

병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

우정식*, 김영훈*[†], 윤병준**, 이해종***, 김한성*, 최영진*, 한휘종*, 윤서중****

을지대학교 대학원 의료경영학과*, 한국방송통신대학교 환경보건학과*,
연세대학교 보건행정학과***, 의료기관평가인증원 경영기획실****

<Abstract>

The Effects of Accreditation Program to the Leadership, Organizational Culture, Hospital Management Activities and Performances

- Focused on Perception of Accredited Hospital Professions -

Jung-Sik Woo*, Young-Hoon Kim*[†], Byoung-Jun Yoon**, Hae-Jong Lee***,
Han-Sung Kim*, Young-Jin Choi*, Whie-Jong Han*, Seo-Jung Yoon****

*Dept. of Healthcare Management, Graduate School of Eulji University**

*Dept. of Environmental Health, Korea National Open University***

*Dept. of Health Administration, Yonsei University****

*Dept. of Management Planning, Korea Institute for Healthcare Accreditation*****

The purpose of this study is to analyze the change of hospitals that patients safety and quality improvement by accreditation process and to examine the impact or interrelation of leadership, organizational culture, hospital management activities and recognition of hospital management performances.

The data were collected through a review of the literature, and self-administered survey with a structured questionnaires to 714 subjects from

* 투고일자 : 2013년 5월 2일, 수정일자 : 2013년 5월 28일, 게재확정일자 : 2013년 6월 12일
† 교신저자 : 김영훈, 을지대학교 대학원 의료경영학과, 전화 : 010-6249-8404 Email : kyh224@eulji.ac.kr

several medical staff members, administration staff members, nursing staff members, medical technicians and other staff members working in 23 accredited hospitals in Korea. In this analysis hierarchical multiple regression and structural equation model were used.

The conclusion of this study provides a theoretical model for understanding organizational changes brought about by accreditation system. Factor on improvement of efficiency and raise the morale, rather than increase of medical income and reduce of the cost factors, had a stronger influence on the accreditation process. In the future, the hospital's participation to induce the accreditation program voluntarily will come up with an alternative policy concern about financial perspective.

Also, the hospitals which preparing accreditation program to achieve the goal efficiently, will make use of transformational leadership through enhancing individual consideration and intellectual development to leading members participation. Additionally, non-accredited hospitals should aim at professional culture by innovative and creative approaches, and inviting members to learning and growth in the organization.

Key words : Healthcare Accreditation, Leadership, Organizational Culture, Balanced Scorecard

I. 서 론

우리나라의 경우 급격한 산업발전을 통한 소득수준 향상 및 정보통신 기술의 발전으로 건강에 대한 관심이 높아지고, 전문적인 정보를 획득하기가 수월해졌다. 이에 따른 의료소비자의 의료지식 수준 향상 및 욕구를 충족시키기 위한 방안으로 양질의 의료서비스 제공과 의료에 대한 관리를 강화하고자 1994년부터 의료기관 평가제도가 시행되었다. 의료기관 평가제도는 의료기관간 시설격차 불균형 심화, 대형 병원의 환자 쏠림 현상 및 중소병원의 유희화를 완화하고, 의료소비자의 권리의식 신장 및 양질의 의료서비스 요구에 부응하기 위해 시행되었으며(이신호, 1994) 의료기관 입장에서는 평가준비를 통한 병원서비스 개선, 평가 과정을 통한 자체적 문제점 발견, 평가 결과를 통한 마케팅 효과 및 문제점 개선 등의 장점이 부각되었다(정두채, 2006; 이가연, 2009).

그러나 의료기관 평가에 대한 의료기관 종사자의 인식 조사 결과 의료기관 평가제도에 대한 여러 분야의 문제점이 제기되었고, 의료기관 평가제도의 근본적인 목적이 ‘의료서비스의 질 향상’ 입에도 불구하고 평가의 속성상 정량적이거나 객관적인 평가기준으로 구성되어 있어 질적 개선을 위한 평가에는 한계가 있었으며, 시설투자에 따른 대규모 비용 발생에 대한 지적도 있었다(이선희, 2005; 정두채, 2006). 또한 평가 등급 공개를 통한 의료기관 서열화 조장 및 평가결과 하위수준 의료기관의 이미지 실추와 의료서비스를 포기하는 상황이 발생되고(설제성, 2006; 정두채, 2006), 일방적인 평가기준으로 개별 의료기관의 문화 및 특성을 반영하지 못한다는 현장의 불만사항도 있었으며, 평가 시점에 한시적으로 과잉대응함에 따른 부작용도 있었다(이선미 외, 2008; 조동선 외, 2007).

이러한 기존 평가제도의 단점을 보완하고 실질적 환자안전 및 의료의 질 향상을 위해 2010년 7월 의료법이 개정됨과 동시에 의료기관 인증제도가 전국적으로 확산되었다. 새로이 구성된 인증기준은 기존의 의료기관 평가기준과 JCI, 국제의료질관리학회(ISQua)의 평가기준을 참고하고, 국내 의료환경의 특성을 고려하여 구성된 것으로 보고되고 있다. 그러나 인증제도의 역사가 오래된 미국이나 유럽 국가에서는 고객이 느끼는 의료서비스 질 만족도나 조직에 미치는 영향력에 있어서 부정적인 여러 연구결과도 제기된바 있다. Sack 등(2011)은 미국과 유사한 인증제도를 시행하고 있는 독일에서 인증의료기관과 미인증 의료기관에서 치료받은 고객을 대상으로 만족도 조사를 시행한 결과 고객이 인지하는 의료의 질에 유의미한 관련성이 없다는 연구결과를 발표하였으며, 인증제도가 조직에 미치는 영향력과 관련하여 재활병원에 대한 인증기관과 미인증기관 간 차이가 없다는 주장도 있었다(Mazmanian, 1993).

국내에서는 의료기관 평가제도 시행에 따라 의료기관의 경영성과에 직접적으로 미치는 영향은 없었으나, 내부서비스 품질 및 서비스 가치를 매개변수로 하였을 경우 간접효과가 나타난다는 주장이 있었으며(한우석 등, 2008; 이상완 등, 2010), 우혜승 등(2012)은 치과대학 부속 치과병원에 대한 의료기관 평가순위와 경영효율성을 비교하였으나 치과 의료기관평가에서 높은 점수를 확보한 병원이라도 운영이 효율적이라 할 수 없다는 결과를 제시하였다.

이처럼 대부분의 국가에서는 인증평가 프로그램의 성과에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있지만, 민간의료기관이 90%가까이 차지하고 있는 국내에서는 아직 인증제도 시행에 따른 각 의료기관의 리더십과 조직문화 변화나, 이러한 요인이 병원경영활동 및 병원경영성과와에 미친 영향을 깊이 있게 다루지 못하고 있다. 이에 의료기관에서 인증 획득 후에 어떠한 변화가 있었는가에 대한 구체적이고 객관적인 결과를 도출하고자하며, 인증 평가 시행에 따른 의료기관의 리더십과 조직문화의 유형별 변화 정도와 리더

십과 조직문화가 병원경영활동 및 병원경영성가에 어떠한 영향을 미치는지 검증해 보고자 하였다.

구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 인증평가체계, 리더십, 조직문화, 병원경영활동이 병원경영성과 인식에 미치는 영향력을 검증한다.

둘째, 인증평가체계가 리더십, 조직문화, 병원경영활동에 미치는 영향력을 검증하고, 각 요인간 관계모형을 도출한다.

II. 연구모형

인증제도 시행에 따른 리더십, 조직문화, 병원경영활동, 병원경영성과 인식의 변화도를 파악하고, 인증평가체계와 리더십, 조직문화가 병원경영활동에 미치는 영향력을 검증하며, 병원경영활동이 리더십과 조직문화의 매개변수 역할을 하여 종속변수인 병원경영성과에 어떠한 영향을 미치는지 검증하는 절차로 개념적인 연구모형을 구성하였다.

