

의료 질 향상 활동에 대한 병원장의 인식 및 태도

최귀선, 지영건¹⁾, 이선희, 채유미
이화여자대학교 의과대학 예방의학교실, 포천중문대학교 예방의학교실¹⁾

Cognition and Attitude of Hospital CEOs toward Healthcare
Quality Improvement Activity

Kui Son Choi, Young Keon Jee¹⁾, Sun Hee Lee, Yoo Mi Chae
Department of Preventive Medicine, Ewha Womans University College of Medicine
Department of Preventive Medicine, Pochon CHA University College of Medicine¹⁾

Abstracts

Background : The purpose of this study was to investigate the understanding and the attitude of Korean hospital CEOs toward the healthcare quality improvement.

* 교신저자 : 채유미, 서울시 양천구 목6동 911-1 이화여자대학교 의과대학 예방의학교실
Tel) 02-650-5753, E-mail) GALLAXY@ewha.ac.kr

Methods : A mailed questionnaire survey to the CEOs of hospitals with 400 beds or more was conducted between September 15 and October 30, 2000. Of the 108 hospitals eligible for the study, 58 participated, yielding a response rate of 54 percent.

Result : The hospital CEOs have expressed that their hospital management was arduous job, and they had been pressured by increasing competitions among healthcare providers. They indicated that the low fees of health insurance made their hospital management difficult. The results also indicated that there was general consensus that the improvement of service quality was important in encouraging their organizations, but the investment for manpower and equipment ranked higher than the improvement of service quality. The majority of the CEOs have good understanding about quality improvement activities. However the facts that in general QI must be focused at the process of services and customer satisfaction, meanwhile quality improvement activities are helpful for the organizational productivity embarrassed them. The hospital CEOs responded that there were successful changes in terms of quality of care, patient satisfaction, and process efficiency after QI activities, but no increase in patient number and profit. Lack of understanding to QI activities and limited budget seem to attribute unsatisfactory outcomes.

Conclusion : The majority of Korean hospital CEOs have a good understanding and attitude about QI activities. As mentioned in the result, despite of several limitations, several facts regarding the CEOs of hospital in Korea can be elucidated. (1) The general cognition of the QI project is relatively high, and it is accepted with positive concern, (2) the priority of the QI project, however, is not set higher than other projects and (3) the specific concepts of the actual QI project such as customer (patient)-focused work driving, the recognition of the work accomplishment, and the importance of rewards have not sufficiently understood.

Key Words : Quality improvement, Hospital CEOs, QI activities, Customer orientation

I. 서 론

초기 의료서비스 제공과정에서는 국민의 의료욕구를 충족시켜 주기 위하여 의료이용에 대한 접근도 향상 및 시설·인력 등 의료자원의 양적 확대에 주된 관심을 두었다. 그러나 최근들어 증가하는 의료비가 사회문제화되면서 의료비 절감과 의료서비스 질 향상이 당면과제로 부상하였다(1). 우리나라도 1977년에 당연적용의 의료보험이 시작되어 1989년에 전국민 의료보험을 실현할 때까지 의료이용에 대한 접근도 향상과 의료인력 양성, 병원 신설 등 의료자원의 증가에 초점을 두어왔으나, 1994년 한국의료QA학회 창립을 전후로 의료에 대한 관심이 양적인 문제에서 질적인 측면으로 변화되어 왔다(2, 3). 물론 1974년에 시작된 임상병리검사의 정도관리사업이나, 1981년에 시작된 병원표준화심사를 의료의 질 향상(Quality Improvement, 이하 QI)과 관련된 제도라고 볼 수 있으나(4), 규모와 자발적인 활동이라는 측면에서 본격적인 QI 활동이라고 보기에는 미흡한 면이 있다.

QI 사업이 활성화되기 위하여 필요한 요인에 대한 연구는 그동안 꾸준히 있어왔다. 권영대(1991)는 QI 사업이 활성화되지 못하는 이유로서 '최고경영자의 인식부족과 비협조', '의사의 인식과 능력부족' 등을 지적하였다(5). 광경덕(1995)은 이에 덧붙여 '전담인력의 부재'를 문제점으로 제시하였으며(6), 황정해 등(1996)은 '의료 질 관리에 대한 직원의 동기결여', 'QI에 대한 홍보나 교육부족', '경영자의 인식부족' 등을 QI 활성화의 장애요인으로 지적하였다(3). 이상일(1996)의 연구에서도 병원 경영진의 책임으로 분류할 수 있는 '활동의 목표, 책임 및 권한의 불명확성', '실무 담당 인력의 부족', '활동 수행에 필요한 지식 및 기술의 부족' 등이 QI 저해요인으로 분석되었다(2).

이와 같이 QI 사업이 활성화되기 위한 여러 요인 중에서 QI에 대한 인식과 태도가 매우 중요한데, 그 중에서도 특히 병원의 최고경영자(병원장)의 인식과

태도는 더욱 중요하다 하겠다. Tonneau(1997)는 QI 사업에서 가장 중요한 것은 '경영자의 리더쉽'과 '의사의 적극적인 참여'라고 하였으며(7), Hardison(1998)은 'QI에 대한 병원장의 역할은 QI를 병원 현장에서 실행시키고, 이를 인내심을 가지고 이끌어 나가는 것'임을 강조하였다(8).

한국의료QA학회가 창립된 이래로, 학계와 병원의 실무자들을 중심으로 QI 사업이 활발하게 전개되고 있는 것을 볼 때, 병원장의 QI에 대한 인식이 향상되었음을 미루어 짐작할 수 있다. 그러나 병원장들의 QI에 대한 인식과 태도에 대한 연구는 아직 미흡한 실정이며, 최근 몇 년 동안 국제통화기금(IMF)의 지원을 받는 경제적 위기와 의학분업등으로 많은 병원들이 경영상의 위기를 겪게 됨에 따라 병원장들이 QI 활동을 우선순위에서 배제할 가능성도 높아지게 되었다.

