

상황이론에 의거한 병원BSC 연구모형의 설계

육 근 효

부산외국어대학교 회계세무학부

<Abstract>

Hospital BSC Framework Using Contingency Theory Model

Keun Hyo Yook

Dept. of Accounting, Pusan University of Foreign Studies

BSC(balanced scorecard) is expected of the effective integrated tool of the management problem such as links of the management vision, the strategy, and the business scheme. This study discusses the recent development and problems of hospital BSC practices in in several countries.

First, the article discuss the recent development and problems of hospital BSC implementation. Second, we review the links of strategic alignment with hospital's strategy and BSC on weight design, organizational culture and hospital performance. Finally, we explore hospital BSC framework that clarified easy to understand integrative approach to hospital BSC research using contingency theory model.

Key Words : Cost Accounting, Activity Based Costing, Hospital Accounting, Cost Management, BSC(Balanced Scorecard), Reference Cost, PbR(Payment by Results)

* 투고일자 : 2008년 1월 24일, 수정일자 : 2008년 3월 3일, 게재확정일자 : 2008년 3월 4일

* 본 연구는 2006년도 부산외국어대학교의 교내연구비지원으로 실시되었음.

‡ 교신저자 : 육근효(019-466-8837, yook@pufs.ac.kr)

I. 서론

Drucker는 오케스트라와 대학 그리고 병원을 미래에도 증가하는 「전문가 집단으로 이루어지는 정보형·지식형 조직」의 대표적 예로 들었다. 이러한 조직에서는 다음과 같은 두 가지 이유에 의해 일반적인 기업에 비해 조직 운영이 보다 곤란하다고 생각할 수 있다. 첫째, 조직 운영의 효율화를 지향하는 조직내 계층 원리 외에, 전문가 단체 특유의 가치관이 침투해 있기 때문에 집단 간에 충돌이 발생하기 쉽다. 둘째, 이러한 전문가 조직에서는 기업과 비교하여 이해관계자의 종류가 압도적으로 많다. 따라서 경영진이 조직의 미션을 적절히 실현하면서 조직 내외의 이해관계자에 대한 설명책임(accountability)을 완수하기 위한 지배(통제)구조의 설계가 매우 어렵다는 것이다.

이러한 문제점들을 해결하기 위해 등장한 전략적 경영관리 기법이 BSC(Balanced Scorecard)이다.¹⁾ BSC는 Kaplan & Norton(1992)이 기업의 경영성과측정시스템으로 개발하였으나 진화를 거듭하여 현재는 단순히 기술적 기법이나 성과평가시스템이 아니라 장기적인 전략을 수행하기 위한 관리시스템으로 활용되고 있다(Kaplan & Norton, 1996).

BSC는 1993년도에 미연방정부의 일부 기관에서 선도적으로 도입함으로써 공공부문으로도 확산되었으며, 의료계에 처음으로 침투한 것은 1990년대 후반 이후로 초기의 사례로서는 듀크 대학 소아병원이 유명하다.²⁾ 의료 분야에 BSC가 도입된 것은 지금까지 재무적인 지표만에 의한 평가와 인센티브 제도가 과잉 진료나 비용절감만을 강조함으로써 환자의 불만과 업무의 비효율화를 초래하고 결과적으로 중장기의 전략을 달성하기 어려웠으나, BSC에서는 환자의 관점이나 업무 프로세스의 관점을 도입함으로써 중장기의 비전도 포함해 조직의 전략을 일상 행동에까지 구체적으로 적용해 갈 수 있기 때문이다.

이런 BSC가 북미 대륙의 병원에서는 상당히 적극적으로 병원 경영에 침투하고 있으며 이미 일반화 단계에 까지 이르고 있다. 일본과 영국 등에서도 활발하게 BSC를 도입하고 있으나 우리나라는 아직 초기 단계에 머물러 있는 실정이다. 이러한 상황에서 우리나라도 의료계

1) Balanced Scorecard(BSC)는 다양하게 번역되고 있다. 우선 "Balanced Scorecard"가 지니는 사전적 의미에 착안하여 "균형성과표" 혹은 "균형성과점수표"로 부르기도 하고, BSC를 직접적으로 "전략적 성과관리체계"라 부르기도 한다. 또한 BSC가 전략적 의미를 지닌다는 뜻으로 사용하고 있다. 본 연구에서는 개념상의 혼란을 줄이기 위하여 번역하지 않고 사용하고자 하였다.

2) 의료계의 BSC에 관한 최초의 문헌은 Griffith(1994)에 의해 작성되었으며 그 이후로 상당수의 문헌이 출판되어 왔다.

에 유효한 BSC를 보급시키기 위해서는 선진 각국에 있어서의 의료 BSC의 전개를 파악해 비교 연구하는 것이 필요하다. 그러나 지금까지 의료계에 있어서의 BSC의 전개와 검토는 거의 이루어지지 않았으며 유사한 연구에서도 모호한 개념적인 정의와 사례만을 제시하였으며 충분한 비교 연구나 경험적 연구는 더욱 없는 실정이다.

이에 본고에서는 우선 선행연구를 통하여 어떤 BSC 구조가 병원에 이용가능하며 실제로 사용되고 있는가를 확인하고, 다음으로 상황이론(contingency theory) 모형을 통하여 BSC 연구에 있어서의 원인과 결과변수를 분석하여 병원의 경영환경에 부합하는 BSC 연구모형이 무엇인가를 도출한다. 이와 같이 병원BSC에 상황이론을 접목시키는 것은 첫째 최근 병원간 경쟁 격화로 인해 어려워지고 있는 환경변화에 신속히 대처할 수 있도록 조직을 재구축할 필요가 있기 때문이며, 둘째는 이러한 과제를 해결하기 위해서는 병원의 전략에 따라 상황에 어울리는 조직 내지 시스템(대표적으로 BSC)과의 관계성을 이론적으로 규명하는 것이 중요하기 때문이다.

이러한 이유에서 본 연구의 목적은 상황이론 모형에 근거하여 병원BSC에 관련된 선행연구에서 도출한 각종 설명 및 결과변수와 이들 변수간의 매개 및 조절작용의 영향을 다각적으로 분석하고 이것을 기초로 효과적인 병원BSC 시스템을 설계하기 위한 연구모형을 제시하는 것이다.

II. 병원BSC의 이론적 배경

1. 병원BSC의 개요

Kaplan & Norton(1992)은 전통적인 회계적 평가 척도를 보충하기 위해 새로운 다면적 평가 척도인 BSC를 개발하였다. BSC는 이들이 개발한 기업의 전략적 성과관리시스템으로 기업의 단기적인 재무적 성과측정에서 벗어나 장기적이며 총체적 관점의 조직관리를 위하여 재무적 관점과 함께 고객, 내부프로세스, 학습 및 성장이라는 4가지 관점을 균형적으로 취한 경영을 실천해 나가는 포괄적인 실적 관리 수법이다.

BSC는 다른 혁신기법과 같이 도입기, 성장기, 성숙기, 그리고 쇠퇴기라고 하는 라이프 사이클을 거쳐가는 것이라고 생각할 수 있다. 미국의 의료계에 있어 BSC는 확실히 그 성장기

에 있으며, 일본의 의료계에서는 도입기의 중반, 그리고 한국에서는 도입 초기에 해당한다고 볼 수 있다(Arai 2004)³⁾.

