

병원조직 유형과 TQM 관리체계상의 특성이 성과에 미치는 영향 분석

Impacts of the Organizational Type of Hospitals and Managerial Characteristics of TQM on the Performance.

김 인(부산대학교 행정학과)

홍 광 표(부산대학교 행정대학원)

김 기 식(부경대학교 행정학과)

This study aims to find the impacts of sectors, that is, public, non-profit, and private hospitals and their managerial characteristics on the performance. 60 national and public hospitals, 80 non-profit ones, 16 private ones which had above 250 beds were sampled by the method of systematic random sampling for this study. The data were gathered from 18 to 27 April, 2000.

From this study, we found that non-profit hospitals made highest performance among them, and national and public ones made higher performance than private ones. Employee involvement, compensation and recognition system, and client satisfaction, especially institutional convenience to patients among TQM factors significantly influenced on the performance of hospitals. But, controlling those TQM factors, we found the sector factor of hospitals did not influenced the performance. Therefore, we can conclude that it is not desirable only to privatize national and public hospitals to improve their performance.

I. 서 론

정부의 성과를 연구하는 학자들은 정부기관의 성과가 정부와 시장의 적절한 역할 분담에 의해서 영향을 받는 것으로 보고 정부는 가능하면 방향타를 설정하는 역할에 초점을 두는 소위 촉진적 정부를 강조하기도 한다.¹⁾ 이런 관점의 학자들은 민영화와 민간위탁을 강조한다. 이와는 달리 조직 내의 관리체계상의 특성이 성과에 크게 영향을 미치는 것으로 보고 정부 내의 관리체계를 개선시키려는 노력을 기울이는 학자들도 있다. 이런 학자들은 똑같은 서비스를 생

1) 오스본과 케블러(1992)는 「정부재창조」라는 저서에서 정부는 그 사회가 나아가야 할 방향 설정과 이에 따른 정책 결정 기능을 수행해야 하며, 그리고 사회적 규제, 사회적 통합, 사회질서 유지, 사회정의의 실현 등은 정부가 민간부문보다 잘 할 수 있는 역할이라는 것이다. 그리고 단순히 서비스를 제공하는 소위 노젓기기에 해당하는 역할은 정부가 잘 할 수 없다고 보고 있다(삼성경제연구소, 1994: 47-73).

산 공급하는 조직도 조직 내의 관리체계 상의 특성에 의해 성과에 차이가 나는 것에 주목한다. 따라서 성과 향상을 위한 적절한 관리체계를 확립하는 문제에 깊은 관심을 갖고 있다. 그래서 그들은 어떤 재화와 서비스의 생산과 공급의 성과는 단순히 정부나 시장이라는 섹터의 문제라기보다는 오히려 관리체계상의 특성상의 문제라고 보고 있다.

이러한 논의와 관련하여 연구할 수 있는 가장 좋은 재화나 서비스 중의 하나가 의료서비스이다. 왜냐하면 의료서비스는 다양한 조직 유형을 통해서 생산 공급되고 있기 때문이다. 원래, 의료서비스는 사적재화이기 때문에 그 공급을 시장인 개인의 의원과 병원에 맡겨두고 있지만, 그 재화가 가치재(worthy goods)라는 성격 때문에 그 수요와 공급을 전적으로 시장기능에 맡겨둘 수도 없다. 정부는 보건소나 국공립의료원을 설립하여 저소득층이나 행려병 환자들에게 의료서비스를 무료로 공급하거나 혹은 저렴한 가격으로 공급해야 할 필요도 있으며, 또한 대학 병원이나 보훈병원과 같이 특수한 목적으로 정부가 병원을 직접 운영하거나 혹은 특수법인을 설립하여 운영하기도 한다.

그런데, 공공부문의 혁신이나 구조조정이 요구될 때 이러한 다양한 유형의 병원의 경영성과 문제는 언제나 관심과 논란의 대상이 되어 오고 있다. 최근 부산광역시의회가 지방공기업인 부산의료원의 누적적인 적자와 방만한 경영을 심각한 문제로 지적하고 있고, 이에 따라 부산광역시는 부산의료원의 민간위탁을 포함하는 대대적인 경영혁신 방안을 검토하고 있다. 그러나 어떠한 조직유형과 관리체계가 높은 성과를 보장해 줄 수 있는지에 대해서는 확실한 답이 없다. 그러나 한 가지 분명한 것은 병원조직도 정부나 일반 기업들처럼 관리체계의 혁신을 통해 성과를 증진시킬 수 있다는 것이다.

이러한 병원 관리체계의 혁신적인 대안으로 제기되고 있는 것 중의 하나가 TQM이다. 왜냐하면, 병원조직은 일단의 제도 하에 기술, 설비, 인적 서비스를 융합하여 하나의 의료서비스를 제공해야 하기 때문이다. 즉, 병원도 경쟁이 치열해짐에 따라 서비스의 질을 향상시켜 환자나 보호자인 고객의 만족을 증진시켜야 하며, 이를 위해서는 전 직원의 참여가 필요하며, 지속적인 개선이 이루어져야 한다. 동시에 이러한 관리체계가 구축되기 위해서는 병원장의 리더십이 확립되어 있어야 한다. TQM은 이러한 것들을 관리체계의 핵심적인 요소로 하고 있다. 따라서 본 연구에서는 병원 관리체계의 특성을 파악하기 위해서 TQM을 하나의 모형으로 삼고자 한다.²⁾

이러한 맥락에서 본 연구는 병원의 경영성과에 영향을 미치는 병원조직 유형과 TQM 관리체계상의 특성을 밝히고자 한다. 보다 구체적으로 살펴보면, 본 연구는 첫째, 정부, 시장, 비영리법인이라는 세 부문(sector)의 병원유형이 성과에 미치는 영향을 규명하고, 둘째, 병원의 TQM 관리체계상의 특성이 성과에 미치는 영향을 규명하고자 한다.

본 연구에서는 병원유형별 관리체계의 다양성을 확보할 수 있도록 전국의 병원을 연구 대상으로 설정하였다. 국·공립병원은 103개의 병원 중 시 이상에서 운영하는 국·공립병원, 특수법인, 지방공사 의료원 등 60개를 표본으로 선정하였으며, 비영리법인 병원의 경우는 250병상 이상의 종합병원 총 124개 중 80개를 연구대상으로 표출하였으며, 개인병원은 병상수 250개 이상인 총 16개의 병원 전체를 조사 대상 기관으로 선정하였다.³⁾ 비영리법인 병원의

2) TQM이 성과 향상을 위한 관리체계로 널리 인식되고 있다. 이런 경우 TQM은 하나의 처방적인 관리체계의 성격을 띤다. 그러나 이러한 관리체계를 통해서 어떤 조직의 관리체계를 파악할 수 있는 모형으로 사용할 수 있다. 즉, Max Weber의 합법적·합리적 관료제모형을 통해 중국의 관료제를 연구하는 것과 같은 것이다(Creel, 1957).

3) 병원의 규모가 작으면 병원관리가 체계적으로 이루어지지 않는 경우가 많으며, 따라서 병원 경영성과를

경우 병원명부를 이용하여 체계적 무작위 표출(systematic random sampling)방법을 사용하여 표본을 선정하였다. 조사는 2000년 4월 18일부터 4월 27일까지 9일 동안 실시되었으며 전국 각 유형별 병원의 기획실 실(과)장 또는 총무과(부)장 앞으로 설문지를 발송하고 연구 취지를 설명하는 전화를 하여 협조를 요청했다. 회수된 설문지 수는 국공립병원의 경우 32개, 비영리법인 병원의 경우 45개, 개인병원의 경우 10개이다.⁴⁾

TQM 관리체계상의 특성, 그리고 성과에 관한 자료는 Likert Type 5점 척도를 사용하여 설문지를 작성하였다. 설문조사와 더불어 인근병원의 관계자를 대상으로 심층면담도 실시하였다. 측정변수의 신뢰도 분석을 위해 Cronbach's α 를 구해보고, 병원조직 유형 별 성과 차이를 분석하기 위해 분산분석(ANOVA)을 실시하고, 성과에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 회귀분석(Regression Analysis)을 실시하였다.

II. 병원조직의 유형, TQM 관리체계상의 특성 및 성과

1. 병원조직의 특성과 유형

병원조직은 조직의 핵심적인 구성요소인 의료 집단이 전문성을 띠고 있으며, 서비스의 수혜자인 환자가 원하는 서비스를 자율적으로 결정할 수 없고, 나아가 수요 공급의 원리가 적용될 수 없기 때문에 관리상의 많은 어려움을 갖고 있다(주경범, 1998: 46). 병원 조직은 일반 기업조직과는 달리 환자 치료와 검진 등 휴먼서비스를 제공하는 것을 일차적인 목적으로 한다. 그래서 병원조직은 기업이나 다른 조직보다 지역사회에 대한 높은 책임과 연계성을 갖고 있다(이종익, 1993: 66). 병원조직은 규모가 비슷한 일반민간기업이나 정부공공기관과는 달리 상당히 복잡하고 역할과 기능이 고도로 전문화되어 있는 특성을 가지고 있다(유승희, 1990). 그런데도 어느 한 부서가 독립적으로 할 수 있는 일은 드물고 여러 부서의 협동에 의해서만 결과의 산출이 가능하기 때문에 병원조직의 각 부서는 상호의존적 관계에 있다. 그러나 구성인력의 전문성 때문에 쉽게 융합되기 어려운 것이 병원조직의 구조적인 특징이기도 하다.

병원조직의 유형은 병원의 규모⁵⁾, 기능,⁶⁾ 설립형태 등에 따라 분류할 수 있으나, 병원조직의 관리체계상의 특성 및 성과와 관련한 연구에서는 설립형태에 따른 분류방식을 검토하는 것이 가장 적합하다.

병원의 설립형태에 따라 분류해 보면, ①국립·도립·시립병원, 공사·특수법인 형태의 병원 등을 포함하는 공공의료원, ②사단법인·재단법인·사회복지법인·의료법인·학교법인·회사법

연구할 때 병원의 규모가 크게 영향을 미칠 수 있으므로 이를 통제할 필요도 있어 중간규모 이상인 250개 병상 이상의 병원만 연구대상으로 선정하였다.

- 4) 본 연구에서 분석된 국공립병원의 경우 평균 병상수가 417개, 직원의 수가 464명이며, 비영리법인병원의 경우 각각 673개, 927명이며, 개인병원의 경우 각각 342개, 348명으로 나타났으며, 병상 수($p=.001$)와 직원 수($p=.002$)에 있어서 세 집단 사이에 각각 통계적으로 유의미한 차이가 나는 것으로 분석되었다.
- 5) 병원의 규모와 관련하여 병원을 분류하는 방식은 의료법에 기반을 두고 있다. 의료법의 규정에 따르면 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 의료기관을 '병원', 입원환자 100인 이상을 수용할 수 있고 9개의 필수적인 진료과를 설치하고 있는 의료기관을 '종합병원'으로 규정하고 있다.
- 6) 제공하는 의료서비스 특성에 따라 일반병원, 결핵병원, 나병원, 정신병원, 산재병원, 장기요양병원 등으로 구분할 수도 있다.

인 병원, ③ 개인병원 등의 형태로 분류할 수 있다.

먼저, 국립·도립·시립병원은 원칙적으로 국가나 지방자치 단체에서 설립하여 중앙정부나 지방정부가 직접 운영하는 병원이다. 이러한 국·공립병원은 정부가 직접 운영하는 병원으로서 우리나라에서는 국·공립병원이 차지하는 비중이 계속하여 점차 줄어들고 있다. 국·공립병원들은 의료서비스의 제공이 취약한 지역에 정책적으로 설립되었거나 특수한 질병의 치료나 소외된 계층을 위한 진료 등을 목적으로 설립되었다는 점에서 가장 공익성을 띤다고 할 수 있다. 이와는 약간 달리 정부투자 관리기본법의 규정에 의한 정부투자기관과 지방공기업에 의한 지방공사, 그리고 한국보훈복지공단에서 운영하는 공사형태의 병원이나 기타 특별법에 의한 특수법인 형태의 병원이 있다.⁷⁾ 이런 병원은 국·공립병원보다는 수익성을 더욱 추구하며, 자율경영의 원칙도 추구하나 공익성도 동시에 추구하고 있다. 따라서 이런 병원은 준정부적인 성격을 띠고 있다. 그러나 이런 병원의 공통적인 특성은 종국적으로 정부가 최종적인 책임을 진다는 점에서 공공의료원이라고 볼 수 있다.

