▧ 원 저 ▧

의료기관의 민간보험사와의 네트워크 구축 의향

권 영 대†, 심 재 선*
성균관대학교 의과대학 사회의학교실, 삼성의료경영연구소*

<Abstract>

A Study on Hospital's Intention to Join Network with Private Health Insurance

Young-Dae Kwon†, Jaesun Shim*
Sungkyunkwan University School of Medicine
*Samsung Health Care Management Research Institute**

This study was conducted to evaluate needs and intention of hospitals and clinics to join network with private health insurance, and to discover obstacles of participation of the networks. We carried out the questionnaire survey of the network managers of 236 medical institutions between December 27th, 2005 and January 25th, 2006.

The result showed that the participation intention of network were different to the type of hospitals. Primary care clinics answered that participation intention and possibility were low. Secondary care hospitals was relatively affirmative regarding a network participation. Tertiary hospitals responded that they need the network with private health insurance, but participation possibility was lower than needs. The reason is that they worried about the side effect of the network with private health insurance. Depending on

† 교신저자 : 권영대(02-3410-6530, youngdae.kwon@samsung.com)

the type of hospitals, expected benefits from networking with private health insurance were different.

We found that hospitals which already had affiliation with other hospitals answered in the affirmative regarding the network with private health insurance. In conclusion, to increase the effectiveness of network systems between hospital and private health insurance, the network is expected to consider different needs of the each hospital.

Key Words : Hospital network, Private health insurance, Benefit

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경

국내의 의료기관들은 미흡한 의료전달체계, 의료자원 분포의 불균형, 급변하는 의료 환경을 따라가지 못하는 등의 구조적 문제점과 지속적인 국민의료비의 증가, 치열한 경쟁에 따른 경영난 등의 경제적인 문제점을 동시에 갖고 있다(최광석, 2005). 이러한 문제점을 극복하고 경쟁력을 강화하기 위한 방안의 하나로서 의료기관 간의 네트워크 구축에 대한 관심이 증가하고 있다. 한 기관의 독자적인 경영으로는 필요한 모든 요소를 갖출 수 없기 때문에 보완적인 핵심역량을 가지고 있는 다른 조직들과 다양한 형태의 연계를 통한 전략적 공생의 필요성이 증가했기 때문이다. 다른 조직과의 협력을 통해서 한정된 자원으로도 조직의 목적을 효율적으로 달성할 수 있으며, 서로의 장점을 학습할 수 있고, 조직의 성과에도 긍정적 영향을 미칠 수 있는 장점이 있기 때문에 네트워크에 대한 관심은 점차 증가할 것으로 예상된다(Hamel 등, 1989).

거시적인 관점에서 네트워크는 참여 조직 간의 관계와 범위, 협력 내용, 그리고 형성 방향 등에 따라서 다양한 형태로 구분할 수 있으나, 국내의 의료 네트워크는 아직까지 협력 대상이나 협력 내용의 측면에서 다양하지는 않다(김인수, 1999). 국내 의료 네트워크의 대표적인 형태로는 90년대 중반부터 몇몇 종합전문요양기관을 중심으로 발달한 협력 및 협진 병의원 시스템과 경쟁적 환경 및 경영 악화 등의 환경에 대응하기 위해 자발적으로 생겨난 중소 병

원과 의원 중심의 프랜차이즈 형태의 네트워크가 있다(김광점, 2000; 김기은, 2003). 이와 같이 국내에서 주로 나타나고 있는 의료 네트워크는 협력 대상이 의료기관으로 국한되어 있으며, 협력 내용 또한 환자의 의뢰 및 회송을 중심으로 이루어지고 있어 네트워크를 통해 얻을 수 있는 비용절감 효과, 의료의 질 향상 등의 성과는 거의 거두지 못하고 있는 실정이다. 반면, 우리나라보다 앞서 네트워크가 활성화 된 미국에서는 의료기관은 물론이고 다양한 의료제공자나 보험자와도 제휴 또는 협력의 유형이 나타나고 있다. Charns(1997)에 의하면 미국의 의료 네트워크는 의료기관 간의 통합뿐만 아니라 관련기관인 보험사, 너싱홈, 공공기관과의 통합으로 발전하였다고 보고하고 있다. Shortell 등(1992)과 Brown(1996)은 1980년도 이후 managed care의 도입으로 미국의 의료기관들은 다양한 경영다각화 전략을 추구하고, 수익성이 있는 부문의 진료를 모색할 수밖에 없었다고 보고하고 있다. 의료기관 간의 경쟁이 격화되고 보험자의 영향력이 커지는 상황에서 의료기관들이 살아남기 위한 전략으로 네트워크를 구축하여 비용절감과 의료의 질 향상을 추구하면서 점차 다양한 형태의 네트워크가 만들어졌다. 특히 보험자로서 의료제공자에 강력한 영향을 가지고 있는 민간의료보험조직이 진료비의 청구와 상환을 중심으로 의료기관과 직적, 간접적인 연계를 맺고 의료 네트워크의 중점적 역할을 하고 있다.

그러나 우리나라에는 이와 같은 민간보험사와 의료기관 간의 공식적인 네트워크가 아직 존재하지 않는다. 대부분의 민간의료보험은 보험금 지급 사유 발생 시 가입자에게 사전 결정된 일정액을 지불하는 정액형이기 때문에 의료기관과 직접적인 연계를 형성할 이유가 없었다. 일부 실손형 보험의 경우에도 가입자가 진료비 영수증과 내역을 의료기관으로부터 발급받아 직접 보험사에 신청하고 보험사와 의료기관의 직접적인 관계 설정은 없었다.[1] 그러나 만일 실손형 의료보험이 활성화 된다면, 민간의료보험자는 의료기관과 네트워크를 형성하여 비급여 진료를 중심으로 진료비 청구와 상환은 물론, 의료서비스의 양과 질을 관리하고자 할 것으로 예상된다. 현재까지 국내의 의료네트워크는 의료기관 간의 네트워크를 중심으로 구축되었으나, 향후에는 민간보험사도 의료기관과의 네트워크 구축에 관심이 증가할 것으로 예상된다. 의료기관과 연계된 보험 상품은 의료기관에 대한 진료비 심사와 지급체계가 공식화 되어야 한다는 선결조건이 충족되지 않아 아직 공식적으로 활성화되어 있지 않지만, 이러한 유

1) 정액방식 보험은 암 보험과 같이 보험금 지급 사유가 발생하기 전에 보험자와 보험가입자의 보험약관에 일정액의 보험금을 명시하는 경우이며, 실손 방식 보험은 일정액을 사전에 명시하지 않고 보험가입자에게 질병 및 상해와 관련하여 실제 발생한 의료비에 근거하여 급여해주는 것을 말한다.

