

Original Article

한의학사의 비대면 진료에 대한 인식과 수용도 설문조사연구

김주철¹, 김소현², 오현주³, 안은지⁴, 김동수^{4*}

¹대한한 의사협회 한의약정책연구원, ²사단법인 약침학회, ³경희대학교 한의과대학, ⁴동신대학교 한의과대학 예방의학교실

Questionnaire Survey on Perception and Attitude Toward of Remote Treatment by Korean Medicine Doctors

Juchul Kim¹, Sohyun Kim², Hyunjoo Oh³, Eunji Ahn⁴, Dongsu Kim⁴

¹Research Institute of Korean Medicine Policy, The Association of Korean Medicine

²Medical Association of Pharmacopuncture Institute

³College of Korean Medicine, Kyung Hee University

⁴College of Korean Medicine, Dongshin University

Objectives: Following the global COVID-19 pandemic, with the escalation of remote medical care formalization in Korea, there is a pressing need for objective data in the Korean medicine field to respond to remote treatment medical care policies. This study aims to investigate the perceptions and acceptance of remote treatments among Korean Medicine Doctors (KMDs).

Methods: After expert reviews and pilot testing, the 31-question survey covered participant characteristics, experiences, forms, intentions, and perceptions related to Remote Treatments. The survey was electronically distributed to members of the Association of Korean Medicine, and 662 clinical KMDs provided valid responses.

Results: Among respondents, 76.1% engaged in remote treatments, utilizing various platforms. Those with experience in Remote Treatments showed a significantly higher willingness to continue participating during the institutionalization process ($p < 0.001$). 49.7% of respondents stated that traditional Korean medicine is competitive in remote treatments, with the main reasons being the ability for regular management after herbal medication (26.1%) and increased patient satisfaction due to sufficient counseling compared to Western medicine (25.2%). Respondents preferred Remote Treatment conditions with a treatment time of less than 10 minutes (47.6%) and equivalent fees to in-person visits (45.6%). Regarding suitable intervention tools during Remote Treatment, respondents favored non-covered herbal prescriptions (39.0%), covered herbal granules (24.6%), and non-covered herbal granules (23.0%).

Conclusion: This study investigated the perceptions and acceptance of KMDs regarding remote treatments. These findings provide valuable insights for policymakers aiming to establish effective policies for Remote Treatments suitable for the Korean medicine healthcare environment.

Key Words : Telemedicine, Remote Treatment, Korean Medicine, Healthcare policy, Survey

서론

2023년 5월 5일 세계보건기구(World Health

Organization, WHO)는 코로나바이러스감염증-19 (이하 코로나19) 국제적 공중보건 비상사태(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)

· Received : 3 January 2024

· Revised : 13 February 2024

· Accepted : 16 February 2024

· Correspondence to : Dongsu Kim

College of Korean Medicine, Dongshin University, 67, Dongsindae-gil, Naju-si, Jeollanam-do, Republic of Korea

Tel : +82-61-330-3258, E-mail : dskim20@dsu.ac.kr

선포를 해제한다고 발표하였다¹⁾. 뒤이어 우리나라에서도 11일에 코로나19 심각경보를 해제하고 일상적 유행을 뜻하는 엔데믹(Endemic)을 선언하였다²⁾. 코로나19 팬데믹(Pandemic)동안 인류가 일하고 생활하는 방식을 혁신해야만 하는 상황이었으며, 이는 우리 삶에 많은 변화를 가져왔다³⁾. 미국 경제전문지 포브스(Forbes)에서는 코로나19 대유행 이후 전 세계 사회경제적 변화에 대해 9가지 예측을 발표하였으며, 비접촉 인터페이스 및 상호작용 확대(More Contactless Interfaces and Interactions), 디지털 인프라 확대(Strengthened Digital Infrastructure), AI 기반 신약개발(AI-Enabled Drug Development), 비대면 진료(Telemedicine), 로봇의존도 증가(Increased Reliance on Robots) 등 주로 보건의료 환경변화였다³⁾. 이렇듯 코로나19로 의료체계가 급속히 붕괴될 수 있는 것을 경험한 나라에서는 보건의료 환경 변화가 최우선적으로 필요하다는 인식을 가지게 되었다⁴⁾. 특히 코로나19 확산 방지 등을 위해 세계 각국은 비대면 진료 활용을 확대하였으며, 의료 데이터의 분석 및 활용이 더욱 중요시됨에 따라 보건의료분야는 디지털화로 패러다임이 전환되고 있다⁵⁾.

팬데믹 이후 코로나19 확산 방지 및 의료접근성 약화 완화 등을 위해 OECD 주요국은 비대면 진료를 장려하였으며, 이와 같은 추세는 향후에도 지속될 것으로 전망하였다⁶⁾. 이스라엘 정부는 디지털 헬스 산업 지원을 위해 2018년부터 5년간 3,600억원 규모 투자 계획을 진행하고 있으며, 일본은 팬데믹으로 발령된 비대면 진료 특례조치가 영구화 되었다⁷⁾. 미국에서는 연방정부의 고령자 및 장애인을 위한 메디케어(Medicare)와 주정부 주도의 저소득층 대상 메디케이드(Medicaid) 등 공적의료보험에서 비대면 진료를 보장하고 있으며⁸⁾, 특히 의료서비스가 부족한 지역 중심으로 의료 형평성을 제고하기 위해 비대면 진료 도입이 증대되고 있다^{9,10)}.