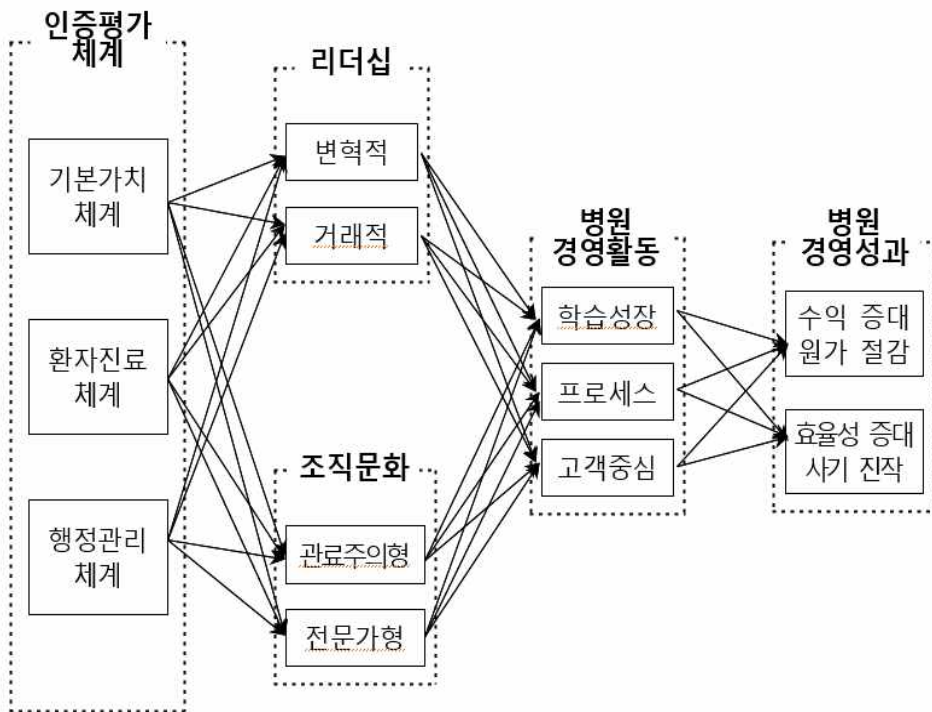
인증평가체계 구성요인은 의료기관평가인증원에서 사용하고 있는 평가영역별로 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계로 구성하고, 각 영역별 평가지표를 설문 문항으로 구조화한 하위변수를 분석에 활용하였다. 리더십 유형은 Bass(1990)가 리더십 유형에 대해 개발한 MLQ 측정도구를 활용하여 거래적 리더십(transactional leadership)과 변혁적 리더십(transformational leadership) 두 가지 유형으로 구성하였다.

조직문화 유형은 Quinn이 제시한 경쟁가치모형에 기반하여 1단계로 조직문화 유형을 인적자원문화, 개방체계문화, 위계서열문화, 생산중심문화로 구성하였고, 2단계로 경쟁가치모형의 리더십 역할 중 전문가적 통제문화(professional cultural control)와 관료주의적 통제문화(bureaucratic cultural control)로 재구성하였다(Quinn, 1991; Paccioni & Champagne, 2008). 전문가적 통제문화의 리더십 역할은 조력자(facilitator), 조언자(mentor), 혁신자(innovator), 중개자(broker)의 특성을 가지고 있으며, 관료주의적 통제문화의 리더십 역할은 생산자(producer), 감독자(director), 조정자(coordinator), 감시자(monitor)의 특성을 가지고 있다고 제시하였다. 이를 바탕으로 공식적인 통제의 구조에 포함되는 위계서열문화와 생산중심문화를 관료주의적 문화로 재구성하였으며, 보다 사회적이고 다분야의 종합적 특성을 가지는 인적자원문화와 개방체계문화를 전문가적 문화로 재구성하였다.

병원경영활동 요인으로는 Kaplan & Norton(1992)이 제시한 학습 및 성장, 내부 프로세스, 고객중심, 재무관점의 균형성과표 기본구조를 응용하여, 병원경영활동과 병원경

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

영성과 요인으로 구성하였다. 병원경영활동 요인은 BSC의 비재무적 관점인 학습 및 성장 관점, 내부 프로세스 관점, 고객 관점으로 구성하였고, 병원경영성과 요인으로는 재무적 성과의 특성을 가진 진료수익 증대와 원가 절감을, 그리고 비재무적 특성을 가진 병원 효율성 증대와 직원 사기진작으로 구분하여 구성하였다. Schneiderman(1999)은 BSC 시스템 내에서 비재무 관점의 학습 및 성장, 내부 프로세스, 고객관점의 지표들은 독립변수의 역할을 하고, 재무관점의 지표들은 종속변수의 역할을 한다고 제시하였다.



<그림 1> 연구의 실증적 모형

III. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집방법

본 연구의 조사대상은 의료기관평가인증원의 평가 결과 인증받은 의료기관 내 전 직종(의무직, 사무직, 간호직, 의료기술직, 기타직)을 대상으로 구조화된 설문지를 배부 후, 응답자의 자기기입식 방법을 사용하여 설문조사를 시행하였다. 설문조사는 2011년 9월 8일부터 10월 28일까지 2차에 걸쳐 우편 설문조사 및 방문협조 방법으로 실시하

였으며, 설문지는 전체 850부를 배부하여 749부를 회수하였고, 그중 응답이 불성실한 설문지 35부를 제외한 714부를 분석에 활용하였다.

연구대상의 조직구조학적 특성으로, 설문조사에 참여한 인증병원은 서울시 소재 12개 기관, 경기도 5개 기관, 충남권 2개 기관, 인천, 강원, 경북, 경남권 소재 각 1개 기관으로 총 23개 기관이었다. 종별 구분에 따라 상급종합병원이 17개(73.9%)로 종합병원 6개(26.1%) 보다 많았으며, 병상규모는 조사대상기관 모두 500병상 이상이였다. 지역별로는 특별시 지역이 12개(52.2%)로 가장 많았고, 도 지역 6개(26.1%), 광역시 지역 5개(21.7%)의 순이었으며, 설립유형별로는 학교법인이 15개(65.2%)로 가장 많았고, 공공법인과 기타법인이 각각 3개(13.0%)였으며, 의료법인이 2개(8.7%)로 가장 적었다<표 1>.

<표 1> 연구대상기관의 조직구조학적 특성

(단위 : 개, 명, %)

구분		기관수	백분율	응답자수	백분율
종	상급종합병원	17	73.9	551	77.2
	종합병원	6	26.1	163	22.8
	합계	23	100.0	714	100.0
지역	특별시 지역	12	52.2	364	51.0
	도 지역	6	26.1	159	22.3
	광역시 지역	5	21.7	191	26.8
	합계	23	100.0	714	100.0
설립유형	공공법인	3	13.0	117	16.4
	학교법인	15	65.2	447	62.6
	의료법인	2	8.7	57	8.0
	기타법인	3	13.0	93	13.0
	합계	23	100.0	714	100.0

2. 연구도구

연구도구는 선행연구의 문헌고찰과 의료기관평가인증원의 인증프로그램에서 사용하고 있는 평가지표를 토대로 구조화된 설문지를 고안하였으며, 설문지의 구성은 총 5개 분야로 분류하여 54개 설문문항으로 설계하였다<표 2>.

