

[국회 토론회]

영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화, 이대로 괜찮은가?

일시 | 2025년 11월 4일(화) 오후 2시

장소 | 국회의원회관 11 간담회의실

주관 | 의료민영화 저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부

주최 | 조국혁신당 김선민 의원, 더불어민주당 남인순 의원,
이수진 의원, 서영석 의원, 전진숙 의원

국회토론회

영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화 이대로 괜찮은가?

일시_ 2025.11.04.(화) 14시
장소_ 국회의원회관 제11간담회실

사회

변혜진 연구공동체 건강과대안 상임연구위원

발제

정형준 건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장

토론

김충기 대한의사협회 정책이사

장보현 대한약사회 정책이사

김진석 참여연대 공동집행위원장, 서울여대 사회복지학과 교수

김성주 한국중증질환연합회 대표

전진한 무상의료운동본부 정책위원

홍석환 민주노총 정책국장

성창현 보건복지부 보건의료정책과장

공동주최_무상의료운동본부

민주당 남인순·이수진·서영석·

전진숙 국회의원

조국혁신당 김선민 국회의원

문의_ 무상의료운동본부 김재현 사무국장

010-7726-2792



목차

인사말	.....	6
발제문	정형준 / 건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장	..... 16
토론문 1	김충기 / 대한의사협회 정책이사	..... 33
토론문 2	장보현 / 대한약사회 정책이사	..... 37
토론문 3	김진석 / 참여연대 공동집행위원장, 서울여대 사회복지학과	..... 45
토론문 4	김성주 / 한국중증질환연합회 대표	..... 48
토론문 5	전진한 / 무상의료운동본부 정책위원	..... 53
토론문 6	홍석환 / 민주노총 정책국장	..... 59
토론문 7	성창현 / 보건복지부 보건의료정책과장	..... 64

조국혁신당 김선민 의원 인사말

2025.11.04

안녕하십니까?

국회 보건복지위원회 소속 조국혁신당 김선민
의원입니다.

바쁘신 일정 속에서도 오늘 개최하는 『영리 플랫폼
중심 원격의료 법제화, 이대로 괜찮은가?』토론회에
참석해주신 여러분들께 감사드립니다.



그리고 이 토론회를 함께 공동주최하는 존경하는 더불어민주당 남인순 의원님,
이수진 의원님, 서영석 의원님, 전진숙 의원님과, 의료민영화 저지와 무상의료
실현을 위한 운동본부 관계자 여러분, 그리고 이 자리에 함께 해 주신 발제자 및
토론자 여러분께도 깊은 감사를 드립니다.

다들 아시다시피 지난 21대에 이어 현재 국회 복지위에서도
비대면진료(원격의료)를 허용하는 의료법 개정안이 논의되고 있습니다.

오랫동안 한국에서의 '원격의료'논의는 의료 영리화를 위한 산업 과제로 제시되어
왔다는 비판이 많았습니다.

그러나 지난 2002년 코로나 팬데믹 당시부터 '비대면진료'라는 이름으로 이를

한시적으로 허용한 이후 의료취약지 환자의 의료 접근성 개선 등을 위하여 지난 2024년 한해동안 7만 4천여 의료기관에서 215만건의 비대면진료가 실시되는 등 현재까지 시범사업으로 시행하고 있습니다.

하지만 아직 비대면진료에 대한 구체적인 실시기준 및 관련 제재규정 등이 미비하여 비대면진료가 본래의 도입 취지와는 달리 편의성을 위한 목적으로 무분별하게 활용되고 있다는 비판이 있는 것도 사실입니다. 또한 오늘 토론회 주제이자 많은 분들이 걱정하고 있는 「영리 플랫폼 규제」에 대한 논의는 상대적으로 부족하다는 지적도 있습니다.

비대면진료에 대한 이러한 문제 해결과 또 한편으로 비대면 진료를 많이 활용하고 있는 국민적 요구를 함께 반영하고자 많은 의원님들뿐 아니라 저 또한 DUR을 통한 비대면진료를 주요 내용으로 하는 의료법 개정안을 대표발의했지만 아직 많은 의견들을 모아야 할 때라고 생각합니다.

그런 의미에서 오늘 이 자리는 보건의료단체연합, 대한의사협회, 대한약사회, 참여연대, 한국암환자권익협의회, 민주노총, 무상의료운동본부 등 시민사회단체와 각계 전문가들의 입장을 충분히 논의하여, 원격의료의 바람직한 활용 방안을 모색하는 뜻깊은 자리가 될 것입니다.

오늘 활발한 논의를 통해 국민의 건강과 공공 의료체계를 보호하면서도, 시대의 변화에 맞는 비대면진료 활용 방안에 대한 지혜롭고 합리적인 결론이 도출되어 법안 개정에 반영되기를 기대합니다.

다시 한번 토론회에 참석해주신 많은 분들께 감사드립니다!

더불어민주당 남인순 의원 인사말

안녕하십니까?

국회 보건복지위원, 더불어민주당 서울송파병 남인순
국회의원입니다.

풍성한 결실과 수확의 기쁨을 나누는 만추의 계절에
"영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화, 이대로 괜찮은가?"를
주제로 한 국회토론회 개최를 뜻깊게 생각하며, 관심을
갖고 자리에 함께하여 주신 여러분을 환영합니다.



토론회를 함께 주최하여 주신 더불어민주당 이수진·서영석·전진숙 국회의원님과
조국혁신당 김선민 국회의원님, 그리고 무상의료운동본부 관계자분들께 감사의 마음을
전합니다.

토론회 발제자이신 정형준 건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장님,
사회자이신 변혜진 연구공동체 건강과대한 상임연구위원님, 그리고 토론자이신 김충기
대한의사협회 정책이사님, 장보현 대한약사회 정책이사님, 김진석 참여연대
공동집행위원장님, 김성주 한국암환자권익협의회 대표님, 전진한 무상의료운동본부
정책위원님, 홍석환 민주노총 정책국장님, 성창현 보건복지부 보건의료정책과장님께
감사드립니다.

오늘 토론회의 주제가 원격의료인데, 의료기관 밖에 있는 환자에 대해
유선·무선·화상통신, 컴퓨터 등 정보통신기술을 활용하여 원격으로 의료(진료)서비스를

받는 원격의료와 비대면진료는 사실상 유사한 개념으로 판단됩니다.

현행 「의료법」은 대면진료를 원칙으로 하고 있으나, 정부가 코로나19 팬데믹에 대응하여 감염병 확산을 막기 위한 불가피한 조치로 비대면 진료를 한시적으로 허용하였습니다.

그리고, 지난해 2월 의대증원정책 강행에 반발한 의사집단행동으로 의료대란이 발생하면서 정부는 국민들의 불편을 최소화하기 위해 비대면진료 시범사업의 범위를 확대 시행하였습니다. 하지만 최근 보건의료재난위기 심각단계가 해제되었지만, 비대면진료 시범사업은 병원급 이상에서는 제한되지만 의원급 의료기관 중심으로 유지되고 있습니다.

현재 국회에는 비대면진료 관련 여러 「의료법 개정안」이 발의되어 보건복지위원회에서 법안심사를 하고 있으며, 보건복지부에서도 보건의료재난 위기경보 심각단계가 해제되면서 비대면진료 제도화가 시급하다는 견해를 밝하고 있습니다.

비대면진료 제도화와 공적 전자처방 전송 시스템 구축은 이재명 대통령의 공약사항이며, 코로나19 팬데믹 시기와 코로나19 이후 시기에 시행된 비대면진료 시범사업을 통해 확인된 성과와 한계 등을 분석하고, 시범사업을 통해 제기된 환자의 의사, 약사, 전문가 등의 의견을 최대한 반영하여 「의료법」에 법적 근거를 마련해야 한다고 판단됩니다.

보건복지부 자료에 따르면 코로나19 시기(2020.2.24.~2023.5.31.)에 비대면 진료를 한 번이라도 시행한 의료기관은 약 2만 1,000개소이고, 월평균 19만명의 환자가 이용한 것으로 집계되었으며, 코로나19 이후 시기(2023.6.1.~2025.2.28.)에 비대면 진료를 한 번이라고 시행한 의료기관은 약 9,600개소이고 규제가 강화된 시기에는 월평균 13~14만명, 규제가 완화된 시기에는 월 평균 18만명의 환자가 이용한 것으로

집계되었습니다.

하지만 보건복지부가 발표한 시범사업 결과 역시 플랫폼 업체를 통한 추정치에 불과하며, 비급여 의약품 처방과 부작용 발생 현황 등 환자 안전을 위한 데이터 관리가 부실하다는 지적이 제기되어 왔습니다. 또한 일부 비대면진료 플랫폼들은 보건복지부 가이드라인을 반복적으로 위반하고 있음에도 실효적인 제제가 미흡하며, 마약류, 오남용 우려 의약품, 사후피임약, 비만치료제 등 비대면진료시 처방을 제한하는 의약품이 꾸준하게 늘고 있다는 비판도 제기되어 왔습니다.

현행 「의료법」은 현재까지 의사-환자 간 비대면진료는 원칙적으로 허용되지 않고 있으며, 2023년 2월 보건복지부와 대한의사협회의 제2차 의료현안협의체 회의에서 협의한 바대로 대면진료를 원칙으로 하고, 비대면진료는 보조수단으로 활용하는 것이 바람직하다고 판단되며, 재진환자 및 의원급 의료기관 중심으로 운영하고, 비대면진료 전담 의료기관을 금지한다는 원칙을 존중할 필요가 있다고 판단됩니다.

특히, 무상의료운동본부 등 보건의료시민단체에서는 영리 플랫폼 중심 비대면진료 법제화에 강한 반대의견을 제시하고 있습니다. 비대면진료 민간 플랫폼들은 본질적으로 수익을 내려는 영리기업으로, 영리 플랫폼이 지배하는 비대면진료 법제화는 지역·필수·공공의료 공백 해결에 도움이 되지 않는다는 비판입니다.

이러한 점을 감안하여 저는 국회 보건복지위원회 법안심사 과정에서 공적 전자처방전 전달시스템 구축과 함께 공공 플랫폼을 구축할 것을 강조한 바 있습니다. 영리 플랫폼이 아니라 국가가 책임지고 운영하는 공공 플랫폼을 구축한다면, 비대면진료시 예상되는 의료비 증가, 지역 보건의료 붕괴, 환자 개인정보 유출 등 역기능을 최소화할 수 있을 것입니다.

현재의 비대면진료는 전국 어디서나 진료·처방이 가능하며, 지역 제한 없이 운영되고

있어, 대도시 중심의 일부 의료기관과 약국으로 환자가 집중될 우려가 높으며, 이는 농어촌·중소도시 의료 접근성 저하, 의료서비스 편중 및 사업화 심화 등 부작용이 발생할 수 있으며, 의료인프라가 열악한 지역은 의료적 역차별이 더 심각해질 수 있다는 지적도 제기되어 왔습니다.

비대면진료 제도화는 의료 접근성 보장과 함께 추진해야 할 것입니다. 비대면진료가 필요한 보건의료 취약지와 취약 계층은 오히려 비대면진료 이용이 낮으며, 응급의료 등 의료공백을 해소하기 위해서는 공공병원과 공공 의료인력을 적극적으로 확충하여 의료 접근성을 보장하고, 응급의료체계를 구축해야 할 것입니다.

이러한 점에서 오늘 “영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화, 이대로 괜찮은가?”를 주제로 한 국회토론회는 소중한 의미가 있습니다.

각계 전문가 분들이 한 자리에 모인 만큼, 원격의료(비대면진료) 제도화방안을 모색하는 소중한 자리가 되길 바라며, 오늘 논의한 사항들은 앞으로 국회 정책 및 입법 활동에 반영하도록 하겠습니다.

정책토론회에 함께하여 주신 여러분께 다시 한 번 감사드리며, 일교차가 심한 환절기 건강과 행복, 평화를 기원합니다.

더불어민주당 서영석 의원 인사말

안녕하십니까,
국회 보건복지위원회 소속, 부천시(갑) 국회의원
'국민비타민' 서영석입니다.

<영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화, 이대로
괜찮은가?> 토론회 개최를 진심으로 환영합니다.
뜻깊은 자리를 위해 함께 뜻 모아주신
남인순·이수진·김선민·전진숙 의원님, 그리고 사회를
맡아주신 변혜진 교수님과 발제를 준비해주신 정형준 위원장님, 함께 토론으로
참여해주시는 모든 전문가 여러분께 깊이 감사드립니다.



원격의료 논의는 단순히 기술의 발전이나 산업의 육성 차원을 넘어, 국민의
생명과 건강을 지키는 보건의료체계의 공공성을 어디에 둘 것인가라는 중대한
질문을 던지고 있습니다.

원격의료는 '접근성 향상'과 '편의성 증대'라는 시대적 흐름 속에서 논의가
지속되고 있습니다. 의료 접근이 어려운 지역이나 고령층, 만성질환 환자
등에게 유용한 수단이 될 것으로 기대되고 있습니다. 그러나 한편에서는
원격의료가 '영리 플랫폼'을 중심으로 제도화될 경우, 의료 공공성과 건강보험
체계의 약화로 이어질 우려도 제기됩니다.

중요한 것은 의료는 산업 이전에 공공재라는 점입니다. 따라서 원격의료
논의도 국민의 편익을 높이고, 의료의 형평성과 국민의 안전을 지키는

방향으로 이뤄져야 합니다. 기술이 환자에게 도움이 될 때는 적극 활용하되, 그 이익이 기업의 수익이 아니라 국민의 건강으로 돌아가야 합니다.

그러기 위해서는 세밀한 정책적 설계가 필수적입니다. 우선, 원격의료가 정말 국민의 건강에 도움이 되는지 안전성과 효과를 꼼꼼히 검증되어야 하며, 국민의 편익을 우선하는 공공적 관리체계 속에서 운영되어야 합니다. 그리고 현장의 목소리를 귀 기울여 들어야 합니다. 실제로 진료를 하는 의료인과 서비스를 이용하는 환자들이 신뢰할 수 있는 제도가 되어야만, 원격의료가 제대로 뿌리내릴 수 있을 것입니다.

오늘 토론회를 통해 우리 사회가 의료의 미래를 어떻게 설계해야 할지, 그 해답을 함께 모색하는 뜻깊은 시간이 되기를 바랍니다. 저 역시 국회 보건복지위원회 위원으로서, '의료는 국민의 권리'라는 원칙 아래, 공공성과 보편성을 지키는 정책이 이루어질 수 있도록 최선을 다하겠습니다.

아울러, 참석하신 모든 분들의 고견이 향후 국회 논의에 큰 힘이 되리라 믿습니다. 준비해 주신 모든 분들의 노고에 진심으로 감사드리며, 귀한 시간을 내주신 모든 분들께 거듭 감사드립니다.

감사합니다.

더불어민주당 이수진 의원 인사말

안녕하십니까, 국회 보건복지위원회 간사를 맡고 있는
성남시 중원구 국회의원 이수진입니다.



<영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화 이대로
괜찮은가?> 토론회를 동료의원님들 그리고
무상의료운동본부와 함께 개최하게 되어 뜻깊게
생각합니다. 바쁘신 중에도 발제와 토론, 좌장을 맡아주신 전문가 여러분과
보건의료 현장의 관계자 여러분께 감사의 인사를 드립니다.

원격의료가 성장하고, 코로나19 등 감염병 사태를 맞으며 비대면진료에 대한
제도화 논의가 이어지고 있습니다. 국회에서도 최근 원격의료, 비대면진료에
대한 입법 논의가 본격화되고 있습니다.

원격의료, 비대면진료가 이미 시행되고 있고, 도입을 원천적으로 막을 수 없으며,
도입의 필요성도 인정된다는 점에서 이에 대한 입법적 대응도 필요한
상황이라고 생각합니다.

원격의료는 본래의 대면진료에 대하여 보완적으로 이루어질 필요가 있고, 또한
의료의 공공성을 훼손하지 않으며 이루어질 필요가 있습니다. 원격의료 제도화가
의료 영리화를 부추기지 않고, 국민 의료비 부담이 가중되지 않도록 해야
합니다. 그리고 이를 위해 원격의료, 비대면진료의 보완성, 공공성 원칙에 기반한
제도를 마련해야 하고, 공공 플랫폼 등의 개발을 통해 정부가 원격의료 영역에

적극적인 역할을 해야 할 것입니다.

오늘 토론회가 원격의료 제도화 추진에 대해 진단하고 나아갈 방향을 꼼꼼히 살펴 국민건강을 위한 소중한 논의의 장이 되길 바랍니다.

