

협력병원간 협력내용과 성과의 영향요인에 대한 탐색적 연구

김 광 점^{1)*}, 김 인 수²⁾

가톨릭대학교 의료경영대학원¹⁾, 고려대학교 경영대학²⁾

<Abstract>

An Exploratory Study of Cooperative Relationship and Influencing Factors of Cooperating Performance in Interhospital Cooperative Relationship

Kwangjum Kim¹⁾, Linsu Kim²⁾

Graduate School of Healthcare Management & Policy, The Catholic University of Korea¹⁾

College of Business Administration, Korea University²⁾

Many tertiary hospitals have started to establish cooperative relationships with small and medium sized hospitals in Korea. But the performance of the relationship is not satisfactory to both of partners. The relationship and performance of cooperation for small and medium sized hospitals are analyzed according to the framework of inter-organizational cooperation.

Data are collected by 4 focal hospital and 34 small and medium sized hospitals through interview and questionnaire.

The findings are : a) The cooperation is focused on management area, such as healthcare technology transfer and information sharing, rather than patient referral. b) Patient referral is not yet active in cooperative relationship. But some partner hospitals which is located close and managing internal organization for cooperation show a significant number of referrals. c) The characteristics of high performers are positive

* 교신저자 : 김광점(02-590-2655, aslankim@hanmail.net)

attitude about cooperation, and recognition of the relationship as flexible, experiences of cooperation, internal and external management activities.

Key Words : inter-hospital cooperation, patient referral, performance of cooperation

I. 서 론

의료기관마다 처리할 수 있는 질병의 내용 및 난이도 수준에는 차이가 있다. 이러한 차이는 병원에서 제공하는 서비스 영역과 서비스 제공능력의 차이에서 발생한다. 의료기관마다 모든 질병에 대해서 모든 서비스를 제공할 능력을 갖추는 것은 비용 효과적이지 못하다. 각급 의료기관별로 자신이 제공할 수 있는 수준의 환자에 대해서 적절한 수준의 서비스를 제공하고, 자신의 서비스 영역을 벗어나는 환자는 더 적절한 다른 의료기관으로 이송하는 것이 바람직하다.

이를 위하여 정부에서는 의료보험제도를 도입하면서 1차-2차-3차 의료기관을 구분하고 진료의뢰서를 통하여 의료전달이 이루어지도록 하였다. 그러나 우리나라의 병원에서는 고도의 중증 환자의 진료와 의료교육을 담당하도록 하고 있는 종합전문요양기관인 3차 의료기관으로 모든 수준의 환자가 집중되는 현상이 나타나 왔으며, 이에 대한 문제점이 전문가들이나 언론에서 수차례에 걸쳐서 지적되어 왔다. 그 결과, 3차 의료기관의 전문인력 및 시설과 장비가 낮은 수준의 환자를 돌보는 데 사용되는 비효율이 발생하고, 중소병원은 환자가 부족하여 경영상태가 악화되고, 이로 인하여 시설과 인력을 확보하지 못하여 낙후도가 더욱 심화되는 악순환이 발생하고 있다.

정부에서는 수가제도 등의 개편을 통하여 의료전달체계의 확립을 위한 많은 노력을 기울여 왔는데, 이는 의료전달체계의 확립이 국민의료비의 절감에 도움이 된다고 판단했기 때문이다. 서비스 제공에 따른 재정적인 부담을 보험자에서 서비스 제공자로 이전하게 하는 포괄수가제도의 도입 등이 그 예이다.

이와 같은 환경변화에 병원이 적응하기 위해서는 병원간 협력이 필수적인 것으로 판단된다(윤경일 외, 1999). 90년대 중반부터 종합전문요양기관 중 몇 개 병원이 자발적으로 인근 및 원거리 중소병원과 협력병원체계를 구축하기 시작하였다. 삼성서울병원, 서울중앙병원, 신촌세브란스병원, 가톨릭중앙의료원, 한림대부속병원, 길병원, 이대목동병원 등 여러 대형병원에서 경쟁적으로 협력병원 네트워크를 추진하고 있다.

이 연구에서는 최근 대두하고 있는 협력병원 관계 구축의 초기 현상을 관찰하여 협력의

내용과 그 성과를 탐색적으로 고찰함으로써 향후 협력병원 관계에 참여하고자 하는 병원에
게 관리적 지침을 제시하고자 한다.

II. 연구의 개념적 틀

조직간 협력에 대한 관심은 1960년대 시작되어 한동안 관심 밖에 있다가 최근 전략적 제
휴, 네트워크 형성, 시장과 조직의 상호침투 등의 형태로 다시 많은 관심을 끌고 있다. 조직
간 협력에 대한 이론적 접근은 거래비용이론, 사회적 상호작용이론, 전략적 제휴 이론 등 다
양한 형태를 띠고 있다.

거래비용이론¹⁾은 산출물에 대한 불확실성이 포함되어 있는 거래와 거래특유적인 투자가
크게 요구되는 거래는 시장을 통해서 거래되기에는 거래비용이 너무 크게 때문에 위계적으
로 조직되는 경향이 있다고 주장하며, 그 이유로는 제한된 합리성, 소수성, 기회주의적 행동
경향 등을 제시한다.

사회적 상호작용을 강조하는 연구는 경제적 거래도 사회적 관계의 영향 속에서 이루어진
다는 사회적 자리매김(social embeddedness)과 지속적 상호작용을 통해서 형성되는 쌍방간
신뢰를 강조한다. 거래비용이론에서 거래비용이 커지는 근본적 이유로 지적하는 상호신뢰의
부족 문제를, 상호작용이론에서는 사회적 자리매김과 지속적 상호작용 과정에서 형성되는 신
뢰가 해소할 수 있다고 보는 것이다(Jarillo, 1988; Heide와 Miner, 1992; Parkhe, 1993;
Gulati, 1995).

한편, 전략적 제휴이론에서는 개별조직으로는 달성할 수 없는 전략적 목적의 달성을 위하
여 형성되는 전략적 제휴를 통해서 각 조직은 자율성을 유지하면서, 동시에 환경의 변화에
대응할 수 있는 유연성을 확보할 수 있다고 제시한다. 제휴를 통해서 위험과 비용을 분산하
고, 지식과 능력을 공유 및 배양할 수 있음을 지적한다(Luke와 Begun, 1989; Zuckerman 등,
1995; Koza와 Lewin, 1998).

