

강원지역 의료취약지 필수의료 인력 수급 불균형 해소를 위한 연구

2025. 12.

GANGWON STATE RESEARCH INSTITUTE FOR PEOPLE'S HEALTH

제출문

강원특별자치도지사 귀하

본 보고서를 [강원지역 의료취약지 필수의료 인력 수급 불균형 해소를 위한 연구]의 최종 연구보고서로 제출합니다.

2025. 12.

강원특별자치도공공보건의료지원단 단장 **조희숙**

참여연구진

연구책임자	조희숙	강원특별자치도공공보건의료지원단 단장
공동연구원	박유경	강원특별자치도공공보건의료지원단 부단장
	구본미	강원특별자치도공공보건의료지원단 책임연구원
	김민욱	강원특별자치도공공보건의료지원단 주임연구원
	정수미	강원특별자치도공공보건의료지원단 책임연구원
	송양진	강원특별자치도공공보건의료지원단 주임연구원
	김여진	강원특별자치도공공보건의료지원단 주임연구원
	박민희	강원특별자치도공공보건의료지원단 연구원

Contents

• 요약문..... 1

제장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성..... 47
제2절 연구 목적..... 55

제2장 연구 방법

제1절 연구 수행체계 및 연구 방법..... 59

제3장 국내·외 의료인력 파견사례 분석

제1절 국내 의사인력 파견 및 공유 모형 관련 정책 동향..... 69
제2절 중앙정부 주도 사업을 통한 의사인력 파견 사례..... 106
제3절 지방정부 주도 사업을 통한 의사인력 파견 사례..... 128
제4절 국외 지역 및 기관 간 의료인력 파견 사례..... 141

제4장 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사인력 인터뷰

제1절 국내·외 의료인력 파견사례 고찰을 통한 검토항목 도출..... 219
제2절 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰 결과..... 235

제5장 결론 및 제언

제1절 주요 연구결과 고찰..... 271
제2절 제언..... 297
제3절 결론..... 316

• 참고문헌..... 318

표 목 차

[표 1] 2014-2023년 연령 구간별 1인당 입원 및 외래 내원일수 현황	49
[표 2] 2025년 2분기 기준 강원특별자치도 내 인구 천 명당 의사 수	51
[표 3] 강원특별자치도 내 의사인력 대상 인터뷰 질문지	64
[표 4] 2020-2025년 전국 시도별 개방병원 지정 병원 수	71
[표 5] 2020-2025년 전국 시도별 참여 병·의원 수	72
[표 6] 개방병원 진료수입 분배율표 예시(A)	75
[표 7] 개방병원 및 참여병·의원의 주요 준수사항	76
[표 8] 강원특별자치도 개방병원제도 적용 과정의 문제 및 개선방안	86
[표 9] 2차 의료개혁 실행방안 세부 내용	100
[표 10] 2025년 1월 기준 국립대병원별 공공임상교수 정원 대비 채용 현황	115
[표 11] 공공임상교수제 시범사업 참여 기관별 급여 및 급여 외 지원 사항	120
[표 12] 공공보건의료에 관한 법률 제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 세부 내용	124
[표 13] 닥터링크 매칭시스템 수집 정보 항목 및 세부내용	126
[표 14] 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업의 법률적 근거	129
[표 15] 경상국립대학교 파견의료인력 현황(2025년 1월 9일 기준)	132
[표 16] 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업의 법률적 근거	136
[표 17] 2023~2025년 경북지역 내 파견의료인력 현황	138
[표 18] 경상북도 파견의료인력별 파견보수 및 수당	140
[표 19] Modified Monash 척도를 활용한 호주 정부의 지역구분	143
[표 20] 호주 RLAP Locum 대상 인력	145
[표 21] 호주 RLAP 지원 항목 및 지원 내용	149
[표 22] Confirmation of Banking Information 서류 내 수집 정보	154
[표 23] 캐나다 온타리오주 NSLP 지원 항목 및 내용	157
[표 24] Confirmation of Banking Information 서류 내 수집 정보	161
[표 25] RFMLP 신청서 내 수집 정보	162

[표 26] 캐나다 온타리오주 RFMLP 지원 항목 및 내용.....	165
[표 27] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RFPLP 지원 항목 및 내용.....	173
[표 28] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RFPALP 지원 항목 및 내용.....	182
[표 29] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RESSO 지원 항목 및 내용.....	191
[표 30] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RSLP 지원 항목 및 내용.....	200
[표 31] 일본 지방자치법 제252조의17(地方自治法第252条の17)	205
[표 32] 에히메현 닥터풀제도 지원항목 및 내용.....	209
[표 33] 2024년 기준 나가노현 내 2차 의료권별 지역의료인재거점병원 지정 현황....	212
[표 34] 국내 및 국외 파견사례의 수집 정보 현황.....	224
[표 35] 경남 의료취약지 의료기관 의사파견 사업 파견지 거리 및 소요시간	230
[표 36] 국내 주요 의료인력 파견사례.....	232
[표 37] 국외 주요 의료인력 파견 사례.....	233
[표 38] 연구 참여자의 일반적 특성.....	235
[표 39] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사 인터뷰 결과.....	236
[표 40] 2023년 강원특별자치도 내 중진료권별 기준시간 내 의료기관 접근 불가능 인구 비율	273
[표 41] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 파견의료인력 보수 및 인센티브 항목(안) ...	310
[표 42] 단기파견모델 운영에 따른 필요예산.....	312
[표 43] 정기파견 소요예산.....	313

그림 목차

[그림 1] 지역별 65세 이상 고령인구 비중	48
[그림 2] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 세부 운영 프로세스	53
[그림 3] 연구 수행체계 도식도	60
[그림 4] 개방병원 운영시스템 도식도	70
[그림 5] 강릉시(좌) 및 인제군(우) 내 의료기관의 지리적 분포	83
[그림 6] 강원형 의료인 네트워크 공공 플랫폼(안)	88
[그림 7] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 긴급파견 서비스 제공 체계도	92
[그림 8] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 정기(개방병원) 서비스 제공 체계도	95
[그림 9] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 도식도	301
[그림 10] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 파견모델 세부 프로세스 변경(안)	306

요약문

1 서론

가. 연구 배경 및 필요성

- 강원특별자치도는 전국 17개 시도 중 타 지역 대비 고령인구의 비중이 매우 높은 지역 중 하나로, 2025년 7월 기준 원주시를 제외한 모든 시군구가 전체 인구 중 고령인구 비중이 20%를 상회하는 초고령사회에 진입한 상태로 나타났으며, 가임기 여성인구의 감소 및 출산률 감소로 인해 2052년에는 자치도 내 고령인구의 비중이 전체 인구의 67%를 상회할 것으로 전망됨.
- 이와 같은 고령인구 중심의 인구구조 변화는 만성질환뿐만 아니라 암, 심뇌혈관 질환과 같은 중증질환의 증가를 불러일으켜 응급실 이용, 중환자실 이용 등 진료형태와 상관없이 전반적인 의료수요를 증가시키는 주요한 원인으로 지적됨. 따라서 향후 고령인구의 비중이 가파른 증가세를 보일 것으로 예상되는 만큼, 의료수요의 증가에 따른 의료자원의 확보가 시급한 시점임.
- 그러나 강원특별자치도를 포함한 대다수의 비수도권 지역에 위치한 지역 거점 병원 및 공공병원의 경우, 수도권과 지방 간 의료자원 수급 불균형

으로 인해 의료인력 확보에 어려움을 겪고 있음. 특히 강원특별자치도는 의료인력의 절대적 수가 부족할 뿐만 아니라, 지역적 특성으로 인해 자치도 내 시군 간 의료인력 분포의 불균형 또한 심각한 상황임. 이로 인해 전반적인 의료 접근성이 낮은 의료취약지가 다수 분포하고 있을 뿐만 아니라, 지역에서 중심적인 의료서비스를 제공해야 하는 종합병원 이상 의료기관조차 의료인력 확보의 어려움으로 포괄적인 의료서비스를 제공하지 못하고 있는 실정임.

- 이러한 구조적·복합적인 의료공급 차원의 문제를 해결하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단은 지난 2023년에 실시한 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 한정된 의료인력과 의료자원의 효율적 활용 방안으로 강원특별자치도의 지역적 특성을 반영한 ‘강원형 의료인 네트워크 플랫폼’을 제언하였으며, 이를 토대로 전국 최초로 강원의료인력지원센터가 개소하였음.
- 그러나 2023년에 수행된 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 제안한 ‘강원형 의료인 네트워크 플랫폼’은 거시적인 관점에서 의료인력 공유 프로세스에 대해 제시하였으나, 인센티브의 구체적인 양과 행정절차 시 필요한 사항 등 미시적인 관점의 부분에 대해서는 추가적인 논의나 검토를 필요하다는 점에서 한계가 존재함.
- 따라서 본 연구에서는 정책구현 단계에 접어든 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 정책구현을 위하여 국내외 관련 사례를 분석하고, 의사 대상 인터뷰를 통해 현장의 의견을 청취하여 각 모델별 실행 가능성을 체계적·심층적으로 분석하고 평가하고자 함. 이를 통해 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 실효성을 제고하고, 지역 완결형 필수의료를 안정적으로 제공할 수 있는 기틀을 마련하기 위한 정책적 기초 자료를 제공하고자 함.

나. 연구목적

- 본 연구의 목적은 선행 연구인 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원 제도 개선방안 연구」에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 운영과 정책 마련을 위해, 국내외 의료인력 파견 정책 및 사례 분석과 전문의 대상 심층 인터뷰를 통해 플랫폼의 구체적인 실행 방안을 도출하고 정책적·실무적 제언을 제시하는 것임.

2 연구방법

가. 연구 내용 및 연구 수행체계

- 본 연구에서는 2007년부터 실시하고 있는 기존 개방병원제도에 대해 살펴보고, 이를 기반으로 선행연구에서 도출된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼과 제2차 의료개혁 내 명시된 의료인력 공유 및 파견 관련 내용에 대한 제도적 개선 사례에 대해 분석하였으며, 국내에서 실시하고 있는 중앙정부 및 지방정부 주도 의사인력 파견 사례를 분석하여 각 사례별 근거, 추진체계 및 지원항목에 대해 검토하였음.
- 또한, 국외에서 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼과 유사한 플랫폼을 운영하거나, 지역 및 기관 간 의료인력을 파견하고 있는 호주, 캐나다, 일본의 사례를 조사하여 각 사례별 추진체계, 파견대상 의료기관 및 파견 인력에 대한 조건, 파견지원항목에 대해 면밀히 검토하였음.

□ 이러한 검토 결과를 바탕으로, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼을 실현하기 위해 검토가 필요한 사항을 도출하고, 이를 기반으로 강원특별자치도 내 의사인력을 대상으로 인터뷰를 수행하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 실무적 제언을 도출하고자 하였음.

나. 문헌고찰

□ (국내 의사인력 파견 관련 정책동향) 국내 의사인력 파견 관련 정책 동향은 기존 개방병원 제도의 운영 시스템과 제도 적용 과정에서 나타난 주요 문제점 및 강원특별자치도 내 개방병원제도 적용 한계점에 대해 살펴보고, 이를 기반으로 선행연구에서 도출된 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼을 세부적으로 분석하고자 하였음.

□ 이와 함께 2025년 보건복지부에서 발표한 의료개혁 제2차 실행방안 내 명시된 의료인력 공유 및 파견 관련 개선사항에 대해 검토하고, 국내 중앙 및 지방정부 주도의 의료인력 파견 사례를 분석하여 기존 연구에서 제시한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에 법적·제도적 최신 동향을 반영하고, 파견모델 운영 과정에서 수반되는 행정적 기준 마련을 통한 정책적 완성도를 제고하고자 하였음.

□ (국외 지역 및 기관 간 의사인력 파견 사례) 국외 지역 및 기관 간 의사인력 파견 사례의 경우, 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼과 유사한 플랫폼을 기반으로 대진의(Locum) 중심의 의사인력 파견을 실시하고 있는 호주, 캐나다에 대한 문헌고찰을 중점적으로 수행하였음. 이외에 제도적인 차원에서 의사인력 파견을 실시하고 있는 일본의 사례를 추가로 검토하여 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼의 실현을 위해 세부 모델 단계에서 추가적인 검토가 필요한 부분에 대해 도출하고, 세부 행정적 기준을 마련하는 근거자료로서 활용하였음.

다. 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰

- (인터뷰 목표) 본 심층 인터뷰는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 주요 공급자 역할을 수행하는 강원특별자치도 내 전문의들의 참여 동기 요인과 주요 장애요인을 파악하여, 적정 파견 보수액 설정을 비롯한 실무적 기준을 마련하고 장애요인을 극복할 수 있는 다층적 보상체계를 마련하기 위해 시행됨.
- (인터뷰대상자 표집방법) 인터뷰 대상자 표집은 최초 강원특별자치도공보건의료지원단 내부 연구자 네트워크를 통해 목적적 표집을 실시하고, 이후 선정된 인터뷰 대상자로부터 추천을 받아 유사한 특성을 가진 다른 전문의들을 점진적으로 모집하는 눈덩이 표집법을 활용하였음.
- (인터뷰 대상자) 인터뷰 대상자는 강원특별자치도 내 활동 중인 전문의 중 심층 인터뷰 참여에 동의한 전문의 11인으로, 병원·종합병원·상급종합병원급 의료기관에서 근무하는 봉직의 10인을 주요 인터뷰 집단으로 설정하고, 진료과별 특성을 고려하기 위해 내과계와 외과계로 구분하여 인터뷰 대상자를 구성하였음. 또한, 추가적으로 의원급 의료기관에서 근무하는 개원의 1인에 대해 제한적인 범위 내에서 인터뷰를 별도 진행하였음.
- (주요 인터뷰 질문 항목) 본 인터뷰는 반구조화 인터뷰로, 핵심적인 질문에 대해 인터뷰 프로토콜을 구성하였으나, 대상자의 응답에 따라 유연하고 자유롭게 후속 질문을 제기할 수 있도록 하였음. 구조화된 핵심적인 질문 항목의 경우, 국내 및 국외 의료인력 파견 사례에 관한 문헌고찰을 기반으로 도출된 강원형 의료인 네트워크를 실현하기 위한 실무적 검토 사항에 대해 도출하고, 이를 기반으로 질문지를 구성하였음.

- (인터뷰 진행 과정) 인터뷰는 최소 2인 이상의 연구진이 반구조화된 질문지에 기반하여 인터뷰 대상자가 근무하고 있는 의료기관의 소재 지역에 방문하여 대면 인터뷰를 진행하였으며, 크게 △인터뷰 관련 행정사항 안내, △인터뷰 동의 여부 확인 및 동의서 작성, △강원형 의료인 네트워크 모델 설명, △인터뷰 진행 순서로 진행하였음.
- (자료분석) 인터뷰를 통해 수집한 질적 자료는 주제분석(thematic analysis) 방법을 활용하여 분석하였음. 이때, 수집한 질적 자료는 2인 이상의 연구자가 전사 자료를 검토하여 코드를 도출한 뒤, 상호 교차 검토를 통해 분석한 내용을 비교하였으며, 의견의 차이가 있는 영역에 대해서는 상호 논의를 거쳐 최종적으로 핵심 테마를 도출하였음.

3 국내·외 의료인력 파견사례 고찰을 통한 검토항목 도출

- (파견의료인력의 범위 지정의 필요) 대다수의 국내외 파견사례에서는 파견의료인력의 범위가 의사 또는 의사 및 간호사로 한정되어 있으나, 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 경우에는 소속된 의료인 개인의 파견뿐만 아니라 간호사를 비롯한 다양한 의료인력이 팀 단위로 움직일 수 있도록 파견의료인력의 범위가 확장되어 있는 것으로 나타남. 그러나, 파견 가능한 팀 단위에 포함되는 의료인력의 범위를 구체적으로 명시하고 있지 않아 이에 대한 명확한 범위를 지정할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- (파견추진과정에서의 수집하는 정보의 범위) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 수집하는 정보는 △진료과목, △의료행위명, △기관 위치, △기관 측 제공사항, △필요 의사 조건 등으로 기재되어 있으나, 구체적으로 플랫폼 가입 시에 기본적으로 수집해야 하는 정보의 범위에 대해서는 기재되어 있지 않아, 유사한 사업 사례를 검토하여 실질적인 매칭을 위해 개별 의료인으로부터 수집해야 하는 정보를 구체화할 필요가 있으며, 매칭 시에 필요한 파견수요기관측의 주요 수집 정보 및 정보제공 시점 또한 세부적으로 검토할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- (의사 파견사업별 보수지급 방식) 원소속 의료기관에서 ‘파견’을 목적으로 채용하는 경우를 제외한 대다수의 국내 사례는 파견일 1일당 정액제로 보수를 지급하고 있는 것으로 나타났으며, 국외 사례 또한 캐나다 브리티시컬럼비아주를 제외하고는 모두 별도 협의를 통한 정액제로 보수를 지급하는 것으로 나타남. 다만, 캐나다 브리티시컬럼비아주의 경우에는 정액 보수와 성과제를 연동하여 보수를 지급하는 것으로 나타나, 실제 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 통한 파견 시에 정액제와 정액제+성과제 형식 중 어떠한 형식이 파견 의료인력의 참여 촉진 방안으로 적절할지에 대해 검토가 필요함.

- (의사 파견사업별 보수액 범위) 의사 파견사업별 보수액은 각 국가의 경제상황과 임금편차에 따라 상이하여 일률적으로 통일할 수 없으나, 대체적으로 해당 국가의 전문의 인력의 평균 연봉을 일급으로 환산한 금액과 유사하거나, 이를 상회하는 것으로 나타남. 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 운영하는 파견 모델의 경우에도 의료인력의 시장임금수준을 준용하거나 이를 상회하는 수준의 파견보수를 제공하는 것에 대한 검토가 필요함.

□ (의사 파견사업별 보수 외 지원항목 현황) 파견의에게 지급하는 파견보수 외 지원 항목에 대해 살펴보면, 국내 사례에 비해 국외 사례에서 더 많은 항목의 보수 외 지원을 제공하고 있었으며, 구체적으로 교통비, 주거비, 취약지 파견에 따른 가산수당 등을 지급하고 있는 것으로 나타남. 특히 취약지 파견에 따른 가산수당의 경우에는 형태에 따라 별도 지급되거나 보수에 포함되는 경우가 다수 존재하여, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 파견모델 설계 시 반영 필요성을 검토해야 할 것으로 사료됨.

□ (파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상 지급 검토) 전체 사례 중 경상북도 의료인력 인건비 및 원격협진 지원사업과 지역의료인재 거점 병원 지원사업에서 파견 수행 의료기관에 대해 진료공백 보전 및 손실을 고려하여 이에 대한 보상을 지급하고 있는 것으로 나타나, 전속 의료인의 파견을 포함하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 주요 파견 모델에서도 원소속 의료기관에 대한 진료공백 보전을 위한 지원 필요성을 검토할 필요가 있을 것으로 사료됨.

4 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사인력 인터뷰 결과

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 긍정적인 인식	의료공백 해소를 위한 파견 제도의 필요성 동의	<ul style="list-style-type: none"> - 아이디어는 좋으나 현실적인 어려움 존재 - 의료공백 해소에 부분적인 도움 - 의사파견 시스템의 필요성에 동의 - 이동을 고려하면 원격진료 방식의 인력공유가 더 효과적임
	소속기관 네트워크 내 파견 운영경험을 통한 긍정적 인식 형성	<ul style="list-style-type: none"> - 담당의사 병가로 인한 진료공백을 파견의사로 대체함 - 의사 파견으로 환자 편의 보장 - 주변의 파견 경험을 보며 긍정적으로 생각하게 됨
강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 부정적인 인식	의료기관 경영측면에서 기관 협조의 어려움에 대한 우려	<ul style="list-style-type: none"> - 인력 파견은 소속기관의 손해 - 환자감소 우려 - 의사 파견은 소속기관의 네트워크 내에서만 가능함
	의사파견 제도의 효율성에 대한 의문	<ul style="list-style-type: none"> - 의사 파견은 탁상공론 - 파견의사 인건비 부담으로 과연 파견이 효율적 일지에 대한 의구심
	강원특별자치도 의료기관 접근성이 상대적으로 양호하다는 인식	<ul style="list-style-type: none"> - 강원특별자치도는 취약지임에도 교통상황 좋음 - 강원특별자치도도 의료접근성이 나쁘지 않기 때문에 환자가 직접 방문하는 것이 효율적 - 환자이송시스템도 발달하여 도내 이동시간이 짧음
	의료인력 부족으로 인한 자치도 내 인력 공유의 실현 가능성에 대한 회의	<ul style="list-style-type: none"> - 강원특별자치도도 절대적인 의사 수 부족으로 상종 의사들이 파견을 간다면 또다른 의료 공백 초래 - 국립대 병원에 파견인력 제공에 대한 강제는 의사 유출 초래 가능 - 강원특별자치도에서는 상종 인력도 부족하여 전국 단위 참여 인력 모집 필요
파견 시 수행할 수 있는 의료 범위에 대한 진료과별 인식 차이	<ul style="list-style-type: none"> - 내과계의 경우 외래진료를 중심으로 한 의사인력 파견이 가능 - 외과계의 경우 파견의료기관에서 수술 이후 포스트 케어 인력 부족하면 외래진료나 협진진료만 가능 - 파견 시 난이도가 높지 않은 수술 수행 가능 	

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
의사 개인 차원에서 인식하는 파견근무의 부담 요인	파견으로 인한 일상생활의 제약에 대한 부담	- 가정생활, 육아 병행의 어려움 - 출퇴근이 불가능하다면 부담 가중 - 정주환경 열악하다면 부담 가중
	파견으로 인한 소속기관 내 업무 공백 발생과 동료의 업무 부담 가중	- 전속의료인이 파견을 가면 빈자리는 주변 동료에게 짐이 됨 - 종합병원 전속의료인은 파견을 혼자 결정할 수 없음 - 현재 기관의 업무 과중
	낮선 의료 환경 및 진료시스템에 대한 적응 부담	- 파견 시 익숙하지 않은 기관의 시스템을 따라야 한다는 부담 - 낯선 장소에서 익숙하지 않은 사람들과 진료한다는 것에 대한 부담 - 낯선 장소에서 익숙하지 않은 인력과의 수술의 어려움
	익숙하지 않은 환경에서의 의료 사고 위험 증가에 대한 우려	- 파견은 리스크가 높다는 것을 알고 가는 것 - 익숙하지 않은 곳에서의 의료사고에 대한 책임 부담 - 파견으로 인해 현 기관보다 책임 부담이 증가한다면 불가능
의사인력 파견 활성화 전략	충분한 인력 풀 확보의 필요성	- 파견가능한 인력 풀 확보 - 개인적 네트워크 적극 활용 - 진료역량을 갖춘 의사 인력 확보
	의료기관의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 방안 마련 필요	- 파견기관에 대한 경제적 보상 - 병원평가 반영의 필요성과 한계 - 병원 진료봉사를 의사 파견의 기회로 활용
	국립대병원의 역량 강화 선행 필요	- 국립대를 정상화하기 위한 지원 우선 - 국립대병원은 수익보다 인력양성 역할
	의료기관 간 협력 네트워크 구축	- 같은 재단 내에서는 의료 공백에 대한 인력 파견 체계 작동 - 배후 진료 및 환자 전원 체계 구축 - 양방향 교류를 통한 의료진 역량 강화

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
의사인력 파견 활성화 전략	정부의 리더십 필요	- 정부의 적극적인 개입 - 공공병원 거버넌스 일원화
	의사 개인의 적극 적인 참여를 유도할 수 있는 다차원적 보상체계 마련 필요	- 파견에 대한 충분한 인센티브 제공 - 파견의료 행위에 대한 법적 안전망 마련 - 진료팀 단위 파견을 통한 지원 - 파견의 전반적인 과정을 돕는 지원 조직 마련 - 성공 사례 공유를 통한 파견에 대한 인식 변화
플랫폼 필수 수집 정보	의료인이 제공하는 정보	- 기본정보 - 전문성 및 진료역량 - 파견근무 관련 정보 - 건강 및 안전 정보
	파견요청기관이 제공하는 정보	- 기관 기본정보와 파견 요청 분야 - 환자군 및 질환군 정보 - 지원 인력 및 가용 자원 - 근무 조건 및 보상 - 지원 및 안전보장
플랫폼 참여 활성화를 위한 금전적 인센티브 제공	금전적 보상 범위	- 파견에 대한 적정 보상 금액 수준 - 일반적인 파견 보상보다 높은 보상 필요
	업무량을 반영한 파 견 보수 수준 산정	- 지원 인력이 없어 혼자 감당해야 할 것이 많다면 이에 대한 보상 - 업무량에 따른 차등 보상 필요
	의료취약지를 고려한 파견 보수 수준 산정	- 접근이 편한 곳과 오지는 보상에 차이가 필요 - 상급병원과 신속한 연계가 어려운 의료취약지는 리스크가 높아 이에 대한 보상 필요
	진료 성과에 따라 보상을 연동하는 성과연동제의 적용	- 진료량 연동방식의 인센티브 제공 선호 - 파견은 개인의 노력으로 진료량 변화가 있는 것이 아니므로 성과연동제 반대 - 성과연동제보다는 이동시간과 거리를 고려한 차등 지원이 바람직 - 단기파견보다 정기파견이 성과연동제에 더 적합함

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
플랫폼 참여 활성화를 위한 추가 인센티브 제공	기본적인 필수 지원	- 숙박비, 식비, 교통비 등 기본적인 지원 필요 - 지방근무 촉진을 위한 정주여건 개선 - 이동 지원 필요 - 배려, 감사함 표현에 대한 자기보상, 힐링 경험
	전문성 개발 및 네트워킹 지원	- 개인적 발전을 위한 네트워킹, 학회참여, 네트워킹 기회 제공
	연수크레딧과 개인 평가 실적으로 반영	- 의료기관의 의사 개인 평가에도 반영 - 연수평점 취득 대체
	지역 특성을 활용한 휴가 기회 제공	- 휴가기간 중 일부 기간동안 파견 진료 참여하여 금전적 보상 - 젊은 사람의 경우 레저 기회가 유인책이 될수도 있으나 현실적인 검토 필요
플랫폼 참여 활성화를 위한 법적 보호장치 마련	타기관 의료행위 법적 제한 완화	- 파견을 위해서는 우선적으로 타기관 근무 허용 필요
	파견 중 의료사고에 대한 안전망 필요	- 법적 보호장치 필요 - 배상보험, 조정위원회 - 적극적 진료를 위해서는 법적 보호 필요
	파견요청기관의 책임 강화	- 파견 의료행위에 대한 책임 분담 - 소속기관과 비슷한 수준의 법적 보호 필요
	파견의사 지원 전담인력 배치	- 기관차원에서 미원, 송사 담당 직원 배치 필요
	파견요청시 법적 보호에 대한 구체적인 정보 제공	- 법적 보호에 대해 구체적으로 설명하고 계약서 명시 - 파견결정전 정보 제공
플랫폼 참여 활성화를 위한 행정지원조직 마련	플랫폼 차원의 전담 지원조직 마련	- 파견 과정 조율하는 조직 필요
	파견요청기관의 지원인력 배치	- 파견의사들의 기관 적응을 돕는 인력 필요 - 파견 간 기관에서의 행정부담 감소 지원 - 진료시스템 적응 지원

5 결론 및 제언

- 본 연구는 선행 연구인 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 운영과 정착을 위한 현장 중심의 실무적 제언을 도출하고자 하는 목적으로 진행된 연구임.
- 이를 위해 본 연구에서는 선행연구에서 검토한 2007년부터 실시하고 있는 개방병원제도를 비롯하여 변화하는 정책적 환경을 플랫폼 모델에 반영하기 위해 최근 추진되고 있는 대단위 정부 정책에 대해 살펴보고, 국내·외에서 실시하고 있는 대진의 제도를 포함한 의사인력 파견 사례에 대해 분석한 뒤, 강원특별자치도 내 전문의 인력을 대상으로 인터뷰를 실시하였음.
- 강원특별자치도 내 전문의 인력 대상 인터뷰 결과, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 주요 파견 모형에 대해서 긍정적 인식과 부정적 인식이 공존하였는데, 특히 부정적 인식의 경우에는 모델 자체에 대한 실현 가능성과 강원특별자치도 내 의료기관 접근성이 상대적으로 양호하다는 인식에 따른 파견진료에 대한 효율성 차원의 의문이 주된 요인으로 나타남.
- 이러한 부정적 인식은 실제 강원특별자치도 내 고속철도 및 고속도로 등 사회간접자본의 확충에 따라 개선된 교통환경에서 기인한 것으로 볼 수 있으나, 이러한 인식과는 달리 실제 산간지역이 많은 강원특별자치도의 지리적 특성으로 인해 대도시권을 제외한 중소도시 및 농촌지역은 여전히 물리적 접근성이 열악할 뿐만 아니라, 자치도 내 의료기관의 공급의

학과, 산부인과, 소아청소년과, 흉부외과 등을 비롯한 필수 전문 분야 의료인력 확보 어려움으로 인해 기능적 접근성 또한 열악한 실정임.

□ 이와 같은 상황 속에서 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)과 같은 의료인력 파견 모델의 운영은 의료인력 수급이 어려운 열악한 지역에서 의료서비스의 공백을 해소를 통해 지속적으로 의료서비스를 제공할 수 있는 현시점의 유일한 대안임과 동시에, 의료기관 중 단일 인원으로 진료과를 운영하는 의사인력의 근무 여건을 보장하여 기존 의료취약지에서 근무하고 있는 의사인력의 근무 지속성을 확보할 수 있는 기틀을 마련하는 주요한 역할을 수행할 것으로 사료됨.

□ 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)이 성공적으로 운영되기 위해서는 기본적으로 의사인력 인터뷰에서 다수의 연구 참여자가 인식하고 있는 강원특별자치도 내 의료서비스 접근성에 대한 현실과 인식 간의 차이를 극복하는 것이 선행되어야 할 것으로 사료되며, 이러한 인식 변화를 주도하는 역할은 후술할 ‘강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체’가 담당할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ 한편, 대다수의 연구 참여자는 의료공백 해소를 위해 인력공유 플랫폼의 필요성에 대해서는 공감하면서도, 파견 모형 자체가 현실세계에서 운영되기에는 정책적·제도적·실무적 차원에서의 장애요인이 있음을 언급하였으며, 이러한 내용과 문헌고찰에 대한 내용을 종합하여 연구 결과로써 도출된 보완점은 다음과 같음.

가. 주요 연구 결과 고찰

1) 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 선결과제

□ (의료인력파견 사업의 법률적 근거 설정 필요) 선행연구에서 제시된 플랫폼의 경우 구체적인 법률적 근거를 제시하지 않아, 이에 대한 검토를 위해 국내외 사례를 살펴본 결과, 대부분의 중앙 및 지방정부 주도의 사업은 시범 사업을 제외하고는 기본적으로 「공공보건의료에 관한 법률」 제3조(국가와 지방자치단체의 의무)에 의거하여 추진되고 있는 것으로 나타났으며, 사업에 참여하는 이해관계자의 속성에 따라서 「보건의료기본법」 제4조(국가와 지방자치단체의 책임), 「공공보건의료에 관한 법률」 제14조의2(책임의료기관의 지정), 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제17조(보조금)에 근거하는 것으로 나타남.

□ 이러한 사례를 고려할 때, 민간과 공공을 포함하여 의료인력을 매칭하고 파견을 실시하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)은 「보건의료기본법」 제4조(국가와 지방자치단체의 책임)를 통해 공공 및 민간의료기관에 대한 행정적·재정적 지원에 대한 법률적으로 타당한 근거를 확보한 것으로 볼 수 있으며, 의료인력의 파견 진료를 수행하는 것과 관련하여서도 「공공보건의료에 관한 법률」 제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항과, 「의료법」 제39조(시설 등의 공동이용)의 제1항과 제2항에 의거하여 합법적으로 파견이 가능한 것으로 나타나, 추후 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 시 법적 근거로 활용이 가능할 것으로 사료됨.

□ (의사파견에 따른 사전 환자정보 공유 방안 마련 필요) 기존 연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서는 의료인력이 파견되기

이전에 환자에 대한 정보 전달이 발생하는데, 이때 환자의 정보는 「개인 정보보호법」제23조(민감정보의 처리 제한)와 「의료법」제21조의2(진료 기록의 송부 등)에 의거하여 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 반드시 받은 뒤에 송부하도록 하고 있음.

□ 이와 같은 행정상의 소요는 외과계열 및 마취과 파견의가 적시에 환자 정보를 받지 못하여 매칭 수락 자체를 주저하여 전체 파견 프로세스의 소요 시간을 늘릴 뿐만 아니라, 파견받는 의료기관 차원에서 파견의료 인력 확보 적시성에 부정적 영향 미칠 가능성이 존재하는 것으로 나타나, 제한된 수준의 비식별화된 환자 정보를 매칭 과정에서 일정 부분 공유하여 적시에 적절한 역량을 갖춘 의료인력이 파견될 수 있도록 방안을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (파견 활성화를 위한 개인 측면의 정책적 유인책 마련 필요) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 운영 목적을 달성하기 위해서는 기본적으로 파견에 대한 긍정적 인식을 바탕으로 파견이 활성화되어야 하며, 이러한 파견 활성화를 위해서는 파견의료인력 풀을 확보하는 것이 주요한 과제로 나타남. 인력 풀 확보를 위해서는 인터뷰 결과에서도 드러난 바와 같이 기본적으로 파견의료행위에 대한 법적·제도적 안전망 확보가 우선시되어야 하며, 이러한 안전망이 확보된 이후에 금전적 인센티브 외에 파견 실적의 연수평점 연계와 같은 비금전적 인센티브가 마련될 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (파견 활성화를 위한 기관 측면의 정책적 유인책 마련 필요) 한편, 기관 차원에서는 소속 의료인이 파견근무를 희망할 경우에 발생하는 진료공백으로 인해 기관 차원의 부담이 가중되어 파견승인에 부정적 입장을 견지할 가능성이 높은 것으로 나타남. 이 때문에 기관 차원의 금

전적 인센티브와 함께 파견실적을 병원 인증평가 및 의료 질 평가 항목에 반영하여 기관 차원에서 소속 의료인의 파견근무를 독려하기 위한 명분을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.

2) 플랫폼 운영을 위한 실무적 측면의 보완점

□ (원활한 파견 협조를 위한 강력한 거버넌스 구축 필요) 국내 사례 중 각 국립대학교병원이 주도적으로 사업을 실시하는 공공임상교수제와 해외 사례 중 각 지역의료인재 거점병원이 주도적으로 사업을 실시하는 지역 의료인재 거점병원 시범사업을 제외한 대다수의 의사인력 파견 사업에서 사업의 주된 운영은 영향력 있는 의료기관 1개소가 전담하여 실시하거나, 의료기관 간 협의체나 기관을 별도로 설립하여 해당 기관이 적극적으로 추진하는 것으로 나타남.

□ 다만, 이러한 운영 형태 모두 중앙정부기관 및 도나 현, 주 단위 지방정부가 사업이 원활하게 추진될 수 있도록 적극적인 이해관계자 조율의 역할을 수행하는 것으로 나타나 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 실제 운영 과정에서도 도 단위 지방정부를 포함하여 주요 이해관계자(의료기관) 간 강력한 거버넌스를 구축할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (파견 과정에서의 전담 지원조직의 필요성) 연구 참여자에 대한 인터뷰 결과 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 활성화를 위해서는 기본적으로 파견의료인력에 대해 파견 전 과정에서 행정적 지원을 받을 수 있는 전담 조직의 필요성을 제기하였으며, 파견요청기관에서도 초기 적응을 돕는 지원조직의 마련이 필요하다는 의견을 제시하였음. 이와 관련하여 플랫폼 차원의 지원창구를 마련하여 파견 과정에서 발생하는 파견 의사인력의 주요 요구사항을 해소하고, 파견요청기관 측에서는 기관

차원의 플랫폼 담당 인력을 마련하여 해당 인력이 파견의료인력의 적응을 돕도록 지원할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (플랫폼 내 의료분쟁조정 전담 기구의 역할 구체화 필요) 강원형 의료인 플랫폼(안)의 주요 구성기관 중 ‘의료분쟁조정위원회’는 파견된 의료인의 의료행위 과정에서 의료사고 발생 시 분쟁 조정 역할을 수행하는 기관으로, 기존 개방병원제도에서 제기되었던 의료분쟁 발생 시 개인과 기관 간의 분쟁조정의 불합리성을 개선하기 위해 제안하였으나, 제2차 의료개혁에서 제시한 국가 단위 분쟁조정제도 혁신에 따라 플랫폼 내 설치하는 것으로 제안된 ‘의료분쟁조정위원회’의 기존 역할과 범위를 중앙 단위 조정제도와 연계할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (제2차 의료개혁 실행방안에 따른 파견모델 개선필요) 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견 모델은 실현 가능성을 확보하기 위해 기존 개방병원제도를 기반으로 설계되어 반드시 참여 병·의원에서 개방병원으로 지정된 병원으로의 일방향적인 파견만 가능하였으며, 이로 인해 정기모델을 통해 파견되는 의료인력의 활용 범위가 상당히 제한된다는 문제점이 존재하였음.

□ 그러나, 최근 2차 의료개혁 실행방안에서는 종별에 무관하게 의료인력의 종적·횡적 공유를 허용하고, 기존 개방병상 및 회진 가능한 거리에 대한 조건 등을 대폭 완화하는 등의 인력 공유에 장애요인이 되는 규제 및 지침을 개선하여 기존 개방병원제도의 장애요인을 제거하고자 하였음. 이러한 흐름에 따라 개방병원제도를 기반으로 설계한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견모델에 대한 전반적인 프로세스 및 모델 개선이 이루어져야 할 것으로 사료됨.

- (파견 대상 의료인력의 범위) 파견 대상 의료인력의 범위와 관련해서 의사인력 인터뷰 결과, 진료팀 단위의 파견이 익숙하지 않은 장소에서 수행하는 의료행위에 대한 부담을 경감할 수 있음을 확인하였으나, 함께 파견되는 인력의 범위에 대해서는 수술이나 시술을 수행하는 외과계 연구 참여자만이 의료행위를 보조할 수 있는 간호인력의 필요성을 제기하였음. 따라서, 함께 파견되는 의료인력에 대해서는 의사인력과 간호인력에 대한 파견보수 기준을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 주요 플랫폼 가입 대상 의사인력의 범위에 대하여 비전속의료인의 파견 가능성에 대해서는 대다수의 연구 참여자가 동의하였으나, 전속의료인의 파견 가능성에 대해서는 연구 참여자마다 차이가 있는 것으로 나타남. 특히 의원급 의사인력의 경우에는 개원의의 특성상 파견 시 발생하는 진료수입 손실과 진료공백으로 인한 환자관리 및 신뢰유지 등의 문제를 지적하였으며, 이러한 문제로 인해 실질적인 파견이 어려운 것으로 나타나 가입 대상 인력에 대한 고려가 필요함.
- 강원특별자치도 내 의료기관 간 파견의 경우에도 실질적으로 자치도 내 모든 의료기관이 의사 인력 수급의 어려움으로 인해 근본적으로 파견하기 어려운 실정이며, 파견하더라도 파견 시 발생하는 소속기관 내 진료공백과 이로 인한 동료 의사의 부담 가중 등으로 인해 실질적인 파견이 어려울 것으로 나타나, 플랫폼 초기 운영 단계부터 자치도 외 의료기관 및 의사인력을 대상으로 플랫폼 가입을 개방함과 동시에 참여를 독려할 수 있는 지역 의사사회를 비롯한 이해관계자 집단과의 협력이 반드시 필요할 것으로 보임.

- (파견의료인력의 의료행위 범주) 파견의료인력이 파견 시 실질적으로 수행할 수 있는 의료행위의 범위에 대해 대다수의 연구 참여자는 외래 진료를 중심으로 한 의료서비스 제공은 충분히 가능할 것으로 보았으나, 난이도가 높은 수술에 대해서는 수술 이후 케어를 담당할 의사가 존재하지 않는다면 실질적으로 파견의료인력이 의료서비스를 제공하기에는 다소 어려움이 있을 것으로 나타나, 수술 진료를 수행할 경우에는 회복 기간을 고려하여 최소 파견기간을 설정하거나 원격협진 등의 방안 등을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- (파견 과정에서 수집하는 정보의 범위) 파견 과정에서 수집해야 하는 정보의 범위는 파견의사인력과 파견요청기관이 제공해야 하는 정보 모두 문헌고찰을 통해 도출된 수집 정보 범위에 비해 다소 확대되는 경향을 보였으며, 특히 파견의사인력의 경우에는 △건강 및 안전 정보 차원에서 추가적인 정보수집 필요성을 확인하였으며, 파견요청기관의 경우에는 △환자군 및 질환군 정보, △지원 및 안전보장, △지원인력 및 가용 자원 측면에서의 추가적인 정보수집 필요성을 확인하였음. 따라서 해당 범위를 고려하여 회원가입 서식과 파견요청서식을 구성할 필요가 있을 것으로 보임.

- (파견의료인력에 대한 파견보수 지급 방식) 파견보수 지급 방식에 대한 인터뷰 결과, 문헌고찰을 통해 도출된 정액제 파견보수 지급 방식과 정액제+성과연동제 파견보수 지급 방식에 대해서는 다소 이견이 있었으나, 전체적으로 단기 파견의 경우에는 일시적인 파견이기 때문에 실질적인 성과의 변화가 어려운 반면, 정기적으로 장기간 파견을 수행하는 경우에는 개인의 노력에 대한 성과 차이가 존재할 수 있다는 의견이 있어, 파견 형태에 따른 파견보수 지급방식을 이원화할 필요가 있는 것으로 나타남.

- (적정 파견보수의 범위) 적정 파견보수액에 대한 인터뷰 결과, 연구 참여자들은 최소 50만원부터 최대 200만원의 범위를 제시하였으며, 일반적으로는 100만원 내외의 수준이 적절하다고 판단하였음. 다만, 이러한 파견 수당은 호주의 사례를 고려할 때 국내 봉직의의 평균 임금 수준과 타 시·도에서 수행하는 의료인력 파견 사업을 고려하여 설정할 필요가 있음.
- 한편, 파견보수가 업무량과 의료취약지 파견 여부 등을 고려하여 설정할 필요가 있다는 연구 참여자의 의견의 경우에는 국내외 사례와 같이 별도의 수당항목을 신설하여 추가적인 수당으로 제공할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 업무량에 따른 수당 조정과 관련해서는 진료과별, 진료행위별 편차가 상당히 크고, 편차를 고려하여 업무량을 산정한다고 하더라도, 이를 반영하기 위해서는 우리나라 진료비 지불제도의 상대가치 점수를 활용해야 하며, 이 경우에는 정액보상이 아닌 파견 후에 별도 의료서비스 제공량을 기반으로 보상금액을 산정해야 하는 절차를 거쳐야 하기 때문에, 제반 행정소요가 상당하여 실질적인 운영이 불가능할 것으로 예측됨.
- 또한, 캐나다의 사례와 같이 정액파견보수를 상회하는 청구액에 대한 보상을 실시하더라도, 우리나라 건강보험체계의 필수의료 저보상 문제로 인해 오히려 고난도·고위험 의료서비스를 제공하는 필수진료과 파견의료인력이 충분한 보상을 받지 못할 우려가 있음.
- 따라서, 현실적으로 고려할 수 있는 업무량은 근무시간을 초과하는 경우에 한하여 제공하는 시간 외 근무수당이나, 정기파견제도에 적용되는 성과연동제를 통해 일부 적용하는 것이 가장 현실적인 방안으로 사료됨.

- (파견의료인력에 대한 파견보수 외 지원 필요성) 파견보수 외 지원 항목에 대한 검토 결과, 대다수의 국내외 사례에서는 교통비와 숙박비가 공통적으로 제공되고 있었고, 일부 해외 사례의 경우에는 식비 및 출장비, 전문진료서비스 제공에 따른 지원금 등이 제공되고 있었음. 이에 관해 연구 참여자 인터뷰 결과에서는 주로 식사, 주거, 이동수단에 관한 부분이 지원이 필요한 항목으로 나타나, 식비, 주거비, 교통비에 관한 수당 항목을 신설할 필요가 있음.
- 또한, 일부 연구 참여자의 경우에는 학회 참석 및 연구활동 지원, 관련 네트워크 구축, 연수 크레딧 및 개인평가실적 반영과 같은 항목에 대한 지원 필요성을 제기하였음. 이 중 연수 크레딧의 경우에는 앞선 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에서 언급한 바와 같이 관련 시행규칙 제·개정과 현장근무의 연수 인정을 위한 이해관계자의 광범위한 합의를 통한 관련 규칙 제·개정이 수반되어야 하기 때문에 현실적으로 도입하기까지 장기간이 소요될 것으로 사료됨.
- 이와는 별개로 인터뷰 과정 중에서 상급종합병원에서 파견된 의료진이 종합병원 이하 의료기관에 파견을 갈 경우, 파견의료기관 의료인력을 대상으로 관련 교육 및 자문 역할을 담당할 수 있음이 확인되었음. 따라서, 관련 수당 신설을 통해 파견 간 교육이 이루어질 수 있도록 유도하고, 이를 통해 지역의료 전반의 품질을 강화하는 요인으로 작용할 수 있도록 지원할 필요가 있음.
- (파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상) 국내 사례인 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업 사례를 고려하여 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상의 필요성에 대해 인터뷰한 결과, 연구 참여자 중 대다수는 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상에

대해 공감하였으며, 보상방안으로는 금전적 보상과 비금전적 보상이 지급되어야 할 것으로 보았음. 이 중 비금전적 보상의 경우, 파견실적을 의료 질 평가 지표에 포함시키는 것으로 이를 위한 방안은 앞선 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에 기술하였음.

- 한편, 금전적 보상의 경우에는 실질적인 의료인력의 파견으로 인한 손실을 기관 차원에서 전액 부담해야 한다는 문제와 파견 시 원소속 의료기관 내 나머지 의료인력이 부담해야 한다는 문제로 인해 필요성이 제기되었음. 다만, 원소속 의료기관에 대한 금전적 보상은 앞서 제시한 의료 질 평가 반영과 같은 비금전적 보상이 실질적으로는 간접적인 금전적 보상을 제공하기 때문에 보상 범위는 조정될 필요가 있을 것으로 사료됨.

3) 연구의 제한점

- 본 연구는 국내외 파견사례를 분석하여 도출된 검토 항목을 바탕으로 자치도 내 의료인력을 대상으로 심층 인터뷰를 실시하여 보다 실무적인 관점의 보완점을 도출하였으나, 인터뷰 대상자의 범위 차원에서 다음과 같은 연구의 제한점을 가짐.

- 첫째, 본 연구에서 개원의에 해당하는 인터뷰 참여자는 1명에 그쳤으며, 이에 따라 개원의 집단의 일차의료 경험에 따른 파견의향, 파견인력의 활용, 개원의의 파견 촉진 방안, 파견보수, 파견보수 외 인센티브와 같은 사항 등에 대한 실제적 시각이 충분히 포착되지 못하였으며, 결과 해석 시에도 대표성의 한계가 존재하였음.

- 둘째, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 내 수요기관 측에 해당하는 자치도 내 의료기관의 기관장 및 주요 보직자, 행정 책임자 등 핵심 의사

결정자에 대한 심층 인터뷰가 이루어지지 않아, 플랫폼으로 인해 유발되는 수요기관 차원의 문제점에 대해 반영하지 못하였음. 따라서 후속 연구에서는 수요기관 차원의 문제에 대한 중점적인 분석을 통해 플랫폼에 참여하는 모든 기관과 인력 차원의 문제를 종합할 필요가 있음.

- 셋째, 자치도 내 의사인력 인터뷰 결과 만성적인 의사인력 부족으로 인해 관외 의료인력의 플랫폼 참여 필요성이 제기되었으나, 관외 의료인력에 대한 인터뷰가 이루어지지 않아 강원특별자치도 내 의료기관 파견에 대한 인식, 참여 장벽, 보상 및 기대수준, 근무 선호 지역 등을 충분히 분석할 수 없었음.
- 따라서 향후에는 이러한 제한점을 보완하여 다양한 이해관계자의 관점과 의견을 폭넓고 균형있게 반영할 필요가 있을 것으로 사료됨. 특히 본 연구의 질적 연구 결과를 바탕으로 주요 이해관계자를 대상으로 한 양적 설문조사를 통해 플랫폼 참여 의향과 다층적 보상체계에 대한 선호를 파악하는 후속 연구가 필요할 것으로 사료됨.

나. 제언

1) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 개선(안)

□ (근거법령) 본 연구에서 제안하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 개선(안)의 근거 법령은 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임) 제1항과 제4항, 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항, 그리고 「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)에 근거하여 수행함. 또한, 현재 계류 중인 「강원특별자치도 설치 및 미래산업글로벌도시 조성을 위한 특별법 일부개정법률안(의안번호: 2204384)」의 국회 본회의 통과 시, 해당 법령을 추가적인 근거로 활용할 필요가 있음.

- 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임) 및 제4항
 - ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.
 - ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
 - ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.
 - ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.
- 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료 사업을 추진하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」제2조제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

○ 「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)

- ①의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다.
- ②의료기관의 장은 그 의료기관의 환자를 진료하는 데에 필요하면 해당 의료기관에 소속되지 아니한 의료인에게 진료하도록 할 수 있다.
- ③의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 그 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다

○ 「강원특별자치도 설치 및 미래산업글로벌도시 조성을 위한 특별법 일부 개정법률안」제73조의8(의료인 진료허용에 관한 특례)

- 「의료법」제33조제1항에도 불구하고 의료인은 의료기관을 개설하지 아니한 경우이거나 의료기관에 소속된 경우에도 도내 다른 의료기관에서 의료행위를 할 수 있다. 다만, 「의료법」제27조제1항에도 불구하고 외국의 의료인 면허 소지자는 그러하지 아니하다.

□ (강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체) 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체의 구성 인원으로는 △강원특별자치도 공공의료과, △대한병원협회, △대한의사협회, △자치도 내 종합병원 이상 의료기관(장)이 포함되며, 주요 역할로는 △플랫폼 내 의사인력 유치를 위한 이해관계자간 정례회의, △플랫폼 기반 의료기관 간 연계협력 사업 수행, △플랫폼 운영 관련 사항 협의 및 의결, △파견실적 및 주요 문제 감독·조정 등의 역할을 수행하게 됨.

○ 운영 협의체의 구성 인원은 파견 수요기관 측에 해당하는 강원특별자치도 공공의료과와 자치도 내 종합병원 이상 의료기관, 공급기관 측에 해당하는 대한병원협회(장)과 대한의사협회(장)이 포함되는데, 이 중 공급기관 측 구성 인원의 경우에는 플랫폼 운영 초기 단계부터 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 가입하는 의사가 인접 시도를 포함한 전국 단위의 참여를 요하기 때문에, 이를 포괄할 수 있는 중앙단위의 협회(장)이 적절할 것으로 사료됨.

○ 플랫폼 운영 협의체의 주된 역할은 강원특별자치도를 중심으로 주요 공급기관 측에 해당하는 대한병원협회와 대한의사협회와 수요기관 측에 해당하는 자치도 내 종합병원 이상 의료기관(장) 간의 정기적인 커뮤니케이션 창구이자 플랫폼 내 의사인력 유치 방안 마련, 인센티브 조정을 포함한 플랫폼 내 운영 관련 세부 사항 협의 및 의결, 파견 실적 및 파견과정에서 발생한 주요 문제에 대한 감독 및 조정의 역할을 수행하며, 이외에도 플랫폼을 연계하여 의료봉사나 의료기관 간 의사인력 파견 관련 연계협력 사업을 수행함.

□ 이외에 협의체에는 포함되지 않으나, 파견내역 기반의 연수평점 연계를 위한 전문진료과별 학회와의 연계협력이 필요하며, 동시에 보건복지부와 협력하여 의료인력 면허 검증 연계 및 국비 지원과 같은 별도의 협조

체계를 마련할 필요가 있음. 또한, 자치도 내 의사협회와의 연계협력을 통해 의사인력의 파견독려 및 실무 운영 관련 자문을 통해 강원특별자치도의 실정에 맞는 파견 및 배치가 이루어져야 할 것임.

□ (플랫폼 운영 실무 조직) 플랫폼 운영 조직은 기존 연구에서 제시된 △전담운영사업단, △의료분쟁조정위원회, △인력배치자문단에서 기존 의료분쟁조정위원회를 보다 능동적인 역할을 부여하기 위해 의료분쟁조정팀으로 변경하고, 기존 인력배치자문단을 삭제하였음. 이외에 앞선 연구결과에서 확인된 행정지원조직의 필요성에 따라 파견인력콜센터를 운영 조직에 추가하여 파견의료인력에 대한 지원을 강화하고자 하였음.

○ (전담운영사업단) 전담운영사업단은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 가장 핵심 운영 조직으로, 주로 전산 및 통계 관련 인력, 의학적 지식을 갖춘 간호인력, 대외커뮤니케이션 담당 인력 등으로 구성된 조직으로 플랫폼의 전산 서비스 및 매칭 알고리즘 구축 및 관리부터 인센티브 정산을 포함한 관련 행정업무를 수행함. 구체적인 역할은 아래와 같음.

- 플랫폼 전산서비스 및 매칭 알고리즘 관리
- 파견의료인력 및 파견대상의료기관 교육 지원(평점연계 등)
- 파견의료인력 파견수당 및 기타 수당 정산 및 집행
- 파견의료인력 지원 항목별 협력 가능 외부 기관 확보(호텔 등)
- 파견의료인력 풀 확보를 위한 홍보업무 수행
- 파견실적 및 상호평가 결과 수집 등 행정업무 수행

○ (파견인력콜센터) 파견인력콜센터는 파견 과정에서 수반되는 다양한 행정적 소요에 대하여 파견의료인력을 지원하기 위한 조직으로써, 주요 역할로는 파견의료인력에 대한 행정지원뿐만 아니라 파견

과정에서 발생하는 주요 문제에 대한 파견의료인력의 민원을 해결하고, 파견대상의료기관과의 각종 커뮤니케이션을 중간 지원함. 구체적인 역할은 아래와 같음.

- 파견 전 과정에서 파견의료인력에 대한 행정 지원
- 파견의료인력-파견대상의료기관 간 커뮤니케이션 지원
- 의료분쟁 시 의료분쟁조정팀 연계 지원
- 파견대상의료기관 내 플랫폼 담당인력 대상 CS교육 제공

○ (의료분쟁조정팀) 의료분쟁조정팀은 의료관련 변호사, 심리상담사 등으로 구성된 조직으로 의료분쟁 발생 시 수사 및 기소 전 단계에서 환자 및 보호자와 파견의료인력 대상 커뮤니케이션과 파견의료인력 및 파견대상의료기관 실무자 대상 법률자문을 지원하는 조직임. 또한, 의료사고배상책임보험 가입료율 인하를 위하여 인력 및 기관을 대상으로 의료사고 예방 교육을 지원하는 등의 역할을 수행함. 구체적인 역할은 아래와 같음.

- 분쟁 시 환자 및 보호자, 파견의료인력 대상 초기 커뮤니케이션 지원
- 파견의료인력 및 파견대상의료기관 대상 의료사고 예방 교육 지원
- 파견의료인력 및 파견대상의료기관 실무자 대상 법률자문 지원
- 중앙 단위 의료사고심의회위원회와 연계협력 수행
- 중대과실 확인 시 일부 배상 지원

□ (가입대상 의료인력) 가입대상 의료인력은 기존 선행연구에서 제시한 자치도 내 의료인력에서 벗어나 자치도 외 의료인력까지 포함하도록 가입대상 의료인력 군을 확대함과 동시에 국방부와 조정이 필요하여 실질적인 참여가 어려울 것으로 사료되는 공중보건외과는 제외하였음. 또한, 팀 단위 파견의 경우에는 문헌고찰 및 연구결과에서 도출된 내용에 따라

간호인력을 주된 가입대상으로 추가하였음. 구체적인 가입대상 의료인력은 아래와 같음.

○ 자치도 내·외 전속 의료인(전문의/간호사)

- 간호인력의 파견은 전속 의료인의 파견 시에만 팀 단위 파견 가능
- 추후 일반의(GP)로 확대

○ 자치도 내·외 비전속 의료인(전문의)

- 비전속 의료인의 경우 팀 단위 파견 불가능
- 추후 일반의(GP)로 확대

□ (파견대상 의료기관) 파견대상 의료기관은 자치도 내에 소재한 △권역 책임의료기관, △지역책임의료기관, △병원급 이상 민간의료기관으로, 기존 선행연구에서 제시한 가입대상 의료기관의 범주와 동일함. 각 범주별 세부 파견대상 의료기관은 아래와 같음.

○ 자치도 내 권역책임의료기관: 강원대학교병원

○ 자치도 내 지역책임의료기관: 강원특별자치도 원주의료원, 강원특별자치도 강릉의료원, 강원특별자치도 속초의료원, 강원특별자치도 삼척의료원, 강원특별자치도 영월의료원

○ 자치도 내 병원급 이상 민간의료기관: 연세대학교원주세브란스기독병원, 강릉아산병원, 홍천아산병원, 동해동인병원, 강릉고려병원 등

□ (수정된 파견모델(안) 및 파견 프로세스) 앞선 문헌고찰에서 도출한 시사점과 의사인력 인터뷰를 통해 파악한 내용을 바탕으로 선행연구에서 제시된 긴급파견모델과 정기파견모델을 한 개의 파견모델로 일원화하였으며, 기존 긴급파견모델이 응급 수술 등의 긴급한 상황을 포함하고

있지 아니함에도 불구하고 ‘긴급’이라는 이름을 사용하여 파견의료인력의 혼동을 유발할 수 있어 ‘파견모델’로 통칭하고자 함. 수정된 파견모델에 따른 세부 프로세스는 아래와 같음.

- (의료기관-플랫폼 간 사전 업무협약 체결) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에 참여하고자 하는 전속 의료인이 존재하는 자치도 내·외 의료기관은 사전에 플랫폼 전담운영사업단과 파견의료인력 관련 업무협약(MOU)을 체결해야 함.
- (의료기관 내 전속 의료인 가입 승인) 업무협약을 체결한 의료기관은 기관 내 플랫폼 담당 행정인력 1인을 지정하고, 해당 인력이 기관 단위 계정을 가입 및 관리하도록 함. 또한, 소속 의료인력(의사 및 간호사)을 대상으로 플랫폼 가입을 승인하고, 이를 홍보하여 소속 의료인력 중 플랫폼에 참여의향이 있는 의료인력이 가입할 수 있도록 지원함.
- (전속/비전속 의료인의 플랫폼 가입) 플랫폼에 참여하고자 하는 전속의료인과 비전속의료인은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(온라인)에 접속하여 가입절차를 진행하게 됨. 가입절차를 밟는 의료인력은 사전에 플랫폼에 마련된 가입서식을 작성해야 하며, 이때 가입 서식에는 △기본정보, △전문성 및 진료 역량, △파견근무 관련 정보, △건강 및 안전정보를 필수적으로 기입하게 됨. 각 항목별 세부적인 필수 기입 정보 내용은 아래와 같음.
 - (기본정보) 이름, 성별, 나이 등의 인적 사항, 의사면허번호, 전문의 번호를 포함해 자격을 확인할 수 있는 정보, 현재 소속기관, 거주지 정보
 - (전문성 및 진료 역량) 진료과와 세부 전공, 수행 가능한 진료·수술·시술 내용, 전문의 근무 경력
 - (파견근무 관련 정보) 파견 선호 지역, 파견 선호 기관(종별), 희망 근무 형태(외래·당직·반일·종일·주말 근무 등)

- (건강 및 안전 정보) 의사의 기본 건강 상태와 예방접종 이력(B형 간염, MMR, 결핵, 백일해, 파상풍 등)

○ (파견대상 의료기관의 파견요청) 파견의료인력이 필요한 강원특별자치도 내에 소재한 △권역책임의료기관, △지역책임의료기관, △병원급 이상 민간의료기관은 기관 내 의료인력의 공백 등을 사전에 파악하여 파견 예정일로부터 약 15~20일 영업일 전까지 플랫폼을 통해 파견요청서를 제출해야 함. 이때, 단기파견을 신청한 경우, 의료기관은 해당 일자에 예약된 환자들에게 사전에 파견의료인력이 진료할 수 있음을 고지하여야 함. 이때, 파견대상 의료기관이 작성하는 파견요청서 내 세부 정보는 아래와 같음.

- (기본사항) 기관명, 기관 소재지, 파견유형(정기/단기), 파견요청기간, 파견요청사유, 파견 진료과 의료진 구성 현황(지원인력 정보), 응급대응체계, 의료장비 및 시설 현황, 해당 진료과 내 보유 의약품 현황, 주요 환자군 및 질환군 정보, 파견의료인력 담당 행정직원 정보

- (구인대상 인력조건) 파견요청 진료과, 필요 경력 사항, 업무 범위(외래/수술/입원진료/당직 등)

- (수술 및 마취 시 환자정보) 주요 환자 정보(질병 이력 등), 질환 및 수술명, 수술예정환자 검사결과(EKG, Chest X-ray 등 수술 전 주요 검사 결과)

- (근무조건 및 보상) 직무개요, 근무형태(종일/반일), 수술 건수(수술 및 마취 시), 공휴일 및 당직근무 여부, 파견보수 및 수당, 초과근무 보상, 숙박 및 식사 제공 여부, 근무 환경

- (의료사고 및 분쟁 시 지원 및 안전보장) 의료사고·분쟁 발생 시의 대응 절차, 기관의 법적 보호장치 및 보험 가입 여부

○ (플랫폼 DB기반 적합 의료진 매칭 및 알람 발송) 파견요청서를 접수한 날로부터 1영업일 이내에 플랫폼 전담운영사업단은 접수된 파견요청서를 확인하여 매칭을 실시함. 이때, 파견요청서에 기재된 요청

진료과에 따라 내과계/외과계로 구분하고, 파견유형(정기/단기)에 따라 우선순위를 조정한 뒤, 파견요청서에 기입된 세부 정보와 가입된 의료인력의 정보를 활용하여 알고리즘 기반 매칭을 실시하고, 매칭된 의료인력 중 적합률이 높은 상위 10명의 의료인력에게 매칭 알람을 발송함.

- 매칭 알람에 포함되는 정보는 파견요청서에 기재된 구인대상 인력조건과 기본사항 중 일부 정보가 포함되며, 파견요청서에 기재된 진료과가 외과계(마취통증의학과 포함)의 경우에는 가명 처리된 환자정보가 일부 포함되어 발송됨.

- (1차 파견수락 회신) 매칭 알람을 확인한 의료인은 기재된 정보를 확인한 뒤, 플랫폼을 통해 1차 파견수락을 회신하게 되며, 전담운영사업단은 회신 순서를 기반으로 플랫폼 내에 파견대상 의료기관과 파견의료인 간 협의 창구를 개설함. 이때 1차 파견수락을 회신한 의료인이 없는 경우에는 다시금 매칭하는 과정을 거쳐 차순위 인력을 대상으로 매칭 알람을 발송함.
- (플랫폼 기반 파견대상 의료기관-파견의료인 간 협의) 개설된 협의 창구를 통해 파견대상 의료기관 내 담당자와 파견의료인 간에 기관 세부 정보 및 환자 세부 정보 등을 공유하고, 파견요청서에 기재된 근무일정 등에 대해 조정이 필요한 경우에는 추가적인 협의를 진행함. 이때, 전속의료인의 경우에는 원소속 의료기관의 플랫폼 대상 인력을 협의 과정에 포함시키고, 해당 일정 내 파견근무 수행에 대한 사항을 승인함.
- (최종 파견수락 응답) 협의 과정이 완료된 이후, 파견의료인은 협의한 내용을 면밀히 검토한 뒤에 최종 파견 수락 여부를 응답하게 됨. 이때, 파견을 거절할 경우에는 1차 파견수락을 회신한 인력을 대상으로 매칭을 시도함.

- (근무 인수인계 준비 및 책임보험 가입) 파건의료인이 최종적으로 파견을 수락한 이후, 파견대상 의료기관은 파건의료인이 원활한 파견 의료서비스를 제공할 수 있도록 인수인계서 준비 및 배상책임보험 가입 절차 등을 비롯한 각종 행정 작업을 실시하고, 이를 파건의료인과 공유함.
- (파견에 필요한 제반 지원사항 확인 및 제공) 전담운영사업단은 최종 파견수락이 완료된 이후, 의료기관 소재지 내·외에 위치한 가까운 제휴숙박업소를 공유하고, 제반 지원사항을 확인 및 제공함. 이때, 전담운영사업단은 의료분쟁조정팀과 연계하여 의료분쟁 발생 시 신속하게 대응할 수 있도록 담당자를 배정하고, 배정된 담당자는 의료사고 발생 시에 대응 절차와 지원 내용을 상세히 안내하여 법적 리스크 부담을 최소화함.
- (파견 및 의료서비스 제공) 파건의료인은 파견 일자가 도래하면 기존 협의한 파견기간에 맞추어 파견의료서비스를 제공함. 이때, 파건의료서비스 제공 과정에서 발생하는 문제는 일차적으로 플랫폼 내 파견인력콜센터에 접수되며, 해당 건이 의료분쟁 건일 경우에는 의료분쟁조정팀 내 배정된 담당자에게 인계됨.
 - 파견과정에서 의료사고 발생 시, 사전에 배정된 플랫폼 내 의료분쟁조정팀 담당자가 의료사고 발생 경위, 분쟁 주요 사항에 대해 면밀히 수집하고, 법률적 검토 및 주요 절차 안내와 사건화 전 환자-의료진 간 커뮤니케이션을 지원하게 됨. 이 과정에서 고소 및 고발이 발생할 경우, 의료분쟁조정팀 담당자는 의료사고심의회위원회와 같은 중앙 단위 분쟁조정기관에 수집된 자료를 즉시 인계하여 신속하고 원활한 수사과정이 될 수 있도록 지원함.
 - 한편, 파건의료인력이 외과계 의료인력으로써 수술 등을 수행하는 경우에는 사전에 협의한 바와 같이 수술 후 회복 기간을 고려하여 2~3일가량 추가적인 파견근무를 수행하거나, 원격협진 기반의 포스트 케어를 제공하여 수술 환자의 원활한 회복을 도모함.

○ (정산 및 상호평가 수행) 파견이 종료된 이후, 파견대상 의료기관 내 플랫폼 담당자는 파견의료인력이 수행한 진료기간 및 진료실적을 정리하여 플랫폼에 업로드하고, 플랫폼상에 파견의료인력의 근무상태를 ‘완료’로 변경한 뒤 상호평가를 수행함. 또한, 파견의료인력은 파견 과정에서 소요된 교통비와 숙박비 관련 증빙서류와 정산을 위한 통장 사본을 플랫폼에 업로드하고, 플랫폼상 근무상태를 ‘완료’로 변경한 뒤 상호평가를 수행함. 전담운영사업단은 자료가 업로드된 시점으로부터 익월 말까지 정산을 수행하고, 상호평가결과를 플랫폼 내 DB에 축적하여 향후 매칭에 활용함.

- 이때 단기파견의 경우에는 파견이 종료된 이후로부터 2주 이내에 정산자료를 제출토록 하며, 장기파견의 경우에는 익월 중순까지 이전 달 파견에 대한 정산자료를 제출하도록 함.

2) 파견모델의 보수 및 인센티브 항목

□ (파견의료인력 파견보수) 파견의료인력의 파견보수에 해당하는 항목으로는 △정액파견보수, △의료취약지 가산수당, △교육수당, △수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당으로 구분되며, 이때 초과근무 등으로 인한 추가적인 보수와 정기파견인력에게 제공하는 환자유치에 따른 성과보상금 또한 전액 파견대상 의료기관에서 부담함. 당해 연도의 파견보수는 전년도에 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 운영 협의체에서 조정 및 의결함.

○ (정액파견보수) 정액파견보수는 크게 파견의사인력과 간호인력으로 구분되며, 정액파견보수에 관한 사항은 국내·외 파견 사례 및 인터뷰 결과에서 도출된 보수액 범위를 고려하여 전문의 인력은 하루 8시간 기준 100만원에서 150만원, 간호인력의 경우에는 하루 8시간 기준 20만원에서 30만원 사이의 범위 내에서 결정하도록 함.

- 전문의 인력: 1,000,000원~1,500,000원/1일(8시간)

- 간호인력: 200,000원~300,000원/1일(8시간)

- (의료취약지 가산수당) 의료취약지 가산수당은 파견의료인력이 의료취약지에 소재한 병원급 이상 의료기관으로 파견되는 경우, 정액 파견보수에 가산하여 지급되는 수당으로, 국내·외 파견사례를 고려하여 단기파견은 파견횟수 1회당, 정기 파견은 파견 발생 월 1개월당 200,000원~300,000원을 가산함. 이때 소재 지역의 의료취약지 여부는 일차적으로는 국립중앙의료원에서 발표하는 의료취약도가 50점 이상인 지역으로 설정하되, 추후 별도의 지역의료취약지수(가칭) 개발을 통해 지정할 필요가 있음.

- 의료취약지 가산수당: 200,000원~300,000원/파견횟수 1회(단기) 혹은 파견 발생 1개월(정기)

- (교육수당) 교육수당은 파견의료인력이 파견대상 의료기관의 의료인력을 대상으로 별도의 교육을 실시할 때 제공되는 수당으로 파견 의료인력은 사전에 반드시 파견대상 의료기관과 협의를 거쳐 교육계획서를 전담운영사업단에 제출하고, 파견 종료 이후 간소화된 교육결과보고서를 제출할 때 지급됨. 교육수당은 국가공무원인재개발원 학칙 [별표6] 강사의 수당 등의 지급기준 내 일반(I)와 특강(III)을 기준으로 하여 수당 구간을 230,000원~300,000원의 범위 내에서 설정하되, 기본적으로 지급되는 정액파견수당을 고려하여 시간당이 아닌 교육 횟수당 산정하여 지급함.

- 교육수당: 230,000원~300,000원/1회

- (수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당) 외과계 의사인력이 파견의료기관에서 수술 등 침습적 의료서비스를 제공하는 경우, 파견의료인력과 파견대상 의료기관 간 사전 협의 하에 원격협진수당을

제공할 수 있음. 원격협진수당의 경우에는 경상북도 의료인력 인건비 지원 사업 내 원격협진 자문료 지원 사업 내 책정된 액수를 고려하여 1일 기준 100,000원이 적절할 것으로 사료됨. 단, 이러한 수당은 외과계 의사인력이 환자 1인에 대하여 하루에 여러 차례 진료 및 협진하더라도 100,000원만 지급함.

- 수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당: 100,000원/환자 1인 및 1일

□ (파견의료인력의 파견보수 외 인센티브) 파견의료인력에게 제공되는 파견보수 이외에 인센티브는 △주거비, △교통비, △식비로 이루어져 있음. 이때 식비는 정액수당을 지급하고, 주거비는 전담운영사업단에서 협약을 맺은 지정숙박시설을 이용하지 않은 경우에 한하여 상한액 내에서 실비 지급하며, 교통비는 실비 정산을 기본으로 하되 자차 정산 시 공무원 여비규정에 의거하여 정산 및 지급하는 것을 원칙으로 함.

○ (주거비) 주거비는 파견의료인력이 2일 이상 근무하거나 야간근무를 수행하는 등의 사유로 숙박이 필요한 경우에 지급하는 비용으로, 전담운영사업단과 업무협약을 맺은 지정숙박시설을 이용하지 아니할 경우에 공무원 여비규정을 준용하여 1박당 70,000원~100,000원 한도 내에서 실비정산함.

- 주거비: (지정숙박시설 미이용 시) 70,000원~100,000원/1박

○ (교통비) 교통비의 경우, 파견의료인력의 자택 혹은 원소속 근무 기관으로부터 파견대상 의료기관까지 이동 시 발생하는 교통비에 대하여 실비 정산하는 항목으로, 왕복 1회에 한하여 정산함. 이때, 자차를 이용하는 경우에는 공무원 여비규정에 의거하여 정산하도록 함. 다만, 파견대상 의료기관 측에서 별도의 차량을 제공하는 경우에는 정산하지 아니함.

- 교통비: 실비정산(공무원 여비규정 준용) / 왕복 1회

○ (식비) 식비의 경우에는 정액수당으로, 공무원 여비규정을 준용하여 파견근무일 1일 기준 25,000원이 고정 지급됨.

- 식비: 25,000원/1일

□ (원소속 의료기관 대상 금전적 인센티브) 원소속 의료기관 대상 금전적 인센티브에 해당하는 항목은 진료공백보전금으로, 소속 의료인력이 파견 근무를 수행함에 따라 원소속 의료기관 발생하는 의료공백을 일정 수준 보상하기 위한 금액임.

○ (진료공백보전금) 진료공백보전금은 국내·외 사례를 고려하여 파견 의료인력 1인당 파견일수 1일당 200,000원~400,000원의 범위 내에서 설정하여 진료공백을 보조함. 이때, 간호인력에 대한 보전금과 전문의 인력에 대한 보전금을 별도 산정하고, 팀 단위 파견 시에는 정산 시 합산하여 보전금 총액을 산출함. 다만, 이러한 진료공백보전금은 원격진료 및 원격협진 시에는 별도 제공하지 아니함.

- 파견의사인력 진료공백보전금: 300,000원~400,000원

- 파견간호인력 진료공백보전금: 200,000원~300,000원

□ (비금전적 인센티브) 파견보수를 포함한 금전적 성격을 지닌 인센티브 외에 비금전적 인센티브로서 제공되는 항목은 크게 파견의료인력 차원의 파견실적 연수평점 연계 반영과 원소속 의료기관 차원의 파견실적 의료 질 평가 반영이 해당됨. 다만, 이와 같은 비금전적 인센티브는 앞서 언급한 바와같이 광범위한 이해관계자의 합의와 정책·제도적 제·개정이 수반되어야 할 것임.

3) 플랫폼 운영에 따른 필요 예산 및 재원조달방안

- (최종 필요 예산) 단기 및 정기 파견모델의 운영에 따른 소요 예산만을 합산하였을 때, 연간 최소 7.7억원에서 최대 11억원 가량이 소요되는 것으로 나타났으며, 이러한 필요 예산액은 파견의료인력에 대한 수요와 공급에 따라 증감될 수 있을 것으로 나타남. 다만, 이는 추계가 다소 어려운 플랫폼 실무조직 운영에 따른 소요예산과 원격협진수당은 제외한 액수로, 향후에 이러한 항목이 반영된다면 전체 필요 예산액은 크게 늘어날 것으로 사료됨.

- (예산 조달 방안) 이와 같은 막대한 규모의 예산을 공공 차원에서 조달하기 위해서는 지방자치단체의 자체적인 노력이 필수적으로 수반되어야 하나, 실질적으로 지자체 자체 예산으로 수행하기에는 한계가 존재할 수밖에 없어 중앙정부 차원의 국비 지원이 절실히 필요한 것으로 보임. 특히 지방소멸대응기금과 같은 정부 차원의 조성 기금이나, 국회에서 입법과정을 거치고 있는 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법안(대안)」등에 명시된 지역필수의료 특별회계와 같은 대단위 자본이 투입될 필요가 있으며, 이외에 다소 실현 가능성은 낮으나 안정적인 재원 마련을 위해 수도권 내 의료이용량을 연동한 새로운 조세 기준을 마련하는 것을 고려해 볼 필요가 있을 것으로 사료됨.

- (지역필수의료 특별회계) 국회에 발의된 의안번호-2215121 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법안(대안)」에 따르면, 담배에 부과하는 개별소비세와 특정 제품에 부과되는 관세액 등을 활용하여 필수의료에 대한 집중적·안정적 지원과 지역 필수의료 강화에 필요한 자금을 확보 및 공급하기 위하여 지역필수의료 특별회계를 설치할 것을 명시하고 있음. 해당 법안은 현재 국회 계류 중이기 때문에 향후 시행될지는 미지수이나, 실제 법안이 시행될 경우

에는 이와 같은 법안을 활용하여 플랫폼 운영 예산을 조달하는 것도 가능할 것으로 사료됨.

- 지역필수의료 특별회계는 △지역의 필수의료인력 양성 및 확충 지원, △진료협력체계 구축 및 운영 지원, △책임의료기관, 거점의료기관 및 전문센터 등의 시설·인력·장비 확충 및 운영 지원, △필수의료취약지 내 보건의료기관의 시설·인력·장비 확충, △지역의 필수의료 강화를 위한 지방자치단체 사업 지원 등의 목적으로 운용되는 것으로 나타남.

- 이와 같은 기금 용도는 입법과정에서 변경될 수 있으나, 현재 계류 중인 법안대로 통과가 된다면 지역의 필수의료 강화를 위한 지방자치단체 사업 지원 및 지역의 필수의료인력 양성 및 확충을 위한 목적으로 충분히 활용이 가능할 것으로 보임.

○(지방소멸대응기금) 지방소멸대응기금은 2022년 신설된 기금으로, 관련 기반 시설 조성 등 지방소멸에 대응할 목적으로 중앙정부가 인구감소지역 등에 연 1조원씩 10년간 한시적으로 지원하는 기금으로, 2025년 기준 강원특별자치도의 경우 약 207억을 광역지원계정으로 배분받은 것으로 나타남. 이와 같은 기금은 2031년까지 한시적으로 운용되어 지속가능성은 다소 떨어지나, 지방소멸에 대응하기 위한 의료자원 확보와 정주여건 개선 측면에서 기금 운용의 목적과 부합하여 플랫폼 운영 예산 조달이 일부 가능할 것으로 사료됨.

○(수도권 의료 이용량 연계 조세 기준 마련) 수도권 의료 이용량 연계 조세 신설은 수도권에서 발생하는 의료 이용량 중 입내원일수를 기준으로 입내원일수 1일당 약 100원의 추가 세수를 확보한 뒤, 이를 수도권 외 지역의료기금으로 활용하는 방안임. 이를 통해 약 558억의 기금을 마련할 수 있을 것으로 사료되며, 해당 기금을 활용하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 예산을 확보할 수 있을 것으로 기대함.

- 국민건강보험공단에서 발간한 지역별의료이용통계에 따르면, 2023년 기준 서울, 경기, 인천 지역의 입내원일수는 총 558,355,510일로 나타났으며, 해당 일수를 기준으로 1일당 약 100원의 추가 세수 확보 시, 대략적으로 558 억원 가량의 기금 재원 확보가 가능할 것으로 사료됨.
- 이렇게 확보된 금액은 각 지역의 의료 취약도를 비롯한 별도 기준을 마련하여 각 시도에 배부하고, 이를 각 지역의 의료서비스 제공 체계 재정비, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 포함한 의료인력 확보를 위한 시책 등을 운영하는 데 활용할 수 있을 것으로 기대함.
- 이와 같은 기금 재원 확보 방식은 우리나라에서 출발하는 모든 국제선 항공권을 대상으로 1,000원을 부과하는 항공권연대기여금(Air-ticket solidarity levy) 제도를 기반으로 조성된 국제질병퇴치기금(Global Disease Eradication Fund)과 동일한 방식임. 비록 해당 기금은 코로나19 기간동안 항공 교통량 급감으로 인해 납부금이 고갈되어 2025년 1월 1일부로 폐지되었으나, 2007년부터 2024년까지 연평균 265억 가량의 재원을 안정적으로 확보했다는 점에서 주목할 만한 것으로 보임.
- 다만, 조세 항목 신설이 이루어지기 위해서는 국민적 차원의 공감대 형성과 함께 중앙정부 차원의 강한 의지가 수반되어야 하기 때문에 실제 시행될 확률은 매우 낮을 것으로 사료됨. 그러나, 지역의 인구소멸과 지역 인구의 초고령사회 진입, 의료인력 확보 어려움 등을 고려할 때, 이와 같은 조세 항목의 신설이 지역의료 붕괴를 막기 위한 안정적인 기초 재원 조달 방안으로써 조속한 논의가 필요한 시점임.

다. 결론

- 본 연구는 선행연구에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대하여 국내외 파견의료인력 정책 동향 및 사례를 검토하고, 강원특별자치도 내 의사인력을 대상으로 플랫폼에 대한 인식과 참여 의향 등을 체계적으로 조사하여 제도의 성공적인 운영과 정착을 위한 현장 중심의 실무적 제언을 도출하고자 수행됨.

- 연구 결과, 정책적·제도적 차원에서는 의료인력파견에 대한 법률적 근거를 설정하고, 의사인력 파견에 따른 사전 환자정보 공유 방안 마련에 대한 필요성과 개인·기관 차원에서 △파견실적 연수평점 연계, △파견실적 의료 질 평가 반영 등의 정책적 유인책 마련의 필요성이 대두되었음.
- 실무적 차원에서는 파견 협조를 위한 강력한 거버넌스 구축에 대한 필요성과 중앙정부의 대단위 정책 추진에 따른 파견모델의 개선 필요성이 제기되었으며, 이외에 파견 과정에서 전담 지원조직의 필요성과 플랫폼 내 의료분쟁조정 전담기구의 역할 구체화, 파견대상인력의 범위 및 의료행위 범주, 파견과정에서 수집하는 정보의 범위, 파견보수지급방식 및 파견보수 범위, 파견보수 외 지원 사항 등에 대하여 구체적인 고려 사항들이 도출되었음.
- 이를 바탕으로 본 연구에서는 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 법률적 근거를 설정하고, 플랫폼 운영을 위한 운영 협의체 조직 및 실무조직 개편, 가입대상 의료인력의 확대, 파견모델 개편(안)을 제언하였으며, 파견의료인과 원소속 의료기관 등에 대한 보수 및 인센티브의 범위를 설정하였음. 또한, 이를 기반으로 플랫폼 운영에 따른 필요 예산을 추계하였으며, 해당 예산을 확보하기 위한 조달 방안을 제시하였음.
- 특히 이 과정에서 파견의료서비스를 제공할 주요 공급자인 의사인력 대상 인터뷰 결과를 바탕으로, 의료취약지가 많은 강원특별자치도의 특수성을 고려한 파견보수액의 설정과 추가적인 취약지 가산수당을 통해 최적의 금전적 보상체계를 마련하고자 노력하였으며, 이외에 교육수당 등을 지급하여 파견의료인력이 의료서비스를 제공할 뿐만 아니라, 최신 의료술기 교육 및 의학적 지식을 공유하는 교수인력으로서 기능할 수 있도록 하여 유인 효과의 극대화를 도모하였음.

□ 이와 같은 제언은 경제적 보상과 법적 안전망, 경력 개발 기회를 통합하여 지역의료 거버넌스의 핵심인 의사인력의 자치도 내 유입을 도모하고, 이를 기반으로 지역의료 거버넌스를 재설계하는 핵심적인 역할을 수행할 수 있는 기틀을 마련할 뿐만 아니라, 플랫폼 실현 초기 단계에서 협의체 및 운영인력의 적절한 의사결정을 돕고, 파견모델 운영에 수반되는 파견 보수 및 수당 등 정책적·실무적 기준을 근거에 기반하여 마련했다는 점에서 의의가 있음.

□ 다만, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 운영하는 주체로써 기존 연구를 기반으로 설립된 강원의료인력지원센터가 지자체의 독자적인 운영의 한계와 이해관계자 간 협조에 대한 어려움으로 2025년 12월 31일부로 사업이 종료됨에 따라, 향후 사업을 재 실시 할 경우에는 초기 단계부터 중앙정부와 지방정부 간의 긴밀한 협조 아래 사업을 재구성할 필요가 있음. 또한, 기존에 공공 중심의 설립을 제언한 것과 달리, 공공과 민간의 장·단점을 면밀히 비교하여 설립 주체를 결정할 필요가 있을 것임.

□ 이와 함께, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)이 성공적으로 수행되기 위해서는 앞서 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에서 제시한 개선점들이 선결과제로써 해소할 필요가 있을 것임.

제 1 장

서론

제1절. 연구 배경 및 필요성

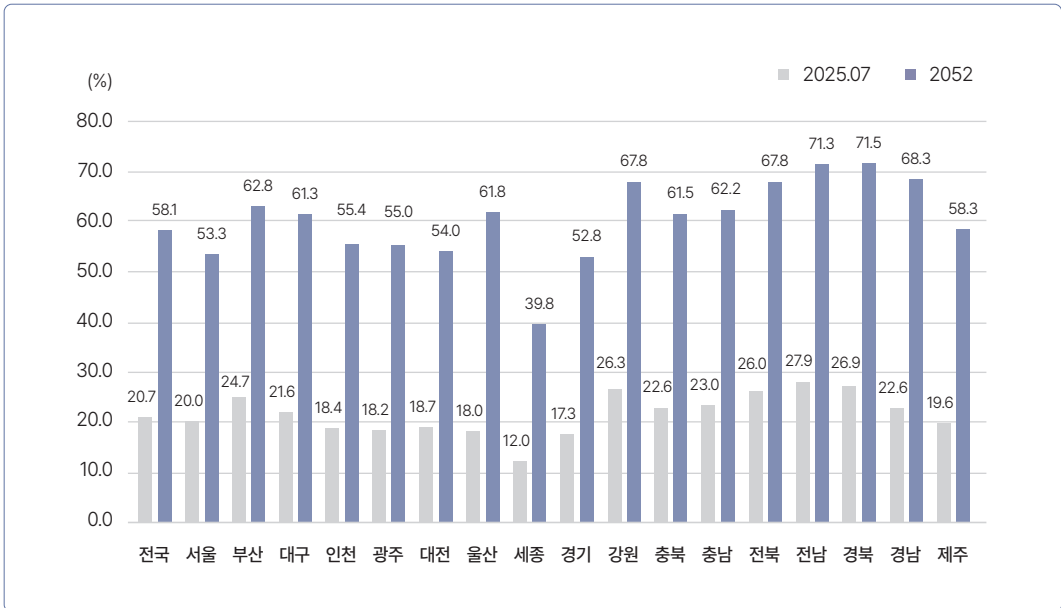
제2절. 연구 목적

제 1 장

서론

| 제1절 | 연구의 배경 및 필요성

- 강원특별자치도는 전국 17개 시도 중 타 지역 대비 고령인구의 비중이 매우 높은 지역 중 하나로, 2025년 7월 기준 원주시를 제외한 모든 시군구가 전체 인구 중 고령인구 비중이 20%를 상회하는 초고령사회에 진입한 상태로 나타났으며, 가임기 여성인구의 감소 및 출산율 감소로 인해 2052년에는 자치도 내 고령인구의 비중이 전체 인구의 67%를 상회할 것으로 전망됨.
- 행정안전부 자료에 따르면, 2025년 7월 기준 강원특별자치도의 65세 이상 고령인구 비율은 전체 인구의 26.3%로, 전체 17개 시도 중 전남(27.9%), 경북(26.9%)과 함께 노인인구 비중이 가장 높은 시도로 나타남.
- 강원특별자치도 내 시군별 고령인구 비율의 경우, 2023년부터 원주시를 제외한 모든 시군이 초고령사회에 진입한 것으로 나타났으며, 2025년 7월 기준 원주시 또한 고령인구 비율이 19.8%에 달해 초고령사회 진입을 앞둔 것으로 나타남.
- 이와 같은 강원특별자치도의 65세 이상 고령인구 비중은 지속적으로 증가하여 2052년 기준 전체 인구의 67.8%에 달할 것으로 예측되며, 이는 전국 평균 고령인구 비중 예상치인 58.1%를 크게 상회하는 수치임.



[그림 1] 지역별 65세 이상 고령인구 비중

출처: 장래인구추계(시도): 2022~2052. 통계청(2023) & 고령인구비율, 행정안전부(2025)

□ 이와 같은 고령인구 중심의 인구구조 변화는 만성질환뿐만 아니라 암, 심뇌혈관 질환과 같은 중증질환의 증가를 불러일으켜 응급실 이용, 중환자실 이용 등 진료형태와 상관없이 전반적인 의료수요를 증가시키는 주요한 원인으로 지적됨. 따라서 향후 고령인구의 비중이 가파른 증가세를 보일 것으로 예상되는 만큼, 의료수요의 증가에 따른 의료자원의 확보가 시급한 시점임.

- 유원섭(2024)의 자료에 따르면, 연령이 증가할수록 외래 및 입원 의료이용이 증가할 뿐만 아니라, 암, 심뇌혈관 질환, 복합 만성질환자 증가로 인해 응급실 이용을 포함한 중증 급성기 의료 및 재활 의료 수요가 증가함을 지적하고 있음.
- 실제 2023년 기준 유아·청소년(0~19세) 및 청·장년층(20~64세)의 1인당 평균 입원일수와 외래내원일수는 각각 6.8일~11.0일, 15.3일~19.6일로 나타났으나, 65세 이상 노인인구의 경우에는 1인당 평균 입원일수가 35.5일, 1인당 평균 외래내원일수가 33.8일로 약 2배가량 의료 이용량이 많은 것으로 나타남.

- 또한, 2023년 국립중앙의료원 중앙응급의료센터에서 발표한 응급의료 통계연보에 따르면, 전체 응급실 이용자 964만 명 중, 약 354만 명(36.7%)이 60세 이상 고령층 인구로 나타났으며, 전체 응급실 방문자 중 입원 또는 사망한 환자 수 또한 60세 이상 고령층이 전체 입원 및 사망 환자 중 61.6%에 달하는 것으로 나타남.

[표 1] 2014-2023년 연령 구간별 1인당 입원 및 외래 내원일수 현황

연도	1인당 평균 입원일수			1인당 평균 외래내원일수		
	0세~19세	20세~64세	65세 이상	0세~19세	20세~64세	65세 이상
2014	8.7	14.2	43.8	16.1	15.1	39.3
2015	7.4	13.8	45.1	15.7	14.9	38.5
2016	6.8	12.5	44.2	16.9	15.1	38.8
2017	6.9	12.5	44.5	16.4	15.1	38.2
2018	6.9	12.2	43.9	16.7	15.2	38.0
2019	6.9	12.0	42.5	17.1	15.3	38.3
2020	7.0	12.0	43.8	11.2	14.2	34.1
2021	7.3	11.6	41.0	12.4	14.5	33.7
2022	7.1	11.3	38.5	16.5	15.6	34.6
2023	6.8	11.0	35.5	19.6	15.3	33.8

출처: 2023 건강보험통계. 국민건강보험공단(2025)

- 그러나 강원특별자치도를 포함한 대다수의 비수도권 지역에 위치한 지역 거점 병원 및 공공병원의 경우, 수도권과 지방 간 의료자원 수급 불균형으로 인해 의료인력 확보에 어려움을 겪고 있음. 특히 강원특별자치도는 의료인력의 절대적 수가 부족할 뿐만 아니라, 지역적 특성으로 인해 자치도 내 시군 간 의료인력 분포의 불균형 또한 심각한 상황임. 이로 인해 전반적인 의료접근성이 낮은 의료취약지가 다수 분포하고 있을 뿐만 아니라, 지역에서 중심적인 의료서비스를 제공해야 하는 종합병원 이상 의료기관조차 의료인력 확보의 어려움으로 포괄적인 의료서비스를 제공하지 못하고 있는 실정임.

