

연 구 보 고 서

2 0 2 2 - 1 3

의사의 지역근무 현황 및 유인·유지 방안 연구

의사의 근무지역 선택 및 이동 관련 요인을 중심으로

2022. 11.

연구자 : 김계현 (연구위원)
임선미 (연구원)
박정훈 (연구원)
임지연 (연구원)

요 약 문

본 연구는 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위한 정책과제가 당분간 지속될 수 있는 만큼 의사인력의 지역별 분포(근무) 현황을 살펴보고, 의사인력의 근무지역 선택과 이동에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였으며, 국내외 관련 정책을 분석하여 우리나라에 적용할 수 있는 정책방안을 제안하고자 하였다.

연구결과를 종합하면 다음과 같다.

많은 국가들이 의사인력의 지역 간 불균형 분포의 문제 겪고 있고, 이를 해결하기 위한 정책으로 해당 지역출신 학생선발, 의과대학 과정에서 지역근무 유인을 위한 장학프로그램 운영 및 보조금 지급, 의사인력의 지역근무에 대한 경제적 보상, 의료취약지 의료기관에 대한 운영비·시설·장비비 지원, 진료보조나 행정인력 지원, 세제 감면 혜택 등을 시행하고 있었다. 또한 특수목적 의과대학을 설립하여 학생들을 지원하고, 지역근무 의무를 부여하거나, 지역근무에 대한 각종 지원 또는 몇 가지 제도를 결합한 정책들을 시행하고 있는 나라도 있었다. 다만 이러한 제도들의 효과는 정확히 파악할 수 없는 상황으로 많은 국가들이 현재도 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위해 다양한 제도들을 시도하고 있음을 확인하였다.

본 연구는 2020 전국 의사조사(Korean Physician Survey, KPS) 자료를 활용하여 우리나라 의사인력의 근무지역 선택과 이동에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 분석 결과 우리나라 의사인력의 지역(지방광역시 혹은 도 지역)근무에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 성장(출신)지역이 지방광역시나 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.33배, 2.43배 높았으며, 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.12배, 2.01배 높은 것으로 나타났다. 또한 전문의 수련지역이 지방광역시와 도 지역인 경우에 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성은 각각 12.41배, 5.94배 높은 것으로 나타났다.

활동의사가 지역으로 근무지역을 이전할 의사에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지

역과 의대 졸업지역, 전문의 수련지역으로 나타났다.

성장(출신)지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 1.74배, 1.84배 높았다. 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.28배, 1.76배 높았으며, 전문의 수련지역이 수도권인 경우보다 지방광역시와 도 지역인 경우 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.44배, 1.82배 높게 나타났다.

성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 비율은 24.9%로 확인되었다. 성장(출신)지역부터 현재 근무지역까지의 일치율이 높은 도시는 대구 67.7%, 광주 64.1%, 전북 50.7%, 부산 48.5%, 서울 40.6% 순으로 나타났다.

의사 개인의 특성과 더불어 지역에서의 경험이 지역 근무를 선택하는 데 중요한 고려사항이 될 수 있음을 확인하였다. 의사인력의 수도권 집중현상 해소나 농촌 등 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해서는 의과대학이 소속된 출신 지역의 학생을 의사로 양성하는 것을 지원하는 정책이 효과적일 수 있음을 확인하였다. 또한 의과대학 교육과정이나 수련과정에서 지역의료를 경험할 수 있는 기회를 제공하기 위한 노력이 필요하다는 것도 확인하였다.

본 연구에서 검토한 많은 선행연구와 국내외 관련 정책들이 기존의 교육, 경제적 인센티브, 경력 개발과 정주환경 지원, 의료서비스 전달체계 관련 범주 안에 있었다. 이에 더하여 본 연구에서는 한국적 상황을 고려한 다양한 관점에서 의사인력의 지역근무 유인·유지를 위한 지원방안을 제안하고자 하였다.

본 연구의 분석결과와 다수의 선행연구에서 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해서는 의과대학이 소속된 출신 지역의 학생을 의사로 양성하는 방안, 의과대학 교육과정이나 수련과정에서 농촌 등 지역의료를 경험할 수 있는 기회를 제공하는 방안이 필요하다는 것을 확인하였다. 특히 수련지역의 중요성은 기존 연구에 비해 높게 나타났다.

현행 '지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률 시행령'은 지방대학의 의대·약대·한의대·치대 등 의약학계열은 모집 정원의 40% 이상(강원·제주는 20%)을 반드시

해당 지역 고교 졸업생으로 선발하도록 하는 ‘지역인재’ 전형이 있고, 해당 전형은 2023년부터 의무화되며, 선발 비율도 30%에서 40%로 확대된다. 본 연구에서는 지역별 의사인력의 분포를 확인하였는데, 의사인력(전문의 비율)이 다른 지역보다 부족한 지역이 20년 전 선행연구 결과와 크게 다르지 않았다. 이는 다양한 정책적 노력에도 불구하고 의사인력의 해당 지역근무를 유인하는데 한계가 있다는 것이고, 지역적 상황이나 환경의 특성도 있을 수 있다. 이에 모든 지역의 인재선발 비율을 일률적으로 적용하기보다는 지역별 의사인력 현황, 인구 현황 및 구성 등 지역적 상황을 반영하여 지역 인재선발 비율을 탄력적으로 적용할 것을 제안하였다. 또한 의학교육, 수련 과정에서 지역사회의학 실습 확대, 지역사회 의료를 경험할 수 있는 과정을 추가하고 지원하는 방안이 고려되어야 한다. 가령 수련과정에서 지역 개원의원을 활용하거나, 지역거점의료기관에서의 수련을 지원하여 지역의료에 대한 이해를 높일 수 있도록 해야 한다. 또한 지역 수련병원들이 지역거점병원의 역할을 할 수 있도록 지역의 의료체계 확보를 위한 정책도 동시에 진행되어야 한다.

외국의 경우 의사인력 부족 지역에 의료기관 개원을 지원하고 있었다. 즉 일차의료 의사들의 공동개원 시 보조금을 지원하거나 간호사 등 보조 인력의 인건비 지원, 행정 인력 고용 지원, 별도의 기금을 조성해 일차의료가 부족한 지역의 개원의를 지원하는 사례가 있었다. 한편 의료취약지 문제 해결을 위해 지역별로 거주자수와 인구밀도에 따라 자동차 이동형 응급의료시설을 확보하여 의료접근성을 향상시키는 국가도 있었다. 이에 우리나라도 의사들이 지역에서 진료할 수 있도록 공동개원을 지원하거나, 의료기관 운영비나 인건비를 지원하는 방안을 고려할 수 있다. 또한 산업 분야에서 민간 기업의 지방 이전시 정부가 지원하는 정책 중 의료기관에 적용가능 한 항목(이전 지원금, 이전 시 세제혜택이나 이전 관련 행정지원, 접근성 향상을 위한 인프라 지원 등)의 지원도 고려할 필요가 있다.

정부가 구상하고 있는 지역의사제도의 핵심은 의사인력이 지역에 근무할 유인이 충분해야 가능하다. 많은 국가들은 이를 위해 의사인력에게 경제적 인센티브를 주거나 지역근무에 대한 추가적인 수가를 적용하는 방식을 활용하고 있다. 우리의 국민건강보험법(제47조의3)도 지역별 의료자원 불균형 및 의료서비스 격차 해소 등을 위해 지역별로 요양급여비용을 달리 정해 지급할 수 있다고 규정하고 있다. 해당 규정을 바탕으

로 각 지역별 의사인력 분포, 인구수, 인구구성 및 다빈도 질환 등을 고려하여 차등된 지역별 가산 수가를 적용하거나 취약 항목에 대한 수가 가산을 통해 지원하는 방안을 마련할 필요가 있다.

한편 많은 국가들이 은퇴의사를 활용하여 지역의사를 확보하는 방안을 활용하고 있다. 은퇴의사들의 희망 근무조건 등을 고려하여 일하기 원하는 은퇴의사와 일할 수 있는 지역의 병원을 매칭하는 방안, 정부가 이를 조직적으로 지원할 수 있는 방안을 고려하여 지역에서 은퇴의사가 진료를 지속할 수 있는 여건을 마련해야 한다. 그 밖에 지역 간 의사인력 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 장기적이고 합리적인 배분정책이 세워져야 하는데 이것은 지역사회의 균형적인 발전과 병행되어야 한다. 정부도 인구감소, 지방소멸 위기에 대비한 지방자치단체 간의 광역연합과 지방자치단체간의 행정구역 통합 방안을 고려하고 있다. 특히 광역연합에서는 광역자치단체뿐 아니라 기초자치단체 차원에서도 과소지역 기초자치단체들은 중심도시와의 공공서비스 협력체계 구축, 의료기능 및 교통기능 등 연계를 통해 상호 협력방안을 지원하고자 한다. 의사의 지역근무, 의료취약지 문제 역시 이러한 정책과 연계될 필요가 있다. 즉 보건의료 정책에 있어서도 기존의 70개 진료권의 개념에서 벗어나 보다 큰 권역 단위로 묶어 권역별 거점의료기관을 육성하고, 인구 감소지역 환자들의 의료접근성을 향상시킬 수 있는 이동 인프라 지원, 응급환자의 안전하고 신속한 이송을 도울 수 있는 이송체계를 확충하는 것이 미래 한국적 상황, 보건의료 환경 변화 등을 대비한 정책일 수 있을 것이다.

의사인력이 국가 전역에 균형있게 잘 배치되는 것은 중요한 문제이고, 많은 국가들이 다양한 정책을 시도하고 있다. 그러나 현재 우리나라의 관련 정책은 의사들이 지역근무를 꺼리는 이유에 대한 고려 없이 정책을 설계하고 있다.

의사인력의 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 우선 지역별 의료자원에 대한 정확한 현황 파악과 현재 및 장래 의료수요 등을 정확히 파악하는 것이 필요하다. 또한 향후 인구구조 변화와 지역소멸 등 한국적 상황 역시 충분히 고려되어야 한다. 이러한 모든 상황을 반영하여 의사인력 정책의 목표를 설정하고, 단계별 관련 정책을 시행할 필요가 있으며 의사인력의 지역근무를 유인할 수 있는 보다 다양한 지원정책들을 과감하게 시도해야 한다.

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구배경 및 필요성	3
제2절 연구내용 및 방법	6
제2장 국내외 선행연구 및 정책현황	9
제1절 국내외 선행연구	11
제2절 국내외 관련 정책현황	18
제3장 의사의 지역별 분포 현황	41
제4장 의사인력의 근무지역 선택 및 이동 요인 분석	59
제1절 조사개요	61
제2절 조사결과	64
제5장 종합 및 제언	83
제1절 연구결과	85
제2절 정책제언	88
제6장 참고문헌	99

표 목 차

표 1	의료 취약지역 소재 의무직렬공무원 특수업무수당(월지급액)	23
표 2	연도별 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원 현황	24
표 3	호주 의사 인센티브 연간 최대 지불액	29
표 4	일본 자치의대 졸업 후 과정	32
표 5	미국 장학금 수혜 기간에 따른 의무 복무기간	37
표 6	활동 유형별 의사인력 추이(2015-2019년)	43
표 7	임상 의사의 지역별 분포 현황(2020년)	45
표 8	진료과목별 의사수의 지역별 현황(2019년)	46
표 9	임상 의사의 거주지역과 근무지역 분포 현황(2019년)	48
표 10	OECD 분류에 따른 도시 규모별 의사 분포 현황	49
표 11	도시·농촌별 의사 분포 현황	50
표 12	내과 의료취약지역(62개)의 의사 인력 현황	52
표 13	우리나라 인구감소지역	54
표 14	지역별 문화시설, 초등학교, 체육시설 접근성	55
표 15	조사내용	63
표 16	연구대상자의 일반적 특성	65
표 17	활동 의사의 근무지역 분포: 수도권 vs. 지방	67
표 18	활동 의사의 근무지역 분포: 동 소재지 vs. 읍·면 소재지	69
표 19	활동 의사의 현재 근무지역(지방 및 읍·면부)에 영향을 미치는 요인	71
표 20	근무지역 이전의사에 따른 연구대상자의 일반적 특성	73
표 21	근무지역 이전의사에 따른 분포: 있음 vs. 없음	75
표 22	근무지역 이전의사(지방 및 읍·면부)에 영향을 미치는 요인	77
표 23	성장(출신) 지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치율	78
표 24	성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 따른 근무지역 분포: 수도권 vs. 지방	79
표 25	성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 영향을 미치는 요인	81

그림 목 차

Ⅰ 그림 1 Ⅰ 졸업생 경력(2021년 7월 1일 기준)	32
Ⅰ 그림 2 Ⅰ 연도별 의사 수 추이	44
Ⅰ 그림 3 Ⅰ 임상 의사의 근무지역별 거주지 일치율(2019년)	47

제1장 서론

제1절 연구배경 및 필요성

국가 보건의료체계의 궁극적 목표는 국민의 건강수준을 향상시키기 위함이다. 이를 위해 국가는 인력, 시설, 장비 등 보건의료자원의 적정 수급을 위한 정책을 마련해야 한다.¹⁾ 그러나 우리나라의 경우 1989년 전 국민 의료보험 실시와 더불어 국민들의 의료이용이 증가하고, 민간 부문에 의존해 의료체계가 발전·유지되었으며, 보건의료 전반을 종합하는 장기적인 계획이 수립되지 못한 채 현재에 이르렀다.²⁾ 이로 인한 부작용은 보건의료 환경 전반에서 나타나고 있다.

2019년 12월 시작된 코로나19(COVID-19) 감염병 확산으로 의료인력, 특히 의사 인력 적정 수급의 문제가 사회적 이슈로 떠올랐다. 정부와 여당은 2020년 7월 ‘의대 정원 확대 및 공공의대 설립 추진방안’을 발표하였다. 정부는 보도자료를 통해 2006년 의대 정원이 동결된 이후 지역 간 의사 수 불균형, 특수 분야 의사 수 부족 등의 문제가 지속되어 왔으며, 의대 정원 확대의 필요성을 제기하였다. 이 문제를 해결하기 위해 현 의대 정원을 10년간 총 4,000명 증원하고, 지역의사, 특수 전문분야, 의과학자 등을 양성한다는 계획을 밝혔다. 특히 지역 내 공공의료 분야 등에서 10년간 의무복무를 하도록 하는 지역의사제 도입방안을 포함하였다.³⁾

정부는 OECD 회원국의 인구 1천 명당 의사 수를 기준으로 우리나라 의사인력이 부족하다는 입장에서 의대정원 확대를 추진하고 있으며, 의료계는 현재 우리나라의 현상은 의사 수 부족의 문제보다 불균형 분포의 문제라는 입장이다. 그러나 우리나라 전국의 인구 1천 명당 의사 수는 2000년 1.30명, 2003년 1.57명, 2017년 2.35명, 2019년 2.46명⁴⁾으로 꾸준히 증가하고 있다. 특히 최근 OECD의 발표에 의하면 우리나라의 경우 2000년에 비해 의사 수가 2배 이상 증가하였으나, OECD 회원국 평균은 1.5배 증가한 것으로 나타나 우리나라 의사 수 증가는 OECD 평균보다 빠르게 증가하

1) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007.

2) 대한의사협회, 제20대 대통령선거 보건의료분야 정책제안서, 2021. 11.

3) 보건복지부, 지역의료강화를 위한 의대증원 10문 10답, 2020. 8. 5.

4) OECD. Stat, <https://stats.oecd.org/> (2022년 5월 2일)

고 있음을 확인할 수 있다.⁵⁾⁶⁾

의료자원, 그중에서도 의사인력 지역분포와 관련된 문제는 사실상 모든 의료체계에 서 널리 인식되는 문제이지만 각국의 보건의료체계나 정책에 영향을 받는다. 선행연구 들도 영국과 같이 국가 주도로 보건의료서비스를 제공하는 국가보건서비스(National Health Service, NHS) 체계를 채택하고 있는 국가에서는 의사인력 분포의 문제 해결 이 비교적 용이하나, 우리와 같이 국가보험서비스(National Health Insurance, NHI), 의료기관 개설이 자유로운 제도 하에서는 의사인력의 절대 수 확대만으로 지역 간 불균형 분포문제를 해결하기 어렵다고 하였다.⁷⁾⁸⁾

또한 국내외를 막론하고 의료인력과 관련된 수적 불균형 분포, 지역 간 불균형 분 포, 전문과목별 불균형 분포 등의 문제는 보편적인 현상이라 할 수 있다.⁹⁾ 이로 인해 대부분의 OECD 국가들도 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위한 다양한 정책 들을 시행하고 있다.

역사적으로 우리나라 역시 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제, 특히 농촌 등 소 규모 지역 의사인력 부족 문제를 해결하기 위해 공중보건장학제도, 공중보건의제도, 의 료취약지 지원 등 다양한 제도들을 시행해 왔으나 별다른 효과를 얻지 못했다. 그러나 이 역시 전 세계적 현상으로, 많은 국가들이 의사인력을 농촌 등 소규모 지역으로 유 인 또는 유지하기 위한 다양한 정책들을 시도하고 있다.

세계보건기구(WHO)는 의사인력 분포에는 의사의 개인적인 요인뿐 아니라 국가 및 지역사회 사회, 경제적, 환경적 요인들도 반영된다고 하였다.¹⁰⁾ 따라서 농촌 등 소규모 지역에 의사인력 확보와 지역 근무를 지속할 수 있도록 의사인력의 특성을 고

5) OECD, Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS, 2022. 3. p. 213.

6) 우리나라 의사 수가 부족하다 하기에는 국민 1인당 외래진료 횟수와 의료인력과 관련이 있는 의료 자원 중 병상 수 역시 OECD 최고 수준임. 그 밖에도 전문의 진료 상시 가능, 백내장수술 대기시 간 0일 등 많은 지표들이 의사 수 부족과는 다른 양상을 보임. 의료정책연구소, 대한민국 의료접근 성 세계 최고 수준: 정부가 밝히지 않는 OECD 보건의료 통계와 지표 보도자료, 2021. 8. 3.

7) 감신 외, 개원의의 대도시 개원 이유, 한국보건행정학회지 1992;2(1):17-42.

8) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007. p. 37.

9) 이종구 외, 지역간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안, 지역발전위원회, 2015. p. 2.

10) WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations, 2010. 5.

려한 다양한 접근이 필요하다.¹¹⁾

의사인력의 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 먼저 의사의 근무지역 결정 관련 요인을 이해하는 것이 중요하다. 또한 각 요인들의 특성을 고려하여 지역근무를 유인하는 요인을 강화하고, 지역근무를 꺼리게 하는 요인에 대해서는 보완할 필요가 있다.¹²⁾

본 연구는 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위한 정책과제가 당분간 지속될 수 있는 만큼 의사인력의 지역별 분포, 근무 현황을 살펴보고, 의사인력의 지역근무와 근무지역 이동에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 또한 국내외 관련 정책을 분석하여 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해소하기 위해 우리나라에 적용할 수 있는 정책방안을 도출하고자 하였다.

11) Couper ID, Rural hospital focus: Staffing, Rural and remote health, 2003;3(1):1-3.

12) 이종구 외, 지역간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안, 지역발전위원회, 2015. p. 8.

제2절 연구내용 및 방법

본 연구의 세부 내용은 다음과 같다.

첫째, 의사인력 정책에서 불균형 분포와 관련된 이론적 내용을 고찰하고, 이와 관련된 국내외 선행연구, 관련 정책 현황을 검토한다.

둘째, 우리나라 의사인력의 지역별 분포 현황을 파악하고, 의사인력의 근무지역 현황 및 현재 근무지역에 영향을 미치는 요인을 분석한다. 세부적으로 활동의사의 인구사회학적 특성, 직역, 취득 전문과목, 근무기관 특성을 파악하고, 활동의사의 인구사회학적 특성, 직역, 취득 전문과목, 근무기관 특성, 성장(출신) 지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역에 따라 현재 근무지역 분포를 수도권 및 지방, 동 소재지 및 읍·면 소재지로 구분하여 분석한다. 다음으로 활동 의사의 성장(출신) 지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 현재 근무지역(지방 및 읍·면부)에 미치는 영향을 분석하고자 한다.

셋째, 지역(지방 및 읍·면부)으로의 근무지역 이전 의사가 있는 의사의 특성과 근무지역 이전 의사에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다. 활동의사의 근무지역 이전 의사에 따른 인구사회학적 특성, 직역, 취득 전문과목, 근무기관 특성을 분석한다. 활동 의사의 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 근무지역 이전의사에 미치는 영향을 분석한다.

넷째, 의사인력의 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치율을 분석하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다.

마지막으로 국내외 선행연구 및 정책 현황, 활동 의사의 근무지역 현황 및 근무지역에 영향을 미치는 요인, 근무지역 이전 의사에 영향을 미치는 요인 등을 종합적으로 고찰하여 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제 해소를 위해 우리나라에 적용할 수 있는 정책방안을 도출하였다.

본 연구는 연구목적 달성을 위해 주로 문헌고찰, 설문조사의 방법을 사용하였다. 의사인력 불균형 분포의 문제는 전 세계적인 동향으로 이에 대한 이론적 고찰과 국내외 선행연구들의 결과를 분석하기 위해 관련 문헌을 고찰하였다. 또한 우리나라 활동 의

사의 근무지역 선택과 이전에 미치는 영향 등을 파악하기 위해 의료인 대상 설문조사를 실시하였다. 마지막으로 의사인력의 지역근무 선택, 유인, 유지를 위한 정책대안 마련을 위해 국내외 사례 조사 및 문헌 고찰을 수행하였다.

제2장 국내외 선행연구 및 정책현황

제1절 국내외 선행연구

1. 의사인력의 불균형 분포의 개념

의료인력은 가장 핵심적인 보건의료자원으로 의료인력 정책은 의료인력 양성의 전문성과 소요 기간, 수급의 중요성 등으로 인해 정확한 현황 파악을 기반으로 종합적이고 체계적인 기획과 설계, 집행이 중요하다.¹³⁾

국가 보건의료서비스의 적정화를 위해 보건의료인력은 충분히 공급되고, 잘 훈련되어야 하며, 적절히 분포되어야 하고, 효율적으로 활용될 수 있어야 한다. 그러나 이러한 의료인력 수급은 어려운 문제이다. 특히 대부분의 국가에서 의사인력 정책은 수요와 공급의 불균형 문제로 집중되는데, 이러한 불균형의 문제는 양적(수적) 불균형, 질적 불균형, 분포의 불균형으로 구분할 수 있다.¹⁴⁾ 양적 불균형은 의사인력 총수를 기준으로 불균형을 파악하는 것이고, 질적 불균형은 자격미달, 자격과잉과 같은 자격 기준으로 불균형 문제를 파악하는 것이다. 한편 분포의 불균형은 지역별, 전문과목별, 의료기관 및 의료서비스별 불균형을 의미하는 것이다. 이 때문에 불균형의 정확한 현황 파악이 우선되어야 한다.

그간 의료인력과 관련된 연구들은 주로 수요와 공급 예측에 관한 연구들이 많았고, 일부의 연구가 의료인력의 지리적 분포 및 이와 관련된 요인을 분석하며 주로 도시와 농촌간의 불균형, 지역 간 불균형 문제를 제기하였다.¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾

우리나라의 경우 민간 위주의 의료공급으로 도시와 농촌 지역 간 의사인력의 불균형 분포 문제가 지속되었고, 이를 해결하기 위한 1980년 「농어촌 보건의료를 위한 특별

13) 서경화, 김계현, 보건의료인력지원법의 의미와 과제, 의료법학, 2019;20(3):211-213.

14) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007. p. 22.

15) 박재용, 의료인력의 지역간 균양상과 요인, KDI 경제정책학회지, 1983. 6.

16) 감신 외, 개원의의 대도시 개원 이유, 한국보건행정학회지 제2권 제1호, 1992.

17) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007.

18) 이종구 외, 지역간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안, 지역발전위원회, 2015.

조치법」을 시행하여 지역에 공중보건의를 배치하였으나 의사인력의 도시집중, 쏠림 현상은 심화되었다.¹⁹⁾ 특히 교통의 발달, 인구의 도시 집중화 현상은 이러한 현상을 가속화시켰다. 의사인력이 국가 전역에 균형 있게 배치되는 것은 중요한 문제이지만, 의사인력의 지역적 불균형 분포는 많은 국가들의 공통된 문제로 이를 해결하기 위해 의사인력의 근무지역 결정요인을 이해하는 것이 중요하다.

2. 선행연구 주요 결과

많은 연구들이 의사인력의 불균형 분포 문제를 해결하고자 의사의 근무(진료) 지역 선택이나 근무(진료) 지역 결정에 영향을 주는 요인들을 분석하고, 정책적으로 의료취약지역에 의사를 유인하거나 또는 해당 지역의 근무를 유지시킬 수 있는 요인 등에 관한 연구들을 진행하였다.

국내 선행연구의 주요 내용을 살펴보면 먼저, 유승흠 외(1996)²⁰⁾의 연구에서는 활동 의사가 출신 의과대학 소재지에서 근무하고 있는 경우와 타 지역 근무에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구 결과 연령이 높을수록, 남성보다 여성이 출신 의과대학 소재지에서 근무할 확률이 높은 것으로 나타났다. 또한 출신 의과대학이 중부권인 경우 서울과 경기도 지역(수도권)에서 근무하는 경우가 많았고, 지역 소재 대학을 졸업한 경우 지역에서 근무하는 활동의사들이 통계학적으로 유의하게 많았다.

김창엽 외(1998)²¹⁾ 연구는 우리나라 의사인력의 지역 간 불균형 정도와 변화양상 분석을 위해 전국적인 의사인력 분포를 평가하고 의사인력의 근무지 선택에 영향을 미치는 요인을 규명하였다. 연구 결과에 따르면 의사인력의 근무지역 선택에 영향을 미치는 요인은 연령, 성별, 출신대학 소재지, 수련병원 소재지, 수련병원의 규모였으며, 대도시와 기타지역 근무 유무에는 성별, 출신대학 소재지, 수련병원 소재지, 수련병원

19) 김창엽 외, 한국 의사의 지역분포 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 대한의학회, 1998. p. 2.

20) 유승흠, 손태용, 오현주, 의과대학 졸업 10년 후 활동의사의 출신대학별 근무지역과 지역별 출신 대학 분포, 대한예방의학회지 1996;29(3):429-441.

21) 김창엽 외, 한국 의사의 지역분포 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 대한의학회, 1998.

규모로 나타났다. 또한 수도권과 기타지역 근무 유무에는 성별, 출신대학 소재지, 수련병원 소재지, 전문과목이 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 그밖에 근무지 이동에는 연령이 낮을수록, 수련병원 규모가 대학병원이 아닐수록, 전문과목이 서비스계일수록 근무지 이동에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

윤석준 외(1998)²²⁾ 연구는 전문의를 대상으로 지역 간 불균형 정도의 변화양상을 평가하고 대도시, 도시와 농촌, 수도권 지역 전문의 분포에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구 결과에 따르면 전문의의 시부(도시지역) 및 군부(농촌지역) 근무에 영향을 미치는 요인은 연령이 낮을수록, 남성일수록, 출신대학 소재지가 소도시에 가까울수록, 수련병원이 소도시에 가까울수록, 수련병원 규모가 대학병원이 아닐수록 군부(농촌) 지역에 근무하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 이를 통해 해당 연구에서는 수도권과 기타 지역 간 전문의 인력의 균등분포를 위해서는 의사인력의 주된 공급요인인 의과대학과 수련병원의 분원 설치, 증원 및 증설시 소도시 및 비경인지역 유인 방법이 효과적이라고 제언하였다.

