

국내 보건의료환경 변화와 병원경영 인사이트

박병태

학교법인 가톨릭학원 보건정책실 국장

Changes in Healthcare Environment and Hospital Management Insight

Byeungtae Park

Office of the Health System Policy in the Catholic Education Foundation

I. 머리말

한 조직을 경영하기 위해서는 운영 주체가 환경변화를 정확히 읽고 제한된 자원을 활용하여 바람직한 전략과 메커니즘을 적용함으로써 지속적인 성과를 내도록 하는 것이 요체이다.

이와 같은 관점에서 환경변화를 정확히 파악하는 것은 한 기관을 운영하기 위한 경영 전략 수립의 전제조건이 된다. 만일 환경이 변화되지 않는다면 경영 전략을 매번 새롭게 수립하거나 수정할 필요가 없다. 그러나 환경은 지속적으로 변화하는 특성을 가지고 있으며, 그에 대한 대응은 각 조직마다 다양하게 나타나는데 이는 그 기관이나 경영자가 가지고 있는 역량에 기인한다. [1]

그 동안 우리나라 의료환경은 매우 급격하게 변동되어 왔으며, 최근 그 변화는 더욱 거세고 급진적인 성향을 나타내고 있다. 2015년 전 국민을 공포에 몰아 넣었던 MERS사태 후속 조치로 나타나고 있는 변화가 한 축을 차지하고 있으며, 급격하게 진행되고 있는 고령화 사회의 영향과 함께 사물인터넷, 빅 데이터와 인공지능 등으로 대변되는 4차 산업혁명도 중요한 환경변화에 해당한다. 또한, 국내의 심각한 정치적 혼란으로 말미암아 보건의료 분야의 컨트롤타워 기능이 제대로 작동되고 있지 않을 뿐만 아니라 대통령 후보자들의 대선공약까지 겹쳐 극도로

혼란한 환경이 야기되고 있다.

본고에서는 최근 국내 보건의료계를 둘러싼 다양한 환경변화 요인을 4가지 트렌드로 분류하여 제시하고, 병원 경영 분야에 미치는 영향과 시사점을 제공하고자 한다.

II. 보건의료 환경의 4가지 변화 트렌드

1. 저출산과 고령화 : 보건의료 정책 재편 시대

저출산과 고령화는 단기적으로 급격하게 나타나는 변화는 아니지만, 우리나라는 이 두 가지 분야에서 이미 세계 최고 수준에 도달함으로써 보건의료 및 사회전반적으로 매우 심각한 영향을 미칠 수 있다.

우리나라 합계출산율은 1965년 5.63명에서 2016년 1.17명으로 급격하게 출산율이 감소되었다. 저출산은 합계출산이 2.1명 이하일 경우를 의미하며, 초저출산은 합계출산율 1.3명 이하를 의미한다. 우리나라는 2001년부터 이미 초저출산 사회에 돌입하여 16년째 세계 최저 출산국에 해당한다.

고령화의 구분은 전체 인구 중 65세 이상 노인인구 비율이 7% 이상이 되면 고령화 사회(Aging Society), 14% 이상일 경우 고령사회(Aged Society), 20% 이상일 경우

* 투고일자 : 2017년 03월 08일, 수정일자 : 2017년 03월 10일, 게재확정일자 : 2017년 03월 10일

† 교신저자 : 박병태, 학교법인 가톨릭학원 보건정책실 국장, 전화 02-2258-8350, e-mail : bitna@cef.or.kr

초 고령사회(post-Aged Society)로 분류하는데, 우리나라는 2016년말 현재 전체인구 중 65세 이상의 노인 비중이 13.5%에 달하고 있어 2017년 중에 고령사회로 접어들 전망이다. 또한 고령화 사회에서 고령사회로 변화되는 기간이 프랑스의 경우 115년, 스웨덴 85년, 일본은 24년인데 비해 한국은 17년만에 고령사회로 진입하여 세계적으로 가장 단기간 내에 고령사회를 맞이하게 될 전망이다. [2]