따라서 본 연구는 '병원장들의 QI 사업에 대한 인식과 태도'를 조사하여, QI 사업이 좀더 활성화 될 수 있는 방안을 마련하는데 이바지함을 목적으로 수행되었다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집 방법

본 연구에서는 '의료의 질 향상 활동에 대한 병원장들의 인식과 태도'를 알기 위하여 표준화심사 대상이 되는 병원의 최고경영자(이하 병원장)들에게 설문조사를 실시하였다. 설문조사 대상을 표준화심사 대상 병원으로 한정된 이유는 연구의 초점이 QI 활동을 하고 있는 병원과 그렇지 않은 병원을 비교하고자 함이 아니라, QI 활동을 하고 있는 병원의 병원장들이 QI 활동을 얼마나 잘 인식하고 있고 QI 활동에 대하여 어떠한 태도를 가지고 있는가에 있었기 때문이었다. 따라서 대한병원협회에서 발행한 '2000년도 전국병원 명부'(9)에 기록된 400병상 이상의 종합병원(총 108개)을 파악하여 이들을 설문조사의 대상으로 하였다.

설문조사 방법은 우편으로 설문지와 반송봉투를 발송하였고, 병원장 본인이 직접 설문지에 응답하여 우편으로 회신하도록 하였으며, 설문조사 기간은 2000년 9월 15일부터 2000년 10월 30일까지였다. 설문지의 응답률을 높이기 위하여 설문지를 보내기 전에 QI 담당자와의 통화를 통하여 설문의 목적과 개요를 간단히 설명하고 이들이 해당 병원의 병원장에게 전달하도록 하였다. 설문지를 발송한지 약 15일 후와 25일 후에 병원장 또는 QI 담당자에게 전화하여 설문지 응답 및 반송여부를 확인하였으며, 설문에 응답하지 않은 경우에는 응답을 독촉하였다.

2. 측정변수

이 연구에서는 설문조사의 범주를 (1) 병원경영에 대한 인식과 태도 (2) QI 활동에 대한 인식과 태도 (3) QI 성과에 대한 인식으로 구분하였다(표 1). 설문 문항은 모두 9개로서 폐쇄형 질문을 하였으나, 해당 사항이 없을 경우 '기타' 의견으로서 기술하도록 하였다.

「병원경영에 대한 인식과 태도」에서는 병원경영 상태, 지역내 병원의 경쟁정도, 병원경영을 어렵게 하는 요인, 병원경영개선을 위한 계획을 설문하였다. 이들 문항은 QI 활동과 직접적인 관련이 있는 것은 아니지만, 경영상태와 경영환경을 어떻게 인식하고 있고, QI 활동을 어느 정도의 우선순위로 추진할 것인지의 태도를 알기 위해서 설문하였다.

「QI 활동에 대한 인식과 태도」에서는 QI의 개념과 활동방법을 얼마나 잘 이해하고 있고 QI 사업을 도입한 또는 도입할 이유와, QI 사업에 대한 향후 계획을 설문하였다. 'QI 활동에 대한 인식'의 설문문항은 Deming(1986)과 Juran(1988)이 정의한 QI의 기본 원칙(QI basic principles)과 Chan 등(1997)이 QI에 대한 병원장의 인식수준을 측정하기 위하여 사용하였던 설문문항 등을 활용하였다(10, 11, 12).

「QI 성과에 대한 인식」에서는 QI 활동을 한 결과

로서 어떠한 성과 또는 변화가 있었다고 생각하는지, 그리고 각 병원에서 QI 성과에 영향을 주는 요인 중에서 어떠한 것들을 가지고 있는지를 설문하였다. 이들 설문문항은 기존의 연구(12, 13, 14)에서 보고된 QI 사업에 필요한 주요 요인을 토대로 개발하였다.

한편, 이상의 9개 설문문항 중에서 '병원경영개선을 위한 계획'과 'QI 사업에 대한 향후 계획'은 병원장의 '태도'와 관련된 것이고, 나머지 7개 문항은 병원장의 '인식'과 관련된 것으로서, 이들 항목을 설문조사하여 '의료의 질 향상 활동에 대한 병원장들의 인식과 태도'의 연구에 필요한 자료를 수집하였다.

3. 분석방법

수집된 자료는 지역별, 병상규모별로 병원 특성을 구분하여 분석함을 원칙으로 하였으나, 제한된 표본수로 인하여 구분이 어렵거나, 분석된 결과에서 특이한 차이를 보이지 않은 경우, 그리고 문항의 성격에 따라서 구분하지 않고 분석하였다.

'병원경영을 어렵게 하는 요인'과 '병원경영개선을 위한 계획'은 중요하다고 판단하는 3개에 대하여 순위를 정하도록 하였는데, 이를 다음과 같이 '우선순위 가중점수'로서 전환하여 분석하였다. 예를 들면, 병원장들이 병원경영을 어렵게 하는 요인 중에서 '낮은 의료보험수가'의 우선순위 가중점수는 다음과 같이 계산하였다.

$$\text{우선순위 가중점수} = \frac{(f_{1i} \times 10 + f_{2i} \times 6 + f_{3i} \times 4)}{N \times 10}$$

f_{1i} : i 요인 (예, 낮은 의료보험수가)이 1순위로 선택된 개수

f_{2i} : i 요인 (예, 낮은 의료보험수가)이 2순위로 선택된 개수

f_{3i} : i 요인 (예, 낮은 의료보험수가)이 3순위로 선택된 개수

N : 응답대상자의 수

표 1. 설문 문항과 측정방법

| 설문의 범주와 문항 | 측정 방법 / 측정 척도 |
|--------------------------|--|
| 병원경영에 대한 인식과 태도 | |
| 1) 병원경영상태 | 5점 척도 (매우 비관적, 비관적, 보통, 낙관적, 매우 낙관적) |
| 2) 지역내 경쟁정도 | 5점 척도 (매우 심함, 심함, 보통, 심하지 않음, 전혀 심하지 않음) |
| 3) 병원경영을 어렵게 하는 요인 | 제시된 예 중에서 해당되는 것을 모두 선택하고, 그 중에서 우선하는 3개의 순위를 표시 |
| 4) 병원경영개선을 위한 계획 | 제시된 예 중에서 해당되는 것을 모두 선택하고, 그 중에서 우선하는 3개의 순위를 표시 |
| QI 활동에 대한 인식과 태도 | |
| 5) QI 의 개념과 활동방법에 대한 이해 | 5점 척도 (매우 그렇다, 그렇다, 보통, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않다) |
| 6) QI 사업을 도입함(또는 도입할) 이유 | 제시된 항목에서 2개를 선택 |
| 7) QI 사업에 대한 향후 계획 | 제시된 항목에서 1개를 선택 |
| QI 성과에 대한 인식 | |
| 8) QI의 성과 | 4점 척도 (매우 그렇다, 그렇다, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않다) |
| 9) QI의 성패 요인 | 5점 척도 (매우 그렇다, 그렇다, 보통, 그렇지 않다, 매우 그렇지 않다) |