우리나라에서는 2002년 3월 의료법 개정을 통해 의사-의료인간 원격의료가 제한적으로 허용되기 시

작하였다. 하지만 해당 규정(의료법 제30조의 2)은 의료인간의 정보교류와 기술지원 등으로 제한된 원격자문의 형태에 국한되어 의료인과 환자와의 비대면 진료는 허용되지 않는 협소한 개념이었다. 우리나라에서 비대면 진료가 활성화된 계기는 코로나-19로 인해 병원 내 감염 우려였으며, 코로나-19 감염이 급격히 확산되던 2020년 2월 정부는 환자와 의료인간 비대면 방식의 전화상담 및 처방이 한시적으로 허용되었다. 이후 국회에서는 비대면 진료를 정식으로 허용하는 의료법 개정안이 지속적으로 발의되고 있으며, 2022년 5월 출범한 윤석열 정부의 110대 국정과제에 ‘비대면 진료 제도화’를 포함시켰다. 보건복지부는 2022년 6월 1일부터 「보건의료기본법」 제44조에 근거한 비대면 진료 시범사업을 시행하며 제도 변화에 따른 국민과 의료인의 적응을 위해 3개월의 계도기간을 운영하였고 9월 1일부터 비대면 진료 시범사업을 본격 시행되었다. 현재 국회에서 발의된 비대면 진료 제도화 관련 법안은 총 5건으로 실시기관, 대상환자, 진료기준 등에 환자단체, 소비자단체, 의약계에서의 견해의 차이가 있을 뿐 비대면 진료 법제화에 한 목소리를 내고 있다. 실제 2024년 1월 30일 ‘국민과 함께하는 민생토론회’에서 윤석열 대통령은 코로나19 팬데믹이 끝나면서 비대면 진료가 많이 제한되고 있어 이는 시대에 역행하는 것으로 비대면 진료 관련 법 개정 등을 강조하였다¹¹⁾. 이렇듯 비대면 진료 제도화 움직임이 본격화됨에 따라 의약계, 산업계, 학계 등에서는 비대면 진료 현황과 향후 제도 도입에 따른 수용도와 조건에 대한 다양한 연구를 진행하고 있다. 특히 비대면 진료 공급자 중심으로 비대면 진료에 대한 수용성, 수용의향, 수용성 태도, 필수조건 등 비대면 진료에 대한 인식에 대한 설문조사 결과가 산발적으로 발표되었는데 주로 의사들로 한정되었다¹²⁻¹⁴⁾. 한의 분야에서는 비대면 진료 정책 대응을 위해 일부 연구가 진행되었으며 선행연구에서는 한의사 대상으로 비대면 진료에 대한 정책 찬성여부와 비대면 진료 도입에 따른 기대와 우려되

는 부분을 묻는 단편적인 조사가 한차례 시행¹⁵⁾한바 있으며, 한국과 중국의 비대면 진료 정책을 비교하였다¹⁶⁾. 현재 비대면 진료가 제도화 되려는 움직임이 빨라짐에 따라 한의계의 비대면 진료 정책 방향에 대한 논의가 필요하며 따라서 한의사들의 비대면 진료에 대한 인식과 수용도가 중요한 시점이다. Sim (2021)의 연구가 유사한 조사를 수행하였지만 2021년 1월에 조사가 이루어져 아직 비대면 진료에 대한 경험이 부족한 상황에서 이루어져 한계가 있다. 이에 따라 이에 본 연구에서는 한의사의 비대면 진료에 대한 입장과 비대면 진료에 참여한 한의사 대상으로 보다 심층적인 설문조사를 통해 비대면 진료 정책에 대한 이슈와 한의사의 인식 및 수용도 알아보고 비대면 진료 대응 방안 마련에 참고할 수 있는 객관적 자료를 제공하고자 한다.

연구 방법

1. 조사내용

조사항목은 2019년 대한한의학협회에서 코로나19 한의진료 전화상담센터를 통해 진료에 참여한 한의사 대상의 비대면 진료에 대한 인식도 조사의 내용과 선행연구¹⁵⁾를 기초로 설문조사서 초안을 마련하였으며, 타당도를 확보하기 위해 예방한의학 교수 1인, 사상체질의학 임상교수 1인, 한방신경정신과 박사 1인, 한의학 박사 1인, 보건경제학 박사 1인 등 5인의 감수를 받았고 임상의 2명을 대상으로 파일럿

테스트(Pilot Test) 진행 후 최종 완성하였다. 조사내용은 참여자의 일반적 특성 6문항, 비대면 진료 참여 경험 및 형태 8문항, 비대면 진료 이용의도 및 인식 17문항으로 총 31문항으로 구성하였으며, 설문 응답에 소요되는 시간은 10분 내외였다(Table 1).

2. 연구대상

설문조사 모집단은 2023년 6월 9일 기준으로 대한한의학협회 회원으로 등록된 30,370명이 대상이었으며, 설문조사는 2022년 8월 17일부터 23일까지 일주일간 이메일로 진행되었다. 모집단에 웹을 활용하여 제작한 설문조사 사이트를 전송하였고 참여에 동의한 응답자는 671명 이었으며, 그 중 유효 표본은 662명으로 (응답률 2.18%) 전부 임상의였다.

3. 자료 분석

연구 참여자의 일반적 특성과 한의사의 비대면 진료에 대한 인식을 알아보고자 빈도분석(Frequency Analysis)을 시행하였으며, 비대면 진료 수행경험 유무에 따른 비대면 진료 제도화 시 참여의향과의 관련성을 보기 위해 교차분석으로 실시하였다. 모든 자료의 분석은 SPSS 25.0 Program(IBM)을 사용하였고, p-value가 0.05 이하인 경우를 통계적으로 유의한 것으로 하였다.

4. 윤리적 검토

본 연구의 조사대상 및 항목은 동신대학교 생명윤

Table 1. Investigation Content

Category
General characteristics Gender, Age, Durations of clinical experience, Affiliation, Clinical training, Area of residence
Experience and form of participation in remote treatment Remote treatment for diseases, Satisfaction with remote treatment, Reasons for not remote treatment
Intention and perception of using remote treatment Benefits of remote treatment, Concerns about remote treatment, Disease groups suitable for remote treatment, Appropriate time required for remote treatment and mediation tools, Appropriate medical expenses for remote treatment, Desired platform for remote treatment, Readiness and competitiveness of remote treatment in Korean medicine

리위원회에서 승인받은 절차와 방법에 따라 수행되었다(1040708-202306-SB-021). 연구 참여자들에게 연구의 목적, 내용, 방법 등에 대하여 충분히 안내하였으며, 자유의지에 따라 참여하는 것으로 연구 참여자가 제공한 모든 정보는 익명으로 처리되고 통계작성외의 목적으로 사용되지 아니함을 고지하였다. 또한 연구 참여자가 원하면 언제든지 자유롭게 연구에서 제외될 수 있음을 고지하여 참여 권리를 보호하였다.

