

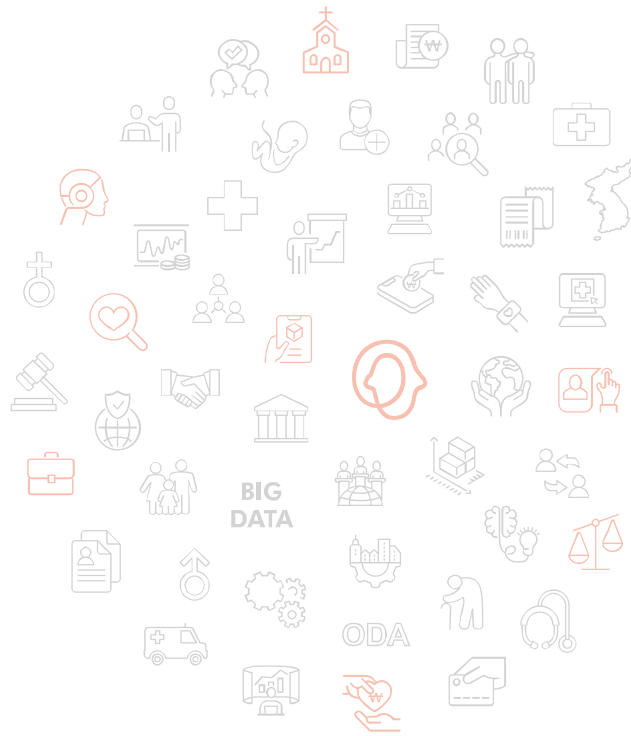
용역보고서 2025-076

발 간 등 록 번 호
11-1352000-100514-01



의료인력 지원사업의 발전방안 연구

고든솔
신현웅·백주하·김희년·이홍림



■ 연구진

연구책임자	고든솔	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	신현웅	한국보건사회연구원 선임연구위원
	백주하	한국보건사회연구원 부연구위원
	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원
	이홍림	한국보건사회연구원 연구원

제출문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2025. 4. 16.)한 「의료인력 지원사업의 발전방안 연구」의 보고서로 제출합니다.

2025년 11월
한국보건사회연구원 원장
신영석



제1장 서론	1
제1절 연구 배경 및 목적	3
제2절 연구 내용 및 방법	7
제2장 의료인력 지원정책 추진 배경	13
제1절 필요성 및 추진 배경	15
제2절 주요 추진사업 개요	18
제3절 정책 추진체계 및 특징	24
제3장 주요국 의료인력 지원정책 사례	29
제1절 개요 및 분석틀	31
제2절 수련단계 지원정책	35
제3절 활동단계 지원정책	48
제4절 종합 및 시사점	69
제4장 의료인력 지원정책 운영 현황 및 평가	75
제1절 사업 운영 현황	77
제2절 사업 평가체계	94
제3절 이해관계자 의견 조사	100
제4절 사업 현황 및 평가 결과	137
제5장 의료인력 지원사업의 발전방안	153
제1절 추진 개요 및 방향	155
제2절 핵심 추진과제	163
제3절 모니터링 및 평가체계 운영 방안	167
참고문헌	173

표 목차



〈표 1-1〉 수도권 및 비수도권의 질환별 인구 10만 명당 예방가능 입원환자 수	5
〈표 1-2〉 의사 인력 불균형 해소를 위한 재정적 인센티브 정책 현황(2025년 예산 기준)	5
〈표 1-3〉 의료인력 지원사업 재정 규모 및 필요 사항	6
〈표 2-1〉 연도별 기피과목 전공의 1년차 확보 현황(2002~2004년)	19
〈표 2-2〉 수련수당 지급사업 정책 현황(2025년)	22
〈표 3-1〉 의사 인력 불균형 해소를 위한 재정적 인센티브 제도 활용 국가(OECD, 2014)	33
〈표 3-2〉 일본 자치의과대학·지역정원제도	48
〈표 3-3〉 일본 지역정원제도 지역별 의무이행 현황(2025)	53
〈표 3-4〉 미국 국가보건의료지원단(NHSC) 프로그램	60
〈표 3-5〉 주요국 의료인력 수련단계 지원정책	69
〈표 3-6〉 지역복무형 의사인력 확보 정책 수단	72
〈표 3-7〉 주요국 의료인력 활동단계 지원정책	73
〈표 4-1〉 중앙정부 수련수당 지급사업 운영 현황	77
〈표 4-2〉 지자체 전공의 수련수당 지원사업 운영 현황	78
〈표 4-3〉 지자체 전공의 수련수당 지원사업 지급 현황	79
〈표 4-4〉 연도별·전문과목별 전공의 총원율(2020~2024)	81
〈표 4-5〉 연도별 수도권과 비수도권의 전공의 총원율(2020~2024)	83
〈표 4-6〉 지역별 소아청소년과 전공의 총원율	84
〈표 4-7〉 지역별 산부인과 전공의 총원율	84
〈표 4-8〉 지역별 지역필수의사제 시범사업 모집·지원 현황	85
〈표 4-9〉 지역·과목별 지역필수의사제 시범사업 지원 현황	85
〈표 4-10〉 강원특별자치도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황	87
〈표 4-11〉 강원특별자치도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원	87
〈표 4-12〉 경상남도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황	89
〈표 4-13〉 경상남도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원	89
〈표 4-14〉 전라남도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황	91
〈표 4-15〉 전라남도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원	91
〈표 4-16〉 제주특별자치도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황	93
〈표 4-17〉 제주특별자치도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원	93
〈표 4-18〉 조사 설계	100
〈표 4-19〉 조사 내용	102



〈표 5-1〉 의료인력 지원 정책 방향	159
〈표 5-2〉 의료인력 지원사업 발전방안 핵심과제	163
〈표 5-3〉 모니터링 및 평가체계(안)	167

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 시도별 적용 인구 10만 명당 의사 수	4
[그림 1-2] 의사인력 지원정책 분석틀	7
[그림 1-3] 연구 수행 체계도	11
[그림 2-1] 의료인력 지원정책 추진 배경	17
[그림 2-2] 전공의 대상 수련수당 지급사업의 추진 경과	18
[그림 2-3] 지역필수의사제 시범사업 추진 경과	22
[그림 2-4] 의료인력 지원 정책 유형 및 현황: 지역·필수 인력 불균형 중심	24
[그림 3-1] OECD의 의료 취약지역 불균형 문제 해결을 위한 정책적 접근법	32
[그림 3-2] 주요국 의료인력 지원정책 사례 분석 틀	34
[그림 3-3] 미국 일차의료 전문과별 THCGME 수료 인원 및 인력 부족 해소 추정치	37
[그림 3-4] 농촌 및 사회경제적으로 취약한 THCGME 수료자의 졸업 1년 후 근무지역 예측	37
[그림 3-5] CHGME 연도별 수료자의 수련 주 내 진료 시작 비율(2018~2023학년도)	39
[그림 3-6] CHGME 수료자의 수련 종료 1년 후 농촌·의료취약 지역 근무 비율 (2018~2023학년도) ..	39
[그림 3-7] 일본 자치의과대학 졸업생의 국가시험 합격률(2019)	50
[그림 3-8] 일본 자치의과대학 졸업생의 지역 의무복무 이행(2023.7.)	51
[그림 3-9] 일본 지역정원제도 현황(2007~2015)	53
[그림 3-10] 일본 지역정원제도 현황(2007~2015)	54
[그림 3-11] 미국 NHSC의 연도별 의무복무 의료진 현황(2011-2023 회계연도 기준)	61
[그림 4-1] 주요 과목 연도별 전공의 총원율(2020~2024)	82
[그림 4-2] 연도별 수도권과 비수도권의 전공의 총원율(2020~2024)	83
[그림 4-3] 평가체계	99

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

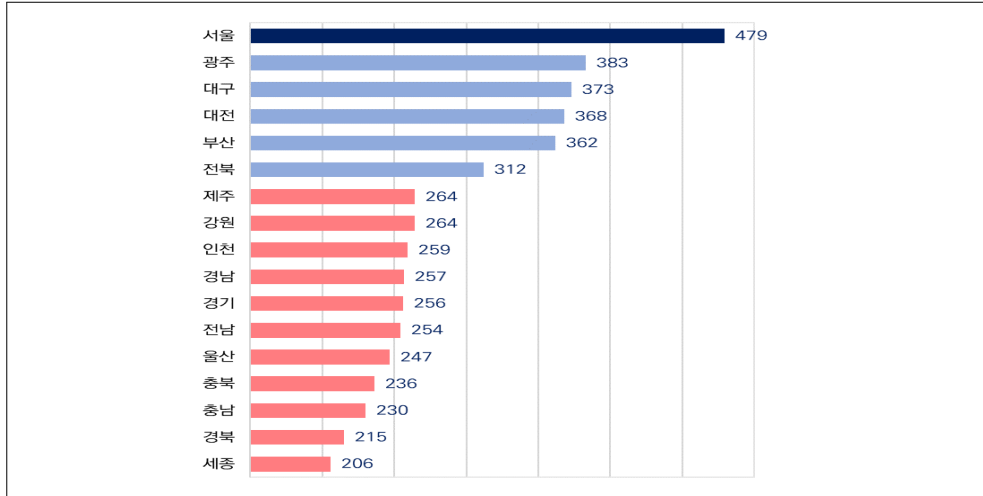
1. 연구 배경

가. 의료인력 수급 불균형과 필수의료 체계의 위기

- 의료인력의 분야별·지역별 불균형이 지속되고 있으며, 이로 인한 의료서비스 접근성 및 건강 결과 격차가 발생하고 있음. 이에 필수의료 인력의 안정적인 확보와 지역 간 의료격차 해소를 위한 정책적 대응이 시급함.
- 필수의료 분야의 열악한 근무 여건과 장기간 수련 과정 등으로 전공의 충원이 저조해 향후 과목 간 인력 격차가 더욱 커질 것이 우려됨.
 - 2024년 상반기 기준, 소아청소년과(30.9%)·심장혈관흉부외과(47.6%) 등 필수의료 레지던트 1년차 충원율은 저조한 반면, 인기과(피부과, 안과, 성형외과) 충원율은 100%로 인력 불균형이 고착화되고 있음.
- 정주 여건 등의 제약으로 필수의료 인력을 포함한 의료인력의 수도권 선호 현상이 지속되면서, 향후 분야별·지역별 인력 불균형의 심화가 예상됨.
 - 2023년 인구 10만 명당 의사 수(서울 479명, 타 지역 300명 이하)와 300명 이상 의료기관당 의사 수(수도권 301.4명, 비수도권 158.9명)의 시도별 격차가 뚜렷하게 나타남(국민건강보험공단, 2024).
 - 대표적인 필수의료 전문과목의 인구 천 명당 전문의 수는 수도권 1.86명 및 비수도권 0.46명으로 4배 차이였음(건강보험심사평가원, 2024).

4 의료인력 지원사업의 발전방안 연구

[그림 1-1] 시도별 적용 인구 10만 명당 의사 수



출처: “국민건강보험공단, 「2023년 지역별 의료이용 통계연보」 발간”, 국민건강보험공단, 2024, p.5.

나. 지역 간 의료 격차와 건강 결과 격차

- 의료인력이 수도권과 특정 진료과에 집중되면서 지역 간 의료 접근성의 격차가 심화되고 있음. 의료인력의 지역 간 편차는 적절한 치료 기회의 부족으로 이어지며, 건강 결과의 불균형을 초래함.
- 2024년 기준시간 내 상급종합병원 이용률은 서울 98.6%, 전남 53.8%, 중증 만성질환(암) 관내 치료율은 서울 92.4%, 경남 47.1%로 큰 차이를 보임.
- 2021년 인구 10만 명당 치료가능 사망률은 서울(38.56명)에 비해 인천(51.49명), 강원(49.61명) 등에서 높게 나타났음.
- 2020년 예방가능 입원환자 수는 비수도권이 수도권에 비해 당뇨·고혈압은 1.5배, 만성폐쇄성폐질환은 2.3배 높았음(박수경, 2023, p.100).

〈표 1-1〉 수도권 및 비수도권의 질환별 인구 10만 명당 예방가능 입원환자 수

구분	당뇨	고혈압	천식	만성폐쇄성폐질환	울혈성 심부전
수도권	128.7	28.6	24.5	44.6	62.1
비수도권	197.7	41.3	47.6	102.9	79.2

주1: '예방가능 입원환자 수'는 양질의 외래 의료서비스를 통해 입원 위험이 감소되는 질환인 당뇨, 고혈압, 천식, 만성 폐쇄성폐질환(COPD; Chronic Obstructive Pulmonary Disease), 울혈성 심부전(CHF; Congestive Heart Failure) 등으로 인한 입원환자 수를 성 및 연령을 보정한 값임

주2: '수도권'은 서울, 경기, 인천, '비수도권'은 그 외 시도를 포함

출처: "수도권과 지방 간의 의료시설 및 의료인력 불균형", 박수경, 2023, p.100, 통계청.

다. 정책적 대응 현황 및 성과 모니터링 필요성

□ 지역 완결적 의료서비스 제공 및 필수의료 분야의 안정적 인력 확보를 위해 '수련수당 지급사업'과 '지역필수의사제 시범사업'을 도입하여 시행하고 있음.

○ 2025년 기준 수련수당 지급사업은 본예산 기준 총 415억 원, 지역필수의사제 시범사업에는 연간 14억 원의 예산이 편성되어 운영 중임.

〈표 1-2〉 의사 인력 불균형 해소를 위한 재정적 인센티브 정책 현황(2025년 예산 기준)

구분	대상		대상자 수(명)	지원금액(월)	소요예산
수련수당 지급사업	전공의	필수과(8개)	3,788명	100만원/월	415억원/연
	전임의	소아과·산부인과	300명	100만원/월	
지역필수의사제	전문의	필수과(8개) -시도(4), 기관(16)	96명	400만원/월	14억원/연

출처: 보건복지부 제공자료

□ 제도의 실효성을 높이기 위해서는 사업 운영 현황에 대한 체계적인 모니터링과 평가를 통해 정책의 성과를 검증하고 개선 방향을 도출하는 과정이 필수적임.

○ 재정적 인센티브는 의료인력의 지역 배치를 유도하는 수단으로 국제적으로 권고되며 다수 국가에서 시행 중이나, 단독으로는 근무지 선택에 결정적 요인이 되지 못함.

- 재정적 인센티브는 의료인력이 부족한 지역에서의 근무로 인한 경제적 부담을 완화하고, 열악한 근무 환경의 일부 단점을 보완함으로써 지역 간

6 의료인력 지원사업의 발전방안 연구

경쟁 여건을 어느 정도 평준화하는 데 기여하는 효과가 있음.

- 그러나 제한된 연구 결과에 따르면, 재정적 인센티브는 기존 인력의 근속 유지에는 효과적일 수 있으나 신규 인력 유치에는 한계가 있으므로 효과성과 한계에 대한 충분한 검토와 신중한 정책적 설계가 요구됨.

○ 이를 고려할 때, 재정지원 기반 의료인력 정책의 효과성 제고를 위한 모니터링 및 평가체계 마련이 필요함.

- 의료인력 정책은 사회적 수요와 정책 목표에 따라 추진되는 복합적 영역으로, 단기 성과뿐 아니라 중장기적 지속 가능성, 수요 대응력, 정책 수단의 적절성 등 다차원적 평가가 필수적임.
 - 정책의 현장 반영 여부, 수요자 수용성, 제도의 안착 가능성 등을 종합적으로 점검함으로써, 실질적인 제도 개선 및 확산의 근거를 마련해야 함.
 - 이와 같은 정책평가 체계는 예산 투입 대비 성과를 검토하고, 제도 설계의 미비점을 조기에 발견·보완하는 데에도 중요한 역할을 함.
- 특히 새롭게 도입되는 시범 사업인 만큼, 본 사업의 방향성 설정과 제도 정착을 위해 체계적인 성과 모니터링이 필수적임.

〈표 1-3〉 의료인력 지원사업 재정 규모 및 필요 사항

수련수당 지급사업	- 대상 확대에 따라 본예산 `24년 44억원 → `25년 415억원으로 증액 - 사업 관리와 성과 평가를 위한 실효성 확보가 중요
지역필수의사제	- 2025년 14억원(4개 시도, 총 96명, 월 400만원) 규모로 추진 - 지역 정주 여건과 특성을 반영한 사업 설계 및 효과성 평가가 요구

2. 연구목적

□ 지역의료 강화를 위해 추진되고 있는 의료인력 지원사업 중 ‘수련수당 지급사업’ 및 ‘지역필수의사제 시범사업’을 중점적으로 평가하고, 이를 통해 지역 의료인력의 지속가능한 확보와 효율적 활용을 위한 정책적 개선방안을 제안하고자 함.

○ 필수의료 개선을 위한 전공의 등 수련수당 지급사업과 지역의료 발전을 위한 지역필수의사제 시범사업을 평가하고 개선방안을 제안함.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

□ 필수요로 인력 지원사업 현황 분석 및 정책환경 진단

○ 국내 의사 인력의 수급 현황 및 불균형 실태 파악을 통해 사업의 추진 배경을 이해하고자 함.

- 구체적으로 의사 인력의 지역별·필수요로 분야별(전문과목별) 수급 현황을 통해 불균형 실태를 파악함.
- 임금, 근무 환경, 교육 및 수련기회 등을 중심으로 지역 간 의사 인력 유출입 요인을 분석함.

○ 의사 인력 지원정책의 추진 경과와 정책 관련 주요 쟁점을 분석하고자 함.

- 중앙정부 및 지방자치단체의 의사 인력 지원정책 현황과 주요 성과 분석을 통해 정책환경을 진단함.
- 이를 통해 의사 인력 지원정책의 주요 쟁점 및 한계점을 도출함.

[그림 1-2] 의사인력 지원정책 분석틀



- 주요국의 유사 정책 사례 분석을 통해 시사점을 도출하고, 국내 정책의 설계 및 적용 가능성을 검토하고자 함.
 - 주요 국가(예: 일본, 독일, 프랑스 등)의 필수의료 인력 지원정책 사례를 수련단계와 활동단계로 구분하여 조사함.
 - 이를 종합하여 필수의료 인력 지원정책의 정책 설계 방안과 국내 적용 가능성을 검토함.

□ 수련수당 지급사업 평가 및 개선방안 제시

- 수련수당 지급사업의 추진 현황을 파악하고, 주요 성과를 분석하고자 함.
 - 필수의료 분야의 수련 인력을 대상으로 이루어지는 직접 지원사업의 운영 현황을 분석함.
 - 사업 운영 현황을 파악하기 위해 지원 대상, 지급 기준, 재원 구조 등의 제도 운영 방식을 조사함.
 - 사업의 주요 성과를 분석하기 위해 참여율, 지급 실적 등을 파악함.
 - 사업의 참여 주체인 전공의와 의료기관을 대상으로 사업 만족도 및 정책 수요를 조사함.
 - 의료인력 지원을 위한 수련수당의 적정성 및 실질적 효과를 파악함.
 - 수련기관 관계자를 대상으로 제도 평가 및 현장 중심의 개선 요구사항을 파악함.
- 수련수당 지급사업의 실효성 제고를 위한 정책 개선방안을 제시하고자 함.
 - 수당 지급기준의 합리적 개선방안 및 효과 제고를 위한 현 사업의 보완 대책을 제시함.
 - 중장기적으로 지속 가능한 재정구조 및 지원체계 설계를 위한 방안을 제안함.

□ 지역필수의사제 시범 사업 평가 및 개선방안 제시

○ 지역필수의사제 시범 사업 추진 현황을 파악하고, 주요 성과를 분석하고자 함.

- 시범 사업 지원이 필요한 대상의 여건을 분석함.
 - 의료자원 및 의료이용 현황 등을 중심으로 지역별 필수의료 수요 및 지원 필요성을 진단함.
 - 의료취약도, 환자 접근성 등을 고려하여 제도 도입의 필요성을 평가함.
- 참여 주체인 의료인 및 의료기관을 대상으로 사업 경험 및 정책 수요를 조사함.
 - 참여자의 근무 환경, 보상체계, 경력개발 기회 등의 실태 및 제도에 대한 체감도를 분석함.
 - 지자체 및 의료기관의 사업 운영상 애로사항, 효과 인식 및 제도 개선 요구 사항을 분석함.

○ 지역필수의사제의 운영 실효성 강화를 위한 정책 개선방안을 제시하고자 함.

- 원활한 사업 운영과 참여 확대를 위한 제도 접근성 개선 등 다각적인 지원 방안을 제안함.
- 지역 정착률 제고를 위한 생활 및 근무환경 개선과 장기근속 유인 방안을 제안함.

□ 필수의료 인력 지원사업의 정책적 발전방안 마련

○ 의료인력 지원정책의 효과적 추진을 위한 방안을 제시하고자 함.

- 필수의료 인력 부족 문제에 대응하기 위한 단기적인 제도 정비 및 지원 방안을 마련함.
- 지역별 의료자원의 불균형 해소를 위한 수요 맞춤형 지원체계 구축 방안을 마련함.

○ 지속 가능한 의료인력 확보를 위한 중장기 정책 로드맵의 추진전략을 마련하고자 함.

- 필수의료 분야 인력의 수급 안정화를 위한 단계별 증장기 정책 로드맵을 수립함.
- 정책 효과성 제고를 위한 평가지표를 개발하고, 지속 가능한 모니터링 체계 구축 방안을 제시함.

2. 연구 방법

□ 문헌 고찰 및 사례 분석

- 의료인력 지원 관련 정책 문서, 법령, 지침, 선행연구 등을 검토하여 제도의 배경과 구조를 분석함.
- 일본, 독일, 프랑스 등 주요 국가의 필수의료 인력 지원정책 사례를 수집 및 분석하여 국내 적용 가능한 시사점을 도출함.

□ 통계자료 분석

- 보건복지부, 건강보험심사평가원, 통계청 등에서 제공하는 공공데이터를 바탕으로 의사 인력의 지역별·분야별 수급 현황을 분석함.
- 수련수당 지급 현황, 지역필수의사제 운영 현황, 지역별 의료이용률, 의료취약도 등을 정량적으로 분석함.

□ 질적 조사(심층 면담 및 의견 수렴)

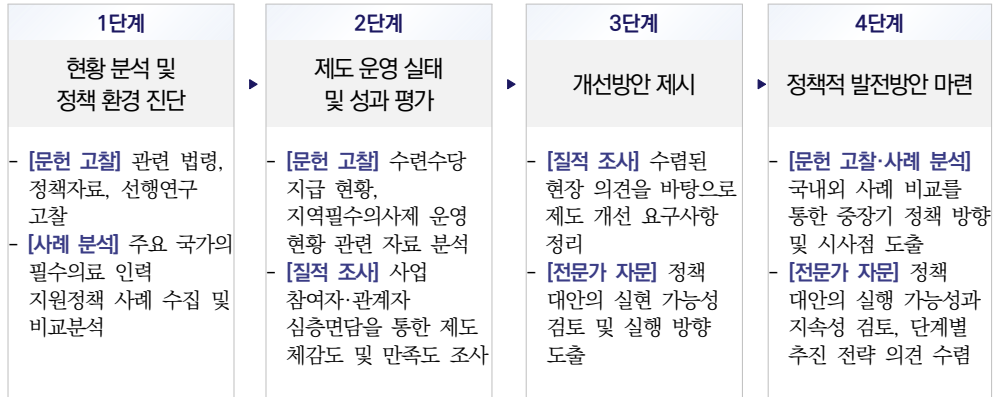
- 의료인력 지원 사업 참여자 및 관계자(전공의, 전문의, 지자체 및 의료기관 담당자 등)를 대상으로 반구조화 인터뷰를 실시함.
- 사업의 적정성, 제도 체감도, 현장 애로사항, 정책 수요 등에 대한 의견을 수렴하여 정책 운영 현황 및 개선 필요 사항을 파악함.

□ 전문가 자문

- 지역의료, 공공보건, 의료인력 관련 분야 전문가를 대상으로 의료인력 지원 사업의 주요 쟁점을 파악하고 의견을 수렴함.

- 이를 바탕으로 수련수당 및 지역필수의사제의 제도적 정합성과 실행 가능성, 정책 대안의 타당성을 검토함.

[그림 1-3] 연구 수행 체계도





제2장

의료인력 지원정책 추진 배경

제1절 필요성 및 추진 배경

제2절 주요 추진사업 개요

제3절 정책 추진체계 및 특징

제 2 장 의료인력 지원정책 추진 배경

제1절 필요성 및 추진 배경

1. 의료인력의 지역적 불균형 및 수도권 집중화 현상의 고착화

□ 의료 자원의 과도한 서울·수도권 편중

- 대한민국 전체 의사 인력의 약 28%가 서울에 종사하고 있으며, 이는 인구 10만 명당 의사 수의 극심한 시도별 격차로 이어짐.
- 이러한 자원 배분의 불균형은 지역 주민의 의료 접근성을 저해할 뿐만 아니라, 지역 의료 기관의 경영난과 인력난을 동시에 유발하는 근본 원인이 됨.

□ 지역 인재의 수도권 유입 가시화 및 지역 수련 체계의 약화

- 지역에서 배출된 필수의료 인력이 수련 및 활동 단계에서 서울로 대거 유출되는 현상이 심각함.
 - 실제로 전공의 수련 현황을 분석한 결과, 소아청소년과의 73%, 산부인과의 64%가 서울 소재 병원에서 수련을 받고 있음(2024년 기준).
- 이는 지역 내 의료 인력 양성 시스템이 제 기능을 상실하고, 장기적으로 지역 내 전문의 확보를 불가능하게 만드는 '인력 공동화' 현상을 초래함.

2. 필수의료 분야의 인력 수급 불균형 및 진료 공백의 심화

□ 전문과목별 전공의 확보율의 극심한 편차

- 생명과 직결된 핵심 필수의료 과목의 정원 미달 사태가 임계점에 도달함.
 - 최근 통계에 따르면 소아청소년과(30.9%), 심장혈관흉부외과(47.6%), 산부인과(71.0%) 등 주요 필수의료 과목의 전공의 확보율은 정원에 크게 못

미치는 실정임(2024년 기준).

□ 필수의료 기피의 구조적 원인과 악순환

- 주요 필수과목의 충원율이 지속적으로 하락하는 배경에는 타 진료과 대비 상대적으로 낮은 보상 수준, 의료 사고에 대한 높은 위험 부담, 만성적인 업무 과중 등이 복합적으로 작용함.
- 이러한 기피 현상은 기존 인력의 업무 부담을 다시 가중시켜 이탈을 가속화하고, 신규 인력의 진입을 차단하는 고착화된 악순환의 고리를 형성함.

3. 공공의료 기능의 약화 및 인력 인프라의 취약성

□ OECD 최하위 수준의 공공의료 비중

- 대한민국 전체 의료기관 중 공공의료기관 비중은 5.2%, 공공병상 비중은 9.5% 수준으로 OECD 평균에 크게 미달하는 최하위권을 기록하고 있음.
- 이는 민간 주도의 의료 공급 체계 내에서 국가가 책임져야 할 필수·재난 의료 서비스의 수행 능력이 구조적으로 취약함을 의미함.

□ 열악한 처우와 높은 이직률로 인한 인력 수급 난항

- 공공의료기관에 종사하는 의료 인력은 민간 대비 낮은 처우 수준과 과도한 공적 책무 부담으로 인해 높은 이직률을 보임.
- 인력 부족은 공공병원의 진료 역량 약화로 이어지며, 이는 다시 환자 기피와 경영 악화로 연결되어 공공의료의 존립 기반을 흔드는 위기 요인이 됨.

4. 종합 진단: 의료 공백의 심화와 정책적 개입의 당위성

□ 지역-필수-공공 의료 체계의 연쇄적 위기

- 현재 대한민국 의료 체계는 지역·필수·공공이라는 세 가지 핵심 영역에서 동시 다발적인 공백이 발생하고 있음.

○ 의료 인력의 불균형은 이러한 위기의 결과인 동시에, 의료 체계 붕괴를 가속화하는 핵심 동인으로 작용함.

□ 국가 책임제 기반의 강력한 지원 정책 필요성

○ 시장 기제에 의한 자발적 해결이 불가능한 현 상황에서, 인력의 지역 안착과 필수의료 인프라 보호를 위한 국가 차원의 적극적인 재정 지원과 제도적 개입은 더 이상 미룰 수 없는 시대적 과제임.

○ 본 연구에서 다루는 수련수당 지급 및 지역필수의사제는 이러한 배경 속에서 도출된 대표적인 정책적 방안임.

[그림 2-1] 의료인력 지원정책 추진 배경

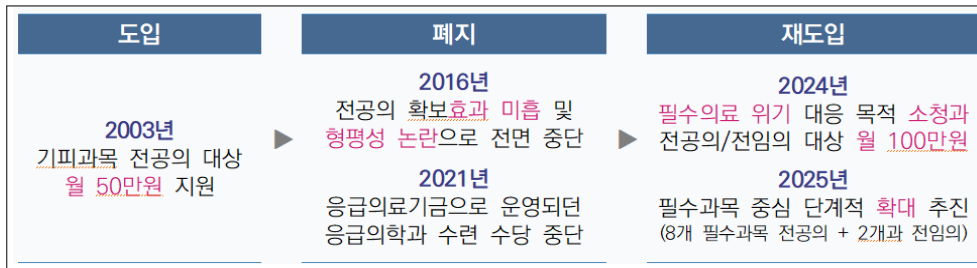
<p style="text-align: center;">의료인력의 지역 불균형</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의사인력 약 28% 서울 종사 • 인구 10만명당 의사 수 시도별 격차 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 지역 출신 필수의료인력 서울 유출 • 전공의 서울 수련 <small>소청과73%, 산부인과64%</small> 	<p style="text-align: center;">필수의료분야 인력 불균형</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전문과목별 전공의 확보율 편차 • 정원 미달 <small>소청과(30.9%), 흉부(47.6%), 산부인과(71.0%)</small> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 주요 필수과목 전공의 충원을 지속 하락 • 낮은 보상수준, 높은 위험부담, 업무부담 등
<p style="text-align: center;">공공의료 기능·인력 약화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 전체 공공의료기관(5.2%) 및 공공병상(9.5%) 비중 OECD 최하위 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 낮은 처우수준과 높은 이직률로 공공의료기관에 종사하는 의료 인력 부족 	<p style="text-align: center;">지역의료 공백·필수의료 붕괴·공공의료 부진</p> <ul style="list-style-type: none"> • 의료인력 지역-필수-공공 영역에서의 공백 발생·심화 <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • 인력의 불균형은 결과임과 동시에 지역-필수-공공 의료체계 위기 심화 원인

제2절 주요 추진사업 개요

1. 수련수당 지급사업

- (사업 목적) 전 국민 필수의료 보장을 위해 국가적 차원에서 적정 전문의 균형 수급을 유도하여 국민에게 양질의 전문 의료서비스를 제공하는 것을 목표로 함.
- (추진 경과) 2003년 기피 과목 전공의를 대상으로 도입된 이후, 2016년 정책 효과 미흡 및 형평성 논란으로 전면 중단되었음. 2024년 필수의료 인력 확보의 필요성이 커지며 소아청소년과 전공의 및 전임의를 대상으로 지원사업이 재도입되었으며, 이후 필수과목을 중심으로 단계적으로 확대되고 있음. 제도 추진 과정에서 지원사업에 대한 주요 평가는 다음과 같음.

[그림 2-2] 전공의 대상 수련수당 지급사업의 추진 경과



- 2003년 수련 보조수당 지급 직후, 일부 진료과의 전공의 확보율이 개선되는 등 단기적 성과가 나타났으나 정책의 직접적인 효과를 파악하기는 어려운 것으로 평가됨(이용균 외, 2004)
 - 10개 과의 전공의 확보율은 수당 지급 전인 2002년 41.3%에서, 2003년 55.3%, 2004년 70.7%로 개선됨. 특히 응급의학과, 흉부외과 등 일부 기피과에서는 실제 확보 인원이 증가한 것으로 나타남.
 - 2004년 수련 보조수당 지급 대상인 국공립병원의 전공의 확보 인원이 53명에서 82명으로 증가한 점도 임금 인상에 따른 유인 효과로 해석됨.

- 그러나 이는 단기적인 효과이며 수련 보조수당 자체의 효과뿐 아니라, 기피 과에 대한 희소성 부각, 수가 현실화에 대한 기대, 정원 운영의 탄력성 등 다양한 요인이 복합적으로 작용한 결과로 보이며, 정책의 순수 효과를 구분해 측정하기에는 한계가 있음.
- 그럼에도 불구하고 전공의 1년차 확보율과 같은 간접지표의 개선을 고려할 때(표 2-1), 수련 보조수당은 특정 진료과 기피 현상 완화를 위한 정책 수단으로서 확대될 필요가 있다는 의견도 제기됨 (한국소비자원, 2004).

〈표 2-1〉 연도별 기피과목 전공의 1년차 확보 현황(2002~2004년)

(단위: %)

전문과목	전공의 1년차 확보율		
	2002년	2003년	2004년 ¹⁾
흉부외과	41.6	58.6	62.1
진단방사선과	37.7	75.7	91.6
응급의학과	59.6	78.1	84.7
병리과	22.4	40.4	70.5
산업의학과	44.0	61.5	87.5
진단검사의학과	35.0	39.2	66.7
핵의학과	31.3	35.7	92.3
방사선종양학과	52.6	45.0	94.1

주1: 2004년 3월 말 병원신입위원회 자료를 바탕으로 함.

출처: "전공의 수련 및 근무실태 조사분석을 통한 제도개선방안," 이용균 외, 2004, 한국병원경영연구원, p.53.

- 수련 보조수당 제도는 전공과목 간 형평성 문제와 전공의 확보 효과가 미흡하다는 점에서 2016년도 3월 전면 폐지되었음(채유미 외, 2017).
 - 수련 보조수당은 지급이 시작되면 이후 전공의 수급 상황이 개선되어도 지원 중단이 어려운 구조이며, 일부 과목 및 국공립병원에 한정되어 지급되면서 형평성 논란이 지속되었음(전경수, 2003).
 - 기획재정부는 수련 보조수당 지급 대상인 국공립병원의 전공의 확보율이 민간 수련병원과 차이가 없거나 오히려 낮은 점을 지적하였고, 기피 과목의 전공의 확보율도 여전히 낮은 수준으로 파악됨(헬스포커스뉴스, 2017).
 - 국공립 수련병원의 전공의 확보율은 2010년 64.0%에서 2011년 59.7%로

하락한 반면, 수련 보조수당 지급 대상이 아닌 민간 수련병원은 같은 기간 59.3%에서 62.8%로 상승함.

- 2012년 기준 일부 과목의 전공의 확보율은 산부인과 70%, 외과 62%, 흉부 외과 41.7%, 예방의학과 40%, 결핵과 0% 등으로, 전체 확보율 89.1%와 비교할 때 여전히 낮았음.
- 국회 예산정책처는 투입된 예산 규모 대비 수련 수당 지원사업의 실효성이 저조하고 사용된 성과지표의 타당성도 부족하다고 평가함¹⁾
 - 성과지표인 ‘비인기과목 전공의 확보 인원수’의 달성률의 연도별 격차가 매우 큰 것으로 나타남(2009년 102.08%, 2010년 38.45%, 2011년 84.06%).
 - 또 다른 지표인 ‘전공의 수련지원 수당 만족도’는 차원별 만족도 및 전반적 만족도 결과의 단순 합산 점수를 100점 만점으로 환산하여 산출함. 해당 지표는 사업에 대한 인식 수준을 반영할 수는 있으나 실질적인 성과를 파악하는데는 한계가 있음.
- 수련 보조수당 지급에 대한 찬반 논란이 있었으나, 이러한 경제적 유인은 과목 간 의료인력 수급 불균형 문제를 근본적으로 해결하지 못한다는 지적이 많았음.
 - 18대 국회에서는 수련 보조수당 지급을 민간병원까지 확대하고, 수당 지급액도 인상해야 한다는 주장이 제기됨. 19대 국회에서는 수가 현실화가 어려운 현실을 고려할 때, 지원 자체를 폐지하는 것보다는 지원 단가를 현실화하는 방안을 모색해야 한다는 주장이 제기됨(헬스포커스뉴스, 2017).
 - 진료과목 간 의료인력 수급 불균형을 해결하기 위해서는 건강보험 수가 조정, 전문의제도 개선, 전공의 군별 총정원제 등의 제도적 보완이 필요하다는 점에서 수련 보조수당 지급은 임시방편에 불과함(박양명, 2023).

○ 응급의학과 전공의 수련 보조수당은 다른 기피 과목과 달리 응급의료기금을

1) 신형주. (2012. 7. 10.). 국회, 전공의 수련지원사업 실효성 없다. 후생신보.
<https://www.whosaeng.com/49214>

통해 별도의 재원이 마련되어 사업이 유지되었으나, 형평성과 실효성에 대한 문제 제기로 인해 2021년 지원이 중단되었음.

- 응급의학을 선택하는 전공의가 증가하고 있고, 다른 기피 과목의 수련 보조수당을 폐지한 점을 고려할 때, 응급의학 전공의 수당도 단계적으로 폐지할 필요가 있음(국회예산정책처, 2016).
 - 응급의학 전공의 1년차 수는 2002년 62명, 2005년 112명, 2010년 120명, 2015년 174명으로 꾸준히 증가하는 추세임.
 - 다른 기피 과목의 수련 보조수당은 효과가 미미하여 이미 폐지된 상황에서 응급의학만을 예외적으로 유지할 합리적 근거는 부족함.
- 개인적 사유 등으로 수련을 중단하는 경우에도 보조수당 환수 등 제재 조치가 없어, 제도의 실효성을 확보하기 위한 패널티 도입 등 제도적 보완의 필요성이 제기됨(국회예산정책처, 2016, p.157)
- 대한응급의학회 전문가를 대상으로 한 델파이 조사에 따르면, 응급의료 전공의 수련 보조수당 지원의 성과지표 부적절성이 지적됨(이선영 외, 2019).
 - 응답자의 68.8%가 ‘응급의료 전공의 수련보조 수당지원’의 성과지표(원내 사망비율, 응급실 이용 만족도)가 부적절하다고 답함.

□ **(지원 대상)** 필수의료 8개 과목 전공의를 대상으로 수련 수당을 지원하며, 2025년 기준 약 4,000명(전공의 3,700명 및 전임의 300명)이 지원 대상으로 포함됨.

- 전공의·전임의 수련 기간을 합하여 최대 6년 이내 수련 중인 자를 대상으로 함
- 8개 필수 과목에는 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 응급의학과, 심장혈관흉부외과, 신경과, 신경외과를 포함
 - 소아청소년과, 산부인과는 전임의까지 지원 대상에 포함

□ **(지원 내용)** 2025년 기준 지원 조건을 충족하는 대상자에게 월 100만 원의 수련수당을 지원함.

〈표 2-2〉 수련수당 지급사업 정책 현황(2025년)

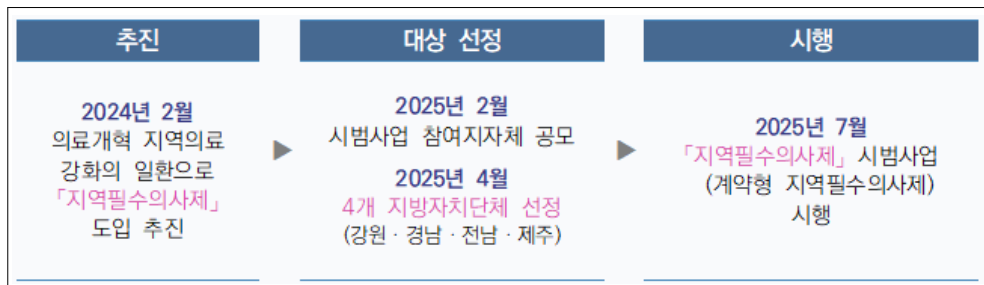
대상		대상자 수(명)	지원 금액(월)	소요 예산
전공의	필수과(8개)	3,728명	100만 원/월	415억 원/연
전임의	소아과·산부인과	300명	100만 원/월	

출처: 보건복지부 제공자료

2. 지역필수의사제 시범사업

- **(배경)** 지방 중소도시 및 농어촌 지역 필수의료 전문의 부족이 심각한 상황임. 필수 과목의 전공의 지원을 저하와 수도권 집중현상으로 심각성이 가속화되고 있음. 이에 단순한 인센티브 제공을 넘어 의무적 장기근무 체계 마련의 필요성이 커짐.
- **(사업 목적)** 지역에서 필수의료 분야 의사의 장기간 근무를 조건으로 충분한 수입과 정주 여건 등 지원함으로써 지역 필수의료 인력을 확보하고 지역의료의 역량 및 신뢰를 강화하고자 함.
- **(추진 경과 및 계획)** 2024년 의료개혁 추진 과정에서 지역의료 강화의 일환으로 「지역필수의사제」 도입이 추진됨. 2025년 계약형 지역필수의사제(지역필수의사제 시범사업) 운영을 위한 참여 지자체 공모 및 선정을 통해 7월부터 시범사업을 시행 중임.
 - 「보건의료기본법」 제4조, 제24조, 「보건의료인력지원법」 제11조를 근거로 시행.

[그림 2-3] 지역필수의사제 시범사업 추진 경과



- **(지원 대상)** 4개 시도(강원, 경남, 전남, 제주)의 각 지역에서 장기 근무하기로 계약한 지자체·의료기관과 8개 필수 과목 전문의를 대상으로 지원함.
 - 2025년 4월 시범 사업에 참여할 4개 지자체(강원, 경남, 전남, 제주)를 선정하여 7월부터 시범 사업을 시행함.
 - 4개 시·도, 총 16개 의료기관의 필수과목 8개 분야에 시·도별 24명, 전체 96명의 지역 필수의사를 대상으로 지역근무수당 및 정주여건을 지원함.

- **(지원 내용)** 중앙의 기본 지침을 기반으로 지역 근무수당과 정주 여건을 지원 하되, 각 시·도는 지역의료 여건과 인력수급 여건에 따라 사업유형, 지원 대상, 정주 여건 지원 방식 등을 자율적으로 설계하는 것으로 나타남.
 - 지역 근무수당은 임금과 구분하여 별도로 지급함. 계약기간(5년) 해지 시 그간 수령한 수당 및 정주 여건 등에 대한 지원액과 법정 이자는 반납해야 함.

- **(사업예산)** 지역근무수당 12억 원(총 96명, 월 4백만원/인)과 권역별 운영비 2억 원으로 구성됨.

