

의료공급체계 구조의 개혁방향에 대한 조직이론적 시각

한달선

한림대학교 의과대학 사회의학교실, 한국보건행정학회 제2, 3대 회장

An Organization Theory Perspective on the Structural Reform of the Health Care Delivery System

Dal Sun Han

Department of Social and Preventive Medicine, College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea

There is a general consensus that many health care problems are attributable to the structural defects of the health care delivery system in Korea. The basic policy aimed to address these problems is to reform the delivery system so as that it incorporates two core principles: (1) stratification of medical care institutions into primary, secondary, and tertiary care providers according to the capability to perform specialized and complex services; (2) patients seeking care starting from the primary care provider and, if necessary, to be referred to the other provider step by step. This policy has been consistently pursued for about 30 years, but the achievement is far from success. Thus it is believed that the feasibility of the policy should be questioned. Starting from this question, based upon the observation of the current structure of the delivery system and its expected changes, the reform policy was discussed focusing on the assessment of its feasibility from both practical and theoretical viewpoints. The discussion leads to cast doubt on the policy for its possibility of making planned changes and producing expected desirable effects. Therefore it is advisable to investigate a wide range of alternative strategies and models for improving health care delivery.

Keywords: Health care delivery system; Organizational form of medical care institutions; Environment of medical care institutions; Relationships between medical care providers

서론

의료공급체계(health care delivery system)는 의료서비스의 생산과 이용이 직접 이루어지는 조직체인 의료기관들로 구성된 사회 체계로서 의료비의 조달과 관리가 주된 기능인 의료재정체계와 더불어 보건의료체계의 양대 주축이다. 정부와 의료계는 의료기관들 간의 기능 분화와 상호관계의 불합리를 비롯한 의료공급체계의 구조적 결함이 의료서비스체계의 비효율, 의료자원의 낭비, 의료이용의 불편 등의 많은 문제를 야기하는 근원적 원인이라는 인식을 공유하고 있으며, 정부는 그 해결을 위해서 여러 가지 정책수단을 추진해오고 있다.

정책의 기본방향은 의료기관들을 의료서비스 기능의 기술적 전

문성과 복잡성을 기준으로 계층화하고, 의료이용이 이러한 위계구조에 맞춰서 단계적으로 이루어지도록 하는 것이 핵심이다. 1989년 7월 전 국민 의료보험과 함께 실시했던 의료전달체계 계획 이래 일관되게 이와 같은 정책기조를 유지하면서 노력해왔지만 성과는 기대에 크게 못 미치고 있으므로 정책이 지향하고 있는 의료공급체계의 구조와 정책의 타당성에 대해서 의문을 제기하게 된다. 이러한 의문에서 출발하여 의료공급체계 구조의 실상과 변화전망에 관해서 기술하고, 이어서 개혁방향에 대하여 논의할 것이다.

의료기관, 의료공급체계 및 조직이론

의료기관은 조직이다. 조직에 대한 연구와 이론이 초기에는 단일

조직의 내부구조를 주된 주제로 하다가, 조직과 환경의 관계에도 주목하게 되었고, 이어서 조직들 간의 상호관계 분석에까지 관심을 확대하기에 이르렀다[1]. 따라서 현대 조직이론은 개별 의료기관에 대한 연구는 물론이고 의료기관들의 집합인 의료공급체계의 연구에도 유용한 개념과 이론적 분석틀을 제공할 수 있다.

의료기관들은 설립주체, 경영주체, 규모 등의 기본속성이 다양하고, 운영목표, 조직구조, 과업체계, 운영규범 등에 의해서 정의되는 조직형태(organizational form)도 기관별로 적지 않게 다르다. 그렇지만 의료기관들은 모두가 의료서비스로 환자의 건강과 질병을 관리하는 것을 주된 기능으로 하는 조직이라는 공통점 때문에 대상 환자, 필요한 자원을 비롯한 조직영역(organizational domain)은 겹치는 부분이 많게 마련이다.

조직이론이나 조직연구는 개별조직을 대상으로 하는 경우가 많지만 조직군(組織群) 생태이론(population ecology of organizations)은 유사한 형태를 가진 조직들의 집합을 일컫는 조직군(population of organizations)을 분석단위로 하는 이론 틀을 제공한다[2-4]. 의료법에서 의료기관을 분류하는 일차적 기준은 규모와 진료과목 편성이지만 종류별로 조직형태의 다른 측면, 즉 운영목표, 의사결정구조, 업무의 복잡성, 다양성, 전문화 및 공식화 정도 등이 상이하다. 이처럼 조직형태가 다르므로 각각을 별개의 조직군으로 볼 수 있으며, 따라서 의료공급체계를 구성하고 있는 의료기관 종별 동태나 종류들 간의 관계는 조직군 생태이론을 토대로 분석할 수 있는 것이다[5].