- 우리나라는 지방의 높은 의사 임금에도 불구하고 정주 여건 등의 문제로 인해 필수 진료과를 비롯한 대부분의 의사인력이 서울·경기 등 수도권에 집중되는 현상이 지속되고 있음(신현웅 외, 2025).
- 특히 강원특별자치도의 경우, 2025년 2분기 기준 인구 천 명당 의사 수가 1.74명으로 전국 17개 시도 평균인 2.19명에 비해 상대적으로 의사 수가 부족할 뿐만 아니라, 실질적으로 대다수의 의료인력이 춘천, 원주, 강릉과 같은 도심지역에 집중되어 자치도 내 18개 시·군 간 의료인력의 불균형도 심각한 수준으로 나타남.
- 이로 인해 강원특별자치도는 전체 18개 시군 중 원주시, 춘천시, 강릉시를 제외한 나머지 15개 시군의 의료 취약도가 50점 이상으로 나타나(국립중앙의료원, 2025), 전국에서 경상북도와 함께 가장 많은 의료취약지를 보유하고 있는 지자체인 것으로 나타남.
- 한편, 최근 5개년 데이터를 활용하여 분석한 국립중앙의료원의 지역거점공공병원 유형화 및 발전방안 연구에 따르면, 강원특별자치도 내 6개 중진료권 중 원주권, 영월권, 동해권, 속초권에는 지역거점공공병원이 위치함에도 불구하고 대부분의 질환에 대한 포괄적인 의료서비스를 제공하는 기관이 존재하지 않는 것으로 나타났는데, 이러한 결과에는 필수요료를 포함한 진료과에서 의료인력 공백이 주요한 영향을 미쳤을 것으로 사료됨.
 - 실제, 강원특별자치도 내 5개 의료원에서 제출한 중장기 발전계획 보고서에 따르면, 2025년 6월 기준 3개 의료원에서 총 9개 진료과가 개설은 되어 있으나 의사 확보에 대한 어려움으로 인해 실질적으로 운영을 하지 못하고 있는 것으로 나타남. 미운영 진료과는 심장혈관흉부외과, 신경과, 비뇨의학과, 성형외과, 재활의학과 등 필수 전문 분야를 포함한 다수의 진료과로 확인됨.

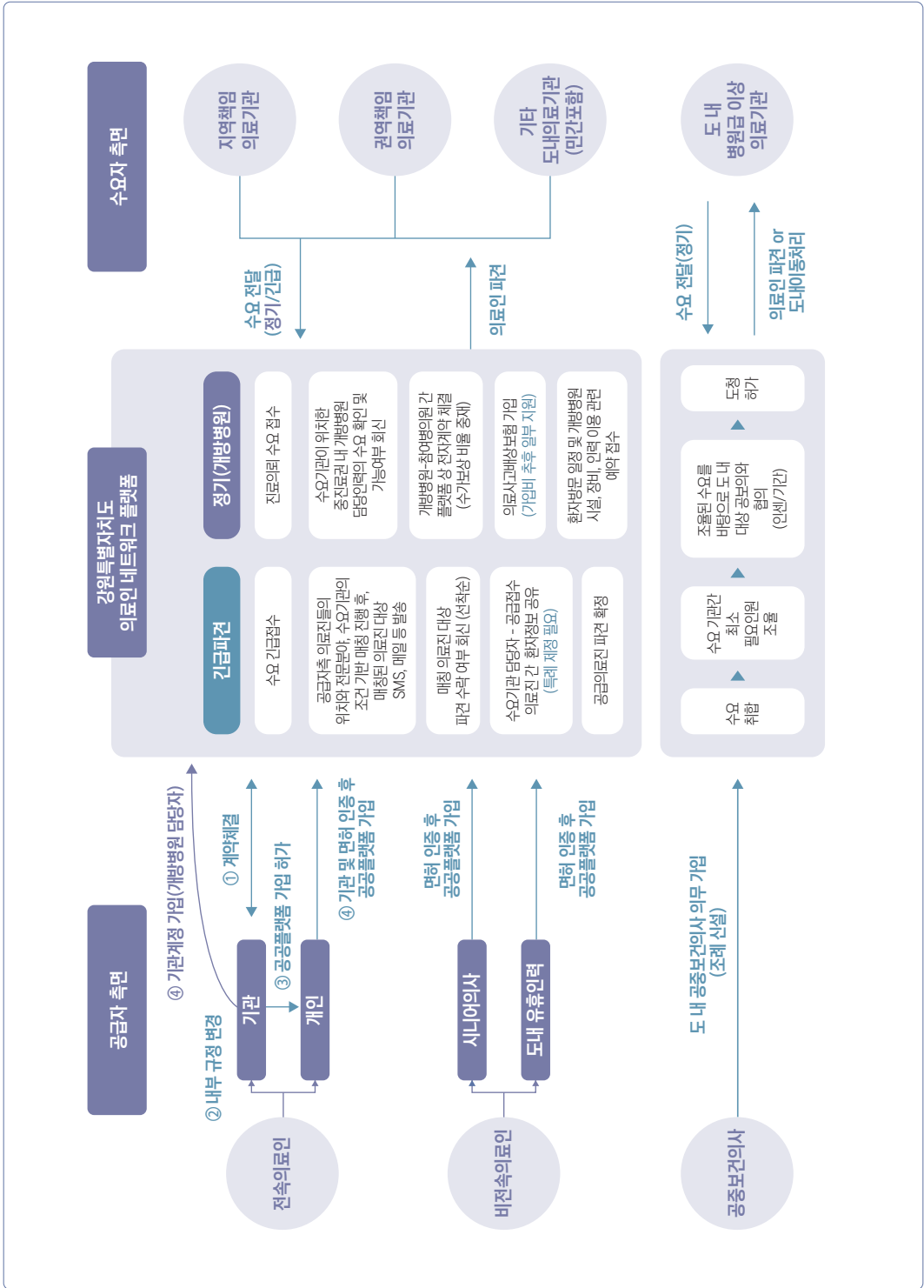
[표 2] 2025년 2분기 기준 강원특별자치도 내 인구 천 명당 의사 수

지역	인구 수	의사 수	인구 천 명당 의사 수
전국	51,164,582	111,882	2.19
강원특별자치도	1,510,615	2,627	1.74
춘천시	285,375	683	2.39
원주시	362,405	745	2.06
강릉시	206,904	467	2.26
동해시	86,854	112	1.29
태백시	37,556	56	1.49
속초시	80,101	125	1.56
삼척시	61,311	69	1.13
홍천군	66,412	89	1.34
횡성군	45,870	29	0.63
영월군	36,361	41	1.13
평창군	39,963	30	0.75
정선군	33,346	30	0.90
철원군	39,996	39	0.98
화천군	22,550	43	1.91
양구군	20,472	35	1.71
인제군	31,005	16	0.52
고성군	26,812	8	0.30
양양군	27,322	10	0.37

출처: 건강보험심사평가원 빅데이터개방포털

□ 이러한 구조적·복합적인 의료공급 차원의 문제를 해결하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단은 지난 2023년에 실시한 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 한정된 의료인력과 의료자원의 효율적 활용 방안으로 강원특별자치도의 지역적 특성을 반영한 ‘강원형 의료인 네트워크 플랫폼’을 제안하였으며, 이를 토대로 전국 최초로 강원의료인력지원센터가 개소하였음.

- 우리나라, 일본, 미국의 개방병원제도에 대한 고찰과 함께 강원특별자치도 내 의료이용 및 의료공급 현황, 병원 간 의료인력 파견 사례 등을 종합적으로 분석한 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 근본적인 의료인력의 확보가 이루어지지 않는 한 의료공백 문제는 점차 심화될 것임을 지적하며, 의대 정원 등의 실질적인 수가 증가하기까지 대안적인 방법으로써 기존 개방병원제도를 바탕으로 한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 제안하였음.
- 특히 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023) 연구에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)은 기존 개방병원제도의 실패를 극복하기 위해 양방향 인력 공유와 팀 단위 파견 등 혁신적 요소를 도입한 플랫폼으로, 지역 내 의료인력을 관리 및 담당할 수 있는 전문적인 지식을 가진 독립적인 전담기구에서 운영되며, 세부 운영 모델로는 △긴급파견모델, △정기(개방병원)파견 모델, △공중보건의사 파견 모델로 구분됨. 구체적인 내용은 [그림 2]와 같음.
 - 긴급파견모델은 자치도 내 의료기관에서 의료인 공백 등으로 인한 긴급한 의료 수요가 발생하였을 때 활용하는 모델로, 주요 파견 절차는 △수요기관 측 긴급파견요청 접수, △플랫폼 기반 의료진 매칭, △파견수락 및 환자정보 공유, △의료인 파견, △정산 순서로 이루어짐.
 - 정기파견 모델은 개방병원제도를 근거로 하되, 개방병원제도의 주요 한계를 보완하여 플랫폼에 통합시키는 모델임. 정기파견 모델의 절차로는 △수요기관 측 개방병원 진료 신청 및 접수, △플랫폼 기반 개방병원 매칭, △개방병원-참여 병의원 간 전자계약 체결, △개방병원 전용 의료사고 배상보험 가입, △환자 정보 공유 및 의료행위 제공 계획 수립, △개방병원 진료 수행으로 구성됨.
- 이러한 제언을 토대로 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼을 실제 정책 수행 환경에 구현하고 운영 및 지원하기 위한 목적으로 지난 2024년 8월 강원의료인력지원센터를 전국 최초로 개소하였으며, 현재 지역필수의사제 시범사업을 비롯하여 지역의료 인력 확보와 지속가능한 의료 환경 조성을 위해 노력하고 있음.



[그림 2] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 세부 운영 프로세스

- 그러나 2023년에 수행된 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 제안한 ‘강원형 의료인 네트워크 플랫폼’은 거시적인 관점에서 의료인력 공유 프로세스에 대해 제시하였으나, 인센티브의 구체적인 양과 행정절차 시 필요한 사항 등 미시적인 관점의 부분에 대해서는 추가적인 논의나 검토를 필요하다는 점에서 한계가 존재함.
 - 선행연구인 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」경우, 의료인력 파견을 위한 모델별 주요 프로세스나 행정절차에 대해 구체적으로 제시하였으나, 각 모델을 운영함에 있어서 수반되는 기초 비용과 의료인 파견 과정에서 지급하는 인센티브에 대해서는 상당히 포괄적으로 제시하고 있음.
 - 현재 해당 모델을 정책 수행 환경에 구현하고자 강원의료인력지원센터를 비롯한 행정조직이 신설됨에 따라, 기존에 수립된 파견모델의 실행 가능성과 실행에 필요한 운영비용과 구체적인 행정지원 사항, 그리고 인센티브의 항목 및 금액 범위를 구체적이고 면밀히 검토하여 규정할 필요성이 대두됨.
- 따라서 본 연구에서는 정책 구현 단계에 접어든 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 정책 구현을 위하여 국내외 관련 사례를 분석하고, 의사 대상 인터뷰를 통해 현장의 의견을 청취하여 각 모델별 실행 가능성을 체계적·심층적으로 분석하고 평가하고자 함. 이를 통해 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 실효성을 제고하고, 지역 완결형 필수의료로 안정적으로 제공할 수 있는 기틀을 마련하기 위한 정책적 기초 자료를 제공하고자 함.

| 제2절 | 연구 목적

- 본 연구의 목적은 선행 연구인 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 운영과 정책 마련을 위해, 국내외 의료인력 파견 정책 및 사례 분석과 전문의 대상 심층 인터뷰를 통해 플랫폼의 구체적인 실행 방안을 도출하고 정책적·실무적 제언을 제시하는 것임.
- 구체적으로 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 실행을 위해 국내 의료인력 파견 관련 정책 동향과 국내·외 의료인력 파견 사례를 검토 및 분석하고, 이를 통해 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 법적·제도적 최신 동향을 반영할 뿐만 아니라, 파견모델 운영 과정에서 수반되는 행정적 기준 마련을 통한 정책적·실무적 완성도를 제고하고자 하였음.
- 또한, 플랫폼에 참여하는 주요 이해관계자인 강원특별자치도 내 의사인력을 대상으로 인터뷰를 실시하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼과 플랫폼의 각 모델에 대한 실행 가능성을 평가하고, 의사인력의 참여 동기 요인 파악과 플랫폼 참여에 대한 주요 장애요인을 진단하여 실무적인 기준 설정과 장애요인을 극복할 다층적 보상체계를 마련하고자 하였음.

제 2 장

연구방법

제1절. 연구 수행체계 및 연구 방법

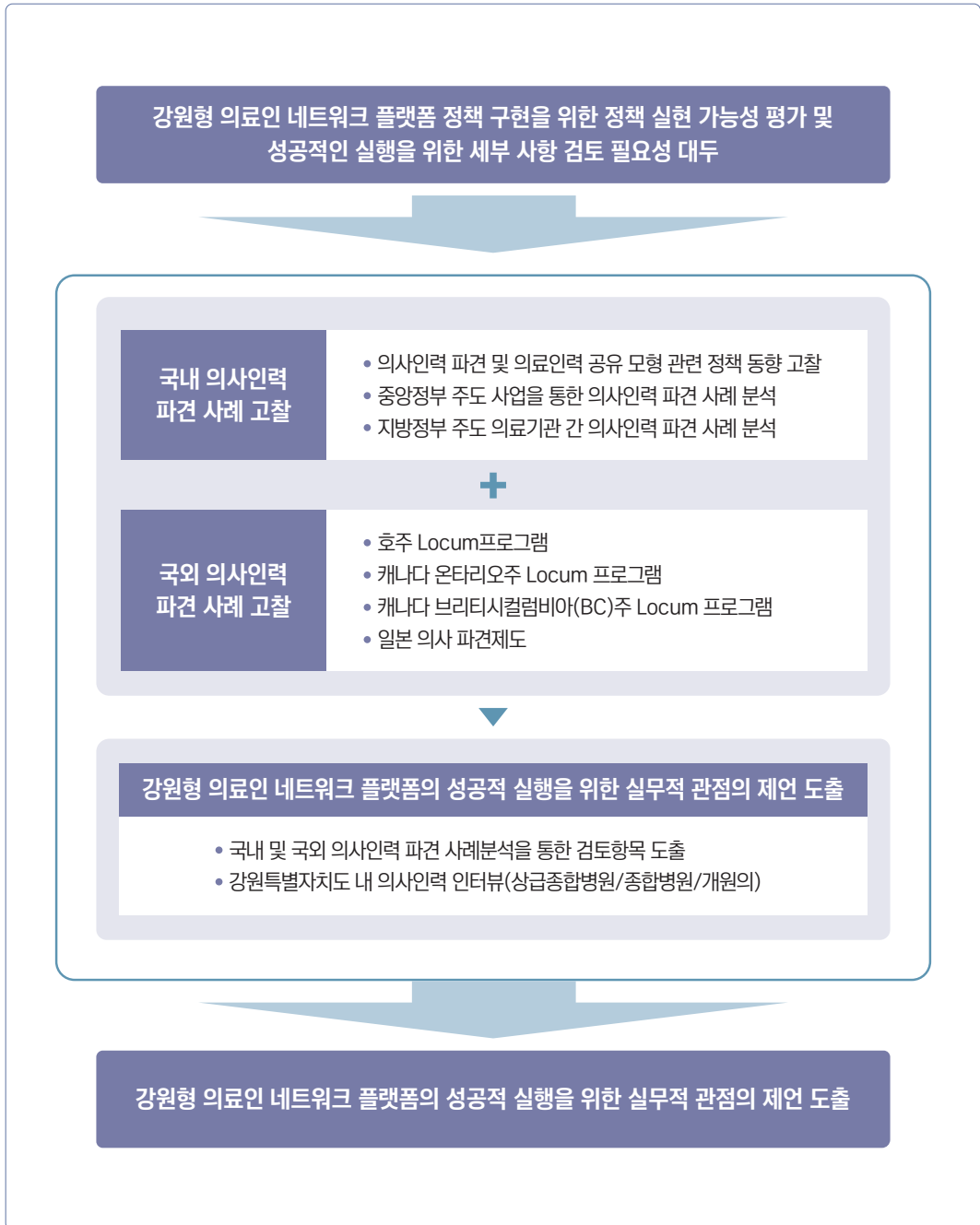
제 2 장

연구 방법

| 제1절 | 연구 수행체계 및 연구 방법

1 연구내용 및 연구 수행체계

- 본 연구에서는 2007년부터 실시하고 있는 기존 개방병원제도에 대해 살펴보고, 이를 기반으로 선행연구에서 도출된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼과 제2차 의료개혁 내 명시된 의료인력 공유 및 파견 관련 내용에 대한 제도적 개선 사례에 대해 분석하였으며, 국내에서 실시하고 있는 중앙정부 및 지방정부 주도 의사인력 파견 사례를 분석하여 각 사례별 근거, 추진체계 및 지원 항목에 대해 검토하였음.
- 또한, 국외에서 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼과 유사한 플랫폼을 운영하거나, 지역 및 기관 간 의료인력을 파견하고 있는 호주, 캐나다, 일본의 사례를 조사하여 각 사례별 추진체계, 파견대상 의료기관 및 파견인력에 대한 조건, 파견지원항목에 대해 면밀히 검토하였음.
- 이러한 검토 결과를 바탕으로, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼을 실현하기 위해 검토가 필요한 사항을 도출하고, 이를 기반으로 강원특별자치도 내 의사인력을 대상으로 인터뷰를 수행하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 실무적 제언을 도출하고자 하였음.



[그림 3] 연구 수행체계 도식도

2 연구 방법

가. 문헌고찰

- (국내 의사인력 파견 관련 정책동향) 국내 의사인력 파견 관련 정책 동향은 기존 개방병원 제도의 운영 시스템과 제도 적용 과정에서 나타난 주요 문제점 및 강원특별자치도 내 개방병원제도 적용 한계점에 대해 살펴보고, 이를 기반으로 선행연구에서 도출된 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼을 세부적으로 분석하고자 하였음.
- 이와 함께 2025년 보건복지부에서 발표한 의료개혁 제2차 실행방안 내 명시된 의료인력 공유 및 파견 관련 개선사항에 대해 검토하고, 국내 중앙 및 지방정부 주도의 의료인력 파견 사례를 분석하여 기존 연구에서 제시한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에 법적·제도적 최신 동향을 반영하고, 파견모델 운영 과정에서 수반되는 행정적 기준 마련을 통한 정책적 완성도를 제고하고자 하였음.
 - 이때, 국내 중앙정부 주도의 의사인력 파견 사례의 경우, 시범사업을 중심으로 한 의사인력 파견사례를 조사하였으며, 크게 △소아청소년 암 진료 체계 구축사업, △공공임상교수제 시범사업, △국립중앙의료원 닥터링크 사례를 분석하였음.
 - 지방정부 주도의 의사인력 파견 사례의 경우, 주로 의료기관 간 파견사례로, △경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업 추진 계획과 △경상북도 공공보건의료 협력 강화 추진단 의료인력 파견 사례를 중점적으로 검토하였음.
- (국외 지역 및 기관 간 의사인력 파견 사례) 국외 지역 및 기관 간 의사인력 파견 사례의 경우, 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼과 유사한 플랫폼을 기반으로 대진(Locum) 중심의 의사인력 파견을 실시하고 있는 호주, 캐나다에 대한 문헌고찰을 중점적으로 수행하였음. 이외에 제도적인 차원에서 의사인력 파견을 실시하고 있는 일본의 사례를 추가로 검토하여 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼의 실현을 위해 세부 모델 단계에서 추가적인 검토가 필요한 부분에 대해 도출하고, 세부 행정적 기준을 마련하는 근거자료로써 활용하였음.

- 이때, 각 국가별로 분석한 모델은 호주 1개 모델, 캐나다 온타리오주 2개 모델, 캐나다 브리티시컬럼비아주 4개 모델, 일본 2개 모델로 총 9개 모델에 대해서 분석하였으며, 각 국가별 의료인력의 파견 과정과 이에 따른 행정절차, 파견에 따른 보수와 지원액을 면밀히 검토하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 파견 프로세스 및 보수 설정의 근거로써 활용하였음.

나. 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰

- (인터뷰 목표) 본 심층 인터뷰는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 주요 공급자 역할을 수행하는 강원특별자치도 내 전문의들의 참여 동기 요인과 주요 장애요인을 파악하여, 적정 파견 보수액 설정을 비롯한 실무적 기준을 마련하고 장애요인을 극복할 수 있는 다층적 보상체계를 마련하기 위해 시행됨.
- (인터뷰 대상자 표집방법) 인터뷰 대상자 표집은 최초 강원특별자치도공공보건의료지원단 내부 연구자 네트워크를 통해 목적적 표집을 실시하고, 이후 선정된 인터뷰 대상자로부터 추천을 받아 유사한 특성을 가진 다른 전문의들을 점진적으로 모집하는 눈덩이 표집법을 활용하였음.
- (인터뷰 대상자) 인터뷰 대상자는 강원특별자치도 내 활동 중인 전문의 중 심층 인터뷰 참여에 동의한 전문의 11인으로, 병원·종합병원·상급종합병원급 의료기관에서 근무하는 봉직의 10인을 주요 인터뷰 집단으로 설정하고, 진료과별 특성을 고려하기 위해 내과계와 외과계로 구분하여 인터뷰 대상자를 구성하였음. 또한, 추가적으로 의원급 의료기관에서 근무하는 개원의 1인에 대해 제한적인 범위 내에서 인터뷰를 별도 진행하였음.
- 질적연구에서는 고정된 표본 수보다 연구목적에 부합하는 자료의 풍부함(richness)을 확보하는 것이 핵심이며 주요 주제가 대략 참여자 12명 내외에서 포화되었다고 보고되고 있음(Guest, Bunce, Johnson, 2006). 또한 동질적인 세부 집단의 경우는 6~10명 규모가 적정하다는 경험적 권고가 제시됨(Kuzel, 1992; Braun & Clarke, 2013).

- 이에 본 연구는 강원특별자치도에서 활동하는 의사 중 봉직의 10인을 인터뷰 대상으로 구성하되, 수집 과정에서 자료 포화 도달 여부를 점검하여 표본 크기의 타당성을 확보함. 특히 자료의 다양성을 위해 전공과(내과계¹⁾/외과계²⁾, 지역(도시지역(춘천, 원주, 강릉)/ 그 외 지역)을 고려하여 연구 참여자를 모집함.
 - 이때, 아래와 같은 조건을 가진 의사인력의 경우에는 인터뷰 대상자에서 제외하였음.
 - 강원지역 내 거주 또는 근무하고 있지 아니한 자
 - 건강보험심사평가원 의료인력 인력 코드상 의사에 속하지 아니한 자(치과의사, 한의사 등)
 - 각 진료과별 전문의 자격을 취득하지 아니한 자(일반의, 레지던트)
 - 인터뷰 참여를 거절한 자
 - 본 연구에서는 본래 봉직의 12인과 개원의 12인에 대해 인터뷰를 실시할 것을 계획하였으나, 봉직의 10명은 연구자가 인터뷰 과정에서 이론적 포화에 도달한 것으로 판단하여 추가적인 대상자 모집을 실시하지 아니하였음.
 - 다만, 개원의의 경우에는 실질적인 인터뷰 참여자 섭외에 대한 어려움과 구조적으로 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 내 참여가 어렵다는 연구자 및 인터뷰 대상자의 판단하에 개원의 1인에 대한 인터뷰 이후에 추가적인 대상자 모집을 실시하지 아니하였음.
 - 이에 본 연구에서 개원의 1인에 대한 인터뷰 내용은 주로 구조적인 문제로 인한 플랫폼 참여의 어려움을 중심으로 제한된 논의만을 진행하였으며, 향후 추가적인 후속 연구를 통해 이를 보완할 필요가 있음.
- (주요 인터뷰 질문 항목) 본 인터뷰는 반구조화 인터뷰로, 핵심적인 질문에 대해 인터뷰 프로토콜을 구성하였으나, 대상자의 응답에 따라 유연하고 자유롭게 후속 질문을 제기할 수 있도록 하였음. 구조화된 핵심적인 질문 항목의 경우, 국내 및 국외 의료인력 파견 사례에 관한 문헌고찰을 기반으로 도출된 강원형 의료인 네트워크를 실현하기 위한 실무적 검토 사항에 대해 도출하고, 이를 기반으로 [표 3]과 같이 질문지를 구성하였음.

1) 내과계: 내과, 신경과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 피부과, 결핵과, 재활의학과, 가정의학과

2) 외과계: 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨의학과, 응급의학과, 마취통증의학과

[표 3] 강원특별자치도 내 의사인력 대상 인터뷰 질문지

항목	내용
정기파견모델 실현 가능성 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 정기(개방병원) 모델 도입 및 실행 가능성에 대해 어떻게 생각하십니까? • 정기(개방병원) 모델 도입에서 우려되는 점이나 예상되는 어려움은 무엇이라고 생각하십니까? • 정기(개방병원) 모델의 성공을 위해 선행되어야 할 조건은 무엇이라고 생각하십니까? • 기회가 된다면, 개방병원 모델에 참여하실 의향이 있으십니까?
단기파견모델 실현 가능성 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 단기파견모델의 도입 및 실행 가능성에 대해 어떻게 생각하십니까? • 단기파견에서 발생할 수 있는 문제나 우려 사항은 무엇이라고 생각하십니까? (개인의 의지 이외에 기관장의 의견 등) • 앞으로 기회가 된다면 단기파견 모델에 참여하실 의향이 있으십니까? 그 이유는 무엇입니까?
금전적 인센티브	<ul style="list-style-type: none"> • 보상수준을 산정할 때, 가장 중점적으로 고려해야 하는 것은 무엇이라고 생각하십니까? • 의료기관에 파견될 경우, 선생님께서 적절하다고 느끼는 1일(8시간 기준) 금전적 보상 수준은 어느 정도라고 생각하십니까? • 파견되는 의료기관이 위치한 지역의 특성(의료취약지 여부)에 따라서 금전적 보상의 차등적인 지원이 필요하다고 생각하십니까? 만약 필요하다면 어느정도의 가산이 필요하다고 생각하십니까? • 야간당직 등의 업무를 수행할 때는 기준 금액에서 얼마정도의 가산이 필요하다고 생각하십니까? • 정액제 보상방식과 정액제+진료량을 연동해서 지급하는 방식 중 어떤 방식을 더 선호하십니까? 그리고 그 이유를 말씀해 주실 수 있을까요? • 성과연동제를 선호하신다면, 성과를 판단하는 기준은 무엇이 적절하다고 생각하십니까?
비금전적 인센티브	<ul style="list-style-type: none"> • 만약 금전적 인센티브 이외에 추가적인 항목이 필요한 부분이 있으시다면 자유롭게 말씀해주시기 바랍니다. • (병원/대학병원 관리직 전문의 대상) 본인이 파견되어 발생하는 원소속 병원의 진료 공백에 대하여 병원차원의 적절한 보상이 필요하다고 생각하십니까?
파견절차 및 행정지원	<ul style="list-style-type: none"> • 강원형 의료인력 공유 플랫폼은 향후 단계적인 개발을 거쳐 온라인 플랫폼으로 운영하고자 합니다. 이에 대해 파견의향이 있는 의료인과 의료기관을 적절히 매칭하기 위해서는 파견의사 차원과 파견요청 의료기관 차원에서 사전에 어떠한 정보가 필수적으로 수집되어야 한다고 생각하십니까? • 만일 선생님의 희망 근무조건과 전문성을 고려하여 파견요청기관을 매칭하였을 때, 선생님께서 매칭을 수락하는데 있어 파견 수당 외에 어떤 요소가 가장 중요하다고 생각하십니까?

항목	내용
파견절차 및 행정지원	<ul style="list-style-type: none"> 환자정보 공유, 근무일정 및 범위 조율, 파견 계약, 지원금 정산 등 파견을 위한 제반 행정절차 중에서 어떠한 부분에 대한 행정지원이 가장 필요하다고 생각하십니까? 플랫폼을 운영하는 강원의료인력지원센터가 파견 절차를 지원한다면 어떤 기능을 담당하면 가장 도움이 될까요? 선생님께서 해당 플랫폼을 통해 파견을 가신다고 가정했을 때, 파견을 요청한 의료기관측에서 사전에 준비해주었으면 하는 부분이 있으신지 자유롭게 말씀해주시기 바랍니다.
의료분쟁 및 갈등조정	<ul style="list-style-type: none"> 파견 중 환자나 의료기관과의 갈등이나 의료분쟁이 발생할 수 있다는 우려가 있으시다면, 그에 대한 설명을 부탁드립니다. 의료분쟁 발생 시, 파견 의료인의 책임 범위는 어떻게 설정되어야 적절하다고 보십니까? 어떤 제도적 장치가 마련된다면 의료인 입장에서 단기파견된 기관에서 안심하고 근무할 수 있을까요?
기타 추가의견	<ul style="list-style-type: none"> 강원형 의료인 네트워크 플랫폼이 강원도의 의료인력 문제 해결에 실질적인 도움이 될 수 있다고 보십니까? 마지막으로 오늘 논의된 내용 외에 추가로 하시고 싶은 말씀이 있으신가요?

□ (인터뷰 진행 과정) 인터뷰는 최소 2인 이상의 연구진이 반구조화된 질문지에 기반하여 인터뷰 대상자가 근무하고 있는 의료기관의 소재 지역에 방문하여 대면 인터뷰를 진행하였으며, 크게 △인터뷰 관련 행정사항 안내, △인터뷰 동의 여부 확인 및 동의서 작성, △강원형 의료인 네트워크 모델 설명, △인터뷰 진행 순서로 진행하였음.

○ 인터뷰는 최소 2인 이상의 연구진이 대상자 1인당 약 1시간 정도 진행하였으며, 총 11회 수행됨. 추가적인 질문이나 명확한 의미 확인이 필요한 경우에는 추가로 면담을 요청하여 수행하거나, 전화 및 이메일을 통해 확인하였음.

○ 모든 인터뷰 과정은 사전 동의 하에 녹음하였으며, 녹음 이후 녹취록을 전사하여 자료를 수집하였음.

□ (자료분석) 인터뷰를 통해 수집한 질적 자료는 주제분석(thematic analysis) 방법을 활용하여 분석하였음(Braun & Clarke, 2006). 이때, 수집한 질적 자료는 2인 이상의 연구자가 전사 자료를 검토하여 코드를 도출한 뒤, 상호 교차 검토를 통해 분석한

내용을 비교하였으며, 의견의 차이가 있는 영역에 대해서는 상호 논의를 거쳐 최종적으로 핵심 테마를 도출하였음.

- 일차적으로 연구자가 정리된 녹취록을 반복적으로 읽으면서 문장 단위로 분석하여 주요 질문별로 의미 있는 응답을 파악하고, 이를 코딩하였으며, 이후 코딩한 주요 문장과 단락을 분류하여 범주화한 후, 이를 아우르는 주제를 도출하였음. 이때, 도출된 코드들은 반복적으로 비교하여 코드 간 연관성을 바탕으로 범주화하고 최종적인 주제를 도출함.
- 전체 코딩 과정은 질적 데이터 분석 소프트웨어인 NVivo 15.3.1을 활용하여 분석하였음.

제 3 장

국내·외 의료인력 파견사례 분석

제1절. 국내 의사인력 파견 및 의료인력 공유 모형 관련 정책 동향

제2절. 중앙정부 주도 사업을 통한 의사인력 파견 사례

제3절. 지방정부 주도 사업을 통한 의사인력 파견 사례

제4절. 국외 지역 및 기관 간 의료인력 파견 사례

제 3 장 국내·외 의료인력 파견사례 분석

| 제1절 | 국내 의사인력 파견 및 공유 모형 관련 정책 동향

1 개방병원제도³⁾⁴⁾⁵⁾

가. 개방병원제도 운영 시스템

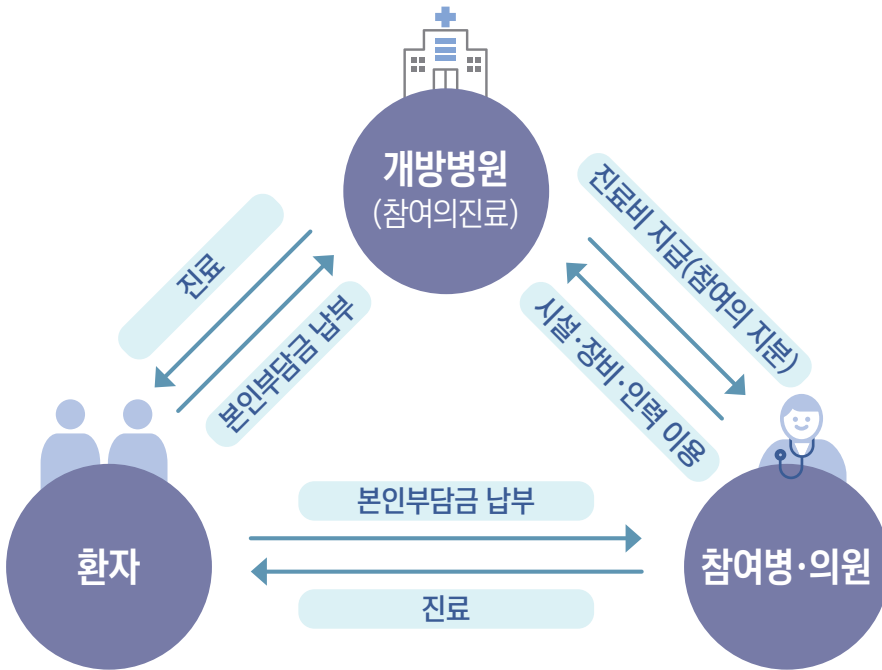
- (개요) 개방병원제도는 1898년 전국민의료보험 실시 이후, 의료기관 간 경쟁 과열로 인한 시설 및 장비를 비롯한 보건의료자원의 무분별한 확대와 저조한 의료장비 이용률 및 병상 가동률, 그리고 일차의료기관과 지역 병원 간 기능 연계 저조 문제와 중소 및 공공병원에서 겪고 있는 의료인력 부족 문제를 해소하기 위해 지난 2001년에 시범사업으로 도입되었으며, 2003년부터는 전면 실시해왔음.
- 주요 도입 근거는 의료법 제39조(시설 등의 공동이용)에 의거하며, 각 항에서는 △ 의료인의 다른 의료기관 시설·장비 및 인력 등의 이용 가능 여부, △ 의료사고 발생에 대한 책임여부를 명시하고 있음.
 - 제1항: 의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다.
 - 제2항: 의료기관의 장은 그 의료기관의 환자를 진료하는 데에 필요하면 해당 의료기관에 소속되지 아니한 의료인에게 진료하도록 할 수 있다.

3) 보건복지가족부. (2009). 개방병원 운영 안내.

4) 박은영. (2010). 개방병원제도에 대한 지역주민들의 태도에 미치는 요인 (Doctoral dissertation, 한양대학교).

5) 강원특별자치도공공보건의료지원단. (2023). 강원특별자치도 도입에 따른 개방병원 제도 개선 방안 연구.

- 제3항: 의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 그 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다.
- 개방병원 운영 시스템은 병원급 이상 의료기관으로써 기관 내 유휴 시설(병상)과 장비, 인력 등을 개방하는 개방병원과 의원 및 병원급 의료기관으로써 개방병원의 시설, 장비, 인력을 이용하여 진료하는 참여 병·의원으로 이루어져 있으며, 구체적인 개방병원제도의 운영 흐름은 [그림 4]와 같음.



[그림 4] 개방병원 운영시스템 도식도

출처: 개방병원 운영 안내. 보건복지가족부(2009).

- (개방병원 대상 기관 및 현황) 개방병원은 병원급 이상 의료기관으로, 지역적 여건과 시설 등을 비롯한 제반여건, 개방병상 5병상 이상 확보, 개방병원장의 개방병원제도에 대한 충분한 이해 등의 조건을 갖추어야 하며, 2025년 5월 말 기준 [표 4]와 같이

전국 106개 기관이 개방병원으로 지정되어 있는 것으로 나타남. 개방병원 지정을 위한 세부 조건은 아래와 같음.

- 의료수요를 지속적으로 창출할 수 있는 적절한 인구조건 및 자질 있는 의사들의 진료활동이 활발하게 이루어지고 있는 지역여건을 갖춘 기관이어야 함.
- 유희시설(병상)·장비 및 인력 등을 계약을 통해 개방하여 인근지역 병·의원의 의사들이 자신의 환자를 지속적으로 진료할 수 있도록 제반 여건 제공이 가능한 기관이어야 함.
- 개방진료를 위한 입원병상을 5병상 이상 확보하여 지정·운영이 가능한 기관이어야 함.
- 개방병원의 장은 개방진료 환자의 치료 전 과정에서 병원 본래 환자와 차별 없이 최선의 의료서비스를 제공하고, 개방병원제도에 대해 충분한 이해와 인식을 갖추고 있어야 함.

[표 4] 2020-2025년 전국 시도별 개방병원 지정 병원 수

시도 / 연도	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년(5월)
계(개소)	106	106	105	105	105	106
서울특별시	15	14	13	14	15	15
경기도	14	14	14	14	15	15
부산광역시	12	12	12	12	11	11
대구광역시	9	9	9	9	9	9
광주광역시	8	7	7	7	6	6
대전광역시	3	3	2	3	3	3
전라남도	7	7	7	7	7	7
전북특별자치도	3	3	3	3	3	4
충청남도	1	1	1	1	1	1
충청북도	7	7	7	7	7	7
경상남도	4	5	6	6	6	6
경상북도	6	6	6	5	5	5
울산광역시	3	4	4	4	4	4
인천광역시	4	4	4	4	4	4
강원특별자치도	7	7	7	6	6	6
세종특별자치시	0	0	0	0	0	0
제주특별자치도	3	3	3	3	3	3

출처: 건강보험심사평가원 내부자료

참고: 2025년 말 기준 폐업기관이 포함되어 있음에 유의

- (참여 병·의원 대상 기관 및 현황) 참여 병·의원 대상 기관은 병원 및 의원급 의료기관으로, 개방진료에 참여하는 의사는 의료기술 습득에 대한 강한 욕구와 환자에 대한 책임의식 등 적극적 성향을 갖추어야 하며, 의료기관은 개방병원에 인접하여 회진이 가능한 거리에 소재해야 한다는 조건을 갖추어야 하며, 2025년 5월 말 기준 [표 5]와 같이 전국 307개 병·의원이 참여 병·의원으로 지정되어 있음. 참여 병·의원 대상 기관의 세부 조건은 아래와 같음.
 - 수술기술 등 진료능력이 높고, 새로운 의료기술 습득에 대한 욕구가 강하며 환자에 대한 책임의식이 강한 적극적 성향을 가진 의사여야 함.
 - 아침·저녁 회진 및 신속한 응급진료 출동이 가능하도록 개방병원에서 인접한 거리(회진 가능한 거리)에 소재한 병·의원이어야 함.
 - 개방병원에 개설되지 않은 진료과목의 개방진료에 참여하고자 하는 경우, 개방병원장 책임 하에 개방병원 이용계약 체결할 수 있음.

[표 5] 2020-2025년 전국 시도별 참여 병·의원 수

시도 / 연도	2020년	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년(5월말)
계	354	341	330	317	309	307
서울특별시	60	59	56	55	53	51
경기도	72	71	74	71	69	70
부산광역시	6	6	6	5	6	5
대구광역시	30	29	27	26	26	26
광주광역시	6	6	5	5	4	4
대전광역시	8	8	4	5	5	4
전라남도	14	14	13	13	13	13
전북특별자치도	19	11	11	10	9	10
충청남도	3	3	1	1	1	1
충청북도	33	33	34	33	32	32
경상남도	3	2	1	1	1	1
경상북도	45	45	45	40	40	40
울산광역시	5	6	5	5	5	5
인천광역시	30	29	29	28	26	26
강원특별자치도	9	8	8	8	8	8
세종특별자치시	0	0	0	0	0	0
제주특별자치도	11	11	11	11	11	11

출처: 건강보험심사평가원 내부자료

참고: 2025년 말 기준 폐업기관이 포함되어 있음에 유의

□ (운영절차) 개방병원 운영 절차는 기본적으로 기관 내 유희 시설(병상)과 장비 및 인력 등을 개방하는 개방병원과 의원·병원급 의료기관으로써 개방병원의 시설·장비 및 인력 이용하여 진료하는 참여 병·의원 간 계약을 체결 및 보건복지부 장관에게 개방병원 운영 승인을 득한 이후, △진료의뢰 사전통보, △환자 이송, △진료의뢰서 접수 및 진행상황 통보, △입퇴원 및 수술, △진료비 청구 및 배분, △사후보고 순서로 운영됨.

○ (개방병원-참여병·의원 간 계약체결) 개방병원제도를 이용하기 위해서는 개방병원으로 지정된 병원과 참여 병·의원 간에 계약을 수행해야 하며, 이때 계약 과정에서 개방병원 진료 수입 분배율 등을 결정하게 됨. 이후, 참여 병·의원의 참여의는 개방진료 참여를 신청하고, 이를 개방병원측에 설치된 개방병원운영위원회에서 검토한 뒤, 참여의가 개방병원에서 진료하기 전에 최종적으로 개방병원 이용 계약서를 서면 체결함.

- 이때, 개방병원 내 개방병원운영위원회가 설치되어 있지 않을 경우, 개방병원장이 포함된 개방병원 내 내부 협의체에서 참여 수락 여부를 결정함.

- 개방병원운영위원회가 구성 및 운영되고 있을 경우, 참여의가 신고서에 적시한 내용 및 지역사회에서의 활동상황 등 개방병원 운영규정에서 정한 내부적 검토 기준과 절차 및 방법에 의거하여 참여 수락 여부를 심의하여 직접 결정하거나, 심의결과를 병원자에게 권고하는 등의 의사결정 과정을 거치도록 함.

○ (개방병원 운영 신청) 개방병원 측은 개방병원 운영을 위해 보건복지부 장관에게 「개방병원 운영(변경) 신청서 별지 제1호 서식」을 제출하여야 하며, 이때, 개방병원을 신청하는 병원은 아래와 같은 구비서류를 신청서와 함께 제출하여야 함.

- 개방병원 운영 신청서에는 의료기관(개방병원)의 명칭, 종별, 소재지, 진료과목, 종사자 수, 병상 수를 기재하여야 하며, 이외에도 개설자의 성명과 주민등록번호, 주소, 면허종별, 면허번호, 운영예정일 등을 기입하여야 함.

- 이외에 구비서류로는 △의료기관 개설 신고필증 사본 1부, △법인의 경우 등기부등본 1부, △개방병원 운영계획서 1부, △개방병원 이용계약서 및 계약된 참여 병·의원 현황 등이며, 해당 서류는 개방병원 운영 신청서와 함께 제출하여야 함.

○ (진료의뢰 사전통보) 개방병원 운영을 위한 모든 준비가 완료된 이후, 참여 병·의원은 개방진료가 필요한 환자가 발생할 경우, 개방병원 측의 담당 직원에게 유선

통화 혹은 서면으로 진료 의뢰 내용을 사전에 통보하고, 개방병원 담당직원은 진료의뢰 내용에 대한 가부를 신속히 확인 및 결정하여 참여 병·의원에 통보함.

- (환자 이송) 진료의뢰 내용에 대한 개방병원 이용이 승인된 경우, 참여 병·의원은 환자상태 및 진료 의뢰 내용 등을 기재한 「개방병원 이용 의뢰서 별지 제2호 서식」을 활용
 - 개방병원 이용 의뢰서에는 환자의 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 상병명, 환자상태 및 의뢰내용, 의뢰하는 의료기관의 명칭과 의사 성명, 전화번호, 면허번호, FAX번호, 주소 등을 기재하여야 함.
- (진료의뢰서 접수 및 진행상황 통보) 환자가 개방병원에 도착하면, 개방병원측 담당 직원은 진료 의뢰내용에 따라 접수 및 등록절차를 수행하고, 검사료 등 필요한 진료비를 납부할 수 있도록 환자에게 안내함. 또한, 개방병원 담당직원은 의뢰받은 진료 내용에 대한 진행 상황을 참여 병·의원 또는 참여의에게 유선 등으로 통보함.
- (입퇴원 및 수술) 입·퇴원이 필요한 진료 및 수술의 경우에는 개방병원 직원이 입원수속 후 환자를 안내하고, 개방병원의 의료인은 환자에게 필요한 사항을 우선적으로 조치함. 참여의는 입원환자에 대한 일일회진을 실시하고, 회진 후 개방병원 담당 의료인 또는 개방병동(실) 간호사 등에게 조치 사항을 지시함.
- 수술의 경우에는 참여의가 개방병원 담당직원과 수술실 이용 가능시간을 협의하되, 마취의의 활동가능시간을 고려하여 수술일정을 확정하고, 참여의는 수술 전 필요사항을 조치하고 수술을 수행함.
 - 이때, 개방병원 담당 의료인과 담당 마취과 의사는 참여의의 수술을 적극적으로 지원해야 하며, 약제 및 재료 등은 원칙적으로 개방병원이 준비한 것을 사용하도록 하되, 희귀약품이나 특수재료 등은 사전에 개방병원에 통보하여 조치하도록 함.
- (진료비 청구 및 배분) 개방진료에 대한 건강보험 급여비용은 개방병원에서 청구하며, 진료비는 환자의 구분에 따라 기본 수술료 및 가산율에 따라 개방병원 이용 계약 시 정한 분배율표에 따라 배분하도록 함. 이때, 진료비에 대한 수익 분배는 [표 6]과 같이 약 7(개방병원):3(참여 병·의원)을 권고하고 있으나, 실질적으로는 계약 주체 간 협의하여 정하도록 하고 있음.

- 이때, 질병군별 포괄수가제는 개방병원이 포괄수가제 적용기관일 경우에만 적용 가능하며, 입원으로부터 퇴원까지 전 과정을 병원에서 진료해야 하고 이를 포괄수가로 청구하도록 명시하고 있음.
- 청구 주체는 참여의가 개방병원에서 입원, 외래 수술 등을 진료한 경우에는 개방병원이 청구의 주체가 되며, 참여의의 참여 없이 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우에는 진료를 의뢰한 참여병·의원이 청구의 주체가 됨.

[표 6] 개방병원 진료수입 분배율표 예시(A)

구분	과별	환자유형	진료수입분배방법	
			개방병원(갑)	참여의(을)
진료비	환자의 구분에 따라		상급병실료, 식대, 기타비급여비 등 수입	건강보험기준 등 30~40% 수입
1. 행위료	내과계통	건강보험기준적용	건강보험수가 70% 수입	건강보험수가 30% 수입
		의료급여기준적용	의료급여수가 70% 수입	의료급여수가 30% 수입
		산업재해보상보험기준적용	산재보험 수가 70% 수입	산재보험수가 30% 수입
		자동차보험기준적용	자보수가 70% 수입	자보수가 30% 수입
	외과계통	건강보험, 의료급여, 산재, 자보 수가 60% 수입	건강보험, 의료급여, 산재, 자보 수가 40% 수입	
2. 회진료	내과	내과, 소아과, 정신과	입원료 수가 60% 수입	입원료 수가 40% 수입
	외과	내과계통 이외의 수술을 요하는 환자	입원료 수가 60% 수입	입원료 수가 40% 수입
3. DRG	내과 및 외과수술 (포괄수가)		전체진료비의 65~70%	전체진료비의 30~35%

출처: 개방병원 운영 안내. 보건복지가족부(2009).

- (사후보고) 개방병원은 매년 말 개방병원 이용계약 참여 병·의원 현황, 진료과목별 참여 병·의원별 환자 수와 진료 수입 분배 현황과 같은 개방병원 운영 관련 자료를 보건복지부에 익년 1월 말일까지 제출해야 함.

□ (개방병원 및 참여병·의원의 준수사항) 개방병원은 참여병·의원과의 계약 체결 이후
 △ 참여병·의원의 환자 치료 협조, △ 개방병원 담당직원 지정 등의 사항을 준수하여야 하며, 참여 병·의원은 △ 개방병원의 진료절차 준수하여 개방진료 실시, △ 1일 1회 이상 개방진료 입원환자 회진 등을 준수하여야 함.

[표 7] 개방병원 및 참여병·의원의 주요 준수사항

구분	준수사항	내용
개방 병원	참여병·의원의 환자 치료 협조	<ul style="list-style-type: none"> • 개방병원장은 참여병·의원과 계약이 체결되면 그 계약내용에 따라 참여 병·의원이 개방병원의 시설 장비 인력 등을 이용하여 자신의 환자를 치료 할 수 있도록 적극 협조하여야 함 • 참여의가 이용하고자 하는 시설 장비 인력에 여유가 있는 경우 개방병원은 원칙적으로 그 이용을 승낙하여야 함 • 의뢰된 개방병원 환자에게도 병원 본래의 환자와 차별 없이 최선의 의료 서비스를 제공하여야 함 • 개방병원은 참여의에게 병원 전속 의사와 동등 이상의 병원시설 등의 이용권을 주어야 함
	참여의의 의료기술 습득 협조	<ul style="list-style-type: none"> • 개방병원 담당의사와 간호사는 참여의에게 필요한 집담회 등의 정보나 자료 등을 제공하여 참여의가 의료기술을 습득할 수 있도록 적극 협조 하여야 함
	개방병원 운영위원회 구성 및 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 개방병원은 운영위원회를 설치하여 운영에 필요한 사항을 협의하되 안전에 따라 필요한 경우 해당 참여의도 참여시켜야 함
	개방병원 담당직원 지정	<ul style="list-style-type: none"> • 참여의가 행하는 진료를 도울 수 있도록 인턴 등 개방병원소속 의사 및 간호사 각 1인 이상을 지정하여야 함 • 개방병원 담당의사 등은 참여의가 병원에 없는 때에 참여의의 사전 요청에 따라 참여의와 함께 개방진료하는 입원환자를 관찰하며 응급상황이 발생할 경우에는 필요한 처치를 신속히 시행하고 참여병·의원 또는 참여의에게 상황을 통보하여야 함
	연락체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> • 개방병동 간호사와 참여의 사이에서 필요한 연락을 하고 개방병동 간호사 등에 대한 자문수행을 하여야 함 • 개방환자에 대한 야간수술에 대비 마취전문의 전공의 간호사의 업무 지원이 가능하도록 연락체계를 갖추어야 함
	개방병원 홍보	<ul style="list-style-type: none"> • 개방병원 담당 부서에서는 동일 진료권 내 병·의원원에게 온라인홍보, 홍보물발간, 간담회 실시 등을 통해 개방병원 운영을 널리 홍보하도록 함
참여 병·의원	개방병원의 진료절차 준수	<ul style="list-style-type: none"> • 참여병·의원은 개방병원의 진료절차를 준수하여 개방진료를 실시하여야 함
	1일 1회 이상 개방진료 입원환자 회진	<ul style="list-style-type: none"> • 참여의는 1일 1회 이상 개방진료 입원환자를 위해 회진을 하여야 함
	응급상황 발생 시 원활한 관계 유지	<ul style="list-style-type: none"> • 응급상황 발생 시 개방병원 담당의사 등과 협조하여 원활하게 대처할 수 있는 관계를 유지해야 함

출처: 개방병원 운영 안내. 보건복지가족부(2009).

- (진료행위 책임 및 의료사고 예방대책) 진료행위의 책임소재를 분명히 하고 의료사고를 예방하기 위해서는 아래의 사항을 준수하되, 해결이 되지 않을 경우에는 의료분쟁 관련 법적 사항에 따른 절차를 따르도록 명시됨.
- 입원 수술 회진 퇴원 등 모든 진료행위는 참여병·의원 또는 참여의 책임 하에 실시하며, 개방병원 담당의사와 간호사 등 개방병원의 의료인이 의료행위를 실시하고자 하는 경우에는 참여의의 지시에 의함.
 - 개방병원 담당의사와 간호사 등 개방병원의 의료인이 개방환자에게 행한 진료와 간호에 대하여도 의료법령에 정한 바에 따라 그 기록을 작성하고 보존하며, 개방병원이 개방환자에게 행한 의료 등에 대한 모든 기록은 해당 참여의가 열람할 수 있음.
 - 입원중인 개방환자에게 응급상황이 발생한 경우에는 현장에 있는 의료인이 우선순위에 맞게 응급처치를 실시하되 개방병원 담당의사와 해당 참여의에게 보고하여 지시 받은 바에 따라 조치하며, 개방병원 담당의사와 해당 참여의에게 연락이 불가능한 경우에는 병원 내 다른 전문의사에게 신속히 보고하여 지시 받아 조치함.
 - 참여의가 퇴원일자를 결정함에 있어 의학적으로 이의가 있는 경우 개방병원 담당의사 등은 참여의에게 이의를 제기할 수 있으며, 참여의가 수용하지 않으면 개방병원운영위원회에서 결정하는 바에 따름.
 - 참여의가 입원 및 퇴원 결정 퇴원후 요양방법 지도를 하고자 할 때에는 개방병원 담당의사와 상의할 수 있음.
 - 개방병원 이용계약에 따른 의무를 해태하여 발생한 의료사고는 그 의무해태자가 속한 의료기관이 사고배상의 책임이 있음.
 - 개방병원에 의료사고대책위원회를 구성하여 개방환자가 제기한 분쟁에 대해서는 참여의와 함께 위원회에서 협의하여 대처함.
 - 참여의가 진료 중 개방병원의 장비 등을 파손하였을 경우 개방병원은 적정한 배상을 요구할 수 있음.

나. 개방병원제도의 주요 문제점⁶⁾

- 이처럼 개방병원제도는 지난 2003년부터 지역 내 병원자원의 공동이용을 통해 의료자원의 유희화와 중소 및 공공병원에서 겪고 있는 의료인력 부족 문제를 해소하기 위해 실시된 정책이나, 실질적인 제도 적용 과정에서 다양한 문제로 인해 현재까지 우리나라 보건의료시스템에 정착하지 못하고 있음.
- 우리나라 개방병원제도와 일본, 미국의 개방병원제도, 그리고 개방병원 제도의 운영 실태 분석을 통한 개선방안을 도출한 오영호 외(2016)의 연구를 포괄적으로 정리하여 문제점을 진단한 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서는 이러한 개방병원제도의 주요 문제에 관하여 크게 △현행 개방병원제도의 주요 한계점과 △강원특별자치도 내 개방병원제도 적용 한계점으로 구분하여 정리하였으며, 주요 내용은 아래와 같음.

1) 현행 개방병원제도의 주요 한계점

- (외부 소속에 따른 차별) 오영호 외(2016)의 연구에 따르면, 개방병원제도에 참여하는 참여 병의원 의료진과 개방병원에 입원한 개방 환자들은 진료 서비스를 제공하거나 제공받는 데 있어 차별이 발생하고 있다는 사례가 보고되고 있어, 참여 병·의원의 의료진과 개방 환자들이 개방병원 내에서 동일한 환자로서 대우받을 수 있도록 할 필요가 있음.
- 미국의 경우, 전통적으로 의사와 병원 간 독립성에 기초하여 개방병원제도가 발전해왔으며, 어텐딩 의사로 계약한 의사는 계약한 병원에서 스태프로 인정받기 때문에 이와 같은 문제가 발생하지 않음.
- 그러나 우리나라의 경우, 개방병원 제도 도입으로 인한 부가적인 업무 부담으로 인해 개방병원 측 직원이 참여의에게 불만을 노골적으로 드러낸다거나 참여의의 진료 보조와 개방환자의 간호를 소홀히 하는 사례가 발생하고 있는 것으로 드러남.

6) 강원특별자치도공공보건의료지원단. (2023). 강원특별자치도 도입에 따른 개방병원 제도 개선 방안 연구.

- 따라서, 이와 같은 문제를 해결하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023) 연구에서는 개방병원 내부에 자체적인 간호업무 전담 인력을 배치하거나, 지속적인 교육과 모니터링을 수행하여 개방병원제도에 참여하는 병·의원의 의료진과 개방병원제도를 활용하는 환자들이 의료서비스를 제공 및 이용하는데 있어 차별받지 않도록 사전 예방책을 마련할 것을 제언하고 있음.
- (행정전담인력에 대한 문제) 개방병원제도에 대한 전담 인력은 참여 병·의원소속의 의료진과 개방 환자 양측에 있어 매우 중요한 역할을 수행하나, 개방병원 실적이 많지 않은 경우에는 별도 인건비 산정 문제로 인해 개방병원 내 기존 인력에게 개방병원 업무를 부가적으로 분장(分掌)하여 기존 인력의 업무 과중 문제가 발생하고 있음을 지적함.
 - 오영호 외(2016)의 연구에 따르면, 우리나라의 개방병원제도 하 개방병원 전담인력은 개방병원과 참여 병·의원소속 의료진들을 연결하는 역할을 수행함으로써, 참여 병·의원소속 의사들의 원활한 진료를 도울뿐만 아니라, 심사 및 행정 업무 등에 관한 업무 경험을 토대로 수가 등 민감한 부분에 있어 도움을 주고 있는 것으로 나타남.
 - 또한, 환자의 측면에서는 개방병원에 방문한 환자를 개별 응대 함으로써 환자에게 개방병원제도를 통해 최상의 의료서비스를 받고 있다는 인식을 심어주어 만족도가 매우 높은 것으로 나타남.
 - 그러나 이러한 장점에도 불구하고 개방병원제도를 이용한 환자의 사례가 매우 적어 개방병원 측에서는 별도의 전담 인력을 선발하지 않고 기존 인력에게 개방병원 업무를 부가적으로 부여하고 있으며, 이로 인해 업무 부담이 존재하는 것으로 나타남.
 - 이에 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023) 연구에서는 이와 같은 개방병원 전담인력 역할의 중요성과 개방병원제도로 인해 기존 행정인력의 업무 부담이 과중되고 있음을 고려할 때, 개방병원과 관련된 행정전담인력을 별도로 선발할 수 있도록 지원이 필요함을 지적하였음.

- (수가 신설에 대한 문제) 오영호 외(2016)의 연구에서 인터뷰에 참여한 개방병원측과 참여의 측은 공통적으로 추가적인 인센티브나 충분한 수준의 수가를 책정하여 개방병원과 참여의가 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 유도해야 함을 지적하고 있음.
- 오영호 외(2016)의 연구에 따르면, 개방병원의 측면에서 심사평가 이후 청구금액이 삭감되는 부분에 대한 부담을 참여의와의 원활한 관계 형성을 위해 개방병원 측이 부담하고 있는 사례가 존재하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 참여의 측면에서는 개방병원제도를 통해 입원한 개방환자를 회진하는 과정에서 발생하는 교통비 등을 보전받을 수 없는 것으로 나타남.
- 또한, 현행 제도 내에서 개방병원과 참여 병·의원이 부가적으로 획득할 수 있는 인센티브가 없고, 수가 자체가 낮다는 점이 개방병원제도 참여를 망설이는 주요 요인으로 지적되고 있음.
- 이와 관련하여 미국은 수가 자체가 의사의 진료분과 병원의 시설 이용료로 구분되어져 있으며, 일본은 참여의가 개방병원 공동 지도료(I)을 청구하고, 개방병원이 개방병원 공동 지도료(II)를 산정할 수 있도록 구분하여 규정하고 있는 것으로 나타남.
- 따라서 이와 같은 문제를 해소하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에서는 개방병원에는 ‘개방병원 이용료’와 같은 수거나 인센티브를, 참여 병·의원에는 ‘개방병원 회진료’ 등을 신설하여 제도 밖 의료기관이 제도 내로 편입될 수 있도록 지원할 필요가 있다는 점을 지적하였음.
- (수익 배분률의 문제) 현행 개방병원제도 내 개방병원과 참여 병·의원 간 수익 배분은 협의를 통해 정부 권고안인 7(개방병원):3(참여 병·의원)을 따르거나, 협의를 통해 항목별 분배율을 차등 적용하고 있는 것으로 나타났으나, 참여의는 개방병원의 수익 분배율에 대한 의견과 제안을 전적으로 수용할 수 밖에 없는 처지에 놓인 것으로 나타남.
- 특히 오영호 외(2016) 연구에 따르면, 참여의는 개방병원과 진료를 맺을 시, 개방병원이 ‘갑’, 참여의가 ‘을’로 표기되어 있어 수익분배율 등 모든 부분에서 개방병원의 제안에 따를 수 밖에 없다는 점을 지적하였으며, 개방병원 인터뷰 참여자 또한

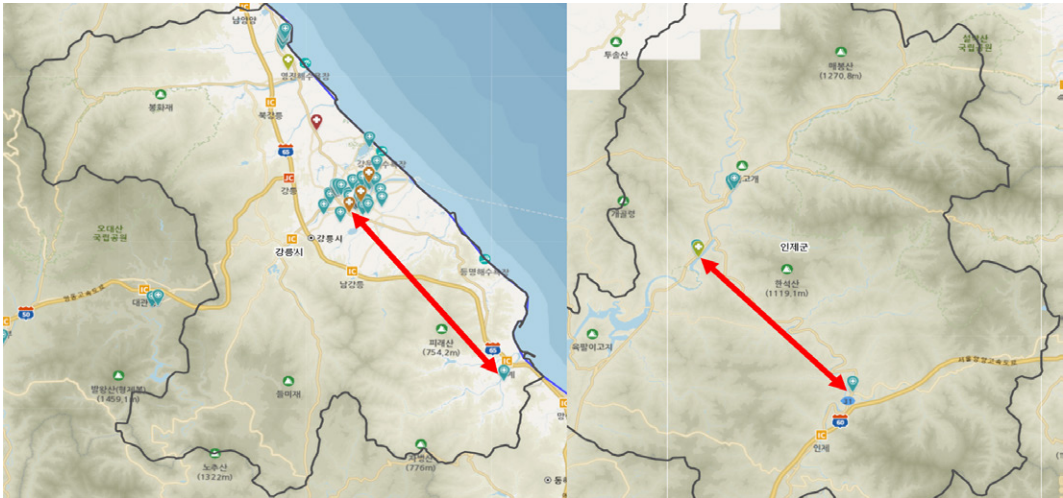
참여의의 노력에 상응하는 분배율을 적용하는 등 참여의의 수익 분배율을 높이는 것이 필요하다고 설명함.

- 따라서, 이와 같은 문제를 해소하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에서는 수익 배분 기준을 명확히 하거나 중재할 수 있는 별도의 기관을 설치하여, 공정한 협의에 의해 수익 배분률이 결정될 수 있도록 지원할 것을 제언하였음.
- (의료사고 책임에 대한 문제) 표준 계약서 상 의료과실이 생기면 상호 협의를 통해 책임소재를 가리도록 명시하고 있으나, 오영호 외(2016)의 연구에 따르면, 일부 개방병원과 참여 병·의원은 계약 시 참여의가 환자에게 제공한 진료에 대해 문제가 발생할 경우 참여의가 전적으로 책임지는 것으로 명시하는 경우도 있는 것으로 나타남.
 - 이와 관련해서 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에서는 진료 과정에서 의사의 선택과 제공되는 서비스의 감시 및 감독에 대한 책임을 소홀히 하여 발생하는 의료분쟁의 책임은 병원 내 의사회에 존재하는 미국의 사례와, 개방병원과 참여 병의원 양측 주치의 모두가 공동 대처하는 일본의 사례를 근거로 의료사고와 같은 분쟁 발생 시 공동 대처 또는 원활한 협의를 통해 책임소재를 가릴 수 있도록 지원할 필요가 있다는 점을 지적함.
- (배상책임보험 가입에 대한 문제) 우리나라의 배상책임보험은 비싼 보험료 대비 보장 범위가 매우 협소하고, 보험상품 또한 그 개수가 매우 적어 개방병원측과 참여 병·의원의 배상책임보험 가입률을 제고하기 위해서는 개방병원제도 전용 보험상품의 개발과 보험료 일부 지원 등의 지원책을 고려할 필요가 있음을 지적함.
 - 오영호 외(2016)의 연구에 따르면, 대부분의 개방병원은 배상책임보험에 가입되어 있으나, 대부분의 참여 병·의원은 비싼 보험료로 인해 배상책임보험에 가입되어 있지 않은 실정이며, 이로 인해 배상책임보험을 가입하지 않은 참여의는 최소한의 위험부담을 가진 환자를 선별하여 개방병원제도를 통해 진료하는 문제가 존재하는 것으로 나타남.
 - 한편, 배상책임보험을 가입한 개방병원의 경우에도 배상책임보험 상품이 적고, 보장 범위 또한 협소하여 실효성에 의문을 제기하였으며, 분쟁 이후 보험료가 큰 폭으로 상승하여 의료 분쟁에 따른 비용 손실 문제를 우려하는 것으로 나타남.

- 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 이와 같은 배상책임보험의 높은 보험료에 대한 문제는 미국에서도 동일하게 나타나고 있으며, 미국 내 의사들은 배상책임보험 보험료가 더 저렴한 주(州)에 위치한 의료기관으로 이동하는 경우도 있음을 지적하였음.
- 또한, 일본의 경우 일본의사회 차원에서 5개 보험회사와 계약을 통해 의사배상책임보험업무를 위탁하고, 보장성을 강화하기 위해 사보험사 또한 보험 상품을 개발하여 판매하고 있는 점을 근거로 우리나라에서도 보장성을 확대한 개방병원제도 전용 보험상품을 개발하고, 일부를 정부 또는 지자체 자원에서 지원하여 개방병원과 참여의의 부담을 일부 경감할 필요가 있음을 제언함.

2) 강원특별자치도 내 개방병원제도 적용 한계점

- (자치도 내 지리적 특성으로 인한 참여 병·의원 확보 어려움) 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 연구에서 강원특별자치도 내 의료기관이 단위 면적에 비해 그 수가 절대적으로 적고, 도심지역에 밀집되어 있어 실질적으로 개방병원 운영지침에 명시된 조건을 만족하는 참여 병·의원의 수가 한정적임을 지적하였음.
- 「개방병원 운영지침」상 참여 병·의원은 총 3가지 조건을 만족해야 하는데, 이 중 의료기관의 위치와 관련하여 ‘아침·저녁 회진 및 신속한 응급진료 출동이 가능하도록 개방병원에서 인접한 거리(회진 가능한 거리)에 소재한 병·의원’이라는 조건을 만족해야함.
- 그러나 강원특별자치도 내 의원급 의료기관(청록색) 중 도심외곽지역에 위치하고 있는 의원급 의료기관은 [그림 5]와 같이 도심지역 내 위치한 병원급 의료기관(빨강, 초록, 갈색)과 직선거리로 20km가량 이격되어 있으며, 대부분의 시·군이 산간지역에 위치한 강원특별자치도의 지리적 특성상 이격거리는 더욱 클 것으로 추정함.
- 이러한 상황을 근거로 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 강원특별자치도는 지리적 특성과 의료기관의 지리적 분포로 인해 개방병원제도에 참여할 수 있는 병·의원의 수가 한정적이기 때문에, 강원특별자치도 내 개방병원제도를 시행 및 확산하는데 한계가 존재함을 지적하였음.



[그림 5] 강릉시(좌) 및 인제군(우) 내 의료기관의 지리적 분포

□ (참여의의 진료 및 수술 보조인력의 부족 문제) 앞선 지리적 문제에 해당하지 않는 자치도 내 병원급 이상 의료기관과 병·의원이 개방진료를 위한 계약을 체결하더라도, 자치도 내 특정 시에 위치하고 있는 의료기관을 제외한 대다수의 의료기관은 참여의의 원활한 진료 및 수술을 지원하기 위한 간호 인력이 부족한 상황임을 지적하며, 이를 해결하기 위해 참여의와 함께 간호인력 1-2인이 함께 개방병원 진료에 참여할 수 있도록 제도 개선의 필요성을 제언하였음.

○ 2024년 기준 강원특별자치도 내 간호인력은 총 7,635명으로, 이 중 77.2%가 춘천시, 원주시, 강릉시에 위치하고 있으며, 나머지 15개 시·군에 약 22.8%가 위치하고 있어, 자치도 내 특정 시·군 내 간호 인력이 쏠려있는 것으로 나타남.

○ 이와 같은 간호인력의 쏠림 현상을 고려할 때, 춘천시, 원주시, 강릉시를 제외한 다른 시·군 내에 위치한 의료기관은 개방진료를 위한 계약을 체결하더라도 간호인력의 부족으로 인해 참여의의 진료 및 수술을 적절히 지원할 수 없어 환자경험에 있어 부정적 영향을 미칠 것으로 추정하였음.

○ 이러한 문제를 해결하기 위해 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 참여의와 함께 간호인력 1-2인이 함께 개방병원 진료에 참여할 수 있도록 참여인력과 관련된 개방병원 제도 개선의 필요성을 제언하였음.

2 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)⁷⁾

가. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 개요

□ (개요) 앞서 우리나라, 일본, 미국의 개방병원제도에 대한 고찰과 함께 강원특별자치도 내 의료이용 및 의료공급 현황, 병원 간 의료인력 파견 사례 등을 종합적으로 분석한 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)은 근본적인 의료인력의 확보가 이루어지지 않는 한 의료공백 문제는 점차 심화될 것임을 지적하며, 의대 정원 등의 실질적인 수가 증가하기까지 대안적인 방법으로써 기존 개방병원제도를 바탕으로 한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 제안하였음.

□ 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)은 기존 개방병원제도가 가지고 있던 의료시설 및 장비 공유의 개념에서 나아가 양방향적으로 의료인력을 공유할 수 있는 모델을 구축하여 의료취약지역 내 의료공백 문제를 해결함과 동시에 기존 개방병원제도와 의료인력 파견 과정에서 발생하는 다양한 제도적·실무적 차원의 다양한 문제점을 [표 8]과 같이 해소 및 보완하여 중앙 정부 정책의 한계를 극복하기 위해 제안된 전국 최초의 의료인력 수급 불균형 문제를 해소하기 위한 마련한 선제적 대응 방안이라는 점에 의의가 존재함.

○ 개방병원제도 차원의 주요 문제로 지적된 △외부소속 의사 및 환자에 대한 차별, △추가적인 개방병원업무로 인한 기존 인력의 업무 과중 문제, △수가 신설 및 수익배분률의 문제, △의료사고 책임 문제 및 배상책임보험 미가입 문제는 각각 △개방병원 전담 간호 및 행정 인력 배치, △개방병원 이용료 및 회진료 등 전반적인 수가 조정 및 인센티브 제공, △수익배분 기준 명확화 및 수익배분 중재기관 설치, △의료사고를 비롯한 분쟁 중재기관 설치, △개방병원 제도 전용 보험상품 개발 및 보험료 일부 지원 등의 개선방안을 도출하였음.

○ 한편, 강원특별자치도의 차원의 주요 문제로 지적된 △참여의의 진료 및 수술 보조인력 부족, △자치도 내 공중보건 의사 활용 불가 문제는 △참여의와 간호인력

7) 강원특별자치도공공보건의료지원단. (2023). 강원특별자치도 도입에 따른 개방병원 제도 개선 방안 연구.

(1~2인)이 함께 개방병원 진료에 참여할 수 있도록 제도 개선, △배치 기관에서 자치도 내 의료기관에 대한 파견을 공중보건 업무로 부여, △개방병원제도 상 ‘1일 1회 이상 회진’ 조건을 공중보건의사에 한하여 완화 등의 개선방안을 도출하였음.

- 마지막으로 강원특별자치도 내 병원 간 의료인력 파견 과정에서 발생했던 주요 문제점인 △수술 보조인력 및 시설에 대한 정보 부족과 우려, △의료사고 발생 가능성에 대한 우려, △기관 간 시스템 및 체계 차이로 인한 우려, △파견 과정의 절차상 문제와 행정절차 과정에서 발생하는 파견요청기관측의 손해, △수가 이외에 추가적인 보상 지급 어려움과 같은 문제는 △파견 전 충분한 정보 제공, △파견에 따른 업무 분담 체계화, △의료사고 등에 대한 제도적 안전장치 마련 및 책임소재 명확화, △행정인력에 대한 인센티브 제공, △추가적인 보상체계 마련 및 파견 비용에 대한 정부 지원 등의 개선방안을 도출하였음.

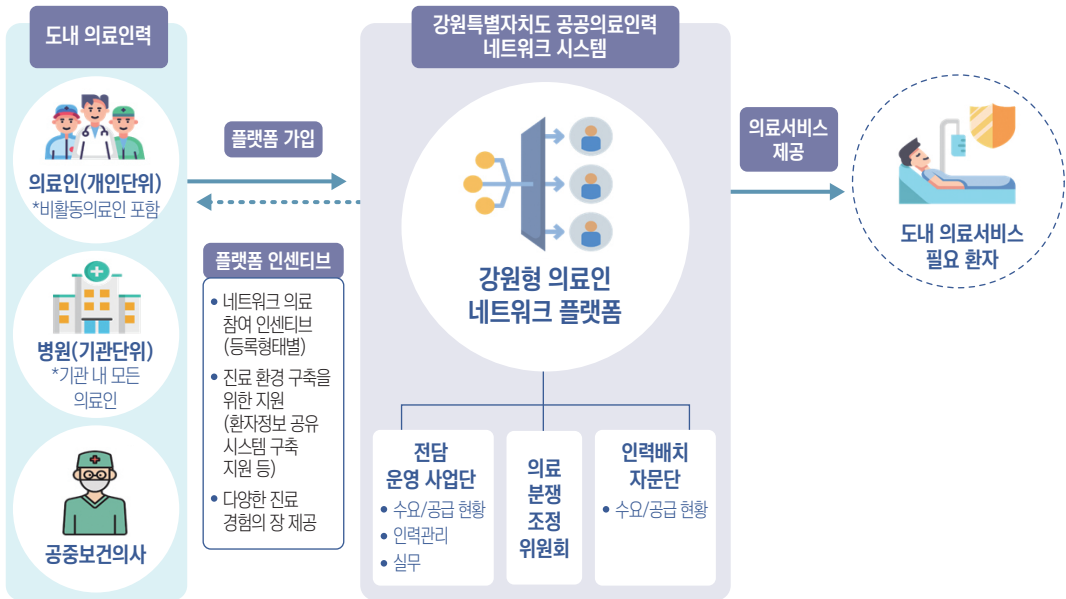
[표 8] 강원특별자치도 개방병원제도 적용 과정의 문제 및 개선방안

구분	문제점	개선방안
개방병원제도 문제	- 외부소속 의사 및 환자에 대한 차별	- 개방병원간호전담 인력 배치 - 지속적인 교육과 모니터링 수행
	- 추가적인 개방병원 업무로 인한 기존인력의 업무 과중 문제	- 개방병원행정전담 인력 배치
	- 수가 신설 문제(참여 유인 동력 부족)	- 개방병원 이용료 또는 참여 병의원 내 의사를 위한 개방병원 회진료 등 전반적인 수가 조정 또는 인센티브 제공
	- 수익 배분률의 문제	- 수익배분 기준을 명확히 하거나 중재기관 설치를 통해 공정한 협의에 의해 수익 배분이 결정될 수 있도록 지원
	- 의료사고 책임에 관한 문제	- 의료사고와 같은 분쟁 발생 시 공동 대처 또는 원활한 협의를 수행할 수 있는 중재기관 설치
	- 배상책임보험 미가입 문제	- 개방병원제도 전용 보험상품의 개발과 보험료 일부 지원 등
강원특별자치도내 문제	- 참여의의 진료 및 수술 보조인력 부족	- 참여의와 간호인력(1-2인)이 함께 개방병원 진료에 참여할 수 있도록 제도 개선
	- 자치도 내 공중보건 의사 활용 불가 문제	- 배치 기관에서 '자치도 내 의료기관에 대한 파견'을 공중보건업무로 부여 - 개방병원제도 상 '1일 1회 이상 회진' 조건을 공중보건 의사에 한하여 완화
의료인력 파견 과정	- 수술 보조인력 및 시설에 대한 정보 부족	- 파견 전 충분한 정보 제공 필요
	- 익숙하지 않은 환경(장비 및 보조인력 등)에서 진행될 수술에 대한 우려	- 파견 전 충분한 정보 제공 필요
	- 의료사고 발생 가능성에 대한 우려	- 의료사고 등에 대한 제도적 안전장치 마련 및 책임소재 명확화
	- 파견요청기관과 파견진행기관 간 수술실 인력체계의 차이로 인한 우려	- 파견에 따른 업무 분담 체계화
	- 전산 활용의 어려움	- 파견에 따른 업무 분담 체계화
	- 의사면허 진위 확인 및 개인정보 수집 등 파견 과정에서 절차상의 문제 및 파견 가능 여부에 대한 우려	- 파견 관련 행정절차에 대한 법적·제도적 개선 - 체계적인 네트워크 플랫폼 구축 필요
	- 행정절차의 처리와 이로 인한 파견요청 기관 측의 손해	- 파견 관련 행정절차에 대한 법적·제도적 개선 - 체계적인 네트워크 플랫폼 구축 필요 - 파견 절차를 수행하는 행정인력에 대한 인센티브 제공 필요
	- 수가 이외에 추가적인 보상 지급의 어려움	- 충분한 예산 마련 - 수가 이외에 추가적인 보상 체계 마련 - 파견 비용에 대한 정부 지원 필요

나. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 운영(안) 세부 내용

1) 운영 주체 및 구성요소

- (운영주체 및 인력구성) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)은 지자체 내 의료인력과 관련 부서 및 기관들의 협력체계를 구축하여 운영되는 플랫폼으로, 지역 내의 의료인력을 관리 및 담당할 수 있는 전문적인 지식을 가진 독립적인 전담기구에서 운영되며, 이때 전담기구는 [그림 6]과 같이 크게 △전담운영사업단, △의료분쟁조정위원회, △인력배치자문단으로 구성되어짐.
- 전담운영사업단은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 운영하는 핵심주체로써, 자치도 내 의료인력 수요 및 공급 현황 전반을 확인하고, 플랫폼에 가입한 인력 관리 및 유입을 관리할 뿐만 아니라, 플랫폼을 이용하여 파견되는 인력들의 지역 내 정주여건 지원 및 근무환경 모니터링 등의 전문인력관리 서비스를 제공하는 역할을 수행함.
- 의료분쟁조정위원회는 파견의료인력의 의료사고 발생 시 분쟁을 조정할 뿐만 아니라 의료사고 발생 시 자문위원 간 네트워킹을 지원하는 역할을 수행함.
- 인력배치자문단의 경우에는 자치도 내에서 발생하는 의료공백에 대응하기 위해 플랫폼 내에서 적절한 의료인력의 배치에 관련한 의사결정을 진행하는 역할을 수행함.



[그림 6] 강원형 의료인 네트워크 공공 플랫폼(안)

- (운영예산) 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에 따르면, 운영에 대한 자금은 별도 기금을 조성하여 마련할 필요가 있음을 제언하고 있으며, 주로 이러한 기금은 플랫폼 시스템 구축 및 관리 뿐만 아니라 참여 의료인 및 의료기관에 대한 인센티브, 의료사고 시 특정 조건 하에 기금을 활용하거나 의료사고보상보험 개발 및 가입비 지원 등의 용도로 사용하도록 한정함.
- (기금 재원) 운영 재원 마련을 위해 조성되는 기금의 경우에는 크게 △지자체 예산, △자치도 차원의 별도 재원, △국민건강보험공단에서 관리되고 있는 보험료 중 강원특별자치도민의 보험료 일부를 Block Grant 형식으로 활용하는 방안을 제언하였음.
- (기금 용도) 기금의 용도는 크게 △플랫폼 관련 시스템 구축 및 관리 등 전반적인 운영, △참여 의료인 및 의료기관에 대한 인센티브, △네트워크 참여 기관 단위 연계 환경 조성을 위한 지원금, △의료사고 분쟁 관련 지원·의료사고보상보험 개발 및 가입비 지원으로 구분하였으며, 이 중 의료사고 분쟁 관련 지원의 경우 의료인이 충분한 주의 의무를 다하여 과실이 없거나, 과실을 인정할 수 없는 사고 임이 명확히 밝혀졌을 경우 일부를 해당 기금을 통해 부담하도록 제언하였음.

- (주요 공급자) 플랫폼을 이용하는 주요 공급자는 크게 자치도 내 전속의료인, 비전속의료인, 공중보건의로사로 이루어져 있으며, 이 중 전속의료인은 기관단위와 개인단위로 구분되고, 비전속의료인의 경우에는 시니어의사와 자치도 내 유희인력으로 구분됨. 각 공급자 별 세부 사항은 아래와 같음.
 - (전속의료인) 전속의료인은 크게 기관 단위와 개인 단위로 구분되는데, 이때 기관 단위는 기관에 소속된 의료인 개인 파견뿐만 아니라 간호사를 비롯한 다양한 의료인력을 팀 단위로 파견되는 전문진료팀 파견이 포함되며, 개인단위의 경우에는 병·의원에 소속된 의료인 등을 의미함.
 - (비전속의료인) 비전속의료인에는 크게 은퇴 혹은 정년을 앞둔 시니어 의사 중 경력 증빙을 완료한 시니어 의사와, 의료인 면허를 소지하고 있으나 현재 소속된 기관이 없는 의료인인 자치도 내 유희인력으로 구분됨.
 - (공중보건의로사) 공중보건의로사는 자치도 내에 이미 배치된 공중보건의로사이며, 이들은 모두 의무가입 대상자로 분류함. 다만, 이러한 활용에 대해서는 공중보건의로사 파견 등에 관하여 지자체 내 조례를 제·개정이 선행되어야 함을 명시하고 있음.
- (주요 수요자) 플랫폼을 이용하는 주요 수요자는 강원특별자치도 내 모든 공공의료기관 및 민간의료기관이 포함하고 있으나, 실제로 이용하는 주요 수요자는 상대적으로 의료인력 수급에 어려움을 겪고 있는 강원특별자치도 내 지역책임의료기관 5개소가 될 확률이 높을 것으로 사료됨.

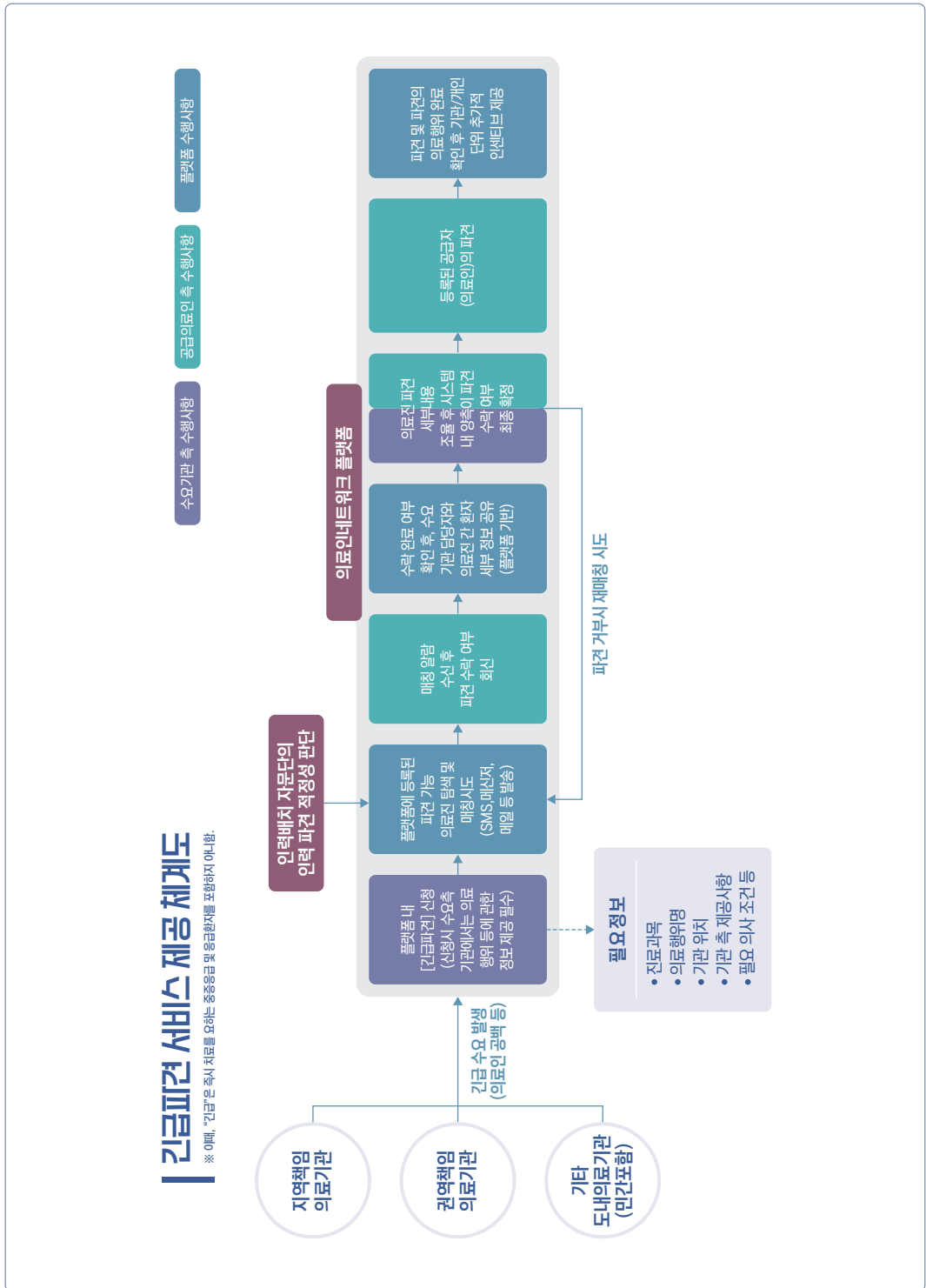
2) 운영 모델

- (강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 모델) 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023) 연구에서 제안하고 있는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 세부 운영 모델은 크게 △긴급파견모델, △정기(개방병원)파견 모델, △공중보건의로사 파견 모델로 구분되며, 각 파견 모델에 참여하기 위해서는 기관 단위 혹은 개인 단위의 플랫폼 가입이 승인되어야 함.
 - 전속의료인 중 기관(병원급 이상)에 소속된 의사의 경우에는 가장 먼저 기관과 플랫폼 간 별도의 계약을 체결하고, 기관 내 의료인력의 파견 의료행위가 가능하도록

내부 규정을 변경한 뒤, 기관 내 의료인력이 기관 및 면허 인증절차를 거쳐 플랫폼에 가입요청을 하면 이를 전담운영사업단에서 승인함.

- 전속의료인 중 의원급에 소속되어 있거나 시니어의사 혹은 도내 유희인력에 해당하는 비전속의료인의 경우에는 별도 계약 없이 면허 인증 절차를 거쳐 플랫폼에 가입요청을 하면 이를 전담운영사업단에서 승인함.
 - 공중보건의학사의 경우, 관련 조례를 신설하여 자치도 내 배치된 공중보건의학사가 강원형 의료인 네트워크에 배치와 동시에 의무적으로 가입하도록 함.
- (긴급파견모델 절차) 긴급파견모델은 자치도 내 의료기관에서 의료인 공백 등으로 인한 긴급한 의료 수요가 발생하였을 때 활용하는 모델로, 주요 파견 절차는 △수요기관 측 긴급파견요청 접수, △플랫폼 기반 의료진 매칭, △파견수락 및 환자정보 공유, △의료인 파견, △정산 순서로 이루어지며, 세부 내용은 [그림 기과] 같음.
- (수요기관 측 긴급파견요청 접수) 강원특별자치도 내에 위치한 공공·민간 의료기관에서 의료인 공백 등의 사유로 긴급한 의료수요 대응이 필요한 경우, 각 기관의 담당자는 플랫폼에 접속하여 [긴급파견]을 신청한 뒤 아래와 같이 필요한 정보를 입력하여 전담운영사업단에 제출하여야 함.
 - 긴급파견 요청 시 신청서에 기입하는 기입하는 정보로는 △필요진료과목, △필요의료행위명, △기관 위치, △기관 측 제공사항, △필요 의사 조건 등이 있으며, 이러한 정보 이외에 부가적인 요청 사항 등을 별도로 기록할 수 있음.
 - (플랫폼 기반 의료진 매칭) 수요기관 측의 긴급파견요청이 접수되면 전담운영사업단은 수요기관 측에서 기입한 정보를 인력배치자문단에 송부하여 적정성 판단을 진행하고, 이후 플랫폼에 가입한 의료인력의 데이터 풀(Pool)에서 우선순위에 따라 가장 적절한 인력을 탐색한 뒤 해당 인력에게 SMS, 메신저, 메일 등을 발송하여 파견 가능 여부 회신을 요청함.
 - (파견수락 및 환자정보 공유) 파견 후보 의료인력이 해당 파견 요청을 수락한 경우, 수요기관 담당자와 파견 후보 의료인력과 플랫폼상에서 환자의 세부 정보에 대해 공유하고, 이와 동시에 업무 범위, 파견 일정, 급여, 교통, 숙박 등의 조건을 협의한 뒤 최종적으로 파견 기간을 확정하여 전자계약을 체결함.

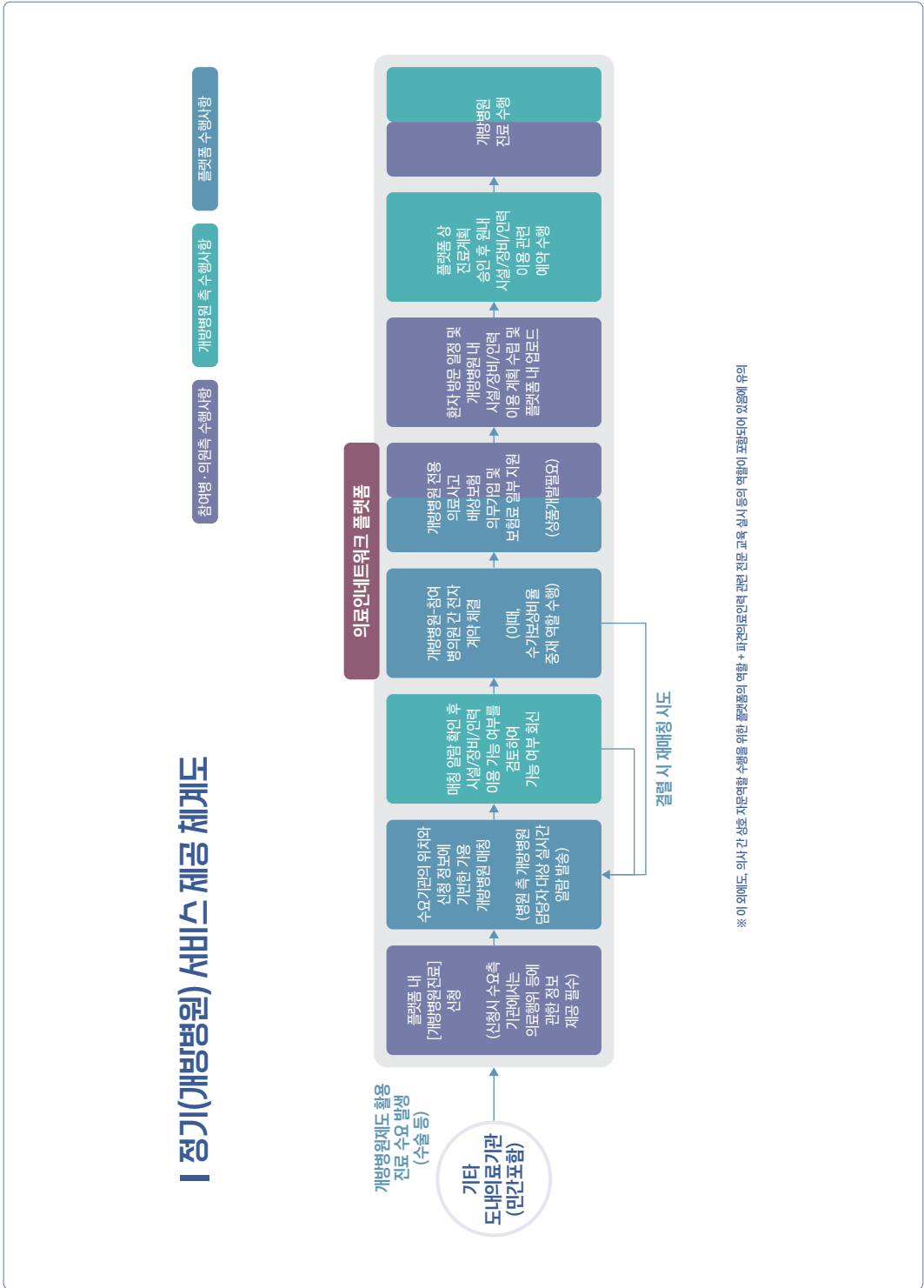
- (의료진 파견) 체결한 전자계약에 명시된 파견일자가 도래하면, 파견 의료인력은 정해진 파견 대상 의료기관으로 이동하여 협의한 범위의 의료행위를 수행함.
- (정산) 체결한 전자계약에 명시된 파견기간이 종료되면, 전담운영사업단은 플랫폼을 통해 파견의료인력의 실제 파견 및 의료행위 수행 여부를 확인하고, 이를 기반으로 기관 또는 개인 단위의 인센티브를 정산함. 또한, 수요기관과 파견의료진 간 상호 만족도 조사를 플랫폼상에서 실시하고, 이를 수집하여 추후 매칭 시 사용함.



