



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의료관광 외국인 환자 대상 비대면진료 활성화 방안

-미국, 일본 비교법제도론 중심으로-

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 현 진

의료관광 외국인 환자 대상 비대면진료 활성화 방안
-미국, 일본 비교법제도론 중심으로-

지도교수 김 소 윤

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

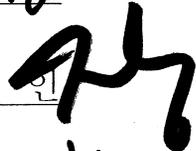
2024년 6월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 현 진

김현진의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 _____ 김 소 윤 
심사위원 _____ 장 석 용 
심사위원 _____ 한 휘 중 

연세대학교 대학원

2024년 6월 일

감사의 글

먼저, 2년 반 동안의 석사 과정을 이끌어 주시고, 논문이 올바른 방향으로 나아갈 수 있도록 일깨워주신 김소윤 교수님께 감사의 말씀 올립니다. 교수님의 열정적인 모습이 정말 존경스럽습니다. 꼼꼼하게 첨삭해주시며 제 모든 논문의 한 줄 한 줄 귀한 말씀해 주신 장석용 교수님께, 교수님께서 제 부심이 아니셨다면 절대 이 정도도 완성하지 못했을 것입니다. 갑작스럽게 부심을 요청드렸음에도 귀중한 시간 내주시어 따뜻한 말씀과 조언을 주신 한휘종 교수님께, 인상 깊었던 수업과 논문지도 모두 감사드립니다. 이외에도 논문 초반에 갈피를 잡지 못하고 있을 때 도와주신 이동현 교수님, 국제보건 분야의 활동을 탄자니아에서 몸소 보여주신 강선주 교수님께 감사드립니다.

입학 동기로 만나 논문의 전체 과정을 공유할 수 있었던 박아영 선생님 감사합니다. 선생님이 없었다면, 혼자 여기까지 올 수 없었을 것입니다. 쏟아지는 질문에도 자세히 알려주시며 응원 해주신 선배님들, 탄자니아에서 함께 울고 웃었던 후배 선생님들 모두 감사합니다. 마지막으로 항상 묵묵히 응원해주고 지지해주는 존경하는 부모님, 박사과정 하느라 누구보다 힘들 연수에게 더 할 나위 없이 감사드립니다. 끊임없는 사랑과 지지를 보내주는 소중한 국제진료소 식구들, 민경아 차장님께도 감사하다는 인사를 전합니다.

사회에 도움이 되는 사람이 되도록 열심히 살겠습니다.

2024년 7월, 김현진 올림

차 례

I . 서론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	2
3. 연구 방법	3
II . 비대면진료	7
1. 비대면진료의 개념	7
2. 의료관광에서 비대면진료의 활용	8
III . 국내 · 외 비대면진료 비교	9
1. 대한민국	9
1.1 법적근거 및 연혁	9
1.2 비대면진료 시범사업	11
1.3 의료관광 외국인환자 비대면진료	17
2. 일본	24
2.1 법적근거 및 연혁	25
2.2 비대면진료 대상과 내용	26
2.3 비대면진료 수가	27
2.4 비대면진료 법적 책임	28
2.5 의료관광 외국인환자 비대면진료	30

3. 미국	35
3.1 법적근거 및 연혁	36
3.2 비대면진료 대상과 내용	38
3.3 비대면진료 수가	38
3.4 비대면진료 법적 책임	39
3.5 의료관광 외국인환자 비대면진료	41
4. 비교분석 결과	45
4.1 국가별 의료관광 비교	45
4.2 국가별 의료관광 외국인환자 비대면진료 비교	47
4.3 국가별 비대면진료 비교	48
IV. 의료관광 외국인 환자 비대면진료 개선방안	51
1. 「의료해외진출법」 개정을 통한 의료관광 외국인 환자 비대면진료 허용	51
2. 재외국민 규제샌드박스 활용	53
3. 비대면진료 인증 기준 설립	54
4. 비대면진료 사전 동의 강화	55
V. 고찰 및 결론	56
1. 고찰	56
1.1 방법에 대한 고찰	56
1.2 결론에 대한 고찰	56
2. 결론	58
참고문헌	60

표 차례

<표 1> 국가별 비대면진료 비교분석 틀	6
<표 2> 우리나라의 비대면진료	17
<표 3> 일본의 비대면진료	30
<표 4> 메디케어에서 분류한 비대면진료	37
<표 5> 미국의 비대면진료	40
<표 6> 국가별 의료관광 비교	47
<표 7> 국가별 의료관광 외국인환자 비대면진료 비교	48
<표 8> 국가별 비대면진료 비교	50
<표 9> 기존 법률과 외국인환자에 관한 법률의 비교	51

국 문 요 약

의료관광 외국인 환자 대상 비대면진료 활성화 방안 -미국, 일본 비교법제도를 중심으로-

본 연구의 목적은 비대면진료와 관련된 최신동향을 살펴보고, 이를 바탕으로 의료관광 외국인 환자 대상 비대면진료에 대한 국내·외 정책을 비교·분석하여 향후 우리나라 외국인 환자 대상 비대면진료의 방향성을 설정하는 데 도움을 줄 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다. 먼저, 국가별 비대면진료 제도의 법적 근거 및 내용을 파악하고, 의료관광 체계 속 비대면진료의 활용 현황을 비교하였다. 연구 결과 다음과 같은 결과를 도출하였다. 첫째, 「의료해외진출법」에 특례를 추가하여 외국인 환자에 대한 비대면진료를 허용해주어야 한다. 둘째, 대한민국은 의료인 간의 원격협진 형태로 비대면진료를 유지하고 있지만, 미국과 일본은 의사와 환자 간의 직접적인 비대면진료를 허용하고 있어 현재 의료법상 법적 책임의 명확성이 필요하다. 셋째, 미국과 일본은 인증표준과 가이드라인을 통해 표준화되고 안전한 비대면진료를 활성화한다. 외국인 환자를 위한 비대면진료 활성화는 의료기관의 수익 증대와 사전·사후 관리의 질 향상에 기여 할 것으로 예상하며, 법 개정과 정부의 제도적 지원을 통해 대한민국의 의료관광 산업의 경쟁력을 높일 수 있을 것이다. 본 연구는 외국인 환자 유치를 위한 대한민국의 비대면진료 제도 개선에 기여하며, 향후 연구에서는 더 다양한 국가와 변수를 포함한 종합적인 분석이 필요함을 강조한다.

핵심어: 비대면진료, 의료관광, 외국인환자 유치

I . 서론

1. 연구의 배경

외국인 환자란, 국민건강보험 제 109조에 따른 가입자나 피부양자가 아닌 외국인(보건복지부령으로 정하는 바에 따라 국내에 거주하는 외국인은 제외한다)환자를 말한다. 여행을 온 외국인이 병원에 찾아오는 경우가 아닌, ‘의료’가 목적인 입국을 하는 경우가 있는데 이를 ‘의료관광’ 이라고 한다. 의료관광이란, 미용·성형·건강검진이나 간단한 수술 등을 위해 외국을 방문하는 환자가 관광을 연계하여 머물면서 의료서비스와 휴양·레저·문화 활동 등의 관광활동이 결합된 새로운 관광형태이다(유지윤,2006).

코로나 19의 대유행은 대한민국의 의료관광 성장에도 영향을 주어서, 외국인 환자가 2019년 497,464명에서 2020년 117,069명으로 약 5분의 1수준으로 급감하였다(박종윤,2022). 윤경재(2021)의 연구에서 코로나 19 팬데믹 상황에는 비대면 시대에 감염의 위험을 막고 환자를 보호할 수 있는 비대면진료 서비스를 시행하여, 한국 입국을 하지 않고도 현지에서 우리나라의 의료 혜택을 누릴 수 있어야 의료관광이 발전할 수 있을 것이라 보았다.

사람과 사람간의 접촉이 어려워지는 전세계적 팬데믹(Pandemic)을 경험한 이후, 비대면진료는 코로나19로 인한 사회적 거리두기와, 의사-환자간의 관계 지속을 동시에 가능하게 하는 해결책으로 등장하였다. 비대면진료가 환자의 치료에 완벽한 수단은 아니지만, 건강 결과를 개선하기 위한 지리적 장벽을 극복하는 데에는 큰 이점을 제공한다. 전 세계의 많은 국가에서 유용성과 분명한 이점이 인정되어 시행되고 있다(WHO, 2020; Kruse et al, 2022). 하지

만, 대한민국은 내·외국인 모두에게 같은 법률을 적용하여 원격협진의 형태로만 비대면진료를 시행하고 있다. 따라서 비대면진료를 의사대 환자(D to P, Doctor to Patient) 로 직접 시행하지 않으면서 동시에 해외환자 유치를 위한 의료관광을 지원하는 나라이다.

비대면진료에 대한 국가별 비교(김대중, 2015; 강주현 외, 2022;)를 통한 한국에의 시사점 연구나 코로나19 전후의 변화(Kruse et al., 2022; 최용진, 2021; 김진숙 외., 2022; 고순주, 2021)에 대한 연구는 많이 이루어졌다. 하지만, 내국인을 대상으로 하는 것이 아닌 의료관광 사전·사후관리에서의 비대면진료에 대한 국가별 비교 연구는 아직 수행된 적이 없다.

2. 연구의 목적

본 연구는 비대면진료와 관련된 최신동향을 살펴보고, 이를 바탕으로 외국인 환자 대상 비대면진료에 대한 국내·외 정책을 비교분석하여 향후 우리나라 의료관광 외국인환자 대상 비대면진료의 방향성을 설정하는 데 도움을 줄 수 있는 기초자료를 제공하고자 하였다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 국내·외 의료관광 및 의료관광 외국인환자 대상 비대면진료를 파악하고 살펴본다.

둘째, 국내·외 비대면진료 제도를 파악하고 현황분석을 통하여 비대면진료의 법적, 정책적 내용을 비교한다.

셋째, 비교분석 결과를 통하여 대한민국 의료관광 외국인환자 대상 비대면 진료의 개선방안과 내용을 제시한다.

3. 연구 방법

3.1. 분석방법: 비교법 제도론 질적 연구

본 연구는 비교연구방법론 중 교차사례분석을 수행할 것이다. 교차사례분석은 인과적인 복잡성에서 시작되는데, 사례를 구성으로 비교하기 위한 집합 이론에 기반을 둔 공식적인 기술이다(Ragin,1987) .둘 이상의 국가나 사회 체계와 같은 공간적 단위들을 비교사례로 선택한 후, 가설이 선택된 사례 속에서 어느 정도 입증되는지를 비교하는 분석기법을 의미한다. 이러한 교차사례분석은 차이법의 논리적 구조를 따르는 최대유사체계분석안을 포함한다(최신용, 2011).

3.2. 비교 국가 선정 근거

비교 국가 선정의 틀은 최대 유사 체계 설계를 선택하였다. 최대 유사 체계 설계는 가능한 많은 점에서 유사한 사회 체계들이 가장 적합한 비교분석의 사례가 될 수 있다는 견해에서 출발한다.이 설계에서 분석의 논리는 다음과 같다. 분석 사례 간에 공통적인 체계의 특성들은 통제된 것으로 간주하고, 체계 간 차이점은 설명 변수로 취급된다(Anckar,2008). 그러므로 체계의 공통적인 특성을 최대화하고, 다른 특성을 최소화할 수 있는 사례를 선정할 수 있도록 설계한다(강성남, 2017)

비교대상 국가는 미국, 일본, 한국이다. 선정 근거는 다음과 같다. 먼저, 미국은 비대면진료의 개념을 가장 처음 고안해 낸 국가이다. 또, 미국은 환자의 송출(outbound) 및 목적지(inbound)로서 모두 역할을 함에 따라, 의료 관광의 원천시장이기도 하다. 미국 의료관광 시장규모는 2018년 67억달러로 평가되었으며, 이는 세계 의료관광 지출의 36%를 차지하는 수준이다. 2018년 기준 100만명이 의료관광을 위해 외국인이 미국에 방문하였으며 그 해, 입원수속의 3.5%를 외국인 환자가 차지하였다(Medical Tourism, 2024). 따라서, 미국은 비대면진료와 의료관광 모두 가장 선두 국가 중 하나이다.

이러한 배경에는 미국이 다른 고소득 국가들에 비해 비용 접근성, 행정 효율성, 형평성에 뒤처지는 것이 있다. 양질의 의료 서비스를 받는 것이 개인의 소득에 크게 좌우되며 낮은 소득층의 50%가 비용 때문에 필요한 의료 서비스를 받지 못했다고 보고되었다 (Schneider et al., 2021). 따라서, 미국에서 의료관광이 발전할 수 있는 바탕에 이러한 배경이 작용했다고 볼 수 있다.

일본은 의료서비스의 질이나 구성항목에 있어, 아시아 국가들 중에서 가장 높은 만족도를 나타내고 있다. 중입자치료기를 가장 많이 보유하고 있는 등압 치료에서 경쟁력이 있으며, 로봇 수술과 장기 이식 등 전문화 된 기술로 인기있는 의료 관광지이다. 한국 역시 수술, 암치료, 심장질환 등 웰니스관광보다는 치료목적의 관광도 많이 이루어져 일본과도 비슷하다.

일본과 한국은 의료법과 의사법의 맥락을 공유하는 부분이 있다. 일본의 의사법 제20조(무진찰 치료 등 금지의 원칙)와 한국의 의료법 제 17조는 의사가 직접 환자를 진찰해야만 하는 원칙이 있다. 일본은 2007년 의료법 개정과 관

련하여 ‘광고 규제 재검토에 의한 광고 가능 사항의 확대’ 조치를 통해 광고 활동 시 일정 성질을 가진 항목을 포괄적으로 규제하는 방식으로 전환함으로써 의료광고 규제를 대폭 완화하였다. 대한민국도 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 제 15조(의료관광에 관한 특례)로 의료광고 규제를 완화해 주었다.

일본은 오래전부터 비대면진료에 대한 사회적 합의는 있었으나, 의료관광에 대한 일본 의사협회의 반대가 있었다. 일본 의사협회가 새로운 정책에 보수적인 의견을 낸 이유는 외국인 의료 관광이 내국인의 보편적 의료 시스템 붕괴를 초래하게 될 것을 우려하는 것이라고 밝혔다 (Fujitani et al, 2019). 이는 대한민국의 국회에서도 비대면진료 관련 의료법 개정안이 여러번 통과되지 못한 원인 중 하나인 직접적 이해관계자인 의료계의 반대와도 비슷하다.

3.3 수집 방법

국내 선행연구 자료는 한국 학술지 인용색인 검색을 통해 주제 관련 문헌 고찰 논문자료를 선정하였다. 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」, 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 및 「의료법」 등은 국가법령체계 웹사이트에서 현행 원문을 인용하였고, 보건복지부, 외교부, 질병관리청 등 정부 부처의 공식 웹사이트 자료를 수집하였다.

미국 자료는 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC), 미국 비대면진료협회(American Telemedicine Association) 웹사이트 정보검색을 통하여 미국의 의료관광과 비대면진료에 대한 자료를 수집한다. 미국 국립 의학 도서관의 PubMed 를 통하여 현재 비대

면진료 정책에 대한 문헌자료를 수집하여 분석한다. 구글 학술검색을 통하여 학술자료를 수집한다. 미국의 의료관광 현황을 검색하고 논문 작성 시간을 기준으로 적용되고 있는 최신의 자료를 확보한다.

일본 자료는 후생노동성, 민관의료 합동기관인 Medical Excellence Japan 웹사이트 검색을 통하여 일본 정부에서 제공하는 가이드라인에 대한 최신의 자료를 수집하였다. 미국 국립 의학 도서관의 PubMed 와 구글 학술검색을 통하여 일본으로의 인바운드 의료관광 이후 의료서비스의 질(Quality of care) 과 관련된 문헌자료를 수집하여 분석하였다.

3.4 비교분석 방법의 틀

한, 미, 일간 비교분석의 틀은, 기존 문헌에서 비대면진료 국가간 비교분석에 이용되었던 장욱 외(2010), 김대중(2015), 김철주(2016)의 비교 접근 방법을 종합한 김진숙 외(2018)의 분석틀을 적용하여 <표 1>에 제시된 기준을 바탕으로 진행하였다.

<표 1> 국가별 비대면진료 비교분석 틀

구분	내용	
개요	법적 허용 여부	
	제공 기준	대상 환자 진료과목 서비스방식
정책 현황	재정 지원	보험 수가
		사전관계
	법적 기준	신분확인 법적절차
		김진숙 외(2018)의 비교분석 틀을 응용하여 연구자 작성

II. 비대면진료

1. 비대면진료의 개념

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 원격의료에 대하여 “원거리를 주된 요소로 정보 및 통신 기술을 사용하여, 모든 보건의료종사자가 환자에 대한 질병 및 부상의 진단, 치료 및 예방, 연구 및 평가, 지속적인 정보 교환을 하고, 모든 보건의료 종사자에 대한 지속적인 교육을 하는 것, 그리고 개인과 지역사회의 건강을 증진시키는 건강관리 서비스” 라고 정의하고, 사회와 과학기술이 발달에 따라 개념이 확장되고 있음을 설명하고 있다(WHO,2020; 백경희,2020).

