

의료서비스산업에서의 고객지식 획득과 활용방안 : 기대 불일치 이론을 중심으로

The Acquisition and Utilization of Customer Knowledge in the Healthcare Service Industry : The Theory of Service Failure

김 상 만[†] 경희대학교 경영대학 조교수 (smkim@khu.ac.kr)
이 연 주 경희대학교 경영대학원 의료경영학과 (hopelyj@hanmail.net)

ABSTRACT

The knowledge of customer in healthcare service industry is widely accepted as one of the key information for the customers' satisfaction. Previous studies on the customer knowledge about service recovery showed that service providers are having difficulties with standardizing interaction with customer, This study investigated the attribution according to the failure in providing medical services and customer's participation as preceding variable of attribution. A survey was carried out targeting an obesity clinic having high participating rate from May 10 to May 28, 2010. The research results revealed that from whom the responsibility of the service failure originated between the patients and the medical institutions depending on the extent of the patients involvement in service process.

Keywords : Service Failure, Attribution, Customer Involvement, Brand Changing, Customer Complaint

1. 서 론

전 세계적으로 의료 환경은 급격히 변화하고 있으며 병원의 신설 및 기존병원의 확장에 따른 의료공급의 증대는 병원간의 경쟁을 심화시켰고, 국제화의 진전과 의료시장 개방은 의료계를 무한경쟁의 상황으로 치닫게 하고 있다(강병서, 2005). 이러한 의료시장의 변화는 의료기관들의 의료서비스 품질을 강화시키고 고객 만족의 수준을 높여 경쟁우위를 확보하려고 한다. 의료서비스는 의료기관이 환자에게 서비스를 제공하는 과정은 예약에서부터 예약확인, 등록, 접수, 진단, 진료(처방 및 투약) 뿐만 아니라 의료 외적인 서

비스, 가령 대기시간, 의료기관의 청결상태, 대기실의 안락함 등을 모두 포함한다(Fetter and Freeman, 1986). 의료서비스는 대표적인 고몰입 상품이고, 시·공간적으로 여러 단계에 걸쳐 환자에게 의사, 간호사, 안내원 등이 서비스를 제공하는 특성이 있으며, 전문적인 서비스 영역이라는 측면에서 서비스 실패를 증가시키는 요인으로 작용 할 수 있는 특성을 지니고 있다. 이러한 의료 서비스의 특수성으로 인하여 실패를 완전히 방지하는 것은 어려우며 이러한 서비스 실패의 불가피성으로 인해 대다수의 선행 연구들은 서비스 회복의 필요성에 대해 많은 설명을 하고 있다(Gronroo, 1988; Kelley and Davis, 1994; Zemke and Bell, 1990). 일반적으로 기업들은 다양한 통로를 이용해서 고객만족을 위해 노력하고 신규고객을 유치하기 위해

[†] 교신저자

논문접수일 : 2010년 9월 4일; 게재확정일 : 2010년 9월 23일

기업들이 힘쓰고 있지만, 오히려 불만고객을 유지하는 비용보다 신규고객을 유치하기 위한 비용이 약 5배가 더 소요된다고 한다. 서비스 불만족 고객의 불만을 잘 해결하면 고객 만족으로 전환시킬 수 있으며, 그들의 충성도를 증가시킬 수 있다(Fornell and Wernerfelt, 1987). 대다수의 선행 논문들은 서비스 회복과 고객만족과의 영향관계에 관한 초점을 맞추었으나 서비스 실패의 인지 및 서비스 회복은 불만을 느낀 고객의 표출로 인해 가능하기 때문에(Fornell and Wernerfelt, 1987), 기업은 서비스의 회복을 위해 실패원인에 귀를 기울여야 한다. 한편 고객 또한, 서비스 실패를 경험하게 되면 이에 대한 원인을 찾는 경향을 보일 것이며 이러한 실패 원인이 환자 자신에게 있는지(내적귀인), 의료서비스 제공자(외적귀인)에게 있는지에 따라 향후 행동반응에 영향을 미칠 것이다. 의료서비스는 고객참여가 필요한 대표적인 서비스이다. 고객이 얼마나 치료과정에 참여했는지, 얼마나 많은 정보를 제공했는지에 따라 결과품질이 달라질 수 있고, 또한 고객참여수준에 따라 실패에 대한 귀인이 달라지기 때문에 귀인에 대해서도 구체적으로 살펴볼 필요가 있다. 이상의 선행연구를 토대로, 서비스 실패상황에서의 원인에 따라 향후 나타나는 행동이 달라질 수 있다는 점에 착안하여, 본 연구에서는 의료서비스(본질적 서비스 및 외적 서비스)품질 수준과 고객 참여수준의 정도를 고객이 인지하는 실패의 원인으로 정의하였다. 그리고 실패의 원인에 따라 달라지는 고객의 행동반응(불평행동 및 전환행동)에 관하여 살펴보고자 한다.

II. 선행 연구

1. 선행연구 검토

서비스를 경험하기 전에 그 서비스에 대한 기대를 형성하고, 실제 경험 후 성과와 비교하게 되며, 불일치 정도에 따라 만족과 불만족을 경험하게 된다(Oliver, 1980). 하지만, 기업이 고객의 요구에 발맞춰 탁월한 서비스를 제공한다고 하더라도 서비스의 특수성 때문

에 실패를 완전히 방지할 수는 없다. 이러한 불가피성으로 인해 선행 연구들은 서비스 회복의 필요성에 대해 많은 설명을 하고 있다(Gronroo, 1988; Kelley and Davis, 1994; Zemke and Bell, 1990). 이러한 서비스 회복은 고객의 불만족을 만족으로 전환시킬 수 있으며 고객의 만족은 충성도를 증가시킴으로써 궁극적으로 수익의 증가를 가져온다(Singh and Wilkes, 1996). 이런 흐름에 맞춰 의료산업 또한 기존보다 높은 기대와 욕구를 만족시키기 위해 의료기관은 기존의 의료서비스보다 향상된 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 노력들을 하고 있다. 일반적으로 서비스 실패란 고객이 서비스를 구매하거나 소비할 때 그 서비스가 고객의 기대치를 충족시키지 못하거나 기대이하로 떨어지는 것으로(Bell and Zemke, 1990) 이러한 의료서비스 실패 원인은 의료서비스 자체와 고객의 참여수준에 따라 기인된다. 의료서비스는 본질적 서비스와 의료외적 서비스 차원으로 나눌 수 있는데 의료 본질적 서비스는 진단, 치료, 처방 등 환자의 병을 치유하는데 필요한 의료 행위들이며 의료 외적 서비스란, 인적, 물적 제도를 아우르는 것으로 대기시설, 청결성, 친절도 등으로 정의된다(Fetter and Freeman, 1986). 이러한 요소 이외에도 의료산업은 고객의 참여수준이 높으며, 그러한 흐름 안에서 공동생산자로서의 고객의 역할이 증대되고 있으므로(Wilkins, 1999; Gallagher, 1999) 고객은 서비스 실패 시 원인 규명을 위하여 위의 모든 요소들을 고려한다. 이러한 원인 규명은 귀인이론으로 대표되는데 귀인이론은 사람들이 발생한 문제에 대하여 원인을 추론하며, 추론 과정에 있어서 그 대상에 따라 지각과정이 달라진다(Kelly, 1973; Heider, 1944; 1958). 즉 어떠한 문제가 발생 시 사람들은 그 문제에 대하여 관심을 갖고 그 문제가 어떻게 발발했는지에 대하여 규명을 하며 그러한 규명과정에서 책임대상이 달라질 수 있다. Heider(1958)는 행동결과의 원인을 사람에게 두느냐 혹은 환경에 두느냐에 따라 행동의 차이를 가져온다고 보고, 내적요인 혹은 외적요인에 대한 귀인의 결과가 차이가 있음을 강조하였다. 이러한 연구는 내적요인을 고객의 책임, 외적요인을 의료서비스 제공자의

책임으로 분류하고 서비스 실패가 발생했을 시 책임소재에 따라 결과가 달라질 수 있다는 것을 암시하는 것이다. Zeelenberg(1998)는 외적귀인의 경우 외적 상황을 변형시키려 하고, 내적귀인의 경우 자가 자신의 행동을 변경시키려 한다고 주장하였다. Landon(1977)은 소비자가 서비스에 대하여 불만을 경험 할 때 일반적으로 불평, 구전, 전환 등으로 달라질 수 있다고 주장하였다. 불평행동은 서비스 실패 기업으로부터 사과를 요구하거나(Davidow, 2000), 환불(Kelly, 1994) 등 기업에 대해 제기하는 항의이며 전환행동은 고객이탈, 고객이동으로 정의되며 소비자의 상표전환행동으로 설명하였다(Reichheld and Sasser, 1990; Carpenter and Lehmann, 1995). 요약하건데, 외적상황을 변형시키는 것은 서비스 실패 기업에 불평을 통해서 서비스가 실패했다는 사실을 알리고 사과를 요구하거나 환불 등 기업에 대해 제기하는 항의이며, 이러한 행동을 통해 고객은 외적상황을 변형시켜 보상을 요구하거나, 혹은 상표를 전환하여 서비스 실패 기업에 대하여 재방문, 재구매를 하지 않는다. 따라서 본 연구에서는, 서비스 실패에 대한 고객행동을 불평행동 및 전환행동으로 판단한다.

