



의료 취약지역 지원제도 개선방안

임 선 미 · 김 계 현
대한의사협회 의료정책연구소

Improvement of supportive systems for medically-underserved areas

Sun Mi Lim, PhD · Kye Hyun Kim, PhD
Research Institute for Healthcare Policy, Korean Medical Association, Seoul, Korea

Background: In order to encourage physicians to work in medically-underserved areas, it is imperative to provide financial incentives and appropriate supportive systems. This paper reviews the concept of medically-underserved areas in Korea is well-established with reasonable criteria and that the budget and the policy direction of the manpower support are effective.

Current Concepts: Some recommendations may be needed to expand the supportive policy for medically-underserved areas. First, the selection criteria for medically-underserved areas should be revised and the evaluation index improved. Second, it is imperative to secure consistency in the legal system by containing overall contents on the definition, criteria, designation procedure, and support matters of medically-underserved areas through the revision of the Public Health and Medical Service Act. This consistency may designate and support medically-underserved areas according to the subject and type through health care resources distribution and condition at the national level. Third, an integrated regional medical service plan should be prepared through the construction of an inter-medical institution cooperation system, effort, and cooperation among parties having diverse interests. Fourth, the incentive system should be improved to secure medical personnel in medically-underserved areas. Fifth, the introduction of untact medical services and related governmental support to the area having insufficient medical personnel is needed.

Discussion and Conclusion: The Korean government should seek new supportive measures and models for physicians to continue working in medically-underserved areas.

Key Words: Medically underserved areas; Physicians; Healthcare policy; Korea

서론

모든 국민의 보편적인 의료이용을 보장할 수 있는 정책을

수행하고 해결해 나가는 것은 국가 보건의료 측면의 중요한 과제이나 의료제공이 취약한 지역의 의료자원 불균형 문제는 우리나라뿐만 아니라 선진 국가들에서도 해결이 쉽지 않은 문제이다. 지역의 포괄적인 의료서비스 지원정책의 가장 핵심은 지역에서 활용가능한 의사 풀(pool)을 최대화할 전략을 가지고 접근하는 방식이다.

현재 국내 법률상 의료 취약지역에 대한 명확한 정의는 없으며 선행연구에서도 연구자마다 의료 취약지역에 대한 정의가 조금씩 다르며 선정기준 방식에도 차이가 있었다. Park 등[1]은 의료 취약지역이 주로 농어촌 등 도시의 주변

Received: May 23, 2022 Accepted: July 5, 2022

Corresponding author: Kye Hyun Kim
E-mail: kh615@kma.org

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

지역을 의미하며 구체적으로는 희소한 의료자원의 배치로 인해 질병이 발생했을 시 충분히 보호받지 못하고 있는 지역이라고 정의하였고, Moon 등[2]은 의료 취약지역은 보건의료자원에 대한 접근이 곤란하고 양질의 의료이용이 충족되지 못해 건강수준 및 건강결과가 낮은 지역이라고 정의하였다. 이후 이를 조금 더 구체화한 지역보건취약지역 종합접수라는 개념이 도입되었고[3], 최근에 주로 사용하는 의료 취약지역 개념은 의료자원 배치현황을 이용한 의료서비스 수준별 접근성 현황을 조사하여 적용하고 있다[4].

국외에서도 의료 취약지역이라는 용어보다도 주로 under-served areas (취약지역) 혹은 rural and remote areas (시골 및 벽지) 등으로 사용되고 있으며, 국가마다 정책 지원내용에 따라 세분화하고 있다. 미국은 의료 취약지역을 의료인 부족지역(Health Professional Shortage Area, HPSA)이라고 지칭하며, 보건의료정책 지원내용에 따라 지역·인구·시설별로 세분화한다[5]. 호주는 영토의 취약 정도에 따른 차등적인 지원정책을 시행하는데, 이때 보건의료자원을 기준으로 한 의료 취약지역 구분은 하지 않고, 전문의료인에 대한 접근성이 떨어지는 지역으로 구분한다[6]. 일본은 인구 50명 이상 거주하는 지역의 중심 반경 4 km 이내 의료기관이 없고, 교통수단으로 1시간 이상 소요되는 곳을 무의촌으로 정의하고, 후생노동성에서 5년마다 전국 무의촌 현황을 조사하여 지역보건의료계획을 세울 때 이를 지원하기 위한 노력들을 하고 있다[7].

국내외의 선행연구들을 종합해보면, 의료 취약지역에 관한 통일된 개념 및 정의는 부재하나 의료인력, 시설, 장비 등의 의료자원이 열악한 지역이나 지리적 고립으로 인해 의료 접근성이 떨어지는 벽지를 일컫는 개념으로 볼 수 있다.

국내에서는 그동안 의료 취약지역 정의를 각각 지원제도의 필요에 따라 다르게 정의했기 때문에 정책 간 조화 및 일관성이 없어 지금까지 충분한 효과를 내지 못했다. 그러나 최근까지 의료 취약지역 지정기준 변경에 관한 내용을 담은 법안들이 지속적으로 발의되면서 문제점이 지적되고 있다. 2015년에 응급의료분야 의료 취약지를 15만 명 미만 지역으로 지정했다가 2017년 3월에는 기존의 기준에서 지역 응급의료센터로 30분 이내 도달이 불가능하거나 권역응급

의료센터로 1시간 이내로 도달이 불가능한 인구가 지역 내 30% 이상인 지역으로 변경된 바 있다. 이와 같이 의료 취약지역 지정기준이 인구수에서 시간 중심으로 변경했던 것은 의료기관 접근성을 기준으로 응급의료서비스를 받기 어려운 지역을 취약지역으로 지정하려는 목적이었다. 그러나 의료기관 도달 시간은 가변성이 높기 때문에 기준 적용 변경 시에 기존 취약지역에서 제외되는 지역이 발생하였고 지역주민들의 반발이 일어났다. 이로 인해 응급의료분야 의료 취약지역 지정기준을 종합병원 간의 거리가 30 km 이상인 지역으로 법률에 명시하고, 코로나바이러스감염증-19 사태와 같은 감염병 확산 등의 위급상황에 관리와 지원이 필요한 지역도 의료 취약지로 지정할 수 있도록 법안을 발의하였다[8]. 기존의 의료 취약지역 기준을 변경하는 문제에 대해 타당한 근거 없이 또 다른 기준이 도입된다면 기존에 혜택을 받던 취약지역이 제외되거나 새로운 지역의 선정 등 지역 간 형평성과 관련한 문제들이 지속적으로 발생할 것이다.