이러한 의료기관의 BSC도 다른 산업과 마찬가지로 도입에 관련되는 많은 유사한 과제에 직면해 왔으며, 의료계 특유의 독특한 도전을 강요당하게 되었다. 예를 들면 의사 집단과의 관계, 그리고 평가·해석·다른 조직과의 비교가 어려운 의료의 질은 병원 경영에 있어서 중요한 과제라고 하는 점이 있다. 의료 서비스 제공의 현장 안에서 라인으로서 기능하면서 경영에 영향 혹은 권한을 행사하는 집단으로서의 의사나 병원의 특성으로서 장기적인 성과(outcome)가 중요시되는 점은 다른 산업계에서는 별로 볼 수 없는 특징이다. 또한 병원 내에서 가장 많은 수를 차지하는 전문직으로서의 간호사 집단의 존재도 크다. 이들 의료계의 특징이 하나의 혁신을 다양한 형태의 혁신과 이용법이라고 하는 변종으로 다시 만들어 대처해 가는 결과가 되었던 것이다.

따라서 병원BSC의 도입에 있어서는 조직 상황의 특성 및 필요성에 따라 맞춤형으로 유연하게 추진하는 것이 바람직하다. 맞춤형 도입방식을 실시하기 위해서는 첫째 BSC라고 하는 용어를 실무 현장에서는 가능한 사용하지 않아야 한다. BSC라고 하는 용어 그 자체에 대한 저항을 없애기 위해 BSC의 정의나 기법에 대해 시간을 들여 설명해서 납득시키는 것이 일반적인 접근방법이지만, 실제의 활동이 BSC라면 굳이 BSC라고 하는 용어를 사용하지 않고 부지불식간에 병원 전체가 BSC의 구축을 실시하게 되도록 도입을 진행시키는 일이 보다 효과적이라고 생각할 수 있다(渡辺, 2006).

둘째 전략 맵이나 스코어 카드의 작성과 도입에 즈음해서는 최초부터 완벽한 것을 요구하지 않고 실제로 운용해 가면서 시행착오를 거쳐 세련시켜 가야 하는 것이다. 시간은 걸릴지도 모르지만 오히려 그것이 이러한 과제를 해결하는 지름길이라고 생각할 수 있다.

셋째 당사자에게 이해하기 쉬운 독자적인 전략 맵을 작성해야 한다. 맞춤형도입에 의해 병원이 처한 상황에 맞게 적절한 전략과 평가 척도의 설정할 수 있을 뿐더러 관계자의 이해와 관여도 한층 깊어지게 된다.

3) 일본의 경우 深代 등(2006)의 조사에 의하면 발송 수 2170개 회수된 샘플 440개 병원의 50%(22개) 병원이 이미 도입하고 있으며 14.8% 병원이 현재 BSC의 도입과정에 있다고 하였으며, 우리나라는 현재까지는 공식적으로 발표된 곳은 전북대병원, 가천길병원, 서울대병원, 연세의료원 성모병원, 동해병원, 창원병원 등 10여 곳에서 도입했거나 구축 중에 있다.

2. 병원BSC 도입의 배경

조직 상황의 특성 및 필요성에 따라 병원 BSC를 적절히 이해하고 의료계에 의해 유효한 BSC를 설계하기 위해서는 선진 각국에 있어서의 병원BSC의 도입 배경을 파악해 비교 연구하는 것이 불가결하다. 본장에서는 문헌 조사를 기본으로 각국의 병원계에 있어서의 BSC 도입의 배경을 살펴본다. 이것은 상황이론과 밀접한 조직문화와도 관련이 있으므로 연구모형의 설정에 있어서도 필수불가결한 내용이다.

1) 미국의 도입 배경

미국에서 90년대 후반(특히 90년대 말) 이후에 병원계에 BSC가 침투하게 된 배경에는 일반 산업계에 있어서의 BSC의 활발한 논의 및 실천에 힘입은 바가 큰 것은 틀림없다(Curtright, 2000). 그러나 동시에 Managed Care에 의한 경쟁의 격화에 대처하기 위해서 병원의 경쟁력을 높이기 위한 전략적 관리시스템이 80년대말 이후 필요하게 된 것도 배경의 하나이다.

또한 경쟁력의 향상과는 별도로 전통적으로 재무적 성과 및 내부 프로세스의 효율성(원가)과 의료의 질 사이의 균형이 강하게 인식되고 있던 것도 BSC에의 관심이 높아져 온 배경에 있다. 특히 1983년 Medicare 상환제도 개혁의 영향의 침투와 Managed Care에 의한 의료 관리의 강화가 시작된 80년대 말 이후는 병원계 전체에 재무·효율성과 의료 품질 간의 균형에 대한 중요성이 강조되고 있었다. 경영관리자에 의한 재무면·효율면 중심의 경영관리와 현장 의료직에 의한 「의료의 질」의 관리 활동을 통합하여 경영관리자 및 현장 의료직이 병원의 다양한 실적 측면(관점)을 포괄적·체계적으로 파악·관리할 필요가 나오고 있었다. 또한 대외적으로도 병원의 포괄적인 실적을 공개하고 포괄적인 정보에 의거한 환자·보험자·기업경영자에 의한 의료 선택을 가능하게 하는 것이 요구되고 있었다.

이상과 같이 의료의 질과 재무·효율성의 양자를 포괄적으로 평가·관리할 필요성과 경쟁 능력 향상의 필요성이라고 하는 병원계 내재적인 필요성을 주요한 배경으로 하면서, 일반 산업계에 있어서의 BSC 실천·논의의 영향도 받아 주로 병원 전체나 병원내의 특정 부문·센터를 대상으로 설계된 BSC가 90년대 후반말 이후 침투해 오고 있다.

2) 영국의 도입 배경

영국에서는 BSC에 대한 관심은 높지만 실제로 개별 병원 수준에서 BSC를 도입하고 있는

경우는 아직 많다고는 할 수 없으며 북미에 있어서의 활발한 상황과는 대조적이다. NHS (National Hospital Service) 전체 수준에서의 정부의 BSC에 대한 열의에도 불구하고 지역의 병원 수준에서는 BSC가 폭 넓게 이용되지는 않고 있는 실정이다(Radnor and Lovell, 2003).

그 이유로서 몇 가지를 들 수 있는데 첫째는 대부분의 병원에 있어서는 이미 오래전부터 실적관리 시스템이 존재해오고 있었으며(Martin et al., 2002 등), BSC는 이러한 기존의 실적관리 시스템과 유사한 것이며 따라서 시스템의 중복으로 비용이 낭비된다고 이해하고 있었다는 것이다.

둘째 영국에 있어 개별 병원 수준에서의 BSC가 활발하지 않는 또 하나의 이유는 의료계에서 뿐만 아니라 영국에 있어서는 BSC 자체에 대한 실효성에 의문을 가지고 있다는 것이다(Norreklit, 2003).

