

본 글은 2012년 4월 Developing World Bioethics 잡지에 실린 Glen Cohen의 글 “HOW TO REGULATE MEDICAL TOURISM (AND WHY IT MATTERS FOR BIOETHICS)”를 번역한 것이다. 1세계 입장의 의료관광 문제의 규제에 초점을 맞추고 있어 다소 한국의 상황에 적용하여 고찰하기에 어려운 점이 있으나, 의료관광에 대한 윤리적, 법적 논의가 어떤 식으로 이루어지고 있으며, 가능한 방식은 어떤 것이 있는지 고민해 보는 데 도움을 줄 수 있을 것이다. 아울러 1세계의 의료관광 관련상황과 전세계적인 의료관광 실태를 대략적으로 파악하는 데 있어 보탬이 될 것이다. 이 글은 건강과대안의 입장과는 관련없으며 의료관광 세미나팀의 선행자료 분석과정 중 하나에 불과함을 미리 밝힌다. 이러한 자료들을 분석하여 앞으로 한국 상황에 기초한 구체적인 분석을 시도하고자 한다.

원문은 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-8847.2012.00317.x/abstract>에서 볼 수 있다. [] 괄호는 원문의 페이지를 표시한 것이다.

April 2012  
Volume 12, Issue 1

Pages iii-vi, 1-54

[\*9]

## 의료 관광의 규제 방법 및 그 생명윤리적 함의

Glenn Cohen  
번역 최규진

### 서론

“의료관광” - 한 국가(“본국”)에서 거주하는 환자가 다른 국가(“목적지국”)로 진료 목적으로 여행하는 경우 - 이 지속적인 학문적 관심의 대상이 된 것은 몇 년 되지 않았지만, 필자를 포함한 몇몇 다른 저자들은 다양한 종류의 의료 관광이 일단의 조치가 필요한 법적이고 윤리적인 이슈를 불러일으키는지의 여부에 대하여 논의해온 바 있다. 그러나 이러한 이슈들에 대해서 무엇을 해야 할 것인지에 대하여 규제적 관점에서 집필된 경우는 훨씬 적다. 본 논문에서는 우선 필자가 보기에 의료 관광이 불러일으키는 법적이고 윤리적인 주요 문제들을 일별하고, 이후에는 “가능성”의 문제에 집중한다. 가능성의 문제란 바로 이것이다. 우리에게 행동을 위한 동기가 주어진다면, 의료 관광에 대해서 우리가 무엇을 할 수 있을 것인가

가?

생명윤리라는 분야가 위낙 - 철학, 신학, 의학, 법학 등 - 다양한 이론이 유입되는 분야라고는 하지만, 생명윤리를 다루는 논문에서 규제와 관련된 문제와 난점에 대하여 이토록 많은 지면을 할애하는 것이 이상하게 보일지도 모르겠다. 사실, 필자의 생각은 우리가 이론으로부터 정책으로의 옮겨갈 수 있기 위해서는 이 글에서, 그리고 다른 글을 통하여 규제 관련 이슈에 초점을 맞추고, “가능성”의 문제와 “의무”의 문제가 적어도 부분적으로는 서로 얽혀있음을 보아야 한다는 것이다. 현재의 규제적 도구들과 이들이 가진 단점을 숙지하는 것은, 모든 것을 고려해보았을 때 우리가 무엇을 해야 할 것인가의 문제에 대한 우리의 규범적 견해를 조정하는 데 있어 필수적인 것이기 때문이다. 예를 들어, 의료 관광에 대하여 자유지상주의 혹은 국가주의의 입장을 취하는 이들에게, 이 영역에서 정부 개입을 시행하는 데 있어 나타나는 난점은 그 자체로 그러한 개입에 대한 반대의 이유를 더하는 것으로 여겨진다. 반면에 강한 온정주의적 혹은 코스모폴리탄적인 성향을 가진 이들에게는, 규제의 도구를 이용할 수 있다는 것을 보여주는 것만으로도 이를 실행에 옮기는 문턱을 막고 있는 장애물을 치워버릴 수 있게 되는 것으로 여긴다. 또한 그 중간 입장을 취하는 이들에게, 이러한 개입의 바람직함과 집행가능성은 우리의 궁극적 질문인 개입을 할 것인가의 여부에 대한 우리의 견해에 있어 반성적 평형에 도달할 수 있도록 도와주는 것이다.

이러한 견지에서, 본 논문의 내용은 다음과 같이 진행된다. 1부에서, 필자는 의료 관광의 유형에 대한 용어를 정리하고, 이들이 불러일으키는 법적이고 윤리적인 이슈를 일별한다. 이 장의 목적은 이러한 이슈를 개관하고, 의료 관광의 다양한 면과 관련하여 제기될 수 있고 실제로 제기되는 우려의 유형을 일별하는 것이다. [\*10] 따라서 본 장에서는 윤리적 이슈에 대한 심층적 탐구를 진행하는 것이 아니라 - 이러한 작업은 이 분야에 대한 필자의 다른 논문에서 초점을 맞춘 바 있다 - 이후의 논의에 대한 초석을 놓는 것이 필자의 의도이다. 반복하자면, 나의 견해는 국가가 특정 윤리 문제에 관하여 개입하여야 하는가의 여부는 그러한 규제적 개입의 비용과 편익을 확실히 이해한 다음에만 평가가 가능하다는 것이다. 그리고 본 논문의 2부에서 필자는 그러한 이해의 심화를 꾀할 것이다. 본 1부에서는 본국 및 목적지국 각각에서의 단일국가 내 규제 움직임에 초점을 맞추고, 이와 더불어 다자간 조약 및 민간부문의 반응에 대해서도 간단하게 논의할 것이다.

## I. 의료 관광의 종류, 윤리적 문제의 종류

높은 층위에서, 우리는 의료 관광을 아래에서 이루어지는 규제 논의와 관련하여 세 가지 서로 다르지만 겹치기도 하는 방식으로 나누어볼 수 있다.

첫 번째 구분은 환자 집단을 기준으로 하는 것인데, 환자 집단에는 세 가지 범주가 있다. 첫 번째 집단은 자신의 비용으로 비용을 지불하는 환자들로 이루어진다. 미국에서, 이러한 집단은 고관절 치환술 같은 의료절차에 들어가는 비용을 절약하기 위하여 의료 여행을 이용하는, 보험 보장을 받고 있지 못하거나 보장이 부족한 환자 및 본국에서는 이용 불가능한 서비스를 찾는 환자들로 이루어져 있다. 보편적 의료보험제도를 보유한 캐나다나 영국 등의 경우, 이러한 그룹은 대기열에서 앞서가려는 환자들 또한 포함하고 있다. 두 번째 집단은 민간 의료보험회사가 주도하는 의료관광으로 이루어진다. 이 중 가장 약한 형태에서는 보험회사가 단순히 해당 서비스 비용을 보장하며 여행에 대한 인센티브를 부여하지 않지만, 더욱 일반적인 형태인 ‘의료관광의 동기를 부여하는 보험’에서는 외국에서 진료를 받을 경우

해당 환자에게 리베이트를 제공하거나, 공제금을 면제해주는 등의 금전적 인센티브를 제공한다. 예를 들어, 미국 북동부에서 Hannaford Brothers Supermarket이 시행하고 있는 보험의 경우에는 직원들이 싱가포르 소재의 국제 의료기관 평가위원회(Joint Commission International, JCI) 인증 병원에서 진료를 받을 경우 인센티브를 제공한다. 마지막 형태는 정부주도 의료관광이다. 예를 들어, 최근 미국에서는 미국 메디케어 및 메디케이드 환자들에게 의료관광에 대한 인센티브를 제공하자는 논의가 있었다 (해당 인구의 10%가 인센티브를 이용할 경우 소비되는 비용은 약 180억 달러로 추정된다). 이에 대한 또 다른 버전의 정책이 이미 EU에서 시행되고 있는데, 이 경우 EU 가입국은 자국민이 여타 가입국에서 진료를 받을 경우 그 진료비를 보전해주어야 하는 의미를 부담한다.