김창엽 외(1999)²³⁾의 연구는 전문의들이 개원지역(서울과 수도권 지역, 도시·농촌지역 근무 유무)을 선택하는데 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구 결과 개인 요인으로 성별, 출신대학 소재지, 수련병원 소재지가 영향을 미치는 것으로 조사되었고, 특히, 수련병원 소재지가 서울, 경인 지역인 경우에 비해 지방광역시와 소도시인 경우 비수도권 지역에 더 많이 개원하는 것으로 나타났다. 연구자들은 장기적으로 의사의 지역 간 불균형을 해소할 수 있는 정책방안은 수련병원을 대도시나 수도권이 아닌 지역으로 유도하는 것이라고 제언하였다.

오무경 외(2012)²⁴⁾의 연구는 지방의료원과 적십자병원에 근무하는 의사들을 대상으로 해당 병원의 근무 특성과 함께 근무 지속의사 정도를 조사하고 이와 관련한 요인을 분석하였다. 연령분포, 의무근무 기간, 근무지 선택의 제한 등을 고려하여 전체 대상자

22) 윤석준, 감창엽, 이진석, 우리나라 전문의의 근무지역 선택에 영향을 미치는 요인, 대한예방의학회 가을학술대회 자료집, 1998. p. 30-31.

23) 김창엽, 윤석준, 이진석 외, 최근 배출된 전문의의 개원지역 선택에 영향을 미치는 개인요인 분석, 한국보건행정학회지 1999;9(3):21-32

24) 오무경, 권용진 외, 국립병원 의사의 근무지속의사 관련 요인, 한국보건행정학회지 2012;22(3):365-382.

를 봉직의사와 공중보건의사를 구분하고 특성별 근무지속 의사를 분석하였다. 연구 결과 봉직의사는 근무기간이 늘어날수록 근무지속 의사가 높아지는 경향이 있었고, 근무지속 의사에 영향을 미친 요인에는 봉직의사의 경우 의료의 자율성, 진료 지원 인력과 같은 진료 환경 요인이 근무지역과 유의한 관련성을 나타냈다. 반면 공중보건의사는 출생 또는 성장지역, 배우자 관련 연고, 출신 의과대학이나 수련병원 소재지 등 해당 지역과의 개인적 연고 등이 유의한 관련성을 나타냈다. 특히 의사의 직업적 자율성과 임상적 독립성은 의사의 직무만족도를 높이고 진료행태에 영향을 미치는데, 이러한 의료전문가로서의 가치는 봉직 의사에서 중요한 근무지 선택요인인 것으로 나타났다.

한편 오영호 외(2007)²⁵⁾ 연구에서는 우리나라 보건의료 인력의 지역별 분포현황을 확인하고 지역 간 불균형 해소를 위한 정책방안을 제안하였다. 해당 연구에서는 지역별 보건의료인력의 적정수급을 위한 모니터링 체계 구축, 지역별 수요 및 공급현황 파악을 기초로 우리 실정에 맞는 분배원칙과 공식을 만들 필요가 있다고 제안하였다. 또한 필수보건 의료서비스 제공인력의 자체 충족적 진료권 또는 지역화 개념을 만들어 1, 2, 3차 의료가 지역 자체적으로 충족될 수 있는 합리적인 지역단위를 결정할 것을 제안하였다. 그밖에 지역별 보건의료 인력의 적정수급을 위한 미시적인 정책 방안으로 농촌지역 개업 의사에 대한 금융, 세제 지원, 지방의과대학 정원 조정, 의대교육 과정에서 농촌지역 개업의 및 은퇴의사 활용방안을 제안하였다. 또한 의사인력의 구조를 일차의료인력 중심의 확대 및 개편할 것을 제안하였다.

이종구 외(2015)²⁶⁾ 연구에서는 의사인력의 농어촌지역 근무를 촉진하는 요인으로 의학교육기관 입학 전 농어촌지역 출생 혹은 성장 경험, 의대 교육과정 중 지역의료 관련 교육 및 농어촌지역에서의 임상실습 경험, 전공의 수련과정 중 지역의료 경험, 활동의사 기간 중 근무조건 및 정주환경이 있는 것으로 나타났다. 특히 의사의 지역적 불균형 분포 해결을 위한 방안으로 교육정책에 집중하였는데 교육과정을 의과대학 학생 선발, 교육과정, 의대학생에 대한 장학금 지원과 의무복무 결합 정책 등을 제시하였다.

가장 최근 연구인 ‘2020 전국 의사조사’에서는 의사들이 지역근무를 선택하는데 있어

25) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007.

26) 이종구 외, 지역간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안, 지역발전위원회, 2015.

가족과 관련된 요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 개원의사를 대상으로 근무지 이전계획에 대한 이유를 조사한 결과, 30-40대 젊은 의사들의 경우 환자 수가 많은 곳으로 이전할 계획과 더불어 자녀 교육이나 배우자 등의 가족 문제를 가장 크게 고려하는 것으로 조사되었다.²⁷⁾

국의 선행연구로는 먼저 의사인력 분포에 관련된 고전인 Cooper 등(1975)²⁸⁾ 연구의 경우 의사인력 분포에 영향을 미치는 요인에는 인구학적 요인(인구수, 인구밀도, 도시인구비율, 65세 이상 인구비율, 4세 이하 인구비율), 경제적 요인(개인당 지방세, 개인당 경작농지, 농업인구 비율), 교육 문화적 요인(고등학생수의 비율, 전화가입자 비율 등), 환경 요인(도시인구비율, 상수도 보급률, 도로 포장율), 지리적 요인(삼림지 비율, 인근 도시로부터의 거리, 도청 소재지로부터의 거리), 의료환경요인(인구 만 명당 병상수)으로 구분하였다.

또한 의사인력의 지역 간 분포에 영향을 미치는 개인별 요인에 대해 분석한 Kristiansen 등(1992)²⁹⁾ 연구에서는 연령, 성별, 출생지, 출신 고등학교, 출신 의과대학, 인턴 수련지역, 레지던트 수련지역, 전문과목, 결혼상태, 배우자의 직업적 유동성과 출생지역 등을 변수로 분석하였다.

한편 많은 연구들이 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전공의 수련지역이 도시지역 보다 지방일수록 의사들이 지역에서 근무하는 데에 더 많은 영향을 미친다고 보고하고 있다.

캐나다의사협회(1992) 분석에 의하면 의사의 농촌지역 근무유인 요인에는 배우자의 농촌지역에 대한 선호도, 여가선용 기회의 증가, 임상훈련의 경험, 재정적 유인이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 농촌에서 도시로 이동하는 의사의 개인요인에는 근무시간, 전문적 지식의 습득, 추가 훈련의 기회, 지속적인 의학교육, 소득 요인이, 가족과 관련된 요인으로는 자녀 교육, 배우자 직업 기회, 여가 및 문화적 기획, 은퇴가 중요한 요인으로 나타났다. 결론적으로, 캐나다 의사들이 근무지역 결정에 있어 교육, 집단 개업

27) 이정찬, 박정훈, 김계현, 2020 전국지사조사, 의료정책연구소, 2021. 12. p. 204.

28) Cooper J.K., Heald K., Samuels M., Coleman S., Rural or urban practice: Factors influencing the location decision of primary care physician, *Inquiry* 1975;12(1):18-30.

29) Kristiansen I. S., Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway, *Social science & medicine*, 1992.

기회, 병원 시설, 합리적인 근무 조건, 재정적 유인, 지역사회의 규모, 배우자 요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다.³⁰⁾

Xu G. 외(1997) 연구에서는 의사들의 농촌지역 근무에 영향을 미치는 요인으로 중앙정부의 재정적 지원, 의과대학 입학 전 농촌지역에 대한 관심, 성별, 기타 재정적 지원 여부로 나타났다.³¹⁾

McGrail M. R. 등(2011)의 연구에서는 호주 일반의(GP)와 전문의의 농촌 관련 배경(rural background)과 진료 장소 간(practice location)의 연관성을 조사하였는데, 농촌지역에서 6년 이상 어린 시절을 보낸 일반의는 농촌지역에서 5년 이하로 시간을 보낸 일반의보다 농촌지역에서 활동할 가능성이 훨씬 높은 것으로 나타났다.³²⁾

Orzanco 등(2011)은 British Columbia 대학의 가정의학과 의사를 대상으로 조사한 결과 농촌지역에 고등학교가 위치했던 경우 지역(non-metropolitan area)에 근무할 가능성이 4배 이상 높다고 밝혔다.³³⁾

Jamieson 등(2013)의 연구는 대도시와 비수도권 지역에 기반을 둔 가정의의 최종 진료활동 위치를 비교하였는데, 농촌지역에서 성장한 경우 소규모 지역에 근무할 가능성이 더 높았고, 농촌지역에서 학부 교육기간을 최소 3개월 이상 지낸 경우 그렇지 않았던 그룹에 비해 1.92배, 농촌지역에서 대학원 교육을 받은 경우 지역근무 가능성이 15.5배로 훨씬 높은 것으로 나타났다.³⁴⁾

Keley(2016) 연구는 의사의 지리적 불균형 분포 문제를 해결하기 위해 전문의들의 개인적 특성과 개업 장소 선택 간의 관계를 분석하였는데, 레지던트 수련 중 농촌지역

30) Canadian Medical Association, Report of the Advisory panel on the provision of medical services in underserved regions. Ottawa, 1992.

31) Xu G., Veloski J.J., Hojat M., Politzer RM., Factors influencing physicians choices to pratice in inner-city or rural areas. Academic Medicine 1997;72(12):1026-1030.

32) McGrail MR, Humphreys JS, Joyce CM. Nature of association between rural background and practice location: a comparison of general practitioners and specialists. BMC Health Serv Res 2011;11:63.

33) Orzanco MG, Lovato C, Bates J, et al. Nature and nurture in the family physician's choice of practice location. Rural Remote Health 2011;11:1849.

34) Jamieson JL, Kernahan J, Calam B, Sivertz KS. One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location? Rural Remote Health 2013;13:2496.

실습에 노출된 경험이 없는 의사들은 농촌지역 노출이 있었던 의사들에 비해 지역에서 근무할 가능성이 더 낮다고 보고하고, 이를 통해 레지던트 수련 중 농촌지역 프로그램 실습을 늘리면 전문의의 불평등한 분포 문제를 해결할 수 있을 것으로 보았다.³⁵⁾

한편 전공의 수련지역이 현재 진료활동 지역을 선택하는 데 영향을 준 것으로 보고한 연구들도 있다. Patterson 등(2016)의 연구에서는 레지던트 후 초기 실습지역과 현재 동일한 지역(Smaller rural)에서 진료 중이라고 응답한 비율이 79.3%로 전공의 수련을 받은 지역의 중요성을 시사하였다.³⁶⁾

Herd 등(2017)의 연구는 의과대학 입학 시 학생들이 선호하는 지역이 향후 의사들이 진료활동 지역을 선택하는 것과 관련이 있음을 보고하였다.³⁷⁾

35) Keley. E.T., Ravaghi. H., Salehi. M., Nasiripour. A., Abdi. Z., Meshkini. A., Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location in Iran. *Rural Remote Health*, 2016;16(2):3412.

36) Patterson. D.G., Andrilla. C.H.A., Larson. E.H., Graduates of Rural-centric Family Medicine Residencies: Determinants of Rural and Urban Practice. *Policy Brief*, 2016.

37) Herd. M.S., Bulsara. M.K., Jones. M.P., Mak. D.B., Preferred practice location at medical school commencement strongly determines graduates' rural preferences and work locations. *Aust J Rural Health*, 2017;25(1):15-21.

제2절 국내외 관련 정책현황

의사인력 정책에는 의사를 선발하여 훈련하고, 의사 활동에 대해 보상하고, 규제하거나 관리하는 모든 방법이 포함된다. 의료인력 정책에서는 의료인력의 효과적인 활용이 핵심 과제인데 많은 국가에서 의료인력 정책은 보건의료정책의 우선순위에서 밀려 있었다. 그 이유는 의료인력에 대한 투자를 미래의 투자인 자본재로 여기지 않고 의료 서비스 생산의 경상비용으로 여겼기 때문이고, 그 결과 대부분의 국가에서 의료인력의 지역 간 불균형, 수요와 공급의 불균형, 인력관리 등의 문제로 나타나고 있다.³⁸⁾ 특히 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위해 많은 국가들은 의사인력이 부족한 지역, 의료취약지에 의사를 유인하고 유지하기 위한 정책을 마련하고, 출생 또는 교육지역과 진료지역 연계를 위한 방안을 고안하였다.

WHO는 의과대학생 대상 정책, 재정적 인센티브, 근무지역 규제, 의료전달체계 개편 등을 제안하였다.³⁹⁾ 또한 Tomoko 등(2014) 연구에서 이와 관련된 정책을 범주화하여 교육, 규제, 경제적 인센티브, 경력 개발과 정주 환경 지원, 의료서비스 전달체계 관련 정책으로 분류하였다.⁴⁰⁾

우리 정부 역시 지역 간 의사 수 불균형과 부족 문제 해결을 위해 역사적으로 공중보건장학제도, 공중보건의제도, 의료취약지 지원 등 다양한 시도를 해왔으나, 성공하지 못하였다.

최근에는 보건복지부가 지역의사제⁴¹⁾를 제시하고 일부 관련 법안이 발의되었으나, 구체적인 논의는 이루어지지 않았다.

38) 이규식, 의료보장론, 계축문화사, 2019, p. 210.

39) WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations, 2010. 5.

40) Tomoko. O., Schoenstein. M., Buchan. J., Geographic Imbalances in Doctors Supply and Policy Responses, 2014.

41) 지역의사제란 지역의사 선발전형을 통해 장학금을 지급하고, 면허 취득 후 10년 동안 해당 지역에서 의무복무를 조건으로 하는 것임. 이는 일본의 지역정원제 의사와 유사한 형태임.

1. 국내 의사인력의 지역근무 관련 법 제도 현황

가. 의사인력의 지역근무 관련 법 현황

국내에는 농어촌 등 지역에 의사인력을 배치하기 위한 다양한 시도가 있었다. 1959년 공의 배치, 1962년 보건소 위촉의, 1972년 전공의 파견제도, 1976년 특정의무지정의사제도, 1977년 공중보건장학제도 등이 그렇다.

한편 현행 법률 중 지역의료 자원에 대한 지원, 의료 취약지역의 지정·지원과 관련된 법률은 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(이하 농어촌의료법)」, 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법(이하 농어촌복지법)」, 「공공보건의료에 관한 법률(이하 공공보건의료법)」 등이 있다.

의사인력 배치와 관련해서는 공중보건장학제도, 공중보건의제도, 지역인재전형이 운영 중이다. 공중보건장학제도는 졸업 후 의료취약지역 등에서 일정기간 근무하는 조건으로 의대학생에게 장학금을 지원하는 것으로 1977년 시작되어 1996년까지 약 1,460명이 선발되었다. 해당 제도는 지원자 감소와 공중보건의사 배출 증가에 따라 1996년 중단되었다가 지난 2019년 공중보건장학제도 시범사업 형태로 부활하였다. 이 제도는 졸업 후 장학금을 지원받은 기간 동안 지역 공공보건의료기관에 의무근무(최소 2년~최대 5년)를 조건으로 한다. 공공의료에 사명감을 갖춘 학생을 선발하여 양성하고 향후 해당 지역에 근무하게 함으로써 지역 의료격차를 해소하기 위한 목적으로, 「공중보건장학을 위한 특례법」에 근거한다.⁴²⁾

공중보건의제도는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 효율적으로 제공하기 위해 시행된 제도이다. 해당 제도는 「농어촌의료법」을 근거로 하며 동 법은 국민의 의료균점과 보건향상에 기여하고자 1980년 12월 31일에 제정되었다. 이 법은 공중보건의사의 정의, 의무, 종사명령, 보수, 복무기간 등에 대해 규정하고 있으며, 공중보건의사란 공중보건업무를 수행하기 위해 ‘병역법 제34조 제1항’에 따라 공중보건의사에 편입되어 공중보건업무에 종사할 것을 명령받은 의사, 치과의사, 한의사를 말한다.

공중보건의사의 업무는 접전지역, 도서, 벽지 기타 대통령령으로 정하는 의료취약지

42) 보건복지부, 2022년 공중보건장학제도 시범사업 지침, 2022. 3.

역, 군보건소 또는 읍면의 보건지소, 대통령령으로 정하는 의료시설에서 행하는 공중보건업무를 말한다(제2조 제1항). 동 제도는 지금까지 의료취약지에 대한 균형적인 보건 서비스 제공에 있어 중요한 역할을 해왔다. 그러나 1980년부터 시행된 공중보건 의사 제도가 시대의 변화에 따른 환경의 변화를 반영하지 못해 동 제도만으로 의료취약지의 의료문제를 해결하는 데에는 한계가 있다.

지역인재전형은 지역의 우수인재가 근처 지방대학에 진학하여 지역에 정주할 수 있도록 지방대학 모집 정원의 일정 비율을 해당 지역의 고등학교 졸업생이나 지방대 졸업생으로 선발할 수 있도록 한 제도로 2015년 대학입시부터 시작되었다. 지역인재전형은 「지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률」에 의거 지방대 의·약·간호계열 대학 및 전문대학원의 지역인재 의무선발 및 지역인재 요건을 강화하였다. 지역에 따라 의과대학 입학정원의 20%~40% 범위 내에서 의무적으로 지역 고등학교 졸업자를 선발하도록 한 제도이다.⁴³⁾

최근에는 보건복지부가 지역의료 강화를 위한 지역의사제도 시행을 발표하였다(보건복지부, 2020. 8). 지역의사제도는 의사인력 부족 문제 해결을 위해 향후 10년간 400명씩 총 4,000명의 의사인력을 증원할 계획으로, 증원된 의사를 활용함으로써 지역 의사부족 문제 해결을 목표로 하는 제도이다.

지역의사는 지역 내 인재 위주로 선발하는 지역의사선발전형으로 전액 장학금을 지급한다(국가 50%, 지자체 50%). 해당 전형 학생들은 의대 졸업 후 해당 지역에서 10년간 의무복무를 하게 된다. 의무복무 기간 동안 지역의 중증·필수 의료기능을 수행하는 병원급 의료기관에서 근무하고, 전문과목 선택은 보건복지부 장관이 정하는 필수 전문과목으로 제한한다는 계획이다.

지역근무 불이행 시 장학금 환수와 의사면허 취소를 병행하고, 의무복무 후에도 지역에서 활동할 수 있도록 지역 의료체계 개선도 병행한다고 발표하였다.⁴⁴⁾

국회에서도 2020년 7월 권칠승 의원이 ‘지역의사법안’을 발의하였고,⁴⁵⁾ 비슷한 시

43) 지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률 시행령 제10조(해당 지역의 범위 및 학생 최소 입학 비율 등)조 관련 별표 1. 가.

44) 보건복지부 보도자료, 지역의사제 Q&A, 2020. 8.

45) 지역의사법안(권칠승의원 대표발의), 의안번호: 2102537, 2020. 7. 30. 발의.

기 김원이 의원이 ‘지역의사 양성을 위한 법률안’을 발의하였다.⁴⁶⁾ 두 법안 모두 지역 간 의료인력 불균형 문제를 해소하고 양질의 의료서비스 제공을 위해 지역의사제도 도입을 담고 있다. 즉 지역의사 선발전형을 통하여 입학한 의대생에게 장학금을 지원하고, 10년간 특정 지역 또는 기관의 의무복무를 조건으로 하며, 의무복무 기간 내에 졸업한 의과대학 소재 시·도 내 보건복지부령으로 정한 의료기관에서 근무하지 않은 경우 의사면허를 취소하도록 규정하고 있다.

한편 최근에는 지역에 공공의과대학 설치를 위한 관련 법안들이 발의된 바 있다. 2020년 6월 ‘국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률안’이 연이어 발의되었다.⁴⁷⁾ 두 법안의 내용은 비슷하다. 국립공공보건의료대학의 설립 목적은 공공보건의료 인력 양성을 위한 것으로 학생의 학업(입학금, 수업료, 교재비 등)에 필요한 경비를 대학이 부담하도록 하고, 의사면허 취득 후 10년 동안 공공보건의료분야 복무를 의무화하는 내용을 담고 있다.

이외에도 지역 내 의료인력 양성을 위한 법안이 연이어 발의되었다.

지난 2022년 5월 ‘국립목포대학교 의과대학 설치에 관한 특별법(안)’이 발의되었다.⁴⁸⁾ 이 법안은 국립목포대학교에 의과대학을 설치하여 지역 내 의료인력을 양성하여 의료서비스 수준을 제고하고, 지역공공의료과정 전형을 별도로 마련해 의사면허 취득 후 일정 기간 목포시 및 전남지역 공공보건의료기관 또는 공공보건의료 업무에 복무하도록 하는 내용이다.

국가는 지역공공의료과정으로 선발된 학생에 대하여 입학금, 수업료, 기숙사비 등 그 밖에 대통령령으로 정하는 학업에 필요한 경비를 지원할 수 있고, 학비 등을 지원 받은 사람은 전남지역의 공공보건의료기관 또는 공공의료보건업무에 10년 이상 복무하여야 한다. 의무복무를 이행하지 않은 경우에는 면허 취소 대상이 되며, 지원받은 학비 등에 법정이자를 더한 금액을 반환하여야 한다.

46) 지역의사 양성을 위한 법률안(김원이의원 대표발의), 의안번호: 2102390, 2020. 7. 27. 발의.

47) 국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률(이용호의원 대표발의), 의안번호: 2100198, 2022. 6. 30. 발의; 국립공공보건의료대학 설립·운영에 관한 법률(김성주의원 대표발의), 의안번호: 2101204, 2022. 6. 30. 발의.

48) 국립목포대학교 의과대학 설치에 관한 특별법안(김원이의원 대표발의), 의안번호: 2115571, 2022. 5. 12. 발의.

또한 2021년 9월 9일 ‘국립대학법인 인천대학교 설립·운영에 관한 법률 일부개정법률(안)’이 발의되었다.⁴⁹⁾ 그 내용은 ‘국립목포대학교 의과대학 설치에 관한 특별법(안)’과 내용과 유사하다.

국회예산정책처에 따르면 상기 법안을 포함 국립창원대 의과대학 설치, 한국방사선 의과대학 설립에 관한 법안 등 의대신설을 위한 법안이 11건이 있으며, 이 중 9건의 법안에 비용추계 내용이 포함되어 있는데 해당 법안에 따라 의과대학을 설치하고 부속 병원을 설립하는 비용은 8년간 최소 768억 원에서 최대 3,666억 원으로 나타났다.⁵⁰⁾

이처럼 지난 몇 년간 지역 의대 신설과 지역 의사인력 부족 문제 해결을 위해 선발 학생에게 장학금을 지원하면서 의무복무 기간을 규정하고, 의무복무를 하지 않는 경우 의사면허를 취소하도록 하는 내용의 법안들이 반복되고 있다.⁵¹⁾

2. 국내 의사인력의 지역근무 관련 제도

의사인력의 지역 근무나 의료취약지 근무를 유인하기 위한 정책으로는 인력에 대한 경제적 보상, 의료취약지 의료기관에 대한 지원정책 등이 있다.

가. 의사인력에 대한 경제적 보상제도

현재 시행 중인 의사인력 지역근무에 대한 경제적 보상제도에는 의료인 벽지수당 비과세 제도, 의무직렬 공무원에 대한 특수업무수당 제도, 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원제도가 있다.⁵²⁾

의료인 벽지수당 비과세 제도는 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4항에 의거 의사, 치

49) 국립대학법인 인천대학교 설립·운영에 관한 법률 일부개정법률안(김교홍의원 대표발의), 의안번호: 2112490, 2021. 9. 9. 발의.

50) 청년의사 2022. 8. 30. 보도, 공공의대 한곳 설립하는데 얼마나 들까.

51) 그러나 해당 법안들은 선거마다 지역민들에게 의대신설을 약속하고 관련 법안을 발의하는 행태를 반복하고 있다는 비판이 많음. 메디게이트 뉴스 2022. 8. 26. 보도, 여·야 할 것 없는 의대신설 법안. 국힘 5건 민주당 3건.

52) 임선미, 의료 취약지역 개념 및 지원정책 분석, 의료정책연구소, 2020.12. 중 보완 수정.

과의사, 한의사, 간호사 및 조산사 등이 의료취약지에서 근무할 경우 월 20만원 한도 내에서 비과세 혜택을 주는 제도이다. 해당 규정에 의한 벽지는 2008년 58개 군으로 개정된 후 변동이 없는 상태로, 벽지 근무 의료인의 실비 변상적 급여에 대해 비과세 하여 벽지의 의료인 공급을 유지하기 위한 제도이다. 월급을 받는 피고용자 신분의 의료인만 적용대상자이고 개원의는 해당되지 않는다.

다음으로 의무직렬 공무원에 대한 특수업무수당이 있다. 의무·약무·간호직 공무원(4급 이상 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원의 경우 의무·약무·간호업무를 직접 담당하는 공무원)으로서 「의료법」 제2조 제2항 및 「약사법」 제2조에서 규정한 해당 업무에 직접 종사하는 공무원(간호군무원 및 약무직렬 군무원을 포함)들은 지역 및 전문의 수련여부에 따라 차등된 의료업무 수당을 받는다.⁵³⁾

표 1 | 의료 취약지역 소재 의무직렬공무원 특수업무수당(월지급액)

지역별 ⁵⁴⁾	의무직렬 공무원		약무직렬 공무원	간호직렬 공무원
	자격	금액(원)		
가 (군지역)	전문의	950,000	70,000	50,000
	일반의	850,000		
나 (다,라 외의 시지역)	전문의	850,000		
	일반의	750,000		
다 (라 외의 도청 소재지인 시지역)	전문의	750,000		
	일반의	650,000		
라 (특별시, 광역시지역)	전문의	700,000		
	일반의	600,000		

자료: 대통령령 제30971호, 공무원수당 등에 관한 규정. 제4장 특수지근무수당, 제14조 특수업무수당(별표 11).

53) 대통령령 제30971호, 공무원 수당 등에 관한 규정. 제4장 특수지 근무수당, 제14조 특수업무수당. 시행 2020. 8. 25.

54) 해당 규정에 의거 업무지에서 시, 군, 구청, 역 및 시외버스 정류장, 병의원, 슈퍼마켓, 미용실 또는 목욕탕, 금융기관까지의 거리, 업무지의 대중교통 운행 횟수, 차량 보급률, 도로면적비율, 상주인구 수 등 총 13가지 요소를 기준으로 점수를 매긴 후, 점수에 따라 가-라 지역을 구분함. 가 지역: 39점 이상, 나 지역: 31점-38점, 다 지역: 23점-30점, 라 지역: 15점-22점임.