물론, 1순위를 3점으로, 2순위를 2점으로, 1순위를 1점으로 하여 단순 평균을 하는 방법도 고려할 수 있지만, 일반적으로 10점을 만점으로 표기하는 것이 연구결과를 직관적으로 이해하기 쉽기 때문에 위와 같은 방법을 선택하였다. 만약 점수가 10점이라면, 응답자 모두가 1순위로 해당 항목을 선택하였음을 의미한다.

III. 연구결과

1. 설문에 응답한 병원의 특성

병원이 위치한 지역과 병상규모별로 설문조사에 응답한 병원의 개수와 이들 병원들이 설립된 평균 연수는 표 2와 같다. 모집단인 108개 병원의 평균 병상수는 625병상이었으며, 지역별로는 대도시 지역에 위치한 병원이 45%를 차지하였다. 설문조사에 응답한 병원은 연구대상의 108개 병원 중에서 58개 병원이었으

며(54%), 이들의 평균 병상수는 674병상으로서 모집단과 큰 차이를 보이지는 않았다. 설문조사에 응답한 병원은 서울 등 대도시에 위치한 병원이 39개, 중소도시(군지역 포함)에 위치한 병원이 19개로서, 모집단에 비하여 대도시 병원에서 응답률이 높았다. 병상규모별로는 500병상 미만인 병원이 19개 병원(33%), 500~700병상인 병원이 16개 병원(28%), 700병상을 초과하는 병원이 23개 병원(40%)이었다. 설문조사에 응답한 병원의 설립형태는 학교법인이 25개 병원(43%)이었고, 의료법인이 15개(26%), 재단법인이 6개(10%), 특수법인이 6개(10%)였으며, 지방공사 등의 기타 설립형태는 6개병원(10%)이었다.

한편, 조사 당시 QI 사업을 위한 전담 부서(또는 인력)를 두고 있는 병원은 설문에 응답한 58개 병원 중에서 46개 병원(79%)이었다. 이들을 지역별, 병상규모별로 구분하여 보면, 대도시 병원의 84~85%, 중소도시(군지역 포함)에 위치한 병원의 68%, 500병상 미만 병원의 58%, 500~700병상 병원의 81%, 700병

표 2. 응답 병원의 특성

(단위 : 개수)

| 위 치 | 병상규모 | | | 전 체 |
|-----|----------|----------|----------|----------|
| | <500 | 500-700 | >700 | |
| 서울 | 5 (40년) | 9 (39년) | 6 (19년) | 20 (33년) |
| 부산 | 2 (51년) | 1 (51년) | 3 (35년) | 6 (43년) |
| 대구 | 1 (45년) | | 2 (60년) | 3 (55년) |
| 광주 | | 1 (30년) | 2 (14년) | 3 (19년) |
| 대전 | | | 1 (35년) | 1 (35년) |
| 인천 | 2 (33년) | | 2 (10년) | 4 (21년) |
| 울산 | 2 (22년) | | | 2 (22년) |
| 강원도 | | 1 (17년) | 2 (24년) | 3 (21년) |
| 경기도 | 1 (3년) | 3 (30년) | 1 (7년) | 5 (20년) |
| 경상도 | 4 (15년) | 1 (20년) | | 5 (16년) |
| 전라도 | | | 2 (24년) | 2 (24년) |
| 충청도 | 2 (16년) | | 2 (13년) | 4 (14년) |
| 전 체 | 19 (29년) | 16 (35년) | 23 (24년) | 58 (29년) |

()는 2001년 기준의 평균 설립연수

상 이상 병원의 96%에서 QI 사업을 위한 전담 부서 (또는 인력)를 두고 있었다.

2. 병원경영에 대한 인식과 태도

1) 병원경영상태

「병원경영상태를 어떻게 평가하는가」에 대한 문항에 대하여 ‘매우 비관적’ 또는 ‘비관적’이라고 응답한 병원이 28%, ‘보통’이라고 응답한 병원이 46%, ‘낙관적’이라고 응답한 병원이 26%였으며, ‘매우 낙관적’이라고 응답한 병원은 없었다(표 3). 설문결과를 병원이 위치한 지역과 병상규모별로 구분하였을 때, 중소도시(군지역 포함) 병원에서는 낙관적으로 평가한 병원이 많음으로써(43~60%), 대도시 병원(8~27%)과 대조를 보였다.

2) 병원의 지역내 경쟁정도

「병원의 지역내 경쟁정도를 어떻게 평가하는가」

에 대한 질문에 대하여 ‘매우 심함’ 또는 ‘심함’이라고 응답한 병원이 36%, ‘보통’이라고 응답한 병원이 48%, ‘심하지 않음’이라고 응답한 병원이 16%였으며, ‘전혀 심하지 않음’이라고 응답한 병원은 없었다(표 3). 비슷한 병상규모의 대도시 병원과 중소도시(군지역 포함) 병원을 서로 비교할 때, 대도시 병원이 상대적으로 지역내 경쟁정도가 심하다는 응답이 많았다.

3) 병원경영을 어렵게 하는 요인

「병원경영을 어렵게 하는 요인」을 우선순위가중 점수로 평가하였을 때, ‘낮은 의료보험수가’가 7.8점으로 가장 높았으며, 그 다음으로는 ‘건물·시설·장비의 낙후’가 2.5점, ‘낮은 진료생산성’이 2.3점, ‘이직·노사분규’가 1.7점으로 뒤를 이었으나, ‘낮은 의료보험수가’에 비하여 평가점수는 매우 낮았다. 특히, 중소도시(군지역 포함)의 500~700병상 병원에서는 병원경영을 어렵게 하는 요인으로 모두가 ‘낮은 의료보험수가’를 1순위로 응답하였다(우선순위가중점수 10점).

