

코로나19대응을 위해 한시적으로 허용된 전화상담· 처방에 대한 병원급 의료공급자 인식과 만족도에 관한 연구

유혜림, 김수민, 박춘선, 김지애
건강보험심사평가원 심사평가연구소

Perception and Satisfaction of Healthcare Providers at Hospitals on Temporarily Permitted Telephone Consultations during COVID-19 Pandemic

Hye-Rim Yoo, Soomin Kim, Choon-Seon Park, Jee-Ae Kim

Health Insurance Review and Assessment Research Institute, Health Insurance Review and Assessment Service, Wonju, Korea

Correspondence to:

Jee-Ae Kim

Health Insurance Review and Assessment
Research Institute, Health Insurance
Review and Assessment Service, 60
Hyeoksin-ro, Wonju 26465, Korea
Tel: +82-33-739-0922
Fax: +82-33-811-7516
E-mail: kimjeeae@gmail.com

Received: April 23, 2021

Revised: May 13, 2021

Accepted after revision: May 13, 2021

Background: As of February 24th, 2020, teleconsultation using telephone was temporarily allowed to respond coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. This is the first case allowing teleconsultation between patients and healthcare providers and they came to experience telemedicine despite its temporary allowance during the COVID-19.

Methods: This study was conducted to examine the acceptance and satisfaction of healthcare providers at hospitals on the teleconsultation program. For doing it, we adopted the focus group interview and individual in-depth interview with healthcare providers on experiences and acceptance to teleconsultation.

Results: In general, healthcare providers presented low acceptance to teleconsultations due to concerns mainly on safety and effectiveness. However, it is notable that healthcare providers presented greater acceptance to teleconsultations when they were provided a guideline from an organization that they worked for regarding the type of patients whom teleconsultation can be offered, clear procedure of reservations and check-in for teleconsultations, days of supply for prescription, and receipt of prescriptions than those without a guideline.

Conclusion: The finding from the study suggested that a teleconsultation program needs to be systemized with guidelines on the situation, the scope, and a target population, such as the elderly population, established relationship between patients and doctors, and the place of provision and reception of teleconsultation. It is also important to streamline procedures for the provision of teleconsultations. For delivering teleconsultations in a more effective and safe way, the adoption of telecommunication technologies enabling visual explanations and observation should be considered as the telephone is the most limited mode of delivering teleconsultation. Last but not least, monitoring and evaluation of teleconsultation should be implemented to improve patient safety and quality of care.

Keywords: COVID-19 pandemic; Teleconsultation; Telemedicine; Focus group interview

© 2021 by Health Insurance Review & Assessment Service
© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

서론

코로나바이러스감염증-19(코로나19, coronavirus disease 2019)라는 특수한 상황에서 전화상담·처방이 2020년 2월 24일부터 한시적으로 허용되었다. 코로나19로 인해 일부 의료기관이 폐쇄되었으며, 의료기관 방문을 통한 감염 위험성이 높아짐에 따라 의료이용이 급감하였다[1]. 코로나19 상황에서 의료이용에 대한 국민의 불안감 해소, 의료이용이 필수적인 환자군의 의료접근성 제고, 의료진의 코로나19 감염 방지, 의료기관 폐쇄에 따른 의료공백을 완화할 수 있는 방안이 필요하였다. 이에 따라 의료이용자의 필수적 의료서비스 접근 보장과 코로나19 감염으로부터 환자와 의료진을 보호하기 위한 목적으로 전화상담·처방이 시행되었다[2].

한시적으로 허용된 전화상담·처방은 별도의 신청 없이 “의사의 판단에 따라 안전성이 확보된 경우에 한하여 전화로 진료하고 처방”하는 것을 전제로 하였다. 진료 시에는 본인 확인과 진료 내용 기록 등 대면절차를 준용하도록 하였으며, 환자의 진료비 수납은 의료기관과 환자 협의하에 선택할 수 있도록 하였다. 진료 후 약 처방전 발급은 의료기관에서는 환자가 원하는 약국으로 팩스(fax) 등의 방법으로 전송하여 진료부터 약제 수령까지 환자의 의료기관 방문빈도를 최소화하였다. 전화상담·처방에 대한 수가는 시행 초기에 의료기관을 대상으로 대면진료와 동일한 초·재진 외래진찰료만 산정하였으나, 이후 야간, 공휴, 소아(1세 미만, 6세 미만)에 대한 진찰료와 병원급 대상 의료질평가지원금, 의원급 대상 전화상담관리료를 가산·적용하였으며 환자의 본인 부담은 외래본인부담률과 동일하게 적용하였다.

이번 전화상담·처방 허용은 의료이용자-의료공급자 간 허용된 국내 최초의 비대면의료 사례이다. 의

료이용자-의료공급자 간 비대면의료와는 달리 의료인 간 비대면의료는 지난 2002년부터 의료법에서 일부 경우에 한하여 허용해오고 있다. 2014년부터 격·오지와 군인 등을 대상으로 환자-의료인 간 비대면 의료 시범사업이 진행되었으며, 2016년 9월부터 2018년까지 정부와 의사협회 공동으로 비대면모니터링을 포함한 만성질환관리 수가 시범사업을 시행하였다. 이후 환자-의료인 간 비대면医료를 허용하기 위한 의료법 개정안이 세 차례(2010년, 2014년, 2016년) 발의되었으나, 개원의 중심의 의사협회와 일부 시민단체의 반대로 전부 임기 만료 폐기된 상태이다.

비대면의료는 의료이용자의 의료접근성 향상이라는 측면에서 필요성이 증가하고 있다. 그러나 의학적 안전성과 유효성에 대한 불충분한 근거, 오진 발생의 법적 책임 소재, 개인정보 유출 위험성 등은 비대면의료의 제도권 내에서의 시행을 어렵게 하고 있다. 또한 국내에서의 비대면의료 시행은 대형병원 환자집중 현상 강화, 의료민영화의 시발점이 될 수 있다는 우려로 일부 의료인과 시민단체로부터 반대에 직면해왔다. 이 연구에서는 한시적으로 허용된 전화상담·처방에 대한 의료공급자의 경험, 안전성·효과성·의료질, 유용성 및 만족도 등 분석을 통해 개선방안을 도출하고자 하였다.

