

의료기관 간 협력진료 활성화의 법적 문제와 입법 방향



김현욱 촉탁변호사
건강보험심사평가원 법무지원단

1. 들어가며

의료기관 간 협력진료에 대한 논의는 현재의 의료전달체계에 대한 문제점 인식 과정과 개선 방향의 모색 과정에서 이루어지고 있는 것으로 보인다. 1차 의료의 중요성과 강화의 당위성, 대형병원으로의 쏠림 현상에 대한 우려, 의료의 지역적 편재(偏在)에 대한 해결의 필요성 등 보건의료전달체계에 대한 논의는 일반 국민에게도 익숙한 이슈가 되었다. 그러나 협력진료 활성화를 통한 의료전달체계의 개선이라는 접근 방향은 아직 낯설고, 현행법에 근거하여 이루어질 수 있는 협력진료와 어떠한 차별점이 있는 것인지 쉽게 가늠하기 어렵다.

이하에서는 협력진료의 개념적 스펙트럼과 현행법이 어떠한 형태의 협력진료를 규율하고 있는지를 확인하고 종래의 협력진료를 강화하거나 새로운 협력진료 체계를 구축함에 있어 직면하게 될 법적 문제와 그에 대한 입법적 해결 방향에 대하여 살펴보고자 한다.

2. 협력진료의 개념과 현행법의 규율

가. 협력진료의 개념

협력진료라는 용어는 매우 다의적이어서 사용되는 맥락과 논의의 평면에 따라 상당히 다른 의미를 가질 수 있다. 협력진료의 개념에 대한 종래의 연구를 살펴보면 협력진료는 ① 의

사에 한정되지 않는 다수 의료인의 적극적 상호작용을 의미하는 최광의의 협력진료, ② 수인(數人)의 의사의 동시적·이시적(異時的) 협력에 의한 진료를 의미하는 광의의 협력진료, ③ 오로지 의사의 동시적 협력에 한정하는 협의의 협력진료, ④ 병상 옆에서 이루어지는 최협의의 협력진료로 나누어진다(이은영, 2014).

그러나 위의 분류 방식은 의료인 간의 결합과 연계가 어떻게 이루어지는지를 기준으로 한 것이어서 모든 형태의 협력진료를 아우르기에는 부족하다. 이에 협력진료를 의료인을 기본 단위로 할 경우와 의료기관을 기본 단위로 할 경우로 대별한 후 다시 하위분류를 하는 방식을 취하고자 한다. 의료기관은 「의료법」제33조제1항에서 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료업을 하는 곳으로 정의되고 있으나 의료기관에서 이루어지는 행위에 대한 책임이 궁극적으로 의료기관 개설자에게 귀속된다는 점에서 의료기관을 단순한 물적 대상으로 보기 보다는 개설자를 중심으로 한 인적·물적 요소의 결합체로 파악하는 것이 적절하다고 보인다. 그러한 점에서 협력진료의 단위가 의료기관인 경우를 별도로 분류하여 고찰할 필요가 있다.

의료인을 단위로 하는 협력진료의 하위분류는 앞서 본 바와 같고, 의료기관을 단위로 하는 협력진료는 복수 기관 상호 간의 관계가 어떤 모습을 보이는가에 따라 다음의 세 가지로 나누어 볼 수 있을 것이다.

- 첫째, 진료의뢰와 회송을 통해 의료기관의 환자에 대한 책임이 이전되는 이시적(異時的) 협력진료
- 둘째, 의료기관이 다른 의료기관의 의료자원, 특히 의료인을 이용하여 진료하는 동시적(同時的) 수평 협력진료
- 셋째, 상위 단계 의료기관의 간접적 관리 하에서, 하위 단계 의료기관이 직접적 진료를 제공하는 동시적 수직 협력진료

본 고에서는 위와 같은 세 가지 가능한 개념 범주를 전제로 검토하고자 한다.