표 3. 병원경영에 대한 인식과 태도

| | 지 역 | | | 대 도시 | | | 중소도시(근지역 포함) | | | 전체 |
|-----------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------|------|---------|----|
| | 병상규모 | <500 | 500~700 | >700 | <500 | 500~700 | >700 | <500 | 500~700 | |
| 응답자수 | | 12 | 11 | 16 | 7 | 5 | 7 | | | 58 |
| 병원경영상태에 대한 인식 (응답건수) | | | | | | | | | | |
| 매우 비관적·비관적 | 6 (50%) | 3 (27%) | 4 (27%) | - | 1 (20%) | 2 (29%) | 16 (28%) | | | |
| 보통 | 5 (42%) | 5 (45%) | 8 (53%) | 4 (57%) | 1 (20%) | 3 (43%) | 26 (46%) | | | |
| 낙관적 | 1 (8%) | 3 (27%) | 3 (20%) | 3 (43%) | 3 (60%) | 2 (29%) | 15 (26%) | | | |
| 지역내 경쟁정도 (응답건수) | | | | | | | | | | |
| 매우 심함·심함 | 5 (42%) | 5 (45%) | 5 (31%) | 2 (29%) | 2 (40%) | 2 (28%) | 21 (36%) | | | |
| 보통 | 6 (50%) | 6 (55%) | 6 (38%) | 5 (71%) | 2 (40%) | 3 (43%) | 28 (48%) | | | |
| 심하지 않음 | 1 (8%) | | 5 (31%) | - | 1 (20%) | 2 (29%) | 9 (16%) | | | |
| 병원경영을 어렵게 하는 요인 (우선순위가중점수) | | | | | | | | | | |
| 1) 낮은 의료보험수가 | 8.2 | 6.9 | 7.8 | 7.1 | 10.0 | 8.0 | 7.8 | | | |
| 2) 건물·시설·장비의 노후 | 1.9 | 2.9 | 2.9 | 3.1 | 1.0 | 2.3 | 2.5 | | | |
| 3) 낮은 진료생산성 | 2.8 | 2.4 | 2.7 | 1.4 | 2.2 | 1.1 | 2.3 | | | |
| 4) 이직·노사분규 | 1.5 | 1.9 | 2.3 | 3.1 | 1.0 | 1.7 | 2.0 | | | |
| 5) 진료비 삭감·의료사고 | 0.9 | 1.5 | 2.1 | 0.6 | 3.4 | 2.3 | 1.7 | | | |
| 6) 의사인력의 확보 | 0.9 | 2.2 | 0.3 | 1.4 | 2.4 | 1.4 | 1.3 | | | |
| 7) 좋지 않은 병원의 위치 | 0.9 | 1.3 | 0.7 | 2.0 | - | 2.3 | 1.1 | | | |
| 8) 경영관리 노하우 부족 | 0.5 | 0.8 | 1.3 | 1.1 | - | 0.9 | 0.9 | | | |
| 9) 기 타 | 2.3 | - | - | - | - | - | 0.4 | | | |
| 병원경영개선을 위한 계획 (우선순위가중점수) | | | | | | | | | | |
| 1) 우수한 의사인력 확보 | 5.0 | 4.4 | 2.1 | 4.3 | 3.2 | 2.9 | 3.6 | | | |
| 2) 의료서비스의 질 강화 | 2.8 | 2.0 | 3.9 | 4.3 | 2.0 | 5.4 | 3.4 | | | |
| 3) 병원 재건축·시설보수 | 3.8 | 2.9 | 2.4 | 4.6 | 2.0 | 1.4 | 2.9 | | | |
| 4) 비용절감 | 1.3 | 2.2 | 4.4 | 0.9 | 3.2 | 2.9 | 2.6 | | | |
| 5) 진료장비 보강 | 1.2 | 4.3 | 2.7 | 2.0 | 1.6 | 0.6 | 2.2 | | | |
| 6) 새로운 의료서비스 도입 | 1.5 | 1.5 | 2.0 | 2.9 | 2.0 | 2.6 | 2.0 | | | |
| 7) 홍보 및 마케팅 활성화 | 2.2 | 1.7 | 1.5 | 1.1 | 2.0 | 2.3 | 1.8 | | | |
| 8) 직원의 복지 증진 | 0.3 | 0.5 | 0.5 | - | 2.0 | 0.6 | 0.6 | | | |
| 9) 타 의료기관과의 협조 | 0.5 | 0.4 | 0.5 | - | 2.0 | 1.4 | 0.7 | | | |
| 10) 기타 | 1.3 | - | - | - | - | - | 0.3 | | | |

()은 지역·병원규모별 총응답건수에서 차지하는 백분율
 우선순위가중점수는 「1순위 10점, 2순위 6점, 3순위 4점」을 기준으로 판단함.

4) 병원경영개선을 위한 계획

「병원의 경영개선을 위해 계획하고 있는 방법」에 대하여, 해당 사항을 모두 표기하도록 하였을 때에는 '의료서비스의 질 강화'를 가장 많은 병원(72%)에서 응답하였으나, '비용절감 노력'(64%), '새로운 진료서비스 도입'(60%), '홍보 및 마케팅 활성화'(60%), '우수한 의료진 확보'(55%) 등의 응답도 많았다.

그러나, 우선순위가중점으로 평가하였을 때, '우수한 의사인력 확보'가 3.6점으로 가장 높았으며, 그 다음으로는 '의료서비스의 질 강화'가 3.4점, '병원 재건축·시설보수'가 2.9점, 비용절감 2.6점으로서 근소한 차이로 뒤를 이었다. 한편, '우수한 의사인력 확보'는 병상규모가 적은 병원일수록 우선순위를 높게 평가하는 경향이 뚜렷하였으며, 700병상 이상의 병원의 경우에 '의료서비스의 질 강화'를 최우선으로 평가하는 경향을 보였다.