연구 결과

1. 일반적 특성

연구 참여자는 남성이 71.6%로 여성보다 많았으며, 연령대로는 40대가 36.6%로 가장 많았다. 소속 기관은 한의원 75.1%, 한방병원 16.9% 순으로 높게 나타났다. 전문의 면허 소지자는 28.1%였으며, 전문 과목은 한방내과, 침구과, 한방부인과 순이었다 (Table 2).

2. 비대면 진료 참여 경험 및 형태

참여자 중 76.1%는 2020년 1월 이후 비대면 진료 수행 경험이 있으며, 대부분 소속 의료기관에서의 전화, 인터넷, 메신저 등을 이용(79.6%)하여 참여한 것으로 나타났다. 처음 비대면으로 진료한 대상은 재진환자가 66.1%로 많았으며, 보약 등 건강 예방 및 관리질환(36.2%) 또는 내과질환(24.9%)을 주로 진료한 것으로 나타났다(Table 3).

3. 비대면 진료에 대한 인식

1) 비대면 진료를 위한 필요요건

비대면 진료 적정 시간으로는 ‘10분 미만’(47.6%), ‘10분 이상 20분 미만’(47.1%) 순으로 높게 나타났으며, 진료비는 ‘대면 진료 수가와 동등하게 책정’(45.6%)의 응답이 가장 많았다. 비대면 진료 시 적합한 중재도구는 ‘비급여 한약(환제, 고제 포함)’, ‘급여 한약제제’(24.6%), ‘비급여 한약제제’(23.0%) 순이었으며, 비대면 진료 서비스를 제공하는 플랫폼으로는 ‘정부나 대한한의사협회에서 공적 플랫폼을

Table 2. Demographic Characteristics of Subjects

(N=662)

Classification		N(%)
Gender	Male	474(71.6)
	Female	188(28.4)
Age group	20-29	42(6.3)
	30-39	223(33.7)
	40-49	242(36.6)
	50-59	121(18.3)
	60>	34(5.1)
Durations of clinical experience(year)	<10	225(34.0)
	10-19	239(36.1)
	20-29	147(22.2)
	30>	51(7.7)
	No clinical experience	0(0.0)
Affiliation	Korean medicine clinic	497(75.1)
	Korean medicine hospital	112(16.9)
	Nursing hospital	26(3.9)
	Public health center·Public health center branch	19(2.9)
	The others	8(1.2)

Table 2. Demographic Characteristics of Subjects (Continued)

(N=662)

Classification		N(%)
Clinical training	General practitioner	476(71.9)
	Specialist	186(28.1)
	Internal medicine of Korean medicine	51(27.4)
	Acupuncture & Moxibustion medicine	41(22.0)
	Rehabilitation medicine of Korean medicine	26(14.0)
	Gynecology of Korean medicine	24(12.9)
	Neuropsychiatry of Korean medicine	13(7.0)
	Sasang constitution medicine	10(5.4)
	Ophthalmology, Otorhinolaryngology & Dermatology of Korean medicine	13(7.0)
Pediatrics of Korean medicine	8(4.3)	
Area of residence	Seoul	213(32.2)
	Gyeonggi·Incheon	172(26.0)
	Daejeon·Chungcheong·Sejong	62(9.4)
	Gangwon	15(2.3)
	Busan·Ulsan·Gyeongnam	79(11.9)
	Daegu·Gyeongbuk	61(9.2)
	Gwangju·Jeolla	53(8.0)
	Jeju	7(1.1)

Table 3. Remote treatment experience

(N=662, Multiple Response)

Classification		N(%)	Total
Experience	Yes	504(76.1)	662(100.0)
	No	158(23.9)	
Participation form	COVID-19 telephone counseling center or Korean medicine center operated by the Association of Korean medicine	89(17.7)	504(100.0)
	Telephone, internet, or messenger at affiliated medical instructions	467(92.7)	
	Remote treatment mediation platform	31(6.2)	
	Others	5(1.0)	
Targeted medical condition	Musculoskeletal disorders	85(16.9)	504(100.0)
	Health prevention and management condition	329(65.3)	
	Internal disease	226(44.8)	
	Management of sequelae after traffic accidents	22(4.4)	
	COVID-19 and related sequelae	212(42.1)	
	Chronic conditions such as hypertension and diabetes	35(6.9)	
Time of treatment	Others	65(12.9)	504(100.0)
	Initial visit	171(33.9)	
	Follow-up	333(66.1)	

개발한다면 사용'한다는 응답이 72.7%로 높게 나타났다.

비대면 진료가 도입되면, '미용이나 다이어트 등의

비급여 한약을 처방받기 위한 환자'(33.4%), '질병 예방 관리를 위해 비급여 한약을 처방 받기 위한 환자'(28.5%), '감기 등의 진료를 받기 위한 환자'(24.6%)

들이 주로 한의의료기관을 이용하게 될 것으로 조사되었다. 비대면 진료를 위해 한의계가 우선적으로 준

비해야 하는 사항으로는 ‘비대면 진료 매뉴얼 및 가이드라인 마련’(39.6%)이 가장 많았다(Table 4).