비대면진료는 원격의료와 혼재하여 사용하고 있으나, 원격의료보다 좁은 범위의 개념으로 의사가 환자를 원격으로 진료하는 행위를 말한다(박정희, 2020). 비대면진료가 가장 많이 사용되는 국가에서조차도 전체 의료 서비스의 양에서 비대면진료 서비스가 차지하는 비율은 여전히 매우 적다. 캐나다, 호주, 포르투갈에서 1인당 전통적인 대면 의사상담이 1년에 4~8회인 것과 비교하여, 1,000명당 7~25회의 비대면진료가 이루어졌다. 즉, 비대면진료는 이들 국가에서 대면 진료의 0.1%~0.2%를 차지할 뿐이다. 이 수치는 비대면진료에 대한 관심에 비해, 실제 정책의 활용은 여전히 초기 단계이고, 비대면진료 서비스의 범위와 정교함이 진료과에 따라서도 다르다. 대부분의 비대면진료 프로그램은 특정 전문 분야, 건강 문제 및 대상 환자그룹에 초점을 맞춘 소규모 파일럿 프로젝트이다(OECD,2020).

2. 의료관광에서 비대면진료의 활용

비대면진료를 통해 의료의 지속성과 정확성, 의료진의 보장된 실력과 같은 혜택들이 국경을 초월하여 제공될 수 있다는 점에서, 의료 분야에 경쟁 우위를 갖는 국가들의 원격의료 제공은 보건수준 향상을 필요로 하는 전 세계의 환자들에게 도움이 된다 (김나영,2020). 예를 들면, 비만 환자의 수술 전·후 교육 및 치료에 비대면진료를 제공한 예를 들면, 수술 전 혈당 수치를 안정시키고, 지방 흡입 수술 전 가능한 체중 감량을 돕기도 한다. 관상동맥 우회술 후 퇴원 후 기간에 고객의 불안 증가와 관련하여 시술 후 약물 유지 및 활력 징후 등 중요한 기간 동안의 환자 관리에 대해 환자와 가족들에게 교육을 제공할 수도 있다(Medical Tourism Magazine,2022).

의료관광과 비대면진료간의 상관관계에 대해서 Gu et al(2021)은 비용 절감, 치료 연속성 향상, 의료접근성 향상, 의료관광시장 확장 및 경쟁력 강화로 분류하였다. 의료관광 사전상담과 사후관리를 제공하여 장기 체류의 필요성을 감소시키며, 의료 관광객의 여행 전반적인 비용 절감에 도움을 준다. 현지에서도 세계적 수준의 전문 의료진에 접근할 수 있으며, 이로써 의료 관광 시장이 확장된다. 국내 병원에 내원하여 치료를 받고 돌아간 외국인 환자의 비대면진료를 통한 사후관리는. 최근 의료관광산업에서 의료서비스의 ‘질(Quality)제고’ 라는 측면에서 서서히 강조되고 있다(유태규 외,2014).
으로 평가받고 있다 (김나영,2020).

Ⅲ. 국내·외 비대면진료

1. 대한민국 비대면진료

원격의료는 지역적 장벽을 극복하고, 보건의료의 성과를 향상하기 위하여 정보 통신 기술을 이용하여 치료 및 의료정보에 대한 접근성을 높여 환자 상태를 개선하는 것이다(WHO, 2010). OECD(2020) 보고서에 따르면 대부분의 원격의료 허용 국가에서는 3가지 원격의료 제공방식인 ①쌍방향 실시간(interactive telemedicine), ②원격 모니터링(telemonitoring), ③저장 후 전송(store and forward)을 원격의료를 제공하는데 주로 사용하고 있다(OECD,2020).

1.1. 법적 근거 및 연혁

우리나라 원격의료는 2002년 3월 30일 의료법 개정(법률 제 6686호)시 의사, 치과의사, 한의사가 정보통신기술을 활용하여 원격지 의료인에 대하여 의료지식 또는 기술을 지원하는 원격의료제도를 도입(법 제 30조의 2 신설)하며 시작되었다. 의료법은 의료업에 종사하는 의사, 치과의사, 한의사로 하여금 원칙적으로 의료기관 내에서 의료법을 하도록 정하고(의료법 제33조 제1항), 다만 먼 곳에 있는 의료인에 대하여 정보통신기술을 활용하여 의료지식이나 기술을 지원(원격협진)하는 원격의료가 가능(의료법 제34조 제1항)하다고 정하고 있다.

1.1.1. 비대면진료 시범사업 연혁

1988년부터 2002년 3월 의료법 개정까지 국내에서 정부 주도로 비대면진료 시범사업을 시행했다. 최초의 사업은 대학병원(서울대병원, 한림대 춘천성심병원, 경북대병원)과 보건의료원(연천군, 화천군, 울진군)을 연결하여 원격 영상진단을 실시한 것이다. 2000년에는 강원도 16개 농어촌 시군 보건진료소를 대상으로 원격의료 시범사업을 시작했다. 보건진료소에서 환자의 생체 정보를 측정하여 보건소나 대학병원으로 전송하면 원격지 의사가 진료를 지도하고 처방을 제시하는 방식으로 진행했다. 이를 통해 2004년 만성질환 원격관리시스템을 구축했다. 2005년에는 안양교도소에서 최초로 교정시설 원격화상진료 시범사업을 시행했다. 또한 국방부와 국군의무사령부는 국군수도병원과 철원지역 6사단 청성OP를 연결하는 비대면진료시스템을 시작하여 격오지 부대의 의료접근성을 향상시켰다. 경찰청은 경찰병원과 독도, 울릉도를 연결하여 건강상담 및 비대면진료, 의약품 배달을 제공하는 사업을 실시했다(김수민 외, 2021).

코로나 19 대유행 상황이 시작되며 우리나라도 환자와 의사간의 비대면진료를 허용하게 되었다. 2020년 2월 24일부터 한시적 비대면진료를 도입 및 허용했으며, 2020년 12월, ‘감염병 관리 및 예방에 관한 법률’ 개정을 통해 감염병과 관련한 「재난 및 안전관리 기본법」 제38조제2항에 따른 심각 단계 이상의 위기경보가 발령된 때에 한해 의사와 환자간의 비대면진료 및 처방이 한시적으로 허용된 적이 있다. 하지만 코로나 19 감염병 등급이 하락하면서 더 이상 ‘감염병 관리 및 예방에 관한 법률’의 적용을 받지 않아 다시 의료법에 의거하여 시범사업과의 계도기간을 시작하였다.

그 뒤로, 우리나라는 2023년 6월 1일부터 ‘비대면진료 시범사업’을 시작하였다. 현재까지 비대면진료를 시행한 국내 의료 기관이 전체의 3분의 1인 1만 곳 이상이다. 건강보험에 청구된 비대면진료 관련 진료비용은 700억 원에 달한다(보건복지부, 2023).

곧이어 의료계 집단행동이 시작되었다. 정부는 2024년 2월 23일 보건의료재난 경보단계를 위기 최고단계인 ‘심각’으로 격상하였고 한시적으로 모든 병원에서 ‘비대면 진료 전면 허용’을 선언하였다. 모든 보완방안의 기준을 그대로 유지하되, ‘보건복지부장관이 국민의 의료접근성이 제약되어 공익상 필요하다고 인정하는 기간에 비대면진료가 필요한 환자’는 전체의료기관에서 비대면진료를 허용하였다(보건복지부, 2024).

1.2. 비대면진료 시범사업

1.2.1. 비대면진료 시범사업의 법적 근거

2002년부터 지금까지의 비대면진료 시범사업은 모두 의료인-의료인간의 원격협진의 방식을 선택하였기 때문에 의료인-환자간의 직접 의사소통을 허용하지 않는 것에 대한 한계가 있었다. 하지만, 코로나19의 대유행으로 인하여 보건복지부는 감염병 확산에 대응하는 사회적 거리두기를 시행하게 되었다. 방역 규정을 권고하며 국민들의 생활 방식에도 제한을 두어 의료 제공 방식도 달라지게 되었다. 따라서 2020년 2월에 '코로나19 감염병 위기 대응 심각 단계의 위기 경보 발령 기간' 동안에 일반인 대상으로는 최초로 환자-의료인 간 전화상담 및 전화처방 형태의 비대면 진료를 한시적으로

허용하였다(보건복지부, 2020). 비대면진료를 ‘비대면 진료’ 라는 명칭을 사용하여 허용하였고 이는 의료법이 아닌 「감염병 예방 및 관리에 관한 법률」 제49조의 3¹⁾에 근거하였다.

코로나19 감염병 위기 경보가 심각 단계에서 경계 단계로 하향 조정되어(질병관리청, 2023), 2023년 6월 1일부터 ‘보건의료기본법’에 따라 재진 환자, 섬·벽지 거주자, 장애인 등 거동 불편자, 격리 중인 감염병 확진 환자 등을 대상으로 한 비대면 진료 시범사업이 시작되었다(보건복지부, 2023). 보건의료기본법 제44조에 따르면 국가 및 지방자치단체는 새로운 보건의료체도를 시행하기 위하여 필요한 경우에는 시범사업을 실시할 수 있다.

1.2.2. 비대면진료 시범사업의 보완방안

6개월 후인 2023년 12월 1일 보건복지부는 비대면진료 시범사업 보완방안을 발표하였고, 이를 15일부터 적용하였다. 보완방안의 주요 내용은 먼저 비대면 진료의 원칙을 정립하였다는 점이다. 대면진료의 보조적 수단으로서 비대면진료를 허용한다는 원칙 하에 국민의 의료접근성 강화와 의료진의 판단을 존중하는 방향성 제시하였다.

우선, 의료접근성을 높이기 위해 의원급 의료기관의 대상환자 범위를

1) 제49조의3(의료인, 환자 및 의료기관 보호를 위한 한시적 비대면 진료) ① 의료업에 종사하는 의료인(「의료법」 제2조에 따른 의료인 중 의사·치과의사·한의사만 해당한다. 이하 이 조에서 같다)은 감염병과 관련하여 「재난 및 안전관리 기본법」 제38조제2항에 따른 심각 단계 이상의 위기경보가 발령된 때에는 환자, 의료인 및 의료기관 등을 감염의 위험에서 보호하기 위하여 필요하다고 인정하는 경우 「의료법」 제33조제1항에도 불구하고 보건복지부장관이 정하는 범위에서 유선·무선·화상통신, 컴퓨터 등 정보통신기술을 활용하여 의료기관 외부에 있는 환자에게 건강 또는 질병의 지속적 관찰, 진단, 상담 및 처방을 할 수 있다. ② 보건복지부장관은 위원회의 심의를 거쳐 제1항에 따른 한시적 비대면 진료의 지역, 기간 등 범위를 결정한다.

조정하였다. '대면진료 경험이 있는 환자' 기준을 개선하였는데 그 기준은 다음과 같다. 1. 만성 질환자는 1년 이내, 그 외 질환자는 30일 이내 대면진료 경험, 2. 동일 의료기관에서의 대면진료 경험, 3. 동일 질환에 대해 대면진료 경험.

만성 질환이란, 만성질환관리료를 산정할 수 있는 11개 질환(고혈압, 당뇨병, 정신 및 행동장애, 호흡기결핵, 심장질환, 대뇌혈관질환, 신경계 질환, 악성 신생물, 갑상선의 장애, 간의 질환, 만성신부전증)을 의미한다(보건복지부, 2023). 하지만, 이러한 만성질환으로 인해 생긴 증상인지, 새로운 증상인지를 진료전에 판단하여 3번 기준에 해당되는지 의사가 직접 판단할 수 없어 한계가 있었다. 또, 만성질환에 해당하는 질병을 가진 자에게는 1년인 것에 비해, 그 외 모든 질환자는 30일인 두 기간의 차이가 매우 크기 때문에 이 또한 실효성이 낮다는 지적도 있었다.

따라서, 새로 발표한 기준은 6개월 이내 대면 진료를 한 적이 있는 환자의 경우 의사 판단에 따라 비대면진료가 가능하도록 기준을 통일하기로 했다. 이에 따라 환자가 기준에 이용하던 의료기관은 환자가 비대면진료 대상인지 확인하는 부담은 줄어들고, 의사가 직접 의학적 판단을 할 수 있는 자율성이 늘어났다.

「보험료 경감 고시」상 섬·벽지 지역에서는 진료 이력 없이도 비대면 진료가 가능하였지만, 섬·벽지 지역의 기준이 협소하여 이를 확대한 보완방안을 제시하였다. 의료 인프라가 부족한 지역은 여전히 많으나 의료취약 시간대에 병·의원을 이용하기 어렵다는 여론을 수용하여 의료취약지의 범위에 취약지(98개 시·군·구)를 추가하였다. 공공의료법 제

12조에 따르면, 취약지의 기준은 취약도가 30%이상인 시·군·구이며 취약도란, 역응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능하거나, 권역응급의료센터로 1시간 이내 도달 불가능한 인구의 지역 내 분율을 의미한다(보건복지부, 2023).

휴일·야간 시간대에는 대면진료 유경험 환자와 일부 취약지역 계층에 비대면 진료를 확대하였으나 진료이력에 관계없이 비대면진료를 허용하는 것으로 수정되었다. 연령기준도 18세 미만 소아에서 전체로 확대되어 소아뿐만 아니라 직장인들도 휴일이나 야간 시간대에 비대면 진료 후 필요하다고 판단할 경우 처방이 가능해진다. 이로써, 물리적, 시간적 의료접근성을 높이려는 보완책으로 볼 수 있다.

다만, 의약품은 약국 방문수령 원칙을 유지한다. 처방전은 병원에서 약국으로 직접 전송되며, 단 약국은 환자의 편의를 감안하여 환자가 자유롭게 지정할 수 있다. 재택수령의 범위는 심·벽지 환자, 거동불편자, 감염병 확진 환자, 희귀질환자로 한정되어 있다. 거동불편자는 만 65세 이상이며, 노인장기 요양보험법에 따라 장기요양등급 판정을 받은 자와 장애인 등록자이며, 감염병 확진환자의 기준은 감염병예방법 상 1급 또는 2급 감염병으로 확진되어 격리(권고 포함) 중에 타 의료기관 진료가 필요한 환자이다(보건복지부, 2023).

비대면진료의 안전성을 강화하는 방안도 추진되었다. 의사가 의학적 판단으로 비대면진료가 부적합한 환자에게 대면진료를 요구할 수 있고, 이는 의료법상 진료 거부해 해당하지 않는 점을 지침에 명시하였다. 또, 대면진료를 요구할 수 있으므로 환자에게도 거주지 주변의 가까운 의료기관에 비대면 진료를 선택하도록 권고하였다.

아울러, 오·남용 우려가 큰 의약품에 대한 관리가 강화되었다. 마약류 처방은 불가능하며 이는 기준이 명확하였으나, 오·남용 우려가 큰 의약품에 대해서는 기준이 모호하였다. 실제로 탈모약이나 여드름, 다이어트 약과 같은 경우 비대면진료를 통한 처방을 제한해야한다는 여론도 있었다. 하지만, 아직 이러한 약들에 대한 처방을 제한하지 않고 있으며 유일하게 사후피임약만 처방을 제한하였다.

끝으로 처방전 위·변조에 대한 대안은 아직 뚜렷한 방안이 없다. 처방전은 의료기관에서 약국으로 이메일이나 팩스로 직접 전달하게 하여 환자가 이를 위·변조할 수 없도록 하는 것을 원칙으로 하고 있다. 하지만, 앱을 이용하여 처방전을 전달하는 비대면진료를 하는 경우, 환자가 원본 처방전을 PDF파일로 저장할 수 없도록 하는 것 외에는 보안 방안이 없는 상황이다.

1.2.3. 비대면진료 시범사업의 법적 책임 기준

최근 정부가 비대면진료에 대한 규제를 완화하여 이로 인해 발생할 수 있는 다양한 쟁점들에 대한 논의가 필요하며, 발생할 수 있는 쟁점을 예로 들면 크게 4가지, 안정성, 유효성, 보건의료와 경제산업 접근 차이, 법적 책임소재로 정리할 수 있다(김진숙 외, 2020).

의료법 제34조(원격의료) 제 1항에서 원격의료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다. 원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에

대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.

진료가 대면이 아닌 원격의 형태로 진행되었을 때 나중에 환자에게 악영향이 생겼을 경우의 민사 책임은 큰 관심의 대상이다. 현재 의료법 제 34조 3항과 4항에 따르면 비대면진료를 하는 자(이하, 원격지의사)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다고 규정되어 있다. 즉, 비대면진료를 행하였을 때 일어나는 오진 혹은 의료사고에 대해 법적 책임은 원격지 의사에게 있다는 것을 의미한다.