의료공급체계 구조의 실상 개요

일반적으로 사회체계나 조직의 구조는 구성요소들의 특성과 상호관계 양상을 포괄하는 개념이며, 같은 맥락에서 의료공급체계의 구조는 의료기관들의 특성과 상호관계에 의해서 결정되는 것이다. 우리나라 의료공급체계의 구조는 Figure 1과 같이 요약해서 도식할 수 있다.

의료공급체계는 사회의 전반적인 정치경제제도, 문화, 가치규범의 제약아래서 조직되고 기능한다. 의료공급체계를 구성하는 주된 의료기관은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 전문의원 및 일반의원이다. 우리나라에서는 개인 또는 민간조직이 경영하는 의료기관이 공공부문 기관보다 훨씬 많아서 의료서비스 공급을 주도하고 있다. 2016년 건강보험통계연보의 요양기관현황에 의하면 국립, 공립 및 특수법인 의료기관을 합계한 수가 상급종합병원 43개소의 23.2%, 종합병원 297개소의 18.1%, 병원 2,924개소의 3.8%, 의원 30,290개소의 0.2%에 불과했다[6]. 그리고 의원의 약 70%가 전문과목을 표방하고 있다는 점도 지적해줄 필요가 있겠다.

민간부문 의료기관이 절대 다수인데다 의료기관들의 기능을 통합, 조정하는 기제가 취약하므로 의료기관들이 의료공급체계라는

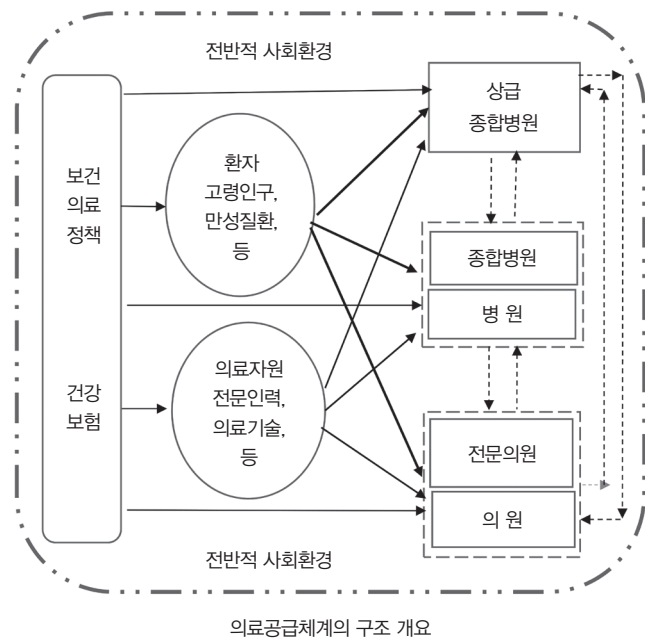


Figure 1. Overview of the structure of the health care delivery system.

개체의 과업을 분담하는 구성단위로서보다는 각기 독립적 개체로서 상호 환경요소로 작용하는 관계에 있다. 그리고 환자들은 이용할 의료기관을 선택하는 데 제도적 제한이 별로 없어서 의료기관의 서비스 대상임과 동시에 중요한 환경요소로 작용한다. 의료기관들은 진료의뢰, 정보교환 등을 통하여 상호협동하기도 하지만, 환자나 의료인력 유치를 위해서 경쟁도 하게 되는데[7,8], 의료기관들은 종류가 다르더라도 필요한 자원과 진료기능의 내용이 겹치는 부분이 적지 않기 때문에 다른 종류의 기관들 간에도 상호협동보다는 갈등적 경쟁관계에 있다.

의료기관들은 경쟁에서 우위를 차지하기 위해서 노력한다. 의료서비스의 양적 증대와 질적 향상을 위한 역량을 키우고, 그러한 역량의 생산적, 효율적 활용이 경쟁력을 발휘하는 길이다. 그러므로 의료기관들은 의료서비스기능을 자체적으로 계획하고 자율적으로 시행할 수 있는 여건, 즉 고유의 조직영역(organizational domain)을 확보하고 유지하려고 힘쓴다. 조직영역의 확보는 조직들이 환경의 영향을 배제하고 경쟁상황을 방지하기 위한 전략의 일부이다[4].