한편 보건복지부는 2011년부터 의료취약지⁵⁵⁾ 지역거점공공병원(지방의료원 및 적십자병원)에 파견하는 대학병원 등에 전문의 의료인력 인건비의 50%를 지원하는 ‘의료취약지 파견 의료인력 인건비 지원사업’을 시작하였고, 현재는 ‘지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업’⁵⁶⁾으로 명칭이 변경되었다.

동 사업은 지역거점공공병원이 의료인력을 안정적으로 확보할 수 있도록 지원하여 해당 지역의 의료경쟁력 강화 및 환자 만족도 향상에 기여하고 의료기관간 연계체계 강화를 목적으로 한다.

2011년부터 2013년까지 연간 5명 내외의 의사들에게 5억 원을 지원하였는데, 2014년 의료경쟁력 및 공공의료기능 강화를 위해 총 지원 예산이 전년 대비 10배 증가한 50억 원으로 증액되었으며, 2020년 총사업비 55억 원은 2022년 현재에도 같은 수준이다.

표 2 연도별 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원 현황

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
예산	5억원	5억원	5억원	50억원	55억원	55억원	50억원	50억원	49.2억원	55억원
기관수	6개소	4개소	4개소	24개소	27개소	28개소	28개소	26개소	26개소	29개소
지원 인력	8명	5명	5명	46명	54명	61명	53명	54명	61명	57명

자료: 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원. 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터.

나. 의료취약지역 지원정책⁵⁷⁾

지역을 대상으로 한 지원제도는 주로 의료취약지 지원정책으로 의료취약지의 의사인력 근무, 의료기관 운영을 지원한다. 즉 현행 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에

55) 동 제도상 의료취약지는 2017년까지는 진료권 내 인구 25만 명 이하, 병원급 의료기관 3개 이하, 그리고 종합병원급 의료기관 1개 이하인 지역을 의미하였으나, 2018년 개정되어 의료취약지 기관분류는 접근성과 기준시간 내 의료이용률이 낮은 지역을 기준으로 함.

56) 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업 개요
 (지원조건) 국비 50%, 지방비(지방의료원) 또는 자부담(적십자병원) 50%
 (지원대상) 41개 지역거점공공병원
 (지원방식) 지역거점공공병원이 대학병원 및 국립중앙의료원과 의료인력교류협약(MOU) 체결 후 의사인력을 파견 받는 경우 1인 인건비의 50%를 보조

57) 국내 지원정책은 ‘임선미, 의료취약지역 개념 및 지원정책 분석, 의료정책연구소, 2020.12. p.8-13의 내용을 수정 보완함.

의거하여 의료취약지역을 지정하고, 취약지역 거점의료기관을 지원할 수 있다. 이를 근거로 2014년부터 의료취약지 거점의료기관 지원사업이 시행되고 있다.

2020년 의료취약지역 거점의료기관 지원사업의 경우 소아청소년과 전문분야에서 2018년 A등급으로 도출된 26개 지역 중 기존에 지원하고 있던 3개 지역(강원 정선, 전남 완도, 경북 영덕)을 제외하고 23개 시·군 지역을 ‘소아청소년과 취약지역’으로 지정하였다.⁵⁸⁾ 해당 사업은 소아청소년과 취약지역에 이미 운영되고 있는 병원급 이상 의료기관을 대상으로, 시설·장비비, 인건비를 지원하고 있다(신규 1: 317백만 원, 기존 7: 1,750백만 원, 총 사업비 규모는 2,067백만 원이며, 국비와 지방비 각 50%씩 지원).

또한 응급취약지 지원사업과 분만취약지 지원사업도 별도로 시행 중이다. 응급취약지의 경우 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 제2항 및 제3항에 의거하여 취약지역으로 지정되면, 해당 지역 응급의료기관 운영비를 응급의료기금으로 매년 2억~4억 원 지원받을 수 있고, 지역 내 응급의료기관에 공중보건의를사를 배정받을 수 있다.⁵⁹⁾

한편 분만취약지역 지원사업은 분만 산부인과 지원, 외래 산부인과 지원, 순회진료 산부인과 지원이 있다.⁶⁰⁾ 분만취약지역 지원사업은 분만취약지역 중 분만 산부인과 설치·운영이 가능한 지역에 분만실 등 시설·장비·인력을 갖춘 분만 산부인과를 지정·운영하는 것으로 선정 후 1차 연도에는 의료기관당 시설·장비비 10억 및 운영비 2.5억 원(6개월 기준⁶¹⁾)을 지원하고 2차 연도부터 연간 5억 원을 지원하고 있다.

외래 산부인과 지원은 지정된 분만취약지 중 분만 산부인과 설치·운영이 어려운 지역에 외래 산부인과 시설·장비, 인력을 갖춘 외래 산부인과로 지정·운영하고 있다. 선

58) 필수의료 서비스는 내과, 외과·수술실 등을 포함하는 개념이나, 2020년 소아청소년과 1개소 운영·시설·설비비 예산을 확보함에 따라 소아청소년과로 한정하여 사업을 시행하였음.

59) 응급의료분야 취약지정은 해당 고시에 의거 응급의료분야 취약도 30% 이상인 시·군·구 99개를 나열하고, 응급 취약지역 타당성 등에 대한 재검토기한을 매 3년이 되는 시점으로 정하였음. 취약도의 정의는 지역응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능하거나, 권역 응급의료센터로 1시간 이내 도달이 불가능한 인구의 지역(시·군·구)내 분율을 의미함.

60) 2019년 기준 33개 지역이 지정되어 있음. 「보건복지부. 2020년 분만취약지 지원사업 안내. 2020.02.」 기준 외래·순회진료 산부인과에서 분만산부인과로 사업 유형 전환 가능(운영, 인력 기준 등 별도 심의).

61) 기관선정 이후 첫해의 실제 운영은 7월 이후 가능할 것을 감안하여 연간 분만 산부인과 운영에 소요되는 비용 5억 중 6개월치 운영비 2.5억 원을 첫해에 지원하고 있음. 모든 지원액은 국비 50%와 지방비 50%로 지원하고 있음.

정된 후 1차 연도에는 의료기관당 시설·장비비 1억 및 운영비 1억 원(6개월 기준)을 지원하고 2차 연도부터 연간 운영비 2억 원을 지원한다(국비 50%+지방비 50%). 운영비는 외래 산부인과 운영에 필요한 인건비⁶²⁾로만 사용 가능하며, 2020년 지원 대상 의료기관은 총 13개소이다.

순회진료 산부인과 지원의 목적은 분만취약지 인근 도시에 거점 산부인과를 지정·운영하여 안정적인 분만 환경 및 인프라를 구축하기 위해 2014년 신설되었으며 현재까지 지속되고 있다. 기존 사업들과의 차이점은 거점산부인과의 순회진료산부인과의(이동진료 차량)⁶³⁾가 연계되어 운영되며, 운영비는 이동진료 차량을 포함한 시설비에 연간 1억, 거점산부인과의 연 2억을 지원하고 있다는 것이다(1차년도 1억 원 지원).

이상과 같이 의사인력의 지역 근무나 의료취약지 근무를 유인하기 위한 정책으로는 인력에 대한 경제적 보상, 의료취약지 의료기관에 대한 지원정책 등이 시행되고 있는데 해당 정책들에 대한 효과는 뚜렷하지 않아, 각 정책에 대한 정확한 성과평가를 통해 지원을 강화해야 할 정책과 방향을 선회해야 할 정책을 선별할 필요성이 있다.

3. 국외 의사인력의 지역근무 관련 제도

국외 역시 의과대학 선발과정에서 지역근무 유인을 위한 방안, 지역근무시 경제적 보상이나 인센티브를 주는 방안 등 우리와 유사한 방법으로 의사인력의 지역근무를 유인하기 위한 정책들을 활용하고 있다. 또한 특별한 형태로 지역의사 양성을 위해 학생 선발 및 지역 근무에 일정부분 의무를 부여하거나, 특수목적의 의과대학을 정부 주도로 설립하는 사례가 있다.

가. 의료취약지, 농촌지역 근무에 대한 지원정책

많은 국가들이 의사인력의 농촌이나 소규모 지역근무를 유인 및 유지하기 위해 다양한

62) 외래 산부인과 운영 관련 인력기준은 산부인과 전문의 1인, 간호사 인력 2인(조무사 1인 가능)임.
63) 이동진료차량 운영과 관련된 인력기준은 산부인과 전문의 1인, 간호사 1인, 방사선사, 임상병리사, 운전사 등의 필수 인력이 구성되어야 함.

지원정책, 경제적 인센티브 제도 또는 여러 형태를 결합한 지원정책을 시행하고 있다.

미국의 경우 의료인력 부족지역(Health Professional Shortage Area, HPSA)을 의료취약지로 볼 수 있는데, 의료인의 부족정도와 의료기관의 접근성 등에 따라 의료 취약지를 지정한다.

HPSA 목록은 공중보건서비스법(Public Health Service Act, PHSA) 332.1(A)에 의거하여 보건자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration)에서 매년 갱신한다.

HPSA는 보건의료정책 지원내용에 따라 지역·인구·시설별로 세분화되어 있고, 이 제도에 참여하는 일차의료인은 HPSA의 4가지 기준인 인구 대 의사비율, 연방빈곤수준 100%미만 인구 비율, 영아건강지표, HPSA 지정지역 밖에서 가장 근접한 의료기관까지 평균 이동시간 및 거리를 근거로 점수(0-25점)를 산정한다.

의료인이 HPSA 인센티브 제도의 혜택을 받기 위해서는 가정의학과, 내과, 소아청소년과 및 일반의학과를 전공한 전문의여야 하고, 주당 40시간 이상 진료활동을 수행해야 한다. HPSA 인센티브 비율은 해당하는 의료서비스 총액의 10%를 인센티브로 받을 수 있다.⁶⁴⁾ 특히 의료취약지역 외에 특정 지역에 특정 의료서비스 제공이 필요하다고 결정된 지역, 예를 들어 정신건강증진 서비스가 필요하다고 인정되는 지역의 정신과 전문의에게는 동일한 인센티브가 제공된다.⁶⁵⁾

캐나다의 경우 주마다 다양한 유형으로 지원하고 있는데, 온타리오의 북부 및 농촌 지역 채용 및 유지를 위한 프로그램(Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative, NRRR)의 경우 일차의료 관련 승인을 받은 의료인이 농촌지역에서 개업할 경우 80,000~117,600 CAD(한화 약 7,100만 원~1억 450만 원)의 보조금을 받는다.⁶⁶⁾ 또한 브리티시컬럼비아주는 농촌잔류프로그램(Rural Retention Program, RRP)조건 내에서 매년 지급되는 고정된 보너스가 있으며, 앨버타주는 근속기간(1-5년, 6-15년, 16-25년 및 26년 이상)을 기반으로 하는 새로운 RRP를 도입하

64) Casey China, Annie Park, Lark Galloway-Gilliam. Health Professional Shortage Areas: A History and Guide to Proposed Revisions. Community Health Councils Inc., 2012. p. 3.

65) CMS, Medical Learning Network, 2021. 12.

66) <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/northernhealth/nrrr.aspx>

는 등 다양한 제도로 의료취약지 의사들을 지원하고 있다.

RRP의 지원 요건은 해당 지역의 일정 거리 내에 전문의 수와 일반의 수를 고려하고, 주요 지역의 의료커뮤니티로부터 더 멀리 떨어진 지역의 의사를 고려하며 지역사회 규모(인구수 등 소규모 지역에 더 높은 점수 부여), 농촌지역을 고려한 지역의 위도와 지리적 정보를 계산하여 최종 점수를 산정한다.⁶⁷⁾

호주는 의료취약지를 벽지 및 농촌지역을 포함한 지역의 취약정도로 구분하고 전문의에 대한 접근성이 떨어지는 지역(District of Workforce Shortage, DWS)을 분류하는데, 호주의 통계 지리적 특성에 따른 RA 5(Very remote), RA 3(Outer regional)로 분류된 지역이 의료취약지에 해당된다.

1973년 호주 건강보험법(Health Insurance Act, 19AB)의 적용을 받는 전문의는 DWS로 분류된 곳에서 일정 기간 근무해야 메디케어 지원을 받을 수 있고, 일차의료인은 배치우선지역(Distribution Priority Area, DPA)에서 근무해야 메디케어 지원을 받게 된다.⁶⁸⁾

호주의 의료취약지에 대한 인센티브 프로그램(General Practice Rural Incentives Program, GPRIP)은 벽지 및 농촌지역에서 일차의료 서비스를 제공하는 의료인에게 재정적 인센티브를 제공했었으나, 2015년 7월 1일 이후 모나쉬 모델(Modified Monash Model, MMM)로 변경되었다.

모나쉬 모델(MMM)의 분류체계는 호주의 지리적 고립지역(Australian Statistical Geography Standard-Remoteness Area, ASGS-RA)을 기반으로 하고 있다.⁶⁹⁾ 2019년 호주 정부는 의료취약지에 대한 인센티브 프로그램(GPRIP) 및 간호사 인센티브 프로그램을 통합하여 보건의료인력 인센티브 프로그램(Workforce Incentive

67) Rural Programs, A guide to the rural physician programs in British Columbia, Physician Compensation Rural Practice Programs Ministry of Health & Doctors of BC, 2018.

68) Australian government, Department of health, District of workforce shortage. September 20, 2021. available at <https://www.health.gov.au/health-workforce/health-workforce-classifications/district-of-workforce-shortage>

69) General Practice Rural Incentives Program: Program Guidelines. Australian Government, 2019. p. 3-4.

Program, WIP)을 도입했고, 2020년 1월 1일부터 해당 프로그램을 통해 의료취약지 의료인을 지원하고 있다.

호주의 WIP 제도상 의료인에게 지급되는 인센티브는 분기(Quarter)와 근속 수준(Year Level)을 기준으로 평가하고, 중앙지급방식(Central Payment System, CPS)과 유동적 지급방식(Flexible Payment System, FPS)으로 구분되며, 서비스 제공 여부와 관계없이 모두 적용된다.

중앙지급방식(CPS)은 호주 내 의료취약지와 같은 특정 지역에서 의료서비스를 제공한 의료인이 메디케어 서비스를 청구하고, 일정 심사를 통해 청구내용이 합당하다고 판단된 경우 의료인에게 인센티브를 지급하는 것을 말하며, 유동적 지급방식(FPS)은 메디케어에 포함되지 않는 의료서비스를 제공한 경우나 인턴, 레지던트, 중앙지급방식(CPS) 지급 자격요건을 갖추지 못한 의료인들 중 일부 대상자가 포함된 서비스 제공을 의미한다. WIP 가이드라인에 따르면 의료인이 받을 수 있는 인센티브 금액은 근속레벨 4번의 승인분기(1분기 3개월)를 인정받을 때마다 한 단계씩 상승하여 최대 근속레벨 5까지 올라갈 수 있으며, 이에 상응하는 인센티브를 지급받을 수 있다.⁷⁰⁾

【 표 3 】 호주 의사 인센티브 연간 최대 지불액

Location(MM)	Year 1	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5 plus
MM3	0	\$4,500	\$7,500	\$7,500	\$12,000
MM4	0	\$8,000	\$13,000	\$13,000	\$18,000
MM5	0	\$12,000	\$17,000	\$17,000	\$23,000
MM6	\$16,000	\$16,000	\$25,000	\$25,000	\$35,000
MM7	\$25,000	\$25,000	\$35,000	\$35,000	\$60,000

Data: Workforce Incentive Program Guidelines. Australian Government, 2020. [18].

Values are presented as AU\$. The MM 3 category in the table also includes participants on approved training pathways undertaking selected approved training in MM1 and MM2 locations.

벨기에의 경우 일차의료이 부족한 지역의 개원의에게 촉진기금(Impulseo I Fund)을 지원한다. 벨기에 역시 우리와 같이 의사들이 진료지역을 자유롭게 선택할 수 있어 개원의의 지역적 편중 문제가 있다. 이를 해결하기 위해 인구 10만 명당 개원의가 90명 미만인 지역, 인구밀도가 125명/km² 보다 적은 지역에 개원하는 의사에게 15,000유

70) Workforce Incentive Program Guidelines. Australian Government, 2020. p. 8.

로까지 무이자 대출(30,000유로까지 추가대출이 가능), 20,000유로의 보조금을 지원한다. 개원 후 18개월 동안 행정지원 인력을 무료로 지원하기도 하는데, 개원의의 약 5%가 이 기금을 받고 있다. 또한 개원의 진료를 활성화하기 위해 주말 48시간, 휴일 24시간, 주중 오후 7시부터 다음날 오전 8시까지 진료하는 개원의에게 추가 지원금을 지급하기도 하였는데, 2011년 건강보험 본인부담제도 개정을 통해 환자가 부담하던 일반의 야간, 주말 또는 공휴일 진료에 대한 추가 비용을 건강보험이 100% 부담하도록 하였다. 그 밖에 지역별로 거주자 수와 인구밀도에 따라 자동차 이동형 응급의료시설을 갖추어 의료접근성을 향상시키고자 하였다.⁷¹⁾

그 밖에 의료취약지에 다수의 의사가 모여 함께 공동 운영하는 그룹개원일 경우 다양한 지원을 하는 사례도 있다. 영국은 일반의(GP)들이 일차의료팀을 구성할 때 지역 간호사, 조산사 등 보조 인력을 정부에서 고용하여 지원한다.⁷²⁾

덴마크에서는 간호사 고용비용을 지원하고, 캐나다는 공휴일 등 휴진일에 대신의사를 고용할 수 있도록 재정지원을 하고 있다.

나. 특수목적 의과대학 설립이나 의과대학 교육과정에서의 지원 사례

일본의 경우 의료 취약지역의 의료확보와 주민의 건강증진 등을 위한 의사인력 양성을 목적으로 1972년 전국의 47개 도도부현이 공동으로 자치의료대학(Jichi Medical University)을 설립하였다.

자치의료대학은 원칙적으로는 사립대학으로 분류되지만 지역의료 양성이라는 특수 설립 목적으로 인해 사실상 국공립의과대학과 유사한 지위를 갖는다.⁷³⁾ 자치의료대학의 운영 및 학자금은 도도부현의 부담금으로 지원하고, 시설비 등은 대학 소재지인 토치기 현이 발행하는 특별복권(지역의료 등 진흥 자치 복권)의 수익금을 교부를 받고 있다.⁷⁴⁾ 2013년 기준 자치의료대의 재정은 정부 30억 엔, 도도부현 60억 엔으로 구성된다.⁷⁵⁾

71) 임승지 외, 주요국 건강보장제도 현황과 개혁동향: 벨기에, 국민건강보험연구원, 2019. p. 40.
 72) Grumbach, Kevin, and Fry, John. Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom. N Engl J Med 1993;328:940-945.
 73) 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 2020;11(11):345-352.
 74) 자치의료대학 홈페이지 (https://www.jichi.ac.jp/gaiyo/public_info/shien/), 2021.07.02.

자치외과대학은 지역에서 근무할 의사 양성과 전국에 의사인력을 균등하게 배치하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 입학생을 도도부현별로 8~10명에게 예비시험을 치르게 하고 면접 및 논술을 거쳐 47개 도도부현별로 2~3명의 학생을 선발한다. 학생선발은 서류평가(고등학교 성적, 출신학교장 추천서)를 우선으로 하고, 1단계 필기와 면접 시험, 2단계 논술과 면접시험으로 선발하며, 8인으로 구성된 입시위원회에서 최종 결정하여 선발한다.

자치외과대학 학생은 출신지 도도부현에서 학자금 지원하는데, 입학금 100만 엔(약 1000만 원), 연간 수업료 180만 엔(약 1800만 원), 연간 실습비 50만 엔(약 500만 원), 연간 시설 설비비 130만 엔(약 1311만 원) 등과 교재 구입비, 기숙사 사용료 등을 지원한다.⁷⁶⁾

의무복무와 관련하여서는 도도부현 지사의 의견을 들어 지정 공립병원에 근무하고, 이후 계속해서 의사로 근무한 기간이 학자금 대여를 받은 기간의 2분의 3(1.5배, 일반적으로 9년)에 상당하는 기간(이 근무 기간 중 2분의 1(4~5년)은 지사가 지정하는 벽지 등의 지정 공립병원 등에 근무)에 이르렀을 경우 반환이 면제된다. 이 조건에 도달하지 못한 경우에는 지원금에 소정의 이율을 곱한 금액을 추가하여 일괄 반환해야 한다.⁷⁷⁾ 즉 자치외과대학을 졸업한 학생들은 자신의 출신 지역으로 복귀해서 도도부현의 지사가 지정하는 공립병원 또는 보건소, 진료소 등에서 9년간 근무하고, 계약 파기 시 모든 지원금(+이자)을 일시불로 반환해야 한다.⁷⁸⁾

자치외과대학 졸업생들은 임상이나 대학 연구실, 의료행정기관 종사 등 다양하게 활동한다. 즉 출신 도도부현에서 의사로 근무, 출신 도도부현에서 개업, 대학병원에서 연구 등 의사로 근무하며 의학지식과 기술을 습득한다.

75) 이종구 외, 의료취약지 지역의료 개선방안 연구, 서울대학교, 2014. p. 14

76) 자치외과대학, 자치외과대학 사업보고서, 2020. p. 22. 학생납부금.

77) 수확자금 대여제도. 자치외과대학 홈페이지.

2021.07.07. <https://www.jichi.ac.jp/exam/medicine/backup/>

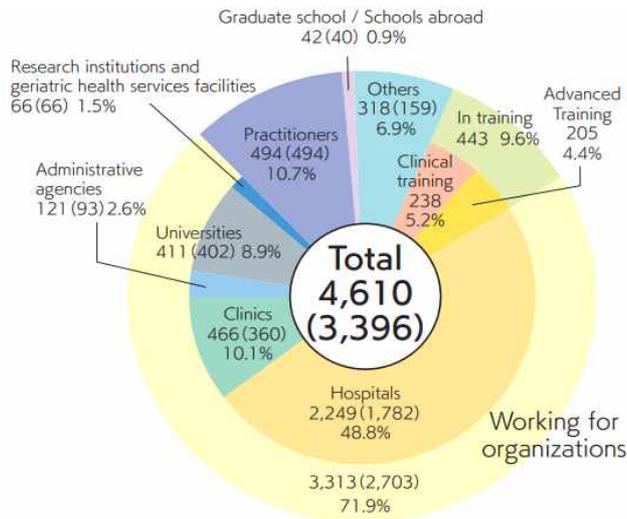
78) 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 2020;11(11):345-352.

【 표 4 】 일본 자치의대 졸업 후 과정

1년	2년간 임상연수	○ 지역의 요구에 부응하는 전인적·포괄적 의료의 실천 ○ 기본 케어를 중심으로 폭 넓은 종합 의사로서 진료 능력 습득		
2년		3년간 벽지 등 근무	〈여성 의사 지원〉 ○ 육아지원제도 정보제공 ○ 졸업생의 조언	〈평생 교육〉 ○ 단기 실습 교육 ○ 취약지 의료에 요구되는 의료기술 연수 통해 습득 ○ 지역에 근무하며 메일, 전화 등으로 연구생으로 지도
3년	○ 지역의 삶의 질 향상에 기여 ○ 종합의사 소양+고도의 전문성 습득			
4년	○ 고급 의학지식과 임상기술 습득			
5년	2년간 교육 하순	○ 고급 의학지식과 임상기술 습득	〈여성 의사 지원〉 ○ 육아지원제도 정보제공 ○ 졸업생의 조언	〈평생 교육〉 ○ 단기 실습 교육 ○ 취약지 의료에 요구되는 의료기술 연수 통해 습득 ○ 지역에 근무하며 메일, 전화 등으로 연구생으로 지도
6년				
7년	다시 지역의료에 종사	○ 최신 의학지식과 의료기술을 지역주민에게 환원	〈여성 의사 지원〉 ○ 육아지원제도 정보제공 ○ 졸업생의 조언	〈평생 교육〉 ○ 단기 실습 교육 ○ 취약지 의료에 요구되는 의료기술 연수 통해 습득 ○ 지역에 근무하며 메일, 전화 등으로 연구생으로 지도
8년				
9년				

자료: 자치의대 홈페이지. 2021.07.06. <https://www.jichi.ac.jp/medicine/years/>

자치의과대학 1기에서 44기까지 졸업생은 4,610명이다. 최근 35기까지 3,396명이 의무이행을 마쳤으며(전체 졸업생의 73.7%), 의무이행 기간을 마치고 출신 도도부현 내 근무 또는 개업하는 비율은 69.2%(2,211명)인 것으로 나타났다.⁷⁹⁾



【 그림 1 】 졸업생 경력(2021년 7월 1일 기준)

※ 괄호 안의 숫자는 의무 서비스를 마친 졸업생의 숫자를 나타냄.

자료: 자치의대 홈페이지. 2022.11.03. <https://www.jichi.ac.jp/english/medicine/alumni/>

79) 자치의과대학 지역의료추진과(2022.11.03.). 의무연한 수료자의 진료. https://www.jichi.ac.jp/chisuika/datetc_genjyo.html#1

다만 최근 연구에서는 자치의과대학만으로 지역 의사 양성문제를 해결하기에는 역부족이었다는 평가가 있다.⁸⁰⁾ 또한 매년 총 123명 선발인원으로 취약지역의 의사인력 양성문제를 해결하기 어려웠고, 의과대학별로 다양한 형태로 운영되기 때문에 정부의 정책 방향과 연계성이 다소 떨어지는 측면이 있다는 평가도 있다.⁸¹⁾ 이를 반영하듯 2020년부터 일본 후생노동성은 의사수급 분과회의를 진행하고 있는데 회의자료에 따르면 자치의과대학, 지역정원제도 등에 대한 일본 내 평가와 고민을 엿볼 수 있다. 즉 일본은 의사의 지역·진료과목 편중 문제 해결을 위해 지역정원을 설정하였으나 현 시점에서 지역정원 숫자가 각 도도부현의 미래 의료수요에 적합한 정원이 아닐 수 있다고 판단하고 있다. 또한 지역정원 제도상 정원의 설정 방법과 제도의 내용(근무요건, 경력형성, 진료과 지정, 학자금 유무 및 지원금액 등)이 대학마다 달라 정확한 실태 파악이 필요하고, 또한 도도부현마다 지역정원 의사의 근무요건과 경력 관련 프로그램 등이 달라 이에 대한 충분한 검토와 평가의 필요성이 제기되고 있다. 그 밖에도 현재 일본의 저출산 고령화 상황에서 의학부 정원은 지속적으로 증가하고 있다는 과제와 지역정원 이탈이 일정 부분 발생하고 있다는 지적도 있어, 향후 거시적·미시적 장래 의료수요에 적합한 의학부 정원 지역정원 설정에 대한 논의가 필요하다는 입장이다.⁸²⁾ 그간 일본에서 시행해 온 의사인력 증원, 지역근무 유인을 위한 정책들에 대한 회의적인 반응을 엿볼 수 있다.