3. QI 활동에 대한 인식와 태도

1) QI 의 개념과 활동방법에 대한 이해

QI의 개념을 구체적으로 잘 이해하고 있는지 알기 위하여 8개 항목을 선정하여 설문한 결과 '그렇지 않다' 또는 '매우 그렇지 않다'라는 응답은 없었다. 설문 자체가 QI에 대한 부정적 답변보다도 긍정적인, 즉 규범적인 답변이 이루어졌을 가능성이 있으므로, 이 연구에서는 '매우 그렇다'라고 답변한 경우의 빈도로서 QI의 개념과 활동방법에 대한 이해의 정도를 평가하였다(표 4). 그 결과 '서비스 제공과정(process)의 개선에 초점을 맞추어야 한다', 'QI 사업의 결과에 대한 보상체계가 뒷받침되어야 한다'에 대해서는 '매우 그렇다'의 응답이 상대적으로 적었다(31~33%). 특이한 점은 700병상 이상의 병원이 그리고 경영상태를 낙관적으로 평가한 병원이 그렇지 않은 병원에 비하여 '매우 그렇다'의 응답이 상대적으로 많았다.

표 4. QI의 개념과 활동방법에 대한 이해

(‘매우 그렇다’라고 응답한 분율; 단위 : %)

| 설문 문항 | 병상규모 | | | 지역 | | 경영상태 | | | 전체 |
|---|------|---------|------|------|------|------|------|------|------|
| | <500 | 500~700 | >700 | 대도시 | 중소도시 | 낙관적 | 보통 | 비관적 | |
| | n=19 | n=16 | n=23 | n=39 | n=19 | n=16 | n=26 | n=15 | n=58 |
| QI 사업은 | | | | | | | | | |
| 1) 성공적으로 수행되기 위해서 무엇보다도 병원장의 의지가 중요하다 | 63 | 44 | 70 | 53 | 64 | 81 | 58 | 40 | 60 |
| 2) 임상부서를 포함하여 전직원이 참여하여야 한다 | 58 | 31 | 65 | 53 | 54 | 75 | 38 | 53 | 53 |
| 3) 병원의 생산성 향상에 직접적인 도움이 된다 | 37 | 38 | 48 | 37 | 44 | 50 | 42 | 27 | 41 |
| 4) 지속적으로 이루어져야 한다. | 47 | 38 | 52 | 37 | 51 | 63 | 42 | 33 | 47 |
| 5) 서비스 제공과정(process)의 개선에 초점을 맞추어야 한다. | 26 | 25 | 39 | 26 | 33 | 38 | 31 | 20 | 31 |
| 6) 고객지향적이어야 한다. | 53 | 31 | 35 | 37 | 41 | 50 | 35 | 33 | 40 |
| 7) 활성화되기 위해서 QI 사업의 결과에 대한 보상체계가 뒷받침되어야 한다. | 21 | 31 | 43 | 37 | 31 | 50 | 27 | 27 | 33 |
| 8) 조직이 생존하기 위해서 필수적으로 수행하여야 한다. | 37 | 25 | 61 | 47 | 41 | 50 | 42 | 33 | 43 |

표 5. QI 사업을 도입한(또는 도입할) 이유

| 설문 문항 | 응답건수* |
|---------------------------------|----------|
| 환자(고객)만족도를 높이기 위해서 | 52 (46%) |
| 더 나은 진료를 제공하기 위해서 | 38 (33%) |
| 병원 재무성과의 향상을 위해서 | 12 (11%) |
| 다른 의료기관과의 경쟁관계에서 유리한 위치에 서기 위해서 | 4 (4%) |
| 의료서비스 평가, 표준화심사와 같은 제도적 요구 때문에 | 8 (7%) |
| 외부 자문기관이 권유해서 | - |

* 해당 사항을 모두 표기하도록 하였음

2) QI 사업 도입 이유

QI 사업을 도입한(또는 도입할) 이유로 ‘환자(고객) 만족도를 높이기 위해서’와 ‘더 나은 진료를 제공하기 위해서’가 전체의 79%를 차지하였다(표 5). 반면, 병원 재무성과나, 경쟁우위 등의 이유로 QI 사업을 도입한(또는 도입할) 경우는 각각 11%, 4%로 상대적으로 낮은 응답율을 보였다.

3) QI 사업에 대한 향후 계획

현재 QI 전담 부서 또는 전담 인력이 있는 46개 병원을 대상으로 향후 QI 사업을 어떻게 할 계획을 가지고 있는지 설문한 결과 28개 병원이 ‘현재의 QI 사업을 활발히 추진하겠다’, 13개 병원은 ‘새로운 QI 사업을 추진하겠다’고 응답하였다(표 6). 특이한 점은

「(A)에서 QI의 개념과 활동방법에 대한 이해」의 8개 문항에 대하여 ‘매우 그렇다’라고 응답하는 경우가 68%, (B)에서는 46%인 반면, (C)에서는 3%에 불과하였다. 이는 QI 개념과 활동방법에 대한 이해의 정도가 높을수록 QI 사업을 앞으로 보다 활발하게 수행할 계획을 가지고 있음을 보여준다.

