

## 최고경영자 팀이 의료기관의 성과에 미치는 영향

정명숙<sup>1)</sup>, 이세훈<sup>2)</sup>, 김광점<sup>3)†</sup>

가톨릭중앙의료원, 가톨릭대학교 대학원 보건학과<sup>1)</sup>

가톨릭대학교 의과대학, 예방의학교실<sup>2)</sup>

가톨릭대학교 의료경영대학원<sup>3)†</sup>

### <Abstract>

## Top Management Team Heterogeneity, Interaction and Organizational Performance in Korean Hospitals

Jung, Moun-g-Suk<sup>1)</sup>, Lee, Se-Hoon<sup>2)</sup>, Kim, Kwang-Jum<sup>3)†</sup>

*Catholic Medical Center, Graduate School of The Catholic University of Korea<sup>1)</sup>*

*Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea<sup>2)</sup>*

*Graduate School of Healthcare Management and Policy, The Catholic University of Korea<sup>3)†</sup>*

This study empirically analyzed the effects of the Top Management Team (TMT) on organizational performance. We verified whether the age heterogeneity, job heterogeneity (core career, core function and major), and process (communication and integration) of the TMT affect organizational performance (management performance and healthcare service quality evaluation level).

We collected data about 473 members of the 2006 TMT in 81 medical institutions. We also utilized statistics of organizational performance from the Ministry for Health, Welfare and Family Affairs and the Korean Institute of Hospital Management.

Results of the study showed that the age heterogeneity of TMT exerted a

\* 접수: 2009년 7월 14일, 수정: 2009년 9월 22일, 심사완료: 2010년 1월 24일

† 교신저자: 김광점, 전화; 02-2258-7012, Fax; 02-2258-8257, E-mail: kjkim@catholic.ac.kr

negative effect on the healthcare service quality evaluation level, while the process exerted a positive effect. However, the age heterogeneity, job heterogeneity, and process had no influence on management performance.

We discussed the implications of such outcome of the investigation in comparison with the former studies on TMT and organizational performance, and presented its restrictions and future plans.

*Key words : Top management team(TMT) ; TMT heterogeneity ; TMT structure · characteristics · composition ; Healthcare service quality ; Organizational performance*

## I. 서 론

조직의 성과에 영향을 미치는 요소는 매우 다양하여, 외부환경과 산업의 영향, 전략의 유형, 조직의 역량과 자원, 외부와의 연계, 환경과 기술에 적합한 조직구조의 선택, 학습과 혁신 등이 다양한 형태로 조직의 성과에 영향을 미치는 것으로 연구되어 왔다. 대별하면 조직의 성과에 대한 외부환경의 결정적인 영향을 강조하는 입장과 조직의 능동적인 역할을 강조하는 입장이 있다.

최고경영자 팀(Top Management Team : 이하 TMT)<sup>1)</sup>에 대한 관심은 외부환경의 복잡성과 동태성이 높아짐에 따라서 외부 환경변화에 조직이 적절하게 대응하려면 그에 대응하는 인지적 다양성이 필요하다는 인식에서 시작되었다. 최고경영자 팀은 조직의 경영과 성과에 대해서 전체적인 책임을 지는 복수의 최고경영자들로 구성된 팀을 의미한다. 복잡한 환경 변화에 대응하여야 하는 상황에 직면하게 되면서 최고경영자 개인이 아니라 다양한 배경과 인지적 특성을 지닌 TMT 팀의 구조가 어떠한가 하는 측면이 더욱 중요하다는 것이다(Hambrick & Mason, 1984 ; Virany et al., 1991). 환경의 빠른 변화와 경쟁의 심화로 최고경영자 1인 경영체제에서는 최고경영자가 과도한 부담을 안게 되고, 개인적인 역량이 탁월한 경우에도 변화에 대한 정보수집 및 처리능력에 한계가 있으며, 복잡한 정보를 다양한 시각에서 해석할 수 없어서 실수할 가능성이 높다. 따라서 다양한 시각을 지닌 경영자들의 집단 의사결정 체제를 택하는 것이 더 유리할 수 있다.

그러나 개인과 달리 팀은 팀 내부에 효과적인 상호작용이 이루어질 수 있는 구조와 프로

---

1) TMT는 Top Management Group, Top Executives, Managerial Elites, Strategic Apex, Upper Echelons 등의 다양한 용어로 사용되고 있으나 기본적인 의미는 유사하다(Hambrick, 1994; Wiersman & Bantel, 1992; Pettigrew, 1992).

세스가 정립되지 못할 경우에 개인의 의사결정보다 훨씬 못한 결정을 하게 될 수 있다. 그만큼 최고경영자 팀 안에 필요한 다양성을 확보할 수 있도록 팀을 구성하는 것과 팀 구성원 사이에 효과적인 상호작용이 이루어질 수 있는 구조를 형성하는 것이 중요하다.

외부환경의 복잡성에 대한 대응이 강조되는 점을 고려할 때, TMT의 구성에서는 TMT 구성원들의 인지적 특성에서의 이질성(heterogeneity)과 그에 영향을 미칠 것으로 여겨지는 인구통계적 특성이 주로 관심의 초점이 되어온 것을 이해할 수 있다(Simons et al., 1999). TMT 내부에 이질적인 정보를 흡수하고 해석할 수 있는 다양성을 확보하는 것이 중요하다는 것이다. TMT의 구성에 따라서 외부환경에 대한 인식이 달라질 것이고, 결과적으로 조직의 전략적 선택이 달라질 것이며, 나아가서 조직의 성과도 달라질 것이라는 점이 이 입장의 주된 주장이다(Bunderson & Sutcliffe, 2002).

그러나 TMT 이질성과 조직성과의 관계는 일정하지 않아서, 긍정적(Eisenhardt & Schoonhoven, 1990), 부정적(Simons et al., 1999), 혼합적(Murray, 1989; Smith et al., 1994)인 결과가 보고되었다. 이러한 혼란을 극복하기 위하여 TMT 이질성을 단일 개념으로 본 초기연구와 달리, 최근의 연구에서는 TMT 이질성을 다차원적인 개념으로 보고 특성을 세분화하여 차원별로 측정하려는 시도가 나타났다(백윤정 등, 2002 ; 이호욱과 박중훈, 2004 ; 조봉순과 조경순, 2002).

