creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

경제학석사 학위논문

병원에서 신경영.인사제도가 공공성과 근로조건에 미치는 영향

2010 年 2 月

부경대학교 경영대학원

경제학과 노동관계전공

심 영 옥

경제학석사 학위논문

병원에서 신경영.인사제도가 공공성과 근로조건에 미치는 영향

지도교수 윤 영 삼

이 논문을 경제학석사 학위논문으로 제출함

2010 年 2 月

부경대학교 경영대학원

경제학과 노동관계전공

심 영 옥

심영옥의 경제학석사 학위논문을 인준함

2010 年 2 月 日

주 심 경제학박사 류 장 수 (인)

위 원 경제학박사 심 성 훈 (인)

위 원 경영학박사 윤 영 삼 (인)

차 례

제1장 머리말 ····· 1

제1절 문제의 제기와 연구목적 ····· 1

제2절 연구방법과 연구체계 ····· 3

제2장 신경영인사제도의 개념과 병원에서의 동향 ····· 5

제1절 신경영인사제도의 개념 ····· 5

제2절 병원에서의 신경영인사제도의 동향 ····· 8

제3장 공공성개념과 병원공공성 인식틀의 정립 ····· 17

제1절 공공성 ····· 17

제2절 보건의료의 공공성 ····· 24

제3절 병원의 공공성 ····· 34

제4장 실증연구의 설계 ····· 41

제1절 연구모형 ····· 41

제2절 연구가설 ····· 42

제3절 변수의 조작적 정의 ····· 42

제4절 연구설계 ····· 46

1. 설문의 구성 ····· 46

2. 연구표본 ····· 48

3. 분석방법 ····· 48

제5장 실증분석의 결과 ····· 49

제1절 수집된 자료의 기초분석결과 ····· 49

1. 기술통계분석결과 ····· 49
2. 변수들간의 상관관계분석결과 ····· 54
제2절 가설의 검증결과 ····· 58
1. 가설1의 검증결과 ····· 58
2. 가설2의 검증결과 ····· 60
3. 가설3의 검증결과 ····· 62
제3절 해석 및 토론 ····· 63

제6장 결론 ····· 72
제1절 연구결과의 요약 ····· 72
제2절 시사점 ····· 73
제3절 연구의 한계와 향후연구의 방향 ····· 75

참고문헌 ····· 76
[부록] 설문지 ····· 79
Abstract ····· 84

PUKYONG NATIONAL UNIVERSITY 부경대학교

<표 차례>

표 1. 재벌들이 설립한 병원들 ····· 12
표 2. 사립대병원의 신경영기법 도입 현황 ····· 16
표 3. 공공성의 분석적 지표와 규범적 가치 ····· 19
표 4. 정부예산 중 국가보건의료사업 예산의 비율 ····· 31
표 5. 보건의료노동조합의 '의료의 공공성 선언' ····· 34
표 6. 김진현(2006)의 병원공공성 지표 ····· 35
표 7. 2009 공공보건의료사업지원단의 국립대병원에 대한 공공성평가 기준 및 지표(안) ····· 36
표 8. 보편적인 공공성에 상응하는 병원공공성의 요소 ····· 37
표 9. 병원공공성의 요소 ····· 40
표 10. 원인요소로서의 병원공공성의 요소 ····· 40
표 11. 일반적인 공공성에 상응하는 병원공공성의 요소 ····· 43
표 12. 병원공공성의 조작적 정의 ····· 44
표 13. 지배구조의 요소별 조작적 정의 ····· 45
표 14. 설문의 구성 ····· 46
표 15. 신경영인사기법별 시행정도 ····· 49
표 16. 노동조건 정도 ····· 51
표 17. 지배구조 정도 ····· 53
표 18. 병원공공성 정도 ····· 54
표 19. 변수들간의 상관관계 ····· 55
표 20. 신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과 ····· 58
표 21. 신경영인사기법이 노동조건에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과 ····· 60
표 22. 지배구조차원이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과 ····· 62
표 23. 병원의 공공성에 영향을 미치는 신경영인사기법 ····· 63
표 24. 노동조건에 영향을 미치는 신경영인사기법 ····· 67
표 25. 병원공공성에 영향을 미치는 지배구조차원 ····· 70

<그림 차례>

그림 1. 서울소재 초대형 병원 주도의 병원 경쟁 및 발전 모델 ····· 14
그림 2. 공공서비스의 특징 ····· 20
그림 3. 사적 의료비 비율 ····· 29
그림 4. 의료비와 QALY ····· 32
그림 5. 나라별 보건의료체계의 성격 ····· 33
그림 6. 실증연구모형 ····· 41

PUKYONG NATIONAL UNIVERSITY
부경대학교

제1장 머리말

제1절 문제의 제기와 연구목적

IMF 이후 신자유주의가 본격화되면서 공공부문에서 공공성의 가치보다는 상업성, 효율성, 수익성 또는 시장의 가치가 지배적인 담론으로 형성되고 현실에서 지배적인 양상이 되어 왔는데, 최근 이명박 정권이 들어서면서 더 두드러진 양상으로 나타나고 있다. 최근 정부는 경영효율성이라는 잣대를 적용하면서 공공부문에 신경영인사전략을 강화하고 기능을 개편하겠다는 강력한 의지를 천명하였다. 신인사경영전략이란 기업 즉 민간부문에서 개발되어 사용되던 관리방식으로서 효율성 제고 나아가 이윤추구로 이어지는 것이다. 이것을 적용한 기업에서는 단기 성과위주의 업무처리가 일상화되면서 노동의 질이 떨어진 것으로 나타났다. 신경영인사전략을 도입한 양상은 공공부문인 의료분야에서도 예외가 아니다. 아직 도입의 속도가 느리기는 하지만, 삼성병원 등 재벌병원이 의료분야에 진출하여 병원들간 경쟁이 강화되면서 도입이 추진되어 왔다. 이에 따라 병원에서 수익을 높이기 위하여 부적절한 과잉진료, 중복진료, 고가진료로 의료서비스의 질이 현저히 떨어진다는 지적이 많다. 또한 대형병원을 찾는 대개의 환자들이 현재에도 '진료시간' 이 너무 짧다는 것에 많은 불편을 호소하고 있다. 환자 등 병원이용자들이 많은 비용을 지출하면서도 진료의 질은 더욱 낮아지는 폐해를 고스란히 감수해야 하는 꼴이 되고 있다고 지적되어 왔다.

이와 관련하여 보건의료분야는 공공성이 유지되어야 하는 분야라고 인식되어 왔다. 헌법 및 보건의료기본법은 건강권을 국민의 권리로써 규정하고 있는데 헌법 제 10조에 "모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 가진다." 그리고 헌법 제 36조에 "모든 국민

은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 명시되어 있다. 또한 보건의료기본법 제1조는 “보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본 이념으로 한다.” 제10조(건강권 등) ① “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.” ② “모든 국민은 성별, 연령, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해 받지 아니한다.”고 명시되어 있다.

현실을 보면, 우리시대에 지배적인 영향을 미치고 있는 신자유주의 세계화는 필연적으로 국민의 건강에 심각한 위험을 가져올 수밖에 없다. 대표적인 기제인 구조조정은 대량 해고를 통한 핵심 조직의 경량화, 주변 노동력의 외주 용역화, 비정규직 확대 등을 낳는데 이로 인해 실업률이 증가하고, 노동자간의 소득 불균형이 증가하며, 사회적 배제가 이루어지고 있다. 실업이 건강상태를 전체적으로 나쁘게 하는 것으로 알려져 있다. 특히 간경화, 심혈관계 질환, 자살 등 다양한 질환에 의하여 사망률이 증가하는 것으로 나타나고 있다. 또한 구조조정으로 실업 상태를 맞게 된 노동자뿐 아니라, 구조조정 과정에서 직장에 남아 있는 노동자도 업무량 및 노동시간이 증가하고 새로운 업무나 책임을 부여받게 되면서 만성적인 스트레스를 받으며, 동료 간 사회적 지지가 파괴되면서 그에 따른 무기력감이나 직업의 불안정성 등에 시달리고 있는데 결국 이러한 조건들이 결합되면서 건강의 악화로 이어지는 것으로 알려져 있다. 더욱 문제가 되는 것은 정규직 노동자가 아니라 비정규직 노동자의 건강문제이다. 불안정한 고용상태에 놓이게 되면, 직업을 얻기 위한 계약 경쟁 속에서의 경제적 압박, 직업을 얻은 후에도 계약을 지속해야 하는 압박, 최저생계비를 벌어야 하는 압박, 성과급제에 의한 압박 등 여러 가지 압박이라는 심각한 건강위해 조건 속에서 일할 수밖에 없게 된다. 또한 신자유주의 세계화로 인한 전반적인 소

득 불균형의 심화는 저소득 노동자에게 빈곤과 건강의 악순환을 낳고 있다. 의료이용에 있어서 높은 본인부담 수준과 맞물려 계층 간 의료이용의 격차 확대와 암 사망률과 생존율에 차이가 발생하는 것으로 나타나는 등 건강수준의 악화가 현실적인 문제로 등장하고 있다.

이처럼 대량 실업과 절대빈곤층증가, 이로 인한 건강상의 문제가 심각하게 대두될 가능성이 많고, 이러한 상황에서 저소득층 및 의료소외계층의 의료를 담당하는 공공의료의 역할이 더욱 중요해질 수밖에 없다. 그러나 그동안 보건의료분야에서 공공성에 관한 논의는 보건의료노동조합과 진보적인 연구자 등에 의해 많이 논의되어 왔으나, 거의 대부분 보건의료산업 수준의 논의들이었다. 다시 말해서 보건의료체제 하에서 병원이라는 단위에서의 공공성에 관해서는 별로 논의되어 오지 않았다.

따라서 병원이라는 단위에서의 공공성에 관한 인식 틀을 정리하고 최근 병원현장에서 논란의 대상이 되고 있는 신경영인사제도가 공공성에 미치는 영향을 규명할 필요가 시급하다고 보여 진다. 이러한 문제의식에서, 기존 연구가 거의 없어서 탐색적 성격이 강하지만, 본 논문은 병원이라는 단위에서의 공공성에 관한 인식 틀을 정리하고 실증연구를 수행하여 현재 병원의 신경영인사제도의 실태를 파악하고 그것이 병원공공성에 미치는 영향을 알아보고자 한다.

제2절 연구방법과 연구체계

본 연구의 방법은 개념적 연구방법과 경험적 연구방법을 병행하되, 주로 경험적인 연구를 통해 연구목적을 달성하고자 한다. 개념적 연구는 관련문헌들을 검토하여 병원에서의 공공성과 신경영인사제도의 개념을 정리하고, 병원에서 이들의 동향을 고찰하는 것이다. 경험적 연구는 설문조사를 통한 실증연구로서 병원에서 신경영인사제도의 도입이 공공성에 어떠한 영향을

미치는가를 분석하는 것이다.

본 연구의 체계는 다음과 같다.

2장에서는 신경영인사제도에 대한 개념을 정리하여 구체화하고 병원에서의 동향을 고찰한다.

3장에서는 공공성 특히 병원의 공공성에 대한 개념을 정리하여 구체화하고 병원에서의 동향을 고찰한다.

4장에서는 실증연구가 토대를 두는 연구모형과 연구방법론을 제시한다.

5장에서는 실증연구의 분석결과를 제시하고 해석한다.

6장에서는 결론으로서 연구결과를 요약하고 시사점, 연구의 한계 및 향후연구 과제를 제시한다.

PUKYONG NATIONAL UNIVERSITY
부경대학교

제2장 신경영인사제도의 개념과 병원에서의 동향

제1절 신경영인사제도의 개념

신경영인사제도란 기업 환경의 변화에 따라 전통적인 방식에 있어서 새로운 변화가 필요하다는 인식에서 기업내에 도입된 경영합리화 기법 등을 통칭하는 것이다. 이러한 신경영인사제도는 1980년대 이후 등장하는 신자유주의가 먼저 국가가 책임을 가지고 완전고용에 노력해야 한다는 당연한 의무를 폐기하는 이론적 장치로서 역할을 하여야 했다. 신자유주의가 등장할 수 있었던 계기는 스태그플레이션에서 드러난 케인즈 주의의 실패 혹은 국가개입주의의 실패였다. 케인즈주의는 자본주의적 축적의 불안정성을 항상적 경제개입으로 돌파하려는 축적전략이기 때문에 정부의 재정 적자를 누적시키는 경향이 있으며 이는 결국 70년대 세계적인 에너지파동을 하나의 계기로 하여 세계적인 장기불황으로 연결되었던 것이다. 이에 대한 처방으로 신자유주의는 정부 재정적자의 축소 곧 정부개입의 축소를 제시하였으며 대신 시장경쟁 논리의 복원과 확대를 주장하였다. 신자유주의는 규제완화와 시장논리를 강조하면서 대외적으로는 시장개방과 자본자유화를, 대내적으로는 각종 규제완화와 복지논리의 시장논리로의 대체를 내세우고 있다. 이처럼 신자유주의는 노동력 수급을 시장기능에 맡겨야 된다는 기능주의적 이데올로기공세를 통하여 완전고용이 기업과 국가 전체의 사회적 연대 책임이라는 논리를 무력화하려는 것으로 사회적 통제가 비효율적이며 불필요하다는 논리를 확산시키면서 신자유주의적 이데올로기 공세는 신경영전략은 국내외에서 전파되어갔다(김상곤, 1997).

이러한 신경영전략은 한국에서는 대략 1990년을 전후로 시작해 현재까지 이어지고 있는데 선진 각국에서 개발된 새로운 경영기법들을 이용해 종

래의 전근대적 경영방식을 탈피한 나름대로의 합리성과 체계성을 구비한 새로운 인사조직관리, 노무관리, 임금체계, 직급체계들이 개발되었고 노동자들의 의식구조와 생활양식까지 자본의 헤게모니 아래로 포섭하려는 기업문화운동도 광범위하게 전개됐다. 1990년 이래 국내의 웬만한 기업들은 강도 높은 경영혁신운동을 전개해 오고 있다(장홍근, 1999). 특히 작업조직과 고용관계의 변화가 두드러졌다. 산업현장과 작업현장의 이러한 변화는 '시장 제일주의'를 모토로 하는 자유주의 흐름을 배경으로 하는 경영측의 '신경영전략'에 큰 원인이 있다. 경쟁력 강화와 작업환경에 대한 통제권 회복을 목적으로 하는 신경영전략은 대부분의 산업국가 그리고 대부분의 산업분야에서 발견할 수 있다(정창기, 1999). 한국에서 신경영전략의 배경으로는 국제 경쟁의 심화, 지구촌화의 심화, 생산방식의 변화, 생산현장 노사권력관계의 변화를 제시할 수 있다. 현재 진행되고 있는 신경영전략은 산업·업종에 따라 또 개별 기업이 처한 상황에 따라 다양한 형태로 전개되고 있다.

신경영전략의 양상을 주요한 분야별로 개략적으로 살펴보면 다음과 같이 정리될 수 있다. 첫째 기업간 관계의 합리화전략이다. 오늘날 자본주의 세계시장은 수많은 기업들로 구성되는 긴밀한 네트워크의 형태로 존재한다. 따라서 기업간 관계를 여하히 형성하는가는 기업의 성패를 좌우하는 주요한 요인의 하나로 등장했다. 경제의 세계화가 급진전되면서 세계를 무대로 노동력과 자본, 기술을 동원하고 재화와 서비스를 판매하는 글로벌 경영체제가 확산되고 있다. 일부 재벌그룹에 의해 추진되고 있는 세계경영체제로의 전환은 이를 반영한다. 한편 이러한 상황 아래에서 국내적으로도 시스템적 합리화가 활발하게 추진되고 있다. 기업 간의 전략적 제휴가 활발하게 진행되기고 하며, 대기업을 정점으로 하는 중소기업들에 대한 수직적 하청계열화의 방식에 있어서도 적지 않은 변화가 일어나고 있다. 둘째 채용 및 인력활용방식의 변화이다. 이는 고용의 유연성을 증진시키는 방향으로 진행되고 있다. 인력유지비용이 많이 드는 정규직의 채용을 최소화하는

대신 비정규직(임시직, 촉탁, 파트타임 등)의 활용을 극대화한다. 최근에는 전반적인 경제위기 속에서 산업구조조정을 활성화한다는 명분으로 정리해고제와 파견근로제까지 도입돼 합법적으로 정규직 인원을 줄이고 비정규직을 늘일 수 있는 길이 열리게 됐다. 뿐만 아니라 변형 근로시간제나 배치전환을 통해 노동력을 기업의 필요에 따라 유연하게 활용하는 방식도 활용된다. 셋째 임금·직급체계의 대대적인 개편이다. 이는 종래의 연공서열식의 임금체계 및 인사관리체계를 타파하고 능력과 성과에 기초한 임금·직급체계를 만들어나가는 것으로 요약된다. 이른바 신인사제도로 나타나는 이러한 변화는 일정 부분 종래의 임금·직급체계에 내재한 불 합법성과 비효율성을 제거하는 긍정적인 측면이 없지 않지만, 노동자들 간의 경쟁을 부추기고 노동자계급을 파편화함으로써, 노동조합의 조직과 활동에 심대한 타격을 가하고 있다. 넷째 신기술의 도입과 작업조직의 혁신이다. 필요 노동력의 절감(생력화) 및 효율성의 제고를 위해 생산 및 사무자동화기술이 급속하게 보급되고 있다. 신기술의 도입 및 작업조직의 혁신은 일면 개별 노동자의 숙련향상을 가져올 수도 있지만, 현재는 노동 강도를 높이거나 작업현장에 대한 자본의 통제를 용이하게 하는데 활용되고 있다. 다섯째 적대적인 대노조정책이다.(윤영삼, 2009) 기업들에 의해 추진돼온 적대·배제적인 대 노조정책들의 주요방향은 노조의 자주성에 대한 봉쇄 · 훼손과 민주노조 활동에 대한 탄압과 무력화이다. 전자의 경우 자주적인 노조의 존립 그 자체를 부정하거나 노조 민주화를 차단하는 것으로, 후자의 경우에는 노조의 간부들에 대한 전면적인 탄압을 일삼고 현장 조직기반과 활동조직에 대한 통제·개입을 체계적으로 강화하거나, 더 나아가 조합원들의 의식을 개량화하는 것으로 구체화돼 나타나고 있다. 여섯째 기업문화의 혁신이다. 이 부문은 종래 경영전략에서 간과해 왔던 부분으로서, 기업 구성원의 의식구조와 행동양식을 변화시켜 기업이 원하는 방향으로 다시 만들려는 데 일차적인 목적이 있다. 기업이념의 재정립이나, 기업이미지 통합작업(CI)은 기업문화 활동의 중심이다. 이외에도 각종의 교육훈련 프로그램을

통해 기업 중심적 의식을 주입하기도 하고, 취미서클활동 지원 등을 통해 회사와의 일체감을 제고시키기도 한다. 기업구성원이나 그 가족 나아가 지역주민들을 대상으로 하는 각종 문화 활동이나 행사가 기업문화운동의 일환으로 조직되기도 한다(박준식 등, 1999).

이처럼 최근 대기업을 중심으로 진행되고 있는 신경영전략의 양상인 신인사 제도는 단순한 신규채용, 승진, 승급과 같은 협의의 인사관리를 의미하는 것이 아니라 능력주의 인사관리를 중심으로 하여 생산관리 및 통제방법을 쇄신하고자 하는 것이다.

다시 말해서 신인사제도는 기업의 경쟁력을 강화하기 위해 능력주의를 토대로 하여 기업조직관리을 하는 것이다. 기존의 인사제도와는 달리 신인사제도는 이들 세부 항목들을 밀접히 연관시킴으로써 효율적으로 노동을 조직, 관리, 통제를 하는 것으로 이는 생산직, 사무관리직을 불문하고 전 직종에 걸쳐서 전개되고 있으며, 또한 민간부문뿐 만아니라 공공부문에서도 전개되고 있다.

이러한 신인사제도는 성과급제, 연봉제, 발탁승진제, 팀제, 변형근로제, 계약제, 비정규직 확대 및 외주용역(outsourcing)도입, 고객만족관리, 질관리, ABC/ABM, MBO, 6시그마, BSC등의 형태로 나타나고 있으며, 시기적으로는 특히 IMF경제위기 이후에 변화가 두드러지게 된다.

제2절 병원에서의 신경영인사제도의 동향

우리나라 병원은 1977년에 의료보험제가 도입된 이후, 비약적으로 성장하였다. 병의원[1]의 수가 크게 증가한 가운데 1980년대 말 이후에는 재벌들이 병원산업에 대거 진출하여 병원서비스 수준을 높이는 전략을 통해 다

1) 병의원은 종합병원, 병원, 의원을 의미하는 병의원과 함께 특수병원, 치과병의원, 한방병의원, 부설의원, 조산소 등을 모두 포함하는 것이다.

른 병원과의 차별화를 시도하고 있다. 소비자들도 기존 병원들이 의료서비스의 양과 질을 대폭 향상시켜야 한다는 목소리를 내고 있다. 게다가 1990년대 후반에는 의료시장이 개방되어 의료기술과 자본이 견실한 외국 병원들이 국내 병원시장에 진입할 예정으로 있다. 뿐만 아니라 의료기술의 발전과 정보화가 급속하게 이루어져 병원행정의 전산화는 이미 여러 병원에서 도입하고 있는 중이며, 첨단의료기기 설치도 앞 다투어 이루어지고 있다. 이에 따라 첨단의료기기를 사용하는 종합건강검진센터가 날이 갈수록 늘어가고 있을 뿐만 아니라 병원의 수익에서 커다란 비중을 차지하고 있다.