보건의료정책과 건강보험제도는 환자 행태, 의료자원 수급, 의료기관 운영 및 의료기관 간의 상호관계가 의료공급체계의 효과적 기능과 전반적 성과로 이어지도록 규제, 유인, 비유인 등의 수단을 개발, 추진하고 있다. Figure 1에서 의료기관 종별 환자 분포의 적정화와 의료기관 종류들 간에 이루어지는 진료 의뢰·회송 활성화가 주요 정책적 관심사의 예가 된다.

의료기관의 환경 변화와 의료공급체계의 구조

의료기관은 환경과 상호작용하는 개방체계이므로 환경요소가 변화하면 이에 따라서 변화가 필요하게 된다. 상황이론에 의하면 조직이 새로운 환경에 적응하기 위해서 자체적으로 변화를 추진하게 되지만, 제한된 가용자원, 불확실한 시장정보 등의 제약으로 인하여 조직의 적응적 변화에는 한계가 있다[9]. 그러므로 환경이 변화하면 새로운 환경에 적응했는지 여부에 따라서 적합한 조직형태의 조직들과 부적합한 형태의 조직들이 혼재하게 된다. 전술한 조직근 생태이론에 따르면 환경요소들의 도태 압력과 선별적 선택에 의하여 환경에 부적합한 조직들은 점차 쇠퇴·감소하고, 한편 환경에 적합한 형태의 조직들은 발전·성장함으로써 조직형태별 구성이 달라지는 것이다. 환경변화의 의료기관들에 대한 영향도 이와 같은 두 가지 기제를 통해서 나타날 것이다. 의료기관들이 현재 당면하고 있는 가장 중요한 환경변화는 다양한 환경요소들 가운데서 Figure 1이 보여주듯이 인구 고령화와 의료기술의 발전, 그리고 정부와 건강보험당국의 정책이라고 할 수 있다.

인구 고령화는 건강보험 재정수입의 감소와 재정지출의 증가, 노인환자와 만성질환 환자 증가 등으로 이어진다. 노인환자는 흔히 여러 가지 건강문제를 갖고 있으므로 첨단기술적 진료에서부터 퇴원 환자의 추구관리, 방문진료 등의 기초적 보건의료서비스에 이르기까지 다양한 서비스를 필요로 한다. 만성질환의 발병 또는 자각증상 발현 초기에는 정확한 진단 등을 위해서 상급종합병원을 포함한 병원급 기관의 진료가 필요하나, 통상 장기간을 요하는 그 이후의 관리에는 일차의료서비스가 비용이 적게 들 뿐만 아니라 더 적절한 경우가 많은 것으로 밝혀졌다. 이러한 사실에 근거하여 만성질환의 예방, 치료, 요양, 재활을 포괄하는 연속적 서비스체계의 필요성과 방안이 제시되고 있지만 실행은 불확실한 형편이고[10,11], 현재는 노인요양장기보험 실시와 요양병원 증설이 노인환자의 증가에 대비한 의료정책적 조치의 거의 전부이다.

오늘날 고가장비와 의료기술이 계속 개발되고 있는바, 이러한 기술은 주로 대형 의료기관에서 우선적으로 사용될 수밖에 없으며, 대형 의료기관에 근무하는 전문인력은 첨단장비를 사용할 수 있고, 세부전공분야를 추구할 수 있으므로 전문성이 전반적으로 높게 마련이다. 그리고 오늘날 환자들은 인터넷을 비롯한 각종 매체를 통해서 질병과 의료에 관한 정보를 쉽게 얻을 수 있는데, 대형 의료기관은 홍보자료를 적극적으로 제공하고 있다. 결과적으로 대형 의료기관들이 환자 유치경쟁에서 유리한 위치를 점하게 된다.

의료기관규모에 따른 기술적, 양적 의료서비스 역량을 비롯한 경쟁력의 차이에 따라서 경증 환자들까지도 대규모 의료기관, 특히 상급종합병원에 집중하는 경향이 계속되고 있다. 환자의 입장에서 당연하다고 볼 수도 있겠으나 결과적으로 초래되는 의료자원 낭비, 의료비 증대, 의료이용자 불편 등은 방지할 수 없는 문제이다.