두 번째 구분은 의료관광을 통하여 추구하는 서비스의 유형을 그 합법성을 기준으로 나눈 것이다. 첫 번째 유형은 환자의 본국 및 목적지국 모두에서 불법인 서비스를 위한 의료관광이다 (필리핀에서의 장기 구매 등의 경우). 두 번째는 환자의 본국에서는 불법이거나 승인되지 않았지만 목적지국에서는 합법인 서비스를 위한 의료관광인데, 필자는 이것을 “우회 관광(circumvention tourism)”이라고 부른다 (예를 들어, 불임치료, 안락사, 실험 약물 및 줄기세포 관광 등이 있다). 마지막으로, 본국 및 목적지국 모두에서 합법인 서비스에 대한 의료관광이 있다. 이 때 의료 관광은 외국의 의료비가 더 싸거나 그 의료진의 수준이 더욱 높다는 이유로 인하여, 국내에서의 대기 시간이 길다거나 특정 의료 서비스를 이용할 수 없다는 이유로 인하여 이루어진다. 통상적으로 정부주도 및 보험회사주도 의료관광은 이 중 마지막 범주만을 포함하며, 반면 자신이 직접 비용을 지불하는 관광은 위의 범주들 중 어느 것에도 관련될 수 있다.

세 번째 구분은 의료 관광이 불러일으키는 법적/윤리적 문제의 유형에 따른 구분이다.

본국과 목적지국에서 모두 합법인 서비스를 위한 의료 관광은 다양한 문제를 불러일으킨다. 첫째, 의료관광 때문에 본국의 환자들이 외국의 질 낮은 진료에 노출되는가? 그렇다면, 이러한 이슈를 평가하는 데 있어 우리는 어떠한 기준을 사용하여야 하는가? 해당 환자가 본국에서 받을 수 있다고 가정되는 의료서비스인가 (이 때, 특정 국가의 경우에는 특정 서비스에 대한 국내 가격을 지불하지 못하여 해당 서비스를 이용하지 못하는 것을 가정하여야 할 수도 있다), 아니면 우리가 보기에 환자가 받을 권리가 있다고 여겨지는 정도의 도덕화된 기준치인가? 둘째, 환자의 본국의 민사 절차 원칙과, 많은 경우 환자에 대한 보호의 정도가 덜한 목적지국의 법은 의료과정에서의 오류로 인한 의료사고 보상에 대한 권리를 사실상 포기하는 결과로 이어질 것인가? 우리는 그러한 의료사고 보상에 대한 권리를 포기할 수 없는 권리로 간주하여야 하는가, 아니면 더욱 좋은 가격의 진료를 받기 위해서는 여행 환자가 자유롭게 포기할 수 있는 권리로 보아야 할 것인가? 셋째, 여행 환자가 목적지국에서 본국으로 돌아올 때에 의료서비스의 연속성을 보장하여줄 만한 충분한 방책이 있는가? 진료로 인한 합병증에 대한 보상을 외국의 시설에 대하여 요구할 수 있는가? 넷째, 바닥까지 내려가는 규제 경쟁의 가능성을 포함하여, 의료관광이 본국의 의료 서비스에 미치는 동적 효과는 무엇인가? 그러한 동적 효과가 개입을 정당화하는가? [\*11] 다섯째, 의료관광은 목적지국의 가난한 사람들이 의료 서비스에 접근하는 데에 부정적인 영향을 미치는가? 만약 그렇다면 그러한 효과에 대하여 본국이나 국제단체가 이를 예방하거나 시정하려는 노력을 하여야 할 의무를 지는가?

이러한 문제 중 상당수는 우회 의료관광에서도 나타나고 있는데, 우회 의료관광은 이 외에도 추가적인 문제를 선보이고 있다. 예를 들자면, 특정 형태의 의료 관광이 목적지국의 가

난한 사람들을 부당하게 착취하고 있지는 않은가? 예를 들어 자신의 노동으로 5년이 걸려야 모을 수 있는 돈을 보상금으로 받은 인도 아난드 지방의 대리모는 어떠한가? 목적지국의 주권자가 본국과는 달리 그러한 의료행위를 허용한다는 규제적 결정을 내렸다는 것이 이러한 문제에 대한 우리의 견해에 영향을 미치는가? 그렇다면, 목적지국의 정치과정에서 “피해자” 집단이 충분히 대표되고 있는지 여부는 중요한가? 이와 관련해서, 목적지국 국민들의 경우 고지에 입각한 동의의 현 상태는 어떠한가? 둘째, 우회관광은 도덕적으로 문제가 있는 방식으로 본국의 규범이 “감염되는” 결과로 이어질 것인가? 예를 들어, 생식세포 ‘기증자’에 대한 보상을 제한하고 있는 캐나다법을 외국으로 나가버림으로써 우회하려 한다면, 이것은 캐나다 정부가 추구하고 있는 섹슈얼리티와 재생산의 비상품적 관념을 후퇴시키게 될 것인가, 아니면 본국에서 발생하는 (또는 지리적으로 가까운 곳에서 발생하는) 거래행위만이 태도-수정적 효과를 가지는가? 영국에서 스위스로 안락사를 위한 우회 여행을 떠나는 것이, 본국에서 안락사를 제한하는 이유로 빈번히 제기되는 이유인 인간생명 경시와 미끄러운 경사로라는 결과로 이어질 것인가? 셋째, 본국의 의료서비스 제공자들이 환자를 목적지국의 의료서비스 제공자 및 외국의 의료센터에 보냄으로써 우회 관광을 부추기는 경우, 이들은 의료적/법적 책임을 지는가? 넷째, 의료관광이 본국 정부가 특정 서비스에 대한 제한을 완화하여야 한다는 압력으로 이어지게 될 것인가, 아니면 반대로 좋은 의료서비스를 받게 될 본국 엘리트로부터의 정치적 압력을 줄여주는 “안전 밸브”로서의 역할을 하게 될 것인가? 만약 후자가 맞다면, 이는 본국의 윤리문제를 상당히 문제 있는 방식으로 아웃소싱하는 것은 아닌가? 이러한 종류의 의료 관광은 또한 다음과 같은 어려운 문제를 노정하고 있다. 본국은 언제 목적지국의 주권에 결정을 양보하여야 할 때는 언제인가? 어떠한 이들은 그것이 목적지국의 우회 관광 “피해자”들이 목적지국의 정치과정에 참여할 수 있는 능력에 (적어도 부분적으로) 달려있다는 견해를 주장하기도 한다.

마지막 범주인 양국에서 모두 위법인 의료서비스를 위한 의료관광은, 위의 같은 문제 외에도 몇 가지 추가적인 문제를 나타낸다. 첫째, 본국에서 어떻게 외국에서의 의료상 범법행위를 감지할 수 있는가? 두 번째, 본국은 자국 시민들이 국외에서 행하는 활동에 대하여 목적지국이 이미 범죄화하고 있는 정도보다 더한 정도로 이들을 범죄화하여야 하는가? 이 질문은 목적지국이 장기매매와 같은 행위를 색출하고 처벌하는 데에 자원을 들이고 있지 않은 경우, 그리고/또는 해당 범죄에 대한 본국에서의 처벌수준과 목적지국에서의 처벌수준이 확연히 차이가 날 경우에 시급한 문제가 된다. 셋째, 본국의 의사들은 환자가 이러한 종류의 의료 관광을 행하였을 경우 해당 환자를 신고할 (법적 및/혹은 윤리적) 의무를 부담하는가? 아니면 그러한 의무는 의사-환자 사이의 관계를 부적절하게 손상시킬 것이라고 보아야 하는가? 넷째, 본국의 의사들이 환자들에게 장기매매가 이용가능함을 알려주는 것을 금지하여야 하는가? 다시 한 번 말하자면, 필자는 본 1부에서는 본국/목적지국 정부 혹은 국제단체가 이러한 문제들에 대하여 조치를 취하여야 한다면 이들 중 어떠한 문제에 대하여 조치를 취하여야 하는지에 대해서는 살피지 않는다. 이에 대해서는 다른 글에서 살필 것이다. 대신, [본 1부에서:번역자] 필자는 상기 행위자들이 이러한 이슈들이 개입을 필요로 하는 진정한 문제를 제기하고 있다는 확신을 가지게 되었다고 가정할 때, 이들이 가진 선택지가 무엇일까에 대하여 살펴본다. 아래에서는 바로 이 문제에 대하여 논의할 것이다.

## II. 규제 도구

[\*12]

## A. 환자의 본국에 의한 규제

### 1. 정부주도 의료관광

정부주도 의료관광의 경우, 본국 정부는 어떠한 유형의 의료 관광을 대상으로 할 것인가에 대하여 넓은 자유를 누리고 있다. 어떠한 의료 관광도 대상으로 삼지 않고 인센티브를 제공하지 않을 수도 있으며, JCI 혹은 기타 승인을 받은 의료시설에만 환자를 보내도록 할 수도 있다. 아니면 본국의 평균적 병원과 유사한 사망률 기타 데이터를 보여주는 시설에만 환자를 보낼 수도 있고, 의료적 오류가 발생할 경우 의료 관광 환자가 의료 사고에 대한 의미 있는 보상을 받을 확률을 높여주는 관할 구역 및 관련법 선택에 동의한 시설에 대해서만 환자를 보낼 수도 있으며, 목적지국에서 환자의 의료서비스 접근권이 제한되는 문제를 완화하기 위한 의미있는 노력을 한 시설에 대해서만 환자를 보낼 수도 있다.