방법

1. 조사방법

본 연구는 질적 연구방법인 사례연구(case study) 방법으로 전화상담·처방에 대한 의료공급자의 인식과 만족도를 분석하였다. 사례연구 방법이란 연구자가 연구대상을 질적으로, 복합적으로, 종합적인 현상을 기술하고 분석하는 것이다[3]. 이때 연구자는 이러한 연구대상에 대한 분석과 상황 속에서의 해석을 목

적으로 한다[4]. 이 연구에서 사용된 분석자료는 표적 집단면접(focus group interview)과 일대일 심층면접(in-depth interview)의 조사방식을 통하여 수집하였다. 표적집단면접은 특정 주제에 대한 자연스러운 의견 교환과 그룹 내 상호작용을 통해 자료를 수집하는 방법으로 특정 주제에 대해 참여자의 주관적이고 심층적인 정보를 얻을 수 있다[5]. 일대일 심층면접은 개인의 의견을 자유롭게 수집할 수 있는 연구방법이다[6]. 표적집단면접의 집단구성 적합성은 동질성(homogeneity)과 분할성(segmentation)에 따라 보장된다[7]. 이를 반영하여 이 연구에서는 연구 참여에 동의한 인터뷰 참여자들에 대해 일정 건수 이상의 전화상담·처방 제공자라는 동질성을 바탕으로 그룹을 구성하였고, 의료제공자의 지역과 종별을 고려하여 분할하였다. 일정 건수 이상의 전화상담·처방 제공자는 건강보험청구자료 접수기준으로 전화상담·처방 빈도수가 높은 지역과 종별을 고려하여 조사대상 의료공급자를 선정하였다. 표적집단면접 시 집단구성 크기는 최소 6명에서 10명으로 구성하기도 하지만 연구목적과 토의주제에 따라 합리적인 참여자 수를 조절할 수 있다. 일반적으로 집단구성이 소규모인 경우는 참여자가 전문가인 경우이다[7]. 이 연구에서

는 초기 설계 시 총 35명을 5-6인 단위로 그룹을 설정하여 각 집단당 1회의 표적집단면접을 시행하고자 하였으나, 조사기간 중 코로나19 단계 격상으로 인해 다수의 표적집단면접이 불가능하여 참여인원을 축소 또는 일대일 심층면접으로 전환하였다.

표적집단면접과 일대일 심층면접 계획을 수립한 후 반구조화 된 조사지를 설계하였다(표 1, 부록 1). 조사지 문항에 대한 타당성 검증을 위해 비대면의료를 시행한 경험이 있는 의료계 전문가 자문을 받아 최종 문항을 확정하였다. 조사내용으로는 전화상담·처방의 운영현황 및 진료경험, 영역별 전화상담·처방 평가로 구분하였으며, 각 영역은 전화상담·처방의 안전성·효과성·의료 질, 만족도, 유용성, 개선사항 및 추가 의견으로 선정하였다.

2. 조사개요 및 조사대상자

조사대상자를 선정하기 위하여 건강보험청구자료 접수일자(2020. 2. 24. - 4. 12.)를 기준으로 전화상담·처방빈도가 높은 지역과 종별을 분류하였다. 이때 한방, 치과를 제외한 의과 병원 의료기관을 대상으로 하였다. 최종적으로 코로나19 집중 발생지역을 고려하여 대구·경상권 20명, 서울·경기권 10명, 이외

표 1. 전화상담·처방 의료공급자 조사내용 요약

주제	내용
전화상담·처방 운영현황	
운영현황	전화상담·처방 도입 시작 과정; 시행환자 및 재진환자 분류기준; 전화상담 거절 사유
진료경험	소요시간; 환자와의 소통 및 충분한 정보 제공 여부; 동일 상병으로 추가 전화 진료 여부; 환자 특성
영역별 전화상담·처방 평가	
안전성·효과성·의료 질	안전성 확보 조치; 환자의 건강상태 증진효과 평가; 의료 질 향상 효과 평가
만족도	의료진의 만족도; 의료진이 느끼는 환자만족도
유용성	적용 고려 대상; 의학적 안전망을 위한 방안
개선사항 및 추가 의견	

주: 자세한 내용은 부록 1의 질문지 참조.

지역 5명을 조사대상자로 설정하였다(표 2).

표적집단면접과 일대일 심층면접을 통한 전화상담·처방에 대한 의료공급자 조사는 2020년 5월 22일부터 7월 17일까지 약 2개월 동안 진행되었다. 최종적으로 대구·부산·경남권 12명, 서울·경기권 11명, 전체 23명이 응답하여 65.7%의 응답률을 보였다. 권역별로는 상급종합병원과 병원 소속의 의사, 간호사, 행정직이 응답하였으며, 의사의 경우 전공과목을 고려하여 인터뷰를 시행하였다. 이외 지역과 의원급에 대한 조사는 코로나19 단계 격상으로 인해 조사를 할 수 없었다.

결 과

1. 전화상담·처방 운영현황

1) 운영현황

(1) 도입 시작 과정

전화상담·처방 도입은 종별의 차이보다 병원조직 특성과 의사 개인 차이에 따라 상이하게 나타났다. 조사대상 병원의 대부분은 마스크 등을 통하여 전화상담·처방을 접한 환자가 먼저 문의하여 시작되었으나, 일부 병원은 전화상담·처방의 선례가 되는 병원을 참조하여 병원 경영진이 전화상담·처방

을 준비한 사례도 있었다.

“마스크를 보고 환자분들의 문의가 저희 쪽으로 오는 것이지요.”
 “서울OO병원(상급종합병원)에서 처음에 시작한다는 말이 있어서 한 2월 중순에서 말에 원장님이 전화처방에 대해서 회의를 진행했으면 한다고 해서... 비대면으로 환자의 의료 보호 차원에서 시행해야 되지 않냐고 해서...”
 “코로나 터지면서 환자 수가 확 줄었잖아요... 직원들한테 전화를 돌리라고 했어요.”