참석해주신 모든 분들께 감사드리며, 늘 건강과 건승이 함께하시길 기원합니다.
감사합니다.

더불어민주당 전진숙 의원 인사말

안녕하십니까.

더불어민주당 보건복지위원회·성평등가족위원회 소속
전진숙 국회의원입니다.

오늘 '영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화'라는 주제로
모이신 여러분께 감사드립니다. 특히 의료민영화
저지와 무상의료 실현을 위한 운동본부, 그리고 함께
토론회를 준비해주신 김선민·남인순·이수진·서영석 의원님께도 깊은 감사를
드립니다.



국회는 지금 비대면진료를 제도화하는 의료법 개정안을 논의하고 있습니다.
하지만 현재의 논의가 의료의 공공성과 환자 안전보다, 영리 플랫폼 산업 육성
논리에 치우쳐 있다는 점에서 우려의 목소리가 큽니다.
저는 올 6월, 「의료법 일부개정법률안」을 발의하며 비대면진료가 의료기관 중심
의 공공적 틀 안에서 운영되어야 한다는 원칙을 분명히 했습니다.
환자 정보와 진료 데이터를 영리기업의 수익 수단으로 내줄 수 없으며, 비대면
진료는 국민의 건강권을 보완하는 수단이어야지, 의료영리화의 관문이 되어서는
안 됩니다.
법안은 ▲영리 플랫폼의 환자 유인·알선 행위 금지, ▲비급여 및 마약류 원격처
방 제한, ▲비대면진료 중개매체의 복지부 신고·인증제 도입, ▲공공 플랫폼 기
반의 진료 원칙을 담고 있습니다.

이 제도적 장치를 통해 의료의 본질적 가치인 신뢰·책임·공공성을 지키고자 합니다.

오늘 토론회는 우리 사회가 묻는 하나의 질문에 답하는 자리입니다.

“원격의료는 누구를 위한 것인가.”

편의와 효율만이 아니라, 의료의 기본인 환자 안전과 평등한 접근권이 중심이 되어야 합니다.

오늘 논의가 의료 공공성의 원칙을 다시 세우는 계기가 되길 바랍니다.

국민의 생명과 건강 앞에서, 국회는 결코 시장의 논리에 밀려서는 안 됩니다.

함께해주신 모든 분들께 감사드립니다.

— 더불어민주당 국회의원 전진숙

(보건복지위원회·성평등가족위원회 소속)

발 제 문

영리 플랫폼 중심 원격의료 법제화, 이대로 괜찮은가?

정형준 / 건강권실현을위한보건의료단체연합 정책위원장,
원진녹색병원 대표원장

0. 들어가며

- '환자대상 원격의료'는 지난 20여년 간 산업계의 핵심요구였음. 하지만 한국에서 도입이 미뤄지게 된 이유는 한국의 의료 공급의 대부분이 민간인 관계로 대형병원 쏠림과 과다 의료 이용 유발, 개인건강정보 유출 위험성이 해소될 수 없었기 때문임. 특히 일차의료체계가 구축되어 있지 않아, 원격의료가 전면 도입될 경우 의료 영리화가 심각하게 촉발될 것이 예정되어 있어 도입 논란이 계속되어 왔음. 여기에 기간의 시범사업을 통해서도 원격의료가 의료 취약지에서 효용성을 입증하지 못하고, 의료 비용에 있어서도 고 비용임이 드러남에 따라 도입을 위한 합리적 요구가 축소될 수 밖에 없었음.
- 하지만, 코로나19 팬데믹으로 대면진료의 한계가 드러남에 따라 '위기가 기회'라는 식의 산업계의 요구와 피할 수 없는 환경 조성(사회적 거리 두기 실시)으로 한시적 환자 대상 원격의료가 시작됨. 이때부터 기존의 원격의료와는 다른 모종의 '비대면 진료'라는 용어가 사용되면서 마치 과거의 실패한 '원격의료 시범사업'과는 다른 어떤 '비대면' 의료 서비스라는 덧칠이 가해졌음.
- 실제로 '비대면 진료'와 '원격 의료'는 하등의 차이가 없음. 원격 의료(telemedicine)는 화상 통화, 음성 통화, 메신저 등 정보통신기술(IT Tec.)을 이용해 환자가 병원에 직접 방문하지 않고 원격으로 의료서비스를 받는 것을 뜻함. 2020년 코로나19 시기 '비대면 수업', '비대면 회의' '비대면 업무' 등의 용어 사용에 기대어 '비대면 진료'라는 용어로 과거 '원격의료'와 모종의 다른 서비스라는 이미지 덧씌우기를 시도한 것은 산업계가 시도한 이미지 세탁의 대표적 사례(예를 들면 '영리병원'을 '투자개방형병원'이라고 불렀다던가 하는 식)라고 볼 수

있음.

- 코로나19 시기 어쩔 수 없는 사회적 거리 두기를 유지하기 위한 고육지책이었던 원격의료 시범사업은 윤석열 정부에서 코로나19 범유행 종료 선언 이후에는 전면 시범사업이라는 기이한 방법으로 계속 유지되었음. 이는 원격의료에 대한 윤석열 정부의 집착과 산업계 로비의 결과였음. 코로나19 시기 원격의료에 대한 제대로 된 평가 및 시범사업에 대한 사회적 토론은 제대로 이뤄지지 않았고, 영리적 중개 플랫폼이 우후죽순 성장하게 되었음. 시범사업 기간에 법적 근거가 없었음에도 영리적 원격의료 플랫폼을 규제하지 않았다는 것은 원격의료 시범사업의 목적이 영리적 중개 플랫폼의 활성화에 있었음을 시사하는 방증임.
- 이에 한국에서 기간의 원격의료를 둘러싼 문제와 영리적 플랫폼이 가져 올 재앙적 미래에 대해서 정리하는 것이 이 원고의 목적임.

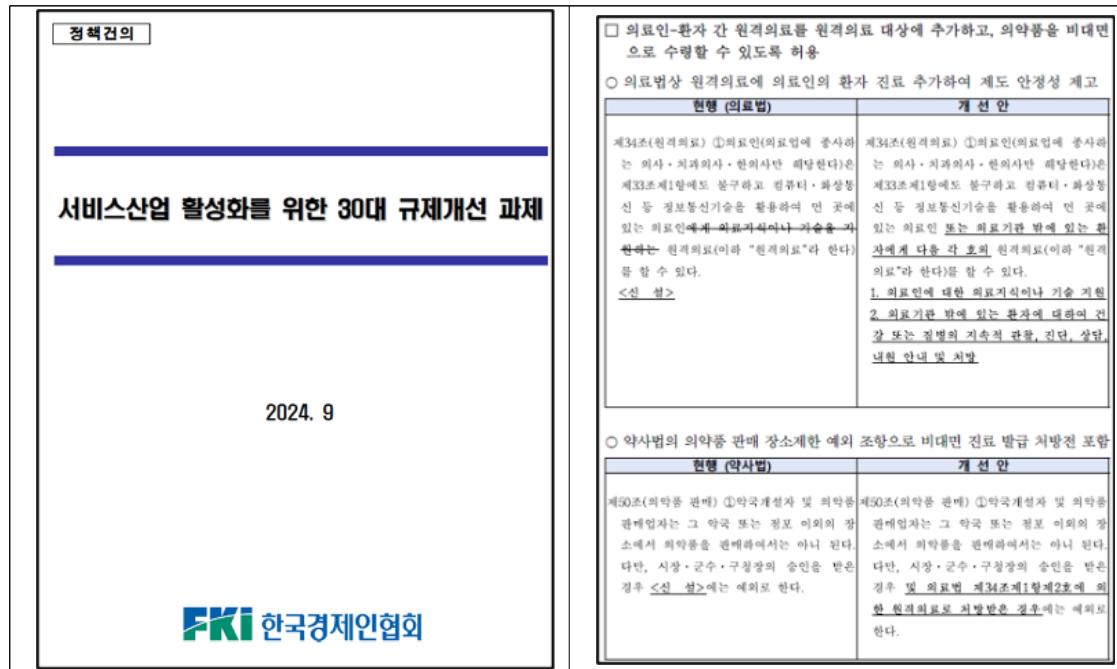
1. 누구를 위한 원격의료인가?

- 대부분의 국가에서 원격의료는 환자의 편의성, 접근성 향상을 위해 고안되고 발전되었음. 물론 이 외에도 의료 비용 절감(높은 의사 진찰료에 대한 우회, 미국)이나 관리 의료의 도입 등을 위한 도구로도 사용되었음. 미국의 경우는 높은 의료 비용을 줄이고, 적은 비용으로 의사상담(consulting)을 가능하게 하는 도구로 도입되었다고 봐야 함. 영국에서는 국영 의료체계의 디지털 전환을 위한 도구로 작동했음.(영국의 영리 플랫폼의 문제점은 참고 자료로 대체함)
- 반면 한국에서는 2009년 첫 논란부터 '산업 육성' 등의 목적¹⁾을 두고 있었음. 2012년 11월 29일 이명박 정부 말까지도 'IT-의료 연계'를 위해 원격의료의 필요성을 피력한 바 있음. 이 계획에 따르면 원격의료 외에도 오진의 책임, 신고 절차, 원격 처방전이 필요하다고 되어 있으며, 약사법을 개정하여 의약품 배송을 허용하고, 개인정보관리 법까지 바꾸려는 계획을 가지고 있었음. 또한 건강생활서비스, 의료정보화(건강정보 빅데이터)의 선결 과제임이 드러나 있음.
- 박근혜 정부 들어 2013년 5월 김재홍 산업통상자원부 차관은 경제자유구역 안에 의사-환자 간 원격진료와 IT 기기를 활용한 건강관리 서비스를 허용하기 위해 관련 법 개정을 추

1) 2009년 7월 보건복지부는 "현행 금지되어 있는 의료인-환자간 원격의료를 허용함으로써 의료서비스 접근성 제고 및 산업을 육성하고, "원격의료 시 처방전 대리 수령 근거 조항 등을 마련" 내용을 담은 '의료법 일부개정법률안' 제출

진한다고 밝힘. 이때까지는 민영보험사가 의료업에 진출하려는 매개였던 '건강관리서비스'를 위한 선형 조건으로 원격의료가 거론됨.

- 문재인 정부 출범 1년차인 2018년 6월 경총이 '원격의료'를 9개 규제 개혁 과제의 하나로 제시함²⁾. (당시, 영리 병원, 법인 약국 허용이 동시에 제출됨)



< 그림 > 2024년 9월 한국경제인협회 규제 개선 과제

- 윤석열 정부 들어 의정 갈등이 한창인 2024년 9월에도 한국경제인협회는 '의료인-환자 간 원격의료'를 원격의료 대상에 추가하고, 의약품을 비대면으로 수령할 수 있도록 허용해 달라고 주장하면서 친절하게 성안된 법안까지 제시한 바 있음.(그림 참조)

- 지금까지 한국에서 논의된 원격의료 도입 과정과 시범사업 등은 해외의 경우와 비교해도 접근 방식에 심각한 문제가 있음. 유럽과 호주의 사례와 비교 시 한국은 산업계(의료기기 및 정보통신업체들)이 주도권을 쥐고 있는 반면, 주요 선진국은 정부(보건복지부)가 중개 서비스나 제도적 주도권을 가지고 있음.

2) "경총이 밝힌 9대 혁신 성장 규제 개혁 과제 중 3개는 의료 산업에 대한 것이다. 경총은 영리병원 설립과 원격의료 허용 그리고 의사 간호사 인력 공급 확대를 요구했다." 경총, 의료-ICT '9대 규제 개혁 과제' 건의, 2018년 6월 18일, 동아일보

구분	유럽, 호주 사례	한국
대면진료와의 관계	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료서비스 전달 체계의 확장으로 간주 대면진료와의 상호 보완적 관계 강조 	<ul style="list-style-type: none"> 대면진료의 반대 혹은 대체 개념으로 원격의료를 포지셔닝
원격의료 추진 목적	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료 체계 내 문제 해결 수단으로 접근 	<ul style="list-style-type: none"> 국가 경제발전 등 신성장 동력으로서 '보건의료산업'과 '원격의료' 역할 강조
사업의 구체성	<ul style="list-style-type: none"> 정부 투자 금액을 명확히 밝힘 의료정보 보호, 기술 표준 및 브로드밴드망 활용 등 관련 인프리를 구체화 	<ul style="list-style-type: none"> 정부 투자 규모 불명확, 민간 조달을 기본 상정. 시범사업을 제외하고 실제 원격의료 도입 및 적용을 위한 추가적 연구 계획 부재
인센티브 구조	<ul style="list-style-type: none"> 의료인, 의료 기관 등 원격의료 활동에 대한 연구 목적의 인센티브 제공 	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험을 이용한 경제적 인센티브 구조에 대해서만 고려 향후 보험 급여 지급 시 기존 대면진료와의 형평성 문제 대두

< 표 > 유럽, 호주의 원격의료와 한국의 차이점

- 한국과 그나마 유사한 의료체계를 가지고 있는 일본의 경우를 보겠음. 2016년 일본의 첫 원격의료 상용 서비스인 “포켓닥터(ポケットドクター)”는 단순 상담 서비스였음. 가장 중요한 투약 및 처방은 전혀 할 수 없었음. 또한 초진 3000엔, 재진 2000엔으로, 일본 개보험(건강보험)의 적용을 받지 않았음.(참고로 일본은 혼합진료(급여 진료와 비급여 진료를 혼용하는 진료 행위)가 금지된 나라로, 포켓닥터는 급여 영역이 아닐 뿐더러 일본 의료 제도 내의 영역이라고도 사실상 볼 수 없었음). 일본에서도 본격적으로 건강보험 적용이 되는 원격 의료서비스는 코로나19 시기에 시작되었음.

- 일본의 경우 가장 많은 사용자를 보유했던 ‘LINE 닥터’ 서비스가 2025년 6월에 종료됨. 이 원격 중개 사업은 ‘HELP 닥터’로 승계되었음. ‘LINE 닥터’의 경우 월 550엔 구독료가 있었으나, ‘HELP 닥터’의 경우는 플랫폼 이용료 660엔이 진료마다 발생하는 구조임.(건강보험 진찰료, 처방전료, 우송료 등은 모두 별도임)(일본의 경우 의약 분업이 없으며 약을 배송하는 것이 애초에 합법)(원내 처방 배송료 550엔, 원외 처방 처방전 송부료 130엔 정도임.) 사업 철수와 승계의 이유는 일본 내 ‘온라인 진료’는 피부 미용, 피임 목적의 알약 처방 등 비보험 진료(자유 진료)를 위한 것이란 인식이 매우 크고, 보험 진료에 대해 안심하고 진찰받을 수 있다고 대부분 생각하지 않기 때문임.

- 일본의 경우가 보여주는 시사점은 일본은 의료 기관 계약제, 혼합진료 금지를 시행하고 있어 자유 진료(한국의 비급여 진료)가 명확하게 보험 진료와 구획되어 있으나, 한국의 경우 비급여 진료가 급여 진료 영역을 침습하는 현 상황을 고려할 때 **비급여 진료를 부추길 공산이 크다**는 점임. 또한 건강보험 진료에 미치는 영향이 적은 혼합진료 금지를 시행함에도 추가적인 비용(구독료, 수수료)이 발생해 **사실상 의료 비용 상승**으로 나타나고 있음. 실제로 한국에서 2023년 12월 15일 이후 2개월여 간 약사회가 운영 중인 공적 처방 전달 시스템(PPDS)를 통해 접수된 처방전 중 급여 처방은 39.5%, 비급여 처방은 60.5%였음.
- 캐나다, 영국, 미국의 경우는 참고 자료(무상의료운동본부 의견서)로 갈음하겠음.
- 즉 기간의 역사적 과정을 보면 '원격의료'는 한국에서는 20여 년 가까이 산업 발전과 건강관리서비스업, 영리 병원, 법인 약국 허용 등의 의료 산업화 과제로 제시되었음. 그간 환자 접근성이나 의료의 질 문제 등은 레토릭으로는 거론되었으나 본질적으로 제시된 바 없음. 따라서 이제부터의 원격진료 논의는 국민들의 건강과 의료의 질 문제에서 접근하는 접근법의 변화부터 필요함.
- 산업계와 민간 자본이 아니라 국민들을 위한 원격의료가 되어야 함.