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

<표 2> 주요 설문조사 내용

(단위 : 개)

구 분	문항수	구성요인	주요 설문내용	선행연구	
인증평가 체계	10	기본가치체계	안전보장활동, 지속적인 질 향상	의료기관 평가인증원 조사기준집 v1.2(2011)	
		환자진료체계	진료전달체계와 평가, 환자진료, 수술 및 마취 진정관리, 약물관리, 환자관리 존중 및 보호		
		행정관리체계	감염관리, 안전한 시설 및 환경관리, 의료정보 관리		
조직문화	8	전문가형	인적자원	한 가족 같은 공동체 의식, 팀워크를 중요시하고 서로에 대한 배려와 관심	Quinn(1991), Erdogun et al(2006), Paccioni & Champagne(2008)
			개방체계	업무수행 시 위험 감수, 혁신적이고 창의적 아이디어 존중	
		관료주의형	위계서열	공식적이고 딱딱한 특성, 새로운 방법보다 기존 질서 중시	
			생산중심	경쟁지향적 · 생산지향적, 새로운 의료시장 개척과 시장점유율 증대	
리더십	7	변혁적 유형	카리스마, 동기부여, 개인적 배려, 지적 자극	Bass(1990), Avolio et al(1999)	
		거래적 유형	목표업무 처리에 따른 보상, 규정 및 절차 존중, 업무처리의 자율성		
병원경영 활동	12	학습성장	교육훈련 및 역량강화, 직무만족도, 조직몰입도, 질 향상 및 환자안전관련 능력	Kaplan & Norton(1992), Scheiderman(1999), Chow et al(1998), 이희원 등(1999), Niven(2002), 정희태 등(2007)	
		프로세스	고객지향 업무프로세스 향상, 시설/장비 및 환경개선, 경영목표와 성과관리 능력, 의사소통 및 갈등		
		고객중심	환자점유율, 환자수, 환자들의 만족도, 환자들의 신뢰도		
병원경영 성과	4	수입증대	병원의 진료수입 증대	이희원 등(1999), Niven(2002), 정희태 등(2007)	
		원가절감	의료원가(인건비, 재료비, 관리비)절감		
		효율성증대	병원의 효율성 향상		
		사기진작	병원직원들의 사기 증대		
일반사항	12	인구사회학적	연령, 성, 학력, 직종, 근로계약 형태, 부서, 직급, 인증업무참여정도, 병원계 근무기간	-	
		조직구조학적	설립구분, 종별구분, 병상수, 설립지역		

인증평가체계 측정도구는 현재 의료기관평가인증원에서 수행하고 있는 인증 평가지표를 중심으로 구성하였으며, 구성요인은 의료기관평가인증원 조사기준집 v1.2(2011)에서 제시된 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계로 구성하였고, 성과관리(의료질 관리 지표) 체계의 경우 현재 시범운영되고 있는 평가지표로서 본 연구의 분석대상

에서는 제외하였다. 인증평가체계에 활용된 문항의 측정척도는 인증제도 도입 이전에 수행했던 활동과 제도 도입 후 수행한 활동의 변화도를 측정하기 위하여 ‘변화없음’을 0점으로 하였고 ‘조금 그렇다’에서 ‘매우 그렇다’까지 3점 척도로 측정하였다.

리더십에 대한 측정도구는 Bass가 개발한 복합인자 리더십 설문(MLQ)에 기반하여 변혁적 리더십 문항은 ① 카리스마, ② 고무적 동기부여, ③ 개인적 배려, ④ 지적자극을 연구변수로 활용하였으며, 거래적 리더십에 대한 문항은 ① 상황적 보상, ② 예외사항 관리(management by exception), ③ 자유방임(laissez-faire)을 연구변수로 구성하였다(Bass, 1990; Avolio, Bass & Jung, 1999). 각 변수의 측정 척도는 리더십의 변화정도에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’에서 ‘매우 그렇다’까지 5점 척도로 측정하였다.

조직문화는 Quinn(1991)이 제시한 인적자원문화, 개방체계문화, 위계서열문화, 생산중심문화 유형을 측정도구로 사용하였으며, 측정 척도는 조직문화의 변화정도에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’에서 ‘매우 그렇다’까지 5점 척도로 측정하였다.

병원경영활동 요인으로는 Kaplan & Norton(1992)이 제시한 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점, 재무관점으로 구성된 균형성과표의 기본구조를 토대로, 의료기관을 대상으로 한 선행연구(Chow et al, 1998, 이희원 등, 1999; Niven, 2002; 정희태 등, 2007)의 연구변수를 활용하였으며, 최종적으로 병원경영 전문가 회의를 거쳐 구성하였다. 병원경영활동 요인으로 학습 및 성장 관점, 내부 프로세스 관점, 고객관점으로 구분하고, 병원경영성과 요인으로 재무적 성과의 특성을 가진 변수와, 비재무적 성과의 특성을 가진 변수로 구성하였다. Schneiderman(1999)은 BSC 시스템 내에서 비재무 관점의 학습 및 성장, 내부 프로세스, 고객관점의 지표들은 독립변수의 역할을 하고, 재무관점의 지표들은 종속변수의 역할을 한다고 제시하였다. 이에 병원경영성과 인식에 대한 연구변수는 재무적 특성을 가지고 있는 ① 진료수입 증대, ② 의료원가(인건비, 재료비, 관리비)로 감소로 설정하였고, 비재무적 성과의 특성을 가지고 있는 ③ 병원 효율성 증대, ④ 직원들의 사기 진작을 연구변수로 활용하였으며, 병원경영활동 요인과 병원경영성과 요인의 측정 척도는 변화정도에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’에서 ‘매우 그렇다’까지 5점 척도로 측정하였다.

3. 분석방법

수집된 자료를 분석하기 위해 통계프로그램 IBM SPSS V20.0을 사용하였고, 구조방정식 모형의 공분산 분석을 위해 AMOS V20.0을 사용하였다. 인증평가체계, 리더십, 조직문화, 병원경영활동, 병원경영성과 인식과의 인과관계를 파악하기 위하여 위계적 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 수행하였다. 다중회귀분석은 인증평가체계, 리더십, 조직문화, 병원경영활동 요인을 순차적으로 투입하여 병원경영성과에 미

치는 영향력을 검증하였으며, 마지막으로 회귀분석에서 해결할 수 없는 요인들 간의 상호관계를 파악하기 위하여 구조방정식 모형(structural equation modeling)의 모델생성전략(model generating strategy)을 통하여 공분산 분석을 시행하였다. 구조방정식 모형을 활용한 공분산 분석은 인증평가체계, 변혁적 리더십, 거래적 리더십, 전문가적 조직문화, 관료주의적 조직문화, 병원경영활동, 병원경영성과를 7개의 잠재변수(latent variable)로 구성하고, 각 잠재변수별 관측변수(observed variable)는 총 10개로 구성하였다.

IV. 연구결과

1. 인증평가체계, 리더십, 병원경영활동이 병원경영성과 인식에 미치는 영향

인증평가체계, 리더십, 병원경영활동 요인이 병원경영성과 인식에 어떠한 영향을 미치는지 알아보기 위하여 두 가지 방법으로 분석을 진행하였다. 먼저 인증평가체계와 리더십, 병원경영활동 요인을 투입변수로 선정하여 병원경영성과 중 재무적 특성을 반영하고 있는 병원 진료수입 증대와 원가절감 요인에 미치는 영향력을 파악하였고, 동일한 투입변수가 비재무적 특성을 반영하는 병원 효율성 증대와 직원 사기진작 요인에 미치는 영향력을 검증하였다. 회귀분석 시행 이전에 측정 변수간의 상관관계를 알아보기 위하여 상관관계분석을 시행한 결과 측정변수 간 계수는 0.9이상 높은 상관관계를 보이는 변수는 없었다. 추가적으로 독립변수 간의 다중공선성 문제를 파악하기 위하여 공선성 진단을 수행한 결과 모든 변수의 분산팽창지수(variance inflation factor)는 4미만으로 투입변수 간 다중공선성 문제는 적었다.

인증평가체계, 리더십, 병원경영활동이 인증병원 구성원이 인식하는 재무적 성과(병원 진료수입 증대, 원가 절감)에 미친 영향력을 분석하기 위하여 1단계로 인증평가체계의 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계 요인을 투입한 결과 통계학적으로 유의하지 않은 회귀방정식이 도출되었으며, 회귀식의 설명력은 0.2%로 매우 낮은 수준이었다. 2단계로 변혁적 리더십과 거래적 리더십 요인을 투입한 결과 또한 통계학적으로 유의하지 않은 수준이었으며, 3단계로 병원경영활동의 학습 및 성장관점, 내부 프로세스 관점, 고객관점 요인을 추가투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀방정식이 도출되었으나($P < 0.001$), 회귀모형의 설명력은 6.9%로 낮은 수준이었다. 이는 인증평가체계와 인증제도 도입에 따른 리더십 및 병원경영활동의 변화가 병원의 진료수입이나 원가절감에는 영향을 미치지 않는다는 인식의 결과였다. 다만, 병원경영활동의 고객 요인은 병원의 재무적 성과에 정(+)³의 영향을 미치는 것으로 파악되었다<표 3>.

