

공동개원 형태에 따른 직업생활의 질(QWL)과
만족도 및 효과성에 관한 연구

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

현 속 정

공동개원 형태에 따른 직업생활의 질(QWL)과
만족도 및 효과성에 관한 연구

지도 박 은 철 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2003년 6월 일

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

현 속 정

현숙정의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2003년 6월 일

감사의 글

이 작은 결실을 맺음에 있어 그 동안 아껴두었던 감사의 마음을 전하고자 합니다.

먼저 학위 과정동안 항상 옆에서 지도해 주시며, 열정과 부지런함으로 본을 보여주시고 가르침을 주신 유승흠 교수님께 감사드립니다.

부족한 논문을 일일이 지도해 주시고, 지치고 힘들 때 격려를 아끼지 않으셨던 박은철 교수님, 늦게 완성된 즐고임에도 불구하고 세세한 신경을 써 주신 김춘배 선생님 감사합니다. 논문지도를 통하여 훌륭하신 가르침을 받을 수 있었던 소중한 시간이었습니다.

11년전 저를 처음 이 길로 이끄신 후, 끊임없는 권면과 지도로 늘 함께 해주시고, 제게 불가능했던 많은 것을 가능하게 해주신 김영훈 교수님께 깊이 감사드립니다. 교수님의 따뜻한 가르침과 사랑으로 어둡고 험한 길에서도 길을 잃지 않고 앞으로 나아갈 수 있었습니다.

학부시절부터 늘 따뜻함과 인자함으로 지켜봐 주시고, 함께 해주신 신종연 교수님, 윤병준 교수님께 감사드립니다. 항상 잊지 않고 병원경영과를 기억하고 있습니다. 감사합니다.

늦깎이 학생을 아픈 자식 돌보듯 항상 더 감싸안으시고, 새로운 학문적 세계를 보여주신 이규식 교수님, 진기남 교수님, 이해종 교수님께 감사드립니다.

그리고, 교실일과 프로젝트 진행으로 바쁜 중에도 학위 논문을 쓸 수 있도록 배려를 아끼지 않으시고 늘 격려해 주셨던 차봉석선생님, 박종구선생님, 장세진 선생님께 감사드립니다.

바쁘신 중에도 자료수집 등 많은 도움을 주신 심사평가원의 김홍석 선생님, 통계자료수집을 도와주신 (주)닥터에셋의 최수용 대표이사님, 논문의 주제선정부터 설문지 구성에 이르기까지 도움을 주신 (주)오픈닥터스의 김시완 이사님과 이영신 팀장님 감사합니다.

학위 과정 내내 열린 마음으로 서로를 보듬어 주며 격려하였던 대학원 동기 선생님들과 무심한 친구를 늘 묵묵히 격려해 주었던 친구 서연이, 바쁜 중에 부족한 선배를 안타까운 마음으로 도와주었던 후배 정식이에게도 고마움을 전합니다.

이 논문을 마무리 할 수 있기까지 많은 도움을 주셨던 분들과 일일이 감사의 마음을 전하지 못한 많은 선배님들과 동료후배들, 그리고 원주의대 예방의학교실 모든 식구들에게 감사의 마음을 전합니다.

딸을 타지에 보내시고, 늘 걱정과 염려 속에 계시면서도 끝없는 성원을 보내주시고, 오랜 세월 인고하시며 당신의 모든 것을 내어주기만 하신 부모님, 부족한 누나에 대한 믿음으로 늘 힘을 주는 동생 동진이, 그리고 아주 먼 곳에서 기뻐해 주실 할머니와 함께 오늘의 이 작은 기쁨과 감사를 같이하려 합니다.

아주 작은 것을 이루었습니다.

이제 겨우 한 걸음 내딛었지만 제 혼자 힘의 아닌 저를 사랑해주시고 믿어주시는 많은 분들의 힘임을 잘 알고 있습니다.

많은 분들에게 크고 작은 빛을 지며 여기까지 왔습니다. 몇 줄로 표현될 수 없는 감사의 마음을 전하니, 오히려 부끄러움이 앞섬을 느낍니다.

이 논문의 완성을 통하여 새로운 시작을 준비하겠습니다. 이제부터 새로운 시작이라 생각하고, 많은 분들의 사랑과 기대에 보답하도록 더욱 열심히 정진하겠습니다. 이 하나의 논문집이 끝이 아니라 이제 시작임을 늘 생각하겠습니다.

늘 함께 해주신 교수님, 선·후배님들께 다시 한번 감사드립니다.

현 속 정 올림

차 례

국문요약	v
I. 서 론	1
1. 연구배경 및 필요성	1
2. 연구목적	3
II. 이론적 배경	4
1. 공동개원	4
2. QWL	18
III. 연구방법	22
1. 연구의 틀	22
2. 연구대상	23
3. 연구도구 및 측정방법	24
4. 분석방법	28

IV. 연구결과	30
1. 공동개원 의원의 형태, QWL, 만족도 및 효과성	30
2. 공동개원의원의 진료실적에 따른 QWL, 만족도 및 효과성	39
3. 공동개원 형태에 따른 QWL	42
4. 공동개원 형태에 따른 공동개원 만족도	44
5. 공동개원 형태에 따른 공동개원 효과성	50
6. 공동개원 형태에 따른 QWL, 만족도 및 효과성 회귀분석	54
V. 고찰	57
1. 연구방법에 대한 고찰	57
2. 연구결과에 대한 고찰	59
VI. 요약 및 결론	65
1. 연구결과의 요약	65
2. 결론 및 제언	67
참고문헌	69
부록 : 연구설문지	75
Abstract	80

표 차 례

표1. 의료공급자 측면에서의 공동개원의 장단점	7
표2. 의료소비자 측면에서의 공동개원의 장단점	8
표3. 연도별 공동개원 현황(미국)	10
표4. 의료기관 명칭상 진료과목별 공동개원의원 현황	16
표5. 의원의 진료과목별 의사수 현황	17
표6. QWL 구성요소에 대한 선행연구의 요약	20
표7. Walton이 제시한 QWL의 범주	21
표8. 지역별 연구대상위원의 설문조사현황	23
표9. 설문지 구성 내용	27
표10. 측정도구의 신뢰도 분석	28
표11. 연구대상 의원의 개원규모	31
표12. 연구대상 의원의 인력구성	31
표13. 연구대상 의원의 공동개원형태	32
표14. 의원의 공동개원 운영형태	34
표15. 공동개원의 이유	35
표16. 공동개원 운영시 어려운 점	35
표17. 공동개원 의사의 QWL	36
표18. 공동개원의사의 공동개원 만족도	37
표19. 공동개원의사가 인지하는 공동개원의 효과성	38
표20. 일평균 환자수에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성	40
표21. 진료수입에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성	41
표22. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 QWL	42
표23. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 QWL	43

표24. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 전반적 만족도	44
표25. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 전반적 만족도	45
표26. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 경영환경 만족도	46
표27. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 경영환경 만족도	47
표28. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 재정만족도	48
표29. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 재정만족도	49
표30. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 경영효과성	50
표31. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 경영효과성	51
표32. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 진료효과성	52
표33. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 진료효과성	53
표34. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 QWL	55
표35. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 공동개원의 경영환경 만족도	55
표36. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 공동개원의 경영효과성	56

그 립 차 례

그림1. 연구의 틀	22
------------------	----

국 문 요 약

이 연구는 공동개원을 하고 있는 의원급 의료기관을 대상으로 개원형태와 운영형태에 따른 QWL, 공동개원에 대한 만족도 및 효과성을 비교 분석함으로써 공동개원의 실효성을 평가하고자 시도하였다.

연구대상은 대표자가 2인 이상인 전국의 의원급 의료기관 1,066개로 구조화된 설문지를 이용하여 우편설문조사를 실시하였으며, 분석방법으로는 빈도 분석, t-test, 분산분석, 다중회귀분석을 이용하였다. 이 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 공동개원 의원의 개원형태는 의사수가 2명이 66.4%, 3명이 24.6%로 약 91%의 의원이 의사수가 2~3명이었으며, 병상이 없는 의원이 약 44%이었다. 의사를 포함한 직원수는 평균 13.3명이었으며, 간호조무사가 4.45명으로 가장 많은 비율을 차지하였다. 약 74%의 공동개원의원이 2000년 이후에 개원을 하였으며, 동종 진료과목간의 개원이 70%로 이종 진료과목간의 개원보다 많았다. 공동개원의사와의 관계는 대학동문이 39%, 동일병원 수련이 30%이었고, 균등투자를 한 의원이 81%로 대부분 균등투자의 형태로 개원을 하고 있었다.

2. 공동개원 의원의 운영형태는 같은 진료시간대에 근무하는 의원이 55%, 같은 진료시간대에 근무하면서 일요일 및 휴일에만 교대로 근무하는 의원이 29%로 약 84%가 같은 진료시간대에 근무하고 있었으며, 수익배분은 정액으로 균등배분하는 의원이 64%이었다. 공동개원의사의 중도 탈퇴시 재산정리 방법으로는 자산을 재평가하여 투자비율로 반환하겠다는 의원이 44%로 가장 많았으며, 중도 탈퇴시 재산정리규정이 없는 의원도 28%나 되었다.

3. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 QWL은 개원규모가 클수록 높았으며, 단일진료과목이 복수진료과목보다 더 높은 경향을 보였고, 공동개원의사와의 관계가 친인척인 경우에 QWL이 가장 낮았다. 또한, 운영형태에 따라서는 같은 진료시간대에 근무하는 의원이 다른 진료시간대에 근무하는 의원보다 QWL이 높았으며, 차등적 수익배분을 하는 의원이 균등 수익배분을 하는 의원보다 QWL수준이 높았다. 구매결정방식에 따른 QWL은 대표원장이 단독 결정 하는 의원보다 공동개원의사 전체가 그룹 결정하는 의원이 QWL이 더 높았다.

4. 공동개원에 대한 만족도중 전반적 만족도는 규모가 클수록 만족도가 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 지인이거나 동일수련병원 근무자인 경우가 만족도가 가장 높았고, 세부진료과목별로 진료하는 경우가 가장 만족도가 높았다.

또한, 공동개원에 대한 만족도중 경영환경 측면의 만족도는 공동개원의사의 진료과목이 서로 동종인 경우가 이종인 경우보다 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 동일병원 수련경험이 있는 경우에, 공동개원 의사간 진료의 구분이 세부진료과목별로 구분되어 있는 경우에 더 높았다. 재정만족도는 대규모나 중규모에 비해 소규모가 가장 낮았고, 대도시가 지방도시보다 높았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다.

5. 공동개원에 대한 효과성 중 경영효과성 측면은 개원규모가 클수록 효과성이 컸으며, 대도시가 지방도시보다 경영효과성이 더 높았다. 또한, 수익배분을 균등배분하는 경우보다 차등배분하는 경우에 경영효과성이 더 높게 나타났다.

또한, 공동개원에 대한 효과성 중 진료효과성 측면은 공동개원의사간 진료의 구분이 세부진료과목별로 나누어진 경우에 더 효과성이 높았으며, 공동

개원의사의 중도 탈퇴시 재산정리방법이 초기투자액 기준으로 반환하는 경우가 현재자산가치를 기준으로 반환하는 경우보다 더 높았다.

이상의 연구결과를 근간으로 할 때 공동개원 의원의 QWL, 만족도, 효과성은 개원규모가 크고, 동종 진료과목 의사끼리 개원을 하며, 소득분배시 인센티브 등을 통해 동기부여를 하고, 집단적으로 의사결정을 하는 경우에 높은 경향을 나타내었다. 이는 향후 공동개원의 형태가 프렌차이즈, 네트워크 등을 통해 더 조직화되고, 대형화 될 필요가 있음을 시사한다고 하겠다. 또한, 이에 따른 관리운영의 복잡화와 더불어 공동개원 의료기관의 정관개발, 공동개원 약정서, 제반관리규정, 관리운영, 의료사고 관련 규정 등에 관한 실질적인 방안을 개발하여 공동개원 기관의 모델을 제시하도록 하는 학계 및 정부의 적극적인 연구와 지원이 필요하겠다.

**핵심되는 말 : 공동개원(Group practice),
QWL(Quality of Working Life), 만족도(Satisfaction),
효과성(Efficacy)**

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

전국민 의료보험의 실시와 경제발전, 소득수준의 향상은 의료소비자와 공급자 모두에게 많은 변화를 가져왔다. 의료소비자 측면에서는 환자들의 의료기관 선택의 폭이 넓어지고, 국민의 의료에 대한 지식과 기대가 증가되고 욕구가 다양화됨으로 인하여 의료공급자 중심에서 의료수요자 중심으로 의료서비스의 패러다임이 변화되었다.

그리고 의료공급자 측면에서는 최근의 높은 의료기관 도산율에서 나타나듯이 개원만 하면 어느 정도의 부와 명예를 보장받을 수 있었던 과거와는 달리 생존을 위한 새로운 경영기법이 요구되는 시점이며, 경영환경이 어려워지면서 의업을 수행하고있는 의사들의 삶의 질(QOL: Quality of Life)과 의업생활의 질(QWL: Quality of Working Life)¹⁾ 등이 중요한 화두로 대두되고 있다.

이러하다보니 단독개원에 대한 위험부담 감소와 삶의 질 개선을 위한 자구책의 하나로 공동개원(group practice)²⁾에 대한 논의가 점차 증가되고 있고 실제 공동개원이 증가하고 있는 추세이다. 실제로 공동개원의원은 1999년

1) 'QWL' 즉, Quality of Working Life를 우리는 '근로생활의 질', '직장생활의 보람'(최중태, 1989), '직장생활의 질'(김영인, 1985) 등으로 번역하나, 'QWL'을 우리말로 번역함에 있어 유의해야 할 점은 미국에서는 'QWL'이 ①'QWL 그자체', ②'QWL 프로그램', 'QWL 프로젝트', 'QWL 운동' 중 어느 하나, ③위의 뜻을 모두 포함하는 경우 등의 다양한 의미로 사용된다는 사실이다(박동수, 1990). 본 논문에서는 이러한 혼란을 막고, 의사들의 의료업무생활의 질을 측정하고자 한 연구의 목적에 맞게 '의업생활의 질'로 번역하고자 한다.

2) Group practice는 solo practice에 대응되는 개원형태로서, '집단개원', 또는 '공동개원'이라 번역되나, 공동개원이라는 표현이 더 적합한 것으로 판단되어 이하 '공동개원'으로 표기하고자 하며, 기존 문헌의 인용시 집단개원은 공동개원과 동일한 개념의 용어로 사용한다.

404개에서 2002년 1,066개로 무려 2.5배 이상 증가하였다. 어려워지는 의료 환경 속에서 근본적인 의업의 목적실현과 삶의 질 향상을 이루어 보고자 하는 의도의 결과로 이해된다.

이미 수년전 보건복지부에서도 공동개원을 통해 위와 같은 수요에 대응하고, 의료자원의 효율성과 의료의 질 향상을 도모하고자 “집단개원지침”을 발표한바 있으며, “집단개원제도의 활성화 지침”을 통해 규정을 정비하고 공동개원에 따른 소득세 감면 혜택을 부여하고 있다. 이 공동개원 방식은 경쟁이 심화되고 투자효율을 높여야 하는 필요성이 커짐에 따라 의료기관 입장에서는 물론이고 정부와 국민 모두가 1차 의료체계가 갖는 문제점을 개선할 수 있는 바람직한 방안으로서 지지하고 있기 때문에 향후 더욱 증가될 전망이다 (조우현, 1999).

그러나, 공동개원의 양적 증가와 성장추세에도 불구하고 현황조사조차 제대로 이루어지지 않고 있는 것이 현실이며, 제한된 편수의 선행연구들도 공동개원에 대한 충분하고 유용한 정보를 제공해 주지 못하고 있다. 특히 개업의 형태와 의사의 삶의 질을 고려하여 수행된 연구는 전무한 실정이다.

이미 선진국에서는 1960년대 이후 직무를 통한 인간적 소외감을 피할 수 있도록 해야 한다는 입장에서 QWL이 중요한 문제로 대두되어 왔으며, 우리나라에서도 1970년대 이후 공업화와 더불어 산업화에 따른 작업의 단순화, 단조감, 인간성 상실 등이 문제로 나타났으며, 더불어 새로운 기술의 등장으로 다각적인 측면에서 질적 향상에 관심을 갖자는 QWL운동이 일어나고는 있으나 아직 이에 대한 연구는 초보적인 수준에 지나지 않는다.

또한, 국내의 공동개원과 관련한 연구는 공동개원제도가 활성화되기 이전의 연구이거나, 공동개원제도가 이미 활성화되어 있는 치과 의료기관에 국한된 연구로 전체 진료과목에 확대하여 적용하기에는 다소 무리가 있다.

이러한 관점에서 이 연구에서는 공동개원의 개원형태 및 운영형태를 파악

하고, 공동개원형태에 따른 직업생활의 질(QWL), 공동개원에 대한 만족도 및 효과성을 비교 분석하여 공동개원의 실효성 여부를 평가하고, 공동개원에 대해 유용한 정보를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 궁극적인 목적은 전국의 공동개원의원을 대상으로 개원형태 및 운영형태를 파악하고, 공동개원의가 느끼는 직업생활의 질(QWL), 공동개원에 대한 만족도 및 효과성을 형태에 따라 실증적으로 분석하여 공동개원에 대한 정보를 생성하는데 있다.

구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 의원급 공동개원 의료기관의 개원형태 및 운영형태를 파악한다.

둘째, 공동개원의가 느끼는 QWL(quality of working life)수준을 파악하고 형태별 차이를 비교 분석한다.

셋째, 공동개원의가 느끼는 공동개원에 대한 만족도 및 효과성을 파악하고 형태별 차이를 비교 분석한다.

II. 이론적 배경

1. 공동개원

가. 공동개원의 개념 및 장단점

공동개원은 의사가 단독으로 개원하는 단독개원(solo practice)에 대응되는 용어로서 나라마다 그 명칭 및 정의가 조금씩 차이가 있다. 미국의 경우 'Group practice' 라는 명칭을 사용하며, 미국의학협회(American Medical Association)에서는 '3인 이상의 의사가 의료서비스를 통하여 얻은 수입을 진료에 참여한 의사들이 미리 정한대로 분배하는 개업형태'라고 정의하였고(Todd, 1971), 미국집단개원의협회에서는 '3인 이상의 의사로 구성되며, 그 경영을 전담하는 전문인을 한사람 이상 고용하고 있는 의료공급조직'으로 정의하였다(유원화, 1989).

반면, 우리 나라에서는 "2인 이상의 동종 의료인이 공동으로 자본을 출자하여 공동명의로 의료기관을 개설할 수 있다"고 하여 2인 이상이 출자하면 집단개원으로 간주한다(보건복지부, 1994).

이와 같이 공동개원에 대한 정의는 이해관계에 따라 각 집단마다 약간씩 다르나 단독개원과 대치되는 상대적 개념의 개원형태라는 점에서는 일치하고 있다.

공동개원의 발생배경은 크게 의료장비, 인력, 설비 및 공간 등의 의료자원을 서로 공유함으로써 단독개원이 갖는 경제적 부담을 경감할 수 있다는 경제적 측면과 의사간 관리업무를 분담하거나 의료관리인을 따로 뒀으로써 병원의 경영적 측면의 향상을 가져올 수 있다는 경영적 측면, 그리고 전문진료과 중에서도 세부전공이 다른 전문의들과 또는 연관성이 높은 진료과의 전문

의들간의 협진체제가 가능해짐으로써 시너지 효과를 기대할 수 있다는 의료적 측면으로 구분할 수 있다(김석준, 2000).