협력병원 관계는 매우 느슨한 협력구조이고 환자의 이송과 회송이 기존에 비체계적으로
이루어지던 것을 특정한 병원 사이에 체계적으로 이루어지도록 한 것으로 볼 수 있다. 협력
병원 관계가 구축되기 전에도 중소병원에서 치료하는 것이 곤란한 환자에 대해서는 종합전
문요양기관으로의 이송이 이루어지고 있었다. 환자의 이송은 중소병원 인근에 있는 대학병원
으로 이루어지는 것이 일반적이었으며, 환자들이 수도권에 있는 대형병원을 이용하고자 할
경우에는 진료의뢰서를 통한 의뢰가 이루어지고 있었다. 이 과정은 학연 등 개인적인 친분관

1 거래비용이론에 대해서는 Milgrom P, Roberts J. Economics, Organization and Management, Prentice-Hall,
1992; 28-32를 참고.

계를 중심으로 이루어졌으며, 대형의료기관을 이용하고자 하는 환자는 오랜 대기시간으로 인하여 많은 불편을 겪어야 했다. 최근 구축되고 있는 협력병원 관계는 이러한 이송 및 회송을 보다 체계화하는 의미를 지닌다. 다음으로 고려할 점은 협력병원 관계는 환자의 의뢰와 회송을 주된 협력영역으로 하면서, 경영 및 진료 측면에서 다양한 분야의 협력을 피하고 있기 때문에 목표가 복합적이라는 점이다. 셋째, 협력병원 관계 안에서 이루어지는 조직간 협력은 갈등이 심하지 않다. 기회주의적인 행동을 통해서 얻을 수 있는 이익도 거의 없으며, 두 병원 사이의 관계에만 적용 가능한 투자도 거의 없다.

이러한 점을 고려하여 본 연구에서는 조직간 협력관계의 개념적 틀을 협력병원관계에 맞게 수정하였다. 즉, 본 연구에서는 조직간 협력 및 제휴의 성과에 영향을 미치는 것으로 기존 연구문헌에서 제시되고 있는 변수들을 종합적으로 고려하는 한편, 기존 연구문헌에서는 다루어지지 않은 협력관계의 관리활동변수를 추가하여 협력의 성과와의 관련성을 살펴보고자 하였다.

이 연구에서는 동일한 협력병원 관계 안에 속해 있더라도 중소병원마다 관계의 특성이 다른 것으로 본다(Nootboom 등, 1997). 이는 협력병원 관계 안에서 이루어지는 협력관계가 중심병원과 개별 중소병원 쌍방간에 이루어지는 것이기 때문이다. 협력의 내용에 따라서 협력의 관계를 안정화시키기 위한 지배구조를 선정하는 것이 일반적이나, 협력병원 관계에서는 기회주의가 작용할 여지가 적으므로, 지배구조를 설정하기보다는 일반적 협력의 내용과 조건을 규정하는 협약을 체결한다. 그러므로 협력병원 관계에서는 협력의 내용과 지배구조 사이의 관계는 큰 의미가 없을 것이다. 그러나 협력병원 관계 안에서도 중심병원과 중소병원 사이의 관계의 질적 수준은 차이가 있을 것이다.

협력병원 관계에서는 기회주의가 작용할 여지가 매우 작으므로 기회주의를 변수로 도입하는 것은 타당하지 않다. 그러나 중소병원 관계자와 중심병원의 관계자를 면담한 결과에 의하면 협력병원 관계에 대한 중심병원의 태도에 차이가 있고, 이들이 중소병원의 행동에 영향을 미치므로 중심병원의 태도를 협력 관계의 질에 영향을 미치는 변수로 고려할 필요가 있다. 협력능력과 관리활동은 이론적으로 연구의 필요성이 제기되고 있으나, 아직 실증연구에서 다루어지지 않고 있다(Gulati, 1998; Madhok와 Tallman 1998). 본 연구는 앞서 살펴본 이론적 내용과 병원간 협력에 대한 귀납적인 관찰을 통하여 협력능력은 협력에 필요한 조직내부의 변화를 유도해내는 능력을 의미하는 조직화능력(Oliver, 1997)과 협력의 경험으로 구성되는 것으로 보았다. 그리고 관리활동은 중심병원으로부터 필요한 능력과 정보를 획득하려는 노력을 의미하는 학습활동, 관계를 유지 내지 변화시키는 활동을 의미하는 외부 관리활동, 중심병원과의 협력을 촉진하기 위한 내부조직 변화 또는 방해가 되는 요인을 제거하기 위한 내부조직 변화를 의미하는 내부 관리활동으로 구성되는 것으로 보았다. 외부 관리활동은 상

대방과 공유하는 기반지식을 넓히고, 상호작용루틴을 개발하는 활동을 의미하며(Oliver, 1997), 내부 관리활동은 효과적 관계형성을 통한 성과증진을 위하여 내부 조직과 시스템을 변화시키는 활동을 의미한다. 학습 활동은 상대방으로부터 지식을 흡수하기 위한 활동으로 정의하였다.

조직간 협력의 성과는 매우 다양한 형태로 제시할 수 있지만, 기존 사업 영역에서 성과를 제고하는 것과 새로운 능력의 학습으로 크게 구분할 수 있다. 조직간 협력에 대한 실증연구에서 성과를 측정하는 데서 보통 경영성과의 측정에 사용되는 재무성과는 타당하지 않은 것으로 주장되어 왔다. 이는 보통 조직간 협력이 추구하는 목표가 단기적인 재무 성과보다는 매우 복합적인 효과성으로 구성되기 때문이다. 단기적인 효율성의 추구가 아니라 장기적인 효과성의 증진이 조직간 제휴 내지 협력의 목적이라는 견해를 따르게 될 경우, 협력의 성과를 측정할 때에는 계량적인 지표를 사용하기보다는 주관적인 측정을 활용할 수밖에 없다. 협력병원 관계를 통하여 추구하는 주된 목표는 원활한 환자의 의뢰와 회송을 통한 환자의 효과적인 치료 및 이에 대한 평판을 통한 환자유인력의 제고에 있다. 그러나 이뿐 아니라 협력병원 네트워크에 참여한 중소병원들은 중심병원을 통하여 진료능력과 경영능력을 제고하고자 하는 목표도 지니고 있다. 이러한 목표는 Human과 Provan(1996)의 탐색적 연구에서 밝혀진 거래적인 성과(transactional outcomes)와 변형적인 성과(transformational outcomes)와 대응한다.

