

공공조직과 비영리조직의 이용자 선택에 관한 연구: 뉴욕시 병원서비스사례를 이용하여*

이제복**

박상인***

〈目 次〉

- | | |
|---------------|-----------|
| I. 서론 | IV. 분석 결과 |
| II. 선행 연구의 검토 | V. 결론 |
| III. 연구 분석틀 | |

〈요 약〉

종래 공공조직이 독점적으로 제공하던 공공서비스는 점차 민간의 조직들이 함께 제공하기 시작하고 있으며, 이러한 서비스는 점차 늘어나고 있다. 이러한 배경 하에, 본 연구는 이용자 측면에서 서비스 선택 시 야기되는 정보탐색비용이 특정한 법적 형태의 제공기관을 선택하도록 영향을 미치는지 알아보고자 한다. 이를 위해 2003년부터 2009년까지의 뉴욕카운티의 환자와 그들이 선택한 제공기관 정보를 이용해 이산선택모형분석을 시행하였다. 분석 결과, 선택 행위에 정보탐색비용이 상대적으로 더 높은 환자는 비영리병원보다 공공병원을 선택할 가능성이 높은 것을 확인하였다. 본 연구의 결과는 이용자가 공공 및 비영리제공기관을 선택함에 있어 불완전한 계약이론(incomplete contract theory)이 적용될 가능성을 지지하는 실증적 증거이다. 이는 국가가 비영리조직을 통해 서비스 공급 저변의 확대하고자할 때, 이용자 선택권 행사에 야기되는 정보탐색비용을 내재화할 필요성을 시사한다.

【주제어: 민간 비영리조직, 공공조직, 이용자 선택, 의료서비스시장】

* 본 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2015S1A5 A2A03049823).

** 제1저자, 고려대학교 정경대학 행정학과 BK21plus 연구교수(jaebok@korea.ac.kr)

*** 교신저자, 서울대학교 행정대학원 교수, 한국행정연구소 겸무연구원(sanpark@snu.ac.kr)

논문접수일(2018.5.4), 수정일(2018.6.21), 게재확정일(2018.6.27)

I. 서론

정부는 과거 공공조직을 통해서 주로 공공서비스를 제공하였으나, 점차 민간부문을 통한 서비스 제공을 확대해 나가고 있다. 위와 같은 변화의 원인으로는, 공급 측면에서 공공 조직이 방만하고 나태한 운영이 된다는 지적과, 수요 측면에서 다양하게 증가되는 요구(needs)에 대응하기 위한 것 등이 제시된다(Van Slyke & Roch, 2004). 이러한 개혁은 1980년대 이후 국외뿐만 아니라, 국내의 다양한 서비스에서 자리 잡아가고 있는 공공 서비스 전달(public service delivery)의 특징이다. 그리고 이 변화는 다양한 서비스 영역에 확장되고 더욱 더 가속화되리라고 기대된다(Ben-Ner & Hoomissen, 1992).

세계적으로 공통된 이 변화는 다음의 두 가지 측면에서 주로 논의되고 있다.

첫째, 국가의 역할은 자금조달자(funder)와 공급자의 두 가지 역할에서 민간 영리조직, 민간 비영리조직, 그리고 공공조직의 다양한 독립된 조직(independent agencies)으로부터 서비스를 구매하는 자금조달자의 역할자로 중심이 이동된다(Le grand, 1991). 국가의 변화된 역할은 준 시장 이론(quasi-market theory)으로 논의되며(Le grand, 2011), 구체적인 정책수단으로 바우처(voucher), 계약(contracting), 티부 모델(Tiebout model)의 3가지가 제시된다(Lowery, 1998)¹⁾. 이는 지방 정부 수준에서 시장 기제 도입 결정요인과 소규모 지역 시장에서의 시장 창출 및 실질적인 경쟁 창출 문제 등을 다루는 논의와 연결된다(Van Slyke, 2003; Pop & Radu, 2013; Lee, 2017; 양난주, 2015; 신가희 외, 2016).

둘째, 이 변화는 서로 다른 법적 형태(institutional forms)를 지닌 조직들이 동일한 서비스를 제공하면서 경쟁하는 환경을 수반한다. 서로 다른 법적 형태의 조직들 간의 경쟁이 가져오는 결과를 중요하게 연구하는 관점에서는 혼합전달체계(mixed delivery system)를 중요한 관심 대상으로 여긴다(Warner & Hertz, 2008). 조직 수준에서 어떠한 조건아래 제공기관들이 사회적으로 최적의 서비스를 전달하는지(Kwon & Park, 2018; 노종호, 2008; 노연희, 2008; 양난주 외, 2012), 그리고 나아가 이용자 수준에서 이용자에게 주어진 선택권을 이용해 실제로 서비스 수급 능력이 강화되고 있는지에 관한 미시적 논의(micro foundation)로 전개된다(Teske et al, 1993; Van Slyke & Roch, 2004; Jilke, Van Ryzin, & Van de Walle, 2016). 이 같은 공공서비스 전달과정의 변화가 과연

1) 준 시장 기제(quasi-market mechanism)를 구매자-생산자의 분리(purchase-provider split), 바우처(voucher), 그리고 공적 경쟁(public or open tendering)의 3가지 형태로 구분하기도 한다(Pop & Radu, 2013).

서비스 전달의 효율성과 대응성을 증진시키킬지 아니면 동시에 불평등을 야기할지에 관해서는 논쟁이 분분하지만 아직까지 많은 문제는 미해결로 남아있다.

이와 같은 상황에서, 본 연구는 이용자의 선택권 행사가 공급기관의 법적 소유구조 형태에 따라서 차이가 있는지에 관한 이론적 논의를 전개하고, 그 현상이 실제로 존재하는지를 실증적으로 검증하고자 한다. 즉, 본 연구는 위 논의 중 후자의 관점에 해당한다. 이를 위해, 미국에서 가장 큰 공적 병원시스템을 갖추고 있다고 평가되고 있으며(Gusmano, Burke & Thompson, 2012), 공공조직과 비영리조직이 공존하는 오래된 역사를 지닌 미국 뉴욕시의 의료 시장을 선택하였다(American Hospital Association, 2003-2009).

2003년부터 2009년의 미국의료시장 자료는 과거에 해당하는 분석 기간이지만, 적절한 분석 대상으로서 다음의 여건이 충족되고 있다. 첫째, American Hospital Association (2003-2009)에 따르면, 해당 기간 뉴욕 시에서는 신규 영리 병원이 진입한 적이 없고 기존 비영리병원과 공공병원도 퇴출한 적이 없이 총 병원 수는 일정하게 유지되고 있다. 또한, 향후 분석에서 검토하겠지만 공공부문과 비영리부문의 두 부문이 안정적인 환자(명) 점유율을 유지하며 경쟁을 지속하고 있다. 이에 따라, 이용자 측면의 변화로 인한 영향을 조직측면에서의 영향보다는 상대적으로 용이하게 측정할 수 있다. 둘째, 당시 미국 의료보험회사는 거의 대부분의 병원과 계약을 맺고 있어 보험사-병원 간 선택적 계약은 거의 이루어지지 않는다고 논해진다(Phelps, 2013). 즉, 이용자는 상대적으로 의료가격에 덜 민감한 상태로 병원의 선택이 가능하다. 가격 경쟁보다는 품질 경쟁이 더 활발한 상황이기 때문에(Roh, Lee & Fottler, 2008), 이용자는 보다 비대칭적인 상황 하에 놓여있다. 셋째, 미국의 비영리병원은 점차 상업화되고 있어, 영리병원과 유사하게 이윤 추구행위를 보이는 경향이 있다고 논해지는 바(Sloan, 1998), 비대칭상황에 처한 이용자인 환자 입장에서 비영리병원과 공공병원을 보다 뚜렷하게 구분하여 선택할 가능성이 있다.