Table 4. Requirements for remote treatment

(N=662)

Classification		N(%)
Appropriate treatment time (minutes)	<10	315(47.6)
	10-19	312(47.1)
	20-29	32(4.8)
	30>	3(0.5)
Appropriate treatment fee (rate of in-person visit fee)	<10	122(18.4)
	<20	62(9.4)
	<30	32(4.8)
	Equal	302(45.6)
	10>	54(8.2)
	20>	35(5.3)
	30>	53(8.0)
	Others	2(0.3)
Suitable intervention tool	Covered herbal granules	163(24.6)
	Covered herbal prescriptions	51(7.7)
	Non-covered herbal granules	152(23.0)
	Non-covered herbal prescriptions (including decoctions and pills)	258(39.0)
	Determination after In-depth Examinations	25(3.8)
Preferred platform	Private platform	60(9.1)
	Actively using existing platforms (such as Ddocdoc, Goodoc, Doctornow)	99(15.0)
	Reluctantly using existing platforms	481(72.7)
	Public platform	22(3.3)
Characteristics of patients mainly visited	Chronic conditions such as hypertension and diabetes	61(9.2)
	Common ailments such as cold	163(24.6)
	Musculoskeletal disorders such as degenerative joint diseases and gonarthrosis	21(3.2)
	Patients seeking non-covered herbal prescriptions for diseases prevention and health management	189(28.5)
	Patients seeking non-covered herbal prescriptions for cosmetic purposes or diet	221(33.4)
	Others	7(1.1)
Preparations essential for Remote Treatment in the Korean medicine field	Development of remote treatment manuals or guidelines	262(39.6)
	Development of clinical guidelines to address In-depth Examinations	34(5.1)
	Establishment of facilities and acquisition of equipment necessary for remote treatment	45(6.8)
	Education for Korean medicine doctors on remote treatment	40(6.0)
	Development of a certified platform by the Association of Korean medicine	86(13.0)
	Development of diagnostic technologies in Korean medicine applicable to remote treatment	34(5.1)
	Nationwide promotion of remote treatment in Korean medicine	91(13.7)
	Expansion of insurance coverage for prescribable herbal medicines	45(6.8)
Utilization and coverage expansion of diagnostic tests for the management of chronic diseases, such as blood test and urine test	20(3.0)	

3) 수용도

연구 참여자의 40.5%는 비대면 진료에 대해 ‘준비가 안되어 있다’고 하였으며, 37.0%는 한의료가 비대면 진료에 대한 경쟁력이 있다고 조사되었다. 한의료가 비대면 진료에 경쟁력이 없다고 생각하는 이유로는 ‘침·뜸·부항 등 대면 시술 중심의 한의치료의 한계’(27%)가 가장 많았으며, 한의의료의 비대면 진료에 대한 경쟁력으로는 ‘한약 투여 후 정기적 관리가능’(26.1%), ‘의과에 비해 충분한 상담으로 환자 만족도 상승’(25.2%)이 높게 나타났다. 비대면 진료에 대해서는 ‘어차피 가야 할 길이라면 시도해 볼만함’(47.1%), ‘진료의 패러다임이 바뀌는 시기로 선제적·전면적으로 수용해야 함’(35.2%) 이 가장 많았다 (Table 5).

3) 참여의향

비대면 진료 수행경험에 따른 비대면 진료 제도화 시 참여의향에 대해 분석한 결과 유의미한 차이가 나타났다. 비대면 진료 수행 경험이 있으면 비대면 진료 제도화 시 참여할 의향이 높은 것($p<0.001$)으로 나타났다(Table 6).

고 찰

본 연구는 한의사의 비대면 진료 인식과 수용도에 대해 조사하였으며, 연구 참여자는 남성 71.6%, 여성 28.4%였으며, 40대가 36.6%로 가장 많았다. 참여자의 75.1%는 한의원에 소속되어 있으며, 76.1%가 최근 3년 내 비대면 진료 수행 경험이 있었다. 주요 연구결과에 대한 고찰은 다음과 같다.

비대면 진료 참여형태 결과에 대해 논의하면, 비대면 진료 수행 경험이 있는 전문의는 29.2%로 그 중 한방내과가 27.2%로 가장 많았다. 이는 보건복지부에서 발표한 비대면 진료가 이루어진 전문과목 중 내과가 가장 많다는 결과와 유사하며¹⁷⁾, 2021년 기준 전체 한의사 중 전문의 비율이 12.8%로 전문과

목 중 내과가 34.0%로 가장 높은 것¹⁸⁾을 감안하였을 때 본 설문조사가 진료현장의 실질적인 의견을 대변(代辯)한다고 판단된다. 또한 2021년 비대면 진료 도입에 대한 한의사 인식 연구¹⁵⁾에서의 참여율은 2.1%였으나 본 연구에서는 0.7% 상승한 2.8%이다. 미미한 수준의 참여율 증가로 볼 수 있으나, 이전 연구와 달리 비대면 진료 참여경험이 있는 한의사로 제한한 점을 감안하면, 한의사들의 비대면 진료에 대한 관심이 증가되었음을 알 수 있다. 비대면 진료 참여 형태로 대한한 의사협회에서의 코로나19 전화상담센터 또는 한의진료접수센터(15.2%) 보다 소속 의료기관에서의 전화, 인터넷 메신저(79.6%)를 이용한 것이 훨씬 높게 나타난 것은 이미 의료현장에서는 코로나19 대응과 시대적 흐름에 발맞춰 비대면 진료를 적극적으로 수용하고 있었음을 시사한다. 비대면 진료 시점은 초진(33.9%)보다 재진(66.1%)이 더 많은 것은 초진이 국민의 건강 침해 위험성이 높고, 안전성이 대면진료보다 낮다는 초진의 위험성¹⁹⁾이 한의진료에도 반영된 것으로 보여진다.

