연구보고서 2021-03

보건의료 재정 지출 효율화를 위한 사례 연구

고숙자
황안나·장익현·홍희정·박영선·전진아·정소라

사람을
생각하는
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

연구진

연구책임자	**고숙자**	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	**황안나**	한국보건사회연구원 연구원
	장익현	한신대학교 교수
	홍희정	경성대학교 교수
	박영선	한국보건사회연구원 연구원
	전진아	한국보건사회연구원 연구위원
	정소라	한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2021-03

보건의료 재정 지출 효율화를 위한 사례 연구

발 행 일	2021년 2월
발 행 인	조 흥 식
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처	㈜에이치에이엔컴퍼니

ⓒ 한국보건사회연구원 2021

ISBN 978-89-6827-451-0 93510
https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.03

발|간|사

OECD의 대다수 국가에서 국민의료비가 증가하고 있는데, 특히 우리나라의 증가율이 상당히 높다고 할 수 있다. 의료비의 증가 추세가 사회 전체적으로 부적절하다는 것은 아니라, 적정한 의료비 수준으로 효과적으로 지출하는 체계가 중요하다는 것이다. 정부의 재정지출 증가는 사회적으로 후생을 더 높일 수 있는 긍정적인 방향이라고 할 수 있다. 각 국가들은 지속적으로 보건의료개혁을 시도하고 있고 다양한 시점에서 다양한 여건으로 시작된다고 할 수 있다. 개혁의 시작은 각 국가가 지니고 있는 재정적 여건, 제도상의 규제, 전달체계 내에서의 인센티브, 경제적 상황 등과 관련하여 지니고 있는 문제점을 해결하기 위해 다양하게 시도되고 있다. 각 국가들이 지니고 있는 문제가 유사하다고 하더라도 보건의료에 대한 이해관계자의 가중치가 다르며, 문제를 해결하기 위한 과정에서 정치적 우선순위가 달라지게 된다.

본 연구에서는 우리나라보다 고령화를 먼저 겪고 있으며 보건의료재정의 지속성을 위해 개혁을 수행한 핀란드와 스웨덴의 사례를 중심으로 보건의료재정의 효율적·합리적 관리를 어떻게 수행하고 있는 지를 살펴보았다. 의료보장을 위한 조세·재정체계의 구조를 살펴보고, 의료재정 지출 및 관리의 합리화·효율화를 위한 제반의 정책사례를 고찰·시사점을 도출함으로써, 초고령사회에 직면한 우리나라의 의료재정과 관련한 당면과제를 추론하고 대응방안을 모색하고 한 점에서 시사점을 찾을 수 있을 것이다.

보건의료영역에서 유럽국가인 핀란드와 스웨덴을 중심으로 하여 사회보장제도에 대한 재정 측면에서의 사례를 분석하는 출발점에 있으며, 보건의료재정 뿐 아니라 복지와 사회서비스에 이르는 영역까지 포괄한 재정관련 연구가 수행되기 기대한다.

본 보고서는 고숙자 연구위원의 책임하에 전진아 연구위원, 황안나 연구원, 정소라 연구원, 박영선 연구원, 장익현 교수, 홍희정 교수가 참여하여 작성하였다. 그리고 워크숍과 검독과정에서 귀중한 조언을 해주신 원내의 윤강재 연구위원, 이용갑 건강보험연구원장께도 감사의 뜻을 전한다.

끝으로, 본 보고서의 모든 내용은 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식적 견해가 아님을 밝혀둔다.

2021년 2월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서론 ····· 7

제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 9

제2절 연구의 내용 및 방법 ····· 15

제2장 우리나라 보건의료·장기요양 재정관련 현안 ····· 17

제1절 보건의료 현안 ····· 19

제2절 장기요양 현안 ····· 26

제3장 핀란드의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례 ····· 31

제1절 핀란드 보건의료·장기요양 체계 개요 ····· 34

제2절 핀란드의 의료개혁 동향 ····· 42

제3절 핀란드의 장기요양 개혁 동향 ····· 54

제4절 핀란드의 재원조달 및 재정 구조 ····· 75

제5절 소결 ····· 87

제4장 스웨덴의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례 ····· 91

제1절 스웨덴 보건의료·장기요양 체계 개요 ····· 95

제2절 스웨덴의 의료개혁 동향 ····· 105

제3절 스웨덴의 장기요양 개혁 동향 ····· 120

제4절 스웨덴의 재원조달 및 재정 구조 ····· 132

제5절 소결 ····· 153

제5장 정책적 시사점 및 결론 ····· 159

제1절 핀란드 및 스웨덴의 고령화 및 경제위기에서의 대응 ····· 163

제2절 결론 ····· 169

참고문헌 ····· 175

표 목차

〈표 1-1〉 OECD국가의 일인당 GDP 및 보건의료비 지출 증가율: OECD 평균, 2003-2018 ····· 10
〈표 1-2〉 의료비 통제 전략 ····· 12
〈표 2-1〉 OECD국가 의사 1인당 방문 수 및 재원일 수 ····· 25
〈표 2-2〉 OECD 국가 장기요양서비스 이용자 규모(2018년 기준) ····· 29
〈표 3-1〉 핀란드의 정치동향 ····· 33
〈표 3-2〉 핀란드의 주요 보건의료개혁 ····· 47
〈표 3-3〉 핀란드 보건의료비 추이 ····· 75
〈표 3-4〉 핀란드 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이 ····· 77
〈표 3-5〉 핀란드 전체 보건의료비 대비 공공부문 보건의료비의 분야별 비중 추이 ····· 77
〈표 3-6〉 핀란드 공공부문 보건의료비 분야별 비중: 2017년 및 2019년 ····· 78
〈표 4-1〉 스웨덴의 최근 정당별 의석 변화 ····· 94
〈표 4-2〉 스웨덴의 최근 정당별 의석 변화 ····· 95
〈표 4-3〉 의료비 관리 정책의 전개 ····· 106
〈표 4-4〉 스웨덴의 주요 보건의료개혁: 2000-2011 ····· 108
〈표 4-5〉 OECD 주요국의 세원별 비중: 2019년 기준 ····· 133
〈표 4-6〉 OECD 주요국의 정부별 세수 비중: 2019년기준 ····· 134
〈표 4-7〉 스웨덴 보건의료비 추이 ····· 141
〈표 4-8〉 스웨덴 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이 ····· 142
〈표 4-9〉 스웨덴 전체 보건의료비 대비 공공부문 보건의료비의 분야별 비중 추이 ····· 143
〈표 5-1〉 핀란드 및 스웨덴의 경제성장률(GDP증감률) 추이 ····· 163
〈표 5-2〉 제도변화의 유형 ····· 168

그림 목차

[그림 1-1] OECD국가의 보건의료비 지출 증가율: OECD 평균, 2003-2018 ····· 10
[그림 2-1] OECD대비 의료비 지출 수준 변화 ····· 20
[그림 2-2] 건강보험 지출 전망 결과 ····· 21
[그림 2-3] 정부 공공부문 보건의료 지출의 구조 ····· 22
[그림 2-4] 우리나라의 연도별 장기요양기관 및 인력 변화(2009-2019) ····· 26
[그림 2-5] 지역별 재가시설기관 현황: 2019년 ····· 27
[그림 2-6] 연도별 장기요양보험 수익-지출 현황(2013-2019) ····· 28
[그림 2-7] 장기요양보험 재정추이: 2018-2027년 ····· 29
[그림 3-1] 핀란드 보건의료 체계 개요 ····· 37
[그림 3-2] 핀란드의 장기요양 재원 비중 ····· 39
[그림 3-3] 핀란드 시설 중심돌봄과 가정 돌봄의 투자 비용 ····· 41
[그림 3-4] 핀란드의 연령대별 가정내 돌봄 비중 ····· 41
[그림 3-5] 75세 이상 인구 중 비공식 돌봄 및 공식 재가요양서비스 이용자 비중 ····· 65
[그림 3-6] 핀란드 보건의료비 추이 ····· 75
[그림 3-7] 핀란드 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이 ····· 76
[그림 3-8] 핀란드의 재정흐름 ····· 80
[그림 4-1] 스웨덴의 보건의료조직 ····· 99
[그림 4-2] 스웨덴의 재가서비스 이용자 추이: 2007년~2017년 ····· 103
[그림 4-3] 스웨덴의 특수시설서비스 이용자 추이: 2007년~2017년 ····· 103
[그림 4-4] 광역자치단체 세출의 기능별 비중: 2019년 ····· 135
[그림 4-5] 광역자치단체 세입 구성 ····· 136
[그림 4-6] 기초자치단체 세입 구성 ····· 137
[그림 4-7] 스웨덴 보건의료비 추이 ····· 140
[그림 4-8] 스웨덴 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이 ····· 142
[그림 4-9] 스웨덴 공공부문 보건의료비 분야별 비중 추이 ····· 143
[그림 4-10] 스웨덴 노인요양서비스 재원현황 (2011년-2017년) ····· 145
[그림 4-11] 스웨덴 노인요양제도 분야 종사자 인건비 구성 ····· 146

〔그림 4-12〕 스웨덴의 보건의료재정흐름 ····· 147
〔그림 5-1〕 의료비 지출 곡선 ····· 162
〔그림 5-2〕 2019년 보건의료비용의 GDP 점유율 ····· 170

Abstract

A Case Study on Health Care Financing Efficiency

Project Head: Ko, Sukja

Due to the aging population, rapid increase in medical expenses, sustainability of government finances, access to health care, there are challenges for health care reform. This study aims to examine the financial system for medical security in Finland and Sweden, and to consider and draw policy mplications for efficiency of medical financial expenditure and management.