공공서비스 전달에 관한 연구 중에서도 조직의 법적 형태를 주요 요인으로 논의하는 기존 연구는 주로 서비스 제공을 담당하는 조직 수준에서 접근하고 있다(Hirth, 1999; Amirkhanyan et al, 2008; 이인경 외, 1997; 노종호, 2008). 이에, 본 연구는 이용자가 서비스를 선택할 때 법적 형태에 따라서 내재할 수 있는 어려움(비용)에 대한 논의가 부족했다는 문제의식 하에 새로운 시각을 취하고 이용자 측면에서 접근하고 있다. 이는 국가가 전달 방식의 변화에 앞서 이용자 선택권의 확충을 위해 어떠한 방안을 모색할 수 있을지에 관한 시사점을 제시해줄 수 있을 것이다.

II. 선행 연구의 검토

1. 이용자 선택에 있어 제공기관 소유구조의 의미

유사한 유형의 서비스를 제공하는 조직의 법적 형태가 다변화됨에 따라, 이용자 선택(choice)이 어떠한 영향을 미치는지에 관해 행정학 및 정책학계에서도 주요하게 논의할 여지가 있지만, 심도 있게 진행된 바는 아직 많지는 않다. 흥미로운 연구 주제로 여겨진 지 얼마 되지 않은 이유는 국내외에서 민간제공기관을 통해 공급이 확대된 역사가 길지 않기 때문이다. 그러나 이용자의 선택에 관한 논의는 2000년 전 후반부터 행정학계에서 높은 관심을 받고 있다(Lowery, 1998; 김민영 외, 2012; 김인, 2010; 양난주, 2009; 이제복·박상인, 2011; 정은아, 2013).²⁾

연구자 입장에서, 실상 이용자의 공공서비스 선택에 영향을 미치는 요인은 다양하기 때문에 그 메커니즘을 쉽게 분석하기란 쉽지 않다. 예컨대, 본 연구 대상인 의료서비스의 경우, 공급 측면에서는 제공기관의 소유구조, 의료 종사자의 직업적 태도와 신념, 제공기관의 선택적 편의 또는 역 선택 요인(최희진·정광호, 2012) 등 다양한 공급 측 요인 뿐만 아니라,³⁾ 이용자의 개별 특성이 함께 어우러져 동시에 이용자 선택에 영향을 미친다(Dixon & Le Grand, 2006; Jacobs et al, 2011). 따라서 두 측면의 요인을 독립적으로 규명하기는 어려움이 있어, 분석 상 어려움이 있는 것이 사실이다.

특히, 의료서비스와 같이 품질 등의 관측불가능한 정보가 상당히 중요한 경우, 이용자는 관측가능한 제공기관의 법적 형태(ownership)에 대한 인식(perception) 또는 기대(expectation)를 핵심적인 제공기관 선택의 판단 근거로 이용한다.⁴⁾ 이 같은 논의는 종래의 비대칭 상황에 처한 이용자가 계약의 실패(contract failure)를 피하고자 영리조직보다 비영리조직의 법적 형태를 선호한다는 논의에 근거한다(Arrow, 1964; Newhouse,

2) 대체로, 국외에서는 공공서비스, 의료서비스, 및 사회서비스, 교육서비스 등 전반적으로 논의 분야가 넓으나, 국내에서는 아직까지는 민간조직이 최근 들어 제공업자로 진입하게 된 보육 및 사회서비스를 중심으로 논의가 진행되고 있는 편이다(조근식 외, 2010; 유현중, 2014; 이재원, 2015).

3) 이용자 측면에서 접근 한 본 연구와 달리, 공급 측면에서는 제공 기관의 법적 형태가 비영리조직인지 공공조직인지에 따라서 품질, 접근성, 그리고 만족도에 어떠한 차이가 있는지를 연구한 것은 상대적으로 다수 존재하는 편이다.

4) 미국에서 의료시장은 1990년 이후에 가격경쟁보다는 품질경쟁으로 옮겨가고 있다(Roh et al, 2008). 의료보험회사는 병원과 계약을 맺고 있어 보험사-병원 간 선택적 계약은 적다. 즉, 이용자는 상대적으로 의료가격에 덜 민감하게 병원 선택이 가능한 상태로 평가된다(Phelps, 2013). 이러한 맥락은 공공조직 및 비영리조직의 법적 형태가 품질의 판단근거가 될 수 있다는 전제를 강화하고 있다.

1970; Hansmann, 1980). 비영리조직은 영리조직과 달리, 잔여 이윤을 주주에게 배분할 수 없게 하는 비배분제약(non-distribution constraints)을 갖기 때문에, 이용자들이 비영리조직이 영리조직보다 덜 기회주의적으로 행동한다고 믿는다는 것이다.

비배분제약이라는 법적제약이 동일하게 적용되는 비영리조직과 공공조직이라도 이용자가 다르게 인식할 여지가 있다. 조직의 특징이 소유권(ownership)과 재원(funding)이라는 두 가지 요소에 따라 달라진다고 볼 때(Wamsley & Mayer, 1973), 민간소유와 민간재원을 특징으로 하는 민간 비영리조직과 달리, 공공 조직은 공공소유와 공공재원을 기반으로 운영되기 때문이다. 이러한 논의에 기반 한다면, 공공조직은 비영리조직 보다는 정치적이고 규범적인 제도적 압력에 노출이 되어(전영한, 2009), 동일한 서비스를 판매하는 활동을 하더라도, 수익 추구보다는 서비스의 공평한 배분 등의 비금전적인 목적을 추구할 유인이 높을 것이다. 그러나 본 연구가 보다 관심을 갖는 것은, 조직이 실제로 그러한 행위를 하는지 여부와 별개로, 이용자 측면에서도 직접 공무원의 관리와 규제를 직접적으로 받게 되는 공공조직을 민간조직보다 더 신뢰하거나 실제로 서비스를 선택(choice)할 때에 영향을 미칠 수 있는지에 관한 것이다.

그러나 이들 이용자가 비영리조직과 공공조직을 상이하게 인식하거나 선택하는지에 관한 논의는 사실 아직까지도 풀리지 않는 문제이다. 최근까지도, 이용자가 제공기관의 법적 형태를 식별하고 있음을 지지하는 논의(Handy et al, 2010; Roh & Lee; 2005; Schlesinger et al, 2004)가 있는 반면, 식별할 수 있는 능력을 지지하지 않는 논의(Van Slyke & Roch, 2004; Van de Walle, 2008)가 혼재하고 있다. 즉, 이용자들의 제공기관의 법적 형태를 식별하거나 인식할 수 있는 능력에 대한 논의는 난관에 부딪히고 있다. 이때, Dreves et al(2014)은 실제 환자들이 식별에 어려움을 겪더라도 병원의 법적 형태에 따른 다른 인식을 지니고 있다는 흥미로운 결과를 발견하였다. 예컨대, 이용자가 특정 조직을 비영리 조직으로 인식한다면, 실제 그 조직이 비영리조직이 아니더라도, 해당 조직이 공공조직보다 민간 전문 인력 활용이 용이해 유능(competent)하고 보다 온정적(warmth)으로 서비스를 제공한다고 인식한다는 것이다. 그리고 이러한 인식의 차이가 이용자 선택(choice)에 있어서도 중요한 영향을 미칠 여지가 있음을 강조한다.⁵⁾ 그리고 법적 형태가 이용자의 선택에 어떠한 상이한 영향을 미치고 있는지에 대해 규명할 필요성을 제기하고 있다.

정보력이 취약한 시민이 특정한 서비스를 선택할 때, 그 선택권이 합리적인 의사결정을 통해 이루어진 결정인지를 보장하는 것은 정부 서비스의 전달의 대응성과 효율성 측

5) 즉, 이용자의 식별능력이 없더라도 정보 탐색 비용을 여전히 지낼 수 있다는 점을 지적하고 있다.