4. QI 결과에 대한 인식

1) QI 성과

QI 전담 부서 또는 전담 인력이 있는 46개 병원을 대상으로 「QI 활동 이후에 ‘의료서비스 질의 개선’ 등 6개 항목이 어떻게 변화되었는가」의 설문에 대한 결과는 표 7과 같다. 6개 항목 모두에서 긍정적 변화(‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’)가 있었다고 응답한 병원

표 6. QI 사업에 대한 향후 계획

| 설문 문항 | 응답건수(n=46) | QI 이해도* |
|----------------------------|------------|---------|
| (A)새로운 QI 사업을 추진하겠다 | 13 (28%) | 68% |
| (B)현재의 QI 사업을 활발히 추진하겠다 | 28 (61%) | 46% |
| (C)현재의 사업을 유지하겠다 | 4 (9%) | 3% |
| (D)지속적으로 계속 추진할 지는 잘 모르겠다. | 1 (2%) | n/a† |

* 「QI의 개념과 활동방법에 대한 이해」의 8개 문항에 대하여 ‘매우 그렇다’라고 응답한 비율

† 응답건수가 1건밖에 없어서 기술하지 않음

표 7. QI 사업 성과

(단위 : 응답건수)

| 설문 문항 | 매우 그렇다 | 그렇다 | 그렇지 않다 | 매우 그렇지 않다 | 계 |
|---|--------|---------|---------|-----------|----------|
| QI 활동 이후 | | | | | |
| 1) 의료서비스 질이 개선되었다. | 6(13%) | 31(67%) | 8(17%) | 1(2%) | 46(100%) |
| 2) 환자만족도가 향상되었다. | 5(11%) | 32(71%) | 7(16%) | 1(2%) | 45(100%) |
| 3) 업무의 효율성이 향상되었다. | 5(11%) | 27(59%) | 13(28%) | 1(2%) | 46(100%) |
| 4) 조직문화(조직원들간 원활한 업무조정, 협력 체계 향상 등)가 향상되었다. | 1(2%) | 29(66%) | 12(27%) | 2(5%) | 44(100%) |
| 5) 환자수가 증가하였다. | 1(2%) | 19(42%) | 23(51%) | 2(4%) | 45(100%) |
| 6) 재무성과가 향상되었다. | 1(2%) | 18(41%) | 21(48%) | 4(9%) | 44(100%) |

은 16개 병원이었던 반면, 긍정적 변화가 전혀 없었던 병원은 4개 병원이었다. 한편, 항목별로 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’의 비중을 보면, 전체 조사대상자의 약 82%가 QI 사업을 통하여 고객만족도가 향상되었다고 응답하였으며, 의료서비스 질이 개선되었다고 응답한 경우는 약 80%를 차지하였다. 반면, 재무성과가 향상되었다고 응답한 병원은 43%, 환자수가 증가하였다고 응답한 병원장은 44%로, QI 활동이 재무성과와 환자수 증가에는 크게 기여하지 못한 것으로 조사되었다.

2) QI의 성패 요인

일반적으로 QI의 성패 요인으로 알려진 항목에 대하여 해당 병원들이 얼마나 이에 해당되는지를 알기 위하여 설문한 결과는 표 8과 같다. 앞의 ‘QI 성과에 대한 설문’에서 5개 이상의 항목에서 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’라고 응답한 병원(18개)을 S병원으로 분류하고, 2개 이하의 항목에서만 ‘매우 그렇다’ 또는 ‘그렇다’라고 응답한 병원(12개)을 F병원으로 분류하였을 때, QI의 성공요인으로 제시된 12개 항목 중에서 11개 항목에서 S병원이 F병원보다 평균점수가 높았다. 한편, 2개의 실패요인에서는 S병원이 F병

원보다 평균점수가 낮았다. 특히 성공요인으로서 ‘QI 사업의 중요성에 대한 병원장 및 직원의 인식’, ‘가족적이고 참여적인 조직문화’, ‘부서간 의사소통’이, 실패요인으로서 ‘예산의 부족’ 등이 두드러진 차이를 보였다.

IV. 고찰

본 연구는 우리 나라의 병원장들이 QI 사업에 대하여 어떠한 인식과 태도를 가지고 있는지를 알기 위하여 수행되었다. QI 사업이 활성화되기 위해서는 의료진과 직원의 적극적인 참여와 지속적인 사업 수행도 중요하지만, 병원장 등 최고경영자의 인식이 성공의 주요 요인으로 알려져 있다(7, 8).

경영상태와 경쟁정도에 대한 병원장의 인식은 병원이 위치한 지역과 병상규모에 따라 약간의 차이를 보였다. 경영상태에 대해서 대도시 병원이 중소도시(군 지역 포함) 병원보다는 경영상태를 낙관적으로 생각하는 인식이 적었고, 경쟁정도에 있어서는 비슷한 병상규모와 서로 비교할 때, 대도시 병원들이 상대적으로 지역내 경쟁정도가 심하다는 응답이 많았다. 이러한 결과는 병원의 분포가 경쟁이 치열한 대도시에 편

표 8. QI의 성패 요인

| 설 문 문 항 | S병원 (n=18) | F병원 (n=12) | S병원과 F병원 의 차이 |
|-----------------------------|---------------|---------------|------------------|
| 성공 요인 | | | |
| 최고 경영자의 적극적인 지원 | 8.61 | 7.71 | 0.90 |
| 의사 및 임상부서의 적극적인 참여 | 7.08 | 7.08 | 0.00 |
| QI 사업의 중요성에 대한 병원장 및 직원의 인식 | 8.89 | 6.67 | 2.22 |
| 고객지향적 사고 | 8.75 | 7.92 | 0.83 |
| 체계적인 자료수집과 QI 기법 | 7.36 | 7.05 | 0.32 |
| 지속적인 질 향상 노력 | 8.06 | 7.92 | 0.14 |
| 가족적이고 참여적인 조직문화 | 8.83 | 6.67 | 1.67 |
| 도전적이고 진취적인 경영스타일 | 7.78 | 6.88 | 0.90 |
| 질 향상 사업에 대한 평가와 보상체계 | 6.39 | 5.83 | 0.56 |
| 조직의 경영전략과 부합되는 QI 목표 | 7.64 | 6.03 | 1.60 |
| 부서간 의사소통(지원 및 협조체계) | 7.92 | 6.04 | 1.88 |
| QI 담당자의 사업능력 | 7.79 | 6.88 | 0.92 |
| 실패요인 | | | |
| 예산의 부족 | 5.23 | 5.23 | -2.03 |
| 추가적 업무부담에 대한 불만 | 3.19 | 3.19 | -1.32 |

S 병원 : QI의 결과(성패)에 대한 인식에서 5개 이상의 항목에서 긍정적인 변화가 있었던 병원
 F 병원 : QI의 결과(성패)에 대한 인식에서 2개 이하의 항목에서 긍정적인 변화가 있었던 병원
 주) S병원과 F병원의 점수는 '매우 그렇다' 10점, '그렇다' 7.5점, '보통' 5점, '그렇지 않다' 2.5점, '매우 그렇지 않다' 0점을 기준으로 판단함

제되어 있기 때문에 상대적으로 농어촌 지역에 가까운 병원들이 경쟁이 덜할 것이라는 이유로 생각해볼 수 있다.