셋째 영국 의료계에 있어서는 PAF(Performance assessment framework)⁴⁾라고 하는 NHS 전체에서의 병원 공통의 실적평가 수단과 더불어 환자에 대한 일련의 의료 서비스가 완결하는 진료권 수준에서의 BSC 논의가 중심이기 때문이다. 물론 개별 병원 수준의 BSC도 볼 수 있으나 진료권 수준의 BSC 활동 내에서 파악되고 있는 경우가 대부분이다.

한편 영국 의료계에서는 NHS 전체 수준의 공통의 BSC와 진료권 수준의 BSC 및 그 아래의 개별 병원 수준의 BSC에서도 모두 설명책임(accountability) 이라고 하는 관점이 매우 강조되고 있는 것이 특징이다(Chang, 2002; DH, 2001; Martin et al. 2002; Radnor and Lovell, 2003). 예를 들어 NHS 전체수준의 BSC라고 할 수 있는 PAF의 2가지 목적도 서비스 개선과 국민·의회에 대한 설명책임을 들고 있다.

3) 일본의 도입 배경

현재 일본의 병원계에 있어서는 BSC에 대한 관심이 점차 높아지고 있는데(Arai, 2004), 그 배경의 하나는 의료와 경영의 융합적인 의사결정의 필요성이 높아지는 가운데, 실질적으로 의사가 경영관리자를 맡는 경우가 아직 별로 없는 일본 병원계에 있어 의료와 경영의 「가교 기능」으로서의 역할을 BSC에 기대할 수 있다고 생각하고 있기 때문이다. 또 실제로 이러한 의료와 경영의 「가교 기능」으로서의 역할을 완수하고 있는 병원 BSC의 사례도 볼 수

4) PAF는 1999~2002년 사이에 영국 의료당국의 설명책임을 증진시키기 위해 의료기관의 성과를 비교하기 위해 사용되었다. 건강개선, 공정한 접근, 적절한 의료의 효과적 수행, 효율성, 환자보호자의 만족, NHS의 의료성과의 6개 관점으로 구성되어 있는데 이것은 재무적 효율성만이 아니라 6개 관점의 다면적 성과를 평가하는 것이다.

있다⁵⁾(荒井, 2003).

한편, 일본 의료계에 있어서는 BSC 활동의 목적으로서 설명책임이라고 하는 관점이 매우 약하다(Arai, 2004). 이것은 일본에서는 전통적으로 의료 수요자 측의 영향력이 약하다는 점(정부는 의료 공급자 측의 보호를 우선해 온 것)과, 국민이 민간병원도 포함한 넓은 의미에서의 「공적」 기관에 대해서 전통적으로 신뢰감을 가지고 있는 것에 관련되어 있다고 생각된다. 또한 영국에서는 국가 전체나 진료권이라고 하는 지역 의료 시스템 차원에서의 BSC의 논의가 중심인데 비하여 일본에 있어서는 상대적으로 개별 병원 수준에서의 BSC의 논의에 초점을 맞추고 있다. 즉 국가별로 BSC 구축 대상의 초점이 다른 것이다.

4) 한국의 도입 배경

우리나라 의료계에 있어서도 BSC에의 관심이 높아지고 있는데 이것은 90년대 이후의 다음과 같은 병원 경영환경의 근본적인 변화가 있었기 때문이다. 첫째 어려운 재무적 상황에 있어서 재무면과 의료의 질 등 비재무면과의 균형을 취할 필요가 있다. 둘째 병원 스스로의 의사결정에 근거하는 제공 의료 서비스의 선택과 집중이라고 하는 병원 경영 틀의 큰 변혁 속에서 전략적 경영의 중요성이 고조되고 있다. 셋째 진료와 경영의 융합 영역에서의 경영관리의 중요성이 높아지는 가운데 관리 활동면과 의식면 양면에 있어서 진료와 경영의 「연계 고리 역할」의 필요성이 높아지고 있으며 넷째 90년대 중반 이후 대처가 활발하게 된 경영 지표에 의한 관리 시스템의 문제점에 대한 대응이라고 하는 관점에서 BSC가 기대되고 있다고 말할 수 있다.

특히 우리나라의 경우는 병원 조직이 수익성 제고와 경쟁력 강화를 위해 통합경영관리시스템(ERP)를 도입하는 과정에서 ERP를 보다 효과적으로 운용하기 위해 활동기준원가관리(ABM)와 BSC 등을 추가로 도입한 것이 특징이다. 이런 점에서 우리나라의 BSC도입 배경은 IMF이후의 병원 수익성 악화와 경쟁력을 위한 체질 강화가 필요하게 된 점, 즉 병원산업의 내재적 필요성을 바탕으로, 외국의 병원BSC 성공사례와 국내외 기업 및 공공기관 성공사례 등의 영향이 복합적으로 결합되어 있는 것이다.⁶⁾

5) 예를 들어, 일본에 있어 가장 선진적으로 BSC 활동에 임해 온 미에(三重)현립 병원에서는 산하 각 4개 병원의 원장이 현시점에서는 형식적인 경영자에 지나지 않기 때문에 4개 병원을 통괄하고 있는 병원 사업청의 비의사 경영관리자가 실질적인 권한을 가지고 있다. 그러나 그들은 의사는 아니기 때문에 의료와 경영의 융합 영역에 있어서의 최고위의 의사결정에 대처하기 위해 병원별의 BSC 작성·평가 활동을 통해서 경영관리자와 의료자와의 커뮤니케이션의 촉진을 도모하고 있다(荒井, 2003).

3. 상황이론과 병원BSC의 연계

전략적 기법은 사업의 성과를 다면적으로 분석함으로써 단기적·장기적 평가를 가능하게 하는 점에서 수많은 기업이 이것을 도입하기 시작하고 있다. 그러나 BSC는 1개의 전략을 실행하기 위해서 필요한 수단임에는 틀림없지만, 모든 기업에 일률적으로 적용할 수 있는 전형적인 것은 아니다. 이것이 의미하는 바는 모든 상황에 있어 모든 조직에 적합한 최적의 조직 형태는 존재하지 않는다고 하는 것이다. 기술 특성이 변화하면 업무간의 상호 관계도 변화하고 병원이 가지는 최적의 조직 구조도 변화한다고 생각하는 것이다.

한편, 경쟁의 격화 등의 이유로 시장 환경의 변화가 격심해지면 조직은 증가하는 정보 수요에 대응해 신속히 정보처리가 이루어지도록 조직을 재구축할 필요가 생긴다. 이러한 명제에 대해서 병원 특유의 문제를 정리하면서 병원의 전략에 따라 상황에 어울리는 조직(시스템)과의 관계성을 이론적으로 고찰하는 것이 중요해진다.

이러한 조직-환경 관계가 중요하다는 인식에서, 환경에 적합한 행동을 취할 수 있는 유효한 경영 시스템(그 하나가 BSC와 같은 경영통제시스템)을 설계하고 관리할 필요성이 발생한다. 그래서 본고에서는 그러한 관계를 적절히 분석할 수 있고 나아가 이론을 구축할 수 있는 도구(tool)로서 상황(contingency) 이론 모형에 있어서의 분석 틀에 주목한다.

구체적으로 다음 장에서는 전략과 BSC 구조와의 관련성에 주목하면서 BSC를 성공적으로 실시하기 위해 전략과 BSC 설계간의 적합성과 이들 변수간에 영향을 미치는 환경요인(하부구조, 촉진요인 등) 그리고 BSC 구조가 BSC 성과로 이어지기 위한 조직문화의 매개기능 등에 관해 분석하고자 한다.