이렇듯 병원(경영진)은 이전에는 별로 경험해보지 못한 치열한 경쟁상황에 직면하고 있고, 날로 발전하는 의료기술과 의학의 발전 및 합리적인 병원경영에 대해 충분히 이해해서 자신의 병원에 적용해야 하는 과제를 안고 있다. 그런데 우리나라의 병원 경영진은 아직도 병원경영에 대한 전문적인 지식과 역량을 가지지 못하고 있는 곳이 대부분이다. 지금은 병원노동자의 임금과 근로조건을 낮추거나 시간제, 임시직, 일용직 등 비정규직 노동자를 고용함으로써 노동비용을 감소시키려는 노력에 주안점을 두고 있다. 즉 병원행정의 합리화나 병원시설에 대한 투자 보다는 병원노동자의 노동 강도를 높임으로써 단기적인 병원의 효율성만을 추구하는 데 그치고 있다고 할 수 있다(민주노총・한국노동사회연구소, 1997 : 2).

이처럼 국내외의 급변하는 환경으로 인해 병원서비스산업도 의사, 간호사, 의료직원 등 노동집약적, 지식집약적인 병원산업에서 병원경영전략의 중심으로 이전되고 있으면 병원인사제도의 경향도 변화하고 있다.

특히 국내 유수 재벌들이 경쟁적으로 병원산업에 참여하면서 기존 병원과 달리 재벌소유 병원은 이미 설립계획단계부터 경영마인드를 가지고 출발하고 있어 병원들 간의 경쟁이 격화되고 있으며 무엇보다도 비용절감에 중점을 두고 있다.

그 과정에서 임금체계와 인사제도를 능력 주의적 방향으로 개편하면서

인건비 통제 및 임금상승 억제, 인력감축, 비정규직 확산, 용역도입, 부서의 통폐합 등으로 이어진다(조영복・최수형, 2003).

1. 병원간 경쟁

최근 의료기관은 서울 - 지방, 의원 - 병원, 병원 - 종합전문요양기관, 44개 종합전문요양기관 내에서도 빅 5와 다른 대학병원 간에 격차가 벌어지면서 양극화 양상을 보이고 있다. 특히, 대형병원 내부에서도 많은 변화가 일어나고 있다. 이미 전국구 병원으로서 자리를 굳힌 삼성, 아산 병원 등 소위 '빅5' 병원들은 건강보험 급여와 진료실적에서 압도적 우위를 차지하면서 향후 '동북아 중심의 의료허브' 등을 목표로 성장에 박차를 가하고 있고, 다른 대학병원들은 갈수록 격차가 벌어지면서 지역병원, 동네병원으로 전락하고 있다. 민간중소병원들은 인력난, 경영난을 호소하며 전문병원으로의 전환을 꾀하고 있다. 공공병원들은 10% 남짓한 비율임에도 불구하고 병원계 경쟁구도 하에서 공공의료 확충보다는 돈벌이경영에 내몰리고 있다.

수도권 지역의 "Big 4" 병원과 여타 대형병원 간의 격차가 지속적으로 확대되고 있다. 일례로 각종 암 환자의 진료 실적을 비교해 보면, Big 4 병원(암환자 진료의 경우, 국립암센터 의)과 그 외 수도권 지역 대형병원 간의 차이가 비교 불가능할 정도로 벌어져 있는 벌이다. 특히, "Big 4" 병원들의 잇따른 암센터 신설로 인해 이 같은 격차는 더욱 확대될가 지속적 경쟁에서 뒤쳐진 수도권 대형병원들이 병상 신증설 및 각종 센터 설립 등을 통해 입지를 확보하기 위해 애쓰고 있지만, 이미 되돌릴 수 볆원 수준으로 벌어진 격차를 회복하기란 쉽지 않을 것으로 전망이다.

특히 대형병원 중심의 무한 팽창, 병원 및 요양기관의 지속적 증가로 인해 병원간 돈벌이 경쟁은 더욱 심화될 것으로 예상되며, 영리법인이나 의료채권 등을 통한 외부자본의 참여가 활성화되면 신경영기법 도입과 함께

그 격차를 더욱 확대될 것이다. 경쟁에 내몰린 병원들은 비급여 및 본인부담금의 확대, 과잉검사와 과잉진료를 통해 병원 수익 증대에 적극 나서고 있다. 환자유치를 위한 병원 간 '경쟁'은 이미 병원시장의 핵심 화두이다. 일부 비급여 항목을 제외하고는 의료서비스가격이 정부와 건강보험에 의해 일방적으로 결정되고 국민들의 자유로운 의료기관 선택이 보장된 제도 하에서 일정 수준이상의 환자 확보는 병원의 유지·발전을 결정하는 핵심요인이지만, 90년대 중반 이전까지는 병상공급의 부족으로 인해서 환자유치 경쟁이 지금처럼 심각하게 대두되지는 않았다. 하지만, 계속되는 병상증가로 인해 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자유치가 기관 존립의 중요한 변수로 등장하게 되었다.

본격적인 환자유치 경쟁을 촉발시킨 또 다른 계기는 '서비스 차별화 전략'을 앞세운 재벌병원의 시장진입이었다(제주대학교, 2007). 재벌병원의 등장 이전까지는 우수한 의사인력을 안정적으로 확보할 수 있었던 대학병원이 중증환자에 대한 높은 시장점유율을 배경으로 시장 지배력을 확보하고 있었으나, 우수한 의료진과 세계적 수준의 시설과 장비를 갖춘 재벌병원 등장 이후 시장상황은 변하였다. 재벌병원은 설립 초기부터 장기이식과 같은 고난이도 시술에 연이어 성공하면서 선도병원으로서의 지위를 단기간에 확보하였을 뿐만 아니라, '환자 중심' 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하는 데도 앞장섰고, 그 결과 짧은 시간에 국민들의 미흡했던 기대수요를 빠르게 잠식하면서 새로운 시장 지배적 경쟁자의 입지를 구축할 수 있었다. 즉, 현재 나타나고 있는 재벌병원으로의 환자집중현상은 의료시설·장비·인력의 고급화를 통해 경쟁관계의 우위를 차지한 선점병원으로서의 차별적 지위를 극대화한 결과라고 할 수 있다.

<표 1> 재벌들이 설립한 병원

구분	재단명	병원명	설립연도
현대	재단법인 아산사회복지사업재단	서울중앙병원	1989년
		정읍병원	1978년
		보성병원	1978년
		보령병원	1979년
		영덕병원	1979년
		홍천병원	1989년
		금강병원	1989년
		해성병원	1975년[1)]
		강릉병원	1996년
	소 계		
대우	재단법인 대우재단	신안대우병원	1979년
		무주대우병원	1979년
		진도대우병원	1979년
		완도대우병원	1980년
	의료법인 대우의료재단	옥포대우병원	1983년
	학교법인 대우학원	아주대학교병원	1994년
	소 계		
삼성	사회복지법인 삼성생명공익재단	삼성서울병원	1994년
	의료법인 삼성의료재단	강북삼성병원 (전 고려병원)	1968년 (1994년인수)
		마산삼성병원 (전 마산고려병원)	1981년 (1994년인수)
	의료법인 삼성제일의료재단	삼성제일병원 (전 제일병원)	1963년 (1996년인수)
	소 계		
한진	학교법인 인하학원	인하병원	1981년
		인하대부속병원	1996년
	소 계		

주: 1) 아산재단에서 1989년 인수했음.

2. 신경영인사제도 도입

재벌계 병원들을 중심으로 한 대형병원들은 인수-합병, 병원시설의 신축과 확장 - 폐쇄 - 통합, 인력감축, 외주용역화, 비정규직화, 급여체계 개편 및 복지혜택 축소, 연봉제 등 능력주의적 인사제도 도입, 작업장 혁신 등을 추진하고 있다. 특히 목표관리(MBO), 균형성과관리(BSC), 전사적 자원관리(ERP), 지식경영(KMS) 등 경영기법들이 확대되고 있으며, 다양한 형태의 교육이 강화되고 있다.

공공병원들은 정부의 획일적 10% 인력감축, 대졸 초임삭감 등 구조조정 방침을 강요받고 있으며, 다른 병원들도 외주 확대, 정년퇴직 후 인력미충원, 명예퇴직 실시, 비정규직 재계약 거부 등 다양한 방식으로 구조조정을 추진하고 있다.

최근 이런 구조조정으로 인해 보건의료 노동자들에게는 고용불안, 임금의 실질적 저하 및 임금격차 확대, 장시간 노동 및 교대제, 야간근로에 따른 피로 누적, 산업재해와 직업병 확대로 건강악화, 인력부족에 따른 노동강도 강화 등의 피해가 나타나고 있다.

특히 일부병원은 단체협약 해지, 합의사항 불이행, 소급분 미지급, 임금체불, 임금반납 요구, 토요진료 확대, 발전기금 강요, 임금피크제 도입 등 다양한 방법을 통해 노조무력화와 노동자에게 고통을 전담하는 공세를 강화하고 있다.

한편 환자 및 보호자들에게도 의료비 부담의 증대, 의료접근권의 봉쇄, 의료서비스의 질적 저하, 의료사고의 위험 등의 피해가 늘어나고 있다. 특히 최근 대형병원을 중심으로 의사 성과급 도입이 급격히 늘어나고 있다. 이런 병원들의 특징은 곧이어 환자 증가와 무관하게 과잉검사. 과잉진료, 비급여 진료의 확대로 인해 병원 진료수입이 대폭 늘어난다는 점 즉 환자의 진료비 부담이 급증하고 있다는 점이다.

<그림 1> 서울소재 초대형 병원 주도의 병원 경쟁 및 발전 모델

3. 병원에서의 신경영인사기법 도입 동향

병원의 경우 1989년 서울아산병원과 1994년 삼성서울병원의 등장으로 대형병원들이 기업경영마인드를 갖기 시작하여 병원들 간의 경쟁이 격화되었다. 이에 따라 무엇보다도 비용절감에 많은 노력을 해 왔는데 그 핵심적인 수단으로 신경영인사제도를 채택해 왔다.

병원에서 신경영인사기법을 도입한 현황을 체계적으로 조사한 연구결과는 없다시피 하다. 단지 보건의료노동조합이 소속지부의 사업장 즉 병원들 중 사립대병원에 대해 신경영인사기법의 도입 현황을 2009년 3월 기준으

로 조사한 결과가 있을 뿐인데 요약정리하면 <표 2>와 같다. 이 조사결과는 각 병원의 신경영인사기법의 도입 정도를 조사하는 등 정밀한 조사는 아니고 단지 도입여부만을 조사한 것이며 사립대병원이 80개이나 보건의료노동조합에 소속한 19개에 대해서만 조사된 것이라는 한계점이 있지만, 신경영인사기법을 도입할 조건을 갖추고 있다고 할 수 있는 대형병원으로서 병원업종에서의 신경영인사제도의 도입을 선도할 수 있고 선도하는 병원들이라는 점에서 의미가 큰 현황자료라고 할 수 있다.

이 조사결과를 보면, 신경영전략의 기술적 기법인 전자의무기록(EMR)은 병원정보화차원에서 89.5%가 도입하고 있으나 전사적자원관리(ERP)는 5.3%(1개 병원)만 도입되어 있어서 정보기술화의 기본기법은 거의 도입한 실정이나 정보기술화의 고도기법은 거의 도입하지 못한 실정이다.[2)]

신경영전략의 사회적 기법이라고 할 수 있는 활동기준원가(ABC)관리(ABM)는 26.3%, 목표에 의한 관리(MBO)는 31.6%가 도입하고 있으나 6시그마와 균형성과표(BSC)는 10.5%(2개 병원)로 낮게 도입되어 있다. 일반적으로 많이 도입되어 있는 팀제는 52.6%가 도입하고 있고 고객만족(CS)은 26.3%만이 도입하고 있다. 질지표(QI)는 52.6%가 도입하고 있다.

신인사제도 중 임금관리기법인 성과급제는 68.4%에 도입되어 있으나 의사에게만 적용되고 있거나 조합원에게 적용되는 경우에도 차등제가 실시되지는 않고 있어서 노조조합원에게는 도입되지 않았다고 할 수 있다. 연봉제는 21.1%로 낮으나 의사에게만 적용되고 있다. 승진관리기법인 발탁승진제는 31.6%가 도입하고 있다. 대표적인 신인사기법인 비정규화는 모든 병원이 도입하고 있다. 신경영전략과 신인사제도를 종합한 기법이라고 할 수 있는 기업문화관리는 15.8%만이 도입하고 있다.

이 현황자료를 전체적으로 보면, 병원에서의 신경영인사기법의 도입은 아직 낮은 실정이라고 할 수 있다.

---

2) 이러한 실정을 반영하여 표본을 어느 정도 갖추어야 통계적 의의를 갖는 실증조사에서는 신경영인사기법들 중 거의 도입된 전자의무기록(EMR)과 별로 도입되지 않은 전사적자원관리(ERP)를 제외해야 할 것이다.

<표 2> 사립대병원의 신경영기법 도입 현황(2009년 3월 기준)

구분	신경영전략									신인사제도				신경영 인사
	기술적		사회적											
	EMR	ERP	ABC (ABM)	6 시그마	MBO	BSC	팀제	CS	QI	성과급제	연봉제	발탁승진	비정규화	기업문화
건국대병원	○	×	○	×	○	○	○	○	○	○	×	○	○	
경희의료원	○	×	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○	○	
고대의료원	○	×	×	×	○	×		×	×	○	○		○	○
상계백병원	○	○	○	○	×	×	○	×	×	○	○	○	○	
성모병원	○	×	×	○	○	예정	○	○	○	○	×	○	○	
이화의료원	○	×	×	×	×	×		○	×	○	×		○	
중앙대의료원	○	×	×	×	×	○	추진	○	○	○	○	추진	○	
한양대의료원	○	×	×	×	×	×	×	×	○	○	×	○	○	
아주대의료원	○	×	○	×	○	×	○	×	×	○	×	×	○	
원광대산본	○	×	○	×	×	×				×	×		○	
부천성가	○	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×	×	○	
인천성모	○	×	×	×	○	×	○	×	×	×	×	×	○	○
원광대병원	○	×	×	×	×	×	○	×	○	○	×	×	○	
조선대병원	○	×	×	×	×	×	○	×	○	(×)	×	×	○	
건대충주	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	
원주기독	×	×	×	×	○	×	추진	×	×	○	×	추진	○	
구미차병원	○	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	○	
영남대의료원	○	×	×	×	×	×	○	×	×	○	×	○	○	○
고신의료원	○	×	×	×	×	×	×	○	○	○	×	×	○	×
19개 (100%)	17 (89.5%)	1 (5.3%)	5 (26.3%)	2 (10.5%)	6 (31.6%)	2 (10.5%)	10 (52.6%)	5 (26.3%)	10 (52.6%)	13 (68.4%)	4 (21.1%)	6 (31.6%)	19개 (100%)	3 (15.8%)
비고										의사	의사			

주: 사립대병원은 총 80개이나 응답병원만 제시했음.

출처: 보건의료노동조합(2009)를 필자가 추가하고 재정리하였음.

KYUNG NATIONAL UNIVERSITY 부경대학교

제3장 공공성 개념과 병원공공성 인식틀의 정립

제1절 공공성

1. 공공성의 개념과 규범적 의미

공공성(public nature)은 '사회구성원 전체에 두루 관계되거나 이용되는 본질(성질)'이 사전적 정의이다.

현대에서 'public'의 용법은 사전적 개념을 통해 잘 파악될 수 있다. 사전적 의미(민중서림 편집국(편), 엣센스영한사전, 11판, 2009)는 ① '공중의, 일반 국민의, 공공의, 공공에 속하는'이라는 의미로서, 우선 다수의 사람들에게 공통적 혹은 보편적으로 관련되는 경우를 공적인 것으로 규정하는 것이다. 여기서 공중(the public)이라는 개념을 같은 맥락으로 이해할 수 있다. 그리고 다른 개념과 비교했을 때, 공익(public interest)을 추구하는 것도 이 개념에 포함된다고 할 것이다. 사실 공공성은 공익을 떠나서 생각할 수 없는 개념이다. 공익은 소수의 이익보다는 불특정 다수의 이익을 염두에 두고 있기 때문에[3] 공중적 의미를 전제로 하고 있다(백완기, 2007: 11). ② '공립의, 공설의'라는 의미로서, 경제학에서의 공공재(public goods) 개념과 비슷하다고 할 수 있다. ③ '공적인, 공무의, 국사의'라는 의미로서, 정부 및 공공기관에서 이루어지는 행위를 규정하고 있다. 이러한 규정은 국가 혹은 공공기관이 법제도적으로 규정되는 만큼, 법적이고 제도적인 성격을 갖고 있고(임의영, 2003: 28), 정부가 행사하는 정치적

3) 헬드(Held, 1970)는 "만약 '일정한 인구의 다수가 표방하는 것'에 관련되고 '공동체의 모든 구성원이 공통으로 소유하는 이익'에 관련된다면 '다수이익'(majority interest)과 '공동이익'(common interest)이란 말을 '공익'에 대신하여 사용하는 것이 좋을 것이다"라고 하였다.

권위와 공권력을 특징으로 한다. 나아가 이를 확장하면 사생활과 대립되는 모든 공식적인 활동을 강조하는 것으로서, '공식성'(officiality)을 의미한다고 할 수 있다. ④ '공개의, 공공연한'이라는 의미로서, 개방성(openness), 공론성(publicity), 그리고 정보에 대한 접근가능성을 포함하는 개념이라고 할 수 있다(임의영, 2003: 29).[4)]

한편 '공공적인 것'(the public)에 대한 분석적 정의는 공공성의 철학에 입각한 실천이 요구되는 지점을 파악하는 데 기여할 수 있다(신진욱, 2007: 30-35).

우선 다수 사회구성원에 대한 영향이라는 관점에서 접근했을 때, 공공성의 중요한 규범적 원칙은 책임성(accountability)과 민주적 통제(democratic control)이다. 즉 공공적 영향력을 미치는 집단이나 조직은 그에 영향을 받는 모든 사회구성원들에 대한 책임성을 가져야 하며, 이들의 행위의 결과에 대한 민주적 검증과 통제 절차가 필요하다.

모든 국민은 '최저국민생활수준'(national minimum)을 영위할 수 있어야 한다는 점에서 만인의 필수생활조건으로 공공성을 파악할 때 연대(solidarity)와 정의(justice)의 원칙에 입각하여 모든 사회구성원들의 최소한의 삶의 질과 시민적 권리를 보장할 수 있도록 해야 한다는 규범적 원칙이 제시될 수 있다.

공공적인 것은 만인에게 드러나야 하며, 또한 드러나도 좋은 것이다. 현실 속에서는 만인에게 드러나야 하는 것이 무엇이며, 과연 그것이 드러나도 좋은 것인지 자체가 분쟁의 대상이 된다. 여기에서 공공적 사안을 다루는 규범적 원칙은 비밀주의가 아니라 개방(openness)과 공개성/공론성(publicity)이다.

또한 어떤 사안이 많은 사람들의 공동관심사가 되는 만큼 그것은 공공적

---

4) 백완기(2007)가 언급하고 있는 공공성의 구성요소로서 정부에 관계되는 것들(governmental), 정치성(political), 공개성(open), 공익성(public interest), 공유성(publicly shared), 공정성(fairness), 인권(human rights)은 이러한 사전적 의미를 제시한 것이라고 할 수 있다.

성격을 갖고 있다고 할 수 있다. 문제는 어떤 사안이 얼마만큼 사회구성원들의 공동의 관심사가 되느냐는 그것을 공공화하려는 집단과 사사화(私事化)하려는 집단 간의 세력관계를 반영하므로, 공동의 관심사를 반영해야 할 뿐 아니라, 공동의 관심 자체를 의식적으로 형성하려는 노력이 요구된다. 여기에서 공동체의식(communitarianism)과 참여(participation)라는 규범적 원칙이 제시될 수 있다.

그리고 개별자의 생물학적 유한성을 넘어서는 역사적 영속성을 갖는 것들은 공공적 성격을 띠고 있다. 공공성을 공동체의 영속성이라는 관점에서 해석하는 것은 동시대적 책임성(accountability)을 넘어 다음 세대에 대한 책임(responsibility)과 세대 간 연대(intergenerational solidarity)의 이념을 공공성 논의에 도입하는 것을 의미한다.

이상의 논의를 요약하여 제시하면 <표 3>과 같다.

<표 3> 공공성의 분석적 지표와 규범적 가치

분석적 지표	규범적 가치	
다수 사회구성원에 대한 영향	책임성	민주적 통제
만인의 필수생활조건	연대와 정의	-
만인에게 드러남	개방과 공개성/공론성	-
공동의 관심사	-	공동체의식과 참여
세대를 넘어서는 영속성	세대 간 연대와 책임	-

출처: 신진욱(2007: 35)을 수정

공공서비스의 경우 의의와 특징을 살펴보면 다음과 같다.

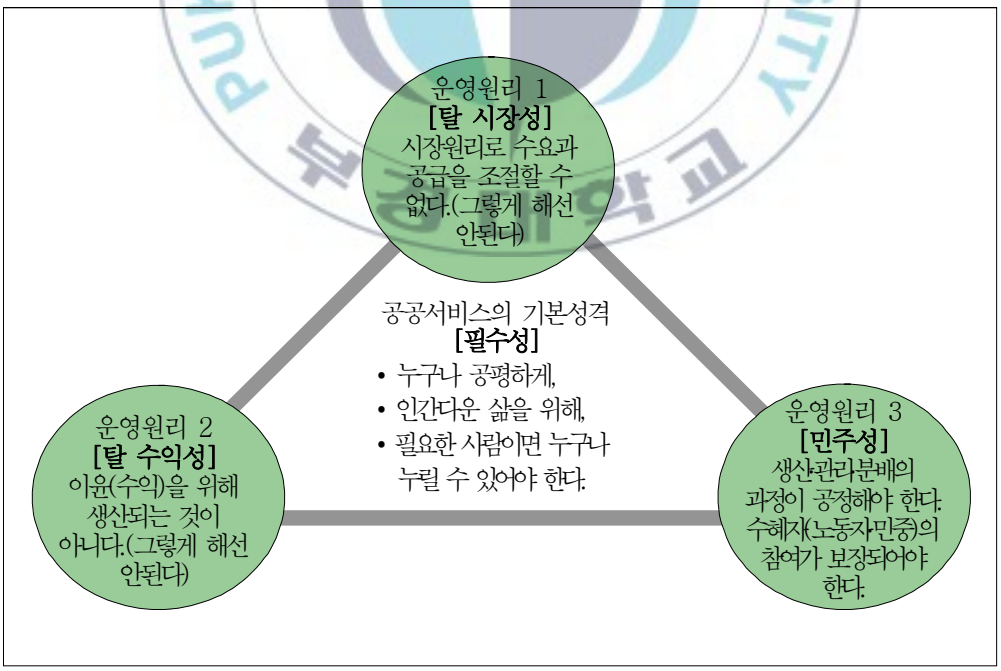
공공부문은 정부의 재정투자와 그에 의한 직간접 통제를 받는 분야를 의미하고, 공공서비스는 공공부문 포함하여 공공재를 생산하고 제공(서비스)하는 일을 말한다. 살펴보면, 공공서비스는 시장원리와 국가 통제가 혼합되어 운영되고 있다. 공공서비스는 본질적으로 사회체제 혹은 국가를 유지

하기 위한 속성이 있으므로, 국가의 통제(법, 제도, 정책, 예산, 관리) 아래 있었다. 그 중 도로, 다리, 항만, 관개수로, 철도, 전기, 우편체계 등 시설투자가 많이 드는 공공서비스는 국가가 (국민의 세금으로!) 건설하고 이후 민간자본에게 이양하였다. 여기에서 간과하지 말아야 할 것은 자본주의 시장경제를 표방하는 국가로서는 공공서비스도 체제발전(자본축적)을 위한 것이므로 시장원리에서 자유로울 수 없다는 점이다(공공연맹, 2005).