2. 건강보험(공보험)제도와 충돌하고 있는 상법상 회사가 운영하는 중개 플랫폼

- 한국의 건강보험은 강제 가입, 당연지정제를 통해 공적 의료 공급을 책임지고 있음. 또한 국민 정서는 물론 의료법의 취지상으로도 영리를 추구해선 안 된다는 점을 분명히 하고 있어 건강보험제도하에서는 영리 병원이 불허되고 있으며, 환자 유인 알선 행위도 금지되고 있음. 이는 건강보험 제도의 근간이 공공성과 공익성에 기초한다는 점을 드러낸 것임.
- 이런 문제로 박근혜 정부 시절 추진하던 '병원 영리 자회사'의 경우도 병원의 영리화와 자본 유출 등의 이유로 실제 추진되지 못했음. 또한 유디치과 사태로 촉발된 의료인 개인의 개설권도 '1인1개소법'에 의해 의료인이 둘 이상의 의료기관을 개설 및 운영할 수 없도록 규정(의료법 제33조 제8항)하고 있음. 이후 경영지주회사나 편법으로 의료인 개인이 여러 의료기관을 개설하는 '1인1개소법 위헌청구소송'은 2019년 최종적으로 합헌 판결이 나왔는데,

당시 현재가 1인1개소법의 합헌 판정을 내린 근거 중 중요한 점은 영리 추구에 대한 우려³⁾였음.

- 따라서 건강보험 진료를 원격으로 중개하는 플랫폼은 기본적으로 1) 영리 추구를 하면 안 되며 2) 중개를 통한 환자 유인 알선이 어떤 방식으로도 되어선 안 되고 3) 영리 자회사(경영지원회사 혹은 의약품 및 의료 기기 도매업, 병원지원회사)의 형태가 되어선 안 됨.
- 하지만 현재까지 시범사업에 참여한 플랫폼이 상법상 영리 회사로 영리 목적의 각종 사업을 영위하면서 각종 문제를 불러일으켜 왔음. 실제로 영리 기업의 원리상 이윤 추구가 최대의 목적인 만큼 원격의료 중개업을 주된 사업으로 주장하는 기업은 결국 건강보험 제도의 공익성에 반해 여러 가지 영리 사업을 연계시키게 됨. 일본의 경우 환자들에게 구독료, 혹은 이용 시마다 수수료를 부과하는데, 이 역시 건강보험 진료에 추가적인 비용을 부담시키는 것으로 보편적 공보험 제도를 유지하는 국가에서는 용인해선 안 되는 일임.(최대한 양보한다면 건강보험 진료를 배제한 피부미용 등의 비급여 진료에만 한정해야 할 것임)
- 보편적 건강보장 제도인 건강보험 진료는 영리적 목적이 아니라 필요한 곳에 필요한 지원을 배분한다는 공익성에 기초함. 이 때문에 의료인 개인도 1개소의 의료 기관만 운영할 수 있도록 법률적으로 규제하고 있는 만큼, 영리적 운영과 건강보험의 비영리적 운영 사이의 모순이 발생하는 상법상 회사가 운영하는 중개 플랫폼은 의료 체계의 심각한 모순을 일으킬 사안임.
- 여기다 민영보험사들이 '실손보험 청구간소화'를 위해 민간보험사 연합 단체인 보험개발원을 통해 만든 '실손24'앱을 보면, 종래의 목적은 실손보험 청구 간소화였으나, 실제로는 환자 유인알선을 종용할 수 있는 병원 예약(네이버 예약 연계), 약국 소개(청구 간소화에 참여한 약국 소개) 등으로 플랫폼이 이미 진화하고 있어, 원격의료 허용 시 민영보험사의 청구 간소화와의 연계 가능성도 점칠 수 있음.
- 만약 민영보험사가 원격의료 중개 앱 혹은 중개업과 연계하여 실손보험 청구 간소화까지 구축하게 된다면, 장기적으로 실손보험의 주된 대상인 비급여 진료 활성화와 의료 영리화의 가속 페달을 밟게 될 것임. 또한 건강보험과 경쟁하는 민영보험의 시장 확대라는 점에서 경

3) "이 조항들이 금지하는 중복 운용 방식은 1인의 의료인이 주도적인 지위에서 여러 가지 의료기관을 지배 관리하는 형태" "이러한 행태의 중복 운영은 의료 행위의 내부적인 요인에 개입할 수 있고 의료기관의 운영 주체와 실제 의료 행위를 하는 의료인을 분리시켜 실제 의료 행위를 하는 의료인을 다른 의료인에게 종속시키게 하고, 지나친 영리 추구로 나아갈 우려도 크다"

쟁적 공보험 체계(이중 구조)의 악순환을 가속화할 수 있음.

❶ 플랫폼을 통해 「실손24」 이용	❷ 플랫폼 청구시 포인트 제공
<p>1분 만에 내가 쓴 병원비 청구할 수 있어요 청구를 끝내면 1,000원도 받아요.</p>  <p>병원 서류가 필요없어요. 평균 2일 안에 보험금이 입금돼요.</p>	<p>1,000원 받았어요. 공유</p> <p>신청을 끝냈어요 평균 2일 안에 보험금이 입금돼요 신청 사유 내원 이유 확인 및 추가 서류를 위해 보험사에서 연락이 올 수도 있어요.</p>
<p>❸ 플랫폼 병원 예약과 청구전산화 연계</p> <p>No.858986543 그린팩토리내과의원</p> <p>일정 2025. 2. 14(금) 오전 11:00</p> <p>다시 예약 리뷰남기기</p> <p>보험 청구하기</p> <p>소중한 경험을 리뷰로 남겨 주세요! 실 사용자의 리뷰는 서울S치과교정과치과의원의 더 나은 서비스 제공과 다른 사용자들의 선택에 큰 도움이 됩니다.</p> <p>서류없이 보험 청구 가능한 근처 약국</p> <p>녹색약국 서현점 530m · 황새울로360번길 28 은성프라자</p>	<p>❹ 실손24를 통해 병원 예약</p> <p>전산청구 가능 참여병원</p> <p>실손의료보험 전산청구 가능 참여병원 정보를 확인할 수 있어요.</p> <p>병원검색</p> <p>참여병원 이름 입력</p> <p>지도검색</p> <p>참여병원만 보기</p> <p>그린 보건지소</p> <p>서울 구로구 디지털로 123, 그린빌딩 1784호 (구로동 그린빌딩) 02-1234-5678</p>
<p>* 상기 서비스 화면은 플랫폼 협의에 따라 변경될 수 있음</p>	

< 그림 > 실손24 앱 서비스 화면 예시

- 건강보험 진료에 대한 중개 업무가 영리 기업에 허용된다는 것은 실제로 의료법이 금지하는 환자 유인알선을 우회적으로 허용하고, 의료업에 영리적 가치를 덧붙이게 됨으로써, 궁극적으로 의료 영리화, 의료 민영화의 시발점이 될 수 있어 신중한 접근이 필요함.

3. 영리 플랫폼이 가져올 문제들

- 실제 카카오택시, 배달의 민족 같은 중개 플랫폼의 발전 과정을 보면, 초기에는 가입자 수를 늘리고, 시장 장악력을 높이기 위해 무료 서비스 등의 미끼를 던지지만, 일정 정도의 시장 장악력이 갖춰지면 공급자, 수요자에게 비용을 전가하며, 각종 부대 사업을 연계해 수익성을 극대화하게 됨. 즉 현재의 중개 플랫폼은 일정 기간이 지나면 **중개 수수료, 구독비 등을 기반으로 한층 더 영리화 될 가능성성이 높음**. 실제 소아과 진료 예약 시장에서 시장 장악력을 갖춘 '똑닥'(병의원 예약 앱) 서비스는 7년간 무료로 운영되었으나, 2023년 9월부터 월 1000원의 유료 서비스로 전환된 바 있음. **만약 원격의료가 국민적 필요에 의해 도입된다면 중개 수수료나 구독비가 없는 공공 플랫폼이 제공되어야 마땅함.**
- **플랫폼으로 의료 기관과 환자를 중개한 기업이 개인건강정보를 축적하고 영리 목적의 다른 산업과 연계할 가능성도 높음.** 현재 법안에 개인건강정보를 저장하거나 축적하지 못하도록 규정하고 있으나, 환자의 진료 정보 외에도 특정 병의원을 내원한 이력, 약품을 검색하거나 건강 상담을 한 이력 등을 수집할 경우 민영보험사가 가지고 있는 청구데이터나 여타 상업적으로 유통되는 개인정보가 결합 시 식별 정보화 될 수 있음. 식별 정보화 되지 않더라도 각종 마케팅과 보험 회사의 손해율 계산(보험 회사에서 가장 중요하게 생각하는 사업 영역), 가입 거절, 보험료율 결정 등에 활용될 수 있어 플랫폼을 영리 회사에 개방할 시 발생한 부작용은 개인정보 영역에서도 극심할 가능성이 높음.
- 또한 이미 밝혀졌듯이 **비급여 진료 등 수익성이 있는 의료를 조장할 가능성은 매우 높음**. 앞서 다뤘듯이 실제 한국에서 2023년 12월 15일 이후 2개월여 간 약사회가 운영 중인 공적처방전달시스템(PPDS)를 통해 접수된 처방전 중 급여 처방은 39.5%, 비급여 처방은 60.5%였음. 건강보험 진료의 경우 건강보험심사평가원 등의 심사평가가 작동하고, 대체로 대면 진료가 아닐 경우 지속 가능성이 없음. 비급여 진료는 상당수가 선택적 영역에 있으며, 피부미용 등의 비필수적 의료 서비스임. 이런 심사평가와 사용량이 구획되지 않는 부분에서 더 많은 영리 중개업의 이용 조장이 있을 수 있음. 실제로 '닥터나우'등은 탈모약의 가격 등을 고시하여 비급여 약물의 이용을 부추겨 왔음.

< 그림 > 닥터나우가 제공한 '원하는 약 처방 받기' 화면

- 건강관리서비스, 민영보험 청구간소화 앱, 영리 기업의 건강 앱, 건강상담 앱 등등과 합종연횡할 가능성이 높음.
- 의료기관 소모품 공급, 약품 공급, 치료 재료 및 수술 용품 공급, 경영 컨설팅, 광고 자회사 등의 수익 사업과의 연계성

4. 현실에서 보여주는 소위 '원격진료'의 허와 실

구분		2020년	2021년	2022년	2023년	2024년*	(단위: 건, 명)
건강보험	진료건수	1,373,185	2,050,664	3,567,461	2,395,973	933,430	
	이용자수	834,789	1,089,651	2,029,761	1,332,575	600,596	
의료급여	진료건수	124,453	166,300	174,309	128,520	57,614	
	이용자수	48,820	51,167	68,488	52,950	28,477	

* 2024. 7. 요양급여비용 지급기준
 ※ 진료비 청구시 진료방법(화상, 음성)을 구분하지 않아, 진료방법별 진료건수는 확인되지 않음

<표> 원격진료 연도별 진료 건수 및 이용자수, 최보윤 국회의원실, 2024.9.30

- 실제 이용자는 코로나19 시기(2020년-2022년) 이후 줄어들고 있음.(표)
- 또한 원격진료가 의료 접근성을 높일 수 있는 대안이라고 주장하고 있으나, '약사의 미래를 준비하는 모임'이 2025년 7월, 전국 읍면 지역 거주자 502명을 대상으로 실시한 조사 결과⁴⁾는 정부와 산업계의 현실 인식과는 다름. 조사 결과 읍면 지역 거주자의 약 60%는 스마트폰 앱 기반의 서비스 자체를 전혀 사용해 본 적이 없었고, 비대면 진료를 이용해본 적 있는 사람은 전체의 약 5%, 60대 이상 응답자 중에서는 2.5%에 불과함.
- "비대면 진료보다 지역에 의료 인프라가 존재하는 것이 더 중요하다"는 응답이 80%에 달했으며, "비대면 진료가 활성화되면 지역의 병의원이나 약국이 없어도 괜찮다"는 응답은 6%에 불과함. 이는 비대면 진료가 의료 취약지의 접근성을 개선할 것이라는 정부와 산업계의 주장이 현실과 괴리되어 있음을 보여줌.
- 의료 취약지 주민의 의료 접근성 개선을 위해서는 비대면 진료의 확대에 앞서, 이를 뒷받침할 수 있는 의료 인프라의 확충이 선행되어야 함. 그러나 현재 제안된 대안들은 의료 취약지 주민의 실질적인 의료 접근성 향상을 뒤로 미룬 채 비대면 진료 제도화에만 관심을 두고 있어, 도서·산간 지역 등 의료 취약지 주민에게 실질적인 도움이 되기 어려움.
- 또한 앞서 봤듯이 사용자의 상당수는 탈모 약, 여드름 약 등등의 비급여 약물의 쉬운 취득을 위해 사용 중임. 실제 의료 공급과 수요 모두에서 중요한 위치를 차지하지 못하고 있

4) 김이슬.(2025.08.08.) "편의점 약, 읍면 지역엔 먼 얘기"...공공 병원·약국 설립이 더 절실.

<https://www.kpanews.co.kr/article/show.asp?category=F&idx=261941>

고, 지속 가능성도 없음. 실질적인 효용감을 줄 수 있는 원격의료 도입을 위해서는 많은 예산과 평가와 대면 진료와의 구체적인 연계가 필요함. 이는 주치의제나 환자 등록제 등의 일차의료 체계 개편이 없이는 구현될 수 없음.

- 만성질환 투약의 경우도 한국의 경우 주치의제 등의 일차의료 체계가 없어 재진 시 처방되는 만성질환 약물의 유용성이 평가되기 어려우며, 이조차 약물의 부적절한 사용을 방지하는 결과를 초래할 수 있음.

- 의료법 개정안(대안)의 제34조3 제3항은 “비대면 진료를 실시하는 의료인은 「마약류 관리에 관한 법률」에 따른 마약 및 향정신성 의약품, 오·남용이 우려되는 의약품 등을 처방하여서는 아니된다”라고 하고 있지만 마약류뿐만 아니라 **비급여 전반에 대해 원칙적으로 처방을 금지할 필요가 있음**. 비대면 진료를 통한 비급여 처방에는 허가 초과 사용⁵⁾이나 근거가 부족한 약제가 포함되는 경우가 많아 안전성을 보장하기 어려움. 시범사업에서도 불필요한 비급여 처방이 빈번해 사후적 규제로는 이러한 문제를 통제하기 어렵다는 점이 이미 확인됨. 또, 플랫폼 기반 진료에서는 비급여 처방이 수익 창출 수단으로 악용될 우려도 큼. 따라서 비급여 처방은 원칙적으로 금지하고, 공적 필요가 입증된 경우에만 예외적으로 허용하는 규제가 필요함.

- 만약 이런 부작용에도 원격의료를 확대하려고 시도하거나 활성화하려 한다면 이는 우선적 과제인 1) 일차의료 체계 구축 2) 의료 기관 환자 등록제 3) 공익적 의원과 방문 진료 활성화 등의 선결 과제 이후에야 허용되는 것이 타당함.

5. 논의 중인 법안에서 벌어지는 문제들

- 의료법 제34조의 용어 정의를 둘러싼 혼동이 존재함. 기존의 '원격의료'라는 정의가 존재하는 상황에서 최소한 '원격진료'라는 식의 용어가 합리적 타당성이 있음. 사실 원격진료는 원격의료(telemedicine)의 하나로, 원격 상담, 비디오 상담, 가상 현실 상담 등을 포괄하는 개념임. '비대면'이란 점은 '원격'과 달리 다양한 함의를 가지고 있고, 정의 규정상 타당하지 않음.

- '비대면 진료 중개업자'를 법률에 규정하는 것은 위험함. 중개 매체를 제공하는 영리 사업자를 법률에 명시해서는 의료법, 국민건강보험법 등과 같은 층위에서 논의될 수 없는 소지

5) 엄밀하게 말해 허가 초과 처방은 비급여가 아니지만, 건강보험에 따른 규제를 받지 않는 것을 비급여로 통칭함.

가 있음. 최소한 '중개 매체의 운영' 권한과 허가는 명시하더라도 '중개업자'라는 용어는 영리 기업에게 중개업을 허용하는, 의료법상 부대 사업의 범위 등을 위반하는 허용 범위에 정의 개념으로 사료됨.