이와 같은 변화가 보건의료계에 미치는 영향은 매우 심각하다. 먼저, 저출산과 고령화로 생산가능 인구가 감소하고, 노인 의료비는 증가하여 건강보험재정이 고갈될 뿐만 아니라 경제적으로 엄청난 위기를 초래하게 된다. 우리나라의 생산 가능 인구 100명당 부양인구는 2015년에 36.2명(노인 17.5명)이고 2065년에는 108.7명(노인 88.6명)으로 3배~4배정도 증가하게 된다. 2016년 건강보험 진료비는 사상 최고치에 도달하여 64조 6,623억원이 지출되었다. 이는 고령화로 인한 노인의료비의 증가와 4대 중증질환의 보장성 강화 정책의 영향을 받은 것이다. 2016년 건강보험 재정은 3조 856억 흑자이고, 누적 흑자는 20조 656억에 달한다. 그러나 이와 같은 건강보험 흑자는 2019년부터 적자로 전환될 것이며, 2020년에는 적자규모 3조에 도달하고, 이후 기하급수적으로 증가할 전망이다. [3] 이에 따라 우리나라의 건강보험 정책은 획기적인 패러다임 전환을 하지 않을 수 없게 될 것이다. 둘째, 저 출산으로 인하여 산부인과와 소아청소년과의 기능과 고령화로 인한 요양병원의 기능에 대한 새로운 정책이 필요하다. 특히 요양병원은 2013년 7만 2,835개소에서 2015년에는 7만 4,830개소로 약 2,000여개소가 증가하였다. [4] 정부에서도 난립하는 요양병원에 대한 인증심사 평가 등 다양한 정책적인 대안을 적용하고 있지만, 궁극적으로 우리나라 전체적인 병원들의 기능을 재정립하지 않을 수 없다. 셋째, 의료전달체계 기능의 재정립이 필요하다. 우리나라 의료전달체계 및 병상의 기능은 수도권 대형병원을 중심으로 급성기병원 중심으로 운영되고 있다. 아급성기는 분류체계가 모호한 상태이며, 최근 고령화로 인한 요양병원이 급증하고 있어 저출산과 고령화 사회로 말미암아 의료전달체계의 기능을 새롭게 재정립해야 할 시점이다. 일본에서는 고도급성기-급성기-회복기-만성기로 의료전달체계를 구분하고 권역을 지정하여 해당 권역 내에서의 의료전달체계가 이루어지도록 하고 있

다. 우리나라에서도 정부를 중심으로 이와 같은 의료전달체계 재정립을 위한 TFT가 발족되어 운영되고 있으므로 조만간 의료전달체계가 재정립되는 시기를 맞이하게 될 것이다. 넷째, 간호간병통합서비스가 지속적으로 확대되면서 간호인력 수급이 문제가 될 것이다. 저출산과 고령화로 인하여 노인은 병원에 입원하는 기회가 더 많고 길어질 수 밖에 없으나 저 출산과 여성들의 경제활동 참여로 인하여 간병할 수 있는 가족이 점차 감소함에 따라 현재 시범적으로 운영되고 있는 간호간병통합서비스는 지속적으로 확대될 것으로 전망된다. 더불어 간병인 또는 가족이 감당했던 업무를 간호인력이 수행하게 됨으로써 간호인력 문제가 지속적인 이슈로 남게 될 것이다. 간호간병통합서비스는 저출산과 고령화의 영향뿐만 아니라 병문안 문화개선과 더불어 메르스 이후 감염예방을 위한 정책사업의 성격도 지니고 있어 그 변화 속도가 가속화될 것이다.