나. 「보건의료기본법」에 따른 협력진료 의무

「보건의료기본법」 제26조는 보건의료인이 보건의료서비스를 제공할 때에 그 전문 분야 별로 또는 전문 분야 간에 상호 협력하도록 노력하여야 한다고 규정하여 협력진료의 원칙적 의무를 규정하고 있다.

같은 법 제5조제3항은 “보건의료인은 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요하면 보건의료서비스를 받는 자를 다른 보건의료기관에 소개하고 그에 관한 보건의료 자료를 다른 보건의료기관에 제공하도록 노력하여야 한다”고 하여 의료인의 협력진료 의무를 규정하고 있다. 이는 의료기관이 아닌 ‘의료인’의 의무로서 진료의뢰를 통한 이시적 협력진료에 관한 일반 원칙적 성격의 규정이라고 볼 수 있다.

다. 「의료법」에 따른 동시적 협력진료

「의료법」제39조는 시설·인력 등의 공동이용에 관한 규정으로 알려져 있으나 협력진료의 측면에서도 그 의미를 파악할 수 있다. 같은 조 제1항은 “의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다”, 같은 조 제2항은 “의료기관의 장은 그 의료기관의 환자를 진료하는 데에 필요하면 해당 의료기관에 소속되지 아니한 의료인에게 진료하도록 할 수 있다”라고 하여, 의료기관 간의 동시적 수평 협력진료의 근거라고 볼 수 있는 규정을 두고 있다. 특히 같은 조 제3항은 의료사고 발생 시 책임의 소재에 대한 명문의 규정을 두고 있는데 이에 대하여는 후술한다.

뿐만 아니라 같은 법 제34조는 원격지에 있는 의사의 의료지식을 지원받은 현지의 의사가 진료를 실시하는 형태의 원격의료를 규정하고 있는데, 이는 협력진료 활성화를 위한 입법 방향을 모색하는데 단초를 제공한다고 볼 수 있으며 그 내용은 해당 부분에서 살펴보도록 하겠다.

「의료법」은 단계적 의료전달체계에 관한 규정을 두고 있지 않다. 단계적 의료전달체계는 곧 진료의뢰-회송이라는 이시적 협력진료의 단계적 체계를 의미하므로 협력진료에 대한 검토에서 반드시 살펴볼 필요가 있다. 그러나 「의료법」제3조는 의료기관의 종류를 구분하고 각각의 기능을 규정하고 있을 뿐이고 그조차 선언적 규정에 불과하다(오영호, 2012).

라. 「국민건강보험법」과 「의료급여법」에 따른 이시적 협력진료

「국민건강보험법」요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조는 요양급여를 크게 두 단계로 나누어 상급종합병원에서 받는 요양급여는 2단계, 나머지는 1단계로 규정하고 있으며, 2단계 요양급여를 받고자 할 경우 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 요양급여의뢰서를 제출하도록 되어 있다. 이러한 절차를 따르지 않고 2단계 요양급여를 받은 경우에는 「국민건강보험법 시행규칙」별표 6 제1항가목1)에 따라 요양급여비용 전액을 수진자 본인이 부담하여야 한다.

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제6조제1항은 “요양기관은 가입자등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다”라고 하여 진료의뢰를 규정하고 있고, 같은 조 제2항은 “제1항의 규정에 의하여 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 가입자 등의 상태가 호전되었을 때에는 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자등을 회송할 수 있다”고 하여 회송 체계를 명시하고 있으며, 같은 조 제3항은 의뢰 또는 회송 시 진료기록의 사본 등 관련 자료를 제공하여야 한다고 규정하고 있다. 즉, 진료의뢰와 회송을 통해 의료기관의 환자에 대한 책임이 이전되는 의료기관 간 이시적 협력진료에 대한 근거 규정이 건강보험의 영역에서 비로소 마련되어 있는 것이다.