본 연구는 이처럼 각 이론에서 제시하고 있는 변수가 병원 간 협력의 성과에 따라서 차이가 있는지를 파악하고자 한다. 즉, 이들 변수가 종속변수인 협력의 성과에 미치는 영향을 인과적인 모델을 통하여 검증하는 것이 아니라, 협력의 성과를 좋게 인식하는 집단과 그렇지 못한 집단이 이러한 변수에 대해서 어떠한 차이를 나타내는지를 파악하고자 한다. 이러한 탐색적 연구결과는 향후 보다 엄밀한 가설검증 연구의 토대가 될 수 있을 것이다.

Ⅲ. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구에서 대상으로 하고 있는 주요한 협력병원의 현황은 다음 <표1>과 같다.

<표 1> 협력병원 현황

	삼성서울병원	서울중앙병원	신촌세브란스병원	가톨릭중앙의료원
협 력 병 원 수	44개	17개	25개	의 료 원 : 13개, 성모병원 : 14개, 강남성모병원 : 8개
구축시기	1997	1998	2000	2000
특 성	지역별 거점병원, 전문병원	인근 및 지방소재 거점병원	서울의 서북부 지역 소재 중소병원	의료원 : 전국적, 자매병원 산하병원 : 지역인근, 협력병원

주 : 2000년 8월 현재

여러 대형병원에서 협력병원 관계를 추진하고 있으나, 가장 먼저 시작하였고 활발하게 움직이고 있는 대표적인 사례로서 삼성서울병원, 서울중앙병원, 신촌세브란스병원, 가톨릭중앙의료원을 중심으로 구축되고 있는 협력병원 관계를 조사하였다. 이처럼 몇 개 병원의 협력병원 사례로 한정하여 조사한 것은, 우리나라에서 형성되고 있는 협력병원 관계가 아직 정착되지 않았기 때문에, 협력의 양상을 비교적 뚜렷하게 나타내고 있는 사례를 선택하여 조사함으로써 그 특성을 명확히 파악하려고 하였기 때문이다.

2002년 8월 현재 공식적으로 협력관계를 맺은 병원은 전체적으로 100여개에 달한다. 협력의 성과에 대한 평가를 위하여 적어도 1년 이상 관계가 지속된 병원을 대상으로 삼고자 하였다. 2000년 8월 기준으로 적어도 1년 이상 관계가 지속된 병원과 중심병원 관계자가 실질적인 협력이 이루어지는 것으로 지적한 병원에 대하여는 1년이 지나지 않은 경우에도 조사 대상에 포함하였다. 그 결과는 41개의 병원이 선정되었다. 이들 전수를 대상으로 하여 조사를 진행하고자 하였다.

조사대상 병원 중 조사에 응한 병원의 수는 34개이다. 조사대상 병원 중 2개 병원은 중소병원 입장에서 거의 협력이 유명무실하여 응답이 불가능하다고 하여 제외하였으며, 4개 병원은 응답을 거절하여 조사하지 못하였다. 1개 병원은 재계약을 하지 않아서 협력병원 관계가 끊어졌다고 하여 조사대상에서 제외하였다. 응답병원의 분포는 다음 <표2>와 같고, 표본으로 선정된 41개 병원 중 34곳이 조사에 응하여 82.9%의 응답비율을 보였다.

<표 2> 조사대상병원의 분포

구 분	종합병원	병원	조사대상병원수	응답병원수
서울	6	2	8	5
부산	1	1	2	2
대구	1	0	1	1
인천	1	0	1	1
울산	2	0	2	2
경기	7	0	7	7
강원	2	0	2	2
충북	4	0	4	3
충남	1	0	1	1
전남	4	3	7	6
전북	0	1	1	1
경남	2	0	2	2
경북	1	0	1	0
제주	1	1	2	1
소 계	0	0	41	0

2. 연구방법

1) 자료의 수집

협력병원 관계의 중심이 되는 병원 4곳에 대해서는 협력병원 담당자와 면담을 통하여 자료를 수집하였으며, 중소병원은 면담과 설문조사를 병행하였다. 중심병원에 대한 면담은 사전 조사자료를 토대로 하여 2000년 2월에서 8월 사이에 이루어졌으며, 협력병원 관계를 추진하게 된 동기와 목표, 협력의 내용, 협력관계의 관리를 위한 활동, 병원 내부의 반응, 상대병원의 반응, 협력병원 관계의 효과 등에 대한 질문을 하였다. 그리고 2000년 9월에는 중소병원을 직접 방문하여 중심병원과의 협력관계를 담당하고 있는 관계자와 약 30분~1시간가량 면담하며, 동시에 설문조사를 실시하였다. 대상자는 병원의 원장, 사무국장, 원무과장, 총무과장 등으로 협력병원 관계를 총괄하고 있는 사람이었다. 면담은 협력의 계기와 역사, 활용상황, 협력의 성과 등의 내용을 중심으로 이루어졌다.

2) 변수의 측정

변수의 측정항목 개발을 위해서 병원간 협력을 담당하고 있는 직원과 수차례 면담하였으며, 면담결과를 토대로 하여 변수별 측정항목을 개발하였다. 개발한 측정항목은 2개 병원에 대해서 사전분석을 실시하여 문제가 되는 항목을 조정하였다. 변수의 신뢰성 분석 결과는 다음 <표3>과 같으며, 변수의 타당성은 설문항목 개발과정에서 내용타당성(face validity)이 확보된 것으로 볼 수 있어서 별도의 검증을 실시하지 않았다.