한편, 학교법인, 재단법인, 사단법인, 사회복지법인, 의료법인 등은 소득의 사외 유출이 허용되지 않으므로 비영리법인 조직에 속한다고 할 수 있다. 민간법인 형태의 병원은 소득의 전용이 엄격히 제한되어 있는데 의료사업에 대한 투자나 교육, 연구, 복지사업 등에만 국한하고 있다. 특히 의료법인은 설립취지에 따라 엄격한 비영리사업에만 수익을 사용하도록 하고 있다. 법인형 병원 중 우리나라에서 가장 많은 것은 의료법인인데 이는 의료법인제도의 도입에 따라 의료법에 의하여 설립한 병원으로서 의료법에 규정한 특별한 사항을 제외하고는 민법상의 재단법인에 대한 규정을 준용하도록 되어 있기 때문이다. 또 학교법인은 의과대학에서 부속병원의 형태로 소유·운영하고 있는 것으로 절대 다수의 사립대학교의 의과대학부속병원이 이러한 형태에 속한다.

개인병원은 상대적으로 영리성을 가장 많이 띠는 병원이라 할 수 있다. 개인병원은 공익성은 띠고 있으나 비영리조직으로 볼 수는 없다. 왜냐하면, 개인병원의 경우, 당기의 소득에서 사업소득세 및 이에 대한 부가세인 주민세를 차감한 나머지는 그 병원 대표자의 순소득으로 가져분소득이 되기 때문이다. 법인 형태 병원의 경우 의료사업으로 인하여 생긴 소득에 대한 전용이 엄격히 제한되는 데 비하여, 개인병원의 경우 세금의 혜택이 적은 대신 수익은 병원을 경영하는 의사의 몫이다. 따라서 개인병원은 병원으로서의 공익성은 띠고 있으나 다른 병원과는 달리 비영리조직으로는 볼 수 없다. 이 점이 법인 형태의 병원과 가장 다른 점이다.

2. 병원조직에서의 TQM 구성 요소

의료기관들이 의료질 관리를 위해 공식적이고 체계적인 활동⁸⁾을 시작한 것은 1990년대 초

- 7) 최근 각 국립대학병원들이 대기업의 의료시장 참여와 의료시장 개방이라는 파고에 휩싸이면서 기존 국립대학 병원은 무한 경쟁시대에 돌입하게 되고 그에 따른 생존전략의 일환으로서 국립대학교설치법 부칙 제2조의 규정에 의하여 일차적으로 전국 4개 국립대학교 병원을 특수 법인체로 설립, 전환하기로 결정하고, 1995년 나머지 3개 국립대학인 충남대학병원, 충북대학교병원, 경상대학교병원을 특수 법인으로 전환하면서 내적으로는 병원 수익성을 꾀하고 외적으로는 공공의료의 역할과 기능을 원활히 수행하는 국립대학병원으로서의 위상제고와 병원경영의 전진성을 확보하고 나아가 생존전략의 방법으로서 특수 법인체로 구성하게 된 커다란 이유가 되겠다(병원신보, 1996, 10).
- 8) 1997년 4월 현재 의료질 활동병원을 보면 400병상 이상의 종합병원은 100군데 중 28개 병원에서 의료질관리 전담부서 또는 전담자를 두고있고, 나머지 72개 병원에서는 전담부서 없이 의료질향상위원회 또

부터이나, 공식적인 조직을 만들고 전담인력을 두는 등 본격적인 활동을 전개하고 있는 것은 최근부터이다. 우리나라 병원조직에 있어서 의료의 질 향상 활동(QA)은 미국의 영향을 많이 받았다고 할 수 있다.⁹⁾ 병원 조직에서의 의료질 개선 활동이 주로 임상적인 질 향상에서 출발하였으나 최근의 병원조직에서의 의료의 질 향상 활동은 그 자체가 QA라는 수준을 넘어선 TQM에 가까운 활동으로 보인다. 그러므로 병원조직에서 사용하는 QA라는 명칭은 그 자체로서 임상적으로 국한된 순수한 QA활동으로 해석하기엔 곤란하며, TQM과 유사한 활동으로 봐야 할 것이다.¹⁰⁾ 실제 미국에서도 지방정부가 도입하고 있는 TQM관리체계의 경우에 있어서도 모든 지방정부가 TQM이라는 명칭을 동일하게 사용하고 있지는 않다(김기식, 1999a: 28). 그러나 미국 정부는 경영합리화를 위해 대통령품질상제도를 도입하고 있으며, 이 상을 수여하기 위해 사용하는 평가 기준은 TQM관리체계에 기반을 두고 있다(박희봉, 1996).¹¹⁾

TQM이란 학자에 따라 다양하게 정의하고 있지만 '관리와 사람들 및 시스템이라는 구성 요소들이 통합된 하나의 종합된 관리 시스템'으로 파악해 볼 수 있고, 그 핵심적 개념을 '궁극적 목적인 고객만족과 경영개선을 위하여 고객 지향적인 서비스 질에 초점을 두고 최고관리자의 리더십 하에 전 직원의 참여, 교육과 훈련, 보상과 인정 등을 통하여 지속적 서비스 개선을 도모해 나가는 통합관리체계'라고 규정할 수 있다(김기식, 1999b). 이러한 정의에 따르면 TQM의 구성요소로서 고객중심, 프로세스개선, 총체적 참여, 리더십, 교육과 훈련, 보상과 인정 등을 들 수 있다.¹²⁾

1) 고객지향성(Commitment to Customer Satisfaction)

TQM에서 가장 중요한 구성요소 중 하나가 고객지향성이다(Creech, 1994). 즉, TQM의

는 질 향상팀을 구성하여 질향상 사업을 추진하고 있다(조성현, 김화중, 김창엽, 1996).

9) 병원조직에서는 서비스 질 향상 활동의 명칭을 동일하게 사용하지 않고 있으나, 일반적으로 병원조직에서는 QA(Quality Assurance), 즉 질 보장이라는 명칭으로 주로 사용하고 있다.

10) 이러한 이유를 한 예로 보면 현재 병원조직에서의 QA라는 이름으로 고객지향적 의료서비스 활동을 하고 있는 병원들의 활동 내용을 간략히 소개하면, 먼저 약간진료제 실시, 고충 처리함 설치, 의료서비스 실명제실시, 진료 프로세스 개선을 위한 활동, 직원친절교육실시, 경영개선을 위한 제안제도 실시, 입·퇴원 단축을 위한 프로그램개선방안에 관한 활동, 불량물품 공급으로 인한 문제점 개선 방안 등과 같이 임상진료 외적인 요인을 가지고 활동하는 경우가 더 많다.

11) TQM(Total Quality Management)은 다양하게 번역되고 있으나, 상품과 서비스의 질만을 강조하는 것이 아니라 경영 또는 관리(Management)의 질까지도 포함하는 개념으로 사용하고 있다(강금식, 1998). 미국 회계조사원(GAO)은 '전통적인 관리관행을 재구성하여 재화의 질을 향상하고, 고객의 만족을 향상시키려고 하는 방안'으로 정의하고 있다(이종식, 1998: 12). 이와는 달리 Bergman(1995)은 "모든 구성원의 지속적인 개선활동을 통하여 가장 저렴한 비용으로 고객의 요구와 기대를 충족시키기 위한 지속적인 노력이다"라고 하였다. A. V. Feigenbaum은 '질관리 차원에서 고객이 만족할 수 있는 질의 상품이나 서비스를 가장 경제적인 수준에서 생산할 수 있도록 조직내 각 그룹의 질개발, 질유지, 질개선 노력들을 종합하기 위한 효과적인 시스템이다'라고 하였다. 또한 C. Hakes(1991)는 '지속적인 향상에 의해서 모든 활용 가능한 자원과 기회를 최대로 활용하려고 노력하는 관리철학'이라고 하였다.

12) 학자마다 TQM의 개념 정의를 달리하듯이 TQM의 구성요소와 원칙에 대한 논의도 학자에 따라 다소 차이가 있다. Hunt(1995)는 고객만족중심, 구성원의 책임공유, 지속적 개선의 추구라는 3가지를 들고 있으며, Cohen과 Brand(1990)는 내부 구성원의 상호작용, 작업과정의 지속적 분석, 고객중심의 3가지를 제시하는 반면, FQI(Federal Quality Institute)는 보다 광범위하게 고객중심, 장기적 기획, 최고리더의 지원과 지도, 구성원의 참여, 효과적 커뮤니케이션, 기준과 측정방법, 훈련, 보상과 인정의 8가지를 제시하고 있다. 그러나 이들 학자들의 정의와 구성요소를 고찰하면 몇 가지 요소에 대하여 공통적인 입장을 보이고 있다(권오철, 1999: 14-15).

주요 초점은 고객¹³⁾과 고객만족에 있다. 그러나 공공부문의 경우 고객이 누구인지 규정하는 것은 쉬운 일은 아니다(Wagenheim and Reurink, 1991; Linden, 1992). 그래서 중앙정부는 물론 지방정부도 고객이 누구인지 파악해 보고, 나아가 고객지향적인 행정을 펴기 위해 최근에 행정서비스현장제도를 시행하고 있다(김인, 김기식, 1999). 이러한 서비스현장제도는 지방공기업에서도 도입·시행하고 있으며, 지방공기업의 발전과제의 하나로서 고객지향적인 관리체계의 구축을 들고 있다(김인, 1998).

병원조직에서의 고객이란 환자와 환자의 보호자를 의미한다. 이러한 고객을 만족시키기 위해서는 이들의 편의를 증진시키는 다양한 시설을 설치해야 하며, 동시에 다양한 제도를 도입해야 할 것이다. 이러한 시설과 제도는 병원조직이 오랫동안 QA활동의 일환으로 도입해 오고 있다.

신속·정확한 진료는 물론 진료대기시간, 검사결과 출력시간 및 투약대기시간을 단축하는 첨단의료 인프라의 구축 즉, 처방 전산화시스템(OCS) 의학영상저장 정보시스템(PACS), 지능형 병원시스템, 광화일시스템, 응급헬기 등이 대표적인 시설이라 볼 수 있다. 그리고 전화 예약제, 선 진료·후 수납 제도, 퇴원절차의 일원화 및 간소화, 입원환자 식사량 선택제실시, 조제약 택배서비스 도입, 무 보호자 간병제, 재원·퇴원환자 진료비 ARS운영, 석식 선택제 도입 등이 고객만족을 위한 중요한 제도이다.

2) 지속적인 프로세스 개선(Continuous Process Improvement)

고객지향성을 실현하기 위해서는 지속적인 개선이라는 관리전략이 필요하다(Bounds et al., 1994: 504). 뿐만 아니라 TQM의 철학에 의하면, 조직은 지속적인 개선을 위해 노력하지 않으면 침체현상이 생겨서 결국 파멸로 이어진다는 것이다(Carr and Littman, 1990: 65).

지속적인 프로세스의 개선이란 상호 연관된 업무의 처리단계별로 담당직원들이 자신들의 업무처리 방법, 실적 및 성과를 꾸준히 개선해 나가는 노력을 의미한다. 이러한 지속적 서비스 개선은 사실과 객관적 자료에 입각한 장기 발전전략·기획 활동을 통하여 꾸준히 서비스성과를 높여나가는 노력이 요구되는 것이다(김기식, 1999a: 105).