제3절 정책 추진체계 및 특징

□ 의료인력의 지역·필수분야 불균형 해소를 위한 정책은 인력의 생애주기에 따라 교육(Education), 규제(Regulation), 재정적 인센티브(Finance), 개인·전문적 지원(Support)의 4가지 수단이 유기적으로 결합되어 추진됨.

[그림 2-4] 의료인력 지원 정책 유형 및 현황: 지역·필수 인력 불균형 중심

	의과대학생 양성단계	전공의 수련단계	전문의 활동단계
Education 교육 양성	<ul style="list-style-type: none"> 지역출신 선발(A1) <ul style="list-style-type: none"> 지역인재전형 전문학교 교육(A2) <ul style="list-style-type: none"> 계획 공공의대 교과과정(A4) 	<ul style="list-style-type: none"> 임상실습과정(A3) <ul style="list-style-type: none"> 다기관협력수련 등 	<ul style="list-style-type: none"> 전문성 개발과정(A5) <ul style="list-style-type: none"> 보수교육·교육훈련
Regulation 규제	<ul style="list-style-type: none"> 지역 인력 양성(B2) <ul style="list-style-type: none"> 공중보건장학제도 계획 지역의사제 	-	<ul style="list-style-type: none"> 의무복무·지원(B3, B4) <ul style="list-style-type: none"> 공중보건장학제도 지역필수의사제 업무범위 확대(B1) <ul style="list-style-type: none"> 진료지원간호사
Finance 재정적 인센티브	<ul style="list-style-type: none"> 장학금 지원(C1) <ul style="list-style-type: none"> 공중보건장학제도 계획 지역의사제 	<ul style="list-style-type: none"> 수련수당 지급(C1) <ul style="list-style-type: none"> 지역·필수 수련수당 	<ul style="list-style-type: none"> 근무 인센티브(C1) <ul style="list-style-type: none"> 지역필수의사제 시니어의사제
Support 개인·전문적 지원	-	<ul style="list-style-type: none"> 근무환경개선(D2) <ul style="list-style-type: none"> 수련환경 혁신 	<ul style="list-style-type: none"> 생활환경개선(D1) 근무환경개선(D2) 외부 전문가 지원(D3) 경력개발(D4) 전문네트워크(D5) 사회적 인정(D6)

1. 의과대학생 양성 단계: 지역 기반의 우수 인력 유입 및 양성

□ 지역 친화적 인력 선발 및 교육 인프라 구축

○ 지역인재전형 및 공공의료 교육(Education)

- 지역 내 인재를 우선 선발하는 ‘지역인재전형(A1)’을 통해 해당 지역 정착 가능성이 높은 학생을 확보함.
- 또한, 공공의료에 특화된 인력을 양성하기 위한 ‘공공의대 신설 계획(A2)’ 등 교육 인프라의 확대를 통해 지역 의료의 공공성을 내재화함.

○ 장학금 연계형 지역 정착 유도(Finance/Regulation)

- ‘공중보건장학제도(C1)’ 및 도입 예정인 ‘지역의사제’를 통해 학생 시기부터 장학금을 지원하고, 졸업 후 특정 지역에서 일정 기간 의무적으로 복무하게 하는 규제(B2)를 결합하여 인력 유출을 방지하기 위한 정책을 추진함.

□ 임상 실습 및 예비 의료인 역량 강화

○ 다기관 협력 실습 및 교과 과정 고도화

- 의대 교육 과정 중 지역 의료 현장을 직접 경험할 수 있는 ‘임상실습 과정(A3)’ 및 ‘다기관 협력 수련 모델’을 배치하여, 예비 의료인들이 지역 의료의 실태를 파악하고 직업적 가치관을 정립할 수 있도록 지원함.

2. 전공의 수련 단계: 필수의료 전문성 배양 및 수련 환경 개선

□ 국가 책임 기반의 재정 지원 및 수련 환경 고도화

○ 필수의료 수련수당 지급(Finance)

- 소아청소년과 등 인력 부족이 심각한 필수 진료과목 전공의들을 대상으로 ‘지역·필수 수련수당(C1)’을 지급하여, 수련 기간 동안의 경제적 보상을 강화하고 필수 분야 선택에 대한 긍정적 유인을 제공함.

○ 근무 환경의 질적 개선(Support)

- 전공의의 과도한 업무 부담을 경감하고 교육에 집중할 수 있도록 하는 '수련 환경 혁신지원 사업(D2)'을 추진함. 이는 단순히 처우 개선을 넘어, 양질의 전문의를 양성하기 위한 국가적 차원의 질 관리 전략임.

□ 지역 네트워크 기반의 체계적 수련 시스템

○ 다기관 협력 수련 체계 구축

- 상급종합병원과 지역 거점 병원 간의 '네트워크형 협력 수련'을 통해 전공 의들이 지역 의료 전달 체계의 다양한 단계를 경험하게 함으로써, 수련 종료 후 지역 사회 내에서 즉시 역할을 수행할 수 있는 실무형 인재로 육성함.

3. 전문의 활동 단계: 안정적 지역 정착 및 활동 지원

□ 재정적 인센티브와 의무 이행의 결합

○ 계약형 지역필수의사제 및 근무 수당(Finance/Regulation)

- 지역 의료 현장에 장기 근무할 것을 약속한 전문의에게 '지역근무수당(C1)' 및 '정주 여건'을 지원하는 '지역필수의사제(B3, B4)'를 시행함.
- 이는 경제적 보상과 지역 복무 의무를 결합하여 단기적인 인력 공백을 해소 하고 장기적인 정착을 유도하는 핵심 정책임.

○ 시니어 의사 등 유휴 인력 활용

- 경험이 풍부한 은퇴 의료진을 지역 공공병원 등과 연계하는 '시니어의사제 (C1)'를 통해 지역 의료의 숙련도를 높이고 필수의료 인력 부족을 보완함.

□ 다각적인 정착 지원 및 업무 혁신(Support/Regulation)

○ 포괄적 정주 환경 및 경력 개발 지원

- 주거 및 생활 인프라 개선(D1), 외부 전문가를 통한 교육·연구 지원(D3), 지역 내 전문 네트워크 구축(D5) 등 비재정적 지원을 강화하여 의료진의 삶의

질과 자부심(D6)을 고취함.

○ 인력 활용의 효율화 및 업무 범위 재설계

- 필수의료 현장의 업무 부담을 덜기 위해 '진료지원간호사(B1)' 도입 등 업무 범위의 유연한 조정(Regulation)을 추진하여, 의료진이 핵심 진료 업무에 집중할 수 있는 환경을 조성함.

4. 정책 추진의 특징 및 시사점

- (연속성의 강조) 각 정책은 단절된 것이 아니라, 양성-수련-활동으로 이어지는 생애주기에 맞추어 '연속성'을 갖고 배치되어야 함.
- (수단 간 시너지) 재정적 보상(Finance)이 규제(Regulation)나 개인적 지원(Support)과 결합될 때 인력의 지역 안착 효과가 극대화됨을 알 수 있음.
- (현행 사업의 위치) 본 연구의 대상인 '수련수당 지급사업'은 수련 단계의 재정 수단이며, '지역필수의사제'는 활동 단계의 재정과 규제, 지원이 결합된 고도화된 정책 수단임을 명확히 함.



제3장

주요국 의료인력 지원정책 사례

제1절 개요 및 분석틀

제2절 수련단계 지원정책

제3절 활동단계 지원정책

제4절 종합 및 시사점

제 3 장 주요국 의료인력 지원정책 사례

제1절 개요 및 분석 틀

- 보건의료 인력의 지역 간 불균형 문제는 국제적으로도 중요한 이슈로 인식되어 관련 정책이 권고되어 있음.
- 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 ①교육 정책, ②규제 정책, ③재정적 인센티브 정책, ④개인적·전문적 지원정책을 포함한 권고안을 개발하였음(World Health Organization [WHO], 2010).
 - 교육 권고 사항으로는 지역 출신 학생 선발, 지역 보건 등의 주제를 포함한 학부 및 대학원 교육과정 개정, 학부생 대상 지역 커뮤니티 경험 및 임상 실습, 지역 내 교육 프로그램 활성화 등이 포함됨(WHO, 2010, p. 3.).
 - 규제 권고 사항으로는 지역 의무복무 도입 시 적정 수준의 지원(장학금, 학비 보조 등) 및 인센티브 도입 관련 내용이 포함됨(WHO, 2010, p. 3.).
 - 재정 인센티브 정책은 생활 보조금, 주거 지원, 교통비 지원, 유급 휴가 등과 같이 지역 근무 인력의 재정적 부담을 완화할 수 있는 여러 인센티브를 조합해야 함. 이때 인센티브는 지역 근무로 인해 예상되는 기회비용을 상쇄할 만큼 충분해야 함(WHO, 2010, p. 4.).
 - 의료인력과 가족에 대한 주거 및 생활여건 지원, 경력 프로그램 개발, 전문 네트워크 지원 등의 개인적·전문적 지원정책을 통해 지역 의료인력을 유지하고 유지하는데 노력을 기울여야 함(WHO, 2010, p. 4.).
- 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)는 의료 취약지역의 불균형 문제를 해결하기 위한 정책적 접근법을 세 가지 주요 그룹, 세 가지 전략, 네 가지 행동영역으로 구분하여 제시하고 있음(Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2014, p.25.).

[그림 3-1] OECD의 의료 취약지역 불균형 문제 해결을 위한 정책적 접근법

3가지 대상	3가지 전략	4가지 행동영역
<ul style="list-style-type: none"> ▲ 관심 있는 그룹(취약지역에서 일하고자 하는 대상) ▲ 서비스 제공이 가능한 그룹 ▲ 관심 없는 그룹 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 미래 의사 목표 전략 ▲ 현재 의사 목표 전략 ▲ 적게 하되 더 잘하기 전략 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 교육, ▲ 재정적 인센티브 ▲ 규제, ▲ 서비스 제공

출처: “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD, 2014, p.25.를 저자가 한국어로 번역하여 제시함.

- 의료인력은 양성 과정과 경력 전반에 따라 세 가지 집단(①의료 취약지역 근무를 결심한 집단, ②적절한 인센티브 제공 시, 지역 근무에 관심을 가질 가능성이 있는 집단, ③의료 취약지역 근무에 전혀 관심이 없는 집단)으로 분류될 수 있음(OECD, 2014, p. 24.).
 - 의사들의 선호는 경력 전반에 걸쳐 변화할 수 있으므로 효과적인 의료인력 지원정책 설계를 위해서는 의사 인력의 전문적 생애주기를 고려하여 그들의 근무지 선택에 영향을 미칠 수 있는 여러 개입 지점을 파악하는 것이 중요함.
- 의료인력 분포의 지리적 불균형 문제를 해결하기 위해서는 세 가지 전략(① 미래 의사 목표 전략, ②현재 의사 목표 전략, ③적게 하되 더 잘하기 전략)이 요구됨(OECD, 2014, p. 24.).
 - 미래 의료인력 확보를 목표로 상대적으로 취약한 지역에서 근무할 의사 인력의 풀을 최대화해야 함. 즉, 의료 취약지역에서 근무하는 것에 관심이 있거나 의향이 있는 의사 수를 늘리는 것이 핵심임.
 - 현재 의료인력 확보를 목표로 의료 취약지역에서 근무하는 것에 관심이 있거나 의향이 있는 의사들이 실제로 취약지역에서 근무하도록 유도하는 데에 노력을 극대화해야 함.
 - 비교적 적은 수의 의료인력으로도 서비스 제공이 가능하도록 서비스 전달 모델을 개발해야 함.
- 의료인력 지원정책의 효과 제고를 위해서는 네 가지 행동영역(①교육, ②재정적 인센티브, ③규제, ④서비스 제공)이 동반되어야 함(OECD, 2014, p.24.).

- 첫째, 의학 교육은 개입 시점에 따라 향후 근무지 선택에 전반적 영향을 미칠 수 있음. 의과대학 입학, 임상 수련 과정 등에서 이루어지는 인력 배치나 교육과정을 통해 의료인력의 지역별 불균형 문제 해결에 기여할 수 있음.
- 둘째, 국가는 의과대학 및 임상 수련 과정에서 지역 의무복무 조건의 장학금, 첫 개원 시 일회성 지급금, 의료 취약지역에서의 지속적 근무를 위한 반복 지급금 등을 통한 재정적 인센티브를 제공할 수 있음.
- 셋째, 국가는 의료인력의 근무지 선택을 규제할 수 있음. 예를 들어, 임상 수련 입문 단계에서 전문과목 선택에 따라 복무 의무가 부과되는 규제를 도입하거나 첫 개원 시점에 적용되는 근무지 선택 관련 규제를 명시할 수 있음.
- 넷째, 새로운 서비스 제공 또는 원격의료 활용 등을 통해 적은 수의 의사로도 적정 수준의 의료 접근이 가능한 환경을 조성하여 취약지역의 서비스 제공 부담을 줄이고 직업 만족도를 높일 수 있음.

□ 다수의 국가에서 농촌 또는 사회·경제적으로 불리한 지역에서 진료를 선택하는데 장애가 되는 소득 불이익을 해소하기 위해 재정적 인센티브 제도를 활용함.

○ OECD가 발표한 의료인력 공급의 지역 불균형과 정책 대응 관련 보고서에 따르면, 한국을 포함한 21개국이 의료취약지 인센티브를 지급하고 있는 것으로 나타남(OECD, 2014, p. 33.).

〈표 3-1〉 의사 인력 불균형 해소를 위한 재정적 인센티브 제도 활용 국가(OECD, 2014)

재정적 인센티브 제공				없음		
호주	프랑스	멕시코	스웨덴	오스트리아 체코공화국 아일랜드	일본 룩셈부르크 네덜란드	폴란드 스페인
벨기에	독일	뉴질랜드	스위스			
캐나다	그리스	노르웨이	미국			
칠레	헝가리	포르투갈	영국			
덴마크(지방)	이스라엘	슬로베니아	(잉글랜드 및 웨일즈)			
핀란드	한국					

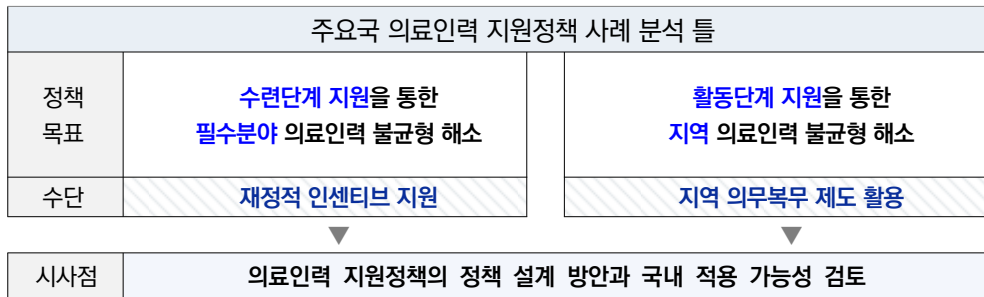
출처: “Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD, 2014, p.33.

34 의료인력 지원사업의 발전방안 연구

□ 본 장에서는 주요국(예: 미국, 프랑스, 일본 등)의 의료인력 지원정책 사례를 정책 목표에 따라 ‘수련단계 지원’과 ‘활동단계 지원’으로 구분하여 분석하고자 함. 이를 바탕으로 국내 의료인력 지원정책의 정책 설계 방안과 국내 적용 가능성을 검토하고자 함.

- 필수분야의 의료인력 불균형 해소를 위해 수련단계에서 이루어지는 재정적 인센티브 지원 사례를 분석함.
- 지역의 의료인력 불균형 해소를 위해 지역 의무복무 제도를 활용한 활동단계 지원정책을 분석함.

[그림 3-2] 주요국 의료인력 지원정책 사례 분석 틀



출처: 연구진이 작성함.

제2절 수련단계 지원정책

1. 미국

- 미국은 다양한 전공의 수련보조금(Graduate Medical Education, GME) 재원 구조를 운영하고 있음. 연방 정부는 주로 메디케어를 통해 수련병원에 GME 보조금을 지급함. 이 외에도 메디케이드, 국방부·보훈부 프로그램, 주정부 단위 보조 프로그램 등을 통해 수련비용 재원을 지원하는 구조임.
- **(재정지원)** 전공의 개인이 아닌 수련병원·프로그램 단위로 예산을 지원하여 수련비용을 보조하는 방식임. 즉, 전공의에게 직접 지급되는 형태는 아님.
 - 수련병원에서 수련에 소요되는 직·간접 비용(전공의 인건비, 지도전문의 인건비, 교육환경 유지비용 등)을 모두 포괄하여 지급함.
- **(특정 분야)** 2023년부터 메디케어 GME 지원 전공의 정원을 5년간 1,000명 증원하면서, 이 중 최소 10%를 농어촌 지역 병원 및 부족 전문과에 배정하도록 규정하는 방식으로 지원이 이루어짐(Niskanen Center, 2023)

가. 일차의료 - THCGME^(Teaching Health Center Graduate Medical Education) 프로그램²⁾

- THCGME는 미국 연방 정부가 지역사회 기반 일차의료 전공의 양성을 위해 운영하는 전공의 수련 지원 프로그램임.
- **(배경)** 메디케어 GME 지원이 어려운 지역 기반 의료기관을 중심으로 수련 인프라를 확충하고, 일차의료·취약지역의 인력 확보를 목적으로 함.
 - 인구 고령화와 만성질환 증가로 일차 진료 의사 부족 현상이 지속됨.
 - 높은 교육비용과 소득 격차로 인해 젊은 의사들이 비교적 수입이 낮은 일차 진료나 공공부문을 기피하는 경향이 있음.

2) Health Resources and Services Administration. (2024a). Teaching Health Center Graduate Medical Education. <https://bhwh.hrsa.gov/funding/apply-grant/teaching-health-center-graduate-medical-education>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- 2010년, Affordable Care Act(ACA)에 의해 미국 보건복지부 산하 보건 자원서비스국(Health Resources and Services Administration, HRSA) 산하 독립 프로그램으로 도입되었음.
- **(지원 대상)** 연방 정부가 지정한 Teaching Health Center와 일차진료 5개 전문 과를 대상으로 지원이 이루어짐.
 - Teaching Health Center에는 지역사회건강센터(Federally Qualified Health Center, FQHC), 농촌보건센터(Rural Health Clinic, RHC), 공공보건기관 등이 포함됨.
 - 지원 대상 인력에는 가정의학, 일반 내과, 소아과, 산부인과, 정신과 등 일차 진료 5개 전문 과가 포함됨.
 - 2023년 기준, 81개 수련 기관의 1,096명을 대상으로 지원이 이루어짐.
- **(지원방식)** THCGME 자금을 기관에 지급하여 수련비용으로 활용되는 구조로, 전공의 개인에게 직접 지급되는 형태는 아님.
 - 일몰성 예산 기반으로 운영되며, 매년 의회에서 재승인이 필요함.
 - 2023년 기준, 총 1억 7,500만 달러의 규모로 운영된 바 있음.
- **(모니터링)** THCGME 수혜 기관은 자금을 지원받은 프로그램 관련 자료와 보고서를 HRSA에 정기적으로 제출함. 미국보건의료인력분석센터(National Center for Health Workforce Analysis, NCHWA)는 해당 자료를 분석하여 THCGME의 성과와 영향을 담은 연례 보고서³⁾를 발표함.
- **(평가)** THCGME는 일차의료 인력의 공급 확대와 농촌 및 의료 취약지로의 의료인력 분산에 긍정적 영향을 미친 것으로 나타남(Health Resources and Services Administration [HRSA], 2023). 이는 메디케어, 메디케이드 센터 예산의 수십억 달러를 절감하는데 효과적일 것으로 예상됨(김현주, 2023).
 - THCGME는 미국 일차의료 인력 부족을 약 2% 해소하는데 기여한 것으로

3) Health Resources and Services Administration. (n.d.). Teaching Health Center Graduate Medical Education (THCGME): Expanding the Primary Care Workforce. <https://bhws.hrsa.gov/funding/apply-grant/teaching-health-center-graduate-medical-education>

추정됨. 특히, 소아과(9.2%), 가정의학(4.4%) 분야에서 인력 해소 효과가 높았던 것으로 나타남(HRSA, 2023a, p. 6.).

[그림 3-3] 미국 일차의료 전문과별 THCGME 수료 인원 및 인력 부족 해소 추정치

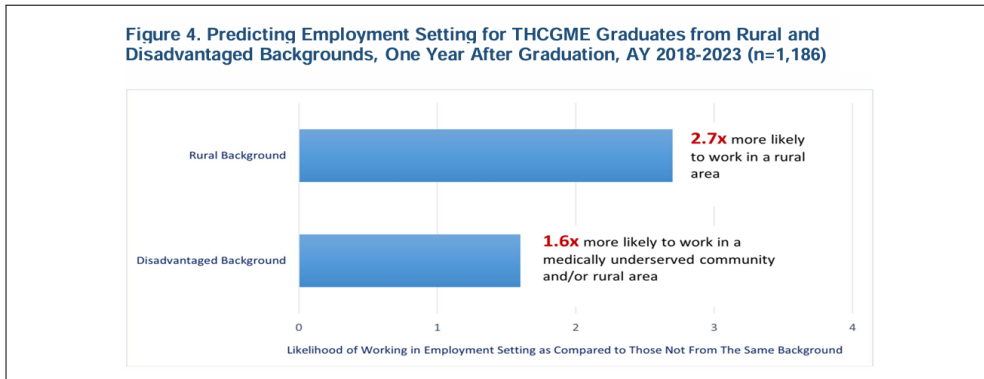
Table 2. THCGME Graduate Count and Estimated Provider Shortage Reduction, by Primary Care Specialty, AY 2011-2023 (N=2,368)

Specialty	Total Graduate Count	Estimated Provider Shortage Reduction
Family Medicine	1,440	4.4%
Internal Medicine	550	2.1%
Psychiatry	88	0.3%
Pediatrics	121	9.2%
Obstetrics and Gynecology	28	0.6%
General Dentistry	131	2.2%
Geriatrics	10	1.0%
TOTAL	2,368	2.4%

출처: “Teaching Health Center Graduate Medical Education Program Evaluation”. HRSA, 2023a, p. 6.

- 최근 5년간 수료자의 85%는 의료 취약지역에서, 13%는 농촌 지역에서 근무 중인 것으로 파악됨(HRSA, 2023a, p. 5.).
- 졸업 1년 후 농촌 지역에서 근무할 가능성은 농촌 출신이 비농촌보다 2.7배 높았고, 농촌·의료 취약지에서 근무할 가능성은 사회경제적으로 취약한 수료자가 그렇지 않은 수료자보다 1.6배 높았음(HRSA, 2023a, p. 5.).

[그림 3-4] 농촌 및 사회경제적으로 취약한 THCGME 수료자의 졸업 1년 후 근무지역 예측



출처: “Teaching Health Center Graduate Medical Education Program Evaluation”. HRSA, 2023a, p. 5.

나. 소아과 - CHGME^(Children's Hospitals Graduate Medical Education) 프로그램⁴⁾

- 소아과 전공의 수련을 지원하기 위한 연방 정부 주도의 프로그램으로, 메디케어 GME 지원을 받기 어려운 어린이병원 대상으로 연방 예산을 지원함.
- **(배경)** 소아과 전공의를 수련시키는 소아전문병원의 수련비용 부담이 증가하고 있음. 또한, 메디케어 GME는 노인 대상 보험으로 소아병원은 지원받기 어려운 구조임. 이에 어린이병원의 수련역량 유지와 인력 공급 안정을 위한 별도 지원 체계가 필요함.
- **(지원 대상병원)** 입원환자 대다수가 25세 이하 아동·청소년인 비영리 어린이병원과 병원을 대상으로 함.
 - 메디케어 GME 지원을 받지 못하는 독립형 소아병원 또는 대학 내 부속 소아병원 등을 포함함.
- **(지원 대상인력)** 병원 소속 소아청소년과, 신생아과, 소아외과, 소아정신과 등 전공의와 펠로우를 대상으로 지원함.
 - 2023년 기준, 59개 어린이병원을 대상으로 지원이 이루어졌음. 이는 전체 소아과 레지던트의 51%가 수련하는 규모에 해당함.
- **(지원방식)** CHGME 자금을 기관에 지급하여 전공의·펠로우 수련비용으로 활용되는 구조로, 전공의 개인에게 직접 지급되는 형태는 아님.
- **(모니터링)** CHGME 자금 수혜 병원은 보건자원서비스국(HRSA)에 수료 인원, 수련받은 주에서 근무하는 수료자 비율, 농촌·의료 취약지역 근무 비율 등을 정기적으로 보고함.
 - HRSA는 관련 자료를 분석하여 2018~2023학년도 성과 보고서⁵⁾를 발간한

4) Health Resources and Services Administration. (2024b). Children's Hospitals Graduate Medical Education Payment Program. U.S. Department of Health and Human Services, Bureau of Health Workforce. <https://bhw.hrsa.gov/funding/apply-grant/childrens-hospitals-graduate-medical-education>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

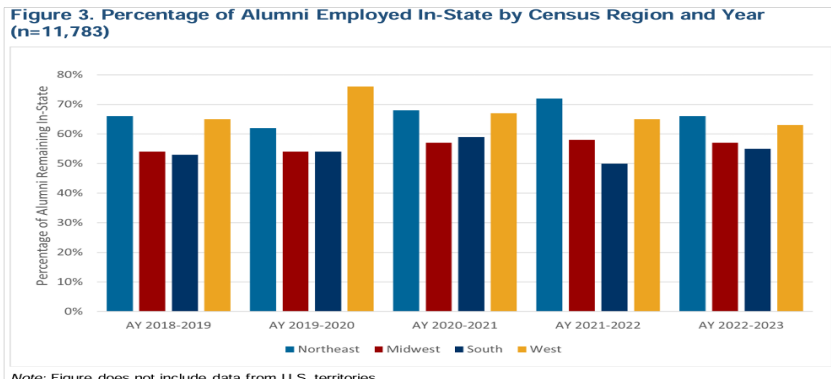
5) Health Resources and Services Administration. (2023b). Children's Hospitals Graduate Medical Education Payment Program Evaluation. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/chgme-eval-nchwa.pdf>

바 있음.

○ (평가) CHGME는 지역 내 의료인력 정착과 취약지 대응에 일정 수준 효과를 미친 것으로 평가됨.

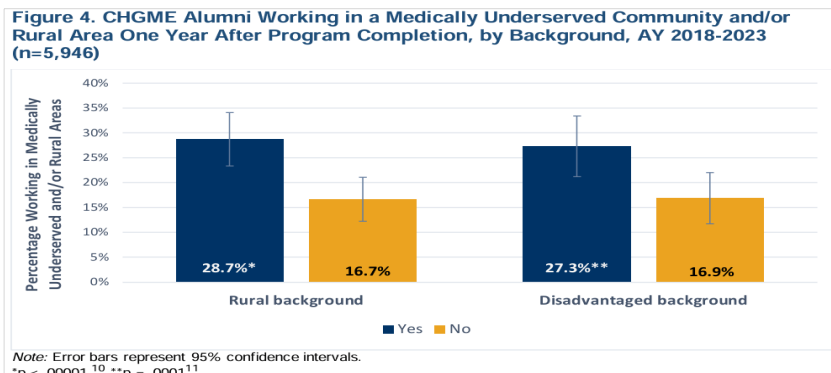
- 수련생의 약 60%가 수련을 마친 후 수련받은 주에 남아 진료를 시작하였으며, 이는 미국 전체 평균(55%)보다 높은 수치임(HRSA, 2023b, p. 5.).
- 농촌·의료취약지에서 근무하는 비율은 농촌 출신(28.7%) 또는 사회경제적으로 취약(27.3%)한 수련생이 그렇지 않은 수련생(약 17%)보다 높았음(HRSA, 2023b, p. 7.).

[그림 3-5] CHGME 연도별 수료자의 수련 주 내 진료 시작 비율(2018~2023학년도)



출처: “Children’s Hospitals Graduate Medical Education Payment Program Evaluation”. HRSA, 2023b, pp. 6-7.

[그림 3-6] CHGME 수료자의 수련 종료 1년 후 농촌·의료취약 지역 근무 비율 (2018~2023학년도)



출처: “Children’s Hospitals Graduate Medical Education Payment Program Evaluation”. HRSA, 2023b, pp. 6-7.

2. 영국

- 영국은 전공의를 국민 보건 서비스(National Health Service, NHS) 소속 직원으로 고용하여 급여 전액을 국가 예산으로 지원하는 체계로, 한국과는 상이한 의료체계를 갖추고 있음.
- 직접적인 재정지원보다는 근무 환경 개선이나 제도적 인센티브 위주로 접근.

가. 취약지 일차의료 – TERS^{(Targeted Enhanced Recruitment Scheme)⁶⁾}

- 일차의료 인력(General Practice, GP) 양성을 위한 국가 차원의 재정적 인센티브 제도에 해당함.
- **(배경)** GP 지원 기피 현상과 지방 간 인력 불균형이 심화됨에 따라 2016년부터 TERS를 도입하여 지방·취약지역 GP 수련을 유도하고자 함.
- **(지원 내용)** 해당 지역의 GP 전공의로 선발되면 1회에 한해 £20,000(약 3천만 원)의 수당을 지급함.
 - TERS 적용 지역에 정착하는 GP에게는 최대 £10,000의 추가 지원금(Golden Hello)이 주어지는 등 지역별 인센티브를 추가로 운영함.
- **(운영구조)** NHS 잉글랜드와 Health Education England(HEE)가 공동 주관하며, GP 국가모집관리국(GP National Recruitment Office, GPNRO)에서 매년 TERS 적용 지역과 인원수를 선정함.
 - 매년 200명 내외의 GP 전공의를 선정하여 운영 중임.
- **(평가)** TERS 시행 이후 GP 지원자가 늘면서 2025년도 모집부터는 잉글랜드에서 TERS 지원금 지급을 잠정 중단할 정도로 충원이 개선되었음(NHS England / Health Education England, 2024).

6) British Medical Association (BMA). (2024). General Practice Workforce Initiatives. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/career-progression/training/general-practice-workforce-initiatives>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- 영국 내 다른 부족 전문과(예: 정신과, 응급의학과 등)에 대해서는 개별 보건당국(스코틀랜드 보건청 등)이나 NHS 병원이 자체적으로 인센티브 프로그램 마련하여 운영함.

나. 그 외 취약 분야·지역 대상 지원제도⁷⁾

- 영국은 구조적 개선과 인력 공급 자체를 늘리는 방향으로 재정지원 방식을 선택적으로 활용하고 있음.
- 일부 지방 NHS 트러스트에서는 신규 채용되는 전문의에게 ‘골든 헬로우’라고 불리는 일시금 보너스를 제공하여 정착을 유도함.
 - 또한, 특정 전문과목(예: 응급의학과)의 전공의 확보를 위해 수도권보다 높은 연봉 밴드를 책정하거나, 근무 일정의 유연성을 늘려주는 등의 조치를 시행함.
- 무엇보다 NHS는 근무 환경 개선을 중시하여, 당직 부담 경감, 파트타임 근무 기회 확대 등을 통해 기피 과의 업무 강도를 낮추려는 노력(예: 산부인과 분야에 전담 분만팀(laborist 제도) 도입 등)을 병행하고 있음.
- 2020년 NHS Long Term Plan에서는 부족 전문 과와 인력 취약지역에 대한 새로운 인센티브 도입을 언급하며, 향후 재정 보상 외에도 근무 환경 개선, 유연 근무제 도입 등의 대책을 종합적으로 시행할 것을 발표함.
 - 이에 따라 2022년 의료인력 전략보고서에서 응급·산과 등 필수 과에는 수련환경 개선 투자가, 정신과에는 추가 수당 검토 등이 제안됨.
 - 최근 영국의사협회(BMA)는 지속 가능한 인력 불균형 문제 해결을 위해 근무조건 개선과 전문의 인력 자체의 확충(전공의 정원 증대)이 필요하다고 주장함.

7) NHS England. (2019). The NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

3. 독일

가. 일차의료-일반의(가정의학) 수련장려금 제도⁸⁾⁹⁾

- 일반의 전공의가 병원 근무 후 개업의원에서 수련을 받을 때 발생하는 소득 감소를 보전하기 위해, 정부와 건강보험공단(KVen)이 전공의 급여 일부를 보조하는 제도를 운영함.
- **(배경)** 일반의 전문의 과정을 이수하는 전공의는 초기 2년간 병원 수련 후, 개업 의원에서 3년간 수련을 받게 됨. 이 기간동안 전공의 수련으로 인해 발생할 수 있는 개업의원(수련기관)의 비용을 지원함.
 - 독일 연방법상 사회보장법 제5권(SGB V) 제75a조에 근거한 「일반의학 분야 전문의 수련 지원 협약」에 의해 운영됨.
 - 연방 차원에서 독일병원협회(DKG), 연방의사협회(KBV), 건강보험연합(GKV-중앙연합) 등이 합의하여 만든 시행협약에 해당함.
- **(지원방식)** 개원의가 수련의를 고용하여 수련시키는 경우, 해당 개원의가 지원금을 신청·수령하고 이를 전공의 급여로 활용함.
 - 전공의 개인에게 직접 지급되지 않고, 수련을 담당하는 개원의(수련 기관)에 지원금 형태로 지원됨.
- **(지원기준)** 2025년 1월 full-time 기준 월 약 5,800유로의 보조금이 지급되었음(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024).
 - 보조금은 연방 정부와 주/지방 KVen이 각각 절반씩 분담함.
 - 보조금은 주기적으로 병원 임금 인상분에 맞춰 조정됨. 개원의는 보조금을 받아 전공의의 브루토(brutto) 급여에 충당하고, 부족분만 자체 부담하게 되므로 전공의 급여의 대부분이 지원금으로 충당됨.

8) PubMed Central (PMC). (2023). Specialist Medical Workforce Policy.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10316722/>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

9) Ärzte Zeitung. (2024). Förderung tut gut. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Foerderung-tut-gut-304502.html>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- **(모니터링)** 정기적인 보고 시스템과 대상자 만족도 조사를 통해 정량·정성 모니터링을 실시함. 연방의사협회(KBV), 독일병원협회(DKG), 건강보험연합(GKV-중앙연합), 민간건강보험협회(PKV-Verband) 등이 매년 공동으로 제도에 대한 평가 보고서¹⁰⁾를 발간함(Bundesärztekammer, n.d.).
 - 수련 기관이 수련 이수 및 전문의 자격 획득과 관련된 자료를 일반의 수련 조정기관(KoStA)¹¹⁾에 정기적으로 보고함.
 - 2년마다 또는 전문의 시험 전 각 주의 주의사회(Landesärztekammern, LÄK)는 일반의학 전공의를 대상으로 수련 만족도 조사를 실시함.
- **(평가)** 전반적으로 제도의 긍정적인 성과가 확인되었으나, 핵심 성과지표를 활용한 정량적 평가는 제한적임(Bundesärztekammer, 2023).
 - 수련자 수, 전문의 자격 취득자 수, 계약 의사 활동 진입자 수가 지속적으로 증가하는 추세임. 이는 독일 연방법상 사회보장법 제5권(SGB V) 제75a조에 따른 수련장려금 제도가 중요한 영향을 미친 것으로 평가됨.
 - 제도의 효과성을 평가하기 위해 ‘수련장려금 수혜자 중 전문의 자격 취득자의 비율’을 핵심 지표로 설정하였으나, 관련 보고 건수가 매우 적어 분석의 신뢰성이 낮아 정확한 평가를 수행하기 어려움.

4. 프랑스

- 특정 필수·기피 진료과 전공의를 대상으로, 추가적인 조건 없이 수당이나 장려금을 지급하는 순수 인센티브 제도는 없음(Diplomeo, 2024).
- 필수분야 인력 부족 문제를 해결하기 위해 정부와 지방자치단체가 일부 조건부

10) Bundesärztekammer. (2023). Evaluationsbericht 2022 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/AusFort-Weiterbildung/Weiterbildung/Foerderung-WB-Paragr75a/Evaluationsbericht_2022_zur_Weitebildungsforderung_gemaess_75a_SGB_V.pdf

11) KoStA는 독일의 일반의 수련 조정기관으로, 수련과정에 대한 조정 및 연계 기능을 수행하는 한편, 일반 의학 수련을 받는 모든 전공의를 대상으로 한 동반 교육 커리큘럼(SemiWAM)을 통해 수련의 질 향상, 대학의 일반의학과와 협력, 관련 이익 단체 참여 등 다양한 역할을 수행(Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin, n.d.)

지원 프로그램을 운영함.

- 전공의 수련단계에서 조건 없이 이루어지는 지원은 일부 지역수당 정도이며, 국가 차원의 기피 과 장려 정책은 대부분 지역복무 등의 대가를 요구하는 형태로 운영됨.
- 특정 과목에 대한 기피 현상 자체를 금전으로 직접 해결하기보다는, 필수 과목(특히 일반의학) 전공의를 부족 지역으로 유도하여 지역 격차를 완화하는 정책에 초점을 둬. 인센티브를 통해 자발적인 선택을 유도하되, 일정 부분 사회적 의무를 부과하는 균형 전략을 취하는 것으로 확인됨.

가. 일차의료-일반의(General Practice) 전공의 4년차 인센티브¹²⁾

- 2026년부터 일반의학 전공의 수련 기간을 3년에서 4년으로 연장하고, 추가된 4년차를 의료취약지역에서 수련할 경우 인센티브를 지급하는 제도를 운영할 예정임.
- **(배경)** 지역 일차의료 인력 부족이 심각해지자, 강제배치 대신 인센티브를 통해 전공의를 취약지로 유도할 필요성이 제기됨.
 - 취약지로 4년 차 수련을 나갈 경우 충분한 보수를 제공하는 구조를 설계하여 도입하고자 함.
- **(지원 내용)** 4년 차 전공의는 주니어 닥터(docteur junior) 신분으로, 연 32,000유로(월 약 2,600유로)의 기본 급여를 받게 됨.
 - 의료취약지(인구 대비 의사 부족 지역)에서 수련하는 경우 추가 수당(인센티브)이 지급되며, 월 최대 4,500유로(net)까지 수령 가능함.
- **(운영구조)** 전공의 급여 지급은 수련병원 및 보험 공단을 통해 이뤄지며, 추가 인센티브 예산은 보건부/지역보건청(Agence Régionale de Santé, ARS)이 관리함.

12) Le Figaro. (2023. 6. 12). 10e année d'études de médecine générale payée jusqu'à 4 500 euros. <https://www.lefigaro.fr/social/sante-la-10e-annee-d-etudes-de-medecine-generale-payee-jusqu-a-4500-euros-par-mois-annonce-francois-braun-20230612>를 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- 공공 건강보험 기금(Assurance Maladie)에서 보건부와 지역보건청(ARS) 예산을 통해 수련 기관에 필요한 인건비를 보조금 형태로 지원함.
- **(모니터링)** 보건부, 지역보건청(ARS), 일반의 전문대학 협회(CNGE), 대학 수련 지도교수(MSU) 등으로 구성된 추진감독위원회(comité de suivi)가 제도의 초기 설계부터 운영·성과 관리까지 전 과정을 감독함(Ministère de la Santé et de la Prévention, 2023).
 - 매월 정례 회의를 통해 수련 인프라 분석 및 급여·인센티브 구조의 실효성을 평가하고, 해당 결과를 토대로 정기 보고서를 발간할 예정임.
- **(평가)** 제도 시행을 앞두고 4년 차 인턴을 위해 필요한 지도교수(MSU) 확보율 부족으로 인한 수련 품질 저하에 대한 우려가 제기됨(Colin, 2025).
 - 대학 수련 지도교수(MSU)의 16%만이 현재 급여 조건으로 4년 차 인턴을 지도할 수 있다고 응답하였음. 충분한 수의 MSU 확보 없이는 외래 인턴십 수행이 어려우므로 개혁의 실질적 효과를 기대하기 어려울 것이라 예상됨.

나. 지역 단위 특정 분야/지역 수련보조금 프로그램

- 주로 일반의학 전공의를 주요 대상으로 하며, 지방이나 낙후 지역에서 수련하면 별도의 장려금을 지급함. 아래 두 사례 모두 별도 모니터링 체계 없이 프로그램만 운영 중인 것으로 확인됨.
- 일드프랑스(Île-de-France) 지역: 2023년 파리 일원 일드프랑스 지역보건청(ARS)은 지역 매력도 향상 수당(allocation d'attractivité territoriale) 시범 사업을 도입하였음. 파리 도심 및 인접부를 제외한 대도시 외곽 및 센생드니(Seine-Saint-Denis) 지역에서 가정의학(일반의) 전공의가 6개월 수련(1개 학기)을 수행하면 1회 1,500유로의 장려금을 지급함(What's up Doc-Le Mag, 2023).
- 오브(Aube) 주(데파르망): 프랑스 동부 오브 주에서는 자체 예산으로 일반의학 전공의에게 월 200유로의 수당을 지급함. 일반의 전공의 2~3년 차를 대상으로

해당 주에서 1차 의료 수련^{지역 클리닉 실습 또는 자율진료수련[SASPAS]}을 수행하는 경우 지원함(Diplomeo, 2024).

5. 일본

- 전공의에게 정부가 일률적 수련 수당을 지급하는 제도는 없으며, 일부 지방자치 단체가 자체 예산으로 특정 필수 과 전공의를 지원하는 경우가 있음.
- 현(県)에서 산부인과 전공의가 현립병원에서 수련할 경우, 월 10만 엔의 수당을 추가 지급하거나 수련 기간 숙소를 무료 제공하는 제도를 운용함.

가. 산과 의사 육성·확보 지원 사업(産科医等育成・確保支援事業)¹³⁾

- 산부인과 의사 등 분만 관련 의료인력의 확보 및 산과 전공의 육성을 지원하는 중앙정부 사업에 해당함.
- (배경) 중앙정부(후생노동성)가 예산을 지원하고 지자체 및 수련병원을 통해 시행함으로써, 열악한 산과 분야의 인력을 확보하고자 함.
- (지원 내용) 산과 전공의에게 “研修医手当” 명목의 수련 수당을 지급함(지바 현청, 2024).
 - 전공의 1인당 월 5만 엔 수준의 추가 수당을 수련병원에서 지급하도록 함.
- (운영구조) 중앙정부-지방-의료기관이 연계하여 사업을 운영함. 국가 예산을 통해 조성된 ‘지역의료개혁추진기금’ 등을 활용하여 재원을 마련함.
 - 사업예산은 국비 2/3, 지방비 1/3 등으로 분담되어 보조금 교부 형식으로 지자체나 수련병원에 지원이 이루어짐. 지자체는 관내 수련병원을 대상으로 해당 사업 신청을 받아 보조금을 교부하며, 수련병원은 전공의에게 수당을 지급함.