<표 3> 변수의 신뢰성 분석

항 목	측정항목수	사용항목수	Cronbach's Alpha
중심병원의 태도	개방성	5	0.8147
	호혜성	4	0.6558
경영자 태도		3	0.8141
	환경인식	3	0.7642
협력관계의 질	유연성	3	0.6869
	지속성 기대	2	0.7688
중소병원의 능력	조직능력	4	0.7386
	진료능력	7	0.6717
	협력경험	4	0.5484
협력관계 관리활동	외부관리활동	11	0.8949
	내부관리활동	7	0.8337
	학습활동	5	0.8409
협력의 성과 (주관적 성과)	경영성과 개선	8	0.8380
	사업영역 변화	3	0.6342
	능력제고	8	0.9050

IV. 연구결과

1. 협력의 목적과 협력 범위

1) 협력의 목적

대형병원이 중소병원과 협력병원 관계를 구축하려는 이유는 ① 의료전달체계의 확립에 기여한다는 측면에서 사회적 정당성(social legitimacy)의 제고, ② 환자 공급원의 확보, ③ 재원일수의 단축 등으로 요약할 수 있다. 이중 단기적으로 중요하게 부각되는 목적은 재원일수

의 단축이다. 전문적 진료가 필요한 환자만을 자신들이 진료하고 그 단계가 종결된 환자는 조기 퇴원시킴으로써 자원의 효율적 활용을 꾀하는 것이다.

한편, 중소병원들이 협력병원 관계에 참여하는 것은 환자들이 선호하는 대형병원과 협력관계를 맺어서 대외적인 이미지를 제고하여 환자를 유치하고, 중심병원에서 진료가 종결된 환자를 유치하여 유희병상을 활용하는 데 목적이 있다. 이외에 다른 성과로 각종 경영협력 서비스를 통하여 경영능력 및 진료능력을 축적하는 것도 기대하고 있다.

전략적 제휴의 목적을 ①새로운 사업기회의 개척이나 기술의 습득과 같은 탐색(exploration) 제휴와 ②기존의 자원을 더 효율적으로 활용하기 위한 활용(exploitation) 제휴로 구분할 때(Koza & Lewin, 1998), 중심병원의 입장에서는 중소병원의 입장에서 모두 탐색 제휴보다는 기존의 자원을 더 효율적으로 활용하기 위한 활용 제휴를 우선적인 목적으로 하고 있는 것으로 보인다.

그러나 중소병원의 입장에서 볼 때는 중심병원과의 협력을 통해서 능력을 제고할 수 있는 기회의 확보, 즉 학습의 기회가 존재하고 있다. 중심병원에서는 자기들이 보낸 환자의 만족도 제고를 위하여 중소병원의 진료제공수준을 제어할 필요가 있고, 이 과정에서 각종 경영협력 서비스가 부수적으로 제공되기 때문이다. 그 내용을 보면, 의료정보의 제공, 경영정보의 제공, QI활동의 지원, 공동구매 등 매우 다양한 내용이 담겨 있다.

2) 협력의 범위

대형병원들이 협력병원 관계를 구축하면서 협력의 범위로 삼는 것들은 대부분 비슷하며, 크게는 환자의 의뢰와 회송 및 검사의 의뢰 등 진료를 중심으로 한 협력과 병원 경영에 관한 각종 정보의 제공 및 지원 등 경영협력으로 구분할 수 있다.

(1) 환자의 의뢰와 회송

협력병원 관계에서 가장 중요시되고 있는 협력의 내용은 환자의 의뢰와 회송관계를 체계적으로 관리하는 것이다. 그럼에도 불구하고 환자의 의뢰와 회송은 극히 몇몇 병원 간에만 활발하게 이루어지고 있다. 조사대상 병원 사이에 이루어지고 있는 환자의 의뢰와 회송 수준은 다음 <표4>에서 보는 바와 같이 병원별로 큰 차이가 있다. 의뢰환자의 경우 월평균 14.5명이며, 가장 많은 병원의 경우 월평균 57명으로 나타나고 있으나, 거의 유명무실한 수준에서 환자의 의뢰가 이루어지는 병원도 있다. 회송환자의 경우에는 편차가 더욱 심해서 월평균 13.4명의 환자가 회송되는 데, 많은 병원은 89명에 달하고 있는 것으로 나타났다.

<표 4> 환자의 의뢰·회송 현황

		활용병원수	월평균 환자수(명)
의뢰 (중소병원에서 대형병원으로)	응급환자	25 (73.5%)	Min : 1
	외래환자	25 (73.5%)	Max : 57
	입원환자	27 (79.4%)	Mean : 14.5 SD : 16.41

회송 (대형병원에서 중소병원으로)	응급환자	5 (14.7%)	Min : 1
	외래환자	18 (52.9%)	Max : 89
	입원환자	21 (61.8%)	Mean : 13.39 SD : 22.70

N=34			

중소병원에서 응급환자를 이송할 때는 시간을 단축하는 것이 무엇보다 중요하다. 따라서 아무리 협력관계에 있다고 해도 응급환자의 경우는 인근 대형병원으로 이송하게 된다. 지리적으로 협력관계에 있는 중심병원과 가까운 경우에는 협력병원으로 이송하게 되지만, 그렇지 않은 경우에는 인근에 있는 대형병원으로 보내고 있다. 원거리임에도 불구하고 협력관계에 있는 중심병원으로 이송하게 되는 경우는 질병의 중증도가 높아서 고도의 전문적 진단과 치료가 요청되는 경우에 한하여 이루어진다. 이 경우 외래진료로 검사 등을 예약하거나 입원환자로서 입원날짜를 정하는 등의 업무를 협력병원의 경우 중심병원의 진료의뢰센터에서 총괄적으로 관리하여 보다 편리한 서비스가 제공된다.

중심병원에서 중소병원으로 환자가 회송되거나 의뢰되는 경우의 움직임은 다음과 같다. 응급환자이나 중심병원에서는 수용할 여유가 없는 경우 이들을 적절한 진료서비스를 제공할 수 있는 병원으로 회송하는 것이 필요하다. 이처럼 중심병원에서 인근병원으로 응급환자를 의뢰할 경우 중심병원은 평소 확인하여 둔 협력병원의 진료제공능력의 수준에 따라서 환자를 의뢰하게 된다. 특별한 치료를 제공하지 않으면서 장기간 입원하는 환자를 중소병원으로 의뢰하여 병상의 효율적 활용을 꾀하는 경우도 있다. 중소병원은 비어있던 병상을 활용하는 것이기에 큰 부담이 없으며, 중심병원의 병상은 고도의 전문치료가 필요한 환자가 활용할 수 있게 되어 두 병원 모두에게 도움이 된다. 한편, 퇴원 후 장기적으로 투약이 필요한 환자에 대해서는 연고지 병원에 진료정보를 공개하고 어떤 약이 필요한지 알게 함으로써 환자가 중심병원까지 올 필요 없이 인근의 협력병원에서 치료를 받게 하고 있다.