일반 기업을 대상으로 한 TMT 연구는 상당한 수가 있지만, 의료기관을 대상으로 한 연구는 극소수에 불과하다(David & Frank, 2007; David et al, 2008). David et al.(2008)은 TMT 팀의 직무 다양성이 전략적 변화와 조직 성과 사이의 관계를 조절한다는 점을 보여주었으며, David & Frank(2007)은 TMT의 구성이 관리회계시스템의 도입방향을 설정함으로써 조직의 전략적 변화에 영향을 미친다는 점을 보여주었다. 아직까지 우리나라의 의료기관을 대상으로 한 연구는 없다. 본 연구에서는 우리나라 의료기관의 TMT 구성의 특성과 팀 내부의 프로세스가 의료기관의 조직성과와 어떠한 관련성이 있는지 살펴보았다. 특히 조직성과를 경영 측면의 성과뿐 아니라 의료서비스의 질적 측면까지 확장하여 살펴보았다.

## II. 연구의 틀

본 연구는 TMT 특성과 TMT 내 상호작용이 수준이 조직성과에 미치는 영향을 확인하기 위하여 이루어졌다. 본 연구에서 관심을 가진 TMT 관련 변수는 크게 두 종류이다. 첫째는 TMT를 구성하고 있는 최고경영자들의 인지적 다양성이고, 둘째는 TMT 내 구성원 사이에 얼마나 원활한 상호작용이 이루어지는가 하는 팀내 프로세스이다(Priem, 1990 ; Simons et al., 1999 ; Glick et al., 1993). TMT의 인지적 다양성은 연령적 측면과 전공, 경험,

기능의 측면에서 얼마나 다양한 사람들로 최고경영진이 구성되었는지를 의미하며, TMT 내 프로세스는 TMT 구성원들 간의 다양한 상호작용, 예를 들어 의사소통 빈도나 응집성, 통합, 커뮤니케이션 등을 의미한다(Smith et al., 1994 ; Dougherty, 1990 ; Dougherty, 1992).

인지적 다양성을 살펴보는 이유는 환경의 복잡성에 대응하기에 충분한 다양성이 최고경영진 내부에 존재하는가를 확인하기 위함이며, 팀 내 프로세스를 살펴보는 이유는 최고경영진 내부에 다양성이 높을수록 갈등이 발생할 소지가 커지는데 이를 극복하기 위해서는 내부에 원활한 의사소통이 이루어지고 결과적으로 팀워크가 형성되는 것이 필요하다고 여겨지기 때문이다.

인구통계적 측면에서 TMT의 구성을 분석할 때 외국의 연구에서는 성, 인종, 연령 등을 사용하지만(Pelled, 1996), 한국 의료기관의 TMT를 보면 성과 인종의 다양성이 높지 않으므로 본 연구에서는 연령만을 살펴보았다. 직무와 관련된 다양성의 차원으로는 기존 연구들에서 의미 있는 것으로 확인된 핵심경력, 핵심기능, 전공을 채택하였다.

TMT 내부 상호작용 관련 변수로는 구성원들 간의 커뮤니케이션과 통합을 선택하였다. 여러 실증연구 결과에 따르면 TMT 특성과 TMT 프로세스는 조직성파에 유의적인 영향을 미치는 것으로 검증되었으나, 매개효과는 지지되지 않거나 부분적으로 지지되었다(이호욱과 박종훈, 2004 ; Glick et al., 1995 ; Greening & Johnson, 1997). 따라서 본 연구에서는 TMT 특성과 TMT 프로세스가 각각 조직성파에 영향을 미친다는 모델에 근거하여 연구를 진행하였다.

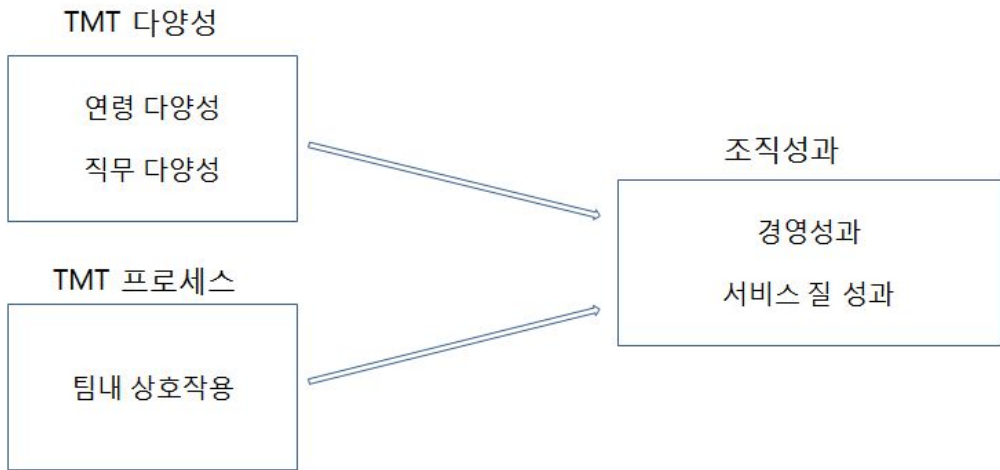
의료기관의 조직성파는 재무적 측면 뿐 아니라 의료의 질적 측면도 중요하다. 따라서 본 연구에서는 두 측면의 성과를 모두 관찰하고자 하였다. 경영성파는 의료수익, 의료이익, 조정환자수를 중심으로 살펴보았다(최만규 등, 2006 ; 류정결과 양동현, 2006). 의료의 질적 성과를 평가하기 위해서는 의료기관의 임상 질 지표를 사용하는 것이 좋겠지만, 자료의 확보가 어려워 대응지표라 할 수 있는 의료기관 평가지표를 사용하였다.<sup>2)</sup>

우리나라 의료기관의 성과는 의료기관의 종별형태, 소재지, 설립형태, 규모 등에 따라서 차이가 있는 것으로 알려져 있다. 그리하여 보건산업진흥원이나 대한병원협회의 병원경영연구원 등에서도 병원경영실적을 조사하여 발표할 때 위의 구분에 따라서 자료를 구분하여 제시하고 있는 것을 볼 수 있다. 이러한 기준을 참고하여 본 연구에서는 의료기관의 종별형태와 소재지, 설립형태, 규모를 통제변수로 사용하였다.

연구모형은 다음의 <그림 1>과 같다.