시장이 아닌 국가가 공공서비스를 소유하거나 운영하더라도 자본축적(자본 형성)을 위한 투자로서 기능하게 되며, 민중은 대상(수동적인 수혜자)으로 전락한다. 따라서 공공서비스는 사회적으로(노동자 대중이) 생산하고 사회적으로(노동자 대중이) 소비해야 하는 것이므로, 국가 통제를 지양하고 사회적 통제(민중적 통제)와 자치를 통할 때 올바로 실현될 수 있다.

공공서비스의 특징은 <그림 2>와 같이 정리할 수 있다(공공연맹, 2005).

<그림 2> 공공서비스의 특징



5)

2. 사회공공성과 사회화

공공성과 관련된 개념으로서 2000년경부터 노조운동 내에서 사용되기 시작한 '사회공공성'이란 용어가 있다. 지금은 민주노총의 핵심슬로건으로 자리매김하고 있지만, 여전히 '사회공공성 투쟁'의 의미와 내용은 명쾌하게 정리되지 못한 상태[6]에 있을 뿐만 아니라 개념 자체만으로는 무엇을 말하는지 모호한 부분들이 있다. 재화·서비스에 대한 보편적 접근권이나 공공재 사용비용 절감 등의 수준에서 이해되기도 하고, 시장에서의 지위를 중심으로 사회적 관계가 구성되는 것 자체에 대한 반대로 이해되기도 한다. 국가나 시장과는 독립적인 '공공'이라는 영역을 구축하는 문제로 이해되기도 하고, '국가가 책임지는 부문의 확대'로 이해되기도 한다(사회공공성 워크숍 기획단, 2007).

사회공공성은 의료공공성, 교육공공성, 교통공공성, 에너지공공성 등 사회 각 부문의 공공성을 포괄하는 사회일반적인 공공성의 의미로 새롭게 만들어진 개념이다.

신자유주의는 모두의 이익보다 사적 자본의 이익을 우선하도록 하고, 공정한 운영을 국가주의적 운영이나 사적 운영으로 강제하며, 공론의 장까지

---

5) 공공서비스의 공공성 측정기준으로 안톤센, 외르겐센, 헤이크 등(Antonsen et al., 1997; Haque, 2001)은 다음의 5가지를 들고 있다.(선진욱, 2007: 29에서 재인용)
1. '공적-사적' 구분의 정도: 공공적 목적의 조직과 사적 이윤추구 조직 간의 차이가 비즈니스경영의 원리에 의해 흐려지는 만큼 공공서비스의 공공성은 의문시된다.
2. 서비스 수혜자의 구성: 넓은 범위에 걸친 시민들이 서비스의 수혜자, 조직 외부의 많은 이해관계자들
3. 사회 내에서의 역할: 장기적이고 포괄적인 사회적 영향을 전제로 한 역할 수립 및 수행, 그리고 공공적 책임성(accountability) 부과
4. 조직 내적 규범: 공정성·평등성·대표성 등과 같은 규범들
5. 공공적 신뢰(public trust): 서비스의 신뢰성, 지도력, 책임성에 대한 시민들의 신뢰.

6) 단지 사업장 내의 문제가 아니라 '전사회적인 의제'에 관한 것이며, '공익성', '사회적 형평성'을 실현하기 위한 투쟁이라는 점에서 보면, '사회공공성 투쟁'은 지난 민주노조운동에서 역사적 맥을 이어온 투쟁이라고 할 수 있다(공공연맹, 2005).

사유화하여 이윤 추구의 대상으로 전환하는 공공성의 시장화, 이윤화와 탈공공화를 촉진한다. 이러한 신자유주의의 전면화의 맥락에서 등장한 것이 바로 사회공공성 투쟁이다. 즉, 공공성이 국가주의에 반하여 다수의 이익과 자율적 공동체성 형성을 보장하기 위해 출현된 개념이라면, 사회공공성은 시장주의 즉, 신자유주의에 반하여 사회적인, 사회적으로 보장되는 공공성을 위해 생성된 개념이라고 볼 수 있다(정은희, 2007).

오건호(2007)는 “사회공공성은 심화되는 빈부격차를 해소하고, 사회구성원에게 필요한 기본 생활을 사회적으로 보장”하는 가치를 가진다고 하였는데, 공공성이 공익, 공정(공통), 공론의 가치를 가진다면, 사회공공성은 공공성의 사회적 보장이 보다 강조된 의미를 가지는 것이다. 그리고 이러한 사회공공성을 강화하기 위한 활동은 “사회복지, 기간산업, 자연과 문화 등 사회구성원들의 필수적 생활서비스를 시장과 이윤의 대상으로 삼는 신자유주의에 대항하는 운동이며, 사회공공성 활동의 성격은 ‘탈시장화·탈이윤화’로 정의”(오건호, 2007)되고 있다.

사회공공적 영역문제에 있어서는 오건호(2004)의 경우 “시장과 이윤이 들어와선 안 된다는 사회적 담론이 형성 가능하다면, 그 곳이 바로 사회공공적 영역”이라고 하면서 현 시점에서의 사회공공성 투쟁의 영역을 사회적 필수서비스(공공재원, 사회복지, 기간산업서비스, 자연서비스, 지적서비스)로 설정하였다.[7][8] 그러나 신자유주의가 사회 각 영역에 전면화 되는 것만큼 사회공공성 투쟁의 영역 또한 지속적으로 확장되었다고 하면서, 금융, 물, 행정서비스, 사회서비스 등에서 공공성 강화를 위한 고민과 투쟁이 이루어져야 한다는 주장도 제기되었다.[9] 이러한 주장은 ‘사회공공성’이 특정

7) 유병홍(2004)의 경우, 사회공공성 투쟁을 사회임금, 사회참여, 정책참여 등 고용조건과 노동기본권을 넘어서는 전사회적 영역의 운동으로 정의하였다.

8) 한편 사회공공성 투쟁을 노동권(임단협, 구조조정, 노동법) 투쟁과 민주주의 권리(정치, 인권, 평화, 여성, 기타) 투쟁과 함께 신자유주의 세계화에 맞서는 3대 사회운동 범주로 설정하였다.

9) 사회운동포럼 중 <사회공공성 투쟁의 의미와 과제> 워크숍(2007년 8월 31일)의 토론 내용 참조

영역들에 국한되는 문제가 아니라 사회 시스템 및 삶의 구성 전반에 있어 중요한 가치로 부각되고 있음을 제시하는 것이다(사회공공성 워크숍 기획단, 2007).[10][11]

이제 이러한 사회공공성 투쟁의 확장에 입각해서 그 이론적 성격을 규명하고 구체화할 필요가 있다. 이는 사회공공성 투쟁이 객관적인 신자유주의 공세에 대한 저항 영역만이 아니라 민중들이 사회연대적 주체로서의 자기 혁신을 통해 사회공공성을 확대 강화시켜나가는 주체적· 대안적 실천 영역까지 포괄하는 이론으로 심화될 것을 요구받고 있기 때문이기도 하고, 그 사회의 제도영역만이 아니라 그 사회를 구성하는 산업과 지역 수준, 소유·재원·운영 구조적인 문제에서 재화와 서비스의 비용과 품질 등 생활적인 문제에 이르기까지 구체화될 것을 요구받고 있기 때문이기도 하다.[12]

이러한 점을 제시하는 개념으로서 '사회화'를 들 수 있다. '사회화'는 사회적 소유와 통제의 강화를 뜻하는 것으로서 지금까지의 '사회공공성 강

10) 특히 패널로 참여했던 현정희 공공노조 부위원장은 "사회공공성은 '필요한 서비스'가 '필요한 사람'에게 '필요한 때'에 '필요한 만큼' 제공되도록 하는 것"이라고 정의하기도 했다.

11) 공공성은 '공공영역(public sphere)'이라는 개념으로도 통한다. 공공영역은 일반적으로 "개인의 이해관심을 뛰어넘는 공동의 문제가 제기되고 논의되며 해결되는 곳, 공동선을 추구하며 보편성과 합리성을 담보하는 영역"을 지칭하기도 한다. '이러한 공공성 혹은 공공영역이 현실사회에서 존재하는가?' 존재한다면 '어떠한 실체적 모습을 가지고 있는가?'에 대해서 많은 철학적, 정치경제학적 논쟁들이 존재한다. 예컨대 맑시즘에 근거할 때 일정정도 공공적 성격을 담보하고 있는 국가영역은 부르조아지들을 위한 공공영역이므로 실제로 존재하지 않는다는 해석이 가능하다. 또한 공공선택이론과 신자유주의적 시각에 기초할 경우 공공성은 개인의 경제적 자유가 최대한 보장되는 것이므로 국가를 통해서 아닌 시장을 통해서만 실현 가능하다는 주장이 제기될 수 있다.

12) 그러나 지금까지 한국에서의 사회공공성 투쟁은 신자유주의의 문제를 공적 영역에 대한 침해로만 제한시켜 공공부문에 국한된 투쟁으로 사고하게 만들었다. 이에 따라 사회공공성 투쟁이 신자유주의 시장화 이윤화에 대항하는 운동이지만, 아직 '대안체제의 사회공공적 재생산' 상을 구축하지 못했다는 점에서 아직 '대안'운동에는 이르지 못한 자본주의 '비판'운동이라는 지적도 제기되었다. 결국 넓은 의미의 생산수단의 사회화에 대한 문제제기로 확장하지 못했다.

화'의 내용에 덧붙여 국가와 자본에 대한 노동자의 실질적 통제를 강조하는 것이다. 대상은 공공부문뿐만 아니라 모든 영역 특히 주요기업(집단)을 포함하는 것이다. 또한 '사회공공성'론이 자본주의 체제의 공공기관과 공공재화의 일면적 성격만을 반영하고 있는 한계를 갖고 있다고 비판한다. 자본주의 체제의 공공기관과 공공재화는 두 가지 기능을 담당해 왔는데, 하나는 국민들에게 공공서비스를 제공하는 기능이고, 다른 하나는 자본축적을 촉진시키는 기능 즉 국가권력을 매개로 자본계급을 지원하는 기능이다. 전자와 관련하여 '사회적 공공성' 그리고 후자와 관련하여 '정치적 공공성'이라는 개념을 사용한다. 따라서 자본주의 국가의 계급적 성격을 변화시켜 나가면서 양질의 공공서비스재화를 생산·공급하는 사회적 조건들을 확보해 나가야 한다고 주장한다(김영수, 2005).

사회화 투쟁은 국가의 책임과 공공성을 요구하는 것뿐만 아니라 통제를 둘러싼 투쟁으로 나아가는 것이다. 실질적인 생산에 대한 통제력을 확보해 나가기 위해서는 특히 공공서비스에 대한 통제력으로서 공공서비스 가격에 대한 통제권이나 보편적 서비스를 추구하기 위한 정책적 법적 통제력 등을 가져야 한다(홍석만, 2008). 특히 공공부문의 경우 낙하산 인사의 금지, 이사 및 임원에 대한 민주적 선출, 투명한 이익금, 소득비례가 아닌 필요에 의한 사용이 가능한 보편적 서비스의 확대, 공정한 이익환수 등이 당면과제라고 할 수 있다.

제2절 보건의료의 공공성

공공보건의료란 국가(중앙정부)나 지방자치단체가 국민 또는 지역주민의 건강 수준 향상을 위해 제공하는 보건서비스이며, 공공의료기관은 공공보건의료를 수행하기 위해, 중앙정부나 지방자치단체 등 정부 관련 기관이 운영 주체가 되어 설정한 의료기관으로, 대다수의 국민들이 필요로 하는

보편적 의료서비스 또는 정부가 아니면 감당하기 어려운 의료서비스나 수익성이 낮아 민간의료기관이 기피하는 보건의료분야를 담당하는 기관이다. 또한 공공성 강화란 영리 목적의 이윤 추구적 민간성을 지양하고, 사회일반이나 공중의 목적 즉 공익에 부합하는 행위나 사업을 우선하는 것이라 정의할 수 있다(이권전, 2002).

보건의료의 공공성은 즉 '건강할 권리' 는 인간의 가장 기본적인 권리로, 모든 국민은 누구나 국가로부터 개인의 능력·재산·지역의 차별 없이 언제 어디서나 건강할 권리를 보장받아야 한다. 헌법 제36조 제3항에도 "모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다"고 규정하고 있다. 즉, 건강과 의료문제는 개별적 영역이 아닌 사회적 영역, 공적 영역임을 의미한다.

1. 보건의료의 특성과 공공성

자본주의 사회에서 자원의 배분은 통상 시장에 의해서 이루어진다. 그러나 아이러니컬하게도 보건의료의 공익성 훼손의 주요한 원인으로 지적되는 것이 바로 '시장'이다. 그것은 보건의료 분야의 경우 일반적인 시장 기전이 작동하기 어려운 특성 때문이다. 그 결과 시장실패가 발생하게 되는데, 시장실패가 발생하는 기전을 설명하면 다음과 같다(전국보건의료노동조합, 2004).

첫째, 시장실패가 발생하는 핵심적 요인의 하나를 소비자의 지식 결여(consumer ignorance)에서 찾을 수 있다. 보건의료를 이용하는 소비자는 자신의 질병에 대한 지식이 거의 없어 제공자의 판단에 의존할 수밖에 없는 처지에 놓이게 된다. 즉, 지식의 비대칭적인 관계가 형성되는 것이다. 결국 시장에서 개별 주체로 참여하는 소비자가 되는 것인데, 일반적으로 다른 상품이나 서비스와 달리 보건의료서비스는 소비자의 주권(consumer sovereignty)이 성립하지 않는다는 특징이 존재한다(김용익, 2003).

이렇게 보건의료서비스는 소비자 주권이 성립하지 않고, 공급자가 판매할 상품의 종류와 수량 등을 모두 결정하기 때문에 진료 과정에 대한 정보를 획득하기 어렵다는 특성이 존재한다. 소비자는 필요(needs)의 파악 자체가 불가능한 존재이다. 질병의 치료에 관한 필요 뿐 아니라 건강증진, 질병 예방 등 전체적으로 보건의료서비스에 대한 필요 자체를 파악하기 어렵고, 통상적으로 사회적으로 바람직한 수준보다 낮은 수준으로 소비되기 때문이다. 그 과정에서 질병 초기에 증상이 없거나 미약한 경우 조기진단-조기치료가 지체되는 경우가 발생하기도 한다. 따라서 보건의료서비스의 필요를 전문가인 의사가 판단하는 경우가 많아지게 되는데, 이는 일반적인 경제 현상에서 찾아 볼 수 없는 일이다. 일반 상품이나 서비스는 보통 개인이 정의할 수 있는 필요(felt need)가 대부분인데, 보건의료서비스는 개인이 그 필요를 정의하기 어려운 경우가 대부분이기 때문이다.

이러한 특성 때문에 의료인의 윤리수준이 낮을 경우 심각한 문제가 발생할 소지가 크다. 또한 필요와 수요가 일치하지 않고, 공급자유발수요(supplier-induced demand)가 발생할 가능성이 매우 크다. 의학적 필요도 없고, 환자 개인이 주관적으로 인지된 필요도 없는 상태, 즉 의료이용을 할 필요가 없는 상태인데도 의료이용이 이루어지게 되는 것이다.

둘째, 시장실패의 원인을 의료공급의 독점(professional monopoly)에서 찾을 수 있다. 보건의료서비스의 제공을 위해 누구나 시장에 참여할 수 있는 것이 아니라 면허를 가진 자만이 시장에 참여할 수 있어서 사실상 공급자의 시장진입이 자유롭지 못한 것이 현실이다. 그 이유는 소비자 주권이 성립할 수 없는 보건의료의 특성상 시장 진입이 가능한 사람을 일정한 자질이 갖추어진 사람으로 제한하고 있기 때문이다. 그런데 이러한 공급 독점은 소비자를 보호하기 위한 방법이기도 하지만, 시장 진입에 필요한 자격을 제한함으로서 독점적 권한이 발생하는 부작용도 피할 수 없게 되는 것이다. 또한 병원은 큰 규모의 시설을 필요로 하기 때문에 지리적 자연독점이 발생할 수밖에 없는 특성을 갖고 있다. 그런데, 이러한 특성은 도

시와 농촌이 동일한 양태로 발현되는 것이 아니라 의료기관 종별 특성에 따라 다르게 발현될 가능성이 크다. 예를 들어 농촌지역의 경우 의원급에서도 이러한 자연독점이 일어날 가능성이 큰 반면, 대도시 지역은 대형병원도 상당히 완화된 형태로 발생할 수 있다.

셋째, 시장실패의 원인으로 외부효과(externality)를 들 수 있다. 대부분 전염병의 예방 및 치료 서비스 과정에서 상당히 큰 외부효과를 발견할 수 있는데, 외부효과가 있을 때 개인의 소비만으로 사회적으로 바람직한 수준의 소비 수준에 도달하지 못하게 되므로 국가의 개입이 정당화되는 것이다. 작년 SARS가 전파되었을 때 국가가 민간의료기관에 전염병 병상을 두도록 한다거나 전파가 의심된 사람을 본인의 필요나 욕구와 무관하게 강제로 격리시키는 것은 이러한 특성이 있기 때문이다. 물론 이는 모든 보건의료서비스에 해당하는 것이 아니라 전염병과 같은 경우에 전형적으로 나타나며, 비전염병 질환이나 사고의 경우에 해당되지 않는 경우가 많다. 따라서 이러한 이유만으로 보건의료에 대한 국가개입의 정당성 내지 보편성을 끌어오는 것은 한계적이라 할 수 있다. 그렇지만 의료기관이 공적으로 운영될 필요가 있음을 보여주는 근거로는 부족함이 없다.

넷째, 수요와 공급의 시간적 불일치에서 시장실패의 원인을 찾아볼 수 있다. 보건의료인의 양성은 다른 인력의 양성에 비해 오랜 시간이 소요되고 양성에 많은 자원이 요구되기 때문에 당면한 수요에 대응하기 위한 인력 개발은 불가능에 가깝다. 구체적으로 살펴보면, 남성 기준으로 의사 인력을 양성하기 위해 14년이 걸리고, 한의사와 치과의사도 최소 9년이 요구되며, 약사는 7년이라는 기간이 요구된다. 여성을 기준으로 하더라도 의사를 양성하기 위해 11년이라는 기간이 소요된다. 공급과잉으로 인력을 감축하고자 할 때도 동일한 사를 양성하하게 된다. 시설의 건립 역시 건립에 필요한 조건이 까다롭고 병원건축의 경우 다른 용도로 전환이 쉽지 않기 때문에 계획이 쉽지 않으며, 그러한 이유로 감축도 매우 어렵다.

인력, 시설을 포함하여 상당수에 이르는 보건의료의 수요와 공급이 시간

적으로 일치하기가 어려운 특성이 존재한다. 유사한 상황이 농축산물, 주택 등의 수급에서도 나타나지만, 보건의료의 경우에 시간 격차가 특히 길다는 것이 특징이라 할 수 있다.

다섯째, 수요 발생의 예측 불가능성과 낮은 탄력성을 시장실패의 주요한 원인 중 하나로 들 수 있다. 질병과 진료비의 발생 여부나 시기에 대하여 각 개인이 예측하는 것은 불가능하다. 언제 어디서 어떤 종류의 질병이 발생하고, 그 과정에서 어느 정도의 진료비가 발생할지를 예측한다는 것은 과학의 영역이라 할 수 없다.

또한 미용 등을 제외한 대부분의 의료수요가 예측 불가능할 뿐 아니라, 한 번 발생하면 반드시 치료나 중재가 요구된다는 점에서 가격 및 소득 탄력성이 매우 낮다는 특성이 있다. 즉 질병이 발생하면 가격이 상승해도 의료서비스의 이용을 기피하기 어려우며 그 과정에서 가계의 파탄이 일어날 위험성이 크다. 낮은 가격 탄력성이 시장실패의 원인은 아니라 할 수 있지만, 가계의 부담능력을 상회하는 소비행위가 일어나는 일은 일반적 상품 소비에서 볼 수 없는 현상이기 때문에 시장실패의 주요한 요인이 된다.