(2) 경영협력

경영협력의 영역은 의사에 대한 의료정보의 제공 및 교육의 측면과 기타 병원의 경영 및 행정 측면에서의 교류로 구분할 수 있다.

조사 대상 병원 사이에서 이루어지고 있는 경영측면의 협력현황을 보면, 의사의 연수 및 파견과 관련된 협력내용을 지닌 병원은 소수에 지나지 않으며, 의료지원인력(간호사 등)과 행정인력의 교육훈련 측면의 협력기회를 활용하는 중소병원이 45% 내외인 것으로 나타났다 (<표5> 참조).

<표 5> 경영측면의 협력현황

협 력 영 역		활용병원수	활용병원의 비율(%)
의 사	의사연수	6	17.6
	단기파견	4	11.8
	채용지원	1	2.9
교육훈련	의료지원인력	15	44.1
	행정인력	16	47.1
경영협력	QA활동 지원	6	17.6
	정보시스템 지원	4	11.8
	의료장비 지원	1	2.9
	검사 지원	3	8.8
	의료정보 지원	22	64.7
	경영정보 지원	15	44.1
			N=34

그 외 경영협력의 측면에서, 의료의 질을 향상하기 위한 QA활동과 정보시스템의 구축 및 운영과 관련된 협력기회를 활용하는 병원도 일부로 나타났고, 중심병원으로부터 의료 환경의 변화에 대한 정보나 병원의 경영에 필요한 정보 등을 확보한 경험이 있는 병원이 의료정보의 경우 64.7%, 경영정보의 경우 44.1%로 나타났다. 경영협력의 내용에 대해서 영역별로 세부적인 내용을 의사와 관련된 협력과 경영정보의 교류로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

① 의사와 관련된 협력

의사를 대상으로 한 협력의 내용을 보면, 진료정보의 제공과 대형병원 보유 정보시스템을 활용한 의료정보 검색 기회의 부여, 의학 정보의 정기적인 제공, 장기연수를 통한 의료기술

의 이전 등이 이루어지고 있다. 이 중 의뢰환자에 대한 진료정보의 제공은 협력병원 네트워크 안에 들어와 있는 의사가 아닌 경우에도 가능한 경우이지만, 장기연수를 통한 의료기술의 이전 등은 협력병원 안에서만 가능하다.

환자를 의뢰하고 회송하는 과정에서 진료의 연속성이 유지되기 위해서는 의사들이 환자의 진료에 관련된 정보를 서로 긴밀하게 교류하고 의견을 교환하는 것이 필요하다. 중소병원에서 중심병원으로 환자의 진료정보가 전달될 때에는 공식적인 의무기록과 전화를 통하여 이루어지고 있으며, 중심병원에서 중소병원으로 진료정보를 전달하는 것은 정기적인 회신서를 통하여 이루어지기도 하지만, 인터넷을 통하여 환자의 진료정보를 검색할 수 있도록 하는 것이 보통이다. 이는 중심병원의 정보시스템 수준과 정책에 따라서 공개하는 수준이 각각 다르다.

중소병원에서는 중심병원으로 의사를 일정 기간 동안 파견하여 의료기술을 습득하고 있다. 그러나 이러한 기회를 활용하는 병원은 그다지 많지 않다. 그 이유는 일정 기간 동안 의사가 중심병원에 파견되어 기술을 습득하기 위해 자리를 비울 경우 누군가가 자리를 채워주어야 하는 데 대부분의 중소병원에서는 그러한 부담을 하는 것이 현실적으로 어렵기 때문이다.

의료정보를 습득할 수 있는 세미나 등이 열린다고 해도 지방 소재 중소병원의 의사들이 이를 위해서 먼 거리를 이동할 만큼 의사들이 유인을 갖고 있지 않으며, 의사들이 대부분 자기가 졸업하였거나 수련 받은 병원을 통하여 필요한 정보를 얻는 데 익숙하기 때문에 아직 협력관계를 통한 정보획득 기회가 적극적으로 활용되지 못하고 있다.

이외에 일부 병원에서 발견된 사례 몇 가지를 보면, 미세접합술과 같이 특정한 진료영역에서 오히려 중심병원을 능가하는 수준의 기술을 보유한 중소병원에 중심병원의 수련의가 파견되어 수련을 받는 경우가 있었으며, 지방 소재 중소병원에는 중심병원의 의료진이 정기적으로 방문하여 진료를 하는 예도 있었고, 정보기술을 활용한 원격진료를 시도하는 병원도 협력병원 관계 안에서 발견되었다.

② 경영정보 교류

경영 측면의 협력은 중소병원에서 이러한 정보를 활용하려는 경영자의 의지에 따라서 협력의 내용이 크게 달라진다. 중심병원은 모든 협력병원들을 대상으로 하여 뉴스레터지 형식의 정보를 정기적으로 보내주고 있으며, 정기적인 방문을 통하여 세미나를 개최하는 등의 노력을 하고 있다. 중소병원에서 중심병원에 대하여 Q.A.활동에 대한 협조를 요청하거나 경영 분석방법에 대하여 질문하는 형태로 협력을 요청할 때 중심병원이 응하는 형태로 협력이 이루어지고 있다.

경영 협력은 중소병원의 활용의지와 수준에 따라서 병원별로 크게 차이가 난다. 중소병원에 따라서는 중심병원의 경영시스템이나 제도가 자신에게 전혀 적용이 불가능하기 때문에

아예 질의도 하지 않고 있는가 하면, 어떤 중소병원에서는 중심병원의 시스템과 제도를 참고하여 자기 병원의 시스템을 정비하고 수준을 제고할 수 있다고 판단하여 적극적으로 기회를 활용하는 병원도 있다.

이를 종합하여 볼 때, 협력병원 관계 안에서 중심병원이 제공하고 있는 협력의 영역을 활발하게 활용하는 중소병원과 그렇지 못한 중소병원으로 구분이 될 것으로 예상할 수 있다. 이러한 차이는 결국 중소병원의 흡수능력(absorptive capacity)의 차이 때문으로 볼 수 있다 (Cohen과 Levinthal, 1990). 중소병원이 중심병원의 제도를 소화하고 모방하여 자신의 병원에 수정·적용할 수 있는 능력을 보유한 병원에서는 적극적으로 협력관계를 활용하고 있는 반면에, 그러한 능력을 보유하지 못한 병원에서는 협력관계는 형식에 그치고 있을 뿐으로 여기고 있는 것이다.