---

2) 의료의 질적 성과에 영향을 미치는 독립변수는 경영성파에 영향을 미치는 변수와 많은 차이가 있을 수 있다. 본 연구에서는 최고경영자 팀의 구조가 경영성파와 질적 성과에 미치는 영향을 동시에 관찰하는 형태를 취하고 있기 때문에 부득이하게 질적 성과에 독특하게 영향을 미칠 것으로 기대되는 변수들을 고려하지 못하였음을 밝혀둔다.



〈그림 1〉 연구모형

### III. 연구 방법

#### 1. 자료수집 방법

본 연구는 전국 전공의 수련병원 중에서 의료기관 평가를 받은 500명상 이상의 의료기관 83개를 대상으로 자료를 수집하였다.<sup>3)</sup> TMT 특성에 관한 조사는 TMT 구성원의 객관적인 사실조사이므로, 표본 의료기관의 관련 팀장과 개인적 접촉(전화, 대면)을 통해서 의료기관 TMT에 대한 지식과 정보를 충분히 보유하고 있는 핵심응답자(key informant)와 설문조사를 할 수 있도록 협조를 구하였고, 훈련된 조사원이 전화로 설명을 한 후 설문지를 완성하게 하였다. 본 연구에서 사용하는 조직의 성과에 대한 자료가 2007년, 2008년 자료라는 점을 감안하여, 핵심응답자들로 하여금 2006년도의 최고경영자를 회상하여 응답할 것을 요청하였다. 설문조사 기간은 2008년 12월 15일부터 2009년 1월 31일까지이다.

TMT 구성원에 어느 직위까지 포함시킬 것인지에 대해 연구자마다 차이를 보이고 있다. TMT는 조직의 정상에 있는 극히 소수의 가장 영향력 있는 경영자로, 의료기관의 중요한 의사결정을 위해 주요보직자회의 또는 운영위원회, 간부회의에 참석하는 구성원을 최고경영자 팀으로 하되, 더 정확히 TMT를 선정하기 위해 의료기관의 핵심응답자에게 TMT를 규정하

3) 보건복지가족부, 대한병원협회, 병원신임위원회 발간집 “2005 병원신임평가 및 2006 수련병원(기관) 지정·전공의 정원 책정보고서”를 참고한 결과, 2006년 2월말 기준으로 236개 의료기관이었으며, 2006년, 2007년 의료기관 평가를 받은 의료기관은 총 204개였다.

도록 질문하는 방법을 사용하였다(Thomas & McDaniel, 1990 ; O'Reilly et al., 1993 ; 백윤정과 전상길, 2002). 이 방법은 경영자가 언제 누구와 전략적 사안에 대하여 실질적으로 의논하고 결정하는가를 측정할 수 있기 때문에 TMT 이론과 가장 잘 부합하는 방법이 될 수 있다(Simons et al., 1999).

본 연구에서는 최고경영팀(TMT)에 포함되는 최고경영자를 다음과 같이 8종류로 제시하여 응답자로 하여금 선택하게 하였다. ① 병원장 (또는 원장, 의료원장, 이사장), ② 진료부원장 (또는 진료부원장, 진료실장, 진료처장, 진료부장), ③ 기획실장(또는 기획처장), ④ 행정부원장 (또는 행정부장, 행정처장, 경영지원실장, 관리부장, 사무국장), ⑤ 교육연구부장 (또는 수련교육부장, 교육수련부장, 수련부장), ⑥ 대외협력부원장 (또는 Q.I실장, 적정진료실장), ⑦ 간호부원장 (또는 간호처장, 간호부장), ⑧ 기타.

조사대상인 83개 의료기관 중 82개 의료기관으로부터 자료를 수집하였다. 그 중 1개 기관의 설문자료는 2차 자료의 미흡으로 인하여 제외하고, 81개 의료기관 473명의 최고경영자 자료를 실증분석에 사용하였다. <표 1>는 81개 의료기관의 특징을 요약한 것이다.

표 1. 조사대상 기관의 특성

구	분	N=81(%)	Mean± SD
소재지	서울	26(32.1)	n.a.
	광역시	28(34.6)	
	중소도시	27(33.3)	
설립형태	공공	16(19.8)	n.a.
	민간	65(80.2)	
종별 구분	종합전문요양기관	42(51.9)	n.a.
	종합병원	39(48.1)	
기관역사(년)	0~19	27(33.3)	32.6± 27.1
	20~39	35(43.2)	
	40~99	15(18.5)	
	≥100	4( 5.0)	
규모(병상수)	500~599	24(29.6)	842.4± 305.9
	600~799	27(33.3)	
	800~999	19(23.5)	
	≥1000	11(13.6)	
연계기관 유무	Yes	56(69.1)	
	No	25(30.9)	
TMT 규모 (명)	3~5	40(49.4)	5.8± 1.9
	6~8	33(40.7)	
	≥9	8( 9.9)	

## 2. 변수의 조작적 정의 및 측정방법

본 연구에서는 ‘TMT를 의료기관의 전략적 의사결정에 참여하고 있는 소수의 지배집단(Hambrick & Mason, 1984), 즉 의료기관 내의 지배집단인 최고경영자들’이라고 정의하였다. 설문대상자들에게 TMT에 대한 정의를 충분히 설명한 후 2006년도 기준으로 해당 의료기관의 최고경영팀(TMT)이 어떻게 구성되는지 선택하여 응답하게 하였다.

**연령다양성.** 연령다양성은 TMT 구성원들의 연령이 다양한 정도를 의미한다. 연령다양성은 2006년 말을 기준으로 연령을 계산하였다. 연령다양성은 변동계수를 사용하여 측정하였다(Allison, 1978). 변동계수는 척도에 관계없이 일정한 분산의 측정치를 얻을 수 있는 장점이 있기 때문에 선행연구에서 많이 사용하였다(Murray, 1989 ; Smith et al., 1994 ; 조봉순과 조경순, 2002 ; David et al., 2008 ; Bantel & Jackson, 1989 ; Chatman & Flynn, 2001).