〈표 3〉 인증평가체계, 리더십, 병원경영활동 요인이 재무적 병원경영성과 인식에 미친 영향

투입변수	모형 통계량	Model1			Model2			Model3		
		B	beta	t	B	beta	t	B	beta	t
(상수)		2.814		50.838***	2.910		30.615***	2.689		24.740***
Acc_BV		0.005	0.008	0.132	0.009	0.013	0.217	0.009	0.012	0.216
Acc_PT		0.013	0.018	0.257	0.020	0.028	0.398	-0.010	-0.014	-0.206
Acc_AM		0.017	0.026	0.399	0.026	0.039	0.599	-0.002	-0.003	-0.052
Ls_Tf					-0.035	-0.054	-0.771	-0.068	-0.104	-1.467
Ls_Ts					-0.003	-0.004	-0.058	-0.008	-0.012	-0.177
HMA_E								-0.032	-0.046	-0.736
HMA_P								-0.037	-0.051	-0.824
HMA_C								0.208	0.328	6.652***
F			0.503			0.653			6.205***	
R ²			0.002			0.005			0.069	
ΔR ²			0.002			0.003			0.065***	

다음으로 인증평가체계, 리더십, 병원경영활동이 병원의 비재무적 성과(병원 효율성 증대, 직원 사기진작) 인식에 미친 영향력을 검증하기 위하여 동일한 방식으로 변수를 투입하였다. 1단계로 인증평가체계의 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계 요인을 투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀방정식이 도출되었으나(P<0.001), 회귀식의 설명력은 14.7%로 낮은 수준이었다. 투입 요인 중 환자진료체계 요인이 가장 큰 영향력을 미치는 결과였으며, 통계학적으로 유의한 결과였다($\beta=0.266***$). 2단계로 변혁적 리더십과 거래적 리더십 요인을 추가 투입한 회귀모형 또한 통계학적으로 유의하였으며(P<0.001), 모형의 설명력은 R2 변화량이 18.8% 증가한, 33.4%였다. 추가투입된 리더십 요인 중 변혁적 리더십($\beta=0.412***$)이 거래적 리더십($\beta=0.087$)보다 병원의 비재무적 성과에 더 큰 영향을 미친 결과였다.

3단계로 병원경영활동의 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점 요인을 추가투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀모형이 도출되었으며(P<0.001), R2 변화량은 23.9%가 증가하였고, 전체적인 회귀식의 설명력은 57.4%였다. 투입요인 중 가장 큰 영향력을 미친 변수는 학습 및 성장관점이었으며($\beta=0.368$), 다음으로 고객관점($\beta=0.287$)과 내부 프로세스관점($\beta=0.169$)의 순이었으며, 세 요인의 영향력은 통계학적으로 유의한 결과였다(P<0.001). 이러한 결과는 인증평가체계와 리더십의 변화, 병원경영활동의 변화를 통하여 병원의 비재무적 성과에 정(+)의 영향을 미치는 결과였

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

다. 특히 인증평가체계 중 환자진료체계 요인의 변화와 카리스마적이고 고무적인 동기 부여를 유도하는 변혁적 리더십의 변화가 병원경영활동을 촉진시키고, 학습 및 성장을 통한 내부 프로세스의 개선과 고객을 중심으로 한 변화가 병원의 효율성을 증대시키며, 직원의 사기를 향상시키는 요인임을 알 수 있는 결과였다<표 4>.

<표 4> 인증평가체계, 리더십, 병원경영활동 요인이 비재무적 병원경영성과 인식에 미친 영향

투입변수	모형 통계량	Model1			Model2			Model3		
		B	beta	t	B	beta	t	B	beta	t
(상수)		2,369		27.887***	0,988		7.721***	-0,194		-1,604
Acc_BV		0,081	0,068	1,278	0,013	0,011	0,239	-0,077	-0,064	-1,689
Acc_PT		0,314	0,266	4,178***	0,222	0,187	3,299***	0,102	0,086	1,875
Acc_AM		0,087	0,078	1,310	-0,034	-0,030	-0,562	-0,133	-0,118	-2,753**
Ls_Tf					0,448	0,412	7,234***	0,151	0,139	2,894**
Ls_Ts					0,094	0,087	1,513	-0,031	-0,029	-0,625
HMA_E								0,421	0,368	8,761***
HMA_P								0,204	0,169	4,066***
HMA_C								0,305	0,287	8,638***
F			39,015***			68,145***			113,466***	
R ²			0,147			0,334			0,574	
ΔR ²			0,147			0,188***			0,239***	

2. 인증평가체계, 조직문화, 병원경영활동이 병원경영성과 인식에 미치는 영향

인증제도 시행에 따른 조직문화의 변화도를 파악하고, 인증병원 구성원이 인지하는 병원경영성과에 미치는 영향력을 검증하기 위하여 위계적 다중회귀분석을 시행하였다. 분석은 인증평가체계, 조직문화, 병원경영활동 요인이 병원경영성과 인식에 어떠한 영향을 미치는지 알아보기 위하여 두 가지 방법으로 분석을 진행하였다. 먼저 인증평가체계와 조직문화, 병원경영활동 요인을 투입변수로 선정하여 병원경영성과 중 재무적 특성을 반영하고 있는 병원 진료수입 증대와 원가절감 요인에 미치는 영향력을 파악하였고, 동일한 투입변수가 비재무적 특성을 반영하는 병원 효율성 증대와 직원 사기진작 요인에 미치는 영향력을 검증하였다.

인증평가체계, 조직문화, 병원경영활동이 인증병원 구성원이 인식하는 재무적 성과(병원 진료수입 증대, 원가 절감)에 미친 영향력을 분석하기 위하여 1단계로 인증평가체계의 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계 요인을 투입한 결과 통계학적으로

유의하지 않은 회귀방정식이 도출되었으며, 회귀식의 설명력은 0.2%로 낮은 수준이었다. 2단계로 전문가적 문화와 관료주의적 문화 요인을 투입한 결과 또한 통계학적으로 유의하지 않은 수준이었으며, 3단계로 병원경영활동의 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점 요인을 추가투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀방정식이 도출되었으나($P < 0.001$), 회귀모형의 설명력은 6.5%로 낮은 수준이었다. 이는 인증평가체계와 인증제도 도입에 따른 조직문화 및 병원경영활동의 변화가 병원의 진료수입이나 원가 절감에는 영향을 미치지 않는다는 인식의 결과였다. 다만, 병원경영활동의 고객 요인은 병원의 재무적 성과에 정(+)^{의 영향을 미치는 것으로 파악되었다<표 5>.}

<표 5> 인증평가체계, 조직문화, 병원경영활동 요인이 재무적 병원경영성과 인식에 미친 영향

투입변수	모형 통계량	Model1			Model2			Model3		
		B	beta	t	B	beta	t	B	beta	t
(상수)		2.811		50.837***	2.750		23.783***	2.622		20.807***
Acc_BV		0.007	0.010	0.172	0.009	0.012	0.215	0.013	0.018	0.320
Acc_PT		0.011	0.016	0.228	0.013	0.019	0.267	-0.013	-0.018	-0.268
Acc_AM		0.018	0.026	0.409	0.019	0.028	0.419	-0.006	-0.009	-0.137
Cul_Pro					-0.016	-0.028	-0.638	-0.037	-0.063	-1.236
Cul_Beu					0.034	0.042	1.046	0.006	0.007	0.184
HMA_E								-0.044	-0.064	-1.045
HMA_P								-0.050	-0.069	-1.112
HMA_C								0.208	0.327	6.587***
F			0.518			0.574			5.857***	
R ²			0.002			0.004			0.065	
ΔR ²			0.002			0.002			0.061***	

다음으로 인증평가체계, 조직문화, 병원경영활동이 병원의 비재무적 성과(병원 효율성 증대, 직원 사기진작) 인식에 미친 영향력을 검증하기 위하여 동일한 방식으로 변수를 투입하였다. 1단계로 인증평가체계의 기본가치체계, 환자진료체계, 행정관리체계 요인을 투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀방정식이 도출되었으나($P < 0.001$), 회귀식의 설명력은 14.9%로 낮은 수준이었다. 투입 요인 중 환자진료체계 요인이 가장 큰 영향력을 미치는 결과였으며, 통계학적으로 유의한 결과였다($\beta = 0.272***$). 2단계로 전문가적 문화와 관료주의적 문화 요인을 추가 투입한 회귀모형 또한 통계학적으로 유의하였으며($P < 0.001$), 모형의 설명력은 R² 변화량이 26.1% 증가한, 41.0%였다. 추가투입된 조직문화 요인 중 전문가적 조직문화($\beta = 0.572***$)가 관료주의적 조직문화(β