의료급여의 경우에는 2단계인 건강보험과 달리 「의료급여법 시행규칙」제3조에서 3단계 의료전달체계를 규정하고 있으며, 이러한 절차의 미준수 시 수급권자가 의료급여비용 전액을 부담하는 불이익을 입게 되는 점은 동일하다.

3. 의료기관 간 협력진료 활성화의 법적 문제

가. 의료전달체계의 기본원칙이 「의료법」에 규정되어 있지 않은 문제

1) 현행 의료전달체계를 개선하려는 시도의 한계

「국민건강보험법」에 따른 단계적 의료전달체계는 과거에 지금과 상당히 다른 모습으로 시작되었다. 건강보험 영역에서 단계적 의료전달체계는 1989년 7월 전국민의료보험 확대 실시와 더불어 도입되었으며, 의료이용의 지역화와 단계화를 위해 진료권을 설정하여 운영했다. 1차 진료의 경우 환자들은 중진료권(시·군 단위) 내 1차 의료기관을 이용해야 하고, 2차·3차 진료(대진료권, 도 단위)의 경우 1차 의료기관에서 발행한 진료의뢰서를 제출하여야 했으며, 타 대진료권 내 3차 의료기관을 이용하려면 진료의뢰서 및 타 진료권 진료확인서를 제출하도록 되어 있었다. 그러나 1998년 규제개혁 차원에서 진료권 제도가 폐지되면서, 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하는 방식이 현재까지 유지되어 오고 있다(조재국, 2010).

현재 유지되고 있는 방식은 요양급여비용을 전액 본인부담하는 불이익을 규정하여 제도의 실효성을 담보하려고 하였으나, 실제 의료현장에서는 진료의뢰서 발급절차가 형식적 절차가 되어 제대로 기능하지 않고 있으며, 2단계 요양급여를 바로 이용할 수 있는 예외 규정을 활용하는 관행이 만연하여 건강보험법상 단계적 의료전달체계는 실질적으로 제대로 작동하지 않는 상황이다(임금자, 2010).

이러한 문제점을 보완하기 위하여 그간 많은 노력이 경주되었다. 대형병원을 경증질환으로 이용할 경우 환자본인부담금을 상향조정하고, 중소 병원을 전문병원으로 지정하는 등 병원의 전문화를 촉진하며, 만성질환에 대한 관리가 1차 의료기관 중심으로 이루어질 수 있도록 건강보험심사평가원의 평가를 통해 인센티브를 지급하는 등 다양한 정책이 추진되었다.

그러나 건강보험 진료비의 최근 5년간 추이를 보면 1차 의료기관의 진료비 비중은 감소한 반면 오히려 대형병원의 증가폭이 두드러진 것으로 나타나고 있으므로 그간의 노력에 따른 효과가 아직 크게 가시적으로 나타나지 않고 있는 상황이다.

2) 의료전달체계에 관한 입법의 공백

의료전달체계를 1차 의료기관 중심의 더 바람직한 방향으로 개선하려는 노력이 큰 효과를 발휘하지 못하고 있는 원인에 대하여는 다양한 관점의 분석이 가능할 것이나, 적어도 법적인 측면에서는 의료전달체계에 관한 입법의 공백이 문제의 주된 뿌리라고 생각한다. 특히, 「의료법」에 1차 의료를 중심으로 한 단계적 의료전달체계를 지향하는 기본 철학이 반영된 원칙적 규정이 전혀 없다는 점에 주목할 필요가 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 「의료법」은 진료의뢰·회송을 통한 이시적 협력진료에 대하여 아무런 규정도 마련하여 두고 있지 않으며, 「국민건강보험법」과 「의료급여법」에서 비로소 단계적 요양급여(의료급여)와 의뢰·회송에 대한 규정을 두고 있다.

지금까지는 의료전달체계에 대한 입법적 접근에서 「의료법」이 그 중심에 있지 않았고, 개별 의료보장 영역이 제각기 단계를 구성하고 비용 중심으로 체계를 만들어 왔으며, 이를 보완하기 위한 개선 노력도 이러한 틀을 벗어나지 못하고 있다.