**직무다양성.** TMT의 인지적 다양성을 대표하는 변수로 직무다양성을 선택하였다. 구체적으로 직무다양성은 전공다양성, 핵심경력다양성, 핵심기능다양성을 각각 측정한 후 이들을 하나의 변수로 통합하는 방식으로 측정하였다(이호욱과 박중훈, 2004 ; 조봉순과 조경순, 2002 ; Michael & Hambrick, 1992). 여기에서 전공다양성은 TMT 구성원들의 최고학력수준에서 전공이 다양한 정도를 의미한다. 선행연구(Pettigrew, 2002 ; Carpenter & Fredrickson, 2001)에 따라 전공영역을 의학, 인문사회, 경영/행정, 자연과학, 기타 등 5가지 영역으로 나눈 뒤 TMT 구성원별로 최고학력수준의 전공이 어떤 영역에 속하는지 파악하였다. 의료기관 TMT의 많은 비중이 의사라는 점을 고려하여 의사인 경우에는 임상과를 조사하여 5개 분야로 구분하였다. 핵심경력다양성은 TMT 내 구성원들이 보유한 핵심경험 분야의 다양한 정도를 의미한다. 선행연구를(David et al., 2008 ; Wiersman & Bantel, 1992 ; Knight et al., 1999) 참고로 하여 병원업무총괄, 기획조정, 진료·연구지원 총괄업무, 수련교육, 임상과장, Q.I, 관리/행정, 간호, 기업업무경험, 기타 10개로 구분하였다. 핵심기능다양성은 핵심경력다양성에서 기업업무경험을 제외한 9개 영역으로 구분하였다.

변수의 다양성 수준은 Blau 지표(Blau, 1977)<sup>4)</sup>를 사용하여 측정하였다(Chatman & Flynn, 2001 ; Carpenter & Fredrickson, 2001 ; 이호욱 등, 2006).

**TMT 프로세스.** TMT 구성원 사이에 얼마나 커뮤니케이션이 원활하고 팀웍이 발휘되

4) Blau의 지표는  $1 - \sum P_i^2$ 로 측정한다.  $P_i$ 는 특정 범주에 속한 구성원의 비율로서  $i$ 범주에 속한 구성원 총수로 나눈 값이다. Blau의 지표는 이론상 0부터 1까지의 값을 가지며 그 값이 1에 가까워질수록 TMT는 다양성이 높아지고, 낮을수록 동질적임을 의미한다.

있는가를 의미한다. 커뮤니케이션이란 팀 내에서 상호간의 충분하고 원활한 의사소통이 이루어지고 있는지를 말하는 것으로 TMT 구성원 간 의사소통의 원활성, 팀 내 문제발생 시의 의사소통 정도, 팀 내 의사소통의 분위기를 측정하였다. 통합이란 팀으로서 유연하게 기능하였는지를 나타낸다. 변수들의 측정은 7점 척도를 사용하였으며, 점수가 높을수록 팀 커뮤니케이션과 팀 통합이 잘 되는 것으로 간주하였다. 커뮤니케이션과 통합의 수준을 각각 측정하고, 이들을 하나의 변수로 결합하는 방식으로 TMT 프로세스의 수준을 측정하였다.

**경영성과.** 2006년 병원경영통계(한국병원경영연구원, 2008. 7) 자료를 사용하였다. 병원의 규모에 따른 영향을 통제하여 위하여 병상당 의료수익, 병상당 의료이익, 병상당 조정환자수를 계산하였다. 병상당 의료수익은 입원수익과 외래수익의 합계 액수를 가동병상수로 나누어 산출하였다. 병상당 의료이익은 의료수익에서 의료비용을 차감한 금액을 가동병상수로 나누어 산출하였다. 조정환자수는 다음의 식과 같이 외래환자를 진료비를 기준으로 하여 입원환자로 환산하여 산출하였다.

$$\text{조정환자수} = \text{총 재원일수} + \text{연 외래환자수} \times (\text{외래환자 1인당 진료비} / \text{입원환자 1인당 진료비})$$

**의료서비스 질 평가수준.** 2007년 의료기관 평가 점수를 사용하였다(보건복지부, 2008). 이 자료는 각 의료기관의 '진료 및 운영체계'와 '부서별 업무'에 관한 2가지 질 성과를 말한다. 진료 및 운영체계는 ① 환자의 권리와 편의(환자권리 보호체계, 환자편의 관련 정보제공), ② 인력관리(인사관리체계, 직원교육, 의료인력 충족성), ③ 진료체계(진료서비스 제공체계, 진료의뢰 및 자원연계, 보건의료정책준수), ④ 감염관리(감염관리체계, 감염관리 기본활동), ⑤ 시설환경(시설, 안전, 편의시설관리), ⑥ 질 향상과 환자안전(질 향상 활동체계 및 개선활동시행·유지) 등으로 구성된다. 부서별 업무는 ① 환자진료부분(진료과정충실성, 진료정보제공, 입원간호서비스, 입원환자관리), ② 의료정보/의무기록부분(의료정보 생성적합성, 의무기록관리 체계), ③ 영양(급식위생 및 치료식관리, 영양관리), ④ 응급(응급진료체계, 응급진료 효율성, 응급시설 및 의료기기), ⑤ 수술관리 체계(수술관리 체계, 수술환자 진료서비스), ⑥ 검사(검사체계, 검사의 신속성, 검사의 질 관리, 혈액/수액관리), ⑦ 약제관리(약제사용 관리체계, 조제관리, 의약품의 모니터링), ⑧ 중환자부분(중환자 진료체계, 중환자 간호서비스 제공수준, 중환자실 시설 및 의료기기), ⑨ 모성과 신생아부분(모성과 신생아 서비스수준, 신생아 중환자실)으로 구분된다. 의료서비스 질 평가 수준은 각각 0~4점까지 5점 척도로 환산하여 평균 점수를 사용하였다.

TMT 특성이 의료기관 성과에 미치는 효과를 추정하고자 의료기관의 성과에 영향을 미칠



것으로 여겨지는 다른 변수, 구체적으로는 종별, 소재지, 설립형태, 규모 등 외생변수들을 통제하였다. 의료기관 종별은 종합의료기관(전문종합요양기관 포함)과 의료기관으로 구분하였다. 설립형태는 국(공)립 의료기관(국립, 시립, 특수, 지방의료원)과 사립 의료기관(학교법인, 의료법인, 재단법인, 사회복지법인)으로 구분하였다. 의료기관의 규모는 병상수로, 소재지는 서울, 광역시, 중소도시로 구분하였다.