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

=0.033)보다 병원의 비재무적 성과에 더 큰 영향을 미친 결과였다. 3단계로 병원경영 활동의 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점 요인을 추가투입한 결과 통계학적으로 유의한 회귀모형이 도출되었으며($P < 0.001$), R^2 변화량은 19.1%가 증가하였고, 전체적인 회귀식의 설명력은 60.1%였다. 투입요인 중 가장 큰 영향력을 미친 변수는 학습 및 성장관점이었고($\beta = 0.318$), 다음으로 고객관점($\beta = 0.282$)과 내부 프로세스관점($\beta = 0.134$)의 순이었으며, 세 요인의 영향력은 통계학적으로 유의한 결과였다($P < 0.001$). 이러한 결과는 인증평가체제와 조직문화의 변화, 병원경영활동의 변화를 통하여 병원의 비재무적 성과에 정(+)^의 영향을 미치는 결과였다. 특히 인증평가체제 중 환자진료체제 요인의 변화와 인적자원문화와 개방체계문화의 특성을 통합적으로 분류한 전문가적 조직문화의 변화가 병원경영활동을 촉진시키고, 학습 및 성장을 통한 내부 프로세스의 개선과 고객을 중심으로 한 변화가 병원의 효율성을 증대시키며, 직원의 사기를 향상시키는 요인임을 알 수 있는 결과였다<표 6>.

<표 6> 인증평가체제, 조직문화, 병원경영활동 요인이 비재무적 병원경영성과 인식에 미친 영향

투입변수	모형 통계량	Model1			Model2			Model3		
		B	beta	t	B	beta	t	B	beta	t
(상수)		2.366		27.964 ^{***}	1.006		6.832 ^{***}	-0.039		-0.290
Acc_BV		0.073	0.061	1.158	-0.050	-0.042	-0.948	-0.106	-0.089	-2.414 [*]
Acc_PT		0.322	0.272	4.296 ^{***}	0.233	0.197	3.725 ^{***}	0.108	0.091	2.070 [*]
Acc_AM		0.091	0.081	1.361	-0.053	-0.047	-0.948	-0.138	-0.123	-2.974 ^{**}
Cul_Pro					0.551	0.572	16.925 ^{***}	0.255	0.265	7.926 ^{***}
Cul_Beu					0.046	0.033	1.099	-0.060	-0.043	-1.705
HMA_E								0.365	0.318	7.957 ^{***}
HMA_P								0.163	0.134	3.352 ^{***}
HMA_C								0.300	0.282	8.727 ^{***}
F		40.146 ^{***}			95.244 ^{***}			128.362 ^{***}		
R ²		0.149			0.410			0.601		
ΔR ²		0.149			0.261 ^{***}			0.191 ^{***}		

3. 인증평가체제와 리더십, 조직문화, 병원경영활동, 병원경영성과 인식과의 관계

인증평가체제와 리더십, 조직문화, 병원경영활동, 병원경영성과 인식과의 관계를 검증하기 위하여 경로모형 작성 후 상호영향관계를 검증하였다. 자료는 전체 분석대상 714

Case 중에서 Missing case를 제외하고 총 666 Case를 경로모형 분석에 사용하였다. 측정변수에 결측치가 존재할 경우 평균추정치(estimate means and intercepts)를 적용하여 분석이 가능하지만, 모형의 전반적인 적합도와 설명력을 검증하기 위한 절대적합지수인 RMR, GFI, AGFI, 등의 지수산출이 불가능하여 모형의 적합도를 판단하는데 타당성이 떨어질 수 있기 때문이다.

분석모형은 병원경영성과(Perf)를 최종 내생잠재변수(endogenous latent variable)로 설정하였고, 인증평가체계(Acc)를 다른 변수에 영향을 주는 외생잠재변수(exogenous latent variable)로 선정하였다. 변혁적 리더십(Ls_Tf), 거래적 리더십(Ls_Ts), 전문가적 문화(Cul_Pro), 관료주의적 문화(Cul_Beu)는 병원경영활동에 영향을 미치는 관측변수로 설정하였고, 병원경영활동(HMA)은 잠재변수 간 영향을 주고받는 내생/외생 잠재변수로 하였으며, 관측변수는 학습 및 성장관점(HMA_E), 내부 프로세스관점(HMA_P), 고객관점(HMA_C)으로 구성하였다. 인증평가체계의 관측변수는 기본가치체계(Acc_BV), 환자진료체계(Acc_PT), 행정관리체계(Acc_AM)로 적용하였고, 내생잠재 변수인 병원경영성과의 관측변수는 진료수입 증대(Perf_1), 원가 절감(Perf_2), 병원 효율성 증대(Perf_3), 직원 사기 진작(Perf_4)로 구성하였다.

또한 모형에서 포함된 오차항의 영향력은 모두 회귀가중치(regression weight)를 1로 고정시켜 모형적합도를 판정하였다. 이 방법은 구조방정식 모형 분석에서 적용할 수 있는 변형적합방법 중의 하나이며, 만약 회귀가중치를 일정하게 고정시키지 않을 경우 본 연구에서 파악하고자하는 변수 간의 영향력을 제대로 파악할 수 없는 결과를 초래할 수 있기 때문이다. 경로모형 분석결과는 모델의 전반적 적합도를 평가하는 절대적합지수와 제안모델의 적합도를 비교하는 증분적합지수, 모델의 간명도를 판단하는 간명적합지수를 활용하여 모델의 적합도를 평가한 결과 <표 7>과 같았다(허준 외, 2000; Hair, 2006; 배병렬, 2011).

절대적합지수의 가장 기본적인 χ^2 (CMIN)는 466.7이었으며($P < 0.001$), 자유도는 67이고, CMIN/DF는 6.890으로 다소 높은 수준이었다. 일반적으로 CMIN/DF 값이 5 이하이면 모델 적합이 적절한 수준으로 판단되지만, Case가 증가하면 χ^2 통계량도 증가하는 특성을 고려하여야 한다. 모델이 설명할 수 없는 분산과 공분산의 크기를 측정하는 RMR(root mean square residual)은 통계량이 적을수록 좋으며, 분석결과 0.038로 적절한 수준이었다. 그러나 RMR은 측정단위가 다를 경우 문제발생 소지가 있기 때문에 일반적으로 표준화 지수인 SRMR을 주로 사용하며, 0.08이하이면 모델적합도가 좋은 것으로 판단하고, 분석 모형의 SRMR은 0.073으로 우수한 수준이었다. 또한 GFI도 0.907로 우수한 수준이었으며, AGFI는 0.854로 적절한 수준이었다. 증분적합지수의 경우 NFI 0.920, IFI 0.930, TLI 0.905, CFI 0.930으로 모델 적합도가 우수

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

한 수준이었으며, RFI는 0.891로 적절한 수준이었다. 또한 간명적합지수의 PNFI는 0.677이었고, PCFI는 0.685로 모델의 간명성은 적절한 수준이었다. 구조방정식 모델의 적합도와 관련하여 Hair(2006)는 Case 수가 200이상일 경우 χ^2 가 통계학적으로 유의하고, CFI와 TLI가 0.9이상이고, SRMR이 0.08이하이면 모델의 적합성이 적절한 것으로 제시하였으며, 본 연구의 모델은 모든 수용기준에 적합한 결과였다.