2. 서비스 실패

서비스 산업에서 고객의 만족 및 불만족에 관한 연구가 활발히 진행되면서 이러한 만족과 불만족을 측정하는 하나의 수단으로 기대 불일치 이론이 널리 이용되었다(Oliver, 1980). 기대 불일치 이론에 따르면, 제품의 품질은 제품이 가지고 있는 객관적인 품질 이외에 소비자가 주관적으로 가지고 있는 기대에 의하여 제품의 품질이 결정된다는 것이다. Cardozo(1965)는 기대수준이 소비자 만족에 미치는 영향을 조사한 연구에서 기대수준을 능가하면 소비자는 제품의 품질이 좋다고 인식하는 경향이 있는 것을 발견하였다. 따라서 제품 성능이 소비자의 기대보다 높으면 만족수준이 올라가고, 반대로 제품성능이 기대보다 낮으면 실망효과에 의해 소비자는 불만족하게 된다는 것이다(Oliver, 1980; 1989). 소비자의 제품 및 서비스에 대한 불만족은 서비

스 실패와 직결된다. 서비스 실패란 일반적으로 서비스 접점에서 고객 불만족을 야기하는 열악한 서비스 경험을 말하는 것으로 서비스 공급동안 발생하는 여러 실수들, 고객에 대한 서비스의 약속 위반, 혹은 여러 형태의 서비스 오류 등을 포함한다(Weun, 1997). 다수의 선행 연구에서도 서비스 실패를 고객이 서비스를 구매하거나 소비 할 때 그 서비스가 기대치를 충족시키지 못하거나 그 기대이하로 떨어지는 것으로 서비스 실패를 정의하였다(Bell and Zemke, 1990; Gronroos, 1988). 서비스 실패는 그 회복 노력에 따라 만족으로 바뀔 수 있다(이수원). 이러한 서비스 실패에 대한 책임의 소재와 관련하여 Johnson(1995)은 서비스 실패 시 서비스 제공 기업이 서비스 회복을 해야 한다고 주장하였으며, 이와는 반대로 Berry, Leonard, and Parasuraman(1991)는 서비스 실패란 근본적으로 책임소재가 있는 대상으로부터의 서비스 과정이나 결과에 대한 과실로 정의하고 책임 소재는 서비스 제공자일 뿐만 아니라 고객 또한 서비스 실패에 책임이 있을 수 있다고 주장하였다. 이상의 선행연구를 종합하여 본 연구에서는, 서비스 실패를 환자가 의료서비스를 구매하거나 소비할 때 환자의 서비스에 대한 기대를 실제 의료서비스가 충족하지 못했을 때 발생하는 환자의 불만족 상태로 정의하였다. 그리고 이러한 서비스 실패의 책임소재는 의료서비스 제공자인 의료기관(Johnson, 1995)과 환자(Berry et al., 1991)로 나누어 의료서비스 실패에 따른 귀인을 정의하였으며 귀인에 따른 향후 행동반응에 관하여 알아보고자 한다.

3. 의료서비스

의료서비스(Medical Treatment)는 의사가 주체가 되어 환자를 진료하고 그 증세에 따라 적절한 투약이나 처치로 환자를 치료하는 행위와 관련된 직접, 간접적인 모든 서비스이며, 의료 행위 자체인 본질적인 의료서비스와 의료이용자가 의료행위를 받게 되기까지 경험하는 의료행위 이외의 부가적인 서비스를 말한다(서정희, 1995). Evans and Barry(1984)는 의료서비스를 의료 본질적 행위인 진단, 진료(처방 및 투약) 뿐만

아니라, 의료행위로 인해 부가적으로 생성되는 의료의 적 행위들을 개념화 한 것이며, 사람을 수혜 대상으로 하는 유형적 행위로서 지적 전문업을 의미하는 것으로 정의하였다. Fetter and Freeman(1986)은 “의료소비자들에게 제공되는 중간적 생산물”로 의료서비스를 정의하였다. 이상의 선행 연구를 종합해봤을 때 의료서비스는 의료서비스 제공자(의사, 간호사)가 의료 서비스 수혜자(환자)에게 제공되는 모든 직접, 간접적인 서비스로 환자가 의료기관에 도착한 후 이루어지는 전 과정 뿐만 아니라 병원에서 제공하는 모든 인적, 물적 제도적 행위를 포함하는 개념이고 볼 수 있다.

의료서비스 품질과 관련된 선행연구를 살펴보면 Donabedian(1988)은 의료서비스 품질을 의료제공자, 의료이용자, 사회적 입장에서 살펴보았다. 의료제공자는 의료제공자의 의학적인 기술제공 능력으로 의료서비스 품질을 정의하였고 환자의 요구나 기대에 따라 판단되는 것으로 의료서비스에 대한 환자의 느낌으로 의료이용자 측면에서 의료 서비스 품질을 정의하였으며 사회적 입장에서 많은 사람들에게 편익이 돌아가는 것에 중점을 두는 것으로 정의하였다. Lytle and Mokva(1992)는 의료서비스 품질을 환자의 욕구를 충족시키는 것으로 정의하고 환자는 서비스 결과(service outcome), 서비스 과정(service process), 물리적인 환경(physical environment)으로 의료 서비스 품질을 평가한다고 주장하였다. Babakus and Mangold(1992)는 의료서비스의 품질을 공급자 측면과 환자 측면으로 나누어 정의하였다. 그는 공급자 측면에서 의료서비스 품질은 주로 임상적인 것으로 진단명의 정확성, 의료기술의 숙련정도 등을 평가하는 반면, 환자 측면에서 의료서비스 품질은 서비스의 양질이 아닌 환자가 주관적으로 느끼는 정도로 정의하였다. 이러한 의료서비스의 품질을 측정하기 위한 방법으로 SERVQUAL 척도를 제안하고 그에 대한 타당성 및 신뢰성 검정에서 유의성을 검정하였다. Bopp(1990)은 SERVQUAL 척도에서 제시하는 성과-기대의 불일치 모형을 통하여 측정할 수 있으며 보살핌, 전문성, 실력의 3가지 차원으로 구성되어 있다고 정의하였다. 이상의 선행연구를

토대로 본 연구에서는 의료 서비스 품질을 병원에서 제공하는 유형적, 무형적 요소에 대하여 환자가 인지하는 주관적 판단으로 정의하고 의료서비스 품질을 의료 본질적 행위(진단, 진료, 치료, 처방)차원과 부가적으로 경험하는 외적 서비스 차원(청결상태, 시설, 종업원들의 태도, 절차 및 처리의 신속성 등) 등 두 가지 차원으로 나누어 살펴본다.

4. 고객참여

서비스에서 고객참여는 고객이 서비스 생산과 전달 과정에서 관여된 정도이다(Dabholkar, 1990). 구체적으로, Cermak et al.(1994)는 고객참여를 서비스의 구체적 사양 및 전달과 관련한 고객행위라고 정의하였으며, Rodie and Kleine(2000)는 서비스의 생산과 전달을 위해 고객이 제공하는 행동 또는 자원에 관한 행위로 정의하였다. 또한, Lovelock and Young(1979)은 고객참여는 고객 스스로 작업을 하는 것으로 정의하였다. 이러한 고객참여 수준은 다양하게 분리 될 수 있는데 Kelly, Donnelly, and Skinner(1990)는 낮은 참여수준은 무관심이며 높은 참여수준은 전념으로 고객참여를 분류하였다. 서비스 과정에서 고객의 참여는 서비스 과정에서 공동생산 역할로 작용하며 이는 서비스 사업 개선에 필요한 척도로서 서비스 운영상의 불확실성을 감소시키는 요소이며, 고객 스스로도 참여과정에서 자신을 위해 행동을 결정하고 유리한 방향으로 행동을 하기 때문에 서비스의 만족과 몰입을 높일 수 있으며, 궁극적으로 고객참여는 고객과 조직 모두에게 긍정적으로 작용한다(Lovelock and Young, 1979; Larsson and Bowen, 1989). 그러나 단순한 고객의 참여는 아무 의미가 없으며 고객의 프로세스 참여는 조직 및 고객 모두에게 긍정적인 영향을 미쳐야 한다. 조직은 고객이 서비스 과정에 적극적으로 참여하고 기여도를 높이기 위하여 고객에게 분명한 역할을 부여하고 동기를 제공해야 한다(Bowen, 1986). 따라서 서비스 기업은 고객 사회화를 통해 고객의 적절한 행동을 명확하게 제시하여 서비스 운영상의 불확실성을 감소시킨다(Larsson and Bowen, 1989). 이상의 선행연구를

종합하여, 본 연구에서는 의료서비스의 고객참여를 서비스 과정에서 고객이 투입하는 정보, 시간, 노력 등이 서비스 창출에 기여하는 부분으로 정의하였다.