공동개원은 조직형태에 따라 합명회사(partnership), 의료법인의 공동개원, 개인소유의 공동개원으로 분류된다. 합명회사는 조직절차가 까다롭지 않은 단순한 동업형태로 공동투자, 이익의 공동분배, 환자와 의사의 관계유지 그리고 조직의 결합과 해산이 용이한 반면 결손이나 적자요인이 생겼을 때에는 인적 관계로 조직되었기 때문에 책임한계가 무한하며 재투자나 외부 환경에의 적응이 발전적이지 못한 단점이 있다.

의료법인은 비영리단체로서 이익분배를 위한 목적에는 맞지 않는 형태로 비교적 큰 규모의 병원을 건립할 때 적당한 형태이고, 개인소유의 공동개원은 재정적으로 여유있는 개인이 시설과 장비 등 재정적인 투자를 하고 참여 의사는 진료를 담당하면서 적절한 이익분배 방식을 채택하는 유형이며 (Goodman, 1975), 영리 법인을 허용하고 있지 않는 국내 의료법상 대부분의 공동개원의 형태는 합명회사의 형태이다(김태훈, 2001).

세계적으로 집단개원 방식이 증가하고 있는 이유는 다음과 같은 장점이 있기 때문이다. 첫째, 집단개원을 통해 진료수준이 향상될 수 있고, 동료 의사들간 의료 지식을 공유하고 세부 전문분야를 특성화시킬 수 있으며, 진료 과목이 다를 경우 협진할 수 있으므로 진료영역이 넓어지고 전문성이 강화될 수 있다. 둘째, 투자비용을 줄일 수 있고 관리효율을 기할 수 있다. 시설, 장비, 인력을 공동 활용함으로써 투자부담이 감소하고 자원의 활용도가 높아지며 관리운영비가 절감될 수 있다. 셋째, 의사는 여가 활용과 자기개발을 위한 시간을 확보할 수 있다. 대체 가능한 의사인력이 있으므로 차례로 휴가를 가거나, 학회, 보수교육 등에 참석할 수 있다. 넷째, 자원확보 능력이 증대된다. 즉, 의료기관의 규모가 커지므로 금융권 지원이나 약품 등 구매능력이 증가하고 유능한 직원을 확보할 수 있는 유인 가능성이 높아진다. 다섯째, 위험부담을 줄일 수 있다. 제한된 경험과 지식으로 혼자 의사결정을 하는 경우보다

공동 협의하에 의사결정을 할 경우 경험을 공유할 수 있고 실패의 부담도 분담할 수 있다. 여섯째, 환자의 경우엔 한 장소에서 필요한 각종 검사나 진료를 받을 수 있어 공간적, 시간적 접근성이 향상되는 효과를 가져오며 의료기관에 대한 신뢰도도 향상된다.

그러나, 한편으로 다음과 같은 단점들도 야기될 수 있다. 첫째, 이익 분배 시 모두가 공감하는 합의를 도출하기 어려우며 이로 인해 불만과 갈등이 제기될 수 있다. 둘째, 개인적인 동기부여나 책임의식이 감소하여 무산안일주의 경향이 있을 수 있다. 셋째, 모든 일을 공동으로 협의하여 결정해야 하므로 의사결정 과정이 지연되고 관리에 혼선이 발생하는 등 비효율이 초래될 수 있다(한국경영정보연구소, 1994).

좀더 구체적으로 공동개원의 장단점을 의료공급자 측면과 의료소비자 측면에서 고찰해 보면 표1, 표2와 같다.

표 1. 의료공급자 측면에서의 공동개원의 장단점

장 점	단 점
- 경쟁력 향상	- 개인적 자유의 제약
- 환자 이미지 제고	- 기대 (순)수익의 감소
- 개인 시간활용 용이	- 개인적 인센티브의 감소
- 양질의 의료제공	- 불필요한 규모의 대형화로 지출증가의 가능성
- 투자비, 관리유지비 등의 비용절감	- 무사안일주의 경향
- 규모의 경제로 비용절감	- 집단적 의사결정으로 개인 의견 과소 반영
- 경영관리의 시간 및 비용 절감	- 수입배분시 논란의 가능성
- 장비의 공동사용	- 의료사고시 논란의 가능성
- 협진 용이	- 공동개원 의사와의 갈등의 소지
- 정신적, 육체적 스트레스 감소	- 고용인력의 활용에 대한 갈등
- 세부과목별 진료 가능	- 장비 공동이용의 문제
- 위험분산의 효과	- 총비용증가
- 이미지 통합과 공동마케팅	- 의사 1인당 환자수 감소
- 정보교환을 통한 개인능력 향상	- 개원시 공동개원약정서 등 절차 복잡
- 투자의 안정성	- 진료의 연속성 확보 어려움
- 자산가치의 상승	
- 위기관리능력 향상	
- 외부환경변화에 공동대응	
- 심리적 안정감	

표 2. 의료소비자 측면에서의 공동개원의 장단점

장 점	단 점
- 동일한 건물에서 이종과목간 진료 가능	- 의사선택의 자유 제약
- 양질의 의료서비스 제공	- 환자와 의료공급자 사이의 관계 미흡
- 동선단축	- 의료서비스의 과잉공급 가능성
- 전문가, 임상검사실 등 이용 가능성	- 치료에 대한 의료공급자의 인센티브 저하
- 진료기록의 중앙집중식 관리	- 동일진료과목간 개원의 경우 진료의 연속성 저하의 가능성
- 환자의뢰가 용이	- 단독개원보다 관료화 될 가능성
- 통합된 진료기록으로 인한 서비스의 지속성 및 일관성	

나. 외국의 공동개원

1) 미국의 공동개원

가) 공동개원의 실태

미국에서 정의하는 공동개원이란 협의의 의미로는 '3인 이상의 의사가 그룹을 구성하여 경비, 이익, 공간, 설비 및 스태프를 공유하여 진료를 행하는 것'으로 정의하고 있으며, 광의의 개념으로는 '예방, 치료, 재활 등 외래진료, 입원시설을 갖춘 병·의원이 모여 하나의 group을 이루어 의료를 담당하는 것'으로 정의하고 있다.

일반적으로 공동개원에 적합한 의사수는 약 6명으로 알려져 있으며(Starr, 1994), 1988년 평균 의사수는 약 9.4명으로 조사되었다(Havlick, 1990).

공동개원의 발달은 19세기말경 미국의 각종 산업장 진료실에서 시작되었

는데, Mayo Clinic이 단과전문 공동개원으로 성장하면서 터전을 잡기 시작하였다. 그리고 20세기에 들어와서 대공황기를 거치면서 로스앤젤레스의 Ross Loos Medical Clinic(1929년)과 워싱턴 시의 Group Health Association(1937년)이 생겨났다. 그러나 공동개원이 크게 유행하기 시작한 것은 제2차 세계대전 후로써, 경쟁을 바탕으로 하는 미국의 자유방임주의가 보건의료분야에서도 적용되는 상황에서 미국의 민간 의료부문이 선불제(prepayment scheme)와 공동개원이 합해질 때 양질의 의료수준을 유지하면서 의료의 경제를 추구할 수 있다는 점을 인식하면서부터이다. 그 당시에는 이러한 모형이 선불공동개원(prepaid group practice)으로 불리웠으며, 캘리포니아의 카이저보험(Kaiser Permanente Program, 1942)과 뉴욕의 Health Insurance Plan(1947) 및 시애틀의 Group Health Cooperative of Puget Sound(1947) 등이 그 예가 된다(문옥륜, 1989). 이처럼 미국의 공동개원은 민간의료보험의 발달과 더불어 의료비 절감을 목적으로 만들어진 건강유지기구(HMOs)의 모체로 등장하게 되었는데, HMO 법령은 닉슨대통령의 경제안정화사업(Economic Stabilization Program)이 진행되고 있던 시기인 1973년에 이루어졌고, 이후 공동개원형태의 의료공급조직이 빠르게 증가하였다.

공동개원이 발달된 미국의 경우 1932년에는 전체 활동의사의 0.9%만이 공동개원을 하였으나, 1969년에는 12.8%로 증가되었고, 1975년에 18.5%, 1987년에는 57.6%를 차지하였다(표 3).

공동개원이 번창하는 곳은 인구가 조밀하고 큰 병원이 많은 대도시보다는 농촌지역에서, 그리고 의사의 나이를 보면 노령층보다는 젊은 의사들이 보다 많이 참여하며, 대학부속병원이나 수련병원이 없는 도시에서 활발하고, 신흥 도시일수록 많았다(Roemer, 1974).

일반적으로 단독개원의는 공동개원의보다 업무의 수행시간과 강도측면에서 어려움이 많으며, 보수는 더 적게 받는다(Stephen, 1993). 또한, 단독개원은 공동개원보다 덜 관료적이고 덜 복잡한 조직적 특성을 가지고 있어

(Mechanic, 1976) 관리운영이 상대적으로 더 수월한 장점이 있다. 그러나, 이러한 장점이 있는 반면에 실제로 집단개원의 약 1/4이 해체되었다는 보고가 있으며(Freshnook, 1979), 병원의 외래를 집단개원 형태로 바꾸어 효율성이 증대되었다고 보고된 바도 있다(Research activities, 1984).

표 3. 연도별 공동개원 현황(미국)

연 도	공동개원기관수	공동개원의사	
		수	전 활동의사에 대한 %
1932	239	1,466	0.9
1946	368	3,084	2.6
1959	1,546	13,009	5.2
1965	4,289	28,381	10.2
1969	6,162	38,834	12.8
1975	*	*	18.5
1987	*	*	57.6

자료 : Donabedian A. et al. Medical Care Chartbook, 5th ed., 1972, p149 and 7th ed, 1980, p.166

유승흠, 의료정책과 관리 p239 재인용

나) 공동개원의 유형

공동개원의 유형은 여러 가지 방법으로 분류할 수 있는데 진료과목에 따라, 수익의 분배방식이나 조직의 형태에 따라, 참여의사와 전임여부에 따라, 종합병원과 관련 여부 등등에 따라 다양하게 분류된다(유승흠, 1983).

미국의 진료과목에 따른 공동개원의 유형은 동일 전문의에 의한 공동개원, 유사전문영역의 의사들의 공동개원, 직접 관계가 적은 과들간의 공동개원, 건강유지조직(HMO)에서 보여지는 공동개원으로 구분할 수 있다. 동일

전문의를 의한 공동개원은 보통 소규모(5-7명)로 가정의학과, 일반외과, 정형외과, 산부인과, 소아과 등이 많으며 일과 이후 시간이나 휴일에도 진료가 이루어질 수 있는 장점이 있으며, 유사전문영역의 의사들이 공동개원을 하는 형태는 이를테면 심장내과의와 심장외과의가 그룹을 이루어 보다 적절한 의료를 서로 의뢰할 수 있어 환자에게 편리한 형태이다. 그리고 직접관계가 적은 과들, 이를테면 안과, 정형외과, 정신과 등이 그룹을 이루는 형태가 있는데, 이는 진료소를 공유하는 등의 유기적인 결합만인 경우가 많다. 마지막 형태는 1980년대 이후 급속히 증가 추세를 보이고 있는 건강유지조직(HMO, Health Maintenance Organization)에서 보여지는 형태로 서로 다른 전문과의 전문의가 참가하고 많으면 100명-120명의 의사가 하나의 그룹을 형성하는 형태이다.

다음으로 조직성격에 따라 그 형태를 분류해 보면 ① 합명회사(partnership), ② 주식회사(corporation), ③ 협회(association), ④ 재단법인(foundation), ⑤ 개인(single owner)으로 분류하고 있다.

이 형태 중 가장 알기 쉬우며 조직의 절차가 까다롭지 않고 단순한 동업의 개념이 첫째의 합명회사 형태이다. 이는 공동투자, 이익의 공동분배, 그리고 환자와 의사의 관계도 비교적 잘 유지될 수 있고 조직의 결합이 용이하나 해산도 비교적 쉬운 형태이다. 그리고 결손이나 적자요인이 생겼을 때에는 인적관계로 조직되었기 때문에 책임이 무한이며 재투자나 외부환경에의 적응이 발전적이지 못한 특성을 갖는다.

둘째의 주식회사 형태는 근래 미국에서 유행하고 있는 형태로서 병원의 대형화, 각종 의료시설과 장비의 현대화 등 의료 주변환경과도 비교적 잘 적응할 수 있고 관리적 측면에서 생기는 내적갈등도 비교적 잘 풀어 나가며 주식발행을 통한 투자의 증대 등도 쉽다는 평가를 받고 있다. 또한 의료인의 독립성이나 전문성에 아무런 장애를 받지 않는 형태이다. 조직하기가 까다롭고 절차상 애로가 있기는 하나 일단 조직이 끝나면 관리 문제가 잘 해결되는

것으로 보고되고 있다.

셋째의 협회형태는 법인형태가 아니고 의사들끼리 모여서 professional associate 또는 clinical associate 등을 구성하는 것이다. 공동으로 공동개원 기관을 조직운영하고 이익의 분배, 은퇴 후를 위한 연금의 적립 등을 공동관리한다. 개개의사는 무한책임을 지지만 그룹내 다른 의사의 부주의한 행동에 대하여는 책임이 없다.

넷째의 재단법인 형태는 비영리이므로 이익분배를 위한 개원에는 잘 맞지 않는 유형이다.

다섯째의 개인소유 형태는 재정적으로 여유 있는 개인이 시설과 장비 등 재정적인 투자를 하고 참여의사는 진료를 담당하면서 적절한 이익배분 방식을 채택한다. 개인소유주가 의사가 아닌 경우에는 환자와 의사와의 관계가 좋지 않아질 우려가 있고 의사의 독립성이 문제될 수 있으며 개인 소유주와의 관계가 복잡해질 가능성이 높은 유형이다.

1960년대 말에는 합명회사가 69%, 주식회사가 16%이었으나 1970년대 중반에는 주식회사가 61%, 합명회사가 27%로 구성되어 있었다(Donabedian, 1980). 집단개원을 하면 전문관리인을 두게 되는데 이 경우 재산관리나 집단개원의 운영뿐 아니라 의사의 연금 등을 제도화하여 노후보장을 할 수 있는 마련을 하기도 한다(유승흠, 2001).

2) 영국의 공동개원

영국의 개업의는 잘 알려진 대로 일반의(general practitioner ; GP)라 한다. 모든 대학에는 일차의료(primary care) 강좌가 개설되어 있으며, 의학부 졸업생의 반은 일반의(general practitioner)가 될 것을 희망하고 있다.

General practitioner는 공무원은 아니나, 영국 국민은 누구나 general practitioner에 등록되어 있어 general practitioner는 등록 주민을 위해 24시

간 대응한다. 의원과 병원의 기능이 완전 분리되어 있어, 구급을 제외한 Primary Care는 등록된 general practitioner에게서 소개를 해준 병원의 전문의에게 진료를 받는 의료시스템이다.

이러한 general practitioner는 1차 의료와 재가医료를 위한 팀의료로서 general practice를 하는 경우가 많아져, 1980년대초 1인 개업과 2인 개업은 전체 개업의의 1/3정도에 지나지 않았으며 나머지는 group practice로, 3-4인의 group practice가 많다.

어느 정도 규모가 큰 general practice의 경우 이점이 있는데, general practitioner 1인에 대해 의료기사를 포함 의료종사자 한명 인건비의 1/3가 보조된다. 예를 들어 6명이 general practitioner가 있다고 하면, 의료종사자 4명의 인건비가 보조된다. 1991년 의료개혁으로 general practitioner에게 병원에 대한 예산 집행권이 주어져, 등록주민이 입원한 경우 입원료 상당분을 등록료에 가산하여 general practitioner가 이를 관리하게 되어 있다. 병원과 계약을 하여 의료서비스를 구입하게 되어 있어, general practitioner의 권한이 그만큼 커졌다고 할 수 있다.

3) 프랑스의 공동개원

1984년 프랑스 치과협회는 세가지 유형의 개원 즉, 단독개원, 공동개원, 조합개원(Company Practice)을 인정하였다. 단독개원을 하거나 건강센터에서 다른 의료팀과 일하지 않는 치과의는 공동개원을 하는 것으로 간주된다. 그래서 프랑스의 공동개원은 상업적 내용이 아닌 직업적 기초에서 정의된다. 1984년 총회에서 언급된 공동개원의 세가지 유형은 개원의 공동관리, 시설의 공동사용, 많은 환자와 충분한 시설을 지닌 의사와 일반적으로 젊은 동료 사이의 협동으로 나누어지며, 프랑스 치과의사 중 40%는 한가지 이상의 유형으로 공동개원에 참여하고 있다. 이러한 법적 유형 중 부부간의 개원을 제외

하면 공동개원은 약 26%, 즉 의사 4명중 1명꼴이며, 시설의 공동사용이 70%, 공동지출개원이 12%, 모든 협력이 18%이었다(Chardon, 1986).

다. 우리나라의 공동개원 현황

우리나라의 공동개원은 1964년 처음으로 공동개원의원이 개설되었으나 활성화되지 못하고 그 명맥만 유지해 왔다. 공동개원에 대한 정책적인 배려가 부족하고 의사들도 기존의 보수적인 사고방식에서 벗어나 경영 합리화를 꾀하려는 변화가 부족하기 때문인 것으로 보인다(박병상, 1998).

1990년대 초 이후에는 안과, 피부과 등의 전문과목 위주 또는 대장항문, 척추 등 일정영역 위주의 공동개원이 선을 보이기 시작하였다. 그러나 그동안 공동개원에 관하여 필요성이나 모형개발을 종종 거론하였으나 아직 제도적으로나 행정적으로 미흡한 점이 많다.

우리나라의 공동개원 형태는 몇몇의 의사가 모여서 소규모의 병원 또는 의원을 동업하는 형태로서 유지되거나 같은 건물을 임대해서 의사들이 모여 개업하는 수준에 머무르고 있는 것이 현실이다. 공동개원은 외래진료 중심으로 의사들이 공동으로 투자하고 이익을 분배하는 것이므로 이런 의미에서 공동개원은 아직 보편적인 아닌 실정이다(유승흠, 2001).

한국보건사회연구원의 조사에 의하면 1999년 말 종합병원 3개소, 병원 54개소, 의원 404개소에서 집단개원을 하고 있는 것으로 조사되었으며, 2002년 12월 현재 2인 이상 의사가 근무하는 의원은 모두 2,920개이며, 이중 공동개원의원은 1,066개로 약 36.5%에 해당된다(표 3, 표 4).

공동개원의원은 2002년 12월 말 현재 전국의 의원 22,760개 중 약 4.7%인 1,066개 가 있으며, 이는 1995년의 97개에 비해 7년 사이에 무려 11배, 1999년 404개에 비해 3년 사이에 2.6배나 증가한 것이다.

그러나 의과보다 더 일찍 무한 경쟁의 체제에 들어간 치과의 경우 일찍부터 공동 개원이나 프랜차이즈와 같은 다양한 형태의 개원 스타일이 나왔고, 2000년 6월의 통계에 의하면 공동개원 형태를 띠고 있는 치과의원은 모두 131개로 치과에서는 이미 공동개원이 새로운 개업의 형태로 자리잡았다.

미국이나 일본에서는 개업의 발전 형태가 세대별로 이루어져 왔는데, 초기에 의사 혼자서 개업을 하는 전통적인 스타일에서 공동개원의 양상으로 변화되었고, 이러한 공동개원도 점진적인 발전이 이루어져 왔다. 1세대는 각각 분산 개업하여 복수 의사(비상근 포함)가 진료하는 형태였고, 2세대는 한정된 건물에 복수의 의원이 집합하여 있으나 완전 독립된 형태로 상호 기능이 없었다. 3세대는 한정된 건물에 의원이 집합되어 검사나 사무 관리 기능을 공동 이용하나 의원간의 연계가 밀접하지 않았다. 그러나 4세대는 건물 내에 의료시설이 입주하도록 처음부터 설계되어 있고, 정보 시스템의 완비와 기능의 공동 이용, 내부의 연계가 적극적인 집단의료 시스템으로 구성되었으며, 5세대는 4세대의 기능에다 외부 병원 등의 개방 기능을 이용하거나 병원과 의원간의 연계를 시행하고 있다. 우리 나라에도 4세대, 또는 5세대 형의 그룹 의원이 시도되고 있다(김시완, 2002).