이에 아래에서는 협력의 성과 인식에 따라서 중소병원의 집단을 구분하고, 각 집단별로 협력관계에 대해서 태도와 능력에 어떤 차이가 있는지를 분석하였다.

2. 협력 참여 중소병원의 협력성과 비교

1) 객관적 성과

중심병원과 중소병원 사이에 이루어진 환자의 의뢰와 회송 실적은 가장 중요한 협력의 성과로 볼 수 있다. 그러므로 이를 기준으로 하여 먼저 분석을 실시하였다.

의뢰와 회송이 모두 이루어진 병원을 추출한 결과 23개 병원이 해당하였다. 이들을 대상으로 하여 환자의 의뢰실적, 환자의 회송실적이라는 두 성과변수를 활용하여, 환자의 의뢰와 회송이 활발하게 이루어진 집단과 그렇지 못한 집단을 구분하기 위하여 K-means 군집분석을 실시하였다. 그 결과 다음과 같은 결과가 도출되었고, 각 집단별 특성은 다음 <표6>과 같다.

환자의 의뢰/회송 실적이 높은 집단(고성과집단)의 경우 월평균 49.3명의 환자를 의뢰하고, 51.5명의 환자를 회송 받는 것으로 나타났으며, 이 집단에 속한 병원은 4곳이었다. 한편, 환자의 의뢰/회송 실적이 낮은 집단(저성과집단)의 경우 월평균 9.3명의 환자를 의뢰하고, 5.4명의 환자를 회송 받는 것으로 나타났으며, 이 집단에 속한 병원은 19개였다.

<표 6> 환자의 의뢰/회송 실적에 따른 집단 분류

		병원수	일평균 환자수(명)	표준편차
의뢰실적	높은 집단	4	49.25	8.10
	낮은 집단	19	9.26	9.19
회송실적	높은 집단	4	51.50	34.55
	낮은 집단	19	5.37	6.75
표 본 수		n=23		

이에서 알 수 있는 바와 같이 환자의 의뢰와 회송은 극히 일부 병원 사이에 활발하게 이루어지고 있는 것을 알 수 있다. 이 병원들은 어떤 특성을 지니고 있는지 알아보기 위하여 두 집단별 차이를 분석하였다. 자료의 수가 제한되어 있으므로 Mann-Whitney 검정방법을 사용하였다. 분석결과는 다음 <표 7>과 같다.

분석결과 고성과 집단과 저성과 집단 사이에 유의적 차이가 나타난 것은 내부관리활동과 병원간 이송거리(이송시간)이었다. 즉, 협력의 성과가 높은 중소병원은 협력관계를 통해서 협력성과를 거두기 위해서 협력에 장애가 되는 내부시스템을 변화시키는 등 내부관리활동을 활발하게 하였으며, 이들은 중심병원 가까이 소재하고 있는 것으로 나타났다. 존각을 닦는 환자의 의뢰와 회송에서 이송에 걸리는 시간은 매우 중요한 요소라 하지 않을 수 없을 것이다.

한편, 다른 변수들의 경우 유의적인 차이를 나타내지는 않았지만, Mean-Rank값을 보면, 고성과 집단에 속한 병원들이 저성과 집단에 속한 병원보다 중심병원을 개방적이고 호혜적으로 인식하고 있으며, 협력에 대한 경영자의 태도가 더 적극적이고, 환경의 변화를 심각하게 인식하고 있다. 또 협력관계의 질을 더욱 유연하고 향후 발전할 것으로 기대하고 있다. 협력관계를 관리하기 위한 활동도 더욱 열심히 하고 있는 것으로 나타났다. 중소병원의 특성으로서 조직능력에 대해서는 예상과 달리 낮게 인식하고 있었고, 진료능력은 더 높게 인식하고 있다. 협력경험도 더 많은 것으로 나타났다. 두 병원간 협력의 기간은 예상과 달리 고성과 집단에서 더 짧은 것으로 나타났다.

<표 7> 협력성과 높은 병원과 협력성과 낮은 병원의 비교: 환자의 의뢰/회송기준

변수	성과집단	Mean Rank	Z	Sig.
중심병원의 특성	개방성 고성과 저성과	15.0 11.37	-0.990	0.366
	호혜성 고성과 저성과	15.88 11.18		
경영자태도	고성과 저성과	14.88 11.39	-0.954	0.366
환경인식	고성과 저성과	14.63 11.45	-0.869	0.409
협력관계의 질	유연성 고성과 저성과	15.75 11.21	-1.249	0.250
	발전기대 고성과 저성과	13.88 11.71		
중소병원능력	조직능력 고성과 저성과	8.25 12.79	-1.251	0.250
	진료능력 고성과 저성과	17.63 10.82		
	협력경험 고성과 저성과	12.88 11.82		
협력관계 관리활동	내부관리활동 고성과 저성과	19.25 10.47	-2.365	0.016
	외부관리활동 고성과 저성과	17.88 10.76		
	학습활동 고성과 저성과	14.38 11.50		
사전관계	고성과 저성과	14.50 11.47	-0.958	0.456
협력기간	고성과 저성과	10.13 12.39	-0.610	0.557
병원간 거리 (이송시간)	고성과 저성과	5.50 13.37	-2.454	0.035

<표 8> 협력의 주관적 성과

		고성과 집단	저성과 집단	전체집단
경영개선	평균	3.2700	2.4300	3.020
	표준편차	0.3392	0.4378	0.534
사업영역변화	평균	3.1500	1.9300	2.790
	표준편차	0.4282	0.4389	0.706
능력제고	평균	3.2500	2.2400	2.960
	표준편차	0.4036	0.6022	0.661
병원수(n)		24	10	34

2) 주관적 성과

협력의 주관적 성과는 경영개선, 능력의 제고, 사업영역 변화의 세 변수를 사용하여 측정하였다. 세 변수를 한꺼번에 고려하여 성과를 높게 인식하는 집단과 낮게 인식하는 집단으로 구분하기 위한 K-means 군집분석을 실시한 결과, 다음 <표 8>과 같이 집단이 구분되었으며, 각 집단의 특성은 다음과 같다. 전반적으로 협력의 성과에 대해서 낮게 인식하고 있는 것을 알 수 있다.