Ⅲ. 상황 변수와 병원BSC 분석모형

1. 전략과 BSC

주지하는 바와 같이 조직의 상황 이론의 틀에서는 조직의 통제시스템은 조직 전략에 적응

- 6) 이와 더불어 우리나라 경우는 병원조직에서 통합경영관리시스템(ERP)을 구축해 주는 Oracle이나 SAP과 같은 컨설팅 기업이 ERP 구축과정에서 해당 병원에 ABM이나 BSC의 추가도입 필요성을 제시하고 이것을 병원 측이 수용한 경우가 대부분이다.

하도록 설계해야 한다고 생각할 수 있다. Simons(1987)는 서로 다른 전략을 취하는 두 개의 기업 그룹간에 경영통제시스템의 속성의 차이를 검토함으로써 이 가설을 검증하였다. Simons가 이 연구에서 밝힌 것은 서로 상이한 전략을 채택하는 기업은 서로 다른 경영통제시스템을 채택하고 있으며 말하자면 전략에 따라 다른 시스템 속성을 이용하고 있는 것이다. 또한 Simons는 관리자가 상호작용적 통제(interactive control)를 선택하는 것은 이 통제시스템에 의해서 전략적 불확실성에 관한 정보를 수집하기 위해서라는 사실을 독자적인 사례연구를 통해서 찾아냈다.

Treacy & Wiersema(1995)는 “가치원칙”이라는 연구에서 제품지향기업은 혁신과 학습관점을, 고객지향적인 기업은 고객관점을, 운영의 효율을 지향하는 기업은 내부프로세스관점을 강조해야 함을 주장하고 이러한 지향관점 모두는 재무적 관점을 중시해야 한다고 주장했다. 또한 Olson과 Slater(2002)는 전략유형과 BSC관점별 가중치, 그리고 양 변수간의 적합성이 기업성과에 미치는 영향을 실증하였다. 이들 연구에서는 공격형기업들은 고객관점의 가중치가 높은 기업일수록 높은 성과를 내는 것으로 나타났으며, 분석형 전략의 기업들은 재무적 관점, 학습과 성장관점에 대한 가중치가 높을수록, 그리고 저 원가 방어형 전략은 재무적 성과의 증시에 따라 성과차이를 보였으며, 차별화 방어전략은 고객관점의 중시여부에 따라 성과차이를 보였다. 이러한 연구결과는 비록 평균값 비교에 의한 탐색적 연구이기는 하지만 BSC의 관점들이 경영전략 유형과 높은 연관성을 갖고 있다는 점을 시사하고 있다.

손명호 등(2003)의 연구는 Miles와 Snow(1978)의 전략유형에 따른 균형성과지표의 4가지 관점의 가중치 평균값의 차이를 보임으로써, 전략에 따라 성과측정지표의 상대적 중요도가 차이가 있음을 보여 주었다.

2. 전략과 BSC의 연계를 위한 환경요인

1) 연계를 위한 촉진 요인

병원의 경영전략과 BSC를 연계시키는 첫째 촉진요인은 전략에 대한 명확한 개념과 최고층의 적극적 지원이다. 먼저 최고층의 경영전략에 있어서의 명확한 개념에 대한 이해이다. 예를 들어 일본의 신스마(新須磨) 병원에서는 「급성기 병원으로서의 약진」과 「특색 있는 의료의 제공」이 경영전략으로서 명확했고, 정형외과에 있어서도 정형외과 부장이 후자에 대해 「관절 수술, 특히 스포츠 정형외과의 중시」를 밝히고 있다(谷, 2006). 카와고에(川越) 위장병원은 지역의료 요구사항에 적합한 소화기과 전문병원으로 특화하여 고객만족 경영의 노하

우를 살리는 것으로 전략목표를 명확히 했다. BSC는 이러한 명확한 콘셉트 위에 전략 실시의 시스템으로서 도입되었던 것이다.

이와 더불어 의료기관 BSC의 도입을 촉진하는 요인은 무엇보다 최고 경영진의 강한 집념(commitment)과 적극적 참가라고 할 수 있다. BSC를 성공적으로 도입한 많은 병원에서는 원장과 이사회가 BSC의 필요성을 확신해서, 도입 프로세스를 솔선 리드하고 최고 경영진이 스스로 전도사역을 맡았다. 구체적으로는 병원장들이 스스로 도입 프로젝트 멤버에 참가한 것 외에 그 인선에 대해서도 프로젝트의 추진에 지원을 하였다⁷⁾.

제2의 촉진 요인은 추진역(facilitator)과 책임자의 존재이다. 원래 BSC를 추진하는 조직이나 추진담당자의 존재가 필수적이며, 그 본연의 자세도 과제로서 인식되는 것이다. 특히 새로운 대처에 대한 과잉 반응이나 거부 반응이 강한 병원의 경우, 추진 담당자는 「전도사」로서 어떤 의미에서 BSC의 포교 활동을 원내에서 실시할 필요를 느낀다. 병원 최고층이나 BSC 도입의 책임자는 이 전도사가 「박해」를 당하지 않게 지원할 필요가 있다. ⁸⁾

한편 일본능률협회 종합연구소가 실시한 설문조사에 의하면(深代 등, 2006), BSC가 원활히 기능하기 위해서는 추진역의 적정한 능력이나 자질이 필수적이었다. 그 중에서 병원 규모가 클수록 필요성이 높아지고 있는 것이 「직원 상호의 원활한 커뮤니케이션」이며, 한편 「이념·방침에 근거한 명확한 목표 설정」과 「목표 달성을 향한 직원의 의식·행동의 결집」은 소규모 병원에서도 필요하다고 인식되었다. 또한 「목표 달성을 향한 직원의 의식·행동의 결집」은 의료법인이나 공적·독립 행정법인에서 높게 인식되었다.

세 번째의 촉진 요인은 실제의 운용 이전에 전략 목표 실시의 책임자를 설정하는 것이다.

-
- 7) 예를 들어, 초기 출발 시점에 「병원형 치료에 중점을 둔 외래」가 전략 목표로 논의되게 된 직후에 지역 의료 상담 센터 실장을 멤버에 추가했다. 그것은 「급성기 병원으로서의 약진」하에서, 병원형 치료에 중점을 두게 되면 지역의 병원·개업 의사와의 제휴, 즉 이러한 병원·개업 의사로부터의 환자 소개 및 증상이 안정된 환자를 이들 병원·개업 의사에게 소개하는 것이 필요하기 때문이다. 이 업무의 책임자인 지역 의료 상담 센터 실장을 멤버에 추가함으로써 BSC의 도입 속에서 병원·개업 의사와의 제휴를 강화하려고 하는 목적이다.
 - 8) 일본의 신스마(新須磨) 병원의 사례에서 정형외과 부장은 정형외과에 대해 명확한 컨셉을 가지는 것과 동시에, 정형외과의 장래를 BSC에 넣을 수 있는 정도까지 이미 지침을 그리고 있었다. BSC도입 프로젝트의 시작전에 경영 과제를 문서로 제출받았으며, 이것을 컨설팅과 연구 그룹에서 정리만 하면 최후의 전략 맵에 가까운 것을 만들 수 있었다. 이 점에서 담당 부장이 BSC의 도입을 추진한 주인공이었다. 담당 외과부장의 역할은 전략 목표의 설정에만 머물지 않는다. 실제 실행 연구에 대해서는 컨설팅과 연구자 그룹에서 실시했으나, 성과 지표나 행동 지표의 탐색 및 BSC의 운용에 있어서 병원측의 정리를 담당한 것은 외과 부장이었다. 이 부장의 리더십이 없었다면 BSC의 도입은 성공하지 않았을 것이다(谷, 2006).