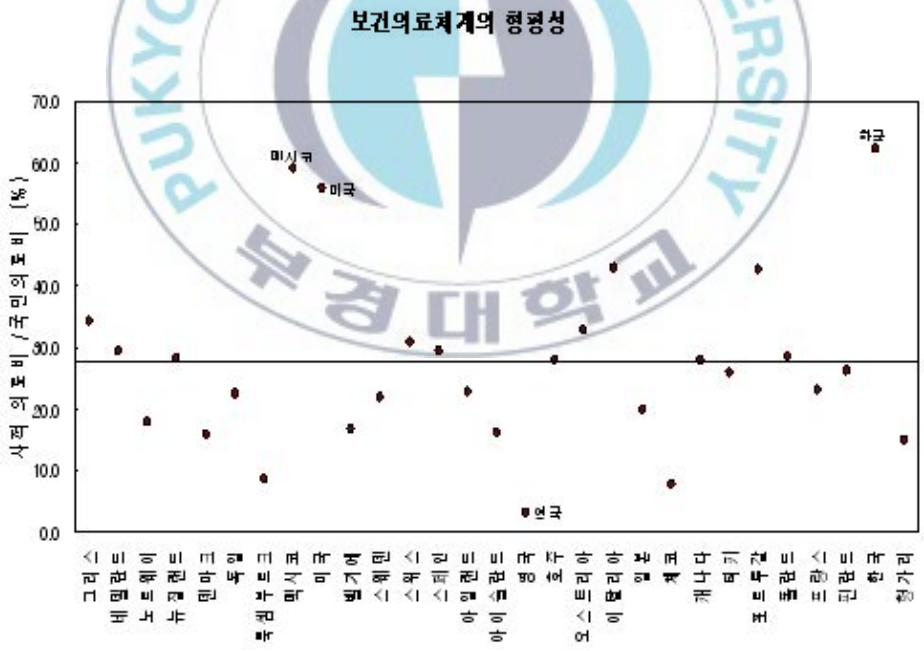
따라서 이러한 예측불가능성을 위험분산과 집합적 소비를 통해 해결하려는 움직임이 커지게 되고, 시장에 대한 국가개입의 한 형태로서 사회보험이 등장하게 된 것이다. 그런데, 진료비의 지불 주체가 개인이 아닌 사회보험과 같은 공동의 기금이 되면, 소비자 가격과 공급자 가격이 분리되는 현상이 발생하게 된다. 왜냐하면 소비자와 공급자가 시장에서 만나지 않고, 소비자와 보험자, 공급자와 보험자가 사회적 계약을 통해 가격이 형성되기 때문이다. 즉 소비자에 대해선 진료비의 일부인 본인부담금이 가격의 역할을 하고, 공급자에 대해선 보험수가와 보험약가가 공정(公定)가격의 역할을 하게 된다. 이렇게 소비자 가격과 공급자 가격이 분리되는 현상이 발생하게 되면서 시장에서 수요의 유효화와 공급의 자원배분에 상당한 파급효과가 발생하게 되는 것이다.

2. 보건의료의 공공성 조건

보건의료의 공공성인 국민의 건강할 권리가 사회적으로 보장받기 위해서 요구되는 공공성 조건으로는 다음을 들 수 있다(전국보건의료산업노동조합, 2004).

① 접근성: 가장 기본적인 조건으로 재정적, 지리적, 사회문화적인 이유로 주민들이 필요한 보건의료서비스를 이용하는데 장애가 있어서는 안 된다. 우리나라의 경우 보건의료체계의 형평성 지표의 하나인 국민의료비 대비 사적 의료비 지출의 비율이 <그림3>과 같이 OECD 국가에서 가장 높은 것으로 평가된다(WHO, 2000).

<그림 3> 사적 의료비 비율



출처: WHO(2000), The world Health Report

PUKYONG NATIONAL UNIVERSITY 부경대학교

이러한 높은 사적 의료비 부담비율은 다음과 같은 특징을 갖고 있다.

첫째, 본인부담금 지불이 지불능력에 상관없고 둘째, 본인부담금 면제 혹은 감면이 전인구의 3% 정도에 해당하는 의료수급권자에게만 적용되며 셋째, 고액의료비 발생 시에도 본 부담금 상한이 없어 매우 소득역진적이이라는 점이다(OECD, 2001).

② 적정수준의 의료의 질: 의료서비스 제공량이 늘어난다고 반드시 질이 높아지는 것은 아니다. 미국 시카고 대학의 Natonal Health Opinion Reserach가 2004년에 발표한 '암(Cancer)' 분야의 최고의 병원을 선정한 공개 자료에 의하면 기대사망비율, 병상, 간호사 수 등 다양한 질 지표가 활용되고 있다.

의료의 질을 측정하는 또 다른 기준으로 기술적인 면(사망률, 합병증발병률, 재입원율, 비용 대비 효과), 대인관계(의료인-환자), 쾌적성이 있다.[13] 즉 시설과 장비의 고급화 등 외형상의 성장만이 의료의 질을 결정하지 않는다.

하지만 의료의 질을 결정하는 기준이 일관되어 나타나지 않고 있으며 일차의료의 질에 대한 논의는 거의 없다.

이러한 내용을 종합할 때, 의료서비스의 질은 의학적 최적성과 사회적 최적성이 동시에 달성되어야 높아진다.

③ 건강증진과 질병예방, 치료 및 재활서비스의 포괄적 제공: 치료이외에 서비스에 대한 요구가 늘고 있으며, 건강증진과 질병예방은 국민의료비 앙등을 지연 혹은 절감할 수 있다. 그러나 우리나라의 이 부문에 정부가 투자하는 예산은 매우 저조하며 일반의료 기관은 치료에 집중하고 있다.

---

13) 이러한 측면에서 우리나라의 의료기관(일차, 이차, 삼차의료기관)의 질이 어느 정도 수준인지 알 수가 없다. 건강보험심사평가원은 비용중심의 평가, 한국능률협회(KCSI)나 한국생산성본부(NCSI)는 몇몇 대형병원을 대상으로 한 고객만족도 수준이 전부이다.

<표 4> 정부예산 중 국가보건의료사업 예산의 비율 (단위 : %)

구분	정부예산상의 비율	보건 항목 구성
호주('98-'99)	2.35%	건강증진, 질병예방, 노인보건, 장애인보건, 아동보건
미국('99)	6.60%	CDC(질병예방), 약물남용 및 정신보건, 아동보건, 노인보건
일본('99)	2.06%	신골드플랜, 고령자대책, 모자보건, 건강증진, 감염증대책, 질병대책
한국('02)*	0.12%	가족보건, 모자보건, 보건교육, 전염병관리, 정신질환관리, 구강보건사업, 국립보건원

출처 : 김창엽(2000)에서 인용
'02년 한국자료는 「2002년도 보건복지부 세입·세출예산 개요(2002)」

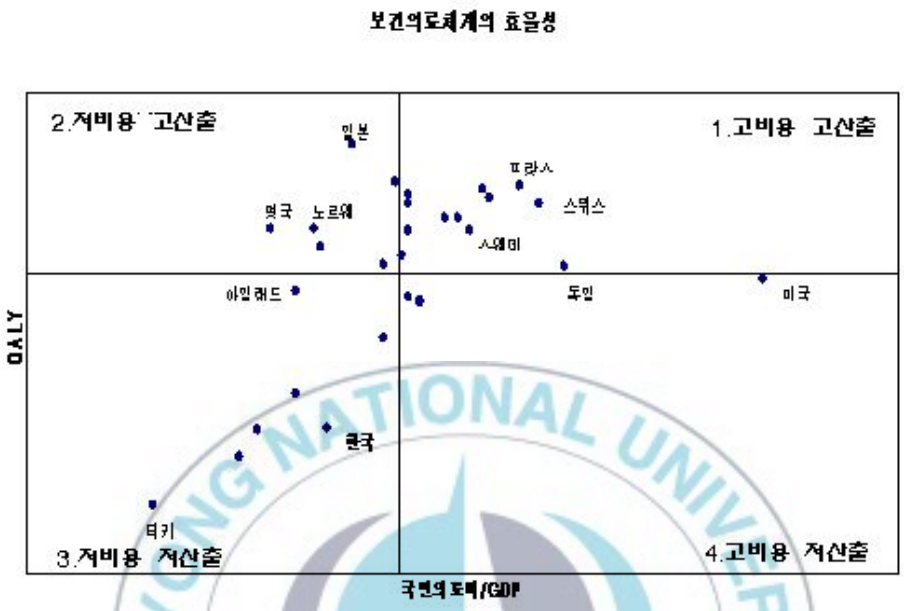
④ 서비스제공의 연속성: 각 개인에게 제공되는 보건의료서비스는 시간적, 지리적으로 상관성을 갖고 적절히 연결되어야 한다.

현재 우리나라의 경우 여러 의료기관을 전전하면서 중복검사가 이루어지는 등 비효율이 상존한다. 또한 '치료자 고르기(쇼핑)'는 일상화되어 있다. 반면에 대부분의 선진국은 주치의가 제도적으로 보장(영국 등)되었거나 미국의 경우 관례적으로 혹은 관리의료조직(Managed Care Organization)을 통해 실시하고 있다.

⑤ 효율성: 투입되는 자원의 양을 최소화하거나 일정한 자원의 투입으로 최대의 목적을 달성하는 것이다.

보건의료체계의 효율성 지표 중의 하나인 국민의료비/GDP와 건강수명(Quality-Adjusted Life Years: QALY)에 의해 평가된다.

<그림 4> 의료비와 QALY



출처: WHO(2000), The world Health Report

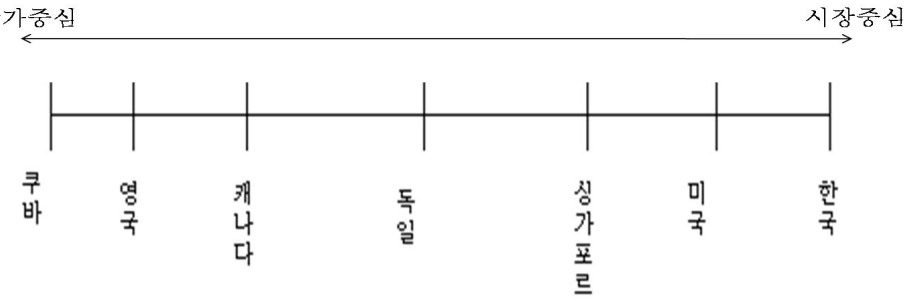
3. 한국의 보건의료공공성 : 외국과의 비교

한 나라의 보건의료를 평가할 때 시스템 전반과 운영 상태를 고려하여 판단하는 것이 통례이다.

Hsiao는 상대가치수가제(Resource based Relative Value Scale, RBRVS)를 개발하였는데, 이 지표는 국가별 보건의료의체계의 성격을 계획/국가중심과 자유시장중심의 양극단의 선상에서 평가하였다.

평가의 결과는 <그림 5>와 같은데 한국의 보건의료체계의 성격을 미국보다 더 자유시장이 지배하는 나라로 평가하고 있다(건강정책이론연구실 홈페이지).

<그림 5> 나라별 보건의료체계의 성격: 국가중심부터 시장중심까지



출처: WHO(2000), The world Health Report

이러한 평가의 결과는 첫째, 국민의료비 중 가계 부담이 차지하는 비중이 45%(2001년 기준)로 OECD국가 중 가장 비용부담이 높다는 점과 둘째, 서비스 제공주체 측면에서 영리성을 강하게 띠는 민간소유가 압도적인(병상수 기준으로 86%로 OECD국 중 가장 비중이 높음) 점 등에서 기인하고 있다.

개인자본의 성격을 띠고 있는 민간주도의 서비스제공, 보험수가가 정해져 있어 의료행위에 가격제한이 있지만, 그렇지 않은 비급여의료 행위가 상당수 존재하고, 실제 본인부담 수준이 50%에 이르러 의료보장 보다 의료비 할인혜택 제도로 여겨지고 있다.

4. 보건의료노동조합의 '보건의 공공성'에 관한 제시

보건의료노동조합은 보건의료의 공공성에 대한 '의료의 공공성 선언'을 발표했는데 그 내용은 <표 5>와 같다.[14)]

<표 5> 보건의료노동조합의 '의료의 공공성 선언'

14) '국민 건강권 확보!' 가 보건의료노조의 노란색 깃발에 새겨진 구호이다.
'돈보다 생명을!' 이 보건의료노조가 국민들 앞에 내놓은 슬로건이다.(2003)

모든 국민은 돈이 있든 없든	(평등성)
어느 지역에 살든	(형평성)
평생 건강할 권리와	(건강권)
병이 완치될 때까지	(지속성)
최상의 의료서비스를	(질)
국가로부터 제공받을 권리를 갖는다	(국가의 책임성)

제3절 병원의 공공성

의료의 공공성에 포함되는 것이기는 하지만, 구체적인 연구가 이루어지지 않은 것 가운데 하나가 병원의 공공성이다.

김진현(2006)은 병원공공성에 관해 지표를 제시하였는데, 이 연구에 의하면 국내 병원의 공공성을 평가하는 데는 흔히 의료급여환자 진료실적, 공익진료실적, 비수익성(건당)의 정도 등이 사용되어 왔으며 공익진료사업은 의료급여환자 진료 외에 민간의료체계에서 소외된 행려환자의 진료, 법정전염병 환자진료, 변사체의 처리, 무의탁자 진료, 특수병동 운영 및 지역주민의 의료복지 향상 등 병원의 기업성과 관련이 없는 의료복지사회의 구현에 기여하는 분야라고 할 수 있음을 제시하였다.

공익진료사업은 각 병원의 특성이나 실정에 따라 자체계획을 수립하여 실시하기 때문에 각 병원의 공익진료사업의 내용이나 중점대상은 병원에 따라 다르게 나타난다. 또한 비수익성은 병원의 공익성을 측정하기 위한 경제적 지표의 하나로 건당 진료비와 건당 내원일수에 의해 측정될 수 있는 것임을 제시하고 있다. 이들 지표가 반드시 병원의 공익성과 부합한다고 볼 수는 없으나 비급여 진료비의 비율이 높고, 행위당수가제 하에서 과잉진료의 경향이 강한 우리나라의 의료 환경에서는 병원의 공익성을 측정

하는데 유용한 지표라고 제시하였는데, 여기서 제시하고 있는 병원공공성의 지표는 <표 6>과 같다.

<표 6> 김진현(2006)의 병원공공성 지표

병원공공성 영역	지표
의료급여환자 진료실적	의료급여환자의 평균진료건수
	병상당 의료급여 입원환자수
	직원1인당 의료급여환자 입원건수
	의사1인당 의료급여환자 입원건수
	총입원환자 중 의료급여환자의 비율
	병상당 의료급여 외래환자수
	직원1인당 의료급여 외래환자수
	의사1인당 의료급여 외래환자수
	총외래환자 중 의료급여환자의 비율
공익진료사업실적	응급실 입원환자중 의료급여환자비율
	응급실 외래환자중 의료급여환자비율
	행려환자수
	법정전염병환자수(/병상수, 의사수)
	변사체처리건수(/병상수, 의사수)
	무의탁자 진료건수(/병상수, 의사수)
	기타 공익진료사업(/병상수, 의사수)
비수익성	건당진료비
	건당내원일수

그리고 공공보건의료사업지원단(2009)이 국립대병원에 대한 공공성평가 기준 및 지표(안)을 제시하였는데 <표 7>과 같다.

<표 7> 공공보건의료사업지원단의 국립대병원에 대한 공공성평가 기준 및 지표(안)

영역	부문	기준	항목
보건의료 서비스의 공공성	적정진료 및 양질의 의료 서비스	적정진료 실천 노력	전담인력 및 전담조직 구성
			적정진료를 위한 병원 내 상설위원회 구성 및 운영
		적정진료 선도 노력	지역 내 적정진료 협의체 구성 및 운영
			적정진료 관련 학술집담회 및 교육 실적
		적정진료 결과	요양급여 적정성 평가 점수
			의료기관 평가의 임상질지표 점수
			의료기관 평가의 질 향상과 환자 안전 활동 점수
		연구	적정진료 등 주제어를 포함한 연구 실적
	건강불평등 완화를 위한 건강 안전망 기능	의료취약계층 진료 지원 체계	전담인력 및 전담조직 구성
			지역 내 상설위원회 구성 및 운영
			전체 관할 인구수 대비 예산액
		의료취약 계층 진료 지원 실적	총 진료환자 대비 진료비 지원 환자수
			의료취약계층 진료비 지원 환자 수
		의료접근성 개선 노력	전체 병상 대비 기준 병상 점유율
			전체 진료비 대비 선택진료비 비율
		연구	취약계층, 건강불평등 등 주제어 포함한 연구실적
	미충족 보건의료서비스	추진체계	전담인력 및 전담조직 구성
			상설위원회 설치, 구성의 다양성 및 운영
			전체 관할 인구수 대비 예산액
		교육 및 훈련	사업별 보건의료인력 교육 및 훈련 개최 횟수
			사업별 보건의료인력 교육 및 훈련 참석 인원수
기관운영 체계의 공공성	리더십	비전과 전략	미션과 비전, 이행계획 수립
			직원 교육 등 비전과 전략 공유를 위한 노력
	사회적 거버넌스	지배구조	이사회 구성
			이사회 운영
		참여구조	내부구성원 의견 수렴
			환자 의견 수렴
			사회적 여론 수렴
	공개와 협력	지역협력	진료 협력 체계
			기타 지역사회 유관기관 간 협조 체계 및 실적
			지역사회를 위한 시설 개방

출처: 한국보건산업진흥원(2009)이 개발한 국립대병원 공공성 지표

그러나 이상의 병원공공성 구성요소에 관한 논의들은 보편적으로 논의되고 발전되어온 연구결과들을 반영하지 못한 점이 많아 병원의 보편성을 덜 고려하고 상대적으로 병원의 특수성을 더 고려한 것들이다.

따라서 병원의 보편성을 먼저 고려한 후 병원의 특수성을 고려하는 병원공공성의 구성요소를 체계화시킬 필요가 있다.

병원의 보편성을 고려할 경우 보편적으로 논의되고 발전되어온 공공성연구결과들을 반영하여 병원의 공공성의 요소를 제시하는데 있어서 고려해야 할 점이 있다. 기존의 공공성논의들 중 많은 것들이 공공성의 양상/측정기준과 공공성을 높이는 수단[15]이라는 분석적으로 구분가능한 2가지 요소를 포함하고 있다. 그러나 공공성 자체에 대한 심층연구를 하기 위해서는 공공성을 높이는 수단을 배제하는 것이 바람직하다. 따라서 병원공공성의 양상/측정 기준만을 고려할 경우 <표 8>과 같이 제시할 수 있다.

<표 8> 보편적인 공공성에 상응하는 병원공공성의 요소

일반			병원		
다수(이익)관련성	다수의 만족	책임성 시민적 권리 보장	환자/보호자/ 시민관련(이익)	환자/보호자의 만족	질병치료 질병정보 치료비
				시민의 만족	건강유지/향상
만인의 필수생활조건	약자	최소한의 삶의 질 보장	의료취약층관련	의료급여환자	질병치료부담의 최소화
만인에게 드러남	공론성	공개(자발적)	사회(/환자)관련	공론성	자발적 공개
	개방성	정보에 대한 접근가능성		개방성	정보에 대한 접근가능성

<표 8>과 같은 병원공공성에 대한 개념 틀을 바탕으로 병원의 특수성을

15) 대표적인 예를 들자면, 2009 공공보건의료사업지원단(2009)이 제시한 국립대병원에 대한 공공성평가 기준 및 지표 중 '기관운영체계의 공공성'을 들 수 있다.

고려한 보다 구체적인 병원공공성의 요소는 정리하면 다음과 같다.

첫째, 환자/보호자/시민(이익)과 관련된 공공성 요소로는 환자[16]/보호자의 만족/불만족과 시민의 만족을 고려해야 할 것이다. 이들에게 관련성이 많은 치료[17], 진료대기, 정보, 치료비(부담), 입원실, 환자식사, 휴게장소 등을 고려해야 할 것이다.

환자/보호자의 만족/불만족의 경우 치료뿐만 아니라 검사를 포함하여 이것의 적정성 즉 과잉/중복성의 반대와 치료/검사시의 환자간 공정성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 또한 환자들은 진료대기를 하는데 대기시간이 짧은 신속성과 대기 순서 등에서의 공정성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 환자는 치료와 관련하여 지식이 낮은 수준이어서 정보를 필요로 하는 경우가 많은데 필요로 하는 정보는 질병에 관한 정보, 진료비에 관한 정보, 진료관련 정보로 구분할 수 있다. 따라서 각 정보에 대해 획득이 가능한 정도가 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 치료비(부담)과 관련하여 건강보험제도를 고려할 때 각 병원에서 차이가 있을 수 있는 공공성 요소로는 특진료 수준, 병실료 수준, 추가진료행위비용/재료비용 수준이 중요하므로 이들이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 입원실과 관련하여, 비용은 앞에서 논의한 치료비와 중복된다는 점을 고려하여, 환자와 보호자 관점의 쾌적성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 환자식사와 관련하여 식사의 질이 최소한으로 포함되어야 하며, 환자휴게장소와 관련하여 병동내 휴게실과 병동외 휴게장소의 쾌적성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 보호자와 관련하여 병동내외의 휴게실의 쾌적성과 주차비의 저렴성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 그리고 환자 중 응급환자가 중요하다는 점에서 응급환자에 대한 치료시작의 신속성과 응급환자에 대한 치료의 접합성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 또한 시민의 만족의 경우 건강유

16) 환자 중 응급환자를 고려해야 한다.

17) 병원에서 검사는 치료의 한 과정이기도 하고 건강검진에서 보듯이 치료와 무관한 과정이기도 하다. 따라서 치료/검사라고 표현하는 것이 보다 정확한 것이나, 편의상 치료라고만 표현하기로 한다.

지/향상과 대상 시민의 폭 등을 고려해야 한다. 그리고 시민의 건강유지/향상과 관련하여 병원이 시민을 상대로 한 공익사업의 실시수준이 최소한으로 포함되어야 할 것이며 대상시민과 관련하여 병원이 공익사업을 행정구역상 광역성 즉 어느 범위까지 실시하는가가 최소한으로 포함되어야 할 것이다.

둘째, 의료취약층과 관련된 공공성 요소로는 대상으로서 의료급여환자, 기초수급대상자환자[18], 장애인환자, 노약자환자를 고려해야 할 것이다. 이들에게 관련성이 많은 내용으로는 진료비와 치료관련 지원이 중요하다. 의료취약층의 진료비와 관련하여 저렴성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 장애인환자나 노약자환자와 관련하여 병원에서 지료를 받는 과정에서의 고충을 덜 수 있는 인력지원과 시설지원이 최소한으로 포함되어야 할 것이다.