표 4. 의료기관 명칭상 진료과목별 공동개원의원 현황

2002년 12월 31일 현재

구 분	전체의원	공동개원의원	(%)
내 과	3,107	117	(3.8)
신경과	110	2	(1.8)
정신과	584	12	(2.1)
외 과	1,051	70	(6.7)
정형외과	1,405	42	(3.0)
신경외과	369	19	(5.1)
흉부외과	22	2	(9.1)
성형외과	469	15	(3.2)
마취통증의학과	387	20	(5.2)
산부인과	1,938	177	(9.1)
소아과	2,232	89	(4.0)
안과	953	85	(8.9)
이비인후과	1,515	67	(4.4)
피부과	683	50	(7.3)
비뇨기과	807	23	(2.9)
진단방사선과	256	26	(10.2)
병리과	6	2	(33.3)
진단검사의학과	15	-	(0.0)
결핵과	15	-	(0.0)
재활의학과	208	4	(1.9)
가정의학과	639	4	(0.6)
일반의, 미표시	5,989	152	(2.5)
2개이상 표시	-	88	-
계	22,760	1,066	(4.7)

표 5. 의원의 진료과목별 의사수 현황

2002년 12월 31일 현재

구 분	전체 의원	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인	9인	10인 이상
내과	3,107	2,775	269	43	14	5	1	0	0	3	0
신경과	110	103	6	0	1	0	0	0	0	0	0
정신과	584	503	73	6	2	0	0	0	0	0	0
외 과	1,051	893	137	18	3	0	0	0	0	0	0
정형외과	1,405	1,177	203	22	3	0	0	0	0	0	0
신경외과	369	312	52	2	2	0	0	0	0	0	0
흉부외과	22	17	5	0	0	0	0	0	0	1	0
성형외과	469	443	14	8	1	2	1	0	0	0	0
마취통증의학과	387	351	29	6	0	0	1	0	0	0	0
산부인과	1,938	1,553	231	79	38	21	8	5	3	0	0
소아과	2,232	2,060	141	19	10	1	1	0	0	0	0
안과	953	758	141	33	11	4	3	3	0	0	0
이비인후과	1,515	1,347	144	17	6	0	0	0	1	0	0
피부과	683	524	114	26	14	2	0	2	0	1	0
비뇨기과	807	764	36	6	1	0	0	0	0	0	0
진단방사선과	256	200	44	9	1	1	0	0	0	1	0
병리과	6	3	0	2	0	0	0	0	0	0	1
진단검사의학과	15	9	2	3	0	0	0	1	0	0	0
결핵과	15	11	3	1	0	0	0	0	0	0	0
재활의학과	208	195	12	1	0	0	0	0	0	0	0
가정의학과	639	619	18	2	0	0	0	0	0	0	0
일반의, 미표시	5,989	5,223	580	107	48	17	4	4	5	0	1
계	22,760	19,840	2,254	410	155	53	19	15	9	3	2

2. QWL(quality of working life)

가. QWL의 개념

QWL(Quality of Working Life)은 노동생활의 질, 직무생활의 보람으로 정의될 수 있으며 QWL개념은 '삶의 질' 혹은 '인생의 보람'이라는 개념과 밀접한 관련이 있다. 즉, QWL이란 근로자가 자신이 담당하고 있는 직무에서 성취, 인정, 직무자체, 책임, 성장 등 직장생활을 통하여 자아실현을 이루어 가는 과정이라고 볼 수 있다.

QWL에 대한 개념정의는 그 동안 학자에 따라 다양하게 전개되어 왔는데 그들을 정리해 보면 Dubrin(1988)은 QWL은 근로자가 그들의 근로경험을 통해 중요한 욕구를 만족시킬 수 있는 정도를 의미한다고 하였으며, Peterson(1988)은 QWL을 경영시스템을 변화시킴으로써 생산성과 근로자복지를 개선하려는 노사합동의 조직변화노력이라고 정의하였다. 그리고, Giodano(1988)는 QWL을 작업장에서의 생산성, 동기부여, 통제문제를 다루기 위한 조직의 전략이라고 하였고, Nadler(1983)는 사람, 일, 조직에 대해 사고하는 한 방법으로, Merton(1977)은 작업이론과 작업여건 등의 모든 지각되는 측면을 내포하고 있다고 하였다.

QWL활동의 근원은 1950년대 Trist가 주도하고, 후에 작업조직 개선에 관한 사회기술적 시스템이론으로 발전된 영국의 Tavistock연구소의 일련의 연구에서 찾을 수 있으며, 'QWL'이라는 용어는 데이비스에 의해 처음 사용되었다(Davis, 1977).

일과 인간의 관계는 경영학의 오래된 관심분야 중의 하나였다. 과학적 관리론에서는 비용의 논리에 입각하여 능률과 생산성을 중시하고 인간관계론에서는 정감의 논리에 의한 만족감, 사기 및 인적요인을 강조하였다. 1950년대와 1970년대에 미국인의 직장생활을 분석·평가하는 주요 수단은 직무만족

에 대한 측정이었다(Locke, 1983).

직무만족은 개인의 직무경험의 평가에서 비롯되는 즐거운 혹은 긍정적인 감정상태로 정의할 수 있다. 직무에 대한 개인의 정서적인 반응은 직무가 그의 생존과 행복에 중요한 육체적 및 심리적 욕구를 충족시켜 주는 정도에 의존하게 될 것이다. 일이 제공해주는 욕구충족의 정도와 개인의 기대간의 불일치가 만족이나 불만족의 근거가 된다(Milton, 1981). 또한, 의료인의 직무만족은 환자의 만족도와도 직결되어, 간호사의 경우 직무만족도가 더 높을수록 입원환자의 만족도가 더 높다는 연구결과도 있었다(Tzeng, 2002).

직무만족이 조직구성원 개인에 초점을 둔 구체적인 내용이라면 QWL은 개인, 집단, 과정, 그리고 조직구조를 포함하는 보다 광범위한 개념이다(Szilagyi, 1987). QWL은 '일'에 대한 보람과 동시에 '보상'에 대한 보람, '자리'에 대한 보람, '조직'에 대한 보람을 가질 수 있도록 하는 것이며 궁극적으로는 직무만족의 수준향상과 노동환경의 개선을 통한 근로생활에 있어서 '인간성 회복운동'이라고도 할 수 있다(서병인, 1991).

나. QWL의 측정

QWL을 측정하기 위해서는 먼저 QWL의 구성요소를 분석하여야만 할 것이다. 여러 연구자들이 QWL에 관련된 선행연구에서 제시한 여러 견해들을 중심으로 QWL의 구성요소에 대한 선행연구를 요약 제시하면 표 6과 같다.

한국기업의 QWL에 관한 연구로는 실증 연구인 신구범(1985), 정재훈(1985)의 연구가 있고, 의료기관종사자를 대상으로 한 이선희(1999), 조희숙(1999), 김영훈(2000) 등의 연구가 있으며, 이들은 QWL수준의 측정을 위하여 여러 학자들의 선행연구를 기초로 하고 있다.

표 6. QWL구성요소에 대한 선행연구의 요약

연구자	QWL 구성요소
Walton R (1975)	㉠적절하고 공정한 보상 ㉡안전하고 건전한 작업조건 ㉢인간능력의 활용과 개발기회 ㉣지속적인 성장과 안정을 위한 기회 ㉤작업조직에서의 사회적 통합 ㉥작업조직의 제도화 ㉦직장생활과 사생활 ㉧노동생활의 사회적 유익성
Sheppard H 연구팀보고서 (1975)	㉠고용조건 ㉡고용안정 ㉢소득의 적절성 ㉣공정성 ㉤종업원의 자율성 ㉥사회적 상호작용과 고립 ㉦자존심 ㉧조직내 민주주의 ㉨종업원 만족
Boisvert M (1977)	㉠작업에 대한 통제 ㉡자신판단의 사용정도 ㉢행해진 결정의 중요성 ㉣학습기회 ㉤기능과 능력의 활용 ㉥작업적정성의 기준에 관한 통제 ㉦성과에 대한 피드백 ㉧직무에 있어서 도전 ㉨작업의 다양성 ㉩동료작업자와의 상호작용 ㉪작업에서의 인정 ㉫자신의 작업에 긍지를 가지는 가능성 ㉬조직의 생산물과 최종 자신의 작업이 관련되는 가능성 ㉭바람직한 노동의 미래에 대한 직무의 준비정도 ㉮조직의 의사결정에 참여
Lewin D (1981)	㉠임금과 부가급 ㉡고용조건 ㉢고용안정 ㉣작업통제 ㉤자율성 ㉥인정감 ㉦감독자와의 관계 ㉧소구절차(고정처리) ㉨작업수행을 위한 적절한 자원 ㉩연공 ㉪하도급 계약의 제한
Albrecht K (1983)	㉠직무의 의미성 ㉡작업조건 ㉢임금과 부가급 ㉣직무안정 ㉤능숙한 감독 ㉥작업결과의 피드백 ㉦성장과 개발기회 ㉧승진에 대한 공정한 기회 ㉨긍정적인 조직분위기 ㉩공정성과 정당한 경쟁
Rosow J (1981)	㉠임금 ㉡복리후생 ㉢직무안정 ㉣교대근무제 ㉤직무스트레스 ㉥의사결정에서의 참여 ㉦직장에서의 민주주의 ㉧이윤배분 ㉨연공권 ㉩주 4일근무제
Levine M	㉠가정생활과 직장생활의 관련성 ㉡기본적인 개인이 욕구 ㉢개방범위 ㉣위원회의 대표제 ㉤노동과 연관된 활동들의 성장 가능성 ㉥생산수량의 확인
Marks M 등 (1986)	㉠일반적 태도 ㉡직무측면 ㉢과업과 직무의 역할특성 ㉣작업집단의 기능 ㉤감독 ㉥임금
정재훈 (1985)	㉠직무특성 ㉡보상관리 ㉢복리후생 ㉣작업조건 ㉤조직분위기 ㉥인사의 공정성 ㉦교육훈련 ㉧노동과 여가의 조화 ㉨노사관계 ㉩조직관리
조희숙 (1999)	㉠직무 ㉡보상 ㉢작업조건 ㉣인간관계 ㉤능력개발
김영훈 (2000)	㉠안전 ㉡교육훈련 ㉢채용배치 ㉣사기 ㉤인간관계 ㉥직무만족 ㉦복무규율 ㉧상사의 리더십 ㉨조직 ㉩상사를 보는 관점 ㉪임금 ㉫인사 ㉬복지 ㉭승진

자료 : 서병인. QWL의 측정에 관한 연구. 경제·경영연구 1991: 10(1): 33-52, 재구성

특히 Walton(1975)이 자신의 개인적 관찰과 경험, 가치관, 인간본성 등에 관한 가정에 근거하여 제시한 QWL의 8가지 범주는 가장 많이 쓰이는 QWL의 측정도구 중에 하나이다(표 7).

표 7. Walton이 제시한 QWL의 범주

QWL의 범주	중요 요소
1. 적절하고 공정한 보상	1) 적절한 소득 2) 공평한 보상
2. 안전하고 건전한 작업환경	1) 적절한 노동시간 2) 물리적 작업조건
3. 능력활용과 개발기회	1) 자율성 2) 다양한 기능 3) 의미있는 정보획득 4) 작업계획 참여
4. 안정과 성장가능성	1) 능력개발 2) 개발된 능력이 활용가능성 3) 승진기회 4) 안정
5. 공동체의식의 직장분위기	1) 편견으로부터의 자유 2) 평등 3) 상향이동성 4) 지원적 1차집단 5) 공동체의식 6) 대인개방성
6. 작업조직의 제도화	1) 프라이버시 2) 자유로운 표현 3) 공정성 4) 정당한 절차
7. 직장생활과 사생활의 조화	직장생활과 사생활의 조화
8. 기업의 사회적 기여	사회적 책임

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀

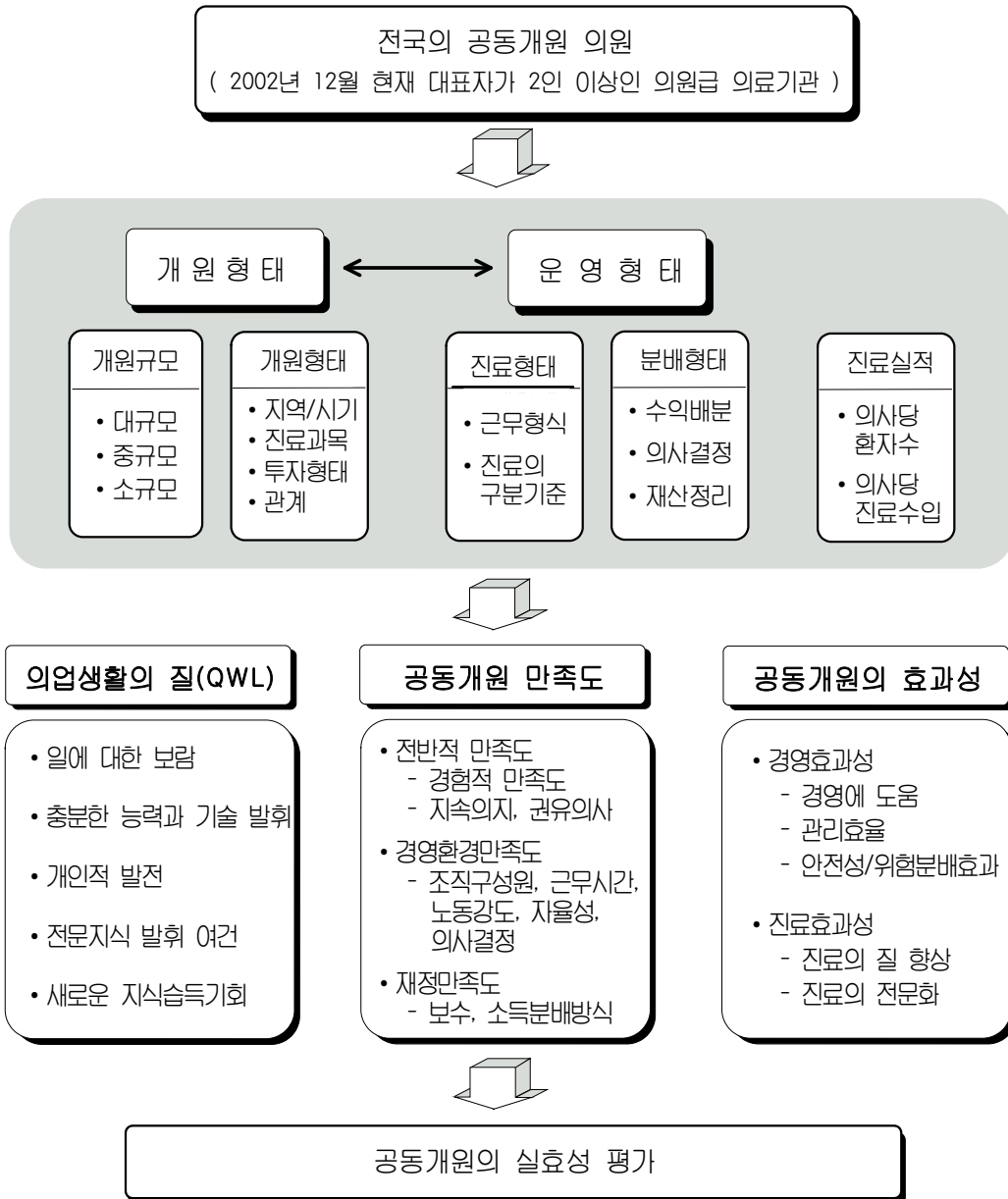


그림 1. 연구의 틀

2. 연구대상

이 연구에서는 전국의 22,056개 의원 중 2002년 12월 국민건강보험공단 심사평가원에 제출된 요양기관 현황통보서에 설립구분이 개인이면서 사업자 등록증에 대표자가 2인 이상으로 기재된 의원 1,066개 의원을 연구대상으로 하였으며, 구체적인 연구대상은 <표 8>과 같다.

따라서, 전체 22,760개 의원 중 공동개원 여부가 확인이 되지 않는 704개 (3.1%) 의원(국립의원 6개, 공립의원 4개, 학교법인의원 27개, 특수법인의원 7개, 종교법인의원 2개, 사회복지법인의원 174개, 사단법인의원 116개, 재단법인의원 87개, 회사법인의원 66개, 의료법인의원 215개)은 자료조사에서 제외되었다.

표 8. 지역별 연구대상위원의 설문조사 현황

지 역	설문배부수	응답자수	반송설문수	회수율(%)
서 울	205	18	1	8.8
경 기	181	19		10.5
부 산	87	7	1	8.0
인 천	42	6		14.3
강 원	11	1		9.1
충 북	21	1		4.8
충 남	40	2		5.0
대 전	44	6		13.6
전 북	58	8		13.8
전 남	39	7		18.0
광 주	69	9	1	13.0
경 북	57	3		5.3
대 구	114	17		14.9
경 남	67	9		13.4
울 산	19	2		10.5
제 주	12	1		8.3
지역미기재		6		-
계	1,066	122	3	11.4

3. 연구도구 및 측정방법

공동개원 현황 자료조사를 통하여 확인된 전국의 의원급 공동개원 의료기관 1,066개 전수를 조사대상으로 선정하여, 구조화된 설문지를 통한 우편설문조사를 실시하였다.

연구도구는 선행연구 및 문헌고찰을 토대로 구조화하여 고안한 설문지로 하였으며, 설문지 구성은 크게 독립변수에 해당하는 개원형태와 운영형태, 종속변수에 해당하는 직업생활의 질(QWL), 공동개원 만족도, 공동개원의 효과성, 그리고 기타항목인 진료 실적 등 6개 그룹으로 분류하여 44개 문항으로 구성하였다.

개원형태는 개원규모와 개원형태로 구분하였으며, 운영형태는 진료형태와 분배형태로 나누어 각 항목을 구성하였다. 또한, 개원형태와 운영형태 이외에 진료 실적에 해당하는 일평균 환자수와 월평균 진료수입을 조사하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다.

가. 개원형태

개원형태는 개원규모와 개원형태로 나누어서 구성하였다.

개원규모는 소규모, 중규모, 대규모로 구분하였는데, ①의사수, ②병상수, ③평수, ④의사1인당 직원수를 기준으로 하였으며, 소규모는 ①의사수가 2인이면서, ②병상수가 없고, ③80평 이하이고, ④의사 1인당 직원수가 3명 이하인 의원이며, 중규모는 ①의사수가 2인이면서, ②병상수가 10병상 이하이고, ③81평~180평 이하의 면적으로, ④의사 1인당 직원수가 3명 초과~5명 이하인 의원이고, 대규모는 ①의사수가 3인 이상이면서, ②11병상 이상이며, ③180평 이상의 면적을 갖고, ④의사1인당 직원수가 6명 이상인 의원이다. 이 개원규모의 구분은 두 개 이상의 그룹에 속해 있을 때에는 많이 속한 그룹에 포함시켰으며, 두 개 이상의 그룹에 속해 있으면서 그 수가 동일한 경우에는

의사수, 병상수, 평수, 직원수의 순으로 우선순위를 두어 구분하였다.