- 현재 정부 대안은 '의료법일부개정법률안(복지부 대안)'을 통해 원격진료의 기본적 틀을 설정하고 있으나, **대리 처방·대리 진료·약품 남용 방지 체계, 중개 매체의 기술적 안전성, 책임 소재 및 정보 보호 절차** 등에 대한 세부 규정이 미비하고, 영리적 원격진료 플랫폼의 활동을 양성화하여 의료법이 기존에 규제해 온 원칙(비대면 의료의 예외적 허용, 의료 정보 보호, 비영리 원칙)만 허물게 될 우려가 큼.
- 앞서 봤듯이 의료법이 의료기관의 영리성을 엄격하게 규제하고 있어, 원격진료의 핵심 요소인 진료 플랫폼 역시 의료 기관에 준하는 영리성 규제가 필요함. 의료법의 규제는 의료 서비스 제공 조직이 얻은 이익을 해당 조직 내 재투자 이외의 용도로 사용할 수 없도록 하고 있으나, 이미 외부 자본 투자를 기반으로 설립된 민간 플랫폼이 이러한 규제를 충족하기는 어려움.
- 설령 형식적으로 비영리성을 충족할 수 있다고 하더라도, 의료법에 따른 의료기관에 대한 영리성 규제가 다양한 방식으로 지속적으로 무력화되어 온 사례를 고려할 때, 새로운 입법 과정에서는 동일한 실패를 반복하지 않도록 할 필요가 있음. 정부가 비대면 진료가 국민 건강을 위해 반드시 필요하다고 믿는다면, 영리 플랫폼의 편의를 보장하는 지원 시스템을 구축하는 대신 영리 플랫폼을 대체하는 공공 플랫폼을 설립하고, 이를 통해서만 진료와 청구가 이뤄지도록 하는 방안을 우선 마련해야 함.

6. 소결

- 경총, 경제인연합회 등 산업계의 일방적인 규제 완화 요구와 로비의 결과로 추진되고 있는 현재의 의료법 개정 논의는 중단하고, 정부(공공) 주도의 원격의료 도입 논의로 재편되어야 함.
- 의료법 개정보다 중개 사업, 의료 정보 보호, 기술 표준, 브로드밴드망 활용 등의 영역에서 주관 부처와 공적 통제수단을 마련하기 위한 입법이 우선되어야 함. 특히 건강보험 진료와 관련된 원격의료의 도입은 건강보험공단과 보건복지부 중 누가 이를 주도하고 발전시킬

것인지에 대한 결정이 선행될 필요가 있음.

- 원격의료 제도화를 위한 중개 사업과 의료 정보 보호, 기술 표준 및 브로드밴드망 활용에 어느 정도의 정부 재원을 투입하고 이를 어떤 정부기관에서 관리감독 할 것인지를 명확히 해야 함. 공공 플랫폼, 공공 의료 정보 보호 기구, 원격의료 모니터링 등에 대한 추가 입법이 요구됨.

<참고1> 현행 의료법(원격의료의 기준 정의와 규율된 사항)

제34조(원격의료) ①의료인(의료업에 종사하는 의사 · 치과의사 · 한의사만 해당한다)은 제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터 · 화상통신 등 정보통신기술을 활용하여 먼 곳에 있는 의료인에게 의료지식이나 기술을 지원하는 원격의료(이하 "원격의료"라 한다)를 할 수 있다.

②원격의료를 행하거나 받으려는 자는 보건복지부령으로 정하는 시설과 장비를 갖추어야 한다.

③원격의료를 하는 자(이하 "원격지의사"라 한다)는 환자를 직접 대면하여 진료하는 경우와 같은 책임을 진다.

④원격지의사의 원격의료에 따라 의료행위를 한 의료인이 의사 · 치과의사 또는 한의사(이하 "현지의사"라 한다)인 경우에는 그 의료행위에 대하여 원격지의사의 과실을 인정할 만한 명백한 근거가 없으면 환자에 대한 책임은 제3항에도 불구하고 현지의사에게 있는 것으로 본다.

<참고2> 의료법일부개정법률안(서영석 의원 대표 발의, 발의 연월일 2025.9.19.)

제34조의2(비대면 진료)

제33조제1항에도 불구하고 컴퓨터 · 화상 통신 등 정보통신 기술을 활용하여 다음 각 호의 진료(이하 "비대면진료"라 한다)를 할 수 있다.

제34조의3(비대면진료 증개)

① 제34조의2에 따라 비대면진료를 실시하는 의료인은 비대면진료 요청의 확인, 비대면진료의 실시 등을 위하여 인터넷 매체[이동통신단말장치에서 사용되는 애플리케이션(Application)을 포함한다. 이하 "비대면진료 증개매체"라 한다]를 이용할 수 있다.

② 비대면진료 증개매체를 제공 · 운영하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신고하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

③ 제2항 후단에 따라 신고가 수리된 자(이하 "비대면진료 증개업자"라 한다)는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비대면진료 증개매체 제공 · 운영 기준을 따라야 한다.

④ 비대면진료 증개업자는 비대면진료 증개매체가 제공하는 기능의 적정성에 대하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 인증을 받아야 한다.

제34조의4(비대면진료 증개업자의 준수사항 등)

① 비대면진료 증개업자는 비대면진료 증개매체를 제공 · 운영하는 과정에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 다음 각 호의 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 의료인의 비대면진료를 위한 의료적 판단에 개입하는 행위
 2. 진료비, 처방 의약품의 제품명·효능 등에 관한 정보를 제공하는 고객 행위 등 의료 서비스 및 의약품을 오·남용하도록 조장하는 행위
 3. 이 법, 「약사법」, 「개인정보 보호법」을 위반하여 보건의료인, 의료기관, 약국 및 환자 의 개인정보를 처리(「개인정보 보호법」제2조제2호의 처리를 말한다)하는 행위
 4. 환자가 의료기관 및 약국을 선택하는 것을 방해하는 등 보건의료 질서를 저해하거나 환자의 건강을 해칠 수 있는 행위
- ② 비대면진료 중개업자는 「약사법」제24조제2항에 따른 담합 행위를 알선·유인·사주하거나 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니 된다.
1. 직접 또는 제3자를 통하여 특정한 의료기관이나 의료인, 약국, 약국 개설자·종사자(이하 이 조에서 "의료기관등"이라 한다)에게 환자 또는 처방전을 가진 자를 소개·알선·유인하고 그 대가로 금전, 물품, 편익, 노무, 향응, 그 밖의 경제적 이익을 제공·요구·약속하거나 의료기관등으로부터 이를 받는 행위
 2. 환자·환자보호자 또는 처방전을 가진 자에게 특정한 의료기관등 또는 의약품·의료 기기 등을 추천하거나 선택하도록 유도하는 행위(환자의 요구에 따라 지역 내 의료기관 등의 명칭·소재지 등을 종합하여 안내하는 행위는 제외한다)

<참고3> 의료법 일부개정법률안(복지부 대안)

제34조의2(비대면진료) ③ 제2항제2호의 경우 의료인은 의약품의 종류, 처방일수 등 제한된 범위에서만 의약품을 처방할 수 있다.

제34조의3(비대면진료 시 준수사항) ③ 비대면진료를 실시하는 의료인은 「마약류 관리에 관한 법률」에 따른 마약 및 향정신성 의약품, 오·남용이 우려되는 의약품 등을 처방하여서는 아니 된다.

제34조의6(비대면진료 시 의약품의 인도) ① 약국개설자는 「약사법」 제50조제1항에도 불구하고 다음 각 호의 환자들의 비대면진료를 받고 수령(제34조의 2제6항에 따라 환자가 지정하여 그 약국에 처방전이 발송된 것으로 포함한다)한 처방전에 따라 조제한 의약품에 한하여 보건복지부령으로 정하는 지역 내에서 그 약국 이외의 장소로 인도할 수 있다.

제34조의9(비대면진료 증개) ① 비대면진료를 실시하는 의료인은 비대면진료 요청의 확인, 비대면진료의 실시 등을 위하여 인터넷(이동통신단말장치에서 사용되는 애플리케이션을 포함한다. 이하 "비대면진료 증개매체"라 한다)를 이용할 수 있다. ② 비대면진료 증

개매체를 제공·운영하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 신고하여야 한다.

제34조의10(비대면진료 중개업자의 의무사항 등) ① 비대면진료 중개매체를 제공·운영하는 자(이하 “비대면진료 중개업자”라 한다)는 비대면진료 중개매체를 제공·운영하는 과정에서 다음 각 호의 행위를 하여서는 아니 된다.

1. 의료인의 비대면진료를 위한 의료적 판단에 개입하는 행위
2. 의료서비스 및 의약품을 오·남용하도록 조장하는 행위
3. 「약사법」 제24조제2항에 따른 담합 행위를 알선·유인·사주하는 행위
4. 직접 또는 제3자를 통하여 특정한 의료기관이나 의료인, 약국, 약국 개설자·종사자(이하 이 조에서 “의료기간등”이라 한다)에게 환자 또는 처방전을 가진 자를 소개·알선·유인하는 대가로 금전, 물품, 편의, 노무, 향응, 그 밖의 경제적 이익을 요구하거나 의료기관으로부터 이를 받는 행위
5. 환자·환자보호자 또는 처방전을 가진 자에게 특정한 의료기관, 약국 또는 의약품·의료기기 등을 추천하거나 선택하도록 유도하는 행위(환자의 요구에 따라 지역 내 의료기관 등의 명칭·소재지 등을 종합하여 안내하는 행위는 제외한다)

<참고4> 해외의 원격의료 사항(무상의료운동본부 원격의료 개정안에 대한 의견서에서 발췌)

‘해외에서도 문제 없이 원격의료를 한다?’ 영리 플랫폼을 도입한 나라들은 재앙적 결과를 경험하고 있습니다.

캐나다 정부는 새로운 기술을 도입한다는 명목으로 최근 원격의료를 민간에 열어줬습니다. 그 결과 1966년 이래 보편적 공공의료를 실현해온 캐나다 보건의료 체계는 완전히 망가졌습니다. 캐나다 의료는 ‘이중 체계’가 되었습니다. 즉 부유층은 대기 줄을 건너뛰고 비싼 영리 부문의 의료를 이용할 수 있게 됐고, 공공 부문 대기 줄은 길어졌습니다. 돈 되는 곳으로 자원과 의사 인력이 몰리며 지역 공공클리닉은 운영이 중단되는 반면, 원격 앱은 ‘2분 내’ 진료를 약속하고 있습니다. 전례 없던 과다 청구 문제도 불거졌습니다. 하루 321명의 환자를 진료했다며 연간 170만 달러(약 20억 원)를 청구한 의사가 있었습니다. 플랫폼 기업이 환자 정보를 미국 기업에 판매하다 적발되기도 했습니다. 캐나다 보건의료 체계는 영리 플랫폼 도입으로 민영화의 길을 걷고 있습니다.

영국(잉글랜드)에서는 ‘바빌론(Babylon)’이라는 회사가 원격의료 플랫폼을 2023년까지 운영했습니다. 바빌론은 국영의료시스템(NHS) 내에서 독립적인 진료소를 운영하면서 의사들을 고용해 원격의료를 했습니다. 단물 빨기(Cream Skimming)가 특징이었습니다. 바빌론은 건강한 젊은 환자를 선별해 등록시켰습니다. 환자의 85% 이상이 20~39세였

고, 노인, 임산부, 치매 환자 같은 기저 질환자는 '부적합' 대상자로 분류해 거부했습니다. 영국은 의료기관이 환자 1인당 일정 비용을 받는 체계(인두제)인데, 큰 비용이 들지 않는 젊고 건강한 환자를 원격 클리닉이 다 끌어가면서 다른 NHS 국영 의료 클리닉들은 재정난을 겪게 되었습니다. 바빌론의 후신으로 사업을 이어가는 '이메드(eMed)'라는 플랫폼 기업은 NHS 진료를 제공하는 것처럼 정부 재정을 쟁여서는, GP(주치의) 진료당 59파운드(약 10만 원)를 받는 유료 서비스로 유인해서 영국 일차의료 부문의 영리화와 비용 상승을 주도하고 있습니다.

미국은 안 그래도 의료가 민영화된 나라인데, 원격 플랫폼들이 난립하면서 불필요한 검사와 치료를 더 남발하게 만든다는 비판을 받고 있습니다. 의료인에게 진료 시간을 줄여 환자 수를 늘릴 것을 강요하고, 지키지 않는 의료진의 급여를 삭감하며 쫓아낸 사건 등이 알려져 있습니다. 플랫폼이 정신과 상담 내용과 병력을 페이스북, 구글, 틱톡에 넘기기도 했습니다. 다른 플랫폼은 그들이 투자한 약국의 수익을 높이기 위해 의료진에게 과다 약물 처방을 강요했습니다.

이것이 모든 나라에서 문제 없이 활용된다는 원격의료 서비스의 실체입니다. 보건의료 학계에서 기업들이 원격의료 같은 디지털 기술을 확대한다는 명목으로 의료 시스템을 민영화하는 일관된 패턴이 발견된다는 평가를 하는 이유입니다. 국회가 면밀한 검토 없이 이런 위험한 민영화 시스템을 도입해서는 절대 안 됩니다.

반대로 공공 플랫폼이 성공적으로 운영되고 있는 나라도 있습니다.

스코틀랜드의 '니어 미(Near Me)'와 웨일스의 'NHS 웨일스 화상 상담 서비스(NHS Wales Video Consulting Service)'가 그 예 중 하나입니다. 이런 공공 플랫폼은 영리 추구로 의료 체계를 왜곡시키지 않으면서도 원격의료가 필요한 영역에서 공적 역할을 지원하는 역할을 충실히 하고 있습니다. 환자들의 만족도도 매우 높습니다.

웨일스는 경증의 증상을 겪는 환자가 국영 의료 상담센터에 전화하면 간호사나 의사가 치침을 제공하는 공적 원격 상담서비스를 운영하고 있습니다. 이 상담서비스를 통해 진료가 필요하다고 여겨지는 환자 진료에 공공 플랫폼이 역할을 충실히 하고 있습니다.

토론문 1

전문가의 책임과 역할을 중심으로 한 제도적 방향 모색

김충기 / 대한의사협회 정책이사, 이대서울병원 순환기내과 교수

I. 기술혁신은 의료의 가치와 조화를 이뤄야 한다

비대면진료를 포함한 디지털 헬스케어의 발전은 거스를 수 없는 흐름이다. 기술은 의료의 효율성과 접근성을 높이고, 진단과 치료의 새로운 가능성을 열 수 있다. 문제는 기술과 시장의 낙관이 의료의 가치와 안전성 리스크를 체계적으로 저평가하는 경향이다. 최근의 정책 논의는 '혁신·편의·속도'로 요약되지만, 그 속에 의학적 타당성, 환자 안전, 전문적 책임이 충분히 내재돼 있다고 보기는 어렵다. 의료는 기술의 속도에 종속될 수 없으며, 기술은 의료를 보완하는 수단이어야 한다. 제도화의 출발점은 기술의 도입 여부가 아니라, 그것이 어떤 기준과 책임의 틀 안에서 안정적이고 건전하게 작동하느냐에 있다.

II. 비대면진료 플랫폼의 개입 구조와 의료체계에 대한 도전

민간 비대면진료 플랫폼은 환자와 의사 사이의 제3자로서, 단순 연결을 넘어 노출 → 유입 → 전환(처방·결제) → 데이터 축적·활용 → 재노출의 구조를 설계한다. 이 체계에서 전환율, 체류시간, 광고성과와 같은 사업 지표가 의료적 적정성과 경쟁하게 되면, 의료행위가 거래로 축소될 위험이 높아진다. 특히 탈모, 비만, 피부미용 등 특정 질환군 중심의 '소비자 선택형 진료'는 의학적 판단보다 알고리즘이 환자 선택을 유도하는 구조로 기울 수 있다. 그 결과로 의료의 질 저하, 왜곡된 이용 행태, 의료비 상승과 신뢰 훼손이 발생할 가능성이 높다. 이는 기업의 의도가 악의적이라는 의미가 아니라, 그들의 목표와 판단이 의료의 본질적 가치와는 맞닿아 있지 않다는 점을 보여준다. 의료의 전문성과 사회적 책임을 이해하고 내재화하지 못한 상태에서 추진되는 사업모형은 필연적으로 의료의 방향성과 충돌할 수밖에 없다. 이러한 인식이 바뀌지 않는다면, 그 어떤 형태의 비대면진료 모델도 의료의 영역 안에서 정당하게 인정받기 어렵다.

III. 비대면진료의 한계: 보조적 수단으로서의 위치

대한의사협회는 비대면진료가 의료의 보조적 수단으로서 활용되어야 할 것을 강조해왔다. 또한 대면진료를 대체할 수는 없음을 명백히 하고 있다. 환자의 상태를 정확히 평가하고, 신체진찰과 비언어적 단서, 맥락 정보를 종합적으로 판단하는 과정은 의료의 핵심이며, 현재의 영상·음성 인터페이스로는 이를 완전히 대체하기 어렵다. 또한 비대면진료의 효과성과 안전성에 대한 근거는 여전히 부족하다. 지난 수년간 시범사업과 한시적 허용 기간 동안에도 우리나라 의료체계 내에 모니터링, 평가를 바탕으로 정책에 환류하는 체계로 발전하고 작동하지는 못했다. 기술의 가능성은 의료적 타당성과 동일하지 않으며, 의료기술의 적용은 언제나 검증과 책임의 틀 안에서 이루어져야 한다는 점에서 이는 현재 비대면진료를 둘러싼 논쟁에 있어서 커다란 한계로 작용하고 있으며, 향후의 발전과 변화를 대비하는 시점에 잘 준비되어야 한다.