법 제 4항과 관련하여 원격지 의사가 현지의 간호사나 조산사에게 비대면진료를 했을 경우, 원격지 의사가 직접 진료를 행하는 것이 아니라 의료지식이나 기술을 지원하는 것임에도 불구하고 대면 진료와 동일한 책임을 지게 한다.

2020년부터 2022년까지 한시적 비대면 진료 허용기간 동안 심각한 의료사고는 확인되지 않았다. 위 기간동안 보고된 환자 안전 사고 총 2만 6503건 중 비대면 진료 관련 사고는 처방 과정에서의 실수에 관한 5건으로 상대적으로 경미한 수준이었다(보건복지부, 2023).

<표 2> 우리나라의 비대면진료

구분		내용		
개요	법적 허용 여부	「보건의료기본법」 제44조		
	제공 기준	대상 환자	모든 환자 ²⁾	
		진료과목	모든 질환	
	서비스방식	유·무선 전화, 화상통신을 활용한 상담 및 처방		
정책 현황	재정 지원	보험	국민건강보험	
		수가	진찰료+비대면진료 시범사업 관리료	
	법적 기준	사전관계	구두 및 서면 동의서(의료기관 자체 제작)	
		신분확인	앱 가입 시 본인인증	
		법적절차	일반적인 대면진료와 같은 수준으로 판단	

1.3. 의료관광 외국인환자 비대면진료

1.3.1. 대한민국의 의료관광

국내 의료관광 시장은 빠르게 성장하고 있다. 보건복지부의 2023년 보도자료에 따르면, 2022년 우리나라를 방문한 외국인 환자는 24.8만 명으로 2021년 14.6만 명 대비 70.1% 증가했다. 이는 코로나19 이전 2019년(49.7만 명) 대비 50% 수준까지 회복된 수치이다. 2009년 5월 의료법 개정 및 2016년에 시행된 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률(이하, 의료 해외진출법)」을 통해 메디컬 비자 도입, 유치기관 등록제, 의료기관의 숙박업 및 부대사업 인정 등 의료관광 활성화를 위한 다양한 지원 정책을 시행하고 있다 (Xu et al, 2021).

먼저, 한국보건산업진흥원에서 ‘Medical Korea’로 대한민국을 브랜드화하여

2) 질환에 관계없이 6개월 이내 대면진료 경험이 있는 경우 또는 진료받았던 동일 의료기관에서 의사가 안전하다고 판단한 경우, 응급의료 취약지 98개 시·군·구 거주자, 휴일·야간 시간대 환자는 예외적으로 대면진료 경험이 없어도 가능. 보건복지부장관이 국민의 의료접근성이 제약되어 공익상 필요하다고 인정하는 기간에 비대면진료가 필요한 경우

한국의 우수한 의료 서비스를 세계에 알리고, 외국인 환자를 유치하기 위한 다양한 활동을 한다. ‘메디컬코리아 국제 컨퍼런스’를 개최하고, 외국인환자 종합 지원창구(2개소)를 인천공항과 서울에 운영한다. 5개의 언어(한·영·중·일·러)로 지원하여 기존 외국인환자에 대한 일반적인 상담뿐만 아니라, 입국 전부터 귀국 후까지의 전주기에 걸친 상담 서비스로 지원을 강화하고 있다(보건복지부, 2023a).

KAHF(Korea Accreditation Program for Hospitals Serving Foreign Patients)란 외국인 환자 유치 의료기관 인증 프로그램으로, 「의료 해외진출법」 제 6조에 따른 외국인환자 유치의료기관 평가 및 인증을 진행한다. 평가 기준은 크게 두가지의 기본 틀이 있는데, ‘외국인환자 특성화체계’와 ‘환자안전체계’로 나뉜다(한국보건산업진흥원, 2024b).

의료관광에 대한 가이드라인은 법률이나 고시의 형태로 제공되기도 한다. 먼저, 「의료 해외진출법」 제 9조³⁾ 제 2항에 따른 보건복지부 고시에서 외국인환자 적정 유치 수수료율은 상급종합병원 15%, 종합병원·의원 20%, 의원 30%이다. 한국보건산업진흥원에서는 외국인환자 유치업자들을 위한 ‘외국인환자 유치 비즈니스 가이드’, ‘외국인환자유치 온라인 의료관광 가이드라인’ 등을 제공한다. 외국인 환자는 한국보건산업진흥원에서 ‘Medical Korea’ 웹사이트에 접속하여 원하는 의료기관을 선택하는데 도움을 주는 브로셔나 리플렛을 직접 검색하여 열람할 수 있다.

이러한 노력에 힘입어 2019년 최고치를 달성하였으나 이내 코로나19로 급감

3) 제9조(과도한 수수료 등의 제한) ①외국인환자 유치의료기관과 외국인환자 유치사업자는 외국인환자를 유치할 때 제2항에 따라 보건복지부장관이 고시한 수수료율의 범위를 초과하는 수수료를 요구하거나 거짓 정보를 제공하는 등 중대한 시장질서 위반행위를 하여서는 아니 된다.<개정 2019. 12. 3., 2021. 12. 21.>

하였고 최근 회복 추세에 있다. 2022년 기준 총 191개국을 유치하였으며, 미국 17.8%, 중국 17.7%, 일본 8.8%, 태국 8.2%, 베트남 5.9% 등의 순으로 구성되어 있다. 중국, 베트남, 몽골, 카자흐스탄, 필리핀, 우즈베키스탄, 인도네시아 7개국은 국내 유치기관을 이용하고자 할 때 비자발급이 필요하며, 2022년 한국을 방문한 외국인 환자 중 7개국이 차지하는 비중은 약 37%이다(보건복지부, 2023a).

진료과목별 외국인환자의 현황은 내과통합(일반내과, 감염내과, 내분비대사내과, 류마티스내과, 소화기내과, 순환기내과, 신장내과, 알레르기내과, 혈액종양내과, 호흡기내과, 가정의학과)진료 환자수가 22.3%로 가장 많았으며, 성형외과, 피부과, 검진센터 순으로 이루어졌다(보건복지부, 2023a).

이 밖에도 정부는 지난해 25만명인 국내 유입 외국인환자 수를 2027년 70만 명까지 늘려 아시아 의료관광 중심국가로 도약하겠다는 의지를 드러냈다. 이창우 외(2013)는 29개 질환을 대상으로 OECD 13개국의 의료비를 비교분석한 결과, 이들 국가 중 우리나라의 수준이 대부분의 항목에서 압도적으로 낮게 나타난다고 논의하였다. 예를 들면, 급성 심근경색에 대한 의료비는 가장 높은 이탈리아의 8,287달러에 비해 한국은 1,174달러로 4배 이상 차이가 나는 것으로 나타났다. 이해중(2012)은 CT나, MRI 등 의료기기를 활용한 건강검진 비용을 비교한 결과 한국이 가장 낮다고 밝혔다. 국내 의료 인프라가 주요 국가들에 비해 가격 경쟁력이 높고 의료서비스 수준이 높아 전반적인 잠재경력이 높은 것으로 평가받고 있다 (김나영, 2020).

1.3.2. 의료관광 외국인환자 비대면진료

2022년 외국인환자 한국 의료 이용 경험 및 만족도 조사에 따르면, 본국 귀

환시 우려되는 것으로 ‘진료 후 회복관리’가 39.5%, ‘한국 의료진과의 연락’이 31.2%, ‘처방약 통관 절차’가 25.4% 순으로 나타났다. 비대면 진료 상담 의향이 있는 외국인환자의 56.5%가 '한국에서 치료 후 사후 관리를 위한 의료진 상담을 위해서' 상담을 이용하고 싶다고 밝혔으며, 그 다음으로 '한국에서의 치료 여부를 결정하기 위한 상담을 위해서'(22.9%), '현지 치료에 대한 2차 소견을 받기 위해서'(11.9%), '약 처방(배송)을 받기 위해서'(8.4%) 등의 순으로 나타났다(한국보건산업진흥원, 2023a).

의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 [법률 제18622호, 2021. 12. 21., 일부개정] 제 16조⁴⁾(외국인환자 사전·사후관리)에 따르면, 국내 의사·치과의사·한의사는 정보통신기술을 활용하여 해외에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원할 수 있다. 또는 국내의 의료인이 해외에 있는 의료인에게 환자의 건강 또는 질병에 관한 상담 및 교육을 할 수 있다. 이에 한국보건산업진흥원은 ‘ICT 기반 외국인 환자 사전상담·사후관리 지원 사업’을 통해 원격협진 형태로 국내 의료기관의 해외 선진시장 선점 기회를 모색해 왔다. 카자흐스탄·베트남·중국·몽골 등을 중점국가로 삼고 단독 의료기관 또는 디지털헬스케어기업 및 외국인환자 유치 등록기관과의 컨소시엄을 통해 한국에 방문하는 외국인 환자의 사전·사후상담 서비스 제공 모델을 발굴 및 지원하고 있다. 2021년부터 시범사업에 참여한 서울의 한 대학병원은 2021년 1월부터 2022년 5월까지 29건의 비대면진료를 진행했다고 밝혔다(서울

4) 제16조(외국인환자 사전사후관리) 의료업에 종사하는 의사·치과의사·한의사(외국인환자 유치의료 기관의 개설자 및 해당 의료기관에 소속된 사람에 한정한다)는 「의료법」 제33조 제1항에도 불구하고 컴퓨터·화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 국외에 있는 의료인에게 다음 각 호의 행위(이하 “외국인환자 사전·사후관리”라 한다)를 할 수 있다. 외국인환자 사전·사후관리를 하는 자 및 국외에 있는 의료인의 환자에 대한 책임에 대해서는 「의료법」 제34조 제3항 및 제4항을 준용한다.

아산병원 뉴스룸, 2022).

비대면진료가 사용될 수 있는 사례는 사전 상담에서 ‘진료 의뢰 및 상담’을 위한 환자와의 커뮤니케이션 기술에 적용될 수 있다. 의료관광 이후 사후 관리차원에서 ‘모니터링 및 상담 교육’에 지속적인 상담을 위한 커뮤니케이션 및 교육을 제공하는 기술에 해당한다.

의사와 환자의 직접 비대면진료를 해외에 있는 재외국민을 대상으로 시범적으로 이루어지고 있다. 2024년 9월까지 산업통상자원부를 중심으로 추진되고 있으며, 원격의료기업과 병원간 연계 프로그램에 대한 규제샌드박스 허용제도의 확대가 이루어지는 중이다. 이러한 규제샌드박스는 코로나19 대유행으로 해외에서 근무하고 있는 근로자와 그 가족을 포함해 언어적 차이, 낮은 의료수준 등으로 어려움을 겪는 교민, 유학생 등에 대한 의료 접근성을 개선하려는 취지로 시작되었다(산업통상자원부, 2022). 대면진료 서비스를 제공받기 어려운 상황에서 재외국민을 포함해 외국인을 그 대상으로 확대함으로써 우수한 품질 및 높은 의료서비스생산을 제공하는 의료공급자로 인식 될 수 있을 것이다(이재희, 2020).

1.3.3. 의료분쟁 시 법적 장치

의료분쟁이 발생했을 때 가장 좋은 해결방법은 당사자간의 ‘합의’이다. 따라서, 모든 의료기관은 분쟁이 발생하면 먼저 환자측과 합의를 유도하기 위해 최대한으로 노력하여야 한다. 그래야 시간적, 경제적 비용이 절감되고 의료진이나 환자의 심리적 안정 및 대외적 이미지에도 훨씬 장점이 크기 때문이다. 그러나 합의가 이루어지지 못하였을 경우에는 우선적으로 ‘소송’의 방법

과 ‘소송외’ 적 방법 중 어느 쪽을 선택해야하는지 고민을 해야한다. 외국인환자와의 의료분쟁에서는 환자들의 국적이 각각 상이하고 재판관할권, 준거법, 보상체계등에 소송이 더욱 복잡할 수 있다. 실제로 우리나라에서도 민형사를 포함하여 소송으로 해결하는 것이 전체 건수의 약 6%에 불과하며 대다수의 분쟁이 합의, 화해 등 소송외적 방법에 의해 해결되고 있다(정정일,2012).

대체적 분쟁해결제도로는 화해·조정·중재제도가 있다. 먼저, 화해제도는 법원이 관여해서 합의를키는 것으로 확정판결과 동일한 효력을 가지고 있다. 조정제도는 제 3자의 조정에 의한 것으로 재판상화해와 동일한 효력을 가지며 당사자의 불복이 가능하다는 단점이 있다. 민사조정법상 법원의 의료전담조정위원회⁵⁾, 소비자기본법상 소비자분쟁조정위원회⁶⁾, 의료법상 의료심사조정위원회⁷⁾ 및 대한의사협회공제회조정위원회가 운영되고 있다. 끝으로 중재제도는 당사자간 합의에 의해 선출된 중재인의 중재에 의한 것으로 당사자가 반드시 중재판정의 승복해야하는 구속력이 있다. 신속한 해결을 위해 단심제로 운영되고 비공개심리로 업무상 비밀유지가 가능하며 법원의 일반적 입증책임이론 외의 다른 입증방법을 채택할 수 있다(한국법제연구원,2011).

2011년 4월 7일 제정된 「의료사고피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」(이하 의료분쟁조정법)에 따라 2012년 4월 8일 한국의료분쟁조정중재원이 설치되어,의료분쟁 해결을 위한 선택의 폭이 넓어졌다. 의료분쟁조정법 제 2조에 따르면 의료분쟁이란 의료사고로 인한 다툼을 말한다. 외국인 환자 의료분쟁 시에도 이 의료분쟁조정중재법과 중재원을 활용할 수 있다.

5) 민사조정법 제 28조

6) 소비자기본법 제 55조

7) 의료법 제 70조

먼저, 의료분쟁발생 시 조정신청 이후 90일 이내에 의료분쟁을 해결하도록 되어있다. 단, 필요에 따라 최장 30일을 연장할 수 있다. 또, 분쟁 진행중인 경우에라도 중재절차를 거친다면 분쟁해결이 가능하다. 끝으로, 의료행위 과정에서 주의의무를 하였음에도 불구하고 불가항력적인 의료사고 발생시에는 무과실보상제도에 따른 손해배상을 하도록 한다는 특징이 있다(김기홍, 2017). 다만 의료분쟁조정법상 분쟁조정 신청절차는 피신청인이 중재원에 조정 거부 의사를 표명하거나, 일정 기간 동안 조정에 응한다는 의사를 통지하지 않을 경우 조정 절차 자체가 개시되지 못한다(백경희, 2013)는 한계가 있다.

의료분쟁 발생시 사전에 환자와 의사와의 계약 및 환자의 권리에 대해 논의가 중요하다. 의료관광을 목적으로 입국하는 외국인 환자 및 모든 외국 국적을 가진 환자의 권리에 대하여 우리나라는 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 시행규칙 [보건복지부령제929호, 2022. 12. 29., 일부개정] 제7조(외국인환자의 권익 보호)을 따른다. 외국인환자 유치기관은 법 제 8 조 제 1 항에 따라 다음 각 호의 사항을 영어로 적은 문서를 의료기관 또는 사업장 내에 게시하여야 한다. 1. 제공하는 용역의 내용 및 조건등에 관한 사항, 2. 분쟁발생 시 분쟁해결절차에 관한 사항, 3. 건강정보 등 개인정보보호에 관한 사항

외국인환자 유치의료기관은 법 제8조제2항에 따라 의료기관 내에 환자의 권리와 의무를 영어로 적은 문서를 게시하고 출력물로 비치하여야한다. 이 경우, 다른 외국어로 되어 있는 문서를 추가적으로 게시·비치할 수 있다. 이를 통해, 외국인환자들은 의료기관에 내원 후 비치되어 있는 문서를 통해 환자의

권리와 의무를 확인할 수 있다.

의료기관 측에서는 설명의무와 관련하여 의사의 의무기록과 함께 환자에게 서명받은 동의서(informed consent)가 중요하다. 하지만, 외국인 환자들이 우리나라에 입국하기 전 미리 확인할 수 있는 비대면진료 동의서의 공식적인 양식은 없다. 한국보건산업진흥원은 2010년 ‘외국인환자 영문 진료계약서 표준양식’ 등 8종의 표준양식⁸⁾을 전문가의 자문을 거쳐 제작하여 보급하였다. 이후 2018년 개정안으로 14종을 발표하였으나, 비대면진료와 관련된 동의서는 없으며 대신 의료기관에서 자체적으로 제작하여 제공하고 있다. 의료기관은 비대면진료 시 현지의 의사의 성명과 사인이 기입되어야 하는 칸을 제시하여 현지의 의사가 참여하였음을 확인한다.

2. 일본 비대면진료

일본은 1971년 와카야마현 산간벽지 환자를 대상으로 의사와 의사간의 비대면진료를 처음 시작하였다. 섬이 많은 지형적 특성으로 인해 의료접근성이 떨어지는 지역에 대한 논의가 일찍부터 시작되었다. 또, 의과대학 소재지에 의사가 많이 분포하고 있어 주로 동쪽에 비해 서쪽에 의사수가 편재된 이른바 서고동저(西高東低) 현상으로 인해 의료 접근성이 떨어지는 지역이 생기게 되었다는 점이 비대면진료에 시행에 대한 배경이 되었다(강주현, 2022).