In Finland, municipalities are primarily responsible for organizing and financing the healthcare system. It is increasing the economic burden of local governments, and a plan to change health care expenditure through Kela to direct support from the central government for public health services has been discussed, but the fiscal system remains complex. However, since the SOTE legislation has been passed, and changes should be carefully observed in the future.

The Swedish medical system provides medical services to the residents using the local finances of the region. In terms of medical finance, this acts as an incentive for local governments

Co-Researchers: Hwang Anna · Jang, Ikhyun · Hong, Hee-Jeong · Park, Youngsun · Jun, Jina · Jeong, Sora

to provide medical services that residents need within the scope of each year's tax revenue with high efficiency. The central government is seeking ways to manage the quality of services. By integrating treatment, caring, and welfare services into the municipality, the fragmentation of the delivery system is reduced, and the responsibility for payment for social hospitalization is also imposed, thereby reducing social hospitalization and providing appropriate care for the local community.

It can be said that Korea is in a transitional period in the sustainability of health and medical finances, coupled with changes in the economy, society, and population structure. In order to prepare for the increase in financial demand to expand social welfare, it is necessary to prepare a plan to secure a sufficient tax base. It will be necessary to clearly separate the mandates and duties between the central and local governments so that they can focus on providing high-quality medical and welfare services for residents.

Keyword : Health Care, Financing, Case study, Sweden, Finland

요약

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라를 포함한 많은 국가들이 당면하고 있는 보건의료체계의 개혁 과제는 인구 고령화, 급격한 의료비 증가와 정부재정의 지속가능성, 보건의료 접근성, 의료체계의 효율성 등이 있다. 본 연구에서는 우리나라보다 고령화를 먼저 겪고 있으며 보건의료재정의 지속성을 위해 개혁을 수행한 외국사례 특히, 핀란드와 스웨덴을 중심으로 보건의료재정의 효율적·합리적 관리를 어떻게 수행하고 있는지를 살펴보고자 한다. 고령사회의 사회적 영향은 동일하지 않고, 재정적 영향의 규모 또한 예측이 어려운 영역이나 외국의 의료재정운용에 대한 경험 분석을 통해 향후 우리나라 의료보장제도에서 당면하게 될 과제를 모색할 필요가 있을 것이다. 그리고 심화되고 있는 저성장·양극화 그리고 저출산·고령화에 동시적으로 대응하는 합리적인 의료보장 및 의료재정 체계에 대한 심도 있는 연구가 필요하다.

본 연구에서는 유럽 복지국가의 의료보장을 위한 조세·재정체계의 구조를 살펴보고, 의료재정 지출 및 관리의 합리화·효율화를 위한 제반의 정책사례를 고찰·시사점을 도출함으로써, 초고령사회에 직면한 우리나라의 의료재정과 관련한 당면과제를 추론하고 대응방안을 모색하고자 한다.

2. 주요 연구결과

우선, 우리나라의 보건의료 및 장기요양과 관련한 재정 현안을 살펴보았다. 우리나라의 의료비 지출수준은 OECD 국가에 비해 높지는 않지만 매우 급격한 증가 속도를 보이고 있다. 또한 고령화가 급속히 진행되면서 장기요양보험재정지출도 가파르게 증가하고 있어, 향후 의료 및 장기요양과 관련한 재정 문제가 더욱 심각해 질 것으로 예상된다.

핀란드에서는 기본적으로 지방자치단체가 의료시스템을 조직하고 재정을 지원하는 것을 책임지고 있다. 지방자치단체는 서비스를 제공함에 있어 자체적으로 제공을 하거나 다른 지자체와 협력 하에 의료서비스를 제공할 수도 있고, 민간 기관으로부터 서비스를 구매할 수도 있다. 급속히 고령화되는 사회적 흐름은 보건 및 사회서비스를 제공하는데 핵심적인 역할을 하는 지방정부의 경제적 부담을 가중시키고 있다. 현재 Kela를 통한 보건의료지출을 공공보건서비스에 대한 중앙정부의 직접지원으로 변경하는 계획안이 논의되었지만, 여전히 재정체계는 복잡한 체계를 유지하고 있는 실정이라 할 수 있다. 그러나 SOTE 법안이 통과되어 2020년 1월부터 시행되고 있으므로 이에 대한 평가는 지금 당장 할 수는 없으며, 앞으로 변화를 주의 깊게 살펴보아야 할 것이다. 다양한 보건의료서비스 제공자와 돌봄서비스 제공자들 간의 보다 통합적이고 잘 조정된 서비스를 제공할 수 있도록 하는 길을 열 것으로 기대되고 있다. 또한, 이용자의 선택의 폭을 넓히는 새로운 제도들을 등장은 이용자의 선택의 자유를 증진시켜 서비스의 질을 향상시킬 것으로 기대되고 있다.

스웨덴의 의료제도는 기본적으로 광역의 지방재정과 이용자의 본인부담을 재원으로 하여 주민에게 의료서비스를 제공하고 있다. 이는 의료재정의 측면에서 보면, 지자체는 각 연도의 세수의 범위 내에서 주민이 필요로 하는 의료서비스를 어느 정도 높은 효율성으로 제공할 것인가를 생각하게 되면서, 어떤 분야에 어느 정도의 예산을 배분할 것인가, 그리고 어느 정도 의사와 간호사를 배치해야 할 것인가를 고려하게 되었다. 예산초과의 경우 지방세의 세율 인상이 필요하므로, 의료서비스를 받는 필요도에 대해 환자를 구분하고 필요성이 높은 의료행위와 처방을 하도록 동기를 부여하기가 용이하다고 할 수 있다. 환자가 진료를 받기까지의 대기기간은 다소 길지만, 에델개혁의 결과로, 경쟁이 비용이 아니라 서비스에

의한 경쟁을 추구하였고, 국제적으로 보아도 질 평가 수준이 높고, 의료서비스가 필요한 곳에는 양질의 서비스를 받는 것으로 평가된다. 다만, 민간업체도 지방자치단체와 계약을 통하여 서비스를 제공하며, 이로 인한 지역별 서비스의 차이가 발생하지 않도록 중앙정부가 서비스 질을 관리하는 방안을 모색하고 있다. 또한 진료와 돌봄, 복지서비스를 기초자치단체에 통합시킴으로써 전달체계의 분절성을 완화하고 사회적 입원에 대한 지불책임도 부과함으로써 사회적 입원의 감소, 기초자치단체의 지역사회에 적합한 돌봄과 퇴원환자의 관리를 시행하고 있다.

3. 결론 및 시사점

우리나라는 경제·사회·인구구조의 변화와 맞물려 보건의료재정의 지속성에 있어서 과도기에 있다고 할 수 있다. 본 연구에서는 미래지향적인 의료재정운용 방향을 모색을 위하여 우리나라보다 앞서 인구고령화와 의료재정위기를 경험한 유럽 국가 중에 스웨덴과 핀란드를 중심으로 의료재정의 변화 및 개혁방향을 고찰하였다. 스웨덴의 조세 체계를 보면 단순하면서도 세입의 규모가 크기 때문에 지방자치를 실현하는데 있어 효율적으로 구성되어 있다. 사회복지 확대를 위한 재정수요 증대에 대비하기 위해 과세베이스를 충분히 확보할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 중앙정부와 지방정부 간 권한과 의무를 명확히 구분하여 주민을 위한 질 높은 의료복지 서비스를 제공하는 것에 집중할 수 있도록 할 필요가 있을 것이다.

키워드 : 보건의료, 재정, 사례연구, 핀란드, 스웨덴

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

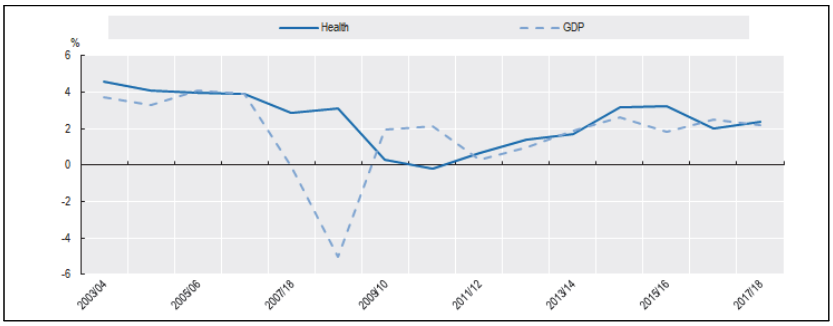
제1절 연구의 배경 및 목적

우리나라를 포함한 많은 국가들이 당면하고 있는 보건의료체계의 개혁 과제는 인구 고령화, 급격한 의료비 증가와 정부재정의 지속가능성, 보건의료 접근성, 의료체계의 효율성 등이 있다. OECD 국가에서 보건의료개혁을 필요로 하는 요인으로, 보건의료 및 장기요양에 대한 지출 증가와 이에 따른 정부재정지출 증가, 접근성 및 예산배분의 문제, 보건의료서비스 공급에 있어서의 비용 및 효율성 문제 등이 작용하고 있다.

특히, 보건의료분야에서 보건의료비 증가 곡선의 변곡점에 대한 이슈가 논쟁이 된 적이 있다(Blumenthal, Stremikis, & Cutler, 2013). 보건의료비는 1960년 이후부터 GDP 증가율보다 2.3% 더 증가하였으나, 2012년~2013년에 보건의료비 지출이 일인당 0.95%만이 증가하여, 일인당 GDP 증가율보다 낮았다. 이에 대해, 비용 증가가 하락한 것은 경기침체의 결과이며, 경기가 다시 회복될 경우 보건의료비 지출도 증가하게 될 것이라는 견해가 있는 반면에, 비용통제를 위한 조치들이 실제로 작동하게 될 것으로 예상되며, 향후 의료비 지출 증가가 감소하게 될 것이라는 견해도 있다(정영호, 고숙자, 이견직, 김대은, 차미란, 2015).