(2) 이용절차 및 과정

주로 “진료과/원무팀/콜센터로 전화상담 요청 → 외래 진료과 전화 연결 → 주치의 확인 후 처방 가능 여부 결정 → 원무접수(간호사 요청) → 주치의 전화상담 후 처방 → 수납(무인수납기, 전용창구) → 처방전 지정약국 팩스 전송”의 경로이며, 상급종합병원의 경우 부별 업무 분장이 잘 구분되어있는 것으로 나타났다.

“콜센터나 원무과에 전화상담이 가능한지 문의가 오게 됩니다. 환자들한테 문의가 오면 해당 진료과에 문의를 합니다. 해당 환자가 전화상담이 가능한지 문의해서 직원이 연결하면 간호사 선생님이 주치의한테 확인을 합니다. 해당 환자가 전화상담이 가능한지 확인하고 주치의가 판단을 합니다. 가능하다고 하면 간

표 2. 전화상담·처방 의료공급자 조사결과

구분	최종 조사현황	응답/목표(명)
대구·부산·경남권	- (상급종합병원) 3개소 7명: 의사 5명(신경과 1명, 이비인후과 2명, 소화기내과 1명, 순환기내과 1명), 행정 2명 - (병원) 1개소 5명: 의사 3명(내과 1명, 소아과 2명), 행정 2명	12/20
서울·경기권	- (상급종합병원) 1개소 8명: 의사 3명(내분비내과, 심장내과, 소화기내과), 간호 3명, 행정 2명 - (병원) 2개소 3명: 의사 2명(신경과, 내과), 의사 1명(재활의학과)	11/10
이 외 지역	- 조사 종료	0/5

주: 서울·경기권에서 목표보다 1건을 초과하여 사례를 수집하였으며, 이외 지역의 경우 코로나19 단계 격상에 따라 조사가 종료됨.

호사 선생님이 원무과에 접수하고 환자한테 연락을 해서 전화상담이 이루어집니다.”

“문의전화가 오게 되면 진료과로 연결을 해드리기도 하고, (원무과가 아닌) 진료과 쪽으로 바로 연락이 가는 경우가 있어요. 외래에서 이런 환자분이 있다고 언질을 드리면 진료과장님들이 판단했을 때 ‘전화처방이 가능하다’라고 주시면 처방을 내주시고…”

(3) 진료 운영

병원 또는 의사 상황에 따라 대면과 비대면진료를 번갈아 가면서 상시 대응하는 경우와 전화상담·처방만 시행하는 시간대를 지정하는 경우가 있었다. 상시 대응하는 경우는 환자가 전화상담·처방시간을 사전에 알 수 없어 환자가 의사의 전화를 받을 시 전화상담·처방에 집중하기 어려운 경우가 발생하기도 하였다.

“저는 오전에는 11시부터 11시 반 사이에 전화해서 해결하고 오후에는 3시부터 3시 반에 해결하고…”

“이게 생각처럼 잘 안 되더라고요… 제가 외래를 보는 와중에 전화를 드리는데 전화 안 받는 경우 굉장히 많고요. 그럼 또 진료하다 또 전화하고 또 전화, 한 세 번, 결국 안 되는 경우도 많고…”

(4) 진료비 수납

계좌이체, 무인수납기 이용, 카드번호 결제방법이 있으며, 다음 내원 시 수납을 안내하는 경우도 있었다. 상급종합병원에서는 전산시스템을 구축하여 실시간으로 전화상담·처방 시행 여부와 수납 여부를 확인하는 사례도 있었다. 대면진료에 비해 전화상담·처방 수납에 대한 의료기관의 행정 부담이 높게 나타났다.

“저희 전산프로그램으로 확인이 됩니다. 진료를 보셨다 안 보셨다, Y (yes)가 표시되면 수시로 전산에서 확인해서… 계좌를 알려드리든지, ‘다음에 오실 때 수납을 해주십시오’ 이렇게 연락을

드리고요.”

“다시 저희가 환자한테 연락을 드려서… 진료비 수납에 대해서 방법을 안내를 드려요. 계좌이체를 한다든지 어떤 방식으로 수납을 하실 건지 설명을 한번 드리고…”

(5) 약제 처방

원내처방의 경우, 원무과에서 해당 약제를 환자의 자택으로 우편 발송하기도 하였다. 원외처방의 경우, 이전과 같이 환자가 문진 약국을 방문하거나, 원거리 환자의 경우 환자가 이용할 약국으로 처방전을 발송하거나 약제를 우편으로 배송하였다.

“원내 약을 받는 분은 원무과에서 댁으로 약을 발송해드리고, 원외처방은 원하시는 약국으로 처방전을 팩스로 발송해드리고 있습니다.”

(6) 시행 사유

코로나19로 인하여 사회적 거리두기의 일환으로 전염병 감염 위험을 막고자 하는 경우와 기저질환을 가진 환자가 내원을 두려워하거나 거리 등으로 내원이 어려운 경우 전화상담·처방을 시행하였다.

“코로나라는 이 초유의 사태가 있었기 때문에 어쩔 수 없이 병원에 오시는 것을 꺼려하셨기 때문에…”

“병원에 와서 무릎 관절염으로 소염제 처방을 받았던 분이고 집이 멀어 코로나 때문에 이동을 부담스러워했고, 연세가 70세 이상으로 고령이고, 고혈압에 만성질환이셨습니다.”

(7) 시행환자 및 재진 환자 분류기준

전화상담·처방이 안전할 것으로 판단되는 환자에 대해 시행하였으며, 재진환자는 대부분 “건강보험요양급여비용” 산정지침의 동일 상병으로 동일 의료기관에 3개월(90일) 이내 내원한 경우로 분류하였다.

“재진 신청할 수 있는 사람, 초진은 안 되고… 심평원에서 가이

드해준 거 아닌가요? (물음: 건강보험법상 3개월이거든요) 그러면 저희도 3개월...”

“저희 병원 기준은 한 달이 넘으면 초진으로 바뀌고, 한 달 이내 방문이면 재진 환자로 등록되는 걸로 알고 있고... 굉장히 중요하죠, 재진.”

(8) 전화상담 거절 사유

초진환자이거나, 재진이어도 전화로 의사소통이 충분하지 않거나, 새로운 증상 호소, 상태의 변동, 처방 약 변경, 복잡한 검사결과 설명이 요하는 경우 안전한 진료를 위하여 환자의 내원을 권유하였다.

