

비대면 진료 확대방안 연구

- 정책 방향과 과제

김대중

문선영·황재영·최혜은

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국 보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	김대중	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	문선영	한국보건사회연구원 연구원
	황재영	노인연구정보센터 소장
	최혜은	한국보건의료연구원 연구원

연구보고서 2023-15

비대면 진료 확대방안 연구

- 정책 방향과 과제

발 행 일 2023년 12월
발 행 인 이 태 수
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2023
ISBN 978-89-6827-970-6 [93510]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2023.15>

발|간|사

코로나19 이후 비대면 진료의 허용범위가 확대되면서 해외에서는 비대면 진료의 제도화가 진행 중이며, 우리나라에서도 비대면 진료의 제도화를 위해 노력을 기울이고 있는 상황이다.

본 보고서에서는 국내의 비대면 진료 제도화를 둘러싼 쟁점사항을 고찰하고, 해외의 비용효과성 관련 선행연구를 검토하였으며, 의료계 및 산업계 등 이해당사자 대상의 질적 연구를 수행하여 비대면 진료의 확대방안을 수립하였다. 최종적으로 비대면 진료에서의 참여 범위, 약 처방 및 배송, 비대면 진료 제공 플랫폼 등의 비대면 진료 구성에서의 세부 과정을 도출함으로써 사회적 효용이 높은 실행방안을 도출하고자 하였다.

연구 수행과정에서 비대면 진료 확대방안과 관련하여 자문 의견을 주시고, 전문가 델파이 조사에 흔쾌히 참여해주신 각 분야 전문가들께 깊이 감사드린다. 끝으로 보고서 작성과 관련하여 유익한 의견을 주신 이지산 교수, 박현진 박사, 김희선 박사께도 감사의 말씀을 전한다. 마지막으로 본 보고서의 내용은 본원의 공식적인 의견이 아님을 밝힌다.

2023년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수

목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요약	3
제1장 서론	21
제1절 연구의 배경 및 목적	23
제2절 연구의 내용 및 방법	24
제2장 일본의 비대면 진료 현황	29
제1절 일본의 비대면 진료 현황	31
제3장 비대면 진료의 제도화 쟁점 고찰	59
제1절 비대면 진료 참여 범위	61
제2절 비대면 진료 실행방식	67
제3절 처방전 전달 및 의약품 수령	78
제4절 수가	80
제5절 비대면 진료의 비용효과성 검토	82
제4장 비대면 진료 이해관계자 대상 질적 연구	97
제1절 조사 개요	99
제2절 분석 결과	101



제5장 비대면 진료 정책 제언	145
제1절 정책 방향	147
제2절 비대면 진료 참여 범위	150
제3절 약 처방과 배송	154
제4절 비대면 진료 플랫폼 가이드라인	160
제5절 비대면 진료 수가	162
 참고문헌	 163

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 비대면 진료 시범사업 추진방안(요약)	25
〈표 2-1〉 온라인 진료의 순서	40
〈표 2-2〉 온라인 진료를 이용하고 싶지 않거나 이용하지 않은 이유	53
〈표 3-1〉 비대면 진료 대상 초진 환자 확인 방법	62
〈표 3-2〉 비대면 의료의 초진 가능 여부에 대한 각국의 현황	64
〈표 3-3〉 한시적 비대면 진료 중개 플랫폼 가이드라인	68
〈표 3-4〉 비대면 진료 시범사업 수가 변경 고시	80
〈표 3-5〉 2021년 이후 비대면 의료의 비용효과성에 관한 해외 문헌 검토	91
〈표 4-1〉 질적 연구 참여자	100

그림 목차

[그림 2-1] 병원의 종류별로 살펴본 추계 환자 수의 연차 추이(2020년)	34
[그림 2-2] 재택 진료를 받은 추계 외래 환자 수(2020년)	35
[그림 2-3] 온라인 진료 관련 서비스 시장 규모 추이	37
[그림 2-4] 온라인 진료에서 건강상담 서비스와 온라인 진료 비율	38
[그림 2-5] 전화·온라인 진료에 대응한 의료기관 수의 추이(2020년 4월~2021년 4월)	45
[그림 2-6] 초진부터 전화 및 온라인 진료를 실시한 의료기관 수 (2020년 4월~2021년 3월)	46
[그림 2-7] 초진부터 전화·온라인 진료를 실시한 건수(2020년 4월~2021년 3월)	47
[그림 2-8] 연령별 진료자 수(2021년 1월~3월)	48
[그림 2-9] 주요한 질환과 증후의 보고 건수	49
[그림 2-10] 처방된 주요 의약품(분류별, 1월~3월)	50
[그림 2-11] 온라인 진료에 대한 인지와 경험	51
[그림 2-12] 온라인 진료를 받은 진료과	52
[그림 2-13] 온라인 진료 활용 시간	53
[그림 2-14] 온라인 진료의 보금이 정체되는 이유	54
[그림 2-15] 온라인 진료 도입 검토 여부	55
[그림 2-16] 향후 온라인 보금을 효과적으로 하기 위해서 필요한 시책	56



Abstract

A Study of Ways to Expand Telemedicine: Policy Strategies and Tasks

Project Head: Daejung Kim

After COVID-19, the scope of telemedicine has expanded in some foreign countries, becoming increasingly institutionalized. Korea is also actively working toward the institutionalization of telemedicine. There remain various issues, including those concerning first visits, the telemedicine platform system, service provision and form, drug prescription and delivery, fees, and legal responsibility.

In Japan and France, telemedicine has been fully expanded in the wake of COVID-19, and even first consultations can be delivered via telemedicine based on the doctor's judgment. This study proposes that for Korea, telemedicine should, in principle, cover second consultations onward. However, exceptions should also be made out where physicians are allowed to conduct first consultations via telemedicine at their discretion.

Regarding medication delivery, considerations should be given to instituting the receiver's identity verification, ensuring stability in the drug delivery and delivery process, and preventing violations of contraindications occurring due to pre-

2 비대면 진료 확대방안 연구: 정책 방향과 과제

scription errors.

Regarding telemedicine platforms, it is necessary for relevant ministries and agencies to present management and supervision plans on reporting, sanctioning, and regulating violations so that platform stakeholders keep themselves aware of having to maintain order in the health care market and comply with health care laws and regulations.

Key words : Telemedicine, Institutionalization issues, scope of participation, prescription and delivery, platform



요약

1. 연구의 배경 및 목적

가. 연구의 필요성

- 코로나19(COVID-19) 이후 비대면 진료의 허용범위가 확대되면서 해외에서는 비대면 진료의 제도화가 진행 중이며, 우리나라에서도 비대면 진료의 제도화를 위해 노력을 기울이고 있음.
- 참여자의 권리 및 의무에 대한 규정, 비대면 진료의 참여 범위, 비대면 진료 제공 플랫폼, 시설, 인력 등의 인프라, 지불체계에 대한 구체화 논의가 필요함.
 - 참여 범위: 대면 진료 접근성이 취약한 계층으로 한정할지, 일반 국민으로 확대할지 결정해야 함.
 - 인프라: 의약품 처방 및 배송과 관련한 하드웨어 및 소프트웨어 가이드라인을 마련해야 함.
 - 지불보상: 대면 진료 대비 비대면 진료의 수가 책정 방안을 마련해야 함.

나. 연구 목적

- 비대면 진료 제도화를 둘러싼 쟁점사항 고찰
 - 현재 비대면 진료 입법화를 위한 노력이 진행되고 있음. 이에 비대면 진료 제도화를 둘러싼 쟁점사항 고찰, 비용효과성 관련 선행연구 검토, 이해당사자 대상 질적 연구를 수행하여 비대면 진료의 확대방안을 수립하고자 함.

4 비대면 진료 확대방안 연구: 정책 방향과 과제

□ 비대면 진료 세부 과제 도출

- 비대면 진료 구성과 관련한 세부 과제를 도출함으로써 사회적 효용이 높은 실행방안을 도출하고자 하였음.

2. 주요 연구 결과

□ 비대면 진료 해외 사례(일본)

- 일본에서는 비대면 진료와 관련해 ‘온라인 진료 그 외 원격 의료의 추진을 위한 기본방침’을 제시하고 실제 진료에 관한 내용은 ‘온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침’에서 제시함. 온라인 진료에서 질환별 혹은 환자의 상황에 따른 상세한 강제적인 규정은 없으며, ‘온라인 진료 그 외 원격 의료의 추진을 위한 기본방침’과 ‘온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침’은 권고 사항 정도의 수준으로 적용함.
- 일본 온라인 진료의 시장 규모는 2018년 123억 엔에서 2022년에는 약 170억 엔으로 성장하였고, 2030년에는 292억 엔으로 성장할 것으로 예상되나, 현재 온라인 진료 시장은 혼돈기로 인터넷 앱 등의 관련 산업은 활성화되지 않음.
- 온라인 진료 이용 현황은 매우 완만하게 증가하는 추세임. 2021년도 기준으로 온라인 진료를 신청한 의료기관은 약 18%, 초진부터 온라인 진료를 시행하는 의료기관은 약 8%였음. 또한 전화 진료가 약 80%를 차지하였고, 40세 이하 환자가 약 4분의 3을 차지하여, 연령이 높으면 높을수록 그 비율은 낮았음.
- 후생노동성의 온라인 진료에 관한 환자 의식 조사를 살펴보면, 온

라인 진료를 받은 환자의 70% 이상이 ‘진료 시간을 자신이 상황에 맞출 수 있었다’, ‘대기시간이 줄었다’, ‘마음 편하게 진료를 받을 수 있었다’고 긍정적인 반응을 보였음.

- 회사원에 대한 의식 조사에서는 비대면 진료 이용 시간에 대해서, ‘점심시간/휴식 중’(25.0%)이라는 응답이 가장 많았고, 다음으로 ‘일하는 중간에 이동할 때나 틈틈이’(17.7%)라고 답한 응답자가 많았음. 진료과목으로는 내과, 피부과, 부인과, 이비인후과가 많았음. 한편 온라인 진료를 이용하고 싶지 않다는 응답도 56.3%로 높았고, 그 이유로는 진료의 충실성과 안심성 등이 지적됨.
- 의료진의 시각은 환자와 달리 부정적인 경향을 드러냈음. 치과 개업의사들의 의식 조사에서 ‘향후 검토할 의향이 없다’는 대답이 67%로 절반 이상을 차지함. ‘어떻게 하면 온라인 진료가 보급된다고 생각하는가’라는 질문에는 ‘진료 수가, 규제에 관한 과제’를 대답하는 의사도 많았지만, ‘무료로 사용할 수 있는 시스템 구축’, ‘사용법이 간단한 시스템 구축’이 필요하다는 시스템에 대한 지적이 62%를 차지했음.

□ 비대면 진료의 제도화를 둘러싼 쟁점사항 고찰

- 초진 적용 여부, 비대면 진료 플랫폼 제도, 서비스 제공 및 형태, 약 처방 및 배송, 수가 및 법적 책임에 관하여 쟁점이 존재함.
 - 초진 적용 여부
 - 우리나라에서는 의료법상 명확히 구분되어 있지 않으나, 건강보험심사평가원의 수가 산정 기준에 따라 ‘해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료받은 경험

없는 환자'를 초진으로 간주함.

- 일본, 호주의 경우 비대면 초진이 가능하나 지난 진료기록이 있어야 적용할 수 있으며, 호주의 경우 동일 상병으로 제한하고 있음. 프랑스, 미국, 영국, 독일의 경우 주치의 등의 제한이 없으나 국가별 규제기관 및 조건이 상이함. 이탈리아의 경우 진단이 확정된 환자에 대한 원격 모니터링만 제한적으로만 허용됨.
- 환자 자격의 제한은 일본, 프랑스, 미국, 영국, 독일 등의 경우 코로나19 이후 대부분 제한이 해제되었고, 질환군의 경우 재택 치료를 받는 환자 및 만성질환, 소아과 등 국가별 및 주별로 다양하게 적용되고 있음.
- 플랫폼 보완 사항
 - 국내의 경우 2022년에 비대면 진료 플랫폼 가이드라인을 고시하였으며 플랫폼의 중개 서비스 제공에 따른 이용자의 의약품 오남용, 환자의 선택권 제한 등의 항목에 중점을 둬.
 - 해외의 경우 국영 기업 개발 및 운영(호주, 아르헨티나, 캐나다, 독일 일부) 사례가 있으나, 미국, 일본, 중국, 아일랜드, 스웨덴 등 상당수의 국가가 민간기업에서 플랫폼을 개발하고 정부의 인증을 별도로 받지 않고 있음.
 - 개인정보 보호를 위하여 독일, 프랑스에서는 의료 데이터 보호 및 보안 측면에 대한 교육 또는 가이드라인을 제공하고 있으며, 비대면 진료 서비스를 제공하는 대부분의 국가에서는 환자 개인정보 보호 가이드라인을 제정하고 관련 법제도를 구축하고 있음.

- 서비스 제공 방법 및 형태

- 2023년 6월 비대면 진료 시범사업에서는, 비대면 진료는 화상 진료를 원칙으로 하고, 화상 진료가 불가능한 경우에만 예외적으로 음성 전화를 통하도록 하였음.
- (서비스 제공 방법) 미국의 경우 화상 진료가 기본이었으나 코로나19 이후에 전화, 이메일 등이 비대면 진료 방식에 추가되었음. 영국의 경우 디지털 격차를 고려하여 코로나19 이전부터 전화를 비대면 진료 제공 방법으로 사용함. 일본 및 캐나다 등에서도 코로나19 이후 화상채팅 애플리케이션 및 전화 진료가 허용되는 등 서비스 제공 방법이 유연해졌음.
- (서비스 제공 형태) 영국, 오스트리아 등 유럽의 많은 국가에서 환자 비대면 모니터링 프로그램을 운영하고 있으며, 일본의 경우는 비대면 진료를 의료기관 간 비대면 진료 및 의료기관과 환자 간 비대면 진료로 엄격히 분류함. 프랑스의 경우는 비대면 진료 행위를 5가지로 세분화하여 비대면 상담, 비대면 자문, 비대면 모니터링, 비대면 의료지원, 응급상황에 대한 서비스로 구성하였음.

- 약 처방 및 배송

- 일본의 경우 일반의약품은 원격 복약지도 및 배송이 가능하며, 마약 및 향정신성 약물은 비대면 처방을 금하고 있음. 프랑스 및 영국의 경우 실물 약국이 있는 경우에 한하여 일반 및 처방의약품의 온라인 판매 및 배송을 허용하였음. 미국의 경우에는 코로나 이후 미국마약단속국(DEA) 및 약물남용정

8 비대면 진료 확대방안 연구: 정책 방향과 과제

신건강서비스국(SAMHSA)에서 제한하는 의약품 외에는 배송이 가능함.

- 수가 관련

- 국내의 경우 비대면 진료 시범사업에 의거하여 ‘비대면 진료 시범사업 관리료’를 신설하여 초진 환자에 대해서는 초진 진찰료 및 비대면 진료 시범사업 관리료를 청구하고, 재진 환자에 대해서는 재진 진찰료와 비대면 진료 시범사업 관리료를 청구함.
- 일본의 경우 2022년 비대면 진료 초진에 대한 수가를 공식적으로 신설하였고, 호주의 경우 대면 진료의 50%로 수가를 책정하였으나 진료과목 및 상담시간에 따른 차등이 존재함. 독일의 경우 공적 의료보험(GKV)에서 헬스케어 애플리케이션이 수가를 받을 수 있도록 개정하는 작업을 진행하고 있음.

- 법적 책임

- 프랑스의 경우 비대면 진료에서 이해관계자 간 법적 책임 의무 사항을 당사자 간 계약으로 정하도록 하고 있음. 호주, 캐나다 등에서는 비대면 의료와 관련된 가이드라인을 제공하고 있으며 미국, 캐나다, 프랑스에서는 전문인 배상 책임보험 가입을 의무화하거나 권고함. 미국, 일본, 호주 등에서는 비대면 의료 시행 이전에 절차적 요건으로 책임 분담에 대한 사전 동의를 서명 또는 구두로 받고 있음.

□ 비대면 진료의 비용효과성 검토

○ 진료 및 진단

- 질환별 비용효과성 검토

- 미국에서 당뇨병성 망막병증 등을 비산동 원격 장비를 통하여 검사하는 프로그램을 연구한 결과에 따르면, 해당 프로그램이 대면 진료에 비하여 더욱 비용 효과적인 것으로 나타났으며, 특히 의료 서비스가 낙후된 지역에 거주하는 사람들에게 상당한 사회적인 이점을 제공할 수 있다고 주장함.
- 중국의 폐쇄성 수면 무호흡증(OSA) 환자를 대상으로 한 비용효과성 연구에서는 비대면 진료가 대면 의료에 비하여 더 많은 진료 횟수에도 불구하고 더욱 비용 효과적인 것으로 나타났으며, 병원 방문에 소요되는 비용적·시간적 측면뿐만 아니라 진단 방법을 수면다원검사에서 가정용 수면 모니터링 장비로 전환함으로써 생기는 비용적 이점이 나타남.
- 프랑스에서는 요양원에 거주하는 노인들의 갑작스러운 입원을 방지하기 위한 비대면 의료 프로그램의 비용효과성을 추정하였는데, 이 프로그램 통해 계획되지 않은 입원의 비율이 유의하게 감소하였고 이에 따른 비용 또한 함께 감소한 것으로 나타남.

- 사회경제적 비용효과성 검토

- 캐나다에서는 비대면 진료의 도입이 미칠 수 있는 사회경제적 영향에 대해 분석하였는데, 비대면 진료가 확대될 경우 환자가 병원에 방문해야 하는 시간이 줄어드는 시간의 경제적 가치, 응급실 방문 횟수의 감소 및 외래 취소에 따른 직접

적 의료비용 절감, 일차진료에 대한 접근성 향상이라는 가치 측면에서 긍정적 영향을 미칠 수 있다고 주장함.

- 요르단의 한 연구에서는, 소아 천식을 약사가 관리하였을 때 임상적 결과가 호전되었을 뿐만 아니라 부모의 임금 손실과 경제적 부담이 줄어들어 일반적인 진료에 비하여 비용효과성이 높은 것으로 나타남.
- 미국의 경우 낙후된 시골 지역에서의 완화의료를 위하여 비대면 호스피스(TeleHospice)를 개발 및 도입하였는데, 도입 결과 의료진의 이동비용을 포함하여 다양한 부문에서 비용 절감 효과가 있었음.

○ 사후 및 만성질환 모니터링

- 디지털 당뇨 예방 프로그램(digital Diabetes Prevention Program, d-DPP)은 당뇨 환자를 위한 모니터링 프로그램으로 기존의 소그룹교육(small group education) 개입 방법에 비해 비용효과성이 높은 것으로 드러남.
- 독일의 심혈관 질환 환자를 대상으로 한 원격 모니터링 프로그램(NICC)은 24시간 운영되는 콜센터를 통한 환자 지원, 통합 진료 네트워크 및 환자를 위한 지침을 제공함. NICC는 더 높은 삶의 질과 건강을 제공했으며, 환자가 2,000명 이상일 때 연간 11,000유로 이상의 비용을 지불하는 환자에게는 일반적 진료 방식에 비해 더 높은 비용효율성을 나타냄.
- 프랑스의 SCAD 프로그램은 심부전 환자를 위한 가장 크고 오래된 대화형 원격 모니터링 프로그램으로, 일반적인 진료 방

식에 비하여 매우 비용 효과적인 것으로 드러남. 이 프로그램은 11,800유로 이상의 비용을 지불할 때 비용 효과적이었으며, 더 많은 병원에서 더 많은 환자를 대상으로 SCAD 프로그램을 수행하게 된다면 비용효과성은 더욱 상승할 것이라고 주장함.

- Corrie는 존스홉킨스대학과 애플사의 환자, 연구원, 디자이너, 엔지니어 및 의사가 협력하여 개발한 스마트폰 기반 앱으로, 스마트워치 및 무선 혈압 모니터로 구성되어 약물 추적, 교육, 활력 징후를 모니터링하고 치료에 대한 개입을 지원함. 급성 심근경색 이후 Corrie의 활용은 일반적인 치료 방식에 비하여 비용효과성이 뛰어난 것으로 나타남.
- (사후관리) Mayo Clinic에서는 일반외과·신경외과·성형외과·흉부외과·비뇨기과에서 수술받은 환자를 대상으로, 수술 이후 관리에 비대면 화상 의료를 도입함. 그 결과 병원에 직접 방문한 외래 환자보다 비대면 의료를 통해 후속조치를 받은 환자들이 상당한 비용 절감 효과와 높은 만족도를 느끼는 것으로 나타남.

○ 협진

- (뇌졸중) 영국의 뇌졸중 환자를 위한 비대면 협진 시스템은 뇌졸중 전문의가 없는 지역에서 뇌졸중 전문 센터와 비전문 센터를 연결하여 뇌졸중 전문의의 조언을 제공하며 빠르게 혈전용해제를 사용할 수 있게 함. 이러한 뇌졸중 비대면 협진은 건강보험과 복지비용을 절감하는 방향에서 비용효과성이 높았음. 호주 빅토리아 지역의 VST(Victorian Stroke Telemedicine) 프로그램은 영국의 뇌졸중 비대면 협진 시스템과 유사한 프로

그럼으로, VST는 비용을 절감하거나 비용 효과적인 것으로 나타났으며, 급성기 뇌졸중 치료를 위하여 더 광범위한 구현이 필요함을 시사함.

- 브라질에서는 연방 정부와 연방 보건부, 그리고 병원과의 파트너십을 통해 실시간 비대면 안과 진료(TeleOftalmo)를 제공하며, 자격이 있는 환자는 원격 진료소가 있는 1차 의료기관에 방문하여 간호사에 의한 시력 테스트, 굴절 및 안압 측정, 안저 촬영 등의 다양한 안과 관련 검사를 받을 수 있으며 수집된 자료는 원격 안과 의사에 의해 분석되고, 분석 결과가 플랫폼에 업로드되면 주치의가 내용을 확인하여 활용함. 연구 결과, 대면 안과 진료와 비대면 안과 진료에서 환자가 체감하는 효용성은 큰 차이가 없었으나 비대면 안과 진료는 비용적 측면에서 더 효율적이었음.

○ 결론

- 비대면 진료의 비용에 관한 연구는 질보정생존기간(quality-adjusted life year, QALY) 대비 비용을 측정하는 방식으로 주로 비용-효과 분석(cost-effectiveness analysis, CEA), 비용-편익 분석(cost-benefit analysis, CBA)을 사용함.
- 비용을 측정하는 방식을 직접비용과 간접비용으로 구분하여 부담 주체가 환자일 경우 직접비용은 의료비뿐만 아니라 진찰을 위해 이동하는 교통비, 숙박비, 식비를 포함하고, 비대면 의료일 경우 진찰을 위한 전화비와 약 배송을 위한 배송비 등을 포함하였음. 간접비용은 방문 등에 소요되는 시간과 기회비용을 포함함. 부담 주체가 병원 또는 의료진일 경우에는 직접비

용에 의사의 임금 및 약품 등과 관련된 비용, 협진과 관련된 의사, 간호사 및 응급서비스 관련 추가 비용을 포함하였으며, 간접비용 측정 시에는 진료 및 진료로 인한 사후관리에 소요되는 시간 등도 고려하였음.

- 비대면 진료의 형태로는 진료 또는 진단, 사후·만성 질환 모니터링, 그리고 협진 등이 다루어졌으며, 비대면 진료와 비용의 관계에 관한 연구는 심혈관, 내분비, 소화기, 호흡기 등 내과 과목을 비롯하여 안과, 정형외과, 응급의학과, 정신과, 재활의학과 등 다양한 진료과목에서 다루어지고 있었음.
- 비대면 진료의 비용효과성 연구를 진료과목별로 살펴보면, 심혈관내과가 총 7건으로 가장 많았고, 호흡기내과가 3건이었음. 내분비내과와 안과는 각 2건이었으며, 소화기내과·소아과·노인과·외과·정형외과·호스피스 과목은 1건이었음. 모든 내과 과목을 합치면 총 13건으로, 특히 당뇨 또는 만성폐쇄성 폐질환 등 만성질환을 진료하고 모니터링하는 데 비대면 진료의 비용효과성이 뛰어났음.
- 대부분의 연구에서 비대면 진료가 대면 의료에 비해 비용효과성이 높게 나타났음. 또한, 비대면 진료가 확대될 경우 비용 임계점이 낮아짐에 따라 비용효과성이 증가하였으며, 특히 의료 인프라가 부족한 낙후 지역에서의 비대면 의료 도입은 개인적 측면뿐만 아니라 사회적 비용을 감소시켜 진단 및 치료, 사후 관리에서 효율이 높았음. 그러나 대부분의 연구에서는 짧은 코호트 기간과 한정된 지역(병원)에서의 연구로 인한 적은 수의 표본 등이 갖는 한계를 지적함.

□ 비대면 진료 관련 이해관계자 대상 질적 면담 연구

○ 비대면 진료 참여 범위

- 의사단체, 약사단체, 산업계, 기타 의료계의 FGI 참여자들은 비대면 진료의 참여 범위에 대해서 상이한 의견을 보였음. 비대면 진료 시범사업의 범위에 대해 의사단체는 최소한의 범위 안(특정 질환, 재진)에서 진행되어야 한다는 의견을 제시하였고, 산업계는 최소한의 제한기준을 제외한 범위 안(경증 포함, 초진 범위 확대)에서 진행되어야 한다는 의견을 제시함. 또한 우리나라에서 비대면 진료에 대한 수요가 있는지에 대해서도 불필요하다는 의견부터 소비자들의 선택권을 보장해야 한다는 의견까지 다양한 의견이 제시되어 수렴이 이루어지지 않음.
- (의사단체) 비대면 진료의 참여 범위에 대해서 최대한 보수적인 관점에서 시범사업이 단계적으로 운영될 필요성이 있다고 이야기하였음. 또한, 시범사업 결과의 데이터 및 리뷰에 대해서는, 실질적인 비대면 진료의 당위성이 명확한 기준에 근거하여 정확하게 포함되어야 하고, 모든 이해관계자들에게 공유되어야 한다는 견해를 제시함.
- (약사단체) 비대면 진료의 참여 범위에 대해서 초진, 재진을 떠나서 일반 국민들에게 비대면 진료의 수요 및 공급적인 필요성 측면에서 접근할 필요성이 있다는 의견을 제시하였고, 시범사업 통계 데이터를 기반으로 세부적인 검증을 요구하였으며, 시범사업 및 비대면 진료 추진사업은 정부 주도하에서 이루어질 것을 요구함.
- (산업계 및 기타단체) 현실적으로 경증 환자는 의료진의 판

단하에 초진을 허용할 필요성이 있다는 의견을 제시함. 비대면 진료 추진의 기조에 따르면 반드시 막아야 하는 최소한의 규제만 두고 운영해야 하고, 수요도 시행 이후에 판단할 수 있다는 의견을 제시함. 이외에 비대면 진료의 책임 소재는 환자와 의사 모두 선택한 사람이 져야 할 것이고, 약사단체 의견에서 나왔던 것과 동일하게 정부 주도의 공적 처방 전달 시스템으로 진행되어야 비대면 진료의 확대가 가능할 것이라고 함.

- 공통적 견해로 비대면 진료에 대한 연구 및 시범운영이 가시적인 성과를 이루지 못하였기에 정부가 주도적으로 본 비대면 진료 시범사업 기준정립 및 향후 컨트롤타워 역할을 수행해야 할 필요성을 제시함. 체계적이고 구체적인 가이드라인을 구축하고 평가기준을 제시해서 모든 이해관계자들이 시범사업의 결과를 공유·공감할 수 있어야 비대면 진료 확대의 가능성이 높아질 것이라고 하였음.

○ 약 처방 및 배송

- 약 처방 및 배송과 관련해서 약사단체를 제외하고 모두 비대면 진료와 약 배송은 함께 가야 한다는 의견을 제시함. 대체조제로 인한 상업적 이용 및 소비자의 불이익 발생 가능성이 제시되었고, 특히 약 배송에 대해서 공통적으로 약 관리의 안정성·개인 정보 유출 우려·본인 확인 수령·지역 약국의 몰락 등의 우려를 제시하였음. 이러한 문제점들에 대한 대응 방안으로 약 조제방식 변경(통조제, PTP 등), 국가에서 플랫폼 권한 관리, 정확한 본인인증 확인 시스템 구축, 약 수령자 기준의 근거리 지역 약국에 처방전 전달 등 약 배송에 대한 다양한 의견이 도출됨.

- (의사단체) 의사단체의 FGI 참여자들은 약 처방과 배송에 대해서, 대체조제는 약국의 상업적 이용수단(저가 약 대체조제로 인센티브 및 미수행 후 복약지도료 수령 등)으로 악용될 수 있기 때문에 부적절하다는 의견을 제시함. 약 배송은 앱 개발을 통해 약 처방 지역 약국을 지정하면 기술적인 부분에서는 큰 문제가 없지만, 악의적 약 배송 가능성과 위험이 있다는 의견이 제시됨.
- (약사단체) 약사단체의 FGI 참여자들은 약 배송으로 인한 다양한 위험성이 있어 대면 수령해야 한다는 입장임. 우리나라의 경우 약국 인프라가 잘 갖춰져 있어 굳이 약 배송을 할 필요성이 없다는 것임. 만약 약 배송을 한다면 약 배송 거리 제한·지역배송 및 본인수령 확인·개인정보 유출 방지대책을 강구해야 한다고 주장함.
- (산업계 및 기타단체) 산업계의 FGI 참여자들은 약 처방 및 배송에 대해서 모두 약 배송은 필요하다고 하였으나, 대신 약사들의 사후관리 복약지도의 중요성 및 책임이 수반되어야 한다고 주장함. 또한 약사회 인프라 정보를 플랫폼에서 API 형태로 사업자가 사용하는 협업 관계를 구축하면 서로에게 비용 절감 효과가 있을 것으로 예측함. 공적 처방 전달 시스템을 활용하여 약의 안정성과 개인정보 보호 측면에 대해서도 강조하였음. 기타 관련 FGI 참여자들은 약 처방 및 배송에 대해서 모두 긍정적인 의견을 제시하였고, 쏠림 현상에 대한 우려에 대해서는 모두 공감했지만 큰 문제 없이 지역 약국 중심 처방 등으로 해결 가능하다고 보았음. 또한 편의성 측면에서 플러스가 될 것이라는 견해가 있었으나, 한편

으로 소규모 지역 약국은 약 관리의 안정성 측면에서 부족할 수 있으므로 우리나라 약국의 대형화가 필요하다는 의견도 제시됨.

○ 비대면 진료 확대를 위한 정책적 운영 방향

- 비대면 진료 확대를 위한 운영 방향에 대한 견해로는 다음의 것들이 제시됨. 합리적인 수가체계 기준 마련, 비대면 진료 확대 부작용에 대한 사전적 제도적 장치 마련, 해외시장을 기반으로 비대면 진료 확대 검토, 실질적인 원격 진료가 가능하도록 기술개발 필요, 비대면 진료 효과를 입증할 수 있는 데이터 분석 결과 필요, 환자 본인 확인 관련 보안책 마련, 비대면 진료 참여에 대한 강력한 거버넌스를 구축하여 의식 전환, EMR 시스템 연동 등의 의견이 도출됨.
- (의사단체) 시범운영되고 있는 비대면 진료에서의 수가체계가 부적절하다는 의견이 있었으며, 특히 약국에서의 비대면 조제 시범사업 관리료가 과다하다고 지적함. 다른 나라에서 진행되고 있는 수가 운영정책을 참고해서 적절한 수가 기준을 마련할 것을 요구하였음. 비대면 진료로 인한 의료전달체계의 쏠림 현상 확대 및 지나친 비대면 진료 확대로 인한 부작용에 대한 우려 의견이 제시됨. 사후관리가 아닌 사전 대비를 위한 비대면 진료 시 본인 부담률을 높이는 등 제도적 방지책 마련이 필요할 것이라고 하였음. 우리나라는 의료강국의 강점을 살려 해외 비대면 진료 확대방안 시범사업을 추진하는 것이 필요하다고 하였음.
- (약사단체) 향후 비대면 진료 확대의 방향성에 대해, 단순한 진료가 아닌 기술이 뒷받침되는 실질적인 원격 진료 수준으

로의 발전이 필요하다고 하였음. 비대면 진료 효과를 입증할 수 있는 다양한 데이터 분석 결과를 제시하는 것이 필요하며, 향후 질환 유형별로 명확한 가이드라인을 기준으로 지속적으로 시범 운영해야 하고, 그 결과 얼마만큼의 긍정적 효과가 있었는지 다각적인 분석을 통해 입증해 나가야 한다는 의견이 있었음.

- (산업계 및 기타단체) 산업계에서 비대면 진료 시 및 약 배송 수령 시 환자 본인 확인에 대한 기술적 노력이 현재 이루어지고 있으며, 향후에도 지속적으로 노력할 필요가 있다고 함. 비대면 진료를 확대하기 위해서는 단순한 원천적 기술이 아닌, 원격으로도 의사들이 대면으로 환자를 진찰하는 수준과 유사한 수준으로 측정할 수 있도록 구현해주는 기술개발이 필요하다고 함. 또 비대면 진료를 활성화하기 위해서 EMR 시스템 연동이 이루어져야 하고, 비대면 진료시간을 제한하는 것도 필요할 것이라는 의견이 있었음. 비대면 진료 확대 시 3차 병원 쏠림 현상 이슈가 아닌 2차 병원 간의 심한 경쟁체계가 우려되며, 향후 정부 주도하에 환자 진료의 주체인 의사협회에서 주도적으로 가이드라인을 마련하고 적극적으로 제시할 것을 제안함.

3. 결론 및 시사점

□ 비대면 진료의 참여 범위에 대한 정책 제언

- 일본과 프랑스에서는 코로나19를 겪으면서 비대면 진료가 전면 확대되었음. 특히 초진에 대해서 획일적인 기준을 적용하는 것이 아니라 의사의 판단에 따라 초진도 가능하도록 함.

- 우리나라에서도 초진에 대해 다양한 예외적인 상황을 둔 해외 사례 등을 검토할 필요가 있음.
- 재진을 원칙으로 하되, 초진이 가능한 범위에 대해서는 의료진의 판단에 따라 예외적인 상황을 적시하여 추가하고 의사의 판단에 따라 실시 가능 여부를 결정하도록 하는 것을 제안함.

□ 약 처방 및 배송 관련 정책 제언

- 배달을 통해 약을 전달받는 조건에서 복약순응도를 증가시키기 위해서는 의료전문가와와의 더 밀접한 의사소통이 필수적이며, 지역 약국을 이용하는 것 대비 금전적, 시간적, 거리적 측면에서 이점이 있어야 함.
- 프랑스에서와 같이 약사에 의한 의약품 직접 전달 제도(dispensation à domicile)(R. 5125-50 et seq. FPHC))의 도입을 검토해볼 필요가 있음.
- 비대면 방식의 의약품 배달과 관련한 검토사항으로 본인 확인절차 추가, 의약품 배송 및 전달 과정에서의 안정성 확보, 처방 오류 등으로 인하여 발생하는 복용 금기 위반 예방 등이 있음.
 - 장기처방의약품에 대해 약물 부작용, 복용 위반사항 확인 및 잔여량 체크를 통한 복약순응도 확인 등의 절차를 추가할 수 있음.

□ 플랫폼 관련 정책 제언

- 가이드라인의 구체성이 강화되어야 하며, 현재 가이드라인 위반에 대한 대책 사항이 전무하므로 벌칙 마련 등이 필요함.

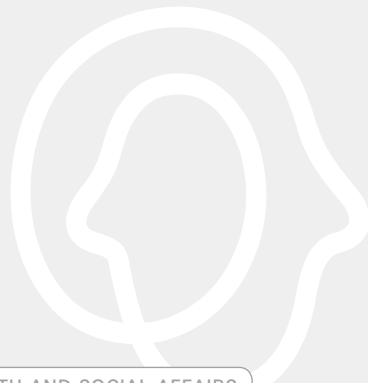
- 가이드라인의 필요성, 용어의 개념 및 관련 사례, 법과 관련된 사항, 이해관계자의 FAQ 등 구체성 강화가 요구됨.
 - 현행 가이드라인은 개인정보보호법, 의료법, 약사법 등의 법령을 포함하고 있으나 정보통신망법, 전자상거래 등에서의 소비자 보호에 관한 법률, 통신비밀보호법 등이 추가되어야 할 것임
 - 플랫폼 이해관계자들이 보건의료법령 준수와 관련해 경각심을 가질 수 있도록 관련 부서의 관리감독 계획 및 위반 시 신고, 벌칙, 제재 범위를 제시하여야 함.
- 가이드라인에 대한 문의처 및 활용방안에 대한 신문고 등 안내가 필요함.
- 가이드라인이 이해관계자 등의 의견을 수렴하여 개선될 수 있도록 문의처 등의 안내가 구체적으로 명시되어야 함.
- 가이드라인 내용에 비대면 진료의 목적과 지향점 항목이 추가되어 디지털 리터러시를 고려한 플랫폼이 개발되어야 할 것임.
- 디지털 건강 형평성 및 문해력을 고려한 사용자 친화적인 플랫폼을 설계해야 함.
 - 플랫폼의 기능(EHR 통합, 연결된 의료기기 고려 등), 사용자 친화성 및 호환성, 데이터 보안, 고객지원 및 비용효율성을 고려한 플랫폼 개발이 요구됨.

주요 용어 : 비대면 진료, 제도화 쟁점, 참여 범위, 약 처방 및 배송, 플랫폼

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

코로나19(Covid-19) 상황에서 비대면 진료의 허용범위가 크게 확대된 이후, 우리나라를 비롯한 주요 외국에서는 현장에서 정착되기 시작한 비대면 진료를 확대하여 제도화하기 위한 노력을 기울이고 있다. 국내의 경우 비대면 진료의 도입에 있어서 여전히 의료계의 반대가 있으나, 정부는 2023년 6월 1일부터 재진 환자 중심으로 운영, 의원급 의료기관 중심으로 실시, 예외적인 경우를 제외하고 약 배송 금지 등을 골자로 하는 비대면 진료 시범사업을 실시하고 있다.

비대면 진료를 제도화하기 위해서는 법률적인 면에서 참여자의 권리와 의무에 대한 규정이 필요하고, 비대면 진료 참여 범위, 비대면 진료 제공 플랫폼, 시설, 인력 등의 인프라 문제, 지불체계 등 세부적인 사항에 대해서도 구체화가 필요하다.

비대면 진료 참여 범위의 경우, 비대면 진료 대상을 대면 진료 접근성이 취약한 계층으로 한정할 것인지, 일반 국민에게도 접근하도록 허용할 것인지 결정해야 한다.

인프라의 경우, 비대면 진료에 접근할 수 있도록 하드웨어적인 측면과 소프트웨어적인 측면에서의 규정과 가이드라인이 필요하다. 시범사업 이전까지는 비대면 진료 플랫폼이 중심이 되어 서비스를 제공하였으나, 기존 플랫폼과는 다른 방식의 서비스 제공 방안도 검토해 볼 수 있다.