<표 7> 모델적합지수 수용기준과 분석결과 비교

분류	적합지수	범위	수용기준	분석결과	
				통계량	수용력
절대적합 지수	χ^2	χ^2 임계치	χ^2 /DF 5이하	6,890	미흡
	RMR	-	0.05이하 우수	0.038	우수
	SRMR		0.08이하 우수	0.073	우수
	GFI	0~1	0.8이상 적정	0.907	우수
	AGFI		0.9이상 우수	0.854	적정
증분적합 지수	NFI	0~1	0.8이상 적정 0.9이상 우수	0.920	우수
	RFI			0.891	적정
	IFI			0.930	우수
	TLI			0.905	우수
	CFI			0.930	우수
간명적합 지수	PNFI	0~1	0.6~0.9 적정 (1에 가까울수록 우수)	0.677	적정
	PCFI			0.685	적정

각 요인간의 영향관계를 분석하기 위하여 표준화계수(standardized estimates)를 산출하였다. 구조방정식에서 표준화계수는 최대값이 1이며, 계수가 0에 가까울수록 변수가 미치는 효과가 없음을 의미한다. 분석결과 인증평가체계(Acc)는 전문가적 조직문화(Cul_Pro)에 가장 큰 영향을 주며(0.516), 다음으로 거래적 리더십(Ls_Ts)과 변혁적 리더십(Ls_Tf)에 영향을 미치는 결과였다. 그러나 병원경영활동(HMA)과 관료주의적 문화(Cul_Beu)에는 상대적으로 적은 영향력을 미쳤으며, 모든 관계는 통계학적으로 유의한 수준이었다.

병원경영활동(HMA)에 가장 큰 영향을 미친 변수로는 전문가적 조직문화 유형(Cul_Pro)의 표준화계수가 0.377로 가장 높았고, 다음으로 변혁적 리더십(Ls_Tf), 인증평가체계(Acc) 요인이었으며, 거래적 리더십(Ls_Ts)과 관료주의적 문화 유형(Cul_Beu)은 병원경영활동에 미치는 영향력이 미미하였다. 마지막으로 병원경영활동(HMA)은 병원경영성과(Perf)에 미치는 영향력이 0.891로 매우 높은 수준이었다. 잠재변수에 대한 관측변수들의 영향력은 인증평가체계의 경우 환자진료체계(Acc_PT)의 설명력이 가장 높았으며(0.907), 다음으로 행정관리체계(Acc_AM), 기본가치체계

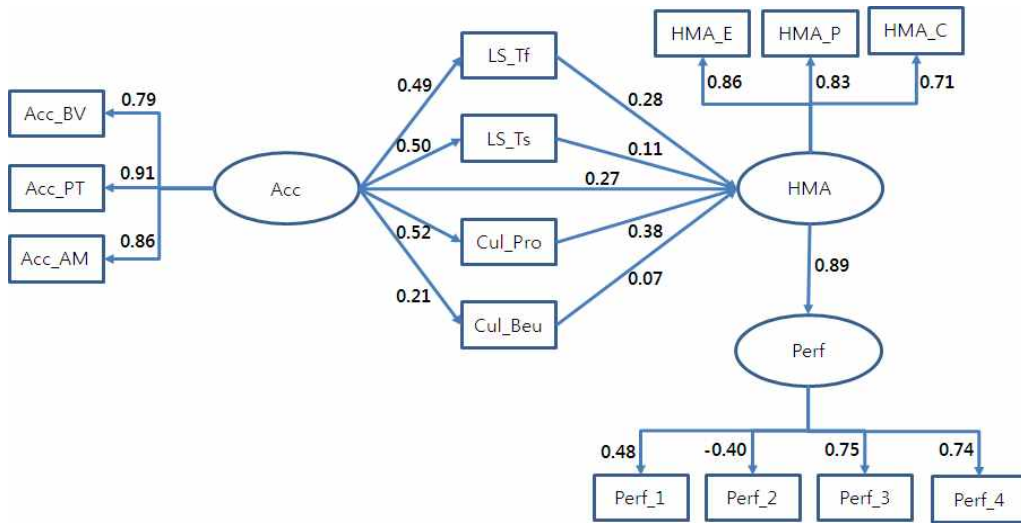
(Acc_BV)의 순서였으며, 병원경영활동은 학습 및 성장관점(HMA_E), 내부 프로세스 관점(HMA_P), 고객관점(HMA_C)의 순이었다. 병원경영성과의 경우 비재무적 성과의 특성을 가지고 있는 병원 효율성 증대(Perf3)와 직원 사기 진작(Perf4)의 설명력이 높은 수준이었으나, 재무적 성과의 특성을 가진 진료수입 증대(Perf1)는 상대적으로 낮은 수준이었으며, 원가 절감(Perf2) 변수는 음(-)의 방향을 나타내는 결과였다<표 8>, <그림 2>.

분석결과 흥미로운 사실은 인증평가 수행에 따른 거래적 리더십의 변화도는 3.54점으로 변혁적 리더십의 변화도 3.44점보다 더 큰 결과였다. 이는 고객의 치료와 안전을 위하여 규정과 절차를 중요시하는 의료서비스의 특성과 평가의 속성상 카리스마 있고, 혁신적인 변혁적 리더십으로의 변화보다 거래적 리더십으로의 변화가 크다는 것으로 이해된다. 그러나 병원경영활동에 영향을 미치는 요인으로는 거래적 리더십 보다 변혁적 리더십의 영향력이 더 큰 결과였다. 또한 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점으로 구성된 병원경영활동에 있어 인증평가 수행 후 내부 프로세스관점의 변화가 3.49점으로 가장 큰 결과였으나, 실질적으로 병원경영활동에 가장 큰 영향을 미친 요인으로는 학습 및 성장 요인이었다.

<표 8> 병원경영성과에 영향을 미치는 요인간의 관계

요인간 경로			Estimate	Standardized Estimate	S.E.	P
Cul_Beu	<---	Acc	0,194	0,206	0,038	0,000
Cul_Pro	<---	Acc	0,687	0,516	0,050	0,000
Ls_Tf	<---	Acc	0,594	0,497	0,045	0,000
Ls_Ts	<---	Acc	0,600	0,502	0,045	0,000
HMA	<---	Acc	0,229	0,271	0,032	0,000
HMA	<---	Ls_Tf	0,197	0,279	0,036	0,000
HMA	<---	Ls_Ts	0,081	0,114	0,035	0,020
HMA	<---	Cul_Pro	0,240	0,377	0,024	0,000
HMA	<---	Cul_Beu	0,061	0,068	0,025	0,015
Perf	<---	HMA	0,690	0,891	0,044	0,000
Acc_AM	<---	Acc	1,000	0,865		
Acc_PT	<---	Acc	0,994	0,907	0,033	0,000
Acc_BV	<---	Acc	0,861	0,789	0,035	0,000
HMA_C	<---	HMA	1,000	0,708		
HMA_P	<---	HMA	1,012	0,833	0,048	0,000
HMA_E	<---	HMA	1,104	0,859	0,051	0,000
Perf1	<---	Perf	1,000	0,481		
Perf2	<---	Perf	-0,838	-0,400	0,098	0,000
Perf3	<---	Perf	1,454	0,747	0,118	0,000
Perf4	<---	Perf	1,774	0,738	0,152	0,000

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향



<그림 2> 병원경영성과에 영향을 미치는 요인간의 관계

VI. 고 찰

본 연구는 국내에서 기존에 시행되었던 의료기관 평가제도의 문제점을 보완하여 새로운 평가기준 및 평가방법을 적용한 인증제도가 병원에 미치는 영향 관계를 파악해보고자 하였다.

선행연구결과와 비교해 보면, 인증제도 시행에 따른 환자안전 및 의료 질 향상에 대한 변화에 있어 개선효과가 있었다는 Gough 등(2000), Duckett(1983) 등의 연구결과는 조사대상 인증병원의 환자안전을 위한 활동과 의료 질 향상을 위한 활동의 변화가 나타난 본 연구의 결과와 부분적으로 일치하는 결과였다. Duckett(1983)은 호주의 23개 인증병원을 대상으로 한 연구에서 안전부문과 간호부서에서 가장 큰 변화가 있었다는 연구결과를 제시하였으며, 이는 본 연구의 기본가치체계에 해당되는 환자안전 및 의료 질 향상의 변화도가 간호직에서 가장 크게 나타난 결과와 부분적으로 일치하는 결과였다. 인증제도가 조직문화 및 리더십에 미치는 영향에 있어서 Paccioni 등(2007)은 캐나다의 1차 의료기관 중 설립유형이 다른 2개 기관을 대상으로 인증제도 시행 전후에 따른 조직문화의 변화에 대한 연구에서 인증제도 시행 이전에는 두 기관 모두 관료의적 문화가 더 높았으나, 인증제도 시행 이후 1개 기관은 전문가형 문화로의 변화가 더 컸으며, 다른 기관은 관료주의형 문화로의 변화가 큰 결과를 제시하였다. 본 연구결과에서는 모든 설립유형에서 관료주의형 문화의 변화보다 전문가적 문화의 변화가 더

큰 결과로 부분적으로 일치하는 결과였다.