[그림 7] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 긴급파견 서비스 제공 체계도

- (정기파견 모델) 정기파견 모델은 개방병원제도를 근거로 하되, 개방병원제도의 주요 한계를 보완하여 플랫폼에 통합시키는 모델임. 정기파견 모델의 절차로는 △수요기관 측 개방병원진료 신청 및 접수, △플랫폼 기반 개방병원 매칭, △개방병원-참여병의원 간 전자계약 체결, △개방병원 전용 의료사고 배상보험 가입, △환자 정보 공유 및 의료행위제공계획 수립, △개방병원 진료 수행으로 구성되며, 세부 내용은 [그림 8]과 같음.
- (수요기관 측 개방병원진료 신청) 병원 및 의원급 의료기관에서 개방병원제도를 활용한 진료 수요가 발생한 경우, 해당 기관 내 담당자는 플랫폼 내 [개방병원진료]를 신청하고, 개방진료를 통해 수행하는 의료행위와 이에 필요한 시설, 장비, 인력 등을 기재하여 플랫폼에 등록함.
 - (플랫폼 기반 개방병원 매칭) 전담운영사업단은 플랫폼에 등록된 개방진료신청을 접수한 뒤, 수요기관의 위치와 신청 정보에 기반하여 가용가능한 개방병원을 매칭하고 알람을 발송함. 매칭된 개방병원 담당자는 해당 알람을 확인한 후, 병원 및 의원급 의료기관에서 요청한 개방진료 내용과 필요 시설, 장비, 인력 등의 가용여부를 확인하여 개방진료를 승인함.
 - (개방병원-참여 병의원 간 전자계약 체결) 개방진료를 승인한 이후, 개방병원과 개방진료 요청 병·의원 간에 수가 배분 비율, 의료사고 책임 관련 내용 등을 협의하고, 이를 플랫폼상에서 전자계약으로 체결함. 이때, 기존에 계약이 체결된 기관의 경우에는 별도의 전자계약을 체결하지 않으며, 전자계약을 체결할 경우에는 전담운영사업단이 수가 배분 비율 중재를 수행하여 각 이해관계자 간 공정한 수가 배분이 될 수 있도록 노력함.
 - (개방병원전용 의료사고 배상보험 가입) 전자계약이 체결되고 난 이후에는 개방진료 건에 대하여 플랫폼상에서 제공하는 의료사고 배상보험을 의무 가입해야 하며, 이때 전담운영사업단에서는 의료사고 배상보험 가입비 일부를 지원함.
 - (환자 정보 공유 및 개방진료제공계획 수립) 배상보험 가입이 완료되고 난 이후에는 환자에 대한 세부적인 정보를 공유하고, 개방진료제공에 필요한 시설, 장비, 인력 등의 예약을 비롯하여 환자에게 개방진료를 제공하는 데 있어 필요한 사항들을 점검하는 등 개방진료제공계획을 수립함.

- (개방병원 진료 수행) 개방진료 일자가 도래하면 개방진료제공계획에 의거하여 개방진료를 수행하고, 개방진료 경험과 관련된 만족도 등을 플랫폼상에서 상호 평가함. 평가자료는 향후 개방병원 매칭에 사용함.



다. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 모델 운영을 위한 선결 조건

□ 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 운영하기 위해서는 기본적으로 △법적 제도적 선결 조건과 △운영기금 관련 선결조건, △인센티브 관련 세부 사항에 대한 검토가 필요하며, 각각의 항목에 대해 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023) 연구에서 도출한 제언은 아래와 같음.

1) 플랫폼 구축을 위한 법적, 제도적 검토

□ (환자 정보 교류 관련 법 제·개정) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 모델 운영 시 파견이 확정되기 이전에 환자의 정보의 전달이 발생함에 따라, 개인정보보호법 등의 근거를 두고 있는 환자 정보를 축적하고, 이를 의료진 파견과 같은 특정 상황에서 상호 교류할 수 있도록 관련 법 개정을 제언함.

□ (EMR 서식지 업로드 및 교환시스템 구축) 각 기관에서 활용하고 있는 EMR 서식지를 플랫폼상에 업로드 하고, 이를 파견 매칭 시에만 교환이 가능하도록 체계를 구축할 필요가 있으며, 장기적인 관점에서는 표준화 작업을 통해 환자 정보를 보다 명확하게 파악할 수 있도록 지원이 필요함을 제언함.

□ (의료기관 비전속 진료 허가) 현행 의료법 제33조(개설 등)에 따르면, 의료인은 의료기관을 개설하거나 의료기관에 속하지 않은 자의 의료행위를 금하고 있으며, 관련 판례 또한 봉직의의 경우에는 2개 이상의 의료기관에서 반복하여 특정 시기에 내원하는 환자를 일률적으로 진료하는 행위는 허용하지 않는다고 명시하고 있어, 실질적으로 '비전속 의료인'을 포함한 의사인력을 정기 및 단기 파견하기 위해서는 해당 조항 내에 특례 또는 특별법 내 의료기관 비전속 진료를 허가하는 조항을 명시할 필요가 있음을 제언함.

○ 이와 같은 사항은 현재 「강원특별자치도 설치 및 미래산업글로벌도시 조성을 위한 특별법 일부개정법률안」(의안번호: 2204384) 내 제73조의8(의료인 진료허용에 관한 특례)에 반영되어 2025년 7월 현재 국회 계류 중인 것으로 나타남.

- (공중보건 의사 활용 지자체 조례 신설) 현재 공중보건 의사는 임기제공무원의 신분으로 「병역법」과 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 근거하여 배치 가능하도록 되어 있으며, 배치 과정에서 지자체 내 의료기관의 공중보건 의사 수요가 적절히 반영되지 못하여 효과적인 공중보건 의사의 배치와 순환을 위해 관련 조례 제·개정에 대한 논의가 필요함.
- (종합병원급 전속 전문의 규정 완화) 강원특별자치도 내 종합병원의 의료인력 구인난이 점차 심화되고 있음을 고려하여, 플랫폼을 통해 인력 공유가 활성화 되기 위해서는 플랫폼 내에서 활동하는 인력이 있을 경우 해당 기관에 소속된 전문의로서 같음 혹은 일부 조건부 기능을 수행할 수 있는 것으로 인정해주는 등의 관련 법령 개정에 관한 논의할 필요가 있음을 제안함.
 - 특히 2009년 보건복지가족부 의료자원과에서 발표한 「신성장동력 확충을 위한 규제개혁 추진관련 조치사항」에 따르면, 주 4일 이상 근무하면서 주 32시간 이상 의료기관에서 근무하는 경우에만 의료인 정원으로 산정할 것을 명시하고 있으며, 종합병원 필수진료과목, 수련병원 등에 의무적으로 고용해야 하는 전속 전문의의 경우 2개 의료기관에서 전속을 불인정 하고 있는 것으로 나타남.
- 이러한 전문의 규정을 완화하는 것은 다소 어려움이 있을 것으로 사료되나, 기관 내 전속하고 있는 의사가 정기적으로 파견되는 경우에는 전속 의료인 혹은 전속 의료인에 준하는 기능을 수행할 수 있는 것으로 인정하여 지역 내 의료기관의 적극적인 플랫폼 참여 및 협조를 이끌어 낼 수 있을 것으로 사료됨.

2) 운영기금 마련을 위한 검토

- (주요 운영기금에 관한 논의 필요) 강원특별자치도 공공보건의료지원단(2023)의 연구에서는 운영기금을 마련하기 위한 수단으로 지자체 자체 예산이나 별도 운영재원, 그리고 국민건강보험공단에서 관리되고 있는 보험료 중 강원특별자치도민의 보험료 일부를 Block Grant 형식으로 활용하는 방안을 제시하였음.
- 다만, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 각 모델을 운영함에 있어 수반되는 기초

비용과 의료인 파견 과정에서 지급하는 인센티브가 구성되지 않은 상황에서 마련해야 하는 구체적인 운영기금 규모를 파악하기 어렵고, 이 때문에 운영기금을 마련하기 위한 방안을 논의하기 위해 대략적인 운영비용 산정이 선행되어야 구체적인 논의를 진행할 수 있을 것으로 사료됨.

3) 인센티브 관련 세부사항 검토

- 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에 따르면, 인센티브는 크게 △파견 의료서비스 제공에 따른 인센티브와 △공중보건 의사 인센티브로 구분할 수 있으며, 각 인센티브의 제공 조건은 아래와 같음.
 - (파견 의료서비스 제공 인센티브) 긴급파견의 경우에는 실제 인력이 파견되어 의료서비스를 제공할 경우 별도의 인센티브를 제공하며, 정기파견의 경우에는 개방병원 계약에 의거하여 상시 혹은 정기적으로 의료서비스 제공이 발생하였을 경우 인센티브를 제공할 것을 제언함.
 - (공중보건 의사 인센티브) 공중보건 의사 인센티브의 경우, 인력 재배치 상황 및 파견 상황 발생 시 이동에 제반된 수당 및 근무지 변경에 관한 인센티브를 제공하며, 이때 인센티브는 기본 보수 이외에 공중보건업무 수행에 따른 업무 활동 장려금 명목으로 지급할 것을 제언함.
- 이외에도 정기적인 컨퍼런스 개최 시 관련 협력 인센티브를 제공하거나, 전문인력 교육 관련 참여비용 지원 등의 인센티브 등을 제공하는 것으로 제언하였음.
- 그러나 해당 연구에서 다루고 있는 인센티브는 각각의 항목과 상황이 구분된 것이 아니라 ‘의료서비스 제공 상황’, ‘인력 재배치 및 파견 시’와 같은 인센티브 지급 조건에 대해서만 언급하고 있고, 포괄적인 수준의 인센티브를 의미하고 있어, 실제 모델 운영 시에는 인센티브의 항목을 구분하고, 각 항목별 인센티브의 제공 조건과 금액 범위를 구체적으로 규정할 필요가 있음.

3 제2차 의료개혁 내 의료인력 공유 관련 사항⁸⁾

- (개요) 지역 및 필수의료 위기 극복을 위한 구조적 해법을 마련하기 위해 출범함. 의료개혁특별위원회는 의료체계 전반에 걸친 구조 개혁 과제를 해결하기 위해 지난해 8월 의료개혁 1차 실행방안을 발표하였음.
 - 의료개혁 1차 실행방안은 크게 △의료인력 확충, △의료전달체계 및 지역의료 혁신, △공정 보상체계 확립, △의료사고 안전망 차원 등 현안 중심의 방안을 마련하였음.
- 그러나, △인력 양성체계와 진료현장-일자리 불일치, △병·의원 역할 미정립 및 수가 역전 현상으로 인한 불균형, △실손보험의 구조적 문제 및 비급여 과잉 팽창, △의료사고 특성을 고려하지 않은 미흡한 형사체계 등의 문제로 인해 구조적 한계를 극복하는 것이 우선되어야 한다는 인식 대두되었고, 이에 2025년 3월 제8차 의료개혁특별위원회에서 2차 실행방안을 발표하였음.
 - 2차 실행방안에서는 주로 △전문의 일자리 확대(구조 전환 연계)·필수 및 지역 인력 유입, △병원급 구조 전환·의원급 역할 정립 지원·연계협력 구조 전환, △급여 전환 및 충분 보상·비급여 적정 관리 및 실손보험의 합리적 개선, △환자 피해 회복 지원 및 의료사고 특화 형사체계 개편이라는 가치 아래 실행 방안을 구성하였으며, 세부 내용은 [표 9]와 같음.

8) 의료개혁추진단. (2025). 의료개혁 2차 실행방안. 보건복지부.
https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1485027&act=view&

[표 9] 2차 의료개혁 실행방안 세부 내용

구분	항목	·부내용
1. 역량 있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화	지역 병원급 의료기관 구조 전환	• 2차병원 역량 강화 추진
		• 지역 포괄 2차 진료 및 필수기능 강화
		• 지역 2차 병원의 필수진료 특화 기능 지원
		• 아급성 기능 확립
		• 지역 2차병원 기능 강화를 위한 제도 개선
	일차의료 의원 육성 및 특정 과목 의원 질 관리 강화	• 통합·지속적 건강관리 중심의 일차의료 의원 육성
		• 의원급 구조전환 통해 진료 질 담보
	지역의료 역량 대폭 강화	• 지역 내 필수의료 연계·협력 강화
		• 인력 공유형 연계·협력 강화
		• 지역 내 의료문제 해결 역량 강화
의료기관 평가체계 개선	• 기능 중심의 성과평가체계 구축	
	• 유사·중복 평가체계 개선 및 행정부담 대폭 완화	
	• 평가체계 개편 기반 확립	
2. 비 급 여 적 정 관리 및 실손보험 개혁	비급여 적정 관리를 위한 관리 체계 혁신	• 치료에 필수적인 비급여 항목 급여화 적극 추진
		• 과잉 우려 큰 비급여에 대한 적정 관리체계 신설
		• 치료 효과성이 큰 비급여 사용 관리 강화
		• 비급여 투명성 제고
		• 통합적·체계적 비급여 관리 틀 확립
	의료체계 정상화와 국민 부담 완화를 위한 실손보험 개편	• 건강보험 급여 본인부담 보장 합리화
		• 중증 중심 비급여 보장 전환
		• 국민부담 완화 및 관리·운영 신뢰성 제고
		• 의료사고 예방 강화 및 소통 활성화
		• 환자·의료진 모두 신뢰하는 분쟁조정제도 혁신
3. 환 자 - 의 료 진 모 두 가 신뢰하는 의료사고 안전망 구축	소통·신뢰 중심분쟁해결 지원 체계 확립	• 의료사고 예방 강화 및 소통 활성화
		• 환자·의료진 모두 신뢰하는 분쟁조정제도 혁신
	신속·충분한 배상을 위한 공적 배상체계 강화	• 실효적 의료사고 배상 강화
		• 의료사고 배상 및 보상에 대한 국가 책임 강화
	필수의료 강화를 위한 형사 체계 개선	• 의학적 전문성 기반 신속 수사체계 마련
		• 중대한 과실 중심 형사 기소체계 전환

출처: 보건복지부 의료개혁추진단 의료개혁 2차 실행방안(2025) 중 일부내용 발췌하여 재구성

- 이 중 의료인력 파견 및 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)과 관련성 있는 항목은 ‘지역의료 역량 대폭 강화’ 항목의 <인력 공유형 연계·협력 강화>와 <지역 내 의료문제 해결 역량 강화>, 그리고 ‘소통·신뢰 중심 분쟁 해결 지원체계 확립’과 ‘신속·충분 배상을 위한 공적 배상체계 강화’의 대부분 하위 내용이며, 구체적인 내용은 아래와 같음.

가. 지역의료 역량 대폭 강화

- (인력 공유형 연계 및 협력 강화) 인력 공유형 연계 및 협력 강화에서는 기존 개방병원제도에서 참여 기관들이 갖추어야 할 거리 및 개방병상 확보 등의 요건들을 완화하고, 파견의료기관과 파견의료인력 대상을 확대하는 등 의료기관 간 인력 공유에 장애요인이 되는 불합리한 규제·지침을 개선하고자 하였음.
- (의료기관 개설자의 인력 공유 참여 가능) 2009년 보건복지가족부 의료자원과에서 발표한 「신성장동력 확충을 위한 규제개혁 추진관련 조치사항」에서 제시한 의료법 제39조제2항에 대한 유권해석 변경(안)에 따르면, 의료기관 개설자는 자신이 개설한 의료기관에서만 근무해야 함을 명시하고 있으나, 금번 의료개혁 2차 실행방안에서는 의료기관의 개설자도 참여가 가능하도록 개선하였음.
 - (의료인력의 종적·횡적 공유 허용) 기존 개방병원 제도 하, 의사인력은 참여 병·의원에서 개방병원(병원급 이상)으로의 일방향적 이동만 가능하였으나, 금번 의료개혁 2차 실행방안에서는 종별과 관계 없이 의사인력의 공유를 허가하였음.
 - (이동주체 제한의 완화) 기존 개방병원제도 아래 참여 병·의원에서 개방병원으로 이동하는 주체는 의사와 환자로 제한되었으나, 의료개혁 2차 실행방안에서는 의사뿐만 아니라, 진료지원팀 등 이동주체를 의료인력 전체로 확대하였음.
 - (병상 및 근거리 조건 등 실시조건 완화) 기존 개방병원제도에서는 참여 병·의원은 야침·저녁 회진 및 신속한 응급진료 출동이 가능하도록 개방병원에서 인접한 거리에 소재해야 한다는 조건이 존재하였으며, 개방병원의 경우에는 개방진료를 위한 입원병상을 5병상 이상 확보하여 운영이 가능해야 한다는 조건이 존재하였음. 그러나, 의료개혁 2차 실행방안에서는 이러한 조건을 전반적으로 완화하겠다고 밝힘.

- 다만, 해당 조건을 어느 정도 수준까지 완화하였는지에 대한 부분은 명시되어 있지 않아 실질적으로 강원특별자치도공공보건의료지원단(2023)의 연구에서 지리적 특성으로 인한 참여 병·의원 확보 어려움 해소 여부는 불투명한 것으로 사료됨.

□ 또한, 인력 공유형 연계 및 협력의 활성화를 위하여 상급 종합병원 구조 전환 및 포괄 2차 종합병원 시범사업 참여기관, 지역의료혁신 시범사업 참여기관의 평가에 있어 실적을 반영하고, 기관에 대한 평가나 수가에 불이익이 없도록 개선하고자 하였음.

□ 다만 이러한 인력 공유형 연계·협력 강화(안)은 수요 감소 또는 공급 부족 등으로 지역 단위 대응이 곤란한 질환·영역을 우선 적용 분야로 제시하고 있으며, 인력 공유형 모델을 ‘연계형’과 ‘파견형’으로 구분하여 각 모델별 해당 질환을 제시하고 있음. 따라서, 이러한 인력 공유 협력체계가 광범위한 분야로 단기간에 확장되기에는 다소 어려움이 있을 것으로 사료됨.

○ 연계형 인력 공유에는 심뇌혈관 질환, 고위험 산모·신생아, 소아 등 원격 영상관독, 소아 심초음파 원격자문 등, 응급상황 또는 긴급대응이 필요하거나 원격 협진 가능 분야가 해당됨.

○ 파견형 인력 공유에는 소아청소년과, 산부인과, 투석, 소아암, 소아심장, 류마티스 등 수요가 감소하고 있는 진료과 영역이거나 발병률이 낮은 희귀 및 난치 질환 등이 포함되며, 주로 취약지 등으로 의료인력을 직접 파견하는 형태가 해당됨.

나. 소통·신뢰 중심 분쟁 해결 지원체계 확립

□ (의료사고 예방 강화 및 소통 활성화) 의료개혁 2차 실행방안에서는 의료사고 예방 체계나 활동 등을 배상책임 보험료 산정 및 의료분쟁조정 판단 근거로 활용하여 적극적인 사고 예방 활동을 유인하도록 하였음.

○ 특히 의료기관이 의료사고 예방체계나 예방활동을 통한 소송비용 절감은 개별 의료기관 보험료율 산정 시 반영하여 일정 비율 보험료를 할인 받을 수 있도록 적극 반영할 것을 명시하였음.

- 이러한 의료사고 예방 강화는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 세부 운영 모델에서 배상책임보험 의무 가입을 명시하고 있다는 점을 고려할 때, 의료사고 예방활동 등을 수요기관 측 또는 전담운영사업단에서 의무적으로 구축하거나 수행하도록 운영 모델을 보완할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- (환자·의료진 모두 신뢰하는 분쟁조정제도 혁신) 법적·의학적 지식이 부족한 환자의 실질적 피해 회복 조력을 위한 ‘환자 대변인’ 제도를 실시할 뿐만 아니라, 의료인 차원에서 보다 정확한 의료사고 감정을 통한 실체 규명이 가능하도록 감정보완 절차 신설 및 컨퍼런스 감정 제도 등을 도입하였으며, 수용성을 높이기 위해 조정기일 확대 및 추가감정·재감정 기회를 보장하고자 하였음.
- 이와 같은 분쟁조정제도 혁신은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시하고 있는 ‘의료분쟁조정위원회’의 역할을 대체할 수 있을 것으로 보여지며, 만약 플랫폼 내에 원안대로 설치를 진행하더라도 국가 차원에서 제시하는 분쟁조정제도 내에서 세부 절차를 수립할 필요가 있을 것으로 사료됨.

다. 신속·충분한 배상을 위한 공적 배상체계 강화

- (실효적 의료사고 배상 강화) 의료개혁 2차 실행방안에서는 실효적 피해 회복을 보장할 수 있도록 모든 의료기관 개설자가 의무적으로 책임보험에 가입하여, 기존 개인에게 부과되었던 책임을 기관으로 전환하고, 공적관리 및 지원 강화 등을 통한 의료진 배상 부담을 완화하도록 하고 있음.
- 특히 기존 진료 위험도 간 10배 이상의 차이를 보인 보험료율을 진료과별 보험료율 차등액 상한제를 도입하여 격차를 최소화하고, 중증·응급 등 생명에 직결되는 고위험 필수진료에 대하여 보험료 지원 및 고액 배상체계를 신설하고자 하였음.
 - 이와 관련하여 내과, 외과, 산부인과, 소아청소년과, 신경과, 신경외과, 흉부혈관외과, 응급의학과 등 총 8개 필수 진료과에 대하여 필수 진료과 배상보험료 지원을 2025년 중 실시 예정으로 명시함.
- 또한, 기관별 사고 전 예방책 및 의료사고 후 소통체계 마련 등 의료사고 발생확률 및 소송비용, 배상액에 영향을 미치는 가감요인을 평가하여 개별 의료기관별 보험료율을 산정하는 등 기관의 책임을 강조하였음.

○ 이와 함께 배상체계 공적기능 강화(안)을 제시하며 의료사고 예방 및 소통 지원, 긴급 치료지원, 분쟁조정제도 활용 지원 및 법조인·의료인·환자 및 소비자 단체 등이 참여하는 국민 옴부즈만제도 운영 등 의료사고와 관련된 공적·정책적 역할 수행을 강화하였음.

- 사고 예방 지원: 의료사고 예방 교육 및 시스템 구축 연구지원, 의료사고 소통 지원을 위한 전문인력 양성, 환자 안전사고 예방 및 피해 회복 제도 연구 등 사업 추진
- 소통 지원: 의료사고 소통 지원 법제화에 따라 의료사고 원인 분석 결과 등을 의료진과 함께 피해자에게 설명하고 의료진·피해자 트라우마 회복을 위한 심리지원
- 긴급 치료지원: 배상 결정 전, 의료사고 피해로 긴급히 치료가 필요할 경우 일정액 긴급지원
- 분쟁조정제도 활용 지원: 의료진·환자에게 의료분쟁조정 절차 소개 및 법률 지원 방안 안내, 배상 절차 및 체계 등을 소개하여 신속하게 분쟁을 해결할 수 있도록 지원

□ 이러한 국가 차원의 의료사고 배상 보험에 대한 책임 강화와 강원형 의료인 플랫폼(안)에서 제시하고 있는 의료사고 배상책임보험 지원과 관련된 재원을 중앙정부 차원에서 일부 제공받을 수 있는 주요한 근거로써 활용할 수 있을 것으로 사료됨.

□ (의료사고심의위원회 신설과 심의 체계 도입) 실제 의료사고 발생 시, 의료사고심의 위원회를 신설하고, 본격적인 수사 이전에 사실 조사 및 의학적 감정에 따른 필수의료 및 중대 과실 여부를 판단하는 사전심의 체계와 의료사고에 대한 신속 심의 및 권고체계를 도입하여 의료인의 의료사고 수사 리스크를 최소화하고자 하였음.

○ 의료사고심의위원회는 법정 상설 심의기구로서 법조계·의료계·환자 및 소비자 단체별로 각각 5인씩 추천하여 총 15명으로 구성된 위원회로, 산하에는 내과계, 외과계, 복합질환계 I·II, 필수의료 여부 확인 전문위원회 등 의료사고 유형별로 총 5개의 전문위원회로 운영됨.

○ 이때, 의료사고가 발생할 경우 개별 전문위원회 별로 관련 진료과목별 의료전문가와 법조계, 환자 및 시민단체가 추천한 전문가가 참여하여 수사당국이 확보한 사실 자료와 의료분쟁절차에 따른 사실조사서 및 의료감정서 등을 활용하여 의학적 근거에 기반한 중대 과실을 심의하게 됨.

○ 심의 과정에서는 최대 150일 내 심의대상자 요건 검토 및 필수의료 및 중대한 과실

여부를 판단하여 수사/기소 및 기소자제를 권고하게 됨. 이때, 심의위원회의 판단 이전에는 소환조사를 자제하도록 권고하여 의료진의 수사 리스크를 최소화하도록 함.

- 이때, 위원회가 검토하게 되는 중대한 과실은 크게 명시적 중대 과실과 비명시적 중대과실로 나뉘는데, 명시적 중대 과실은 주로 수술 부위 착오, 수혈 및 투약 오류 등과 같은 명백한 중대 과실은 법률에 명시 및 판단하며, 비명시적 중대과실은 현저한 주의 의무 일탈 및 피해 발생 과실 등은 심의위원회 내에서 중대 과실 여부를 개별 판단하게 됨.

□ (중대한 과실 중심 형사 기소체계 전환) 한편, 의료사고에 대한 기소에 대해서는 엄정한 수사 및 기소가 필요한 중대 과실 의료행위 중심의 기소체계 전환으로 합리적인 형사체계를 확립하고자 하였는데, 특히 필수의료의 경우에는 공익성을 고려하여 사망을 제외한 중대 과실 중심으로 기소하고, 단순 과실은 분쟁조정 및 신속·충분 배상 등 민사적 분쟁 해결을 도모하고자 하였음.

○ 특히 중증·응급 등 필수의료에 한하여 단순 과실 사망사고의 경우에는 사고 당시 긴급성 및 구명 활동 등을 고려하여 형을 감경하거나 면제하는 등의 노력을 통해 필수의료의 공익성을 고려하여 사법보호를 강화하고자 하였음.

□ 이와 같은 의료사고심의위원회 신설과 같은 사항은 기존 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 의료분쟁조정위원회의 일부 역할을 포함하고 있어, 중앙 단위 조정제도 도입에 따라 기존 모형 내 의료분쟁조정위원회의 역할을 재구성 및 구체화 할 필요가 있을 것으로 사료됨.

| 제2절 | 중앙정부 주도 사업을 통한 의사인력 파견 사례

1 소아청소년암 진료체계 구축 사업³⁾

- (개요) 소아청소년암 진료체계 구축 사업은 지난 2023년 보건복지부에서 발표한 소아의료체계 개선대책 발표 이후 관련 연구와 정책토론회 및 간담회를 거쳐 2024년 1월부터 본격적으로 추진된 사업으로, 저출산으로 인한 인구구조의 변화와 낮은 수가 등으로 인한 소아청소년 관련 진료 수행 병원 및 의사인력의 감소, 한정된 전문인력의 수도권 병원 집중으로 인한 환우 및 가족의 사회경제적 부담 가중 문제를 해결하고자 추진되었음.
- 2024년 소아청소년암 진료체계 구축 사업안내(2024)에 따르면, 2021년 기준 우리나라 소아청소년암 환자 수는 1,349명으로, 저출산 및 학령기 인구 감소로 인해 전체 환자 수는 지속적으로 감소하고 있는 추세에 놓임.
- 그러나, 소아청소년 전공의 수는 2022년 기준 442명으로, 2017년 948명을 정점으로 지속적으로 감소세에 놓여있고, 소아청소년 혈액종양 관련 전문인력은 2017년부터 지속적으로 70~73명대를 유지하고 있어, 향후 소아청소년 전공의 수 감소에 따라 소아청소년 혈액 종양 관련 전문인력 인력수급이 원활하지 않을 것으로 예측됨.
- 또한, 2022년 기준 전국 소아혈액종양 전문의 중 약 62.3%는 서울·경기지역에 분포하고 있고, 울산, 강원, 경북, 세종 지역은 소아혈액종양 전문의가 0명으로 나타나, 실제 수도권과 그 외 지역 간의 소아혈액종양 관련 의료서비스 접근성의 격차가 상당히 심화되고 있는 실정임.
- 따라서 본 사업에서는 소아청소년암 환자들이 거주 지역에서 지속적이고 지역완결적인 진료서비스를 이용할 수 있도록 권역별 소아청소년암 거점병원을 지정하고, 연계협력에 기반한 진료체계를 구축하고자 함.

3) 보건복지부. (2024). 2024 소아청소년암 진료체계 구축 사업안내.

- (추진목적) 주요 추진 목적은 크게 3가지로, △소아청소년암 환자의 거주지역 내 거점병원을 중심으로 지역완결형 진료서비스 제공, △지역 내 소아청소년암 진료 및 협력 네트워크 구축·강화, 의료질 향상 도모, △지속 가능한 국가 차원의 소아청소년암 진료체계 구축 중장기 계획 수립으로 구분됨.
- (추진근거) 본 사업은 「암관리법」제3조(국가 등의 의무)와 제10조(진료방법의 개발 및 보급 등), 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임) 등의 관련 법과 2023년에 발표된 주요 대책인 △필수의료 지원대책(23.1.31.), △소아의료체계 개선 대책(23.2.22.), 지역 내 소아청소년암 진료체계 구축방안 발표(23.7.20.)에 근거하여 추진됨.

가. 사업 추진 체계 및 기관·인력별 역할

- (사업추진체계 및 기관별 역할) 소아청소년암 진료체계 구축 사업의 추진체계는 크게 사업추진총괄을 담당하는 보건복지부와 사업운영지원을 수행하는 국립암센터, 암센터 산하의 소아청소년암전문가자문위원회와 실제 지역에서 권역 내 소아청소년암 환자 진단 및 치료 등의 역할을 수행하는 거점병원으로 이루어져 있으며, 각 기관별 역할은 아래와 같음.
 - (보건복지부의 역할) 보건복지부는 사업추진총괄을 담당하는 기관으로써, △소아청소년암 진료체계 구축 사업 총괄 관리, △소아청소년암 진료체계 거점병원 선정 및 운영계획 수립·평가, △소아청소년암 진료체계 구축 사업 예산 지원 및 지도·감독, 소아청소년암 진료체계 구축에 관한 법령 제·개정의 역할을 수행함.
 - (국립암센터의 역할) 국립암센터는 중앙 사업운영 지원기관으로써, △소아암진료체계 구축 사업 운영지원, △모니터링 및 평가지원, △거점병원 예산 교부, △사업안내서 개발, △사업 참여 인력 교육, △홍보 전략 수립 및 평가, △소아청소년암전문가자문위원회 구성 및 운영의 역할을 수행함.
 - (거점병원의 역할 및 선정기준) 거점병원은 △권역 내 소아청소년암 환자의 진단 및 치료, △진료를 위한 권역 내 협력 의료기관과 치료연계 및 네트워크 구축, 권역 내 소아청소년암 진료 인력 양성 및 교육, △권역 내 소아청소년암 진료체계

홍보, △사업계획서 및 사업실적보고서 제출, △기타 소아청소년암 진료체계 구축을 위하여 필요한 업무 협조 등을 수행함. 이때, 거점병원은 아래의 방법과 기준에 의거하여 선정됨.

- 거점병원은 지역별 소아청소년암 환자 발생률과 전문인력 및 시설 분포 등, 소아청소년암 환자 진료 인프라 현황을 분석하고, 이를 기반으로 전국 15개 시도를 5개 권역(충청, 호남, 경남, 경북, 경기·강원)으로 진료권을 분류한 뒤, 각 권역별 의료기관 중 소아청소년암 치료 가능 시설 및 소아혈액종양 전문의 등을 고려하여 거점병원 대상 기관을 특정함.
- 이때, 거점병원 대상기관은 기존 정부 지원 공공의료 수행기관(지역암센터, 어린이 공공 전문진료센터 등)으로써, 소아청소년암 관련 진료의 핵심 기능(소아혈액종양 전문의 보유, 조혈모세포 이식 가능, 외래·입원 및 응급진료 기능 유지 등)을 유지하고 있는 병원이어야 함.

□ (소아청소년암 진료체계) 소아청소년암 거점병원 유형별 진료체계는 크게 △거점기관형 진료체계, △지역개방형 진료체계, △타지역지원형 진료체계로 구분함. 이 중 지역개방형 진료체계는 기존 개방병원 모델을 일부 활용한 진료체계이며, 타지역지원형 진료체계는 의료인을 직접 파견하는 진료체계로 나타남. 각 진료체계 별 의료 서비스 전달 모형은 아래와 같음.

○ (거점기관형 진료체계) 거점기관형 진료체계는 거점병원에 소속된 소아혈액종양 전문의와 타분과 소아청소년과 전문의 및 촉탁의의 협력 기반 중심 진료체계로, 각 분과별 협력을 통해 거점병원에서 진단·치료·사후관리까지 완결된 치료서비스를 제공하는 것을 의미함.

- 권역 내 일차의료기관에서 암이 의심되는 소아청소년 환자 발생 시, 거점 병원으로 연계하고, 거점병원은 해당 환자에게 암확진 및 조혈모세포 이식, 항암 치료 등 주요 치료, 24시간 응급진료(119 이송 등), 치료 후 사후관리 등을 제공하며, 필요시 해당 환자의 거주지역 내 일차의료기관 소아청소년과에 일반질환 진료 및 건강관리 의뢰와 회송 요청을 수행함.
- 해당 진료체계에는 대상기관으로는 충남대학교병원, 화순전남대학교병원, 양산부산대학교병원이 속하는 것으로 나타남.

○ (지역개방형 진료체계) 지역개방형 진료체계는 거점병원에 소속된 소아혈액종양 전문의와 협력병원에 소속된 소아혈액종양 전문의·촉탁의 및 타 병원소속 전문의·촉탁의, 개방형 의사를 포함한 협력 기반 중심 진료체계를 의미함.

- 거점병원에서 완결적인 치료를 제공하는 것과 달리, 지역개방형 진료체계는 거점병원에서 치료하기 어려운 암 수술 및 양성자 치료 등은 타병원에 의뢰하고, 거점병원은 암 확진 검사, 조혈모세포 이식 및 항암제 치료 등을 포함하는 암 치료, 24시간 응급 진료 및 사후 관리를 수행함.
- 또한, 거점병원에서의 암확진, 암치료(조혈모세포 이식, 항암제 치료 등), 24시간 응급진료, 치료 후 사후관리 과정에서 권역 내 협력병원소속 소아혈액전문의, 타 병원소속 전문의, 촉탁의와 함께 협력 진료를 제공하며, MOU 체결 세부사항에 따라 거점병원과 협력병원 간 환자 진료 정보 교류가 가능하여 보다 원활한 진료 및 치료서비스를 제공할 수 있도록 함.
- 해당 진료체계에는 칠곡경북대학교병원이 거점병원이며, 이외에 협력병원으로는 경북대학교병원, 계명대학교 동산병원, 대구파티마병원, 포항성모병원 등이 속하는 것으로 나타남.¹⁰⁾

○ (타지역지원형 진료체계) 타지역지원형 진료체계는 소아혈액종양 전문의가 없는 취약지역병원에 거점병원소속 소아혈액종양 전문의를 직접 파견하여 해당 권역 내 소아청소년 양성 및 악성 혈액질환, 고형암 환자들의 외래·온콜진료를 지원하고, 첨단 장비를 이용한 치료가 필요한 경우 해당 장비를 보유한 병원 등으로 연계하여 의료 서비스를 제공하는 진료체계를 의미함.

- 타지역지원형 진료체계는 거점병원인 국립암센터 소속 소아혈액종양 전문의를 소아혈액종양 전문의가 없는 취약지역병원에 정기적으로 직접 파견하여 외래진료를 제공하고, 환자 중 첨단장비를 이용한 치료가 필요한 경우에는 해당 장비를 보유한 병원으로 연계하여 진료를 수행하는 진료체계임.
- 이러한 외래진료 과정에서는 취약지역 병원 내 타분과 전문의는 거점병원에서 파견된 소아혈액종양전문의와 연계·협진을 실시하고, 주간 및 야간 입원·응급실 진료 등을 실시함. 또한, 지역 내 소아청소년 혈액종양 환자들의 사후 추적관리는 해당 취약지역 내 어린이 공공전문진료센터 등에서 실시함.
- 해당 진료체계에는 강원대학교병원(취약지역병원)이 속함.

□ (거점병원의 인력 구성 및 역할) 거점병원의 인력 구성은 각 진료체계에 따라 다소 상이하나, 큰 틀에서 의사와 전담간호사, 그리고 사회복지사가 포함되며, 의사의 경우에는 진료체계에 따라 권역 내 개방형 의사를 포함할 수 있는 것으로 나타남.

10) 보건복지부. (2023). [보도참고자료] 대구·경북지역 개방형 소아청소년암 진료체계 구축을 위한 협력체계 마련.

- (의사) 소아청소년암 진료체계 구축 사업의 주요 의사인력으로는 기본적으로 거점병원 내 소아혈액종양 전문의와 입원전담전문의 및 촉탁의, 타분과 소아청소년과 전문의가 포함되며, 이외에 지역개방형 진료체계에서 활용하는 개방형 소아혈액종양 전문의 및 개방형 타분과 소아청소년과 전문의도 주요 의사인력에 포함되는 것으로 나타남. 각 인력별 세부 역할은 아래와 같음.
 - (소아혈액종양 전문의) 거점병원 내 소아혈액종양 전문의는 △외래 및 입원진료(일반 병실, 조혈모세포이식실, 응급실, 중환자실 등), △환자상태평가, 관련 의료진과 치료계획(조혈모세포이식, 면역치료 등) 수립 및 시행, △소아청소년과내 타분과 혹은 타과(외과계) 협진, △검체(골수, 뇌척수액, 병리) 및 영상 검사 결과 분석, △온콜 혹은 야간당직, 동의서 설명 및 보호자 면담, △사업수행 관리, △소아청소년암 진료 관련 인력교육 및 질개선행동을 수행함. 단, 타지역지원형 진료체계의 경우에는 외래진료만 제공하는 것으로 나타남.
 - (개방형 소아혈액종양 전문의) 개방형 소아혈액종양 전문의의 경우에는 △평일 주간입원 환자 진료(환자상태 평가, 치료계획 수립, 시술, 교육 및 상담), △거점병원 세부 전문의가 근무하지 않는 날의 주야간 입원(병실, 중환자실) 및 응급백업, △기타 온콜 및 백업 등의 업무를 수행함.
 - (입원전담전문의 및 촉탁의) 입원전담전문의를 포함한 촉탁의의 경우, △소아청소년암 환자의 상태평가, △1차 호출(primary call)관리, △입원 및 외래환자의 각종 시술(골수천자조직검사, 척수강내항암치료 등)·진료(약물 처방 및 단기 항암 치료 등 경증)를 수행함.
 - (타분과 소아청소년과 전문의) 타분과 소아청소년과 전문의의 경우 주로 소아혈액종양 전문의 유경력자, 소아혈액종양 수련경력 전문의 등으로, 주로 소아청소년암 환자의 주야간 치료를 담당하며, 세부적으로는 △암 관련 합병증 및 소아청소년 질환 치료, △협진의료 및 시술, △촉탁의 관련 업무 등을 수행함.
 - (개방형 타분과 소아청소년과 전문의) 개방형 타분과 소아청소년과 전문의는 △기본 당직의 업무, △온콜 및 백업근무, △평일 주·야간 입원환자(병동 및 중환자실) 진료, △병동/중환자실 주말 및 공휴일 당직 근무를 수행함.
- (전담간호사) 전담간호사는 주로 소아청소년암 환자들의 외래 및 입원 진료 시 △환자 및 보호자 교육·상담, △소아혈액종양 항암 화학요법 수행 관련 간호 업무, △진정 모니터링, 각종 검사 및 시술 보조, 중심정맥도관 관리, △고난도 치료(조혈모세포이식, 양성자 치료, 수술 등) 관련 설명 및 코디네이터 역할 수행, △담당 간호사 대상 소아청소년암 환자 돌봄 교육 및 지원, △지역사회 내 유기적 네트워크 강화 및 협력체계 활성화, △사업 관련 각종 행정 서식 및 보고업무 종합·조정 업무를 수행함.

- (사회복지사) 사회복지사는 △소아청소년 암 환자·가족의 위험요인 및 심리사회적 평가·상담, △사회경제적 자원 발굴 및 연계, △지역사회 자원을 활용한 사회적 네트워크 형성 및 조정, △사회복지정보 제공, △소아청소년암 환자 대상 프로그램 기획·운영·관리, △사업관련 사무행정 업무를 수행함.

나. 사업 예산 편성 항목 및 집행 세부사항

□ (예산 출처) 본 사업의 예산은 국고보조금으로 이루어지는 사업으로 국비와 지자체 부담금, 보조사업자의 자기부담금으로 이루어져 있으며, 보건복지부의 거점병원 운영 및 사업비 지원 계획을 승인받아 국립암센터가 교부하는 것으로 나타남.

□ (예산 편성 항목) 주요 예산 항목은 인건비, 운영비, 여비, 업무추진비, 유형자산, 민간이전(민간경상보조, 민간위탁사업비, 고용부담금)으로 구성되어 있으며, 이 중 국고보조금 교부 사업의 특성상 존재하는 민간이전 및 유형자산 비목과 사업 운영 관련 자문회의 등의 행사를 개최하는데 사용되는 업무추진비를 제외한 나머지 항목에 대한 세부 내용은 아래와 같음.

- (인건비) 인건비 항목에는 거점병원소속 전담인력(의사, 간호사, 사회복지사 등)에 대한 인건비, 개방형 또는 취약지 협력병원소속 전문의·축탁의로 거점병원과 계약하여 본 사업에 참여하는 전문계약직 및 비정규직에 관한 인건비, 사업지원 일용인력(행정보조인력 등) 및 임시직에 대한 인건비를 포함하고 있으며, 각 직종별 별정수당을 포함하고 있는 것으로 나타남.

- 해당 세목으로 지출할 수 있는 인건비의 대상 인력은 사업에 참여하는 정규직 의사(거점병원소속 소아혈액종양 전문의, 타분과 소아청소년과 전문의)와 전문계약직 및 비정규직(축탁의, 개방형 참여의, 타분과 소아청소년과 전문의, 입원전담전문의 등), 전담 간호사 및 전담 사회복지사이며, 이외에도 필요시 행정보조인력 등을 포함한 일용인력을 채용하여 일용 임금을 지급할 수 있음.

- 수당의 종류에는 소아혈액종양 전문의 온콜 및 야간 당직 수당, 인센티브 등이 포함되며, 복리후생비 및 고용부담금의 경우에는 기관 자체 규정에 따라 집행하도록 규정되어 있는 것으로 나타남.

- 다만 직종별 인건비나 수당에 대한 한도는 별도로 규정되어 있지 않아, 실질적으로 사업을

운영하는 거점병원의 실정에 맞추어 자체 규정에 근거하여 자율적으로 보수를 설정하고 있는 것으로 사료됨.

- (운영비) 운영비 항목에는 각종 행사비목인 일반수용비, 공공요금 및 제세 공과금, 임차료, 일반용역비, 기타운영비, 복리후생비가 포함되며, 이때 복리후생비에는 법정 복리후생비, 복리시설부담금 및 후생비, 의료보험, 산재보험, 고용보험, 국민연금 사업자부담금 등이 포함됨.
- (여비) 국내여비의 경우 사업 수행 시 소요되는 출장 및 사업참여인력의 교육비, 교통비 등이 포함되며, 이때 세부 여비 항목은 기관 내 기준에 따르거나 기준이 없을 경우에는 공무원 여비규정을 준용하는 것으로 나타남.
 - 기관 내 기준이 없을 경우에 적용되는 공무원 여비규정에 따르면, 교통비는 실비 정산이 원칙이며, 일비의 경우에는 관내 출장이거나 12km 미만 출장 시 집행이 불가하고, 관외 출장이거나 12km 이상 출장할 경우에는 25,000원을 지급하는 것으로 나타남.
 - 또한, 업무 형편상 부득이 대중교통수단이 없는 산간오지나 도서벽지 등으로 출장가는 경우에는 사유서, 이동거리, 평균주유단가, 방문 관련 서류르 증빙서류로 남기면 연료비를 지급하는 것으로 나타남.
 - 숙박비의 경우에는 보건복지부 주관 워크숍 등 행사 기간이 1박 2일로 숙박이 반드시 필요한 경우와 필수인력이 2일 이상 교육 수강 시 왕복 교통비보다 숙박비가 저렴할 경우 집행이 가능한 것으로 나타남.

2 공공임상교수제 시범사업¹¹⁾¹²⁾

- (개요) 의료인력을 포함한 우리나라 의료자원의 대부분은 수도권에 집중되어 있어 지방에 위치한 공공병원은 원활한 의료인력 수급이 어려운 실정이었으며, 이러한 문제는 코로나19 대유행 이후 더욱 부각되었음.
- 이를 해결하기 위해 정부는 각 지역에 위치한 국립대병원에서 의료인력을 확보하여 지역의 의료공백을 해소하고 의료의 질을 제고하기 위한 방안으로써 2022년부터 공공임상교수제 사업을 발표하였는데, 이는 지역 필수의료 대응을 위한 공공의료 인력 증원과 처우개선 등이 먼저 이루어져야 한다는 정부의 의지에 따라 마련되었음.

가. 2025년 공공임상교수제 채용현황 및 세부 추진 내용

- (지원대상) 공공임상교수제 시범사업의 주요 지원 대상은 국립대병원으로, 각 지원 대상은 자체적인 채용절차를 거쳐 공공임상교수를 채용한 뒤에 교육부에 사업비 지원을 신청하여 지원금을 교부받는 것으로 나타났으며, 본 사업을 통해 사업비를 지원받을 수 있는 총 인원 수는 2025년 기준 31명으로 나타남.
 - 본래 최초 10개 국립대병원이 150여 명의 공공임상교수를 선발하여 국립대병원, 지방의료원 및 적십자병원을 비롯한 공공의료기관에 배치하는 것을 목표로 계획하였으나, 당초 계획보다 채용한 공공임상교수의 수가 적어 사업이 지속될수록 목표 인원이 하향조정되었음.
 - 다만, 교육부에서 발표한 「2025년 국립대병원 공공임상교수제 시범사업 추진계획」에 따르면, 사업 수행이 시작된 2022년에는 당초 계획한 150명을 크게 미달하는 23명이 공공임상교수로 채용되었으나, 2023년에는 29명, 2024년에는 33명으로 점진적으로 늘어나는 경향을 보임.

11) 손지훈 외. (2023). 공공임상교수제 시범사업 평가 및 발전방안 제언 연구 최종보고서.

12) 교육부. (2025). 2025년 국립대병원 공공임상교수제 시범사업 추진계획.

○ 그러나 2025년 공공임상교수제에 투입되는 예산이 총 31명을 채용하는 것을 목표로 설정되어 있어, 실질적으로 본 시범사업을 통해 인건비를 지원받는 인원은 전년과 동일하거나 감소할 것으로 예측됨.

□ 이때 사업지원기관인 국립대병원이 채용할 수 있는 공공임상교수 정원은 감염병 및 필수의료 분야 등 공공의료분야를 기본으로 지원의료기관 소재 지역의 의료공백 해소를 위한 수요를 반영하여 설정하였으며, 2025년 정원은 총 8개 국립대병원에 대해 50명이 배정된 것으로 나타남. 구체적인 각 기관별 정원 대비 채용현황은 [표 10]과 같음.

13) 이때, 공공의료분야에는 감염, 응급, 외상, 심뇌혈관 등 중증의료, 산모·신생아·어린이 의료 등이 포함되는 것으로 나타남.

[표 10] 2025년 1월 기준 국립대병원별 공공임상교수 정원 대비 채용 현황

병원명	배정 정원(명)	채용 인원(명)	근무시작일 / (인원)	지원대상 공공의료기관	진료과목
강원대병원	8	4	'22.07.29. / (1)	영월의료원(2)	마취통증의학과
			'22.11.01. / (1)		외과
			'24.09.30. / (1)		신경외과
			'22.09.01. / (1)	속초의료원(1)	소화기내과
경북대병원	4	2	'23.05.08. / (1)	영주적십자병원(1)	신경외과
			'24.11.18. / (1)	울진군의료원(1)	신경과
경상국립대병원	2	-	-	-	
서울대병원	19	12	'23.09.01. / (1)	경기도의료원(이천)(3)	신경과
			'23.11.01. / (1)		
			'24.08.01. / (1)		
			'22.07.29. / (1)	인천적십자병원(4)	응급의학과
			'22.09.01. / (1)		
			'22.12.30. / (1)		
			'24.05.01. / (1)		
			'23.01.01. / (1)	경기도의료원(안성)(1)	응급의학과
			'24.03.01. / (1)	경기도의료원(수원)(1)	재활의학과
			'23.11.01. / (2)	충남서산의료원(3)	신경과
'24.05.01. / (1)	가정의학과				
전남대병원	2	2	'24.04.01. / (1)	강진의료원	정형외과
		2	'24.04.01. / (1)	목포시의료원	재활의학과
전북대병원	5	5	'22.07.29. / (2)	진안군의료원(4)	내과
			'23.12.01. / (1)		외과
			'24.06.01. / (1)		정형외과
			'24.03.01. / (1)	군산의료원(1)	신경과
충남대병원	7	6	'23.03.01. / (1)	공주의료원(3)	외과
			'23.09.01. / (1)		신경과
			'24.07.24. / (1)		내과
			'23.03.01. / (2)	서산의료원(2)	소화기내과
			'23.09.01. / (1)	천안의료원(1)	정형외과
충북대병원	3	1	'24.01.15. / (1)	청주의료원(1)	소아청소년과
소계	50	32			

출처: 2025년 국립대병원 공공임상교수제 시범사업 추진계획. 교육부. (2025).

- (사업예산) 2025년 기준 국립대병원 공공임상교수제 시범사업의 사업 예산은 총 39.4억원으로, 2024년 50명 정원을 기준으로 책정된 63.5억원에 비해 약 38% 감소한 것으로 나타남. 이러한 예산 감소는 전년 대비 사업비 지원 대상 공공임상교수 인원 수가 50명에서 31명으로 감소하였기 때문인 것으로 나타남.
 - 교육부에서 발표한 「2025년 국립대병원 공공임상교수제 시범사업 추진계획」에 따르면, 2025년 예산액의 산출근거는 2022년도 서울대병원 의사 1인당 인건비 및 운영비 총액의 평균인 2.54억원의 절반액을 지원대상 공공임상교수 인원 수인 31명을 곱해 산출한 것으로 나타남.
 - 이때 1인당 지원 단가는 작년과 동일하나, 실제 지원 가능한 인원의 수가 작년 대비 19명이 줄어 예산이 감소한 것으로 나타남.

- (지원내용 및 절차) 공공임상교수제 시범사업의 사업추진절차는 크게 △MOU체결, △채용, △순환근무실시로, 구체적으로 국립대병원이 채용한 공공임상교수의 인건비를 포함한 운영비의 50%를 지원하고, 채용된 공공임상교수는 소속 국립대병원과 지원대상의료기관에서 순환근무를 수행하는 것을 골자로 함. 이때 공공임상교수 1인당 지원액은 평균 1.27억원을 초과하지 않는 범위 내에서 지원함을 명시하고 있음.
 - (MOU 체결) 본 사업은 국립대병원과 지원대상 공공보건의료기관(지방의료원, 적십자병원)에 한정하여 지원하는 사업으로, 사업의 원활한 이행을 담보하기 위하여 사업대상기관 간 MOU를 체결하여야 함.
 - 이때 MOU의 세부 내용에는 지방의료원 등에서 공공임상교수 유인을 위해 추가적인 인센티브를 포함하는 것을 권장함.
 - (채용) 공공임상교수 요원 채용은 각 국립대병원별로 자체적으로 정기 및 수시 채용을 실시하며, 이때 채용된 공공임상교수는 재임용이 보장된 정년트랙 교수 직위이되, 세부적인 사항은 개별 국립대병원의 정관 및 공공임상교수제 운영규정에 따르도록 명시하고 있음.
 - 채용 과정에서 지방의료원 등 공공보건의료기관에서 근무 중인 인력을 공공임상교수로 전환하여 기존 기관에 동일하게 근무하는 형태의 전환 채용은 불가한 것으로 나타남.
 - 다만, 지침에 따르면 필수의료 공백 최소화를 위해 비교적 3개월 이내의 최근 신규 채용된 공공의료기관의 의료인력을 공공임상교수로 채용하는 것은 가능한 것으로 나타남.

- (순환근무실시) 채용된 공공임상교수는 소속 국립대병원과 지원대상 공공보건의료기관에서 순환근무를 실시하며, 이때 공공임상교수가 소속된 국립대병원에서는 반드시 임용기간의 1/2 이하만 근무하여야 함.
 - 순환근무 일정은 지역 여건, 의료인력, 의료분야 등을 고려하여 국립대병원이 자율적으로 협의하여 운영할 수 있으며, 필요 시에는 순환형태를 연간, 월간, 요일별로 변경할 수 있는 것으로 나타남.
 - 이때, 지침상 국고보조금 집행은 해당 인력이 근무하고 있는 근무지 병원에서 사용이 가능하며, 반드시 임용된 공공임상교수의 순환근무에만 사용하도록 명시하고 있음.

나. 공공임상교수 보수 및 수당 세부내용

- (공공임상교수 급여) 공공임상교수는 각 국립대병원 별로 채용을 실시하기 때문에 기관 별로 상이하나, 대체적으로 국립대병원에서 근무할 경우에는 평균적으로 연간 약 2.5억원에서 2.54억원 가량을 급여로 수령하는 것으로 나타났으며, 순환근무를 수행하는 공공보건의료기관에서 근무 시 급여가 최소 0.36억원에서 최대 1.32억원 가량 증가하는 것으로 나타남.
 - 각 국립대병원별 공공임상교수 채용공고에 기재된 내용을 살펴보면 급여는 공고 연도와 상관없이 국립대병원에서 근무할 경우에는 급여로 연간 2.5억원에서 약 2.54억원을 지급하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 교육부에서 발표한 공공임상교수제 시범사업 추진계획에 기재된 서울대병원 의사 1인당 인건비 및 운영비 총액의 평균값을 준용한 것으로 사료됨.
 - 다만, 해당 급여에는 기관부담금 및 관리운영비가 포함된 금액이며, 공공임상교수제로 채용되는 인력은 사학연금이 공제되므로 공공임상교수 요원 1인당 실수령액은 표기된 금액보다 적을 것으로 사료됨.
 - 순환근무지에서 받는 기본급의 경우에도 기관별로 상이하나, 대체로 공공임상교수 요원이 소속된 국립대병원에서 받는 급여에 비해 일정액이 가산되는 것으로 나타남.
 - 특히, 충주의료원의 경우에는 충북대학교병원 급여 대비 약 3,600만원 가량 가산된 2.9억원을 지급하는 것으로 나타났으며, 같은 권역 내에 있는 청주의료원은 충북

대학교병원 급여 대비 약 9,400만원 가량 가산된 3.48억을 지급하는 것으로 나타남. 또한, 속초의료원에 파견되는 강원대학교병원소속 공공임상교수 요원 또한 다른 권역의 국립대병원의 기본급 대비 약 1억 3,200만원 가량을 가산하여 받는 것으로 나타남.

- 이러한 임금액의 차이는 국립대병원이 위치한 소재지 대비 순환근무 형태로 파견되는 공공보건의료기관이 상대적으로 교통 및 주거 여건 등이 열악한 의료취약지에 위치하고 있기 때문에, 이러한 지역적 여건을 고려하여 책정한 것으로 사료됨.
- (공공임상교수 기본급 외 수당) 공공임상교수제 시범사업 지침에 따라 대다수의 순환근무 형태로 파견되는 공공보건의료기관에서는 급여외에 다양한 인센티브를 제공하고 있었는데, 대체적으로 △진료 인센티브, △복지포인트, △주거지원, △국내·외 학회참석 지원, △진료비 감면 혜택, △당직비 등을 제공하고 있는 것으로 나타남. 다만, 국립대병원에서 근무 시에 제공받는 기본급 외 수당은 대체적으로 해당 병원의 임상교수와 동일하게 지원하는 것으로 나타남.
- 진료인센티브의 경우, 대체적으로 각 공공보건의료기관에서 정한 진료과별 목표 진료행위료(총수입에서 재료대를 뺀 금액)를 초과 달성할 경우, 해당 금액에서 10% 혹은 10% 내의 금액을 제공하는 것으로 나타났으며, 일부 공공보건의료기관의 경우에는 진료수당 및 입원수당, 그리고 진료협력수당 등을 별도로 지급하거나, 표준진료지침(CP) 참여, 의무기록완성도 등을 평가하여 별도의 포상 및 성과급을 지급하는 것으로 나타남.
- 복지포인트의 경우 각 기관마다 상이하나 대체적으로 약 50만원에서 90만원 가량을 제공하는 것으로 나타났으며, 이외에도 콘도회원권을 제공한다거나 어린이 집 위탁보육료를 지급하는 등의 복지혜택을 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 주거지원의 경우에는 관사를 지원하거나, 주택구입비용 및 전세자금 목적으로 일정액을 무이자 대여해주는 것으로 나타났으며, 월세의 경우에는 약 30~50만원 가량을 보조형식으로 지원해주는 것으로 나타남.
- 국내 학회 참석의 경우에는 공가를 제공하여 공공임상교수 요원이 원활히 참여할 수 있도록 지원하고 있었으며, 해외학회의 경우에는 의료원과 협의 후에 참석

할 수 있도록 지원하는 것으로 나타남. 다만, 이러한 지원은 학회출장에 따른 여비나 출장비를 제공하는 것은 아닌 것으로 사료됨.

- 진료비 감면혜택의 경우에는 본인, 배우자, 직계 존비속에 대하여 발생한 진료비의 본인부담금을 50% 감면해주거나, 진료비를 50% 감면해주는 복지혜택을 제공하고 있음.
- 당직비의 경우, 채용공고에 기재된 내용을 고려할 때 순환근무 대상이 되는 공공 보건의료기관에서 모두 제공하는 것으로 보여지나, 대다수는 의료원은 급여에 포함하여 지급하는 것으로 나타남. 다만, 제주의료원의 경우에는 평일 야간과 휴일 및 주말의 야간 당직비를 각각 30만원 씩 별도 지급하는 것으로 나타남.

[표 11] 공공임상교수제 시범사업 참여 기관별 급여 및 급여 외 지원 사항

채용기관명	파견대상 의료기관명	공고 년도	채용분야	인원(명)	급여	급여 외	
부산대학교병원	부산대학교병원	2023	-	-	2.542억/년	미공개	
			감염내과	2			
	부산광역시의료원	응급의학과	2	2.542억/년+α	월 단위 진료성과급 지급		
		마취통증의학과	2				
경상국립대병원	경상국립대병원	2023	영상의학과	1	기본급 2억/년	미공개	
			-	-			
	마산의료원	내과	1	2.5억/년	• 실적급 지급(연 5천만원 이내) •관사지급		
		내과 (소화기내과 우대)	1	2.5억/년	•인센티브 지급(진료수당, 임원수당 추가 지급) •진료협력수당 지급 •주거비 월 33만원 별도 지급		
	제주대학교병원	제주대학교병원	2023	-	-	2.54억/년	미공개
				호흡기내과	2		
서귀포의료원		신경과	2	2.54억/년	•임차료 지원(연 600만원) •복지포인트(90만원) 지급 •진료행위료(목표액) 초과액의 10% 이내 진료실적수 당 지급		
		신장내과	2				
제주의료원	제주의료원	2023	내분비내과	1	2.54억/년	•관사 또는 임차료 지원(연 500만원) •복지포인트(90만원) 지급 •병동장차비(평일 야간 30만원, 휴일 주말의 주간 및 야 간 30만원)	
			비뇨의학과	1			
	정신건강의학과	정신건강의학과	1				
		감염내과	1				
	호흡기내과	1	2.54억/년				
	신경과	1					
	신경외과	1					

채용기관명	파견대상 의료기관명	공고 년도	채용분야	인원(명)	급여	급여 외
충북대학교병원	충북대학교병원	2024	-	-	2.54억/년	<ul style="list-style-type: none"> • 본인 임상교수와 동일하게 지원
	청주의료원		내과(호흡기)	1	3.48억/년+α	<ul style="list-style-type: none"> • 관사제공 • 복지포인트 제공 • 진료비 감면 • 진료실적금 지급 • 어린이집 위탁보육료 지급 • 국내학회 지원
	충주의료원		내과(심장)	1	2.9억/년+α	<ul style="list-style-type: none"> • 관사제공 • 전세자금 1.5억~2억 무이자 대여 • 주택구입 시 3천만원 무이자 대여 • 진료비 감면 • 진료실적금 • 복지포인트 제공 • 국내학회 지원 • 콘도 회원권 지급 • 부서운영비 지급
강원대학교병원	강원대학교병원	2024	-	-	미공개	미공개
	강릉의료원		응급의학과	1	3.3억/년	<ul style="list-style-type: none"> • 복지포인트 50만원 • 전세금 3천만원 또는 월세 35만원 지원
	속초의료원		신경과	1	3.86억/년	<ul style="list-style-type: none"> • 월 단위 진료성과금 지급 • 전세금 3천5백만원 또는 월세 40만원 지원
	삼척의료원		호흡기내과	1	3.1억~3.2억/년	<ul style="list-style-type: none"> • 월 단위 진료성과금지급 • 복지포인트 80만원 • 월세 50만원 지원

채용기관명	파견대상 의료기관명	공고 년도	채용분야	인원(명)	급여	급여 외	
경북대학교병원	경북대학교병원	2024	-	-	기본급 1.98억/년	<ul style="list-style-type: none"> • 급여 외 추가적인 사항은 순환근무지 의료기관별 기준을 따름(수당, 성과급, 복리후생 등) 	
	대구의료원		순환기내과	3명			
	김천의료원		소아청소년과				
	안동의료원		정신건강의학과				
	포항의료원		순환기내과				
	울진군의료원		울진군의료원				성형외과
							심장내과
	상주직십자병원		상주직십자병원				신경과
							내과
							정형외과
응급의학과							
영주직십자병원	영주직십자병원	응급의학과					
		내과					
전남대학교병원	전남대학교병원	2025	응급의학과	-	2.5억/년	미공개	
			정형외과	1명			2.5억/년+α
전남대학교병원	강진의료원	2025	정형외과	1명	2.5억/년+α	<ul style="list-style-type: none"> • 월단위 진료성과급 지급(매월 목표액 달성 시 초과행위료의 10%) • 숙소 지원: 관사 제공 • 진료비 50% 감면(본인부담 비급여 포함, 본인 및 배우자, 직계 존비속) • 국내 학회 2회(해외학회 협의) 공가 제공 	

채용기관명	파견대상 의료기관명	공고 년도	채용분야	인원(명)	급여	급여 외
충남대학교병원	충남대학교병원		-	-	2.54억/년	미공개 <ul style="list-style-type: none"> 연봉제 별도 성과급 추가 지급 표준진료지침(CP) 참여, 의무기록완성도 등에 관한 사항 별도 포상지급 관사 임차료 지원: 월 60만원, 전세의 경우 15,000만원 까지 지원 진료비 본인부담금의 50% 감면(본인 및 직계가족) 국내학회지원: 연 2회(상·하반기 각 2일) 해외학회공가: 의료원 협의 후 가능 부서운영비 지급: 연 6만원
	서산의료원	2025	정형외과	1명	2.54억/년+α	

3 국립중앙의료원 시니어의사지원사업 및 닥터링크(DoctorLink)¹⁴⁾

- (개요) 시니어의사 지원 사업은 지속적인 의사 인력난을 겪고 있는 지방의료원 등 지역 공공의료기관과 공중보건의사 감소로 의사 인력 확보가 어려워진 보건소를 대상으로 지역 내 필수의료 의사 부족 문제 해소를 통해 지역 의료공백 최소화를 도모하고자 추진된 사업임.
- (추진근거) 본 사업은 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무)에 근거하여 시행되는 사업으로, 해당 법률의 세부 내용은 [표 12]와 같음.

[표 12] 공공보건의료에 관한 법률 제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 세부 내용

공공보건의료에 관한 법률

제3조(국가와 지방자치단체의 의무)

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료사업을 추진하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료수행기관을 확보하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」제2조 제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다
- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

출처: 국가법령정보센터

- (사업추진주체) 본 사업의 추진 주체는 보건복지부와 국립중앙의료원 내 설치된 ‘시니어의사지원센터’로, 해당 센터에서는 시니어의사지원사업에 관한 행정지원과 시니어의사와 지역공공보건의료기관 간 수요를 연결하는 닥터링크 운영을 담당하고 있으며, 이외에도 지역의사 커뮤니티 활동 지원 및 교육 지원 등의 업무를 수행함.

14) 보건복지부. (2025). [보도참고자료] 지역 필수의료 의사 부족 대응 위한 ‘시니어의사 지원 사업’ 추진.

- (사업예산) 본 사업의 예산은 2025년도 기준 국도비 30억원으로, 국비 50%와 지방비 50%로 구성되어 있는 것으로 나타남.
- (지원대상) 본 사업의 대상은 ‘기관’과 ‘의사’로 구분되며, 이때 기관의 경우 지방의료원과 적십자병원, 의료취약지 소재 보건소 및 보건의료원을 포함하며, 의사의 경우에는 아래와 같이 일정 경력을 갖춘 60세 이상 의과 의사를 대상으로 함.
 - (사업대상기관) 본 사업의 대상 기관은 지방의료원, 적십자병원, 지역 책임의료기관, 의료취약지 소재 보건소 및 보건의료원으로 총 149개소이며, 이때 지역책임의료기관의 경우에는 서울 소재 기관 및 상급종합병원은 제외하고 있음.
 - (사업대상의사) 본 사업의 대상이 되는 의사는 전문의 취득 후 △대학병원에서 10년 이상 근무 경력, △종합병원급 이상 수련병원에서 10년 이상 근무 경력, △20년 이상 임상 경력(병원급 이하 경력 포함)을 갖춘 60세 이상 의과 시니어의사임.
- (사업절차) 사업절차는 크게 △지역보건의료기관의 의사인력 수요 등록, △시니어의사의 닥터링크 시스템 가입 및 매칭시스템 지원, △수요 확인 및 매칭컨설팅, △구직 의사 확인 및 채용, △사업계획서 및 추천의사 리스트 제출, △선정평가 및 지원대상 결정, △채용지원금 교부 순서로 구성되며, 이때 각 절차별 수집하는 정보와 세부적인 수행 내용은 아래와 같음.
 - (지역보건의료기관의 의사인력 수요 등록) 시니어의사 채용을 원하는 지역보건의료기관은 닥터링크에 가입하여 채용공고를 게시하게 되며, 이때 △초빙과목, △초빙세부과목, △접수기간, △필요인원, △고용형태, △초빙유형, △근무형태 및 일수, △근무시간, △담당 업무, △관사제공여부, △연봉, △경력조건 및 연령조건, △우대조건, △복리후생, △구인사유 등의 내용을 작성하여야 함.
 - (시니어의사의 닥터링크 시스템 가입 및 매칭시스템 지원) 구직 중인 시니어의사가 닥터링크 시스템을 이용하여 일자리 매칭을 받기 위해서는 회원가입 이후 매칭서비스에 지원해야 하며, 이때 수집하는 정보는 시니어의사 본인의 기본정보, 경력사항, 희망근무조건, 희망근무지역 및 기관이며, 세부 내용은 [표 13]과 같음.

[표 13] 닥터링크 매칭시스템 수집 정보 항목 및 세부내용

항목	세부내용
기본정보	성명, 핸드폰번호, 생년월일, 성별, 의사 면허번호(필수), 이메일, 주소, 진료과목, 진료세부 과목, 현재상태(퇴직/퇴직예정/휴직중/기타사유), 자격사항
경력사항	근무기관, 근무기간, 주요업무
희망근무조건	고용형태(정규직/비정규직/계약직/스팟/시간제/기타), 근무형태(상근/비상근/기타), 근무일수(주 5일/주 4일/주 3일/기타), 근무시간(4시간/4~6시간/6~8시간/8시간/기타), 담당업무(외래/입원/응급실/건강검진/기타), 희망급여(세전 급여(상여 및 성과급 제외)), 계약기간(1년/2년/3년/기타), 관사제공(희망/비희망/기타), 기타(전담간호사 필요, OO자격을 가진 의료진 필요 등 기타 필요 사항)
희망근무지역 및 기관	1-3순위 별로 지역 및 기관을 선택

출처: 국립중앙의료원 닥터링크 홈페이지(<https://www.edunmc.or.kr/senior/>)

- (수요 확인 및 매칭컨설팅) 시니어의사의 매칭시스템 지원이 접수되고 난 이후, 시니어의사지원센터의 매칭 담당자는 시니어의사가 작성한 정보와 지역보건의료기관에서 작성한 수요를 검토하여 매칭 컨설팅을 진행함.
- (구직의사 확인 및 채용) 매칭컨설팅 이후에는 최종적으로 구직의사를 확인하고, 매칭된 기관의 내규에 따라 채용절차를 진행하고,
- (사업계획서 및 추천의사 리스트 제출) 시니어의사 채용이 완료된 이후, 시니어의사를 채용한 지역보건의료기관에서는 보건복지부의 시니어의사 지원 사업 지침에 따라 구체적인 사업계획서와 지원을 받고자 하는 추천의사 리스트를 작성한 뒤 보건복지부 및 국립중앙의료원 시니어의사지원센터에 제출하게 됨.
 - 이때, 지역보건의료기관이 제출하는 추천의사 리스트는 닥터링크를 통하지 않고 자체적으로 채용한 시니어의사를 포함할 수 있으며, 시니어의사 지원 사업 계획서 접수 기간이 종료된 이후에 채용한 경우에는 차년도 지원 사업에 해당 인력을 포함하여 지원할 수 있는 것으로 나타남.
- (선정평가 및 지원대상 결정) 제출된 사업계획서는 보건복지부의 선정평가위원회에서 서면평가를 실시하는데, 이때 △시니어의사의 근무경력, △의료취약도, △사업 계획의 구체성 및 적정성, △지원필요성 등을 고려하여 시도별 채용지원금 지원 대상 기관을 선정함.

- (채용지원금 교부) 최종적으로 지원대상으로 선정된 지역보건의료기관은 채용지원금을 교부받게 되며, 이때 지원금액은 지원유형에 따라서 상이한 것으로 나타남. 다만, 지원기간의 경우에는 모두 6개월로 동일한 것으로 나타남. 각 유형별 세부 지원 금액은 아래와 같음.
 - 1형(전일제): 월 1,100만원 지원
 - 2형(시간제): 월 400만원 지원

| 제3절 | 지방정부 주도 의료기관 간 의사인력 파견 사례

1 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업¹⁵⁾

가. 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업 개요

- (개요) 경상남도의 의료취약지는 총 14개 시·군으로, 이들 지역의 대부분은 인구 대비 의사 수가 현저히 적고, 필수 진료과가 존재하지 않는 것으로 나타남. 또한, 정부에서는 공공임상교수제나 지역거점공공병원 사업 등을 실시하고 있으나, 실질적인 운영에 어려움이 있었으며, 이로 인해 지역차원의 의사인력 확충을 위한 방안 마련 필요성이 대두됨.
- 2022년 12월 기준 경남지역 내 활동 의사 수는 5,716명으로, 전국 17개 시도 중 12위로 매우 적은 것으로 나타났으며, 인구 1천명 당 의사 수는 1.74명으로 전국 평균인 2.18명 대비 약 1,400명 가량이 부족한 것으로 나타남.
- 또한, 경남지역 내 대다수의 의료취약지가 경남 서부권에 위치하고 있는데, 이는 의사인력 중 약 77%(4,385명)이 경남 동·중부권에 집중적으로 분포하고 있기 때문임. 따라서, 이와 같은 경남도 내 동·중부권과 서부권 간 의료자원의 격차로 인해 의료 불균형이 심화되고 있는 실정임.
- 이에 지역에서는 2023년부터 시·군 지역에 위치한 보건의료기관에 대한 요구도 조사를 실시하고, 도내 의사인력 확충방안 계획을 수립하였으며, 도내 종합병원 대상 사업참여 협조요청 및 의견 조사를 통해 수요가 파악된 기관을 대상으로 책임의료기관 차원의 의료취약지 의사파견 시범사업을 실시하였음.
- 2024년 6월부터는 경상남도는 도정과제와 연계하여 의료취약지 의료기관 의사파견 사업에 대한 지자체 경상보조를 지원하는 등, 의사파견 활성화를 기반으로 하여 필수의료서비스를 제공하고자 노력하고 있음.

15) 경상남도 및 경상국립대학교병원 내부자료

- (사업근거) 본 사업의 근거는 공공보건의료에 관한 법률 제3조(국가와 지방자치단체의 의무)와 제7조(공공보건의료기관의 의무), 제13조(의료취약지 거점의료기관의 지정), 제14조의2(책임의료기관의 지정)에 근거하고 있으며, 세부 근거법령은 아래와 같음.

[표 14] 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업의 법률적 근거

공공보건의료에 관한 법률

제3조(국가와 지방자치단체의 의무)

- ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」제2조 제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다
- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

제7조(공공보건의료기관의 의무)

- ② 보건복지부장관은 공공보건의료기관에 대하여 해당 공공보건의료기관의 설립·운영에 관한 법령에서 정한 사업 외의 다른 공공보건의료사업에 대하여도 그 수행을 요청할 수 있다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 제1항·제2항 또는 제17조제1항에 따른 공공보건의료기관 또는 공공보건의료수행기관의 보건의료 제공 등에 필요한 비용의 전부 또는 일부를 예산의 범위에서 보조할 수 있다.

제13조(의료취약지 거점의료기관의 지정)

- ④ 보건복지부장관 또는 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 의료취약지 거점의료기관의 시설·장비 확충 및 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

제14조의2(책임의료기관의 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 업무를 원활하게 수행하기 위하여 필요한 시설·인력 및 장비를 갖추었거나 갖추 능력이 있다고 인정하는 보건의료기관 중에서 책임의료기관을 지정할 수 있다.
 1. 공공보건의료사업의 수행, 기획·연구 및 조정
 2. 공공보건의료 수행기관 간 협력 체계 구축 및 공공보건의료 전달체계의 조정·관리
 3. 보건의료기관의 역량 강화를 위한 의료인력 파견·교육
 4. 감염병 예방 및 진료, 응급의료, 모자보건사업, 환자의 지역사회 연계 등에 관한 사항
 5. 그 밖에 공공보건의료 강화를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사항

출처: 국가법령정보센터

- (사업기간 및 예산) 본 사업은 2023년 하반기부터 창원경상대학교병원과 진주경상대학교병원에서 자체적으로 실시하였으나, 2024년 6월부터 12월까지는 경상남도 차원의 경상보조금 지원이 이루어졌음. 이때, 사업비는 기존에 파견된 의사인력의 수와 사업기간을 고려하여 산출되었으며, 총 사업비는 1.24억원으로 나타남.
 - 총 사업비인 1.24억원의 경우 도비 25%, 시군비 25%, 의료기관 50% 부담으로 구성되어 있으며, 이때 사업비 산출 기준은 파견의사의 수, 1일당 파견수당, 2024년 6월부터 12월까지 파견횟수를 고려하여 산출함.
 - 사업비 산출식: 파견의사 4인 x 100만원/일 x 31회(6~12월)
- (사업추진체계) 본 사업의 추진체계는 도 의료정책과를 중심으로 책임의료기관, 시·군 단위 기초자치단체, 파견의료기관, 파견대상 의료기관으로 구성되어 있으며, 각 기관별 세부 역할은 아래와 같음.
 - (도 의료정책과) 도 의료정책과는 사업의 총괄 기관으로써 △사업계획 수립 및 조정, △의료기관 수요도 조사(진료과, 일정 등) 및 파견 참여병원 선정, △사업예산 확보 및 지원, △의료진 파견에 따른 행정 지원, △추진실적 모니터링 역할을 수행함.
 - (시·군 단위 기초자치단체) 시·군 단위 기초자치단체는 관할구역 내 사업집행 실무를 담당하는 기관으로써, 주로 △수요조사 관내 의료기관 안내 및 홍보, △파견 공급 및 파견 수요에 대한 의료기관 수요도 조사 수행, △참여 의료기관 파악, △사업비 교부 및 추진실적 모니터링 등의 역할을 수행함.
 - (책임의료기관) 책임의료기관은 사업수행 지원기관으로써, △사업계획 수립·조정·수요조사 등의 도 정책지원, △파견 의료진 교육 지원 및 자문, △의료취약지 의료진 파견 사업 모니터링 정책보고서 작성의 역할을 수행함.
 - (파견의료기관) 파견기관은 실제 파견을 수행하는 실무기관으로써, 주로 △의료진의 파견 가용여부 확인 및 의료진 파견, △파견의사 겸직 승인 및 출장조치 등 행정지원 등의 역할을 수행함.
 - (파견대상 의료기관) 파견대상 의료기관은 수혜기관으로써 의료진 파견에 따른 제반사항(진료과목 개설 및 인력 신고, 시설, 장비, 보조인력, 수당 등)을 준비하고,

이를 집행하는 실무 역할을 수행함. 또한, 파견근무에 따른 근무보고서나 작성하여 시·군 단위 기초지자체에 제출하고, 사업 운영실적 보고 등의 역할을 수행함.

- 이때, 본 사업에 참여하는 시·군 단위 기초자치단체와 참여의료기관에 대해서는 기존의 역할과 더불어 △의료취약지 수요도 조사 안내, △파견 의사의 원활한 진료를 위한 행정지원(시설, 장비, 보조인력 등), △파견 기관과 네트워크 연계 강화(진료협력, 교육, 공공의료사업 등), △사업 활성화를 위한 홍보, △진료시스템 개선(진료시간 조정, 시설개선 등), △사업참여 만족도 환류 등의 협조를 요청한 것으로 나타남.
- (파견의료기관 및 파견의) 경상남도 의료정책과 내부분서에 따르면, 파견을 보내는 의료기관에 해당하는 파견의료기관의 기준은 종합병원 및 병원급 의료기관 중 100병상 이상을 갖춘 의료기관에 재직 중인 전문의로 나타남.
 - 다만, 2024년 하반기에 실시된 경남도차원의 지자체 경상보조 사업은 파견기관이 창원경상국립대학교병원과 경상국립대학교병원으로 지정되어 있어 총 2개 기관만 사업에 참여한 것으로 나타남.
- (파견대상 의료기관) 파견대상 의료기관의 경우에는 경남도 내 14개 의료취약지에 위치한 지역보건의료기관과 의료기관으로 명시되어 있어 공공의료기관뿐만 아니라 의료취약지 내 의사인력이 부족한 민간병원까지 파견사업에 참여가 가능한 것으로 보임.
 - 2024년 하반기에 실시된 경남도차원의 지자체 경상보조 사업에서는 파견받는 기관이 A적십자병원, A보건의료원, B적십자병원 등 총 3개소로 지정되어 있는 것으로 나타남.
 - 그러나 2024년 지자체 경상보조 사업에 기재된 대상자 이외에도 경상국립대학교병원 차원에서 2023년에 한시적으로 의료취약지 내 위치한 민간병원 대상 파견사업을 실시한 것으로 나타나, 향후 파견받는 의료기관의 범위가 확대될 가능성이 있는 것으로 사료됨.
- (파견현황) 경상국립대학교병원 내부자료에 따르면, 2025년 1월 기준 경상국립대학교병원(진주, 창원)은 총 4개 공공의료기관에 대하여 총 8인의 의사인력을 정기적으로

파견하고 있는 것으로 나타났으며, 주요 진료과는 신경과, 이비인후과, 재활의학과, 비뇨의학과, 피부과, 정신과 등으로 나타남.

- 민간병원 파견 실적의 경우, 2023년 10월부터 12월까지는 의료취약지에 위치한 민간병원에 대해 피부과 전문의 1인을 파견 실시한 것으로 나타났으나, 12월 이후에는 잠정 중단된 것으로 나타남.
- 또한, 2024년 10월부터 11월까지는 연 1회 한시적인 단기 교육파견 형식으로 응급의학과 소속 의사 2인을 파견하여 의료취약지에 위치한 응급의료기관의 공중보건의를 대상으로 응급환자 대응 역량강화 교육을 실시하는 것으로 나타남.

[표 15] 경상국립대학교 파견의료인력 현황(2025년 1월 9일 기준)

보내는 병원	받는 병원	진료과	의사수	파견기간	비고
창원 경상대병원	A적십자병원	신경과	1인	'23.11.2~ (잠정중단)	격주/1회 종일
		신경과	1인	'23.11.2~'25.2	매주/1회 종일
	A민간병원	피부과	1인	'23.10.31~12.26. (잠정중단)	매주/1회 반일
	A의료원	이비인후과	1인	'22.3~	-
		비뇨의학과	1인	'22.6~	매주/1회 종일
		피부과	1인	'23.10~	매주/1회 반일
		재활의학과	1인	'24.3~	매주/1회 종일
	B민간병원 C민간병원 D민간병원 E민간병원	응급의학과	2인	'24.10~11.	단기 교육파견 (연1회)
진주 경상대병원	A보건의료원	내분비내과	4인	'22.12~'23.12 (잠정중단)	로테이션
		정신과	1인	'24.1~	매주/1회 반일
	B적십자병원	신경과	1인	'24.1~ (잠정중단)	격주/1회 반일
		신경과	1인	'24.1~ (잠정중단)	격주/1회 반일
	A의료원	재활의학과	1인	'24.3~	매주/1회 종일
		재활의학과	1인	'24.3~	매주/1회 종일

출처: 경상국립대학교병원 내부자료

- (사업추진절차) 2024년 의료취약지 의료기관 의사 파견사업 추진계획 기준 사업 추진절차는 크게 △사업계획 수립 및 홍보, △수요조사, △기관협의를, △협약체결 및 사업비 교부, △파견진료 준비 및 실시, △사업실적보고 및 정산로 이루어지며, 이 중
- (사업계획 수립 및 홍보) 사업계획 수립 단계에서는 경남도 차원에서의 당해연도 의사인력 파견 계획을 수립하고, 관련된 예산확보와 함께 사업기간, 사업대상, 지원내용들에 대한 안내와 홍보가 이루어짐. 이때, 전년도 사업의 추진실적을 모니터링하거나 결산 등도 함께 이루어짐.
 - (수요조사) 수요조사 단계에서는 경남도와 각 시·군 단위 기초지자체에서 의료취약지에 위치한 의료기관을 대상으로 정기 및 수시 요구도조사를 실시하고, 의료기관 차원에서는 진료과목·진료일정별 파견 가능한 의료진을 파악하고 파견의사에 대한 동의를 구함.
 - (기관협의) 기관협의 과정에서는 도와 시·군 단위 기초지자체가 수요조사를 바탕으로 파견공급기관과 파견수요기관을 매칭하고, 파견공급기관은 파견수요기관에 방문하여 진료일정, 수당 등, 세부사항을 협의함. 이러한 과정을 거쳐 파견 참여의료기관을 최종적으로 선정하게 됨.
 - (협약체결 및 사업비 교부) 선정된 파견공급기관과 파견수요기관은 상호간의 파견 업무협약을 체결하게되며, 이때 업무협약서에는 △협력병원 명칭사용, △협약기간 및 파견기간, △의료인력 파견 진료과 및 파견인력 수, △파견에 따른 수요기관측 제공사항(시설, 장비, 보조인력, 수당), △의료사고에 대한 책임 등을 작성하게 됨.
 - 이때, 파견에 따른 수요기관측 제공사항은 파견을 받는 의료기관이 의료진 파견에 따른 제반 시설, 장비, 보조인력, 수당 등을 제공하는 것으로 나타남.
 - 또한, 의료사고의 경우에도 파견사업을 통해 파견한 의료인이 파견을 받는 의료기관에서 시행한 의료행위와 관련된 의료사고에 대한 사용자책임을 파견을 받는 의료기관에서 부담하는 것으로 협약서 내에 명시하는 것으로 나타남.
 - (파견진료 준비 및 실시) 공급기관인 파견의료기관과 수요기관인 파견받는기관 간 업무협약이 체결된 이후, 파견의료기관은 파견의료인력에 대한 검직 허가 및 출장 신청 등 필요한 행정처리를 수행함. 파견에 따른 행정처리가 종료된 이후에는 사전에 협의한 바와 같이 파견진료를 수행하며, 이때 파견받는 기관에서는 파

견진료에 필요한 시설, 장비, 보조인력을 제공하고, 파견수당을 지급함.

- 파견의료기관 내에서는 의료인 파견에 대한 의국차원 구성원의 동의를 반드시 선행되어야 하며, 이후에 반드시 병원 차원의 검직허가와 같은 행정절차가 필요한 것으로 나타남.
- 파견의사의 업무 범위에는 외래, 입원, 응급, 수술(마취포함), 검사 등이 포함되며, 이때 검사의 경우 영상의학과와의 판독검사를 의미함.

- (사업실적보고 및 정산) 파견이 실시되고난 이후에는 월별, 분기별 실적, 사업비 집행 내역 등을 보고하고, 회계연도가 종료된 이후에는 사업비를 정산하여 집행잔액 등을 반납함.

나. 경상남도 의료취약지 의료기관 파견 관련 보수 및 수당

- (파견보수) 파견보수는 진료량과 관계 없이 전문의 기준 1일(2unit) 100만원으로, 반일(4시간/1unit) 근무 시에는 1일 기준액의 반액인 50만원을 정액 지급하는 것으로 나타남. 이때, 파견보수의 지급 주체는 파견받는 의료기관이며, 해당 기관의 지출 규정에 따라 매주 또는 매월 단위로 수당을 지급함.

- 파견보수의 지급 주체는 기본적으로 파견을 받는 의료기관이나, 지자체 경상 보조를 받았던 2024년 6월부터 12월까지는 파견받는의료기관이 파견의 보수의 50%를 지급하고, 나머지 50%는 각각 도와 시·군 단위 기초자치단체에서 절반씩 부담한 것으로 나타남.

- (파견 수당) 일부 파견의의 경우에는 파견 활성화 및 의료기관 간 거리를 고려하여 파견의 보수외에 의료취약지 근무 보고서를 비롯한 정책자료 작성에 따른 자문수당과 및 여비(교통비)를 추가적으로 지급하고 있는 것으로 나타났으며, 이러한 수당은 파견을 받는 의료기관에서 지자체 경상 보조와 관계없이 100% 부담하는 것으로 나타남.

- 이때, 추가적으로 지급하는 수당은 1일 기준 20만원, 반일 기준 10만원으로, 파견보수에 가산하여 지급하는 것으로 나타남

2 경상북도 공공보건의료 협력 강화 추진단 의료인력 파견¹⁶⁾

가. 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업 개요

- (개요) 경상북도는 도민의 필수의료를 보장하고 의료기관 간 협력을 통한 지역 완결적 의료체계를 구축하기 위하여 지난 2023년 5월 대구·경북지역 내 위치한 7개 종합병원급 이상 의료기관과 3개 의료원, 그리고 경상북도의사회 및 경상북도공공보건의료지원단과 함께 경상북도 공공보건의료 협력강화 추진단(이하 ‘추진단’)을 발족하였음.
- 추진단의 주요 사업은 경상북도 공공보건의료 강화 5대 전략을 이행하기 위한 세부 사업으로, △의료인력 인건비 지원사업, △지역책임의료기관 임상실무교육, △의료질 향상 TF팀 운영, △취약지 의료지원, △홍보 및 사무국 운영으로 구성됨.
- 경상북도 공공보건의료 강화 5대 전략은 △지방의료원 우수의료인력 수급, △양질의 의료서비스 제공, △의료원 경영개선, △지역보건의료체계 가동, △행정적·재정적 지원 확대로 구성되어 있으며, 각 전략별 세부 이행 과제는 아래와 같음.
 - 지방의료원 우수의료인력 수급: 의료진영입 TF팀 운영, 필요진료과 협력(파견 등)
 - 양질의 의료서비스 제공: 의사 및 간호사 대상 전문 교육프로그램 운영, 의료서비스 질 관리 및 향상
 - 의료원 경영개선: 경영지표 분석 및 개선 지원, 정기적 진단과 컨설팅
 - 지역보건의료체계 가동: 책임의료기관 역할 강화, 민관의료기관과의 협력적 거버넌스 구축
 - 행정적·재정적 지원 확대: 인력충원 및 시설장비 보강, 취약계층 안전망 강화 등
- 이 중 의료인력 인건비 지원사업은 지방의료원 등 의료기관이 우수 의료인력을 안정적으로 확보할 수 있도록 지원하는 사업으로, 추진단을 통한 채용, 겸직, 파견하는

16) 경상북도 내부자료

의사 및 간호인력에 대한 인건비와 원격 협진 시범사업에 따른 자문비를 지원하여 지방의료원이 보다 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 기능을 강화하고자 실시된 사업임.

- (사업근거) 본 사업의 근거는 공공보건의료에 관한 법률 제3조(국가와 지방자치단체의 의무)와 제14조의2(책임의료기관의 지정), 그리고 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제17조(보조금)과 2023년 5월 15일 체결된 경상북도 공공보건의료 협력 강화 추진단 업무협약에 근거하고 있음.

[표 16] 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견 사업의 법률적 근거

공공보건의료에 관한 법률

제3조(국가와 지방자치단체의 의무)

- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

제14조의2(책임의료기관의 지정)

- ⑤ 보건복지부장관 또는 시·도지사는 책임의료기관의 시설·장비 확충 및 운영에 드는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률

제17조(보조금)

- ① 국가는 공공보건의료 시책을 수행하기 위하여 필요한 경우에는 지방의료원의 설립, 시설·장비 확충 및 우수 의료인력 확보 등 공공보건의료사업에 드는 경비의 일부를 예산의 범위에서 지원할 수 있다.

출처: 국가법령정보센터

- (사업기간 및 예산) 본 사업은 2023년부터 2025년까지 총 3년간 추진되는 사업으로, 2025년 당해연도 기준 예산은 총 30억(전액 도비)으로 나타남. 다만, 이러한 예산액은 의사인력 신규 채용에 따른 인건비 지원과 파견의료인력 인건비 지원, 원격협진 자문료 등이 모두 포함된 금액으로, 자체 추산한 결과, 실제 파견의료인력에 대한 인건비 지원에 한하여 사용된 예산은 대략적으로 한 해 평균 약 3억~4억일 것으로 추산됨.