최근 영국의 능률성진단기관(Efficiency Unit)과 미국의 국가성과위원회(NPR)가 정부혁신의 일환으로 도입하고 있는 BPR(Business Process Engineering)도 행정조직의 지속적인 개선을 위한 제도이다. BPR은 행정의 생산성 향상이나 대국민 서비스 향상을 위해서 부서간, 팀간, 계층 간의 모든 업무를 흐름으로 인식하여 세부적인 내용을 구조도로 가시화하고, 활동들간의 중복과 낭비적인 요인으로 제거하고, 표준화, 간소화, 동시화, 전산화하여 최적의 업무 흐름으로 재설계하는 절차와 방법의 혁신을 강조한다(Koehler and Pankowki, 1996: 96). 따라서 TQM은 고객이 받고있는 특정 서비스나 제품의 품질 제고뿐만 아니라, 조직이 지속적인 성과 개선을 위한 내부적인 모든 노력을 포함하고 있다(Morgan and Murgatroyd, 1994: 5).

13) 고객의 정의에 대해 광의로는 본인을 제외한 모든 사람과 모든 조직을 포함하지만, 내부고객은 횡적으로 부서와 부서간, 그리고 종적으로는 상사와 동료 그리고 부하간을 의미하며, 외부 고객은 중간고객(해당 조직과 최종 고객간의 중간적 위치에 있거나 중간적 역할을 수행하는 고객)과 최종 고객(일반적으로 사용하는 협의의 고객개념)을 의미한다.

병원조직에서는 의료질 향상 사업의 목적으로 질보장 활동을 벌이고 있다. 그러나 이러한 질향상 활동은 지속적이지 못하고, TQM의 기본 원칙인 전직원의 참여가 부족하다는 평을 많이 받고 있다. 따라서 조직에서 프로세스를 계속적으로 개선해 나가기 위하여 업무처리 과정상의 변이성(variability)에 유의하여 절차상의 개선을 시도할 수 있는 자료를 지속적으로 수집하여 고쳐 나가야 한다.

미시간 대학병원은 입·퇴원 절차의 개선을 위해 입원 절차의 흐름도를 만들어서 지속적인 개선을 시도해 왔다(이선희, 1997). 삼성서울병원은 임상적으로 각 팀별 과제 부여 및 사례발표회 개최, 진료 및 임상연구의 질 향상을 위한 임상사서제 도입, 표준진료지침서 개발 및 적용을 통한 재원 일수 단축, 표준진료지침 개발 및 적용 등 지속적인 프로세스 개선을 추구해 왔다.

3) 총체적 참여 (Total Involvement)

조직내 모든 구성원의 참여(employee involvement)는 TQM을 성공적으로 실행하는 데 필요한 중요한 요소이다. 조직의 각 부문은 전반적인 관점에서 상호 연관된 체계로서 목표 달성을 위하여 하나의 중요하고도 독특한 역할을 수행하게 된다(Cyert, 1993: 17). 이런 관점에서 보면, 서비스 품질은 조직 내에서 일하는 구성원 전체 노력의 산물이며, 따라서 서비스 품질이 떨어진다는 것은 결국 조직구성원 개인의 잘못이라기 보다는 조직 자체의 결함 때문이다(Carr and Littman, 1990). TQM은 최고경영층의 강력한 리더십으로 시작되지만, 시장에서의 경쟁적 이점을 얻을 수 있도록 하기 위해서는 조직내의 모든 구성원들의 능력을 활용하려는 노력이 포함된다. 이를 위해서는 의사결정에 있어서의 참여적 관리가 이루어져야 할 것이다.

모든 업무 부서의 구성원들은 문제해결, 프로세스 개선, 그리고 고객만족을 위해 새롭고 융통성 있는 업무 방식에 함께 참여함으로써 업무활동의 결과를 향상시킬 수 있는 권한을 부여 받는다. 이러한 권한의 부여는 고객서비스와 가치를 어떻게 개선할 것인가에 관한 판단을 일선 근무자가 내릴 수 있도록 허용하는 것이다(Barzelay, 1992). 실무자들이 서비스 개선을 위한 문제점을 스스로 찾아 개선책을 제시할 수 있도록 관리층에서 고객과 일상적인 접촉의 기회가 많은 실무자들이 좀더 많은 역할을 수행할 수 있도록 이들에게 힘을 실어 주어야 한다(박세정, 1996: 126-127). 이런 점 외에 기술적·사회적 능력을 조직 하층부로 확대시키는 것이 총체적 참여의 구성요소들이다.

병원조직에서 TQM의 추진에 있어서 가장 어려운 요소 중의 하나가 바로 총체적인 구성원의 참여인데, 특히 의료활동의 중추적인 역할을 하는 의료진의 참여를 유도하는 것이다. 대부분의 의료진들은 TQM에 대하여 회의적이다. 실제 일부 대학병원의 질 향상 위원인 의사들은 의료부문에서의 질(quality)이란 의사 개인의 기술적 질에 의해 결정된다고 생각하고 있다(권영대, 1991, 30). 그러나 의료서비스는 이들 의사의 기술적 수준에 의해서 결정되는 것이 아니라 병원 조직 내의 모든 구성원들의 노력의 결과이다.

미시간 대학병원은 프로세스 개선과 아울러 전직원의 참여를 위해 특히 제안 프로그램을 많이 이용하였다. 의료원과 병원 간부직원을 포함해서 모든 미시간대학교 의료원의 정규직원, 임시직원 등 모든 고용인뿐만 학생들도 제안 제도에 참여하게 함으로써 모든 병원 관계자들이 의료의 질 개선에 동참할 수 있는 기회를 제공하고 있다. 이러한 제안제도의 활성화로 제안제도에 참여하는 직원의 수도 꾸준히 늘었고, 또한 승인된 제안의 영역도 꾸준히 확장되었다(엘

렌가우처, 리처드 카피, 1997: 99). 총체적인 참여의 대표적인 사례로 앞에서 설명한 입·퇴원 절차의 개선을 위해 질개선팀을 간호사, 잡역부 대표, 행정 및 입·퇴원 수속 부서의 대표자로 구성하여 흐름도, 원인결과 도표, 파레토(Pareto)도 등을 활용하여 질개선에 총체적인 참여를 이끌어 내어 고객들에게 높은 호응을 얻었다.

삼성서울병원은 지속적인 프로세스개선과 아울러 전직원이 질향상에 관심을 갖고 동참하는 공감대를 형성하기 위해서 많은 활동을 펼치고 있으나, 그 내용을 보면 어디까지나 간접적인 것에 지나지 않는다.

4) 리더십(Leadership)

리더십은 주어진 상태에서 어떤 목적을 달성하도록 타인의 행동을 지도하는 과정이다. 여기서의 지도는 타인으로부터 일을 하도록 영향력을 행사하는 것을 말한다. 이러한 의미에서 리더는 특정목적을 달성하기 위해 그의 추종자들에게 영향을 미치는 사람이며, 여기서 추종자는 직급상의 상·하와 관계없이 동료 및 부하뿐만 아니라 상관까지도 포함하고 있다. TQM의 출발점은 질혁신에 관한 최고 경영자의 리더십에 있다. 그들의 강력한 신념과 의지는 전구성원에게 질을 최우선시하는 사고방식을 갖도록 하며 조직 내에 통일된 가치관이 형성 되도록 한다.

미시간 대학병원의 최고경영층은 질향상 과정을 실행하는 데 있어서, 고객 중심의 비전을 제시하고 그 비전 하에 조직을 정비하기 위한 전략적 계획을 갖추고, 하위 관리자들과 비전을 공유하고 피드백을 통해 계속해서 변화를 추구함으로써 조직 속에 고객 중심의 비전을 광범위하게 공유할 수 있었다. 삼성서울병원의 최고 경영자들은 자신들의 강력한 신념과 의지로 전직원에게 의료질을 최우선시 하는 사고방식을 갖도록 하는 것도 매우 중요하지만, 질향상 활동의 결과는 활동팀의 리더에 의해 크게 좌우되는 것이므로 모든 직원들이 지도자가 될 수 있고, 되어야 한다고 믿고 있다. 따라서 직원들이 자신의 업무를 초월해 지식과 기능을 향상시킬 수 있도록 해야 한다고 생각하고 이를 위해 삼성서울병원은 의사결정, 문제해결, 리더십, 팀워크, 병원업무 및 기타 개인의 성공을 위해 필요한 부문에서 광범위한 배움의 기회를 제공하기 시작했다.

5) 교육·훈련(Education and Training)

TQM의 집행은 일련의 특정 능력과 자질을 필요로 한다. 이러한 능력과 자질은 다양한 수준의 기술과 지식에 의존한다. 사람들이 현재 가지고 있는 능력과 요구되는 기술 사이의 차이를 연결하는 데에는 교육과 훈련이 필요하다(신동설, 1994: 285).

모든 개혁의 요체는 궁극적으로 사람의 변화에 있다(Aguayo, 1996: 263-272). 교육·훈련은 인간의 지식, 기술, 의식, 그리고 신념까지도 향상시키는 데 목표를 두고 있다. 따라서 교육·훈련은 구성원들의 질을 증진시키고 문제를 해결하기 위하여 필요한 지식 및 기술뿐만 아니라 조직의 임무, 전망, 방침 및 전략 등에 관한 정보까지도 제공하여야 한다. 교육·훈련은 변화가 요구되는 곳에서는 필연적이며, 사람들은 바람직한 새로운 방법에 관해서 교육·훈련을 받지 않으면 과거의 업무방식을 변화시킬 수 없다. 그리고 TQM에 대한 교육은 반드시 정규적인 업무와 관련되어야만 효과를 얻을 수 있다. 또한 TQM에 대한 교육·훈련은 통합하여 실시하는 것이 바람직하다. 교육과 훈련의 통합이란 각 계층의 관리자와 종사자들에게 실시되는 교육의 내용이 일관성을 유지해야 한다는 점과 조직의 경영방침과의 일치해야 한다는 것

을 의미한다(류한주, 1994: 119). 그리고 전통적인 경영기법으로부터 TQM으로의 변화는 조직문화, 경영스타일, 경영과정, 조직구조, 그리고 업무에 대한 접근방법 등의 분야에서 많은 변화를 요구하고 있다(Cohen and Brand, 1993). TQM으로의 변화는 경영인, 감독자, 전직원이 TQM의 개념과 기법에 대한 이해와 기술의 개발을 요구하고 있다. 이러한 TQM에 대한 교육과 훈련은 장기적인 안목을 가지고 지속적으로 추진되어야 한다.

미시간 대학병원 경영진은 질향상 사업에 있어 성공의 관건은 조직원들의 인식수준과 능력을 개발하는 데 있다고 보고 교육과정 개발에 많은 노력을 기울였으며, 특히 조직의 사업 단계에 부합하는 교육과정을 개발하고 체계화하는 데 초점을 맞추었다(이선희, 1997: 135). 사업 초기에는 경영진이 주도하는 전담팀에 의해 질 향상 교육이 전개되는 하향식 방식이었으나, 교육 후 평가를 통해 내부고객의 요구를 교육과정에 적극적으로 반영하였다. 교육내용은 주로 병원조직문화를 질향상에 우호적으로 바꾸는 것과, 질향상 사업들을 효과적으로 수행하기 위한 도구와 기법을 알리는 데 주안점을 두었다.

삼성서울병원은 성공적인 QA활동을 위해 직원의 관심을 유도하고 교육을 위해 QA전문가를 초청하여 간부들 및 일반직원들에게도 교육을 실시하고 있으며. QA담당부서에서는 전체직원을 대상으로 1년에 4-5회 의료질에 관한 전체적인 교육을 실시하여 전직원이 QA활동에 관심을 가질 수 있도록 하고 있다. 그리고 삼성서울병원은 고객만족 교육은 자체교육과 외부교육으로 나누어서 실시하고 있으며, 이런 교육을 통해서 외부 고객에게 더 나은 서비스를 위한 노력을 전직원이 함께 하고 있다.

6) 보상 · 인정(Compensation & Recognition)

TQM은 보상과 인정을 중요하게 여긴다(McGowan, 1995: 321). 보상은 유능한 인재를 유인하기 위해서, 우수한 성과를 내도록 동기를 부여하기 위해서, 장기간에 걸쳐 그들이 서비스를 제공하도록 하기 위해서 필요하다(Flippo, 1984: 281).