“... 초진이라든지 약 변경이 필요하다든지 이런 경우는 안 되는 거지...”

“환자분도 충분히 표현하지 못하는 경우는 내원하면 직접 설명 드린다고...”

“환자의 증상에 변동이 있으면 거절하죠. 일단 증상 변동에 큰 차이가 없고 약간 똑같이 처방을 하는 경우에는 어려움은 없죠.”

“...알레르기검사서... 페이퍼로 설명해야 의미 전달이 잘되고, 설명이 굉장히 길어요. 대면으로 설명해도 10분 이상은 걸리거든요. 그게 종이 없고 전화로는 할 수가 없는 설명이라서...”

2) 진료경험

(1) 소요시간

대부분 대면진료에 비해 짧았으나, 의사의 평소 진료행태에 따라 길게 나타나는 경우도 있었다.

“전화가 더 짧은 거 같은데?... 전화가 훨씬 짧지. 그 사람들 약만 먹고, 증상 아무것도 없고, 스테이블한(증상이 안정된)... 환자 자체가...”

“저는 또 상담을 길게 해야 돼서, 한 10분 정도...”

(2) 환자와의 소통 및 충분한 정보 제공 여부

대부분 고령층의 환자와의 의사소통에서 충분하지 않다고 평가하였으며, 주변 소음으로 전화 진료

에 불편을 느낀 경험이 있었다. 전체적으로 상급종합병원의 의사들은 환자와의 소통이 충분하다고 판단한 반면, 병원에서는 환자와의 소통이 충분하지 않았다는 의견이 많았다.

“5년, 10년, 몇 년씩... 늘 보던 사람인데, 저는 소통이라고 말할 것도 없죠, 척하면 척인데.”

“환자의 말만으로 판단해야 하는데 ...노인 환자가 많다 보니까 증상을 제대로 설명 못 해서...”

“전화를 하면 운전 중이시고, 전화를 했는데 애가 옆에서 떠들고...”

(3) 동일 상병으로 추가 전화 진료 여부

전화상담·처방은 대부분 1회 실시로 끝났으나, 동일 약제 처방은 추가 실시한 경우도 있었다.

“두 번 이상 넘어가는 사람은 없었던 것 같습니다.”

“코로나 사태가 길어지면서 한 달 처방을 했는데 또 오시기가 그러실 경우는 전화를 주셔서 처방을 원하시면 드리죠.”

(4) 환자 특성

전화상담·처방을 시행해도 안전하다고 판단되는 환자에 대해 시행하였으며, 라포(rapport)가 형성된 환자, 만성질환자(고혈압, 당뇨, 고지혈증, 갑상선, 골다공증, 위염), 보호자가 필요한 환자(치매, 뇌전증, 영유아 등), 내원이 어려운 환자(원거리)의 경우 시행하였다.

“라포가 되어 있어 가능한 일입니다. 환자에 대한 파악이 되어 있기 때문에...”

“대개 60대 이상이 많지. 당뇨병, 고혈압, 고지혈증, 갑상선, 골다공증...”

“뇌전증 환자는 지체장애나, 보호자 분이 환자를 데리고 오는 경우도 많거든요. 실제로 와도 제가 부모님이랑 대화를 해야 되

“는... 그런 경우는 전화 진료하면 되게 좋아하세요.”
“몸이 불편하시거나 멀리 있어 올 수 없는 상태요.”
“약이 없다고 생각하는데 약을 안 먹으면 더 위험한데. 빨리 나오라고 하고 절대 못 나온다 하면 전화처방을 해야죠, 짧게라도”

2. 영역별 전화상담·처방 평가

1) 안전성·효과성·의료 질

의료인의 전화상담·처방의 안전성 확보 조치로는 (1) 전화상담·처방이 가능 환자군과 필요 환자군 선별, (2) 전화상담·처방 시 본인 확인, (3) 환자의 상태 파악 후 내원 권유, (4) 전화처방 시 동일 약제에 대한 처방일수 제한, (5) 전화상담·처방원칙 설정으로 나타났다.

“자기가 리스트를 뽑아서 전화상담이 가능하다고 한 사람에 한해서 하는 것도 괜찮을 것 같습니다.”

“다행히 본인 핸드폰을 가지고 계시니까... 대부분 본인만 통화를 하고요.”

“혈압약을 타시면서 다른 질환의 약을 요구하실 때, 하루 대면진료를 보셔야 된다고 말씀을 드리죠.”

“안전성에 문제가 안 되는 분만, 리프트 처방 위주로... 길 때는 두 달, 보통 한 달.”

“전화 진료를 처음 하던 것보다 한 100명, 200명 넘어가다 보니까 이제 딱 물어볼 것들의 리스트가 딱 만들어지는 거예요. 뭘 물어보고 그다음 무슨 질문이고 그다음 무슨 얘기를 하고 끊으면 되는지...”

환자의 건강상태 증진효과를 평가하기에는 시행 기관과 환자 수가 적고, 기간이 충분히 길지 않았다는 의견이 제시되었으며, 대체로 건강 측면의 효과보다는 편의성이 증진되었다는 평가가 있었다.

“이제 한 지 3-4개월 정도밖에 안 됐기 때문에 아직은 무슨 큰 문제점이 드러나거나 그런 시기는 아직은 아닌 것 같아요.”

“한 번 병원에 와서 진료를 받지 않았는데, 그(전화상담·처방) 편리성 하나 가지고 삶의 질이 향상한다 뭐 그렇게까지 이야기를...”

2) 만족도

전화상담·처방을 시행한 의료진은 진료 자체가 편리하다는 의견이 있는 반면, 전화 연결의 어려움, 전화상담·처방의 추가 실시로 인한 대면 진료의 부정적인 영향, 의료 안전상의 이유로 대체로 불안하다는 의견이 다수로 나타났다.

“개인적으로 전화(진료)와 대면(진료) 중에 전화 진료가 편하긴 했어요. 대화의 길이가 짧고 대화의 폭도 제가 묻고 싶은 것만 물어볼 수 있었고, 환자가 중간에 영동하게 빠지지 않으니...”