〔그림 1-1〕 OECD국가의 보건의료비 지출 증가율: OECD 평균, 2003-2018

(단위: %)



자료: OECD. (2019a). Health at a Glance 2019.
(www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm에서 2021.01.20. 인출.)

〈표 1-1〉 OECD국가의 일인당 GDP 및 보건의료비 지출 증가율: OECD 평균, 2003-2018

(단위: %)

연도	보건의료비 지출 증가율	일인당 GDP 증가율
2003/04	4.58	3.74
2004/05	4.08	3.31
2005/06	3.94	4.06
2006/07	3.88	3.90
2007/08	2.87	-0.09
2008/09	3.13	-5.03
2009/10	0.27	1.94
2010/11	-0.22	2.15
2011/12	0.65	0.30
2012/13	1.38	0.95
2013/14	1.69	1.91
2014/15	3.17	2.64
2015/16	3.20	1.79
2016/17	1.97	2.49
2017/18	2.40	2.20

자료: OECD. (2019a). Health at a Glance 2019.
(www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm에서 2021.01.20. 인출.)

OECD의 대다수 국가에서 국민의료비가 증가하고 있는데, 특히 우리나라의 증가율이 상당히 높다고 할 수 있다. 일반적으로 소득이 증가하면 의료에 대한 수요가 증가한다고 할 수 있다. 다만, 의료비의 증가 추세가 사회 전체적으로 부적절하다는 것은 아니다. 적정한 의료비 수준으로 효과적으로 지출하는 체계가 중요하다는 것이다. 즉, 보건의료서비스에 대한 수요 증가가 소득 증가보다 높다고 하는 경우 또는 의료기술의 발달로 인한 비용 증가에 비해 상대적으로 의료 질 향상을 보장받을 수 있다고 하는 경우에는 정부의 재정지출 증가는 사회적으로 후생을 더 높일 수 있는 긍정적인 방향이라고 할 수 있다. 이와 같이 보건의료재정 지출 증가가 보건의료개혁이라는 압력 요인으로 작용할 수는 있지만, 당연한 인과관계로 설명할 수는 없다.

그러나 대부분의 국가에서 정부 재정지출 중에 보건의료비가 차지하는 비중이 점차 증가하고 있으며, 공공부문의 재정적자 요인으로 작용하고 있다. 보건의료분야의 재정은 대부분이 사회보험 또는 조세로 충당하고 있으며, 이와 같은 공공부문에서 보건의료서비스를 공급하기 위한 주도적 역할을 담당하고 있다.

1960년대와 1970년대에는 의료비가 급격히 증가하면서 GDP 증가를 상회하는 의료비 증가를 통제하기 위한 정책 방안을 모색하였다면, 최근에는 보다 효율적·효과적으로 의료서비스를 전달하기 위해 노력하고 있다.

〈표 1-2〉 의료비 통제 전략

	미시적 수준	거시적 수준
수요측 접근방식	• 본인부담금과 같은 의료수가에 대한 환자의 인식제고 • 의사의 임상적인 결정에 대한 심사, 의료이용심사, 관리의료 (managed care)	• 병원에 대한 총액예산제 • 개원의에 대한 의료비 지출 한도제
공급측 접근방식	• 인두제, DRGs 등과 같은 경제적 유인장치를 통한 생산의 효율성 제고 • 의료시설의 소유권에 대한 법적규제	• 보건의료자원에 대한 지역간, 계층간 바람직한 배분을 위한 계획 • 보건의료 자원의 연간 총량 제한

자료: 1) Reinhardt U. (1989). Economists in health care: saviors, or elephants in a porcelain shop?. The American economic review.
2) 정영호, 박하영, 권순만, 이견직, 고숙자. (2004). 보건의료시장의 특성과 문제점 및 제도개선 방향- 공급자 행태분석 및 전문가 인식조사를 중심으로. 한국보건사회연구원. p. 102에서 재인용.

공공의 역할이 강한 국가에서는 소비자와 보건의료제공자들이 시장의 경쟁 속에서 보다 효율적으로 행동하도록 유도하기 위해, 보건의료시장에 경쟁원리를 도입하여 시장경쟁을 통한 관리하의 경쟁(managed competition)을 모색하고 있고 반면에, 행위별수가제를 주로 사용해 왔던 국가에서는 행위별수가제가 의료비를 상승시키는 주된 원인으로 인식됨에 따라 이에 대한 대안으로 포괄수가제를 검토 및 실시하는 국가가 증가하고 있다(정영호 외, 2004).

의료비가 지속적으로 상승하더라도 이에 동반하여 의료서비스 성과도 향상된다면 충분히 비용효과적이라 할 수 있으나 현실적으로 성과가 비용 증가만큼 증가하고 있다고 보기는 어렵다. 이는 의사들의 의료서비스 공급에 대한 배분문제로 해석할 수 있는데, 현재의 보건의료서비스가 사회적 관점에서 최적으로 환자의 요구를 만족시키기 보다는 의사들의 공급에 대한 의사결정이 더욱 강하게 작용한다고 볼 수 있다. 다시 말해서, 의사들이 공급하고 있는 의료서비스가 사회적으로 비용대비 효과에 민감한 인센티브를 가지지 못한 것으로 설명할 수 있다.

이와 같은 자원배분이 의사를 중심으로 서비스를 제공하게 된 역사적 배경에는 공공보험 또는 민간보험이 의사들에게 비용효과적인 의료서비스를 공급하도록 결정하는 서비스 공급 및 의뢰 내용을 구체화시키지 못하였고 또한 최적의 자원배분을 달성하기 위한 관리가 부족하였다고 볼 수 있다.

이와 관련하여 지속적으로 제기되는 보건의료개혁은 많은 국가에서 다양한 시점에서 다양한 여건으로 시작된다고 할 수 있다. 개혁의 시작은 각 국가가 지니고 있는 재정적 여건, 제도 상의 규제, 전달체계 내에서의 인센티브, 경제적 상황 등과 관련하여 지니고 있는 문제점을 해결하기 위해 다양하게 시도되고 있다.

그리고 각 국가들이 지니고 있는 문제가 유사하다고 하더라도 보건의료에 대한 이해관계자의 가중치가 다르며, 문제를 해결하기 위한 과정에서 정치적 우선순위가 달라지게 된다. 예를 들어, 보건의료재정의 지속성을 유지하기 위해 본인부담을 증가시키거나 또는 의료공급자에게 부여하는 급여의 인상속도를 늦추는 등의 모습으로 나타날 수 있다. 이러한 과정 속에서 보건의료 접근성 및 만족도의 문제, 의료의 질 또는 대기시간 증가의 문제가 수반될 수 있다.

본 연구에서는 우리나라보다 고령화를 먼저 겪고 있으며 보건의료재정의 지속성을 위해 개혁을 수행한 외국 사례를 중심으로 보건의료재정의 효율적·합리적 관리를 어떻게 수행하고 있는 지를 살펴보고자 한다. 고령사회의 사회적 영향은 동일하지 않고, 재정적 영향의 규모 또한 예측이 어려운 영역이나, 외국의 의료재정운용에 대한 경험 분석을 통해 향후 우리나라 의료보장제도에서 당면하게 될 과제를 예측하고 사전적인 대응방안을 모색할 수 있을 것이다. 그리고 심화되고 있는 저성장·양극화 그리고 저출산·고령화에 동시적으로 대응하는 합리적인 의료보장 및 의료재

정 체계에 대한 심도 있는 연구가 필요하다.

이에, 본 연구에서는 유럽 복지국가의 의료보장을 위한 조세·재정체계의 구조를 살펴보고, 의료재정 지출 및 관리의 합리화·효율화를 위한 제반의 정책사례를 고찰·시사점을 도출함으로써, 초고령사회에 직면한 우리나라의 의료재정과 관련한 당면과제를 추론하고 대응방안을 모색하고자 한다. 그리고 경제·사회구조의 변화에 대응하여 유럽 복지국가들이 경험한 의료재정 개혁 사례를 고찰하고, 개혁의 배경 및 성과에 대한 과정을 살펴봄으로써 우리나라에 주는 시사점을 도출하고자 한다.

다만, 모든 유럽 복지국가를 포함하여 보건의료재정을 검토하는 것이 아니라, 본 연구에서는 핀란드와 스웨덴을 중심으로 검토하고자 한다. 유럽의 복지국가는 내부적인 사회구조 변화, 경제위기 등으로 다양한 사회보장제도가 형성되었으며, 사회보장재정 구조 및 지출도 각 국가의 특수성에 맞추어 발전했다고 볼 수 있다. 이들 국가 중에서 사민주의 유형을 지니고 있는 스웨덴과 핀란드의 사례를 우선적으로 살펴보고자 한다.

기존 연구에서 사회보장제도에 관한 외국 사례는 새로운 제도의 도입 또는 사각지대에 있는 계층을 보호하기 위한 제도 개선 과제를 중심으로 사례를 고찰한 경우가 많았으나, 사회보장제도의 재정 측면에서 외국 사례를 통하여 시사점을 도출하는 연구의 필요성이 연구원 내부에서 제안되었다. 보건의료, 복지, 사회서비스 전반의 사회보장제도에 대한 외국 사례를 재정의 측면에서 고찰하여, 보건의료재정 뿐 아니라 복지와 사회서비스에 이르는 영역까지 포괄한 연구를 순차적으로 진행할 필요가 있음이 제언되었다. 이에 본 연구에서는 보건의료영역에서 유럽국가인 핀란드와 스웨덴을 중심으로 하여 사회보장제도에 대한 재정 측면에서의 사례를 분석하는 출발점에 있다고 할 수 있다.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구에서는 핀란드와 스웨덴의 보건의료재정 지출 효율화를 위한 사례를 살펴보기 이전에 우선, 우리나라의 보건의료 및 장기요양과 관련한 재정 현안을 살펴보았다. 우리나라의 의료비 지출수준은 OECD 국가에 비해 높지는 않지만 매우 급격한 증가 속도를 보이고 있다. 또한 고령화가 급속히 진행되면서 장기요양 재정지출도 가파르게 증가하고 있어, 향후 의료 및 장기요양과 관련한 재정 문제가 더욱 심각해 질 것으로 예상된다.

