

# 의과대학 정원 확대에 대한 제언

박은철<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>연세대학교 의과대학 예방의학교실, <sup>2</sup>연세대학교 보건정책 및 관리연구소

## Suggestions on Expanding Admission Number of Medical School

Eun-Cheol Park<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine; <sup>2</sup>Institute of Health Services Research, Yonsei University, Seoul, Korea

From February to now 2024, there continues to be controversy over the expansion of admission number to medical school. Some of the controversy arises from a mix of present and future time points. In the present time point, the controversy over whether physicians are some shortages or not has various aspects. Some aspects are presented as evidence of the physician shortage and others as non-shortage. Also, the presenting evidence of shortage is being disputed, and so is the evidence of the contrary. This controversy over whether there is a shortage or not in the present time point makes it difficult to reach a consensus. In 10 years, the shortage of doctors will increase due to the rapid increase in the elderly population, so the admission number of medical schools will need to be increased. However, the increase must be such that there is minimal deterioration in the quality of medical education. More admission numbers should be allocated to medical schools with a high quality of medical education. This study suggests that large-scale medical schools increase the admission number by 20%–30%, and small-scale medical schools increase the admission number by 40%–50%, if so, the total increasing number is 760 to 1,066. If the 2,000-person increase is enforced, the quality of medical education must be carefully evaluated and the results should be reflected in adjusting the admission number of medical schools. In 20 years later, the admission number of medical schools will have to be reduced. This is because the physician supply is changing to a linear function and the physician demand (medical care demand) is changing to a quadratic function. Even if the current number is maintained, there will be an excess of doctors from 2048, so the medical school admission number must be reduced and its size will be reduced to about 2,000, a 30% reduction from the current number. Because the same reduction rate for all medical schools will result in many small-scale medical schools, the M&A (mergers and acquisitions) strategy should be considered with 40 medical schools and 12 Korean medical schools. In Korea, the main contributor to estimating physician demand is the change in population structure. Due to the rapid decrease in the total fertility rate, future population projections are uncertain. The recent rapid increase in healthcare utilization should be reexamined in the forecasting of physician demand. Since the various factors that affect the estimate of doctor supply and demand are unclear, the estimate of physician supply and demand must be continuously conducted every five years, and the Health Care Workforce Committee must be established and operated. The effects of increasing the admission number of medical schools should be evaluated and adjusted annually.

**Keywords:** Physicians; Physician supply and demand; Physician workforce; Medical school; Korea

2024년 2월부터 현재까지 의과대학 입학정원 확대를 두고 논란이 계속되고 있다. 이런 논란은 현재와 미래의 시점의 문제가 혼합되어 논란을 더 가중하고 있다. 현시점에서 의사의 인력부족 여부에 대한 논란은 다양하다. 동일한 근거가 의사 부족 또는 부족하지 않은 근거로 제시되기도 한다. 부족하다는 근거로 제시하는 것에 대해서도 이견이 많으며 그 반대의 근거도 이견이 많다. 현시점에서 의사 부족 여부를 둘러싼 이런 논란은 합의될 가능성이 그리 크지 않다. 10년 후에는 노인인구의 급격한 증가로 인해 의사가 더 필요하게 될 것이므로 의과대학 입학인원을 늘려야 할 것이다. 그러나 그 숫자는 의학교육의 질이 저하되지 않을 수준이어야 한다. 이를 위해 의학교육의 질이 높은 의과대학에 더 많은 입학인원을 배정해야 하며, 그 대안으로 대규모 의과대학은

**Correspondence to** Eun-Cheol Park  
Tel: +82-8-2228-1862, Fax: +82-2-392-8133  
E-mail: [ecpark@yuhs.ac](mailto:ecpark@yuhs.ac)

Received May 17, 2024 Accepted May 24, 2024

Copyright © 2024 Korean Academy of Health Policy and Management  
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 noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

입학인원을 20%~30% 늘리고, 소규모 의과대학은 입학인원을 40%~50% 늘리면 전체 증가인원은 760~1,066명이 되는 것이다. 2,000명 증원이 강행된다면 의학교육의 질을 면밀히 평가해 그 결과를 의과대학 정원 조정에 반영해야 할 것이다. 20년 후에는 의과대학 입학정원을 줄여야 한다. 이는 의사공급이 1차함수로 증가할 것인데 반해 의사수요(의료수요)가 꼭지점이 있는 2차함수로 변화하고 있기 때문이다. 현재의 인원을 유지하더라도 2048년부터는 의사가 과잉되기 때문에 의과대학 입학인원을 줄여야 하며, 규모는 현재보다 1,000명이 적은 2,000명 정도로 축소해야 할 것이다. 정원 축소 시 모든 의과대학에 일률적으로 축소한다면 소규모 의과대학이 많아지기에 M&A (mergers and acquisitions) 전략을 적용해야 할 것이며, 그 대상은 40개의 의과대학과 12개의 한의과대학이어야 할 것이다. 우리나라의 경우 의사수요 추정에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 인구 변화이다. 합계출산율의 급격한 감소로 인해 향후 인구 전망은 불확실성이 상당 수준 있으며, 최근 의료이용률의 급격한 증가가 반영된 수급추계는 재검토되어야 한다. 의사 수급추계의 불확실성으로 인해 의사 수급추계는 최소한 5년 단위로 지속적으로 실시되어야 하며, 이를 위해 보건의료인력검토위원회를 설치 운영해야 한다.