지불보상 측면에서는 현재 비대면 진료는 대면 진료 수가(기존 진찰료) + 대면 진료 수가의 30%(시범사업 관리료)를 가산하는 형태로 운영되고

있으나, 대다수 국가에서는 대면 진료와 동등한 수가를 책정하였으며 일부 국가는 대면 진료보다 비대면 진료의 수가가 낮다(호주 50%, 일본 87%, 프랑스 70%). 비대면 진료 수가의 방향에 대해서도 검토가 필요하다.

현재 입법화를 위한 노력이 진행되고 있기 때문에 본 연구에서는 비대면 진료 제도화와 관련해 쟁점이 되는 사항들을 고찰하고, 비대면 진료의 비용효과성 관련 선행연구 검토, 직접적인 이해 당사자인 의사, 약사, 산업계의 이해관계자를 대상으로 비대면 진료를 확대하기 위해 필요한 사항이 무엇인지 질적 연구를 통해 의견을 수렴하고자 하였다. 이를 바탕으로 연구진은 비대면 진료의 정책 방향과 과제를 도출하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 방법 틀(Framework)

본 연구의 연구 방법 틀은 다음과 같다. 먼저, 보건복지부가 2023년 6월 1일 발표한 비대면 진료 시범사업의 내용을 기준으로 비대면 진료의 제도화와 관련한 쟁점사항을 고찰한다. 다음으로 비대면 진료 비용효과성 분석, 이해관계자 대상 질적 연구를 수행한다.

〈표 1-1〉 비대면 진료 시범사업 추진방안(요약)

구분		내용		
참여 범위	의원급	재진 원칙	대면 진료 경험자	해당 의료기관에서 해당 질환에 대해 1회 이상 대면 진료한 경험(만성질환자 1년 이내, 그 외 환자 30일 이내)이 있는 재진 환자
				※ 소아 환자(만 18세 미만)도 대면 진료 이후의 비대면 진료(재진)를 원칙으로 하되, 휴일·야간에 한해 대면 진료 기록이 없더라도 비대면 진료를 통한 의학적 상담은 가능(처방 불가)
		초진도 허용	섬·벽지 환자	섬·벽지 지역(「보험료 경감고시」) 거주자
	거동 불편자		▶ 만 65세 이상 노인(장기요양 등급자에 한함) ▶ 장애인(「장애인복지법」상 등록장애인)	
		감염병 확진 환자	감염병예방법상 1급 또는 2급 감염병으로 확진되어 격리(권고 포함) 중에 타 의료기관 진료가 필요한 환자	
	병원급	해당 의료기관에서 해당 질환에 대해 1회 이상 대면하여 진료한 경험 ▶ 희귀질환자(1년 이내) ▶ 수술·치료 후 지속적 관리*(30일 이내)가 필요한 환자 * 신체 부착된 의료기기의 작동상태 점검, 검사 결과의 설명에 한함		
실행 방식	진료 방식	화상 진료 원칙, 예외적으로 음성 전화(화상통신 사용이 곤란한 환자) 가능 * 유·무선 전화가 아닌 문자메시지, 메신저만으로 진료 불가		
	처방전 전달	환자가 지정하는 약국으로 팩스·이메일 등 송부		
	의약품 수령	본인 수령, 대리 수령, 재택 수령* 등 환자와 약사가 협의하는 방법 * 섬·벽지 환자, 거동 불편자, 감염병 확진 환자, 희귀질환자에 한함		
수가	의료 기관	진찰료+비대면 진료 시범사업 관리료(진찰료의 30% 수준)		
	약국	약제비+비대면 조제 시범사업 관리료(약국관리료, 조제기본료, 복약지도료의 30% 수준)		
실시기관 준수사항		① (본인 확인 의무) 본인 여부 및 허용 대상 여부 사전 확인 후 진료 ② (부적절한 비대면 진료 금지) 의료기관 내 진료실 등 적합한 진료환경에서 실시 ③ (전담기관 운영 금지) 비대면 진료만 실시하는 의료기관, 비대면 조제만 실시하는 약국 금지(월 진료·조제 건수의 30%) ④ (처방 금지) 마약류, 오·남용 우려 의약품		

자료: 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 5. 30.), 「비대면진료 시범사업 추진방안」 안내. 보건복지부 보도자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10501010200&bid=0003&act=view&list_no=376488 에서 인출.

2. 연구 내용

가. 비대면 진료의 제도화 관련 쟁점 고찰

법제화가 이루어진 일본과 프랑스 등 주요국을 중심으로 제도(제공 가능 질환 유형(원격 진료, 원격 모니터링), 초진/재진 허용, 지리적 제한 등 코로나19 전후 비대면 진료의 확대와 관련한 주요국의 정책 대응), 재정(지불체계(physician payment scheme), 보조금 지원 등, 특히 사회보험체계를 따르고 있는 주요국의 비대면 진료 수가와 수가가 의료 서비스 제공자의 행태 및 서비스의 질에 미치는 영향 등에 대한 문헌 고찰), 인프라(서비스 제공 방식, 서비스 제공자 관리 등) 측면에서 쟁점을 검토하고, 기존 연구의 한계를 분석한다.

나. 비대면 진료의 비용효과성 관련 선행연구 검토

기존의 비대면 진료 관련 정책 연구에서 나타난 효과, 기존 연구의 한계를 분석하고자 한다. 비대면 진료 이후의 소비자 만족도, 의료 질, health outcome, 의료비 지출 등 세부 결과변수들에 대한 효과 분석을 진행한 국외 선행연구를 검토하여 보고서에 반영할 예정이다.

다. 비대면 진료 이해관계자 대상 질적 연구

주요 쟁점별로 의료 공급자, 산업계, 소비자, 정책담당자 등의 의견이 다양할 수 있으므로 근거이론(grounded theory) 등 질적 연구를 통해 의견을 수렴하고자 한다. 비대면 진료에서 공급자가 실제 우려하는 내용,

비대면 진료의 수익성에 대한 산업계의 기대, 소비자가 비대면 진료를 사용하는 동기 등에 대한 핵심 범주를 이론적으로 규명하고자 한다.

연구 쟁점별로 연구패널을 의료계, 산업계, 소비자로 구분하여 각각 면접을 진행한다.

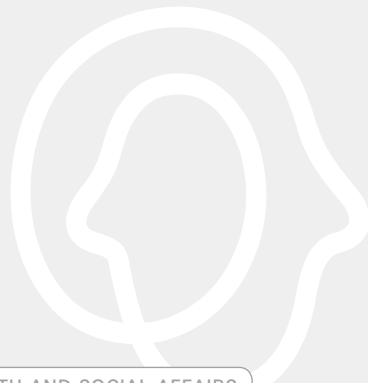
라. 비대면 진료 세부 과제 도출

주요 쟁점별로 세부 이슈에 대해 동의된 것과 동의되지 않은 것을 정리하고, 동의된 것에 대해서는 심층 논의 결과를 통해 세부 과제를 도출한다. 세부 과제를 통해 사회적 효용이 가장 높은 실행 방안을 도출하여, 사회적 공감대 형성에 기여하고자 한다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

일본의 비대면 진료 현황

제1절 일본의 비대면 진료 현황

제2장 일본의 비대면 진료 현황

제1절 일본의 비대면 진료 현황

1. 일본의 초고령화의 도래와 의료의 패러다임 변화

2021년 일본의 인구는 1억 2,550만 명, 고령화율은 29%였으며(총무성통계국, 2021) 1인당 국민의료비는 4,666달러로 OECD 평균 4,272보다 높았다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2022). 주요 의료자원을 살펴보면 병원급 이상 의료기관 수는 2005년 9,026개소에서 2020년 8,238개소로 지속적인 감소 추세였으며, 진료소는 2005년 97,442개소에서 102,612개소로 증가 추세에 있었다(후생노동성, 2022c, p.6) 인구 1만 명 기준으로 의료기관 수는 병원이 0.65개, 일반진료소는 8.13개였으며 병상 수는 병원 119.51개, 일반진료소 6.82개로 나타났다. 의사 수는 인구 1,000명당 2.6명으로 OECD 평균 3.7명보다 낮았고, 간호사 수는 12.1명으로 OECD 평균 8.8명보다 높았다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2022).

가. 의료의 지역 간 격차

일본에서 인구 과소 지역²⁾의 지역의료체제 확보는 중요한 정책적 과

2) 인구 과소지역(총무성, 2017)이란 '인구가 현저하게 감소함에 따라 지역사회 활력이 저하되어 생산기능 및 생활환경 정비 등이 다른 지역에 비해 저위에 있는 지역'을 의미한다.

제이다. 2018년도에는 전체 시정촌 중 약 절반인 817개 시정촌에 과소 지역이 있었고, 이는 국토 면적의 약 60%를 차지하는 광대한 지역으로 전체 인구의 8.6%인 약 1,000만 명이 거주한다. 이러한 과소지역은 65세 이상의 인구 비율이 36.6%로 전국 평균보다 약 10% 이상 상회한다(총무성, 2021).

과소지역에서는 무엇보다 무의료지구 해소를 주력으로 하고 있다. 무의료지구란 ‘의료기관이 없는 지역으로, 해당 지역의 중심적인 장소를 기점으로 대략 반경 4km 구역 내에 인구 50명 이상이 거주하고 있는 지역 이면서 의료기관을 이용할 수 없는 지구’로 정의하고 있다. 1978년에는 1,750개 지구에 50만 명이 살고 있던 것이 점차 줄어들어 2014년에는 전국 637개 지구에 12만 명이 살고 있다(후생노동성, 2020).

또한 무의료지구 가운데 벽지란 ‘교통조건 및 자연적, 경제적, 사회적 조건이 열악한 산간지역, 낙도(離島) 기타 지역 중 의료 확보가 어려운 무의료지구’를 의미한다. 2014년 기준(후생노동성, 2020)으로 벽지가 존재하지 않는 곳은 도쿄도, 가나가와현, 치바현, 오사카부의 4곳이며, 그 외의 43개 도부현(道府県)에는 총 1,057개소(무의료지구 637개소와 준 무의료지구 420개소)가 있는 것으로 보고되었다. 1956년부터 벽지보건의료계획을 세워 대응하였으며 도도부현이 진료소 설치 및 병원을 통한 지원 등의 대책을 강구해 왔다. 2018년부터 벽지보건의료계획은 도도부현의 의료계획에 포함되었으며, 도도부현은 긴급의료와 재해의료 등과 함께 일체적으로 계획 및 대응하고 있다(후생노동성, 2020).

나. 초고령화에 따른 다사사회의 도래

일본은 인구가 급속하게 감소하는 가운데 초고령화가 빠르게 진행되어 출생인구보다 사망인구가 많은 다사사회(多死社會)에 돌입하였다. 2022년에 출생자 수는 79만 9천 명이고, 사망자는 158만 2천 명으로 사

망자가 출생자의 약 2배에 이르며, 향후 15년 후에는 사망자는 더욱 증가하여 1년에 약 100만 명의 인구가 감소할 것으로 예상되며, 이러한 현상은 더욱 심화될 것으로 보인다(후생노동성, 2022b). 이러한 다사사회의 도래로 인하여 사망 장소를 확보해야 하는 문제가 발생하고 있으며 기존의 병원 중심의 임종케어에서 지역포괄케어로 전환을 추진하여 지역 내의 재택 혹은 노인요양시설 등에서 생의 마지막을 보낼 수 있도록 지역의료체계를 강화하고 있다.

다. 지역포괄케어 시스템 구축을 통한 병상 수 억제 정책

2014년 6월에 효율적이고 질 높은 의료 제공 체제를 구축하는 동시에 지역포괄케어 시스템을 구축하여 지역에서의 의료 및 케어의 종합적인 확보를 추진하기 위해 의료법이 개정되었고, 2014년 10월 ‘병상기능보고 제도’와 2015년 4월 ‘지역의료구상’ 제도를 도입하였다.

‘병상기능보고 제도’란 2023년 10월 1일부터 일반병상과 요양병상을 가지고 있는 병원 혹은 진료소가 그 현황을 의료기관 등 정보지원 시스템(G-MIS)에 보고하도록 한 것이다.

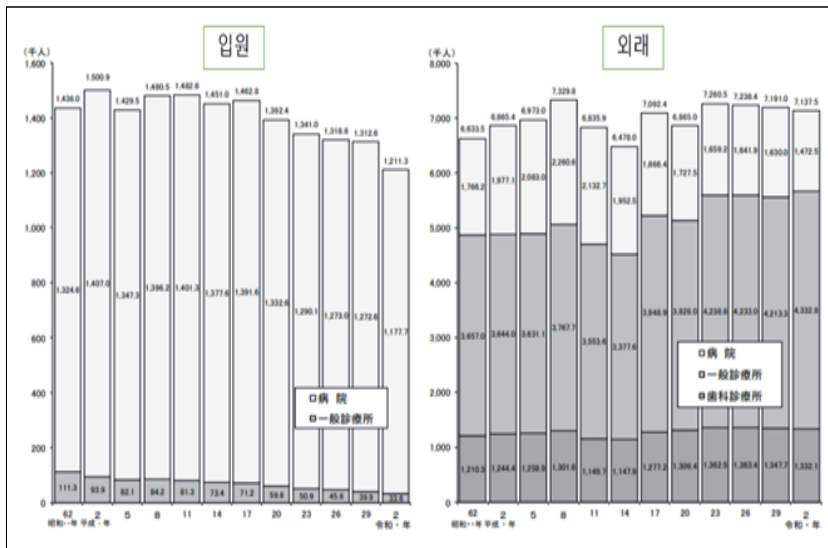
‘지역의료구상’이란 도도부현이 2차 의료권을 기본으로 한 ‘구상구역(構想区域)’을 단위로 2025년에 필요한 ‘고도 급성기 기능’, ‘급성기 기능’, ‘회복기 기능’, ‘만성기 기능’의 4가지 기능별 병상 수를 확정하고 그 목표를 달성하기 위해 병상의 기능분화 및 연계 추진을 수행하기 위한 정책이다.

이러한 ‘병상기능보고 제도’와 ‘지역의료구상’의 도입 이유는 지속적인 경제력 저하로 인한 세수 부족과 초고령화로 인한 의료비 지출의 증가로 재정의 압박이 커지는 가운데 과도한 의료비 지출을 억제하기 위함이다.

라. 병원 중심 의료에서 지역 중심 의료로 패러다임의 변화

초고령화로 인한 만성기 질환자가 급속하게 증가하면서 의료의 방향성이 질환의 완치에서 케어와 관리하는 의료로 변화하고 있다. 즉 병원완결형 의료에서 지역완결형 의료로 큰 변화가 진행되고 있으며 재택 의료 환자가 증가하고 있다. 이러한 시대적 변화를 뒷받침하기 위해 일본 정부는 소비세 인상분을 기본으로 하는 ‘의료개호종합확보추진법’을 2015년부터 시행하고 있다(후생노동성, 2014).

[그림 2-1] 병원의 종류별로 살펴본 추계 환자 수의 연차 추이(2020년)

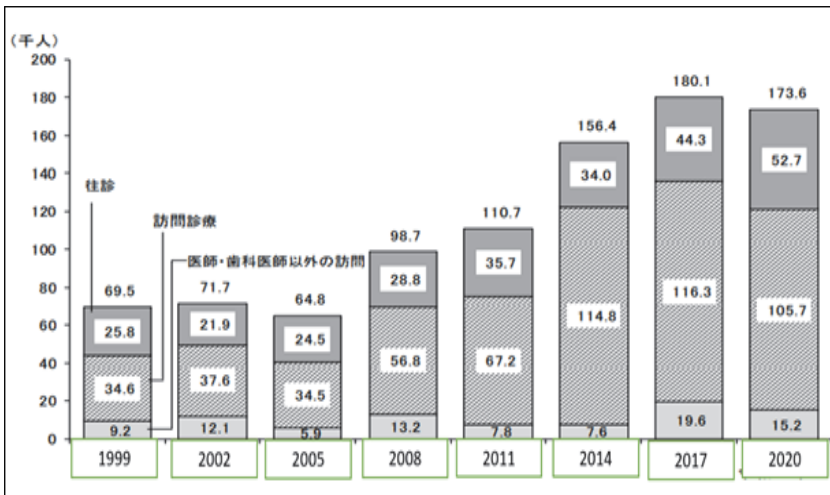


자료: 후생노동성. (2020). 후생노동성 환자 추계. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/suieikanja.pdf>, p.5.

후생노동성의 환자 추계 자료를 보면 입원은 2008년부터 감소하고 있다. 한편 재택 의료를 받은 외래 환자 수는 2008년부터 증가하여 2020년

에 약 173.6천 명이며, 병원 22.3천 명, 일반진료소 110.3천 명, 치과진료소 40.9천 명이었다. 재택 의료의 종류별로는 진료 52.7천 명, 방문진료 105.7천 명, 의사·치과의사 이외의 방문 15.2천 명이었다(후생노동성, 2020).

[그림 2-2] 재택 진료를 받은 추계 외래 환자 수(2020년)



자료: 후생노동성. (2020). 후생노동성 환자 추계. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/suikikanja.pdf>, p.7.

2. 온라인 진료의 시행과 확대

가. 온라인 진료의 추진 경과

1948년에 의사법 제20조 1에서 무진찰 치료 등이 금지되었고, 이는 오랫동안 의료현장의 원칙으로 자리 잡았다. 한편 1997년 후생노동성 건강정책국장의 통지가 발표되면서 벽지(섬, 산간지역 등) 지역에 한정하여 전화 및 영상 전화를 이용한 재진만 허용되었다(医師法第20条1).

이후 코로나19의 대유행 시기에 감염 확산을 방지하기 위해 2020년 4월부터 환자가 희망하고 의사가 진료 가능하다고 판단하면 초진부터 온라인 진료가 가능하도록 한시적으로 허용하였다. 이러한 온라인 진료의 사회적 경험이 축적되는 가운데, 2021년 8월 사회보장심의회 의료분회는 온라인 진료 특례 조치의 항구화를 공포하였다. 이것은 온라인 의료의 공식적인 완전 허용을 의미하는 것이었다. 다만 의사법에 대면 진료를 원칙으로 명시하고 있기 때문에 온라인 진료는 관련 지침을 근거로 시행되고 있다.

2022년 내각관방 회의에서는 산간벽지 및 섬 등의 의료자원이 부족한 지역에서도 원격 의료를 활용하여 필요한 의료를 제공할 수 있다는 인식에 동의하였다. 따라서 온라인 진료의 활용을 촉진하기 위해 ICT 기구의 도입 지원을 관계 부처가 연계하여 실시하고 도도부현을 통하여 홍보를 강화하기로 하였다(일본 내각관방, 2022).

예를 들어 교통 인프라가 불충분한 무의촌 지역의 환자는 온라인 진료를 활용하여 정보통신기구를 측정한 생체정보(체온, 혈압, 맥박, 혈당 수치 등)와 환자의 영상·음성 등을 원격지의 의사에게 송신하고 유용한 정보를 제공받을 수 있다.

또한 의사와 의사 간의 원격 진료를 통하여 원격 상담, 원격 화상진단, 원격 병리진단 등을 할 수 있으며 원격 상담의 경우에 화상을 보면서 원격지의 의사와 증례를 검토하는 등 의료 등의 지도를 시행할 수 있고, 이로써 의사의 지역 간 격차 해소, 환자와 보호자 등의 안심으로 이어지는 효과가 기대되었다.

온라인 진료의 이러한 긍정적인 측면이 인정되면서, 2022년에 온라인 진료 수가를 개정하여 기존 대면 진료의 보조적인 역할에서 정식적인 진료영역으로 인정을 받았으며, 초진 수가의 도입과 재진 수가의 인상, 산

정 기준 완화를 통하여 온라인 진료를 급속하게 확산하고자 하였다.

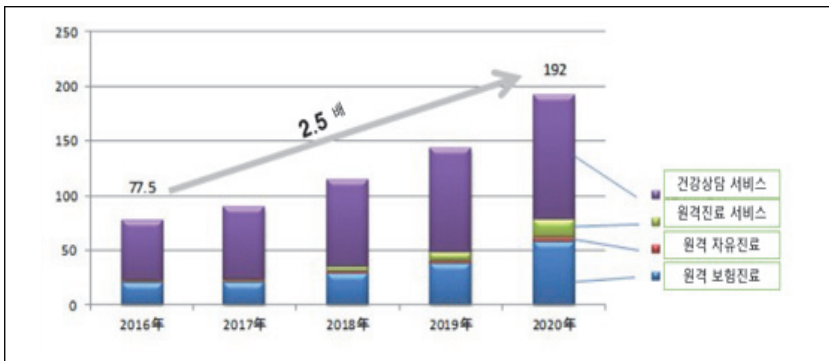
또한 2023년 1월부터는 의사가 환자에게 발행하는 처방전을 디지털로 운용하게 되면서, 기존에 의료기관과 약국이 개별적으로 관리해 온 환자 처방전 관리가 일원화되었다. 즉 온라인 진료와 온라인 복약지도를 함께 제공하면, 환자는 진찰부터 약의 수취까지 재택에서 할 수 있다.

나. 온라인 진료의 시장 규모

온라인 의료의 시장 규모는 2018년 123억 엔에서 2022년에는 약 170억 엔으로 성장하였고, 2030년에는 292억 엔으로 성장할 것으로 예상된다. 이 조사에서 온라인 관련 서비스는 첫째, 원격 의료 보험진료(의료기관 시장), 둘째, 원격으로 자유 진료, 셋째, 원격 의료 서비스(민간기업 시장), 넷째, 건강상담 서비스의 4가지 시장을 합한 수치이다(시드플래닝, 2021).

[그림 2-3] 온라인 진료 관련 서비스 시장 규모 추이

(단위: 억 엔)

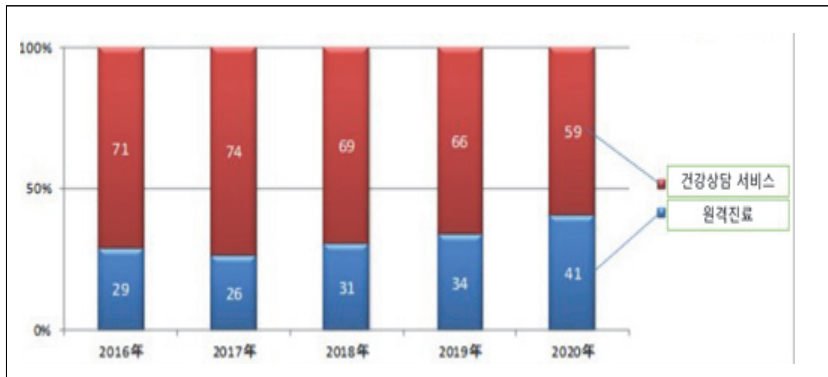


자료: 시드플래닝. (2021). 2020년 온라인 진료 서비스의 현상과 장래 전망. <https://www.seedplanning.co.jp/archive/press/2016/2016061001.html>에서 2023.12.19. 인출.

원격 의료 관련 서비스에서 원격 진료와 건강상담 서비스 비율 추이를 살펴보면, 원격 의료 관련 서비스에서 2016년에 원격 진료가 약 30%를 차지하였고 건강상담 서비스가 약 70%를 차지한 것으로 추정된다. 그러나 매년 원격 진료의 비율이 증가하고 있으며, 2020년에는 원격 진료가 40%, 건강상담이 60%가 될 것으로 예상된다.

[그림 2-4] 온라인 진료에서 건강상담 서비스와 온라인 진료 비율

(단위:%)



자료: 시드플래닝. (2021). 2020년 온라인 진료 서비스의 현상과 장래 전망. <https://www.seedplanning.co.jp/archive/press/2016/2016061001.html> 에서 2023.12.19. 인출.

다. 온라인 진료 앱

온라인 진료에서 인터넷 앱에 대한 구체적인 규정 등은 없다. 따라서 의료기관에서는 줌(Zoom)등을 활용하거나 민간기업이 개발하여 상용화한 Clinics, CARADA 온라인 진료, 라인(LINE) 닥터 등의 다양한 앱을 이용하고 있다. 아직 온라인 진료의 비활성화로 앱 시장이 활성화되지는 않은 상황이다.

다만 일부 기업형 클리닉은 우수한 경영기법으로 주목을받고 있는데,

대표적인 곳이 ㈜메디컬노트이다. 2014년에 창업한 후 온라인 의료상담 서비스 ‘온라인 진료’, ‘MedicalNote의료상담’, ‘병원검색 및 예약서비스’ 등의 다양한 온라인 서비스를 제공하고 있으며, 스마트폰을 활용한 ‘Medical Note’ 서비스도 제공하고 있다. 특히 도쿄 긴자와 오모테산도에 피부과인 루산크 클리닉을 운영하며 3만 명 이상의 회원을 중심으로 자체 제작한 앱을 활용한 온라인 진료를 실시하고 있다.

3. 온라인 진료의 실제

가. 온라인 진료의 절차

후생노동성의 온라인 진료에 관한 홈페이지에서는 게재하고 있는 온라인 진료의 순서를 진료 내용 확인, 사전 예약, 진료, 진료 후로 구분하여 설명하고 있다. 구체적인 절차와 내용은 다음 표와 같다(후생노동성, 2023b).

〈표 2-1〉 온라인 진료의 순서

순서	구체적인 절차 내용
① 진료 내용 확인	<ul style="list-style-type: none"> - 전화·온라인 진료에 대한 확인: 진료를 받고 싶은 의료기관의 홈페이지를 확인하거나 직접 의료기관의 창구에 전화나 온라인으로 진료를 받을 수 있을지를 확인해야 함. - 먼저 평상시 진료를 해준 단골의사 등에게 상담 연락을 하거나 혹은 가까운 의료기관에 연락함. 다만 단골의사 등이 없는 경우 홈페이지 등을 검색하고 전화·온라인으로 진료를 하고 있는지를 확인함. ◆ 의사의 판단으로 바로 의료기관에서 진찰을 받을 필요가 있다면 가능한 한 자신의 거주지 가까운 의료기관을 선택하기를 권장함.
② 사전 예약	<ul style="list-style-type: none"> - 전화의 경우: 의료기관에 전화하여 보험증 등의 정보를 의료기관에 전달하고 예약을 함. - 온라인 진료의 경우: 의료기관에 따라 예약방식이 다름. 구체적인 사항은 각 의료기관의 홈페이지를 확인해야 함. - 지불방법의 확인: 예약 시에 지불방법에 대해서도 확인해야 함.
③ 진료	<ul style="list-style-type: none"> - 진료 시작: 의료기관에서 연락(착신)이 가거나 온라인으로 접속하여 진료가 개시됨. - 본인 확인 후, 증상을 설명함(먼저 진료를 받는 사람의 본인 확인을 위해 개인정보를 전달한 후, 환자가 증상 등을 설명함). - 전화와 온라인을 통한 진료에서 진단과 처방이 곤란한 경우가 있다는 것을 유념해야 함.
④ 진료후	<ul style="list-style-type: none"> - 의료기관 방문을 요청받은 경우에는 반드시 직접 의료기관을 방문해야 함. - 약의 처방전을 받은 경우에 약이 처방되면 약의 배송을 희망하는 경우에는 약을 받을 가장 가까운 약국을 의료기관에 전달하고, 진료 후 약국에 연락해야 함. - 전화와 온라인 진료로 복약지도를 받고, 그 후 약이 배송됨. (약국에 방문하여 복약지도를 받을 필요가 있는 경우도 있음.)

자료: 후생노동성. (2023b). 온라인 진료에 관한 홈페이지. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/index_00010.html 에서 2023. 10. 24. 인출.

나. 온라인 진료의 기본방침과 지침

- 일본 후생노동성에서는 온라인 진료의 바른 추진과 확산을 위하여 ‘온라인 진료 그 외 원격 의료의 추진을 위한 기본방침(オンライン診療その他の遠隔医療の推進に向けた基本方針)’을 제시하고 있으며, 실제 진료에 관한 내용은 ‘온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침(オンライン診療の適切な実施に関する指針)’에서 제시하고 있다.
- 다음 내용은 온라인 진료의 실시에 있어 기본 방침과 지침에 대한 주요 사항을 정리한 것이다.

□ 의사의 책임

온라인 진료 시, 의사가 실시하는 의료행위의 책임에 대해서는 원칙적으로 해당 의사가 책임을 진다. 이를 위해 의사는 온라인 진료에서 필요한 정보를 습득할 수 있지만, 이 정보에서 적절한 진단 가능 여부에 대해, 신중히 판단하여 온라인 진료에 의한 진료가 부적절하다고 판단되면 신속히 온라인 진료를 중단하고 대면 진료로 전환해야 한다. 또한, 의사는 환자의 의료 정보가 누출되거나 변조되는 일이 없도록 정보통신 및 환자의 의료정보 보관에 대해, 규정된 내용과 관련 가이드라인에 따라 적절히 실시해야 한다.

자료: 후생노동성. (2023). 온라인 진료 및 기타 원격 의료 추진을 위한 기본 방침. <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T230703G0111.pdf>

□ 의사-환자 합의

온라인 진료에 대해서는 환자가 의사에 대해 심신 상태에 관한 정보를 전달하게 되므로, 의사와 환자가 상호 신뢰 관계를 구축한 후에 이루어져야 한다. 따라서, 쌍방 간의 합의를 기반으로 실시할 필요가 있으며, 이러한 합의 내용은 ‘진료계획’으로 정해진 온라인 진료의 구체적인 실시 규정에 포함될 필요가 있다.

또한, 온라인 진료는 의사 측의 사정만이 아닌 환자의 요청이 있어야만 성립이 가능하다. 더불어 의사와 환자 간에는 의학적 지식 등에 차이가 있으므로 의사는 온라인 진료의 이점 및 이에 따라 발생할 우려가 있는 불이익 등에 대해 환자에게 충분한 정보를 제공한 후, 환자와의 명확한 합의 절차를 거쳐야 하며, 의사가 적절히 온라인 진료의 적용 여부를 포함한 의학적 판단을 해야 한다.

자료: 후생노동성. (2023). 온라인 진료 및 기타 원격 의료 추진을 위한 기본 방침. <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T230703G0111.pdf>

□ 온라인 초진의 경우

초진 환자는 '단골의사'가 있는 경우에는 해당 의사가 소속된 의료기관에서 실시하는 것을 권장한다. 다만, 해당 환자에게 '단골의사'가 없는 경우에는 대면 진료로 진료할 수 없는 사유, 적절한 의료기관으로 소개할 의료기관명, 소개방법 등에 대하여 설명해야 하고 환자의 동의가 있을 경우에는 실시할 수 있다.

또한 초진자의 기왕력, 복용약, 알레르기 이력 등 이외에 증상을 감안한 문진 및 시진(視診)을 보완할 의학적 정보를 과거의 진찰력, 진료정보 제공서, 건강진단 결과, 지역의료정보 네트워크, 약물기록, Personal Health Record(이하, PHR) 등으로 파악하고 환자의 증상에 맞추어 의사가 가능하다고 판단한 경우에 실시할 수 있다. 사전에 얻는 정보를 진료기록에 기재하여야 한다. 급원치료와 긴급피임의 경우에는 초진부터 할 수 있다.

자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

□ 진료계획

의사는 환자의 심신 상태에 대해 충분한 의학적 평가를 실시한 후, 의료의 안전성 담보 및 의료의 질 확보·향상 및 편리성 향상을 도모하기 위한 관점에서 온라인 진료 시, 필요한 의사-환자 간에 지켜야 할 규정에 대해 ② i 에 게재되도록 사항을 포함하여 '진료계획'으로 환자의 합의를 받아두어야 한다.

또한, 진료를 시행하는 의사가 바뀔 경우, '진료계획'을 변경함에 따라 온라인 진료 시행 요일 및 시간대 변경 등 환자의 불이익으로 이어질 경우, 환자의 의사를 충분히 존중해야 한다.

○권장사항

i. '진료계획'은 문서 또는 전자적 기록에 의해 환자가 참조 가능하도록 하는 것이 바람직함.

ii. 다수의 의사가 동일한 환자에 대해 온라인 진료를 실시하는 경우 및 타 영역 전문의에게 연결되는 경우, 이미 작성된 '진료계획'을 변경함에 따라 환자에게 불이익이 생기게 될 경우, 환자의 의사를 충분히 존중하여 해당 '진료계획'을 변경하지 않고 온라인 진료를 실시하는 것이 바람직함

자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

□ 약제 처방·관리

① 관리 방식: 의약품의 사용은 부작용의 위험을 동반하게 될 가능성이 높고 처방 시, 효능·효과 및 부작용에 대한 리스크를 명확하게 판단할 필요가 있으므로, 의약품 처방 전 환자의 심신 상태를 충분히 평가할 필요가 있다. 특히, 현재 이루어지고 있는 온라인 진료는 진찰 수단이 한정되어 있으므로 진단 및 치료에 충분한 의학적 정보를 초진에서 얻기 어려운 경우가 있으므로, 초진부터 안전하게 처방하기 어려운 의약품이 있다. 또한, 여러 가지 의약품 복용을 고려함과 동시에 적절한 용량, 일수를 처방하여 과잉 처방이 되지 않도록 의사가 자신의 처방 내용을 확인함과 동시에 약사에 의한 처방 체크를 거치는 것을 기본으로 하며, 약제 관리에 충분히 주의를 기울여야 한다.

부적절한 예

- i. 환자가 항정신성 약물, 수면제, 의학적 필요성을 담보하지 않은 체중 감소를 목적으로 사용되는 이노제 및 당뇨병 치료제, 미용을 목적으로 사용될 수 있는 보습 크림 등의 특정 의약품 처방을 희망하는 등 의약품의 전매 및 부적절한 사용이 의심되는 경우에 처방을 해서는 안 되는데, 이러한 경우 대면 진료에서 필요성 등에 대해 확인을 하지 않고 온라인 진료만으로 환자의 상태를 충분히 평가하지 않고 처방을 실시한 예.
- ii. 발기부전 치료약 등의 의약품에 대한 금기 사항을 확인하기 위해 환자에게 충분한 정보를 얻지 않았음에도 불구하고 온라인 진료만 실시하고 처방한 경우.

자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

□ 의사의 소재

의사는 반드시 의료기관에서 온라인 진료를 할 필요는 없지만, 소음이 있는 상황 등 환자의 심신 상태에 관한 정보를 얻기에 부적절한 공공장소 등에서 온라인 진료를 해서는 안 된다. 또한, 환자의 증상 급변 시, 적절한 대응을 위해 환자에 대해 직접 대면 진료를 신속히 제공할 수 있는 체제를 정비해 둘 필요가 있다. 더욱이 책임 소재를 명확히 하기 위해서라도 의사는 보험의료기관에 소속되어 있어야 한다.

자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

□ 환자의 소재

의료는 의료법상 병원, 진료소 등 의료제공시설 또는 환자의 자택 등에서 제공되어야 하는 사유 등에 대한 취급은 온라인 진료와 같은 형태로 한다. 의료법 시행규칙 제1조의 현행 규정에서 '자택 등'이란 노인복지법에 규정된 요양노인홈 등 이외에 의료를 제공받는 자가 요양 생활을 영위할 수 있는 장소로 규정되어 있지만, 요양생활이 가능한 장소에 대해서는 온라인 진료 여부에 관계없이 이미 환자 및 그의 가족 등의 상태 및 편리성 등을 감안해 판단한다. 한편, 의료는 생명 존중 및 개인의 존엄성 유지를 목표로 하며 의사 등 의료 담당자와 의료를 제공받는 자와의 신뢰관계에 근거해 제공되는 것이므로 현재 환자의 소재지가 의료시설 인지 자택인지 등에 관계없이 제3자에게 환자에 관한 개인정보 및 의료제공정보가 전달되지 않도록 환자의 프라이버시를 충분히 배려한 환경에서 온라인 진료가 이루어져야 한다.

자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

□ 온라인 진료 지원자

의사-환자 간의 온라인 진료에서 환자가 정보통신기기 활용에 익숙하지 않는 경우 등에 대해서는 해당 방법에 대한 설명 등 원활한 커뮤니케이션을 지원하는 자를 '온라인 진료 지원자'로 간주함(가족 여부 및 간호사·개호복지사 등 의료·개호종사자인지에 대한 여부는 관계 없음)

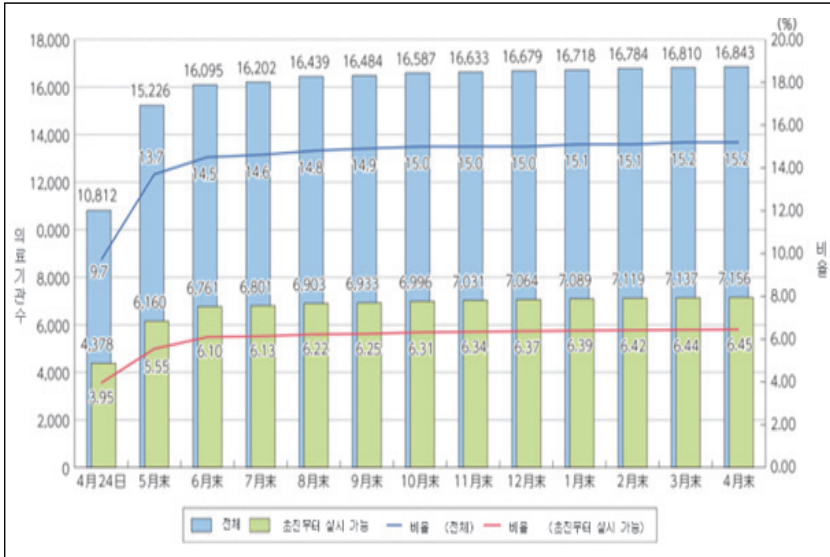
자료: 후생노동성. (2023c). 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/001126064.pdf>

4. 온라인 진료의 현황

가. 온라인 진료 참여 의료기관 및 실시 건수

전화 진료를 실시할 수 있는 의료기관 수의 추이를 살펴보면, 2020년 4월 10일 요건이 완화된 이후 설비를 갖추고 지방후생국장 등에게 신청서를 제출한 의료기관(한정 등록기관) 수는 5월에 15,226기관에서 6월에는 16,095기관으로 크게 증가했지만, 2020년 6월 이후 완만히 증가하여 2021년 4월에는 16,843기관(전체 의료기관에 대한 비율 15.2%)이 등록하였다.