IV. 민간플랫폼의 성장과 규제 회피: 사회적 갈등의 구조

민간플랫폼이 주도하는 의료서비스는 국민들의 의료 이용 경험을 빠르게 변화시키고 있다. 국민과 환자들은 편리함과 속도, 접근성 측면에서 긍정적 경험과 기대도 가질 수 있으나, 이를 근거로 무분별한 서비스 확장을 정당화하는 것은 위험하다. 의료전문성의 기준은 약화되고, 의료의 신뢰 구조가 흔들릴 것이라는 우려를 간과해서는 안된다. 의료비의 급증 가능성을 고려하면, 접근성 향상을 명분으로 한 과잉 이용의 조장은 장기적으로 지속 가능하지 않다. 지금까지 많은 플랫폼들은 자신들의 서비스를 '기술 기반 중개업'으로 규정하며 전문가 통제와 사회적 규제의 범위 밖에 서려는 경향을 보여 왔다. 기업의 자율성과 효율 추구는 시장의 속성상 이해할 수 있지만, 그 과정에서 의료의 사회적 가치와 공공적 책임이 배제된다면 사회적 갈등은 구조화될 것이다. 따라서 의료공급자·소비자·사회·국민의 가치를 동시에 지킬 수 있는 균형 장치를 설계하는 일이 지금의 핵심 과제이다.

V. 전문가 중심의 관리·감독체계 구축

이 균형을 가능하게 하는 핵심은 전문가의 역할과 책임 강화다. 의료의 경험과 지식, 임상적 판단, 사회적 윤리를 종합적으로 이해하고 실행할 수 있는 주체로서 전문가가 핵심적인 역할과 책임을 가지는 것은 가장 바람직한 발전 방향이라고 할 수 있다. 전문가단체가 중심이 되어 플랫폼의 관리·인증·평가를 수행하고, 다음의 체계를 마련해야 한다.

1. 플랫폼 관리·인증

- 비대면진료 플랫폼이 의료기관을 리스트하거나 환자 유입 구조를 설계할 때, 의료전문가 단체의 기준에 따라 평가받아야 한다.

- 의료적 필요도, 진료의 적정성, 데이터 보안, 광고 노출 방식 등에 대한 구체적 기준이 마련되어야 한다.

2. 의료적 판단과 윤리적 기준의 모니터링

- 플랫폼 진료 내용, 처방 패턴, 비급여 유도 여부 등을 전문가단체가 상시 모니터링해야 한다.
- 부적절한 의료행위나 상업적 유도가 확인될 경우, 즉각적인 시정 또는 영업 제한 조치가 가능해야 한다.

3. 데이터 보호와 투명성 관리

- 환자 정보의 수집·활용에 대해 전문가단체가 직접 감시·감독의 권한을 가져야 한다.
- 데이터의 상업적 이용, 제3자 제공, 알고리즘 노출 기준 등은 투명하게 공개되어야 하며, 위반 시 강력한 제재가 필요하다.

해외에서도 이러한 방향은 제도화되고 있다. 영국의 GMC, 미국의 FSMB, 호주의 AHPRA 등은 모두 원격진료에 대한 전문가단체의 감독 권한과 기준을 명시적 규범으로 포함하고 있다. 이들 기관은 원격진료에서도 대면진료와 동일한 수준의 책임과 표준을 요구하며, 신원 확인, 대면 전환 판단, 처방의 안전성 확보를 필수 요건으로 제시하고 있다.

VI. 향후 제도 설계 방향

비대면진료의 제도화는 단순히 기술을 허용하느냐의 문제가 아니라, 의료체계의 구조와 윤리를 재설계하는 문제다. 의료의 본질적 가치 수준에 부합하면서도 충분한 기술적 품질을 유지하기 위해서는 민간의 자율성과 발전 의지를 존중하되, 이를 통제하고 관리할 수 있는 전문가 기반의 제도적 장치가 바람직하다.

전문가단체는 제도 설계의 중심에서 의료의 질, 안전성, 데이터 보호, 광고 윤리 등 핵심 기준의 법제화, 비대면진료의 적용 범위, 질환군, 처방 제한 등에 대한 가이드라인 마련 등의 역할을 수행할 수 있을 것이다. 이러한 역할은 단순한 자문을 넘어, 정책 참여자이자 규제의 실질적 주체로서의 권한을 포함해야 한다.

VII. 결론: 전문가의 책임과 역할이 미래의료의 방향을 결정한다

비대면진료를 둘러싼 논의는 의료의 미래를 가늠하는 전환점에 서 있다. 기술과 자본은 이미 빠르게 움직이고 있지만, 사회가 신뢰할 수 있는 의료, 국민이 안심하고 이용할 수 있는 진료는 전문가의 책임과 윤리적 기준 위에 세워져야 한다. 앞으로의 의료는 단순히 효율적

이거나 편리한 시스템이 아니라, 전문성·책임·사회적 가치가 내재된 구조로 발전해야 한다. 비대면진료 제도화 과정은 그 출발점이 되어야 한다. 전문가단체가 중심이 되어 의료의 질과 안전, 국민의 신뢰를 보장하는 제도적 기반을 마련할 때, 기술과 시장은 비로소 의료의 발전을 돋는 수단이 될 것이다.

영리 플랫폼 문제 관련 토론 자료

장보현 / 대한약사회 정책이사

비대면 진료 및 약국 외 의약품 인도 모두 보건의료서비스 접근성이 떨어지는 취약계층의 미충족 수요를 해소하기 위한 불가피하고, 보조적인 수단이어야함.

근본적으로 지역 보건의료 공급의 불균형을 해소하기 위한 인력, 시설 정책이 보다 우선되어야 하고 비대면 진료 활성화가 자칫 보건의료 취약계층의 문제를 더욱 고착화하거나 심화 시킬 수 있다는 문제의식을 느껴야 함.

영리 추구를 목적으로 운영되는 민간 플랫폼은 그 태생적 한계로 인해 현장에서 많은 문제들을 유발하고 있음.

정부 주도의 공적 플랫폼이 구축되었다면 대부분 벌어지지 않았을 일들이고, 약사들이 지금 논의되는 비대면진료, 약국외 의약품 인도에 대해 두려워하고 염려하는 핵심 이유이기도 함.

■영리 플랫폼 중심 비대면 진료의 구조적 폐해

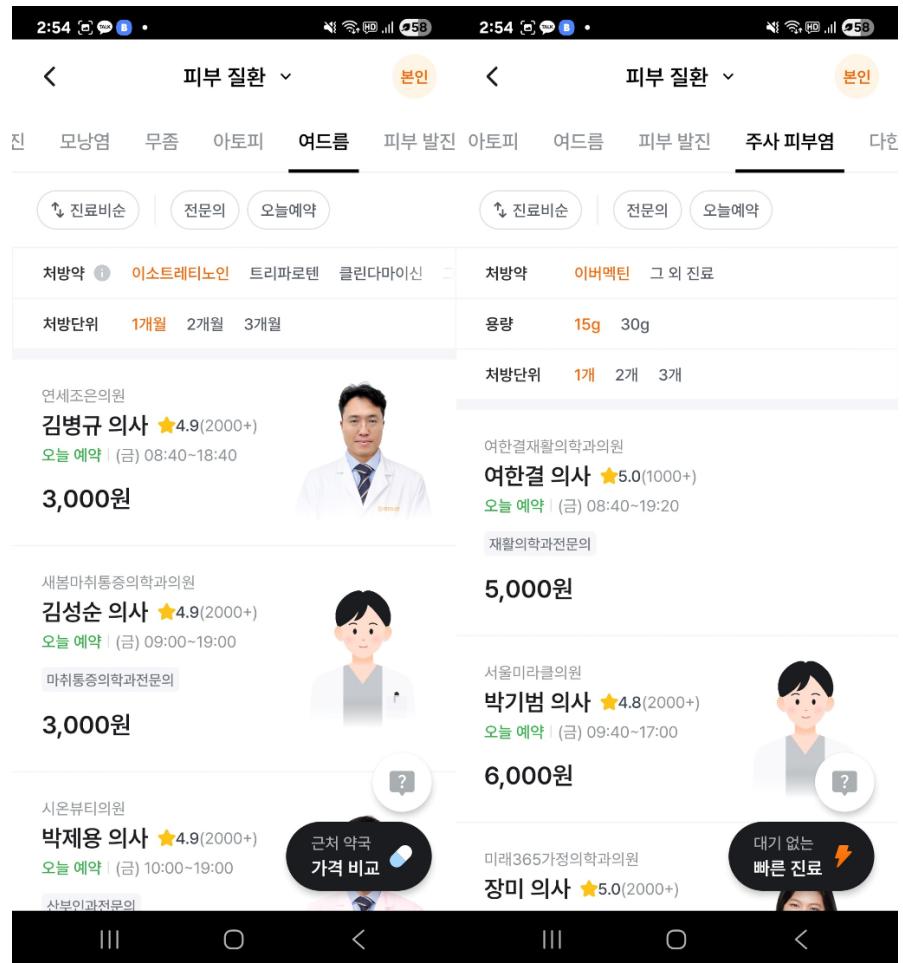
1) 대면 원칙 없는 '처방 자판기' 현상과 의약품 오남용

○ 간편한 전문약 취득 수단

약국에서 특정 전문의약품(피지분비억제제, 탈모약 등)을 요구했다가 의사 진료를 봐야 한다고 안내하면, 위에 해당 진료과 의원이 있는데도 불구하고 환자는 플랫폼을 이용해 몇 분

만에 팩스로 처방전이 출력되어 나오는 사례가 빈번. 비급여가 아니더라도 원하는 전문의약품 취급 수단으로 대면 진료나 정확한 진단 없이 '이거 좋다던데 한번 먹어볼까, 써볼까?' 하는 식으로 처방이 이루어지는 상황.

거주지 근처의 대면 진료가 가능한 의원이나, 대면진료 경험이 있던 의사가 노출되는 것이 아니라, 진료비가 저렴하거나 해당 플랫폼에서 더 많이 진료하고 평점이 좋아야 상위로 노출됨. 환자가 원하는 처방을 빠르게 많이 해야되는 구조.



- > 일수가 1일인 외용제, 인공눈물, 용법 입력 조정 등은 일수 제한으로도 막을 수 없음.
- > 환자가 진료 전부터 원하는 전문의약품과 수량까지 정하게 되어 있음. 성분명으로 적혀 있어도 사실상 전문의약품 광고 행위임. 의사의 정확한 진단과 환자 상태에 따른 적절한 의약품 선택이 우선되도록 해야 함.
- > 위와 같은 노출 방식이 아니라 대면 진료 경험이 있는 근처 병의원이 노출되도록 해야 함.

○ 민간 주도의 공급과 규제 부재

민간 주도의 공급 및 행위별 수가제 하에서는 행위량 규제 기능이 없음. 환자가 요구하면 해주는 구조가 형성되어 과잉 진료, 건방보험재정 건전성 악화의 문제 발생하게 됨. 영리 플랫폼 특성상 행위량이 늘어나야 수익이 늘어나기에 이 같은 문제의 심화 예상.

-> 비대면 진료 횟수 제한이나 대면 비대면 교차 방식 등의 제도적 장치 마련 필요.

○ 비급여 처방 관리의 사각지대

현재 비급여 처방에 대한 규제 장치가 없어, 어떤 의약품이 어디에서 누구에게 처방되고 있는지 파악조차 불가능하며, 건강보험심사평가원(심평원)도 이 내역을 알지 못함. 닥터나우 사례를 보면 영리 플랫폼은 어떤 약품이 사용되는지 알고 있을 것으로 추정.

-> 공적 플랫폼과 비급여 진료 시 공적전자처방전 발행 의무화로 비급여 처방 관리를 강화하고, 위변조 문제를 예방할 수 있음. 공적 플랫폼을 통해 정부가 실시간으로 필요한 규제를 할 수 있어야 함.

○ 의약품의 광고 및 남용 유도

플랫폼이 진료비 할인, 광고 등을 통해 탈모약, 여드름약(임부금기, 부작용 등 신중을 요하는 의약품) 등 전문의약품의 상품명, 성분명을 나열하며 복용을 유도하는 행위가 발생.

-> 의약품 성분에 대한 안내나 노출까지도 환자 또는 의사의 선택에 관여하기에 광고로 규정하고 규제하는 것이 필요.

2. 의약품 유통 질서 문란 및 약국 착취

○ 수익 추구 영업행위

제휴·가맹 약국을 등록하면 처방을 몰아주어 추가 수익을 보장하는 방식으로 영업. 약국은 무한 경쟁에서 울며 겨자 먹기로 제휴, 가맹하게 되어 앞으로 메리트 없어도 가입을 안 할 수 없는 상황 생길 것임.

-> 규제를 피해 환자의 약국 선택에 영향을 미치는 구조를 끊임없이 만들어 낼 것.

○ 여러 플랫폼의 난립과 약국 종속 및 착취 구조

발급된 처방을 처리해야 하는 약국의 구조상 원하는 플랫폼을 약국이 선택할 수 없음. 여러 플랫폼의 난립으로 약국이 여러 플랫폼을 사용해야 하는 상황이 발생해 각각의 사용료를 지불하게 될 것. QR 바코드 사태로 이미 모든 약사가 시스템 종속과 착취를 현실로 경험하고 있음.

-> 어떠한 방식으로도 약국을 차등화하거나 줄세우기 하는 행위를 못하도록 규제가 필요

-> 처방 전송 등에 있어서도 공적 플랫폼이 필요, 가맹이나 제휴 여부와 상관없이 전국의 약국에서 처방을 전송받을 수 있어야 함.

○ 기형적 수익 모델

특정 제약사 약 품목 구입 조건(CSO), 의약품 마케팅, 유통으로 수익을 얻거나, 약국에 강매하는 행태가 나타날 수 있음. '조제 확실'이라고 명시하여 환자를 유인하지만 실제로는 대체 조제가 가능한 경우가 대부분임에도 시장 지배력으로 규제를 피해 기형적 수익 모델을 만들어내고 있음.

-> 닥터나우 방지법 등 영리 플랫폼이 보건의료 제도 취지에 반하는 기형적 수익 모델을 차단하는 규제 반드시 필요.

○ 처방 전송, 약국 외 인도 중개업체 탄생

비대면 진료 중개 플랫폼의 규제를 피해 별도의 처방 전송, 약국 외 인도 중개업체 탄생 가능성 높음. 실제 해외에서도 문제가 되는 부분으로 공적처방전 사용 유무와 상관없이 처방 전송에 있어서도 규제 필요.

- > 현재 논의되는 비대면 진료 중개 플랫폼의 정의에 '처방 전송'이 포함되어야 함.
- > 닥터나우 방지법에서 '약국 중개 플랫폼'이 다뤄지는데 이 부분에 대한 규제 반드시 필요.

○ 약품비 문제

현재 영리 플랫폼에서 비급여 약품비를 공개하고 있음. 실제 약국 사입 가격과 큰 차이가 없는 가격으로 공개.

일부 박리다매 대형 약국이나 간접으로 유통과 결탁한 약국 쓸림 유발 가능. 약국마다 사입 가격이 다르기에 기존 약국들 오해 받거나 피해를 받음.

의약품 사입가는 계속 변동되는데도 불구하고 이 같은 상황이 반영되지 않음.

약국마다 약값 책정 방식이 다름(약가 or 조제료), 이러한 상황에서 일률적으로 약품비를 노출하고 가이드하는 것 문제, 약 가격으로 줄새우고 경쟁시키는 구조 차단해야 함. 박리다매가 아니라 적절한 처방 검토나 복약지도 강화가 필요함.

- > 비대면 진료 플랫폼 규제 관련 의료법에 진료비 노출 금지는 포함되어 있으나 '약품비'가 빠져있음. 규제 내용에 '약품비'도 반드시 포함되어야 함.

3) 관리·감독의 어려움과 사회적 비용 증가

○ 보건의료 거버넌스 위협

영리 플랫폼은 비대면 진료 행위량의 증가와 대상자 확대, 규제 완화 등을 끊임없이 요구할 수 밖에 없음. 정부의 보건의료체계 거버넌스에 '산업적 요구'가 계속 상존하게 됨. 보건의료 직능단체와의 갈등, 보건의료 제도 취지와의 괴리 등 지속적 문제 발생 가능.