더불어, 목적지국 정부와는 별개로, 본국 정부는 특정 목표에 대한 또는 불특정 목표에 대한 국외 원조를 통하여 의료관광이 목적지국 빈자들의 의료 서비스 접근에 미치는 부정적 영향을 완화하려는 노력을 진행할 수도 있다.

### 2. 민간 보험업체 주도 의료 관광

민간 의료보험 시장이 형성되어있는 본국의 경우, 정부는 자신의 규제력을 보험업체에 대하여 행사함으로써 보험업체주도 의료관광을 예방하거나 제한할 수 있다. 이것이 어떻게 가능한지를 보이기 위하여, 필자는 미국의 사례에 논의를 집중할 것이다. 하지만 아래의 것과 동일한 많은 접근법은 민간 의료보험에 대한 규제를 실시하는 다른 국가들에도 적용될 수 있다.

미국에서는, 보험업체주도 의료관광의 규제에 대하여 두 개의 주가 서로 완전히 반대되는 접근법을 취한 바 있다. 그리고 나머지 주들은 아직 해당 문제를 직접적으로 제기하지 않고 있는 실정이다.

텍사스 주는 보험에 관한 자신의 규제력을 이용하여 다음과 같은 보험관련 법조항을 제정함으로써 보험업체주도 의료관광을 제한하였다. “의료보험 제공자는 가입자가 외국으로 나가 특정 의료서비스를 받는 것을 요구하는 의료보험을 발행하거나 그 판매를 제외할 수 없다”

이와는 반대로, 캘리포니아 주의 보험 규제정책은 1998년 이래로 멕시코에 기반한 건강 유지기구(이하 HMO)가 멕시코에서의 의료서비스를 제공하는 보험상품을 판매할 수 있도록 허용하였다. 단, 이때 판매 대상은 캘리포니아에 살고 있는 멕시코 국민에 한하였다(따라서 미국 시민에게는 판매할 수 없었다). 또한 캘리포니아 주는 미국에 기반한 HMO에게도 멕시코에서의 의료 서비스를 제공하는 보험상품 판매를 허용하였는데, 이 때 대상은 멕시코 국민 혹은 미국 시민이었다. 2004년에 이러한 허가 범위는 더욱 넓어져 멕시코에 기반한 HMO가 멕시코 국민이 아닌 자에게도 서비스를 제공할 수 있게 되었으나 이러한 확대는 2008년에 소멸된 것으로 보인다. 제정법상 이러한 허가의 요건은 미국 정부의 승인적 관할권에 대한 동의(의료서비스제공자 자신들에 대한 관할권은 아님), 멕시코에서 제공되는 의료서비스의 질에 대한 지속적 심사, 및 멕시코의 의료서비스에 대한 권고 성명 발표 등이었다. HealthNet, Blue Shield, 및 SIMNSA 등의 보험업체들은 오로지 미국 의료서비스 제공자만을 이용하는 보험에 비하여 40.50%의 비

용이 드는 대신 더 적은 프리미엄과 공제금을 제공하는 이러한 보험 상품들을 판매하고 있다. 캘리포니아 주가 취한 접근법은 내가 다른 곳에서 “채널링”이라고 부른 접근법으로 이해할 수 있을 텐데, 이 접근법에서는 본국 주정부가 특정 기준을 충족하는 특정 의료관광 시설을 더욱 선호하게 된다. 캘리포니아가 취한 채널링의 형태는 상당히 조악한 것이었지만, 더욱 정교하게 만들어진 접근법을 취함으로써 주정부가 자신의 규제적 선호를 바탕으로 의료 관광을 금지하는 것도 가능할 것이다. 예를 들어, 주정부는 보험업에 대한 자신의 규제력을 이용하여 보험업체들이 의료사고에 대한 보상 정도가 낮은 의료사고 대응 체계를 가진 나라의 의료시설에 환자들을 보내는 것을 금지할 수도 있고, 위험조정 사망률의 형태로 환자 안전 관련 데이터를 본국에 보내지 못하거나 일반에 공개하지 못한 의료시설에 환자들을 보내는 것을 금지할 수도 있으며, 목적지국의 빈자들에게 특정한 양의 무료 서비스를 제공하지 않는 의료시설에 환자들을 보내는 것을 금지할 수도 있다.

**[\*13]** 만약 의료 관광이 목적지국 빈자들의 의료 서비스 접근성에 미치는 영향이 중요한 윤리적 문제라면, 본국 정부는 보험업체들에게 그 의료관광에 비례하는 세금을 부과하고 그로 인한 세수를 목적지국의 의료서비스 접근성 개선을 위하여 재분배하는 방식을 취할 수도 있다. 이는 UNITAIDS가 취한 방식을 일정 정도 반영하고 있는 것인데, UNITAIDS는 주로 저소득국가의 국민들을 대상으로 하여 이들의 HIV/에이즈, 말라리아 및 폐렴 진료에 대한 접근성을 높이는 것을 목적으로 하는 NGO이다. UNITAIDS의 자금 중 상당 부분(72%)은 자국의 출국 여행객의 비행기 티켓에 대한 세금을 항공사에 부과하기로 자발적으로 선택한 29개 지원국들로부터 지원받은 것이다. 예를 들어 프랑스는 국내 이코노미/비즈니스 및 퍼스트 클래스 승객에 대하여 각각 1유로와 10유로의 세금을 부과하고 있고, 국제 코노미/비즈니스 및 퍼스트 클래스 승객에 대해서는 각각 4유로 및 10유로의 세금을 부과하고 있다. 더불어서 이러한 식으로 보험업체에게 세금을 부과하는 것은 의료관광 과정에서 피해를 입은 본국 환자들을 위한 “피해자 보상 기금”을 만드는 데에 쓰일 수 있다.

이러한 개입방식은 시행하기가 상당히 쉽기 때문에, 보험업체주도 의료 관광이 제기하는 생명 윤리적 문제에 대한 치료제로서 쉽게 정당화될 수 있다.

### 3. 자기부담 환자

반대로, 자기부담으로 외국 의료관광을 행하는 미국인 환자들의 활동을 규제하는 것은 훨씬 더 어렵다. 이러한 시장에 대하여 시행을 피할 수 있는 개입 유형은 정보제공을 목적으로 하는 개입과 환자의 선택을 바꾸는 것을 목적으로 하는 개입, 그리고 중개인 혹은 본국 의사들의 행동을 바꾸는 것을 목적으로 하는 개입으로 나눌 수 있다.

#### i. 환자에 대한 정보를 제공하는 개입 방식

오늘날, 의료 관광은 두 층위의 정보 관련 문제에 직면하고 있다. 그 중 하나는 의료서비스 제공자의 질에 대한 정보의 문제이고, 다른 하나는 정보제공자의 본국이 지닌 의료 사고 대응 체계에 관한 정보(그리고 그 체계를 이용한 보상 가능성에 관한 정보)의 문제이다.

후자에 관한 정보를 제공하는 것은 어렵지 않다. 정부는 외국의 의료 사고 소송에 대한 수용 정도에 대한 국가별 프로파일링을 제공함으로써, 의료서비스 기준, 손해배상금 상한 등에 관한 정보를 제공하는 동시에 다양한 체계들을 범주화하여 제공할 수 있다(후자가 의료 관광객에게는 더욱 유용할 것이다. 이것을 보여주는 모델 중 하나는 미국 국무부의 여행정보 제도이다. 이를 위

해서는 의료 사고에 관한 비교법적 전문지식을 일구어내야 하는 선결과제가 필요하지만, 지금까지 이를 시도해 왔던 몇 학자들에 의하면 이러한 과업은 실현가능한 것으로 보인다.

의료서비스 제공자의 질에 대한 정보를 제공하는 것은 보다 더 어렵다. 다른 글에서 필자는 펜실베이니아주, 뉴욕주, 미국의 기타 주에서 제공하는 “보고서” 제도와 같은 제도를 의료 관광에 대하여 구축하는 것이 환자의 선택에 미칠 수 있는 제한된 영향 (그리고 그 구축과 관련된 제도 설계상의 많은 난점들)을 논의한 바 있다. 이러한 제도는 의료서비스 제공자가 제공하는 특정 의료 절차의 위험조정 사망률 및 재입원률에 대한 정보를 주는 것을 내용으로 한다. 본국 정부는 통상적으로 외국 병원이 필요한 해당 정보를 공개하도록 강제할 만한 직접적 권한을 가지고 있지 않다. 자국의 의료 관광 산업을 증진하려 하는 외국 병원 및 정부들은 자국 또는 병원의 서비스 품질을 소비자들에게 보여주기 위한 방편으로 그러한 정보공개를 자발적으로 선택할 동기를 가지고 있다. 예를 들어, Apollo 병원 체인은 자신의 수 많은 심장혈관우회로 수술 건수와 동수술에서의 99.6%가 넘는 성공률을 자랑하는 광고를 내보내고 있다. 그러나 이러한 식의 정보 공개는 선별적 보고, 과장, 심지어 거짓광고로 이어질 가능성이 높다.