[그림 2-5] 전화·온라인 진료에 대응한 의료기관 수의 추이(2020년 4월~2021년 4월)

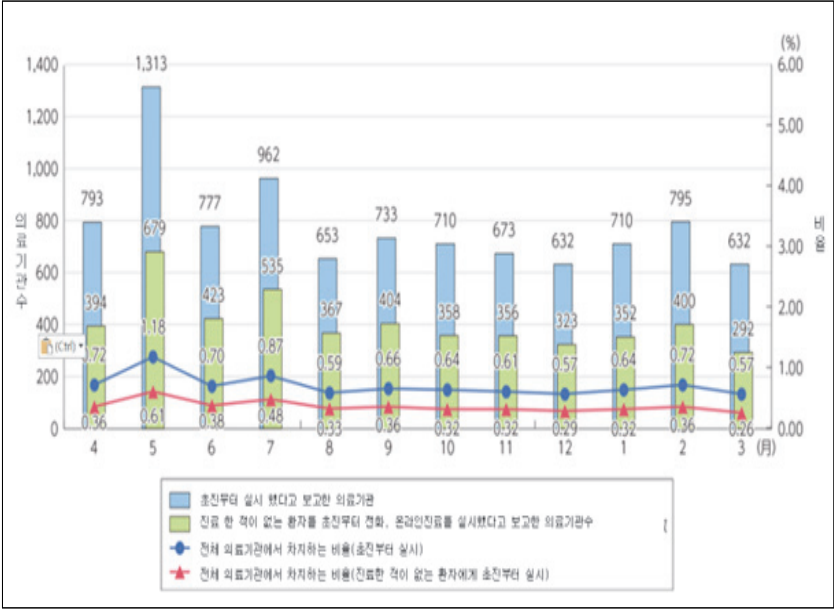


자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도표: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.3.

초진부터 전화 진료와 온라인 진료를 실시한 의료기관 수의 추이를 살펴보면, 2020년 5월에 최다로 1,313기관까지 크게 증가하였지만 그 이후 정체되었고, 2021년 3월에는 630기관 전후로 나타나고 있다.

46 비대면 진료 확대방안 연구: 정책 방향과 과제

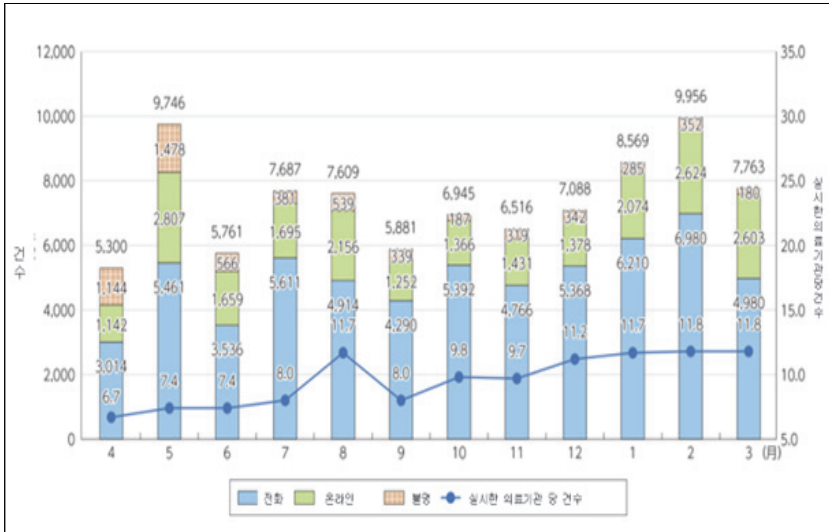
[그림 2-6] 초진부터 전화 및 온라인 진료를 실시한 의료기관 수 (2020년 4월~2021년 3월)



자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도쿄: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.4.

초진부터 전화로 온라인 진료를 실시한 건수는 대략 절반으로 나타났다. 전화가 아닌 온라인 진료는 2020년 가을 이후 전체의 20% 정도를 차지하였지만, 2021년에 전체에서 차지하는 비율이 증가하는 추세를 보였다.

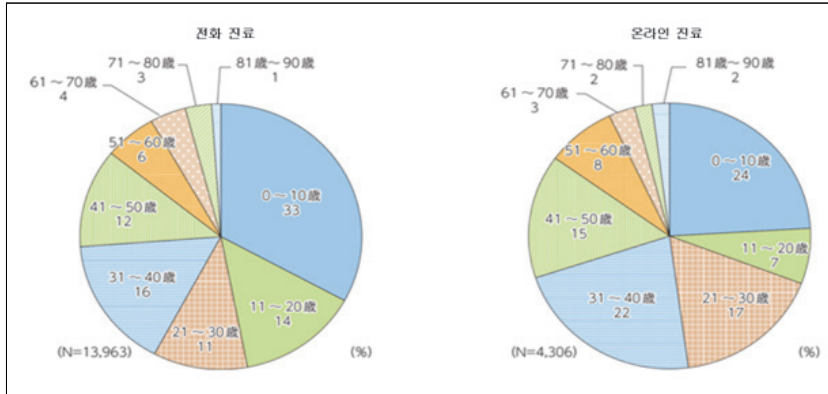
[그림 2-7] 초진부터 전화·온라인 진료를 실시한 건수 (2020년 4월~2021년 3월)



자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화·진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도표: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.7.

온라인 진료자의 연령별 비중을 살펴보면, 전화 진료와 온라인 진료를 받은 사람 가운데 2021년 1월부터 3월까지 연령별 추이는 다음 자료와 같다. 전화 진료와 온라인 진료 모두 40세 이하가 전체의 약 4분의 3을 차지했다.

[그림 2-8] 연령별 진료자 수(2021년 1월~3월)

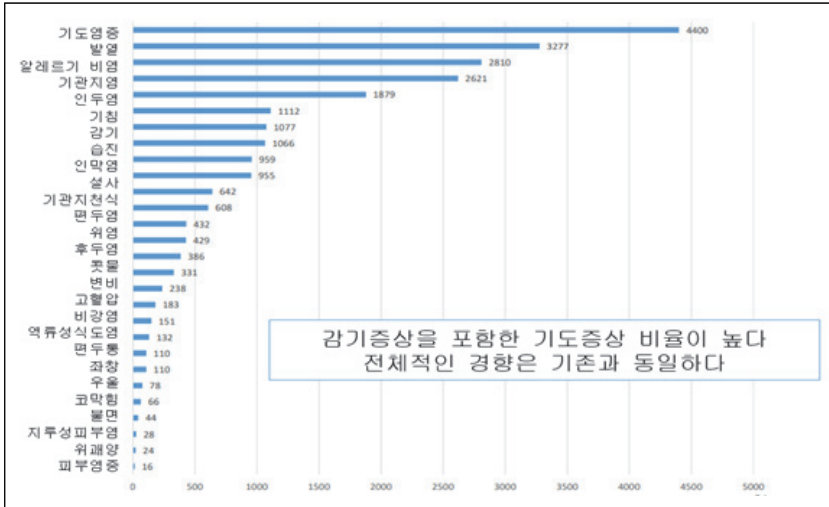


자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회. 도쿄: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.9.

2020년도 「신형 코로나바이러스 감염증의 감염 확대에 근거한 온라인 진료의 대응과 그 영향에 관한 연구」에서 온라인 진료 이용 실태에 대해 살펴보면 다음과 같다. 온라인 진료의 진료과별 실시 건수의 비율을 보면, 내과가 42%로 가장 높았고, 다음으로 소아과 31%, 피부과 8%로 순서로 나타났다. 반면에 안과 및 외과는 모두 0.4%, 재활과는 0.3%로 매우 낮게 나타났다(신스케 무토, 오하시 히로키, 오바야시 카츠미, 쿠로키 하루로, 나가시마 키미유키, 야마오카 와에다, 리에 와키미즈, 2020).

2023년 1월에서 3월까지의 전화 진료 및 온라인 진료의 실적 검증 결과에서 증상별 건수를 살펴보면, 기도염증(4,400건)이 가장 많았으며 다음으로 발열(3,277건), 알레르기 비염(2,810건), 기관지염(2,621건), 인두염(1,879건)의 순이었다. 즉 감기 증상을 포함한 기도증상 비율이 높았다.

[그림 2-9] 주요한 질환과 증후의 보고 건수

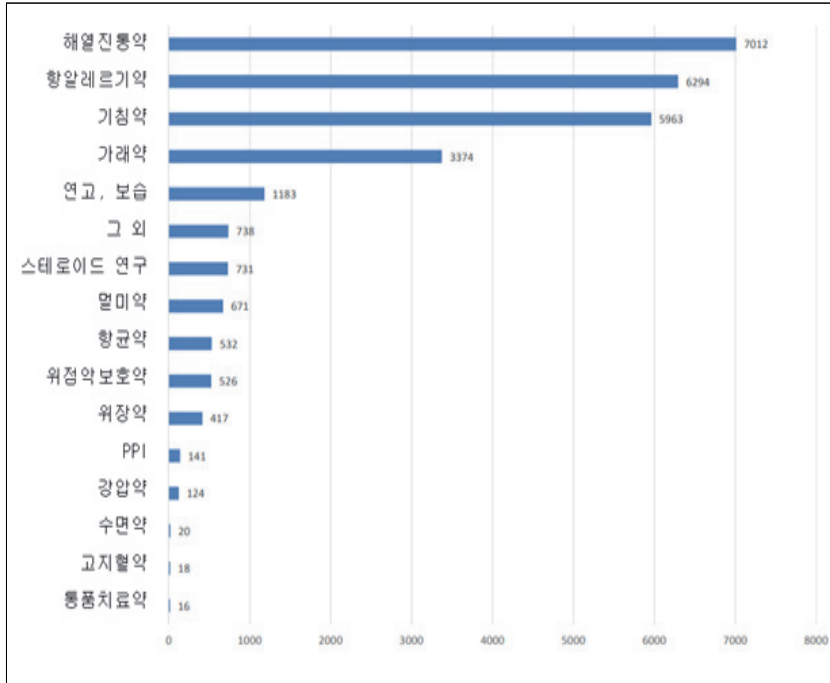


자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도쿄: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.21.

온라인 진료로 처방된 주요 의약품(1월~3월)을 살펴보면, 해열진통약(7,012건)이 가장 많았으며 다음으로 항알레르기약(6,294), 기침약(5,963건), 가래약(3,374건)의 순으로 나타났다. 즉 온라인 진료의 주요 질환과 징후에 따라 의약품이 처방된 것으로 판단된다.

온라인 진료에 대한 환자의 평가를 확인하기보기 위해 후생노동성 ‘2020년도 진료 수가 개정의 결과 검증에 관한 특별조사(2021년도 조사) - 단골의사 의료기능 등 외래 의료와 관련된 평가 등에 관한 실시 상황 조사’에서 실시된 ‘환자 조사(온라인 진료에 관한 의식 조사)’를 살펴보면 다음과 같다.

[그림 2-10] 처방된 주요 의약품(분류별, 1월~3월)



자료: 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도쿄: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. p.36.

온라인 진료를 받은 환자의 70% 이상은 ‘진료 시간을 자신이 상황에 맞출 수 있었다’, ‘대기시간이 줄었다’, ‘마음 편하게 진료를 받을 수 있었고 증상에 대한 이야기를 하기 쉬웠다’는 질문에 ‘그렇게 생각한다’고 긍정적으로 대답하였다.

또 대면 진료와 비교해 ‘충분한 진찰을 받을 수 없다’, ‘대면 진료와 비교해서 충분한 의사소통이 되지 않는다’는 설문에는 ‘그렇게 생각하지 않는다’고 응답한 환자가 80% 이상이었다(후생노동성, 2023a).

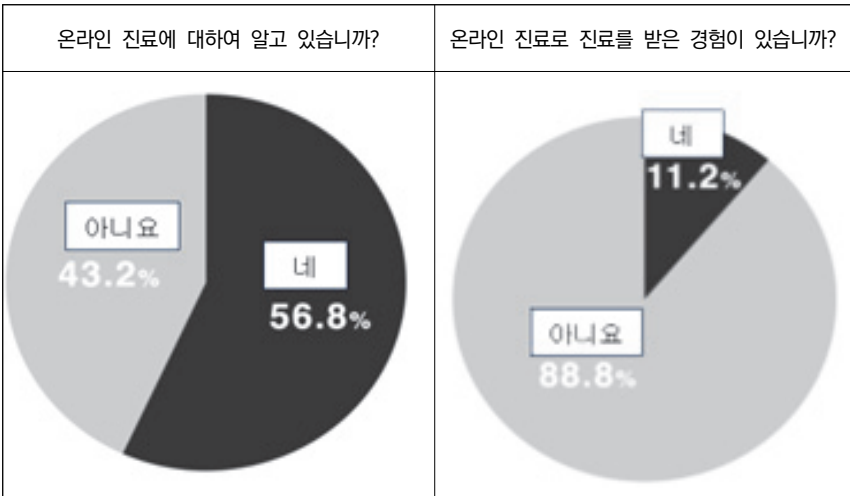
나. 온라인 진료에 대한 의식 조사

1) 온라인 진료에 대한 회사원의 의식 조사

(주)Oh my teeth는 20~50대 3,021명의 회사원들을 대상으로 온라인 진료에 관한 의식 조사를 실시하였다.

‘온라인 진료를 알고 있습니까?’라는 질문에 ‘네’라고 대답한 응답자는 전체 응답자의 56.8%였고, 모른다고 응답한 응답자도 43.2%로 높은 비율을 차지했다. 또한 온라인 진료를 알고 있는 응답자 가운데 온라인 진료를 받은 경험이 있는 사람은 11.2%로 매우 낮은 편이었다.

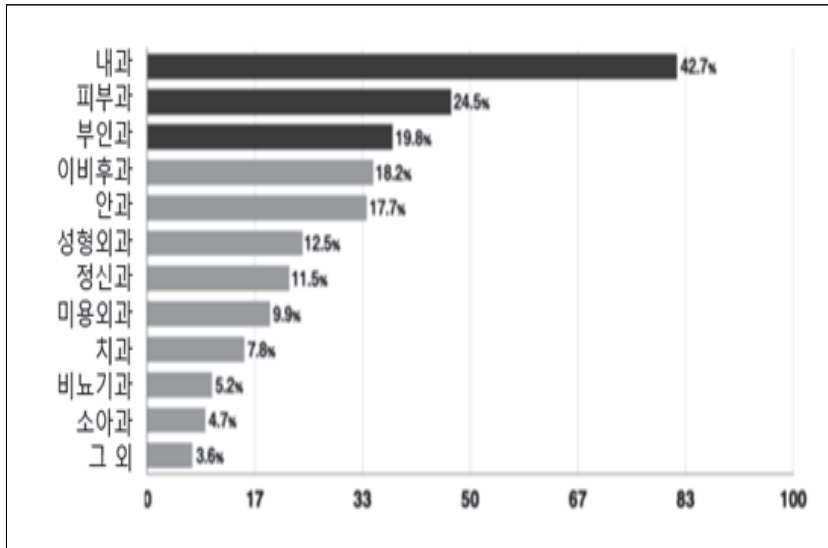
[그림 2-11] 온라인 진료에 대한 인지와 경험



자료: Oh my teeth. (2021. 11. 30.). 온라인 진료 이용률은 불과 11.2%. 42.7%가 점심시간이나 일하는 동안 스키마 시간에 사용되었습니다. PR TIMES. <https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000030.000048884.html>

‘어떤 진료과에서 온라인 진료를 받았는가’라는 질문에 대해 내과가 42.7%로 가장 많았고, 다음으로 피부과 24.5%, 부인과 19.8% 순으로 응답하였다.

[그림 2-12] 온라인 진료를 받은 진료과

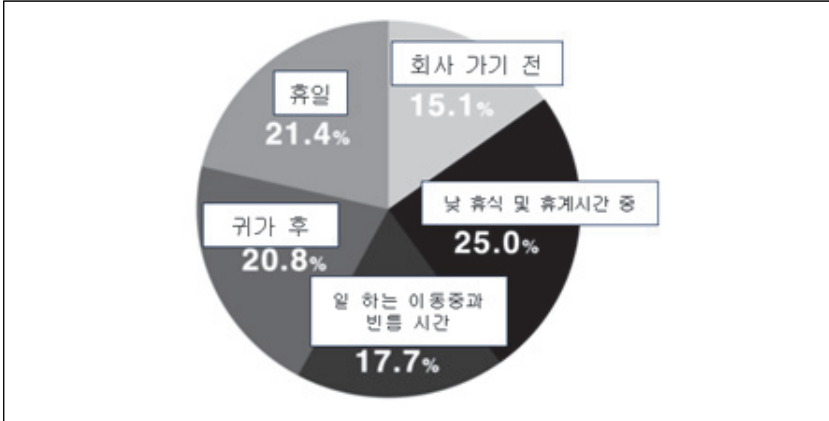


자료: Oh my teeth. (2021. 11. 30.). 온라인 진료 이용률은 불과 11.2%. 42.7%가 점심시간이나 일하는 동안 스키마 시간에 사용되었습니다. PR TIMES. <https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000030.000048884.html>

온라인 진료를 알고 있는지 묻는 문항에 ‘네’라고 응답한 사람들을 대상으로 온라인 진료 이용 시간을 물었더니 ‘점심시간/휴식 중’(25.0%)이 가장 많았고, 다음으로 ‘일하는 중간에 이동 중일 때나 틈틈이’(17.7%)라고 대답한 응답자가 많았다. 즉 42.7%가 일하는 중에 틈틈이 온라인 진료를 활용하는 것으로 나타났다.

온라인 진료는 대기시간도 없고 장소를 가리지 않고 이용할 수 있어서 바쁜 회사원들이 근무 시간 중에 틈틈이 이용하고 있다는 것을 알 수 있었다.

[그림 2-13] 온라인 진료 활용 시간



자료: Oh my teeth. (2021. 11. 30.). 온라인 진료 이용률은 불과 11.2%. 42.7%가 점심시간이나 일하는 동안 스카마 시간에 사용되었습니다. PR TIMES. <https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000030.000048884.html>.

치과의사에게 온라인으로 진료를 받을 수 있다는 것을 아는지를 묻는 질문에는 9.6%만이 ‘네’라고 대답하였다. 온라인 진료를 이용해 본 적이 없는 응답자에게 향후 온라인 진료를 이용하고 싶은지를 물었더니, 56.3%가 ‘온라인 진료를 이용하고 싶지 않다’고 응답했다(Oh my teeth, 2021). 그 이유는 다음 표의 내용과 같다.

〈표 2-2〉 온라인 진료를 이용하고 싶지 않거나 이용하지 않은 이유

- 진료가 충실하지 않을 것 같아서
- 직접 진찰받는 것이 안심되기 때문에
- 자신의 컨디션 불량 증상 등을 온라인으로 잘 전달할 수 있을지 불안해서
- 실제로 병원에 가서 진찰하는 것이 제대로 치료될 수 있을 것 같아서
- 화면에서는 시차도 발생하고, 화질도 나빠 보여서
- 실제로 눈으로 확인하는 것과 화면으로 보는 것은 달라 보이는 경우도 있을 것 같아서
- 주치의(단골의사)가 지원하지 않아서
- 비교적 비싼 이미지가 있어서
- 정보 부족으로 무서워서

자료: Oh my teeth. (2021. 11. 30.). 온라인 진료 이용률은 불과 11.2%. 42.7%가 점심시간이나 일하는 동안 스카마 시간에 사용되었습니다. PR TIMES. <https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000030.000048884.html>

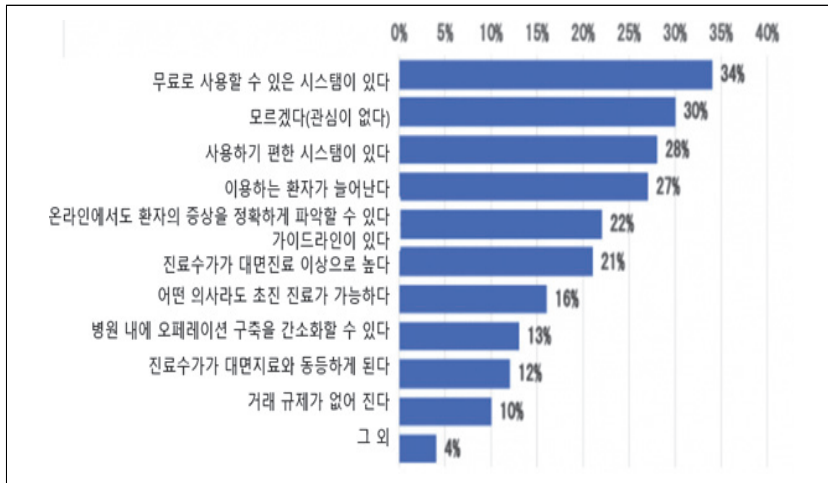
2) 개업의들의 온라인 진료에 대한 인식 조사

Oh my teeth는 2021년 12월에 일본의 치과 개업의사 100명을 대상으로 온라인 진료에 관한 앙케이트 조사를 실시하였다. 주요 내용은 다음과 같다.

‘온라인 진료가 있다는 것을 알고 있는지’를 묻는 질문에 ‘알고 있다’고 응답한 사람은 9.6%에 불과했고, 90.4%가 ‘모른다’고 대답했다(Oh my teeth, 2021).

‘온라인 진료를 검토할 의향이 없다’고 대답한 개업의사의 인식 조사에서 ‘당신은 어떻게 하면 온라인 진료가 보급된다고 생각하는가’라는 질문에 ‘진료 수가, 규제에 관한 과제’를 대답하는 의사도 많았지만, ‘무료로 사용할 수 있는 시스템 구축’, ‘사용법이 간단한 시스템 구축’이라고, 시스템에 대한 문제를 지정한 대답이 전체의 62%로 가장 많았다.

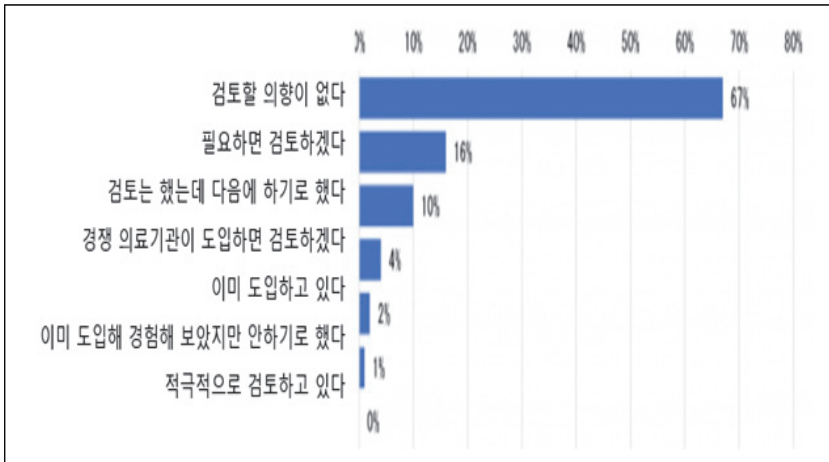
[그림 2-14] 온라인 진료의 보급이 정체되는 이유



자료: 온라인닥터. (2021). 온라인 진료에 관한 조사. 온라인 진료에 관한 조사.

‘온라인 진료 도입을 검토하고 있는지’를 물었더니, ‘검토할 생각이 없다’는 소극적인 답변이 전체의 70%로 가장 많았다.

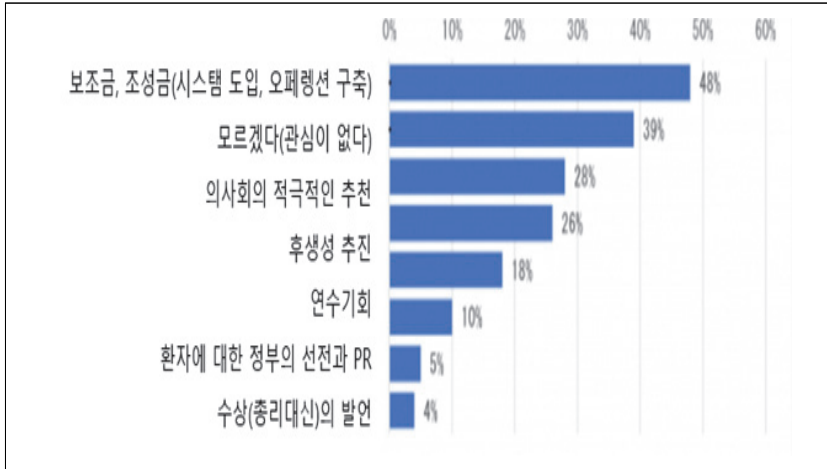
[그림 2-15] 온라인 진료 도입 검토 여부



자료: 온라인닥터. (2021). 온라인 진료에 관한 조사. 온라인 진료에 관한 조사.

‘향후 온라인 진료 보급에 도움이 된다고 생각하는 시책’에 대한 질문에 48%의 의사가 ‘시스템 도입, 운영 구축에 대한 보조금, 조성금’이 필요하다고 응답하였다.

[그림 2-16] 향후 온라인 보급을 효과적으로 하기 위해서 필요한 시책



자료: 온라인닥터. (2021). 온라인 진료에 관한 조사. 온라인 진료에 관한 조사.

이 조사 결과, 온라인 진료를 보급하기 위해서는 시스템, 환경의 정비
가 필요하며, 시스템이 정비됨으로써 환자의 편리성이 좋아질 것으로 판
단되었다.

5. 소결

일본 후생노동성에서는 온라인 진료의 바른 추진과 확산을 위하여 ‘온
라인 진료 그 외 원격 의료의 추진을 위한 기본방침’을 제시하고 있으며,
실제 진료에 관한 내용은 ‘온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침’에서
제시하고 있다. 다만 온라인 진료에서 질환별 혹은 환자의 상황에 따른
상세한 강제적인 규정은 없으며, ‘온라인 진료 그 외 원격 의료의 추진을
위한 기본방침’과 ‘온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침’은 아직 권고
사항 정도의 수준으로 적용되고 있다.

온라인 진료의 시장 규모는 2021년 시드플래닝에 의하면, 2018년

123억 엔에서 2022년에는 약 170억 엔으로 성장하였고, 2030년에는 292억 엔으로 성장할 것으로 예상된다. 다만 현재 온라인 진료 시장은 혼돈기로 인터넷 앱 등의 관련 산업은 아직 활성화되고 있지 못하다.

온라인 진료의 현황을 살펴보면 기대와는 달리 매우 완만하게 증가하고 있다. 2021년 후생노동성에 따르면 2021년도 기준으로 온라인 진료를 신청한 의료기관은 약 18%, 초진부터 온라인 진료를 시행하는 의료기관은 약 8%에 그쳤다. 또한 전화 진료가 약 80%를 차지하였고, 이용자는 연령별로 보면 40세 이하가 약 4분의 3을 차지하여, 연령이 높으면 높을수록 그 비율은 낮은 점 등 ICT 활용에 있어 한계를 드러냈다.

후생노동성에서 조사한 온라인 진료에 관한 의식 조사를 살펴보면, 온라인 진료를 받은 환자의 70% 이상이 '진료 시간을 자신이 상황에 맞출 수 있었다', '대기시간이 줄었다', '마음 편하게 진료를 받을 수 있었다'고 대답하였다. 그리고 응답자의 70% 이상이 증상에 대한 이야기를 하기 쉬웠다고 긍정적으로 대답하였다(후생노동성, 2023a).

회사원에 대한 의식 조사에서는 온라인 진료 이용 시간에 대해, '점심 시간/휴식 중'(25.0%)이라는 응답이 가장 많았고, 다음으로 '일하는 중간에 이동할 때나 틈틈이'(17.7%)라고 답한 응답자가 많았다. 진료과목으로는 내과, 피부과, 부인과, 이비인후과가 많았다. 한편 온라인 진료를 이용하고 싶지 않다는 응답도 56.3%로 높았고 그 이유로는 진료의 충실성과 안심성 등이 지적되었다(Oh my teeth, 2021).

치과 개업의사들의 의식 조사에서 '향후 검토할 의향이 없다'는 대답이 67%로 매우 높았다. '어떻게 하면 온라인 진료가 보급된다고 생각하는가'라는 질문에는 '진료 수가, 규제에 관한 과제'를 대답하는 의사도 많았지만, 한편으로 '무료로 사용할 수 있는 시스템 구축', '사용법이 간단한 시스템 구축'이 필요하다는 시스템에 대한 지적이 전체의 62%로 가장 많았다(온라인 닥터, 2021).



제3장

비대면 진료의 제도화 쟁점 고찰

제1절 비대면 진료 참여 범위

제2절 비대면 진료 실행방식

제3절 처방전 전달 및 의약품 수령

제4절 수가

제5절 비대면 진료의 비용효과성 검토

제3장 비대면 진료의 제도화 쟁점 고찰

제1절 비대면 진료 참여 범위

비대면 의료의 주요 쟁점 중 하나는 비대면 진료 참여 범위이다. 특히 초진 허용 여부는 해외 사례에 대한 상반된 해석으로 인해 많은 혼란과 논쟁을 빚고 있다. 상반된 해석의 원인은 ‘초진’에 대한 명확한 정의가 내려져 있지 않은 것으로, 국가별로 초진에 대한 개념이 다르거나 또는 초진에 대한 개념 자체가 존재하지 않는 경우가 더러 존재하기 때문이다. 또한, 코로나19 발생 이전 — 팬데믹 — 엔데믹을 거치며 각국의 비대면 의료 제도 및 지침이 더러 변경되었으나 최신 현황을 반영하기 어려운 점 또한 혼란을 가중하고 있다. 이와 더불어, 법·제도적 장치로 비대면 의료의 초진 가능 여부를 제한하는 국가가 존재하는 반면에 보험 제한을 통해 간접적으로 비대면 의료의 초진을 제한하는 국가가 존재하는 점 역시 해석에 어려움을 더하고 있다.

비대면 의료의 초·재진 허용 여부를 논하기에 앞서 초진과 재진의 개념을 구체화하는 작업이 요구된다. 기존 법체계에서 우리나라에서는 의료법상 명확히 초진과 재진을 구분하고 있지는 않고 있으며, 다만 건강보험 심사평가원의 수가 산정 기준에 따라 초진의 경우 ‘해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료를 받은 경험이 없는 환자’, 재진의 경우 ‘해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료를 받고 있는 환자’로 정의하고 있다. 또한, 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우 재진진찰료를 산정하며, 완치 여부가 불분명하여 종결 여부를 판단하기 어려울 경우에 90일 이내 내원 시 재진

환자로 본다(건강보험심사평가원, 2023, p.55).

2023년 6월 1일 비대면 진료 시범사업에서는 대상 환자의 확인과 관련하여, 재진의 경우 환자는 대면 진료를 받은 의료기관에 해당 질환에 대해 진료받은(만성질환자 1년 이내, 그 외 환자 30일 이내) 사실을 알리고, 의료기관이 의무기록을 확인하면 바로 비대면 진료가 가능하다고 하였다. 초진의 경우, 환자가 대국민 안내자료 등에 고지된 내용에 따라 비대면 진료 대상자임을 의료기관에 알리면 의료기관은 증명서 등 필요한 서류 등을 화상으로 확인하고 비대면 진료를 실시한다(보건복지부, 2023, p.3). 초진이 허용되는 대상자를 확인하는 방법은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 비대면 진료 대상 초진 환자 확인 방법

대상 환자	기준	확인 방법
섬·벽지 환자	<ul style="list-style-type: none"> 「보험료 경감 고시」 별표1에 규정된 섬·벽지 지역에 거주하는 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자가 본인의 주소지를 화상으로 의료기관에 제시(주민등록증 등) <ul style="list-style-type: none"> (지역가입자) 건강보험료 고지서 내 '섬·벽지 경감 대상' 제시 가능 (직장가입자) 주민등록등본 제시 가능 「시범사업 대국민안내」에 포함된 「보험료 경감 고시」에서 섬·벽지 지역 해당 여부 직접 확인
거동 불편자	<ul style="list-style-type: none"> (노인) 만 65세 이상이며, 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급 판정을 받은 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자가 장기요양등급인정서 등을 화상으로 의료기관에 제시
	<ul style="list-style-type: none"> (장애인) 장애인복지법에 따른 등록장애인인 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자가 의료기관에 장애인등록증, 장애인증명서 등을 화상으로 의료기관에 제시
감염병 확진 환자	<ul style="list-style-type: none"> 감염병예방법상 1급 또는 2급 감염병으로 확진되어 격리(권고 포함) 중에 타 의료기관 진료가 필요한 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 격리통지서, 문자 등 격리 사실 통보 내용을 화상으로 의료기관에 제시

자료: 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 6. 7.). 비대면진료 시범사업 안내. 보건복지부 보도참고자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=, p.3

1. 초·재진 해외 사례

일본의 경우 비대면 초진이 가능하나 ‘단골 의사’를 통해야 가능하다. 단골 의사는 환자와의 관계가 이미 맺어져 있는 의사이나 구체적으로 정의 내려진 바는 없다. 비대면 초진은 단골 의사가 수행하는 것이 원칙이나, 환자에 대한 의학적 정보를 얻을 수 있으며 환자의 증상이 비대면 진료가 가능하다고 의사가 판단하였을 경우 온라인 초진이 가능하다고 본다. 따라서 일본의 경우 비대면 초진 자체는 가능하나 주치의 제한이 존재한다(후생노동성, 2021).

프랑스의 경우 2020년 3월부터 주치의가 아닌 의사를 통한 비대면 초진이 가능해졌다. 그러나 원격 상담을 위한 모범 실천지침을 통해 초진대면 진료를 권장하고 있다(LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)).

미국은 주마다 정책이 상이한 점에 유의할 필요가 있다. 단, 코로나19 이전부터 메디케이드에 대해 비대면 초진을 허용하였고, 코로나19 이후에는 메디케어도 초진 환자의 원격 진료 보험급여를 인정하였다. 그러나 비대면 초진이 가능하도록 메디케어의 규제를 완화하였던 조치는 2024년 12월 31일을 기점으로 종료될 예정이다(김현성, 김희선, 2022).

영국의 경우 주치의 제한 없이 비대면 초진이 가능하나, 비대면 의료 모델이 적합하여야 하며, 영국의 건강복지 서비스 규제기관(CQC, Care Quality Commission)에 등록된 의료전문가에 의해서 이루어져야 한다(General Medical Council, 2020).

호주의 경우 비대면 초진을 위해서는 지난 1년간 적어도 한 번은 같은 의사에게 같은 진료과목에 대해 진료를 받은 기록이 있어야 한다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022).

독일의 경우 2021년 이후 비대면 초진이 가능하도록 규정이 개정되었으며 주치의 제한이 존재하지 않는다(§ 7 Abs. 4 MBO-Ä).

이탈리아의 경우 진단이 확정된 환자에 대한 원격 모니터링만이 제한적으로 가능하며 원칙적으로 비대면 의료행위가 불가능하다. 따라서 초진 또한 불가능하나, 원격 모니터링이 반드시 주치의에 의해 이루어져야 하는 것은 아니다(The Ministry of Health, 2022).

〈표 3-2〉 비대면 의료의 초진 가능 여부에 대한 각국의 현황

국가	동일 의료기관(주치의) 제한	동일 상병 제한
일본	있음	없음
프랑스	없음	없음
미국	없음	없음
영국	없음	없음
호주	있음	있음
독일	없음	없음
이탈리아	비대면 불가	비대면 불가

이처럼 선진국 사이에서도 비대면 초진 여부에 대한 정책과 제도가 상이함을 알 수 있다. 여러 국가에서 비대면 초진을 허용하고 있으나 의사와 환자의 기존 관계가 있는 경우로 제한하고 있고, 또한 예외 조항을 통하여 주치의가 아니더라도 초진이 가능하도록 하고 있어 비대면 초진에 대한 해외 사례를 제시함에 있어 국내에서도 상반된 해석이 동시에 제시되고 있다.

2. 대상 환자 해외 사례

일본은 벽지에 거주하는 환자만 비대면 진료를 사용할 수 있도록 하는 제한이 있었으나 코로나19 이후 전 국민으로 대상이 확대되었다(김현성, 김희선, 2022). 또한 단골 의사에 의해 비대면 진료가 수행되는 것이 원칙이나, 환자가 해당 지역을 벗어났을 경우 주치의가 아니더라도 비대면 초진이 가능하도록 예외 조항을 두고 있다(후생노동성, 2022b).

호주의 경우 전문의와 환자의 거리가 최소 15km 이상으로 농촌, 선박, 남극, 원주민 등 벽지 거주민만이 비대면 진료를 사용할 수 있도록 제한되었으나(CCHP, 2022) 코로나19 이후 거리 및 지역 제한 기준이 해제되어 전 국민으로 대상이 확대되었다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2022).

프랑스는 코로나 이전부터 전 국민이 비대면 의료 서비스를 제공받을 수 있다(Legifrance, 2017-1836호, 2017).

미국은 주별로 차이가 상당하나 코로나19 이전에는 메디케어 가입자, 벽지, 농촌, 교정시설, 원주민 등으로 비대면 진료를 사용할 수 있는 대상이 제한적이었으나, 코로나19 이후 전 국민으로 그 대상이 확대되었다(CCHP, 2022).

영국은 코로나19 이전 비대면 진료 시범사업을 통해 일부 지역에서만 비대면 진료를 사용할 수 있었으나 코로나19 이후 전 국민으로 대상이 확대되었다(김지애 외, 2020).

독일은 2018년부터 전 국민이 비대면 의료를 이용할 수 있다(독일 연방의사협회, 2018). 캐나다의 경우 재진 환자만을 대상으로 비대면 의료가 가능했으나(이기평, 2020) 코로나19 이후 모든 지역에서 전 국민이 비대면 의료 서비스를 제공받을 수 있게 되었다(김현성, 김희선, 2022).

3. 허용 질환 해외 사례

일본의 경우 코로나19 이전에는 재택 고혈압 환자, 재택 산소요법 환자, 재택 난치병 환자, 재택 당뇨병 환자, 재택 천식환자 등 만성질환에 한정되었으나, 코로나19 이후에는 만성질환, 알레르기 질환, 폐렴 등까지 대상 질환의 적용 범위를 확대했다. 일본은 비대면 진료 허용 질환을 수가 적용 여부로 관리하고 있으며, 치료의 안정성과 유효성 관련 증거 및 치료 지침을 고려해 비대면 진료 허용 대상 질환에 새로운 질환을 추가하는 방식을 취하고 있다.

호주에서는 코로나19 이전부터 비대면 의료 서비스의 급여를 적용하는 진료과목에 대한 제한 기준은 없었으며, 코로나19 발생 이후에는 전문의(외과, 노인질환, 신경외과 등)의 필수 진료를 받을 수 있게 되었다(김현성, 김희선, 2022). 그러나 보험 적용 여부를 통해 비대면 진료 가능 질환을 간접적으로 관리하고 있다(OECD, 2020).

프랑스의 경우 코로나19 이전부터 모든 의사가 전공 분야 및 진료과목과 무관하게 비대면 의료 서비스를 제공할 수 있었다(사회보장 재원조달에 관한 법률 2017-1836(1)).

캐나다의 경우 주별로 진료과목 제한이 상이하다. 2015년 비대면 의료 서비스의 주요 진료과목은 상처 치료, 피부과, 안과, 정신과 등이었으며 소아과 및 재활이 가장 일반적인 비대면 의료 서비스였다. 코로나19 이후에도 허용 질환에 대한 변경 조치는 이루어지지 않았다(COACH & Canada's Health Informatics Association, 2015).