13) 일본 후생노동성. (2024). 医療人材確保総合対策. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb5723&dataType=1&pageNo=1을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- **(모니터링)** 후생노동성 의료정책국 응급·주산기 의료정책실(指導課 救急・周産期医療等対策室)은 시책 목표를 설정하고 예산 집행률, 산과 전문의 수, 의료 성과(산모·신생아 사망률) 등에 따른 사업 효과를 주기적으로 평가함(일본 후생노동성, 2021).
- **(평가)** 2021년 사업 자체 평가에 따르면, 집행 내용은 목적에 부합하나 성과 관리 체계가 미흡하고 유사 사업과의 조정이 필요하다는 지적이 제기됨(일본 후생노동성, 2021).

나. 지방자치단체의 지원 사례

- (가고시마현) 전문의 육성 지원사업¹⁴⁾
 - 초기 임상 수련을 마친 후 가고시마현 내 수련병원에서 특정 진료과(소아과, 산과(산부인과), 마취과, 구급(응급의학과), 종합진료과 등) 전문수련을 시작하는 후기 전공의를 대상으로 함. 예산 범위 내에서 약 30명 내외를 대상으로 하고 있음.
 - 월 2만5천 엔의 수련장려금을 수련병원을 통해 전공의에게 지급하며, 재원은 현(県) 예산으로 마련함.
- (야마나시현) 산과 의사 확보 임상 연수 장려금¹⁵⁾
- 산부인과 의사 확보를 위해 2013년부터 「産科医確保臨床研修奨励金」을 도입.
 - 현 내 산부인과 전문수련 프로그램에 참여하는 전공의에게 연 50만 엔(최대 3년간 총 150만 엔)을 지급함.
 - 현 공식 홈페이지¹⁶⁾를 통해 연도별 지출 현황을 공개하고 있으나, 사업의 실질적인 효과 분석은 부재함.

14) 가고시마현청. (2024). 専門医養成支援事業. <https://www.pref.kagoshima.jp/ae03/kenko-fukushi/dكتورbank/taisaku/krsyoureikin.html>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

15) 야마나시현청. (2024). 産科医確保臨床研修奨励金交付要綱.을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

16) 야마나시현청. (n.d.). 産科医確保臨床研修奨励金について[산과의 확보 임상 연수 장려금의 지출 상황의 공표]. <https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/sankaikakuho.html>

제3절 활동단계 지원정책

1. 선발단계 개입형

가. 일본: 자치의과대학·지역정원제도

□ 일본은 의료서비스 공급이 상대적으로 부족한 지역의 의사인력 확보를 위해 양성 제도로 자치의과대학 제도와 지역 정원 제도를 활용하고 있음.

〈표 3-2〉 일본 자치의과대학·지역정원제도

구분	자치의과대학	지역정원제도(특례입학)	
개요	자치의과대학 단일 기관 (전국 선발·지역 복무)	전국 의과대학 (지역별 선발·지역 복무)	
시행 연도	1972년	2000년대	
지원 대상	자치의과대학생 (지역 의무복무 전체)	지역정원 선발 의대생 (지역 의무복무 전체)	
선발인원	123명(도도부현별 2~3명)	321명(2008년), 1,513명(2012년)	
의과대학 교육	- 농촌지역 진료 중심 특성과 교육과정 - 필수과목과 선택과목 개설	- 일반전형 및 특례입학 교육과정은 동일 - 지역의료실습 선택과목 수강 의무화로 지역 의료에 대한 관심·역량을 증진	
지원 내용	학비 및 생활비 지원 (수학자금, 장학자금 대여)	학비(장학금) 지원 (학자금 지원 유무에 따라 지역정원제도 유형을 구분)	
의무 복무 사항	기간	9년	9년(일부 10년)
	수련 기간	포함	
	구성	· 초기연수(졸업 후 1~2년) · 벽지근무(졸업 후 3~5년) · 후기연수(졸업 후 6~7년) · 벽지근무(졸업 후 8~9년)	· 초기연수(졸업 후 1~2년) · 후기연수(졸업 후 3~5년) · 지역 내 일반진료(졸업 후 6~9년)
	지역	해당 도도부현	
계약 위반 시	학비·생활비 전액 반환	장학금 반환 및 배상금	

출처: “지역 간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안”, 이종구 외, 2015.

1) 자치의과대학¹⁷⁾

- **(개요)** 자치의과대학은 벽지 등 지역의료 확보를 위해 고도의 의료능력을 가진 의사와 간호사를 양성하는 것으로 목적으로 1972년 설립되어 운영 중임.
- **(지원 대상)** 지역 의무복무를 조건으로 자치의과대학생을 대상으로 하며, 도도부현별 2~3명씩, 총 123명을 선발하여 지원함.
- **(의무 복무)** 자치의과대학생은 졸업 후 9년간 지역에서 의무복무를 해야 하며, 졸업 후 연수에 따라 연수와 벽지 근무를 병행함.
- **(지원 내용)** 자치의과대학생은 학비와 생활비를 지원받음. 학교와 수학자금 대여 계약을 체결하고, 지역 의무복무 조건을 충족함으로써 반환을 면제받는 '수학자금 대여 제도'와 졸업 후 돈을 할부로 반환하는 '장학자금대여 제도'로 구분됨.
 - 수학자금 대여는 졸업 후 지역 의무복무 조건을 적용받음. 지원 학생은 졸업 후 수학자금 대여 기간의 1.5배에 상당하는 기간(근무 기간의 절반은 도도부현 지사가 지정한 지정공립병원 등에 근무)을 의사로서 근무해야 함.
 - 단, 조건을 만족시키지 못하는 경우 대여금에 소정의 이율을 곱한 금액을 더하여 일괄 반환해야 함.
 - 장학자금 대여는 생활비 일부(월 50,000엔)를 대출하여 경제적으로 지원하는 제도임. 경제 상태 또는 학업 성적 등에 따라 최대 월 150,000엔까지 무이자로 대여 가능하며, 졸업 후 9년 이내에 할부로 반환해야 함.
- **(모니터링)** 자치의과대학은 졸업생들의 복무 이행을 자체적으로 관리하고, 이탈자 발생 시 환수금 징수 등을 수행함.
 - 일본 정부는 충원율, 복무이행률, 지역정착률 등의 지표를 토대로 제도의 효과를 평가하고, 필요한 경우 장학금 액수나 복무조건을 조정함(예: 의대 입학 후

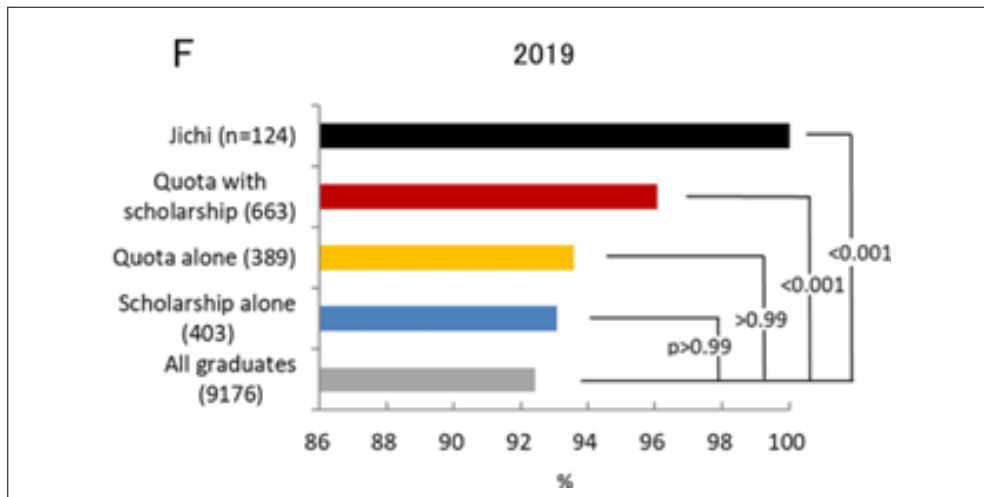
17) 이종구, 이승희, 조비룡, 안아름. (2015). 지역 간 의료인력 격차 해소를 위한 공공의료교육 강화방안. 세종: 국무조정실 지역발전위원회, 서울: 서울대학교 산학협력단.을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

선발 방식에서 이탈률이 높게 나타나자 입학 시 선발을 확대하는 방향으로 개선 논의)

□ (평가) 높은 국가시험 합격률, 의무이행률을 보이며 졸업생의 농촌 근무 효과도 유사 제도와 비교할 때 가장 높은 것으로 나타남. 그러나 강한 계약 및 금전적 패널티에 대한 윤리적, 법적 논쟁이 제기된 사례도 존재함.

○ 자치의과대학 졸업생의 국가시험 합격률은 전국 평균 및 다른 정원 제도에 비해 가장 높았음.

[그림 3-7] 일본 자치의과대학 졸업생의 국가시험 합격률(2019)



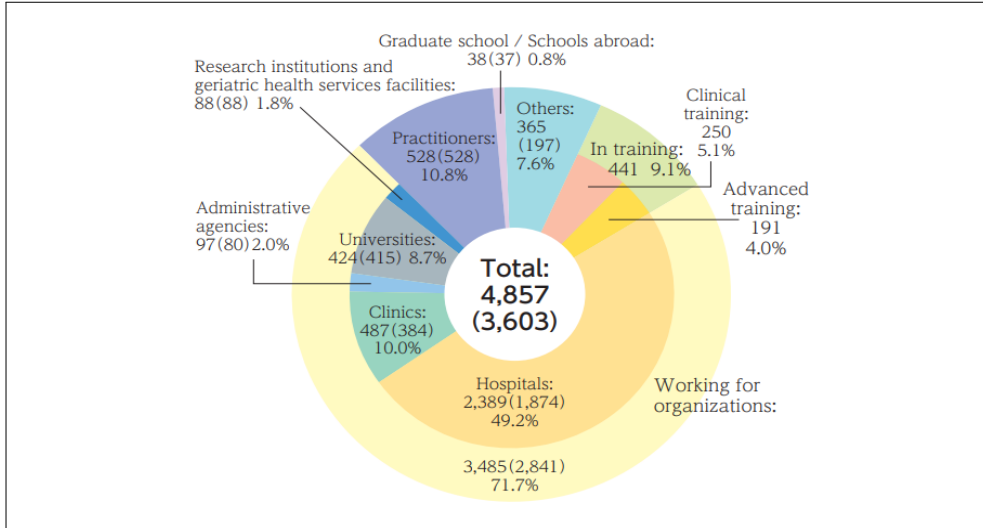
주: Jichi(자치의과대학), Quota with scholarship(지역정원, 장학금O), Quota alone(지역정원, 장학금X), Scholarship alone(지역정원X, 장학금O)

출처: “Education policies to increase rural physicians in Japan: a nationwide cohort study”, Masatoshi Matsumoto et al., 2021.

○ Masatoshi Matsumoto et al (2021)에 따르면, 자치의과대학 졸업생의 근무지는 다른 유사 제도에 비해 인구밀도가 낮은 지역에 집중되어 나타났음.

○ 2023년 7월, 자치의과대학 졸업생 4,857명 중 3,603명(74.2%)은 지역 의무이행 조건을 충족함.

[그림 3-8] 일본 자치의과대학 졸업생의 지역 의무복무 이행(2023.7.)



주: 괄호 안의 숫자는 의무 서비스를 마친 졸업생의 숫자를 나타냄.

출처: “졸업생 경력”, 자치의과대 홈페이지, 2023.7.1. <https://www.jichi.ac.jp/english/medicine/alumni/>

- 다만, 복무 불이행 시 고액 일시상환 요구 등 과도한 제재 논란이 커지고 있음. 2025년에는 자치의과대학 ‘수업·장학금’ 제도의 위헌 및 위법성을 다투는 소송이 제기된 바 있음(風間 直樹, 2025).

2) 지역정원제도¹⁸⁾

□ (개요) 지역정원제도는 각 대학에서 의학부 입학정원의 범위를 설정하고 자치단체에서 학자금 지원 등 우대정책을 도입하여, 지역의료에 종사할 의사를 양성하고 의사 부족을 경감시키는 것을 목적으로 함.

□ (지원 대상) 의과대학 졸업 후 9년간 지정된 현에서 의무근무를 하는 것에 동의한 학생을 대상으로 지원함.

- 위 공통선발 조건을 기준으로 하되, 현/의과대학에 따라 세부 선발기준과 선발

18) 임선미, 김계현. (2020). 일본 지역정원제도의 개요 및 현황. 이슈브리핑 6호를 바탕으로 연구진이 작성하였음.

과정에는 차이가 있을 수 있음. 일반적으로 도도부현이 학생 추천 및 선발에 관여하며 각 의과대학의 입시위원회가 최종 지원 대상을 선정함.

□ **(의무복무)** 9년의 지역 의무근무 기간은 학자금 지원 기간의 1.5배에 해당하며, 대학 6년 기준으로 산정함.

□ **(지원 내용)** 장학금 형태로 학비를 지원하며, 학자금 지원 유무에 따라 지역정원 제도의 유형을 구분하고 있음.

○ 유형 A: 학자금을 지원하는 제도

- A1: 별도 정원으로 입학 시 선발, 졸업 후 일정기간 의무이행을 부여
- A2: 입학 후 지역 정원을 선발, 졸업 후 일정기간 의무이행을 부여

○ 유형 B: 학자금을 지원하지 않는 제도

- B1: 별도 정원으로 입학선발, 졸업 후 일정기간 의무이행을 부여
- B2: 별도 정원으로 입학선발, 졸업 후 의무 이행기간이 명시되지 않아 「졸업 후 현내 근무」 「현내 의료에 공헌」 등을 명시함.

○ 지역정원제도의 유형은 155개로 의무기간과 의무내용에 따라 그 유형이 매우 다양함. 지역정원제도를 도입한 대학 중 65개 대학이 학자금 지원제도(A)를 도입한 것으로 나타남.

□ **(모니터링)** 일본 후생노동성(MHLW)과 문부과학성(MEXT)이 공동으로 각 의대와 지자체의 지역의사제 운영 현황을 정기 보고받고 있음.

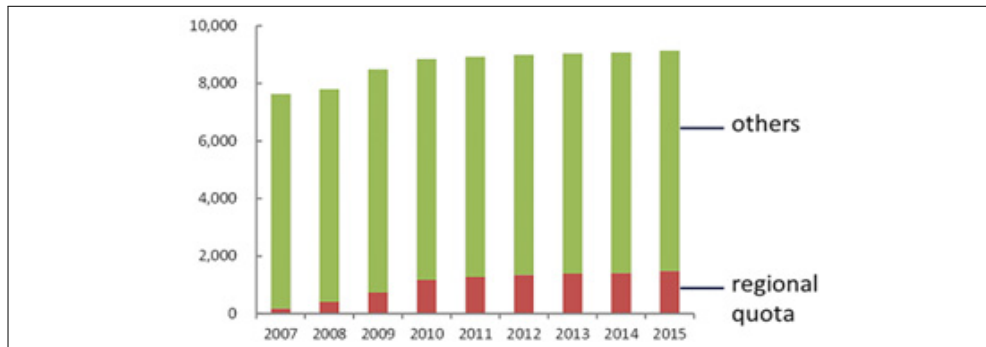
○ 매년 지역장학생 모집 현황, 의무복무 배치 및 완료 현황을 집계하며, 2018년에는 후생성에서 「지역정원제도의 개요 및 현황」 보고서를 통해 전국 데이터를 발표함.

□ **(평가)** 전체 의대 입학자의 약 17%를 차지할 정도의 큰 규모 정책으로, 특히 소도시에서 비교적 높은 의무 이행률을 보임. 그러나 자치의과대학제도와 마찬가지로 의무복무의 계약상 윤리적 논쟁 가능성과 지역 잔류의 장기적 효과에 대한 지속적

모니터링이 필요함.

- 전체 80개 의과대학 중 70개가 지역정원제도 운영 중임. 매년 약 1,500명(전체 의대 입학자의 17%)이 지역 정원제도로 입학하는 것으로 나타남.

[그림 3-9] 일본 지역정원제도 현황(2007~2015)



주: Regional quota(지역정원제도 입학자), Others(일반 입학자)

출처: "Follow-up study of the regional quota system of Japanese medical schools and prefecture scholarship programmes: a study protocol", Masatoshi Matsumoto et al., 2016.

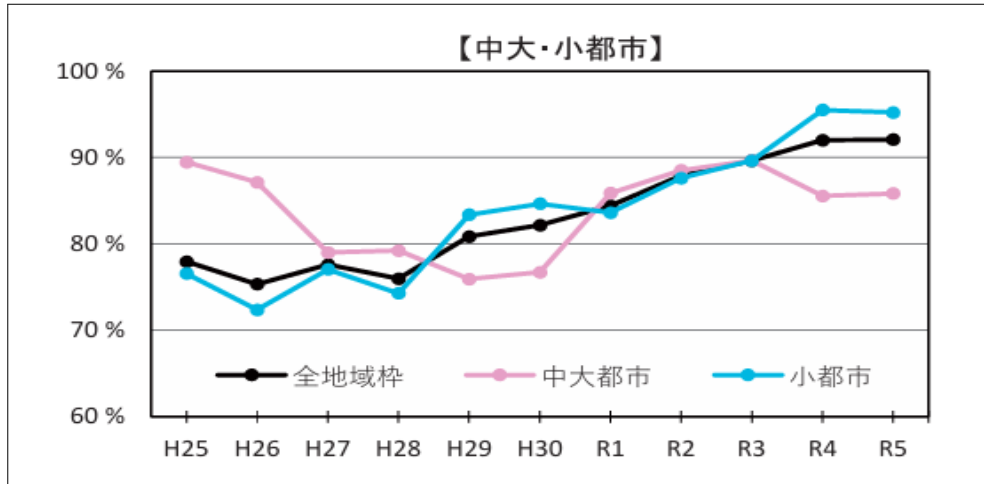
- 2013~2023년 평균 의무 이행률은 84.8%였으며, 의무 이행자의 약 70%는 졸업 후 병원에서 근무하는 것으로 나타남(一般社団法人·全国医学部長病院長會議, 2025, p. 26).
- 2013~2023년 전국 의무 이행률은 증가하는 추세이며, 특히 소도시 의무 이행률은 큰 폭으로 상승하였음(2023년, 95.3%)(一般社団法人·全国医学部長病院長會議, 2025, p. 27).

[표 3-3] 일본 지역정원제도 지역별 의무이행 현황(2025)

구분	전국	중대도시	소도시
지역정원 국시합격자 수	7,950	2,567	5,383
의무이행자 수	6,081	1,888	4,193
- 병원 근무	4,319	1,343	2,976
- 대학원 진학	11	4	7
- 초기 연수의	1,690	541	1,149
의무이행률(%)	84.8	83.6	85.3

출처: "地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告", 一般社団法人·全国医学部長病院長會議, 2025.3., p.26의 표 일부를 번역함.

[그림 3-10] 일본 지역정원제도 현황(2007~2015)



주: H25~R5는 2013년~2023년, '全地域枠'는 전국, '中大都市'는 중대도시, '小都市'는 소도시를 의미.
출처: "地域枠入学制度と地域医療支援センターの実態に関する調査報告", 一般社団法人 全国医学部長病院長会議, 2025.3., p. 27.

- 복무를 강제하는 계약 구조는 단기적 효과는 있으나, 장기 잔류는 개인적 요인(출신지, 전공선택 등)에 의해 크게 좌우되는 경향이 있으므로(Matsumoto et al., 2008) 지속 가능한 동기 부여장치로는 한계가 있을 수 있음.

나. 호주: Bonded Medical Program¹⁹⁾

- (배경) 농촌 지역 의료인력난을 해결하기 위해 연방 정부는 2004년부터 의대 입학생을 대상으로 Bonded 프로그램을 시행함. 2020년에는 이를 통합 개편한 "Bonded Medical Program (BMP)"을 출범하였음.
- 정부의 「강화된 농촌 보건 전략(Stronger Rural Health Strategy)」의 일환으로 의대 정원의 일부를 해당 프로그램으로 충원하면서, 졸업 후 일정 기간 농촌에서 일하는 것을 조건으로 의대 진학 기회를 제공하고자 함.

19) Australian Government. (2025). About the Bonded Medical Program. <https://www.health.gov.au/our-work/bonded-medical-program/about?language=en#:~:text=The%20Program%20started%20on%201,It%20aims%20to>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- **(수행 주체)** 연방 보건부(Department of Health)가 전국적으로 방식을 통일하여 운영함.
 - 「1973년 의료보험법(Health Insurance Act)」에 근거해 제도를 설계하였으며, 각 대학에 Bonded 정원을 할당하는 방식임.
 - 실제 학생 선발과 관리는 연방-대학 공동으로 이루어지며, 참여 대학들이 입학생 지원 및 계약 절차를 담당함.
 - 법률상 의무조항과 제재는 연방 차원에서 규정함. 2020년 제도 개편 시 연방법 개정을 통해 시행됨.

- **(지원 대상)** 의과대학 입학 희망자(고등학생 또는 학부 출신 지원자 중에서 일정 비율(약 25% 내외)을 놓어준 지역복무 조건부로 선발)를 대상으로 함.
 - 의과대학의 연방 정원 중 28.5%까지 Bonded 트랙으로 선발하며, 연간 약 800여명이 지원 대상임.
 - 의대생 중 약 1/4 이상이 본 프로그램에 편입하는 것으로 나타났으며, 입학 시 동의한 자만 지원 대상에 해당됨(Parliament of Australia, 2021).

- **(의무복무)** 의대 졸업 후 총 156주(3년)간 지정된 척박 지역(Modified Monash Model 기준, MM 4~7 지역)에서 근무하는 것을 지원 조건으로 함.
 - 과거 2000년대 도입 당시 의무기간이 연속 6년으로 비교적 길었으나, 2020년 개편되면서 3년(156주)으로 단축되었음.
 - 3년의 의무복무는 졸업 후 18년 이내에 유연하게 이행할 수 있도록 규정되어, 전문의가 된 후 여러 단계로 나눠 채울 수 있음.
 - 배치 지역은 연방 보건부가 지정한 지역(DdW, Distribution Priority Areas)으로, 주로 인구밀도 낮은 지방 도시, 농촌 마을, 오지 지역이 해당됨.
 - 연방정부의 승인된 기관(공립병원, 지역개인병원 등)에서만 근무해야 의무 시간이 인정됨. 도시 지역에서 수련하거나 일한 기간은 RoSO(Return of Service Obligation)에 불포함.

- **(지원 내용)** 연방 보조 학자금 제도(HECS-HELP)를 통해 학비를 지원함.
 - 재정적 장학금을 직접 지급하지는 않으며, 혜택은 의대 입학 정원 확보 그 자체로, 본래 경쟁률 상 떨어졌을 수 있는 지원자에게 정부 보장 정원(Commonwealth Supported Place)을 제공함.
 - 해당 정원은 정부가 학생의 학비 대부분을 보조하는 형태로 다른 의대생과 동일한 지원에 해당함. 과거 MRBS 제도에서는 연 2만5천 호주 달러의 장학금을 지급했으나 2020년 폐지됨.
 - 시골 지역에서 근무를 시작한 의사들에게 호주 정부는 Rural Practice Incentive 프로그램을 통해 근무 연차에 따라 최대 A\$60,000의 장기근속 보너스 등을 지급함(예: 5년차에 일시금 지급 등).
 - ‘교육기회 제공 + 초기정착 지원 + 장기근속 보상’으로 단계별 인센티브를 설계하여 운영함.

- **(제재 사항)** 의무 불이행자는 보건부 장관이 정하는 벌금 또는 채무 납부를 이행해야 함.
 - 원칙적으로 복무를 하지 않으면 위약상환 청구 또는 Medicare 혜택 제한(개원 의로서 메디케어 청구를 하지 못해 사실상 개업이 어렵게 함) 조치를 당할 수 있으나, 2023년 메디케어 자격정지 조항 폐지 등 제재 규정이 완화되는 추세임 (Australian Doctor Group, 2025).

- **(모니터링)** 전산시스템을 통한 입학전형, 교육과정, 본드제도의 효과를 전주기적으로 평가함.
 - 연방 보건부 산하에 Bonded Return-of-Service System (BRoSS)라는 전산 시스템을 운영하며, 모든 참여자들이 자신의 근무지, 근무기간, 전문의 자격 취득 여부 등을 등록함.
 - 누가 어느 지역에서 얼마나 이행했는지 실시간 추적이 가능하고, 미이행자에 대한 경고나 안내도 자동화되어 있음.

- 의대 정원 정책과 연계한 종합 평가를 수행하는데, 매년 졸업생 수 증가가 지역 의사 부족 완화에 어떤 상관관계가 있는지, 농촌 임상실습(Rural Clinical School)을 받은 학생의 실제 농촌 취업률은 어떤지 등을 모니터링하여 입학 전형, 교육과정, 본드제도의 효과를 전주기적으로 평가함.
- **(평가)** 구제도(BMP, MRBS) 시절에는 많은 참여자들이 의무이행을 기피(최대 25~30% 이탈 등) 하거나 지연하여, 실효성 논란이 있었음(HRSA, 2022).
 - 2004년 도입 이후 15년간 약 10,000명 이상의 의대생이 참여하였음.
 - 농촌 의료인력이 증대되었으나, 초기에는 의무복무를 끝내지 않고 도시로 이탈하는 사례도 많았음.
 - 2019년 기준, 과거 본드 대상자 중 상당수가 아직 의무를 완료하지 못한 채 도시에서 근무 중이라는 지적이 나와 정부의 대대적 개선이 이루어짐.
 - 그 결과 2020년 새로운 BMP에서는 이미 의무를 일부 수행한 사람은 남은 기간을 3년으로 경감받고, 이행 독려를 위해 온라인 보고 시스템(BRoSS)을 구축하여 참여자가 자신의 의무이행 현황을 직접 관리하도록 함. 개편 이후 첫 의무복무 시작은 2026~2027년부터로 예상됨.
 - 농촌 지역에 별도 장려금 지급을 지급하며, 전문의 수련 과정 지방화 등의 보완책도 병행할 예정임.
 - 최근 의무복무 완료 비율이 높아지는 추세를 보임. 2022년에는 연방 보건부가 “본드 프로그램 참여자의 절반 이상이 시골지역에서 경력을 시작했다”는 내용의 보도자료를 발표함. 그러나 완전한 지역 정착률은 아직 파악 중이며, 정부는 추후 농촌 장기 근속률을 별도로 집계하여 정책 성과를 검토할 예정임.

2. 근무단계 개입형

가. 미국: 국가보건서비스(National Health Service Corps, NHSC) 프로그램²⁰⁾

- (개요) 의료인력 부족 지역(Health Professional Shortage Area, HPSA)에서 진료를 제공하는 보건의료 인력(의사, 치과의사, 전문 간호사, 조산사, 의사 보조사 (physician assistant, PA) 등)을 대상으로 일정 기간 근무를 조건으로 장학금 및 학자금 대출 상환을 지원하는 프로그램임.
- 연방 정부는 1970년대 전국적인 의료인력 불균형 해소를 위해 국가보건서비스단(NHSC)을 도입하였음.
- 의대, 치대, 간호대 학생 등은 NHSC 장학금 프로그램에 지원 가능하며, 이미 면허를 가진 의사, 간호사, 치과의사, 조산사, 정신건강 전문가 등은 NHSC 대출상환 프로그램에 지원할 수 있음.
- (시행 주체) 연방 보건복지부 산하 보건자원서비스국(HRSA)에서 운영함.
- 연방 예산으로 장학금·대출상환금을 지원하며, 복무 대상 지역(HPSA) 선정과 배치는 연방 정부가 관리함.
- 별도로 각 주 정부도 연방 보조를 받아 주 차원의 대출 상환 프로그램(State Loan Repayment Program, SLRP)을 운영하지만, 기본적으로 중앙정부 주도의 정책에 해당함.
- (지원 대상) 의대생부터 현직 의료인까지 다양한 단계의 인력을 대상으로 함.
- (의대 재학생) 졸업 후 복무를 조건으로 한 장학금을 지원함.
- (전공의 수련 직후 또는 중견 의사) 학부·대학원 등록금, 합리적인 교육비 및 생활비 관련 대출과 대출상환금을 지원함.

20) Congressional Research Service. (2025). The National Health Service Corps. <https://www.congress.gov/crs-product/R44970?s=2&r=11> 을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- (지원 분야) 일차의료 분야로 한정되어 있어, 가정의학·내과·소아과 등 일차 진료 전문의 및 공중보건 치과의, 정신건강 전문 인력 등을 대상으로 함.
- **(의무복무)** NHSC 장학생은 최소 2년의 전일제 의료서비스 제공을 의무로 하며 (장학금 1년당 1년 복무, 최대 4년), 추가 장학 지원을 받지 않고도 계약을 연장해 최대 4년까지 복무 가능함.
 - 대출 상환자의 경우 일반적으로 2년 계약이 기본이며, 프로그램에 따라 2년 추가 연장도 가능함.
- **(지원 내용)** NHSC 장학 프로그램은 의대(또는 치대 등) 재학생에게 학비 전액과 등록금, 교재비 등 교육비, 그리고 매월 생활비(Stipend)를 최대 4년간 지원함 (2025년 기준 월 생활비 세전 약 \$1,467, 세금 부과).
 - 대출상환 프로그램은 이미 면허를 취득한 의사에게 학자금 대출 상환금을 지급하는 것으로, 기본 프로그램의 경우 2년 복무에 최대 \$5만 달러를 지원함.
 - 특정 분야(예: SUD치료, 산모진료)에 대해 최대 \$7.5만~10만 불까지 상향된 별도 프로그램도 있음.

〈표 3-4〉 미국 국가보건의료지원단(NHSC) 프로그램

구분	연방 장학금 프로그램 (Federal Scholarship Program)	연방 장학금 대출 상환 프로그램 (Federal Loan Repayment Program)	주정부 학자금 대출 상환 프로그램 (State Loan Repayment Program) ³⁾
지원 대상	미국 내 정식 인가 학교에서 의과 대학, 의사 보조사 (Physician Assistance), 치과대학, 전문 간호사 (Advanced Practice Nursing) 교육과정에 등록된 학생 중 졸업 후 일차 의료 (primary care) 분야 훈련을 동의한 자	'연방 장학금 프로그램' 가능 직종 & 치위생사, 정신·행동 건강 제공자 중 NHSC 승인 기관에서 고용 중/고용 제안을 받은 면허 보유 임상 인력	주정부가 인력 수요에 맞게 자율적으로 지원 대상을 확대/축소 가능
의무 복무 사항	장학금 지원 연수에 비례하여 면허 취득 후 의료 인력 부족 지역 (HPSA) 점수가 높은 곳1)에서 전일제(full-time) 근무 (예. 장학금을 3년 지원받은 경우, 3년간 지역 의무복무) ※최소 2년~최대 4년	① 최소 2년 의무복무, ② 연방정부에서 지정한 HPSA 내 NHSC 승인 시설 근무 ※ 전일제 2년 또는 파트타임 4년 선택 가능	① 주정부에 따라 의무복무 기간 다름(2년 또는 그 이상), ② 의료 인력 부족 지역(HPSA)에서 근무
지원 내용	등록금 전액, 교육비, 월 생활비 수당	적격 교육 대출(Qualifying educational debt) (학부·대학원 등록금, 합리적인 교육비 및 생활비 관련 대출), 대출 상환 지원금 ²⁾	

주1: 미국 HRSA(보건의료자원서비스청)는 매년 직종별로 필요도가 가장 높은 HPSA(의료 인력 부족 지역) 점수를 산정함. 예를 들어, 2025년 기준 일차 의료 의사와 전문 간호사는 HPSA 점수≥19에서 근무해야 하며, 조산사는 HPSA 점수≥16에서 근무해야 함.

주2: 일차 의료 제공자의 경우 최대 \$75,000 (2년 복무 기준), 정신·행동 건강 제공자는 최대 \$75,000 (2년 복무 기준) 지원

주3: 주정부와 NHSC 간의 매칭 보조금 형태로 재원 마련

출처: "The National Health Service Corps", Congressional Research Service, 2025.

□ **(제재 사항)** NHSC 의무를 불이행(계약 위반) 시에는 법에 의한 벌금을 부과할 수 있음.

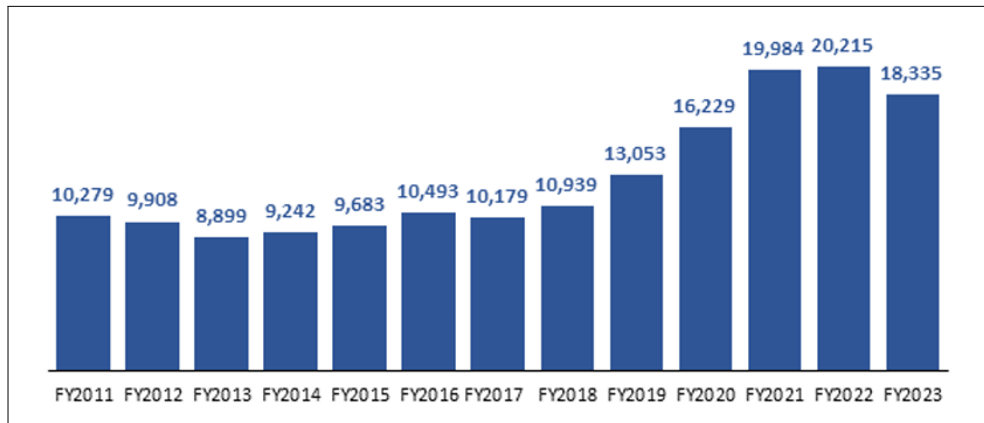
○ 장학생의 경우 연방 정부에 지급받은 지원금의 3배에 해당하는 손해배상금에 이자를 더해 물도록 규정하고 있음.

□ **(운영 현황)** 2023년 기준 약 17,000명의 의료인력이 7,800여 개 보건기관에서 활동하고 있으며, 이들이 연간 1,800만 명 이상의 환자를 진료함(HRSA, 2022).

○ 매년 신규 NHSC 장학생 100~200명과 대출 상환자 1,000명 이상을 선발함.

- (평가) NHSC는 전반적으로 높은 이행률과 지속 효과를 보여주는 것으로 평가됨.
 - 2021년 기준 NHSC 참가자 중 84%가 의무 완료하였고, 1년 후에도 취약지 근무를 지속하는 것으로 나타남.
 - 2012~2021년 사이 의무를 마친 22,000여 명 중 87%가 여전히 의료 취약지에서 일하거나 당초 근무 지역에 남았음.
 - 다만 최근 몇 년간 일부 간호사 등의 위약금 사례가 논란이 되어, 과도한 벌칙으로 인한 한계가 지적되고 있음.
 - 투자 대비 효과가 크다고 판단하고 있으나, 근본적 해결책은 아니며 특정 지역은 여전히 인력이 부족하다는 지적도 있어, 2020년대 들어 지원 규모를 확대하고 대상 직군을 넓히는 개선 노력을 함.

[그림 3-11] 미국 NHSC의 연도별 의무복무 의료진 현황(2011-2023 회계연도 기준)



주: 각 회계연도별 의료 인력 부족 지역(HPSA)에서 의무복무 중인 NHSC 의료 제공자 수를 나타냄.
 출처: "The National Health Service Corps". Congressional Research Service, 2025, p.15.

나. 프랑스: 공공 의무서비스 계약(Contrat d'Engagement de Service Public, CESP)²¹⁾

- **(배경 및 목적)** 프랑스는 2000년대 들어 이른바 “메디컬 데저트(médicaux désert)”, 즉 지방의 “의료사막화” 현상이 사회 문제화됨(Agence de services et de paiement, 2025).
 - 특히 일차의료 시스템에서 젊은 의사들은 파리 등 대도시 몰리고, 농촌 및 저소득 지역은 의사 부족이 심화되어 이를 해결하기 위해 2009년 “병원·환자·보건·지역(Hôpital, patients, santé et territoires)” 법을 제정하여 공공의무 서비스 계약(Contrat d'engagement de service public, CESP) 제도를 도입하였음.
 - 의료자원 부족 지역(zones sous-dotées 또는 zone d'Intervention Prioritaire)에서 특정 전문과(일반의 등) 의사의 개업 및 정착을 유도하여 의료 불균형을 해소하고자 하는 재정적 지원 계약 형태임.
- **(시행 주체)** 중앙정부 보건부(DGOS)가 정책을 수립하고, 국립보건인력관리센터(CNG)가 지급 및 관리를 담당함. 각 지역의 보건청(ARS)이 취약지를 지정하고, 대학과 협력하여 계약자를 선발함(European Hospital and Healthcare Federation, 2020).
- **(지원 대상)** 의과대학 4학년 이상 학생(제2주기) 및 전공의(제3주기)를 대상으로 함.
 - 2023년 입법을 통해 2학년 초기 본과생도 포함하려는 움직임이 있음.
 - 선발은 매년 의대별 정해진 정원 내에서 이루어지며, 학생 본인의 희망에 따라 지원하도록 함.

21) l'Assurance Maladie. (2025). Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

- **(의무복무)** 장학금 수령 기간만큼(최소 2년 이상) 동일한 기간을 지정된 취약지에서 의무 근무하도록 함.
 - 전공의 과정을 마친 후 시작, 개업의 또는 봉직의 등 형태는 자유로움.
 - 지역은 ARS 선정 취약지역 목록에서 선택(전국 단위 매년 업데이트) 가능함.
 - ① 의료 취약지역에 개업하여 공보험 계약 의사로 활동할 것, ② 최소 주 2.5일 이상 지역에서 활동, ③ 지역 응급·당직 의료체계 참여, ④ 근접 병원에서 일부 활동 수행 가능
 - 계약 해지 시, 이미 받은 금액은 남은 기간에 비례하여 환수해야 함.

- **(지원 내용)** 매월 1,200유로(세전)의 생활 수당을 졸업 때까지 지급함(Ministère de la Santé, 2025).
 - 학생과 전공의에게 동일하게 지원되며, 금액은 5년 기준 총 약 7만 2천 유로(약 1억 원) 정도임.
 - 재정적 인센티브 외에 개인별 멘토 지정 및 취업 알선 등 맞춤형 지원, 개업 시 초기 정착 보조 등이 이루어짐.
 - 프랑스 내 일부 지역에서는 CESP 이행자를 위해 개원 시 시설비 지원, 행정 및 회계 서비스 지원, 주택 알선 등을 제공하고 세제 혜택을 지원하기도 함.

- **(제재 사항)** CESP 계약을 중도 포기하거나 의무복무를 다하지 않을 경우, 이미 받은 수당의 전액 반환을 반환하고 추가 페널티도 부과함.
 - 2020년 5월 기준, 시행령에 계약 해지 및 해지 시 상환 조건이 명시됨.
 - 기본적으로 수령한 월 수당 총액을 반환해야 하며, 정당한 사유 없이 의무지역 근무를 거부하면 의료 공공서비스 참여 제한 등의 조치도 가능함.

- **(운영 현황)** 도입 후 10여 년간(2010~2021년) 누적 4,122건의 계약(의대생 3,307건, 치대생 815건)이 체결되었음.
 - 2023~2024학년도 기준 의과 2주기(본과) 학생 대상 554명, 3주기(전공의)

237명, 외국면허자 16명 등 총 807명이 승인됨(Région Nouvelle-Aquitaine, 2025).

○ 2022년 기준 1차 공모 808명 중 482명 계약이 체결되었으며, 미체결 대상은 2차 모집으로 이월됨(Centre national de gestion, 2023).

□ **(평가)** CESP만으로 지방의료 인력난이 해소되지 않고 있어, 최근 정부는 의대 정원 자체를 증원하고 전공의 단계에서의 지방순환근무(PACES) 등을 도입하는 등 추가 조치를 시행 중임.

○ 전반적으로 CESP는 경제적 유인으로 일정 수 인력을 확보하는 효과는 있지만 규모가 제한적이라고 평가됨. 2023년 의료시스템 개혁 법안에서도 CESP 확대가 보완책으로 포함됨.

다. 캐나다: 지역 의료인력 반환복무(Return-of-service (ROS)) 및 학자금 탕감 프로그램²²⁾

□ **(개요)** 넓은 국토에 비해 농촌지역 의사 부족 문제가 지속되면서, 주(州) 정부들을 중심으로 다양한 Return-of-Service (ROS) 의무복무 계약이 시행됨.

○ ROS는 국제의대졸업생(IMG)을 대상으로 의사 인력 유치를 위해 레지던시 수련기회나 장학금 제공을 조건으로, 수련 후 특정 지역에서 일정 기간 일하도록 의무화함(Canadian Resident Matching Service, 2025).

○ 캐나다 북부 및 농촌 지역의 가정의 부족이 오래된 문제를 해결하기 위해 연방 및 주정부 차원에서 의료인력 분배 정책을 시행함. 연방정부는 2013년부터 농어촌 의료인력 학자금 탕감 프로그램을 도입하였고, 주정부는 의대정원 할당제와 특정지역 복무 조건부 지원 등을 운용함.

○ 기본 취지는 재정적 인센티브와 의무복무 계약을 통해 부족 지역에 의사를

22) British Columbia. (2023). Physician Return of Service Programs. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/physician-compensation/return-service-programs#:~:text=Physician%20Return%20of%20Service%20,that%20details%20the%20ROS%20commitment>을 바탕으로 연구진이 작성하였음.

유치하여 1차 의료 접근성을 높이려는 것임. 캐나다 정부는 2022년 보건인력 강화 전략의 일환으로 이러한 프로그램을 확대, 모든 국민이 거주 지역에 상관 없이 주치의를 구할 수 있도록 하는 것을 목표로함.

□ **(시행 주체)** 각 주별 보건부 또는 인력청이 ROS 프로그램을 운영함.

- 온타리오주 보건부는 온타리오 재원으로 수련하는 IMG들에게 5년간 특정 지역에서의 복무를 요구함.
- 브리티시컬럼비아(BC)주 보건부는 IMG 레지던트, 국제의사평가 합격자 등에 2~3년 복무 계약을 맺음.

□ **(지원 대상)** 주별 프로그램마다 대상이 조금씩 다르나, 공통적으로 정부 지원을 받아 수련하거나 면허 취득을 원하는 의사(가정의학 전공의 및 가족의학 전문의, 간호사 및 간호사NP 등 일차의료 제공자)를 대상으로 함.