더 나은 방식은 JCI(만약 JCI가 외국 병원에 자금면에서 과도하게 의존하고 있다고 판단될 경우에는 그 외의 제3자 기관)가 직접 이러한 의료 과실에 대한 감사자료를 발표하는 것이다. JCI는 이러한 정보의 제공을 승인 요건으로 설정할 수도 있다. 다른 방식으로는, 미국 질병관리본부(Center for Disease Control, 이하 CDC)가 불임치료 성공률에 대하여 실시하고 있는 것처럼, 본국 정부가 직접 주기적 감사를 시행하고 거짓 데이터를 제공하는 의료서비스 제공자들은 배제시키는 방식이 있다.[\*14] 위에서 논의하였고 앞으로 논의할 환자 선택 제한 방식의 개입방식 중 일부는 정보 공개를 개선하는 지렛대의 역할을 할 수도 있다. 정보공개를 하는 병원에 한해서만 무허가 의료 관광에 대한 처벌을 면하여 준다든지, 정보공개를 하는 병원만 정부주도 혹은 보험업체주도 의료 관광 환자들을 받을 수 있도록 하는 방식이 가능한 것이다.

물론 여기에는 많은 난점이 존재한다. 외국 의료시설이 필요 정보를 공개한다고 하여도, 해당 정보를 공개하지 않거나 쉽게 비교가능하지 않은 방식으로 공개하는 국내 의료시설이 다수 존재하는 것이다. 일련의 저자들은 이러한 의료서비스 정보가 가지는 정직성과 유용함에 대하여 더욱 일반적 견지에서 비판한 바 있으며, 행동법 및 경제적 유형에 관한 연구는 국내 의료서비스 제공자 선택에 있어 이러한 정보를 따르는 환자는 거의 없음을 보여주었다. 해당 데이터가 좋은 데이터이고, 환자가 이것을 사용할 동기가 있고, 널리 비교가 가능하다고 하더라도, 환자가 어떠한 기준으로 비교를 하여야 하는지는 불분명하다. 환자는 자신의 본국에 있는 승인 의료시설 중에서 최상의 시설을 기준으로 하는가, 평균 시설을 기준으로 하는가 아니면 최저 수준의 시설을 기준으로 하는가? 세 가지 유형의 비교를 모두 제공하는 것은 가능하겠지만, 이것은 의료시설을 선택하려는 환자가 받아들이는 인지정보에 과부하를 일으켜 선택에 있어서의 마비를 불러올 것이다. 즉, 이러한 정보를 환자가 이용가능하게 하는 것이 바람직하다 하더라도, 이러한 개입 방식의 유용성, 비용 및 복잡성을 놓고 보았을 때 그것이 과연 정당화될 수 있는 종류의 개입인가 하는 문제는 여전히 남아있는 것이다.

결으로 보기에는 단순한 것처럼 보이는 정보공개 요건에 관련해서도 복잡하고 미묘한 문제가 남아있다. 예를 들면, 정보공개 요건은 병원 차원의 데이터에 관한 것인가, 개별 의사 차원의 데이터에 관한 것인가? 한 편으로 생각해 보면, 후자가 더욱 많은 정보를 제공해줄 것 같기도 하다. 그러나 반대로 생각해 보면, 이러한 방식의 정보공개 요건은 병원으로 하여금 자신의 “최고의” 의사들을 여행 환자들에 대한 치료를 전담하게 함으로써 여행 환자의 수를 늘리게 할 수도 있을 것인데, 이러할 경우 목적지국 환자들이 받는 의료서비스의 질이 낮아짐으로써 정의에 관

한 전세계적 문제를 악화시킬 수도 있다.

이는 윤리적 관점과 규제적 관점이 서로 교차하는 방식을 잘 보여준다. 이러한 정보 공개 방식은 온정주의자 및 반-온정주의자 모두 지지할만 하다는 점에서 가장 정당화하기 쉽고 반대파는 생명윤리 전략이기는 하지만, 규제 분석 결과에 의하면 이러한 방식의 효과는 제한적인 것이며, 더불어 상당한 비용 및 제도설계 선택에서의 난점을 드러내고 있다.

## ii. 환자 선택을 직접 제한하는 개입 방식

환자의 본국이 자국 환자의 외국 의료서비스 제공자 선택을 제한하는 추가적인 조치를 취할 수 있을까?

그러한 선택의 제한에는 여러 가지 차원이 있다. 본국 정부는 목적지국에서의 합법성과는 상관없이, 본국에서 불법인 의료서비스 - 의사가 조력하는 자살, 낙태, 유료 대리모, 줄기세포 치료 등 - 를 받기 위한 의료 관광을 일거에 금지하는 것을 목표로 할 수 있다. 또한 본국 정부는 양국 모두에서 합법인 의료 서비스에 대해서도 환자보호를 이유로 같은 입장을 취할 수 있을 것이나, 이러한 접근방법은 아마도 과도하게 거친 접근방법일 것이다.

본국 정부는 그 대신 다시 한번 “채널링”을 다양한 차원에서 시도해볼 수 있다. 여기서 채널링이란 특정 기준을 충족하지 못하는 의료서비스 제공자 혹은 목적지국에 대해서만 환자 선택을 제한한다는 의미로 쓰인다.

예를 들어, 고위험 의료 여행만을 제한하는 방식이 있을 수 있다. 의료 관광으로 인하여 절약된 금액을 추정하기 위한 논문에서, Mattoo와 Rathindran는 다음 기준을 충족하는 15개 의료절차 집합에 대하여 초점을 맞춘 바 있다. (1) 비-급성 질환에 대한 치료에 해당하는 수술일 것 (2) 환자가 상당한 고통 혹은 불편함 없이 여행할 수 있을 것 (3) 수술후 합병증 발병률이 가장 적은, 일반적으로 시행되는 아주 간단한 수술일 것 (4) 입원 병원에서의 사후 치료를 가장 적게 요구하는 수술일 것 (5) 실험 보고서 및 병리학 보고서가 가장 적게 발표된 수술일 것 (6) 수술 후 비이동성이 가장 적은 수술일 것. 그리고 이들은 이러한 기준을 “의료서비스 연구 및 품질 관리국(Agency for Healthcare Research and Quality)이 발표한, 가장 일반적으로 시행되는 의료절차 230 가지”에 적용하였다. 그 결과 연구대상 의료절차의 수는 15개로 압축되었는데, 이 목록에는 무릎 수술, 견부 치환술, 난관 결찰술, 탈장 수술, 성인 대상 편도선 수술, 자궁절제술, 백내장 적출술 및 녹내장 시술이 포함되어있다.

이러한 기준 목록과 이를 수정한 형태의 목록을 연구 방법 설계 목적이 아니라 “승인된” 수술의 목록을 만드는 목적으로 사용할 수도 있을 것이다. 의료서비스 질에 있어서의 편차가 문제되는 경우라면, 특정 수술이 간단하고, 수술후 발병률이 가장 적고, 일반적으로 시행되고, 입원 병원에서의 사후치료가 가장 적게 필요하다는 기준은 그와 같은 편차가 나타날 가능성이 제일 적은 유형의 의료 서비스를 선별하는 대리 지표로 쓰일 수 있다. 그렇다고 해서 Mattoo와 Rathindran이 자신의 기준을 적용해서 만들어낸 15개 절차가 완벽하다거나 그러한 기준이 더욱 유용함을 갖추도록 세련화할 수 없다는 것은 아니지만, 관련 절차들을 고위험군과 저위험군으로 나누어서 환자들을 저위험군의 절차로 채널링하는 것이 가능할 것이라는 점은 분명하게 드러난다.