## IV. 분석 및 결과

### 1. 분석 방법

TMT 구성의 다양성을 의료기관 별로 산출하기 위하여 변동계수와 Blau 지표를 사용하였다. TMT 다양성을 차원별로 유형화하기 위하여 요인분석을, 내적일관성을 검증하기 위하여 신뢰도 분석을, 변수들 간의 관련성 여부를 분석하기 위해 상관관계 분석을 실시하였다. 독립변수들이 조직성과에 영향을 미치는지 검증하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 통계 소프트웨어는 SPSS WIN 12.0을 이용하였다.

### 2. TMT 특성 변수의 타당도 및 신뢰도 검증

TMT의 구성 및 내부 상호작용 프로세스 변수에 대한 타당도를 검증하기 위하여 요인분석을 실시하였다. 그 결과 2개의 요인이 확인되었으며 <표 2>과 같이 팀내 상호작용 프로세스, 직무다양성으로 구분되었고, Cronbach's alpha 계수는 0.91, 0.60으로 나타났다.

표 2. 신뢰도와 타당도 분석\*

변 수	항 목	Component		Composite reliability
		Factor 1	Factor 2	
TMT 내 상호작용	통합	<b>0.96</b>	-0.06	0.91
	의사소통	<b>0.95</b>	0.05	
TMT 직무다양성	전공 다양성	-0.13	<b>0.80</b>	0.60
	핵심경력 다양성	0.27	<b>0.75</b>	
	핵심 기능 다양성	-0.07	<b>0.69</b>	

\*: PCA and VARIMAX

### 3. 기초통계량과 상관관계분석

변수들의 기술통계량과 상관관계는 다음 <표 3>와 같다. 변수간의 상관관계를 살펴보면, 독립변수인 TMT 연령다양성과 직무다양성, TMT 프로세스 사이에는 유의한 상관관계가 나타나지 않았다. 연령다양성은 병상당 의료수익, 의료서비스 질 평가수준과 유의한 음의 상관관계를 보였으며, 직무다양성은 다른 변수들과 아무런 유의한 관계를 보이지 않았다. TMT 프로세스는 의료서비스 질 평가수준과 유의한 양의 상관관계를 나타냈다.

표 3. 기술통계량과 상관관계 (N=81)

변 수	Mean± SD	1	2	3	4	5	6
1. TMT 연령 다양성	9.86± 4.88	1					
2. TMT 직무 다양성	0.74± 0.08	-0.05	1				
3. TMT 내 상호작용	5.54± 0.95	0.10	0.03	1			
4. 병상당 의료수익 (천원)	141,596.53± 54,837.51	-0.29**	0.03	-0.03	1		
5. 병상당 의료이익 (천원)	1,347.52± 16,733.37	0.08	0.02	-0.05	0.17	1	
6. 조정환자수	371,567.42±167,401.05	-0.20	0.09	-0.17	0.52**	0.12	1
7. 의료서비스 질 평가 수준	2.86 ± 0.21	-0.47**	0.05	0.24*	0.37**	-0.06	0.25**

\*: p<0.05; \*\*: p<0.01

### 4. TMT 구조가 조직성과에 미치는 영향 검증

TMT 구조가 조직성과에 미치는 영향을 검증하기 위하여 계층적 다중회귀분석을 실시하였다. 본 연구에서는 조직성과를 병상당 의료수익, 병상당 의료이익, 조정환자수, 의료서비스의 질 평가 수준의 네 세부항목으로 구분하였기 때문에 각 항목을 종속변수로 회귀분석을 하였다. 각 항목에 대한 회귀분석은 2 단계로 나누어 실시하여, 모형 1에서는 통제변수인 의료기관의 종별, 소재지, 설립형태, 규모를 투입하였고, 모형 2에는 독립변수를 추가로 투입하여 설명력의 변화가 있는지 분석하였다.

#### 1) 병상당 의료수익에 대한 영향

<표 4>는 병상당 의료수익에 미치는 독립변수들의 영향을 분석한 결과이다. 모형 1은 통제변수들만을 투입한 회귀모형이다. 의료기관 종별에 따른 의료수익 차이는 유의하지 않았다. 소재지로 볼 때는 광역시 소재 의료기관의 경우 서울시 소재 의료기관에 비하여 병상당 의료수익이 통계적으로 유의하게 적었으나, 중소도시 소재 의료기관의 경우 통계적으로 유의하지는 않았다. 의료기관의 규모가 클수록 병상당 의료수익이 큰 것으로 나타났다.

모형 2는 독립변수들을 추가로 투입하여 분석한 결과 설명력이 통계적으로 유의하게 증가하지 않았으며, 유의한 관계를 보이는 변수도 없었다.

표 4. 병상당 의료수익에 대한 영향 (N=81)

변 수	병상당 의료수익			
	Model 1		Model 2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
의료기관 종별형태 <sup>°</sup>	-21,421.2	0.053	-19,638.4	0.097
소재지(1) <sup>†</sup>	-32,757.5	0.008**	-31,719.5	0.013*
소재지(2) <sup>†</sup>	-22,855.0	0.068	-22,469.7	0.085
설립형태 <sup>‡</sup>	-4,274.9	0.724	-5,225.0	0.689
규모	80.2	<0.001**	80.1	<0.001**
TMT 연령 다양성			-532.9	0.637
TMT 직무 다양성			-21,380.1	0.761
TMT 내 상호작용			1,159.8	0.825
Constant	<b>112,326.6</b>	<0.001**	126,392.7	0.061
F	11.2	<0.001**	6.8	<0.001**
R <sup>2</sup>	0.429		0.432	
$\Delta R^2$			0.003	0.952

<sup>°</sup>: 의료기관종별형태=종합전문요양기관(0), 종합병원(1)

<sup>†</sup>: 소재지=서울(0), 광역시(1), 중소도시(2)

<sup>‡</sup>: 설립형태=공공(0), 민간(1)

\*: p<0.05 and \*\*: p<0.01

## 2) 병상당 의료이익에 대한 영향

<표 5>은 병상당 의료이익에 미치는 영향을 분석한 결과이다. 모형 1은 통제변수만을 투입한 결과인데, 의료기관의 종별형태와 소재지는 유의한 관계를 보이지 않았으며, 설립형태와 규모는 병상당 의료이익에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 민간병원이 공공병원에 비하여 병상당 의료이익이 크고, 규모가 클수록 의료이익이 큰 것으로 나타났다.