개원형태는 ①개원지역, ②개원시기, ③진료과목, ④투자형태, ⑤공동개원 의와의 관계를 연구변수로 활용하였으며, 개원지역은 대도시와 지방도시로 나누어 구분하였고, 개원시기는 개원년월을 조사하였다. 진료과목은 주진료과목과 공동개원의의 진료과목을 구분하여 응답하게 하여, 진료과목간 조합이 동종인지 이종인지 여부를 파악할 수 있도록 하였다. 또한, 투자형태는 균등투자, 차등투자, 구분투자로 나누어 조사하였고, 개원의사와의 관계는 대학동문, 동일병원 수련, 친인척, 지인, 기타로 나누어 조사하였다.

나. 운영형태

운영형태는 진료형태와 분배형태로 나누어서 구성하였으며, 운영형태는 ①근무형식, ②진료의 구분기준을 연구변수로 활용하여, 근무형태는 공동개원 의사간의 근무시간의 형태를 측정하였고, 진료의 구분기준은 공동개원 의사별 진료의 구분기준을 전문과목별, 세부전문과목별, 구분 없음으로 나누어 구분하였다.

분배형태는 ①수익배분방식, ②구매결정방식, ③재산정리방법을 연구변수로 활용하였다.

다. 의업생활의 질(QWL)

QWL의 측정은 Walton(1975)이 제시한 측정지표 중 만족도 항목에 포함된 보상과, 안전성을 제외한 6개 지표를 개원의에게 적용가능하게 수정·보완하여 ①일에 대한 보람, ②충분한 능력과 기술발휘, ③개인적 발전에 대한 만족, ④전문지식 발휘 여건, ⑤새로운 지식습득의 기회 제공의 5개 항목을 평가하였으며, '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 된 Likert 5점 척도로 측정하여, 각각의 항목에서 점수가 높을수록 QWL 수준이 높은 것으로 판단하였다.

라. 공동개원 만족도

공동개원 만족도는 ①전반적만족도, ②경영환경만족도, ③재정만족도의 세 가지 측면에서 10개 항목으로 나누어 측정하였다.

전반적 만족도의 측정은 ①공동개원에 대한 경험적 만족도, ②공동개원 지속의지, ③다른 의사에게 공동개원권유 의사의 3가지 항목으로 구성하였다.

경영환경 만족도와 재정만족도는 정현숙(1995)과 조영식(1999)이 연구를 통하여 공동개원의 순기능과 역기능으로 분류해 놓은 항목들과 공동개원의 운영시 어려운 점으로 지적된 항목을 중심으로 구성하였다. 구체적인 내용은 경영환경 만족도는 ①조직구성원에 대한 만족도, ②근무시간에 대한 만족도, ③노동강도에 대한 만족도, ④자율성에 대한 만족도, ⑤의사결정방식에 대한 만족도의 5개 항목으로 구성하였으며, 재정만족도는 ①보수에 대한 만족도와 ②소득에 대한 만족도의 항목으로 구성하였다.

위의 항목은 모두 '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 된 Likert 5점 척도로 측정하였으며 각각의 항목에서 점수가 높을수록 공동개원에 대한 만족도 수준이 높은 것으로 판단하였다.

마. 공동개원의 효과성

공동개원의 효과성은 정현숙(1995)과 조영식(1999)이 연구를 통하여 공동개원의 순기능으로 분류해 놓은 항목들을 중심으로 경영효과와 진료효과의 두가지 측면에서 측정하였다.

구체적으로 경영효과는 ①경영에 실질적 도움, ②효율적인 구매관리 시스템, ③안전성 및 위험분배효과의 3가지 측면에서 측정하였으며, 진료효과는 ①진료의 질향상, ②진료의 전문화의 항목으로 구성하였다.

위의 5개 항목은 모두 '전혀 아니다' 1점에서 '매우 그렇다' 5점으로 된 Likert 5점 척도로 측정하였으며 각각의 항목에서 점수가 높을수록 공동개원의 효과성이 높은 것을 의미한다.

바. 진료성과

진료성과는 일평균 외래환자수 및 월평균 진료수입으로 나누어 측정하였으며, 개방형으로 질문하였고 진료수입의 단위는 천원단위로 기입하도록 하였다.

표 9. 설문지 구성 내용

구 분	문항수	문항분류기준	내 용
독 립 변 수	4	개원규모	공동개원의사수, 병상수, 평수, 의사 1인당 직원수
	6	개원형태	개원지역, 개원시기, 진료과목, 투자형태, 공동개원 의사와의 관계 및 구성
	2	진료형태	근무형식, 진료의 구분기준
	3	분배형태	수익배분기준, 의사결정방법, 재산정리방법
종 속 변 수	5	Walton의 측정 도구를 수정·보완	① 일에 대한 보람, ② 충분한 능력과 기술 발휘, ③ 개인적 발전에 대한 만족, ④ 전문지식 발휘 여건, ⑤ 새로운 지식습득의 기회
	3	전반적 만족도	① 전반적인 만족도, ② 지속의지, ③ 권유 의사
	5	경영환경 만족도	① 조직구성원, ② 근무시간, ③ 노동강도, ④ 자율성, ⑤ 의사결정방식
	2	재정만족도	① 보수, ② 소득분배방식
공 동 개 원 효 과 성	3	경영효과	① 경영에 실질적 도움, ② 효율적인 구매관리시스템, ③ 안전성 및 위험분배효과
	2	진료효과	① 진료의 질 향상, ② 진료의 세분화 및 전문화
기 타	2	진료성과	일평균 환자수, 월평균 진료수입
	5	공동개원 현황	공동개원 동기, 운영시 애로점, 현재의 문제점, 공동개원의 이점

표 10. 측정도구의 신뢰도 분석

변 수 명	문항수	Cronbach's α
의업생활의 질(QWL)	5	.8223
공동개원 만족도		
전반적 만족도	3	.7687
경영환경 만족도	5	.8203
재정만족도	2	.5312
공동개원의 효과성		
경영효과	3	.6397
진료효과	2	.6256

4. 분석방법

이 연구에서는 수집된 자료의 통계분석을 위해 SPSS PC⁺(Version 11.0)를 이용하여 처리하였다.

먼저 빈도분석을 통하여 공동개원의원의 개원형태와 운영형태를 파악하고, QWL, 공동개원 만족도, 공동개원의 효과성 수준을 파악하였다.

또한, t-test와 분산분석(ANOVA)을 실시하여 공동개원의원의 개원형태와 운영형태에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성 차이를 비교 분석하였다.

그리고, QWL, 공동개원 만족도 및 효과성에 영향력을 주는 형태요인을 파악하고자 개원규모, 개원지역, 진료과목조합, 운영기간, 투자형태, 진료의 구분기준, 수익배분방식, 의사결정방식, 의사1인당 월평균 진료수입, 의사 1인당 일평균 외래환자수를 독립변수로 하고 QWL, 전반적 만족도, 경영환경 만족도, 재정만족도, 경영효과성 및 진료효과성을 종속변수로 하여 회귀분석을 실시하였다. 모델선정법(model selection)은 통계적 확률에 의존하는 입력

방법(enter)을 사용하여 분석하였다. 입력방법(enter)은 가장 기본적인 분석방법으로 분석하고자 하는 모든 독립변수를 회귀모델에 있는 그대로 포함하는 방법이다.

또한, 회귀모형의 통계적 유의성 검정결과 분산분석 검정통계량 F의 유의확률이 0.05이상으로 회귀모형이 적합하지 않은 것으로 나타난 전반적 만족도, 재정만족도, 진료효과성은 결과표에서 제외시켰다.

한편, QWL, 공동개원 만족도의 3개 측면(전반적 만족도, 경영환경만족도, 재정만족도) 및 효과성 문항 2개 측면(경영효과성, 진료효과성)모두에 대하여 각 변수에 포함된 설문문항의 평균값을 계산하여 분석에 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 공동개원 의원의 형태, QWL, 만족도 및 효과성

가. 공동개원 의원의 개원형태

공동개원의원의 개원규모는 ①의사수, ②병상수, ③평수, ④의사1인당 직원수를 기준으로 소규모, 중규모, 대규모로 구분하였다. 소규모는 ①의사수가 2인이면서, ②병상수가 없고, ③80평 이하이고, ④의사 1인당 직원수가 3명 이하인 의원이며, 중규모는 ①의사수가 2인이면서, ②병상수가 10병상 이하이고, ③81평~180평 이하의 면적으로, ④의사 1인당 직원수가 3명~5명 이하인 의원이고, 대규모는 ①의사수가 3인 이상이면서, ②11병상 이상이며, ③180평 이상의 면적을 갖고, ④의사1인당 직원수가 6명 이상인 의원이다.

연구대상 의원은 소규모 의원이 45개(37.5%), 중규모 의원이 42개(35.0%), 대규모 의원이 33개(27.5%)이었으며, 공동개원의원에 근무하는 의사수는 2명이 81개(66.4%)로 가장 많았고, 4명 이상인 공동개원 의원은 11개(9.0%)이었다.

그리고, 공동개원 의원의 병상은 없는 경우가 53개로 약 44%가 병상이 없었으며, 병상이 있는 경우는 67개(55.8%)이었고, 면적은 55-99평이 41개(33.6%)로 가장 많았다. 또한, 의사 1인당 직원수는 3명~5명이 50개(41%)로 가장 많았다(표 11).

연구대상 의원의 인력은 의사를 포함하여 평균 13.3명(표준편차 11.2)이었으며, 평균 의사수는 2.6명(표준편차 1.2)이었다. 또한, 간호조무사가 4.5명(표준편차 4.6)으로 가장 많았고, 간호사가 없는 의원도 58개(48.7%)나 되었다(표 12).

표 11. 연구대상 의원의 개원규모

구	분	수	(%)
개원규모*	소규모	45	(37.5)
	중규모	42	(35.0)
	대규모	33	(27.5)
의사수	2명	81	(66.4)
	3명	30	(24.6)
	4명 이상	11	(9.0)
병상수	병상 없음	53	(44.2)
	10명상 이하	32	(26.7)
	11병상~20병상	19	(15.6)
	21병상 이상	16	(13.1)
평수	49평 이하	6	(4.9)
	50-99평	41	(33.6)
	100-149평	22	(18.0)
	150-199평	20	(16.4)
	200평 이상	33	(27.0)
의사1인당 직원수	3명 이하	33	(27.0)
	3.1-5명	50	(41.0)
	5명 초과	39	(32.0)

표 12. 연구대상 의원의 인력구성

명 (%)

구	분	0명	1명	2명	3-4명	5명 이상	평균 (표준편차)
의사		-	-	81 (66.4)	36 (29.5)	5 (4.1)	2.56 (1.16)
간호사		58 (48.7)	25 (21.0)	13 (10.9)	9 (7.6)	14 (11.8)	1.87 (3.67)
간호조무사		6 (5.0)	9 (7.6)	21 (17.6)	43 (36.1)	40 (33.6)	4.45 (4.58)
의료기사		45 (37.5)	30 (25.0)	25 (20.8)	12 (10.0)	8 (6.7)	1.48 (2.06)
원독·행정요원		64 (53.3)	29 (24.2)	13 (10.8)	8 (6.7)	7 (5.8)	1.12 (2.28)
기타		58 (49.2)	24 (20.3)	14 (11.9)	10 (8.5)	12 (10.2)	1.44 (2.30)
총직원수 (의사포함)							13.28 (11.17)

표 13. 연구대상 의원의 공동개원형태

구 분		수	(%)
개원시기*	1995년 이전	7	(5.8)
	1996년	3	(2.5)
	1997년	4	(3.3)
	1998년	4	(3.3)
	1999년	10	(8.3)
	2000년	20	(16.7)
	2001년	33	(27.5)
	2002년	39	(32.5)
개원지역*	대도시	84	(72.4)
	지방도시	32	(27.6)
진료과목조합*	동종	80	(70.2)
	이종	34	(29.8)
주진료과목**	내과계	22	(18.0)
	외과계	22	(18.0)
	안·이비인후과	11	(9.0)
	피부비뇨기과	11	(9.0)
	기타	24	(19.7)
공동개원 의사와의 관계*	대학동문	47	(38.8)
	동일병원 수련	36	(29.8)
	친인척	8	(6.6)
	지 인	14	(11.5)
	기 타	16	(13.2)
투자형태	균등투자	99	(81.1)
	차등투자	23	(18.9)

*무응답 제외, **진료과목이 2개 이상인 경우 제외

연구대상 의원의 개원시기는 2002년에 39개(32.5%), 2001년에 33개(27.5%), 2000년에 20개(16.7%)로 의약분업을 전후하여 약 74%가 개원한 것으로 나타났다. 개원지역은 특별시, 광역시 및 경인지역에 84개가 위치하고 있어 약 72%가 대도시에 개원을 하고 있었으며, 공동개원 의사와의 진료

과목은 동종간의 개원이 80개로 약 70%를 차지하고 있었다.

연구대상위원의 주진료과목은 내과계 22개(18%), 외과계 22개(18%), 안·이비인후과 11개(9%), 피부비뇨기과 11개(9%)의 순이었다. 공동개원 의사와의 관계는 대학동문이 47개(38.8%)로 가장 많았고, 동일병원 수련이 36개(29.8%)이었으며, 친인척인 경우는 8개(6.6%)에 불과하였다. 또한, 공동개원 의사와의 투자형태는 균등투자가 99개로 약 81%가 균등투자의 형태로 공동개원을 하고 있었다(표 13).

나. 공동개원 의원의 운영형태

공동개원 의사간 근무형태는 같은 진료시간대에 근무하는 경우가 66개(54.5%), 같은 진료시간대에 근무하면서 일요일 및 휴일에만 교대로 근무하는 경우가 35개(28.9%)로 약 83%가 같은 진료시간대에 근무하고 있었으며, 공동개원 의사간 진료의 구분기준은 의사별 전문진료과목별로 진료하는 경우가 24개(19.8%), 의사별 세부진료과목별로 진료하는 경우가 26개(21.5%)이었다.

공동개원 의사간의 수익배분의 기준은 정액배분이 78개로 약 64%가 균등배분을 하고 있었으며, 36%는 자본투자액 기준 또는 진료실적 기준 등의 방법으로 차등배분을 하고 있었다.

연구대상 의원의 구매결정 방식은 원장 스스로가 수지개선을 고려해 단독결정하는 의원이 39개(32%), 원내 전문가 추천으로 병원장의 재가하에 결정하는 의원이 4개(3.3%)로 대표원장의 단독결정이 전체의 약 35%를 차지하였다. 또한, 공동개원의원 운영 중에 공동개원 의사의 탈퇴시 재산정리방법은 자산을 재평가하여 투자비율에 대비하여 반환하는 의원이 48개(44%)로 가장 많았으며, 중도탈퇴시 재산정리방법 규정이 없는 의원도 30개(27.5%)나 되었다(표 14).

표 14. 의원의 공동개원 운영형태

구 분		수*	(%)
근무형태	같은 진료시간대 근무	66	(54.5)
	다른 진료 시간대 근무	20	(16.5)
	같은진료시간대 근무 + 일공휴일 교대근무	35	(28.9)
진료의 구분기준	의사별 전문과목별로 진료	24	(19.8)
	의사별 세부진료과목별로 진료	26	(21.5)
	의사별 진료구분이 없음	71	(58.7)
수익배분 기준	자본투자액 기준	28	(23.0)
	진료(비) 실적 기준	3	(2.5)
	투자액 + 진료(비) 실적 기준	7	(5.7)
	정액배분	78	(63.9)
	연배나 지명도 기준	3	(2.5)
	기 타	3	(2.5)
구매결정방식	원장 스스로가 수지개선을 고려해 단독 결정	39	(32.0)
	경영진(원장 포함)에서 알아서 단독 결정	32	(26.2)
	원내 전문가 추천으로 병원장의 재가하 결정	4	(3.3)
	관련 책임자들의 공동의결을 거쳐서 결정	21	(17.2)
	사용부서 책임자 신청후 경영진 의결로 결정	9	(7.4)
	특별한 절차없이 필요시마다 구매가 이루어짐	17	(13.9)
재산정리방법*	감가상각등 고려하여 투자액만 반환	16	(14.7)
	자산을 재평가하여 투자비율 반환	48	(44.0)
	기 타	15	(13.8)
	중도탈퇴시 재산정리규정이 없음	30	(27.5)

* 무응답 제외

공동개원의 이유로는 여가시간 확보가 64개(35.8%)로 가장 많았으며, 진료의 질 향상(16.2%), 투자비 경감(11.7%), 위험분산 및 문제의 공동해결(11.2%)의 순이었다(표 15).

또한, 현재의 공동개원 의원의 운영시 어려운 점은 기대(순)수익의 감소가 63개(24.9%)로 가장 많았으며, 공동개원 의사와 인간관계의 어려움(15.8%), 개인의견의 과소 반영(9.9%), 개인적 인센티브의 감소(9.9%), 규모의 확대로

인한 비용증가(9.5%)의 순으로 재정적 측면이 수위를 차지하였다(표 16).

표 15. 공동개원의 이유

구 분	수*	(%)
여가시간 확보	64	(35.8)
진료의 질 향상(세부진료, 협진 등)	29	(16.2)
투자비 경감	21	(11.7)
위험분산, 공동의 문제해결	17	(11.2)
경쟁력 향상	13	(7.3)
시설 및 규모확대	11	(6.1)
과목의 특성상 단독개원 불가능 (수술공백의 최소화)	7	(3.9)
기 타	17	(9.5)

* 중복응답, 무응답 제외

표 16. 공동개원 운영시 어려운 점

구 분	수*	(%)
기대(순)수익 감소	63	(24.9)
공동개원 의사와 인간관계 어려움	40	(15.8)
개인의견 과소 반영	25	(9.9)
개인적 인센티브 감소	25	(9.9)
규모의 확대로 비용증가	24	(9.5)
고용인력의 활용에 대한 갈등	19	(7.5)
개인적 자유의 제약	18	(7.1)
수입배분의 문제	17	(6.7)
무사안일주의 경향	14	(5.5)
기 타	8	(3.2)

* 중복응답, 무응답 제외

다. 공동개원의사의 직업생활의 질(QWL)

공동개원 의사의 QWL은 일에 대한 보람, 충분한 능력과 기술발휘, 개인적 발전에 대한 만족, 전문지식 발휘여건, 새로운 지식습득기회 제공의 5개 항목으로 측정하였다.

공동개원 의사의 QWL은 평균 3.4(표준편차 0.73)이었고, 전문지식 발휘여건 보장이 3.62, 일에 대한 보람이 3.56으로 평균보다 높았으며, 개인적인 발전에 대한 만족도가 3.16으로 가장 낮았다(표 17).

표 17. 공동개원 의사의 QWL

구 분	매 우 그렇다	그렇다	보통이다	아니다	전 혀 아니다	평균(표준편차)
일에 대한 보람	16(13.1)	53(43.4)	37(30.3)	15(12.3)	1(0.8)	3.56(0.90)
충분한 능력과 기술발휘*	12(9.8)	43(35.2)	44(36.1)	18(14.8)	4(3.3)	3.34(0.96)
개인적인 발전에 대한 만족	11(9.0)	34(27.9)	45(36.9)	27(22.1)	5(4.1)	3.16(1.00)
전문지식 발휘여건 보장	22(18.0)	45(36.9)	43(35.2)	11(9.0)	1(0.8)	3.62(0.91)
새로운 지식습득기회 제공*	13(10.7)	44(36.1)	40(32.8)	22(18.0)	2(1.6)	3.36(0.96)
평균(표준편차)	3.40 (0.73)					

* 무응답 제외

라. 공동개원의사의 공동개원 만족도

공동개원 의사의 공동개원에 대한 만족도는 전반적 만족도 3개 항목, 경영환경만족도 5개 항목, 재정만족도 2개 항목으로 측정하였다. 공동개원에 대한 경험적 만족도는 평균 3.82(표준편차 0.69)이었으며, '공동개원에 대해

전반적으로 만족한다'가 91개로 약 75%가 공동개원에 대해 만족하고 있었으며, '공동개원을 주변에 권유하겠다' 라고 응답한 경우가 71개(58.7%)로 공동개원에 대하여 대부분 긍정적으로 평가하였다.