○ 규제 작동의 한계

처방 불가 의약품 처방, 대상 환자 적합 여부, 초진/재진, 지역 제한, 비급여 등 다양한 규제가 있으나 실시간으로 파악하기 어려운 한계가 있으며, 비대면으로 진료 하고 대면으로 진료했다고 저장 및 청구하는 행위가 발생할 수 있음. 시범사업 기간동안 실제 비급여 진료 행태나 의약품 내역 정부 모름.

-> 정부의 공적 플랫폼을 실시간으로 감독과 규제가 작동할 수 있도록 해야함.

-> 전담 기관 30% 기준 비급여에 작동 못함. 수가로 패널티 준다는 것은 사실상 비급여 지금처럼 마음껏 하라는 이야기. 비급여 비대면 처방의 처방 및 조제 내역을 파악할 수 있는 제도와 수가 외의 규제가 필요함.

"다시 원격의료, 비대면 진료 이야기가 나오던 과거로 돌아가서 비대면 진료 및 처방 전송을 증가하는 시스템을 마련한다고 하면 어떻게 만드시겠습니까?"

■ 나아가야 할 방향: 공적 플랫폼 구축을 통한 일원화

영리 플랫폼으로 인한 다양한 부작용을 차단하고, 환자 안전을 확보하며, 효율적이고 통합적인 보건의료 서비스를 제공하기 위해서는 정부 주도의 공적 플랫폼 구축이 필요함. 완전 대체는 어렵더라도 대안으로서 플랫폼 기능이 가능한 시스템을 구축하여야 함.

-> '비대면 진료 지원시스템' 정의와 규정에 공공 플랫폼으로서 역할을 할 수 있도록 '비대면 진료 증개', '처방 전송'의 기능이 포함되어야 한다.

1) 공적 플랫폼 구축의 당위성 및 유리한 환경

우리나라는 단일 보험자 체계(NHS), 당연지정제, 전국민 의무 가입, 전국 동일 가격의 진료·조제, 주민등록제도, 심평원 및 DUR 시스템, PHR의 국가 운영 등 공적 플랫폼 운영에 전 세계에서 가장 유리한 환경을 갖추고 있음.

-> 환자도, 보건의료기관과 보건의료인도 안심하고, 효율적이고, 일원화되고, 통합적인 서비스 이용이 가능한 일원화된 허브가 필요.

2) 공적 플랫폼의 핵심 기능

○ 데이터의 안전한 관리와 활용

안전한 데이터 관리와 보건의료 데이터의 차별 없는 활용, 표준화, 일원화된 비대면 진료 허브로 작동해야 한다.

○ 규제 실시간 적용 및 감독

처방 불가 의약품 처방, 대상 환자 적합 여부, 초진/재진, 지역 제한, 비급여 등 다양한 규제가 실시간으로 제대로 작동하도록 구현해야 한다.

○ 비급여 진료 공적 전자처방전 의무화

부득이한 경우를 제외하고 환자 건강 정보, 약력, DUR 등이 탑재된 공적 플랫폼에서 비대면 진료 행위가 이루어지도록 하고, 비대면 진료의 경우 공적 전자처방전을 통해서 온 경우 외에는 약국에서 조제가 불가하도록 해야 허위 처방 등을 걸러낼 수 있다.

○ 기타 정부 정책 연계

PHR(개인 건강 기록) 등 정부의 건강 관련 데이터 및 정책을 활용. 플랫폼 역할 및 건강 증진, 보건 복지 관련 정책 홍보 연계, 대면·돌봄과의 연계 등 서비스 확장이 가능.

토론문 3

지역사회통합돌봄과 영리플랫폼 중심 원격의료 법제화

김진석 / 참여연대 공동집행위원장, 서울여대 사회복지학과 교수

주요 국가들 가운데 가장 빠르게 진행되는 급격한 고령화와 지속되는 초저출생 현상으로 우리나라 인구구조의 변화는 유례가 없는 수준이라 할 수 있음

이와 같은 인구구조의 변화와 더불어 1인 가구의 주류화와 비친족가구의 급격한 증가 추세와 향후 예상되는 맞벌이 가구 증가 등, 앞으로 발현될 것으로 예상되는 인구구조와 가족구조 변화의 양상들은 모두 돌봄의 문제가 우리 사회에서 중차대한 문제가 될 것이며, 다른 한 편으로 가족내 돌봄, 특히 여성에 의한 돌봄 전담이라는 전통적인 대응 방식이 더 이상 작동하기 어려움을 가리키고 있음

돌봄과 돌봄 위기는 기후위기와 디지털 전환과 더불어 우리 사회가 직면하고 있는 중차대한 현안의 하나로 자리잡고 있으며, 내년 2026년 3월 27일 전국적으로 시행되는 지역사회통합돌봄은 이와 같은 위기에 대응하기 위한 정부차원의 정책적 방안 가운데 하나라 할 수 있음

돌봄의 사회화와 aging in place (AIP)를 한국 사회에서 제도화하는 의미를 갖는 지역사회통합돌봄은 관련 법의 이름, 즉 "의료 • 요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률"이 가리키는 바와 같이 의료와 요양을 지역차원에서 통합적으로 지원하는 것을 주요한 목적과 내용으로 하고 있음

다시 말해서 지역사회통합돌봄은 노인 등 돌봄을 필요로 하는 사람들이 병원이나 요양원 등 시설이 아니라 자신에게 익숙한 공간과 관계의 총화된 형태로서의 지역사회에 머무르면서 일상을 유지하는 데 필요로 하는 의료, 요양, 돌봄, 일상생활지원, 주거 등에 대한 사회적 지원을 통합적으로 받을 수 있게 함으로써 사람들 누구나 존엄한 삶을 지역사회에서 누릴 수 있도록 하는 데 있음

오늘 토론회의 주제인 영리플랫폼 중심 원격의료 법제화의 문제는 이와 같이 내년에 전국적으로 시행되는 지역사회통합돌봄의 맥락에서도 중요한 함의를 갖는 것으로 보임

지역사회통합돌봄에서 추구하는 AIP를 구현하기 위해서는 의료, 요양, 돌봄, 일상생활지원, 주거 등의 측면에서 지역사회에 가용하고 접근가능한 서비스를 충분히 확보하는 것이 가장 관건적인 요소라 할 수 있음

이를 위해서는 의료, 요양 등의 영역에서 인프라와 전문인력의 확보 뿐만 아니라 이들이 제공하는 다양한 서비스가 양과 질, 종류의 측면에서 충분성을 확보하여야만 함

지역사회통합돌봄이 기대하는 바 정책목표를 달성하기 위해 반드시 필요한 지역사회 서비스와 인프라 가운데 하나가 지역의료라 할 수 있으며, 특히 노인과 같이 요양과 의료의 필요가 중첩되어 있는 사람들의 온전한 돌봄을 위해서는 의원 등 1차 의료기관과 의사, 간호사 등 의료인력 뿐만 아니라 재택의료와 방문의료 등 요양 등 돌봄 서비스와 통합적으로 운영될 수 있는 다양한 의료 서비스가 확보되어야 함

하지만 지난 10월 국정감사 과정에서 김남희 의원이 발표한 자료에 따르면 지역사회통합돌봄을 6개월 앞둔 시점임에도 불구하고 전체 229개 시군구 가운데 필수적인 지역사회 서비스자 인프라라고 할 수 있는 재택의료 센터의 지정은 114개 지자체(49.8%)가, 방문의료 기관 설치는 130개 지자체(56.8%)가, 그리고 퇴원환자 연계 의료기관 설치는 102개 지자체(44.5%)에 머무르고 있는 상황임

이와 같이 지역사회통합돌봄의 수행과 관련 정책목표를 효과적으로 실현하기 위한 지역사회 의료 인프라와 서비스가 절대적으로 미비한 상황에서 발제문이 우려하고 있는 바와 같이 의료 민영화의 우려를 안고 있는 영리플랫폼 중심 원격의료의 법제화는 몇 가지 우려를 낳게 하고 있음

첫째, 자칫 지역사회 의료 서비스 인프라의 구축과 서비스 제공을 민간과 시장의 손에 내맡기게 되는 우려를 안고 있음

사회서비스 영역에서 민간과 시장의 주도성이 관철되었을 때의 부작용과 폐해는 지난 30년 넘은 우리나라 민간중심 사회서비스 공급구조의 경험을 통해 충분히 경험한 바 있으며, 지역사회통합돌봄이라는 새로운 제도적 전환의 시점에 다시 되풀이하는 우를 범해서는 안될 것으로 보임

둘째, 또 다른 한 편으로는 지역사회통합돌봄의 시행을 목전에 앞두고 있는 우리나라 상황에서 지역사회 의료인프라와 의료인력의 공백을 메워야할 공공의 책임과 역할을 방기하는 방패막이로 원격의료나 개념도 불분명한 비대면의료가 활용될 우려가 있음

지역사회에서 의료와 요양 등 돌봄의 통합적 제공과 관리를 주요한 목적으로 하는 지역사회 통합돌봄의 현장에서 돌봄과 의료의 일상적인 협업과 조정은 정책의 효과적인 실행과 정책 목표의 실현을 위해 관건적인 요소인 점을 고려해야 함

셋째, 뿐만 아니라 지역사회통합돌봄이 분권적 정책운영의 원칙에 따라 시군구가 지역 사람들의 돌봄에 대한 책임을 지도록 한 점을 고려했을 때 원격의료를 활용하는데 있어 영리플랫폼을 중심으로 운영하는 경우 돌봄에 대한 책임성이 시군구가 아니라 원격의료 플랫폼을 운영하는 민간업체와 자본에 전가되어 시군구의 책임성이 실현되기 어려운 구조가 만들어질 우려가 있음

토론문 4

“비대면 진료, 공공에서 출발해야 합니다”

김성주 / 한국중증질환연합회 대표

안녕하세요 한국중증질환 연합회 김성주입니다.

오늘 저는 비대면 진료의 필요성에는 공감하지만,

그 출발점은 영리 플랫폼이 아니라 공공플랫폼이어야 한다는 말씀을 드리고자 합니다.

1. 비대면 진료의 필요성, 그러나 방향이 문제입니다.

코로나19 이후 우리는 기술이 의료의 한계를 보완할 수 있다는 사실을 경험했습니다.

병원 접근이 어려운 주민, 거동이 불편한 중증장애인, 장기치료 중인 고령 환자들에게 비대면 진료는 물리적 거리를 넘어서는 새로운 도구가 될 수 있습니다.

저 역시 환자단체의 대표로서 비대면 진료의 취지를 부정하지 않습니다.

그러나 지금 정부와 국회가 추진하는 법안의 문제점은, **“의료 접근성 향상”이 아니라 “영리 플랫폼 중심의 산업 육성”**의 방향으로 나아가고 있다는 것입니다.

현재의 법안은 중증질환자와 중증장애인의 현실이 반영되어 있지 않았습니다.

이들에게 병원은 하루하루 자신의 생명과 직결된 곳입니다.

단 한 번의 호흡 변화, 약물 반응 하나로 생명이 위태로울 수 있습니다.

이들에게 필요한 건 편리한 화상 연결을 통한 디지털 케어가 아니라, 의사의 즉각적인 관찰과 대응, 그리고 지속가능한 관찰 진료입니다.

2. 영리 플랫폼 중심 추진은 의료자원의 왜곡을 초래합니다.

저는 원격의료 자체를 반대하는 것이 아닙니다.

문제는 어떤 방식으로 제도화하느냐입니다.

현재 논의되는 의료법 개정안은 '비대면 진료 중개업자'를 법에 명시하여 민간 플랫폼 기업이 진료와 처방, 약 배송까지 관여하도록 하고 있습니다. 이 구조는 의료기관이 아닌 플랫폼 기업이 의료의 문을 여는 구조입니다.

지금의 법안처럼 민간 플랫폼 중심 구조로 간다면, 의료의 공공성과 안전성은 크게 흔들릴 수밖에 없습니다.

현재의 한정된 의료자원이 (의료인력 · 예산 · 정보 인프라) 이 국민의 필수진료보다 영리 플랫폼 구축에 먼저 투입될 수 있습니다.

그렇게 된다면, 공공병원 확충과 필수의료 강화는 뒤로 밀린 채 대면 진료가 절실한 중증·희귀질환자나 의료 취약지 주민은 또다시 소외될 위험이 있습니다.

3. 환자 현장의 현실 — 기술보다 절실한 것은 '접근성'입니다.

저는 매일 중증암환자, 희귀질환자, 고령 환자분들을 만납니다. 그분들의 고민은 단순히 "언제쯤 비대면 진료가 가능하느냐"가 아닙니다.

"내가 치료받을 병원이 가까이에 있느냐, (품절 현상없이) 약은 제때 구해지나" 입니다.

비대면 진료가 아무리 발전해도 약이 단종되어 치료가 중단되거나 · 지방에 거주하는 환자가 병상과 전문의를 찾지 못하면, 그 기술은 공허한 것입니다.

더욱이 비대면 플랫폼 이용 과정에서도 고령층과 장애인, 중증질환 환자들은 접속 절차나 인증 단계에서 잦은 실수와 오류로 진료가 끊기거나 처방이 누락되는 일이 많습니다.

이때 플랫폼은 그 불편을 이용해 광고나 추천 알고리즘을 삽입합니다.

"프리미엄 상담으로 전환하세요", "이 약국은 빠르게 배송됩니다."

의료는 점점 광고와 편의의 논리로 포획되고 있습니다. 이것이 영리 플랫폼 구조의 본질적인 위험입니다.

4. 의료자원은 어디에 먼저 쓰여야 하는가

현재 시점에서 정부가 고민해야 할 것은, 비대면 산업의 경쟁력이 아니라 의료자원의 배분 방향입니다.

영리 플랫폼에 들어갈 의료자원과 예산이 있다면, 먼저 다음 세 영역에 우선적으로 투입되어야 합니다.

첫째, 의료취약지의 대면 진료 기반 확충입니다.

보건소와 지역의료원, 공공병원을 재정비해

기본적인 진료와 응급의료가 가능한 환경을 만드는 것이 선결 과제입니다.

둘째, 중증·희귀질환자의 약제 접근성 강화입니다.

희귀약품은 단가가 높고 유통망이 불안정합니다.

정부가 직접 공공의약품 공급체계를 강화해야

비대면 진료로 처방이 가능해집니다.

플랫폼보다 훨씬 중요한 것은 약이 실제로 '있느냐'입니다.

셋째, 고령자와 장애인의 디지털 접근 지원입니다.

비대면 진료가 가능하더라도

기기를 다루지 못하면 제도는 무의미합니다.

'디지털 케어 코디네이터'를 양성해

고령층과 장애인을 직접 지원하는 공공 인력을 확충해야 합니다.

이 세 영역의 의료자원이 집중될 때 비대면 진료는 비로소 국민을 위한 제도로 자리잡을 수 있습니다.

5. 해외의 교훈 — 공공이 주도해야 국민이 신뢰한다.

영국 NHS는 원격진료를 모두 공공시스템 안에서 운영합니다.

진료데이터는 NHS 서버에 저장되고, 민간 기업은 단지 기술적 보조 역할을 할 뿐입니다.

일본의 LINE닥터 역시 영리 중심 구조로 국민 신뢰를 얻지 못해 2025년 6월 사업이 종료되었습니다.

선진국의 결론은 명료합니다.

"원격의료는 산업이 아니라 공공의료의 일부여야 한다."

6. 우리가 나아가야 할 방향 — 공공플랫폼 중심의 설계

비대면 진료는 시대의 흐름입니다만, 정부의 주도하에 공공이 설계하고 관리해야 합니다.

이에, 저는 세 가지를 제안드립니다.

❶ 건강보험공단·심평원·보건복지부가 공동으로 참여하는 특수법인 형태의 공공플랫폼 설립

→ 진료·처방·약제 정보를 공공서버에서 관리하고 환자의 데이터 주권을 보장해야 합니다.

❷ 민간보험사와 영리 플랫폼의 정보활용 제한

→ 의료정보는 공공재입니다. 광고 추천 · 보험심사에 사용되는 것을 막아야 합니다.

❸ 공공의료 기반 강화와 연동

→ 비대면 진료는 대면 진료를 대체하는 것이 아니라, 그 연장선상에서 보조적으로 설계되어야 합니다. 공공의료 인프라가 뒷받침될 때만 비대면 진료가 안전하게 작동할 수 있습니다.

7. 결론 — 국민이 중심인 비대면 진료

비대면 진료는 기술의 진보이지만, 그 본질은 국민의료의 안전과 공공성 원칙에서 출발해야 합니다.