**중심단어:** 의사; 의사수급; 의사인력; 의과대학; 한국

## 서론

2024년 상반기는 의과대학 정원 확대에 대한 논란이 지속되고 있다. 2024년 2월 6일 보건복지부장관은 보건의료정책심의위원회가 끝난 후 2025학년도 의과대학 정원을 3,058명에서 2,000명 증가된 5,058명으로 확대한다고 발표하였고, 3월 20일 2,000명이 증원된 의과대학별 배정 결과를 발표하였으며, 국립 의과대학들의 확대규모 축소에 대한 건의를 받아들여 정부는 5월 2일 2025학년도에는 1,509명을 증원한다고 발표했다. 4월 2일부터 의과대학생, 전공의, 의과대학 교수, 수험생 등이 보건복지부·교육부를 상대로 제기한 의과대학 증원 집행정지 신청이 여러 차례 있었고 1심 법원에서는 이를 각하하였으나 5월 16일 항고심에서 의과대학생들이 낸 신청에 대해 기각하였는데, 그 이유는 ‘의과대학 증원을 통한 의료개혁이라는 공공복리에 중대한 영향을 미칠 우려가 있다’는 것이다. 2024년 5월 초 12개의 대학은 정원 증가에 대한 학칙을 개정하였고, 일부 대학에서는 정원 확대를 위한 학칙 개정이 부결되기도 했다. 항고심에서 의과대학생들의 의과대학 증원 집행정지 신청이 기각되어 나머지 대학들의 학칙 개정이 빠르게 진행될 것이다.

의과대학 정원 확대라는 일련의 과정에서 많은 전공의들은 사직서를 제출하였고, 의과대학생들은 휴학계를, 의과대학 교수들은 사직서 제출과 일시적 휴진 등을 진행하고 있으며 전공의 비중이 높은 병원들은 평시 진료능력이 크게 감소한 상태로 재정적 압박에 놓여 있으며 환자들은 이들 병원에서 평소와 같은 진료를 받지 못하고 있고 정부와 의료계는 대화조차 하지 못하고 있다.

이 글은 의과대학 정원 확대에 대해 첫째, 현재 의사 부족 여부에 대한 논의, 둘째, 10년 후를 대비한 의과대학 정원 확대, 셋째, 20년 후를 대비한 의과대학 정원 감축, 넷째, 의사인력정책에 대한 제언으로 구분하여 기술하고자 한다.

## 연구방법

현재의 의사인력에 대한 적정성을 판단하기 위해 “OECD health data”를 이용하였으며[1], 의과대학 정원 확대와 관련된 기존의 문헌을 검토하였고, 향후 10년 및 20년의 의사 수급을 계산하기 위해 OECD 활동의사 수 통계[1], 통계청의 장래인구 추계[2], 건강보험 청구자료[3]를 활용하였다. 의사 공급 추계는 2010~2021년 “OECD health data”에서 한국 활동의사 수의 평균 증가인원수를 적용하였다. 의사 수요 추계는 2021년을 기준으로 건강보험 진료비를 근거로 산출하였다. 추계된 총진료비는 5세 단위 연령집단의 2010~2021년 일인당 진료비 증가율(수가 인상분 제외)을 통계청의 장래인구추계에 적용하여 산출하였고 추계된 총진료비를 2021년 의사 1인당 진료비를 나누어 의사 수(의사 수요)를 산출하였다.

## 현재 의사 부족에 대한 쟁점

현재 의사 수가 부족한가 또는 그렇지 않은가에 대한 논의는 많은 논란이 있다. 한국의 의사 수는 인구 천 명당 2.6명이나 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 평균은 3.7명이기에[1], 의사 수가 부족하다는 근거로 사용되나 OECD 국가들과 한국의 의료체계가 다르며 우리와 유사한 의료체계를 지닌 일본은 2.6명, 미국은 2.7명으로 우리와 큰 차이가 없다는 반론이 존재한다. 인구 천 명당 의사 수 증가율은 한국이 연간 3.3%로 OECD 평균인 1.6%에 비해 크므로[1], 의사가 부족하지 않다는 근거로 제시되지만 2010~2021년 의사 수 증가율은 2.4%로 줄어들고 있다. 34세 이하의 의사 분율은 2008년 대비 2021에 -2.4%로 줄었으며, 특히 남자 의사는 -12.8%로 줄어 의과대학 증원의 근거가 된다[1]. 인구 천 명당 병원 의사 수도

한국이 1.3명으로 OECD 평균 2.1명보다 적은 반면, 도시-농촌 간의 의사분포의 차이는 한국 1.24배로 OECD 1.62배에 비해 적다[4]. 수술 대기기간은 슬관절 치환술의 경우 OECD 평균이 319 일인데 반해[4], 한국은 공식적 자료는 없으나 이보다 훨씬 적을 것이므로 의사가 부족하지 않다는 근거로 제시될 수 있다. 개업 전문의 보수는 한국이 평균 임금근로자 소득의 7.8배이나 OECD 평균은 4.9로 의사 부족의 근거가 되나[4], OECD 자료에는 보수가 좋으리라 추측되는 미국과 일본의 자료가 없다. 인구 십만 명당 의과대학 졸업생은 한국이 7.3명이고 OECD 평균이 14.4명으로 적으나 일본은 7.2명, 미국은 8.5명으로 한국과 큰 차이를 보이지 않고 있다[1]. 한국의 인구당 의과대학 졸업생 수의 증가율은 0.1%로 OECD 3.0%에 비해 적다.