2. 메르스 이후의 변화 : 환자 안전 강화 시대

2015년에 발생한 메르스 코로나바이러스(MERS-CoV)는 우리나라 보건의료 분야에 치명적인 문제점을 드러낸 사건이었다. 이후 보건의료분야는 메르스에 대한 후속 조치로써 여러가지 정책적인 변화와 함께 의료문화 자체의 변화를 도모하고 있다. 먼저, 문화적인 측면에서 손 씻기 운동은 메르스 이후 일상 생활화 된 수준으로 발전하였다. 전국민적인 손 씻기 운동으로 인하여 과거에 볼 수 없었던 손 씻기 용품 및 손 소독 제품이 의료기관은 물론 공공장소에 비치되는 등 손 씻기는 가장 보편화 된 감염예방 활동으로 자리매김 하고 있다.

둘째, 감염예방을 위한 병문안 문화 개선이 이루어지고 있다. 병문안 문화를 개선하기 위해 대형병원을 중심으로 시설 개선과 면회장소 마련 즉, 병실 출입문의 설치와 함께 보호자 출입시간 지정 및 출입자의 제한이 이루어지고 있으며, 신축 및 리모델링 병원을 중심으로 별도의 면회장소가 마련되고 있다. 또한 대형병원을 중심으로 지역사회 및 관공서들도 함께 참여하는 병문안 개선운동 캠페인이 일어나고 있다.

셋째, 감염내과 진료수가의 인상과 환자안전관리자 지정 및 교육이 이루어지고 있다. 그 동안 감염내과는 병원 수익과 관계없이 병원 내 감염예방을 위한 투자분야로 존

재하였다. 그러나 정부가 메르스 사태를 계기로 2016년 9월부터 병원 내 감염관리 전담인력을 확충하고 감염 발생 및 확산을 사전에 예방하기 위해 의료법 시행령을 개정하였다. [5] 특히 병원들이 시설과 인력기준을 충족할 경우 감염예방관리료를 지급기로 함으로써 감염관리분야의 새로운 전환점을 마련하였다. 또한 환자안전법을 마련하여 200병상 이상 병원급 의료기관은 환자안전위원회 설치가 의무화되었고, 500병상 이상 종합병원은 2명 이상, 500병상 미만 종합병원·200병상 이상 병원·치과병원·한방병원·요양병원은 1명 이상 환자안전 관리 전담인력(5년 이상 의사·간호사)을 배치하도록 하는 등 환자 안전 및 감염관리분야가 강화된 것은 매우 큰 변화이다. [6]

넷째, 감염예방을 위한 시설기준 강화이다. 메르스와 같은 감염 예방이 효과적으로 이루어지기 위해서는 문화적, 제도적 개선과 함께 이를 방지하고 관리하기 위한 인력들이 필요할 뿐만 아니라 시설적인 기준이 제대로 갖추어져야 한다. 이를 위하여 2017년 초부터 의료법 시행규칙 개정으로 [표 1]과 같이 음압격리실 구비 의무화와 중환자실 기준 강화 및 입원실의 1실당 병상수의 제한은 물론 병상당 거리를 제한하는 등 시설 기준이 강화되었다. 이 기준은 신축 또는 리모델링의 경우 2017년 2월 3일부터 적용되고, 기존 병원의 경우 2018년 말까지 음압격리병실 및 입원실 감염예방 기준을 충족해야 하며, 중환자실 격리병실의 경우 2021년 말까지 기준을 충족해야 한다.[7]

<표 1> 의료법 시행규칙 개정에 따른 감염 예방 시설기준 강화 내용

〈음압격리실 구비 의무화〉

구분	적용대상	현행기준	신·증축시	기존시설
음압격리 병실확보 (1인실 원칙)	300병상 이상 종합병원	없음	①규모 : 300병상당 1개 *추가 100병상당 1개 (1인실, 면적, 음압차-2.5Pa)	'18. 12. 31.까지 ①규모:300병상당 1개 *추가 100병상 당 1개 (1인실 면적 15㎡, 음압차-2.5Pa)
격리병실 (1인실 원칙)	300병상 이상 요양병원	없음	①규모 : 300병상당 1개 이상 (사위시설을 갖춘 화장실)	'18. 12. 31.까지 ①규모 : 300병상당 1개 이상 (사위시설을 갖춘 화장실)