인증제도가 병원경영활동 및 경영성파에 미치는 영향과의 관계에서 직접적인 비교는 어렵지만 Pomey 등(2004)은 인증제도가 병원내 정책, 의사결정행태, 질 관리 프로그램 도입 등의 변화를 미치고 있다고 주장하였으며, 이러한 결과는 광범위한 의미로 볼 때 조직의 의사결정에 영향을 미치는 요인으로 리더십과 조직문화 변화의 범주에 속할 수 있다. 이는 인증평가체계가 조직문화와 리더십의 변화에 영향을 미치는 본 연구의 결과와 유사한 연구결과로 이해할 수 있다. 또한 Fairbrother 등(2000)은 인증 프로그램 수행에 따라 직·간접적인 많은 비용이 소요된다는 연구결과를 제시하였으며, 이는 인증평가체계가 병원의 진료수입 증대나 원가절감에 영향을 미치지 않는 본 연구결과와 유사하게 일치하는 결과였다. 그리고 인증 과정에서 조직구성원의 참여 활성화를 유도하고, 조직차원의 지원은 성과에 긍정적인 영향을 미친다는 Peterson(2003)의 연구결과는 본 연구의 인증평가체계가 리더십과 전문가적 문화에 통계학적으로 유의한 영향을 미치고, 병원경영활동을 통하여 병원의 운영 효율성 제고와 직원의 사기진작을 높이는 본 연구결과와 유사한 결과였다.

또한 인증제도 도입에 따라 변혁적 리더십으로의 변화보다 거래적 리더십으로의 변화가 큰 결과였으나, 병원경영활동에는 더 많은 영향을 미치는 요인은 변혁적 리더십인 것으로 검증되었다. 이는 거래적 리더십이 고객의 치료와 안전을 위하여 규정과 절차를 중요시하는 의료서비스의 특성과 평가의 속성을 반영하고 있어, 카리스마 있고, 혁신적 특성을 내포하고 있는 변혁적 리더십으로의 변화보다 변화량이 큰 것은 이해된다. 그러나 실질적으로 병원경영활동에 더 많은 영향을 미치는 요인은 카리스마를 보유하고, 지적 개발 및 개인적 배려를 중요시하며, 혁신적인 변혁적 리더십인 것으로 파악되었다. 또한 병원경영활동에 있어 인증평가 수행 후 내부 프로세스관점의 변화가 3.49점으로 가장 큰 결과였으나, 실질적으로 병원경영활동에 가장 큰 영향을 미친 요인은 학습 및 성장 요인이었다. 이는 인증제도 도입이 표면적으로는 병원 내부의 프로세스 변화에 가장 큰 영향을 주었지만, 구성원들이 병원경영활동을 수행함에 있어 가장 크게 인식하는 부분은 학습 및 성장관점인 것으로 판단된다.

VI. 결론 및 제언

이상의 연구결과를 근간으로 연구에서 도출된 인증평가체계, 리더십, 조직문화, 병원경영활동 및 경영성파에 대한 주요 이슈를 중심으로 향후 인증평가체계의 활성화를 위한 방안과 미인증 의료기관이 인증을 획득하기 위한 주요 시사점을 중심으로 제언하고

자 한다.

첫째, 의료기관 입장에 있어 기존에 시행되었던 의료기관평가 시스템과 현재 의료기관 인증제도의 가장 큰 차이점 중 하나는 의료기관이 자발적으로 참여한다는 방식이다. 자발적 참여 방식은 의료기관이 인증을 통해 얻을 수 있는 효과가 명확하다고 인식할 때 적극적인 참여가 이루어질 것이다. 그러나 연구결과 조직 운영의 효율성과 직원 사기 진작에는 긍정적인 영향을 미치고 있지만, 병원의 진료수입 증대나 원가절감에는 유의한 영향력이 없는 것으로 검증되어, 의료기관 입장에서는 인증에 참여하기 위한 재무적 의사결정에 고민을 하게 될 것이다. 따라서 이러한 단점을 보완하기 위한 정책적 지원이 마련되어야 국내 인증시스템이 한 단계 더 도약할 수 있는 제도가 될 것이다.

둘째, 인증의료기관을 이용하는 고객, 즉, 환자의 입장에서 인증제도의 유효성을 평가해보아야 할 것이다. 인증제도 도입 초기에는 의료기관의 참여 유도가 당연한 과제일 수 있지만, 장기적 관점에서 인증병원과 미인증병원과 다르다는 고객의 신뢰가 구축되어야 제도가 지속적으로 유지될 수 있을 것이다. 우리나라보다 먼저 인증제도를 시행한 여러 국가에서도 현재까지도 인증병원과 미인증병원의 차이에 대한 논쟁이 진행되고 있다(Mazmanian et al, 1993; Brasure et al, 2000; Casey et al, 2000; Simons et al, 2002; Daucourt et al, 2003). 이를 위해 고객을 대상으로 한 지속적인 조사 및 제도평가에 대한 연구가 필요하며, 도출된 문제점에 대한 개선방안을 마련하여 제도를 보완하는 환류시스템 구축이 필요할 것이다.

셋째, 인증제도의 기본가치는 환자의 안전과 의료 질 향상이다. 인증평가체계의 모든 지표는 환자의 안전과 의료 질 향상에 초점을 맞추어 환자진료체계, 행정관리체계, 성과관리체계로 구성되어 있다. 그러나 성과관리체계의 경우 폐렴 부문, 중환자 부문, 항생제 부문, 뇌졸중 부문, 급성 심근경색부문, 사망률 부문에 대한 모니터링 및 개선활동 결과보고에 대한 평가항목으로 구성되어 있지만 현재 시범평가 항목으로 운영되어 인증제도의 성과지표로서 역할이 명확하지 않은 것이 사실이며, 이에 대한 보완이 이루어져야 인증제도에 대한 명확한 평가가 이루어질 수 있을 것이다.

다음으로 본 연구는 인증을 획득한 의료기관을 대상으로 리더십, 조직문화, 병원경영 활동에 대한 연구를 수행하여, 인증평가를 준비하고 있는 의료기관에 여러 가지 시사점을 제공할 수 있다. 리더십과 관련하여 인증평가 수행에 따른 거래적 리더십의 변화도가 변혁적 리더십의 변화도 보다 더 큰 결과였다. 이는 고객의 치료와 안전을 위하여 규정과 절차를 중요시하는 의료서비스의 특성과 인증평가의 속성상 혁신적이고 창의성을 요구하는 변혁적 리더십으로의 변화보다 인증평가 지표에 적합하도록 조직 운영체계를 변화시키는 거래적 리더십으로의 변화가 크다는 것으로 이해가능한 결과였다. 그러나 병원경영활동에 영향을 미치는 요인으로는 거래적 리더십 보다 변혁적 리더십의

영향력이 더 큰 결과로 나타났다. 이는 인증제도 수행에 따라 표면적으로는 규정과 절차를 중요시하는 거래적 리더십의 변화가 크지만, 학습 및 성장을 통한 내부 프로세스 개선과 고객 지향적인 병원경영활동을 위해서는 카리스마 있으며, 혁신과 창의를 중시하고, 직원 개인에 대한 배려를 중요시하는 변혁적 리더십의 중요성이 강조되는 부분이다.

조직문화의 경우 팀워크와 조직구성원의 참여를 중요시하는 인적자원문화와 혁신적이고 창의적 사고를 중요시하는 개방체계문화로 구성된 전문가적 문화로의 변화가 가장 크게 나타났으며, 병원경영활동에 미치는 영향도 관료주의적 문화로의 변화보다 더 큰 결과였다. 이러한 결과는 향후 인증을 준비하는 의료기관에서 인적 네트워크의 활성화와 혁신적이고 창의적인 사고를 지향하는 문화로의 변화가 필요함을 시사한다. 인증병원의 경영활동과 관련하여 인증평가 수행 후 학습 및 성장관점, 내부 프로세스관점, 고객관점의 변화도에 있어서 내부 프로세스관점의 변화가 가장 큰 결과였으나, 실질적으로 병원경영활동에 가장 큰 영향을 미친 요인으로는 학습 및 성장관점이었다. 이는 균형성과표의 인과모형에서 설명하고 있는 4가지 관점 중 가장 기본이 되는 학습 및 성장 요인의 중요성을 시사하는 결과로 조직의 변화와 성장을 견인하기 위해서는 구성원의 학습이 무엇보다 중요함을 알 수 있다.