따라서 우리나라 의료 취약지역에 대한 개념 정립이 타당한 기준으로 정하여졌는지, 이에 따른 예산 및 인력 지원의 정책방향이 효과가 있는지 현 시점에서 재검토할 필요가 있다. 이 논문에서는 국내·외 의료 취약지역 관련 자료를 이용하여 우리나라 의료 취약지역 개념 및 지원제도의 현황과 문제점을 분석하고, 법적·제도적 문제점을 고찰하여 향후 의료 취약지역 지원제도를 확대하는 데 필요한 정책적 방안을 제안하고자 한다.

의료 취약지역 제도 현황 및 문제점

1. 국내 의료 취약지역 지원제도 현황

국내 의료 취약지역의 지원제도는 크게 세 가지 유형으로 설명할 수 있다. 첫째, 의료자원의 취약 정도와 기준시간 내 의료이용률을 기준으로 취약지역을 분류하고 지원하는 제도이며, 둘째, 소득세법 시행규칙상의 벽지에 대한 지원제도, 셋째, 의무직렬 공무원에 대한 특수업무수당 지급으로 구분된다.

1) 의료자원 취약 정도와 의료이용률을 기준으로 한 지원 제도

우리나라는 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 근거하여 의료 취약지역 지정, 취약지역 거점의료기관 지원의 근거를 마련하고 이와 관련한 연구를 수행해왔고, 그 결과를 반영하여 2014년부터 의료 취약지 거점의료기관 지원사업을 추진하고 있다[2,9]. 의료 취약지역 도출은 전국의 250개 시·군·구를 기본자료로 활용하여 의료기관까지의 접근성과 기준시간 내 의료이용률(time relevance index, TRI)을 분석하여 취약지역 등급 A, B, C를 선정한다. A등급 지역은 접근성 취약 인구비율이 30% 이상이면서 TRI가 30% 미만인 지역이고, B등급은 접근성 취약 인구비율이 30% 이상이거나 기준시간 내 TRI가 30% 미만인 지역이지만 A등급 지역과 중복되지 않아야 한다. C등급 지역은 의료기관 및 진료 시설이 있는 지역이지만, 농어촌지역, 도서·산간지역 등에 위치하여 배정 인구, 수요가 부족하여 운영이 어려운 지역을 선정하고 있다. 따라서 해당 지역에 사용된 접근성, 의료이용 기준이 매년 변동되면 이에 따라 기존 취약지역이 제외되거나 새로운 지역이 추가적으로 발생하게 된다. 실제 현황을 살펴보면, 2020년 의료 취약지역 거점의료기관 지원사업 중 소아청소년과 전문분야에서 2018년 A등급으로 도출된 26개 지역 중 기준에 지원하고 있던 3개 지역(강원 정선, 전남 완도, 경북 영덕)을 제외하고 23개 지역을 소아청소년과 취약지역으로 지정하였다. 그러나 이렇게 선정된 지역에 대해서도 모든 지원이 제공된 것은 아니고, 기준에 선정되어 지원 받아 오던 7개 지역에 새롭게 1개 지역(충남 태안)이 추가된 상황이다. 전문분야별로 지원내용이 다르나 소아청소년과의 지원내용을 살펴보면 의료 취약지역에 이미 운영하고 있는 병원급 이상 의료기관이 지원 대상으로 선정되며, 시설장비비와 인건비를 포함하여 병원 1개소당 약 317백만 원을 지원하고 있다[10].

또한 응급 취약지역 지원과 분만 취약지역 지원사업도 별도로 시행 중이다. 응급의료의 경우 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 제2항 및 제3항에 의거하여 응급의료 취약지로 지정되면 해당 지역의 응급의료기관 운영비를 응급의료기금으로 매년 2-4억 원을 지원 받을 수 있고, 지역 내 응

급의료기관에 공중보건의를 배정 받을 수 있다. 현재 분만 취약지역 지원사업은 분만 산부인과 지원, 외래 산부인과 지원, 순회진료 산부인과 지원으로 구분하여 지원되며, 각각의 운영에 필요한 지원비용이 다르게 책정되어 있다.

2) 소득세법 시행규칙상의 벽지에 대한 지원제도

이 제도는 의사, 치과의사, 한의사, 간호사 및 조산사 등이 의료 취약지역에서 근무할 경우 월 20만 원 한도 내에서 비과세 혜택을 주는 제도이다. 이 제도에서 벽지는 소득세법 시행규칙 제7조 4항과 관련하여 총 58개군이 지정되었으며 2008년 개정된 이후 현재까지 변동된 지역이 없다(Suppl. 1). 이 제도를 시행하는 목적은 벽지 근무 의료인의 실비 변상적 급여에 대해 비과세하여 벽지의 의료인 공급을 유지하기 위한 제도이다. 그러나 월급을 받는 피고용자 신분의 의료인만 해당되고 의료기관을 운영하는 의사(개원의사)는 해당되지 않는다는 문제가 있으며, 월 20만 원(연 240만 원) 상한에 대한 비과세는 벽지로 의료인을 유인 및 유지하는 요인으로 충분하지 않다고 평가하고 있다[9]. 또한 제도의 대상이 되는 지역은 기획재정부령에 의해서 확정되었다고 하나 명확한 근거를 찾아보기 어렵고, 보건복지부와 국립중앙의료원(2017)에서 수행한 의료 취약지 모니터링 연구에서 도출한 분야별 의료 취약지역과도 정확하게 일치하지는 않는다는 문제가 있다. 의료 취약지역 지원 현황에 대한 다양한 문제들은 지원제도 간 시너지를 얻을 수 없고 지역 간 형평성 문제를 일으킬 수 있다.

3) 의무직렬 공무원에 대한 특수업무수당

의무·약무·간호직 공무원(4급 이상 또는 고위공무원단에 속하는 일반직공무원의 경우 의무·약무·간호업무를 직접 담당하는 공무원)으로서 「의료법」 제2조제2항 및 「약사법」 제2조 제2호에서 규정한 해당 업무에 직접 종사하는 공무원(간호군무원 및 약무직렬 군무원을 포함)들은 지역 및 전문의 수련여부에 따라 차등한 의료업무 수당을 받는다. 그러나 이 제도는 근무기간에 대한 고려가 전혀 없다는 문제점이 있다. 다른 전문직위에 해당하는 공무원의 경우 근무기간을 고려하여 수당을 지급받는 경우도 있는데, 의무직렬의 경우 근무기간에 대한 고려가 없어 향후 제도 개선이 필요한 부분이다.

