

☒ 응용논문

의료기관의 소유형태, 지리적 위치 및 리더십 유형이 TQM성과에 미치는 영향

최성용 · 정해경
서울여자대학교 경영학부

Effects of Ownership Types, Geographical Locations and Leadership Types of Medical Service Institutions on TQM Performance

Sung-Yong Choi · Hae Kyung Jung
Dept. of Business Administration, Seoul Women's University

Abstract

Total quality management (TQM) has been adopted in the U.S. as a way of management strategies by private enterprises as well as by the public sector. The ultimate goal of all quality management techniques and strategies is to improve quality by reducing waste, improving production process, and involving all members of the company in quality management.

The purposes of this study are to review the performance of TQM activities and, based on the results, practically examine whether TQM is necessary or not in enhancing the performance of medical service institutions (hospitals) by assessing the status of TQM activities of medical service institutions and comparing such activities. A questionnaire survey was conducted against employees working for general hospitals in Seoul and other provincial areas. The questionnaire contained organized questions that were answered in writing by the target employees. A total of 184 questionnaires were collected and analyzed. The results of this study are summarized as follows: First, TQM activities and performance were found to be positively correlated. Second, TQM activities and performance differed according to ownership types. Third, TQM activities and

performance differed according to geographical locations. Fourth, TQM activities and performance differed according to leadership types.

1. 서론

새로운 밀레니엄시대에는 품질경영이 기업의 사활을 좌우한다. 앞으로 기업의 성패는 얼마나 빨리, 그리고 완벽하게 품질경영시스템을 구축하느냐에 달려 있다고 해도 과언이 아니다(한국경제신문, 1998. 11. 27). 고객은 품질과 가격에 의하여 제품이나 서비스를 구입하는데 이는 품질이 제품이나 서비스의 중요한 경쟁 수단으로 기업의 성패를 결정짓는 요인이 되고 있다는 것을 의미한다.

1990년대 들면서 본격적인 개방화, 세계화의 흐름을 타고 경쟁은 더욱 치열해지고 있으며 고객의 요구 및 만족수준도 계속적으로 높아가고 있다. 이러한 상황에서 우리나라 의료 기관들은 여러 어려움에 직면해 있으며 의료서비스에 대한 소비자 불만 또한 다양하게 나타나고 있다. 따라서 앞으로 의료기관이 경영혁신을 기하지 못한다면 고객으로부터 외면당할 것은 명약관화한 일이다. 본 연구에서는 이러한 난관을 극복하는 경영전략의 방법으로 종합적 품질경영(Total Quality Management: TQM)을 연구과제로 삼고 있다.

TQM은 1980년대로 접어들면서 일본과의 품질경쟁에서 위기감을 가지고 있던 미국의 기업들에게 시기적절한 혁신기법으로 인식되었고, 이후 기업활동에 지속적인 영향력을 미치는 기업전략의 하나로서 인정되고 있으며(Hackman & Wageman, 1995), 1980년 이후 미국 전체 산업계에 품질향상 및 고객만족을 통한 국제경쟁력 강화 측면에서 효율적인 경영전략 및 제도로서 크게 주목을 받고 있다(손동원, 1998).

따라서 본 연구는 의료서비스 기관(병원)에 있어서 TQM활동의 성과를 살펴보고, 그 결과를 통해서 의료서비스 기관의 TQM활동상태를 평가하고 상호 비교하여 의료서비스 기관의 성과를 증진시키기 위해서 TQM활동이 필요한지를 실제로 검증하는 것이다.

본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 병원의 성과를 향상시키는데 불필요한 활동을 분석하여 개선함으로써 비용을 감소시키고 필요한 활동을 지속적으로 관리하여 병원이 더욱 효율적으로 운영되도록 한다.

둘째, 병원에서 성과를 향상시키는 방법으로 TQM에 대한 인식의 폭을 넓혀 의료서비스의 질적 향상과 병원경영의 장기적인 개선에 도움이 되도록 한다.

셋째, 병원의 특성, 즉 소유형태, 지리적 위치 및 리더십 유형에 따라서 TQM활동 및 성과와의 관계를 분석하여 성과가 높은 집단을 성과가 낮은 집단이 벤치마킹 할 수 있도록 유도한다.

이러한 연구과제에 대해 본 연구는 의료서비스 기관에 있어서 TQM활동과 성과에 대한 정보를 탐색하여 보다 실증적인 방법으로 비교 분석함으로써 의료서비스기관의 경영혁신을 위한 바람직한 방법으로 TQM을 제시하고자 한다.

2. 이론적 고찰

2.1 의료기관에서의 TQM

품질경영이 기업성과에 미치는 영향에 관한 연구에서 품질경영이 기업들의 운영성과, 고객만족도와 재무성과에 긍정적인 영향을 미친다고 조사되어(GAO, 1991; Zairi 등, 1994) 품질경영의 실행이전과 이후를 비교해 볼 때 실행이후 분명한 개선이 있다는 것을 발견하였다. 그러나 품질경영을 실천하는 모든 기업들이 긍정적인 성과만을 얻게되는 것은 아니며 품질경영의 효과적인 실행이 무엇보다도 중요하다.

최고경영자의 리더십아래 전 종업원이 총체적 수단을 활용하여 끊임없이 혁신과 개선에 참여하는 전사적, 종합적 경영관리체계를 TQM이라 한다면 병원의 품질경영이란 의료 서비스와 질을 향상시키고 고객만족도를 높이려는 병원의 총체적인 활동이라 하겠다. 1990년대의 경쟁적 환경에서 특히 의료서비스에 초점을 둔 환경에서, 병원은 보건의료 분야의 계속적인 변화를 요구하는 압력들을 받아왔다. 자원, 시장, 인력들이 제한되어 있기 때문에 우리는 이러한 제약 아래서 최선을 다해야만 하며 경쟁에서 우위에 서려면 품질에 대한 인식을 높여야 한다(Gordon and Cannon, 1989).

의료서비스에 몇 가지 성공적인 TQM 노력이 있어 왔으며 다양한 전략이 적용되었고, 또 많은 운영모델들이 적용가능 하다(Claus, 1991). M. Everett와 B. C. James (1991)는 리더십, 고객초점, 공정관리, 종업원 참여, 의사소통, 측정, 그리고 품질문화가 성공의 주요요소라고 믿는다. Laffel(1990)은 의료서비스 기관들은 과학적 방법에 헌신하고 지속적 개선을 수행하는 스태프들의 높은 교육적 수준 때문에 품질경영의 실행이 적절한 영역이라고 제안한다.

많은 미국의 의료서비스기관의 종사자들은 TQM의 성공적 실행을 위해 투입물을 가지고 시작해서, 공정을 처리하고, 그리고 성과를 명확히 하기 위해 고객조사를 한 다음에 피드백을 행하는 일련의 절차들을 관리한다(Fortune, 1989). 의료서비스 공정 관리는 지속적인 품질개선과 비용을 줄이는 데 기초가 되는 것으로 전략목표를 정하고 일률적으로 규격을 설정함으로써 의료서비스 공정들을 관리한다(Coleman, 1991). 즉, 간호기준, 물리요법기준 등 절차와 정책들을 설정하고 꾸준히 향상시키기 위해 필수기술 믹스를 보충하며 스태프훈련에 투자하고, 그리고 평범한 변화를 모니터링한다.

최근까지 많은 사람들이 의료성과를 측정하는 것이 가능한 것인지 어떤지를 의심했다. 그러나 지금은 의료성과 측정을 위한 과학적 기초가 세워졌고, 비록 거기에는 범위에 대한 명백한 제한점들이 있지만 측정 접근법은 품질개선을 증진시키는 데 있어서 현재 폭넓게 이용되고 있다.

2.2 의료기관에서의 TQM적용에 관한 선행연구

Abu Zayed(1994)는 TQM을 실행하고 있는 세 가지 소유형태(개인병원, 비영리개인병원, 국공립병원)의 의료서비스기관들의 사례를 조사하여 세 가지 소유형태 모두 최고경영자가 변화한다면 공정은 개선된다고 결론짓는다. 그러나 만약 최고경영층이 동기부여 되지 않는다면 TQM은 가시발길이 될 것이라고 경고한다. 이 연구에서 비영리개인병원의 TQM성도가 가장 큰 것으로 나타났다. 즉 TQM에 대해 최고경영층이 전반적으로 흥미를 갖고 참여하고, 종업원들이 TQM을 이해하고 몰입하도록 교육과 훈련에 투자하며, TQM에 대한 재정적 지원을 하며 장기적 시각을 갖고, TQM실행을 위한 강력하고 유연한 접근의 필요성을 강조하면서 고객만족, 리더십, 지속적 개선, 자료관리의 네 가지 목표를 갖는다.