〈입원실 감염예방 시설 기준 강화〉

구분	적용대상	현행기준	신·증축시	기존시설
1)병상당 병상수 및 병실면적	의원 병원급	없음 1인실: 6.3㎡ 다인실: 4.3㎡	1병실당 최대4개 병상 1인실 : 10㎡ 다인실: 1인당 6.3㎡	없음
	요양병원	없음	1병실당 최대4개 병상 1인실 : 10㎡ 다인실: 1인당 6.3㎡	없음
2)손씻기 및 환기시설	의원 병원급 요양병원	없음	설치	없음
3)병상간 거리	의원 병원급 요양병원	없음 (환산 0.8m)	병상간 1.5m	'21 12. 31.까지 병상간 1.0m

〈중환자실 감염예방 시설 기준 강화〉

구분	적용대상	현행기준	신·증축시	기존시설
1)병상간 거리	300병상 이상 종합병원	없음	벽에서 1.2m 병상간 2.0m	'18. 12. 31.까지 병상간 1.5m
2)격리병실		없음	병상 10개당 1개씩 (최소 1개는 음압격리병실)	'21 12. 31.까지 병상 10개당 1개씩 (최소 1개는 음압격리병실)

이와 같은 시설적인 기준 강화는 보건의료분야의 감염 예방 관리를 강화하는 효과를 가져올 수 있으며, 더불어 기준병실이 4인실로 제한되고 병상간의 거리가 확보됨으로써 결과적으로 우리나라 전체 병상수의 감소를 가져오는 등 매우 큰 변화가 초래될 것으로 전망된다.

3. 제 4차 산업혁명 : 4R 정밀의료시대

4차 산업혁명은 사물인터넷(Internet of Things(IoT)), 빅 데이터 등을 활용한 인공지능(Artificial Intelligence (AI))으로 대표되는 혁신적인 변화이다.[8] 4차 산업혁명은 1997년 인공지능이 인간으로 부터 체스게임을 승리한 후, 2015년에는 바둑게임에서 승리하고, 2016년 개최된 제46회 다보스 포럼을 통하여 4차 산업혁명이라는 논제가 화두가 되고 있다. 2017년에는 포커페이스게임에서도 인공지능이 인간으로부터 승리를 거두면서 우리사회에 기대와 함께 충격으로 다가오고 있다.

헬스케어 산업도 예외가 아니다. 버락 오바마 전 미국 대통령은 2015년 1월 특정 질병에 대해 개인 차이를 고려해 맞춤 치료를 진행한다는 내용의 '정밀의료 계획'을 발표했다. 우리나라에서도 2017년도 대형병원 병원장들의 신년사에는 빠짐없이 제 4차 산업혁명에 대한 내용이 언급되고 있어 향후 변화에 대한 관심이 높아지고 있다. 국내 보건의료 분야에서는 2016년 9월 인천 길병원에서 인공지능 왓슨 포 온콜로지 를 도입한 것을 계기로 2017년 1월 부산대학은 '왓슨 포 온콜로지'와 '왓슨 포 지노믹스'를 동시에 도입하였고, 삼성서울병원은 2015년 9월 조제 로봇 '아포테카 케모(APOTECA Chemo)'를 도입함으로써 국내보건의료 분야의 제 4차 산업혁명 발전에 속도를 더하고 있다. 또한 최근 2~3년 내에 빅5병원은 물론 고대안암병원, 국립암센터, 인하대병원 등 대부분의 대학병원에서 정밀의학센터 개소가 붐을 이루고 있다.