2. 국외 의료 취약지역 지원정책

의료 취약지역으로 의사인력을 유입하기 위해서는 단기간의 재정적 인센티브뿐만 아니라 의사가 그 지역을 선택 후 지속하여 근무할 수 있을 만한 적절한 지원정책이 필요하다. 각 국가별로 제도에 따라 다양한 형태로 인센티브를 제공하고 있으며, 여러 형태가 결합된 방식으로 인센티브를 제공하기도 한다. 이 논문에서는 일부 국가들의 의사인력을 지역에 유입하기 위해 제공하고 있는 재정적 인센티브 지원방안에 중점을 두어 살펴보고 우리나라에 벤치마킹할 정책 방안들을 정리해 보았다.

미국의 의료 취약지역은 HPSA라 지칭하며, 의료인의 부족 정도와 의료기관의 접근성 등에 따라 의료 취약지역을 지정한다. HPSA 목록은 공중보건서비스법(Public Health Service Act) 332항 1조 (A)에 의거하여 보건자원 및 서비스국(Health Resources and Services Administration)에서 매년 갱신한다. HPSA는 보건의료정책 지원내용에 따라 지역, 인구, 시설별로 세분화되어 있고, 이 제도에 참여하는 일차 의료인은 HPSA의 4가지 기준인 인구 대 의사비율, 연방 빈곤수준 100% 미만 인구비율, 영아건강지표, HPSA 지정 지역 밖에서 가장 근접한 의료기관까지 평균 이동시간 및 거리를 근거로 점수(0-25점)를 산정한다. 예를 들어, 지역별 HPSA 의사 수는 인구 대 일차 의료 의사비율 기준이 3,500:1이다[5]. 의료인이 HPSA 인센티브 제도의 혜택을 받기 위해서는 가정의학과, 내과, 소아청소년과 및 일반의학과를 전공한 전문의여야 하고, 주당 40시간 이상 진료활동을 수행해야 한다. HPSA 인센티브 비율은 해당하는 의료서비스 총액의 10%를 인센티브로 받을 수 있다[11].

캐나다의 경우 주마다 다양한 유형으로 지원하고 있는데 두 가지 측면에서 살펴보면 의료 취약지역에 진료 환경을 만들고 이를 유지하는 데 드는 비용, 은퇴직전 또는 경력기간 동안 의사들이 취약지역에 지속할 수 있도록 임금 외에 일회성으로 인센티브를 제공하는 경우와 의료 취약지역의 의사의 경력에 따라 임금과 연계하여 지속적으로 인센티브를 제공하는 방식이 있다. 캐나다 온타리오 Northern and Rural Recruitment and Retention Initiative는 농촌지역에서 개업을 할 수 있도록 Canadian dollar 80,000-117,600 (약

7,100만 원-1억 450만 원)의 보조금을 지급한다[12]. 또한 브리티시컬럼비아 주는 Rural Retention Program (RRP) 조건 내에서 매년 지급되는 고정된 보너스가 있으며, 앨버타 주는 근무기간(1-5년, 6-15년, 16-25년 및 26년 이상)을 기반으로 하는 새로운 RRP를 도입하는 등 다양한 제도로 의료 취약지역의 의사들을 지원하고 있다. RRP의 지원 조건에 필요한 요소에는 해당 지역의 일정 거리 내에 전문의 수와 일반의 수를 고려하고 주요 지역의 의료커뮤니티로부터 더 멀리 떨어진 지역의 의사를 고려하며 지역사회의 규모(인구 수 등 소규모 지역에 더 높은 점수 부여), 농촌지역을 고려한 지역의 위도와 지리적 정보를 계산하여 점수를 산정한다[13].

호주는 의료 취약지역을 벽지 및 농촌지역을 포함한 지역의 취약 정도로 구분하고 전문의에 대한 접근성이 떨어지는 지역(district of workforce shortage)으로 분류되는데, 호주의 통계 지리적 특성에 따른 Remoteness Area 5 (very remote), Remoteness Area 3(outer regional)로 분류된 지역이 의료 취약지역에 해당된다. 1973년 호주 건강보험법(Health Insurance Act, 19AB)의 적용을 받는 전문의는 district of workforce shortage로 분류된 곳에서 일정기간 근무해야 메디케어 지원을 받을 수 있고, 일차 의료인은 배치우선지역(distribution priority area)에서 근무해야 지원 받게 된다[14]. 호주의 의료 취약지역에 대한 인센티브 프로그램(General Practice Rural Incentives Program)은 벽지 및 농촌지역에서 일차진료서비스를 제공하는 의료인에게 재정적 인센티브를 제공했었으나, 2015년 7월 1일 이후 모나쉬 모델(Modified Monash Model)로 변경되었다. 모나쉬 모델의 분류체계는 호주의 지리적 고립지역(Australian Statistical Geography Standard - Remoteness Area)을 기반으로 하고 있다[6]. 2019년 호주 정부는 의료 취약지역에 대한 인센티브 프로그램 및 간호사 인센티브 프로그램을 통합한 Workforce Incentive Program (WIP)을 도입했고, 2020년 1월 1일부터 이 프로그램으로 전환하여 의료 취약지역의 의료인에 대해 지원하고 있다. 모나쉬 모델에 대한 분류기준도 일부 개정되었다(Suppl. 2) [15]. 호주의 WIP를 살펴보면 의료인에게 지급되는 인센티브는 분기(quarter)와

근속레벨(year level)을 기준으로 평가하여 지급되며, 중앙 지급방식(Central Payment System, CPS)과 유동적 지급 방식(Flexible Payment System) 서비스를 제공했는지 여부에 관계 없이 모두 적용된다. CPS는 호주 내 의료 취약지역과 같은 특정지역에서 의료서비스를 제공한 의료인이 메디케어에 서비스 목록을 청구할 수 있고, 청구목록은 Human Service에서 심사를 통해 합당하다고 판단한 경우 의료인에게 인센티브를 지급하는 것을 말하며, 유동적 지급방식은 메디케어가 제공되지 않는 서비스를 제공한 경우나 인턴, 레지던트, CPS 지급 자격요건을 갖추지 못한 의료인들 중 일부 대상자가 포함된 서비스 제공을 의미한다. WIP 가이드라인에 따르면 의료인이 받을 수 있는 인센티브 금액은 근속레벨 4년의 승인분기(1분기 3개월)를 인정받을 때마다 한 단계씩 상승하여 최대 근속레벨 5까지 올라갈 수 있으며, 이에 상응하는 인센티브를 지급받을 수 있다(Suppl. 3) [16].

외국의 의료 취약지역에 대한 지원정책을 검토한 결과 의료 취약지역의 정의는 의료자원이 열악할 수 밖에 없는 지역적 환경과 의사 수, 지역의 환자 유형별 유출입, 인구규모 등을 고려하여 정의함을 알 수 있었고, 각 국가별 상황에 따른 다양한 정책을 도입하여 다각도로 해결책을 모색하고 있는 것을 알 수 있다.