제2절 비대면 진료 실행방식

1. 진료 방식

2022년 대한약사회는 보도자료를 통해 환자가 약국을 선택하는 것이 아니라 자동으로 조제약국이 선택되며, 보건소에 등록되지 않은 약국 명칭이 비대면 진료 앱에 도배되고 있어 환자의 약국 선택권은 철저히 배제되고 (비대면 진료) 앱 업체들이 마음대로 조정하는 것이 현재 비대면 진료와 투약의 민낯이라고 문제를 제기하였다(대한약사회, 2022). 여기에서 한발 더 나아가 대한약사회는 비대면 진료 시범사업, 제도화의 대응 방안 중 하나로 약사회가 주도하는 방식의 플랫폼을 개발하는 방안(공적 플랫폼 제안)을 제시하였다.

또한 대한약사회는 코로나19 이전부터 수많은 영리기업이 플랫폼 선점을 위해 앞다투어 무차별 진입하여 과도한 의료이용을 조장하고 불법적인 의약품 배송을 일삼고 있음에도 정부는 사실상 이를 외면하며 방치하고 있다고 주장하며, 현재는 수수료를 무료로 하지만 이후 대형화되고 독점적 지위를 확보하면 결국 해당 비용을 약국 등에 전가하는 게 아닌가 우려된다고 하였다. 또한 플랫폼의 특성상 환자의 개인정보 노출이 우려되고, 정부도 확보하지 못한 환자의 개인정보를 민간기업이 취득하는 비정상적인 상황이 우려된다고 하였다(대한약사회, 2022).

보건복지부는 2022년 8월 4일 플랫폼 가이드라인을 고시한 바 있으며, 플랫폼의 중개 서비스 제공에 따른 이용자의 의약품 오·남용, 환자의 선택권 제한 등의 우려에 따른 가이드라인을 발표하였다.

〈표 3-3〉 한시적 비대면 진료 중개 플랫폼 가이드라인

1. 정의 및 목적

이 가이드라인은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제49조의3 및 이에 따른 보건복지부 공고 등에 따라 시행되는 감염병 위기 ‘심각’ 단계에서의 한시적 비대면 진료 서비스를 중개하기 위하여 의료기관, 약국 등의 정보를 환자에게 제공하거나 환자와 의료인(의료기관) 간의 전화 등을 연결하는 서비스를 제공하는 비대면 진료 중개 플랫폼(이하 “플랫폼”이라고 한다)의 업무 수행이 보건의료시장 질서 내에서 이루어 질 수 있도록 필요한 사항을 규정하는 것을 목적으로 한다.

플랫폼은 환자와 의료인(의료기관), 약국 간의 비대면 진료 서비스 제공 및 이용의 편의 증진을 도모하기 위하여 노력하여야 하며, 국민의 건강 향상을 위하여 의료법·약사법 등 보건의료법령을 준수하고 보건의료시장 질서를 건전하게 유지하는 범위 내에서 사업을 영위하여야 한다.

2. 플랫폼의 의무

① 플랫폼은 한시적 비대면 진료 중개업무를 수행하면서 환자의 의료 서비스 및 의약품의 오·남용을 조장하여서는 안 된다.

② 플랫폼은 환자가 의료기관 및 약국을 선택할 수 있도록 관련 서비스를 제공하여야 하며, 중개업무 수행 또는 고객행위(사은품 제공, 의약품 가격할인 등) 등을 통해 환자의 의료기관 및 약국의 선택에 영향을 미치지 않도록 하여야 한다.

③ 플랫폼은 약국 개설자와 의료기관 개설자가 약사법·의료법상 담

합행위를 하도록 알선·유인·중재하는 행위를 하지 않도록 하여야 한다.

④ 플랫폼은 한시적 비대면 진료 서비스를 제공하는 의사·치과의사·한의사의 의료기술 시행과 약사의 약학기술 시행에 대하여 전문성을 존중하고 이를 방해하거나 저해하는 서비스를 제공하여서는 안 된다.

⑤ 플랫폼과 플랫폼을 이용하는 의료인·약사는 「한시적 비대면 진료 허용방안」 및 「한시적 비대면 진료 특정의약품 처방 제한 방안」 등 관련 공고를 준수하여야 한다.

⑥ 플랫폼은 환자와 의료인·약사의 개인정보를 개인정보보호법·의료법·약사법 등 관련 법령에 따라 보호하여야 한다.

3. 플랫폼 업무 수행의 세부 준수사항

① 플랫폼은 의료기관과 약국이 환자의 본인 여부를 확인할 수 있는 방법을 마련하여야 한다.

② 플랫폼은 환자가 비대면 진료 서비스의 이용을 요청하는 경우 환자가 선택한 의료인(의료기관)에게 진료받을 수 있도록 하여야 한다.

이를 위하여 플랫폼은 환자에게 의료인과 의료기관에 대한 정보*를 제공하여야 한다.

* (의료인) 의료인의 면허 및 자격별(전문의인 경우 전문과목별) 명칭 및 성명

(의료기관) 의료기관명, 의료기관의 주소 및 전화번호

③ 의료기관이 플랫폼을 통해 환자가 지정하는 약국에 처방전을 전송하고자 할 때, 반드시 환자가 약국을 선택할 수 있도록 하여야 한다.

이를 위하여 플랫폼은 환자의 위치 정보 등을 바탕으로 약국 및 약국 개설자에 대한 정보*를 제공하여야 한다. 다만, 플랫폼 미가입 약국에 대해서는 정보 제공이 제한될 수 있음을 안내하여야 한다.

* ① 약국 명칭·주소 및 전화번호·팩스번호, ② 약국 개설자, 약국에 종사하는 약사·한약사의 면허 종류 및 성명

플랫폼은 비대면 조제의 특성상 환자의 조제 약국의 선택 위치에 따라 대체조제가 이루어질 수 있음을 안내하여야 하고, 대체조제를 한 약사에게는 약사법령에 따른 절차를 준수하여야 함을 안내하여야 한다.

④ 플랫폼은 서비스가 제공되는 과정에서 처방전 재사용 등의 문제가 발생하지 않도록 하여야 한다.

⑤ 플랫폼은 환자에게 처방 의약품의 약품명, 효과, 가격 등의 정보를 안내할 수 없다.

⑥ 플랫폼은 환자의 이용 후기 등에 다음의 사항이 포함되지 않도록 조치하여야 하며, 환자 유인행위가 발생하지 않도록 의료기관 등의 요청이 있는 경우 즉각 삭제 등 적극적인 관리 방안을 마련하여야 한다.

본 절에서는 우리나라에서 비대면 진료의 진료 방식으로 주로 이용되었던 비대면 진료 플랫폼의 해외 사례를 살펴보았다. 해외 플랫폼의 경우 국영 기업에서 개발 및 운영하는 경우, 민간기업에서 개발 및 운영하는 경우로 나뉘는데 민간기업에서 개발 및 운영하는 경우 정부의 인증을 받는 경우와 인증을 받지 않고 운영되는 경우로 나뉠 수 있다. 플랫폼 운영 주체와 별개로 대부분의 국가에서 비대면 진료 시 개인정보 보호에 대한 가이드라인을 두고 있는 것으로 보인다. 관련 이슈에 대해서도 살펴보았다.

가. 플랫폼 운영 해외 사례

1) 국영 기업 개발 및 운영, 정부 인증

호주의 경우 무상의료 국가로 분류된다. 민간의료보험에 가입되어 있는 비중이 45%에 이르지만(APRA, 2023), 대부분 공립병원을 통해 무료로 검진과 치료를 받을 수 있다. 호주의 비대면 진료업체인 Healthdirect Australia는 2006년에 설립되었으며, 호주 정부로부터 펀딩을 받아 세워진 주식회사이다. 2022년 총자산은 1,000억 원 수준이며(HealthDirect, 2022), 비대면 진료와 관련된 다양한 서비스를 제공하고 있다. 헬스 다이렉트의 하위 서비스 중 Healthdirect Video Call은 화상 통화 기능을 통한 의사-환자 간 비대면 의료 서비스를 제공하는 플랫폼이다. 이외에도 Healthdirect Help Line은 호주의 퀸즐랜드를 제외한 모든 지역에서 24시간 연중무휴로 이용할 수 있는 서비스로, 전화통화를 통해 임상 간호사에게 다양한 건강 관련 조언을 받을 수 있으며, 간호사로부터 24시간 이내에 GP(일반의사)를 만나기를 조언받은 환자의 경우 헬스다이렉트 GP로부터 화상 전화로 회신을 받을 수 있다.

캐나다의 경우에도 무상의료 국가로 분류된다. 캐나다는 각 주/준주별로 공공 비대면 의료 플랫폼을 별도로 개설 및 운영하고 있다. 원주민 커뮤니티의 eHIP(eHealth infostructure Program), 온타리오주의 KOeTS, OTN(Ontario Telemedicine Network) 등 지역별로 사용하는 플랫폼이 상이하며(Health Canada, 2017), 민간기업이 운영하는 Maple 등의 서비스도 동시에 제공 중이다. Maple의 경우 2016년에 설립되었으며, 이용료는 주중 1회 콜은 49캐나다 달러(한화 3만 8천 원), 주말의 경우 79캐나다 달러((한화 7만 5천 원) 수준이다(Maple Corporation, 2023).

독일의 경우 우리나라와 같이 사회보험에 기반한 의료시스템을 운영하고 있다. 독일은 디지털 건강 애플리케이션(DiGA) 및 디지털 케어 애플리케이션(DiPA)을 도입하여 원격 처방 및 만성질환자 자가 관리 지원, 물리치료 운동 안내, 정신질환 분야 치료법 제공 등의 서비스를 제공하며, 의사, 심리치료사, 물리치료사 같은 서비스 제공자와 함께 사용하여 질병의 감지 및 치료를 지원하는 시스템을 운영 중이다. 비대면 진료를 위해서는 Doctolib 등의 민간 플랫폼을 활용하고 있다.

아르헨티나의 전국 소아 원격 의료 프로그램(Programa Nacional de Telesalud Pediátrica)은 소아 및 청소년을 대상으로 비대면 진료 및 모니터링을 가능하게 하는 PNTF 프로그램을 개발했다(Gob, 2016).

2) 민간기업 개발 및 운영, 정부 인증

영국의 GP at Hand는 NHS와 협력 관계를 구축하고 있는 민간기업 바빌론 헬스(Babylon Health)에서 개발하였으며 영국 정부의 인증을 통해 사용을 승인받은 비대면 의료 서비스이다. 모바일을 통해 연중 무휴로 운영되며, 화상 통화 또는 전화를 통한 비대면 진료 및 진단, 근처의 적절한 병원 연결, 주변 약국으로의 처방전 배달 시스템을 제공한다(김현성, 김희선, 2022). 그러나 2023년 8월 현재 바빌론 헬스는 GP at hand를 매각하기 위해 매수자를 찾고 있는데,, 그 이유는 2023년 1사분기에만 6,300만 달러에 달하는 손실을 입고 있기 때문이다. 2017년 처음 서비스를 제공할 당시에만 해도 앱을 통해 GP 서비스를 제공하는 혁신적 기업으로 각광을 받았으나 현재는 파산까지 염두에 두는 상당히 어려운 상황인 것으로 알려져 있다(Mahase E, 2023). 그 주된 원인은 GP at hand가 혁신하면서 접근의 편의성은 늘어났지만, 영국이 가지고 있는 지불체

계에는 적합하지 않은 비즈니스 모델이었기 때문으로 해석된다. 영국은 인두제로 의사에 대한 지불체계가 이루어져 있는데, 젊은이들을 중심으로 예상했던 것보다 수요가 많이 늘어나면서 손실이 발생한 것이 근본적인 문제로 지적된다.

3) 민간기업에서 개발 및 운영, 정부 미인증

독일과 프랑스에서 가장 대중적으로 사용되는 플랫폼은 Doctolib이다. Doctolib은 기본적으로 온라인 예약 서비스를 제공하는 앱으로, 프랑스 및 독일에서 가장 많은 이용자 수를 확보하고 있으며, 의사와의 진료 예약을 위한 소프트웨어로 활용되거나 화상 통화를 통한 비대면 진료 서비스 역시 제공하고 있다(대한무역진흥공사, 2020). 의사는 월 79유로를 가입비로 지불해야 하고, 보험 당국에 진료비 청구서비스 등을 제공한다. 따라서 Doctorlib의 핵심 고객은 복잡한 행정업무를 대신 처리해주기를 바라는 의사들이라고 할 수 있다. 현재 프랑스에만도 21만 5천 명의 의사들이 가입되어 있는 것으로 알려져 있다(Contrary Research, 2023). 이외에도 미국의 Teledoc을 비롯하여 일본, 중국, 독일, 아일랜드, 스웨덴 등 대부분 국가에서 민간 플랫폼을 활용하고 있다(김진숙, 2022)

나. 개인정보 보호 해외 사례

유럽연합은 1995년 개인정보보호 지침 Directive 94/46/EC를 수립하였으나, 몇몇 회원국이 독자적으로 법률을 제정하여 회원국 간에 차이가 발생하였고, 이에 따라 유럽연합 전체에 적용할 수 있는 새로운 법제화의 필요성이 제기되었다(Commission Directive 94/46/EC, 1994).

이에 따라 유럽연합(EU)은 역내 디지털 경제 활성화와 개인정보 보호 사이에 균형을 맞추고 글로벌 디지털 시장에서의 지위를 강화하기 위하여 개인정보 보호법을 개정하여 2018년 5월부터 개인정보보호법(General Data Protection Regulation, GDPR)을 적용하고 있다. 비대면 진료에서도 환자 데이터의 암호화(encryption) 과정에서 GDPR의 적용을 받아야 한다.

유럽의사상임위원회(CPME)에서는 비대면 의료 서비스의 시행에 따른 문제점 및 해결 과제 중 하나로 환자의 의료 데이터 보안에 대한 우려를 제기하였다(CPME, 2021). 구체적인 문제점으로 환자 데이터가 플랫폼이나 앱에 쉽게 노출되거나 인터넷 불량으로 인한 교환 중단이 개인정보에 대한 보안 위험으로 연결될 수 있다는 것이다. 또한 상업용 플랫폼이 목적에 부합하지 않거나 일반 데이터 보호 규정(GDPR)을 준수하지 않는 경우, 또는 기존 건강 기록에 온전히 통합되지 않는 경우가 있다. 따라서 데이터 보호에 대한 요구사항과 윤리적 요구사항을 준수하고 있는지 주기적인 확인이 요구된다.

비대면 진료 서비스를 제공하는 대부분의 국가에서는 환자의 개인정보 보호를 위한 가이드라인을 제정하는 한편 해당 가이드라인을 준수하기를 권고하고 있고, 영국, 프랑스, 호주, 인도, 독일, 일본, 캐나다, 미국의 일부 주에서는 개인정보 보호를 위한 관련 법과 제도를 구축하고 있다(김진숙, 2022).

독일의 BÄK 커리큘럼은 의사들이 비대면 진료를 수행할 수 있도록 하는 교육과정으로, 학습 단위 중 데이터 보호 및 데이터 보안 측면, 윤리 및 디지털화에 대해 각 4회씩 수업을 진행한다(DLA piper, 2023). 프랑스의 디지털 보건청(ANS)은 의료 데이터를 보호하고 정보처리의 안전성에 대한 가이드를 제시한다. 또한 의료인이 의료인 간 건강 데이터를 안

전하게 메일로 공유할 수 있도록 하는 안전한 건강 메신저(MSSanté)를 운영하고 있다(MSSanté, 2023).

호주에서는 비대면 의료의 경우에도 일반 진료 서비스와 동일하게 주 정부와 연방정부의 보안법 및 개인정보보호법에 따라 운영되고 있으며 주마다 비대면 의료 실시 가이드라인과 지침을 마련하여 시행하고 있다(Department of health, 2022).

2. 서비스 제공 및 형태

2023년 6월 1일 비대면 진료 시범사업에서 비대면 진료는 화상 진료를 원칙으로 하며, 스마트폰이 없거나 활용이 곤란한 경우 등 화상 진료가 불가능한 경우에는 예외적으로 음성 전화를 통한 진료가 가능하도록 하였다.

가. 서비스 제공 방법 해외 사례

호주의 경우 코로나 이전에는 오디오와 비디오가 가능한 화상 통화 방식만 비대면 진료를 위해 사용 가능했으나, 코로나 이후 화상 통화가 어려운 경우 전화를 사용할 수 있게 되었다. 서비스 제공 수단으로 Zoom, Skype, Facetime 등 널리 사용되는 영상 통화 앱을 사용할 수 있다. 호주에서는 실시간, 저장 후 전송방식, 비대면 환자모니터링 방식 서비스 모두를 제공한다(임선미, 유승현, 김진숙, 지성인, 2021).

미국은 특정 플랫폼을 통한 화상 통화로 실시간 상담, 저장 후 전송, 비대면 환자모니터링 방식이 주를 이루었으나 코로나19 이후로 Skype 또는 Facetime 활용이 가능해졌고 전화 및 이메일 등도 비대면 진료의

제공 방식에 추가되었다. 이는 화상 통화를 위한 초고속 인터넷을 사용할 수 없는 환자들을 위해서이며, 호주 또한 같은 사유로 비대면 전화 진료를 허용하였다(김진숙, 2022).

영국은 일부 지역을 제외하고 코로나 이전부터 전화를 비대면 진료 제공 방법으로 사용하였다(김지애 외, 2020). 이는 디지털 격차 때문으로, 노인과 장애인들이 전화를 통해 적절한 비대면 진료를 받을 수 있도록 하기 위함이다(김진숙, 2022).

프랑스의 경우 스마트폰 또는 컴퓨터, 태블릿을 통한 화상 방식만을 허용하였는데(김령희, 구혜경, 안지원, 2020), 코로나19 동안 비대면 진료를 위하여 화상 채팅 애플리케이션(skype 등)과 전화를 통해서도 비대면 진료를 받을 수 있도록 규제를 완화되었으며, 임신부, 벽지 거주자, 비디오 장비가 없는 사람들, 특정 만성질환 보유자들은 전화를 통해서도 비대면 진료를 받을 수 있게 되었다. 그러나 이러한 조치는 현재 제공 방식에서 제외되었다(김진숙, 2022).

일본의 경우 재진 시에만 전화를 통한 비대면 진료가 가능했으나, 코로나19 이후로 초진에서도 전화를 통한 비대면 진료가 가능하도록 규제가 완화되었다.

캐나다의 경우 코로나19 이전에는 정부 인증 솔루션(오디오, 비디오)을 통한 화상 통화 및 각 주/준주별로 활용하는 플랫폼을 통해 비대면 진료가 가능했으나 코로나19 이후에는 상용 화상채팅 애플리케이션 및 전화 이용이 가능해졌다(김현성, 김희선, 2022)

나. 서비스 제공 형태 해외 사례

호주의 경우 실시간, 저장 후 전송방식, 비대면 모니터링 방식의 서비

스를 제공한다(임선미 외, 2021). healthdirect Video Call을 통해 예약 시간에 온라인 진료소를 제공하는 서비스 형태와 사용자가 임시로 활용 할 수 있는 Help Line 연락 센터를 활용한 주문형 서비스 형태(on-demand service)가 있으며, 이외에도 정신건강, 약물, 알코올, 아동 및 산 모 건강, 통증 관리, 암 서비스 및 소아 치료 분야에서 지원이 제공된다(Healthdirect, 2023).

프랑스는 비대면 의료 행위를 비대면 상담, 비대면 자문, 비대면 모니터링, 비대면 의료지원, 응급 상황에 대한 의료 규정 또는 시간 외 의료 서비스(Article R6316-1 - Code de la santé publique)의 다섯 가지로 명시한다. 비대면 진료는 환자의 예약 신청이나 주치의의 전원에 따라 시작되며, 의사가 환자에게 인터넷 링크를 통해 안전한 웹사이트나 응용 프로그램에 연결할 수 있도록 초대한다. 비대면 상담 전에는 반드시 환자의 동의가 필요하며, 필요한 경우 의사가 처방전을 발행하여 우편 또는 전자메일로 전달한다(HAS, 2019).

일본 정부는 비대면 의료를 의료기관 간(DtoD) 비대면 의료와 의료기관과 환자 간(DtoP) 비대면 의료로 엄격히 분류하였다. 비대면 의료 솔루션(의사-환자 간 의사소통, 비대면 진료, 비대면 복약지도, 비대면 상담) 서비스를 제공하고 있다(김현성, 김희선, 2022).

오스트리아, 스웨덴 등에서도 온라인이나 전화를 통한 비대면 진단 서비스가 존재하며, 아르헨티나, 덴마크, 핀란드, 아이슬란드, 룩셈부르크, 리투아니아, 포르투갈, 노르웨이 등 다양한 국가에서 상담 서비스를 제공하고 있다.

영국, 오스트리아, 덴마크, 헝가리, 벨기에, 체코공화국, 아일랜드, 리투아니아, 노르웨이, 포르투갈, 폴란드에서는 환자 비대면 모니터링 프로그램을 운영하고 있다. 특히 영국의 경우 비대면 모니터링 분야에서 가장

복합적인 사업을 실행하고 있으며, 덴마크의 경우 Telecare North, 가상 병원 및 재택 부상 치료 같은 다양한 프로그램을 통해 비대면 모니터링 분야에서 폭넓은 서비스와 솔루션을 제공하고 있다(김현성, 김희선, 2022).

제3절 처방전 전달 및 의약품 수령

1. 해외 사례

일본은 일반용 의약품(OTC)의 경우 인터넷 판매를 허용하며, 2020년 9월 법령 개정을 통해 처방 의약품 역시 배송 및 원격 복약지도가 가능하도록 허용하였다(후생노동성, 법률 제145호, 2023). 이와 더불어 의료비 절감을 위해 의료용 의약품 중 안전성이 인정되는 성분을 일반용 의약품으로 전환하는 ‘스위치 OTC’ 정책을 시행하고 있다. 단 마약 및 향정신성 약물은 비대면 처방이 금지되어 있고, 기초 질환 등 정보가 파악되지 않은 환자의 처방은 7일분까지만 가능하도록 규정되어 있다(김진숙, 2022).

영국은 실물 약국을 등록한 약사에 한해 의약품의 온라인 판매 및 배송이 가능하다. 배송 가능한 의약품은 처방의약품, 약국에서만 판매 가능한 요지도 의약품, 일반적인 소매점에서 판매하는 일반의약품 모두가 포함된다. 영국 의약품 및 의료기기 규제청은 6개월 주기로 의약품을 재분류하여 그 목록을 공개하고 있다(원격의료산업협의회, 2023).

호주의 경우 일부 지역을 제외한 모든 지역에서 Schedule 8 카테고리 에 해당하는 마약류 처방, Schedule 4 Appendix D에 해당하는 항생제, 스테로이드제, 모르핀 계열 약물, 향정신성 약물, 진통제 등의 처방이 가

능하다(Australian Government Department of Health and Aged Care, 2023).

프랑스는 식물 약국을 등록한 약사에 한해 일반의약품 인터넷 판매 및 배송을 허용하고 있으며 처방 의약품 또한 배송이 가능하다(Legifrance, 공중보건법 4211-1조, 2023). 이와 더불어 2024년 말까지 종이 처방전을 배제하고 전산화하기 위한 제도를 마련하고 있다.

독일은 약사 면허를 보유한 약사는 일반의약품 및 처방의약품의 배송을 허용하고 있다(독일 연방법 제 17조, 2023). 의약품의 품질 관리 및 복약지도 규정이 준수된다면 DHL 등 택배사를 통한 배송이 가능하다. 안전성이 입증되고 복약지도 없이 자가 투약이 가능하다고 판단되는 처방의약품의 경우 일반의약품으로 전환하는 제도를 시행 중이다.

이탈리아는 처방전이 불필요한 일반의약품의 경우 인터넷 판매를 허용하고 있으나 처방의약품의 경우 배송이 불가능하다(원격의료산업협의회, 2023).

캐나다는 약사법 및 의약품 및 약국 규제법에 근거하여 일반의약품과 처방의약품의 배송 및 비대면 복약지도가 허용된다.

미국의 경우 코로나 이전에는 마약단속국(DEA) 및 약물남용 및 정신 건강 서비스국(SAMHSA)의 규제에 의해 마약성 진통제 처방이 불가하였으나, 코로나19 이후에는 오피오이드 계열의 마약성 진통제 처방이 공식적으로 허용됨에 따라 DEA와 SAMHSA에서 제한하는 의약품 외에는 배송을 허용하고 있다(SAMHSA, 2023).

중국은 비대면 진료(재진) 시 마약 및 향정신성 의약품과 기타 특수 관리 의약품에 대한 처방을 할 수 없으며, 6세 미만 아동을 위한 어린이 의약품 처방 시에는 반드시 보호자가 동석하며 해당 진료과의 전문의가 처방하도록 하고 있다(위생건강위, 2019).

제4절 수가

1. 국내 시범사업

2023년 6월 1일 비대면 진료 시범사업 실시 이후 ‘비대면 진료 시범사업 관리료’가 신설되었고, 비대면 진료 시 초진, 재진 모두 이를 적용한다.

의료기관에서 시범사업 대상 환자에 대해 비대면 진료를 실시한 경우, 초진 환자에 대해서는 초진 진찰료와 비대면 진료 시범사업 관리료를 청구하고, 재진 환자에 대해서는 재진 진찰료와 비대면 진료 시범사업 관리료를 청구한다(보건복지부 보건의료정책과, 2023, p.4).

〈표 3-4〉 비대면 진료 시범사업 수가 변경 고시

구분	기존	현행
초진	(의원급) 초진 진찰료+초진 전화상담관리료 (병원급) 초진 진찰료+의료질평가지원금	초진 진찰료+비대면 진료 시범사업 관리료
재진	(의원급) 재진 진찰료+재진 전화상담관리료 (병원급) 재진 진찰료+의료질평가지원금	재진 진찰료+비대면 진료 시범사업 관리료

* 소아, 야간, 토요 등 가산 산정 불가, 의원·병원급, 초·재진 점수 동일(의과 기준 40.34점)
 자료: 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 6. 7.). 비대면진료 시범사업 안내. 보건복지부 보도
 참고자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=, p.4

2. 해외 사례

일본의 경우 2022년 비대면 진료 초진에 대한 수가를 공식적으로 신설하였다. 대면 진료 진찰료보다는 비대면 진료의 수가가 다소 낮으나 가산 및 온라인 의학 관리료 등을 산정하여 지급하고 있다.

호주의 경우 대면 진료의 50%로 수가를 책정하고 있으나 진료과목 및 상담 시간에 따라 수가를 차등 적용하고 있다. 2022년부터는 비대면 진

료를 활성화하기 위해 영구적으로 메디케어 급여 항목으로 적용하였다.

프랑스는 팬데믹 같은 상황 시 국가에서 100%를 보장하고, 일반적 상황에서는 70%를 적용하고 있다(Management Mobility Consulting, 2023).

캐나다에서는 일부 주에서 임시 수가를 지급하고 있으며, 비대면 진료를 허용 중인 대부분 국가(중국, 영국, 미국 등)는 대면 진료와 비대면 진료를 동등하게 취급하여 동등한 수가를 적용하고 있다(김진숙, 2022).

독일의 경우 연방의약품의료기기연구원에서 플랫폼 애플리케이션의 품질과 안정성에 대해 검사받도록 한 뒤, 공적 의료보험(GKV-Spitzenverband)에서 헬스케어 애플리케이션이 수가를 받을 수 있도록 개정된 규정 초안을 마련하고 있다(김현성, 김희선, 2022).

3. 법적 책임

프랑스의 경우 비대면 진료에 있어 이해관계자 간 법적 책임 의무 사항에 대해 당사자 간 계약으로 정하도록 한다. 비대면 진료에 대한 책임은 기본적으로 의사 또는 의료기관에 있으나, 결함 제품으로 인해 피해가 발생한 경우에는 의사와 의료기관에 책임을 묻지 않고 플랫폼 업체가 책임을 지도록 하고 있다. 프랑스에서는 고등보건당국(HAS, Haute Autorité de Santé)을 설립하여 환자의 정보 및 동의 수집, 비대면 의료에 적합한 장비 등 비대면 의료에 대한 가이드를 제시하고 있다.

캐나다의 OTN 플랫폼의 경우, 서비스 약관에 환자의 프라이버시, 비밀보호, 안전보장 의무 등은 의사, 의료기관 등 회원기관이 책임보험을 통해 공동으로 책임진다고 명시하였으며 의료기록 유지나 기술적 장비 요건 등을 마련하고 있다(이기평, 2020).

호주, 캐나다 등에서는 비대면 의료와 관련된 가이드라인을 제공하고 있으며, 대부분의 국가에서는 시행 조건과 서면 동의, 절차 요건 등을 제시하고 지키도록 함으로써 안전 조치를 확보하고 있다. 호주, 미국, 캐나다, 프랑스에서는 전문인 배상 책임보험 가입을 의무화하거나 권고한다 (General Medical Council, 2018).

미국, 일본, 호주 등에서는 비대면 의료 시행 이전에 절차적 요건으로 책임 분담에 대한 사전 동의를 서명 또는 구두로 받고 있다(김진숙, 2022).

제5절 비대면 진료의 비용효과성 검토

1. 문헌 검색 방법 및 포함 기준

본 연구에서는 코로나19 이후 비대면 의료의 비용효과성에 대한 선행 연구를 검토하기 위하여 2021년부터 최근 3개년 동안의 비대면 의료 관련 문헌을 고찰하였다. 문헌 검색은 Google Scholar를 통해 ‘Telemedicine’ 또는 ‘Telehealth’를 필수 검색어로, ‘Cost-Effectiveness’, ‘Cost-Benefit’, ‘Cost-minimization’, ‘Cost-Utility’, ‘QALY’를 추가 검색어로 하여 최신 연구를 탐색하였다. 문헌 선정 기준은 다음과 같다. 2021년 이후 발표된 비대면 의료의 비용효과성 관련 연구 중 체계적 문헌검토 또는 메타분석을 수행한 연구는 제외하였으며, 임상 실험 또는 실증 분석이 진행된 연구만을 선정하였다. 비대면 의료의 정의는 진료 또는 진단(외래), 모니터링, 의료진 간 협업의 개념을 모두 포함하였다. 질병이나 전공 분야, 그리고 국가와 관계없이 모두 선정하였다.

- 대상 : 질병 및 전공 분야, 국가와 관계없이 모두 선정함.
- 비대면 의료의 정의 : 진료 또는 진단(외래), 사후·만성 질환 모니터링, 협진의 개념을 모두 포함함.
- 비용효과성의 정의 : 비용 부담 주체(환자 또는 기관, 사회경제적 측면), 직접비용 및 간접비용의 개념을 모두 포함함.

2. 비대면 진료 및 진단

2021년 이후 발간된 최근 3개년간 비대면 의료를 통한 진료 또는 진단의 비용효과성에 대해 분석한 선행연구를 진료과목별로 검토함과 동시에, 본 절에서는 지난 2022년 한국보건의료연구원에서 발간한 「비대면 의료 서비스의 특성에 따른 적용 필요분야 탐색 연구」에서 진행한 비대면 의료 서비스의 비용효과성에 대한 엮렐러 리뷰 일부를 함께 소개하고자 한다.

가. 내분비

미국에서 당뇨병성 망막병증 및 기타 안과 질환을 비산동 원격 장비를 통하여 검사하는 Montefiore사의 Montefiore Health System 프로그램은 대면 진료에 비하여 더욱 비용 효과적인 것으로 나타났다(Muqri. H., Shrivastava, A., Muhtadi, R., Chuck, R. S., & Mian, U. K. 2022). 이 연구에서는 해당 프로그램이 특히 의료 서비스가 낙후된 지역에 거주하는 사람들에게 상당한 사회적인 이점을 제공하고 있어 비대면 안저 검사의 확대를 통한 사회적 비용의 감소를 고려한다면 비용효과성이 더욱 커질 수 있다고 주장하였다.

기존의 연구에서는 당뇨 환자에 대한 비대면 의료가 대면 의료에 비해 혈당 조절력과 비용효과성이 높은 것으로 나타났으나, 반대로 당뇨 환자에 대한 비대면 의료의 효과성과 비용효과성 모두 대면 의료에 우월하며, 주요 원인으로는 혈당측정기 및 면봉 등을 구매하고 전화비용과 의약품 및 의료용품을 배송하는 비용이 주요 원인이라고 반증한 사우디아라비아의 연구도 (Faleh M. et al., 2021) 존재하였다.

나. 정신과

비대면 의료를 통한 인지행동치료(cCBT)에 대해 체계적 문헌고찰을 진행한 연구(Musiat P, Tarrier N. 2014)에 따르면 비대면 의료를 통한 인지행동치료 방식이 비용 효율적이고 일반적인 치료보다 더욱 저렴한 것으로 나타났다. 영향을 미친 요인은 지리적·시간적 유연성과 외래를 위한 대기시간, 낙인 등이었다(김희선, 2022).

다 정형외과

류마티스 관절염의 치료를 위해 항류마티스 약물(MDMARD)을 사용한 집중적 치료법은 잦은 상담으로 인해 수개월간 신체적·정신적·사회적·경제적 측면에서 환자에게 상당한 부담을 짊어지게 한다. 류마티스 관절염의 집중 치료에서 스마트폰 애플리케이션(SATIE_PR) 비대면 의료를 도입하였을 경우 물리적 방문 횟수를 줄여 삶의 질 뿐만 아니라 비용 효과성 측면에서도 상당한 이점이 있는 것으로 나타났다(Bernard L. et al., 2022).

염증성 또는 자가면역 류마티스 질환의 진단과 관리를 위한 비대면

의료 서비스에 대해 체계적 문헌고찰을 진행한 연구(McDougall JA. et al., 2017)에 따르면 비대면 의료가 류마티스 질환의 진단 및 관리에 효과적이며 비용 효율적인 것으로 나타났다(김희선, 2022).

라. 안과

녹내장의 진단을 위한 원격 녹내장 검사 방식의 유효성을 분석하기 위한 체계적 문헌고찰(Thomas SM et al., 2014)에 따르면, 원격 녹내장 검사는 직접 검사보다 더욱 구체적이며 판별 민감도가 높고, 환자와 의료 시스템 모두 녹내장의 조기 발견과 대기시간 및 이동시간 감소, 전문의에게 진료를 의뢰하는 비율 증가 등에 따른 비용 절감의 이점이 있었다(김현성, 김희선, 2022).

마. 심혈관

비대면 심장 박동기 모니터링의 경제성 평가에 대한 체계적 문헌고찰에 의하면, 비대면 모니터링은 기존의 모니터링 방식에 대해 심혈관 관련 사건을 2개월 빨리 발견하고 치료함으로써 입원 기간을 약 34% 단축시키고, 계획하지 않은 응급실 방문을 줄이는 것으로 나타났다. 응답자가 인지하는 삶의 질이나 부작용의 수에는 비대면과 대면 모니터링 간 유의한 차이가 없었으나, 비대면 모니터링 비용은 기존의 전통적 모니터링 비용보다 60%가량 저렴했다(López-Villegas, A., Catalán-Matamoros, D., Martín-Saborido, C., Villegas-Tripiana, I., & Robles-Musso, E., 2016).

바. 호흡기

중국의 폐쇄성 수면 무호흡증(OSA) 환자를 대상으로 한 비용효과성 연구(Pei, G. et al., 2023)는 비대면 의료가 대면 의료에 비하여 더 많은 진료 횟수에도 불구하고 더욱 비용 효과적이고, 이는 병원 방문에 소요되는 비용적·시간적 측면뿐만 아니라 진단 방법을 수면다원검사에서 가정용 수면 모니터링 장비로 전환함으로써 생긴 비용적 이점의 영향이라고 밝혔다. 특히 오지에 거주하거나 근무로 바쁜 사람들에게 더욱 비용 효율적일 수 있다고 주장하였다.

요르단의 한 연구에서는, 소아 천식을 약사가 관리하였을 때 임상적 결과가 호전되었을 뿐만 아니라 부모의 임금 손실과 경제적 부담이 약화되어 일반적인 진료에 비하여 비용효과성이 높은 것으로 나타났다(Chauhan, A., Jakhar, S. K., & Jabbour, C. J. C. 2022).

사. 내과

홍콩의 코로나19 기간 중 궤양성 대장염 및 크론병 같은 염증성 장질환(IBD) 환자를 대상으로 대면 의료와 비대면 의료의 비용효과성을 분석한 연구에서는 비대면 의료가 대면 의료에 비해 비용효과성이 뛰어난 것으로 나타났다(Yao J, Fekadu G, Jiang X, You JHS, 2022).

아. 노인병

프랑스의 GERONTACCESS 실험은 의료사막 내 요양원에 거주하는 노인들의 갑작스러운 입원을 방지하기 위한 비대면 의료 프로그램이다.

이 프로그램을 통해 계획되지 않은 입원의 비율이 유의하게 감소하였고 이에 따른 비용 또한 함께 감소하였다(Gayot C. et al., 2022).

자. 소아과

아이티에서는 소아 응급 상황에서 야간 비대면 의료와 약 배송 서비스의 비용효율성을 분석하였다. 야간 소아 비대면 의료 및 약 배송 서비스는 장애 발생 확률을 낮춰 중저소득 국가에서 사회적 비용을 절감하는 것으로 드러났다(Flaherty E. et al., 2022).

차. 완화의료

미국의 캔자스 대학병원에서는 낙후된 시골 지역에서의 호스피스를 위하여 비대면 호스피스(TeleHospice)를 개발 및 도입하였는데, 도입 결과 의료진의 이동비용을 포함하여 다양한 부문에서의 비용 절감 효과가 있었다(Lomenick F. et al. 2021).

카. 기타

캐나다에서는 비대면 의료의 도입이 미칠 수 있는 사회경제적 영향에 대해 분석하였는데, 비대면 의료가 확대될 경우 환자가 병원에 방문해야 하는 시간이 줄어드는 경제적 가치, 응급실 방문 횟수의 감소 및 외래 취소에 의한 직접적 의료비용 절감, 일차진료에 대한 접근성 향상이라는 가치 측면에서 긍정적 영향을 미칠 수 있다고 주장하였다(Hafner M. et al., 2022).

일본의 비대면 의료의 경제성 평가에 대한 체계적 문헌고찰(Akiyama M., Yoo BK., 2016)에서, 비대면 피부과 및 비대면 방사선과 대상의 연구에서는 비용효과적인 것으로 나타났으나, 비대면 자택 관리에 대한 연구에서는 엇갈린 연구 결과가 드러났다(김희선, 2022).

각종 신체 질환에 대한 비대면 의료의 효과성에 대해 체계적 문헌고찰을 진행한 연구에 따르면, 총 31개의 리뷰 중 20개(65%)에서 비대면 의료를 통한 증제가 ‘효과적’, ‘비용 효율적’, ‘증거가 부족하지만 유망하다’는 결론이 도출되었다(Elbert NJ et al., 2014).

반면, 또 다른 체계적 문헌고찰(Michaud, T. L., Zhou, J., McCarthy, M. A., Siahpush, M., Su, D, 2018)에서는 비대면 의료 시스템의 경제성 평가에 있어 무작위 대조 실험이 부족하고 표본이 작으며 데이터 품질의 문제로 인해 결론을 단정 짓기 어렵다는 점을 지적하기도 했다(김희선, 2022).