필수의료 의사의 부족, 응급실 뱅뱅이, 소아과 오프런, 지방의료원의 의사급여 4억 원 등을 제시하면서 의사가 부족한 근거로 제시하나, 반론으로 이는 의사 수의 문제라기보다는 분포의 문제로 필수의료의 저수가 및 많은 의료분쟁이 이유이며 이런 현상은 민간실손보험 등에 의해 증폭되었다고 주장하고 있다. 현재 의사 부족에 대한 쟁점들은 매우 다양하며 의사가 부족 또는 부족하지 않다는 근거들이 존재하며 이들 근거들에 대한 반론도 존재한다. 따라서 현재 의사가 부족한지 여부에 대한 논란은 쌍방의 주장을 일방적으로 받아들이기 어려운 합의점 없는 논쟁을 일으키고 있다(Table 1).

### 10년 후를 대비한 의과대학 정원 확대

현재의 의사 수가 부족하지 않다고 하더라도 한국은 노인인구가 급속히 증가하고 있어[2], 향후 10년은 의료수요가 크게 증

가할 것이다. 정부가 근거로 제시하고 있는 의사수급 연구에서 2035년에 의사 약 1만 명이 부족하다고 추계되었으며[5-7], 이를 근거로 정부는 향후 2,000명의 의과대학 정원을 증원하고자 하고 있다.

인구 고령화로 인해 의과대학 정원을 증원하는 것은 필요하나 의과대학 증원하는 데 조건이 있다. 현재 의과대학에서 충실한 의학교육이 가능할 만큼 증원해야 한다. 3,058명에서 65.4%가 증가된 5,058명은 의학교육의 부실을 초래할 것이다. 현재 정부의 증원계획에서는 서울에 소재하는 의과대학은 증원이 없으므로 서울 이외 지역의 의과대학에서의 증원율은 89.6%에 이른다. 의학교육을 제대로 하기 위해서는 인력·시설·장비가 필요하다. 시설 및 장비는 예산을 투입하여 비교적 단계적으로 충족이 가능하더라도 교육 인력 중 기초의학 교원의 확보는 거의 불가능하다. 이는 20년 전부터 현재 의과대학 정원을 교육시키는 기초의학 교원은 부족해 왔으며, 기초의학을 전공하는 지원자가 없기 때문이다.

인구 십만 명당 의과대학 정원 수는 전국 6.0명이나 수도권은 4.0명이고 지방은 8.5명으로 지방이 2.1배 더 많다. 2,000명이 증원되면 수도권은 5.3명이 되고 지방은 15.3명으로 수도권과 지방의 의과대학 정원 수는 지방이 2.9배 더 많아진다(Figure 1). 시도별로 보면 현재 가장 많은 시도는 대전-충남으로 22.9명이며, 가장 적은 시도는 인천-경기도 3.9명이던 것이 2,000명이 증원되면 가장 많은 시도인 대전-충남은 46.2명이고, 가장 적은 곳은 서울로 8.9명이 된다(Table 2). 의사 수요는 의료수요만큼 필요하고, 환자 수가 많지 않은 중증질환의 경우 집중하여 진료하는 것이 의료의 질 및 효율성을 높인다. 따라서 이런 수요는 교통이 좋은 서울에 위치하는 것이 바람직하므로 인구당 의사 수가

**Table 1.** Arguments about physician shortage

Variable	Shortage	No shortage	Note
Practicing physician per 1,000 population	2.56 (OECD average: 3.73)		Japan: 2.60, USA: 2.67
Annual rate of practicing physician per 1,000 population (2000–2021)		3.3% (OECD average: 1.6%, Japan: 1.5%, USA: 0.7%)	2000–2010: 4.3%, 2010–2021: 2.4%
% change of physician aged under 34 (2008–2021)	–2.4% (male: –12.8%)		
Hospital physician per 1,000 population	1.3 (OECD average: 2.1, Japan: 1.7)		USA: 1.1 (attending system)
Physician density, metropolitan and remote areas, 2021		1.24 (OECD average: 1.62)	Japan: 1.09, Korea: public health doctor
Waiting time		Knee joint replacement (OECD average: 319 days)	
Unmet needs due to costs		2.2% (OECD average: 9.7%)	
Remuneration of specialist, ratio to average wage, 2021	7.8 (OECD average: 4.9)		Unreported country: Japan, USA
Medical graduates per 100,000 population	7.3 (OECD average: 14.4)		Japan: 7.2, USA: 8.5
Annual rate of medical graduates per 100,000 population (2000–2021)	0.1% (OECD average: 3.0, Japan: 1.0, USA: 1.4)		

OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

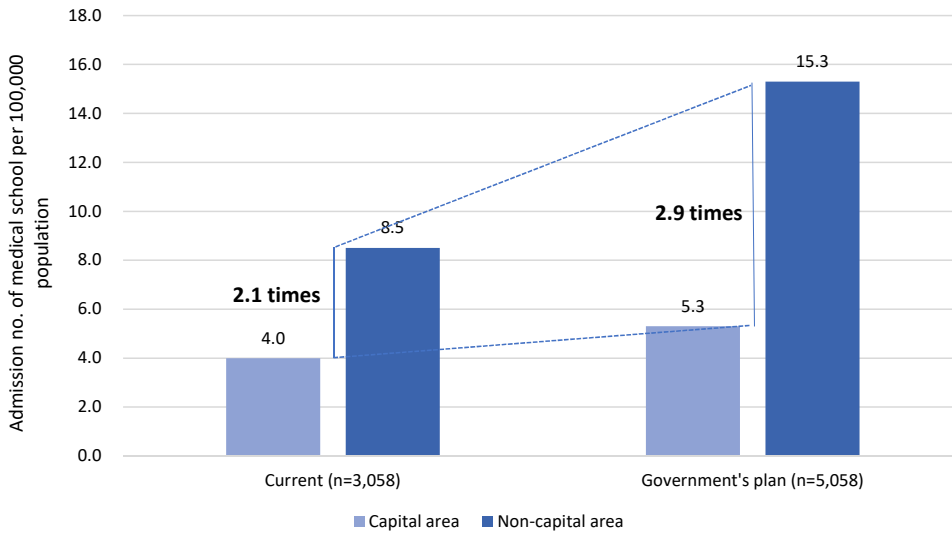


Figure 1. Admission numbers of medical school per 100,000 population.