면에서 중요한 문제이다. 현실에 존재하는 시민들은 실제로 균등하지 못한 정보력을 지닐 여지가 높기 때문에, 이들의 선택권이 충분히 보장받지 못할 위험이 있다. 이러한 상태에서는 공공 조직을 선택한 이용자의 행위가 상당부분 최적의 의사결정에 따른 것이라기보다는, 비합리적인 선택일 가능성이 있다. 만일, 정보력이 취약한 이용자가 공공 조직을 보다 이용한다면, 해당 서비스 제공을 관리하는 공무원 또는 관리자의 재량과 의지가 상당한 영향을 미친다고 볼 수 있기 때문이다. 그렇다면, 국가는 선택권 행사에서 유발되는 여러 가지 비용들(선택권을 부여한 정책 내용, 서비스 수급 절차, 서비스 품질의 홍보 등)을 그 공공조직으로 하여금, 이용자의 선택권 행사를 보다 적극적으로 보장하고 발현될 수 있도록 내재화하는 여건을 구축할 필요가 있는 것이다.

이에, 본 연구는 이용자가 비대칭정보에 처할 확률이 높은 상황일수록, 즉, 정보탐색 비용이 더 드는 상황일수록, 특정 법적 형태를 지닌 제공기관의 서비스를 선택하는지에 관한 논의를 전개해보고자 한다.

2. 이용자 선택권 행사에 드는 정보탐색비용

의료시장에서 환자는 의료서비스를 구매하기 전에는 그 품질을 판단하기 어렵고 한번 이용한 의료서비스 제공기관을 쉽게 전환(transition)하기도 쉽지 않다. 더욱이 전문적인 지식이 필요한 서비스이기 때문에, 이용자가 서비스 제공기관을 선택 할 때 비대칭정보가 상당히 존재한다. 이에, 환자의 선택행위에 드는 정보 탐색 비용(information costs)은 필히 고려되어야 한다(Dowding & John, 2008).⁶⁾

본 연구는 이용자 선택권 행사에 있어서 야기되는 정보탐색비용을 사회경제적 요인과 제공기관과의 지리적 접근성으로 조작적 정의하여 고려하기로 한다. 그리고 앞서 논의했던 이용자 정보력의 크기에 따라서, 제공기관이 비영리조직인지 또는 공공 조직인지에 따른 선택 행위에 영향을 주는지 알아보려고 한다.

첫째, 선택에 있어 정보비용을 야기하는 요인은 취약계층 이용자인지 여부이다. 취약계층 이용자(vulnerable consumers)는 교환 관계에 있어서 그들의 힘으로 통제가 불가능한 특성들에 의해 불이익을 당하는 자들로 정의된다(Andreasen and Manning, 1999).⁷⁾

6) 요양소 환자의 경우에는 가족 방문의 횟수 및 가구원 수로 정보를 측정해온 바 있다(Hirth, 1993; Chou, 2001).

7) Andreasen and Manning(1999)은 취약계층을 'At a disadvantage in exchange relationships where that disadvantage is attributable to characteristics that are largely not controllable by them'로 정의하고 있다

공공서비스의 선택에 있어서, 취약계층이 보다 선택권 행사에 어려움이 있다고 알려져 왔으며(Jilke, Van Ryzin, & Van de Walle, 2016),⁸⁾ 통상적으로, 이에 대한 측정은 사회·경제적 요인(socioeconomic factors)으로 측정되어왔다⁹⁾(Dixon & Le Grand, 2006; Voocor, et al, 2014).

그러나 실제로 취약계층 의사결정자(decision-makers)인 환자의 제공기관 선택에 있어서도 법적 형태의 효과가 존재하는지를 살핀 연구는 많지 않다. 조직수준의 실증 연구에서 요양서비스를 제공하는 공공요양소는 비영리요양소보다 상대적으로 더 높은 저소득층(메디케어환자) 접근성을 지니는 것으로 나타나 치료 격차(care divide)가 확인된 바 있다(Amirkhanian et al, 2008). 물론 비영리조직과 달리, 공공 조직은 판매수익을 높일 유인이 상대적으로 적기 때문에 전반적으로 이용자의 수요에 둔감하게 반응하는 특징을 지닐 수 있다. 다만, 본 연구 대상의 뉴욕 메디케이드 프로그램의 경우, 메디케이드 환급률(reimbursement)이 타주에 비해 상당히 높고 공공병원이 메디케이드환자에게 더 우호일 것을 규정한 바 없기 때문에(Gusmano et al, 2012), 병원 입장에서 메디케어환자를 다른 환자와 구분할 실익이 크지 않다. 따라서 의사결정자인 환자 측면에서 선택권 논의를 전개해볼 수 있다.

둘째, 선택에 있어 정보비용을 야기하는 요인은 환자와 제공기관과의 공간적 거리(geographical access)이다. 거리는 이용자가 직접 이동하지 않으면 서비스 구매가 불가능한 경우에 선택에 수반되는 간접적인 비용이므로, 선택에 드는 방해 요인(access barriers)이다(Jacobs et al, 2011; Ensor et al, 2004; 진미정·유재연, 2012; 이광수 외, 2010; 이인경 외, 2012). 그런데 이용자가 제공기관을 근접하다고 느끼는 범주는 이용자마다 상이할 것이다. 개인이 느끼는 근접성은 이용자에게 있어 현실적 대안으로 여기게 하고, 심리적인 친밀도를 형성한다(Kissane 2010). 따라서 동일한 시장 내에서도 선택한 병원과의 거리가 짧은 이용자는 상대적으로 근접성을 더 좁게 인지하고 있음을 의미하고, 이들은 상대적으로 높은 방해 요인을 갖고 있다고 볼 수 있다. 이에 따라 이들의 정보탐색비용이 상대적으로 높다고 간주하기로 한다.

본 연구는 구체적으로 아래와 같은 두 가지 가설을 설정하였다. 우선, 이용자는 공공조직과 비영리조직이 제공하는 서비스 선택에 있어, 상이한 탐색 비용을 지닌다(가설1). 이 가설은 이용자가 서비스 선택에 있어 갖는 정보탐색비용이 제공기관의 법적 형태가

8) 병원의 우회 선택 행위(bypassing), 즉, 근접한 병원이 아닌 먼 거리의 병원 선택에 있어서는 실제 제공기관의 법적 형태가 상이한 영향을 미치는 것으로 나타난 바 있다(Roh & Moon, 2005).

9) 이 외에도, 환자의 믿음과 지식, 그리고 보유한 자원과 역량도 영향을 미친다(Dixon & Le Grand, 2006).

공공 조직인지 또는 비영리조직인지에 따라 상이한지를 검증해본다는 점에서 기존 계약 실패이론의 외연을 확대할 수 있다. 다음으로, 이용자는 정보탐색비용이 높을수록 비영리조직보다는 공공조직이 제공하는 서비스를 선택한다(가설2). 서비스 품질 등 비대칭정보에 처할 확률이 높은 이용자인 환자는 서비스를 선택함에 있어 잘못된 선택을 할 위험을 회피하고자 비영리병원보다 공공병원을 보다 선택할 것이다.

가설1. 이용자는 공공조직과 비영리조직이 제공하는 서비스 선택에 수반되는 정보탐색비용에 차이가 있다.

가설2. 이용자는 정보탐색비용이 높을수록 비영리조직보다는 공공조직이 제공하는 서비스를 선택한다.