- 2024년 기준 파견횟수는 심장내과 기준 주 3회, 산부인과 기준 주 1회이며, 산부인과의 경우에는 간호인력 1인이 추가로 파견되는 것으로 나타남. 이러한 파견횟수와 인력 수를 고려할 때, 파견되는 의사가 모두 교수인력이라는 가정하에 최대 집행액은 약 3.7억이며, 이때 추가적으로 보조되는 교통비를 포함하면 최대 약 4억원으로 추산할 수 있음.
- (주요사업내용) 사업은 크게 △의료인력 인건비 지원, △원격협진 자문료 지원으로 이루어져 있으며, 이 중 의료인력 인건비 지원 사업 내에 의료인력 파견에 따른 지원 사업이 포함되어 있는 것으로 나타남. 다만 본 연구에서는 파견의료인력 현황을 파악하고자 하므로, 파견에 따른 지원 사업 내용을 중점적으로 파악하고자 함.
- (의료인력 인건비 지원사업 세부 내용) 의료인력 인건비 지원 사업은 의료인력이 부족한 공공병원에 대하여 필수의료과 및 기관별 특화 전략에 따른 진료과목 전문의를 채용 시, 또는 파견 및 겸직 시에 인건비를 지원하는 사업으로, 채용 시에는 채용일로부터 12개월 간 의사인력 1인당 최대 3억원의 인건비를 지원하고, 파견 또는 겸직 시에는 수당, 진료공백 보조금, 교통비 등을 지원함.
 - 이때, 간호인력의 경우에는 채용에 따른 인건비 지원은 없으나, 파견 의사의 진료 업무를 보조하기 위해 함께 파견온 간호인력에 대해서는 수당, 간호업무 공백보조금, 교통비 등을 지원하는 것으로 나타남.
- (원격협진 자문료 지원) 원격협진 자문료 지원은 지역의 의료자원 공백 및 부족을 개선하고 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 방안의 일환으로 추진단을 구성하는 상급종합병원 5개소와 지방의료원 3개소 간 원격협진을 수행하고, 이에 따른 자문료(10만원/환자 1인)를 지원하는 사업임.
- (파견의료기관 및 파견대상) 파견의료기관의 조건은 별도로 기재되어 있지는 않으나, 경상북도 공공보건의료 협력강화 추진단 업무협약 대상 중 대학병원급 의료기관이 주로 파견을 보내는 기관으로 나타남. 파견되는 의료인력의 경우에는 진료과별 교수, 임상강사 및 전임의 등이 포함되며, 파견되는 의사의 진료업무를 보조하기 위한 목적으로 간호인력 또한 파견 대상에 포함되는 것으로 나타남.

- 다만, 일부 연도의 경우 일정 기간 의원급 의료기관이 의료인력을 파견한 경우도 존재하였는데, 이는 기존 파견의료기관 내부사정으로 인해 파견이 어려워 한시적으로 실시한 사항으로 파악됨.
- (파견받는 의료기관) 파견받는 의료기관의 경우에도 별도의 조건은 정해져있지는 않으나, 주로 의사인력이 부족한 경북지역 내 지방의료원 및 보건의료원과 같은 공공 보건의료기관에 파견되는 것으로 나타남.
- (파견현황) 2025년 6월 기준 파견의료인력은 총 13인으로, 이 중 1인은 파견의사 진료 지원을 위해 함께 파견된 간호인력으로 나타남. 파견된 의료인력의 진료과는 주로 심장내과, 내과(핵의학과), 신장내과 등 내과계열 파견이 많았으며, 2024년부터는 A보건의료원을 대상으로 산부인과 전문의도 파견된 것으로 나타남. 2023년부터 2025년 6월까지 각 진료과별 합산 진료 연인원은 심장내과가 약 1,400건, 신장내과가 약 1,200건, 산부인과가 약 350건으로 나타남.

[표 17] 2023~2025년 경북지역 내 파견의료인력 현황

파견병원	파견대상 의료기관	2023년		2024년		2025년 6월기준	
		진료과	파견인원	진료과	파견인원	진료과	파견인원
A대학병원	A의료원	심장내과	3인 순환 (주 2회)	심장내과	8인 순환 (주 3회)	심장내과	7인 순환 (주 3회)
OO내과					심장내과	2인 순환 (주 1회)	
B대학병원 B대학병원	B의료원	내과 (핵의학과)	1인				
		신장내과	4인 순환 (주 1회)				
A대학병원	A 보건의료원			산부인과	2인 ¹ (주1회)	산부인과	2인 ¹ (주1회)
B대학병원						산부인과	2인 ¹ 순환 (주1회)

¹ 파견인력 2인 중 1인은 교수(의사)이며, 다른 1인은 파견 의사 진료 지원을 위한 간호사임
출처: 경상북도내부자료

- (사업추진절차) 주요 사업 추진 절차는 △의료인력 충원계획 수립, △인력충원 추진, △인건비 산출 및 승인, △인력채용 및 파견진행, △보조금 교부 및 집행, △정산 및 성과관리 순서이며, 이때 별도의 MOU를 체결하지 않는 이유는 사전에 추진단 업무 협약을 체결하였기 때문으로 사료됨.
 - (의료인력 충원계획 수립) 경상북도와 도내 의료기관은 당해연도 충원이 필요한 진료과목을 사전에 협의하고, 이를 기반으로 충원계획을 수립함. 이때, 충원이 필요한 진료과는 추후 사정에 따라 변경이 가능함.
 - (인력충원 추진) 앞서 수립된 의료인력 충원계획을 바탕으로 경상북도와 도내 의료기관, 그리고 추진단이 함께 인력충원에 대한 협력을 진행하며, 이때 의료기관은 도와 사전에 논의를 수행하며 인력충원을 진행함.
 - (인건비 산출 및 승인) 사전에 논의한 인력에 대한 충원을 진행함에 따라 의료기관은 필요 인건비 내역을 산출하고, 이를 도에 제출하면 도는 산출내역을 검토하고 최종적으로 승인함.
 - (인력채용 및 파견진행) 인력채용 완료 또는 파견의료인력을 확보한 이후에는 사전에 논의된 계획에 의거하여 근무를 실시함.
 - (보조금 교부 및 집행) 인력 채용 및 파견의료인력 확보가 완료된 이후 1달 이내에 의료기관은 도에 보조금 교부를 신청하고, 도는 신청서를 검토하여 최종적으로 보조금을 교부함.
 - (정산 및 성과관리) 보조금 집행이 완료되고난 이후에는 당해연도 미집행분에 대해 당해연도 12월까지 이월보고를 진행하고, 익년 2월에는 실적 및 정산보고를 진행함. 도는 이러한 보고 내용을 확인하고 이월 승인 및 정산보고를 확정함.

나. 경상북도 의료인력 파견 관련 보수 및 수당

- (파견보수) 파견보수는 진료량과 관계없이 개인에게 지급되는 보수로, 의사인력의 경우에는 1일 8시간 기준 약 100만원~120만원 수준이며, 직급에 따라 차등 지급하는 것으로 나타남. 간호인력의 경우에는 1일 8시간 기준 20만원을 지급하는 것으로 확인됨.

- (파견수당) 파견에 따른 제반 수당에는 교통비가 포함되며, 이때 교통비 산정은 여비 규정을 적용하는 것으로 나타남. 다만, 인건비를 제외한 파견인력에 대한 복리후생비 등의 제반 수당은 도비로 집행할 수 없어 각 기관에서 자체적으로 부담해야 하는 것으로 나타남.
- (진료공백보조금) 다른 사업과 달리 경상북도의 경우에는 파견의료기관에서 의사 및 간호사를 파견함에 따라 발생하는 진료 공백에 대하여 기관 단위의 보전금을 지급하고 있음. 지원금액은 의사와 간호사 모두 지급하며, 이때 의사인력에 대한 진료공백보조금의 경우에는 파견보수와 마찬가지로 직급에 따라 지급하는 보조금 금액이 상이한 것으로 나타남.
 - (의사인력 진료공백 보전금) 의사인력의 진료공백 보전금의 경우에는 1일 8시간 기준 약 30만원~40만원으로 나타났으며, 의사인력의 원소속 기관에서의 직급에 따라 차등적으로 지급하는 것으로 나타남.
 - (간호인력 진료공백 보전금) 간호인력의 진료공백 보전금의 경우에는 1일 8시간 기준 20만원으로 나타남.

[표 18] 경상북도 파견의료인력별 파견보수 및 수당

지급내역	의사인력	간호인력
파견보수(개인)	100만원~120만원	20만원
교통비(개인)	여비규정 적용	
진료공백 보전금(기관)	30만원~40만원	20만원

출처: 경상북도 내부자료

제4절 | 국외 지역 및 기관 간 의료인력 파견 사례

1 호주 Locum 프로그램

가. Rural Locum Assistance Program(RLAP)¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾

- (개요) 호주의 Rural Locum Assistance Program(RLAP)은 농촌 및 외곽지역 보건 의료인력을 지원하기 위한 연방정부의 민간위탁 프로그램으로써, 주로 보건의료인력이 부족한 농촌 및 원격지에서 근무하는 보건의료인력이 휴가나 연수를 자유롭게 이용할 수 있도록 대체의료인력(Locum)을 제공하여 의료서비스의 지속성을 확보하려는 목적으로 도입되었음(Australian Government, 2025).
- RLAP의 전신은 2011년 7월부터 시행된 Nursing and Allied Health Rural Locum Scheme(NAHRLS)로, 농촌 간호사 및 보건의료인력의 전문성을 향상할 수 있도록 대체인력을 지원하는 것을 목적으로 하고 있음. 이후 대체인력 지원 기준 완화와 함께, 농촌 및 원격지를 대상으로 수행되고 있던 다른 사업들과 통합되어 오늘날의 RLAP가 출범하였음(Association of Nursing Recruitment Agencies, 2014; Australian Government, 2025).
- 2011년 7월 농촌 및 원격지역의 간호사와 물리치료사, 작업치료사, 영양사와 같은 보건인력이 역량강화를 위한 교육 이수 등의 목적으로 인해 일시적인 공백이 발생했을 때 대체인력을 지원하는 NAHRLS가 공식적으로 출범하였으며, 이후 2012년 1월에는 교육 이수의 목적뿐만 아니라 일반적인 연차/휴가, 병가, 출산휴가 등으로 인해 발생하는 공백에 대응하도록 확대되었음(Association of Nursing Recruitment Agencies, 2014).

17) Australian Government. (2025). Rural LAP-Bringing health and aged care locum assistance to rural Australia. <https://ruralap.com.au/about/>

18) Association of Nursing Recruitment Agencies. (2014). Health Submission 117-Attachment 1: Greater Efficiencies in the nursing sector.

19) Aspenmedical. (2016). Aspen Medical to manage the Australian Government's Rural LAP. <https://www.aspenmedical.com/news/news/aspen-medical-manage-australian-governments-rural-lap>

20) Australian Government Department of Health. (2022). Aged Care Workforce Action Plan: 2022-2025.

21) Rural and Remote Clinical Support Unit. (2021). Rural Locum Assistance Program(Rural LAP) – Guide for Rural and Remote Hospital and Health Services(HHSs).

- 2016년 4월에는 NAHRLS와 유사한 목적을 가진 산과 및 마취과 전문의 대체인력 사업인 Rural Obstetric and Anaesthetic Locum Scheme(ROALS)와 농촌 및 원격지 대체의사인력 교육 지원 프로그램인 Rural Locum Education Assistance Program(Rural LEAP)을 RLAP라는 이름으로 통합하여 출범하였음 (Aspenmedical, 2016).
 - 또한, 2022년에는 호주의 농촌 및 외곽 지역 내 노인 돌봄을 위한 케어코디네이터, 간호사(RN), 준간호사(EN), 작업치료사, 약사, 검안사, 족부전문의, 사회복지사 등 노인돌봄기관 종사자의 갑작스러운 인력 이탈에 따른 공백에 따른 대체인력 지원까지 범위를 확대하여 Locum 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타남 (Australian Governemnt, 2022; Australian Government, 2025).
 - 다만, 본 연구는 의료서비스를 수행하는 파견인력을 대상으로 하고 있으므로, RLAP를 구성하는 세부 사업 중 의료서비스를 담당하는 인력을 파견하는 의료서비스 Locum에 대해서 집중적으로 살펴보고자 함.
- (파견대상 의료기관) 호주 정부는 Modified-Monash척도(이하, MM척도)를 활용하여 해당 지역의 대도시, 농촌, 취약지, 최취약지 여부를 [표 19]와 같이 구분하고, 이를 정책집행에 활용하고 있음. RLAP의 경우에도 MM척도를 활용하여 파견대상지역을 특정 지역으로 한정할 뿐만 아니라, 파견의 우선순위를 설정하거나 최대 파견기간을 제한하는데도 활용하고 있음. 의료서비스 Locum의 구체적인 파견대상 의료기관 및 조건은 아래와 같음.
- 의료서비스 Locum은 대체인력을 지원받고자 하는 병원, 의료시설 및 진료소, 원주민 의료서비스 제공 기관, 노인요양시설, 지역보건센터 등은 MM2-MM7지역에 위치해야 하며, 이때 대체인력을 지원받고자 하는 기관의 위치에 따라서 파견되는 인력의 체류기간이 상이함.
 - MM2-MM4에 위치한 의료기관: 최대 14일 간 Locum 파견 가능
 - MM5-MM7에 위치한 의료기관: 최대 28일 간 Locum 파견 가능
 - 또한, 의료서비스 Locum은 퇴사로 인해 공석이 발생할 경우에는 의료인력을 파견하지 않는 것을 원칙으로 하며, 기 채용된 정규인력의 역량강화를 위한 교육 이수(Continuing professional development)나 휴가로 인해 발생 시, 공백 예정일로부터 최소 2주 전에 접수된 건에 대해서만 파견을 진행하는 것으로 나타남.

[표 19] Modified Monash 척도를 활용한 호주 정부의 지역구분

척도	구분	내용
MM1	대도시 지역 (Metropolitan Areas)	인구 25만 명 이상인 대도시 지역으로, 대표적으로 시드니, 멜버른, 브리즈번, 퍼스 등 주요 대도시 중심부가 포함된다.
MM2	대규모 지방 도시 (Regional Centres)	인구 5만 명 이상 25만 명 미만의 중대형 지방 도시로, 주도(州都)가 아닌 지방의 주요 도시 지역이다. 예로는 뉴사우스웨일스의 울런공, 퀸즐랜드의 타운즈빌, 빅토리아의 벤디고 등이 있다.
MM3	대형 농촌 도시 (Large Rural Towns)	인구 1만 5천 명 이상 5만 명 미만의 지방 중심 도시로서, 주변 농촌 지역의 의료 및 상업 중심지 역할을 한다. 예시로는 뉴사우스웨일스의 리스모어, 사우스오스트레일리아의 마운트갬버 등이 있다.
MM4	중형 농촌 도시 (Medium Rural Towns)	인구 5천 명 이상 1만 5천 명 미만의 소규모 농촌 중심지로, 주변 농촌 지역 주민들에게 필수적인 기초의료 및 행정적 지원을 제공한다. 예를 들면 빅토리아의 스완힐, 퀸즐랜드의 차터스타워스 등이 있다.
MM5	소형 농촌 도시 (Small Rural Towns)	인구 1천 명 이상 5천 명 미만의 작은 농촌 타운으로, 의료 서비스 접근성이 낮아 주민들이 인근의 더 큰 도시로 의료서비스를 받으러 이동해야 하는 경우가 많다. 예로 뉴사우스웨일스의 내려브라이, 웨스턴오스트레일리아의 메리딘 등이 해당된다.
MM6	취약지 (Remote Communities)	인구 1천 명 미만의 소규모 마을이나 원격 지역으로, 지리적 고립으로 인해 의료 접근성이 매우 제한적이며, 의료 서비스를 위해 장거리 이동이 불가피한 지역이다. 대표적인 예로는 퀸즐랜드의 롱리치, 노던테리토리의 테넨트크릭 등이 있다.
MM7	최취약지 (Very Remote Communities)	극히 고립된 외딴 지역으로, 인구가 적고 도로 교통망이 미비하여 의료 접근성이 극도로 제한된다. 이러한 지역에서는 비행기나 원격의료 서비스에 의존해야 하며, 대표적인 예로는 노던테리토리의 앨리스스프링스 주변의 소규모 원주민 공동체가 있다.

출처: 호주 보건노인복지부(<https://www.health.gov.au/topics/rural-health-workforce/classifications/mmm>)

- (파견대상인력) 의료서비스 Locum을 통해 파견되는 인력은 주로 의료인력을 중심으로 한 인력이 파견되는 것으로 나타남. 의사인력은 산부인과 및 마취과를 중심으로 한 전문의와 시술형 일반의(GP), 그리고 족부 전문의를 파견대상으로 한정하고 있으며, 간호인력은 간호사(RN)와 준간호사(EN) 그리고 조산사를 대상으로 하고 있는 것으로 나타남. 기타보건의료복지인력으로 파견되는 인력의 경우 치과보조사, 치과치료사, 방사선사(초음파기사) 등, 의료기사에 관련된 직종뿐만 아니라, 원주민의료종사자, 청각치료사, 사회복지사, 약사에 이르기까지 광범위한 것으로 나타남.
- 이때 간호사의 파견 가능한 업무 세부 분야는 응급치료 및 응급병동, 일반진료, 중환자실, 정신건강, 수술실, 1차의료, PHC(원격진료), 소아과, 일반병동 분야로 한정되어 있는 것으로 나타남.
- 이때, 간호 및 기타보건의료복지인력은 대부분 각 실무 분야에서 전문성을 인정받을 수 있는 자격증 혹은 면허증을 증빙서류로 제출하여 최소한의 자격을 증명하도록 요구받고 있으나, 산부인과 및 마취과 전문의 및 해당 분과의 시술형 GP는 아래와 같이 별도의 조건을 반드시 충족해야만 파견이 가능한 것으로 나타남.
- 전문의 중 마취과 전문의의 경우, 호주 및 뉴질랜드 마취과 대학(Australian and New Zealand College of Anaesthetists)의 펠로우십 증명서나, 마취과 의사로서 공인된 역량강화 프로그램에 참여했다는 증빙서류를 필수적으로 제출해야 함.
- 전문의 중 산부인과 전문의의 경우에도 호주 및 뉴질랜드 왕립 산부인과 대학(Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists)의 펠로우십 증명서와 해당 기관에서 개최한 역량강화 프로그램에 참여했다는 증빙서류를 필수적으로 제출해야 함.
- 한편, 마취과 시술형 GP의 경우에는 등록된 일반의 면허와 함께 마취과 공동협의 위원회(Joint Consultative Committee on Anaesthesia)에서 인증한 마취 관련 교육 이수 이력과, 호주 왕립 일반의학회 또는 호주 농촌 및 원격지의학 학회의 펠로우십 증명서를 필수적으로 제출해야 함.
- 산부인과 시술형 GP의 경우에도 등록된 일반의 면허와 함께 호주 및 뉴질랜드 왕립 산부인과 대학에서 발행한 RANZCOG 펠로우십 기본훈련 이수증 또는 고급훈련 이수증이 필요하며, 추가로 공인된 역량강화 교육 이수 이력과 호주 왕립 일반

의학회 또는 호주 농촌 및 원격지의학 학회의 펠로우십 증명서를 필수적으로 제출해야 함.

[표 20] 호주 RLAP Locum 대상 인력

구분	의사인력	간호인력	기타보건의료복지인력
의료 서비스 Locum	<ul style="list-style-type: none"> 산부인과 전문의 산부인과 GP(시술형GP) 마취과 전문의 마취과 GP(시술형GP) 일반치과의사 족부 전문의(Podiatrist) 	<ul style="list-style-type: none"> 간호사(RN) 준간호사(EN) 조산사(RM) 	<ul style="list-style-type: none"> 원주민 의료종사자 청각치료사 카이로프랙터 치과보조사 치과치료사 영양사 운동생리학자 방사선사 작업치료사 검안사 접골사 약사 물리치료사 심리학자 방사선사 방사선사(초음파기사) 사회복지사 사회복지사-아동보호전문

출처: Rural LAP 홈페이지(<https://rurallap.com.au>)

□ (파견과정) RLAP를 통한 의사인력의 파견절차는 크게 Locum 사전 등록, 기관의 파견 요청, 사전등록 DB 기반 RLAP의 적격자 탐색 및 추천, 자격 검증 및 계약, 숙박 장소 및 이동수단 준비, 현장 파견 및 근무 수행, 사후 정산 및 평가의 순서로 구성되며, 이 과정에서 RLAP 사무국이 접수부터 정산에 이르는 전 과정을 관리하고 있는 것으로 나타남.

○ (Locum 사전 등록) RLAP의 지원을 받는 Locum으로 활동하기 위해서는 호주 정부의 RLAP 웹사이트를 통해 사전에 등록 절차를 밟아야 하며, 이때 RLAP 사무국은 지원자가 기입하는 정보를 바탕으로 지원자에게 Locum 지원 절차를 개별적으로 설명함.

- 이때 수집하는 정보는 △이름, △이메일주소, △전화번호, △지원직무, △Locum정보 인지 경로, △대학 졸업 후 경과 연수이며, 이외에도 별도의 이력서(Cover Letter)를 첨부파일로 제출받고 있는 것으로 나타남.

○ (기관의 파견 요청) RLAP에서 규정하고 있는 적격조건을 갖춘 기관은 기관 내 인력의 역량강화 교육, 휴가 등으로 인해 의료서비스 제공자의 공백이 발생하였을 경우, 호주 정부의 RLAP 웹사이트를 통해 Locum을 신청함. 신청은 파견이 필요한 날로부터 최소 2주 전에 신청해야 하며, 이때 기관이 제출해야 하는 정보는 아래와 같음

- 기관 세부 정보: △MM척도에 따른 기관의 위치, △기관명, △기관주소, △Locum파견이 필요한 기관의 위치, △채용 담당자 이름, △채용 담당자 이메일 주소 및 전화번호, △Locum정보 인지 경로, △지역 및 의료서비스 제공 현황에 대한 개괄적인 정보

- 파견 요청 정보: 파견근무 시작일자, 파견근무 종료일자, 파견 요청 사유²²⁾, CPD(역량강화 교육) 휴가 증빙서류, 공백 인원의 이름, 공백 인원의 AHPRA(Australian Health Practitioner Regulation Agency)등록번호 및 등록유형(Classification level), 원주민 지역 이동으로 인한 지역패스(Community Pass) 필요 여부

- 직무 세부 정보²³⁾: 파견요청 직무 분야, 직무 요구사항(병상 수, 직원비율, 협업여부, 처방 및 조제 소프트웨어 등), 직무 개요, 임시직 시간당 및 일당 임금(연금수당 제외), 총근무일, 주당 근무시간 및 주당 근무 일수, 대기 수당 금액, 필요 전문 기술, 공휴일 근무 및 당직 근무(DT and T1/2) 호출 빈도, 임금을 제외한 근무수당, 파견비용 청구 대상 기관 및 부서, 기타 Locum 및 RLAP 사무국이 알아야 하는 정보 등

○ (사전등록 DB 기반 적격자 탐색 및 추천) 적격 기관의 파견 요청이 접수가 완료될 경우, 사전 등록을 통해 수집한 Locum 지원자 DB에서 파견 기관이 요청한 수준의 의료서비스를 제공할 수 있는 적격 지원자를 탐색하고, 적합한 지원자에게 이메일을 발송하게 됨. 이메일을 수신한 지원자가 48시간 이내에 지원 의사를 밝히게 되면, 지원의사를 밝힌 지원자가 기존에 입력한 정보 및 이력서(CV)를 파견 요청 기관에 전달하게 됨.

22) 의료서비스 Locum의 경우 파견사유는 CPD(역량강화교육 이수로 인한 공백)휴가 또는 휴가로 한정되며, 노인돌봄 Locum의 경우에는 CPD, 휴가, 공석인 경우로 한정됨. 단, 노인돌봄 Locum을 "공석" 사유로 신청한 경우에는 온라인에 게시한 공석에 대한 채용공고URL을 첨부하여야 함.

23) 해당 수집 항목은 의료서비스 Locum신청 시에 수집하는 정보로, 노인돌봄 Locum의 경우에는 가산급여, 기본 급여, 필요 자격, 식사수당, 전체 급여 중 오후 근무 추가 수당 비율, 토요일 및 공휴일 근무 수당 비율, 격오지 수당 등의 추가정보를 수집하는 것으로 나타남.

- (자격 검증 및 계약) 파견요청기관은 RLAP에서 전달받은 정보와 이력서를 바탕으로 채용 전 Locum 지원자에 대한 점검을 실시하고, 파견요청기관에서 지급할 일간 근무수당에 대해 논의를 수행함. 일간 근무수당이 적절한 수준으로 합의가 된 경우, 해당 Locum 지원자에 대한 증빙서류 및 적격자격 소지 여부를 검토한 뒤, 파견요청기관장의 승인을 얻어 최종적으로 RLAP 사무국에 합격자를 통보함. 이때, 파견요청기관은 RLAP 사무국에 숙박 및 이동수단에 대해 준비를 요청함.
 - (파견 준비) 파견요청기관의 합격자 통보 및 숙박·이동수단에 대한 준비 요청을 접수하면, RLAP 사무국은 해당 인력에게 합격여부를 통보하고, 파견되는 과정에서 이용하게 될 교통수단(항공, 배, 버스 등)과 숙박장소 등을 예약하게 됨. 이때, 필요할 경우에는 현지에서 사용할 렌트카도 지원되며, 만약 파견요청기관에서 차량을 지원할 경우에는 기관에 차량유지비를 일정액 지원함. 이후 모든 파견 일정 및 교통, 숙박 예약이 종료되고 나면 해당 일정표를 RLAP 사무국에서 파견인력에게 안내하게 됨.
 - (현장 파견 및 근무 수행) Locum 합격자는 파견요청기관의 공고에 기재된 날짜에 맞추어 현장에 파견되어 근무를 시작함. 이때 파견요청기관 측에서는 환자 진료의 연속성을 보장하기 위하여 Locum 합격자가 파견되기 전에 적절한 수준의 오리엔테이션 및 인수인계를 준비해야 함. 또한, 파견요청기관은 파견근무를 수행하는 동안 사전에 합의한 일간 근무수당을 지급하여야 할 의무가 발생함.
 - (평가) 파견이 종료된 이후, 파견요청기관은 RLAP 웹사이트에서 파견과정 및 인력에 대한 평가(피드백)를 제출하게 되는데, RLAP 사무국은 이러한 평가결과를 해당 인력의 다음 파견과정에 활용하거나 파견 과정을 개선하는데 사용함.
 - (사후정산) 공식적인 파견 과정이 모두 종료된 이후 파견요청기관은 RLAP 사무국에 파견 과정에서 발생한 일간 근무수당에 대한 보조금, 숙박시설 및 차량 임차비용 등에 대해서 청구하게 됨. RLAP 사무국은 해당 요청이 접수된 이후 14일 이내에 환급처리를 수행함.
- (지원금 항목) RLAP가 지급하는 지원금은 크게 파견요청기관에 지원하는 지원금과 파견인력에게 제공하는 지원금으로 구분할 수 있음. 파견요청기관에 지원하는 보조금은 일간 근무보수 지원보조금과 파견요청기관이 차량을 제공할 경우에 지원되는

교통비 지원보조금이 있으며, 파견인력에게 제공되는 보조금은 교통비, 숙박비, 식비 및 출장비, 인센티브가 있으며, 이때 시간당 임금은 명시되어 있지는 않으나 별도로 파견요청기관이 협의를 통해 지급하는 것으로 사료됨.

- (교통비 지원) 파견인력이 파견요청기관으로 이동하기 위한 왕복 항공권 또는 기타 육상교통편(렌트카 포함)은 RLAP가 직접 예약 및 구매하여 실비 지원하고 있음. 파견요청기관이 차량을 제공할 경우에는 RLAP가 파견요청기관에 차량 지원비 명목으로 하루 35AUD+부가세를 제공하는 것으로 나타남.
- (숙박비 지원) 숙박비 또한 교통비와 마찬가지로 RLAP가 파견인력의 숙박일정을 직접 예약 및 구매하여 지원하고 있으며, 최대 150AUD(부가세 포함)까지 지원이 가능함.
- (식비 및 출장비) 파견인력은 RLAP로부터 식비 및 부대비용 명목으로 사용할 수 있도록 하루 100AUD를 지원 받게 됨. 해당 지원금의 경우에는 정액수당으로, 별도의 영수증을 제출할 필요 없음.
- (일간 근무보수 지원보조금) 일간 근무보수 지원보조금은 RLAP가 파견요청기관에 지급하는 보조금으로, 파견요청기관이 파견인력에게 지불하는 일간 근무수당의 지급 부담을 줄이기 위해 제공함. 일간 근무수당 지원보조금은 파견인력이 전문의인지 혹은 일반의인지에 따라 지원되는 금액이 상이하며, 세부 지원금액은 아래와 같음.
 - 전문의 일간 근무수당 지원금: 1일당 700AUD
 - 일반의(GP) 일간 근무수당 지원금: 1일당 500AUD
- (인센티브) RLAP 사무국을 통해 파견되는 의료인력은 근무일 당 하루 150AUD의 추가적인 인센티브가 제공되는데, 해당 인센티브는 RLAP가 지급하는 식비 및 출장비나 파견요청기관이 지급하는 일간 근무수당과는 별도로 지급되는 지원금임.
- (임금) 시간당 임금의 경우에는 별도 명시되어 있지는 않으나, 파견요청기관이 파견의사와의 협의를 통해 임금을 결정하는 것으로 사료됨. 다만, 2025년 기준 임시 마취과 전문의 평균 시급은 180AUD~220AUD²⁴⁾, 임시 산부인과 전문의의 경우에는 250AUD~440AUD²⁵⁾²⁶⁾로 나타남. 실질적으로 RLAP를 통해 파견되는 의료기관의 위치가 원격지임을 고려할 때, 실질적인 임금은 이보다 높을 것으로 사료됨.

[표 21] 호주 RLAP 지원 항목 및 지원 내용

지원 항목	지원주체	수혜자	지원내용
교통비 지원	RLAP 사무국	파견의료인력	왕복항공권 또는 교통편 실비 지원
		파견요청기관	파견요청기관이 차량 제공 시 차량유지비(35AUD+부가세) 정액 지원
숙박비 지원	RLAP 사무국	파견의료인력	숙박비 실비 지원
		파견요청기관	파견요청기관이 숙소 제공 시 1박당 숙박비 최대 150달러(부가세 포함) 실비 지원
식비 및 출장비 (Per diem)	RLAP 사무국	파견의료인력	1일당 100AUD 정액 지원(별도 영수증 제출 필요)
일간 근무보수 지원보조금	RLAP 사무국	파견요청기관	(전문직) 1일당 700AUD
			(일반직) 1일당 500AUD
인센티브	RLAP 사무국	파견의료인력	근무일 1일당 150AUD 정액 지원

출처: Rural and Remote Clinical Support Unit. (2021).

□ 이 외에도 RLAP는 파견인력 및 파견요청기관에게 각종 행정지원을 제공하며, 농촌 및 원격지 대체의사인력 교육 지원 프로그램인 Rural Locum Education Assistance Program(Rural LEAP)에 참여하는 GP의 경우에는 응급의학 교육을 참여하는 기간 인 3일동안 최대 6,000AUD를 지원받을 수 있는 것으로 나타남.

- 단 Rural LEAP에 참여하는 GP 대상으로 지원되는 금액은 교육 후 정해진 Locum 근무기간을 50% 완료 시 지원금의 반액이 지급되며, 나머지 반액은 Locum 근무 완료시에 지급됨.

24) MedRecruit. (n.d.). What is an anesthesiologist's salary in Australia? [Webpage]. MedRecruit. Retrieved September 11, 2025, from <https://medrecruit.medworld.com/articles/what-is-an-anesthesiologists-salary-in-australia>

25) Medipeople. (n.d.). Obstetrics & gynaecology locum jobs. Medipeople. Retrieved September 11, 2025, from <https://www.medipeople.com.au/obstetrics-gynaecology-locum-jobs>

26) MedRecruit. (n.d.). What is an anesthesiologist's salary in Australia? MedRecruit. Retrieved September 11, 2025, from <https://medrecruit.medworld.com/articles/what-is-an-anesthesiologists-salary-in-australia>

2 캐나다 온타리오주 Locum 프로그램²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾³⁰⁾³¹⁾

- (개요) 온타리오주는 캐나다 북부지역에 위치한 지역으로, 넓은 면적 대비 낮은 인구 밀도를 보유하고 있음. 이러한 지리적 요건으로 인해 온타리오주는 역사적으로 의사 인력 부족과 열악한 의료서비스 접근성, 그리고 전문 진료과목별 치료역량의 한계 문제가 존재하였으며, 이러한 문제들은 주민들의 건강결과에 악영향을 미치고 있음 (DeMiglio, L. et al. 2024).
- 이러한 문제를 해결하기 위해 온타리오주에서는 2000년대 초반에 Locum 프로그램을 설립하고 일차의료를 담당하는 Rural Family Medicine Locum Program(RFMLP), 응급의료를 담당하는 Emergency Department Locum Program(EDLP), 전문의료 서비스를 담당하는 Northern Specialist Locum Programs(NSLP)를 운영하여 임시 의사인력 확보 및 지원을 통해 북부 주민들의 의료서비스 격차를 감소시키고자 하였음.
- 이 중 EDLP 프로그램의 경우, 설립 이후 지속적으로 운영되어 온타리오 주 내 취약 지역에 위치한 병원에서 응급실을 폐쇄하지 않고 지속적으로 운영할 수 있는 주요한 수단이었으나, 본래의 목적과는 달리 점차 장기적인 인력 공백을 메꾸는 수단으로 활용되면서 재정적 부담이 증가하자 2025년 3월 31일 공식적으로 중단되었음.
- 본래 EDLP는 온타리오주 내 병원들이 응급실 의사인력 확보에 어려움을 겪으면서 응급실 폐쇄 위기에 처하자, 온타리오 주 정부에서 최후의 수단으로써 응급의학관련 자격을 갖춘 임시 의사인력을 긴급하게 지원하기 위해 2006년부터 시작된 프로그램임(Office of the Auditor General of Ontario, 2023).

27) DeMiglio, L., Jolicoeur, J., Lamb, I. R., Cousins, M., Nutbrown, L., & Orrantia, E. (2024). Draw to Practice: A Qualitative Study Examining Factors Attracting Physicians to Rural Northern Ontario. *Cureus*, 16(2), e55074. <https://doi.org/10.7759/cureus.55074>

28) Sophie N. Jones. (2024, Feb). Locum coverage critical to coping with physician shortages. <https://www.oma.org/newsroom/ontario-medical-review/ontario-medical-review-media-kit/omr-digital/2024/february/locum-coverage-critical-to-coping-with-physician-shortages/>

29) HealthForceOntario. (2025). Ontario Rural and Northern Locum Programs. https://www.healthforceontario.ca/en/M4/Ontario_Physician_Locum_Programs

30) Office of the Auditor General of Ontario. (2023). Value for Money Audit: Emergency Departments.

31) Ontario Medical Association. (2022). OMA-MOH negotiated programs.

- 그러나 온타리오주 감사원에 따르면, 2018/19회계연도에 EDLP를 통해 채용된 의사인력의 근무시간은 27,400시간, 프로그램 운영비용은 약 570만CAD였으나, 2022/23회계연도에는 근무시간이 60,200시간, 프로그램 운영비용이 약 1,180만 CAD로 두 배 이상 증가하여 기존의 '임시 지원' 목적이 퇴색되고 있다는 문제가 제기되었음(Office of the Auditor General of Ontario, 2023).
- 이에 온타리오주 정부는 기존 EDLP를 2025년 3월 31일부로 중단하고, 지역사회 내 응급실의 의사인력 부족 문제를 영구적으로 해결할 수 있는 해결책을 마련하기 위해 온타리오 의료협회(Ontario Medical Association)와 협의를 지속하고 있음(Andrew Cruickshank. 2025).
- 운영이 중단된 EDLP를 제외한 현재 운영되는 두 개의 프로그램은 모두 온타리오주 보건부 산하의 HealthForceOntario Marketing and Recruitment Agency(HFO MRA)에서 운영하고 있으며, Locum 채용기관 및 Locum 지원자는 HFO MRA에서 운영하는 온라인 무료 구인구직 웹사이트인 HFOJobs를 통해 해당 프로그램에 참여할 수 있음.

가. Northern Specialist Locum Programs(NSLP)

- (개요) NSLP는 온타리오 북부지역 내 진료과별 전문의 미확보로 인한 전문의로서 비스 제공 공백을 최소화하고, 해당 지역 내 전문의들의 휴가 여건을 보장하기 위해 2000년대 초부터 실시되었음(Sophie N. Jones. 2024; HealthForceOntario. 2025).
- NSLP는 그 목적에 따라 긴급한 의료 지원의 필요성에 의거하여 임시 파견의사를 지원하는 Urgent Locum Tenens Program(ULTP)와 기존 전문의의 휴가 시 임시 파견의사를 지원하는 Respite Locum Tenes Program(RLTP)로 구분됨(Ontario Medical Association. 2022).
- (파견 대상 기관) NSLP는 온타리오 주 Health Region 중 North-East와 North-West에 속하는 병원 또는 지역건강센터를 기본 자격요건으로 하고 있으며, 각 병원 별 필요 전문의 수, 진료 및 당직 요구사항, 상근 전문의 채용 노력, 지역적 고립 정도, 소규모 진료과의 휴식 지원 필요성, 그 외 기타 요인(환자 구성, 지역사회 특성 등) 항목을 종합적으로 검토하여 지원 자격을 심사함.

- North-East Health Region in Ontario : James And Hudson Bay Coasts, Cochrane, Algoma, Nipissing-Temiskaming, Sudbury-Manitoulin-Parry Sound 등
 - North-West Health Region in Ontario : City of Thunder Bay, District of Thunder Bay, District of Rainy River, District of Kenora 등
- 한편, 파견대상 의료기관의 의사 1인당 최대 파견 요청 일수가 지정되어 있는 RFMLP와 달리 NSLP의 경우 파견대상 의료기관이 1년에 요청할 수 있는 최대 파견 일수가 별도로 지정되어 있지 않음.
- (지원 대상 의사) NSLP에 참여하는 의사는 유효한 CPSO(College of Physicians and Surgeons of Ontario) 면허, 의사의 윤리적 조치 이력 등을 증명하는 최신 Certificate of Professional Conduct, 의료사고로 인한 법률적 방어를 위한 CMPA(Canadian Medical Protective Association) 정회원 자격, 진료비 청구를 위한 온타리오주 건강보험(Ontario Health Insurance Plan) 청구번호 및 청구권한을 보유하고 있어야 하며, 추가적으로 전문의 자격과 함께 일정한 지리적 조건을 갖추어야 함.
- (NSLP 전문의 자격) NSLP는 전문의를 대상으로 하는 프로그램으로, 그 특성상 지원 대상 인력은 반드시 RCPSC(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)에서 전문의 인증을 받거나, 일반의(GP) 중에서도 CFPC(College of Family Physicians of Canada)에서 응급의학, 마취, 중독의학, 외과 술기, 산부인과 외과 술기 등 특정 분야에서 전문의에 준하는 지식수준을 인증하는 CAC(Certificate of Added Competence)를 취득하여야 함.
 - (NSLP 지리적 요건) 기본적으로 NSLP에 참여하는 의사는 현재 자신이 근무하고 있는 기관으로부터 파견 기관이 최소 40km 이상 떨어져 있어야 하며, 동시에 본인의 주 거주지로부터 파견 기관이 최소 40km 이상 떨어져 있어야 함.
- (파견과정) NSLP를 통한 파견은 HFO MRA에서 운영하는 무료 의사인력 채용공고 웹사이트인 HFO Jobs를 기반으로 운영되며, 프로그램 참여 의사는 HFO Jobs 웹사이트 가입 및 게시 공고 탐색, 기관-지원자 간 근무조건 조율, 프로그램별 신청서 작성 및 승인, 현장 파견 및 근무 수행, 사후정산 순서로 이루어짐.

- (HFO Jobs 가입 및 게시 공고 탐색) Locum 지원 및 채용공고 게시를 위하여 각 기관 담당자 및 Locum 지원자는 HFO MRA에서 운영하는 HFO Jobs에 가입하여야 하며, Locum 지원자는 가입 후 각 기관 담당자들이 게시한 게시 공고를 확인한 뒤에 공고에 기재된 각 기관 담당자의 연락처를 통해 Locum 채용에 지원함.
 - 가입 시에는 이름, 이메일 주소, 언어(영어/프랑스어), 직종(의사, 간호사, 물리치료사 등), 온타리오 주 내 의사인력 등록 상태(CPSO 보유 여부), CPSO 만료일자, 세부 전문분야, 추가 전문분야 정보(필요 시), 현재 거주 또는 진료 지역, 온타리오주 거주 관심 여부, 온타리오주 거주 관심 지역(농촌/북부/그 외), 프랑스어 임상 서비스 제공 가능 여부, 원주민 문화 안전 교육 이수 여부 등을 기입하여야 함.
 - 게시된 채용 공고는 채용 유형에 따라 정규직, 파트타임, Locum, Locum-NSLP, Locum-RFMLP로 구분되며, 각 공고 내에는 기관 명, 위치, 구인직종, 구인진료과목, 채용유형, 언어(프랑스어 사용 여부), GP/전문의 여부, 게시일자, Locum 근무 기간, 기타 근무 세부사항(기관개요, 기관 의료진 구성, 의료제공 시스템, 환자 구성, 근무 형태, 지불제도 형태, 자체 추가수당 제공 여부, 활용하고 있는 EMR 시스템 등), 채용 담당자 연락처 등을 포함하여 기재하고 있는 것으로 나타남.
- (기관-지원자 간 근무조건 조율) Locum 지원자는 채용 유형이 Locum-NSLP로 게시된 공고 중 지원할 의사가 있는 공고에 대해 공고에 기재된 기관 담당자 연락처로 연락을 하게 되며, 각 기관의 담당자는 Locum 지원자와 함께 세부 근무 일정과 조건을 협의함.
- (Locum 등록 및 제반 서류 접수) 근무 조건 협의를 완료되고 나면 Locum 지원자는 온타리오 주 보건부에 Locum 등록 절차 및 진료수가 청구를 위한 온타리오 주 건강보험 청구번호(OHIP Billing #) 등록 절차를 밟아야 하며, 임금 및 지원금 지급을 위한 은행 정보 확인 서류(Confirmation of Banking Information), 계좌 정보 확인을 위한 공수표(Void Cheque) 등을 제출해야 함.
 - 기본적으로 근무 협의를 완료한 Locum 지원자는 온타리오주 보건부에 Locum 인력으로 등록절차를 밟아야 함. 해당 서류에는 이름, 주 근무지 주소, 거주지 주소, 연락처, 직종(GP/정신과전문의/전문의)을 기재하게 되어 있으며, 작성한 신청서와 함께 CPSO 면허 사본, RCPSC 사본 또는 CCFP에서 발급한 CAC 사본, CMPA 가입증명서, Locum으로 일하게 될 병원의 진료권한 증명서를 함께 제출하여야 함(Ontario Ministry of Health, 2025).

- 또한, Locum 프로그램은 기본적으로 의사 본인이 직접 청구를 하기 때문에, Locum 프로그램에 참여하는 의사는 반드시 온타리오주 건강보험 청구번호(OHIP Billing #)를 발급받아야 함. 발급 절차는 온라인으로 진행되며, 해당 인력의 이름, 나이, 직종 등 개인정보 및 의과대학 졸업 일자 등의 정보를 기입하여 신청하게 됨.
- 임금 및 지원금 지급을 위한 Confirmation of Banking Information의 경우에는 Locum 지원자가 작성하는 서류로, 계좌 보유자 정보, 법인정보(해당시), 직접 입금 정보 등을 기재해야 하며, 이와 함께 계좌 정보 확인을 위한 공수표나 금융 기관에서 발급한 직접 입금 신청서(해당 시)를 첨부하여 제출해야 함.

[표 22] Confirmation of Banking Information 서류 내 수집 정보

구분	세부내용
계좌 보유자 정보	<ul style="list-style-type: none"> • CPSO에 등록된 이름 • 의사 면허 번호(CPSO #) • 온타리오주 건강보험 번호(OHIP #) • 거주지 주소 • 주 진료지 주소 • 전화번호 및 이메일 주소
법인 정보 (해당 시)	<ul style="list-style-type: none"> • CPSO에 등록된 법인 명 • 캐나다 국세청 사업자 번호
직접 입금 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 계좌 보유자 이름 • 금융 기관 명 • 금융 기관 지점 주소 및 번호 • 은행 지점번호 • 금융기관 번호 • 계좌번호 • 사회보험번호(NSLP)

출처: 온타리오주 보건부 OntarioHealthForce

- (현장 파견 및 근무 수행) Locum 등록 절차 및 파견 요청서가 승인되고 나면 Locum으로 근무할 의사인력은 이동 및 숙박시설을 직접 예약 및 결제하여야 함. 이후 계약된 진료일이 도래하면 사전에 협의한 근무 조건을 이행하게 되는데, NSLP로 파견된 인력의 경우에는 주로 파견요청기관의 전문진료를 수행하게 됨.

- (사후 정산) 현장 파견 근무가 종료되고난 이후, Locum으로 근무한 의사인력은 파견 간 발생한 경비 및 수당 청구서와 증빙영수증을 각 프로그램 사무국 측에 제출해야 하며, 경비 및 수당 지급까지 약 4~6주가량 소요됨. 경비 및 수당 청구서는 진료일로부터 30일 이내에 제출하는 것을 권고하고 있으며, 진료일로부터 6개월이 지난 청구서는 정산하지 않는 것으로 나타남.
- (지원금 항목) 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 진료 및 당직수당 지원금, 취약지 파견이동지원금, 기타비용으로 구분되며, 각 지원금별 구체적인 지급 기준 및 액수는 아래와 같음. 이때 NSLP-일반으로 파견되는 인력의 경우, 진료 수당은 Locum 의사와 병원이 직접 협의하여 결정하고, 이를 최종적으로 HFO MRA에서 지급함.
 - (숙박비) 숙박비용은 실비정산 항목으로, 1인실 기준 최대 150CAD(VAT 미포함) 까지 지원이 가능함. 만약, 가족, 친구, 동료의 집에서 숙박을 할 경우에는 1박당 최대 30CAD가 지원되며, 이때 영수증 제출은 필요로 하지 아니함.
 - (교통비) 교통비는 크게 자가차량이용, 차량렌트비용 및 유류비, 택시비용, 항공비용이 포함되며, 차량 주차에 따른 주차비용도 지급되는 것으로 나타남. 교통수단별로 지급하는 지원금액은 아래와 같음.
 - (자가차량이용) 자가차량 이용 시, km당 0.41CAD가 적용되며, 이때 비용은 파견지 왕복 이동 시 발생한 이동거리와 파견지 현지에서 출퇴근 간 발생한 이동거리를 모두 포함함.
 - (주차비) 주차비용은 정산 시 반드시 영수증에 공급자 정보와 요금명세 등이 모두 포함되어야 하며, 한도금액은 명시되어 있지 아니함.
 - (차량렌트/유류비) 차량을 렌트하여 적용될 경우, 하루 기준 최대 50CAD(VAT미포함)의 렌트비용이 지원되며, 동계 기간인 10월 1일부터 4월 30일까지는 안전상 SUV 렌트를 위한 더 높은 지원액이 제공됨. 유류비의 경우에는 차량렌트 시에만 실비 지원되는 항목으로, 정산 시 영수증에 공급자 정보, 날짜, 요금명세 등이 모두 포함되어야 함.
 - (택시) 택시 이용 비용은 유류비나 주차비와 마찬가지로 정산 시 영수증에 공급자 정보, 날짜, 요금명세 등이 모두 포함되어야 하며, 한도금액은 명시되어 있지 아니함.
 - (항공료) 항공료는 온타리오주 보건부에서 지정한 항공사의 지정된 좌석 클래스를 활용해야 하고, 부득이한 사정으로 인해 이코노미 클래스가 아닌 비즈니스 클래스 이상의 좌석등급을 예매할 경우에는 별도의 비교견적서를 제출해야 함. 항공료는 온타리오 주 외부에 거주 및 진료하는 의사의 경우 최대 1,500CAD(VAT포함)를 청구할 수 있으며, 편도 이용 시 최대 750CAD(VAT포함)를 청구할 수 있음(수하물 요금 포함).

- (진료 및 당직수당 지원금) NSLP에서 제공하는 진료 및 당직수당 지원금은 파견 진료수당 지원금, 긴급파견진료수당, 긴급파견당직수당으로 구분되며, 이 중 긴급 파견진료수당과 긴급파견당직수당은 근무시간 구간(sessional)에 따라 차등하여 지급함. 단, FFS(Fee-For-Service) 지불모델로 근무할 경우에는 진료량만큼 수당을 별도로 지급하므로, 진료 및 당직수당이 중복하여 지급되지 않음.
 - 파견진료수당 지원금은 NSLP에 참여하는 Locum 의사에게 제공되는 지원금으로, 파견 의가 1 sessional(3-5시간)에 미치지 못하는 근무를 수행하는 경우에는 해당 날짜 하루당 363.57CAD가 정액 지원되는 지원금임. 해당 지원금은 동일한 금액을 정액지급하는 파견 이동지원금과 동일한 날짜에 중복하여 청구할 수 없음.
 - 긴급파견진료수당은 NSLP-긴급(Urgent) 유형에 제공되는 수당으로, 근무시간에 따라 3-5시간(1 sessional): 671.29CAD, 6-8시간(2 sessionals): 1,342.58CAD, 9-12시간(3 sessionals): 2,013.87CAD로 구분하여 차등 지급하며, 하루 최대 3 sessionals까지 청구 가능함.
 - 긴급파견당직수당은 NSLP-긴급(Urgent) 유형에 제공되는 수당으로, 최소 8시간 이상(1 sessional): 556.29CAD, 최소 16시간 이상(2 sessionals): 1,112.52CAD, 24시간(3 sessionals): 1,668.78CAD으로 구분하여 차등 지급하며, 하루 최대 3 sessionals까지 청구 가능함.
- (취약지 파견 이동 지원금) 취약지 파견 이동 지원금은 NSLP에 참여하는 Locum 의사에게 제공되는 지원금으로, 파견지 이동이 발생하는 날짜 하루당 363.57CAD가 정액 지원되는 지원금임. 이때, 파견 이동시간이 3시간 이상 소요되는 경우에는 ‘취약지 파견 이동 정액 지원금’을 제공함.
 - 취약지 파견 이동 지원금은 동일한 금액을 정액 지급하는 파견진료수당과 동일한 날짜에 중복하여 청구할 수 없음.
 - 파견 이동시간이 3시간 이상 소요될 경우에 제공되는 ‘취약지 파견 이동 정액 지원금’은 이동시간에 따라 3-5시간(1 sessional): 556.26CAD, 6-8시간(2 sessionals): 1,112.52CAD, 9-12시간(3 sessionals): 1,668.78CAD로 구분하여 지급함.
- (기타 비용) 기타 비용에 해당하는 항목은 구체적으로 명시되어 있지 않으나, 식사, CMPA 보험 비용, 온타리오 주 의사면허 취득 비용, 여행자 보험, 공항 라운지 이용 비용, 전화비용, 이주 및 아동, 가족 이동 비용은 포함되지 않는 것으로 나타남.

[표 23] 캐나다 온타리오주 NSLP 지원 항목 및 내용

지원 항목	프로그램	지원내용
교통비	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (자가차량이용) RFMLP는 km당 0.44CAD, NSLP는 km당 0.41CAD가 지원되며, 기존 거주지-파견지 왕복 이동거리와 파견지 내 이동거리를 모두 포함함. • (주차비) 실비정산 처리함. • (차량렌트/유류비) 렌트비는 하루 최대 50CAD(VAT 미포함)가 지원되며, 유류비는 실비정산 처리함. • (택시) 실비정산 처리함. • (항공료) 온타리오 주 외부에 거주하는 파견의는 왕복 항공편 기준 최대 1,500CAD(VAT포함), 편도 이용시 최대 750CAD(VAT포함) 지원
숙박비	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (숙박비) 숙박비는 1인실 기준 최대 150CAD(VAT 미포함)까지 지원됨. 만약 친구, 가족, 동료의 집에서 숙박할 경우, 1박당 30CAD가 지원됨.
진료 및 당직 수당 지원금	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (파견진료수당지원금) 1sessional미만의파견진료는 1일당 363.57CAD
	NSLP (긴급) NSLP (긴급)	<ul style="list-style-type: none"> • (긴급파견진료수당) 진료수당은 진료시간에 따라 3-5시간, 6-8시간, 9-12시간으로 구분되어 있으며, 이때 각 구간별 정액진료수당은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - 3-5시간(1 sessional): 671.29CAD - 6-8시간(2 sessionals): 1,342.58CAD - 9-12시간(3 sessionals): 2,013.87CAD • (긴급파견당직수당) 당직수당은 24시간 전체 당직수당과 부분당직수당으로 나뉘져 있으며, 부분당직수당은 다시 8시간 기준 당직과 16시간 기준 당직으로 구분됨. 각 구간별 정액당직수당은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - 최소 8시간 이상(1 sessional): 556.26CAD - 최소 16시간 이상(2 sessionals): 1,112.52CAD - 24시간(3 sessionals): 1,668.78CAD
취약지파견 이동지원금	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (취약지 파견 이동 지원금) 3시간 미만 파견이동 1일당 363.57CAD
	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (취약지 파견 이동 정액 지원금) 파견을 위한 이동 시간이 3시간 이상일 경우에 제공하는 지원금으로, 이동 시간에 따른 지원금 세부 요율은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - 3-5hrs(1 sessionals): 556.26CAD - 6-8hrs(2 sessionals): 1,112.52CAD - 9-12hrs(3 sessionals): 1,668.78CAD
기타비용지원	NSLP (긴급/일반)	<ul style="list-style-type: none"> • (기타 비용) 식사, CMPA 보험 비용, 온타리오 주 의사면허 취득 비용, 여행자 보험, 공항 라운지 이용 비용, 전화비용, 이주 및 아동, 가족 이동 비용을 제외한 이외에 발생한 비용

나. Rural Family Medicine Locum Program(RFMLP)³²⁾³³⁾³⁴⁾³⁵⁾

- (개요) RFMLP는 지역 내 일차의료를 담당하는 가정의학과 의사들이 휴가 등의 사유로 인해 부재할 경우, 단기적으로 임시 파견의사를 지원하여 일차의료 서비스 제공의 연속성을 보장하기 위한 목적으로 시작되었음. 현재는 일차진료뿐만 아니라, 응급실 진료, 입원환자 진료 등 다양한 진료서비스를 제공하는 임시 파견의사를 지원하고 있음.

- (파견 대상 기관) RFMLP는 기본적으로 1996년 시작된 북부 의료 취약지역 의사 협약인 Rural and Northern Physician Group Agreement(RNPGA)에 지불제도에 등록되어 자금을 지원받는 커뮤니티에 위치한 기관이 참여할 수 있음. RNPGA 지불제도에 등록되지 않은 커뮤니티의 경우, 온타리오 주 농촌지수(The Rurality Index for Ontario, RIO)가 높아 취약 지역에 속하거나, 지역 내 정규 가정의학과 의사 인원 수가 일정 수준 이하인 기관의 경우에 RFMLP의 지원받을 수 있음(HealthForce Ontario. 2025).
 - RNPGA는 의료취약지 내 의사인력을 유치하기 위해 1996년에 시작된 특수 지불 제도로(Glauser, W. 2018), 의사가 7명 이하인 지역사회에 적용되고 있으며, 온타리오 주 북부 의료 취약지역에는 2024년 1월까지 총 38개 기관이 가입되어 있는 것으로 나타남(Ontario Ministry of Health. 2024). 이러한 RNPGA 지불제도가 적용되는 지역인 경우에는 기본적으로 RFMLP에 지원을 받을 수 있는 자격이 부여됨.
 - RNPGA에 가입되어 있지 않은 기관이 RFMLP의 지원을 받기 위해서는 소재하고 있는 커뮤니티의 온타리오주 농촌지수(RIO)가 75 이상이어야 함.
 - RNPGA에 가입되어 있지 않은 기관이면서 동시에 온타리오주 농촌지수(RIO)가 40 이상, 75 미만일 경우에는 소재 지역 내 근무하는 상근 가정의과 7명 이하인 경우에만 RFMLP의 지원을 받을 수 있음.

32) Glauser, W. (2018). Outdated contract for rural doctors is affecting patient care.

33) HealthForceOntario. (2025). Resource-Community/Rural Physician Entitlement. https://www.healthforceontario.ca/en/Home/All_Programs/Rural_Family_Medicine_Locum_Program/Resources/Community-Employer_Entitlement

34) Ontario Ministry of Health. (2025). Application for Physician Locum Programs. https://forms.mgcs.gov.on.ca/dataset/014-1667-88?utm_source=chatgpt.com

35) Ontario Ministry of Health. (2024). Primary care payment models in Ontario. https://www.ontario.ca/page/primary-care-payment-models-ontario?utm_source=chatgpt.com

- 한편, RFMLP는 적격 파견요청기관이 해당 프로그램을 통해 각 의사당 1년 내 Locum을 요청할 수 있는 최대 일수가 지정되어 있음. 이때 최대 일수는 Locum으로 대체되는 기존 의사인력의 근무 지불제도에 따라 상이함(HealthForceOntario, 2025).
- Locum으로 대체되는 기존 의사인력의 근무 지불제도가 Fee-for-Service(FFS), Family Health Group(FHG), Blended Salary Model(BSM), Family Health Network(FHN), Family Health Organization(FHO)에 해당하는 경우, 의사당 1년에 최대 21일까지 신청이 가능하며, Rural Northern Physician Group Agreement (RNPGA) 1 또는 2에 해당하는 경우에는 의사당 1년에 최대 37일까지 신청이 가능함.
- 이때, Locum으로 대체되는 기존 의사인력의 근무지불제도가 RNPGA인 경우에는 당해 연도에 사용하지 않은 Locum 파견요청일수 중 최대 5일이 다음 해로 이월되며, 최대 25일까지 누적 가능함.
- (지원 대상 의사) RFMLP에 참여하는 의사는 유효한 CPSO(College of Physicians and Surgeons of Ontario) 면허, 의사의 윤리적 조치 이력 등을 증명하는 최신 Certificate of Professional Conduct, 의료사고로 인한 법률적 방어를 위한 CMPA (Canadian Medical Protective Association) 정회원 자격, 진료비 청구를 위한 온타리오주 건강보험(Ontario Health Insurance Plan) 청구번호 및 청구권한을 보유하고 있어야 하며, 근무조건에 따라서 추가적인 교육 수수료/이수증을 보유하고 있어야 함.
- RFMLP를 통해 응급실 근무를 수행할 경우 기관의 요구사항에 따라서 Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)³⁶⁾ 및 Advanced Trauma Life Support(ATLS) 수수료증을 소지하여야 함.
- (파견과정) 파견과정은 두 프로그램 모두 공통적으로 HFO MRA에서 운영하는 무료 의사인력 채용공고 웹사이트인 HFO Jobs를 기반으로 운영되며, 프로그램 참여 의사는 HFO Jobs 웹사이트 가입 및 게시 공고 탐색, 기관-지원자 간 근무조건 조율, 프로그램별 신청서 작성 및 승인, 현장 파견 및 근무 수행, 사후정산 순서로 이루어짐.
- (HFO Jobs 가입 및 게시 공고 탐색) Locum 지원 및 채용공고 게시를 위하여 각 기관 담당자 및 Locum 지원자는 HFO MRA에서 운영하는 HFO Jobs에 가입하

36) HFO Jobs에 게시된 대다수의 RFMLP 근무는 응급실 근무가 포함되기 때문에 ACLS는 거의 필수적으로 요구되는 것으로 보여짐.

여야 하며, Locum 지원자는 가입 후 각 기관 담당자들이 게시한 게시 공고를 확인한 뒤에 공고에 기재된 각 기관 담당자의 연락처를 통해 Locum 채용에 지원함.

- 가입 시에는 이름, 이메일 주소, 언어(영어/프랑스어), 직종(의사, 간호사, 물리치료사 등), 온타리오 주 내 의사인력 등록 상태(CPSO 보유 여부), CPSO 만료일자, 세부 전문분야, 추가 전문분야 정보(필요 시), 현재 거주 또는 진료 지역, 온타리오주 거주 관심 여부, 온타리오주 거주 관심 지역(농촌/북부/그 외), 프랑스어 임상 서비스 제공 가능 여부, 원주민 문화 안전 교육 이수 여부 등을 기입하여야 함.

- 게시된 채용 공고는 채용 유형에 따라 정규직, 파트타임, Locum, Locum-NSLP, Locum-RFMLP로 구분되며, 각 공고 내에는 기관 명, 위치, 구인직종, 구인진료과목, 채용유형, 언어(프랑스어 사용 여부), GP/전문의 여부, 게시일자, Locum 근무 기간, 기타 근무 세부사항(기관개요, 기관 의료진 구성, 의료제공 시스템, 환자 구성, 근무 형태, 지불제도 형태, 자체 추가수당 제공 여부, 활용하고 있는 EMR 시스템 등), 채용 담당자 연락처 등을 포함하여 기재하고 있는 것으로 나타남.

○ (기관-지원자 간 근무조건 조율) Locum 지원자는 채용 유형이 Locum-RFMLP로 게시된 공고 중 지원할 의사가 있는 공고에 대해 공고에 기재된 기관 담당자 연락처로 연락을 하게 되며, 각 기관의 담당자는 Locum 지원자와 함께 세부 근무 일정과 조건을 협의함.

○ (Locum 등록 및 제반 서류 접수) 근무 조건 협의가 완료되고 나면 Locum 지원자는 온타리오 주 보건부에 Locum 등록 절차 및 진료수가 청구를 위한 온타리오 주 건강보험 청구번호(OHIP Billing #) 등록 절차를 밟아야 하며, 임금 및 지원금 지급을 위한 은행 정보 확인 서류(Confirmation of Banking Information), 계좌 정보 확인을 위한 공수표(Void Cheque) 등을 제출해야 함.

- 기본적으로 근무 협의를 완료한 Locum 지원자는 온타리오주 보건부에 Locum 인력으로써 등록절차를 밟아야 함. 해당 서류에는 이름, 주 근무지 주소, 거주지 주소, 연락처, 직종(GP/정신과전문의/전문의)을 기재하게 되어 있으며, 작성한 신청서와 함께 CPSO 면허 사본, RCPCSC 사본 또는 CCFP에서 발급한 CAC 사본, CMPA 가입증명서, Locum으로 일하게 될 병원의 진료권한 증명서를 함께 제출하여야 함(Ontario Ministry of Health, 2025).

- 또한, Locum 프로그램은 기본적으로 의사 본인이 직접 청구를 하기 때문에, Locum 프로그램에 참여하는 의사는 반드시 온타리오주 건강보험 청구번호(OHIP Billing #)를 발급받아야 함. 발급 절차는 온라인으로 진행되며, 해당 인력의 이름, 나이, 직종 등 개인정보 및 의과대학 졸업 일자 등의 정보를 기입하여 신청하게 됨.

- 임금 및 지원금 지급을 위한 Confirmation of Banking Information의 경우에는 Locum 지원자가 작성하는 서류로, 계좌 보유자 정보, 법인정보(해당시), 직접 입금 정보 등을 기재해야 하며, 이와 함께 계좌 정보 확인을 위한 공수표나 금융 기관에서 발급한 직접 입금 신청서(해당 시)를 첨부하여 제출해야 함.

[표 24] Confirmation of Banking Information 서류 내 수집 정보

구분	세부내용
계좌 보유자 정보	<ul style="list-style-type: none"> • CPSO에 등록된 이름 • 의사 면허 번호(CPSO #) • 온타리오주 건강보험 번호(OHIP #) • 거주지 주소 • 주 진료지 주소 • 전화번호 및 이메일 주소
법인 정보 (해당 시)	<ul style="list-style-type: none"> • CPSO에 등록된 법인 명 • 캐나다 국세청 사업자 번호
직접 입금 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 계좌 보유자 이름 • 금융 기관 명 • 금융 기관 지점 주소 및 번호 • 은행 지점번호 • 금융기관 번호 • 계좌번호 • 사회보험번호(NSLP)

출처: 온타리오주 보건부 OntarioHealthForce

- (파견요청기관/의사 측 Locum 신청서 제출 및 승인) 근무조건 협의 및 Locum 의사 등록을 마치게 되면 Locum 파견을 요청하는 기관/의사가 RFMLP 사무국에 Locum 배정 신청서를 별도 작성 및 제출해야 함. 파견요청기관은 RFMLP 사무국으로 최초 Locum 근무 일자로부터 최소 2주 전에 별도의 신청서를 작성하여 제출해야 하며, RFMLP 신청서를 통해 수집되는 내용은 [표 25]와 같음.

[표 25] RFMLP 신청서내 수집 정보

구분	세부내용
Locum 파견 요청자 정보	<ul style="list-style-type: none"> • Locum 파견 요청 의사 이름 • 소속 커뮤니티(기관명) • 채용 담당자 이름 • 채용 담당자 전화번호 • 채용 담당자 이메일 • Locum 파견 요청 사유(휴가/출산 및 육아휴직/장기역량강화교육)
선발된 Locum 의사 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 선발된 Locum 의사 이름 • 선발된 Locum 의사 면허 번호(CPSO#) • 선발된 Locum 의사의 온타리오주 건강보험 청구번호(OHIP Billing #) • (신규 Locum 작성필요) 거주지 및 주 근무지 주소 • (신규 Locum 작성필요) 전화번호 및 이메일 주소
Locum 근무 세부 일정	<ul style="list-style-type: none"> • 진료 일수(세부 날짜 기재) • 당직 일수(세부 날짜 기재) • 일차진료 외에 추가적으로 제공하는 진료과목 (응급/마취/장기요양/산부인과/입원진료/기타)

출처: 온타리오주 보건부 OntarioHealthForce

○ (현장 파견 및 근무 수행) Locum 등록 절차 및 파견 요청서가 승인되고 나면 Locum으로 근무할 의사인력은 이동 및 숙박시설을 직접 예약 및 결제하여야 함. 이후 계약된 진료일이 도래하면 사전에 협의한 근무 조건을 이행하게 되는데, RFMLP로 파견된 인력은 주로 일차진료, 입원진료, 응급실 진료 등을 수행하게 됨.

○ (사후 정산) 현장 파견 근무가 종료되고난 이후, Locum으로 근무한 의사인력은 파견 간 발생한 경비 및 수당 청구서와 증빙영수증을 각 프로그램 사무국 측에 제출해야 하며, 경비 및 수당 지급까지 약 4~6주가량 소요됨. 경비 및 수당 청구서는 진료일로부터 30일 이내에 제출하는 것을 권고하고 있으며, 진료일로부터 6개월이 지난 청구서는 정산하지 않는 것으로 나타남.

□ (지원금 항목) 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 진료 수당 및 진료 지원금, 정액 이동수당, 교육비환급, 기타 비용으로 구분되며, 각 지원금 별 구체적인 지급 기준 및 액수는 아래와 같음.

- (숙박비) 숙박비용은 실비정산 항목으로, 1인실 기준 최대 150CAD(VAT 미포함) 까지 지원이 가능함. 만약, 가족, 친구, 동료의 집에서 숙박을 할 경우에는 1박당 최대 30CAD가 지원되며, 이때 영수증 제출은 필요로 하지 않음.
- (교통비) 교통비는 크게 자가차량이용, 차량렌트비용 및 유류비, 택시비용, 항공 비용이 포함되며, 차량 주차에 따른 주차비용도 지급되는 것으로 나타남. 교통수 단별로 지급하는 지원금액은 아래와 같음.
 - (자가차량이용) 자가차량 이용 시, km당 0.41CAD가 적용되며, 이때 비용은 파견지 왕복 이동 시 발생한 이동거리와 파견지 현지에서 출퇴근 간 발생한 이동거리를 모두 포함함.
 - (주차비) 주차비용은 정산 시 반드시 영수증에 공급자 정보와 요금명세 등이 모두 포함되 어야 하며, 한도금액은 명시되어 있지 않음.
 - (차량렌트/유류비) 차량을 렌트하여 적용될 경우, 하루 기준 최대 50CAD(VAT미포함)의 렌트비용이 지원되며, 동계 기간인 10월 1일부터 4월 30일까지는 안전상 SUV 렌트를 위 한 더 높은 지원액이 제공됨. 유류비의 경우에는 차량렌트 시에만 실비 지원되는 항목으 로, 정산 시 영수증에 공급자 정보, 날짜, 요금명세 등이 모두 포함되어야 함.
 - (택시) 택시 이용 비용은 유류비나 주차비와 마찬가지로 정산 시 영수증에 공급자 정보, 날짜, 요금명세 등이 모두 포함되어야 하며, 한도금액은 명시되어 있지 않음.
 - (항공료) 항공료는 온타리오주 보건부에서 지정한 항공사의 지정된 좌석 클래스를 활용 해야 하고, 부득이한 사정으로 인해 이코노미 클래스가 아닌 비즈니스 클래스 이상의 좌 석등급을 예매할 경우에는 별도의 비교견적서를 제출해야 함. 항공료는 온타리오 주 외부 에 거주 및 진료하는 의사의 경우 최대 1,500CAD(VAT포함)를 청구할 수 있으며, 편도 이 용시 최대 750CAD(VAT포함)를 청구할 수 있음(수하물 요금 포함).
- (진료 수당 및 진료 지원금) 진료 수당 및 진료 지원금은 크게 정액진료수당과 취 약지 진료 인센티브로 구분됨. 이때 정액진료수당은 지불제도에 따라 금액을 차 등하여 지불하고 있으며, 취약지 진료 인센티브의 경우 온타리오주 농촌지수 (RIO)가 일정 점수 이상인 경우에 지급함.
 - (정액진료수당) RFMLP 정액진료수당(Work Stipend)은 진료량과 관계없이 지급하는 기 본수당으로, 구체적으로 RNPGA 모델이 적용되는 지역/기관은 1일 기준 1,015.94CAD를, FHN/FHO 모델이 적용되는 지역/기관은 1일 기준 888.95CAD를, FFS/FHG/BSM 모델이 적용되는 지역/기관은 1일 기준 761.95CAD가 지원됨. 또한, 해당 수당은 각 지역 및 기관 에 따라 제공여부가 상이하여 일부 지역은 제공하지 않는 것으로 나타남.

- (취약지 진료 인센티브) 취약지 진료 인센티브(Daily Stipend Premium)는 파견 대상지역 이 취약지일 경우, Locum 의사에게 지원되는 추가적인 인센티브임. 구체적으로 온타리오주 농촌지수(RIO)가 60 이상 74미만이거나, 75이상일 경우에 대하여 각각 1 파견일당 63.49CAD, 126.98CAD를 지급함.
- (정액이동수당) 정액이동수당(Travel Stipend)는 RFMLP에 참여하는 Locum 의 사에게 제공하는 이동수당으로, 파견되는 Locum의 기존 거주지/근무지부터 파 견지까지 1회 왕복에 대해 지급하는 지원금임. 실제 이동 시 발생하는 교통비 실 비보상과는 다른 지원금의 개념으로, 근무일수와 이동시간에 따라 구체적인 지원 금액이 상이하며, 앞선 정액진료수당(Work Stipend)과는 중복 청구 불가함.
- (교육비환급) RFMLP에 참여하고자 하는 Locum 의사는 HealthForceOntario 에서 제공하는 역량강화 교육을 수강할 수 있으며, 교육 시작일로부터 6개월 이 내에 RFMLP에 참여하게 되면 해당 교육비를 전액 환급하고 있음.
 - HealthForceOntario에서 제공하는 RFMLP Locum의사 역량강화 교육은 심혈관질환 생 명 유지지원 심화 교육(Advanced Cardiac Life Support, ACLS), 외상 생명 유지지원 심화 교육(Advanced Trauma Life Support, ATLS), 원주민 문화 안전 훈련(Indigenous Cultural Safety, ICS), 생명 유지지원 기본 교육(Basic Life Support, BLS), 소아 생명 유지지원 심화 교육(Pediatric Advanced Life Support, PALS)이 제공되고 있는 것으로 나타남.
- (기타 비용) 기타 비용에 해당하는 항목은 구체적으로 명시되어 있지 않으나, 식 사, CMPA 보험 비용, 온타리오 주 의사면허 취득 비용, 여행자 보험, 공항 라운지 이용 비용, 전화비용, 이주 및 아동, 가족 이동 비용은 포함되지 않는 것으로 나타남.

[표 26] 캐나다 온타리오주 RFMLP 지원 항목 및 내용

지원 항목	프로그램	지원내용
교통비	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (자가차량이용) RFMLP는 km당 0.44CAD, NSLP는 km당 0.41CAD가 지원되며, 기존 거주지-파견지 왕복 이동거리와 파견지 내 이동거리를 모두 포함함. • (주차비) 실비정산 처리함. • (차량렌트/유류비) 렌트비는 하루 최대 50CAD(VAT 미포함)가 지원되며, 유류비는 실비정산 처리함. • (택시) 실비정산 처리함. • (항공료) 온타리오 주 외부에 거주하는 파견의는 왕복 항공편 기준 최대 1,500CAD(VAT포함), 편도 이용시 최대 750CAD(VAT포함) 지원
숙박비	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (숙박비) 숙박비는 1인실 기준 최대 150CAD(VAT 미포함)까지 지원됨. 만약 친구, 가족, 동료의 집에서 숙박할 경우, 1박당 30CAD가 지원됨.
진료 수당 및 지원금	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (정액진료수당) 정액진료수당(Stipend)은 지불모델에 따라 상이한 진료 수당을 지급받게 되며, 이때 각 지불모델별 정액진료수당은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - RNPGA: 1일당 1,015.94CAD - FNH/FHO: 1일당 888.95CAD - FFS/FHG/BSM: 1일당 761.95CAD
진료 수당 및 지원금	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (취약지진료인센티브) 취약지진료인센티브(Daily Stipend Premium)는 온타리오주 농촌지수(RIO)가 60이상인 지역에 위치한 기관에 파견되는 경우 지원받을 수 있으며, RIO 구간별 인센티브는 다음과 같음. <ul style="list-style-type: none"> - RIO 60~74점: 1일당 63.49CAD - RIO 75점 이상: 1일당 126.98CAD
정액이동수당	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (정액이동수당) 정액 이동수당은 기존 거주지/진료지-파견지 간 이동 시간에 따라 추가로 제공하는 지원금으로, 파견근무일수와 이동시간에 따라 지원액이 구분됨. 각 조건에 따른 정액이동수당은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - 4일 미만 근무+2시간 미만 이동: 0CAD - 4일 미만 근무+2시간 이상 이동: 380.98CAD - 4일 이상 근무+2시간 미만 이동: 0CAD - 4일 이상 근무+2-4시간 이동: 380.98CAD - 4일 이상 근무+4시간 이상 이동: 634.96CAD
교육비 환급	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (교육비 환급) RFMLP에 참여하는 의사들이 안전한 진료를 제공할 수 있도록 역량강화 교육을 실시하고 있으며, 교육 시작일로부터 6개월 이내에 RFMLP에 1회 이상 참여하는 경우 교육비를 전액 환급함.
기타비용지원	RFMLP	<ul style="list-style-type: none"> • (기타 비용) 식사, CMPA 보험 비용, 온타리오 주 의사면허 취득 비용, 여행자 보험, 공항 라운지 이용 비용, 전화비용, 이주 및 아동, 가족 이동 비용을 제외한 이외에 발생한 비용

3 캐나다 브리티시컬럼비아주 Locum 프로그램³⁷⁾³⁸⁾³⁹⁾⁴⁰⁾⁴¹⁾⁴²⁾

가. Rural Family Practitioner Locum Program(RFPLP)

- (개요) Rural Family Practitioner Locum Program(이하, RFPLP)은 2001년 체결된 RSA(Rural Practice Subsidiary Agreement)를 통해 도입된 프로그램 중 하나로써, 취약 커뮤니티 내 가정의학을 담당하는 상주 가정의(Family Practitioner)가 휴가, 병가, 교육 등으로 인한 장기 휴가로 인해 불가피하게 의료공백이 발생할 경우, 이를 최소화하여 취약지역 주민에게 연속적인 일차의료서비스를 제공하기 위해 마련된 프로그램임.
- 최근에는 지역사회 내 의사인력이 충원되지 않아 지역사회 주민의 의료서비스 접근이 심각한 상황에 직면하여 있거나, 지역사회 내 존재하는 의사에게 과중한 업무 부담이 발생하는 경우에도 RFPLP를 이용하여 임시 근무를 통해 지역사회 내 의료공백을 최소화할 수 있도록 범위를 확대하고 있음.
- RFPLP는 RSA에 의해 설립된 The Joint Standing Committee on Rural Issues(JSC)에서 관리함. 이때 JSC에는 보건부, 브리티시컬럼비아주 의사협회, 그리고 보건당국 대표자들이 포함되어 있으며, 이들은 RFPLP와 같은 농촌지역 Locum 프로그램에 대한 자문을 브리티시컬럼비아주 정부와 브리티시컬럼비아주 의사협회에 자문을 제공할 뿐만 아니라 전반적인 거버넌스를 담당하고 있음.
- RFPLP의 실질적인 운영은 JSC 산하에 설립된 LRBC(Locums for Rural BC)에서 담당하는데, 이때 LRBC는 JSC에서 정한 규정에 의거하여 Locum과 Locum이 필요한 호스트 기관 또는 의사들에게 필요한 행정적, 금전적 지원 등 포괄적인 지원을 제공함.

37) Ministry of Health of British Columbia. (2024). Rural programs: A guide to the rural physician programs in British Columbia.

38) Ministry of Health of British Columbia. (2024). Rural family practitioner locum program (RFPLP) policy (Revised April 2024).

39) Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural family practitioner anesthesia locum program (RFPALP) policy (Revised April 2025).

40) Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural family medicine enhanced surgical skills OB locum (RESSO) program policy (Revised April 2025).

41) Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural specialist locum program (RSLP) policy (Revised April 2025).

42) Locums for Rural BC. (2020). Host Guide for LRBC – A Website Guide For Host Physicians/Clinics.

□ (파견대상 의료기관) RFPLP 프로그램을 통해 Locum의사를 파견받기 위해서는 기본적으로 보건당국의 승인된 의사 공급 계획(Physician Supply Plan)에 해당 커뮤니티에 대해 Locum제도와 관련된 필요성 및 내용이 포함되어 있어야 하며, 동시에 RSA에서 정의하고 있는 A등급에서 D등급 사이의 취약 커뮤니티 중에서도 가정의학을 담당하는 상근 가정의(Family Practitioner)가 7명 이하인 커뮤니티에 기본적인 파견 자격이 부여됨.

□ 또한, 앞선 커뮤니티 자격 요건을 충족함과 동시에, 병원, 보건소, 진료소(개원)에 소속된 호스트 의사가 파견을 요청하기 위해서는 가정의(일차의료) 자격 소지 및 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 소지, 진료비 청구를 위한 브리티시컬럼비아주 의료보험 등록 등의 조건을 충족해야 하며, 중복수혜를 막기 위해 다른 브리티시컬럼비아주 내 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않아야 함.

○ RFPLP 호스트 의사 조건

- 브리티시컬럼비아주 가정의(일차치료의) 면허 소지
- 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 및 CPSBC(College of Physicians and Surgeons of BC) 등록 면허 소지
- 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan) 등록 상태 유지
- 파견 대상 자격을 갖춘 커뮤니티에서 상근직으로 진료서비스 제공
- 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않은 의사

□ (파견대상 의료기관 최대 Locum 파견요청일수) 앞선 파견대상 커뮤니티 및 호스트 의사의 조건을 만족할 경우 RFPLP를 통해 Locum을 요청할 수 있는데, 이때 RFPLP를 통해 요청할 수 있는 최대 파견일수는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 상이함.

- RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급상 가장 취약한 등급인 A등급은 의사당 연간 43일, B등급은 의사당 연간 38일, C등급은 의사당 연간 33일, D등급은 의사당 연간 28일을 요청할 수 있음.

- 1회 신청 시 주중에 파견을 요청하는 경우에는 최소 연속된 5일 이상 신청해야 하며, 주말의 경우에는 금요일 오후 6시부터 월요일 오전 8시까지 총 2.5일을 신청해야함.

- (파견대상인력) Locum으로 지원하는 의사는 기본적으로 브리티시컬럼비아주에서 의료행위를 할 수 있는 자격을 보유하고 있어야 하며, 캐나다 의료 보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유하고 있어야 함. 또한, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증을 보유하고 있어야 하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.

- 파견대상인력이 ATLS(Advanced Trauma Life Support) 자격을 보유하고 있는 경우에는 Locum지원 시 우대자격을 획득할 수 있으며, 만약 호스트 의사가 별도의 산부인과, 마취과, 응급의학, 일반외과 등의 자격을 얻어 해당 진료분과의 의료서비스를 제공하는 경우에는 추가적인 자격을 요구할 수 있음.

- 또한, 파견대상인력이 RFPLP를 통해 Locum 근무를 수행할 때는, 반드시 파견 근무 수행 기간동안 브리티시컬럼비아주 내에 거주해야 하는 것을 원칙으로 하고 있음.

- (파견과정) 브리티시컬럼비아주의 LRBC에서 운영하는 Locum 프로그램은 채용공고부터 정산에 이르는 전체 파견 과정이 LRBC 웹사이트를 기반으로 운영됨. 구체적인 파견 절차는 호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시, Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입, 채용공고 지원 및 서류 검토, 배정 확정 및 파견 준비, 인수인계 및 파견근무 수행, 정산 및 설문조사 순서로 이루어짐.

- (호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시) 파견을 요청하는 호스트 기관의 호스트 의사는 JSC 산하의 LRBC에서 운영하는 웹사이트에 가입하여 Locum 채용공고를 게시하게 되며, LRBC의 승인을 거쳐 해당 공고가 웹사이트에 최종 게시됨.
 - 이때, 호스트 의사는 채용공고에 게시기간, 기관명, 호스트 의사 이름, 호스트 의사 MSP 청구 번호, MSP 수취 번호, 근무기간형태(주말/주간), 지불제도형태(FFS/APP-HA Contract/

급여/기타), 진료권한(Admitting&Treatment Privileges) 필요 여부, 커뮤니티 외부 진료 여부, 전문진료서비스(산부인과/마취과/외과/응급의학과/기타) 제공 여부, Locum 근무 시작 기간 및 시간, 주말 및 야간 당직 여부, 병원 구성원 정보, 의료장비/시설 정보, 응급 대응체계(앰블런스 등), 회진 스케줄, 호출빈도 등을 기재하여야 함.

- (Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입) Locum 지원자는 RFPLP의 Locum으로 근무하기 위해 사전에 LRBC에 Locum 등록 신청서와 함께 CPSBC (College of Physicians and Surgeons of BC) 등록증 사본, CMPA 가입증명서, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증, 이력서(CV)를 제출하고, LRBC 웹페이지에 회원가입을 요청해야 함.

- Locum 등록 신청서에는 CPSBC 등록번호, 브리티시컬럼비아주 의료보험(MSP Practitioner) 등록번호, CMPA 정회원 번호, 이름, 이메일 주소, 주소, 전화번호, 졸업한 의과대학 정보, 희망 Locum 근무 시작 일자, 희망 제공 서비스(병원, 진료소, 산과서비스, 응급/당직서비스, 기타), 전문진료서비스 제공 자격 보유 현황(산과, 마취, 외과, 응급, 기타), ACLS 또는 CARE 수료여부, ATLS(Advanced Trauma Life Support) 수료 여부, 브리티시컬럼비아주 보건당국 관할구역 내 진료권한 확보/확보예정 여부를 기재하여야 함.

- 이때, Locum 등록 신청서에는 병원의 진료 권한 확보를 위해 해당 개인정보를 병원측과 공유하는 것을 동의한다는 내용이 기재되어 있으며, 따라서 지원 및 추천 시 서류검토 단계에서 자동적으로 해당 정보를 병원측이 열람할 수 있는 것으로 나타남.

- (채용공고 지원 및 서류 검토) Locum 지원자가 LRBC 웹사이트에 게시된 채용공고를 직접 확인하여 지원하거나, LRBC에 요청하여 Locum 후보자를 추천받게 되면 호스트 의사는 웹사이트 상에서 해당 인력이 제출한 이력서 및 각종 증빙서류를 검토할 수 있게 되며, 추가적인 정보의 경우 LRBC 사무국에 연락하여 취득할 수 있음.

- (배정 확정 및 파견 준비) 최종적으로 Locum 지원자/후보자가 확정되면, 홈페이지 상에서 '승낙(Accept)'을 누르게 되는데, 이때 호스트 의사와 Locum 의사에게 모두 알림 메일이 발송됨. 알림 메일이 발송된 이후, LRBC는 교통편(항공 포함), 렌터카, 숙박 등 파견 및 체류에 필요한 모든 사항을 지원하고, 파견이 확정된 Locum 의사는 근무 시작 전까지 의료서비스 제공 계약서와 의료수입지급계약서를 서명하여 LRBC 사무국에 제출하여야 함.

- 필요시, RFPLP 가이드라인에 의거하여 호스트 의사와 보건당국, LRBC가 협력하여 해당 병원에서 Locum 의사가 진료할 수 있도록 진료 권한 확보 절차를 밟게 됨. 이때, 진료 권한 확보를 위한 정보는 신청서에 있는 정보 공유 동의 여부를 기반으로 관계기관 및 호스트 의사에게 자동적으로 공유됨.
 - 의료수입지급계약서는 크게 파견되는 근무지(병원/개인 진료소)에 따라 구분되어 있으며, 개인 진료소의 경우에는 Locum 의사가 근무하는 기간에 발생한 진료 수입을 호스트 의사에게 모두 입금하고, 브리티시컬럼비아주 의료보험으로 적용되지 않는 비급여 서비스나 FFS 지불제도로 제공되는 진료서비스에서 발생한 진료수입은 전체 발생액 중 40%를 시설 운영비 명목으로 호스트 의사가 수령한 뒤, 나머지 60%를 Locum에게 지급한다는 내용으로 이루어져 있음.
 - 단, Locum 의사가 응급 당직 서비스를 비롯한 주 보건당국이 지정한 업무만 수행한 경우에는 호스트 의사가 시설 운영비 명목으로 40%를 수령하지 않음.
- (인수인계 및 파견근무 수행) Locum 근무일자가 도래하기 전, 호스트 의사는 Locum 의사가 수행해야 할 근무 내용과 근무에 따라 지급되는 수당을 명확하게 정리하여 인계해야 함. 사전 인수인계가 종료되고 난 뒤 Locum 근무일자가 도래하게 되면 사전에 협의 및 계약된 내용에 의거하여 파견지에서 의료서비스를 제공함. 이때, Locum 의사는 계약 조건에 따라 마취과, 외과, 산부인과, 응급의학과 등의 전문 진료서비스를 제공할 수 있음.
- (정산 및 설문조사) 계약된 Locum 근무 기간이 종료된 이후에는 LRBC 웹사이트를 통해 Locum의사 메일로 설문조사 양식이 발송되며, 해당 설문조사를 다운로드 하여 작성 후 LRBC 사무국에 회신하면, LRBC는 해당 설문결과를 바탕으로 사업 개선에 활용함. 정산의 경우에는 Locum 근무 종료일로부터 90일 이내에 파견에 따른 제반 경비를 청구해야 하며, 진료비의 경우에는 호스트 의사와 Locum의사가 별도 정산작업을 수행해야 함.
- (지원금 항목) LRBC에서 지급하는 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 이동시간수당, 주 외 특별교통비, 식비 및 출장비, 진료수당, 주말근무 지원금, 전문진료서비스 제공 지원금, 응급당직 지원금으로 구분되며, 각 지원금별 세부 지급 기준 및 액수는 아래와 같음.

- (숙박비) 숙박비는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박비용 환급 기준이 상이함. A와 B등급 커뮤니티의 경우에는 주 정부가 허가 및 공시한 비즈니스 숙박업소를 이용하거나, 숙소가 없는 경우에는 사전 승인을 받은 뒤에 영수증을 제출하여 최대 120CAD 한도 내에서 실비 정산함. C와 D등급 커뮤니티는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있어 별도 숙박비용이 발생하지 않음.
- (교통비) 브리티시컬럼비아주 내에서 이동 시에 발생한 교통비만을 대상으로 사후에 영수증을 첨부하여 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 이때, 개인차량이나 렌트카를 이용하는 경우에는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 아래와 같이 교통비를 환급함.
 - 개인차량을 이용하는 경우, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 km당 0.63CAD를 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 km당 0.63CAD를 환급함.
 - 렌트카를 이용하는 경우 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 경차 기준으로 렌트 비용을 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용을 환급함.
- (이동시간수당) 이동시간수당(Travel Time Honorarium)은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지로부터 파견지까지의 이동시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 이동시간에 근거하여 아래와 같이 차등 지급함.
 - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD
 - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD
 - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD
 - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD
- (주 외 특별 교통비) 주 외 특별 교통비는 파견의가 브리티시컬럼비아주 외에 위치한 지역에 거주하고 있는 경우, 해당 인력이 파견지까지 왕복하는 과정에서 소요된 항공비, 택시비 등을 포함한 교통비를 환급해주는 항목으로, 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급하는 것을 원칙으로 함.

- (식비 및 출장비) 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 왕복 이동 간에 지급하는 비용으로, 이동 시점을 기준으로 도착 시점의 시간을 계산하여 아래와 같이 지급하게 됨. 이때, 하기된 비용에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음.
 - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD
 - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD
 - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD
 - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD
 - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD
 - 미취식 시: 15.00CAD

- (진료수당) 진료수당은 브리티시컬럼비아주 의료보험에서 보장하는 최소 일일 수당으로써, 1일 기준 1,275CAD를 지급하나, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 일정 비율을 가산하여 1일 기준 최소 1,412CAD에서 최대 1,658CAD까지 지급함.

- 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율이 일일 진료수당 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.
 - 이때, 근무지가 병원인 Locum의 경우에는 의료보험에 청구한 금액의 100%에 해당하는 금액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가 정산함.
 - 근무지가 개인 진료소인 경우에는 의료보험에 청구한 전체 금액 중 호스트 의사에게 지급되는 40%를 제한 나머지 60%의 청구액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가정산함.

- (주말근무 지원금) 주말근무 지원금은 Locum의사의 근무 기간에 주말 또는 주말과 이어지는 공휴일이 포함되는 경우에, 0.5일을 가산하여 진료수당을 지급하는 지원금임. 이때, 주말근무 지원금 또한 진료수당 지원금과 마찬가지로 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 일정 비율을 가산하여 지급함.

- (전문진료서비스 제공 지원금) 전문진료서비스 제공 지원금은 Locum 의사가 산부인과, 마취과, 일반외과와 같은 전문 진료 서비스를 제공하는 경우에 하루 100CAD를 지급하는 지원금이며, 두 가지 이상의 전문진료서비스를 제공하더라도 지원금액이 가산되지 아니함. 또한, 전문진료서비스 제공 지원금과 응급당직 지원금을 합해 하루 최대 300CAD까지 지급할 수 있음.
- (응급당직 지원금) 응급당직 지원금은 24시간 응급대기 기준 300CAD, 24시간 미만 응급대기 기준 135CAD를 지급하는 지원금으로, 전문진료서비스 제공 지원금과 응급당직 지원금을 합하여 하루 최대 300CAD까지 지급할 수 있음.

