 가질 수밖에 없었다. 지금부터라도 이해관계 당사자를 포함한 국민 전체가 공감할 수 있는 정책을 제시하여 지역 간의 의료격차를 해소할 수 있는 계기로 삼는 것이 바람직하다고 판단된다.

Ⅴ. 결 론

본 논문에서 1) 우리 헌법상 보건권의 의의와, 보건의료의 공공성 2) 원격의료제도의 의의와 외국의 원격의료 현황, 3) 현행 의료법상 원격의료제도의 문제점과 개선방향에 대해서 살펴보았다.

헌법 제36조 제3항을 통해서 보건권을 도출할 수 있고, 이를 근거로 보건의료는 모든 사회 구성원에 관계되는 것으로서 일부 구성

원을 보건의료의 수혜로부터 배제하거나 독점하도록 할 수 없다는 의미에서 '규범적 의미의 공공성'을 갖는다고 해야 한다. 이를 통해서 국가에 대해 국민이 요구할 수 있는 것은 건강유지에 필요한 시설·환경·의료서비스의 제공과, 침해된 건강을 회복하기 위한 의료서비스의 제공이라 할 것이다.

그런데 우리나라는 대도시와 비교해서 지방 주민들은 질적·양적으로 의료서비스에서 차별을 받고 있으므로 이의 대안으로서 원격의료제도를 활성화할 필요성이 있다.

원격의료제도는 2002년 의료법에 처음 규정되었는데 아직까지도 많은 찬반 논란이 있다. 미국은 연방과 주에서 각각 원격의료의 대상자, 지역, 제공방법, 자격기준, 책임 등에 대해 자세히 규정하였고, 일본도 후생성 고시에서 원격의료에 대해 규정하고 있는데, 원격의료에 대한 전제와 원격의료 허용이 가능한 환자, 지역 등에 대한 예시가 제시되어 있었다. 중국은 의사와 환자 간의 원격의료의 전면 도입을 통해서 의료접근성 제고와 의료서비스 수준 향상을 도모하고 있다.

의사 – 환자 간의 원격의료 인정여부에 대해서는 원격의료의 종류에 따라 살펴보았다. 원격모니터링은 현행 의료법에서도 가능하나 실제 상담과 진찰, 진단으로의 일련의 과정이 명확하게 구별될 수 있는 것이 아닌 경우에는 문제가 될 수 있다. 원격진찰 및 진단은 대면행위가 의사 – 환자 간의 필수요소가 아니라면 인정될 여지가 있다. 원격처방은 의료법 제18조가 처방전의 수령주체를 환자로 규정하고 있으므로, 환자가 아닌 제3자가 수령하는 경우에 문제가 될 수 있다.

원격의료는 정보통신기술을 이용하게 되므로, 그 과정에서 개인의료정보가 유출될 가능성이 있다는 점이 지적되기도 하지만, 이를

이유로 규제하는 것은 바람직하지 않고. 따라서 개인의료정보의 이용을 통한 원격의료의 활성화 측면도 충분히 고려해야 한다. 물론 이 과정에서 생길 수 있는 기술적 문제들을 최대한 해결하고, 이를 보완하기 위한 법제 정비도 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

원격의료의 규제와 활성화 모두 의료질서 속에서 올바른 의료 인프라 구축과 발전을 위해 필요한 요소들이다. 따라서 규제와 활성화 간에 생성되는 긴장관계를 적절하게 조정하는 것은 입법자의 중요한 과제로 남게 된다. 입법자는 폭넓은 재량의 범위를 갖고 있지만 적어도 1) 원격의료는 원칙적으로 규제가 우선되어야 하고, 2) 원격의료를 규제하는 방법은 객관성, 공정성, 명확성을 가져야 하며, 3) 규제정책의 위험성이 희박하거나 통제가 충분히 가능하다면 허용의 범위를 확대해야 하며, 4) 규제 또는 활성화 정책을 위반한 경우에는 위반자에 대해서 엄격한 책임을 부과해야 하며, 5) 국가는 원격의료에 대한 일관된 정책과 비전을 제시해야 한다. 이러한 기준을 가지고 이해관계 당사자를 포함한 국민 전체가 공감할 수 있는 정책을 제시하여 지역 간의 의료격차를 해소할 수 있는 계기로 삼아야 할 것이다.