8) A. 수술처치동의서, B-1. 입원실게시물-귀중품관련 주의사항, B-2. 입원시게시물-외부음식 관련 주의사항, C. 수혈거부의사확인, D. 사전의료지시서, E-1. 진료기록열람 복사동의서, E-2. 진료기록복사 열람위임장, F. 심폐소생술거부확인서

2.1. 법적 근거 및 연혁

법적으로 처음 비대면진료를 인정한 것은 1997년 후생성이 도도부현에 통지한 ‘정보통신기기를 이용한 진료에 대해’ 로부터 이다. 진료는 의사 또는 치과의사와 환자가 직접 대면하여 이루어지는 것이 기본이며, 비대면진료는 어디까지나 직접대면을 보완하는 것으로 실시해야 하는 것을 가장 기본 개념으로 제시하였다. 의사법 제20조⁹⁾ 등에서의 ‘진찰’ 이란 문진, 시진, 촉진, 청진 그 밖의 현대의학에서 볼 때 질병에 대하여 일반적 진단을 내릴 수 있는 정도를 말한다. 직접 대면진료에 의한 경우와 동등하지 않다고 하더라도 이를 대체할 수 있는 정도의 환자 심신 상황에 관한 유용한 정보를 얻을 수 있는 경우에는 비대면진료를 실시하는 것이 의사법 제 20조에 저촉되는 것은 아니다(후생노동성,1997). 이 후생노동성 통지문¹⁰⁾은 현재까지 3차례에 걸쳐 개정되며 원격의료의 기본 원칙이 제시되고, 그 허용 범위와 적용 대상이 점차 확대되어 왔다(김철주,2016).

1997년 비대면진료 지침 발표 이후, 본격적으로 비대면진료를 활용하려 하는 과정에서 2011년 동일본 대지진이 발생하게 된다. 지진으로 인해 지역 의료 종사자가 사망하거나 의료시설이 붕괴되고 진료카드 및 기록이 파손되거나 유출되었다. 이 사건으로 인하여 비대면진료의 필요성이 더욱 대두되었다. 2017년 7월 후생노동성은 비대면진료 제공방법으로 TV및 전화 이외에 전자메일, SNS도 가능하도록 통지하였다(후생노동성,2017). 2018년 ‘적정 온라인 진료 시행에 관한 지침’ 이 제정되며 이 때부터 비대면진료를 공식적으로 제

9) 의사는, 스스로 진찰하지 않고 치료를 하고, 혹은 진단서 또는 처방을 교부하고, 스스로 출산에 입회하지 않고 출생증명서 또는 사산증서를 교부하고, 또는 스스로 검안을 하지 않고 검안서를 교부해서는 안 된다.

10) 이 통지문은 한국의 법령체계 상 고시 또는 지침에 해당한다(김철주,2016).

도화하기 시작하였으며, ‘온라인 진료’ 라는 용어로 통용하여 현재까지 사용하고 있다(강주현, 2022).

2022년 4월 기준 후생노동성에서 공표한 ‘적정 온라인 진료 시행지침’에 따르면, 온라인 진료는 ‘원격의료 중 의사-환자 간에 전화 및 정보통신 기기를 통한 환자 진찰 및 진단을 실시하여 진단 결과의 전달 및 처방 등의 진료 행위를 실시하는 행위’로 정의하였다 (후생노동성, 2022).

2.2. 비대면진료 대상과 내용

2011년 3월 11일 후생노동성의 통지내용에서 의사 대 환자의 비대면진료 적용대상은 초진에 대해 원칙적으로 직접 대면진료를 해야 한다고 명시하였다. 2018년 온라인 진료에 대한 수가를 정할 때에도 ‘재진’만 허용하였다. 하지만, 단골의사(가카리쓰케 의사)는 환자 측의 요청에 의하여 직접 대면진료와 비대면진료를 적절히 조합하여도 된다고 하였는데, 이 때 환자의 조건은 외딴 섬, 격오지에 거주 중이거나 특정 배경(재택산소요법, 난치병, 당뇨, 천식, 고혈압, 아토피, 뇌혈관 장애, 암, 욕창이 있는 요양환자)을 가지고 있어야 한다 (후생노동성, 2015).

복약지도 역시 대면으로 유지하지 않고 전화나 온라인을 통한 복약지도를 허용하였다. 단, 초진의 경우 마약 및 향정신성의약품의 처방이 불가능하고, 기저질환 등 환자의 정보를 파악하지 못한 경우 8일 이상의 처방이 불가하다. 온라인진료로 초진을 하는 경우 및 새로운 질환에 대해 의약품을 처방하는 경우에는 일본사단법인 일본의학회연합이 작성한 ‘온라인 진료의 초진 투여에 대해 충분한 검토가 필요한 약제’의 가이드라인을 참고해야 한다(후생노동성,

2022a).

2020년 4월 10일 이후 모든 약국에서 약사가 환자와 복약 상황등에 관한 정보를 얻은 후에 전화나 정보통신 기기를 이용해 복약 지도 등을 실시해도 된다고 발표하였다. 조제한 약제는 환자와 상담한 후에 해당 약제의 품질 유지(온도관리 포함)나 확실한 수여가 이루어지는 방법(등기우편 등)으로 환자에게 전달해야 한다. 약국은 약제를 발송한 후 해당 약제가 확실하게 환자에게 수여되었음을 전화 등으로 확인해야 한다. 또, 품질 유지에 특별한 주의를 요하는 약제나 시급히 전달해야 할 필요가 있는 약제에 대해서는 약국 종사자가 직접 전달하거나 환자 또는 그 가족들에게 방문을 요청할 수 있다. 전화나 정보통신기기를 이용해 복약지도를 실시하는 경우에도 다음 조제시에는 대면으로 복약지도를 실시할 필요성이 발생할 수 있기 때문에, 해당 환자의 거주지역 내에 있는 약국에서 실시하는 것이 바람직하다(후생노동성, 2020).

2.3. 비대면진료 수가

2020년에는 수가와 관련한 구체적 통지가 부족하였으나 곧, 2021년 ‘온라인 진료 특례 조치의 항구화’를 발표하며 공식적으로 온라인 초·재진 수가를 신설하였다. 일본에서는 대면 진료 진찰료보다는 비대면 진료는 조금 낮으나 가산, 온라인 의학 관리료 등을 산정하여 주고 있다(후생노동성, 2022c).

전화나 온라인진료에 대한 초진료로 214점을 산정하였고 정기적으로 대면 진료를 받던 만성질환자의 온라인 재진료를 100점에서 147점으로 인상하였다. 기존 ‘온라인 진료료’를 없애는 대신 ‘정보통신기기를 이용한 경우에 대한 온라인 초·재진’ 수가 항목을 신설했다. 온라인 초진료는 2140엔(약 1만9,100

원)에서 2510엔(약 2만2,403원)으로, 온라인 재진료는 710엔(약 6,337원)에서 730엔(약 6,515원)으로 인상됐다(후생노동성, 2022b).

2022년 4월부터는 200병상 이상 병원에 적용되는 외래진료료(대면 재진)에 ‘정보통신기기를 이용한 온라인 외래진료료 수가’가 730엔(약 6,430원)으로 신설됐다. 이는 적정 온라인 진료지침 개정에 따라 동네 단골 병·의원에서 진료받을 수 없는 상황에 대비해 200병상 이상 병원의 온라인 진료를 유도하기 위한 수가 보상책으로 볼 수 있다. 온라인 의학관리료도 대면 진료의 87% 수준으로 신설됐다. 다음은 추가된 14종의 의학관리료이다; 바이러스 질환 지도료, 피부과 특정질환 지도 관리료, 소아 악성종양 환자 지도관리료, 암성통증완화 지도 관리료, 외래환자케어 관리료, 이식 후 환자 지도관리료, 신대체요법 지도관리료, 영유아 육아 영양지도료, 암치료 연계 계획 책정료, 간염 인터페론 치료 계획료, 약제 종합 평가 조정관리료(후생노동성, 2022b).

2.4. 비대면진료 법적 책임

일본에서는 비대면진료에 대한 법적 책임에 대해 대면진료와 같은 관점을 공유하고 있다. 먼저, 공통적으로 의료법 제24조와 치과의사법 제23조에 따라 진료 기록을 작성해야 하는 의무가 있다. 비대면진료를 제공한 의사는 해당 진료에 대해 대면 진료와 같은 책임을 부담하게 된다. 2022년 "온라인진료의 적절한 실시에 관한 지침"에 따르면, 온라인으로 이루어지는 진료 활동에 대한 책임도 원칙적으로 담당 의사에게 있으며, 의사는 원격으로도 환자로부터 필요한 정보를 충분히 수집할 수 있는지, 그리고 그 정보를 바탕으로 적절한 진단을 내릴 수 있는지를 신중하게 평가해야 한다. 의사의 지시와 주의에 따르지 않아 생긴 피해에 대한 책임은 환자와 가족에게 돌아간다(장욱, 2010).

만약 온라인 진료가 적절하지 않다고 판단될 경우, 의사는 즉시 온라인 진료를 중단하고 대면 진료로 전환해야 한다고 규정하고 있다(권주영, 2020).

환자가 의사에게 건강상태에 대한 정보를 전달하게 되므로 의사와 환자가 상호 신뢰 관계를 구축해야 하며, 쌍방간의 합의를 기반으로 비대면 진료가 실시될 필요가 있다고 보고있다. 따라서, 환자의 요청이 분명히 있어야 비대면 진료가 성립 가능하다고 규명하고 있다. 대신 의사는 온라인 진료의 장점 및 불이익 등에 대해 환자에게 충분하게 정보를 제공한 후 환자의 동의를 얻는 것을 철저히 해야 한다고 하였다(후생노동성, 2022a).

의사와 환자의 신분 확인 절차는 각자 자신의 신분을 상대방에게 화상을 통해 보여주는 것으로 한다. 의사는 의사자격증명서를 환자에게 보여줌으로써 본인의 신분을 증명한다. 환자는 본인의 신분 확인을 위해 건강보험증, 마이넘버카드, 운전면허증 중 한가지를 화면에 보여주어야 한다. 다만, 이미 초진을 직접 만나서 시행한 경우나, 사회 통념상 당연히 의사라는 사실을 확인할 수 있는 상황에서는 증명을 생략할 수 있다(후생노동성, 2022a).

<표 3> 일본의 비대면진료

구분		내용	
정책 현황	개요	법적 허용 여부	1997년 후생노동성 건강정책국장 통지
	제공 기준	대상 환자	‘진료 전 상담’ ¹¹⁾ 가능
		진료 과목	만성질환, 코로나19로 인한 폐렴 및 알레르기 질환
		서비스 방식	실시간 시각 및 청각적 정보를 포함한 방식, 저장 후 전송 ¹²⁾
	재정 지원	보험	국가건강보험에서 1998년부터 수가 생성.
		수가	‘정보통신기기를 이용한 경우에 대한 온라인 초, 재진’ 수가 ¹³⁾
	법적 기준	사전관계	상호 신뢰관계 구축 및 쌍방간의 합의 필수. 환자의 요청이 선행되어야 함.
		신분확인	화상으로 신분증 확인
		법적절차	대면진료와 같은 책임 수준 유지 ¹⁴⁾

2.5. 의료관광 외국인환자 비대면진료

2.5.1. 일본의 의료관광

일본을 의료 목적만으로 입국하는 외국인은 꾸준히 증가하고 있다. 2020년 일본 의료관광 시장의 규모는 약 5500억엔으로 추정된다. ‘수준 높은 의료기술, 안심, 안전한, 직원의 응대가 좋은’ 등의 키워드를 중심으로 외국인으로부터 좋은 평가를 받고 있다. 세계의료관광지수(Medical Tourism Index, MTI)는 의료관광 목적지에 대해 미국인의 인식 순위를 매기고 있으며, 의료관광산업, 목적지 매력, 의료서비스 품질 등 3가지 측면에서 41개 기준으로 조사한 지수이다. 2021년 세계의료관광지수에 따르면 일본은 전 세계 46개국 중 목적지로서의 매력은 5위, 의료관광산업으로서는 2위, 의료 서비스 품질로는 2위를 차

11) 2022년 1월부터 단골의사가 아니더라도 상담은 가능하지만 처방은 불가능함. 초진부터의 처방은 단골의사만 가능함.

12) 문자, 사진 및 녹화 동영상만은 저장 후 전송은 금지

13) 2022년부터 ‘온라인진료료’ 폐지 후 생성됨. 온라인초진이 대면진료보다 낮은 수준.

14) 진료를 실시한 의사 또는 치과 의사가 책임을 지도록 함

지하였다. 국제의료기관평가위원회(Joint Commission International, JCI) 인증을 받은 일본의 의료시설 개수는 2023년 5월을 기준으로 30개로 조사되었다(Medical Tourism, 2024).

일본 정부도 의료관광 목적의 외국인 유치를 위해 외국인 환자 및 동반자에 대한 의료체류비자제도를 시작하였다. 2011년 초부터 의료 비자로 입국한 의료관광객이 최대 6개월 간 일본에 머물 수 있게 되었다. 치과 치료를 포함하여 최대 6개월까지 체류 가능하지만, 일본인 의사로부터 받은 치료 계획서를 발급받아 복수의 비자를 발급받으면 최대 3년까지 체류할 수 있다(한국보건산업진흥원, 2023b).

메디컬 엑셀런스 재팬(MEJ, Medical Excellence JAPAN)은 2011년 일본의 건강 및 의료분야의 국제적 확장을 촉진하기 위해 후생노동성과 경제산업성이 주도하여 설립한 중앙 허브이다. 이 기관의 설립 목적은 일본 의료 기관이 외국 환자를 받아들이는 것과 일본 의료 사업의 해외 진출을 지원하는 것에서부터 시작하였다. 의료관광 포럼(MTF; Medical Travel Forum)을 설립하여 인바운드 의료관광에 대한 일본 의료계 전문가들의 협력을 이끌고, 일본 국제 병원(JIH; Japan International Hospitals) 웹사이트를 영어·중국어·러시아어로 병원 명단을 제공한다(Nakatani et al, 2021). 또, 의료 코디네이터 인력을 관리하여 병원과의 연락을 담당하도록 한다. 이러한 일본 국제 병원(JIH) 시스템은 메디컬 엑셀런스 재팬(MEJ)에서 국제 환자를 수용하기 위한 병원의 노력을 평가하여 그 기준을 충족하는 병원을 추천하는 것이다.

위의 기준을 공식 인증 제도로 만들었는데, 이를 외국인 환자 수용 의료기관 인증 제도(JMIP ;Japan Medical Service Accreditation for

International Patients)라고 한다. 일본 후생노동성은 2013년도에 외국인 환자를 원활하게 수용할 수 있는 의료기관 인증 시스템(JMIP)을 도입하고 설립했다. 이 인증 제도는 일본 의료 환경에서 국제 환자를 원활히 받아들이기 위한 국가 프로젝트의 일환으로 시행되었다 (Nakatani et al, 2021). 2018년에는 36개였으나 2022년에는 73개의 인증된 의료기관이 있다(Saeki et al, 2023).

일본 후생노동성은 국제의료유치사업을 추진하고 있으며 이에 따라 ‘의료기관의 외국인 환자 수용 현황 조사’를 수행중이다. 이는 외국인 환자 수용능력 향상을 위한 의료기관의 기초자료를 얻기 위한 목적으로 외국인에 대한 의료 전달체계현황과약을 위해 실시하고 있다. 2022년(레이와 4년도)에 후생노동성에서 발표한 보고서에 따르면, 외국인 환자 수용을 위한 의료 코디네이터의 배치에 대해 응답한 전체 5,315개 병원 중 140개 병원(2.6%)에서만 코디네이터를 배치하고 있었다. 자체적으로 외국인 환자의 진료 상황을 파악하지 못하는 의료 기관도 약 40% (2,008개 병원)에 달했다(후생노동성, 2022d).

일본에서 의료관광에 대한 반대 의견을 주도하는 그룹도 있는데 그 중 하나는 일본 의사 협회(Japanese Medical Association, JMA)이다. Fujitani et al(2019)에 따르면 약 70%가 의료 관광에 반대했으며, 주된 이유는 의료 관광이 일본의 보편적 건강보험 시스템 붕괴를 초래할 수 있다는 것이었다. 또한, 정부는 의료 공급이 부족한 지역에서 의료 서비스의 재생을 우선시해야 한다고 주장하기도 하였다.