3. 현행 의료 취약지역 제도에 대한 법적 검토 및 문제점 분석

1) 의료 취약지역 지원제도의 법적 검토

현행 법률 중 의료 취약지역의 지정과 지원을 위한 가장 명확한 법률은 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(이하 농어촌의료법)」, 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법(이하 농어촌복지법)」, 「공공보건의료에 관한 법률(이하 공공보건의료법)」 등이 있다.

농어촌의료법은 농어촌 등 보건의료 취약지역의 주민들에게 보건의료를 효율적으로 제공하기 위해 1980년 12월에 제정된 법으로 해당 지역에 공공보건 의사 배치와 보건진료소 설치 등을 규정하고 하고 있다. 농어촌복지법은 농어촌의 보건의료기반 조성 및 사회복지증진을 지원하기 위한 목적으로 2004년 1월에 제정된 법률로서 농어촌에 있는 공공보

건의료기관에 대한 지원, 응급의료체계 구축, 민간의료기관 육성 등에 관한 사항을 규정하고 있다. 특히 의료 취약지 지정과 지원을 위한 가장 명확한 법률은 공공보건의료법인데, 이 법에서는 의료 취약지역 지정(제12조), 취약지 거점의료기관을 지정할 수 있고(제13조), 동법 시행규칙에 의료 취약지역 지정 절차(제8조, 제9조) 등을 규정하고 있다. 또한 이 법 제12조 제2항 및 제3항에 의거하여 응급 취약지역 지원과 분만 취약지역 지원사업도 별도로 시행 중이다. 응급의료의 경우 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조에 제2항 및 제3항에 의거하여 응급의료 취약지역 지정되면 해당 지역의 응급의료기관 운영비를 응급의료기금으로 매년 2-4억 원을 지원 받을 수 있고, 지역 내 응급의료기관에 공중보건의사를 배정 받을 수 있다. 현재 분만 취약지역 지원사업은 분만 산부인과 지원, 외래 산부인과 지원, 순회진료 산부인과 지원으로 구분하여 지원되며 각각의 운영에 필요한 지원비용이 다르게 책정되어 있다. 다만 분만 취약지역 관련 규정은 명확하지 않고, 보건복지부장관이 부족한 의료서비스의 대상 및 종류에 따라 지정할 수 있도록 규정하고 있다.

한편 농어촌복지법에서도 응급의료체계 구축, 응급의료 취약지 해소를 위한 응급의료기관의 설치·지정, 응급환자 이송수단의 확보 등을 규정하고, 국가와 지방자치단체가 필요한 재정지원을 할 수 있도록 규정하고 있다(제12조). 즉 응급의료 취약지 지원을 위한 내용은 중복 규정되어 있고, 일부 분만, 산부인과 취약지 지원 관련 내용은 그 근거가 명확하지 않다. 따라서 법 체계상 의료 취약지 지정, 세부 방법 등은 상위 특별법에서 규정하거나 일부 개별법에 담아야 한다면 중복된 내용들은 법체계에 맞게 개정할 필요가 있다.

2) 의료 취약지역 지원제도의 문제점

국내 의료 취약지역 지원에 대한 정책을 제안하기에 앞서 현행 의료 취약지역 지원제도의 문제점을 검토하였다. 첫 번째는 의료 취약지역에 대한 개념 및 정의가 연구자마다 상이하기 때문에 의료 취약지역을 선정하는 기준 역시 연구마다 차이가 발생하여 선정기준에 대한 공감대를 얻기 힘들다는 점이다. 그러나 선행연구 및 정책 등을 종합해보면 의료 취약지역은 지역 내 인구가 적고, 발전 잠재력이나 재정 능력과 같은 경제 구조가 취약하며, 사회, 문화, 교통 등 시스템

전반이 낙후된 지역으로 잠재적으로 의료 수요가 적다는 특성을 가진다. 즉, 인력, 시설, 장비 등의 보건의료자원이 부족하거나 의료의 질이 떨어지고 의료이용의 지리적 접근성 및 적시성이 떨어지며, 보건의료서비스 이용이 제한되어 서비스 만족도가 낮은 지역이라고 볼 수 있다.

그러나 우리나라는 지리적 면적이 크지 않고, KTX 등과 같은 교통수단이 발달했기 때문에 지리적으로 이동이 용이하여 기준시간 내에 의료기관을 이용하는 데 어려움을 겪는 인구비율이 비교적 적다. 반면에 이와 같은 환경여건은 환자의 타 지역 의료이용을 유인하는 요인으로 작용할 수 있다[17]. 의료 대기시간과 관련한 선행 연구결과를 비교해보면 의료이용 접근성 및 적시성이 떨어지는 것만으로 접근하는 것은 취약지역의 의료문제를 해결하기에 한계가 있다. 캐나다, 스웨덴, 노르웨이는 환자의 50% 이상이 전문의를 만나기 위해 4주 이상 기다려야 하고[18], 미국은 외래진료를 보기 위해 약 24.1일을 기다리는 반면[19], 우리나라 국민은 외래진료를 희망하는 날짜에 대부분 받을 수 있으며, 외래진료를 받기 위해 평균 1.4일 대기한다(동 지역에 거주하는 사람들은 1.3일, 읍·면 지역은 1.6일 대기) [20].

16개국의 도시와 농촌의 의사밀도를 비교한 경제협력개발기구(Organisation for Economic Cooperation and Development) 연구결과를 살펴보면, 우리나라는 도시와 농촌의 의사 수 차이가 다른 국가들과 비교했을 때 절대적으로 크지 않았는데, 경제협력개발기구 16개국의 지역별 평균 의사 수는 도시 4.3명, 농촌 2.8명, 일본이 도시 2.4명, 농촌 2.3명, 한국은 도시 2.5명, 농촌 1.9명으로 일본 다음으로 도시와 농촌 의사 수가 비슷함을 알 수 있다[21]. 또한 의료 취약지역으로 지정되어 지원을 받고 있는 의료기관이 근접해 있지만 환자들은 다양한 이유로 관외 의료기관을 이용하는 경우도 있으며[22], 우리나라는 지역 읍·면까지 전문의 의사들이 개원할 수 있는 상황이기 때문에 이러한 지역들의 다양한 의료이용 특성을 고려해야 한다. 결론적으로 우리나라는 전문의 진료를 받기 위해 기다려야 하는 시간도 짧은 편이고, 도시와 농촌의 의사 수 차이가 다른 국가들과 비교했을 때 큰 차이를 보이지 않는 점, 관외 의료기관을 이용하는 경우 등을 비교해보면 의료의 접근성 문제만을 의료 취약지

역의 기본 요건으로 고려하여 논의하는 것은 타당하지 않다.