- 일부 주에서는 국제의대 졸업 후 캐나다에서 레지던트 수련을 받는 의사에게 일정 기간 해당 주에서 복무(ROS)를 조건으로 기회를 주거나, 의대 신입생의 일정 비율을 지역 출신으로 선발하여 졸업 후 고향 지역에 복무하도록 유도함.
 - 온타리오주는 주 정부 예산으로 레지던트 자리를 제공 받는 모든 국제의대 출신 의사에게 5년 지방 복무 의무를 부과함.
 - 브리티시컬럼비아주는 해외 의대 출신으로 UBC 레지던트에 매칭된 의사 (IMG)에게 가정의는 2년, 전문과목은 3년의 지역 의사 ROS 의무를 요구.
 - 캐나다 국내 의대생에 대해서는 별도 의무복무가 없으나, 일부 주는 자체 장학금으로 학부 의대생에게 졸업 후 복무를 조건부 지원하는 경우도 있음.

□ **(의무복무)** 프로그램에 따라 의무복무 기간은 1년에서 5년까지 다양하며, 이는 지원받은 수련 길이와 투자 비용에 비례하는 경향이 있음.

- 주정부의 Return-of-Service(ROS) 계약은 보통 의대나 레지던트 정원 확대의 조건으로 시행되며, 그 기간은 프로그램에 따라 2년에서 4년 등 다양 (예: 온타리오주가 타 지역 의대를 졸업하고 온타리오에서 레지던트 하는 의사에게 2년

지방복무를 조건으로 지원금을 주는 경우 등)

- 온타리오주는 모든 IMG 레지던트에게 5년간 지정지역에서 개업 및 근무, BC주의 경우 가정의는 2년, 전문과는 3년을 해당 주 내 부족 지역에 복무해야 함.
- 사스캐처원주의 Practice-Ready Assessment 합격 의사는 3년간 농촌 지역에 근무(Saskdocs, 2019), 노바스코샤주 등 일부 주의 리턴오브서비스 장학금은 2~3년의 의무복무를 조건으로 함.

○ 캐나다 연방 학자금 탕감(loan forgiveness)의 경우 정해진 최소 복무기간은 1년이며, 이수한 해마다 정부가 해당 연도의 일부 학자금 대출을 탕감해주는 식(최대 5년)으로 운영됨. 5년을 모두 복무하면 최대 \$60,000(CAD)의 학자금이 탕감됨.

□ **(지원 내용)** 연방 프로그램에서는 농어촌 지역에서 일하는 가족의에게 연 최대 \$12,000, 5년간 총 \$60,000의 학자금 대출 탕감 혜택을 제공함. 또한, Rural Practice Program을 통해 시골 지역 개원의를 대상으로 최대 \$100,000 상당의 보너스와 수입보전금을 지원하고, 온타리오주는 Northern and Rural Recruitment & Retention Initiative로 최대 \$80,000의 지급 조건을 제시함.

○ 사스캐처원주의 경우, 국제의사 평가프로그램(SIPPA) 참가자 한 명당 약 C\$95,000 상당의 평가·정착 비용 및 수당을 정부·기관이 지원하며, 이후 3년 지방근무를 약정으로 함.

○ 일부 주에서는 별도로 정착장려금이나 학비 보조금을 주기도 함(예: 노바스코샤주의 Return of Service bursary는 의대 졸업생에게 C\$12,000 지원 후 1년 복무 요구 등)

○ 온타리오주는 매년 약 200명의 IMG에게 주정부 재원으로 레지던트 자리를 마련해주는데, 이는 이들에게 캐나다 수련 및 의사면허 취득 기회를 부여하는 것임.

- **(제재 사항)** 계약을 어길 경우, 금전적 배상을 주된 제재수단으로 설정하고 있음.
 - 온타리오주의 경우 5년 의무를 다하지 않고 타주로 이탈하거나 조건을 어기면 C\$100,000 이상의 위약금을 물도록 계약서에 명시함.
 - 사스캐처원주 SIPPA 계약서 예시로는, 의무 불이행 시 정부가 지원한 C\$95,000 전액과 이자를 30일 내 상환하도록 규정함.
 - 주에 따라서는 의사면허 제한을 거는 경우도 있음. 브리티시컬럼비아주에서는 계약을 어긴 의사는 일정 기간 해당 주에서 개업 허가를 받지 못하거나, 추후 주정부 지원 프로그램에서 배제함.

- **(운영 현황)** 2023년 기준, 캐나다 전체 레지던트 첫해 정원 3,942명 중 약 20%가 IMG였고, 이들 대부분이 ROS 조건 하에서 수련함(매년 700~800명).
 - 온타리오주는 매년 약 200명의 IMG 레지던트를 ROS 조건으로 선발해 왔으며, 이는 온타리오 전체 레지던트 정원의 약 10~15%에 해당함.
 - BC주는 IMG 레지던트 약 58명(가정의 32, 전문의 26)과 PRA 8~10명 내외 등 매년 약 70명에 ROS를 요구함.
 - 매니토바주와 사스캐처원주도 IMG 정원을 15~25명씩 운영함.

- **(모니터링)** 매년 수혜 인원, 지역 분포, 신규 유입 인구 대비 보건서비스 향상도 등을 모니터링함.
 - 각 주정부는 자체적인 의료인력 데이터베이스를 통해 ROS 계약 이행률을 추적함.
 - 의무복무를 마친 의사들의 지역 잔류 비율, 환자 만족도, 건강지표 개선 등을 주기적으로 보고서로 발표하고, 이를 토대로 정책 조정을 검토함. 일부 주에서 의무복무 기간을 연장하거나 보상금을 상향 조정한 것은, 이전 평가에서 이탈율이 높게 나타난 데 따른 개선 조치라고 해석됨.

- **(평가)** 의사 인력 확보에 기여했다는 긍정적 평가와 함께 지속성 한계에 대한 지적이 있음(Maria Mathews et al., 2017).
- ROS를 통해 매년 수백 명의 추가 의사를 농어촌에 공급함으로써 일부 지역의 만성적 공백을 완화하고 있음. 실제 의무복무 이행률은 70~80% 정도로 나타남.
 - 캐나다 연방정부는 2013년부터 2022년까지 약 1,300여 명의 의사와 4,200여 명의 간호 인력을 학자금 탕감 프로그램을 통해 농어촌에 유입시켰음.
- 단기적으로는 농촌 봉직 의사 수를 늘리지만, 장기 정착으로 이어지는 비율은 프로그램에 따라 차이가 있음. 학자금 탕감 수혜자 중 상당수가 최소 의무기간만 채우고 도시로 복귀하는 현상도 있어, 지역 정주율 제고가 과제로 지적됨.
 - 일부 의사는 의무기간이 끝나면 바로 도심지로 이동하거나, 아예 위약금을 내고 의무를 포기하는 사례도 발생함.
 - 이에 각 주는 지역 보너스 지급, 원격의료 지원, 지역 의사 멘토링 등 정주 유인책을 병행하여 운영 중임.

제4절 종합 및 시사점

- 주요 국가에서는 의사 인력 부족이 우려되는 필수·기피 진료과 또는 분야 전공의를 대상으로 재정적 지원과 인센티브 정책을 운영하고 있음.
- 재정적 지원의 유형은 전공의 개인에게 직접적으로 재정을 지원하는 ① 직접 지원 방식과 간접적인 인센티브를 제공하는 ② 간접 지원 방식으로 구분됨.

〈표 3-5〉 주요국 의료인력 수련단계 지원정책

구분	미국	영국	독일	프랑스	일본
지원 형태	간접 지원 (수련병원 보조)	간접 지원 (수련병원 보조)	간접 지원 (수련병원 보조)	간접 지원 (수련병원 보조)	간접 지원 (수련병원 보조)
대상 분야	소아과, 일차의료	취약지 일차의료	일반의(일차의료)	일반의(일차의료)	산과, 지역의료
주체 (재원)	연방정부	중앙정부	연방정부, 주/지방 건강보험연합	보건부, 지역보건청(ARS)	중앙-지방 (국비-지방비)
제도 개요	(인력) 소아과 전공의·펠로우 (기관) 어린이병원 (23) 59개 병원 (인력) 일차의료 전문과(5개) (기관) 연방정부 지정 취약지 일차의료기관(23) 81개 기관, 1,096명 대상	(인력) 취약지 일차의료 전공의 (기준) 1회 £20,000, * 정착 시 £10,000 추가 (현황) 연 200명 내외	(인력) 일반의-일차의료 전공의 (기관) 일반의 수련병원 (기준) 월 약 5,800 유로	(인력) 일반의-일차의료 전공의 4년차 (조건) 취약지 수련 ※ 지역 단위 일반의-일차의료 지원 - (일드프랑스) 1회 1,500유로 - (오브 주) 월 200유로	(인력) 산과 전공의 1인당 월 5만 엔 ※ 지역 단위 지원 - (가고시마현) 현 내 수련병원 특정진료과* 후기전공의 대상 월 2만5천 엔 수련장려금 * 소아과, 산과, 마취과, 응급의학과, 종합진료과 - (야마나시현) 산과 전공의 연 50만엔
평가	일차의료 인력의 공급 확대, 농촌 및 의료 취약지로의 의료인력 분산에 긍정적	GP 지원자 증가, 충원 개선	전반적 성과 긍정, 핵심 성과지표 활용은 제한적	2026년 시행 예정, 현재 급여로 대학수련지도교수(MSU) 확보 어려움 예상	성과 체계 미흡, 유사 사업과 조정 필요

- 한국의 전공의 수련수당과 유사하게 특성과 전공의를 대상으로 기준·조건 없이 일괄 직접 수당을 지원하는 사례는 확인되지 않음.
- 국가별 보건의료체계 및 수련 구조의 차이로 인해, 전공의 수련 지원 방식 자체가 상이하어 정책 간 직접 비교에는 한계가 존재함.
- 직접적인 제도 비교는 어렵더라도, 다음과 같은 측면에서 정책적 시사점으로 참고 가능함.
 - ①인력 유인 방식) 수당·장려금 지급 외에도 취약지역·기피과 근무에 대한 다양한 유인체계(예: 정착 지원금, 주거 지원, 수련환경 개선 등)를 복합적으로 설계
 - ②수련 연계 구조) 전공의 수련과 장래 진료 분야 또는 지역 근무와의 연계를 제도화하거나, 수련과정에서 특정 지역/과 진입을 자연스럽게 유도하는 구조 마련
 - ③정부-지자체-수련기관 간 역할 분담) 중앙정부 외에도 지자체·수련기관이 함께 참여하는 재정 분담 및 공동 운영 모델
 - ④전공과 유인정책의 다양성) 산과·응급·정신과 등 분야별 특성과 인력 수급 상황에 따라 맞춤형 인센티브를 차등 설계하는 방식
- 재정적 인센티브는 의료인력의 지역 배치를 유도하는 수단으로 국제적으로 권고되며 다수 국가에서 시행 중이나, 단독으로는 근무지 선택에 결정적 요인이 되지 못함.
 - (효과) 의료인력이 부족한 지역에서의 근무로 인한 경제적 부담을 완화하고, 열악한 근무 환경의 일부 단점을 보완함으로써 지역 간 경쟁 여건을 어느 정도 평준화하는 데 기여할 수 있음.
 - (한계) 제한된 연구 결과에 따르면, 기존 인력의 근속 유지에는 효과적일 수 있으나 신규 인력 유치에는 한계가 있으므로 재정적 인센티브의 효과성과 한계에 대한 충분한 검토와 신중한 정책적 설계가 요구됨.

- 재정지원 기반 의료인력 정책의 효과성 제고를 위한 모니터링 및 평가체계가 필요함.
 - 의료인력 정책은 사회적 수요와 정책 목표에 따라 추진되는 복합적 영역으로, 단기 성과뿐 아니라 중장기적 지속 가능성, 수요 대응력, 정책 수단의 적절성 등 다차원적 평가가 필수적임.
 - 정책의 현장 반영 여부, 수요자 수용성, 제도의 안착 가능성 등을 종합적으로 점검함으로써, 실질적인 제도 개선 및 확산의 근거를 마련해야 함.
 - 이와 같은 정책평가 체계는 예산 투입 대비 성과를 검토하고, 제도 설계의 미비점을 조기에 발견·보완하는 데에도 중요한 역할을 함.
 - 특히 새롭게 도입되는 시범 사업인 만큼, 본 사업의 방향성 설정과 제도 정착을 위해 체계적인 성과 모니터링이 필수적임.

- 주요 국가의 지역 의무복무를 조건으로 하는 활동단계 지원정책은 ‘선발단계’와 ‘근무단계’ 개입형으로 구분할 수 있음.
 - 선발단계 개입형은 의대생 및 전공의를 대상으로 입학 시점부터 지역복무를 약정하여 장학금, 정원특례 등을 부여함. 이는 장기적인 의료인력 확보에는 유리하나 단기적인 효과는 미흡할 수 있으며, 복무 완료 후 지역 이탈 가능성도 존재함.
 - 근무단계 개입형은 현직 의사를 대상으로 근무수당, 주거 지원 등의 인센티브를 통해 지역 복무를 유도함. 이는 이미 활동하고 있는 의사를 대상으로 한다는 점에서 단기적으로 인력 충원 효과가 나타날 수 있으나 낮은 장기 정착률 및 근본적인 지역 의료인력 확보는 어려울 수 있음.

- 한국의 지역필수의사제는 근무단계 개입형으로, 5년 차 이하의 필수과 전문의를 대상으로 함.
 - 국가별 보건의료체계의 차이로 정책 간 직접 비교는 어려움. 그러나 다음과 같은 정책적 시사점을 참고하여 개선 방안을 마련해볼 수 있음.

- (①의무복무기간 유연화) 한국 지역필수의사제의 의무 복무기간(5년)은 근무단계 개입형을 시행하는 주요국의 1~3년에 비해 긴 편임. 이러한 장기 복무기간은 지역 내 의료인력을 안정적으로 확보하는 데 기여할 수 있으나, 동시에 장기간 의무로 신규인력 유입에는 장애 요인일 수 있음.
- (②교육-수련-근무 연계 구조) 근무단계 개입형에 해당하는 주요국들은 의대생 때부터 지역근무를 조건으로 한 등록금, 생활비 등의 장학금을 제공하여 인력 유입을 조기에 확보하고자 노력하고 있음.
- (③정착 지원방식의 다변화) 한국은 월 400만 원의 근무 정착수당과 정주 지원을 제공하고 있으나, 주요국의 장기근속 보너스·성과 인센티브 등 근속 기간 중심의 보상체계를 참고하여, 지역에 장기적으로 정착할 수 있도록 다양한 지원 방식의 확대를 모색할 필요가 있음.

〈표 3-6〉 지역복무형 의사인력 확보 정책 수단

구분	선발단계 개입형	근무단계 개입형
개요	(의대생·전공의 대상) 의대 입학 또는 수련 단계에서 지역복무를 조건으로 장학금·정원특례를 부여하는 방식	(현직 의사 대상) 면허를 취득한 의사에게 근무수당, 대출탕감, 주거지원 등 인센티브를 제공하여 지역복무를 유도
특징	<ul style="list-style-type: none"> - 입학 시점부터 지역복무를 약정 - 학비 전액 또는 장학금 지원 - 졸업 후 일정 기간(3~9년) 지역 근무 의무 - 계약 위반 시 장학금 환수 	<ul style="list-style-type: none"> - 현직 의사 중심의 단기 유입 정책 - 일정 기간(2~5년) 근무 시 재정·생활 인센티브 부여 - 계약형 또는 자발적 신청제 운영
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 장기적 인력풀 확보에 유리 - 지역 출신 인재의 정착 가능성 높음 - 제도 지속성·예측 가능성 높음 	<ul style="list-style-type: none"> - 즉시 효과(단기간 인력 충원 가능) - 정책 유연성 높음(시범사업, 조기 보완 가능)
한계	<ul style="list-style-type: none"> - 단기 효과 미약(성과까지 10년 이상 소요) - 초기 교육비 부담 큼 - 복무 완료 후 이탈 가능성 존재 	<ul style="list-style-type: none"> - 장기 정착률 낮음 - 예산 지속성 부담 - 인센티브만으로는 근본적 분포 개선 어려움
주요 국가 사례	<ul style="list-style-type: none"> - 일본 (지역정원제·자치의대) - 호주 (Bonded Program) - 독일 (Landarztquote) 	<ul style="list-style-type: none"> - 미국 (NHSC) - 캐나다 (Loan Forgiveness·ROS) - 프랑스 (CESP·개원의 계약) - 한국 (지역필수의사제 시범)

〈표 3-7〉 주요국 의료인력 활동단계 지원정책

구분	선발단계 개입형		근무단계 개입형		
	일본	호주	미국	프랑스	캐나다
정책	자치의과대학 지역정원제도	Bonded Medical Program	NHSC	CESP	ROS
대상 인력	의대생 (자치의대, 지역정원)	의대생(본드트랙), 농촌 출신 우대	의대·치대생, 1차의료 전문의	의대생, 전공의, 개원의	가정의, 레지던트, 간호사 등
복무 기간	9년(수련 포함)	3년(156주)	2년 (기본, 연장 가능)	2~3년	1년 단위 최대 5년
지역 선정	장학생 지원 현(縣) 권역	RA2-5 농촌·외곽, DPA 지정 지역	연방 HPSA 지정 취약지	의사밀도 취약지(ARS 지정)	인구 3만 ↓ 농촌·소도시
인센티브	장학 지원	의대생정부 학비보조(CSP) + 입학우대	장학금등복금 + 생활비 + 보험 지원(연 최대 약 US\$120,000)	장학생월 1,200유로, 수련 중 매월 지급	학자금최대 C\$12,000/년, 5년간 C\$60,000 학자금 면제
	근무 정착 수당	-	대출상환2년 복무 시 최대 US\$50,000, 이후 연장 시 추가 (최대 US\$100,000)	개원의월 최대 3,000유로 수당 + 개업비·임대료·행정지원비 보조	정착금정착보너스 C\$25,000 ~100,000 + 이주·주거비 지원
제재 사항	계약장학, 위반 시 150% 환수	법규 기반 계약, 미이행 시 메디케어 제한	연방법상 계약, 불이행 시 상환	계약 불이행 시 전액 반환+벌금, 강제배치 無	ROS 계약 위반 시 벌금 (면허제재 없음)
주요 평가	이행률 높음, 잔류율 60% ↑, 취약지 투입 한계	이행률 개선 추세, 관리체계 강화	5만명 공급, 잔류율 25~30%	신규 개원의 증가, CESP 이행률 95% ↑	단기 유입 ↑, 장기 정착 낮음
모니터링 체계	후생노동성 및 현 보건국 연례 운영보고 체계	보건부 중앙관리 BRoSS 전산시스템	HRSA 산하 관리 현장조사 등 실태조사 수행	ARS(지역보건청) 중심, 복무이행 점검·보고	복무 중간·완료 시점에 보고서 제출
지표 예시	- 장학생 충원율 대비 선발 비율 - 복무 이탈률, 계약 위반 건수 - 복무 완료자 중 현지 정착률 - 해당 현 내 의사 밀도 변화 - 지역별 의료 접근성 지표 변화	- 복무 이행률 - 중도 탈락율 / 계약 포기 비율 - 복무 종료 이후 해당 지역 또는 유사 지역에서의 잔류 여부 - 참여 의사 수 추이 - 참여자 만족도, 제도 유인 효과 - 지역의 의사 배치 수 변화	- 복무 완료율 - 복무 중단률 - 직업 유지 및 해당 지역 정착률 (장기 잔류율) - 참여자 만족도 / 프로그래밍 평가 결과 - 서비스 대상 환자 수, 진료실적 변화 - 환자 접근성 변화 (의료취약지 보건지표 개선)	- CESP 계약 준수율, 복무 이행률 - 신규개원의 수, 계약포기율 - 지역별 진료 이용량·대기시간 - 의료접근성 (Apl 지수) 개선	- 계약이행률, 복무완료자 비율 - 중도탈락·위반률 - 복무 후 잔류율 - 참여자 만족도 (일부 주에서 설문)

출처: 제3장 제3절의 작성 내용을 토대로 연구진이 작성함.



제4장

의료인력 지원정책 운영 현황 및 평가

제1절 사업 운영 현황

제2절 사업 평가체계

제3절 이해관계자 의견 조사

제4절 사업 현황 및 평가 결과

제4장 의료인력 지원정책 운영 현황 및 평가

제1절 사업 운영 현황

1. 수련수당 지급사업

가. 운영 현황

1) 중앙정부 지원

- 2024년 기준, 소아청소년과 전공의·전임의 179명을 대상으로 총 17.3억 원의 수련 수당을 지급한 것으로 나타남.
 - 지원 대상별로 전공의 40명 대상으로 총 3.6억 원, 전임의 139명을 대상으로 총 13.7억 원이 지급됨.
- 2025년 기준, 8개 과 전공의 및 2개 과의 전임의를 대상으로 총 22.7억 원의 수련 수당을 지급한 것으로 나타남.
 - 2025년 3~5월 집행 실적 기준, 전공의 434명과 전임의 134명을 대상으로 지원이 이루어짐.

〈표 4-1〉 중앙정부 수련수당 지급사업 운영 현황

전문과목	구분	2024		2025(3~5월)	
		지급인원(명)	지급액(원)	지급인원(명)	지급액(원)
소아청소년과	전공의	40	360,959,152	32	2,276,341,500
	전임의	139	1,374,089,244	96	
산부인과	전공의	-	-	27	
	전임의	-	-	38	
내과	전공의	-	-	155	

전문과목	구분	2024		2025(3~5월)	
		지급인원(명)	지급액(원)	지급인원(명)	지급액(원)
외과	전공의	-	-	53	
응급의학과	전공의	-	-	61	
심장혈관흉부외과	전공의	-	-	16	
신경과	전공의	-	-	34	
신경외과	전공의	-	-	56	

출처: 보건복지부 내부자료(각 연도 전공의 등 수련수당 지급 사업)

2) 지자체 지원

□ 2023년부터 5개(부산, 경남, 전북, 제주, 강원) 지방자치단체에서 전공의 수련수당 지원사업을 자체적으로 실시함.

○ 충북은 2024년도 지원 예정이었으나, 의료계 집단행동으로 편성이 취소됨.

〈표 4-2〉 지자체 전공의 수련수당 지원사업 운영 현황

지역(시도)	사업명	운영 시기	지원내용		재원구성
			지원대상	지원금액	
부산	필수진료과 전공의 양성지원	2024년 1월~	소아청소년과	월 1백만원	시비 100%
경남	경상남도 전공의 육성수당 지원	2024년 3월~	산부인과, 소청과, 응급의학과, 심장혈관흉부외과 ※ 의사파업 시 한시적 전과목 지원	월 1백만원	도비 70% 시군비 10% 자부담 20%
전북	필수진료과 인재육성 시범사업	2023년 1월~	수련병원 전공의(12개 과목) 소아청소년과, 흉부외과, 외과, 산부인과, 비뇨의학과, 결핵과, 방사선종양학과, 진단검사의학과, 병리과, 핵의학과, 직업환경의학과, 예방의학과	월 1백만원	도비 50% 병원 50%
제주	필수진료과 수련·전공의 한시적 지원사업	2024년 7월~	필수진료과* *보건의료위기 "심각"상황에 한해 필수진료과 이외의 전공의 한시적 지원	월 1백만원	도비 100%
강원	필수진료과 전공의육성수당	2023년 5월~	필수계 진료과목(10과목) 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과, 응급의학과, 신경과, 신경외과, 마취통증의학과	월 1백만원	도비 30% 시군비 70%

〈표 4-3〉 지자체 전공의 수련수당 지원사업 지급 현황

지역	연도	대상(과목)	지급인원(명)	총액(원)
부산	2024	소아청소년과	1	12,000,000
	2025(~5월)	소아청소년과	3	32,000,000
경남	2024년	응급의학과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 내과, 안과, 신경외과, 정형외과, 가정의학과, 병리과, 비뇨의학과	59	390,000,000
	2025(~5월)	응급의학과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 내과, 안과, 신경외과, 정형외과, 가정의학과, 병리과, 비뇨의학과, 정신건강의학과, 작업환경의학과, 외과	32	156,000,000
전북	2023	소청과, 산부인과, 외과, 흉부외과, 비뇨의학과, 병리과, 핵의학과	23	264,000,000
	2024	소청과, 산부인과, 작업환경의학과, 진단검사의학과	24	58,000,000
	2025(~5월)	내과, 소청과, 신경과, 신경외과, 안과, 영상의학과, 응급의학과, 이비인후과, 재활의학과, 정신건강의학과, 정형외과, 마취통증의학과	5	44,000,000
제주	2024	소청과, 신경과, 신경외과, 안과, 영상의학과, 응급의학과, 이비인후과, 재활의학과, 정신건강의학과, 정형외과, 마취통증의학과, 인턴	22	116,000,000
	2025(~5월)	내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과, 응급의학과, 신경과, 신경외과, 마취통증의학과	33	124,127,790
강원	2023. 5월 ~	내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과, 응급의학과, 신경과, 신경외과, 마취통증의학과	59	316,000,000
	2024	내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과, 응급의학과, 신경과, 신경외과, 마취통증의학과	24	193,387,000
	2025(~5월)	내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 심장혈관흉부외과, 비뇨의학과, 응급의학과, 신경과, 신경외과, 마취통증의학과	14	63,000,000

나. 운영 성과: 전공의충원을

- (전문과목) 2024년 필수 과목(8개)의 전공의 확보율 평균 77.1%로, 그 외 전문 과목 평균 87.4%보다 낮은 수준임.
 - (충원율 低 전문과목) 소아청소년과 30.9%, 흉부외과 47.6%

- (지역) 수도권-비수도권 전공의 충원을 격차는 2024년 확대되었음(4.9%p).
 - 2020년 수도권 75.8%, 비수도권 74.1%에서 2024년 수도권 82.0%, 비수도권 77.1%

〈표 4-4〉 연도별·전문과목별 전공의 총원율(2020~2024)

연도	2020		2021		2022		2023		2024	
	정원(명)	확보율(%)	정원(명)	확보율(%)	정원(명)	확보율(%)	정원(명)	확보율(%)	정원(명)	확보율(%)
전체 (인턴 제외)	3,441	84.5%	3,409	81.5%	3,480	82.7%	3,479	83.0%	3,486	85.9%
내과	629	94.0%	609	92.8%	676	96.2%	635	98.6%	651	99.7%
소아청소년과	214	71.0%	212	36.8%	207	27.5%	208	25.5%	207	30.9%
산부인과	171	73.7%	160	78.1%	167	68.9%	187	77.5%	183	71.0%
외과	209	72.7%	202	80.2%	205	66.8%	220	67.7%	206	86.9%
흉부외과	60	50.0%	66	40.9%	66	34.8%	72	55.6%	63	47.6%
신경과	91	98.9%	89	96.6%	94	100.0%	99	99.0%	111	96.4%
신경외과	97	96.9%	97	99.0%	101	99.0%	106	99.1%	108	100.0%
응급의학과	174	93.1%	180	91.7%	179	86.6%	190	84.2%	200	84.0%
정신건강의학과	131	94.7%	131	99.2%	134	98.5%	137	99.3%	145	100.0%
피부과	69	100.0%	71	100.0%	70	100.0%	70	100.0%	72	100.0%
장형외과	211	99.5%	211	98.6%	211	99.1%	218	99.1%	216	100.0%
성형외과	73	100.0%	73	98.6%	73	100.0%	73	100.0%	73	100.0%
안과	104	100.0%	106	99.1%	105	100.0%	104	99.0%	108	100.0%
이비인후과	108	99.1%	106	99.1%	107	100.0%	108	99.1%	105	100.0%
비뇨의학과	62	59.7%	63	63.5%	62	87.1%	53	96.2%	65	98.5%
재활의학과	104	99.0%	107	99.1%	107	100.0%	105	100.0%	105	99.0%
마취통증의학과	202	99.5%	202	99.5%	203	99.5%	205	100.0%	214	99.5%
영상의학과	139	99.3%	139	99.3%	141	99.3%	139	100.0%	160	100.0%
방사선종양학과	32	40.6%	33	36.4%	34	64.7%	23	65.2%	25	56.0%
진단검사의학과	47	55.3%	51	70.6%	42	97.6%	39	94.9%	41	85.4%
병리과	77	19.5%	80	28.8%	80	40.0%	82	54.9%	70	67.1%
가정의학과	364	66.8%	354	50.6%	354	58.5%	339	48.1%	291	53.6%
핵의학과	31	16.1%	22	13.6%	22	22.7%	29	31.0%	27	25.9%
직업환경의학과	35	97.1%	35	100.0%	35	100.0%	35	100.0%	35	97.1%
예방의학과	7	100.0%	10	100.0%	5	100.0%	3	100.0%	5	100.0%
인턴	3,210	93.8%	3,213	93.4%	3,262	96.9%	3,255	97.9%	3,258	94.2%

출처: 보건복지부 제공자료

[그림 4-1] 주요 과목 연도별 전공의 총원율(2020~2024)



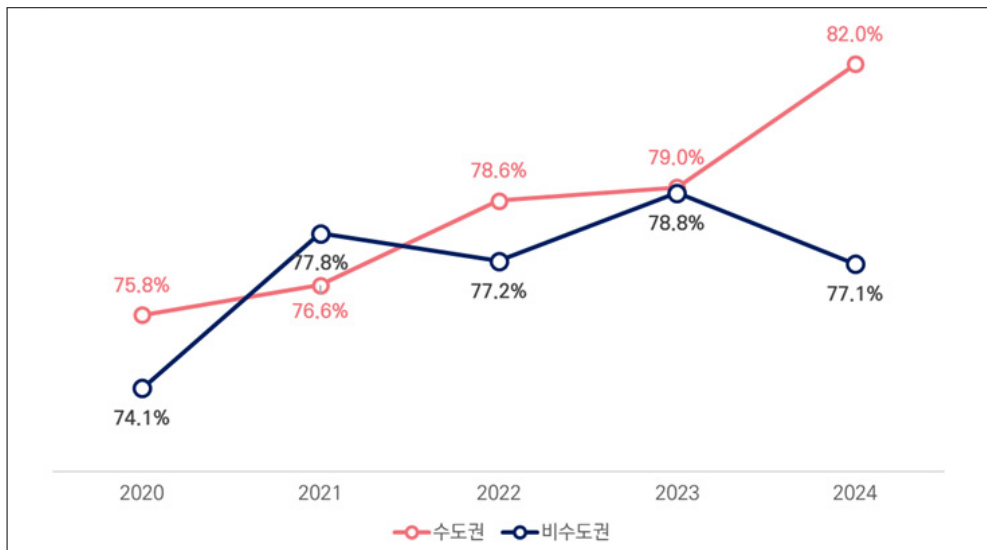
출처: 보건복지부 제공자료

〈표 4-5〉 연도별 수도권과 비수도권의 전공의 총원율(2020~2024)

구분		2020	2021	2022	2023	2024	
						확보율(%)	모집정원(명)
전체		84.5%	81.5%	82.7%	83.0%	85.9%	3,486
수도권	서울	85.7%	84.4%	86.8%	88.6%	91.4%	1,536
	경기	72.3%	69.5%	75.2%	82.5%	83.2%	394
	인천	69.5%	75.9%	73.9%	65.8%	71.4%	125
비수도권	강원	83.1%	77.4%	78.5%	79.8%	81.6%	113
	경남	76.9%	89.6%	83.5%	79.5%	75.2%	142
	경북	74.2%	87.5%	75.0%	87.5%	77.8%	15
	광주	86.5%	80.9%	83.5%	82.9%	80.6%	150
	대구	78.1%	71.7%	72.3%	81.4%	77.3%	255
	대전	68.1%	74.4%	80.3%	88.3%	80.2%	143
	부산	76.1%	74.9%	78.8%	74.0%	73.6%	265
	세종	-	-	-	-	44.4%	9
	울산	64.3%	73.7%	81.5%	79.8%	81.6%	43
	전남	67.5%	87.5%	70.0%	70.0%	60.0%	13
	전북	63.1%	60.5%	79.5%	72.8%	72.1%	122
	제주	75.0%	84.1%	65.4%	67.7%	84.4%	30
	충남	69.4%	69.8%	73.0%	77.1%	78.8%	83
	충북	80.4%	79.9%	81.8%	83.9%	78.9%	48

출처: 보건복지부 제공자료

[그림 4-2] 연도별 수도권과 비수도권의 전공의 총원율(2020~2024)



출처: 보건복지부 제공자료

〈표 4-6〉 지역별 소아청소년과 전공의 총원율

지역	2020	2021	2022	2023	2024	
					확보율(%)	모집정원(명)
총계	71.0%	36.8%	27.5%	25.5%	30.9%	207
서울특별시	89.6%	46.2%	39.2%	43.6%	52.6%	97
제주도	0.0%	-	-	0.0%	50.0%	2
울산광역시	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	2
대전광역시	28.6%	28.6%	14.3%	0.0%	28.6%	7
광주광역시	66.7%	40.0%	11.1%	22.2%	25.0%	12
부산광역시	75.0%	41.7%	27.3%	0.0%	18.2%	11
대구광역시	80.0%	12.5%	13.3%	0.0%	11.1%	18
경상남도	33.3%	66.7%	20.0%	0.0%	11.1%	9
경기도	44.0%	16.7%	4.2%	14.8%	5.6%	18
인천광역시	57.1%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	8
강원도	20.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	4
충청북도	100.0%	0.0%	100.0%	33.3%	0.0%	3
충청남도	80.0%	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	4
전라북도	25.0%	14.3%	25.0%	12.5%	0.0%	8
세종시	-	-	-	-	0.0%	4
경상북도	-	-	-	-	-	0
전라남도	-	-	-	-	-	0

출처: 보건복지부 제공자료

〈표 4-7〉 지역별 산부인과 전공의 총원율

지역	2020	2021	2022	2023	2024	
					확보율(%)	모집정원(명)
전체	73.7%	78.1%	68.9%	77.5%	71.0%	183
전라북도	0.0%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0%	5
서울특별시	81.3%	85.4%	74.7%	90.4%	81.4%	102
경기도	78.9%	73.7%	75.0%	85.0%	76.2%	21
광주광역시	60.0%	50.0%	100.0%	100.0%	75.0%	4
부산광역시	88.9%	69.2%	63.6%	46.2%	69.2%	13
인천광역시	42.9%	80.0%	40.0%	50.0%	60.0%	5
대전광역시	50.0%	100.0%	60.0%	85.7%	57.1%	7
강원도	50.0%	66.7%	60.0%	80.0%	50.0%	4
충청북도	50.0%	50.0%	50.0%	0.0%	50.0%	2
충청남도	50.0%	50.0%	33.3%	0.0%	50.0%	2
대구광역시	66.7%	70.0%	44.4%	58.3%	30.0%	10
경상남도	66.7%	100.0%	80.0%	16.7%	0.0%	8
제주도	100.0%	-	-	-	-	0
울산광역시	-	-	-	-	-	0
경상북도	-	-	-	-	-	0
전라남도	-	-	-	-	-	0
세종시	-	-	-	-	-	0

출처: 보건복지부 제공자료

2. 지역필수의사제 시범 사업

가. 운영 현황

□ 2025년 10월 기준, 전체 모집인원(96명) 대비 74.0%(71명)가 시범 사업에 지원한 것으로 나타남.

○ 지역별로는 경남의 지원율이 91.7%로 가장 높았음.

〈표 4-8〉 지역별 지역필수의사제 시범사업 모집·지원 현황

(단위: 명, %)

지역	모집인원(A)	지원인원(B)	지원율(B/A)
강원	24명	17명	70.8%
경남	24명	22명	91.7%
전남	24명	16명	66.7%
제주	24명	16명	66.7%
합계	96명	71명	74.0%

출처: 보건복지부 제공자료

○ 과목별 지원자는 전체 지원자 대비 내과 39.4%(28명), 응급의학과 18.3%(13명), 외과 12.7%(9명), 소아청소년과 8.5%(6명), 신경외과 7.0%(5명) 순이었음. 그 외 산부인과·심장혈관흉부외과·신경과 등은 각 3명 이하로 낮았음.

〈표 4-9〉 지역·과목별 지역필수의사제 시범사업 지원 현황

(단위: 명)

구분	내과	외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과	심장혈관흉부외과	신경과	신경외과	기타 ¹⁾	합계
강원	7	1	-	2	2	-	2	2	1	17
경남	11	3	2	2	1	3	-	-	-	22
전남	5	2	-	-	6	-	-	3	-	16
제주	5	3	-	2	4	-	1	-	1	16
합계	28	9	2	6	13	3	3	5	2	71

주: 지역에서 필요시 시·도별 자문단 심의·의결을 통해 필수 과목 범위 확대

출처: 보건복지부 제공자료

나. 지역별 운영 현황

1) 강원특별자치도

- **(배경 및 필요성)** 도내 지리적·사회적 환경의 한계로 의료 이용 및 필수의료 접근성 문제가 대두됨. 이에 본 사업을 통해 지속 가능한 의료인력 정착 및 필수의료 인프라 확충을 위한 제도적 기반을 마련하고자 함(강원특별자치도, 2025a, p.11).
- 2024년 기준 인구 천 명당 의사 수는 1.7명으로, 전국 평균 2.1명보다 낮음(강원특별자치도, 2025a, p.4).
 - 넓은 면적 대비 인구밀도가 낮은 지리적 특성으로, 군 단위 지역의 의사 수 부족에 대한 도내 체감은 높은 편임(강원특별자치도, 2025a, p.4).
- 도내 응급의료를 포함한 의료이용 및 필수의료 접근성 문제가 심각함.
 - 도내 응급의료취약지(83.3%)는 전국에서 가장 높고, 타 시도 대비 응급의료 전담 인력은 기관당 2.5명으로 매우 낮음(강원특별자치도, 2025a, p.11).
 - 관내 의료서비스 이용률이 전국 대비 매우 낮으며, 특히 외과·산부인과·소아청소년과·신생아실 등 필수진료과에서 관내 의용률이 전국 평균보다 낮은 것으로 나타남(강원특별자치도, 2025a, p.7.).
- **(사업 유형)** ‘종합병원 지원형’으로, 기관별 필수의료 과목 중 채용이 가장 시급한 인력을 집중적으로 확보하기 위해 대학병원 중심으로 사업에 참여함(강원특별자치도, 2025a, p.13.).
- **(참여 대상)** 도내 권역책임의료기관 1개소와 각 권역의 응급의료센터로서 중증 환자 치료의 중추적 역할을 수행하는 3개소를 포함하여 총 4개 대학병원을 선정함. 기관별 필수의료 과목 중 채용이 시급한 인력을 각 6명씩을 채용하여 총 24명 지원 예정(강원특별자치도, 2025b, p.10.).
- 2025년 10월 기준 참여 전문의는 총 17명(내과 7명, 소아청소년과·응급의학과·신경과·신경외과 각 2명, 외과·기타 각 1명)으로 나타남.

〈표 4-10〉 강원특별자치도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황

(단위: 명, %)

지역	계	내과	외과	산부 인과	소아청소년과	응급 의학과	심장혈관 흉부외과	신경과	신경 외과	기타
모집인원 (A)	24명	10명	1명	-	2명	3명	1명	2명	3명	2명
지원인원 (B)	17명	7명	1명	-	2명	2명	-	2명	2명	1명
지원율 (B/A)	70.8%	70.0%	100.0%	-	100.0%	66.7%	-	100.0%	66.7%	-

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 강원특별자치도, 2025b, 보건복지부 제공자료.

- **(지원 내용)** 지역 근무수당(월 4백만 원/인)과 정주 여건을 지원함. 의료기관은 관사 제공, 직장 어린이집 운영, 연구·연수 지원 등의 정주 여건을 마련하고, 지자체는 레저·관광 인프라 이용을 지원하고, 매월 지역 상품권 형태의 정착 수당을 지급하여 지역 정주를 적극 지원함(강원특별자치도, 2025b).

〈표 4-11〉 강원특별자치도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원

구분	전문성 강화(커리어)	주거	기타
의료기관	· 연구활동 지원 (연구보조비, 연수 등) · 교원 임용 가능 · 연구년제 운영	· 관사 지원 · 의과대학 기숙사 운영	· 직장어린이집 · 어린이집·유치원 비용 · 초·중·고 통학 셔틀버스 · 자녀 대학 학자금 지원
지자체	· [도] 레저·관광 시설 이용권 및 할인권 제공 · [시] 병원 소재 지자체 지역 정착 수당 지원(매월 일정 금액(100~200만 원) 지역상품권)		

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 강원특별자치도, 2025b.

- **(사업예산)** 2025년 기준 총 6.76억 원(국비·지방비 각 50%)으로 사업을 추진함.
○ 2025년 사업비 중 5.76억 원이 지역근무수당(24명 x 4백만 원 x 6월), 1억 원이 센터 운영비에 해당함(강원특별자치도, 2025b, p.21.).

2) 경상남도

- **(배경 및 필요성)** 도내 의료인프라 및 의사인력 부족, 열악한 정주여건, 낮은 의료 접근성 등으로 필수의료 사각지대가 발생하고 있음. 특히 소아·분만·응급 분야

에서의 지역 의사 채용의 어려움이 지속되고 있어 지속적인 의료 인력 확보 대책이 필요함.

○ 2024년 기준 인구 천 명당 의사 수는 1.7명으로, 전국 평균 2.1명보다 낮음(경상남도, 2025a, p.11.). 3

- 특히 인구 십만 명당 필수의료과별 전문의 수는 모두 전국보다 낮으며, 전국과의 격차도 점차 커지는 추세임(경상남도, 2025a, p.13.).

○ 수도권과의 먼 지리적 여건으로 도민 불편이 가중되고 있음. 또한, 경상남도 18개 시군 중 14개(77.8%)가 의료취약지로, 전국 6번째로 높은 비율을 나타냄(경상남도, 2025a, p.28.).

○ 주요 질환별 사망률은 암(전국 1위)·뇌혈관질환(1위)·허혈성심장질환(2위)로 매우 높은 편으로, 도내 주요 건강 문제 해결을 위한 대책 마련이 시급함(경상남도, 2025a, p.23.).

○ 수도권 대비 교육·문화·편의시설 등 정주 여건이 열악하여 의사 채용 어려움의 사례가 심각함.

- 지역 의과대학 졸업생의 19.6%만이 지역에 남아 근무하며, 35.7%는 수도권에 취업하는 것으로 나타남(경상남도, 2025a, p.35.).

□ **(사업 유형)** ‘중권역 책임의료기관 특화형’으로, 도내 지역간 의료불균형 해소를 위해 동부·중부·서부 3개 권역별로 필수진료과 의사 인력 관리 체계를 마련하고자 함(경상남도, 2025a, p.37).

□ **(참여 대상)** 도내 암, 심·뇌혈관질환, 소아, 응급 등 중증·고난도 치료 역량 강화를 목적으로 권역별 기관을 선정함. 총 3개 상급종합병원이 사업에 참여하며, 기관별 8명씩 총 24명을 지원할 예정임(경상남도, 2025b).