2.5.2. 의료관광 외국인 환자 비대면진료

Awano et al(2019)의 연구에서 2015년부터 2016년까지 일본의 일본적십자

사 의료센터에서 치료를 받으러 온 외국인 암 환자 72명에게 발생한 문제를 분석하였다. 그중에서도 치료 전 단계에서의 문제로는 불충분한 의뢰서 내용과 의뢰 의사의 정보와 실제 상황 간 불일치가 주요 문제로 관찰되었다. 환자들의 대다수는 실제 암 치료를 목적으로 일본을 방문했으나 의뢰 의사로부터 제공된 정보와 일본에서의 최초 의료 평가 사이에 일치를 보인 환자는 36명(50.0%)에 불과했다. 이를 통해 33명의 환자가 해당 병원에서 치료를 받기로 결정했으며, 이러한 문제가 치료 계획 수립에 있어 중대한 장애 요인이 되었음을 알아냈다.

외국인에 대한 비대면진료에 대한 국제수는 의료기관마다 자체적으로 산정하고 있다. 예를 들면, 도쿄의 한 의과대학 병원에서는 상담료가 내원 진료와 비대면진료가 동일하게 66,000엔이고 영상 진단료 33,000엔, 병리 진단료 33,000엔이다. 1회에 최대 45분까지 가능하다고 명시되어 있다. 규슈의 한 대학병원은 최대 60분까지 가능한 비대면진료 1회가 110,000엔이다. 이렇듯 외국인은 일본의 국가 의료보험에 포함되지 않아 국가에서 이를 산정할 수는 없지만, 후생노동성은 의료기관에 가이드라인을 제공한다.

후생노동성 홈페이지에는 방일 외국인 진료가격 계산방법 매뉴얼이 공개되어 있다. 이 매뉴얼은 후생노동행정추진조사사업 『외국인 환자의 수용환경 정비에 관한연구 (방일 외국인에 대한 적절한 진료 가격에 관한 연구)』의 일환으로 이루어진 연구이다. 방일 외국인 진료 가격은 직접 내원 후 진료이기 때문에 비대면진료 수가와는 다르지만, 외국인 진료에 대해 추가적으로 고려해야 할 사항을 정부차원에서 체계적으로 정리한 것이다. 매뉴얼에 따르면, 전제는 국가 건강보험이 없는 외국인과 관련된 비용의 계산에 대해 노하우가 많이 없기 때문에, 이 가이드라인은 가격 설정의 기초로 의료기관의 경영에 도

움을 주고자 제작되었다고 한다. 외국인 진료 수가를 결정하는 데에도 고려해야 할 비용(의료통역, 안내번역 등)에 대해서 나열하였는데 (후생노동성, 2020a), 비대면진료 수가를 결정할 때에도 각 의료기관은 이를 참조하면 비대면진료 수가를 산정하는데 도움이 될 것이다.

2018년 4월부터 3년간 일본의 한 병원에서 236명의 의료 종사자들의 서면 응답을 분석하여 원격 의료 통역에 대해 분석해 본 연구에 따르면, 대부분의 사용자는 원격의료 통역 사용에 만족하였지만, 기술적 문제, 통역사의 통역 품질에 대한 불안을 느낀다고 답하였다. 코로나19 이후 의료통역사들이 현장에 있을 수 없게 되어 도입된 시스템이었으나, 앞으로도 외국인 환자들에게 활용될 수 있도록 품질의 향상이 필요하다고 하였다(Saeki et al, 2023).

2.5.3. 의료분쟁 시 법적 장치

일본 역시 의료분쟁은 매년 증가하고 있다. 정확하게 얼마만큼 의료분쟁이 발생하고 있는지 정확히는 알 수 없지만, 재판의 접수건수로 의료사고의 발생을 추측할 수 있다. 1996년 접수건이 434건에서 2006년 접수건이 913건으로 급속하게 증가하고 있는 것을 알 수 있다(한국보건산업진흥원, 2008)

일본은 기본적으로 과실책임에 대한 민사소송제도를 가지고 있다. 하지만 의료사고분쟁의 해결에 큰 실효를 얻지 못하여 1953년 ‘의료사고배상책임보험’ 이 사보험 형태로 도입되어 1973년 일본의사회의 ‘의사배상책임보험 개선안’ 이 시행되었다(유향이, 2014).

일본의사회는 의료분쟁에 대해 체계적으로 대처하고 있다. 일본의사회의 의사배상책임보상 해결경로는 다음과 같다. 피해자 측이 사고의사에게 손해배상을 청구하게 되고, 의사는 도도부현의 의사회에 보고와 사건의 위임을 하게

되면, 도도부현의사회는 일본의사회에 사건을 보고한다. 도도부현의의사회가 피해자 측과 협상을 하여 10만 엔 이하로 협상이 될 경우는 사고의사가 직접 지불한다. 협상이 결렬되면 일본의사회의 조사위원회와 배상책임위원회의 심사에 따라 도도부현의사회가 피해자 측 또는 그 변호사와 협상한다 (한국보건산업진흥원, 2008).

일본에서는 의료사고조사제도와 무과실보상제도를 시행하고 있다. 의료사고조사제도(2014년 6월 18일 제정, 2015년 10월 1일 시행)란, 의료사고가 발생한 의료 기관에 있어 원내조사를 실시하고 그 조사보고를 민간의 제3자기관(의료사고조사 및 지원센터)이 수집·분석하여 재발방지를 하기 위하여 의료사고에 관련된 조사 등을 의료법에 근거하여 의료의 안전을 확보하기 위함이다(홍태석 외, 2018).

일본의 무과실보상제도는 2009년부터 ‘산과의료보상제도’로 시작되었다. 분만과 관련하여 뇌성마비에 대한 보상제도의 선행실시를 요구하는 내용의 제언이 구체화되어 도입되었다. 산부인과의 무과실보상법이 도입된 2009년도 이후, 산부인과의 관련된 의료소송의 수는 감소하였고, 이러한 점에서 무과실보상제도가 소송의 억제에 효과를 보이고 있다는 것을 알 수 있었다(홍태석 외, 2018).

3. 미국 비대면진료

미국은 비대면진료라는 개념을 처음으로 고안하여 도입한 나라이다. 국토가 매우 넓으며 의료기관의 질이 균질하지 못하는데다 그 격차가 크기 때문에 비대면진료의 필요성을 일찍이 강조해왔다. 비대면진료에 대하여 공보험을 통해 보장받을 수 있도록 설계되어 있는데, 크게 연방 차원의 공보험인 메디케어(Medicare)와 주 차원의 공보험인 메디케이드(Medicaid)가 있다. 공보험에서 보장되지 않는 비대면진료의 경우 개인이 개별적으로 민간 보험을 통해 보장받을 수 있다(백경희, 2020).

3.1. 비대면진료 법적 근거 및 연혁

메디케어는 1997년 8월 균형재정법(Balanced Budget Act) 제정으로 비대면진료에 대한 급여화를 시작했다. 균형재정법 4206조에 따르면, 메디케어는 전문의 상담을 통신 시스템을 통해 제공하는 의료 제공자에게 파트 B 지급을 할 것을 요구한다. 이는 메디케어 지급이 이루어질 수 있는 서비스를 제공하는 의료 제공자가 거주하는 농촌 카운티가 보건 전문가 부족 지역으로 지정된 경우에 해당된다. 비대면진료 서비스에 대한 지급액을 결정할 때, 이 지급은 메디케어 공동보험 및 공제 요구 사항에 따라야 하며, 참여하지 않는 의사가 제공한 서비스에 대해서는 청구가 제한된다. 수혜자는 전화 라인 요금이나 시설 요금에 대해 청구 받지 않아야 한다. 또한, 비대면진료 서비스에 대한 지급은 수수료 일정 하에 의사 서비스의 업데이트 요인에 따라 매년 증가한다(Office of the Federal Register, 1997).

당시에는 원격상담(consultation)에 한하여 보험을 적용하였으나, 이후 2000년 사회보장법 (§ 1834 of Social security act)을 개정하여 개인 심리 치료등을 보험급여에 포함하면서 서비스 범위를 확대하였다. 2003년 이후에는

정신과 진단, 말기투석 관련 서비스, 영양치료까지 확대되었다(김대중, 2015). 2009년 오바마 정부이후부터는 ‘오바마케어’라 부르는 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act)이 입법되면서 약 4천만 이상의 미국 국민이 메디케어의 혜택을 누릴 수 있게 되었다(이종구, 2016). CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)는 비대면진료 청구를 위한 규정을 도입하기 위하여 비대면진료를 다음과 같이 분류하였다.

<표 4> 메디케어에서 분류한 비대면진료

구분	설명 및 방식	의료이용자와 공급자 관계
원격헬스 방문 (Telehealth visits)	환자와 공급자 간의 쌍방향 오디오 및 비디오를 이용한 원격커뮤니케이션.	재진, 초진(공중비상사태 동안은 재진인지의 여부에 대해 확인하지 않을 예정)
가상 접수 (virtual check-in)	의원 방문 및 다른 서비스가 필요한지 여부를 결정하기 위해 전화 및 다른 통신장비를 통한 5~10분간의 간단한 의사소통(환자가 제출한 비디오 또는 이미지의 원격 평가)	재진환자가 의료공급자에게 요청 (지난 7일 이내에 의료 방문과 관련이 없고 다음 24시간 이내에 의료 방문으로 이어지지 않아야 함)
e-방문 (E-visits)	온라인 포털 서비스를 이용한 환자와 의료공급자간의 소통	재진환자가 의료공급자에게 요청

자료:Center for Medicare and Medicaid Services. Medicare Telemedicine Health Care Provider Fact sheet. 2020

원격헬스방문에서 의료공급자란 의사, 전문간호사, 조산사, 임상간호사, 임상 심리학자, 임상 사회복지사, 임상 영양전문가 등을 포함한다. 하지만, 공급자를 정의하는 기준이 주마다 상이하므로, 적게는 펜실베이아가 의사, 간호사, 조산사,정신건강시설 4개 종류만 허용하는 반면, 버지니아 주는 16개 종류를 허용한다.

3.2. 비대면진료 대상과 내용

CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)는 메디케어 수혜자(Medicare FFS, Fee-for-Service)의 원격 의료 방문 건수는 2019년 약 840,000건에서 2020년 약 5,270만 건으로 2020년에 비해 약 63배 증가했다. 대부분의 수혜자(92%)는 집에서 비대면진료를 받았는데, 이는 팬데믹 이전에는 메디케어에서 허용되지 않았다. 집이 아닌 곳에서 가장 많이 비대면진료를 한 장소는 전문 요양시설이었다. 일차진료에 대한 비율은 8%로 크게 증가한 반면, 전문의의 진료로의 전환은 3%로 가장 적었다. 흑인과 농촌 수혜자는 각각 백인과 도시 수혜자에 비해 비대면진료 이용률이 낮았다. 비대면진료의 사용은 주마다 다르며 북동부와 서부에서는 사용률이 높고, 중서부와 남부에서는 사용률이 낮았다(ASPE, 2021).

3.3. 비대면진료 수가

수가는 대면의료 서비스와 동일하며 환자 부담금은 의료서비스의 20% 또는 메디케어 Part B에서 급여화된다. 동등법(Parity law)을 통해 대면 진료와 같은 수준을 지불하도록 한다.

연방정부는 2023년 5월 11일 코로나바이러스 관련 공중 보건 비상사태가 끝났음을 선포하였고, 이로 인해 코로나19와 관련된 정책도 바뀌었다. 메디케어 메디케어 서비스 센터(CMS, Centers for Medicare & Medicaid)가 2023년 5월 10일 발표한 메디케어 원격 의료 서비스 지불: CARES Act 3704조(Payment for Medicare Telehealth Services: Section 3704 of the CARES Act)에 따르면, 앞으로 영구적으로 지속할 조항과 2024년 12월

31일까지 한시적으로만 연장해 놓은 조항으로 나누어 살펴볼 수 있다.

팬데믹 동안 지속적으로 효과적임을 인정받아 정신건강 진료와 관련된 비대면진료에 대해서는 공중보건 비상사태와 상관없이 영구적으로 조항을 유지하게 되었다. 공중보건 비상사태동안 진료, 진찰, 치료를 포함하는 다양한 비대면진료를 제공할 수 있도록 보험에서 환급을 해 주었으나 유일하게 2024년 12월 31일까지 한시적으로 유지해 두었다. 이 지속여부는 앞으로 남은 기간 동안 입법 또는 행정 조치에 따라 달라질 수 있다. (Centers for Medicare and Medicaid Services, 2023).

3.4. 비대면진료 법적 책임

미국은 비대면진료의 법적 책임 부분에 대해 각 주별로 다른 기준을 가지고 있으나 대부분의 주에서 대면진료와 동일한 기준을 적용한다. 비대면진료 후 발생한 의료사고를 규율하기 위하여 별도로 법 제정을 하지 않고, 대면진료에서 발생한 의료사고에 적용하는 법률을 그대로 적용한다. 이 역시 비대면진료의 맥락에서 적용할 특칙이 필요하지 않다는 것을 보여주는 사례이다. 의료과실로 인한 불법행위책임이 성립하는 경우는 ① 의사와 환자 간의 사전 관계 성립 ② 의사 주의의무 위반, ③ 그러한 주의의무 위반과 환자의 악결과(惡結果)와의 인과관계가 인정되어야 한다(권주영, 2020).

비대면진료의 맥락에 대한 특칙을 만드는 대신에, 메디케이드 보험 적용기준을 정하여 원격의료서비스 시작 이전에 사전동의서를 요구하는 기준을 제시한다. 14개주에서 요구하는 기준인데 앨라배마, 인디애나, 오클라호마, 텍사스, 워싱턴 주에서는 서면으로 동의서를 요구하고, 애리조나 주에서는 실시간

이 아닐 경우, 응급상황일 경우, 영상만 전송하는 경우를 제외하고는 모두 서면 혹은 구두 동의를 받아야 한다. 캘리포니아는 교정시설에 있는 환자를 제외하고는 모두 구두동의를 받아야 한다. 대부분의 주에서는 법령 제정이나 정책 발표를 통해 원격의료서비스를 이용하기 전에 명시적으로 의사-환자 간 법률적 관계를 형성할 수 있도록 어떤 사전 절차 등을 거쳐야 하는지를 명확히 하고 있다(최연석,2020).

<표 5> 미국의 비대면진료

구분		내용	
개요	법적 허용 여부	균형제정법 제 4206조	
	대상 환자	모두 ¹⁵⁾	
제공 기준	진료 과목	제한없음 ¹⁶⁾	
	서비스 방식	영상 통화 앱 ¹⁷⁾ , 영상 불가능 시 전화 가능	
정책 현황	재정 지원	보험	메디케어: 전체 비용의 20% 본인부담 메디케이드: 주별상이
	수가		대면진료와 동일
법적 기준	사전관계		서면 및 구두 동의
	신분확인		의사가 환자에게 신분증을 요청
	법적절차		민사책임의 범리에 의해 해결

3.5. 의료관광 외국인환자 비대면진료

3.5.1. 미국의 의료관광

미국에서 의료관광은 ‘Medical Tourism’ 또는 ‘Globalization of Healthcare’

15) 지리적 조건을 모두 삭제한다는 조항을 2024년 12월 31일 이후 바뀔 수 있도록 한시적 연장

16) 초진으로 정신과적 비대면진료 서비스를 원하는 경우, 6개월 이내 대면진료 이력필수조건을 2024년 12월 31일까지 한시적 허용 연장

17) Facetime, skype(무료), zoom(무료)이용불가, skype(유료),zoom(유료)가능

혹은 ‘Medical Outsourcing’ 이라고 표현하고 있다(Cortez,2008). 미국은 환자의 송출(outbound) 및 목적지(inbound)로서 모두 역할을 함에 따라, 의료 관광 시장 규모가 2022년 대략 45억 8천만 달러로 평가되었다. 미국은 전세계 의료 관광 지출의 36%를 차지하며, 국내 총 인바운드 관광 지출의 1.9%를 차지한다(Medical Tourism,2024).

고도의 자격을 갖춘 의료 전문가와 최첨단 의료 시설의 존재로 인해 전문 치료나 난치병 환자의 빈도가 미국 전역에서 증가하고 있다. 미국은 Medicare 및 Medicaid 환자 이외의 수익원을 찾기 위해, 해외 환자 유치에 적극적으로 나서고 있다. 의료관광의 성장은 미국과 다른 국가의 의료 제공자 간 협력 기회를 늘리고, 원격 의료와 의료 서비스 아웃소싱을 활성화시키며, 의료관광을 지원하는 새로운 건강보험 계획을 만들어내고 있다. 이러한 변화는 미국 의료 시장에서 경쟁을 증가시키고 의료비용을 낮추는 결과를 가져오고 있다(Herrick,2007).

미국 의사협회에서 제공하는 “진료목적으로 해외 여행을 하는 환자들을 위한 지침서” (Guidelines for Patients Traveling Overseas for Medical Care)에서는 치료의 연속성 확보를 강조하고, 이를 위해 귀국 후 국내에서의 사후 진료가 일정이나 재정적인 준비가 되어 있어야 한다고 설명하고 있다. 이는 두 가지의 추가적인 고려 사항을 필요로 한다. 첫째, 의료관광객의 경우 치료받은 질병의 심각성에 따라 귀국 후에도 지속적인 의료 처치가 필요할 수 있다는 것이다. 둘째, 제공하는 주체가 누구인지가 중요하며, 이로 인해 현지 의료기관의 역할이 더욱 중요해진다(유태규,2014).