**[\*15]** 그 대신에, 본국은 환자 보호 문제를 해결하기 위하여 “승인된” 의료서비스 제공자 목록을 만들 수도 있다. 이를 이루어내는 하나의 방법은 의료서비스 제공자가 실시하는 절차의 횟수와 부정적 결과의 발생률 사이의 부의 상관관계를 보여주는 연구결과를 이용하여, 문제된 특정 수술을 일정 횟수 이상 시행한 의료기관만 승인하는 것이다. 본국 정부는 또한 해당 분야에서



때때로 내세우는 서비스 품질의 대리지표를 도입하여 목록을 만들 수도 있다. 즉, 본국 정부는 JCI 승인 의료시설이나 미국에서 혹은 인정할 만한 훈련/면허 방식을 보유한 국가에서 훈련받고 면허를 취득한 의사들을 특정 수준 이상으로 보유한 의료 시설을 자신이 승인한 의료시설로 간주하거나, 도는 그러한 의사들이 의료서비스를 제공할 것을 구체적으로 요구할 수 있는 것이다. 단, 이러한 대체 지표가 얼마나 유효한 것인가의 경험적 문제에 대해서는 아직 증거가 거의 없는 것이 사실이다.

물론 본국 정부는 이러한 대리 지표를 사용하는 대신에 사망률, 내부 절차 등의 공개된 정보를 이용하여 승인 외국 의료서비스 제공자 목록을 스스로 만들어낼 수도 있고, 각 의료시설을 잠정적으로 “승인” 목록에 올린 다음 미리 정해 놓은 주기로 각 의료 시설에서 의료 관광 환자들이 경험하는 바에 대한 감사를 실시함으로써 그러한 목록을 만들어낼 수도 있다. 또한 JCI등 기존의 승인 기관이 위와 같은 정보의 일부를 포함하는 더욱 엄격한 기준을 채택하도록 유도하는 방법도 있다. 단, 이러한 접근방법은 부정적인 정보 공개를 회피하려는 의료 서비스 제공자의 꿈수 및 비교가능한 의료서비스 품질 분석에 수반되는 품질 측정상의 어려움 - 이에 대해서는 위에서 일부 논의한 바 있다 - 으로 인한 제한을 받게될 수도 있다.

의료 사고 보상에 있어서의 난점과 관련하여, 본국 정부는 특정 의료서비스 제공자가 본국 사법부의 관할권에 동의하였거나, [의료 관광 환자에게:번역자] 유리한 법선택 조항을 계약에 포함하였거나, 법원 판결의 집행이 가능한 자산을 보유하거나, 구속력이 있지만 환자에게 분리하지 않은 중재 방법에 동의한 경우가 아닐 시에는 의료 관광에 대한 벌칙을 부여함으로써 채널링을 실시할 수 있다. 상기 요건들은 단독으로 적용할 수도 있고, 결합하여 적용할 수도 있다.

채널링은 또한 목적지국 빈자들의 의료서비스 접근성에 대하여 의료 관광이 미치는 부정적 영향이라는 문제를 해결하는 데에도 쓰일 수 있는데, 이 문제에 대한 완화 계획을 가지고 있음을 증명한 의료 시설에 대해서만 의료 관광을 승인하여 주는 방식으로 이러한 채널링을 실행할 수 있다. 여기에서도 마찬가지로, 이러한 결정을 내리는 것이 본국정부에게 너무 복잡하거나 가치가 없는 일이 될 수도 있다. 그 대신에 JCI와 같은 승인 기관으로 하여금 자신의 승인 절차에 위와 같은 조치를 결합시키도록 유도한 다음, JCI 승인 여부를 아래에서 논의하는 벌칙 부여의 면제에 대한 전제조건으로 설정하는 방안이 더욱 실현가능성이 높을 것이다.

본국은 특정 형태의 의료 관광을 위법한 것으로 설정할 수 있다. 국제법과 관련하여, 일국의 정부는 자국민이 해외에서 행하는 행위에 대해서도 이를 범죄화할 수 있는 넓은 재량권을 보유하고 있다. 이것을 때때로 국적에 근거한 국내 형법의 역외 적용이라 부르기도 한다. 어떠한 경우에는 이것이 논쟁을 불러일으킬 수도 있지만, 해당 범죄를 저지른 자가 본국의 시민인 한에는 논쟁이 생길 가능성은 별로 없다.

실제로, 특정 국가들이 이러한 범죄화를 진행한 사례가 몇 존재하고 있다. 예를 들어, 미국 정부는 자국 시민이 해외에서 한 행위가 그것이 이루어진 국가에서는 합법인 경우에도, 해당 행위를 범죄화한 바 있다. 예를 들어 2003년 PROTECT 법에서, 미국 정부는 “18세 이하 사람과의 대가성 성행위”를 포함한 “부적절한 성적 행위를 외국 여행 중에 범한” 미국 시민 혹은 영주권자에 대하여 벌금 혹은 징역30년의 형벌을 정하였다. 영국 및 기타 국가에서는 본국 미성년 시민에 대하여 여성할례를 시행하는 것을, 해당 행위가 외국에서 이루어진 경우에도 범죄화하고 있다. 터키는 보조생식기술의 사용을 금지하는 국내법을 역외적용하여 불임시술을 위한 의료 관광의 특정 형태를 범죄화하고 있다. 즉, 터키 여성이 기증자의 정액으로 수정을 받은 경우, 관련 절차의 모든 요소가 외국에서 이루어진 경우라 하더라도 해당 여성은 징역형에 직면하게 된다.

**[\*16]** 이러한 접근방법이 가지는 더욱 큰 문제점은 법적인 것이 아니라 현실적인 성격의 것이

다. 특정 형태의 우회 관광 - 예를 들어 안락사 (예를 들어 미국 시민이 스위스로 의료관광을 가는 데에 도움을 준 친척이 책임을 지게 되는 경우) 혹은 장기를 위한 의료관광 - 을 제외하면, 형법적 제재는 너무 강한 대응인 것으로 보이기도 한다. 특히 제재의 목적이 환자의 보호일 때에는 더욱 그러하다. 해당 형벌이 적절한 것으로 보여지는 경우에도, 형벌이란 본래 적발 및 유죄판결의 가능성으로 인하여 줄어주는 경우가 형법의 경우에는 일반적이다. 아마도 대리모 혹은 안락사 혹은 의사조력자살을 위한 의료 관광은 그렇지 않겠지만, 범죄 행위의 적발은 아마도 대부분의 경우 어려울 것이다. 특히 목적지국에서 합법인데다가 실제로 많은 수익을 가져오는 의료행위의 경우, 환자 본국의 당국에 해당 정보를 통보할 동기부여는 전혀 없는 것이다.

형법적 제재 외에, 본국 정부가 의료 관광 행위를 억제할 수 있는 그보다 덜 강력한 수단으로는 무엇이 있는가? 이에 대한 답은 분명하지 않다. 이전 논문에서, 필자는 “무허가” 의료 여행을 의료비용에 대한 세금 공제 항목(예를 들어 미국의 내국세입법(Internal Revenue Code) 섹션 213의 세금 공제)에서 제외하는 방안을 제시한 바 있는데, 이는 억제책으로서의 힘은 그다지 크지 않은 방법이다. 또 한 가지 제안할 수 있는 방법은 무허가 의료 관광을 사용한 자들에 대하여 국가 의료보험 보장 자격을 박탈하는 방법이다. 실제로 미국 정부는 장기를 위한 의료 관광을 사용한 자들에 대해서 메디케이드 상의 면역억제제 보상 자격을 박탈하는 정책을 시행한 바 있다. 그러나, 특정 형태의 우회 관광을 제외하면, 이러한 방법은 너무 엄격한 처벌인 것으로 보인다. 특히 그 목적이 환자보호인 경우에는 더욱 그러하다. 이러한 종류의 개입방식은 또한 위에 언급한 것과 동일한 적발 문제를 노정하게 될 것이다.

우회 관광 유형 중 하나인 대리모 관광에 대해서는, 더욱 시행하기 쉬운 억제책이 한 가지 있다. 대리모 관광을 통하여 외국에서 태어난 아동은 대부분의 경우 본국에서 새로이 시민권을 받기 위하여 등록을 하여야 할 것이다. 예를 들어 미국에서는 미국 외에서 태어난 아동이 미국에 입국하여 시민권을 획득하기 위해서는 미국 국토안보부(Department of Homeland Security, 전 INS) 산하 이민 및 시민국(Citizenship and Immigration services, 이하 CIS)의 승인을 얻어야 하며, 영국과 일본에서도 대리모 관광과 이민에 관련한 비슷한 이슈가 제기된 바 있다. 정부는 이민과 관련한 자신의 막강한 권한을 이용하여, 대리모 관광 중 무허가 의료 센터에서 출생한 아동의 입국 및 시민권 획득을 거부할 수 있다. 예를 들어 동의 자체가 의심되는 센터, 보상이 적절치 않은 센터의 경우 그러한 조치를 취할 수 있고, 또는 대리모 관광 관련 센터 전체에 대하여 - 만약 정부가 대리모 관광 자체를 불법화하는 규범적 결론에 도달한 경우 - 그러한 조치를 취할 수 있다. 일본과 프랑스에서는 각각, 불임시술 관광을 통하여 외국에서 대리모에게서 태어난 아동의 시민권을 본국 정부가 애초에는 인정하지 않으려 했던 사건이 사람들의 이목을 집중시킨 바 있었다.