셋째, 사회와 관련된 공공성 요소로서 병원운영(정보)의 공론성과 공개성이 중요하다. 병원운영의 공론성과 관련하여 병원경영층이 병원운영에 관한 정보를 자발적으로 공개해서 공론의 대상이 되기 용이한가가 최소한으로 포함되어야 할 것이다. 병원운영의 공개성과 관련하여 사회 즉 시민(단체), 환자, 노조 등이 병원운영에 관한 정보를 요구했을 때 요구에 응해 공개하는 정도 즉 공개성이 최소한으로 포함되어야 할 것이다.

넷째, 이상의 공공성 요소들을 종합적으로 포함하는 것으로서 병원(운영)에 대한 환자/보호자/시민의 불만과 공공기관이므로 정부가 부과하고 있는 공공성관련 규제의 준수성을 고려해야 할 것이다.

이상의 논의를 종합하면, 병원공공성의 구성내용을 <표 9>와 같이 제시할 수 있다.

<표 9> 병원공공성의 요소[19]

18) 기초수급대상자는 의료급여환자와 중복이 많다.

19) 공공성(의 양상)의 원인이지만 공공성요소로 기존연구들에서 많이 포함된 민주적 통제

대상	공공성요소	공공성세부요소	내용
환자/보호자/시민(이익)	환자/보호자의 만족/불만족	치료/검사	적정성(↔과잉/중복성)
			공정성
		진료대기	신속성
			공정성
		정보	질병정보획득성
			진료비정보획득성
			진료정보획득성
		치료비(부담)	특진료수준
			병실료수준
			추가진료행위/재료비용수준
		입원실	쾌적성
		환자휴게장소	쾌적성
		보호자	휴게실쾌적성
			주차비저렴성
		응급환자	치료시작신속성
			치료적합성
	시민의 만족	건강유지/향상	공익사업수준
		대상시민	범위의 광역성
의료 취약층	만족	진료비	진료비저렴성
		지원	지원시설충분성
			지원인력충분성
사회 (/환자 등)	공론성	병원(운영)에 관한 자발적 공개	홈페이지/발간잡지의 공개상세성
	개방성	병원정보에 대한 접근가능성	노조/시민(단체)에 대한 정보제공성실성
종합	종합	불만	불만(접수) 정도
		병원공공성관련 정부규제 준수	(공공성관련)규제 준수성

의 내용은 <표 10>으로 제시할 수 있다.

<표 10> 원인요소로서의 병원공공성의 요소

위상	공공성요소	공공성세부요소	내용
원인	민주적 통제	노조참가	제도화 정도
		시민참가	제도화 정도
		환자참가	의견수렴제도화 정도
		재단간섭	재단간섭 정도

제4장 실증연구의 설계

제1절 연구모형

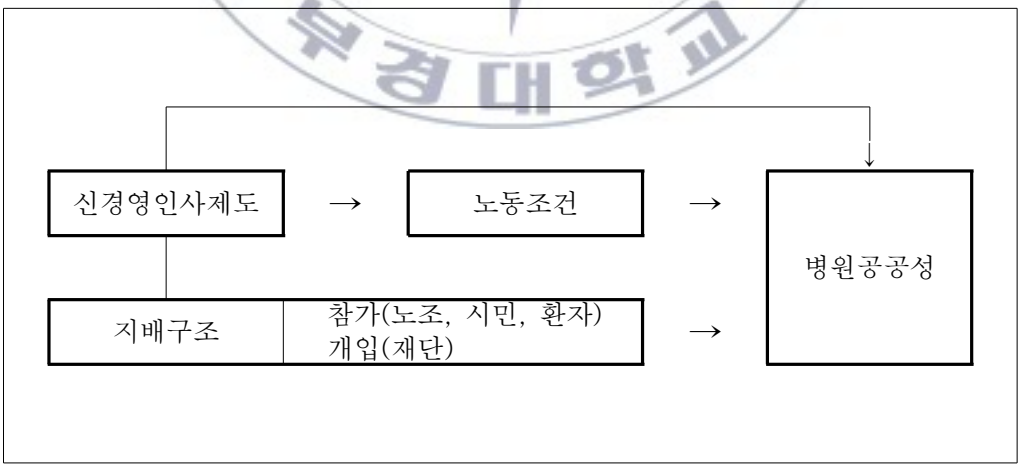
본 연구의 목적은 신경영인사제도가 병원공공성에 미치는 영향을 분석하는 것이다.

앞서 고찰한 이론적 배경을 토대로 하여 본 연구는 신경영인사제도가 병원공공성에 미치는 영향을 실증적으로 살펴보고자 한다.

본 연구가 앞에서 체계화한 병원공공성에 대한 분석틀을 사용한 기존연구가 거의 없어서 실증연구의 연구모형이 탐색적인 성격을 갖지 않을 수 없다.

탐색적 성격의 실증연구모형을 <그림 6>처럼 설정하고자 한다.

<그림 6> 실증연구모형



제2절 연구가설

위에서 제시한 연구모형에 따라 연구가설을 다음과 같이 설정할 수 있다.

가설1. 신경영인사제도가 높게 도입된 병원일수록 병원공공성이 낮을 것이다.

가설2. 신경영인사제도가 높게 도입된 병원일수록 노동조건이 낮을 것이다.

가설3. 지배구조는 병원공공성에 영향을 미칠 것이다.

제3절 변수의 조작적 정의

1. 신경영인사제도

신경영인사기법인 성과급제, 연봉제, 발탁승진제, 비정규화[20], 팀제, 고객만족(CS), 질지표(QI)관리, 목표에 의한 관리(MBO), 6시그마, 균형성과표(BSC), 활동기준원가(ABC)관리(ABM)가 도입된 정도[21].

---

20) 비정규화는 직접고용비정규화, 간접고용비정규화, 용역비정규화로 구성되어 있는데 각각의 도입 정도를 고려할 필요가 있다.

21) 신경영인사제도는 신경영인사기법별로 살펴볼 것인데, 앞에서의 현황자료를 전체적으로 볼 때, 병원에서의 신경영인사기법의 도입은 아직 낮은 실정이라고 할 수 있어서 표본을 어느 정도 갖추어야 통계적 의의를 갖는 실증조사에서는 신경영인사기법들 중 거의 도입된 전자의무기록(EMR)과 별로 도입되지 않은 전사적자원관리(ERP)를 제외할 것이다.

2. 병원공공성

병원공공성의 세부요소내용을 체계화하여 요약해 제시한 것이 <표 11>이다.

<표 11> 일반적인 공공성에 상응하는 병원공공성의 요소

대상	공공성 요소	공공성 세부명칭	공공성 세부요소	공공성 세세부요소
환자/보호자/시민(이익)	환자/보호자의 만족	치료공공성	치료/검사	적정성(↔과잉/중복성)
				공정성
		시간공공성	진료대기	신속성
				공정성
		정보공공성	정보	질병정보획득성
				진료비정보획득성
				진료정보획득성
		비용공공성	치료비(부담)	병실료 수준
				추가진료행위/재료비용 수준
		시설공공성	입원실	쾌적성
			환자휴게장소	쾌적성
		보호자공공성	보호자	휴게실쾌적성
				주차비 저렴성
		응급공공성	응급환자	치료시작신속성
				치료적합성
	시민의 만족	시민공공성	건강유지/향상	공익사업수준
			대상시민	범위의 광역성
의료 취약층	만족	취약자공공성	진료비	진료비 저렴성
			지원	지원인력 충분성
사회	공론성	공론성	병원(운영)에 관한 자발적 공개	홈페이지의 공개 상세성
				발간잡지의 공개 상세성
	개방성	개방공공성	병원(운영)정보에 대한 접근가능성	노조에 대한 정보제공성실성
				사회에 대한 정보제공성실성
종합	종합	이용자만족	이용자만족	이용자만족 정도
		최저공공성	병원공공성관련 정부규제 준수	(공공성관련)규제 준수성
지배구조(공공성 수단)	민주적 통제	노조참가	노조참가	제도화 정도
		시민참가	시민참가	제도화 정도
		환자참가	환자참가	의견수렴제도화 정도
		재단간섭	재단간섭	재단간섭

앞서 정리했던 병원공공성의 차원들에 대해 주관적 측정방식을 사용하고자 하는데 공공성 요소들의 조작적 정의를 요약하여 제시한 것이 <표 12>이다.

<표 12> 병원공공성의 조작적 정의

병원공공성 세부명칭	조작적 정의
치료공공성	환자에 대한 치료/검사내용이 적정(↔과잉/중복)하며 적정성이 환자들간에 공정한 정도
시간공공성	환자의 진료대기의 시간이 신속하며 환자들간에 공정한 정도
정보공공성	환자들이 질병정보, 진료비정보, 진료정보를 획득하기 용이한 정도
비용공공성	치료비(부담)로서 병실료 수준과 추가진료행위/재료비용수준이 낮은 정도
시설공공성	입원실과 환자휴게장소가 쾌적한 정도
보호자공공성	보호자 휴게실이 쾌적하며 주차비가 저렴한 정도
응급공공성	응급환자에 대한 치료시작이 신속하며 치료가 적합한 정도
시민공공성	건강유지/향상을 위한 공익사업을 많이 하며 대상시민 범위가 넓은 정도
취약자공공성	의료취약계층(장애인 등)에 대해 진료비가 저렴하며 병원이용에 관한 지원인력이 충분한 정도
공론성	병원(운영)에 관해 홈페이지와 발간잡지에 자발적으로 상세히 공개하는 정도
개방공공성	노조나 시민(단체)가 병원(운영)정보에 대해 접근할 때 정보를 성실하게 제공하는 정도
이용자만족	이용자(환자와 보호자 등)가 병원이용에 대해 만족하는 정도
최저공공성	병원공공성관련 정부규제를 준수하는 정도

3. 근로조건

1) 임금 : 임금수준이 적절한 정도
2) 보수체계 : 보수체계가 적절한 정도
3) 복지후생 : 복리후생 수준이 적절한 정도
4) 노동 강도 : 노동 강도가 적절한 정도
5) 근무환경 : 근무환경이 적절한 정도
6) 고용안정성 : 고용안정성이 높은 정도
7) 상사 만족 : 상사들이 만족스러운 정도
8) 승진 : 승진의 타당성과 공정성이 높은 정도
9) 인사고과 : 인사고과(평가)의 타당성과 공정성이 높은 정도

4. 지배구조

<표 13> 지배구조의 요소별 조작적 정의

지배구조 요소	조작적 정의
노조참가	병원운영에 노조의 참가가 실질적으로 이루어지고 있는 정도
시민참가	병원운영에 시민(단체)의 참가가 실질적으로 이루어지고 있는 정도
환자참가	병원운영에 환자들의 의견이 수렴되고 있는 정도
재단간섭	병원운영에 재단이 간섭하고 있는 정도

제4절 연구설계

1. 설문의 구성

본 연구에서 사용하는 변수들의 측정도구로서 설문서를 작성하였는데 각 변수를 나타내는 항목들은 리커트형 척도(Likert-type scale)를 변형하여

6점척도를 사용하여 측정하였다.

설문은 4 부분으로 구성되어 있다. 첫 번째 부분은 신경영인사제도에 대한 14문항이며, 둘째 부분은 노동조건에 관한 9문항이고 세 번째 부분은 병원지배구조에 관한 4문항이며, 네 번째 부분은 병원공공성에 관한 25문항으로 <표 14>와 같다.

설문지문항들은 질문의 오염효과를 방지하기 위해 큰 부분 내에서 혼합배열하였으며 연구자의 의도를 추정하여 무조건 반발하거나 동조하려는 것을 방지하기 위하여 긍정적 척도와 부정적 척도를 혼합 사용하였다.

<표 14> 설문의 구성

구분	변수	문항번호
신경영 인사기법	성과급제	A-1
	연봉제	A-2
	발탁승진제	A-3
	팀제	A-4
	고객만족관리	A-5
	질(QI)관리	A-6
	기업문화관리	A-7
	직접고용비정규화	A-8
	간접고용비정규화	A-9
	외주용역비정규화	A-10
	ABC/ABM	A-11
	MBO	A-12
	6시그마	A-13
	BSC	A-14
노동조건	임금수준 적절성	B-1
	보수체계 적절성	B-2
	복리후생수준 적절성	B-3
	노동강도 적절성	B-4
	근무환경 적절성	B-5
	고용안정성 적절성	B-6
	상사만족	B-7
	승진 타당성	B-8
	인사고과 타당성	B-9

<표 14> 설문의 구성(계속)

구분	변수		문항번호
지배구조(병원공공성 수단)	노조참가	노조참가의 실질성	C-1
	시민참가	시민참가의 실질성	C-2
	환자참가	환자의견수렴제도화 정도	C-3
	재단간섭	재단간섭	C-4
병원 공공성	치료공공성	치료/검사 적정성(↔과잉/중복성)	D-1
		치료/검사 공정성	D-2
	시간공공성	진료대기 신속성	D-3
		진료대기 공정성	D-4
	정보공공성	질병정보획득성	D-5
		진료비정보획득성	D-6
		진료정보획득성	D-7
	비용공공성	병실료 수준	D-8
		추가진료행위/재료비용수준	D-9
	시설공공성	입원실 쾌적성	D-10
		환자휴게장소 쾌적성	D-11
	보호자공공성	보호자 휴게실쾌적성	D-12
		주차비 저렴성	D-13
	응급공공성	응급환자 치료시작신속성	D-14
		응급환자 치료적합성	D-15
	시민공공성	공익사업수준	D-16
		공익사업공간범위의 광역성	D-17
	취약자공공성	취약자 진료비 저렴성	D-18
		장애인 지원인력 충분성	D-19
	공론성	병원(운영)정보의 홈페이지상 공개 상세성	D-20
		병원(운영)정보의 발간잡지의 공개 상세성	D-21
	개방공공성	노조에 대한 병원(운영)정보제공성실성	D-22
		시민(단체)에 대한 병원(운영)정보제공성실성	D-23
	이용자만족	이용자만족 정도	D-24
	최저공공성	병원공공성관련 정부규제 준수성	D-25

2. 연구표본

본 연구의 목적은 병원에서 신경영인사제도가 병원공공성에 어떠한 영향을 미치는가를 분석하기 위함이기에 신경영인사제도의 도입 정도가 상대적으로 높은 부문인 사립대병원을 대상으로 하였다.

본 연구의 설문지는 보건의료노조 소속 병원을 대상으로 배부되었다. 총 28개 병원에 대해 노조간부들에 대해 5부씩 배포하여 총 21개 병원에서 70부를 회수하여 50%의 회수율을 보였다.

병원별 평균설문지수가 3.3개인데 전문가 2인과 필자 총 3인이 각 병원의 설문지들을 종합하는 총계(aggregate)방식을 사용하여 병원별 1개의 응답지로 재구성하였다. 즉 통계분석에 사용된 설문지수는 병원별 1개씩 총 21개이다.

3. 분석방법

자료는 통계패키지인 SPSS 12.0을 이용하여 통계처리를 하였다. 통계처리의 유의도는 10%(P<.01)수준을 기준으로 산출하였다. 구체적으로 본 연구의 자료처리를 위한 통계적 방법을 기술하면 다음과 같다.

첫째, 표본의 특성을 파악하기 위하여 기술통계분석을 하였다.

둘째, 독립변수와 종속변수간의 상관관계를 알아보기 위하여 상관관계분석을 실시하였다.

셋째, 독립변수들의 차이에 의하여 종속변수들이 차이가 있는가를 밝히기 위하여 회귀분석을 실시하였다.

제5장 실증분석의 결과

제1절 수집된 자료의 기초분석결과

1. 기술통계분석결과

조사대상병원에서 신경영인사제도의 도입 수준을 나타낸 것이 <표 15>이다.

<표 15> 신경영인사기법별 시행 정도

구분	평균	표준편차	비율					
			0% (1점)	~20% (2점)	~40% (3점	~60% (4점)	~80% (5점)	~100% (6점)
성과급제	1.6	.669	47.6	42.9	9.5	0.0	0.0	0.0
연봉제	1.4	.598	61.9	33.3	4.8	0.0	0.0	0.0
발탁승진제	1.5	1.365	81.0	9.5	0.0	0.0	4.8	4.8
팀제	3.1	2.179	38.1	19.0	4.8	4.8	4.8	28.6
CM 관리	4.3	2.129	19.0	9.5	4.8	9.5	0.0	57.1
QI 관리	4.8	1.895	14.3	4.8	0.0	14.3	4.8	65.0
기업문화관리	3.5	2.40	42.9	0.0	9.5	0.0	4.8	42.9
제안제도	3.3	2.082	28.6	19.0	4.8	14.3	4.8	28.6
비정규화-직접고용	2.3	1.111	4.8	81.0	4.8	0.0	4.8	4.8
비정규화-간접고용	2.2	.944	4.8	81.0	9.5	0.0	0.0	4.8
비정규화-용역화	2.2	.981	9.5	76.2	9.5	0.0	0.0	4.8
ABC	1.9	1.599	75.0	0.0	5.0	10.0	5.0	5.0
MBO	2.4	2.039	61.9	4.8	0.0	9.5	9.5	14.3
6시그마	1.9	1.694	75.0	5.0	0.0	10.0	0.0	10.0
BSC	1.5	1.504	90.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0

성과급제의 경우 평균 1.6으로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 90.5%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다.

연봉제의 경우 평균 1.4로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 95.2%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 발탁승진제의 경우 평균 1.5로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 90.5%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 팀제의 경우 평균 3.1로 평균 도입정도가 40%를 약간 넘었으며, 조사대상 병원 가운데 57.1%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 고객만족관리제도의 경우 평균 4.3으로 도입정도가 약간 높았으며, 조사대상 병원 가운데 57.1%의 병원이 81~100% 로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 질관리제도의 경우 평균 4.8로 도입정도가 약간 높았으며, 조사대상 병원 가운데 65.0%의 병원이 81~100% 로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 기업문화관리의 경우 평균 3.5로 도입정도가 보통정도이었으며, 조사대상 병원 가운데 51.7%의 병원이 60% 이상 도입하고 있는 것으로 나타났다. 제안제도의 경우 평균 3.3으로 도입정도가 보통정도이었으며, 조사대상 병원 가운데 33.4%의 병원이 60% 이상 도입하고 있는 것으로 나타났다. 비정규직의 직접고용의 경우 평균 2.3으로 도입정도가 약간 낮은 편이었으며, 조사대상 병원 가운데 92.8%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 비정규직의 간접고용의 경우 평균 2.2로 도입정도가 약간 낮은 편이었으며, 조사대상 병원 가운데 92.8%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 비정규직 용역화의 경우 평균 2.2로 도입정도가 약간 낮은 편이었으며, 조사대상 병원 가운데 85.7%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 활동기준원가(ABC)관리의 경우 평균 1.9로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 80.0%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 목표에 의한 관리(MBO)의 경우 평균 2.4로 도입정도가 약간 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 66.7%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. 6시그마

의 경우 평균 1.9로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 80.0%의 병원이 20% 이내로 도입하고 있는 것으로 나타났다. BSC의 경우 평균 1.5로 도입정도가 매우 낮았으며, 조사대상 병원 가운데 90.0%의 병원이 전혀 도입하고 있지 않은 것으로 나타났다.

이상을 종합하여 병원에 도입된 신경영인사제도 도입에 대한 기술통계분석결과를 요약하면, 성과급제, 연봉제, 발탁승진제, ABC, 6시그마, BSC는 평균 1.4~1.9로 이들 기법의 도입정도는 매우 낮은 수준으로 나타났고, 비정규화의 경우 직접고용, 간접고용, 용역화는 평균 2.2~2.3으로 이들 기법 역시 도입정도가 낮은 편으로 나타났다. 반면에 팀제, 제안제도의 경우 평균 3.1~3.5로 도입정도가 비교적 높은 편이었고, CM 관리, QI 관리는 평균 4.3~4.8로 도입정도가 높은 편으로 나타났다.

이들을 종합해 볼 때 병원에서 신경영인사제도의 도입 수준의 경우 전반적으로 낮은 것으로 나타났다.

조사대상병원에서 노동조건의 정도를 나타낸 것이 <표 16>이다.

<표 16> 노동조건 정도

변수	평균	표준편차	비율					
			매우 그렇다 (1점)	그렇다 (2점)	좀 그렇다 (3점)	별로 그렇지 않다 (4점)	그렇지 않다 (5점)	매우 그렇지 않다 (6점)
임금수준 적절성	3.5	1.078	0.0	23.8	19.0	47.6	4.8	4.8
보수체계 적절성	3.7	.784	0.0	4.8	33.3	47.6	14.3	0.0
복지후생수준 적절성	3.6	1.117	0.0	19.0	23.8	38.1	14.3	4.8
노동강도 적절성	4.2	.928	0.0	4.8	14.3	42.9	33.3	4.8
근무환경 적절성	4.1	.995	0.0	4.8	23.8	33.3	33.3	4.8
고용안정성 적절성	3.1	1.136	4.8	28.6	33.3	19.0	14.3	0.0
상사만족	4.9	.854	0.0	0.0	0.0	42.9	28.6	28.6
승진 타당성	4.6	.921	0.0	0.0	14.3	23.8	47.6	14.3
인사고과 타당성	4.6	.973	0.0	0.0	14.3	28.6	38.1	19.0

임금수준 적절성의 경우 평균 3.5로 보통정도이며, 조사대상병원의 57.2%가 현재의 임금수준 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 보수체계 적절성의 경우 평균 3.7로 보통정도이며, 조사대상병원의 61.9%가 현재의 보수체계 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 복리후생수준 적절성의 경우 평균 3.6으로 보통정도이며, 조사대상병원의 81.0%가 현재의 복리후생수준의 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 노동강도 적절성의 경우 평균 4.2로 약간 낮은 편이며, 조사대상병원의 81.9%가 현재의 노동강도 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 근무환경 적절성의 경우 평균 4.1로 약간 낮은 편이며, 조사대상병원의 71.4%가 현재의 근무환경 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 고용안정성 적절성의 경우 평균 3.1로 보통정도이며, 조사대상병원의 33.3%가 현재의 고용안정성 적절성이 낮은 것으로 나타났다. 상사만족의 경우 평균 4.9로 낮은 편이며, 조사대상병원의 100.0%가 현재의 상사만족이 낮은 것으로 나타났다. 승진 타당성의 경우 평균 4.6으로 낮은 편이며, 조사대상병원의 85.7%가 현재의 승진 타당성이 낮은 것으로 나타났다. 인사고과 타당성의 경우 평균 4.6으로 낮은 편이며, 조사대상병원의 85.7%가 현재의 인사고과 타당성이 낮은 것으로 나타났다.