Table 2. Admission numbers of medical school per 100,000 population by area

Area	No. of medical school	Population (1,000)	Current (n=3,058)		Government's plan (n=5,058)	
			Admission no.	Per 100,000 population	Admission no.	Per 100,000 population
Seoul	8	9,271	826	8.9	826	8.9
Incheon-Gyeonggi	5	16,8610	209	3.9	570	10.8
Busan-Ulsan-Gyeongsangnam	6	7,597	459	16.6	820	32.5
Daegu-Gyeongsangbuk	5	4,924	351	14.9	640	27.0
Gwangju-Jeollanam	2	2,895	250	17.3	350	24.2
Daejeon-Chungcheongnam	5	2,898	332	22.9	670	46.2
Gangwon	4	1,525	267	17.5	432	28.3
Chungcheongbuk	2	1,638	89	5.4	300	18.3
Jeollabuk	2	1,754	235	13.4	350	20.0
Jeju	1	685	40	5.8	100	14.6
Total	40	50,047	3,058	6.1	5,058	10.1

서울이 전국에 비해 일정 부분을 더 많을 필요가 있다. 2,000명 증원이 정부의 계획대로 진행되면 지방 의과대학을 졸업한 의사들은 그 지방에서 의료수요보다 의사 수가 많기에 상대적으로 의사가 될 배출되고 더 필요한 수도권으로 오고자 욕구가 현재보다 더 증가할 것이다.

현재 증원 배정안을 보면 의학교육이 질이 좋은 의과대학에 상대적으로 증원을 덜 배분하고 있다. 2000년부터 실시해온 의학 교육 평가인증은 서남대학교 의과대학을 불인증하여 퇴출한 바 있으며 현재에는 인증기간을 2년, 4년, 6년을 주고 있으며 평가 결과 인증 이외에 조건부인증, 인증유예 등이 있다[8]. 조건부인증 또는 인증유예를 제외한 총 정식 인증기간은 의학교육의 질을 측정하는 지표가 될 수 있다. 현재 40개 의과대학에서는 총 인증

기간은 12-21년까지 분포하고 있다. 정부의 의과대학 증원 배정은 총 인증기간이 길수록, 즉 의학교육의 질이 좋을수록 정원이 덜 배정되고 있다(Figure 2). 인증기간이 12년 및 13년의 의과대학은 각각 104.0%, 150.0%를 증원되었는데 반해, 인증기간이 21년으로 의학교육의 질이 좋은 의과대학에는 6.6%만 증원되고 있다. 현재 증원 배분은 인증기간이 1년 증가할 때마다 정원 증가는 11.4%씩 감소되고 있다. 정부의 증원 배분은 의학교육의 질이 좋은 대학보다 그렇지 않는 대학에 의과대학 정원을 더 확대하고 있다. 2,000명 증원이 실시되면 21년으로 최고 인증기간을 받은 4개 중 한 의과대학은 입학정원이 가장 적게 된다.

의과대학 정원 확대 배정은 의학교육의 질이 좋은 의과대학에 더 배분되어야 하며 수도권과 지방의 인구 대비 의과대학 정원

수 불균형을 더욱 악화해서는 안 되며, 의과대학에서 학생을 감당할 수 있을 만큼 증원해야 한다. 이를 감안한 정원 배분은 지역 구분 없이 규모가 큰 의과대학은 20%~30%를 증원하고, 규모가 작은 의과대학은 40%~50%를 증원하는 것이 바람직하다. 이런 기준으로 배분하면 증원 규모가 760~1,066명이 되며, 이 정도 규모의 증원은 각 대학에서 수용할 수 있는 규모이며 의학교육의 질을 크게 하락시키지 않을 것이다. 또한 이번 증원은 한시적이므로 정원 외로 운용하는 것이 좋을 것이다.

정부가 2,000명 증원을 실행하면 의학교육 질의 하락을 막기 위해서 한국의학교육평가원의 역할이 중요해질 것이다. 의학교

육의 질을 정밀히 측정하여 그 결과를 의과대학 정원 조정에 반영해야 할 것이다.