3. 사후 및 만성질환 모니터링

telEPOC은 스페인의 만성폐쇄성폐질환(COPD) 환자들을 원격으로 모니터링하는 프로그램으로 심박수, 체온, 호흡수, 증상을 매일 설문하여 리포트를 작성한다. 대면 환자 대비 개입 비용은 현저하게 낮았으나 효과는 그룹 간 격차가 크지 않았다. 일반적인 비대면 진료와 대면 진료 간 비용효과성의 차이는 크지 않았으나, telEPOC는 대면 진료에 비해 비용효과성이 높았다(Esteban C. et al. 2021).

디지털 당뇨 예방 프로그램(digital Diabetes Prevention Program, d-DPP)은 당뇨 환자를 위한 모니터링 프로그램으로 기존의 소그룹교육(small group education) 개입 방법의 비용효과성을 비교한 연구에서

는 대면 진료에 비해 비용효과성이 높은 것으로 드러났다(Park, S., Ward, T., Sudimack, A., Cox, S., & Ballreich, J., 2023).

독일의 심혈관 질환 환자를 대상으로 한 원격 모니터링 프로그램(novel integrated care concept, NICC)은 24시간 운영되는 콜센터를 통한 환자 지원, 입원 및 외래를 넘나드는 통합 진료 네트워크 및 환자를 위한 지침을 제공한다. NICC는 더 높은 삶의 질과 건강을 제공했으며, 환자가 2,000명 이상일 때 연간 11,000유로 이상의 비용을 지불하는 환자에게는 일반적 진료 방식에 비해 더 높은 비용효율성을 나타냈다(Ziegler A. et al., 2023).

미국에서는 산후 고혈압 환자에게 퇴원 이후 비대면 혈압 모니터링을 제공할 경우 비용이 절감되었고 비용 효율적인 것으로 나타났다(Niu, B., Mukhtarova, N., Alagoz, O., & Hoppe, K. 2022).

프랑스의 SCAD 프로그램은 심부전 환자를 위한 가장 크고 오래된 대화형 원격 모니터링 프로그램으로, 일반적인 진료 방식에 비하여 매우 비용 효과적인 것으로 드러났다(Caillon M. et al., 2022). SCAD 프로그램은 11,800유로 이상의 비용을 지불할 때 비용 효과적이었으며, 더 많은 병원에서 더 많은 환자를 대상으로 SCAD 프로그램을 수행하게 된다면 비용효과는 더욱 상승할 것이라고 주장하였다.

Corrie는 존스홉킨스대학과 애플사의 환자, 연구원, 디자이너, 엔지니어 및 의사가 협력하여 개발한 스마트폰 기반 앱으로, 스마트워치 및 무선 혈압 모니터로 구성되어 약물 추적, 교육, 활력 징후를 모니터링하고 치료에 대한 개입을 지원한다. 급성 심근경색 이후 Corrie의 활용은 일반적인 치료 방식에 비하여 비용효과성이 뛰어난 것으로 나타났다(Bhardwaj V. et al. 2021). 그러나 Corrie는 아이폰 외에는 사용할 수 없기 때문에, 해당 연구에서는 아이폰이 없는 환자에게는 무상으로 아이

폰을 대여하였고, 이러한 구현 비용은 비용효과성 분석에 포함되지 않았다. 연구진은 모든 환자가 Corrie를 사용할 수 있다면 더욱 큰 효과를 얻을 수 있을 것이라고 설명했다.

미국의 Mayo Clinic에서는 일반외과·신경외과·성형외과·흉부외과·비뇨기과에서 수술받은 환자를 대상으로, 수술 이후 관리에 비대면 화상 의료를 도입하였다. 그 결과 병원에 직접 방문한 외래 환자보다 비대면 의료를 통해 후속조치를 받은 환자들이 상당한 비용 절감 효과와 높은 만족도를 느끼고 있는 것으로 나타났다(Demaerschalk B. et al., 2021).

4. 협진

영국의 뇌졸중 환자를 위한 비대면 협진 시스템은 뇌졸중 전문의가 없는 지역에서 뇌졸중 전문 센터와 비전문 센터를 연결하여 뇌졸중 전문의의 조언을 제공하며 빠르게 혈전용해제를 사용할 수 있도록 한다. 이러한 뇌졸중 비대면 협진은 건강보험과 복지비용을 절감하는 방향에서 비용효과성이 높은 것으로 나타났다(Afolabi, O., Parsekar, K., Sibson, L., Patel, A., & Fordham, R., 2023).

호주 빅토리아 지역의 VST(Victorian Stroke Telemedicine) 프로그램은 영국의 뇌졸중 비대면 협진 시스템과 유사한 프로그램으로, 뇌졸중 전문의가 없는 지역의 병원에서 뇌졸중 전문의에게 조언을 받을 수 있다(Ambulance Victoria, 2023). VST는 비용을 절감하거나 비용 효과적인 것으로 나타났으며(Kim J. et al, 2022, Cadilhac D. et al. 2021), 급성기 뇌졸중 치료를 위하여 더 광범위한 구현이 필요함을 시사하였다.

브라질에서는 Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde라는 프로그램을 통해 리오그란데 연

방 정부와 연방 보건부, 그리고 병원과의 파트너십을 통해 실시간 비대면 안과 진료(TeleOftalmo)를 제공하고 있다. 자격이 있는 환자는 원격 진료소가 있는 1차 의료기관에 방문하여 간호사에 의한 시력 테스트, 굴절 및 안압 측정, 안저 촬영 등의 다양한 안과 관련 검사를 받을 수 있으며 수집된 자료는 원격 안과 의사에 의해 분석되고, 분석 결과가 Telessaúde 플랫폼에 업로드되면 주치의가 내용을 확인하여 활용할 수 있게 한다. 연구 결과, 대면 안과 진료와 비대면 안과 진료에서 환자가 체감하는 효용성에는 큰 차이가 없었으나 비대면 안과 진료는 비용적 측면에서 더 효율적인 것으로 나타났다(da Silva Etges et al, 2022).

〈표 3-5〉 2021년 이후 비대면 의료의 비용효과성에 관한 해외 문헌 검토

저자	제목	국가	진료과목	비대면 의료 형태
Hasan Muqri 외	The Cost-Effectiveness of a Telemedicine Screening Program for Diabetic Retinopathy in New York City	미국	안과	진료·진단
Laurene Bernard 외	Management of patients with rheumatoid arthritis by telemedicine: connected monitoring. A randomized controlled trial	프랑스	정형외과	
Guo Pei 외	APAP Treatment Acceptance Rate and Cost-Effectiveness of Telemedicine ind Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Trial	중국	호흡기 내과	
Jiaqi Yao 외	Telemonitoring for patients with inflammatory bowel disease amid the COVID-19 pandemic—A cost-effectiveness analysis	홍콩	소화기 내과	
Caroline Gayot 외	Effectiveness and cost-effectiveness of a telemedicine programme for preventing unplanned hospitalisations of older adults living in nursing homes: the GERONTACCESS cluster randomized clinical trial	프랑스	노인과	

92 비대면 진료 확대방안 연구: 정책 방향과 과제

저자	제목	국가	진료과목	비대면 의료 형태
Katelyn E. Flaherty 외	A Nighttime Telemedicine and Medication Delivery Service to Avert Pediatric Emergencies in Haiti: An Exploratory Cost-Effectiveness Analysis	아이티	소아과	
Manal Faleh AlMutairi 외	Cost-effectiveness of telemedicine care for patients with uncontrolled type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia	사우디아라비아	내분비내과	
Marco Hafner 외	The potential socio-economic impact of telemedicine in Canada	캐나다	-	
Mu'min Billah M. Shdaifat 외	Clinical and economic impact of telemedicine in the management of pediatric asthma in Jordan: a pharmacist-led intervention	요르단	호흡기내과	
Adam F. Lomenick	Economics of Using Telemedicine to Supplement Hospice Care in Rural Areas	미국	호스피스	
Cristóbal Esteban 외	Cost-effectiveness of a telemonitoring program (telEPOC program) in frequently admitted chronic obstructive pulmonary disease patients	스페인	호흡기내과	모니 터링
Sooyeol Park 외	Cost-effectiveness analysis of a digital Diabetes Prevention Program (dDPP) in prediabetic patients	미국	내분비내과	
Andreas Ziegler 외	Cost-effectiveness of a telemonitoring programme in patients with cardiovascular diseases compared with standard of care	독일	심혈관내과	
Brenda Niu 외	Cost-effectiveness of telehealth with remote patient monitoring for postpartum hypertension	미국	심혈관내과	
Mégane Caillon 외	A telemonitoring programme in patients with heart failure in France: a cost-utility analysis	프랑스	심혈관내과	
Bhardwaj, Vinayak 외	Cost-effectiveness of a Digital Health Intervention for Acute Myocardial Infarction Recovery	미국	심혈관내과	

저자	제목	국가	진료과목	비대면 의료 형태
Bart M. Demaers chalk 외	Health Economic Analysis of Postoperative Video Telemedicine Visits to Patients' Homes	미국	외과	협진
Oyewumi Afolabi 외	Cost effectiveness analysis of the East of England stroke telemedicine service	영국	심혈관 내과	
Joosup Kim 외	Cost-effectiveness of the Victorian Stroke Telemedicine program	호주	심혈관 내과	
Dominique A. Cadilhac 외	Economic Evaluation Protocol and Statistical Analysis Plan for the Cost-Effectiveness of a Novel Australian Stroke Telemedicine Program; the Victorian Stroke Telemedicine (VST) program	호주	심혈관 내과	
Ana Paula Beck da Silva Etges 외	Telemedicine Versus Face-to-Face Care in Ophthalmology: Costs and Utility Measures in a Real-World Setting	브라질	안과	

주: + 대면 진료에 비해 비용 효과적, - 대면 진료에 비해 비용 효과적이지 않음.

5. 소결

방법론적인 측면에서 의료비용에 관한 분석은 비용-효용 분석(cost-utility analysis, CUA), 비용-최소화 분석(cost-minimization analysis, CMA), 비용-효과 분석(cost-effectiveness analysis, CEA), 비용-편익 분석(cost-benefit analysis, CBA)이 대표적으로 사용된다. 이 중에서 비대면 진료의 비용에 관한 연구는 질보정생존기간(quality-adjusted life year, QALY) 대비 비용을 측정하는 방식으로 비용-효과 분석 또는 비용-편익 분석이 주로 사용되었다. QALY는 삶의 양적인 측면과 질적인 측면을 하나로 결합해낸 지표로, 보건의료 분야의 경제성 평가에서 널리 사용하는 최종 결과지표 중 하나이다(한국보건의료연구원, 2009).

비용을 측정하는 방식은 일반적으로 직접비용과 간접비용으로 구분되어 있었는데, 부담 주체가 환자일 경우 직접비용은 의료비뿐만 아니라 진찰을 위해 이동하는 교통비, 숙박비, 식비를 포함하고, 비대면 의료일 경우 진찰을 위한 전화비와 약 배송을 위한 배송비 등을 포함하였다. 간접비용은 방문 등에 소요되는 시간과 기회비용을 포함하였다. 부담 주체가 병원 또는 의료진일 경우에는 직접비용에 의사의 임금 및 약품 등과 관련된 비용, 협진과 관련된 의사, 간호사 및 응급서비스 관련 추가 비용을 포함하였으며, 간접비용 측정 시에는 진료 및 진료로 인한 사후관리에 소요되는 시간 등도 고려하였다.

비대면 의료의 형태로는 진료 또는 진단, 사후·만성 질환 모니터링, 그리고 협진 등이 다루어졌으며, 비대면 의료와 비용의 관계에 관한 연구는 심혈관, 내분비, 소화기, 호흡기 등 내과 과목을 비롯하여 안과, 정형외과, 응급의학과, 정신과, 재활의학과 등 다양한 진료과목에서 다루어지고 있었다.

검토된 총 21건의 문헌 중에서 비대면 의료의 형태별로 살펴보면, 진료·진단 관련 문헌이 총 10건으로 가장 많았고, 모니터링 관련 문헌이 7건으로 뒤를 이었다. 비대면 협진에 관련된 문헌은 4건으로 영국 1건, 호주 2건, 브라질 1건이었다.

국가별로 살펴보면, 미국 6건, 프랑스 3건, 호주 2건, 캐나다·영국·독일·스페인·중국·홍콩·아이티·브라질·요르단·사우디아라비아가 각 1건으로, 미국이 가장 많았다.

비대면 의료의 비용효과성 연구를 진료과목별로 살펴보면, 심혈관내과가 총 7건으로 가장 많았고, 호흡기내과가 3건으로 뒤를 이었다. 내분비내과와 안과는 각 2건이었으며, 소화기내과·소아과·노인과·외과·정형외과·정형외과·호스피스 과목은 1건이었다. 모든 내과 과목을 합치면 총

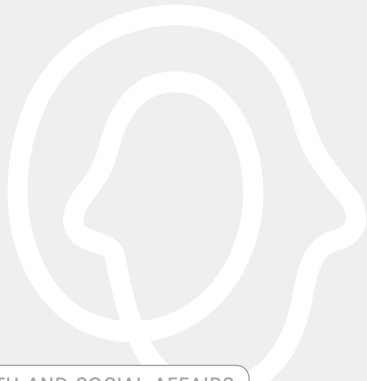
13건으로, 특히 당뇨 또는 만성폐쇄성폐질환 등 만성질환을 진료하고 모니터링하는 데 비대면 의료의 비용효과성이 뛰어난 것으로 나타났다.

대부분의 연구에서 비대면 의료는 대면 의료에 비해 비용효과성이 높았다. 또한, 비대면 의료의 확대될 경우 비용 임계점이 낮아짐에 따라 비용효과성이 증가하였으며, 특히 의료 인프라가 부족한 낙후 지역에서의 비대면 의료 도입은 개인적 측면뿐만 아니라 사회적 비용을 감소시켜 진단 및 치료, 사후관리에서 효율이 높은 것으로 드러났다. 그러나 대부분의 연구에서는 짧은 코호트 기간과 한정된 지역(병원)에서의 연구로 인한 적은 수의 표본이 갖는 한계점을 지적하였다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제4장

비대면 진료 이해관계자 대상 질적 연구

제1절 조사 개요

제2절 분석 결과

제4장 비대면 진료 이해관계자 대상 질적 연구

제1절 조사 개요

정부에서는 2023년 6월 1일부터 비대면 진료 시범사업을 실시한다고 밝혔으며 보건복지부는 2023년 5월 17일 당정 협의 후 비대면 진료 시범사업 추진계획(안)의 초안을 공개하고, 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회, 대한약사회, 대한간호협회의 6개 의학단체와 환자단체·소비자단체, 원격의료산업협의회 등 주요 이해관계자의 의견을 수렴하였다고 밝혔다.

본 연구에서는 FGI(Focus Group Interview)를 실시함으로써 이해관계자 간에 합의가 되지 않는 부분을 파악하고 비대면 진료와 관련한 정책 방향과 세부 정책과제를 도출하여 비대면 진료 확대에 대비한 정책 제언에 활용하고자 하였다. 부수적으로는 이번 질적 연구를 통해 비대면 진료의 “공익적 가치”와 “이해관계” 측면에서 비대면 진료 서비스를 제공하는 당사자라 할 수 있는 의료계가 실제로 우려하는 내용들이 무엇인지 해석하고 발견하고자 하였다.

비대면 진료에 대해서는 제도화를 위한 연구나 사회적 합의를 위한 노력이 계속되고 있지만 충분하지 않다는 인식하에 질적 연구를 수행하기 이전에 여러 국내외 문헌자료를 탐색하면서, 코로나19 전후의 해외 정책 변화를 살펴보았고, 국내에서 열린 토론회³⁾와 공청회에 참석하면서 질적

3) 저자는 국회의원회관 제2소회의실에서 열린 “국내 비대면진료 입법안 마련을 위한 토론회”(2023년 1월 10일)에 참석하여 의료계, 산업계 발표자들과 함께 종합토론을 하였음. 또한 온라인으로 생방송된 보건의료연구원 “비대면의료서비스 적용전략 3차 포럼”(2022년 10월 5일)에 참여하여 의료계, 산업계 인사들과의 토론하였음.

연구를 위한 관련 데이터를 수집하였다. 수집된 데이터를 바탕으로 각 회차마다 질문지를 구성하되, 1차(2023년 6월 2일 실시)에서 진행된 인터뷰 내용 중 심층적인 논의가 필요한 부분은 2차(2023년 9월 14일), 3차(2023년 9월 22일)에서 질문을 추가하여 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 내용은 사전에 배포하였고, 비대면 진료 참여 범위, 비대면 진료 관련 약 처방과 배송, 기타 비대면 진료 관련 정책적 제언을 주요 내용으로 하였다.

〈표 4-1〉 질적 연구 참여자

	1차 FGI	2차 FGI	3차 FGI	총
의료 단체	2명(대한의사협회)	1명(대한약사회)	2명(대한의사협회, 대한약사회) ※1차, 2차 FGI 대상자와 동일인 아님	5명
산업계	1명(비대면 진료 플랫폼)	1명(디지털 헬스 업체)	1명(의약품 배송업체)	3명
학계	1명 (대학병원 정신과 전문의)	2명 (의료정보학 교수, 대학병원 내분비내과 교수)	1명(대학병원 의과대학 교수)	4명

1차 FGI에서는 의료계를 대표해서 대한의사협회 2명, 산업계를 대표해서 원격의료산업협의회 1명, 학계에서 1명을 초청하여 토론을 진행하였다. 2차 FGI는 디지털헬스 플랫폼 관련 참여자 1명, 대한약사회 참여자 1명, 산업계 참여자 1명, 기타 의료정보 전문가 1명이 참석하였다. 3차 FGI에서는 대한의사협회 1명, 의과대학 교수 1명, 대한약사회 1명, 산업계 참여자 1명을 초청하였다.

인터뷰는 사전에 배포된 질문서를 중심으로 저자가 질문하고 FGI 참석자가 순서대로 답변 또는 상대방 의견에 대한 추가 의견을 건의하는 등의 방식으로 이루어졌다. FGI 분석은 크게 FGI 실시 → 전사 → 내용 검토 → 주제 정리 순으로 진행되었다.

제2절 분석 결과

1. 2023년 6월에 실시된 비대면 진료 시범사업에 대한 평가

코로나19가 종료되고 난 후 현재 실시되고 있는 있는 시범사업에 대한 평가부터 먼저 질의하였다. 의료계와 산업계의 평가가 크게 엇갈렸다. 산업계에서는 참여 범위가 “극히 제한적”이라는 평가를 내린 반면, 의료계에서는 필요에 비해서 “과도하게” 참여 범위를 넓혔다고 상반된 견해를 보였다. 다만 의료계 내부에서도 개업의 소속이나 대학병원 소속이나에 따라서 평가를 달리했다.

의료계에서는 국내에서의 “비대면 진료의 필요성” 자체에 대한 논의 제기와 함께 비대면 진료의 필요성에 대한 연구가 부족하다고 평가하였다. 기존 시범사업뿐만 아니라 한시적 비대면 진료 상황에서 생성된 데이터를 의료계와 공유하여 의료체계에 미칠 영향 등을 연구할 필요성이 있다고 하였다. 이를 위해서 시범사업 이전 기획 단계에서부터 의료계에서 지적하는 영향 평가 등을 포함한 평가 기준 등을 마련하여 시행하고, 연구 결과물을 공개하였다면 좋았겠다는 아쉬움이 있었다.

가. 의료계 참여자들의 견해

1) 비대면 진료의 필요성 연구 부족

2023년 6월 시범사업에 대해 의사단체 참여자는 우리나라에서 비대면 진료의 필요성에 대한 연구가 부족하다고 평가하였다. 우리나라에서 일을 직접 접촉하기 어려운 의료 환경에 처한 이들에 대한 양적 및 질적

인 수요 파악과 실제 비대면 진료를 허용하였을 때 의료 이용량 등에 미칠 효과, 전반적인 보건의료시스템에 미칠 영향 등에 대한 분석이 미비하였다고 평가하고 있었다.

저는 초진에 대해서는 근본적으로 허용될 이유가 없다고 봅니다. 우리나라의 의료 환경에서 대면 진료를 하기가 어렵다고 보지 않거든요. 직접적으로 의사를 접촉하기 어려운 환경에 있는 조건만 가지고 생각을 해야 되기 때문에 진짜 그런 경우가 어느 정도가 돼 있는지를 조사를 해야 되고, 실제로 의사를 만나야 되는데 못 만나서 생길 수 있는 그룹이 어디에 있는지에 대한 것들 사실 연구가 없어요. 그런 부분들을 좀 면밀하게 따져야 되는데 그게 없기 때문에 설명하기가 어려운 겁니다. 그리고 실제적으로 그 사람들이 비대면 진료를 했을 때 얼마나 좋아질 거냐 이런 결과가 있었어야 되는데 그런 게 별도로 없으니까....(중략)

실질적으로 비대면 진료를 통해서 의료이용 행태가 어떻게 일어나는지에 대한 것들을 좀 면밀하게 들여다봐야 된다고 보는데 지금 정부에서 계속 제시하는 게 진료량이라든지 이런 것들에 대한 문제가 없었다, 이런 식으로만 보고 있거든요. 의료 전반적인 보건의료 시스템에 대해서 어떤 영향을 미칠지에 대한 분석이 너무 미비한 것 같다는 부분을 말씀드린 거고.. (중략)

(의사단체 참여자2)

2) 데이터 공개 및 공유

비대면 진료 시범사업에 대한 평가로, 의사단체에서는 비대면 진료 시범사업 데이터를 공개해서 의협 등에서도 평가를 할 수 있도록 해야 한다고 주장하였다. 현재 비대면 진료 시범사업 추진 이전에 보건의료 전체 시스템에 미치는 영향 분석이 이루어졌어야 했으며, 구체적으로는 비대면 진료를 통한 의료 이용행태의 변화, 비급여 부분에 미치는 영향, 환자 유인에 미치는 영향 등에 관한 분석의 필요성을 제시하였다.

비급여 처방, 그런 부분에 대한 영향들이 어떻게 되고 있는지 실질적으로 환자 유인이나 이런 것들은 저희는 계속 강조를 하고 있는 부분인데 그런 거에 대한 우려들은 어떻게 발생하는지에 대한 문제점들을 확인하기 위한 것들이 지금 정보만 갖고 하기에는, 저는 솔직히 신뢰하기가 좀 어려운 게, 발표한 내용들은 그런 것들을 해야 된다는 쪽에 대한 내용들만 지금 얘기하고 있어서, 진짜 제대로 된 평가를 하기 위해서는 의협도 그런 데이터들을 직접적으로 다 확인할 수 있도록 해야 되고, 계속 주장을 했던 건, 회사들이 갖고 있는 정보들에 대해서도 충분히 우리가 연구 분석을 할 수 있도록 데이터를 교류를 해야 된다, 공유를 해야 된다 그 얘기를 하고 있거든요. 그런 정도를 포괄을 해야지, 진짜 시범사업에 대한 평가가 가능하겠다 보고 있습니다. (의사단체 참여자2)

시범사업의 본래 목적이 데이터를 생산하여 본사업으로 진행해도 되는지를 검증하는 의미가 클 것인데, 시범사업을 했다는 것 외에 데이터 생산 측면에서 가시적인 성과를 이루지 못하였다는 평가는 뼈아픈 부분이라고 생각한다. 기존에 실시되었던 시범사업에 대한 데이터 공개를 통해

서 시범사업에 대한 평가가 제3의 연구자들에 의해 이루어질 수 있도록 하는 것이 검토 가능할 것으로 보인다.

3) 시범사업 기준 정립 및 컨트롤타워 역할

또한 정부가 주도적으로 비대면 진료 시범사업 기준 정립 및 향후 컨트롤타워 역할을 수행해야 한다고 주장하였다. 정부에서 시범사업을 실시할 때는 가이드라인과 평가 기준을 어느 정도 가지고 실시하기 때문에 이러한 언급이 다소 과도한 비판이라 여겨질 수 있다. 다만 보건복지부가 아니라 타 기관에서 실시하는 사업(중소기업부 예산을 받아 지자체 단위에서 실시되어 온 규제자유특구 시범사업 등)에 대해 주무부처인 보건복지부에서 기획 단계에서부터 적극적으로 관여하고 평가에 참여할 수 있도록 하자는 의미라면 어느 정도 타당성 있는 지적이라고 생각된다.

4) 대학병원의 비대면 진료 참여

개업의 소속의 인터뷰 대상자는 대학병원도 초진이 가능하게 한 점, 희귀질환자에 대해서 1년 이내에 병원급 의료기관에서 진료를 받은 경험이 있는 경우 가능하게 한 점, 만성질환자에 대한 처방 약의 개수가 정해지지 않은 것 등에 대해서 문제를 제기하였다.

첫 번째 문제가 뭐냐 하면, 대학병원이 초진이 가능하게 만들었다는 거죠. 이거는 종속이 될 수 있거든요, 기본적으로. 두 번째 그 내용도 보면 희귀질환자가 1년 이내라고 그랬지만, 희귀질환이라는 것 자체를 잘 보셔야 되는 게 산정 특례에 들어가는 희귀질환들이 (문제가

없을 때는) 아주 좋고, 악화될 때는 아주 악화되는 질환들이예요. 아주 멀리 갈 것 없이 쉽게 생각하시면 눈 같은 경우도 황반변성도 희귀 질환에 들어가거든요, 사실은. 그리고 류마티스 질환 같은 경우도 그렇고. 그런데 그것들이 일상생활 하는 데 진짜 시력을 잃거나 아주 그냥 환자가 중환이 되어서 중증이 가지 않는 이상은 사실은 의미가 없는 질환이예요. 그렇기 때문에 그런 질환 같은 것도 1년 이내에 한다는 것도 자체는 많이 풀어졌다고 생각을 하고 있고 두 번째는 검사 결과에 설명이 하나라고 되어 있는데, 검사 결과 설명하는 것 자체는 의원급에서나 뭐에서도 전화로 할 수가 없어요. 기본 원칙은요. 근데 원칙을 위배를 했고요. 세 번째로는 뭐냐면 대면 진료하던 재진 환자도 그겁니다. 만성질환 1년 이내이고 그 외 환자 30일 이내인데 만성질환 1년 이내라고 하면은 이게 약에 대한 처방의 개수가 정해져 있지 않아요. 일수가 정해지지 않아요. 대학병원 만성질환자 6개월도 주거든요. 그러면 두 번 딱 하면 대학병원에서 다 끝난다는 얘기입니다. 그렇기 때문에 결국 편리하다는 거 외에는 사실은 의료적인 거에 대해서 하나도 해줄 수 있는 게 없다고 생각을 해요. *(의사단체 참여자 3)*

나. 산업계 참여자들의 견해

1) 플랫폼 사업 중단

산업계에서는 시범사업으로 인해 이용자 수가 급감한 것으로 언론 등에서 보고가 되고 있다. 국내에서는 사실상 사업을 포기하고 있는 기업이 늘고 있다. 실제로 비대면 진료 시범사업의 제도 기간이 끝난 이후로 주로 스타트업 중심이었던 산업계에서는 노인 요양시설에서의 서비스 중

개, 해외 비대면 진료 등 다른 방향으로 사업을 모색하고 있다. 다만 한시적 비대면 진료 상태에서도 중개서비스에 대한 수수료를 의사나 환자 쪽에서 받지 않고, 따라서 수익이 발생하지 않는 구조였다는 점에서 중장기적 수익모델에 대한 의문은 남아 있다.

사업자 입장에서는 사업을 영위할 이유가 없다는 게, 시범사업안이 나오기 전부터, 저희는 판단해서 마케팅을 아예 안 하는 거였죠. 근데 시범사업 기간 동안에 제가 알기로는 비대면 진료 사업자들이 반 이상 사업을 접었고 지금은 거의 다 접었죠. 1위 업체든 2위 업체든 투자받은 스타트업들이 돈을 쓰고 비즈니스를 해야 되니까, 다른 영역으로 지금 다 터져나가고 유지만 하고 있고. 아마 이용 건수도 한 90% 줄었고 매스컴에 50% 줄었다고 그랬는데 실제로 보면 이용 건수는 거의 한 90%, 그러니까 아예 기대치를 없애 버린 상황이거든요. 제 생각에는 너무 주저주저하지 않았나, 정부에서. 풀 거 풀고 말 거 말아야 되는데, 제한을 막 두니까 그거를 피해 갈 수 있는 방법, 그래서 저희 경우에는 아예 해외로 나가자 해서 태국에 나가서 서비스하는 걸로 POC를 시작을 했거든요. 어쨌든 계도 기간을 거치면서 뭔가 결론이 빠르게 나서 사업자들은 9월 달 되면, 본 시범사업이 되면, 어떻게든 비즈니스를 할 수 있는 활성화할 수 있는 방안이 나올 거라고 기대하고, 공청회든 뭐든 활동들이 되게 많이 있었어요. *(산업계 참여자 2)*

지금 시범사업안의 여러 가지 내용을 보셨겠지만, 극히 제한적이라고 볼 수밖에 없습니다. 대면 진료를 직접 받고 30일 이내에 똑같은 질환으로 비대면 진료를 받을 수 있는 확률은 굉장히 줄어들게 되는 것이죠. *(산업계 참여자 1)*

2. 비대면 진료 참여 범위에 대한 견해

의사단체, 약사단체, 산업계, 기타 의료계의 FGI 참여자들은 비대면 진료의 참여 범위에 대해서 각기 다른 견해를 보였다. 비대면 진료 시범사업의 범위에 대해 특히 의사단체는 최소한의 범위 안(특정 질환, 재진)에서 해야 한다는 의견을 제시했고, 산업계는 최소한의 제한기준을 제외한 범위 안(경증 포함, 초진 범위 확대)에서 진행해야 한다는 의견을 제시하였다. 또한 우리나라에서 비대면 진료에 대한 수요가 있는지에 대해서도 불필요하다는 의견부터 소비자들의 선택권을 보장해야 한다는 의견까지 매우 다양한 의견이 제시되었다.

가. 의사단체 참여자들의 견해

의사단체의 FGI 참여자들은 비대면 진료 참여 범위에 대해서 최대한 보수적인 관점에서 시범사업 운영이 단계적으로 운영되어야 한다고 하였다. 또한, 시범사업 결과의 데이터 및 리뷰는 실질적인 비대면 진료에 대한 당위성이 명확한 기준에 근거하여 정확하게 포함되어야 하고, 모든 이해관계자들에게 공유되어야 한다는 견해가 제시되었다.

비대면 진료의 기본 3대 원칙이 다 깨진 거죠. 의원급만 하는 거, 재진만 하는 거, 그리고 낙오지나 격오지 같은 비대면 의료가 꼭 필요한 곳만. 그게 하나도 지켜진 게 하나도 없다는 겁니다. 그게 제일 불만이고요. 국가는 만성질환자의 편리성과 합병증이나 정책적인 건강이라는 목적을 이루겠다는 거에 초점을 뒀야 합니다. 우리나라에서

경증 환자의 대부분은 다 어디서 진료를 보죠? 약국입니다. 약국에서 거의 처리된다고 보시면 되고, 거기서 조금 더 악화됐기 때문에 병원에 오는 거죠... 이런 걸 보면 우리나라에서 경증까지 굳이 필요한지? 비대면 진료에서 경증의 판단을 의료진에게 맡길 것이냐? 만약 그렇게 하기 위해서는 명확하게 해 주셔야 되는데, 분명히 경증과 중증을 나누고 그걸 스크린 하는 건 의료진밖에 할 수 없어야 한다는 게 전제 조건입니다... (중략) 비대면 진료라는 것 자체가 대면 진료의 보완이잖아요. 보완이라는 건 경증까지 커버를 해야 되느냐? 지금 그렇지 않아도 의료자원의 불균형 때문에 나라가 시끄럽고 의료비는 앞으로 더 늘 건데, 그게 과연 경증까지 들어가고 다음에 초진까지 들어가고 하는 거에 대해서 고민을 많이 해야 된다.

시험사업에서 데이터가 나오겠죠. 만약에 잘못되어 쏠린다면 이 사업을 하는 이유가 전혀 의미가 없는 겁니다. 대면에 대한 보완도 아닐 뿐더러 또 다른 왜곡된 진료 체계가 하나 만들어져서 자원이 엉뚱한 데로 가는 거죠. 실제로 정말 필요한 곳에서 빠가는 사업이 될 가능성이 높기 때문에 그걸 먼저 봐야 되고... (중략) 일본도 굉장히 고민을 많이 했어요. 재진에 대해서 고민을 많이 했는데, 차이가 뭐냐면, 말하자면 주치의가 있다는 겁니다. 주치의가 결정을 하는 건데 우리나라는 주치의제가 아니기 때문에 초진, 재진의 구분이 굉장히 모호해진 거예요. 우리나라에서는 주치의제가 될 수가 없죠. 그래서 고민을 많이 해야 되는데, 기본적으로 이거에 대한 논의는 앞으로 계속 해야 됩니다. (의사단체 참여자1)

일단 저는 시범사업에 대한 정확한 리뷰가 아직 안 됐다고 들었습니다. 그래서 리뷰가 정확하지 않은 상태에서 당연히 사업을 확대할 수도 없을 거라고 보이고요. 그래서 리뷰가 되고, 그리고 관여되어 있는 의료계, 약학계는 지금 없지만 의료계 쪽의 의견이 반영이 되면 이게 축소이건 확대이건 어떤 방향성은 잡힐 거라고 생각은 듭니다. 그래서 현재 축소되고 운영되는 건 당연하다고 보고요. 결론이 지금 나온 게 없으니까 보수적으로 운영을 해야 될 수밖에 없는 상황이라고 생각이 듭니다.

일단 시범사업에 들어갔던 내용이 소아인 경우 상담이 휴일에 이루어질 수 있다. 정말 그게 필요한 건지 아니면 그걸 했더니 정말 환자들한테 도움이 됐나라든지, 이런 거에 대한 어떤 리뷰가 저는 없었다고 들었습니다. 그리고 실제로 보고된 적도 없고요. (중략)

사실 질환도 의협에서 주장했던 거에 비해서는 범위가 좀 넓었거든요. 분명히 의협에서는 축소시켰을 때는 다 이유가 있는 거고, 우리가 분명히 의료정책연구원에서 연구보고서를 두 번을 내면서 다 이유를 제시를 했거든요. 근데 그거를 받아들였다기보다는 그거 이상의 것으로 진행이 됐고요. 그럼 그 이상으로 진행이 되었을 때 의료계를 설득할 수 있는 자료를 공개를 해야죠. 근데 그런 게 없으니 커뮤니케이션이 안 된 거죠. 실제 주체는 의료계인데 의료계와 커뮤니케이션이 없이 사업을 진행할 수는 없을 거라고 생각이 들고요. (중략)

실제 비대면 진료라는 거에 대해서 의사들이 환자를 보는 데 있어서 대면 진료만큼 좋은 건 없습니다. 비대면 진료로 대면 진료에 아움을 낼 수 있다고 생각하는 건 정말 착각이시거든요. 필요가 없기 때문에 안 한 거예요. 미국의 경우 병원 찾아가려면 한 4~5시간 가는 경

우도 있습니다. 근데 우리나라는요? 문 열고 나가면 바로 앞에 병원들이 있는데, 그래서 비대면에 대한 필요성이 없었던 거예요. 우리나라 의사가 너무 적어서 의사 만나기가 너무 힘들어서라는 얘기를 자꾸 하시지만, 아닙니다.

저는 서두에 말씀드렸지만 후퇴하면 안 된다는 입장이 맞는데요. 일단 안전성을 고려한 방법을 개선시켜라, 근데 그게 지금 안 되어 있다는 게 의료계의 입장이고요. 저희가 드린 가이드라인은 충분히 좀 고려해 달라. 근데 그거 안 하고 계시고요. 마지막으로 비대면 진료는 꼭 필요한 곳만 했으면 좋겠다. 섬, 원양어선 아니면 교도소 또는 중증 장애인. 여기 먼저 해보고 다음에 확대를 해도 늦지 않는다. *(의사 단체 참여자3)*

나. 약사단체 참여자들의 견해

약사단체의 FGI 참여자들은 비대면 진료 참여 범위에 대해서 초진, 재진을 떠나서 일반 국민들에게 비대면 진료의 수요와 공급적인 필요성 측면에서 접근할 필요성이 있고, 시범사업 통계 데이터를 기반으로 세부적인 검증을 해야 한다고 하였다. 또한 시범사업 및 비대면 진료 추진사업은 정부 주도하에서 이루어질 것을 요구하였다.

비대면 진료가 감염병 사태에 대해서 한시적으로, 감염병 예방법에 따라서, 그때는 수요가 있었어요. 비대면이 활성화가 됐는데 그게 풀리니까 수요가 많이 사라졌다고 봅니다. 저희 자체적으로 조사했는데, 실제로 진짜 치료를 위한 환자들의 수요는 거의 다 없어진 걸로

보입니다. 80% 이상이 의사를 보기 좀 싫어하는, 환자들이 싫어하는 질환 위주로, 비만이라든지 탈모라든지 사후피임약, 특히 비아그라 그런 거 위주로 많이 하는 걸로 조사됐고, 수요가 없습니다. 수요가 일단 없어서 말씀하신 대로 90% 이상 사라졌고요. 지금 초진 운영되는 게 사실 그런 질환들은 피임약은 재진이 없고요. 초진만 있어야 되는 거고, 한마디로 수요 없는 공급이 이루어지려다 보니까 그 사업이 잘 안 될 수밖에 없죠. (중략) 감염병이나 팬데믹 같은 때는 있는데, 일상에서는 이게 굳이 필요한가 저희는 그렇게 생각하고 있습니다. 그래서 초재진을 떠나서 일반 국민들의 수요와 공급의 면에서 접근하는 게 맞지 않나 싶습니다.

우리나라는 보건의료 체계가 국가에서 거의 관리를 하는 체계이기 때문에 비대면 방식도 예외가 될 수는 없다고 봅니다. 국가에서 어느 정도 시스템을 만들어 놓고 하라고 해야지 될 것 같고요. 지금처럼 민간에 맡겨 놓으면 좀 이단아 같은 분들이 나와서 산업 생태계를 다 망쳐 놓는 경우도 있고. 그래서 20년 됐는데, 정부가 어떻게 관리를 좀 하겠다, 이런 신경을 별로 신경을 안 쓴 것 같아요. 정부가 책임을 져야 될 것 같습니다. *(약사단체 참여자1)*

저는 산업체의 주장들과는 달리 매우 관대한 시범사업 조건이라고 생각을 합니다. 왜냐하면 업체들은 본인들의 앱 사용자들의 비율이랑 안 맞기 때문에 업체들이 힘들다고 말을 하는데, 실질적으로 저희도 자체 조사를 했고 보건복지부에서도 조사를 했지만 현재 시범사업으로 허용된 비대면 진료 타깃만 가지고도 지금까지 비대면 진료 이용한 환자들의 절반 이상을 갖다가 범위를 커버하고 있는 상황인 거고..