이 집단별로 어떠한 특성을 나타내고 있는지를 분석하기 위하여 Mann-Whitney 분석을 실시한 결과가 <표 9>에 제시되어 있다.

분석결과, 고성과 집단 저성과 집단 사이에 유의적인 차이를 나타내는 변수는 중심병원의 특성 중 개방성, 협력에 대한 경영자의 태도, 협력관계의 유연성, 중소병원의 협력경험, 협력관계를 위한 내부관리활동과 외부관리활동으로 나타났다.

협력의 성과를 높게 인식하고 있는 중소병원일수록, 협력의 상대방인 중심병원의 태도를 개방적으로 인식하고 있으며, 중소병원의 경영자가 협력에 대해서 적극적이고, 협력의 관계를 상황에 따라서 유연하게 변화시킬 수 있는 것으로 인식하고 있으며, 다른 기관 또는 영역에서 협력을 더 많이 경험하였고, 협력관계의 발전을 위해서 조직내부의 시스템을 변화시킬 뿐 아니라, 협력 상대방인 중심병원과의 관계를 개선하기 위한 활동에 적극적인 것으로 볼 수 있다.

<표 9> 협력성과 높은 병원과 협력성과 낮은 병원의 비교: 주관적 성과 기준

변	수	성과집단	Mean Rank	Z	Sig.
중심병원의 특성	개 방 성	고성과	20.71	-2.942	0.003
		저성과	9.80		
	호 혜 성	고성과	18.96	-1.359	0.196
		저성과	14.00		
경 영 자 태 도		고성과	20.15	-2.443	0.015
		저성과	11.15		
환 경 인 식		고성과	16.29	-1.114	0.287
		저성과	20.40		
협력관계의 질	유 연 성	고성과	19.73	-2.067	0.042
		저성과	12.15		
		고성과	17.88	-0.370	0.752
		저성과	16.60		
중소병원능력	조 직 능 력	고성과	18.44	-0.873	0.401
		저성과	15.25		
	진 료 능 력	고성과	18.90	-1.277	0.209
	저성과	14.15			
		고성과	19.81	-2.122	0.034
		저성과	11.95		
협력관계 관리활동	내부관리활동	고성과	20.17	-2.428	0.015
		저성과	11.10		
	외부관리활동	고성과	20.73	-2.939	0.002
	저성과	9.75			
		고성과	19.42	-1.753	0.086
		저성과	12.90		
사 전 관 계		고성과	17.71	-0.228	0.867
		저성과	17.0		
협 력 기 간		고성과	15.96	-1.402	0.170
		저성과	21.20		
병 원 간 거 리(이송시간)		고성과	17.63	-0.135	0.926
		저성과	17.20		

V. 토론 및 결론

협력병원 관계에 참여한 중소병원이 중심병원과의 협력관계를 활용하는 수준에는 많은 차이가 있다. 현재 협력병원 관계는 환자의 교류 및 경영협력을 그 내용으로 하고 있다. 그러나 환자의 의뢰와 회송이 병원의 경영에 영향을 미칠 만큼 의미 있는 수준으로 이루어지는 협력관계는 몇 개 병원에 한정되어 있다. 중심병원과 환자를 수시로 교류하면서 공동으로 진료를 수행하는 병원은 중심병원 인근에 있는 몇 개 병원뿐이었다. 대부분의 다른 병원들은 환자의 의뢰와 회송보다는 다른 측면, 예를 들면 의료기술의 습득, 경영정보의 습득, 경영노하우의 습득 등이 협력의 주를 이루고 있었으며, 환자의 의뢰와 회송은 미미한 수준이었다.

협력성과에서 나타나는 차이는 거리의 원근에만 기인하는 것이 아니며, 중소병원이 지니고 있는 여러 가지 특성의 차이에도 원인이 있다. 중심병원과의 협력의 성과에 만족하고 이를 적극적으로 활용하는 중소병원에서 공통적으로 발견할 수 있는 첫 번째 특징은 병원 경영자의 협력에 대한 적극적인 태도였다. 이들 병원의 원장 또는 실권을 지닌 행정책임자는 협력에 대하여 매우 적극적인 의지를 지니고 있다. 이들은 중심병원이 제공하는 각종 협력의 혜택에 대한 호의적 태도를 지니고 있었으며, 가능한 범위 안에서 이들을 활용하려는 태도를 지니고 있었다. 병원의 경영도 이전의 방식으로는 안 된다는 인식 하에서 어떻게 변화할 것인지에 대하여 중심병원의 예를 항상 참고하고 있다.

두 번째 특징은 개원한지 얼마 되지 않았거나 이전 신축 등으로 변화의 계기를 맞은 병원 중에서 적극적인 의지를 지닌 병원이 많았다. 이들은 개원과 더불어 신속하게 병원의 경쟁적 지위를 확보하는 수단으로 중심병원과의 연계전략을 활용한 것으로 보인다. 이를 다른 측면에서 생각하면 새로 개원하는 병원일수록 전략적인 자유도가 높기 때문에 외부와 협력하는데 필요한 시스템을 쉽게 갖출 수 있다고 생각할 수도 있다.

세 번째 특징은 적극적인 중소병원의 경우, 협력관계를 관리하는 활동이 활발하게 이루어지고 있다. 중심병원과의 협력을 촉진하기 위하여 협력당사자 사이에도 잦은 상호방문 및 정보교류가 이루어지고 있으며, 의뢰된 환자에 대한 진료의 연속성 확보를 위해서 중소병원의 의사가 중심병원 의료진의 미팅에 참여하기도 하고, 기술습득을 위한 연수도 이루어지고 있다. 그리고 내부적으로 중심병원과의 협력을 촉진하기 위하여 담당부서를 만들기도 하고, 중심병원의 체계에 맞추어 내부의 업무시스템, 병원 인테리어, 직원의 복장 등을 변화시키기도 하였다.

마지막으로 개인적 친분을 통한 사전관계가 중심병원과의 협력을 촉진하는 계기가 되고 있다는 점을 지적할 수 있다. 병원의 실질적인 책임을 지고 있는 경영자가 개인적으로 중심

병원과 친분을 지니고 있는 경우가 많았다.