김형욱(1997)은 서울, 경인지역에 위치한 8개 종합병원의 외래환자를 대상으로 의료서비스의 실태를 조사하였는데 실증분석 결과 나타난 불만족 요인은 병원시설, 수속절차, 대기시간으로 간추려 정리할 수 있다. 이의 해결을 위해서는 TQM의 한 방법으로서 리엔지니어링을 통해 병원의 업무과정을 개선함으로써 내부고객의 만족도를 향상시켜 환자의 만족도를 높여야 한다. 그리고 단기적으로는 고객의 요구사항을 정기적으로 조사하고 이를 적극 수렴하여야 하며, 장기적으로 여러 가지 서비스전략을 활용하여 고객에 대한 서비스를 지속적으로 향상시켜야 한다.

두 개의 비영리병원에서 TQM활동에 관한 연구(Haigh 1998)에서는 병원 TQM특성에 대한 관리적 이해의 부족, 요구되는 것에 대한 개념적 이해 부족, 지속적인 품질개선의 사이클로 진입하는 지점으로서 상급관리자에 의해 제공하는 하부구조의 필요성, TQM이 필수적인 도구이거나 변화의 동력인 변화를 위해 포괄적이고 자세하고 독특한 전략이라고 시사하고 있다.

보건의료 서비스의 자원부문인 방사선과 서비스의 품질평가를 위하여 강원도 지역에 소재하고 있는 보건의료기관 방사선과에 내원한 환자를 대상으로 서비스 품질을 측정하였는데, 서비스 이용자들은 서비스 내용의 신뢰성보다는 해당 절차나 대인관계 등을 더욱 중요시한다는 결론을 얻었다(강보철 등, 1998).

미시간 대학교 의료원과 다른 보건의료조직에서 품질 향상 실행을 추진한 연구들이 주는 교훈은 다음과 같다. 품질향상 노력은 전체사업을 변화시킬 수 있는 혁신적인 사상에 대한 지속적인 연구로 보충해야 하고 총체적 품질향상 과정을 수행함에 있어 어려움이라고 생각되는 것 중 한 가지는 비록 분석적인 과정의 개선이 본질적으로는 발전적인 것일지라도, 필요한 문화적인 변화는 관련된 사람들에게 혁신으로 인식될 수 있다는 것이다.

각각의 조직은 TQM의 실행을 자신의 환경, 조직, 그리고 역사에 적합하게 고쳐야 한다. 원리, 도구, 그리고 기술은 일반적으로 어디서나 적용할 수 있지만 특정한 접근과 실행의 속도는 각자의 조직에 맞게 고쳐야 한다. TQM의 실행은 기존 지식, 기술 그리고 의사, 간부직원, 경영, 그리고 지역사회를 배경으로 이루어질 것이다. 기존 계획들과 유형과 그에 대한 인식으로 또한 TQM의 성공에 영향을 끼칠 것이다. 다른 조직에서 실행된 방법을 그대로 적용하는 것은 일반적으로 효과적이지 않고 각자의

조직에 실질적이고 적합하게 변형하여야 한다.

3. 실증연구의 설계

3.1 가설의 설정

3.1.1 TQM활동과 성과와의 관계에 대한 가설

GAO(1991)는 미국내에서 높게 평가되는 국가품질상인 말콤 볼드리지상의 수상기업들이 품질업무와 그에 따른 결과를 분석하기 위해서 종업원, 운영성과, 고객만족도와 재무성과에 초점을 두어 1988년과 1989년 수상기업들을 연구, 조사하였다. 종업원 관련성과에 있어서 수상기업들은 종업원 제안이 높았고 이직률이 낮았다. 운영적 측면에서는 성과가 가장 두드러졌으며 주문 처리시간, 신뢰성, 불량 및 오차, 품질비용이 매년 감소하였다. 고객만족도 측면에서는 불평이 감소되었고 전반적인 고객만족도와 고객유지도 다소 증가함을 보였다. 재무성과에 있어서는 시장점유율, 종업원 1인당 판매액, 매출수익률이 각각 증가하였다.

Benson 등(1991)은 조직환경, 현행의 품질경영, 이상적인 품질경영과 품질성과를 관련시키는 시스템-구조 모형(system-structural model)을 제시하였다. 관리자가 현행의 품질경영과 이상적인 품질경영을 인식할 때 조직환경에 의해 영향을 받으며 주요 환경변수로는 품질에 대한 기업의 지원, 과거의 품질성과, 관리지식과 외부의 품질요구를 들고 있다.

실증분석에서는 TQM활동에 관한 변수(Chang, Laboriz & Rosansky, 1993; 유한주, 1994; MBNQA, 1996; Gaucher, et al., 1990)로 종업원의 참여, 교육 및 훈련, 최고경영층의 리더십, 고객만족 조사체계, 변화의 수용, 조직구조를 정하고 TQM의 각 활동요인과 성과의 관련성을 살펴보고자 한다. 또한 TQM활동이 경영성과에 어느 정도 영향을 미치는지, TQM활동이 품질성과와 얼마나 높은 상관관계가 있는지, TQM활동과 고객만족과는 어느 정도 관련성이 있는지에 관해 가설을 설정하였다. 본 연구는 다음과 같은 가설을 검증하고자 한다.

- 가설1 : TQM활동은 성과와 정(+)의 상관관계가 있다.
- 1-1 : TQM활동은 경영성과와 정(+)의 상관관계가 있다.
- 1-2 : TQM활동은 품질성과와 정(+)의 상관관계가 있다.
- 1-3 : TQM활동은 고객만족과 정(+)의 상관관계가 있다.

3.1.2 소유형태와 TQM활동 및 성과에 대한 가설

공공기관 효율성에 대해 미국정부는 과거에 비해 훨씬 많은 관심을 가지고 있고 TQM을 채택하도록 정부기관이 유도하고 있으며(Bailey, 1993), 특히 Galloway(1994)는 정부의 효율성 증진을 위해서는 TQM적용이 필요하며 TQM적용을 위한 태도변화가 성과 및 효율성 모두를 증가시킨다고 한다.

우리나라 공공부문의 경우, 품질경영의 원천이라고 할 수 있는 리더십은 품질경영의 활동인 인적자원 관리, 서비스품질 전략, 투자유치 계획에 대하여 유의한 영향을 미치고 조직문화는 벤치마킹, 프로세스 품질, 품질정보 시스템 등의 품질경영활동에 대해 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나 품질경영활동을 전개해야 한다고 주장한다(강병서, 김계수, 1999).

Zayed(1994)는 의료서비스에 있어서 소유형태와 TQM실행과의 관계에 관한 연구에서 소유형태별(국공립병원, 비영리법인병원, 개인병원) TQM실행정도가 다르며 최고경영자의 리더십이 성과에 크게 영향을 미친다고 보고 최고경영자가 TQM프로그램에 대해 열의를 갖고 참여 및 지원해야 한다고 하였다.

병원 소유형태 구분에 관한 자료(한국보건의료관리연구원, 1996; 대한병원협회, 1999; 조재협, 1998)를 근거로 하여 본 연구에서는 병원을 소유주체에 따라 국공립병원, 비영리법인병원, 개인병원으로 구분하여 TQM활동 및 성과와의 관계를 분석하고자 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설2 : 조직의 소유형태에 따라 TQM활동에 차이가 있다.

- 2-1 : 조직의 소유형태에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있다.
- 2-2 : 조직의 소유형태에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있다.
- 2-3 : 조직의 소유형태에 따라 경영층의 리더십활동에 차이가 있다.
- 2-4 : 조직의 소유형태에 따라 고객만족 조사체계활동에 차이가 있다.
- 2-5 : 조직의 소유형태에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있다.
- 2-6 : 조직의 소유형태에 따라 조직구조에 차이가 있다.

가설3 : 조직의 소유형태에 따라 성과에 차이가 있다.

- 3-1 : 조직의 소유형태에 따라 경영성과에 차이가 있다.
- 3-2 : 조직의 소유형태에 따라 품질성과에 차이가 있다.
- 3-3 : 조직의 소유형태에 따라 고객만족에 차이가 있다.