비대면 진료 인식 결과에 대해 논의하면, 비대면 진료에 대한 필요조건 중 진료에 대한 적정시간은 10분 미만(47.6%)과 10분 이상~20분 미만(47.1%)이 비슷하게 나타났으며 수가는 ‘대면진료와 동등하게 책정’(45.6%)이 가장 높게 나타났다. 비대면 의료 경험자 중 45.8%가 진료 시간이 5분 미만, 5분 이상~10분 미만(39.5%)으로 나타난 결과²⁰⁾에 비추어 보았을 때 한의사들은 한의약의 특수성을 고려한 심층적인 진료를 선호하는 것으로 생각되며, 현재 비대면 진료 시범사업에서의 수가가 대면 진료보다 30%이상 높게 책정되어 있는 것²¹⁾과 비교하였을 때, 한의사들이 수가에 대해 합리적 사고를 하는 것으로 생각할 수 있으나, 한의사들이 본 설문조사 응답 시 비대면 진료에 추가적인 화상통신 장비 구비 등을 고려하지 않고 전화상담만을 염두하고 답변한 결과일 것으로 여겨진다. 비대면 진료의 적합한 중재 도구(Intervention)로는 비급여 한약(39.0%), 급여 한

Table 5. Acceptance of remote treatment

(N=662, Multiple Response)

Classification		N(%)	Total
Preparedness for Remote Treatment in the Korean medicine field	Not well prepared	78(11.8)	662(100.0)
	Not prepared	268(40.5)	
	Moderate	231(34.9)	
	Well prepared	63(9.5)	
	Very well prepared	22(3.30)	
Competitiveness of Korean medicine in Remote Treatment	Very uncompetitive	27(4.1)	662(100.0)
	Uncompetitive	82(12.4)	
	Neutral	224(33.8)	
	Competitive	245(37.0)	
Reasons for perceiving a lack of competitiveness	Very competitive	84(12.7)	291(100.0)
	High probability of misdiagnosis due to limitations such as pulse and palpation	50(17.3)	
	Constraints of traditional Korean medicine focused on face-to-face procedures like acupuncture, moxibustion, cupping, etc.	78(27.0)	
	Patient concentration in certain medical institutions	35(12.1)	
	Limited awareness among patients about Remote Treatment services in Korean medicine	41(14.2)	
	Perceived limitations in Korean medicine treatments for chronic diseases outlined by the government	53(18.3)	
	Difficulties in establishing collaborative systems between medical institutions for remote consultations	32(11.1)	
	Other reasons	2(0.7)	
Reasons for perceiving competitiveness	Increased patient satisfaction due to sufficient counseling compared to Western medicine	215(25.2)	859(100.0)
	Regular management after herbal medication	223(26.1)	
	Strengths of Korean medicine treatment in sensitive conditions such as diet and gynecological diseases	172(20.1)	
	Resolution of medical blind spots	149(17.4)	
	Influx of new patients	95(11.1)	
	Other reasons	5(0.6)	
Acceptance levels regarding Remote Treatment	Extremely negative (Absolutely unacceptable)	12(1.8)	662(100.0)
	Somewhat negative (Only acceptable in unavoidable situations such as infectious diseases)	63(9.5)	
	Neutral	42(6.3)	
	Somewhat positive (Worth trying)	312(47.1)	
	Extremely positive (Proactive and comprehensive acceptance is necessary)	233(35.2)	

Table 6. Intention to participate according to the experience of remote treatment

(N=662)

Variables	Intention to Participate		Total	P-value
	Yes	No		
Participation Experience	Yes	478(94.8)	504(100.0)	<0.001*
	No	134(84.8)	158(100.0)	
Total		612(92.4)	662(100.0)	

*Statistically significant with $p < .01$, Result of chi-square test, Data are presented with frequency(ratio)

약제제(24.6%), 비급여 한약제제(23.0%) 순으로 나타나 환자 복용 편의 제공 및 우수한 효능의 한약제제를 비대면 진료에 적합한 치료약으로 인식하는 것을 알 수 있다. 한약제제가 1987년 최초로 보험급여로 등재된 이후 1990년 56종으로 확대된 이후 현재까지 20년 이상 변동이 없어 한정된 보험급여로 인해 불편화 되지 못하고 있다. 비대면 진료가 시대적 요구인 만큼 의료현장의 목소리와 실정에 부합될 수 있게 원활한 한약제제 사용을 위해 급여 항목을 확대가 요구된다. 그리고 비대면 진료가 도입되면 미용이나 다이어트 등의 비급여 한약을 처방받기 위한 환자(33.4%), 질병 예방 및 관리를 위해 비급여 한약을 처방 받기 위한 환자(28.5%)가 한의의료기관을 주로 이용하게 될 것이라고 나타났다. 한의사들이 미용 목적의 다이어트 한약 처방이나 질병 예방 및 관리 목적의 질환을 비대면 진료 대상 질환으로 인식하는 것은 보건복지부에서 발표한 결과와 유사하다. 보건복지부의 발표에 따르면 2020년 2월부터 24일부터 3년여간 실시된 한시적 비대면 진료를 통해 가장 많이 이뤄진 것은 고혈압, 당뇨병으로²²⁾ 비대면 진료에 적합한 질환은 직접적인 의료행위가 어려운 만큼 꾸준한 의학적 상담 및 관리가 주로 요구되는 만성질환으로 나타났다. 이처럼 비대면 진료 적정 질환으로 의료인과 환자 모두 의뢰지속성 유지 및 관리가 중요한 만성질환으로 여기는 것으로 보여지며, 한의계에도 향후 증가하게 될 만성질환에 대한 대책이 필요할 것으로 보인다. 한의계에서 비대면 진료에 대한 준비가 안 되어 있으며(40.5%), 비대면 진료를 위해 비대면 진료 매뉴얼 및 가이드라인 마련(39.6%)이 최우선적으로 준비해야 하는 것으로 나타났다. 또한 참여자의 49.7%는 한의의료가 비대면 진료에 대해 경쟁력이 있다고(경쟁력 있다 or 매우 경쟁력 있다)하였으며, 경쟁력이 있다고 생각하는 주된 이유는 한약 투여 후 정기적 관리 가능(26.1%)과 의과에 비해 충분한 상담으로 환자 만족도 상승(25.2%)이었다. 환자와 의료인의 충분한 상담은 약

복용과 복용 후 지속적인 관리를 비롯하여 환자의 건강에 영향을 미치는 아주 중요한 요소로²³⁾²⁴⁾ 한의사들은 비대면 진료에서 환자들이 만족할 만한 상담이 이루어지고 이를 통해 의료서비스 만족도가 높아질 수 있다고 기대하는 것으로 생각되어진다. 반면 16.5%의(경쟁력이 없다 or 매우 경쟁력이 없다) 참여자가 비대면 진료가 경쟁력이 없다고 판단한 이유는 침·뜸·부항 등 대면 시술 중심의 한의치료를 한계(27.0%), 정부가 제시하고 있는 만성질환의 한의치료의 한계(18.3%)를 꼽았다. 또한 비대면 진료에 대해서는 82.3%가 긍정적으로(조금 긍정적 or 매우 긍정적)생각하는 것으로 나타났는데 이는 2021년 시행된 설문조사보다 비대면 진료에 대해 긍정적으로 생각하는 경향이 상승되었음을 알 수 있으며,¹⁵⁾ 비대면 진료 사업 참여에 대한 전망이 밝아 보인다.