III. 연구 분석틀

1. 자료

본 연구 대상은 뉴욕카운티(New York County)이다. 뉴욕은 공공의료체계가 가장 높은 주에 속한다(Gusmano et al, 2012). 본 연구의 자료는 Statewide Planning and Research Cooperative System(SPARCS)¹⁰와 뉴욕보건부처(New York State Department of Health)에서 발급하는 미국병원협회(American Hospital Association)의 병원자료를 이용하였다. 분석기간은 2003년, 2004년, 2008년 그리고 2009년의 4개년 자료의 모든 입원환자들과 지역 내 모든 병원들에 관한 정보이다. 해당 기간은 오바마케어 정책 변동 이전 기간으로, 본 자료에 따르면 그 동안, 해당 지역 내에 민간영리병원은 부재하였고, 공공병원과 민간비영리병원의 진입퇴출이 없었고 두 부분의 시장점유율은 안정적인 기간이었다(American Hospital Association, 2003, 2004, 2008, 2009).

2. 모형

본 연구는 의사결정자(decision-makers)가 다양한 선택대안들 가운데에서 하나의 대안을 선택해야할 때, 어떠한 기준에 의해 선택을 하게 되는지를 분석하는 이산선택모형(discrete choice model)을 통해 분석하기로 한다. 해당 모형은 선택 가능한 대안 범주는 종속변수가 되고, 대안 선택에 영향을 미치는 요인으로 의사결정자의 특징과 각 대안이 지닌 다양한 특징이 모두 설명변수가 된다(McFadden, 1974).

10) SPARCS는 Bureau of Health information Office and Patients Safety에서 발행하는 책자임.

이 모형은 대안집합을 중 단 하나만 선택할 수 있으며(상호배타성), 의사결정자가 선택가능한 모든 대안을 포함하는 선택범주(choice set)를 식별할 수 있으며, 선택범주의 대안들 수는 한정된 숫자여야 한다는 조건을 가져야한다(Train, 1999; 복홍석, 2012). 이 모형은 여러 특징으로 이루어진 묶음(bundle)인 대안의 각 특성을 개별적으로 사용하여 선택 요인을 규명할 수 있다는 장점이 있다(Berry et al, 2004). 본 연구의 의사결정자는 환자이며, 이들은 해당 서비스를 필요로 하는 특정시점에서는 제공기관인 병원을 단 하나만 선택할 수 있다. 다음 절에서 상세히 논의하겠지만, 이들의 선택범주는 서비스 시장을 획정하여 식별하기로 한다.

그러면, 본 연구의 이산선택모형은 식(1)과 같다. 이용자(환자) i 의 제공기관(병원) j 을 선택할 때의 효용(u_{ij})은 이용자의 특성(x_i), 선택가능한 각 제공기관의 관측 불가능한 특성(δ_j), 관측 가능한 특성(z_j), 그리고 이용자와 각 제공기관 마다 상호 달라지는 특성(d_{ij})과 오차항(ϵ_{ij})에 의해 영향을 받는다.

$$u_{ij} = u(\delta_j, d_{ij}, x_i, z_j, \epsilon_{ij}) \quad \dots \text{식(1)}$$

본 연구 자료에서 이용자의 특성(x_i)은 본 연구에서 연령, 성별, 인종, 의료 상태 등의 환자 특성이다. 제공기관의 관측 가능한 특성(z_j)으로는 규모, 제공되는 서비스의 수, 제공기관의 소유구조(o_j)가 있다. 한편, 연구자에게는 관측 불가능하지만, 이용자에게는 관측가능한 제공기관의 특징은 개별 병원마다의 가변수로(choice-specific intercept) 설정하여(δ_j) 통제하였다. 이러한 특성으로는 이용자의 제공기관의 인식(perception) 또는 품질에 대한 믿음(quality beliefs)이 있다. 그리고 가변수로 설정함으로써 이들 관측 불가능한 특성이 관측 가능한 특성과 갖는 내생성을 완화해준다. 마지막으로, 거리(d_{ij})는 각 이용자(환자) i 의 제공기관(병원) j 에 따라 변하는 값이다. 이들 관계를 선형인 식으로 설정하면, 개별 환자의 선택효용함수는 다음 식(2)과 같다. 이용자가 선택범주 중 대안 k 가 아닌 j 을 선택한다는 것은($u_{ij} \geq u_{ik}$), 해당 제공기관의 특징이 해당 이용자의 특징과 연계되어 더 높은 효용을 가져온 것으로 본다. 11)

$$u_{ij} = \delta_j + \alpha_0 x_i z_j - \alpha_1 d_{ij} + \epsilon_{ij} \quad \dots \text{식(2)}$$

11) 가장 유사한 국내 연구로, 국내 사회서비스 제공기관의 이용자를 대상으로 분석한 이제복·박상인 (2011)이 있었으나, 해당 연구는 제공기관의 특징 중 법적 형태만 고려하고 그 외 관측불가능한 특징을 모두 가변수로 설정하여 통제했다는 한계가 있었다.

3. 변수 및 측정

종속변수의 설정을 위해서는, 의사결정자(환자)가 선택 가능한 병원으로 여기는 선택 범주(choice set)의 식별이 필요하다. 우선, 선택범주를 획정하기 위해서 대체가능한 의료서비스 종류를 선택한다. 진단그룹(DRGs: Diagnosis Related Groups)을 기준으로 의료서비스를 분류하면 시장을 분류할 수 있다(FTC, 2012, Cookson et al, 2010; Dixon et al, 2007), 본 연구는 DRGs의 분류코드(211-809)인 심장질환환자(cardiac inpatient)의 의료서비스를 선택하였는데, 이는 품질 고려 유인이 높은 생명과 밀접한 서비스를 대상으로 선택한 것이다.

다음으로, 적절한 지리적인 범주가 선택대안에 해당되어야 한다. 뉴욕시는 뉴욕카운티(New York County, Manhattan), 킹스카운티(Kings County), 퀸즈카운티(Queens County), 브롱크스 카운티(Bronx County), 그리고 리치먼드카운티(Richmond County)의 다섯 카운티로 구성되어있다. 본 연구 자료로 이용자가 선택한 제공기관의 지리적 범위를 살펴보면 <표 1>과 같이, 퀸즈카운티에 거주하는 이용자가 퀸즈카운티에 소재하는 제공기관을 선택하는 경우는 77.45%이며, 뉴욕카운티에 거주하는 이의 97.55%는 동일한 뉴욕카운티에 소재하는 병원을 선택하는 것으로 나타난다. 따라서 본 분석의 시장의 지리적 범주로 뉴욕카운티가 보다 적합하다고 판단하여 분석 대상으로 본다. 뉴욕의 의료시장을 분석한 연구(McLafferty & Grady, 2005)도 카운티를 하나의 지리적 시장으로 설정하고 있다.

〈표 1〉 이용자가 동일한 지역의 제공기관을 선택한 비중

| | 퀸즈 카운티 | 킹스 카운티 | 뉴욕 카운티 |
|----|--------|--------|--------|
| 비중 | 77.45 | 77.15 | 97.55 |

다음으로, 이용자의 선택권 행사에 존재하는 비대칭정보는 측정이 용이한다. 우선, 취약계층은 소득, 교육수준, 인종, 연령, 성별 등과 같은 사회·경제적 요인(socioeconomic factors)으로 측정되고 있다(Krieger et al, 2005). 구체적으로, 본 연구 자료의 경우 소득수준과 교육수준이 관측불가능하기 때문에, 저소득층에게 공공보험인 메디케이드 환자 여부를 대리변수(proxy)로 설정하기로 한다. 이들은 예방적 및 일반적 서비스(regular source of care)를 받지 못하고, 응급서비스를 받는 환자들이 더 많은 것으로 나타나는 바(Giacovelli et al, 2008), 일반 보험환자보다 서비스 이용에 있어 정보능력이 제약된

상태로 보인다. 따라서 선택권 행사에 있어 열악한 정보력 상황을 더 반영한다고 가정하는 것이 무리한 것은 아니다.