형의 민간의료보험까지 활성화된다면 공보험을 대체할 수 있는 수준의 포괄적 민간의료보험이 도입될 가능성도 있다(정기택, 2004).

그 동안 민간보험과 관련하여 진행되어 온 국내의 선행연구로는 변재환(2002), 정홍원(2002), 그리고 최찬호(2002)등에 의한 국내·외 민간의료보험의 현황 파악 및 도입 타당성, 그리고 활성화 방안에 대한 연구, 강성욱 등(2004)의 민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 대한 고찰 등의 연구가 있으며, 민간보험사와 의료기관 간의 네트워크에 대한 기초적인 연구는 전무한 실정이다. 향후 민간보험사와 의료기관과의 네트워크를 합리적으로 구축하기 위한 방안을 도출하기 위해서는 의료기관과 민간보험사의 네트워크에 대한 현황 파악 및 수요조사와 같은 기초적 연구가 요구된다. 따라서 본 연구에서는 국내 의료기관이 민간보험사와의 네트워크 구축의 필요성을 느끼는지, 그리고 참여할 의향이 있는지에 대하여 의료기관의 종류 및 네트워크 참여 여부에 따라 비교하였다. 또한 민간보험사와의 네트워크 형성을 원하지 않는 경우 그 이유가 무엇인지와 민간보험사와의 네트워크를 구축 효과를 높이기 위한 부가적 편익에 대한 요구가 있는지를 파악하여 향후 의료기관과 민간보험사 간의 네트워크 구축을 위한 토대를 마련하고자 하였다.

2. 이론적 고찰

네트워크의 정의는 매우 포괄적인 개념으로서 연구자의 관점에 따라 매우 다양하다. 여러 연구자들의 네트워크 정의에 대한 관점은 크게 외형, 전략과 자원관리로 구분할 수 있다. Thorelli(1986), Juga(1996), 그리고 Gomes-Casseres(1994)의 경우에는 여러 조직들이 관계를 맺어 그룹을 형성하는 외형적인 측면에 초점을 맞추어 네트워크를 정의하고 있다. Auster(1990)와 Keegan과 Green(1997)은 경쟁우위를 차지하거나 조직의 목표를 달성하기 위한 것으로 네트워크를 정의하고 있어 전략적인 측면에 초점을 맞추고 있다. Jarillo(1988), Powell(1990), Gulati(1995), 그리고 Rickne(2001)의 경우에는 자원, 정보, 지식 등의 자원을 공유하는 등의 자원관리 측면에 초점을 맞추어 정의하고 있다.

네트워크의 정의가 다양한 것과 같이 네트워크의 유형도 연구자가 어떠한 기준을 적용하여 구분하느냐에 따라 다양하다. 국내·외 문헌의 고찰 결과, 의료기관 네트워크의 유형을 구분할 수 있는 대표적인 기준은 의료기관의 수준의 차이에 따른 '협력 형태'와 의료기관 기능의 본질인 임상과 경영의 결합 여부에 따른 '협력 내용'으로 볼 수 있다. 특히 Bazzoli 등(1999)은 이 두 가지 기준을 복합적으로 사용하여 경영-수평적 결합(Type I), 임상-수평적

결합(Type II), 경영-수직적 결합(Type III)과 임상-수직적 결합(Type IV)의 4가지 유형으로 구분하고 있다[2](<표 1> 참조).

<표 1> Bazzoli 등의 분류기준에 따른 의료기관 네트워크의 유형

구분		요소의 기준	
		경영적 통합	임상적 통합
형태의 기준	수평적 통합	Type I	Type II
	수직적 통합	Type III	Type IV

Bazzoli 등(1999)이 제시한 유형 구분 기준을 적용할 경우, 보험자와 의료기관 간의 네트워크가 속하는 유형은 Type III(경영-수직적 결합)와 Type IV(임상-수직적 결합)인데, 국내에서는 이와 같은 민간보험사와 의료기관의 네트워크는 거의 이루어지고 있지 않다. 그러나 국외에서는 이러한 유형의 사례를 쉽게 찾아볼 수 있는데, Type III(경영-수직적 결합)의 대표적인 사례로 미국에서 가장 역사가 깊은 최대의 민간의료보험제도로 7,100만 명(전체 1억 8천명 중)이 가입하고 있는 Blue-cross와 Blue-Shield가 있다(대안연대회의, 2002). Type IV(임상-수직적 결합)의 대표적인 사례로는 병원과 보험사 간에 네트워크를 구축한 형태인 PPO(Preferred Provider Organization)와 HMO(Health Maintenance Organiza- tion) 그리고 통합의료네트워크(Integrated Delivery System)를 들 수 있다. PPO와 HMO는 관리의료(Managed Care)형태의 민간보험으로 의료비용 절감과 의료서비스 질의 향상을 위해 의료서비스 제공 과정에 개입하여 의료이용의 적정성을 관리하고 있다(권순만, 1997).

본 연구에서는 이상에서 고찰한 의료 네트워크의 유형 중 Type III(경영-수직적 결합)와 Type IV(임상-수직적 결합)에 해당하는 의료기관과 민간보험사와의 네트워크 구축 의향에 대하여 조사하였다. 또한 네트워크 협력 내용의 항목은 Bazzoli 등(1999)이 제시한 네트워크 유형 구분 기준인 '임상'과 '경영'으로 구분하였다. 각 구분 기준에 따른 세부적 협력 내용은 문헌 고찰과 민간보험사의 전문가 자문을 받아 개발하였다.

2) 협력 내용의 기준에서 '기능적 통합'은 행정적인 부분의 결합을 의미하며, '임상적 통합'은 기능적 통합을 포함한 의료제공자들 간의 환자 이동을 의미하는 개념이라고 설명하고 있다. 그리고 형태의 기준에서 '수평적 결합'은 수준이 같은 의료제공자 간의 결합을 의미하며, '수직적 통합'은 수준이 다른 의료제공자들이 포함되는 결합을 의미하고 있다. 예를 들어 의원과 의원 또는 병원과 병원간의 결합은 수평적 결합을 의미하고, 의원과 병원 간의 결합은 수직적 결합을 의미한다.