BSC구축에 있어서는 통상 외래 사무원은 전략 목표 실시의 책임을 결정하기 전부터 다양한 액션을 실행으로 옮기고 또 제안을 실시하는데 이것은 직책에 의거하는 것이다. 그러나 역시 책임자를 정해 두고 실적 보고서를 제출하는 구조를 형성함으로써 목표의 달성을 향해 액션을 생각하거나 이 액션을 수정하거나 하는 것이 보다 확실히 된다고 생각된다.

제4의 촉진 요인은 수평적·수직적 커뮤니케이션의 활성화이다. 이것은 병원의 각부서와 관계되는 다양한 직능의 책임자에 의한 프로젝트 팀에서 도입을 진행시키는 것이다. 최고층 및 담당 진료과 부장이 상의하달(top-down) 방식으로 해당 진료부서의 장래를 나타내는 것은 경영전략의 실시상 매우 핵심적이다. 그러나 전략 맵과 성과 지표의 설정 및 목표 설정까지는 할 수 있을지도 모르지만, 연구자 팀과 원장·진료부서 부장만으로 효과적인 행동 지표의 설정에 도착할 수 있을지는 의문이다. 경영 과제에 직면하고 있는 것은 현장의 책임자이며 그들의 지혜를 BSC에 밀어 넣는 것이 효과적이라는 것은 지금까지 설명한 다양한 선행연구에서 보여주고 있다. 따라서 상의하달·하의상달의 절충 방식이 효과적이라고 할 수 있다.

2) 하부구조(infrastructure)의 정비

첫째는 회계제도의 정비이다. 비영리조직인 병원에 있어서도 원가의 측정은 필요하며, 이것을 하지 않으려 해서는 조직이 나아가지 않게 된다. 조직인 이상 비록 비영리조직인 병원이라도 손실을 내는 것은 가능한 피하지 않으면 안된다. 환자를 진료하면 할수록 손실이 늘어나는 상황이라면 조만간 그 병원은 도산하게 된다.

이것에 대한 반론으로서 원가를 중시한다면 필요한 진료를 행할 수 없게 되고 진료의 질이 저하된다는 의견이 있다. 그러나 여기서 말하고 있는 것은 진료의 질을 떨어뜨려서 원가 절감을 하는 것이 아니라 낭비적 원가를 삭감하는 노력이 필요하다는 것이다.

그것을 위해서는 「어디에서 얼마만큼의 원가가 발생하고 있는가」를 측정하기 위한 시스템이 필요하다. 병원 전체에서 발생하고 있는 원가를 측정할 수 있다 해도 그것만으로는 불충분하다. 「어디에서 얼마만큼의 원가가 발생하고 있는가」를 측정할 수 없다면 어디에 낭비가 있는가를 파악하는 것은 불가능하다. 그것을 위해서는 Spread Sheet를 이용하는 정도라도 좋으니까 조직상의 구분, 가능하다면 책임센터별의 회계정보를 측정할 수 있는 구조를 생각해 둘 필요가 있다.

둘째는 정보시스템의 구축이다. BSC의 도입에 필수불가결한 정보 시스템에 관한 문제점이 몇가지 지적되고 있다. 예를 들어 Jason(2001)은 BSC에 필수적인 임상·업무·재무 데이터를 통합하는 데이터웨어하우스가 없기 때문에 지금까지 용이하게 입수 가능한 실적 데이터가

병원계에 있어서는 결여 되어 있으며, 그것이 병원계에 있어서의 BSC 도입을 저해하고 있다고 말하고 있다. 또 Zelman et al.(1999)은 BSC의 내부 프로세스 관점의 개선은 데이터에 강하게 의존하고 있지만, 많은 병원의 현재의 정보 시스템은 여러 부문에 걸치는 중요한 정보를 제공할 수 없다고 지적하고 있다. 그리고 Santiago(1999)는 병원 BSC에 불가결한 성과(outcome)의 측정에는 정보 시스템(및 직원)에의 상당한 투자가 필요하다고 주장하고 있다. 나아가 Santiago(1999)는 품질의 측정에 관해서 의료 정보 시스템이 아직 발달의 초기 단계이기 때문에 기술적으로 완전한 BSC는 행동 의도와 같은 단일의 서비스를 제공하고 있는 조직은 차치하고 다양한 서비스를 제공하고 있는 병원에서는 아직 비현실적일지도 모른다고 말하고 있다.

그러나 중기적으로는 이러한 정량 데이터를 추출할 수 있는 시스템 개발이 필요하다. 특히 전자 진료기록카드의 정보 등에서, 효율적으로 경영 데이터를 추출할 수 있도록 시스템 개발시에 고안하거나 정량 데이터를 추출할 수 있도록 일상 업무의 프로세스를 개선한다고 하는 대처를 실시함으로써 보다 전략적으로 경영 데이터의 활용이 기대된다. 다만, 이것들을 추출하거나 분석하거나 고찰을 가하는 인재의 확보나 육성도 동시에 구할 수 있는 점에서 단순히 정보 시스템 개발을 실시하는 것이 아니라, 「전략적」으로 이것들에 임해야 하는 것이다. 이것이야말로 전략 맵에서 말하는 학습과 성장의 관점에 있어서의 전략이라고 할 수 있을 것이다.

3. 병원BSC 4가지 관점간의 인과관계

일반적으로 BSC에서는 조직관리를 위하여 재무적 관점과 함께 고객, 내부프로세스, 학습 및 성장이라는 4가지 관점에서 전략목표를 세운다. 그러나 병원의 특성을 가미하여 4개의 관점에 구애되지 않고 독자적 관점을 추가한 의료기관도 있다(渡辺, 2006). 예를 들어 아사히 중앙병원에서는 통상의 4개 관점에 「사회의 관점」을 더해 5개의 관점으로 하고 있으며 Mayo Clinic에서도 「사회적 공약」 「외부환경분석」이라는 관점을 포함시키고 있다.

BSC에서는 이런 4가지 관점의 성과지표가 서로 인과관계가 있다고 가정한다. 먼저 학습과 성장관점에서 구성원의 역량이 향상되고 정보시스템이 효율화되면 내부프로세스가 효율화된다. 이렇게 되면 고객의 만족도가 증가되고 고객유치 및 유지가 용이해진다. 그리고 이것은 최종적으로 재무성과의 향상으로 이어진다.