둘째, 서비스 선택에 간접적인 비용을 야기하는 거리는 중요한 요인이다. 거리는 GIS 프로그램(Arc View)을 통하여 이용자와 각 개별 제공기관들의 거리를 측정하였다. 이 밖에 환자의 특징으로, 환자가 약물환자인지 또는 수술환자인지 여부 그리고 총 입원기간을 사용하여 의료 상태를 통제하였다. 왜냐하면, 의료 상태가 심각하면(수술 환자 및 총 입원기간이 장기일수록), 침상 수나 서비스 수가 많은 병원 등을 선호하여, 선택에 영향을 미치기 때문이다(Roh & Moon, 2005).

법적 형태의 경우, 본 연구는 시립, 주립, 연방 병원을 공공조직으로 보고, 교회에서 운영하는 병원과 일반 비영리병원은 비영리조직으로 구분한 American Hospital Association 분류 기준을 따랐다. 분석 기간 동안 뉴욕카운티에는 심장관련 의료서비스를 제공하는 병원이 총 14개 존재하였고, 이들은 10개의 공공병원과 4개의 비영리병원, 0개의 영리병원으로 구성되어 있다. 따라서 환자가 선택할 수 있는 총 14개의 병원들과, 그 외 여타 다른 병원들(뉴욕카운티 외부 소재 병원)은 모두 외부대안(alternative outside)으로 설정하여 총 15개로 구성된 선택범주(choice set)를 설정하였다.¹²⁾ 이 밖에 공급 측면의 특징으로, 침상 수, 제공하는 서비스의 총 수, 외래 환자 수 등을 통해 병원의 규모도 고려하였다. 구체적인 변수의 측정방법은 <표 2>와 같다.

<표 2> 변수와 측정방법

| 변수 | 측정 |
|------|-----------------------------------|
| 병원선택 | 선택범주 중 특정한 제공기관이 선택 된 경우=1, 그 외=0 |
| 환자 | 취약계층 여부(메디케이드 환자인 경우=1, 그 외=0) |
| | 이용자와 각 제공기관과의 거리 |
| | 인종 (백인=1, 그 외의 환자=0) |
| | 성별 (여성=1, 그 외=0) |
| | 연령 |
| | 의료 상태 (수술환자=1, 약물환자=0) |
| | 총 입원 기간 |
| 병원 | 법적 형태 (공공병원=1, 비영리병원=0) |
| | 침상 수 (만 개) |
| | 병원이 제공하는 서비스 총 수 |
| | 외래 환자 수 (천명) |
| | 각 병원의 관측 불가능한 특징(품질 등) 가변수 |

자료: <SPARCS> 및 <AHA Guild to the Health Care Field>

12) 후술하겠지만, 뒷 절 <표 3>의 비중에서 제외된 경우를 의미한다. 예를 들면, 뉴욕카운티에 거주하는 환자의 2.45%가 선택한 병원들에 해당할 것이다.

본 연구는 다음 <표 3>에서 볼 수 있듯이, 2003년, 2004년, 2008년 그리고 2009년의 뉴욕카운티에 거주하는 심장질환 입원 환자 총 68,534명을 대상으로 한다. 이들 환자 중에서 메디케어 환자 비중은 14%이며, 환자가 선택한 각 제공기관과의 평균 거리는 0.86마일이다. 그리고 백인이 36%를 차지하고 있고, 평균 연령은 67.31세이며, 남성은 51%를 차지하고 있다. 그리고 이들의 총 입원 기간은 평균적으로 5.02일이며, 환자는 약물환자와 수술환자로 구성되고 있는데, 이 중 수술환자의 비중은 35%로 나타났다.

앞 서 말했다시피, 분석 기간 동안 심장질환 입원환자가 선택할 수 있는 뉴욕카운티에 소재하는 병원은 10개의 공공병원과 4개의 비영리병원으로 구성된 14개의 병원과 1개의 외부대안을 포함한 총 15개이다. 따라서 시장 내 공공병원은 27% 비중이며, 병원의 평균 침상 수는 0.07만개정도이며, 제공하는 평균 의료서비스 수는 22.5개이고, 평균외래 환자 수는 420.41천명으로 나타난다.

<표 3> 분석자료의 기술통계

| 변수 | | 평균 | 편차 | 최소 | 최대 |
|-------|-----------------------|--------|--------|----|--------|
| 환자 | 취약계층(메디케어=1) | 0.14 | 0.34 | 0 | 1 |
| | 제공기관과 거리(miles) | 0.86 | 1.23 | 0 | 10.19 |
| | 인종(백인=1) | 0.36 | 0.48 | 0 | 1 |
| | 연령 | 67.31 | 19.64 | 1 | 116.01 |
| | 성별(남성=1) | 0.51 | 0.50 | 0 | 1 |
| | 총 입원 기간(일) | 5.02 | 9.00 | 1 | 826 |
| | 의료 상태(수술환자=1, 약물환자=0) | 0.35 | 0.48 | 0 | 1 |
| 관측치 수 | | 68,534 | | | |
| 병원 | 법적 형태(공공조직=1) | 0.27 | 0.46 | 0 | 1 |
| | 침상 수(만 개) | 0.07 | 0.06 | 0 | 0.22 |
| | 서비스 수 | 22.5 | 22.25 | 0 | 80 |
| | 외래 환자 수(천명) | 420.41 | 286.05 | 0 | 1,067 |
| 관측치 수 | | 15 | | | |

IV. 분석 결과

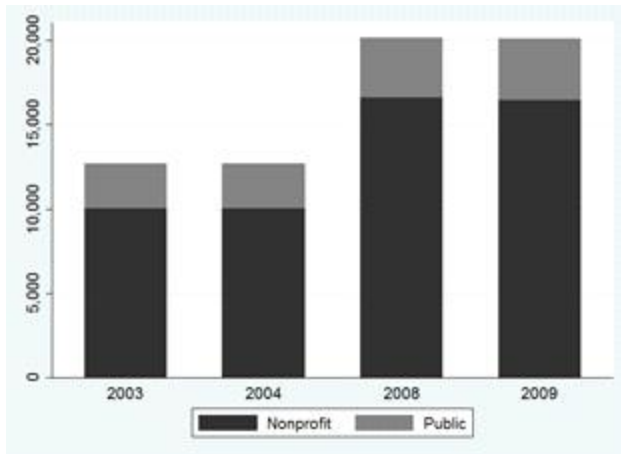
본 연구는 선택권 행사에 야기되는 비용이 높을수록, 제공기관의 법적 형태 별로 상이한 선택하는지를 검증해보고자 함에 있다. 이를 위해 서비스 지역 시장을 하나 택하여,

그 시장 내 이용자가 지닌 정보탐색비용이 비영리조직이나 공공조직을 선택하는데 영향을 하는지를 분석하였다.

우선, 본 연구의 분석 대상인 2003년부터 2009년 기간 동안 뉴욕카운티의 공공조직과 비영리조직의 이용자 선택현황 상황을 살펴보면, 다음 <그림 1>과 같다. 분석 기간 동안에 공공병원과 비영리병원의 점유율이 아래와 같이, 20%~25%정도가 공공조직을 75%~80%정도가 비영리 병원을 선택하고 있고, 이 선택 현황은 안정적으로 지속되고 있음을 확인하였다.

<그림 1> 공공-비영리병원의 점유율 현황

(단위: 명, 기간: 2003년-2009년)



다음으로, 본 연구의 결과는 <표 6>이다. 통제변수를 고려하지 않은 모형 1과 통제변수를 고려한 모형 2로 구분해 제시하였다. 본 연구의 가설을 검증하기 위해, 취약계층여부와 거리의 두 변수와 제공기관의 법적 형태의 상호작용을 설정하였다. 상호작용항의 부호가 양수이면 특정 제공기관 선택에 긍정적인 영향을 미치는 것이며 그렇지 않다면 부정적인 영향을 미치는 영향을 미치는 것이라 해석할 수 있다.