○ 2025년 10월 기준 참여 전문의는 총 22명(내과 11명, 외과·심장혈관흉부외과 각 3명, 산부인과·소아청소년과 각 2명, 응급의학과 1명)으로 나타남.

〈표 4-12〉 경상남도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황

(단위: 명, %)

지역	계	내과	외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과	심장혈관흉부외과	신경과	신경외과	기타
모집 인원(A)	24명	12명	3명	2명	2명	1명	3명	-	1명	-
지원 인원(B)	22명	11명	3명	2명	2명	1명	3명	-	-	-
지원률(B/A)	91.7%	91.7%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	-	-	-

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 경상남도, 2025b, 보건복지부 제공자료

□ **(지원 내용)** 지역 근무수당(월 4백만 원/인)과 정주 여건을 지원함. 의료기관은 기숙사 지원, 직장 어린이집 운영, 연구·연수 지원 등의 정주 여건을 마련함. 지자체는 의사인력 정착 및 가족 동반 이주·정착 지원을 위해 4개 사업을 자체적으로 운영함(경상남도, 2025b, pp. 8~17.).

○ 특히 지자체는 지역필수의사를 대상으로 월 100만 원의 정착지원금을 지원하며, 가족 동반 이주와 정착을 지원하기 위해 환영 지원금, 자녀양육지원금, 자녀 장학금 등을 지원함(경상남도, 2025b, p.12.).

〈표 4-13〉 경상남도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원

구분	전문성 강화(커리어)	주거	기타		
의료기관	· 임상 연구비·논문 게재 장려금, 국내외 학회 참여 보조금 지원	· 원내 기숙사 운영 지원 · 외부 기숙사 보증금 및 월세 지원	· 원내 어린이집 운영 · 통근버스/주차 지원 · 의료비, 경조금 지원 · 보육료, 학비보조비		
지자체	구분	의사 정착지원	가족 동반 이주·정착 지원		
		지역필수의사 ‘동행’ 정착 지원금	전입가족 환영 지원금	자녀 양육 지원금	자녀장학금
	대상	지역필수의사	전입가족	미취학 자녀	초중고 자녀
	금액	월 100만원	1인 200만원 (최대 800만원)	1인 50만원	1인 50만원
	횟수	매월(5년간)	1회	매월(5년간)	매월(5년간)

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 경상남도, 2025b.

- **(사업예산)** 2025년 기준 총 8.2억 원(국비 41%, 도비 47%, 시비12%)으로 사업을 추진함.
- 2025년 사업비 중 5.76억 원이 지역근무수당(24명 x 4백만 원 x 6월), 1.44억 원이 지자체 정주여건 지원사업, 1억 원이 센터 운영비에 해당함(경상남도, 2025b, p.29.).

3) 전라남도

- **(배경 및 필요성)** 지역거점병원의 역량 강화 및 중증·응급질환과 의료취약지역 대상의 협진 시스템 구축을 위한 지속적인 노력에도 불구하고 지역 내 필수의료 과목 및 부족한 과목에 대한 의사 채용에 어려움을 겪고 있음(전라남도, 2025a, p.24.).
- 도내 전문의 비율은 83.7%로 높게 나타나지만, 이는 의사 인력 부족으로 수련 과정을 거치지 않은 수련의 비율이 상대적으로 낮은 구조적 현상을 보여줌. 즉, 기존 전문의 은퇴 후 지역 의료 공백 현상이 심화될 가능성이 높음(전라남도, 2025a, p.10.).
 - 의료 공급이 집중된 목포, 순천 등의 지역에는 수련의가 거의 없어 향후 의료 인력의 세대교체에 어려움을 겪을 가능성이 높음(전라남도, 2025a, p.10.).
- 도내 일부 지역(나주, 광양, 담양, 곡성 등)에서는 의료서비스 이용이 확인되지 않을 정도로 낮음. 한편, 필수 진료과 이용률은 전반적으로 낮아 주민들의 이용 불편이 가중되고 있음(전라남도, 2025a, p.15.).
- 도내 공공의료기관(22개소) 중 종합병원급 이상 기관은 4개소에 불과하며, 절반 이상(54.5%)이 요양병원으로 운영됨. 또한, 중증·외상 및 심혈관질환 치료를 위한 병상과 장비 부족, 도서·산간 지역의 신속한 이송의 어려움 등으로 응급 의료 및 중증질환 치료가 어려움(전라남도, 2025a, p.20.).
- **(사업 유형)** ‘민간·공공 종합병원 지원형’으로, 공공 및 민간의료기관 참여로 지역 필수의료 확보 및 공공의료 강화하고자 함(전라남도, 2025a, p.21.).

- **(참여 대상)** 필수의료 확보를 위해 민간 의료기관 2개소(권역응급의료센터^{동부, 서부})와 공공의료 강화를 위한 지방의료원 2개소(순천^{동부}, 목포^{서부})가 참여함. 참여기관별로 채용이 필요한 진료과의 인력을 각 6명씩 채용하여 총 24명 지원 예정(전라남도, 2025b, pp. 8~9).
- 도내 동부권과 서부권에 각 2개소(민간 1개소, 공공 1개소)씩 총 4개 의료기관이 참여함.
- 2025년 10월 기준 참여 전문의는 총 16명(응급의학과 6명, 내과 5명, 신경외과 3명, 외과 2명)으로 나타남.

〈표 4-14〉 전라남도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황

(단위: 명, %)

지역	계	내과	외과	산부인과	소아청소년과	응급의학과	심장혈관흉부외과	신경과	신경외과	기타
모집 인원(A)	24명	9명	1명	-	-	4명	1명	-	1명	8명
채용 인원(B)	16명	5명	2명	-	-	6명	-	-	3명	-
채용률(B/A)	66.7%	55.6%	200%	-	-	150%	-	-	300%	-

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 전라남도, 2025b, 보건복지부 제공자료

- **(지원 내용)** 지역 근무수당(월 4백만 원/인)과 정주 여건을 지원함. 의료기관은 기숙사·관사·전세자금 지원, 진료성과급·의료비 지원, 연구·연수 지원 등의 정주 여건을 마련함(전라남도, 2025b, pp. 12~13).

〈표 4-15〉 전라남도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원

구분	전문성 강화(커리어)	주거	기타
의료기관	<ul style="list-style-type: none"> · 교육 지원(학회, 직무 교육) · 학회 및 연수 지원 	<ul style="list-style-type: none"> · 관사 지원(가족 동거 시 아파트 지원) · 전세자금 지원 · 기숙사 제공 	<ul style="list-style-type: none"> · 전담간호사 배치 · 복지포인트 지급 · 의료비 지원 · 진료 성과급 지급 · 특별휴가제도 시행

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 전라남도, 2025b.

- **(사업예산)** 2025년 기준 총 6.76억 원(국비·지방비 각 50%)으로 사업을 추진함.
- 2025년 사업비 중 5.76억 원이 지역근무수당(24명 x 4백만 원 x 6월), 1억 원이 센터 운영비에 해당함(전라남도, 2025b, p.16.).

4) 제주특별자치도

- **(배경 및 필요성)** 고령 인구 증가로 의료서비스 수요가 증가하고 있으나, 도서 지역 특성상 의료 인프라 확충과 의료 인력 확보가 어려움. 진료과 전문의 및 전공의 부재로 응급환자 수용 불가 사례가 반복 발생하여 지역 간 의료 격차 해소와 의료 공백 해소의 필요성이 높음.
- 도내 의료기관의 대부분이 제주시(75.7%)에 집중되어 있어 서귀포시(24.3%) 주민들의 의료 유출 문제가 심각함(제주특별자치도, 2025a, p.10.).
- 중증 응급환자 치료 가능 시설은 제주시 5개소, 서귀포시 1개소에 불과하여 지역별 격차가 큼. 특히 야간 및 악천후 시에는 응급의료 공백이 더욱 심각함(제주특별자치도, 2025a, pp. 10 ~11.).
- 진료과 전문의·전공의 부재로 의료 인력이 부족하여 저연차 전문의들이 제주 지역에 장기 근무할 수 있는 요건을 마련해야 함(제주특별자치도, 2025a, pp. 11~12.).
- **(사업 유형)** ‘민간·공공 종합병원 지원형’으로, 전공의 수련 이후 지역 종합병원에 취업 및 지역 정착 지원을 위해 의료기관별 필요한 진료과목별 인원을 지원함(제주특별자치도, 2025a, p.12.).
- **(참여 대상)** 도내 5개 종합병원 내 필수진료과목 분야의 저연차 전문의 24명 지원을 계획함(제주특별자치도, 2025b, p.15.).
- 공공의료기관 2개소 11명, 민간 종합병원 4개소 13명을 대상으로 함(제주특별자치도, 2025b, p.15.).

○ 2025년 10월 기준 참여 전문의는 총 16명(내과 5명, 응급의학과 4명, 외과 3명, 소아청소년과 2명, 신경과·기타 각 1명)으로 나타남.

〈표 4-16〉 제주특별자치도: 과목별 지역필수의사제 시범사업 모집 및 지원 현황

(단위: 명, %)

지역	계	내과	외과	산부 인과	소아청 소년과	응급 의학과	심장혈관 흉부외과	신경과	신경 외과	기타
모집 인원(A)	24명	5명	3명	-	2명	10명	-	2명	-	2명
지원 인원(B)	16명	5명	3명	-	2명	4명	-	1명	-	1명
지원률 (B/A)	66.7%	100%	100%	-	100%	40%	-	50%	-	50%

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 제주특별자치도, 2025b, 보건복지부 제공자료

□ **(지원 내용)** 지역 근무수당(월 4백만 원/인)과 정주 여건을 지원함. 의료기관별로 정주 여건 지원 내용이 다르며, 대부분 주거·연수·학술대회 중심으로 지원이 이루어짐(제주특별자치도, 2025b, p.22.).

〈표 4-17〉 제주특별자치도: 지역필수의사제 시범사업 정주 여건 지원

구분	전문성 강화(커리어)	주거	기타
의료기관	· 연구 지원 · 해외연수 기회 제공 · 학회·교육비 지원 · 국내외 연수 및 학술 기회 제공	· 기숙사/관사 지원 · 숙소 주거비 지원	· 의료사고 및 분쟁 대비 법률·행정 지원 · 유연근무제, 휴가 제공 · 복지포인트 지급

출처: “2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서”, 제주특별자치도, 2025b.

□ **(사업예산)** 2025년 기준 총 6.76억 원(국비·지방비 각 50%)으로 사업을 추진함.

○ 2025년 사업비 중 5.76억 원이 지역근무수당(24명 x 4백만 원 x 6월), 1억 원이 센터 운영비에 해당함(제주특별자치도, 2025b, p.31.).

제2절 사업 평가체계

1. 평가 개요 및 방향

□ 평가 모형 개요

- 본 연구에서는 정책의 투입부터 결과까지의 전 과정을 체계적으로 진단하기 위해 '체계적 정책평가 모델'을 설계함.
 - 특히 의료인력 지원사업의 특수성을 고려하여, 하드웨어적 성과(인력 수치) 뿐만 아니라 소프트웨어적 성과(제도 인식 및 현장 수용성)를 균형 있게 배치함.
- 분석의 틀(Analytical Framework)
 - (구조) 운영적정성: 제도 설계의 논리적 타당성 검토
 - (과정) 제도수용성: 정책 대상자와의 상호작용 및 체감도 측정
 - (결과) 성과달성도: 당초 설정한 정책 목표의 실제 달성 여부 확인
 - (환류) 지속가능성: 향후 제도 유지 및 확장 가능성 타당성 검토

□ 평가 대상

- 본 연구에서는 의료인력 지원의 핵심 수단인 '수련수당 지급사업'과 '지역필수 의사제 시범사업'을 대상으로 함.
- 두 사업은 '재정적 인센티브'와 '제도적 의무복무'라는 서로 다른 정책 수단을 활용하고 있으나, 최종적으로는 필수·지역 의료인력의 불균형 해소라는 공통의 목표를 지향함.
- 이에 따라 정책의 기획부터 집행, 성과 도출에 이르는 전 과정을 체계적으로 점검할 수 있는 평가지표를 설정하여 분석을 진행함.

□ 평가 방향

○ (평가 방향 1: 운영 측면의 적정성 검토) 정책 설계와 현장의 정합성

- (설정 배경 및 필요성) 정책의 실패는 설계 자체가 잘못된 경우보다, 설계된 내용이 복잡한 의료 현장의 메커니즘을 반영하지 못해 발생하는 경우가 많음.
 - 특히 의료인력 지원은 병원 내 인력 운용 체계, 수련 과정의 특수성 등 다양한 변수가 작용하므로, 행정적 절차가 현장에서 병목 현상을 일으키지 않는지 확인하는 것이 필수적임.
- (평가 목적) 정책 수단(수당 지급, 계약 체결 등)이 집행 과정에서 본래 의도한 대로 수혜자에게 전달되고 있는지 점검함.
 - 정부-지자체-의료기관 간의 행정적 비효율성을 제거하여 정책 전달 경로를 최적화할 수 있는 근거를 마련함.

○ (평가 방향 2: 제도적 수용성 및 체감도 진단) 현장 중심의 실효성 확보

- (설정 배경 및 필요성) 의료인력은 전문성을 바탕으로 이동성이 매우 높은 고학력 자원이며, 이들의 진로 선택과 특정 지역 안착은 일방적인 제도 강행보다는 당사자의 자발적인 인식과 '선택'에 의해 결정됨.
 - 정책의 규모가 아무리 크더라도 현장 의료진이 이를 실질적인 혜택으로 느끼지 못하거나, 참여 과정에서 심리적 저항감이 발생한다면 정책의 지속성과 효과는 급격히 반감될 수밖에 없음.
- (평가 목적) 재정적 인센티브가 대상자의 기회비용을 상쇄할 만큼의 유효한 유인책으로 작동하는지 확인하고, 수혜자가 느끼는 경제적·심리적 만족도를 다각도로 측정함.
 - 현장 관리자들이 정책 운영 과정에서 겪는 실무적 어려움을 파악하여, 제도가 현장에 연착륙하고 긍정적인 평가를 받을 수 있는 개선 지점을 도출함.

○ (평가 방향 3: 성과 달성도 및 지속가능성 평가) 근거 기반의 정책 고도화

- (설정 배경 및 필요성) 대규모 국고와 지방비가 투입되는 국가 지원사업으로서 정책적 책무성을 입증하기 위해서는 투입된 자원 대비 실제 인력 수급의

변화를 객관적인 지표로 증명해야 함.

- 단기적인 인력 확보를 넘어, 본 제도가 향후 국가 의료 체계 내에서 상시적인 지원 모델로 기능할 수 있는지, 재정적·법적 안정성을 갖추었는지에 대한 중장기적 관점의 분석이 요구됨.
- (평가 목적) 필수과목 충원을 증가 및 지역별 인력 편차 완화 등 핵심 지표의 변화를 과학적으로 분석하여 정책의 기여도를 규명함.
- 시범 사업의 한계를 극복하고 전국적으로 확산 가능한 ‘표준 의료인력 지원 모델’로서의 가치를 평가하며, 향후 법적 근거 마련 및 예산 확보의 당위성을 확보함.

2. 평가항목 및 지표

□ 운영 적정성

○ 지원 대상 및 선정 기준의 타당성 점검

- 현재 지정된 필수과목 및 지원 지역의 선정 기준이 실제 의료 현장의 인력 부족 실태와 얼마나 부합하는지를 분석함.
- 선정 과정에서의 투명성과 형평성을 확보하기 위해 어떤 정량적·정성적 기준이 사용되었는지 기술함. 특히 지원 대상에서 제외된 과목이나 지역의 불만을 최소화할 수 있는 합리적인 근거가 마련되어 있는지를 주요 분석 관점으로 삼음.

○ 정책 전달 체계의 행정적 효율성 분석

- 신청 단계부터 심사, 최종 지급에 이르기까지의 전 과정에서 발생하는 행정 소요 시간과 절차의 복잡성을 점검함. 행정 절차가 지나치게 복잡할 경우 수혜 대상자의 참여 의지를 꺾는 병목 현상이 발생할 수 있으므로, 이를 최적화하기 위한 노력을 평가함.
- 중앙정부, 지자체, 개별 의료기관 간의 업무 분담이 효율적으로 이루어지고 있는지, 중복적인 행정 보고나 데이터 누락 등 시스템상의 허점은 없는지 분석하여 정책 집행의 매끄러움을 진단함.

□ 제도 수용성

○ 수혜자 대상의 실질적 유인 효과 평가

- 지급되는 수련수당이나 지원금이 수혜자의 기회비용을 상쇄할 수 있을 만큼의 실질적인 경제적 유인으로 작동하는지 분석함. 타 전공 선택 시의 기대 수익이나 타 지역 근무 시의 처우와 비교하여, 본 정책이 지니는 매력도와 변별력을 수혜자 시각에서 서술함.
- 경제적 보상 외에도 정책 참여가 의료진의 직무 만족도, 향후 진로 설계에 미치는 심리적 영향력을 파악함. 수혜자가 정책을 단순한 '일시적 지원'으로 보는지, 혹은 '안정적인 제도적 배려'로 인식하는지에 대한 신뢰도 수준을 평가함.

○ 현장 관리자 및 참여 기관의 수용도 진단

- 수련병원이나 지역 의료기관 관리자들이 본 사업이 실제 인력 수급 안정화에 기여한다고 느끼는지, 아니면 관리 인력 소모나 행정적 부담이 더 크다고 인식하는지를 다각도로 분석함.
- 특히 지역필수의사제 시범사업의 경우, 계약 이행 과정에서 발생하는 의료진과의 갈등 관리나 기관 차원의 지원 인프라 구축 수준이 정책 수용성에 미치는 영향을 상세히 서술함.

□ 성과 달성도

○ 핵심 성과 지표 기반의 정량적 성과 분석

- 사업 시행 전후의 필수과목 전공의 확보율 변화, 지역별 필수의사 배치 수치의 증감 등 가시적인 통계 지표를 바탕으로 정책의 파급력을 입증함. 특히 목표 대비 실제 달성률을 비교하여 정책의 직접적인 기여도를 과학적으로 도출함.
- 인력의 단순 배치를 넘어, 해당 인력들이 실제 필수 의료 서비스를 제공하는 빈도나 해당 지역의 의료 접근성 개선에 미친 영향 등 질적인 성과 지표를 연계하여 기술함.

○ 중장기 정착 및 유지 효과의 지속성 평가

- 의무 복무 기간이나 수당 지원 기간이 종료된 이후에도 해당 의료진이 해당 과목이나 지역에 잔류할 의사가 있는지를 집중 분석함. 이는 정책이 일시적인 인력 유입을 넘어 장기적인 인력 구조 변화를 이끌어냈는지를 판단하는 핵심 잣대가 됨.
- 지원 대상 의료진의 이탈률과 이탈 사유를 분석하여, 성과 달성을 저해하는 현장의 걸림돌을 명확히 규명함.

□ 지속가능성

○ 법적 기반 구축 및 재정 안정성 확보 수준

- 현재의 사업이 일반 회계 예산이나 건강보험 재정 등 안정적인 재원에 근거하고 있는지, 향후 정권 교체나 경제 상황 변화에도 흔들림 없이 추진될 수 있는 예산 구조를 갖췄는지 검토함.
- 정책의 지속성을 담보하기 위해 관련 특별법 발의, 조례 제정, 지침의 상위 법령화 등 법적 근거가 어느 정도 수준으로 마련되어 있는지 점검하여 정책의 항구성을 평가함.

○ 사업 모델의 확장성 및 정책 고도화 잠재력

- 현재의 사업 모델을 확대 적용 가능성을 평가함.
- 현장의 피드백을 수용하여 제도를 지속적으로 보완하는 환류 체계가 작동하고 있는지, 미래의 의료 환경 변화에 유연하게 대응할 수 있는 발전 방향이 설정되어 있는지를 서술함.

[그림 4-3] 평가체계

		【수련수당 지급사업】	【지역필수의사제 시범사업】
정책목표		필수분야(과목) 의료인력 불균형 해소	지역·필수 의료인력 불균형 해소
정책수단		재정적 인센티브 지원	지역 의무복무 제도 활용

평가 방향	①운영적정성	②제도수용성	③성과달성도	④지속가능성
	제도가 목표에 부합하도록 설계·운영되었는가?	수요자가 제도를 체감, 긍정적으로 인식하고 있는가?	사업이 설정한 정책목표를 달성했는가?	제도가 장기적으로 유지·확산될 수 있는가?
	대상·기준의 타당성 체계 일관성·효율성	수요자 체감도 제도 실효성 인식도	정책목표 달성도 실질적 효과	재정적 지속가능성 제도화·확산가능성

평가 항목	운영적정성	<ul style="list-style-type: none"> - 지원대상(과목) 설정 적정성 - 지급기준 일관성·합리성 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역·필수과목 선정 기준 명확성 - 계약 체결 및 관리 절차의 일관성
	제도수용성	<ul style="list-style-type: none"> - 수당 수혜자의 체감 만족도 - 수련기관·수련책임자의 제도 인식 	<ul style="list-style-type: none"> - 계약의사 및 고용기관의 제도 인식도 - 근무환경·조건에 대한 체감도
	성과달성도	<ul style="list-style-type: none"> - 수당 지원과 전후 충원을 변화 - 필수과목 인력 확보 기여도 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 근무 의무 이행률 - 근속 유지율 및 지역 정착율
	지속가능성	<ul style="list-style-type: none"> - 수당 지원사업의 장기 지속 가능성 - 예산확보·제도화 가능성 	<ul style="list-style-type: none"> - 계약형 제도의 법제화 가능성 - 지속 지원체계 마련 여부

		심층인터뷰(In-depth Interview) & 표적집단면접(FGI, Focus Group Interview)	
평가 방법	대상	<ul style="list-style-type: none"> - 수련수당 수혜 전공의·전임의 - 수련기관 수련책임자·담당자 	<ul style="list-style-type: none"> - 시범사업 참여자 - 근무 의료기관 담당자
	내용	<ul style="list-style-type: none"> - 수당 수혜 경험·체감 효과 - 지원기준·운영 절차 인식 - 제도 운영상의 애로사항·개선점 - 제도 인식, 체감도, 개선방안 도출 - 운영상 편차·과목별 차이 논의 	<ul style="list-style-type: none"> - 계약 체결 및 이행 경험 - 지역 근무환경·정착의 애로사항 - 수당·지원제도의 실질적 만족도 - 제도 운영상 문제점 - 지역별·기관별 차이점 - 장기적 정착 방안 논의

제3절 이해관계자 의견 조사

1. 조사 설계

가. 조사 목적

- 수련수당 지급사업 및 지역필수의사제 시범사업에 대한 실효성을 진단하고 전반적인 요구도를 파악하여 이를 바탕으로 의료인력 지원사업의 개선방안을 제안하고자 이해관계자 그룹을 대상으로 면접조사를 시행함.
- (주요 사업 실효성 진단) 수련수당 지급사업 및 지역필수의사제 시범사업의 현장 작동 기전을 점검하고 정책적 적정성을 평가함.
- (현장 애로사항 및 제도 체감도 파악) 사업 참여자 및 운영자가 겪는 실질적인 행정적·임상적 장애 요인을 발굴함.
- (정책 개선사항 및 수요 도출) 지역 의료인력의 안정적 확보를 위한 핵심 요소를 식별하고, 이를 바탕으로 차년도 사업 고도화 및 정책 방향성을 설계함.

〈표 4-18〉 조사 설계

조사 목적	조사 대상	조사 내용
사업 운영 현황 검토 및 개선 방향에 대한 요구도 파악	수련수당 지급사업 및 지역필수의사제 시범사업 대상자, 운영자, 전문가 등	사업 참여 및 운영 경험 만족도 및 개선 필요도 의료인력 지원 정책 수요

나. 조사 대상

- 조사는 수련수당 지급사업 및 지역필수의사제 시범사업 참여자, 지역필수의사제 시범사업 운영 관계자(지자체, 병원관계자), 전문가를 대상으로 함.
- 대상자 모집은 지역필수의사제 시범사업 참여 지역 및 기관의 협조로 희망자를 추천받아 참여 가능한 대상자를 선정하였음.
- 조사 대상은 총 20명으로 지역필수의사제 시범사업 참여 전문의 3인, 시범사업

참여 지자체 담당자 4인, 시범사업 참여 병원 관계자 4인, 전공의 5인, 전문가 4인을 포함하였음.

다. 조사 내용

□ 조사는 연구진이 개발한 공통 질문을 제시하는 구조화된 인터뷰로 진행하였으나, 대상자의 답변 내용에 따라 일부 세부 질문을 추가로 제시하였음.

○ 질의 사항은 참여 그룹의 특성을 고려하여 사업의 전 과정을 진단할 수 있도록 구성함.

- ① 사업 운영 현황 및 적정성(지자체 · 병원 관계자 · 전문가)
 - (추진배경) 지자체 및 의료기관의 사업 참여 목표와 인력 선발·관리 방식의 적절성
 - (지원체계) 시범사업 참여 의사에게 제공되는 정주여건(주거, 가족 지원 등)의 구체적 사례 및 지역별 특징
 - (행정부담) 사업 운영 과정에서 발생하는 지자체-병원 간 협력의 난이도 및 재정적·구조적 병목 현상
- ② 수련 및 근무 경험 진단(참여자 · 전공의)
 - (수련수당 지급) 8개 필수과목 전공의 대상 월 100만 원 지원의 실효성 및 수련 환경 개선 기여도
 - (지역필수의사제 체감) 전문의 대상 월 400만 원 및 정주 지원의 수준이 실제 지역 근무 유인에 미치는 영향
 - (만족도 변화) 사업 참여 이후 업무 만족도 및 지역 내 근속 유지 의향의 실질적 변화 여부
- ③ 지역 안착 및 지속 가능성(전 그룹 공통)
 - (정주 저해 요인) 지역 근무를 어렵게 만드는 환경적 요인(가족 생활, 자녀 교육, 의료 인프라 등)에 대한 심층 진단
 - (주체별 역할) 중앙정부(법·제도 보완), 지자체(정주 환경 조성), 병원(근무

여건 개선) 간의 기능적 분담 방안

- (정책 로드맵) 사업 지속 및 확대를 위해 최우선으로 개선되어야 할 단기 과제 및 중장기 정책 방향

<표 4-19> 조사 내용

구분	주요 질의 사항	대상 그룹
인지 및 참여 배경	사업 인지도, 참여 동기 및 목표, 기관/지역 선택 이유	전체
운영 적정성 파악	행정 절차(신청·계약 등)의 편의성, 지원 수준의 현실성	참여자(전문의), 병원관계자, 지자체
제도 체감도 및 만족도	인센티브 만족도, 정주여건 지원 효과, 업무 만족도 변화	참여자(전문의, 전공의), 병원관계자, 지자체
현장 애로사항	행정·구조·재정적 부담, 지역 정주 저해 요인	전체
정책 제언 및 수요	사업 확대 조건, 중앙-지방 역할 분담, 제도적 보완점	전체

라. 조사 방법

- (조사 일정 및 방법) 면접조사는 2025년 11월 4일부터 13일까지 총 11회 진행 하였으며, 대상자의 면접 참여 가능 시간 및 물리적 환경 등을 고려하여 비대면 화상회의로 진행함.
- (윤리적 고려) 조사는 계획 단계에서 한국보건사회연구원 생명윤리위원회(IRB) 심사를 거쳐 승인을 받음(승인번호 제2025-0560호).
 - 면접조사 참여자에게 연구 목적과 진행 방식, 위험 요소, 비밀 보장, 참여 중단을 포함한 참여자의 권리 등의 안내문을 사전에 제공하였으며, 안내문의 내용 숙지에 대한 확인과 인터뷰 참여에 동의하는 서면 동의서를 받았음.
 - 연구 보고서 작성 과정에서 참여자를 식별할 수 있거나 신상과 관계된 고유 명사는 익명으로 처리하거나 가공하여 제시하도록 함.
- 조사 결과에 대한 분석은 면접조사 내용을 녹취하여 전사한 내용을 바탕으로 시행 하였으며, 녹취 내용을 완독 및 범주화하는 과정을 거쳐 주요 주제를 추출하였음.

2. 조사 결과

가. 지역필수의사제 시범사업 참여자(전문의) 대상

1) 사업 참여의 배경

□ 사업 인지 경로

- 참여자들은 보통 소속 병원 내 상급자의 추천으로 사업에 대해 알게 되어 참여하였으며, 한 참여자의 경우 언론 기사를 통해 이 사업에 대해 먼저 알게 되었다고 언급함.

“처음에 소개 받게된 게 저희 부원장님으로부터 병원 측에서 이런 좋은 지원 방안이 있다고 해서 지원을 하게 되었구요.”(참여자2)

“과장님을 통해서 소식을 알게 되었구요. 사실은 제가 따로 알아본 것은 아니어서 저도 나중에 알게 되었어요.”(참여자3)

“이 사업에 대해서 알게된 게 사실 병원을 통해서는 아니고 저는 (언론) 기사를 먼저 봤거든요.”(참여자1)

□ 사업 참여 동기 및 계기

- 참여자들은 개인적인 이유로 인한 이직, 필수의료 강화에 기여하고자 하는 의지, 모교에서 진료하고자 하는 마음 등 다양한 이유로 지역에 있는 병원에서 근무하게 됐으며, 시기가 잘 맞아 사업에 참여하게 되었음.

“저는 작년까지는 서울에서 근무하다가 올해 3월부터 개인적인 일로 이사를 해서 자연스럽게 이직을 하게 되었고. 시기가 맞아 지원을 하게 되었어요.”(참여자1)

“이 지역의 특성상 야간 시간이나 응급 상황에서 다른 곳으로의 후송이 용이하지 않을 때가 많기 때문에 이런 지역에서 제 분야에 대한 치료가 필요하다고 생각을 해서

지역의 필수의료 강화에 도움이 되고자 지원을 하게 되었습니다.”(참여자2)

“사실은 이런 제도를 알고 다시 지역으로 돌아온 것은 아니었구요, 수업이랑 실습을 하면서 앞으로도 모교에서 진료를 했으면 좋겠다는 생각을 가지고 있었어요. 저 같은 경우에는 기회가 잘 닿고 시기가 맞아서 참여를 하게 된 거 같아요.”(참여자3)

2) 사업 참여 경험

□ 지원 내용의 만족도 및 인지도

- 참여자들은 모두 시범사업을 통한 추가적인 재정 지원에 대해서 만족도가 높았으며 대체로 긍정적인 반응이었음.

“올해 7월 이후 근무하는 사람들을 대상이라고 해서 저는 아쉽게도 해당이 안된다고 생각했었는데 이게 범위가 넓어지면서 참여를 할 수 있게 되어 굉장히 감사하고 좋아요.”(참여자1)

“저는 되게 만족하고 있습니다. 왜냐하면 다른 곳에 비해서 임금이 떨어지는 측면이 있기 때문에 그것을 보완해주는 측면에서 좋은 제도 같고, 일단 기존에 지역의료로 담당하게 된 사람들에게 더 공고히 하기 위해서 혜택을 주는 것에 대해서는 좋은 방법이라고 생각합니다.”(참여자2)

“아무래도 재정적이나 이런 부분으로 지원이 더 있다 보니 조금 더 진료 보는데에는 도움이 될 수 있을거 같아요. 전반적으로는 이런 지원 시스템에 대해서 긍정적이었던거 같습니다.”(참여자3)

- 하지만 일부 참여자들은 아직 시범사업 초기여서인지 지원 내용에 대해서는 재정 지원 외에는 구체적으로 인지하지 못하고 있었음.

“지원은 제가 아직 정확하게 그것에 대해 설명을 들을 기회가 없었고 저도 신경을 많이 못 쓰다 보니까 인센티브 형태로 받고 있는 것으로만 파악하고 있어요.”(참여자2)

□ 시범사업에 대한 아쉬운 점

- 한 참여자는 본인은 사업의 대상이 되었지만 가족들에 대한 지원은 시범사업 이전에 전입을 했다는 이유로 대상이 되지 못했다는 것에 아쉬움을 표시했음.

“지원 내용 중에 저희 지자체에는 가족 정착 지원금과 자녀 교육비와 양육비 항목이 있는데 저희 가족이 사업 이전에 전입을 해서 가족 관련된 지원은 하나도 못 받게 되었어요. 저는 사업 대상에 해당이 되는데 같은 날짜에 전입한 가족들은 대상이 안된다는 게 조금은 아쉬웠어요.”(참여자1)

- 또한, 대상 기준으로 인해 동일 병원 내에서 지원 대상이 되지 못하는 동료들에 대해 불편한 마음이 발생하기도 함.

“저는 사실 이 지역에 올해 3월에 이사해서 근무를 하고 있는데 저는 혜택을 받고 이 병원에서 수년간, 더 많게는 십수년간 일해 오셨던 선생님들이 혜택을 받지 못하는 것에 대해서 내가 받아도 되나? 여기서 정말 오랫동안 이 지역을 위해 일하셨던 선생님들이 계신데? 그래서 약간 마음의 어려움이 있었습니다.”(참여자1)

3) 사업의 효과

□ 기존 의료인력의 근속 유지에 긍정적인 영향

- 참여자들은 공통적으로 이 사업이 기존에 지역에서 근무 중인 의료인력의 근속을 유지하는 효과가 있을 것이라는 의견을 제시했음.

“일단 금전적인 인센티브가 주어지니까 도움이 많이 되고 이 지역에서 계속 근무를 하게 하는데 요인이 되는 것 같기는 합니다. 저는 제 개인적인 사정으로 왔지만 이런 지원을 받게 되니 서울에서 몇 번 연락이 올 때도 저 안 갑니다라고 할 수 있게 되더라고요.”(참여자1)

“현재 필수의료로 담당하고 있는 사람들에게 인센티브를 제공함으로써 저 같은 경우에도 계속해서 이 지역에서 근무하게 되는 동기가 되는 것 같아요.”(참여자2)

“어느 정도 신규 젊은 의사들이 지역에 남아 있을 수 있게 하는데 도움이 되는 것 같고 이것 때문에 바뀌거나 하는 것은 사실 없는데 아무래도 재정적이나 이런 부분으로 지원이 있다보니 조금 더 진료보는데에 도움이 될 수 있을거라 생각해요.”(참여자3)

□ 정부의 지역의료 문제 해결을 위한 노력을 보여주는 정책적 신호로 작용

○ 정부가 지역의료 인력 확보의 위기를 인식하고 대응하려는 정책적인 신호로 작용하였음.

“아무래도 젊은 의사들에 대해 신경을 쓰고 이들을 지원하는 방안을 정부에서 생각한다든가 앞으로 미래를 생각했을 때 변화될 수 있는 부분이라고 생각해서 그런 부분에 대해서는 긍정적이예요.”(참여자3)

4) 사업의 한계 및 정책 과제

□ 신규 인력 확보에는 제한적인 효과

○ 본 사업이 현실적으로 신규 의료인력을 지역 병원에 확보하기에는 제한적일 것이라는 의견이 다수였음.

“그런데 다른 지역에 있는, 특히 서울에 있는 사람들을 이런 혜택을 이유로 데려올 수 있을지 의문입니다. 제가 아는 한 선생님이 어느 지역에서 근무할지를 고민하던 중이어서 여기 이 지역으로 오시면 이런 혜택도 있다고 소개를 해드렸는데 결국은 고민을 하다가 서울로 가시더라고요.”(참여자1)

“사실 지금 몇 달까지는 않았지만 이것 때문에 바뀌거나 하는 것은 없는 거 같은데. 솔직히 말씀드리면 서울에 있는데 지역 쪽으로 가는 경우가 쉬워 보이지는 않습니다. 제 주변에도 오히려 반대인 경우는 당연히 있는데 수도권에서 지역으로 내려오는 경우는 흔치 않아요.”(참여자3)

□ 대상자 확보의 어려움

- 일부 지역에서는 본 사업에 해당하는 대상자가 별로 없어서 대상자 확보에 어려움이 있기 때문에 대상자를 확대할 필요가 있다는 의견을 제시함.

“저희 쪽은 사실 해당하는 사람들이 별로 없어서 아마 대상자 찾는 것부터가 난관인 거 같아요. 저희 지역은 신규로 교수로 임명 받은 사람들이 많이 없다 보니까 그런 혜택이 가능한 대상자들을 조금 더 확대할 필요가 필요할 거 같아요.”(참여자3)

□ 대상 기준에 따른 동료간 보상 불합리성으로 내부 갈등 우려

- 한정된 의료인력만 대상에 해당이 되어 지원을 받다보니 동일 병원 내에서도 동료간에 보상 불합리성으로 인해 내부 갈등이 발생할 가능성이 있음.

“약간 더 연배가 높으신 교수님들은 약간의 상대적 박탈감 같은 것도 조금 느끼시는 거 같더라고요. 그러다보니 저희 병원에서도 혜택을 받는 사람들에 대해서 처음에는 쉬쉬했어요. 그리고 병원 전체적으로 공지를 한다거나 이런 것도 안했는데 왜냐하면 다른 선생님들이 힘들어하실까봐, 그래서 대놓고 얘기할 수 있는 분위기는 아닙니다.”(참여자1)

□ 지역 인력 확보를 위한 정책 수요 및 과제

- 가족이 함께하고 있는 경우에는 지역 근무 결정 과정에서 자녀 교육 인프라 등 가족과 관련된 이슈도 중요함.

“자녀교육이나 이런 여러 인프라에 관련된 이유가 큰 거 같아요. 저도 사실 제가 혼자 산다고 하면 지금 제 근무환경이 굉장히 만족스럽고 저희 병원이 좋은데, 아이들이 자라나면서 교육이나 이런 것을 생각하면 그래도 계속 있을 수 있을지, 이렇게 받는 인센티브를 이유로 계속 남아 있을 수 있을지는 그때 가서 다른 생각이 들 수도 있을 거 같아요.”(참여자1)

- 일부 참여자들은 재정적인 어려움을 겪는 지역 병원의 경우에는 병원의 지속 가능성 확보가 우선되어야 인력 확보도 가능할 것이라는 의견을 제시함.

“최근에 저희 병원이 재정적으로 굉장히 어려운 상황이라는 것을 알게 되었어요. 이 지역의 병원들이 계속 살아남고 유지되고 하는 그런 면에 있어서 추가적인 정책이나 도움이 필요하지 않을까 하는 생각이 들었어요.”(참여자1)

“지금 의료 시스템 상에서 지방에 있는 국립대들은 적자가 나는 구조가 될 수밖에 없는거 같습니다.”(참여자2)

- 현 지역 의료체계에서 전반적으로 인력과 시설 인프라가 부족한 상황이며, 진료 상황에서 연계되는 과에 대한 고려가 필요함.

“지역 병원에는 모든 과가 다 세부 분과까지 있는 것이 아니어서 치료를 하기 어려운 상황이 있고 그렇게 되면 또 진료가 축소되고, 그러다보면 더 사람이 안 오고. 이것이 지역 병원이 가진 악순환인거 같아요.”(참여자1)

“사실은 진료 자체가 저 혼자 하는게 아니고 다른 과들이랑 연계가 되어야 하는데 그런 백업되는 과들이 부족하거든요. 작년에 서울에서 근무했을 때와 비교해보면 그런 백업 시스템이나 다른 과의 지원이 어려운 실정인데 그런 것들이 해결되어 여러 분야에서 인재가 육성될 수 있는 상황이 되어야 할 거 같아요.”(참여자3)

- 지역 병원에서는 법적 위험에 대한 대응 체계와 안전망이 부족하여 의사들이 지역 근무를 기피하는 이유가 되고 있어 이에 대한 대책이 필요함.

“수도권 대형병원에서는 법무팀의 차이도 있고, (현재 근무하는) 저희 병원이 배상 책임보험에 가입이 안되어 있다고 하더라고요. 결국 병원의 재정이랑 관련되는데 지방 병원의 경우 재정이 불안하기 때문에 그런 것에 대해서 병원 측이 책임을 져 줄 수 있는, 도와줄 수 있는 부분이 적은 거 같아요.”(참여자1)

“지방 병원의 경우에는 법무팀이라든가 그런 시스템 같은 것들이 조금 부족한 면이 있기 때문에 이게 의료소송에 취약한 거 같아요. 지방 병원 의사들은 본인이 스스로 의료소송에 맞서야 되는 어려움이 있기 때문에 덜 선호하지 않나 싶기도 해요. 저는 서울의 큰 병원에만 있었는데 거기는 확실히 의료소송에 대해서 법무팀이 잘 되어 있기 때문에 의사가 거의 신경을 안 써도 되거든요.”(참여자2)

“아무래도 지역에서 어디서든 근무하는데 제가 불안하면 솔직히 진료가 안 되잖아요. 내가 잘못될 거 같고 그래서 계속 수동적으로 진료를 할 수밖에 없고 그런 문제가 발생하면 의사들이 피해를 입고 실제로 그만두고 나가는 경우들을 많이 보기 때문에 그런 것들이 안정화되고 준비가 되어야 할 거 같아요.”(참여자3)

- 또한, 연구 인프라, 학술활동 지원 부족 등으로 인한 커리어 발전의 제약도 지역 근무를 기피하는 원인이 될 수 있음.

“아무래도 병원 내에서 연구 환경이나 연구에 대한 지원도 조금 부족한 점이 있을 수밖에 없는 거 같아요. 저는 이전에 서울대병원에서 근무를 했다보니 워낙 연구에 대한 지원이 많고 원내 연구과제나 해외학회 지원이 많았던 거 같은데, 그런 인프라의 차이도 있지만 병원 재정의 차이도 있는 거 같아요.”(참여자1)

5) 시범사업 개선 방안

□ 대상 기준의 유연화 및 형평성 확보 필요

- 지원 대상 기준이 지역에 맞게 유연해 질 필요가 있으며 상대적 박탈감이나 불합리성을 느끼지 않도록 형평성을 고려하여 사업을 확대해가야 함.

“이게 누가 받는지는 병원 측하고 저만 알고 있어서 잘 모르지만, 재정이 허락한다면 필수의료에 종사하고 있는 의료진들은 공평하게 다 받을 수 있어야 된다고 생각을 해요.”(참여자2)

“일단은 대상자를 모집하는 상황부터 조금 개선되어야 할 거 같구요. 결과적으로는 다양한 분야의 사람들이 협력해서 진료할 수 있도록 다양하게 선발이 되어서 최대한 많은 인원이 남을 수 있도록 해야하고 진료과도 한쪽으로 치우치는 게 아니라 여러 과가 같이 포함이 되고 저희끼리도 소통이 될 수 있는 창구가 생기게 더 좋을 거 같습니다.”(참여자3)

- 특히, 기존에 지역에서 장기간 근무하고 있는 의료인력들이 상대적 박탈감 없이 일할 수 있도록 이들을 위한 인센티브도 고려할 필요가 있음.