[표 27] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RFPLP 지원 항목 및 내용

지원 항목	지원내용									
숙박비	<ul style="list-style-type: none"> • (RSA 기반 A 및 B등급 지역) 브리티시컬럼비아주에서 허가 및 공시한 비즈니스 출장 숙박업소 중 파견 대상 지역에 위치한 숙소를 이용하는 경우에 한하여 실비 정산을 원칙으로 하며, 만약 호스트 커뮤니티에 숙박시설이 없는 경우에는 LRBC의 사전 승인을 득한 뒤 별도 영수증을 제출하면 1박당 최대 120CAD까지 환급하고, 이외의 경우에는 아래와 같이 환급함. <ul style="list-style-type: none"> - 친구/친척, 또는 Locum의사 본인의 집에서 거주 시 1박당 30달러 지급(영수증 불요) - 지역 내 호스트 의사, 지역 내 다른 의사, 보건당국 및 의사협회가 소유한 숙박시설이나 에어비앤비 등 허가받지 않은 숙박시설에서 숙박할 경우 전체 숙박비의 50%(최대 60CAD)만 환급함. • (RSA 기반 C 및 D등급 지역) C등급 및 D등급 지역의 경우에는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있으며, 이때 제공하는 숙박 시설은 적절한 수준의 가구와 조리시설, TV, 전화를 갖추어야 함. 									
교통비 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • (교통비) 항공, 페리, 버스 등 이동 경비는 기본적으로 LRBC 사무국에서 사전에 예약하거나 사후에 직접 청구하여 전액 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 단, 개인 차량 이용 및 렌트카를 이용하는 경우에는 아래와 같이 RSA 기반 지역 취약 등급에 따라서 상이한 환급구조를 가짐. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">RSA 등급</th> <th style="width: 45%;">개인차량이용</th> <th style="width: 40%;">렌트카 이용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A-B등급</td> <td>0.63CAD/km 환급</td> <td>경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> <tr> <td>C-D등급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • (주차비) 개인차량을 이용하거나 차량을 렌트 또는 리스한 경우에만 주차비를 실비정산하여 환급함. 	RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용	A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급	C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급
RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용								
A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급								
C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급								

지원 항목	지원내용
이동시간수당 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> 이동시간수당은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지에서 파견지까지의 이동 시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 왕복 이동 시간에 따라 아래와 같이 차등 지급함. <ul style="list-style-type: none"> - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD
주 외 특별 교통비 (BC 주 외)	<ul style="list-style-type: none"> (주 외 특별 교통비) 브리티시컬럼비아주 외에서 거주하는 Locum의사가 파견을 오는 경우, 파견지까지 왕복하는 과정에서 발생한 항공비, 택시비 등의 교통비를 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급함.
식비 및 출장비 (Per Diem)	<ul style="list-style-type: none"> 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 이동할 때 지급하는 비용으로, 이동 시 시점을 기준으로 아래와 같이 청구하게 됨. 이때, 하기된 금액에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음. <ul style="list-style-type: none"> - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD - 미취식 시 : 15.00CAD
진료 수당 및 지원금	<ul style="list-style-type: none"> (진료수당) Locum 근무 1일 기준 지급하는 진료수당 지원금은 1,275CAD이나, RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최소 1,412CAD에서 최대 1,658CAD를 지급함. 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율을 일일 진료수당 지원금 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함. (주말근무 지원금) 금요일 18시부터 월요일 08시까지의 근무 건에 대해서는 0.5일을 가산하여 총 2.5일치의 진료수당 지원금을 지급하고, 공휴일이 월요일인 경우에는 금요일 18시부터 화요일 08시까지 총 3.5일치의 진료수당 지원금을 지급함.
전문진료 서비스 제공 및 응급 당직 지원금	<ul style="list-style-type: none"> (전문진료서비스 제공 지원금) Locum 의사가 전문진료서비스(산부인과, 마취과, 일반 외과)를 제공할 경우에 하루 100CAD를 지급하는 지원금으로써, 두 가지 이상의 전문진료서비스를 제공하더라도 지원금액이 가산되지 아니함. 이때, 응급당직지원금과 전문진료서비스 제공 지원금을 합해 하루 기준 최대 300CAD까지 지급이 가능함. (응급당직 지원금) 응급당직 수당은 24시간 대기 기준 300CAD, 24시간 미만 대기 기준 135CAD를 별도로 지급함. 이때, 응급당직지원금과 전문진료서비스 제공 지원금을 합해 하루 기준 최대 300CAD까지 지급이 가능함.

나. Rural Family Practitioner Anesthesia Locum Program(RFPALP)

- (개요) Rural Family Practitioner Anesthesia Locum Program(이하, RFPALP)은 2001년 체결된 RSA(Rural Practice Subsidiary Agreement)를 통해 도입된 프로그램 중 하나로써, 취약커뮤니티 내 수술 시 마취 및 통증관리를 담당하는 상주 가정의(Family Practitioner)가 휴가, 병가, 교육 등으로 인한 장기 휴가로 인해 불가피하게 의료공백이 발생할 경우, 이를 최소화하여 취약지역 주민들에게 수술 및 마취 서비스를 원활히 제공하기 위해 마련된 프로그램임.

- 최근에는 지역사회 내 마취 전문 의사인력이 충원되지 않아 지역사회 주민의 수술, 통증관리 등의 의료서비스 접근이 심각한 상황에 직면하여 있거나, 지역사회 내 존재하는 의사에게 과중한 업무 부담이 발생하는 경우에도 RFPALP를 이용하여 임시근무를 통해 지역사회 내 의료 공백을 최소화할 수 있도록 범위를 확대하고 있음.

- RFPALP는 RFPLP와 마찬가지로 RSA에 의해 설립된 The Joint Standing Committee on Rural Issues(JSC)에서 관리함. 이때 JSC에는 보건부, 브리티시컬럼비아주 의사협회, 그리고 보건당국 대표자들이 포함되어 있으며, 이들은 RFPLP와 같은 농촌지역 Locum 프로그램에 대한 자문을 브리티시컬럼비아주 정부와 브리티시컬럼비아주 의사협회에 자문을 제공할 뿐만 아니라 전반적인 거버넌스를 담당하고 있음.

- RFPALP의 실질적인 운영도 RFPLP와 동일하게 JSC 산하에 설립된 LRBC(Locums for Rural BC)에서 담당하는데, 이때 LRBC는 JSC에서 정한 규정에 의거하여 Locum 과 Locum이 필요한 호스트 기관 또는 의사들에게 필요한 행정적, 금전적 지원 등 포괄적인 지원을 제공함.

- (파견대상 의료기관) RFPALP 프로그램을 통해 Locum 의사를 파견받기 위해서는 기본적으로 보건당국의 승인된 의사 공급 계획(Physician Supply Plan)에 해당 커뮤니티에 대해 Locum제도와 관련된 필요성 및 내용이 포함되어 있어야 하며, 동시에 RSA에서 정의하고 있는 A등급에서 D등급 사이의 취약 커뮤니티 중에서도 상근 및 당직근무를 수행하는 마취 전문 가정의(Family Practitioner Anesthesia)가 7명 이하인 커뮤니티에 기본적인 파견 자격이 부여됨.

- 이때 상근 및 당직근무를 수행하는 마취 전문 가정의의 수는 해당 병원에서 진료 권한을 보유하고 있는 마취 전문 가정의 중 실제 근무에 투입되는 인력을 기준으로 함.
- 파견을 요청하는 기관은 마취 혹은 마취와 유사한 서비스를 제공하는 전문의와 가정의가 근무하고 있는 인근 권역의료센터(Major Medical Centre, MMC)로부터 70km가량 이격되어 있어야 함.
 - 이때, 이격이 필요한 ‘인근 권역의료센터’는 캄루프스(Kamloops), 켈로나(Kelowna), 나나이모(Nanaimo), 밴쿠버(Vancouver), 빅토리아(Victoria), 애보트포드(Abbotsford), 프린스 조지(Prince George) MMC를 의미하며, 따라서 파견을 요청하기 위해서는 이들 MMC로부터 70km이상 이격되어야 함.
- 또한, 앞선 커뮤니티 자격 요건을 충족함과 동시에, 병원에 소속된 호스트 의사가 파견을 요청하기 위해서는 가정의(일차의료) 자격 소지, 마취 서비스 전문 교육 이수 및 마취 관련 전문 진료 권한 보유, 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 소지, 진료비 청구를 위한 브리티시컬럼비아주 의료보험 등록 등의 조건을 충족해야 하며, 중복수혜를 막기 위해 다른 브리티시컬럼비아주 내 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않아야 함.
 - RFPALP 호스트 의사 조건
 - 브리티시컬럼비아주 가정의(일차진료의) 면허 소지
 - 마취 서비스 전문 교육 이수 및 보건당국 및 지정 병원의 마취 관련 전문 진료 권한 보유
 - 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 및 CPSBC(College of Physicians and Surgeons of BC) 등록 면허 소지
 - 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan) 등록 상태 유지
 - 파견 대상 자격을 갖춘 커뮤니티에서 상근직으로 진료서비스 제공
 - 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않은 의사
- (파견대상 의료기관 최대 Locum 파견요청일수) RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 요청 가능한 최대 Locum 파견요청일수가 상이했던 RFPLP와 달리, RFPALP는 RSA에 정의된 취약 커뮤니티는 모두 공통적으로 회계연도당 최대 35일의 Locum 파견을 요청할 수 있으며, 1회 신청당 최소 2일 이상을 신청해야 함.

- (파견대상인력) Locum으로 지원하는 의사는 기본적으로 브리티시컬럼비아주에서 의료행위를 할 수 있는 자격과 함께 마취 서비스 관련 전문 교육 이수 및 전문 진료 권한, 캐나다 의료 보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유하고 있어야 함.
 - RFPALP를 통해 파견되는 의사는 대부분 FPA, 즉 마취 전문 교육을 이수한 가정 의이지만, 경우에 따라서는 캐나다 왕립 의사협회(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC)의 시험을 통과한 마취과 전문의(FRCPC Certified Anesthetist)도 파견대상인력에 포함되는 것으로 나타남.

- 또한, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증을 보유하고 있어야 하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.
 - 파견대상인력이 ATLS(Advanced Trauma Life Support) 교육을 이수하여 자격을 보유하고 있는 경우에는 Locum지원 시 우대자격을 획득할 수 있음.
 - 또한, 파견대상인력이 RFPALP를 통해 Locum 근무를 수행할 때는, 반드시 파견 근무 수행 기간동안 브리티시컬럼비아주 내에 거주해야 하는 것을 원칙으로 하고 있음.

- (파견과정) 브리티시컬럼비아주의 LRBC에서 운영하는 Locum 프로그램은 채용공고부터 정산에 이르는 전체 파견 과정이 LRBC 웹사이트를 기반으로 운영됨. 구체적인 파견 절차는 호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시, Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입, 채용공고 지원 및 서류 검토, 배정 확정 및 파견 준비, 인수인계 및 파견근무 수행, 정산 및 설문조사 순서로 이루어짐.
 - (호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시) 파견을 요청하는 호스트 기관의 호스트 의사는 JSC 산하의 LRBC에서 운영하는 웹사이트에 가입하여 Locum 채용공고를 게시하게 되며, LRBC의 승인을 거쳐 해당 공고가 웹사이트에 최종 게시됨.
 - 이때, 호스트 의사는 채용공고에 게시기간, 기관명, 호스트 의사 이름, 호스트 의사 MSP 청구 번호, MSP 수취 번호, 근무기간형태(주말/주간), 지불제도형태(FFS/APP-HA Contract/급여/기타), 진료권한(Admitting&Treatment Privileges) 필요 여부, 커뮤니티 외부 진료 여부, 전문진료서비스(산부인과/마취과/외과/응급의학과/기타) 제공 여부,

Locum근무 시작 기간 및 시간, 주말 및 야간 당직 여부, 병원 구성원 정보, 의료장비/시설 정보, 응급대응체계(앰블런스 등), 회진 스케줄, 호출빈도 등을 기재하여야 함.

- (Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입) Locum 지원자는 RFPALP 의 Locum으로 근무하기 위해 사전에 LRBC에 Locum 등록 신청서와 함께 CPSBC(College of Physicians and Surgeons of BC) 등록증 사본, CMPA 가입 증명서, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수수료증, 마취 전문 교육 이수 증명서, 이력서(CV)를 제출하고, LRBC 웹페이지에 회원가입을 요청해야 함.

- Locum등록신청서에는 CPSBC등록번호, 브리티시컬럼비아주 의료보험(MSP Practitioner) 등록 번호, FPA/FRCPC Certified Anesthetist 여부, CMPA 정회원 번호, 이름, 이메일 주소, 주소, 전화번호, 졸업한 의과대학 정보, 희망 Locum 근무 시작 일자, 희망 제공 서비스 (병원, 진료소, 산과서비스, 응급/당직서비스, 기타), 전문 교육(마취 등) 이수 세부 내용, 브리티시컬럼비아주 보건당국 관할구역 내 진료권한 확보/확보예정 여부를 기재하여야 함.

- 이때, Locum 등록 신청서에는 병원의 진료 권한 확보를 위해 해당 개인정보를 병원측과 공유하는 것을 동의한다는 내용이 기재되어 있으며, 따라서 지원 및 추천 시 서류검토 단계에서 자동적으로 해당 정보를 병원측이 열람할 수 있는 것으로 나타남.

- (채용공고 지원 및 서류 검토) Locum 지원자가 LRBC 웹사이트에 게시된 채용공고를 직접 확인하여 지원하거나, LRBC에 요청하여 Locum 후보자를 추천받게 되면 호스트 의사는 웹사이트 상에서 해당 인력이 제출한 이력서 및 각종 증빙서류를 검토할 수 있게 되며, 추가적인 정보의 경우 LRBC 사무국에 연락하여 취득할 수 있음.

- (배정 확정 및 파견 준비) 최종적으로 Locum 지원자/후보자가 확정되면, 홈페이지 상에서 '승낙(Accept)'을 누르게 되는데, 이때 호스트 의사와 Locum 의사에게 모두 알림 메일이 발송됨. 알림 메일이 발송된 이후, LRBC는 교통편(항공 포함), 렌터카, 숙박 등 파견 및 체류에 필요한 모든 사항을 지원하고, 파견이 확정된 Locum 의사는 근무 시작 전까지 의료서비스 제공 계약서와 의료수입지급계약서를 서명하여 LRBC 사무국에 제출하여야 함.

- 필요시, RFPALP 가이드라인에 의거하여 호스트 의사와 보건당국, LRBC가 협력하여 해당 병원에서 Locum 의사가 진료할 수 있도록 진료 권한 확보 절차를 밟게 됨. 이때,

진료 권한 확보를 위한 정보는 신청서에 있는 정보 공유 동의 여부를 기반으로 관계기관 및 호스트 의사에게 자동적으로 공유됨.

- 의료수입지급계약서는 크게 파견되는 근무지(병원/개인 진료소)에 따라 구분되어 있으며, 이때 개인 진료소의 경우에는 Locum 의사가 근무하는 기간에 발생한 진료 수입을 호스트 의사에게 모두 입금하고, 브리티시컬럼비아주 의료보험으로 적용되지 않는 비급여 서비스나 FFS 지불제도로 제공되는 진료서비스에서 발생한 진료수입은 전체 발생액 중 40%를 시설 운영비 명목으로 호스트 의사가 수령한 뒤, 나머지 60%를 Locum에게 지급한다는 내용으로 이루어져 있음.

- 단, Locum 의사가 응급 당직 서비스를 비롯한 주 보건당국이 지정한 업무만 수행한 경우에는 호스트 의사가 시설 운영비 명목으로 40%를 수령하지 않음.

○ (인수인계 및 파견근무 수행) Locum 근무일자가 도래하기 전, 호스트 의사는 Locum 의사가 수행해야 할 근무 내용과 근무에 따라 지급되는 수당을 명확하게 정리하여 인계해야 함. 사전 인수인계가 종료되고 난 뒤 Locum 근무일자가 도래하게 되면 사전에 협의 및 계약된 내용에 의거하여 파견지에서 의료서비스를 제공함. 이때, Locum 의사는 마취 서비스를 기본적으로 제공하며, 계약 조건에 따라 일반 진료를 추가적으로 수행하는 것으로 나타남.

○ (정산 및 설문조사) 계약된 Locum 근무 기간이 종료된 이후에는 LRBC 웹사이트를 통해 Locum의사 메일로 설문조사 양식이 발송되며, 해당 설문조사를 다운로드 하여 작성 후 LRBC 사무국에 회신하면, LRBC는 해당 설문결과를 바탕으로 사업 개선에 활용함. 정산의 경우에는 Locum 근무 종료일로부터 90일 이내에 파견에 따른 제반 경비를 청구해야 하며, 진료비의 경우에는 호스트 의사와 Locum의사가 별도 정산작업을 수행해야 함.

□ (지원금 항목) LRBC에서 지급하는 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 이동시간수당, 주 외 특별교통비, 식비 및 출장비, 진료수당으로 구분되며, 각 지원금별 세부 지급 기준 및 액수는 아래와 같음.

○ (숙박비) 숙박비는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박비용 환급 기준이 상이함. A와 B등급 커뮤니티의 경우에는 주 정부가 허가 및 공시한 비즈니스 숙박업소를 이용하거나, 숙소가 없는 경우에는 사전 승인을 받은 뒤에 영수증을 제출하여 최대 120CAD 한도 내에서 실비 정산함. C와 D등급 커뮤니티는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있어 별도 숙박비용이 발생하지 않음.

- (교통비) 브리티시컬럼비아주 내에서 이동 시에 발생한 교통비만을 대상으로 사후에 영수증을 첨부하여 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 이때, 개인차량이나 렌트카를 이용하는 경우에는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 아래와 같이 교통비를 환급함.
 - 개인차량을 이용하는 경우, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 km당 0.63CAD를 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 km당 0.63CAD를 환급함.
 - 렌트카를 이용하는 경우 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 경차 기준으로 렌트 비용을 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용을 환급함.
- (이동시간수당) 이동시간수당(Travel Time Honorarium)은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지로부터 파견지까지의 이동시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 이동시간에 근거하여 아래와 같이 차등 지급함.
 - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD
 - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD
 - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD
 - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD
- (주 외 특별 교통비) 주 외 특별 교통비는 파견의가 브리티시컬럼비아주 외에 위치한 지역에 거주하고 있는 경우, 해당 인력이 파견지까지 왕복하는 과정에서 소요된 항공비, 택시비 등을 포함한 교통비를 환급해주는 항목으로, 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급하는 것을 원칙으로 함.
- (식비 및 출장비) 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 왕복 이동간에 지급하는 비용으로, 이동 시점을 기준으로 도착 시점의 시간을 계산하여 아래와 같이 지급하게 됨. 이때, 하기된 비용에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음.
 - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD
 - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD
 - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD

- 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD
 - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD
 - 미취식 시: 15.00CAD
- (진료수당) 진료수당은 브리티시컬럼비아주 의료보험에서 보장하는 최소 일일 수당으로써, 1일 기준 1,375CAD를 지급하나, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 일정 비율을 가산하여 1일 기준 최대 1,788CAD 까지 지급함.
- 마취과 전문의가 RFPALP 프로그램을 통해 Locum 근무를 수행하는 경우에는 1일 기준 1,875CAD를 지급하며, 이때 RSA에 의해 정의된 취약커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 1일 기준 최대 2,438CAD를 지급함.
- 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율이 일일 진료수당 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.
- 이때, 근무지가 병원인 Locum의 경우에는 의료보험에 청구한 금액의 100%에 해당하는 금액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가 정산함.
 - 근무지가 개인 진료소인 경우에는 의료보험에 청구한 전체 금액 중 호스트 의사에게 지급되는 40%를 제한 나머지 60%의 청구액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가정산함.

[표 28] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RFPALP 지원 항목 및 내용

지원 항목	지원내용									
숙박비	<ul style="list-style-type: none"> • (RSA 기반 A 및 B등급 지역) 브리티시컬럼비아주에서 허가 및 공시한 비즈니스 출장 숙박업소 중 파견 대상 지역에 위치한 숙소를 이용하는 경우에 한하여 실비 정산을 원칙으로 하며, 만약 호스트 커뮤니티에 숙박시설이 없는 경우에는 LRBC의 사전 승인을 득한 뒤 별도 영수증을 제출하면 1박당 최대 120CAD까지 환급하고, 이외의 경우에는 아래와 같이 환급함. <ul style="list-style-type: none"> - 친구/친척, 또는 Locum의사 본인의 집에서 거주 시 1박당 30달러 지급(영수증 불요) - 지역 내 호스트 의사, 지역 내 다른 의사, 보건당국 및 의사협회가 소유한 숙박시설이나 에어비앤비 등 허가받지 않은 숙박시설에서 숙박할 경우 전체 숙박비의 50%(최대 60CAD)만 환급함. • (RSA 기반 C 및 D등급 지역) C등급 및 D등급 지역의 경우에는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있으며, 이때 제공하는 숙박 시설은 적절한 수준의 가구와 조리시설, TV, 전화를 갖추어야 함. 									
교통비 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • (교통비) 항공, 페리, 버스 등 이동 경비는 기본적으로 LRBC 사무국에서 사전에 예약하거나 사후에 직접 청구하여 전액 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 단, 개인 차량 이용 및 렌트카를 이용하는 경우에는 아래와 같이 RSA 기반 지역 취약 등급에 따라서 상이한 환급구조를 가짐. <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th>RSA 등급</th> <th>개인차량이용</th> <th>렌트카 이용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A-B등급</td> <td>0.63CAD/km 환급</td> <td>경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> <tr> <td>C-D등급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> </tbody> </table> • (주차비) 개인차량을 이용하거나 차량을 렌트 또는 리스한 경우에만 주차비를 실비정산하여 환급함. 	RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용	A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급	C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급
RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용								
A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급								
C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급								
이동시간수당 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • 이동시간수당은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지에서 파견지까지의 이동 시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 왕복 이동 시간에 따라 아래와 같이 차등 지급함. <ul style="list-style-type: none"> - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD 									
주 외 특별 교통비 (BC 주 외)	<ul style="list-style-type: none"> • (주 외 특별 교통비) 브리티시컬럼비아주 외에서 거주하는 Locum의사가 파견을 오는 경우, 파견지까지 왕복하는 과정에서 발생한 항공비, 택시비 등의 교통비를 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급함. 									

지원 항목	지원내용
식비 및 출장비 (Per Diem)	<ul style="list-style-type: none"> • 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 이동할 때 지급하는 비용으로, 이동 시 시점을 기준으로 아래와 같이 청구하게 됨. 이때, 하기된 금액에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음. - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD - 미취식 시 : 15.00CAD
진료 수당	<ul style="list-style-type: none"> • (진료 수당) 마취 전문 교육을 이수한 가정의의 경우, 1일 기준 지급하는 진료수당 지원금은 1,375CAD이나, RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최대 1,788CAD를 지급함. • 마취과 전문의가 RFPALP 프로그램을 통해 근무하는 경우 1일 기준 1,875CAD를 지급하며, 이때 RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최대 2,438CAD를 지급함. • 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율을 일일 진료수당 지원금 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.

다. Rural Family Medicine Enhanced Surgical Skills OB Locum (RESSO)

- (개요) Rural Family Medicine Enhanced Surgical Skills OB Locum(이하, RESSO)은 2023년 7월 1일에 시범적으로 도입된 프로그램으로써, 취약 커뮤니티 내 핵심 산과 수술 서비스를 제공하는 상주 가정의(Family Practitioner)가 휴가, 병가, 교육 등으로 인한 장기 휴가로 인해 불가피하게 의료공백이 발생할 경우, 이를 최소화하여 취약지역 주민들에게 산과 및 수술 서비스를 원활히 제공하기 위해 마련된 프로그램임.
- RESSO는 다른 정규 프로그램과 마찬가지로 RSA에 의해 설립된 The Joint Standing Committee on Rural Issues(JSC)에서 관리함. 이때 JSC에는 보건부, 브리티시컬럼비아주 의사협회, 그리고 보건당국 대표자들이 포함되어 있으며, 이들은 RFPLP와 같은 농촌지역 Locum 프로그램에 대한 자문을 브리티시컬럼비아주 정부와 브리티시컬럼비아주 의사협회에 자문을 제공할 뿐만 아니라 전반적인 거버넌스를 담당하고 있음.
- RESSO의 실질적 운영 또한 다른 정규 프로그램과 동일하게 JSC 산하에 설립된 LRBC(Locums for Rural BC)에서 담당하는데, 이때 LRBC는 JSC에서 정한 규정에 의거하여 Locum과 Locum이 필요한 호스트 기관 또는 의사들에게 필요한 행정적, 금전적 지원 등 포괄적인 지원을 제공함.
- 다만, 본 프로그램의 경우, 앞선 캐나다 브리티시컬럼비아주에서 운영하는 다른 프로그램과 달리 2023년 7월 1일부터 2026년 3월 31일까지 운영되는 프로그램으로써 오프라인 기반의 행정 및 회계처리를 진행하고 있음.
- (파견대상 의료기관) RFPALP 프로그램을 통해 Locum 의사를 파견받기 위해서는 기본적으로 보건당국의 승인된 의사 공급 계획(Physician Supply Plan)에 해당 커뮤니티에 대해 Locum제도와 관련된 필요성 및 내용이 포함되어 있어야 하며, 동시에 RSA에서 정의하고 있는 A등급에서 D등급 사이의 취약 커뮤니티 중에서도 상근직으로 근무하는 핵심 산과 수술 역량 보유 가정의(Family Practitioner with Enhanced Surgical Skills OB)가 7명 이하인 커뮤니티에 기본적인 파견 자격이 부여됨.

- 이때 상근직으로 근무하는 핵심 산과 수술 역량 보유 가정의 수는 해당 병원에서 진료 권한을 보유하고 있는 가정의 중 실제 근무에 투입되는 인력을 기준으로 함.
- 이때 파견을 요청하는 기관은 산과 수술 서비스 혹은 유사한 전문 서비스를 제공하는 전문의와 가정의가 근무하고 있는 인근 권역의료센터(Major Medical Centre, MMC)로부터 70km가량 이격되어 있어야 함.
 - 이때, 이격이 필요한 ‘인근 권역의료센터’는 캄루프스(Kamloops), 켈로나(Kelowna), 나나이모(Nanaimo), 밴쿠버(Vancouver), 빅토리아(Victoria), 애보트포드(Abbotsford), 프린스 조지(Prince George) MMC를 의미하며, 따라서 파견을 요청하기 위해서는 이들 MMC로부터 70km이상 이격되어야 함.
- 또한, 앞선 커뮤니티 자격 요건 및 기관 이격 요건을 충족함과 동시에, 병원에 소속된 호스트 의사가 파견을 요청하기 위해서는 가정의(일차의료) 자격 소지, 산부인과 수술 서비스 관련 교육 이수, 핵심 산과 수술 역량 보유 인증 및 전문 진료 권한 보유. 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 소지, 진료비 청구를 위한 브리티시컬럼비아주 의료보험 등록 등의 조건을 충족해야 하며, 중복수혜를 막기 위해 다른 브리티시컬럼비아주 내 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않아야 함.
- RESSO 호스트 의사 조건
 - 브리티시컬럼비아주 가정의(일차진료의) 면허 소지
 - 산부인과 수술 서비스 관련 교육 이수
 - 핵심 산과 수술 역량 강화 교육 이수 및 보건당국지정 병원의 마취 관련 전문 진료 권한 보유
 - 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 및 CPSBC(College of Physicians and Surgeons of BC) 등록 면허 소지
 - 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan) 등록 상태 유지
 - 파견 대상 자격을 갖춘 커뮤니티에서 상근직으로 진료서비스 제공
 - 다른 취약지 Locum 프로그램에 참여하고 있지 않은 의사

- (파견대상 의료기관 최대 Locum 파견요청일수) RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 요청 가능한 최대 Locum 파견요청일수가 상이했던 RFPLP와 달리, RESSO는 RSA에 정의된 취약 커뮤니티는 모두 공통적으로 회계연도당 최대 35일의 Locum 파견을 요청할 수 있으며, 1회 신청당 최소 2일 이상을 신청해야 함.
- (파견대상인력) Locum으로 지원하는 의사는 기본적으로 브리티시컬럼비아주에서 의료행위를 할 수 있는 자격과 함께 보건당국으로부터 핵심 산과 수술 역량 강화 보유 자격 인증 및 전문 진료 권한, 캐나다 의료 보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유하고 있어야 함.
 - RESSO를 통해 파견되는 의사는 대부분 FP-ESS-OB, 즉 핵심 산과 수술 역량 강화 교육을 이수한 가정의이지만, 경우에 따라서는 캐나다 왕립 의사협회(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, RCPSC)의 시험을 통과한 산부인과 전문의(OBS/GYN)도 파견대상인력에 포함되는 것으로 나타남.
- 또한, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증을 보유하고 있어야 하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.
 - 파견대상인력이 ATLS(Advanced Trauma Life Support) 교육을 이수하여 자격을 보유하고 있는 경우에는 Locum지원 시 우대자격을 획득할 수 있음.
 - 또한, 파견대상인력이 RESSO를 통해 Locum 근무를 수행할 때는, 반드시 파견근무 수행 기간동안 브리티시컬럼비아주 내에 거주해야 하는 것을 원칙으로 하고 있음.
- (파견과정) RESSO 프로그램은 시범 프로그램으로, 전체 파견과정이 온라인으로 진행되는 다른 프로그램과는 달리 종이문서 기반으로 운영되고 있으나, 기본적인 파견 과정은 다른 프로그램과 동일하게 호스트 의사의 Locum 요청, Locum 지원자의 Locum 등록 신청, 채용공고 지원 및 서류 검토, 배정 확정 및 파견 준비, 인수인계 및 파견근무 수행, 정산 및 설문조사 순서로 이루어짐.
 - (호스트 의사의 Locum 요청) 파견을 요청하는 호스트 기관의 호스트 의사는 JSC 산하의 LRBC에서 운영하는 웹사이트에서 Locum 요청서를 다운로드 받아 작성

하고, 이를 LRBC의 팩스 또는 이메일로 제출하여야 함. 제출된 요청서는 LRBC 사무국의 검토를 거친 뒤에 최종적으로 승인되며, 승인이 완료되면 LRBC 홈페이지 내 ‘RESSO Posting’란에 요청기관의 기본 사항을 업로드 함.

- 이때, 호스트 의사는 채용공고에 게시기간, 기관명, 호스트 의사 이름, 호스트 의사 MSP 청구 번호, MSP 수취 번호, 근무기간형태(주말/주간), 지불제도형태(FFS/APP-HA Contract/급여/기타), 진료권한(Admitting&Treatment Privileges) 필요 여부, 커뮤니티 외부 진료 여부, 전문진료서비스(산부인과/마취과/외과/응급의학과/기타) 제공 여부, Locum근무 시작 기간 및 시간, 주말 및 야간 당직 여부, 병원 구성원 정보, 의료장비/시설 정보, 응급대응체계(앰블런스 등), 회진 스케줄, 호출빈도 등을 기재하여야 함.

- ‘RESSO Posting’란에 업로드 되는 내용은 호스트 기관이 위치한 커뮤니티, Locum 요청 기간, 업무 세부 정보, 등록번호와 같은 기초적인 내용이며, 이외에 더 많은 정보는 별도의 이메일 혹은 유선전화를 통해서 안내하고 있는 것으로 나타남.

○ (Locum 지원자의 Locum 등록 신청) Locum 지원자는 RESSO의 Locum으로 근무하기 위해 사전에 LRBC에 Locum 등록 신청서와 함께 CPSBC(College of Physicians and Surgeons of BC) 등록증 사본, CMPA 가입증명서, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증, 산부인과 술기 교육 이수 증명서, 이력서(CV)를 제출하고, 이를 LRBC 사무국에 이메일 또는 팩스로 송부하여야 함.

- 이때, Locum 등록 신청서에는 CPSBC 등록 번호, 브리티시컬럼비아주 의료보험(MSP Practitioner) 등록 번호, FPA/FRCPC Certified Anesthetist 여부, CMPA 정회원 번호, 이름, 이메일 주소, 주소, 전화번호, 졸업한 의과대학 정보, 희망 Locum 근무 시작 일자, 희망 제공 서비스(병원, 진료소, 산과서비스, 응급/당직서비스, 기타), 전문 교육 이수 세부 내용, 브리티시컬럼비아주 보건당국 관할구역 내 진료권한 확보/확보예정 여부를 기재하여야 함.

- LRBC 사무국은 Locum 지원자로부터 수신한 등록 신청서를 검토한 뒤, 접수가 완료되면 등록 상태를 지원자에게 통보함.

○ (채용공고 지원 및 서류 검토) Locum 지원자가 LRBC 웹사이트에 게시된 채용공고를 직접 확인하여 지원하거나, LRBC에 요청하여 Locum 후보자를 추천받게 되면 호스트 의사는 웹사이트 상에서 해당 인력이 제출한 이력서 및 각종 증빙서류를 검토할 수 있게 되며, 추가적인 정보의 경우 LRBC 사무국에 연락하여 취득할 수 있음.

- (채용공고 지원 및 서류 검토) Locum 지원자는 LRBC 웹사이트에 게시된 ‘Resso Posting’을 참고하여 개괄적인 정보를 확인하고, LRBC 측에 이메일 또는 유선상으로 문의하여 구체적인 정보를 받은 뒤에 지원의사를 밝히거나, LRBC가 등록 신청서를 기반으로 후보자를 Locum 요청 기관 또는 호스트 의사에게 추천함. 이때 호스트 의사는 LRBC로부터 Locum 지원자가 제출한 이력서 및 각종 증빙서류를 검토할 수 있게 되며, 추가적인 정보는 LRBC 사무국에 연락하여 취득할 수 있음.
- (배정 확정 및 파견 준비) 최종적으로 Locum 지원자/후보자가 확정되면, LRBC는 교통편(항공 포함), 렌터카, 숙박 등 파견 및 체류에 필요한 모든 사항을 지원하고, 파견이 확정된 Locum 의사는 근무 시작 전까지 의료서비스 제공 계약서와 의료수입지급계약을 서명하여 LRBC 사무국에 제출하여야 함.
 - 필요시, RESSO 가이드라인에 의거하여 호스트 의사와 보건당국, LRBC가 협력하여 해당 병원에서 Locum 의사가 진료할 수 있도록 진료 권한 확보 절차를 밟게 됨. 이때, 진료 권한 확보를 위한 정보는 신청서에 있는 정보 공유 동의 여부를 기반으로 관계기관 및 호스트 의사에게 공유됨.
 - 의료수입지급계약서는 크게 파견되는 근무지(병원/개인 진료소)에 따라 구분되어 있으며, 개인 진료소의 경우에는 Locum 의사가 근무하는 기간에 발생한 진료 수입을 호스트 의사에게 모두 입금하고, 브리티시컬럼비아주 의료보험으로 적용되지 않는 비급여 서비스나 FFS 지불제도로 제공되는 진료서비스에서 발생한 진료수입은 전체 발생액 중 40%를 시설 운영비 명목으로 호스트 의사가 수령한 뒤, 나머지 60%를 Locum에게 지급한다는 내용으로 이루어져 있음.
 - 단, Locum 의사가 응급 당직 서비스를 비롯한 주 보건당국이 지정한 업무만 수행한 경우에는 호스트 의사가 시설 운영비 명목으로 40%를 수령하지 아니함.
- (인수인계 및 파견근무 수행) Locum 근무일자가 도래하기 전, 호스트 의사는 Locum 의사가 수행해야 할 근무 내용과 근무에 따라 지급되는 수당을 명확하게 정리하여 인계해야 함. 사전 인수인계가 종료되고 난 뒤 Locum 근무일자가 도래하게 되면 사전에 협의 및 계약된 내용에 의거하여 파견지에서 의료서비스를 제공함. 이때, Locum 의사는 산부인과 진료 및 핵심 산부인과 수술 서비스를 제공함.
- (정산 및 설문조사) 계약된 Locum 근무 기간이 종료된 이후에는 LRBC에서 Locum 의사 메일로 설문조사 양식을 발송하며, 해당 설문조사를 다운로드 하여

작성 후 LRBC 사무국에 회신하면, LRBC는 해당 설문결과를 바탕으로 사업 개선에 활용함. 정산의 경우에는 Lcoum 근무 종료일로부터 90일 이내에 파견에 따른 제반 경비를 청구해야 하며, 진료비의 경우에는 호스트 의사와 Locum의사가 별도 정산작업을 수행해야 함.

□ (지원금 항목) LRBC에서 지급하는 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 이동시간수당, 주 외 특별교통비, 식비 및 출장비, 진료수당으로 구분되며, 각 지원금별 세부 지급 기준 및 액수는 아래와 같음.

○ (숙박비) 숙박비는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박비용 환급 기준이 상이함. A와 B등급 커뮤니티의 경우에는 주 정부가 허가 및 공시한 비즈니스 숙박업소를 이용하거나, 숙소가 없는 경우에는 사전 승인을 받은 뒤에 영수증을 제출하여 최대 120CAD 한도 내에서 실비 정산함. C와 D등급 커뮤니티는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있어 별도 숙박비용이 발생하지 않음.

○ (교통비) 브리티시컬럼비아주 내에서 이동 시에 발생한 교통비만을 대상으로 사후에 영수증을 첨부하여 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 이때, 개인차량이나 렌트카를 이용하는 경우에는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 아래와 같이 교통비를 환급함.

- 개인차량을 이용하는 경우, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 km당 0.63CAD를 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 km당 0.63CAD를 환급함.

- 렌트카를 이용하는 경우 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 경차 기준으로 렌트 비용을 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용을 환급함.

○ (이동시간수당) 이동시간수당(Travel Time Honorarium)은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지로부터 파견지까지의 이동시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 이동시간에 근거하여 아래와 같이 차등 지급함.

- 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD

- 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD
 - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD
 - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD
- (주 외 특별 교통비) 주 외 특별 교통비는 파견의가 브리티시컬럼비아주 외에 위치한 지역에 거주하고 있는 경우, 해당 인력이 파견지까지 왕복하는 과정에서 소요된 항공비, 택시비 등을 포함한 교통비를 환급해주는 항목으로, 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급하는 것을 원칙으로 함.
- (식비 및 출장비) 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 왕복 이동간에 지급하는 비용으로, 이동 시점을 기준으로 도착 시점의 시간을 계산하여 아래와 같이 지급하게 됨. 이때, 하기된 비용에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음.
- 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD
 - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD
 - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD
 - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD
 - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD
 - 미취식 시: 15.00CAD
- (진료수당) 진료수당은 브리티시컬럼비아주 의료보험에서 보장하는 최소 일일 수당으로써, 1일 기준 1,375CAD를 지급하나, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 일정 비율을 가산하여 1일 기준 최소 1,522CAD에서 최대 1,788CAD까지 지급함.
- 산부인과 전문의가 RESSO 프로그램을 통해 Locum 근무를 수행하는 경우에는 1일 기준 1,875CAD를 지급하며, 이때 RSA에 의해 정의된 취약커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 1일 기준 최소 2,076CAD에서 최대 2,438CAD를 지급함.
- 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율이 일일 진료수당 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.

- 이때, 근무지가 병원인 Locum의 경우에는 의료보험에 청구한 금액의 100%에 해당하는 금액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가 정산함.
- 근무지가 개인 진료소인 경우에는 의료보험에 청구한 전체 금액 중 호스트 의사에게 지급되는 40%를 제한 나머지 60%의 청구액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가정산함.

[표 29] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RESSO 지원 항목 및 내용

지원 항목	지원내용									
숙박비	<ul style="list-style-type: none"> • (RSA 기반 A 및 B등급 지역) 브리티시컬럼비아주에서 허가 및 공시한 비즈니스 출장 숙박업소 중 파견 대상 지역에 위치한 숙소를 이용하는 경우에 한하여 실비 정산을 원칙으로 하며, 만약 호스트 커뮤니티에 숙박시설이 없는 경우에는 LRBC의 사전 승인을 득한 뒤 별도 영수증을 제출하면 1박당 최대 120CAD까지 환급하고, 이외의 경우에는 아래와 같이 환급함. <ul style="list-style-type: none"> - 친구/친척, 또는 Locum의사 본인의 집에서 거주 시 1박당 30달러 지급(영수증 불요) - 지역 내 호스트 의사, 지역 내 다른 의사, 보건당국 및 의사협회가 소유한 숙박시설이 나 에어비앤비 등 허가받지 않은 숙박시설에서 숙박할 경우 전체 숙박비의 50%(최대 60CAD)만 환급함. • (RSA 기반 C 및 D등급 지역) C등급 및 D등급 지역의 경우에는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있으며, 이때 제공하는 숙박 시설은 적절한 수준의 가구와 조리시설, TV, 전화를 갖추어야 함. 									
교통비 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • (교통비) 항공, 페리, 버스 등 이동 경비는 기본적으로 LRBC 사무국에서 사전에 예약하거나 사후에 직접 청구하여 전액 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 단, 개인 차량 이용 및 렌트카를 이용하는 경우에는 아래와 같이 RSA 기반 지역 취약 등급에 따라서 상이한 환급구조를 가짐. <table border="1" data-bbox="367 1321 1184 1524"> <thead> <tr> <th>RSA 등급</th> <th>개인차량이용</th> <th>렌트카 이용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A-B등급</td> <td>0.63CAD/km 환급</td> <td>경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> <tr> <td>C-D등급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> </tbody> </table> • (주차비) 개인차량을 이용하거나 차량을 렌트 또는 리스한 경우에만 주차비를 실비정산하여 환급함. 	RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용	A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급	C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급
RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용								
A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급								
C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급								

지원 항목	지원내용
이동시간수당 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • 이동시간수당은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지에서 파견지까지의 이동 시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 왕복 이동 시간에 따라 아래와 같이 차등 지급함. - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD
주 외 특별 교통비 (BC 주 외)	<ul style="list-style-type: none"> • (주 외 특별 교통비) 브리티시컬럼비아주 외에서 거주하는 Locum의사가 파견을 오는 경우, 파견지까지 왕복하는 과정에서 발생한 항공비, 택시비 등의 교통비를 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급함.
식비 및 출장비 (Per Diem)	<ul style="list-style-type: none"> • 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 이동할 때 지급하는 비용으로, 이동 시 시점을 기준으로 아래와 같이 청구하게 됨. 이때, 하기된 금액에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음. - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD - 미취식 시: 15.00CAD
진료 수당	<ul style="list-style-type: none"> • (진료수당) 핵심 산과 수술 서비스 제공 역량을 보유한 가정의의 경우, 1일 기준 지급하는 진료수당 지원금은 1,375CAD이나, RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최소 1,522CAD에서 최대 1,788CAD를 지급함. • 산부인과 전문의가 RESSO 프로그램을 통해 근무하는 경우 1일 기준 1,875CAD를 지급하며, 이때 RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최소 2,076CAD에서 최대 2,438CAD를 지급함. • 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율을 일일 진료수당 지원금 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.

라. Rural Specialist Locum Program(RSLP)

- (개요) Rural Specialist Locum Program(이하, RSLP)는 2001년 체결된 RSA(Rural Practice Subsidiary Agreement)를 통해 도입된 프로그램 중 하나로써, 취약 커뮤니티 내 상주 전문의(Specialist)가 휴가, 병가, 교육 등으로 인한 장기 휴가로 인해 불가피하게 의료공백이 발생할 경우, 이를 최소화하여 취약지역 주민에게 연속적인 전문 의료 서비스를 제공하기 위해 마련된 프로그램임.
- 최근에는 지역사회 내 핵심 진료과의 전문의 인력이 충원되지 않아 지역사회 주민의 의료서비스 접근이 심각한 상황에 직면하여 있는 경우에도 RSLP를 이용하여 임시 근무를 통해 지역사회 내 의료 공백을 최소화할 수 있도록 범위를 확대하고 있음.
- RSLP는 RSA에 의해 설립된 The Joint Standing Committee on Rural Issues(JSC)에서 관리함. 이때 JSC에는 보건부, 브리티시컬럼비아주 의사협회, 그리고 보건당국 대표자들이 포함되어 있으며, 이들은 RSLP와 같은 농촌지역 Locum 프로그램에 대한 자문을 브리티시컬럼비아주 정부와 브리티시컬럼비아주 의사협회에 자문을 제공할 뿐만 아니라 전반적인 거버넌스를 담당하고 있음.
- RSLP의 실질적인 운영은 JSC 산하에 설립된 LRBC(Locums for Rural BC)에서 담당하는데, 이때 LRBC는 JSC에서 정한 규정에 의거하여 Locum과 Locum이 필요한 호스트 기관 또는 의사들에게 필요한 행정적, 금전적 지원 등 포괄적인 지원을 제공함.
- (파견대상 의료기관) RSLP 프로그램을 통해 Locum 의사를 파견받기 위해서는 기본적으로 보건당국의 승인된 의사 공급 계획(Physician Supply Plan)에 해당 커뮤니티에 대해 Locum제도와 관련된 필요성 및 내용이 포함되어 있어야 함. 이와 함께, RSA에서 정의하고 있는 A부터 D등급 사이의 취약 커뮤니티 중에서도 특정 지역의 특정 분야 전문의의 수가 일정 수준 이하인 커뮤니티에 기본적인 파견 자격이 부여됨.
- RSA에서 정의하고 있는 A등급에서 B등급 사이의 커뮤니티는 지정된 핵심 진료과 중에서 동일 전문과목 전문의의 수가 6인 이하인 경우에 RSLP 프로그램을 통해 Locum 파견을 요청할 수 있음.

- RSA에서 정의하고 있는 C등급에서 D등급 사이의 커뮤니티는 지정된 핵심 진료과 중에서 동일 전문과목 전문의 수가 4인 이하인 경우에 RSLP 프로그램을 통해 Locum 파견을 요청할 수 있음.

- 이때 파견을 요청하는 기관은 동일한 전문 진료과목에 대한 의료 서비스를 제공하는 전문의가 근무하고 있는 인근 권역의료센터(Major Medical Centre, MMC)로부터 70km가량 이격되어 있어야 함.
 - 이때, 이격이 필요한 ‘인근 권역의료센터’는 캄루프스(Kamloops), 켈로나(Kelowna), 나나이모(Nanaimo), 밴쿠버(Vancouver), 빅토리아(Victoria), 애보트포드(Abbotsford), 프린스 조지(Prince George) MMC를 의미하며, 따라서 파견을 요청하기 위해서는 이들 MMC로부터 70km이상 이격되어야 함.

- 또한, 앞선 커뮤니티 자격 요건을 충족함과 동시에 병원, 진료소(개원)에 소속된 호스트 의사가 파견을 요청하기 위해서는 반드시 RCPSC(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)에서 핵심 전문진료과목의 전문의 자격 인증을 보유하고 있거나, 동등한 수준의 교육을 이수하고 전문의 자격 시험을 응시할 수 있는 자격을 갖춘 비인증 전문의(Non-certified SP)여야 함. 또한, 브리티시컬럼비아주에서 의료행위를 할 수 있는 자격과 캐나다 의료 보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유해야하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.

- RSLP 호스트 의사 조건
 - RCPSC(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)에서 핵심 전문진료과목의 전문의 자격 인증 보유 또는 동등한 수준의 교육을 이수하고 전문의 자격 시험을 응시할 수 있는 자격을 갖춘 비인증 전문의(Non-certified SP)
 - 브리티시컬럼비아주 보건당국 및 파견 대상 자격을 갖춘 커뮤니티 내 병원에서 특정 전문 진료과(마취과, 일반외과, 내과, 정형외과, 소아과, 산부인과, 정신과, 영상의학과)의 진료 권한 보유
 - 캐나다 의료 보호 협회(Canada Medical Protective Association) 정회원 자격 및 CPSBC (College of Physicians and Surgeons of BC) 등록 면허 소지
 - 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan) 등록 상태 유지
 - 파견 대상 자격을 갖춘 커뮤니티에서 특정 전문 진료과의 상근직으로 진료서비스 제공

- (파견대상 의료기관 최대 Locum 파견요청일수) 앞선 파견대상 커뮤니티 및 호스트 의사의 조건을 만족할 경우 RSLP를 통해 Locum을 요청할 수 있는데, 이때 RFPLP를 통해 요청할 수 있는 최대 파견일수는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 상이함.
 - RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급상 가장 취약한 등급인 A등급과 B등급이면서 해당 지역 내에 지정된 핵심 진료과의 전문의 수가 6명 이하인 경우에는 호스트 의사당 연간 최대 140일을 요청할 수 있으며, 1회 요청 시 최소 2일 이상 요청해야 함.
 - RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급상 C등급과 D등급이면서 해당 지역 내 지정된 핵심 진료과의 전문의 수가 4인 이하일 경우에는 호스트 의사당 연간 최대 35일을 요청할 수 있으며, 1회 요청 시 최소 2일 이상 요청해야 함.
- (파견대상인력) Locum으로 지원하는 전문의는 기본적으로 브리티시컬럼비아주에서 의료행위를 할 수 있는 자격을 보유하고 있어야 하며, RCPSC(Royal College of Physicians and Surgeons of Canada)에서 핵심 전문진료과목의 전문의 자격 인증 보유 또는 동등한 수준의 교육을 이수하고 전문의 자격 시험을 응시할 수 있는 자격을 갖춘 비인증 전문의(Non-certified SP)여야 함. 또한, 캐나다 의료 보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유하고 있어야 하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.
 - 이때, Locum으로 지원하는 전문의는 지역보건당국과 RSLP 지정 전문 센터에서 핵심 전문의로써 지정받지 아니한 사람이어야 함.
- 이와 함께 파견대상인력은 캐나다 의료보호 협회 및 CPSBC 정회원 자격을 보유하고 있어야 하며, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증을 보유하고 있어야 하며, 브리티시컬럼비아주 의료보험(Medical Services Plan)에 가입되어 있어야 함.
 - 파견대상인력이 ATLS(Advanced Trauma Life Support) 자격을 보유하고 있는 경우에는 Locum지원 시 우대자격을 획득할 수 있음.

- (파견과정) 브리티시컬럼비아주의 LRBC에서 운영하는 Locum 프로그램은 채용공고부터 정산에 이르는 전체 파견 과정이 LRBC 웹사이트를 기반으로 운영됨. 구체적인 파견 절차는 호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시, Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입, 채용공고 지원 및 서류 검토, 배정 확정 및 파견 준비, 인수인계 및 파견근무 수행, 정산 및 설문조사 순서로 이루어짐.
- (호스트 의사의 Locum 요청 및 채용공고 게시) 파견을 요청하는 호스트 기관의 호스트 의사는 JSC 산하의 LRBC에서 운영하는 웹사이트에 가입하여 Locum 채용공고를 게시하게 되며, LRBC의 승인을 거쳐 해당 공고가 웹사이트에 최종 게시됨.
- 이때, 호스트 의사는 채용공고에 게시기간, 기관명, 호스트 의사 이름, 호스트 의사 MSP 청구 번호, MSP 수취 번호, 근무기간형태(주말/주간), 지불제도형태(FFS/APP-HA Contract/급여/기타), 진료권한(Admitting&Treatment Privileges) 필요 여부, 커뮤니티 외부 진료 여부, 전문진료서비스 분야, Locum 근무 시작 기간 및 시간, 주말 및 야간 당직 여부, 병원 구성원 정보, 의료장비/시설 정보, 응급대응체계(앰블런스 등), 회진 스케줄, 호출빈도 등을 기재하여야 함.
- (Locum 지원자의 Locum 등록 신청 및 LRBC 가입) Locum 지원자는 RFPALP의 Locum으로 근무하기 위해 사전에 LRBC에 Locum 등록 신청서와 함께 CPSBC (College of Physicians and Surgeons of BC) 등록증 사본, CMPA 가입증명서, Certification in Advanced Cardiac Life Support(ACLS)나 Comprehensive Approach to Rural Emergencies(CARE) 교육 수료증, 이력서(CV)를 제출하고, LRBC 웹페이지에 회원가입을 요청해야 함.
- Locum 등록 신청서에는 CPSBC 등록번호, 브리티시컬럼비아주 의료보험(MSP Practitioner) 등록번호, CMPA 정회원 번호, 이름, 이메일 주소, 주소, 전화번호, 졸업한 의과대학 정보, 희망 Locum 근무 시작 일자, 8대 핵심 진료과목 중 전문의 자격을 취득한 진료과목, 전문 교육 이수 내역, 브리티시컬럼비아주 보건당국 관할구역 내 진료권한 확보/확보예정 여부를 기재하여야 함.
 - 이때, Locum 등록 신청서에는 병원의 진료 권한 확보를 위해 해당 개인정보를 병원측과 공유하는 것을 동의한다는 내용이 기재되어 있으며, 따라서 지원 및 추천 시 서류검토 단계에서 자동적으로 해당 정보를 병원측이 열람할 수 있는 것으로 나타남.
- (채용공고 지원 및 서류 검토) Locum 지원자가 LRBC 웹사이트에 게시된 채용공고를 직접 확인하여 지원하거나, LRBC에 요청하여 Locum 후보자를 추천받게

되면 호스트 의사는 웹사이트 상에서 해당 인력이 제출한 이력서 및 각종 증빙서류를 검토할 수 있게 되며, 추가적인 정보의 경우 LRBC 사무국에 연락하여 취득할 수 있음.

- (배정 확정 및 파견 준비) 최종적으로 Locum 지원자/후보자가 확정되면, 홈페이지 상에서 '승낙(Accept)'을 누르게 되는데, 이때 호스트 의사와 Locum 의사에게 모두 알림 메일이 발송됨. 알림 메일이 발송된 이후, LRBC는 교통편(항공 포함), 렌터카, 숙박 등 파견 및 체류에 필요한 모든 사항을 지원하고, 파견이 확정된 Locum 의사는 근무 시작 전까지 의료서비스 제공 계약서와 의료수입지급계약서를 서명하여 LRBC 사무국에 제출하여야 함.
 - 필요시, RSLP 가이드라인에 의거하여 호스트 의사와 보건당국, LRBC가 협력하여 해당 병원에서 Locum 의사가 진료할 수 있도록 진료 권한 확보 절차를 밟게 됨. 이때, 진료 권한 확보를 위한 정보는 신청서에 있는 정보 공유 동의 여부를 기반으로 관계기관 및 호스트 의사에게 자동적으로 공유됨.
 - 의료수입지급계약서는 크게 근무지(병원/개인 진료소)에 따라 구분되어 있으며, 개인 진료소의 경우에는 Locum 의사가 근무하는 기간에 발생한 진료 수입을 호스트 의사에게 모두 입금하고, 브리티시컬럼비아주 의료보험으로 적용되지 않는 비급여 서비스나 FFS 지불제도로 제공되는 진료서비스에서 발생한 진료수입은 전체 발생액 중 40%를 시설 운영비 명목으로 호스트 의사가 수령한 뒤, 나머지 60%를 Locum에게 지급한다는 내용으로 이루어져 있음.
 - 단, Locum 의사가 응급 당직 서비스를 비롯한 주 보건당국이 지정한 업무만 수행한 경우에는 호스트 의사가 시설 운영비 명목으로 40%를 수령하지 않음.
- (인수인계 및 파견근무 수행) Locum 근무일자가 도래하기 전, 호스트 의사는 Locum 의사가 수행해야 할 근무 내용과 근무에 따라 지급되는 수당을 명확하게 정리하여 인계해야 함. 사전 인수인계가 종료되고 난 뒤 Locum 근무일자가 도래하게 되면 사전에 협의 및 계약된 내용에 의거하여 파견지에서 의료서비스를 제공함. 이때, Locum 의사는 본인이 취득한 전문 진료과목의 의료서비스를 제공함.
- (정산 및 설문조사) 계약된 Locum 근무 기간이 종료된 이후에는 LRBC 웹사이트를 통해 Locum의사 메일로 설문조사 양식이 발송되며, 해당 설문조사를 다운로드 하여 작성 후 LRBC 사무국에 회신하면, LRBC는 해당 설문결과를 바탕으로 사업 개선에 활용함. 정산의 경우에는 Locum 근무 종료일로부터 90일 이내에

파견에 따른 제반 경비를 청구해야 하며, 진료비의 경우에는 호스트 의사와 Locum의사가 별도 정산작업을 수행해야 함.

□ (지원금 항목) LRBC에서 지급하는 지원금 항목은 크게 숙박비, 교통비, 이동시간수당, 주 외 특별교통비, 식비 및 출장비, 진료수당으로 구분되며, 각 지원금별 세부 지급 기준 및 액수는 아래와 같음.

○ (숙박비) 숙박비는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박비용 환급 기준이 상이함. A와 B등급 커뮤니티의 경우에는 주 정부가 허가 및 공시한 비즈니스 숙박업소를 이용하거나, 숙소가 없는 경우에는 사전 승인을 받은 뒤에 영수증을 제출하여 최대 120CAD 한도 내에서 실비 정산함. C와 D등급 커뮤니티는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있어 별도 숙박비용이 발생하지 않음.

○ (교통비) 브리티시컬럼비아주 내에서 이동 시에 발생한 교통비만을 대상으로 사후에 영수증을 첨부하여 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 이때, 개인차량이나 렌트카를 이용하는 경우에는 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급에 따라 아래와 같이 교통비를 환급함.

- 개인차량을 이용하는 경우, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 km당 0.63CAD를 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 km당 0.63CAD를 환급함.

- 렌트카를 이용하는 경우 RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A와 B등급인 지역에서는 파견지 내에서 이동 시 발생하는 교통비까지 포함하여 경차 기준으로 렌트 비용을 환급하나, C와 D등급인 지역에서는 기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용을 환급함.

○ (이동시간수당) 이동시간수당(Travel Time Honorarium)은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지로부터 파견지까지의 이동시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 이동시간에 근거하여 아래와 같이 차등 지급함.

- 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD

- 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD

- 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD

- 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD

- (주 외 특별 교통비) 주 외 특별 교통비는 파견의가 브리티시컬럼비아주 외에 위치한 지역에 거주하고 있는 경우, 해당 인력이 파견지까지 왕복하는 과정에서 소요된 항공비, 택시비 등을 포함한 교통비를 환급해주는 항목으로, 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급하는 것을 원칙으로 함.
- (식비 및 출장비) 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 왕복 이동간에 지급하는 비용으로, 이동 시점을 기준으로 도착 시점의 시간을 계산하여 아래와 같이 지급하게 됨. 이때, 하기된 비용에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음.
 - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD
 - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD
 - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD
 - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD
 - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD
 - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD
 - 미취식 시: 15.00CAD
- (진료수당) 진료수당은 브리티시컬럼비아주 의료보험에서 보장하는 최소 일일 수당으로써, 1일 기준 1,875CAD를 지급하나, RSA에 의해 정의된 취약 커뮤니티 등급이 A 또는 B등급인 지역에서는 일정 비율을 가산하여 1일 기준 최소 1,875CAD에서 최대 2,437CAD까지 지급함.
- 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율이 일일 진료수당 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.
 - 이때, 근무지가 병원인 Locum의 경우에는 의료보험에 청구한 금액의 100%에 해당하는 금액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가 정산함.
 - 근무지가 개인 진료소인 경우에는 의료보험에 청구한 전체 금액 중 호스트 의사에게 지급되는 40%를 제한 나머지 60%의 청구액이 일일 진료수당 총액을 상회할 경우에 분기별로 차액을 추가정산함.

[표 30] 캐나다 브리티시컬럼비아주 RSLP 지원 항목 및 내용

지원 항목	지원내용									
숙박비	<ul style="list-style-type: none"> • (RSA 기반 A 및 B등급 지역) 브리티시컬럼비아주에서 허가 및 공시한 비즈니스 출장 숙박업소 중 파견 대상 지역에 위치한 숙소를 이용하는 경우에 한하여 실비 정산을 원칙으로 하며, 만약 호스트 커뮤니티에 숙박시설이 없는 경우에는 LRBC의 사전 승인을 득한 뒤 별도 영수증을 제출하면 1박당 최대 120CAD까지 환급하고, 이외의 경우에는 아래와 같이 환급함. <ul style="list-style-type: none"> - 친구/친척, 또는 Locum의사 본인의 집에서 거주 시 1박당 30달러 지급(영수증 불요) - 지역 내 호스트 의사, 지역 내 다른 의사, 보건당국 및 의사협회가 소유한 숙박시설이나 에어비앤비 등 허가받지 않은 숙박시설에서 숙박할 경우 전체 숙박비의 50%(최대 60CAD)만 환급함. • (RSA 기반 C 및 D등급 지역) C등급 및 D등급 지역의 경우에는 호스트 의사가 숙박을 제공할 의무가 있으며, 이때 제공하는 숙박 시설은 적절한 수준의 가구와 조리시설, TV, 전화를 갖추어야 함. 									
교통비 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • (교통비) 항공, 페리, 버스 등 이동 경비는 기본적으로 LRBC 사무국에서 사전에 예약하거나 사후에 직접 청구하여 전액 실비정산하는 것을 원칙으로 함. 단, 개인 차량 이용 및 렌트카를 이용하는 경우에는 아래와 같이 RSA 기반 지역 취약 등급에 따라서 상이한 환급구조를 가짐. <table border="1" style="margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>RSA 등급</th> <th>개인차량이용</th> <th>렌트카 이용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A-B등급</td> <td>0.63CAD/km 환급</td> <td>경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> <tr> <td>C-D등급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급</td> <td>기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급</td> </tr> </tbody> </table> • (주차비) 개인차량을 이용하거나 차량을 렌트 또는 리스한 경우에만 주차비를 실비정산하여 환급함. 	RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용	A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급	C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급
RSA 등급	개인차량이용	렌트카 이용								
A-B등급	0.63CAD/km 환급	경차 기준 렌트 비용 환급								
C-D등급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 0.63CAD/km 환급	기존 거주지/근무지로부터 파견지까지 도달하는 최초 왕복 1회에 한하여 경차 기준 렌트 비용 환급								
이동시간수당 (BC주 내)	<ul style="list-style-type: none"> • 이동시간수당은 브리티시컬럼비아주 내에 위치한 기존 거주지에서 파견지까지의 이동 시간을 산정하여 지급하는 수당으로, 왕복 이동 시간에 따라 아래와 같이 차등 지급함. <ul style="list-style-type: none"> - 이동시간 2.5시간 이하: 250CAD - 이동시간 2.5시간 초과 - 4시간 이하: 500CAD - 이동시간 4시간 초과 - 10시간 이하: 1,000CAD - 이동시간 10시간 초과: 1,500CAD 									
주 외 특별 교통비 (BC 주 외)	<ul style="list-style-type: none"> • (주 외 특별 교통비) 브리티시컬럼비아주 외에서 거주하는 Locum의사가 파견을 오는 경우, 파견지까지 왕복하는 과정에서 발생한 항공비, 택시비 등의 교통비를 최대 1,000CAD 한도 내에서 실비 정산하여 환급함. 									

지원 항목	지원내용
식비 및 출장비 (Per Diem)	<ul style="list-style-type: none"> • 식비 및 출장비는 기존 거주지/근무지에서 파견지로 이동할 때 지급하는 비용으로, 이동 시 시점을 기준으로 아래와 같이 청구하게 됨. 이때, 하기된 금액에는 출장비 15CAD가 포함되어 있음. - 아침식사 전(7시) 이동 시: 25.50CAD - 점심식사 전(12시) 이동 시: 25.50CAD - 저녁식사 후(18시) 이동 시: 35.25CAD - 아침 및 점심 이동 시: 37.00CAD - 아침 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 점심 및 저녁 이동 시: 46.75CAD - 아침, 점심, 저녁 이동 시: 63.75CAD - 미취식 시: 15.00CAD
진료 수당 및 지원금	<ul style="list-style-type: none"> • (진료수당) Locum 근무 1일 기준 지급하는 진료수당 지원금은 1,875CAD이나, RSA 기반 A등급과 B등급 커뮤니티에서 Locum 근무를 하는 경우에는 취약지 점수를 기반으로 일정 비율이 가산되어 1일 기준 최소 1,875CAD에서 최대 2,437CAD를 지급함. • 단, Locum 기간동안 브리티시컬럼비아주 의료보험에 청구한 금액의 일정 비율을 일일 진료수당 지원금 총액을 상회하는 경우, 분기별로 그 차액을 추가적으로 정산함.

4 일본 의사인력 파견 사례⁴³⁾⁴⁴⁾

- (일본의 의사 파견제도 도입 배경) 일본은 농어촌 지역 및 지방중소도시의 병원 인력난 등 지역의료 붕괴 우려가 높아지자 2007년 긴급 의사확보대책과 2014년 의료법 개정을 통해 의대 정원 증원, 장학금 제도 및 지역의료센터 설치 및 의사 파견 시스템 도입을 추진하였음.
- 특히 2014년 의료법 개정을 통해 간호직 확보 대책 마련과 의료기관에서의 근무환경 개선, 병상의 기능 분화 및 연계 추진과 함께 의사확보대책의 일환으로써 의사 인력이 부족한 병원의 의사 확보 지원 및 의사의 커리어 형성 지원을 위한 도도부현 단위에서 지역의료지원센터를 설치하도록 의무적으로 노력해야 한다는 조항을 신설하였음.
- 이후, 2018년 의료법 개정을 통해 의료 취약지에서 근무하는 의사에 대한 평가 및 인종 제도의 신설, 도도부현 차원의 의사 확보 대책 실시체계 강화, 의사 양성 과정에서의 도도부현 차원의 역할 및 권한을 강화하고, 의사파견제도에 대한 법적 근거를 마련하였음.
- 각 도도부현 차원에서 세부 의사확보계획을 의료계획 내에 수립하도록 의무화 하였으며, 이때 의사 편재지표를 활용하여 ‘의사 소수구역(医師少数区域)’과 ‘의사 다수구역(医師多数区域)’을 설정하는 등, 의사 부족 지역에 대한 법적 근거를 마련함.
- 또한, 기존 지역의료대책협의회의 역할을 의사확보계획 실시에 필요한 사항에 대한 협의부터 의사 양성 과정에서의 임상연수 및 전문연수의 실시에 관한 자문의 역할까지 부여하는 등 지역의료대책협의회의 역할을 강화하였음.
- 이와 함께 지역의료지원센터가 지역의료대책협의회의 협의를 기반으로 지역의료지원사무를 실시하며, 이외에 커리어 형성 프로그램의 구성이나 ‘의사 소수구역’에 대한 의사 파견 사무를 담당한다는 내용을 추가하여 지역의료지원센터의 의사파견업무 수행에 대한 법적 근거를 마련함.

43) 후생노동성[厚生労働省]. (2013). 의료법 등 개정 법안 참고 자료[医療法等改正法案 参考資料].

44) 후생노동성[厚生労働省]. (2018). 의료법 및 의사법의 일부를 개정하는 법률의 개요[医療法及び医師法の一部改正について].

가. 에히메현 닥터 풀 제도(愛媛県ドクタープール制度)⁴⁵⁾⁴⁶⁾

- (개요) 에히메현은 시정촌의 강력한 요청 하에 2008년 4월부터 지역 의료공백을 해소하기 위해 도도부현 정부가 의사를 직접 채용하여 필요한 지역 공립병원에 채용한 의사인력을 파견하는 닥터 풀(ドクタープール) 제도를 실시하고 있음.
 - 사업의 주요 목표는 도도부현 차원의 자체적인 의사 고용을 통해 의사 확보가 어려운 시정촌에 설치된 공립 병원에 안정적으로 의사를 공급하여 지역사회 주민들이 의료서비스를 원활히 받을 수 있도록 함.
 - 이러한 제도는 지방정부 차원에서 의사인력을 직접 확보하고, 이를 지역 내 의사가 부족한 시정촌에 위치한 공공병원에 직접 파견한다는 점에서 다른 국가 및 일본 내 타 도도부현의 의사인력 확보 정책과 차이를 보임.
- (파견대상 의료기관) 채용된 의사인력은 파견 형태에 따라 에히메현립중앙병원에서 기본적으로 근무하며 시정촌 단위에 설치된 공립병원으로 일정기간 파견되거나 시정촌 단위에 설치된 공립병원으로 곧바로 파견되는데, 이때 에히메현립중앙병원을 제외한 파견대상 의료기관은 아래와 같이 상대적으로 규모가 작고 의료취약지역에 위치하여 의사 확보가 곤란한 공립병원 10개소로 나타남.
 - 주요 파견 병원(총 10개소): 우와지마시립요시다종합병원(宇和島市立吉田病院), 우와지마시립쓰시마클리닉(宇和島市立津島病院), 시립야와타하마종합병원(市立八幡浜総合病院), 사이조시립슈소병원(西条市立周桑病院), 시립오즈병원(市立大洲病院), 세이요시립노무라병원(西予市立野村病院), 세이요시립세이요시민병원(西予市立西予市民病院), 국민건강보험구마코겐정립병원(国民健康保険久万高原町立病院), 기호쿠조정립키타우와병원(鬼北町立北宇和病院), 아이난정국민건강보험잇폰마쓰병원(愛南町国保一本松病院)

45) 愛媛県庁 [에히메현청]. (2024). 愛媛県職員給与に関する条例 [에히메현 직원의 급여에 관한 조례]-2024년(레이와 6년) 12월 24일 개정안. Retrieved May 14, 2025, from <https://ops-jg.d1-law.com/opensearch/SrJbF01/init/?jctcd=8A8BD5177A&houcd=H326901010057&jbnJiten=5070514&ichikey=h%3AhL20%3A%3A%3A2%3A3.0.0.0-10-0.0.0-0-0-0%3A1%3A&csFlg=false&foFlg=false>

46) 愛媛県庁 [에히메현청]. (2016). ドクタープール制度についてお知らせします[닥터 풀 제도에 대해 알려드립니다]. Retrieved May 21, 2025, from <https://www.pref.ehime.jp/page/4272.html#:~:tex.t=%E6%B4%BE%E9%81%A3%E3%82%92%E4%BA%88%E5%AE%9A%E3%81%97%E3%81%A6%E3%81%84%E3%82%8B%E5%B8%82%E7%94%BA%E7%AB%8B%E7%97%85%E9%99%A2>

- (파견대상인력) 파견대상인력은 기본적으로 닥터 풀 제도를 통해 현 직원으로 채용된 의사로, 채용 이후 직무 내용에 따라 현립 중앙병원에서 근무하며 주 2일 시정촌에 위치한 공립병원으로 파견을 가는 ‘비상근파견형인력’과 채용 이후 시정촌에 위치한 공립병원에서 상근직으로 근무한 뒤 일정 기간이 지나면 1년간 현립중앙병원에서 연수 및 근무를 수행하는 ‘상근파견형인력’으로 구분됨.
- (채용조건) 현 직원 채용 시 모든 지원자는 일본 국적과 의사법(법률 제201호)에 의거하여 의사면허를 보유하고 있어야 하며, 지방공무원법(법률 제261호) 제16조(결격조항) 각 호의 어느 하나에도 해당하지 않는 자여야 함.
 - 이때, 의사 면허를 2004년 4월 1일 이후에 취득한 자의 경우에는 임상연수를 반드시 수료 또는 수료예정인 상태여야 함.
- (비상근파견형) 비상근파견형은 3년을 1단위로 하여 현 직원의 신분으로 근로계약을 체결하며, 최초 채용 이후 에히메현립중앙병원에서 기본적으로 근무하며, 주당 2회(2일) 가량 시정촌에 위치한 공공병원에 파견되어 진료업무를 수행함.
- (상근파견형) 상근파견형은 2년간의 파견과 1년간의 연수를 포함한 총 3년을 1단위로 하여 계약을 체결함. 이때, 상근파견형 의사의 신분은 일본 지방자치법 제252조의17에 의거하여 현 직원과 파견처 직원 신분을 병행 보유하게 됨. 최초 채용 이후에는 총 2년간 시정촌에 위치한 공공병원에 상근 파견되어 진료업무를 수행하며, 이후 1년간 현립 중앙병원에서 연수가 가능함.

[표 31] 일본 지방자치법 제252조의17(地方自治法第252条の17)

제252조의17 지방공공단체의 장 또는 위원회나 위원은 법률에 특별한 정함이 있는 것을 제외하고, 해당 지방공공단체의 사무처리를 위해 특별히 필요하다고 인정하는 경우에는 다른 보통지방공공단체의 장 또는 위원회나 위원에 대하여 해당 지방공공단체 직원의 파견을 요구할 수 있다.

2. 전항의 규정에 따른 요구에 따라 파견되는 직원은 파견을 받은 지방공공단체의 직원 신분을 합치게 되며, 그 급료, 수당(퇴직수당을 제외한다) 및 여비는 해당 직원의 파견을 받은 지방공공단체의 부담으로 하며, 퇴직수당 및 퇴직연금 또는 퇴직일시금은 해당 직원의 파견을 한 지방공공단체의 부담으로 한다. 다만, 해당 파견이 장기간에 걸친 점 및 기타 특별한 사정이 있는 때에는 해당 직원의 파견을 요구하는 지방공공단체 및 그 요구에 따라 해당 직원의 파견을 하고자 하는 지방공공단체의 장 또는 위원회 및 위원의 협의에 의하여 해당 파견의 취지에 비추어 필요한 범위 내에서 해당 직원의 파견을 요구하는 지방공공단체가 해당 직원의 퇴직수당 전부 또는 일부를 부담하도록 할 수 있다.

3. 지방공공단체의 위원회 또는 위원이 제1항의 규정에 따라 직원의 파견을 요구하거나 요구에 응하여 직원을 파견하고자 하는 때 또는 전항 단서의 규정에 따라 퇴직수당의 부담에 관하여 협의하고자 하는 때에는 미리 해당 지방공공단체의 장과 협의하여야 한다.

4. 제2항에서 규정하는 사항 외에, 제1항의 규정에 기초하여 파견된 직원의 신분취급에 관해서는 해당 직원을 파견한 지방공공단체의 직원에 관한 법령의 규정을 적용한다. 단, 해당 법령의 취지에 반하지 아니하는 범위 내에서 정령으로 특별히 정할 수 있다.

출처: 일본 디지털청 e-gov 법령정보

□ (파견과정) 에히메현 닥터 풀 제도를 통한 의사의 채용 및 파견절차는 기본적으로 파견을 희망하는 의사가 직접 에히메현 보건복지부에 서류를 제출하고, 서류심사 및 면접시험을 통해 최종적으로 선발된 후 파견 및 근무를 수행하는 형태로 이루어짐.

○ (닥터 풀 제도 파견 의사 지원) 닥터 풀 제도 파견 의사직에 지원하기 위해서 지원자는 일반적으로 시판되고 있는 이력서 양식에 얼굴 사진 부착 및 의사 면허 취득 일 등 세부 정보를 작성하고, 작성한 이력서를 의사 면허증 사본과 함께 에히메현 보건복지부 사회복지의료국 의료대책과(愛媛県保健福祉部社会福祉医療局医療対策課)로 제출하여야 함.

○ (면접 및 채용) 제출된 서류를 바탕으로 에히메현 보건복지부 사회복지의료국 의료대책과 소속 공무원은 지원자에 대한 종합적 평가를 위해 개별 면접시험을

실시험. 지원자는 면접 시험에 응시 후 합격하게 되면 신체검사서를 별도 송부하고, 현 공무원은 직무수행에 지장이 있는 경우를 제외하고는 채용 합격 통보를 하게 됨. 합격 통보 이후에는 채용일을 협의하고, 이후 파견 형태에 따라 별도로 계약을 체결하게 됨.

- 이때 비상근파견형은 현 직원 신분으로 근로계약을 체결하며, 상근파견형의 경우에는 일본 지방자치법 제252조의17에 의거하여 현 직원과 파견처 직원 신분을 병행 보유하게 됨.

○ (파견 및 근무) 근로계약을 마친 파견 의사는 파견형태에 따라 근무지와 근무기간이 결정되며, 이때 상근파견형 의사의 경우에는 본인의 희망과 지역의 수요를 고려하여 파견되어 진료를 수행하게 됨.

- ‘비상근파견형’의사는 기본적으로 에히메현립중앙병원에서 3년간 진료를 수행하고, 주당 2회(2일)가량 지정된 시정촌에 위치한 병원으로 파견되어 진료를 수행하게 됨.

- ‘상근파견형’의사의 경우에는 본인의 희망과 지역의 수요를 고려하여 시정촌에 설립된 파견 대상 공공병원 10개소 중 1개소에 배치되어 2년간 진료를 수행하게 됨. 이때, ‘상근파견형’의사는 2년간의 상근 파견근무 이후 1년간 에히메현립중앙병원에 설치된 진료과 중 원하는 진료과에서 연수교육을 받을 수 있음.

○ (재계약 또는 계약종료) 3년간의 근무 또는 2년간의 근무 및 1년간의 연수과정이 종료되면, 파견의사는 계약을 연장할지 혹은 종료할지를 결정할 수 있음. 만약 계약을 연장하는 경우, 에히메현 보건복지부는 본인의 희망과 지역의 수요를 고려하여 해당 인력을 기존 파견지에 지속 파견하거나 파견지를 새로이 배정하여 파견함.

□ (지원금 항목) 닥터 풀 제도는 파견의사가 현 직원의 신분으로 채용되기 때문에 ‘에히메현 직원의 급여에 관한 조례(愛媛県職員の給与に関する条例)’에서 규정하고 있는 급여 조건 및 수당을 현으로부터 제공받게 됨. 이때 현 직원의 신분과 파견되는 시정촌의 직원 신분을 병행 보유하게 되는 ‘상근파견형’의사의 경우에는 에히메현의 조례에 의거하여 지급하되, 지급의 주체는 의사를 파견받은 시정촌이 되거나 현과 시정촌 간의 협의를 통해 결정됨.

○ (급여) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제3조제1항 4호 의료직급료표(1)에 의거하여 의사인력의 급여가 산정되며, 이때 급여는 근무 경력이나 경험사항을 산정하여 직무와 호봉을 결정한 뒤 다음의 범위 내에서 지급함.

- 1급: 월 293,148엔(1호봉)~월 408,536엔(65호봉)
 - 2급: 월 372,220엔(1호봉)~월 496,461엔(97호봉)
 - 3급: 월 429,260엔(1호봉)~월 551,690엔(89호봉)
 - 4급: 월 487,306엔(1호봉)~월 582,775엔(65호봉)
- (초임급 조정수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제18조의4(초임급 조정수당)에 의거하여 의료직 급료표(1)의 적용을 받는 직원의 채용에 관해 결원 보충이 곤란하다고 인정되는 경우에는 최대 월 416,600엔을 채용된 날로부터 35년간 지급하며, 이때 지급하는 액수는 채용된 날로부터 1년이 경과할 때마다 그 액수를 감액함.
- (주거수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제9조의5(주거수당)에 의거하여 월 12,000엔을 상회하는 사용료를 지급하는 직원 또는 단신 부임 수당을 받고 있는 직원 중 배우자가 거주하기 위한 주택을 월 12,000엔을 상회하는 사용료를 지급하고 있는 직원에게 주거수당을 지급함.
- 월 12,000엔~월 23,000엔: 월세액에서 12,000엔을 제외한 나머지 금액만큼 주거수당 지급
 - 월 23,000엔~월 55,000엔: 월세액에서 23,000엔을 제외한 금액의 1/2 지급하며, 만약 산출된 금액이 16,000엔을 초과하는 경우에는 11,000엔을 정액 가산함.
- (통근수당) 대중교통을 이용하는 경우에는 상한액인 월 93,000엔 내에서 전철 혹은 버스의 정기권 요금을 기준으로 지급하고, 자가용, 자전거 등을 활용하여 운전 통근하는 경우에는 각 거리 구간별로 최소 2,500엔(편도 2km 이상~5km 미만)부터 최대 47,200엔(편도 95km 이상)까지 차등하여 정액수당을 지급함. 이때 정액 통근 수당을 받기 위해서는 편도기준 통근 거리가 2km 이상이어야 함.
- (특지근무수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제11조의2(특지근무수당 등)에 의거하여 인사위원회가 규정한 낙도를 비롯한 그 외에 생활이 현저하게 불편한 지역에서 근무하는 직원은 월 급료 및 월 부양수당의 합계액의 121%를 넘지 않는 범위 내에서 지급함.
- (야간근무 및 당직수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제16조(야근수당) 및 제17조(숙직수당 및 일직수당)에 의거하여 야간근무 수당과 당직수당을 지급하며, 이때 세부 기준은 다음과 같음.

- (야근수당) 당일 밤 10시부터 다음날 새벽 5시 사이에 근무를 수행하는 직원은 근무시간 1시간당 급여액의 125%를 야근수당으로 지급함.
- (당직수당) 정규근무시간 외 또는 휴일 등에 숙직 또는 일직을 수행할 경우에는 예산의 범위 내에서 에히메 현지사가 정한 정액 당직수당, 또는 정액 일직수당을 지급함.
- (시간 외 근무수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제14조(초과근무수당)에 의거하여 규정된 근무 시간 이외에 추가로 근무하는 경우 지급되며, 통상 시급의 125%에서 150%의 범위 내에서 시간 외 근무수당을 지급함. 이때, 에히메현에 채용된 의사의 규정된 근무 시간은 주 당 38시간 45분임.
- (부양수당) 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제8조(부양수당)에 의거하여 부양친족(부모, 배우자, 자녀)이 있는 직원은 부양수당을 지급받을 수 있으며, 각 대상자 별 부양수당 지급 기준은 아래와 같음.
 - 배우자 및 부모: 1인당 6,500엔
 - 자녀: 1인당 10,000엔(단, 15세~22세인 자녀는 기본 수당에 5,000엔 가산)
- (기타수당) 이외에도 휴일근무수당, 기말수당 및 근면수당(정기상여금) 등 에히메현 직원의 급여에 관한 조례에 명시된 수당을 모두 수령할 수 있는 것으로 나타남.

[표 32] 에히메현 닥터풀제도 지원항목 및 내용

지원 항목	지원내용
급여	<ul style="list-style-type: none"> 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제3조제1항 4호 의료직급료표(1)에 의거하여 의사인력의 급여가 산정되며, 이때 급여는 직무와 호봉에 따라 다음의 범위 내에서 지급함 <ul style="list-style-type: none"> - 1급: 월 293,148엔(1호봉)~월 408,536엔(65호봉) - 2급: 월 372,220엔(1호봉)~월 496,461엔(97호봉) - 3급: 월 429,260엔(1호봉)~월 551,690엔(89호봉) - 4급: 월 487,306엔(1호봉)~월 582,775엔(65호봉)
초임급 조정수당	<ul style="list-style-type: none"> 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제18조의4(초임급 조정수당)에 의거하여 의료직급료표(1)의 적용을 받는 직원의 채용에 관해 결원 보충이 곤란하다고 인정되는 경우에는 최대 월 416,600엔을 채용된 날로부터 35년 간 지급하며, 이때 지급하는 액수는 채용된 날로부터 1년이 경과할 때마다 그 액수를 감액함.
주거수당	<ul style="list-style-type: none"> 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제9조의5(주거수당)에 의거하여 월 12,000엔을 상회하는 사용료를 지급하는 직원 또는 단신 부임 수당을 받고 있는 직원 중 배우자가 거주하기 위한 주택을 월 12,000엔을 상회하는 사용료를 지급하고 있는 직원에게 주거수당을 지급함. <ul style="list-style-type: none"> - 월 12,000엔~월 23,000엔: 월세액에서 12,000엔을 제외한 나머지 금액만큼 주거수당 지급 - 월 23,000엔~월 55,000엔: 월세액에서 23,000엔을 제외한 금액의 1/2 지급하며, 만약 산출된 금액이 16,000엔을 초과하는 경우에는 11,000엔을 정액 가산함.
통근수당	<ul style="list-style-type: none"> 대중교통의 경우, 상한액인 월 93,000엔 내에서 전철 혹은 버스의 정기권 요금을 기준으로 지급함. 자가용, 자전거 등을 활용하여 운전 통근하는 경우에는 각 거리 구간별로 최소 2,500엔(편도 2km 이상~5km 미만)부터 최대 47,200엔(편도 95km 이상)까지 차등하여 정액수당을 지급하며, 이때 정액 통근 수당을 받기 위해서는 편도기준 통근 거리가 2km 이상이어야 함.
특지근무수당 (지역가산수당)	<ul style="list-style-type: none"> 인사위원회가 규정한 낙도를 비롯한 그 외에 생활이 현저하게 불편한 지역에서 근무 하는 직원은 월 급료 및 월 부양수당의 합계액의 121%를 넘지 않는 범위 내에서 지급함.
야간근무 및 당직수당	<ul style="list-style-type: none"> (야간근무수당) 당일 밤 10시부터 다음날 새벽 5시 사이에 근무를 수행하는 직원은 근무시간 1시간당 급여액의 125%를 야근수당으로 지급함. (당직수당) 정규근무시간 외 또는 휴일 등에 숙직 또는 일직을 수행할 경우에는 예산의 범위 내에서 에히메 현직사가 정한 정액 당직수당, 또는 정액 일직수당을 지급함.
시간 외 근무수당 (초과근무수당)	<ul style="list-style-type: none"> 시간 외 근무 수당은 규정된 근무 시간(주 당 38시간 45분) 이외에 추가로 근무하는 경우 지급되며, 통상 시급의 125%에서 150%의 범위 내에서 지급함.
부양수당	<ul style="list-style-type: none"> 에히메현의 직원의 급여에 관한 조례 제8조에 의거하여 부양친족(부모, 배우자, 자녀)이 있는 직원은 부양수당을 지급받을 수 있으며, 각 대상자 별 부양수당 지급 기준은 아래와 같음. <ul style="list-style-type: none"> - 배우자 및 부모: 1인당 6,500엔 - 자녀: 1인당 10,000엔(단, 15세~22세인 자녀는 기본 수당에 5,000엔 가산)
기타수당	<ul style="list-style-type: none"> 이외에도 조건에 따라 휴일근무수당, 기말수당 및 근면수당(정기상여금) 등 에히메현 직원의 급여에 관한 조례에 명시된 수당을 수령받을 수 있음.

나. 나가노현 지역의료인재거점병원 지원사업(地域医療人材拠点病院支援事業)⁴⁷⁾⁴⁸⁾

- (개요) 나가노현은 2018년 의료법 개정과 이로 인한 도도부현 단위의 의사확보계획 도입에 따라, 의사의 양성이나 의사 부족이 심각한 소규모 병원 등에 의사 파견을 실시하는 지역의 핵심병원을 ‘지역의료인재거점병원’으로 지정하고, 필요 경비 등에 대해 지원금을 교부하는 사업을 2018년부터 수행해오고 있음.
- 지역의료 인재 거점병원 지원 사업의 핵심 목표는 크게 두 가지로, △지역 거점 병원과 지역 내 소규모 병원과의 진료 연계 체계 구축을 통해 의료기관의 기능 분화의 명확화 및 종합진료의사(전문의) 등의 육성 체계 구축, △사체적인 의사 인력 확보가 어려운 나가노현 내 소규모 병원에서의 의사 확보를 통한 지역의 의료 수요 대응임.
- 이를 위해 본 사업에서는 ‘지역의료인재거점병원’에 의사를 집약적으로 배치하고, 해당 거점병원의 자체적인 의사 확보 및 양성과 지역 내 소규모 병원 등에 의사를 파견하는 진료 연계 체계 구축에 필요한 재정적 지원을 현 차원에서 제공하는 것으로 나타남.
- (파견대상 의료기관) 파견대상 의료기관은 전체 병상 수가 200병상 이하 또는 상근 의사가 대체적으로 30명 이하인 병원 또는 진료소로 나가노현 지사가 의사 부족이 심각한 것으로 인정한 기관이 해당됨. 이때, 해당 조건을 충족하는 병원 및 진료소 소재지의 의사 소수 구역 지정 여부에 따라 파견 대상 기관이 다소 상이한 것으로 나타남.
 - 나가노현 내 의사 소수 구역으로 지정된 2차 의료권인 가미코초(上小), 카미이나(上伊那), 한이(飯伊), 기소(木曽), 호쿠신(北信)의 경우에는 해당 지역 내 소재하고 있는 공립 및 공공의료기관, 민간병원, 민간진료소가 지역의료인재거점병원으로부터 의사인력 파견을 받을 수 있음.
 - 다만, 나가노현 내 의사 소수 구역에 해당하지 않는 2차 의료권인 사쿠(佐久), 스와(諏訪), 마쓰모토(松本), 다이호쿠(大北), 나가노(長野)의 경우에는 해당 지역 내 소재하고 있는 공립 및 공공의료기관, 민간병원은 지역의료인재거점병원으로

47) 長野県庁[나가노현청]. (2024). 地域医療人材拠点病院支援事業補助金交付要綱 [지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금 교부 요강].

48) 長野県庁[나가노현청]. (2024). 地域医療人材拠点病院支援事業補助金の運用方針 [지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금의 운용 방침].

부터 의사인력을 파견받을 수 있으나, 해당 지역 내 소재하고 있는 민간진료소는 의사인력을 파견받을 수 없는 것으로 나타남.

□ (파견대상인력) 파견대상인력은 지역의료인재거점병원으로 지정된 병원에서 근무하고 있는 상근 및 비상근 의사 전원이 포함되며, 파견되는 의사에 대한 진료과나 인원 수 등의 제한은 없는 것으로 나타남. 다만, 지방의료인력 양성 지원 대상자에 대해서는 지역의료인재거점병원 지원 사업의 지원 대상에서 제외함.

○ 지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금 교부 요강 제4조 제2호(보조금액의 산정 방법)에 따르면, △나가노현 의학생 수학자금 및 연수의 연수자금을 대출받아 의무근무연한 중인 의사, △자치외과대학 졸업 후 의무근무연한 중인 의사, △임상연수(臨床研修) 및 후기연수(後期研修) 중인 의사의 파견은 지역의료인재거점병원 지원 사업의 지원 대상에서 제외됨.

□ 또한, 소속된 병원이 지역의료인재거점병원으로 지정받기 위해서는 아래와 같은 병상 및 인력 조건을 충족해야 하며, 양식 10호(지역의료인재거점병원 지정신청서)를 현지사에게 제출하여 승인받아야 함. 2024년 6월 21일까지 총 14개 병원이 지정받은 것으로 나타남.

○ (병상 및 인력 조건) 지역의료인재거점병원으로 지정받기 위해서는 기본적으로 총 병상 수가 400병상 이상이거나 상근직 의사 수가 70명 이상이어야 하며, 이와 함께 해당 병원에서 후기 연수 중인 의사(1-3년차)가 10명 이상 재직하고 있어야 함.

○ 다만, 소재지의 2차 진료권 내 지역의료인재거점병원이 없는 경우에는 의사법 제 16조의 2에 의거하여 임상 연수 병원으로 지정되어 있는 병원을 현지사가 ‘준 지역의료인재거점병원’으로 지정할 수 있으며, 해당 병원 또한 지역의료인재거점병원과 동일하게 의사 확보 및 양성과 지역 내 소규모 병원 등에 대해 의사 파견 사업을 실시하여야 함.

○ (양식 10호 기재사항) 양식 10호 지역의료인력거점병원 지정 신청서에는 병원 명칭, 소재지, 임상연수병원 지정형태(기간형/협력형), 후기 연수의 수, 총 병상 수, 상근의사 수를 기재하도록 되어 있으며, 해당 양식을 작성 후 현지사에게 제출하여야 함.