TQM식 관리는 서비스의 질을 향상시키는 사람들을 알아주고, 인정하고, 보상하는 것을 필요로 한다. 또한 TQM적 관리방식에서는 조직의 구성원들에게 동기부여가 될 수 있는 보상과 인정이 뒤따르게 한다. 실적에 바탕을 둔 보상과 공정한 대우를 통하여 동기를 부여함으로써 최상의 생산성을 지닌 사람을 인정하고 승진을 하도록 보장하는 것이 중요하다(Donnellan and Scully, 1994: 68-78).

병원조직에서는 TQM에 관심을 갖게 만드는 의미 있는 유인구조가 사실상 부재한 상태에 있다. 여기서 유인구조란 것은 인사, 승진, 보수, 평가, 포상을 포함한다고 하겠다. 그러나 보니 결국 병원조직에서의 질향상 사업은 주로 소그룹 중심의 단기적인 그리고 밀어붙이기 식으로 진행되어, 구성원들간의 공감대 형성이 어렵다. 성공적인 프로그램으로 발전시키기 위해서 다른 조직을 방문하거나 다른 조직과 이야기하고, 직원과 함께 가능한 프로그램을 의논하며, 조직을 위해 계획된 전략을 시험해야 한다. 성공적인 전략으로 발전시키기 위해서는 같은 유형의 기관과 개념을 공유해야 한다. 어떤 보상과 인정 전략이 조직 내에서 긍정적으로 보여지는지를 파악하기 위해, 초점 집단을 통한 설문조사를 이용한다. 보상과 인정 수행은 역동적인 과정으로 보아야 한다.

미시간 대학병원은 이익배분제(profit sharing) 프로그램을 실행하였다. 이는 고객만족을 유지하면서 생산성을 증대하고, 비용효율을 제고하며, 부서 내 또는 부서간 팀 활동을 증진하

고, 직원제안을 강화하며, 재원소모를 줄이는 데 그 목적을 두고 1991년 7월부터 실행되었다. 주된 내용은 조직원의 제안이나 생산성 향상으로 목표 이상의 운영을 달성하였을 경우 운영이익의 50%를 참여직원에게 균등하게 배분하도록 하였다. 성과측정은 진전의 정도를 파악하기 위하여 1년에 4회 실시하였으며 그 결과를 의료원 신문이나 공식게시판에 게시함으로써 전 직원의 관심과 참여를 유도하는 효과도 얻었다.

삼성서울병원은 추진성과 발표 및 시상을 위한 발표회를 첫해인 95년에는 6개월 단위로 그리고 96년 이후부터는 1년 단위로 QA추진팀별 발표회를 가졌다. 이 발표회에서는 교육과 홍보의 효과를 위해 전직원이 참여하였으며 우수팀을 선정하여 시상하고 각종 인센티브를 부여하고 있다. 매년 최우수 1팀, 우수 1팀, 장려상 2팀을 선정 시상하며 최우상을 수상한 과제의 팀원 중과장 이하에게는 업적고과를 한 등급 상향조정하고 있다.

3. 병원조직의 성과와 영향 요인

(1) 병원조직의 성과

병원조직은 다양한 유형이 있으며, 이러한 유형에 따라 각 병원조직이 추구하는 목적이 다르다. 따라서 이러한 병원의 성과를 비교 평가하고, 성과의 영향 요인을 규명하는 연구를 실시하기 위해서는 무엇보다도 먼저 성과 평가의 공통의 기준을 설정해야 할 것이다. 사실, 성과 평가는 평가 기준을 무엇으로 설정하며, 평가의 기준과 양적·질적 표준을 어떻게 설정하느냐에 따라 똑같은 활동의 결과라도 다르게 평가될 수 있다. 따라서 평가에 사용되는 표준이나 측정방법이 평가에 있어서 매우 중요하다. 그 표준이나 평가방법은 활동의 종류나 평가목적에 따라 다를 수 있다(김인, 1991: 160; Sharkansky, 1982: 193).

병원 조직은 일반 기업조직과는 달리 환자 치료와 검진 등 휴먼서비스를 제공하는 것을 일차적인 목적으로 하고 있어 국공립병원이나 비영리병원은 물론 개인병원도 다소의 공익적 성격을 띠는 것으로 보고 있다. 그럼에도 불구하고 병원 유형에 따라 추구하는 가치가 달라 공통의 평가 기준을 설정하는 것은 쉽지가 않다.

지방의료원을 포함하는 공공의료원의 성과 평가항목으로서 한국보건의료관리연구원은 수익성, 안정성, 활동성, 성장성, 수익 대 원가의 5개 항목을 제시하고 있으며, 지방자치경영협회는 지방의료원의 성과를 평가하기 위하여 평가항목으로서 재정자립도, 인력관리, 시설 및 의료기구 이용률, 의료업무의 사회적 기여도, 경영합리화, 인사 및 조직운영의 자율성, 시설투자 및 의학연구 실적 등을 평가지표로 활용하고 있다(지방자치경영협회, 1996). 또한 전국지방공사의료원연합회는 재정자립도, 인력관리, 시설 및 의료기구 이용률, 의료업무의 사회적 기여도, 경영합리화 등의 지표를 사용하여 지방자치단체가 운영하는 지방공사 의료원의 경영성과를 분석하고 있다(전국지방공사의료원연합회 경영평가단, 1998). 이러한 연구에서 활용하고 있는 평가 지표들 중 어떤 지표들은 결과의 지표이고 다른 지표들은 과정에 관한 지표들도 있으며, 동시에 결과에 관한 지표들 중 어떤 지표들은 수익성이거나 능률성을 나타내는 지표들도 있고, 어떤 지표들은 공익성을 나타내는 지표들도 있기 때문에 극히 혼란스럽다.

공공의료원과 비영리법인 병원의 경우 성과는 혼히 수익성과 공공성의 측면에서 평가되며, 개인병원은 수익성의 측면에서 성과가 평가될 수 있다. 먼저, 수익성이란 지출된 금액 당 산출단위의 수를 나타내는 능률성과 관련된 개념이다(Nagel, 1981: 71). 다만, 수익성은 산출단

위가 금액으로 표시되는 것으로서 투입한 비용에 비해 얻은 수입이나 혹은 총수입에서 총비용을 공제한 순수익이란 측면에서 파악해 볼 수 있다. 결국, 수익성이란 서비스를 능률적이고 효과적으로 생산 공급함으로써 서비스 공급 기관이 누리게 되는 편익을 의미한다. 의료원의 수익성은 일정기간의 재무적 성과로서 의업수지비율과 의료수입의료이익률 등을 통해 측정될 수 있다. 또한 이러한 재무적 성과의 원인을 분석하기 위하여 의료수입증가율, 환자수증가율, 요소별 원가관리비율, 병상당 직원수, 병상 이용률 등도 수익성을 평가하는 보조적인 지표로 사용될 수 있다.

공공성은 사회적 형평의 진작으로서의 저소득층에 대한 의료서비스의 공급과 공공재로서의 의료서비스의 공급과 이라는 두 가지 측면을 동시에 검토해야 한다. 혼히 전자는 의료보호환자의 진료라는 측면에서 검토하고, 후자는 공공의료사업이라는 측면에서 검토하게 된다. 결국, 지방의료원의 공공성은 의료업무의 사회적 기여도를 통해서 파악하게 되는데, 혼히 그 구체적인 측정지표로서 입원보호환자 진료비율, 외래보호환자 진료비율, 공공진료 사업실적, 각종 시민건강 증진을 위한 교육프로그램의 운영 등을 들 수 있다.

이러한 두 가지 측면에서의 성과평가 차원과 각각의 기준들을 통한 성과의 평가는 실제 의료기관의 성과평가만을 위해 실시되는 연구이고, 동시에 이러한 연구를 수행하는 것에 이들 병원들이 적극적으로 협조를 해 주는 경우에만 가능한 것이다. 따라서 일반적인 연구에서는 관련 자료를 수집할 수 없기 때문에 성과평가를 주로 병원의 관계자를 대상으로 하는 설문조사를 통해 자료를 수집할 수밖에 없다. 이런 설문조사에서 성과를 평가하는 측정치들로서는 환자의 증가 정도, 병원 수익의 증가정도, 경영성과에 대한 만족도, 목표달성을 통한 발전 정도 등을 통해 측정해 볼 수 있을 것이다. 특히 목표달성을 통한 발전 정도는 다양한 유형의 병원이 추구하는 가치의 다양성을 성과에 반영시키기 위해 설정된 측정치이다.

이러한 측정치 외에도 의료서비스의 성과를 평가할 때 서비스의 질을 측정지표의 하나로 사용할 수도 있다.¹⁴⁾ 공공부문에서의 서비스의 질은 그 대상 서비스에 따라서 다르겠지만, 측정하는 사람에 따라 극히 다양한 측정 지표를 통해 측정하고 있다(Skelcher, 1992). 최근, TQM에 관한 한 연구에서는 행정 서비스의 편리성, 신뢰성, 친절성, 일치성 등을 서비스 질의 주요 차원으로 설정하고 있다(김기식, 1999a: 82-83).

(2) 병원조직 유형과 성과

시장 부문은 능률성을 높일 수 있는 제도적 장치이지만 공공성을 높일 수 있는 제도적 장치는 아니다. 그래서 시장이 정당화되는 것은 경쟁을 통해서 보다 싼값에 보다 양질의 재화나 서비스를 생산 공급할 수 있기 때문이다. 그러나 정부는 사회적 형평성을 진작시켜야 하거나 혹은 안정적으로 서비스를 공급해야 한다. 이런 이유 때문에 때로는 정부활동이 비능률적이라 하더라도 그 존재가 정당화되기도 한다. 이와 같이 다양한 제도적 장치를 통해서 생산 공급되는 공공서비스의 경우 어떤 제도적 장치를 통해서 서비스가 생산 공급되는 것이 가장 높은 성과를 가져오는가의 문제는 오늘날 제도론자들에게 중요한 관심사이다(Ostrom, 1990).

의료서비스 분야와 관련한 이런 맥락의 연구로서는 Clarksen(1972)의 연구를 들 수 있다.

14) 의료서비스의 질을 의학기술과 관련되는 기술적 차원, 친정성과 신뢰성의 심리적 차원, 편안함, 신속성, 접근성 등의 폐적성 차원으로 구분하기도 한다(Donabedian, 1980; Zeithaml, Parasuraman, Berry, 1990: 21).

그는 미국의 민간비영리병원과 영리병원을 대상으로 경영성과를 비교·분석한 결과, 비영리병원에서 관료주의가 더 심하고, 산출/투입 비율도 낮아 비영리병원이 보다 비효율적으로 운영되고 있다는 것을 밝힌 바 있다(Wolf, 1988). 또한 Lindsay(1976)는 미국의 재향군인병원과 개인병원을 비교·분석하였다. 그 연구에서 진료형태와 질을 고려하지 않았을 때 환자1인당 비용은 군인병원에서 더 작고, 위급한 사례도 군인병원에서 더 작으나, 환자의 체류기간은 군인병원에서 더 긴 것으로 나타나고 있다.

또한 Cater와 동료들(1977)은 병원을 설립형태에 따라 소유주가 명확히 존재하는 자영병원(Proprietary Hospital)과 소유주가 없는 국·공립병원인 비자영병원(Non-Proprietary Hospital)으로 나누고 관리비의 사용정도와 고용직원의 수를 비교·분석한 결과 자영병원이 비자영병원에 비하여 고용하고 있는 직원의 수가 적을 뿐만 아니라 인력구조 면에서 비용지출이 상대적으로 적고, 관리비의 지출도 상대적으로 더 적다는 것을 밝히고 있다. 한편 Lewin과 동료들은(1981) 자영병원과 비자영병원의 경제적 성과를 병원의 진료원가를 측정함으로써 비교하였다. 그들은 대자본가가 소유한 병원을 선택하여 캘리포니아, 플로리다, 텍사스 등 3개 주에서 규모와 소재지, 그리고 진료서비스 등을 기준으로 53개 병원을 짹을 지어 비교가능성을 높이고자 하였는데 원가관련 변수들을 비교한 결과 자영병원에서는 관리비용이나 부가서비스의 가격부담이 많아 의료원가가 더 비싼 것으로 나타났다.