Ⅱ. 연구방법

1. 조사대상 및 자료수집

2005년 말 현재 국민건강보험공단의 서울시 소재 의료기관 목록(1차 8,003개소, 2차 203개소, 3차 의료기관 20개소)에 기초하여 표본 틀(sampling frame)을 작성한 후, 1, 2, 3차 의료기관별로 층(stratum)을 구성하여 각 층별로 무작위로 표본을 추출하는 층화추출(stratified sampling) 방법을 시도하였다. 2005년 12월 27일부터 2006년 1월 25일까지 설문조사를 시행하였으며, 의료기관의 종별로 조사방법을 다르게 적용하였다. 1, 2차 의료기관은 조사요원의 방문조사, 3차 의료기관은 전자우편 또는 방문조사를 실시하였다. 설문 응답자는 네트워크 업무의 담당자 또는 해당 부서장이었고, 담당자나 해당 부서장이 없거나 명확하지 않은 경우에는 업무상 가장 관련이 많은 관리자가 답하도록 하였다.

1차 의료기관은 서울지역 의원 8,003개 중 200개를 무작위 표본 추출하여 조사한 결과, 136개(68%) 기관이 응답하였다. 이 중 불성실한 응답 2개소를 제외하여 134개를 분석 자료로 사용하였다. 2차 의료기관의 경우 서울지역 203개 병원 전수를 대상으로 조사한 결과, 73개(36%) 병원이 응답하였다. 3차 의료기관의 경우 1, 2차 의료기관과 같이 서울지역만 조사할 경우 표본의 수가 20개 이하로 매우 적어 그룹 간 비교를 할 수 없기 때문에 전국 43개 의료기관 전부를 조사한 결과, 31개(72%) 기관이 응답하였다. 이 중 불성실한 응답 2개소를 제외하여 29개 기관의 응답을 분석 자료로 사용하였다.

2. 변수의 정의 및 측정

본 연구의 측정변수는 크게 3종류로 구분할 수 있다. 첫째, 의료기관의 특성을 파악하기 위한 변수이다. 의료기관의 특성은 크게 지역, 규모, 경영성과, 그리고 네트워크의 참여 여부로 구분하였다. 경영성과를 측정하기 위한 변수로는 의사 및 간호사 수 대비 조정환자 수, 병상회전율, 평균 재원일수를 선정하였다. 네트워크의 참여 여부를 파악하기 위하여 현재 타 의료기관과 임상적 또는 경영적인 부분에 있어 협력관계를 맺고 있는지를 측정하였다. 둘째, 민간보험사와의 네트워크 참여 의향을 파악하기 위한 변수이다. 참여 의향은 민간보험사와의

각 협력 내용별로 얼마나 필요하다고 느끼는지, 참여할 가능성은 어느 정도인지, 그리고 참여하지 않는다면 이유가 무엇인지를 조사하였다. 셋째, 민간보험사와의 네트워크 참여 효과를 높이기 위해 부가적인 편익이 필요한지에 대해 측정하였고, 부가 편익의 내용으로는 제공기관에 따라 구분하여 필요도를 측정하였다. 민간보험사와의 네트워크 참여 의향을 조사하기 위한 협력 내용 및 부가적 편익에 대한 요구도의 설문항목은 관련 문헌을 고찰하고, 민간보험사 전문가들의 의견을 받아 개발한 문항으로 구성하였다.

3. 분석방법

통계패키지 SAS 8.0 버전을 활용하여 총 236부의 설문지를 분석하였다. 일반적 특성을 알아보기 위해서 빈도분석을 실시하였다. 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성과 참여 의향을 의료기관 종류별 및 네트워크 참여 여부에 따라 파악하기 위하여 일반화선형모형(general linear model; GLM)과 t검정으로 통계적 유의성을 검정하였다. 민간보험사와의 네트워크 구축을 원하지 않는 이유를 파악하기 위하여 빈도분석과 카이제곱 검정을 실시하였다. 마지막으로, 부가 편익 요구 여부를 파악하기 위하여 카이제곱 검정을 실시하였고, 부가 편익 내용별 요구도를 의료기관 종류별 및 현재 타 의료기관과의 네트워크 여부에 따라 파악하기 위하여 GLM을 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 의료기관의 특성

응답 의료기관의 특성은 <표 2>와 같이 크게 지역과 규모, 경영성과와 타 의료기관과의 네트워크 참여 여부로 구분하여 살펴보았다. 의료기관의 종류별 분포는 1차 의료기관 134개(56.8%), 2차 의료기관 73개(30.9%), 3차 의료기관 29개(12.3%)의 순이었다. 병상 수의 평균은 1차 1.0, 2차 151.3, 3차 880.0이었다. 의사 수의 평균은 1차 1.2, 2차 21.0, 3차 409.0명이었으며, 의사 외 직원 수의 평균은 1차 3.5, 2차 148.4, 3차 1268.5명으로 나타났다. 일평균 조정

환자 수는 1차 13.0, 2차 125.0, 3차 868.3명으로 나타났다.

경영성과는 의료기관의 규모와 비례하지 않는 것으로 나타났다. 의사 수 및 간호사 수 대비 조정환자 수는 1차 의료기관의 경우 각각 11.2, 6.3명으로 가장 많았으며, 그 다음 2차 의료기관, 3차 의료기관의 순으로 나타났다. 병상회전율은 3차 의료기관이 33.7회로 가장 높았으며, 2차 의료기관은 32.7회, 1차 의료기관은 18.6회로 나타났다. 평균 재원일수는 2차 의료기관이 13.4일로 가장 길게 나타났으며, 3차 의료기관은 10.4일로 나타났다.