5. 내적귀인, 외적귀인

귀인이론은 사람들이 어떻게 인과적 추론에 도달하며, 추론들의 결과가 무엇인지에 대하여 관심을 가진다. 귀인이론은 소비자행동 중에서도 불평행동이나 불만족행동과 같은 구매 후 행동을 설명하는데 쓰이고 있다. Kelly(1973)는 귀인이론을 사람들이 어떻게 인과론적으로 설명을 하며, “왜?~”로 시작되는 질문에 그들이 어떻게 대답하는가에 관한 이론이라 하였다. 여기에서 인과론적 설명, 혹은 원인으로 돌리거나 성공과 실패에 대한 지각된 이유를 의미한다(Weiner, 1979). 귀인은 인과추론과정에 있어서 관찰의 주 대상에 따라 지각과정이 달라지는데 타인의 행위에 대한 지각과정인 타인귀인(Heider, 1944; 1958; Kelly, 1967; 1973), 사물의 성과나 속성에 대한 지각과정인 사물귀인(Kelly, 1967; 1973), 및 자신의 행위를 외부관찰자의 입장에서 지각하는 자기귀인(Kelley, 1973)의 세 가지 차원으로 나뉜다. 이러한 귀인에 영향을 주는 인과추론의 선행요인으로 Kelley and Michela(1980)는 소비자들의 쾌락적 욕구나 자기존경 욕구 등의 동기나, 특정행위의 발생빈도와 행위원인과의 관련성에 대한 정보 및 특정원인에 대한 사전신념을 영향요인으로 규명하였으며 Richins(1983)는 귀인을 타인의 탓으로 돌리는 것은 자기중심적 이유에 기인한다고 주장하였으며, Folkes(1988)는 귀인을 타인의 탓으로 돌리는 것은 제품 구매로부터 성공적인 결과를 얻기 위해 많은 노력을 경주했음에도 불구하고 제품실패를 경험하였기 때문에 자기중심적인 이유가 아닌 합리성에 근거하여 그 원인을 설명하였다. Heider(1958)는 행동결과의 원인을 사람에게 두느냐 혹은 환경에 두느냐에 따라 행동의 차이를 가져온다고 보고, 내적요인 혹은 외적 요인에 대한 귀인의 결과가 차이가 있음을 강조하였으며 불평행동을 설명하기 위한 수단으로 사용할 수 있다

고 설명하였다. Heider(1958)의 연구에 따르면, 불만에 대한 고객의 반응을 결정하는 것은 단순히 제품이 실패했다는 그 사실이 아니라 고객의 입장에서 왜 그 제품이 실패했는가를 추론하는 과정에서 추론된 이유가 그들이 어떻게 반응할 건인가에 영향을 미친다고 설명하였다(Folkes, 1984; Krishnam and Valle, 1979; Landon, 1977; Richins, 1983). 많은 연구들이 불평행동을 귀인이론으로 설명하려고 시도하는데 박진영, 문숙재(1990)는 불평행동의 직접적인 선행요인은 불만족의 귀인유형, 즉 불만족의 원인과 책임을 내적귀인 혹은 외적귀인에 따라 불평행동에 직접적으로 영향을 미친다고 주장하였다. 의료서비스는 생산과정에서 의료서비스 제공자(의사, 간호사 등) 뿐만 아니라 고객(환자)의 참여가 요구되는 공동생산물이므로 서비스 실패 시 원인을 규명하는데 있어서 내적귀인과 외적귀인을 모두 고려해야하므로 본 연구에서는 내적귀인을 개인이 행위의 책임을 외부에서 찾는 경향으로 정의하며, 외적귀인은 행위의 책임을 외부에서 찾는 것으로 정의한다.

6. 서비스 실패의 결과

불만족을 느낀 소비자가 선택할 수 있는 행동에는 부정적 구전, 기업에 대한 불평, 구매거부, 제 3자 기관에 호소 등 여러 가지 형태가 있다. Landon(1977)은 불만족한 고객을 ‘불평행동을 함’과 ‘불평행동을 하지 않음’으로 분류하고, ‘불평행동’을 다시 제품의 교환이나 환불 등을 판매자나 제조업자에게 요구하거나 소비자단체 및 정부기관 등에 고발 및 법적 조치를 취하는 등의 공적 불평행동과 친구나 지인에게 부정적 구전, 특정제품에 대한 재구매 거부 및 점포에 대한 재이용 거절 등의 사적 불평행동으로 나누어 분석하였다. 또한 ‘불평행동을 하지 않음’은 침묵으로 분류하여 소비자의 2/3정도가 불만족을 말하지 않고 조용히 전환행동을 보이거나 구전에 가담하거나 혹은 둘 다 할 수 있다고 밝히고 있다. 소비자가 서비스에 대하여 불만족을 경험할 때 일반적으로 불평, 구전, 전

환 등에 초점을 둔다. Zeelenberg et al.(1998)는 외적 귀인의 경우 외적상황을 변경시키려 하고, 내적귀인의 경우 자기 자신의 행동을 변경시키려 한다고 주장하였다. 서비스 실패 시 고객은 내적상황과 외적상황을 모두 변형시키려 하는데 의료서비스의 경우 환자는 의료 서비스 제공자와 같이 서비스를 생산하는 공동주체이므로 서비스 실패 시 자신의 서비스 참여 정도에 따라 귀인이 다를 것이다. 외적상황을 변형시키는 것은 의료 기관에 불평을 제기함으로써 서비스 실패 사실을 알리고 보상을 요구한다(사과 및 환불). 그러나 내적귀인의 경우 재방문 및 재구매의 가능성이 낮을 것이므로 본 연구에서는 불평을 외적귀인에 따른 행동으로 전환을 내적귀인의 행동으로 판단하였다.

6.1 불평행동

다수의 선행연구는 불평행동을 고객만족 및 불만족의 결과변수로 선행연구 결과 나타냈다. 서비스가 실패했을 때 고객은 심리적인 보상행위로서 평정심을 회복시켜주는 사과행위나(Davidow, 2000) 환불(Kelly et al., 1994)등의 보상행위를 추구한다. 불평행동에 대한 선행 연구를 살펴보면, 불평행동의 강도(intensity)는 불만의 정도에 정비례한다고 가정된다(Bearden and Teel, 1983). 그러나 많은 실증연구에 따르면 불평행동이 불만족 강도만의 함수라기보다는 고객의 특성, 귀인사유에 대한 소비자의 인식, 결과에 대한 기대, 관련된 비용, 제품의 유형등과 같은 여러 요인들의 함수이다(Day, 1984; 이 기준, 조희경, 1996; 서정희, 1995; 박진영, 문숙재, 1990). 서정희(1995)는 고객만족/불만족과 고객불평행동의 인과관계를 다루는 연구모형에서 고객 불만족이 불평행동에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 결과에 대한 기대나 관련비용을 고려한 소비자의 의사결정과정을 매개로 간접적인 영향을 미치는 것으로 보고 있다. 또한, 고객의 불평행동을 고객의 특성으로 예측한 선행 연구를 살펴보면, 의료서비스에 대한 소비자불만 호소행동이 사적행동으로 표현되느냐 또는 공적행동으로 표현되느냐는 만족도와 사회 인구학적 요인에 의해 결정된다고 보았다. 연구결과에 따르면 의료서비스에 대한 만족도는

공적 불만호소행동보다는 사적 불만호소행동과 유의한 상관관계를 보이는데, 이는 의료시장의 독점성과 공적불평행동에 따르는 지각된 비용의 상대적 크기 때문이라고 해석하였다(서정희 1995; 이기준, 조희경 1996). 이상의 선행연구결과를 종합하여 본 연구에서는 불평행동을 불만족을 느낀 소비자가 환불, 교환, 사과 등의 보상을 추구하기 위해 기업에 대해 제기하는 항의 및 항의 의도로 정의한다.