또한 Wilson과 Jadlow(1982)는 핵의료서비스(nuclear medicine service)를 실시하고 있는 900개 병원을 대상으로 경쟁정도와 소유구조라는 두 변수를 이용하여 효율성을 측정한 결과 자영병원이 다른 병원보다 더 효율적이라고 결론지었으며 경쟁의 정도는 효율성을 촉진하는 계기가 되고 있다고 주장하였다. 그리고 Pattison과 Katz(1983)는 캘리포니아의 전체 609개 병원 중 투자자 소유의 병원 131개를 포함한 280개를 표본으로 하여 자영병원, 비영리병원, 그리고 국립병원으로 구분하여 의료수가와 비용, 그리고 수익을 비교하였다. 그들은 년간 환자 수의 면에서 각 병원을 비교한 결과 투자자 소유의 영리병원에서 관리비의 지출이 많아 원가와 의료수가가 더 많다는 점과 그 이유가 수익성과 성장을 높이기 위해 공격적인 마케팅과 가격전략을 채택하고 있기 때문이라는 사실을 밝힌 바 있다(조재협, 1998: 27).

이상에서 살펴본 병원조직의 운영형태에 따른 경험적 연구들은 병원조직의 운영형태에 따라 경영성과가 달리 나타날 수 있다는 것을 시사해 주는 것이라고 할 수 있으며, 대체로 비영리부문과 영리부문 사이의 성과 차이를 검정하고 있다.¹⁵⁾ 이러한 연구들은 그러한 기관의 유형에 따른 성과차이는 부분적으로 설명해 주지만, 같은 기관 유형 내에서의 성과의 차이를 설명해 주지 못하고 있다. 그래서 기관의 성과를 향상시키기 위해서는 민영화의 문제뿐만 아니라 조직

15) 사실 지난 20여 년에 걸쳐 이루어진 비영리단체에 관한 연구들은 비영리단체의 사업이 영리단체의 사업이나 공공기관의 사업과 어떻게 다른가를 규명하는 데 연구의 초점을 맞추어 왔다. 초기의 주요 연구가들은 비영리단체가 어떤 유형의 재화를 생산하는 것은 비영리단체가 이윤을 분배하지 못하는 법적 제약 때문이라고 보고 있다. 그래서 Hansmann(1980, 1986)은 사고 과는 사람 사이의 정보의 불균형 때문에 소비자가 비영리단체를 믿게 되고 따라서 비영리단체가 생산하는 사적 재화에 대한 수요가 생긴다는 소위 계약실패이론(Contract Failure Theory)을 개발하였다. 한편, Weisbrod(1977, 1988)는 비영리단체의 집합재에 대한 생산을 설명하기 위해 소위 시장/정부실패(Market/ Government Failure)이론을 개발하였다. 즉, 시장/정부실패이론에 따르면, 비영리단체의 무분배(nondistribution)의 제약 때문에 비영리단체가 질보다는 이윤을 더욱 중요하게 여길 만한 유인을 갖게되지 않게 되며, 따라서 비록 이윤이 생기지 않더라도 그 사회 내에서 충족되지 않는 수요에 부응할 집합재를 생산하기 위해 비영리단체가 설립된다는 것이다.

구조나 업무절차의 문제도 함께 검토되어야 한다(Johnston, 1996a, 1996b).

이런 관점에서 Bushouse는 미국의 4개의 주에서 공공기관, 영리기관, 비영리기관 등 3개의 유형, 105개의 턱아소를 대상으로 한 서비스 질 향상 정책(Quality Enhancing Policies)을 채택하는 정도를 결정하는 요인을 분석하기 위해 세 개의 모형을 설정하여 연구한 바 있다.¹⁶⁾ 첫 번째 모형은 각 부문 즉, 공공부문, 영리부문, 비영리부문을 독립변수로 설정한 것이며, 두 번째 모형은 영리부문의 경우에도 자영, 사기업, 공기업으로 구분하고, 비영리부문은 재정적 측면에서 독립적인 비영리, 재정지원 받는 비영리기관, 종교단체로부터 재정지원 받는 비영리기관으로 구분하는 소위 거버넌스 구조(governance structure) 변수를 독립변수로 설정한 것이다. 세 번째 모형은 보다 더 구체적인 규칙, 물리적 특성, 코뮤니티의 특성 등의 변수를 독립변수로 설정한 모형이다. 각 부문간에 서비스 향상을 위한 정책지수에 평균 차이가 있지만, 회귀분석에서 모조변수로서의 각 부문은 이런 정책지수를 겨우 16%만을 설명해 주고 있다고 한다. 그래서 그녀는 정책지수를 코뮤니티의 환경, 물리적 특성, 사용된 규칙 등과 관련한 다양한 변수를 통해 회귀분석을 한 결과 예산의 제약, 이사회에 의한 기관장에 대한 불충분한 모니터링 제도 등의 변수가 서비스의 질에 영향을 미칠 수 있음을 발견하였다(Bushouse, 1999: 14). 이러한 연구를 통해서 보면 병원조직의 경우에도 같은 부문(sector) 사이에서도 관리체계상의 특성에 따라 성과에 차이가 날 수 있음을 알 수 있다.

우리나라에서는 의료원의 조직유형에 따른 성과 연구가 많이 이루어지지는 않았다. 최근에 의료원의 서비스 공급유형에 따른 성과의 한 측면인 공공성에 초점을 맞춘 연구가 있는가 하면(정윤수, 허만형, 1999), 기업성에 초점을 맞춘 연구도 있다(한인섭, 1999). 지방공공의료원의 서비스 공급 유형별 성과를 비교한 연구도 있다(김인, 허용훈, 이희태, 1999; 이상수, 2000). 그러나 이런 연구들은 보다 넓은 범위의 병원조직 유형을 연구 대상으로 삼은 것은 아니며, 게다가 관리체계상의 특성을 함께 비교한 연구는 아니다.

III. 병원조직 성과 영향 요인 분석

1. 측정지표 선정과 신뢰도 분석

본 연구에서는 이론적 논의에서 언급한 바처럼 TQM 관리체계의 구성요소를 고객지향성, 지속적인 프로세스개선, 총체적 참여, 리더십, 교육과 훈련, 보상과 인정의 여섯 가지로 나누고자 한다. 각 요소들의 주요한 특성을 나타내 주는 관리수단을 찾아 이를 통해 각 요소를 측정하는 지표로 삼고자 한다. 이를 위해 미시간대학 병원, 삼성의료원 등에 관한 선행 연구와 실제 병원 관계자와의 면담 등을 통해 지표들을 모색하고자 한다.

먼저, 고객지향성의 경우 고객의 편의를 증진시키기 위해 설치했거나 운영하고 있는 시설상의 편의와, 그리고 제도상의 편의로 구분하였다. 각 병원들이 고객의 만족을 증진시키기 위해 이와 같은 시설과 제도의 설치·운영여부를 조사하고자 한다. 또한 각 시설과 제도는 그 중요성

16) 서비스의 질을 종속변수로 설정하지 않고 서비스의 질을 결정하는 정책을 종속변수로 설정한 것은 정책이 서비스의 질에 비해 보다 안정적이기 때문이라고 한다. 그녀는 유능한 교사의 확보를 위한 유인책, 교사와 학생의 비율과 학급규모, 교과과정, 부모의 참여, 인정제도 등의 요인을 통해 질향상 정책지수를 작성하였다(Bushouse, 1999: 28-29).

에 있어서 차이가 있을 수 있으므로 각 시설과 제도의 중요성을 고려하기 위해 환자를 대상으로 각 요소의 중요도 평가조사를 실시하고자 한다.

둘째, 시설상의 편의와 관련하여 고객들에게 편의를 제공해주는 것으로 고객상담실운영, 입원대기환자 대기실 설치 등 7가지로 나눌 수 있다. 그리고 제도적 편의와 관련하여 고객들에게 편의를 제공해주는 것으로는 의료인 서비스 설명체실시여부, 토요전일 진료체실시, 후수납 제 실시, 고객 고충처리함 설치 운영 등 14개의 항목을 들 수 있다. 이러한 시설 및 제도적 편의들을 잘 갖춤으로써 좀더 바람직한 고객지향적인 고객만족의 의료서비스를 행할 수 있을 것이다. 따라서 조사대상 병원의 고객 중심적(고객지향성) 측정값은 각 측정치의 응답값과 가중치를 곱하여 이들을 총화 평균한 값이다. 고객중심(고객 지향성) 지수는 다음의 공식을 통해 구 할 수 있다.

셋째, 지속적인 프로세스 개선을 위한 노력의 정도를 꾸준한 성과 향상을 위한 기법으로서의 벤치마킹의 활용 여부와 의료 서비스 만족도 자료의 정기적 수집·분석 여부 등과 같은 6 가지 설문 항목으로 측정하고자 한다.

넷째, 총체적인 참여정도를 의료질 개선팀 운영시 전직원의 참여정도, 업무와 관련 의사결정에 직원의 영향력정도, 그리고 병원경영에 대한 경영관리자와 일선직원간의 정보공유 정도 등 8가지 측정지표를 통해 측정하였다.

다섯째, 리더십은 최고경영층의 TQM의 관심정도, 책임경영제 실시여부 등 6개의 문항을 통하여 측정하였다.

여섯째, 교육과 훈련은 최고 경영층에 대한 TQM 교육의 활성화 정도, 직원직무와의 관련된 교육 정도 등 4개의 문항을 통해 측정하였으며, 보상과 인정은 경영 성과급의 충분성의 정도, 개인별 및 부서별 성과급의 충분성의 정도, 조직에서의 성장·발전의 기회 제공 정도 등 4개의 문항을 통해 측정하였다.

일곱째, 병원의 성과는 환자의 증가 정도, 병원의 수익성 증가 정도, 경영성과의 만족도, 병원의 발전 정도, 의료사고의 감소 정도 등을 측정 지표로 설정하였다.

위의 여섯 가지 요소 중 고객지향성의 경우에는 그 수단을 모두 사실적인 시설과 제도의 도입·운영 여부와 이를 시설과 제도의 중요성을 고려하여 고객지향성을 측정하고자 한다. 그 외의 요소들은 각각의 지표들이 얼마나 잘 운영되고 있는가를 평가하여 평균한 총화평정척도를 사용하였다. 따라서 이를 요소들은 일종의 태도 문항이므로 이런 측정도구에 대한 측정상의 신뢰도를 분석해 볼 필요가 있을 것이다.

이상과 같은 TQM관리체계 요소들의 측정 지표들과 그리고 측정도구들의 신뢰도를 분석한 결과를 정리하면 다음 <표-1>과 같다.

아래 표에서 보면, 고객지향성의 경우에는 측정지표들을 각 병원이 운영 및 도입 여부를 알아보는 사실적 판단의 문항이므로 측정 도구의 신뢰도 분석이 필요하지 않다. 다만 고객 지향성의 정도를 보다 타당하게 평가하기 위해서 관련되는 다양한 시설과 제도를 망라하여 고객지향성의 정도를 측정하였다.¹⁷⁾ 이 때 각 시설이나 제도가 고객의 편의라는 측면에서 얼마나 중요한가를 고객인 환자 혹은 보호자의 입장에서 평가하게 하여 그 평균값을 중요도 지수로 사

17) 고객지향성 지수 계산 방식은 $[(A_1 \times a_1 + A_2 \times a_2 + \dots + A_{21} \times a_{21})] / 21$ 이다. 여기서 a 는 각 제도와 시설의 상대적 중요도에 대해 고객들이 응답한 결과를 평균한 값이며, A 는 이러한 제도와 시설의 설치 및 도입 여부를 조사 대상인 각 병원 관리자가 응답한 0 도는 1의 값을 말한다.

용하였다.¹⁸⁾ 이러한 중요도 지수는 위의 <표-1>에 제시되어 있다.

고객지향성 외의 변수들인 프로세스 개선 정도, 총체적 참여 정도, 리더십 정도, 교육과 훈련 정도, 보상과 인정 정도 등의 변수는 태도 문항이므로 측정도구의 신뢰도를 분석할 필요가 있다. 위의 표에서 보면 각 변수들의 신뢰도 분석결과가 0.8000을 넘고 있어 측정도구의 신뢰도가 비교적 높은 편이다.