### 20년 후를 대비한 의과대학 정원 축소

현 정원을 유지해도 2047년대까지는 의사 부족 현상이 지속되나 2048년부터는 의사가 과잉되기 시작되며 2070년에는 9만여 명의 의사가 과잉되는 것으로 추계된다. 이는 노인인구가 감소하기 때문이다. 한국의 전체 인구는 2020년을 정점으로 2021년부터 감소하고 있으나 2020년 65세 이상 노인인구는 815만 명이

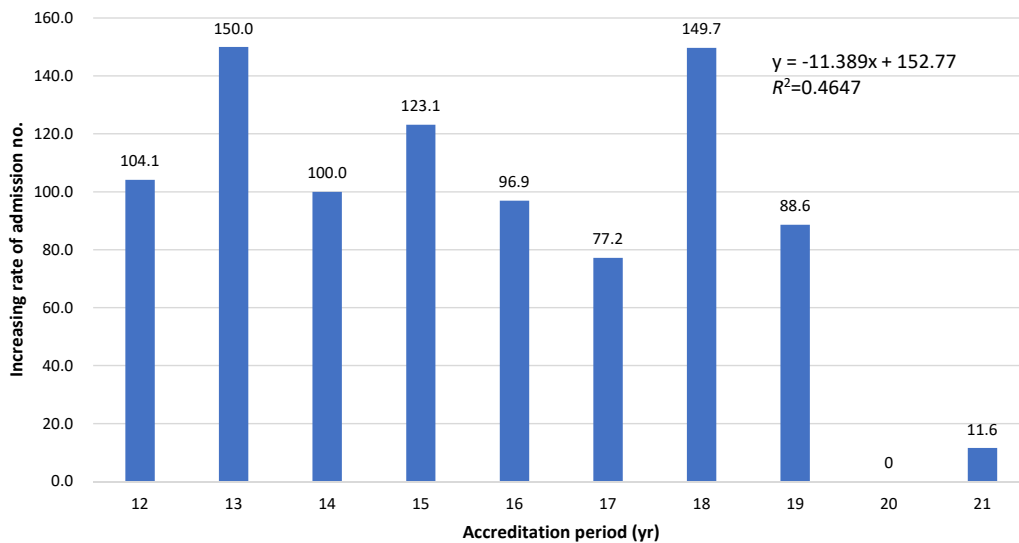


Figure 2. Increasing rate of admission number according to medical education accreditation period.

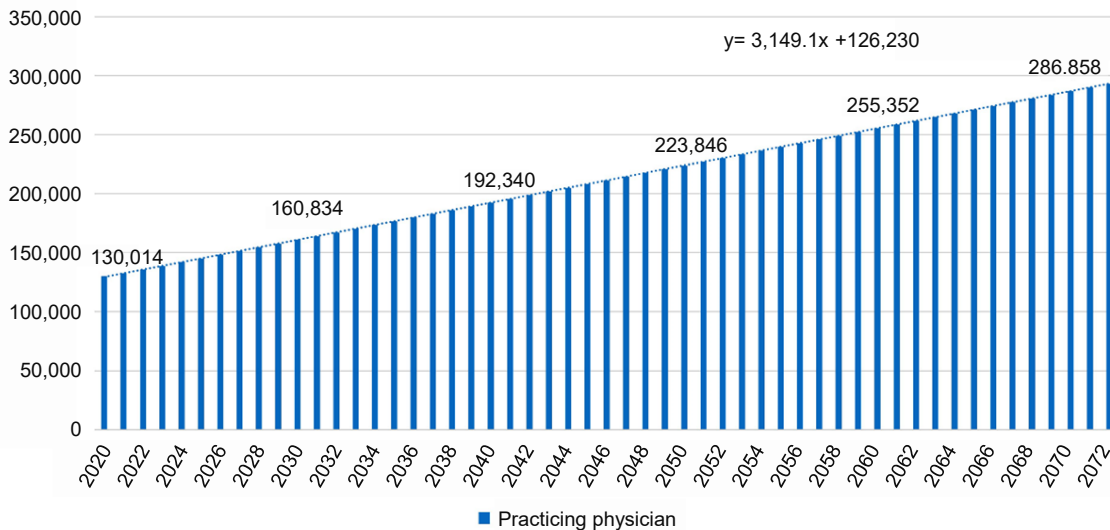


Figure 3. Projection of physician number. Apply the average of the increase in no. of practicing physician, 2010–2021 [1].

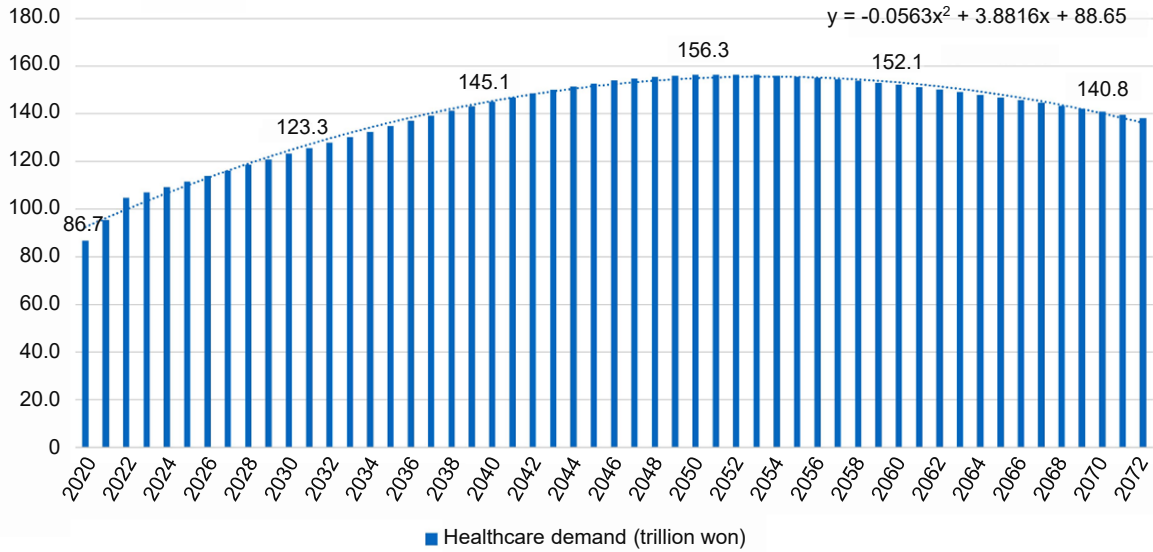


Figure 4. Projection of health care demand (trillion won). Constant prices in 2021. Reflecting increasing rate of per capita health care cost by 5-year age group (2010–2021), excluding fee schedule changes [3].