외국의 경우를 살펴보면, underserved areas 혹은 rural and remote areas 등의 다양한 용어로 사용되고 있다. 미국은 HPSA라 지칭하고, 지역·인구·시설별로 세분화하여 보건의료정책에 따라 지원한다[12]. 캐나다도 미국과 유사하게 전문의 및 일반의가 부족한 지역을 의료 취약지역이라 판단하고 주별로 다양한 지원을 하고 있다[12,13]. 호주는 벽지 및 농촌지역을 포함한 전체 영토의 취약 정도로 구분하고 있을 뿐 의료자원을 기준으로 한 의료 취약지 구분은 아니며, 지역의 취약 정도에 따라 차등적 지원정책을 시행하고 있다[6]. 일본 역시 의료 취약지의 명확한 정의는 없고, 후생노동성에서 5년마다 전국의 무의촌 현황을 조사하여 벽지의 건강 및 의료서비스를 지원하기 위한 노력들을 하고 있다[7].

이러한 다양한 국내의 의료 취약지역의 개념 및 지원정책을 살펴보면 각 나라의 제도 및 법률에 따라 상이함을 알 수 있고, 의료자원이 열악할 수 밖에 없는 지리적 환경 및 의사 수, 지역의 환자 유형별 유출입, 인구규모 등을 고려하여 지원하고 있음을 알 수 있었다. 국내에도 이러한 지역의 다양한 요건들을 고려하여 의료 취약지역 선정기준을 명확히 할 필요가 있으며, 이를 기준으로 지역 특성에 맞는 방식들을 검토하고 해결방안을 모색해야 한다. 단순히 의료이용을 위한 이동거리, 집에서 이용가능한 의료기관의 거리만을 고려하여 의료 취약지 개념을 법률에 명시하고자 하는 것은 실제 지역의 주민들이 원하는 의료필요와 맞지 않을 수 있고, 오히려 이를 지원하는 데 드는 비용만 무분별하게 사용될 소지가 있기 때문에 신중한 검토가 필요하다.

두 번째로 의료 취약지역에서 의료자원 확보 및 배분을 논할 때 가장 중요한 부분은 의료서비스를 제공하는 의사인력인데, 의료 취약지역의 의료기관이 겪는 가장 큰 문제는 양질의 의료인력을 지역에서 확보하기가 어렵다는 점이다. 국내에서 의료 취약지역에 지원하는 시설 및 장비 등의 지원도 중요하지만 이를 활용할 수 있는 인력이 부족하거나 훈련되어 있지 않다면 지역주민에게 적절한 의료서비스를 제공할 수 없을 것이다.

대부분의 국가에서 의료 취약지역에 근무하는 의사들을

원활하고 적절하게 확보하기 위한 방안들을 모색하고 다양한 인센티브 제도를 시행하고 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 국내에도 인센티브와 관련한 제도들이 시행되고 있으나, 국외 제도들과 비교했을 때 몇 가지 보완해야 할 점이 있다. 우선은 지급 대상과 범위가 지역거점공공병원과 의무직렬공무원으로 한정되어 있다. 미국과 호주의 경우 의료 취약지에 근무하는 모든 의료인들은 직군에 관계없이 정해진 기준에 맞는 인센티브를 지급 받을 수 있으나, 우리나라의 경우 지급대상자의 범위가 의무직렬공무원에 해당하는 의료인으로 한정되어 있기 때문에 이 혜택을 받을 수 있는 의사는 지역의 일반 병·의원에 근무하는 의사는 해당되지 않으며, 지역거점 공공병원에 의사인력을 파견하는 경우도 파견의사 수와 지원 받을 수 있는 금액이 한정되어 있어 선정된 일부 지역 공공의료기관만 혜택을 받고, 혜택을 못 받는 지역병원이 더 많다. 또한 근속기관과 근무지 주변지역의 취약 정도를 고려하여 인센티브를 제공하는 해외국가들과는 달리 우리나라는 취약지역에서의 근속기간, 주변 환경, 지역근무 이후 복귀했을 때 승진 등에 대한 여러 가지 상황에 대한 고려가 전혀 없다.

현재 정부가 지역사회의 부족한 의료서비스를 지원하기 위해 수행하는 제도로는 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원제도와 공중보건장학제도가 있다. 지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원제도는 2011년 '의료 취약지 파견 의료인력 인건비 지원사업'을 시작으로 의료 취약지 지역거점공공병원(지방의료원 및 적십자병원)에 파견하는 대학병원 등에 전문의 의료인력 인건비의 50%를 지원하는 것이었다. 현재는 '지역거점공공병원 파견 의료인력 인건비 지원사업'으로 명칭이 변경되었고, 국비와 지방비 각각 50%의 지원으로 이루어지며 각 지역거점공공병원의 신청을 받아서 대상기관을 선정한다. 2011년부터 2013년까지 연간 5명 내외의 의사들에게 5억 원을 지원했고, 2014년 의료경쟁력 및 공공의료기능 강화를 위해 지원예산이 전년 대비 10배 증가한 50억 원으로 지원금액이 증원되어 24개 기관이 참여하고 지원하는 인력도 46명으로 증가했으나, 2020년에도 29개 기관만이 참여하고, 지원하는 인력도 57명 정도에 그치고 있다[23].

공중보건장학제도는 공공의료에 사명감을 갖춘 학생을 선발하여 양성한 후 지역에 근무하게 하여 지역의료격차를 해소할 목적으로 최소 2-5년간 지방의료원 등 공공보건의료수행기관에서 의무 근무기간을 두는 것이다. 그러나 이 제도는 2019년 20명 정원모집에서 8명 선발에 그치며 지역의료에 대한 장학의의 관심이나 비전을 유도하지 못한 것으로 보인다. 국내 의사들의 출신 지역과 현 근무지역의 일치 정도를 분석한 선행 연구결과 39.8%만 일치하는 것으로 조사되어 대다수의 의사들이 본인의 연고지가 아닌 다른 지역에 정착하는 것을 알 수 있다[24]. 따라서 경제적 인센티브 이외에 자기계발 기회를 제공함으로써 자발적인 관심과 참여를 높여 지역사회에 적절한 의료서비스를 지속적으로 제공할 수 있도록 새로운 정책 방안이 필요하다.