정밀의학은 개인의 유전체정보와 의료정보, 주변환경, 생활습관 등을 사물인터넷이나 인공지능 같은 첨단기술에 연계시키고 분석해 질환의 예방 및 진단, 치료 등 환자 개인별 맞춤형 의료를 제공하는 것이다. 이를 추진하기 위해서는 의료와 정보통신기술(Information and Communication Technology(ICT))의 융합이 절대적이다. 이는 방대한 정보가 축적, 생산되는 병원 내 빅데이터를 수집해 분석하고, 이를 질병 진단과 환자 치료 및 연구에 활용할 수 있기 때

문에 대형병원들은 차세대 병원정보시스템(Hospital Information System · (HIS)) 구축에 열을 올리고 있다. 구체적인 사례로는 서울대병원의 '베스트케어(BESTCare) 2.0'과 삼성서울병원의 '다윈(Data Analytics and Research Window for Integrated Knowledge · (DARWIN))', 서울아산병원의 AMIS(Asan Medical Information System) 3.0등을 들 수 있다. [9]

제4차 산업혁명의 물결이 보건의료계에 미치는 영향은 진단부터 치료에 이르는 모든 단계의 데이터를 다각도로 분석해 질병에 대한 예방과 예측, 개인별로 맞춤형된 정밀한 치료법을 개발함으로써 정확한 약을 정확한 양으로 정확한 환자에게 정확한 시간에 제공하는 4R(Right drug at Right dose to the Right patient at the Right time)의 시대가 도래하는 것을 의미한다.

이와 같은 4차 산업혁명이 진행되면서 보건의료계에 대두되는 이슈는 먼저, 생체데이터 등 개인정보 수집이 가능해야 한다. 빅데이터를 축적할 수 있는 제도 환경이 마련되지 않으면 미래 의료의 패러다임인 '정밀의료(Precision Medicine)' 구현이 어렵기 때문이다. 둘째는 정보의 표준화이다. 의료분야에서 생성되는 막대한 데이터들이 각자 다른 방식으로 저장될 경우 빅데이터의 의미를 갖기 힘들기 때문에 정보의 표준화가 필요하다. 최근 보건복지부에서도 사회보장정보원과 함께 표준기반 진료 정보 교류 시범사업을 추진하는 것도 같은 맥락으로 이해할 수 있다. [10] 셋째, 인력관리정책 및 평생직업능력 개발 환경 구축이 필요하다. 4차 산업혁명은 경계가 무의미해진다는 특성과 미래예측이 가능하다는 특성을 갖는다. 삼성서울병원은 조제로봇이 약사 2명의 역할을 수행할 수 있다는 평가를 바탕으로 2017년도 중 조제로봇 3대를 더 도입하기로 하였다. 이와 같은 추세로 볼 때 인공지능의 등장으로 약사분야는 68%, 간호사는 66% 대체 가능하다는 분석이다.[11] 제 4차 산업혁명으로 인한 직업 영향은 완전체체 직업이 약 0.3%, 의사, 약사, 간호사와 같이 자신이 현재 수행하고 있는 직업의 20%까지 영향을 받는 경우는 86%에 이른다. 노동집약산업인 보건의료계에서는 인공지능의 등장과 함께 어떤 인력 정책을 추구할 것인지 그리고 어떤 방법으로 평생직업능력 개발의 기회를 제공할 수 있을 것인지에 대한 심각한 고민이 필요하다. 넷째, 비인간화에 대한 예방이 필요하다. 보건의료 분야에서 인공지능로봇 또는 4차 산

업혁명의 발전으로 유전자 분석 및 맞춤의료가 현실화 되는 것은 한편으로 바람직한 일이나 이로 인한 비인간화는 나타나지 않도록 해야 하는 책임과 의무가 동시에 제시되고 있다.

4. 소비자의 권리강화 : for to by의 시대

보건의료분야에서 환자가 아닌 고객으로서의 소비자 개념이 대두된 것은 1990년대 중반 한국의료의질향상학회 출범(1994)과 서울아산병원 및 삼성서울병원 등 대기업을 배경으로 한 병원들이 등장하면서 정립되기 시작하였다.