미국은 국제진료 인증기관(GHA;Global Healthcare Accreditation)을 운영하

여 국제 기준의 의료 시스템을 갖추고 있는지 평가한다. 외국인 환자를 대상으로 한 의료서비스와 의료관광 전반적인 과정이 적절하게 이뤄지고 있는지에 대해 인증을 한다. 이러한 인증 절차의 목적은 의료 서비스 제공자를 효과적이고 효율적으로 배치하여 의료 관광 환자의 만족도 및 의료 질 관리를 향상시키기 위함이다. 대표적인 의료관광병원으로 꼽히는 미국 클리블랜드 클리닉(Cleveland Clinic)과 태국 범룽랏병원(Bumrungrad International Hospital), 대한민국의 분당서울대병원 등이 인증을 받았다(GHA,2024).

3.5.2. 의료관광 외국인환자 비대면진료

미국에서는 의료관광 사전 관리 또는 2차 소견을 위한 비대면진료도 활발히 이루어진다. 모호한 진단 결과, 희귀질환, 위험한 수술 등의 경우 한 명의 의사에게만 진단을 받지 않고 다른 의사의 소견을 추가적으로 들어보는 것을 가리키는 2차 소견은 미국에서 매우 흔히 이루어지고 있는 서비스이고, 이를 비대면진료로 제공하는 업체들이 많이 존재 한다. 여기에는 독립된 의사들의 사업체가 운영하는 Best Doctors나 Second Opinion Expert, 그 외 기존 병원들이 서비스를 제공하는 MD Anderson Cancer Center¹⁸⁾이나 Mayo Clinic¹⁹⁾ 등의 사례가 있다.

미국 원격의료 협회(ATA, American Telemedicine Association)는 전통 의학, 학계, 기술 및 통신 회사, 간호 협회, 의사 협회 등 다양한 그룹을 모아

18) 미국 텍사스주립대학 부속 M.D. 앤더슨 암센터는 암의 치료.연구.교육 및 예방에 전념하는 전세계에서 가장 인정받는 암 전문병원으로서, 매년 8만 여명의 환자(신환 2만 명)가 이곳에서 치료를 받고 있으며, 새로운 암치료 개발을 위한 연구에 매년 1억불의 예산을 투입하고 있다.; <http://www.mdanderson.org/><2024. 5. 20 방문>.

19) 세계 최대의 병원으로서 미국 미네소타 주 Rochester에 소재하고 있으며, 환자 중심의 서비스와 정밀한 검사로 유명하다.

환자에게 일관된 양질의 원격의료 서비스를 보장하기 위해 가이드라인을 제작하기 시작하였다. 이 지침들은 해당 분야의 전문가와 기타 전략적 이해 관계자들로 구성된 패널에 의해 개발되며, 협회 이사회에서 최종 승인을 거쳐 주기적으로 검토 및 웹사이트에 업데이트된다(Davis et al, 2016). 원격피부과학, 원격정신과학, 원격병리학, 나아가 원격 뇌졸중 관리, 안구건강 관리 등 세부적으로 나뉘어져 있다.

국제 표준 의료서비스 심사(JCI; Joint Commission International)는 미국의 비영리 면세 기관인 The Joint Commission의 국제 부문으로서, 세계 여러 나라의 의료기관들이 환자 안전과 의료 서비스의 질을 향상시키기 위해 따르는 인증 프로그램이다. 국제 표준 의료서비스 심사(JCI)는 원격 의료를 위한 공동 위원회 국제 인증 표준(Joint Commission International Certification Standards for Telehealth)을 제공하고 이를 업데이트 한다(JCI, 2024).

3.5.3. 의료분쟁 시 법적 장치

미국은 과실책임에 의한 민사소송제도를 기본으로 하지만, ‘재판 외 분쟁해결방법(ADR, Alternative Dispute Resolution)’을 가지고 있다. 의료소송과 관련하여 불법행위법을 개정하였는데 소송을 제기하기 전에 중재위원회나 심사위원회의 사전 심사를 필수적으로 거치는 소송전치주의를 도입하였다. 이 사전심사제도의 주된 목적은 승소 가능성이 낮은 소송을 방지하는 것이며, 보통 의사협회가 단독으로 혹은 변호사협회와 함께 관리한다. 피해자는 변호사에게 사건을 맡기고, 피해자와 변호사는 함께 서류를 작성하여 변호사회의 의료법률위원회(Medicallegal Committee)에 제출한다. 그 이유서에는 사건의 인적 사항, 일자, 상황 등이 포함되어 있으며, 위원회에 진료기록을 검토할 수 있는

권한을 위임한다. 또한, 위원회의 심의 및 절차에 대한 신뢰를 표시하고, 위원회가 의뢰인에게 위원회에 대해 설명하도록 하며, 변호사의 진술을 기록하도록 한다(신은하, 2007).

재판 전 심사패널(Pre-Trial Screening Panel)은 의료사고발생 후 소송 제기 전 일정한 기간 이내에 법조인과 의료전문가로 구성된 패널이 원고측의 청구가 법정에 제출될만한 가치가 있는지 여부를 심사하고 화해를 유도하는 제도이다. 의무적으로 심사패널제도를 시행 하고 있는 메인 주에서는 다른 주보다 사건 해결 기간이 짧고 소송비용이 적은 것으로 나타나 이 제도가 효과를 거두고 있는 것으로 나타났다(최장섭, 2013).

다음으로, 조정제도는 법원이 적극적으로 분쟁 해결을 추진하여 문제를 종결시키려는 제도를 말한다. 이 제도의 목적은 법원의 사건처리의 정체현상 즉 장기화를 해소하는데 있으며 의료사고 발생 일정 기간 내에 청구토록 하는 제소 기한법을 채택하였다. 캘리포니아²⁰⁾의 예를 들면, 의료 과실 사건을 인정한 날로부터 1년 이내, 또는 의료 과실이 발생한 날로부터 최대 3년 이내에 소송을 제기해야 한다. 환자의 진료동의권의 의미와 적용에 관한 수정 및 의료과오를 설정하는데 요구되는 의료수준의 범위도 새로이 정의하였다(한국보건산업진흥원, 2008).

의료관광에 있어서 의료분쟁 예방과 관련한 국제기준으로는 미국의학협회 의료관광가이드 라인(New AMA Guidelines on Medical Tourism), 국제의료관광협회 환자권리장전(The IMTA International Patients' Bill of Rights)이 있다. 미국의학협회의 가이드라인에 따르면 환자들이 그들의 권리가 무엇이고

20) California Code of Civil Procedure 340.5

손해가 발생한다면 그 배상청구는 어떻게 해야하는지에 대하여 알아야만 한다. 특히 중환자 또는 수술예약환자의 경우 공항 에스코트 시 에어앰블런스(응급헬리콥터)를 활용하는 방안을 강구하여 환자안전 및 분쟁예방에 대비할 필요가 있다. 이와 관련하여 미국의학협회 의료관광가이드라인 I항에서는 ‘환자는 치료를 위해 미국 밖으로 여행을 할 때, 장시간 비행과 외부활동이 시술 결과와 맞물려서 발생할 수 있는 잠재적인 위험에 관하여 충분한 정보를 알고 의료관광을 결정해야 한다’ 라는 조항이 있다(정용엽, 2011).

4. 비교분석 결과

4.1. 국가별 의료관광 비교

먼저, 국가별로 의료관광 정책을 비교해보면, 대한민국과 일본은 정부에서 주도적으로 지원해주려는 반면, 미국은 의료기관 및 민간 기업을 중심으로 의료관광이 이루어진다. 예를 들면, 외국인 환자를 대상으로 하는 가이드라인에 대해서 한국과 일본은 공공기관에서 제공하는 반면, 미국은 협회 차원에서 제공한다. 한국보건산업진흥원에서는 외국인 환자 개인, 의료기관, 외국인환자 유치업자를 대상으로 가이드라인을 제시하고, 메디컬 엑셀런스 재팬(MEJ, Medical Excellence JAPAN) 이나 후생노동성에서는 환자 개인, 의료기관, 지방자치단체, 외국인 환자 수용 의료 코디네이터 등을 대상으로 제공한다. 하지만, 미국은 미국 원격의료 협회(ATA, American Telemedicine Association)와 미국 의사협회(AMA, American Medical Association)에서 그 역할을 하고 있다.

의료관광과 관련된 인증 제도도 한국과 일본은 정부와 협력하지만 미국은 연방정부가 직접 주도하지는 않는다. 한국의 외국인환자 우수 유치 의료기관 인증 (KAHF;Korean Accreditation Program for Hospitals Serving Foreign Paatients)과 일본의 외국인 환자 수용 의료기관 인증 제도 (JMIP ;Japan Medical Service Accreditation for International Patients)는 굉장히 유사한 형태를 가진다. 한국보건산업진흥원에서 운영하는 ‘메디컬 코리아 (Medical Korea)’ 와 일본의 민간합동 의료수출 지원기관 ‘메디컬 엑셀런스 재팬 (MEJ)’ 이 중심이 되어 의료관광 사업의 주축을 이룬다. 미국의 국제의료기관평가위원회 인증(JCI;Joint Commission International)은 비영리 면세 기관이며 글로벌 헬스케어 인증(GHA;Global Healthcare Accreditation)은 민간기업이다.

대한민국은 의료분쟁조정법이 있어 대체적 분쟁 해결제도보다 의료분쟁을 신속하고 공정하게 해결할 수 있는 장치가 법적으로 마련되어 있다. 일본도 의료사고조사제도를 시행하여 가해자의 존재유무에 관계없이 사고피해자에 대하여 보상하고자 한다. 2015년부터는 의료사고조사제도에 대한 하위법령이 시행되어 오늘에 이르고 있다. 한국과 일본은 환자에 대한 안전과 의료서비스 질의 향상이라는 목표는 동일하지만 시스템의 근간이 달라 일본의 영향이 직접적으로 우리에게 미치기는 어렵다(백경희,2016). 하지만 일본은 의료사고조사제도를 법제화 함에 있어 법률단계에서의 명확화를 이루어 하위법령에 위임사항을 최소화 하였다는데 의의가 있으며, 환자의 안전관례 체계 수립에 우리에게 제도 많은 시사점을 주고 있다(홍태석 외,2018).

<표 6> 국가별 의료관광 비교

구분	대한민국	일본	미국
의료관광 정부 지원	메디컬 코리아 (Medical Korea)'	'메디컬 엑셀런스 재팬 Medical Excellence JAPAN (MEJ)'	없음
의료관광 인증제도	외국인환자 우수 유치 의료기관 인증 KAHF;Korean Accreditation Program for Hospitals Serving Foreign Paatients	외국인 환자 수용 의료기관 인증 제도 JMIP ;Japan Medical Service Accreditation for International Patients	글로벌 헬스케어 인증(GHA;Global Healthcare Accreditation), 국제의료기관평가위원 회 인증(JCI;Joint Commission International)
외국인 환자 가이드라인	한국보건산업진흥원에 서 제공	후생노동성에서 방일 외국인을 위한 지침 발표	미국 원격의료 협회, 미국 의사협회, 의료관광협회에서 제공
법적 분쟁 시 적용 가능한 제도	「의료사고피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」	의료사고조사제도	재판 전 심사패널(Pre-Trial Screening Panel) ²¹⁾

4.2. 국가별 의료관광 외국인환자 비대면진료 비교

의료관광 사전·사후 상담 시 대한민국은 개인이 아닌 현지의 의사와 함께 비대면진료에 참여해야하므로 의료관광유치업자 즉, 의료관광 에이전시의 개입이 필요하다. 일본은 환자가 직접 병원에 연락하기 보다 국제의료 코디네이터를 통해 의무기록을 전달하도록 의료기관에서 제안한다. 민간합동 의료수출지원기관 '메디컬 엑셀런스 재팬(Medical Excellence JAPAN)' 에서 의료 코디네이터를 고를 수 있도록 도와준다. 미국은 개인이 직접 비대면진료를 신청하거나 사설업체를 활용하기도 한다.

21) 선택여부는 주별로 상이

<표 7> 국가별 의료관광 외국인환자 비대면진료 비교

구분	대한민국	일본	미국
비대면진료 대상	원격지 의사 대 현지 의료인	의사 대 환자	의사 대 환자
사전·사후 상담 시 주체	의료관광유치업자	국제의료 코디네이터	개인 또는 사설업체
비대면진료 시 책임소재	현지 의료인(현지 의료인이 의사, 치과의사, 한의사일 경우)	의사	의사
관련 법령	의료법 제 34조	온라인진료의 적절한 실시에 관한 지침	균형제정법 제 4206조

4.3. 국가별 비대면진료 비교

미국과 일본은 이미 의사 대 환자의 비대면진료를 허용하고 있기 때문에 현지 의료인에 대한 직접적인 규정이 없다. 하지만, 대한민국만 원격협진 형태로 현지의 의료인과 소통하고 있기 때문에 책임과 관련하여 현지의 의료인에 대한 조건을 유지하고 있다. ‘당해 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없는 한’ 현지의 의료인이 의사·치과의사 또는 한의사일 경우에는 현지의 의사의 책임이지만, 간호사나 조산사일 경우에는 원격지 의사의 책임이 된다. 비대면진료의 실제적인 내용은 주로 의료행위에 초점을 맞추고 있으며, 의료 행위와 관련해서는 간호사나 조산사가 의사의 지도와 감독을 받는다는 점을 고려하면 원격지 의사와의 공동책임이 발생할 여지가 있을 것이다(조형원, 2009).

대한민국만 시범사업의 형태로 비대면진료에 대한 한시적 허용을 하고 있다. 처음 시범사업을 시작하였을 때 지리적 조건에 대한 한계점이 드러나자 이후 개정안에서 더욱 넓은 범위로 허용해주었다. 하지만, ‘보건복지부장관이 국민의 의료접근성이 제약되어 공익상 필요하다고 인정하는 기간에 비대면진료가 필요한 경우’ 라는 조건을 추가하여, 정치적 상황으로 인한 허용이 연장되고 있는 상황이다. 시·군·구 별 세부적인 초진 허용 지역 기준에 대해 충분한 논의가 이루어지기도 전에 정치적인 상황에 따른 변화를 겪고 있다.

일본은 비대면진료 후 다음 진료는 대면으로 할 수 있도록 유도하고 약 처방일수를 제한하여 대면진료의 보조적인 수단일 뿐임을 명시한다. 진료수가 역시 비대면진료가 대면진료와 비슷하거나 약간 낮은 수준이다. 미국도 대면진료와 수가가 동일하지만 대한민국만 비대면진료의 수가가 대면진료보다 높다. 대면진료에 비해 시진·청진·촉진·타진에 한계가 있고 주로 문진으로 이루어지는 진료 내용에 비해 수가는 높게 산정되어 있는 상황이다.

<표 8> 국가별 비대면진료 비교

구분		대한민국	일본	미국
개요	법적 허용 여부	「보건의료기본법」 제44조	1997년 후생노동성 건강정책국장 통지	「균형제정법」 제 4206조
	대상 환자	모든 환자 ²²⁾	‘진료 전 상담’ 가능 ²³⁾	모든 환자 ²⁴⁾
제공 기준	진료 과목	모든 질환	만성질환, 코로나19로 인한 폐렴 및 알레르기 질환	제한없음 ²⁵⁾
	서비스 방식	유·무선 전화, 화상통신을 활용한 상담 및 처방	실시간 시각 및 청각적 정보를 포함한 방식, 저장 후 전송 ²⁶⁾	영상 통화 앱 ²⁷⁾ , 영상 불가능 시 전화
정책 현황	보험	국민건강보험	국가건강보험에서 1998년 수가 생성.	메디케어: 전체 비용의 20% 본인부담 메디케이드: 주별상이
	수가	진찰료+비대면진료 시범사업 관리료	‘정보통신기기를 이용한 경우에 대한 온라인 초, 재진’ 수가 ²⁸⁾	대면진료와 동일
	사전관계	구두 및 서면 동의서(의료기관 자체 제작)	상호 신뢰관계 구축 및 쌍방간의 합의필수. 환자의 요청이 선행되어야 함.	서면 및 구두 동의
법적 기준	신분 확인	앱 가입 시 본인인증	화상으로 신분증 확인	의료진이 환자에게 신분증을 요청
	법적 절차	일반적인 대면진료와 같은 수준으로 판단	대면진료와 같은 책임수준 유지 ²⁹⁾	민사책임의 법리에 의해 해결

22) 질환에 관계없이 6개월 이내 대면진료 경험이 있는 경우 또는 진료받았던 동일 의료기관에서 의사가 안전하다고 판단한 경우 (응급의료 취약지 98개 시·군·구 거주자, 휴일·야간 시간대 환자, 보건복지부장관이 공익상 필요하다고 인정하는 기간에는 예외적으로 허용)

23) 2022년 1월부터 단골의사가 아니더라도 상담은 가능하지만 처방은 불가능함. 초진부터의 처방은 단골의사만 가능함

24) 지리적 조건을 모두 삭제한다는 조항을 2024년 12월 31일 이후 바뀔 수 있도록 한시적 연장

25) 초진으로 정신과적 비대면 진료 서비스를 원하는 경우, 6개월 이내 대면진료 이력 필수 조건을 2024년 12월 31일까지 한시적 허용 연장

26) 문자, 사진 및 녹화 동영상만은 저장 후 전송 금지

27) Facetime, skype(무료), zoom(무료)이용불가, skype(유료), zoom(유료)가능

28) 2022년부터 ‘온라인진료료’ 폐지 후 생성됨. 온라인 초진이 대면진료보다 낮은 수준.