“대면하지 않으니 편한데 환자분들을 제대로 파악하지 못하기가 증상 변동을 제대로 캐치하지 못하는 게 오진으로 이어질 수 있다고 생각해요.”

전화상담·처방을 이용한 환자에 대해 의료진이 느끼는 환자의 만족도는 의료진은 편리성으로 인해 환자 및 보호자의 전화상담·처방에 대한 만족도가 높을 것으로 예상하였다.

“환자뿐만 아니라 만성질환자들은 보호자가 동반하는 경우가 많습니다. 그러다 보니 보호자도 시간을 내야 하는데, 이러한 비대면이 있다고 하면 보호자의 만족도도 같이 올라가는 것을 경험할 수 있었습니다.”

“연로하셔서 못 오시는 분인데, 굉장한 도움이 된다는 생각을 합니다... 역으로 의사는 불안감을 안고 가는 것이지요.”

3) 유용성

내원이 어려운 환자와 안전성이 확보된 환자에 대해 유용하며 적용대상군으로 제시할 수 있다는 의견이 있었다. 특히 (1) 도서산간벽지, 거동 불편, 소

외계층군, (2) 전화상담·처방이 필요한 대상군, 특히 환자의 상태가 일정한 만성질환자(고혈압, 당뇨)를 대상으로 하는 진료과와 진단결과를 알려주는 산부인과가 제안되었다.

“백그라운드든 원격진료라는 게 산간벽지 혹은 거동 불편, 혹은 소외계층...”

“차츰 해보니까 아 이걸 안 되겠다, 이걸 진료 봐야겠다, 처음에 심혈관 쪽이라던지, 아니면 당뇨센터 같은 경우는 약간 타면 되는 것 같은 경우에는 다 적용됐고요. 호흡계라든지, 특별한 문제는 없어요. 이제 좀 지나니까 전화처방보다 상담, 산부인과 같은 경우는 결과를 듣는 경우가 많지 않습니까. 산부인과 쪽은 비대면으로 해가지고 상담 건수가 좀 늘어나다 보니까...”

“호흡기내과 만성질환자는 보통 3개월에 한 번씩이든 주기적으로 오는 환자들이 있지 않습니까? 그런 경우에는 주치의가 판단했을 때 이 정도는 약으로 처방해도 가능하다는 경우에는 사전에 환자와 전화통화를 해서 충분히 면담하고 그렇게 진행하는 케이스는 만족도도 좋은데...”

전화상담·처방을 위한 의학적 안전망을 위해서는 화상까지 인프라가 구축되어야 한다는 의견과 성분명 처방을 제한해야 한다는 의견이 제시되었다. 반면, 현재 전화상담·처방은 안전성을 담보할 수 없으므로 코로나19 등 특수 상황에서 한시적으로만 시행해야 한다는 주장도 있었다.

“최근에 코로나를 비롯한 전 세계적인 이슈가, 결국 헬스케어가 디지털로 가는 게 대세고, 결국 삶의 질을 높이는 게 맞겠죠. 저는 동의합니다. 동의하는데, 기왕이면, 조금 더 발전해가지고, 심평원이나 복지부에서 준비를 한다면 ‘화상’까지는 가야 되지 않을까, 그래야 조금 더 안전하고 서로 믿을 수 있지 않을까...”

“문전약국은 우리 병원에 있는 약들에 대한 이해도가 높기 때문에 거의 그런 실수가 없다 하더라도 실수가 있는 경우가 있거든요. 잘못 처방되는 그런 일. 전화진료 하면서 그런 일이 없었지만, 타 지역 문전약국을 이용하지 못하고 거주지 인근에 있는 약

국을 이용했는데, 성분명 처방이 왜 위험한가 하면, 같은 성분이라도 약제에 대한 예민한 반응을 가지고 있는 분은 엉뚱한 반응으로 호소하는 경우가 있거든요.”

“보면서 설명하는 거랑 직접 했을 때 의사전달이 잘 안 되고... 그렇게 얘기를 했음에도 불구하고 이해를 못 하시는 경우가 많아서, 대면진료하고 비대면은 확실히 차이가 너무 많아서 특수 상황이 아니고서는 하기 어려운 것 같아요.”

4) 개선사항 및 추가 의견

전화상담·처방의 주요 개선사항으로는 처방전 및 약제 수령 여부 확인 및 수령과정 비대면화, 전화상담·처방장비 등 인프라 지원 및 업무과정의 효율성 증진, 일관성 있는 업무 매뉴얼/지침 제공, 대국민적 인식 개선 및 정책 홍보, 행정업무 증가에 따른 수가 지원 등이 제시되었다.

“저희가 전화처방으로 하게 되면 거주지에서 파는 약이 없습니다. 그럼 자기가 다시 병원에만 안 온다 뿐이지 약국은 가게 되어 있거든요.” “비대면은 전화상으로 이분이 정확하게 이해하셨는지, 그리고 처방전은 수령해 가셨는지 확인할 수 없는 것이지요. 이분이 약을 타셨는지는 확인할 수가 없는 것이지 않습니까? ... 이분이 약을 드셨는지는 다음번 외래 왔을 때 확인할 방법밖에 없으니까...”

“장비라든지, 확실하게 갖춰놓고 진행하면 오히려 더 나올 수 있거든요.” “너무 프로세스가 복잡해요. 모든 직원들이 다 괴롭고. 전화해야 되고, 팩스 보내야 되고, 수도 없이 과정을 거쳐야 되니까 힘들지. 수가를 한 열 배 정도 주면 될랑가... 프로세스는 보완이 분명히 되어야 하고요, 너무 복잡하니까. 약사, 원무, 외래, 교수, 뭐 딱 다 해야 되고, 팩스 해야 되고,”

“정책이 결정되어 확대된다면 조금 더 디테일한 기준을 제시해주셨으면 합니다 ... 그래서 그러한 고시를 주실 때는 디테일하게 주시는 것이...”

“의사를 본 적도 없고 대답만 했는데 청구받는 걸 이해 못 하시는 분도 있어요. 연세 드신 분들 중에 말씀드리고 청구를 하면 육

하고 가시는 분들도 많아요. 진료와 상담의 구분이 명확하지 않다고 생각하고, 약 처방해준 것도 아니고 자문했을 뿐인데 왜 돈을 받고 받고 생각하세요.”