이러한 결과를 종합적으로 살펴보면, 한의사들은 비대면 진료의 구조적 한계로 지속적 관리와 상담이 가능한 질병 예방 및 관리 위주로 진행될 것이라고 보고 있으며, 한의의료의 진찰시간이 평균 13분²⁵⁾으로 타 분야에 비하여 긴 편이라 비대면 진료에서의 한의약 경쟁력을 높게 지각하고 있는 것으로 해석된다. 비대면 진료에서 오랜 시간 동안 환자를 진료 상담하는 것은 의료서비스를 위한 통찰력 획득이 가능하며, 질병 전 단계의 예방적인 접근과 관리에 실효성이 높다²⁶⁾. 특히 만성질환의 경우 장기간의 관찰과 지속적인 관리가 요구되기 때문에 한의약은 일차의료단계에서 만성질환 관리에 적합한 의료기술이라 볼 수 있다²⁷⁾. 그리고 비대면 진료 매뉴얼 및 가이드라인을 준비하여 비대면 진료라는 패러다임 전환에 적극적으로 대응해야 한다는 조사결과를 고려할 때, 비대면 진료의 도입과 이용에 대해 한의사들의 높은 기대감과 관심이 형성되어 있음을 의미한다.

초기 비대면 진료 시범사업에서는 거동불편자, 섬벽지환자 등 대상자와 지역을 보수적으로 한정하였으나 시범사업 시행 6개월이 되는 2023년 12월 1일부터 응급의료 취약지 98개 시·군·구로 확대되었다.

18세 미만 소아·청소년 환자 대상, 처방이 아닌 상담에 한해 허용했던 휴일·야간 초진 비대면 진료를 모든 연령대의 환자가 초진이더라도 비대면 진료(처방포함)를 받을 수 있게 전면 허용하였으며, 국내 의료관광 활성화를 위해 재외국민도 비대면 진료 대상에 포함되었다. 또한 대면 진료 가능 여부를 결정하는 대면 진료 경험 기준도 대폭 완화하여 현행 일정 기간 내에 해당 의료기관에서 동일 질환으로 대면 진료를 받은 경우에만 재진으로 인정받아 비대면 진료를 받을 수 있었으나 질환에 상관없이 해당 의료기관 진료 이력만 있으면 비대면 진료 대상인 재진 환자가 되는 것으로 조정되었다. 이처럼 정부에서 비대면 진료 대상, 지역, 질환, 시간 등을 사실상 전면 허용하는 광폭 행보를 보이고 있는 상황에서 한의계가 능동적으로 비대면 진료에 대응하고 새로운 비즈니스 모델을 구축하여 경쟁력을 향상시켜야 한다. 다만 지나친 상업화와 쏠림현상은 장기적으로 한의 비대면 진료의 발전을 저해할 가능성이 있기 때문에 이를 방지할 필요가 있다. 질환에 관계 없이 6개월 이내 대면 진료 경험이 있는 경우 비대면 진료를 이용할 수 있게 허용된 지금, 감기, 아토피 피부염, 알레르기 비염, 월경통, 갱년기 장애 및 폐경기후 증후군 등 직접적인 한의의료행위보다 한의의료 상담으로 진료와 처방이 가능한 질환 우선적으로 전문 학회에서 진료 가이드를 제작하고 보급·확산하여 의료현장에서 비대면 진료가 불완전한 진료로 되지 않도록 해야 한다. 그리고 비대면 진료의 주된 환자는 만성질환자로 현재 만성질환의 범위는 고혈압, 당뇨병, 정신 및 행동장애, 호흡기 결핵, 심장질환, 대뇌 혈관질환, 신경계 질환, 악성 신생물, 갑상선 장애, 간의 질환, 만성신부전증이다. 대한한의학협회는 한의계 특수성이 반영된 만성 근골격계 및 소화기계 질환이 만성질환에 포함될 수 있도록 정부에 적극적으로 제안하고 한의의료의 강점을 부각 시킬 수 있는 급여 질환 중심으로 한의 비대면 진료를 활성화하기 위한 홍보와 교육을 추진해야 한다. 또한 비대면 진