의료 취약지역 지원 확대를 위한 정책제언

1. 의료 취약지역 선정기준 조정 및 평가지표 개선

의료 취약지역 지정기준을 정의하는 데 있어 종합병원 간 거리나 시간이 우선순위가 아닌 의료 취약지역의 인구 수(배경수요인구), 의료이용자, 의료자원(의료시설 및 인력 등), 입지 등을 고려한 후 해당 지역 환자들의 이용량과 이용패턴의 지리적 구분을 적절히 분석하여 의료 취약지역의 개념을 정립하고, 관련된 정책을 시행하는 과정에서 우선순위 기준을 정하여 의료 취약지역을 선정할 수 있도록 해야 한다. 이때 한정된 예산범위 내에서 선정된 취약지역을 모두 지원할 수 없다면, 취약지역을 세분화할 것이 아니라 기준을 조금 변경해 볼 필요가 있을 것이다. 예를 들면, 현재 의료 취약지역 선정기준의 분석지표로 병원급 의료기관이 아닌 가장 근접한 의료기관(의원 및 보건소)까지의 평균 이동시간 및 거리를 기준으로 분석해 볼 수 있을 것이다. 이때 응급의료기관은 제외하여 고려해야 한다. 이외에도 해당 취약지역의 의사 수를 조사하여 의료 취약지역에 적절한 의료서비스 제공이 가능한지 여부를 평가할 필요가 있다.

또 다른 측면으로는 의료 취약지역으로 선정되어 지원을 받고 있는 의료기관의 평가지표에 대한 개선이 필요하다. 예

를 들어, 분만 취약지 지원을 받고 있는 지역은 지원이 필수적이거나 이용 환자 수가 적은 지역에 위치한 경우가 많으며, 환자가 분만을 위해 다른 의료권역·지역으로 이동하는 것에 제한이 없기 때문에 분만율과 같은 평가지표를 사업성으로 보는 측면은 지속적인 혜택을 받기 어렵고, 이를 지원비용과 연결하여 차등 지원하는 정책은 취약지 의료 지원에 대한 효과적인 성과를 이루기 어렵기 때문에 사업 지원을 위한 평가방법의 변경이 필요하다.

2. 법 개정 측면

현행 법률상 의료 취약지역의 지정과 지원을 위한 내용은 농어촌의료법, 농어촌복지법, 공공보건의료법 등에 산발적으로 규정되어 있다. 특히 농어촌의료법과 농어촌복지법은 특별법으로서 공공보건의료법 보다 상위법이나, 그 대상이 농어촌에 한정되어 있다. 반면 공공보건의료법의 경우 공공보건사업의 대상(제2조)에 보건의료 공급이 원활하지 못한 지역 및 분야에 대한 의료 공급에 관한 사업으로 규정되어 있고, 비록 공공보건의료 분야에 한정되어 있지만 정부차원에서 양질의 공공보건의료 제공을 위한 기본 계획과 주요 시책을 수립할 수 있도록 규정하고 있다. 또한 취약지역, 계층, 분야에 대한 지원방안 역시 수립 및 시행할 수 있다(제4조). 그러나 최근까지 공공보건의료법상 응급의료분야 의료 취약지 기준을 인구 기준에서 응급의료센터(의료기관) 접근성 기준으로 변경하는 등의 법률 개정안이 발의되면서 기존의 의료 취약지역 기준이 변경되는 문제가 발생하고 있다. 이 경우 기존에 혜택을 받던 취약지역이 제외되거나 새로운 지역의 선정 등 지역 간 형평성과 관련한 문제들이 지속적으로 발생할 수 있다. 따라서 국가차원에서 의료자원의 분포와 실태 조사를 바탕으로 대상 및 종류에 따라 취약지를 지정하고 지원할 수 있도록 공공보건의료법 개정을 통해 의료 취약지역의 정의, 기준, 지정 절차 및 지원 사항에 대한 전반적인 내용을 담아 법 체계상 정합성을 확보할 필요가 있다.

3. 의료 취약지역 관리를 위한 협력체계 구축

지역거점의료기관을 지정하여 지원하는 것도 물론 중요하나 현재 시행하고 있는 지원사업이 제대로 그 효과를 발휘하

지 못하고 있다면, 지역의 거점의료기관 외에 취약지역의 민간 의료기관이 서로 협력하여 취약지역 환자의 치료뿐만 아니라 환자관리를 위한 파트너, 연계 등을 제공할 수 있는 지원 및 협력체계를 다양하게 마련해줄 것을 제안한다. 첫 번째로 의료 취약지역 내 권역 의료기관과 민간(의원급) 의료기관의 역할을 분담하여 효과적으로 환자를 치료할 수 있는 연계체계 구축 방안을 검토해 볼 수 있다. 이러한 역할을 지속적으로 수행할 수 있는 의료기관에는 이를 유지하는 데 필요한 소요비용을 보상하거나 의사 인센티브를 지원하는 등 다양한 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 기존에 취약지 의료인의 벽지수당에 대한 세금감면 비과세는 월 20만 원으로 피고용자 신분의 의사(봉직의)만 해당되어 개원 의사들을 벽지로 유입시키는 데 충분한 유인이 될 수 없다. 의료 공급자들의 행위변화를 위해서는 충분한 재원이 요구된다[25,26]. 올해 10월 제주 서귀포 대정읍에 우리나라 최초 민관협력의원이 개원할 예정이다[27]. 전국에서 처음 시도하는 이 사업은 국비·지방비 각 50%를 들여 건물 신축과 의료장비 등을 지원하고 민간 의료인이 운영하는 방식으로 운영할 예정이다. 해당 모델이 지역사회 통합형 의료 안전망으로 자리잡을 수 있을지 향후 운영 결과에 주목할 필요가 있다.

두 번째로 의료기관 간 협력방안을 모색하는 방법으로 개별의원이 공공병원, 지역거점병원 또는 지역의 수련병원 등과 계약하여 병원의 시설, 수술실, 검사실 등을 이용할 수 있는 방안을 고려해 볼 수 있다.

의료기관 간 협력체계 외에도 중앙정부와 지자체, 권역·지역 의료기관 및 지역주민 참여 등 이해관계가 다른 관계자들의 끊임없는 노력과 협력(예산지원 포함)을 통한 취약지역의 통합된 의료서비스 계획이 필요하다. 예를 들면, 필요과목을 중심으로 공동개원을 하게 될 경우 임대료 비용을 지자체에서 일부 지원 받거나 세제혜택 등을 받을 수 있는 제도의 도입도 심도 깊은 검토가 필요하다. 또한 환자들이 적시에 편리하고 쉽게 권역 및 지역 의료기관의 의료서비스를 받기 위한 이동지원서비스 또는 연계체계 등 지자체가 수행할 수 있는 방안을 검토하는 등 지역보건체계를 통합하여 재정립할 필요성이 있으며 다양한 정책들이 지속성을 가질 수 있도록 지역의 특성에 맞는 지원방안을 모색해야 한다.