참 고 문 헌

류시원 외 8인, “공공의료 강화를 위한 원격의료수용성 제고방안”, 연구보고서 2004-04, 한국보건사회연구원, 2004.

계희열, 헌법학(중), 박영사, 2004.

성낙인, 헌법학(제18판), 법문사, 2018.

양 건, 헌법강의(제6판), 법문사, 2016.

한수웅, 헌법학(제8판), 법문사, 2018.

강의성·최종권, “현행법상 원격의료의 허용범위에 관한 법적 고찰”,「중앙법학」제17집 제4호, 중앙법학회, 2015.

김민정, “국내 원격의료 현황과 개선과제”,「의료정책포럼」제14권 제1호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2016.

김주경, “건강권의 헌법학적 내용과 그 실현”,「법학연구」제23권 제4호, 연세대학교 법학연구원, 2013.

_____, “헌법상 건강권의 개념 및 그 내용”,「헌법판례연구」제12권, 한국헌법판례연구학회, 2011.

김진숙, “일본 원격의료 현황과 한국에의 시사점”,「의료정책포럼」제14권 제2호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2016.

김진숙·오수현, “원격의료 정책현황 비교 분석 연구: 미국, 일본, 한국을 중심으로”,「보건경제와 정책연구」제24권 제1호, 한국보건경제정책학회, 2018.

박종현, “보건권의 헌법적 의미”,「생명윤리정책연구」제9권 제2호, 이화여자대학교 생명의료법연구소, 2015.

송호근, “한국 의료의 현실과 미래 대응적 과제”,「의료정책포럼」제12권 제3호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2015.

이규식, “의료체계 발전과 원격의료”,「의료정책포럼」제14권 제3호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2016.

이상이, “의료 양극화와 공공성 강화 방안”,「국회도서관보」제45권 제10호

(통권 제353호), 국회도서관, 2008.
이종구, “미국 원격의료에 관한 최근 동향과 의료법 개정안의 검토”,「법학논총」제40권 제4호, 단국대학교 법학연구소, 2016.
이찬우, “중국 원격의료 도입과 정책 시사점”, KERIS Economic Quarterly 제16권 제33호, 한국경제연구원, 2017.
장 욱 외 3인, “우리나라 원격의료제도의 개선을 위한 비교법적 연구”,「한국의료법학회지」제18권 제1호, 한국의료법학회, 2010.
조혜신, “원격의료확대의 의의 및 조건에 대한 법정책적 연구: 헬스케어 산업 발전의 관점에서”,「IT와 법연구」제15집, 경북대학교 IT와 법연구소, 2017.
최용전, “미국 원격의료제도의 연구 현황과 시사점”,「법학논총」제40권 제2호, 단국대학교 법학연구소, 2016.

<Abstract>

A Legal Study on the Needs of Telemedicine and the Direction of its Improvement

Lee, Han Joo*

By a positive interpretation of §36(3) of the constitution, we can find a normative foundation of constitutional right to health as an entitlement or claim right to the government. And the public health of medical care has been derived through constitutional right to health.

In 2002, at the time of the first regulations relating to telemedicine on medical law, the purpose of legislation was only intended to take advantage of medical personnel's knowledge of the professional sector engaged in a large medical institutions from a distance.

However, it is still controversial in the medical law whether it is possible to care many patients outside medical institutions by using information and communication equipment with physicians in other regions.

Recently information communication technology(ICT) and medical technology have developed rapidly over the past 10 years, to keep pace with development, the government aims to extend telemedicine services focused on a form that doctors can diagnose and prescribe through the patient's status directly via a variety of electronic devices in the patient's house or the outside, not medical institutions.

There are still unclear provisions about telemedicine in medical law. Therefore, it is necessary to discuss the preconditions and environment for the successful implementation of telemedicine in Korea and to provide

* Ph.D. in Law, Kyung Hee Univ. Academic Research Professor.

institutional maintenance that contains specific regulations.

Key Words : Right to Health, Public Healthcare, Telemedicine, In-Person Medical Treatments, Solution of the Difference in Medical Service