한정된 의료자원을 어디에 쓸 것인가.

그 선택의 갈림이 국민을 위한 제도로 자리매김할 것인지, 산업의 도구로 전락할 것인지 결정될 것입니다.

비대면 진료는 민간 중심의 플랫폼이 아니라 공공의료 기반 위에서, 국민의 안전과 접근성을 중심으로 출발해야 합니다.

“누구나, 어디서나, 안전하게 치료받을 권리.”

이 권리가 무너지면, 의료의 혁신도 · 기술의 진보도 무의미할 뿐입니다.

정부와 정치권이 진정으로 국민의 건강을 염려한다면, 영리 플랫폼의 법제화가 아니라 공공 플랫폼을 통한 포용적 디지털 의료체계를 선택해야 합니다.

감사합니다.

토론문 5

해외 사례로 본 영리 플랫폼 도입과 의료 민영화, 한국에 주는 시사점

전진한 / 무상의료운동본부 정책위원

'원격의료 도입은 세계적 흐름이고 한국만 뒤처져 있다.' 언론지상을 도배하고 있는 산업계 단골 레퍼토리다. 외국은 기술 발전으로 '편리하고 효율적인 의료 서비스를 제공'한다는 것이다. 원격의료는 마치 계절 변화처럼 '글로벌 보건환경 변화와 기술 발전의 흐름'에 따른 자연스런 결과라는 듯하다. 원격의료산업협의회는 지난 9 월에도 이런 입장을 내며, "비대면진료를 의료민영화로 몰아가며 부정적으로 낙인찍는 시도는 더 이상 설득력을 갖지 못한다"고 덧붙였다.

그러나 해외의 원격의료 기술 도입을 보면 그 배경과 과정, 결과 모두 자본의 이윤 동기나 의료 체계의 민영화 경향, 이로 인한 의료 공공성 파괴와 결코 무관하지 않다. 막상 원격의료를 허용한 나라들이 겪는 현실은 제대로 알려져 있지 않은데, 그 모습을 자세히 들여다보면 '기술' 그 자체의 도입 여부가 아니라 누가 그 기술을 통제하고 운영하며 이득을 볼 것인가라는 더 중요한 문제를 제대로 고려하지 않으면 재앙적 결과를 낳을 수 있음을 알 수 있다.

1. 영리 원격의료 플랫폼을 도입한 나라들이 마주한 현실

노엄 촘스키는 민영화에 대해서도 중요한 통찰을 제시한 바 있다. 그는 이렇게 말했다. "민영화에는 표준적 기법이 있습니다. 바로 민영화하려는 사업의 재정을 삭감하는 것입니다. 대처가 철도를 민영화하려 했던 것처럼 말입니다. 가장 먼저 재정을 삭감해야 합니다. 그러면 철도가 제대로 작동하지 않고 사람들은 분노하며 변화를 요구하게 됩니다. 그리고 이런 현실을 틈타 정부가 해당 부문을 민영화하면 상황은 더 악화됩니다."

1) 잉글랜드

(1) 도입 배경

영국은 공공 원격의료 상담시스템을 무료로 운영하는 나라였다. 365일 24시간 누구나 '국가보건서비스

(NHS) 111'에 전화를 걸면 의사간호사와 통화할 수 있었다. 이 시스템에 전화를 걸면 병원 이송차량을 제공하거나 가까운 병의원·약국에 연결해주고, 가벼운 증상은 관리법을 알려줬다.

그런데 정부가 지난 2010년 이후 재정을 삭감하고 민간에 외주화한 뒤부터 망가지기 시작했다. 숙련 의료진과 인력이 줄고 초과노동이 늘면서 상담의 질이 떨어졌다. 2022년 한 해동안 111에 걸려온 전화 360만 건이 포기됐는데, 평균 대기시간이 25분이나 될 정도로 너무 길어서 약 5명 중 1명이 포기한 것으로 나타났다⁶⁾.

공공 원격상담 서비스가 붕괴하면서 생긴 불만을 틈타 정부가 원격의료 플랫폼 기업 시장을 열었다. 복지부장관이 나서 Babylon(바빌론)이라는 뛰우면서 자신도 구독자이며 이 서비스가 "훌륭하다"고 치켜세웠다. 2015년 NHS 잉글랜드와 계약한 이 기업은 앱을 통한 신속한 화상 상담 및 당일 진료 예약 등의 편의성을 내세웠다.

(2) 환자선별(cherry picking), 의료 불평등 초래

"단순한 질병을 가진 건강한 환자들은 온라인으로 빠르게 진료받을 수 있는 반면, 다중 질환이 있거나 정신 건강이 좋지 않은 의료가 가장 필요한 환자들은 적시에 제대로 된 진료를 받기가 더 어려워지는 '이중적(two-tier)' 의료 체계로 이어질 수 있습니다." RCGP(왕립 일반의과대학)은 즉각 경고했다.

예측은 현실이 되었다. 바빌론은 건강한 젊은 환자들만을 선별해 등록시켰다. 환자의 85% 이상이 20~39세였고, 노인, 임산부, 치매 환자 같은 기저 질환자는 '부적합' 대상자로 분류해 거부했다. 영국은 의료기관이 환자 1인당 일정 비용을 받는 체계(인두제)인데, 큰 비용이 들지 않는 젊고 건강한 환자는 원격 앱이 다 끌어 가면서 쉽게 돈벌이를 했다. 반면 기존 진료소들은 불균형적으로 많은 빈곤층과 노인 진료를 담당하게 되면서 지금 부족으로 재정난을 겪게 되었다. 바빌론은 2024년 6월 사업을 최종 중단할 때까지 최소 5천만 파운드의 NHS 공공 보건의료 재정을 낭비시킨 것으로 추산된다⁷⁾.

"영리 시스템은 가장 건강하고 부유한 환자들, 주로 대도시에 거주하는 환자들을 '골라내는(cherry-pick)' 경향이 있으며, 더 복잡하고 취약한 환자들은 공공 시스템에 '버리는(lemon-dropping)' 경향이 있습니다."⁸⁾

(3) 의료비 인상, 일차의료 민영화

원격의료 앱의 새로운 소유주들은 바빌론의 재앙적 전력에서 거리를 두기 위해 '이메드(eMed)'로 브랜드를 변경했다. 출시된 지 얼마 안 된 이 앱은 공공 일차진료(NHS)를 제공하는 것을 명목으로 정부 재정을 챙겨 서는, GP(주치의) 진료 당 59파운드(약 10만 원)를 받는 유료 서비스로 유인하고 있고 상업적 건강관리 프

6) Josiah Mortimer and Max Colbert, Whistleblower Exposes Alleged Systemic Staffing Problems in NHS 111 Hotline, 2023.5.26.

7) John Lister, Forty years of failure Private sector contracting and its impact on the NHS, Public interest law center, 2024.8.

8) Danyaal Raza and Jillian Ratti, "The mobile health care app touted by the Alberta government has flaws", MacLean's, April 14, 2020,

로그램을 판매하는 것으로 유명하다. 이런 영리 앱은 영국 일차의료 부문의 영리화와 비용 상승을 주도하고 있다고 비판받고 있다⁹⁾.

2) 캐나다¹⁰⁾

(1) 도입 배경

캐나다도 Alberton 같은 농촌 지역 의사 부족과 긴 응급실 대기 시간은 심각한 문제로 떠오르고 있다. 2020년 정부는 응급실의 일부 환자들이 의사를 만나는 대신 민간 기업인 '메이플(Maple)'이 제공하는 서비스를 사용하여 의사와 영상 상담을 할 수 있게 될 것이라고 발표했다.

캐나다의 의료 문제도 정부의 노골적 긴축정책이 유발한 것이다. 정부는 재정 감축으로 약 11,000명의 의료 일자리를 외주화하고, '민간 계약 외과 수술' 제도를 도입하고, 공공 진단검사실을 민간에 매각하고, 장기요양 시설을 민영화했다. 이런 과정은 의료서비스를 악화시키고 대기 줄을 길게 만들었다. 그러면서 텔러스(Telus)나 로블로(Loblaw) 같은 원격 기업에 의료시장을 열었다¹¹⁾

(2) 의료비 상승, 과다청구

공공의료 체계를 운영하면서 무상의료를 적용하는 캐나다는 1966년 이래 '누구나 경제적 장벽 없이 양질의 서비스를 제공한다'는 원칙을 유지해왔다. 그런데 원격의료 도입 이후 풍경은 바뀌었다. 의료는 기업 플랫폼을 이용하는 대가로 유료서비스가 됐다.

과다청구도 늘었다. 2020년 온타리오 감사원에 따르면 하루에 321명의 환자를 진료했다며 170만달러를 청구한 의사가 있었다. 실제로 4천건 미만의 진료를 수행하고 17,500건을 진료했다며 86만 달러를 청구한 의사도 있었다. 캐나다에서 이런 과다청구는 전례 없다.

(3) '돈으로 대기 줄 건너뛰기', 보편적 의료 제공 중단

비용이 발생해도 유료 서비스를 이용하는 이유는 공공 의료 서비스 대기 시간이 길어졌기 때문이다. 경제적으로 여유 있는 사람들은 '돈으로 앞자리를 사는' 방식을 선호하게 되었다. 이런 이중 체계의 등장은 캐나다의 보편적 의료 체계를 무너뜨렸다.

캐나다 원격의료는 돈을 더 지불하면 비보험으로 빠르게 진료받을 수 있는 서비스를 제공하고 있다. 메이플(Maple)은 평일 진료에 49달러, 주말 진료에 79달러, 야간 진료에 99달러를 부과한다. 이런 비보험 진료가

9) Maureen Mackintosh etc, Commercialisation and private business models in English primary care: learning from global health?, Innovation Knowledge Development, 2025.7.

10) NUPGE, Virtual Health Care Privatization, 2021.12.

11) Rebecca Graff-McRae, Underfund, Criticize, Privatize. The UCP plan for public healthcare, Albertaviews, 2023.3.

온타리오 원격의료 서비스의 기본 옵션이다. 보험진료가 오히려 선택 옵션이다.

이로 인해 의사 인력도 돈 되는 비보험 진료로 대거 유출되고 있다. 캐나다 도서 지역(PEI)에서는 공보험 적용 진료는 운영이 아예 중단됐으며, 보험 미적용 개인부담 원격의료는 '2분 내' 진료를 약속하고 있다.

(4) 대기업 중심 의료 민영화

캐나다의 많은 원격의료 기업들은 원격 앱 뿐 아니라 실제 의료기관 및 전자의무기록(EMR) 회사를 함께 소유하고 있다. 이는 기업들에게 의료 서비스 제공 방식에 대한 더 많은 통제권을 부여하고 있다. 특히 메이플과 텔러스는 민간보험사와 계약을 체결하고 있다. 보험사가 의료 공급 통제권과 연결되는 것은 미국식 의료체계와 유사한 형태로 진화할 수 있다는 캐나다 내의 비판이 제기되고 있다.

3) 미국

(1) 도입 배경

의료 민영화의 나라인 미국은 의료비가 비싼 것으로 유명하다. 코로나19 이후 특히 미국에서도 이런 상황을 틈타 저렴하고 빠른 접속을 내세운 원격의료 업체들이 급격히 늘었다.

(2) 패스트푸드 의료

의료의 질이 낮아 '패스트푸드 의료'로 불리고 있다. 기본적 진찰과 검사 없이 항생제나 중독성 강한 정신과 약물을 과잉처방하는 비율이 높다고 보고되고 있다. 2016년 '미국의학저널(JAMA)'에 따르면, 이들 중 가이드라인을 준수한 병력청취와 신체검진을 한 경우는 69.6%, 정확한 진단을 한 사례는 76.5%, 정확한 치료방법을 제시한 경우도 54.3%에 불과했다.

(3) 과잉진료, 과다약물처방

플랫폼은 수익성을 위해 짧은 시간 내 환자를 처리하라고 강요하는 경우가 많다고 알려진다. 예로 세레브럴(Cerebral)이라는 정신과 플랫폼은 의료진에게 진료 시간을 절반으로 줄여 환자 수를 늘리라고 강요했고, 지키지 않는 이들의 급여를 삭감하며 쫓아냈다.

어헤드(Ahead)라는 플랫폼은 의료진에게 과다 약물 처방을 강요했는데, 약물 조제가 그들이 투자한 온라인 약국의 뜻이었기 때문이었다¹²⁾. 미국에선 거대제약사들이 원격플랫폼을 직접 출시하기도 하는데 예를 들면 화이자의 'Pfizer for all', 일라이릴리가 운영하는 'LillyDirect' 등은 의사에게 자사 의약품 처방을 강요하고, 환자에게는 약물을 미리 선택할 수 있도록 해 논란이 되고 있다¹³⁾.

12) TIME, the Online Therapy Bubble Is Bursting, 2022.11.

13) The Washington Post, Drugmaker-telehealth deals risk unnecessary prescribing, senators' probe finds, 2025.7.17.

(4) 환자 데이터 판매

세레브럴(Cerebral)은 320만여명의 환자 이름, 주소, 전화번호, 생년월일, 의료 및 처방 기록, 심지어 정신 상담 내용과 병력을 페이스북, 구글, 틱톡 등 제3자 광고 플랫폼에 넘겼다.

베터헬프(BetterHelp)라는 원격 상담 기업도 광고 목적으로 환자 이메일 주소, IP 주소, 건강 설문지 정보를 페이스북, 스냅챗, 크리테오, 펀터레스트에 넘겼다.

2. 외국 사례로 본 시사점 : 영리 원격의료 플랫폼 도입이 초래할 미래

모든 나라에서 문제 없이 활용된다는 원격의료 서비스의 실체는 위와 같다. 그래서 세계 곳곳에서 기업들이 원격의료 같은 디지털 기술을 확대한다는 명목으로 의료시스템을 민영화하는 일관된 패턴이 발견된다는 평가가 랜싯(Lancet) 같은 저명한 학술지를 통해 나온다¹⁴⁾. 각국 정부가 긴축으로 공공 의료 시스템을 망가뜨리고 이에 대한 해결책을 제시하면서 해당 서비스를 민간에 넘기는 과정에서 원격의료 기술이 주요 매개가 되고 있다. 정부와 기업은 기술 발전에 따른 자연스런 변화나 '혁신'을 명분으로 삼고 코로나19라는 충격을 활용한다는 점에서 일치된 전략을 보인다.

한국에서 원격의료가 추진되는 배경도 외국과 유사하다. 붕괴하는 의료에 대한 사람들의 깊은 불만이 근저에 있다. 원격의료가 필요하다고 느끼는 사람들이 있는 것은 휴일과 야간에 경증이든 중증이든 응급실 외에는 사실상 대안이 없고, 의료 취약지에는 병원이 없어 의사를 만나거나 약을 타려면 먼 길을 가야 하는 현실 때문이다. 공공의료기관이 단 5% 뿐이라 지역에는 병원이 없고, 공공적 의료상담 시스템도 없기 때문이다. 건강 보험 적용이 되지 않는 비급여가 만연해 많은 의사들이 상업적 진료에 몰담고 있기 때문이기도 하다.

영리적 원격의료는 이런 문제의 해결책이 되지 못하고 오히려 문제를 심화시킬 것이다. 외국처럼 의사들은 더 팽창하는 상업적 부분으로 몰려 의료 취약지 인력과 자원은 더욱 사라질 것이다. 또 플랫폼은 외국 사례들처럼 과잉진료를 유발해 환자 의료비를 올리고 건강보험 재정에 커다란 타격을 줄 것이다.

캐나다와 마찬가지로 한국도 중소기업이 아닌 대기업이 플랫폼을 장악할 것이다. 이미 삼성, LG, SK, KT 등 대기업은 법개정을 기다리며 투자를 해왔다. 특히 보험사들이 플랫폼을 이미 인수하거나 공동 사업을 하고 있다. 보험사가 의료 공급체계에 장악력을 높이면 미국과 유사한 의료 공급체계로 전환하게 된다. 이 모델은 보험사가 플랫폼처럼 의료공급을 장악해, 보험사가 승인한 치료만을 의사들이 공급하는 모델이다.

이런 민영화의 결과는 영국과 캐나다에서 보여지는 '이중의료체계' 즉, 부유한 사람들은 돈으로 대기줄을 건너 뛰어 쉽게 빠르게 진료를 하지만 취약한 사람들은 의료 접근에서 차단되는 결과를 초래할 수 있다. 즉 한국의 보편적 건강보험 체계 자체가 붕괴할 수 있다.