대만의 경우도 정부 주도로 의료취약지의 의료문제 해결, 제대 군인에 대한 원호의료 제공 등을 목적으로 1975년 국립 양명의과대학을 설립하였다. 초기 양명의과대학은 입학생 모두를 ‘공비(公費) 장학생’으로 선발하고 등록금과 생활비까지 지원하였으며, 1982년부터 졸업생들이 배출되어 다양한 의료기관에서 의료서비스를 제공하였다. 그러다 1988년부터는 일반 학생(학비 자비부담)의 입학도 허용하였고, 1994년에는 단독 의과대학에서 벗어나 보건의료계열 대학을 확대하여 ‘국립 양명대학교’로 개편되었다.⁸³⁾

80) 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 2020;11(11):345-352.

81) 이종구 외. 공공의료인력 양성을 위한 기반 구축 방안. 보건복지부, 2015. 10.

82) 일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 자료, 2020. 3. 12. p. 3.

83) <http://www.ym.edu.tw>

1982년부터 2017년 사이 양명의과대학 졸업생 4,111명을 대상으로 한 취업 현황 파악 자료를 살펴보면, 약 31.7%는 의료원, 38.5%는 지역병원, 29.8%는 1차진료(기층진료)에 종사하고 있는 것으로 나타났다. 특히 2018년 대만 보건복지부 자료에 따르면 총 6,557명의 졸업생 중 84%는 도시에 남았고, 전체 16%만이 취약지에 남았다고 보고되었다.⁸⁴⁾

현재 대만에는 3가지(G, M, I) 유형의 공비장학생(Publicly Funded Medical Education Program, PFMP) 과정이 있다. M 유형은 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 응급의학과 등 5개 전공 학생 모집에 주력하고, I 유형은 도서, 벽지 등 의료취약지역 출신 학생을 모집하는 유형이며, G 유형은 의료취약지역에서 일차진료 의사가 되기 위해 자발적으로 지원자를 받는 방식이다. 공통적으로 6년간의 의무기간 중 4년은 전공의 교육, 2년은 의료취약지역, 공중보건, 국제보건 등의 직무를 위한 의무복무를 한다. 과거에는 받은 장학금만 배상하면 의무복무가 면제되었으나 2016년부터는 4배를 배상해야 의무복무가 해제된다. 그러나 공비 장학생은 점차 줄어들어 2009년부터는 대부분 자비 학생으로 바뀌었다.⁸⁵⁾ 대만의 양명의과대학 역시 초기 설립 목적이 퇴색되어 이제는 일반 의과대학과 같은 형태로 운영되고 있다.

그 밖에 정부의 공공의대 설립 주장에서 노르웨이 트롬소 의대(Tromsø Medical School)와 캐나다 북온타리오 의대(Northern Ontario School of Medicine, NOSM)가 성공사례로 언급되곤 한다. 먼저 트롬소 의대의 경우 노르웨이 북부 트롬소 주 위치하여, 노르웨이 북부지역의 의료인 수급 부족 문제를 해결하기 위해 1968년 설립되었다.

1978년까지 입학정원의 일부(25%)를 북부 노르웨이 출신 학생들에게 할당하였고, 이후 1998년에는 60%로 확대하였다.⁸⁶⁾ 2013년 기준 트롬소 의과대학을 졸업한 학생(1,611명)의 51%(822명)가 노르웨이 북부지역에서 근무 중인 것으로 보고되었다.⁸⁷⁾

84) Jen-Hung Yang, Chung-Liang Shih, An overview of the Publicly Funded Medical Education System in Taiwan, 의료정책포럼 제18권 제3호, 2020. 9. p. 44.

85) Jen-Hung Yang, Chung-Liang Shih, An overview of the Publicly Funded Medical Education System in Taiwan, 의료정책포럼 제18권 제3호, 2020. 9. p. 48.

86) 이종구 외, 의료 취약지역 및 공공의료분야 의사인력 양성방안 연구, 서울대학교 의과대학, 2013, p. 46.

Karin Straume 등(2011) 연구에 의하면 1990년대 중반 노르웨이 북부지방에서 일차의료 의사의 부족 문제가 제기되었다. 특히 Finnmark에서 의사부족 문제가 심각하여, 일차의료 의사 부재율이 23%로 조사되었는데, 의사들이 그 지역을 기피하는 가장 큰 원인은 전문성 개발을 위한 기회 부족이었다. 이를 해결하기 위해 교육체계에서 가정의학 전문 프로그램, 인턴십 등을 시행하였으나, 큰 효과가 없었다.⁸⁸⁾

한편 이보다 앞선 1963년 노르웨이 베르겐 대학은 Sámi 지역의 공중보건 및 의료 서비스 접근성, 의사 부족의 문제를 해결하기 위해 Sámi 지역 학교 졸업생들을 위한 의대 특별전형에 마련하였는데, 연구결과에서 이러한 특별전형이 특정 지역의 의사 수를 증가시켰는지는 확인할 수 없다고 결론지었다.⁸⁹⁾ 그러나 트롬소 의대가 위치한 노르웨이 북부지역의 경우 지리적·환경적 특성(섬, 북극권)이 의사 수 문제와 무관하지 않으며, 노르웨이 남부와 북부지역의 물가 차이나 자연환경 등의 영향으로 삶의 터전을 바꾸기는 쉽지 않은 문제들이 있다.

다음으로 캐나다 온타리오주에 2005년에 설립된 북온타리오 의대(Northern Ontario School of Medicine, NOSM)⁹⁰⁾⁹¹⁾는 의과대학 학생에게 다양한 의료 환경을 경험할 수 있도록 ‘distributed medical education’의 예로 설립된 일종의 위성 캠퍼스이다. 앞선 국가들의 특수목적 설립 의과대학과는 성격이 조금 다르나 정부의 공공의대 성공사례에서 소개되어 바로 잡을 필요가 있다.

북온타리오 지역은 독일과 프랑스를 합한 크기만큼의 넓은 지역에 인구는 80만 명에 불과하다.⁹²⁾ 이에 양성된 의료인력이 지역을 이탈하지 않도록 의과대학 단위에서 다양한 프로그램을 고안하였다. 세부적으로 의대생 선발과정에서 해당 지역과 그 근처,

87) Ivar J. Aaraas, et al. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates, 1979-2000.

88) Karin Straume, et al. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county, Bulletin of the WHO, 2010;88:390-394.

89) Margrete Gaski, et al. Forty years of allocated seats for Sami medical students-has preferential admission worked?, Rural Remote Health, Apr-Jun 2008;8(2):845.

90) NOSM, Achievement Report 2017. 2017.

91) <https://www.nosm.ca/about/about-nosm/nosm-facts/>

92) 이종구 외, 의료 취약지역 및 공공의료분야 의사인력 양성방안 연구, 서울대학교 의과대학, 2013, p. 47.

시골 지역, 원주민 학생 등을 적극적으로 유치하고, 학생들을 위한 지원프로그램으로 낮은 이율의 학자금 대출, 주정부별 학자금 대출 및 보조금 지원이 있었으며, 의대 연차별 재정지원 프로그램을 운영하였다.⁹³⁾ 한편 수련 후 근무지로 농어촌지역을 선택하면 추가로 학자금-상환 프로그램(Rural Recruitment and Retention Initiative)을 제공하였다.

북온타리오 의대의 경우 학부생의 약 92%가 북부 온타리오 출신이고, MD 또는 레지던트를 마친 졸업생의 94%가 이 지역에서 일하는 것으로 나타났다. 특히 교수진은 의대학생, 레지던트, 진료보조인력 등 1,400명 이상의 학생을 교육하고, 학교는 매년 북온타리오 지역에 수백 시간의 교육을 제공함으로써, 의사 또는 의료전문가가 의사면허를 유지하기 위해 북온타리오 지역을 이탈하는 것을 방지하였다.

북온타리오 의대는 해당 지역에서 1,700명 이상의 교수진과 많은 수의 졸업생을 고용하여 북온타리오 지역의 후학을 양성하고 있는데, 이는 해당 의과대학 자체가 캐나다에 많은 위성 캠퍼스와 임상 수련기관을 연계한 의과대학 형태인 ‘distributed medical education’의 한 예로 의과대학생들에게 다양한 의료 환경을 경험하게 하는 것을 목적으로 설립된 곳이기 때문이다.⁹⁴⁾

Michael E. Green 등의(2017) 연구에 의하면 북온타리오에 있는 대부분의 일차 의료의사들은 인구밀도가 높은 도시지역에 집중되어 있는데, 북온타리오 지역 역시 지리적·환경적 특성이 의사 수 문제와 무관하지 않다고 보았다.⁹⁵⁾

한편 미국의 국민건강서비스공단(The National Health Service Corps, NHSC)은 의료인력이 부족한 지역에 의료인력 유인을 위한 방안으로 장학프로그램(federal scholarship program), 학자금 대출지원 프로그램(loan repayment program)의 의료인 모집 및 유치프로그램을 운영하고 있다.⁹⁶⁾ 장학프로그램은 공중보건서비스법

93) <https://www.nosm.ca/education/md-program/financial-assistance/>

94) 이종구 외, 의료 취약지역 및 공공의료분야 의사인력 양성방안 연구, 서울대학교 의과대학, 2013, p. 47.

95) Michael E. Green, Geographic Variation in the Supply and Distribution of Comprehensive Primary Care Physicians in Ontario, 2014/15, Institute for Clinical Evaluative Sciences.

96) Elayne J. Heisler, The National Health Service Corps, Congressional Research Service,

(Public Health Service Act) 338.A에 의거하여 학비 등 교육비는 물론 일정수준의 생활비를 지원해주는 제도이다. 4년을 초과하지 않는 범위에서 지원받은 연수에 따라 의료취약지역에서 일정기간 의무적으로 근무해야 한다.

【표 5】 미국 장학금 수혜 기간에 따른 의무 복무기간

장학금 수혜 기간	의무 복무기간
1 school year	2 years(Full-Time) / 4 years(Half-Time)
2 school year	2 years(Full-Time) / 4 years(Half-Time)
3 school year	3 years(Full-Time) / 6 years(Half-Time)
4 school year	4 years(Full-Time) / 8 years(Half-Time)

자료: 2022년 NHSC Scholarship Program Guidance
<https://nhsc.hrsa.gov/sites/default/files/nhsc/scholarships/scholarship-application-guidance.pdf>

학자금 대출지원프로그램은 공중보건서비스법(Public Health Service Act) 331(i)과 338B에 따라 연방정부 차원에서 최초 2년(기간제의 경우 4년)의 의무복무 기간 동안 \$50,000을 지원받고 1년 단위로 추가 지원받는 프로그램이다. 주정부 차원의 대출지원 프로그램은 공중보건서비스법 338I에 근거하며 연방정부 지원프로그램과 유사하나 의무 복무기간을 추가로 요구하는 주(state)도 있어 각 주에 따라 기준과 절차가 다르다.⁹⁷⁾

국의 주요국 역시 의사인력의 지역 간 불균형 분포, 농촌지역의 의사인력 부족문제 해결을 위해 국가별 상황에 따른 다양한 정책을 도입하여 시행 중인 것을 알 수 있다. 이 중 농촌지역에 의사를 할당하기 위한 특수목적 의과대학 설립, 해당 지역학생 선발 및 의무복무를 연결한 일본이나 대만의 정책은 그다지 성공하지 못한 것으로 보인다. 반면 의료취약지 의사인력 배치를 위한 다양한 지원제도들은 국가별로 지속되고 있다. 그러나 이러한 지원으로 의료취약지에 의사인력이 충분히 배치되고 있다는 평가 역시 어렵다. 의료취약지 지원정책의 궁극적인 목표가 의사인력을 확보하고 유지하는 것이라고 볼 때, 의사인력 양성 각 단계에서 다양한 형태의 지원방안을 모색할 필요가 있다.

2022. 1. 4, p. 1. access from. <https://crsreports.congress.gov R44970>, p. 1~2.

97) 특히 주에 따라서는 임상외사에게도 대출지원프로그램을 지원하기도 함. Elayne J. Heisler, The National Health Service Corps, Congressional Research Service, 2022. 1. 4, p. 1. access from. <https://crsreports.congress.gov R44970>, p. 4~6.

4. 국내 타 분야 지역이전 지원제도 현황

국가 차원에서도 인구의 자연감소와 더불어 수도권 인구집중, 지방 소멸위기 등이 중요한 문제가 되고 있다. 수도권의 인구집중은 출생이나 사망에 의한 자연적 증감보다 지역 간 인구이동에 기인하고 있는데, 기업의 수도권 편중도 일부 원인으로 보고 있다. 이에 정부 역시 수도권 소재 기업이 비수도권으로 이전하는 경우 각종 세금감면 및 보조금을 지원해오고 있다.

「조세특례제한법」 제63조 및 제63조의2는 비수도권으로 공장 또는 본사를 이전하는 기업에 대한 세액감면을 규정하고 있고, 「국가균형발전 특별법」 제19조 및 「지방자치단체의 지방투자기업 유치에 관한 국가의 재정자금 지원기준」⁹⁸⁾ 제9조 제1항에 의거 수도권 기업이 지방으로 이전하는 경우 지방투자촉진보조금을 신청할 수 있다. 그러나 해당 지원은 지방 이전에 대한 지원제도라기보다 지방에 신·증설되는 기업을 대상으로 지원하는 제도라는 평가가 있다. 이와 유사하게 정부는 기업도시, 혁신도시 등을 통해 지역 균형발전을 도모하고 있으며, 기업의 지방 이전과 정주 여건 개선을 위한 여러 정책을 추진 중이나 뚜렷한 성과는 없는 상태이다. 이에 타 분야에서 지방, 비수도권 지역으로 기업을 유치하기 위해 제안되고 있는 지원방안을 검토하였다.

먼저 기업의 이전은 민간의 자발적인 의사결정이 중요하기 때문에 민간이 원하는 정책의 개발이 필요한데 이를 위해 민간이 원하는 기업의 지방 이전에 대한 실질적인 인센티브로 정부 보조금 등 이전 지원금, 이전 시 세제 혜택 외 행정절차 원스톱 지원, 기업의 지역투자과 매칭된 재정지원, 지역 대학과 연계된 지역기업 맞춤형 인재육성과 대학을 중심으로 기업, 연구기관 등의 네트워크 구축 등이 제안되고 있다. 또한 기업도시 활성화를 위한 지원방안으로는 정부의 세제 혜택, 규제 특례 적용, 접근성 향상을 위한 인프라 지원 등, 이전기업의 투자유치 지원을 위한 펀드 조성 등이 제안되고 있다.⁹⁹⁾

한편 2012년 행정도시 세종시 출범과 더불어 수도권 집중 억제와 지역 균형발전을 목적으로 전국 주요 거점지역에 혁신도시를 세우고, 주요 국공립기관을 지역으로 이전시켰다.

98) 산업통상자원부 고시 제2020-171호.

99) 하혜영, 김예성, 지방소멸 위기지역의 현황과 향후 과제, 국회입법조사처, 2021. 10. 19. p. 42-51.

새정부 역시 지역 균형발전과 경쟁력 강화를 위해 초광역 메가시티 조성 and 기업의 낙후 지역 지방 이전 지원을 확대한다고 발표한 바 있다. 특히 행정적으로 구분되어 있지만 하나의 경제·생활권을 묶어 초광역 메가시티 중심으로 신산업 생태계 육성, 교통 인프라 구축 등 권역별 맞춤형 지원을 한다는 계획이다. 5개 초광역 지역 정부(메가시티)는 수도권, 충청권, 대경권, 동남권, 호남권(또는 전남광주 및 전북권)이다. 기업의 경우 낙후 지역 이전 시 세제 지원을 늘리고, 인구감소 지역 89곳과 관심 지역 18곳은 지역소멸 대응 기금을 통해 지역 생활 인프라 개선을 추진한다는 계획이다. 특히 지방투자 및 기업의 지방 이전 촉진을 위해 투자요건 충족 시 양도소득세, 상속 및 증여세 이연/감면, 취득세 감면, 법인세 감면, 중견-중소기업 가업승계 세제 조건 완화, 개발펀드 설계, 투자자 모집 및 펀드자산 운영, 기업의 지방이전 및 투자 활성화 등의 내용을 담았다.

공공기관 지방 이전 시에도 이전 기관과 이주 직원에 대한 지원방안을 마련하고, 혁신도시 활성화를 위해 해당 지역에 교통, 의료, 쇼핑, 보육·교육 등 인프라의 지속적 확충 등의 내용도 담았다.¹⁰⁰⁾

그 밖에 각 지방자치단체별로 수도권 등에서 지방으로 기업을 이전하는 경우 지방이전 기업지원제도에 따라 다양한 지원을 받을 수 있는데 입지지원이나 설비투자지원, 그 외 법인세, 소득세 등의 국세와 재산세, 취득세·등록면허세 등의 지방세를 감면하고 있다.

한편 2023년 1월 1일 「인구감소지역 지원 특별법」이 시행될 예정이다. 이 법은 인구의 자연 감소와 수도권 등 도시로의 인구집중으로 인한 인구구조와 경제의 불균형 현상이 가속화될 것이므로 그간 정부 중심으로 추진하던 인구감소 문제 대응 체계를 지역이 주도하는 대응 체계로 개편하여 지역 여건을 고려한 맞춤형 정책이 추진될 수 있도록 하는 것이다. 또한 국가 차원의 맞춤형 종합지원 체계 및 지방자치단체 간 연계와 협력체계를 구축하여 국가와 지방자치단체가 인구감소 문제에 공동의 책임을 갖고 협력하기 위해 제정되었다. 이 법을 통해 인구감소 문제 대응을 위한 지원체계를 구축하고 일자리, 주거, 교통, 문화, 교육, 의료 등 다양한 분야에 걸친 종합적 지원을 하려는 것이다.

100) 제20대 대통령직인수위원회, 지역균형발전 비전 대국민 발표, 2022. 4. 27.

세부적으로 동 법 제23조 의료기반의 확충 규정에는 국가와 지방자치단체는 인구감소지역의 보건의료 여건을 개선하기 위하여 의료기관의 설치와 의료인 확보에 필요한 시책을 수립·시행하고, 필수의료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있도록 규정하였으며, 의료취약지 거점의료기관을 지정하고 우선 지원할 수 있도록 하였다. 동 법은 의료 분야 외 다양한 분야를 아우르며 인구감소지역을 지원하기 위한 법률인 바, 보다 다양한 의료취약지 의사인력에 대한 지원정책이 제시될 수 있기를 기대한다. 이와 더불어 의사인력의 지역근무 유인·유지 방안, 의료취약지 의사인력에 대한 지원정책을 고려할 때 앞서 살펴본 타 분야에서 적용하는 보다 다양한 정책을 적용할 필요도 있다.

제3장 의사의 지역별 분포 현황

제1절 우리나라 의사인력 활동 현황

1. 의사인력의 분포 현황

가. 일반현황

의사인력의 활동에 따른 분류기준은 OECD Health statistics(2020)의 정의와 태운희 외(2020)의 연구에서 정의한 분류기준에 따라 다음과 같이 정의하였다.

임상의사 정의는 면허를 취득한 자로 의료기관에서 활동 중인 의사(인턴, 레지던트 포함)가 모두 포함되고, 비(非) 임상의사는 면허를 취득한 자로 의료기관이 아닌 기관에서 행정, 연구 또는 환자와 직접적으로 대면하지 않는 곳에서 활동 중인 의사를 말하며, 비(非) 활동의사는 면허 취득자로 미취업자 및 은퇴의사가 포함된다.¹⁰¹⁾

우리나라의 의사인력 현황을 살펴보면, 2019년 전체 의사 수 116,365명 중 임상의사 107,772명(92.6%), 비 임상의사 4,143명(3.6%), 비 활동의사 4,450명(3.8%)이며, 최근 5년 연평균 증가율은 비 활동의사가 2.4%로 가장 높았고, 임상의사 2.1%, 비 임상의사 0.7%이다(표 6).

■ 표 6 ■ 활동 유형별 의사인력 추이(2015~2019년)

(단위: 명, %)

	2015	2016	2017	2018	2019	연평균증가율
전체	104,919 (100.0)	107,756 (100.0)	110,372 (100.0)	113,299 (100.0)	116,365 (100.0)	2.1
임상의사	96,961 (92.4)	99,424 (92.3)	101,467 (91.9)	104,295 (92.1)	107,772 (92.6)	2.1
비(非)임상의사	4,002 (3.8)	3,895 (3.6)	3,947 (3.6)	4,090 (3.6)	4,143 (3.6)	0.7
비(非)활동의사	3,956 (3.8)	4,437 (4.1)	4,958 (4.5)	4,914 (4.3)	4,450 (3.8)	2.4

자료: 태운희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 43.

101) 태운희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 3.

연도별로 살펴보면 전체 임상 의사 수는 지속적인 증가 추세이며, 2019년 인구 10만 명당 의사 수는 208명이었다(그림 2).

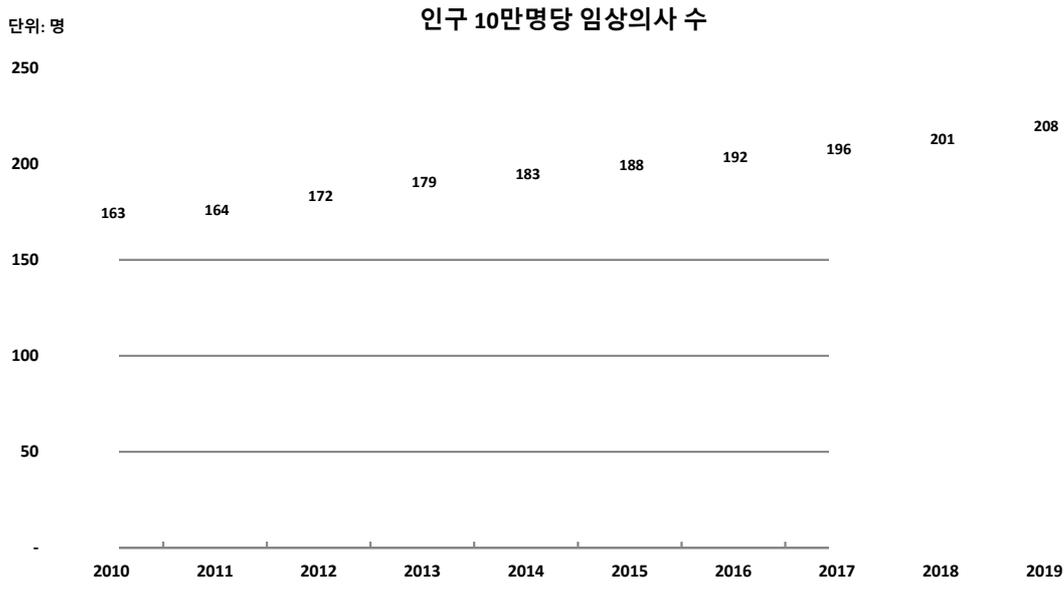


그림 2 | 연도별 의사 수 추이

자료: 태윤희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 43.

나. 지역별 현황

2020년 의료기관에 활동하는 임상 의사¹⁰²⁾의 지역별 분포현황은 다음과 같다. 전체 임상 의사 수 107,976명 중 전문의 88,877명(82.3%), 전공의 13,069명(12.1%), 일반의 6,030명(5.6%)이다. 서울을 비롯한 광역시(부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산)에 분포한 의사 수는 59,503명으로 전체 임상 의사의 55.1%에 해당하며, 서울·경인지역(서울, 인천, 경기)의 의사 수는 58,443명으로 전체의 54.1%에 달한다. 서울과 강원 지역을 제외한 대부분의 지역은 전문의를 취득한 의사의 비율이 약 80% 이상으로 우리나라는 거의 모든 지역에 전문의가 상당수 활동하고 있다(표 7).

102) 본 연구에서는 의료기관에서 활동하는 의사를 임상 의사로 정의하여 정리하였음. 참고로, '제5차 국민보건의료실태조사' 결과에 따르면, 면허등록 전체 의사 수(비활동 의사 포함)는 2020년 기준 12.9만 명임.

표 7 | 임상의사의 지역별 분포 현황(2020년)

(단위: 명, %)

구분	전체	전문의		전공의		일반의	
전체	107,976	88,877	82.3	13,069	12.1	6,030	5.6
서울	31,140	24,290	78.0	5,623	18.1	1,227	3.9
부산	8,102	6,835	84.4	898	11.1	369	4.6
대구	6,013	4,953	82.4	887	14.8	173	2.9
인천	5,130	4,349	84.8	540	10.5	241	4.7
광주	3,676	3,089	84.0	434	11.8	153	4.2
대전	3,680	2,981	81.0	521	14.2	178	4.8
울산	1,762	1,543	87.6	116	6.6	103	5.8
세종	441	408	92.5	0	0.0	33	7.5
경기	22,173	19,000	85.7	2,159	9.7	1,014	4.6
강원	2,793	2,183	78.2	375	13.4	235	8.4
충북	2,541	2,135	84.0	170	6.7	236	9.3
충남	3,244	2,625	80.9	269	8.3	350	10.8
전북	3,682	2,962	80.4	392	10.6	328	8.9
전남	3,140	2,564	81.7	132	4.2	444	14.1
경북	3,655	3,181	87.0	62	1.7	412	11.3
경남	5,619	4,753	84.6	405	7.2	461	8.2
제주	1,185	1,026	86.6	86	7.3	73	6.2

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 2020년 시군구별 의료인력현황.