앞으로 의료재정을 어떻게 운용할 것인지에 대한 방향을 모색하기 위하여, 우리나라보다 앞서 인구고령화와 의료재정위기를 경험한 핀란드와 스웨덴을 중심으로 각 국가의 의료재정의 변화 및 개혁방향에 대한 사례, 그리고 대응전략을 모색하는 과정을 살펴보았다.

핀란드의 경우, 보건의료 및 장기요양체계를 살펴보고, 지방자치단체의 역할과 재정구조 등을 중심으로 한 현황을 고찰하였으며, 재정위기에 직면하였을 때의 보건의료 개혁 동향과 성과를 살펴보았다.

스웨덴의 보건의료 및 장기요양의 재정 지출 효율화를 살펴보기 위해 스웨덴의 보건의료 전달체계, 재정구조 등을 정리하였으며, 경제위기 속에서 재정 지출 효율화를 위한 개혁동향을 중심으로 사례를 고찰하여 시사점을 도출하였다.

마지막으로 스웨덴과 핀란드의 보건의료재정 지출 효율화 사례를 통하여 우리나라에 주는 시사점을 정리하였다.

제2장

우리나라 보건의료·장기요양 재정관련 현안

제1절 보건의료 현안
제2절 장기요양 현안

제 2 장 우리나라 보건의료·장기요양 재정관련 현안

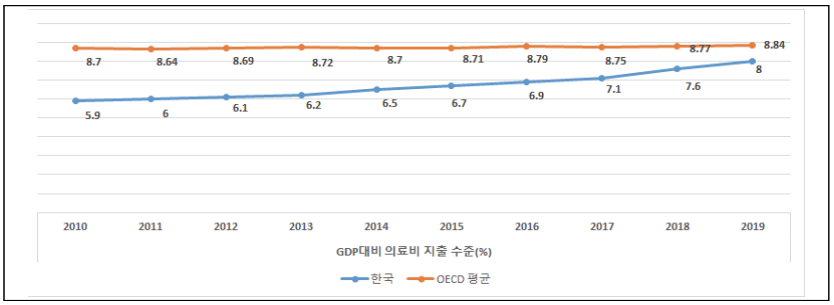
제1절 보건의료 현안

우리나라 보건의료시스템은 전 국민을 대상으로 하는 보편적 건강보험 체계를 구축하고 있으며, 국민 전체의 건강수준 향상과 계층간 건강 형평성을 달성하는 데 목표를 두고 있다.

단기간 내 전 국민 건강보험을 시행(77년 도입, 89년 전 국민으로 확대)하였고, 의료접근성 향상 등을 통해 양호한 건강성과를 달성하였다고 평가하고 있다(보건복지부, 2018). 우수한 의료인력, 의료기관 등 의료자원을 빠른 시간 내에 확충함으로써 손쉽게 의료서비스를 받을 수 있는 의료접근성을 보장하고 있다(보건복지부, 2018). 그래서 GDP대비 의료비 지출(2019년 기준, 8.0%)이 OECD 평균(8.84%)보다 낮으며(보건복지부, 2020), 높은 기대수명(2018년 기준, 82.7세) 등 건강지표도 우수하여(통계청, 2019), 비용효과적 의료체계로 운영하고 있다고 평가된다. 그러나 1인당 경상의료비 증가율(6.2%)은 OECD 평균(1.9%)의 3배, 가계 직접부담 비중(33.3%)은 1.6배(OECD 20.3%)로 높은 수준이라는 한계점을 지니고 있다(보건복지부, 2018).

〔그림 2-1〕 OECD대비 의료비 지출 수준 변화

(단위: %)



자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

최병호, 김남순, 김진현, 이상일, 정형선(2016)에 의하면, 우리나라 보건의료체계는 민간모형과 공공계약모형의 중간쯤에 위치하여, 민간의료공급체계를 기반으로 하되 공공보험에 의해 의료비를 절반 수준으로 보장하는 제도로 평가하고 있다(최병호 외, 2016. pp. 4-26). 민간의료기관의 이윤동기와 공공보험에 의한 수요 확대, 정부의 정책이 맞물려 의료기관이 양적으로 급성장하였으며, 의료기술의 확산속도가 아주 빠르고, 건강보험 관리운영체계의 통합으로 소비자의 의료기관 선택이 자유롭다고 할 수 있다(최병호 외, 2016). 그러나 민간자본에 대한 과도한 의존으로 인한 낭비적 요인, 비급여 진료비의 방치, 이익집단의 영향에 취약한 거버넌스를 지니고 있어, 결과적으로 소득보다 더 빠르게 증가하는 국민의료비 부담, 지역간 의료자원배분의 불균형, 계층간 건강 불형평성 등 개선의 여지가 적지 않다고 할 수 있다(최병호 외, 2016).

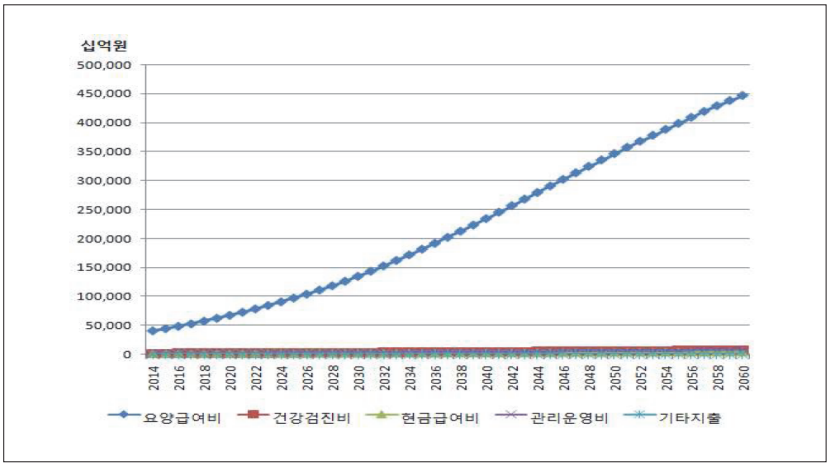
가. 건강보험 재정 현안

보건의료재정에서 건강보험이 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 이

는 건강보험료를 주 수입원으로 하고 있다. 2025~2026년 건강보험 보험료율이 법적 상한선 8% 수준에 도달할 것으로 예측되고 있으며(신현웅, 2020. pp. 9-22), 건강보험 지출은 2060년에 467조원으로 2014년 43.8조원 대비 약 11배 증가하게 될 것이라는 연구 결과도 있다(박승준, 강종윤, 2014. p. 11, p. 60).

[그림 2-2] 건강보험 지출 전망 결과

(단위: 십억원)



자료: 박승준, 강종윤. (2014). 건강보험 중·장기 재정추계 모형 연구. 국회예산정책처. p. 60

건강보험 지출 전망에 비해 2025~2026년 건강보험 보험료율이 법적 상한선 8% 수준에 도달하여 보험료 인상률이 고정될 경우 보건의료분야의 주요 재원인 건강보험 수입은 부과소득 자연 증가율인 2~3%에 머무르는 등 보건의료 수입 증가는 한계에 직면할 수 있어, 지출관리를 통해 보건의료 재정의 균형 및 장기적 지속가능성을 확보하기 위한 노력이 필요하다(신현웅, 2020. pp. 9-22)

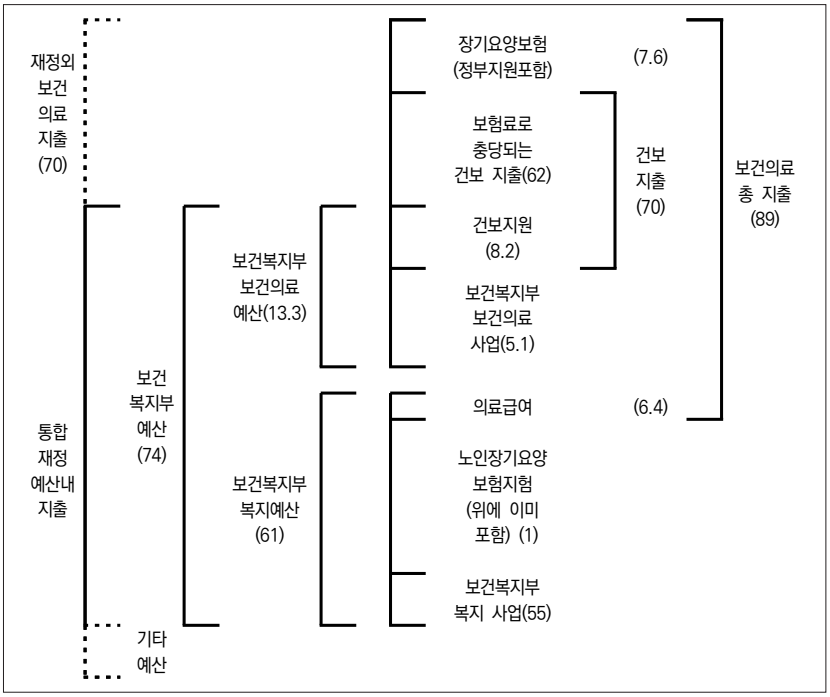
한편, 우리나라 보건의료의 양대 축인 건강보험과 장기요양보험이 예

산외로 운영되고 있는 실정이고, 기타지출의 예산규모가 불확실하기 때문에, 실상 보건의료 재정을 국가가 관리 및 통솔하고 있다고 보기 어려운 환경이 지적되기도 한다(김종면, 2019, pp. 36-48).