네트워크 참여 여부의 경우, 전체 의료기관 중 타 의료기관과의 네트워크에 참여하고 있는 의료기관은 124개(52.5%)였다. 의료기관 종류별로 살펴보면 1차 의료기관에서 28개(20.9%), 2차 68개(93.2%), 3차 28개(96.6%)가 참여하고 있는 것으로 나타났다. 의료기관의 특성은 지역을 제외한 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

<표 2> 의료기관의 특성

개소(%), 평균(표준편차)

항 목		Total	1차	2차	3차	x^2/F
계		236(100%)	134(56.8%)	73(30.9%)	29(12.3%)	
지역	서울	225(95.3%)	134(100.0%)	73(100.0%)	18(62.1%)	
	서울 외 지역	11(4.7%)	0(0.0%)	0(0.0%)	11(37.9%)	
규모	병상 수(병상)	154.9(322.5)	1.0(3.8)	151.3(166.9)	880.0(381.9)	354.4***
	의사 수(명)	57.2(160.8)	1.2(0.6)	21.0(33.5)	409.0(261.5)	240.8***
	의사 외 직원 수(명)	197.7(512.3)	3.5(5.2)	121.9(148.4)	1268.5(834.1)	210.9***
	일평균 조정환자 수(명)*	152.8(342.0)	13.0(11.6)	125.0(150.6)	868.3(545.1)	200.7***
경영성과	의사 수 대비 조정환자 수(명)*	9.6(7.9)	11.2(9.2)	9.5(4.6)	2.2(0.6)	34.2***
	간호사 수 대비 조정환자 수(명)*	4.7(5.7)	6.3(5.1)	3.4(6.8)	1.7(0.6)	50.8***
	병상회전율(회)	31.1(19.6)	18.6(31.2)	32.7(19.0)	33.7(8.2)	12.2***
	평균 재원일수(일)	5.5(11.1)	0.1(0.7)	13.4(16.6)	10.4(1.7)	3.2*
네트워크 여부	참여	124(52.5%)	28(20.9%)	68(93.2%)	28(96.6%)	123.1***

* 일평균 조정환자 수 : (일평균 외래 환자 수/3)+ 일평균 퇴원 환자 수

2. 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성 및 참여 의향

민간보험사와의 협력의 필요성에 대해서 5점 척도로 측정하였는데, 전반적으로 '보통' 이상의 필요성을 느끼는 것으로 나타났다. 구체적인 협력 내용 중 가장 필요도가 높은 항목은 '민간보험사에서 병원으로 보험가입 환자를 의뢰'로 나타났으며, '민간보험사와 네트워크를 맺은 타 의료기관과의 경영정보 교류', '진료지침 연구 및 개발 지원', '진료비 청구내역 공유'의 순으로 나타났다. 의료기관 종류별로는 모든 항목에서 1차에서 3차 의료기관으로 갈수록 필요도가 높았다. 특히 3차 의료기관의 경우 '민간보험사에서 병원으로 보험가입 환자를 의뢰'와 '민간보험사와 네트워크를 맺은 타 의료기관과의 경영정보 교류'에 대한 필요도가 3.9점 이상으로 매우 높았다. 현재 타 의료기관과의 네트워크 여부에 따라 비교한 결과, 타 의료기관과의 네트워크에 참여하고 있는 의료기관이 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성도 높은 것으로 나타났다(<표 3> 참조).

동일한 협력 내용에 대해서 필요하다고 느끼는 정도에 비해 실제로 참여할 가능성은 전반적으로 낮은 것으로 나타났다. 그러나 '민간보험사에서 병원으로 보험 가입 환자를 의뢰'항목

<표 3> 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성 인식

평균(표준편차)

항목	구 분	전체	의료기관 종류별				네트워크 참여 여부		
			1차	2차	3차	F	비참여	참여	t
임상	민간보험사에서 병원으로 보험 가입 환자를 의뢰	3.4(1.0)	3.2(1.0)	3.6(0.9)	4.0(0.7)	11.2***	3.2(1.0)	3.6(1.0)	-2.5**
	진료비 청구내역 공유	3.0(1.0)	2.8(1.0)	3.2(0.8)	3.3(1.1)	6.5**	2.8(1.0)	3.1(1.0)	-2.4*
경영	민간보험사와 네트워크를 맺은 타 의료기관과의 경영정보 교류	3.2(1.0)	3.0(1.0)	3.3(0.9)	3.9(0.7)	12.1***	3.0(1.0)	3.4(1.0)	-2.7**
	진료지침 연구 지원(ex. 임상 프로토콜 개발 연구 지원)	3.2(1.0)	3.0(1.1)	3.3(0.9)	3.6(0.9)	5.3**	3.1(1.0)	3.3(1.0)	-1.7
	전 체	3.2(0.9)	3.0(0.9)	3.4(0.7)	3.7(0.6)	11.5***	3.0(0.9)	3.3(0.8)	-2.8**

주: 5점-전혀 필요하지 않다, 4점-필요하지 않다, 3점-보통, 2점-필요하다, 1점-매우 필요하다
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

은 필요하다고 느끼는 정도와 참여 의향이 유사한 것으로 나타났다. 의료기관 종류별로는 필요성에 대한 인식과 마찬가지로 모든 항목에서 1차에서 3차 의료기관으로 갈수록 참여할 가능성이 높게 나타났다. 그러나 3차 의료기관의 경우 필요도가 높았던 '민간보험사와 네트워크를 맺은 타 의료기관과의 경영정보 교류'에 대한 참여 의향은 상대적으로 낮게 나타났다. 이는 필요성은 인식하지만 정보 공유의 부작용을 우려한 결과인 것으로 판단된다. 현재 타 의료기관과의 네트워크 여부에 따라 비교한 결과, 타 의료기관과의 네트워크에 참여하고 있는 의료기관이 민간보험사와의 네트워크에 대한 참여 의향도 높은 것으로 나타났다. 특히, 환자의 의뢰와 진료비 청구내역 공유에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다(<표 4> 참조).