29) 진료를 실시한 의사 또는 치과의사가 책임을 지도록 함

IV. 의료관광 외국인 환자 비대면진료 개선방안

1. 「의료해외진출법」 개정을 통한 의료관광 외국인 환자 비대면진료 허용

의료법에서 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위가 모두 금지되었지만 외국인환자를 예외로 두었다. 이에 나아가 적극적으로 외국인환자를 유치할 수 있도록 진료정보 제공 및 교통숙박 안내 등 진료에 관련된 편의를 제공하기 위한 사업을 지원해주는 법적 기반도 마련했다. 의료광고 역시 의료법에 의해 금지되어 있지만, 위 법률에 특례를 만들어 외국어로는 의료광고를 허용해주었다. 부가가치세를 내야하는 성형 수술 및 시술 항목들에 대해서도 외국인에 한해서는 환급해주는 특례를 만들어 외국인환자에게 금전적 혜택을 제공하기도 하였다.

이와 같이 여러 특례들이 있음에도 불구하고 비대면진료에 관련해서는 외국인 관련 특례가 없다. 이전 국회에서도 의사-환자 간 원격의료에 대한 의료법 개정안들이 여러 차례 발의되었지만, 직접적 이해당사자인 의료계의 반대로 인해 결국 통과되지 못하였다(김민우, 2024). 의료법을 개정하는 것이 어렵다면, 외국인을 대상으로 만이라도 특례가 추가될 필요가 있다. 2023년 5월 보건복지부에서 발표한 보도자료에 따르면, ICT 기반 사전상담·사후관리 지원 사업을 확대하고, 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 개정을 통해 외국인환자 비대면진료 제도화를 추진하겠다(보건복지부, 2023a)고 밝혔다. 하지만, 실질적으로 진행된 바는 없으며 오랜 기간 국회에서 통과되지 못한 의료법 개정안처럼 될 수 있다.

<표 9> 기존 법률과 외국인환자에 관한 법률의 비교

구분	기존 법률	외국인 환자에 관한 법률
환자유치	의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) ³⁰⁾	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 제2조(정의) ³¹⁾
의료광고	의료법 제56조(의료광고의 금지 등) ³²⁾	의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률 제 15조(의료관광에 관한 특례) ³³⁾
세금혜택	부가가치세법 시행령 제 35조 (면세하는 의료보건 용역의 범위) ³⁴⁾	조세특례제한법 제 107조의 3(외국인관광객 미용성형 의료용역에 대한 부가가치세환급 특례) ³⁵⁾

자료:법제처 국가법령정보센터

30) ③누구든지 「국민건강보험법」이나 「의료급여법」에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위는 할 수 있다.

31) “외국인환자 유치”란 외국인환자의 국내 의료기관 이용 증진을 위하여 진료예약계약 체결 및 그 대리, 외국인환자에 대한 진료정보 제공 및 교통숙박 안내 등 진료에 관련된 편의를 제공하는 활동을 말한다.

32) ①의료기관 개설자, 의료기관의 장 또는 의료인(이하 “의료인등”이라 한다)이 아닌 자는 의료에 관한 광고(의료인등이 신문·잡지·음성·음향·영상·인터넷·인쇄물·간판, 그 밖의 방법에 의하여 의료행위, 의료기관 및 의료인등에 대한 정보를 소비자에게 나타내거나 알리는 행위를 말한다. 이하 “의료광고”라 한다)를 하지 못한다. ②의료인등은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료광고를 하지 못한다.

33) 「의료법」 제 56조 제 2항 제 12호에도 불구하고 외국인환자를 유치하기 위하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장소에서 외국어로 표기된 의료광고를 할 수 있다. 다만, 환자의 치료 전·후를 비교하는 사진·영상 등 외국인환자를 속이거나 외국인환자로 하여금 잘못 알게 할 우려가 있는 내용에 관한 광고는 하지 못한다.

34) 「의료법」에 따른 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 또는 간호사가 제공하는 용역. 다만, 「국민건강보험법」 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 다음 각 목의 진료용역은 제외한다.

35) 대통령령으로 정하는 외국인관광객(이하 이 조에서 “외국인관광객”이라 한다)이 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」 제6조제1항에 따라 보건복지부장관에게 등록한 의료기관(이하 이 조에서 “특례적용의료기관”이라 한다)에서 2025년 12월 31일까지 공급받은 대통령령으로 정하는 의료용역(이하 이 조에서 “환급대상 의료용역”이라 한다)에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 환급대상 의료용역에 대한 부가가치세액을 환급할 수 있다.

의료법 제 34조 2항에 따르면 원격의료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다. 비대면진료실, 데이터 및 화상을 전송·수신할 수 있는 단말기, 데이터 및 화상을 전송 수신할 수 있는 서버가 필요하다. 하지만, 물리적인 비대면진료실의 조건에서 벗어나 ‘비대면 진료 플랫폼’으로도 시범사업을 운영해본 바가 있다. 비대면진료실에 대해 과도하게 세부적인 조건을 법령으로 정의해 두어, 의료기관에서 이를 마련하는 것에 한계를 느낄 수 있다. 따라서, 비대면진료실에 대한 법령을 삭제하거나 수정할 필요가 있다.

2. 재외국민 규제샌드박스 활용

위와 같이 특례를 추가하거나, 법을 개정하는 것이 어렵다면, 외국인을 대상으로 규제샌드박스를 허용해 주는 방안도 제시할 수 있다. 규제샌드박스는 산업통상자원부를 중심으로 추진되고 있으며, 원격의료기업과 병원간 연계 프로그램에 대한 규제샌드박스 허용제도의 확대가 이루어지는 중이다. 현재는 재외국민을 중심으로만 사업이 이루어지고 있다. 외국인은 자국민을 대상으로 하는 사업과는 다르지만 환자가 해외에 체류하고 있다는 사실은 동일하다.

현재 시범적으로 ‘비대면진료 플랫폼’을 사용하고 있어 비대면진료 서비스 허용기간 동안에 해외에 체류한 환자와의 진료 시 발생할 수 있는 서비스의 장·단점을 미리 정리해볼 수 있다. 현지 의료기관의 검사결과를 바탕으로 대한민국의 의료진이 평가하는데에 한계점이나, 현지 의료기관에서의 영상자료를 활용할 수 있는지의 여부에 대한 데이터를 축적할 수 있을 것이다. 나아가, 서비스 이용자를 중심으로 만족도 조사를 시행하여 해외 환경과의 비대면 진료 시 유의해야 할 점을 종합해 볼 수 있을 것이다.

현재 일본과 미국 모두 의료기관별로 진료의뢰 프로세스와 연락처 및 비대면 진료 가격 등을 웹사이트에 개별적으로 게시하고 있다. 대한민국도 법적 근거가 먼저 정립되기 힘들다면, 시범사업의 형태로 의료기관에서 먼저 시작하여, 추후에 외국인 대상 시범사업을 정립해나가는 것으로 제안해볼 수 있다.

3.비대면진료 인증 기준 설립

비대면진료를 허용해주면 이에 대한 안정성을 확보할 수 있는 기준이 필요하다. 미국의 JCI(Joint Commission International) 인증은 코로나19 이후 원격 의료 서비스의 사용이 많은 국가에서 크게 증가하였으나 안전하고 양질의 치료를 보장하기 위해서는 표준화가 필요하다 밝혔다. 따라서, 비대면진료 국제의료기관평가위원회 인증 표준(Joint Commission International Certification Standards for Telehealth)을 제작하여 발표하였다. 인증기준은 환자 중심의 의료 서비스와 의료 조직 관리라는 두 가지 주요 측면으로 나뉜다. 환자 중심의 의료 서비스에는 환자의 권리, 동의서, 지속적 치료 등의 기준을 포함하고, 의료 조직 관리 부분에는 비대면진료 서비스 운영 직원의 자격, 정보 관리 등을 다룬다(Joint Commission International,2024).

외국인환자 대상 비대면진료에 대한 의료기관 평가 기준도 새로 정립되어야 한다. 의료기관평가인증원에서 외국인 환자 유치 의료기관 인증(KAHF;Korea Accreditation Program for Hospitals Serving Foreign Patients)을 할 때, ‘외국인환자 특성화 체계’ 항목 평가 기준에 비대면진료에 대한 서비스를 제공할 수 있는지에 대한 세부 내용이 포함되어야 할 것이다. 의료기관별로 인증마크를 받으면 하단에 원격진료 인증기준까지 통과하였음을 게시할 수 있게 하면 환자 또는 의료관광 에이전시에서 의료기관을 선택할 때 도움이 될

것이다. 나아가, 인증기준을 정립할 시에 국제 의료기관 평가 위원회(Joint Commision International)의 기준을 참고하면, 추후에 국내에서 인증받은 의료기관이 국제 기준을 충족하기에도 수월할 것이다.

4 비대면진료 사전 동의 강화

또한, 비대면진료 허용 이후 발생할 수 있는 의료분쟁과 관련하여 충분한 설명이 사전에 이루어졌는지가 매우 중요하다. 외국인 환자의 경우 의사의 설명을 직접 환자가 알아듣기도 하지만, 대부분 통역사를 거치기 때문에 제대로 설명이 전달되었는지를 문서로 기록하는 것도 중요하다. 한국보건산업진흥원이 제공하는 ‘외국인환자 영문 진료계약서 표준양식’에는 외국인환자가 병원에 방문한 이후의 내용을 포함하고 있다. 비대면진료 시 우리나라의 표준화된 양식이 있다면, 추후 발생할 수 있는 의료분쟁과 관련하여 원격의료인의 설명의무를 명시적으로 규정할 필요가 있다.

또, 한국보건산업진흥원이 제공하는 ‘외국인환자 영문 진료계약서 표준양식’에 기반하여 중국어, 일본어 등 다양한 언어로의 공식적인 번역이 필요하다. 현재 우리나라에 입국하는 다양한 국적의 외국인들이 모두 영어에 능숙한 것이 아니며, 러시아어, 몽골어 등. 의료기관 자체내의 번역이 다르게 해석될 위험도 있다. 의료기관은 타 언어로 자체 제작하는 것에 대한 부담을 덜 수 있으므로 더 다양한 국가의 환자를 유치하는 것에 장애요소를 제거하는 계기가 될 수 있을 것이다.

V. 고찰 및 결론

1. 고찰

1.1. 방법에 대한 고찰

본 연구에서는 분석의 틀을 비대면진료의 법적 근거·정책의 범위, 보험 및 수가, 법적 책임의 분류로 비교하였다. 하지만 비대면진료에 영향을 주는 부분에 있어 정치적·사회적 상황, 국민의 인식 등 다양한 변인들이 존재한다. 특히 현재 우리나라는 코로나 19 한시적 허용 이후에도 대규모 의료계 집단행동으로 인하여 한시적 허용이 무기한 연장되고 있는 상황이다. 국가별로 하나의 진료 형태에도 진료 내용의 차이가 클 수 있고, 수가체계 적용 기준이 달라 진료 항목에 대한 해석이 국가별로 차이가 있다. 본 연구에서의 분석의 틀로는 해당 변인들까지 포함하여 국가 간 비교를 진행하는 것에 한계가 있다.

또한, 의료관광을 위한 비대면진료 서비스 비교 국가의 확장이 필요하다. 싱가포르는 1970년대부터 시작하여 꾸준히 해외환자를 유치해 온 국가로, 3개의 정부기관으로 이루어진 'Singapore Medicine'을 설치 및 운영하고 이를 세계적 브랜드로 개발하는 국가적 차원의 노력을 하였다. 태국은 1980년대 범룽랏병원으로 시작하여 2002년 아시아 최초 JCI를 획득하였다. 튀르키예는 최근 2년 모두 역대 최대 실적을 갱신하고 있으며 가장 떠오르는 국가로, 매년 약 100만명 이상이 모발이식을 받기 위해 방문하고 있다. 이렇듯 전통 국가와 신흥국가까지 비교 국가를 확장하여 비교하는 것도 의의가 있을 것이다.

1.2 결론에 대한 고찰

대한민국, 일본, 미국의 비대면진료 제도와 정책을 비교한 결과, 각국의 비

대면진료 활성화 수준과 접근 방식에는 차이가 있었다. 대한민국은 법적으로 비대면진료의 주체, 비대면진료실 조건, 원격지 또는 현지 의료인의 책임 소재 등이 명확히 법으로 규정되어 있다. 이전부터 꾸준히 비대면진료에 대한 법 개정을 시도하였으나 코로나19를 겪으며 본격적으로 한시적 허용을 시작하게 되었다. 코로나19를 겪은 후에도 그 장점을 인정하여, 비대면 진료 시범사업이나, 재외국민 규제샌드박스 등을 통해 비대면진료를 점차 확대하고 있다. 하지만, 전공의 집단 휴진이 장기화됨에 따라 시범사업의 보완방안을 시행해 보기도 전에 모든 기준을 허용해 놓은 상태이다. 즉, 비대면진료 정책이 정착되고자 했던 방향성이 정치적 상황에 의해 크게 영향을 받으므로, 사회적 여론이나 정치적 상황에 대한 통합적인 접근이 부족하다.

일본은 초기에는 의사와 의사간의 비대면진료로 시작하였으나 이내 의사와 환자간의 비대면진료도 포함되었으며, 초진에 대해서 허용해주기 시작한 것은 비교적 최근 일이다. 하지만, 아직까지도 의료관광에 대해서는 의사협회의 반대가 있어 정부가 주도적으로 의료관광을 활성화시키려 노력하고 있다. 의사단체의 보수적인 태도와 우리나라의 현재 정치적 상황이 비슷하여, 일본은 어떻게 의사단체를 설득하고 있는지에 대해 비교가 필요하다.

미국은 메디케어와 메디케이드를 통해 비대면진료의 비용을 지원하며 CMS (메디케어 및 메디케이드 서비스 센터)에서 구체적인 지침과 보상 비율을 제공한다. 미국은 의료관광 시장이 가장 오래되었으며 인바운드와 아웃바운드 모두 활발하게 이루어지고 있는 국가이다. 비대면진료를 사용하여 실제 의료관광까지 연결된 시장의 규모를 파악할 수 있으면 효과성을 확인할 수 있겠으나, 비대면진료의 의료기관별 운영과 관련된 정부 기관이 없어 정보 수집에 한계가 있다.

2. 결론

비대면진료는 의료진이 환자와의 대면 없이 ICT 기술을 활용하여 진단, 치료, 상담 등의 의료서비스를 제공하는 것을 의미한다. 이는 의료 접근성을 높이고, 특히 의료 취약지에 있는 환자들에게 유용하다. 비대면진료는 환자의 시간과 비용을 절감하고, 병원 내 감염 위험을 줄이는 등 여러 장점을 가지고 있다.

의료관광은 외국인 환자들이 의료서비스를 받기 위해 다른 나라를 방문하는 행위를 의미한다. 비대면진료는 이러한 의료관광의 과정 속, 환자가 의료진과의 상담을 통해 치료 계획을 세울 수 있도록 도와준다. 이는 환자가 필요한 경우 여행을 통해 치료를 받을지의 여부를 결정하는 것뿐만 아니라, 전체 의료관광의 시간과 비용을 절감하여, 궁극적으로 의료 서비스의 경제성과 접근성을 높인다.

대한민국의 외국인에 대해서 의사와 환자간의 직접 비대면진료가 불가능하기 때문에, 비대면진료 시 현지의 의사를 함께 포함시켜야 한다는 한계점이 있다. 이는 의료관광을 시작할지에 대해 결정하는 시점에서 저해요인이 될 수 있다. 의료관광에 대해 정부가 주도하여 활성화 시키려는 노력을 꾸준히 보이고 있으나 비대면진료에 대해서는 외국인에 대한 특례가 없다.

본 연구에서는 의료관광 외국인 환자를 대상으로 하는 대한민국의 비대면진료를 활성화하기 위한 제안 사항은 다음과 같다. 첫째, 「의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법률」에 특례를 추가하여 외국인 환자에 대한 비대면진료를 허용하는 것이 필요하다. 이는 현재의 법적 틀 내에서 외국인 환자에 대한 접근성을 높이고, 글로벌 의료 관광시장에서의 경쟁력을 강화할

수 있는 방안이 될 것이다. 스마트폰 앱을 활용하는 시대에 비대면진료실에 대한 물리적 조건이 계속 유지될 필요가 있는지에 대한 논의도 필요하다.