18) 시설상의 편의와 제도상의 편의는 환자 또는 보호자 30명을 선정하여 이들에게 각 요소의 중요도를 5점 척도를 통해 평가하게 하였다. 각 시설과 제도가 고객의 편의라는 측면에서 얼마나 중요한가는 그 자체 하나의 논문이 될 수 있다. 여기서는 어디까지나 보조적인 성격을 띠기 때문에 표본의 수를 30명 정도 설정하여 중요성을 평가하게 하였다. 이들이 제도나 시설에 대해 잘 이해하지 못하는 것에 대해서는 이를 면담과정에서 자세하게 설명해 주었다. 따라서 어떤 병원이 이런 시설이나 제도를 얼마나 도입·운영 하느냐에 따라 고객지향성 점수가 매겨질 수 있다.

〈표-1〉 측정지표와 신뢰도 분석

구 분		측 정 지 표	Cronbach's - α
고 객 지 향 성 *	시설 편의	①의료 영상전송시스템(PACS)설치(4.35) ②처방전산화시스템(OCS) 및 약제자동화 시스템 설치 유무(4.00), ③고객 상담실 운영 여부(4.75), ④입원 대기 환자 대기실 설치 유무(4.20), ⑤장애인 편의시설 설치 유무(4.15), ⑥셔틀버스 운행 여부(4.60), ⑦병원 홍보용 홈페이지 설치 유무(3.80)	해당없음
	제도 편의	①의료인 서비스 실명제 실시 여부(4.10), ②퇴원 예고제 실시 여부(4.60), ③토요 전일 진료제 실시 여부(4.65), ④야간 외래 진료 실시 여부(4.60), ⑤응급실 전문 의사제 실시 여부(4.95), ⑥신용카드제 실시 여부(4.95), ⑦후 수납제실시 여부(4.25), ⑧검사예약 창구 일원화 제도 실시 여부(4.65), ⑨전화 팩스를 통한 진료예약제 실시 여부(4.00), ⑩진료 당일 검사 및 결과 조회제 실시 여부(4.60), ⑪약 택배제도 실시 여부(4.00), ⑫퇴원 환자 전화 관리제 실시 여부(4.20), ⑬방문간호사제 실시 여부(4.15), ⑭고객 고충 처리함 설치 유무(4.80),	해당없음
프로세스 개선	①질 개선 및 서비스 향상 추진팀 구성되어 정기적 성과 발표 정도, ②병원 경영 개선에 관한 부서별 회의 활동 정도, ③직원 건의함 설치 결과 정기적 분석 후 고객 의견 반영 정도, ④고객 고충 처리함 설치 결과 정기적 분석후 직원의견 반영 정도, ⑤의료 서비스 만족도 정기적 조사 분석 정도, ⑥의료 사고 예방대책 위원회 구성 활성화 정도		0.8488
총체적 참여	①질 개선팀 운영시 전직원의 참여 정도, ②최고 경영층과 일선 직원간의 대화 활성화 정도, ③병원 경영에 관한 경영관리자와 일선직원간의 정보공유 정도, ④입·퇴원시간 단축을 위한 전 직원의 참여 정도, ⑤경영개선을 위한 직원제안제도 활성화 정도, ⑥하부 조직의 의견 상부 반영 정도, ⑦업무와 관련 의사결정에 직원들의 영향력 정도, ⑧최고 경영층, 중간관리자, 일반직원 간의 권한위임의 정도		0.8494
리더십	①최고 경영층의 TQM 관심 정도, ②최고 경영층의 고객에 대한 서비스 강조 및 관심 정도, ③최고 경영층 부하직원의 의견 수렴의 정도, ④최고 경영층의 전문경영인 초빙 정도, ⑤책임 경영제 실시 여부, ⑥최고 경영자의 질 개선에 관한 장·단기 및 발전 계획 설정 정도		0.8050
교육과 훈련	①최고 경영층에 대한 TQM 교육 활성화 정도, ②직원에 대한 TQM 교육 활성화 정도, ③직원을 대상으로 하는 친절교육 및 고객만족 교육의 활성화 정도, ④직원들의 직무와 관련된 교육 규정 실시 정도		0.8327
보상과 인정	①병원 경영 성과급 지급 정도, ②부서별 경영 성과급의 충분성, ③개인별 경영성과나 질개선에 관한 성과급의 충분성, ④직원들의 성장·발전의 기회 제공의 충분성 정도		0.8404
성과**	①환자의 증가 정도, ②병원수익의 증가 정도, ③경영성과 만족도, ④병원의 목표달성을 통한 발전 정도		0.9351

* 고객지향성의 시설 및 고객 편의성에 제시된 점수는 고객편의를 위한 각 시설과 제도의 상대적 중요도를 고객인 환자 30명을 통해 평가하여 작성한 지수임.

** 성과의 측정치로서 원래 위의 4개의 측정치와 의료사고의 감소 정도를 포함한 5개의 측정치를 사용하여 신뢰도를 분석하였으나 의료사고의 감소 정도를 제외하면 신뢰도가 상당히 높아지므로 이 변수를 성과의 측정치로서 제외하였다.

2. 병원조직 유형별 성과 차이 분석

병원조직을 설립유형에 따라 국공립병원, 비영리법인병원, 개인병원으로 분류하고, 각 유형별 병원의 성과를 비교 분석한 결과는 다음 〈표 2〉와 같다.

〈표 2〉 병원 설립 유형별 성과 차이 분석

설립유형	환자의 증가 정도	병원수익의 증가 정도	병원의 목표달성정도	경영성과 만족도	성과
국·공립병원	3.25	3.03	3.28	3.00	3.14
비영리병원	3.78	3.58	3.67	3.36	3.60
개인병원	3.06	2.47	2.88	2.06	2.62
전체	3.47	3.19	3.39	3.00	3.26
유의수준 (F)	.022	.003	.052	.001	.015

* 5점 척도에서 1은 '아주 낮다'이며, 5는 '아주 높다'임.

위의 〈표 2〉에서 보면, 전반적인 성과라는 측면에서 보면 비영리법인병원이 3.60으로서 가장 높으며, 그 다음이 국공립병원(3.14)이며, 개인병원이 2.62로서 가장 낮다. 즉, 국공립병원의 경우 1년 간의 성과가 약간 높다(4.0)와 보통이다(3.0) 사이의 어떤 수준인데 비해 개인병원의 경우는 지난 1년 간의 성과가 보통이다(3.0)와 약간 낮다(2.0) 사이의 어떤 수준이다. 비영리법인병원은 성과의 모든 측면인 환자의 증가, 병원 수익의 증가, 병원의 목표달성정도, 병원경영에 대한 만족도에서 상대적으로 가장 높은 성과를 나타내고 있다. 이에 비해 개인병원은 이러한 성과의 모든 측면에서 가장 낮은 성과를 나타내고 있다. 특히, 개인병원은 수익성의 측면에서 가장 낮은 성과(2.06)를 보이고 있는데, 이러한 성과지수를 해석하면 개인병원은 1년 전에 비해 평균적으로 수익성이 약간 낮은 것으로 보고 있다는 것이다. 환자의 증가, 병원 수익의 증가, 병원경영에 대한 만족도라는 성과의 하위 측정치별로 측정한 성과와 그리고 전반적인 성과에 있어서 3개의 병원조직 유형 사이에 유의수준 .05에서 통계적으로 유의미한 차이가 나며, 병원의 목표 달성도라는 측면에서의 성과의 차이는 통계적 유의도가 $p=.052$ 로서 다소 낮다. 이러한 분석결과를 종합하면, 세 유형의 병원조직 사이에는 성과에 차이가 나는 것으로 볼 수 있다.

3. 병원성과의 영향요인 분석

병원의 성과는 여러 변수들에 의해 영향을 받게 된다. 이러한 변수 중에서 병원조직 유형을 들 수 있다. 성과에 영향을 미치는 병원조직 유형은 앞에서 논의한 바처럼 부문별 유형에 따른 분석을 검토해 볼 필요가 있다.

병원조직의 성과를 설명하는 부문 변수들의 영향력을 알아보기 위해 병원조직의 유형을 모조변수로 설정하여 회귀분석을 실시한 결과는 아래 〈표 4〉와 같다.

〈표 4〉 병원유형이 성과에 미치는 영향 분석

독립변수	회귀계수(b)	표준오차(Sb)	표준회귀계수 (β)	t 값	유의 확률
상 수	2.618	.247		10.603	.000
국공립병원	.523	.306	.232	1.712	.090
비영리법인병원	.977	.290	.458	3.371	.001
$R^2 = .117$	Adjusted $R^2 = .098$	$F = 6.033$	$p = .003$		

위의 표에서 보면, 비영리법인병원인 나타내는 모조변수의 표준회귀계수 β 값이 .458로 가장 높게 나타나 가장 중요한 변수임을 알 수 있다. 비영리법인병원의 회귀계수가 .977이므로 비영리병원은 개인병원보다 성과지수가 .977 정도 더 높다. 위의 분석결과에서 상수 2.618이 개인병원의 성과를 나타내는 것이므로 개인병원의 성과는 보통정도에서 다소 모자라는 것인데 비해 비영리법인의 경우 $3.595(2.618 + .977)$ 이므로 비영리법인병원의 성과는 약간 높은 수준인 것을 알 수 있다. 다음으로 국공립병원의 경우 회귀계수가 .523이므로 개인병원의 성과 수준(2.618)보다 높은 수준(3.141)임을 알 수 있으나, 통계적 유의수준이 다소 낮다(p . value=.090). 또한 위의 표에서 보면 모형의 설명력이 .098로 나타나 부문(sector) 변수들이 병원조직의 성과를 약 9.8% 정도 설명하는 것으로 나타났다. 즉, 병원조직의 성과는 여러 가지 요인에 의해 차이가 나겠지만, 병원 유형인 국공립병원, 비영리법인병원, 그리고 개인병원에 따라 성과의 차이를 약 9.8% 설명할 수 있다는 것이다. 이런 분석결과에 따르면 병원 성과의 약 90%가 다른 변수들에 의해 설명될 수 있다는 것이다.

병원의 성과를 결정짓는 관리체계 상의 변수들을 찾기 위해 병원의 유형과 관리체계 상의 특성을 함께 독립변수로 사용하여 성과에 대한 회귀분석을 한 결과는 다음 〈표 5〉와 같다. 성과를 설명하는 이 회귀모형에서 국공립병원, 비영리병원이라는 부문변수도 독립변수로 설정하였으며, 참여정도, 제도편의수준, 보상과 인정 수준, 시설편의, 교육훈련 정도, 프로세스개선 정도, 리더십 수준 등의 TQM관리체계 상의 특성을 나타내는 변수들, 그리고 벤처마킹 유무, 책임경영제 실시 유무, 장기계획의 수립유무 등의 모조변수도 독립변수로 설정하였다.

〈표 5〉 성과의 영향 요인 회귀분석

독립변수	회귀계수(b)	표준오차(Sb)	표준회귀계수 (β)	t 값	유의 확률
상 수	.822	.421		1.952	.054
참여정도	.408	.179	.268	2.283	.025
제도편의 수준	.285	.133	.217	2.143	.035
보상과 인정 수준	.248	.120	.230	2.061	.042
$R^2 = .359$	Adjusted $R^2 = .337$	$F = 16.773$	$p = .000$		

위의 표에서 보면, 성과를 설명하는 유의미한 독립변수로는 직원 참여정도, 보상과 인정수준, 제도의 편의수준이다. 즉, 직원들의 참여 수준이 높을수록 병원의 성과가 높으며, 병원에

서 채택한 제도들의 편의 수준이 높을수록 성과가 높다는 것이다. 또한 병원의 직원들에 대한 보상과 인정의 수준이 높을수록 성과가 높다는 것이다. 이러한 세 개의 변수를 통해서 병원의 성과를 약 34 % 정도 설명할 수 있다는 것이다. 병원 유형만을 독립변수로 설정한 회귀분석에서는 설명력이 약 9.8% 정도에 지나지 않아 병원의 유형보다는 관리체계상의 특성이 성과를 설명하는 중요한 변수임을 알 수 있다. 그리고 이 모형은 통계적으로 유의미하다. 이것은 병원조직의 성과를 설명하는 간단하면서도 비교적 높은 설명력을 갖는 모형이다.