<표 4> 민간보험사와의 네트워크에 대한 참여 의향

평균(표준편차)

항목	구 분	전체	의료기관 종류별				네트워크 참여 여부		
			1차	2차	3차	F	비참여	참여	t
임상	민간보험사에서 병원으로 보험 가입 환자를 의뢰	3.4(1.0)	3.1(1.1)	3.6(0.7)	3.9(0.6)	12.3***	3.2(1.0)	3.5(0.9)	-2.7**
	진료비 청구내역 공유	2.9(1.0)	2.7(1.1)	3.2(0.9)	3.2(1.0)	7.3***	2.7(1.0)	3.1(1.0)	-2.5**
경영	민간보험사와 네트워크를 맺은 타 의료기관과의 경영정보 교류	3.0(1.0)	2.8(1.0)	3.2(0.9)	3.4(0.7)	6.4**	2.9(1.0)	3.1(1.0)	-1.6
	진료지침 연구 지원(ex. 임상 프로토콜 개발 연구 지원)	3.0(1.0)	2.9(1.1)	3.2(0.9)	3.4(0.8)	5.6**	3.0(1.0)	3.1(1.0)	-0.7
전 체		3.1(0.9)	2.9(1.0)	3.3(0.7)	3.5(0.6)	9.6***	3.0(0.9)	3.2(0.9)	-2.1*

주: 5점-전혀 필요하지 않다, 4점-필요하지 않다, 3점-보통, 2점-필요하다, 1점-매우 필요하다
*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

3. 민간보험사와 네트워크 형성의 장애요인

전체 응답자의 26%가 민간보험사와의 네트워크 형성에 장애요인이 없다고 응답하였으며, 장애요인이 있다고 응답한 경우에는 '부작용 우려'가 36%로 가장 많았다. 장애요인을 의료기관 종류별 및 네트워크의 참여 여부에 따라 비교한 결과, 의료기관 종류별로는 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 네트워크 참여 여부에 따라서는 차이를 보이지 않았다. 의료기관 종

류별로 살펴보면, 1차 의료기관의 21%가 장애요인이 없다고 응답하였고, 장애요인이 있다고 대답한 경우는 '부작용 우려'가 32%, '필요성을 느끼지 못함'이 22%로 나타났다. 2차 의료기관의 경우는 40%가 장애요인이 없다고 응답하여 1, 3차 의료기관에 비하여 민간보험사와의 네트워크 형성에 대해 더 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타났다. 장애요인이 있는 경우 '부작용 우려'가 32%, '효과 및 성과 의심'이 14%로 나타났다. 3차 의료기관은 17%만이 장애요인이 없다고 응답하여 민간보험사와의 네트워크 형성에 대한 우려가 가장 많은 것으로 나타났다. 장애요인에 대해서는 '부작용 우려'가 71%로 가장 많았다. 현재 타 의료기관간의 네트워크 참여 여부에 따라 비교한 결과, 네트워크에 참여하고 있는 의료기관들이 민간보험사와의 네트워크 형성에 대해 더 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다(<표 5> 참조).

<표 5> 민간보험사와의 네트워크 형성의 장애요인

개소(%)

구 분	전체	의료기관 종류별				네트워크 참여 여부		
		1차	2차	3차	x^2	비참여	참여	x^2
장애요인이 없음	62(26.3)	28(20.9)	29(39.7)	5(17.2)		26(23.2)	36(29.0)	
필요성을 느끼지 못함	35(14.8)	29(21.6)	5(6.9)	1(3.5)		22(19.6)	13(10.5)	
효과 및 성과 의심	32(13.6)	20(14.9)	10(13.7)	2(6.9)	30.3^{***}	17(15.2)	15(12.1)	8.5
부작용 우려	86(36.4)	43(32.1)	23(31.5)	20(69.0)		34(30.4)	52(41.9)	
비용 발생 우려	14(5.9)	10(7.5)	4(5.5)	0(0.0)		9(8.0)	5(4.0)	
기타	7(3.0)	4(3.0)	2(2.7)	1(3.5)		4(3.6)	3(2.4)	
전체	236(100.0)	134(100.0)	73(100.0)	29(100.0)		112(100.0)	124(100.0)	

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4. 부가 편익에 대한 요구도

민간보험사와의 네트워크 참여를 높이기 위해 기본적인 협력 내용 외에 보험사가 의료기관에게 고객서비스 지원 또는 의료기관 경영지원 등의 부가적인 편익을 제공할 필요가 있는지를 조사한 결과, 61%가 '필요하다'('매우 필요하다' 포함), 19%가 '보통', 20%가 '필요하지

않다'('전혀 필요하지 않다' 포함)고 응답하였다. 부가 편익에 대한 필요도를 의료기관 종류별 및 네트워크의 참여 여부에 따라 비교한 결과, 모두 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 의료기관 종류별로 살펴보면, 1차, 2차 의료기관에 비해 3차 의료기관이 부가적 편익에 대한 필요도가 더 높은 것으로 나타났다. 네트워크 참여 여부에 따라 비교한 결과, 네트워크에 참여하고 있는 의료기관이 상대적으로 민간보험사의 부가서비스에 대한 필요도가 더 높은 것으로 나타났다(<표 6>참조).

<표 6> 민간보험사의 부가적 지원에 대한 필요도

개소(%)

구분	전체	의료기관 종류별				네트워크 참여 여부		
		1차	2차	3차	x^2	비참여	참여	x^2
전혀 필요하지 않다.	15(6.4)	14(10.5)	1(1.4)	0(0.0)		10(8.9)	5(4.0)	
필요하지 않다.	32(13.6)	22(16.4)	8(11.0)	2(6.9)		17(15.2)	15(12.1)	
보통이다.	45(19.1)	25(18.7)	15(20.6)	5(17.2)	13.7	20(17.9)	25(20.2)	3.2
필요하다.	123(52.1)	62(46.3)	41(56.2)	20(69.0)		55(49.1)	68(54.8)	
매우 필요하다.	21(8.9)	11(8.2)	8(11.0)	2(6.9)		10(8.9)	11(8.9)	
전체	236(100.0)	134(56.8)	73(30.9)	29(12.3)		112(47.5)	124(52.5)	

*p<0.05

민간보험사와의 네트워크를 맺을 경우 참여 효과를 높이기 위한 부가적 상호 협력 내용에 대한 세부적인 항목을 제공자와 대상에 따라 구분하여 조사한 결과, 전반적으로 보통(3점) 이상이었으며, 보험사가 의료기관에게 제공하는 편익에 대한 요구도가 의료기관이 보험사에게 제공하는 편익에 대한 요구도보다 전반적으로 더 높게 나타났다. 부가 편익의 각 항목에 대한 필요도를 의료기관 종류별 및 네트워크의 여부에 따라 비교한 결과, 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 의료기관 종류별로 보면 1차, 2차 의료기관의 경우 '진료가 필요한 환자 의뢰', '경제적으로 어려운 환자의 진료비 지원 연계'의 편익을 보험사로부터 받기를 원하는 반면, 3차 의료기관의 경우에는 '만성질환자의 조기퇴원을 유도할 수 있는 요양서비스 프로그램 연계'에 대한 요구도가 가장 높았다. 한편, 의료기관이 보험사 및 고객에게 제공할 수 있는 편익으로는 '외래 진료 시 예약의 편의성 제공'이 가장 높게 나타났다. 네트워크 참여 여부에 따라 비교한 결과, 전반적으로 현재 타 의료기관과 네트워크를 구축하고 있는 의료기

관이 부가편익에 대한 요구도가 더 높게 나타났다(<표 7> 참조).