통제 변수를 선택해 예를 들어 설명해보면, 병원이 많은 수의 서비스를 제공한다면, 거리가 멀더라도 또는 의료상태가 심각한 수술을 요하는 환자들은 선호할 것이다(모형2의 거리변수의 계수추정치 0.004***, 모형2의 의료상태 계수추정치 0.05***). 반면, 제공기관이 제공하는 서비스 수가 많으면 이용자에게 선택권을 높인다고 알려져 있지만, 취약계층 이용자에게는 대안의 수가 많더라도 그에 따른 더 높은 정보탐색비용이 소요되

어 실제로는 선택의 어려움이 있을 수 있으므로(Dowding & John, 2008), 유의미하지 않을 수 있다(모형 2의 취약계층 계수추정치 0.004). 이러한 상호적 관계를 추가로 반영하여 모형2에 제시하였다.

〈표 6〉 이용자의 공공-비영리조직선택 요인 분석 결과

| | 모형1 | | 모형 2 | |
|----------------|----------|-------|-----------|-------|
| | Coef. | S.E. | Coef. | S.E. |
| 법적 형태(공공조직=1) | | | | |
| 취약계층(메디케어=1) | 0.67*** | 0.03 | 0.60*** | 0.01 |
| 거리 | -0.04*** | 0.01 | -0.03** | 0.01 |
| 인종(백인=1) | -1.67*** | 0.04 | -0.17*** | 0.03 |
| 연령 | -0.02*** | 0.001 | -0.02*** | 0.04 |
| 성별(여성=1) | -0.31*** | 0.03 | -0.31*** | 0.001 |
| 거리 | -0.71*** | 0.01 | -0.75*** | 0.01 |
| 제공 서비스 수 | | | | |
| 거리 | | | 0.004*** | 0.03 |
| 의료 상태(수술=1) | | | 0.05*** | 0.002 |
| 취약계층(메디케어=1) | | | -0.004 | 0.001 |
| 침상 수 | | | | |
| 수술환자(약물환자) | | | 5.69*** | 0.28 |
| 총 입원 기간 | | | 0.01 | 0.01 |
| 외래 환자 수 | | | | |
| 의료상태(수술환자=1) | | | -0.004*** | 0.00 |
| Log likelihood | -99,631 | | -98,657 | |
| Obs | 68,534 | | | |

***p<0.001, **p<0.01, *p<0.1

주: 14개의 제공기관 별 가변수(δ_j)는 본 연구결과에서 보고를 생략함.

주요한 분석 결과를 해석해 보면 다음과 같다.

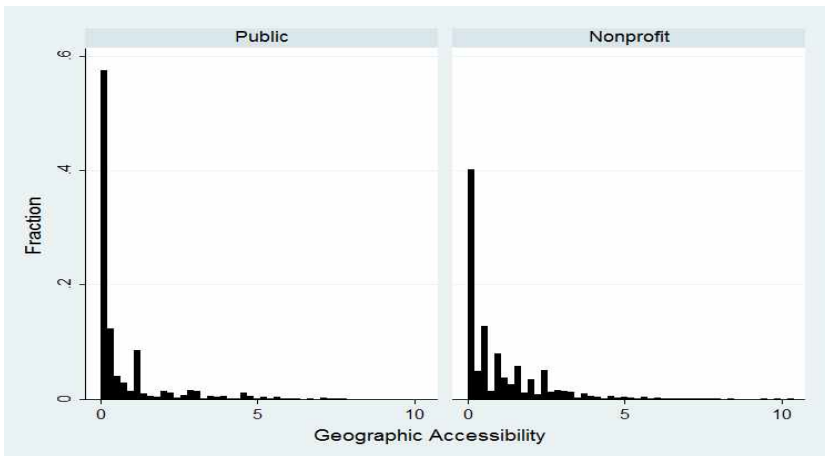
첫째, 취약계층지 여부와 공공병원의 상호작용 항은 유의미하게 양의 부호로 나타난다(모형1의 0.67***, 모형2의 0.60***). 이 결과는 이는 한 시장 내에서 이용자가 법적 형태에 따라 선호하는 바가 상이할 수 있다는 증거가 된다. 나아가, 선택에 필요한 비용이 높아 정보력이 취약할 가능성이 높은 이용자는 비영리병원보다 공공병원이 제공한 서비스를 선택할 확률이 높음을 의미한다.

둘째, 이용자의 제공기관과의 거리와 공공병원의 상호작용 항은 음의 부호(모형1의 -

0.04***, 모형2의 -0.03***)로 나타난다. 일반적으로, 제공기관 선택에 있어서 제공기관과의 거리는 이용자에게 시간과 비용이라는 간접적인 비용을 수반하게 하므로 선택에 음의 영향을 유의미하게 미친다(모형1의 -0.71, 모형2의 -0.75). 본 연구의 주요 관심사인 공공조직과 거리의 상호작용항이 유의미하게 보다 음의 영향을 갖는 것으로 나타났다는 것은, 근접성을 더 중요하게 인지하는 이용자가 비영리조직보다 공공조직을 선택하는 것을 보여준다.

이를 보다 자세히 살피기 위해, 이용자가 제공기관과 어느 정도 지리적 거리에 있는지를 비영리조직과 영리조직을 구분해 분포를 <그림 2>로 확인해보았다. 비영리조직을 선택한 이용자의 지리적 범위가 더 넓게 분포되어 있는 것으로 보아, 지리적 제약을 극복한 이용자는 비영리조직을 선택하는 것으로 보인다. 특히, 본 자료에 의하면, 동일 시장 내 공공병원이 4개로 비영리병원 10개보다 상대적으로 적은 수이기 때문에, 비영리병원의 접근성이 더 높은 가능성을 지님에도 불구하고 이러한 결과를 갖는 점은 흥미롭다.

<그림 2> 이용자의 공공-비영리병원과의 지리적 근접성



앞 서 언급한 두 결과는 상대적으로 정보력이 낮은 이용자가 특정 법적 형태의 병원을 선택한다는 것을 의미한다. 따라서 본 연구가 제시한 가설 1은 지지되고 있다. 동일한 서비스를 제공하는 비영리병원과 공공병원의 법적 형태에 따라 다른 성과를 산출하거나 관리 전략을 지닐 수 있다는 등의 논의는 있었지만(Hirth, 1999; Kapur & Weisbrod, 2000; Johansen & Zhu, 2013), 본 연구는 의사결정자인 환자 입장에서 특정 조직을 상이하게 선택하는 메커니즘을 확인했다는 점에서 의미가 있다.

다음으로, 이용자는 정보탐색비용이 높을수록 비영리조직보다는 공공조직을 선택을 하는 것을 발견하였다. 이로써 가설 2도 지지되고 있다. 두 번째 가설은, 불확실성 하에 처한 이용자는 영리조직 보다는 비영리조직을 긍정적으로 인지한다는 계약이론(contract theory)의 적용이 공공조직과 비영리조직에도 있어서도 존재할 수 있다는 가능성을 제시해주는 결과이다.

본 연구의 결과는 이용자의 특정 법적 형태의 제공기관 선택이 이용자의 정보탐색비용 정도에 따라서 차이가 날 수 있음을 밝히고 있다. 이러한 결과는 공공 또는 민간비영리 제공기관의 확대를 통해 이용자의 서비스 선택권을 강화한다고 알려져 있지만, 이러한 선택권의 강화가 일부 이용자에게만 한정될 수 있음을 시사한다. 또한, 취약계층에게 서비스 접근성을 높이는 것이 정책적인 목적이라면, 비영리조직보다는 공공 조직을 확충하는 것이 보다 적합할 수 있다는 점도 시사한다.