향후 병원경영성과 변수를 해당조직의 실측 자료를 활용하여 분석하는 방안과 인증병원과 미인증병원 간의 차이에 대한 연구 등 본 연구의 한계점을 보완한 연구가 지속적으로 이루어지길 기대한다.

참 고 문 헌

- 배병렬(2011). Amos19 구조방정식 모델링 원리와 실제. 청람
- 설제성(2006). 의료기관평가제도의 개선방안에 관한 연구: 종합병원 종사자의 의견을 중심으로. 대한병원협회지, 2(Jan; Feb): 83-98
- 우혜승, 정진환, 이은지(2012). 의료기관평가 사업과 병원효율성에 관한 연구. 대한경영학회 춘계학술대회, 441-456
- 의료기관평가인증원(2011). 의료기관인증조사기준집(대형병원용, Ver1.2). 보건복지부
- 이가연, 박영희(2009). 중소병원 종사자의 의료기관평가 수검 후 평가결과 및 영향과제에 대한 인식. 의료경영학회지, 3(2): 29-43
- 이상완, 김재열, 김순기, 양준선(2010). 의료기관평가, 내부서비스품질, 서비스가치, 경영성과와의 관계. 대한회계학회지, 15(2): 253-276

우정식 외 : 병원인증제도가 리더십, 조직문화, 병원경영 활동 및 성과에 미친 영향

- 이선미, 김지윤, 조우현(2008). 2007년도 의료기관평가에 대한 의견조사. 한국의료QA학회지, 14(2): 89-100
- 이선희(2005). 2004년 의료기관평가의 문제점과 개선방안. 대한병원협회지, 10(Sep;Oct): 32-43
- 이신호(1994). 의료기관평가제도 실시의 배경과 내용. 한국의료QA학회지, 1(2): 2-10
- 이희원, 유승흠, 이해중, 박창일(1999). S병원의 성과평가지표 개발에 관한 연구. 병원경영학회지, 5(1): 1-23
- 정두채(2006). 의료기관평가 대응전략. 보건복지학술대회, 3(1): 13-24
- 조동선, 은종영, 김인옥, 이영희, 윤금희(2007). 중소형병원에 관한 의료기관평가 결과와 실태조사. 병원약사회지, 24(4): 265-279
- 최 호, 김영훈, 이해중, 임배만, 신민철(2008). 의료서비스마케팅: 이론과실제. 아카데미아
- 한우석, 김재열(2008). 의료기관평가가 병원의 경영성과에 미치는 영향. 대한경영학회지, 21(6): 2,549-2,580
- 허준, 최인규(2000). Amos를 이용한 구조방정식 모형과 경로분석. 고려정보산업
- Alkhenizan A, Shaw C(2011). Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: A Systematic Review of the Literature. Ann Saudi Med, 31(4): 407-416
- Avolio BJ, Bass BM, Jung DI(1999). Re-examining the components of transformational and transactional leadership using the Multifactor Leadership Questionnaire. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72: 441-462
- Bass BM(1990). From Transactional to Transformational Leadership: learning to share the vision. Organizational Dynamics, 18(3): 19-31
- Bass BM(1985). Leadership and Performance Beyond Expectation. New York, Free Press
- Brasure M, Stensland J, Wellever A(2000). Quality Oversight: Why Are Rural Hospitals Less Likely to be JCAHO Accredited? Journal of Rural Health, 16(4): 324-336
- Casey M, Klingner J(2000). HMOs Serving Rural Areas: Experiences with

HMO Accreditation and HEDIS reporting. *Managed Care Quarterly*, 8(2): 48-59

Chow CW, Ganulin D, Haddad K, Williamson J(1998). The Balanced Scorecard : A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management. *Journal of Healthcare Management*, 43(3): 263-280

Daucourt V, Michel P(2003). Results of The First 100 Accreditation Procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6) : 463-471

Duckett S. Changing Hospitals: The Role of Hospital Accreditation. *Social Science & Medicine*. 1983, 17(20) : 1,573-1,579

Fairbrother G, Gleeson M. EQuIP Accreditation: Feedback from A Sydney Teaching Hospital. *Australian Health Review*. 2000, 23(1) : 153-62

Gough L, Reynolds T(2000). Is Clinical Pathology Accreditation Worth It? A Survey of CPA-Accredited Laboratories. *Clinical Performance and Quality Health Care*. 8(4) : 195-201

Greenfield D, Braithwaite J(2007). A Review of Health Sector Accreditation Research Literature. Centre for Clinical Governance Research. University of New South Wales

Greenfield D, Braithwaite J(2008). Health Sector Accreditation Research: A Systematic Review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2(3) : 172-183

Hair JF Jr(2006). Anderson RE, Black WC. *Multivariate Data Analysis*(6th Edition). Prentice Hall

ISQua Glossary(<http://www.isqua.org/>). 2008

Ito H, Sugawara H(2005). Relationship Between Accreditation Scores and The Public Disclosure of Accreditation Reports: A Cross Sectional Study. *Quality & Safety in Health Care*, 14(2): 87-92

Kaplan RS, Norton DP(1992). The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1): 71-79

Kaplan RS, Norton DP(2001). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management part 1. Accounting

Horizons, 15(1): 87-104

Kaplan RS, Norton DP(1996). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review, 74

Mazmanian PE, Kreutzer JS, Devany CW, Martin KO(1993). A survey of accredited and other rehabilitation facilities: education, training and cognitive rehabilitation in brain-injury programmes. Brain Injury, 7(4): 319-331

Niven PR(2005). Balanced Scorecard Diagnostics-Maintaining Maximum Performance, John Wiley & Sons

Niven PR(2002). Balanced Scorecard-Maximizing Performance and Maintaining Results, John Wiley & Sons

Paccioni A, Sicotte C, Champagne F(2008). Accreditation: A Cultural Control Strategy. International Journal of Health Care Quality Assurance, 21(2): 146-158

Peterson CA(2003). Management, Faculty, and Accreditation Outcomes: A Survey of Physical Therapy Faculty and Program Directors. Journal of Physical Therapy Education, 17(2): 22-31

Pomey MP, Contandriopoulos AP, Francois P, Bertrand D(2004). Accreditation: A Tool for Organizational Change in Hospitals? International Journal of Health Care Quality Assurance, 17(3): 113-124

Simons R, Kasic S, Kirkpatrick A, Vertesi L, Phang T, Appleton L(2002). Relative Importance of Designation and Accreditation of Trauma Centers During Evolution of A Regional Trauma System. Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care, 52(5): 827-834

Quinn RE, Hildebrandt HW, Rogers PS, Thompson MP(1991). A Competing Values Framework for Analyzing Presentational Communication in Management Contexts. The Journal of Business Communication, 28(3): 213-232

Quinn RE, Kimberly JR(1984). Paradox, Planning and Perseverance: Guidelines for Managerial Practice. Managing Organizational Transitions. Irwin

Quinn RE(1991). Beyond Rational Management, Jossey-Bass Inc

- Roa DV, Rooney A(1999). Improving health services delivery with accreditation, licensure and certification. QA Brief, 2: 4-10
- Sack C, Scherag A, Lutkes P, Gunther W, Jockel KH et al(2011). Is there an association between hospital accreditation and patient satisfaction with hospital care? A survey of 37,000 patients treated by 73 hospitals. International Journal for Quality in Health Care, 23(3): 278-283
- Schneiderman, AM(1999). Why Balanced Scorecard Fail. Journal of Strategic Performance Measurement, Jan: 6-11
- Shaw P, Elliott C, Isaacson P, Murphy E(2010). Quality and Performance Improvement in Healthcare(4th Edition). AHIMA
- Shortell SM, Kaluzny AD. Health Care Management(4th Edition)(2003). Thomson Learning