2019년도 보건의료 지출의 총액은 89조원으로 집계되는데, 이중 순수하게 보건복지부가 직접 집행하거나 운영하는 사업은 5조 1 천억 원에 불과하다. 또한 예산외 또는 재정 외로 분류되는 지출의 순계는 약 70조원으로, 이를 도표로 보면 아래의 그림과 같다(김종면, 2019. pp. 36-48).

[그림 2-3] 정부 공공부문 보건의료 지출의 구조

(단위: 조원)



주: 기획재정부 예산문서 '나라살림 예산개요', '한국통합재정수지' 및 보건복지부와 국민건강보험공단의 관련 자료를 참고하여 김종면. (2019)이 작성함.

자료: 김종면. (2019). 재정 시각에서의 보건의료 부문 현안. 한국조세재정연구원. 재정포럼, 279. p. 41에서 재인용.

보건의료 지출의 가장 큰 문제점은 보건의료분야 지출이 총체적으로 취합되어 설명된 총괄 정보가 없다는 것인데, 보건의료비는 1989년에 도입된 건강보험과 2008년에 도입된 장기요양보험이 주를 이루고 있으며, 이밖에 기초생활보장의 일부인 의료급여와 기타보건복지부의 사업으로 구성되어 있다. 재정 운용의 관점에서는 이러한 보건의료의 제 영역간의 구분이 불명확하여 보건의료비 지출이 국가 재원지출에서 차지하는 비중이 상당히 큼에도 불구하고 동 부문에 투입되는 총재원의 규모나 그 구성도 정확히 파악하기 어려운 실정이라 할 수 있다(김종면, 2019).

나. 보건의료공급체계 현안

우리나라의 공공보건의료기관 비율은 5.7%(2018년)로, OECD 국가의 공공병상 비율 평균은 59.05%인데 비해, 우리나라는 2018년 기준 9.95%로 해당그룹의 최하위 수준이라 할 수 있다(OECD Statistics, 2020). 공공의료 체계의 기능 및 역할 설정이 불명확하고 공공성이 취약하여, 공공의료기관은 공공의료의 정책적 요구도에 의해 설립 및 운영되고 있으나, 실제로는 정책을 집행하는 수단으로서 제대로 기능을 하고 있지 못한 실정으로, 이러한 공공병원으로서의 기능이 불명확하여 국민들에게 공공병원과 민간병원 간에 차이가 없는 것처럼 느끼게 하는 요인으로도 작용한다(감신, 2010. pp. 39-40).

수도권 대도시를 중심으로 의료자원이 집중되어, 수도권과 비수도권간, 도시와 농어촌간 의료접근성 사망률 등 건강수준에서의 격차가 존재한다(보건복지부, 2018). 수도권과 대도시로 양질의 의료자원이 집중되어, 지역간 의료 이용 불균형이 존재하고 있는데 예를 들어, 치료 가능한 사망률의 지역격차를 보면, 시·군의 69%는 전국 평균(50.4명) 대비 사망

률이 높아 비수도권과 중소도시 농어촌에서 적절한 의료서비스를 제공받지 못하고 있다(보건복지부, 2018).

또한, 보건의료정책은 의료서비스의 접근성을 강화하기 위한 정책을 추진하여 왔으나, 이에 반해 부적절한 치료 및 과잉 검사로 야기되는 문제를 해결하기 위한 노력은 부족하였다로 볼 수 있다(김남순, 박실비아, 2016, pp. 7-14). 과잉진료의 공급자 요인에는 의사의 진료문화, 행위별 수가제 하에서의 인센티브, 의약산업 부문 마케팅과 함께 의료과오 및 소송에 대한 방어 진료 등이 해당한다(김남순, 박실비아, 2016). 소비자 관점에서는 의사와 환자 간에 진료과정에서 충분히 공유된 결정을 하지 못하는 문제와 함께 소비자의 편향된 의료선호 등도 비합리적 의료이용을 증가시키는 요인으로 지적되고 있다(김남순, 박실비아, 2016).

우리나라의 의사 일인당 방문 수의 경우 16.9회(2018년 기준)로 OECD 국가 1위였으며, 평균 재원일수는 2018년 19.1일로 일본(27.8일) 다음으로 2위를 차지한다. OECD 국가의 평균재원일수는 10일 이내로 한국은 OECD 국가의 2배에 해당한다(OECD Statistics, 2020). 의료이용의 전달체계 과정이 정립되지 않은 상황 속에서 환자의 과다이용이 작용한 결과일 수 있고, 다른 한편으로는 의사의 과잉진료가 반영된 결과일 수 있다.

〈표 2-1〉 OECD국가 의사 1인당 방문 수 및 재원일 수

	의사1인당 방문수(consultations)	재원일수
호주	7.8	5.5
오스트리아	6.6	8.3
벨기에	7.2	7.2
캐나다	6.7	7.5
체코	8.2	9.4
덴마크	3.8	5.4
핀란드	4.4	8.1
프랑스	5.9	8.8
독일	9.9	8.9
그리스	3.3	7.0
헝가리	10.7	9.6
아이슬란드	5.9	5.9
아일랜드	5.0	6.1
이탈리아	6.8	7.9
일본	12.6	27.8
한국	**16.9**	**19.1**
룩셈부르크	5.8	9.3
멕시코	2.8	3.8
네덜란드	9.0	5.1
뉴질랜드	3.8	7.6
노르웨이	4.5	6.5
폴란드	7.6	7.1
포르투갈	4.1	9.1
슬로바키아	10.9	7.2
스페인	7.3	7.3
스웨덴	2.7	5.7
스위스	4.3	8.2
터키	9.5	4.2
영국	5.0	6.8
미국	4.0	4.8

주: 1) OECD 국가 중 에스토니아, 이스라엘, 칠레, 콜롬비아, 라트비아, 라투아니아, 슬로바니아 제외
2) 의사 1인당 방문 수: 영국(2010년 자료), 그리스(2011년 자료), 뉴질랜드(2013년 자료), 호주(2015년 자료), 독일(2017년 자료)
3) 재원일수 : 영국, 이스라엘(2009년 자료), 미국(2011년 자료), 포르투갈(2012년 자료), 이탈리아2013년 자료), 아이슬란드(2014년 자료), 프랑스, 일본, 뉴질랜드, 스페인, 스위스(2017년 자료)

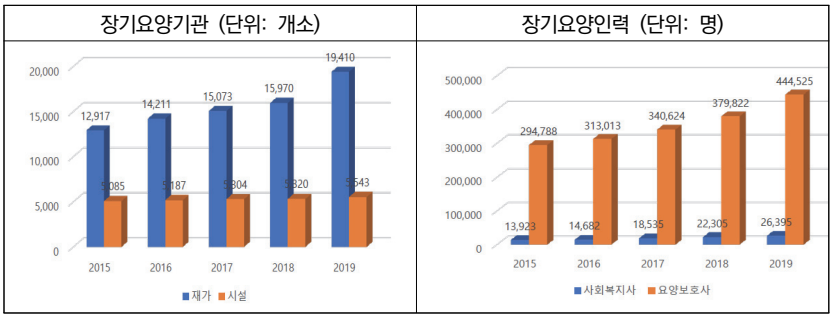
자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

제2절 장기요양 현안

우리나라의 장기요양보험제도는 2008년에 도입되어, 급속하게 진행되는 고령화와 사회적 부양부담 문제에 대응하고 있다. 그러나 제도시행 초기에는 기본적인 인프라를 갖추기 위한 시간적인 여유가 부족하여 단기간에 양적인 확대가 필요하였고, 신고제에 가까운 지정제 방식 하에 공급을 확대하였다(이선영, 2020). 이는 정부가 면밀하고 정교한 공급계획 없이 양적 성장을 중시했기 때문에 현재 과잉공급이 발생했다고 볼 수 있다(권현정, 2014).

과거와는 달리 현재 시설수가 충분하다고 볼 수 있음에도 불구하고, 장기요양보험의 시장진입은 수월한 편이며, 가격은 통제하고 있으나 시장진입에 규제가 거의 없는 상태이다(석재은, 2017). 특히 재가시설의 경우 제도 도입 이후인 2008년 6,618개소에서 2009년 11,931개소로 약 2배 증가 후, 현재는 도입초기 수치의 약 3배인 19,410개소로 지속적인 증가 추세를 보이고 있다(국민건강보험공단, 2020).

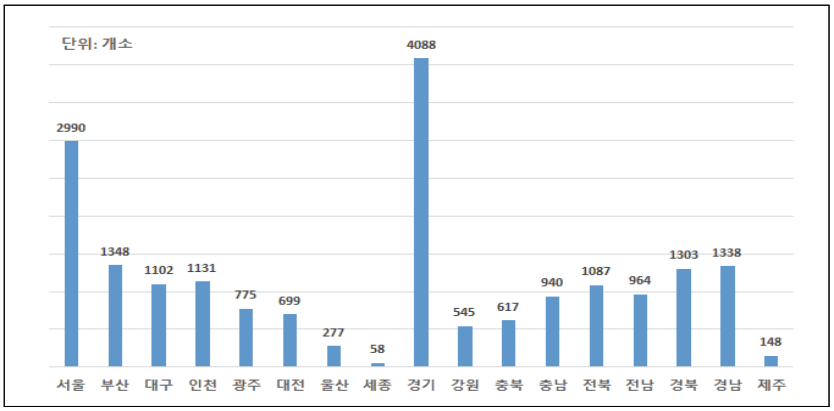
[그림 2-4] 우리나라의 연도별 장기요양기관 및 인력 변화(2009-2019)



자료: 국민건강보험공단. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보.국민건강보험공단.