4. 의료 취약지역 의료인 확보를 위한 인센티브 제도

의료 취약지역과 관련한 다양한 지원제도들의 궁극적인 목표가 의사인력을 확보하고 유지하는 것이라고 볼 때 현행 인센티브 제도로 한정할 것이 아니라 다른 형태의 지원방안도 고려할 필요가 있다. 의료 취약지역에 다수의 의사가 모여 함께 공동 운영하는 그룹개원일 경우 지원 받을 수 있는 혜택 등을 고려할 수 있다. 영국은 일반의들이 일차 의료팀을 구성할 때 지역간호사, 조산사 등 보조인원을 정부에서 고용하여 지원해 준다[28]. 덴마크에서는 간호사 고용비용을 지원해주고, 캐나다는 공휴일 등 휴진일에 대신의사를 고용할 수 있도록 재정지원을 하고 있다. 이와 같이 의료기관에 대한 지원과 진료 이외 부수적인 일들을 해결할 수 있는 보조인력에 대한 인건비 등을 정부나 지자체가 지원할 수 있도록 제도 개선이 시급하다.

또한 의료 취약지역에 근무하는 모든 의료인에 대해 근무 기간과 지역의 취약수준을 반영하여 인센티브를 차등 지급하는 방안을 검토해 볼 수 있다. 덴마크는 의료 취약지역 소재 병원에서 근무할 경우 의료기관과 의사 개인의 두 가지 경로를 통해 인센티브를 지원 받을 수 있다[12].

한편, 60세 이상 의사 969명을 대상으로 조사한 연구결과 의사들의 62.5%가 은퇴 후 자원봉사 및 재취업을 희망한다고 응답하였다[29]. 퇴직을 고려하는 의사에게 지역에 따른 인센티브를 차등 지급하거나, 국민연금 등 은퇴연금을 지급 받으면서도 재취업으로 인한 연봉 및 보험혜택 등도 동시에 받을 수 있는 방안 같은 다양한 형태의 지원방안을 모색해야 한다.

5. 의료 취약지역 비대면진료 도입 및 관련 지원 필요

코로나바이러스감염증-19 대유행으로 전 세계적으로 많은 국가들에서 비대면진료가 급속도로 확산 추세를 보이며, 우리나라도 한시적이지만 모든 의사·환자에게 전면 허용되면서 제공사태가 큰 폭으로 증가하고 있다. 프랑스의 원격의료 도입 사례를 살펴보면, 정부가 원격의료를 도입한 이유는 크게 세 가지였다[30]. 첫째, 농촌 및 도시지역의 의료인 부족문제 해결, 둘째, 의료네트워크 활성화를 통한 개인병원 의사 활동 장려(2019년 조사결과 전공의 중 62%가 봉급의

사가 되기를 희망하며 12%만이 개인병원 의사가 되기를 희망함), 셋째, 보건지출 감소(이동이 어려운 환자, 응급환자 등 환자의 진료절차를 단순화하고 불필요한 이동 비용 감소, 만성질환 환자들에게 지속적 치료와 관리를 시행하기에 효과적이라고 판단)를 위해서이다. 프랑스의 '2012-2015 보건국토협정(Pacte territoire sante 2012-2015)' 12가지 약조항목 중 원격의료 발전이 포함되었던 것도 이와 같은 목적이다. 프랑스뿐만 아니라 대부분의 국가들이 농촌 및 도시지역의 의료인 부족을 해결하기 위한 목적으로 원격의료를 도입한 이유가 여기에 있다. 프랑스의 원격의료 이용은 2020년 3월 15일 봉쇄령을 시작으로 급속히 발전하여 봉쇄령이 해제된 이후에도 서비스를 이용해본 환자들의 지속적인 수요로 여전히 높은 이용수준을 유지하고 있으며, 원격의료가 대형병원으로 쏠릴 가능성에 대한 염려와는 달리 전반적으로 개인병원 의사들에 의해 원격의료가 진행된 것으로 조사됐다[31].

우리나라는 아직 비대면진료와 관련한 규제가 없으나 의료 취약지역 의료지원 시범사업을 통해 원격지 의사와 현지 의료인(의사, 간호사, 담당공무원)이 디지털의료지원시스템을 이용하여 환자에게 서비스를 제공하고 있다. 원격협진 1회당 진료비를 종별 수가 기준에 따라 원격지 의료기관에 보상하는 형태이다[32]. 향후 의료인력이 부족한 의료 취약지역 문제를 해결하기 위한 방안으로써 원격협진과 더불어 의사-환자 간의 비대면진료의 대상과 범위 등의 논의가 필요하고, 이와 관련된 지원내용들의 검토가 필요하다.

결론

이 논문에서 국내 의료 취약지역의 개념 정립 및 지원제도의 문제점 등을 고찰하고, 외국 자료와 비교 분석을 통해 현행 의료 취약지역 지원제도를 개선하고 지원방안을 확대할 수 있도록 법적 및 제도적 측면의 정책방향을 제안하였다.

우리나라 의료 취약지역 지원정책은 각 정책별로 시너지를 발휘할 기회가 있었음에도 불구하고 이를 반영하지 못하였다. 지역의 포괄적인 의료서비스 지원정책의 핵심은 지역

에서 활용가능한 의사 풀을 최대화 할 광범위한 전략을 가지고 접근하는 방식으로 고려해야 한다. 일본의 젊은 의사인력 확보 정책이 실패한 사례처럼[33], 단순히 의사 수를 증원한다고 해서 지역으로 자연스럽게 의료인력이 유입될 것이라고 생각해서는 안 된다.

정부는 의료 취약지역의 의료인력 확보를 의료기관의 책임으로만 두지 말고 의사들이 그 지역에 지속적으로 종사하기 위한 지원방안 및 지원모델을 새롭게 모색해야 한다. 예를 들어, 의료 취약지역에서 업무를 수행하는 의료인의 근속 연수와 지역의 취약수준을 고려한 인센티브 지급을 규정하여 근로 안전성을 보장하고, 지역으로 의사인력을 유인하기 위한 취업지원, 근무환경 개선, 지역 의료기관 및 관계자와의 협력체계 구축 등을 충분히 고려하여 정책들을 통합적으로 추진할 필요가 있다. 그러나 정책집안 시 주의해야 할 점은 지역 간 의료이용 접근의 불균형을 일률적으로 해석하기 보다는 그 지역의 의료 생활권, 환자의 요구, 의료 환경의 변화 등 지역 상황을 면밀하게 검토한 후 도입해야 할 것이다.