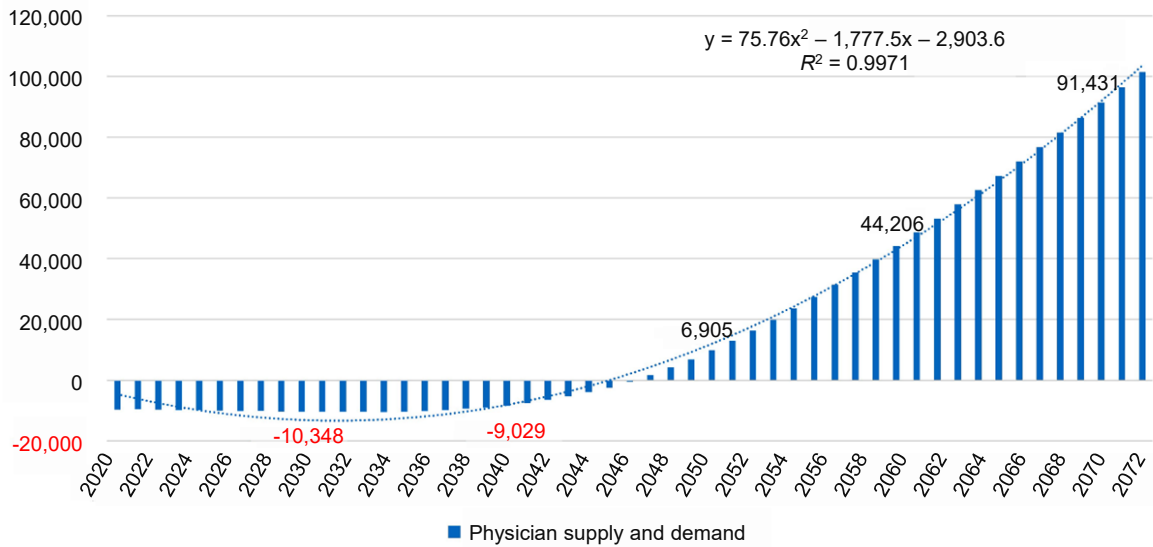


Figure 5. Projection of physician supply and demand.

던 것이 2050년 1,891만 명으로 정점에 이르고 이후부터는 노인 인구도 감소하게 된다[2]. 한편, 노인인구가 가장 급속히 증가하고 있는 시기가 2020년 대이다.

이런 인구수와 인구구조 변화가 의료수요에 영향을 미치고, 1차함수로 증가하고 있는 의사 수에 비해(Figure 3), 2차함수로 증가하고 있는 의료수요가 변동하여(Figure 4), 2030년 의사 수 부족이 정점에 이르고 이후부터는 의사 부족의 폭이 완화되다가 2048년부터는 의사 과잉이 되고 그 후부터는 과잉의 폭이 크

게 커진다(Figure 5).

인구수 및 인구구조를 감안하면 향후 5년간은 현재의 의과대학 정원을 증가해야 하나 그 이후부터는 의과대학 정원을 감축해야 한다. 의사 수가 과잉되면 의사유발 수요가 증가하고 경상 의료비가 증가하여 국민의 부담을 증가시키므로 바람직하지 않다(Figure 6). 즉 천 명당 의사 수가 1명 증가하면 의료비의 국내총생산(gross domestic product) 분율은 0.7% 증가한다. 또한 현재 4년제 대학 입학정원은 31만 명으로 3,058명의 의과대

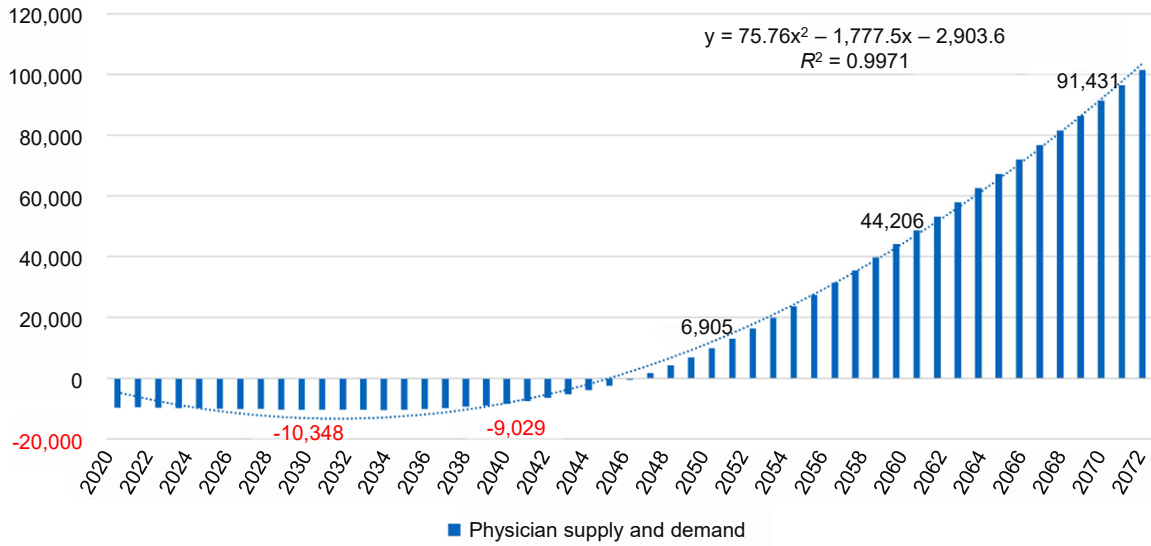


Figure 5. Projection of physician supply and demand.