이에 건강보험은 급여관리를 통하여 상급종합병원을 찾기 이전에 의료이용이 단계적으로 이루어지도록 유인하고 있으며, 정부는 의료기관 종별 기능 재정립 기본계획 수립, 의료기관 종류별 표준업무규정 제정, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 등을 통하여 의료공급체계의 구조개혁을 위한 정책적 노력을 전개하고 있으나 성과가 기대에 못 미치고 있다[12].

앞서 기술한 의료기관의 조직특성과 상호관계, 그리고 환경변화의 영향 및 정책적 노력의 성과를 종합적으로 고려할 때, 의료기관들의 갈등적 경쟁관계는 계속 유지되고, 경쟁력의 종별 격차는 더 커질 가능성이 있다. 다시 말해서 의료부문의 현실적 제반상황에서는 의료공급체계의 구조가 정책이 지향하고 있는 모습에 얼마나 가까이 갈 수 있을지 매우 불투명하다.

의료공급체계 구조개혁의 기본방향

지금까지 단편적으로 언급한 바와 같이 의료공급체계의 구조에 관한 정책은 1989년 7월 전 국민 의료보험과 함께 실시했던 의료전달체계 계획 이래 기본방향을 변함없이 유지해 왔다. 요약하면 의료서비스 기능의 기술적 전문성과 복잡성을 기준으로 의료기관을 의원, 병원급 의료기관 및 상급종합병원으로 계층화하고, 환자는 되도록이면 의원에서 의료이용을 시작하여 필요할 경우 의료기관들 간의 진료의뢰·회송에 의하여 계층적 구조에 맞춰서 이용을 이어나가도록 하겠다는 것이 핵심이다. 이와 같은 정책이 지향하고 있는 의료공급체계는 기본적으로 의료기관이라는 부품으로 구성된 기계와 유사하다고 생각하는 기계론적 가정에 바탕을 두고 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 의료기관은 생존, 존속 및 발전을 위해서 노력하는 유기체인 조직이며, 환자도 의료를 이용함에 있어서 나름대로 합리적 결정에 따라서 행동하는 소비자이기도 하므로 의료공급체계의 설계의도와 구조에 어김없이 순응하기를 기대할 수는 없다. 이렇게 볼 때 기계론적 가정은 의료기관과 의료서비스에 대한 피상적 관찰과 이해에 근거하고 있다는 비판이 가능하며, 따라서 그러한 가정에 입각한 정책방향의 타당성에 대해서도 의문을 제기할 여지가 있는 것이다.

의료기관 활동의 근간인 진료기능의 종류 간 분담체제의 변화 방안은 많은 의료기관들의 조직형태, 조직영역 및 이해관계의 조정이라는 현실적 과제이기도 하지만, 본질적으로는 Thompson [9]이 정치단체들의 관리와 유사하다고 간파한 조직들 간의 관계(inter-organizational relations)를 관리하는 일이다. 그러므로 규정을 정해서 실행하는 등의 통상적 관리기법에 더해 설득, 타협을 통한 이해관계의 조정과 조직적 저항의 관리를 비롯한 정치적 접근을 요하는 복잡한 과제인 것이다. 더욱이 모든 의료기관들이 근본적으로 경쟁관계인 우리나라 의료공급체계의 구조에서는 실현이 극히 어려울 것이다. 그리고 의료기관 종별 기능의 재정립이 낭비적 경쟁

을 불식시킬 수 있을지도 불확실하며, 따라서 실질적 효과를 기대할 수 있을지 의문스러운 측면도 있다.

상황이 이러하므로 외국에서 진행되고 있는 의료공급체계 혁신 방안을 관찰하고 우리가 참고할 시사점을 찾아보는 것도 유의미한 일이 될 것이다. 인구의 고령화에 대응한 정책적 노력이 많은 나라에서 중요한 과제가 되면서 보건의료서비스체계의 혁신과 의료비를 절감하는 방안을 골자로 하는 여러 가지 접근전략과 수단들이 모색, 제시되고 있는데, 미국에서는 책임의료조직(accountable care organization)에 대한 다각적 연구와 논의가 활발하다[13-16]. 최근 우리나라에서 많이 소개되고, 도입 가능성 또는 도입방안이 거론되는 모형도 책임의료조직이다[17-19].