3.1.3 지리적 위치와 TQM활동 및 성과에 대한 가설

양봉민 등(1991)이 행한 의료기관의 적정 인력산출에 관한 연구에서는 구체적으로 대학병원과 비대학병원의 적정 인력구조에 대하여 추계한 사항이 있는데 인력구조에 영향을 미치는 병원 특성요인으로 지리적 위치, 설립주체 등을 제시하고 있다. 최근 생산관리 분야의 몇몇 연구들은 세계의 기업들이 생산전략 면에서는 생산관리 업무상 중점을 두고 강조하는 점들이 지역의 차이에도 불구하고 거의 유사하게 접근하고 있다는 것을 보여주고 있다(Vastag & Whybark, 1994; Ward 등, 1995). 하지만 세계 기업들이 생산전략이나 품질경영이 지역의 차이 없이 유사하게 접근하고 있다는 주장을 일반화된 사실로 인정하기에는 아직은 많은 연구가 수반되어야 한다(정상철 등, 1998).

본 연구에서는 병원의 TQM활동과 성과가 지리적 위치와 어떤 관계가 있는지 알아보기 위하여 병원의 소재지에 따른 가설을 설정했다. 병원의 소재지는 서울을 포함하

여 5개 도시로 나뉘어지는데 시장의 경쟁정도에 따라 조직의 관리적 성향이 다를 것이라는 기대에서 소재지 구분을 하여 가설을 도출하였다.

- 가설4 : 지역에 따라 TQM활동에 차이가 있다.
- 4-1 : 지역에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있다.
 - 4-2 : 지역에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있다.
 - 4-3 : 지역에 따라 경영층의 리더십활동에 차이가 있다.
 - 4-4 : 지역에 따라 고객만족 조사체계 활동에 차이가 있다.
 - 4-5 : 지역에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있다.
 - 4-6 : 지역에 따라 조직구조에 차이가 있다.

- 가설5 : 지역에 따라 성과에 차이가 있다.
- 5-1 : 지역에 따라 경영성과에 차이가 있다.
 - 5-2 : 지역에 따라 품질성과에 차이가 있다.
 - 5-3 : 지역에 따라 고객만족에 차이가 있다.

3.1.4 리더십 유형과 TQM활동 및 성과에 대한 가설

Deming은 리더가 리더십을 발휘하여 변혁을 위한 조치를 할 것을 강조하고 있고, 말콤 볼드리지 품질상도 리더십을 성공적인 품질시스템의 기본요소로 간주하여 평가의 첫 번째 범주로 넣고 있다. Leonard와 Sasser(1982)도 품질경영에 있어 경영진의 리더십은 필수적이라고 주장하였다.

신유근(1983)은 특성이론, 상황이론, 추종자중심이론을 소개하고 이들을 통합해야 한다는 관점에서 리더십 과정모델을 제시하였으며 전체적 리더십, 민주적 리더십, 방임적 리더십 중 참여와 자유를 중시하는 인간중심적 민주적 리더십의 우월성을 강조하였다. Latone(1972)은 리더십 유형을 전체적 리더십, 방임적 리더십, 민주적 리더십으로 구분하고 생산성과와의 관계를 조사한 결과 민주형 리더십이 가장 생산적인 것이라고 보고하고 있으며, Rosenbaum 등(1971)은 위기적 상황에서는 전체형 리더십이 종업원의 사기와 생산성을 더 높여 주었다는 것을 보고하였다.

리더십 유형은 지도자와 구성원간의 상호작용방법에 따라 달라지며 사람에 따라 많은 다양한 유형들로 나뉘어지지만 본 연구에서는 리더십 유형을 전체적 리더십, 민주적 리더십, 방임적 리더십으로 분류하고 리더십 유형에 따라 TQM활동 및 성과에 차이가 있는가를 검증하고자 한다.

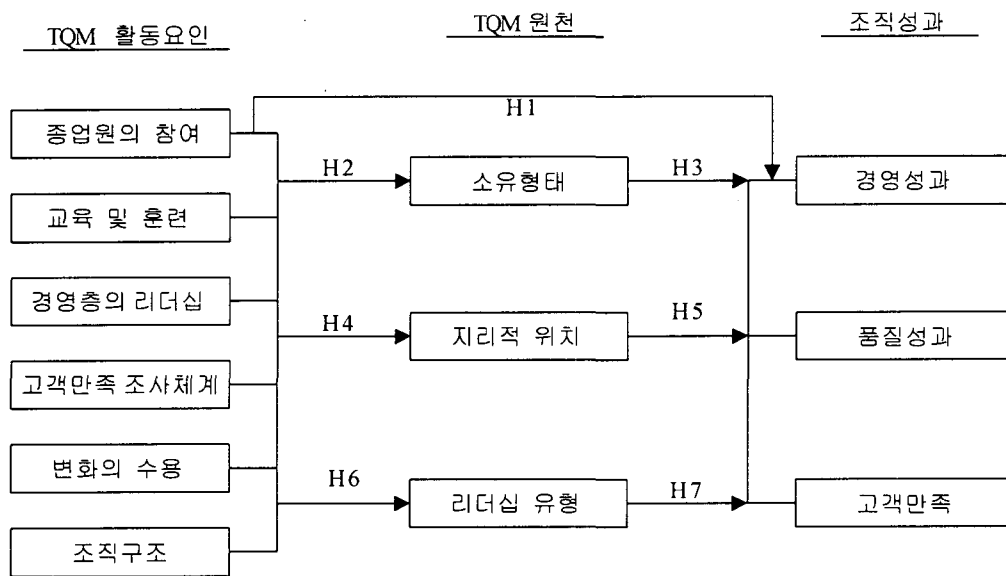
- 가설6 : 리더십 유형에 따라 TQM활동에 차이가 있다.
- 6-1 : 리더십 유형에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있다.
 - 6-2 : 리더십 유형에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있다.
 - 6-3 : 리더십 유형에 따라 경영층의 리더십에 차이가 있다.
 - 6-4 : 리더십 유형에 따라 고객만족 조사체계활동에 차이가 있다.
 - 6-5 : 리더십 유형에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있다.
 - 6-6 : 리더십 유형에 따라 조직구조에 차이가 있다.

- 가설7 : 리더십 유형에 따라 성과에 차이가 있다.
- 7-1 : 리더십 유형에 따라 경영성과에 차이가 있다.
- 7-2 : 리더십 유형에 따라 품질성과에 차이가 있다.
- 7-3 : 리더십 유형에 따라 고객만족에 차이가 있다.

3.2 연구 모형

본 연구에서는 의료기관에 있어서 TQM활동과 성과를 서로 연관시켜 분석하고 유의적인 차이를 밝힘으로써 TQM활동의 중요성을 제시하고자 한다. 또한 TQM활동과 성과가 조직의 특성(소유형태, 지리적 위치, 리더십 유형)에 따라 차이점이 있는지를 살펴보고자 한다.

조직특성이 TQM활동 및 성과에 미치는 영향을 분석하기 위한 연구모형은 <그림 1>과 같다.



< 그림 1 > 연구 모형

3.3 표본의 설계

본 연구에서는 병원경영이 효율적으로 수행되기 위해서는 병원조직에 TQM 도입이 필요하다고 보고 그 방안을 모색하고자 한다. 따라서 본 연구는 병원조직에서 TQM 활동이 어느 정도 실행되고 있는가를 확인하고 그 실행정도가 성과에 얼마나 영향을 미치는가 하는 관계를 실증적인 방법으로 고찰해 보기로 한다. 또한, 조직특성의 TQM활동 및 성과와의 관계를 검토해 보고자 한다.

본 연구에서는 병원조직의 소유형태를 국공립병원/비영리법인병원/개인병원으로 구

분하였다. 그리고 조사대상 병원을 지리적 위치를 기준으로 하여 서울지역 수원지역, 원주지역, 천안지역, 대전지역의 5개 지역으로 나누어 지역별로 TQM활동정도 및 성과에 차이가 있는지 알아보려고 하였다. 또한 리더십 유형을 전체적 리더십, 민주적 리더십, 방임적 리더십으로 구분하여 리더십 유형이 TQM활동과 성과에 영향을 미치는지를 분석하였다.

본 연구의 조사대상은 대한병원협회(1999)에 등록된 전국의 500병상 이상의 종합병원으로 하였는데 그 이유는 우리나라 병원의 건립추세가 종합병원을 위주로 이루어지고 있다는 점과(조재협, 1998), 소규모(180병상 이하)의 병원에서는 TQM활동이 제대로 이루어지지 않아 연구에 이용될 수 있는 자료가 수집 불가능하다고 판단하였기 때문이다. 설문지는 380부가 배포되었는데 그 중 186부가 회수되었고(회수율 49%), 응답이 불성실하거나 누락된 설문지를 제외한 184부의 설문지가 통계분석자료에 이용되었다. 설문조사 기간은 3월 28일부터 한달 간 이루어졌다. 자료수집은 병원에 근무하는 전직원들을 대상으로 하였으며 본 설문조사의 취지와 설문문의 구성에 대한 간략한 설명과 의문사항에 대한 답변을 제공하여 설문작성에 이해를 도왔다. 단순직이나 일용직 직원은 본 연구의 대상에서 제외시켰으며 최고경영층이 다수 설문에 응답하였다.