이후 대형병원을 중심으로 고객만족을 위한 전담부서인 CS(Customer Satisfaction)부서가 등장하면서 다양한 고객만족 활동을 전개하고 교육을 통하여 고객만족수준을 일반 서비스기업 이상의 수준으로 향상시켰다. 이와 같은 사례는 국가고객만족지수(National Customer Satisfaction Index(NCSI))평가에서 6개의 국내 대형병

원들이 조사대상 중에서 상당한 상위 수준을 유지하고 있는 것으로 대변할 수 있다. [12]

보건의료분야에서 소비자에 대한 인식을 시대별로 구분하면, 1980년대 후반 전국민의료보험 적용 시점에는 환자에 대한 병원의 입장(of the Hospital)으로 병원이 일방적인 편의를 제공하는 관점에서의 서비스가 제공되었다. 환자를 위한 고객만족 활동(for the Customer)은 1990년대 후반 대기업 정서를 배경으로 하는 대형 병원의 등장과 의료의 질향상을 목적으로 하는 QI학회의 등장 및 고객만족활동을 위한 전담부서(CS)의 활동으로 정립되었지만, 엄밀히 말하면 이 시대까지도 고객만족 활동은 병원 중심의 범위에서 벗어나지 못했다고 볼 수 있다. 그러나 최근의 고객만족 활동은 고객의 의견을 반영하기 위한 다양한 활동(고객의 소리, 고객만족 설문조사, 영향집단 초청 인터뷰)들 뿐만 아니라 혁신조직을 중심으로 고객의 의견을 반영하여 이를 개선하는 서비스디자인 활동이 활발하게 진행되면서 고객에 의한 서비스 활동(by the Customer)으로 새로운 시대를 맞이하고 있다.

<표 2> 환자경험평가 조사 내용

구분	평가영역	문항내용
영역별 환자경험	간호사 서비스 (4문항)	존중/예의 경청 병원생활 설명 요구처리 존중/예의
	의사 서비스 (4문항)	경청 의사와 만나 이야기 할 기회 회진시간 관련 정보제공 투약·검사·처치 전 설명
	투약 및 치료과정 (5문항)	투약·검사·처치 후 부작용 설명 통증 조정 노력 질환에 대한 위로와 공감 퇴원 후 주의사항 설명/치료계획 제공
	병원환경 (2문항)	깨끗한 환경 안전한 환경 공평한 대우
	환자권리보장 (4문항)	불만제기 치료결정 과정 참여기회 수치감 느끼지 않도록 배려
전반적 평가	입원경험 평가(1문항) 추천여부(1문항)	입원경험 평가 타인추천 여부
	개인특성 (3문항)	입원경로(응급실 경우 여부) 주관적 건강 수준 학력

국민건강심사평가원은 [표 2]와 같이 2017년 의료서비스를 이용한 환자로부터 의료진 과의 의사소통, 투약 및 치료과정 등 입원기간 중 겪었던 경험을 확인하는 환자경험평가 실시를 예고하고 있다. 이번 평가에서는 상급종합병원 및 500병상 이상 종합병원에 입원했던 퇴원 8주 이내의 만 19세 이상 환자를 대상으로 전화조사 방식으로 병원 경험을 평가하는 방식이 적용된다.[13] 이제 의료계에도 본격적인 고객에 의해 평가받는 시대가 도래한 것이다. 그러므로 이제는 고객의 눈과 귀 뿐만 아니라 고객의 5감(시각, 촉각, 청각, 후각, 미각)을 넘어 정서적이고 감성적인 생각까지 고려해야 하는 새로운 패러다임이 필요하다.

Ⅲ. 보건의료환경 변화의 시사점과 과제

본고에서는 이상과 같이 국내 보건의료분야의 4가지 변화 물결과 이로 인한 영향 요인 및 시사점을 살펴보았다. 이와 같은 변화는 환자안전관리 및 소비자의 권리강화와 같이 보건의료계에서 더욱 신경쓰고 노력해야 하는 분야도 있지만, 저출산과 고령화 트렌드 및 4차 산업혁명의 변화 물결과 같이 보건의료계뿐만 아니라 우리나라 사회 전반적으로 크게 영향을 미칠 수 있는 변화도 존재한다.