독립변수를 추가한 모형 2를 보면, 설명력의 증분이 통계적으로 유의하지 않았으며, 각 변수들도 유의한 관계를 보이지 않았다.

## 3) 조정환자수에 대한 영향

<표 6>은 조정환자수에 대한 영향요인을 분석한 결과이다. 모형 1은 통제변수만을 투입한 결과인데, 의료기관의 종별 형태와 소재지에 따른 차이는 없는 것으로 나타났고, 의료기관의 설립형태와 규모에 따른 영향은 유의한 것으로 나타났다. 구체적으로 보면 민간 의료기관의 경우 공공 의료기관에 비하여 조정환자수가 작고, 규모가 클수록 조정환자수는 많은 것으로 나타났다.

모형 2는 독립변수들을 투입한 결과인데, 설명력의 증분이 유의하지 않았으며, 각 변수들도 유의한 관계를 지니지 않은 것으로 나타났다.

표 5. 병상당 의료이익에 대한 영향 (N=81)

변 수	병상당 의료이익			
	Model 1		Model 2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
의료기관종별형태	925.8	0.821	-221.300	0.959
소재지(1)	5,984.5	0.185	5,389.591	0.246
소재지(2)	4,320.1	0.350	4,179.594	0.383
설립형태	13,217.7	0.004**	14,141.428	0.004**
규모	13.0	0.048*	13.213	0.050*
TMT 연령 다양성			349.532	0.404
TMT 직무 다양성			18,792.801	0.472
TMT 내 상호작용			-423.464	0.827
Constant	<b>-23,281.1</b>	0.005**	-38,303.521	0.124
F	2.6	0.031*	1.8	0.102
R <sup>2</sup>	0.149		0.163	
$\Delta R^2$			0.014	0.748

\*: p<0.05; \*\*: p<0.01; 변수들의 더미변수 처리방법은 <Table 5> 참조

표 6. 조정환자수에 대한 영향 (N=81)

변 수	조정환자수			
	Model 1		Model 2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
종별 형태	6,078.2	0.864	12,478.6	0.740
소재지(1)	-14,268.5	0.715	-13,667.6	0.733
소재지(2)	1,695.8	0.966	6,680.6	0.872
설립형태	-87,289.4	0.028*	-87,504.4	0.039*
규모	302.9	<0.001**	292.8	<0.001**
TMT 연령 다양성			-2,436.9	0.501
TMT 직무 다양성			-13,551.9	0.952
TMT 내 상호작용			-17,874.4	0.290
Constant	209,102.7	0.004**	345,123.7	0.109
F	8.351	<0.001**	5.356	
R <sup>2</sup>	0.358		0.373	
$\Delta R^2$			0.015	0.623

\*:p<0.05; \*\*:p<0.01; 변수들의 더미변수 처리방법은 <Table 5> 참조

표 7. 의료서비스 질 평가 수준에 대한 영향 (N=81)

변수	의료서비스 질 평가 수준			
	Model 1		Model 2	
	$\beta$	p	$\beta$	p
종별 형태	-0.102	0.042*	-0.036	0.424
소재지(1)	-0.037	0.493	0.009	0.843
소재지(2)	0.057	0.307	0.099	0.046*
설립형태	0.078	0.155	0.110	0.030*
규모	0.001	0.042*	0.001	0.017*
TMT 연령 다양성			-0.020	<0.001**
TMT 직무 다양성			0.299	0.267
TMT 내 상호작용			0.064	0.002**
Constant	2.716	<0.001**	2.243	<0.001**
F	3.836	0.004**	7.030	<0.001**
R <sup>2</sup>	0.204		0.439	
$\Delta R^2$			0.235	<0.001**

\*: p<0.05; \*\*: p<0.01

#### 4) 의료기관 질 평가수준에 대한 영향

<표 8>은 의료기관 질 평가 수준에 대한 영향요인을 분석한 결과이다. 모형 1을 보면 일반 의료기관의 경우 종합병원 이상 의료기관에 비하여 서비스 평가 수준이 낮은 것으로 나타났다, 소재지와 설립형태에 따른 차이는 없는 것으로 나타났다. 그리고 규모가 클수록 서비스 평가 수준이 높은 것으로 나타났다.

독립변수를 추가한 모형 2를 보면 의료서비스 질 평가수준에 대한 설명력이 통계적으로 유의하게 증가한 것을 알 수 있다. TMT의 연령 다양성이 높을수록 의료서비스의 질 평가 수준이 낮았고, 직무 다양성은 유의한 관계를 보이지 않았다. 한편, TMT 내 상호작용 수준이 높을수록, 다시 말해서 내부 의사소통이 잘 이루어지고, 팀워크가 좋을수록 질 평가 수준이 높게 나타났다.

## V. 고찰 및 결론

우리나라 의료기관들의 경영성과는 과연 최고경영자 팀의 구성과 그 내부의 상호작용에 따라서 달라지는지 확인하는 것이 이 연구의 목적이었다. 위의 분석결과를 보면 본 연구의

조사대상인 500명상 이상의 전공의 수련병원의 경우, 경영자 팀보다는 병원의 규모, 소재지, 중별 등 구조적이고 상황적인 요소에 의하여 더 영향을 받는 것으로 나타났다. 특히 병상당 의료수익, 병상당 의료이익, 조정환자수와 같은 경영성과는 TMT의 구성과 TMT 내부의 프로세스와 전혀 관련이 없는 것으로 나타났다. 다만 의료의 질 평가 수준은 TMT 내부의 연령다양성이 높을수록 낮고, TMT 내부의 통합과 커뮤니케이션 수준이 높을수록 높게 나타났다.

위의 분석결과는 우리나라 의료기관의 경우에 경영성과는 최고경영자의 전략적 선택보다는 의료기관의 규모, 소재지, 설립형태와 같은 구조적 변수들이 조직성과에 영향을 미치고 있다는 점을 시사해 준다. 그러나 이 해석의 타당성과 본 연구의 조사대상 밖의 병원에도 적용되는지는 별도의 추가적 연구를 통해서 확인되어야 할 것이다.