6.2 전환 행동

Reichheld and Sasser(1990)는 전환을 “고객이탈(customer defection)”로 정의하면서 고객이탈이 다른 요인들보다도 수익성에 가장 깊은 관계가 있으며, 기업은 고객이탈을 제로화 목표를 종합적으로 추진해야 한다고 주장했다. Carpenter and Lehmann(1995)은 마케팅믹스 요소가 소비자의 상표전환행동에 영향을 미친다는 것을 입증하면서 전환을 타사제품으로의 “고객이동(movement of buyers from one product to another)”이라고 정의하였다. 그 밖에도 Holland(1984)는 “브랜드 변경(brand changing)”으로, Yi(1990)는 애호도 단축(Curtailing patronage)”으로, Sambandam and Load (1995)는 “구매 시점의 브랜드 선택의 불일치(inconsistency of brand choice from purchase to purchase)”로 정의하고 있다. 이러한 정의들을 바탕으로 전환행동은 고객이 제품 및 서비스를 재구매시 기존의 제품/서비스/브랜드/점포로부터 고객이 타기업으로 이동(movement)한다는 것으로 해석된다. 그러므로 본 연구에서는 전환(switching)을 “서비스 공급자와 관계를 종료하는 것”으로 정의하고자 한다.

III. 연구 설계

1. 가설 설정

일반적으로 서비스 품질은 다양한 차원으로 구성될 수 있고, 서비스 산업에 따라 각기 상이한 서비스 품질 차원이 도출될 수 있다(박종원, 2003). 이러한 개별적인 서비스 품질은 고객만족에 영향을 끼칠 것이

며, 이러한 서비스 품질의 수준이 높을수록 고객들은 그 항목에 높은 평가를 내리고 그에 따라 보다 큰 고객만족을 달성한다(Kelly and Davis, 1994). 이러한 사실은 서비스 품질이 실패했을 때 고객은 불만족 한다는 사실을 의미하며(Johnson, 1995; Berry et al., 1991), 서비스 실패가 발생 시 실패를 규명하고자 고객은 인과추론과정을 거치며 성공과 실패에 대한 지각된 이유를 파악하고자 한다(Kelly, 1973; Weiner, 1979). Bopp(1990)은 의료서비스 질을 의료전문가의 입장과 의료소비자의 입장으로 나누어 정의하면서 의료전문가의 관점에서 의료서비스의 질은 매우 전문적이고 기술적인 것으로 구조, 과정, 결과의 3가지로 구성되어 있는 반면, 의료소비자의 관점에서는 다분히 기능적인 것으로 환자가 인지하는 것에 바탕을 두고 있다고 설명하였다. Stratos(1984)는 의료의 질을 공급자 측면과 환자측면으로 나누어 정의하면서 공급자 측면에서 의료의 질은 주로 임상적인 것으로 진단의 정확성, 의료기술의 숙련도 등을 평가하는 반면, 환자측면에서는 그들이 인지하는 것에 바탕을 두고 있으며 결국 의료산업에서의 서비스 질을 환자들이 평가하는 기준에 크게 영향을 받는다고 주장하였다. 의료 서비스는 서비스 제공자와 서비스 구매자에 의해 의료의 질이 결정되며 의료 서비스 실패 시 환자는 그 실패 원인을 추정한다. 지성구(2004)는 서비스 실패의 원인이 서비스 제공자와 소비자에 따라 상호작용 효과가 다르다고 주장하였다. 이러한 부정적 기대 불일치 시 서비스 기대의 실패를 어디서 찾는지 알아보고자 아래와 같은 가설을 설정한다.

- H1 : 의료서비스 실패시, 의료적 서비스 품질이 높을수록 내적귀인에 정의 영향을 미칠 것이다.**
- H2 : 의료서비스 실패시, 의료적 서비스 품질이 높을수록 외적귀인에 부의 영향을 미칠 것이다.**
- H3 : 의료서비스 실패시, 의료외적 서비스 품질이 높을수록 내적귀인에 정의 영향을 미칠 것이다.**
- H4 : 의료서비스 실패시, 의료외적 서비스 품질이 높을수록 외적귀인에 부의 영향을 미칠 것이다.**

Richins(1983)는 어떤 행위 결과에 대한 이유추론 여하에 따라 그 결과와 관련된 대상이나 사건에 대한 태도가 달라지고 소비자 반응이 달라진다는 것으로 외부적인 요소 혹은 내부적인 요소로 고객은 이유를 추론하며 그 추론 결과에 따라 고객의 반응이 달라진다. 고객참여는 고객만족이나 서비스 품질 평가 등에 영향을 미친다(Lovelock and Young, 1979; Larsson and Bowen, 1989). 서비스 참여 수준이 높은 고객들인 서비스 및 제품에 대한 기대와 평가수준이 높고, 서비스의 성공을 위해 다양한 정보탐색 노력과 제품선택 노력을 경주하므로 서비스 실패 시 그 실패 귀인을 외적으로 돌린다(Oliver, 1980). Hubbert(1995)는 고객 참여 수준이 높은 비만클리닉은 고객이 적극적인 참여를 통해 서비스 제공자와 함께 서비스 결과물을 공동 생산하는 고객참여수준이 필수이기 때문에 서비스 실패가 고객의 참여수준의 정도에 따라 영향을 받을 수 있다고 주장하였다. 또한 배병렬(1998)은 고객이 인지하는 중요도에 따라 불평행동의 유형이 달라질 수 있다고 주장하였다. 이상의 연구를 바탕으로 의료서비스의 경우, 환자는 의료서비스 제공자와 같이 서비스의 결과물을 생산하는 공동주체로 판단하고 고객이 적극적으로 참여 했을 시 서비스 실패상황에서 고객은 서비스제공자의 책임으로 귀인할 것으로 판단하여 다음과 같은 가설을 설정한다.

- H5 : 고객 참여수준이 높을수록 내적귀인에 부의 영향을 미칠 것이다.**
- H6 : 고객 참여수준이 높을수록 외적귀인에 정의 영향을 미칠 것이다.**

부정적 기대불일치, 즉 불만족과 고객의 향후 행동과의 관계는 이미 많은 선행 연구들에 의해 입증되어 왔으며 불만족은 불평, 기타보상요구와 연결된다(Oliver, 1989). 따라서 불만족은 구매 후 현상과 밀접하게 관련되어 구매경험의 과정에서 중요한 변수로 간주되고 있으며 불만족은 이탈에도 많은 영향을 미친다(Newman

and Werbel, 1973). 또한 소비자들의 귀인결과는 재구매 의도에 영향을 미치며, 불평행동이나 구전효과에도 상당한 영향을 주고 있는 것으로 밝혀졌다(Richins, 1983; Folkes, 1984; 1988). 이상의 선행연구를 바탕으로 아래와 같은 가설을 설정한다.

- H7** : 내적귀인은 불평행동에 부의 영향을 미칠 것이다.
- H8** : 내적귀인은 전환행동에 부의 영향을 미칠 것이다.
- H9** : 외적귀인은 불평행동에 정의 영향을 미칠 것이다.
- H10** : 외적귀인은 전환행동에 정의 영향을 미칠 것이다.

2. 연구모형

상기의 가설을 토대로 [그림 1]과 같이 연구모형을 설정하였다.

IV. 실증분석

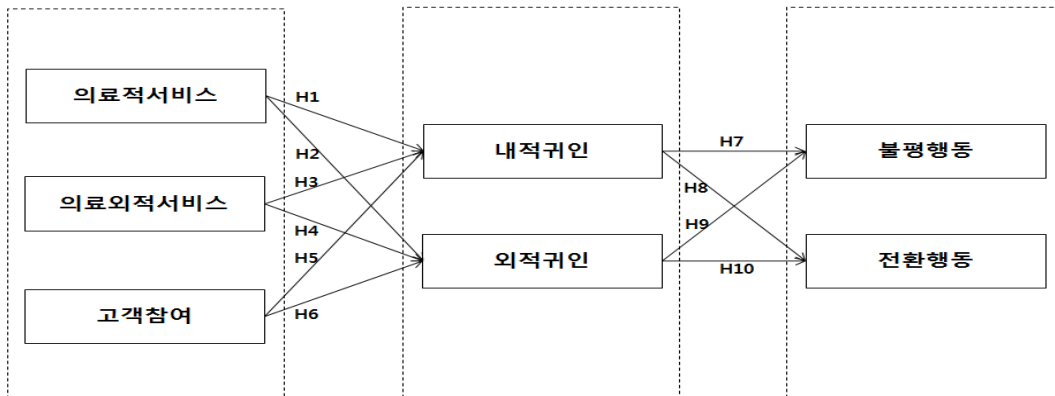
1. 표본설계

본 연구를 위한 자료 수집은 고객참여가 높은 비만 클리닉을 대상으로 지난 5월 10일부터 5월 28일까지 설문지를 이용하여 진행하였다. 조사대상을 현재 비만

클리닉을 이용하고 있는 고객으로 한정함으로써 시나리오기법에 의한 가정검증보다 정확성을 기하기 위해 노력하였으며, 총 250명의 고객에게 설문조사를 실시한 결과 240부가 회수되었으며, 이 중에서 서비스 실패조건에 맞는 표본을 추출하기 위해 기대불일치를 충족시키는 총 90개의 표본을 최종분석에 사용하였다.