공동개원에 대한 경영환경 만족도는 평균 3.62(표준편차 0.58)이었으며, 의사결정방식에 대한 만족도가 3.79(표준편차 0.66), 조직구성원에 대한 만족도가 3.73(0.81)로 평균보다 높았고, 노동강도에 대한 만족도가 3.46(0.84)으로 가장 낮았다.

공동개원에 대한 재정만족도는 평균 3.63(표준편차 0.65)이었으며, 소득분배 방식에 대한 만족도(3.87)가 보수(3.40)에 대한 만족도보다 높았다(표 18).

표 18. 공동개원의사의 공동개원 만족도

단위 : 수(%)

구 분	매우만족	만족	보통	불만	매우불만	평균(표준편차)
경험적 만족도						
전반적 만족도	19(15.6)	72(59.0)	23(18.9)	6(4.9)	1(0.8)	3.84(0.77)
공동개원의원 지속여부	41(33.6)	58(47.5)	16(13.1)	5(4.1)	-	4.13(0.79)
주변에 권유 의사	11(9.1)	60(49.6)	35(28.9)	10(8.3)	5(4.1)	3.51(0.92)
평균(표준편차)						3.82 (0.69)
경영환경 만족도						
조직구성원	17(14.0)	64(52.9)	30(24.8)	10(8.3)	-	3.73(0.81)
근무시간	7(5.8)	62(51.2)	37(30.6)	14(11.6)	1 (0.8)	3.50(0.81)
노동강도	5(4.1)	66(54.5)	32(26.4)	16(13.2)	2 (1.7)	3.46(0.84)
자율성	8(6.6)	71(58.7)	34(28.1)	8(6.6)	-	3.66(0.70)
의사결정방식	12(10.0)	74(61.7)	30(25.0)	4(3.3)	-	3.79(0.66)
평균 (표준편차)						3.62 (0.58)
재정만족도						
보수	12(9.9)	45(37.2)	43(35.5)	21(17.4)	-	3.40(0.89)
소득분배방식	15(12.4)	81(66.9)	19(15.7)	6(5.0)	-	3.87(0.68)
평균 (표준편차)						3.63 (0.65)

* 무응답 제외

마. 공동개원의 효과성

공동개원의가 인지하는 공동개원의 효과성은 경영효과성측면(3개 문항)과 진료효과성측면(2개 문항)으로 나누어서 측정하였다. 공동개원의 경영효과성측면에서는 ‘병원경영에 도움이 된다’가 3.73, ‘효율적 구매관리 시스템을 갖추게 되었다’가 3.64로 평균보다 높았으며, 안전성 및 위험분배효과성은 3.27로 평균보다 낮은 수준이었다.

또한, 공동개원의 진료효과성은 평균 3.82(0.63)로 경영 효과성(평균 3.47)에 비해 높은 수준이었으며, 진료의 질향상에 대한 만족도가 4.04(표준편차 0.62), 진료의 전문화에 대한 만족도가 3.59(표준편차 0.85)이었다(표 19).

표 19. 공동개원의가 인지하는 공동개원의 효과성

구 분	매우만족	만 족	보 통	불만	매우불만	평균(표준편차)
경영효과성						
병원경영에 도움*	10(8.6)	53(43.8)	39(32.2)	16(13.2)	3(2.5)	3.73(0.82)
효율적 구매관리*	9(7.4)	34(28.1)	52(43.0)	25(20.7)	1(0.8)	3.64(0.88)
안전/위험분배효과*	19(15.7)	68(56.2)	22(18.2)	12(9.9)	-	3.27(0.85)
평균(표준편차)						3.47 (0.67)
진료효과성						
진료의 질 향상*	24(19.8)	80(66.1)	15(12.4)	2(1.7)	-	4.04(0.62)
진료의 전문화*	14(11.7)	58(48.3)	33(27.5)	15(12.5)	-	3.59(0.85)
평균 (표준편차)						3.82 (0.63)

* 무응답 제외

2. 진료실적에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성

공동개원의원의 일평균 외래환자수와 월평균 진료수입에 따른 QWL, 공동개원에 대한 만족도 및 효과성은 일평균 외래환자수에 따라 QWL, 총만족도, 재정만족도, 경영효과성, 진료효과성에 유의한 차이는 없었으며, 경영환경만족도는 일평균 외래환자수가 150명이상인 그룹이 평균 3.4로 다른 그룹에 비해 낮은 경향을 나타내었다(표 20).

또한, 월평균 진료수입이 높을수록 QWL과 진료효과성이 높았으나, 진료수입에 따라 QWL, 공동개원에 대한 만족도 및 효과성에 통계적으로 유의한 차이는 없었다(표 21).

표 20. 일평균 환자수에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성

구분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
QWL	50명 이하	23	3.4 ± 0.6	.582 .628
	51-100명	40	3.3 ± 0.7	
	101-150명	25	3.6 ± 0.8	
	151명 이상	29	3.4 ± 0.7	
공동개원에 대한 만족도				
전반적 만족도	50명 이하	23	3.6 ± 0.6	.905 .441
	51-100명	39	3.9 ± 0.8	
	101-150명	25	3.9 ± 0.6	
	151명 이상	29	3.8 ± 0.7	
경영환경만족도	50명 이하	23	3.7 ± 0.6	2.729 .047 *
	51-100명	40	3.7 ± 0.5	
	101-150명	25	3.7 ± 0.6	
	151명 이상	29	3.4 ± 0.7	
재정만족도	50명 이하	23	3.4 ± 0.6	1.899 .135
	51-100명	40	3.8 ± 0.5	
	101-150명	25	3.7 ± 0.7	
	151명 이상	29	3.7 ± 0.7	
공동개원의 효과성				
경영효과성	50명 이하	23	3.2 ± 0.6	2.101 .104
	51-100명	40	3.4 ± 0.7	
	101-150명	25	3.6 ± 0.6	
	151명 이상	29	3.6 ± 0.7	
진료효과성	50명 이하	23	3.6 ± 0.5	1.840 .144
	51-100명	40	3.8 ± 0.7	
	101-150명	25	4.0 ± 0.6	
	151명 이상	29	3.8 ± 0.6	

* < .05

표 21. 월평균 진료수입에 따른 QWL, 공동개원 만족도 및 효과성

구분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
QWL	2500만원 이하	15	3.1 ± 0.7	1.738 .149
	2501-5000만원	35	3.2 ± 0.6	
	5001-7500만원	18	3.4 ± 0.9	
	7501-10,000만원	12	3.6 ± 0.8	
	10,000만원 이상	10	3.7 ± 0.8	
공동개원에 대한 만족도				
전반적 만족도	2500만원 이하	15	3.5 ± 0.8	1.794 .138
	2501-5000만원	35	3.9 ± 0.4	
	5001-7500만원	18	3.8 ± 0.8	
	7501-10,000만원	11	4.1 ± 0.9	
	10,000만원 이상	9	4.0 ± 0.7	
경영환경만족도	2500만원 이하	15	3.6 ± 0.4	.274 .894
	2501-5000만원	35	3.7 ± 0.6	
	5001-7500만원	18	3.5 ± 0.6	
	7501-10,000만원	12	3.7 ± 0.7	
	10,000만원 이상	9	3.7 ± 0.5	
재정만족도	2500만원 이하	15	3.3 ± 0.4	1.743 .148
	2501-5000만원	35	3.7 ± 0.5	
	5001-7500만원	18	3.9 ± 0.7	
	7501-10,000만원	12	3.7 ± 0.5	
	10,000만원 이상	10	3.7 ± 0.8	
공동개원의 효과성				
경영효과성	2500만원 이하	15	3.1 ± 0.7	2.207 .075
	2501-5000만원	35	3.5 ± 0.4	
	5001-7500만원	18	3.5 ± 0.8	
	7501-10,000만원	12	3.4 ± 0.8	
	10,000만원 이상	10	3.8 ± 0.8	
진료효과성	2500만원 이하	15	3.6 ± 0.6	1.099 .363
	2501-5000만원	34	3.7 ± 0.5	
	5001-7500만원	18	3.9 ± 0.7	
	7501-10,000만원	12	4.0 ± 0.8	
	10,000만원 이상	10	4.0 ± 0.7	

3. 공동개원 형태에 따른 의업생활의 질(QWL)

표 22. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 의업생활의 질(QWL)

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
개원규모	소규모	44	3.1 ± 0.7	7.158	.001 ***
	중규모	42	3.4 ± 0.7		
	대규모	32	3.7 ± 0.7		
개원지역	대도시	83	3.5 ± 0.8	1.172	.245
	지방도시	31	3.3 ± 0.6		
운영기간	1년미만	19	3.3 ± 0.5	.427	.734
	1년이상-2년미만	40	3.5 ± 0.8		
	2년이상-3년미만	22	3.4 ± 0.8		
	3년이상	31	3.4 ± 0.7		
진료과목조합	단일진료과목	99	3.5 ± 0.7	2.718	.008 **
	복수진료과목	21	3.0 ± 0.8		
진료과목	내과계	21	3.4 ± 0.7	2.129	.084
	외과계	21	3.4 ± 0.6		
	안·이비인후과	11	3.8 ± 0.7		
	피부기뇨기과	11	3.9 ± 0.9		
	기타	24	3.4 ± 0.6		
투자형태	균등투자	99	3.4 ± 0.7	-1.022	.309
	차등투자	23	3.5 ± 0.8		
공동개원의사와 의 관 계	대학동문	46	3.3 ± 0.7	2.168	.077
	동일병원수련경험	36	3.4 ± 0.8		
	친인척	8	2.9 ± 0.5		
	지인	13	3.4 ± 0.5		
	기타	16	3.8 ± 0.9		

** <.01, ***<.001

공동개원 의원의 개원형태에 따른 의업생활의 질은 개원규모를 ①의사수, ②병상수, ③평수, ④의사1인당 직원수를 기준으로 대규모, 중규모, 소규모로 구분하였을 때, 대규모인 의원이 3.7, 중규모인 의원이 3.4, 소규모인 의원이

3.1로 규모가 커질수록 QWL이 통계적으로 유의하게 높았으며, 공동개원 의사간의 진료과목의 조합은 단일진료과목(평균 3.5)이 복수진료과목(평균 3.0)보다 통계적으로 유의하게 높았다.

또한, 내과계나 외과계보다 안·이비인후과, 피부비뇨기과가 더 높았고, 공동개원의사와의 관계가 친인척인 경우가 QWL 가장 낮았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다(표 22).

공동개원 의원의 운영형태에 따른 QWL은 같은진료시간대에 근무하거나 같은 시간대에 근무하면서 야간이나 공휴일에만 교대로 근무하는 의원이 다른 진료시간대에 근무하는 의원보다 QWL수준이 높았으며, 수익배분을 차등적으로 하는 경우가 균등하게 하는 경우보다, 구매결정방식이 대표원장 단독결정이 아니라, 공동개원의사간의 그룹결정인 경우에 QWL수준이 유의하게 높았다(표 23).

표 23. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 의업생활의 질(QWL)

구 분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
근무형태 같은 진료시간대 근무	64	3.5 ± 0.7	3.245	.043 *
다른 진료시간대 근무	20	3.0 ± 0.6		
같은 시간대 + 0인·공휴일 교대 근무	35	3.5 ± 0.7		
진료의 의사별 전문과목별 진료	24	3.3 ± 0.8	1.554	.216
구분기준 의사별 세부진료과목별 진료	24	3.6 ± 0.8		
구분이 없음	71	3.4 ± 0.6		
수익배분 차등배분	17	3.9 ± 0.7	3.372	.001 ***
균등배분	100	3.3 ± 0.7		
구매결정 대표원장 단독결정	42	3.2 ± 0.6	-2.45 3	.016 **
공동개원의 그룹결정	61	3.5 ± 0.8		
재산정리 초기 투자액 기준 반환	16	3.6 ± 0.8	.738	.482
현재 자산가치 기준 반환	48	3.4 ± 0.7		
기타	15	3.3 ± 0.7		

* <.05, ** <.01, *** <.001

4. 공동개원 형태에 따른 공동개원 만족도

가. 공동개원 의원의 형태에 따른 전반적 만족도

표 24. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 전반적 만족도

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
개원규모	소규모	44	3.6 ± 0.7	7.158	.001 ***
	중규모	41	3.9 ± 0.6		
	대규모	32	4.0 ± 0.7		
개원지역	대도시	82	3.9 ± 0.7	1.004	.318
	지방도시	31	3.7 ± 0.6		
운영기간	1년미만	19	3.7 ± 0.8	.729	.537
	1년이상-2년미만	40	3.9 ± 0.6		
	2년이상-3년미만	21	4.0 ± 0.8		
	3년이상	31	3.8 ± 0.7		
진료과목조합	동종	77	4.0 ± 0.6	1.935	.056
	이종	37	3.7 ± 0.7		
진료과목	내과계	21	3.8 ± 0.7	1.038	.393
	외과계	21	3.8 ± 0.7		
	안·이비인후과	10	4.1 ± 0.4		
	피부기뇨기과	11	4.2 ± 0.5		
	기타	24	3.8 ± 0.8		
투자형태	균등투자	97	3.4 ± 0.7	.954	.342
	차등투자	22	3.5 ± 0.8		
공동개원의사와의 관 계	대학동문	45	3.9 ± 0.6	4.213	.003 **
	동일병원수련경험	35	3.8 ± 0.8		
	친인척	8	2.9 ± 0.8		
	지인	14	3.9 ± 0.4		
	기타	16	4.0 ± 0.6		

* <.05, ** <.01

공동개원 의원의 개원형태에 따른 전반적 만족도는 대규모가 4.0, 중규모가 3.9, 소규모가 3.6으로 개원규모가 클수록 만족도가 높았으며, 동종진료과목간의 조합인 의원(4.0)이 이종진료과목간의 조합인 의원(3.7)보다 공동개원에 대한 전반적 만족도 수준이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

또한, 공동개원 의사와의 관계가 친인척인 의원의 만족도가 2.9로 다른 형태의 의원에 비해 유의하게 만족도가 낮았다(표 24).

공동개원 의원의 운영형태에 따른 전반적 만족도는 의사간의 진료의 구분이 의사별 세부진료과목별로 진료하는 의원의 만족도가 4.1로 의사별 전문과목별로 진료하거나 진료의 구분기준이 없는 의원보다 유의하게 만족도가 높게 나타났다(표 25).

표 25. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 전반적 만족도

구 분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값	
근무형태	같은 진료시간대 근무	65	3.8 ± 0.7	.309	.735
	다른 진료시간대 근무	20	3.7 ± 0.6		
	같은 시간대·야간·공휴일 교대 근무	33	3.9 ± 0.7		
진료의 구분기준	의사별 전문과목별 진료	24	3.6 ± 0.9	3.831	.025 *
	의사별 세부진료과목별 진료	25	4.1 ± 0.5		
	구분이 없음	69	3.8 ± 0.7		
수익배분	차등배분	17	3.9 ± 0.9	.406	.686
	균등배분	99	3.8 ± 0.7		
구매결정	대표원장 단독결정	42	3.9 ± 0.5	.705	.511
	공동개원의 그룹결정	61	3.8 ± 0.8		
재산정리	초기 투자액 기준 반환	16	3.9 ± 0.5	.408	.666
	현재 자산가지 기준 반환	49	3.8 ± 0.7		
	기타	15	3.7 ± 0.9		

* <.05, ** <.01, *** <.001

나. 공동개원 의원의 형태에 따른 전반적 만족도

표 26. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 경영환경 만족도

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계 치	P값
개원규모	소규모	44	3.5 ± 0.6	1.060	.350
	중규모	42	3.7 ± 0.6		
	대규모	32	3.6 ± 0.6		
개원지역	대도시	82	3.7 ± 0.6	1.737	.085
	지방도시	32	3.5 ± 0.6		
운영기간	1년미만	20	3.5 ± 0.6	1.091	.356
	1년이상-2년미만	40	3.6 ± 0.5		
	2년이상-3년미만	21	3.6 ± 0.7		
	3년이상	31	3.8 ± 0.5		
진료과목조합	동종	78	3.7 ± 0.6	2.770	.007 **
	이종	34	3.4 ± 0.6		
진료과목	내과계	20	3.7 ± 0.5	.819	.517
	외과계	22	3.7 ± 0.5		
	안·이비인후과	11	3.6 ± 0.6		
	피부기뇨기과	11	4.0 ± 0.3		
	기타	24	3.7 ± 0.7		
투자형태	균등투자	97	3.6 ± 0.6	.248	.805
	차등투자	23	3.6 ± 0.6		
공동개원의사와 의 관 계	대학동문	45	3.5 ± 0.6	2.998	.021 *
	동일병원수련경험	36	3.8 ± 0.6		
	친인척	8	3.2 ± 0.3		
	지인	14	3.6 ± 0.6		
	기타	16	3.9 ± 0.5		

* <.05, ** <.01

공동개원의원의 개원형태에 따른 경영환경 만족도는 공동개원 의사간 진료과목이 동종인 그룹이 이종인 그룹보다 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 친인척인 그룹이 만족도가 가장 낮았다. 또한, 대도시에 개원한 의원(3.7)

이 지방도시에 개원한 의원(3.5)보다 경영환경 만족도가 높았으나 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 26).

공동개원 의원의 운영형태에 따른 경영환경 만족도는 공동개원 의사와의 진료구분이 의사별 세부진료과목별로 진료하거나 구분이 없는 그룹이 의사별 전문과목별로 진료과는 그룹보다 높게 나타났다(표 27).

표 27. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 경영환경 만족도

구분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값	
근무형태	같은 진료시간대 근무	64	3.6 ± 0.7	.029	.971
	다른 진료시간대 근무	20	3.6 ± 0.6		
	같은 시간대+아간·공휴일 교대 근무	35	3.6 ± 0.7		
진료의 구분기준	의사별 전문과목별 진료	23	3.3 ± 0.6	5.471	.005 **
	의사별 세부진료과목별 진료	25	3.7 ± 0.6		
	구분이 없음	71	3.7 ± 0.6		
수익배분	차등배분	16	3.5 ± 0.6	-.994	.322
	균등배분	101	3.6 ± 0.6		
구매결정	대표원장 단독결정	43	3.6 ± 0.6	-.746	.457
	공동개원의 그룹결정	60	3.6 ± 0.5		
재산정리	초기 투자액 기준 반환	16	3.5 ± 0.6	.837	.437
	현재 자산가지 기준 반환	47	3.7 ± 0.6		
	기타	15	3.6 ± 0.3		

* <.05, ** <.01, *** <.001

다. 공동개원 의원의 형태에 따른 재정만족도

표 28. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 재정만족도

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
개원규모	대규모	33	3.7 ± 0.8	2.381	.097
	중규모	42	3.7 ± 0.6		
	소규모	44	3.5 ± 0.6		
개원지역	대도시	83	3.7 ± 0.6	1.663	.099
	지방도시	32	3.5 ± 0.7		
운영기간	1년미만	20	3.5 ± 0.7	.991	.400
	1년이상-2년미만	40	3.6 ± 0.6		
	2년이상-3년미만	22	3.8 ± 0.7		
	3년이상	31	3.7 ± 0.6		
진료과목조합	동종	79	3.7 ± 0.6	1.261	.210
	이종	34	3.5 ± 0.7		
진료과목	내과계	21	4.0 ± 0.5	2.449	.052
	외과계	22	3.5 ± 0.7		
	안·이비인후과	11	3.5 ± 0.7		
	피부기뇨기과	11	3.8 ± 0.7		
	기타	24	3.5 ± 0.6		
투자형태	균등투자	98	3.6 ± 0.6	.192	.848
	차등투자	23	3.6 ± 0.7		
공동개원의사와의 관 계	대학동문	46	3.6 ± 0.6	1.111	.355
	동일병원수련경험	36	3.8 ± 0.6		
	친인척	8	3.3 ± 0.7		
	지인	14	3.6 ± 0.8		
	기타	16	3.6 ± 0.6		

* <.05, ** <.01

공동개원 의원의 형태에 따른 재정만족도는 개원형태와 운영형태 모두에서 통계적으로 유의한 항목이 없었으나, 진료과목이 내과계인 의원이 타과의

의원보다 높은 수준의 재정만족도를 보이고 있었다(표 28).