<표 7> 부가적인 상호 협력 내용에 대한 요구도

평균(표준편차)

	구 분	전체	의료기관 종류별				네트워크 참여 여부		
			1차	2차	3차	F값	비참여	참여	t
보험사 ↓ 의료기관	진료가 필요한 환자 의뢰	3.6(0.9)	3.4(1.0)	3.8(0.6)	4.0(0.6)	9.0***	3.3(1.0)	3.8(0.7)	-4.0***
	만성질환자의 조기퇴원을 유도할 수 있는 요양서비스 프로그램 연계	3.3(1.1)	2.9(1.1)	3.5(0.8)	4.2(0.5)	25.0***	2.9(1.1)	3.5(1.0)	-4.5***
	보험사와 네트워크를 맺은 병원 간 교류 프로그램 지원	3.1(1.0)	3.0(1.1)	3.2(0.8)	3.6(0.8)	5.2**	3.0(1.0)	3.2(0.9)	-1.2
	경제적으로 어려운 환자의 진료비 지원 연계	3.6(1.0)	3.4(1.1)	3.8(0.8)	4.1(0.6)	10.4***	3.4(1.1)	3.8(0.8)	-3.5***
	보험 계약자 및 보험사 임직원의 건강검진 의뢰	3.3(1.0)	3.1(1.1)	3.7(0.8)	3.9(0.7)	15.2***	3.1(1.1)	3.6(0.9)	-3.3***
	보험사의 시설(연수원 등) 및 교육 자원 지원	3.1(1.0)	2.8(1.1)	3.3(0.8)	3.8(0.6)	15.3***	2.9(1.1)	3.3(0.9)	-3.7***
	병원의 자원봉사 프로그램 지원	3.2(1.0)	2.9(1.1)	3.4(0.8)	3.9(0.6)	14.4***	2.9(1.1)	3.5(0.8)	-4.6***
의료기관 ↓ 보험사 및 고객	외래 진료 시 예약의 편의성 제공	3.4(1.0)	3.2(1.0)	3.6(0.8)	4.0(0.5)	12.6***	3.2(1.0)	3.6(0.9)	-3.0**
	입원 진료 시 병실 배정의 편의성 제공	3.1(1.1)	2.8(1.2)	3.5(0.8)	3.7(0.8)	15.0***	2.9(1.2)	3.4(1.0)	-3.3***
	응급 진료 시 편의성 제공	3.3(1.1)	3.0(1.2)	3.7(0.8)	3.8(0.6)	13.4***	3.1(1.2)	3.5(1.0)	-3.3***
	진료비 세부내역서 제공	3.1(1.0)	2.9(1.1)	3.2(0.9)	3.4(0.9)	5.7**	2.9(1.1)	3.2(1.0)	-2.1**
	적정진료(보험심사 및 질 관리)를 위한 병원 자체 프로그램 운영	3.2(1.0)	3.0(1.1)	3.4(0.9)	3.8(0.5)	10.3***	3.1(1.1)	3.4(1.0)	-2.4*

주 : 5점-전혀 필요하지 않다, 4점-필요하지 않다, 3점-보통, 2점-필요하다, 1점-매우 필요하다
* p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Ⅳ. 고 찰

본 연구에서는 최근 민간의료보험 활성화가 주요한 의료정책 이슈로서 논의되는 가운데, 실손형 민간의료보험의 활성화를 위해 필요한 의료기관과 민간보험사의 연계에 초점을 맞추어 의료기관들을 대상으로 네트워크 구축의 필요성 인식과 참여 의향을 조사하였다. 또한 민간보험사와의 네트워크 형성을 원하지 않는 경우 그 이유가 무엇인지, 참여를 높이기 위한 부가적 편익에 대한 요구가 있는지를 파악하여 향후 의료기관과 민간보험사 간의 네트워크 구축의 기초 자료를 마련하고자 하였다.

연구 결과는 의료기관의 종류와 타 의료기관과의 네트워크 참여 여부에 따라 다른 양상을 보였다. 우선 의료기관 종류별로 살펴보면, 1차 의료기관은 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성은 크게 느끼고 있지 않으며 참여할 가능성도 많지 않은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 민간보험사와의 네트워크 형성을 원하지 않는 이유에 대한 결과와도 관련이 있다. 1차 의료기관의 약 80%가 민간보험사와의 네트워크 형성에 장애가 있다고 판단하고 있으며, 구체적인 장애요인으로는 부작용을 우려하거나 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성을 느끼지 못하기 때문이라고 응답하였다. 또한 민간보험사와의 네트워크 참여 효과를 높이기 위한 부가적 편익에 대한 요구도도 2, 3차 의료기관에 비하여 낮았다. 이러한 결과는 민간보험사가 시장에서 영향력이 있는 의료기관과의 계약을 선호할 것으로 판단하는 1차 의료기관의 입장에서는 민간보험사와의 네트워크를 통해 얻을 수 있는 이익이 많지 않다고 생각하기 때문인 것으로 판단된다. 실제로 최병호(2004)의 연구에 의하면 의료서비스의 질과 환자 유치에 있어 우위에 있는 대형병원이 유리해지고, 의료시설과 인력 측면에서 열세에 있는 1차 의료기관이 상대적으로 소외될 것을 우려하여 민간의료보험의 도입을 반대한 바 있다. 미국의 경우에도 민간보험사가 의료기관들을 상대로 입찰하여 그 중 저렴한 가격을 제시한 기관과 계약하고 있고, 협상력에 있어서 열세인 1차 의료기관들은 불리한 입장으로 경쟁에서 뒤처지는 경우가 많다(Burns 등, 1997).