책임의료조직은 여러 가지 형태로 설계되고 있지만 몇 가지 핵심적 원칙을 근간으로 한다. 첫째, 특정 인구집단에 대한 의료의 품질과 비용에 관한 목표를 달성할 책임을 공유하는 의사, 병원 등의 의료서비스 공급자들의 자발적 참여로 구성되며 네트워크조직(network forms of organization)을 비롯한 다양한 형태로 조직될 수 있다. 둘째, 건설한 일차의료 기반과 연속적, 포괄적 의료서비스 활동의 효과적 통합조정을 중시한다. 셋째, 조직의 의료서비스 품질 향상 및 비용 절감 실적과 연계한 보상지불방법에 의하여 경제적 유인을 제공함으로써 참여공급자들이 이해를 공유하도록 한다. 넷째, 현대적 자료과학적 기법을 토대로 신뢰할 수 있고, 정교한 성과 측정방법을 사용한다.

책임의료조직의 원칙들을 바탕으로 우리나라 의료공급체계의 구조를 개혁할 수 있는 가능성과 방법에 대해서 적어도 세 가지 측면에서 숙고, 연구할 가치가 있다고 생각된다. 첫째, 책임의료조직은 우리나라 의료공급체계의 구조개혁에 근원적 결핍돌인 모든 의료기관들의 상호경쟁관계를 상호협동관계로 전환시키는 방안을 제시하고 있다는 점이다. 둘째, 일반적으로 구성원들이 자기 정체성을 인지하고 자신의 목표를 추구하는 가운데 상호관계가 형성되는 네트워크조직의 형태로 설계할 경우에, 의료기관들이 책임의료조직에 참여하는 데 따르는 부담이 적을 것이라는 점이다[20]. 셋째, 네트워크 구조가 위계적 구조보다 만성질환 환자들의 다양한 서비스 요구를 충족하는 데 유리하다는 점이다. 그러나 구체적인 방안은 우리나라 의료체계에 적합하지 않은 측면들이 있는데, 특히 건강보험의 중앙집권적 단일보험자체제, 요양기관 당연지정제도 등과는 병립할 수 없다. 따라서 우리나라 의료체계와 건강보험제도의 근간이 허용하는 범위 안에서 그러한 제약을 극복 또는 변경하는 방안을 모색해볼 필요가 있다.

결론

정부와 의료계는 의료공급체계의 구조적 결함이 많은 의료문제의 근원적 원인이라는 인식을 공유하고 있으며, 정부는 그 해결을

위해서 여러 가지 정책수단을 추진해오고 있다. 정책이 지향하는 기본방향은 의료기관들을 의료서비스 기능의 전문성과 복잡성을 기준으로 계층화하고 의료이용이 이러한 기능적 위계구조에 맞추어 단계적으로 이루어지도록 한다는 것이다. 약 30년간 이와 같은 정책기조를 유지하면서 노력해왔지만 성과가 심히 미흡하므로 정책방향의 타당성에 대해서 의문을 제기하게 된다. 이러한 의문에서 출발하여 의료공급체계 구조의 실상과 변화 전망을 기술하고, 이어서 개혁방향에 대하여 논의하였다.

의료정책이 추구해오고 있는 위계구조의 의료공급체계는 의료공급체계가 의료기관이라는 부품으로 구성된 기계와 유사하다고 생각하는 가정에 바탕을 두고 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 의료기관은 생존, 존속 및 발전을 위해서 노력하는 유기체인 조직이며, 환자도 의료를 이용함에 있어서 나름대로의 합리적 결정에 따라서 행동하는 소비자이다. 다시 말해서 기계론적 가정은 의료기관과 의료서비스에 대한 피상적 관찰과 이해에 근거하고 있는 것으로 볼 수 있으며, 따라서 그러한 가정에 입각한 정책의 타당성에 대해서도 의문을 제기할 여지가 있는 것이다.

개인 또는 민간기관이 경영하는 의료기관이 대다수인데다 의료기관들의 기능을 통합, 조정하는 기제가 취약하므로 의료기관들이 각기 독립적 개체로서 상호환경요소로 작용하는 관계에 있다. 그리고 의료기관들은 종류가 다르더라도 필요한 자원과 진료기능의 내용이 겹치는 부분이 적지 않기 때문에 갈등적 경쟁관계에 있다. 인구 고령화, 의료기술 발전 등의 환경이 변화해도 의료기관들의 비생산적 경쟁관계는 지속될 것으로 내다 보인다.

의료기관 활동의 근간인 진료기능의 종류 간 분담체제의 변화 추진은 많은 의료기관들의, 조직형태, 조직영역 및 이해관계의 조정이라는 현실적 과제이기도 하지만, 본질적으로는 통상적 행정기법에 더해서 정치적 접근을 요하는 조직들 간의 관계를 관리하는 근원적으로 복잡한 일이다. 더욱이 전술한 바와 같이 모든 의료기관들이 근본적으로 경쟁관계인 우리나라 의료공급체계의 구조에서는 실현이 극히 어려울 것이다.