이상을 종합하여 병원의 노동조건의 기술통계분석결과를 요약하면, 임금수준 적절성, 보수체계 적절성, 복지후생수준 적절성, 고용안정성 적절성은 평균 3.1~3.7로 보통보다는 약간 낮은 편으로 나타났으나, 노동강도 적절성, 근무환경 적절성, 상사만족, 승진 타당성, 인사고과 타당성은 평균 4.2~4.9로 나타나 대체로 낮은 편으로 나타났다.

이들을 종합할 때 임금과 복리후생 등 보상시스템이나 고용안정성에 대한 만족도는 낮은 편은 아니었으나, 작업장의 상황에 대한 만족도는 대체로 낮은 것으로 나타났다.

이러한 내용을 종합할 때, 병원의 노동조건은 전반적으로 낮은 것으로 나타났다.

조사대상병원에서 지배구조의 정도를 나타낸 것이 <표 17>이다.

<표 17> 지배구조 정도

변수	평균	표준편차	비율					
			매우 그렇다 (1점)	그렇다 (2점)	좀 그렇다 (3점)	별로 그렇지 않다 (4점)	그렇지 않다 (5점)	매우 그렇지 않다 (6점)
노조참가 높음	3.9	.995	0.0	9.5	23.8	33.3	33.3	0.0
시민단체참가 높음	4.9	.854	0.0	0.0	4.8	28.6	42.9	23.8
환자의견수렴 높음	3.9	.944	0.0	9.5	19.0	42.9	28.6	0.0
재단의 간섭 낮음	4.3	.913	0.0	0.0	19.0	38.1	33.3	9.5

노조참가의 경우 평균 3.9로 병원에 대한 노조의 참가는 보통보다 약간 낮은 편이고, 노조참가가 높지 않다는 비율이 66.6%로 나타났다.

시민단체참가의 경우 평균 4.9로 병원에 대한 시민단체 참가는 낮은 편이며, 시민단체참가가 높지 않다는 비율이 95.2%로 나타났다.

환자의견수렴의 경우 평균 3.9로 병원에 대한 환자의 의견 참가는 보통보다 약간 낮은 편이고, 환자의견수렴이 높지 않다는 비율이 71.5%로 나타났다.

재단 간섭의 경우 평균 4.3으로 병원에 대한 재단의 간섭은 약간 높은 편이고, 재단간섭이 높은 편이라는 비율은 81.0%로 나타났다.

이상을 종합하면 지배구조의 경우 참가(노조, 시민, 환자)는 전반적으로 낮은 것으로 나타났으나 개입(재단)은 높은 편으로 나타났다.

조사대상병원에서 병원공공성 정도를 나타낸 것이 <표 18>이다.

<표 18> 병원공공성 정도

구분	평균	표준편차	구분	평균	표준편차
치료공공성	3.1	.740	시민공공성	3.5	.642
시간공공성	3.2	.490	취약자공공성	3.7	.637
정보공공성	3.4	.590	공개성	3.7	.856
비용공공성	3.8	.523	정보접근성	3.8	1.120
시설공공성	3.6	.826	이용자만족	4.0	.669
보호자공공성	3.9	.846	최저공공성	3.3	1.056
응급공공성	3.8	.678			

병원공공성 요소들 모두가 3.1(치료공공성)-4.0(이용자만족)이며 6점척도의 중간점수인 3.5를 고려할 때, 3.5 이하인 병원공공성요소는 치료공공성, 시간공공성, 정보공공성, 최저공공성이었다.

조사대상병원에서 병원공공성의 정도는 전반적으로 높지 않은 것으로 나타났다.

2. 변수들간의 상관관계분석결과

본 연구의 변수들간의 상관관계계수를 나타낸 것이 <표 19>이다.

병원공공성요소들이나 노동조건요소들과 유의한 상관관계가 많은 신경영인사제도는 성과급제와 직접고용비정규화로 나타났으며, 병원공공성요소들이나 노동조건요소들과 유의한 상관관계가 많은 지배구조요소는 노조참가, 환자참가, 재단간섭으로 나타났다.

<표 19> 변수간의 상관관계

변수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 성과급제	1									
2. 연봉제	.429*	1								
3. 발탁승진제	.175	-.289	1							
4. 팀제	-.158	-.132	.143	1						
5. 고객만족관리	-.012	.118	.229	.546**	1					
6. 질(QI)관리	.004	.095	.167	.451*	.888***	1				
7. 기업문화관리	.068	-.095	.110	.722***	.238	.040	1			
8. 비정규화-직접고용	.179	.301	-.088	.282	.352	.253	.138	1		
9. 비정규화-간접고용	.072	.076	.131	.456**	.207	.173	.384*	.588***	1	
10. 비정규화-용역	.192	.195	-.041	.300	.160	.053	.317	.765***	.867***	1
11. ABC/ABM	.308	.286	-.221	.203	.021	-.064	.220	.552**	.298	.576***
12. MBO	-.094*	-.117	.257	.524**	.380*	.312	.391*	.442**	.412*	.407*
13. 6시그마	.393**	-.042	.371	.134	-.054	-.140	.207	.083	-.072	.049***
14. BSC	.438***	.040	-.128	-.236	-.442**	-.309	-.003	-.100	-.084	.105
15. 임금수준 적절성	.152	-.055	.076	-.139	-.036	-.034	-.092	.139	.019	.185
16. 보수체계 적절성	.218***	-.061	-.100	-.008	-.180	-.188	.129	-.057	-.029	.056
17. 복리후생수준 적절성	.271***	.193	-.006	.115	.175	-.049	.164	.134	-.090	.067
18. 노동강도 적절성	-.042***	-.026	.004	-.317	-.320	-.453**	-.088	-.323	-.459**	-.288
19. 근무환경 적절성	.093***	-.012	-.072	-.505**	-.220	-.278	-.292	-.332	-.507**	-.288
20. 고용안정성 적절성	.279***	-.084	.034	.164	.076	.035	.239	.145	.302	.331
21. 상사만족	-.075	.168	-.282	-.084	-.165	-.194	-.209	-.053	-.355	-.213
22. 승진 타당성	.085	.234	-.207	-.234	-.094	-.175	-.253	-.179	-.397*	-.306
23. 인사고과 타당성	.080	.307	-.233	-.221	-.064	-.138	-.239	-.216	-.430*	-.394
24. 노조참가	-.619***	-.072	-.256	-.025	-.157	-.067	-.252	-.483**	-.238	-.378
25. 시민참가	.100	.462**	-.110	-.192	.468**	.455**	-.404*	.158	-.106	-.034
26. 환자참가	-.336	.101	-.274	-.148	-.166	-.099	-.266	-.318	-.307	-.237
27. 재단간섭	.464**	.183	.134	.234	.300	.193	.373*	.674***	-.368	.428*
28. 치료공공성	-.551***	-.105	.040	-.198	-.227	-.182	-.343	-.497**	-.530**	-.553***
29. 시간공공성	-.671***	-.487**	.121	-.316	-.231	-.252	-.314	-.444**	-.304	-.369
30. 정보공공성	-.640***	-.176	-.299	-.219	-.226	-.190	-.311	-.535**	-.488**	-.502**
31. 비용공공성	-.116	-.008	.110	-.243	.090	.166	-.389*	-.373*	-.536**	-.595***
32. 시설공공성	-.504**	-.340	-.320	-.345	-.284	-.155	-.510**	-.082	-.137	-.106
33. 보호자공공성	-.463**	-.085	-.544**	-.247	-.366	-.282	-.432*	-.169	-.186	-.174
34. 응급공공성	-.107	-.260***	.168	-.255	-.010	.076	-.387*	-.553**	-.652***	-.693***
35. 시민공공성	-.139	-.037***	.234	-.142	.134	.016	-.219	-.514**	-.403*	-.509**
36. 취약자공공성	-.666***	-.301***	-.314	-.299	-.243***	-.290	-.291	-.483**	-.513**	-.428*
37. 공론성	-.596***	.098***	-.349	.125	-.160	-.056	-.174	-.018	.144	-.020
38. 개방공공성	-.650***	-.114***	-.061	.036	-.084	-.069	-.173	-.440**	-.310	-.402*
39. 이용자만족	-.404	-.054***	-.029	-.173	-.117	-.148	-.234	-.561***	-.256	-.396
40. 최저공공성	-.657***	-.351***	.040	-.124	-.089	.014	-.352	-.554***	-.317	-.331

주: *p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

<표 19> 변수간의 상관관계(계속)

변수	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
11. ABC/ABM	1									
12. MBO	.215	1								
13. 6시그마	.555**	.338	1							
14. BSC	.611***	-.151	.576***	1						
15. 임금수준 적절성	.314	.393*	.296	.301	1					
16. 보수체계 적절성	.073	.420*	.148	.303	.583***	1				
17. 복리후생수준 적절성	.294	.188	.305	.184	.449**	.555***	1			
18. 노동강도 적절성	.090	-.034	.384*	.247	.404*	.422*	.604***	1		
19. 근무환경 적절성	.055***	-.225	.173	.366	.468**	.485**	.574***	.845***	1	
20. 고용안정성 적절성	.189	.364	.019	.174	.492**	.762***	.582***	.124	.257	1
21. 상사만족	.127	.078	.303	.334	.404*	.384*	.569***	.604***	.488**	.015
22. 승진 타당성	.042	-.038	.205	.043	.343	.535**	.727***	.733***	.696***	.323
23. 인사고과 타당성	.040	-.162	.194	.041	.234	.309	.688***	.693***	.607***	.125
24. 노조참가	-.085	-.292	-.112	-.199	-.328	-.357	-.394*	.075	-.041	-.478**
25. 시민참가	-.134	.021	-.091	-.250	.132	-.139	.202	.036	.135	-.140
26. 환자참가	.214	-.204	.010	.143	-.051	-.106	-.226	.022	.063	-.131
27. 재단간섭	-.246	-.510**	-.232	-.061	-.271	-.349	-.360	.157	.128	-.370
28. 치료공공성	-.213	-.163	.139	-.171	-.231	-.240	-.215	.438**	.255	-.549***
29. 시간공공성	-.252	.007	-.007	-.178	.011	-.074	-.283	.335	.259	-.267
30. 정보공공성	-.059	-.218	.068	.027	-.011	-.041	-.022	.470**	.418*	-.281
31. 비용공공성	-.107	-.237	.287	-.015	.051	-.058	.184	.456**	.485**	-.193
32. 시설공공성	-.203	.019	-.338	.029	.241	.265	.058	.210	.265	.232
33. 보호자공공성	-.159	-.112	-.311	-.037	.052	.183	.013	.120	.071	.114
34. 응급공공성	-.413*	.009	.233	.139	.002	.208	-.019	.222	.328	-.170
35. 시민공공성	-.289	-.374*	.079	-.247	-.379	-.185	.223***	.328	.349	-.106
36. 취약자공공성	-.208	-.260	-.196	-.161	-.098	-.083	-.207***	.345	.356	-.383*
37. 공론성	.115	-.086	-.122	-.129	-.117	-.298	-.296***	-.136	-.284	-.326
38. 개방공공성	.039	-.129	.051***	-.063	-.015	-.186	-.048***	.257	.131	-.218
39. 이용자만족	.344	.492**	.228	.272	-.522**	-.409*	-.293***	.015	.007	-.323
40. 최저공공성	.238	.126	.109	.067	-.126	-.138***	-.285***	.197	.211	-.232

주: *p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

<표 19> 변수간의 상관관계(계속)

변수	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
21. 상사만족	1									
22. 승진 타당성	.691***	1								
23. 인사고과 타당성	.714***	.890***	1							
24. 노조참가	.042	.068	.116	1						
25. 시민참가	.314	.309	.413**	-.076	1					
26. 환자참가	.044	.014	.013	.682***	-.142	1				
27. 재단간섭	-.064	-.020	.038	.807***	-.064	.619***	1			
28. 치료공공성	.226	.217	.205	.729***	.028	.447**	.678***	1		
29. 시간공공성	-.034	.045	-.010	.612***	-.213	.430*	.540**	.676***	1	
30. 정보공공성	.412*	.373	.411*	.775***	.080	.608***	.650***	.769***	.679***	1
31. 비용공공성	.384	.604***	.571***	.412*	.272	.198	.245	.536**	.348	.572***
32. 시설공공성	.334	.301	.160	.191	.015	.202	.232	.149	.450**	.386*
33. 보호자공공성	.430*	.368	.288	.404*	.084	.427	.367	.199	.268	.477**
34. 응급공공성	.382*	.264	.172	.211	.196	.271	.202	.461**	.409*	.473**
35. 시민공공성	.007	.397	.375	.395*	.189	.210	.455**	.520**	.339	.481**
36. 취약자공공성	.179	.185	.091	.721***	-.069	.482**	.646***	.682***	.770***	.759***
37. 공론성	.239	.021	.110	.724***	-.034	.516**	.373*	.362	.288	.545**
38. 개방공공성	.227	.183	.241	.807***	-.164	.757***	.658***	.648***	.641***	.783***
39. 이용자만족	-.188	-.031	.048	.669***	.075	.547***	.764***	.567***	.417*	.598***
40. 최저공공성	.048	.066	-.035	.789***	-.063	.581***	.778***	.722***	.780***	.754***

주: *p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

<표 19> 변수간의 상관관계(계속)

변수	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
31. 비용공공성	1									
32. 시설공공성	.168	1								
33. 보호자공공성	.127	.815***	1							
34. 응급공공성	.506**	.198	.183	1						
35. 시민공공성	.586***	-.051	.004	.396*	1					
36. 취약자공공성	.315	.383*	.397*	.384*	.333	1				
37. 공론성	.223	.300	.541**	-.111	-.030	.315	1			
38. 개방공공성	.466**	.313	.411*	.248	.406	.596***	.675***	1		
39. 이용자만족	.211	.006	.257	.239	.701***	.446**	.320	.517 **	1	
40. 최저공공성	.436**	.434**	.368	.453**	.469**	.723***	.442**	.749 **	.587 ***	1

주: *p<0.1 **p<0.05 ***p<0.01

제2절 가설의 검증결과

1. 가설1의 검증결과

신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향은 <표 20>과 같다.

<표 20> 신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과

변수명	치료 공정성	시간 공정성	정보 공정성	비용 공정성	시설 공공성	보호자 공공성	응급 공공성	시민 공공성	취약자 공공성	공개성	정보 접근성	이용자 만족	최저 공공성
성과급	-.771 (.018)	-.696 (.021)	-.654 (.006)	-.201 (.652)	.014 (.964)	.080 (.843)	.276 (.348)	-.104 (.784)	-.747 (.031)	-.820 (.022)	-.678 (.031)	-.270 (.537)	-.704 (.020)
연봉제	.500 (.050)	-.251 (.215)	.214 (.130)	.197 (.624)	-.152 (.603)	.093 (.799)	-.175 (.493)	.252 (.475)	-.315 (.170)	.320 (.193)	.292 (.193)	.346 (.425)	.607 (.716)
발탁 승진제	.053 (.836)	-.106 (.949)	-.287 (.130)	-.113 (.832)	-.310 (.439)	-.567 (.285)	-.334 (.355)	-.172 (.708)	-.347 (.242)	-.098 (.193)	.334 (.252)	-.041 (.942)	-.046 (.851)
팀제	.405 (.304)	-.696 (.100)	-.160 (.498)	-.185 (.808)	.383 (.498)	.680 (.358)	-.002 (.997)	.621 (.367)	-.573 (.198)	-.097 (.817)	.201 (.604)	.356 (.659)	.189 (.592)
CM관리	-.835 (.146)	.493 (.325)	.254 (.430)	.144 (.888)	.313 (.675)	.206 (.826)	1.389 (.158)	1.370 (.171)	.272 (.671)	-.294 (.606)	.403 (.449)	.145 (.832)	.093 (.842)
QI관리	.774 (.156)	-.262 (.568)	-.072 (.809)	.353 (.720)	-.477 (.512)	-.662 (.477)	-1.017 (.252)	-.977 (.283)	-.128 (.834)	.085 (.874)	-.430 (.403)	-.071 (.945)	.288 (.531)
기업문화 관리	-.166 (.590)	.077 (.790)	-.310 (.156)	-.291 (.647)	-.997 (.079)	-1.097 (.113)	-.315 (.432)	-.806 (.186)	.301 (.348)	-.123 (.724)	-.358 (.292)	-.460 (.437)	-.418 (.196)
제안제도	-.366 (.212)	-.447 (.128)	.144 (.403)	.027 (.961)	-.187 (.638)	.085 (.865)	-.005 (.987)	-.492 (.324)	-.138 (.597)	.318 (.319)	-.052 (.848)	-.034 (.952)	-.344 (.214)
직접고용 비정규화	-.160 (.658)	-.213 (.540)	-.554 (.058)	.115 (.876)	.541 (.342)	.019 (.978)	-.452 (.347)	-.043 (.946)	-.810 (.084)	-.269 (.519)	-.476 (.244)	-.653 (.422)	-.793 (.067)
간접고용 비정규화	-.801 (.148)	.522 (.287)	.308 (.333)	.554 (.583)	.661 (.380)	.491 (.595)	-.763 (.330)	.899 (.322)	-.799 (.218)	.847 (.171)	.530 (.318)	.255 (.806)	-.092 (.839)
용역 비정규화	.984 (.169)	-.380 (.532)	-.384 (.355)	-.979 (.466)	-.985 (.325)	-.642 (.597)	.824 (.411)	-.899 (.438)	1.161 (.184)	-.677 (.368)	-.992 (.179)	.211 (.877)	.837 (.207)
ABC	-.689 (.198)	.222 (.633)	.155 (.614)	-.176 (.860)	-.483 (.515)	-.400 (.667)	-.763 (.314)	-.706 (.430)	.376 (.502)	.669 (.264)	.963 (.110)	-.331 (.753)	-.231 (.619)
MBO	-.440 (.144)	.072 (.772)	.054 (.739)	-.206 (.703)	.602 (.173)	.511 (.331)	.101 (.770)	-.452 (.354)	-.296 (.315)	-.117 (.606)	.100 (.711)	-.513 (.336)	-.242 (.352)
6시그마	1.118 (.057)	.509 (.272)	.292 (.329)	.591 (.080)	-.572 (.416)	-.380 (.661)	.941 (.191)	.584 (.479)	.647 (.235)	-.248 (.746)	-.330 (.493)	.284 (.772)	.619 (.196)
BSC	-.019 (.962)	-.060 (.877)	.261 (.335)	.347 (.098)	1.125 (.120)	.657 (.417)	-.177 (.736)	.774 (.318)	-.904 (.095)	-.414 (.394)	.222 (.605)	.184 (.835)	.122 (.753)
adj R^2	.730	.756	.894	-.159	.394	.020	.594	.145	.752	.651	.709	-.276	.757

주: ( )는 유의확률

신경영인사기법이 치료공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 73.0%이고, 성과급제도와 연봉제 그리고 6시그마가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 시간공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 75.6%이고, 성과급제도가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었고 팀제는 0.1수준에서 시간공공성에 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 정보공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 89.4%이고 성과급제도가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었고 비정규직의 직접고용이 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 비용공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 -15.9%이고 6시그마와 BSC가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 시설공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 39.4%이고 기업문화관리가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 보호자공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 20.0%이고 어떤 변수도 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 신경영인사기법이 시민공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 75.2% 이고 어떤 변수도 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 신경영인사기법이 취약자공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 89.4%이고 성과급제도가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었고 비정규직의 직접고용과 BSC가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 공개성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 65.1%이고 성과급제도가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 정보접근성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 70.9%이고 성과급제도가 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 있었다. 신경영인사기법이 이용자의 전

반적 만족에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 -27.6%이고 어떤 변수도 유의수준 0.05와 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 신경영인사기법이 정부가 제시하는 최저공공성에 미치는 영향을 살펴보는 전체모형의 적합도는 수정된 R^2가 75.7%이고 성과급이 유의수준 0.05에서 유의한 영향을 미치고 비정규직의 직접고용은 0.1에서 유의한 영향을 미치고 있었다.

종합하자면, 가설1(신경영인사제도가 높게 도입된 병원일수록 병원공공성이 낮을 것이다.)은 부분채택 되었다.

2. 가설2의 검증결과

신경영인사기법이 노동조건에 미치는 영향에 관한 다중회귀분석 결과가 <표 21>이다.