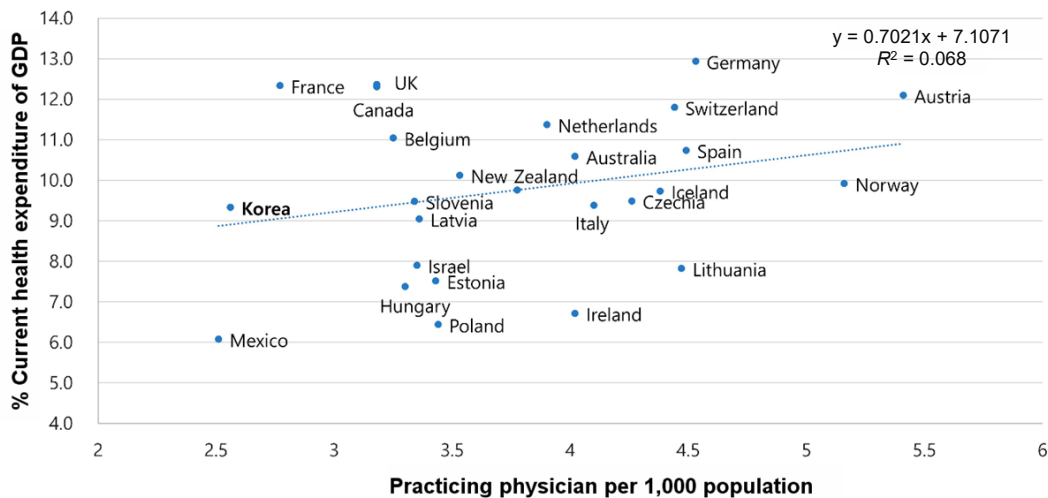


Figure 6. Practicing physician and health expenditure as a share of gross domestic product (GDP), 2022.

학 정원은 0.99% 정도이고 한의과대학 750명의 정원을 포함하면 1.23%이나, 2,000명이 증원되면 1.63%(한의과대학을 포함할 경우 1.87%)에 이르러 의학분야의 인력집중이 가속화된다. 한편, 2024년 18세 인구수는 44만 명이나 2070년에는 21만 명으로 크게 줄어 의학분야의 인력 편중은 더욱 가중될 것이다.

따라서 10년 후부터는 의과대학 정원을 감소시켜야 한다. 현재 40개 의과대학에 3,058명의 정원이 있는데, 2070년 활동할 의사 수 중 30%가 넘는 9만여 명의 의사과잉을 줄이기 위해서 5,058명의 정원을 절반 이상 감축해야 한다. 이때 감축방안은 일률적인 감축만으로는 소규모 의과대학을 속출하게 되므로 의과

대학의 통폐합이 대안이 될 것이며 12개 한의과대학의 750명 정원도 함께 감축해야 할 것이다.

### 결론: 의사인력정책에 대한 제언

한국의 의사수급 추계에 있어 가장 큰 영향을 주는 것은 인구 구조의 급격한 변화이다. 통계청은 2022년 장래인구추계의 결과를 발표하였는데, 이전 추계에 비해 합계출산율을 낮추어 적용하였다[2]. 2022년 통계청에서 적용한 합계출산율은 2040년 1.05로 출산율이 반등되는 것을 가정하고 있다. 그러나 2023년 합계

출산율이 0.72명임 점과 2024년에는 더 하락할 것으로 예측되고 있어 정부의 출산율을 회복시키는 노력에도 불구하고 회복의 기대는 크지 않은 상태이다. 의사수급 추계에 기본자료인 장래인구추계는 우리가 희망과는 달리 더 비관적일 수 있기에 의사수급 추계는 주기별로 진행해야 한다.

의사수급 추계에 있어 사용되어지는 가정 중 하나가 최근 의료 이용 증가율이 향후에도 지속된다는 것이다. 한국은 OECD 국가 중 2011년부터 가장 많은 외래 진료를 받고 있는데, 두 번째 많은 일본과의 격차를 더욱 벌리고 있다[4]. 그리고 최근 10년간 연간 진료비 증가율(수가인상률 제외)이 5.1%였으나 65세 이상 노인인구의 증가율은 9.0%였고, 특히 80세 이상 노인인구 증가율은 12.6%였다[3,9]. 노인인구의 급속한 의료이용 증가는 노인들의 건강 및 질병에 대한 인식의 변화가 큰 영향을 주었다. 그러나 이런 노인들의 의료이용 증가율이 향후에도 지속된다면 한국은 이를 감당할 수 있을지 의문하기에 의료보장의 지속 가능성을 위해서도 서비스전달 및 지불체계를 혁신해야 한다[10,11]. 그 방향은 지역사회 기반 사람 중심의 통합 보건의료이며, 이를 위해 의료체계를 혁신해 나가야 한다[12,13]. 바람직한 의료체제로 혁신되면 미래의 의료수요는 감소할 것이다. 또한 현재의 의사지원 인력이 확대되고 인공지능기술이 의료에 더 깊숙이 들어오고 있으며, 전공의 수련에서 주 80시간의 근무를 경험한 전문의들은 이전 수련된 전문의와는 다른 근무형태를 보일 것인데, 이것들은 의사수급에 영향을 미칠 것이다.