2차 의료기관은 1차 의료기관에 비해 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요성을 더 많이 느끼고 있었다. 1, 3차 의료기관의 경우 필요성을 느끼는 정도에 비하여 참여 의향이 낮은데 반해, 2차 의료기관은 필요성과 참여 의향의 정도가 비슷한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 장애요인에 대한 조사결과와도 일치한다. 장애요인이 없다고 응답한 비율이 1, 3차 의료기관은 약 20%인데 비해, 2차 의료기관은 약 40%로 나타났다. 따라서 2차 의료기관이 다른 종류의 의료기관에 비하여 민간보험사와의 네트워크 형성에 긍정적인 태도를 보이고 있다는 것

을 알 수 있다. 민간보험사와의 네트워크 참여를 높이기 위한 부가적 협력 내용의 필요성 조사에서는 약 67%의 의료기관이 필요하다고 응답하였으며, 환자 의뢰와 경제적으로 어려운 환자의 진료비 지원 연계 등 병원의 경영성과 향상에 도움이 되는 보험사의 지원을 가장 많이 원하고 있었다. 이러한 결과는 대형병원과 의원보다 심각한 경영난을 겪고 있는 중소병원들이 민간의료보험 활성화를 통해 경영난을 완화시키고자 하는 기대가 높기 때문인 것으로 보인다. 실제로 2차 의료기관은 민간의료보험과의 네트워크를 통해 장기요양입원에 대한 보장 등의 다양한 혜택으로 인한 경영난 완화 등의 긍정적인 영향을 기대하는 것으로 나타났다(건강보험공단, 2002).

3차 의료기관은 민간보험사와의 네트워크에 대한 필요도를 느끼는 정도가 가장 높았다. Burns 등(1998)의 연구에서도 규모가 큰 병원일수록 크고 다양한 형태의 네트워크를 구축할 가능성이 크다고 하였다. 그러나 실제로 참여할 가능성은 낮게 평가하여 2차 의료기관과 유사한 수준으로 나타났다. 3차 의료기관은 네트워크 형성에 있어서 장애요인도 가장 많이 느끼고 있었는데, 부작용에 대한 우려가 가장 주요한 장애요인으로 나타났다. 3차 의료기관이 민간보험사와의 네트워크를 원하고 있음에도 불구하고 참여 의향이 낮은 것은 민간보험사가 의료의 질과 병원 경영에 대해 간섭할 가능성 혹은 민간보험사와의 네트워크를 구축함으로써 생길 수 있는 비영리 의료기관의 사회적 이미지 실추 등의 부작용을 우려하기 때문인 것으로 판단된다. 따라서 3차 의료기관의 적극적인 참여를 이끌어 내기 위해서는 우선 이러한 장애요인의 제거가 필요할 것으로 판단된다. 부가적 상호 협력 내용에 대해서는 1, 2차 의료기관은 경영성과 향상을 위한 서비스를 많이 필요로 하는 반면, 3차 의료기관은 만성질환자의 조기퇴원을 유도할 수 있는 요양서비스 프로그램 연계와 경제적으로 어려운 환자의 진료비 지원 연계에 대한 요구도가 높아 다른 양상을 보였다. 이와 같이 의료기관의 특성에 따라 니즈가 다르기 때문에 보험사 측에서는 동일한 협력 내용의 네트워크를 구축하기보다는 해당 의료기관의 니즈에 맞는 내용의 협력체계를 구축한다면 네트워크를 더욱 활성화시킬 수 있을 것이다.

타 의료기관과의 네트워크 참여 여부에 따라 조사한 결과, 전반적으로 네트워크에 참여하지 않은 의료기관에 비해 참여하고 있는 의료기관이 민간보험사와의 네트워크에 대해서도 긍정적인 태도를 보이고 있으며, 참여를 높이기 위한 부가적 협력 내용에 대한 요구도 높은 것으로 나타났다. Dickson & Weaver(1997)의 연구에 의하면 개인주의적 성향을 가진 조직일수록 기업 간 제휴를 활용할 가능성이 적어지고, 집단주의적인 성향을 가진 조직에게서 제휴를 활용할 가능성이 크게 나타난다고 보고하고 있다. 이미 타 의료기관과 네트워크를 맺고

있는 의료기관은 그렇지 않은 기관에 비해 집단주의적 성향을 갖고 있기 때문에 민간보험사와의 네트워크에 대해서도 개방적인 태도를 보이는 것으로 판단된다.

우리나라 의료보장의 근간을 이루고 있는 건강보험제도는 비급여를 포함한 본인부담 수준이 높고, 보험재정이 불안정한 문제를 가지고 있기 때문에 향후 민간의료보험의 역할에 대한 상당한 기대가 있다. 민간보험사는 의료기관과의 네트워크 구축을 통해 고객과의 보험 상품 계약이 용이해지고, 고객 확인 절차가 간소화되며 새로운 시장을 창출할 수 있고, 임상적 협력을 통해서 의료기관의 질 관리와 비용절감의 효과를 기대할 수 있다. 또한, case management와 disease management를 통해 수익 증대의 효과도 누릴 수 있다. 그러나 현재 국내에서는 민간보험사와 의료기관의 공식적인 네트워크는 이루어지고 있지 않으며, 이에 대해 부정적인 인식도 많다. 향후 민간의료보험사와 의료기관 간의 네트워크가 정착하고 활성화되기까지는 여러 가지 어려움이 있을 것으로 예상된다. 민간보험사가 네트워크를 구축하기 위해서는 의료기관의 적극적인 참여가 필수적이다. 민간보험사 입장에서는 의료기관이 더 개선된 환경과 상황에서 의료서비스 제공에 전념할 수 있는 방안을 모색한다면 네트워크 참여를 이끌 수 있을 것이다. 특히 의료기관에 따라 다른 니즈를 우선 파악한 후 이에 적합한 부가 편익의 제공을 고려하고, 의료기관의 부정적인 인식을 제거하여 참여를 유도할 수 있는 전략적 접근이 필요하다.

본 연구에서는 연구대상이 3차 의료기관을 제외하고는 서울지역에 있는 의료기관으로 국한되었고, 1차 의료기관에 비해 2, 3차 의료기관의 비율이 높게 포함되어 결과를 일반화하기에는 어느 정도 제한이 있다고 판단된다. 그러나 이러한 연구의 제한점에도 불구하고 의료기관들이 민간보험사와의 네트워크에 대해 얼마나 필요성을 느끼고 있는지와 참여할 가능성이 있는지를 의료기관의 종류별 및 현재 네트워크 참여 여부에 따라 비교함으로써 향후 민간보험사와의 합리적인 네트워크 구축을 위한 기초 자료를 마련하였다는 데 연구의 의미를 가진다. 향후 연구에서는 의료기관과 민간보험사와의 성공적인 네트워크 구축을 위한 모형을 제시하는 연구가 필요하다.