통계표 URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4T&conn_path=I3

지역별 진료과목 의사 수를 인구수로 나누어 살펴보면 2019년 인구 10만 명당 내과 진료 의사는 서울이 43명으로 가장 많았고, 부산(40명), 대전(38명), 광주(37명), 대구(36명)의 순이었으며, 세종(12명), 충남(20명), 경북(20명) 지역은 내과 진료 의사 수가 적은 편이었다. 인구 10만 명당 외과 진료 의사는 서울이 15명으로 가장 많았고, 세종(5명)과 경기(9명)를 제외한 대부분의 지역은 10~14명 정도의 외과 진료 의사가 있다. 인구 10만 명당 산부인과 진료 의사도 서울이 16명으로 가장 많았고, 광주 15명, 부산, 대구, 대전 모두 13명 정도이며, 세종(5명), 충북, 전남, 경북은 8명으로 낮은 편이었다. 소아청소년과 진료 의사는 광주가 16명으로 가장 많았고, 대전 14명, 서울, 대구, 세종은 13명 정도였고, 강원도, 충남·충북권역은 소아청소년과 진료 의사가 적은 편이었다(표 8).

| 표 8 | 진료과목별 의사수의 지역별 현황(2019년)

(단위: 명/인구10만 명당)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
전체	235	192	187	139	198	198	132	79	134	132	127	119	161	128	120	134	149
내과	43	40	36	27	37	38	25	12	25	26	21	20	31	23	20	26	24
신경과	5	4	5	3	4	5	2	1	3	3	3	2	4	3	3	4	3
정신건강의학과	9	8	7	6	8	8	5	3	6	6	6	6	7	6	6	7	6
외과	15	14	14	10	14	13	10	5	9	11	10	11	14	13	11	10	11
정형외과	15	15	14	12	15	15	10	6	11	10	10	9	12	9	9	11	10
신경외과	7	6	7	5	8	6	5	3	4	5	5	4	6	5	5	5	5
흉부외과	3	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3
성형외과	10	4	5	2	3	4	3	1	2	2	2	1	2	1	1	1	4
마취통증의학과	14	11	10	7	11	9	6	3	7	8	8	6	8	8	6	7	8
산부인과	16	13	13	10	15	13	10	5	9	9	8	9	10	8	8	9	10
소아청소년과	13	12	13	10	16	14	10	13	11	8	8	8	11	9	8	10	11
안과	10	8	8	5	7	7	6	3	5	5	5	5	6	4	5	5	5
이비인후과	11	9	8	7	9	9	6	6	7	6	5	5	6	5	5	6	6
피부과	8	4	5	3	5	5	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3
비뇨기과	7	6	6	4	6	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
영상의학과	12	7	7	5	7	9	5	1	5	5	5	5	7	6	4	5	6
방사선종양학과	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
병리과	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
진단검사의학과	3	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
결핵과	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
재활의학과	6	5	4	3	5	7	2	1	4	3	4	2	4	2	3	4	5
핵의학과	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
가정의학과	18	15	13	10	17	16	9	8	11	8	12	11	16	13	10	9	14
응급의학과	4	2	2	4	5	4	3	2	3	5	3	4	4	3	4	3	7
산업의학과	1	1	1	1	1	2	3	0	1	1	2	1	1	1	1	2	1
예방의학과	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0

자료: 태유희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 59.

다. 거주지역별 현황

의사들의 근무지와 거주지 일치율은 아래 그림을 통해 확인할 수 있다. 2019년 기준 임상의사의 근무지 대비 거주지 일치율이 80% 이상 높은 지역은 전북 91.0%, 경남 90.1%, 울산 89.5%, 강원 88.0%였다. 반면, 근무지와 거주지 일치율이 낮은 지역은 세종 33.5%, 서울 63.3%, 광주 67.3%, 경기 68.5%였다(그림 3).

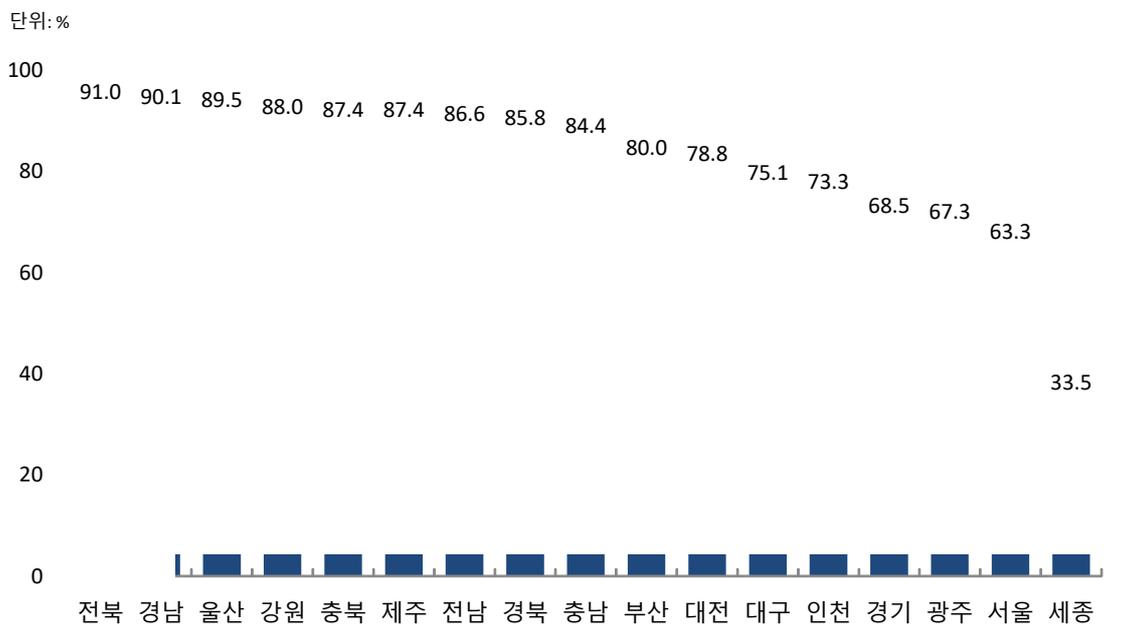


그림 3 | 임상의사의 근무지역별 거주지 일치율(2019년)

자료: 「태윤희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 52. 표 3-2」 내용으로 저자가 그림 재구성.

표 9 | 임상의사의 거주지역과 근무지역 분포 현황(2019년)

(단위: %)

거주지 근무지	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
서울	63.3	1.2	1.3	6.8	1.5	2.1	1.6	3.6	18.8	3.5	2.3	2.7	1.9	2.0	2.4	1.4	3.3
부산	0.2	80.0	0.6	0.2	0.1	0.0	1.9	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	1.0	4.7	0.7
대구	0.2	0.3	75.1	0.0	0.1	0.3	0.3	0.4	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	5.4	0.5	0.3
인천	4.8	0.2	0.1	73.3	0.1	0.3	0.1	0.4	4.8	0.4	0.3	0.5	0.3	0.2	0.1	0.1	0.4
광주	0.2	0.0	0.0	0.1	67.3	0.1	0.0	0.8	0.1	0.2	0.2	0.1	0.5	5.4	0.0	0.1	0.2
대전	0.5	0.1	0.1	0.3	0.2	78.8	0.3	25.2	0.5	0.1	1.6	2.4	0.6	0.1	0.5	0.1	0.1
울산	0.2	3.0	0.7	0.1	0.0	0.1	89.5	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.7	0.3
세종	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6	0.0	33.5	0.0	0.1	1.3	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
경기	24.3	0.6	0.8	14.8	1.0	1.3	1.1	3.4	68.5	3.4	2.5	4.8	0.7	1.5	1.2	0.8	2.2
강원	1.4	0.1	0.3	0.5	0.0	0.1	0.1	0.4	1.2	88.0	0.7	0.2	0.2	0.1	0.3	0.2	0.7
충북	1.0	0.1	0.2	0.6	0.2	4.3	0.1	12.5	1.0	2.1	87.4	1.6	0.4	0.2	0.4	0.1	0.6
충남	1.5	0.2	0.2	1.2	0.5	7.6	0.6	16.3	2.0	0.5	1.7	84.4	1.4	0.6	0.3	0.1	0.7
전북	0.5	0.1	0.1	0.5	3.4	1.3	0.0	1.0	0.6	0.1	0.2	1.0	91.0	1.6	0.0	0.2	0.7
전남	0.4	0.1	0.1	0.6	24.8	0.5	0.1	0.4	0.6	0.3	0.3	0.4	1.4	86.6	0.1	0.4	1.0
경북	0.7	18.0	18.0	0.5	0.2	0.9	1.9	0.6	0.8	0.6	1.0	0.7	0.2	0.1	85.8	0.5	0.5
경남	0.4	2.2	2.2	0.3	0.3	0.5	2.5	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	1.2	1.4	90.1	0.9
제주	0.2	0.0	0.0	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	87.4

자료: 태윤희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020. p. 52.

라. 도시·농촌별 현황

OECD(2020) 보고서¹⁰³⁾ 영토 기준선 상 우리나라의 경우 TL2(Territorial level 2)는 7개 지역, TL3(Territorial level 3)는 17개 시도로 나타나 있으며, 단위지역(local unit)을 시군구로 설정하여, 도시(Urban), 중간지역(Intermediate), 농촌지역(Rural)으로 구분되어 있다. 도시지역은 서울, 경기, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산의 8개 지역이고, 충남, 전북, 경남은 중간지역, 강원, 충북, 경북, 전남, 제주의 5개 지역은 농촌지역으로 구분하였다(세종지역은 인구 36만 명으로 농촌지역으로 포함).

〈표 10〉은 OECD 분류에 따른 도시 규모별 의사인력의 분포 현황이다. 2020년 전체 의사인력은 107,976명으로 일반의 6,030명(5.6%), 전공의 13,069명(12.1%), 전문의 88,877명으로 전문의 자격을 획득한 의사 수는 전체 의사인력의 82.3%에 이른다. 서울을 비롯한 도시지역(경기, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산)에 분포한 의사 수는 81,676명으로 전체 의사인력의 75.6%에 해당하며, 소도시와 농촌지역의 의사 수는 26,300명으로 전체 의사인력의 24.4%를 차지하고 있다.

【표 10】 OECD 분류에 따른 도시 규모별 의사 분포 현황

(단위: 명, %)

2020년	전체		일반의		전공의		전문의	
	명	%	명	%	명	%	명	%
전체	107,976	100.0	6,030	100.0	13,069	100.0	88,877	100.0
도시	81,676	75.6	3,458	57.3	11,178	85.5	67,040	75.4
소도시	12,545	11.6	1,139	18.9	1,066	8.2	10,340	11.6
농촌	13,755	12.7	1,433	23.8	825	6.3	11,497	12.9

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 2020년 시군구별 의료인력현황.

통계표 URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4T&conn_path=13

도시(8개): 서울, 경기, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산

소도시(3개): 충남, 전북, 경남

농촌(6개): 강원, 충북, 경북, 전남, 제주, 세종

보건복지부 통계연보(2013)¹⁰⁴⁾에서 분류한 도시·농촌 정의에 따라 지역을 분류한 의사인력의 분포현황은 〈표 11〉과 같다. 서울과 경기도 외에 6대 광역시(인천, 대전,

103) OECD Territorial grids. OECD. Paris. 2011.

104) 2013 전국의원실태 조사보고서. 대한의사협회 의료정책연구소. 서울. 2014.

대구, 광주, 울산, 부산)를 대도시로, 대도시 지역을 제외한 시지역을 소도시로 군 단위 이하 지역은 농촌지역으로 구분하였다.

2020년 전체 의사인력은 107,976명으로 도시·농촌별 분포 현황을 살펴보면, 서울을 비롯한 도시지역(경기, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산)에 분포한 의사 수는 81,676명으로 전체 의사인력의 75.6%를 차지하였으나, 소도시는 22,045명으로 전체 의사 수의 20.4%, 농촌지역의 의사 수는 4,255명으로 전체 의사인력의 3.9%이었다(표 11).

과거 김창엽 외(1998) 연구에서는 대한의사협회 회원 DB를 보강하여 의사인력의 지역적 분포현황을 조사하였다. 결과에 따르면 1998년 당시 의사인력의 62.9%가 대도시, 29.3%가 소도시, 7.8%가 농촌지역에 분포하는 것으로 나타났다.¹⁰⁵⁾ 결과적으로 시간의 흐름에 따라 의사인력의 소도시, 농촌지역 분포는 더욱 낮아졌다는 것을 알 수 있다.

표 11 도시·농촌별 의사 분포 현황

(단위: 명, %)

2020년	전체		일반의		전공의		전문의	
	명	%	명	%	명	%	명	%
전체	107,976	100.0	6,030	100.0	13,069	100.0	88,877	100.0
도시	81,676	75.6	3,458	57.3	11,178	85.5	67,040	75.4
소도시	22,045	20.4	1,515	25.1	1,751	13.4	18,779	21.1
농촌	4,255	3.9	1,057	17.5	140	1.1	3,058	3.4

자료: 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 「건강보험통계」, 2020년 시군구별 의료인력현황.
 통계표 URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4T&conn_path=l3
 보건복지부 통계연보 2013. 도시·농촌별 분류기준은 아래와 같음.
 대도시: 서울, 경기, 인천, 대전, 대구, 광주, 울산, 부산
 소도시: 대도시를 제외한 시지역
 농촌: 군지역

앞서 살펴본 바와 같이 도시 규모별 의사의 분포현황은 지역의 분류기준에 따라 차이를 보인다. 도시지역의 의사 수는 변화가 없으나 도시지역을 제외한 소도시, 농촌지역의 의사 수 분포현황은 확연히 다른 차이를 보였다.

105) 김창엽, 윤석준, 이진석 외, 최근 배출된 전문의의 개원지역 선택에 영향을 미치는 개인요인 분석, 한국보건행정학회지 1999;9(3):21-32.

일부 연구에서 우리나라의 지역 간 의료자원 분포의 불균형으로 일부 농어촌 지역은 필수의료 서비스를 거주지가 아닌 다른 지역에서 받는데, 전국 86개 시·군은 소아청소년과 진료를 위해 주민의 70% 이상이 타지역으로 이동하는 것으로 나타났다.¹⁰⁶⁾ 의료 서비스 접근성의 격차는 지역사회 주민들의 건강수준에도 영향을 미칠 우려가 있으므로 의사 수가 부족한 지역의 의료접근성을 개선하는 것은 중요하다. 다만 해당 지역이 상당 부분 인구감소 지역, 지방소멸 지역과 관련 있어 단순히 해당 지역의 의사 수를 늘리는 정책만으로는 한계가 있을 것이다.

〈표 12〉는 내과 의료취약지역의 의사 분포 현황을 분석한 결과이다. 전문의 자격에 관계없이 인구 1,000명당 의사수가 1명이 되지 않는 지역은 경기도 지역의 연천군(0.9명), 양평군(0.9명), 강원도 지역의 고성군(0.4명), 양양군(0.5명), 인제군(0.6명), 정선군(0.8명), 철원군(0.9명), 평창군(0.9명), 화천군(0.9명), 충북지역의 증평군(0.7명), 단양군(0.7명), 충남지역의 계룡시(0.8명), 경북지역의 군위군(0.7명), 영양군(0.7명), 봉화군(0.8명), 경남지역의 산청군(0.9명)으로 나타났다.

이는 보건의료인력의 지역별 불균형 수준을 추정한 오영호 외(2007) 연구에서 의사와 일차진료 의사의 공급이 상대적으로 부족한 지역이 강원, 경북, 경남지역이라는 결과, 이종구 외(2015) 연구에서 인구 1천 명당 의원과 병원 종사 의사수가 최저인 지역이 충북권, 강원권이라는 결과와 유사하다.¹⁰⁷⁾¹⁰⁸⁾

106) 이태호 외, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 보건복지부·국립중앙의료원, 2018.

107) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007. p. 23.

108) 이종구 외, 의료취약지 지역의료 개선방안, 서울대학교 의과대학, 2015. p. 4.

표 12 내과 의료취약지역(62개)의 의사 인력 현황

(단위: 명/인구 천 명당)

시도	시군구	전체		일반의		전공의		전문의	
		의사수	인구 천명당 의사수						
인천	옹진군	36	1.8	8	0.4	3	0.1	25	1.2
경기 (2)	연천군	40	0.9	8	0.2	1	0.0	31	0.7
	양평군	111	0.9	18	0.2	1	0.0	92	0.8
강원 (10)	횡성군	35	0.8	12	0.3	0	0.0	23	0.5
	영월군	40	1.0	11	0.3	1	0.0	28	0.7
	평창군	36	0.9	8	0.2	1	0.0	27	0.6
	정선군	30	0.8	12	0.3	0	0.0	18	0.5
	철원군	39	0.9	8	0.2	0	0.0	31	0.7
	화천군	23	0.9	6	0.2	0	0.0	17	0.7
	양구군	22	1.0	7	0.3	0	0.0	15	0.7
	인제군	19	0.6	11	0.3	0	0.0	8	0.3
	고성군	12	0.4	6	0.2	0	0.0	6	0.2
	양양군	13	0.5	9	0.3	0	0.0	4	0.1
충북 (6)	보은군	44	1.4	12	0.4	0	0.0	32	1.0
	옥천군	63	1.2	10	0.2	1	0.0	52	1.0
	영동군	60	1.3	18	0.4	0	0.0	42	0.9
	증평군	26	0.7	5	0.1	0	0.0	21	0.6
	괴산군	42	1.1	14	0.4	0	0.0	28	0.7
	단양군	20	0.7	8	0.3	0	0.0	12	0.4
충남 (5)	계룡시	35	0.8	5	0.1	0	0.0	30	0.7
	금산군	67	1.3	21	0.4	0	0.0	46	0.9
	서천군	65	1.3	21	0.4	0	0.0	44	0.8
	청양군	37	1.2	10	0.3	0	0.0	27	0.9
	태안군	65	1.0	21	0.3	0	0.0	44	0.7
전북 (5)	진안군	37	1.5	11	0.4	0	0.0	26	1.0
	무주군	26	1.1	10	0.4	1	0.0	15	0.6
	장수군	21	1.0	8	0.4	0	0.0	13	0.6
	임실군	41	1.5	9	0.3	1	0.0	31	1.1
	순창군	36	1.3	9	0.3	0	0.0	27	1.0

시도	시군구	전체		일반의		전공의		전문의	
		의사수	인구 천명당 의사수						
전남 (12)	담양군	66	1.4	15	0.3	0	0.0	51	1.1
	곡성군	38	1.4	15	0.5	0	0.0	23	0.8
	구례군	39	1.5	11	0.4	0	0.0	28	1.1
	보성군	65	1.6	14	0.3	1	0.0	50	1.2
	장흥군	55	1.5	16	0.4	0	0.0	39	1.0
	강진군	57	1.6	19	0.5	0	0.0	38	1.1
	함평군	47	1.5	15	0.5	0	0.0	32	1.0
	영광군	97	1.8	13	0.2	0	0.0	84	1.6
	장성군	48	1.1	13	0.3	0	0.0	35	0.8
	완도군	58	1.2	28	0.6	3	0.1	27	0.5
	진도군	37	1.2	17	0.5	3	0.1	17	0.5
	신안군	49	1.3	26	0.7	5	0.1	18	0.5
경북 (13)	영주시	145	1.4	24	0.2	0	0.0	121	1.2
	군위군	17	0.7	8	0.3	1	0.0	8	0.3
	의성군	61	1.2	22	0.4	2	0.0	37	0.7
	청송군	35	1.4	9	0.4	1	0.0	25	1.0
	영양군	12	0.7	7	0.4	0	0.0	5	0.3
	영덕군	41	1.1	10	0.3	2	0.1	29	0.8
	청도군	52	1.2	15	0.4	0	0.0	37	0.9
	고령군	30	1.0	10	0.3	0	0.0	20	0.6
	성주군	50	1.2	13	0.3	3	0.1	34	0.8
	예천군	56	1.0	19	0.3	0	0.0	37	0.7
	봉화군	26	0.8	15	0.5	0	0.0	11	0.3
	울진군	55	1.1	13	0.3	0	0.0	42	0.9
	울릉군	14	1.5	3	0.3	0	0.0	11	1.2
경남 (7)	의령군	30	1.1	10	0.4	0	0.0	20	0.7
	고성군	66	1.3	19	0.4	1	0.0	46	0.9
	남해군	47	1.1	16	0.4	0	0.0	31	0.7
	하동군	49	1.1	18	0.4	0	0.0	31	0.7
	산청군	33	0.9	14	0.4	1	0.0	18	0.5
	함양군	47	1.2	17	0.4	0	0.0	30	0.8
	합천군	56	1.3	19	0.4	2	0.0	35	0.8

자료: 내과 의료취약지역 선정은 「2018년 의료취약지 모니터링 연구. 보건복지부·국립중앙의료원, 2018.」 연구결과를 인용하였음.

한편 「국가균형발전 특별법」에 의해 행정안전부가 지정하는 ‘인구감소지역’¹⁰⁹⁾과 내과 의료취약지역을 비교해보면 대부분 일치하였다. 이에 따라서 인구가 감소하는 지역에 의사인력을 유지하기 위한 실질적인 지원방안과 인구감소지역이라는 특성을 반영한 근본적인 정책방안이 필요할 것으로 보인다.

【 표 13 】 우리나라 인구감소지역

구분	인구감소지역(89개)
부산(3)	동구, 서구, 영도구
대구(2)	남구, 서구
인천(2)	강화군, 옹진군
경기(2)	가평군, 연천군
강원(12)	고성군, 삼척시, 양구군, 양양군, 영월군, 정선군, 철원군, 태백시, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
충북(6)	괴산군, 단양군, 보은군, 영동군, 옥천군, 제천시
충남(9)	공주시, 금산군, 논산시, 보령시, 부여군, 서천군, 예산군, 청양군, 태안군
전북(10)	고창군, 김제시, 남원시, 무주군, 부안군, 순창군, 임실군, 장수군, 정읍시, 진안군
전남(16)	강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 보성군, 신안군, 장흥군, 함평군, 담양군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 진도군, 해남군, 화순군
경북(16)	군위군, 고령군, 문경시, 봉화군, 상주시, 성주군, 안동시, 영덕군, 영양군, 영주시, 영천시, 울릉군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군
경남(11)	거창군, 고성군, 남해군, 밀양시, 산청군, 의령군, 창녕군, 하동군, 함안군, 함양군, 합천군

자료: 행정안전부. 인구감소지역 지정 고시. 2021.10.19.

109) 인구감소지역 지정 고시(행정안전부 고시 제2021-66호, 2021.10.19.)

2. 생활, 문화 인프라 관련 지역별 접근성 현황

최근의 연구들은 의사들이 지역근무를 선택하는 기준이 가족과 관련된 요인이나, 여가시간, 삶의 질과 관련된 요인들이 영향을 주는 것으로 보고되었다. 이는 생활, 문화 인프라와도 관련이 있는데, 국가지리정보원이 분석한 자료에 따르면, 공연장, 미술관, 박물관 등 문화시설, 초등학교, 공공체육시설의 시도별 분포에 차이가 있다. 이를 접근성 측면에서 살펴보면 서울이 각 시설에 대한 접근성이 가장 좋고, 광역시의 접근성도 지역에 비해 더 높았다.¹¹⁰⁾¹¹¹⁾

【 표 14 】 지역별 문화시설, 초등학교, 체육시설 접근성

(단위: km)

순위	공연문화시설		초등학교		공공체육시설	
	도시	거리(km)	도시	거리(km)	도시	거리(km)
1	서울	2.08	서울	1.19	서울	1.90
2	제주	3.76	광주	2.25	광주	2.06
3	부산	4.86	부산	2.27	부산	2.25
4	대전	5.19	대전	2.57	제주	2.89
5	대구	5.54	인천	2.64	울산	3.15
6	광주	5.91	제주	2.82	세종	3.42
7	세종	6.67	대구	2.84	인천	3.44
8	인천	6.89	경기	3.08	대전	3.67
9	경기	6.96	울산	3.43	충북	3.73
10	울산	7.12	세종	3.46	대구	4.07
11	충남	9.36	충남	3.61	경기	4.67
12	충북	9.69	전북	3.62	전북	4.92
13	전북	10.12	경남	4.13	충남	4.96
14	전남	10.21	전남	4.22	전남	5.37
15	경남	10.27	충북	4.55	경남	6.18
16	경북	11.98	경북	5.09	강원	6.73
17	강원	13.32	강원	5.58	경북	8.03

자료: 국토교통부·국토지리정보원, 2020 국토모니터링 보고서, 2020. p. 54, 66, 70.

지표산식: 격자(500m×500m) 중심점으로부터 가장 가까운 초등학교까지 도로 이동거리

110) 국토교통부·국토지리정보원, 2020 국토모니터링 보고서, 2020.

111) 이정찬, 박정훈, 김계현, 2020 전국 의사조사, 의료정책연구소, 2021. 12.

이러한 지역별 생활 문화인프라 차이는 의사들이 지방근무를 더욱 꺼리게 할 수 있어 의사인력의 지역근무 유인을 위해서는 제반 생활 여건 역시 개선될 필요가 있다.

3. 소결

우리나라 의사인력 현황을 살펴본 결과 연도별 의사 수는 지속적으로 증가 추세이고, 서울과 강원도 지역을 제외한 대부분의 지역은 전문의를 취득한 의사의 비율이 약 80% 이상으로 국내는 거의 모든 지역에 전문의 자격을 갖춘 의사가 상당수 활동하고 있었다. 의사들의 근무지와 거주지 일치율도 지역별 차이는 있으나 세종, 서울, 광주, 경기지역을 제외하고는 의사들은 근무하는 곳에 대부분 거주하였다(근무지 대비 거주지 일치율 80% 이상).

우리나라의 의사는 대부분은 전문의 자격을 취득하였고 지역에서 일차의료를 전담할 수 있는 역량이 충분하다. 일차의료 기반이 잘 갖추어진 유럽 국가의 경우에도 일차의료 제공자의 전문분야가 다양한 분포를 나타내고 있다.¹¹²⁾ 일차의료는 적은 비용으로 보다 향상된 건강결과를 가져오며 모든 국민에게 형평적인 건강권을 확보해 준다는 사실은 선행연구 결과와 일차의료 기반이 잘 갖추어진 주요 국가들의 정책을 통해서 확인할 수 있다.¹¹³⁾¹¹⁴⁾¹¹⁵⁾

한편 내과 의료취약지역의 의사 분포현황을 분석한 결과 인구 1,000명당 의사 수가 1명이 되지 않는 지역은 경기도 일부 지역, 강원도 일부 지역, 충청도와 경상도 일부 지역으로 나타났다. 그러나 해당 결과도 오영호 외(2007) 연구의 강원, 경북, 경남지역, 이종구 외(2015) 연구의 충북권, 강원권이라는 결과와 유사하다.¹¹⁶⁾¹¹⁷⁾

112) Europe observatory, Building primary care in a changing Europe, 2015.

113) 황나미, 일차의료의 질 향상을 위한 접근 방향, 보건복지포럼, 2013. 8.

114) Europe observatory, Building primary care in a changing Europe, 2015.

115) Friedberg, M. W. et. al., Primary care: A Critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs, 2010;29(5):210-222.

116) 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007. p. 23.

117) 이종구 외, 의료취약지 지역의료 개선방안, 서울대학교 의과대학, 2015. p. 4.

의료서비스 접근성의 격차는 지역주민의 건강수준에 영향을 미칠 우려가 있으므로 의사 수가 부족한 지역의 의료접근성을 개선하는 것은 중요해 보인다. 다만 의사인력이 부족한 지역이 과거와 현재가 크게 다르지 않은 상황이므로 그동안 정부의 정책이 성공적이지 못했다는 것을 알 수 있고, 근본적인 해결방안을 모색함과 동시에 실제 의사가 지속해서 근무할 수 있는 환경적 요인을 조성하는 것에 중점을 둘 필요가 있다. 더불어 의사인력의 수도권 집중 현상과 지역 인구감소, 농촌 등 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해 다양한 접근방법을 모색할 필요가 있다.