2. 설문개발

본 연구에서는 병원에서 고객을 만족시키는 세 가지 요소를 토대로 의료(기술적) 서비스의 5개 문항 즉, 담당의사의 진료능력, 간호사의 시술스킬, 정확한 답변 정도, 주의사항 설명력, 최신의료 장비구비의 5개 항목을 Likert 5점척도를 이용하여 측정하였으며, 의료(기술)외적 서비스 5개 항목으로 나누어 의료서비스를 받는 고객들의 만족도에 가장 크게 영향을 줄 수 있는 요인들로서 청결성, 편안함, 친절성, 용모단정성, 신속성의 5개 항목을 설정하고, Likert 5점 척도를 이용하여 측정하였다(서정희, 1995; Babakus and Mangold, 1992; Lytle and Mokva, 1992). 고객의 참여수준은 Groth(2001)과 Cermak et al.(1994)가 이용항 항목을 수정하여 진료를 받기 위한 시간과 노력정도, 요구되는 사항의 실행정도, 필수적인 요건의 충족정도, 의료진에게 책임을 다한 정도, 의료진이 기대하는 행동의 실행정도 등 5가지 항목을 5점 척도로 측정하였다. 귀인은 내적귀인과 외적귀인으로 구분하여 외적 귀인



(그림 1) 연구모형

성향을 2개 항목(서비스 제공자의 책임, 서비스제공자의 잘못) 내적 귀인성향을 2개 항목(자신의 책임, 자신의 노력부족)으로 나누어 Likert 4점 척도로 측정하였다(안광호, 1990; Folks, 1984). 불평행동은 불평을 하고 싶음, 불평을 시도함, 직·간접적으로 불평함의 3개 항목을 Likert 5점 척도로 응답하도록 하였고(Singh and Wilkes, 1996), 전환행동은 Zeelenberg 등(2004)의 연구를 토대로 ‘전보다 덜 이용, 다시 이용하고 싶지 않음, 다른 서비스제공자를 이용하려 시도함’의 3개 항목으로 나누어 Likert 5점 척도로 측정하였다.

V. 분석결과

1. 표본의 일반적인 특성

설문 응답자 전체 90명 중 여성이 86명으로 약 95.6%의 비율을 보였다. 응답자의 절반에 가까운 수가 가정주부(42.2%)였으며, 그 다음으로는 사무직 31명(34.4%), 서비스직 10명(11.1%)로 나타났다. 이는 설문지를 덜 봄비는 시간대인 오후 시간대에 받다보니 오후시간을 많이 이용하는 고객층이 주부라는 점이 이러한 결과를 나타낸 것으로 보여진다. 또한 약 83.3%가

〈표 1〉 탐색적 요인분석 및 신뢰성 분석

구성 개념	최초 항목수	회전후 항목수	Factor Loading							Cronbach α
			요인 1	요인 2	요인 3	요인 4	요인 5	요인 6	요인 7	
의료외적 서비스	5	5	0.828 0.817 0.796 0.737 0.700							0.867
고객참여	5	5		0.886 0.841 0.832 0.793 0.754						0.891
불평행동	3	3			0.896 0.884 0.862					0.915
의료적 서비스	5	5				0.810 0.743 0.724 0.636 0.572				0.829
전환행동	3	3					0.827 0.812 0.736			0.763
외적귀인	2	2						0.929 0.925		0.968
내적귀인	2	2							0.940 0.919	0.944
고유치			6.350	4.337	2.300	1.877	1.596	1.546	1.108	Total
설명된 분산의 %			25.400	17.347	9.201	7.509	6.386	6.185	4.433	76.460

21세~35세의 연령층에 속해 있고, 응답자의 절반 이상이 월 200만 원 이상의 수입을 올리고 있는 것으로 파악된 것으로 볼 때, 비만클리닉의 특성상 금전적인 여유가 있는 사람들이 자신에 대한 투자를 많이 하고 있다는 것으로도 볼 수 있을 것이다. 학력에 있어서는 전문대졸이 21명(23.3%), 대졸이 42명(46.7%), 대학원졸이 17명(18.9%)로 나타났으며, 병원이용기간은 1개월 미만이 28명(31.1%), 1~3개월이 26명(28.9%)로 나타났으며, 거주지역은 강남 23명(25.6%)로 강남에 살고 있는 사람이 많았다.

2. 단일차원성과 신뢰성 분석

2.1 탐색적 요인분석

가설을 검정하고 측정항목의 타당성을 증명하기 위해서 측정항목에 대해서 탐색적 요인분석을 실시하였다. 요인분석에는 요인사이에 독립성을 가정하지 않는 직각회전(Varimax)에 의한 요인분석을 실시하였으며, 평가기준으로서의 요인 적재값은 0.5이상으로 하였다(Hair et al., 2006). <표 1> 탐색적 요인분석 결과 측정항목들은 기존 연구의 결과와 마찬가지로 7개의 독립적인 요인으로 요약이 되었다. 탐색적 요인분석은 이론적 연구를 하는데 있어서 가장 중요한 개념타당도(Construct Validity)를 확인하기 위한 방법으로 측정하고자 하는 추상적 개념이 측정도구에 의해 적절하게 측정되었는가를 확인하는 방법이다. 개념타당도의 기준은 아이겐 값을 통해 확인할 수 있으며, 아이겐 값이 1이상인 경우 독립적인 개념을 가진 요인으로 볼 수 있다(Hair et al., 2006). 요인분석의 결과 7개의 요인의 아이겐 값이 모두 1을 상회하므로 7개 요인에 대한 개념타당도가 확보되었다고 볼 수 있다.

각 요인별 내적 일관성 여부를 판단하기 위해 신뢰성 검정을 실시하였다. 내적 일관성 여부는 Cronbach α 값을 통해 확인할 수 있으며, 일반적으로 Cronbach α 값이 0.6이상이면 신뢰성이 보장된다(Hair et al., 2006). 분석결과 모든 요인이 0.7이상의 값을 보이고 있으므로 내적일관성이 있다고 볼 수 있다.

2.2 측정모형의 타당성 평가

정모형에는 연구모형을 구성하는 모든 구성개념과 그 측정항목을 포함한다. 측정모형을 분석함으로써 집중타당성과 판별타당성에 대해서 확실적인 평가를 가능하게 한다(Cambell and Fiske, 1959). 측정모형의 타당성을 평가하기 위해서 Amos 18.0을 이용하여 확인적 요인분석(Confirmatory factor analysis)을 실시하였다. 본 연구에서는 전체적인 측정모형의 타당성을 평가하기 전에 개별 요인에 대한 타당성 평가를 실시하여 보다 정확하게 항목들을 선별하고자 하였다(Singh and Rhoads, 1991). 각 요인 구성의 최적상태를 도출하기 위한 적합도를 평가하기 위하여 GFI(≥ 0.9), AGFI(≥ 0.9), χ^2 , χ^2 에 대한 p값(≥ 0.05), RMSR(≤ 0.05), NFI(≥ 0.9)를 이용하였다(Hair et al., 2006). 이 과정에서 모델 적합도를 저해하는 의료적서비스의 항목 3, 의료외적서비스의 항목 3, 그리고 고객참여의 항목 5을 제거하였다. 본 연구에서 의료적서비스와 의료외적서비스를 포함하는 의료서비스품질을 정의하기 위해 Second order factor를 이용하였다. 의료서비스라는 잠재변수를 second order factor로 지정한 후 측정변수의 수를 줄이기 위해 의료적서비스와 의료외적서비스의 총합적도 값을 first order factor로 사용하였다(Hair et al., 2006).

이어서 second order factor로 구성된 의료적서비스와 의료외적서비스 요인을 제외하고 5개의 요인이 모두 포함하는 측정모형(measurement model)에 대해서 공분산 행렬(covariance matrix)을 이용한 확인요인분석을 실시하였다. 분석결과 모형의 적합도(model fit)가 Hair et al.(2006)가 제시한 기준치(GFI ≥ 0.9 , NFI ≥ 0.9 , IFI ≥ 0.9 , CFI ≥ 0.9 , RMSR ≤ 0.05)를 대체로 충족하는 것으로 나타났다<표 2>.