그런데 의료의 경우에는 전통적으로 의료의 질의 향상을 도모하는 것이 가장 중요한 과제

라고 생각된다. 따라서 의료의 BSC에 있어서는 고객의 관점(=의료의 질)이 최상위에 자리잡고, 그 다음에 이 의료의 질을 유지·개선하기 위해 재무의 관점을 관련 지운다는 프로세스의 도입이 요점으로 된다⁹⁾. Rymar(2000)는 Yale 대학 의학부의 진료부가 고객의 관점을 BSC내의 다른 관점보다 가장 상위에 둠으로써 고객을 가장 소중히 하는 것을 실천한 예에 대해 논의했다. 환자(고객)의 관점과 사회의 관점을 최상위에 자리 매김을 하거나 고객의 관점과 재무의 관점을 동일하게 가장 상위에 두는 병원도 있다(渡辺, 2006).¹⁰⁾

각 관점은 서로 관련되어 있으므로 그러한 연쇄 관계를 고려해 전략 맵을 작성했는데 전략 맵에서는 병원의 비전을 근거로 하여 환자(고객)의 관점과 사회의 관점을 최상위에 자리 매김을 했다. 그런데 BSC의 특징의 하나에 관점간의 인과관계를 감안한 인과 고리가 있는데, 병원의 경우에는 이것을 고려한 사례는 결코 많지 않으며 현 단계에서는 BSC를 업적관리시스템으로서 도입하고 있는 사례가 많다. 그러나 BSC의 특징을 살리고 이 4개의 인과고리를 고려에 넣어 구상해 가는 쪽이 효과적일 것이다.

삼(2006)도 이 4개의 관점을 각각 전략목표, 성과목표, 행동목표에 관련 지워 과제별로 취합하여 전략맵을 그리고 있다. 따라서 여기에서 기본이 되는 것은 재무의 관점, 환자(고객)의 관점, 내부(원내)프로세스의 관점, 그리고 학습과 성장의 관점 4개의 인과고리를 어떻게 의료 BSC에 도입·적용해 가는가이다. 그 구체적인 한 가지가 4가지 관점의 상대적 중요도(가중치)를 정하는 것이다. 선행연구에 의하면 기업이 선택하는 전략의 유형과 가중치 결정에 직접 관여하는 인적자원의 역할 즉 경영진의 참여정도에 따라 4가지 관점의 상대적 비중의 차이가 나타나는 것을 알 수 있다.¹¹⁾ 그리고 이와 같이 관점별 가중치에 차이를 두게 되면 결국 상대적으로 중요도가 높은 관점 또는 부문의 관리를 강화하게 되고 또한 핵심역량이 집중되어 해당 부문의 성과가 향상되는 것이다. <그림1>에서 이런 관점 간의 인과 고리가 어떻게 구성되는가를 보여주고 있다.

9) 그러나 민간병원의 경우에는 재무의 관점이 최상위에 위치하는 경우가 많이 있다. 우리나라의 G병원을 비롯해 일본의 세이로카 병원, 신스마 병원 등이 있고 그리고 미국의 예일대학 의학부 (Physician Practices) 등이 있다. 참고로 세이로카국제병원은 2004년에는 재무관점이 최하위에 있었으나 2005년에는 최상위로 변경되었다.

10) 전자는 아사히(旭)중앙병원, 후자는 동경도립토요지마(豊島) 병원, 쇼와(昭和)대학병원, Duke Children's 병원 등이 있다.

11) BSC의 각 관점에 대한 가중치는 해당 조직이 취하는 전략 유형이나 인적자원의 역할에 따라 달라지므로 일률적으로 그 비율을 규정하기는 어렵다. 우리나라의 경우 G병원 소아과에 있어서의 BSC에서는 중요도와 난이도를 모두 감안하여 최종 가중치를 결정하는데, 재무관점 30%, 고객 20%, 내부프로세스 40%, 교육과 성장 관점이 10%로 나타났다. 참고로 동경 치요다구청에서는 고객관점 50%, 재무10%, 업무프로세스 30%, 학습과 성장관점 10%로 구성되어 있다.

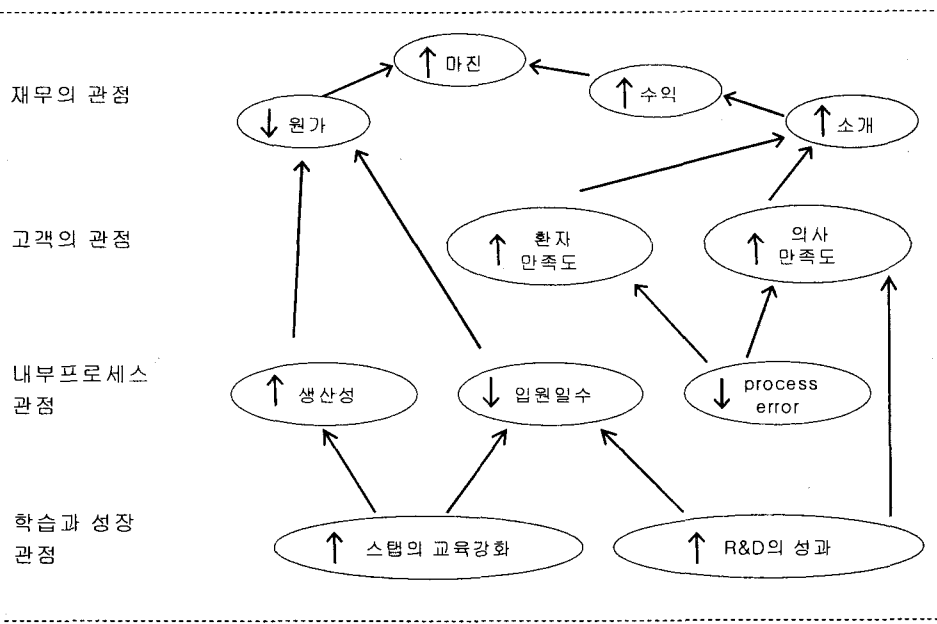


그림 1. 병원BSC에 있어서 4개 관점간의 인과고리

4. BSC와 조직문화

O'Reilly(1992)는 최고경영자의 신념, 가치 등이 의사소통을 통해 구성원들에서 지각되고 이것이 성과평가와 보상에 의해 구성원들의 행동규범으로 나타나면서 퇴적문화가 형성되고 유지된다. Mondy et al(1999)는 조직문화에 영향을 미치는 요인들로 경영자의 리더십 유형, 조직의 특성, 평가와 보상시스템을 포함한 관리시스템을 들고 있다.

BSC시스템은 구성원들의 행동에 직접적인 영향을 미치면서 학습강화 기능을 주장한다. 또한 구성원들에게 행동변화나 성과에 대하여 주기적인 정보를 제공함으로써 구성원들이 자발적으로 조직문화를 형성하는 과정에 참여할 수 있게 된다. Kotter and Heskett(1992)에 의하면 고객·주주·종업원가치를 존중하는 문화적 특성을 가지고 있는 조직은 그렇지 않은 조직에 비해 장기간에 걸쳐서 높은 조직성과를 유지하는 것으로 나타났다.