“사실 전화상담은 더 많은 행정적인 소모가 필요한데 수가를 덜 주신다고 하니 섭섭함 같은 것도 있고 그러한 것은 있는 것 같습니다.”

전달체계 및 비대면진료의 규정에 대한 개선의견 등이 제시되었다. 소외계층 고려, 전달체계 개선, 약제 장기처방, 안전 관련 규정이 보완되어야 한다는 견해이다. 내원이 어려운 환자의 편의성을 증진하고자 도입되었으나, 정책의 목적과는 달리 디지털 기기에 익숙한 연령군 및 계층의 접근성이 증대되어 상대적으로 소외될 수 있는 노령자, 저소득층 등에 대한 정책적 고려가 필요할 것으로 평가되었다. 또한 전화상담·처방도 상위 중별인 상급종합병원, 지역으로는 수도권으로 집중되기 때문에 장기적으로는 전화상담·처방 또한 전달체계를 따라야 한다는 의견이 제안되었다. 안전성을 위해 6개월 이상 장기 처방하는 경향이 있는 일부 의사를 규제하기 위한 정책적 지침 마련이 필요하다는 의견과 대면진료와 비대면진료를 적절하게 병행해야 하는 규정 설정 등이 논의되었다.

“전화처방은 어디든 동일한 의료서비스를 줄 수 있는 찬스를 제공하자”인데, 이번에 전화 진료해보면서 느낀 건, 이걸(휴대폰 등) 잘 다루는 사람이 더 유리한 거 같긴 해요... 이게 원래 취지와는 정반대가 돼버리는 거죠.”

“현재 1차, 2차, 3차 병원이 있지 않습니까. 그걸 그대로 계속 밟아 오는 게, 원격진료가 있더라도 그걸 밟아 오는 게 맞다고 보거든요.”

“환자는 계속 편하게 가려 할 것이고 의사는 그걸 거절하기 쉽지 않으니 제도적으로 처방전 리필은 6개월을 초과하지 못하도록 하면 의사들이 싫어하지 않을 것 같아요.”

“한 번은 비대면, 한 번은 대면 이런 식으로 본인만의 원칙이 있기 때문에 전달하는 입장에서도 보다 더 명확하게 할 수가 있겠더라고요...”

“전화상담·처방은 어떤 규정에 의해서 이루어지는 것은 아니구요, 환자의 상태에 따라 의료진이 분명히 잘 판단하실 겁니다. 그거는 의료진한테 조금 맡겨야 될 부분이라고 보고요. 모두 다 똑같은 룰이 적용될 수가 없는 게 진료라는 거거든요. 세 번 하고 나면 무조건 한 번 오게 한다, 의료가 심플한 룰에 의해서 의료가 다 이루어지는 건 아니지 않습니까?”

전면적 시행에 대해서는 찬반의 논란이 있었다. 긍정적 의견은 환자의 편의를 증진하는 효과가 있으며, 검사결과 안내 등의 사안에서는 적절하다고 평가하였다. 중립적 의견은 많은 사례를 경험한 후 향후 효과 평가가 필요하다는 의견이 있었다. 부정적 의견은 안전성이 담보되지 않은 방법이므로 적절하지 않다는 의견이 다수였다. 다만 코로나19 상황과 같이 전염병의 위험이 있을 때 전화상담·처방을 해도 환자가 안전하다고 판단되는 경우에는 제한적으로만 시행하는 것에는 전반적으로 동의하였다.

“오전에 검사를 하고 오후에 결과가 나와 있던 말이에요. 진료는 아니지만 간단하게 환자의 편의를 위해서 해줄 수 있는 그런 부분에 진료를 인정해주는 것도, 환자의 편리성을 높이는...”

“이건 사례를 많이 쌓아야 한다고 생각해요. 새로운 개념은 아니었으니까...”

“전화로 상담·처방하고 진료 보는 자체가 정말로 안전성이 담보가 안 되기 때문에, 지금 상황에서는 하면 안 된다고 생각하고 코로나 때문에 한시적으로...”

고 찰

코로나19의 확산에 대응하여 환자의 필수적 의료이용을 보장하고, 환자와 의료진의 감염을 방지하고

자 한시적으로 허용된 전화상담·처방은 의사와 환자 간 최초로 시행된 비대면의료이다. 이 연구는 의료공급자의 측면에서 전화상담의 경험을 조사하여 장·단점을 확인하고 개선방안을 제시하고자 하였다. 연구대상자는 건강보험청구자료의 일정 건수 이상 전화상담·처방을 시행한 의료공급자였으며, 연구대상자 선정 시 코로나19 다빈도 발생지역과 가능한 한 다양한 종별의 의료기관을 대상으로 진료과별, 직종별 의료공급자를 포함하고자 하였다. 분석 자료는 표적집단면접(개별심층면접) 또는 일대일 심층면접을 시행하여 수집하였다. 사례연구방법을 사용한 분석을 통해 의료공급자의 전화상담·처방에 대한 운영현황, 경험, 수용도 및 개선사항을 파악하였다.

연구의 내용을 요약하면 다음과 같다. 의료기관에서 전화상담·처방 도입의 시작은 대부분 환자의 요청으로 진행되었다. 코로나19 확산으로 감염을 우려한 많은 환자들이 의료기관 방문을 자제하였으며, 이로 인해 의료이용이 제한되었다. 일부 의료공급자는 코로나19에 대응하기 위해 경영진 차원에서 선협기관을 벤치마킹하는 사례도 있었으나, 수익 저조를 우려하여 환자에게 전화상담·처방이 가능하다는 안내 문자를 발송하는 경우도 있는 것으로 나타났다. 전화상담은 재진 환자를 대상으로 이루어졌다. 의사는 환자 본인 확인 후 전화상담을 진행하였으나 전화상담·처방을 거절한 경우도 발생되었는데, 거절 사유는 이용자와 의사소통하기 어려운 경우나 환자상태가 이전 진료 때와 비교하여 다른 경우 등이었다. 의사들은 전화상담에 소요되는 시간이 대면진료보다 짧았고, 전화상담 이용자의 인지능력이나 표현방법에 따라 또는 이용자가 전화를 받은 환경에 따라 의사소통하는 것이 어려웠다고 하였다. 의료공급자는 대부분의 환자들이 편리성으로 인해 전화사

담의 이용을 만족하는 것으로 보았으나, 반면에 의료공급자의 만족도에서는 이견이 존재하였다. 일부 의료공급자는 효율성 측면에서 전화상담에 만족하였고, 향후에도 전화상담이 가능할 것이라고 응답하였다. 특히 기관 차원에서 전화상담·처방에 대한 구체적인 지침을 의료진에게 제공하고 환자 제공절차를 체계화한 의료기관에 속한 의료진은 전화상담·처방에 비교적 높은 수용성과 만족도를 보였다. 그러나 다수의 의료공급자는 코로나19 등의 상황에서 한시적으로 전화상담 시행이 가능할지라도 안전성 등의 측면에서 전면적인 비대면의료 시행은 시기상조라고 답변하였다.