이러한 형태의 규제에 대해서는 - 특히 환자가 본국에서 오래 떠나 있어 자연임신에 의한 출산을 한 것 처럼 가장하는 것이 가능한 경우 - 적발의 문제가 일부 존재하기는 하지만, 이러한 적발의 문제는 우리가 논의하였던 다른 의료 관광 상황 보다는 덜 심각한 것으로 보인다. 이러한 정책이 부모의 법 위반으로 태어난 죄 없는 아동을 부당하게 처벌하는 것이라는 우려가 제기될 수도 있다. 그러나, 이러한 규범을 잘 공표하고 강하게 집행한다면, “대리모 망명자”가 되어버리는 아동의 숫자를 0에 가깝게 줄일 수 있는 정도의 높은 억제력을 달성할 수 있을 것이다. 단, 이에 대해 비록 소수일 지라도 아동의 안녕을 도구적으로 이용하여 의료관광을 억제하는 데 대하여 이해할 만한 불편함을 표시하는 사람도 있을 것인데, 이는 “가능성”의 문제가 모든 것을 고려한 정책 결정이 어떻게 이루어져야 하는가에 대한 우리의 관점에 어떠한 영향을 미치는지를 보여주는 또 다른 예가 된다.

규제 분석적 지식이 없는 생명윤리학자가 환자의 선택을 상대적으로 제약할 것인가 하는 제도 설계상의 문제에 답하는 경우, 이 학자는 추상적으로, 예를 들어 의료서비스 제공자에 대한 환자의 선택을 안전 혹은 의료 사고 문제를 이유로 제한하는 것이 정당화될 수 있는 온정주의의 사례가 그렇지 못한 온정주의의 사례인가를 질문함으로써 해당 문제에 접근할 것이다. 그러나 규제적 접근은 그러한 규제방법이 추상적 수준에서는 바람직한 것으로 보일지라도, 본국 정부는 (특정 형태의 우회 관광의 경우를 제외하고) 자기비용에 의한 의료 관광을 예방하거나 억제할 수 있는 효과적인 방법을 가지고 있지 못하며, 이용 가능한 방안들 또한 그 목표를 이루는 데에 적합성이 떨어진다는 점을 보여준다.

### iii. 중개인과 의사를 규제하는 개입방법

규제를 통하여 의료 관광객의 행동을 바꾸는 것이 그토록 어렵다면, 본국이 사용할 수 있는 더 나은 전략은 본국의 의료 관광 중개인 및 의사들이 관련된 경우에 있어 이들의 행동을 규제하는 것이 될 것이다.

미국의 MedRetreat 및 영국의 Globe Health Tours 등의 중개인 (업계에서는 이들을 “조력자”라 부르기도 한다)들은 통상적으로 환자를 위하여 적합한 진료 장소를 찾아내고, 환자와 의료서비스 제공자 간에 정보를 교환하고, 금액 지불을 주선하고, 비행기 표를 사고, 환자가 외국에 있는 동안 진료를 조정하고, 여행 중 관광지 방문을 계획하고, 때로는 미국에서의 사후 진료를 주선하는 방식으로 환자들을 자신의 관계 병원과 짝지워주는 영리 법인이다.

**[\*17]** 정부는 허가 제도를 활용하는 방식으로 이러한 조직들로 하여금 해당 조직이 환자를 보내는 의료 시설에 관한 - 위에서 언급한 노선의 연장선상에 있는 - 정부 지침을 따르도록 요구할 수 있다. 또한 정부는 중개인으로 하여금 해당 중개인이 환자를 보낸 외국 의료시설에 지불한 중개료를 공개하도록 할 수도 있고, 그러한 중개료를 원천 금지할 수도 있다. 정부는 또한 중개인이 특정 종류의 우회 관광을 조장하는 경우 이를 민형사상의 법 위반인 것으로 만들 수도 있다.

의료사고의 측면에서, 정부는 중개인이 환자를 보낸 의료 서비스 제공자의 활동으로 인한 의료과실에 대하여 중개인이 넓은 범위의 대리책임을 지도록 하는 방향으로 제도를 만들 수 있고, 이러한 중개인들이 자신들이 환자를 보내는 외국 의료시설과 관할권, 법 선택 혹은 중재절차에 관한 합의를 확보하도록 요구할 수도 있다. 이러한 종류의 규제는 관련 중개인에 또는 환자의 본국에 자산을 가진 중개인에 대하여 아주 쉽게 시행할 수 있다. 해외에 소재를 둔 중개인의 경우에도, 많은 중개인들이 환자 본국의 규제자 및 법원의 관할 안에 놓이기 될 것이다. 물론 중개인들이 규제 시도를 좌절시키기 위하여 자신의 기업 구조 및 상호작용을 디자인하는 방식도 있을 것이지만, 아직 중개인이 관련된 의료 관광 시장의 일부에서, 이러한 중개인에 대한 규제는 낙관적일 것으로 보인다.

환자를 외국에 리퍼한 환자 본국의 의사를 규제하는 것은 영향력을 미치는, 정치성을 띠지만, 가능한 기제일 수 있다. 여기에서 “리퍼”라고 함은 보험 혹은 정부 의료보험을 통하여 외국의 의료서비스 제공자에게 환자를 리퍼하는 형식적인 의미에서 뿐만이 아니라, 특정 외국 의료서비스 제공자를 사용하라고 권고하거나 그에 관련된 정보를 제공하는 비형식적인 의미를 포함하는 넓은 의미에서 쓰인 것이다. 이론적으로는, 정부는 자국 시민을 해외의 특정 의료 관광 센터로 리퍼하거나, 특정 유형의 의료 관광 제공자에게 리퍼하는 것을 민형사상의 위법행위로 만들 수 있다 (의사조력 자살이 대표적인 예가 될 것이다). 단, 많은 국가에서, 이러한 접근을 취하는

것은 헌법 기타 표현의 자유를 보장하는 법제와 충돌을 일으킬 수 있다.

이러한 접근법이 과연 현명한 것인지도 또한 의심해볼 수 있다. 우리가 의사-환자 간 관계의 보호책 중 비밀유지특권을 법에 규정한 한 가지 이유는, 그 둘의 관계에 있어 솔직한 의사소통은 상당히 바람직한 것이고, 의사가 환자에게 특정한 형식의 권고를 하는 것을 범죄화 하는 것은 정보의 개방적이고 자유로운 교환을 억제할 수 있다는 신념을 가지고 있기 때문이다. 반면에, 전문가가 일반인에게 범죄 행위를 권고하는 경우에, 법은 대부분의 소통 관련 특권을 침해하는 것에 대하여 (더 정확하게 말하자면, 해당 특권이 적용되지 않는다고 판단하는 데 대하여) 불편함을 느끼지 않는다. 본 논문에서 이에 해당하는 경우는, 본국이 의료 관광의 특정 형태를 역외적으로 범죄화하는 추가적 조치를 취하는 경우가 될 것이다. 이와 유사하게, 일부 법제에서는, 의사의 발언이 범죄를 조장하는 내용을 담고 있거나 의사가 제공한 정보가 거짓이고 오해의 소지가 있는 경우에는 의사-환자 간의 대화를 규제하는 데 대한 표현의 자유 문제를 걱정할 필요가 애초에 없어지게 되기도 한다.

필자의 잠정적인 결론은, 의사의 행동을 규제하는 것이 본국 정부가 의료 관광을 규제하기 위하여 쓸 수 있는 도구이기는 하지만, 이러한 방식은 - 의사가 환자를 리퍼한 서비스 자체가 역외범죄를 구성하는 경우를 제외한다면 - 정치적 문제가 얽혀있고 관련 법적 문제가 산적하여 있는 것이어서 그 효과를 보장할 수 없다는 것이다.

의료 서비스 제공자의 질에 관한 문제에 대한 또 다른 전략은, 의료 관광에 관련한 리퍼에 대한 책임 (즉 손해로 이어진 리퍼럴에 대하여 [그 리퍼럴을 제공한] 의료 서비스 제공자에 대한 소송을 제기할 수 있는 권한) 을 확장하여 의사들로 하여금 환자를 외국 의사에게 리퍼할 것인지, 그렇다면 어느 의사에게 리퍼할 것인지를 결정하는 데에 더욱 신중을 기하도록 강제하는 방법이다.