료에 필수적인 증개 플랫폼을 대한한의학협회가 주도하여 자체적으로 마련하거나, 인증하는 방식 등을 준비하는 것이 필요하다. 더불어 한의계가 비대면 진료의 주된 이용 서비스인 급여 의약품이 매우 협소하여 급여 등재 의약품 확대를 위한 노력이 증대되어야 한다. 비대면 진료에 있어 가장 우려되는 부분으로는 증개 플랫폼에 의료정보 저장으로 인한 환자의 개인정보가 의료기관 외부로 유출될 가능성이 높아진다는 것이다. 우리나라에서는 2020년 이른바 데이터 3법으로 불리는 「개인정보보호법」, 「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 개정으로 식별 가능성이 높아진 가명 정보 사용이 용이해짐에 따라 상업적 목적에 따른 침해 가능성이 증대하였다. 그런데 「개인정보보호법」은 정보주체에게 개인정보 처리자의 위법 행위로 손해를 입으면 개인정보처리자에게 손해 배상을 청구할 수 있도록 하고(제39조 제1항), 이 경우 개인정보처리자는 고의 또는 과실이 없음을 입증하지 못하면 책임을 면할 수 없도록 규정하고 있어 환자의 개인정보 침해가 발생한 경우 의료인 및 의료기관이 입증 책임 부담을 지게 된다. 비대면 진료는 통신 매체라는 중간 매체 활용으로 불가항력적 사유로 정보 침해가 발생할 수밖에 없는 한계가 있음에도 의료인 및 의료기관에 정보 침해에 따른 손해 배상과 입증책임을 부담시키는 것은 의료인 및 의료기관에 과한 측면이 있다²⁸⁾. 현재 대통령 직속 개인정보보호위원회에서 비대면 진료 증개 플랫폼에서의 주민등록번호 처리 제한 위반, 안전조치 의무 위반, 동의를 받는 방법 위반 등 「개인정보보호법」 위반 사항에 대해 과태료 부과와 시정조치를 명하고 그 이행결과를 제출하도록 하고 있다. 증개 플랫폼을 대한한의학협회에서 인증하더라도 개인정보 보호 위반사항에 대해서 법적 제재 권한이 부여되어 있지 않을뿐더러 의료인에게는 더욱 그 책임을 물을 수 없다. 따라서 비대면 진료 제도화 과정에서 필수적으로 환자 개인정보 보호 가이드라인을 마련하고

이에 대한 법제도적 정비가 필요하다.

기존 비대면 진료에 대해 부정적 시각을 가지고 있던 일부 의료소비자들과 의료인들도 이제는 비대면 진료의 필요성에 공감하고 거스를 수 없는 시대적 대세로 받아들이고 있다. 아직 비대면 진료 제도화를 담은 의료법 개정안이 통과되지 않았고 오진과 의료사고의 위험성, 약물 오남용 등 논쟁의 여지가 많지만 지속적으로 개선하여 나아갈 것으로 보여진다. 모든 기술과 사회의 발전은 상호작용으로 이루어진다. 과학기술의 발전에 따라 전통적인 의료이용 행태도 변화하고 의료인의 기대 역할도 바뀔 수 있다. 시대적 변화 속에 시대의 요구에 부응하고 미래 발전을 지향할 수 있도록 비대면 진료에서의 한의사의 역할에 대해 고민해야 한다. 정부의 주요 보건의료정책인 비대면 진료에 적극적으로 동참하면서 우리 스스로 가이드라인을 마련하고 문제시 되는 부분을 강제할 수 있도록 노력해야 하며, 정부는 의료 주축인 한의사들의 비대면 진료 참여 활성화를 위해 여건을 마련하고 지원해야 한다.

본 연구에서는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 설문조사 대상자를 비대면 진료 참여자로 제한하여 표본의 대표성 확보에 어려움이 있었으며, 유효표본이 대한한 의사협회 회원 30,370명 중 2.18%인 662명으로 조사 결과를 일반화하는데 한계가 있다. 둘째, 온라인 설문조사라는 조사 방법과 응답자에 대한 사례비용이 한정되어 일정 규모로 응답자를 제한함으로써 비대면 진료에 대한 관심이 많고 온라인 설문조사 방식에 익숙한 한의사들이 우선적으로 응답했을 가능성이 크다. 30대와 40대에 응답 비율이 70% 이상이고 비대면 진료에 대한 인식과 태도가 긍정적으로 나온 결과에 영향을 미쳤을 수 있어 선택 편향(Selection Bias)이 개입되었을 가능성이 있다고 추정된다. 셋째, 비대면 진료에서 반드시 고려해야 하는 다양한 필수조건과 쟁점들을 모두 포함하여 의견을 조사한 게 아닌 현재 비대면 진료 시범사업 안에 대한 인식 파악이라 비대면 진료에 대해

단면적인 관점으로 추후 비대면 진료 시범사업의 형태 변화에 따라 임상인들의 의견이 수렴되어야 한다. 이러한 제한점에도 불구하고 2023년 6월 1일부터 시작된 정부 비대면 진료 시범사업에 대해 소개하여 정부 사업에 대한 한의사들의 인식을 통계적으로 규명하였고 향후 한의사들의 비대면 진료 사업에 참여하는데 기초자료로 유용하게 활용될 수 있을 것이라 생각된다.

결론

전국 한의사 662명 대상으로 국내 비대면 진료 도입과 이용에 대한 인식, 비대면 시범사업에 대한 생각을 알아보고자 설문조사를 진행하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 참여자의 76.1%는 비대면 진료 수행 경험이 있으며, 비대면 진료 수행 경험이 있으면 비대면 진료 제도화 시 참여의향이 높은 것으로 나타났다($p < 0.001$).
2. 16.5%는 비대면 진료에 한의의료가 경쟁력이 없다고 응답한 반면, 49.7%가 경쟁력이 있다고 하였으며, 주된 이유는 한약 투여 후 정기적 관리 가능(26.1%), 의과에 비해 충분한 상담으로 환자 만족도 상승(25.2%)이었다.
3. 비대면 진료에 대한 필요조건으로 진료에 대한 적정 시간은 10분 미만(47.6%), 10분 이상~20분 미만(47.1%) 순이었으며, 적합한 증재도구로는 비급여 한약(39.0%), 급여 한약제제(24.6%), 비급여 한약제제(23.0%)가 높은 비중을 차지하였다.
4. 비대면 진료가 도입되면 미용이나 다이어트 등의 비급여 한약을 처방받기 위한 환자(33.4%)나 질병예방 및 관리를 위해 비급여 한약을 처방받기 위한 환자(28.5%)가 주로 한의의료기관을 이용하게 될 것이라고 생각하는 것으로 나타났다.
5. 비대면 진료 대상, 지역, 질환, 시간 등이 확대되

는 만큼 한의사들의 참여 활성화를 위해 가이드 마련이나 제도적 정비가 필요하며, 디지털 대전환이 가속화 되는 비대면 진료 현재와 미래에서 바람직한 한의사의 역할이 무엇인지에 대해 끊임 없이 고민하고 노력해야 한다.