이와 같은 양적 확대 중심의 성장은 지역격차를 발생시키고 있다. 장기요양기관은 서울·경기지역에 집중되어, 2019년 기준으로 전체시설의 38%가 수도권 지역에 위치하고 있다.

[그림 2-5] 지역별 재가시설기관 현황: 2019년



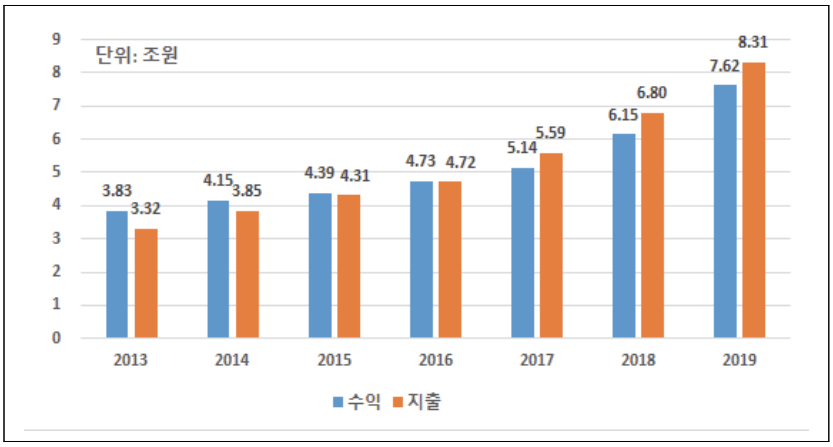
자료: 국민건강보험공단. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보.국민건강보험공단.

재가시설에 대한 종합적 수급관리 체계가 부재하여, 시설설치에 있어서 사실상 신고주의인 장기요양기관 지정은 지역의 수요 공급을 고려한 균형 있는 공급을 하지 못하고 있으며, 장기요양기관의 지역간 편차와 과잉공급 지역이 있어도 지정을 반려할 법적인 장치가 없는 실정이다(맹진영, 이용재, 2017; 석재은, 2017). 방문간호기관이 없는 시군구는 59개나 되고, 단기보호기관이 없는 시군구는 137개가 되어 지역별 수급권의 문제가 심각한 편이라 할 수 있어, 지역형평성을 위한 중앙정부 및 지자체 관리가 필요한 실정이다(맹진영, 이용재, 2017).

1. 장기요양 재정 현안

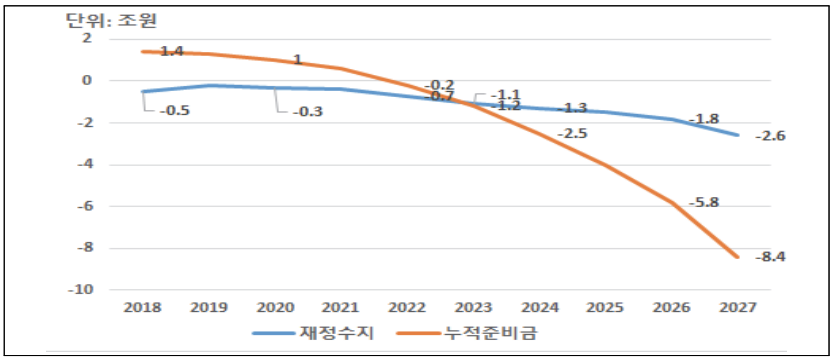
장기요양보험의 재정은 보험료와 조세로 구성하고 있는데, 건강보험료(65.8%), 국고(20%), 의료대상자부담(20.4%), 기타수입(1.8%)으로 구성된다(이호용, 문용필, 2017). 장기요양보험제도 도입 이후 재정지출 추이는 2017년 재정지출이 5.59조원으로 재정수익인 5.14조원을 넘어섰으며, 그 이후 계속해서 당기수지 적자가 발생할 것으로 우려되고 있다(국회예산정책처, 2018). 2020년부터 누적수지 적자전망에 따른 장기적 재정위험에 선제적으로 대응할 필요성이 대두되고 있으며, 2022년부터는 누적준비금이 소진될 예정에 있다(국회예산정책처, 2018).

[그림 2-6] 연도별 장기요양보험 수익-지출 현황(2013-2019)



자료: 국민건강보험공단. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보.국민건강보험공단. p. 786

〔그림 2-7〕 장기요양보험 재정추이: 2018-2027년



자료: 국회예산정책처. (2018). 2018~2027년 노인장기요양보험 재정전망. p. 52

이는 2014년 3등급 판정체계에서 5등급 체계로 변화하는 등의 수급자 확대 정책의 요인으로 장기요양 재정지출도 지속적으로 증가한 결과라 할 수 있다(이호용, 문용필, 2017). 또한, 우리나라 장기요양보험을 시행하는 장기요양서비스 이용률이 65세 이상 8.9%, 80세 이상 이용률이 26.4%로 OECD 평균보다 낮다. 즉, 아직 장기요양서비스 보장 수준이 낮은 편이기 때문에 추후, 현재 고령화 및 보장 수준을 지속적으로 높이는 정부의 정책추세를 고려해 본다면, 재정적자 문제는 더욱 심각해질 것으로 예상할 수 있다.

〈표 2-2〉 OECD 국가 장기요양서비스 이용자 규모(2018년 기준)

(단위: %)

65세 이상 이용자				80세 이상 이용자			
국가	시설	재가	전체	국가	시설	재가	전체
리투아니아	10.6	27.7	38.3	리투아니아	16.8	64.5	81.3
스위스	5.6	17.1	22.7	스위스	16	37	53
이스라엘	1.6	18.7	20.3	이스라엘	4.6	48	52.6
독일	4.1	13.1	17.2	스웨덴	12.6	33.4	46
멕시코	-	17.2	17.2	덴마크	12.7	30	42.7

65세 이상 이용자				80세 이상 이용자			
국가	시설	재가	전체	국가	시설	재가	전체
스웨덴	4.3	12.4	16.7	뉴질랜드	14	28.2	42.2
노르웨이	4.1	11.2	15.3	벨기에	24	17.2	41.2
덴마크	3.9	11	14.9	노르웨이	12.6	28.1	40.7
뉴질랜드	4.3	10	14.3	독일	10.7	28.9	39.6
호주	6	6.9	12.9	호주	18.9	16.6	35.5
캐나다	4	8.7	12.7	체코	8.5	26.7	35.2
룩셈부르크	5.4	7.2	12.6	네덜란드	12.7	21.5	34.2
일본	2.6	9.8	12.4	룩셈부르크	15.8	16.3	32.1
네덜란드	4.2	8	12.2	일본	7.2	24.6	31.8
체코	2.6	9.5	12.1	멕시코	-	31.3	31.3
헝가리	3	8.9	11.9	캐나다	12.3	17.6	29.9
슬로바니아	4.8	6.7	11.5	핀란드	12.7	17.1	29.8
스페인	2.2	8.8	11	슬로바니아	12.6	16.6	29.2
핀란드	4.5	6.2	10.7	**한국**	**9.0**	**17.4**	**26.4**
에스토니아	5	5.6	10.6	스페인	5.3	20.4	25.7
프랑스	4.2	5.9	10.1	헝가리	7.6	13.9	21.5
한국	**2.7**	**6.2**	**8.9**	에스토니아	9.5	11.5	21
벨기에	8.8	-	8.8	아이슬란드	16.3	-	16.3
아이슬란드	6	-	6	미국	6.1	5	11.1
미국	2.4	2.7	5.1	아일랜드	10.4	-	10.4
아일랜드	3.3	-	3.3	포르투갈	2.5	1.4	3.9
포르투갈	1.3	0.6	1.9	폴란드	1.6	0.1	1.7
폴란드	0.8	0	0.8				

주: 1) 65세이상 시설요양 이용자의 경우 아이슬란드 2010년, 벨기에·덴마크 2014년 자료, 미국 2016년 자료, 네덜란드·슬로바키아·슬로베니아 2017년 자료로 대체.
2) 65세 이상 재가시설 이용자의 경우 폴란드·일본 2006년, 미국 2007년, 캐나다·멕시코 2016년, 슬로베니아·네덜란드 2017년 자료로 대체.
3) 80세 이상 시설요양 이용자의 경우 아이슬란드 2010년, 벨기에·덴마크 2014년, 미국 2016년, 네덜란드·슬로베니아 2017년 자료로 대체.
4) 80세 이상 재가시설 이용자의 경우 폴란드·일본 2006년, 미국·벨기에 2007년, 캐나다·멕시코 2016년, 네덜란드·슬로베니아 2017년 자료로 대체.

자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

제3장

핀란드의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례

제1절 핀란드 보건의료·장기요양 체계 개요
제2절 핀란드의 의료개혁 동향
제3절 핀란드의 장기요양 개혁 동향
제4절 핀란드의 재원조달 및 재정 구조
제5절 소결

제 3 장 핀란드의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례

핀란드는 의원내각제형 이원집정부제 정치체제를 채택하고 있으며, 대통령과 총리가 행정권을 가지고 있다(외교부, 2019a. p. 28). 행정부는 12개 부처로 구성되어 있으나 각료는 17명으로, 일부 각료가 타 부처의 특정 업무를 담당하기도 한다(외교부, 2019a. p. 34). 그리고 2019년 기준으로 핀란드의 지방행정은 18개의 광역행정구역과 1개의 행정자치구역(올란드 자치구), 311개의 기초자치단체로 구성되어 있다(외교부, 2019a. p. 37). 2015년에 출범한 정부는 재정절감과 효율적인 사회복지서비스 제공을 위해 광역 보건복지서비스 체계 개혁을 추진하였으나 의회 내 의견조율이 되지 않으면서 개혁을 추진하지 못한 사례가 있다(외교부, 2019a. p. 37). 핀란드는 중도-좌파 성향의 연정이 교대로 집권하면서 민주정치체계가 안정화되어 있다고 할 수 있다(외교부, 2019a. pp. 43-44).