3.4 변수의 조작적 정의

3.4.1 TQM활동에 관한 변수

본 연구에서는 Chang, Laboriz와 Rosansky(1993)의 10가지 TQM핵심영역(계획, 리더십과 참여, 하부구조, 초점과 전개, 평가, 교육, 자원, 정보와 커뮤니케이션, 시스템연계, 고객연계, 공급자연계, 공공책임)과 유한주(1994)의 TQM의 성공적 추진요인(경영자의 열의와 리더십, 품질전략 및 방침, 인적자원의 능력개발과 관리, 조직과 그 관리, 프로세스의 관리), 그리고 말콤 볼드리지상의 주요차원(리더십, 정보와 분석, 전략적 품질계획, 인적자원의 개발과 관리, 프로세스 품질의 관리, 품질 및 업무상의 성과, 고객에 관한 초점과 고객만족)과 Gaucher 등(1990)의 TQM의 성공 요인(명확한 비전, 변화에 대한 조직의 수용력, 변화에 대한 조직의 시발점, 변화에 대한 계획)으로부터 TQM이 조직내에서 얼마나 효과적으로 실행되고 있는가를 평가하기 위해 종업원의 참여, 교육 및 훈련, 최고경영자의 리더십, 고객만족 조사체계, 변화의 수용, 조직구조의 6가지 활동요인을 추출하여 측정하였다.

3.4.2 성과에 관한 변수

성과(performance)란 활동이 얼마나 잘 수행되고 있는지를 평가하기 위한 효과적인 척도를 말한다. 본 연구에서는 품질경영활동에 따른 조직성과 요인으로서 경영성과, 품질성과 및 고객만족 등의 세 가지로 나누어 그 성과를 파악하려고 한다.

4. 실증연구의 결과분석

4.1 자료의 기초적 특성분석

본 연구에 이용된 의료서비스 기관 종사자들에 대한 특성을 각각 직종, 근무연수, 소유형태, 지역별로 살펴보면 다음과 같다. 직종별 분포는 의료직이 53명(28.8%), 행정직 37명(20.1%), 관리직 31명(16.85%), 연구직 31명(16.85%), 기타가 25명(13.59%)으로 나타나 의료직이 다소 높은 편이며, 관리직·연구직이 다소 낮게 나타났다.

설문응답자들의 근무연수를 보면 5년 이내가 74명(40.2%)으로 가장 높았고, 11-15년이 42명(22.82%), 5-10년 29명(15.8%), 16-20년 28명(15.2%), 21년 이상은 7명(3.8%)으로 나타나고 있다.

조사대상 병원들을 소유형태별로 구분하여 보면 비영리법인병원의 수는 5개, 응답자는 104명(56.52%)으로 가장 많고, 국공립병원이 2개, 응답자는 54명(29.34%), 개인병원이 2개, 응답자는 26명(14.13%) 등이다.

또한, 지역별 응답자의 수를 보면 서울이 113명(61.41%)으로 가장 높았다. 그리고 원주 20명(10.89%), 수원 17명(9.23%), 천안 17명(9.23%), 대전 17명(9.23%)으로 서울 이외의 지역은 고른 분포를 보이고 있다.

4.2 신뢰성 검증 및 속성 분류

신뢰성은 측정도구의 정확성이나 정밀성을 나타내는 것으로서 의존가능성, 안전성, 일치성, 예측가능성, 그리고 정확성과 동일한 의미를 갖는다. 신뢰성분석(Reliability Analysis)은 동일한 개념을 독립된 측정방법으로 측정한 경우 결과가 비슷하게 나타나야 한다는 것을 전제로 하고 있다. <표 1>은 TQM활동요인과 성과에 대한 내적 일관성의 분석결과이다.

< 표 1 > 신뢰성 분석결과

연구 단 위		항목수	신뢰계수(Alpha계수)
TQM 활동요인	종업원의 참여	6	0.882030
	교육 및 훈련	7	0.803388
	경영층의 리더십	5	0.837787
	고객만족 조사체계	7	0.914498
	변화의 수용	6	0.818977
	조직구조	5	0.806636
성 과	경영성과	5	0.847966
	품질경영	5	0.859006
	고객만족	6	0.888483

일반적으로 알파값이 0.7-0.9(김태웅 · 이원준, 1997)여야만이 설문지의 신뢰성이 보장되지만 새로이 개발된 설문지의 경우는 최저 허용치 0.6을 사용하기도 한다.

추출된 TQM평가요인과 성과별 알파계수들은 0.803388-0.914498의 범주에 속해 있다. 일반적으로 알파계수가 0.7 이상이면 적당한 것으로 간주되므로 본 연구에서 개발된 척도들은 모두 신뢰성이 높다고 볼 수 있다

설문에 대한 타당성은 요인분석을 통해 검증되었는데 요인분석은 수많은 변수들을 적은 수의 몇 가지 요인으로 묶어줌으로써 그 내용을 단순화하는 것이 그 목적이다. 설문지의 타당성 검증을 위해 요인분석을 수행한 결과는 <표 2>에서 볼 수 있다. 요인분석 결과 36개의 응답항목은 고유치가 1이상인 4개의 범주로 분류되었고 추출된 4요인의 고유치는 각각 요인 1이 54.17%, 요인 2는 16.45%, 요인 3은 7.35%, 요인 4는 5.85%로 전체 변량의 83%를 설명하고 있으므로 독립된 요인으로 볼 수 있다. 고유치는 그 요인이 설명하는 분산의 양을 나타내므로 이 값이 큰 요인이 중요한 요인이 된다. 물론 요인 1이 가장 높은 설명을 하고 있다. 요인을 더 많이 추출한다면 그 설명력이 보다 높아질 것이지만 요인의 수가 많아진다는 단점이 있다.

성과변수에 대해 요인분석을 실시한 결과 고유치가 1.0 이상인 요인이 3개로 나타났다. 이들의 설명정도는 요인 1이 71.51%, 요인 2 10.29%, 요인 3 0.0967%로 전체의 설명력은 91.47%로 나타나 요인분석에서 요구되어지는 60%이상을 충족시키는 것으로 나타났다.

< 표 2 > 연구단위들에 대한 요인분석 결과

연구단위		고유치	설명력	누적설명력
TQM 활동요인	요인 1	13.1174	0.5417	0.5417
	요인 2	3.9838	0.1645	0.7063
	요인 3	1.7795	0.0735	0.7797
	요인 4	1.3687	0.0565	0.8363
성 과	요인 1	7.5576	0.7151	0.7151
	요인 2	1.0880	0.1029	0.8180
	요인 3	1.0218	0.0967	0.9147

4.3 연구가설의 검증

4.3.1 TQM활동과 성과와의 관계에 대한 가설의 검증

TQM활동 요인과 성과간의 관련성 여부에 대한 가설검증을 상관관계분석(Correlation Analysis)을 이용하여 분석하였다. 상관관계분석은 한 변수가 다른 변수와의 관련성이 있는지 여부와 관련성이 있다면 어느 정도의 관련성이 있는지를 알고자 할 때 이용되는 분석기법이다.

<표 3>은 그 결과로 TQM활동 변수들과 성과간의 상관관계계수는 전체적으로 강

한 정(+의 상관관계가 있음을 알 수 있다. 이는 상관관계의 방향성 측면에서 본 것이다. 다시 말하면, TQM활동이 높을수록 성과가 높아진다는 의미로 해석할 수 있다. p 값을 유의수준 0.01%에서 볼 때 두 변수간의 상관관계의 계수는 통계적으로 유의하다. 따라서 TQM활동은 성과와 정의 상관관계라는 가설 1은 지지되었다.