그러나 국공립병원이나 비영리병원과 같은 병원 유형을 나타내는 모조변수는 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 앞에서 병원 유형만을 독립변수로 설정한 회귀분석에서는 두 변수가 통계적으로 유의미한 변수이었으나, 관리체계를 통제한 경우에는 병원조직 유형변수는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 나타났다. 즉, 직원의 참여 정도, 제도상의 편의 수준, 그리고 보상 및 인정수준이 일정할 경우 병원의 조직 유형은 병원경영의 성과에 영향을 미치지 않는다. 이와 같은 관리체계상의 특성 외의 다른 특성, 즉 시설편의 수준, 프로세스 개선 수준, 교육과 훈련, 리더십 수준 등의 변수들은 직원의 참여정도, 제도상의 편의 수준, 보상과 인정 수준 등의 변수가 일정할 경우 성과에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지는 않는 것으로 나타났다. 또한 책임경영제 실시 여부, 병원 운영 장기발전계획 수립여부, 벤치마킹 실시 여부 등의 변수도 통계적으로 유의미한 영향을 미치지는 않는 것으로 나타났다.¹⁹⁾

5. 분석결과의 종합적 논의

본 연구에서 밝혀진 연구결과와 그리고 연구과정에서 나타난 문제점 등을 통해 다음과 같은 몇 가지 점을 논의할 수 있다.

첫째, 병원의 조직 유형별 성과 분석에서 비영리법인병원의 성과가 국공립병원이나 개인병원에 비해 성과가 높으며, 국공립병원은 개인병원에 비해 성과가 높다는 점이다. 이런 부문별 병원조직 유형이 성과를 설명하는 정도가 약 10% 정도 된다. 이러한 설명력은 Bushouse가 미국의 탁아소를 대상으로 한 연구에서 부문별 섹터가 서비스 질 향상 정책지수를 설명하는 설명력이 16%정도 된다는 분석결과에 비추어 보면 다소 낮다(Bushouse, 1999: 14).

둘째, 전직원의 참여, 보상과 인정제도, 제도적 편의 등의 관리체계상의 변수들이 성과에 상당한 영향을 미친다는 점이다. 특히, 전직원 참여가 성과 향상에 영향을 미치는 중요한 요인이라는 점은 Al Gore(1997)가 「기업형 정부」에서 '부하의 목소리에 귀를 기울이라는' 주장과, 그리고 오스본과 개블러 공동 저술한 「정부혁신의 길」에서 '분권적인 정부'를 강조하는 견해를 잘 뒷받침해 주고 있다(Osborne and Gaebler, 1992; 삼성경제연구소, 1997). 마찬가지로 보상과 인정이 성과 향상에서 중요하다는 주장은 많은 학자들이 주장하고 있는 내용이다(Fukuyama, 1995; 구승희, 1998). 그래서 TQM 관리체계상의 중요한 한 가지 요소로 설정되어 있다(Hunt, 1995).

셋째, 본 연구에서도 성과에 영향을 미치는 요소는 전직원의 참여, 보상과 인정제도, 고객만족을 위한 제도적 편의 등의 변수가 가장 중요한 것으로 나타난 것은 연방품질연구소(FQI)의 TQM에 대한 관점과 비교적 일치한다. 즉, 연방품질연구소는 TQM로고를 작성하면서 전직원

19) 이들 변수들은 사실적인 문제이기 때문에 사실 여부를 묻는 설문을 통해서 조사를 하였으며, 신뢰도를 별도로 구할 필요는 없다.

의 참여, 고객만족, 지속적 개선을 세 개의 주요 축으로 설정하고 있으며, 그 외의 요소는 이들이 이루어질 수 있게 하는 하위 요소로 설정해 두고 있다(Hunt, 1995).²⁰⁾ 이처럼 성과 향상을 위해서 TQM 관리체계를 도입하는 경우에 있어서도 이들 요소들의 중요성을 모두 똑같이 취급하고 있는 것은 아니다.

넷째, TQM 관리체계상의 특성을 통제하면, 병원조직 유형이 성과에 유의미한 영향을 미치지 않는다는 점이다. 이런 점을 주목하면, 병원의 성과를 향상시키기 위해 무조건 민간부문에 위탁하거나 혹은 민영화를 시키는 것이 바람직하다고 할 수는 없다. 이러한 점은 기관의 성과를 향상시키기 위해서는 민영화의 문제뿐만 아니라 조직구조나 업무절차의 문제도 검토해야 한다는 Johnston(1996a, 1996b)의 주장과 궤를 같이 하며, Bushouse(1999)의 연구결과와도 일맥상통한 것이다. 게다가, 이런 부문에 따른 병원 조직유형도 병원의 관리체계라는 특성을 통제하면 병원의 성과에 유의미한 영향을 미치지 않는다는 것이다. 이런 점을 주목하면, 병원의 성과를 향상시키기 위해 무조건 민간부문에 위탁하거나 혹은 민영화를 시키는 것이 바람직하다고 할 수는 없다.

다섯째, 병원 경영의 성과를 수익성이나 공익성을 나타내는 구체적인 측정치를 사용하지 않았다는 점은 본 연구의 한계 내지는 문제점으로 지적될 수 있다. 본 연구에서는 투입한 비용에 비하여 병원이 거두어들인 수입을 통해 수익성을 측정하지 않았기 때문에 개인병원이 다른 두 유형의 병원에 비하여 가장 수익성이 낮은 것으로 분석되었을 수도 있다. 이런 분석결과는 비영리병원이 더 관료주의적이고, 비효율적이라는 Clarksen(1972)의 연구와는 상반되며, 자영자병원이 비자영자병원에 비해 보다 능률적으로 운영되고 있다는 Carter와 동료들(1977)의 연구와도 다소 다르다(Wolf, 1988). 그러나 실제 개인병원의 수익성은 외부 연구자가 자료의 접근성 때문에 거의 정확하고 타당한 연구를 할 수가 없다.

여섯째, 본 연구에서는 공공의료원과 비영리법인 병원, 개인병원 등 성격이나 설립취지가 전혀 다른 유형의 병원들을 모두 통괄하는 성과의 측정치를 사용한 점 등이 문제로 지적될 수 있다. 유형에 따른 성과를 비교하는 연구에서는 이러한 분석이 필수적이지만, 실제 각 유형의 병원들은 각각 다른 목적들을 추구하기 때문에 성과의 측정치가 달라야 할 것이며, 그래서 설문지 작성이 극히 어렵다. 이런 이율배반적인 점을 해결하기 위해 성과의 측정치를 추상화시켜서 모든 유형에 공통으로 적용할 수 있는 측정치를 사용하게 된다. 사실, 이러한 문제는 조직 연구에서 오래 전부터 직면해 오고 있는 문제로서 비교연구방법에서 표본의 추출과 관련되는 문제이다. 즉, 표본을 표출할 때 비슷한 유형의 조직을 대상으로 연구하고, 점차 다른 유형의 조직으로 연구를 확대할 것인지, 아니면 이질적인 조직을 대상으로 연구하여 반복적으로 연구를 실시할 것인지의 문제와도 관련이 있는 것이다(Beyer and Trice, 1979: 9-50; 김인, 1981).²¹⁾

앞으로 자료의 접근성이 허락한다면, 성과의 보다 구체적인 측정치를 통해 병원조직 유형과 관리체계상의 특성에 따른 성과를 비교하는 연구를 실시할 필요가 있다. 이런 연구를 통해서 우리는 병원조직 유형과 관리체계에 대한 보다 의미있는 쳐방책을 제시할 수 있을 것이다.

20) 최고관리층의 리더십과 지원, 장기적 관심, 고객초점, 보상과 인정, 훈련에 대한 몰입, 직원권한의 부여와 팀워크, 효과적이고 새로운 의사소통, 통제적 과정분석이다.

21) 전자가 Peter Blau와 동료들이 고안한 방법이며, 후자가 Aston 그룹에 의해 고안된 방법이다. 전자의 경우 모든 조직에 적용할 수 있는 측정방법 즉, 설문지를 개발하는 것이 어렵고, 후자의 경우 연구할 때마다 특수조직에 적합한 측정방법을 개발해야 하는 어려움이 있다.

V. 결 론

오늘날 병원조직은 그 어느 때보다도 치열한 경쟁과 급격한 환경의 변화를 맞고 있다. 이러한 경쟁과 변화에 직면하여 병원조직이 존립하고 성장·발전하기 위해서는 보다 능동적이고 합리적인 병원경영을 펼쳐야 할 것이다.

최근에 공공의료원이 누적되는 적자 문제로 존폐의 심각한 위기에 직면해 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 흔히 민영화나 민간위탁이 거론되고 있지만, 민간부문에 병원 경영을 넘긴다고 문제가 해결되는 것은 아니다. 우리가 익히 알고 있듯이 시장 실패의 문제가 새롭게 제기될 소지가 크다. 이러한 점은 본 연구에서도 잘 뒷받침해 주고 있다. 즉, 시장부문인 개인병원의 성과가 우리가 예측한 것처럼 높지가 않다는 점이다. 게다가, 관리체계를 통제했을 때에는 이러한 부문이 성과에 유의미한 영향을 미치지도 않는 것이다. 그러나 부문을 통제하더라도 관리체계의 특성 중 참여, 보상과 인정, 고개만족을 위한 제도편의 등은 역시 성과에 중요하게 영향을 미치는 것이다. 따라서 우리가 공공의료원의 성과를 향상시키고자 하는 경우에는 직원들의 참여, 보상과 인정, 고객을 위한 제도의 개선 등에 관심을 가져야 할 것이다. 그러나 공공의료원을 포함한 공공조직의 경우 직원들의 참여를 신장시키는 데에는 관리자들이 저항하며, 그리고 보상과 인정의 제도를 개혁하는 데에는 관리자와 직원들이 자기들의 이해 관계 때문에 저항을 하는 경우가 많다. 이러한 저항의 문제는 결국 의회, 시민, 언론 등의 관심과 비판을 통해 해결해야 할 것이다.

끝으로, 어떤 서비스를 어떠한 부문이 맡아야 하고 그리고 그 관리체계가 어떠해야 하는가의 문제는 결국 성과의 문제를 통해서 검토되어야 한다. 따라서 우리는 다양한 서비스를 연구 대상으로 삼아 정부, 비영리단체, 민간 기업이라는 각 부문, 다양한 관리체계, 그리고 성과 사이의 관계에 대한 체계적인 연구를 지속적으로 수행해 나가야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강금식. (1998). 「품질경영」, 서울: 박영사.
- 류한주. (1994). 「TQM에 의한 경영혁신」, 서울: 한국생산성본부.
- 이종익. (1993). 「병원행정론」, 서울: 법문사.
- 엘렌 가우처 · 리처드 카퍼. (1997). 조우현 · 손명세(옮김), 「질중심의 병원경영」, 서울: 학연사.
- 유승희. (1992). 「병원관리」, 서울: 수문사.
- 신동설. (1994). 「종합적 품질경영」, 서울: 도서출판 석정.
- 구승희(역), 프란시스 후쿠야마(저). (1998). 「트러스트: 사회도덕과 번영의 창조」, 서울: 한국경제신문.
- 권오철. (1999). 지방정부 TQM 의 집행과 성과에 관한 연구, 서울대학교 박사학위논문.
- 김기식. (1999a). 행정조직의 품질행정(TQM) 도입 효과와 적용수준의 영향요인, 부산대학교 박사학위논문.
- 김기식. (1999b). 지방자치단체의 TQM 도입의 효과분석, 「지방정부연구」, 3(1).
- 김인. (1991). 지방정부의 공공서비스 성과측정 및 결정요인, 지방과 행정연구, 제3권 제2호, 부산대학교 지방행정연구소.
- 김인. (1998). 정부개혁의 방향과 지방공기업 발전의 과제, 「사회과학논총」, 17.
- 김인 · 허용운 · 이희태. (1999). 지방의료원의 운영형태별 성과 분석, 「한국행정학보」, 33(3).
- 김인 · 김기식. (1999). 지방정부 행정서비스 현장제도의 발전방안, 「한국지방정부학회」, 3(2).
- 김인. (1981). 조직의 혁신성과 조직변수와의 관계에 관한 연구: 한국행정조직에 관한 연구설계를 중심으로, 논문집(청주대학교), 제14집, 453-471.
- 박세정. (1996). 지방행정의 경영혁신에 관한 연구, 「한국행정논집」, 8(1).
- 박희봉. (1997). 미국정부의 경영합리화를 위한 TQM 수상제도 도입에 관한 연구, 「지방행정 연구」, 44: 177-199.
- 이상수. (2000). 지방공공서비스의 조직운영형태별 성과평가: 지방공공의료기관의 성과분석을 중심으로, 「국정관리의 새로운 방향과 과제」, 2000년도 하계학술대회발표논문집, 475 - 498.
- 이선희(1997). 미시간대학병원의 질향상 사업, 「한국의료 QA 학회」, 제 4권.
- 이종식(1998). TQM의 공공부문 적용에 관한 연구: 미국과 한국의 적용사례 비교연구, 연세대학교 석사학위논문.
- 삼성경제연구소 (역). (1996). 「정부혁신의 길」(Reinventing Government).
- 조성현 · 김화중 · 김창엽. (1996). 우리나라 병원의 질 향상 사업에 관한 연구, 「한국의료QA 학회」.
- 주경범. (1998). 우리나라 대학병원의 마케팅 전략에 관한 연구, 고려대학교 석사학위논문.
- 정윤수. 허만형. (1999). 시립병원 의료서비스의 공공성 분석, 정부정책 및 정부개혁의 평가, 1999년도 하계학술대회 발표논문집, 한국정책학회 · 한국행정학회.
- 조재협. (1998). 병원의 설립형태별 관리행태 비교연구, 서울대대학원경영학과, 석사학위논문.
- 지방자치경영협회. (1996). 지방공기업경영편람.
- 한인섭. (1999). 지방공공병원의 조직형태별 성과분석에 관한 연구, 서울대행정대학원, 박사