중심병원과의 협력성과에 만족하지 않고 협력관계에 대하여 소극적인 태도를 지니고 있는 병원들의 경우 협력의 목표가 뚜렷하지 않았다. 막연히 협력관계를 맺으면 좋을 것으로 생각하고 협력관계를 시작한 경우가 많았는데, 이들이 이러한 태도를 취할 수 있는 것은 나름대로 특정 지역 안에서 상당한 경쟁적 지위를 확보하고 있어서 협력의 필요성을 크게 인식하지 않기 때문이다. 이와는 반대로 현재 병원의 경영난을 헤쳐 나가기에 급급하여 협력을 하면 좋을 줄은 알지만 당면한 경영난 타개에 도움이 되지 않는다고 생각하여 협력에 적극적으로 임하지 못하는 경우도 볼 수 있다.

그리고 실질적으로 환자의 교류 등에서 상당한 수준의 협력이 이루어져 왔지만 세월이 흐르면서 중심병원에게 유리한 방향으로만 관계가 변화해 온 것에 불만을 품고, 부정적인 태도를 지니게 된 병원도 볼 수 있다. 이들은 중심병원이 협력병원에 대하여 호의적인 태도를 보이는 때는 자신들이 상당한 여유가 있을 때뿐이라고 인식하고 있다. 따라서 중심병원과 공동체적으로 협력관계에 있다고는 느낄 수 없다는 것이다.

협력병원 관계는 대형병원은 자원을 보도 부가가치가 높게 활용하고자 하고, 중소병원은 유희자원을 활용하려는 동기에서 구축되고 있다. 병원산업에 일반화되어 있는 지위경쟁(status competition)과 모방으로 인하여 대형병원은 대형병원대로, 중소병원은 중소병원대로 협력병원 관계의 구축에 애를 쓰고 있으나, 위에서 본 바와 같이 협력에 대하여 만족스러운 성과를 누리는 중소병원은 그다지 많지 않다. 그리고 그러한 성과는 단순히 협력병원 관계에 참여하고 있다고 해서 발생하고 있는 것은 아니다. 세밀한 준비와 협력노력 및 이에 필요한 능력의 구축에 애쓰는 중소병원만이 협력의 성과에 만족하고 있다.

이 연구는 협력병원 관계의 초기현상을 분석하여, 조직간 협력 및 전략적 제휴의 기존 연구결과를 토대로 협력의 성과수준에 따라서 참여병원의 인식과 활동이 어떻게 다른지 고찰하였다. 사례수의 부족으로 인하여 엄밀한 통계적 분석을 시도할 수는 없었으나, 협력관계의 질에 대한 인식, 협력 상대방의 특성, 중소병원의 능력 등 기존 이론에서 제시되고 있는 변수들의 유의성을 다시 확인할 수 있었고, 본 연구에서 추가된 협력성과의 제고를 위한 협력관계 관리활동 변수의 유의성을 발견하였다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 앞으로 조직간 협력의 성과 차이에 대한 연구에서 엄밀한 검증이 필요하다고 생각한다.

참 고 문 헌

- 오하영. 의료기관간 연계와 네트워크 운영. 대한병원협회지 2000; 29(5): 4~12
윤경일, 정우진, 임영택, 정일진. 병원간 협력의 활성화를 통한 운영효율화 제고방안. 한국보건

사회연구원, 1999

- Cohen WM, Levinthal DA. Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly* 1990; 35: 128~152
- Dyer JH, Singh H. The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Academy of Management Review* 1998; 23: 660~679
- Granovetter M. Problems of explanation in economic sociology. in Nohria N and Eccles RG(eds.), *Networks and Organizations: structure, form, and action*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 1992: 25~56
- Gulati R. Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. *Academy of Management Journal* 1995; 38: 85~112
- Gulati R. Alliances and networks. *Strategic Management Journal* 1998; 19: 293~317
- Heide JB, Miner AS. The shadow of the future: Effects of anticipated interaction and frequency of contact on buyer-seller cooperation. *Academy of Management Journal* 1992; 35: 265~291
- Hoffmann WH, Schlosser R. Success factors of strategic alliances in small and medium-sized enterprises- an empirical survey. *Long Range Planning* 2001; 34: 357~381
- Human SE, Provan KG. An emergent theory of structure and outcomes in small firm strategic manufacturing networks. *Academy of Management Journal* 1997; 40: 368~403
- Jarillo JC. On strategic networks. *Strategic Management Journal* 1988; 9: 31~41
- Jarillo JC. *Strategic Networks: Creating the Borderless Organization*. Butterworth-Heinemann, 1993
- Koza MP, Lewin AY. The co-evolution of strategic alliances. *Organization Science* 1998; 9: 255~264
- Kumar R, Nti KO. Differential learning and interaction in alliance dynamics: a process and outcome discrepancy model. *Organization Science* 1998; 9: 356~367
- Luke RD, Begun JW, Pointer DD. Quasi firms: Strategic inter-organizational forms in the health care industry. *Academy of Management Review* 1989; 14: 9~19
- Madhok A, Tallman SB. Resources, transactions and rents: Managing value through interfirm collaborative relationships. *Organization Science* 1998; 9: 326~339

- Milgrom P, Roberts J. Economics, Organization and Management. Prentice-Hall, 1992 : 28~32
- Nooteboom B, Berger H, Noorderhaven NG. Effects of trust and governance on relational risk. *Academy of Management Journal* 1997; 40: 308~338
- Oliver C. Sustainable competitive advantage: Combining institutional and resource based views. *Strategic Management Journal* 1997; 18: 697~713
- Parkhe A. Strategic alliance structuring: A game theoretic and transaction cost examination of interfirm coordination. *Academy of Management Journal* 1993; 36: 794~829
- Provan KG. Technology and interorganizational activity as predictors of client referrals. *Academy of Management Review* 1984; 27: 811~829
- Thorelli HB. Networks: Between markets and hierarchies. *Strategic Management Journal* 1986; 7: 37~51
- Williamson OE. Calculativeness, trust, and economic organization. *Journal of Law and Economics* 1993; 36: 453~86
- Zajac EJ, D'Aunno TA. Managing strategic alliances. in Shortell SM, Kaluzny AD, *Essentials of Health Care Management*. Delmar Publishers, 1997
- Zuckerman K, Ricketts III. Alliances in health care: What we know, what we think we know, and what we should know. *Health Care Management Review* 1995; 20(1): 54~64