## B. 목적지국에 의한 규제

이론상으로, 목적지국은 자국의 의료 관광 분야에 대한 상당한 통제력을 보유하고 있다. 이들은 의료 서비스 제공 자격의 전제조건으로 국내 거주 요건을 정할 수 있는데, 실제로 의사조력자살을 자국 국민에 대하여 합법화한 많은 국가들의 경우 자국이 “자살 천국”이 되는 것을 방지하기 위하여 이러한 조치를 취한 바 있다. 목적지국은 또한 장기를 위한 의료 관광의 경우와 같이 해당 행위를 국민 및 비국민을 불문하고 범죄화할 수 있는데, 이스라엘과 일본과 같은 곳에서의 암시장의 존재는 우리에게 법전에 범죄로 규정하는 것만으로는 충분하지 않다는 점을 보여준다. 목적지국 정부는 의료 관광 제공자에게 세금을 부과하고, 이에 의한 세입을 재분배하여 빈자의 의료보험 접근성 향상을 위하여 쓸 수 있다. [\*18] 목적지국 정부는 또한 자국 의사들의 행동을 규제하고 해당 의사들이 (더 많은 돈을 지불할 수도 있는) 외국인 환자들에 비하여 자국인 환자들에게 일정 시간 이상을 투자할 것을 요구할 수 있고, 일률적 보상을 요건으로 하는 등의 조치를 취할 수 있다. 병원을 신규 건축하거나 기존 병원을 확장하는 경우 인증서나 기타 인가서가 필요한 목적지국의 경우, 해당 정부는 기존 의료 관광 시장에 신규 진입자의 수를 제한하거나, 의료시설로부터 의무 부담(예를 들어 빈자에 대한 의료서비스를 제공하는 것과 관련된 책무)을 이끌어낼 수 있다. 이러한 예들은 목적지국 정부가 의료관광을 규제할 수 있는 많은 방법들 중 일부일 뿐이고, 그에 대한 정확한 세부사항은 각 국가마다 자국의 국내 의료 서비스 규정에 따라 달라질 것이다.

그러나, 이론과 실천의 차이에 대하여 질문을 받은 Yogi Berra가 재치있게 대답한 내용을 인용

하자면, “이론에는 차이가 없지만, 실천에는 차이가 있다.” 의료 관광으로 인하여 목적지국에 외국 자본이 유입되는 반면 그 비용은 대부분 목적지국의 빈민들 (이들 중 대부분은 정치체제로부터 어느 정도는 소외되어있는 상태이다) 이 부담하게되는 한, 이러한 규제를 행하는 주체와 의료 관광으로 부담을 지는 주체들 사이의 이익 갈등으로 인하여 이러한 규제 기회 중 상당부분이 활용되지 못할 가능성이 있다. 이러한 규제가 형식적으로 제정되더라도, 목적지국 정부가 이들을 집행할 것이라는 보장은 없다. 인도에서는 자국 정부가 의료 관광 병원이 위에 언급한 종류의 채무를 이행하도록 강제하는 데에 실패하였다는 비난이 광범위하게 제기된 바 있다.

충분한 의지를 가지고 있더라도, 기존의 국제법상 의무로 인하여 목적지국이 의료 관광 분야를 강하게 규제하는 것이 좌절될 가능성 또한 있다. 특히, 일부 목적지국은 서비스 교역에 관한 일반 협정(General Agreement on Trade in Services, 이하 GATS)에 의하여 자국의 의료서비스 분야를 의료 관광에 대하여 개방할 책임을 지기도 한다. 세계무역기구(세계 무역 Organization, 이하 WTO)를 탄생시켰던 다자간 협상인 우루과이 라운드(Uruguay Round)의 결실로 1995년 도입된 GATS는 (재화가 아닌) 서비스 교역을 자유화하는 법적 프레임워크를 만들어 내었는데, 여기에는 헬스케어 5.0(healthcare 5.0)이 포함된다. GATS는 모든 WTO 회원국에 대하여 적용되는 일반 의무를 부과하기도 하지만, 동시에 “시장 접근성” (XVI조) 및 “내국민 대우”(XVII조)에 대해서는 이 조항이 명시적으로 적용되는 것으로 규정된 일부 국가들에 대해서만 해당 의무를 부과하고 있기도 하다. “특정적 책무”라고 불리는 이러한 의무들은 특정 서비스 영역 및 특정 서비스 양식에 관련하여 만들어진 것이다 (국경을 넘는 공급, 외국에서의 소비 등). 본 논문의 목적과 관련하여, 목적지국 일부는 광범위한 의료관광 서비스를 포괄하는 “병원 서비스” 영역에 대한 “모드 2” (외국에서의 소비) 책무를 부담한 바 있다. 이와 관련된 서비스에는 수술, 진료, 산부인과, 간호, 실험, 방사선, 마취 및 재활 서비스 등을 포함한다. GATS의 특정적 책무는 규정, 규범, 절차, 결정 혹은 행정행위(연방, 주, 지방 차원에서 행하여 지는 것을 포함)를 포함하는 것으로 이해되는 “조치들”에 대하여 적용되기 때문에, 이러한 책무를 지는 국가들에게 있어 의료관광 분야에 대한 위에 언급한 방식의 규제는 WTO의 분쟁 해결절차 내에서 위법한 “무역 장벽”이라는 문제제기에 직면할 수 있고, 상당한 무역 제재조치를 불러일으킬 수 있다.

의료 관광 규제에 대한 GATS 상의 장벽도 이와 관련된 특정 책무를 지는 국가에게만 적용된다. 2001년 이후로, 모든 GATS 모드에 걸쳐, 오직 44개 회원국만이 병원 서비스에 대한 책무를 약정하였으며 29개국만이 간호사, 조산사 등에 의한 서비스에 대한 책무를 약정하였다. 더불어, GATS 가입국이 된 국가들의 경우, 목적지국의 어떠한 규제가 GATS 위반이 될 것인지의 문제는 국제 무역 전문가들이 논의할 일이겠지만, 분명한 것은 그러한 모든 규제들이 GATS 위반일리는 없다는 것이다. 예를 들어, 자국민과 외국인 모두에 대하여 특정 서비스 접근을 금지하는 것이 어떻게 무역 협정 위반이라고 생각하기는 어렵다. 그러나, GATS는 특정 형태의 규제에 대하여 특정 목적지국의 손발을 부분적으로 묶어놓게 될지도 모른다. 이러한 사정 및 목적지국에서의 이해관계 충돌이라는 현실은, 의료 관광 관련 이슈에 대한 일차적 책임을 목적지국에 부과하려는 목적으로 행해지는 생명윤리 분석의 방향을 변화시킬 수 있을 것이다.

### C. 다자간 규제

이론적으로는, 본국과 목적지국 공히 의료 관광 규제 노력을 단독으로 진행하여야 할 필연적 이유는 없다. Nathan Cortez가 주장했다시피, 각 국가는 의료 서비스 제공자 및 중개인을 규제하

고 의료전문인 자격 인정, 병원 인증, 보험, 결과 보고 및 의료 관광 산업의 제 분야를 표준화하는 데 있어 정식으로 공조할 수 있는 것이다. [\*19] 이러한 공조는 장기를 위한 의료 관광 등 양국 모두에서 불법인 의료행위를 위한 의료 관광에 대해서도 마찬가지로 가능한데, 이는 양국의 경찰조직이 초국적 구매/판매 조직에 대한 정보를 공유함으로써 가능하다. 한 국가에서는 합법이지만 다른 국가에서는 불법인 의료 관광을 억제하기 위한 다자간 공조는 그 실현이 더욱 어려운 것으로 보이는데, 이는 해당 서비스의 허용가능성에 대하여 양국이 서로 반대되는 정책적 결정을 내렸기 때문이다. 하지만 이러한 경우에도, - 일방 국가가 대가성 대리모 계약을 국내적으로는 완전히 금지하는 데 까지 나아가더라도 - 양국은 가격 상한, 특정한 고지의무에 대한 보호책, 또는 대리모 관광에 대한 심사 절차 등의 도입 여부에 대한 합의를 이루어낼 수 있다.

이러한 긍정적 전망에도 불구하고, 우리는 이러한 협정이 당연히 있을 것으로 보이는 영역에서조차 의료 서비스 교역에 관련한 다자간 무역 협정이 체결되는 것을 보지 못하였다. 미국이 북미자유무역협정(North American Free Trade Act, 이하 NAFTA)에 해당하는 의료서비스 체계를 더욱 조화롭게 만들기 위한 노력을 진행하여왔지만, 이러한 요청은 현재까지는 캐나다 및 멕시코 등의 저항에 부딪히고 있다. 유럽연합은 의료 서비스 교역에 관한 한 세계에서 가장 포괄적인 규제 체계를 보유하고 있지만 - 회원국의 국가 의료보험 체계가 다른 회원국에서의 치료에 대한 보장을 포함하고, 의사, 간호사 및 약사의 전문자격을 상호 인정하는 것을 내용으로 하고 있다 -, 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 “의료 서비스에 대한 공통의 규제 프레임워크 및 훈련과 의료행위의 공통 기준을 수립하려는 노력은 거의 진전을 보지 못하였다”는 결론을 내리면서, “의료전문인에 의한 의료 서비스 행위에 대한 규제는 회원국들 간에 많은 차이를 여전히 보이고 있다”고 결론짓고 있다.