(중략) 3년간 사업을 해왔으면 3년간 해온 사업에 대해서 합당한 연구 자료를 줘야 하는데, 시범사업에 와서 자기 사업을 추진하려고 본인들이 이미 많이 시행하였으니까 시행해도 문제가 없다라고 주장...

미국에서는 오래전부터 우편이 됐고, 미국에서 약 배달이 50년 정도 됐는데, 그럼 과연 그사이에 쌓인 통계 데이터적인 측면이 과연 부족할까? 한국에서 제가 보기에는 사용할 수 있는 부분이랑 한국에서 하면 안 되는 부분에 대해서 이미 충분히 그 긴 시간 동안 여러 가지 부분들이 검증됐기 때문에... 제 생각에는 현재 시범사업안 자체보다 훨씬 더 구체적인 안을 마련한 다음에 시범사업을 했어야 되는데, 지금 준비도 안 된 상태에서 무리하게 현재 시범사업안이 시행되고 있는 상황인 거죠. (약사단체 참여자2)

다. 산업계 참여자들의 견해

관련 산업계의 FGI 참여자들은 비대면 진료 참여 범위에 대해서 현실적으로 경증 환자는 의료진의 판단하에 초진을 허용할 필요성이 있다고 하였다.

그리고 비대면 진료 추진의 기초에 따르면 반드시 막아야 하는 최소한의 규제만 두고 운영해야 하고, 수요도 실제로 운영해보야 알 것이라는 의견을 제시하였다. 이외에 비대면 진료의 책임 소재는 환자와 의사 모두 선택한 사람이 져야 할 것이고, 약사단체 의견에서 나왔던 것과 동일하게 궁극적으로 정부 주도의 공적 처방 전달 시스템으로 진행되어야 비대면 진료의 확대가 가능할 것이라고 하였다.

시범사업안이 극히 제한적이라고 볼 수밖에 없습니다. 저희가 초진 재진으로 항상 얘기를 많이 했지만, 시범사업이 도입될 당시 재진 중심 원칙이라는 것이 의료계와 복지부에 바뀌지 않는 원칙이고 가장 중요한 기초라고 하면, 비대면 진료에 있어서는 재진의 원칙을 다르게 정의할 필요가 있겠다. 조금 의료 현장에 맞게끔 정의할 필요가 있겠다. 30일 이내에 동일 질환으로 또 갔던 의료기관에만 받아야 한다는 것들 자체가 비대면 진료를 받을 수 있는 확률을 매우 낮춥니다. 따라서 시범사업이 시행되자마자 비대면 진료를 받을 수 없는 현실적인 분들이 굉장히 많습니다. 지금 논의에서는 초진이 옳다, 재진이 옳다는 것보다는 비대면 진료 정책 내에서 초진 환자의 기준을 어떻게 잡아야 될 것인지 혹은 역으로 재진 환자의 기준을 좀 더 현실적으로 어떻게 완화해야 될지 고민이 더 필요할 것 같고요.

비대면 진료 현장이나 이런 데에서는 결국에는 의료진의 판단이 제일 중요합니다. 그리고 왜 의료진들도 계속 반대를 할 수밖에 없냐면 비대면 진료 이후에 사고 책임이라든지 이런 거에 대해서 보건복지부나 정부 당국에서 의료진은 굉장히 부담을 주고 있는 상황인 걸로 보고 있어요. 저희 기준으로 는 내과, 이비인후과 그리고 증상으로 는 감기, 몸살, 피부염, 두통, 생리통 처방 순이었거든요. 경증 환자분들 중에 의료진의 판단하에 비대면 진료가 가능하다고 판단되는 환자들은 초진을 조금 더 열어줘도 괜찮지 않을까 생각합니다.

시범사업에서 참여 대상을 재진 환자라고 발표를 했는데, 30일 이내에 같은 질병으로 하면 감기 같은 경증 질환 환자가 A 병원에 갔다가 또 A 병원에서도 비대면 진료를 받을 수 있어야 되는데, 경증 질환의 특성상 한 달 내에 재발할 가능성이 작습니다. 그렇기 때문에 현실적으로 재진의 기준을 완화하는 것에 중점을 두고 논의를 했으면 좋겠다는 생각이 있습니다. *(산업계 참여자1)*

사업자 입장에서는 사업을 영위할 이유가 없다는 게, 시범사업 안
이 나오기 전부터 저희는 판단해서 마케팅을 아예 안 하는 거였죠. 지
금 시범사업은 시작됐고 국내에서 사업자들은 기대하는 바가 없다.
사용자 입장에서 이거 내가 해도 되나 모르겠거든요. 약사 선생님
이나 의사 선생님이나 잃을 게 많기 때문에 애매한 규제 상황에서는
적극적으로 참여를 안 하죠. 이해 당사자들이 참여를 안 하면 활성화
될 수가 없다고 보는 거죠.

제 생각에는 이런 상황이면 환자뿐만이 아니고 의사들이 더 적극적
으로 참여 안 할 거다. 그리고 우리나라 의료체계가 비영리 기관으로
돼 있지만, 솔직히 로컬 같은 경우에는 개원해서 빨리 돈 벌고 이렇게
해야만 생존이 가능한 구조이기 때문에. 근데 이걸로 인해서 소탐대
실할 수 있는 상황을 만들어 놓은 거죠. 또 이런 회의가 올 줄은 몰랐
는데 2003년도에 원격 진료 시범사업을 제일 처음에 했는데, 딱 20
년 됐죠. (중략) 제 생각에는 하나하나 따지는 거는 정확하게 따져야
되고, 기초에서 간다고 하면 최소한의 막아야 되는 규제만 딱 막아 놓
고 가봐야 되거든요. 반대로 안 간다는 전제로 해서 연구를 하면 포지
티브 규제를 짚 하면 절대 못 가죠. 그래서 그 기초에서 아마 정책 연
구 결과를 뽑아내면 좋겠다고 생각이 들고요.

그리고 수요 얘기가 나왔는데, 수요가 어디에 있는지는 아직 아무
도 몰라요. 코비드 때는 코비드 수요가 있었죠. 근데 비대면 진료는
어디에 수요가 있는지 몰라요. 저희도 사실은 요양원하고 유치원하고
비즈니스 모델로 가야 된다고 해서 틀었거든요. 그래서 수요는 규제
상황에서 사업자들이 수요를 찾아다녀요. 그러면 거기서 어떤 수요가
나올지 몰라요. (중략) 그래서 저는 비대면 진료에서 원칙을 사용자든
서비스 제공자든 그들의 선택과 책임을 그들에게 맡겨야 된다고 생각
을 해요. 내가 불안해서 환자를 비대면 진료할 때 잘 모르겠다 하면

거절하면 되는 거거든요. 그래서 결론적으로 말씀드리면 비대면 진료에 참여하느냐 마느냐, 어느 수준에서 참여하느냐, 어느 진료 범위까지 할 거냐 하는 것들은 지금 대면 진료도 마찬가지로 의사가 결정을 하는 거고, 환자가 결정을 하는 거거든요. 그래서 결정한 거에 대한 책임은 본인이 지는 거거든요. 의사는 의사, 환자는 환자. 내가 비대면 진료로 해서 처방 약을 막 타 먹었다면 막 준 사람은 준 사람의 책임이 있고, 타 먹은 사람은 타 먹은 사람의 책임이 있죠. *(산업계 참여자2)*

해당 질환은 정말 대체만으로도 어느 정도 진료가 가능한 수준의 질환만을 선택을 해야 되는 거예요. 또한 비대면 진료에 대한 기본적인 인프라가 구축되려면 비대면 진료가 원활하게 흘러갈 수 있도록 할 수 있는 처방 전달 시스템에 대한 공적화가 필수적으로 필요합니다. 사실 이 부분 때문에도 플랫폼 회사들하고 문제들이 굉장히 많거든요. 지금 복지부에 이 이야기를 하면은 기존에 이러한 업체들이 하고 있어서 못한다는데, 전 세계적으로 처방 전달 시스템을 공적으로 처리하지 않는 나라가 없습니다. 미국은 사실이 하지만 통제는 정부에서 하고 있습니다. 그리고 일본부터 시작해서 전 유럽 국가가 다 공적 처방 전달 시스템을 하고 있습니다. 여기에 대해서는 여러 가지에 대한 문제가 있을 겁니다. 그중에 가장 큰 것이, 개인정보에 대한 문제가 가장 크게 작용을 할 거고요. 그래서 이러한 공적 처방 전달 시스템에 대한 기본적인 형태의 틀을 우선 잡아야 비대면 진료에 대한 디지털에 대한 근본적인 틀이 흘러갈 수 있을 겁니다. *(산업계 참여자3)*

라. 기타 관련 참여자들의 견해

기타 관련 FGI 참여자들은 비대면 진료 참여 범위에 대해서 비대면 진료에는 코로나19 상황이 아닌 다양한 수요가 존재하므로, 유연하게 받아들이자는 입장과 꼭 필요한 제한적인 질환에 대해서만 구체적인 가이드라인과 성과 모델을 구축하여 시범운영이 필요하다는 상반된 입장이 혼재되어 있었다.

의협에서 주장을 하셨던 것 같은데, 이렇게 전반적으로 하면 보건 의료기본법상의 비대면 원격 진료에 대한 허용이 부적절하다는 문제 제기도 하셨던 것처럼, 전체를 다 하는 시범사업이라는 거는 사실은 좀 맞지 않는. 부분적으로 가야 되는 시범사업인데, 전국의 전 의원이 할 수 있는 시범사업이라는 건 너무 범위를 넓힌 것 같고. 다음에 어쨌든 이런 거를 OECD를 따라야 되느냐, 당연히 따를 필요는 없죠. 우리나라에서의 필요성을 도출하고 적절한 분야를 찾느냐, 이런 논의 없이 그냥 가고 있는 것 같고요.

사실 대부분 내가 모르는, 감기를 제외한 병이 생겼을 때 원격으로 진료받을 근거는 없어요. 제일 필요한 부분들은 응급이거든요. 제가 생각하기에도 초진이 우리 의료 환경에서 필요하지는 않은 것 같아요. 심지어 여기 나와 있는 초진을 허용하는 섬 벽지, 거동 불편자, 감염병이야 어차피 못 보니까 그건 할 수밖에 없는 거지만, 예외적으로 의사를 만날 수 없는 환경 이런 것들은 시범사업도 꾸준히 해야 되는 거죠. (중략) 나머지 부분들은 사실은 어떻게 보면 한 번 등록을 하고 나서 병원이든 의원이든 요즘은 병원급 의료 법인들이 못 하는 거 아

니거든요. 그러면 결국은 대부분이 아닌 일부 원격 의료, 비대면 진료만 하는 의원 병원만이 커지는 방향으로 가는 게 보이는 거거든요. 그러니까 그런 부분들은 바람직하지 않아 보이는 측면이 있어서 좀 더 정교한 모델 구성이 필요할 것 같습니다.

저도 다양한 시범사업을 하자고 했지만 이렇게 한꺼번에 많은 걸 포괄하는 건 아닌 것 같고, 취약지 대상으로 취약지 요양병원, 거동 지역 아니면 감염병 등등을 나눠서 성과지표가 필요하고, 이런 부분들을 결국 업체나 협회나 의료기관들이 합의를 해야 되잖아요.

그러려면 처음부터 성과 모델은 무엇으로 가고, 이거에 대해서 어떻게 하고, 어떤 경우에 한다는 게 하루 이틀 전에 올릴 게 아니라 미리 준비를 해서 몇 년 시범사업을 해서 결과를 보고 결정하겠다, 이 정도의 디자인을 가진 정도로 해야 되는데... (중략) 어려운 부분인데, 지금 화상이나 비대면 진료하는 부분에 있어서 그동안 그냥 한번 해서 해봤다는 게 정부 시범사업이었고, 갑자기 코로나 때문에 했는데 대부분은 전화에 반복 처방 진료 상황에서 평가할 거리도 별로 없었죠. 그러면 비대면을 하면 어떤 모델로서 어떻게 해서 어떤 효과, 또 그걸로 인해서 어떤 규정을 할지 이런 것까지 생각을 하면서 하는 게 좋지 않을까 싶습니다. *(기타 관련 참여자1)*

저는 지켜보는 입장에서는 오히려 신중한 접근이었다고 생각을 했거든요. 왜냐하면 이 수요가 없다는 게, 코비드 나인틴 때 있었던 수요는 당연히 없어졌고, 그 이후에 수요가 변화했다고 생각합니다. 그 당시에는 호흡기 질환이나 여러 가지 그런 분들이 있었지만, 지금은 사후피임약, 탈모 이렇게 수요가 변한 것을 반드시 부정적으로 평가

할 필요는 없다고 생각해요. 그래서 수요가 변화했으면 그 수요에 맞게 유기적으로 변화하는 게 저희가 앞으로 찾아갈 길이라는 생각을 했었고요. (중략) 이 분야가 워낙 신중한 분야이고 이게 다 풀었다가 안 된다고 했을 때와 조금씩 허용했을 때 정부 입장에서는 후자를 선택할 수밖에 없을 것 같아요. 허용을 했다가 거둬들이면 그거에 대한 반발과 에비던스를 계속 대기가 굉장히 힘들잖아요. 이해관계자들이 이미 풀렸기 때문에 그래서 조금은 아시더라도 어쩔 수 없는 방향이 아니었을까라는 생각은 하고 있었습니다.

저는 여기에서 계속 빠진 사람이, 저는 환자라고 생각해요. 비대면 진료에 존재하는 이유는 환자 때문인데 논의를 하는 자리, 논의를 하는 언급하는 입장 대부분, 공급자들의 역할에서만 계속 얘기가 되기 때문에 우리가 다칠까 봐 걱정, 우리 편이 다칠까 봐 걱정되기 때문에 앞으로 더 나아가지 못한다고 생각하거든요. 그래서 저희가 국민들을 당연히, 원 오브 히어 한 명 정도는 그렇게 해야 앞으로 나아갈 수 있다고 생각합니다. (기타 관련 참여자2)

저는 수요가 있다고 보고요. 코비드 나인틴하고 비교하는 것 자체는 사실 안 맞는 것 같아요. 비대면 진료는 코비드나인틴하고는 별개로 생각을 해야 되는 거고. 그렇다고 따지면 수요 얘기를 하셨는데, 수요는 굉장히 많다고 보거든요. 예를 들면 엄마 아빠가 대신 와서 진료하는 것도 비대면 진료이고 단순히 약 처방하는 경우 병원 오기 싫어하는 환자분들 굉장히 많거든요. 그냥 약만 처방받는, 특정 질환이 아니라 당뇨병, 고혈압, 골다공증, 이상지질혈증, 비만, 지방간 이런 것들은 굳이 병원에 오지 않아도 나에 대한 생체 수치만 있어도 처방

가능한 거, 이거는 충분하게 수요 가능성이 있다.

다만 이게 지금 활성화가 안 되는 거는 정책적인 부분도 당연히 이슈가 있긴 하겠지만, 의료계 쪽에서만 얘기를 하면, 가이드가 없다는 거죠. 제일 중요한 가이드가요. 그러니까 지금 다 협의를 봐야 되는 거지만 초진할 거냐, 재진할 거냐. 사실 재진하는 것도 저한테 당뇨병 환자가 계속 오는 환자다 하더라도 배가 아프면 이걸 초진으로 들어가는 거거든요. 책임 소지가 있으니까요.

개인적인 생각으로 이런 연구는 많이 진행이 됐고, 옛날하고 다르게 눈높이들이 많이 높아졌거든요. 불필요한 오해들도 많이 있기 때문에 환자들이 비대면 진료에 대한 의식도 어느 정도 향상이 되어야 된다고 보고, 그러려면 정책적으로라도 사회적으로라도 계속 이런 것들을 공론화하는 거는 나쁘지 않다고 봅니다. 환자들의 의식도 같이 상승을 해야 같이 되는 거니까. (중략) 따라서 다양한 이해관계자들이 함께 주도적으로 풀어나가는 게 좀 더 중요하다고 생각합니다. (기타 관련 참여자3)

비대면 진료의 필요성에서 의사를 만나기가 어려워서는 아니라고 봅니다. 대한민국에서 필요한 비대면 진료들은 IT 기술과 접목해서 환자를 조금 더 잘 관리할 수 있는, 당뇨라든가 고혈압이라든가 기타 온갖 만성질환들, 그다음에 관리하기 어려운 질환들, 희귀질환들. 이런 질환들을 좀 더 잘 관리할 수 있는 그런 비대면 진료를 잘 설계해서 만들어내는 게 대한민국에서 필요한 거지, 사실은 뭐... 확대하려면 기술 기반으로 맞춰줄 수 있는 가이드라인을 만들어가면서 질환 하나씩 하나씩 클리어해서 확대해야지 그냥 풀어놓고 그 이후에 가이드 맵 만들면 지금 약 배송이나 똑같은 일이 벌어지죠. (기타 관련 참여자4)

2. 약 처방과 배송에 대한 견해

약 처방과 배송 관련해서 약사단체를 제외하고 모두 비대면 진료와 약 배송은 함께 가야 한다는 의견을 보였다. 약 처방에서 가장 우려된 점으로는 대체조제로 인한 상업적 이용 및 소비자의 불이익 발생 가능성이 제시되었고, 특히 약 배송에 대해서 공통적으로 약 관리의 안정성·개인정보 유출 우려·본인 확인 수령·지역 약국의 몰락 등의 우려가 나왔다. 이러한 문제점들에 대해 제시된 대응 방안으로 약 조제방식 변경(통조제, PTP 등), 국가에서 플랫폼 권한 관리, 정확한 본인인증 확인 시스템 구축, 약 수령자 기준의 근거리 지역 약국에 처방전 전달 등 약 배송에 대한 다양한 의견이 도출되었다.

가. 의사단체 참여자들의 견해

의사단체의 FGI 참여자들은 약 처방과 배송에 대해서 대체조제는 약국의 상업적 이용수단(저가 약 대체조제로 인센티브 및 미수행 후 복약지도료 수령 등)으로 악용될 수 있기 때문에 부적절하고, 비대면 진료를 하면 약 배송은 당연하다는 의견을 제시하였다. 약 배송은 앱 개발을 통해 약 처방 지역 약국을 지정하면 기술적인 부분에서는 큰 문제가 없지만, 약의 적 약 배송의 가능성과 위험은 있다는 의견이 제시되었다.

환자가 못 움직이는 상황에서 환자 보호자가 지정한 약국에 가서 약을 사 오는 게 아니잖아요. 그럼 복약지도가 분명히 안 이루어지는 데도 불구하고 수가는 가져가는 거고, 플랫폼 사업 시행에서 가이드

라인이 나온 걸 보면 뭐라고 돼 있냐면, 플랫폼에 환자에게 대체조제가 가능하다는 걸 반드시 밝히라고 했어요. 국가에서 대체조제를 하라는 얘기거든요. 그러면 뭐가 되겠습니까? 앞으로는 전부 다 대체조제 하겠다는 거죠. 대체조제하는 거에 가장 큰 요인은 뭐냐면 싼 약으로 바꾼다는 겁니다. 대체조제에서 저가 약 대체조제하면 인센티브제가 있거든요. 그것도 이용할 수 있고, 또 약사들은 저가 약을 갖고 있으면서 복약지도도 안 했는데도 복약지도로 받고, 조제료 받고, 대체조제해서 인센티브도 받고, 이런 말도 안 되는 일이 일어나는 거죠. 이게 무슨 환자를 위한 겁니까? 그래서 진료를 비대면으로 했으면 약도 비대면으로 받아야 된다.

소비자가 원하는 거는 자기에게 맞는 약이지 약사가 정해진 싼 약을 먹고 싶어 하는 건 아니거든요. 그런데 이걸 강제로 그 약국을 갖기 때문에 약사가 갖고 있는 약을 선택하라는 거거든요. 그런데 내가 원하는 약이 있는 데서 배달 오면 되는 거거든요. 이게 약에 대한 헤게모니가 약국에 가서 짓고 거기에 플러스 돈이 들어간다는 얘기를 의미하는 거거든요. 그러면서 뭐 하러 전자처방을 하느냐 이거죠. 이대로라면 전자처방을 할 이유가 전혀 없는 거죠. 전자처방만 만들어 놓고 약을 이렇게 해 놓고, 전자처방에서 약사가 다 가져가고 있고, 이 모든 제도가 다 약국을 위한 제도밖에 되지 않는 거거든요. (의사단체 참여자1)

비대면 진료를 왜 하냐는 게 거꾸로 들어가는 거예요. 이렇게 하면 진료는 비대면하고 약은 직접 가져가라는 얘기거든요. 지금도 경우에 따라서는 보호자가 와서 대리 진료를 할 수 있어요. 약국은 그렇게까지

로 한정을 시켜버린 거예요, 아예. 원격 배송은 절대 불가, 이렇게 되어 있는 건데, 이게 비대면 진료보다도 약을 받는 게 훨씬 더 중요하다고 밖에 볼 수 없는 내용이거든요. 그래서 이거는 굉장히 잘못된 거다.

배송 방식은 약 배달하는 거를 굳이 막아야 할 이유가 있나 생각을 합니다. 만약에 약 처방하는 것에 호응을 한다고 비대면 진료에 대한 것들을 하고 난 다음에 처방이 들어가야 되면, 배송으로 이어지는 건, 저는 자연스럽다고 생각을 하거든요. (의사단체 참여자2)

비대면의 뜻이 뭐죠? 안 만나고 하는 거잖아요. 근데 왜 약은 꼭 만나야 해요? 그러니까 정의조차도 틀린 얘기잖아요. 비대면 진료를 할 거면 약 배송도 해야죠, 라는 게 생각이지만 (중략) 그러니까 지금 비대면 진료만 할 생각을 하고 약 배송은 전혀 관심들이 없는 건지, 아니면 약사회가 의사회보다 워낙 힘이 세서 정부가 약사회의 말만 듣고 끌려가는 건지 이해가 안 갑니다. 하여튼 얘기하고 싶지는 않지만, 의료계의 입장을 묻는다면 당연히 비대면 진료의 종류에 맞게 진료하고, 비대면으로 약도 가야죠. 아니, 약을 대면으로 할 거면 뭇 하러 비대면으로 합니까? 어차피 여기 보면 첫 번째 목적이 국민들의 비용과 시간을 절약하신다면서요. 그러면 왜 약 배송은 하면 안 돼요? 그것도 시간 절약하는 거잖아요. (중략)

사실 약사회 고민이 의사회도 크게 다르지는 않을 겁니다. 저희는 의료 전달 체계가 무너질 거라는 생각을 하고 있는 거고요. 무너지면 결국은 그 피해는 고스란히 국민한테 간다.

약 배송은 논의하고 싶지는 않지만, 논의를 한다면 관련된 의료 앱으로 개발이 다 가능하거든요. 의사가 처방한 약을 갖고 있는 지역 약국

에 한정만 시키면 돼요. 그러니까 얘기하신 대로 문전 약국이든 동네 약국이든 거기에서만 살 수 있겠어요.

성분명 처방으로 가면 오히려 이제 메이저 약 배송하는 회사가 생깁니다. 메이저에서 그냥 다 쏘 버리면 돼요. 근데 의사들이 성분명 처방을 반대하는 이유가 있어요. 자기가 써 본 약을 선호해요. 왜냐하면 그게 안전하다고 느끼기 때문에 그래요. 배송을 거기로 제한만 시키면 돼요. 그건 앱으로 가능합니다. 진료 보고 나서 처방전이 나갈 때 이 약을 갖고 있는 지역 약국에서만 선정해서 배송만 하면 절대 지역 약국이 망할 수가 없는 거예요. 그렇게 쉽게 풀어갈 수 있을 거라고 저는 생각을 하는데 여기까지 얘기를 하겠습니다.

제일 쉬운 부분이 배송 부분이에요. 지금 IT 기술이 굉장히 발전을 하고 있다고, 디지털 세대가 온다고 해요. 결국 배송은 지금 말씀하신 까다로운 조건들이 다 해결이 될 거예요. 기계도 나올 거고 습도 유지하는 거, 온도 유지하는 거, 또 개봉 포장이지만 이게 합법화가 되면 다 개별 포장된 제품들이 나올 거예요. 근데 그런 거에 대한 배송에 대한 비용은 당연히 국민들이 하셔야죠. 자기들이 선택을 한 거니까. 근데 저는 걱정이 되는 부분은 (중략) 악의적 약 배송을 하기 위해서 몰래 가서 약을 바꿀 수 있어요. 불가능할 거라고 생각하세요? 가능해요. 똑같이 약국에서 책임을 져야 돼요. 말이 되냐고요. (의사단체 참여자3)

나. 약사단체 참여자들의 견해

약사단체의 FGI 참여자들은 약 배송으로 인한 다양한 위험성이 있어 대면 수령해야 한다는 의견을 제시하였다. 우리나라의 경우 약국 인프라가 잘 갖춰져 있어 굳이 약 배송이 필요없다는 것이다. 만약 약 배송을 한

다면 약 배송 거리제한·지역배송 및 본인수령 확인·개인정보 유출 방지 대책은 반드시 필요하다고 하였다.

약 배달을 하면 안 된다는 게 저희 회원들의 요구이고 처방전, 지금은 팩스, 이메일 등인데 사실 진짜 처방전, 가짜 처방전 구분이 힘들어요. 팩스니까. 이게 실제로 한 사람이 여러 약국에다가 보낸 케이스가 보고가 되고 있어요. 그리고 대면 환자들 처리하다 보면 첫 팩스가 왔을 때 바로 안 하고, 나중에 한단 말이에요. 그게 되게 신경 쓰여요. 하루에 한두 건 오는데 이거를 그렇게까지 신경을 써야 되나 싶죠.

우리나라에서 사실 격오지라고 해도 시골 생활 라이프 스타일상 오일장 같은 게 있잖아요. 그때 맞춰서 나가서 다 해결하고 옵니다. 그래서 격오지라는 게 의미가 있나 그런 생각은 들고, 특히 우리나라 남해안에 도서 지역들 많잖아요. 우체국보다 약국이 많습니다. 그래서 우리나라에 약 배송이 필요한가, 이런 의문을 가지고 있어요. 중국이라든지 미국이라든지 이런 데는 땅이 넓잖아요. 의료 전문가는 적고. 비슷한 환경의 의료 환경을 가진 일본 같은 경우도 우리나라보다 3배 큼니다. 그런 나라들하고 우리나라같이 조그마한 나라하고 국토 면적상 비교할 필요가 있을까, 이렇게 생각합니다. (중략) 다른 나라는 집에서만 비대면 진료를 받아야 된다, 이런 제안을 하는 나라도 있어요. 근데 우리나라는 그 정도는 아니잖아요. 직장에서 비대면으로 진료받고 약 처방 받은 다음에 퇴근할 때 찾아가면 된다, 이런 생각들을 가지고 계시더라고요. (중략) 우리나라는 약국이 어디에나 다 있잖아요. 그런 인프라가 잘 깔려 있어서 그런 결론이 나오지 않았나 싶어요. (약사단체 참여자1)

문제가 생겼을 때 당일 배송이 되는 환자들이라고 하더라도 근 시간 내에 해결을 할 수 있는 거리 제한이 있어야 되고, 대한민국에 있는 약국 중에 특정 지역 몇몇, 그러니까 섬 지역 몇 곳을 제외하고는 대부분은 약국들이 다 있습니다. 그래서 거리 제한 부분에 대해서 저는 매우 중요하게 생각을 합니다. (중략) 한국 조제 현실이 해외랑 극단적으로 다른 게, 문제는 개봉 조제를 하고 있습니다. 일단 약국에서 개봉이 된 상태로 배송이 나가는 거고... 특히 습도에 민감한 약들 같은 경우에 장기 처방이 되는 경우에 그 상황에서 노출된 상황이 가정에서 또 어떻게 노출될지도 모르고, 이런 리스크 자체를 증가시키는 것 자체가 사람의 생명을 다루는 문제에 있어서 쉽게 판단될 수는 없는 문제라고 생각하거든요. 지금 개봉 조제를 없애야 된다고 생각합니다. 아예 통조제로 가거나 원포장 상태로 나가거나 PTP 조제로 되는 상태에서만 배송을 맡기는 게 맞고 개봉을 한 거는 어떤 방식을 쓰든지...

한국 배달시스템이 그냥 문 앞에 놔두고 오는 상황이고 무조건 대면을 해서 서명을 받는 형식이 아닌 배달 체계라는 거죠. 그렇기 때문에 어떻게 배송은 잘하더라도 그 배송된 장소에서 어떤 식으로 보관이 된다는 부분에 대해서는 보장이 전혀 없어요.

약 배송은 지역 약국의 소멸과 생계 문제랑 연결된 문제인데, 약 배달이 시행됨으로 인해서 그 지역 약국에 있어서 매출이 줄어들 경우에는 동네에서 멀쩡하게 있는 약국 자체가 사라지게 된다는 거죠. 젊은 사람들이야 그렇게 되면 앱으로 다 하면 되지라고 말을 하겠지만 아까 말씀드린 의료 취약자들, 노인들이라든지 이용을 못 하는 분들이 실질적으로 당장 피해를 보게 된다는 말씀인 거예요. 저희는 환자의 거주지 가까운 데 하고, 거기를 위해서 대체조제를 풀어야 되는 게

맞다고 주장을 하는 입장인 거고, 그 비용을 누가 책임질 건지 아니면 국가 건강보험에서 책임질 건지 그 부분도 문제가 생길 수 있다.

그리고 반드시 본인 수령 확인 이거는 똑같은 부분에서 오히려 본인 수령 확인 부분에 대해서 지금처럼 그냥 투척하고 가는 이런 식은 무조건 반드시 막아야 합니다. 기술적인 부분에서는 나중에 규제와 제도를 맞춰서도 준비를 하면 방법에 도달할 수 있지만, 최근에 개인 정보 부분에서 중요한 이슈로... (중략) 극단적인 예로 누가 해킹을 했어요. 요즘에 제일 많이 하고 있는 OO신약을 처방받은 사람들 리스트를 짚 뽑았어요. 만약에 중국 해커들이 해킹을 해서 개인들한테 문자 보내는 것이 OO신약 받은 거 알고 있다, 이거 공개할 거다, 이런 식으로 협박을 한다면 지금 저희는 웃으면서 말하지만 만약에 그렇게 됐을 경우는 심각한 문제거든요.

이외에도 현재 지역 보건소에서는 원래 의사가 존재하게 돼 있음에도 불구하고 약사가 없는 지역, 그러니까 시골 지역 보건소에는 보통 여사님들이 약을 만들고 계시거든요. 물론 크게 문제가 생길 일이 없긴 하지만 그런 부분에서 각 보건소별로 CCTV랑 대면할 수 있는 모니터링을 해줄 게 있으면 보건소 선생님이 진료를 하고, 여사님이 조제를 하더라도 조제하고 있는 과정에 대해서 약사가 감독하고, 최종적으로 약 제대로 됐는지 중앙에 있는 보건소 관리를 총괄하는 약사가 검수를 하고, 그리고 실질적으로 복약지도도 그분이 비대면으로 하는 상황이 되면 저는 이게 오히려 환자가 더 법적으로 봤을 때 불안정한 상황들을 오히려 더 합법화시킬 수도 있다고 생각합니다. (약사 단체 참여자2)

다. 산업계 참여자들의 견해

산업계의 FGI 참여자들은 약 처방 및 배송에 대해서 모두 약 배송은 필요하다고 하였으나, 대신 약사들의 사후관리 복약지도의 중요성 및 책임이 수반되어야 한다고 주장하였다. 또한 약사회 인프라 정보를 플랫폼에서 API 형태로 사업자가 사용하는 협업 관계를 구축한다면 서로에게 비용 감축 효과가 있으리라고 예상하기도 하였다. 그리고 무엇보다 공적 처방 전달 시스템을 활용하여 약의 안정성과 개인정보 보호 측면에 대한 부분도 중요하다는 의견이 있었다. 외국 사례처럼 약 배송으로 오히려 지역 약국의 활성화가 이루어질 것이라고도 하였다. 따라서 약사회가 주도적으로 전달체계를 마련하는 것이 필요하다는 의견이 있었다.

일단 대체조제 활성화에 대해서 저희는 사실 입장이 별로 없을 것 같습니다. 이것들은 약사회의 여러 가지 숙원들이 있을 거고, 의료진들 안의 문제지 저희가 할 수 있는 방안은 없을 것 같고요. 다만 대면 진료의 보완책으로 비대면 진료를 하자고 장려를 했고 정책이 나왔는데, 약은 또 대면으로 해야 되는 상황, 그게 일반적인 국민들의 상식에 부합한지는 잘 모르겠습니다. (중략) 그리고 저는 기본적으로 조제 수가가 시범사업료가 추가될지 상상을 못 했는데요. 저는 오히려 좀 복약지도에 대한 고민이 좀 많았습니다. 저희 서비스를 이용하면서 의료진들의 진료가 끝나고, 처방 행위가 끝나고, 약사분들이 제일 잘 해 주셔야 되는 건 결국에는 복약지도, 환자가 안전하게 약을 먹을 수 있도록, 또 환자분들도 복약지도가 길어지거나 답하게 들어오면 더 만족을 많이 하세요. 왜냐하면 기본적으로 약에 대한 불안감이 있습니다. (산업계 참여자1)

약 배송을 예전에 신안군하고 영양군, 5대 오지인데 그때는 협진 모델이었지만 약 배송 얘기도 안 나왔어요. 그때 복지부에 시범사업 승인을 받아서 우체국 택배로 해서 시범적으로 그때 처음 했을 거예요. 그게 십몇 년 전인데, 그때 얘기 나온 게 약 배송 없으면 신안군은 섬에서 진료받고 약 타러 목포 나와야 되잖아요. 그래서 약 배송을 하는데, 집에 보내는 게 아니고 신안군의 보건진료소 간호사한테 보내고 간호사가 전화해서 약사하고 설명해 주고 그래야 약사는 수가 적용이 되기 때문에 예전에 그런 프로세스로 시도를 했었고. 지금 같은 경우도 약사회에서 많이 의견을 주셔서 시범사업 규정에는 지역이라든지 다 많이 들어가 있어서 되게 합리적인 거라고 생각하고, 약사회에서 인프라에 대한 정보 그리고 약 처방전 전달에 관련된 플랫폼에서 제공하는 정보를 API 형태로 해서 플랫폼 사업자가 활용을 하면은 플랫폼 사업자도 되게 좋거든요. 그러니까 협업 체계가 됐다는 거죠. 플랫폼 사업자와 약사회, 오히려 우리도 비용을 상당히 줄일 수 있고 합리적인 구조가 나올 수 있거든요. (산업계 참여자2)

당연히 배달해야 되죠. 비대면 활성화시키려고 그러면 배달이 활성화 안 되고는 절대 활성화가 될 수 없습니다. 예를 들어서 미국 같은 경우는 팬데믹이 되고 난 뒤에 실제 비대면 진료가 되었다가 끝나면서 대면 진료로 많이 갔는데, 이때 발생한 비대면 투약이 굉장히 활성화되면서 제가 알기로는 미국 통계적으로 20%대까지가 대면 진료를 하고 비대면 투약을 한 케이스가 20%까지 올라갔습니다.

비대면 진료에 대한 핵심은 의료와의 관계입니다. 의료법을 개정하는 건데, 의료법하고 약사법을 2개 동시에 개정을 하기에는 복지부에

서 어마어마한 부담이 있습니다. 비대면 진료에 대한 내용들이 만약 법제화되고 나면 의약품 배달은 사실은 복지부에서도 제대로 따라간다고 생각을 하고 있습니다.

이게 약사회에서 반대한다고 안 될 문제 이런 문제는 아니고요. 아마존 같은 경우가 미국에서 왜 망했을까요? (중략) 그 넓은 땅덩어리 위에서 약을 배송하는 것이 3일이 걸립니다, 이게. 그런데 동네 약국에서 대면 진료를 하고 보냈더니 동네 약국에서는 2시간 만에 약을 갖다 주는 거예요. 당연히 아마존 안 가죠. (중략)

실제 배달이 어떤 영향을 미칠까에 대한 정확한 분석들을 해보면 되는데, 미국이나 일본 같은 경우에는 배달을 함으로써 오히려 동네 약국들이 굉장히 활성화됐습니다. 고객이 원하는 약국으로 정확하게 처방이 전달되는 공적 처방 전달 시스템이 돼야 됩니다. 그런 대전제 하에 어느 약국으로 갈 거냐, 선택을 하라고 그러면 10명 중에 고객들이 7명은 내 눈에 보이는 동네 약국이나 사무실 근처에 있는 약국으로 가겠다고 하시는 겁니다. (중략)

플랫폼이라는 것이 참여자들이 서로 정보 교환을 통해서 가치가 창출되어야만 플랫폼이라고 그러거든요. 플랫폼이 되는 조건이 6가지가 있습니다. 지금 비대면 진료도 사실 플랫폼 아니에요, 엄밀히 보면. 저는 배달 앱이라 그러합니다. 배달 앱이죠. 배달 앱에 대한 제일 문제가 뭐냐 하니까, 이런 배달에 대한 문제였습니다. KGMP라는 시설에서 만들고 KGSP라는 유통을 통해서 약국이나 병원에 도착한 약들이 개봉을 통해서 소비자에게 전달되는 과정 중에 안전성이나 개인정보 보호나 전혀 보장이 안 됐습니다. 극단적인 상황까지 나올 수 있다는 의견은 충분히 가능한 이야기입니다.

저는 약사회 보고 그걸 약사회 위주로 구축을 하면 된다. 대면이나 비대면이냐는 내용은 방식의 문제다, 왜 비대면의 투약만 예를 들어서 안 되고 대면은 가능하다 이거는 사실은 약을 투약을 하는 기본적인 책임은 약사한테 있다. 그렇지만 이거는 대면 투약을 하든 비대면 투약을 하든 사후 관리까지 약사들이 해준다고 한다면 이러한 전달 체계를 구축을 하는 게 약사회에서 해야 될 역할 아니겠나 싶습니다. (산업계 참여자3)

라. 기타 관련 참여자들의 견해

기타 관련 FGI 참여자들은 약 처방 및 배송에 대해서 모두 긍정적인 의견을 제시하였다. 특히 쏠림 현상에 대한 우려 부분에 대해서 모두 공감 하지만 큰 문제 없이 지역 약국 중심 처방 등으로 해결 가능하다고 보았다. 또한 편의성 측면에서 플러스가 될 것이라는 견해가 있었다. 한편, 소규모 지역 약국은 약 관리 안정성 측면에서 부족할 수 있으므로 우리나라 약국의 대형화가 필요하다는 의견도 제시되었다.