〈표 3-1〉 핀란드의 정치동향

대통령 소속 정당	재임시기	선거방법
사민당	1982-1994	선거인단
사민당	1994-2000	국민직선
사민당	2000-2012	국민직선
무소속 (구 국민연합당)	2012-현재 (2018 재선)	국민직선

주: 대통령 임기는 6년으로, 1회에 한해 연임 가능(최대 12년 임기 가능)
자료: 외교부. (2019a). 핀란드 개황. p. 44를 참고하여 저자 재작성.
(https://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/view.do?seq=367566&srchFr=&srchTo=&srchWord=&srchTp=&multi_itm_seq=0&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0&company_cd=&company_nm=&page=8에서 2020.12.10. 인출.)

제1절 핀란드 보건의료·장기요양 체계 개요

핀란드의 전체 인구수는 550만명이며, 2005년에 이미 65세이상 노인인구 비중이 16%에 이르렀고, 2018년 기준으로 65세 이상 노인인구 비중은 21.6%로 초고령사회를 경험하고 있다(OECD Statistics, 2020).

가. 핀란드의 보건의료체계 개요

핀란드 보건의료체계는 다음의 세 가지 특징으로 요약할 수 있다. 첫째, 고도로 분권화된 관리 구조, 둘째, 다수의 재원조달, 셋째, 지방자치(municipal system)-국민건강보험(national health insurance system)-직장의료서비스(occupational health care)로 이루어진 공급 체계를 특징으로 한다(keskimäki et al, 2019. pp. 1-166).

핀란드 보건의료서비스 공급은 1차의료(municipal primary care), 전문의료(specialized care), 직장의료(occupational health care), 민간의료(private services)와 같이 4가지 경로를 통해 이루어지며, 주 공급자는 지방정부, 사업자(employer), 민간부문으로 나눌 수 있다(Tynkkynen, Chydenius, Saloranta, & Kesimaki, 2016).

의료서비스는 89%의 병상이 공공병원에서 공급되고 있으며, 민간부문의 서비스 공급은 외래환자, 긴급환자운송이 주를 이루며, 대부분 도시지역에 집중되어 있다. 의사의 경우 70%가 공공병원에 속해 있고, 30%는 민간부문에 속해 있다. 그러나 공공부문의 의사 중 24%는 파트타임으로, 공공병원 운영시간 외에는 민간부문 의사로 근무하고 있다(European Commission, 2016).

1) 분권화된 관리 구조

핀란드는 각 지방자치단체를 중심으로 운영하는 분권화된 의료운영체계를 갖고 있다(Keskimäki et al., 2019. p. 14). 지방자치단체는 일차진료 센터 및 전문의 진료서비스를 조직하고 자금을 조달하는 역할을 맡고 있으며, 지역 전문가로 구성된 네트워크를 활용하여 국가적 차원에서 입법 및 전반적인 정책 가이드라인을 준비하는데, 이 때 거버넌스 구성은 지방자치 당국과 전문의 진료서비스 조직에 자율성이 보장되어 있다(Keskimäki et al., 2019, p. 14).

2) 다수의 재원조달

핀란드의 보건의료재정은 주로 조세 및 지방세, 의무적 또는 자발적 보험료, 고용주 지불 및 본인부담금의 6개 채널을 통한 수입구조를 지니고 있다. 핀란드는 복잡한 재원 조달과 보건의료공급방식으로 인해 보건에 대한 전반적인 공공 예산이 미리 정해져 있지 않다. 그러나 두 가지 주요 풀링 메커니즘이 있는데, 지자체는 보건의료 서비스를 위한 풀링 에이전시 역할을 하며, 켈라(Kela)는 민간 및 직장 의료 서비스뿐만 아니라 외래 진료환자의 의약품, 교통 및 질병 수당 등과 같은 서비스 및 급여과 관련된 비용에 대한 기금을 풀링하게 된다(Keskimäki et al., 2019).

지자체들은 지방세와 국가보조금을 주요 재원으로 하고 있으며, 주민을 위한 보건의료 서비스 조직을 포함하여 사회복지, 초, 중등 교육 같은 다른 많은 공공서비스도 함께 책임지고 있어, 보건의료에 사용하는 예산은 다른 지자체의 서비스 예산과 동시에 결정한다(Keskimäki et al., 2019. pp. 15-16).

3) 지역의 공급체계 구조

① 지방자치단체의 역할

핀란드의 주요 보건의료체계는 지방자치 당국이 운영하고 있다. 각 지자체는 지자체 내 주민들에 맞는 의료서비스를 마련할 뿐 아니라 이 책임을 타 지자체에 전달하거나 협력하기도 한다. 운영기구로서의 지자체는 ① 의료서비스의 양과 질을 정의 및 관찰, ② 지자체 내 주민들의 요구를 평가, ③ 의료서비스의 동등한 분배 보장, ④ 서비스 제공 방식에 관한 결정 (예시: 지자체가 서비스를 직접 제공하는 방식, 서비스를 구매하는 방식, 바우처를 제공하는 등의 재정 지원을 하는 방식 등), ⑤ 공공보건의료 정책의 의사결정, 특히 사회서비스 분야에 관한 결정 등과 같은 역할을 한다(keskimäki et al., 2019. p. 15-16).

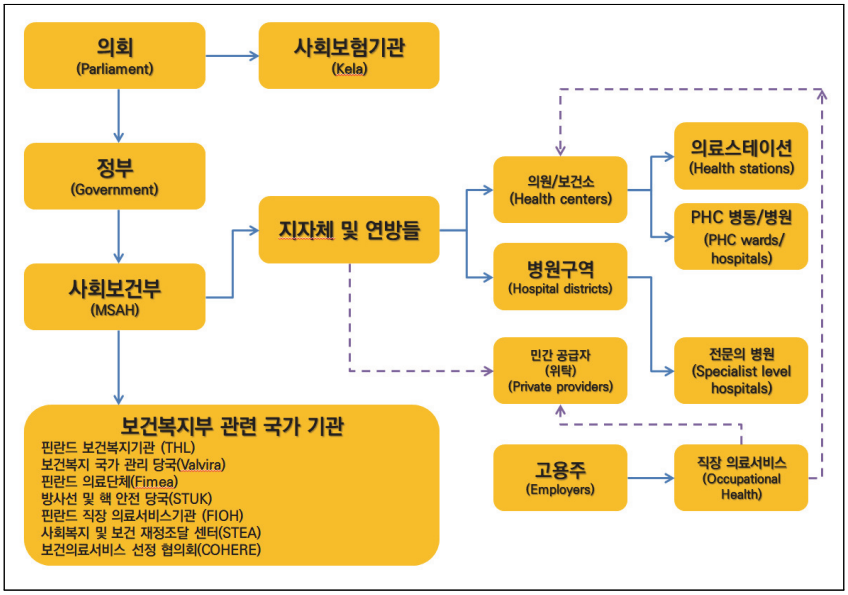
지자체는 일차진료(Primary Care)센터를 운영하며 전문의 진료(Specialized Care)는 병원구역(Hospital districts)이라는 20개의 지자체 연방에 의해 운영된다(keskimäki et al., 2019. p. 15-16). 동시에, 주민들은 주로 본인부담금(out-of-pocket payments)에 관한 재원을 마련하기 위하여 민간 의료서비스 및 임의 건강보험(Voluntary Health Insurance, VHI)을 이용할 수 있다(keskimäki et al., 2019. p. 15-16).

② 직장 의료서비스

고용주들 역시 근로자들에게 예방차원의 직장 내 의료서비스를 의무적으로 제공함으로써 국가 의료체계에 기여하고 있으며, 아울러 많은 대기

업 및 중규모 기업들이 근로자들에게 추가적인 외래 진료를 제공하기도 한다(keskimäki et al., 2019. p. 16).

〔그림 3-1〕 핀란드 보건의료 체계 개요



자료: keskimäki et al. (2019). Finland Health System Review. p. 16를 저자 재작성.

나. 핀란드의 장기요양체계 개요

핀란드의 장기요양 (LTC: Long term care system)은 돌봄이 필요한 모든 시민들에게 서비스가 제공되는 보편적 의료 및 돌봄 시스템의 일부로 제공된다. 장기요양서비스는 기본적으로 공공과 민간의 보건의료/돌봄 서비스를 제공하는 행위자들의 네트워크를 통해서 제공된다. 그리고 기본적으로 서비스를 조직하는 책임은 지방자치단체가 가지고 있으며, 2017년 기준으로 핀란드에서는 311개의 지방자치단체가 있다(외교부,

2019a, p. 38). 지방자치단체에는 보건 및 돌봄 전문가들이 소속되어 있으며 이들은 지역에 거주하는 개인들의 보건 및 돌봄 서비스에 대한 욕구를 평가한다(European Commission, 2016. p. 336-337). 평가 후에 지방자치단체는 개인의 웰빙, 건강, 기능적 역량 및 독립적인 생활을 지원하기 위한 서비스 계획을 구성할 의무를 가지고 있고 또한, 서비스 계획을 구성함에 있어서 해당 개인의 의견을 반드시 청취하도록 해야 하며, 서비스 제공에 대한 최종 권한은 지방자치단체에게 주어져 있다(European Commission, 2016).