“이 사업이 새로 들어오는 사람을 위한 것이라면 추후에는 오래 있었던 사람들에게 주는 인센티브, 예를 들어 5년 이상 근무하면 어떻게 해준다, 10년 이상 근무한 사람은 어떻게 해주겠다 하는 제도가 있으면 좋겠다는 생각이 들었어요.”(참여자1)

□ 다양한 환경적 인프라 개선 필요

- 단순히 재정적인 인센티브 지원뿐 아니라 주거 지원, 커리어 개발 지원, 법적 보호체계 등 다양한 환경적 인프라 개선이 있어야 의료인력 유지 및 유입이 가능할 것임.

“외부에서 오게 되거나 특히 서울에 집을 두고 근무만 하는 경우에 그 병원 근처에 거주할 수 있는 곳을 마련해주는 등 진료 외에 다른 것들에 너무 많이 스트레스 받지 않도록 지원해주면 좋을 거 같습니다.”(참여자1)

“지역에 있다보니 학회 참석이 쉽지 않아서, 항공편이라든가 교통수단에 대해 지원이 있으면 더 도움이 될 거 같습니다.”(참여자2)

“의료소송에 대해 필수의료 의사들을 보호할 수 있는 제도를 만드는 것이 필요할 거 같아요.”(참여자2)

“소위 필수과라고 하는 과들이 인기가 없는 이유는 아무래도 진료 현장에서 본인이 실수를 하는 부분도 있을 수 있지만, 환자의 상태가 안 좋아졌을 때 문제가 생길 수가 있는데 그런 것들에 대해 어느 정도의 보호책이 필요한 거 같거든요. 그런 게 해결이 되어야 지역 어디서든 진료를 안정적으로 할 수 있을 거 같아요.”(참여자3)

□ 지역 의료인력들을 위한 소통 창구 필요

- 지역에 근무하는 의료인력들의 불편사항이나 요구 및 필요를 지속적으로 듣고 반영할 수 있는 소통 창구가 필요함.

“사실은 재정적인 것도 중요하지만 결국에는 얼마나 남아서 지역에 도움이 될 수 있을지가 중요한 거 같은데, 그런 서포트 자체를 바라고 하는 것은 아니어서. 어느 정도

여기서 정착하면서 저희가 불편 사항이 생겼을 때 그런 것을 반영하거나 그런게 가능한 소통 창구가 있으면 좋을거 같아요.”(참여자3)

나. 전공의 대상

1) 수련 현황 및 배경

□ 지역 수련기관 선택 배경

- 참여자들의 지역 수련기관 선택은 연고지, 가족 육아 지원, 모교 애착 등 다양하고 복합적 요인에 기반하였음.

"일단은 연고지, 출신지가 원주인 게 가장 크기는 했고요. 그리고 그 외에도 가족 분 중에서도 근처에 근무하고 계신 분들이 많아서 여기로 선택했습니다. 모교이기도 하고" (전공의2)

"제 애가 좀 아프고 그래가지고 육아를 위해서, 저희 처가 부모님이 살아가지고 그래서 애 육아 때문에 여기 왔고요." (전공의1)

"우선 고향이고요. 여러 가지 선택사항을 했는데 현실적으로 그게 또 다 제가 원하는 대로 되는 상황은 아니다 보니까, 뭐 이것저것 고민 끝에 다시 고향으로 오게 됐고" (전공의5)

- 일부 참여자는 수도권 대형병원보다 지역 대학병원에서 더 다양한 환자를 포괄적으로 볼 수 있고, 자율성을 가지고 직접 참여할 수 있는 경험을 중시하여 지역을 선택하였음.

"서울병원 같은 경우에는 병원도 크고 인턴도 많고 레지던트도 많으니까. 저는 그냥 그 병원의 작은 부품밖에 안 되겠구나 라는 생각을 했고. 지역 병원에서 근무를 하면 조금 더 제가 하고 싶거나 아니면 또 보고 싶은 환자를 더 본다거나 뭔가 자유로운 거를 할 수 있지 않을까 해서 선택을 하게 됐고" (전공의3)

"저는 응급의학과를 하고 싶었는데 응급의학과가 힘들다고 하는 병원들이 몇 군데가 있는데 마침 모교도 저희 그런 소문난 곳 중에 하나여서 할 거면 열심히 배워보자 하고 오게 되었고" (전공의4)

2) 수련수당 지급사업에 대한 인식과 의견

□ 사업 인지도 및 지원 수준 평가

- 참여자들은 대부분 병원을 통해 수련수당 지급사업을 알게 되었으며, 일부는 최근해야 인지하게 되었음. 월 100만 원의 수련수당 지급에 대해 대체로 긍정적으로 평가하였으며, 특히 육아 등 생활비 지원 측면에서 실질적 도움이 된다고 응답하였음.

"이게 있다는 거를 이번 달에 알게 되었는데요. 좋다고 생각을 합니다." (전공의4)

"덕분에 저는 100만 원을 받게 되어서 육아에 큰 도움을 받고 있습니다." (전공의1)

"저는 개인적으로 육아를 같이 진행하고 있는 사람이기 때문에 육아를 하는 측면에서는 굉장히 도움이 되는 건 맞습니다." (전공의5)

- 전공의에게 직접 지원하는 방식에 대해 기존의 간접 지원 방식은 전공의에게 직접적인 이득으로 다가오기 어렵다고 응답하였음.

"수련병원에 지원을 해주던지 아니면 전문의들이 메인이 되는 교실에 지원을 해주던지 하는 방식은 결과적으로는 저희가 이득을 보기가 굉장히 어려운 구조로 될 수밖에 없어요." (전공의4)

□ 8개 필수과 선정 기준에 대한 의견

- 8개 필수과 선정에 대해서는 대체로 적절하다고 평가하면서도, 다른 기피과에 대한 지원 필요성도 제기되었음.

"일단은 그래도 추려서 지원한다면 지금 이렇게 8개 과가 가장 적절하지 않나라고 생각은 하고 있습니다." (전공의2)

"여기에 포함되지 않는 다른 지원자들이 조금 저조한 과들에 대해서도 지원이 조금 동반이 필요하지 않나 라는 생각은 하고 있습니다. 병리과라든지 비뇨의학과라든지 아니면 핵의학과 같은 과들은 사실은 지원자도 적기는 한데 이런 지원사업에 선정이 되지는 않아서" (전공의2)

○ 필수의료 개념 자체의 모호성과 지역별·상황별 차이에 대한 지적도 있었음.

"필수의료는 실체가 없습니다. 왜냐하면, 예를 들어서 지방에서 정형외과는 필수과입니다. 지방에서 정형외과 환자들은 어디 조금 부러지고 주사 맞고 이런 환자들이 아니에요. 트랙터에 몸이 작살나고 대형사고가 나가지고. 중증 외상 같은 환자들이 지방의 정형외과 수술방에 옵니다." (전공의1)

"이게 과연 지금 지정돼 있는 8개 과목만 해당되느냐, 저는 그렇지 않다고 생각을 하거든요. 인기과라고 하는데도 인기 있는 이유가 있고, 그만큼 보는 환자들도 많고 그 선생님들 역시도 바쁜 건 맞고" (전공의5)

□ 수련수당 지원의 효과 및 한계

○ 현재 지역에서 근무 중인 전공의에게는 도움이 되지만, 수도권에서 지역으로 이동하게 하는 유인책으로는 한계가 있다고 평가하였음.

"단 한 번에 그게 지방에서 남을 만한 기회가 될 수 있거든요. 한 번쯤 지방에서 생활을 해보고, 그게 나쁘지 않을지도? 라는 그 경험을 해볼 수 있는 기회 자체가 저는 이 사업이 줄 수 있는 긍정적인 경험이라고 생각을 하기 때문에" (전공의4)

"사실 그 월 100만 원 때문에 지원하는 사람은 없었고 지금도 사실 마찬가지라고 생각합니다." (전공의3)

- 전공의 시기의 재정적 지원으로는 만족도가 있으나, 장기적인 지역 정착으로 이어지기 위해서는 추가적인 정책이 필요하다는 의견이 있었음.

"단기적인 목적은 저는 이미 충족됐다고 봐요. 지금 앞에 말씀하시는 선생님들 모두가 받는 거에 대해서 아니라는 얘기는 안 하고 있기 때문에, 정말 단기적인 목적은 저는 이미 만족하고 있다고 생각을 하거든요. 근데 장기적인 목적이 무엇이나에 따라서 조금 더 개선점이 생겨야 된다." (전공의5)

□ 수련수당 지급사업 개선 방안

- 과별 상황에 따른 차등 지원, 재정 지원 외 연구·학술 지원 확대의 필요성이 제기 되었음. 또한 펠로우까지 지원 대상을 확대할 필요가 있다는 의견이 제안됨.

"과별로라도 조금 차이가 있어야 되지 않나 라는 생각이 있기는 합니다. 그리고 수련 수당 지원은 당연히 도움이 되기는 하는데, 사실 수련환경 자체에 도움이 된다고 보다는 수련 외적인 부분에서 조금 더 도움이 되는 것 같기는 해서" (전공의2)

"나는 단순히 돈뿐만 아니라 연구, 학술지원이나 이런 거에 있어서 좀 더 도움이 됐으면 좋겠어요." (전공의2)

"100만 원이나 비용을 레지던트에 이어서 사실 대형병원이나 국립병원은 펠로우, 임상 강사분들이 일을 많이 하는데 거기까지도 확장을 하면 지역의료에 더 도움이 되지 않을까" (전공의3)

- 사업 홍보 강화와 함께 정책의 지속적 추진이 중요하다는 의견이 제시되었음.

"이거를 홍보를 많이 해주시는 게 좋다고 느낍니다. 원내 마이너라고 부르는 이 8개과의 대상이 안 되는 전공의 친구들은 이게 있는지도 모르는 사람들이 훨씬 많은 것 같고" (전공의4)

"멈추면 저는 쉽지 않을 거라는 생각은 해요. 어쨌건 살려야 되는 거라면 지역의료를, 만약에 살려야 되는 거라면 이거 절대 멈추면 안 돼요." (전공의4)

3) 지역 수련 경험 및 지원 요구

□ 지역 수련의 긍정적 경험

- 지역 병원에서는 다양한 중증도의 환자를 포괄적으로 볼 수 있는 장점이 있으며, 교수의 관심도가 높아 밀도 있는 수련이 가능하다는 의견이 있었음.

"서울권에 있는 빅5 병원 같은 경우에는 어디는 암병원이 유명하고 어디는 이식센터가 유명하고 이런 게 있기 때문에 그런 질환들을 포괄적으로 보지 않고 약간 전문적으로 보고. 지방병원 같은 경우에는 사실 그런 것들이 적기는 해서 전신적인 질환을 조금 포괄적으로 볼 수 있는 장점이 있지 않나" (전공의2)

"지역에서는 긍정적인 거는, 그러니까 저에 대해 집중도가 올라가집니다. 첫 번째로, 왜냐하면 펠로우가 없고 바로 전공의다 보니까 우선은 전공의가 있냐 없냐, 그들의 어떻게 보면 어려움이 있는지 없는지를 그래도 좀 더 살펴볼 수 있는 그런 환경이 조성이 된다" (전공의5)

- 동료 전공의 간 긴밀한 협력과 소통이 가능하고, 지역 특화 질환에 대한 전문성을 키울 수 있다는 점도 장점으로 제시되었음.

"전공의들끼리 수가 많지가 않으니까 연락하면 그 사람이 그 사람이어서 타과적인 지식이나 이런 걸 교류할 때도 친분이. 급성기로 협진이나 이런 절차 없이 물어봐서 조치할 때는 더 좋은 점도 있었어요." (전공의2)

"지역에서만 볼 수 있는 질병들이 있고 그건 역학과 관련이 있기 때문에. 제가 이 지역에 있는 환자들에 대해서, 지역별 특징에 대해서 굉장히 잘 아는 사람이 됐어요." (전공의1)

□ 지역 수련의 어려움

- 전공의 인력 부족으로 인한 과중한 업무 부담이 가장 큰 어려움으로 제기되었으며, 환자 케이스의 제한성과 다른 진료과의 지원 및 협력체계 부족도 문제로 지적되었음.

"인력이 없을수록 그리고 그 한 명, 한 명의 능력에 따라서 인력이 적으면 적을수록 일이 더 모이고, 그리고 그거에 따라서 해야 되는 일들이 더 많고" (전공의2)

"저 혼자 유일하게 여기 본원에 있던 전공의였기 때문에, 저는 파업의 뜻은 같이 했지만 참가는 하지 않았습니다. 그래서 어떻게 보면 남은 교수님들이 너무 힘들 것 같아서" (전공의5)

"지역 병원에 있다 보니까 환자 케이스가 적은 게 아무래도 문제가 되기는 하고요. 응급 환자는 많아요. 그 외에 조금 희귀 질환이라든지 진행 속도가 느린 병들은 보기가 힘들거든요." (전공의3)

"사실은 진료 자체가 저 혼자 하는게 아니고 다른 과들이랑 연계가 되어야 하는데 그런 백업되는 과들이 부족하거든요." (전공의2)

□ 전공의 교육·학습환경 지원 요구

- 전공의 업무 부담 경감을 위해 당직 의사나 제너럴리스트 역할을 담당하는 의사를 추가 고용할 필요가 있다는 의견이 제시되었음.

"추가적인 지원 비용으로 당직 전문의나 이런 분들을 고용하는 것도 방법이 될 수 있을 것 같다고 생각은 하고 있습니다." (전공의2)

"각 분과별 전문의를 고용하는 것 뿐만 아니라 전체적으로, 제너럴하게 포괄적으로 볼 수 있는 전문인력이 당직으로든지 아니면, 뒤에서 백업을 받을 수 있는 그런 부분으로 고용되는 것도 못지않게 좋고 중요하다고 생각합니다." (전공의2)

□ 연구·학술활동, 주거·교통, 가족지원 요구

- 타 지역·타 병원 교류 프로그램, 학회 참석 지원, 주거·교통 등 정주여건 개선, 가족 지원 및 복지 확대가 필요하다는 의견이 제시되었음.

"1 대 1로 교환을 한다든지 이런 방안이 있어야지 이 지방에서 부족한 케이스를 서울에서 볼 수 있지 않을까" (전공의3)

"지역에 있다보니 학회 참석이 쉽지 않아서, 항공편이라든가 교통수단에 대해 지원이 있으면 더 도움이 될 거 같습니다." (전공의2)

"교통편이나 주거가 조금 가장 큰 문제가 되는 것 같아요." (전공의5)

"사실은 그거보다 큰 도움을 받는 게 복지거든요. 가족지원 하고 그 다음에 여러 가지 지원들이. 어린이집이라든지 가족수당이라든지 그리고 저희 애가 아플 때 의료지원이라든지 이런 게 잘 되는데, 그런 거 제 돈 내고 하려고 하면 진짜 답도 없거든요." (전공의1)

4) 지역근무 의향 및 지속 요인

□ 수련 후 지역근무 의향 및 영향 요인

- 참여자들의 지역 근무 의향은 개인적 상황, 가족 요인, 세부 전문 분야 여건 등에 따라 다양하게 나타났음.

"저는 내년에 전문의가 되면 펠로우로 여기 남을 생각이긴 합니다." (전공의5)

"저는 일단 내년에 군대를 가야 되고요. 그래서 일단 군대 갔다 와서 펠로우 할 생각이 있고, 이 지역에 정착할 생각이요." (전공의3)

"저는 지금은 여기서 나중에 일할 생각이 없고요. 저는 소아 응급을 할 생각이요. 저희

병원은 PICU도 없고 소아과가 망했습니다. 근데 소아과가 망한 시점에서 소아응급 의학과를 한다는 거는 말이 안 되는 일이라서" (전공의4)

□ 지역근무 지속을 어렵게 하는 요인

○ 가족, 특히 배우자와 자녀 교육 문제가 가장 큰 영향 요인으로 제기되었음.

"가장 큰 요인은 미래 계획이나 이런 거일 수 있는데, 사실은 저희가 아무리 원주에서 일하고 싶다 하더라도 저희가 만약에 배우자가 생기거나 가정이 생기거나 하면 배우자나 그 자녀들은 서울에서 지내거나 아니면 수도권에서 지내기를 희망할 수도 있기도 하거니와, 그런 부분은 사실은 타협이 되는 부분은 아니다 보니까" (전공의2)

"육아나 이런 것들, 가족들이 의사 가족이라고 해서 시골에 가서 살고 싶어 하는 건 없잖아요." (전공의5)

○ 전문의 일자리 및 세부 전공 분야의 제한성, 전문의 단계에서의 당직 부담 증가도 요인으로 제시되었음.

"사실 펠로우도 지역에서 하고 싶긴 해요. 근데 그게 도움이 안 되니까 배울 수 없으니까 서울에서 펠로우를 해야 되는데. 전문의 일자리가 확실히 서울에 비해 없으니까 어떻게 될지도 사실 모르겠어요." (전공의3)

"오히려 전임의나 전문의가 되었을 때 당직을 서거나 이런 빈도가 더 높아지거나 하는 경우들이 있다 하더라고요. 오히려 당직을 서거나 했을 때 더 힘들어하시는 분들이 있어서" (전공의2)

□ 지역 의료인력 확보를 위한 필요 요소

○ 지역 거점병원 및 2차 병원 강화를 통한 의료 생태계 구축이 필요하다는 의견이 제시되었음.

"대학병원이 살려면 제 기능을 하는 2차 병원이 있어야 돼요. 거기가 아무리 영리

위주로 굴리든 아니든 어쨌건 2차 병원이 있어야 돼요. 그게 해결이 안 되니까 환자는 불편감을 느끼고 결국에 서울을 가고 싶다고 하는 거거든요." (전공의4)

"그 생태계에 대한 파악을 하려면 결국 생태계에 대한 파악이 조금 필요할 것 같아요. 그 생태계가 지금 한 번의 전공의 사태 때문에 한 번에 파괴돼 버렸거든요." (전공의1)

○ 지역 전문의에 대한 명예와 존중 제고가 필요하다는 의견이 제시되었음.

"지역에서만 볼 수 있는 질병들이 있고 그건 역학과 관련이 있기 때문에 그런 부분을 담당하는, 그리고 오랫동안 그것을 해왔던 전문의들에 대한 명예에 대한 존중이 조금 필요하다. 그런 분들이 어떤 비슷한 연봉과 비슷한 어떤 명예를 누릴 수 있는 환경을 만들어 줄 필요는 있다. 그거는 결국 국가밖에 못하거든요." (전공의1)

○ 정책의 지속성과 체계성 확보, 의사만이 아닌 사회 전반의 지역 균형 발전 정책 연계가 필요하다는 의견이 제시되었음.

"단기적인 목적과 장기적인 목적을 다 생각하고 저는 계속 유지를 해야 된다고 생각을 하는데. 정말 궁극적으로 지역에 있는 의료들 그리고 지역의 의사들을 골고루 배치를 시켜서. 그렇게 하게 되면 저는 조금 추가돼야 될 일이 많다고 생각을 해요." (전공의5)

"의사들이라고 따로 취급할 게 아니라 어떻게 보면 인간의 생태와 똑같다고 저는 생각을 해요. 모든 게 의사라고 해서 특별히 해결책이 있는 게 아니라 모든 사람들의. 지방 균등 문제라든가 이런 것들을 해결하다 보면 당연하게 해결될 거라고 저는 보는 데" (전공의5)

다. 지역필수의사제 시범사업 참여 지자체 담당자 대상

1) 사업 참여 배경 및 현황

□ 시범사업 추진 배경 및 목표

○ (수도권 인력 쏠림에 따른 지역 필수 의료 공백 해소) 지자체는 수도권 이외 지역의 공통적인 문제인 '의사 구인난'과 '필수 의료 결원'을 해결하기 위해 본 사업에 참여함.

- 특히 도내 종합병원의 높은 결원율을 낮추고, 숙련된 전문의가 타 지역으로 유출되는 것을 막는 '안전장치' 마련을 최우선 목표로 설정함.

"다른 지자체도 다 마찬가지이지만 수도권을 제외하고는 다 의사 구하기가 어렵잖아요. 저희도 그런 배경 때문에 당연히 참여하게 됐고요." (지자체 2)

"저희 도내 종합병원의 필수전문과 전문의 결원율이 거의 한 20%였거든요. 그래서 저희는 결원율을 좀 해소시키고자 이 사업에 참여했습니다." (지자체 3)

"의사 수도 타 지역에 비해서 적은 편이고, 필수과목 전문의도 평균적으로 적은 편이거든요. 이러한 전문인력들이 수도권으로 유출되는 것을 방지하기 위해 참여하게 됐습니다." (지자체 4)

□ 지자체별 특징적 정주여건 지원 내용

○ (현금 지원부터 가족 단위 정착 패키지까지) 지자체별로 국비 외에 추가 수당 (정착지원금)을 지급하거나, 자녀 양육 및 교육비를 지원하는 등 차별화된 유인책을 마련함. 다만, 지자체의 재정 여건에 따라 지원 수준의 격차가 존재하며 병원의 자체 복지에 의존하는 경우도 확인됨.

"추가 수당, 지역상품권, 지역 관광 인프라 지원 등 다양한 정주 혜택을 지원 중입니다." (지자체 1, 2)

"자체적으로 예산을 확보해 지원해 준 건 없고요. 병원에서 기존에 의사분들 채용 시 제공하는 관사, 학회 교육 지원, 의료비 지원 정도에 의존하고 있습니다." (지자체 4)

2) 사업 운영 경험 및 효과

□ 추진 과정상의 행정적·구조적 어려움

- (법적 근거 미비와 환수 조항의 불확실성) 환수에 대한 법적 근거 등이 부족해 행정 현장에서 부담이 발생함.

"법률적인 검토를 했을 때 환수에 대한 부분이 문제가 될 소지가 있다는 얘기를 자꾸 하셔서, 중간에 나갔을 때 그분들이 일한 거에 대한 통상 임금인데 수당을 환수할 수 있을지 정확한 근거가 있었으면 좋겠습니다." (지자체 3)

"법무법인에 자문비를 부담하며 10차례 정도 계약서를 수정했습니다. 담당자로서 행정적 부담을 계속 안고 가야 하는 부분이긴 합니다." (지자체 1)

"시도마다 개별적으로 돈을 들여서 법률자문을 구해야 한다든지, 소득세율이나 환수 여부 같은 측면에서 통일된 지침이 없이 시도마다 다르게 하고 있는 부분이 실무로서는 어렵습니다." (지자체 2)

□ 의료기관 및 의사의 만족도와 유인 효과

- (기존 인력 유지에는 긍정적이나 신규 유입은 한계) 하반기에 시작된 사업 시기가 의사 인사 시기와 맞지 않아 외부 신규 유입 효과는 미미했음. 하지만 기존 인력을 지역에 안착시키는 '유지(Retention)' 측면에서는 병원과 의사 모두 긍정적인 반응을 보임.

"의료기관 입장에서 반응은 좋아요. 필요성에 공감하고 적극적이기도 합니다. 신규 채용은 어렵지만 기존 인원을 잡는 거에는 확실한 효과가 있을 것 같습니다." (지자체 2)

"전반적으로 의료기관은 동감하고 적극 참여해주고 계십니다. 기존 인력을 어떻게든 장기간 근무하게 하는 것은 좋다고 다들 말씀하십니다." (지자체 3)

"실제 새롭게 들어오는 인력은 그렇게 많지 않더라고요. 당초 취지와 다르게 신규 유입에서는 시기가 안 맞다 보니" (지자체 1)

3) 과제 및 정책 방향

□ 사업 지속성 및 개선 과제

- (지원 대상 관련) 지원 대상에서 제외된 기존 의료진과의 형평성 문제가 병원 내 불만으로 이어질 수 있으며, 5년 지원 종료 후 중단이 의사 이탈로 이어질 수 있다는 우려가 제기됨.

"기존 의사들이 반감이 있대요. '왜 5년 희생하고 고생한 우리에게 대한 건 없고, 밖에서 들어온 의사한테만 주냐'는 불만이 커서" (지자체 2)

"수당이 계속 지급되지 않고 중간에 끊기는 형태가 되면, 이게 혹시 의사의 연봉만 올려놓는 정책이 돼버리지 않을까 하는 우려를 표시하셨습니다." (지자체 3)

"사업이 중단돼서 끊으면 받는 사람 입장에서는 그 허탈감이 엄청 커서 이탈할 가능성이 있다는 겁니다." (지자체 2)

□ 중앙정부 지원 및 제도적 보완 사항

- (통합 가이드라인 마련과 인력 DB 구축) 지자체의 행정 부담을 줄이기 위한 법적 근거 마련과 통일된 계약 표준안이 필요하며, 실질적인 구인·구직 매칭을 위해 정부 차원의 의사 인력 정보 공유 필요성이 제기됨.

"중앙정부에서 통일된 안이 마련되었으면 합니다. 시도마다 조금씩 다르게 운영되는 부분에 대해 공통된 지침이 절실합니다." (지자체 1, 2 공통)

"의사 DB가 없다는 게 가장 큰 흠입니다. 정부 차원에서 어디에 어떤 분야의 전문의를 구한다는 정보를 알려만 줘도 훨씬 나을 것입니다." (지자체 2)

4) 기타 권의 사항

□ 유연한 사업 운영과 소통 강화

- (정원 배분의 탄력성과 지속적 실무 소통) 지역별 수요와 채용 성과에 맞춰 정원을 유연하게 조정하고, 현장의 고충을 직접 전달하고 소통할 수 있는 상시 협의체 운영을 제안함.

"신규 채용 쿼터를 못 채우는 병원의 정원을 잘 채우는 병원으로 돌려주는 식의 유연한 조정이 필요합니다." (지자체 3)

"한 지역만 하기엔 모수가 적으니 참여 시도가 공동으로 추적 조사를 해서 의식 변화를 객관적으로 분석하는 연구가 필요합니다." (지자체 1)

"중앙정부와 지역 간 실무적인 고민을 나눌 수 있는 자리가 계속 있어야 문제가 개선될 것입니다." (지자체 3)

라. 병원관계자 대상

1) 사업 참여의 배경

□ 사업 참여 배경 및 계기

- 병원관계자들은 지역내 의료인력이 부족하고 의정 갈등 등으로 의사인력 수급이 더 어려워진 상황에서 이 사업을 통해 인력 수급에 도움이 될 것이라는 생각으로 사업에 참여하게 되었음.

"의사인력 구하기가 상당히 어려운 편입니다. 참여 의사가 있는지를 물어봤을 때

병원에서 추가지원금이 나가는 방향이 아니고 도나 정부에서 지원을 해준다고 하면 아무래도 의사인력 구하는데 도움이 되지 않을까 해서 신청을 하게 되었습니다.” (병원관계자1)

“최근에 의정 갈등이 불거지면서 교수님들의 사직이라든지 의료진의 수급 문제가 심각 해졌습니다. 특히 필수과라고 불리는 8대 진료과에서 의사인력을 더 구하기 힘들었는데요. 인센티브를 제공해서 근무환경 개선이라든지 장기근속을 유도한다는 이런 사업을 진행해주셔서 좋은 사업이라고 생각하고 저희도 참여하게 되었습니다.”(병원 관계자2)

“저희 지역은 도서지역도 많고 의료 사각지대도 많아서 의료인력이 매우 부족한 상황 인데요. 이 사업 참여를 통해 의료인력이 지역사회에 정착해서 그 지역 필수의료인력을 확보할 수 있도록 하기 위해 이 사업에 참여하게 되었습니다.”(병원관계자3)

2) 사업 운영 경험 및 효과와 한계점

□ 기존 의료인력 유지에 대한 긍정적인 효과

- 한 병원관계자는 시범사업을 통해 추가적인 지원을 받은 기존 의료인력들이 대체로 만족했으며, 병원에서 근무를 지속하도록 하는데 긍정적인 효과가 있었다고 언급함.

“기존에 계신 분들 같은 경우에는 장기근속을 할 거라고 이야기를 했기 때문에 추가적인 금액이 나오는 것에 대해서 되게 만족감을 느꼈던 부분이 있었구요. 급여가 부족해서 퇴사를 마음 먹고 있었을 때 그나마 지원을 해줘서 조금 더 근무를 하겠다고 하셨는데 어떻게 보면 긍정적인 효과도 있었습니다.”(병원관계자1)

□ 신규 의료인력 확보의 제한적인 효과

- 병원관계자들은 대체적으로 이 시범사업을 통해 지역 병원에서 신규 의료인력을 확보하기에는 현실적으로 어려웠으며 효과가 제한적이었다고 평가함.

“신규 채용을 하려고 채용사이트에 홍보를 해봤는데 실질적으로 그것에 대해 질문을 한 사람은 없었습니다. 그래서 별로 효과가 와닿지는 않은거 같고요.”(병원관계자1)

“기존에 계시던 의사분들한테만 돈을 지급하는 상황이어서 신규인력을 이 지역으로 모셔온다든지 그런 효과를 발생시키기에는 어려움이 있습니다.”(병원관계자3)

□ 대상자 기준 제한으로 인한 형평성 문제 발생 및 모집에서의 어려움

- 병원관계자들은 대상자 기준이 제한됨에 따라 그 기준에 맞지 않아 지원을 받지 못한 사람들과의 형평성 문제가 발생함에 따라 실무자로서 그에 대한 대응이 어려웠다고 언급함.

“거의 대부분의 병원에서 똑같이 생각하실 텐데, 다른 진료과의와 형평성 또는 먼저 입사한 교수님들과의 형평성, 이게 정말 크게 다가왔거든요. 저희 같은 경우에는 3년차, 5년차 정도 차이 나시는 분들의 후배들이 이 수당을 받게 되면 이분(선배)들하고 임금의 역전이 일어나거든요. 저희는 이런 것들을 협의하고 응대하고 설득해 나가는 과정에서 굉장히 힘들었던거 같습니다.”(병원관계자2)

“이 8개 필수과라는 테두리 때문에 조금 한정적이고 다른 과에서 불만이 나올 수도 있고. 5년 기준에 약간 애매하게 걸치는 분들은 해당이 또 안되는데 그것에 대해 말이 나올 수도 있어서 그런 부분들이 조금 아쉽기는 합니다.”(병원관계자4)

- 또한, 병원관계자들은 제한된 대상자 기준에 맞는 의료인력을 모집하는 것에도 어려움을 겪었음.

“이 시범사업의 조건이 필수진료과목 및 전문의 취득 5년 이내잖아요. 이 두 조건을 만족하고 7월 이후 입사자라는 조건이 있어서 그 조건을 맞추기 어려웠거든요. 특히, 지방병원에서 5년 이내 전문의를 채용하기가 너무 어려워서 저희는 2025년 1월 이후 입사자로 우선 기준을 완화해서 채용을 한 상태예요.”(병원관계자3)

“저희도 처음 조건이 사실 25년 하반기 위주의 채용이면서 자격증 5년 이내 취득,

그리고 필수진료과 8개 그런 조건이 있었기 때문에 그 당시에 해당되는 경우가 없었습니다.”(병원관계자4)

□ 사업 시행 시기와 인력 채용 일정 간의 불일치

- 시범사업에서는 사업 시행 시기와 의사인력 채용 일정 간 불일치로 인해 채용에 어려움이 있었음.

“보통 의사들 채용 시기가 3월이거든요. 아마 사업 전체가 1,2월에 결정이 났으면 저희가 3월에 입사하는 과장님들한테 적극적으로 홍보해서 조금 더 신규 채용을 유도할 수 있었겠지만 이번에는 아예 시점 자체가 거의 7월이어서 신규채용은 거의 끝난 상황이었어요.”(병원관계자1)

□ 세금으로 인한 실수령액 감소로 참여 제한

- 한 병원관계자는 세금으로 인해 실질적으로 지원되는 수당이 줄어들어서 사업에 참여하기를 주저하는 의료인력이 있었다고 언급함.

“실질적으로 400만원을 받는다고 하지만 본인한테 들어가는 돈은 한 250만원 정도 밖에 안되다보니 본인들도 어떻게 보면 큰 돈이지만 최초로 2년 동안 근무를 해야 한다는 부담감 때문에 안하려고 하시는 분들도 많더라구요. 그래서 그런 부분이 어려웠습니다.”(병원관계자1)

□ 세금 및 지속가능성 관련 병원의 재정적 부담 발생

- 병원관계자들은 정부의 지원이 근로소득에 포함되어 세금과 관련하여 병원에도 재정적인 부담이 발생하고 있으며, 사업이 지속 가능하지 않을 경우 병원이 부담을 져야할 수 있다는 점도 언급함.

“실질적으로 정부와 도가 400만원을 지원한다고는 하지만 이게 근로소득에 포함되다 보니 병원에서도 사용자 부담금이라고 할 수 있는 비용이 10% 정도가 추가적으로 더 들고 있습니다. 그러다보면 6명이면 한 3천만원 정도가 병원부담금이 추가적으로

발생하는 상황입니다.”(병원관계자1)

“이 사업이 지금은 시범사업이라고 하지만 이 사업이 끝났을 때 계속 지급되던 인센티브가 지급이 안되는 상황이 벌어졌을 때 저희 지방 병원으로서는 의사 급여가 인상될 수 있는 그런 부작용도 꽤 크거든요. 그래서 그게 가장 병원의 부담으로 작용하는 거 같아요.”(병원관계자3)

□ 사업 운영 과정에서의 행정·실무 부담

- 병원관계자들은 사업 운영 과정에서 예산 확보 및 행정 절차 문제로 인해 수당 지급이 지연되어 문의전화를 계속 받아야했고, 운영상의 많은 서류와 절차들로 인해 행정적인 부담이 컸음.

“저희는 지금 9월에 계약을 했는데 아직 예산이 안 잡혀서 돈을 못 드린 상황이거든요. 그래서 그 중간에 있는 실무자 입장에서는 의사분들은 계약을 했는데 왜 지급되지 않느냐 이런 문의전화를 계속 받아야 되는 어려움이 있어요.”(병원관계자3)

“행정적으로는 확실히 부담이 있는데 사실 생각보다 서류작업이 너무 많아요. 기존에 있던 분들이 전환하기 위해 서류작업들이 계속 있고, 운영위원회 심의를 받고 도청을 통과해서 보건복지부까지 가서 승인을 받아 다시 내려오는 이런 과정이 너무 길고 그러다보니 그 과정에서 여러 서류를 챙겨야하는 부분도 많고 그런 행정을 하는 입장에서는 너무 번거롭다는 것도 있고요.”(병원관계자4)

“저희는 9월부터 사업이 본격적으로 시작되었는데 기존에 8월부터 계약을 하신 분이 한 분 있거든요. 그분 같은 경우는 지자체에서 지원 정주여건 100만원은 예산 확보 과정에서 늦어져서 9월부터 배정이 되었고 그래서 8월분을 받을 수가 없는 상황이 되었어요. 첫 시범사업이라 그렇긴 하지만 이런 것들을 미리 알았으면 그렇게 8월에 계약할 필요도 없을뿐더러 그런 부분에 있어서 행정적으로 부담과 아쉬움이 있었습니다.”(병원관계자4)

3) 과제 및 정책 방향

□ 대상 기준 유연화 및 확대 필요성

- 병원관계자들은 지원 대상 기준을 유연하게 하고 저연차 전문의뿐 아니라 다른 전문의까지 형평성을 고려하여 확대할 필요성이 있다고 언급함.

“지역에서는 저연차 전문의만이 아니라 전문의 자체가 부족하거든요. 그러니까 저연차 전문의라고 우대를 해주기보다는 실질적으로 저희가 시니어 의사도 있고 경력이 있는 의사도 있는데. 이거를 좀 확대해서 금액은 좀 줄이더라도 확대하는 방향이 필요한 거 같습니다.”(병원관계자1)

“과에 제한을 두는 것은 괜찮다고 봐요. 그 과에 대한 특성이 있기 때문에 필수의료과 한테 지원을 해 주는 것은 괜찮지만 그 과에서 누구는 되고 누구는 안되고 하다보면 실질적으로 진짜 임금 역전이 일어나버리게 돼요. 그러면 더 근무 의욕이 저하되어서 신규 전문의를 뽑기 위해 경력 있는 전문의가 퇴사하는 경우가 생길 수도 있거든요. 이거는 병원 입장에서 악영향을 끼칠 수도 있다고 봅니다.”(병원관계자1)

“저희 지방에 있는 병원 입장에서는 여기서 끝나기보다는 조금 더 확대되어서 적어도 8개 진료과에 해당하는 교수 전부만이라도 혜택을 받을 수 있어야지, 안 그러면 저희는 계속해서 불거지는 형평성 문제를 대응해야 하거든요. 저희는 지원 대상 확대가 제일 시급하다고 보고요. 금액을 줄여서라도 어느 정도 공평하게 돌아갈 수 있어야지, 병원 입장에서는 형평성 문제를 간과하기 굉장히 어렵습니다.”(병원관계자2)

- 특히, 지역에 있는 병원의 특성상 퇴직하신 분들이 신규로 오시는 경우가 많기 때문에 지원 대상을 확대할 때 이 부분도 고려되어야 한다는 의견을 제시함.

“여기에서 저연차 전문의라고 한다면 결혼 적령기인데 결혼과 자녀 교육 문제가 관련 되어 있어서 그분들을 지방으로 모시기는 너무 어려워요. 오히려 저희는 정년퇴직하신 대학병원 교수 분들이나 이런 분들을 모시는 것도 지방병원 입장에서는 굉장히 큰 도움이 많이 되거든요. 그래서 그 부분의 제한이 풀렸으면 좋겠다는 입장이에요.”(병원관계자3)

“저희도 지금 거의 채용되시는 분들이 다 퇴직하시고 오신 분들이거든요. 50-60대 그 이상 분들이예요. 그래서 차라리 작년에 전공의 의정사태 이후 비상진료 지원 명목으로 인건비를 지원해줬었던 것처럼, 간단하면서도 행정적인 절차도 간편한 그런 지원이 지역 병원에는 더 필요하지 않을까 싶습니다.”(병원관계자4)

□ 지역 인력 확보를 정책 필요도

- 병원관계자들은 지역 인력 확보를 위해서는 전공의에 대한 지원, 지역 인재 전형 확대를 통한 의료인력 확보, 자녀교육 등의 가족 및 정주 여건 지원에 대한 정책이 필요하다는 의견을 제시함.

“전공의 지원자 자체가 없는 상황이라 5년차 전문의에 대한 지원도 중요하지만 전공의에 대한 지원도 필요한 거 같아요. 전공의들은 급여가 그렇게 많지 않거든요. 이들에게 재정적으로 더 준다고 하면 그것도 크게 메리트가 있을 거 같습니다.”(병원관계자1)

“저희가 병원 차원에서 제안을 드리고 싶은 것은 저희 지역에서 나고 자란 젊은 사람들이 대학의 입학 단계에서부터 우선적으로 베네핏을 얻어서 선발될 수 있도록 지역 인재 전형을 조금 확대했으면 좋겠다고 생각해요. 지금 수도권에 상급종합병원이 몰려 있기도 하고 큰 병원들이 굉장히 많아서 전공의 인원도 수도권에 훨씬 많거든요. 이것을 지방으로 재분배해서 적어도 전공의 수련을 지방에서 해서 이분들이 지역에 남을 수 있게 유도하는 것도 좋다고 생각합니다.”(병원관계자2)

“저희 병원에는 조건에는 해당되지만 자녀교육 문제로 본인이 2년 이상 여기에 거주할지 안할지에 대해 계약을 안하시는 분이 계시거든요. 그래서 한분은 참여를 안하고 계십니다.”(병원관계자3)

“사실 이 지역을 떠나는 가장 큰 이유는 대부분 자녀교육이나 문화생활 이런 부분이기 때문에 어떤 걸 지원한다고 해서 이 지역에 남아 있기에 어려울 거 같아요.”(병원관계자3)

- 또한, 의료인력에 대한 직접적인 수당 지원뿐 아니라 의료체계 내에서 수가 등을 활용하여 지역에서 일하는 의료 인력을 지원할 수 있는 방안도 고민할 필요가

있다는 의견이 제시됨.

“병원 입장에서 보면 지방에서는 병원 경영하기가 굉장히 어렵잖아요. 그래서 의사분들한테 지급되는 것도 물론 중요하지만 인건비가 지방으로 갈수록 비싸거든요. 그래서 병원이 조금 더 추가적인 측면이나 이런 걸로 인건비를 보전할 수 있는 방법은 없는지, 그런게 있다면 조금 더 의사가 여기에서 장기간 근무할 수 있는데 도움이 될거 같아요.”(병원관계자3)

□ 지역·병원 차원의 자율성 확대 및 유연한 운영체계 필요

- 병원관계자들은 공통적으로 지역과 병원 간의 차이를 고려하여 사업 운영에 있어서 지역·병원의 자율성을 확대하고 포괄적으로 지원할 필요가 있다는 의견을 제시함.

“자율권을 주신다면 병원 입장에서는 운영할 때 운영의 묘를 살릴 수 있는 부분이 많을거 같습니다.”(병원관계자1)

“전체 의료진을 대상으로 수단과 정원에 대해 자율성을 주시면, 운영하는 데 어느정도 도움이 될 것으로 생각합니다.”(병원관계자2)

“과목 확대가 필요하지만, 과목 확대보다도 포괄적으로 지원을 해주는 게 병원 자체적으로 판단해서 하는 게 나을 거 같습니다. 병원 자율성을 좀 확대해주셨으면 좋겠다는 부분이 공감이 되었고요.”(병원관계자3)

“지역 입장에서는 필수과, 5년 이내 이런 조건을 너무 많이 걸기보다는 간단하게 지원 해주시는 게 좋지 않나 싶습니다. 또 병원마다 사정이 너무 달라서 병원 자체적으로 자율권을 주고 지원을 해주는 게 좋을 거 같습니다.”(병원관계자4)

□ 정부 차원에서의 명확한 매뉴얼 필요

- 한 병원관계자는 수당 지원에 대한 매뉴얼이나 가이드라인의 부재로 인해

실무자로서의 어려움을 토로했으며 정부 차원에서의 명확한 규정이나 지침을 마련해줄 것을 요청함.

“지원금 세전 400을 저희가 병원에서 의사한테 직접 지급해야하는 상황인데 이것을 기타소득으로 잡아야되는지 아니면 근로소득으로 잡아야되는지 굉장히 모호하거든요. e나라도움을 통해 집행을 하라고 하는데 그 매뉴얼 같은게 아직 마련되어 있지 않아서 실무자로서는 답답한 면이 있습니다. 그래서 관련 규정이나 지침이 마련되었으면 좋겠어요.”(병원관계자3)

마. 전문가 대상

1) 수련수당 지급사업에 대한 인식 및 의견

□ 지원 수준과 방식에 대한 평가

- (전공의 대상 직접 지원의 효과와 한계) 전문가들은 월 100만 원의 수당이 도움은 되나, 이것이 지역에 남게 하는 결정적인 유인책은 아니라고 보았음.