제4장 의사인력의 근무지역 선택 및 이동 요인 분석

제1절 조사개요

1. 분석 자료

본 연구는 2020 전국 의사조사(Korean Physician Survey, KPS) 자료를 활용하였다. 전국 의사 조사는 대한의사협회(KMA)가 보유한 회원 DB를 활용하여 우리나라 의사를 대상으로 실시하는 정기 실태조사로서 대한의사협회 의료정책연구소가 관장하여 조사하고 있다. 2020 전국 의사 조사는 KMA 회원 DB를 표집 틀로 하고 성, 연령, 직역별 분포를 층화변인으로 하는 층화표본할당법(Stratified Quota Sampling)을 통해 목표 모집단을 구성하여 컴퓨터를 이용한 온라인 설문조사 방식(CAWI: Computer Aided Web Interview)이 활용되었다. 조사는 2020년 11월 19일부터 2021년 1월 10일까지 진행되었다. 2020 전국 의사 조사는 의사의 인구사회경제학적 특성은 물론 근무현황, 근무환경, 보건의료체계 및 정책에 대한 인식도, 직업 및 직무만족도, 진로 및 활동계획, 생활습관 및 건강상태, 감정노동 및 소진, 전문직업성, 은퇴 후 근로의향 등을 조사하였다. 본 연구는 2020 전국 의사 조사 응답자 총 6,507명 중에서 비진료의사(652명) 및 은퇴자(167명)를 제외하였다. 다음으로 전임의, 전공의, 공보의, 군의관 등(1,486명), 국외 성장(출신)자, 국외 의대졸업자, 국외 전문의 수련자(36명), 국외 근무자(3명) 등을 제외한 총 4,181명의 국내 활동 의사를 최종 연구대상자로 선정하였다. 본 연구의 분석단위(unit of analysis)는 활동 의사 개인이다.

2. 분석 내용 및 방법

우리나라 의사인력 중 활동의사의 현재 근무지역에 대한 특성과 근무지역에 영향을 미치는 요인을 분석한다. 다음으로 지역으로 근무지역 이전 의사가 있는 활동의사의 특성과 근무지역 이전 의사에 영향을 미치는 요인을 분석한다. 그리고 의사인력의 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 근무지역 일치율을 분석하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 한다. 세부 분석 변수는 다음과 같다.

가. 종속변수

활동 의사의 현재 근무지역 분석을 위해 2가지 지역 변수가 활용되었다. 첫 번째 지역 종속변수는 현재 근무지역을 수도권과 지방으로 구분한 이분형 변수이다. 수도권에는 서울특별시, 인천광역시, 경기도를 포함하였고, 지방에는 부산광역시, 대구광역시, 광주광역시, 대전광역시, 울산광역시, 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 제주도, 세종시를 포함하였다. 두 번째 지역 종속변수는 농촌(rural) 지역을 파악하기 위해 근무지역을 동 소재지와 읍·면 소재지로 구분한 이분형 변수이다.

다음으로 활동 의사 중 지역(지방 및 읍·면부)으로 근무지역 이전 의사 여부 변수를 활용하였으며, 해외로 근무지역 이전을 생각하는 대상자는 제외하였다.

나. 독립변수

독립변수는 의사의 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이다. 이를 위해 각각의 지역 변수를 수도권, 지방광역시, 도 지역으로 구분하였다. 수도권에는 서울특별시, 인천광역시, 경기도가 포함되었다. 지방광역시에는 부산광역시, 대구광역시, 광주광역시, 대전광역시, 울산광역시 등 5개 도시가 포함되었다. 도 지역에는 강원도, 충청북도, 충청남도, 전라남도, 경상북도, 경상남도, 제주도, 세종시를 포함하였다.

다. 통제변수

통제변수로는 인구사회학적 특성변수로 성별, 연령, 결혼상태 등이 포함되었다. 이 밖에 직역, 취득 전문과목, 근무기관 등이 통제변수로 포함되었다. 직역은 개원의, 봉직의, 교수만을 연구대상으로 한정하였다. 전임의, 전공의, 공보의 등의 다른 직역을 포함하지 않은 이유는 이들 직역은 수련이나 군복무 이후 향후 근무지가 변경될 가능성이 높고, 현 근무지가 자발적 선택에 의한 근무지가 아닐 가능성이 높기 때문이다. 취득 전문과목은 내과계, 외과계, 지원계, 일반의로 구분하였다. 내과계에는 내과, 신경과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 피부과, 결핵과, 재활의학과, 가정의학과를 포함하였다. 외과계에는 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨의학과, 응급의학과를 포함하였다. 지원계에는 마취통증의학과, 영상의학

과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 예방의학과, 핵의학과, 직업환경의학과를 포함하였다. 근무기관은 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원, 요양병원, 기타로 구분하였다. 기타에는 보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원), 의과대학, 군병원, 교정시설, 검진기관, 연구기관 등이 포함된다(표 15).

표 15 | 조사내용

변수선정	처리방법
종속변수	
근무지역1	1: 수도권(서울, 인천, 경기도) 2: 지방(부산, 대구, 광주, 대전, 울산, 강원, 충북, 충남, 전남, 경북, 경남, 제주, 세종시)
근무지역2	1: 동 소재지 2: 읍·면 소재지
근무지역 이전 의사	1: 있음 2: 없음
독립변수	
성장(출신)지역	1: 수도권(서울, 인천, 경기도) 2: 지방광역시(부산, 대구, 광주, 대전, 울산) 3: 도 지역(강원, 충북, 충남, 전남, 경북, 경남, 제주, 세종시)
의대 졸업지역	1: 수도권(서울, 인천, 경기도) 2: 지방광역시(부산, 대구, 광주, 대전, 울산) 3: 도 지역(강원, 충북, 충남, 전남, 경북, 경남, 제주, 세종시)
전문의 수련지역	1: 수도권(서울, 인천, 경기도) 2: 지방광역시(부산, 대구, 광주, 대전, 울산) 3: 도 지역(강원, 충북, 충남, 전남, 경북, 경남, 제주, 세종시)
통제변수	
성별	1: 여성, 2: 남성
연령	1: 39세 이하, 2: 40-49세, 3: 50-59세, 4: 60-69세, 5: 70세 이상
결혼상태	1: 미혼, 2: 기혼(사별, 이혼 포함)
직역	1: 개원의, 2: 봉직의, 3: 교수
취득 전문과목	1: 내과계(내과, 신경과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 피부과, 결핵과, 재활의학과, 가정의학과) 2: 외과계(외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨의학과, 응급의학과) 3: 지원계(마취통증의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 예방의학과, 핵의학과, 직업환경의학과) 4: 일반의
근무기관	1: 의원, 2: 병원, 3: 종합병원, 4: 상급종합병원, 5: 요양병원, 6: 기타

제2절 조사결과

1. 활동 의사의 근무지역에 영향을 미치는 요인

가. 응답자 현황 및 특성

연구대상자의 일반적 특성은 <표 16>과 같다. 전체 연구대상자 4,181명 중 여성 978명(23.4%), 남성 3,203명(76.6%)이었다. 연령별로는 39세 이하 1,256명(30.0%), 40대 1,485명(35.5%), 50대 928명(22.2%), 60대 390명(9.3%), 70세 이상 122명(2.9%)이었다. 결혼상태별로는 미혼 383명(9.2%), 기혼(사별, 이혼 포함) 3,793명(90.8%)이었다. 직역별로는 개원의 1,347명(32.2%), 봉직의 2,052명(49.1%), 교수 782명(18.7%)이었다. 취득 전문과목별로는 내과계 1,976명(47.3%), 외과계 1,553명(37.1%), 지원계 393명(9.4%), 일반의 259명(6.2%)이었다. 근무기관별로는 의원 1,860명(44.5%), 병원 489명(11.7%), 종합병원 836명(20.0%), 상급종합병원 578명(13.8%), 요양병원 258명(6.2%), 기타 160명(3.8%)이었다.

성장(출신)지역은 수도권 1,963명(46.9%), 지방광역시 1,285명(30.7%), 도 지역 878명(21.0%)이었다. 의대 졸업지역은 수도권 1,962명(46.9%), 지방광역시 1,210명(28.9%), 도 지역 951명(22.7%)이었다. 전문의 수련지역은 수도권 2,272명(54.3%), 지방광역시 698명(16.7%), 도 지역 389명(9.3%)이었다.

표 16 연구대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

변수		n	%	
사회경제적 특성	성별	여성	978	23.4
		남성	3,203	76.6
	연령	40세 미만	1,256	30.0
		40-50세 미만	1,485	35.5
		50-60세 미만	928	22.2
		60-70세 미만	390	9.3
		70세 이상	122	2.9
	결혼상태	미혼	383	9.2
		기혼(사별·이혼 포함)	3,793	90.8
	직역	개원의	1,347	32.2
봉직의		2,052	49.1	
교수		782	18.7	
취득 전문과목	내과계	1,976	47.3	
	외과계	1,553	37.1	
	지원계	393	9.4	
	일반의	259	6.2	
근무기관	의원	1,860	44.5	
	병원	489	11.7	
	종합병원	836	20.0	
	상급종합병원	578	13.8	
	요양병원	258	6.2	
	기타	160	3.8	
지역특성	성장(출신) 지역	수도권(서울/경인)	1,963	47.0
		지방광역시	1,285	30.7
		도 지역	878	21.0
	의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1,962	46.9
		지방광역시	1,210	28.9
		도 지역	951	22.7
	전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	2,272	54.3
		지방광역시	698	16.7
		도 지역	389	9.3

나. 활동 의사의 근무지역 분포

1) 수도권 vs. 지방

활동 의사의 근무지역에 있어 수도권과 지방 근무 여부에 대한 교차분석 결과는 <표 17>과 같다. 전체 분석 대상 활동 의사 4,181명 중 지방에서 근무하는 활동 의사는 1,382명(33.1%)이었다. 남성(36.2%)이 여성(22.6%)보다 지방 근무 비율이 더 높았다($p<0.001$). 연령이 증가할수록 지방에서 근무하는 비율이 더 높았다($p<0.001$). 결혼상태별로는 기혼(34.0%)이 미혼(23.5%)보다 지방 근무 비율이 더 높았다($p<0.001$). 직역이나 취득 전문과목별로는 지방 근무에 있어 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

근무기관별로는 요양병원에서 근무하는 활동 의사의 지방 근무 비율이 48.4%로 가장 높았으며, 다음으로는 종합병원(38.9%), 병원(34.8%), 상급종합병원(30.1%), 의원(28.1%) 순이었다($p<0.001$).

성장(출신) 지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 지방 근무 비율이 각각 54.2%와 44.2%로 높았던 반면, 성장(출신) 지역이 수도권인 경우의 지방 근무 비율은 14.2%로 상대적으로 낮았다($p<0.001$).

의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 지방 근무 비율은 각각 60.1%와 39.5%로 높았던 반면, 의대 졸업지역이 수도권인 활동 의사의 지방 근무 비율은 13.1%로 낮았다($p<0.001$).

전문의 수련지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 지방 근무 비율은 각각 83.4%와 65.6%로 높았던 반면, 전문의 수련지역이 수도권인 활동 의사의 지방 근무 비율은 15.6%로 낮았다($p<0.001$).

표 17 | 활동 의사의 근무지역 분포: 수도권 vs. 지방

변수		계		수도권		지방		p
		4,181	2,799	66.9%	1,382	33.1%		
성별	여성	978	757	77.4%	221	22.6%	<.0001	
	남성	3,203	2,042	63.8%	1,161	36.2%		
연령	40세 미만	1,256	897	71.4%	359	28.6%	<.0001	
	40-50세 미만	1,485	1,004	67.6%	481	32.4%		
	50-60세 미만	928	606	65.3%	322	34.7%		
	60-70세 미만	390	229	58.7%	161	41.3%		
	70세 이상	122	63	51.6%	59	48.4%		
결혼상태	미혼	383	293	76.5%	90	23.5%	<.0001	
	기혼(사별·이혼 포함)	3,793	2,503	66.0%	1,290	34.0%		
직역	개원의	1,347	894	66.4%	453	33.6%	0.2250	
	봉직의	2,052	1,361	66.3%	691	33.7%		
	교수	782	544	69.6%	238	30.4%		
취득 전문과목	내과계	1,976	1,320	66.8%	656	33.2%	0.6482	
	외과계	1,553	1,035	66.6%	518	33.4%		
	지원계	393	274	69.7%	119	30.3%		
	일반의	259	170	65.6%	89	34.4%		
근무기관	의원	1,860	1,338	71.9%	522	28.1%	<.0001	
	병원	489	319	65.2%	170	34.8%		
	종합병원	836	511	61.1%	325	38.9%		
	상급종합병원	578	404	69.9%	174	30.1%		
	요양병원	258	133	51.6%	125	48.4%		
	기타	160	94	58.8%	66	41.3%		
성장(출신)지역	수도권(서울/경인)	1,963	1,685	85.8%	278	14.2%	<.0001	
	지방광역시	1,285	589	45.8%	696	54.2%		
	도 지역	878	490	55.8%	388	44.2%		
의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1,962	1,704	86.9%	258	13.1%	<.0001	
	지방광역시	1,210	483	39.9%	727	60.1%		
	도 지역	951	575	60.5%	376	39.5%		
전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	2,772	2,339	84.4%	433	15.6%	<.0001	
	지방광역시	698	116	16.6%	582	83.4%		
	도 지역	389	134	34.4%	255	65.6%		

2) 동 소재지 vs. 읍·면 소재지

활동 의사의 근무지역에 있어 동 소재지와 읍·면 소재지 근무 여부에 대한 교차분석 결과는 <표 18>과 같다. 전체 분석 대상 활동 전문의 4,181명 중 읍·면부에서 근무하는 활동 의사는 300명(7.2%)이었다. 남성(8.7%)이 여성(2.1%)보다 읍·면부 근무 비율이 더 높았다($p < 0.001$). 연령이 증가할수록 읍·면부에서 근무하는 비율이 더 높았다($p < 0.001$). 결혼상태별로는 기혼(7.5%)이 미혼(3.9%)보다 읍·면부 근무 비율이 더 높았다($p < 0.05$).

직역별로는 봉직의의 읍·면부 근무 비율이 8.7%로 가장 높았으며, 개원의(7.0%), 교수(3.6%) 순이었다. 취득 전문과목별로는 읍·면부 근무에 있어 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 근무기관별로는 요양병원에서 근무하는 활동 전문의의 읍·면부 근무 비율이 20.2%로 가장 높았으며, 종합병원(7.4%), 병원(7.4%), 의원(6.1%), 상급종합병원(3.5%) 순이었다($p < 0.001$).

성장(출신) 지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 읍·면부 근무 비율은 각각 8.5%와 8.3%였던 반면, 성장(출신) 지역이 수도권인 경우의 읍·면부 근무 비율은 5.7%로 상대적으로 더 낮았다($p < 0.001$).

의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 읍·면부 근무 비율은 각각 9.6%와 9.3%였던 반면, 의대 졸업지역이 수도권인 활동 의사의 읍·면부 근무 비율은 4.5%로 상대적으로 더 낮았다($p < 0.001$).

전문의 수련지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 읍·면부 근무 비율은 각각 10.7%와 11.6%였던 반면, 전문의 수련지역이 수도권인 활동 의사의 읍·면부 근무 비율은 5.2%로 더 낮았다($p < 0.001$).

| 표 18 | 활동 의사의 근무지역 분포: 동 소재지 vs. 읍·면 소재지

변수		계		동 소재지		읍·면 소재지		p
		4,181	3,881	92.8%	300	7.2%		
성별	여성	978	957	97.9%	21	2.1%	<.0001	
	남성	3,203	2,924	91.3%	279	8.7%		
연령	40세 미만	1,256	1,194	95.1%	62	4.9%	<.0001	
	40-50세 미만	1,485	1,394	93.9%	91	6.1%		
	50-60세 미만	928	837	90.2%	91	9.8%		
	60-70세 미만	390	350	89.7%	40	10.3%		
	70세 이상	122	106	86.9%	16	13.1%		
결혼상태	미혼	383	368	96.1%	15	3.9%	0.0094	
	기혼(사별·이혼 포함)	3,793	3,508	92.5%	285	7.5%		
직역	개원의	1,347	1,253	93.0%	94	7.0%	<.0001	
	봉직의	2,052	1,874	91.3%	178	8.7%		
	교수	782	754	96.4%	28	3.6%		
취득 전문과목	내과계	1,976	1,839	93.1%	137	6.9%	0.1258	
	외과계	1,553	1,443	92.9%	110	7.1%		
	지원계	393	368	93.6%	25	6.4%		
	일반의	259	231	89.2%	28	10.8%		
근무기관	의원	1,860	1,746	93.9%	114	6.1%	<.0001	
	병원	489	453	92.6%	36	7.4%		
	종합병원	836	774	92.6%	62	7.4%		
	상급종합병원	578	558	96.5%	20	3.5%		
	요양병원	258	206	79.8%	52	20.2%		
	기타	160	144	90.0%	16	10.0%		
성장(출신)지역	수도권(서울/경인)	1,963	1,852	94.3%	111	5.7%	<.0001	
	지방광역시	1,285	1,176	91.5%	109	8.5%		
	도 지역	878	805	91.7%	73	8.3%		
의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1,962	1,873	95.5%	89	4.5%	0.0026	
	지방광역시	1,210	1,094	90.4%	116	9.6%		
	도 지역	951	863	90.7%	88	9.3%		
전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	2,772	2,628	94.8%	144	5.2%	<.0001	
	지방광역시	698	623	89.3%	75	10.7%		
	도 지역	389	344	88.4%	45	11.6%		

다. 활동 의사의 근무지역에 영향을 미치는 요인

이항 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression)을 통해 우리나라 활동 의사의 현재 근무지역에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 <표 19>와 같다.

지방 근무 요인에 대한 분석결과, 통제변수인 성별로는 남성이 여성보다 지방에 근무할 가능성이 1.41배 더 높았다(95% CI=1.13-1.76). 연령별로는 40세 미만에 비해 60-70세 미만 활동 의사가 지방에 근무할 가능성이 2.15배 더 높았다(95% CI=1.56-2.96). 직역별로는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 근무 기관별로는 지방에 근무할 가능성이 의원에 비해 병원은 1.74배(95% CI=1.26-2.40), 종합 병원은 2.38배(95% CI=1.76-3.22), 상급종합병원은 1.74배(95% CI=1.12-2.70), 요양병원은 2.43배(95% CI=1.66-3.54) 더 높은 것으로 나타났다.

성장(출신) 지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 지방에 근무할 가능성이 각각 2.32배(95% CI=1.86-2.93), 2.43배(95% CI=1.96-3.02) 더 높았다. 의대 졸업 지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 지방에 근무할 가능성이 각각 2.12배(95% CI=1.65-2.73), 2.01배(95% CI=1.59-2.54) 더 높았다. 전문의 수련지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 지방에 근무할 가능성이 각각 12.41배(95% CI=9.44-16.31), 5.94배(95% CI=4.54-7.76) 더 높았다.

읍면 소재지 근무 요인에 대한 분석결과, 통제변수인 성별로는 남성이 여성보다 읍·면 소재지에 근무할 가능성이 3.70배 더 높았다(95% CI=2.29-5.96). 연령별로는 40세 미만에 비해 50-60세 미만과 60-70세 미만 활동 전문의가 읍·면 소재지에 근무할 가능성이 각각 1.89배(95% CI=1.30-2.76), 1.76배(95% CI=1.11-2.81) 더 높았다. 근무 기관별로는 읍·면 소재지에 근무할 가능성이 의원에 비해 요양병원이 3.15배(95% CI=1.98-5.03) 더 높은 것으로 나타났다. 성장(출신) 지역은 읍·면 소재지 근무에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았다. 의대 졸업 지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 읍·면 소재지에 근무할 가능성이 각각 1.63배(95% CI=1.08-2.47), 1.77배(95% CI=1.24-2.54) 더 높았다. 전문의 수련지역이 수도권인 경우에 비해 도 지역인 경우 읍·면 소재지에 근무할 가능성이 각각 1.54배(95% CI=1.02-2.32) 더 높았다.

【 표 19 】 활동의사의 현재 근무지역(지방 및 읍·면부)에 영향을 미치는 요인

변수	지방(광역시 혹은 도)			읍·면부		
	OR	(95% CI)		OR	(95% CI)	
성별	여성	1.00			1.00	
	남성	1.41	1.13	1.76	3.70	2.29 5.96
연령	40세 미만	1.00			1.00	
	40-50세 미만	1.07	0.86	1.33	1.15	0.81 1.65
	50-60세 미만	1.15	0.89	1.49	1.89	1.30 2.76
	60-70세 미만	2.15	1.56	2.96	1.76	1.11 2.81
	70세 이상	1.70	0.99	2.89	1.50	0.77 2.92
결혼상태	미혼	1.00			1.00	
	기혼(사별·이혼 포함)	1.44	1.05	1.99	1.39	0.77 2.51
직역	개원의	1.00			1.00	
	봉직의	0.78	0.59	1.02	1.27	0.85 1.89
	교수	0.83	0.54	1.28	0.66	0.33 1.31
취득 전문과목	내과계	1.00			1.00	
	외과계	0.89	0.74	1.07	0.93	0.70 1.22
	지원계	0.65	0.47	0.89	1.03	0.65 1.63
	일반의	0.62	0.45	0.86	1.42	0.88 2.28
근무기관	의원	1.00			1.00	
	병원	1.74	1.26	2.40	1.25	0.78 2.00
	종합병원	2.38	1.76	3.22	1.33	0.85 2.07
	상급종합병원	1.74	1.12	2.70	1.06	0.51 2.22
	요양병원	2.43	1.66	3.54	3.15	1.98 5.03
	기타	2.54	1.59	4.07	1.82	0.94 3.50
성장(출신) 지역	수도권(서울/경인)	1.00			1.00	
	지방광역시	2.33	1.86	2.93	0.94	0.65 1.36
	도 지역	2.43	1.96	3.02	0.95	0.67 1.33
의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1.00			1.00	
	지방광역시	2.12	1.65	2.73	1.63	1.08 2.47
	도 지역	2.01	1.59	2.54	1.77	1.24 2.54
전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	1.00			1.00	
	지방광역시	12.41	9.44	16.31	1.43	0.96 2.13
	도 지역	5.94	4.54	7.76	1.54	1.02 2.32

2. 근무지역 이전의사에 영향을 미치는 요인

가. 응답자 현황 및 특성

연구대상자 4,181명 중 근무지역 이전을 해외로 생각하는 30명을 제외한 4,151명을 분석대상으로 하였으며, 연구대상자의 일반적 특성은 <표 20>과 같다. 여성 969명(23.3%), 남성 3,182명(76.7%)이었다. 연령별로는 40세 미만 1,243명(29.9%), 40대 1,474명(35.5%), 50대 926명(22.3%), 60대 386명(9.3%), 70세 이상 122명(2.9%)이었다. 결혼 상태별로는 미혼 378명(9.1%), 기혼(사별, 이혼 포함) 3,768명(90.8%)이었다.

직역별로는 개원의 1,340명(32.3%), 봉직의 2,036명(49.0%), 교수 775명(18.7%)이었다. 취득 전문과목별로는 내과계 1,966명(47.4%), 외과계 1,543명(37.2%), 지원계 391명(9.4%), 일반의 251명(6.0%)이었다. 근무기관별로는 의원 1,849명(44.5%), 병원 486명(11.7%), 종합병원 828명(19.9%), 상급종합병원 572명(13.8%), 요양병원 256명(6.2%), 기타 160명(3.9%)이었다.

성장(출신)지역은 수도권 1,946명(46.9%), 지방광역시 1,277명(30.8%), 도 지역 873명(21.0%)이었다. 의대 졸업지역은 수도권 1,943명(46.8%), 지방광역시 1,204명(29.0%), 도 지역 946명(22.8%)이었다. 전문의 수련지역은 수도권 2,753명(66.3%), 지방광역시 696명(16.8%), 도 지역 388명(9.3%)이었다.

【 표 20 】 근무지역 이전의사에 따른 연구대상자의 일반적 특성

(단위: 명, %)

변수		n	%	
사회경제적 특성	성별	여성	969	23.3%
		남성	3,182	76.7%
	연령	40세 미만	1,243	29.9%
		40-50세 미만	1,474	35.5%
		50-60세 미만	926	22.3%
		60-70세 미만	386	9.3%
		70세 이상	122	2.9%
	결혼상태	미혼	378	9.1%
		기혼(사별·이혼 포함)	3,768	90.8%
	직역	개원의	1,340	32.3%
봉직의		2,036	49.0%	
교수		775	18.7%	
취득 전문과목	내과계	1,966	47.4%	
	외과계	1,543	37.2%	
	지원계	391	9.4%	
	일반의	251	6.0%	
근무기관	의원	1,849	44.5%	
	병원	486	11.7%	
	종합병원	828	19.9%	
	상급종합병원	572	13.8%	
	요양병원	256	6.2%	
	기타	160	3.9%	
지역특성	성장(출신) 지역	수도권(서울/경인)	1,946	46.9%
		지방광역시	1,277	30.8%
		도 지역	873	21.0%
	의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1,943	46.8%
		지방광역시	1,204	29.0%
		도 지역	946	22.8%
	전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	2,753	66.3%
		지방광역시	696	16.8%
		도 지역	388	9.3%

나. 근무지역 이전의사에 따른 특성 분포

지역(지방 및 읍·면부)으로 근무지역 이전의사와 활동 의사의 특성에 대한 교차분석 결과는 <표 21>과 같다. 분석 대상 활동 의사 4,151명 중 지역으로 근무지역 이전의사가 있는 활동 의사는 162명(3.9%)이었다. 남성(3.9%)과 여성(3.9%)으로 근무지역 이전의사는 동일하였다. 연령별로는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

결혼상태별로 미혼(5.8%)이 기혼(3.7%)보다 근무지역 이전의사가 높았다($p < 0.05$). 직역별로 봉직의(5.4%), 개원의(2.8%), 교수(1.8%) 순이었다($p < 0.001$). 취득 전문과목별로 내과계(5.1%), 일반의(4.8%), 외과계(2.7%), 지원계(2.3%) 순으로 높았다($p < 0.001$). 근무기관별로 요양병원(8.2%), 병원(6.0%), 종합병원(5.0%), 기타(4.4%), 의원(2.8%), 상급종합병원(2.1%)로 높았다($p < 0.001$).

성장(출신) 지역이 지방광역시와 도 지역인 활동 의사의 근무지역 이전의사 비율이 각각 6.6%와 4.8%였던 반면, 수도권인 경우의 근무지역 이전의사 비율은 1.7%였다.