전략도구로서 BSC가 조직문화를 형성하는 역할을 하기 위해서는 전략과 기업문화와의 관계를 이해해야 한다. Scholz(1987)는 기업문화와 전략의 적합성이 기업의 성공에 주요한 역할을 한다고 주장하여 문화의 전략적 적합성을 강조하였다. 이들의 주장은 조직문화와 전략

이 결코 상충되지 않으며 오히려 쌍방향의 밀접한 관계를 가지기 때문에 BSC가 전략도구로서 뿐만 아니라 조직문화의 형성도구로서 역할을 효과적으로 수행할 수 있다는 것을 의미한다.

이상을 종합하면 조직문화의 기본가치를 반영하는 전략을 수립하고 그 전략에 따라 측정 지표와 목표를 선택하여 BSC를 설계·운용하고 이것이 조직구성원들의 행동규범을 강화·변화시키고, 강화·변화된 집단행동규범은 조직문화의 기본가치에 피드백되면서 순환적 관계가 지속되는 것이다.

IV. 상황이론에 의거한 병원BSC 연구의 틀

상황(contingency)이론의 개념은 기본적으로 유효한 조직, 외부 조건(환경)이 다르면 상이한 조직 특성과 행동 패턴이 필요하다고 하는 기본 관점에서 서서 문제를 제기하는 것이다. 그런데 조직론과 통제시스템(예를 들어 BSC)과의 접점을 둘러싼 문제에 대해서는 여전히 해명되지 않고 있는 것이 상당수 있다. 따라서 상황 이론에 기초한 가설 검증형의 연구를 종합화하고 BSC 시스템의 변혁에 관한 역동성과 인과관계를 밝히는 것이 향후의 큰 과제라는 것에는 이의가 없을 것이다. 그것을 위해서는 기존 모형을 분석해 가설을 제시하고 그러한 이론적 검토 위에 서서 실증적 연구를 행하는 근거를 제시해 주는 것이 필수불가결하다.

그런데 BSC에 관한 기존 연구는 대부분 BSC 활동과 경영성과간의 관련성(Hogue and James, 2000)이나 BSC 핵심성공요인과 경영성과간의 관계, 그리고 전략유형과 BSC 4가지 관점의 중요도(가중치)가 기업성과에 미치는 영향(Olson and Slater, 2002)에 초점을 맞춘 것이었다. 그리고 이들 연구는 모두 설문조사를 통한 실증연구 방식을 채택했다. 한편 BSC와 기업문화를 직접 분석한 연구는 없으나 Niven(2003)등의 연구에서는 BSC가 기업문화는 변화시키는 간접적 역할을 한다고 주장하였다. 그러나 이와 같은 기존 연구는 대부분이 기업이나 공공조직을 대상으로 분석한 것이었다. 따라서 본 연구에서는 이상과 같은 선행연구의 접근 방법을 분석한 다음 병원의 BSC에 관련되는 변수요인을 체계적으로 연결시키는 모형을 구축한다.

구체적으로 상황이론의 개념을 갖고 들어가 모형을 구성하는 경우에는 이 BSC의 인과고리가 어떻게 이것과 관련하고 있는가 설명할 필요가 있다. 우선 이 상황이론 모형을 전략→

BSC의 단계→조직문화 유형→조직유효성과 같이 나타낼 수 있다. 조직(병원)은 양호한 업적을 올리는 것에 적절한 시스템으로서 통제할 수 있는 다양한 요인에 적합하도록 행동한다. 한편으로 그러한 우량한 업적수준은 또한 BSC의 4개 관점에 대해서 조건변수인 환경변화에 의해서도 영향을 받는다. 즉 BSC 활용의 효과를 극대화하기 위해서는 전략과 BSC의 전략적 연계를 강화시킬 수 있는 촉진요인과 환경요인을 적극 고려하는 것이다. 물론 이 틀 (framework)은 과도하게 단순화한 것에 지나지 않는다.

조직(병원)의 전략은 그 환경으로부터 영향을 받고 BSC의 인과고리에도 충분히 영향을 미칠 수 있다. 이것은 조직이 존속할 수 있는가, 양호한 업적을 달성할 수 있는가 에도 관련되어 있다. 그러나 조직의 중요한 외부자원에 대한 의존성과 그 조직과 다른 조직과의 상호의존성의 유형에 대해서는 지금까지 거의 고찰되지 않았다. 조직이 존속할 수 있는가의 중요한 열쇠는 물적자원 및 인적자원을 획득하고 유지하는 능력과 경계 관계의 관리에 있다.

이상을 종합하면 BSC는 단순한 평가시스템이 아니라 업적의 실현을 뒷받침해주는 관리시스템이라는 것을 확인할 수 있다. 이상의 논의를 병원BSC의 통합적 상황이론 모형으로서 도시하면 <그림 2>와 같다.

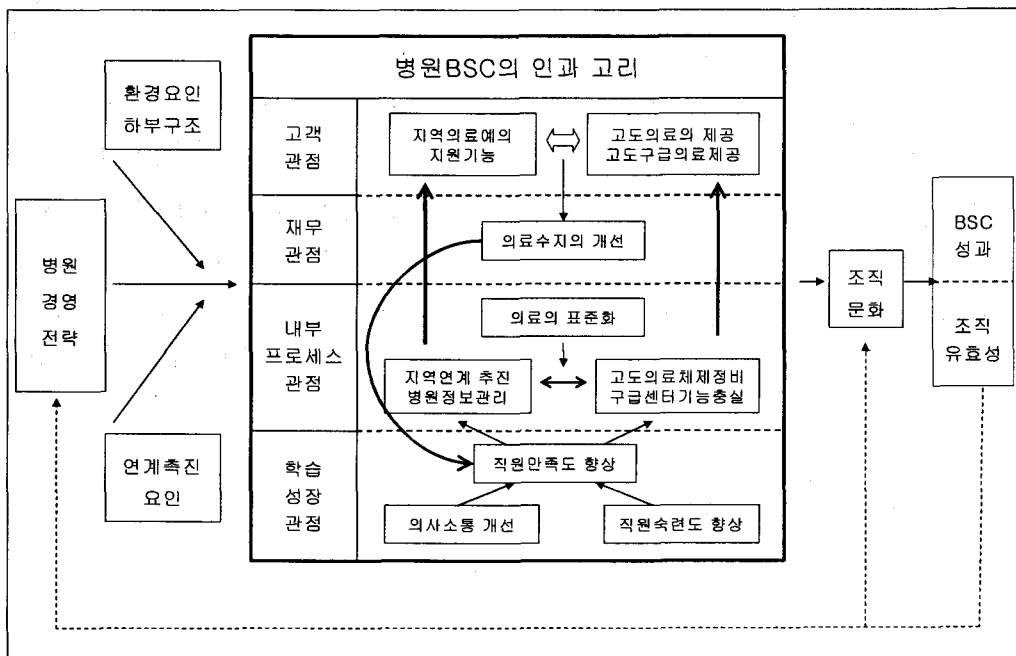


그림 2. 상황이론에 기초한 병원BSC 연구의 틀

V. 결 론

우리나라에 있어서도 최근 일부의 병원 관계자 사이에 의료의 질과 재무·효율성과의 균형을 고려한 의사결정과 실적평가라고 하는 관점에서 BSC에의 관심이 높아지고 있다. 그러나 아직 상대적으로 실시가 용이한 포괄적 실적평가·의사결정의 구조로서의 BSC조차 충분히 정비되어 있고 있다. 그것은 병원계가 전통적으로 효율성 관리(원가관리)에 소극적이고 의료 품질과 원가를 분리해 관리하는 경향이 강하기 때문이다. 그러나 심각한 의료 재정하에서 의료의 질을 향상 혹은 유지하면서 의료 서비스 제공의 효율화를 진행시켜야 하는 환경에 있어서 BSC는 큰 가능성을 가지고 있다.