학위논문.

전국지방공사의료원연합회경영평가단. 97년도 지방공사 시·도의료원 경영실적 평가보고서. 각년도.

병원신보. 1996년 10월호.

Aguayo, Rafael. (1996). 「데밍의 질 경영이야기: 일본인에게 품질을 가르친 미국인」. 백종현·서창석(옮김), 서울: 매일경제신문사, 1990.

Al Gore. (1997). *Businesslike Government: Lessons Learned from America's Best Companies.*

Barzelay, Michael. (1992). *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government.* Berkeley: University of California Press.

Berman, Evan M. & West, Jonathan P. (1995). Municipal Commitment to Total Quality Management: A Survey of Recent Progress. *Public Administration Review.* 55(1): 57-66.

Berman, Evan M. & Jonathan P. West. (1997). Total Quality Management in Local Government. John J.

Bounds, G. et al. (1994). *Beyond Total Quality Management: Toward the Emerging paradigm,* New York: McGraw-Hill

Borcherding, Thomas E., Werner W. Pommerehene, and Friedrich Schneider. (1982). *Comparing the Efficiency of Private and Public production: The Evidence from Five Countries.* Institute for Empirical Research in Economics, University of Zurich, Switzerland.

Bushouse, Brenda. K. (1999). The Missing Link: Collective-Choice Policy making in Nonprofit, For-Profit, and Public Child Care Centers, Presented at the Workshop on the Workshop, June 10-12, Indiana University, Bloomington, Indiana.

Carr, D. K. & Littman, Iran D. (1990). *Excellence in Government: Total Quality Management in the 1990's.* Arrington, VA.: Coopers & Lybrand

Cater, Richard B., Lawrence J. Massa & Mark L. Power. (1997). An Examination of the Efficiency of Proprietary Hospital Ownership Structures, *Journal of Accounting and Public Policy.* 63-87.

Clarkson, K. W. (1972). Some Implications of Property Rights in Hospital Management. *Journal of Law and Economics* 15(October), 363-384.

Cohen, Steven & Brand, Ronald. (1993). *Total Quality Management in Government: A Practical Guide for the Real World.* San Francisco: Jossey-Bass.

Cohen, S. & Brand, R. (1990). The Use of Continuous Quality Improvement Techniques in Government: The Case of the Federal Underground Tank Program. *Public Productivity and Management Review.* 14(1): 99-114.

Creech, Bill. (1994). TQM과 「경영혁명」. 황태호(옮김) 서울: 까치: *The Five Pillars*

- of TQM, NY: Penguin Books, 1994.
- Creel, H. G.. (1957). *Chinese Thought from Confucius to Mao Tse-tung*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Cyert, Richard M. (1993). Universities, Competitiveness and TQM: A Plan of Action for the Year 2000, *Public Administration Quarterly*, Spring: 10-18.
- Donabedaian. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Vol. 1, Ann Arbor, MI.: Health Administration Press.
- Donnellon, Anne and Scully, Maureen. (1994). Teams, Performance, and Rewards: Will the Post-Bureaucratic Organization Be a Post-Meritocratic Organization?. In Heckscher & Donnellon, (Ed.) *The Post-Bureaucratic Organization: New Perspectives on Organizational Change*, California: Sage.
- Efficiency Unit. (1984). *Efficiency and Effectiveness in the Civil Service: Government Observations on the Third Report from the Treasury and Civil Service Committee, Session 1981-82*, HC 236, London: Her Majesty's Stationery Office.
- Federal Quality Institute. (1991). *Introduction to total quality management*, U. S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Feigenbaum, Arand V. (1991). *Total Quality Control*. Singapore, N. Y.: McGraw-Hill.
- Flippo, Edwin B. (1984). *Personnel Management*, 6th (ed.), Singafre: McGraw-Hill.
- Hakes, C. (1991). *Total Quality Management: The Key to Busi-ness Improvement*, London: Chapman and Hall.
- Hansmann, Henry B. (1986). The Role of Nonprofit Enterprise. Reprinted in Rose-Ackerman, *The Economics of Nonprofit Institutions*. Yale Studies on Organizations. New York: Oxford University Press.
- Hunt, Michael (1995). Freeing the spirit of Public Service in All of USA. *Public Productivity & Management Review*, 18(4): 397-406.
- Hunt, V. Daniel.(1993) *Quality Management for Government: A Guide to Federal State, and Local Implementation*, Milwaukee W. I.: ASQC Quality Press.
- Janice M. Beyer and Harrison M. Trice. (1979). A Reexamination of the Relations between Size and Various Organizational Complexity, *Administrative Science Quarterly* 24(March), 48-64.
- Jones, Byran D. & Patrick G. Grasso. (1985). The Policy Performance of States & Localities: An Overview, Dennis R. Judo, Public Policy across States

- & Communities, Greenwich, Connecticut: Jai Press, Inc.
- Johnston, Van R. (1996a). "The Entrepreneurial Management Transformation: From Privatization, Reinventing, and Reengineering, to Franchising, Efficiency, and Entrepreneurial Ethics," *Policy Studies Journal*, Vol. 24, No. 3.
- _____. (1996b). "Optimizing Productivity Through Privatization and Entrepreneurial Management." *Policy Studies Journal*, Vol. 24, No.3.
- Koehler, Jerry W. & Pankowski, Joseph M. (1996). *Quality Management: Designing, Developing and Implementing TQM*. Delray Beach: St. Lucie Press.
- Lewin, Lawrence S., Robert A. Derzon & Rhea Margulies. (1981). Investor-owns and Non-profit differ in Economic Performance, Hospital 55(13), July, 52-58.
- Linden, Russel. (1992). Meeting Which Customer's Needs? *The Public Manager*. 21(Winter): 49-52.
- Lindsay, C. M. (1976). A Theory of Government Enterprise. *Journal of Political Economy* 84(October), 1061-1077.
- McGowan, Robert P. (1995). Total Quality Management: Lesson from Business and Government. *Public Productivity and Management Review*. 18(4): 321-331.
- Morgan, Colin. & Murgatroyd, Stephan. (1994). *Total Quality Management in the Public Sector: An International Perspective*. Buckingham · Philadelphia: Open University press.
- Nagel, Stuart S. (1981). "What is Efficiency in Policy Evaluation?" in Dennis J. Palumbo, Stephen B. Faust and Paul Wright. (eds.), *Evaluating and Optimizing Public Policy*, Lexington: D. C. Heath and Company.
- Osborne, David & Plastrik, Peter. (1998). 「정부개혁의 5가지 전략」, 삼성경제연구소 (옮김) 서울: 삼성경제 연구소; Banishing Bureaucracy, Massachusetts: Addison Wesley Longman, 1997.
- Ostrom, Elinor (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Pattison, Robert V. & Hallie M. Katz, Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals, A Comparision Based on California Data, *Journal of Medicine*, vol. 309(6), 347-353.
- Seidenstat, Paul. (1996). "Privatization: Trends, Interplay of Forces, and Lessons Learned," *Policy Studies Journal*, Vol. 24, No. 3.
- Sharkansky, I. (1982). *Public Administration: Agencies, Policies, and Politics*, San Francisco: W. H. Free and Company.
- Skelcher, Chris (1992). *Managing for Service Quality*. London: Longman.

- Wagenheim, George D. & John Reurink. (1991). Customer Service in Public Administration, *Public Administration Review*. 51(3): 263-270.
- Weisbrod, Burton A. (1988). *The Nonprofit Economy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Weisbrod, Burton A. (1977). *The Voluntary Nonprofit Sector*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Wilson, G. W. & Jadlow J. M. (1982). Competition, Profit incentives, and Technical Efficiency in the Provision of Nuclear Medicine Service, *Journal of Economics*, 13(2), Autumn, 472-482.
- Zeithaml, Valarie, A. Parasuraman, and Leonard L. Berry(1989). *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: New American Library.

김 인: 서울대학교에서 행정학박사학위(공공서비스 배분의 결정요인과 형평성에 관한 연구, 1986. 8)를 취득하였으며, 현재 부산대학교 행정학과에 교수로 재직 중이다. 주요관심 분야는 도시공공서비스론, 정책론, 사회과학방법론 등이다. 주요저서는 *신행정학원론*(공저, 도서출판 금정, 2000), *행정과 가치*(공저 법문사, 1987) 등이다. 주요 논문으로서는 김인, 김기식, "지방정부 행정서비스현장제도의 발전 방안", *지방정부연구*, 3권2호(1-22), (1999/12), 김인, 허용훈, "지역사회경찰제도의 도입방안", *지방정부연구*, 4권 1호, (2000/08), 김인, 김기식, 홍광표, "병원조직 유형과 TQM 관리체계상의 특성", *사회과학논총*(부산대), 19권, (2000/12)18. 김인, 이희태, 허용훈, "정부기관과 민간비영리기관의 서비스 질 비교분석- 청소년서비스를 중심으로", *지방과 행정연구*, 12권 1호(339-358), (2000/12), (부산대학교 지방행정연구소)19. 김인, 이희태, 허용훈, "경찰대개혁에 따른 기강확립의 성과평가와 정책과제: 부산지역 경찰을 중심으로", *한국지방정부학회*, 제4권 제2호(217-243), (2001/02) 등이 있다.
현재 한국지방정부학회장, 부산광역시의회정책자문교수, 부산참여자치시민연대 자문교수, 부산광역시 행정서비스현장심의위원 등을 맡고 있다.

홍광표: 부산대학교 행정대학원에서 행정학석사학위(2000, 8)를 취득하였으며, 현재 고신의료원에 근무하고 있다. 주요 논문으로는 병원조직유형과 TQM 관리체계상의 특성(김인, 김기식, 홍광표 공저, 사회과학논총, 19권(2000, 12))이 있다.

김기식: 부산대학교 대학원에서 행정학박사(행정조직의 품질행정 도입 효과와 적용수준의 영향요인, 1999. 2)를 취득하고, 현재 부경대학교 행정학과에서 시간강사로 출강하고 있다. 주요관심 분야는 공공서비스 및 공공관리, 공공관계이며, 주요논문으로는 지방자치단체의 TQM 도입의 효과분석(지방정부연구, 제3권 제1호(1999, 여름))이 있다.