< 표 3 > TQM활동과 성과의 상관관계 표

구분	종업원의 참여	교육 및 훈련	경영층의 리더십	고객만족 조사체계	변화의 수용	조직구조
경영성과	0.18582*	0.38481 0.0001 184	0.44836	0.49987 0.0001 184	0.58815 0.0001 183	0.43933
	0.0116**		0.0001			0.0001
	184***		184			184
품질성과	0.41833	0.39123 0.0001 184	0.50418	0.40982 0.0001 184	0.54328 0.0001 183	0.52087
	0.0001		0.0001			0.0001
	184		184			184
고객만족	0.35151	0.42794 0.0001 184	0.50766	0.44166 0.0001 184	0.58413 0.0001 183	0.56597
	0.0001		0.0001			0.0001
	184		184			184

(* 상관계수, ** P값, ***표본의 크기)

TQM요인과 3가지 성과(경영성과, 품질성과 및 고객만족)와 정의 상관관계가 있을 것이라는 연구가설을 검증하기 위해 회귀분석(Regression Analysis)을 실시한 결과는 <표 4>와 같다. <표 4>에서 TQM활동과 경영성과의 관계를 보면 확인해야 할 값은 종업원의 참여, 변화의 수용 및 조직구조의 값이다. 유의수준이 0.05보다 작으면 가정된 회귀모형이 자료에 적합하다고 판단한다. 조사결과에서는 TQM활동 요인 중에서 종업원의 참여, 변화의 수용 및 조직구조 변수만이 유의수준 0.05%수준에서 유의한 값으로 나타났다. 결과에서는 변화의 수용변수와 조직구조변수의 추정치가 각각 0.449234와 0.226417이다. 이 값을 해석하면, 변화의 수용변수와 조직구조변수를 한 단위 늘릴 때마다 경영성과가 0.449234와 0.226417 단위씩 증가한다고 결론 내릴 수 있다.

또한 종업원의 참여는 경영성과에 부(-)의 관계가 있는 것으로 나타났는데, 즉 TQM활동 중에서 종업원의 참여가 경영성과에 부정적인 영향을 미치는 것으로 해석될 수 있다. 종업원의 참가, 교육 및 훈련, 경영층의 리더십 및 고객만족 조사체계활동과 경영성과는 <표 4>에서 정(+의 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 회귀분석 결과 유의한 값을 갖지 못하거나 회귀계수가 (-)의 값을 갖는 것은 변수들 간에 다중공선성이 있기 때문인 것으로 추정된다.

다중공선성이 존재하는 경우에 개별 회귀계수의 해석은 의미가 없지만 회귀식 전체의 해석에는 아무런 문제가 없다. 유의수준 0.001%에서 F값은 19.037로 회귀선은 유

의하므로 다중공선성이 존재한다 하더라도 독립변수들은 종속변수와 직선적인 관계가 존재한다. 따라서 TQM활동이 경영성과와 정(+)의 상관관계가 있다는 가설1-1은 지지되었다.

TQM활동 요인과 품질성과와의 관계를 분석한 결과 유의수준 0.05%에서 변화의 수용변수와 조직구조변수만이 유의한 값으로 나타났다. 결정계수값은 0.3936으로 회귀선이 주어진 자료에 39.36% 적합됨을 알 수 있다. 따라서 TQM활동은 품질성과와 정의 상관관계라는 가설 1-2는 지지되었다.

TQM활동 요인과 고객만족 간의 관계를 보면, 여기에서도 품질성과와 마찬가지로 변화의 수용변수와 조직구조변수만이 유의한 값을 갖는다. 즉 이 두 변수가 증가함으로써 고객만족이 증가한다는 것을 알 수 있다. 따라서 TQM활동이 고객만족과 정의 상관관계가 있다는 가설 1-3은 지지되었다.

< 표 4 > TQM활동요인과 경영성과, 품질성과 및 고객만족

종속변수	독립변수	Parameter Estimate	Prob> T	R ²	F 값	P 값
경영성과	종업원의 참여	-0.160634	0.0390*	0.3936	19.037	0.0001
	교육 및 훈련	-0.017843	0.8644			
	경영층의 리더십	0.060635	0.5403			
	고객만족 조사체계	0.093948	0.3088			
	변화의 수용	0.449234	0.0001***			
	조직구조	0.226417	0.0058**			
품질성과	종업원의 참여	0.111712	0.1428	0.3857	18.418	0.0001
	교육 및 훈련	-0.041701	0.6846			
	경영층의 리더십	0.085913	0.3775			
	고객만족 조사체계	0.011851	0.8959			
	변화의 수용	0.316608	0.0020**			
	조직구조	0.249343	0.0020**			
고객만족	종업원의 참여	-0.021568	0.7788	0.4359	22.664	0.0001
	교육 및 훈련	0.021943	0.8324			
	경영층의 리더십	0.073919	0.4522			
	고객만족 조사체계	-0.008398	0.9269			
	변화의 수용	0.376329	0.0003***			
	조직구조	0.366169	0.0001***			

(* P값<0.05, ** P값<0.01, *** P값<0.001)

4.3.2 소유형태와 TQM활동 및 성과에 대한 가설의 검증

TQM활동과 성과가 조직의 소유형태에 따라 차이가 있다는 가설을 검증하기 위해 분산분석(Analysis of Variance: ANOVA)을 실시하였다. 분산분석이란 종속변수의 개별 관측치와 이들 관측치의 평균값 사이의 변동(total variation)을 그 원인에 따라 몇 가지로 나누어 분석하는 방법이다(김태웅 외, 1997). 이 분산분석을 이용하여 표본들

이 동일한 평균을 가진 모집단에서 추출된 것인지의 여부를 추론할 수 있다.

‘소유형태에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있다’라는 하나의 연구가설을 채택하여 분산분석을 실행한 결과가 <표 5>에 있다. 그리고 사후검증에 있어서는 던칸 다중검정치(Duncan Grouping)를 이용하였다. 결론적으로, 유의수준 0.001수준에서 집단 간에 유의한 차이가 있는 것으로 볼 수 있다. 즉 개인병원집단의 종업원의 참여활동이 2.86으로 국공립병원 및 비영리법인병원 집단보다 조금 높은 것으로 나타났다. 따라서 소유형태에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있는 것으로 보아 가설 2-1은 지지되었다.

< 표 5 > 소유형태와 TQM활동 요인

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
종업원의 참여	국공립	2.3673	B	10.87	0.0001
	비영리법인	2.1554	B		
	개인	2.8654	A		
교육 및 훈련	국공립	2.3360	B	3.92	0.0216
	비영리법인	2.4519	A		
	개인	2.0989	B		
경영층의 리더십	국공립	2.3519	A	0.35	0.7040
	비영리법인	2.4159	A		
	개인	2.2885	A		
고객만족 조사체계	국공립	2.4259	A	22.08	0.0001
	비영리법인	2.6374	A		
	개인	1.6264	B		
변화의 수용	국공립	2.3962	B	6.26	0.0024
	비영리법인	2.6554	A		
	개인	2.1859	B		
조직구조	국공립	2.4296	B	2.51	0.0837
	비영리법인	2.3731	B		
	개인	2.7077	A		

‘소유형태에 따라 교육 및 훈련 활동에 차이가 있다’라는 연구가설에 대해 분석한 결과 비영리법인병원집단이 개인병원 및 국공립병원집단보다 교육 및 훈련활동에 있어서 더 활동적인 것으로 나타났다. 따라서 가설 2-2는 지지되었다.

‘소유형태에 따라 경영층의 리더십활동에 차이가 있다’라는 가설에 대해 분석한 결과 유의한 값을 얻지 못하였다. 즉 소유형태가 경영층의 리더십활동에 영향을 미치지 않는다고 해석할 수 있을 것이다. 따라서 가설 2-3은 지지되지 않았다.

‘소유형태에 따라 고객만족 조사체계 활동에 차이가 있다’라는 가설에 대해서 검증한 결과, 유의수준 0.001%에서 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 볼 수 있다. 즉 비영리법인병원과 국공립병원 집단이 개인병원집단에 비해 높은 것으로 나타났으므로 가설 2-4는 지지되었다.

‘소유형태에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있다’라는 가설을 검증하기 위해 분석을 실시한 결과 변화의 수용활동에 대해 비영리법인병원집단이 나머지 집단에 비해 높은 것으로 나타났으므로 가설 2-5는 지지되었다.

‘소유형태에 따라서 조직구조에 차이가 있다’라는 가설을 검증하기 위해 분산분석을 실시한 결과 유의한 결과를 얻지 못하였다. 즉 소유형태가 조직구조와 어떠한 관계가 있는지를 밝히지 못함으로써 가설 2-6은 지지되지 않았다.

소유형태와 성과에 대한 가설의 검증결과는 <표 6>에 나타나 있다.