이론적으로는 WHO가 자신이 국제보건규칙(International Health Regulations)에 기하여 보유하는 권한으로 의료 관광을 규율하는 일반 규칙을 제정하는 것이 가능하기는 하지만, 필자는 이것이 진보를 향한 길인 것인지에 대하여 회의적인 이들과 의견을 같이하며, 그러한 규칙의 제정은 질병 전파의 예방이라는 국제보건규칙의 제정의도와 목적에서 상당히 벗어나는 일이라는 생각을 가지고 있다. 이와 유사하게, UN 헌장에서의 건강 관련 인권, 경제사회 문화적 권리에 관한 국제협약(International Covenant of Economic, Social, and Cultural Rights), WHO 헌장 등에 의존하는 것은 현재까지 국제적 의료 서비스 규제에 있어 놀라울 정도로 빈약한 성과를 이루어내는 데에 그치고 있다. 의료 관광에 우호적인 수많은 강력한 조직체들이 있음을 생각해볼 때, 의료 관광 산업을 제약하는 규제 방식은 그러한 국제적 보건 규제의 출발점으로서의 실현가능성이 요원한 것으로 보인다. Gostin이 제안한 세계 보건을 위한 프레임워크 협약(Framework Convention on Global Health)에서는 의료 관광이 중요한 내용으로 포함되어 있지만, 자신도 인정했다시피 그 목적을 이루는 데에는 강력한 장애물들이 있기 때문에 중기적이고 단기적인 조치는 실현가능성이 없는 것으로 보인다.

따라서, 장기적으로는 가능할지 모르나, 중기적인 관점에서는 그러한 다자간 규제는 실현가능성이 없는 것으로 보인다.

#### D. 민간부문에 의한 규제

본 논문에서 필자는 정부 및 정부간 조직체에 의한 규제에 초점을 맞추었지만, 의료관광이 제기하는 윤리적이고 법적인 이슈 중 상당수가 민간 부문에서의 “규제”를 통하여 다루어질 수 있다는 점을 지적하고 싶다. 외국 의료시설의 현재 주된 승인 기관은 JCI는 자신의 승인 프로그램 내

에 품질보장, 의료 사고에 대한 보상 위험, 목적지국의 의료 서비스 부족에 대한 완화 등을 위한 조치를 구축해 놓을 수도 있다. 의료전문인 집단도 나름의 역할을 할 수 있다. 장기 매매를 위한 의료 관광을 비난한 이스탄불 선언(Declaration of Istanbul)에 대하여 전세계의 많은 의료전문인 조직이 지지를 표명한바 있으며, 미국 생식의학회(American Society of Reproductive Medicine)는 불임시술 관광 관행에 대한 입장 표명을 고려하고 있으며, 미국 의사협회(American Medical Association, AMA)는 더욱 일반적인 내용의 의료 관광에 대한 입장 성명을 발표한 바 있다. 이러한 종류의 지침 제공은 규범을 수립하는 데에 도움이 되지만, 통상적으로는 이러한 지침은 회원에 대한 제재조치 및 기타 직접적인 규제력에 의한 뒷받침을 받지 못한다.

Nir Eyal은 공정무역 커피의 사례를 빌려와, 의료시설에 대한 감사(audit)를 포함하며 의료 관광객에게 해당 시설이 지역민의 의료서비스 접근성에 대하여 얼마나 관심을 기울이고 있는지에 대한 정보의 제공을 포함하는 상표 부여 혹은 승인 기준, 스스로가 “세계 보건 영향 상표(Global Health Impact label)”이라고 부르는 기준의 창설을 제안한 바 있다. 나는 이러한 상표가 얼마나 효과적인지에 대해서 의문을 가지고 있는데, [\*20] 왜냐하면 의료 관광 환자들은 커피를 마시는 이들과는 상당히 다른, 훨씬 더 중요한 우선순위를 가지는 요인들(예를 들어 서비스 위치, 의사의 실력, 가격 등)을 기반으로 의료시설을 선택할 것이기 때문이다.

그렇지만, 공정하게 말하자면, 이것은 경험조사가 필요한 문제이며, Eyal의 작업은 아주 자유지상주의적인 시각을 가진 이들도 지지할 만한 ‘규제’ 형태를 보여준다는 점을 언급하여야 할 것이다. 민간부문에 의한 규제는 환영하고 지지하여야 할 일이지만, 현재 상태를 놓고 본다면 정부 혹은 정부간 조직체에 의한 의료 관광 규제에 대한 부가적 규제를 넘어 이들을 대체하기에는 부족한 것으로 보인다.

## 결론

본 논문을 통하여 필자는 미국 환자들에 의한 의료 관광에 대하여 이용 가능한 주요한 규제적 도구에 대하여 간략하게 살펴보았다. 이러한 조사가 모든 영역을 다 다루고 있는 것은 아니지만, 우리가 현재 어디까지 와 있는지를 잘 보여줄 수 있기를 필자는 바란다. 전반적인 단점을 뽑아보자면, 이 분야에서의 규제는 복잡하고, 많은 비용이 들며, 집행하기가 어렵다는 점을 들 수 있다. 그렇지만 모든 형태의 규제가 동등하게 만들어진 것은 아니며, 필자가 보기에 의료관광 규제가 더욱 쉬운 영역들도 존재한다. 본국 정부는 정부조도 및 보험업체 주도의 의료 관광을 더욱 쉽게 규제할 수 있으며, 자기비용으로 의료관광을 하는 환자들의 경우에는 형법적 제재를 사용하여 특정 형태의 우회 관광 (특히 의사조력자살을 위한 관광)을 단속하는 것이 더욱 실현 가능성이 높을 것으로 보인다. 목적지국에 의한 규제 및 다자간 규제는 물론 더욱 바람직한 것이고 그 효과도 더 높겠지만, 이러한 규제를 중기적 관점에서 실현가능하도록 만들 정치적 의지가 충분히 있는지에 대해서 필자는 회의적이다.

의료 관광에 의한 규범적/법적 질문에 관심이 있는 이들은 이러한 평가를 어떻게 받아들여야 할 것인가? 규제 시행이 어렵거나 매력적이지 않은 영역에서는, (변호사들이 쓰는 말을 빌리자면) “증거 기준”이 더욱 높아야 한다는 것이 필자의 생각이다. 즉, 필자가 일별한 난점들을 생각해 본다면, 개입을 지지하는 “의무”의 편이 이러한 영역에 있어서의 규제를 정당화하기 위해서는 특히 설득력 있는 주장이 요구되어야 한다는 것이다. 반대로 규제의 시행이 더욱 쉬운 영역에서는, 덜 설득력 있는 규범적 주장으로도 승리를 쟁취할 수 있을 것이다.

확실히 말하자면, 생명윤리에서 규제 및 규범적 접근에 관련된 고려사항으로는 위에 언급한 것들만 존재하는 것이 아니다. 비-온정적인, 소위 “자유지상주의적 온정주의”라 불리는 접근은 환자의 선택을 제한하는 접근보다 더욱 정당화하기 쉬울 것이다. 환자의 선택을 제한하는 개입 방식은 보험에 가입되지 않거나 충분한 보장을 받지 못하는 개인들에 의한 의료 관광보다는 보험업체 주도의 의료 관광의 경우에 정당화하기가 더욱 쉬울 것인데, 전자의 경우에 선택 제한적 개입방식이 도입된다면 그 환자는 어떠한 종류의 의료 서비스도 받지 못하게 될 것이기 때문이다. 목적지국 내의 활동에 대하여 목적지국의 주권과 충돌하는 개입방식은 그렇지 않은 개입방식 보다 정당화하기가 더욱 어렵다. 이 외에도 다른 구분기준들을 추가할 수 있을 것이다. 단, 더 넓은 의미에서의 요점은, 규제적 프레임과 규범적 프레임을 조합함으로써만 의료 관광에 대한 완전한 생명윤리적 분석, 정책결정자에게 명확한 의미를 지니는 분석을 만들어낼 수 있다는 것이다. 필자가 이러한 과업의 단초를 제공하였기를 희망해본다.