의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역, 수도권인 활동 의사의 근무지역 이전의사 비율은 7.6%, 4.1%, 1.4% 순이었다($p < 0.001$). 전문의 수련지역별로 지방광역시, 도 지역, 수도권인 활동 의사의 근무지역 이전의사 비율은 9.6%, 5.9%, 2.1%였다($p < 0.001$).

| 표 21 | 근무지역 이전의사에 따른 분포: 있음 vs. 없음

변수		계		있음		없음		p
		4,151	162	3.9%	3,989	96.1%		
성별	여성	969	38	3.9%	931	96.1%	0.9723	
	남성	3,182	124	3.9%	3,058	96.1%		
연령	40세 미만	1,243	56	4.5%	1,187	95.5%	0.3789	
	40-50세 미만	1,474	57	3.9%	1,417	96.1%		
	50-60세 미만	926	31	3.3%	895	96.7%		
	60-70세 미만	386	11	2.8%	375	97.2%		
	70세 이상	122	7	5.7%	115	94.3%		
결혼상태	미혼	378	22	5.8%	356	94.2%	0.0441	
	기혼(사별·이혼 포함)	3,768	140	3.7%	3,628	96.3%		
직역	개원의	1,340	38	2.8%	1,302	97.2%	<.0001	
	봉직의	2,036	110	5.4%	1,926	94.6%		
	교수	775	14	1.8%	761	98.2%		
취득 전문과목	내과계	1,966	100	5.1%	1,866	94.9%	0.0007	
	외과계	1,543	41	2.7%	1,502	97.3%		
	지원계	391	9	2.3%	382	97.7%		
	일반의	251	12	4.8%	239	95.2%		
근무기관	의원	1,849	52	2.8%	1,797	97.2%	<.0001	
	병원	486	29	6.0%	457	94.0%		
	종합병원	828	41	5.0%	787	95.0%		
	상급종합병원	572	12	2.1%	560	97.9%		
	요양병원	256	21	8.2%	235	91.8%		
	기타	160	7	4.4%	153	95.6%		
성장(출신)지역	수도권(서울/경인)	1,946	33	1.7%	1,913	98.3%	<.0001	
	지방광역시	1,277	84	6.6%	1,193	93.4%		
	도 지역	873	42	4.8%	831	95.2%		
의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1,943	28	1.4%	1,915	98.6%	<.0001	
	지방광역시	1,204	92	7.6%	1,112	92.4%		
	도 지역	946	39	4.1%	907	95.9%		
전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	2,753	57	2.1%	2,696	97.9%	<.0001	
	지방광역시	696	67	9.6%	629	90.4%		
	도 지역	388	23	5.9%	365	94.1%		

다. 활동 의사의 근무지역 이전 의사에 영향을 미치는 요인

이항 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression)을 통해 활동 의사의 근무지역 이전의사에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 <표 22>와 같다. 근무지역 이전 의사 요인에 대한 분석결과, 통제변수인 성별과 연령, 결혼상태, 직역별로는 통계적으로 유의하지 않았다.

취득 전문과목별로는 내과계에 비해 외과계가 0.54배(95% CI=0.37-0.80)배, 지원계가 0.41배(95% CI=0.20-0.84) 더 높았다.

근무 기관별로 근무지역 이전의사가 있을 가능성의 경우 의원에 비해 병원이 1.77배(95% CI=1.01-3.08) 높은 것으로 나타났다.

성장(출신) 지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 근무지역 이전 의사가 있을 가능성이 각각 1.74배(95% CI=1.05-2.90), 1.84배(95% CI=1.12-3.04) 더 높았다.

의대 졸업지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 지역근무 이전 의사가 있을 가능성이 각각 2.28배(95% CI=1.30-3.98), 1.76배(95% CI=1.01-3.08) 더 높았다.

전문의 수련지역이 수도권인 경우에 비해 지방광역시와 도 지역인 경우 근무지역 이전 의사가 있을 가능성이 각각 2.44배(95% CI=1.51-3.93), 1.82배(95% CI=1.03-3.21) 더 높았다.

표 22 | 근무지역 이전의사(지방 및 읍·면부)에 영향을 미치는 요인

변수	근무지역 이전의사			
	OR	(95% CI)		
성별	여성	1.00		
	남성	0.99	0.66	1.51
연령	40세 미만	1.00		
	40-50세 미만	0.96	0.63	1.45
	50-60세 미만	0.86	0.51	1.43
	60-70세 미만	0.82	0.40	1.68
	70세 이상	1.19	0.49	2.91
결혼상태	미혼	1.00		
	기혼(사별·이혼 포함)	0.68	0.40	1.15
직역	개원의	1.00		
	봉직의	1.24	0.72	2.13
	교수	0.49	0.19	1.27
취득 전문과목	내과계	1.00		
	외과계	0.54	0.37	0.80
	지원계	0.41	0.20	0.84
	일반의	0.75	0.38	1.45
근무기관	의원	1.00		
	병원	1.77	1.01	3.08
	종합병원	1.67	0.96	2.92
	상급종합병원	1.49	0.58	3.83
	요양병원	1.75	0.92	3.34
	기타	1.70	0.68	4.21
성장(출신) 지역	수도권(서울/경인)	1.00		
	지방광역시	1.74	1.05	2.90
	도 지역	1.84	1.12	3.04
의대 졸업지역	수도권(서울/경인)	1.00		
	지방광역시	2.28	1.30	3.98
	도 지역	1.76	1.01	3.08
전문의 수련지역	수도권(서울/경인)	1.00		
	지방광역시	2.44	1.51	3.93
	도 지역	1.82	1.03	3.21

3. 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치율에 영향을 미치는 요인

가. 응답자 현황 및 특성

연구대상자는 활동전문의 대상으로 하였으며, 일반적 특성은 <표 23>과 같다. 연구대상자 3,922명 중 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 대상은 976명이었다. 지역별로는 서울 595명(40.6%), 부산 96명(48.5%), 대구 105명(67.7%), 인천 9명(4.0%), 광주 59명(64.1%), 대전 28명(24.6%)이었다. 울산은 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 대상자가 없었다. 경기 6명(0.6%), 강원 18명(10.3%), 충북 4명(5.2%), 세종시를 포함한 충남 4명(4.3%), 전북 36명(50.7%), 전남 2명(3.3%), 경북 1명(1.3%), 경남 13명(10.4%)이었다. 제주는 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 대상자가 없었다.

표 23 | 성장(출신) 지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치율

구분	현재 근무지역	성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치	%
전체	3,922	976	24.9
서울	1,467	595	40.6
부산	198	96	48.5
대구	155	105	67.7
인천	223	9	4.0
광주	92	59	64.1
대전	114	28	24.6
울산	45	0	-
경기	939	6	0.6
강원	175	18	10.3
충북	77	4	5.2
충남(세종)	93	4	4.3
전북	71	36	50.7
전남	60	2	3.3
경북	63	1	1.6
경남	125	13	10.4
제주	25	0	-

나. 성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 따른 근무지역 분포

성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 활동전문의의 근무지역에 있어 수도권과 지방 근무 여부에 대한 교차분석 결과는 <표 24>와 같다. 분석대상 활동전문의 976명 중 지방에서 근무하는 의사는 366명(37.5%)이었다. 남성(42.7%)이 여성(23.8%)보다 지방 근무 비율이 더 높았다($p < 0.001$). 연령별로는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 결혼상태별로는 기혼(38.5%)이 미혼(21.4%)보다 지방 근무 비율이 더 높았다($p < 0.05$). 직역별로는 봉직의(42.4%), 개원의(38.6%), 교수(29.2%)였다. 취득 전문과목별로는 지방 근무에 있어 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 근무기관별로는 요양병원에서 근무하는 활동의사의 지방 근무 비율이 75.0%로 가장 높았으며, 다음으로는 종합병원(49.7%), 병원(46.1%), 의원(31.2%), 상급종합병원(30.1%) 순이었다($p < 0.001$).

【 표 24 】 성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 따른 근무지역 분포: 수도권 vs. 지방

변수		계		수도권		지방		p
		976	610	62.5%	366	37.5%		
성별	여성	269	205	76.2%	64	23.8%	<.0001	
	남성	707	405	57.3%	302	42.7%		
연령	40세 미만	228	148	64.9%	80	35.1%	0.8208	
	40-50세 미만	375	237	63.2%	138	36.8%		
	50-60세 미만	241	147	61.0%	94	39.0%		
	60-70세 미만	100	59	59.0%	41	41.0%		
	60세 이상	32	19	59.4%	13	40.6%		
결혼상태	미혼	56	44	78.6%	12	21.4%	0.0105	
	기혼(사별·이혼 포함)	920	566	61.5%	354	38.5%		
직역	개원의	329	202	61.4%	127	38.6%	0.0027	
	봉직의	380	219	57.6%	161	42.4%		
	교수	267	189	70.8%	78	29.2%		
취득 전문과목	지원계	492	301	61.2%	191	38.8%	0.6794	
	외과계	385	245	63.6%	140	36.4%		
	내과계	99	64	64.6%	35	35.4%		
근무기관	의원	423	291	68.8%	132	31.2%	<.0001	
	병원	102	55	53.9%	47	46.1%		
	종합병원	167	84	50.3%	83	49.7%		
	상급종합병원	209	146	69.9%	63	30.1%		
	요양병원	36	9	25.0%	27	75.0%		
	기타	39	25	64.1%	14	35.9%		

다. 성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 영향을 미치는 요인

이항 로지스틱 회귀분석(binary logistic regression)을 통해 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 <표 25>와 같다. 성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 대한 분석결과, 통제변수인 성별로는 여성에 비해 남성이 0.60배(95% CI=0.50-0.73)배 높은 것으로 나타났다. 연령별로 40세 미만에 비해 40-50세 미만 활동 의사가 1.39배(95% CI=1.14-1.69), 50-60세 미만이 1.49배(95% CI=1.19-1.87), 60-70세 미만이 1.62배(95% CI=1.20-2.17), 70세 이상이 1.89배(95% CI=1.20-2.98) 더 높은 것으로 나타났다. 결혼상태별로 미혼에 비해 기혼이 1.53배(95% CI=1.16-2.11) 높은 것으로 나타났다. 직역과 취득 전문과목별로는 통계적으로 유의하지 않았다. 근무 기관별로는 의원에 비해 요양병원이 0.64배(95% CI=0.42-0.96) 높은 것으로 나타났다.

【표 25】 성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부에 영향을 미치는 요인

변수	성장 (출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역의 일치여부			
	OR	(95% CI)		
성별	여성	1.00		
	남성	0.60	0.50	0.73
연령	40세 미만	1.00		
	40-50세 미만	1.39	1.14	1.69
	50-60세 미만	1.49	1.19	1.87
	60-70세 미만	1.62	1.20	2.17
	70세 이상	1.89	1.20	2.98
결혼상태	미혼	1.00		
	기혼(사별·이혼 포함)	1.53	1.16	2.11
직역	개원의	1.00		
	봉직의	0.82	0.64	1.04
	교수	1.29	0.89	1.87
취득 전문과목	내과계	1.00		
	외과계	0.99	0.84	1.16
	지원계	0.91	0.70	1.17
근무기관	의원	1.00		
	병원	0.98	0.74	1.31
	종합병원	0.87	0.66	1.14
	상급종합병원	1.43	0.99	2.06
	요양병원	0.64	0.42	0.96
	기타	1.05	0.67	1.64

4. 소결

우리나라 의사인력 중 활동의사의 현재 근무지역에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 현재 근무지역이 지방(지방광역시 혹은 도 지역)인 경우 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

성장(출신)지역이 지방광역시나 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.33배, 2.43배 높았으며, 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.12배, 2.01배 높은 것으로 나타났다. 전문의 수련지역이 지방광역시와 도 지역인 경우에 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성은 각각 12.41배, 5.94배 높은 것으로 나타났다. 현재 근무지역이 읍·면부인 경우에는 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 유의한 차이가 있었다. 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 읍·면부에 근무할 가능성이 각각 1.63배, 1.77배 높게 나타났다. 전문의 수련지역이 수도권인 경우보다 도 지역인 경우 읍·면부에 근무할 가능성이 1.54배 높았다.

활동의사의 지역(지방 및 읍·면부)으로 근무지역 이전의사에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지역과 의대 졸업지역, 전문의 수련지역으로 나타났다. 성장(출신)지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 1.74배, 1.84배 높았다. 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.28배, 1.76배 높았으며, 전문의 수련지역이 수도권인 경우보다 지방광역시와 도 지역인 경우 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.44배, 1.82배 높게 나타났다.

성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 비율은 24.9%로 확인되었다. 성장(출신)지역부터 현재 근무지역까지의 일치율이 높은 도시는 대구 65.7%, 광주 64.1%, 전북 50.7%, 부산 48.5%, 서울 40.6% 순으로 나타났다.

의사인력의 수도권 집중 현상이나 농촌 등 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해서는 의사 개인의 특성과 더불어 의과대학이 소속된 출신 지역의 학생을 의사로 양성하는 것을 지원하는 정책이 효과적일 수 있음을 확인할 수 있었다. 또한 의과대학 교육과정이나 수련과정에서 농촌 등 지역의료를 경험할 수 있는 기회가 중요하다라는 점을 확인하였다.

제5장 종합 및 제언

제1절 연구결과

본 연구는 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위한 정책과제가 당분간 지속될 수 있는 만큼 의사인력의 지역별 분포(근무) 현황을 살펴보고, 의사인력의 근무지역 선택과 이동에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였으며, 국내외 관련 정책을 분석하여 우리나라에 적용할 수 있는 정책방안을 제안하고자 하였다. 연구결과를 종합하면 다음과 같다.

많은 국가들이 의사인력의 지역 간 불균형 분포의 문제를 겪고 있고, 이를 해결하기 위한 정책으로 의과대학 과정에서 지역근무 유인을 위한 장학프로그램 운영, 보조금 지급, 의사인력의 지역근무에 대한 경제적 보상, 의료취약지 의료기관 운영에 대한 지원이나 시설·장비비 지원, 인력 지원, 세제 감면 혜택 등을 시행하고 있었다. 또한 특수목적 의과대학을 설립하여 의사의 지역근무 의무를 부여하거나 농촌이나 소규모 지역근무에 대한 각종 지원, 경제적 인센티브 제공, 또는 몇 가지 제도를 결합한 정책들을 시행하고 있는 나라도 있었다. 다만 이러한 제도들의 효과는 정확히 파악할 수 없는 상황으로 많은 국가들이 의사인력의 지역 간 불균형 분포 문제를 해결하기 위해 다양한 제도들을 시도하고 있다는 것을 확인하였다. 그러나 인위적인 방법으로 특수목적의 의과대학을 설립하는 것은 외국의 사례를 보더라도 성공하지 못했다. 이에 의사인력의 지역근무를 유인하고 유지할 수 있는 보다 다양한 정책을 시도해 볼 필요가 있다.

한편 우리나라 의사인력 현황을 살펴본 결과 연도별 의사 수는 지속적으로 증가 추세이고, 서울과 강원도 지역을 제외한 지역에 전문의를 취득한 의사의 비율이 약 80% 이상으로 거의 모든 지역에 전문의 자격을 갖춘 의사가 상당수 활동하고 있다. 의사들의 근무지와 거주지 일치율도 지역별 차이는 있으나 세종, 서울, 광주, 경기지역을 제외하고는 대부분 근무하는 지역에 거주하고 있었다(근무지 대비 거주지 일치율 80% 이상).

다만 일부 지역의 의사인력 부족 문제는 20년 전 선행연구 결과와 큰 차이가 없어,¹¹⁸⁾ 해당 지역의 의사인력 부족 문제는 여전히 개선되지 못하였음도 확인할 수 있

었다. 이러한 지역에 대해서는 보다 다양한 관점에서 의사인력 부족 문제를 해결하기 위한 방안을 모색할 필요가 있다.

실증분석을 통해 우리나라 의사인력의 근무지역 선택과 이동에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 우리나라 의사인력의 지역(지방광역시 혹은 도)근무에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지역, 의대 지역, 전문의 수련지역이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 성장(출신)지역이 지방광역시나 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.33배, 2.43배 높았으며, 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성이 각각 2.12배, 2.01배 높은 것으로 나타났다. 또한 전문의 수련지역이 지방광역시와 도 지역인 경우에 수도권인 경우보다 지방에 근무할 가능성은 각각 12.41배, 5.94배 높은 것으로 나타났다.

활동 의사의 지역으로 근무지역 이전의사에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지역과 의대 졸업지역, 전문의 수련지역으로 나타났다.

성장(출신)지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 1.74배, 1.84배 높았다. 의대 졸업지역이 지방광역시와 도 지역인 경우 수도권인 경우보다 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.28배, 1.76배 높았으며, 전문의 수련지역이 수도권인 경우보다 지방광역시와 도 지역인 경우 지역으로 근무지역 이전의사가 있을 가능성이 각각 2.44배, 1.82배 높게 나타났다.

성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역, 현재 근무지역이 일치하는 비율은 24.9%로 확인되었다. 성장(출신)지역부터 현재 근무지역까지의 일치율이 높은 도시는 대구 65.7%, 광주 64.1%, 전북 50.7%, 부산 48.5%, 서울 40.6% 순으로 나타났다.

의사 개인의 특성과 더불어 지역에서 성장(출신)하는 배경이 지역 근무를 선택하는데 중요한 고려사항이 될 수 있음을 확인하였다. 의사인력의 수도권 집중 현상이나 농촌 등 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해서는 의과대학이 소속된 출신 지역의 학생을 의사로 양성하는 것을 지원하는 정책이 효과적일 수 있음을 확인

118) 보건의료인력의 지역별 불균형 수준을 추정한 오영호 외(2007) 연구에서 의사와 일차 진료의사의 공급이 상대적으로 부족한 지역은 강원, 경북, 경남지역이었음. 오영호 외, 전제서, p. 23.

할 수 있었다. 또한 의과대학 교육과정이나 수련과정에서 농촌 등 지역의료를 경험할 수 있는 기회를 제공하기 위한 제도도 고려할 필요가 있다.

의사인력 정책의 핵심은 의사인력 수급을 주된 주제로 다룬다. 이는 보건의료체계 핵심 인력이 의사이고, 의사인력의 부족뿐 아니라 과잉도 국민건강에 위해가 될 수 있기 때문에 많은 국가들이 의사인력의 부족과 과잉상태 모두를 고려하여 관련 정책을 실행하고 있다.¹¹⁹⁾ 또한 의사인력이 국가 전역에 균형 있게 잘 배치되는 것은 의료접근성을 확보하는 측면에서 중요한 문제이다.¹²⁰⁾ 이에 많은 국가들이 의사인력의 양적 확대가 아닌 불균형한 분포 문제 해결에 초점을 두고 접근하고 있으며, 이로 인해 의사의 근무지역 결정에 영향을 미치는 요인, 농촌 등 의료취약지에 의사인력을 유인 또는 유지시키는 방법, 출생 또는 교육지역과 진료지역 선택과의 관계 등을 연구하면서 적절한 의사인력 정책을 모색하고 있다.¹²¹⁾ 그러나 현재 우리나라의 관련 정책은 단순히 의사 수 확대에만 초점을 맞추고 있으며, 의사인력들이 지역 근무를 꺼리는 이유에 대한 고려 없이 관련 정책을 설계하고 있다.

119) 박은철, 의사가 과연 부족한가?, 월드뷰, 2020.11.

120) OECD, Geographic distribution of doctor, In Health at a Glance 2015. p. 126.

121) 서경화 외, 의사의 출신지역, 성장지역, 근무지역 일치율, 의료정책연구소, 2018. p. 2.

제2절 정책제언

의사인력 근무지역 결정 요인 연구의 고전이라 할 수 있는 Cooper(1975) 연구에서는 의사인력 불균형 분포가 나타나는 원인이 의사 개인의 특성과 사회경제적 요인이라고 보았다.¹²²⁾ 먼저 개인적 요인에는 출생 및 성장지, 출신 의과대학의 위치, 수련병원의 지역적 위치, 전문의 여부 등이 있었다. 또한 사회경제적 요인으로는 농촌지역의 경제적 수준, 거주환경, 교통, 문화적 환경 등으로 나타났다.

OECD 국가들도 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위한 다양한 정책들을 시행하고 있으며, WHO가 제안하는 정책방안들은 교육, 규제, 경제적 인센티브, 경력개발과 정주환경 지원, 의료서비스 전달체계 관련 등이다.¹²³⁾¹²⁴⁾¹²⁵⁾

이종구 외(2015) 연구에서는 기존 연구결과를 차용하여 의사의 지역적 불균형 분포 해결을 위한 방안으로 교육, 규제, 재정적 인센티브 정책, 경력개발 및 정주환경 지원, 서비스 전달체계 개편 등을 제안하였다. 특히 동 연구는 교육정책에 집중하였는데 교육과정을 의과대학 학생 선발, 교육과정, 의대학생에 대한 장학금 지원과 의무복무 결합 정책 등을 제시하였다.¹²⁶⁾

한편 신영석(2021) 연구에서는 필요한 영역에 선택과 집중을 통한 의대 정원 확대, 지역 간 업무 구조조정, 분야 간 보상기전의 형평성 확보, 분야별 공급 부족 원인을 해소할 수 있는 방향에서의 인력 확충 방안이 필요하다고 보았다. 또한 보건의료인력

122) Cooper J.K., Heald K., Samuels M., Coleman S., Rural or urban practice: Factors influencing the location decision of primary care physician, *Inquiry* 1975;12(1):18-30.

123) WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations, 2010. 5.

124) Tomoko. O., Schoenstein. M., Buchan. J., *Geographic Imbalances in Doctors Supply and Policy Responses*, 2014.

125) 박지은, 서경화, 김계현. 국내외 의료취약지 인센티브제도 현황분석 및 개선방안, *의료정책연구* 2017. 5.

126) 이종구(2015) 연구는 의사인력 불균형 분포의 문제는 교육적 정책으로 해결하는 것이 근본적으로 필요하다고 보았음. 특히 의료취약지 전문인력을 양성하기 위해서는 의과대학 및 의학전문대학원의 지역의료 및 공공의료 교육을 강화하고, 지역인재 입학에 활용하여 미래 의사를 양성하는 방안을 제안하였음.

확충 정책은 보건의료정책(의료이용체계), 건강보험정책(보상기전)과 연계되어 설계되지 않으면 실효성이 낮다고 제안하였다.¹²⁷⁾

그 밖에 WHO는 대부분의 국가에서 보건의료 종사자가 도시지역에 거주하고 일하고 있으며, 이로 인해 보건의료 인력의 지역 간 불균형 분포는 모든 국가의 공통적인 문제이고, 특히 그 영향은 저소득층 국가에 더욱 심각하다고 보았다. 이에 국가는 의료 인력이 지역(소도시나 농촌지역)에서 생활하고 일할 수 있도록 포괄적인 전략을 제시하여야 한다고 제안하였으며, 여기에는 의료취약지 출신 학생선발과 의료취약지 보건의료문제에 대한 교육커리큘럼 개발, 그 외 학자금 지원과 의무배치의 결합 등의 규제정책, 재정적 인센티브, 경력개발 및 정주환경 지원, 서비스 전달체계 개편 등을 고려할 수 있다고 제안하였다.¹²⁸⁾

의사인력의 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 우선 지역별 의료자원에 대한 정확한 현황 파악과 현재 및 장래 의료수요 등을 정확히 파악하는 것이 필요하다. 이를 바탕으로 장기적이고 합리적인 배분정책이 세워져야 하는데, 향후 인구구조 변화와 지역소멸 등 한국적 상황 역시 충분히 고려되어야 한다. 이러한 모든 상황을 반영하여 의사인력 정책의 목표를 설정하고, 단계별 관련 정책을 시행할 필요가 있다. 그러나 이는 단시간에 해결될 수 없으므로 의사인력의 지역근무에 대한 유인정책이 적절히 수행되어야 한다.¹²⁹⁾

의사인력 정책에는 인력을 선발하고, 훈련하고, 보상하고, 규제하며 관리하는 방안이 포함된다.¹³⁰⁾ 보다 다양한 관점에서 의사인력의 불균형 분포의 문제를 해결하기 위한 정책들이 고려될 필요가 있다.

본 연구는 선행연구가 차용한 기존의 교육, 경제적 인센티브, 경력 개발과 정주환경 지원, 의료서비스 전달체계 관련 정책을 기반으로 의사인력의 지역근무를 유인·유지할 수 있는 방안에 대해 제안하고자 한다. 이는 본 연구에서 검토한 많은 선행연구와 국

127) 신영석, 보건의료인력 실태조사, 한국보건사회연구원, 2021.

128) WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations, 2010. 5.

129) 감신 외, 개원의의 대도시 개원 이유, 한국보건행정학회지 제2권 제1호, 1992. p. 35-37.

130) 이규식, 의료보장론, 계축문화사, 2019. p. 210.

내외 관련 정책들이 해당 범주 안에 모두 포함됨을 확인하였기 때문이다. 다만 기존 연구들이 주로 교육, 경제적 인센티브 위주의 정책제안에 중점을 두고 있어, 한국적 상황을 고려한 보다 다양한 관점에서 의사인력의 지역근무 유인·유지를 위한 지원정책을 제안하고자 한다.

본 연구의 분석결과 의사인력의 지역(지방광역시 혹은 도 지역) 근무에 영향을 미치는 요인은 성장(출신)지역, 의대 졸업지역, 전문의 수련지역이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 다수의 국내외 선행연구와도 같은 결과로 의사인력의 수도권 집중 현상이나 농촌 등 지역의 의사인력 불균형 분포의 문제를 해결하기 위해서는 의과대학이 소속된 출신 지역의 학생을 의사로 양성할 수 있는 정책이 효과적일 수 있음을 확인한 것이다. 또한 의과대학 교육과정이나 수련과정에서 농촌 등 지역의 료를 경험할 수 있는 기회를 제공하기 위한 방안이 필요하다는 것을 확인하였다. 특히 수련지역의 중요성은 기존 연구에 비해 높게 나타났다. WHO(2010) 역시 의료취약지 출신 학생 선발, 의료취약지 보건의료문제 관련 교육 과정을 강하게 권고한 바 있다.¹³¹⁾

이에 기존의 의과대학 정원에서 일정 부분 지역출신 학생을 선발할 수 있는 방안과 지역에서 수련할 수 있는 과정을 확대할 필요가 있다.

현행 ‘지방대학 및 지역균형인재 육성에 관한 법률 시행령’은 지방대학의 의대·약대·한의대·치대 등 의약학계열은 모집 정원의 40% 이상(강원·제주는 20%)을 반드시 해당 지역 고교 졸업생으로 선발하도록 하였다. 지금까지는 권고 사항이던 ‘지역인재’ 선발을 2023년부터 법으로 명시해 의무화하고, 선발 비율도 30%에서 40%로 확대하였다. 다만 수도권 학생들이 지역인재 전형으로 지방의대 입학 후, 다시 연고가 있는 수도권으로 떠나는 사례가 많아, 향후 지역인재 요건이 ‘비수도권에서 중학교를 졸업하고 고등학교 재학 기간에 해당 지역에서 거주한 학생’으로 강화된다.

지역 간 의사인력 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 장기적이고 합리적인 배분 정책이 세워져야 하는데, 여기에는 미래 환경변화에 대한 고려도 중요하다. 본 연구에서는 지역별 의사인력의 분포를 확인하였는데, 의사인력(전문의 비율)이 다른 지역보다

131) 이종구 외, 의료취약지 지역의료 개선방안, 서울대학교, 2014. 8. p. 12.