‘소유형태에 따라 경영성과에 차이가 있다’라는 가설을 검증한 결과 비영리법인병원집단이 국공립병원 및 개인병원집단보다 높게 나타났다. 즉 유의수준 0.01%에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으므로 가설 3-1은 지지되었다.

‘소유형태에 따라 품질성과에 차이가 있다’라는 가설과 ‘소유형태에 따라 고객만족에 차이가 있다’라는 가설을 검증하기 위해 분산분석을 실시한 결과 유의한 값을 얻지 못하였으며 가설 3-2와 가설 3-3은 지지되지 않았다.

< 표 6 > 소유형태와 경영성과, 품질성과 및 고객만족

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
경영성과	국공립	2.4519	B	6.36	0.0021
	비영리법인	2.7942	A		
	개인	2.3846	B		
품질성과	국공립	2.5259	B	1.81	0.1667
	비영리법인	2.6096	B		
	개인	2.8385	A		
고객만족	국공립	2.5864	B	2.09	0.1268
	비영리개인	2.7388	B		
	개인	2.9359	A		

4.3.3 지리적 위치와 TQM활동 및 성과에 대한 가설의 검증

지리적 위치에 따라서 TQM활동 정도에 차이가 있을 것이라는 가설을 분산분석을 통해 검증한 결과를 설명하면 다음과 같다. 먼저, 지리적 위치에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-1을 검증한 결과 <표 7>에서와 같이 5개 지역이 유의적인 차이를 보였다. 서울지역이 가장 높고 천안지역이 가장 낮게 나타났다. 따라서 지리적 위치에 따라 직원의 참여활동에 차이가 있는 것으로 나타나 가설 4-1은 지지되었다.

지리적 위치에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-2를 검증한 결과 유의수준 0.01%에서 유의한 차이가 나타났다. 수원지역이 가장 높고 대전지역이 가장 낮게 나타났다. 따라서 지리적 위치에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있다는 가설 4-2는 지지되었다.

< 표 7 > 지리적 위치와 TQM활동 요인

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
종업원의 참여	서울	2.6003	A	19.65	0.0001
	수원	1.9510	B		
	원주	2.2250	AB		
	천안	1.3627	C		
	대전	1.8725	B		
교육 및 훈련	서울	2.3616	B	3.45	0.0096
	수원	2.6555	A		
	원주	2.5643	AB		
	천안	2.2521	BC		
	대전	2.0084	C		
경영층의 리더십	서울	2.4558	A	4.97	0.0008
	수원	2.6618	A		
	원주	2.5125	A		
	천안	1.8382	B		
	대전	1.9706	B		
고객만족 조사체계	서울	2.3755	BC	6.96	0.0001
	수원	3.1513	A		
	원주	2.7143	AB		
	천안	2.1261	C		
	대전	2.0672	C		
변화의 수용	서울	2.4970	AB	4.34	0.0022
	수원	2.7941	A		
	원주	2.9000	A		
	천안	2.1961	B		
	대전	2.2059	B		
조직구조	서울	2.5752	A	4.80	0.0011
	수원	2.4824	A		
	원주	2.2600	B		
	천안	1.9176	B		
	대전	2.2000	B		

(AB: A집단에도 포함되고 B집단에도 포함되는 집단, BC : B집단에도 포함되고 C집단에도 포함되는 집단)

지리적 위치에 따라 경영층의 리더십활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-3을 검증한 결과 유의수준 0.001%에서 유의적인 차이를 보이는 것으로 나타났다. 특이한 것은 Duncan Grouping에서 두 집단으로 명확하게 나뉘어져 서울, 수원지역 집단이 원주, 천안, 대전지역 집단보다 높게 나타났다. 따라서 지리적 위치에 따라 경영층의 리더십활동에 차이가 있다는 가설 4-3은 지지되었다.

지리적 위치에 따라서 고객만족 조사체계 활동에 차이가 있을 것이라는 가설을 검

증한 결과는 <표 7>에서 보는 바와 같다. 가설 4-4를 검증한 결과 수원지역이 가장 높게 나타났고 천안, 대전지역이 가장 낮게 나타났다. 따라서 지리적 위치에 따라 고객만족 조사체계활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-4는 지지되었다.

지리적 위치에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-5를 검증한 결과, 유의수준 0.01%에서 유의적인 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 수원, 원주지역이 높게 나타났고 나머지 지역이 보다 낮게 나타났다. 따라서 지리적 위치에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있을 것이라는 가설 4-5는 지지되었다.

지리적 위치에 따라서 조직구조에 차이가 있을 것이라는 가설 4-6을 검증한 결과 유의수준 0.001%에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 여기서는 두 집단으로 나뉘어졌는데 서울, 수원지역 집단이 원주, 천안, 대전지역 집단보다 높게 나타나서 가설 4-6은 지지되었다.

지리적 위치에 따라 성과에 차이가 있을 것이라는 가설을 검증하기 위해 분산분석을 실시하였다. 먼저 경영성과에 차이가 있을 것이라는 가설 5-1을 검증한 결과 <표 8>에서와 같이 유의수준0.001%에서 유의적인 결과를 얻었다. 즉 수원, 원주지역 집단이 경영성과가 가장 높고, 다음이 서울, 대전지역 집단, 그리고 천안지역 집단이 가장 낮았다. 따라서 지리적 위치에 따라 경영성과에 차이가 있을 것이라는 가설 5-1은 지지되었다.

< 표 8 > 지리적 위치와 성과

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
총 성과	서울	2.6300	B	7.21	0.0001
	수원	3.0110	A		
	원주	3.0563	A		
	천안	2.1471	C		
	대전	2.5809	B		
경영성과	서울	2.5150	B	7.17	0.0001
	수원	3.0000	A		
	원주	3.0500	A		
	천안	2.2118	B		
	대전	3.0118	A		
품질성과	서울	2.6584	AB	4.36	0.0022
	수원	2.8000	A		
	원주	2.8700	A		
	천안	2.0706	C		
	대전	2.4118	BC		
고객만족	서울	2.7021	B	8.98	0.0001
	수원	3.1961	A		
	원주	3.2167	A		
	천안	2.1569	C		
	대전	2.3627	BC		

지리적 위치에 따라 품질성과에 차이가 있을 것이라는 가설 5-2를 검증한 결과 유의수준 0.01%에서 유의적인 차이가 있는 것으로 나타났다. 수원, 원주지역 집단이 품질성과가 가장 높고 천안지역 집단이 가장 낮게 나타남으로써 지리적 위치에 따라 품질성과에 차이가 있다는 가설 5-2는 지지되었다.

지리적 위치에 따라 고객만족이 다를 것이라는 가설 5-3을 검증한 결과 유의수준 0.001%에서 유의적인 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 수원, 원주지역 집단이 고객만족이 가장 높게, 그리고 천안지역 집단이 가장 낮게 나타남으로써 지리적 위치에 따라 고객만족에 차이가 있다는 가설 5-3은 지지되었다.

4.3.4 리더십 유형과 TQM활동 및 성과에 대한 가설의 검증

리더십 유형에 따라 TQM활동에 차이가 있을 것이라는 가설을 검증한 결과, TQM활동 중에서 교육 및 훈련활동과 변화의 수용활동만이 소유형태에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 9>참조).

< 표 9 > 리더십 유형과 TQM활동 요인

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
종업원의 참여	전제적 리더십	2.5556	A	7.43	0.0010
	민주적 리더십	2.5432	A		
	방임적 리더십	1.9421	A		
교육 및 훈련	전제적 리더십	2.8571	A	6.02	0.0034
	민주적 리더십	2.5291	AB		
	방임적 리더십	2.1806	B		
경영층의 리더십	전제적 리더십	2.7685	A	10.07	0.0001
	민주적 리더십	2.3333	A		
	방임적 리더십	2.0521	A		
고객만족 조사체계	전제적 리더십	2.4392	A	0.80	0.4510
	민주적 리더십	2.2857	A		
	방임적 리더십	2.2044	A		
변화의 수용	전제적 리더십	2.7963	A	6.75	0.0018
	민주적 리더십	2.3028	AB		
	방임적 리더십	1.9444	B		
조직구조	전제적 리더십	2.6741	A	5.19	0.0072
	민주적 리더십	2.4000	A		
	방임적 리더십	2.1889	A		

'리더십 유형에 따라 종업원의 참여활동에 차이가 있다'라는 가설에 대해 분석한 결과 유의수준 0.001%에서 유의한 차이를 발견하지 못하였다. 따라서 가설 6-1은 지지되지 않았다.