향후 전화상담·처방 적용에 대한 의료공급자는 주기적인 약 복용을 통해 건강관리가 가능한 만성질환 환자 또는 질환군에 한하여 비대면의료의 유용할 것으로 보았다. 또한 의료공급자는 만성질환으로 동일 약제 처방에 한하여 산간벽지 등 의료이용이 어려운 환경에 있는 환자, 환자의 거주지와 의료기관의 거리가 멀고 거동상태가 불편한 환자 등을 고려할 수 있다고 하였다.

분석결과를 종합하면, 전화상담·처방 시행 사유와 체계는 의료기관별로 차이가 있으나 전화상담·처방에 대한 의료공급자의 의견은 지역 또는 소속된 의료기관 종별의 특성보다는 의사 개인의 특성 및 소속기관 차원의 전화상담·처방에 대한 수용성 및 대응체계가 전화상담·처방에 대한 인식과 만족도를 결정하는 것으로 보였다. 특히 대면진료와 비대면진료 운영방식, 전화상담·처방 시 소요시간, 전화상담·처방에 대한 만족도는 평상시 의사 개인의 진료특성이 반영되는 것으로 보였다.

그간 비대면医료를 시행하는 국가에서는 비대면 의료에 대해 보수적이었으며 법적 또는 급여적용이 제한적이었고, 비대면 영상의학을 제외하고는 대부

본 소규모 시범사업 단계 수준이었다[8]. 그러나 코로나19로 인해 각국은 감염으로부터 환자와 의료진을 보호하고 대면의료의 공백을 보완하기 위하여 비대면의료에 대한 법적 제한을 풀고 급여를 확대하였다. 미국은 농촌 지역에만 한정된 비대면의료 조항을 폐지하고 서비스 항목을 확대하였으며[9], 일본은 재진환자에 국한되었던 비대면医료를 초진환자에도 적용하였으며 대상 질환도 확대하였다[10]. 호주 또한 원거리 지역에만 적용되던 비대면의료에 대한 제한을 전 국민으로 확대하였다[11]. 이 외에 여러 선진국에서도 코로나19 유행 초기 우리나라와 비슷한 시기에 비대면医료를 확대하였다.

비대면의료에 대한 전향적인 논의를 위해 연구결과를 토대로 개선사항을 제안하면 다음과 같다. 우선 환자와 의사 모두 전화상담·처방이 대면진료와 동일한 진료행위라는 인식 제고가 있어야 한다. 아울러 전화상담·처방이 허용되는 상황과 대상, 전화통화를 하는 환자의 장소 등 명확한 지침 제공이 필요하다. 또한 현행의 전화상담·처방은 비대면의료 중 가장 기초적인 전달방식으로 효과적인 진료에 제약이 많기 때문에 필요에 따라 시각적 관찰 및 설명이 가능한 통신기술을 고려해야 한다. 이러한 디지털 플랫폼 이용의 필요성은 세계보건기구(World Health Organization)에서도 제시한 바 있다[12]. 또한 환자안전과 의료 질 제고를 위해 전화상담·처방에 대한 모니터링 및 평가, 적절한 지불 등에 대해서도 이해관계자의 지속적인 의견수렴이 이루어져야 할 것이다.

이 연구는 최초로 허용된 전화상담·처방 사례에 대한 의료공급자의 경험을 분석하고 이를 통해 전화상담·처방의 정책방안을 제안하였다는 데 의의가 있다. 그러나 조사기간에 코로나19 단계 격상 등으로 인하여 의원급 의료공급자에 대한 의견수렴을 할

수 없었기 때문에 향후 의원급 사례를 포함한 전체 의료공급자의 누적된 기간의 전화상담·처방 경험을 분석하는 후속연구가 필요할 것이다. 이 연구의 결과는 사회적 현상으로 인해 전체 의료공급자에 대한 조사가 이루어지지 못한 제한에도 불구하고, 향후 비대면의료 정책 및 제도 설계 시 매우 중요한 자료로 활용될 것으로 기대한다.

감사의 글

이 연구는 건강보험심사평가원의 지원으로 수행하였다(코로나19로 인해 한시적으로 허용된 전화상담·처방 효과 분석 연구[2020], G000F8L-2020-158).

ORCID

Hye-Rim Yoo: <https://orcid.org/0000-0002-2342-1225>

Soomin Kim: <https://orcid.org/0000-0001-6433-5633>

Choon-Seon Park: <https://orcid.org/0000-0001-8298-0150>

Jee-Ae Kim: <https://orcid.org/0000-0002-3195-2552>

참고문헌

1. 하경대. 中우한 코로나 확진자 증가 추세지만, 개원가 3분의 1은 입구에 안내문 부착도 안해. 메디게이트뉴스. 2020 Jan 31.
2. 보건복지부. 전화상담·처방 및 대리처방 한시적 허용방안 안내. 세종: 보건복지부; 2020.
3. Wilson S. Explorations of the usefulness of case study evaluations. *Eval Q.* 1979;3(3):446-59. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193841X7900300307>.
4. 박수연. 교육학에 있어서 사례연구의 중요성. *교육과학연구.* 2020;26:197-215.
5. Morgan DL, Scannell AU. *Planning focus group.* Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1998.