부족한 지역이 20년 전 선행연구 결과와 크게 다르지 않았다. 이는 다양한 정책적 노력에도 불구하고 의사인력의 해당 지역근무를 유인하는데 한계가 있다는 것이고, 지역적 상황이나 환경의 특성도 있을 수 있다는 것이다. 이에 모든 지역의 인재선발 비율을 일률적으로 적용하기 보다는 지역별 의사인력 현황, 인구 현황 및 구성 등의 상황을 반영하여 지역 인재선발 비율을 탄력적으로 적용할 필요가 있다. 예를 들어 성장(출신) 지역에서부터 현재 근무지역의 일치율이 높게 나타나는 지역(대구, 광주, 전북, 부산 등)의 경우 지역 인재선발 비율을 높게 유지하고, 전통적인 의사인력 부족 지역의 경우 근접지역 출신까지 확대하는 등 인재선발 비율이나 출신지역 범위를 탄력적으로 적용할 필요가 있다.

한편 본 연구결과 수련과정에서 지역근무 경험의 중요성이 확인되었다. 이로 인해 의학교육, 수련 과정에서 지역사회의학 실습 확대, 지역사회 의료를 경험할 수 있는 과정을 추가하고 지원하는 방안이 고려되어야 한다.

최근 의학교육 과정에서는 사회적 책무성 실천을 위한 수련이 강조되고 있다. 주요 내용은 전공의 수련과정에서 지역사회와 협력하고, 감염병 관리 등 지역사회와 국가의 건강증진 활동에 적극 협조하며, 보건의료 취약계층의 건강문제를 파악하고 이를 해결하기 위해 적극 참여하도록 하는 것이다. 이에 대한 세부 방안으로 전공의 수련과정에서 지역의료에 대한 이해를 높이는 제안이다.¹³²⁾ 이를 확장하여 지역医료를 경험할 수 있도록 지역 개원의원에서 수련할 수 있는 방안을 마련하거나 지역거점의료기관에서의 수련경험을 제공하여 지역의료에 대한 이해를 높일 수 있도록 하는 방안을 고려할 수 있다. 또한 정부는 지역의료 수련 시 안정적인 근무와 생활을 지원할 수 있는 방안(거주, 임금, 복리후생, 복지지원 등), 수련병원의 수련환경 개선을 위한 프로그램(학술활동비, 해외학회 참가 지원) 개발 및 이를 지원을 할 수 있는 방안을 마련하여 뒷받침할 수 있어야 한다. 특히 전공의들이 지역에서 양질의 수련과정을 거치기 위해서는 수련병원에 환자가 많아야 지역 수련병원들 역시 교육병원으로서의 역할을 충실히 할 수 있다. 이에 지역 수련병원들이 지역거점병원의 역할을 할 수 있도록 지역의

132) 이선우 외, 한국의 새로운 전공의 수련프로그램 개발을 위한 선행연구, 의료정책연구소, 2022. 11. p. 207-209.

의료체계 확보를 위한 정책도 동시에 진행할 필요가 있다.

일본의 경우 2006년 의사확보 종합대책에서 수련의의 도시지역 집중을 막고자 지역별로 수련병원의 정원을 재검토하고, 지역별로 수련활성화 대책을 마련하도록 하였다. 우리나라의 경우도 서울의 대형병원을 중심으로 수련의가 몰리고 있어 이들 병원의 수련의 인원을 지역으로 배분하는 방안을 고려할 필요가 있다는 의견도 있다. 또한 최근 대형병원들의 분원 설립 역시 수도권에 집중되고 있어, 수도권 중심의 수련의 집중이 가속화될 수 있다. 이에 수련병원 역할을 하는 대형병원의 분원 설립 시 보다 엄격한 제한을 둘 필요가 있다.

다음으로 지역에 의사인력을 유인하기 위한 정책방안이 고려되어야 한다. 연구결과 외국의 경우 의료취약지에 일차의료 의사들의 공동개원 시 보조금을 지원하거나 간호사 등 보조 인력의 인건비 지원, 행정인력 고용을 지원하는 사례가 있었다. 또한 별도의 기금을 조성해 일차의료가 부족한 지역의 개원의를 지원하는 국가도 있었다. 그밖에 의료취약지 문제 해결을 위해 지역별로 거주자수와 인구밀도에 따라 자동차 이동형 응급의료시설을 확보하여 의료접근성을 향상시키는 국가도 있었다.

이에 우리나라도 의사들이 지역에서 진료할 수 있도록 공동개원을 지원하거나, 의료기관 운영비나 인건비를 지원하는 방안을 고려할 수 있다. 특히 의사 개인이 의료기관 개설비용을 감당해야 하는 우리나라 현실에서는 의료취약지에 의료기관을 개설하는 것에 대한 위험부담이 크다. 이에 최근 제주 서귀포시에서 추진하고 있는 ‘민관협력의원’ 사례를 검토해 볼 필요가 있다. 서귀포시의 ‘민관협력의원’은 국가균형발전위원회의 공모사업에 선정된 것으로 의료여건이 취약한 지역의 의료서비스 여건 개선을 위해 공공이 의원급 건물과 의료장비 등 시설을 갖추고(국비·지방비 각 50%), 민간 의료인에게 휴일 및 야간 진료를 조건으로 장기 임대하는 방식으로 운영될 예정이다.¹³³⁾ 특히 서귀포시는 운영자의 임차료 부담도 낮춰주기 위해 관련 조례도 개정하였다.¹³⁴⁾ 이렇듯 의사인력이 부족한 지역에는 국비와 지방비로 의료기관을 개설하고 의료인들이 지역에 와서 부담 없이 진료할 수 있는 여건을 만들어 의사인력의 지역근무를 유인하는 방안

133) 한겨레 2021.9.16. 보도. 제주에 전국 최초 ‘민관협력의원’ 만든다.

134) 국민일보 2022.3.1. 보도. 제주 작은마을에 전국 최초 ‘민관협력의원’ 만든다.

을 적극 고려할 필요가 있다. 또한 산업 분야에서 민간 기업의 지방 이전시 정부가 지원하는 정책 중 의료기관에 적용가능 한 항목(이전 지원금, 이전 시 세제혜택이나 이전 관련 행정지원, 접근성 향상을 위한 인프라 지원 등)의 지원도 고려할 필요가 있다. 더불어 해당 지역의 경우 보건소나 보건지소의 일반진료 기능을 축소하여 지역에서 일차 의료가 잘 자리매김할 수 있는 여건을 마련해 주어야 한다. 그 밖에도 지역 안에서 의료인들 간 교류나 지속적인 의학교육의 기회가 제공될 수 있도록 학술세미나나 연수교육 등이 지역에서 유치될 수 있도록 지원할 필요가 있다.

정부가 구상하고 있는 지역의사제도의 핵심은 의사인력이 소도시나 농촌 등 지역에 근무할 유인이 충분해야 가능한 것이다. 많은 국가들은 이를 위해 의사인력에게 경제적 인센티브를 주거나 지역근무에 대한 추가적인 가산 수가를 적용하는 방식을 활용하고 있다. 특히 일부 국가의 경우 지역 간 진료비용의 차이를 보정하거나 지역 특성을 반영한 진료수가를 적용하고 있는데, 대표적으로 미국에서 지역별 진료비용 보정지수를 적용하여 의료취약지역 의료기관 진료비 가산, 특정 분야 공급자나 서비스 항목에 대한 수가가산을 시행하고 있다.¹³⁵⁾

일본이나 대만의 경우도 일부 수가 항목에 가산 제도를 통해 취약 지역이나 취약 분야에 대한 재정적 지원을 한다. 즉 일본의 경우 의료취약지에 대한 지원을 위해 지역 의료병원의 입원진료비용을 가산하고(해당 지역 환자가 지역의료병원에 입원 시 입원당일 1회에 한해 1,000점을 가산 적용), 대만의 경우 진찰료도 도서벽지, 의료취약지의 경우 일반 지역보다 높은 수가를 적용한다(외래환자 50인 이하 기준 일반지역 220점, 의료취약지 352점 적용).¹³⁶⁾¹³⁷⁾

우리의 경우도 2020년 12월 이를 위한 법적 근거 기반을 마련하였다. 국민건강보험법 제47조의3(요양급여비용의 차등지급)¹³⁸⁾은 ‘지역별 의료자원 불균형 및 의료서비스 격차 해소 등을 위해 지역별로 요양급여비용을 달리 정해 지급할 수 있다’고 규정하고

135) 정설희, 미국의 진료비용지역보정지수, HIRA 정책동향 제9권 제3호, 2015. p. 96.

136) 우봉식, 일본의 의료·개호 개혁과 진료 의뢰·회송 체계의 시사점, 의료정책포럼 제17권 제4호, 2019. p. 30.

137) 이정찬 외, 국내외 외래 진찰 현황 검토, 2019. 9. p. 25.

138) 제47조의3(요양급여비용의 차등 지급) 지역별 의료자원의 불균형 및 의료서비스 격차의 해소 등을 위하여 지역별로 요양급여비용을 달리 정하여 지급할 수 있다[본조신설 2020. 12. 29.].

있다. 해당 규정을 바탕으로 의사인력이 필요한 지역, 분야 등을 선정하여 지역근무를 유도할 수 있는 가산 수가 적용 방안을 고려할 수 있다. 각 지역별 의사인력 분포, 인구 수, 인구구성 및 다빈도 질환 현황 등을 고려하여 차등된 지역별 가산 수가(10%~30%)를 적용하거나 취약 항목에 대한 수가 가산을 통해 지원방안을 마련해야 한다.

한편 많은 국가들이 은퇴의사를 활용하여 지역의사를 확보하는 방안을 활용하고 있다. 2020 전국 의사조사에서는 은퇴한 의사와 은퇴를 앞둔 60대 의사를 대상으로 은퇴 후 근로의향과 그 이유, 의료취약지 근무 의향 등을 조사하였다.¹³⁹⁾

연구결과에 따르면 은퇴한 의사들의 실제 평균 은퇴연령은 65.2세였고, 최종 근무지역이 읍·면인 경우는 2.6%, 은퇴 후 현재 거주 지역이 읍·면 지역인 경우는 5.9%로 나타났다. 은퇴의사들의 현재 거주지역은 서울(58.0%), 경기(17.2%), 대구(3.8%), 광주(3.2%), 제주(3.2%), 부산(2.5%) 순으로 조사되었다.

은퇴 의사와 60세 이상의 의사(총 741명)를 대상으로 은퇴 후 근로의향에 대해 조사한 결과 59.0%가 근로의향이 있다고 응답하였고, 그 이유는 자기만족 및 자아실현(50.2%), 경제적 이유(25.5%), 사회적 기여(23.4%) 순으로 조사되었다. 한편 은퇴 후 근로의향이 있다는 의사(총 436명)에게 공공의료기관에서 근무를 희망하는지 여부를 조사하였다. 그 결과 전체의 52.5%가 공공의료기관에서 근무할 의향이 있다고 응답하였고, 희망하는 근무기관의 경우 특별히 선호하는 기관이나 시설이 없다(48.0%), 보건기관(21.0%), 국공립 병원(13.5%), 지방의료원(12.7%) 순으로 응답하였다.

외국의 경우도 은퇴의사 활용을 위한 정책들을 시행하고 있다. 일본 이와테현의 경우 의료기관과 의사 인력 수의 급격한 감소로 의료서비스 제공이 어려워지자 2015년 비상대책으로 ‘시니어 닥터제도’를 도입하였다. ‘시니어 닥터제도’는 정년퇴직한 은퇴자를 다시 정식 의사로 재고용하는 것이다. 은퇴 전문의를 대상으로 최대 3년간 이와테 현립병원의 정규직으로 채용하고, 추가로 2년의 범위 내에서 임기를 연장할 수 있도록 하였다.¹⁴⁰⁾¹⁴¹⁾

139) 이정찬, 박정훈, 김계현. 2020 전국 의사조사. 의료정책연구소, 2021. p. 285-298.

140) 메디게이트 뉴스 2018. 12. 25. 보도, 日 지방병원의 눈물겨운 의사 확보 작전.

141) <https://www.pref.iwate.jp/iryokyoku/ishiboshuu/1023181.html>

덴마크의 경우 은퇴연령대의 의사가 근무기간을 연장하면 이에 대한 인센티브를 지급하고 있다(Southern Denmark 지역 63세 이상 일차의료 의사에게 연령, 등록환자 수, 계약기간에 따라 약 5,900만 원~2억 원¹⁴²⁾ 지급, North Jutland 지역 62~65세 의사에게 분기별 약 1,000만 원을 지급).¹⁴³⁾ 즉 은퇴의사들의 근로의향, 희망 근무조건 등을 고려하여 일하기 원하는 은퇴의사와 일할 수 있는 지역의 병원을 매칭하는 방안, 정부가 이를 조직적으로 지원할 수 있는 방안을 마련하여 지역에서 은퇴의사가 진료료를 지속할 수 있는 여건을 마련해야 한다.

지역 간 의사인력 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 장기적이고 합리적인 배분 정책이 세워져야 하는데 이것은 지역사회의 균형적인 발전과 병행되어야 한다.

정부도 인구감소, 지방소멸 위기에 대비한 지방자치단체 간의 광역연합과 지방자치단체간의 행정구역 통합 방안을 고려하고 있다. 범정부 부처가 참여하는 ‘제3기 인구정책TF’에서는 지방소멸 선제대응책으로 광역거점 형성은 제안하였고, 이를 위해 지방자치단체간 연계·협력 강화, 지역차원의 행정통합 논의를 지원하고 있다. 특히 광역연합에서는 광역자치단체뿐 아니라 기초자치단체 차원의 추진도 가능한데, 과소지역 기초자치단체들은 중심도시와의 공공서비스 협력체계 구축, 의료기능 및 교통기능 등 연계를 통해 상호 협력 방안을 모색할 수 있도록 했고, 광역협력사업을 안정적으로 추진할 수 있도록 예산을 지원하는 방안도 논의되고 있다. 또한 국회입법조사처 역시 국가균형발전을 위한 초광역협력 정책으로 광역경제권, 지역행복생활권, 경제협력권 필요성을 제안한 바 있다.¹⁴⁴⁾ 이에 의료기능을 강화하고 연계하기 위한 다양한 지원 방안을 모색할 필요가 있다.

한편 2023년 1월 1일 「인구감소지역 지원 특별법」이 시행될 예정이다. 이 법은 인구의 자연 감소와 수도권 등 도시로의 인구집중으로 인한 인구구조와 경제의 불균형

142) Southern Denmark 지역은 DKK 320,000~1,080,000, North Jutland 지역은 DKK 55,000을 지급함.

143) 2017년 4월까지 시니어닥터 16명이 근무하였음. Praktiserende Læers Organisation (2013), §2 aftaler og andre aftaler [§-agreements and other agreements], http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/2AFTALER_OG_ANDRE_AFTALER. (Assessed 17 September 2020).

144) 김예성, 하혜영, 국가균형발전을 위한 초광역협력 현황과 향후과제, 국회입법조사처, 2022. 5

현상이 가속화될 것이므로 그간 정부 중심으로 추진하던 인구감소 문제 대응 체계를 지역이 주도하는 대응 체계로 개편하여 지역 여건을 고려한 맞춤형 정책이 추진될 수 있도록 하는 것이다. 또한 국가 차원의 맞춤형 종합지원 체계 및 지방자치단체 간 연계와 협력체계를 구축하여 국가와 지방자치단체가 인구감소 문제에 공동의 책임을 갖고 협력하도록 하였다. 특히 이 법을 통해 인구감소 문제 대응을 위한 지원체계를 구축하고 일자리, 주거, 교통, 문화, 교육, 의료 등 다양한 분야에 걸친 종합적 지원을 하려는 것이다.

세부적으로 동 법 제23조 의료기반의 확충 규정에는 국가와 지방자치단체는 인구감소지역의 보건의료 여건을 개선하기 위하여 의료기관의 설치와 의료인 확보에 필요한 시책을 수립·시행하고, 필수의료 제공이 가능한 의료기관을 지정하고 의료시설 및 인력 확충과 의료서비스의 품질 향상 등에 드는 비용을 보조하거나 지원할 수 있도록 규정하였으며, 의료취약지 거점의료기관을 지정하고 우선 지원할 수 있도록 하였다. 동 법은 의료분야 외 다양한 분야를 아우르며 인구감소지역을 지원하기 위한 법률인 바, 보다 다양한 의료취약지 의사인력에 대한 지원정책이 제시될 수 있기를 기대한다. 이와 더불어 의사인력의 지역근무 유인·유지 방안, 의료취약지 의사인력에 대한 지원정책을 고려할 때 앞서 살펴본 타 분야에서 적용하는 보다 다양한 정책을 시행할 필요도 있다. 즉 보건의료 정책에 있어서도 기존의 70개 진료권의 개념에서 벗어나 보다 큰 권역 단위로 묶어 권역별 거점의료기관을 육성하고, 인구 감소지역 환자들의 의료접근성을 향상시킬 수 있는 이동 인프라 지원, 응급환자의 안전하고 신속한 이송을 도울 수 있는 이송체계를 확충하는 것이 미래 한국적 상황, 보건의료 환경 변화 등을 대비한 정책일 수 있을 것이다.

의사인력이 국가 전역에 균형 있게 잘 배치되는 것은 중요한 문제이고, 많은 국가들이 이를 위해 다양한 정책을 시도하고 있다. 그러나 현재 우리나라의 관련 정책은 의사들이 지역 근무를 꺼리는 이유에 대한 고려 없이 정책을 설계하고 있다.

의사인력의 불균형 분포 문제를 해결하기 위해서는 우선 지역별 의료자원에 대한 정확한 현황 파악과 현재 및 장래 의료수요 등을 정확히 파악하는 것이 필요하다. 또한 향후 인구구조 변화와 지역소멸 등 한국적 상황 역시 충분히 고려되어야 한다. 이러한

모든 상황을 반영하여 의사인력 정책의 목표를 설정하고, 단계별 관련 정책을 시행할 필요가 있으며 의사인력의 지역근무를 유인할 수 있는 보다 다양한 지원정책들을 과감하게 시도해야 한다.

참고문헌

- 국토교통부·국토지리정보원, 2020 국토모니터링 보고서, 2020.
- 대한의사협회, 제20대 대통령선거 보건의료분야 정책제안서, 2021. 11.
- 김예성, 하혜영, 국가균형발전을 위한 초광역협력 현황과 향후과제, 국회입법조사처, 2022. 5
- 박지은, 서경화, 김계현, 국내외 의료취약지 인센티브제도 현황분석 및 개선방안, 의료정책연구소, 2017. 4.
- 서경화 외, 의사의 출신지역, 성장지역, 근무지역 일치율, 의료정책연구소, 2018.
- 신영석, 보건의료인력 실태조사, 한국보건사회연구원, 2021.
- 오영호 외, 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2007.
- 이규식, 의료보장론, 계축문화사, 2019.
- 이선우 외, 한국의 새로운 전공의 수련프로그램 개발을 위한 선행연구, 의료정책연구소, 2022. 11.
- 이정찬 외, 국내외 외래 진찰 현황 검토, 2019. 9.
- 이정찬, 박정훈, 김계현, 2020 전국 의사조사, 의료정책연구소, 2021.
- 이종구 외, 의료취약지 지역의료 개선방안 연구, 서울대학교, 2014.
- 이종구 외, 지역간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안, 지역발전위원회, 2015.
- 이종구 외, 공공의료인력 양성을 위한 기반 구축 방안, 보건복지부, 2015. 10.
- 이태호 외, 2018년 의료취약지 모니터링 연구, 보건복지부·국립중앙의료원, 2018.
- 임선미, 의료 취약지역 개념 및 지원정책 분석, 의료정책연구소, 2020. 12.
- 임승지 외, 주요국 건강보장제도 현황과 개혁동향: 벨기에, 국민건강보험연구원, 2019.
- 자치외과대학, 자치외과대학 사업보고서, 2020.
- 태윤희 외, 의사인력 활동양상 모니터링을 위한 기초연구, 국민건강보험 건강보험연구원, 2020.
- 2013 전국의원실태 조사보고서, 대한의사협회 의료정책연구소, 2014.
- 감신 외, 개원의의 대도시 개원 이유, 한국보건행정학회지 1992;2(1):17-42.
- 권주영, 일본의 의사인력 확충 정책과 시사점, 한국융합학회논문지 2020;11(11):345-352.
- 김창엽 외, 한국 의사의 지역분포 이에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 대한의학회, 1998. p. 2.
- 김창엽, 윤석준, 이진석 외, 최근 배출된 전문의의 개원지역 선택에 영향을 미치는 개인 요인 분석, 한국보건행정학회지 1999;9(3):21-32
- 박은철, 의사가 과연 부족한가?, 월드뷰, 2020.11.
- 박재용, 의료인력의 지역간 균양상과 요인, KDI 경제정책학회지, 1983. 6.

- 서경화, 김계현, 보건의료인력지원법의 의미와 과제, 의료법학, 2019;20(3):211-213.
- 오무경, 권용진 외, 국립병원 의사의 근무지속의사 관련 요인, 한국보건행정학회지 2012: 22(3):365-382.
- 우봉식, 일본의 의료·개호 개혁과 진료 의뢰·회송 체계의 시사점, 의료정책포럼 제17권 제 4호, 2019. p. 24-35.
- 유승흠, 손태용, 오현주, 의과대학 졸업 10년 후 활동의사의 출신대학별 근무지역과 지역별 출신대학 분포, 대한예방의학회지 1996;29(3):429-441.
- 윤석준, 감창엽, 이진석, 우리나라 전문의의 근무지역 선택에 영향을 미치는 요인, 대한 예방의학회 가을학술대회 자료집, 1998. p. 30-31.
- 정설희, 미국의 진료비용지역보정지수, HIRA 정책동향 제9권 제3호, 2015. p. 89-96.
- 하혜영, 김예성, 지방소멸 위기지역의 현황과 향후 과제, 국회입법조사처, 2021. 10. 19. p. 42-51.
- 황나미, 일차의료의 질 향상을 위한 접근 방향, 보건복지포럼, 2013. 8.
- Jen-Hung Yang, Chung-Liang Shih, An overview of the Publicly Funded Medical Education System in Taiwan, 의료정책포럼 제18권 제3호, 2020. 9. p. 41-49.
- 보건복지부 보도자료, 지역의사제 Q&A, 2020. 8.
- 보건복지부, 2022년 공중보건장학제도 시범사업 지침, 2022. 3.
- 보건복지부, 지역의료강화를 위한 의대증원 10문 10답, 2020. 8. 5.
- 의료정책연구소, 대한민국 의료접근성 세계 최고 수준: 정부가 밝히지 않는 OECD 보건 의료 통계와 지표 보도자료, 2021. 8. 3.
- 일본 후생노동성, 의료종사자 수급에 관한 검토회의 자료, 2020. 3. 12.
- 제20대 대통령직인수위원회, 지역균형발전 비전 대국민 발표, 2022. 4. 27.
- Australian government, Department of health, District of workforce shortage. September 20, 2021.
- Canadian Medical Association, Report of the Advisory panel on the provision of medical services in underserved regions. Ottawa, 1992.
- Casey China, Annie Park, Lark Galloway-Gilliam. Health Professional Shortage

- Areas: A History and Guide to Proposed Revisions. Community Health Councils Inc., 2012. p.3.
- CMS, Medical Learning Network, 2021. 12.
- Elayne J. Heisler, The National Health Service Corps, Congressional Research Service, 2022. 1.
- Elayne J. Heisler, The National Health Service Corps, Congressional Research Service, 2022. 1. 4,
- Europe observatory, Building primary care in a changing Europe, 2015.
- General Practice Rural Incentives Program: Program Guidelines. Australian Government, 2019.
- WHO, Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations, 2010. 5.
- Ivar J. Aaraas, et al. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates, 1979-2000.
- Kristiansen I. S., Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway, Social science & medicine, 1992.
- Michael E. Green, Geographic Variation in the Supply and Distribution of Comprehensive Primary Care Physicians in Ontario, 2014/15, Institute for Clinical Evaluative Sciences
- NOSM, Achievement Report 2017. 2017
- OECD Territorial grids. OECD. Paris. 2011.
- OECD, Geographic distribution of doctor, In Health at a Glance 2015. p.126
- OECD, Health at a Glance 2021 OECD INDICATORS, 2022. 3.
- Patterson. D.G., Andrilla. C.H.A., Larson. E.H., Graduates of Rural-centric Family Medicine Residencies: Determinants of Rural and Urban Practice. Policy Brief, 2016.
- Rural Programs, A guide to the rural physician programs in British Columbia, Physician Compensation Rural Practice Programs Ministry of Health & Doctors of BC, 2018.
- Tomoko. O., Schoenstein. M., Buchan. J., Geographic Imbalances in Doctors

- Supply and Policy Responses, 2014.
- Tomoko. O., Schoenstein. M., Buchan. J., Geographic Imbalances in Doctors Supply and Policy Responses, 2014.
- Workforce Incentive Program Guidelines. Australian Government, 2020.
- Cooper J.K., Heald K., Samuels M., Coleman S., Rural or urban practice: Factors influencing the location decision of primary care physician, *Inquiry* 1975;12(1):18-30.
- Cooper J.K., Heald K., Samuels M., Coleman S., Rural or urban practice: Factors influencing the location decision of primary care physician, *Inquiry* 1975;12(1):18-30.
- Couper ID, Rural hospital focus: Staffing, *Rural and remote health*, 2003;3(1):1-3.
- Friedberg, M. W. et. al., Primary care: A Critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*, 2010;29(5):210-222.
- Grumbach, Kevin, and Fry, John. Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom. *N Engl J Med* 1993;328:940-945.
- Herd. M.S., Bulsara. M.K., Jones. M.P., Mak. D.B., Preferred practice location at medical school commencement strongly determines graduates' rural preferences and work locations. *Aust J Rural Health*, 2017;25(1):15-21.
- Jamieson JL, Kernahan J, Calam B, Sivertz KS. One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location? *Rural Remote Health* 2013;13:2496.
- Karin Straume, et al. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county, *Bulletin of the WHO*, 2010;88:390-394.
- Keley. E.T., Ravaghi. H., Salehi. M., Nasiripour. A., Abdi. Z., Meshkini. A., Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location in Iran. *Rural Remote Health*, 2016;16(2):3412
- Margrete Gaski, et al. Forty years of allocated seats for Sami medical students-has preferential admission worked?, *Rural Remote Health*,

Apr-Jun 2008;8(2):845.

McGrail MR, Humphreys JS, Joyce CM. Nature of association between rural background and practice location: a comparison of general practitioners and specialists. *BMC Health Serv Res* 2011;11:63.

Orzanco MG, Lovato C, Bates J, et al. Nature and nurture in the family physician's choice of practice location. *Rural Remote Health* 2011;11:1849.

Xu G., Veloski J.J., Hojat M., Politzer RM., Factors influencing physicians choices to pratice in inner-city or rural areas. *Academic Medicine* 1997;72(12):1026-1030.

의사의 지역근무 현황 및 유인·유지 방안 연구

저 자 / 김 계 현 외

발행일 / 2022년 11월 발행

발행인 / 이 필 수

발행처 / 대한의사협회 의료정책연구소

서울특별시 용산구 청파로 40 (한강로3가)

(우: 04373)

TEL : 02)6350-6663 / FAX : 02)795-2900

※ 내용 중 이상한 부분이나 잘못된 사항이 발견되면 연락주시기 바랍니다.
감사합니다.