'리더십 유형에 따라 교육 및 훈련활동에 차이가 있다'라는 가설에 대해 검증한 결과 유의수준 0.01%에서 차이를 보였다. 즉 전제적 리더십 유형이 가장 높고 방임적

리더십 유형이 가장 낮은 것으로 나타나 가설 6-2는 지지되었다.

‘리더십 유형에 따라 경영층의 리더십활동에 따라 차이가 있다’라는 가설에 대해 분석한 결과 차이를 발견하지 못하였다. 따라서 가설 6-3은 지지되지 않았다.

‘리더십 유형에 따라 고객만족 조사체계활동에 차이가 있다’라는 가설에 대해 검증한 결과, 유의한 값을 얻지 못하여 가설 6-4는 지지되지 않았다.

‘리더십 유형에 따라 변화의 수용활동에 차이가 있다’라는 가설을 검증한 결과 유의수준 0.01%에서 리더십 유형에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 전체적 리더십 유형이 가장 높고 방임적 리더십 유형이 가장 낮은 것으로 나타났다. 따라서 가설 6-5는 지지되었다.

‘리더십 유형에 따라 조직구조에 차이가 있다’라는 가설에 대해 분석한 결과 차이가 없는 것으로 나타나 가설 6-6은 지지되지 않았다.

리더십 유형에 따라 성과에 차이가 있을 것이라는 가설을 검증하기 위해 분산분석을 실시한 결과 다음과 같은 분석결과가 도출되었다. 먼저 리더십 유형과 경영성과를 분석한 결과를 표로 나타내면 <표 10>과 같다. 즉 전체적 리더십 및 민주적 리더십 집단이 방임적 리더십 집단보다 경영성과가 높게 나타나 리더십 유형에 따라서 경영성과에 차이가 있다는 가설 6-1은 지지되었다.

리더십 유형에 따라 품질성과가 다를 것이라는 가설 6-2를 검증한 결과 유의수준 0.05%에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 전체적 리더십 및 민주적 리더십 집단이 방임적 리더십 집단보다 품질성과가 높은 것으로 나타났다. 따라서 리더십 유형에 따라 품질성과에 차이가 있다는 가설 6-2는 지지되었다.

리더십 유형에 따라서 고객만족에 차이가 있을 것이라는 가설 6-3을 검증한 결과 유의수준 0.05%에서 유의한 차이를 보였다. 즉 민주적 리더십 집단이 전체적 리더십 및 방임적 리더십 집단보다 고객만족이 더 높은 것으로 나타났다. 따라서 리더십 유형에 따라서 고객만족에 차이가 있다는 가설 6-3은 지지되었다.

< 표 10 > 리더십 유형과 성과

종속변수	독립변수	평균	Duncan Grouping	F 값	P 값
총 성과	전체적 리더십	2.6085	A	4.42	0.0145
	민주적 리더십	2.9769	A		
	방임적 리더십	2.2500	B		
경영성과	전체적 리더십	2.6194	A	2.96	0.0566
	민주적 리더십	2.9185	A		
	방임적 리더십	2.0667	B		
품질성과	전체적 리더십	2.5306	A	3.81	0.0255
	민주적 리더십	2.8815	A		
	방임적 리더십	2.0000	B		
고객만족	전체적 리더십	2.6644	B	3.59	0.0312
	민주적 리더십	3.1049	A		
	방임적 리더십	2.6111	B		

5. 결론

5.1 연구의 요약과 시사점

본 연구는 의료서비스 기관(병원)에 있어서 TQM활동과 그 성과를 진단하고자 먼저 병원의 유형을 소유형태에 따라 국공립병원, 비영리법인병원 및 개인병원 등으로 구분하여 이들 병원의 특성별로 TQM활동에 차이가 있는지의 여부와 성과에서 차이가 있는지를 분석하였다. 다음으로 병원의 지리적 위치가 TQM활동과 성과에 영향을 미치는 변수인지를 규명하고자 하였다. 끝으로, 리더십 유형에 따라 TQM활동 및 성과에 차이가 있는지를 알아보았다.

TQM활동 요인은 종업원의 참여, 교육 및 훈련, 경영층의 리더십, 고객만족 조사체계, 변화의 수용 및 조직구조 등의 여섯 가지 요인으로 구분하였고, 조직성과 요소는 경영성과, 품질성과 및 고객만족의 세 가지 요인으로 구분하였다. 이러한 요인들을 통하여 병원의 소유형태별, 지리적 위치별, 리더십 유형별로 차이가 있는지를 분석하였다. 이를 위하여 서울 및 지방의 종합병원에 근무하고 있는 직원들을 대상으로 설문 조사를 실시하였으며, 184부의 구조화된 설문지를 자기기입식 조사방법으로 수집·분석하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, TQM활동과 성과는 정(+)의 상관관계가 있다. 즉 TQM활동이 활발할수록 성과가 높아진다는 의미로 해석할 수 있다. 본 연구에서는 변화수용 활동과 조직구조가 성과에 기여하는 것으로 분석되었는데 조직의 변화수용 활동은 TQM의 추진을 위한 선행조건이며, 품질중심으로 변화된 기업문화 속에서 TQM이 추진될 때 경영혁신을 실현할 수 있다는 것으로 해석되며, 조직구조는 TQM을 추진하여 성과를 거두기 위해서는 경영자의 의지나 종업원의 참여 등과 같은 인적요소 뿐만 아니라 조직구조적인 요건이 필요하다는 것으로 해석할 수 있다.

한편, 종업원 참여활동은 경영성과에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데 이는 병원경영시스템이 일방적으로 운영되어 왔으며 병원경영의 의사결정에 종업원의 참여에 부정적인 인식을 갖고 있다고 말할 수 있다. 이로써 급격한 변화에 보다 효율적으로 대처하기 위한 경영혁신 방법으로 TQM활동을 전개함으로써 병원경영에 이익을 가져올 수 있다는 사실이 검증되었다.

둘째, 소유형태에 따라 TQM활동 및 성과에 차이가 있었다. 종업원의 참여, 교육 및 훈련, 고객만족 조사체계, 변화의 수용 등의 TQM활동에서 소유형태에 따라 차이가 있다는 것이 검증되었고, 조직성과 중에서는 경영성과만이 소유형태에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 우리나라의 병원은 대체적으로 비영리법인병원이 개인병원에 비하여 TQM활동 및 조직성과 면에서 우위에 있음을 알 수 있다. 물론, 세 가지 소유형태의 병원에서 큰 차이가 있는 것은 아니었지만 유의한 차이를 발견할 수 있었다.

공공병원은 그동안 민간병원에 비해 비효율적인 것으로 간주되어 왔다. 그러나 이

러한 관점은 대부분 외형적인 관찰의 결과이며 과학적이고 정밀한 분석에 기초한 것은 아니었다. 본 연구의 결과에서는 제한적이지만 국공립병원의 TQM활동이나 경영 성과가 개인병원과 대등한 것으로 나타나고 있다.

셋째, 지리적 위치에 따라 TQM활동 및 성과에 차이가 있었다. 본 연구에서는 조사 지역을 5개 지역으로 구분하여 분석한 바 여섯 가지 TQM활동 모두에서 유의한 차이를 발견하였는데 서울, 수원, 원주지역 집단이 천안, 대전지역 집단보다 전체적으로 TQM활동이 더 활발하다는 것이고 조직성과 면에서, 특히 품질성과 및 고객만족에서도 서울, 수원, 원주지역이 천안, 대전지역보다 높다는 것이다. 이같은 현상은 서울, 수원, 원주지역에서 TQM에 대한 인식과 실행정도가 더 높다는 것을 의미한다.

넷째, 리더십 유형에 따라 TQM활동 및 성과에 차이가 있었다. TQM활동 요인 중에서 교육 및 훈련과 변화의 수용활동에서 전제적 리더십 유형이 실행정도가 높았으며, 경영성과와 품질성과에서는 전제적 리더십 유형과 민주적 리더십 유형이 방임적 리더십 유형에 비해 높은 것으로 나타났다. 고객만족에서는 리더십 유형이 전제적 리더십 유형과 방임적 리더십 유형보다 높은 것으로 나타났다. TQM을 위한 리더십 유형으로 민주적 리더십, 즉 최고경영자가 리더십과 경영의 양부문에서 전문적인 기술을 발휘하여 비전을 가지며, 권한을 부여하고 약속을 지키며 지도하고 세심한 배려를 제공하는 지도자가 조직이 창출해 내고자 하는 바를 보여주며 조직의 요구를 충족시킬 수 있다는 것을 의미한다.