병원경영을 어렵게 하는 요인으로는 대부분의 병원에서 '낮은 의료보험수가'를 지적하였는데, 의료보험이 도입된 이래로 계속 문제시되어왔던 수가의 문제가 아직도 만족할 만한 수준으로 개선되지 못한 것으로 평가된 것으로 보인다. '낮은 의료보험수가' 이외에 '건물·시설·장비의 낙후', '낮은 진료생산성', '의사의 확보' 등 외적요인들을 병원경영의 어려운 점으로 지적하였는데, 병원장의 내적 요인이라고 할 수 있는 '경영관리 노하우 부족'을 우선하여 지적한 응답자는

가장 적었다.

병원경영개선을 위한 방법으로 해당 사항에 모두 표시하도록 요청하였을 때에는 '의료서비스 질 강화'를 가장 많은 빈도로 응답하였으나, 이를 중요하다고 생각하는 순서대로 3가지를 선택하도록 요청하였을 때에는 '우수한 의료진 확보'가 최우선 순위로 계획하고 있었다. 다만 700병상 이상의 병원장들은 '의료서비스 질 강화'를 최우선 순위로 계획하고 있었는데, 이렇게 병상 규모별로 다른 결과를 보인 이유는 대형 병원들은 이미 시설 및 인력에 대한 투자가 어느 정도 완료된 반면, 중소병원들은 대형병원과 경쟁하기 위하여 시설 및 인력에 대한 투자를 적극 고려하고

있기 때문으로 생각된다. 따라서 규모가 작은 병원에서는 의료서비스 질 강화가 상대적으로 우선순위에서 밀리고 있다고 판단할 수 있다.

병원장들이 QI 사업에 대하여 얼마나 잘 이해하고 있는가를 알기 위하여 QI 사업의 핵심개념을 제시하고 이에 대하여 '그렇지 않다'라는 응답은 1건도 없었다. 물론 병원장들이 QI 개념을 잘 이해하고 있다고 해석할 수도 있으나, 설문 응답시 부정적인 답변을 회피하려는 경향에 의한 것을 배제할 수는 없었으므로, 이 연구에서는 '매우 그렇다'의 빈도와 '그렇다·보통'의 빈도를 비교함으로써 QI 개념중에서 어떠한 것을 잘 이해하지 못하고 있는지 분석하였다. 그 결과 병원장의 의지가 성공의 관건이 된다는 점에 대해서는 '매우 그렇다'라는 응답이 가장 많았다. 그러나 이 결과 또한 설문의 의도를 염두한 왜곡된 답변일 가능성도 배제할 수 없다. 반면, QI 사업에 대한 보상체계가 뒷받침되어야 한다는 점이나 제공과정(process)에 초점을 두어야 한다는 점, 고객지향적이어야 한다는 점, 병원의 생산성 향상에 도움이 된다는 점에 있어서는 상대적으로 '매우 그렇다'의 응답을 주저하고 있었는데, 이는 병원장들이 QI의 주요 개념에 대하여 보다 정확히 이해하도록 좀더 노력해야 함을 시사한다. 한편, 700병상 이상의 병원에서 '매우 그렇다'의 응답이 상대적으로 많았는데, 대형병원을 경영하는 병원장들이 상대적으로 QI의 개념을 보다 더 잘 인식하고 있음을 유추하여 판단할 수 있었다. 그리고 병원경영상태를 낙관적으로 인식하고 있는 병원장은 그렇지 않은 병원장에 비하여 QI의 개념을 좀 더 잘 이해하고 있는 결과를 보였는데, 이러한 결과가 어떠한 혼란변수에 의한 것인지, 아니면 직접적인 인과관계가 있는 것인지는 이 연구에서 알 수 없었다.

QI 사업을 도입한(또는 도입할) 이유는 '환자(고객) 만족도를 높이기 위해서'라는 답변(46%)이 '더 나은 진료를 제공하기 위해서'라는 답변(33%)보다 더 많았으며, 병원 재무성과나, 경쟁우위 등의 이유는 상대적

으로 적었다. 이는 기존의 연구와는 변화된 결과라고 할 수 있는데, 병원 종사자들을 대상으로 수행된 황정해 등(1996)의 연구결과 최고 수준의 의료제공, 의료자원의 효율적 이용을 의료 질 관리의 개념으로 이해하고 있었고(3), 대학병원의 일부 의사들을 대상으로 한 이상일(1998)의 연구에서는 더 나은 의료제공이 우선하였고, 그 다음이 환자만족도 증진이었다(2).

현재의 QI 사업을 향후 어떻게 할 것인가에 대한 설문에서 전체의 67%가 보다 활발히 추진하겠다고 답하였고, 나머지 33%는 현 상태를 유지하는 것으로 응답하였다. 특이한 점은 QI 사업에 대하여 적극적인 태도의 수준과 앞서서 QI 개념에 대한 설문에서 '매우 그렇다'라고 응답하는 비율이 상관성이 있었다는 점이다. 이 결과는 향후 QI 사업이 보다 더 활성화되기 위해서는 병원장들이 QI의 개념을 제대로 이해하도록 하는 것이 선행되어야 함을 의미한다.

QI 사업을 수행한 이후에 어떠한 결과가 있었는가에 대한 질문에서 의료서비스의 질이나, 환자만족도, 업무의 효율성, 조직문화의 향상 등은 긍정적인 변화가 있었다고 응답한 반면, 환자수의 증가나 재무성과에 대해서는 긍정적인 변화가 없었다는 응답이 많았다. 이러한 결과는 병원장들이 QI 사업을 통해 서비스 개선이나 이로 인한 고객만족도가 향상된 것에 대해선 높게 평가하고 있으나, 환자수 증가나 재무성향과 같은 조직성과에 대해선 상대적으로 높지 않은 평가를 내리고 있음을 의미한다. 이는 경영성과에 대한 병원장의 유보적인 평가가 결과적으로 QI 사업에 대한 적극적 투자를 주저하게 하는 원인이 될 수 있음을 시사해주고 있다. 따라서 QI 사업에 대한 병원장의 적극적인 의지를 확보하기 위해선 QI 사업을 가시적 조직 성과와 연계하려는 노력을 집중하여야 하며, 중장기적으로 QI 사업이 조직성과에 기여할 수 있음을 병원장에게 적극적으로 설득할 필요가 있다고 판단된다.