[표 33] 2024년 기준 나가노현 내 2차 의료권별 지역의료인재거점병원 지정 현황

2차 의료권	지정 병원명
사쿠(佐久)	나가노현 후생 농업 협동조합 연합회 사쿠 종합병원 사쿠 의료센터 (長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院佐久医療センター)
가미코초(上小)	독립행정법인 국립병원기구 신슈 우에다 의료센터 (独立行政法人国立病院機構信州上田医療センター)
스와(諏訪)	조합립 스와 중앙병원 (組合立諏訪中央病院)
	스와 적십자 병원 (諏訪赤十字病院)
카미이나(上伊那)	이나 중앙 병원 (伊那中央病院)
한이(飯伊)	이이다 시립 병원 (飯田市立病院)
기소(木曾)	나가노현립기소병원(준) (県立木曾病院(準))
마쓰모토(松本)	사회의료법인재단 자천회 아이자와 병원 (社会医療法人財団慈泉会相澤病院)
다이호쿠(大北)	시립 오마치 종합병원(준) (市立大町総合病院(準))
	북 알프스 의료센터 아즈미 병원(준) (北アルプス医療センターあづみ病院(準))
나가노(長野)	나가노 시민 병원 (長野市民病院)
	나가노 적십자 병원 (長野赤十字病院)
	나가노현 후생 농업 협동조합 연합회 미나미나가노 의료센터 시노노이 종합병원 (長野県厚生農業協同組合連合会南長野医療センター篠ノ井総合病院)
호쿠신(北信)	나가노현 후생 농업 협동조합 연합회 기타신 종합병원 (長野県厚生農業協同組合連合会北信総合病院)

출처: 나가노현청(長野県庁)

□ (파견절차) 지역의료인재거점병원 지원 사업에서 실시되는 지역 내 소규모 병원 등에 대한 의사인력의 파견은 크게 사업계획서 작성 및 교부금 신청, 의사인력 파견 사업 수행, 실적 보고 및 정산 순서로 이루어지는 것으로 나타남.

○ (사업계획서 작성 및 보조금 교부 신청) 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원으로 지정된 병원은 △의사나 연수의 확보나 양성에 관한 사업, △소규모 병원 등에 대한 의사 파견 사업에 관한 내용을 담은 사업계획서(양식 제2호)와 소요액 조서(양식 제3호) 및 기타 현지사가 필요하다고 인정한 서류에 대해 현지사가 정한 기한 내에 제출하여야 함.

- 이때 사업계획서(양식 제2호) 내에는 △파견 및 지원 의사 성명 및 진료과, △파견대상 의료기관 명, △파견대상 의료기관의 의사 부족 상황, △파견 및 지원기간, △지원 내용(상근/비상근)을 구체적으로 상세히 기재하여야 함.

- 소요액 조서(양식 제3호) 소요액 조서에는 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원이 수행해야 하는 필수 사업인 △의사 확보 및 양성 사업에서 소요되는 학회 및 연수회 등 참가 경비, 홍보 및 채용모집 경비, 처우 개선비, 종합 내과 및 종합 진료과 등의 사 양성에 필요한 경비의 총합, △의사 파견사업에서 파견에 따른 손실 상당액, △의사 소수 지역에 있는 소규모 병원 등에 대한 의사 파견에 따른 가산액을 합하여 최종 보조금 교부를 신청함.

○ (의사인력 파견 사업 수행) 사업 착수는 조례에 의거하여 4월 1일부터 진행하며, 의사인력의 파견은 사전에 제출한 사업계획서에 기재한 파견 대상 의료기관에 대한 의사 파견을 수행함.

- 이때, 파견을 중지 또는 폐지하려는 경우에는 지역의료인재거점병원 지원 사업 중지 신청서(양식 제5호)를 작성하여 제출하여야 함.

- 파견대상 의료기관 혹은 파견의사를 변경하는 경우 등 파견사업 변경 사항에 대해서는 지역의료인재거점병원 지원 사업 내용 변경 승인 신청서(양식 제4호)를 작성 및 제출하여 현지사의 승인을 받아야 함.

○ (실적 보고 및 보조금 확정 교부) 의사인력 파견 사업을 수행한 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원은 의사인력 파견 사업이 종료된 이후로부터 30일이 경과된 날 또는 보조금 교부가 결정된 날이 속하는 연도의 다음 연도 4월 10일까지 현지사에게 △사업 실적 보고서(양식 제7호), △소요액 정산서(양식 제8호),

△세입세출 결산서 초본, △그 외 증빙서류를 제출하여야 함. 현지사는 제출받은 서류를 심사한 뒤에 교부할 보조금의 액수를 최종 확정하여 지역의료거점병원 및 준지역의료인재거점병원에 통보함.

- 사업 실적 보고서(양식 제7호)와 소요액 정산서(양식 제8호)는 보조금 교부신청 당시에 제출한 사업계획서 및 소요액 조서를 기반으로 하여 실제 수행한 사업 내용 및 집행한 금액을 작성하게 되며, 나가노현청은 이러한 내용을 심사하여 사업의 적정성을 검토함.
- 사업의 적정성 검토가 종료되고, 보조금 교부액이 최종 확정되고 나면 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원은 지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금 교부 청구서(양식 제9호)를 지사에게 제출한 뒤에 기재한 입금처로 최종 확정된 액수의 보조금을 교부받음.

□ (지원금 항목) 지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금은 실적 보고 이후에 지역의료인재거점병원에 지급되는 보조금으로써 의사 확보 및 양성 사업에 사용되는 기본 보조금과 의사 파견에 관한 내용을 보조하는 파견 보조금으로 구분할 수 있음. 이 중 파견 보조금은 파견 형태에 따라 적용되는 정액가산액과 파견으로 인한 거점병원의 손실 상당액을 비교하여 더 적게 산출된 액수를 기준으로 해당 금액의 100%를 보조하는 것으로 나타남.

○ 파견 보조금의 구성요소 중 정액가산액의 경우, 파견대상 의료기관의 소재지가 의사 소수 구역에 해당하는 가미코초(上小), 카미이나(上伊那), 한이(飯伊), 기소(木曾), 호쿠신(北信)에 위치하는 경우에는 파견 일수당 30,000엔을 정액 가산하고, 파견대상 의료기관의 소재지가 의사 소수 구역에 해당하지 않는 사쿠(佐久), 스와(諏訪), 마쓰모토(松本), 다이호쿠(大北), 나가노(長野)에 위치하는 경우에는 파견 일수당 15,000엔을 정액 가산하여 산출함.

- 이때, 교부요강 제4조 제2호에 의거하여 산출되는 정액가산액의 총액이 20만 엔에 미치지 못하는 경우에는 파견 보조금을 전액 삭감하도록 규정하고 있어, 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원이 일정 수준 이상의 의사인력 파견일수를 충족하도록 강제하고 있음.

○ 파견 보조금의 구성요소 중 거점병원의 파견으로 인한 손실 상당액은 입원수익, 외래진료수익, 인건비(의료직), 재료비, 기타경비를 활용하여 지역의료인재거점병원의 연간 순진료수익을 계산하고, 이를 다시 의사 수로 나누어 의사 1인당

연간 순진료수익을 산출한 뒤, 이를 다시 지역의료인재거점병원의 총 진료일 수로 나눈 값에 파견일 수를 곱하여 아래와 같이 최종손실액을 산출함.

- 이때 파견일수는 반일근무인 경우 0.5일, 당직근무인 경우 1일로 산정함.

$$\text{의사 1인당 연간 순 진료수익(A)} = \frac{\text{입원수익+외래수익-(의사직인건비+재료비+기타경비)}}{\text{의사 수(상근+비상근)}}$$

$$\text{의사 1인당 1일 순 진료수익(B)} = \frac{\text{(A)}}{\text{총 진료일 수}}$$

$$\text{파견으로 인한 손실 상당액(C)} = \text{(B)} \times \text{파견일 수}$$

- 이와 같이 산출된 정액가산액과 파견으로 인한 손실 상당액을 비교하여 더 적은 쪽의 금액에 가산율(100%)을 곱하여 파견 보조금액을 확정함.
- 이때, 지역의료인재거점병원 및 준지역의료인재거점병원의 설립 법인과 파견 대상 기관의 설립 법인이 동일한 경우에는 산출된 금액에 대하여 50%만 보조금을 교부하는 것으로 나타남.
- 이와 같은 파견 보조금 액수 산정은 파견을 수행하는 지역의료인재거점병원의 진료수익의 손실을 보전함과 동시에, 사업에 참여하는 병원의 과도한 수익 창출을 방지하여 공적 자금 투입의 타당성과 효율성을 확보하려는 노력으로 볼 수 있음.

제 4 장

강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사인력 인터뷰

제1절. 국내·외 의료인력 파견사례 고찰을 통한 검토항목 도출

제2절. 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰 결과

제 4 장

강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사인력 인터뷰

| 제1절 | 국내·외 의료인력 파견사례 고찰을 통한 검토항목 도출

- 강원특별자치도공공보건의료지원단은 선행연구에서 우리나라, 일본, 미국의 개방 병원제도에 대해 고찰하고, 강원특별자치도 내 의료이용 및 의료공급 현황, 병원 간 의료인력 파견 사례 등을 종합적으로 분석하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 제안하였음.
- 기존 연구에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 핵심은 해당 플랫폼을 운영하는 전담 사업단과 의료분쟁조정위원회, 인력배치자문단을 구성 및 설치하고, 이를 기반으로 전속·비전속의료인, 공중보건의를 정기파견모델과 긴급파견모델을 통해 의료인력 수급에 어려움을 겪고 있는 자치도 내 수요기관에 파견하는데 있음.
- 그러나, 기존 연구에서 도출된 플랫폼을 실현하기 위해서는 △환자 정보 교류 관련 법 제·개정, △EMR 서식지 업로드 및 교환시스템 구축, △비전속 의료인의 의료행위 허가, △공중보건 의사 활용 지자체 조례 신설 등의 제도적 한계점이 존재하며, 이외에도 실무적인 측면에서 △의료인 파견과정에서 지급하는 인센티브의 액수 확정 등이 이루어지지 않아 운영 기금의 규모를 추산하는데 어려움이 있었음.
- 이와 관련하여 제4장 1절에서는 제2차 의료개혁 실행방안에서 도출된 의사인력 파견과 관련하여 제도적 개선이 필요한 사항을 중점적으로 살펴보고, 국내 중앙정부 주도의 의료인력 파견 국내 사례와 지방정부 주도의 의료인력 파견 국내 사례, 그리고 국외 의사인력 파견과 관련한 주요 모형을 종합적으로 검토하여 실무적인 차원의 고려사항들을 도출함.

- 또한, 도출된 고려사항을 바탕으로 실제 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 이용하게 될 강원지역 내 전문의 인력을 대상으로 인터뷰 과정에서 확보해야 할 정보들을 검토하고, 이를 기반으로 인터뷰 질문지를 설계하여 보다 실무적인 관점에서의 양질의 제언을 하고자 함.

1 실무적 측면의 고려사항

- (파견의료인력의 범위 지정의 필요) 대다수의 국내외 파견사례에서는 파견의료인력의 범위가 의사 또는 의사 및 간호사로 한정되어 있으나, 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 경우에는 소속된 의료인 개인의 파견뿐만 아니라 간호사를 비롯한 다양한 의료인력이 팀 단위로 움직일 수 있도록 파견의료인력의 범위가 확장되어 있는 것으로 나타남. 그러나, 파견 가능한 팀 단위에 포함되는 의료인력의 범위를 구체적으로 명시하고 있지 않아 이에 대한 명확한 범위를 지정할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 대다수의 국내 파견사례에서 파견의료인력은 전문의 1인으로, 주로 특정 기간 이상의 근무경력 및 직급을 요구하거나, 100병상 이상 종합병원 및 병원급 의료기관에 재직 중일 것을 요구하는 등 근무기관과 경력에 있어 주로 제한을 두는 것으로 나타남.
- 다만, 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업의 경우에는 파견되는 전문의 인력을 보조하기 위한 간호인력이 파견대상에 포함되는 것으로 나타났으며, 실제로 산부인과 전문의(교수) 파견 시 간호인력 1인이 함께 파견된 것으로 나타남.
- 이와 같이 국내 파견사례의 경우 파견의료인력의 범위와 조건이 다소 한정되어 있었으나, 국외 파견사례의 경우 파견의료인력의 범위가 전문의, 일반의(GP)뿐만 아니라, 간호사, 조산사 등 간호인력, 그리고 방사선사, 작업치료사, 사회복지사 등 다양한 보건의료복지인력을 파견하는 것으로 나타났는데, 이러한 특성은 대부분의 국외 사례가 인력 수급이 어려운 의료취약지에서 인력의 휴가 등으로 인한 공백을 메꾸고 보건·의료·복지 서비스를 지속적으로 제공하는데 초점을 맞추고 있기 때문으로 사료됨.
- 종합해보면 실질적으로 국내외 사례 모두 파견되는 의료인력의 범위가 '개인'단위로 한정되어 있으며, 일부 국내 사례만이 파견되는 전문의의 진료행위를 돕기 위해 간호사를 파견하고 있는 것으로 나타남.
- 그러나 선행연구에서 제시한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 살펴보면, 파견인력의 범위가 전문의뿐만 아니라 간호사를 포함한 '팀'단위 파견을 허용하고 있음.

- 이러한 팀 단위 의료인력 파견은 앞선 제2차 의료개혁에도 ‘진료지원팀’단위 파견 등의 허용을 명시하는 등 인력 공유형 연계 및 협력 강화를 위한 기존 의료인력 파견의 주요한 개선 방향으로 제시되고 있으나, 진료지원팀에 들어갈 수 있는 인력의 범위와 조건, 그리고 진료지원팀의 역할에 대해서는 별도로 명시하고 있지 않고 있음.
 - 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 팀 단위 의료인력 파견을 실시하기 위해서는 해당 팀에 어떠한 조건의 인력이 포함될 수 있을지 구체적인 대상과 조건을 검토하고 이를 명시할 필요가 있으며, 동시에 팀 단위 파견보수 및 수당의 지급 방식 등에 대해 부가적인 검토가 필요할 것으로 사료됨.
- **(파견추진과정에서의 수집하는 정보의 범위)** 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 수집하는 정보는 △진료과목, △의료행위명, △기관 위치, △기관 측 제공사항, △필요 의사 조건 등으로 기재되어 있으나, 구체적으로 플랫폼 가입 시에 기본적으로 수집해야 하는 정보의 범위에 대해서는 기재되어 있지 않아, 유사한 사업 사례를 검토하여 실질적인 매칭을 위해 개별 의료인으로부터 수집해야 하는 정보를 구체화할 필요가 있으며, 매칭 시에 필요한 파견수요기관측의 주요 수집 정보 및 정보제공 시점 또한 세부적으로 검토할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 국내 주요 파견사례 중 특정 기관에서 일괄적으로 파견하는 여타 사업과 달리, 시스템 상에서 입력한 정보를 바탕으로 수요기관과 의료인력을 매칭하는 닥터링크의 경우, 가입한 시니어의사 인력에게는 기본정보, 경력사항, 희망근무조건, 희망근무지역 및 기관을 중점적으로 수집하고, 수요기관에게는 진료과목 및 세부진료과목, 경력 및 연령, 고용형태, 근무일수 및 시간, 담당업무, 복리후생 및 연봉액 등을 수집하는 것으로 나타남.
 - 다만 닥터링크의 경우, 인력의 파견을 중점적으로 수행하는 다른 국내외 사례들과 달리, 시니어의사의 ‘채용’을 목적으로 하는 플랫폼이므로 실질적으로 의료인력의 ‘파견’을 중점적으로 수행하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)과는 목적의 측면에서 수집되는 정보의 내용이 상이할 수 있어 수집되는 정보의 선별이 필요함.

- 한편, 국외 사례의 경우 대부분의 모델이 ‘파견’에 초점을 둔 모형이었으며, 파견을 지원하는 의료인력에 대해서는 기본정보, 진료과 및 세부전문분야, 현재 거주지, 주 내 거주 희망지역, 희망 진료분야, 의사면허번호, 정산을 위한 은행 정보 및 계좌번호, 기타 전문교육 이수내역 등을 수집하는 것으로 나타났으며, 수요기관 측면에서는 기관세부정보를 비롯하여 파견요청정보, 의료장비 및 시설 정보, 의료진 구성 현황, 기관 EMR 시스템, 당직여부, 응급 대응 체계, 회진 스케줄 및 온콜 호출 빈도, 복리후생(추가수당 등) 등의 다양한 정보를 수집하는 것으로 나타남.
- 다만 닥터링크와는 달리 수요기관 대상 수집하는 정보의 항목이 많고, 파견지원자를 대상으로 수집하는 정보가 기본적인 정보에 한정되어 있는 것으로 나타났는데, 호주의 경우에는 파견인원에 대한 정보를 별도의 이력서를 받아 관리하기 때문이며, 캐나다의 경우에는 파견인원 모집공고를 수요기관이 직접 포스팅하고, 파견지원 의료인력이 모집공고별로 직접 지원하는 형식을 채택하고 있기 때문으로 사료됨.
- 그러나 이러한 형식상의 차이에도 불구하고, 국외 사례에서는 국내 사례인 닥터링크에 비해 수요기관의 의료장비나 시설, 응급대응체계, 의료진 구성 등 파견의 수요기관에서 원활하게 근무할 수 있도록 세부적인 정보에 대해 수집하고, 이러한 정보를 세부적인 근무 여건을 조율하기 이전에 선제적으로 제공하는 것으로 나타남.
- 따라서 강원형 네트워크 플랫폼(안)에서도 국외 사례와 같이 파견의료진이 수요기관에서 원활하게 근무할 수 있도록 수요기관으로부터 근무 환경과 조건에 영향을 미치는 정보들을 추가적으로 수집하고, 이를 파견을 지원하는 의료인력에게 제공할 필요가 있으며, 원활한 매칭을 위하여 플랫폼 가입 시 의료인력으로부터 매칭에 필요한 필수적인 정보들을 검토하여 우선순위에 따라 체계적으로 수집할 필요가 있음.

[표 34] 국내 및 국외 파견사례의 수집 정보 현황

구분		국내	국외
파견 지원 의료인력 대상 수집 정보	기본 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 이름 • 전화번호(휴대폰) • 생년월일 • 성별 • 의사 면허번호(필수) • 이메일 • 주소 • 진료과목 • 세부진료과목 • 현재고용상태 • 자격사항 	<ul style="list-style-type: none"> • 이름 • 전화번호 • 이메일 • 언어 • 주소(실거주지) • 직종(의사/간호사/기타) • 졸업한 의과대학 정보 • 의사 면허번호 • 다언어 임상진료 가능여부 • 진료과목 • 세부진료과목 • 추가 전문분야 및 전문진료서비스 (산부인과/마취과/외과/ 응급의학과) 제공 여부 • 특수교육 이수 여부 • 은행정보 및 계좌번호
	경력사항	<ul style="list-style-type: none"> • 근무기관 • 근무기간 • 주요업무 	<ul style="list-style-type: none"> • C.V.
	희망 근무조건	<ul style="list-style-type: none"> • 고용형태 • 근무형태 • 근무일수 • 근무시간 • 담당업무 • 희망급여(세전급여) • 계약기간(1년/2년/3년/기타) • 관사제공(희망/비희망/기타) • 기타 필요사항 	<ul style="list-style-type: none"> • 지원직무
	희망 지역기관	<ul style="list-style-type: none"> • 1-3순위 별로 지역 및 기관을 선택 	<ul style="list-style-type: none"> • 주 내 거주 관심 여부 및 희망 지역
수요기관 대상 수집 정보	기본사항	<ul style="list-style-type: none"> • 접수기간 • 필요인원 • 고용형태 • 구인사유 	<ul style="list-style-type: none"> • 접수기간 • 구인사유(파견요청사유) • 공백의료인력 개인정보 • 지역패스 필요여부 • 기관명 • 기관 위치(취약지 여부 포함) • 채용유형 • 채용 담당자 연락처 • 환자 구성 및 의료진 구성

구분		국내	국외
수요기관 대상 수집 정보	기본사항		<ul style="list-style-type: none"> • 의료장비 및 시설 현황 • 응급대응체계 • 지불제도 형태 • 회진스케줄 및 온콜 호출 빈도
	구인대상 인력조건	<ul style="list-style-type: none"> • 초빙 진료과목 및 세부진료과목 • 경력조건 및 연령조건 • 기타우대조건 	<ul style="list-style-type: none"> • 직무분야 및 요구사항 • 구인직종 및 구인진료과목 • 언어 • GP/전문의 여부
	근무조건	<ul style="list-style-type: none"> • 근무형태 • 근무일수 및 근무시간 • 연봉 	<ul style="list-style-type: none"> • 직무 개요 • 근무일수 및 근무시간 • 공휴일 및 당직근무 여부 • 당직일수 • 근무수당
	복리후생	<ul style="list-style-type: none"> • 기타 복리후생 • 관세제공여부 	<ul style="list-style-type: none"> • 대기수당(온콜) 금액 • 자체 추가수당 제공 여부

□ (의사 파견사업별 보수지급 방식) 원소속 의료기관에서 ‘파견’을 목적으로 채용하는 경우를 제외한 대다수의 국내 사례는 파견일 1일당 정액제로 보수를 지급하고 있는 것으로 나타났으며, 국외 사례 또한 캐나다 브리티시컬럼비아주를 제외하고는 모두 별도 협의를 통한 정액제로 보수를 지급하는 것으로 나타남. 다만, 캐나다 브리티시컬럼비아주의 경우에는 정액 보수와 성과제를 연동하여 보수를 지급하는 것으로 나타나, 실제 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 통한 파견 시에 정액제와 정액제+성과제 형식 중 어떠한 형식이 파견 의료인력의 참여 촉진 방안으로 적절할지에 대해 검토가 필요함.

- 국내 사례 중 원소속 의료기관이 파견업무를 전담하는 의사인력을 채용하거나 채용을 연계하는 목적을 가진 닥터링크를 제외한 지방정부 주도 의사인력 파견 사례를 살펴보면, 두 사업 모두 정해진 파견일수 및 근무시간에 따라 정해진 금액을 수당으로 지급하는 정액지급 형태의 보수지급 방식을 택한 것으로 나타남.
- 이러한 정액제 지급방식은 국외 사례에서도 동일하였는데, 특히 캐나다 브리티시컬럼비아주를 제외한 호주, 캐나다 온타리오주, 일본의 사례가 모두 파견일수 및 근무시간에 따른 정해진 금액을 수당으로 지급하거나 협의를 통해 보수를 책정하는 정액지급 형태의 보수지급 방식을 택한 것으로 나타남.

- 다만, 캐나다 브리티시컬럼비아주의 경우, 파견일수 및 근무시간에 따른 정액지급 형태의 보수지급 방식을 채택함과 동시에 파견의가 파견 기간동안 청구한 진료수입이 정액 지급하는 보수를 상회할 경우에는 초과분을 인센티브로 지급하는 것으로 나타났다으며, 이때 파견의가 근무하는 곳이 개인진료소인 경우에는 초과분의 60%를, 병원급 이상 의료기관인 경우에는 초과분의 100%를 지급하는 것으로 나타남.
 - 이와 같은 진료실적에 따른 인센티브의 지급은 의사인력의 근무지 선택에 있어 급여의 상승이 특정 의료기관을 근무지로 선택할 확률을 증가시킨다는 현은혜, 이무혁, & 도영경(2024)의 연구와, 의료인력의 근무 지속에 있어 성과평가 결과에 대한 충분한 보상이 제반될 필요가 있다는 함의점을 도출한 송이슬, 우다래, & 고광필(2022)의 연구 결과를 고려할 때, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 이용하는 인력의 파견지원 유인과 파견의 지속성을 확보하는데 용이할 것으로 사료됨.
 - 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 보수지급 방식에 있어 정액보수를 지급하는 방식과 정액보수지급 방식에 진료실적에 따른 인센티브제를 병행하여 운용하는 방식에 대해 의사인력의 선호도를 파악하여 플랫폼을 이용하는 의료인력들의 참여 촉진 방안으로써의 기능 여부에 대한 검토를 통해 지급방식 모델을 결정할 필요가 있음.
- **(의사 파견사업별 보수액 범위)** 의사 파견사업별 보수액은 각 국가의 경제상황과 임금편차에 따라 상이하여 일률적으로 통일할 수 없으나, 대체적으로 해당 국가의 전문의 인력의 평균 연봉을 일급으로 환산한 금액과 유사하거나, 이를 상회하는 것으로 나타남. 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 운영하는 파견 모델의 경우에도 의료인력의 시장임금수준을 준용하거나 이를 상회하는 수준의 파견보수를 제공하는 것에 대한 검토가 필요함.
- 국내 사례의 경우, 파견인력의 직급에 따라 다소 상이하나, 전문의 인력의 경우 최소 파견일수 1일(2unit, 8시간) 당 100만원에서 120만원 가량을 지급하는 것으로 나타났으며, 간호인력의 경우 파견일수 1일당 20만원을 지급하는 것으로 나타남.
 - 이는 2022년 기준 인턴, 레지던트 인력을 제외한 의사인력의 평균 연봉액인 3억 100만원을 월 193시간 근무 기준으로 시급으로 환산한 뒤에, 1일 8시간(2unit)

근무 기준으로 산출한 대략적인 보수액인 1,039,728원과 유사한 수준으로 실제 시간당 평균임금을 반영하고 있는 것으로 보여짐.

- 전국보건의료산업노동조합에서 인용한 보건복지부 고등법원 제출 자료에 따르면, 2022년 기준 인턴, 레지던트 인력을 제외한 의사인력의 평균 연봉은 약 3억 100만원으로, 병원급에서 근무하는 의사의 경우 평균 연봉이 3억 9400만원, 상급종합병원에서 근무하는 의사의 평균 연봉은 2억 100만원, 의원급에서 근무하는 의사인력의 평균 연봉은 3억 4500만원으로 나타남.

- 해당 자료를 근거로 대한의사협회 의료정책연구소에서 제시한 연간 의사인력의 근무 일수 289.5일을 월 근무일수로 환산하고(Park et al., 2025), 근무시간을 하루 기준으로 가정하였을 때, 의사인력이 평균적으로 월 193시간을 근무하는 것으로 볼 수 있으며, 이를 기준으로 시급을 산출하면 시간당 대략적으로 129,966원의 보수를 지급하여야 하는 것으로 산출할 수 있음.

○ 호주의 사례의 경우, 파견의료인력에 대한 보수액 총액은 기관별로 협의에 따라 결정하도록 하고 있으며, RLAP 사무국은 파견의료인력을 요청한 기관에 1일당 보수액에 대한 지원금을 정액 보조하고 있어 실질적인 파견보수액의 산출이 어려운 것으로 나타남.

- 호주의 RLAP 사무국은 파견요청기관의 일간 근무보수 지급을 지원하기 위하여 파견 전문의 1일당 700AUD, 파견 일반의 1일당 500AUD를 지급하고 있음.

○ 캐나다의 사례의 경우 전문의 자격 보유 여부와 지불제도에 따라 금액이 각기 상이하나, 일반적으로 파견일수 1일(2unit, 8시간) 당 전문의는 1,342.59~1,875CAD를 받는 것으로 나타났으며, 이는 2019년 기준 내과계 및 외과계 전문의의 평균 임금과 온콜 시간을 제외한 주당 근무시간을 기준으로 1일 8시간 근무 기준으로 산출한 대략적인 보수액보다 높은 수준으로 나타남.

- 2023년 기준 캐나다 내과계 전문의의 평균 임금은 394,000CAD, 주당 평균 근무시간은 2019년 기준 52.9시간으로 나타났으며, 외과계 전문의의 평균임금은 531,000CAD, 주당 평균 근무시간은 56.5시간으로 나타남(Canadian Medical Association, 2019; Canadian Institute for Health Information, n.d.).

- 이러한 수치를 기준으로 시간당 임금을 계산한 결과, 캐나다 내과계 전문의의 시간당 임금은 약 143.2CAD/h, 외과계 전문의의 시간당 임금은 약 180.7CAD/h로 나타남. 이를 다시 8시간 근무 기준으로 환산하면 내과계 전문의의 1일 8시간 근무 기준 평균임금은 1,145.6CAD, 외과계 전문의의 1일 8시간 근무 기준 평균임금은 1,445.6CAD로 나타남.

- 이와 같은 임금 추산액은 캐나다 온타리오주와 브리티시컬럼비아 주에서 제공하는 1일 8시간 근무 기준으로 제공하는 기본 파견보수액인 1,342.58CAD와 1,875CAD에 비해 훨씬 낮은 수준이며, 따라서 파견보수를 측정하는데 있어 평균임금을 상회하는 파견보수를 제공하는 것으로 사료됨.

○ 한편 일본의 사례는 의사를 현 직원으로 직고용하는 에히메현 사례와 파견을 수행하는 지역의료인재 거점병원을 대상으로 파견일수당 가산액 및 거점병원 손실 상당액을 산출하여 액수가 더 적은 쪽을 보전하는 나가노현의 사례로 구분할 수 있음. 이 중 우리나라의 공공임상교수제와 유사한 에히메현의 경우, 급여표 상 지급되는 보수액은 에히메현에서 근무하는 의사의 연봉액보다는 적으나, 보수액에 추가될 것으로 사료되는 초임금조정수당 및 특지근무수당 등을 고려하면 실제 액수는 일본의 의사직 평균 연봉액을 크게 상회할 것으로 사료됨.

- 후생노동성의 레이와 4년(2022년) 임금 구조 기본 통계조사 결과를 인용한 자료에 따르면, 에히메현의 의사의 평균 연봉은 1,465.2만엔으로 나타났으나, '에히메현 직원의 급여에 관한 조례'에 기재된 급여조건은 최소 약 352만엔(1급 1호봉)에서 약 700만엔(4급 65호봉)으로 나타남.

- 이와 같은 액수는 기본급을 기준으로 계산한 연봉으로 에히메현 소속 공무원에게 제공되는 초임금조정수당, 특지근무수당 등 기타 수당을 모두 합할 경우에는 평균 연봉과 유사하거나 상회하는 보수를 받을 것으로 사료됨.

○ 이와 같은 사례를 종합하면 파견의료인력 사업을 운영하는 국내 및 국외 사례에서는 대체적으로 시장 수준의 평균 임금을 준용하거나 이를 상회하는 액수를 제공하는 것을 알 수 있으며, 따라서 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제공하는 파견의료인력(전문의)에 대한 파견보수 기본급 또한 이와 유사한 수준을 채택해야 할 것으로 사료됨.

□ **(의사 파견사업별 보수 외 지원항목 현황)** 파견의에게 지급하는 파견보수 외 지원 항목에 대해 살펴보면, 국내 사례에 비해 국외 사례에서 더 많은 항목의 보수 외 지원을 제공하고 있었으며, 구체적으로 교통비, 주거비, 취약지 파견에 따른 가산수당 등을 지급하고 있는 것으로 나타남. 특히 취약지 파견에 따른 가산수당의 경우에는 형태에 따라 별도 지급되거나 보수에 포함되는 경우가 다수 존재하여, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 파견모델 설계 시 반영 필요성을 검토해야 할 것으로 사료됨.

- 국내 중앙정부 주도 파견사례의 경우, 대체로 원소속 의료기관 직접 채용 후 파견 방식을 택하고 있기 때문에 원소속 의료기관의 복지 혜택을 모두 지원받을 수 있는 것으로 나타났으며, 주로 진료량에 따른 진료인센티브, 복지포인트, 주거지원, 학회참석지원, 진료비 감면 혜택, 당직비를 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 국내 지방정부 주도 파견사례의 경우 직접 채용 방식을 택하고 있는 중앙 단위 파견사례와 달리 대체로 교통비만을 보수 외 지원항목으로 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 국외 사례에서는 국내와는 달리 다양한 수준의 파견 보수 외 지원을 제공하고 있었는데, 대체로 교통비, 숙박비가 공통적으로 제공되고 있었으며, 이외에 원소속 기관 및 거주지에서 파견대상의료기관으로 이동에 따른 1회 왕복 비용을 이동시간에 따라 정산하는 비용에 대한 지원과 식비 및 출장비, 전문진료서비스 제공 및 응급당직지원금 등의 보수 외 항목에 대한 지원이 이루어지고 있는 것으로 나타남.
 - 호주의 경우 기준에 의거하여 숙박비, 교통비, 식비 및 출장비(일비)를 실비/정액 지원하고 있는 것으로 나타났으며, 이외에 근무일 1일당 추가적인 정액인센티브와 일반의(GP)를 대상으로 실시되는 농촌 및 원격지 대체의사인력 교육 지원 프로그램인 Rural Locum Education Assistance Program(Rural LEAP)에 대하여 최대 6,000AUD의 교육지원금을 제공하는 것으로 나타남.
 - 캐나다의 경우에도 호주와 마찬가지로 숙박비, 교통비(항공료 및 유류비 등)를 기본적으로 지원하고 있는 것으로 나타났으며, 이외에 당직에 따른 정액수당과 함께 원소속 기관 및 거주지에서 파견대상의료기관으로 이동하는데 따른 1회 왕복 비용을 이동시간을 근거로 차등하여 정액지급하거나, 주 외에서 이동하는 인력에 대한 특별교통비를 실비지급하는 것으로 나타남. 이때, 식비 및 출장비는 브리티시컬럼비아주에서는 제공하고 있는 것으로 나타났으나, 온타리오주에서는 별도로 제공하고 있지 않은 것으로 나타남.
 - 또한, 캐나다에서 수행하는 일부 특정 진료과를 대상으로 한 파견사업의 경우에는 산부인과와 마취통증의학과, 일반외과 등 특정 진료과에 대해 전문진료서비스를 제공하는데 따른 정액 지원금을 가산하여 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 한편, 의료취약지 파견에 따른 가산 수당의 경우, 국내외 사례 모두 대체로 파견 보수에 별도로 가산하거나, 교통비, 숙박비 등을 산정할 때 의료취약지의 수준에 따라 차등하여 지급하는 등 의료취약지 파견에 대한 보상을 지급하고 있는 것으로 나타남.

- 경남 의료취약지 의료기관 의사파견 사업의 경우에는 의료취약지 파견활성화 및 의료기관 간 거리를 고려하여 파견 1회당 별도의 자문수당 및 여비(교통비) 20만원을 정액지급하고 있는 것으로 나타남.

[표 35] 경남 의료취약지 의료기관 의사파견 사업 파견지 거리 및 소요시간

보내는병원	받는병원	파견인력	거리	소요시간(자차)*
창원경상대병원	A적십자병원	2인	76km	1시간 30분
	A민간병원	1인	34km	41분

*소요시간은 네이버 지도 상 산출된 소요시간으로 교통량과 이동경로에 따라 상이할 수 있음

- 캐나다 온타리오주의 경우, 의료취약지 내 의사인력을 유치하기 위한 지불제도인 RNPGA에 가입한 의료기관에 대해서는 1일 기준 기본급에 해당하는 정액진료수당이 FFS/FHG/BSM 모델 대비 약 254CAD가량 높은 액수를 지원하고 있는 것으로 나타났으며, 온타리오주농촌지수(RIO)가 60점 이상으로 상대적으로 취약한 지역에 위치한 기관에 파견되는 경우에는 점수에 따라 1일당 추가적인 가산액을 지원하고 있는 것으로 나타남.
- 캐나다 브리티시컬럼비아주의 경우, 파견대상의료기관이 위치한 지역의 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박제공의 의무여부, 교통비 환급 범위, 파견보수(진료수당) 가산액 등이 상이한 것으로 나타남.

○ 이와 같은 국내·외 사례를 고려할 때, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 운영하는 파견 모델에 대해서도 식비, 교통비, 주거비 등의 지원뿐만 아니라, 상대적으로 접근이 열악한 의료취약지 파견에 따른 인센티브 또한 고려할 필요가 있으며, 이를 위해서 인센티브 제공 조건과 액수에 대한 구체적인 기준 산정이 필요할 것으로 사료됨.

□ (파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상 지급 검토) 전체 사례 중 경상북도의 의료인력 인건비 및 원격협진 지원사업과 지역의료인재 거점병원 지원사업에서 파견수행 의료기관에 대해 진료공백 보전 및 손실을 고려하여 이에 대한 보상을 지급하고 있는 것으로 나타나, 전속 의료인의 파견을 포함하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 주요 파견 모델에서도 원소속 의료기관에 대한 진료공백 보전을 위한 지원 필요성을 검토할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- 전체 사례 중 파견을 수행하는 의료기관에 대한 보상을 지급하는 사례는 매우 드물었으나, 국내 사례 중 경상북도 의료인력 인건비 및 원격협진 지원사업과 국외 사례 중 지역의료인재 거점병원 지원사업이 유일하게 파견에 따라 발생하는 원 소속 의료기관의 진료공백을 보전하기 위해 지원금을 제공하고 있는 것으로 나타남.
- 국내 사례인 경상북도 의료인력 인건비 및 원격협진 지원사업의 경우, 파견의료기관에서 의사 및 간호사를 파견함에 따라 발생하는 진료공백에 대하여 기관 단위의 보전금을 지급하되, 파견되는 의사인력의 직책에 따라 차등하여 정액지급하는 것으로 나타남.
- 국외 사례인 지역의료인재 거점병원 지원사업의 경우, 지역의료인재 거점병원에서의 의사 1인당 1일 순진료수익을 산출하고, 이에 파견일수를 곱하여 지역의료인재 거점병원에서 발생한 파견으로 인한 손실 상당액을 산출하고, 이를 파견일수 1일당 발생하는 파견 보조금과 비교하여 더 적게 산출된 액수를 기준으로 해당 금액의 100%를 보조하고 있는 것으로 나타남.
- 파견을 수행하는 지역의료인재 거점병원에서 발생하는 손실 상당액과 파견에 따른 정액 가산액을 비교하여 지급하는 형식으로 파견 수행 의료기관에 대한 진료공백 보전을 직접적으로 수행하고 있다고 보기는 어려우나 보조금 지급 과정에서 파견으로 인한 손실 상당액을 산출하여 이를 활용한다는 점에서 의의가 있는 것으로 사료됨.
- 이와 같이 비록 의사인력 파견사업을 실시할 때 파견 수행 의료기관에 대한 진료공백을 보전하기 위해 지원금을 지급하는 사례는 적은 것으로 나타났으나, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 운영하는 모델에 전속 의료인에 대한 파견이 명시되어 있음을 고려할 때 의료기관 차원의 적극적인 참여를 독려하기 위해 파견을 수행하는 의료기관측에 발생한 진료공백을 보전하기 위한 방안책 마련 필요성을 검토해야 할 것으로 사료됨.

[표 36] 국내 주요 의료인력 파견사례

구분	중앙단위		지방단위	
	소아청소년암 진료체계 구축사업	공공임상교수제	닥터링크	경남 의료취약지 의료기관 의사파견 사업
추진총괄	보건복지부	교육부	보건복지부	경상북도
실무추진주체	국립암센터	국립대병원	국립중앙의료원 시니어의사지원센터	경상북도 공공보건의료 협력강화 추진단
운영형태	파견형	파견형	취업중개형	파견형
대상의료인력	소아혈액종양 전문의 (개방의사 및 거점병원소속 전문의)	감염병 및 필수의료 분야 진료과 전문의(교수)	전문의 취득 후 일정 임상경력을 가진 60세 이상 시니어의사	전문의 (교수, 임상강사 및 전임의) 간호사
대상기관	지역별 거점병원 (강원대병원 및 칠곡경북대병원)	지방의료원	지역보건의료기관	지방의료원, 보건의료원
보수형태	정액지급	정액지급	정액지급(채용)	정액지급
2unit 환산보수총액	기관별 별도 산정	기관별 별도 산정 694,500원(연 2.5억)	기관별 별도 산정	의사인력: 100만원~120만원 간호인력: 20만원
파견수당	온콜 및 야간 당직 수당, 국내여비(연료비 포함), 기타 복리후생비	진료인센티브, 복지포인트, 추가지원, 학회참석지원, 진료비감면혜택, 당직비	-	교통비(여비규정)
기관차원 인센티브	-	채용인원 1인당 연간 1.27억원	채용지원금 전일제: 월 1100만원 시간제: 월 400만원	의사인력: 30만원~40만원 간호인력: 20만원

[표 37] 국외 주요 의료인력 파견 사례

구분	호주	캐나다 온타리오주				캐나다 브리티시컬럼비아주				지역의료인재 거점병원 지원사업
		RLAP	NSLP (긴급/일반)	RFMLP	RFPLP	RFPALP	RESSO	RSLP	닥터 플 제도	
추진 총괄	호주 보건부	온타리오주 보건부	JSC(브리티시컬럼비아 주 보건의료협의체)					에히메현청	나기노현청	
실무 추진 주체	Aspen Medical (민간위탁)	HFO MRA (주정부 산하기관)	LRBC					에히메현립 중앙병원	지역의료인재 거점병원	
운영 형태	파견형	파견형	파견형					파견형		
대상 의료 인력	전문의(OB, AN), 시술형 일 반의(GP), 족부 전문의, 간호인 력, 조산사, 기 타 보건복지인 력 등	전문의 또는 CAC를 취득한 일반의(GP)	일반의 (가정의)	일반의 (가정의)	마취 전문 교 육 이수 가정의 또는 마취과 전 문의	핵심 산과 수술 역량 보유 가정 의 또는 산부인 과 전문의	전문의 또는 동 등한 수준의 교 육을 이수하고 자격시험 응시 자격을 갖춘 비 인종 전문의	의사 (GP/전문의)	지역의료인재거점 병원의 상근 및 비상 근 의사 (전문의/GP)	
대상 기관	MM2-MM7 지 역에 위치한 의 료기관	North-East, North-West 에 속하는 병원 또는 지역건강 센터	RNPGA 등록 기 관, RIO점수 75 이상 지역 소재 기관, RIO점수 40이상 75미만 +상근 가정의 7 명 이하	취약 커뮤니티 소재 의료기관 상근 마취전문 가정의 7명 이 하+관역 의료센 터로부터 70km 이격	취약 커뮤니티 소재 의료기관 +상근 산과 역 량 보유 가정의 7명 이하+관역 의료센터로부터 70km 이격	취약 커뮤니티 소재 의료기관+ 동일 전문과목 전문의 수 4~6 명 이하+관역 의료센터로부터 70km 이격	상대적으로 구 모가 작고 의료 취약지역에 위 치하여 의사 확 보가 곤란한 공 립병원 10개소	병상수 200병상 이하 또는 상근의사가 30 명 이하인 병원, 일부 민간진료소 포함		
보수 형태	정액지급	정액지급	정액지급	정액지급 +성과제	정액지급 +성과제	정액지급 +성과제	정액지급 +성과제	정액지급	정액지급	

구분	캐나다 온타리오주		캐나다 브리티시컬럼비아주				일본		
	호주	NSLP (긴급/일반)	RFMLP	RFPLP	RFPALP	RESSO	RSLP	닥터 풀 제도	지역의료인재 거점병원 지원사업
보수 종액	RLAP	긴급: 1,342.58CAD /5-8h	RNPGA: 1,015.94CAD/ 1d	일반: 1,275CAD/1d	일반: 1,375CAD/1d	일반: 1,875CAD/1d	일반: 1,875CAD/1d	1급: 월 29.3~40.9만엔 2급: 월 37.2~49.6만엔 3급: 월 42.9~55.2만엔 4급: 월 48.7~58.3만엔	파견일수당 15,000~30,000엔 으로 산정하며, 정액 가산액 총액이 20만엔에 미치지 못하는 경우 전액 삭감
		별도 협의	FNH/FHO: 888.95CAD/ 1d	RSA A-B등급: 1,412~1,658 CAD/1d	RSA A-B등급: 1,522~1,788 CAD/1d	RSA A-B등급: 1,875~2,437 CAD/1d	RSA A-B등급: 1,875~2,437 CAD/1d		
비고	-	일반: 별도 협의	정책보수 상회 청구액의 60% 인센티브	정책보수 상 회 청구액의 60~100% 인 센티브	정책보수 상 회 청구액의 60~100% 인 센티브	정책보수 상 회 청구액의 60~100% 인 센티브	-	-	-
파견 수당	교통비, 숙박비, 식비 및 출장비, 정책 인센티브, OP 응급의학 교육 지원금 (반액)	교통비, 숙박비, 취약지/파견이동 지원금, 식비, 기타비용	교통비, 숙박비, 정액이동수당 취약지/진료인센 티브, 교육비 환급, 기타비용	교통비, 숙박비, 이동시간수당, 주 외 교통비, 식비 및 출장비, 주말근무 및 당직 지원금, 전문진료지원금	교통비, 숙박비, 이동시간수당, 주 외 교통비, 식비 및 출장비	교통비, 숙박비, 이동시간수당, 주 외 교통비, 식비 및 출장비	교통비, 숙박비, 이동시간수당, 주 외 교통비, 식비 및 출장비	초임금 조정 수당, 주거수당, 통근수당, 특지 근무수당, 야간 근무 및 당직 수당, 시간외 근무수당, 부양 수당, 기타수당	-
기관 차원 인센 티브	보수지원보조금 숙박비 지원 교통비 지원	-	-	-	-	-	-	-	거점병원 손실 상당액 보전

제2절 | 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰 결과

1 연구 참여자의 일반적 특성

- 본 인터뷰의 참여자는 강원특별자치도 내 활동 중인 전문의 중 심층 인터뷰 참여에 동의한 자로, 최초 내부 연구자 네트워크를 활용해 목적적 표집 후, 눈덩이 표집법을 활용해 인터뷰 참여자를 선정함. 최종 인터뷰 참여자는 강원특별자치도 내 6개 의료기관에서 근무하는 총 11명의 전문의로 구성되며, 성별로는 남성 9명, 여성 2명임.
- 최종 인터뷰 참여자는 의료기관 유형별로 상급종합병원 소속 5명, 종합병원 소속 5명, 의원 소속 1명이었으며, 직위별로는 대학병원 교수 8명, 종합병원 과장 2명, 의원 원장 1명임. 전문과목별로는 내과계⁴⁹⁾ 3명, 외과계⁵⁰⁾ 8명으로 구성됨.

[표 38] 연구 참여자의 일반적 특성

번호	ID	성별	구분(요양기관 종별)	계열
1	IM_1	남성	상급종합	내과계
2	IM_2	여성	상급종합	내과계
3	IM_3	남성	종합병원	내과계
4	S_1	남성	상급종합	외과계
5	S_2	남성	상급종합	외과계
6	S_3	남성	종합병원	외과계
7	S_4	남성	상급종합	외과계
8	S_5	여성	종합병원	외과계
9	S_6	남성	종합병원	외과계
10	S_7	남성	종합병원	외과계
11	S_8	남성	의원	외과계

49) 내과계: 내과, 신경과, 정신건강의학과, 소아청소년과, 피부과, 결핵과, 재활의학과, 가정의학과

50) 외과계: 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 산부인과, 안과, 이비인후과, 비뇨의학과, 응급의학과, 마취통증의학과

2 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사인력 인터뷰 결과

- 분석결과 총 92개의 코드가 도출되었고, 이를 34개의 범주로 구분함. 최종적으로 9개의 주제로 정리됨.
- 최종 주제는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 긍정적인 인식, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 부정적인 인식, 의사 입장에서 본 파견근무의 부담요인, 의사인력 파견 활성화 전략, 플랫폼에서 필수적으로 수집해야 하는 정보, 플랫폼 참여 활성화를 위한 금전적 인센티브 제공, 플랫폼 참여 활성화를 위한 추가 인센티브 제공, 플랫폼 참여 활성화를 위한 법적 보호장치 마련, 플랫폼 참여 활성화를 위한 행정지원조직 마련으로 구분됨.

[표 39] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 의사 인터뷰 결과

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 긍정적인 인식	의료공백 해소를 위한 파견 제도의 필요성 등의	<ul style="list-style-type: none"> • 아이디어는 좋으나 현실적인 어려움 존재 • 의료공백 해소에 부분적인 도움 • 의사파견 시스템의 필요성에 동의 • 이동을 고려하면 원격진료 방식의 인력공유가 더 효과적임
	소속기관 네트워크 내 파견 운영 경험을 통한 긍정적 인식 형성	<ul style="list-style-type: none"> • 담당의사 병가로 인한 진료공백을 파견의사로 대체함 • 의사 파견으로 환자 편의 보장 • 주변의 파견 경험을 보며 긍정적으로 생각하게 됨
강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 부정적인 인식	의료기관 경영 측면에서 기관 협조의 어려움에 대한 우려	<ul style="list-style-type: none"> • 인력 파견은 소속기관의 손해 • 환자감소 우려 • 의사 파견은 소속기관의 네트워크 내에서만 가능함
	의사파견 제도의 효율성에 대한 의문	<ul style="list-style-type: none"> • 의사 파견은 탁상공론 • 파견의사 인건비 부담으로 과연 파견이 효율적일지에 대한 의구심
	강원특별자치도 의료기관 접근성이 상대적으로 양호하다는 인식	<ul style="list-style-type: none"> • 강원특별자치도는 취약지임에도 교통상황 좋음 • 강원특별자치도도 의료접근성이 나쁘지 않기 때문에 환자가 직접 방문하는 것이 효율적 • 환자이송시스템도 발달하여 도내 이동시간이 짧음

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 부정적인 인식	의료인력 부족으로 인한 자치도 내 인력 공유의 실현 가능성에 대한 회의	<ul style="list-style-type: none"> 강원특별자치도도 절대적인 의사 수 부족으로 상종 의사들이 파견을 간다면 또다른 의료 공백 초래 국립대 병원에 파견인력 제공에 대한 강제는 의사 유출 초래 가능 강원특별자치도에서는 상종 인력도 부족하여 전국 단위 참여 인력 모집 필요
	파견 시 수행할 수 있는 의료 범위에 대한 진료과별 인식 차이	<ul style="list-style-type: none"> 내과계의 경우 외래진료를 중심으로 한 의사인력 파견이 가능 외과계의 경우 파견의료기관에서 수술 이후 포스트케어 인력 부족하면 외래진료나 협진진료만 가능 파견 시 난이도가 높지 않은 수술 수행 가능
의사 개인 차원에서 인식하는 파견근무의 부담 요인	파견으로 인한 일상생활의 제약에 대한 부담	<ul style="list-style-type: none"> 가정생활, 육아 병행의 어려움 출퇴근이 불가능하다면 부담 가중 정주환경 열악하다면 부담 가중
	파견으로 인한 소속기관 내 업무 공백 발생과 동료의 업무 부담 가중	<ul style="list-style-type: none"> 전속의료인이 파견을 가면 빈자리는 주변 동료에게 짐이 됨 종합병원 전속의료인은 파견을 혼자 결정할 수 없음 현재 기관의 업무 과중
	낮선 의료 환경 및 진료시스템에 대한 적응 부담	<ul style="list-style-type: none"> 파견 시 익숙하지 않은 기관의 시스템을 따라야 한다는 부담 낮선 장소에서 익숙하지 않은 사람들과 진료한다는 것에 대한 부담 낮선 장소에서 익숙하지 않은 인력과의 수술의 어려움
	익숙하지 않은 환경에서의 의료사고 위험 증가에 대한 우려	<ul style="list-style-type: none"> 파견은 리스크가 높다는 것을 알고 가는 것 익숙하지 않은 곳에서의 의료사고에 대한 책임 부담 파견으로 인해 현 기관보다 책임 부담이 증가한다면 불가능
의사인력 파견 활성화 전략	충분한 인력 풀 확보의 필요성	<ul style="list-style-type: none"> 파견가능한 인력풀 확보 개인적 네트워크 적극 활용 진료역량을 갖춘 의사 인력 확보
	의료기관의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 방안 마련 필요	<ul style="list-style-type: none"> 파견기관에 대한 경제적 보상 병원평가 반영의 필요성과 한계 병원 진료봉사를 의사 파견의 기회로 활용
	국립대병원의 역량 강화 선행 필요	<ul style="list-style-type: none"> 국립대를 정상화하기 위한 지원 우선 국립대병원은 수익보다 인력양성 역할
	의료기관 간 협력 네트워크 구축	<ul style="list-style-type: none"> 같은 재단 내에서는 의료 공백에 대한 인력 파견체계 작동 배후 진료 및 환자 전원 체계 구축 양방향 교류를 통한 의료진 역량 강화

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
의사인력 파견 활성화 전략	정부의 리더십 필요	<ul style="list-style-type: none"> • 정부의 적극적인 개입 • 공공병원 거버넌스 일원화
	의사 개인의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 다차원적 보상체계 마련 필요	<ul style="list-style-type: none"> • 파견에 대한 충분한 인센티브 제공 • 파견의료 행위에 대한 법적 안전망 마련 • 진료팀 단위 파견을 통한 지원 • 파견의 전반적인 과정을 돕는 지원 조직 마련 • 성공 사례 공유를 통한 파견에 대한 인식 변화
플랫폼 필수 수집 정보	의료인이 제공하는 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 기본정보 • 전문성 및 진료역량 • 파견근무 관련 정보 • 건강 및 안전 정보
	파견요청기관이 제공하는 정보	<ul style="list-style-type: none"> • 기관 기본정보와 파견 요청 분야 • 환자군 및 질환군 정보 • 지원 인력 및 가용 자원 • 근무 조건 및 보상 • 지원 및 안전보장
플랫폼 참여 활성화를 위한 금전적 인센티브 제공	금전적 보상 범위	<ul style="list-style-type: none"> • 파견에 대한 적정 보상 금액 수준 • 일반적인 파견 보상보다 높은 보상 필요
	업무량을 반영한 파견 보수 수준 산정	<ul style="list-style-type: none"> • 지원 인력이 없어 혼자 감당해야 할 것이 많다면 이에 대한 보상 • 업무량에 따른 차등 보상 필요
	의료취약지를 고려한 파견 보수 수준 산정	<ul style="list-style-type: none"> • 접근이 편한 곳과 오지는 보상에 차이가 필요 • 상급병원과 신속한 연계가 어려운 의료취약지는 리스크가 높아 이에 대한 보상 필요
	진료 성과에 따라 보상을 연동하는 성과연동제의 적용	<ul style="list-style-type: none"> • 진료량 연동방식의 인센티브 제공 선호 • 파견은 개인의 노력으로 진료량 변화가 있는 것이 아니므로 성과연동제 반대 • 성과연동제보다는 이동시간과 거리를 고려한 차등 지원이 바람직 • 단기파견보다 정기파견이 성과연동제에 더 적합함
플랫폼 참여 활성화를 위한 추가 인센티브 제공	기본적인 필수 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 숙박비, 식비, 교통비 등 기본적인 지원 필요 • 지방근무 촉진을 위한 정주여건 개선 • 이동 지원 필요 • 배려, 감사함 표현에 대한 자기보상, 힐링 경험
	전문성 개발 및 네트워킹 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 개인적 발전을 위한 네트워킹, 학회참여, 네트워킹 기회 제공
	연수크레딧과 개인 평가 실적으로 반영	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관의 의사 개인 평가에도 반영 • 연수평점 취득 대체

주제(Theme)	범주(Category)	코드(Code)
플랫폼 참여 활성화를 위한 추가 인센티브 제공	지역 특성을 활용한 휴가 기회 제공	<ul style="list-style-type: none"> • 휴가기간 중 일부 기간동안 파견 진료 참여하여 금전적 보상 • 젊은 사람의 경우 레저 기회가 유인책이 될수도 있으나 현실적인 검토 필요
플랫폼 참여 활성화를 위한 법적 보호장치 마련	타기관 의료행위 법적 제한 완화	<ul style="list-style-type: none"> • 파견을 위해서는 우선적으로 타기관 근무 허용 필요
	파견 중 의료사고에 대한 안전망 필요	<ul style="list-style-type: none"> • 법적 보호장치 필요 • 배상보험, 조정위원회 • 적극적 진료를 위해서는 법적 보호 필요
	파견요청기관의 책임 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 파견 의료행위에 대한 책임 분담 • 소속기관과 비슷한 수준의 법적 보호 필요
	파견의사 지원 전담인력 배치	<ul style="list-style-type: none"> • 기관차원에서 미원, 송사 담당 직원 배치 필요
	파견요청시 법적 보호에 대한 구체적인 정보 제공	<ul style="list-style-type: none"> • 법적 보호에 대해 구체적으로 설명하고 계약서 명시 • 파견결정전 정보 제공
플랫폼 참여 활성화를 위한 행정지원 조직 마련	플랫폼 차원의 전담 지원조직 마련	<ul style="list-style-type: none"> • 파견 과정 조율하는 조직 필요
	파견요청기관의 지원인력 배치	<ul style="list-style-type: none"> • 파견의사들의 기관 적응을 돕는 인력 필요 • 파견 간 기관에서의 행정부담 감소 지원 • 진료시스템 적응 지원

가. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 긍정적인 인식

□ 의료공백 해소를 위한 파견 제도의 필요성 동의

- 의료취약지 문제 해결을 위한 파견제도의 근본 취지에 대해서는 연구 참여자들의 공감대가 형성되어 있으나, 실행 가능성과 방법에 대해서는 신중한 접근이 필요하다는 입장을 보임. 연구 참여자들은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼이 의료공백 해소라는 목적에 대해 공감하며, 특히 현재 각 기관별로 산발적으로 운영되던 의료 인력 파견을 체계적인 시스템으로 구축하려는 시도에 대해서는 긍정적으로 평가함. 다만, 플랫폼의 실제 운영 가능성에 대해서는 회의적인 시각을 보이며, 의사인력이 직접 이동하는 파견 방식보다는 원격진료나 온라인 협진과 같은 대안적 방법을 병행하거나 우선적으로 고려해야 한다는 의견도 제시함.

“아주 완전히 해소는 아니겠지만 그래도 어느 정도 한 30~40% 정도에서 좀 해소는 되지 않을까? 한 4분의 1에서 퍼센티지로 따지 면은 될 거는 같아요. 될 거는 같은데 좀 온라인 플랫폼이라든지 그런 거 아니면은 웹 그런 거를 좀 더 적극적으로 이용하면은 많이 도움이 될 것 같고. 근데 현실적으로 가서 뭘 하는 거는 굉장히 좀 어려워요. 그래서 제가 어느 정도 해소는 한 20~30% 정도로 하는 거는 어떤 외래 진료, 그다음에 환자에 대한 그냥 그 자리에서 이송하지 않더라도 온라인이든 그런 거를 좀 어느 정도. (S_1)”

“도움되죠. 시스템화를 시키는 거니까 어찌됐든 (S_5)”

“이게 아이디어는 아주 좋은 것 같아요. 아이디어는 좋은데요. '이게 실현을 하려면 이게 되게 조금 쉽지는 않겠다' 이런 생각이 드는 게 이게 인력풀이 많아야지 사실은 가능한 부분이잖아요. 그래서 이게 충분히 인력이 이 안에 인력풀이 충분해지면 그러니까 아이디어 자체가 이게 실제로 현실화 되면 그리고 활성화되면 좋은 모델이 될 것 같긴 합니다. (IM_2)”

□ 소속기관 네트워크 내 파견 운영 경험을 통한 긍정적 인식 형성

- 소속기관 네트워크에서 파견 사례를 접한 연구 참여자들은 파견 제도의 실효성을 긍정적으로 인식함. 연구 참여자들은 실제 의료현장에서 의료기관의 내부 네트워크 안에 다양한 파견 기회가 이루어지고 있음을 보고하였으며, 주변에서 긍정적인 파견 사례를 경험한 경우 파견에 대한 긍정적인 태도를 보임. 특히 담당의사의 갑작스러운 병가로 인한 진료 공백이 발생했을 때, 네트워크 내 다른 의료기관에서 파견의사를 지원받는 시스템은 진료 공백 상황에서도 환자 진료의 지속성을 확보하는 중요한 기능을 수행한다고 판단함.

“저희 병원도 예를 들면 최근에 시술을 하는 선생님이 갑자기 다치셔서 가지고 한 한 달 반정도 병가 내셨거든요. 그래서 저희가 000에서 사실 쪼개가지고 날짜 맞춰가지고 파견을 받기로 해가지고 공백을 메우는데. 그런 진료 공백 그러니까 필수 의료거나 아니면 꼭 그런 경우에 인력만 된다면 그 공백을 메워주면 아주 좋은 일이 되겠죠. 그래서 실제로 갑자기 의사가 없어가지고 여기서 해결 할 수 있는 일들을 댄 데로 가야 된다든지 이런 것들이 막아지니까 실제로 환자들 입장에서는 좋을 것 같고요. (IM_2)”

“일단은 되게 시스템은 좋다고 생각, 좋은 아이디어고. 왜냐하면 저희도 저희 방금 오셨던 분이 과장님이신데 한 몇 년 전에 000으로 파견을 가신 적이 있었거든요...(중략)... 저도 어떻게 가지게 된 건지는 잘 몰랐었어요. 전에는. 별로 관심이 없었고. 근데 이번에 여쭙보니까 따로 시스템이 있어서 이렇게 체계적으로 간 건 아니고 갑자기 과장님이 가라고 그래가지고 가셨다 하더라고요. 근데 뭐 괜찮았다고 하시더라고요. 페이도 잘 받으셨고 숙소도 좋은 데 잡아주시고 일에 로딩도 그렇게 많지가 않아가지고 그랬는데, ...(중략)... 근데 만약에 이렇게 잘 관리된 시스템이 있으면은 취약 지역에서 어려움이 있을 텐데 이렇게 보완이 되니까 되게 좋다고 생각이 드는데 (S_5)”

나. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대한 부정적인 인식

□ 의료기관 경영 측면에서 기관 협조의 어려움에 대한 우려

- 의사 파견은 의료기관의 경영적 손실을 초래하여 기관 차원의 협조를 구하는 데 어려움이 있을 것으로 인식됨. 연구 참여자들은 소속기관 의료진 공백으로 인해 발생하는 수익 감소와 파견을 간 의사의 인건비를 부담해야 하는 이중적인 경제적 부담이 발생한다는 점을 지적하며, 의료기관이 파견 모델에 자발적으로 참여하기 어렵게 만드는 주요 장애요인으로 설명함.

“말 그대로 사립병원이잖아요. 영리를 추구하는 병원이기 때문에 인력이 지나간다는 건 그만큼 또 그분이 진료가 없어지는 거잖아요. (S_8)”

“그리고 결국은 여기도 민간 병원이기 때문에 간호사는 가서 그쪽을 지원해 주는 정도였지만 의사가 파견이 된다 그러면 좀 다른 부분은 환자가 그만큼 그쪽으로 쏠려버리면 빠져버리면 이쪽에서 수익이 좀 줄어드는 거잖아요. 그렇기 때문에 아무래도 본인을 파견하는 병원에서도 그런 부분은 그렇게 된다고 그러면 그건 꺼려할 거고. 그러니까 그런 부분을 어떻게 수익적인 측면이나 이렇게 보존해 줄 수 있는지. 그러면 결국은 또 저희 마음대로 갈 수 있는 게 아니고 기관에 소속돼 있으면 기관에서 허가가 돼야 갈 수가 있는 거고. 그래서 그런 부분들이 다 뒷받침이 된다면 결국은 다 돈 문제인 것 같거든요 (S_2)”

- 특히 개원의는 대부분 1인 진료체계로 병원을 직접 운영하고 있어, 개원의가 의료 취약지 파견에 참여할 경우 진료 공백과 수입 손실이 불가피하다고 응답함. 또한

환자 관리와 신뢰 유지 측면에서도 자리를 비우는 것이 부담으로 작용하며, 파견 수당 등 금전적 보상은 이러한 손실을 상쇄하기에 충분하지 않다고 설명함. 더불어 의원과 종합병원 간 환자 질환군의 차이로 인해, 평소 진료와 다른 분야를 파견 진료로 수행하는 것에 대한 어려움도 지적함. 이에 따라 연구 참여자는 파견근무에는 개원의보다는 기관에 소속된 봉직의가 더 적합한 인력이라는 의견을 제시함.

“글쎄 개원가에서 이렇게 생각해 봐도 내 병원을 비우고 다른 병원에 가는, 특별한 상황은 그때 막 코로나처럼 그런 상황이 아니면 저는 이런 평상시에서는 조금 힘들지 않을까 그런 생각이 좀 들어요...(중략)... 그런 거 관계없이. 파견 수당이랑 관계없이 쉽지는 않을 것 같아요. 뭐가 이렇게 가야 되는 이유가 특별히 이렇게 딱 들어오질 않아요. 그게. (S.8)”

“제가 생각하기에는 솔직하게 갑자기 개인 병원에 있는 의사가 거기서 진료를 본다고 그러면 환자들도 이상하게 생각할 것 같고...(중략)... 자기가 복귀했을 때 자기가 생각하는 방향으로 다 이렇게 환자들이 다른 방향으로 가 있고 막. 그런 것도 쉽지 않을 것 같아요. (S.8)”

“개원가들이 예를 들어서 개원가에서 보는 환자하고 그런 조금이라도 2차, 3차에 서 보는 환자 분하고 좀 다르거든요. 리스크가 더 커지는 거예요. 그리고. 그런데 가면 갈수록 (S.8)”

“기관에 속해 있는 분은 어찌됐건 뭐라고 그래야 되나요, 자기 병원에 대한 그런 건 없잖아요. 예를 들어서 병원장이 아니기 때문에...(중략)... 운영에 대한 책임은 없잖아요. 그렇기 때문에 어차피 자기는 계속 진료를 하게 되는 거고 다른 병원 가셔도 동일한 진료하고 동일한 보수를 받고 동일한 보호를 받고. 그게 오히려 더 그래서 더 용이할 것 같아요. 개원가보다. (S.8)”

□ 의사파견 제도의 효율성에 대한 의문

- 재정적 측면에서 의사파견 제도의 지속가능성에 대한 의문도 확인할 수 있음. 연구 참여자들은 의료기관과 의사의 협조를 구하기 어려운 상황에서 파견 인건비가 지속적으로 상승할 가능성이 높음을 지적하며, 이러한 여건에서 높은 인건비 부담을 감수하면서까지 파견을 유지하는 것이 효율적인지에 대한 의문을 제기함.

“제가 주니어 선생님들한테 물어봤을 때 그런 대답이 나왔어요. ‘시세는 그 정도는 돼야 가겠다.’ 사실 근데 그거는 굉장히 큰돈이에요. 그 지역에 있는 전문의 선생님을 초빙해서 마취하는 것보다도 큰돈이거든요. 하루 이틀 공백 떼우려고 그 돈을 쓴다? 왜냐하면 거기에 고용된 의사 선생님이 다음 날 오시면 그때 하면 될 것을. 중한 수술들이 아니니까. 아니면 환자가 이렇게 보내줘도 되는 거고. 그 돈을 써가면서 굳이 그 지역에서 할 이유가 있을까? 이런 생각이 들기도 하고. (S.4)”

“제가 보면은 굉장히 그냥 근시안적인 생각이죠. 단기 파견으로 뭔가, 한마디로 뭔가 부족하니까 그러니까 땀땀하고 싶은 생각을 가지고 만드는 그런 약간 탁상공론이지, 이거는 진짜 진정하게 어

디든 어느 나라든 그렇게 하지 않고요. 어느 나라든...(중략)... 그러니까 이렇게 해가지고 단기 파견 해가지고 이득을 보는 사람은 정치인이나 아니면은 행정하는 사람들만 이득이 되는 거죠. (S_3)”

□ 강원특별자치도 의료기관 접근성이 상대적으로 양호하다는 인식

- 일부 연구 참여자는 강원특별자치도 내 교통망과 응급환자 이송 체계의 발달로 인해 의료기관 접근이 과거에 비해 상당히 용이해졌다고 평가하며, 의사가 취약 지역으로 이동하여 진료를 제공하는 파견 모델의 필요성에 대해 의문을 제기함. 이들은 의사 파견에 드는 시간, 비용, 인력 등의 자원을 고려할 때 환자가 직접 의료기관을 방문하는 것이 더 효율적이라는 의견을 보임. 이를 통해 의료취약지의 실질적인 의료접근성 격차와 파견 모델의 필요성에 대한 의료진의 공감대 형성이 선행되어야 함을 알 수 있음.

“떨지는 않고. 요즘은 접근성이 떨어진다고 해도 진짜 떨어지는지. 필요할 때 없는 거잖아요. 만약에 예를 들면 ‘어느 A라는 지역에서 출산할 수 있는 산부인과 의사가 없다’ 이런 것들이잖아요. 그럼 출산하면 사실 오면 되거든요. 의사가 가는 게 아니라. 그런 거지, 진짜 실질적으로 제가 생각하는 게 맞을지 모르지만 강원도에서 1시간 내에는 다 병원에 대한 접근성은 다 있지 않나요? 고성에서 속초로 온다든가 속초에서 강릉 온다든가 이런 이 접근성이 생각보다 우리가 흔하게 생각하는 어떤 사회적인 문제나 이런 것 때문에 시골에 공공의료기관이 없는 거 맞긴 하지만은 그런 실질적인 접근성이 떨어진다고 얘기할 수 있는지는 의문이 들 것 같은 생각이 들거든요. (IM_1)”

“이런 강원도에서 어떤, 저희가 환자이송시스템이 되게 발달되어 있잖아요. 어찌 보면 헬기도 날 아다나고 구급차도 왔다 갔다 하고. 그럼 강원도 내에서 사실 이런 의료기관으로 오는 데 몇 시간 안 걸리죠. 사실, 1시간, 저 헬기 타면 2~30분 내로 끊을 수 있다고 보거든요 (S_4)”

□ 의료인력 부족으로 인한 자치도 내 인력 공유의 실현 가능성에 대한 회의

- 강원특별자치도 내 의사인력 부족에 대한 인식은 의사파견에 대한 부정적인 입장으로 이어짐. 연구 참여자들은 자치도 내 의료기관들이 공통적으로 의사 인력 부족 문제를 겪고 있어, 의료기관 간 인력 공유를 통한 파견 모델 실행이 현실적으로 어렵다고 평가함. 상급종합병원도 자체 인력 확보에 어려움을 겪고 있어 다른 기관으로 의사를 파견할 여력이 없으며, 의사 파견 시 파견기관에 또 다른 진료 공백이 발생할 수밖에 없다는 점을 우려함. 특히 국립대병원에 파견 책임을 부과할 경우 의사 유출을 초래할 수 있다는 점도 지적됨.

“아직까지는. 잘 되려면 넘어야 할 산이 너무 많겠다라는 생각이 들고, 가장 필요한 그것도 결국 인력 부족이죠. 대학도 인력이 없는데 누구를 파견하겠어요? (S_6)”

“제가 말씀드렸지만 의료인력의 여유가 좀 있으면 좋은 방안이 될 수 있을 걸로 생각이 드는데 강원도 내에는 정말 절대적으로 의사 숫자가 엄청 적거든요. 거기를 모여 있어야, 중증도를 담당하는 병원에 모여 있어야 할 사람들을 하나씩 뽑아서 각 의료 공백을 만드는 일을 굳이 할 필요가 없을 거라고 생각이 들고. (S_4)”

“그래서 대학병원은 교육, 연구, 진료가 중요한데 교육, 연구 무너지고 진료에 대한 열정도 사라질 거고, 결국에는 이렇게 이런 파견하려고...(중략)... 할당량처럼 푸시가 갈 거고. 그러면 결국에는 누가 가냐면은 가장 힘없거나, 처음 들어와 가지고 뭔가 자기가 승진이라도 해야 되는 아주 힘없는 교수들이거나 아니면은...(중략)... 원장님 눈치 봐야 되는 사람들이거나 그런 사람들만 가야 되는 데 그런 사람들이 결국에는 밑에 있는 사람들 보기에는 그러면 떠날 거고, 위에 있는 사람 눈치 보다가 떠날 거고 (S_3)”

- 따라서 참여자들은 자치도 내에서만 파견 인력을 확보하는 것은 한계가 있으며, 실질적인 파견 모델 운영을 위해서는 전국 단위에서 참여할 수 있는 의료인력을 모집하는 방안이 필요하다고 제안함.

“강원도에서 부족한 진료과들은 사실 저희 같은 병원에서도 부족하거든요. 그러니까 예를 들면 대학병원이라고 많이 갖고 있지 않기 때문에 이 인력 풀이 잘 모아질 수 있냐, 이거에 대한 염려가 있는 거죠. 그래서 아까 말씀하신 것처럼 이게 강원도 내에서 한정하면 사실 인력풀이 많이 모아지지 않을 수도 있어서 이게 전국 단위로 예를 들어 하면 단기 이런 거는 또 가능하지 않을까 이런 생각도. 그러니까 기관에 소속되지 않은 선생님들이 전국적으로 좀 많이 있을 수도 있고 이렇게 때문에. (IM_2)”

“기본적으로는 강원도 내에서만 이걸 한다고 그러면 원체 인력이 부족하데 이게 한 명이 빠지면 그 자리를 또 어디서 데려올 수 있을까 이게 좀 의문이고요. 퀘스천마크고. 그리고 의료인을 보충을 한다 그러면 외부에서 데려오는 게 사실은 맞을 것 같고 (S_2)”

□ 파견 시 수행할 수 있는 의료 범위에 대한 진료과별 인식 차이

- 파견 시 수행할 수 있는 의료행위의 범위와 관련하여, 진료과별 의견 차이를 보임. 내과계 일부 진료과의 경우에는 외래진료를 중심으로 한 의사인력 파견이 가능하다는 의견을 제시함.

“수술 쪽은 수술 쪽으로 가능한 할 수 있는데 사실 그거는 또 의료분쟁 문제 때문에 좀 걱정이 되고. 그쪽하고 이제 가는 병원하고 여기하고 시설이 다르고 본인이 쓰는 장비가 다르고 그래가지고 그것도 해결해야 될 과제가 많다고 생각하고. 단순하게 예를 들어서 내과나 가정의학과 그런

특별한 시술이나 수술이 없는 과들 같은 경우에는 날짜를 잡아서 일주일에 하루 정도 어디 가서 근무를 하고 온다, 그게 개인 봉직이가 그걸 오케이하고 충분한 인센티브가 주어진다면 그거는 가능성이 있다고 생각합니다. (S_7)

“근데 현실적으로 가서 뭘 하는 거는 굉장히 좀 어려워요. 그래서 제가 어느 정도 해소는 한 20~30% 정도로 하는 거는 어떤 외래진료, 그다음에 환자에 대한 그냥 그 자리에서 이송하지 않더라도 온라인이든 그런 거를 좀 어느 정도 (S_1)”

- 반면 외과계의 경우에는 현실적으로 파견의료기관에서 수술 이후 포스트케어를 담당하는 의료인력이 부재하다면 실질적으로 외과계 파견의사인력이 수행할 수 있는 의료행위의 범주는 외래진료나 협진진료에만 국한될 수밖에 없을 것으로 지적함. 다만, 일부 연구 참여자의 경우, 고난도 수술을 제외한 난이도가 높지 않은 수술에 대해서는 파견의사인력이 충분히 수행할 수 있다는 의견을 제시함.

“수술도 좀 제한은 있을 것 같아요. 거기 가서 막 폐암 수술하거나 그러기에는. 왜냐하면 포스트케어(post care)가 또 중요하거든요. 그것 때문에, 예. 아, 그것도 중요하네요. 포스트케어도 봐줘야 되니까는 그쪽에서도 좀 어느 정도 서포트해 줄 수 있는 분이 있는지 그런 것도 필요하고. 그래서 정기 파견 그러니까 좋은데 수술이나 시술은 와서 해야 되지 않을까? 외래 진료 정도나 협진 진료 같은 거 정도만 좀 가능하지 않을까? 지금 또 말하다 보니까 그런 생각이 드네요. (S_1)”

“아주 간단한 수술이나 이런 거 할 수는 있어도 현장에서 할 수 있는 거는 아주 큰 수술은 사실 어려울 것 같긴 해서 그런 문제들이 사실 안 생길 것 같긴 하거든요. 문제가 생길 건 아예 안 할 것 같고. 큰 수술은 어차피 수술하고 나서 그 후애가 더 문제가 될 수 있어서. 인력이 그냥 수술만 하고 나오면 봐줄 사람이 없으면 더 문제가 돼서. 간단한 수술, 여기 뭐 덩어리가 있으면 덩어리를 떼다든가 이런 것들은 가능하지만 그렇지 않은 수술들은 아마 가서 하는 거는 좀 무리가 있을 것 같아요. (IM_1)”

다. 의사 개인 차원에서 인식하는 파견근무의 부담 요인

□ 파견으로 인한 일상생활 제약에 대한 부담

- 연구 참여자들은 파견근무로 인해 개인의 일상생활과 가정생활에 상당한 제약이 발생할 경우, 참여 자체에 부담을 느낄 것이라고 언급함. 특히 파견 근무지가 원거리이거나 출퇴근할 수 없어 숙소에 머물러야 하는 상황에서는 가족과의 단절, 육아 공백, 일상의 불안정으로 이어지기 때문에, 이러한 요인들이 파견근무의 주요 부담 요인으로 작용한다고 인식함.

“다 가정이 있고 다 이러한 분들인데 그냥 만약에 한 달 가 있으라고 하면 거의 힘들죠. 애들도 못 보고 한 달 동안. 이런 상황이 되면 만약에 거기 너무 멀어가지고 일일 출퇴근이 불가능한 상황이라면 거기에 숙소가 있고 이러면 사실 허들이 더 한 단계 더 높아지는 거고. 출퇴근이 가능하다면 그나마 그거보다는 괜찮을 텐데 만약에 2시간, 3시간 편도로 이렇게 걸린다면 사실 힘들 것 같은데요. (IM_3)”

“너무 멀면은 걱정이 되거든요. 이게. 너무 그러니까 자신의 주 주거지에서 너무 멀리 가면은 그것도 매, 그러니까 거기서 사는 것이 아니라 뭔가 출퇴근을 장거리를 해야 한다는 거에 대해서 굉장한 가는 사람도 부담이 되고 가족도 되게 싫어해요. 가족도 굉장히 싫어합니다. (S_3)”

“일단 000에 대부분 처음 오시면은 생각보다 시골 아니라고 다들 하시거든요. 한번 이렇게 둘러보시면은 있을 거다 있다고. 근데 그러고 마지막에 관사 딱 보고 ‘좀 심한 것 같다’ 그래가지고. (S_7)”

□ 파견으로 인한 소속기관 내 업무 공백 발생과 동료의 업무 부담 가중

- 연구 참여자들에게 파견은 개인의 의지만으로 결정할 수 없는 문제이며, 파견으로 인해 소속기관 내에서 본인이 맡은 업무의 공백이 발생하면 결국 주변 동료에게 업무를 전가하는 결과를 초래한다는 부정적인 인식이 나타남. 따라서 연구 참여자들은 파견을 희망하는 의사가 있더라도 자신의 공백을 메울 수 있는 여건이 조성되지 않으면 실제 파견은 어려울 것이라고 설명함. 또한 의료기관의 상황은 시기에 따라 달라질 수 있어, 과거에 파견 협약을 체결했다 하더라도 현재 시점에서의 인력 운영 상황이나 진료 수요에 따라 파견 인력을 보낼 수 있는 여건이 확보되지 않을 수 있다는 현실적인 어려움을 제기함.

“혼자 떠나고 싶다고 떠나는 건 아니기 때문에 여러 가지, 그러니까 그 사람이 공백이 있으면 다른 사람들한테 짐이 되거든요. 그 사람이 공백이 있으면. 그래서 자기가 원한다고 자기가 그런 MOU가 있다고 해서 자기가 원한다고 그때의 상황이 또 현재의 상황이란 또 다를 수 있고 매 상황의 시추에이션이 다르기 때문에 그 인력을 뺄 수 있는 그 여건이 되는지 쉽지 않을 것 같은 생각이 들어요. (IM_1)”

“여기를 커버하는 것도 박찬 정도라서 어디 나가서 다른 거를 할 이유가 썩 없고 (S_4)”

□ 낮은 의료 환경 및 진료시스템에 대한 적응 부담

- 익숙하지 않은 환경과 시스템에 적응해야 하는 부담은 연구 참여자들에게 큰 부담으로 인식됨. 특히 수술에 참여하는 의사들은 기존 근무지에서는 지원 인력, 업무 흐름, 응급 대응 체계 등 모든 것이 익숙하지만, 파견을 간 기관에서는 조직문

화나 진료체계가 달라 예상치 못한 어려움에 직면할 수 있음을 우려함. 특히 파견 기관에서 사용할 시설과 장비, 함께 일할 인력 등에 대한 정보가 부족한 상황에서 진료나 수술을 수행해야 한다는 점은 부담을 증가시키는 요인으로 작용함.

“그리고 두 번째가 EMR이나 이런 환경이나 장비 이런 게 뭐 있는지 모르고, 들긴 들되 안 가봤잖아요. 그래서 과연 내가 혼자 어려움에 처해 있을 때 나를 충분히 보조할 수 있는 인력이 있고 장비가 있을까, 그런 그런 것들. 여기야 제가 일하는 곳이어서 누가 누군지도 다 알고 이런 시스템이 어떻게 돌아가는지 다 알기 때문에 문제가 생겼을 때 잘 어떻게 할 수가 있는데 거기는 아예 사람도 다 모르고, 이 사람이 간호사인지 의사인지 뭐 누군지도 모르고 이름도 모르고. 그래서 약간은 가면 좀 무서울 것 같아요. (S.5)”

“사실 자기가 있던 데에서 생활권에서 벗어나서 이렇게 뭔가를 잠깐 해야 되는 거는 의사 입장에서는 사실 좋지는 않을 것 같긴 해요. 근데 그건 어쩔 수 없는 상황이기 때문에 해야 된다고 하면, 필요에 의해서 해야 된다면 하는 거죠. (IM.2)”

“그럼에도 일단은 모르는 시스템에서 모르는 환자를 봐야 되는 게 제일 스트레스고 (S.4)”

□ 익숙하지 않은 환경에서의 의료사고 위험 증가에 대한 우려

- 파견 기관에서의 의료사고 위험성에 대한 우려도 제기됨. 연구 참여자들은 낯선 환경에서 진료나 수술을 수행해야 하는 상황이 의료사고 위험을 증가시킬 수 있다는 점을 지적함. 익숙하지 않은 시설, 장비, 그리고 함께 일한 경험이 없는 인력과의 협업은 의료사고 가능성을 높일 수 있다고 설명함. 따라서 연구 참여자들은 소속 기관에서의 진료보다 책임 부담이 증가할 경우 파견 참여가 어려울 것이라 설명함.

“저는 그런 게 중요하다고 생각하고 아무래도 가면은 사실 장비 문제뿐만이 아니라 일하는 사람들도 다 모르는 사람들이고 그렇기 때문에 좀 부담이 되기 때문에 그런 의료사고 문제가 제일 걱정이 되죠. 그리고 분쟁이 생겼을 때 어느 정도 나를 보호해 줄 것이냐, 사실 그런 부분들이 좀 걱정이 되고 (S.7)”

“안 하고 싶죠. 그리고 일단 응급 수술은 일단 이 정규 수술과는 성격부터 완전히 달라요. 정규 수술은 충분히 다 그 전에 이 사람이 수술을 해도 될지, 하면 안 될지에 대한 사전 검증이 이루어져서 그게 다 통과가 된 사람이 하는 건데, 응급 수술은 지금 당장 수술을 안 하면 죽으니까 하는 거잖아요... (중략)... 돈을 얼마를 줘도 안 하고 싶죠. 왜냐하면 일단 어떤 법적 책임이 올지도 모르고... (중략)... 내가 그 병원 기관 소속이고 그러니까 어쩔 수 없이 해야 되면 하는데, 안 해도 되고 해도 되는 거면 안 하고 싶죠 (S.4)”

라. 의사인력 파견 활성화 방안

□ 충분한 인력 풀 확보의 필요성

- 의료인력 파견 플랫폼의 성공적 운영을 위해서는 충분한 파견 가능 인력 풀을 확보하는 것이 선행되어야 한다는 의견이 제시됨. 연구 참여자들은 은퇴한 시니어 의사를 주요 인력으로 활용할 것을 제안하였는데, 이들은 소속기관의 제약이 없고 자녀 양육 부담에서 자유로우며 오랜 경력을 통해 지역 주민들에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있다는 장점을 설명함.

“그리고 시니어 의사 이런 걸 좀 활용하시는 것 같던데. 그런 거랑 의미가. 여기 000대병원도 많이 오시더라고요. ㅁㅁ대병원 이런 데서 평생 일하시는 분들이 은퇴하시고 막 오시고. 그런 분들은 사실 오시면은 강원도민으로서는 아주 좋은 거죠...(중략)... 사실 은퇴하신 분들은 소속도 없거나와 그다음에 자체분들도 이미 다 컸잖아요. 중학생, 고등학생 다 넘어가서 이제 대학생 독립하고 이런 분들이 많으시니까 그런 것도 사실 좀 자유로우신 면들이 있을 것 같고. (IM_3)”

- 유사한 맥락에서 국립대병원 정년퇴직 직전 교수(63-65세)의 의료원 진료 참여를 활성화하는 방안도 제안됨. 전공의 파견과 관련하여, 인턴은 교육적 효과와 자율적 진료 경험 측면에서 단기 파견이 가능하나, 레지던트는 수련 프로그램과 지도 전문의 자격 요건의 제약으로 파견이 제한적임을 지적함. 이 외에도 대학병원 교수의 안식월·안식년 제도를 활용한 지방의료기관 파견 방안이 추가 인력 확보 전략으로 제시됨.

“뭔가 인력 문제 해결을 하려면은 은퇴나 정년을 앞둔 사람들 있잖아요. 우리가 시니어 의사 한 것처럼 국립대병원에서 그냥 모든 국립대 병원 교수들 중에 가고 싶은 사람, 아니면 거기 하는 게 아니라 어느 정도 진료량 유지되는 사람들. 퇴직하기 전에 63세부터 65세까지 해 가지고 국립대병원에서 어느 정도 일을 좀 많이 하시는 분들. 그래 이 정도 일하시는 분들을 모시고 가면은 의료원도 어느 정도 돌아갈 수 있을 것 같아...(S_3)”

“근데 저희 대학병원은 안식년, 안식월 이런 프로그램이 있어서 그런 거를 이용한 로테이션 같은 것도 고려하면 좋을 것 같긴 하거든요...(중략)... 안식년은 한 6개월까지 갈 수 있으니까는 ‘그럴 때 와서 좀 봉사 좀 해달라’ 이런 요청들은 있어요. 진짜 가신 분들은, 몇 분들은 뭐 캄보디아 무슨 병원 가서 안과 진료해 주시고 이런 분도 있는데 그런 것처럼 만약에 뭐 6개월을 간다면 3개월 정도는 지역에 가서 그런 기관에서 할 수 있는 이런 것들을 잘 몰라서 그럴 수도 있으니까는. 보통 저희가 정상적으로 퇴직하시는 분들 보면은 장기 연수 갔다가 퇴직할 때까지 한 두 번 정도 이렇게 안식월을 가시더라고요...(중략)... 그런 것들을 이용한 공공의료 프로그램에 6개월 안식월 동안 3개월은

와서 진료를 봐준다는가. 필요한. 그런 것도, 특별한 계획이 없다면은 그런 것도 괜찮을 것 같은 생각이 드네요. 지금 보니까. (IM_1)

- 한 연구 참여자는 플랫폼만으로는 인력 확보에 한계가 있을 수 있어, 개인적 네트워크를 활용한 인력 모집이 보완적 전략으로 필요하다고 강조함. 대외협력팀을 통한 기관 간 공식 요청이나 의사회 네트워크를 통한 공고가 오히려 더 빠르고 효과적일 수 있으며, 개인적으로 파견 가능한 의사를 파악하고 직접 연락하는 방식이 실질적으로 더 중요하다는 의견을 제시함.

“이전 경험들을 보면은 실질적으로 기관이나 직접 컨택을, 기관이나 의사회에 컨택하면 오히려 저 그냥 개인적인 네트워크가 더 빠를 수도 있거든요. 그러니까 저희 병원은 대외협력팀 이런 데서 연락을 해서 이런 이런 의사들 파견이 필요한데 기관에서 도와줄 수 있냐? 그러면은 책임지고 이렇게 개인적으로 누군지 이제 아시니까는 연락한다든가 아니면 의사회 같은데 가면 누가 쉬고 있으니까는 한다든가 이런 또 의사회는 네트워킹이 잘 돼 있어서 공고하면은 또 빨리 리크루트 할 수 있다든가 이런 어떤 두 번째 트랙이라고 그래야 되나요 플랫폼마저 가지고는 안 될 수 있으니까 그런 개인적인 연락 이런 것들 사실 더 중요하더라고요 (IM_1)”

- 파견의사 선발 시 실제 진료 역량을 갖춘 인력을 확보하는 것이 매우 중요하다는 의견도 제시됨. 플랫폼 등록 시 최근 2~3년 동안의 진료량 정보를 확인하여 실제로 활발한 진료 활동을 수행해 온 의사만 참여할 수 있도록 일정 수준의 진입 기준을 설정해야 한다고 제안함.

“일을 하는 사람이 가야 돼요. 일을 하는 사람이. 진료량이 있었는지. 진료량이 있는 게 되게 중요하고요. 진료량 없었던 사람들 보내봤자 우리 세금만 나가는 거고, 거기에 그러면은 그 사람 갈 때 거기에 최소한 뭔가 기구라도 사야 되고 인력이라도 뽑아야 되고 하잖아요. (S_3)”

□ 의료기관의 적극적인 참여 유도를 유도할 수 있는 방안 마련 필요

- 의료인력 파견으로 인해 발생하는 진료 공백과 남은 의료진의 업무 가중에 대한 기관 차원의 경제적 보상의 필요성이 제기됨. 연구 참여자들은 파견의사의 외래 진료와 수술 일정이 공백으로 남게 되면 나머지 의료진이 이를 분담해야 하며, 이는 특히 인력이 부족한 진료과에서 상당한 손실로 이어지게 된다는 점을 지적함.
- 또한 소속 병원에서 이미 급여를 지급하고 있는 상황에서 추가로 진료 공백에 따른 손실이 발생하므로, 파견기관에 대한 적절한 보상 없이는 병원 차원에서 파견을 허용하기 어렵다는 의견을 보임. 이러한 경제적 보상이 기관장을 설득하고 기관의 적극적 참여를 유도하는 핵심 요인이라고 주장함.

“그거는 그 기관마다 다를 것 같아서 기관과 협의해야 될 것 같은데요. 그 개방병원에 참여를 한다. 그래서 우리 기관에 있는 의료인을 다른 파견을 보내겠다. 그러면 얼마를, 기간이 일괄되게 정해질 것도 아니고 그때 그때마다 약간 계약처럼 할 거잖아요. 그러면은 그 기간을 보내는데 원하는 바는 다 너무 천차만별일 것 같아서 어떻게 해야 될지 사실 잘 모르겠는데요. 근데 아마 보통 뭐 금전적 보상으로 가지 않을까요? (S_4)”

“병원도 보상을 받아야죠. 우리도 지금 힘든데. 가면은 아까 말씀드렸지만 예를 들어 가지고 제가 외래를 네 타임 보고 수술을 한 타임 반하다가 지금 결국에는 마취과가 없어 가지고 반 타임밖에 못하고 있는데. 이거를 지금 만약 파견을 가면 한 타임 파견을 아니 두 타임 파견을 가면은 여기 일을 줄일 수밖에 없어요. 줄일 수밖에 없고 그러면은 우리 병원은 돈을 못 버는데요. 당연히 보상해 줘야죠. (S_3)”

- 의료인력 파견 참여를 병원 인증평가나 의료 질 평가 항목에 포함시킬 경우 기관의 적극적 참여를 유도할 수 있다는 의견도 제기함. 지역사회 기여도나 공공의료 활동에 대한 배점 부여가 기관장 차원에서 파견 프로그램 참여 동기를 제공할 수 있다고 설명하며, 파견 활동을 필수 항목으로 지정한다면 반강제적이지만 충분히 파견이 가능할 것이라는 의견도 있었음.