또한 측정된 7개의 요인에 대한 측정항목들의 요인부하량(Factor loadings)은 모두 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 그리고 집중타당성(convergent validity)을 조사하기 위해 신뢰도(construct reliability)와 평균분산 추출값(Average variance extracted)을 계산하였다. 그 결과 5개 요인들의 신뢰도(Construct reliability)는 모두 0.7

〈표 2〉 측정모형분석(measurement model)

construct	items	factor loadings	Standardized factor loadings	t-value	C.R.	AVE
의료적서비스	item1	1.000	0.644	-	0.87	0.51
	item2	1.232	0.874	6.225		
	item4	1.331	0.739	5.706		
	item5	0.961	0.573	4.653		
의료외적서비스	item1	1.000	0.722	-	0.88	0.59
	item2	1.418	0.713	6.264		
	item4	1.074	0.814	7.081		
	item5	1.551	0.815	7.082		
고객참여	item1	1.000	0.674	-	0.90	0.63
	item2	1.131	0.765	6.340		
	item3	1.129	0.886	7.055		
	item4	1.043	0.839	6.827		
내적귀인	item1	1.000	0.943	-	0.97	0.89
	item2	1.061	0.949	8.300		
외적귀인	item1	1.000	0.950	-	0.98	0.94
	item2	1.061	0.988	12.048		
전환행동	item1	1.000	0.520	-	0.70	0.52
	item2	1.113	0.631	4.363		
	item3	1.754	0.946	4.422		
불평행동	item1	1.000	0.934	-	0.90	0.79
	item2	1.104	0.919	10.487		
	item3	1.142	0.808	10.647		

** $P < 0.01$ $\chi^2 = 248.677$ ($P = 0.02$), $df = 188$, $GFI = 0.823$, $NFI = 0.823$, $IFI = 0.950$, $CFI = 0.948$, $RMSR = 0.058$.

을 상회했으며, 평균분산추출값(AVE)은 모두 0.5이상이었다. 모든 값들은 일반적 기준(C.R. ≥ 0.7 , AVE ≥ 0.5)을 충족시켜 각 요인에 해당하는 항목들은 대체로 집중타당성(Convergent Validity)을 갖는다고 할 수 있다(Hair et al., 2006).

판별타당성과 관련하여 Fornell and Larcker(1981)는 어느 두 요인을 대상으로 각 요인에 대한 평균분산추출값(AVE)이 두 요인의 상관계수의 제곱값보다 크면 두 요인간에는 판별타당성(discriminant validity)이 있다고 제안하였다.

<표 3>은 의료서비스를 구성하는 2개의 요인을 포함한 7개의 요인간의 상관관계 값을 나타낸 것이다. 이 중 7개의 요인간의 상관관계값으로부터 제곱값을 계산하였는데, 의료적서비스와 의료외적 서비스를 제외한 요인들간의 상관관계 제곱값들 중 가장 큰 값은 0.14로서(외적귀인-불평행동) 이는 가장 작은 평균추출

분산값 0.52(전환행동)보다 매우 작다. 따라서 본 연구에서 사용한 척도들은 판별타당성을 갖는다.

3. 연구가설 검증

본 논문의 가설들을 검증하기 위해 AMOS 18.0을 이용하여 분석한 결과 $\chi^2 = 138.264$, $df = 95$, $GFI = 0.855$, $NFI = 0.861$, $IFI = 0.952$, $CFI = 0.951$ $RMSR = 0.1$ 로 나타났는데 이는 앞에서 언급한 것과 마찬가지로 Hair et al.(2006)이 제시한 적합도 판단 기준을 대체로 충족시켰다. 수정지수를 검토한 결과, 일부 오차 항목들 간을 상관시키면(correlate) 적합도를 어느 정도 향상시킬 여지는 있었다. 그러나 그 경우 해당 항목들의 판별타당성(discriminant validity)과 단일 차원성(unidimensionality)을 저해시키게 되므로 모형을 변경하지 않았다(cf. Hair et al., 2006, p. 782).

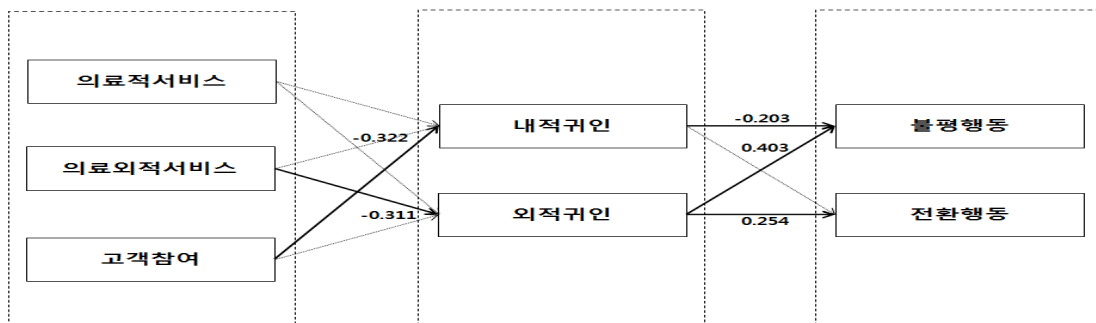
〈표 3〉 상관행렬분석(correlation analysis)

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
① 의료적서비스	1						
② 의료외적서비스	0.544**	1					
③ 고객참여	0.184	0.196	1				
④ 내적귀인	-0.163	-0.050	-0.309**	1			
⑤ 외적귀인	-0.199	-0.309**	0.022	0.104	1		
⑥ 불평행동	-0.185	-0.270*	0.209*	-0.159	0.371**	1	
⑦ 전환행동	-0.151	-0.259*	-0.049	0.192	0.210*	0.276**	1

** p < 0.01, * p < 0.05.

〈표 4〉 가설검정결과

가설	경로	가설 방향	경로 계수	t	p	결과
H1	의료적서비스 → 내적귀인	+	-0.173	-0.981	0.327	기각
H2	의료적서비스 → 외적귀인	-	-0.090	-0.526	0.599	기각
H3	의료외적서비스 → 내적귀인	+	0.097	0.555	0.579	기각
H4	의료외적서비스 → 외적귀인	-	-0.311	-1.794	0.073	채택
H5	고객참여 → 내적귀인	-	-0.322	-2.785	0.005	채택
H6	고객참여 → 외적귀인	+	0.136	1.226	0.220	기각
H7	내적귀인 → 불평행동	-	-0.203	-1.954	0.051	채택
H8	내적귀인 → 전환행동	-	0.157	1.289	0.198	기각
H9	외적귀인 → 불평행동	+	0.403	3.794	0.000	채택
H10	외적귀인 → 전환행동	+	0.254	2.052	0.040	채택



〔그림 2〕 구조방정식 결과

가설검정결과 <표 4>를 통해, 의료외적 서비스는 외적귀인에 음의 영향관계를 갖는 것으로 나타났다(경로계수 = -0.311, $t = -1.794$). 고객참여 수준과 내적귀인과의 관계에서는 음의 영향관계를 갖는 것으로 나타났다(경로계수 = -0.322, $t = -2.785$). 즉, 고객이 서비스에 대해 불만족을 느끼는 경우 고객 참여 수준이 높을수록 고객은 서비스 제공자의 책임이 큰 것으로 느낀다는 결과를 얻을 수 있다(H5). 내적귀인의 경우, 불평행동과 전환행동에 있어서 불평행동과 음의 영향관계를 갖는 것으로 나타났다(경로계수 = -0.203, $t = -1.954$). 그러나 내적귀인과 전환행동과의 관계에서는 영향관계가 없는 것으로 나타났다(경로계수 = 0.157, $t = 1.289$). 반대로 외적귀인의 경우, 불평행동(경로계수 = 0.403, $t = 3.794$) 및 전환행동(경로계수 = 0.254, $t = 2.052$)로 통계적으로 정의영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 서비스 실패 원인이 병원책임이 크다고 느낄수록 고객들은 불평행동을 하며 또한 전환행동을 보인다.

VI. 결 론

인적 서비스가 가장 중요한 의료서비스산업에서 서비스 실패를 경험한 고객을 서비스 회복 상태로 돌려놓을 수 있는 고객의 지식 요인을 찾는다면 성공적인 고객관리를 위한 첫걸음으로 여겨진다. 본 연구는 의료서비스에 실패에 대한 귀인에 따라 달라지는 행동 반응을 확인하였고, 귀인의 선행변수로서 의료서비스 품질 정도와 고객참여의 영향력을 분석하였다. 대상을 의료서비스 중에서도 비만클리닉으로 한정된 이유는 비만클리닉은 고객이 적극적인 참여를 통해 서비스 제공자와 함께 서비스 결과물을 공동 생산하는 고객참여수준이 필수적인 서비스이기 때문에 서비스의 생산과 전달과정에서 실패가 발생했을 때 원인을 찾는 과정인 귀인에 미치는 영향을 살펴보고자 하였다.