따라서 의료인력 수급추계는 많은 가정을 지니고 있으므로 주기적으로 최신의 자료를 분석하여 판단해야 한다. 대학 입시와 관련된 의과대학 정원 조정은 대학을 준비하는 학생들에게 큰 영향을 주므로 3-5년 주기로 조정할 필요가 있다. 4개월째 지속되고 있는 의과대학 정원의 문제를 다시 유발시키지 않기 위해서 정부는 의료인력검토위원단을 설립하여 지속적으로 적정의료인력 대책을 강구해야 한다. 또한 정원을 증가한 의과대학 등 전체 의학교육에 대해서 면밀한 평가를 실시하고 그 결과를 반영하여 정원을 조정해야 한다.

우리에게 밀려오고 있는 초고령화, 초저출생, 생산 가능 인구의 축소와 저성장, 비감염성 질환의 증가, 신종감염병의 위협, 건강 위험요인의 증가, 치매환자 증가, OECD 국가 중 최고의 자살률, 한반도의 통일 등은 보건의료정책의 전환을 요구하고 있다. 이를 위해 의료인력 정책을 포함한 보건의료정책의 청사진이 필요하다. 이를 위해 보건의료기본법에 명시되어 있는 보건의료발전계획은 반드시 그리고 조속히 수립되어야 한다[14]. 보건의료발전계획에는 첫째, 보건의료 발전의 기본 목표 및 그 추진방향, 둘째,

주요 보건의료사업계획 및 그 추진방법, 셋째, 보건의료자원의 조달 및 관리방안, 넷째, 지역별 병상 총량의 관리에 관한 시책, 다섯째, 보건의료의 제공 및 이용체계 등 보건의료의 효율화에 관한 시책, 여섯째, 중앙행정기관 간의 보건의료 관련 업무의 종합·조정, 일곱째, 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대한 보건의료사업계획, 여덟째, 보건의료 통계 및 그 정보의 관리방안, 아홉째, 그 밖에 보건의료 발전을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 사항이 포함되어야 한다[15]. 보건의료인력정책은 보건의료 전체 정책의 일부이고 보건의료 정책방향을 따라야 하므로 보건의료기본법 시행 후 24년째 작성되지 않고 있는 보건의료발전계획은 우선적으로 수립되어야 하고, 보건의료발전계획에 따라 보건의료인력 정책도 수립되어야 한다. 또한 5년 단위의 중기계획뿐 아니라 15년 내지 20년 단위의 장기계획의 수립이 필요하다. 인구 및 인구구조의 급속한 변화로 현재의 보건의료체계를 혁신해야 하는데 있어 장기적 방향성을 토대로 진행할 필요가 있기 때문이다.

## 이해상충

이 연구에 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 자원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없고, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

## ORCID

Eun-Cheol Park: <https://orcid.org/0000-0002-2306-5398>

## REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD statistics: health [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; c2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://stats.oecd.org/>
2. Statistics Korea. Korean statistical Information Service: population projection [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://kosis.kr/index/index.do>
3. Statistics Korea. Korean Statistical Information Service: National Health Insurance Statistical Yearbook [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; c2024 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://kosis.kr/index/index.do>
4. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2023. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2023.
5. Shin Y, Ko DS, Lee JE, Moon SJ, Lee JH, Lim KW, et al. Estimation of supply and demand of doctor manpower by specialty [In-



- ternet]. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2021 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://repository.kihasa.re.kr/handle/201002/41193>
6. Lee C, Kwon J, Kim T. Forecast of effects on labor, education and medical sector of population change reflecting future population projections for 2021 [Internet]. Sejong: Presidential Committee on Aging Society and Population Policy; 2023 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://betterfuture.go.kr/front/policySpace/publicReleaseDetail.do?articleId=106&listLen=10&searchKeyword=&position=M>
  7. Hong YC. Research on medical manpower adequacy to prepare for future society. Health Policy Forum [Internet] 2020 [cited 2024 May 20];18(3):19-23. Available from: <https://www.dbpia.co.kr/journal/articleDetail?nodeId=NODE10475694>
  8. Korean Institute of Medical Education and Evaluation. Accreditation status [Internet]. Seoul: Korean Institute of Medical Education and Evaluation; c2023 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://kimee.or.kr/medical-education/present-condition/>
  9. Moon JY, Park EC. Trend of benefit expenditure in national health insurance by age group, 2001-2016. Health Policy Manag 2017;27(4):372-374. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.4.372>
  10. Park EC. The urgency of reforming the healthcare system for the aged society. Health Policy Manag 2018;28(2):105-106. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.2.105>
  11. Park EC. Strategies for improving healthcare delivery system in Korea. HIRA Res 2021;1(1):9-15. DOI: <https://doi.org/10.52937/hira.21.1.1.9>
  12. Park EC, Lee HJ, Kim S. Roadmap for building a Korean healthcare system [Internet]. Seoul: National Academy of Medicine of Korea; 2019 [cited 2024 May 20]. Available from: <http://dl.nanet.go.kr/Search-DetailView.do?cn=MONO1202030774>
  13. Park EC. Direction of healthcare reform for sustainability. Health Policy Manag 2019;29(4):379-381. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.4.379>
  14. Park EC. The urgent need to establish the Plan for Development of Health and Medical Services. Health Policy Manag 2019;29(3):245-247. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.3.245>
  15. Framework Act on Health and Medical Services, Act No. 17966 (Mar 23, 2021).