“강원도 이게 지역 예산으로 들어온 건지 몰라도 그런 거에 대한 예산을 병원 측에다가 이렇게 서로 배분이 이렇게 된다든지 그런 게 있으면 그래도 기관이 오케이지 않을까요? 이런 게 나중에 의료 질 평가라든지. 내가 볼 때는 병원에서 제일 중요한 거는 그런 평가에서 높은 점수 받는 게 중요한데 이런 거를 평가 점수화시켜 놓으면은 기관장님도 약간의 뭐 어쨌든 그런 평가에서 또 나중에 보상이라든지 이게 나라에서 정부에서 주니까. 그런 걸 이용하시면 될 것 같아요. (S_1)”

“평가에서는 약간 사회사업 이런 식으로 가야 되지 않을까요? 그래서 이 지역사회에 이 병원이 어느 정도 기여한다, 기여하는 정도, 근데 병원 평가라는데 다 결국 그 병원에 환자 수가 얼마나 되느냐, 또 의사 수가 얼마나 되느냐. 근데 그 부분들이 약화가 돼버린다 그러면 또 병원 평가 측면에서는 안 좋아지는 거니까. 기본적인 현재 병원 평가를 좀 충족시킬 수 있는 여건 내에서 더 플러스가 되는 부분들이 돼야 될 것이, 결국 그래서 어떤 사회에 그런 지역사회에 기여한다는 측면에서 그게 또 홍보가 된다 그러면 더 될 수 있고. (S_2)”

- 그러나 일부 참여자는 병원 평가 반영이 오히려 지방병원에는 불리하게 작용할 수 있다는 우려를 제기함. 대형병원은 여유 인력으로 평가 항목에 신속히 대응할 수 있지만 지방병원은 의사, 약사, 간호사 등 모든 직종에서 인력이 부족하여 평가 항목을 충족하지 못해 오히려 불이익을 받을 수 있으며, 따라서 병원 평가 반영은 인력 여건에 따라 효과가 상이할 수 있기 때문임.

“평가에 포함이 되려면요. 충분히 보상이 이루어져야 되거든요. 우리가 그거를 하려면 평가에 포함 시키려면 인력 풀을 우리가 충분히 그것까지 참여하려면 그거를 감안해서 인력을 뽑아야 되는 거잖아요. ... (중략)... 여기는 사실 없는 살림에 그 평가를 참여하고 싶어도 인력이 없으니까 못할 점수를 깎는 거를 어쩔 수 없이 할 수밖에 없는 거죠. 그게 불이익인데. 오히려 지방병원에는 그 평가에 집어 넣는 게 오히려 나쁘죠. 예를 들면 여기도 약사, 의사만 그런 게 아니고 약사도 안 오고 간호사도 안 오고 인력이 지방은 다 부족해요. 그래서 다 부족해가지고. 그런데 평가에 넣는 건 엄청나게 큰 보상이 있어야 그게 시범 사업에 들어가고 이렇게 될 것 같아요. 상당히 부담스러운 일일 것 같아요. (IM_2)”

- 대학병원에서 실시하는 의료봉사 활동을 의료인력 파견 플랫폼과 연계하여 활용하는 의견도 제기됨. 연구 참여자들은 기존에는 의료취약지역의 강당이나 임시 장소에서 하루 진료를 제공하는 방식으로 봉사 활동을 진행해 왔는데, 플랫폼을 활용하면 전체 인력이 이동하지 않고 필요한 핵심 인력 한두 명만 파견하여 효율적으로 운영할 수 있다는 점도 설명함.

“저희도 그냥 병원에서 분기마다 한 번씩 그냥 진료를 나가긴 하는 것 같아요. 진료부 위주로. 그런 것들을 조금 확장하는 의미에서 그런 식으로도 물론 하지만 그런 것들에 대한, 그래서 이런 것들을 이용해서 좀 각 병원에서 무의촌 진료 나가는 것처럼 이런 걸 이용해서 해달라든가 이렇게 이런 식으로 접근해서도 될 것 같은 생각이 들거든요... (중략)... 그런 거를 이런 플랫폼이 있다는 것을 광고하고 이런 걸 이용해서. 그러면은 전체적으로 안 가고 거기 그 시스템을 이용해서 한두 명 중요한 사람만 파견하면 되니까 그런 걸 이용해도 될 것 같은 생각이 지금 불현듯 드네요. (IM_1)”

“기관 차원에는 이게 평가에 아까 들어가냐고 했는데 이게 뭐 이런 시스템에 참여하고 있냐, 이런 거 말고요. 이거 자체가 예를 들어 학생은 봉사점수를 적립을 하잖아요. 그런 뭔가가 있으면 기관에서 좀 어렵더라도 할 수 있는 과제 대해서는 참여를 할 수도 있을 것 같긴 해요. 어차피 하루 이틀 이렇게 사실 봉사버스가 나가고 이런 것도 있긴 있으니까. (IM_2)”

□ 국립대병원의 역량 강화 선행 필요

- 의료취약지 의사 인력 파견에 앞서 국립대병원의 역량 강화가 우선되어야 한다는 의견도 확인됨. 한 연구 참여자는 의정 사태 이후 국립대병원이 무너진 상황에서 향후 4~5년간은 시설과 인력 투자를 통해 의료진이 오고 싶고 떠나지 않는 환경을 만드는 것이 우선이며, 젊은 의료진 유입의 선순환 구조가 구축된 후에야 퇴직 교수들의 의료원 파견을 고려할 수 있다는 의견을 제시함. 국립대병원의 활성화가 낙수효과처럼 지방의료원으로 이어져 강원특별자치도 의료취약지 전체의 의료 문제 해결에 기여할 수 있다고 설명함.

“지금 국립대병원 자체의 본진도 무너지는 상황인데 의료원 지금 일단은 의정사태 터지고 그러면서 완전 국립대병원도. 원래 그래요, 의료원 힘들었죠. 힘들어서 어떻게든...(중략)... 어떻게든 의료원 어떻게 살릴 수 있는 건지 고민을 해봤는데 지금 국립대병원 자체의 본진이 무너진 상황에서 그러면은 일단은 지금 이렇게 뭔가 파견에 대해서 얘기를 하는 게 아니라 의정사태 이후에 한 5년 정도는 국립대병원 수준을 높여가지고 국립대병원은 어느 정도 사람들이 오고 싶게끔 만들어야 돼요. 국립대병원에서 일하고 싶게끔 의료진에 대한 대우를 해주고 (S_3)”

“지금 그게 아니면은 우리 국립대병원이 계속 안 좋잖아요? 그럼 퇴직하면은 국립대병원에 있어 우리 병원에 있어야 돼요. 의료원에 가서 있는게 아니라 65세에서 70세를 우리 병원에서 있어야 된다고요. (S_3)”

- 국립대병원이 수익 창출보다 공공의료 인력양성과 인력파견을 최우선 임무로 추진할 수 있도록 지원해야 한다는 의견도 확인됨. 연구 참여자들은 공공임상교수제의 원래 취지처럼 국립대병원의 교수 정원을 대폭 확대하여 지방의료원을 포함한 공공의료기관에 순환 근무하는 체계를 구축할 것을 제안함. 또한 인턴·레지던트가 수련병원으로 지정된 지방의료원에서 순환 근무할 수 있는 시스템을 마련한다면, 지방 공공의료 인력 부족 문제가 일부분 해결될 수 있다는 의견을 제시함.

“공공임상교수제 같은 경우는 사실 굉장히 좋은 아이디어고 나중에 궁극적으로는 그렇게 가야 맞아요...(중략)... 만약에 공유 플랫폼은 그런 걸로 가기 위한 징검다리는 될 수 있겠지만 솔직히 말하면 별로 성공적이지 않을 가능성이 저는 많다고 봐요. 이런 문제 해결이 안 된 상태에서는 미봉책이야. 그 돈 몇 푼 준다고 무슨 뭐 한두 번이지. 돈은요, 점점 올라가요...(중략)... 대학은 인력을 키우고 파견해 주고 그 사람들 교육 훈련시키고 그걸 1번으로 해라. (S_6)”

“저는 국립대병원, 지금 계획에서도 국립대병원 키우려고 하잖아요. 많이 커져서 거기서 파견근무를 온다든지 아니면 인턴, 레지던트가 지방의료원들이 수련병원이 돼서 각 파견을 둔다든지 하는 게 큰 해결 방안 중 하나라고 생각을 갖고 있습니다. (S_7)”

□ 의료기관 간 협력 네트워크 구축

- 일부 대학병원은 같은 재단 내 지방병원과 협력하여 고난도 수술 시 전문 교수 한 명만 파견받아도 현지 의료진이 협력하여 수술이 가능한 시스템을 구축하였으며, 갑작스러운 진료 공백 발생 시 본원에서 펠로우나 전공의를 파견받는 체계를 운영하고 있었음. 연구 참여자들은 이러한 협력이 가능한 이유가 동일한 재단에서 같은 시스템을 공유하기 때문이라고 설명함. 따라서 공공의료 인력 파견이 효과적으로 작동하기 위해서는 재단 안에서의 협력을 넘어 서로 다른 법인과 기관 간에도 유사한 협력 네트워크를 구축할 필요가 있음을 알 수 있음.

“사실 저희 기관에서도 소아심장수술 1년에 한두 케이스를 해요. 어려운 건 아니고 간단한 거긴 한데 그때는 저희가 여기 000 같은 00병원이니깐 00 소아심장 교수님이 오시고 여기 또 심장수술을 하니까 심장수술방에 들어 가는 스크럽 간호사들, 그다음에 어시스트, 우리 임상전담 간호사들 같이 해서. 거기는 그러니까는 00에서는 교수님 한 분만 와도 여기에서 수술이 가능한 시스템이 되거든요. (S_1)”

“저희 병원도 예를 들면 최근에 시술을 하는 선생님이 갑자기 다치셔 가지고 한 한 달반정도 병가 내셨거든요. 그래서 저희가 서울 00에서 사실 쪼개가지고 날짜 맞춰가지고 파견을 받기로 해가지고 공백을 메우는데. (IM_2)”

“여기도 산부인과나 류마티스내과나 이렇게 교수님들이 부족하거나 아예 없으신 과들은 같은 재단 안에서 재단 안에 산하 병원에서 한 분씩, 일주일에 한 번이든 한 달에 한 번이든 이렇게 나와서 일을 하시는데, 그건 아까 말씀드린 맥락에서 가능한 거죠. (IM_3)”

- 의료기관 간 협력을 통한 배후진료체계 구축도 파견 활성화의 필수 조건임을 확인함. 연구 참여자들은 파견 진료 중 감당하기 어려운 합병증이나 응급상황에 직면할 경우 신속하게 상급병원으로 환자를 전원할 수 있는 체계가 마련되어야 파견 의사와 환자 모두의 안전을 보장할 수 있다고 강조함. 이를 위해 파견 전 기관 간 명확한 협약을 통해 배후 진료 시스템과 환자 전원 절차를 구체적으로 정하고, 환자에게도 사전 동의를 받아 의료 분쟁을 예방해야 할 필요가 있다고 설명함.

“근데 이런 의료원에서 1차 병원에서도 어려운 게 자기네들이 커버가 안 되고 문제가 생겼을 때 감당이 안 되는 거. 그런 것들을 백업으로 3차 상급종합병원에서 쉽게 쉽게 받아주고 서로 그런 게 협약이 돼 있고 그렇게 그런 상황들을 좀 아는 의료진이 연결을 해 준다고 그러면 훨씬 이게 더 원활하게 돌아갈 것 같은데 (S_2)”

“미리 처음에 우리 병원 그러니까 이런 병원에서 하시는 분들이라면은 하기 전에 기관 대 기관으로서 뭔가 좀 그걸 맺어야 되지 않을까 생각되고. 어차피 그런 환자 생기면 춘천이든 원주든 강릉 아산이든 다 받고는 있으니까...(중략)...그러니까 뭔가 이런 일이, 꼭 그런 거를 구체적인 아니더라도 ‘어떤 합병증이 생기거나 부득이한 경우는 배후 진료로 000 이런 데로 갈 수 있다.’ 그거를 미리 동의서나 그거는 좀 있어야 될 것 같아요. (S_1)”

- 의료기관 협력 네트워크를 통한 인력 상호 교류의 중요성도 제기됨. 연구 참여자들은 3차 병원 의료진이 1-2차 병원으로 파견되는 것뿐 아니라, 1-2차 병원 의료진도 3차 병원에서 중환자 진료 경험을 쌓을 수 있는 양방향 교류의 필요성을 제안함. 이를 통해 서로의 진료 환경과 상황을 이해하고 의료진 간 네트워크를 강화할 수 있으며, 1-2차 병원 의사들의 임상 역량 향상도 기대할 수 있다고 설명함. 또한 파견된 상급병원 의료진이 지역 의료기관의 의료 인력을 대상으로 교육 및 자문

역할을 수행함으로써 지역 의료 전체의 질적 향상에 기여할 수 있다는 의견도 제시됨.

“서로 그 교류도 좀 필요한 게 이렇게 이런 상황에서 3차 병원 의료진이 1차 가는 것뿐만 아니라 이런 2차, 1차 병원도 또 3차 가서 좀 해보는 거죠. 그래서 실제로 어떤 문제들이 있는지. 서로 의료진들 간에도 이런 커뮤니케이션 안에서 직접 경험해 보는 게 좀 필요할 것 같고요. 서로 상황을 잘 모르는 경우가 많아요...(중략).. 그렇게 하면서 좀 역량을 그러면 또 강화시킬 수도 있고요. (S_2)”

“최소한 CPR이든 라인 잡는 거든 여러 가지, 프로시저, 우리가 응급상황 대비, 아니면은 앞으로 내가 여기서 수술을 해야 된다면 포스트업에 뭘 봐야 되잖아요. 그러니까 그런 거 병동 하나 지정해 놓고 이 병동에서는 내가 수술하면 나가야 되니까. 그러면 병동 간호사 대상으로 흉관 관리법, X-ray 최소한 이 정도는 좀 봐줘야 되고, 의료진이든 간호 인력이든 그런 게 필요는 하죠. 시술하려면 그런 게 확실히 필요하긴 해요. 아까도 말했지만 포스트업에 그게 같이 연동이 돼야 되는데 의사가 계속 있을 수는 없기 때문에. 그래서 그런 건 해야 된다 생각해요. (S-1)”

□ 정부의 리더십 필요

- 공공의료 인력 파견이 효과적으로 작동하기 위해서는 선의에 의존한 자발적 참여보다 정부의 강력한 제도적 개입이 필요하다는 의견도 제시됨. 연구 참여자들은 공공병원은 국가 소유이므로 금전적 인센티브보다는 정부의 적극적 개입을 통해 파견이 당연시되는 문화를 먼저 구축해야 한다고 제안함.

“정부 차원에서 해야 되고 또 병원의 퀄리티를 보는 거기 때문에 그게 과연 해당되는지 그런 의문도 있고 반발도 많을 것 같고. 그런 것들에 대한 어떤 반강제적 같은 것들이 있으면은 쉬울 것 같아요. 어디 진짜 선의에 기대서 선의에 기대서 하는 거는 저는 필요하면 하루 정도는 이렇게 가서 할 수는 있지만 어떤 그런 선의의 기대서만 한다면 실질적으로 이렇게 잘 운영될 것 같지는 않은 생각이 듭니다. (IM_1)”

“중앙에서 해야지 누가 하겠어요?... (중략).. 필요한 게 아니라 이제 해야죠. 해야 되는데 잘 될지는 의문이지만. 지금 시니어의사제니 공공임상교수제니 뭐니 수도 없이 나오는데 이게 다 실패하는 이유는 인센티브 중심이기 때문에 그래요. 돈을 얹혀 주는 거거든요. 그거 갖고는 해결이 안 돼요. 그러니까 인력 늘리고 의대 이런 교육시스템 거버넌스 문제를 건드리면서 가야지, 단순히 월급 시니어의사 월 400만원 더 준다? 필수 의사? 어렵도 없죠. (S_6)”

- 이를 위해서는 국립중앙의료원, 국립대병원, 지방의료원 등 공공병원의 거버넌스를 일원화하여 중앙정부가 필요한 지역에 의료자원을 전략적으로 배치할 수 있는 체계 구축이 필요하다는 의견도 확인됨. 한 연구 참여자의 경우 국립대병원 교수 정원을 대폭 확대하여 공공임상교수제를 통한 순환 근무 체계 구축과 중앙정부의

운영비 지원의 필요성을 언급함.

“일단은 거버넌스라는 게 지배 구조라고 만일 본다면 공공 병원은 최소한 국가가 지배 구조를 갖는 거고 그런 의미에서 보면 모든 의료원들이나 국립대병원이 사실은 한 식구가 돼야 되는 거죠. 그래서 정말 필요한 곳에 필요한 자원을 투입하는 것들을 중앙에서 결정을 해주고 만일 이쪽에 뭐가 부족하면 집중 투자를 해 줘도 이걸 어쨌든 여기 살고 있는 시민들에게 다 공평한 건강을 제공하는 걸 목표로 삼아야 되는데 현재는 그게 아닌 거죠. (S.6)”

□ 의사 개인의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 보상체계 마련 필요

- 의사 개인적 차원에서 파견 참여를 유도하기 위해서는 적절한 수준의 경제적 보상과 다양한 추가 인센티브가 복합적으로 제공되어야 함. 연구 참여자들은 경제적 보상은 단순히 근무 시간에 대한 보상을 넘어, 업무량, 리스트, 의료취약지 등을 반영해야 할 필요성이 있다고 설명함. 추가 인센티브로는 주거, 식사, 이동 지원 등 기본적 필수 지원과 그외 참여자의 니즈를 반영한 다양한 기회 제공 등이 필요함을 언급함.

“홀로, 그렇죠. 더, 더 좀, 더 힘들 수 있으니까. 다른 도와주는 인력도 적고 혼자 다 감당해야 될 것도 많고 이런 경우에는 조금 더 인센티브를 더 준다든가 이런, 그런 상황일 것 같아요. (IM_1)

“단순히 금전적인 부분뿐만 아니라 비금전적으로 그런 부분들을 좀 인정해 주고 좀 서포트해 주고 이런 것들이 많이 필요할 것 같아요. (S.2)”

- 다만 일부 참여자는 과도한 경제적 보상이 오히려 업무량 과중을 의미하여 참여를 꺼리게 할 수 있으며, 인건비가 지속적으로 상승하는 상황에서 경제적 인센티브만으로 문제를 해결하려는 접근은 바람직하지 않다는 의견도 제시하여 균형 잡힌 인센티브 설계가 필요함을 시사함.

“아까 말씀드렸듯이 한 명에 5억을 주려고 하니까 문제가 되는 거 지 3억씩 5명을 준다 그러면은 거기 딱 찼을 거예요. 그렇게 안 하려고 하니까. 근데 그만큼 진료량이 안 되니까 이렇게 못 뽑는 거고. 경영자 입장에서는. (S.3)”

- 파견 의사의 적극적인 참여를 위해서는 이들이 안정감을 가지고 진료에 집중할 수 있도록 지원하는 법적·제도적 안전망의 필요성도 제기됨. 이러한 전반적인 보호 체계에 대한 구체적 정보를 파견 요청 단계에서부터 명확하게 제공하여 파견 의사인력이 실질적으로 보호받을 수 있다는 확신을 가지게 될 때, 적극적인 참여를 유도할 수 있을 것임.

“그리고 또 부담되는 거는 가장 부담되는 거는 페이 인센티브 이런 건 아니고 의료사고가 발생했을 때 이런 법적인 그런 조치나 보호장치가 잘 돼 있는지. 그러니까 보통 그냥 잘 돼 있다고는 하지만 얘기는 들을 수 있어도 구체적으로 '이러이러한 시스템이 있어서 잘 작동을 할 것이다.' 이런 그 안정감을 좀 주시면은 좀 갈 수도 있다고 생각이 들고. 가장 겁나는 건 그거였어요. (S_5)”

- 진료팀 단위의 파견이 익숙하지 않은 장소에서 수술이나 시술을 수행해야 하는 파견의사들의 부담을 감소시키는 데 도움이 될 수 있음을 확인함. 진료팀 단위 파견의 필요성에 대해서는 진료과별로 의견의 차이가 있었는데, 수술이나 시술을 수행하는 외과계 의사의 경우 함께 근무하는 익숙한 간호사와 진료팀으로 함께 파견되는 것이 중요하다는 의견이 제시됨. 반면 내과의 경우 외래진료와 약 처방이 주된 업무라면 팀 단위 파견이 필요한 것은 아니라는 의견을 보임. 이는 진료과의 특성과 수행할 의료 행위의 유형에 따라 파견 형태를 유연하게 설계할 필요가 있음을 시사함.

“저희는 손발이 안 맞으면 되게 힘들거든요. 그래서 한 분 정도 같이 가야 하지 않나 저는 그렇게 생각해요. 혼자만 덜렁 가면 아무것도 할 수 없을 수도 있을 것 같다는 생각이 많이 들거든요... (중략)... 간호사 한 분. (S-4)”

“내과는 저 같은 경우는 약 처방만 하니까 그냥 같이 팀으로 안 가도 돼요. 안 가도 되는데 만약에 프로시저를 약간 하는 과다, 내시경을 해주고 싶다, 아니면 초음파도 해주고 싶으면 뭐 초음파 할 수 있는 의사랑 간단한 초음파 기계만 있으면 되니까 (IM-1)”

- 연구 참여자들은 파견 과정을 돕는 지원조직의 필요성도 언급함. 파견 제도의 안정적인 운영을 위해서는 플랫폼 차원의 행정 지원 전담 조직과 파견요청기관 내 적응 지원체계가 유기적으로 연계될 필요가 있음. 이를 통해 파견 의료인이 행정적 부담 없이 진료에 집중하고, 낯선 환경에 신속하게 적응할 수 있는 환경을 조성해야 함.

“연착륙할 수 있도록 잘 이렇게 적응할 수 있도록 도와주는 인력들, 특히 시니어가 가신다고 그러면 그런 부분들이 필요하지 않을까 (S_2)”

- 연구 참여자들은 초기 모범 사례를 만들어 긍정적인 경험을 확산시킴으로써 파견에 대한 부정적 인식을 개선하고 참여를 촉진할 수 있다는 의견도 제시함. 특히 지방 근무 경험이 있는 의료인력은 지방 파견에 대해 상대적으로 부정적이지 않다고 평가하며, 의료인력 양성 과정에서 지방 의료기관 파견 경험 기회를 확대할 필요가 있다고 설명함. 또한 파견의 사회적 중요성에 대한 공감대 형성과 기관장 및 상급자의 적극적인 독려도 개인의 참여 의지에 중요한 영향을 미칠 수 있다는 점을 언급함.

"그다음에 이런 게 잘될 수 있다 그러면은 이런 게 초반에 어떤 모범 사례들을 만들어서 소문을 좀 내고 이러면은 되지 않을까. 그래서 어떤 개업하는 것보다 덜 힘들고 부담도 덜하면서 환자 보는 보람도 있고 페이드 괜찮다 이러면은, 너무 아이디얼한가요? 그럼 잘될 것 같아요 (IM_1)"

"큰 이유가 된다고 생각하고. 일단 서울 쪽에 사는 분들은 지방에 내려오면 큰일 나는 줄 알거든요. 내려와 본 적이 없으니까 그런데 큰 영향을 준다고 생각해요. 그래서 대학병원들 중에도 자기네 병원이 그런 지방에 있으면은 그래도 몇 달씩 파견을 가기는 하거든요. 그런 거는 큰 영향을 준다고 생각을 해요. (S_7)"

"지금 저희 정도면은 괜찮을 것 같긴 해요. 전공의들이 돌아와 가지고. 그리고 만약에 또 위에서 독려하는 과장님이나 기관장님이 있으면은 좀 '예, 가겠습니다'하고 갈 수도 있을 것 같기는. (S_5)"

마. 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에서 필수적으로 수집해야 하는 정보

□ 의료인이 제공하는 정보

○ 연구 참여자들은 플랫폼 DB를 구성하기 위해 수집해야 하는 의료인 정보를 크게 기본정보, 전문성 및 진료역량 정보, 파견과 관련된 선호 정보, 그리고 의료인의 건강 정보 등을 제시함.

- (기본정보) 의사면허번호와 전문의번호를 포함해 자격을 확인할 수 있는 정보와, 성명·성별·나이 등의 인적 사항, 현재 소속기관과 거주지 정보 등이 포함되어야 함. 거주지는 파견 가능 거리 산정의 기준으로 활용될 수 있음.
- (전문성 및 진료역량) 진료과와 세부 전공, 수행 가능한 진료·수술·시술 내용, 진료 가능한 질환명, 전문의 근무 경력 등을 포함하여 의료인의 실제 역량을 파악할 필요가 있음
- (파견근무 관련 정보) 파견 선호 지역, 희망 근무 형태(외래·당직·반일·종일·주말 근무 등), 그리고 파견 가능 일정 등을 파악하여야 함.
- (건강 및 안전 정보) 의사의 기본 건강 상태와 예방접종 이력(B형 간염, MMR, 결핵, 백일해, 파상풍 등)을 포함하여 파견지 근무 시 감염관리와 안전을 확보하기 위한 필수 항목으로 수집될 필요가 있음.
- 이와 같이 구성된 의료인 정보는 단순한 인력 목록이 아니라 각 의사의 전문성, 근무 가능 조건, 지역적합도, 안전성까지 파악해 신속한 매칭을 가능하게 하는 기반이 될 수 있음.

"일단은 의사 관련된 거 의사면허번호라든지 전문의번호 당연히 있어야 되고, 진료가 어떤 게 가능한지, 보통 본인이 걱정하는 어떤 수술, 그러니까 그쪽 병원에 다른 병원에 가더라도 내가 할 수 있는 진료들, 그런 진료 정보, 진료 내용, 그다음에 가능한 수술이나 시술명, 일단은 그런 게 제일

필요하지 않을까요? 그걸 보고 아마 그쪽 병원에서 매칭을 할 때 그런 거를 이용해서 000 수술인데 이송이 당장 어렵거나 그런 거 이제 그러면은 어레인지 해가지고 다음 주로 수술 잡는다는지 그런 식이니까. 수술 가능한 수술이면 가능한 아니면 내가 볼 수 있는 질환명, 진료명, 그다음에 개인 정보 중에서는 당연히 이름, 성별, 나이 그거랑 면허번호 그런 거 관련해서 정도면 되지 않을까요? ... (중략)... 내가 어디 지역까지는 가능하다고. 고성 그러면 많이 안 갈 것 같기는 한데. 여기서는 그렇게... (중략)...그래서 하루 가능한지 그다음에 주말, 토요일 근무 가능한지, 그런 것도 관찰을 것 같은데요. (S_1)”

“그다음에 건강 상태하고 백신접종, 저희가 의료기관에 파견, 여기 파견 올 때 무조건 예방접종했는지 이런 거 확인하거든요. 리스크에 따라서 MMR을 맞았는지 이런 것들, 그다음에 X-ray 찍어 갖고 지금 결핵이 있냐 없냐, 그러니까 Active한 TB가 있냐 없냐 이런 거 확인하고요. 그다음에 예방접종은 B형 간염 그다음에 MMR 그다음에 리스크에 따라서는 뭐 테타누스나 아니면 소아병동이나 이런 데는 백일해 예방접종까지 포함하니까 그런 것들 저희가 다 보거든요. 그래서 그런 게 있어야 될 것 같아요. 그거 없으면 맞고 와야 되고. 근데 의료기관에 큰 데서 근무하는 데는 기본적으로 하긴 하는데 그거, 내가 소속된 데가 없으면 없을 수 있고. 그다음에 아까 X-ray하고 잠복결핵검사 이런 거는 원래 한 번 이상은 하고 리스크가 있는 사람들은 매년 하게 돼 있어서 내가 진료를 보는 과에 따라서 언제 했냐, 이런 것도 필요할 것 같아요 (IM_2)”

□ 파견요청기관이 제공하는 정보

○ 연구 참여자들은 플랫폼 DB를 구성하기 위해 수집해야 하는 파견요청기관의 정보를 크게 기관 기본정보 및 파견 요청 분야, 환자군 및 질환군 정보, 지원 인력 및 가용 자원, 근무 조건 및 보상, 지원 및 안전보장 시스템 등으로 제시함. 이러한 정보는 제공 시점에 따라 초기 단계(승낙 전)와 매칭 후로 구분하여 제공되어야 하며, 특히 내과계와 외과계 등 진료과의 특성에 따라 필요한 정보의 범위와 구체성에 차이가 있음을 강조함.

- (기관 기본정보와 파견 요청 분야) 병원의 규모와 위치, ICU 운영 여부, 수술 가능 여부 등 기관의 의료 제공 역량을 파악할 수 있는 정보가 포함되어야 함. 파견 요청 진료과와 분야를 명시하여 필요한 전문 분야의 의료인이 매칭될 수 있도록 하고, 개설된 진료과와 업무 범위를 통해 해당 기관의 진료 수준을 파악할 수 있어야 함.

“입원이 필요하면 입원을 할 수 있는 건지 이런 게 중요하죠. 그런 정보를 주면 아까 ICU, 내가 중환자실, 중환자실 거기서 운영이 되고 있는지 이런 것들 정보가 꼭 필요하긴 해요. ‘그래야 내가 어느 정도 진료를 볼 수 있겠구나’ 이게 감이 아마 올 수 있을 거 같아요. (IM_2)”

- (환자군 및 질환군 정보) 초기 단계에서 주요 환자군의 연령대와 특성(예: 만성질환자), 흔히 진료하는 질환(고혈압, 당뇨, 요통 등)과 같은 비식별 정보가 포함됨. 외과의 경우 주로

시행하는 수술 종류를 명시하여 파견 의료인이 자신이 기여할 수 있는 영역을 판단할 수 있도록 해야 함. 수술이 예정된 경우에는 매칭이 확정된 후 상세한 환자 정보가 제공되어야 함. 환자의 구체적인 과거력, 복용 약물, Lab 결과, EKG, Chest X-ray 등 상세 검사 결과를 포함하여 파견 의사가 사전에 충분히 준비할 수 있도록 함.

“일단 환자 정보죠. 수술할 환자 정보...(중략)... 랩 결과 그리고 그 외에 만약에, 그렇죠. 기본적으로 그게 있어야 되고 EKG 정보가 있어야 되고. 그래서 EKG 정보가 조금 이상하면 추후 검사들이 쪽 쪽 더 진행이 돼야 되는 건데 다들 괜찮다는 가정하에, 가정하에 일단 기본적으로 과거력, 먹는 약, 그 다음에 그런 기본적인 랩과 EKG, Chest X-ray 이렇게. 아마 다들 아마 그 정도는 하니까 다 있을 거고. 그러면은 그 정보는 있어야 될 것 같아요. (S_4)”

- (지원인력 및 가용 자원) 진료과 특성에 따라 의사를 지원하는 인력의 범위와 역할에 대한 정보가 포함되어야 함. 특히 수술이나 응급실에 파견되는 경우에는 구체적인 인력 구성과 업무 분담 체계에 대한 정보가 필수적임. 의료 장비 및 시설은 초기 단계에서 기본적인 보유 현황을 제공하되, 매칭 후에는 수술 관련 장비의 구체적 사양을 상세히 제공해야 함. 특히 약품 정보는 기관마다 구비된 약품이 다르므로, 진료 범위에 해당하는 구체적인 약품 목록 정보를 매칭 후 제공해야 함.

“병원별로 구비된 약품이 뭔지 그런 정보가 굉장히 중요할 것 같고, 수술하는 과의 경우에는 더 좀 복잡할 수 있을 것 같아요... (중략)... 그래도 수락한 다음에 공유하는 것보다는 수락 전에... (중략)... 대략이라도 알 수 있으면. 이게 저희 만약에 5개 의료원으로 파견을 간다 그러면 의료원들이 장비가 나쁘진 않거든요. 근데 그럴 일은 없겠지만 민간 병원에 만약에 가게 된다. 그러면 거기는 굉장히 열악한 경우가 많거든요. 그래서 그럴 때는 좀 장비를 잘 봐야 된다는 거. 한 40년 전 장비를 쓴다든지 그런 경우도 있어 가지고. 되게 기상천외한 장비들이 많아 가지고 (S_7)”

“과마다 특성이 다르니까 저희 응급실은 저희는 많이 이렇게 팀으로 돌아가는, 의사 혼자서 하는 게 아니고 간호사, 응급구조사, 이송원들이랑 이런 인력들. 그래서 인력 정보, 인력 정보가 충분 필요하겠고, 일을 했을 때 나를 서포트해 줄 수 있는 분이 얼마나 될 것인가. 그리고 갔을 때 그런 서포트가 잘 안된다고 그러면 내가 어디까지 해야 되는가(S_2)”

- (근무 조건 및 보상) 파견 기간(하루 또는 며칠), 근무 형태, 보수 및 수당 체계, 당직 및 초과근무 인정 방식 등이 명시되어야 함. 또한 숙박 및 식사 제공 여부, 접근성, 이동 수단 제공 등 실질적인 근무 환경 정보도 제공되어야 함.

“그러니까 어느 정도 필요한지 날짜랑 이렇게 하고 그다음에 어떻게 컴퍼지테이션 해줄 건지랑. 그러니까 보수나 이런 거랑. 그런 거 정도만 해주면 되지 않을까요. 가서 환자군이 어떤 건지, 대중이 이런 이런 환자에 대해서 한나라든가. 가서 할 일. (IM_1)”

- (지원 및 안전보장) 의료사고·분쟁 발생 시의 대응 절차, 기관의 법적 보호장치, 보험 가입 여부 등의 정보를 파견요청기관에서 사전에 제공하는 것을 필요로 함.

“그런 보험 가입 여부나 그런 부분이요? 대부분 다 미리 알기를 원할 것 같은데. (S_7)”

- 이와 같이 구성된 의료기관 정보는 단순한 파견 요청이 아니라 각 기관의 의료 역량, 지원 체계, 근무 조건, 법적 보호장치까지 구체적으로 공개하여 의료인이 충분한 정보를 바탕으로 파견 승낙 여부를 결정하고 사전 준비를 할 수 있게 하는 기반이 되어야 함.

바. 플랫폼 참여 활성화를 위한 금전적 인센티브 제공

- 의사의 참여를 유도하기 위해서는 적절한 수준의 금전적 인센티브 제공이 필요함. 연구 참여자들은 1일 파견에 대한 경제적 보상 범위를 제시하면서, 업무 특성, 근무 강도, 의료취약지의 구조적 특성 등을 종합적으로 고려한 차등 보상 체계가 필요하다고 강조함.

□ 금전적 보상 범위

- 연구 참여자들은 1일(8시간 기준) 파견에 대한 경제적 보상으로 최소 50만원에서 최대 200만원의 범위를 제시하였으며, 가장 일반적으로는 100만원 내외 수준이 적절하다고 언급함. 한편, 일부 연구 참여자들은 실제 의료현장에서의 파견 단가와 근무 여건을 고려할 때, 종합병원소속 의료인 파견의 경우에는 통상적인 임금 수준보다 높은 수준의 보상이 필요하다는 의견을 제시하기도 함.

“1일에 한 30에서 50 사이 정도. 업무량에 따라 다르죠. 30에서 100만원까지도 잡았는데. 그건 제가 잘 모르겠어요... (중략)... 저희가 어디 수술 가거나 그러면은 보통 한 저 정도 했던 것 같은데 그거는 수술 한 건당 그런 식인데. 보통 수술 하나당 한 두세 시간 정도 걸리기는 하는데 사실 그게 다기는 해서요. (S_1)”

“1일 8시간 기준으로 말씀을 하셨는데. 강원도 상급병원, 그러니까 저희는 저희 과에서만 이렇게 국한해서 말씀드리면... (중략) 8시간을 하면 사실 240인데... (중략)... 미니멈 200. (S_2)”

“자기가 받는 일에 5배 정도 돼야겠죠. 자기가 받는 일에, 그 사람의 일하는 거에 1일에 한 5배 정도 돼야겠죠. 그러니까 그 정도로 생각을 해야 될 것 같은데. (S_3)”

“그래서 보통은 외부에서 다른 병원에 만약에 마취를 간다 그러면 지금 아마 시급이 1시간에 한 35만원인 걸로 제가 알고 있거든요. 첫 번째 첫 시간이 35만원, 2시간이 되면 거기서 뭐 15만원인가 더해지는 그런 시스템인 걸로 알고 있어요. 그런데 그거보다는 더 받아야 할 것 같다. 그리고 일단 삼척이나 이런 데는 왔다 갔다 하는 교통비도 많이 들잖아요. 그러니까 일단 거기에 기본적으로 거 마비가 50만원에 그다음에 4시간을 일을 한다면 그중에 거기에 한 80은 더 받아서 한 130은 받아야 할 것 같다. (S_4)”

□ 업무량을 반영한 파견 보수 수준 산정

- 단, 연구 참여자들은 파견 금액을 결정할 때 업무 특성과 부담을 고려해야 할 필요성을 제기함. 업무 특성(외래/수술/당직), 근무 강도, 리스크 수준에 따라 차등 적용되어야 함을 언급함. 특히 수술이나 고위험 시술이 포함되거나, 당직이 필요한 경우에는 더 높은 보상이 필요하다는 의견을 보임.

“이게 저는 예를 들면 제 입장에서는 그냥 진료, 그러니까 외래 진료하고 아니면 컨설팅 보고 이런 거만 하나, 아니면 입원 환자를 봐야 되냐, 그다음에 내가 수술을 하나, 시술을 하나, 이거에 따라서. 그다음에 당직을 서야 되냐, 이거에 따라서 엄청 달라질 것 같아요. (IM_2)”

“제가 아까처럼 말씀드렸지만 제가 혼자서 두 방(수술실)을, 선생님들을 데리고 두 방을 본다고 했잖아요. 근데 만약에 거기 가서 그렇게까지는 아마 힘들 건데, 그렇게 되면 아마 건담으로 받아야겠죠. 그렇지 않겠어요? 내가 나가서 굳이 한 방 봐도 똑같고 시급 이 두 방 봐도 똑같으면 나는 한 방을 보려고 하죠. 왜냐하면 두 방을 보면 그만큼 책임질 일이 많아지는 거니까. (S_4)”

□ 의료취약지를 고려한 파견 보수 수준 산정

- 의료취약지의 특성상 이동시간이 오래 걸린다는 점뿐만 아니라, 주변 의료자원 및 상급병원 연계 체계가 부족하여 응급상황 발생 시 파견의사에게 부과되는 의료적 리스크가 높다는 점도 보상에 반영되어야 한다는 의견이 제시됨.

“그거는 해드려야죠. 예. 왜냐하면 가는 데 품이 일단 들으니까. 1시간, 2시간 강원도는 두세 시간까지 걸릴 수 있으니까 왔다 갔다 하면 벌써. 그리고 거기서 지내야 되는지, 만약에 출퇴근이 가능한지 이런 것도 요인이 될 것 같은데요 (IM_3)”

“주변에 의료인이라든지 그런 데가 없어서 혹시라도 문제가 생겼을 때 만약에 제가 작은 병원에 있는데 중환자실이 없는 병원으로 갔는데 만약에 문제가 생겼을 때는 상급병원으로 썩어야 되잖아요. 근데 더 취약지면은 더 멀 거 아니에요. 그러니까 그런 부담이 좀 있을 것 같아요. 주변에 의료 시설이 없다는 거. 취약지라서. 그래서 조금 더 인센티브가 있었으면 좋겠다 (S_5)”

□ 진료 성과에 따라 보상을 연동하는 성과연동제의 적용

- 성과에 따른 보상에 관해서는 연구 참여자 간 의견의 차이를 보이므로 신중한 접근이 요구됨. 성과연동제에 긍정적인 의견을 보이는 참여자는 정액제보다 진료량 연동방식을 선호하며, 적극적으로 진료를 수행할 동기를 부여할 수 있다고 평가함.

“그리고 정액제 보상 방식과 진료량 연동. 근데 우리나라에서는 당연히 진료량 연동방식을 더 선

호하게 되고. 그렇게 해서 인센이 생겼을 때 파견한 사람도 그렇고 현지 병원 에서도 그렇고 더 진료를 적극적으로 보게 될 것이다(S_2)”

- 반면, 성과연동제에 부정적인 의견을 보이는 참여자는 파견의 경우 개인의 노력에 따라 성과가 나타나는 것이 아니므로 보상의 차이를 두는 것은 바람직하지 않다고 평가함. 대신 이동 거리, 이동시간, 지역의 격오지 정도 등 객관적이고 구조적인 조건에 따른 차등은 모든 진료과에서 수용 가능하며 합리적이라는 의견이 제시됨.

“성과에 있어서 저는 개인적으로는 반대인데. 왜냐하면 그 성과가 개인의 노력에 의해서 되는 경우가 흔치는 않잖아요. 이게 이렇게 하루 가서 파견해서 하는 건데. 장기적으로 환자를 열심히 보고 그러면 소문 나가지고 이렇게 할 수 있는데, 하루 이틀 가서 환자 보는 게 자기의 어떤 능력과 그거대로 환자를 더 많이 보거나 그런 건 아니니까. 수술이나 이런 건 좀 다를 수 있어도 내과 쪽에 있어서는 그런 성과를 기준으로 하는 거는 조금. (IM_1)”

“차라리 차등을 두면 얼마나 머냐, 여기서 이동 거리나 이동 시간이나 이런 거를. 그리고 더 도시 지역인가 아니면 더 격오지로 들어가는지 그런 거에서 더 차등을 두는 거는 일단. 그거는 어느 과든 모든 선생님들이 다 불만은 없을 거라고 생각이 되고요. (IM_3)”

- 하지만 연구 참여자에 따라서는 단기파견은 성과의 변화가 어렵지만, 정기파견은 개인의 노력으로 인한 성과 차이가 나타날 수 있으므로 정기파견은 성과 반영이 필요할 수 있다는 의견도 있으므로, 신중한 고려가 필요함.

“이게 단기간은 단기 그러니까 단기를 얼마나 할지 모르지만 단기 모델은 사실 정액제가 적당할 것 같고요. 왜냐하면 내가 성과를 열심히 노력해서 내기가 사실은 어렵거든요. 근데 장기 1년 이상으로 본다면 내가 적응해가지고 충분히 성과를 낼 수 있는 거니까 그거는, 그거는 플러스 그러니까 기본급에다가 내가 성과를 내는 만큼 더 가져갈 수 있게 하면. 예를 들면 충분히 수술을 많이 할 수 있거나 아니면 시술을 많이 할 수 있는 선생님, 검사, 내시경이나 기관지 내시경이나 이런 걸 할 수 있는 선생님들은 그런 걸 더 선호할 것 같아요. (IM_2)”

사. 플랫폼 참여 활성화를 위한 추가 인센티브 제공

- 연구 참여자들은 파견에 대한 인건비 제공 외에도 다양한 추가 인센티브를 제공해야 파견 참여 동기를 높이고 만족도를 향상시킬 수 있다고 설명함. 추가 인센티브는 크게 기본적 필수지원, 전문성 개발 및 네트워킹 지원, 연수 크레딧 및 개인 평가 실적 반영, 지역 특성을 활용한 휴가 기회 제공으로 구분됨.

□ 기본적인 필수지원

- 연구 참여자들은 주거공간, 식사, 이동수단 제공을 파견 시 기본적으로 고려해야 할 필수 지원 요소로 제시함. 이는 교통비, 숙박비, 식비 등의 경제적 보상 형태로 제공될 수 있으며, 이러한 배려가 파견의사에게 존중받는다는 심리적 보상을 제공할 수 있다고 평가함. 특히 파견을 위한 이동 지원이 충분하지 않으면 파견의사의 피로도가 증가하여 진료의 질이 저하될 수 있다는 점을 강조함. 주거 공간 제공 시 주거의 질도 파견 만족도에 영향을 미치는 중요한 요소로 언급됨. 장기 파견의 경우는 가족 동반 가능 여부, 교육환경, 주거 형태, 주거 환경의 청결도와 편의성 등이 파견 결정에 영향을 미칠 수 있다고 설명함.

“그 정도면은 그냥. 그런 느낌 있잖아요. ‘어디 거기를 갔는데 잘 해주고 대접받는 느낌이 있다.’ 그러니까 그 비금전적인 면에 있어서 ‘숙소도 깨끗하고 음식도 맛있었어’ 이러면은 또 가고 싶겠죠 (IM.1).”

“그런 지원이 있어야죠. 일단 그게 기본적으로 돼야죠. 기본적으로. 그러니까 뭔가 갔을 때 자기가 힘들어서 가면은 일은. 2시간 동안 가면은 일을 할 수가 없어요. 일을 잘할 수가 없고, 갔다 와서 그러면 2시간 일하고 그다음 날 더 일을 잘할 수 없어. 우리 병원 그러니까 파견 보내는 병원도 손해고 파견받는 병원도 결코 좋지 않습니다. (S.3)”

□ 전문성 개발 및 네트워킹 지원

- 일부 연구 참여자들은 파견 진료에 참여하는 의사에게 학회 참석과 연구 활동 지원, 의료취약지 관련 네트워크 구축 등의 지원이 필요하다고 제안함. 파견이 단순히 일회성 의료 지원에 그치는 것이 아니라 파견 참여 의사의 전문성 및 장기적 경력 개발에 도움이 되어야 지속 가능한 파견 참여를 유도할 수 있다고 강조함.

“의료진 네트워크를 한다고 그러면 이게 참여한 의료진 간의 네트워킹 프로그램이 좀 있으면 좋을 것 같고...(중략)... 그리고 이런 부분까지 보장하기는 좀 어렵지 않을까 하는데 학회 참석이나 연구 활동. 그래서 의료진 네트워크 이렇게 만들어지면 이런 부분에 대한 또 의료진 그래서 저는 그냥 개인적으로 좀 생각해 봤는데, 의료 취약지 학회 이런 거. 지역 필수의료 관심자 모임 이런 거. 그런 거를 좀 만들어서 (S.2)”

□ 연수 크레딧과 개인 평가 실적으로 반영

- 일부 연구 참여자들은 파견 참여를 연수 크레딧으로 인정하거나 개인 평가 실적에

반영하는 방법이 파견 참여를 촉진할 수 있는 효과적인 인센티브가 될 수 있다고 제안함.

“크레딧으로 평점을 이런 걸 좀 채워주면 좋지 않을까. 의사들 결국 평점 채워야 되는데. 학회 다니면서. 그래서 평점을 좀 채워주면 훨씬 더 적극적으로 하지 않을까 싶고 (S_2).”

“개인으로도 아까 좀 생각한 게 그런 업적에 좀 반영해 주거나 그런 게 있으면 또 활발히 참여할 것 같거든요. 사람들이. 개인적으로. 그런 평가에 반영해 주면 되게 그래도 참여도가 좀 올라갈 것 같은데. (S_5)”

□ 지역 특성을 활용한 휴가 기회 제공

- 일부 연구 참여자는 휴가 기간 중 일정 시간 파견 진료를 수행하거나, 파견 시 지역의 레저 활동(골프, 서핑, 스쿠버 등) 기회를 제공하는 것이 특정 의료인, 특히 젊은 의료인에게 유인책이 될 수 있다고 언급함. 다만, 이는 이상적인 아이디어일 뿐 현실적으로 실현 가능한지에 대한 신중한 검토가 필요하다는 부정적인 의견도 있으므로, 정책 실현 가능성과 공공성 측면에서 신중한 접근이 필요함.

“그럴 때 가족과 함께 이쪽에서 수도권에 있는 의료인들을 이렇게 불러 왔을 때 그 사람들이 미리 호텔 예약하듯이 미리 이런 연휴 시즌이나 추석도 엄청 길잖아요. 이럴 때 내가 하루 이틀 정도는 가서 어떤 진료를 볼 수가 있다. 그러면 와서 휴가비 벌어 가는 거죠. 그래서 이렇게 좀 보충을 하고 그런 정도는 될 것 같은데 (S_2).”

“그쪽에 가까우니까는 그거 몇 시까지 하고 오전 진료하고 오후에 가서 레저한다든가 이렇게 하는 것도 유인책이 될 수 있을 것 같긴 한데요. 근데 그냥 아이디얼하게 그런 거지 현실적으로는 해봐야지 될 것 같아요. (IM_1)”

아. 플랫폼 참여 활성화를 위한 법적 보호장치 제공

- 플랫폼 참여 활성화를 위해서는 다층적인 법적·제도적 보호장치 마련이 필수적임. 연구 참여자들은 타 기관 의료행위에 대한 법적 제한 완화, 파견 의료행위에 대한 법적 보호 체계 구축, 파견요청기관의 책임 강화, 파견의사를 지원하는 전담 인력 배치, 그리고 이러한 보호장치에 대한 구체적 정보 제공의 필요성을 제안함.

□ 타기관 의료행위 법적 제한 완화

- 연구 참여자들은 파견이 활성화되기 위해서는 우선적으로 현 소속기관이 아닌 다른

소속기관에서 의료행위를 수행하는 것에 대한 법적 제한을 완화해야 한다는 제도적인 변화가 선행되어야 함을 지적함.

“우리가 아직 법적으로는 한 기관에 의사 면허 하나밖에 등록이 안 되잖아요. 그러니까 ‘이거에 대한 좀 뭔가 법적인 테두리가 좀 완화돼야 되지 않을까’ 생각이 되고요. (S_1)”

“제도적으로 우선 돼야 되지 않을까요. 병원이 그 소속기관에서만 일할 수밖에 없는데 그게 먼저 풀려야 그래서 다른 데 가서, (S_2)”

□ 파견 중 의료사고에 대한 안전망 필요

- 파견은 익숙하지 않은 곳에서 리스크를 감수하고 의료행위를 수행하므로 의료사고에 대한 법적 분쟁, 배상 문제에 대한 안전망 구축의 필요성이 제기됨. 이를 위해 연구 참여자들은 전문 보험 가입, 의료분쟁조정위원회 운영, 법률상담 지원, 사전협약 체결 등 구체적인 보호장치가 필요하다고 제안함. 파견의사의 적극적인 진료를 수행하기 위해서는 구체적 법적 안전망을 마련하는 것이 가장 중요한 요소라고 설명함.

“또 어떤 제도적 장치가 마련된다면 단기파견 의료기관에서 근무 할 수 있을까. 결국 법적인 문제 인데요. 전문보험이나 법률상담, 분쟁조정위원회 운영 그리고 대응 매뉴얼, 그리고 전원 문제 됐을 때 어떤 면책조항 같은 게 필요할 수 있겠다. (S_2)”

“일단 법적인 게 제일 중요할 것 같아요. 배상 문제나 그런 거를. 그러니까 단순 외래진료는 크게 문제없는데 어떤 시술하는 데 있어서는 그런 분쟁에 대해서 배상금 문제, 의료분쟁조정위원회 그 다음에 배후 진료 관련해서 이게 신속히 갈 수 있게끔 이런 거에 대해서 좀 미리 사전협약 그런 게 필요할 것 같아요 (S_1)”

“대부분 다 병원에서 책임을 지죠. 책임을 지고. 그러니까 약간 믿고 산부인과에서 애도 받고 리스크를 감당하는 거죠. 근데 그런 게 없다, 그러면은 진짜. 리스크가 내가 일한 거에 대한 리스크가나 한테 있다, 그러면 왜 수술해요? (S_3)”

□ 파견요청기관의 책임 강화

- 파견 의료행위 관련 책임 분담 방안에 대한 의견도 확인됨. 연구 참여자들은 의료인의 과실은 개인의 책임 영역이지만, 시설 장비 부족, 정보 부족, 배후 진료과 기능 부족, 전원 지연 등의 시스템적 문제는 파견요청기관이 책임을 분담해야 한다고 설명함. 한편, 파견 의료행위는 대부분 외래 또는 경미한 수술에 한정되며 법적 보호가 필요한 고난도 수술은 파견 범위를 벗어난다는 전제하에, 파견의사에게는

파견요청기관의 소속 의료인과 동등한 수준의 법적 보호가 제공되어야 한다는 의견도 제시됨.

“그래도 좀 그 지역에 의료에 좀 뭔가 도움이 될 수 있는, 환자들한테 뭔가 굳이 멀리 안 가도 치료를 잘 받게 하고 그러려면은 리스크가 생길 수밖에 없고, 수술을 하면은 100명 중에 한 명 정도 뭔가 문제가 생길 수 있는 게 수술이 대부분이고. 그런 사람들이 일을 하게 만들려면 결국에는 파견하는 병원이 모든 거를. 지금 우리 병원에서 뭔가 의료 분쟁이 있으면 우리 병원 이 다 책임져져요. 대부분. 대부분 다 병원에서 책임을 지죠. (S_3)”

“파견 의료인의 책임 범위는 일반적인 의료과실. 너무 턱없이 문제되는 건 의료인이 책임지는데 어떤 시설장비 부족이나 정보 부족, 배후 진료과 기능 부족이나 전원 자연으로 인한 문제는 플랫폼이 나 파견요청기관에서 분담해야 된다. (S_2)”

“그 시스템이 여기 병원에서 환자를 보다가 생기나 거기서 생기나 똑같은 거니까 특별하게 더 생각하지는 않아도 될 거 같아요. 그리고 그렇게 할 만한 어떤 환자한테 그런 치료를 하거나 이런 것들은 사실 지금 생각하는 세팅에서 발생할 것 같지는 않아요. 뭔가 크게 뭔가 수술을 하거나 아니면은 약을 결정적인 약을 잘못 처방해서 문제가 생기거나 이런 경우인데 그런 상황은 아닐 것 같아서요. (IM_1)”

“책임 명확히 하고. 그게 제일 중요할 것 같아요. 그런 문제가 발생했을 때 그거를 해결할 수 있는 어떤 그런 거, 그다음에 책임져 줄 수 있는 이런 것도 되게 중요할 것 같아요. 파견 나간 그쪽 기관에서. (S_8)”

□ 파견의사 지원 전담인력 배치

- 파견요청기관에서 의사를 지원하는 전담 인력 배치의 필요성도 제시됨. 연구 참여자들은 송사 담당 직원, 민원 처리 부서 등 행정적 지원체계가 구축되어 있어야, 파견요청기관 소속 의사와 같이 파견의사도 안정적으로 의료행위를 수행할 수 있을 것이라는 의견의 제시함.

“예를 들면, 우리 병원을 예를 들면 송사를 담당하는 사람이 있고 불친절을 이렇게 환자가 난동을 부리거나 아니면 불친절하다고 꼭 뭔가 민원을 넣으면 처리하는 부서가 따로 있거든요. ...(중략)... 의사가 해야 되는 것들은 하지만 그 과정을 진행하는 거는 그 직원이 따로 있어 가지고 하니까 그런 것들이 도움을 줘야지 되지 않을까요? 예를 들면 그냥 개원 병원처럼 혼자서 다 처리해야 된다거나 이러면 그러면 아마 안 할 것 같아요. (IM_2)”

□ 파견요청시 법적 보호에 대한 구체적인 정보 제공

- 법적 보호 시스템에 대한 구체적이고 명확한 정보 제공이 파견 참여 결정에 중요한

영향을 미치는 것으로 나타남. 파견 요청 시 보험 가입 여부, 법률 지원체계, 분쟁 발생 시 처리 절차 등에 대한 정보를 상세히 제공할 필요가 있음. 참여자들은 이러한 정보가 일반적으로 충분히 논의되지 않는 경향이 있어, 계약서에 명시하고 반복적으로 설명하는 것이 중요하다고 지적함.

"더 많다가보다는 잘 명시를 해주면 좋을 것 같은데, 그러니까 우리에게 이리이러한 법적 보호장치가 있기 때문에 충분히 설명해 주고 계약서나 이런 것들이 있다면 거기에도 명시를 잘 해주시고, 사실 보통 그런 거 얘기 잘 안 하잖아요. (S_5)"

"그런 보험 가입 여부나 그런 부분이요?... (중략)... 대부분 다 미리 알기를 원할 것 같은데... (S_7)"

자. 플랫폼 참여 활성화를 위한 행정지원조직 마련

□ 파견 의료인력이 진료에만 집중할 수 있는 환경을 조성하기 위해서는 체계적인 행정 지원조직 마련이 필수적임. 연구 참여자들은 플랫폼 차원의 전담 지원조직과 파견요청기관 내 적응 지원체계가 함께 작동해야 파견 제도가 안정적으로 운영될 수 있다고 강조함.

□ 플랫폼 차원의 전담 지원조직 마련

○ 연구 참여자들은 파견의사가 파견 전후 또는 파견 도중에 행정적 지원을 받을 수 있는 전담조직의 필요성을 제시함. 파견의사가 진료에만 집중할 수 있도록 행정적 부담을 덜어주고, 파견 과정에서 발생하는 문제를 파견요청기관과 직접 조율하는 대신 플랫폼의 지원조직을 통해 중재하고 해결할 수 있는 체계가 필요하다는 의견을 제시함.

"그렇게 그게 잘 되면 좋을 것 같아요. 따로 그게 활성화돼서 잘 돌아간다면. 예를 들면 내가 어떤 파견을 갔는데 어떤 문제가 생겼는데 병원하고 직접적으로 조율이 안 된다면. 사실 병원하고 직접적으로 조율할 필요 없이 여기 통해서 하고 이렇게 한다면 좋을 것 같아요. 예를 들면 내가 그냥 진료 볼 때 뭐가 필요해서 그냥 간단히 이야기하는 문제가 아니고 그런 것들은 그런 조직을 통해서 하는 게 그러면 엄청 활성화가 잘 돼야 될 것 같아요. (IM_2)"

□ 파견요청기관의 지원인력 배치

○ 파견요청기관 내에서도 파견 의료인의 초기 적응을 돕는 지원조직 마련이 중요한 것으로 나타남. 특히 파견의료기관의 진료시스템, 행정절차, 시설 환경 등에 대한

오리엔테이션과 지속적인 지원이 필요하며, 시니어 의료인의 경우 이러한 적응 지원이 더욱 필수적이라고 강조함.

”연착륙할 수 있도록 잘 이렇게 적응할 수 있도록 도와주는 인력들, 특히 시니어가 가신다고 그러면 그런 부분들이 필요하지 않을까...(중략)... 글썸요. 가장 큰 거는 행정적인 부분들. 행정적인 거를 좀 신경을 안 쓰게 편하게 도와주시면 좋을 것 같고. 진료에서도 서로 결국은 그 진료시스템을 알고 이해를 해야 되는데, 그러면 받는 입장에서 그 부분에 대한 그쪽의 어떤 병원 행정이나 진료시스템 총무과라든가 이런 데서 운영하시는 분들이 그거를 적극적으로 이렇게 잘 적응할 수 있도록 도와줄 수 있는... (S_2)”

제 5 장

결론 및 제언

제1절. 주요 연구 결과 고찰

제2절. 제언

제3절. 결론

제 5 장

결론 및 제언

| 제1절 | 주요 연구 결과 고찰

- 본 연구는 선행 연구인 「강원특별자치도 도입에 따른 개방병원제도 개선방안 연구」에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 성공적인 운영과 정착을 위한 현장 중심의 실무적 제언을 도출하고자 하는 목적으로 진행된 연구임.
- 이를 위해 본 연구에서는 선행연구에서 검토한 2007년부터 실시하고 있는 개방병원 제도를 비롯하여 변화하는 정책적 환경을 플랫폼 모델에 반영하기 위해 최근 추진되고 있는 대단위 정부 정책에 대해 살펴보고, 국내·외에서 실시하고 있는 대진의 제도를 포함한 의사인력 파견 사례에 대해 분석한 뒤, 강원특별자치도 내 전문의 인력을 대상으로 인터뷰를 실시하였음.
- 강원특별자치도 내 전문의 인력 대상 인터뷰 결과, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 주요 파견 모형에 대해서 긍정적 인식과 부정적 인식이 공존하였는데, 특히 부정적 인식의 경우에는 모델 자체에 대한 실현 가능성과 강원특별자치도 내 의료기관 접근성이 상대적으로 양호하다는 인식에 따른 파견진료에 대한 효율성 차원의 의문이 주된 요인으로 나타남.
- 이러한 부정적 인식은 실제 강원특별자치도 내 고속철도 및 고속도로 등 사회간접자본의 확충에 따라 개선된 교통 환경에서 기인한 것으로 볼 수 있으나, 이러한 인식과는 달리 실제 산간지역이 많은 강원특별자치도의 지리적 특성으로 인해 대도시권을 제외한 중소도시 및 농촌지역은 여전히 물리적 접근성이 열악할 뿐만 아니라, 자치도 내 의료기관의 응급의학과, 산부인과, 소아청소년과, 흉부외과 등을 비롯한 필수 전문 분야 의료인력 확보 어려움으로 인해 기능적 접근성 또한 열악한 실정임.

- 강원특별자치도의 도서산간 비율은 진료권에 따라 최소 26.7%(동해권), 최대 96.2%(영월권)에 이를 정도로 다른 지역에 비해 산간지역이 많은 지리적 특성을 보유하고 있음.
- 이러한 문제를 해결하기 위해 강원특별자치도는 서울-양양고속도로 개통 및 경춘선 ITX, 강릉선 KTX 등 광역 교통망 개선을 실시하여 주요 대도시 간의 접근성이 다소 개선된 것은 사실이나, 중소도시 간 교통망은 여전히 열악한 실정임. 이를 해소하기 위해 자치도 내 주요 대도시인 춘천, 원주, 강릉과 군지역을 연결하는 고속도로 및 철도망을 연결하고 있으나 완공 및 개통되기까지 상당한 시일이 소요될 예정임(한국은행강원본부, 2021).
- 이러한 교통의 어려움으로 인해 강원특별자치도 내 의료접근성은 전국적으로도 열악한 수준일 뿐만 아니라, 자치도 내 중진료권 간에도 의료서비스 접근성의 격차가 상당히 크게 나타나고 있는 실정임.
 - 전국 단위로 살펴보면 강원특별자치도는 2023년 기준 180분 이내 상급종합병원에 접근할 수 없는 인구 비율이 5.7%로 전국 17개 시군 중 3위 수준이었으며, 90분 이내 종합병원에 접근할 수 없는 비율과 60분 이내 병원에 접근할 수 없는 비율이 각각 15.1%, 4.6%로 전국 2위 수준으로 나타남.
 - 강원특별자치도 내 진료권 별로 기준시간 내 의료기관에 접근 불가능한 인구 비율을 살펴보면, 원주권의 경우에는 180분 이내 상급종합병원 접근 불가능한 인구 비율이 0%, 90분 이내 종합병원에 접근 불가능한 인구 비율이 0.6%, 60분 이내 병원에 접근 불가능한 인구 비율이 1.4%로 상대적으로 양호하였으나, 영월권의 경우에는 180분 이내 상급종합병원 접근 불가능한 인구 비율이 10%를 상회하였으며, 종합병원 및 병원의 경우에는 기준시간 내 접근 불가능한 인구 비율이 20%를 상회할 정도로 접근성이 매우 열악하였음.

[표 40] 2023년 강원특별자치도 내 중진료권별 기준시간 내 의료기관 접근 불가능 인구 비율

진료권	상급종합병원	종합병원	병원
	180분 이내	90분 이내	60분 이내
원주권	0.0	0.6	1.4
영월권	11.4	28.0	22.8
강릉시	0.0	0.0	0.5
동해권	9.4	0.6	1.0
속초권	1.2	4.9	10.6

출처: 국립중앙의료원 헬스맵(2024)

○ 한편, 강원특별자치도를 포함한 대다수의 비수도권 지역의 경우, 응급의학과, 산부인과, 소아청소년과, 흉부외과와 같은 필수 전문 분야에 대한 인력 분포가 수도권에 비해 현저히 낮은 비율을 보이고 있는 것으로 나타났으며(Park et al., 2025), 이와 같은 의료인력의 부족은 응급의료와 배후진료 과목에 이르는 기능적 차원의 접근성을 악화시키는 주요한 원인으로 작용함.

- 국립중앙의료원이 제공하고 국회 보건복지위원회 서영석 의원실이 재구성한 2024년 상위 20개 기관 기준 지역별 응급의료기관 수용곤란 사유 현황 자료를 살펴보면, 강원특별자치도 내 응급의료기관이 응급환자 수용곤란을 고지한 총 1,913건 중 82.1%(1,571건)가 인력부족을 사유로 고지한 것으로 나타나, 응급의학과와 배후진료과목에 대한 전문의 인력 부족으로 인해 의료서비스의 기능적 차원의 접근성이 상당히 열악한 것으로 나타남.

○ 실제 강원특별자치도 내 5개 의료원의 경우에는 진료과가 개설은 되어 있으나 의사 확보에 대한 어려움으로 인해 실질적으로 운영하지 못하는 진료과가 다수 존재하는 것으로 나타나, 필수 전문 분야뿐만 아니라 그 외 진료과에 대한 기능적 차원의 접근성 또한 열악한 것으로 사료됨.

- 강원특별자치도 내 5개 의료원에서 제출한 중장기 발전계획 보고서에 따르면, 2025년 6월 기준 3개 의료원에서 총 9개 진료과가 개설은 되어 있으나 의사 확보에 대한 어려움으로 인해 실질적으로 운영을 하지 못하고 있는 것으로 나타났으며, 이들 진료과의 경우에는 심장혈관흉부외과, 신경과, 비뇨의학과, 성형외과, 재활의학과 등으로 나타나 필수 전문 분야를 포함한 다수의 진료과에 대한 기능적 차원의 접근성이 열악한 것으로 나타남.

- 또한, 전체 5개 의료원 중 4개 의료원에서 외과계 수술 및 시술의 핵심 인력인 마취통증

의학과를 단일 전문의로 운영하고 있는 것으로 나타났는데, 이와 같은 마취통증의학과와 1인 전문의 운영은 해당 전문의가 사직 시 적시에 신규 전문의 인력을 채용하지 못한다면 수술 및 시술을 포함한 외과계 핵심 의료서비스가 마비되어 의료서비스에 대한 기능적 접근성을 더욱 악화시킬 것으로 예상될 뿐만 아니라, 원정진료를 비롯한 국민의 사회경제적 비용을 더욱 가중시킬 것으로 사료됨.

- 이와 같은 상황 속에서 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)과 같은 의료인력 파견 모델의 운영은 의료인력 수급이 어려운 열악한 지역에서 의료서비스의 공백을 해소를 통해 지속적으로 의료서비스를 제공할 수 있는 현시점의 유일한 대안임과 동시에, 의료기관 중 단일 인원으로 진료과를 운영하는 의사인력의 근무 여건을 보장하여 기존 의료취약지에서 근무하고 있는 의사인력의 근무 지속성을 확보할 수 있는 기틀을 마련하는 주요한 역할을 수행할 것으로 사료됨.
- 따라서, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)이 성공적으로 운영되기 위해서는 기본적으로 의사인력 인터뷰에서 다수의 연구 참여자가 인식하고 있는 강원특별자치도 내 의료서비스 접근성에 대한 현실과 인식 간의 차이를 극복하는 것이 선행되어야 할 것으로 사료되며, 이러한 인식 변화를 주도하는 역할은 후술할 ‘강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체’가 담당할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 한편, 대다수의 연구 참여자는 의료공백 해소를 위해 인력공유 플랫폼의 필요성에 대해서는 공감하면서도, 파견 모형 자체가 현실세계에서 운영되기에는 정책적·제도적·실무적 차원에서의 장애요인이 있음을 언급하였으며, 이러한 내용과 문헌고찰에 대한 내용을 종합하여 연구 결과로써 도출된 보완점은 다음과 같음.

1 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 선결과제

- (의료인력파견 사업의 법률적 근거 설정 필요) 선행연구에서 제시된 플랫폼의 경우 구체적인 법률적 근거를 제시하지 않아, 이에 대한 검토를 위해 국내외 사례를 살펴본 결과, 대부분의 중앙 및 지방정부 주도의 사업은 시범사업을 제외하고는 기본적으로 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무)에 의거하여 추진되고 있는 것으로 나타났으며, 사업에 참여하는 이해관계자의 속성에 따라서 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임), 「공공보건의료에 관한 법률」제14조의2(책임의료기관의 지정), 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」제17조(보조금)에 근거하는 것으로 나타남.
 - 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 모태가 되는 개방병원제도의 경우 선행연구에 명시되어 있지는 않으나, 일반적으로 파견의료인력이 다른 의료기관에서 진료를 할 수 있는 가장 핵심이 되는 법률인 의료법 제39조(시설 등의 공동이용)의 제1항-제3항까지의 내용에 근거하고 있을 것으로 사료됨.
 - 한편, 국비나 지방비가 투입이 되는 사업의 경우, 사업에 참여하는 이해관계자의 속성(공공/민간)에 따라서 사업 근거가 다소 상이하였는데, 이 중 주요 이해관계자가 공공의 속성에 해당하는 경우에는 주로 「공공보건의료에 관한 법률」과 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」을 근거로 활용하는 것으로 나타남.
 - 다만, 사업의 이해관계자에 국립대학교병원뿐만 아니라 민간의료기관을 포함하는 소아청소년암 진료체계 구축 사업의 경우에는 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임)를 근거 법률로써 활용한 것으로 나타남.
- 이러한 사례를 고려할 때, 민간과 공공을 포함하여 의료인력을 매칭하고 파견을 실시하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)은 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임)를 통해 공공 및 민간의료기관에 대한 행정적·재정적 지원에 대한 법률적으로 타당한 근거를 확보한 것으로 볼 수 있으며, 의료인력의 파견 진료를 수행하는 것과 관련하여서도 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항과, 「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)의 제1항과 제2항에 의거하여 합법적으로 파견이 가능한 것으로 나타나, 추후 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 시 법적 근거로 활용이 가능할 것으로 사료됨.

- (의사과견에 따른 사전 환자정보 공유 방안 마련 필요) 기존 연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서는 의료인력이 파견되기 이전에 환자에 대한 정보 전달이 발생하는데, 이때 환자의 정보는 「개인정보보호법」제23조(민감정보의 처리 제한)와 「의료법」제21조의2(진료기록의 송부 등)에 의거하여 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 반드시 받은 뒤에 송부하도록 하고 있음.
- 「개인정보보호법」제23조(민감정보처리의 제한)에 따르면, 건강정보는 민감정보로써 정보주체의 동의에 따라 처리되어야 하며, 처리 시에는 반드시 분실, 도난, 유출, 위조, 변조 또는 훼손되지 않도록 안전성 확보를 하도록 명시하고 있음.
- 「의료법」제21조의2(진료기록의 송부 등)에 따르면 의료인 또는 의료기관의 장은 다른 의료인 또는 의료기관의 장으로부터 진료기록의 내용 확인이나 진료기록의 사본 및 환자의 진료 경과에 대한 소견 등을 송부 또는 전송할 것을 요청받은 경우 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 그 요청에 응하도록 하고 있음.
- 다만, 환자의 의식이 없거나 응급환자인 경우, 또는 환자의 보호자가 없어 동의를 받을 수 없는 경우에는 환자나 환자 보호자의 동의 없이 환자정보를 송부 또는 전송할 수 있는 것으로 나타났으나, 실제 파견 과정에서 소요되는 행정사항들과 실제 매칭된 의사가 파견을 가기까지의 물리적 거리를 고려하면 이와 같은 응급환자를 파견의가 다루기에는 상당 부분 어려움이 존재하여, 「의료법」제21조의2에 명시된 사항을 근거로 환자 정보를 공유하기에는 다소 어려울 것으로 사료됨.
- 이와 같은 행정상의 소요는 외과계열 및 마취과 파견의가 적시에 환자 정보를 받지 못하여 매칭 수락 자체를 주저하여 전체 파견 프로세스의 소요 시간을 늘릴 뿐만 아니라, 파견받는 의료기관 차원에서 파견의료인력 확보 적시성에 부정적 영향 미칠 가능성이 존재하는 것으로 나타나, 제한된 수준의 비식별화된 환자 정보를 매칭 과정에서 일정 부분 공유하여 적시에 적절한 역량을 갖춘 의료인력이 파견될 수 있도록 방안을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 선행연구에서 도출된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 긴급파견모델의 경우, 파견에 따른 매칭을 수락한 이후에 플랫폼상에서 환자 세부 정보를 공유하고, 최종적으로 파견 세부 내용을 조율한 뒤에 매칭된 의사가 파견 최종 수락과 거부 여부를 결정하게 됨.

- 이 과정에서 수술을 집도하는 외과계열 진료과 및 마취를 실시하는 마취과 의사 인력의 경우, 매칭을 수락하기 이전에는 환자 정보에 대해 전달받을 수 없어 환자의 중증도나 수술의 난이도를 파악하기 힘들기 때문에 매칭 자체를 수락하는 데 소요되는 시간에 부정적 영향을 미칠 것으로 사료됨.
 - 실제 강원특별자치도 내 의사인력 인터뷰 결과에서도 대다수의 연구 참여자가 전문의료서비스의 특성상 환자 정보에 대한 사전 제공 여부가 파견수락을 고민하는 데 있어 주요하게 작용한다고 답변하였으며, 특히 이러한 경향은 외과계 전문의의 의료인력 매칭 과정에서 두드러지게 나타남.
 - 따라서, 수술을 요하는 외과계열 환자에 한하여 플랫폼상에 개인이 특정되지 않도록 비식별화 처리를 거친 환자정보를 등록하고, 이를 의료인력 매칭에 활용하도록 제도적 방안을 마련하여 환자에게 필요한 의료서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖춘 전문의료인력이 적시에 파견될 수 있도록 지원할 필요가 있음.
- (파견 활성화를 위한 개인 측면의 정책적 유인책 마련 필요) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 운영 목적을 달성하기 위해서는 기본적으로 파견에 대한 긍정적 인식을 바탕으로 파견이 활성화되어야 하며, 이러한 파견활성화를 위해서는 파견의료인력 풀을 확보하는 것이 주요한 과제로 나타남. 인력 풀 확보를 위해서는 인터뷰 결과에서도 드러난 바와 같이 기본적으로 파견의료행위에 대한 법적·제도적 안전망 확보가 우선시되어야 하며, 이러한 안전망이 확보된 이후에 금전적 인센티브 외에 파견실적의 연수평점 연계와 같은 비금전적 인센티브가 마련될 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 기본적으로 의사 개인의 참여를 독려하기 위해서는 파견의료행위에 대한 법적·제도적 안전망을 확보하는 것이 우선적으로 마련되어야 하며, 이는 파견의료인력의 참여를 독려하는 가장 기본적인 요소로 나타남. 이러한 법적·제도적 안전망의 필요성은 익숙하지 않은 환경에서 의료서비스를 제공하는 과정에서 발생할 수 있는 의료사고에 대한 책임 부담에서 기인한 것으로 나타남.
 - 다만, 이러한 문제에 대해서는 이미 제2차 의료개혁에서도 언급하고 있을 뿐만 아니라, 최근 논의되고 있는 의료사고처리 특례법안에 명시된 의료인 형사 면책과 관련된 내용을 통해 상당 부분 부담을 경감할 수 있을 것으로 사료됨.

- 그러나 파견의료행위의 특성상 의료인력이 익숙치 않은 환경에서 의료행위를 수행해야 함을 고려할 때, 의료사고의 발생 가능성은 일반적인 환경에 비해 다소 높을 수 있을 것으로 예상되므로, 이를 예방하기 위해 파견의료행위가 이루어지는 파견대상 의료기관에 인수인계 및 사전 교육을 비롯한 의료사고 예방 노력에 대한 높은 책임을 부과할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 이러한 법적·제도적 안전망이 우선적으로 마련되고 난 이후에는 의사 개인의 참여를 독려하기 위해 인센티브 외에 파견실적을 진료분과별 전문의 평점 또는 의사면허 갱신을 위한 법정 보수교육 이수 시간에 일정 부분 반영하는 것도 고려해 볼 수 있을 것으로 사료됨.
 - 인터뷰 결과 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 통해 종합병원급 이하 의료기관에서 근무하는 의료인력이 상급종합병원으로 파견근무를 수행하거나, 상급종합병원에서 근무하는 의료인력이 종합병원급 이하 의료기관에서 파견근무를 수행하며 의료인력에 대한 임상실무 관련 교육을 제공하거나 제공받는 것이 전반적인 지역의료의 질적 향상을 도모할 수 있다는 점이 강조되었는데, 이러한 요소를 고려하여 의료인력 간 임상실무 교육이 제공된다면 의사인력뿐만 아니라 기관 차원에서도 충분한 유인책으로 작용할 수 있을 것으로 사료됨.
- 다만, 이를 위해서는 「의료법 시행규칙」제20조(보수교육)의 제4항 개정을 통해 보수교육의 시행 기관을 확대할 필요가 있으며, 동시에 대한의사협회 및 각 분과별 전문학회가 파견실적을 보수교육 시간에 일부 포함할 수 있도록 관련 규정의 제·개정이 반드시 필요할 것으로 사료됨.
 - 「의료법 시행규칙」제20조(보수교육)의 제4항에서는 각 중앙회장이 보수교육을 △의료법 제28조제5항에 의거하여 설치된 지부 또는 중앙회 정관에 설치된 분야별 전문학회 및 전문단체, △의과대학, 의학전문대학원을 비롯한 그 부속병원, △수련병원, △보건복지인력개발원 및 다른 법률에 따른 보수교육 실시 기관에 위탁 운영할 수 있는 것으로 나타나, 이러한 파견제도가 평점화 되기 위해서는 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 사무국이 법적 연수기관 지위를 획득하거나, 별도의 법안을 통해 유사한 지위를 확보해야 할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - 또한, 보건복지부 보수교육 업무지침에 따르면 일반적으로 보수교육은 △마취사고 등 응급상황에 대비한 능력과 관련된 교과목, △아동학대 예방 및 신고의무와 관련된 내용, △모성보호제도 법령 및 폭력 및 성희롱 관련 법령에 관한 교과목, △항생제 사용 및 내성 예방에 대한 교육, △장애인 건강권 교육, △자살예방 및 노인학대 예방 교육을 권고

하고 있으며, 대한의사협회의 연수교육 지침에서도 일반적으로 연수평점이 부여되는 교육은 실습 및 증례 교육을 비롯한 기초·임상교육이 해당될 뿐, 실제 파견근무와 같은 ‘현장근무’가 평점으로 인정되는 사례가 없어, 파견근무를 실제 평점으로 인정받기 위해서는 광범위한 이해관계자 간 협의가 필요할 것으로 사료됨.

- (파견 활성화를 위한 기관 측면의 정책적 유인책 마련 필요) 한편, 기관 차원에서는 소속 의료인이 파견근무를 희망할 경우에 발생하는 진료공백으로 인해 기관 차원의 부담이 가중되어 파견승인에 부정적 입장을 견지할 가능성이 높은 것으로 나타남. 이 때문에 기관 차원의 금전적 인센티브와 함께 파견실적을 병원 인증평가 및 의료 질 평가 항목에 반영하여 기관 차원에서 소속 의료인의 파견근무를 독려하기 위한 명분을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 실제 의사인력 인터뷰에서도 대다수의 연구 참여자가 기관 차원의 공감대 형성과 파견 승인을 받기 위해서는 의료공백으로 인해 발생하는 업무 부담 전가와 기관 차원의 진료수요 및 파견여건을 비롯하여 의료기관 경영 측면에서 기관의 협조에 대해 우려를 표하였으며, 이러한 문제점은 실제 기관 소속 의료인의 파견을 승인하는 데 있어 주요한 장애물로 작용할 것으로 사료됨.
- 이러한 문제를 해결하기 위해 연구 참여자들은 파견으로 인한 의료인력 공백이 발생하는 기관 차원에 금전적 보상의 필요성을 제기하였으며, 동시에 일부 연구 참여자의 경우에는 파견실적을 병원 인증평가나 의료 질 평가 항목에 반영하여 의료기관 기관장을 설득하고 기관의 적극적 참여를 유도해야 함을 강조함.
- 이 중 의료 질 평가의 경우, 건강보험심사평가원의 의료질평가지원금 제도를 통해 간접적인 재정적 보상을 받을 수 있는 만큼, 파견에 대한 기관 차원의 공감대 형성과 명분 마련을 위해서는 평가영역에 반드시 반영될 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 이를 위해서는 보건복지부고시 「의료질평가지원금 산정을 위한 기준」의 개정이 필수적이며, 반영 방식으로는 의료질평가 영역 중 ‘공공성’영역 내에 세부평가기준을 신설하거나, 전달체계 및 지원활동 영역 내 ‘진료협력체계 운영’의 세부 점수 산출 항목에 포함시키는 것이 적절하다고 보여지나, 실질적인 유인책으로 작용하기 위해서는 가중치 비율이 높은 ‘공공성’ 영역 내 별도의 지표를 신설하여 가중치를 부여하는 방향이 효과적일 것으로 사료됨.

- 현행 보건복지부고시 「의료질평가지원금 산정을 위한 기준」의 별표 2에 따르면, 2025년 평가 기준 내 공공성 영역의 지표는 △분만환자 관리, △응급의료의 적정성, △중환자실 운영 비율, △중증도 보정 평균재원일수, △간호간병통합서비스 참여, △소아질환환자 관리, △희귀난치질환 구성비, △의료급여 환자 비율, △외상환자 관리(시범), △정신의료(시범)로 구성되어 있으며, 이 중 분만환자 관리와 응급의료의 적정성 지표가 가중치 그룹 '상'(4.0%)에 해당하는 것으로 나타남.
 - 한편, 동 고시의 2025년 평가기준 내 전달체계 및 지원활동 영역의 진료협력체계 운영 지표는 기본적으로 진료의뢰 및 회송 관련 업무를 담당하는 진료협력센터 설치 여부(최대 3점)와 병상당 회송 비율(최대 3점)을 합하여 산출하기 때문에, 해당 지표 내에 파견진료 실적이 반영될 경우에는 파견진료에 대한 유인 효과가 다소 저해될 수 있을 것으로 사료되며, 실제 가중치 또한 2.0%로 공공성 영역에 비해 가중치가 낮은 것으로 나타나 '공공성 영역' 내 지표 신설에 비해 상대적으로 유인 효과가 낮을 것으로 사료됨.
- 다만 이러한 의료질평가 및 병원인증평가 내 파견실적이 반영되는 것에 대해서 일부 연구 참여자가 제기한 대형병원과 지방병원 간 의료인력 수급에 대한 형평성 제기가 있는 만큼, 수도권 내 대형 병원과 지방병원 간의 인력 수급의 어려움을 고려한 세부평가기준을 마련해야 할 필요가 있을 것으로 사료됨.

2 플랫폼 운영을 위한 실무적 측면의 보완점

- (원활한 파견 협조를 위한 강력한 거버넌스 구축 필요) 국내 사례 중 각 국립대학교 병원이 주도적으로 사업을 실시하는 공공임상교수제와 국외 사례 중 각 지역의료인재 거점병원이 주도적으로 사업을 실시하는 지역의료인재 거점병원 시범사업을 제외한 대다수의 의사인력 파견 사업에서 사업의 주된 운영은 영향력 있는 의료기관 1개소가 전담하여 실시하거나, 의료기관 간 협의체나 기관을 별도로 설립하여 해당 기관이 적극적으로 추진하는 것으로 나타남.
- 국내 중앙정부 주도 의사인력 파견 사례인 소아청소년암 진료체계 구축 사업과 시니어의사지원사업 및 닥터링크 모두 보건복지부가 사업의 총괄 기관 역할을 수행하였으며, 국립암센터와 국립중앙의료원이 각각의 사업의 핵심 운영을 맡아 이들 기관을 중심으로 주요 이해관계자와 거버넌스를 구축한 것으로 나타남.
- 지방정부 주도의 의사인력 파견 사례의 경우 경상북도와 경상남도 사례 모두 도 단위 지방정부를 중심으로 사업이 추진되었으며, 특히 경상북도의 경우에는 사업 추진을 위하여 대구·경북 내 위치한 7개 종합병원급 이상 의료기관과 3개 의료원, 경상북도의사회 및 경상북도공공보건의료지원단과 함께 경상북도 공공보건의료협력강화 추진단을 발족하여 추진단을 중심으로 의사인력 파견 사업을 실시한 것으로 나타남.
- 한편, 국외 사례 중 호주와 캐나다 온타리오주 및 브리티시컬럼비아주의 경우에는 주 정부 산하에 파견의료인력 사업을 위한 별도 전담 기관을 설립하거나 별도의 민간기관에 위탁운영을 하고 있는 것으로 나타났으며, 일본의 닥터풀 제도의 경우에는 에히메현에 위치한 대형병원인 에히메현립 중앙병원을 중심으로 사업을 추진하고 있는 것으로 나타남.
- 다만, 이러한 운영 형태 모두 중앙정부기관 및 도나 현, 주 단위 지방정부가 사업이 원활하게 추진될 수 있도록 적극적인 이해관계자 조율의 역할을 수행하는 것으로 나타나 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 실제 운영 과정에서도 도 단위 지방정부를 포함하여 주요 이해관계자(의료기관) 간 강력한 거버넌스를 구축할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- 소아청소년암 진료체계 구축 사업의 주요 진료체계 중 ‘지역개방형 진료체계’의 경우, 보건복지부와 국립암센터가 함께 개방형 소아청소년암 진료체계 구축방안 간담회를 개최하며 참여의료기관 간 사업 추진 관련 각 의료기관 상황을 공유하고 협력을 논의한 것으로 나타남.
 - 한편, 경상북도의 경우에는 사업의 실제 운영은 경상북도 공공보건의료 협력강화 추진단이 주도적으로 진행하였으나, 도 차원에서 사업 추진 과정에서 당해연도 추진계획을 수립하고, 의료기관이 도와 사전에 논의를 수행하며 인력충원을 진행하는 등, 사업수행 과정에서 적극적인 역할을 수행한 것으로 나타남.
 - 또한 국외 사례 중 캐나다 브리티시컬럼비아주의 경우에도 보건부, 브리티시컬럼비아주 의사협회 및 보건당국 대표자들이 포함된 JSC 산하에 실무 조직인 LRBC를 설치하고, JSC가 LRBC에서 운영되는 농촌지역 Locum 프로그램에 대한 자문·감독 및 총괄적인 거버넌스를 담당하는 거버넌스의 핵심 기관의 역할을 수행하는 것으로 나타남.
 - 이러한 사례를 고려할 때, 실제 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 시에도 초기에 도 단위 지방정부를 포함한 주요 이해관계자 간 거버넌스를 구축하고, 이를 기반으로 플랫폼을 운영할 필요가 있을 것으로 사료되며, 향후에 비전속의료 인력 등의 확장성을 고려하여 대한의사협회 및 각 전공과별 협회를 대상으로 강력한 거버넌스를 구축할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- (파견 과정에서의 전담 지원조직의 필요성) 연구 참여자에 대한 인터뷰 결과 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 활성화를 위해서는 기본적으로 파견의료인력에 대해 파견 전 과정에서 행정적 지원을 받을 수 있는 전담조직의 필요성을 제기하였으며, 파견요청기관에서도 초기 적응을 돕는 지원조직의 마련이 필요하다는 의견을 제시하였음. 이와 관련하여 플랫폼 차원의 지원창구를 마련하여 파견 과정에서 발생하는 파견의사인력의 주요 요구사항을 해소하고, 파견요청기관 측에서는 기관 차원의 플랫폼 담당 인력을 마련하여 해당 인력이 파견의료인력의 적응을 돕도록 지원할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 파견의료인력 전담 지원조직은 플랫폼 운영 조직의 하나로써 설치하여, 파견의료인력을 대상으로 파견 전 과정에서 행정적 지원을 담당하고, 파견의료인력과 파견

요청기관과의 커뮤니케이션을 지원할 뿐만 아니라, 파견요청기관 측의 플랫폼 담당 인력에 대한 CS교육을 진행하는 등의 역할을 담당할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- 또한, 파견요청기관측의 플랫폼 담당 인력은 파견의료인력의 파견 형태(정기/단기)에 따른 적응 지원활동을 수행하고, 파견의료인력의 파견실적에 대한 관리업무를 수행하여, 추후 정산 시 정산근거자료를 생성하는 등, 행정지원을 일부 수행할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- (플랫폼 내 의료분쟁조정 전담기구의 역할 구체화 필요) 강원형 의료인 플랫폼(안)의 주요 구성기관 중 ‘의료분쟁조정위원회’는 파견된 의료인의 의료행위 과정에서 의료사고 발생 시 분쟁 조정 역할을 수행하는 기관으로, 기존 개방병원제도에서 제기되었던 의료분쟁 발생 시 개인과 기관 간의 분쟁조정의 불합리성을 개선하기 위해 제언하였으나, 제2차 의료개혁에서 제시한 국가 단위 분쟁조정제도 혁신에 따라 플랫폼 내 설치하는 것으로 제안된 ‘의료분쟁조정위원회’의 기존 역할과 범위를 중앙 단위 조정제도와 연계할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - 제2차 의료개혁에서는 의료분쟁조정제도 혁신의 일환으로 의료인 차원에서 보다 정확한 의료사고 감정을 통한 실제 규명이 가능하도록 감정 보완 절차를 신설하고 컨퍼런스 감정 제도를 도입하였으며, 기존에 개인에게 부과되었던 책임을 기관으로 전환하고, 공적관리 및 지원 강화 등을 통해 의료진 배상 부담을 완화하였음.
 - 또한, 배상책임보험의 경우에도 기존에 진료 위험도에 따른 보험료를 진료과별 보험료를 차등액 상한제를 도입하여 격차를 최소화하고, 중증·응급 등 생명에 직결되는 고위험 필수진료에 대한 보험료 지원과 고액 배상체계를 신설하였으며, ‘의료사고심의위원회’를 도입하여 중대과실 여부에 대해 판단하도록 하였음.
 - 이와 같은 개선책은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 의료분쟁조정위원회의 ‘의료사고 보상’ 측면의 역할과 ‘분쟁조정’ 측면의 역할을 일부 대체할 수 있을 것으로 사료됨.
 - 다만, 이러한 정부 차원의 분쟁조정제도 혁신(안)은 의료사고에 대한 고소 및 고발이 발생한 이후에 초점을 맞추고 있으므로, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 의료분쟁조정위원회의 역할을 의료사고 발생 직후부터 고소 및 고발이

발생하기 이전까지의 의료진과 환자 및 보호자에 대한 지원을 담당하는 방향으로 범위를 축소하고, 역할에 맞는 이름을 부여할 필요가 있을 것으로 사료됨.

- 또한, 배상체계 공적 기능 강화(안)에서 제시하고 있는 사고 예방 활동과 같은 항목의 경우에는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 의료분쟁조정위원회를 중심으로 파견의료인에 대한 의료사고 예방 교육프로그램 수립 및 교육 진행 등의 활동과 파견의료인력 대상 사전 법률상담활동 등을 통해 플랫폼에 참여하는 의료기관과 의료인력을 일괄적으로 지원할 수 있을 것으로 사료됨.

- 특히 의료사고 예방 교육 프로그램의 경우, 의료기관별로 산정되는 보험료율의 주요한 가감요인으로 작용하기 때문에, 이에 대한 지원을 통해 기관 차원의 플랫폼 참여를 일부 유인할 수 있을 것으로 기대함.

- 이와 같이 중앙 단위의 조정 제도 도입에 따라 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 내에 설치되는 의료분쟁조정위원회는 중앙단위의 조정제도와 연계하여 그 역할과 업무의 범위를 구체화할 필요가 있음.

□ (제2차 의료개혁 실행방안에 따른 파견모델 개선필요) 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견 모델은 실현 가능성을 확보하기 위해 기존 개방병원제도를 기반으로 설계되어 반드시 참여 병·의원에서 개방병원으로 지정된 병원으로의 일방향적인 파견만 가능하였으며, 이로 인해 정기모델을 통해 파견되는 의료인력의 활용 범위가 상당히 제한된다는 문제점이 존재하였음.