QI 사업에서 성과가 많았던 병원(S병원)은 성과가

적었던 병원(F병원)에 비하여 성공요인을 더 많이 가지고 있었고, 실패요인은 적게 가지고 있는 것으로 분석되었다. 물론 이러한 결과는 객관적인 평가도구로 실제 조사된 것이 아니라 병원장의 인식을 설문조사한 것이기 때문에 타당성의 문제가 제기될 수 있으며, 설문에서 고려되지 못한 병원의 인력·시설 등이 영향을 주었을 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 성과가 많았던 병원과 성과가 적었던 병원사이에서 실패요인의 해당여부에서 일관된 차이를 보인 것은, 결국 이들 항목이 기존의 연구(12, 13, 14)에서 제시된 바와 같이 QI 성과를 가름하는 주요 요인이라는 점을 말해준다.

이 연구의 제한점은 다음과 같이 몇 가지 지적될 수 있다.

첫째, 조사대상자들의 무응답에 의한 선택편견이 있을 수 있다. 전체 108개 병원(400명상 이상으로서 표준화심사의 대상이 되는 병원) 중에서 54%만이 응답하였기 때문에, 이들 병원들이 QI에 대해서 어느 정도 잘 인식하고 있고 어떠한 태도를 가지고 있는지 알 수가 없었다. 응답을 하지 않은 병원장의 경우에 QI에 대하여 충분한 인식을 가지지 못하거나, QI에 대해서 부정적인 태도를 가지고 있을 가능성이 더 많을 것으로 추측된다.

둘째, 이 연구는 400명상 이상으로서 표준화심사의 대상이 되는 병원을 대상으로 하였기 때문에, 연구결과를 우리나라 전체 병원장들의 QI에 대한 인식과 태도라고 일반화할 수 없다.

셋째, 설문조사 자체가 응답에 영향을 주었음을 배제할 수 없다. QI에 대한 설문자체가 QI에 대한 부정적 답변보다도 긍정적인, 즉 규범적인 답변이 이루어졌을 가능성이 있다.

넷째, 연구에서 사용된 설문항목과 선택하도록 제시된 예가 QI의 복합적인 개념을 충분히 반영하고 있는지에 대한 검증이 충분하지 못하였기 때문에, 설문의 내적 타당성에 제한점이 있을 수 있다.

다섯째, 이 연구에서는 병원장의 특성을 고려하지

못하였다. 병원장의 QI 인식과 태도의 수준에 영향을 미치는 중요한 요인 중의 하나가 병원장의 개인적 특성이라는 점을 배제하지는 못할 것이다. 그러나 이 연구는 병원장의 QI에 대한 인식과 태도의 수준에 영향을 주는 요인을 알고자 함이 아니라, QI에 대한 병원장의 인식과 태도 그 자체를 파악하고자 함이 주목적이었기 때문에 설문조사에서 병원장의 특성에 관한 것을 배제하였다. 그러나 향후 QI 활동에 대한 병원장의 인식수준을 보다 심도있게 분석하기 위해서는 병원장의 일반적 특성들을 고려한 연구가 수행되어야 한다고 판단된다.

V. 결 론

이 연구는 병원장이 의료 질향상 활동에 대하여 어떠한 인식과 태도를 가지고 있는지 알기 위하여 수행되었다. 이 연구를 통하여 우리나라의 병원장들은 (1) 비교적 QI 사업에 대한 인식이 높고 태도가 긍정적이지만 (2) QI 사업의 우선순위(priority)가 다른 사업들에 비하여 높지는 않고 (2) '고객지향적 업무 추진', '업무성취도에 대한 인식' 및 '포상의 중요성' 등 실제적인 QI 세부 개념에 대하여서는 충분히 이해하지 못하고 있다는 사실을 알 수 있었다.

참고문헌

1. 대한예방의학회 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 서울; 계축문화사, 2001:636-637
2. 이상일. 대학병원 질 향상 관련 위원회 소속 의사들의 의료 질 관리 활동에 대한 인식 및 태도. 한국 의료QA학회지 1998; 5(1):76-91
3. 황정해, 조성현, 김창엽, 서정돈, 한만청, 이정예. 의료 질 관리 활동에 대한 병원종사자들의 태도와 인식. 한국의료QA학회지 1996;3(2): 86-97
4. 유승흠. 양질의 의료관리. 서울; 수문사, 1993:

- 17-28
5. 권영대. 일부 대학병원 의료질관리위원 의사들의 의료의 질 관리에 대한 태도에 관한 연구. 서울대학교 의학석사 학위논문. 1991
 6. 광경덕. QA활동의 작은 경험. 한국의료QA학회 1995;2(2):14-18
 7. Tonneau. Management tools and organization as key factors towards quality care : reflections from expectation. *Int J for Quality in Health Care* 1997;9(3):201-205
 8. Hardison CB. Readiness, Action, and Resolve for change: Do Health Care Leaders have What it takes?. *Quality Management in Health Care* 1998;6(2):44-51
 9. 대한병원협회. 병원협회명부
 10. Deming WE. *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Science. 1986
 11. Juran JM. *Juran on planning for quality*. New York Press. 1988
 12. Chan YL. Continuous quality improvement: a survey of American and Canadian Healthcare executives. *Hospital and Health Services Administration* 1997;42(4):535-544
 13. Parker VA, Wubbenhorst WH, Young GJ, Dessi KR, Charns MP. Implementing quality improvement in hospitals: the role of leadership and culture. *American Journal of Medical Quality*. 1999;14(1):64-69
 14. Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EFX, Boerstler H, O'Connor EJ. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research* 1995;30(2): 377-401