또한, 운영형태에 따른 재정만족도는 구매결정시 공동개원의끼리 그룹결정을 하는 의원이 대표원장이 단독결정하는 의원보다 재정만족도가 높았으며, 의사간 진료의 구분을 세부진료과목별로 진료하는 의원이 전문과목별로 진료하는 의원보다 재정만족도가 높았으나 유의하지는 않았다(표 29).

표 29. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 재정만족도

구분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값	
근무형태	같은 진료시간대 근무	65	3.6 ± 0.6	.613	.543
	다른 진료시간대 근무	20	3.6 ± 0.6		
	같은 시간대+아간·공휴일 교대 근무	35	3.7 ± 0.7		
진료의 구분기준	의사별 전문과목별 진료	24	3.4 ± 0.7	1.790	.171
	의사별 세부진료과목별 진료	25	3.7 ± 0.6		
	구분이 없음	71	3.7 ± 0.6		
수익배분	차등배분	17	3.6 ± 1.0	-371	.715
	균등배분	101	3.6 ± 0.6		
구매결정	대표원장 단독결정	43	3.5 ± 0.6	-1.44 0	.153
	공동개원의 그룹결정	61	3.7 ± 0.6		
재산정리	초기 투자액 기준 반환	16	3.5 ± 0.8	.814	.447
	현재 자산가치 기준 반환	48	3.7 ± 0.7		
	기타	15	3.6 ± 0.5		

* <.05, ** <.01, *** <.001

5. 공동개원 형태에 따른 공동개원 효과성

공동개원 형태에 따른 공동개원에 대한 효과성은 경영적 측면과 진료적 측면에서 측정하였다.

가. 공동개원 의원의 형태에 따른 경영효과성

표 30. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 경영효과성

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
개원규모	대규모	44	3.3 ± 0.7	3.944	.022 *
	중규모	42	3.5 ± 0.7		
	소규모	33	3.7 ± 0.6		
개원지역	대도시	83	3.6 ± 0.7	2.4953	.014 *
	지방도시	32	3.2 ± 0.5		
운영기간	1년미만	20	3.3 ± 0.6	1.632	.186
	1년이상-2년미만	40	3.7 ± 0.6		
	2년이상-3년미만	22	3.5 ± 0.8		
	3년이상	31	3.5 ± 0.6		
진료과목조합	동종	79	3.5 ± 0.6	.367	.715
	이종	34	3.5 ± 0.6		
진료과목	내과계	21	3.6 ± 0.5	1.791	.138
	외과계	22	3.3 ± 0.6		
	안·이비인후과	11	3.5 ± 1.0		
	피부기뇨기과	11	3.9 ± 0.8		
	기타	24	3.4 ± 0.7		
투자형태	균등투자	98	3.4 ± 0.6	-1.475	.143
	차등투자	23	3.7 ± 0.8		
공동개원의사와의 관계	대학동문	46	3.4 ± 0.7	1.775	.139
	동일병원수련경험	36	3.6 ± 0.6		
	친인척	8	3.0 ± 0.6		
	지인	14	3.4 ± 0.5		
	기타	16	3.7 ± 0.7		

* <.05, ** <.01

공동개원 의원의 형태에 따른 경영효과는 개원규모가 클수록 경영효과성이 높았으며, 대도시가 지방도시보다 경영효과성이 높았다(표 30).

또한, 의사별 진료의 구분이 세부진료과목별로 나누어진 의원이 다른 그룹보다 경영효과성이 높았고, 수익배분을 차등적으로 하는 의원이 균등하게 분배하는 의원보다 경영효과성이 높았으며, 공동으로 구매결정을 하는 의원이 대표원장 단독으로 구매결정을 하는 의원보다 경영효과성이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다(표 31).

표 31. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 경영효과성

구 분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값	
근무형태	같은 진료시간대 근무	65	3.5 ± 0.7	.292	.747
	다른 진료시간대 근무	20	3.4 ± 0.4		
	같은 시간대+아인·공휴일 교대 근무	35	3.5 ± 0.7		
진료의 구분기준	의사별 전문과목별 진료	24	3.5 ± 0.7	3.507	.033 *
	의사별 세부진료과목별 진료	25	3.8 ± 0.6		
	구분이 없음	71	3.4 ± 0.6		
수익배분	차등배분	17	3.8 ± 0.8	2.500	.014 *
	균등배분	101	3.4 ± 0.6		
구매결정	대표원장 단독결정	43	3.3 ± 0.6	-1.704	.091
	공동개원의 그룹결정	61	3.5 ± 0.7		
재산정리	초기 투자액 기준 반환	16	3.4 ± 0.8	.316	.730
	현재 자산가치 기준 반환	48	3.5 ± 0.7		
	기타	15	3.4 ± 0.6		

* <.05, ** <.01, *** <.001

나. 공동개원 의원의 형태에 따른 진료효과성

표 32. 공동개원 의원의 개원형태에 따른 진료효과성

구 분		수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
개원규모	소규모	43	3.7 ± 0.6	1.960	.145
	중규모	42	3.8 ± 0.6		
	대규모	33	3.9 ± 0.7		
개원지역	대도시	83	3.9 ± 0.7	1.829	.071
	지방도시	32	3.7 ± 0.5		
운영기간	1년미만	20	3.8 ± 0.5	.305	.822
	1년이상-2년미만	40	3.9 ± 0.7		
	2년이상-3년미만	25	3.9 ± 0.7		
	3년이상	30	3.8 ± 0.5		
진료과목조합	동종	79	3.9 ± 0.6	.815	.417
	이종	33	3.8 ± 0.6		
진료과목	내과계	21	3.9 ± 0.8	2.152	.081
	외과계	22	3.8 ± 0.5		
	안·이비인후과	11	4.2 ± 0.6		
	피부기뇨기과	11	4.0 ± 0.8		
	기타	24	3.6 ± 0.6		
투자형태	균등투자	97	3.8 ± 0.6	-.261	.795
	차등투자	23	3.8 ± 0.8		
공동개원의사와 의 관 계	대학동문	46	3.8 ± 0.6	1.370	.249
	동일병원수련경험	36	3.8 ± 0.7		
	친인척	7	3.4 ± 0.6		
	지인	14	3.9 ± 0.5		
	기타	16	4.1 ± 0.7		

* <.05, ** <.01

공동개원 의원의 형태에 따른 진료효과성은 대도시가 지방도시보다 높았고, 진료과목이 안·이비인후과가 타과보다 진료효과성이 높았으나, 개원형태에 따라서 통계적으로 유의한 항목은 없었다. 운영형태에 따른 진료효과성은 의사별 세부진료과목별로 진료하는 경우가 효과성이 유의하게 높았으며, 공동개원의사의 탈퇴시 재산정리방법이 현재자산가치 기준으로 반환하는 그룹보다 초기 투자액을 기준으로 반환하는 그룹이 진료효과성이 더 높았다(표 32-33).

표 33. 공동개원 의원의 운영형태에 따른 진료효과성

구 분	수	평균 ± 표준편차	검증통계치	P값
근무형태				
같은 진료시간대 근무	64	3.8 ± 0.7	1.429	.244
다른 진료시간대 근무	20	3.6 ± 0.5		
같은 시간대·아인·공휴일 교대 근무	35	3.9 ± 0.6		
진료의 구분기준				
의사별 전문과목별 진료	23	3.9 ± 0.7	5.825	.004 **
의사별 세부진료과목별 진료	25	4.1 ± 0.6		
구분이 없음	71	3.7 ± 0.6		
수익배분				
차등배분	17	4.1 ± 0.8	1.617	.109
균등배분	100	3.8 ± 0.6		
구매결정				
대표원장 단독결정	43	3.8 ± 0.5	-.092	.927
공동개원의 그룹결정	60	3.8 ± 0.7		
재산정리				
초기 투자액 기준 반환	16	4.1 ± 0.6	3.500	.035 *
현재 자산가치 기준 반환	47	3.8 ± 0.6		
기타	15	3.5 ± 0.5		

* <.05, ** <.01, *** <.001

6. 공동개원 형태에 따른 의업생활의 질(QWL), 공동개원 만족도 및 효과성 회귀분석

의업생활의 질(QWL), 공동개원 만족도 및 효과성에 미치는 제 독립변수들의 설명력을 파악하기 위하여 개원형태인 개원규모, 개원지역(대도시/지방도시), 진료과목조합(동종/이종), 개원기간(3년미만/3년이상), 투자형태(균등투자/차등투자)와 운영형태인 진료의 구분기준, 수익배분(균등분배/차등분배), 의사결정방식(단독결정/그룹결정) 및 공동개원의 성과인 의사1인당 월평균 진료수입, 의사1인당 일평균 환자수를 독립변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다.

다중회귀분석 결과 위의 독립변수들이 의업생활의 질(QWL)의 총변량중 32.8%, 공동개원 만족도중 전반적 만족도의 총변량중 8.2%, 경영환경만족도의 총변량중 20.3%, 재정만족도의 총변량중 12.9%를 설명할 수 있었으며, 공동개원이 효과성 중 경영효과성의 총변량중 16.9%, 진료효과성의 총변량중 3.3%를 설명할 수 있었다. 회귀분석의 적합도 모형 검정결과 의업생활의 질(QWL)과 경영환경만족도, 경영효과성만이 회귀분석이 그 의미가 있었다.

공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 의업생활의 질은 진료과목이 동종인 의원이 이종인 의원보다 높았으며, 경영환경만족도는 운영기간이 3년 이상인 의원이 3년 이하인 의원보다 높았다.

또한, 의사 1인당 일평균 외래환자수가 높을수록 경영환경 만족도가 높았으며, 공동개원의 효과성은 대도시가 지방도시보다 높았다.

표 34. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 직업생활의 질(QWL)

	B	t	P값
개원규모1 (1=대규모, 0=기타)	.345	.318	.752
개원규모2 (1=소규모, 0=기타)	.270	-.431	.159
지역 (1=대도시, 0=지방도시)	0.058	.357	.723
진료과목조합 (1=이종, 0=동종)	-.757	-3.644	.001 ***
운영기간 (1=3년이상, 0=3년미만)	0.042	.214	.832
투자형태 (1=균등투자, 0=차등투자)	.201	.692	.492
진료의 구분기준1 (1=전문진료과목별 진료, 0=기타)	.308	1.232	.224
진료의 구분기준2 (1=세부진료과목별 진료, 0=기타)	.178	.950	.347
수익배분방식 (1=차등분배, 0=균등분배)	.609	1.970	.054
의사결정방식 (1=그룹결정, 0=단독결정)	.287	1.782	.081
의사1인당 월평균 진료수입	.000	1.176	.245
의사1인당 일평균 외래환자수	.003	-1.070	.290
상수 = 3.036, R ² = .328			

표 35. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 공동개원의 경영환경 만족도

	B	t	P값
개원규모1 (1=대규모, 0=기타)	.000	-.277	.783
개원규모2 (1=소규모, 0=기타)	.064	-.425	.673
지역 (1=대도시, 0=지방도시)	.044	.339	.736
진료과목조합 (1=이종, 0=동종)	-.189	-1.095	.279
운영기간 (1=3년이상, 0=3년미만)	.325	2.097	.041 *
투자형태 (1=균등투자, 0=차등투자)	.034	.143	.887
진료의 구분기준1 (1=전문진료과목별 진료, 0=기타)	-.117	-.571	.571
진료의 구분기준2 (1=세부진료과목별 진료, 0=기타)	.062	.417	.678
수익배분방식 (1=차등분배, 0=균등분배)	-.271	-1.029	.304
의사결정방식 (1=그룹결정, 0=단독결정)	.151	1.169	.248
의사1인당 월평균 진료수입	.001	1.801	.078
의사1인당 일평균 외래환자수	.003	-2.865	.006 ***
상수 = 3.631, R ² = .203			

표 36. 공동개원 의원의 형태별 항목에 따른 공동개원의 경영효과성

	B	t	P값
개원규모1 (1=대규모, 0=기타)	.391	1.705	.094
개원규모2 (1=소규모, 0=기타)	-.107	-.574	.569
지역 (1=대도시, 0=지방도시)	.350	2.203	.032 *
진료과목조합 (1=이종, 0=동종)	-.116	-.567	.573
운영기간 (1=3년이상, 0=3년미만)	.113	.591	.557
투자형태 (1=균등투자, 0=차등투자)	.347	1.219	.229
진료의 구분기준1 (1=전문진료과목별 진료, 0=기타)	.042	-.169	.867
진료의 구분기준2 (1=세부진료과목별 진료, 0=기타)	.281	1.527	.133
수익배분방식 (1=차등분배, 0=균등분배)	.208	.684	.497
의사결정방식 (1=그룹결정, 0=단독결정)	.294	1.852	.070
의사1인당 월평균 진료수입	-.000	-.168	.867
의사1인당 일평균 외래환자수	-.010	.349	.729
상수 = 2.603, R ² = .169			

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 공동개원의원의 개원 및 운영형태에 따른 QWL과 공동개원에 대한 만족도 및 효과성을 알아보기로 전국 공동개원 의원을 대상으로 우편 설문조사를 실시하였다. 보건복지부의 공동개원의 정의에 부합하는 2인 이상의 동종의료인이 공동명의로 의료기관을 개설한 전국의 의원급 의료기관 전수를 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 공동개원의 형태적 특성을 파악할 수 있는 다량의 변수를 설문지에 포함하여 연구를 하였을 뿐만 아니라, 공동개원의 실효성을 평가하는데 있어 공동개원의사의 QWL을 연구변수에 포함함으로써 선행연구와 비교하여 볼 때 연구대상이나 연구방법에서 선행연구의 제한점을 극복한 연구로 이해된다.

그러나, 이 연구결과를 일반화하는데 있어서 연구대상 및 연구방법에 다음과 같은 제한점이 있었다.

첫째, 조사 및 분석단위가 개인이 아닌 공동개원을 하고 있는 의원급 의료기관임으로 인하여, 공동개원 의사 개개인의 인구사회학적 특성을 알 수 없었으며, 이러한 인구 사회학적 특성이 연구결과에 미치는 영향을 반영할 수 없었다.

둘째, 공동개원의만을 대상으로 한 QWL의 조사는 대조군이 없기 때문에 QWL 수준을 타 집단과 비교할 수 없는 제한점이 있었다. 추후 연구에서는 단독개원의나 또는 다른 의사그룹을 조사함으로써 타 그룹과의 비교가 이루어지는 것이 바람직할 것이다.

셋째, 진료실적을 측정하기 위한 변수인 일평균 외래환자수와 월평균 진료수입은 자세한 응답을 회피하려는 경향이 있는 변수들이어서 신뢰성이 떨

어질 우려가 있으며, 또한 이러한 진료실적 변수는 공동개원여부나 형태, QWL, 만족도 및 효과성보다 진료과목이나 개원지역 등에 더 크게 연관되어 있기 때문에 이들 혼란변수를 통제할 수 있는 방법이 향후 연구에서는 고려되어야 할 것이다.

넷째, 전체 설문조사 대상자 1,066개 의원 중 122개 의원만이 응답을 하여 응답율이 11.4%로 다소 낮은 바 무응답 편향(non-respondent bias)가 발생하였을 우려가 있다. 그러나, 전국의 공동개원 의원을 전수조사하였으므로 다소 그 한계를 극복하였다고 생각된다.

다섯째, QWL의 측정변수로 사용된 항목이 갖는 제한점으로, QWL에 관한 연구의 연륜이 일천한 탓도 있겠지만, 아직 QWL의 개념정의에 있어서도 학자들 간에 다양한 견해가 있고, 나아가서 QWL의 측정의 문제도 외국학자의 방법을 비판적 검토 없이 원용하거나 제한된 범위의 사례연구가 소개되고 있는 정도이다. 이 연구에서도 Walton제시한 구성요소만을 대상으로 QWL을 측정하였기에 QWL 측정항목이 한국의 문화적 배경과 현실에 부합하지 않고 타당성이 다소 떨어질 수 있다. 이 점은 본 연구의 한계이며 향후 우리나라의 현실에 맞는 QWL항목의 논리적 틀을 구축하고 특히 의료기관의 문화에 맞는 연구성과를 제시하는 것이 앞으로의 연구과제이기도 하다.

2. 연구결과에 대한 고찰

가. 공동개원 의원의 개원형태 및 운영형태에 대한 고찰

공동개원의 효과성에 대하여 병원경영에 도움이 된다는 문항에 대해 85.6%, 효율적 구매관리 시스템을 갖추게 되었다는 문항에 78.5%, 공동개원이 안전성이나 위험분배효과가 있다는 문항에 90.1가 긍정적으로 응답하여 공동개원이 실질적으로 병원행정에 어떠한 영향을 미치는지의 질문에 약 70.6%가 긍정적인 평가를 내리고 있는 정현숙(1995)의 연구결과 보다 다소 높게 공동개원에 대해 긍정적으로 평가하고 있었다.

또한, 공동개원에 참여하고 있는 의사수는 2명이 66.4%, 3명이 24.6%으로 의사수가 2~3명이 53.8%이었다는 정현숙(1995)의 연구결과와는 차이가 있었다. 이는 정현숙의 연구는 전체 의료기관을 대상으로 한 반면 이 연구에서는 의원급 의료기관만을 대상으로 함으로써 상대적으로 규모가 작은 의료기관의 비율이 더 높기 때문인 것으로 생각된다.

정현숙의 연구는 1995년 3월말까지 의료보험 연합회에 등록되어 있는 14개소의 공동개원 의료기관과 10개소의 미등록 공동개원 의료기관을 대상으로 우리나라 공동개원의 현황을 분석한 것으로, 투자와 이익분배는 공통투자와 동일분배가 가장 좋다고 하였으며, 우리실정에 맞는 분배방안의 연구필요성에 대해 제기하고 있다. 또한, 공동개원의 관리운영에 있어서 주요 결정을 의사들이 공동으로 하게 되는데, 일상업무는 주별 또는 월별로 보고하고, 나머지 주요사항만 회의에서 결정하도록 하는 것이 시간절약을 위해서 바람직하다고 하였다.

조영식(1996)의 연구는 치과의료기관을 대상으로 하였는데, 공동개원 형태와 특성에 따라 대표적인 10개소의 치과의료기관을 방문하여 공동개원에 관한 광범위한 의견을 청취하였으며, 치과공동개원 실태조사를 통하여 확인

된 57개 치과의료기관 전수를 대상으로 하여 공동개원의 현황과 증가추세 및 설립과정과 관리운영의 특성을 분석하였다.