6. Peter JP, Olson JC. Consumer behavior and marketing strategy. 6th ed. Boston (MA): McGraw-Hill; 2002.
7. Morgan DL. Why should you use focus groups. In: Morgan DL, editor. The focus group guidebook, Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 1998. pp. 9-16.
8. Organization for Economic Cooperation and Development. Bringing health care to the patient: an overview of the use of telemedicine in OECD countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2020.
9. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare telemedicine health care provider fact sheet. Baltimore (MD): Centers for Medicare and Medicaid Services; 2020.
10. 조인서. 일본 코로나 19 사태로 원격진료 규제 완화. 서울: 대한무역투자진흥원; 2020.
11. Australian Government, Department of Health. COVID-19 temporary MBS telehealth services: factsheets on the use of the temporary MBS telehealth and phone consultation item numbers [Internet]. Canberra: Australian Government, Department of Health; 2020 [cited 2020 Sep 30]. Available from: <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Factsheet-TempBB>.
12. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.

부록 1. 의료공급자 대상 전화상담·처방 만족도 조사지

1. 전화상담·처방의 운영현황 및 진료경험

1) 전화상담·처방 운영현황에 대한 의견을 여쭙겠습니다.

(1) 환자와 전화상담·처방 연결과정에 대해 대략적인 시작부터 종료까지의 과정을 간략하게 말씀하여 주십시오.

- 시작 시 환자의 사전예약 필수 여부
- 진행 시 환자에 안내하는 주요 내용
- 종료 시 환자에 대한 지시사항 내용

(2) 의료진 판단하에 전화상담·처방을 제공할 수 있게 되어있는 데, 전화상담·처방을 요하게 된 판단기준은 무엇입니까?

(3) 재진환자로 사용하는 기준은 무엇인가요? 확인방법은?

- 기간 기준 (최소 몇 개월 이내 방문 혹은 몇 회 이상 등) 혹은 상병 기준 등

(4) 환자의 전화상담 요청을 거절하신 경우가 있나요? 있으셨다면, 거절 사유는 무엇인가요?

(5) 전화상담이 전체 진료상담의 몇 % 정도 차지하고 있나요(코로나19 기간 중)?

(6) 전화상담 추세는 어떤가요? 증가하고 있나요? 감소하고 있나요? 변화가 없나요?

2) 전화상담·처방에 대한 진료경험 영역에 대하여 의견을 여쭙겠습니다.

(1) 전화상담·처방 시 상담시간이 몇 분 정도 걸렸나요?

- 5분, 10분, 15분 등

(2) 전화상담·처방 시 환자와 커뮤니케이션이 잘 이루어지셨나요?

- 전화음질 문제, 혹은 환자의 인지력 문제로 인한 원활한 소통의 어려움, 전화상담 시 환자의 가족과의 통화 여부 등

(3) 전화상담·처방 시 환자에게 충분한 정보제공이 이루어지셨습니까? 제공한 정보가 부족했다면 이유는 무엇입니까?

(4) 전화상담·처방을 이용한 환자당 몇 번의 전화상담이 이루어졌습니까?

- 1회, 2회 등

(5) 동일 상병으로 전화상담 후 환자에게 추가 진료 follow-up 을 요청하였습니까?

- 추가 진료(치료)를 위하여 환자에게 전화상담 요청 혹은 대면진료 요청?
- 환자에게 추가 진료를 하였다면, 또는 진료를 종료하였다면 그 이유는 무엇입니까?

(6) 전화상담·처방을 이용 환자의 주요 특성에 대해 간략하게 말씀하여 주십시오.

- (연령 및 성별)
- (전화상담 이용 목적)
- (주상병)
- (약처방 및 처방일수)

(7) 전화상담 시와 대면진료 시 진료비를 어떻게 청구하고 계십니까?

2. 영역별 전화상담·처방 평가

1) 전화상담·처방의 안전성·효과성·의료질

(1) 전화상담·처방 시 오진 방지 및 안전을 위해 어떻게 하고 계신가요?

- (진료 영역) 진단의 신속함, 진단의 정확함 등
- (처방 영역) 약 처방 시 약의 효과 및 부작용에 대해 설명함 등

(2) 전화상담·처방으로 환자의 건강상태의 변화가 향상되었다고 생각하십니까? 향상되었다면, 또는 그렇지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

(3) 전화상담·처방으로 환자의 삶의 질이 향상되었다고 생각하십니까? 향상되었다면, 또는 그렇지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

(4) 전화상담·처방이 의료의 질을 향상/개선시켰다고 생각하십니까? 향상되었다면, 또는 그렇지 않다면 그 이유는 무엇입니까? (전화상담·처방의 역할)

2) 전화상담·처방의 만족도

(1) 전화상담·처방에 대한 만족도(의료진 vs. 환자)는 어떻습니까?

(2) 동료 의사 등 의료인에게 전화상담·처방의 이용을 권유하시겠습니까?

(3) 전화상담·처방이 정책적으로 어느 경우에 적용되어야 한다고 생각하십니까?

- 현재 시행 후 종료
- 감염병의 감염위험 상황에 한시적 허용체계 마련
- 특정군에 한정하여 상시 적용
- 상시 적용

3) 전화상담·처방의 유용성

(1) 전화상담·처방이 환자의 진료에 유용하였다고 생각하십니까?

- (시간 단축) 의료기관까지 이동하는 데 드는 시간 단축 등
- (편리) 의료기관 방문(예약, 접수 등)의 번거로움 등
- (통화 품질 등 장애) 상담 시 통화 품질의 문제로 인한 불편함 등

(2) 전화상담·처방이 특히 유용한 대상 환자군은 누구라고 생각하십니까? 유용한 대상으로 선정한 이유는 무엇입니까?

- 환자군/연령군 등

(3) 전화상담·처방이 특히 유용한 진료분야는 어느 영역이라고 생각하십니까? 유용한 영역으로 선정한 이유는 무엇입니까?

4) 개선사항 및 추가 의견

(1) 전화상담·처방 시 의학적 안전망을 위한 방안에 대한 의견을 부탁드립니다.

(2) 전화상담·처방 효과적이려면 어떠한 개선점이 있다고 생각하십니까?

- 환자/병원/기술/정책적 측면 등

(3) 전화상담·처방 시행에 대한 추가 의견을 부탁드립니다.