Ⅴ. 요약 및 결론

본 연구에서는 의료기관들을 대상으로 민간보험사와의 연계에 초점을 맞추어 네트워크 구

축의 필요성 인식과 참여 의향을 조사하였다. 이에 대한 분석 결과는 다음과 같은 의의를 갖는다.

첫째, 의료기관의 종류와 타 의료기관과의 네트워크 참여 여부에 따라 다른 양상을 보였다. 의료기관의 종류별로 참여 의향과 네트워크의 형성에 있어서 느끼는 장애요인도 달랐다. 1차 의료기관의 경우 민간보험사와의 네트워크에 대해 부정적인 태도를 갖고 있었으며, 2차 의료기관의 경우 긍정적인 태도를 갖고 있었다. 3차 의료기관은 그 필요성을 느끼고 있으나 상당한 장애요인을 갖고 있었다. 이 같은 결과는 의료기관과 민간보험사의 경영자들이 향후 마케팅이나 경영 전략 수립에 있어 활용할 수 있는 기초 자료가 될 것이다.

둘째, 민간보험사와의 네트워크 참여를 높이기 위한 부가적 편익의 요구에 대한 조사 결과도 의료기관의 특성에 따라 다른 양상을 보였다. 이러한 결과는 협력 내용과 범위의 설정을 위한 기초 자료로 활용될 수 있을 것이며, 해당 의료기관의 니즈를 반영한 네트워크를 구축함으로써 네트워크의 효과를 극대화 하는데 기여할 것으로 기대된다.

셋째, 타 의료기관과의 네트워크 참여 여부에 따라 조사한 결과, 전반적으로 네트워크에 참여하지 않은 의료기관에 비해 참여하고 있는 의료기관이 민간보험사와의 네트워크에 대해서도 긍정적인 태도를 보이고 있었다. 이러한 결과는 민간보험사 뿐만 아니라 장기요양시설, 공공기관 등 진료의 연속선상에 있는 관련 기관과의 네트워크로도 확장될 가능성을 내포하고 있어, 거시적 측면에서 의료 네트워크의 합리적 구축을 위한 사전 논의를 활성화 하는데 도움이 될 것으로 기대된다.

참 고 문 헌

강성욱, 권영대, 김성아(2004), 민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰, 보건경제와 정책연구, 10(2): 23-35.

건강보험공단(2002), 민영건강보험도입에 대비한 공보험의 대응방안.

권순만(1997), 건강보장연구, 한림대학교 사회의학연구소, 1: 136-156.

김광점(2000), 조직간 협력의 영향요인과 성과-협력병원 네트워크에 참여한 중소병원을 중심으로, 고려대학교 대학원 경영학과(박사학위논문).

김기은(2003), 네트워크 의원에 대한 고객인지도 및 만족도 분석. 경희대학교 경영대학원 의료경영학과(석사학위논문).

김인수(1999), 거시조직이론, 무역경영사.

대안연대회의(2004), 민간의료보험 도입 논의의 타당성 검토. 대안연대포럼.

변재환, 최병호, 오영수(2002), 새 민간건강보험제도 도입방안, 한국병원경영연구원.

정기선(1997), 미국 의료제도와 병원경영1, 34(10): 102-107.

정기택(2004), 민간의료보험 시장의 발전추세와 주요 정책 이슈, 손해보험, 7-17.

정홍원(2002), 민간의료보험 도입 논의의 타당성 검토, 대안연대회의.

최광석(2005), 광주, 전남지역의 의료시설 재편 및 그 실행방안에 관한 연구, 한국의료복지시설학회지, 11(1): 43-54.

최병호(2004), 건강위험보장의 공사 간 역할 분담, 한국보건사회연구원.

최찬호(2002), 한국의 민간의료보험 도입의 필요성에 관한 논점, 한국행정학회 하계학술대회, 755-764.

Auster E(1990). The interorganizational environment: Network theory, tools and applications' in technology transfer: A communication perspective, eds F. Williams and D. Gibson, Sage, Thousand Oaks, 63-89.

Bazzoli GJ, Shortell SM, Dubbs N, Chan C, Kralovec P(1999). A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. Health Service Research, 33(6): 1719-1725.

Brown M(1996). Mergers, networking, and vertical integration: Managed care and investor-owned hospitals. Health care Management Review, 21(1): 29-37.

Burns LR, Bazzoli GJ, Dynan L, Wholey DR(1997). Managed Care, market stages, and integrated delivery systems: is there a relationship? Health affairs. 16(6): 204-218.

Burns LR, Morrisey MA, Alexander JA, Johnson V(1998). Managed care and processes to integrate physicians/hospitals. Health Care Manage Review. Fall; 23(4): 70-80.

Charns MP(1997). Organization design of integrated delivery systems. Hospital and Health Services Administration, 42(3): 411-432.

Dickson PH, Weaver KM(1997). Environmental determinants and individual-level moderators of alliance use. Academy of Management Journal, 40: 404-425.

Gomes-Casseres B(1994). Group versus group. Harvard Business Reviews. Jul-Aug, 62-76

Gulati R(1995). Does familiarity breed trust? The implications of repeated ties for contractual choice in alliances. Academy of Management Journal, 38: 85-112.

Hamel G, Doz YL, Prahalad CK(1989). Collaborate with your competitors and win. Harvard

Business Review, 67: 133-139.

Jarillo JC(1988). On strategic networks. Strategic Management Journal, 9: 31-41.

Keegan WJ, Green MC(1997). Principles of global marketing. Prentice Hall.

Powell WW(1990). Neither market nor hierarchy: Network forms of organizations. in Cummings LL & Staw BM ed., Research in organizational behavior. Greenwich CT: JAI Press, 295-336.

Rickne A(2001). Networking and firm performance, Babson-Kauffman Entrepreneurship Research Conference.

Shortell SM, Morrson EM, Frieman B(1992). Strategic choices for America's hospitals: managing change in turbulent times. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.

Thorelli HB(1986). Networks: Between markets and hierarchies. Strategic Management Journal, 7: 37-51.