전 쏠림 현상에 대해서 우려하는 건 맞다고 생각을 하는데, 잘 몰라서 드리는 아주 기초적인 질문일 수도 있는데, 지금은 병원이 있고 그 옆에 약국이 있지 않습니까? 그래서 처방을 하면 옆에 약국에 가서 약을 받게 되는데, 쏠림 현상을 걱정한다는 건 먼 병원에서 처방을 했을 때 그 옆에 약국에서 보낼까 봐 지금 걱정이 되는 것 같은데, 혹시 멀리 있는 병원에서 환자 옆에 있는 약국에서 받을 수 있도록 하면 쏠림 현상이 조금 덜하지 않나요? (기타 관련 참여자2)

약국 많고 병원도 많고 접근성도 되게 좋은 나라고, 그리고 환자들이 의사 직접 만나는 거 좋아하고 그러니 비대면 진료도 필요 없다 해서 이렇게까지 가기는 좀 어려울 것 같고. 지금 과학 기술이 많이 발달돼 있고 IT가 이렇게 좋아졌는데, 그러면 우리가 지금까지 잘 받는 의료 접근성이 좋은 이 나라에서 추가적으로 플러스 알파로 할 수 있는 게 더 생기는 거거든요.

편의성을 강조하는 게 좋은 건 아니지만 플러스 알파, 왜냐면 이 과학 기술을 활용할 수 있는 분명히 더 편한 이 조건들이 존재를 하는데, 사실 그게 활용되지 않는다, 이게 저는 접근성하고는 좀 거리를 두고 얘기를 해야 될 때가 아닌가 하는 생각이 듭니다. 정말 쉽게 갈 수 있는 것들이 많거든요. (기타 관련 참여자3)

배송 반대하는 최근에 약사회에서 반대하셨던 논리들 몇 가지를 보면, 첫 번째 의약품 변질, 다음에 배송 과정의 문제, 다음에 의약품 오남용, 다음에 복약지도 이런 것들이 논리였었는데, 의약품 변질과 관련된 부분은 사실 특수약품 몇 가지 제외하고는 냉장된 고기도 상하지 않게 배송할 수 있는 나라에서 정말 고민해야 되느냐의 이슈라고 생각하고요. 다음에 배송 과정에서 탈취를 당하거나 하는 건 보안 문제가 좀 있을 거고요. 특히 향정이나 마약성이나 지금은 못 하게 돼 있지만 그런 약품들. 다음에 오남용과 관련된 이슈는 사실은 저도 이슈가 있다고 생각하는 게 비대면 플랫폼을 통해서 의사의 진료 없이 처방을 많이들 받고 있죠. 탈모시네요? 남성용 탈모시니까, 탈모약 드릴게요. 심지어 원하는 약은 나 이거 먹어야 되니까, 이거 주세요. 주장할 수 있는 사실은 변칙적으로 운영되는 플랫폼이 문제라고 생각을

하고요, 오남용과 관련된 부분은. 사실 의사한테 직접 처방받은 마약류 의약품의 오남용, 그건 대면을 한다고 막을 수 있는 것도 아니거든요. 다음에 복약지도와 관련된 문제도 약사법을 찾아봤더니 문서로도 할 수 있게 돼 있더라고요. 복약지도와 관련된 부분이. 그러니까 테크니컬 배리어는 제가 없다고 생각을 합니다.

그런데 제가 근원적으로 생각하는 가장 큰 문제는 약사회, 대한민국에서 약사분들의 위치가 의약품 소매업자에 가까워 있다는 게 더 문제라고 생각합니다. 대부분의 약사분들이 개국한 약국에서 일을 하고 계시고 그분들이 약사회를 운영을 하고 계시죠. 사실 약사회가 병원이나 제약회사에 일하시는 약사분들 숫자보다 개인 사업을 영위하고 계시는 개인 사업자이다 보니 직접적으로 생존권의 문제가 되거든요. 이해할 수 있습니다. 생존권의 문제가 되니까. (중략) 사실 대한민국에서 20% 정도 하면 당장 한국에서 운영되고 있는 수많은 약국들에 문제가 생길 거라고 생각을 하거든요. 강경하게 반대하는 입장은 이해를 합니다. 제가 보기엔 반대하는 이유는 그게 가장 크다고 생각하는데요. 법만 허용되면 사실 굉장히 많은 문제, 그러니까 많은 약국들이 굉장히 어려워질 거예요. 약 배송 허가만 되면요. 사실 말씀하신 것처럼 되게 심각하거든요.

그런데 저는 약국이 좀 대형화될 필요가 있겠다는 생각을 하는 거는, 제가 약을 굉장히 많이 먹습니다. 몸이 안 좋아서 약을 굉장히 많이 먹는데, 대학병원에 있으니까 저희 병원에 처방을 받고 저희 병원 앞에 있는 문전 약국에서 약을 조제 받습니다. 조제된 약은 문제가 없는데요. 과연 고만고만한 약국들에 보관되어 있는 약이 정말 잘 보관되었을까 잘 모르겠어요. 제가 먹고 있는 약 중에 쉽게 변질되는 약이

하나 있거든요. 그러니까 쉽게 변질되는 약이 쓰고 있는 약 중에 두 가지가 있는데, 하나는 주사제예요. 냉장 보관해야 되는 주사제인데 이 주사제가 정말 잘 보관이 돼 있느냐, 이번까지는 그런 적 없었는데 최근 조제 받은 주사제가 습도 때문에 밑에 박스가 들러붙어 있더라고요. (기타 관련 참여자4)

3. 기타 비대면 진료 확대를 위한 정책적 운영 방향

비대면 진료 확대를 위한 운영 방향에 대한 견해로 다양한 의견이 제시되었다. 합리적인 수가체계 기준 마련, 비대면 진료 확대 부작용에 대한 사전적 제도적 장치 마련, 해외시장을 기반으로 비대면 진료 확대 검토, 실질적인 원격 진료가 가능하도록 기술개발 필요, 비대면 진료 효과를 입증할 수 있는 데이터 분석 결과 필요, 환자 본인 확인 관련 보안책 마련, 비대면 진료 참여에 대한 강력한 거버넌스를 구축하여 의식 전환, EMR 시스템 연동 등의 의견이 도출되었다.

가. 의사단체 참여자들의 견해

시범운영되고 있는 비대면 진료에서의 수가체계가 부적절하다는 의견이 있었다. 특히 약국에서의 비대면 조제 시범사업 관리료가 너무 과다하다는 것이다. 다른 나라에서 진행되고 있는 수가 운영정책을 참고해서 적절한 수가 기준이 필요하다고 하였다.

비대면 조제 시범 관리로 해서 사실 의미가 없는 복약지도나 이런 걸, 왜 이걸 비대면이라고 해서 30%를 주냐, 이거 말이 안 되는 거거든요. (중략) 일단 저는 수가를 이렇게 받는 거에 대해서 원래 반대였기 때문에 이거는 말이 안 되죠. 역 내에서 정해진 거기 때문에 그거에 대해서는 제가 말을 못 하지만 수가 자체는 세계적으로 보면 일본도 70%에다가 80%를 올렸을 뿐이에요. (의사단체 참여자1)

비대면 진료로 인한 의료전달 체계의 쏠림 현상 확대 및 지나친 비대면 진료 확대로 인한 부작용에 대한 우려 의견이 제시되었다. 이에 대해서 사후관리가 아닌 사전 대비를 위한 비대면 진료 시 본인 부담률을 높이는 등 제도적 방지책 마련이 필요할 것이라고 하였다.

지금 우리나라의 의료 보건의료 환경에서 봤을 때 제일 문제가 되는 게 환자 전달 체계가 완전히 깨져 있고, 그리고 서울하고 지방 간의 격차가 굉장히 커져 있는데, 그런 구조들이 심화될 수 있는 방법론으로서 비대면 진료가 개입할 수 있는 여지가 너무 커요... (중략) 우리나라의 환경은 아주 자유롭게 할 수 있기 때문에 비대면 진료에 대한 방법론까지 포함을 하게 되면 전체 진료량에 대한 부분들이 아니라 환자들이 의료를 이용하는 패턴에 있어서 비대면 진료라는 거에 대한 효용성을 가지고 환자 전달 체계가 완전히 무너지는 그런 과정에 관여를 할 수 있다는 부분들 때문에 실제로 쏠림 현상이라고 하면 비대면 진료를 하겠다는 환자의 니즈가 병원하고 의원급하고 다른 상황에서 보면 그런 거를 왜곡할 수 있다는 부분들을 봐야 된다는 거죠.

단순히 병원급이 비대면 진료를 많이 할 수 있다는 부분을 갖고 얘기하는 거는 사실 아닙니다. 예를 들어서 의원급에서 정말로 비대면 진료를 적극적으로 활용하게 되는 변화들이 생기게 되면, 파생되는 변화들이 또 따라오거든요. 저는 10년 이후로 보는 건데 저는 그런 변화가 바람직하지는 않다고 보는 겁니다. 의료에 대해 부작용이 생기지 않을 수 있도록 제도를 잘 만들어 나가게 된다면, 이게 정착이 돼서 안정화되는 수준으로 간다 하더라도, 아무리 많아도 5%를 넘을 수는 없다고 생각을 하거든요.

비급여 그러니까 본인 부담률을 높여서 가져가야 된다는 부분은 저는 동의를 합니다, 기본적으로. 비대면 진료에 대한 부분들이 진짜 필요한 상황이나는 걸 아까도 말씀드렸지만, 별로 필요없다는 거거든요. 환자가 이동하고 시간을 더 드리고 이렇게 해야 되는 부분들에 대해서, 어쨌든 본인들이 더 부담을 해야 될 만한 필요는 분명히 있다고 보이는 거고, 그렇지 않으면 너무 과도한 의료 역량이 생길 것이기 때문에 그런 정도의 제한 장치는 들어가야 된다고 보고 있는 부분이고요. (의사단체 참여자2)

우리나라는 의료 강국의 강점을 살려서 국내보다도 해외 비대면 진료 확대 방안 시범사업 추진이 필요하다고 하였다. 이러한 제안은 비대면 진료 확대에 대한 의료단체를 설득할 수 있는 하나의 방안이 될 수 있을 것이다.

비대면 진료의 장점이 분명히 있어요. 다들 동의를 하시지만, 이 비대면 진료의 사업은 국내에서 할 필요가 없는 거예요. 국내는 다 나가서 만나면 돼요. 우리가 의료 강국이고 의료로서 세계로 뻗어나갈 수

있는 방법이 비대면이에요, 비대면. 그래서 이거를 디자인을 잘해서 국내에서 여러 시범사업을 통해서 안전하다는 게 밝혀지면, 이거를 외국에 있는 환자들한테 적용을 시켜, 지금 말씀하신 대로 수술한 다음에 아웃컴을 보기 위해서 외국 환자들은 계속 여기에 머물 수가 없는 거거든요. 바깥에 계시니까. 그걸 비대면을 통해서 우리가 어떻게 아웃컴을 낼 것이냐 이런 것들을 보는 툴을 만드는 방법을 생각을 해야지, 자꾸 국내에서 뭔가를 하려고 하면 이게 의사들한테 설득력이 떨어지는 거예요. 다들 보신 것처럼, 비대면 진료 굉장히 강경하게 반대를 했고, 지금도 반대입니다. 큰 흐름은 반대고요. 근데 내부적으로 조금씩은 바뀌고 있다는 거는 분명히 맞는 거고 (중략) (의사단체 참여자3)

나. 의사단체 참여자들의 견해

향후 비대면 진료 확대의 방향성에 대해, 단순한 진료가 아닌 기술이 뒷받침되는 실질적인 원격 진료 수준으로의 발전이 필요하다고 하였다.

지금처럼 전화 진료를 앱으로 바꾸는 이 정도 수준으로는 안 될 것 같고, 실제 진짜 진료를 해야죠. 원격으로 측정도 하고, 제대로 볼 수 있는 기술적인 개선은 많이 필요하다고 보고요. 이게 사업이니까 비즈니스적인 면을 생각했을 때는 견제는 당연히 들어갈 수 있다고 생각합니다. 이게 현재 기술 수준으로 환자들이 원하는 수요를 채워주는 데는 조금 모자를 게 있지 않은가 생각을 합니다. 그래서 좀 기술이 좀 더 발전하면... 비대면 방식이 어떻게든 정착을 하려면, 말씀하신 대로 정부의 가이드라든지 시스템 기술 수준 이런 게 필요한데, 제

가 보기에는 할 수 있는 것도 안 하는 것 같고, 여러 가지 이해관계가 있겠지만 할 수 있는데도 안 해서 미흡한 점이 있는 것 같고... (중략)
(약사단체 참여자1)

비대면 진료 효과를 입증할 수 있는 다양한 데이터 분석 결과를 제시하는 것이 필요하다. 향후 질환 유형별로 명확한 가이드라인을 기준으로 지속적으로 시범 운영해야 하고, 그 결과 얼마만큼의 긍정적 효과가 있었는지 다각적인 분석을 통해 입증해나가야 할 것이다.

구체적인 안이라고 말씀드리면, 질환별 사용할 수 있는 약제, 그다음에 지금처럼 폭 넓이로 어느 질환은 재진이 되고 이런 식이 아니라, 만성질환 중에서 관리가 되는 질환 중에서 고혈압, 당뇨 이런 식으로 실질적으로 미국에서 보면 비대면 진료를 했을 때 도움이 되는 질환들이 있거든요. 그래서 그런 소수의 질환들에 의해서만 체계적으로 준비를 해 놓고 시작을 했어야 되는데, 그냥 업체들이 마음에 안 드니까 일단 하고 보자. 시범사업을 일단 하고, 이렇게 지금 일이 시작되고 있는 게, 저는 말이 안 된다고 생각하는데 이렇게 할 거였으면 정부에서 미리 준비를 했어야죠. 구체적인 안에 대해서 마련을 했어야 되는데 준비를 하지도 않고 보건의료 사업을 이렇게 주먹구구식으로 진행을 하는 게, 저는 말이 안 된다고 생각합니다. 일단 그러면 그거에 대해서 보건의료 직종이 있는 사람들에게 설득할 만한 구체적인 데이터를 제시를 했어야죠. (중략) 코호트 통계로 해서 국민 건강에 실질적으로 관리가 어느 정도로 데이터 되고, 혈압관리가 어느 정도로 돼 있을 테고, 당뇨면 당뇨 수치가 어느 정도로 관리가 되고, 오프

라인 기관에서 치료받는 사람 대비 온라인 기관에서는 어느 정도 관리가 되는데 또 어떤 정도의 리스크가 있다, 이런 거에 대해서 이미저는 충분히 정리가 되고 설득시킬 수 있는 자료가 나왔어야 된다고 생각을 해요. 이 긴 시간 동안 준비가 되지 않은 상태에서 그냥 타임라인 맞춰서 언제까지 해야 애네들이 안 망하니까 언제까지 휴업을 하자, 다음에 언제까지 하자, 언제까지 하자, 이런 식으로 정하는 것 자체가 사람 생명을 다루는 일을 이런 식으로 일을 하면, 이거는 심각하게 문제가 아닌가 싶습니다. 우리나라는 플랫폼 개발 업체들, 그냥 우후죽순 생긴 아마추어들한테 맡긴 거고, 일본은 나라에서 관리하거든요. 그래서 공공 플랫폼처럼 하고 있기 때문에 그게 가능한 겁니다. (약사단체 참여자2)

다. 산업계 참여자들의 견해

산업계에서는 비대면 진료 시 및 약 배송 수령 시 환자 본인 확인에 대한 기술적 노력이 현재 이루어지고 있으며, 향후에도 지속적인 노력이 필요하다고 하였다.

원산협에서도 외부 활동도 하지만 내부적으로는 세미나도 진행하고 있는데, 지금 환자 본인 인증, 생체 인증 도입에 대해서 얘기를 많이 하고 있고, 기술적으로 많이 완비가 되고 있습니다. 그래서 지금은 주민번호를 수기로 찍는다면 비대면 진료를 볼 때마다 본인들의 지문 인식이나 홍채 인증을 통해서 본인 확인을 구체적으로 하고, 또 나중에라도 약 배송 방식이 더 발전된다면 받을 때도 지금 환자 본인 확인이나 이런 게 현실적으로 좀 부족합니다. 그래서 받을 때도 똑같이 본

인이 직접 받는 것인지 확인하는 것들을 많이 강구를 하고 있습니다.
(산업계 참여자1)

비대면 진료를 확대하기 위해서는 강력한 거버넌스를 구축하여 관계자들이 적극적으로 참여하도록 인식 전환이 필요하다고 하였다.

강원도가 규제 자유 특구 사업을 2개를 하고 있어요. 하나가 4년 전에 시작했던 디지털 헬스케어 규제 자유 특구가 있고, 디지털 헬스케어 규제 자유 특구가 뭐냐 하면, 강원도가 협진 모델로 원격 진료를 벌써 한 20년 했어요. 규제 자유 특구를 할 때 환자와 의료기관 의사가, 우리가 흔히 하는 말로, B2C 비대면 진료를 특구 모델로 해서 승인을 받았던 거예요. 근데 잘 안 된 이유가 뭐냐 하면, 가이드가 없다 그것도 아니고, 책임 소재다, 이렇게 정의할 수 있거든요. 거기를 보면 가이드가 뭐가 없어 이게 아니고, 그들이 적극적으로 참여해서 트라이해 보고 문제점을 찾을 수 있는 강력한 거버넌스를 제공하지 못했다는 겁니다. 새로운 제도를 수용하기 힘든 나이 드신 분들 로컬이 있습니다. 그런 분들은 새로운 제도가 보면 내가 좀 떨어질 수밖에 없다는 위기감이 상당히 있습니다. 그런 분들에 대한 어떤 보호 대책이 있으면 의사협회도 반대할 이유가 없을 거라고 보는데, 그건 아마 복지부도 따라갈 수밖에 없는... (산업계 참여자2)

비대면 진료를 확대하기 위해서는 단순한 원천적 기술이 아닌, 원격으로도 의사들이 대면으로 환자를 진찰하는 수준과 유사한 수준으로 측정할 수 있도록 구현해주는 기술개발이 필요하다고 하였다.

제가 조금 정리를 하자면, 의사들이 환자를 보는 방법을 대체할 수 있는 IT 기술이 나오면 돼요. 그러니까 시진, 촉진, 타진, 청진을 의사가 직접 듣고 보고, 이것을 원격이든 하여튼 IT 기술을 이용해서 똑같이 구현을 해 줄 수 있다면 그러면 해도 돼요. 근데 지금 이걸 원격 모니터링이라고 얘기하죠. 이 모니터링조차도 사업이 제대로 진행도 안 됐을뿐더러 아니 막말로 지금 애플워치를 차고 있는데 이걸로 BP 재고 혈당을 측정한다고 합시다. 이게 의사들이 직접 재는 거와 똑같은 안전성, 유효성이 확보가 된다면 의사들도 비대면 반대 안 할 거예요. 근데 그렇게 못하고 있거든요.

그러니까 비대면 진료, 원격 의료가 성공을 하려면 원격 모니터링 자체가 의사들이 보는 것만큼 비슷한 수준으로 올라왔을 때 완성도가 생기는 거예요... (중략) 지금 4K로 목 안을 들여다볼 수 있는 그런 장비들은 다 있죠. 있지만 누구나 편하게 똑같은 아웃컴이 나올 수 있는 그런 건 없어요. 저는 그게 기술이라고 생각을 해요. 제가 말씀드리는 기술은 그걸 얘기하는 거예요. 그러니까 그런 단계까지 와야 비대면이 가능하다는 겁니다. (산업계 참여자3)

라. 기타 관련 참여자들의 견해

기타 관련 참여자들은 비대면 진료를 활성화하기 위해서 EMR 시스템 연동이 이루어져야 하고, 비대면 진료시간 제한도 필요할 것라고 하였다.

기본적으로 비대면 의료가 활성화하려면 IT 시스템이 결부가 돼야 되는 거죠. 더군다나 EMR 시스템하고 연동이 돼야 장기적으로 갈 수

있는데 아직 그런 고민이 없이 그냥 클라우드로 한 PHR의 일부 모습, 예약, 이것만을 하고 있는데 그것만 해가지고는 한계가 있어 보이고요. 그렇다고 지금 PHR 쪽으로 단기간에 확산되기도 쉽지 않은데, 이걸 하려면 기본적으로 현재 의료기관들이 갖고 있는 수준의 규제는 가져가야죠. 보안이나 등등...

대면이나 비대면이나 똑같은 시간 동안에 똑같은 진료를 제공하는 거 위주로 가고 있기 때문에, 그런 나라들은 그런데 저희는 대면에서 시간 제한 없이 수가에 대해서 하고 있고, 비대면에 대해서도 제한이 없이 갈 것이나. 그러면 비대면에서도 환자를 많이 보는 의료기관들만 살아남겠죠. (기타 관련 참여자1)

비대면 진료를 확대함에 있어 환자 입장에서 실제로 필요한 형태가 무엇인지에 대한 고려가 함께 필요하는 의견도 있었다.

근데 좀 원론적인 얘기인지 모르겠지만, 환자 입장에서 생각해야 한다고 생각하거든요. 그래서 그럴 때일수록 가끔씩 환자에게 정말 도움 되는 형태가 무엇인지에 대해서 조금 각성시켜주는 포인트들은 필요하다고 생각합니다. 그러니까 저희가 원하는 거는 진료받았잖아요. 그럼 처방받은 약에 대해서 설명 듣고 싶은데 못 듣는 경우들이 여러 번 있어요. 예를 들어서 애들이 있으면 정신없어서 못 듣고요. 다음에 예를 들어 저 같은 경우는 산부인과 검진이라든지 비뇨기과 이런 거는 물어보고 싶은데 사실 약국에는 사람이 많잖아요. 그거를 대놓고 거기서 물어보기가 쉽지가 않죠. (기타 관련 참여자2)

비대면 진료 확대 시 3차 병원 쏠림 현상 이슈가 아닌 2차 병원 간의 심한 경쟁체계가 이슈일 것이라는 견해도 있었다.

의학적인 개념으로 말씀드리면 사실은 비대면 진료 연구 오래됐고요. 안전성에 대한 이슈는 이제 없습니다. 거의 다 해결됐고... 물론 더 안전하기 위해서 아까 말씀드린 것처럼 의협하고 환자 보호자 단체, 산업계, 법조계 공청회 한 거 보면 초진이나 재진이나, 1차 의원이냐 2차 의원이냐, 대부분 논의된 내용들이거든요. 그러니까 저는 안전성에 대한 이슈를 더 거론하는 건 별로 의미가 없다. 어쨌든 비대면 진료라고 하는 것도 사실 의사가 책임지고 선택하고 하는 것들이기 때문에 그거는 이슈는 없고, 그걸 어떻게 잘 활용하고 운영하느냐죠. 결국은 제가 보기에는 돈 문제가 비즈니스 모델이 돼야 되지 않을까... 쏠림 현상이 결국 3차 병원으로 간다는 건데, 잘 아시겠지만 3차 의원은 비대면 진료해서 효과가 나오지는 않고요. 절대 이권 수요도 안 나고 좋아하지는 않으실 겁니다.

대한의사협회가 결국은 개원의 분들을 대표하는 단체이긴 한데, 이게 개원의 협회에서 갈팡질팡할 수밖에 없는 게, 과도 다양하지만 비대면 진료가 쏙 풀려버렸을 때 경쟁이 3차 병원이 아니에요. 자기들끼리예요. 2차 병원들끼리 경쟁이 되는 겁니다. 비대면 진료를 빨리 도입해서, 지금 6시까지 진료 보나 9시까지 진료 보나, 환자도 똑같이 온대요. 근데 9시까지 하는 이유는 안 뺏기려고 하는 거거든요. 비대면 진료 들어가 버리면 경쟁이 3차 의원이 아니라 옆에 같은 내과 의원이 되는 거기 때문에 경쟁이 굉장히 세고 불안을 느끼게 되는거죠... (기타 관련 참여자3)

한 참여자는 비대면 진료는 시대적 흐름상 피할 수 없는 현실임을 받아 들여야 하며, 정부 주도하에 환자 진료의 주체인 의사협회에서 주도적으로 가이드라인을 마련하고 적극적으로 제시해야 한다고 제안하였다.

일본은 실제로 무의촌이 있고, 그런 데 있는 환자들을 위해서 일본은 노령화, 우리보다도 훨씬 노령화니 이런 것들에 대한 고민을 했으니까, 더 빨리 원격 의료와 관련된 부분들을 준비를 했고, 정부가 주도한 거죠. 일본의 노령화와 탈지역화와 관련된 부분들을 어떻게 해결할 거냐, 해결 방안으로 일본 정부가 그다음에 의사회, 건강보험이 지역 조합별로 자기 특성에 맞는 것을 만들어낸 거거든요. 근데 한국은 그렇지 못하니까, 더구나 사실 코로나 기간 동안에도 비대면 진료를 허용해 줬던 게 아니죠. 그냥 병원을 보호하기 위한 전화 진료를 허용해줬던 거죠. 의사협회가 매우 강경하게 반대 입장이었죠. 제 기억에 의하면 2003년 개정될 때부터 매우 강경하게 반대 입장이었고, 사실 의사협회 내부적으로 논의하는 것 자체가 금기시되었던 것 같은데 사실 의사협회 내부적으로 원격 의료와 관련된 이야기들을 논의하기 시작했다는 것만 해도 굉장히 획기적인 입장 변화라고 생각합니다.

20~30대보다 더한 세대들이 올 거거든요. 세 살 때부터 스마트폰 손에 쥐고 자라는 애들의 세상이 올 거란 말입니다. 그러면 그거에 맞춰서 세상이 바뀌어져야 되는데, 사실 세상이 못 바뀌고 있죠. 그런 부분에 있어서 의사협회가 좀 더 적극적으로, 그래서 제가 그런 세상이 오기 전에 의사협회가 주도적으로 가이드라인을 만들고 주창해야 된다고 그렇게 말씀드렸죠. (기타 관련 참여자4)



제5장

비대면 진료 정책 제언

제1절 정책 방향

제2절 비대면 진료 참여 범위

제3절 약 처방과 배송

제4절 비대면 진료 플랫폼 가이드라인

제5절 비대면 진료 수가

제5장 비대면 진료 정책 제언

제1절 정책 방향

코로나19 이후 비대면 진료 행위는 더 이상 낯선 모습이 아니다. 다만, 우리나라의 경우 코로나19가 공식적으로 종식 선언되면서 한시적으로 허용되었던 비대면 진료의 법적 기반이 사라지게 되었다. 결국 비대면 진료는 2023년 6월 시범사업 형태로 축소 운영되면서 그 대상이 재진 환자, 의원급 의료기관으로 제한되었다. 이뿐만 아니라 약 배송 역시 원칙적으로 금지되면서 비대면 진료 이용 건수도 급감하였다.⁴⁾ 현재 비대면 진료를 허용하기 위한 법적 기반이 마련될 가능성은 여전히 불투명한 실정이다.

현대 민주주의 사회에는 다양한 이해관계자들이 공존하고 있으며, 이들은 정책형성 과정에서 각자의 이해관계를 표출하기 위해 다양한 방식으로 정치적 압력을 가한다. 표를 의식해야 하는 정치권은 이해관계자들과의 조정과 타협을 무엇보다 중요하게 여기게 되었다. 따라서 정부가 강한 주도권을 쥐고 목표와 수단을 일방적으로 설정하여 정책을 집행하기 어렵다. 설사 대통령이나, 장관, 국회의원이 좋은 의도를 가지고 어떤 정책을 강하게 밀어붙이더라도 현실에서 잘 집행될 수 없다면 해당 정책은 성공하기 어렵다. 비대면 진료 문제 역시 마찬가지이다. 정부는 우선 비대면 진료 정책을 통해 구현하고자 하는 공적 가치가 무엇인지를 명확히

4) 시범사업 2개월(2023년 6~7월)간 비대면 진료 시행 건수는 진료 건수 기준 한시적 비대면 진료(월평균 222,404건)의 69% 수준이었음(보건복지부 보도자료, 2023년 9월 14일). 그러나 이는 제도 기간에 해당하는 통계이므로 실제로 처벌이 발생하는 시범사업 기간에는 더 축소되었을 것으로 유추할 수 있다.

인식할 필요가 있다. 비대면 진료를 둘러싸고 다양한 가치 사이에 갈등 및 충돌이 발생하고 있기 때문이다. 정책당국은 비대면 진료 정책을 둘러싼 다양한 가치들을 이해하고, 가치 간 갈등 및 충돌을 해결하고자 노력해야 한다.

정책이 공적 가치, 즉, 공익을 우선해야 한다는 것은 자명한 사실이다. 그렇다면 공익이란 무엇일까? 공익을 정의하는 대표적인 이론은 공익 실체설과 공익 과정설이 있다(하태수, 2022. p. 88-89). 공익 실체설은 사익을 초월한 공적인 가치가 존재함을 전제로 하며, 사익보다 높은 차원의 공동선(common good)과 같은 가치를 실현하는 것이 국가의 임무라 여긴다(김행범, 2017. p. 116-117). 그러나 공익 실체설은 ‘공익은 과연 측정 가능한 것인가?’라는 질문에서 자유롭지 못하다. 설사 공리주의적 관점에서 가치를 측정할 수 있다고 하더라도, 사익을 초월하는 공익을 구체화하는 구조는 사회마다 다르므로 ‘과연 공익은 존재하는가?’라는 원론적인 문제로 되돌아간다.

한편, 공익 과정설에서 공익이란, 서로 다른 이익을 주장하는 사회집단들이 적절한 절차를 거쳐 집합적으로 추구하기로 합의한 사익의 집합이다(김행범, 2017). 즉 공익은 절대적 가치와 같이 선형적으로 존재하는 것이 아니라 사회집단들 간의 정치과정을 통해 형성되는 것이다. 그러나 이 경우 “사회에서 가장 강한 권력을 가진 집단의 이익이 사회적 합의의 절차를 거쳐 나올 가능성”이 높다는 문제가 발생한다.

비대면 진료와 관련한 담론을 공익 실체설과 공익 과정설 두 가지 측면 모두에서 살펴보자. 먼저, 공익 실체설에 기반한 비대면 진료의 공익적 가치는 의료 서비스에 대한 접근성 강화가 가장 크다고 할 수 있다. ICT 기술을 활용한 비대면 진료 서비스는 도서·산간벽지 거주자뿐만 아니라 다양한 사유로 의료 서비스 이용에 제한이 있는 국민들에게 사회적 편

를 제공한다. 비대면 진료 서비스 도입을 통해 기존에 대면 진료를 받을 수 없던 사람들이 의료 서비스를 받게 되었을 때의 사회적 이득이 더 크다면 이를 도입하는 것이 타당할 것이다.

그러나 비대면 진료를 실시하였을 때 예상되는 공익적 위험요인 역시 존재한다. 대면 진료에 비해 비대면 진료는 불완전할 뿐만 아니라 오진으로 인한 부적절한 처방이 문제가 될 수 있다(한국행정연구원, 2017. p. 104). 그러나 대면 진료에서도 오진 발생의 가능성을 항상 염두에 두고 있고 비대면 진료 의료행위에 따른 책임 소재에 대한 불확실성 역시 위험요인에 해당한다. 상기한 공익 실체설에 입각한 공익적 담론의 논의에서는 비대면 진료의 공익적 가치와 위험요인 중 어느 쪽에 더 큰 가중치를 두고 추진하는 것이 바람직한지 고민하여야 한다.

공익 과정설 측면에서 비대면 진료의 제도화가 어려운 이유는 비대면 진료를 둘러싼 첨예한 이해관계의 대립 때문일 수 있다. 비대면 진료 도입에 따른 진료 수익이 대표적인 예로, 진료 수익에 대한 시각은 병원협회(병원급 의료기관 중심) 측과 대한의사협회(개업의 중심) 측의 의견이 상이하다. 우리나라는 대형병원에 대한 선호도가 높아 1차 진료조차 대형병원에서 이루어지는 경우가 많다. 따라서 개업의 중심의 대한의사협회 입장에서는 비대면 진료가 병원급까지 허용될 경우, 대형병원에 환자를 빼앗겨 손실이 발생하게 된다. 즉, 새로운 수요가 창출되지 않는 한 이해관계가 갈릴 수 있다. 이러한 문제를 해결하고자 정부는 비대면 진료를 1차 의료기관 중심으로만 실시하고 예외적인 경우(예: 수술 후 관리가 필요한 환자 등)에만 병원급 의료기관의 비대면 진료를 제한하는 시범사업을 실시하고 있다.

아이러니하게도 비대면 진료를 의원급 의료기관으로만 제한하였음에도 불구하고 대한의사협회의 비대면 진료 도입 반대 기조는 변함이 없다.

이 역시 비대면 진료가 기존의 의료체계 질서를 흔들어 결국 1차 의료기관 내에서도 수익구조가 달라진다는 이해타산적 관점에 기반한 것으로 보인다. 즉, 비대면 진료에 전문화된 1차 의료기관에 환자가 몰리게 될 가능성이 높아지게 되고, 이는 결국 다른 1차 의료기관의 진료수익 손실로 이어지게 된다. 약사들의 이익을 대변하는 대한약사회에서도 지역 약국의 몰락을 가장 우려하고 있다.

우리나라가 유독 보건의료 분야에서만 ICT 기술을 활용할 수 있는 제도적 기반이 갖추어지지 못하는 이유는 진료 수익 같은 현실적인 이해관계들을 조정할 수 있는 갈등관리 능력의 부재 때문인 것으로 보인다. 현재 의정협의를 통해서 갈등 조율을 위한 절차를 밟고 있지만, 이익집단들의 강력한 반발에 대응할 수 있는 협상카드 등 자구책 마련이 필요하다. 이익단체들과의 협상 시 사용할 카드로 비대면 진료의 도입의 필요성, 도입에 따른 문제점에 대한 근거 자료는 아직 부족한 실정이다.

본 절에서는 공익 실체설과 공익 과정설에 입각해 현재의 비대면 진료 제도 도입의 문제점을 해석하였다. 어느 관점에서든 비대면 진료 제도의 ‘수용’ 또는 ‘불수용’이라는 이분법적인 접근이 아닌 현재의 의료체계를 보완할 수 있는 영역이 어디인지를 탐색하고 알맞은 대안을 제시하는 것이 제도화의 지름길이다. 다음 절부터는 대안별 가능성을 모색하고자 한다.

제2절 비대면 진료 참여 범위

비대면 진료 참여 범위에 대해서, 대한의사협회는 비대면 진료 초기 단계이므로 진료 범위를 재진부터 허용하는 것을 제안한다. 또한, 비대면 진료를 제공하는 질환에 대해서는, 일부 만성질환만을 대상으로 하고 향

후 질환을 추가하는 방식을 고려할 필요가 있다고 제안한다. 다음은 대한의사협회 의료정책연구소(2022)에서 가장 최근 발간된 보고서의 내용이다.

“국내에서 정부와 국회는 만성질환자와 정신질환자의 경우에는 재진으로 한정하고, 대면으로 의료 서비스를 받기 어려운 환자들에게는 초진을 허용하는 의료법 개정안을 발의한 상태이다. 의료계 역시 이 부분에 대해서는 동의하고 있는 것으로 판단된다. 그러나 국내에서는 비대면 진료라는 제도가 도입되는 초기이기 때문에 우선 안전성이 확보된 재진부터 허용하고 초진은 허용하지 않는 방안이 바람직할 수 있다.”(김진숙, 2022, p.39)

“비대면 진료 제도 초기에는 고혈압, 당뇨와 같은 일부 만성질환만을 대상으로 비대면 진료를 허용하되 향후 전문가 단체의 심의와 평가, 의견을 수렴하여 질환 추가를 고려할 필요가 있다.”(김진숙, 2022, p.79)

비대면 진료 참여 범위 제한에 대한 주요 논거 중 첫 번째는 건강권 침해 논거이다.

“대면 진료와 달리 비대면 진료에서 초진을 하게 되면 환자에 대한 사전 정보(기존 질환 및 환자 건강 상태 등)가 없는 상태에서 불완전한 시진과 청진만으로는 환자에 대한 질환 혹은 질병에 대해서 진단 및 처방을 내려야 한다. 특히 대면 진료에서는 당연한 의료기기 및 첨단 의료기술을 사용하여 시진, 청진, 촉진, 문진, 타진을 하고, 종합적으로 진단 및 처방을 하는 것이 비대면 진료에서는 불가능하기 때문에 초진의 경우, 재진보

다 환자의 건강을 침해할 수 있는 위험성이 높고 상대적으로 안전성이 더 낮다.”(김진숙, 2022, p.16)

시진, 청진, 촉진, 문진, 타진 등을 통한 종합적인 진단의 측면에서, 비대면 진료는 현재의 기술적 수준에서는 한계가 있기 때문에 진단의 안전성이 대면 진료보다 낮을 수 있다. 그러나 향후 기술적인 발전 속도를 고려할 때 또는 경우에 따라서는 대면 진료와 대등한 수준에서 진단이 가능한 분야가 있을 수 있다. 또한 전술한 바와 같이 다른 공적 가치 즉, 비대면 진료를 통한 진료 접근성 확대라는 건강권 확보 측면에서 다른 논거가 있기 때문에 관점의 균형을 잡는 것이 필요하겠다.

비대면 진료의 참여 범위를 제한하는 두 번째 논거로 해외 사례를 들고 있다. 하지만 일본의 경우 최근 개정된(2022년 1월) ‘온라인 진료 실시에 관한 지침’의 내용에서 비대면 초진은 단골의사가 수행하는 것이 원칙이지만 단골의사가 아니라고 하더라도 “진료 전 상담”을 실시한 후 그리고 의학적 정보를 충분히 파악하여 의사가 가능하다고 판단하는 경우 초진을 할 수 있도록 하고 있기 때문에 폭넓게 “예외 상황”을 인정하는 것으로 해석하는 것이 타당해 보인다(후생노동성, 2023. p.13). 다음은 대한의사협회 의료정책연구소(2022)와 필자가 조사한 보고서(000, 2023)의 내용을 비교한 것이다.

“일본은 2018년 온라인 진료에 대한 수가를 처음 적용할 당시 대면 진료가 원칙이었기 때문에 ‘재진’부터 허용하였다. 코로나19가 확산된 이후 2022년부터 온라인 초진을 허용하였지만, 이는 기존의 진료를 받던 환자 거주지 인근에 위치한 동네 단골의사(카카리츠케 의사)에게 ‘온라인’으로 행해지는 초진을 의미하는 것이고, 일부 예외 상황(본인의 거주 지역을

벗어나 비대면 진료를 해야 하는 상황이 발생했을 때 등)에서만 온라인으로 단골의사가 아닌 다른 의사에게 진료를 받을 수 있도록 초진을 허용하였다.”(김진숙, 2022, p.34)

“코로나19 이후인 2022년 1월에 개정된 ‘온라인 진료의 적절한 실시’에 관한 지침’에서는 비대면 초진은 단골의사가 수행하는 것이 원칙이지만 단골의사가 아니라고 하더라도 “진료 전 상담”을 실시한 후에 가능하다고 하여 초진을 폭넓게 허용하였다. 또한 주치의가 아니라고 하더라도 의학적 정보를 충분히 파악하고, 의사가 환자의 증상에 맞추어 가능하다고 판단한 경우에도 온라인 진료를 할 수 있다고 적시하고 있다. 구체적으로는 기왕의 병력, 복약력, 알레르기 병력 등 외에 증상을 감안하여 문진 및 시진을 보완하는 데 필요한 의학적 정보를 과거의 진료 기록, 진료정보 제공서, 건강진단의 결과, 지역 의료정보 네트워크, 복약수첩, PHR(Personal Health Record) 등으로부터 파악할 수 있고, 환자의 증상에 맞추어 의사가 가능하다고 판단했을 경우에 실시한다.”(000, 2023, p.56)

프랑스에 대해서도 김진숙(2022)에서는 “현재(2022년 8월)는 주치의와 비대면 진료를 하거나 주치의 의뢰서가 있을 경우 다른 의사와 비대면 진료(초진)가 가능하도록 제한되었다”고 하였으나, 프랑스는 환자와 의사 간에 기존 관계가 형성되어 있지 않더라도 다양한 예외적인 상황에서 초진이 가능함을 확인할 수 있다.