국민건강보험이나 의료급여는 의료가 사회보험이나 공공부조의 개별 영역에서 실시되고 비용이 지불되는 것을 규율하는 법이므로 모든 의료 영역에 적용되는 의료전달체계에 대한 기본 원칙은 반드시 「의료법」에 규정되어야 한다.

의료기관 간 협력진료는 실효성 있게 기능하는 단계화된 의료전달체계와 분리하여 생각할 수 없다. 따라서 의료전달체계에 대한 현재의 입법 공백 상황은 의료기관 간 협력진료 활성화의 큰 장애요소이다.

나. 의료사고에 대한 책임 소재의 문제

1) 의료사고에 대한 민·형사상 책임

「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」제2조제1호에 따르면 의료사고란

“보건의료인이 환자에 대하여 실시하는 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위로 인하여 사람의 생명·신체 및 재산에 대하여 피해가 발생한 경우”를 말한다.

의료사고에 대한 책임은 크게 형사책임과 민사책임으로 나누어진다. 먼저 의료사고에 대한 형사책임에 대하여 살펴보면, 주로 형법 제268조 업무상 과실치사상죄의 성립 여부가 문제된다. 즉 의료사고에 대한 형사책임은 과실의 인정 여부가 핵심이다.

과실이란 사회생활상 요구되는 주의의무를 다하지 않은 것을 말하는데, 분업적 의료행위에 따른 의료과실에 있어서는 신뢰의 원칙이라는 특수한 법리가 형성되어 있다. 신뢰의 원칙이란 행위자가 행위를 함에 있어 다른 상대방이 적절한 행동을 하는 것을 신뢰하는 것이 상당한 경우에는 그 다른 상대방이 주의의무를 저버리고 행동할 것까지 미리 예견하고 이에 대비하여야 할 주의의무는 없다는 원칙이다. 이 원칙은 수평적 의료분업, 즉 의사 상호간에 협력하여 진료하는 경우에는 적용되고 수직적 의료분업 예를 들어 의사와 간호사 간의 관계에서는 적용되지 않는다(이상돈, 김나경, 2013).

수평적 의료분업은 마취과 전문의와 집도의가 공동으로 수술에 관여하는 경우를 생각하면 쉽게 이해된다. 이들 서로가 상대방을 신뢰하고 오로지 자신이 분담한 업무에서 주의의무를 성실히 이행하였다면 다른 사람이 주의의무를 위반하여 발생한 의료사고에 대하여는 형사 책임을 지지 않게 되는 것이다. 그러나 수직적 의료분업 상황에서는 상위의 의료인이 하위의 의료인을 신뢰하였다고 하여도 지시·감독상의 소홀에 따른 과실 책임이 면제되지 않는다.

이와 같은 분업적 의료행위에 대한 신뢰의 원칙이 민사책임에서도 마찬가지로 적용되어야 하는가에 대하여는 아직까지 논의가 진행되고 있을 뿐 확립된 이론이나 판례가 있다고 보기 어려운 상황이다. 그러나 민사책임에서는 행위자 자신의 주의의무가 축소되더라도 채무불이행의 차원에서는 이행보조자에 대한 민법 제391조의 규정에 따라서, 불법행위의 차원에서는 민법 제756조에 따른 사용자책임에 의하여 행위자인 의료인 자신의 고의·과실과 무관하게 의료사고에 대한 책임을 부담하게 하여 피해자의 손해전보 이익을 두텁게 실현할 수 있다는 점에서 형사책임의 경우와 근본적인 차이가 있다(김상중, 2010).

최근 동일한 수준의 3차 의료기관 간의 관계에서 타방 의료기관의 판단을 신뢰한 의사에게 진단상의 주의의무 위반을 인정할 수 없다고 판시한 2011. 7. 14. 선고 2009다65416 판결을 중심으로 민사책임제한원칙으로 신뢰의 원칙이 적용되는 문제에 대한 논의가 이루어지고 있는데(김현선, 2013), 의료기관 내의 분업적 의료가 아닌 의료기관 간에 일어난 일이라는 점에서 의료기관 간 협력진료 시 발생할 수 있는 의료사고 책임 소재의 문제와도 관계가 있다고 볼 수 있다.