우선 이론적 시사점을 살펴보면, 첫째, 고객이 서비스에 대해 만족을 하지 못했을 때, 병원에서 제공받은 의료외적 서비스의 질이 높을수록 고객은 그 책임을 병원에게 돌리지 않는 경향을 보였다. 의료외적 서비스

가 외적귀인에 영향을 주는 이유로는 의료기술, 정확한 진단 등 의료적 서비스라는 영역이 여전히 환자들에게는 인지와 평가가 어려운 요소이며, 의료진의 전문적인 영역으로 간주되기 때문이다. 의료외적 서비스가 높은 경우 내적귀인에 영향을 미칠 것이라는 가설은 기각되었는데, 이는 서비스 실패 상황에서 서비스 제공자에 대한 용서효과로 병원에 대해서는 부(-)의 영향을 미치지만 환자 자신의 탓으로 돌리지 않는다는 것을 보여주고 있다. 둘째, 서비스 참여가 높으며 적극적인 고객, 다시 말해서, 고객스스로가 치료를 위해 많이 노력했을 경우는 그 실패의 원인을 자신으로 귀가시키지 않는 경향이 있는 것으로 분석결과 나타났다. 고객참여는 내적귀인을 감소시키지만, 감소된 내적귀인은 불평을 증가시킨다. 즉, 고객을 치료과정 있어서 참여를 많이 시킴으로써 고객 스스로가 많은 노력을 했다고 생각한다면, 서비스 실패가 발생했을 때 고객스스로의 책임이라고 생각을 덜 하는 경향이 있지만 이는 실패에 대한 고객 불평으로 불가피하게 이어진다. 병원입장에서 내적귀인을 증가시키는 방법을 사용할 수 없기 때문에 외적귀인을 감소시킴으로써 고객 불평을 감소시켜야 한다. 셋째, 고객이 서비스에 대해 불만족을 느끼는 경우 실패에 대한 책임이 본인에게 있다고 생각을 할수록 불평행동을 보이지 않는다는 결과를 얻을 수 있었다. 넷째, 불만족에 대한 책임이 병원에게 있다고 느낄수록 고객들은 불평행동을 하며, 또한 전환행동을 보인다는 결과가 나타났다. 즉, 의료외적서비스를 증가시키면 외적귀인이 감소하고 이는 고객 불평을 감소시키는 요인이 된다는 것을 알 수 있다. 따라서 병원 입장에서 고객의 치료효과를 증대시키기 위해 실시했던 고객참여가 서비스 실패 시 고객 불평이라는 부메랑으로 돌아오는 Risk를 줄이기 위해서는, 의료외적 서비스를 증대시킴으로써 어느 정도 고객 불평을 상쇄시킬 수 있을 것으로 판단된다.

실무적인 시사점을 살펴보면, 첫째, 의료외적 서비스의 제공품질 수준이 높을수록 서비스 실패에 대한 병원책임으로 돌리지 않기 때문에, 의료외적 서비스의 제공품질은 계속적으로 높이는 방향에 힘써야 할 것

이다. 이를 관리할 수 있는 체계적인 시스템을 통해 서비스실패를 경험하더라도 고객의 불평행동이나 관계단절은 예방할 수 있을 것이기 때문이다. 둘째, 서비스 실패 시 고객의 행동은 불평과 전환이 모두 나타나고 있으므로 서비스 실패를 예방하기 위하여 의료서비스를 제공하는 입장에서는 고객의 불평은 적극적으로 수용하고 관리할 수 있는 전담기구의 설치뿐만 아니라 말없이 떠나는 고객들도 미리 찾아 낼 수 있도록 지속적인 고객과의 접촉시스템(콜센터, 고객의 소리 채널의 강화)을 마련해야 할 것이다. 또한 이러한 불평의 수용창구 뿐만이 아니라 불평행동의 원인을 보다 과학적으로 규명하여 불평행동을 예방하기 위한 대책들이 마련되어야 한다. 셋째, 이 연구에서는 의료서비스 품질관리와 고객참여가 귀인과 부정적 행동에 영향을 미칠 것으로 판단하여 선행요인으로 추출하고 실증분석결과를 도출한 점은 의미 있는 일이라고 볼 수 있을 것이다.

결론적으로 본 연구는 서비스 실패에 대한 귀인과 행동반응까지 살펴봄으로써 가장 중요한 점은 고객을 수동적인 상대로 보는 것이 아니라 의료서비스를 공동생산하고 그 결과와 품질을 결정하는 소중한 파트너로 인식할 필요가 있다는 점을 확인한 것이라고 볼 수 있으며, 이러한 상황을 파악하여 서비스 접점을 설계하고 고객관리의 중요성을 확인하는 계기가 되었다. 따라서 서비스 제공자는 고객에게 단편적이고 획일적인 하나의 행동으로 제한하는 것이 아니라 서비스 동안 이루어진 고객의 행동을 전반적인 상황에서 이해하면서 고객관리가 진행되어야 할 것이다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구 대상을 특정한 의료서비스에만 한정하고, 지역적인 특성이 반영된 선정 대상이라는 성격 때문에 연구의 결과를 의료서비스의 모든 경우와 동일선상에서 일반화하는 데는 제한점이 있다. 둘째, 의료서비스 품질은 고객의 관여도가 높은 서비스이고, 비만클리닉의 서비스는 상대적으로 관여도가 높은 편이다. 하지만 진료과목에 따라 그리고 서비스 상황에 따라 관여도에 따른 고객의 귀인, 관계단절행동에 미치는 영향력은 상이할 수

있다. 따라서 향후 연구에서는 관여도에 따른 귀인 및 행동반응의 영향력을 살펴보아야 한다. 셋째, 귀인에 따른 행동반응 뿐만 아니라 감정적 반응에 대한 연구와 감정이 행동에 미치는 영향까지 폭넓게 연구할 필요가 있다. 고객의 다양한 감정반응에 대한 지식과 이해를 통해 행동반응을 예측할 수 있다면 고객을 관리하는데 유용한 시사점을 제시할 수 있으리라 생각된다.

참 고 문 헌

[국내 문헌]

- [1] 강병서, 조철호, 김상한 (2005), “병원의 서비스품질이 고객만족과 성과에 미치는 영향에 관한 연구”, 한국중소기업학회, 제27권, 제1호.
- [2] 박진영, 문숙재 (1990), “소비자 불평행동에 관한 연구 : 불만족의 귀인을 중심으로”, 한국가정관리학회지, 제8호, 제1호, 15-30.
- [3] 배병렬 (1998), “소비자의 불평행동 의도 : 유형별 결정요인을 중심으로”, 대한경영학회지, 제17권, 25-60.
- [4] 서정희 (1995), “의료서비스에 관한 소비자만족과 소비자불만호소”, 대한가정학회지, 제33권, 제2호, 29-41.
- [5] 안광호, 윤면상 (1990), “소비자 만족/불만족에 대한 귀인과정에 있어서의 조정적 역할”, 소비자학연구, 제1권, 제2호, 43-58.
- [6] 이기춘, 조희경 (1996), “의료 서비스에 대한 소비자 불만족, 불만호소행동 및 재구매의도-종합병원을 중심으로”, 소비자학연구, 제7권, 87-108.
- [7] 이수원, 서인덕 (2001), “호텔 및 레스토랑 산업에 있어 서비스 실패의 심각성과 회복 만족간의 관계 연구”, 대한경영학회, 제30권, 3-27.
- [8] 지성구, 권혜수 (2004), “서비스 실패 유형에 따른 소비자의 서비스 평가 차이에 관한 연구”, 대한경영학회, 제47권, 2407-2430.
- [9] 허향진, 박종원, 조문수 (2003), “한국 호텔기업의 경영성과 결정요인에 관한 연구”, 관광레저연구,

한국 관광레저학회, 제15권, 제1호, 167-182.

[국외 문헌]