TMT 연령다양성이 높을수록 의료서비스 질 평가 수준이 낮은 것으로 나타났는데, 이는 매우 흥미로운 현상으로 보인다. 연령다양성과 조직성과의 관계에 대한 기존 연구결과를 보면, 연령다양성이 높을수록 조직은 더욱 혁신적이지만(Carpenter et al., 2004 ; Greening & Johnson, 1997 ; Bantel & Jackson, 1989), 전략적 변화의 추진, 전략적 합의의 도출에는 어려움을 겪는 것으로 나타났다(Carpenter et al., 2004 ; David & Frank, 2007 ; Wiersman & Bantel, 1992 ; 광선화, 2003; Bantel & Jackson, 1989 ; Knight et al., 1999). 따라서 의료서비스의 질이 TMT의 연령다양성이 높을수록 낮아진다는 본 연구의 발견은, 우리나라 의료기관에서 TMT의 연령다양성이 높아질수록 의료서비스의 질 향상을 위한 활동에 대한 전략적 합의와 일관성 있는 추진이 어려워진다는 점을 시사하는 것으로 보인다. 이에 대한 별도의 추가적인 연구가 이루어질 필요가 있다고 생각된다.

의료기관의 TMT 내부의 상호작용이 활발할수록 의료서비스 질 평가 점수는 높게 나타났다. 선행연구에서도 TMT의 높은 수준의 커뮤니케이션은 높은 수준의 지식공유로 새로운 지식창출을 유도하고, 각종 아이디어를 창출하여 구성원들의 창의성을 발휘하는 데 결정적인 효과를 나타냄으로써, 조직성과에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Barsade et al., 2000). TMT 내부에서 통합과 커뮤니케이션이 활발하게 이루어질 때 의료서비스의 질적 성과가 향상될 수 있다는 의미로 보아야 할 것이다.

한편, TMT의 전공, 핵심경력, 핵심기능 등으로 구성된 직무다양성은 의료기관의 조직성과와 관련이 없는 것으로 나타났다. 이는 TMT의 직무다양성이 병원의 성과에 영향을 미치는 것을 제시한 David et al.(2008)의 연구와 상반되는 결과이다. 이러한 차이가 나타난 이유는 David 등의 연구가 조직의 전략적 변화를 추진하는 상황에서 그러한 변화와 연결된 성과를 위해서 요구되는 직무의 다양성에 초점을 맞춘 데 반해서, 본 연구에서는 일반적인 병원의 경영 성과에 초점을 맞추었기 때문으로 보인다.

일반적으로 TMT의 직무다양성이 높아지면 직무와 관련된 다양한 지식, 관점, 기술 등을

보유하게 되어 다양한 시각의 반영에 따른 전반적인 문제 해결 능력의 증진으로 조직성고가 향상되는 것으로 본다(Simons et al., 1999 ; Kor, 2003 ; 박진, 2009). 다양한 전문직의 직업들이 서로 협력해야 하는 의료기관과 같이 크고 복잡한 조직에서도 직무관련 요인들은 조직성과와의 관계에서 더욱 유의한 결과를 가져올 것이라고 예상하였으나, 본 연구에서는 예상한 결과를 얻지 못하였다. 이러한 결과가 나타난 원인을 다음과 같이 생각할 수 있다. 첫째, 우리나라의 의료산업의 경우 최고경영자의 전략적 선택이 조직성고에 영향을 미친다고 보다는 조직을 둘러싼 구조적 변수에 의해 성과가 결정된다는 구조적 상황이론이 더 타당하다는 의미로 해석할 수 있다. 둘째, 측정방법이나 자료수집에서 발생할 수 있는 연구 방법론적 오류가 있을 수 있다. 2006년 당시의 최고경영자 구성과 해당연도의 조직성고 사이의 관계를 분석하여, 최고경영자의 전략적 선택과 성과 사이의 시차를 고려하지 못하였기 때문이다. 셋째, 의료기관의 경우 TMT의 대부분이 의사로 구성되어 있다는 점을 고려할 때 직무다양성의 영향이 충분하게 나타나지 않았을 가능성이 있다.

본 연구는 연구방법론 상으로 몇 가지 한계가 있다. 우선 수련병원 중 의료기관 평가를 받은 500병상 이상의 의료기관으로 제한하였기 때문에, 의료기관 전체로 일반화하기에는 한계가 있다. 둘째, 객관적 자료를 통해서 TMT 구성의 다양성을 측정하였어야 함에도 불구하고 응답자들의 기억에 의존하여 2006년도의 최고경영자 팀에 대한 조사를 한 것은 측정의 타당성을 심각하게 손상시키는 문제이다. 그럼에도 불구하고 외국이나 우리나라의 상장기업과 달리 의료기관은 TMT의 인구통계학적 자료뿐만 아니라 의료기관의 성과자료를 수집하는데도 많은 어려움이 있어서 이러한 방법을 사용할 수밖에 없었다. 그러나 직접 의료기관을 방문하여 응답자를 면접하고 방문하지 못한 경우에는 직접 응답자와 통화를 하여 적절한 응답자를 선정하도록 함으로써 정확한 조사를 하고자 하였다. 셋째, 2006년의 한 시점을 기준으로 당시의 TMT 구조가 2006년~2007년의 조직성고에 미치는 영향에 대한 횡단적인 연구를 함으로써 TMT 구조와 조직성고에 미치는 종단적 효과를 제시하지 못하였다. 우리나라 의료기관의 성과에 대한 조사가 해마다 이루어지고는 있지만 조사기관의 분석을 통해서 전체적인 통계와 동향만이 외부로 공개될 뿐 개별기관의 자료가 공개되고 있지 않고 있는 상황에서 이 문제를 극복하기에는 어려움이 있었다. 마지막으로 이 연구는 의료기관의 재무적 및 질적 성과에 영향을 미칠 수 있는 수많은 변수들의 영향을 고려하지 못한 한계가 있다. 모델의 간결성을 추구하기 위한 방편이었기는 하지만 충분하게 고려하여야 하는 변수를 고려하지 못하였다는 점은 분명한 한계라 할 것이다.

앞으로는 이러한 한계를 극복하는 한편, 의료기관의 TMT 특성과 프로세스를 더 잘 측정할 수 있는 지표 개발이 필요하고, 임상적 질 지표를 성과로 사용하는 연구도 필요하다고 생각된다.