2) 의료기관 간 협력진료 시 발생한 의료사고에 대한 민·형사상 책임

형사책임의 경우에는 형사책임의 분할을 추구하는 신뢰의 원칙에 따라 각 의료기관에서 맡은 업무에 충분한 주의를 기울인다면 의료사고에 대한 죄책을 지게 되지 않을 것이나, 민사책임의 경우에는 협력진료가 어떤 형태로 이루어지는가에 따라 달리 살펴볼 필요가 있다.

첫째, 진료의뢰·회송을 통한 이시적 협력진료의 경우, 양 의료기관의 질적 수준이 다른 경우와 같은 경우를 나누어 살펴보아야 한다. 질적 수준이 다른 경우 의료기관 간의 관계가 단절되므로 분업적 협력행위 및 이에 따른 이행보조자의 책임관계는 더 이상 문제될 여지가 없게 되며, 후속적으로 진료를 맡게 된 의사는 선행하는 다른 의료기관의 의사의 의료행위를 만연히 신뢰해서는 안되고 의구심이 있다면 스스로 검사 등을 통하여 의증을 해명해야 한다(김상중, 2010). 문제는 질적 수준이 같은 의료기관 간의 이시적 협력진료의 경우인데, 앞서 언급한 대법원 2009다65416 판결은 마치 신뢰의 원칙을 적용한 것처럼 보이는 판결을 한 바 있다.

둘째, 다른 의료기관의 의료인을 이용한 동시적 수평 협력진료의 경우에는 「의료법」 제39조 제3항에서 “의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 그 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다”라고 명문의 규정을 두고 있으므로, 이를 적용하여 그 원인을 제공한 자가 속한 의료기관이 책임을 부담하면 될 것이다.

셋째, 상위 의료기관의 간접적 관리 하에 하위 의료기관이 직접적 진료를 하는 협력진료 모델을 상정하여 본다면, 원칙적으로 의료기관을 단위로 책임은 분절된다고 보아 일방 의료기관의 주의의무 위반으로 인해 타방 의료기관도 책임을 부담하여야 한다고 보기는 어려우며, 각 의료기관에 속한 의료인의 과실 여부 판단에 따라야 할 것인데 신뢰의 원칙 적용의 문제는 양 기관의 관계를 얼마나 밀도있게 설계하였는지 등에 따라 달리 판단될 수 있을 것으로 보인다.

다. 환자의 의료기관 선택권 제한의 문제

단계적 의료전달체계를 지역 단위 중심으로 구성하면서 의료기관 간 협력진료 체계를 구성한다면 불가피하게 각 지역에 소재한 의료기관을 원칙적으로 이용하게 하여야 할 것이고, 이는 곧 환자의 의료기관 선택권 제한의 문제를 유발하게 될 것이다. 의료기관 선택권은 헌법 제10조에 근거한 일반적 행동자유권의 일종으로 파악될 수 있을 것이므로 자유권적 기본권 제한의 한계를 일탈해서는 안 된다.

라. 의무기록의 전달·공유의 문제

「의료법」제21조제3항은 다른 의료인으로부터 요청 받은 경우 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 진료기록 등을 송부하도록 규정하고 있고, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제6조제3항은 진료의뢰와 회송 시 진료기록의 사본 등 자료를 제공하도록 규정하고 있다.

의료기관 간 협진의 활성화는 의무기록의 신속하고 효율적인 전달과 환자별로 표준화·단일화된 의무기록의 공유가 가능할 때 비로소 제대로 구현될 수 있을 것이다. 그러나 「의료법」제23조와 같은 법 시행규칙 제16조의 전자의무기록에 대한 규정은 매우 미비하고, 1차 의료기관에서 법령이 정한 요건을 충족한 전자의무기록을 쓰고 있는 비율은 매우 낮은 것이 현실이다.