V. 결 론

본 연구는 의료서비스 시장 하나를 택하여, 그 시장에서 서비스를 제공받았던 모든 환자에 대하여, 병원 선택 행사에 있어서 야기되는 정보탐색비용이 비영리병원 선택 시와 공공병원 선택 시 차이를 지니는지를 분석하고 있다. 본 연구의 연구문제는 기존 비영리조직과 공공조직의 서비스에 대한 이용자의 상이하게 인지한다는 논쟁의 외연을 확대하기 위한 시도이다. 구체적으로, 논의의 기저가 된 비영리조직과 영리조직의 선택에 있어 논의되는 불완전한 계약이론(contract theory)이 비배분제약을 동일하게 지닌 비영리조직과 공공조직에도 적용되는지 이론적 논의를 구성하고, 이를 실증적인 검증을 해본다는 점에서 학술적인 의의가 있다.

이를 분석하기 위해서, 비영리조직과 공공조직이 상당기간동안 안정적으로 공존하였던 뉴욕 의료시장 사례를 선택하였다. 그리고 이용자가 선택할 수 있는 제공기관을 식별하여 선택범주(choice set)를 설정하고, 각 제공기관의 관측 불가능한 특성은 개별 가변수를 설정한 이산선택모형을 통해 분석하였다. 나아가 이용자의 특성과 제공기관의 특성은 동시에 이용자의 서비스 선택에 중요하게 영향을 미칠 수 있으므로, 이들을 모두 고려하였다. 분석 결과, 이용자가 공공서비스를 제공하는 기관 선택 시 야기되는 정보탐색비용이 존재하는데, 그 비용이 법적 형태에 따라 상이하다는 점을 확인하였다.

본 연구의 분석 결과는 다음의 정책적 시사점을 제공한다. 이용자가 스스로 공공서비

스의 유형 및 종류, 그리고 제공기관을 선택하는 상황은 점차 많아지고 있다. 이러한 상황에서, 제공기관의 법적 형태에 따라 이용자의 정보탐색비용은 다를 수 있다. 구체적으로 정보탐색비용이 더 높을수록 공공조직이 제공하는 서비스를 선택하는 경우가 있을 수 있음을 확인하였다. 이는 공공조직의 서비스 공급 저변의 확대를 위해 민간부문을 활용할 때, 이용자 초과 수요는 어느 정도 완화할 수는 있지만, 정보탐색에 취약한 이용자의 선택권은 자동적으로 확대되지 않을 가능성을 보여준다. 따라서 국가가 국민에게 직접 서비스를 선택할 수 있는 정책을 제안할 때, 선택에 야기되는 비용을 완화시키거나 내재화(internalization)하는 방법도 고민해야할 필요가 있음을 시사한다. 왜냐하면, 이용자 입장에서는 정보탐색비용을 어느 정도 감내할 수 있는 이용자만이 주어진 선택권을 최적이라고 여기는 대로 행사 수 있을 것이기 때문이다. 따라서 국가는 정보탐색비용이 높을 공공서비스를 제공하는 경우에는 제공기관의 수를 민간을 통해 늘리는 것 보다는, 공공기관의 수나 규모를 확장하는 것이 이들의 선택권을 보다 확대시킬 여지가 있음을 보여주고 있다는 데 정책적 시사점이 있을 것이다.

다만, 본 연구는 다음의 한계를 갖는다. 첫째, 가용한 자료의 한계로, 이용자의 선택에 야기되는 정보탐색비용을 취약계층인지 여부와 지리적 접근성의 두 차원에서 측정하고는 있지만, 기존 논의와 같이 이용자가 처해있는 정보력의 상황을 반영하는데 여전히 한계가 있다. 다만, 각 개별 제공기관에 대한 정보를 투영하여 실제 이용자가 여러 가지 대안들을 고려 한 후에 나타난 선택 행위에 대한 분석을 시도했다는 점에서 의미가 있을 것이다. 다음으로, 본 연구는 의료서비스 시장 중에서 미국의 뉴욕카운티 시장에 한정된 분석을 하고, 2000년대의 데이터라는 점에서 어느 정도 시의성이 낮을 수는 있다. 그러나 앞서 언급했다시피, 해당 분석 기간 동안 뉴욕카운티 의료 시장에서 비영리조직과 공공조직의 공존하고 안정적으로 지속되었던 특수한 시기이며, 정보 비대칭성이 높은 의료 시장이라는 점에서 연구자에게 보다 적합한 사례로 판단되었다는 점에서는 분석의 적절성이 있다. 향후 이러한 논의의 한계를 개선할 수 있도록 다른 종류의 공공서비스 그리고 다른 지역을 분석대상으로 확장한 후속 연구가 필요할 것이다.

참고문헌

- 김민영·백승주·금현섭. (2012). 기관경쟁과 이용자선택이 사회서비스만족도에 미치는 영향. 「지방정부연구」, 15(4), 153-176.

- 김인. (2010). 사회복지 서비스 전달에 있어서 바우처 제도의 시장 경쟁성과 수급자 선택권이 서비스 질에 미치는 영향. 「한국행정논집」, 22(2), 397-426.
- 노연희. (2008). 비영리 사회복지조직의 시장지향성에 대한 탐색적 연구: 장애인 직업재활시설을 중심으로. 「한국행정학보」, 42(2), 305-326.
- 노종호. (2008). 비영리조직의 시장점유와 시장경쟁이 의료서비스의 질에 미치는 영향에 관한 연구. 「한국행정학보」, 42(1), 273~292.
- 복홍석. (2012). 「이산선택모형을 활용한 경제분석기법 연구」, 한국공정거래조정원.
- 신가희·최근호·문명재. (2016). 지방정부의 민간위탁 결정에 미치는 영향요인에 관한 연구: 거래비용개념의 외연적 확장을 중심으로. 「지방정부연구」, 20(1), 427-455.
- 양난주·임세희·한성윤. (2012). 사회복지서비스 제공기관의 영리·비영리성이 이용자만족도에 미치는 영향. 「한국사회복지행정학」, 14(4), 27-52.
- 양난주. (2009). 노인돌봄바우처 정책집행분석: 선택과 경쟁은 실현되는가? 「한국사회복지학회」, 61(3), 77-101.
- 양난주. (2015). 사회복지서비스 바우처 정책 평가. 「한국사회정책」, 22(4), 189-223.
- 유현중. (2014). 사회복지서비스 전달체계의 비교복지국가론적 분석. 「한국행정연구」, 23(1), 1-38.
- 이광수·이정수·홍상진·전봉재. (2010). 공간적 거리와 한방병원 서비스의 이용 간의 관계에 관한 연구. 「보건의료산업학회지」, 4(2), 23-31.
- 이인경·박종연·채명문·이해중, & 김동기. (1997). 기업병원과 대학병원의 병원선택 및 환자만족도 요인 비교. 「보건행정학회지」, 7(1), 32-54.
- 이재복·박상인. (2011). 사회복지서비스 공급 기관의 거리와 영리성이 바우처 이용에 미치는 영향에 관한 실증연구 -산모신생아도우미 바우처 시장을 중심으로. 「한국정책학회보」, 20(4), 371-399.
- 정은아. (2013). 사회복지서비스 이용자 선택과 선택의 중요성 인식이 이용만족도에 미치는 영향 -제공기관과 제공자 선택을 중심으로. 「사회서비스연구」, 4(1), 5-57.
- 전영한. (2009). 공공부 민간조직 비교연구 메타분석: Sayre 명제의 재검증. 「행정논총」, 47(2), 61-93.
- 조근식·김공록·엄태호. (2010). 정책수단의 변화로 인한 효과성 분석-가사간병서비스의 전자바우처 전환을 중심으로. 「한국정책학회보」, 19(4), 249-272.
- 진미정·유재연. (2012). 지리적 근접성이 건강가정지원센터 프로그램 참여에 미치는 영향 분석. 「Family and Environment Research」, 50(7), 13-20.
- 최희진·정광호. (2012). 의료서비스분야의 편익적 선취 (cream-skimming) 에 관한 예비적 고찰. 「지방정부연구」, 16(2), 151-173.
- Amirkhanyan, A. A., Kim, H. J., & Lambright, K. T. (2008). Does the public sector outperform the nonprofit and for-profit sectors? Evidence from a national panel study on nursing home quality and access. *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(2).