"전공의 급여에서 100만 원은 적지 않은 돈이라 국가나 지자체가 나를 챙겨준다는 느낌을 받았다고 하더라고요." (전문가2)

"지역에 남겠다는 생각을 할지도 모른다는 억지로 짜낸 긍정적 의견일 뿐, 실제 효과는 매우 제한적이라 봅니다." (전문가3)

- (필수과 선정 기준과 박탈감 문제) 현재의 필수과 정의가 대학병원 내 다른 과들의 현실을 반영하지 못해 상대적인 박탈감을 유발하며, 과 기준이 아닌 병원의 취약성을 기준으로 지원해야 한다는 의견이 제시됨.

"피부과 등 소위 마이너과들도 대학병원에서는 중증 환자를 많이 보는데, 선정에서 제외되니 박탈감이 큼니다." (전문가2)

"과 기준보다 지역 국립대의 전공의 총원을 같은 취약성을 기준으로 지원을 고려할 필요가 있어요." (전문가3)

"그냥 특정 과라고 돈을 주면 애들은 100만 원에 크게 연연하지 않아요. 지역을 살리는 메리트가 섞여야 합니다." (전문가1)

- (지역 간 형평성 및 차등 지원 필요성) 수도권과 지방이 동일한 지원을 받을 경우 지역 병원의 인력 유치 경쟁력이 오히려 저하되므로, 지역에 따른 차별화된 유인책이 필요하다고 강조함.

"수도권 내과 애들도 똑같이 100만 원을 받으면, 지방 애들은 차라리 네임밸류 좋은 수도권 병원을 택하게 되죠." (전문가1)

"예산 안에서 배분을 지역으로 돌려줘야 해요. 지역에 오면 이런 메리트가 있다고 말할 수 있는 구조여야 합니다." (전문가1)

"지역 전공의들이 무엇을 보고 선택했는지 분석해서 그 유인책을 더 확대하는 방향으로 가야 합니다." (전문가2)

□ 수련수당 지급사업의 개선 방안

- (수당 지급 대상 및 기준의 유연성 확대) 수련병원의 특수성과 과별 전공의 수급 현황 등을 고려하여 자율적으로 수당을 조율할 수 있게 하는 방안이 제안됨.

"지역 특수성을 고려해 일정 비율로 병원에 예산을 주면, 기관 내에서 로딩이 심한 과를 조율해 줄 수 있지 않을까." (전문가2)

- (비금전적 지원과 의무 조건 설정) 금전적 보상을 넘어 국가가 인정한다는 상징적 보상을 제공하고, 지원에 따른 최소한의 지역 근무 조건을 부여해야 한다는 필요성도 제기됨.

"보건복지부 장관의 장학금이나 상패 등 사람들은 그런 명예나 권위의 상징에 가치를

두는 경향도 있거든요." (전문가3)

"지원을 받았다면 일정 기여도 연계시킬 수 있다고 봐요. 전문의 취득 후 일정 기간 지역에서 또는 필요한 분야에서 근무하도록 하는 부분이 필요" (전문가3)

2) 지역필수의사제 시범사업에 대한 인식과 의견

□ 사업 운영 현황 및 평가

- (신규 인력 유치의 한계와 기존 인력 유지 효과) 의정 사태 등 현실적인 이유로 신규 인력 유입은 거의 없으며, 현재 사업은 기존 인력이 지역을 떠나지 않게 묶어두는 효과에 집중되어 있음.

"사업이 나온 시기가 의료 대란 때라 신규는 못 구하고, 기존 인력을 독려해 2년이라도 더 있게 약속하는 수준이죠." (전문가2)

"올해 전공의들이 내년에 이 제도가 시행되면 남겠다고 해요. 그런 면에서는 분명히 효과가 있습니다." (전문가1)

- 5월에 발표된 사업 일정은 이미 채용이 완료된 현장의 시계와 맞지 않아 실질적으로는 기존 인력을 사업 대상자로 전환할 수밖에 없었고, 이에 따라 올해 사업의 효과를 평가하기에는 이르다는 의견이 다수였음.

"보통 3월 이전에 채용이 끝나는데 5월에 발표하니, 올해는 기존 인력을 전환해 지역에 안착시키는 발판이 된 거죠." (전문가1)

"올해는 제도를 보완해 안착시키고, 내년까지 지속해봐야 이 사업의 성패를 제대로 판단할 수 있을 것입니다." (전문가1)

□ 사업 개선 방안

- (선정 기준 및 연차 제한의 유연성) 특정 과에 국한되지 않는 융통성 있는 전문 과목 배분과, 5년 미만으로 제한된 연차 기준을 완화하여 숙련된 교수 인력의 이탈을 막아야 한다는 의견이 제기됨.

"만족하며 지내는 2년 차 교수보다, 고생하다 지쳐 떠나려는 10년 차 교수에게 지원하는 게 병원 입장에선 더 합당해요." (전문가2)

"5년 기준은 근거가 부족하고 과 내 갈등을 유발해요. 6년 차 교수는 못 받는 상황에 대해 박탈감을 느낄 수밖에 없죠." (전문가2)

- (정원 배분 및 지역 특성 반영) 인력을 채우지 못하는 지역의 정원을 확보율이 높은 지역으로 재배분하여 예산 효율성을 높이고, 현장의 목소리를 반영한 평가가 이루어져야 한다는 의견이 있었음.

"다른 지역에서 못 채운 T/O를 추가 배정해주면 좋겠습니다. 사람을 잘 구하는 병원에 더 주는 인센티브가 필요합니다." (전문가1)

3) 지역 근무 의향 및 지속 요인

□ 지역 근무를 어렵게 하는 요인

- (급여 격차와 근무 환경의 한계) 개원가와외의 극심한 소득 격차와 대학병원 내 호봉제 기반의 낮은 보수가 교수진 이탈의 핵심 원인으로 지목됨.

"개원가와 격차가 5~6배가 되면 잡을 방법이 없어요. 비급여와 미용의료 시장에 대한 정책이 함께 필요합니다." (전문가2)

"대학병원 교수들은 당직 서고 중환자 보는데, 진료만 하는 촉탁의가 월급을 2배 더 가져가니 젊은 스태프들이 심란하죠." (전문가3)

- (수도권 집중과 수련 체계 위기) 수도권으로의 전공의 쏠림은 지역 의과대학생의 이탈을 심화시키고, 지도전문의 부족에 따른 전공의 정원 축소로 지역 수련 체계가 위협받게 됨.

"지역 의대를 졸업해도 수도권으로 이탈해서 지역 수련 인원은 적어요. 수도권 집중을 막는 게 가장 핵심입니다." (전문가3)

"교수가 나가서 최소 인원을 못 맞추면 인기과 레지던트도 못 뽑게 돼요. 지역 의료를 지킨 분들에 대한 예우가 절실합니다." (전문가3)

- (정주 여건 지원에 대한 신중론) 의사를 '모셔야 하는 귀족'처럼 설정하여 지역의 인프라 확충의 선결 등을 요구하는 식의 접근은 지양해야 함.

"정주 여건을 다 갖다 놓을 수도 없고, 의사를 누리는 사람으로만 설정해서 달래주는 방식은 안 좋다고 봐요." (전문가2)

"가족 지원이나 복지도 좋지만, 의사 스스로 의료 취약지를 지키고 인프라를 만드는 주체라는 인식을 가져야 합니다." (전문가3)

□ 지역 의료인력 확보를 위한 필수 요소

- (지역 인력 확충을 위한 정원 확보와 책무성 강화 노력 병행) 지역의료 인력 확보를 위한 정원 확대의 필요성을 주장하며, 지역 복무에 대한 의사의 책무성을 강화하는 노력이 병행되어야 한다고 하였음.

"지역의료 인력 확보를 위해 모수를 늘리는 정원 확대는 필요해요. 지역에서 교육받고 지역에 남는 틀을 짜야 합니다." (전문가2)

"RISE 사업 등을 통해 '지역을 책임지는 의사'를 학습 목표에 넣고 교육의 역할을 강화하는 노력이 시작됐습니다." (전문가3)

4) 기타: 정책 전반 및 주체별 역할

□ 정책 추진 방향

- (중앙 및 지자체의 역할) 중앙정부는 제도적 기반과 전반의 의료체계 설계를 담당하고, 지자체는 의료인력 정책에 대한 실질적인 책무성을 가져야 함.

"중앙은 법률과 재원을 신경 써야 하고, 지자체는 의료인력 정책체계를 만드는 등 과감한 투자를 시작해야 합니다." (전문가3)

"지역수련은 병원 혼자 하기 어려워요. 지자체가 지역수련 협의체를 만들어 공공과 민간이 머리를 맞대게 해줘야 합니다." (전문가3)

- (현실적인 평가지표 설정) 인력 정책의 평가는 단순한 공고 대비 확보율이 아닌, 졸업생의 지역 잔류 현황과 필수과 충원율 등을 중심으로 이루어져야 함.

"졸업생 중 몇 명이 지역에 남았는지 진로 현황을 보는 게 성과 목표가 돼야 합니다." (전문가3)

"올해 사업을 실패로 단정 짓지 말고, 2026년 신규 채용 시점에 인력을 얼마나 확보 했는지를 보고 판단해야 합니다." (전문가1)

제4절 사업 현황 및 평가 결과

1. 수련수당 지급사업

가. [운영적정성] 제도가 목표에 부합하도록 설계·운영되었는가?

· 정액 지원을 통한 행정적 안정성은 확보하였으나, 지원 대상 선정의 과학적 근거 미비와 경직된 운영 체계로 인한 현장 수용성 및 유연성 한계가 존재함.

□ 정책 목표와의 부합성 및 설계의 타당성

○ 전 국민 필수의료 보장을 위한 국가 책임성 강화

- 전 국민에게 양질의 전문 의료서비스를 제공하기 위해 국가적 차원에서 적정 전문의의 균형 수급을 유도하는 것을 근본 목적으로 설정함.
- 특히 과거 병원 자율에 맡겨졌던 전공의 수련 비용에 대해 국가 지원 책임을 강화한다는 정책적 의지를 명확히 하고, 공공성과 필수성이 높은 의료분야를 우선 보호·지원하도록 설계됨.

○ 국가 필요 중심의 지원 과목 설정

- 필수의료 수요를 우선 고려하여 정책적 지원이 시급한 8개 핵심 진료과목을 선정함.
- 진료과별 상황에 따른 선택적 지원이 아닌, 국가가 판단한 필수 인력 인프라 유지라는 '국가 필요 중심'의 포괄적 지원체계를 구축함으로써 정책 목표와의 정합성을 확보함.

□ 지급 기준의 합리성 및 운영 현황

○ 정액 지원을 통한 운영의 안정성 및 투명성 확보

- 월 100만 원의 정액 지원 방식을 채택함으로써 예측 가능한 지원 규모를 유지하고 집행 과정에서의 불확실성을 최소화함.
- 복잡한 산정 절차 없이 단순하고 명확한 기준을 적용하여 행정적 용이성을

높였으며, 편차 없는 집행을 통해 사업 운영의 투명성을 확보함.

○ 세부 기준의 명확성 결여 및 현장 수용성 한계

- 8개 과목 선정에 대한 정책적 논리와 과학적 근거의 설명력이 부족하여 현장 수혜자들 사이에서 선정 기준에 대한 의구심이 제기됨.
- 지역별·기관별로 상이한 의료 인력 수급 실태나 실제 수요를 반영할 수 있는 구조적 장치가 미비하여 동일한 기준 적용에 따른 정책 유연성 부족이 나타남.

○ 실수요와의 간극 - 획일적 지급으로 인한 형평성 및 지원 효과 반감

- 진료과목이나 수련기관별로 실제 수련의가 부담하는 업무 강도와 난이도가 다름에도 불구하고 일괄적인 금액을 지급함에 따라, 실질적인 보상 수준의 격차가 발생함.
- 특히 인력이 가장 절실한 분야에 대한 상대적 지원 효과가 희석되는 결과를 초래하며, 지원 대상에서 제외된 타 과목 전공의들과의 형평성 문제로 변질 우려가 있음.

□ 선정 근거 재정립 및 수요 연동형 지원 체계로의 고도화

○ 과목 선정 기준의 행정적·정책적 타당성 재검토

- 충원율, 기피 정도, 사회적 기여도 등 구체적인 지표를 기반으로 선정 기준을 재정립하고, 이를 현장에 납득시킬 수 있는 논리적 근거를 제시할 필요가 있음.
- 정책의 상징성을 높이기 위해 지원 대상 선정 과정에 현장 전문가의 의견을 반영하는 구조적 보완이 요구됨.

○ 지역·기관별 특성을 반영한 차등 지원 모델 도입

- 획일적인 정액 지원에서 탈피하여 지역별 의료 취약도나 기관별 수련 환경을 고려한 차등 지원 가능성을 열어두어야 함.
- 중앙정부와 지자체 간 운영체계의 정합성을 분석하여 사업의 일관성을 확보함과 동시에 지역별 특수성을 담보할 수 있는 '수요 연동형 차등 지원 체계'의 도입을 검토할 수 있음.

○ 전공의 대상 피드백 수렴 및 환류 체계 구축

- 과목 선정에 대한 수용성뿐만 아니라 정책 정보에 대한 접근성, 운영상의 실제 혼선 여부를 정기적으로 파악하여 제도의 연착륙을 유도할 수 있음.
- 현장의 비판적 의견을 정책 고도화의 핵심 자산으로 활용하는 체계적인 환류 시스템을 구축할 필요가 있음.

나. [제도수용성] 수요자가 제도를 체감, 긍정적으로 인식하고 있는가?

· 직접 지원 방식 도입으로 정책 체감도는 대폭 향상되었으나, 수당 지원이 진로 선택의 결정적 변수로 작용하기에는 규모 및 구조적 유인책 측면에서 한계가 명확함.

□ 수요자 체감도 및 정책 인지도 분석

○ 직접 재정지원 방식에 따른 높은 정책 체감

- 과거 병원이나 교실을 통해 간접적으로 지원되던 방식과 달리, 전공의 개인에게 직접 지급되는 방식은 정책 수혜의 가시성을 극대화함.
- 예산이 본인 계좌로 즉시 입금됨에 따라 수혜자가 느끼는 체감 효과가 매우 높으며, 이는 정책에 대한 즉각적인 긍정적 반응으로 연결됨.

○ 정책 인지도 및 안내 체계의 미비

- 정책 수혜의 체감도는 높으나, 제도 자체에 대한 세부적인 홍보나 지침 안내는 여전히 부족한 수준임.
- 수련기관(병원) 차원에서 전공의들에게 적극적으로 제도를 안내할 필요성을 크게 느끼지 못함에 따라, 일부 수혜자들은 제도의 구체적인 취지나 내용을 명확히 인지하지 못한 채 수당을 수령하고 있음.

□ 제도 실효성 인식 및 현장의 평가

○ 정책적 취지에 대한 긍정적 공감대 형성

- 전공의와 수련기관 모두 정부의 재정 지원을 '전공의 수련 국가책임제'

도입의 일환으로 인식하며 환영하는 분위기임.

- 특히 지방 수련병원에서는 수당 지원이 전공의들의 사기 제고와 인력의 안정적 확보에 긍정적인 기제로 작동하고 있다는 평가가 지배적임.

○ 인력 유입 실효성에 대한 회의적 시각의 존재

- 정책의 취지에는 공감하나, 실제 '인력 확보'라는 목표 달성 측면에서의 실효성에 대해서는 회의적인 평가가 누적되고 있음.
- 월 100만 원 수준의 재정 지원이 평생의 전공과 미래 진로를 결정짓는 핵심 변수로 작동하기에는 그 규모가 미흡하다는 지적임.

□ 실효성 제고를 위한 유인 구조 개편 및 홍보 전략 강화

○ 선행연구 기반의 만족도 및 지원 규모 현실화 검토

- 소아청소년과 전공의 대상 설문 결과 95%가 사업 지속을 희망하나 70%는 금액에 만족하지 못함.
- 월 100만 원 수준은 '일시적 유인'일 뿐이므로 근본적인 기피 현상 해결을 위해 지원 규모의 현실화와 함께 장기적 유인 구조에 대한 재설계 필요함.

○ 미래 전망 개선을 위한 패키지 정책 연계

- 기피 과목의 근본 원인인 낮은 의료 수가, 불투명한 커리어 전망, 의료 분쟁 위험 등을 해소하기 위한 타 제도와의 연동이 필수적임.
- 수당 지원은 전공 선택 기준의 일부임을 인지하고, 미래에 대한 불안정성을 완화할 수 있는 포괄적인 정책 패키지를 마련할 필요가 있음.

○ 국가적 보상 체계로서의 가치 홍보 및 환류

- 수당의 경제적 가치뿐만 아니라 국가적 보상 체계로서의 의미를 강화할 수 있도록 홍보 체계를 개선할 수 있음.
- 정기적인 인식 조사를 통해 수용성과 실효성 간의 간극을 줄일 수 있는 보완 입법 및 제도 개선 근거가 도출되어야 함.

다. [성과달성도] 사업이 설정한 정책목표를 달성했는가?

· 단기적으로는 필수의료 인력 보상 및 정책 신뢰 형성에 기여하였으나, 인력 유입 및 수급 불균형 해소라는 중장기적 성과 도출은 복합적 요인으로 인해 제한적임.

□ (직접적·단기적 목표) 필수의료 분야 인력 보상 여건 마련

○ 수련 부담 경감 및 보상 체계의 가시화

- 전공의 지원을 통해 필수과 수련 과정에서 발생하는 경제적 부담을 실질적으로 완화하였으며, 이는 필수의료 교육 및 수련 여건을 보완하는 직접적인 계기가 됨.
- 특히 기피 분야 전공의들에게 국가 차원의 보상이 이루어짐에 따라 정책 추진의 초기 동력을 확보하고, 향후 추진될 보상 체계의 정책적 방향성을 명확히 제시함.

○ 직접 지원을 통한 정책 인지 및 신뢰 형성

- 전공의 개별 계좌로 수당이 지급되는 직접 지원 방식을 통해 정책 체감 효과를 극대화하였으며, 이는 정책 인지도 제고와 초기 신뢰 형성에 기여함.
- 필수의료 인력에 대한 국가의 정책적 개입을 공식화함으로써 수혜 대상자들이 정책적 보호를 받고 있다는 심리적 기여를 끌어냄.

□ (간접적·중장기적 목표) 필수분야 인력 수급 및 확보의 제한적 성과

○ 필수과 인력 유입 및 수급 불균형 개선의 한계

- 장기적인 정책 목표인 필수과목으로의 신규 인력 유입 유도 및 수급 불균형 개선 효과는 현재 시점에서 확인하기 어려운 수준으로 판단됨.
- 수련수당이라는 단일 수단이 지닌 독자적 영향력은 전문 과목 선택이나 진로 진입을 결정짓는 데 있어 상대적으로 낮게 나타남.

○ 복합적 구조 요인에 따른 성과 달성의 제약.

- 필수과목의 충원을 및 인력 유입은 낮은 수가 체계, 의료 사고에 대한 법적

위험, 미래 진로의 불확실성 등 다층적인 구조적 요인의 영향을 받음.

- 따라서 단기 재정지원만으로 증장기 성과를 도출하기에는 한계가 명확하며, 정책 성과를 판단하기 위해서는 보다 장기적이고 다층적인 평가 체계 도입이 요구됨.

□ 다각적 성과 분석 체계 구축 및 장기 추적 모니터링 강화

○ 성과지표 고도화 및 증장기 추적 조사 실시

- 단순 충원율 변화를 넘어 수련 종료 후 해당 분야 전문의로의 실제 진입 여부 및 지역 의료 현장 안착률을 주요 지표로 설정하여 지속적인 모니터링을 실시할 필요가 있음.
- 필수의료 분야 전공의에 대한 보상이 실질적인 정책 신뢰와 장기 근속으로 이어지는지 추적할 수 있음.

○ 구조적 요인을 고려한 정책 영향력 정밀 진단

- 선행연구가 지적하듯 정원 미달은 복합적 결과이므로 성과 판단 지표의 다양화가 필요함.
 - 본 사업의 성과를 단편적인 '충원율' 변화로만 판단하는 것은 정책의 실효성을 왜곡할 우려가 있음. 향후 평가는 수련수당이라는 단기적 유인책의 효과를 넘어서 전공의 수련환경 개선이라는 거시적 정책 기조와 얼마나 유기적으로 연계되어 있는지를 중심으로 다각화되어야 함.
- 전공의 대상 질적 조사를 통해 확인된 바와 같이, 수련수당은 진로 선택의 '마중물' 역할을 수행하나, 그 지속성은 수련 환경의 질적 수준에 의해 결정됨. 따라서 수련수당 지급사업은 단일 사업으로 평가되기보다 '전공의 수련환경 혁신 지원사업' 등 간접 지원 사업과의 시너지 안에서 종합적으로 분석되어야 함.
 - (단기 지원 효과) 수련수당이 전공의의 경제적 부담을 완화하여 필수과 진입의 심리적 문턱을 낮추는 데 기여한 정도를 진단
 - (구조적 저해 요인과의 상관성) 개선된 수련 환경이 뒷받침될 때 수련수당의 정책 효과가 극대화되는 정책 패키지 효과를 분석

라. [지속가능성] 제도가 장기적으로 유지·확산될 수 있는가?

· 예산 기반의 시범사업 형태로 인해 재정적·제도적 불안정성이 높으므로, 법적 근거에 기반한 ‘국가책임형 수련지원체계’로의 근본적인 구조적 전환이 필요함.

□ (재정적 지속가능성) 예산 기반 운영의 한계 및 불안정성

○ 중장기 재정 확보의 불확실성

- 본 사업은 특정 정책적 상황에 따라 도입된 예산 사업 형태로 운영되고 있어, 정책 환경이나 국가 재정 여건 변화에 따라 지속 여부가 좌우되는 불안정한 구조를 지님.
- 현재의 단기적 재정 지원은 가능하나, 전공의 수 확대나 전국 단위 사업 확장을 고려할 경우 현행 수준의 재정 구조로는 장기적 지속성을 담보하기에 한계가 명확함.

○ 과거 사례를 통한 재정 취약성 확인

- 선행 연구에 따르면, 지난 2011년 예산 부족으로 인해 연말 두 달분 수당이 지급 위기에 처했던 사례가 존재함. 이는 안정적인 자원 기반이 마련되지 않을 경우 정책의 신뢰도가 언제든 실추될 수 있음을 시사함.

□ (제도화 및 확산 가능성) 법적 기반 부재와 구조적 취약성

○ 일시적 대책 수준의 제도적 한계

- 확고한 법적 근거 마련 없이 예산 사업으로만 추진됨에 따라, 정책적 일관성을 유지하기 어렵고 일회성 인센티브 정책 수준에 머물러 있는 실정임.
- 정책 배경의 특수성과 일회성 성격으로 인해 타 분야로의 제도적 확산이 제한적이며, 전공의 복귀 등 일반적인 상황 변화에 따라 현행 일률적 지원 구조의 명분이 약화될 수 있음.

○ 정책 전달 체계의 연속성 결여

- 법적 근거 및 표준화된 운영 체계(지침 등)가 미비하여 중앙정부와 지자체

간의 유기적인 연계나 통합 운영에 어려움이 존재함. 이는 제도적 안정성을 저해하는 주요 원인으로 작용함.

□ 국가책임형 수련지원체계로의 전환 및 제도 간 연계 기반 필요

○ 국가책임형 수련지원체계로의 패러다임 전환

- 단순한 수당 지급 방식으로는 구조적 성과 도출에 한계가 있음을 인지하고, 보다 포괄적이고 제도화된 체계로 전환되어야 함.
- 특히 올해 전공의 수련환경 혁신 지원사업 등이 확대되고 있음에 따라 재정적 인센티브와 그 외 지원 간의 연계가 강화되어야 함.
- 수련수당 사업을 단기적 인센티브가 아닌 정책 전환을 위한 발판으로 활용하여 제도적 안정성을 구축할 필요가 있음.
- 직접·재정 지원 제도와 간접·인프라 지원 제도 간 대상자 구분 필요성, 제도 간 연계 필요성 등이 고려되어야 함.

○ 타 정책 수단과의 연계 강화 필요

- 필수의료 인력 확보를 위해 수가 조정, 전문의 제도 개선 등 타 제도와의 연동성을 강화하여 정책의 실효성을 높일 수 있을 것임.
- 안정적인 재정 기반 마련을 위해 관련 법령 제정 등을 통한 지원 체계가 확립되어야 함.

○ 안정성 지표 모니터링 및 현장 수요 기반의 당위성 확보

- 중앙 및 지자체의 재정 투입 지속 가능성을 정기 점검하고 예산 확보 프로세스를 관리할 필요가 있음.
- 심층 인터뷰를 통해 제도 존속에 대한 현장 수요를 확인함으로써 사업 확대 및 제도화의 정책적 정당성을 확보하고 개선 근거를 마련해야 함.

2. 지역필수의사제 시범사업

가. [운영적정성] 제도가 목표에 부합하도록 설계·운영되었는가?

· 지역 간 의료격차 해소를 위한 필수과 중심의 대상 설정은 정책 목표에 부합하나, 인력 유입 유도 및 장기 정착을 위해 보상 수준의 현실화와 정주 여건 지원 체계의 고도화 필요

□ 정책 목표와의 부합성 및 설계의 타당성

○ 지역 완결적 의료체계 구축을 위한 인력 인프라 확보

- 지역 필수 의사 확보 지원을 통해 지역 간 의료격차를 해소하고, 거주 지역 내에서 최종 치료까지 완결되는 의료체계를 구축하는 것을 근본 목적으로 설정함.

○ 필수 의료 기준에 따른 국가 책임 영역의 명확화

- 필수 의료 수요가 높으나 인력 수급이 원활하지 않은 지역을 우선 지원 대상으로 설정하여, 국가가 지역 의료 안전망을 책임진다는 정책적 취지를 설계에 반영함.

○ 지역 의료 수요 기반의 타당한 대상 설정

- 특정 지역에 정착할 가능성이 높은 신규 전문의(자격취득 5년 이내)를 타겟으로 하여, 경력 초기 단계부터 지역 의료 현장에 유입될 수 있도록 논리적인 타당성을 확보함.

□ 지원 대상 선정 및 보상 기준의 합리성

○ 필수 진료과목 중심의 수급 기반 강화

- 지역별 인력 수급 상황을 실시간으로 반영하여 정책 지원이 시급한 필수 진료과목 전문의를 우선 선발함. 이는 필수과 중심의 의료 수급 기반을 강화하려는 사업 취지와 높은 정합성을 보임.

○ 보상을 통한 기본적 유인 제공 기능 확보

- 지역 근무를 선택함에 따른 기회비용을 보전하기 위해 월 400만 원 규모의 지역근무수당을 지급함. 이는 타 지역 및 수도권 근무 대비 경제적 차별력을 제공하여 단기적인 필수과 지원 촉진 효과를 일부 확인하는 성과를 거둠.

○ 정주 여건 패키지 지원의 정책적 시너지

- 단순한 재정 지원에 그치지 않고 주거 지원 등 정주 여건을 포함한 패키지 형태의 지원책을 설계함. 이는 의료진의 지역 정착을 결정짓는 핵심 요인이 정주 환경임을 고려한 실효성 있는 접근으로 평가됨.

□ 지역 의료 수요 연동형 선발 체계 고도화 및 정주 지원의 실효성 제고

○ 지역별 특수성을 반영한 유연한 선발 로직 마련

- 획일적인 선정 기준에서 탈피하여 각 지자체의 실제 의료 부족 현황과 진료 권별 특성을 보다 정밀하게 반영할 수 있는 선발 체계의 고도화가 요구됨.
- 지역 의료 수요의 변화에 따라 지원 대상과 규모를 탄력적으로 조정할 수 있는 운영 지침의 구체화가 필요함.

○ 재정 지원과 비재정적 인센티브의 전략적 배합

- 현재 제공되는 월 400만 원의 수당이 지역 근무의 장기적 유인책으로 기능하기에는 한계가 있을 수 있으므로, 자녀 교육 지원이나 배우자 취업 연계 등 체감도 높은 정주 여건 패키지를 더욱 내실화해야 함.
- 지자체와 중앙정부 간의 협력을 통해 정주 지원책의 실질적 집행력을 강화할 필요가 있음.

○ 계약 이행 관리 및 정책 신뢰 기반의 운영 효율화

- 계약 체결부터 의무 이행 확인까지의 행정 절차를 간소화하면서도, 정책의 목적을 달성할 수 있도록 투명한 관리 시스템을 구축할 필요가 있음.
- 현장의 애로사항을 주기적으로 수렴하여 계약형 제도가 지역 의료진에게 '규제'가 아닌 '안정적 근무 기반'으로 인식될 수 있도록 운영 방식을 정교화해야 함.

나. [제도수용성] 수요자가 제도를 체감, 긍정적으로 인식하고 있는가?

· 직접적인 지역근무수당 지급을 통해 단기 인력 유지 및 생활 안정 측면에서는 높은 체감도를 확보하였으나, 수혜 대상 선정에 따른 내부 형평성 논란과 정주 여건 지원의 실질적 체감 부족이 장기 정착의 한계로 지적됨.

□ 근무 의사 및 생활 안정에 대한 직접적 유인 현황

○ 근무 유지에 작동하는 직접적 경제적 동기 부여

- 월 400만 원 규모의 지역근무수당 지급은 참여 의사들의 생활 안정에 즉각적인 긍정 효과를 주며, 지역 내 근무 유지를 위한 강력한 유인 기제로 작동함.
- 필수 의료진 사기 제고 및 안정적 확보 기여: 수도권과의 보상 격차를 일부 상쇄함으로써 지방 의료 현장의 사기를 진작시키고, 단기적으로 필수 의료진의 이탈을 방지하여 진료 공백을 막는 데 실질적인 역할을 수행함.

○ 정주 여건 지원의 제한적 체감 및 편차 존재

- 주거 지원 등 정주 여건 패키지는 지역이나 개인별로 지원 시점과 방식의 차이가 크며, 행정적 절차 지연 등으로 인해 실질적인 수혜를 체감하는 수준은 재정 지원에 비해 상대적으로 제한적임.

□ 제도 실효성 인식 및 단기적 안정 기여도 현황

○ 필수과 운영 안정성 확보에 대한 긍정적 인식

- 현장 관리자와 참여자들은 본 제도가 단기적으로 필수 인력의 유출을 막고 진료 체계를 안정화하는 데 기여하고 있다는 점을 높게 평가함.

○ 외부 인력 유입 유도 측면의 상대적 경쟁력 한계

- 현재의 지원 수준이 내부 인력의 잔류 동기(Retention)에는 기여하고 있으나, 수도권의 대규모 외부 인력을 지역으로 신규 유입(Inflow)시키기 위한 파격적인 수준의 경쟁력을 갖추기에는 한계가 존재함.

○ 대상 기준의 경직성에 따른 내부 수용성 저하

- 전입 시점이나 자격 취득 후 5년 이내라는 형식적 요건 중심으로 대상이 선정됨에 따라, 정착 지역 의료를 오랫동안 지켜온 기존 인력이 배제되는 형평성 문제가 발생함.

□ 내부 형평성 제고 및 가족 중심 정주 인프라 연계 강화 필요

○ 장기 근속자와의 형평성을 고려한 수혜 범위 재설계 필요

- 신규 유입자 중심의 지원에서 탈피하여 지역 필수 의료를 장기간 지탱해온 기존 의료진에 대한 합리적인 보상이나 예우 방안을 마련하여 내부적인 정책 수용성을 높여야 함.
- 실제 지역 기여도나 진료 공백 해소 정도가 반영될 수 있는 유연한 기준 도입이 검토되어야 함.

○ 재정 지원을 넘어선 복합적 정주 환경 고도화 필요

- 금전적 보상이 지니는 단기 유인 효과의 한계를 극복하기 위해 자녀 교육, 배우자 취업 지원, 문화·의료 인프라 접근성 등 가족 단위의 정주 환경을 개선하는 복합적인 지원책이 수반되어야 함.
- 지자체의 유희 자원과 정책적 역량을 집중하여 '생활 안정'이 아닌 '삶의 질'을 보장하는 정주 패키지를 내실화해야 함.

○ 제도 인지도 제고 및 행정적 지원의 실효성 확보 필요

- 정책 수혜자가 지원 내용을 명확히 인지하고 적기에 혜택을 받을 수 있도록 홍보 체계를 강화하고, 지자체 전담 창구 등을 통해 정주 지원이 지연되지 않도록 행정 프로세스를 최적화해야 함.

○ 장기 정착 유도를 위한 단계별 인센티브 설계 필요

- 단순히 단기 근속에 대한 수당 지급을 넘어, 근무 기간에 비례하여 인센티브를 차등화하거나 지역 내 연구·교육 기회를 보장하는 등 의료진이 전문직으로서 지속 성장할 수 있는 비전을 제시해야 함.

다. [성과달성도] 사업이 설정한 정책목표를 달성했는가?

· 단기적 인력 이탈 방지 및 정책적 신뢰 형성에는 기여하였으나, 시점 불일치 등으로 인한 외부 인력의 신규 유입 성과는 현재 수준에서 제한적임.

□ 기존 인력 유지(Retention) 및 정책적 신뢰 형성 현황

- 기존 지역 의료인력 이탈을 지연시키는 완충 장치 역할 수행
 - 본 시범사업은 지역 내에서 이미 근무 중인 인력의 이탈을 방지하고 최소한의 근속 유지를 위한 동기를 제공하는 정책적 완충 장치로 기능함.
- 정부의 지역의료 위기 대응에 대한 강력한 신호
 - 정부가 지역 의료인력 부족 문제를 심각하게 인식하고 대응하고 있다는 정책적 메시지를 현장에 전달함으로써, 의료진이 지역 근무 지속 여부를 진지하게 고민하게 하는 계기를 마련함.
- 정책 신뢰도 제고를 통한 현장 안착 기반 형성
 - 지역 필수의료 지원에 대한 국가의 의지를 가시화하여 현장 의료진과의 정책적 공감대를 형성하고 초기 사업 운영의 안정성을 확보함.

□ 신규 인력 유입(Inflow)의 한계 및 시행 여건 실태

- 신규 외부 인력 유입 유도 성과의 제한성
 - 사업의 본래 목표 중 하나인 타 지역 의료진의 신규 유입 유도 측면에서는 현재까지 뚜렷한 가시적 성과를 확인하기 어려운 실정임.
- 시행 시점과 의료계 채용 주기의 불일치
 - 시범사업의 시행 시점(7월)이 의료계의 일반적인 채용 루틴(연말·연초)과 일치하지 않아, 외부 인력을 새롭게 확보하기보다 기존 인력을 유지하는 수준에 머무르는 결과를 초래함.
- 단일 인센티브 중심 지원의 유인책 한계
 - 단순 수당 지원만으로는 타 지역 거주 의료진이 생활 기반을 옮기기로 결정

하는 파격적인 유인책으로 작용하기에는 여전히 기회비용 대비 경쟁력이 부족함.

□ 신규 유입 극대화를 위한 채용 주기 연계 및 홍보 전략 고도화 필요

○ 의료인력 채용 시점과 연계한 정책 타이밍 최적화 필요

- 의료진의 이동이 가장 활발한 연말·연초 채용 시점에 맞춰 대대적인 홍보와 안내를 집중하여 신규 인력의 유입 가능성을 극대화해야 함. 정책 시행 시기를 채용 시장의 흐름과 동기화하는 전략적 유연성이 필요함.

○ 신규 유입을 유도하는 파격적 인센티브 및 홍보 강화 필요

- 타 지역 인력이 유입될 수 있도록 지역별로 차별화된 파격적인 인센티브를 개발하고, 이를 효과적으로 전달하기 위한 타겟 홍보 전략을 수립해야 함. 단순 수당 외에 커리어 비전 등을 포함한 종합 패키지 안내가 수반되어야 함.

○ 외부 인력 안착을 위한 다각적인 지원 체계 검토 필요

- 다른 지역에서 이주해오는 의료진을 위해 초기 정착 지원금, 이사 비용, 가족 이주 지원 등 진입 장벽을 낮출 수 있는 실질적인 지원책을 보강해야 함. 외부 인력이 지역 사회에 성공적으로 정착할 수 있도록 돕는 소프트웨어적 지원 프로그램 마련이 필수적임.

○ 중장기 성과 지표 개발 및 지속적인 유입 경로 추적 필요

- 단기적인 충원 수치를 넘어, 외부 인력이 유입되는 경로와 동기를 정밀하게 분석할 수 있는 평가 지표를 개발해야 함. 이를 바탕으로 인력 유입 성과를 정기적으로 모니터링하고 정책의 실효성을 지속적으로 고도화해야 함.

라. [지속가능성] 제도가 장기적으로 유지·확산될 수 있는가?

· 시범사업 이후 안정적 정착에 대한 현장의 요구가 매우 높으나, 단발성 지원에 따른 중장기적 불확실성 해소와 행정적 운영 기준의 표준화가 지속가능성 확보의 핵심 관건임.

□ 제도 안착에 대한 현장 수요 및 운영상 불확실성 현황

○ 시범사업 이후 안정적 지속 및 정착에 대한 높은 기대감

- 사업 참여 의사 및 지자체 담당자들 사이에서 본 제도가 단발성에 그치지 않고 안정적으로 계속되기를 희망하는 요구가 매우 높게 나타남.

○ 장기 지원 여부에 대한 불확실성 및 심리적 부담 존재

- "몇 년 지원받다가 중단되는 것은 아닐까" 하는 정책 지속성에 대한 불안함이 사업 참여를 주저하게 하거나 현장 안착을 저해하는 가장 큰 부담 요소로 작용함.

○ 사업 대상 확대 및 신규 적용에 대한 현장의 요구 증가

- 올해 시범사업의 제한적 범위를 넘어 내년에는 적용 범위 확대 및 참여 가능 여부를 문의하는 사례가 증가하는 등 사업 확장에 대한 잠재적 수요가 확인됨.

□ 운영체계 미비에 따른 행정적 혼선 및 현장 부담 실태

○ 기관별·지역별 적용 기준의 상이함으로 인한 혼란 발생

- 계약 유형(근로·용역·기타소득), 지급 방식(월별·일괄·소급), 세금 처리 방식 등이 지역 및 수련기관별로 서로 다르게 적용되고 있는 실정임.

○ 명확한 가이드라인 부재로 인한 행정 처리의 어려움

- 최초 시행되는 시범사업 특성상 표준화된 지침이 부족하여 계약서 작성, 환수 기준 적용, 세무 처리 등에 대해 기관별로 자의적 해석과 조정 부담이 큼.

○ 법률 자문 및 개별 대응에 따른 행정 인력 소모

- 운영 과정에서 발생하는 법적·행정적 쟁점에 대해 병원마다 개별적으로 법률 자문을 구하는 등 불필요한 행정 비용과 인력 소모가 발생함.

□ 신규 유입 기반 마련 및 운영 체계 표준화 고도화 필요

○ 의료계 채용 주기와 연계한 전략적 유입 기반 마련 필요

- 현실적으로 올해 안에 채용을 마무리하기 어려웠던 한계를 극복하기 위해 전공의 수료 시점(연말~연초)과 연계한 홍보 및 정원확보 전략을 수립해야 함. 전환 계약 방식을 넘어선 실질적인 신규 인력 확보 전략이 마련되어야 함.

○ 지역·과목 특성에 맞는 유연한 운영 체계 구축 필요

- 일률적인 기준 적용보다는 지역의 의료 환경, 과목별 특성, 정책 목적에 따라 맞춤형으로 기준을 적용할 수 있는 운영의 자율성이 보장되어야 함.

○ 중앙-지방-병원 간의 역할 분담 및 자율성 확대 필요

- 중앙정부는 큰 방향 설정과 사후 평가를 담당하고, 지자체에는 집행 자율권을, 병원에는 적정 인력 확보를 위한 운영의 묘를 살릴 수 있는 유연한 구조를 설계해야 함.

○ 계약 및 행정 처리에 관한 표준 운영 매뉴얼 정립 시급

- 계약 방식, 세금 처리, 환수 기준 등에 대한 명확하고 표준화된 가이드라인을 제작·보급하여 현장의 행정적 혼선을 제거하고 정책의 신뢰도를 높여야 함.

○ 법적 근거 강화 및 항구적 지원 체계 확립 필요

- 시범사업의 불안정성을 탈피하고 제도의 영속성을 담보하기 위해 관련 법령 제정 및 조례 반영 등 법적 기반을 공고히 하여 장기적인 지속 가능성을 확보해야 함.



제5장

의료인력 지원사업의 발전방안

제1절 추진 개요 및 방향

제2절 핵심 추진과제

제3절 모니터링 및 평가체계 운영 방안

제 5 장 의료인력 지원사업의 발전방안

제1절 추진 개요 및 방향

1. 정책 배경 및 환경 변화

가. 의료 환경의 패러다임 전환

□ 법적·제도적 기반의 변화: 지역책임형 의료체계로의 전환

○ (3대 핵심 법안의 결합) 「지역필수의료법」, 「지역의사법」, 「전공의법」의 제정과 개정은 개별적 법령의 변화를 넘어, 국가가 지역 의료 안전망을 직접 설계하고 관리하겠다는 강력한 의지의 표명임.

- 이는 과거 민간 자율에 맡겨졌던 의료 인력의 수급 문제를 공공 정책의 영역으로 완전히 편입시키는 제도적 토대가 됨.

○ (지역 완결적 의료체계의 가속화) 기존의 중앙 집중식 의료 전달 체계에서 탈피하여, 거주 지역 내에서 최종 치료까지 완결되는 ‘지역책임형 의료체계’로의 전환이 가속화됨.

- 이는 법적 근거에 기반하여 지자체에 인력 수급과 인프라 관리의 권한과 책임을 부여함으로써, 지역 간 의료 불균형을 실질적으로 해소하는 동력으로 작용함.

□ 인력 정책의 중심축 이동: 단순 공급에서 ‘양성-배치-정착’의 선순환으로

○ (공급 위주 정책의 한계 극복) 과거의 인력 정책이 단순히 의사 수의 물리적 확대를 통한 양적 확충에 기대었다면, 현재는 인력이 실제 필요한 곳에 배분되지 않는 ‘구조적 불균형’ 해결에 집중함.

- 인력 확충이 지역 의료의 질 개선으로 직결되지 못했던 과거 정책의 한계를

명확히 인식하고 정책의 초점을 재설계함.