논의결과를 종합적으로 고려할 때, 우리나라 의료부문의 제반상황에서 의료공급체계의 구조가 현행 정책이 지향하고 있는 모습에 얼마나 가까이 갈 수 있을지 매우 불투명하다. 따라서 정책의 기본 방향을 다시 짚어보고 대안을 모색하는 데 좀 더 적극적인 관심과 노력을 경주할 필요가 있다.

ORCID

Dal Sun Han (emeritus professor): <https://orcid.org/0000-0002-3429-1665>

REFERENCES

1. Litwak E. Towards the theory and practice of coordination between formal organizations. In: Rosengren WR, Lefton M, editors. *Organizations and clients*. Columbus (OH): Charles E. Merrill Publishing Co.; 1970. pp. 137-186.
2. Hannan MT, Freeman J. The population ecology of organizations. *Am J Sociol* 1977;82(5):929-964.
3. Aldrich E. *Organizations and environments*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1979.
4. Lee CS. Theoretical perspective on organizational environment. In: Lee CS, editor. *Organization: structure and process*. Seoul: Pakyoungsa; 2001. pp. 112-117.
5. Han DS. An organizational perspective on the growth of health care delivery system: implications for reform. *Health Policy Manag* 2004;14(4): 21-47. DOI: <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2004.14.4.021>.
6. Health Insurance Review and Assessment Service, National Health Insurance Service. *National health insurance statistical yearbook*. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2016.
7. Levine S, White PE. Exchange as a conceptual framework for the study of interorganizational relationships. *Adm Sci Q* 1961;5(4):583-601. DOI: <https://doi.org/10.2307/2390622>.
8. Litwak E, Hylton LF. Interorganizational analysis: a hypothesis on coordinating agencies. *Adm Sci Q* 1962;6(4):395-420. DOI: <https://doi.org/10.2307/2390723>.
9. Thompson JD. *Organizations in action: social science bases of administrative theory*. New York (NY): McGraw-Hill; 1967.
10. Cho BR, Kim HS, Park JH, Shin DW, Kim KW, Kim SH, et al. Proposal of service provision model for chronic disease management centered on primary care. In: Cho BR, Kim HS, Park JH, Shin DW, Kim KW, Kim SH, et al. *Development of Korean primary care service provision model for efficient and qualitative management of chronic diseases*. Seoul: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency; 2016. pp. 219-261.
11. Lee KS. Community-based integrated service system. In: Lee KS, editor. *Medical reform, who will do what?* Seoul: Cheongnyeon-Uisa; 2017. pp. 89-122.
12. Lim J, Lee KS, Kim SJ, Han JW, Shin YJ, Jeong W. Development and evaluation of referral-return model between medical institutions. Incheon: Industry-Academic Cooperation Foundation of Gachon University; 2016.
13. Fisher ES, Staiger DO, Bynum JP, Gottlieb DJ. Creating accountable care organizations: the extended hospital medical staff. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(1):w44-w57. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.1.w44>.
14. Rittenhouse DR, Shortell SM, Fisher ES. Primary care and accountable care: two essential elements of delivery-system reform. *N Engl J Med* 2009; 361(24):2301-2303. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp0909327>.
15. McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(5):982-990. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0194>.
16. Shortell SM, Gillies R, Wu F. United States innovations in healthcare delivery. *Public Health Rev* 2010;32(1):190-212. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf03391598>.
17. Lee JC. Introduction and utilization of U.S. ACO and implications. *Health Policy Forum* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jul 20];12(2):72-77. Available from: http://webzine.rihp.re.kr/webzine_201411/a_09_01.html.
18. Seo KH, Jung YM, Kim MJ, Lee SH. An evaluation of accountable care organization in USA and policy implications for Korean health care system. *Health Policy Manag* 2014;24(4):396-412. DOI: <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2014.24.4.396>.
19. Kim Y. Introduction plan of accountable care organization. In: Lee KS, editor. *Medical reform, who will do what?* Seoul: Cheongnyeon-Uisa; 2017. pp. 121-153.
20. Kim BS, Park KG, Cho KH. Strategic selection theory, resource dependence theory, and network organization theory. In: Kim BS, Park KG, Cho KH, editors. *Understanding and management of organization*. Seoul: Daeyeong-Munhwasa; 2000. pp. 171-188.