아울러 「개인정보보호법」의 준수여부가 문제될 수 있는데, 협력진료를 위해 다른 의료기관에 의무기록을 제공하는 것은 개인정보의 목적 범위 내 제공으로서 「개인정보보호법」제17조제1항에 따라 정보주체의 동의를 받거나 법령상 의무 준수를 위해 불가피한 경우로 보아 정당화 될 여지가 있고, 민감정보와 주민등록번호의 경우에도 법령에서 그 처리를 요구하거나 허용한 경우에 해당된다고 볼 여지가 있다고 보이며, 이에 대한 구체적 검토는 본고에서는 생략하도록 한다.

4. 협력진료 활성화를 위하여 필요한 입법적 기반

가. 협력진료와 의료전달체계를 「의료법」에 명문화

의료기관 간 협력진료의 활성화가 의료전달체계의 개선을 위해서 불가결한 지향점이라고 한다면 「의료법」에 적어도 다음의 사항을 규정하여 모든 의료 영역에서 준수될 수 있도록 하여야 한다.

- 첫째, 의료기관 및 의료인이 협력 진료를 지향하여야 한다는 원칙적 규정
- 둘째, 협력 진료의 기본적 형태인 진료의뢰-회송에 관한 규정
- 셋째, 진료의뢰-회송과 맞물린 단계적 의료전달체계에 관한 규정
- 넷째, 1차 의료기관이 중심이 된다는 점을 명시하면서 각 단계별 의료기관의 기능을 더 구체적으로 구분하여 명시하는 규정

나. 의료사고에 대한 책임 소재의 명확화

상기 살펴본 바와 같이 동시적 수평 협력 진료의 경우에는 책임 소재에 대한 명문의 규정을 둔 반면 진료의뢰-회송이라는 보편적 협력진료 상황 등 나머지 유형에 대하여는 입법의 공백지대가 존재한다.

의료사고의 책임 소재 판단 기준에 대한 명문의 규정을 두지 않더라도 민사상 법리에 따라 구체적 타당성을 추구해 해결하면 된다고 볼 수도 있으나, 자신의 과실에 비례하지 않는 과잉책임을 두려워하여 협력진료를 기피하는 경우가 있다는 사실에서도 알 수 있듯이(이은영, 2014), 책임 소재의 판단 기준을 명확히 규정하는 입법을 하는 것은 협력진료의 활성화와 정착에 큰 기여를 할 수 있을 것으로 기대된다.

앞서 살펴본 3가지 협력진료 유형 중 마지막의 특수한 동시적 수직 협력진료의 경우 양 의료기관의 관계를 고도로 밀접하게 설계하여 하위 의료기관이 보조적 의료행위 내지 지시에 따른 의료행위만을 이행하게 할 경우에는 의사 간 원격의료에 대한 「의료법」제34조가 양자의 책임을 규율하는 방식에 비추어 유사한 입법을 시도할 수도 있을 것이다.

「의료법」제34조제3항은 원격지의사가 환자를 직접 대면하여 진료를 하는 경우와 같은 책임을 진다고 규정하고 있으나, 같은 조 제4항에서 원격지의사의 원격의료에 따라 현지의사가 의료행위를 한 경우 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 현지의사에게 있는 것으로 본다 하여 실질적으로는 원격지의사의 책임 부담을 완화시켜주고 있다. 이에 착안하여 원격지의사를 상위 의료기관, 현지의사를 하위 의료기관으로 치환한 것과 같은 책임 구조를 가지는 입법을 고려해 볼 수 있다.

다. 환자의 의료기관 선택권의 합리적 제한

환자의 의료기관 선택권의 문제는 과잉금지원칙에 반하지 않도록 예외적으로 타 지역 소재 상위 의료기관을 이용할 수 있는 경로를 열어두는 등 최대한 환자의 의료기관 선택권을 적게 침해하는 방안을 강구하여야 할 것이다.