건강보험에서 급여가 인정되는 경우는 의료전달 체계 과정에서 필요한 경우, 즉 주치의를 경유해 비대면 진료 의사에게 도달한 경우 또는 주치의가 직접 시행한 경우에 가능하지만, 이에 대한 예외 상황이 다수 존재

한다. 산부인과, 안과, 구강과, 구순 및 얼굴 수술, 정신과 또는 신경 정신 의학, 소아과 전문의의 진료를 받는 경우, 주치의가 없는 환자나 건강 상태에 적합한 시간 내에 주치의를 접촉할 수 없는 경우, 노인 요양시설이나 장애인을 대상으로 하는 시설에서 거주하는 경우, 16세 미만 환자 등이 그러하다.(000, 2023)

비대면 진료의 참여 범위에 대해서는 다른 나라의 보건의료체제와 그 역사가 다르기 때문에 해외 사례를 해석할 때 자유도가 높다고 생각한다. 그러나 우리나라와 비교적 유사한 의료 환경을 갖춘 국가의 최근 비대면 진료 정책의 변화를 통해 시사점을 얻을 수 있다. 일본과 프랑스의 사례를 보면, 코로나19를 겪으면서 비대면 진료가 전면 확대되었고, 코로나19 종료 후에는 코로나19 이전의 상태로 회귀하는 것이 아닌 코로나19 이전보다 진전된 형태의 비대면 진료 모습을 띠고 있다. 특히 초진에 대해서 획일적인 기준을 적용하는 것이 아니라 의사의 판단에 따라 초진도 가능하도록 허용하는 경향성이 있다. 우리나라에서도 초진에 대해 다양한 예외적인 상황을 둔 해외 사례 등을 검토할 필요가 있는 것으로 사료된다. 즉, 재진을 원칙으로 하되, 초진이 가능한 범위에 대해 프랑스에서와 같이 예외적인 상황을 적시하여 추가하고 의사의 판단에 따라 실시 가능 여부를 결정하도록 하는 것을 제안할 수 있다.

제3절 약 처방과 배송

약 배송과 관련하여 약국 외 지역에서 처방 약을 받을 수 있는 국가가 다수 존재한다. 코로나19 이후 그러한 국가의 수는 늘어난 것으로 보고되

고 있다(김대중, 2022). 우리나라는 약사법 제50조 제1항에서 약국 이외의 장소에서 의약품의 판매할 수 없도록 하고 있다. 2021년 12월 23일 헌법재판소는 약 배달의 위법성에 대한 합헌 판결을 한 바 있다.

“의약품의 판매장소를 약국으로 제한하는 것은 약사가 환자를 직접 대면하여 충실한 복약지도를 할 수 있게 하고 보관과 유통과정에서 의약품이 변질 오염될 가능성을 차단하며 중간 과정 없는 의약품의 직접 전달을 통하여 약화사고 시의 책임 소재를 분명하게 함으로써 국민보건을 향상 증진시키기 위한 것으로 입법 목적이 정당하다.”(헌법재판소 2021. 12. 23. 선고 2019 헌바 87, 2020 헌바 409(병합) [구 약사법 제50조 제1항 본문 위헌소원, 약사법 제50조제1항 본문 등 위헌소원])

그러나 헌법재판소 판결 중 소수 의견으로 다음과 같은 반대의견도 확인할 수 있었다.

“코로나19 등 각종 감염병의 주기적 유행뿐만 아니라 1인 가구의 증가와 인구의 고령화가 가속화됨에 따라 의약품 배달서비스 제도의 도입은 향후 피할 수 없게 되었다. 이러한 상황에서 심판 대상 조항을 통하여 의약품의 판매장소를 약국 내로 제한한다면 오히려 소비자의 약국에 대한 접근성이 제한되어 국민보건의 향상을 가로막는 결과가 될 수 있으므로 의약품 일체에 대하여 판매장소를 약국 내로 제한하는 것은 심판 대상 조항의 입법 목적을 달성하기 위하여 필요한 최소한의 조치라고 볼 수 없다”(헌법재판소 2021. 12. 23. 선고 2019 헌바 87, 2020 헌바 409(병합) [구 약사법 제 50조제1항 본문 위헌소원, 약사법 제 50조 제1항 본문 등 위헌소원])

코로나19 시기에는 한시적으로 의약품의 교부방식을 환자와 약사가 협의하여 결정할 수 있도록 허용하였다. 이를 평가할 수 있는 통계는 없지만, 코로나19 심각 단계에서 외출 감소 등으로 재택 수령 건수가 상당했을 것으로 유추된다. 2023년 6월 1일부터 시행된 비대면 진료 시범사업에서는 약국에서의 약 본인 수령과 대리 수령을 원칙으로 하고, 예외적으로 재택 수령을 허용하고 있다. 재택 수령 대상이 되는 경우는 섬·벽지 환자, 거동 불편자, 감염병 확진 환자, 희귀질환자에 한하도록 하였다.

우리나라는 일반의약품을 포함하여 모든 의약품에 대해 약 배송을 허용하지 않고 있으나 외국의 경우 왜 이를 허용하고 있는지, 허용했을 때 발생하는 문제에 대해서 어떻게 바라보고 있는지 확인해 볼 필요가 있다. 일본의 경우 일반의약품은 일부 의약품을 제외하고 인터넷 판매가 가능하다. 전문의약품의 경우에도 온라인 복약지도가 가능하고, 품질이 확보된 상태로 환자에게 직접 배송이 가능하도록 하고 있다.

“일본의 의약품 판매와 배송은 우리나라보다 훨씬 개방적이다. 일반용 의약품(OTC)의 경우 일본은 건강 피해가 발생할 리스크에 따라 제1류, 제2류, 제3류로 분류하고 있지만, 일부 예외를 제외하고 모두 인터넷 판매가 가능하다(의약품, 의료기기 등의 품질, 유효성 및 안전성의 확보 등에 관한 법률시행규칙 제147조의 7). OTC 가운데 인터넷 판매가 되지 않는 의약품은 요지도 의약품이라 하여 약국 또는 점포 판매업자의 매장에서 대면 판매를 하도록 하고 있다.”(000, 2023)

“일본은 처방 의약품의 경우 2020년 9월 1일 의약품, 의료기기 등의 품질, 유효성 및 안전성 확보 등에 관한 법률 개정 이전에는 우리나라처럼 대면 복약지도를 하도록 하였으나, 이후 원격 복약지도를 허용하였다.

후생노동성의 ‘온라인 복약지도의 실시 요령’에서는 환자에 대하여 원격 복약지도를 하고, 이후 의약품의 품질이 확보된 상태로 환자에게 배송하도록 하였다(온라인 복약지도 제4(6) 및(9)).”(000, 2023)

비대면 약 배송 등 비대면 약료(Telepharmacy)를 우려하는 측에서는 비대면으로 의약품을 전달할 때 가장 큰 공익적 위험요인은 복약순응도가 떨어진다는 것이다(Guadamuz et al., 2021). 그러나 Fernandez(2016) 등의 리뷰 논문에 따르면, 약 배달 방식으로 의약품을 제공받은 환자들의 경우, 다양한 질환에서 오히려 복약순응도가 증가할 수 있다는 연구 결과가 보고되었다. 이에 대해서 ‘약사의 미래를 준비하는 모임’의 박현진(2023)은 다음과 같이 해석한다.

“이러한 복약순응도의 증가는 우편을 통한 약 배달 처방을 받은 환자가 자동 리필 처방, 더 많은 처방 일수, 더 낮은 본인부담금 등의 혜택을 추가로 준 것이 영향을 줄 수 있으며, 대부분의 연구 결과가 우편 배달 약국 또는 관련 단체에 의해 후원을 받아 진행되었다는 한계점을 가지고 있음을 설명하였다. 즉, 약 배달보다 앞에서 언급한 다른 환자에 대한 시스템적 지원이 복약순응도를 증가시킬 수 있음을 나타낸다.”(박현진, 2023)

비대면 약료 서비스의 복약순응도 문제와 관련해서는 아직 국내에서 연구된 자료가 없어서 이를 단정하기 어려운 것으로 보인다. 그러나 박현진(2023)에서 언급한 바와 같이 “배달을 통해 약을 전달받는 조건에서 복약순응도를 증가시키기 위해서는 의료전문가와 의 더 밀접한 의사소통이 필수적이며, 지역 약국을 이용하는 것 대비 금전적, 시간적, 거리적 측면에서 이점이 있어야 한다”는 지적은 타당해 보인다. 이를 위해서는 프랑

스에서와 같이 약사에 의한 의약품 직접 전달 제도(dispensation à domicile)(R. 5125-50 et seq. FPHC))의 도입을 검토해볼 필요가 있다.

복약순응도 문제 이외에 제기되는 다음과 같은 문제들에 대해서도 적절한 조치들이 선행되어야 할 것으로 보인다.

1. 신분 도용 예방 및 본인 확인 절차 마련

비대면 방식의 의약품 배달 시에 이를 악용하는 사례가 발생할 수 있다. 일본에서 감기약을 직구로 구입(배달)하여, 과복용한 중학생이 환각 상태로 발견된 상황이 발생하였던 경우에서처럼 신분을 도용하여 무분별하게 이용하는 등 사고가 발생할 가능성이 있다. 최근 해외배송으로 마약을 구매한 이들이 본인이 아닌 다른 사람 주소를 이용하여 물건을 받는 경우와 같은 문제도 발생할 수 있다. 이를 예방하기 위해서는 의약품의 수령 과정에서 본인 확인이 가능하도록 하여야 할 것이다. 이를 위해 의약품 배송과 관련한 가이드라인이 필요하며 여기에는 신분 확인 절차 등을 포함하여야 할 것이다.

2. 의약품 배송 및 전달 과정에서의 안정성 확보

의약품은 그 특성상 온도뿐만 아니라 습도에도 민감한 영향을 받는다. 우리나라의 경우 장마철 및 혹서기 등의 기후적 특성을 가지고 있으며, 배송과정에서 온도, 습도가 적정 기준을 초과하기 쉽다. 아이스 패키징 하더라도 온도 유지 시간이 한정되어 있기 때문에 배송 지연 등이 발생할 경우 문제를 일으킬 수 있다. 또한 우리나라는 소포장 및 성분별 별도 밀봉 포장 형태로 조제되는 타국과 달리 개봉 후 간이포장 형태가 일반화되

어 있는 조제 특성상 약의 배송과정에서 온도 및 습도 변화에 노출되어 문제를 일으킬 수 있다. 즉, 개봉 조제 과정에서 온도뿐만 아니라 습도에 노출되는 문제가 생길 수 있다. 이에 대해 약사의 미래를 준비하는 모임의 박현진(2023)은 다음과 같은 대책이 필요하다고 지적하고 있다.

“의약품의 배송에 있어서 온도 및 습도의 변화에 대한 안정성을 유지하기 위해서는 개봉 및 분쇄 조제를 원칙적으로 금지시켜야 하며, 하더라도 약포지별로 제습제를 별도 첨부하거나 밀봉된 형태로 48시간 이상 유지되는 냉매 포장 또는 콜드체인으로 배송이 이루어져야 할 것이다. 또한, 현재 택배와 같은 비대면 배송은 수령시간을 알 수 없어 배송 이후 방치된 상태에서의 보관 조건을 확인할 수 없으므로, 환자가 반드시 실제 수령 상황 및 수령시간을 확인하는 형태가 되어야 할 것이다.”(박현진, 2023)

3. 복용금기 위반 우려 해소

복용금기 의약품의 경우 DUR(Drug Utilization Review) 시스템을 통해서 걸러질 수 있으나 처방 오류가 발생할 수 있는 경우가 있으므로 약사의 처방 조제 후 확인 절차가 없으면 약물 상호작용(DDI)과 약물 이상반응을 일으킬 우려가 있음이 지적된다. 미국에서 연구된 결과에서도, 배달 방식으로 약을 전달받았을 경우, 복용금기를 위반할 가능성이 증가한다는 우려도 지적되고 있다(Schmittdiel, J. A., Karter, A. J., Dyer, W. T., Chan, J., & Duru, O. K. 2013). 홍사익 등(2023)은 처방 오류로 인해 발생하는 문제 중 상품명에 비슷해서 발생하는 사례를 다음과 같이 적시하였다(홍사익, 김미성, 김태우, 홍정은, 황은경, 2023).

“제품들의 상품명에 비슷해서 발생하는 오류도 다수 보고 되었다. 특정 제약사들의 경우 통일성을 주기 위해 제품들에 비슷한 네이밍을 하는 경우가 있었는데, 이런 경우 상품명 처방을 실시하고 있는 우리나라에서는 오히려 처방 오류를 유발하는 사례들도 있었다. 이런 경우는 환자의 *상병* *과는 완전히 무관한 약물이* 처방되었으며 치료 효과가 없음은 당연하고 약물로 인한 부작용을 유발할 수도 있었다.” (홍사의 외, 2023)

이를 예방하기 위해서, 예를 들면 장기처방 의약품(1개월 이상 처방된 약물)에 한하여 특정 주기(2주 또는 한 달) 단위로 중간 모니터링을 실시(약물 부작용 확인, 복용 금기 음식 및 약 섭취 여부 확인, 약물 잔여량 체크를 통해 복약순응도 확인, 약의 변질 및 이상 여부 확인 등)하도록 하고, 일정 수가를 지급하여 약사들의 참여를 유도하는 등의 예방책을 생각해 볼 수 있다. 비대면 약료 서비스(Telepharmacy)는 서비스 제공자 및 수요자 모두에게 이익이 되는 방향으로 시스템을 구축할 필요가 있다. 이처럼 의료기술의 발전이 국민의 건강과 생명에 실질적으로 도움이 되는 방향으로 점진적으로 발전한다면 보건의료 분야에서 디지털 기술의 도입 장벽이 낮아질 것이다.

제4절 비대면 진료 플랫폼 가이드라인

현재 비대면 진료 플랫폼들이 시범사업 이후 사업을 접거나 축소하고 있지만, 향후 비대면 진료가 제도화될 경우 플랫폼 사업이 재개 또는 확대될 것이기에 관련 가이드라인을 사전에 연구할 필요가 있다. 가이드라인은 권고의 목적을 가졌음에도 불구하고, 비대면 진료 서비스가 의료의 공공성과 의료 윤리라는 테두리 내에서 존재하는 것이므로, 가이드라인

을 위반할 경우에 대비해 대안을 마련해야 한다. 보건복지부는 2022년 8월 4일 비대면 플랫폼 가이드라인을 발표한 바 있다. 이는 플랫폼 중개서비스 제공 과정에서 의약품 오·남용, 환자의 선택권 제한 등의 문제가 발생함에 따라 발표한 가이드라인인데, 해당 가이드라인의 법적 구속력은 없었다. 플랫폼 이해관계자들이 보건의료 시장 질서 유지 및 보건의료법령 준수와 관련해 경각심을 가질 수 있도록 관련 부서의 관리/감독 활동 계획과 위반 시의 신고/제제/벌칙에 대한 제시가 필요하다고 사료된다.

비대면 진료 플랫폼 가이드라인과 관련하여 예시로 든 다음의 사항을 고려하여 업데이트를 검토해볼 필요가 있다.

- 기능: 비대면 진료 플랫폼은 조직과 환자의 특정 요구 사항을 충족하는 데 필요한 기능을 갖추고 있어야 한다. 여기에는 화상 진료, 보안 메시징, 전자 건강 기록(EHR) 통합, 의료기기 연결 등이 포함될 수 있다.
- 사용자 친화성: 플랫폼은 명확한 지침과 직관적인 인터페이스를 통해 의료진과 환자 모두가 쉽게 사용할 수 있어야 한다. 플랫폼의 사용자 친화 정도는 서비스 도입과 지속성 측면에 영향을 미치는 주요소 중 하나이다.
- 호환성: 플랫폼은 EHR 시스템, 모바일 기기, 기타 하드웨어 및 소프트웨어를 포함한 조직의 기존 기술 인프라와 호환되어야 한다.
- 데이터 보안 및 개인정보 보호: 플랫폼은 환자 데이터를 보호하고 미국의 건강보험 이동성 및 책임법(Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) 등 관련 규정을 준수하기 위한 강력한 보안 조치를 갖추고 있어야 한다.
- 고객 지원: 어떤 기술 제공업체를 선택하든 신뢰할 수 있는 기술 지원, 신속한 고객 서비스, 맞춤형 교육을 받을 수 있어야 한다.

- 비용효율성: 라이선스 비용, 하드웨어 및 소프트웨어 요구 사항, 원격 의료 서비스의 잠재적 수익과 같은 요소를 고려할 때 플랫폼은 조직에 비용 효율적이어야 한다.

제5절 비대면 진료 수가

아직 비대면 진료에 대한 적절한 보상수준이 어느 정도여야 하는지에 대한 논의가 활발하게 이루어지고 있지는 않다. 현재 진행되고 있는 시범 사업에서 ‘비대면 진료 시범사업 관리료’는 초진의 경우 초진 진찰료의 30%, 재진의 경우 재진 진찰료의 30%를 더해서 보상해 주고 있으며, 약국에 대해서도 약국관리료+조제기본료+복약지도료의 30% 수준으로 보상을 하고 있지만, 이는 비대면 진료에 대한 인센티브 차원에서 한시적으로 운영되고 있는 제도이고, 향후 제도화 시 재검토가 필요한 사항이라 할 수 있다.

“우리나라는 해외의 경우에 비해 비대면 진료에 대해 대면 진료보다 높은 수준의 보상을 해 주고 있다. 이는 상당히 이례적인 것이다. 일본의 비대면 진료 재진료는 대면 재진료와 같고, 비대면 진료 초진료는 대면 초진료의 87% 수준이다. 대한의사협회의 의료정책연구소의 문헌 조사 결과에서도 중국, 영국, 미국은 대면 진료와 비대면 진료를 동등하게 취급하여 동등한 수가를 적용하고 있다고 하였다(김진숙, 2022). 시범사업 단계에서는 비대면 진료에 대한 참여를 높이도록 가산을 부여할 수 있겠으나 본격적으로 제도화가 진행될 경우 ‘비대면 진료 시범사업 관리료’와 같은 수가 가산이 필요한지 재검토가 필요하다.”(000, 2023)



- 국내·외 비대면 진료 현황진단 및 쟁점분석. (4차산업혁명위원회&대한민국의학
한림원 2022)
- 신스케 무토, 오하시 히로키, 오바야시 카츠미, 쿠로키 하루로, 나가시마 키미유
키, 야마오카 와에다, 리에 와키미즈. (2020). 신형 코로나바이러스 감염
증의 감염확대에 근거한 온라인 진료의 대응과 그 영향에 관한 연구. 일본
원격의료학회잡지. 2-9
- 온라인닥터. (2021). 온라인 진료에 관한 조사. 온라인 진료에 관한 조사. <https://www.dreamnews.jp/press/0000251303/>
- 후생노동성, 전화 진료·온라인 진료 업적 검증 결과.pdf <https://www.mhlw.go.jp/content/000946496.pdf>
- 일본의사회. (2022). 온라인 진료에 대한 앙케이트 결과.
[med/teireikaiken/20220119_2.pdf](https://www.med.teireikaiken/20220119_2.pdf)
- 일본건강보험조합연합회. (2022). 신종 코로나바이러스 감염 확대 시기 진료에
대한 의식 조사, <https://www.kenporen.com/include/press/2022/20220224.pdf>
- 임선미, 유승현, 김진숙, 지성인 (2021). 코로나19 이후 시행된 전화상담·처방현
황분석. 의료정책연구소
- 김진숙. (2022). 비대면 진료 필수 조건 연구. 의료정책연구소
- 보건의료 의사결정 과정에서 경제성 평가의 활용방안 비용-효과성 판단기준 연구,
한국보건의료연구원
- 김현성, 김희선. (2022). 비대면 의료서비스 특성에 따른 적용 필요분야 탐색 연구.
서울: 한국보건의료연구원
- 김지애, 김수민, 유혜림, 김한상. COVID-19 대응을 위해 한시적으로 허용된 전
화상담·처방 효과분석. 건강보험심사평가원. 2020.
- 이기평 (2020). “캐나다의 가상의료(Virtual Care)/원격의료(Telemedicine)
관련 법·정책 및 시행 현황

- G7 국가의 원격진료 및 의약품 판매·배송 정책. (2023). 원격의료산업협회의
김령희·구혜경·안지원, 코로나19 사태로 본 미국, 일본, 프랑스의 원격진
료. 국회도서관. 2020.
- Muqri, H., Shrivastava, A., Muhtadi, R., Chuck, R. S., & Mian, U. K. (2022).
The cost-effectiveness of a telemedicine screening program for
diabetic retinopathy in new York City. *Clinical Ophthalmology*,
1505-1512.
- Mahase E. Babylon looks to sell GP at Hand and other UK business amid
financial issues *BMJ* 2023; 382 :p1835 doi:10.1136/bmj.p1835
- Faleh AlMutairi, M., Tourkmani, A. M., Alrasheedy, A. A., ALHarbi, T.
J., Bin Rsheed, A. M., ALjehani, M., & AlRuthia, Y. (2021). Cost-ef
fectiveness of telemedicine care for patients with uncontrolled t
ype 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic in Saudi
Arabia. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 12, 20406223
211042542.
- Musiat P, Tarrier N. Collateral outcomes in e-mental health: a systematic
review of the evidence for added benefits of computerized cogni
tive behavior therapy interventions for mental health. *Psychol M
ed*. 2014 Nov;44(15):3137-50. doi: 10.1017/S0033291714000245.
Epub 2014 Feb 19. PMID: 25065947.
- Bernard, L., Valsecchi, V., Mura, T., Aouinti, S., Padern, G., Ferreira,
R., ... & Pers, Y. M. (2022). Management of patients with rheumatoid
arthritis by telemedicine: connected monitoring. A randomized con
trolled trial. *Joint Bone Spine*, 89(5), 105368.
- McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L. Telerheumatology: A
Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Oct;69(10):
1546-1557. doi: 10.1002/acr.23153. Epub 2017 Aug 22. PMID:
27863164; PMCID: PMC5436947.

- McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L. Telerheumatology: A Systematic Review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Oct;69(10): 1546-1557. doi: 10.1002/acr.23153. Epub 2017 Aug 22. PMID: 27863164; PMCID: PMC5436947.
- López-Villegas, A., Catalán-Matamoros, D., Martín-Saborido, C., Villegas-Tripiana, I., & Robles-Musso, E. (2016). A Systematic Review of Economic Evaluations of Pacemaker Telemonitoring Systems. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 69(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2015.06.020>
- Pei, G., Ou, Q., Lao, M., Wang, L., Xu, Y., Tan, J., & Zheng, G. (2023). APAP Treatment Acceptance Rate and Cost-Effectiveness of Telemedicine in Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Randomized Controlled Trial. *Nature and Science of Sleep*, 607-622.
- Chauhan, A., Jakhar, S. K., & Jabbour, C. J. C. (2022). Implications for sustainable healthcare operations in embracing telemedicine services during a pandemic. *Technological Forecasting and Social Change*, 176, 121462.
- Yao J, Fekadu G, Jiang X, You JHS (2022) Telemonitoring for patients with inflammatory bowel disease amid the COVID-19 pandemic —A cost-effectiveness analysis. *PLoS ONE* 17(4): e0266464. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266464>
- Flaherty, K. E., Klarman, M. B., Cajusma, Y., Schon, J., Exantus, L., de Rochars, V. M. B., ... & Nelson, E. J. (2022). A nighttime telemedicine and medication delivery service to avert pediatric emergencies in Haiti: an exploratory cost-effectiveness analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 106(4), 1063.
- Lomenick, A. F., Kuhlman, S. J., Barnes, J. L., Gurley-Calvez, T., Spaulding, A. O., Krebill, H. M., & Doolittle, G. C. (2021). Economics of using

- telemedicine to supplement hospice care in rural areas. *Journal of palliative medicine*, 24(10), 1461-1466.
- Hafner, M., Yerushalmi, E., Dufresne, E., & Gkousis, E. (2022). The potential socio-economic impact of telemedicine in Canada. *Rand Health Quarterly*, 9(3).
- Akiyama M, Yoo BK. A Systematic Review of the Economic Evaluation of Telemedicine in Japan. *J Prev Med Public Health*. 2016 Jul;49(4):183-96. doi: 10.3961/jpmph.16.043. PMID: 27499161; PMCID: PMC4977767.
- Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, Ekeland AG, Hakkaart-van Roijen L, Raat H, Nijsten TE, Pasmans SG. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res*. 2014 Apr 16;16(4):e110. doi: 10.2196/jmir.2790. PMID: 24739471; PMCID: PMC4019777.
- OECD, Bringing health care to the patient. An overview of the use of telemedicine in OECD countries. *OECD Health Working Papers*. 2020.
- CCHP, State Telehealth Laws and Medicaid Program Policies. 2022. https://www.cchpca.org/2023/05/Spring2023_ExecutiveSummary.pdf
- Esteban, C., Antón, A., Moraza, J., Iriberry, M., Larrauri, M., Mar, J., ... & telEPOC group. (2021). Cost-effectiveness of a telemonitoring program (telEPOC program) in frequently admitted chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X211037207.
- Park, S., Ward, T., Sudimack, A., Cox, S., & Ballreich, J. (2023). Cost-effectiveness analysis of a digital Diabetes Prevention Program (dDPP) in prediabetic patients. *Journal of Telemedicine*

- and Telecare, 1357633X231174262.
- Ziegler, A., Öner, A., Quadflieg, G., Betschart, R. O., Thiéry, A., Babel, H., ... & Schmidt, C. (2023). Cost-effectiveness of a telemonitoring programme in patients with cardiovascular diseases compared with standard of care. *Heart*.
- Niu, B., Mukhtarova, N., Alagoz, O., & Hoppe, K. (2022). Cost-effectiveness of telehealth with remote patient monitoring for postpartum hypertension. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 7555-7561.
- Caillon, M., Sabatier, R., Legallois, D., Courouve, L., Donio, V., Boudevin, F., ... & Milliez, P. (2022). A telemonitoring programme in patients with heart failure in France: a cost-utility analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 22(1), 441.
- Bhardwaj, V., Spaulding, E. M., Marvel, F. A., LaFave, S., Yu, J., Mota, D., ... & Padula, W. V. (2021). Cost-effectiveness of a digital health intervention for acute myocardial infarction recovery. *Medical care*, 59(11), 1023-1030.
- Demaerschalk, B. M., Cassivi, S. D., Blegen, R. N., Borah, B., Moriarty, J., Gullerud, R., & TerKonda, S. P. (2021). Health economic analysis of postoperative video telemedicine visits to patients' homes. *Telemedicine and e-Health*, 27(6), 635-640.
- Afolabi, O., Parsekar, K., Sibson, L., Patel, A., & Fordham, R. (2023). Cost effectiveness analysis of the East of England stroke telemedicine service. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 32(4), 106939.
- Kim, J., Tan, E., Gao, L., Moodie, M., Dewey, H. M., Bagot, K. L., ... & Cadilhac, D. A. (2022). Cost-effectiveness of the Victorian Stroke Telemedicine program. *Australian Health Review*, 46(3), 294-301.

- Cadilhac, D. A., Sheppard, L., Kim, J., Tan, E., Gao, L., Sookram, G., ... & Moodie, M. (2021). Economic evaluation protocol and statistical analysis plan for the cost-effectiveness of a novel Australian stroke telemedicine program; the victorian stroke telemedicine (VST) program. *Frontiers in neurology*, 11, 602044.
- da Silva Etges, A. P. B., Zanotto, B. S., Ruschel, K. B., da Silva, R. S., Oliveira, M., de Campos Moreira, T., ... & Polanczyk, C. A. (2022). Telemedicine versus face-to-face care in ophthalmology: costs and utility measures in a real-world setting. *Value in Health Regional Issues*, 28, 46-53.
- COACH & Canada's Health Informatics Association (2015). "2015 Canadian Telehealth Report"
- Thomas, S. M., Jeyaraman, M. M., Hodge, W. G., Hutnik, C., Costella, J., & Malvankar-Mehta, M. S. (2014). The effectiveness of teleglaucoma versus in-patient examination for glaucoma screening: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(12), e113779. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113779>
- Michaud, T. L., Zhou, J., McCarthy, M. A., Siahpush, M., & Su, D. (2018). COSTS OF HOME-BASED TELEMEDICINE PROGRAMS: A SYSTEMATIC REVIEW. *International journal of technology assessment in health care*, 34(4), 410-418. <https://doi.org/10.1017/S0266462318000454>
- Gayot, C., Laubarie-Mouret, C., Zarca, K. et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a telemedicine programme for preventing unplanned hospitalisations of older adults living in nursing homes: the GERONTACCESS cluster randomized clinical trial. *BMC Geriatr* 22, 991 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03575-6>
- 건강보험심사평가원. (2023). 건강보험요양급여비용. 원주: 건강보험심사평가원, p.55

- 하태수. (2002). 공익과 행정이념에 대한 시론(試論)적 재고 : 국가이론을 중심으로. 행정논총, 40(2), 85-109.
- 김행범. (2017). 공익 대 사익 논쟁의 핵심 쟁점들. 제도와 경제, 11(1), 111-156.
000. (2023). 비대면 진료 국내 현황 및 국외 사례: 일본과 프랑스를 중심으로. Health and Welfare Policy Forum, 2023(8), 51-67.
- Guadamuz JS et al., Telepharmacy and medication adherence in urban areas. SCIENCE AND PRACTICE, 2021; 61:100-113
- Fernandez EV et al., Examination of the Link Between Medication Adherence and Use of Mail-Order Pharmacies in Chronic Disease States, JMCP, 2016; 22(11):1247-1259
- 박현진, “장마철 및 혹서기의 의약품 배달의 위험성”, 약사의 미래를 준비하는 모임, 2023.9.15.
- Schmittziel, J. A., Karter, A. J., Dyer, W. T., Chan, J., & Duru, O. K. (2013). Safety and effectiveness of mail order pharmacy use in diabetes. The American journal of managed care, 19(11), 882-887.
- 홍사익, 김미성, 김태우, 홍정은, 황은경, “병의원 처방오류 및 약사중재 사례 2차 연구”, 2023.5.23., 약사의 미래를 준비하는 모임

보도자료

- 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 5. 30.), 「비대면진료 시범사업 추진방안」 안내. 보건복지부 보도자료.https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10501010200&bid=0003&act=view&list_no=376488 에서 인출.

법령

医師法第20条1

LOI n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19 (1)

Änderung § 7 Abs. 4 MBO-Ä (Fernbehandlung), (Muster-)Berufsordnung
-Ärzte

Commission Directive 94/46/EC of 13 October 1994 amending Directive
88/301/EEC and Directive 90/388/EEC in particular with regard
to satellite communications

Article R6316-1 - Code de la santé publique

Article L.4211-1 - Code de la santé publique

Article R5125-50 - Code de la santé publique

法律第一百四十五号, 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する
法律

Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsord-
nungApBetrO) § 17 Erwerb und Abgabe von Arzneimitteln und
Medizinprodukten

헌법재판소 2021. 12. 23. 선고 2019헌바87, 2020헌바409(병합)

약사법 제50조제1항.

의약품, 의료기기 등의 품질, 유효성 및 안전성의 확보 등에 관한 법률시행규칙
제147조의 7

Public Law 104 - 191 - Health Insurance Portability and Accountability
Act of 1996

홈페이지

대한약사회. (2022. 9. 30.), 비대면 진료 중개 플랫폼업체·제휴약국 행정처분
요청. 대한약사회 보도자료. [https://www.kpanet.or.kr/news/press_](https://www.kpanet.or.kr/news/press_list.jsp?s_class=kpa_news&PageSize=10&keyField=A.subject&searchField=%BA%F1%B4%EB%B8%E9)
[list.jsp?s_class=kpa_news&PageSize=10&keyField=A.subject&sea](https://www.kpanet.or.kr/news/press_list.jsp?s_class=kpa_news&PageSize=10&keyField=A.subject&searchField=%BA%F1%B4%EB%B8%E9)
[rchField=%BA%F1%B4%EB%B8%E9](https://www.kpanet.or.kr/news/press_list.jsp?s_class=kpa_news&PageSize=10&keyField=A.subject&searchField=%BA%F1%B4%EB%B8%E9) 에서 인출.

대한무역진흥공사. (2020.05.02.) 프랑스, 코로나19로 주목받는 원격의료산업,
[https://dream.kotra.or.kr/kotranews/cms/news/actionKotraBoa](https://dream.kotra.or.kr/kotranews/cms/news/actionKotraBoardDetail.do?SITE_NO=3&MENU_ID=180&CONTENTS_NO=1&bb)
[rdDetail.do?SITE_NO=3&MENU_ID=180&CONTENTS_NO=1&bb](https://dream.kotra.or.kr/kotranews/cms/news/actionKotraBoardDetail.do?SITE_NO=3&MENU_ID=180&CONTENTS_NO=1&bb)

- sGbn=243&bbsSn=243&pNttSn=181366
- DLA PIPER, (2023.4.3.) Are any specific laws, regulations, or self-regulatory instruments expected to be adopted in the near future? <https://www.dlapiperintelligence.com/telehealth/countries/index.html?t=08-anticipated-reforms&c=DE>
- 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 9. 14.). 비대면진료 시범사업 안내. 보건복지부 보도참고자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code= , p.2
- 후생노동성. (2014). 의료개호종합확보추진법의 개요에 대해서. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1_2.pdf, p.2.
- 일본 내각관방. (2022). 제5회 디지털 전원도시국가구상 실현회의. https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/digital_denen/dai5/kijou1.pdf
- OECD. (2021). 도표로 보는 의료 2021: 일본. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2021-How-does-Japan-compare.pdf>, pp. 38-74.
- 총무성. (2021). 과소대책의 현황. https://www.soumu.go.jp/main_content/000743329.pdf, p.17.
- 후생노동성. (2020a). 벽지의료의 현황과 과제. https://www.soumu.go.jp/main_content/000513101.pdf, p.4.
- 후생노동성. (2022a). 2022년 인구동태총계월보년계의 개황. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai22/dl/gaikyokuR4.pdf>, p.4~8.
- 후생노동성. (2022b). 적정 온라인 진료 시행에 관한 지침. <https://www.mhlw.go.jp/content/000889114.pdf>
- 후생노동성. (2020b). 2019년 무의지구 등 및 무치과의지구 등 조사. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000633109.pdf>, p.1, p.3
- 후생노동성. (2020c). 후생노동성 환자추계. <https://www.mhlw.go.jp/toukei>

- i/saikin/hw/kanja/20/dl/suikikanjya.pdf, pp.5-7.
- 총무성통계국. (2021). Current Population Estimates as of October 1, 2021.
<https://www.stat.go.jp/english/data/jinsui/2021np/index.html>
- 후생노동성. (2022c). 2020년 의료 시설(정태·동태) 조사·병원 보고의 개황.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/20/dl/09gaikyo02.pdf>
- 후생노동성. (2007). 2025년 의료 시설(정태·동태) 조사·병원 보고의 개황.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/05/index.html>
- 보건복지부, 한국보건사회연구원, (2022). OECD health statistics 2022.
https://www.mohw.go.kr/boardDownload.es?bid=0037&list_no=377053&seq=1
- 후생노동성. (2023a). 온라인 진료 및 기타 원격 의료 추진을위한 기본 정책.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001116016.pdf>, p.9.
- 보건복지부 보건의료정책과. (2023. 6. 7.). 비대면진료 시범사업 안내.
- 보건복지부 보도참고자료. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&cg_code=, p.3.
- Maple Corporation, <https://www.getmaple.ca/for-you-family/pricing/>, 2023.12.19. 인출.
- 후생노동성. (2021). 2021년 1월~3월의 전화 진료·온라인 진료의 실적의 검증 결과. 제15회 온라인 진료의 적절한 실시에 관한 지침의 재검토에 관한 검토회, 도쿄: 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000786235.pdf>. pp.3-4, p.7, 9, 21, 36
- 시드플래닝. (2021). 2020년 온라인 진료 서비스의 현상과 미래 전망. <https://www.seedplanning.co.jp/archive/press/2016/2016061001.html> 에서 2023.12.19. 인출.
- 후생노동성. (2023b). 온라인 진료에 관한 홈페이지. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/rinsyo/index_00010.html 에서 2023. 10. 24. 인출.

보건복지부 보도참고자료. (2023.9.14.). 2달간 비대면진료 15만 건 시행, 향후 접근성 더 높인다.https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=378230

General medical Council, (2018). <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/data-and-research/research-and-insight-archive/regulatory-approaches-to-telemedicine>

General Medical council, Remote consultations, <https://www.gmc-uk.org/-/media/gmc-site/ethical-guidance/learning-materials/the-mes/remote-consultations-infographic.pdf>

Australia Government Department of Health and Aged Care, MBS changes fact sheet. : [https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/2211355D5611CA3DCA2587A70006FF09/\\$File/Factsheet-telehealth-GPs-OMP.v.13.04.22.pdf](https://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/2211355D5611CA3DCA2587A70006FF09/$File/Factsheet-telehealth-GPs-OMP.v.13.04.22.pdf) 에서 2023. 10.24. 인출.

Australia Government Department of Health and Aged Care, Prescriptions via telehealth-state and territory rules, <https://www.health.gov.au/resources/publications/prescriptions-via-telehealth-state-and-territory-rules?language=en>

Substance Abuse and Mental health Services Administration, Statutes, Regulations, and Guidelines. <https://www.samhsa.gov/medication-s-substance-use-disorders/statutes-regulations-guidelines> 에서 2023. 11.23. 인출.

<https://www.management-mobility.com/telemedicine-in-france-teleconsultations-and-medical-concierge.html>

https://media.healthdirect.org.au/publications/Healthdirect-Australia_FY22-Annual-Report.pdf

Health Canada and the Public Health Agency of Canada (2017). "Evaluation

of the eHealth Infostructure Program 2011-2012 to 2015-2016". Office of Audit and Evaluation

research.contrary.com/reports/doctolib

Department of Health. (2022). Taskforce recommendations-Telehealth : health.gov.au/resources/publications/taskforce-recommendations-telehealth.

CPME(Comité Permanent Des Médecins Européens). (2021). CPME Policy on Telemedicine.

MSSanté : <https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>

卫生健康委 中医药局关于印发互联网诊疗 管理办法（试行）等3个文件的通知 : https://www.gov.cn/gongbao/content/2019/content_5358684.htm