감사의 글

이 논문은 대한한의학협회의 「정부의 비대면 진료 정책방향에 대한 한의약 대응 방안 연구」 연구비 지원을 받아 수행된 결과로 이에 감사드립니다.

참고문헌

1. WHO ends global health emergency declaration for COVID-19. [cited 2023 May 5] Available from: URL: <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2023/05/05/1174269442/who-end-s-global-health-emergency-declaration-for-covid-19>
2. President Yoon Seok-ryul declares coronavirus pandemic after three years and four months. [cited 2023 May 11] Available from: URL: <https://www.donga.com/news/article/all/20230511/119239280/1>
3. 9 Future Predictions For A Post-Coronavirus World [cited 2020 Apr 3] Available from: URL: <https://www.forbes.com/sites/bernardmarr/2020/04/03/9-future-predictions-for-a-post-coronavirus-world/?sh=1789759a5410>
4. Jin, S. (2020). A Study of Factors Affecting Use Intention of Untact Medical Diagnosis and Consultation Services. The Journal of the Korea Contents Association, 20(12), 180-197. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2020.20.12.180>
5. Deloitte. (2021). Global Health care Industry Outlook-A full-scale industry transformation in 2021.
6. Korea Health Industry Development Institute. (2023). Keyword Analysis of International Healthcare Trends 2023.
7. Two out of three Remote Treatments are not available, so they need to be modify according to reality. [cited 2023 Aug 09] Available from: URL: <https://mpharm.edaily.co.kr/news/read?newsId=01331686635705680&mediaCodeNo=257>
8. United States Department of Health and Human Services Available at: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/hipaa-covid19/index.html>. Accessed Apr. 20, 2023.
9. Raza, T., Joshi, M., Schapira, R. M., & Agha, Z. (2009). Pulmonary telemedicine--a model to access the subspecialist services in underserved rural areas. International journal of medical informatics, 78(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.07.010>
10. Sevean, P., Dampier, S., Spadoni, M., Strickland, S., & Pilatzke, S. (2009). Patients and families experiences with video telehealth in rural/remote communities in Northern Canada. Journal of clinical nursing, 18(18), 2573-2579. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02427.x>
11. President Yoon “will do my best to revise the non-contact medical treatment law” [cited 2024 Jan 30] Available from: URL: <https://www.khan.co.kr/politics/politics-general/article/202401301105001>
12. Jeon J, Park S, Park C, Shin Y, Park, S & Han S. (2022). A Research on the intention to accept telemedicine of undergraduate students: based

- on Social Cognitive Theory and Technology Acceptance Model. *Journal of Digital Convergence*, 20(2), 325-338. <https://doi.org/10.14400/JDC.2022.20.2.325>
13. Park J, Kim J. (2023) Survey study of telemedicine-experienced physicians on the acceptability of telemedicine: using propensity score matching method. *J Korean Med Association*, 66(6):393-401. <http://doi.org/10.5124/jkma.2023.66.6.393>
 14. Kim J, Lim J, Kang J. (2022). Physicians' Perceptions and Policy Suggestions for Telemedicine after COVID-19. *JOURNAL OF THE KOREA CONTENTS ASSOCIATION*, 22(12). 576-586. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2022.22.12.576>
 15. Sim C, Lee E, Lim B. (2021). Korean Medicine Doctors' Perception of Telemedicine. *Journal of Society of Preventive Korean Medicine*, 25(3) : 1-14. <https://doi.org/10.25153/spkom.2021.25.3.001>
 16. Kim, K. G., Jin, X. G. (2021). Comparison of Telemedicine between Korea and China. *Journal of China Area Studies*, 8(1), 189-214. <https://doi.org/10.34243/JCAS.8.1.189>
 17. Korean Medical Association opposes allowing non-face-to-face medical first-time visits. [cited 2023 Sep 21] Available from: URL: <http://www.newsmpp.com/news/articleView.htm?idxno=236316>
 18. Year Book of Traditional Korean Medicine 2021. National Institute of Korean Medicine Development, The Association of Korean Medicine, The School of Korean Medicine at Pusan National University, Korea Institute of Oriental Medicine.
 19. Kim, J. S., Lim J. Y., Kang, J. H. (2022). Non-face-to-face care requirements study. Korean Medical Association Research Institute for Healthcare Policy Research report. 2022:15
 20. Kim, D. (2022). Discrete choice experiment to measure consumer preference for the policy attributes of telehealth. Korea Institute for Health and Social Affairs. <https://doi.org/10.23060/KIHASA.B.2022.03>
 21. The number of 'non-face-to-face' treatments is "unusually high compared to other countries." [cited 2023 Aug 29] Available from: URL: <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=3009020>
 22. Ministry of Health and Welfare, Over three years of non-face-to-face medical treatment, the health of 13.79 million people has been protected. [cited 2024 January 2] Available from: URL: https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&cg_code=
 23. Koivunen, M., & Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
 24. Hiratsuka, V., Delafield, R., Starks, H., Ambrose, A. J., & Mau, M. M. (2013). Patient and provider perspectives on using telemedicine for chronic disease management among Native Hawaiian and Alaska Native people. *International journal of circumpolar health*, <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21401>
 25. Ensuring adequate pay for primary care to improve personalized medicine in Korean

- medicine [cited 2020 Oct 15] Available from:
URL: https://www.ekomnews.com/bbs/board.php?bo_table=news&wr_id=41764
26. Kichloo, A., Albosta, M., Dettloff, K., Wani, F., El-Amir, Z., Singh, J., Aljadah, M., Chakinala, R. C., Kanugula, A. K., Solanki, S., & Chugh, S. (2020). Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Family medicine and community health*, 8(3), e000530. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000530>
27. Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>
28. Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., Bobba, S., & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0692-3>

ORCID

- 김주철 <http://orcid.org/0000-0002-7210-1527>
김동수 <http://orcid.org/0000-0001-9177-7277>
김소현 <https://orcid.org/0009-0009-3070-8433>
오현주 <https://orcid.org/0000-0003-4757-7512>
안은지 <https://orcid.org/0000-0001-6031-5942>