- Andreasen, A. R., & Manning, J. (1990). The dissatisfaction and complaining behavior of vulnerable consumers. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 3(1), 12-20.
- Arrow, K. J. (1964). The role of securities in the optimal allocation of risk-bearing. *The Review of Economic Studies*, 31(2): 91-96.
- American Hospital Association. (2003, 2004, 2008, 2009). AHA guide to the health care field: Health Forum, *American Hospital Association*.
- Ben-Ner, A., & Hoomissen, T. (1992). An Empirical Investigation of The Joint Determination of The Size of The For-profit, *Nonprofit and Government Sectors*. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 63(3): 391-415.
- Berry, S., Levinsohn, J., & Pakes, A. (2004). Differentiated products demand systems from a combination of micro and macro data: *The new car market*. *Journal of Political Economy*, 112(1): 68-105.
- Cookson, R., Dusheiko, M., Hardman, G., & Martin, S. (2010). Competition and Inequality: Evidence from the English National Health Service 1991-2001. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20(2):181-205.
- Dixon, A., & Le Grand, J. (2006). Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(3), 162-166.
- Dreves, F., Tschulin, D.K., & Lindenmeier, J. (2014). Do patient perceptions vary with ownership status? A study of nonprofit, for-profit, and public hospital patients. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 43(1): 164-184.
- Dowding, K., & John, P. (2008). The Value of Choice in Public Policy. *Public Administration*, 87(2), 219-233.
- Federal Trade Commission (FTC) (2012), Competition in Hospital Services, Working party No. 2 on Competition and Regulation, Organisation for Economic Co-operation and Development, United States.
- Gusmano, M. K., Courtney Burke, and Frank J. Thompson. (2012). Health Care Politics and Policy in New York State. In *The Oxford Handbook of New York State Government and Politics*. Publication no. 10.1093/oxfordhb/9780195387230.013.0022.
- Handy, F., Seto, S., Wakaruk, A., Mersey, B., Mejia, A., & Copeland, L. (2010). The discerning consumer: Is nonprofit status a factor? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 39(5): 866-883.
- Hansmann, H.B. (1980). The role of nonprofit enterprise. *The Yale Law Journal*, 89(5): 835-901.
- Hirth, R.A. (1999). Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics*, 18(2): 219-240.

- Jacobs, B., Bigdeli, M., Leslie, P., & Van Damme, W. (2011). Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy and Planning*, 27(4): 288-300.
- Jilke, S., Van Ryzin, G. G., & Van de Walle, S. (2016). Responses to Decline in Marketized Public Services: An Experimental Evaluation of Choice Overload. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 26(3), 421-432.
- Johansen, M., & Zhu, L. (2013). Market competition, political constraint, and managerial practice in public, nonprofit, and private American hospitals. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(1), 159-184.
- Kapur, K., & Weisbrod, B. A. (2000). The roles of government and nonprofit suppliers in mixed industries. *Public Finance Review*, 28(4), 275-308.
- Kissane, R. J. (2010). We call it the badlands: How social-spatial geographies influence social service use. *Social Service Review*, 84(1), 3-28.
- Krieger, N., Chen, J.T., Waterman, P.D., Rehkopf, D.H., & Subramanian, S.V. (2005). Painting a truer picture of US socioeconomic and racial/ethnic health inequalities: the Public Health Disparities Geocoding Project. *American Journal of Public Health*, 95(2): 312-323.
- Kwon, I., & Park, S. (2018). Public-Private Mixed Delivery and Information Effects. *Economica*, 85(337), 75-91.
- Le Grand, J. (1991). Quasi-markets and social policy. *Quasi-Markets and Social Policy*, 101(408), 1256-1267.
- Le Grand, J. (2011). Quasi-Market versus State Provision of Public Services: Some Ethical Considerations. *Public Reason*, 3(2), 80-89.
- Lee, J. B. (2017). Applying voucher markets in rural local municipalities: fiscal capacity and competition in the Korean elderly program. *International Review of Public Administration*, 22(1), 32-44.
- Lowery, D. (1998). Consumer sovereignty and quasi-market failure. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(2), 137-172.
- McFadden, D. (1974). The measurement of urban travel demand. *Journal of Public Economics*, 3(4): 303-328.
- McLafferty, S., & Grady, S. (2005). Immigration and geographic access to prenatal clinics in Brooklyn, NY: a geographic information systems analysis. *American Journal of Public Health*, 95(4), 638-640.
- Newhouse, J.P. (1970). Toward a theory of nonprofit institutions: An economic model of a hospital. *The American Economic Review*, 60(1): 64-74.
- Phelps, C.E. (2013), *Health Economics*/Edition 5, London, UK: Pearson Education Inc.

- Pop, D., & Radu, R. (2013). Challenges to Local Authorities under EU Structural Funds: Evidence from Mixed Quasi-markets for Public Service Provision in Romania. *Journal of Common Market Studies*, 51(6), 1108-1123.
- Roh, C.Y., & Lee, K.H. (2005). Hospital choice by rural Medicare beneficiaries: does hospital ownership matter?—a Colorado case. *Journal of Health and Human Services Administration*, 28(3): 346-365.
- Roh, C.Y., & Moon, M.J. (2005). Nearby, but not wanted? The bypassing of rural hospitals and policy implications for rural health care systems. *Policy Studies Journal*, 33(3): 377-394.
- Roh, C.Y., Lee, K.H., & Fottler, M.D. (2008). Determinants of hospital choice of rural hospital patients: The impact of networks, service scopes, and market competition. *Journal of Medical Systems*, 32(4): 343-353.
- Schlesinger, M., Mitchell, S., & Gray, B.H. (2004). Restoring public legitimacy to the nonprofit sector: A survey experiment using descriptions of nonprofit ownership. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 33(4), 673-710.
- Sloan, F. A. (1998). Commercialism in Nonprofit Hospitals. *Journal of Policy Analysis and Management*, 17(2), 234-252.
- Train, K(1999), *Discrete Choice Methods with Simulation*, Cambridge University Press.
- Teske, P., Schneider, M., Mintrom, M., & Best, S. (1993). Establishing the micro foundations of a macro theory: Information, movers, and the competitive local market for public goods. *American Political Science Review*, 87(3), 702-713.
- Van Slyke, D. M. (2003). The mythology of privatization in contracting for social services. *Public administration review*, 63(3), 296-315.
- Van Slyke, D. M., & Roch, C. H. (2004). What do they know, and whom do they hold accountable? Citizens in the government-nonprofit contracting relationship. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 14(2), 191-209.
- Victoor, A., Rademakers, J., Rooijen, M. R.-v., Jong, J. d., Delnoij, D., & Friele, R. (2014). The effect of the proximity of patients' nearest alternative hospital on their intention to search for information on hospital quality. *Journal of health services research & policy*, 19(1), 4-11.
- Wamsley, G. L., & Zald, M. N. (1973). The political economy of public organizations. *Public Administration Review*, 62-73.

ABSTRACT

A Study of Consumer Choices in Public and Nonprofit Organizations: The Case of New York County Health Service Markets

Jae Bok Lee & Sangin Park

The aim of this article is to investigate the extent to which patient choices of public or nonprofit hospitals relies on their barriers to access. The article uses a consumer choice model with patient data on cardiac inpatients, and provider data on four public and ten nonprofit hospitals from 2003 to 2009. The results reveal that patients who can deal with access barriers are less likely to choose nonprofit hospitals compared to public hospitals. This supports contract failure theory for nonprofit versus public ownership status in response to the costs incurred to overcome such barriers. The findings present new insights for policy-makers by showing that strategies are needed to address the choice divide identified here.

【Keywords: nonprofit-public organization, choice, health service market, contract theory】