조영식(1996)의 연구에서는 대부분의 기관이 균등투자와 균등분배방식을 채택하고 있다고 하였으며, 균등투자가 80.4%로 이 연구에서의 81.1%와 비슷한 수준이었으나, 균등분배가 82.1%로 이 연구에서의 정액배분 90.1%보다 낮은 수준이었다. 조영식(1996)의 연구결과 공동개원 치과 의료기관의 수와 참여 의사수는 증가 추세를 보이고 있으며, 공동개원의 형태가 다양화되고 규모가 커지고 있는 것으로 나타났다. 공동개원의 형태는 2인형이 80.2%로 가장 많았으며, 공동개원의 주된 동기로는 진료의 질적 향상과 시간적 여유 확보, 육체적 심리적 스트레스의 감소 등으로 나타났다. 참여 의사의 구성은 주로 대학동기나 선후배로 구성된 경우가 대부분(91.0%)이었다.

한국병원경영정보연구소(1994)가 집단개원을 하고 있는 서울지역의 24개 병·의원을 대상으로 한국의 집단개원 현황분석을 한 결과, 집단개원 단위 의사규모는 2명에서 12명까지 있으나 2명인 경우가 42.3%로 가장 많았으며, 단일 전문과목으로 개설하는 경우가 43%로 가장 많았고, 현재 집단개원을 하고 있는 의사중 84%가 지속적으로 집단개원을 유지시킬 생각을 가지고 있어, 이 연구의 결과인 81%와 비슷한 결과였다. 또한 이익분배 방식은 자본투자액 기준, 정액배분, 진료비실적 기준의 순으로 정현숙(1995)의 연구결과와 일치하였다.

최근에는 개업 주체가 독립적이라는 점에서 공동개원 방식과는 다소 차이가 있지만 서로 다른 전문과목의 의사들이 동일 건물에 모여 개원을 하는 '의원가(醫院街)' 개원방식도 늘어나고 있다. 이는 환자들의 이동거리를 단축하면서 다양한 전문과목간 협진을 할 수 있는 한편으로 공동개원시 야기될 수 있는 책임소재나 이익분배와 같은 갈등을 피함으로써 공동개원의 장점을 살리고 단점을 보완하는 방식이라고 할 수 있다. 또한 개원은 독립적으로 하되 부대시설을 공유하는 등 서비스 제공과정에서의 협력방안들이 모색되고

있어 향후 의료기관 유형들은 더욱 다양화 될 것으로 전망된다.

현재 공동개원과는 조금 다른 측면으로 공동 브랜드를 사용하면서 시너지 효과를 극대화하려는 네트워크의 활성화 움직임이 있으며, 대표적으로 예치과 네트워크, 고운세상 피부과, 밝은세상 안과 등이 있다. 또한, 이러한 네트워크, 프랜차이즈 형태에서 체인화의 형태로의 전환움직임도 있다.

국내의 최근에 발표된 연구결과에 따르면 일차 의료 기관수는 1998년 16,757개에서 19,267개로 최근 2년 동안 2,510개(15.0%) 증가하였다. 그러나 개설 형태별로는 단독 개설의 비율이 1998년 92.3%에서 2000년 87.0%로 감소한 것으로 나타났다(권오주, 2000).

이러한 개원 형태상에서 단독 개원의 형태가 약간 감소하고 있는 것으로 나타난 연구 결과는, 의사 인력 공급 증가로 인한 의료 환경의 경쟁심화로 인해 진료 수준 향상, 초기 투자비용 감소, 외부에 대한 영향력 증대, 개인적 시간 활용, 안정적 수입 등의 장점을 가진 공동개원의 형태로 개원하는 사례가 늘고 있다는 정현숙(1995)의 연구 결과와도 일치하는 것이며, 이러한 경향은 향후 지속될 것이다.

또한, 미네소타의 129명의 공동개원관리자들을 대상으로 개별의사에 대한 보상체계에 관한 연구에 의하면 기본급여와 의사 개인의 생산성의 혼합형태를 보상의 기준으로 삼고 있는 경우가 29%로 가장 많았으며, 의사 개인의 생산성을 보상으로 삼는 경우가 19%이었고, 완전히 보장된 연봉체계를 가지고 있는 경우는 17%에 불과하였다(Pedersen, 2000).

2000년도 보건사회연구원의 조사(오영호, 2000)에 의하면 전체 의료기관의 1.8%가 집단개원의 형태로 운영되고 있었는데, 종합병원은 1.1%, 병원은 8.6%, 의원은 2.2%의 집단개원율을 보이고 있다고 하였으며, 집단개원의 표방과목은 치과가 22.3%, 표방과목이 표시되어 있지 않은 일반의 형태가 19.8%, 산부인과 16.6%, 내과 7.3%의 순이었다. 또한, 의료기관 종별에 따른 평균 병상수는 종합병원은 61.3병상, 병원은 29.2병상, 의원은 5.4병상이었

고, 의료인력현황은 의원의 경우 의사 2.4명, 간호사 1.1명, 간호조무사 3.9명, 원무담당 0.8명으로 간호조무사 수가 간호사수보다 많았다. 집단개원을 하고 있는 37개 집단개원의를 대상으로 한 조사에서는 집단개원을 하는 이유가 의료서비스의 질을 높이기 위해서가 69.4%, 의료시설 및 자원의 공동활용을 위해서가 66.7%, 환자들의 만족을 위해서가 47.2%로 의료서비스의 향상에 초점을 맞추고 있는 것으로 조사되었다.

나. 공동개원의원의 형태에 따른 결과 고찰

공동개원 의사의 구성은 같은 대학의 동기 또는 선후배, 같은 병원에서 수련을 받았거나 같은 고향출신 등 인간관계 중심으로 구성되는 것이 공동개원의 의사간 결속에 좋다는 정현숙(1995)의 연구결과에서와 마찬가지로 공동개원의사와의 관계가 대학동문이거나 동일병원수련이 전체의 약 69%를 차지하고 있었다. 그러나, 정현숙의 연구에서 이러한 공동개원 의사와의 관계가 서로의 성격을 미리 잘 알고 있으므로 운영해 나가는데 유리하며, 실제로 잘 모르는 의사들이 모여 공동개원을 운영할 때 성격차이나 갈등이 생기게 되어 병원을 중단하는 경우나 탈퇴해 버리는 경우가 이 관계에서 덜 빈번하게 발생하게 될 것이라는 주장은 그 근거가 미약하다고 하겠다. 실제로 최근에 출간된 '공동개원 절대로 하지 마라(엘리오앤컴퍼니, 2003)'에서는 공동개원의 환상 중 깨야할 첫 번째로 친분이 두터운 사람과 공동개원을 하는 것을 꼽고 있다. 즉, 평소 친분이 있고 그 사람의 성품이 좋다는 사실과, 향후 병원경영을 탁월하게 하는 것은 전혀 별개의 일이기 때문이라는 주장이다.

공동개원과 관련한 가장 최근의 연구인 김태훈(2001)의 연구에서는 1개 치과 의원의 사례를 중심으로 공동개원이 치과의원의 경영에 미친 영향에 대하여 분석하였다.

김태훈(2001)의 연구에서는 공동개원이 치과의원의 경영에 미친 영향을 분

석하기 위해 경영성과 중 수익성과 생산성 지표를 선정하여 공동개원 전후 자료를 비교 분석하였고, 구체적 지표로 의사1인당 환자수와 순이익, 의료비용 변동과 의료수익 변동, 의료수익 의료 이익률, 총자본 순이익률, 의료수익 증가율, 외래환자 1인당 1일 평균 진료비 등을 사용하였는데, 분석대상이 1개 의료기관이라는 제한점이 있었다. 연구결과 공동개원 후에 의사 1인당 환자수가 감소했으면서도 순이익은 증가되어 진료의 질이 높아졌고, 의료비용 증가에 비해 의료수익 증가폭이 더 컸으며 무형자산가치도 더 커진 것으로 나타났다. 또한, 환자만족 경영시스템과 제도를 정착시키고, 지역내 주민들로부터 모든 측면에서 중대현 병원의 이미지로 포지셔닝 시킨 것으로 조사되었다.

이 연구에서는 공동개원 의원은 규모가 클수록 QWL, 공동개원 만족도, 경영효과성이 높아지는 것으로 나타났으며, 이는 규모가 커질수록 효율적 경영이 이루어진다는 김태훈(2001)의 연구와 같은 결과이다.

그러나, 위의 정현숙(1995) 및 김태훈(2001)의 연구에서는 24개 의료기관 또는 1개 의료기관만을 연구대상으로 함으로 인하여 연구대상의 수가 너무 작아 그 결과를 일반화 시키기 어렵다는 제한점이 있다.

외국의 공동개원 관련 연구로 Reinhardt(1975)의 연구에 의하면 미국의 공동개원 의사들은 단독개업 의사들보다 환자방문건수 측면에서는 4.5~5.1%, 총진료비 측면에서는 5.6%정도 더 많은 의사서비스를 산출한다고 하였으며, 일반의, 개업전무의, 일반의의 업무를 전혀 보지 않는 경우들을 합한 경우에는 유의한 생산성의 증가가 2~4명의 집단 크기에서만 나타나고, 집단크기가 그 이상일 때는 생산성의 증가가 숫자상 나타나기는 하지만 통계적으로 유의하지는 않다고 한다. 종합하면 집단개업의 규모가 5인 이상이 되면 단독개원과 비교해서 별다른 생산성의 증가를 기대하기 어렵다는 것이다. 왜 이런 결과가 나왔는지에 대해서 “공동개원이 생산성을 증대시키는 것은 분명하나 집단에 속한 각 구성원인 의사의 근무시간의 감소가 아닌가”라고 추정하고 있다.

또한, 의사의 생산성 제고를 위한 제도적 변화로서 공동개원이 유효하리란 가정 아래 이론적으로 설명된 효과가 나타나는 지를 연구한 Evans(1973)의 연구는 공동개원에 속해 있는 의사는 단독개원보다 고가 자본설비의 공동이용, 보조요원들의 세분화된 노동력에 의한 규모의 경제성, 노동시간의 효율적 이용 등을 통하여 의료서비스의 산출을 늘릴 수 있으리란 이론적 가정을 기초로 하였다(양봉민, 1999).

의료법인의 법인세는 연간 매출이 1억 이하의 경우는 15%이며, 1억을 초과하는 경우에는 27%의 세율을 적용 받고, 반면 개인은 소득세가 1천만원까지는 9%, 1천만원 초과에서 4천만원까지는 18%, 4천만원에서 8천만원까지는 27%, 8천만원 초과는 36%의 세율을 적용받고 있다. 현실적으로 연간 소득이 천만원 이하의 의료기관은 거의 없을 것이므로 법인의료기관이 개인의료기관보다 세제상 유리하다고 할 수 있다(성기원, 2003). 따라서, 많은 연구에서 공동개원 제도의 활성화를 위해서는 영리법인의 도입 등을 시급한 정책 과제로 언급하고 있다(오영호, 2001). 그러나, 이는 의료법인 자체가 비영리를 표방하고 있는 점을 감안할 때 의원급 의료기관과 비영리법인인 의료법인의 세율을 단순비교 하는 것은 다소 무리가 있다고 이해된다.

공동개원 내에서의 의사의 만족도를 일반의와 전문의로 구분하여 개인적 만족도와 직무만족도를 분석한 Pasternak(1986)의 연구에서는 개인적 만족도를 일반적 만족도, 내부적 동기부여에 대한 만족도, 성장에 대한 만족도의 세가지 측면에서 측정하였고, 직무만족도를 안전성, 보수, 동료에 대한 만족도, 상사에 대한 만족도의 네가지 측면에서 측정한 결과 7가지 항목 모두에서 일반의보다 전문의가 만족도 수준이 높게 나타났다. 향후 연구에서는 이렇게 의사 개인의 인구사회학적 특성 등과 더불어 의사 개인적 요인이 공동개원 만족도에 미치는 영향을 파악하는 것이 필요할 것이다.

VI. 요약 및 결론

1. 연구결과의 요약

이 연구는 공동개원을 하고 있는 의원급 의료기관을 대상으로 개원형태와 운영형태에 따른 QWL, 공동개원에 대한 만족도, 공동개원의 효과성을 비교 분석함으로써 공동개원의 실효성을 평가하고자 시도하였다.

연구대상은 대표자가 2인 이상인 전국의 공동개원 의원급 의료기관을 대상으로 구조화된 설문지를 이용하여 우편설문조사를 실시하였으며, 분석방법으로는 빈도분석, t-test, 분산분석, 다중회귀분석을 이용하였다. 이 연구의 주요 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 공동개원 의원의 개원형태는 의사수 2명 66.4%, 3명 24.6%로 대부분 의사수가 2~3명 이었으며, 병상이 없는 의원이 약 44%이었다. 의사를 포함한 직원수는 평균 13.3명이었으며, 간호조무사가 4.45명으로 가장 많은 비율을 차지하였다. 약 74%의 공동개원의원이 2000년 이후에 개원을 하였으며, 동종 진료과목간의 개원이 70%로 이종 진료과목간의 개원보다 많았다. 공동개원의사와의 관계는 대학동문이 39%, 동일병원 수련이 30%이었고, 균등투자를 한 의원이 81%로 대부분 균등투자의 형태로 개원을 하고 있었다.

둘째, 공동개원 의원의 운영형태는 같은 진료시간대에 근무하는 의원이 55%, 같은 진료시간대에 근무하면서 일요일 및 휴일에만 교대로 근무하는 의원이 29%로 약 84%가 같은 진료시간대에 근무하고 있었으며, 수익배분은 정액으로 균등배분하는 경우가 64%이었다. 공동개원의사의 중도탈퇴시 재산 정리방법으로는 자산을 재평가하여 투자비율로 반환하겠다는 의원이 44%로

가장 많았으며, 중도탈퇴시 재산정리규정이 없는 의원도 28%나 되었다.

셋째, 공동개원의원의 개원형태에 따른 QWL수준은 개원규모가 클수록 높았으며, 단일진료과목이 복수진료과목보다 더 높은 경향을 보였으며, 공동개원의사와의 관계가 친인척인 경우에 QWL수준이 가장 낮았다. 또한, 운영형태에 따라서는 같은 진료시간대에 근무하는 경우가 다른 진료시간대에 근무하는 경우보다 QWL수준이 높았으며, 차등적 수익배분을 하는 경우가 균등수익배분을 하는 경우보다 QWL수준이 높았다. 구매결정방식에 따른 QWL수준은 대표원장이 단독결정 하는 경우보다 공동개원의사 전체가 그룹 결정하는 의원이 QWL이 더 높았다.

넷째, 공동개원에 대한 만족도중 전반적 만족도는 규모가 클수록 더 만족도가 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 지인이거나 동일수련병원 근무자인 경우가 만족도가 가장 높았다. 또한, 세부진료과목별로 진료하는 경우가 가장 만족도가 높았다.

또한, 공동개원에 대한 만족도중 경영환경 측면의 만족도는 공동개원의사의 진료과목이 서로 동종인 경우가 이종인 경우보다 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 동일병원 수련경험이 있는 경우에, 공동개원 의사간 진료의 구분이 세부진료과목별로 구분되어 있는 경우에 더 높았고, 재정만족도는 대규모나 중규모에 비해 소규모가 가장 낮았고, 대도시가 지방도시보다 높았으나, 통계적으로 유의하지는 않았다.

다섯째, 공동개원에 대한 효과성 중 경영효과성 측면은 개원규모가 클수록 효과성이 컸으며, 대도시가 지방도시보다 경영효과성이 더 높았다. 또한, 수익배분을 균등배분하는 경우보다 차등배분하는 경우에 경영효과성이 더 높게 나타났다.

또한, 공동개원에 대한 효과성 중 진료효과성 측면은 공동개원의사간 진료의 구분이 세부진료과목별로 나누어진 경우에 더 효과성이 높았으며, 공동개원의사의 탈퇴시 재산정리방법이 초기투자액 기준으로 반환하는 경우가 현재 자산가치를 기준으로 반환하는 경우보다 더 높았다.

2. 결론 및 제언

이상의 연구결과를 근간으로 하여, 연구에서 도출된 공동개원의 형태에 따른 QWL, 공동개원 만족도, 공동개원의 효과성을 중심으로 하여 바람직한 공동개원 의원의 개원 및 운영형태 그리고, 공동개원 제도의 활성화를 위한 학계 및 정부의 역할에 대해 제언하고자 한다.

연구 결과 공동개원의 규모가 클수록 QWL, 공동개원에 대한 전반적 만족도, 재정만족도, 경영효과성이 높은 것으로 나타났으며, 이는 향후 공동개원의 형태가 현재의 단순동업의 형태에서 네트워크형태 등 새로운 방법으로 그 관리운영체계가 조직화되고 대형화되어야 함을 시사한다고 하겠다.

또한, 단일진료과목간의 공동개원이 QWL, 경영환경 만족도가 높았으며, 공동개원의사와의 관계가 동일수련병원 근무자인 경우에 전반적 만족도, 경영환경 만족도가 가장 높고, 친인척인 경우에 QWL이 가장 낮아

의사간 진료과목의 구분은 세부진료과목별로 진료하는 경우가 전반적 만족도, 경영환경만족도, 진료효과성이 더 높아 공동개원시 동일 진료과목 의사간 개원 후 세부진료과목별로 진료를 함으로써 진료를 세분화하고 전문화 할 필요성이 있음을 알 수 있었다.

공동개원의사의 근무시간은 같은 진료시간대에 근무하는 경우가 QWL이 더 높았으며, 차등적 수익배분을 하는 경우가 QWL, 경영효과성이 더 높아 같은 시간을 근무하더라도, 진료능력이나 성과 등에 따라 인센티브를 부여할

경우에 동기부여에 도움이 되며 또한 합리적인 인센티브제도의 개발이 필요함을 알 수 있었다.

구매결정은 공동개원의사 전체가 그룹결정하는 경우에 QWL이 더 높았다.

집단개원제도의 가장 큰 문제점은 제도적 장치가 미흡하다는 것인데, 의료기관운영에 수반되는 여러 가지 사항에 대해 지침이 마련되어 있지 않아 집단개원의료기관을 운영하는 당사자들은 자체적으로 운영 기준을 만들어야 하고, 이로 인해 문제가 생겼을 때에도 자체적으로 해결해야 하는 문제이다.

공동개원은 의료자원의 공동활용측면에서 의료자원의 효율적인 이용을 통해 국민의료비의 절감에 기여하고, 1차 의료기관의 기능강화와 활성화에 도움이 될 뿐만 아니라 의료의 질과 의사의 직업생활의 질을 향상시킬 수 있다는 점에서 의사와 환자 모두에게 많은 이점을 주는 제도이다.