둘째, 대한민국은 현재 의료인 간의 원격협진 형태로 비대면진료를 운영하고 있지만, 미국과 일본은 의사와 환자 간의 직접적인 비대면진료를 허용하고 있다. 이로 인해 의료법상 법적 책임의 명확성이 요구된다. 따라서 법적 책임에 대한 명확한 기준을 마련하여 비대면진료의 안정성을 높여야 한다. 셋째, 미국과 일본은 인증표준과 가이드라인을 통해 표준화되고 안전한 비대면진료를 활성화시키고 있다. 대한민국도 의료기관 인증평가에 비대면진료 인증표준을 도입하고 외국인환자를 위한 가이드라인을 통하여 비대면진료의 질을 향상시킬 수 있을 것이다.

대한민국은 국민건강보험 하나로 의료보험을 제공하는 단일건강보험 국가이자, 당연지정제를 시행하여 모든 의료기관들이 반드시 이 국민건강보험과 계약을 해야한다. 하지만, 의료관광은 국민건강보험에 포함되지 않으므로 외국인환자를 통한 이익 창출은 의료기관의 수익 증대를 가져다 줄 것이다. 보건복지부 역시 2027년까지 의료관광객 70만 명 유치 및 생산유발액 8조 원을 달성을 목표로 한다고 밝혔다(보건복지부, 2023a).

외국인 환자를 위한 비대면진료 활성화는 의료기관의 수익 증대와 사전·사후 관리의 질 향상에 기여할 것으로 예상되며, 정부의 제도적 지원과 규제 완화를 통해 대한민국의 의료관광 산업 경쟁력을 높일 수 있을 것이다. 본 연구는 외국인 환자 유치를 위한 대한민국의 비대면진료 제도 개선에 기여하며, 향후 연구에서는 더 다양한 국가와 변수를 포함한 종합적인 분석이 필요함을 강조한다.

참고문헌

- 강성남. 비교행정론. 한국방송통신대학교 출판문화원. 2017.
- 강주현, 김진숙. 일본의 원격의료 현황: 한국에의 시사점. 대한의사협회지. 2022; 65.12: 850-855.
- 고순주. 코로나 19 전후 일본의 원격의료 추진현황과 시사점. 한국통신학회 학술대회논문집. 2021; 766-768.
- 권주영. 원격의료 추진을 위한 선결과제 및 시사점 : 일본을 중심으로 . 한국융합학회논문지. 2020; 11(12):309-317.
- 김기홍. 의료분쟁조정위원회의 역할조정을 통한 국제진료 활성화 방안. 중재학회. 2017; 27(4): 61-72.
- 김나영. 한국 원격의료서비스 잠재경쟁력 분석과 통상과제. 국제통상연구. 2020; 25(2):33-79.
- 김대중. 주요국의 원격의료 추진과 시사점. 미국과 일본을 중심으로. 보건복지 Issue & Focus. 한국보건사회연구원. 2015; 270(8).
- 김민우. 원격의료 도입의 확대를 위한 법적 과제. 법학논고. 2024; 84 : 97-122.
- 김수민, 김한상, 김지애, 유혜림. COVID-19 대응을 위해 한시적으로 허용된 전화상담·처방 효과 분석. 연구보고서. HIRA Research .2021; 2021(0), 1-268.
- 김진숙, 오수현, 최재욱, 김석영. 미국 원격의료 주별 정책 현황과 한국에의 시사점. 2015; 58(10): 923-932.
- 김진숙, 오수현. 원격의료 정책현황 비교 분석 연구: 미국, 일본, 한국을 중심으로. 보건경제와 정책연구. 2018; 24(1):1-35.
- 김진숙, 오수현. 디지털융복합시대에 원격의료 규제 완화에 관한 쟁점 분석.

- 디지털융복합연구. 2020;18(12): 445-457.
- 김진숙, 임선미. 코로나19 전후 비대면 진료 정책현황 비교연구. 프랑스와 호주
를 중심으로. 융합사회와 공공정책(구 공공정책과 국정관
리). 2022;16(3):129-160.
- 김진숙, 임지연, 강주현. 비대면 진료 필수 조건 연구. 대한의사협회 의료정책연
구원. 2022.
- 김철주. 한국과 일본의 원격의료관련 법령 비교 분석 및 입법과제. 시민사회
와 NGO. 2016;14(1):213-249.
- 박중윤, 최재우. COVID-19 이후 몽골 의료관광객 유치 방안에 관한 연구. 관광
레저연구.. 2022;34(3):43-63.
- 백경희. 미국의 원격의료에 관한 고찰 - 코로나 19 대처에 대한 시사점을 중
심으로. 법학논고. 2020;70:363-86.
- 백경희. 의료분쟁조정 신청절차에서의 입법적 개선방안에 대한 소고-의료사고
피해 구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 제 27조를 중심으로 . 법학
논고. 2013;44:435-464.
- 백경희. 일본의 의료사고 조사제도의 정비와 시행에 관한 고찰-우리나라 환자
안전법의 하위법령 제정에 대한 시사점을 중심으로. 법학연
구. 2016;19(1):205-230.
- 법제처 국가법령정보센터, 의료법. 2021
- 법제처 국가법령정보센터, 의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한
법.
- 법제처 국가법령정보센터, 감염병 예방 및 관리에 관한 법. 2021
- 보건복지부. 2027년 외국인환자 70만 명 유치, 의료관광 아시아 중심 도약 추
진(보건복지부 보도자료), 2023년 5월 29일a
- 보건복지부. 보완방안 시행 후 비대면진료 약 19%증가(보건복지부 보도자

- 료), 2024년 3월 20일a
- 보건복지부. 비대면 진료 3년, 1,379만 명의 건강을 보호했습니다. 의원급 의
료기관 86.1% 재진 81.5% 실시(보건복지부 보도자료), 2023년 3월 13일b
- 보건복지부. 비대면 진료 시범사업 추진방안 안내(보건복지부공고 제2023-412
호), 2023년 5월 30일c
- 보건복지부. 비대면 진료 시범사업 지침 개정안 공고(보건복지부공고 제
2023-827호), 2023년 12월 6일d
- 보건복지부. 비대면 진료 시범사업 지침 개정안 공고(보건복지부공고 제
2024-239호), 2024년 4월 3일a
- 보건복지부. 전화상담·처방 및 대리처방 한시적 허용 방안(보건복지부 공고
제2020-177호), 2023년 3월 2일e
- 보건복지부. 코로나바이러스감염증-19 국내 발생 현황(보건복지부 보도자
료), 2020년 12월 31일.
- 산업통상자원부. 규제 샌드박스로 기계·항공까지 수소산업의 저변 확대(산업
통상자원부 보도자료), 2022년 2월 25일.
- 서울아산병원 뉴스룸. 글로벌 AMC, 해외환자 원격 진료 본격 확대. 2022년 6월
15일. <https://news.amc.seoul.kr/news/con/detail.do?cntId=4931> 에서
2024.5.20. 인출
- 유지윤. 관광산업 복·융합화 촉진방안-의료관광을 중심으로. 한국문화관광정
책연구원. 2006
- 유태규, 최영훈. 외국인환자 모객 활성화를 위한 해외 ‘원격의료’ 센터 구축
방안. 한국공공관리학보. 2014;28(3):133-167.
- 유향이. 한국 의료관광 정책 개선방안 연구. 2014. 강원대학교 대학원 관광경영
학과 박사 졸업논문
- 이규식. 의료분쟁 해결제도의 개혁-미국 및 일본의 경험을 중심으로-. 보건행

- 정학회지.1991;1(1):72-94.
- 이원복. 비대면진료 실시에 수반되는 법적 쟁점들에 대한 고찰. 의료법학. 2021;22(1): 57-90.
- 이재희. COVID-19 시대 국내외 원격의료 동향과 의료서비스산업의 균형 성장을 위한 정책 제언 . 문화기술의 융합.2020; 6(4): 591-598.
- 이창우, 이해중, 박소정. 중수절제술, 수정체소절개, 제왕절개술 의료수가 수준에 대한 OECD 국가비교연구. 의료정책. 2013;56(6):523-532.
- 이해중. 주제발표 OECD 국가의 주요 의료수가 비교연구. 의료정책포럼. 2012;10(4):93-100.
- 임선미, 유승현, 김진숙, 지성인. 코로나19 이후 시행된 전화상담·처방 현황 분석.의료정책연구소.2021.
- 장욱, 이승환, 김춘배, 김기경.우리나라 원격의료제도의 개선을 위한 비교법적 연구: 미국, 호주, 일본의 원격의료를 중심으로. 한국의료법학회지.2010;18(1):79-104.
- 정부.의료법 일부개정법률안, 2014.4.2 발의(의안번호:9995), 정부, 의료법일부개정법률안,2016.6.22.(의안번호:397)
- 정용엽. 의료관광의 법적 쟁점 및 제도개선방안. 경희법학.2012; 47(1): 9-55.
- 정정일. 외국인환자와의 의료분쟁에 관한 연구. 의료법학. 2012;13(2):309-334.
- 조형원. 유비쿼터스 보건의료서비스 활성화지원 법률안의 제안. 의료법학 2009;10(1):171-211.
- 질병관리청, 중앙방역대책본부 위기 소통팀. 코로나19 위기 단계 하향 및 주요 방역 조치 전환(질병관리청 보도자료). 2023년 5월 31일.
- 최신용. 비교규제연구의 지평, 초점, 그리고 방법론. 한국 사회와 행정연구.

2011;21(4):429-57.

최연석. 원격의료에 있어서의 의사의 설명의무에 관한 연구 - 원격의료와 의사의 설명의무 근거규정 도입에 대하여 -. 법과정책. 2020;26(2):399-420.

최용전. 팬데믹 전후 원격의료 제도 연구-미국,일본,중국의 시사점을 중심으로. 국가법연구 2021;17(2):191-211.

최장섭. 일본, 미국, 독일의 대체적 의료분쟁 해결제도 고찰. 연세 의료·과학기술과 법.2013;4(2):53-80.

한국관광공사. 의료관광 산업분류체계 설정 및 경제적 파급효과 분석. 2023.

한국법제연구원.글로벌 헬스케어산업의 체계적 발전을 위한 비교법적 연구 - 의료관광 분야-.2011.

한국보건산업진흥원. 외국인환자의 의료분쟁 예방 및 해결방안.2008

한국보건산업진흥원. 2022년 외국인환자 한국의료 이용경험 및 만족도 조사 결과보고서. 2023a.

한국보건산업진흥원. 2023 국가별 보건산업 현황 보고서 아시아 15개국. 2023b.

한국보건산업진흥원. 2024년 「ICT기반 외국인환자 사전상담·사후관리 시범운영 사업」 참가기관 모집공고.2024년 1월 30일a.

한국보건산업진흥원. 2024년도 외국인환자 유치의료기관 평가·인증제도 시행 안내. 2024년 2월 1일b.

홍태석, 오정용. 일본에 있어 의료사고에의 대응과 시사점 - 의료사고조사제도와 무과실보상제도를 중심으로 -. 의생명과학과 법. 2018;19:155-181.

후생노동성. 레이와 4년도 의료기관에서의 외국인 환자 수용에 관한 실제 조사에 대하여.2022d.

후생노동성. 방일 외국인의 진료 가격 산정 방법 매뉴얼 제2.4판. 2020년 1월

9일a

후생노동성. 걱정 온라인 진료 시행에 관한 지침.2022a

후생노동성. 정보통신기기를 이용한 의학관리료 등에 관한 평가의 재검토.2022b

후생노동성. 정보통신기기를 이용한 진료(이른바 '비대면진료')에 대해서.1997.12.24. 제정; 2003.3.30. 1차 개정; 2011.3.31. 2차 개정; 2015.8.10. 3차 개정

후생노동성. 진료접수조건표.2022c

후생노동성. 한시적 특례적인 취급에 관한 행정통지.2020년 04월 10일b

Al Khatib I, Ndiaye M, Ahmed N. Medical Tourism: the use of telemedicine for international patient continuity of care-a review. In: 2023 IEEE International Conference on Technology and Entrepreneurship (ICTE).2023; 148-153.

Awano N., Takamoto T., Kawakami J., Genda A., Ninomiya A., Ikeda M., Matsuno F., Izumo T., & Kunitoh H. Issues associated with medical tourism for cancer care in Japan. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2019;49(8): 708-713.

Carsten Anckar. On the Applicability of the Most Similar Systems Design and the Most Different Systems Design in Comparative Research. International Journal Social Research Methodology.2008;11(5):389-401.

Centers for Disease Control and Prevention. CDC health information for international travel 2024. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2024.

Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Telemedicine

- Health Care Provider Fact sheet. 2020.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. Rural Health Clinics (RHCs) and Federally Qualified Health Centers (FQHCs): CMS Flexibilities to Fight COVID-19. 2023.
- Davis TM., Barden C., Dean S., Gavish A., Goliash I., Goran S., et al. American telemedicine association guidelines for TeleICU operations. *Telemed J E Health*. 2016 Dec;22(12):971-980.
- Fujitani, K., & Taniguchi, Y. The Medical Tourism in Japan: Focusing on the Analysis of Medical Resources by Mixed Effect Model. *Bunkyo Journal of Health Science Technology*. 2017. 10: 7-12.
- Global Healthcare Accreditation.
<https://www.globalhealthcareaccreditation.com/healthcare-home> 에서
2024.6.5. 인출
- Gu, D., Humbatova, G., Xie, Y., Yang, X., Zolotarev, O., & Zhang, G. Different Roles of Telehealth and Telemedicine on Medical Tourism: An Empirical Study from Azerbaijan. *Healthcare*.2021;9(8):1073.
- Herrick,D.M.Medical Tourism : Global Competition in Health Care.2007.
- Joint Commission International.Joint Commission International Certification Standards for Telehealth.
<https://store.jointcommissioninternational.org/joint-commission-international-certification-standards-for-telehealth> 에서 2024.6.5. 인용
- Kruse C, Heinemann K. Facilitators and Barriers to the Adoption of Telemedicine During the First Year of COVID-19: Systematic Review *J Med Internet Res*.2022;24(1).
- Medical Tourism Magazine.

<https://www.magazine.medicaltourism.com/article/telehealth-in-medical-tourism-personalizing-health-care.2022>

Medical Tourism.Review. Health Tourism in United States.

<https://medicaltourism.review/countries/united-states>에서 2024.5.20.
인출

Nakajima I. Cross-Border Medical Care and Telemedicine. International Journal of E-Health and Medical Communications.2012;3(1):46-61.

Nakatani H, Machida F, Honda Y, Kobayashi H, Kitano E, Inamura T, Kondo T. Approach of Medical Excellence JAPAN to create platforms of collaboration in Asia. Global Health & Medicine. 2021;3(6):401-405.

Nathan C. Patients Without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care. Indiana Law Journal.2008;83(1):71-72.

OECD. Bringing health care to the patient. An overview of the use of telemedicine in OECD countries. OECD Health Working Papers. 2020.

Ragin C. The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies. Berkeley: University of California Press; 1987.

Saeki S., Minamitani K., Iwaoka F., Shirai K. Perspectives of Healthcare Providers towards Remote Medical Interpreting Services in Japan. Healthcare. 2023;11(112).

Schneider E.C., Sarnak D.O., Squires D., Shah A., Doty M.M. Mirror, Mirror 2021 – Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. Commonwealth Fund. 2021.

Smith, M., & Puczko, L. Health and Wellness Tourism (1st ed.).

Routledge. 2008.

World Health Organization. Telemedicine, Global Observatory for eHealth series.2010;2:8-9.

Xu, Q., Purushothaman, V., Cuomo, R.E. & Mackey, T. K.A bilingual systematic review of South Korean medical tourism: a need to rethink policy and priorities for public health?. BMC Public Health 21.2021;21(1):1-17.

ABSTRACT

Improvement Strategies for Telemedicine Services for Foreign Patients

-Focusing on comparison between the US and Japan

Hyunjin Kim
Department of Global Health
The Graduate school of Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor So-Yoon Kim, M.D., Ph.D.)

This study aims to explore the current trends in telemedicine and provide a comparative analysis of policies related to telemedicine services for foreign patients in South Korea, the United States, and Japan. By examining the legal frameworks, service coverage, insurance systems, and responsibilities associated with telemedicine in these countries, the study seeks to identify key factors that could enhance the quality and accessibility of telemedicine services for international patients in South Korea. The analysis highlights the differences and similarities in telemedicine approaches, offering insights into effective strategies for policy development and implementation. The findings suggest that adopting best practices from the US and Japan could improve the telemedicine infrastructure in South Korea, ultimately contributing to the

nation's competitiveness in the global healthcare market.

Keywords: Telemedicine, Medical Tourism, Foreign Patients, Policy
Comparison, Healthcare Services