특히 저출산과 고령화 문제는 국내 보건의료 패러다임의 변화를 요구하고 있다. 급성기 중심의 대형 병원이 주축을 이루고 있는 국내 보건환경은 회복기와 만성기 중심의 실버 보건의료 산업 분야에 대응할 수 있도록 변화되어야 한다. 이를 위해서는 개별 의료기관들의 노력뿐만 아니라 정부에서도 의료전달체계의 명확한 정립과 함께 노인 의료분야에 대한 수가 체계 개편 등 사회환경과 보건의료정책이 맥락을 같이 할 수 있도록 노력해야 한다.

제 4차 산업혁명의 물결에 대응하기 위해서는 기술적인 발전 노력과 함께 의료선도 분야를 중심으로 단계적이고 체계적인 미래 대응 정책이 필요하다. 우리나라의 근대화된 의료는 100년이라는 짧은 역사를 가지고 있어 지금까지 선진국의 앞선 의료기술을 따라잡는 데 많은 노력을 기울여 왔다. 그러나 4차 산업혁명을 기점으로 가속화될 미래의료 산업은 대부분의 국가가 동일한 출발선에서 있다. 앞선 ICT 기술, 선진국에 뒤처지지 않는 의료 인력과 기술을 보유하고 있는 우리나라는 의료영상 등 의료선

도 분야를 중심으로 제 4차 산업혁명의 플랫폼을 만들어 간다면 미래의료 산업 분야에서 고지를 선점할 가능성이 높다. 또한 빅데이터, 모바일 및 사물인터넷 등 여러 산업과 융합해 발전된 국내 의료 기술을 수출할 수 있다면 헬스케어 산업이 우리나라 경제를 이끌어갈 역할도 할 수 있을 것이다. 그러므로 보건의료분야의 이와 같은 비전 달성을 위하여 국가 차원에서 5년, 10년 단위의 단계적이고 체계적인 의료분야 집중 육성 지원정책을 마련해야 한다. 현재 우리나라 국가 전체의 정보화 예산이 실리콘밸리 한 곳의 정보화 예산 보다 6배나 작은 현실에서 모든 분야의 4차 산업혁명 추진 보다는 가능성 있는 보건의료 분야에 집중 투자하는 것이 4차 산업혁명의 변화 물결에 대한 바람직한 대응 전략이 될 수 있다.

끝으로 병원경영 분야에서는 일부 병원 구성원 개인의 인성과 태도에 대한 연구, 일개 병원들의 효율성 연구 등 미시적인 연구 접근도 중요하지만, 전사회적인 변화 트렌드에 따른 대응 방안이나 사례연구 등 거시적인 연구에 관심을 기울여 병원 경영 분야의 균형적인 발전에 기여할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

<참고문헌>

1. 조동성, 제4의 전략패러다임 M경영, 한스미디어, 2007
2. 통계청 홈페이지, 연도별 인구 주요지표
3. 한겨레신문, 2017. 2. 21일자
4. 데일리메디. 2016. 9. 30일자
5. 의료법 시행령
6. 환자안전법
7. 의료법시행규칙
8. 이민화, 제 3차 디지털 헬스케어 글로벌전략 포럼 자료집, 2017
9. 한국직업능력개발원, 제 4차 산업혁명과 평생직업능력개발, 2017
10. 보건복지부 & 사회보장정보원, 2017년도 표준기반 진료정보교류 활성화 사업 설명회 자료집, 2017
11. 국제미래학회, 제4차산업혁명과 대한민국의 미래 컨퍼런스 및 대토론회 자료집, 2017
12. 조선일보, 2016. 12. 6일자
13. 건강보험심사평가원, 제1차 환자경험평가설명회 자료집, 2017