따라서, 의사단체 또는 정부에서 공동개원기관의 정관개발, 표준계약서, 제반관리규정, 관리운영방안, 표준회계준칙, 이익배분방법, 퇴직연금적립, 이익금유보금처리, 집단개원 탈퇴 또는 해산시 자산정리 등에 관하여 구체적이고 실질적인 방안을 개발하여 집단개원기관의 모델을 제시하도록 하는 학계 및 정부의 적극적인 연구와 지원이 이루어지기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 권오주. 개원의 의료환경실태 - 개원의의 정의 및 의보시대에 있어서의 개원의 역할. 대한의사협회지 2000; 43(3): 204-211
- 김경동. 노사관계의 사회학. 경문사, 1989
- 김석준. 한선미, 공동개업 의원 현황 및 실태조사. 한국의료복지시설학회지 2000; 6(10): 95-101
- 김시완. 공동개원 실전전략. (주)오픈닥터스 의약박람회 자료집, 2002
- 김시완. 공동개원의 현황 및 추세, 그 허와 실. (주)오픈닥터스 의료경영세미나, 2002
- 김영인. 근로생활의 질(QWL) 향상에 관한 연구. 경영경제-계명대학교 산업경영연구소 1985; 18: 41-66
- 김영훈, 신종연, 김한성. 병원근무자의 QWL 평가. 한국보건통계학회지 2000; 25(1): 88-105
- 김태훈. 공동개원이 치과의원의 경영에 미치는 영향. 경희대학교 석사학위논문, 2001
- 문옥륜. 집단개원의 물결 - 집단개원 동향과 전망. 사단법인 보건의료정책연구소, 1989
- 박개성 외. 공동개원 절대로 하지 마라. 엘리오앤컴퍼니, 2003

- 박동수. 노동생활의 질(QWL)과 경영성과. 영남대학교 사회과학연구소-사회과학연구 1990; 10(2): 157-169
- 박병상. 병의원 개원가이드. 에치피시, 1998
- 박인출. 병원을 경영하라. 몸과 마음, 2001
- 배종석. QWL, 노동의 인간화 및 「보람의 일터」 운동의 비교연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문, 1988
- 보건복지부. 공동개원지침. 1994
- 서병인. QWL의 측정에 관한 연구. 경제·경영연구-부산대학교 산업개발연구소 1991; 10(1): 33-52
- 성기원. 병의원 세무회계 길라잡이. 계축문화사, 2003
- 신구범. QWL 관리행동 및 성과의 관계. 동의대학교 산경논집 1985; 3: 115-157
- 양봉민. 보건경제학. 나남출판, 1999
- 오영호, 유승흠 등. 일차 의료 활성화를 위한 의료자원 공동활용 방안. 한국보건사회연구원/보건복지부. 용역보고서 2000. 9
- 유승흠 외. 집단 개업의 실태 및 모형개발. 대한의학협회 조사연구실, 1983
- 유승흠, 김병익 외. 공동개원 모형개발 연구. 대한의학협회 공동개원연구회(중간보고서), 1988
- 유승흠. 병원경영 이론과 실제. 수문사, 1998

- 유승흠. 의료정책과 관리. 기린원, 1990
- 유승흠. 의원 공동 경영. 대한의사협회지 2001; 44(9): 1018-1024
- 유원화. 집단개원의 물결-집단개원에 대한 정책방향. 사단법인 보건의료정책 연구소, 1989
- 이선희. 종합병원 근무자의 근로생활의 질과 조직유효성과의 관련성, 병원경영학회지 1999; 4(2): 1-20
- 정재훈. 한국기업의 QWL수준에 관한 기업간 비교 연구. 인사관리연구 1985; 9(1): 147-165
- 정현숙. 공동개원제도의 활용방안에 대한 연구. 중앙대학교 석사학위논문, 1995
- 조영식. 공동개원 치과의료기관의 현황 분석. 서울대학교 석사학위논문, 1996
- 조우현. 의료서비스 마케팅. 퇴설당, 1999
- 조희숙. 종합병원에서 조직문화가 근로생활의 질(QWL)과 조직유효성에 미치는 영향에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1999
- 최종태. 인사관리. 박영사, 1989
- Chardon JC. Group practice in France. *International Dental Journal* 1986; 36: 106-111
- Davis Le. Enhancing the quality of working life. *International Labor Review* 1977; July-Aug: 53

- Donabedian A, Axelrod SJ, Wyszewianski L. Medical care chartbook. seventh ed. AUPHA Press, 1980
- DuBrin AJ. Human Relation : A Job Oriented Approach, 4th ed., Englewood Cliffs NJ.: Prentice-Hall Inc., 1988
- Feldstein PJ. John Wiley & Sons, Health Care Economics. 1983
- Freshnook L, Goodman LJ. Medical group practice in the Uniter States : patterns of survival between 1969 and 1975. *Journal of Health Society Behavior* 1979; 20: 353-62
- Giodano L. Beyond Taylorism : Computerisation and QWL programmes in the production process, in Knights D and Willmott H.(Eds). *New Technology and the Labor Process*, London MacMillan, 1988
- Goodman LJ, Bennett EH, Oden RJ. Group medical practice in the United States. American Medical Association, Chicage, 1975
- Havlick PL. Medical groups in the U.S., 1990. A survey of Characteristics. Chicago: American Medical Association, 1990
- Levine MF, Self-developed quality of working life Measures. Academy of Management Proceedings, 1983
- Locke EA, The Nature and Cause of Job Satisfaction, ed., Dunnette Marvin D, Handbook of Industrial and Organizational Psychology, New York : John Wiley & Sons, 1983

- Mechanic D. *The Growth of Bureaucratic Medicine*, New York: WILEY, 1976
- Merton HC. A look at factors affecting the quality of working life. *Monthly Labor Review*, 1977; 100(10): 64
- Milton CR. *Human behavior in organizations*. Englewood Cliffs, N. J. : Prentice-Hall, 1981
- Nadler DA, Lawler III EE, Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, 1983; Winter: 20-30
- National Center for Health Services Research and Health Care *Technology Assessment. Research activities* No. 104. April 1984
- Pasternak DP, Tuttle WC, Smith HL. Physician satisfaction in group practice : A comparison of primary care physicians with specialists. *GHAA Journal*. 1986; 50-59
- Paul Starr(이종찬, 윤성원 공역), *의사, 국가 그리고 기업 : 미국의료의 사회사*, 명경, 1994
- Pedersen CA. Primary care physician incentives in medical group practice. *Archives of Family Medicine* 2000; 5(9): 458-462
- Peterson RB, Tracy L, Lessons form labor-management cooperation, *California Management Review*, 1988; Fall: 40-53
- Romer MI, Mera JA, Shonick W. The ecology of group in the United States. *Medical Care* 1974; 12: 627-637

Szilagyi AD. Jr., Wallace MJ Jr., *Organizational Behavior & Performance*,
4th ed., Glenview, Ill. : Scott, Foresman & Company, 1987

Stephen JW. *Ambulatory health Care Service. Introduction to Health
Service*, 1993

Todd C, Mcnamara ME. *Medical group in the United States*, Chicago,
American Medical Association, 1971

Tzeng HM, Ketefian S, Redman RW. Relationship of nurses' assessment
of organizational culture, job satisfaction, and patient
satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing
Studies* 2002; 39: 79-84

Walton RE, *Criteria for Quality of Working Life*. ed., Davis LE &
Cherns AB, 1975

<http://www.helpmedi.com>

부록 : 연구설문지

설문번호	-
------	---

의원 공동개원의 바람직한 운영모델에 관한 연구

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원에서 병원행정학을 전공하고 있는 학생으로 '의원 공동개원'에 관한 연구를 진행 중에 있습니다.

이미 원장님께서 알고 계신 바와 같이 의약분업의 시행, 소비자의 대형 의료기관 선호 등으로 인하여 의원급 의료기관의 경영난은 더욱 가속화되고 있으며, 이에 대한 대안의 하나로 제시되고 있는 것이 공동개원입니다.

본 설문지는 의원 공동개원에 대한 만족도 및 성과를 알아봄으로써, 공동개원의 바람직한 운영모델을 제안하고자 고안되었습니다. 따라서 설문지는 순수하게 연구를 위한 항목들로만 구성되어 있으며, 결과는 전산처리 되므로 개인별 응답내용은 어느 누구도 알 수 없습니다.

원장님의 적극적인 관심과 참여, 그리고 솔직한 응답은 향후 공동개원을 하고자 하는 개업의에게는 물론 공동개원 관련 정책의 바람직한 변화 방향을 찾는 데 유용한 정보로 활용될 것입니다.

설문문항은 모두 44개로 약 10분 정도면 답하실 수 있을 것입니다. 대단히 바쁘신 줄 아오나 본 설문지에 잠시 시간을 허락해 주실 것을 부탁드립니다. 설문지는 작성하신 후 동봉한 봉투에 넣어서 우편발송 또는 팩스 (033-747-0409)로 보내주시기 바랍니다.

혹시 연구의 결과가 궁금하신 분은 연락주시면 논문이 완성 되는대로 보내 드리겠습니다.

항상 건강하시고 귀원의 무궁한 발전이 지속되기를 기원드립니다.

2003년 4월

연세대학교 보건대학원 병원행정학과

현 속 정 드림

220-701 강원도 원주시 일산동 162 연세원주의대 예방의학교실 422호
전화: 033-741-0347, 011-392-9212 팩스: 033-747-0409, 이메일: hsj0119@hotmail.com

다음은 귀 의료기관에 대한 일반적 사항입니다. 해당된다고 생각하시는 항목에 표시(“√”)하시거나 내용을 기술하여 주시기 바랍니다.

1. 귀 의료기관에서 표방하고 있는 주 진료과목은 무엇입니까? _____ 과
2. 귀원의 총 규모는 어느 정도입니까? _____ 평 _____ 병상
3. 귀원의 직원수(의사 포함)는 몇 명입니까?? _____ 명

의 사 _____ 명	간 호 사 _____ 명
간호조무사 _____ 명	의료기사 _____ 명
원무·행정요원 _____ 명	기 타 _____ 명
4. 귀원의 일평균 외래환자수는 몇 명입니까? (2002년 기준) _____ 명 / 1일
5. 귀원의 월평균 진료수입은 대략 얼마입니까? (2002년 기준) _____ 원
6. 현재의 공동개원의원을 언제 개원하셨습니다? _____ 년 _____ 월
7. 개원당시 투자의 형태는 무엇입니까?
 ① 균등 투자이다(각자 동일한 투자액을 부담하였다)
 ② 차등 투자이다(투자 비율이 서로 다르다)
 ③ 구분 투자이다(건물, 시설, 장비 등 자산 항목별로 나누어 투자하였다)
 ④ 기타 _____
8. 귀원의 수익배분의 기준은 무엇입니까?

<input type="checkbox"/> ① 자본투자액 기준	<input type="checkbox"/> ② 진료(비)실적 기준
<input type="checkbox"/> ③ 투자액 + 진료(비)실적 기준	<input type="checkbox"/> ④ 정액배분
<input type="checkbox"/> ⑤ 연배나 지명도 기준	<input type="checkbox"/> ⑥ 기타 _____
9. 고가장비나 물품의 다량 구매시의 구매결정방식은 무엇입니까?
 ① 원장 스스로가 수지개선을 고려해 단독 결정
 ② 경영진(원장 포함)에서 알아서 단독 결정
 ③ 원내 전문가의 추천으로 병원장의 재가하에 결정
 ④ 관련 책임자들의 공동의결을 거쳐서 결정
 ⑤ 사용부서의 책임자가 신청하고 경영진의 의결로 결정
 ⑥ 특별한 절차없이 필요시마다 구매가 이루어짐
 ⑦ 기타 _____

다음은 공동개원과 관련된 사항입니다. 해당된다고 생각하시는 항목에 표시(“√”) 하시거나 내용을 기술하여 주시기 바랍니다.

1. 공동개원 의사와의 **관계**는 무엇입니까?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ㉠ 대학동기 | <input type="checkbox"/> ㉡ 대학 선후배 |
| <input type="checkbox"/> ㉢ 초·중·고교 동기 | <input type="checkbox"/> ㉣ 초·중·고교 선후배 |
| <input type="checkbox"/> ㉤ 동일 병원의 수련 동기 | <input type="checkbox"/> ㉥ 동일 병원의 수련 선후배 |
| <input type="checkbox"/> ㉦ 친·인척관계 | <input type="checkbox"/> ㉧ 지인 |
| <input type="checkbox"/> ㉨ 기타 _____ | |

2. 공동개원 의사의 **구성** 및 근무일수는 어떠합니까?

	성	만연령	전문과목*	주당 근무일수		성	만연령	전문과목	주당 근무일수
1					6				
2					7				
3					8				
4					9				
5					10				

* 일반의인 경우에는 전문과목을 '일반'으로 적어 주시기 바랍니다

3. 공동개원 의사간의 **근무 방식**은 무엇입니까?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ㉠ 같은 진료 시간대에 근무한다 | <input type="checkbox"/> ㉡ 다른 진료 시간대에 근무한다 |
| <input type="checkbox"/> ㉢ 야간·공휴일에만 교대로 당직 근무한다 | <input type="checkbox"/> ㉣ 기타 _____ |

4. 공동개원 의사간의 **진료의 구분기준**은 무엇입니까?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ㉠ 의사별 전문과목별로 진료한다 | <input type="checkbox"/> ㉡ 의사별 세부진료과목별로 진료한다 |
| <input type="checkbox"/> ㉢ 의사별 전문과목이나 세부진료과목에 따른 진료구분이 없다 | |

5. 공동개원을 하신 가장 근본적인 **이유**는 무엇입니까?

6. 공동개원(의원) 운영시 **어려운 점**이 있다면 모두 표시해 주십시오.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ㉠ 개인적 자유의 제약 | <input type="checkbox"/> ㉡ 기대 (순)수익의 감소 |
| <input type="checkbox"/> ㉢ 개인적 인센티브의 감소 | <input type="checkbox"/> ㉣ 무사안일주의 경향 |
| <input type="checkbox"/> ㉤ 집단적 의사결정으로 개인의견 과소 반영 | <input type="checkbox"/> ㉥ 수입배분시 논란의 가능성 |
| <input type="checkbox"/> ㉦ 공동개원 의사와의 인간관계 어려움 | <input type="checkbox"/> ㉧ 고용인력의 활용에 대한 갈등 |
| <input type="checkbox"/> ㉨ 장비이용의 문제 | <input type="checkbox"/> ㉩ 비용 증가 |
| <input type="checkbox"/> ㉪ 기타(구체적으로 기재해 주시기 바랍니다) _____ | |

7. 현재 귀 공동개원(의원)의 가장 큰 **문제점**은 무엇입니까?

8. 공동개원으로 병원경영에 가장 도움이 된다고 생각하시는 것은 무엇입니까?

9. 귀원의 자본투자 의사가 중도탈퇴할 경우 재산 정리방법은? (구체적으로 적어 주십시오)

10. 귀원에서는 공동개원(의원)을 계속 운영하실 예정이십니까?

- ① 확실히 그렇다 ② 그렇다
- ③ 잘 모르겠다
- ④ 안 할 것이다 ⑤ 확실히 안 할 것이다

11. 공동개원과 관련하여 제도 중에서 개선되어야 한다고 생각하시는 것이 있으면 적어 주십시오.

다음은 귀하의 직무 및 공동개원에 대한 만족도와 관련된 내용입니다. 해당하시는 항목에 표시(“√”)하여 주시기 바랍니다.

	전혀 아니다 ①	아니다 ②	보통이다 ③	그렇다 ④	매우 그렇다 ⑤
1. 나는 의사라는 직업에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
2. 나는 의사라는 직업에 대해 자부심을 가지고 있다.	①	②	③	④	⑤
3. 나는 다시 직업을 선택한다고 해도 의사직을 택하겠다.	①	②	③	④	⑤
4. 나는 의사직이 적성에 맞는다.	①	②	③	④	⑤
5. 나는 현재 하고 있는 일에 대해 보람을 느끼고 있다.	①	②	③	④	⑤
6. 나는 내 능력과 기술을 충분히 발휘하고 있다.	①	②	③	④	⑤
7. 나는 의사로서 현재의 개인적인 발전에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
8. 우리병원은 환자진료시 전문지식을 발휘할 수 있는 여건이 잘 보장되어 있다.	①	②	③	④	⑤

	전혀 아니다 ①	아니다 ②	보통이다 ③	그렇다 ④	매우 그렇다 ⑤
9. 나는 의사라는 직업이 흥미있고 변화로운 직업이라고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
10. 나는 현재 새로운 지식과 기술을 배울 기회가 많다(연구, 세미나 참석 등).	①	②	③	④	⑤
11. 나는 공동개원에 대해 대체로 만족한다.	①	②	③	④	⑤
12. 나는 공동개원이 제공하는 안전성이나 위험분배효과 등에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
13. 나는 공동개원 내에서의 보수에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
14. 나는 공동개원 구성원들에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
15. 나는 공동개원 내에서의 근무시간에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
16. 나는 공동개원 내에서의 노동강도에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
17. 나는 공동개원 내에서의 자율성(개인적 자유의 제약)에 대해 만족한다.	①	②	③	④	⑤
18. 나는 공동개원 내에서의 소득분배방식에 만족한다.	①	②	③	④	⑤
19. 나는 공동개원 내에서의 의사결정방식에 만족한다.	①	②	③	④	⑤
20. 나는 공동개원이 병원경영에 실질적으로 도움이 된다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
21. 우리 병원은 공동개원을 통해 진료의 질이 향상되었다.	①	②	③	④	⑤
22. 우리 병원은 공동개원을 통해 진료가 전문화 및 세분화 되었다.	①	②	③	④	⑤
23. 우리 병원은 공동개원을 통해 효율적인 구매 및 관리시스템을 갖추게 되었다.	①	②	③	④	⑤
24. 나는 주변 의사들에게 공동개원을 권유할 것이다.	①	②	③	④	⑤

❁ 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다 ❁

ABSTRACT

Quality of Working Life(QWL), Satisfaction, and Efficacy by the Forms of Group Practice

Hyun, Sook Jung

Graduate School of

Health Science and Management

Yonsei University

(Directed by Professor Park, Eun Chul M.D., Dh.D.)

This study tried to evaluate the efficacy of group practice through comparing and analyzing QWL (Quality of Working Life) by the forms of practice and management and the degree of satisfaction and effects on the subjects of local medical institution conducting group practice.

Research subjects were 1,066 local medical institutions owned by more than two representatives and mailing survey by means of structured questionnaires was conducted. Statistical methods used were frequency, t-test, ANOVA, and multiple regression analyses. The main findings of this study are as follows.

1. The forms of group practice were the ones that having two doctors (66.4%) and over three doctors (24.6%), which were summarized that approximately 91% of local medical institutions had 2 ~3 doctors. Forty four percent of medical institutions did not have beds. The average number of staffs including doctors was 13.3 and among these, the number of assistant nurses was largest (4.45). About 74% of group practice hospitals began practicing after the year of 2000 and the same kind of medical subject (70%) was more frequent than different kind of that. The relationships among group practice doctors were college alumni (39%), same hospital interns (30%), and equal investors (81%).

2. The forms of operating group practice were same operation hours system (55%), and same operation hours but shift system on Sundays and holidays (29%), summed by 84% of group practice doctors have worked on the same operation hours. Profits distributions were fixed amount system equally distributed (64%). The method of closing the assets in halfway withdrawal is that 44% of medical institutions would return at the ratio of investment after reevaluating their assets and 28% of institutions had no provisions of closing the assets in a halfway withdrawal.

3. Quality of Working Life was high in large size of group practice and single medical subject. However, as the relationship of doctors was family- related, QWL was low. In addition, by operation forms, same operation time system had higher QWL than different one. And

doctors who have unequally graded profits distribution had higher QWL than equal distribution. In terms of QWL by the decision-making method, QWL of hospitals selecting decision-making method by whole group rather than by single representative were higher.

4. General satisfaction was high in large size of group practice, acquaintant relationships, and same hospital interns, and consultation by specific subjects was highest satisfaction. Moreover, satisfaction concerning management circumstances was higher in the same kind of medical subject in group practice doctors, same hospital interns, and consultation by specific subjects. Financial satisfaction was lower in small-scale than intermediate or large-scale and higher in large cities than small cities, but there were no statistical significances.

5. When it comes to management efficacy of group practice, large size of group practice, large cities, and unequally graded distribution of profits had more efficacies. Additionally, consultation efficacies of group practice were high in specifically classified consultation and regarding the method of closing the assets in a halfway withdrawal, return in the ratio of intial invest amount was higher than in the ratio of current asset value.

In conclusions, QWL, satisfaction, and efficacy of group practice were high in large size of practice, same kind of medical subject, graded profits distribution such as incentives, and decision-making in a group. This implicates that future group practices need to be more

systematical and larger through franchise or network. In addition to these complicated issues, developing practical plans such as articles of incorporation development, group practice agreement, various management regulations, management operation, medical malpractice, and medical accidents regulations is critical. And academic and governmental research and support to present group practice model are needed.

**Key Works : Group practice, QWL(Quality of Working Life),
Satisfaction, Efficacy**