<표 21> 신경영인사기법이 노동조건에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과

구분	임금수준 적절성	보수체계 적절성	복리후생 적절성	노동강도 적절성	근무환경 적절성	고용안정 적절성	상사 만족	승진 타당성	고과 타당성
성과급제	.670(.511)	.973(.343)	1.226(.235)	-.184(.856)	.407(.689)	1.265(.221)	-.328(.746)	.372(.714)	.352(.729)
연봉제	-.242(.811)	-.266(.793)	.856(.403)	-.112(.912)	-.052(.959)	-.368(.717)	.743(.467)	1.048(.308)	1.406(.176)
발탁승진제	.333(.743)	-.439(.666)	-.027(.979)	.016(.987)	-.314(.757)	.147(.884)	-1.282(.215)	-.920(.369)	-1.044(.309)
팀제	-.611(.548)	-.036(.971)	.507(.618)	-1.456(.162)	-2.551(.020)	.723(.479)	-.370(.716)	-1.048(.308)	-.988(.335)
고객만족관리	-.158(.876)	-.797(.436)	.776(.447)	-1.474(.157)	-.984(.337)	.331(.744)	-.730(.475)	-.409(.687)	-.281(.782)
질관리	-.147(.884)	-.832(.416)	-.216(.831)	-2.217(.039)	-1.260(.223)	.154(.879)	-.863(.399)	-.773(.449)	-.608(.550)
기업문화운동	-.403(.692)	.567(.577)	.726(.477)	-.383(.706)	-1.331(.199)	1.074(.296)	-.932(.363)	-1.141(.268)	-1.075(.296)
제안제도	.722(.479)	.000(1.000)	1.412(.174)	.038(.970)	-.458(.652)	.526(.605)	1.141(.268)	.266(.793)	.579(.570)
직접고용비정규화	.613(.547)	-.251(.805)	.591(.561)	-1.489(.153)	-1.533(.142)	.640(.530)	-.230(.820)	-.794(.437)	-.964(.347)
간접고용비정규화	.082(.936)	-.126(.901)	-.395(.697)	-2.254(.036)	-2.564(.019)	1.381(.183)	-1.654(.115)	-1.888(.074)	-2.078(.052)
용역비정규화	.819(.423)	.243(.810)	.294(.772)	-1.309(.206)	-1.310(.206)	1.530(.142)	-.952(.353)	-1.400(.178)	-1.869(.077)
활동기준원가관리	1.404(.177)	.312(.759)	1.305(.208)	.383.717)	.233(.818)	.818(.424)	.545(.592)	.178(.860)	.169(.868)
목표에 의한 관리	1.864(.078)	2.018(.058)	.835(.414)	-.148(.884)	-1.008(.326)	1.703(.105)	.341(.737)	-.166(.870)	-.715(.483)
6시그마	1.317(.204)	.635(.533)	1.356(.192)	1.767(.094)	.747(.465)	.079(.938)	1.347(.195)	.888(.386)	.837(.413)
BSC	1.376(.185)	1.386(.182)	.817(.424)	1.112(.280)	1.714(.103)	.771(.450)	1.544(.139)	.188(.853)	.177(.861)

주: ( )는 유의확률

독립변수는 신경영인사기법들로 구성하였고, 노동조건은 임금의 적절성, 보수체계의 적절성, 복리후생의 적절성, 노동강도의 적절성, 근무환경의 적절성, 고용안정의 적절성, 상사만족, 승진의 타당성, 인사고과의 타당성으로 구분하여 살펴보았다. 신경영인사기법이 임금 적절성에 미치는 영향의 경우 목표에 의한 관리가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 보수체계 적절성에 미치는 영향의 경우 목표에 의한 관리가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 복리후생 적절성에 미치는 영향의 경우 어떤 변수도 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 노동강도 적절성에 미치는 영향의 경우 질관리가 유의수준 0.5에서 유의한 영향을 미치고 있었고 6시그마가 유의수준 0.1수준에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 근무환경적절성에 미치는 영향은 팀제와 비정규직의 간접고용이 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 고용안정 적절성에 미치는 영향의 경우 어떤 변수도 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 신경영인사기법이 상사 만족에 미치는 영향의 경우 어떤 변수도 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 승진타당성에 미치는 영향의 경우 비정규직의 간접고용이 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

신경영인사기법이 인사고과타당성에 미치는 영향의 경우 간접고용비정규화와 외주용역비정규화가 유의수준 0.1에서 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

종합하자면, 가설2(신경영인사제도가 높게 도입된 병원일수록 노동조건이 낮을 것이다.)는 부분채택 되었다.

3. 가설3의 검증결과

지배구조가 병원공공성에 미치는 영향에 관한 다중회귀분석 결과가 <표 22>이다.

<표 22> 지배구조차원이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석결과

변수명	치료 공정성	대기 공정성	정보 공정성	비용 공정성	시설 공공성	보호자 공공성	응급 공공성	시민 공공성	취약자 공공성	공개성	정보 접근성	이용자 만족	최저 공공성
노조 참가	.587 (.070)	.507 (.171)	.640 (.035)	.676 (.102)	-.046 (.919)	.164 (.690)	.021 (.961)	.161 (.688)	.546 (.081)	1.148 (.001)	.589 (.024)	.099 (.733)	.445 (.107)
시민 참가	.074 (.661)	-.170 (.395)	.155 (.323)	.298 (.182)	.041 (.870)	.143 (.530)	.192 (.443)	.210 (.347)	-.116 (.515)	.030 (.840)	-.069 (.603)	.139 (.390)	.000 (.999)
환자 참가	-.118 (.613)	-.023 (.932)	.169 (.433)	-.075 (.803)	.114 (.740)	.298 (.345)	.231 (.466)	-.129 (.672)	.040 (.857)	.127 (.540)	.382 (.048)	.113 (.608)	.029 (.886)
재단 개입	.282 (.331)	.134 (.690)	.039 (.882)	-.235 (.525)	.201 (.635)	.059 (.878)	.049 (.902)	.418 (.272)	.203 (.480)	-.630 (.023)	-.059 (.791)	.623 (.033)	.401 (.118)
adj R^2	.461	.261	.546	.109	-.173	.034	-.121	.083	.433	.575	.672	.518	.600

주: ( )는 유의확률

독립변수는 지배구조차원으로 구성하였는데 이들은 노조참가의 정도, 시민단체의 참가의 정도, 환자의 참가정도, 그리고 재단의 간섭정도로 구분하여 살펴보았고 종속변수는 병원공공성의 세부차원으로 구분하여 살펴보았다. 노조참가는 유의수준 0.1 수준에서 치료공정성, 취약자공공성, 공개성, 정보접근성에 유의한 정(+)의 영향을 미치고 있었고, 환자참가는 유의수준 0.1 수준에서 정보접근성에 유의한 정(+)의 영향을 미치고 있었고, 재단개입은 공개성에는 부(-)의 영향을 이용자 만족에는 정(+)의 영향을 미치고 있었다. 반면에 시민참가는 유의수준 0.1 수준에서 어떠한 공공성 차원에도 유의한 영향을 미치지 않았다. 지배구조차원 가운데 노조참가만이 치료공정성, 정보공정성, 취약자공공성에 영향을 미치는 요인이었다. 그

리고 노조참가와 재단개입은 공개성에 영향을 미치는 요인이었고 노조참가와 환자참가는 정보접근성에 영향을 미치는 요인이었다. 그리고 재단개입이 이용자만족에 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

종합하자면, 가설3(지배구조는 병원공공성에 영향을 미칠 것이다.)은 부분채택되었다.

제3절 해석 및 토론 : 영향관계 설명을 중심으로

여기에서는 가설들이 탐색적인 성격의 것들이어서, 통계적으로 유의한 관계들이 나타난 변수들 간의 영향관계에 대해 분석적인 설명을 시도해 보고자 한다. 신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 분석결과를 요약한 것이 <표 23>이다.

<표 23> 병원의 공공성에 영향을 미치는 신경영인사기법

병원공공성 요소	영향요인
치료공공성	성과급, 연봉제, 6시그마
시간공공성	성과급
정보공공성	성과급, 비정규직-직접고용
취약자공공성	성과급, 비정규직-직접고용, BSC
공개성	성과급
정보접근성	성과급
시설공공성	기업문화
비용공공성	비정규직-용역, BSC
응급공공성	비정규직-용역

치료공공성의 경우 성과급, 연봉제, 6시그마가 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성과급이 치료공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 병

원에서 성과급은 진료수익 증대를 위해서 불필요한 고액이 드는 검사를 유도할 수 있고 과잉진료와 고과의 진료를 유도할 수 있다. 그리고 의료수익을 증대하기 위한 목적으로 1인당 진료 시간을 단축시키게 되고 이에 따라 개별 환자에 대한 진료의 질이 낮아질 가능성이 있다. 연봉제가 치료공공성에 영향을 미치는 이유는 평가를 통해 자신의 임금이 결정되기 때문에 병원의 종사자들 사이의 경쟁이 가속화되는 현실에서 의사들의 경우 한해 동안 자신의 진료회수, 큰 수익을 발생시키는 진료행위 등이 증가할 때, 다음해의 연봉액이 상승하는데, 이를 위하여 불필요한 진료와 치료가 발생하고, 환자들에 대한 진료와 치료시간이 짧아지고 부실해지게 됨으로써 환자에 대한 치료공공성이 저하될 수 있다. 6시그마가 치료공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면, 병원에서 진료나 치료에 대한 에러나 미스를 줄이기 위한 방법을 채택하게 되는데 지나치게 진료와 치료에 대한 실패를 우려하여 치료가 어렵거나 정확하게 진단이 되는 환자에 대한 적절한 치료의 노력이 저하될 수 있다. 환자의 질병에 대한 예측 가능한 치료와 완쾌 가능한 환자만을 치료하려는 경향이 강하게 나타나고 환자에 대한 치료공공성이 저하되는 결과를 초래하게 된 것이 아닌가를 유추할 수 있다.

시간공공성의 경우 역시 성과급에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 성과급이 시간공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 상대적으로 큰 수익을 올릴 수 있는 환자에 대한 진료의 우선순위가 매겨짐으로써 상대적으로 일반 환자의 진료시간과 대기시간이 증가하는 경우가 발생할 수 있다.

정보공공성의 경우 성과급, 직접고용비정규화에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 성과급이 정보공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 시간당 처리해야 하는 환자의 수가 증가함으로써, 환자 개개인에 대한 정보제공의 시간이 단축되어 질병등과 관련된 상세한 사항을 정확하게 제공받지 못하게 되어 정보공공성이 저하될 수 있다. 그리고 시간당 처리하는 환자수의 증가로 인하여 지원부서의 업무량이 증가함으로써 정보제공의 기회가 상대적으로 줄어드는 영향이 있을 것이다.

취약자공공성의 경우 성과급, 직접고용비정규화, BSC에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 우선 성과급이 취약자공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 취약자 계층은 1인당 의료수가가 낮고, 환자 개인의 본인부담율이 낮아서, 일반 환자에 비해 수익성이 저하되는 현상이 발생하기 때문에 병원은 취약자 계층에 대한 진료를 기피하는 현상이 발생하게 되어 이러한 결과가 나타난 것이 아닌가를 유추할 수 있다. 실제로 병원에서 병원 경영자들은 취약자의 비율이 3%를 넘기지 않도록 지시하고 있으며, 업계에서는 업계에서 병원관계 종사자들은 취약자의 비율이 10%를 넘어가면 그 병원은 경영이 어렵다는 이야기들이 있는데, 이러한 이유로 인하여 성과급의 비중이 높을수록 취약자공공성이 낮아지는 것으로 분석할 수 있다. 직접고용비정규화가 취약자공공성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 두 변수는 경영자의 철학에 의하여 같은 방향의 영향을 받았기 때문으로 생각된다. 직접고용이 취약자 공공성을 낮춘다는 결과가 도출된 이유는 이윤지향성이 높은 철학을 가진 경영자는 직접고용 비정규직의 수를 증가시키고, 수익에 도움이 되지 않는 취약자에 대한 배려가 적게 함으로써 함께 움직일 가능성이 높다. BSC가 취약자공공성에 유의한 영향을 미치는 이유를 살펴보면 BSC의 4가지 관점 중 가장 강력하게 중시되는 관점이 재무적 관점인데 재무적 관점은 말 그대로 수익성을 강조하는 것이다. 이는 기업은 재무적으로 성공하기 위해 어떻게 해야 하는가에 대한 관점인데 병원의 입장에서 재무적인 성장은 수익성의 증가와 비용의 절감에서 찾을 수 있다. 병원은 이를 위해 취약자에 대한 진료와 치료행위를 기피하여 취약자 공공성을 저해하는 결과를 초래할 수 있다.

공개성의 경우 성과급에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 이는 두 변수가 경영자의 철학에 의하여 같은 방향의 영향을 받았기 때문으로 생각된다. 이윤지향성이 높은 철학을 가진 경영자는 성과급의 비율을 증가시키고, 수익에 도움이 되지 않는 공개성을 높이려는 노력을 적게 함으로써 함께 움직일 가능성이 높다.

정보접근성의 경우 성과급에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 이는 성과급의 비중이 높은 경우 병원이 환자에 대한 부실한 진료를 하고 있다는 사실이나 환자에 대한 수익성 위주의 접근이 가시적으로 드러남으로써 병원의 이미지 훼손을 우려하여 현재 자신들의 경영방식 등의 정보를 제공하지 않으려는 경향이 높게 나타난 현상일 수 있다.

시설공공성의 경우 기업문화에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 이는 사용자의 기업문화 활동에 의하여 노조가 약화[22]되고, 이로 인하여 사용자들의 수익성 원리에 많은 직원들이 동화되어 시설투자나 추가적 확보에 대한 주장이 약화될 가능성이 높아지는 것일 수 있다.

비용공공성의 경우 비정규직-용역과 BSC에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 비정규직의 용역화가 비용공공성을 낮추는 이유는 두 변수가 경영자의 철학에 의하여 같은 방향의 영향을 받았기 때문으로 생각된다. 비정규직의 용역화가 비용공공성을 낮춘다는 결과가 도출된 것은 이윤지향성이 높은 철학을 가진 경영자가 용역 비정규직의 수를 증가시키고, 수익에 도움이 되지 않는 비용공공성을 낮추게 함으로써 함께 움직일 가능성이 높다. BSC의 경우 BSC의 4가지 관점 중 가장 강력하게 중시되는 관점이 재무적 관점인데, 병원의 입장에서 재무적인 성장은 수익성의 증가와 비용의 절감에서 찾을 수 있는데, 결국 수익성 증가와 비용에 대한 절감의 노력은 비용공공성을 저하시킬 수 있다.

응급공공성의 경우 비정규직의 용역화에 의하여 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 이러한 현상을 발생한 이유는 비용을 낮추려는 경영철학이 주요 원인에 의해 같은 방향의 영향을 받았을 가능성이 있다. 용역을 많이 사용하는 것은 비용을 절감하기 위함인데, 응급의사의 수를 줄이고 가급적 응급전문의를 사용하지 않고 전문성이 비교적 낮은 레지던트와 인턴 등을 많이 사용함으로써 치료의 적합성이 저하되는 결과를 초래하게 됨으로써 발생하는 것으로 보인다.

---

22) 서울 아산병원의 사례(민주노총・한국노동사회연구소, 1997, 121)를 들 수 있다.

신경영인사기법이 노동조건에 미치는 영향에 관한 분석결과를 요약한 것이 <표 24>이다.

<표 24> 노동조건에 영향을 미치는 신경영인사기법

노동조건 변수	영향요인
근무환경 적절성	팀제, BSC
노동강도 적절성	QI관리, 간접고용비정규화, 6시그마
근무환경 적절성	간접고용비정규화
승진적절성	간접고용비정규화
인사고과 적절성	간접고용비정규화, 용역비정규화
임금수준 적절성	MBO
보수체계 적절성	MBO
고용안정성	6시그마

근무환경 적절성은 팀제와 BSC에 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 팀제의 경우를 살펴보면 팀제에서는 팀원간의 팀워크를 위해 팀의 구성원이 모두 일치된 목표를 갖고 동질감을 공유하는 것을 요구하는데, 이 경우 팀의 목표가 개인의 목표보다 우선시 되게 되고 이로 인하여 팀의 공통 목표에 개인이 희생해야 하는 문제가 발생하게 된다. 이러한 이유로 개별적인 근무환경이 악화되는 경우가 발생할 수 있다. 그리고 BSC의 경우 BSC의 4가지 관점 중 가장 강력하게 중시되는 관점이 재무적 관점인데 병원의 입장에서 재무적인 성장은 수익성의 증가와 비용의 절감에서 찾을 수 있는데, 병원은 비용을 절감하기 위하여 수익과 관련하여 직접적인 관련성이 낮은 부분에 대한 투자를 줄일 수 있다. 이로 인하여 병원에서의 근무환경이 나빠지게 될 가능성이 있다.

노동강도 적절성은 질관리, 간접고용비정규화, 6시그마에 의해 영향을 받는 것으로 나타났다. 질관리가 노동강도 적절성에 영향을 미치는 이유는 고객만족 관리를 강조하며, 직원들에 대하여 자신의 업무 이외에 노력을

기울이도록 강조함으로써 직원들의 업무에 대한 과중이 발생하고, 업무외적인 스트레스 상황도 발생할 수 있다.

비정규직의 간접고용이 노동강도 적절성에 영향을 미치는 이유는 간접고용비정규화를 통해 정규직 노동자가 고용불안을 느끼게 되고, 이로 인하여 병원에 근무환경과 관련된 개선 등을 요구하기가 어려워질 가능성이 있다. 6시그마가 노동강도 적절성에 영향을 미치는 이유는 6시그마를 도입함으로써 시간당 처리 가능한 환자의 수가 증가되어야 시간당 비용이 절감된다. 이러한 비용 절감을 위하여 근로자는 동일한 시간에 도입 이전보다 많은 업무처리량을 요구받게 된다. 이로 인하여 개별적인 노동강도가 증가되는 효과를 낳는다.

근무환경 적절성은 간접고용비정규화에 영향을 받는 것으로 나타났다. 이러한 현상이 발생하는 이유는 간접고용 비정규직을 통해 정규직 노동자가 고용불안을 느끼게 되고, 이로 인하여 병원에 근무환경과 관련된 개선 등을 요구하기가 어려워질 가능성이 때문인 것으로 보인다.

승진적절성의 경우 간접고용비정규화에 의해 영향을 바든 것으로 나타났다. 이러한 현상이 발생하는 이유는 간접고용 비정규직의 비율이 높아질수록 정규직의 비율이 축소되게 되고, 이로 인하여 정규직이 승진을 할 수 있는 기회들이 상대적으로 줄어들기 때문인 것으로 보인다. 그리고 비정규직화의 증가로 인한 고용불안으로 정당한 승진에 대한 요구가 어려워지고 이러한 상황속에서 심리적인 갈등이 증폭되어 승진에 대한 불만을 느낄 가능성도 있다.

인사고과 적절성의 경우 간접고용비정규화, 용역비정규화에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 알고 있다. 비정규직의 간접고용이 인사고과에 영향을 미치는 이유는 간접고용 비정규직의 비율이 높아지는 가운데 고용불안으로 인사고과에 대한 문제제기가 어려워지고, 인사고과에 대한 문제의식을 표출하지 못하면서 이것이 인사고과 자체에 대한 불만으로 될 가능성이 있다. 용역비정규화가 인사고과 적절성에 영향을 미치는 이유미치는 이유는근

로자하면옜역 비중이 높아지는 가운데 기존는근로자들은 고용불안을 느끼고, 이로 인하여 인사고과에 대한 문제제기가 어려워진다. 이러한 상황속에서 인사고과에 대한 문제의식을 표출하지 못하면서 이것이 인사고과 자체에 대한 불만으로 될 가능성이 있다.

임금수준 적절성의 경우 MBO에 의해 영향을 받는다. MBO가 임금수준 적절성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 병원에서 MBO를 운영할 때 노동자들은 자신들의 능력보다 약간 상회하는 목표를 부여 받는데, 이것을 달성하지 못할 경우 임금의 저하를 예상할 수 있고, 이렇게 결정된 임금에 불만이 나타날 수 있기 때문일 수 있다.

보수체계의 적절성 역시 MBO에 의해 유의한 영향을 받는다. MBO는 자신의 능력보다 약간 상회하는 목표를 부여 받는다. MBO의 경우 부여된 업무량을 초과하여야 하는 보수체계와 연동되는데, 이렇게 근로자의 추가적인 노력을 요구하는 보수체계가 설계됨으로서 보수체계 자체에 대한 불만이 발생할 수 있는 것으로 분석된다.

고용안정성의 경우 6시그마에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 6시그마가 고용안정성에 영향을 미치는 이유를 살펴보면 병원에서 오진이나 치료의 실패에 대한 강력한 통제를 위한 노동자에 대한 통제와 관리가 강화되고, 이러한 가운데 노동자들은 진료서비스의 실패에 대한 심리적인 부담감을 느끼게 되고, 이러한 심리적인 압박이 강화됨으로써 고용에 대한 불안감을 느끼게 됨으로써 고용안정성에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석된다.

지배구조가 병원공공성에 미치는 영향에 관한 분석결과를 요약한 것이 <표 25>이다.

<표 25> 병원공공성에 영향을 미치는 지배구조 차원

공공성 변수	영향요인
치료공공성	노조참가
정보공공성	노조참가
취약자공공성	노조참가
공개성	노조참가, 재단간섭(-)
정보접근성	노조참가, 환자참가
비용공공성	노조참가

치료공공성은 노조참가에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 노사관계에서 노조와 사용자의 관계는 일반적으로 파워에 의해 결정이 되는데 노조의 참가가 높다는 것은 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조의 영향력이 강력하게 미친다는 것이다. 강력한 노조가 신경영인사기법의 도입을 저지하기 위한 노력을 간주하는 가운데, 신경영인사기법으로 인하여 발생하는 치료공공성의 문제인 과잉치료와 중복검사에 대한 문제를 해결할 수 있다. 실제로 노조는 병원에서 환자에 대한 적절한 검사가 이루어 질 수 있도록 꾸준히 요구하고 있다. 이러한 이유로 인하여 노조참가가 치료공공성에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석된다.

정보공공성은 노조참가에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 노사관계에서 노조와 사용자의 관계는 일반적으로 파워에 의해 결정이 되는데 노조의 참가가 높다는 것은 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조의 영향력이 강력하게 미친다는 것이다. 실제로 병원에서 노조는 질병과 진료비 내역에 대한 정보를 환자들에게 공개할 것을 요구하고 있다.

취약자공공성은 노조참가에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 노사관계에서 노조와 사용자의 관계는 일반적으로 파워에 의해 결정이 되는데 노조의 참가가 높다는 것은 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조의 영향력이 강력하게 미친다는 것이다. 강력한 노조가 신경영인사기법의 도입을 저지하기 위한 노력을 간주하는 가운데, 신경영인사기법으로 인하여

발생하는 취약자공공성을 저해하는 문제를 해결할 수 있다. 실제로 노조는 병원에서 취약자에 대한 감면확대와 병원의 사회적 책임을 강조하고 있다.