## 참고 문헌

- 곽선화. 환경 불확실성과 팀 이질성간 관계에 대한 연구 : 최고경영진의 구성을 중심으로. 대한경제학술지 2003 ; 39 : 1563-86.
- 류정걸, 양동현. 종합병원의 의료서비스 품질수준과 경영성과 간의 관계. 한국병원경영학회 2006 ; 11(4)82-103.
- 박진. 최고경영자 및 최고경영팀의 다양성과 조직성과. 성신여자대학교 대학원 박사논문 2007 : 1-106.
- 백윤정, 정진철, 최순권. 최고경영진의 지식다양성과 사회적 범주 다양성이 조직성과에 미치는 영향. 인사·조직연구 2002 ; 10(2) : 1-34.
- 백윤정, 전상길. 최고경영진의 대외연결능력, 보유지식 그리고 성과와의 관련성에 관한 탐색적 연구. 경영학연구 2002 ; 31 : 1401-22.
- 보건복지부. "07년 의료기관평가 결과 발표" 보도자료 2008 : 1-22.
- 이호욱, 박중훈. 최고경영진의 다양성이 기업의 국제화 수준 간의 관계 : 국제적 제휴의 매개효과. 국제경영연구 2004 ; 15(2) : 1-30.
- 조봉순, 조경순. 최고경영자팀(TMT)의 다양성이 조직성과에 미치는 영향 : 집단 내 갈등의 매개효과에 대한 실증적 분석. 인사·조직연구 2002 ; 10 (2) : 119-48.
- 최만규, 문상식, 윤창수, 김진희. 개인병원과 의료법인병원의 재무구조와 수익성 비교. 보건과학논집 2006 ; 32(1) : 1-12.
- Allison PD. Measures of inequality. Am Socl Rev 1978 ; 43 : 865-80.
- Bantel KA. Strategic planning openness : The role of top team demography. Organ Manage 1994 ; 19(4) : 406-24.
- Bantel KA, Jackson SE. Top management team and innovation in banking : Does the composition of the top team make a difference? Strateg Manage J 1989 ; 10 : 107-24.
- Barsade SG, Ward AJ, Turner JD, Sonnenfeld JA. To your heart's content : a model of affective diversity in top management team. Adm Sci Q 2000 ; 45 : 802-36.
- Blau PM. Inequality and heterogeneity. New York : Free Press, 1977.
- Bunderson JS, Sutcliffe KM. Comparing alternative conceptualizations of functional diversity in management teams: process and performance effects. Acad Manage J 2002 ; 45 : 875-93.



- Carpenter MA, Fredrickson JW. Top management teams, global strategic posture, and the moderating role of uncertainty. *Acad Manage J* 2001 ; 44 : 52-73.
- Carpenter MA, Geletkanycz MA, Sanders WG. Upper echelons research revisited : antecedents, elements, and consequences of top management team composition. *J Manage* 2004 ; 30(6) : 749-78.
- Chatman J, Flynn F. The influence of demographic heterogeneity on the emergence and consequences of cooperative norms in work teams. *Acad Manage J* 2001 ; 44 : 956-74.
- David NG, Frank H. Management accounting system, top management team heterogeneity and strategic change. *Account Organ Soc* 2007 ; 32 : 735-56.
- David NG, Frank H, Victor SM. Top management team heterogeneity, strategic change and operational performance. *Br J Manage* 2008 ; 19 : 224-34.
- Eisenhardt KM, Schoonhoven CB. Organizational growth : Linking founding team, strategy, and growth among U.S. semiconductor ventures, 1978-1988. *Adm Sci Q* 1990 ; 35 : 504-29.
- Glick WH, Miller CC, Huber GP. The impact of upper-echelon diversity on organizational performance, in Huber P, Glick H.(eds.), *organizational change and redesign : Ideas and insights for improving performance*. Oxford University Press, 1995.
- Greening DW, Johnson RA. Do managers and strategies matter? A study in crisis. *J Manage Soc* 1997 ; 36(4) : 334-61.
- Hambrick DC, Mason PA. Upper echelons : The organization as a reflection of its top managers. *Acad Manage Rev* 1984 ; 9 : 193-206.
- Knight D, Pearce CO, Smith KG, Olian JD, Sims HP, Smith KA, Flood P. Top management team diversity group process, and strategic consensus. *Strateg Manage J* 1999 ; 20 : 445-65.
- Kor YT. Experience-based top management team competence and sustained growth. *Organ Sci* 2003 ; 14 : 07-19.
- Michael JG, Hambrick DC. Diversification posture and top management team characteristics. *Acad Manage J* 1992 ; 12 : 125-143.
- Murray AI. Top management group heterogeneity and firm performance. *Strateg Manage J* 1989 ; 10 : 125-41.

- O'Reilly CA III, Snyder RC, Boothe JN. Effects of executive team demography on organizational change. In Huber GW, Glick WH(eds.), organizational change and redesign ideas and insights for improving performance. Oxford University Press, 1993 : 147-75.
- Pelled LH. Demographic diversity, conflict, and work group outcomes : An intervening process theory. *Organ Sci* 1996 ; 7 : 615-31.
- Pettigrew AM. On studying managerial elites. *Strateg Manage J* 1992 ; 13 : 163-82.
- Priem RL. Top management team group factors, consensus, and firm performance. *Strateg Manage J* 1990 ; 11 : 469-78.
- Simons T, Pelled LH, Smith KA. Making use of difference : Diversity, debate, and decision comprehensiveness in top management teams. *Acad Manage J* 1999 ; 42 : 662-73.
- Smiths KG, Smith KA, Olian JD, Sims HP, O'Bannon DP, Scully JA. Top management team demography and process : The role of social integration and communication. *Adm Sci Q* 1994 ; 39 : 412-38.
- Thomas JB, McDaniel RR. Interpreting strategic issues : Effects of strategy and the information-processing structure of top management teams. *Acad Manage J* 1990 ; 33(2) : 286-306.
- Virany CB, Tushman M, Romanelli E. Executive succession and organizational outcomes in turbulent environment : An organizational learning approach. *Organ Sci* 1991 ; 3 : 87-108.
- Wierseman MF, Bantel KA. Top management team demography and corporate strategic change. *Acad Manage J* 1992 ; 35 : 91-121.
- Williams KT, O'Reilly CA. Demography and diversity in organizations : A review of 40 years of research. In Cummings LL & Staw BM(eds). *Res organ behav*. Greenwich, CT : JAI Press 1998 ; 32 : 353-76.