요컨대 본 연구를 통해서 TQM이 조직성과를 향상시킨다는 것이 밝혀졌고 병원의 특성, 즉 소유형태, 지리적 위치, 리더십 유형에 따라 TQM활동 및 성과가 다르게 나타나는 것도 알 수 있었다. 따라서 앞으로 의료기관은 TQM의 단기적 결과에 중점을 두기보다는 예방 및 주요공정, 시스템의 체계적인 향상을 통해 성과향상을 꾀할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

5.2 연구의 한계점 및 향후 연구과제

이상의 연구에서 종합적 품질경영(TQM)의 틀과 함께 우리나라 의료기관(병원)에 있어서의 TQM활동에 따른 성과들을 고찰하였다. 특히 서울을 비롯한 주요지역의 병원들을 대상으로 실증분석을 행함과 아울러 가설의 설정 및 검증을 통해서 연구결과를 도출하였다.

본 연구의 결과 나타난 한계점을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 실증분석에서 다수의 의료서비스 기관(병원)들에 대해 설문조사를 실시하지 못하였다는 점이다. 국공립병원, 비영리법인병원 및 개인병원 등 9개 병원을 조사대상으로 삼았기 때문에 표본크기(sample size)에서 야기되는 연구결과의 일반화가 어렵다는 문제가 대두된다.

둘째, 표본추출(sampling)상의 한계로서 설문조사대상 병원들이 지역적으로 균등하게 분포되지 못한 데에서 지역특성이 충분히 반영된 연구결과를 도출하지 못하였다.

셋째, 제조업과는 달리 의료서비스 기관의 종사자들은 TQM에 대한 인식이 매우 낮다는 점이다. 이로 인해 의료서비스 기관에 있어서 TQM활동을 만족할 만큼 파악

하기가 어려웠다.

의료서비스 기관에 대한 TQM연구상의 한계점을 극복하고 이들 기관의 TQM활성화를 위한 향후의 연구과제를 열거하면 다음과 같다.

첫째, 실증조사에 있어서 표본크기를 더욱 확대시켜 연구결과의 일반화가 가능하도록 함이 바람직하다. 이로 인해 고객만족도의 증대가 당면과제인 우리나라 병원들의 TQM에 의한 의료품질수준은 크게 향상될 것이다.

둘째, 표본추출방법의 개선으로 여러 지역에 산재한 의료서비스 기관들의 지역적 특성을 충분히 반영하도록 해야 할 것이다. 실제로 병원의료활동에 대한 설문조사는 무관심, 비협조 또는 보수적 태도로 인해 바람직한 표본의 추출이 어려웠던 점은 앞으로 개선되어야 할 것이다.

셋째, 제조업분야는 물론, 각종 서비스업분야, 특히 의료분야에 있어서의 TQM활동의 중요성과 기여도를 적극적으로 인식시키는 노력이 선행되어야 할 것이다. 이것은 우리나라 의료업 전반에 걸쳐 품질향상에 대한 인식을 제고시킬 수 있게 할 것이다.

이상에서 본 연구의 한계점과 향후 연구과제를 기술한 바 TQM에 의한 고객만족이 병원의 수익성 제고에 직결된다는 사실을 감안할 때 우리나라 의료서비스 기관들의 적극적인 TQM활동의 도입과 적용은 시급히 확대되어야 할 것으로 보인다.

참고문헌

- [1] 강병서, 김계수(1999), "품질경영 시스템의 모형개발과 공공서비스부문의 적용에 관한 연구," 한국경영학회, 「동계학술연구발표회 발표논문집」.
- [2] 강보철, 조재립(1998. 12), "방사선과 보건의료의 서비스 품질 평가척도 개발에 관한 연구," 「품질경영학회지」, 제26권 제 4호, pp. 355-362.
- [3] 김태웅, 이원준(1997), 「통계학개론」, 서울: 연암사.
- [4] 김형욱(1997), "의료기관의 품질경영," 대한품질경영학회, 「동계학술발표대회발표논문집」.
- [5] 손동원(1998), "전사적 품질경영의 효과: 도입주장과 실행 간의 괴리정도와 기업성과," 「생산성논문집」, 제12권 제 3호.
- [6] 신유근(1983), 「조직행위론」, 서울: 다산출판사.
- [7] 양봉민(1991), 「병상규모별 전문인력 및 직장별 인력 산출」, 한국보건사회연구원.
- [8] 유한주(1994), "종합적 품질경영의 성공요인에 관한 연구," 「품질경영학회지」, 제 22권 제 1호, pp. 34-53.
- [9] 조재협(1998), 「병원의 설립형태별 관리 행태 비교연구」, 석사학위논문, 서울대학교 대학원.
- [10] 정상철, 명건식, 박승욱, Wilson, D.D.(1998), "말콤볼드리지 품질평가모형에 기초

- 한 한미 기업 품질전략의 실증적 비교연구,” 「한국생산관리학회지」, 제9권 제 1호, pp. 57-96.
- [11] 대한병원협회(1999), 「병원통계」.
- [12] 「한국경제신문」, 1998. 11. 27.
- [13] 한국보건의료관리연구원(1996), 「병원경영분석」.
- [14] Bu Zayed, Mohammed A.Q.(1994), *Total Quality Management: The case for the public sector*. Ph. D. dissertation, Portland State University.
- [15] Bailey, Marshall Hamilton III.(1993), *Public Administration Efficiency through Total Quality Management*. Ph. D. dissertation, GEORGE MASON UNIVERSITY.
- [16] Benson, P.G., Jayant V. Saraph., Roger, G. Shroeder(1991), “The Effect of Organizational Context on Quality Management: An Empirical Investigation,” *Management Science*, Vol. 37, No. 9, pp. 1107-1123.
- [17] Chang, Y.S., Laboriz, George and Rosnasky, Wictor(1993), *Making Quality Work*, Harper Business.
- [18] Claus, L.M.(1991), “Total Quality Management: A Healthcare Application,” *Total Quality Management*, Vol. 2, No. 2, pp. 131-148.
- [19] Coleman, L.G.(1991), “Health Care Providers Urged to Improve Quality,” *Marketing News*, Vol. 25, No. 10, May, p. 16.
- [20] Everett, M. & James, B.C.(1991), “Continuous Quality Improvement in Healthcare: A Natural Fit,” *Journal for Quality and Participation*, Jan./Feb., pp. 10-14.
- [21] Fortune, L.(1989), *Improving Customer-Supplier Relations in Health Care Organization*, Conference Proceedings of the QQ & PHS Quest for Quality & Productivity in Health Services, held in Washington USA, pp. 10-13, ISSN 1045 5973.
- [22] Galloway, Robert, A.(1994), “Quality Management in Police Service,” *The TQM Magazine*, Vol. 6, No. 6, pp. 4-8.
- [23] General Accounting Office(1991), *Management Practice-US Companies Improve Performance Through Quality Efforts*, GAO/NSIAD-91-190.
- [24] Hackman, J.R. & Wageman, R.(1995), “Total Quality Management: Empirical conceptual, and practical issues,” *Administrative Science Quality*, Vol. 40, pp. 309-342.
- [25] House, R.J.(1971), “A Path-Goal Theory of Leader Effectiveness,” *Administrative Science Quarterly*, Vol. 16, pp. 321-338.
- [26] Latone, S.C.(1972), “Leadership Style and Productivity,” *Training and Development Journal*, Vol. 26,(August), pp. 2-10.
- [27] Leonard, F.S. and Sasser, W.E.(1982), “The Incline of Quality,” *Harvard*

- Business Review*, Sept.-Oct., pp. 163-171.
- [28] Marszałek - Guacher, et al.(1990), *Transforming Health Care Organizations*. San Francisco, CA: Jossey - Bass Publishers.
- [29] Rosenbaum, L.L. et al.(1971), "Morale and Productivity Consequence of Group Leadership Style and Type of Task," *Journal of Applied Psychology*, (August), pp. 45-48.
- [30] Vastag, G. and Whybark, D.(1994), "American and European Manufacturing Practices: An Analytical Framework and Comparisons," *Journal of Operations Management*, Vol. 2, pp. 1-11.
- [31] Ward, P., Duray, R., Leong, K., and Sum, C.(1995), "Business Environment, Operations Strategy and Performance: An Empirical Study of Singapore Manufactures," *Journal of Operations Management*, Vol. 13, pp. 99-115.
- [32] Yung, Winco K.C.(1997), "The Values of TQM in the Revised ISO 9000 Quality System," *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 17, No. 2, pp. 221-230.
- [33] <http://www.quality.nist.gov>, 1996.