○ (전주기적 선순환 구조 구축) 인력 정책의 패러다임을 ‘지역 내 양성 → 적재적소 배치 → 안정적 정착’으로 이어지는 선순환 생태계 조성으로 이동함.

- 특히 ‘배치’와 ‘정착’을 분절된 사업이 아닌 단일한 정책 연속체로 관리함으로써, 수도권 쏠림 현상과 필수과 기피 현상을 근본적으로 차단하는 전략적 접근을 취함.

□ 질 중심의 수련 환경 요구: ‘인력 확보’에서 ‘질과 안전 기반 강화’로

○ (교육 투자로의 인식 전환) 전공의를 단순히 병원의 부족한 노동력을 보충하는 ‘단기 인력’으로 보던 시각에서 벗어나, 국가 의료의 미래를 책임질 전문 인력으로 육성하는 ‘교육 투자’의 대상으로 재정의함.

- 이에 따라 전공의 수련 비용에 대한 국가 책임제를 도입하여 수련의 질적 수준을 상향 평준화함.

○ (환자 안전과 수련 질의 동시 달성) 수련 환경 개선은 단순한 처우 개선을 넘어 환자의 안전과 직결된다는 사회적 공감대를 바탕으로, 수련 단계에서의 질 관리 기준을 강화함.

- 교육 과정의 표준화, 수련 환경 모니터링 체계 고도화 등을 통해 ‘안전하고 내실 있는 전문의 양성’을 정책의 핵심 가치로 설정함.

□ 정책적 시사점: 통합적 거버넌스의 필요성

○ 이러한 패러다임의 변화는 각 사업이 독립적으로 운영될 때보다, ‘지역’이라는 공간적 범위 안에서 ‘의료진의 생애주기’라는 시간적 범위와 결합될 때 정책적 시너지가 극대화됨을 시사함.

○ 따라서 개별 법령과 사업을 유기적으로 묶어내는 통합 관리 체계의 구축이 본 발전방안의 핵심적 출발점이 됨.

나. 지역 단위 통합관리체계의 필요성

□ 의료진의 지역 안착을 위한 전주기적 관리 체계 확립 필요성

○ ('분절된 지원'에서 '연속적 관리'로의 전환 요구) 그간의 의료 인력 정책은 수련 단계(전공의 수당)와 근무 단계(지역필수의사제)가 개별 사업 단위로 운영되어, 각 단계 사이의 이행 과정에서 인력이 외부(수도권)로 유출되는 '누수 현상'을 막기에 한계가 있었음.

- 의료진이 지역 사회의 일원으로 온전히 안착하기 위해서는 수련-채용-정주-전문가적 성장으로 이어지는 생애 전주기를 포괄하는 지역 단위의 통합적 관리 체계 구축이 필수적임.

○ (지역 특화 커리어 경로의 가시성 확보 필요) 의료진이 지역에 남기로 결정하는 데에는 단순히 경제적 보상뿐만 아니라, 해당 지역에서 전문의로서 어떠한 경력을 쌓고 성장할 수 있는지에 대한 비전이 중요하게 작용함.

- 따라서 지역 내 수련기관과 지자체가 협력하여 '지역 특화 전문의 양성 및 배치 모델'을 제시함으로써, 의료진에게 예측 가능한 장기 정착 경로를 제공해야 함.

□ 수련의 질적 고도화와 인력 수급 영향의 통합적 분석 체계 요구

○ (질적 성장이 인력 유입으로 이어지는 선순환 구조 마련 필요) 수련의 질은 단순히 교육의 만족도를 넘어, 우수한 인력이 해당 지역을 선택하게 만드는 가장 강력한 유인책임.

- 단순히 수당을 지급하는 것에 그치지 않고, 국가 지원이 실제 수련 환경의 개선으로 이어졌는지, 그리고 개선된 환경이 실제 인력 수급 불균형 해소에 얼마나 기여했는지를 동시에 모니터링하고 분석할 수 있는 통합 지원 시스템이 요구됨.

○ (데이터 기반의 정밀한 정책 환류 시스템 구축 필요) 시범사업 과정에서 축적된 데이터를 바탕으로, 각 지역의 의료 공백 지수와 인력 유입 실태를 실시간으로 분석하여 정책의 강도를 조절하는 '데이터 기반 거버넌스'가 필요함. 이를 통해

인력 부족이 심각한 지역이나 과목에 자원을 집중 투입하는 등 정책의 효율성을 극대화할 수 있는 과학적 관리 체계를 정립해야 함.

□ 중앙-지방-의료기관 간 유기적 협력 거버넌스 구축의 시급성

- (지자체의 역할 강화 및 책임성 확보 필요) 중앙정부의 일률적인 가이드라인만으로는 각 지역이 처한 특수한 의료 환경(취약지 여부, 인구 구조 등)에 대응하기 어려움. 지자체가 지역 인력 계획의 주체로서 선발, 배치, 정주 지원의 전 과정을 주도하고, 중앙정부는 이를 뒷받침하는 재정적·제도적 기반을 제공하는 '지역 주도형 협력 모델'로의 전환이 강력히 요구됨.
- (민-관 협력을 통한 현장 밀착형 지원 체계 요구) 의료기관은 수련 환경 개선의 실질적 이행 주체로서, 지자체는 정주 여건 개선의 책임 주체로서 상호 긴밀히 소통하는 거버넌스가 작동해야 함. 이를 통해 현장의 애로사항이 즉각 정책에 반영되고, 의료진이 체감할 수 있는 실질적인 지원이 이루어지는 현장 밀착형 운영 체계를 갖추어야 함.

2. 의료인력 지원 정책 패러다임 전환

〈표 5-1〉 의료인력 지원 정책 방향

정책 환경	지역필수의료법	&	지역의사법	&	전공의법
		'지역책임형 의료체계'로의 전환 가속화 <i>지역 단위 통합적 인력계획·지원체계 요구</i>		의사 인력정책의 중심축이 '지역 양성-배치-정착'으로 이동 <i>지역 단위 인력 생애주기 관리체계 구축 필요성 확대</i>	

	As-Is	To-Be
정책 방향	<ul style="list-style-type: none"> 중앙정부의 일률적·분절적 인력 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 지역 수요 기반 지역책임형 인력 정책
운영 체계	<p>[중앙주도형] 중앙정부 중심의 단일 기준·절차 운영</p> <ul style="list-style-type: none"> 사업별로 분절된 운영체계(수련-근무-정착의 비연계) 지자체의 역할 제한적(집행기관 수준) 기관별 해석 차이, 사례별 조정 필요 등 운영 혼선 발생 	<p>[지역주도형] 지역 계획 맞춤형 운영체계 도입</p> <ul style="list-style-type: none"> 수련-근무-정착을 지역 내에서 연계하는 생애주기형 운영구조 구축 지자체의 계획·배치·관리 역할 확대, 중앙은 가이드라인·지원 중심 운영기준·절차의 전국 표준화 + 지역별 자율조정권 부여
관리 체계	<p>단편적·단절적 지원·관리체계</p> <ul style="list-style-type: none"> 개별적·분절적 사업 운영 사업별 성과관리 기준이 상이하여 통합 관리 어려움 사업 간 중복·공백 존재 수요 기반보다 제도 기반의 결과 관리 중심 	<p>지역책임형·연계형 지원·관리체계</p> <ul style="list-style-type: none"> 지역 양성-배치-정착 중심의 정책체계 인력지표·성과지표·지역의료지표를 연동한 통합 모니터링 체계 구축 사업 간 데이터 통합(DB) 및 연계 분석 중앙-지자체-의료기관 간 역할 분담 명료화 및 책임성 강화
재정 지원 방식	<p>일시적·단년도 보조 중심</p> <ul style="list-style-type: none"> 개별사업 단위 예산, 임시적 보조방식 정착 지원보다 초기 지원에 집중 지자체의 재정 기여도 제한적 	<p>연속적·다년도 패키지형 지원 중심</p> <ul style="list-style-type: none"> 지역책임형 의료체계에 맞춘 중장기 재정구조(다년예산) 적용 정착-근속 인센티브 중심으로 전환 국비-지방비-병원 부담이 조화된 공동재정 모델 도입

□ (운영 체계) 중앙 주도형에서 지역 주도형 생애주기 관리로

○ [As-Is] 중앙정부 중심의 단일 기준 및 분절적 운영

- 현재의 운영 체계는 중앙정부가 수립한 단일 가이드라인과 절차에 따라 전국적으로 동일하게 집행되는 중앙주도형 구조임.
- 특히 수련 지원(수련수당)과 근무·정착 지원(지역필수의사제)이 개별 사업 단위로 분절되어 운영됨에 따라, 의료진의 성장 단계별 연계가 미흡하고 각 사업 간의 시너지를 창출하는 데 한계가 있음.
- 지자체는 예산 집행이나 단순 관리 업무만을 수행하는 보조적 역할에 그치고 있어, 지역별 특수성(취약지 여부, 필수의료 수요 등)을 반영한 유연한 대응이 어려움.

○ [To-Be] 지역 맞춤형 연계 및 지자체 주도권 강화

- 수련부터 근무, 장기 정착에 이르는 전 과정을 지역 내에서 유기적으로 연계 하는 '생애주기형 운영 구조'를 구축해야 함. 지역 내 수련자가 해당 지역 전문의로 취업하고 정착할 수 있도록 제도적 교점을 마련하는 것이 핵심임.
- 지자체가 지역 인력의 선발, 배치, 사후 관리 전반에 걸쳐 실질적인 계획 수립과 집행의 주체로 기능할 수 있도록 역할을 확대해야 함. 중앙정부는 거시적인 가이드라인 제시와 행정적·재정적 지원에 집중하고, 세부 운영은 지역의 자율에 맡기는 구조로 재편되어야 함.
- 전국적인 형평성을 위한 표준 운영 절차를 정립하되, 지역별 의료 환경의 특수성을 감안하여 대상 과목이나 지원 규모를 탄력적으로 조정할 수 있는 지역별 자율조정권을 부여해야 함.

□ (관리 체계) 단편적 성과 관리에서 통합 모니터링 체계로

○ [As-Is] 사업별 분절에 따른 통합 분석 및 대응 한계

- 개별 사업별로 성과 관리 기준과 지표가 상이하게 설정되어 있어, 정책 전체가 지역 의료 인력 수급에 미치는 종합적인 영향력을 분석하는 데 어려움이 존재함.

- 중앙-지자체-의료기관 간의 역할 분담이 모호하여 행정적 중복이 발생하거나, 반대로 정책의 사각지대가 발생하는 공백 현상이 나타나기도 함.
- 실질적인 지역 의료 질 개선이나 수요자의 체감도보다는 예산 집행을 등 제도 기반의 결과 관리 중심의 모니터링에 치중되어 있음.

○ [To-Be] 지역책임형·데이터 연계형 통합 거버넌스 구축

- 인력 수급 지표, 정책 성과 지표, 그리고 지역 의료 서비스 지표를 상호 연동하여 분석할 수 있는 ‘통합 모니터링 체계’를 구축해야 함. 이를 통해 특정 지역의 인력 유입이 실제 주민의 의료 접근성 향상으로 이어지는지를 입체적으로 진단해야 함.
- 사업별로 산재한 데이터를 통합한 전용 데이터베이스(DB)를 구축하고, 인력의 이동 경로 및 정착률을 추적 분석하여 정책의 실효성을 과학적으로 입증하고 환류(Feedback)해야 함.
- 중앙-지자체-의료기관 간의 법적·행정적 역할을 명료화하고 상설 협의체를 운영하여 책임성을 강화함과 동시에, 현장의 애로사항을 즉각 반영할 수 있는 현장 밀착형 관리 체계를 정립해야 함.

□ (재정 지원 방식) 단년도 일시 보조에서 중장기 패키지형 지원으로

○ [As-Is] 불안정한 재정 구조 및 초기 지원 중심의 투입

- 현재의 지원 방식은 단년도 예산 사업 형태의 일시 보조금 성격이 강하여, 예산 확보 상황에 따라 사업의 지속 가능성이 위협받는 불안정한 구조임.
- 지원금이 주로 초기 유입 단계에 집중되어 있어, 장기 근속을 유도하거나 안정적인 생활 기반을 마련하도록 돕는 정착 유인책으로서는 기능이 다소 미흡함.
- 지자체의 재정적 기여도가 제한적이어서 지역 사회의 주도적인 인력 육성 의지를 반영하기 어려운 측면이 있음.

○ [To-Be] 연속적·다년도 패키지형 지원 체계 확립

- 정책의 신뢰도와 안정성을 높이기 위해 지역책임형 의료체계에 맞춘 중장기

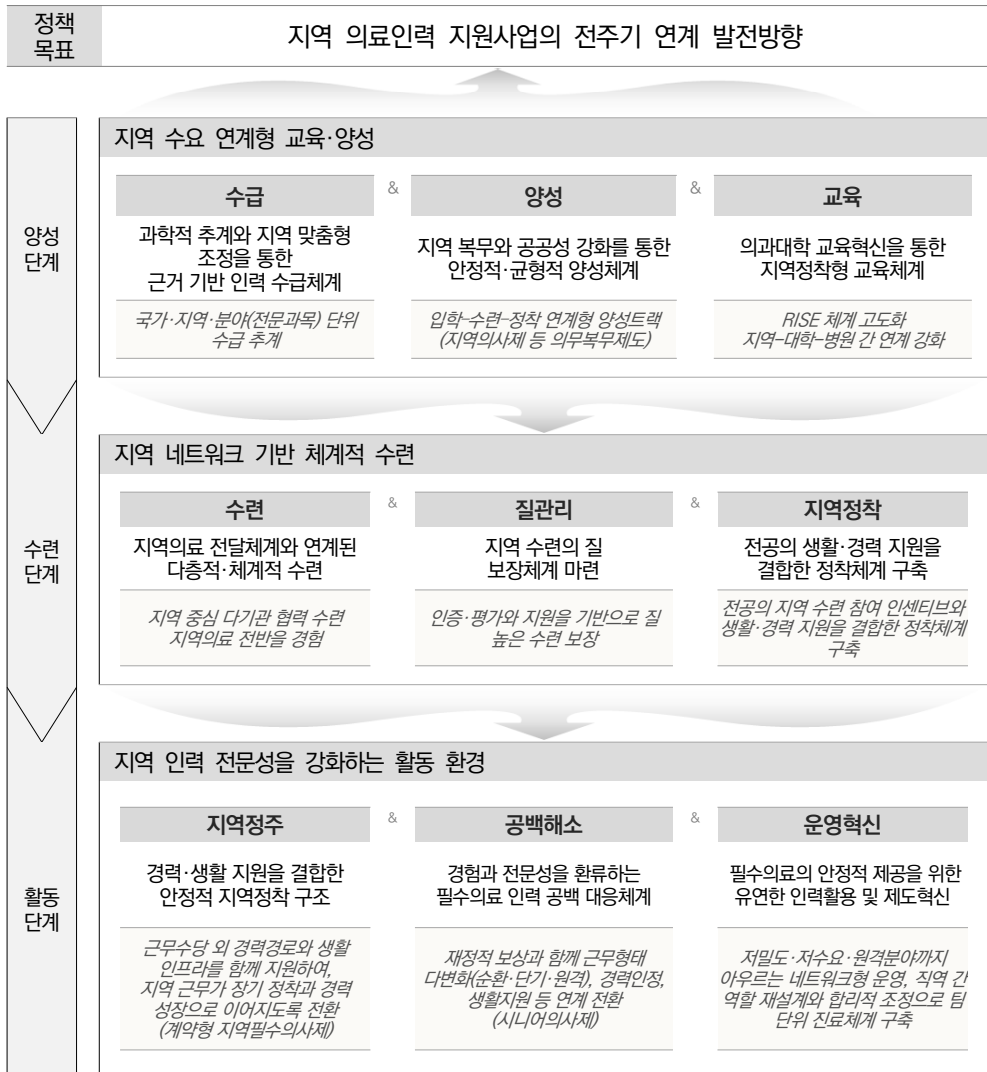
재정 구조(다년도 예산)를 도입하고, 단발성 수당을 넘어 주거·교육·커리어 지원이 결합된 패키지형 지원을 실시해야 함.

- 투입 중심의 초기 지원에서 탈피하여, 근무 기간에 비례해 혜택을 강화하는 ‘근속 및 정착 인센티브’ 중심으로 재정 지원 체계를 재설계하여 장기 정주를 유도해야 함.
- 중앙정부(국비), 지방정부(지방비), 수혜 의료기관이 재원을 공동 분담하는 ‘공동 재정 모델’을 도입하여 각 주체의 책임성을 높이고 재정의 지속 가능성을 확보해야 함.

제2절 핵심 추진과제

□ 의료인력의 지역 안착은 특정 시점의 지원만으로는 달성하기 어려우며, 입학부터 은퇴까지의 전 생애주기를 지역 의료 생태계와 결합하는 '전주기 연계형 발전 모델' 구축이 필수적임.

〈표 5-2〉 의료인력 지원사업 발전방안 핵심과제



1. 양성 단계: 지역 수요 연계형 교육·양성 체계 확립

□ 과학적 추계와 지역 맞춤형 조정을 통한 근거 기반 의료인력 공급체계 확립

○ 다차원적 공급 추계 모델링 및 거버넌스 구축 필요

- 단순 인구 대비 의사 수 통계를 넘어, 지역별 질병 역학 구조, 의료 이용 행태, 고령화 지수 등을 결합한 '정밀 공급 추계 모델'을 정립해야 함.
- 이를 위해 중앙정부와 지자체, 전문가 그룹이 참여하는 '지역 의료인력 공급 위원회(가칭)'를 상설화하여, 데이터에 기반한 과목별·지역별 정원 조정 기제로 활용해야 함.

○ 입학-수련-정착을 관통하는 '지역의사 양성 트랙'의 제도화 필요:

- 지역의사제와 같은 특수 목적 전형을 단순한 의무 이행 수단이 아닌, 국가가 보증하는 우수 커리어 경로로 격상해야 함.
- 입학 단계부터 지역 사회와의 유대감을 강화할 수 있는 프로그램을 배치하고, 졸업 후 해당 지역 내 우수 수련병원으로의 우선 배치권을 부여하는 등 전주기 연계형 양성 패스트트랙 구축이 요구됨.

□ RISE 체계 고도화 및 지역-대학-병원 연계 교육 혁신

○ 지역 중심의 의과대학 교육 패러다임 전환 필요:

- 지역혁신중심 대학지원체계(RISE)와 연계하여 대학이 상아탑을 넘어 지역 의료 생태계의 중추적 역할을 수행하도록 해야 함. 의대 커리큘럼 내에 지역 의료 현장 실습 및 공공성 강화 교육을 필수적으로 배치하고, 지역 사회가 직면한 의료 문제를 연구 주제로 다루는 현장 밀착형 교육 시스템을 강화해야 함.

2. 수련 단계: 지역 네트워크 기반의 체계적 수련 및 질 관리 혁신

□ 지역 의료 전달체계와 연계된 다층적·네트워크형 협력 수련 모델

○ 지역 중심 다기관 협력 수련체계 정착 필요

- 특정 상급종합병원에 수련 과정 전체를 위탁하는 기존 방식에서 탈피하여, 지역 내 공공병원, 중소 전문병원, 일차 의료기관이 참여하는 '지역 내 다기관 협력수련 체계'가 정립되어야 함.
- 전공의들이 다양한 의료 전달 단계(1~3차)를 순환하며 지역 의료 현장 전반의 특수성을 경험하게 함으로써, 수련 종료 후 지역 사회 내에서 즉시 역할을 수행할 수 있는 실천적 역량을 강화해야 함.

○ 수련 단계에서의 지역 정주 유도 및 정서적 유대 강화 필요

- 수련 기간이 단순히 기술을 배우는 시기를 넘어 지역 사회에 동화되는 과정이 되도록 설계해야 함.
- 지역 지자체와 연계된 보건의료 프로젝트 참여 기회를 부여하고, 지역 내 선배 의료진과의 멘토링 프로그램을 활성화하여 지역 정착에 대한 심리적 장벽을 낮추는 노력이 수반되어야 함.

□ 국가 책임제 기반의 수련 질 보장 및 전주기적 경력 지원 체계

○ 국가 책임 수련 인증제 및 재정 지원 상향 평준화 필요

- 지역 수련병원의 교육 인프라가 수도권 대형 병원과 대등한 수준을 유지할 수 있도록 국가 차원의 수련 질 인증 지표를 고도화해야 함.
- 인증을 통과한 기관에는 파격적인 재정 인센티브를 제공하여, 교육 지도 전문의 질적 제고 등 수련 환경의 획기적 개선을 유도해야 함.

○ 전공의 생활 및 경력 관리를 결합한 패키지형 지원 강화

- 단순한 수당 지급을 넘어 전공의 가족의 주거 안정, 자녀 보육 지원, 배우자 취업 연계, 전문의 취득 후 지역 내 경력 경로 설계 등을 포괄하는 통합 케어 시스템을 가동해야 함.
- 수련 시기를 지역 정착의 '탐색기'에서 '준비기'로 전환할 수 있도록 전폭적인 행정적 지원이 집중되어야 함.

3. 활동 단계: 전문성 강화와 지역 정주를 담보하는 활동 환경 조성

□ 경력 성장과 생활 복지가 결합된 안정적 지역 정착 구조 구축

○ 계약형 지역필수의사제의 질적 고도화 및 경쟁력 확보 필요

- 현금성 보상 중심의 구조를 '커리어 및 라이프 스타일 보장형'으로 전환되어야 함. 지역 근무가 경력 단절이 아닌 전문직으로서의 심화 성장의 과정이 되도록 지역 거점 병원과의 연구 연계, 교수 직위 부여, 해외 연수 기회 제공 등 비재정적 보상 체계를 체계화해야 함.

○ 장기 근속 유인을 위한 '정착 패키지'의 실효성 제고

- 의료진과 그 가족이 지역 사회에 완전히 정착할 수 있도록 자녀 교육 인프라(특성화 교육 등) 및 정주 여건(전용 주거지 등) 지원을 지자체 핵심 사업으로 격상해야 함. 이를 통해 지역 근무가 일시적인 '의무'가 아닌 삶의 질을 영위하는 '선택'이 되도록 정주 여건의 매력도를 높여야 함.

□ 필수의료 공백 대응을 위한 유연한 인력 활용 및 제도적 혁신

○ 시니어 의사 및 유휴 인력의 전략적 환류 체계 구축 필요

- 풍부한 임상 경험을 갖춘 은퇴 전후의 베테랑 의료진이 지역 필수의료 현장에서 활동할 수 있도록 근무 형태를 순환 근무, 단기 계약, 시간 선택제 등으로 다변화해야 함.
- 이들의 전문성을 후배 의료진 교육과 고난도 진료에 활용하는 경력 환류 모델을 구축하고 사회적 예우 체계를 강화해야 함.

○ 네트워크형 운영 및 지역 간 역할 재설계를 통한 운영 혁신 필요

- 인구 저밀도 지역에서도 의료 서비스가 단절되지 않도록 원격 협진 인프라를 확충하고, 거점 병원 전문의가 주변 취약지를 순환 진료하는 네트워크형 진료 체계를 활성화해야 함.
- 또한, 의사-간호사-행정직 간의 역할 재조정과 팀 단위 진료 시스템 구축을 통해 개별 의료진의 업무 부담을 경감하고 진료 효율성을 극대화해야 함.

제3절 모니터링 및 평가체계 운영 방안

□ 의료인력 지원사업의 지속 가능성을 담보하기 위해서는 단순한 집행 현황 파악을 넘어, 성과 측정의 결과가 정책의 기획과 예산 배분에 유기적으로 연결되는 ‘성과 관리-환류-지속적 개선’ 사이클의 정착이 필수적임.

〈표 5-3〉 모니터링 및 평가체계(안)

평가방향	성과 측정을 넘어, 성과 관리-환류-지속적 개선이 가능한 평가·관리 시스템 구축
평가목적	의료인력 지원사업의 운영성과 검증 및 제도화 기반 조성

■ 평가체계 구축 원칙

단계적 구축	혼합형 접근	다층적 체계	환류 중심
초기(시범사업) 중기(표준모델 확정) 장기(제도화 및 성과관리 시스템화)	정량(성과지표) + 정성(현장민족·제도수용성) 병행	중앙/지방(도·시· 지원센터)/의료기관 다층평가 체계 구축	평가 결과의 정책 환류 및 지속적 개선
평가 항목&지표 집진적 구체화·표준화	단기 수치 중심 평가의 한계 보완	주체의 역할을 반영한 체계적 평가 구조	연속적 제도 개선 도구로 활용

■ 평가 거버넌스 체계(안)



■ 단계별 추진 방안

1단계: 기초설계	2단계: 시범운영 및 보정	3단계: 표준화-제도화
- 평가영역·지표 초안 도출 - 평가자료 수집기준 설립 - 시범평가 지역 운영	- 시범평가 실시 및 결과분석 - 지표 간 가중치 조정·보완 - 평가항목별 타당도 검증	- 표준평가체계 확정 - 연례 평가시스템 구축 - 타 정책·제도 연계 평가 포괄
평가지표(안), 자료수집 매뉴얼	평가체계 매뉴얼(Ver.2), 개선	표준평가체계, 연례평가보고서

1. 평가체계 구축 및 운영의 기본 원칙

□ 정책 생애주기를 고려한 단계적 구축 및 로드맵 제시 필요

○ 시나리오 기반의 점진적 고도화

- 시범사업 초기에는 운영의 적정성과 현장 안착 여부를 점검하는 데 집중하고, 중기적으로는 표준 운영 모델을 확정하며, 장기적으로는 전 국가적 의료인력 수급 관리 시스템과 연계된 자동화된 평가 체계로 발전시켜야 함.

○ 지표의 표준화와 구체화 병행

- 사업이 확산됨에 따라 평가 항목과 지표를 표준화하여 지역 간 비교 가능성을 높이되, 각 지역의 특수성을 반영할 수 있는 가중치 조정 기제를 마련해야 함.

□ 정량적 성과와 정성적 가치를 통합하는 혼합형 접근 필요

○ 단기 수치 중심 평가의 한계 극복

- 단순한 인원 유입수나 예산 집행률과 같은 단기 정량 지표만으로는 정책의 실질적인 '지역 안착' 효과를 측정하기 어려움. 따라서 의료진의 직무 만족도, 지역 사회 소속감, 정주 여건 수용성 등 정성적 평가를 병행하여 정책의 입체적인 실효성을 검증해야 함.

○ 심층 분석을 통한 제도 수용성 진단

- 정기적인 심층 인터뷰와 표적집단 면접을 실시하여 현장의 숨은 고충과 제도적 사각지대를 발굴하고, 이를 평가 결과에 반영하는 정성 평가 체계를 공식화해야 함.

□ 중앙-지방-현장을 연결하는 다층적 평가 구조 확립 필요

○ 주체별 역할에 기반한 책임 평가제 도입

- 보건복지부(총괄), 지역인력지원센터(모니터링), 의료기관(자료 제공)으로 이어지는 다층적 거버넌스를 구축하여 평가의 객관성과 현장 밀착성을 동시에 확보해야 함.

- 지역 특화 지표의 발굴 및 제안 권한 부여
 - 지역인력지원센터에 해당 지역의 의료 환경을 반영한 자율 지표 제안권을 부여함으로써, 중앙 주도의 일률적 평가가 갖는 경직성을 해소하고 지역 주도의 인력 정책 수립을 지원해야 함.

2. 평가 거버넌스 및 주체별 역할 체계

- 정책의 공신력과 전문성을 높이기 위해 중앙정부의 총괄 기능과 지역의 집행 기능, 그리고 외부 전문가의 검증 기능이 조화를 이루는 평가 거버넌스를 가동해야 함.
- (중앙정부) 정책 총괄 및 표준 평가 기준 확립
 - 국가 표준 지표 설정
 - 정책 목표 달성 여부를 가늠할 수 있는 핵심 성과 지표를 설정하고, 전국적인 형평성을 유지하기 위한 표준 평가 가이드라인을 제시해야 함.
 - 평가 결과 기반의 예산 환류
 - 평가 결과를 차년도 사업 규모 조정 및 지역별 예산 배분과 연계하여 정책의 구속력과 실행력을 확보해야 함.
- (광역지자체 - 지역인력지원센터) 자체 모니터링 및 실무 평가 수행
 - 현장 모니터링 및 데이터 거점 역할
 - 지역 내 의료기관의 운영 현황 자료를 취합·검증하고, 정기적인 현장 방문을 통해 사업 지침 이행 여부와 행정적 애로사항을 파악해야 함.
 - 지역 단위 성과 보고서 작성
 - 지역별 의료 인력 수급 변화 추이를 분석하고, 중앙정부에 지역 특화 지표 및 제도 개선 사항을 건의하는 환류 창구 역할을 수행해야 함.

□ (전문 자문단 및 의료기관) 검증·자문 및 데이터 기초 자료 제공

○ 평가 결과의 객관적 검증

- 학계 및 현장 전문가로 구성된 자문단이 평가 결과의 타당성을 검토하고, 정책 방향 수정을 위한 전문적 의견을 제시하는 독립적인 검증 체계를 운영해야 함.

○ 투명한 운영 자료 보고

- 수혜 의료기관은 인력 운영 현황, 지원금 집행 내역, 수혜자 근속 실태 등 기초 자료를 성실히 제출하고, 평가 과정에서 도출된 개선 사항을 현장에 즉각 반영해야 함.

3. 단계별 추진 방안 및 로드맵

□ (1단계) 평가 체계 기초 설계 및 기반 조성 (기초 설계)

○ 평가 영역 및 지표 초안 도출

- 사업의 논리 모델(Logic Model)을 바탕으로 투입-과정-산출-성과 전 과정을 아우르는 평가지표(안)를 마련해야 함.

○ 데이터 수집 매뉴얼 개발

- 수련기관 및 지자체에서 자료를 제출할 때 혼선이 없도록 항목별 정의와 수집 방법을 명시한 표준 자료 수집 매뉴얼을 제작·보급해야 함.

□ (2단계) 시범 평가 실시 및 지표 보정 (시범 운영 및 보정)

○ 시범 평가 지역 운영 및 데이터 분석

- 특정 지역을 대상으로 시범 평가를 실시하여 지표별 변별력을 확인하고, 평가 결과에 대한 현장의 수용성을 검토해야 함.

○ 지표 간 가중치 및 타당도 검증

- 시범 운영 결과를 바탕으로 평가 항목별 중요도에 따른 가중치를 재설정하고, 통계적 분석을 통해 평가지표의 정책적 타당도를 정밀하게 검증해야 함.

□ (3단계) 표준화된 연례 평가 시스템 구축(표준화·제도화)

○ 표준 평가 체계 확정 및 전산화

- 확정된 지표를 기반으로 상시적인 데이터 입력 및 분석이 가능한 ‘의료인력 통합 성과 관리 시스템’을 구축해야 함.

○ 연례 평가 보고서 발간 및 정책 연계

- 매년 전국 단위의 성과 평가 보고서를 발간하여 국민에게 정책 성과를 공개하고, 타 보건의료 정책(수가 조정, 전문의 제도 등)과의 연계 평가를 통해 정책의 입체적인 임팩트를 관리해야 함.



<1장>

건강보험심사평가원. (2024). 지역별 종별 전문과목별 전문의 수.

국민건강보험공단. (2024). 국민건강보험공단, 「2023년 지역별 의료이용 통계연보」 발간 [보도자료].

박수경. (2024). 수도권과 지방 간의 의료시설 및 의료인력 불균형. 통계청.

<2장>

국회예산정책처. (2016. 7.). 2015회계연도 결산 위원회별 분석[보건복지위원회·여성가족위원회]

박양명. (2023. 10. 5.). 효과 없었던 ‘수련보조수당’ 부활.소청과는 다를까. 메디컬타임즈.
<https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=1155600>

신형주. (2012. 7. 10.). 국회, 전공의 수련지원사업 실효성 없다. 후생신보.
<https://www.whosaeng.com/49214>

이선영, 손유동, 신상도, 송경준, 홍기정, 노영선, 김태한, 박정호, 박관진, 고서영, 이승철, 정유진, 문성배. (2019). 응급의료기금 지원 사업 평가를 위한 델파이 연구. 대한응급의학회지 30(4).

이용균, 송건용, 김경혜, 최금숙. (2004). 전공의 수련 및 근무실태 조사분석을 통한 제도개선 방안. 한국병원경영연구원.

전경수. (2003. 11. 5.). 전공의 수련보조수당 좌초 위기. 메디컬타임즈.
<https://www.medicaltimes.com/Main/News/NewsView.html?ID=3581>

채유미, 이진세, 신지연, 한현욱, 전태국, 김수철, 임청, 이상욱, 김익용, 정순섭, 정유진, 유창훈, 김형수, 박민재, 김수진. (2017). 흉부외과외과 전문의 수가가산제도 개선방안 연구. 건강보험심사평가원, 단국대학교 의과대학.

한국소비자원. (2004). 특정 진료과목 기피로 인한 의사인력 수급의 문제점 실태조사(요약).

헬스포커스뉴스. (2017. 3. 15.). 기피과 전공의 지원금 더이상 없다.
<https://www.healthfocus.co.kr/news/articleView.html?idxno=69321>

<3장>

가고시마현청. (2024). 専門医養成支援事業. <https://www.pref.kagoshima.jp/ae03/kenko>

-fukushi/doctorbank/taisaku/krsyoureikin.html

김현주. (2023). 의사부족·의료공백에 대한 미국의 해결 방안. 국회도서관(2023-2호(통권 제52호)).

야마나시현청. (n.d.). 産科医確保臨床研修奨励金について[산과의 확보 임상 연수 장려금의 지출 상황의 공표]. <https://www.pref.yamanashi.jp/imuka/sankaikakuho.html>!

야마나시현청. (2024). 産科医確保臨床研修奨励金交付要綱.

일본 후생노동성. (2021). 「令和3年度行政事業レビューシート[最終公表] (事業番号012)」. https://www.mext.go.jp/a_menu/kouritsu/detail/block30_00003.htm

일본 후생노동성. (2024). 医療人材確保総合対策. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb5723&dataType=1&pageNo=1

지바현청. (2024). 産科医等育成・確保支援事業補助金交付要綱.

Agence de services et de paiement. (2025). Contrat d'engagement de service public (CESP). <https://www.asp.gouv.fr/aides/contrat-dengagement-de-service-public-cesp#:~:text=Le%20contrat%20d%E2%80%99engagement%20de%20service,de%20leur%20second%20cycle%20d%E2%80%99%C3%A9tudes>

Ärzte Zeitung. (2024). Förderung tut gut. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Foerderung-tut-gut-304502.html>

Australian Doctor Group. (2025). Bonded Medical Program: Govt reduces penalties for doctors amid questions over scholarship scheme's future. <https://www.ausdoc.com.au/news/govt-ends-medicare-ban-threat-for-550-bonded-medical-program-participants-as-doctors-question-scholarship-schemes-future/>

Australian Government. (2025). About the Bonded Medical Program. <https://www.health.gov.au/our-work/bonded-medical-program/about?language=en#:~:text=The%20Program%20started%20on%201,It%20aims%20to>

British Columbia. (2023). Physician Return of Service Programs. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/physician-compensation/return-service-programs#:~:text=Physician%20Return%20of%20Service%20,that%20details%20the%20ROS%20commitment>

British Medical Association (BMA). (2024). General Practice Workforce Initiatives. <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/career-progression/training/g>

eneral-practice-workforce-initiatives

Bundesärztekammer. (n.d.). Evaluationsberichte zur Förderung der ärztlichen Weiterbildung. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-t-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/wb-foerderung/evaluationsberichte>

Bundesärztekammer. (2023). Evaluationsbericht 2022 zur Weiterbildungsförderung gemäß § 75a SGB V. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/Foerderung-WB-Paragr75a/Evaluationsbericht_2022_zur_Weiterbildungsfoerderung_gemaes_s___75a_SGB_V.pdf

Canadian Resident Matching Service. (2025). What is a return of service (ROS) agreement?. <https://carms.zendesk.com/hc/en-us/articles/360002892092-What-is-a-return-of-service-ROS-agreement#:~:text=Some%20residency%20training%20positions%20require,you%20complete%20your%20residency%20training>

Centre national de gestion. (2023). DONNEES SUR LES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP) CONCLUS AVEC LES ETUDIANTS ET INTERNES EN MÉDECINE ET EN ODONTOLOGIE: CAMPAGNES 2010/2011 A 2021/2022. https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2023-10/Bilan_CESP_2023_VF.pdf#:~:text=,second%20arr%C3%AAt%C3%A9%20a%20donc

Colin, T. (2025, June 10). Nouvelle grève des internes de médecine générale contre la 4e année d'internat, inquiétudes sur le nombre de MSU disponibles. WHAT'S UP DOC?. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/nouvelle-greve-des-internes-de-medecine-generale-contre-la-4e-annee-dinternat-inquietudes?>

Diplomeo. (2024). Aides pour les étudiants en médecine. https://diplomeo.com/actualite-aides_etudiants_medecine

European Hospital and Healthcare Federation. (2020). Réforme du contrat d'engagement de service public (CESP). <https://www.fhf.fr/ressources-humaines-personnel-medical/reforme-du-contrat-dengagement-de-service-public-cesp#:~:text=Engagements%20du%20>

- 20signataire%20d%E2%80%99un%20CESP%C2%A0%3A
- Health Resources and Services Administration. (2022). National Health Survey Corps for the Year 2022. <https://www.medicalrepublic.com.au/bonded-rural-program-fails-students-too/7197#:~:text=Bonded%20rural%20program%20ails%20students%2C,or%20is%20the%20concept%20flawed>
- Health Resources and Services Administration. (2023b). Children's Hospitals Graduate Medical Education Payment Program Evaluation. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/chgme-eval-nchwa.pdf>
- Health Resources and Services Administration. (2024b). Children's Hospitals Graduate Medical Education Payment Program. U.S. Department of Health and Human Services, Bureau of Health Workforce. <https://bhw.hrsa.gov/funding/apply-grant/childrens-hospitals-graduate-medical-education>
- Health Resources and Services Administration. (2023a). Teaching Health Center Graduate Medical Education Program Evaluation. <https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/data-research/thcgme-eval-nchwa.pdf>
- Health Resources and Services Administration. (2024a). Teaching Health Center Graduate Medical Education. <https://bhw.hrsa.gov/funding/apply-grant/teaching-health-center-graduate-medical-education>
- Health Resources and Services Administration. (n.d.). Teaching Health Center Graduate Medical Education (THCGME): Expanding the Primary Care Workforce. <https://bhw.hrsa.gov/funding/apply-grant/teaching-health-center-graduate-medical-education>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). (2024). Förderung von Weiterbildungsstellen. https://www.kbv.de/html/1150_72476.php
- Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin. (n.d.) Weiterbildung Allgemeinmedizin - leicht gemacht. <https://www.kosta-bayern.de/>
- Le Figaro. (2023. 6. 12). 10e année d'études de médecine générale payée jusqu'à 4 500 euros. <https://www.lefigaro.fr/social/sante-la-10e-annee-d-etudes-de-medecine-generale-payee-jusqu-a-4500-euros-par-mois-annonce-francois-braun-20230612>

- Mathews, M., Kandar, R., Slade, S., Yi, Y., Beardall, S., & Bourgeault, I. L. (2017). Retention patterns of Canadians who studied medicine abroad and other international medical graduates. *Healthcare Policy*, 12(4), 33.
- Matsumoto, M., Inoue, K., & Kajii, E. (2008). A Contract-Based training system for rural physicians: follow-up of Jichi Medical University graduates (1978-2006). *The Journal of Rural Health*, 24(4), 360-368.
- Ministère de la Santé. (2025). La foire aux questions - médecine. <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-medecine#:~:text=Le%20contrat%20d%27engagement%20de%20service,pendant%20les%20%C3%A9tudes%20de>
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). Mise en œuvre de la 4^e année du DES de médecine générale - Rapport de suivi. Comité de suivi. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/ajout-d-une-quatrieme-annee-au-diplome-d-etudes-specialisees-des-de-medecine>
- Niskanen Center. (2023, 7. 25). Evaluating a New Senate Proposal to Reform Residency Funding. <https://www.niskanencenter.org/evaluating-a-new-senate-proposal-to-reform-residency-funding>
- NHS England. (2019). The NHS Long Term Plan. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
- NHS England / Health Education England. (2024). Targeted Enhanced Recruitment Scheme (TERS). <https://medical.hee.nhs.uk/medical-training-recruitment/medical-specialty-training/general-practice-gp/how-to-apply-for-gp-specialty-training/targeted-enhanced-recruitment-scheme>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2014). Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses (OECD Health Working Papers No. 69.). <https://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en>
- Parliament of Australia. (2021). Health Insurance Amendment (Enhancing the Bonded Medical Program and Other Measures) Bill 2021. https://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Bills_Legislation/bd/bd2122a/22bd019#:~:text=completing%20their%20course,2

- PubMed Central (PMC). (2023). Specialist Medical Workforce Policy.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10316722/>
- Région Nouvelle-Aquitaine. (2025). Contrat d'engagement de service public (CESP).
<https://www.hopitalex.com/donnees-juridiques?action=afficheDoc&doc=13675&year=2025>
- Saskdocs. (2019). SIPPA Return-of-Service Agreement .
(https://www.saskdocs.ca/wp-content/uploads/2022/07/SIPPA-ROS-Contract_Sample.pdf#:~:text=.b%29%20is%20completed%2C%20to%20not)
- What's up Doc - Le Mag. (2023). Prime de 1 500€ pour les internes en médecine générale. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/une-prime-de-1-500eu-pour-les-internes-en-medecine-ge-qui-feront-un-semester-en-grande>
- World Health Organization. (2010, February). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention* (ISBN 978-92-4-156401-4). World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>
- 風間 直樹. (2025). 3766万円の一括返済が退職条件、想定しえない緊急事態が生じても一切の離脱や退職を許さない。自治医大訴訟で見た医師「お礼奉公」の深い闇. 東洋経済.
<https://toyokeizai.net/articles/-/900035>

〈4장〉

- 강원특별자치도. (2025a). 지역필수의사제 시범사업 계획서.
- 강원특별자치도. (2025b). 2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서.
- 경상남도. (2025a). 경상남도 지역필수의사제 시범사업 계획서.
- 경상남도. (2025b). 2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서.
- 전라남도. (2025a). 지역필수의사제 시범사업 사업계획서.
- 전라남도. (2025b). 2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서.
- 제주특별자치도. (2025a). 지역필수의사제 시범사업 사업계획서.
- 제주특별자치도. (2025b). 2025년 지역필수의사제 사업 추진계획서.