병원 BSC의 논의에 임하여 지적되는 바와 같이 BSC를 경영목적을 위한 합리적인 도구라고 하는 관점에서 만이 아니라, BSC가 가지는 병원 행동·직원 행동에의 영향이나 BSC에 있어서의 이해관계자 사이의 역학관계·정치적 프로세스에도 주목한 연구가 유효한 BSC 활동의 향후의 보급이라는 점에서는 중요하다. BSC를 단순한 운용 차원에서가 아니고 행동 차원에서 파악하고 BSC를 상호작용 시스템으로서 활용하는 것이 우리나라 의료계에 있어서도 기대되고 있다.

본고에서는 전략적 경영통제시스템인 BSC를 구축함에 있어서 상황 이론에 착안해서 논의해 왔다. 그리고 병원조직이 환경의 변화에 어떻게 적응해 나가는지 그리고 환경과의 관계에서 경영정보가 관리 시스템으로 어떻게 이용되는가 하는 것이 전략과의 관계에서 분석하였다.

한편, 병원BSC 시스템의 설계에 있어서 어떠한 환경 요소가 거기에 영향을 주는지, 그리고 BSC 시스템의 다양한 속성이 병원 전략에 어떠한 영향을 주는가 하는 문제에 대해서는 지금까지 별로 연구되어 오지 않았다. 그러나 병원의 환경 적응과의 관계에서 경영전략과 BSC 시스템이 서로 어떻게 영향을 주고 있는지를 규명하는 것은 극히 중요한 과제라고 할 수 있다.

따라서 전략과 BSC와의 관련성에 주목하면서 새로운 경영통제시스템의 전개를 위해서 본고에서는 조직의 상황 이론의 개념적 틀을 다루고 그것을 재차 논의함으로써 몇 가지 함의를 재확인했다. 또, 상황 이론의 사고를 병원의 BSC에 적용할 가능성에 대해서도 하나의 연구 모형으로서 제시해 보았다. 물론 이것은 개념적 체제로서는 아직도 시험적 단계에 있으므로 그 많은 내용에 대해서는 향후 학제적 연구 등을 통해 확대해 나가야 할 것이다. 특히 현 상황에서는 병원 BSC사례가 소수에 그치고 있으나 일정 비율 이상 보급이 된다면 다양한

모형에 의거한 실증연구가 추가되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 손명호·김재구·유태우·임호순·이희석, 2003. 기업전략에 따른 균형성과표 성과지표 가중치 비교 연구. 한국인사관리학회(3월): 59-84
- 荒井耕(2003)「三重県立病院におけるバランスト・スコアカードの特徴・先進性と今後の課題」社会保険旬報, No.2170, 20-26
- 沈代達也·狩俣一浪·坂俊英·高橋淑郎, 2006. 医療経営におけるBSC活用に関する調査研究, 医療バランスと・スコアカード研究, Vol.2.1 41-54
- 平野雅章·須藤秀一·内田亨, 2006. 医療機関へのB S Cの導入と情報マネジメント, *Journal of the Japan Society for Management Information*, vol.14 No.4, 85-98
- 谷武幸, 2006. 病院経営へのBSCの導入, 會計, Vol. No.2, 52-70
- 渡辺明良, 2006. BSCの展開と導入における課題, 看護, Vol.58 No.7, 55-58.
- Arai, K, (2004), The Rise of Balanced Scorecard Efforts in Japanese Hospitals " BSC Efforts in Mie Prefectural Hospitals as an Advanced Case ", *Business Review*(Osaka City university), vol.5, May, pp.25-37
- Chang, L., Lin, S. and Northcott, D.(2002),"The NHS Performance Assessment Framework: A Balanced Scorecard Approach, *Journal of Management in Medicine*, vol.16, NO. 5, pp.345-358
- Curtwright, W., S. C. Stolp-Smith, E. S. Edell, 2000. Strategic performance measurement system at Mayo Clinic, *Journal of Health Care Management*, 45(1). 58-68
- Department of Health, 2001. NHS Performance Indicator: A Consultation, The stationary office, London
- Griffith, J. R. 1994. Reengineering Health Care : Management System for survivors, *Hospital and Health Services Administration*, 39(4), p.451-470
- Jason, Oliveira. 2001, The Balanced Scorecard: An Integrative Approach to performance Evaluation. *Healthcare Financial Management*, Vol. 55 Issue 5, 42-47
- Kaplan, R.S. and D. P. Norton., 1992. The balanced scorecard measures that drive performance, *Harvard Business Review*, 71(1), p.71-79

- Kaplan and Norton.1996. Linking the Balanced Scorecard to strategy. *California Management Review*. 39(1): 53-79
- Kotter, J. P. and J. L. Heskett, 1992. *Corporate Culture and Performance*, The Free Press.
- Martin, J., Haines, J., Bovaird, T. and Wisniewski, M.(2002), "Developing a Balanced Scorecard in Somerset Health and Social Services Community", in
- Miles and Snow. 1978. Organizational Strategy, Strategy, and process. *Academy of Management Review*. 3(3):546-562
- Mondy, R. W., R. M. Noe and S. R. Premeaux, 1999. *Human Resource Management*, Prentice Hall
- Norreklit, H, (2003), ' The Balanced Scorecard: What is the Score A Rhetorical Analysis of the Balanced Scorecard, *Accounting Organization and Society*, vol.28, pp,591-619
- Niven, P. R. 2003. *BSC step by step*, Sigma Insight
- Olson, E. M. and S. F. Slater.2002.The Balanced Scorecard, Competitive strategy, and Performance. *Business Horizons*. 45(3):11-16
- O'Reilly, C. 1992. *Corporate Culture and Commitment*, Irwin
- Radnor, Z, and Lovell, B. (2003), Defining, justifying and implementing the Balanced Scorecard in the National Health Service," *International journal of Medical Marketing*, vol.3, No.3, pp.174-188
- Rimar, S., 2000. Strategic Panning and the Balanced Scorecard for Faculty Practice Plans, *Academic Medicine*, 75(12). 1186-1188
- Santiago, J. M., 1999. Use of Balanced scorecard to improve the quality of behavioral health care,"*Psychiatric Services*" 50(12). 1571-1576
- Scholz, C. 1987. Corporate Culture and Strategy: The Problem of Strategic Fit, Long Range Planning
- Simmons, R. 1987. Planning, Control and Uncertainty: A Process View, in Bruns, W. J. and Kaplan, R. S. Eds), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press
- Treacy, M., Wiersema, F. 1995. What value-driven CFOs do. *CFO*, Vol. 11 Issue 4, p12-13
- Zelman, W. E., D. Blazar, J. M. Gower, P. O. Bumganer, and L. M. Cancilla. 1999. Issues for academic health centers to consider before implementing a balanced scorecard effort, *Academic Medicine*, 74(12). p.1269-1277