- [1] Babakus, E. and G. W. Mangold (1992), "An Empirical Assessment of The SERVQUAL Scale," *Journal of Business Research*, 2, 253-268.
- [2] Bearden, W. O. and Teel, J. E. (1983), "Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports," *Journal of Marketing Research*, 20(2), 21-8.
- [3] Berry, L. L. And Parasuraman (1991), *Marketing Services : Competing Through Quality*, New York : The Free Press.
- [4] Bopp, K. D. (1990), "How Patients Evaluate The Quality of Ambulatory Medical Encounters : A Marketing Perspective," *Journal of Health Care Marketing*, 10(1), 6-15.
- [5] Bowen, D. E. (1986), "Managing customers as human resources in service organizations," *Human Resource Management*, 25, 371-384.
- [6] Campbell, D. and Fiske, D. (1959), "Convergent and Discriminant Validation by the Multitrait-Multimethod Matrix," *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- [7] Carpenter, Gregory, and Donald R. Lehmann. (1985), A Model of Marketing Mix, Brand Switching and Competition, *Journal of Marketing Research*, 22(8), 318-329.
- [8] Cermak, Dainne S. P., Karen Maru File and Russ A. Prince (1994), "Customer Participation in Service Specification and Delivery," *Journal of Applied Business Research*, 10(2), 90-97.
- [9] Dabholkar, P. (1990), "How to Improve Perceived Service Quality by Improving Customer Participation," *Developments in Marketing Science*, B. J. Dunlap(Ed.), Cullowhee, NC : Academy of Marketing Science, 483-487.
- [10] Davidow Moshe (2000), "The Bottom Line Impact of Organizational Responses to Customer Complaints," *Journal of Hospitality and Tourism Research* November, 24(4).
- [11] Day, R. L. (1984), "Modeling Choices among Alternative Response to Dissatisfaction," *Advances in Consumer Research*, 11, 496-499.
- [12] Donabedian, A. (1988), "The Quality of Care : How Can It Be Assessed?," *Journal of The American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- [13] Evans Joel R. and Barry Berman (1984), *Service and Non-profit American Marketing*, New York : Marcmillan Publishing Company.
- [14] Fetter B. Robert and Freeman Jean L. (1986), Doagnosis Related Groups : Product Line Management Within Hospitals, *Academy of Marketing Review*, 11(1), 41-54.
- [15] Folkes, V. S. (1984), "Consumer Reaction to Product Failure : An Attributional Approach," *Journal of Consumer Research*, 10, 398-409.
- [16] Folkes, V. S. (1988), "Recent Attribution research in Consumer Behavior : A Review and New Direction," *Journal of Consumer Research*, 14, 548-565.
- [17] Fornell, Claes and B. Wernerfelt (1987), "Defensive Marketing Strategy by Customer Complaint Management : A Theoretical Analysis," *Journal of Marketing Research*, 18(2), 39-50.
- [18] Fornell, Clases and David F. Larcker (1981), "Evaluating Structural Equeation Models with Unobservable Variables and Measurement Error," *Journal of Marketing Research*, 18(2), 39-50.
- [19] Gallagher, S. M. (1999), Rethinking access in an information age, *Ostomy Wound Management*, 45(9), 12-14, 16.
- [20] Gronroos, Cristian (1988), "Service Quality : The Six Criteria of Good Perceived Service Quality,"

- Review of Business*, 9(Winter), 10-13.
- [21] Hair, Joseph F. Jr., Rolph E. Anderson, Ronald L., Tatham, and William C. Black (2006), *Multivariate Data Analysis with Readings*.
- [22] Heider, Fritz (1944), "Social Perception And Phenomenal Causality," *Psychological Review*, 51, 358-374.
- [23] Heider, Fritz (1958), "The Psychology of Interpersonal Relations," New York : Wiley.
- [24] Holland, Susan E. (1984), "An Exploratory Study of Products Used for Enjoyment and Enhancement Purposes: Reasons for Choice Among Brands," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 12 (1, 2), 205-217.
- [25] Hubbert, A. R. (1995), "Consumer Co-creation of Service Outcomes : Effects of Locus of Causality Attributions," Doctoral Dissertation, Arizona State University, Tempe, AZ.
- [26] Johnson, Robert (1995), "Service Failure And Recovery : Impact Attributes And Process," *In Advances in Services Marketing And Management*, JAL press, 211-228.
- [27] Joseph W. Newman and Richard A. Werbel (1973), "Multivariate Analysis of Brand Loyalty for Major Household Appliances," *Journal of Marketing Research*, 10(4), 404-409.
- [28] Kelly H. (1967), "Attribution Theory in Social Psychology," (Levine D. ed.) Nebraska symposium on motivation, Lincoln, NE : *University of Nebraska Press*, 15, 192-240.
- [29] Kelly, Harold (1973), "The Processes of Causal Attribution," *American Psychologist*, 28, 107-128.
- [30] Kelley, H., and Michela, J. (1980), Attribution theory and research. In M. R. Rosenzweig and L. W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 457-501. Palo Alto : Annual Reviews.
- [31] Kelly, Scott W. and Mark A. Davis (1994), "Antecedents to Customer Expectations for Service Recovery," *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(1) 52-61.
- [32] Krishnan, S. and Valle, V. A. (1979), "Dissatisfaction-Attributions and Consumer Complaint Behavior," *Association of Consumer Research Proceedings*, 6, 445-449.
- [33] Landon, E. L. Jr. (1977), "A Model of Consumer Complaint Behavior," *Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Ralph Day, ed., 31-35.
- [34] Lovelock, C. and Young, R. (1979), "Look to consumers to increase productivity," *Harvard Business Review*, 57(3), 168-178.
- [35] Lytle, R. S. and M. P. Mokva (1992), "Evaluating Health Care Quality : The Moderating Role of Outcomes," *Journal of Health Care Marketing*, 12(1), 460-469.
- [36] Oliver R. (1980), "A Cognitive Model of The Antecedents And Consequences of Satisfaction decisions," *Journal of Marketing Research*, 2, 1-16.
- [37] Oliver, R. L. (1989), "Processing of the Satisfaction Response in Consumption : A Suggested Framework and Research Proposition," *Journal of Consumer Satisfaction, Dis-satisfaction and complaining Behavior*, 2, 1-16.
- [38] Reichheld, F. and Sasser, E. Jr. (1990), "Zero Defection : Quality Comes to Service," *Harvard Business Review*, 68(5), 105-111.
- [39] Richard N. Cardozo (1965), "An Experimental Study of Customer Effort, Expectation, and Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, 2(3), (Aug., 1965), 244-249.
- [40] Richins, M. L. (1983), "An Investigation of Consumer Attitudes Toward Complaining," *Advances in Consumer Research*, 9, 502-506.
- [41] Rikard Larsson and David E. Bowen, (1989),

- “Organization and Customer : Managing Design and Coordination of Services,” *The Academy of Management Review*, 14(2), (Apr., 1989), 213-233.
- [42] Rodie, Amy R. and Susan S. Klein (2000), “Customer Participation in Service Production and Delivery,” *In Advance in Service Marketing and Management*, 9, Teresa A. Swartz, David E. Bowen and Stephen W. Brown(Eds.), Greenwich, C T : JAI Press, 111-125.
- [43] Sambandam, Rajan and Kenneth R. Lord (1995), “Switching Behavior in Automobile Markets : A Consideration-Sets Model,” *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23(Winter), 57-65.
- [44] Singh, J. and Rhoads, G. K. (1991), “Boundary Role Ambiguity on Marketing-Oriented Positions : A Multidimensional, Multifaceted Operationalization,” *Journal of Marketing Research*, 28(8), 328-338.
- [45] Singh, Jagdip and Robert E. Wilkes (1996), “When Consumers Complain : A Path Analysis of the Key Antecedents of Consumer Complaint Response Estimates,” *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(4), 350-65.
- [46] Skeff, K. M., Campbell, M. Stratos, G. A. Jones III, H. W. and Cooke, M. (1984), Assessment by attending physicians of a seminar method to improve clinical teaching, *Journal of Medical Education*, 59(12), 944-950.
- [47] Weiner, B., Russell, D., and Lerman, D. (1979), “The Cognition-Emotion Process in Achievement-related Contexts,” *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1211-1220.
- [48] Weun, Seung Goog (1997), “Service Failure And Service Recovery,” Impact on New Customer Relationships, *Unpublished Doctoral Dissertation*, Tuscaloosa Alabama : University of Alabama, 108-111.
- [49] Wilkins, A. S. (1999), Expanding Internet access for health care consumers. *Health Care Management Review*, 24, 30-41.
- [50] Yi, Y. (1993), “The Determinants of Consumer Satisfaction : The Moderate Role of Ambiguity,” *Advances in Consumer Research*, 20, 502-506.
- [51] Zeelenberg, Marcel, Wilco W. van Dijk, Joop van der pligt, Antony S. R. Manstead, Pepijn van Empelen, and Dimitri Reinderman (1998), “Emotional Reactions to The Outcomes of Decisions : The Role of Counterfactual Thought in The Experience of Regret And Disappointment,” *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 75(2), 117-141.
- [52] Zeelenberg, Marcel, and Rik Pieters (2004), “Beyond Valence in Customer Dissatisfaction : A Review and New Finding on Behavioral Responses to Regret and Disappointment in Failed Service,” *Journal of Business Research*, 57(4), 445-455.
- [53] Zemke, Ron and Bell, Chip (1990), “Service Recovery : Doing It Right The Second Time,” *Training*, 6, 42-48.

● 저 자 소 개 ●



김 상 만 (Sang-Man Kim)

현재 경희대학교 경영대학 경영학부 교수로 재직하고 있으며, 경영대학원 Medical MBA 학과장도 역임하고 있다. 주요 관심연구 분야는 지식경영, Service Recovery, 의료 SCM, Health care related decision optimization modeling 등이며, 국내외 학술지에 다수의 논문을 게재한 바 있다.



이 연 주 (Yeon-Joo Lee)

현재 경희대학교 경영대학원 의료경영학과 석사과정에 재학중이며, 365Mc 네트워크에서 CS팀장으로 근무 중이다. 주요 관심분야는 지식경영, Service Recovery 등이다.