- 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견 모델은 개방병원제도를 근거로 하되, 기존 제도의 주요 한계를 보완하여 플랫폼에 통합시킨 모델로써, 초기에 수요기관(병·의원) 측이 개방병원 진료를 신청하고, 가용 개방병원을 플랫폼에서 매칭한 뒤에 개방병원과 참여 병·의원 간 개방진료에 대한 계약을 맺도록 하고 있음.

- 이러한 구조 상 정기모델을 이용한 인력 파견은 참여 병·의원에서 개방병원으로의 일방향적인 공유만 가능하며, 환자군 또한 참여 병·의원에서 이송한 개방환자에 한해서만 진료를 할 수 있어 파견의료인력의 활용 범위의 상당한 부분이 제한된다는 문제점이 존재함.

□ 그러나, 최근 2차 의료개혁 실행방안에서는 종별에 무관하게 의료인력의 종적·횡적

공유를 허용하고, 기존 개방병상 및 회진 가능한 거리에 대한 조건 등을 대폭 완화하는 등의 인력 공유에 장애요인이 되는 규제 및 지침을 개선하여 기존 개방병원제도의 장애요인을 제거하고자 하였음. 이러한 흐름에 따라 개방병원제도를 기반으로 설계한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견모델에 대한 전반적인 프로세스 및 모델 개선이 이루어져야 할 것으로 사료됨.

- 제2차 의료개혁 실행방안의 의료인력 파견 관련 주요 개선사항으로는 크게 △의료기관 개설자의 파견 참여 가능, △의료기관 종별 무관하게 종적·횡적 공유 가능, △이동 주체 완화, △병상 및 근거리 실시조건 완화, △기관 평가 및 수가 불이익 개선이 있는 것으로 나타남.
- 이는 의료인력의 파견 방향을 참여 병·의원에서 개방병원으로 한정하고, 개방병상 지정이 가능하거나 ‘회진 가능 거리’에 위치한 병·의원으로 한정했던 기존 개방병원제도와 달리, 파견의료인력의 가용성과 행위 범위를 대폭 확대한 것으로 평가됨.
- 이러한 흐름에 발맞추어 기존 개방병원제도를 기반으로 한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 정기파견모델 또한, 확대된 파견의료인력의 가용성과 행위 범위를 고려하여 의료인력의 파견 방식을 개선할 필요가 있으며, 이때 반드시 기존 개방병원의 장점은 가져가되 한계점은 개선하는 방향으로 정기파견모델이 재편되어야 할 필요가 있음.
 - 기존 개방병원제도의 경우 참여 병·의원의 의사가 시설 및 장비 부족 등으로 인해 본인의 병원에서 환자를 최종적인 치료까지 도달할 수 없을 때, 개방병원의 인력, 장비, 시설을 활용하여 환자의 진료 연속성을 보장함과 동시에, 참여 병·의원의 의사 스스로 숙련된 의료 기술을 지속적으로 발휘하여 전문성을 지속할 수 있다는 장점이 존재하였음.
 - 그러나 선행연구에 따르면, 기존 개방병원제도를 이용하여 개방환자가 내원할 경우, 개방진료를 하는 참여 병·의원의 의사는 오직 개방환자에 대해서만 진료를 행할 수 있어 진료 범위가 한정되어 있고, 개방병원측의 부가적인 업무 부담으로 인해 의사와 환자 모두 차별대우를 받는 경우가 존재하였음.
 - 따라서, 재편되는 정기파견모델은 파견의가 본인의 병원에서 시설 및 장비 부족으로 치료가 불가능한 환자를 해당 모델을 이용하여 파견되는 병원으로 유기적으로 연계할 수 있는 기회가 될 뿐만 아니라, 파견받는 병원의 소속 구성원으로써 융화될 수 있도록 정기적인 파견을 실시하는 방향으로 재편될 필요가 있을 것으로 사료됨.

- (파견 대상 의료인력의 범위) 파견 대상 의료인력의 범위와 관련해서 의사인력 인터뷰 결과, 진료팀 단위의 파견이 익숙하지 않은 장소에서 수행하는 의료행위에 대한 부담을 경감할 수 있음을 확인하였으나, 함께 파견되는 인력의 범위에 대해서는 수술이나 시술을 수행하는 외과계 연구 참여자만이 의료행위를 보조할 수 있는 간호인력의 필요성을 제기하였음. 따라서, 함께 파견되는 의료인력에 대해서는 의사인력과 간호인력에 대한 파견 보수 기준을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에서 제시한 팀 단위 파견 허용과 관련하여 팀 단위 파견의 필요성과 구성 인력에 대해 인터뷰를 실시한 결과, 수술이나 시술을 수행하는 외과계 의사는 파견 시 익숙하지 않은 장소에서 수행하는 의료행위에 대한 부담을 경감하기 위해 간호사를 포함한 팀 단위 파견이 중요하다는 의견이 제시되었으나, 내과계의 경우에는 단순 외래진료와 약 처방이 주된 업무일 경우에는 팀 단위 파견이 필요하지 않다는 의견을 보임.
- 따라서 간호인력을 포함한 팀 단위 파견은 외과계 의사인력 파견 시에 우선적으로 고려하고, 파견보수 설정 시 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업 사례와 같이 간호인력에 대한 파견보수 기준을 별도 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 주요 플랫폼 가입 대상 의사인력의 범위에 대하여 비전속의료인의 파견 가능성에 대해서는 대다수의 연구 참여자가 동의하였으나, 전속의료인의 파견 가능성에 대해서는 연구 참여자마다 차이가 있는 것으로 나타남. 특히 의원급 의사인력의 경우에는 개원의의 특성상 파견 시 발생하는 진료수입 손실과 진료공백으로 인한 환자관리 및 신뢰유지 등의 문제를 지적하였으며, 이러한 문제로 인해 실질적인 파견이 어려운 것으로 나타나 가입 대상 인력에 대한 고려가 필요함.
- 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 주요 가입 가능한 대상 인력의 범위는 전속의료인(봉직의 및 개원의)와 비전속의료인(시니어의사, 유희인력), 파견 공중보건과의사이며, 본 연구에서는 인터뷰를 통해 전속의료인의 파견 가능성을 위주로 검토하였음.
- 인터뷰 결과, 대다수의 봉직의는 정책적·제도적 안전망과 충분한 수준의 인센티브가 제공된다면 파견 가능성이 있는 것으로 나타났으나, 개원의의 경우에는 △1인

진료체계 운영으로 인한 파견 시 진료 공백 및 수입 손실, △환자 관리 및 신뢰에 대한 문제, △의원급 의료기관과 종합병원·상급종합병원의 환자 증증도 차이로 인한 위험요인 등의 문제로 인해 인해 파견이 실질적으로 불가능하다는 의견이 있었음.

- 다만, 개방병원 운영 실태 질적 조사를 수행한 오영호 외(2016)의 연구에서 나타난 바와 같이, 개원 후 숙련된 의료기술을 발휘에 대한 욕구나 임상 및 학문적으로 성장 및 발전하고자 하는 의지가 개원의 차원에서 개방병원 제도에 참여하는 주요 요인 중 하나로 작용하고 있다는 점을 고려할 때, 가입 대상자 균을 유지하되 실질적인 운영은 기관 소속 의료인과 비전속 의료인을 중심으로 파견모형을 설계할 필요가 있음.
- 강원특별자치도 내 의료기관 간 파견의 경우에도 실질적으로 자치도 내 모든 의료기관이 의사 인력 수급의 어려움으로 인해 근본적으로 파견하기 어려운 실정이며, 파견을 하더라도 파견 시 발생하는 소속기관 내 진료 공백과 이로 인한 동료 의사의 부담 가중 등으로 인해 실질적인 파견이 어려울 것으로 나타나, 플랫폼 초기 운영 단계부터 자치도 외 의료기관 및 의사인력을 대상으로 플랫폼 가입을 개방함과 동시에 참여를 독려할 수 있는 지역 의사회를 비롯한 이해관계자 집단과의 협력이 반드시 필요할 것으로 보임.
- 인터뷰 결과, 대다수의 연구 참여자들이 현재 소속된 의료기관의 의사 인력 수급 문제를 거론하였으며, 일부 참여자의 경우에는 진료과 내 전문의 인력이 1인에 불과하여, 파견 시 소속 의료기관에서 본인이 담당하고 있는 진료과에 대한 진료공백이 역으로 발생하게 됨을 지적하였음.
- 또한, 1인 진료과가 아닌 경우에도 자치도 내 대다수의 의료기관이 겪고 있는 의사인력 수급의 어려움에 대해 언급하며, 이로 인해 본인이 파견을 가게 됨으로써 발생하는 진료공백과 이로 인한 동료 의사들의 업무 가중에 대해 우려하는 연구 참여자가 다수 존재하였음.
- 이러한 상황을 고려할 때, 자치도 내에서만 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼(안)을 운영하기 위해서는 운영 초기부터 자치도 외 의료인력이 플랫폼에 등록할 수 있도록 유인 체계 마련이 필수적으로 마련되어야 하며, 이 과정에서 지역의사회

또는 지역의사회 상위 기관, 병원협회와 같은 주요 이해관계자가 참여하는 협의체를 구성하고, 의료인력 파견에 대한 공감대 형성과 참여 독려가 이루어져야 할 필요가 있음.

- (파견의료인력의 의료행위 범주) 파견의료인력이 파견 시 실질적으로 수행할 수 있는 의료행위의 범위에 대해 대다수의 연구 참여자는 외래진료를 중심으로 한 의료서비스 제공은 충분히 가능할 것으로 보았으나, 난이도가 높은 수술에 대해서는 수술 이후 케어를 담당할 의사가 존재하지 않는다면 실질적으로 파견의료인력이 의료서비스를 제공하기에는 다소 어려움이 있을 것으로 나타나, 수술진료를 수행할 경우에는 회복기간을 고려하여 최소 파견기간을 설정하거나 원격협진 등의 방안 등을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 인터뷰를 통해 확인한 파견의료인력의 의료행위 범주는 외래진료에 대해서는 대다수의 연구 참여자가 충분히 수행할 수 있다는 의견을 보였으나, 수술 진료에 대해서는 수술 후 포스트케어를 담당할 의사의 존재 여부에 따라서 의견차를 보였으며, 수술의 난이도에 따라서도 난이도가 낮은 수술 및 시술에 관해서는 충분히 가능하지만, 고난도 수술에 관해서는 실질적으로 불가능할 것이라는 의견을 보임.
- 이러한 문제는 개별 의료기관에서 운영 중인 진료과의 의사인력이 존재하는 경우에는 파견의료인력이 수술을 수행하더라도 복귀 이후에 충분한 인수인계와 원격협진을 통해 지속적인 관리를 수행한다면 충분히 해소할 수 있는 문제이나, 만약 파견의료기관에 해당 진료과의 소속 의료인력이 존재하지 않는다면 지속적인 포스트케어를 제공할 수 없어 양질의 의료서비스 제공이 실질적으로 어려울 것으로 사료됨.
- 따라서 실제 파견 수행 과정에서 파견의료기관이 외과계 의료인력의 ‘수술’진료를 목적으로 한 파견요청 시, 환자의 회복 기간을 고려하여 수술예정일로부터 최소 2~3일 이상 추가적인 파견기간을 산정하여 요청하도록 하고, 응급상황에 대한 전원 프로토콜을 사전에 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.
- 또한, 2~3일 이상 파견이 어려운 경우를 대비하여, 경상남도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업과 같이 의사인력의 파견 모형과 함께 원격 협진을 플랫폼 내에서 연계 수행함으로써, 수술 이후 환자가 안전하게 회복할 수 있도록 지속적인 의료서비스 제공의 기틀을 마련할 필요가 있을 것으로 사료됨.

□ (파견 과정에서 수집하는 정보의 범위) 파견 과정에서 수집해야 하는 정보의 범위는 파견의사인력과 파견요청기관이 제공해야 하는 정보 모두 문헌고찰을 통해 도출된 수집 정보 범위에 비해 다소 확대되는 경향을 보였으며, 특히 파견의사인력의 경우에는 △건강 및 안전정보 차원에서의 추가적인 정보수집 필요성을 확인하였으며, 파견요청기관의 경우에는 △환자군 및 질환군 정보, △지원 및 안전보장, △지원인력 및 가용자원 측면에서의 추가적인 정보수집 필요성을 확인하였음. 따라서 해당 범위를 고려하여 회원가입서식과 파견요청서식을 구성할 필요가 있을 것으로 보임.

○ (파견의료인력 차원의 정보수집 범위) 파견의료인력 차원의 정보 수집 범위는 문헌고찰에서 확인된 △기본정보, △경력사항, △희망근무조건 및 희망근무 기관 외에도, 파견의료기관 근무 시 감염관리와 안전을 확보하기 위해 파견의사인력의 기본적인 건강 상태와 예방접종 이력 등을 포함한 정보에 대해 수집할 필요가 있을 것으로 나타났으며, 최종적으로 도출된 파견의료인력의 정보수집범위는 아래와 같음.

- (기본 정보) 이름, 성별, 나이 등의 인적사항, 의사면허번호, 전문의 번호를 포함해 자격을 확인할 수 있는 정보, 현재 소속기관, 거주지 정보
- (전문성 및 진료 역량) 진료과와 세부 전공, 수행 가능한 진료·수술·시술 내용, 전문의 근무 경력
- (파견근무 관련 정보) 파견 선호 지역, 파견 선호 기관(종별), 희망 근무 형태(외래·당직·반일·종일·주말 근무 등)
- (건강 및 안전 정보) 의사의 기본 건강 상태와 예방접종 이력(B형 간염, MMR, 결핵, 백일해, 파상풍 등)

○ (파견요청기관 차원의 정보수집 범위) 한편, 파견요청기관 차원의 정보수집범위에 대해서는 문헌고찰에서 확인된 △기본사항, △구인대상 인력조건, △근무조건 및 보상에 더해 해당 의료기관의 주요 환자군과 질환군 정보와 수술 및 마취 진료 시 필요한 환자 세부 정보, 지원인력 현황 및 의료장비·의약품 정보를 포함한 가용자원정보, 의료사고 및 분쟁 시 지원 및 안전보장 정보 등에 대한 추가적인 정보 수집이 필요한 것으로 나타났으며, 최종적으로 도출된 파견요청기관 차원의 정보수집범위는 아래와 같음.

- (기본 사항) 기관명, 기관 소재지, 파견유형(정기/단기), 파견요청기간, 파견요청사유, 파견진료과 의료진 구성현황(지원인력 정보), 응급대응체계, 의료장비 및 시설 현황, 해당 진료과 내 보유 의약품 현황, 주요 환자군 및 질환군 정보, 파견의료인력 담당 행정직원 정보

- (구인대상 인력조건) 파견요청 진료과, 필요 경력사항, 업무범위(외래/수술/입원진료/당직 등)
 - (수술 및 마취 시 환자정보) 주요 환자 정보(질병 이력 등), 질환 및 수술명, 수술예정환자 검사결과(EKG, Chest X-ray 등 수술 전 주요 검사 결과)
 - (근무조건 및 보상) 직무개요, 근무형태(종일/반일), 수술 건수(수술 및 마취 시), 공휴일 및 당직근무 여부, 파견보수 및 수당, 초과근무 보상, 숙박 및 식사 제공 여부, 근무 환경
 - (의료사고 및 분쟁 시 지원 및 안전보장) 의료사고·분쟁 발생 시의 대응 절차, 기관의 법적 보호장치 및 보험 가입 여부
- (파견의료인력에 대한 파견보수 지급 방식) 파견보수 지급 방식에 대한 인터뷰 결과, 문헌고찰을 통해 도출된 정액제 파견보수 지급 방식과 정액제+성과연동제 파견보수 지급 방식에 대해서는 다소 이견이 있었으나, 전체적으로 단기 파견의 경우에는 일시적인 파견이기 때문에 실질적인 성과의 변화가 어려운 반면, 정기적으로 장기간 파견을 수행하는 경우에는 개인의 노력에 대한 성과 차이가 존재할 수 있다는 의견이 있어, 파견 형태에 따른 파견보수 지급방식을 이원화할 필요가 있는 것으로 나타남.
- 특히 정기파견에 대해서는 파견 기간이 늘어남에 따라 의료서비스를 제공하는 환자 수가 양적으로 많아지게 되고, 중장기적으로는 개인의 노력에 따라 환자들과의 라포를 형성하고 신뢰를 제고할 수 있을 것으로 생각됨.
 - 이러한 파견의료인력 개인의 노력에 따른 라포형성은 환자의 지속적인 방문을 이끌어내는 요인으로써 작용할 뿐만 아니라(정진주 외, 2013), 파견의료기관에 대한 신뢰 제고와 해당 기관에 대한 재방문 의사에 영향을 미치기 때문에(이용기 외, 2011), 이러한 노력에 대한 추가적 보상이 수반될 필요가 있음.
 - 또한, 이러한 정기파견에 대한 성과연동제는 파견의료인력이 단기파견만을 추구하는 것이 아니라 정기파견을 고려할 수 있는 일종의 유인책으로써 활용할 수 있다는 점과 파견의료인력의 근무 성실도를 제고할 수 있는 수단으로써 활용할 수 있다는 점에서도 긍정적 효과를 불러일으킬 것으로 사료됨.
 - 따라서, 단기파견의 경우에는 근무 시간에 따른 파견보수가 일정하게 정해진 정액제 방식을 택하되, 정기파견의 경우에는 정액제 파견보수 지급방식과 함께 환

자 수 등 일정 기간 내 근무 실적에 따른 성과연동제 방식을 병행할 수 있도록 지급방식을 이원화할 필요가 있음.

- 이때, 성과연동제 방식을 통해 지급되는 추가적인 보수는 진료량 등의 원내 자료가 필요하기 때문에, 공공임상교수제 사례와 같이 각 파견의료기관에서 별도의 성과보상 지급 기준을 마련할 필요가 있음. 또한, 이와 같은 진료성과 제고는 파견의료기관에 직접적인 이익으로 작용한다는 점을 고려할 때 파견의료기관 측이 성과에 대한 추가적인 보상을 전액 지급할 필요가 있음.
- (적정 파견보수의 범위) 적정 파견보수액에 대한 인터뷰 결과, 연구 참여자들은 최소 50만원부터 최대 200만원의 범위를 제시하였으며, 일반적으로는 100만원 내외의 수준이 적절하다고 판단하였음. 다만, 이러한 파견 수당은 호주의 사례를 고려할 때 국내 봉직의의 평균 임금 수준과 타 시·도에서 수행하는 의료인력 파견 사업을 고려하여 설정할 필요가 있음.
 - 호주 정부의 국가 보건의료인력 전략 2021-2023(National Medical Workforce Strategy 2021-2023)에 따르면, 코로나19 이후 파견의료인력(Locum)에 대해 의존도가 점차 증가하고 있으며, 이로 인해 정규직 의사인력의 확보에 대한 어려움에 대한 문제가 부각되고 있는 것으로 나타났는데, 이러한 문제의 주된 요인은 정규직에 비해 높은 파견보수와 근무 자유도로 인한 것으로 나타남.
 - 호주 정부는 이러한 문제를 해결하기 위해 정규직 의료인력과 파견의료인력 간 보수격차 조정뿐만 아니라 정규직 의사에 대한 고용유형의 다양화와 근무환경 개선을 도모하여 파견의료인력에 대한 의존도를 줄이기 위해 노력하고 있는 것으로 나타남.
 - 이러한 사례를 고려할 때, 일반적인 봉직의의 평균 급여를 상회하는 파견보수를 책정할 경우, 호주의 사례와 마찬가지로 의료취약지 내 의료기관의 정규직 의사인력 확보에 대한 어려움을 심화시킬 뿐만 아니라, 해당 기관 내 근무하고 있는 봉직의의 이탈로 이어져 본래 정책적 의도와는 상반된 결과를 불러일으킬 가능성이 존재함.
 - 따라서, 정액파견보수는 국내 의사인력의 평균 급여 수준이나 국내에서 기수행하고 있는 파견의료인력 사업에서 제공하는 파견보수와 유사하게 책정할 필요가 있음.

- 한편, 파견보수가 업무량과 의료취약지 파견 여부 등을 고려하여 설정할 필요가 있다는 연구 참여자의 의견의 경우에는 국내외 사례와 같이 별도의 수당항목을 신설하여 추가적인 수당으로 제공할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - 국내외 사례에 따르면, 경상남도 의료취약지 의료기관 의사파견사업과 캐나다 온타리오주와 브리티시컬럼비아주의 사례에서 의료취약지 파견인력에 대한 가산수당을 별도로 지급하는 것으로 나타났는데, 대체적으로 추가적으로 지급되는 가산액만 고려했을 때 국내외 모두 20~30만원(국외의 경우 25년 11월 28일 환율 기준) 수준인 것으로 나타남.
 - 국외 사례 중 캐나다 브리티시컬럼비아 사례의 경우에는 파견대상의료기관이 위치한 지역의 취약 커뮤니티 등급에 따라 숙박제공의 의무여부, 교통비 환급 범위 등이 상이한 것으로 나타났으나, 이는 캐나다의 광범위한 국토면적에 따라 이동시간이 최대 10시간을 초과하는 경우가 존재하는 등 지리적 특성이 반영된 것으로 사료됨.

- 업무량에 따른 수당 조정과 관련해서는 진료과별, 진료행위별 편차가 상당히 크고, 편차를 고려하여 업무량을 산정한다고 하더라도, 이를 반영하기 위해서는 우리나라 진료비 지불제도의 상대가치 점수를 활용해야 하며, 이 경우에는 정액보상이 아닌 파견 후에 별도 의료서비스 제공량을 기반으로 보상금액을 산정해야 하는 절차를 거쳐야 하기 때문에, 제반 행정소요가 상당하여 실질적인 운영이 불가능할 것으로 예측됨.

- 또한, 캐나다의 사례와 같이 정액파견보수를 상회하는 청구액에 대한 보상을 실시하더라도, 우리나라 건강보험체계의 필수의료 저보상 문제로 인해 오히려 고난도·고위험 의료서비스를 제공하는 필수진료과 파견의료인력이 충분한 보상을 받지 못할 우려가 있음.
 - 캐나다의 브리티시컬럼비아주의 경우, 정액보수를 상회하는 청구액이 발생한 경우, 개인진료소(의원급)는 정액보수 초과분의 60%를 인센티브로서 제공하고, 병원급의 경우에는 정액보수 초과분의 100%를 인센티브로서 제공하는 것으로 나타남.
 - 그러나 우리나라의 경우, 진료비 지불보상제도가 행위량 중심으로 설계되어 있기

때문에 건강보험 청구액을 기준으로 파견보수에 업무량을 반영한다면, 고난도·고위험 의료서비스에 대한 보상 반영 체계가 부족한 우리나라 보상체계의 특성상 중증, 응급, 소아, 분만과 같은 서비스를 제공하는 필수 진료과가 적절한 보상을 받지 못할 가능성이 높음(신현웅 외, 2014).

- 따라서, 현실적으로 고려할 수 있는 업무량은 근무시간을 초과하는 경우에 한하여 제공하는 시간 외 근무수당이나, 정기파견제도에 적용되는 성과연동제를 통해 일부 적용하는 것이 가장 현실적인 방안으로 사료됨.
- (파견의료인력에 대한 파견보수 외 지원 필요성) 파견보수 외 지원항목에 대한 검토 결과, 대다수의 국내외 사례에서는 교통비와 숙박비가 공통적으로 제공되고 있었고, 일부 국외 사례의 경우에는 식비 및 출장비, 전문진료서비스 제공에 따른 지원금 등이 제공되고 있었음. 이에 관해 연구 참여자 인터뷰 결과에서는 주로 식사, 주거, 이동수단에 관한 부분이 지원이 필요한 항목으로 나타나, 식비, 주거비, 교통비에 관한 수당항목을 신설할 필요가 있음.
 - 연구 참여자들은 기본적인 주거공간과 식사, 이동수단 제공이 파견의료인력에 대한 심리적 보상으로 작용한다는 점을 강조하였으며, 이외에 파견을 위한 이동지원과 주거의 질이 파견 만족도와 파견진료의 질에 영향을 미칠 수 있음을 강조하며 이와 관련된 지원 필요성을 제기하였음.
- 또한, 일부 연구 참여자의 경우에는 학회 참석 및 연구활동 지원, 관련 네트워크 구축, 연수크레딧 및 개인평가 실적 반영과 같은 항목에 대한 지원 필요성을 제기하였음. 이 중 연수 크레딧의 경우에는 앞선 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에서 언급한 바와 같이 관련 시행규칙 제·개정과 현장근무의 연수 인정을 위한 이해관계자의 광범위한 합의를 통한 관련 규칙 제·개정이 수반되어야 하기 때문에 현실적으로 도입하기까지 장기간이 소요될 것으로 사료됨.
- 이와는 별개로 인터뷰 과정 중에서 상급종합병원에서 파견된 의료진이 종합병원 이하 의료기관에 파견을 갈 경우, 파견의료기관 의료인력을 대상으로 관련 교육 및 자문 역할을 담당할 수 있음이 확인되었음. 따라서, 관련 수당 신설을 통해 파견 간

교육이 이루어질 수 있도록 유도하고, 이를 통해 지역의료 전반의 품질을 강화하는 요인으로 작용할 수 있도록 지원할 필요가 있음.

□ (파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상) 국내 사례인 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업 사례를 고려하여 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상의 필요성에 대해 인터뷰한 결과, 연구 참여자 중 대다수는 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상에 대해 공감하였으며, 보상방안으로는 금전적 보상과 비금전적 보상이 지급되어야 할 것으로 보았음. 이 중 비금전적 보상의 경우, 파견실적을 의료 질 평가 지표에 포함시키는 것으로 이를 위한 방안은 앞선 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에 기술하였음.

○ 국내 사례 중 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 보상을 실시하고 있는 사례는 경상북도 의료인력 인건비 및 원격 협진 시범사업 사례로, 파견대상이 되는 의사인력과 간호인력에 대한 진료공백 보전금을 각각 지급하고, 이 중 의사인력은 교수급 인력과 임상강사 및 전임의 인력의 보수를 차등하여 지급하고 있는 것으로 나타남.

○ 지급하는 진료공백보전금의 금액은 의사인력 30~40만원, 간호인력 20만원 수준으로, 의사인력 파견보수의 약 30%를 지급하고 있는 것으로 나타났으며, 간호인력은 파견보수의 100%에 해당하는 금액을 지급하고 있는 것으로 나타남.

□ 한편, 금전적 보상의 경우에는 실질적인 의료인력의 파견으로 인한 손실을 기관 차원에서 전액 부담해야 한다는 문제와 파견 시 원소속 의료기관 내 나머지 의료인력이 부담해야 한다는 문제로 인해 필요성이 제기되었음. 다만, 원소속 의료기관에 대한 금전적 보상은 앞서 제시한 의료 질 평가 반영과 같은 비금전적 보상이 실질적으로는 간접적인 금전적 보상을 제공하기 때문에 보상 범위는 조정될 필요가 있을 것으로 사료됨.

○ 연구 참여자들은 소속 병원에서 이미 급여를 지급하고 있는 의사인력이 파견을 갈 경우에는 진료 공백에 따른 손실이 발생할 뿐만 아니라, 기관 내 다른 의료인력이 공백을 부담해야 한다는 점을 지적하며, 이러한 경제적 보상이 기관을 설득하고 적극적인 참여를 유도하는 핵심 요인으로 보았음.

- 기본적으로 전속 의료인의 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 참여를 위해서는 기관 차원의 승인이 필요하기 때문에, 기관의 긍정적인 입장을 이끌어 내기 위해서는 앞선 비금전적 보상과 함께 일정 수준의 금전적 보상이 필요할 것으로 사료됨.
- 다만, 앞서 비금전적 보상으로 제시한 의료 질 평가 내 파견실적을 반영하는 것은 파견에 참여하는 의료기관의 의료 질 평가 등급에 일정 수준 영향을 미치고, 이러한 영향은 등급 상승 효과를 불러일으킬 것으로 예측됨. 결과적으로 의료질평가 등급 상승은 각 의료기관이 수령받는 의료질평가지원금 수가에 영향을 미치기 때문에 간접적인 금전적 보상 효과를 유발함.
- 따라서, 파견의료인력의 원소속 의료기관에 대한 금전적 보상은 비금전적 보상책으로 인해 발생하는 간접적인 금전적 보상효과와 국내 사례에서 나타난 진료공백 보전금 액수를 고려하여 산정할 필요가 있을 것으로 사료됨.

3 연구의 제한점

- 본 연구는 국내외 파견사례를 분석하여 도출된 검토항목을 바탕으로 자치도 내 의료 인력을 대상으로 심층 인터뷰를 실시하여 보다 실무적인 관점의 보완점을 도출하였으나, 인터뷰 대상자의 범위 차원에서 다음과 같은 연구의 제한점을 가짐.
 - 첫째, 본 연구에서 개원의에 해당하는 인터뷰 참여자는 1명에 그쳤으며, 이로 인해 개원의 집단의 일차의료 경험에 따른 파견의향, 파견 인력의 활용, 개원의의 파견 촉진 방안, 파견보수, 파견보수 외 인센티브 등에 대한 다양한 관점이 충분히 포착되지 못한 한계가 있음. 따라서 제한된 사례에 근거한 탐색적 수준에서 해석될 필요가 있음.
 - 둘째, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 내 수요기관 측에 해당하는 자치도 내 의료기관의 기관장 및 주요 보직자, 행정책임자 등 핵심 의사결정자에 대한 심층 인터뷰가 이루어지지 않아, 플랫폼으로 인해 유발되는 수요기관 차원의 문제점에 대해 반영하지 못하였음. 따라서 후속 연구에서는 수요기관 차원의 문제에 대한 중점적인 분석을 통해 플랫폼에 참여하는 모든 기관과 인력 차원의 문제를 종합할 필요가 있음.
 - 셋째, 자치도 내 의사인력 인터뷰 결과 만성적인 의사인력 부족으로 인해 관외 의료인력의 플랫폼 참여 필요성이 제기되었으나, 관외 의료인력에 대한 인터뷰가 이루어지지 않아 강원특별자치도 내 의료기관 파견에 대한 인식, 참여 장벽, 보상 및 기대수준, 근무 선호 지역 등을 충분히 분석할 수 없었음.
 - 따라서 향후에는 이러한 제한점을 보완하여 다양한 이해관계자의 관점과 의견을 폭넓고 균형있게 반영할 필요가 있을 것으로 사료됨. 특히 본 연구의 질적 연구 결과를 바탕으로 주요 이해관계자를 대상으로 한 양적 설문조사를 통해 플랫폼 참여 의향과 다층적 보상체계에 대한 선호를 파악하는 후속 연구가 필요할 것으로 사료됨.

| 제2절 | 제언

1 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 개선(안)

□ (근거법령) 본 연구에서 제언하는 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 개선(안)의 근거 법령은 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임) 제1항과 제4항, 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항, 그리고 「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)에 근거하여 수행함. 또한, 현재 계류 중인 「강원특별자치도 설치 및 미래산업글로벌도시 조성을 위한 특별법 일부개정법률안(의안번호: 2204384)」의 국회 본회의 통과 시, 해당 법령을 추가적인 근거로 활용할 필요가 있음.

○ 「보건의료기본법」제4조(국가와 지방자치단체의 책임)제1항 및 제4항

- ① 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 모든 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평에 맞게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 식품, 의약품, 의료기기 및 화장품 등 건강 관련 물품이나 건강 관련 활동으로부터 발생할 수 있는 위해(危害)를 방지하고, 각종 국민건강 위해 요인으로부터 국민의 건강을 보호하기 위한 시책을 강구하도록 노력하여야 한다.
- ④ 국가와 지방자치단체는 민간이 행하는 보건의료에 대하여 보건의료 시책상 필요하다고 인정하면 행정적·재정적 지원을 할 수 있다.

○ 「공공보건의료에 관한 법률」제3조(국가와 지방자치단체의 의무) 제3항 및 제4항

- ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료를 강화하기 위하여 공공보건의료사업을 추진하여야 한다.
- ② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업을 원활하게 추진하기 위하여 충분한 수의 공공보건의료 수행기관을 확보하여야 한다.
- ③ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관이 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 「의료법」제2조제1항에 따른 의료인의 확보에 필요한 시책을 시행할 수 있다.

- ④ 국가와 지방자치단체는 공공보건의료사업 및 공공보건의료 전달체계 구축·운영을 추진하기 위한 재원을 확보하여야 하며, 공공보건의료 수행기관에 대하여 필요한 재정적·행정적 지원을 할 수 있다.

○ 「의료법」제39조(시설 등의 공동이용)

- ① 의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다.
- ② 의료기관의 장은 그 의료기관의 환자를 진료하는 데에 필요하면 해당 의료기관에 소속되지 아니한 의료인에게 진료하도록 할 수 있다.
- ③ 의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 그 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다

○ 「강원특별자치도 설치 및 미래산업글로벌도시 조성을 위한 특별법 일부개정법률안」제73조의8(의료인 진료허용에 관한 특례)

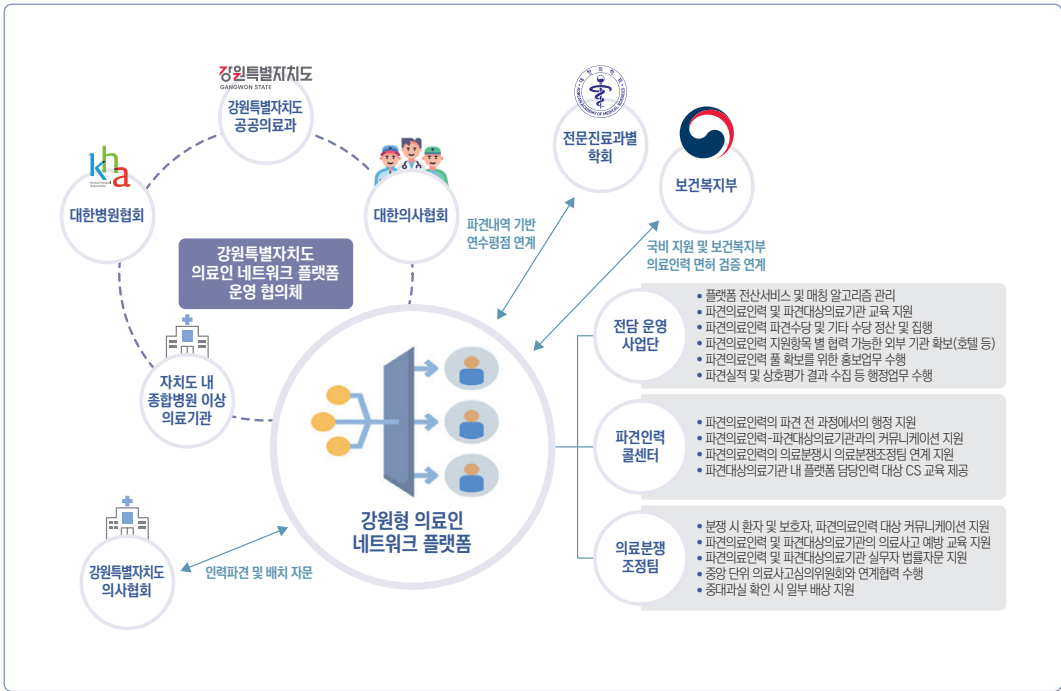
- 「의료법」제33조제1항에도 불구하고 의료인은 의료기관을 개설하지 아니한 경우이거나 의료기관에 소속된 경우에도 도내 다른 의료기관에서 의료행위를 할 수 있다. 다만, 「의료법」제27조제1항에도 불구하고 외국의 의료인 면허 소지자는 그러하지 아니하다.

□ (강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체) 강원형 의료인력 네트워크 플랫폼 운영 협의체의 구성 인원으로는 △강원특별자치도 공공의료과, △대한병원협회, △대한의사협회, △자치도 내 종합병원 이상 의료기관(장)이 포함되며, 주요 역할로는 △플랫폼 내 의사인력 유치를 위한 이해관계자간 정례회의, △플랫폼 기반 의료기관 간 연계협력 사업 수행, △플랫폼 운영 관련 사항 협의 및 의결, △과건실적 및 주요 문제 감독·조정 등의 역할을 수행하게 됨.

○ 운영 협의체의 구성 인원은 과건 수요기관 측에 해당하는 강원특별자치도 공공의료과와 자치도 내 종합병원 이상 의료기관, 공급기관 측에 해당하는 대한병원협회(장)과 대한의사협회(장)이 포함되는데, 이 중 공급기관측 구성 인원의 경우에는 플랫폼 운영 초기 단계부터 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 가입하는 의사가 인접 시도를 포함한 전국 단위의 참여를 요하기 때문에 이를 포괄할 수 있는 중앙단위의 협회(장)이 적절할 것으로 사료됨.

- 플랫폼 운영 협의체의 주된 역할은 강원특별자치도를 중심으로 주요 공급기관 측에 해당하는 대한병원협회와 대한의사협회와 수요기관 측에 해당하는 자치도 내 종합병원 이상 의료기관(장) 간의 정기적인 커뮤니케이션 창구이자 플랫폼 내 의사인력 유치 방안 마련, 인센티브 조정을 포함한 플랫폼 내 운영 관련 세부 사항 협의 및 의결, 파견실적 및 파견과정에서 발생한 주요 문제에 대한 감독 및 조정의 역할을 수행하며, 이외에도 플랫폼을 연계하여 의료봉사나 의료기관 간 의사인력 파견 관련 연계협력 사업을 수행함.
- 이외에 협의체에는 포함되지 않으나, 파견내역 기반의 연수평점 연계를 위한 전문진료과별 학회와의 연계협력이 필요하며, 동시에 보건복지부와 협력하여 의료인력 면허 검증 연계 및 국비 지원과 같은 별도의 협조체계를 마련할 필요가 있음. 또한, 자치도 내 의사협회와의 연계협력을 통해 의사인력의 파견독려 및 실무 운영 관련 자문을 통해 강원특별자치도의 실정에 맞는 파견 및 배치가 이루어져야 할 것임.
- (플랫폼 운영 실무 조직) 플랫폼 운영 조직은 기존 연구에서 제시된 △전담운영사업단, △의료분쟁조정위원회, △인력배치자문단에서 기존 의료분쟁조정위원회를 보다 능동적인 역할을 부여하기 위해 의료분쟁조정팀으로 변경하고, 기존 인력배치자문단을 삭제하였음. 이외에 앞선 연구결과에서 확인된 행정지원조직의 필요성에 따라 파견인력콜센터를 운영 조직에 추가하여 파견의료인력에 대한 지원을 강화하고자 하였음. 세부 내용은 [그림 9]와 같음.
- (전담운영사업단) 전담운영사업단은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)의 가장 핵심 운영 조직으로, 주로 전산 및 통계 관련 인력, 의학적 지식을 갖춘 간호인력, 대외커뮤니케이션 담당 인력 등으로 구성된 조직으로 플랫폼의 전산서비스 및 매칭알고리즘 구축 및 관리부터 인센티브 정산을 포함한 관련 행정업무를 수행함. 구체적인 역할은 아래와 같음.
 - 플랫폼 전산서비스 및 매칭 알고리즘 관리
 - 파견의료인력 및 파견대상의료기관 교육 지원(평점연계 등)
 - 파견의료인력 파견수당 및 기타 수당 정산 및 집행
 - 파견의료인력 지원항목 별 협력 가능 외부 기관 확보(호텔 등)

- 파견의료인력 풀 확보를 위한 홍보업무 수행
 - 파견실적 및 상호평가 결과 수집 등 행정업무 수행
- (파견인력콜센터) 파견인력콜센터는 파견 과정에서 수반되는 다양한 행정적 소요에 대하여 파견의료인력을 지원하기 위한 조직으로써, 주요 역할로는 파견의료인력에 대한 행정지원뿐만 아니라 파견 과정에서 발생하는 주요 문제에 대한 파견의료인력의 민원을 해결하고, 파견대상의료기관과의 각종 커뮤니케이션을 중간 지원함. 구체적인 역할은 아래와 같음.
- 파견 전 과정에서 파견의료인력에 대한 행정 지원
 - 파견의료인력-파견대상의료기관 간 커뮤니케이션 지원
 - 의료분쟁 시 의료분쟁조정팀 연계 지원
 - 파견대상의료기관 내 플랫폼 담당인력 대상 CS교육 제공
- (의료분쟁조정팀) 의료분쟁조정팀은 의료관련 변호사, 심리상담사 등으로 구성된 조직으로 의료분쟁 발생 시 수사 및 기소 전단계에서 환자 및 보호자와 파견의료인력 대상 커뮤니케이션과 파견의료인력 및 파견대상의료기관 실무자 대상 법률자문을 지원하는 조직임. 또한, 의료사고배상책임보험 가입료율 인하를 위하여 인력 및 기관을 대상으로 의료사고 예방 교육을 지원하는 등의 역할을 수행함. 구체적인 역할은 아래와 같음.
- 분쟁 시 환자 및 보호자, 파견의료인력 대상 초기 커뮤니케이션 지원
 - 파견의료인력 및 파견대상의료기관 대상 의료사고 예방 교육 지원
 - 파견의료인력 및 파견대상의료기관 실무자 대상 법률자문 지원
 - 중앙 단위 의료사고심의위원회와 연계협력 수행
 - 중대과실 확인 시 일부 배상 지원



[그림 9] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영 도식도

□ (가입대상 의료인력) 가입대상 의료인력은 기존 선행연구에서 제시한 자치도 내 의료인력에서 벗어나 자치도 외 의료인력까지 포함하도록 가입대상 의료인력 군을 확대함과 동시에 국방부와 조정이 필요하여 실질적인 참여가 어려울 것으로 사료되는 공중보건과는 제외하였음. 또한, 팀 단위 파견의 경우에는 문헌고찰 및 연구결과에서 도출된 내용에 따라 간호인력을 주된 가입대상으로 추가하였음. 구체적인 가입대상 의료인력은 아래와 같음.

○ 자치도 내·외 전속 의료인(전문의/간호사)

- 간호인력의 파견은 전속 의료인의 파견 시에만 팀 단위 파견 가능
- 추후 일반의(GP)로 확대

○ 자치도 내·외 비전속 의료인(전문의)

- 비전속 의료인의 경우 팀 단위 파견 불가능
- 추후 일반의(GP)로 확대

- (파견대상 의료기관) 파견대상 의료기관은 자치도 내에 소재한 △권역책임의료기관, △지역책임의료기관, △병원급 이상 민간의료기관으로, 기존 선행연구에서 제시한 가입대상 의료기관의 범주와 동일함. 각 범주별 세부 파견대상 의료기관은 아래와 같음.
 - 자치도 내 권역책임의료기관: 강원대학교병원
 - 자치도 내 지역책임의료기관: 강원특별자치도 원주의료원, 강원특별자치도 강릉의료원, 강원특별자치도 속초의료원, 강원특별자치도 삼척의료원, 강원특별자치도 영월의료원
 - 자치도 내 병원급 이상 민간의료기관: 연세대학교원주세브란스기독병원, 강릉아산병원, 홍천아산병원, 동해동인병원, 강릉고려병원 등

- (수정된 파견모델(안) 및 파견 프로세스) 앞선 문헌고찰에서 도출한 시사점과 의사 인력 인터뷰를 통해 파악한 내용을 바탕으로 선행연구에서 제시된 긴급파견모델과 정기파견모델을 한 개의 파견모델로 일원화하였으며, 기존 긴급파견모델이 응급 수술 등의 긴급한 상황을 포함하고 있지 아니함에도 불구하고 ‘긴급’이라는 이름을 사용하여 파견의료인력의 혼동을 유발할 수 있어 ‘파견모델’로 통칭하고자 함. 수정된 파견모델에 따른 세부 프로세스는 [그림 10]과 같음.
 - (의료기관-플랫폼 간 사전 업무협약 체결) 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)에 참여하고자 하는 전속 의료인이 존재하는 자치도 내·외 의료기관은 사전에 플랫폼 전담운영사업단과 파견의료인력 관련 업무협약(MOU)을 체결해야 함.
 - (의료기관 내 전속 의료인 가입 승인) 업무협약을 체결한 의료기관은 기관 내 플랫폼 담당 행정인력 1인을 지정하고, 해당 인력이 기관 단위 계정을 가입 및 관리하도록 함. 또한, 소속 의료인력(의사 및 간호사)을 대상으로 플랫폼 가입을 승인하고, 이를 홍보하여 소속 의료인력 중 플랫폼에 참여의향이 있는 의료인력이 가입할 수 있도록 지원함.
 - (전속/비전속 의료인의 플랫폼 가입) 플랫폼에 참여하고자 하는 전속의료인과 비전속의료인은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(온라인)에 접속하여 가입절차를 진행하게 됨. 가입절차를 밟는 의료인력은 사전에 플랫폼에 마련된 가입서식을

작성해야 하며, 이때 가입 서식에는 △기본정보, △전문성 및 진료 역량, △파견 근무 관련 정보, △건강 및 안전정보를 필수적으로 기입하게 됨. 각 항목별 세부적인 필수 기입 정보 내용은 아래와 같음.

- (기본정보) 이름, 성별, 나이 등의 인적사항, 의사면허번호, 전문의 번호를 포함해 자격을 확인할 수 있는 정보, 현재 소속기관, 거주지 정보
- (전문성 및 진료 역량) 진료과와 세부 전공, 수행 가능한 진료·수술·시술 내용, 전문의 근무 경력
- (파견근무 관련 정보) 파견 선호 지역, 파견 선호 기관(종별), 희망 근무 형태(외래·당직·반일·종일·주말 근무 등)
- (건강 및 안전 정보) 의사의 기본 건강 상태와 예방접종 이력(B형 간염, MMR, 결핵, 백일해, 파상풍 등)

○ (파견대상 의료기관의 파견요청) 파견의료인력이 필요한 강원특별자치도 내에 소재한 △권역책임의료기관, △지역책임의료기관, △병원급 이상 민간의료기관은 기관 내 의료인력의 공백 등을 사전에 파악하여 파견예정일로부터 약 15~20일 영업일 전까지 플랫폼을 통해 파견요청서를 제출해야 함. 이때, 단기파견을 신청한 경우, 의료기관은 해당 일자에 예약된 환자들에게 사전에 파견의료인력이 진료할 수 있음을 고지하여야 함. 이때, 파견대상 의료기관이 작성하는 파견요청서 내 세부 정보는 아래와 같음.

- (기본 사항) 기관명, 기관 소재지, 파견유형(정기/단기), 파견요청기간, 파견요청사유, 파견진료과 의료진 구성현황(지원인력 정보), 응급대응체계, 의료장비 및 시설 현황, 해당 진료과 내 보유 의약품 현황, 주요 환자군 및 질환군 정보, 파견의료인력 담당 행정직원 정보
- (구인대상 인력조건) 파견요청 진료과, 필요 경력사항, 업무범위(외래/수술/입원진료/당직 등)
- (수술 및 마취 시 환자정보⁵¹⁾) 주요 환자 정보(질병 이력 등), 질환 및 수술명, 수술예정환자 검사결과(EKG, Chest X-ray 등 수술 전 주요 검사 결과)
- (근무조건 및 보상) 직무개요, 근무형태(종일/반일), 수술 건수(수술 및 마취 시), 공휴일 및 당직근무 여부, 파견보수 및 수당, 초과근무 보상, 숙박 및 식사 제공 여부, 근무 환경
- (의료사고 및 분쟁 시 지원 및 안전보장) 의료사고·분쟁 발생 시의 대응 절차, 기관의 법적 보호장치 및 보험 가입 여부

51) 수술 및 마취 시 제공해야 하는 환자 정보는 외과계 전문의 파견 요청 시에 한함.

- (플랫폼 DB기반 적합의료진 매칭 및 알람 발송) 파견요청서를 접수한 날로부터 1영업일 이내에 플랫폼 전담운영사업단은 접수된 파견요청서를 확인하여 매칭을 실시함. 이때, 파견요청서에 기재된 요청 진료과에 따라 내과계/외과계로 구분하고, 파견유형(정기/단기)에 따라 우선순위를 조정한 뒤, 파견요청서에 기입된 세부 정보와 기입된 의료인력의 정보를 활용하여 알고리즘 기반 매칭을 실시하고, 매칭된 의료인력 중 적합률이 높은 상위 10명의 의료인력에게 매칭 알람을 발송함.
 - 매칭 알람에 포함되는 정보는 파견요청서에 기재된 구인대상 인력조건과 기본사항 중 일부 정보가 포함되며, 파견 요청서에 기재된 진료과가 외과계(마취통증의학과 포함)의 경우에는 가명 처리된 환자정보가 일부 포함되어 발송됨.
- (1차 파견수락 회신) 매칭알람을 확인한 의료인은 기재된 정보를 확인한 뒤, 플랫폼을 통해 1차 파견수락을 회신하게 되며, 전담운영사업단은 회신 순서를 기반으로 플랫폼 내에 파견대상 의료기관과 파견의료인 간 협의 창구를 개설함. 이때 1차 파견수락을 회신한 의료인이 없는 경우에는 다시금 매칭하는 과정을 거쳐 차순위 인력을 대상으로 매칭 알람을 발송함.
- (플랫폼 기반 파견대상 의료기관-파견의료인 간 협의) 개설된 협의 창구를 통해 파견대상 의료기관 내 담당자와 파견의료인 간에 기관 세부정보 및 환자 세부정보 등을 공유하고, 파견요청서에 기재된 근무일정 등에 대해 조정이 필요한 경우에는 추가적인 협의를 진행함. 이때, 전속의료인의 경우에는 원소속 의료기관의 플랫폼 대상 인력을 협의과정에 포함시키고, 해당 일정 내 파견근무 수행에 대한 사항을 승인함.
- (최종 파견수락 응답) 협의 과정이 완료된 이후, 파견의료인은 협의한 내용을 면밀히 검토한 뒤에 최종파견수락여부를 응답하게 됨. 이때, 파견을 거절할 경우에는 1차 파견수락을 회신한 인력을 대상으로 매칭을 시도함.
- (근무 인수인계 준비 및 책임보험 가입) 파견의료인이 최종적으로 파견을 수락한 이후, 파견대상 의료기관은 파견의료인이 원활한 파견의료서비스를 제공할 수 있도록 인수인계서 준비 및 배상책임보험 가입절차 등을 비롯한 각종 행정작업을 실시하고, 이를 파견의료인과 공유함.
- (파견에 필요한 제반 지원사항 확인 및 제공) 전담운영사업단은 최종 파견수락이 완료된 이후, 의료기관 소재지 내·외에 위치한 가까운 제휴숙박업소를 공유하고,

제반 지원사항을 확인 및 제공함. 이때, 전담운영사업단은 의료분쟁조정팀과 연계하여 의료분쟁 발생 시 신속하게 대응할 수 있도록 담당자를 배정하고, 배정된 담당자는 의료사고 발생시에 대응 절차와 지원 내용을 상세히 안내하여 법적 리스크 부담을 최소화 함.

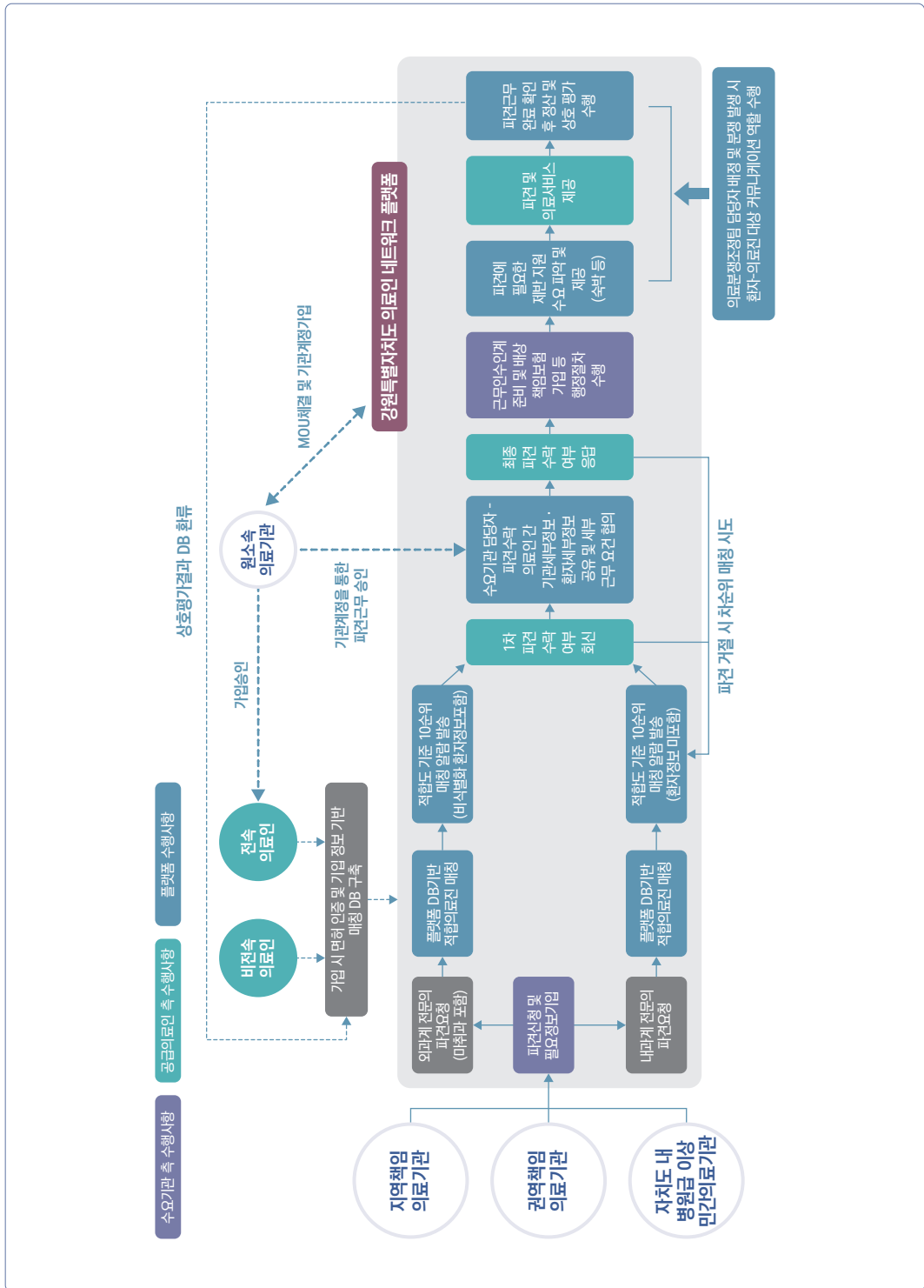
- (파견 및 의료서비스 제공) 파견의료인은 파견일자가 도래하면 기존 협의한 파견 기간에 맞추어 파견의료서비스를 제공함. 이때, 파견의료서비스 제공 과정에서 발생하는 문제는 일차적으로 플랫폼 내 파견인력콜센터에 접수되며, 해당 건이 의료분쟁 건일 경우에는 의료분쟁조정팀 내 배정된 담당자에게 인계됨.

- 파견과정에서 의료사고 발생 시, 사전에 배정된 플랫폼 내 의료분쟁조정팀 담당자가 의료 사고 발생 경위, 분쟁 주요 사항에 대해 면밀히 수집하고, 법률적 검토 및 주요 절차 안내와 사건화 전 환자-의료진 간 커뮤니케이션을 지원하게 됨. 이 과정에서 고소 및 고발이 발생할 경우, 의료분쟁조정팀 담당자는 의료사고심의위원회와 같은 중앙단위 분쟁조정 기관에 수집된 자료를 즉시 인계하여 신속하고 원활한 수사과정이 될 수 있도록 지원함.

- 한편, 파견의료인력이 외과계 의료인력으로서 수술 등을 수행하는 경우에는 사전에 협의한 바와 같이 수술 후 회복 기간을 고려하여 2~3일가량 추가적인 파견근무를 수행하거나, 원격협진 기반의 포스트케어를 제공하여 수술 환자의 원활한 회복을 도모함.

- (정산 및 상호평가 수행) 파견이 종료된 이후, 파견대상 의료기관 내 플랫폼 담당자는 파견의료인력이 수행한 진료기간 및 진료실적을 정리하여 플랫폼에 업로드하고, 플랫폼상에 파견의료인력의 근무상태를 '완료'로 변경한 뒤 상호평가를 수행함. 또한, 파견의료인력은 파견 과정에서 소요된 교통비와 숙박비 관련 증빙서류와 정산을 위한 통장사본을 플랫폼에 업로드하고, 플랫폼상에 근무상태를 '완료'로 변경한 뒤 상호평가를 수행함. 전담운영사업단은 자료가 업로드된 시점으로부터 익월 말까지 정산을 수행하고, 상호평가결과를 플랫폼 내 DB에 축적하여 향후 매칭에 활용함.

- 이때 단기파견의 경우에는 파견이 종료된 이후로부터 2주 이내에 정산자료를 제출토록 하며, 장기파견의 경우에는 익월 중순까지 이전 달 파견에 대한 정산자료를 제출하도록 함.



[그림 10] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 파견모델 세부 프로세스 변경(안)

2 파견모델의 보수 및 인센티브 항목

- (파견의료인력 파견보수) 파견의료인력의 파견보수에 해당하는 항목으로는 △정액 파견보수, △의료취약지 가산수당, △교육수당, △수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당으로 구분되며, 이때 초과근무 등으로 인한 추가적인 보수와 정기파견 인력에게 제공하는 환자유치에 따른 성과보상금 또한 전액 파견대상 의료기관에서 부담함. 당해 연도의 파견보수는 전년도에 강원형 의료인 네트워크 플랫폼 운영 협의체에서 조정 및 의결함.
- (정액파견보수) 정액파견보수는 크게 파견의사인력과 간호인력으로 구분되며, 정액파견보수에 관한 사항은 국내·외 파견 사례 및 인터뷰 결과에서 도출된 보수 액 범위를 고려하여 전문의 인력은 하루 8시간 기준 100만원에서 150만원, 간호 인력의 경우에는 하루 8시간 기준 20만원에서 30만원 사이의 범위 내에서 결정 하도록 함.
 - 전문의 인력: 1,000,000원~1,500,000원/1일(8시간)
 - 간호인력: 200,000원~300,000원/1일(8시간)
- (의료취약지 가산수당) 의료취약지 가산수당은 파견의료인력이 의료취약지에 소재한 병원급 이상 의료기관으로 파견되는 경우, 정액파견보수에 가산하여 지급되는 수당으로, 국내·외 파견사례를 고려하여 단기파견은 파견횟수 1회당, 정기 파견은 파견 발생 월 1개월당 200,000원~300,000원을 가산함. 이때 소재 지역의 의료취약지 여부는 일차적으로는 국립중앙의료원에서 발표하는 의료취약도가 50점 이상인 지역으로 설정하되, 추후 별도의 지역의료취약지수(가칭) 개발을 통해 지정할 필요가 있음.
 - 의료취약지 가산수당: 200,000원~300,000원/파견횟수 1회(단기) 혹은 파견 발생 1개월(정기)
- (교육수당) 교육수당은 파견의료인력이 파견대상 의료기관의 의료인력을 대상으로 별도의 교육을 실시할 때 제공되는 수당으로 파견의료인력은 사전에 반드시 파견대상 의료기관과 협의를 거쳐 교육계획서를 전담운영사업단에 제출하고, 파견 종료 이후 간소화된 교육결과보고서를 제출할 때 지급됨. 교육수당은 국가공무원인재개발원 학칙 [별표6] 강사의 수당 등의 지급기준 내 일반(I)와 특강(III)을

기준으로 하여 수당 구간을 230,000원~300,000원의 범위 내에서 설정하되, 기본적으로 지급되는 정액파견수당을 고려하여 시간당이 아닌 교육 횟수당 산정하여 지급함.

- 교육수당: 230,000원~300,000원/1회

- (수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당) 외과계 의사인력이 파견의료기관에서 수술 등 침습적 의료서비스를 제공하는 경우, 파견의료인력과 파견대상 의료기관 간 사전 협의 하에 원격협진수당을 제공할 수 있음. 원격협진수당의 경우에는 경상북도 의료인력 인건비 지원 사업 내 원격협진 자문료 지원 사업 내 책정된 액수를 고려하여 1일 기준 100,000원이 적절할 것으로 사료됨. 단, 이러한 수당은 외과계 의사인력이 환자 1인에 대하여 하루에 여러차례 진료 및 협진하더라도 100,000원만 지급함.

- 수술 환자의 포스트케어를 위한 원격협진수당: 100,000원/환자 1인 및 1일

- (파견의료인력의 파견보수 외 인센티브) 파견의료인력에게 제공되는 파견보수 이외에 인센티브는 △주거비, △교통비, △식비로 이루어져 있음. 이때 식비는 정액수당을 지급하고, 주거비는 전담운영사업단에서 협약을 맺은 지정숙박시설을 이용하지 않은 경우에 한하여 상한액 내에서 실비 지급하며, 교통비는 실비 정산을 기본으로 하되 자차 정산 시 공무원 여비규정에 의거하여 정산 및 지급하는 것을 원칙으로 함.

- (주거비) 주거비는 파견의료인력이 2일 이상 근무하거나 야간근무를 수행하는 등의 사유로 숙박이 필요한 경우에 지급하는 비용으로, 전담운영사업단과 업무협약을 맺은 지정숙박시설을 이용하지 아닐 경우 공무원 여비규정을 준용하여 1박당 70,000원~100,000원 한도 내에서 실비정산함.

- 주거비: (지정숙박시설 미이용 시) 70,000원~100,000원/1박

- (교통비) 교통비의 경우, 파견의료인력의 자택 혹은 원소속 근무기관으로부터 파견대상 의료기관까지 이동 시 발생하는 교통비에 대하여 실비 정산하는 항목으로, 왕복 1회에 한하여 정산함. 이때, 자차를 이용하는 경우에는 공무원 여비규정에 의거하여 정산하도록 함. 다만, 파견대상 의료기관 측에서 별도의 차량을 제공하는 경우에는 정산하지 않음.

- 교통비: 실비정산(공무원 여비규정 준용) / 왕복 1회

- (식비) 식비의 경우에는 정액수당으로, 공무원 여비규정을 준용하여 파견근무일 1일 기준 25,000원이 고정 지급됨.
 - 식비: 25,000원/1일
- (원소속 의료기관 대상 금전적 인센티브) 원소속 의료기관 대상 금전적 인센티브에 해당하는 항목은 진료공백보전금으로, 소속 의료인력이 파견 근무를 수행함에 따라 원소속 의료기관 발생하는 의료공백을 일정 수준 보상하기 위한 금액임.
- (진료공백보전금) 진료공백보전금은 국내·외 사례를 고려하여 파견의료인력 1인 당 파견일수 1일당 200,000원~400,000원의 범위 내에서 설정하여 진료공백을 보조함. 이때, 간호인력에 대한 보전금과 전문의 인력에 대한 보전금을 별도 산정하고, 팀단위 파견 시에는 정산 시 합산하여 보전금 총액을 산출함. 다만, 이러한 진료공백보전금은 원격협진 시에는 별도 제공하지 않음.
 - 파견의사인력 진료공백보전금: 300,000원~400,000원
 - 파견간호인력 진료공백보전금: 200,000원~300,000원

[표 41] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 파견의료인력 보수 및 인센티브 항목(안)

번호	항목	지원대상	단위	금액 구간(원)
1	정액파견보수(8시간 기준)	파견의사인력	1일	1,000,000원 ~ 1,500,000원
		파견간호인력	1일	200,000원 ~ 300,000원
2	의료취약지 가산수당	파견의료인력	1일	200,000원 ~ 300,000원
3	교육수당	파견의료인력	1회	230,000원 ~ 300,000원
4	수술 환자 포스트케어를 위한 원격협진수당	파견의료인력	환자 1인 1일	100,000원
5	성과보상금(정기파견)	파견의사인력	재량	파견대상 의료기관 지급항목
6	초과근무수당	파견의료인력	재량	파견대상 의료기관 지급항목
7	주거비	파견의료인력	1박	지정숙박시설 이용(미지급)
				그 외 숙박시설 이용 시 70,000원 ~ 100,000원/
8	교통비	파견의료인력	왕복 1회	실비정산 (공무원여비규정준용)
9	식비	파견의료인력	1일	25,000원
10	진료공백보전금	파견의료인력	1일	300,000원~400,000원
		파견간호인력		200,000원~300,000원

□ (비금전적 인센티브) 파견보수를 포함한 금전적 성격을 지닌 인센티브 외에 비금전적 인센티브로써 제공되는 항목은 크게 파견의료인력 차원의 파견실적 연수평점 연계반영과 원소속 의료기관 차원의 파견실적의 의료 질 평가 반영이 해당됨. 다만, 이와같은 비금전적 인센티브는 앞서 언급한 바와 같이 광범위한 이해관계자의 합의와 정책 및 제도적 제·개정이 수반되어야 할 것임.

3 플랫폼 운영에 따른 필요 예산 및 자원조달방안

가. 플랫폼 운영에 따른 필요 예산

- (플랫폼 실무조직 운영 예산 편성 시 고려할 채용인력군) 플랫폼 실무조직 운영에 따른 필요예산은 개별 조직의 성격과 위탁여부 등에 따라 각자 상이하고, Locum 및 의료인력 파견 사업을 실시하는 국내·외 사례에서도 운영조직의 구성원에 대한 인사정보를 공개하고 있지 않기 때문에 사례 기반 운영예산 추계가 매우 어려움. 다만, 향후 플랫폼 운영 예산을 편성할 때는 플랫폼 내 3개의 실무조직의 역할을 고려하여 다음과 같은 인력을 채용할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - (전담운영사업단) 전담운영사업단은 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 홈페이지부터 데이터 기반 매칭 알고리즘을 개발 및 유지관리할 뿐만 아니라 실제 매칭 과정에서 중재 및 회계정산의 역할을 수행하기 때문에, △데이터 및 네트워크 전문가, △간호사, △행정사무원을 채용할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - (파견인력콜센터) 한편, 파견인력콜센터의 경우에는 파견의사인력에 대한 커뮤니케이션 창구의 역할을 수행하기 위해 실제 콜센터 업무를 수행하는 고객 상담 및 기타사무원을 채용하여야 하며, 파견 수요에 따라 유동적으로 채용상황을 조정할 필요가 있을 것으로 사료됨.
 - (의료분쟁조정팀) 의료분쟁조정팀의 경우 실질적인 수사 및 기소 전 단계에서 주요 커뮤니케이션을 담당할 뿐만 아니라 필요시 법률자문을 실시해야 하기 때문에 법률전문가가 반드시 필요함. 따라서 법률전문가와 이를 보조할 수 있는 사무인력의 채용이 필요할 것으로 사료됨.
- (파견모델 운영에 따른 필요예산) 파견모델의 운영 예산은 1년 기준 단기파견 의사인력 100명, 단기파견 간호인력 10명과 정기파견 의사인력 10명, 정기파견 간호인력 2명을 기준으로 산정하였으며, 이때 단기파견은 평균 2일, 정기파견은 한 달 기준 격주로 하루씩 총 2일 파견근무를 가정하고, 앞선 [표 41] 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 파견의료인력 보수 및 인센티브 항목(안)에 기재한 하한액과 상한액을 기준으로 각각 최소예산과 최대예산을 산출한 뒤 합산하였음. 합산 결과 파견모델을

운용하기 위해서는 1년 기준 최소 7.7억원, 최대 11억원 가량을 조달할 필요가 있는 것으로 나타남.

○ (단기파견모델 운영에 따른 필요예산) 단기파견모델 운영에 따른 필요예산은 의사인력 100인과 간호인력 10인이 1년 기준 각각 2일씩 파견근무를 수행한다고 가정하였을 때, 최소예산은 약 3.4억원, 최대예산은 약 4.9억원이 필요한 것으로 나타남.

- 이때, 주거비의 경우에는 강원특별자치도 강원물가정보망에서 제공하는 2024년 콘도(주말, 2인1실1박)의 자치도 평균 가격 중 가장 높은 금액을 기준으로 천원 단위에서 올림한 180,000원을 사용하였음.

- 강원특별자치도의 초과근무수당과 성과보상금의 경우에는 파견대상 의료기관측 부담이기 때문에 산정하지 아니하였음.

[표 42] 단기파견모델 운영에 따른 필요예산

번호	항목	지원대상	최소예산(단위: 원)	최대예산(단위: 원)
1	정액파견보수(8시간 기준)	파견의사인력	200,000,000	300,000,000
		파견간호인력	4,000,000	6,000,000
2	의료취약지 가산수당	파견의료인력	44,000,000	66,000,000
3	교육수당	파견의료인력	1,150,000	1,500,000
4	성과보상금(정기파견)	파견의사인력	0	0
5	초과근무수당	파견의료인력	0	0
6	주거비(지정숙박시설 이용)	파견의료인력	9,900,000	9,900,000
	주거비(그 외 숙박시설 이용)		3,850,000	5,500,000
7	교통비(1회 왕복)	파견의료인력	11,000,000	11,000,000
8	식비	파견의료인력	5,500,000	5,500,000
9	진료공백보전금	파견의사인력	60,000,000	80,000,000
		파견간호인력	4,000,000	6,000,000
합계			343,400,000	491,400,000

*교통비는 왕복 기준 약 10만원으로 가정하였으며, 원격협진수당은 제외하였음

○ (정기파견모델 운영에 따른 필요예산) 한편, 정기파견 소요예산은 의사인력 10인과 간호인력 2인이 한 달 기준 격주로 하루씩 총 2일간 파견근무를 수행한다고 가정

하였을 때, 최소예산은 약 4.3억원이 소요되는 것으로 나타났으며, 최대예산은 약 6.1억원이 소요되는 것으로 나타남.

- 이때, 격주로 하루씩 파견을 수행하는 것을 가정하였기 때문에 숙박비 지급 대상에 포함하지 아니하였으나, 예비비 산정 시 이보다 더 많은 예산이 소요될 것으로 사료됨.
- 초과근무수당과 성과보상금의 경우에는 파견대상 의료기관측 부담이기 때문에 산정하지 아니하였음.

[표 43] 정기파견 소요예산

번호	항목	지원대상	최소예산(단위: 원)	최대예산(단위: 원)
1	정액파견보수(8시간 기준)	파견의사인력	240,000,000	360,000,000
		파견간호인력	9,600,000	14,400,000
2	의료취약지 가산수당	파견의료인력	57,600,000	86,400,000
3	교육수당	파견의료인력	1,150,000	1,500,000
4	성과보상금(정기파견)	파견의사인력	0	0
5	초과근무수당	파견의료인력	0	0
6	주거비(지정숙박시설 이용)	파견의료인력	0	0
	주거비(그 외 숙박시설 이용)		0	0
7	교통비(1회 왕복)	파견의료인력	28,800,000	28,800,000
8	식비	파견의료인력	7,200,000	7,200,000
9	진료공백보전금	파견의사인력	72,000,000	96,000,000
		파견간호인력	9,600,000	14,400,000
합계			425,950,000	608,700,000

*교통비는 왕복 기준 약 10만원으로 가정하였으며, 원격협진수당은 제외하였음

□ (최종 필요 예산) 단기 및 정기 파견 모델의 운영에 따른 소요예산만을 합산하였을 때, 연간 최소 7.7억원에서 최대 11억원 가량이 소요되는 것으로 나타났으며, 이러한 필요 예산액은 파견의료인력에 대한 수요와 공급에 따라 증감될 수 있을 것으로 나타남. 다만, 이는 추계가 다소 어려운 플랫폼 실무조직 운영에 따른 소요예산과 원격협진수당은 제외한 액수로, 향후에 이러한 항목이 반영된다면 전체 필요 예산액은 크게 늘어날 것으로 사료됨.

나. 예산 조달 방안

□ (예산 조달 방안) 이와 같은 막대한 규모의 예산을 공공 차원에서 조달하기 위해서는 지방자치단체의 자체적인 노력이 필수적으로 수반되어야 하나, 실질적으로 지자체 자체 예산으로 수행하기에는 한계가 존재할 수밖에 없어 중앙정부 차원의 국비 지원이 절실히 필요한 것으로 보임. 특히 지방소멸대응기금과 같은 정부차원의 조성 기금이나, 국회에서 입법과정을 거치고 있는 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법안(대안)」등에 명시된 지역필수의료 특별회계와 같은 대단위 자본이 투입될 필요가 있으며, 이외에 다소 실현 가능성은 낮으나 안정적인 재원 마련을 위해 수도권 내 의료이용량을 연동한 새로운 조세 기준을 마련하는 것을 고려해볼 필요가 있을 것으로 사료됨.

○ (지역필수의료 특별회계) 국회에 발의된 의안번호-2215121 「필수의료 강화 지원 및 지역 간 의료격차 해소를 위한 특별법안(대안)」에 따르면, 담배에 부과하는 개별소비세와 특정 제품에 부과되는 관세액 등을 활용하여 필수의료에 대한 집중적·안정적 지원과 지역 필수의료 강화에 필요한 자금을 확보 및 공급하기 위하여 지역필수의료 특별회계를 설치할 것을 명시하고 있음. 해당 법안은 현재 국회 계류 중이기 때문에 향후 시행될지는 미지수이나, 실제 법안이 시행될 경우에는 이와 같은 법안을 활용하여 플랫폼 운영 예산을 조달하는 것도 가능할 것으로 사료됨.

- 지역필수의료 특별회계는 △지역의 필수의료인력 양성 및 확충 지원, △진료협력체계 구축 및 운영 지원, △책임의료기관, 거점의료기관 및 전문센터 등의 시설·인력·장비 확충 및 운영 지원, △필수의료취약지 내 보건의료기관의 시설·인력·장비 확충, △지역의 필수 의료 강화를 위한 지방자치단체 사업 지원 등의 목적으로 운용되는 것으로 나타남.

- 이와 같은 기금 용도는 입법과정에서 변경될 수 있으나, 현재 계류중인 법안대로 통과가 된다면 지역의 필수의료 강화를 위한 지방자치단체 사업지원 및 지역의 필수의료인력 양성 및 확충을 위한 목적으로 충분히 활용이 가능할 것으로 보임.

○ (지방소멸대응기금) 지방소멸대응기금은 2022년 신설된 기금으로, 관련 기반 시설 조성 등 지방소멸에 대응할 목적으로 중앙정부가 인구감소지역 등에 연 1조원 씩 10년간 한시적으로 지원하는 기금으로, 2025년 기준 강원특별자치도의 경우 약 207억을 광역지원계정으로 배분받은 것으로 나타남(류영아, 2024). 이와 같은 기금은 2031년까지 한시적으로 운용되어 지속가능성은 다소 떨어지나, 지방소멸에

대응하기 위한 의료자원 확보와 정주여건 개선 측면에서 기금 운용의 목적과 부합하여 플랫폼 운영 예산 조달이 일부 가능할 것으로 사료됨(김동균, 2024).

○ (수도권 의료이용량 연계 조세 기준 마련) 수도권 의료이용량 연계 조세 신설은 수도권에서 발생하는 의료이용량 중 입내원일수를 기준으로 입내원일수 1일당 약 100원의 추가 세수를 확보한 뒤, 이를 수도권 외 지역의료기금으로 활용하는 방안임. 이를 통해 약 558억의 기금을 마련할 수 있을 것으로 사료되며, 해당 기금을 활용하여 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안) 운영예산을 확보할 수 있을 것으로 기대함.

- 국민건강보험공단에서 발간한 지역별의료이용통계에 따르면, 2023년 기준 서울, 경기, 인천지역의 입내원일수는 총 558,355,510일로 나타났으며, 해당 일수를 기준으로 1일당 약 100원의 추가 세수 확보 시, 대략적으로 558억원 가량의 기금재원 확보가 가능할 것으로 사료됨.

- 이렇게 확보된 금액은 각 지역의 의료취약도를 비롯한 별도 기준을 마련하여 각 시·도에 배부하고, 이를 각 지역의 의료서비스 제공 체계 재정비, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 포함한 의료인력 확보를 위한 시책 등을 운영하는데 활용할 수 있을 것으로 기대함.

- 이와 같은 기금 재원 확보 방식은 우리나라에서 출발하는 모든 국제선 항공권을 대상으로 1,000원을 부과하는 항공권연대기여금(Air-ticket solidarity levy) 제도를 기반으로 조성된 국제질병퇴치기금(Global Disease Eradication Fund)과 동일한 방식임. 비록 해당 기금은 코로나19 기간동안 항공교통량 급감으로 인해 납부금이 고갈되어 2025년 1월 1일부로 폐지되었으나, 2007년부터 2024년까지 연평균 265억 가량의 재원을 안정적으로 확보했다는 점에서 주목할 만한 것으로 보임.

- 다만, 조세항목 신설이 이루어지기 위해서는 국민적 차원의 공감대 형성과 함께 중앙정부 차원의 강한 의지가 수반되어야 하기 때문에 실제 시행될 확률은 매우 낮을 것으로 사료됨. 그러나, 지역의 인구소멸과 지역인구의 초고령사회 진입, 의료인력 확보 어려움 등을 고려할 때, 이와 같은 조세항목의 신설이 지역의료 붕괴를 막기 위한 안정적인 기초 재원 조달 방안으로써 조속한 논의가 필요한 시점임.

| 제3절 | 결론

- 본 연구는 선행연구에서 제안한 강원형 의료인 네트워크 플랫폼에 대하여 국내외 파견의료인력 정책 동향 및 사례를 검토하고, 강원특별자치도 내 의사인력을 대상으로 플랫폼에 대한 인식과 참여 의향 등을 체계적으로 조사하여 제도의 성공적인 운영과 정착을 위한 현장 중심의 실무적 제언을 도출하고자 수행됨.
- 연구 결과, 정책적·제도적 차원에서는 의료인력과파견에 대한 법률적 근거를 설정하고, 의사인력 파견에 따른 사전 환자정보 공유 방안 마련에 대한 필요성과 개인·기관 차원에서 △파견실적 연수평점 연계, △파견실적 의료 질 평가 반영 등의 정책적 유인책 마련의 필요성이 대두되었음.
- 실무적 차원에서는 파견 협조를 위한 강력한 거버넌스 구축에 대한 필요성과 중앙정부의 대단위 정책 추진에 따른 파견모델의 개선 필요성이 제기되었으며, 이외에 파견 과정에서의 전담 지원조직의 필요성과 플랫폼 내 의료분쟁조정 전담기구의 역할 구체화, 파견대상인력의 범위 및 의료행위 범주, 파견과정에서 수집하는 정보의 범위, 파견보수지급방식 및 파견보수 범위, 파견보수 외 지원사항 등에 대하여 구체적인 고려사항들이 도출되었음.
- 이를 바탕으로 본 연구에서는 선행연구에서 제시된 강원형 의료인 네트워크 플랫폼의 법률적 근거를 설정하고, 플랫폼 운영을 위한 운영 협의체 조직 및 실무조직 개편, 가입대상 의료인력의 확대, 파견모델 개편(안)을 제언하였으며, 파견의료인과 원소속 의료기관 등에 대한 보수 및 인센티브의 범위를 설정하였음. 또한, 이를 기반으로 플랫폼 운영에 따른 필요 예산을 추계하였으며, 해당 예산을 확보하기 위한 조달 방안을 제시하였음.
- 특히 이 과정에서 파견의료서비스를 제공할 주요 공급자인 의사인력 대상 인터뷰 결과를 바탕으로, 의료취약지가 많은 강원특별자치도의 특수성을 고려한 파견보수액의 설정과 추가적인 취약지 가산수당을 통해 최적의 금전적 보상체계를 마련하고자 노력하였으며, 이외에 교육수당 등을 지급하여 파견의료인력이 의료서비스를 제공

할 뿐만 아니라, 최신 의료술기 교육 및 의학적 지식을 공유하는 교수인력으로서 기능할 수 있도록 하여 유인 효과의 극대화를 도모하였음.

□ 이와 같은 제언은 경제적 보상과 법적 안전망, 경력 개발 기회를 통합하여 지역의료 거버넌스의 핵심인 의사인력의 자치도 내 유입을 도모하고, 이를 기반으로 지역의료 거버넌스를 재설계하는 핵심적인 역할을 수행할 수 있는 기틀을 마련할 뿐만 아니라, 플랫폼 실현 초기 단계에서 협의체 및 운영인력의 적절한 의사결정을 돕고, 파견 모델 운영에 수반되는 파견 보수 및 수당 등 정책적·실무적 기준을 근거에 기반하여 마련했다는 점에서 의의가 있음.

□ 다만, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)을 운영하는 주체로써 기존 연구를 기반으로 설립된 강원의료인력지원센터가 지자체의 독자적인 운영의 한계와 이해관계자 간 협조에 대한 어려움으로 2025년 12월 31일부로 사업이 종료됨에 따라, 향후 사업을 재실시 할 경우에는 초기 단계부터 중앙정부와 지방정부 간의 긴밀한 협조 아래 사업을 재구성할 필요가 있음. 또한, 기존에 공공 중심의 설립을 제안한 것과 달리, 공공과 민간의 장·단점을 면밀히 비교하여 설립 주체를 결정할 필요가 있을 것임.

□ 이와 함께, 강원형 의료인 네트워크 플랫폼(안)이 성공적으로 수행되기 위해서는 앞서 플랫폼 운영을 위한 정책적·제도적 측면의 보완점에서 제시한 개선점들이 선결 과제로써 해소할 필요가 있을 것임.

참고문헌

Andrew Cruickshank. (2025). Ending of Ontario government program puts northern and rural ERs at risk of closure. <https://cottagelife.com/general/ending-of-ontario-government-program-puts-northern-and-rural-ers-at-risk-of-closure/>

Aspenmedical. (2016). Aspen Medical to manage the Australian Government's Rural LAP. <https://www.aspenmedical.com/news/news/aspen-medical-manage-australian-governments-rural-lap>

Association of Nursing Recruitment Agencies. (2014). Health Submission 117- Attachment 1: Greater Efficiencies in the nursing sector.

Australian Government Department of Health. (2021). National medical workforce strategy 2021-2031.

Australian Government Department of Health. (2022). Aged Care Workforce Action Plan: 2022-2025.

Australian Government. (2025). Rural LAP-Bringing health and aged care locum assistance to rural Australia. <https://rurallap.com.au/about/>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage.

Canadian Institute for Health Information. (n.d.). A profile of physicians in Canada. Accessed September 16, 2025. <https://www.cihi.ca/en/a-profile-of-physicians-in-canada>

Canadian Medical Association. (2019). General internal medicine profile. Canadian

Medical Association Physician Data Centre. <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/general-internal-medicine-e.pdf>

Canadian Medical Association. (2019). General surgery profile. Canadian Medical Association Physician Data Centre. <https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/general-surgery-e.pdf>

DeMiglio, L., Jolicoeur, J., Lamb, I. R., Cousins, M., Nutbrown, L., & Orrantia, E. (2024). Draw to Practice: A Qualitative Study Examining Factors Attracting Physicians to Rural Northern Ontario. *Cureus*, 16(2), e55074. <https://doi.org/10.7759/cureus.55074>

Glaser, W. (2018). Outdated contract for rural doctors is affecting patient care.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.

HealthForceOntario. (2025). Ontario Rural and Northern Locum Programs. https://www.healthforceontario.ca/en/M4/Ontario_Physician_Locum_Programs

HealthForceOntario. (2025). Resource-Community/Rural Physician Entitlement. https://www.healthforceontario.ca/en/Home/All_Programs/Rural_Family_Medicine_Locum_Program/Resources/Community-Employer_Entitlement

Kuzel, A. J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (pp. 31-44). Sage Publications.

Locums for Rural BC. (2020). Host Guide for LRBC – A Website Guide For Host Physicians/Clinics.

Medipeople. (n.d.). Obstetrics & gynaecology locum jobs. Medipeople. Retrieved

September 11, 2025, from <https://www.medipeople.com.au/obstetrics-gynaecology-locum-jobs>

MedRecruit. (n.d.). What is an anesthesiologist's salary in Australia? [Webpage]. MedRecruit. Retrieved September 11, 2025, from <https://medrecruit.medworld.com/articles/what-is-an-anesthesiologists-salary-in-australia>

MedRecruit. (n.d.). What is an anesthesiologist's salary in Australia? MedRecruit. Retrieved September 11, 2025, from <https://medrecruit.medworld.com/articles/what-is-an-anesthesiologists-salary-in-australia>

Ministry of Health of British Columbia. (2024). Rural family practitioner locum program (RFPLP) policy (Revised April 2024).

Ministry of Health of British Columbia. (2024). Rural programs: A guide to the rural physician programs in British Columbia.

Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural family medicine enhanced surgical skills OB locum (RESSO) program policy (Revised April 2025).

Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural family practitioner anesthesia locum program (RFPALP) policy (Revised April 2025).

Ministry of Health of British Columbia. (2025). Rural specialist locum program (RSLP) policy (Revised April 2025).

Office of the Auditor General of Ontario. (2023). Value for Money Audit: Emergency Departments.

Ontario Medical Association. (2022). OMA-MOH negotiated programs.

Ontario Ministry of Health. (2024). Primary care payment models in Ontario. https://www.ontario.ca/page/primary-care-payment-models-ontario?utm_source=chatgpt.com

Ontario Ministry of Health. (2025). Application for Physician Locum Programs. https://forms.mgcs.gov.on.ca/dataset/014-1667-88?utm_source=chatgpt.com

Park, J., Jeon, B., & Lee, E. (2025). Regional disparities in the distribution of public and private healthcare facilities in South Korea. *PloS one*, 20(9), e0330090. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0330090>

Park, J.H., Lee, J., Kim, KH. et al. Expansion of medical school admission quotas in Korea, is it really necessary?. *BMC Public Health* 25, 322 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21558-1>

Rural and Remote Clinical Support Unit. (2021). Rural Locum Assistance Program(Rural LAP) - Guide for Rural and Remote Hospital and Health Services(HHSs).

Sophie N. Jones. (2024, Feb). Locum coverage critical to coping with physician shortages. <https://www.oma.org/newsroom/ontario-medical-review/ontario-medical-review-media-kit/omr-digital/2024/february/locum-coverage-critical-to-coping-with-physician-shortages/>

강원특별자치도공공보건의료지원단. (2023). 강원특별자치도 도입에 따른 개방병원 제도 개선 방안 연구.

교육부. (2025). 2025년 국립대병원 공공임상교수제 시범사업 추진계획.

국립중앙의료원. (2025). 2024년 의료취약지 모니터링 연구보고서.

김동균. (2024). 지방소멸대응기금의 운영 현황과 개선방안. 한국법제연구원. 자치법제연구 24-19-2.

류영아. (2024). 지방소멸대응기금에서 지역활성화투자펀드로 출자 : 관련 쟁점과 과제. 국회 입법조사처. 이슈와논점-2205호.

박은영. (2010). 개방병원제도에 대한 지역주민들의 태도에 미치는 요인 (Doctoral dissertation, 한양대학교).

보건복지가족부. (2009). 개방병원 운영 안내.

보건복지부. (2023). [보도참고자료] 대구·경북지역 개방형 소아청소년암 진료체계 구축을 위한 협력체계 마련.

보건복지부. (2024). 2024 소아청소년암 진료체계 구축 사업안내.

보건복지부. (2025). [보도참고자료] 지역 필수의료 의사 부족 대응 위한 ‘시니어의사 지원 사업’추진.

서영석 의원실. (2025). [보도자료] 응급실 수용곤란 사유 ‘인력부족’133% 증가.

손지훈 외. (2023). 공공임상교수제 시범사업 평가 및 발전방안 제언 연구 최종보고서.

송이슬, 우다래, & 고광필. (2022). 공공의료기관 의료인력의 지속근무를 위한 개선방안 조사 연구. 대한보건연구, 48(1), 1-16.

신현웅, 고든솔, 여나금, 옥민수, 이상일, 정형선, 윤석준, 김민정, 권정현, 장석용, 표지희, 안재경, 권준성, 최민영, 배정은, 이수빈, & 최소영. (2025). 국민중심 의료개혁 추진방안에 관한 연구 (Issues 2025-016). 한국보건사회연구원.

신현웅, 김희년, 여나금, 배정은, 유정훈, & 김한성. (2024). 필수의료 지원 강화를 위한 상시적 상대가치점수 조정체계 방안 연구 (용역보고서 2024-109). 한국보건사회연구원. <https://www.hira.or.kr/ra/trend/study/getReportInfo.do?studyDataSeq=737>

에히메현청 [愛媛県庁]. (2016). ドクタープール制度についてお知らせします[닥터 풀 제도에 대해 알려드립니다]. Retrieved May 21, 2025, from <https://www.pref.ehime.jp/page/4272.html#:~:text=%E6%B4%BE%E9%81%A3%E3%82%92%E4%BA%88%E5%AE%9A%E3%81%97%E3%81%A6%E3%81%84%E3%82%8B%E5%B8%82%E7%94%BA%E7%AB%8B%E7%97%85%E9%99%A2>

에히메현청 [愛媛県庁]. (2024). 愛媛県職員の給与に関する条例 [에히메현 직원의 급여에 관한 조례]-2024년(레이와 6년) 12월 24일 개정안. Retrieved May 14, 2025, from <https://ops-jg.d1-law.com/opensearch/SrJbF01/init?jctcd=8A8BD5177A&houcd=H326901010057&jbnjiten=5070514&ichikey=h%3AhL20%3A%3A%3A2%3A3.0.0.0-1.0-0.0.0-0-0-0%3A1%3A&csFlg=false&foFlg=false>

유원섭. (2024). 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 의료·돌봄 통합 방안. 제15차 노인인권포럼.

의료개혁추진단. (2025). 의료개혁 2차 실행방안. 보건복지부. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1485027&act=view&

이용기, 이범우 and 김민성. (2011). 의사와 병원에 대한 환자 만족, 신뢰, 그리고 충성도의 구조적 관계. 마케팅논집(Journal of Marketing Studies), 19(3), 51-75.

임도희. (2025). 지역거점공공병원 유형화 및 발전방안. 국립중앙의료원.

長野県庁[나가노현청]. (2024). 地域医療人材拠点病院支援事業補助金の運用方針 [지역의료인재거점병원 지원 사업 보조금의 운용 방침].

長野県庁[나가노현청]. (2024). 地域医療人材拠点病院支援事業補助金交付要綱 [지역

의료인재거점병원 지원 사업 보조금 교부 요강].

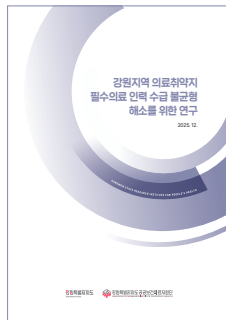
정진주, 이진희, 유현미, & 조정진. (2013). 일차의료 정립을 위한 의료이용자의 단골의사 및 주치의 역할에 대한 인식도: 질적면접조사. 가정의학, 3(2), 132-138.

한국은행강원본부. (2021). 강원지역 SOC 현황 및 시사점. <https://www.bok.or.kr/portal/bbs/P0000800/view.do?nttId=10065643&menuNo=200560&pageIndex=1>

현은혜, 이무혁, & 도영경. (2024). 한국 젊은 의사들의 근무 선택에 관한 선호: 이산선택실험 [Junior Doctors' Preferences for Clinical Practice in South Korea: A Discrete Choice Experiment]. 서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소; 서울대학교 의과대학 의료관리학교실. 대한예방의학회

후생노동성[厚生労働省]. (2013). 의료법 등 개정 법안 참고 자료[医療法等改正法案 参考資料].

후생노동성[厚生労働省]. (2018). 의료법 및 의사법의 일부를 개정하는 법률의 개요[医療法及び医師法の一部改正について].



강원지역 의료취약지 필수의료 인력 수급 불균형 해소를 위한 연구

발행처 강원특별자치도공공보건의료지원단

주 소 강원특별자치도 춘천시 백령로 177, 2층
강원특별자치도공공보건의료지원단