해당 질환에 대한 적절한 의료서비스를 제공하기 위해 필요한 전문 의료인력, 의료장비 등 의료자원의 지역적 불균형으로 인해 불가피하게 타 지역 소재 상위 의료기관을 이용하여야만 하는 경우를 비롯하여 제도의 본질을 형해화하지 않는 범위 내에서 합리적인 예외를 충분히 예상하고 하위법령에 규정할 필요가 있다.

라. 전자의무기록의 생산·보관·전달·공유에 대한 구체적 입법

전자의무기록에 대한 입법은 그 자체로 하나의 법률로서 제정할 필요성도 있다고 보인다. 종래에는 단순히 수기 의무기록을 적법하게 갈음하는 전자의무기록의 요건을 제시하는데 만족하였다면, 이제는 표준화된 데이터를 의료기관 간에 유통하고 공유하는 측면까지 고려한 입법을 생각할 시점이 되었다. 그러한 구체적 입법이 담보상태에 있는 전자의무기록 활성화의 기폭제가 될 수 있을 것으로 보이며, 의료기관 간 협력진료의 활성화에도 결정적인 역할을 할 것으로 기대된다.

5. 나가며

법적 기반이 부족한 상태에서도 의료기관들이 진료의뢰센터, 협력병원 등을 통해 협력진료를 지향하고 있고 이에 필요한 인터넷 의뢰시스템이 개발되고 있는 것을 보면, 현실이 입법보다 늘 한 발 앞서 가고 있다는 것을 새삼 느끼게 된다.

의료전달체계를 바로잡아야 한다는 오래된 과제가 입법적 기반이 탄탄한 정교하고 합리적인 협력진료 시스템의 구축과 아울러 성공적으로 해결될 수 있기를 기대해 본다. 

참고문헌

국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2013 건강보험통계연보, 2014.9.
 권순만, 배은영, 최용준, 병원·의원 역할구분 모호한 “현행 의료전달체계” 명확한 기능 부여해야 : 국내 의료전달체계의 현황과 문제점, 대한의사협회 의료정책연구소, 의료정책포럼 8(2), 2010.6.
 김상중, 분업적 의료행위와 민사책임, 한국민사법학회, 민사법학 51, 2010.12.
 김현선, 분업적 의료행위에 대한 민사책임제한으로서 신뢰원칙의 적용 여부 : 대법원 2011. 07. 14. 선고 2009다65416 판결을 중심으로, 한국의료법학회, 한국의료법학회지 21(2), 2013.12.
 민혜영, 이정찬, 진료의뢰 및 회송제도 개선방안, 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 대한의사협회 의료정책연구소; 2010.12.
 오영호, 의료전달체계의 문제점과 정책과제, 한국보건사회연구원, 보건복지포럼 189, 2012.7.
 이상돈, 김나경, 의료법강의, 법문사;2013.
 이은영, 의료법의 현대적 과제 : 협력진료에 따른 민사책임에 관한 시론적 고찰, 홍익법학, 2014;15권(2호)
 임금자, 의료전달체계 재정립 방안, 대한의사협회 의료정책연구소, 의료정책포럼 8(2), 2010.6.
 임정도, 장효강, 안민정, 대학병원과 중소병원간의 협력관계에 관한 연구, 한국콘텐츠학회, 한국콘텐츠학회논문지 9(10), 2009.10.
 전지연, 의료사고에서 의료인의 역할분담에 따른 형사법적 책임에 관한 연구, 한림대학교 법학연구소, 한림법학 FORUM 9, 2000.12.
 정용엽, 원격의료법, 한국학술정보(주);2008.
 조재국, 의료전달체계의 발전방향과 정책과제, 한국보건사회연구원, 보건복지포럼 169, 2010.11.
 주호노, 의사법총론, 법문사;2012.