찾아보기말: 의료 취약지역; 의사; 보건의료정책; 한국

ORCID

Sun Mi Lim, <https://orcid.org/0000-0002-0241-9791>

Kye Hyun Kim, <https://orcid.org/0000-0003-3372-1253>

Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Supplementary Materials

Supplementary materials are available from <https://doi.org/10.5124/jkma.2022.65.7.449>

Suppl. 1. Medical underserved areas according to the enforcement regulations of the Income Tax Act

Suppl. 2. Modified Monash Category

Suppl. 3. Maximum annual payments available to medical practitioners

References

1. Park GS, Na BJ, Lim JS. A study on the selection criteria for medically underserved areas. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2010.
2. Moon GJ, Lee GH, Lee TH, Lee HH, Gwak MG, Im J, Jeong BG. A study on deriving medically underserved areas through regional medical status analysis. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013.
3. Korea Health Promotion Institute. Report on areas vulnerable to local health by city/province. Seoul: Korea Health Promotion Institute; 2016.
4. Ministry of Health and Welfare. 2018 Medically underserved areas monitoring. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018.
5. Health Resources and Services Administration (HRSA). What is shortage designation? [Internet]. Rockville: HRSA; 2020 [cited 2021 Dec 1]. Available from: <https://bhw.hrsa.gov/shortage-designation/what-is-shortage-designation>.
6. Australian Government, Department of Health. General practice rural incentives program: program guidelines. Canberra: Australian Government, Department of Health; 2019.
7. Ministry of Health, Labour and Welfare. A study on securing doctors in preparation for countermeasures against doctor imbalances. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2020.
8. Bill Information. Public Health and Medical Services Act, Partial amendment bill, No. 2100193 [Internet]. Seoul: National Assembly; 2020 [cited 2020 Jun 30]. Available from: http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_K2C0L0I6N0G5M1P4F2P9Y4O6Z2A0C8.
9. Moon GJ, Lee GH, Lee TH, Lee HH, Gwak MG, Im J, Jeong BG. Medical institution model and management plan according to the derivation of medically underserved areas. Seoul: National Medical Center; 2013.
10. Ministry of Health and Welfare. 2020 Medically underserved areas support project. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020.
11. China C, Park A, Galloway-Gilliam L. Health professional shortage areas: a history and guide to proposed revisions. Los Angeles: Community Health Councils; 2012.
12. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic imbalances in doctors supply and policy responses (OECD Health Working Paper No.69). Paris: Organisation for Economic Co-operation Development; 2014.
13. Rural programs: a guide to the rural physician programs in British Columbia. Victoria: Physician Compensation Rural Practice Programs Ministry of Health; 2018.
14. Australian Government, Department of Health. District of workforce shortage [Internet]. Canberra: Australian

- Government, Department of Health; 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.health.gov.au/health-workforce/health-workforce-classifications/district-of-workforce-shortage>.
15. Australian Government, Department of Health. Modified Monash Model [Internet]. Canberra: Australian Government, Department of Health; 2021 Dec 14 [cited 2022 May 2]. Available from: <https://www.health.gov.au/health-workforce/health-workforce-classifications/modified-monash-model>.
 16. Australian Government, Department of Health. Workforce Incentive Program Guidelines. Canberra: Australian Government, Department of Health; 2020.
 17. Youn HM, Yun C, Kang SH, Kwon J, Lee HJ, Park EC, Jang SI. A study on regional differences in healthcare in Korea: using position value for relative comparison index. *Health Policy Manag* 2021;31:491-507.
 18. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
 19. Hawkins M. 2017 Survey of physician appointment wait times and medicare and medicaid acceptance rates [Internet]. Dallas: Merritt Hawkins; 2017 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://www.merritthawkins.com/uploadedFiles/MerrittHawkins/Content/Pdf/mha2017waittimesurveyPDF.pdf>.
 20. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2017 Patients' satisfaction with medical service. Seoul: Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2017.
 21. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019.
 22. Seoul National University. A study on providing balanced medical services by region. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2016.
 23. National Medical Center. Support for labor costs for medical personnel dispatched to local public hospitals [Internet]. Seoul: National Medical Center; 2020 [cited 2020 Sep 7]. Available from: <https://www.ppm.or.kr/contents/contentsView.do?MENUID=A01020205>.
 24. KMA Research Institute for Healthcare Policy. 2016 Korean physician survey. Seoul: KMA Research Institute for Healthcare Policy; 2017.
 25. Epstein AM. Paying for performance in the United States and abroad. *N Engl J Med* 2006;355:406-408.
 26. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355:375-384.
 27. Moon JY. Creating the nation's first 'Public-Private Cooperation Clinic' in a small village in Jeju [Internet]. *Kookmin Ilbo*. 2022 Mar 1 [cited 2022 Mar 1]. Available from: http://news.kmib.co.kr/article/view.asp?arcid=0924233889&code=11131426&stg=ws_real.
 28. Grumbach K, Fry J. Managing primary care in the United States and in the United Kingdom. *N Engl J Med* 1993;328:940-945.
 29. Lee SH, Lee YT, Park SB, Lee SG, Song TG, Kang DW, Kim SY. A study on the expansion of medical personnel in public health care institutions using the will to retire. Seoul: Korea Health Industry Development Institute; 2008.
 30. Park HY. Easing restrictions on telemedicine in the wake of the coronavirus outbreak. Seoul: The Korean Institute of Public Administration; 2020.
 31. Ministrere Des Solidarites Et De La Aante. 2012: Territorial health pact 2012-2015 [Internet]. Paris: Ministrere Des Solidarites Et De La Aante; 2022 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-2012-2015>.
 32. Ministry of Health and Welfare. Guide to medical support pilot project for vulnerable areas. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2021.
 33. Kim DJ, Che SM, Choi JH, Lee JA. A study on improving the quality of life of farmers and fishermen: a plan to secure public health and medical personnel in rural areas. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2017.

Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 의료 취약지역과 관련하여 국내외의 정책을 고찰하고 법 제도적 측면에서 필요한 정책 방향을 제안하고 있다. 이 논문은 관련된 정책을 분석하고 국가적 차원에서 정책 간 조화와 일관성을 도모하고 통합적으로 시너지가 날 수 있는 법 제도적 제안을 하였다는 점에서 의의가 높은 것으로 판단된다. 또한, 정책적 제언의 내용과 범위가 취약지역 선정 기준, 평가 체계와 의료 취약지 관리, 의료인 확보를 위한 제도 개선을 포함한 법 개정 방안까지 포괄하고 있다. 이 논문은 의료 취약지역 관련 제도 개선, 지원 방안 확대, 의료인력 확보 등의 정책을 수립하는 데 좋은 정보가 될 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]