공개성은 노조참가와 재단간섭에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 우선 노조참가가 공개성에 영향을 미치는 이유는 노사관계에서 노조와 사용자의 관계는 일반적으로 파워에 의해 결정이 되는데 노조의 참가가 높다는 것은 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조의 영향력이 강력하게 미친다는 것이다. 강력한 노조가 병원에 대하여 투명한 경영을 요구하고, 이로 인하여 운영에 관한 투명성이 확보될 수 있다. 재단의 간섭정도가 공개성에 영향을 미치는 이유는 재단의 간섭이 높은 병원이라는 것은 결국 재단의 영향력이 높은 병원이라는 의미이다. 일반적으로 재단의 영향력이 높은 병원은 운영의 투명성을 잃게 되고, 수익중심으로 나갈 가능성이 높은데 이러한 상황에서 수익에 도움이 되지 않는 공개성이 저하될 가능성이 있다.

정보접근성은 노조참가와 환자참가에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 노조참가가 높은 경우 병원에서의 노조의 참가가 높다는 것을 의미하는데 이는 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조의 영향력이 강력하게 미친다는 것이다. 강력한 노조가 정보를 요구할 경우 병원은 정보를 제공 할 수밖에 없기 때문에 일반적으로 정보의 접근성이 높다고 볼 수 있다.

비용공공성은 노조참가에 의해 유의한 영향을 받는 것으로 나타났다. 이것은 파워에 의해 결정이 되는 노사관계에서 노조의 참가가 높다는 것은 병원의 운영과 관련된 의사결정에 노조가 영향을 미치기 때문이라고 할 수 있다. 강력한 노조가 신경영인사기법의 도입을 저지하기 위한 노력을 간주하는 가운데, 신경영인사기법으로 인하여 발생하는 비용공공성을 높일 수 있다.

제6장 결론

제1절 연구결과의 요약

본 논문은 현재 병원의 신경영인사제도가 병원의 공공성에 미치는 영향에 관한 탐색적 연구이다. 본 연구는 개념적 연구방법과 경험적 연구방법을 병행하되, 주로 경험적인 연구를 진행하였다.

개념적 연구는 관련문헌들을 검토하여 병원에서의 공공성과 신경영인사제도의 개념을 정리하고, 병원에서 이들의 동향을 고찰했고 경험적 연구는 설문조사를 통한 실증연구로서 병원에서 신경영인사제도의 도입이 공공성에 어떠한 영향을 미치는가를 분석하였다. 이를 위하여 우선 문헌연구를 통해 병원공공성차원을 정리하여 설문지를 작성하였고, 이렇게 작성된 병원공공성차원을 중심으로 신경영인사제도와 병원공공성간의 관계, 신경영인사제도와 노동조건의 관계, 지배구조와 병원공공성간의 관계를 분석하였다.

본 연구의 설문지는 보건의료노조 소속 병원을 대상으로 배부되었다. 총 28개 병원에 대해 노조간부들에 대해 5부씩 배포하여 총 21개 병원에서 70부를 회수하여 50%의 회수율을 보였다. 회수된 설문지 중 작성이 부실하거나 중심화 경향이 뚜렷한 설문지는 측정에 사용하지 않았다. 병원별 평균설문지수가 3.3개인데 전문가 2인과 필자 총 3인이 각 병원의 설문지를 종합하여 병원별 1개의 응답지원별 구성하였다. 즉 통계분석에 사용된 설문지수는 병원별 1개씩 총 21개이다. 자료는 통계패키지인 SPSS 12.0을 이용하여 통계처리를 하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 기술통계분석을 통하여 병원의 공공성, 노동조건, 지배구조의 실태를 분석한 결과로서 병원에서 신경영인사기법의 적용이 대체로 낮은 상태이었고, 대체로 조사대상 병원의 공공성이 낮고, 노동조건이 낮았고, 지배구조요소인 노조/시민/환자 참가는 낮았으나 재단개입은 높았다.

둘째, 신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석 결과 병원공공성에 영향이 큰 신경영인사기법은 성과급제와 비정규화(직접고용, 용역), BSC임을 알 수 있었다.

셋째, 신경영인사기법이 노동조건에 미치는 영향에 관한 회귀분석 결과 노동조건에 영향이 큰 신경영인사기법은 간접고용 비정규화임을 알 수 있었다.

넷째, 지배구조가 병원공공성에 미치는 영향에 관한 회귀분석 결과 병원공공성에 영향이 큰 지배구조요소는 노조참가이었다. 그리고 노조참가가 치료공공성, 정보공공성, 비용공공성, 취약자공공성, 공개성, 정보접근성을 높이는 영향을 미치고 있었다. 하지만 노조참가가 시간공공성, 시설공공성, 보호자공공성, 응급공공성, 시민공공성에는 영향을 미치지 못하고 있었다. 그리고 노동조건에 영향이 큰 신경영인사기법은 간접고용비정규화, MBO, 6시그마였다.

제2절 시사점

신경영인사기법이 병원공공성에 미치는 영향에 관한 본 연구의 결과를 토대로 병원공공성 강화를 위한 시사점과 노동조건 저하방지를 위한 시사점 등을 다음과 같이 제시한다.

첫째, 기술통계분석을 결과를 볼 때, 병원공공성과 노동조건을 높여야 하며 지배구조상 노조의 참가수준을 높이고 재단개입을 낮추어야 한다.

현재 병원에서 신경영인사기법의 적용이 대체로 낮은 상태이기는 하지만

노조는 신경영인사제도 적용의 정도가 낮다고 하여 관심을 두지 않을 문제는 아니다. 신경영인사기법이 병원의 공공성과 노동조건을 낮춘다는 점에서 이에 대한 지속적인 관심과 대응은 반드시 필요하고 노동조건을 높이기 위한 요구와 노력을 해갈 필요가 있다.

그리고 경영자는 병원의 공공성이 대체로 낮다는 점을 인식하여 병원의 공공성을 높일 필요가 있다.

둘째, 병원공공성 강화를 위해서는 병원공공성에 영향이 큰 신경영인사기법인 성과급제와 비정규화(직접고용, 용역), BSC의 도입이 축소되어야 한다. 특히 비정규화의 경우 병원공공성을 저해하는 중요한 변수인 점을 고려하여 병원에서의 비정규직의 사용을 제한해야 한다.

셋째, 병원공공성 강화를 위해서는 병원공공성에 영향이 큰 지배구조요소인 노조참가를 증가시켜야 한다. 특히 노조는 노조참가와 유의한 관계를 보이지 않은 시간공공성, 시설공공성, 보호자공공성, 응급공공성, 시민공공성에 영향을 미치려는 노력을 해야 한다.

넷째, 노동조건의 저하 방지를 위해서는 노동조건에 영향이 큰 신경영인사기법인 간접고용비정규화, MBO, 6시그마를 축소해야 한다.

그리고 병원의 경영자는 고객만족과 질관리가 환자와 보호자의 만족을 높이기 위해 실시하는 신경영인사기법임에도 불구하고, 이들 이해관계자들과 직접적인 관련성이 높은 어떤 공공성 지표와도 유의적인 영향력을 미치지 않고 있음을 유의해야 할 것이다. 이것은 고객만족관리와 질관리를 통해 이용자 만족이 높아져야 함에도 불구하고 그렇지 않았다는 결과를 보여주는 것이다.

결국 고객만족을 위해 실시하는 신경영인사기법이 노동자의 노동강도를 높이고 만족을 낮추는 결과를 초래할 수 있기 때문에 이들 기법에 대한 적용을 재검토할 필요성이 있다.

제3절 연구의 한계와 향후연구의 방향

본 연구는 다음과 같은 한계점을 가지고 있다.

첫째, 본 연구는 설문지법을 이용한 연구를 실시했는데, 설문지법이 갖는 동일방법의 한계 등을 본 논문도 가지고 있다.

둘째, 분석수준관련 한계이다. 본 연구는 조직수준의 연구인데, 대부분의 설문을 병원의 상태를 가장 잘 알고 있을 것으로 여겨지는 노조간부를 대상으로 한 개인의 인식내용을 총계하는 방법을 사용하였다는 한계이다. 향후 연구에서는 조직수준의 객관적 지표를 이용하여 보다 엄밀한 측정이 요구된다.

셋째, 가설의 설정이 탐색적이다. 병원이라는 단위조직의 공공성에 대한 연구들이 거의 존재하지 않는 상태에서 가설을 설정하는 것이 곤란하였다. 이러한 성격 때문에 가설의 설정이 기존 연구를 토대로 한 것이 아닌 탐색적인 것으로 제시될 수밖에 없었다는 한계가 있다.

향후연구에서는 이러한 한계를 극복하기 위하여 신경영인사기법의 도입정도와 병원공공성, 지배구조, 노동조건 등에 대한 객관적 지표를 이용한 보다 엄밀한 연구를 수행할 필요가 있다.

또한 병원공공성 차원의 체계화에 대한 타당성을 제고할 수 있는 연구를 수행해야 할 것이다.

참고문헌

고경화・윤호중・현애자(2007), 국민과 의료공공적 관점에서 바라본 의료법 개정안, 의료연대회의

김상곤(1994), “기업의 신인사제도 도입에 대한 비판적 고찰”, 경영연구(한신대학교 경영과학연구소), 1, pp.29-58

김상곤(1997), “신경영전략과 고용불안”, 한신논문집, 특별호, pp.761-788

김영수(2005), “한국 공공부문 노동운동의 투쟁노선에 대한 비판적 고찰”, 한국정치학회보, 39, 3, 413-431

김용익(2003), “보건의료공급체계와 보건의료자원”, 한국보건사회연구원 발표자료

김진현(2006), 병원의 공공성 강화와 임금・고용 연계방안(인제대학교)

김창엽(2000), 국민건강증진을 위한 새로운 국가보건의료사업의 정립과 소요 재정 확충 방안에 대한 연구

남중헌(1998), “신인사제도의 이론모형과 적용사례연구”, 경영학연구논문집(울산대학교), 5, 1, pp.49-104

문상식 외(2007), 병원경영학, 보문각

민주노총 전국보건의료산업노동조합 보건의료산업 관계 사용자 대표단 주최, 제3차 병원산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 병원 노사 대토론회 : 2005년 보건의료 산별교섭의 방향과 과제, 2005

민주노총・한국노동사회연구소(1997), 병원산업의 신경영전략 실태와 노동조합의 대응

박선재(2006), 사립대학병원의 공공성 강화에 대한 연구, 경희대 행정대학원 석사학위논문

박준식 외(1999), 신경영전략과 노동조합의 대응, 전국민주노동조합총연맹

병원노사대토론회준비위원회, 제2차 병원산업 발전과 산별교섭 진전을 위한 병원 노사 대토론회, 2004

신진욱(2007), “공공성과 한국사회”, 시민과 세계, 제11호, 18-39
안상윤・정병을(2008), 전략적 병원인사관리, 보문각
유병홍(2004), “현시기 민주노조운동과 사회공공성 강화” (공공연맹 2004년 1회 정책워크샵 발제문 2004. 1. 9).
윤영삼(2009), 노사관계론 자료집, 복사본
이권전(2002), “공공병원의 공공성 강화를 위한 과제와 실현방안”, 우리나라 공공보건의료체계강화를 위한 WORKSHOP자료집
이순철(1996), 신경영기법, 매일경제신문사
이지만(2001), “신경영기법의 직무특성변수가 조직몰입에 미친 영향”, 인적자원개발연구, 제3권 제1호, pp.73-97
이지만・신동엽(2003), “신경영기법 적용기업에서의 회사와 노조에의 동시몰입 및 그 선행요인과 매개요인”, 인사·조직연구, 제11권 제2호, pp.1-39
이지만・신동엽(2004), “회사와 노조에의 동시몰입 : 신경영관리기법을 도입한 자동차회사 사례”, HR PROFESSIONAL, vol.9, 5·6, pp.28-35
장향숙 의원실 주최(2007), 의료산업화와 의료공공성 강화 양립이 가능한가?
전국보건의료산업노동조합(2003), ERP시스템과 전북대병원의 공공성, 연구보고서
전국보건의료산업노동조합(2004), 정책토론회 사립대병원 의료공공성 어떻게 할 것인가,
전국보건의료산업노동조합(2004) 의료공공성 강화 어떻게 가능한가?, 토론회자료집
전국보건의료산업노동조합(2009), 제7차 사학연금학교 자료집
정규호(2008), 국립대병원의 공공성과 수익성 조화방안에 관한 연구, 충북대 대학원 박사학위논문

정문영(2001), 신인사제도가 조직유효성에 미치는 영향에 관한 연구, 호서대 대학원 박사학위논문

정재훈(1998), “한국기업 신인사제도 도입의 실태와 과제”, 경영논집(인하대학교 경영연구소), 9, pp.51-90

정창기(1998), 병원의 신경영전략과 고용관계의 변화, 서울대 대학원 석사학위논문

제주대학교(2007), 국립대학병원 발전 및 지원 방안에 관한 연구결과보고서, 보건복지부

조영복・최수형(2003), “병원산업 인사정책의 신경향”, 인적자원관리연구, 제6호, pp.23-43

홍석만(2008), “공공성을 넘어 사회화 쟁취투쟁으로”,

황세희(1995), “신경영 의료산업 신기원”, 이코노미스트, 280, pp.22-24

2009 공공보건의료사업지원단(2009), “국립대병원 공공성 평가 기준 및 지표”

Held, V.(1970),「The Public Interest and Individual Interests」(강형기・이상용(공역), 「공익과 사익」, 1986)

OECD(2001), 한국보건의료체계 평가 연구결과보고서

WHO(2000), The World Health Report: Health System Improving Performance

건강정책이론연구실 홈페이지(http://home.freechal.com/HealthyPolicy)

병원의 공공성관련 실태에 관한 설문지

안녕하십니까?

건강할 권리는 인간이라면 누구나 누려야 할 보편적 권리입니다. 최소한 보건의료서비스만큼은 소득, 지역, 성, 종교, 인종 등과 관계없이 필요한 사람에게 적절하게 제공되어야 합니다.

그러나 우리나라는 보건의료서비스가 시장논리에 따라 공급되어 필요한 사람에게 제공되지 못할 뿐만 아니라 과잉진료나 수혜격차 심화 등 많은 사회적 문제가 발생하고 있습니다.

또한 공공병원조차 민간병원과 차별성을 느끼기 어려울 정도로 모든 병원에서 영리 추구가 강화되고 있습니다.

최근까지 병원에서 영리추구를 위해 신경영전략·신인사제도가 급격히 도입되어 오고 있습니다.

이에 따라 본 설문지는 현재 병원에서 도입되고 있는 신경영전략·신인사제도의 실태를 파악하고 이것이 병원의 공공성과 근로조건에 미치는 영향을 파악하기 위한 목적에서 만들어진 것입니다.

본 설문지는 무기명으로 작성·처리되며 병원과 응답자의 정보를 공개하지 않을 것을 약속드립니다.

귀하의 솔직한 답변이 있어야 조사목적이 원활히 달성될 수 있습니다.

다소 번거로우시더라도 조사의 목적이 원활히 달성될 수 있도록 귀하의 솔직한 답변 부탁드립니다.

본 설문조사를 위해 시간을 할애하여 주셔서 대단히 감사합니다.

2009년 10월

부경대학교 경영대학원 노동관계전공 석사과정 심영옥

※ 해당하는 응답의 번호에 √표를 하거나 (　　)안에 기재해 주시기 바랍니다.
※ 병원명 : (　　)

A. 귀 병원에 아래의 제도/기법이 시행되고 있는 정도에 관한 문항입니다.

항목	첫 시행 시기						현재 시행 정도 (제도/기법의 완전성 및 적용되는 직원(의사 포함)의 정도를 종합고려)					
	미도입	2009년	2008년	2007년	2006년	2006년 전	미시행	~20% 시행	21~40% 시행	41~60% 시행	61~80% 시행	81~100% 시행
성과급제	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
연봉제	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
발탁승진제	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
팀제	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
고객만족(CS)(관리)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
질(QI)관리	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
기업문화(운동) (한마음교육과 상장의식 등)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
직접고용 비정규직 고용	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
간접고용 비정규직 고용	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
용역화	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
활동기준원가(ABC)관리(ABM)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
목표에 의한 관리(MBO)	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
6시그마	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥
BSC	①	②	③	④	⑤	⑥	①	②	③	④	⑤	⑥

* 활동기준원가(ABC)/활동기준원가관리(ABM) : 원가정보를 활동/업무별로 산출하고 원가절감을 추구하는 관리기법
* 목표에 의한 관리(MBO) : 개인이나 부서별로 목표를 정해서 달성여부를 인사고과나 성과배분에 반영하는 관리기법
* 6시그마 : 서비스질을 높이고 비용절감을 위해 병원의 업무처리절차나 환자진료절차를 변화시키는 관리기법
* BSC : 병원의 성과를 고객/직원/재무/장기관점에서 균형있게 고려하여 종합평가하고 성과배분에 반영하는 관리기법

B. 귀 병원 조합원들의 근로조건에 관한 문항입니다.
- 최근의 실태에 대해 응답해 주십시오 -

항 목	매우 그렇다	그렇다	조금 그렇다	별로 그렇지 않다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
임금수준이 적절하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
보수체계가 적절하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
복지후생수준이 적절하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
노동강도가 적절하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
근무환경이 적절하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
고용안정성이 높다.	①	②	③	④	⑤	⑥
상사들이 만족스럽다.	①	②	③	④	⑤	⑥
승진의 타당성과 공정성이 높다.	①	②	③	④	⑤	⑥
인사고과(평가)의 타당성과 공정성이 높다.	①	②	③	④	⑤	⑥

C. 귀 병원의 지배구조에 대한 문항입니다.
- 최근의 실태에 대해 응답해 주십시오 -

항목	매우 그렇다	그렇다	조금 그렇다	별로 그렇지 않다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
병원운영에 **노조의 참가**가 실질적으로 이루어지고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원운영에 **시민(단체)의 참가**가 실질적으로 이루어지고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원운영에 **환자의 의견**을 잘 수렴하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원운영에 **재단의 간섭**이 많다.	①	②	③	④	⑤	⑥

D. 귀 병원의 실태에 대한 문항입니다.
- 최근의 실태에 대해 응답해 주십시오 -

* 의료취약층 : 의료급여환자/기초수급대상자/장애인/노약자

항목	매우 그렇다	그렇다	조금 그렇다	별로 그렇지 않다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
치료나 검사를 **과잉/중복**으로 많이 한다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자들을 대함에 있어서 **공정**하게 대한다.	①	②	③	④	⑤	⑥
외래환자들의 진료대기시간이 길다.	①	②	③	④	⑤	⑥
외래환자들의 진료순서가 **공정**하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자들은 **자기질병에 대한 설명**을 의사나 직원에게서 적절히 받고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자들은 **진료비 세부내역**에 관한 정보를 많이 받고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자들은 **진료관련 정보**(환자권리, 처방약, 담당의사 등)를 많이 받고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병실료 수준은 높다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자가 부담하는 **비급여 진료행위비**나 **비급여 재료비**가 많다.	①	②	③	④	⑤	⑥
의료취약층에게 감면을 많이 해 준다.	①	②	③	④	⑤	⑥
입원실은 쾌적하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
입원환자의 휴게장소(휴게실, 병동외부장소 등)는 쾌적하다.	①	②	③	④	⑤	⑥

E. 귀 병원의 전반적인 사항에 대한 문항입니다.

항목	매우 그렇다	그렇다	조금 그렇다	별로 그렇지 않다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
우리병원은 수익성이 좋다.	①	②	③	④	⑤	⑥
우리병원은 노사관계가 원만하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
보호자의 휴게실은 쾌적하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
보호자의 주차비는 저렴하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
응급환자들에 대한 치료시작이 신속하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
응급환자를 치료할 **응급전문의**는 충분하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
무료진료나 예방보건의료사업을 **소속광역시·도·시까지** 하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
시민에게 **예방보건의료사업(홍보, 교육 등)**을 많이 한다.	①	②	③	④	⑤	⑥
의료취약층의 진료비를 저렴하게 받고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
의료취약층 특히 **장애인에 대한 지원인력**은 충분하다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원사용자는 **병원운영**에 관해 **홈페이지**에 상세히 공개하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원사용자는 **병원운영**에 관해 **발간잡지**에 상세히 공개하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
노조가 **병원운영정보**를 청구하면, 병원사용자는 성실히 제공하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
시민(단체)이 **병원운영정보**를 청구하면, 병원사용자는 성실히 제공하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥
환자나 보호자의 **불만**이 많다.	①	②	③	④	⑤	⑥
병원공공성을 유지하기 위한 보건복지부의 규제를 잘 준수하고 있다.	①	②	③	④	⑤	⑥

*** 설문에 끝까지 응해주셔서 대단히 감사합니다. ***

Abstract

A Study on the Effect of New Management/HRM on the Public Nature and Working Conditions in the Hospital

Sim, Young-ok

Major in Industrial Relations
Department of Economics
Graduate School of Business Administration
Pukyong National University

The purpose of this study is to examine the effect of New Management/HRM on public nature and working conditions in the hospital.

This study focuses on giving a help to union and the hospital employer.

This study built model that there is causal relationship among New Management/HRM, public nature and working condition.

Based on the model, this study examines the effect of New Management/HRM on another variable by the hypothesis-test empirically.

To test hypotheses empirically, the questionnaire data has been collected from 21 hospitals.

And, to test hypotheses, the data was analyzed by using

Regression Analysis.

Results of empirical analysis are as follow.

1) Both public nature and working condition are overall low.

And the governance of trade union, citizen and patients are low. On the other hand the governance of foundation is high.

2) Dimensions that have the significant effect on public nature in the hospital is Performance-related pay system, Using non-regular employees(directly hire, outsourcing), and BSC.

3) Dimensions that have the significant effect on working conditions is Using non-regular(indirectly hire) laborers.

4) The higher trade union participation in management of the hospital, the higher public nature of treatment, public nature of information, public nature of expense, public nature of weak person, public nature of openness, public nature of information approach.

Based on these empirical findings, this study concluded that New Management/HRM practices has the effect on public nature and working conditions.

Lastly, this study suggested the implication for employer and union in the hospital and the direction of future study.