영리 플랫폼 기업엔 어떤 누구든 투자할 수 있는데 예컨대 사모펀드가 플랫폼의 주인이 될 수 있다. 이런

14) Paul Webster, Digital health technologies and health-care privatisation, The Lancet, 2019.8.

자본은 예컨대 미국 플랫폼들처럼 의료 정보를 제대로 취급하지 않을 수 있다. 배달의 민족도 독일에 팔려나가 '게르만 민족' 소리를 듣는 상황, 주인도 알 수 없는 자본이 가장 민감한 개인 의료정보를 다루게 될 수 있다.

해외 사례에서 보듯 중개 플랫폼은 단지 의료 공급체계 외부에 있는 것이 아니다. 지배 플랫폼은 사실상 해당 산업 부문을 장악하므로 의료시스템 전반의 성격을 규정하는 주체가 된다. 따라서 의료법에서 영리병원 도입을 금지하듯 영리 플랫폼을 금지해야 한다. 그러지 않으면 영리병원이 전국에 허용되는 것과 유사한 효과를 초래할 것이다.

3. 공공플랫폼 해외 도입 사례를 통해 본 원격의료 기술의 바람직한 활용

같은 영국에서도 잉글랜드와 달리 스코틀랜드와 웨일스는 다른 길을 걸었다. 스코틀랜드는 2016년 '니어 미 (Near Me)'라는 NHS Scotland가 운영하는 공공 원격의료 플랫폼 운영을 시작했다. 코로나19 팬데믹 대응에 특히 큰 역할을 했다. 일차진료, 커뮤니티 진료, 급성진료 등 포함한 80개 전문과에 걸쳐 활용되고, 특히 정신건강 서비스 진료에 많이 이용되었다. 약 16만건의 만족도 조사에서 응답자의 97%가 다시 사용할 의향이 있다고 했으며, 92%는 만족하거나 또는 매우 만족한다고 응답했다¹⁵⁾¹⁶⁾.

웨일스는 경증의 증상을 겪는 환자가 국영 의료 상담센터에 전화하면 간호사나 의사가 지침을 제공하는 공적 원격 상담서비스를 운영하고 있다. 이 상담서비스를 통해 진료가 필요하다고 여겨지는 환자는 'NHS 웨일스 화상 상담 서비스(NHS Wales Video Consulting Service)'를 통해 진료받는다.

공공 플랫폼을 운영하는 곳에서는 환자 의료비 상승도, 영리행위로 인한 낭비적 재정지출도, 의료진 유출로 인한 공공클리닉 붕괴도, 돈으로 대가줄 건너뛰기 같은 의료불평등도 발생하지 않는다. 의료 데이터를 영리 목적으로 팔아넘길 걱정도 없다.

사실 잉글랜드에도 긴축 공격이 있기 전인 2010년까지는 NHS 111이 모범적으로 운영됐다. 이런 공공적 의료상담시스템이 있다면, 주치의가 있어 전화를 걸 수 있거나 야간에 문을 여는 공공 클리닉과 약국이 있다면, 지역마다 믿을만한 공공병원이 있다면 환자의 편의와 접근성은 훨씬 더 효과적으로 향상될 수 있을 것이다.

한국에도 원격의료가 필요한 영역에는 이런 공공플랫폼을 활용할 수 있다는 것을 이런 사례는 잘 보여준다. 온갖 부작용과 의료 민영화의 문제를 감수하고 영리 플랫폼을 도입할 이유는 없다. 외국 사례들은 공공의료 강화와 공공 플랫폼 구축으로 의료 공백 문제를 해결할 수 있고 그래야 한다는 것을 보여준다.

15) Scottish Government, Care in the Digital Age: delivery plan 2025 to 2026, 2025.8.11.

16) Hazel Archer and Marc Beswick, Near Me video consultation in Scotland: 20 years in the making, 2024.4.22.

토론문 6

민간플랫폼 진입을 허용하는 비대면 진료 법제화의 문제점

홍석환 / 전국민주노동조합총연맹 정책국장

0. 비대면 진료 현황

- 한국에서 비대면 진료가 도입된 것은 2020년 코로나19 펜데믹을 이유로 한시적으로 도입되었음. 당시 정부는 시민의 의료기관 이용 중 코로나19에 감염되는 것을 방지하기 위한 공중보건상의 목적을 이유로 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 시범사업 형태로 실시함.
- 2023년 6월 정부는 코로나19 위기 단계가 '경계'로 조정됨에 따라 비대면 진료 시범사업을 「보건의료기본법」을 근거로 시행하였음. 당시 정부는 비대면 진료 시범사업을 2023년 5월 30일 건강보험정책심의위원회에서 논의하였으나,가입자 대표로 위원회에 참여하고 있던 민주노총과 한국노총의 참석을 배제하고 진행하는 등 절차적 문제가 심각했음.
- 2024년 2월 전공의 집단행동으로 정부는 비대면 진료를 전면 허용해왔으며, 2025년 10월 20일부터 보건의료 위기경보 심각 단계가 해제됨에 따라 27일부터 비대면 진료 기준을 변경하였음.
- 2025년 8월 14일 보건복지부가 발표한 2020.02.24.~2025.02.28.까지 5년간의 비대면 진료 현황에 따르면 전국 의료기관 2만 3천여곳에서 492만명이 이용한 것으로 확인됨. 코로나19 시기 2만 1천여 의료기관이 참여한 것에 비해 의사 집단행동에 따른 비상진료 시기 전면 허용한 시기에는 7천여 의료기관이 참여한 것으로 확인되고 있으며, 전체 외래진료 대비 0.2~0.3% 수준임.

1. 비대면 진료 허용의 목적 달성 실패

- 비대면 진료를 허용한 목적은 코로나19라는 감염병의 확산을 막고자 하는 것과 함께 "의료 취약 계층의 접근성 향상"이었음. 코로나19 시기였던 2021년 1분기부터 2022년 2분기까지의 비대면 진료 앱 설치자 현황을 살펴보면 복지부 산하 기타공공기관인 한국보건의료정보원의

생활치료센터 비대면진료 플랫폼의 경우 앱 이용자의 현황을 살펴보면 전 60대 이상 이용자 가 전체 이용자의 49.4%로 확인되는 등 코로나19로부터 환자와 의료인을 보호할 수 있도록 하는 것은 물론 취약 연령의 접근성이 높았던 것으로 확인됨. 반면 같은 기간의 민간 플랫폼 설치자 연령은 앱간의 차이는 존재하나 60대 미만 연령이 80~90%로 압도적으로 높은 것으로 확인됨. 이는 병원을 방문하는 데 어려움이 없는 연령층의 비대면 진료 앱 이용이 높은 것을 증명하는 것이며, 노인·장애인 등은 비대면 진료에서 조차 접근성에서 소외되고 있음을 보여 주고 있음.

- 2023년 6월 1일부터 12월 4일까지 비대면 진료를 한 번 이상 받은 환자의 국민건강보험공단 기록을 분석한 「국민건강보험공단 데이터를 활용한 비대면진료 시범산업 현황 분석」(김정연 외)에 따르면 섬 및 오지 거주자 환자는 비대면 진료 환자 전체의 0.2%에 불과한 것으로 확인됨. 장애 등으로 이동에 어려움을 겪는 환자는 전체의 14.2%, 감염병으로 의료기관 직접 방문이 불가한 환자는 3.6%로 의료 접근성이 떨어지는 취약지에서의 비대면 진료가 효과적으로 이용되지 않고 있다는 것을 보여주고 있음.
- '약사의 미래를 준비하는 모임'이 2025년 7월 전국 읍면지역거주자 502명을 대상으로 실시한 조사결과에서도 확인됨. 조사 결과 읍면지역거주자의 60%는 스마트폰 앱 기반의 서비스 자체를 전혀 사용해본 적이 없으며, 비대면 진료를 이용한 본 적이 있는 사람은 전체의 약 5%이며, 60대 이상은 2.5%에 불과한 것으로 확인됨. 오히려 응답자들은 "비대면 진료보다 지역에 의료인프라가 존재하는 것이 더 중요하다"고 응답하는 등 비대면 진료가 의료 취약지 및 취약 계층에게 효과적이지 않다는 것을 증명하고 있음.
- 즉, 민간플랫폼은 비대면 진료 도입 목적과는 달리 기술 친화적이고 처방전 수요가 높은 도시의 젊은 층을 대상으로 마케팅 등 사업모델을 집중하는 구조를 선택했고, 이는 결국 "의료 취약 계층의 접근성 향상"이라는 정책 목표 달성이 민간플랫폼에서는 애초에 불가능하다는 것을 확인시켜 준 것임.

2. 민간플랫폼의 수익 창출을 위한 규제 회피

- 민간플랫폼은 기본적으로 수익 창출이 최우선 목표임. 이들은 시장에서의 우위를 선점하기 위해 시장점유율을 높여야 하며, 이를 위해 마케팅이라는 명목으로 알선 및 유인 금지 규정을 위반하고 있음. 실제로 닥터나우의 경우 여드름 치료제 처방이 쉽다는 홍보를 SNS에 광고하고 전국 여드름 치료제 처방량의 97%가 한 의원에서 이뤄진 사례가 있음.
- 2025년 8월 한 유명인이 수년간 비대면 진료를 통해 처방이 금지된 약물(향정신성의약품)을 처방받고 제3자를 통해 대리 수령한 사실이 적발되었음. 김선민 의원이 건강보험심사평가원의

2023년 1월부터 2025년 5월말까지의 자료를 통해 확인한 결과 비대면 진료 처방제한 급여 의약품의 처방이 13,545건에 달하는 것으로 확인되었음. 이중 84.2%인 11,400건이 마약류 처방이었고, 마약류 처방 중 98.9%인 1,1277건이 향정신성의약품 처방으로 확인됨. 정부가 '비대면 진료를 통해 약제를 처방하는 경우에도 마약류와 오남용 우려 의약품, 사후피임약, 비만치료제는 의약품안전사용서비스(DUR) 시스템을 통해 처방 불가'조치를 하고 있음에도 불구하고 비급여로 처방할 경우 이를 통제할 수 있는 방법이 없음.

- 이러한 사례 이외에도 민간플랫폼의 약사법 등 법률 위반사례는 끊임없이 이어지고 있음. 정부가 사후약방문처럼 문제가 발생한 이후 관련 규제 등을 발표해도 제대로 된 관리감독이 이뤄지기 어려우며, 민간플랫폼은 수익 창출을 위해 끊임없이 규제를 회피하거나 위반할 것임. 이는 결국 의료이용자의 건강과 안전에 대한 위험과 의료시스템의 붕괴로 이어질 가능성이 매우 높음.

3. 민간플랫폼 투자 구조의 핵심, 수익 창출 = 의료영리화의 촉발

- 시장조사업체 프리시던스 리서치에 따르면 2024년 전세계 비대면 진료 시장은 약 211조원 규모이며, 2032년 1,190조원 규모로 성장할 것이라고 전망하고 있음. 한국의 비대면 진료 시장 규모는 정확히 파악되고 있지 않으나 2020년 비대면 진료를 일부 허용함에 따라 민간플랫폼의 시장 진출이 이어지고 있으며, 현재 원격의료산업협의회에 따르면 16개 업체가 회원사로 활동하고 있는 것으로 확인됨.
- 한국 비대면진료 민간플랫폼은 대규모 VC 자본을 바탕으로 성장해 왔음. 이들의 정책적 요구나 발언은 시장진입 규제 철폐와 투자자 이익 보호를 우선으로 할 수 밖에 없으며, 비대면 진료 규제 강화에 반대할 수 밖에 없는 구조임. 비대면 진료의 민간플랫폼 진입을 금지하거나 규제를 강화하게 된다면 민간플랫폼의 성장은 제한될 수 밖에 없으며, 이는 수백억원 이상을 투자한 VC의 투자 회수가 불가하거나 직접적인 이윤 하락으로 이어짐. 따라서 규제에 반대하는 것은 단순한 산업의 육성 차원을 넘어 금융 자본이 자신들의 투자 이익을 보호하기 위해 정책당국에 행사하는 압력임.
- 민간플랫폼의 초기 사업모델은 단순 연결서비스에 집중하며 이용자 확보에 집중하였음. 그러나 사업 5년이 지난 지금 민간플랫폼은 의료시스템 전반에 걸친 영향력을 확보하기 위한 방향으로 사업모델이 전환되고 있음. 시장 선도 기업은 병원 찾기, 진료 예약, 비대면 진료, 처방전 관리, 의약품 배송 등을 포괄하는 '토탈케어 솔루션' 기반의 '헬스케어 슈퍼앱'으로 전환하려는 전략을 추구하고 있음. 이는 기존의 보건의료 인프라와 중소 의료기관의 역할을 대체하거나 종속시킬 위험을 내포하고 있음. 이러한 전략을 위해 닥터나우의 경우 시리즈B 단계까지 510억원의 투자금 유치에 이어 현대 시리즈C 단계의 투자를 유치중에 있으며, 굿닥의 경우 시리

즈A 단계에서 210억원의 대규모 투자를 유치하였음. 이러한 대규모 투자금 확보는 독점적 시장 지위를 확보하고 환자 데이터 흐름을 단일 플랫폼에 집중시켜 투자자의 수익 극대화에 활용하기 위한 시도로도 볼 수 있을 것임.

- 한국은 아직까지 비대면 진료에 대한 법적 근거가 마련되지 않았음에도 불구하고 10여개가 넘는 기업이 시장에 진출하고, VC 등을 통해 투자가 꾸준히 이뤄지고 있는 것은 규제 완화가 조만간 이뤄질 것이라는 강한 기대감이 반영된 것으로 볼 수 있음. 문제는 VC와 같은 재무적 투자자의 목표는 투자한 기업의 성장을 통해 이익을 회수하는 것으로 투자 수익 극대화에 집중되어 있음. 즉, 비대면 진료를 위한 민간플랫폼은 단기적인 수익모델을 위한 도구로 변질되어 의료의 공공성을 훼손시키고 의료영리화를 촉발시킬 것이라는 것임.

4. 건강보험 재정 악화 및 개인정보 보호 문제

- 민간플랫폼은 건강보험 체계의 구조적 위험을 주고 있음. 수익 중심의 민간플랫폼은 이용자 확대를 통해 수익구조 및 시장의 독점적 지위를 형성하고자 함. 또한 과잉진료 및 처방 등과 같은 비윤리적 행위를 부추기는 등의 문제점이 드러나고 있음. 이는 건강보험재정을 통해 수가를 지불하는 구조에서 불필요한 진료 및 처방은 건강보험 재정 지출 증가로 인한 재정 악화와 공적의료시스템의 건전성을 훼손할 수 있음.

- 비대면 진료는 인터넷, 모발일 앱 등 디지털 플랫폼을 기반으로 환자의 민감한 의료정보는 물론 다양한 개인정보를 다루며, 이러한 정보에 대한 유출 위험성이 매우 높음. 현재 민간플랫폼에 대한 보안 수준, 인증 체계, 데이터 보호 기준 등이 통일되어 있지 않아 기술적 사고의 가능성이 매우 높음. 일부 민간플랫폼은 이용자에게 개인정보 수집 및 이용 또는 제공, 민감정보 및 고유식별 정보 처리에 대해 포괄적으로 기재된 개인정보처리방침에 일괄 방식을 받는 방식을 취하기도 함. 이러한 포괄적 동의는 개인정보에 대한 민간플랫폼의 통제력을 높이고 민감 정보에 대한 상업적 활용 가능성을 높임. 또한 민간플랫폼은 비대면 진료를 단지 의료행위의 보조 수단이 아닌 데이터자산 확보를 위한 게이트웨이로 보고 사업모델을 수립할 가능성도 높음.

5. 비대면 진료, 공공플랫폼으로

- 공공플랫폼은 민간플랫폼의 문제점을 제고하고 지난 5년여간 달성하지 못한 공적 목표를 달성 할 수 있음. 의료취약지 및 취약계층의 접근성 지원에 지원을 집중하고 의료데이터의 투명한 관리와 보안 표준이 수립될 수 있음. 또한 의료남용 및 과잉 진료를 통제해 건강보험 재정의 안정화는 물론 의료의 공공성을 지킬 수 있음.

- 공공의 플랫폼 운영 사례도 존재함. 한국보건의료정보원의 생활치료센터 비대면진료 서비스는 코로나19 당시 환자와 의료진의 감염병 예방은 물론 취약계층에게 효과적인 비대면 진료를 제공했다는 것이 확인되고 있음.
- 따라서 비대면 진료는 공공플랫폼만으로 제공될 수 있도록 법제화 되어야 하며, 민간플랫폼의 특히 영리목적의 플랫폼 진입을 전면적으로 금지해야 함.

성창현 / 보건복지부 보건의료정책과장