1) 지역의 서비스 제공

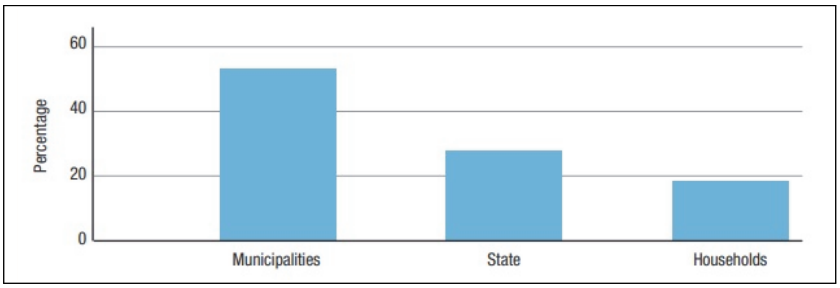
지방자치단체가 서비스를 조직화하는 데는 몇 가지 방법이 있다. 우선 지방자치단체들은 스스로 서비스를 생산해낼 수 있는데 이는 공공시설 및 자원을 활용하거나, 다른 지방자치단체와 협력 하에 생산하거나, 아니면 다른 지방자치단체 혹은 민간기관으로부터 구매해서 제공할 수도 있다. 또한 지방자치단체는 서비스 이용자들에게 바우처를 제공해서 이용자들이 자신이 선호하는 민간 제공자들에게 서비스를 구매할 수 있도록 할 수 있다.

2) 재원 조달

핀란드의 장기요양에서 가장 중요한 두 가지의 재정적 자원은 중앙정부와 지방정부이다. 중앙정부는 국가보조금을 지방자치단체에 제공한다. 이러한 보조금은 일반적으로 그 용도를 특정화하지 않는다(Seppälä & Pekurinen, 2014). 따라서 지방자치단체는 이 금액을 사용하는 것에 대

해서 광범위한 재량권을 가지고 보건의료나 돌봄서비스에 사용할 수 있다. 그리고 지방자치단체는 이 외에도 지방세와 이용자 비용 (User fee)을 통해서 보건 및 돌봄서비스의 재원으로 활용할 수 있다(Seppälä & Pekurinen, 2014). 지방자치단체가 부여할 수 있는 이용자 비용의 최대치는 법률에 의해서 정해진지며, 사용자 비용에 대한 최대값은 통상적으로 자산조사와 서비스 사용자가 속해있는 가구의 규모 및 가정내 돌봄 비용을 고려하여 종합적으로 결정된다(Seppälä & Pekurinen, 2014).

〔그림 3-2〕 핀란드의 장기요양 재원 비중



자료: Seppälä and Pekurinen, (2014). Sosiaali-ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat (http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-236-2에서 2020.06.12. 인출)

3) 지역사회 돌봄서비스

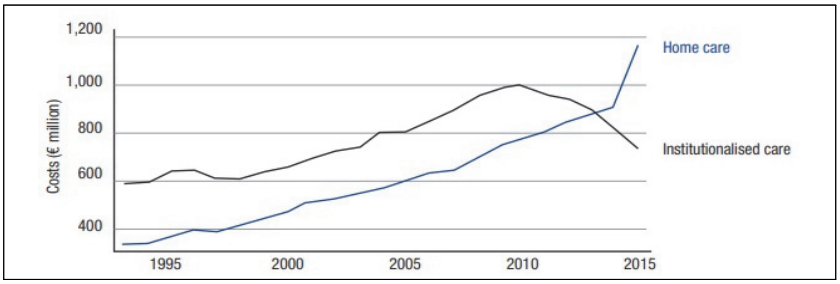
공식적인 돌봄은 크게 두 가지로 나누어지는데, 하나는 지역사회에서 제공되는 커뮤니티 케어이고 다른 하나는 시설 중심의 돌봄이다(Noro, mäkelä, Jussmäki and Finne-Soveri, 2014). 커뮤니티 케어는 가정내 돌봄, 지원서비스 (음식 배달, 청소 등) 그리고 데이케어센터에서 이루어지는 서비스, 전용 주거 시설에서 24시간 제공되는 보조서비스 등을 포함한다. 커뮤니티 케어는 동시에 가족 돌봄 등 비공식 돌봄을 포함한다(Noro et al, 2014).

시설 중심의 돌봄은 고령자 주거 시설 및 1차 진료 제공 시설을 의미한다. 24시간 도움이 제공되는 전용 주거 시설은 사실상 시설 중심의 돌봄과 크게 다를 바가 없어서, 이를 위해서 '계속적 돌봄(Round the clock care)' 제도가 도입되었다(Forma et al. 2017). 계속적 돌봄이란 시설에서 제공되는 돌봄과 24시간 도움이 제공되는 전용 주거시설에서 제공되는 서비스를 포함하는 용어이다.

이러한 공공 서비스 외에도, 이용자들은 원한다면 민간서비스 제공자로부터 직접 서비스를 제공할 수 있다. 이러한 민간서비스는 본인부담으로 지불된다. 현재 핀란드는 시설 중심의 돌봄에 의존하는 노령인구의 비중이 지속적으로 감소하고 있으며, 자신의 돌봄 필요를 방문 돌봄의 형태로 제공받는 비중이 증가하고 있다. 이는 기본적으로 시설 중심의 돌봄이 가정 돌봄보다 더 비용이 많이 든다는 것을 암묵적으로 전제하고 있다.

아래의 그림에서 볼 수 있듯이 핀란드 내에서 장기요양에 투자되는 금액을 보면 2010년까지는 시설 중심 돌봄과 가정내 돌봄 (커뮤니티 케어)이 지속적으로 증가하면서 전체적인 금액은 시설 중심의 돌봄이 더 많았으나, 2010년 이후로 가정내 돌봄의 투자는 급격하게 증가한 반면 시설 중심의 돌봄은 감소하는 추세를 보인다(Sotkanet, 2020). 전체적으로 시설보다는 가정 내에서 지역사회 중심으로 돌봄 서비스를 제공하는 경향이 매우 강하게 나타나는 것이다.

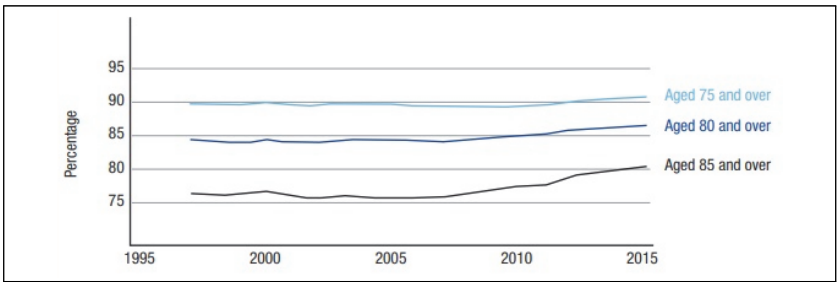
〔그림 3-3〕 핀란드 시설 중심돌봄과 가정 돌봄의 투자 비용



자료: Sotkanet. (2020). Statistical information on welfare and health in Finland. (www.sotkanet.fi에서 2021.01.20. 인출.)

아래의 그림은 핀란드 내에서 각 연령대별로 가정내 돌봄(커뮤니티케어)을 사용하는 비율을 나타낸 것이다. 75세 기준으로 보면 90% 이상이 가정내 돌봄을 사용하고 있으며, 85세 이상으로 봐도 그 비중은 80%로, 계속 증가하는 추세이다. 사용인구와 투자비용 모든 측면에서 시설 중심의 돌봄보다는 커뮤니티케어 사용이 증가하고 있다는 것을 확인해볼 수 있다.

〔그림 3-4〕 핀란드의 연령대별 가정내 돌봄 비중



자료: Sotkanet. (2020). Statistical information on welfare and health in Finland. (www.sotkanet.fi에서 2021.01.20. 인출.)

4) 서비스 질 관리

서비스 질 관리를 위한 지방자치단체의 평가와 개발활동을 지원하기 위해 질관리 보고서를 제출하고 있다(Ministry of Social Affairs and Health, 2008). 보고서는 건강하고 기능적으로 활력적인 노화를 위한 방안, 그리고 노인인구를 위한 질 높은 서비스 제공의 확보를 목적으로 하고 있다. 해당 보고서는 주거 환경, 건강한 노화를 위한 방안, 서비스의 질과 보장률, 개인적/비공식 돌봄의 관리 등의 내용을 포함하고 있다. 예를 들면, 2017년까지 75세 이상의 노인인구 중 91~92%를 자신의 집에서 거주하게 하며 시설에서 돌봄을 받는 인구의 비중을 2~3%로 낮출 수 있도록 목표를 제시하고 있다. 이러한 질 관리 보고서는 지방자치단체의 정책결정자들에게 유용한 자료로 고려되고 있으며, 특히 장기요양 서비스의 질을 증진시키는 것에 대한 구체적인 예시들을 제공하고 있다는 점에서 더 효과적이라고 평가받고 있다.

제2절 핀란드의 의료개혁 동향

가. 핀란드 보건의료체계 관련 법령

핀란드는 1972년 일차 의료법(Primary Health Care Act)을 통해 지방자치 단체들을 국가 의료체계의 근간이 되는 역할로 정립하였다(대통령자문 고령화 및 미래사회위원회. 2004. p. 17). 1980년대에 발라타 개혁(Valata reform)의 일환으로 핀란드 국가보건의료의 개괄적 재원조달 및 계획 체계가 변화하였고, 그 결과로 기존의 국가보조금 지출 재원조달

및 기타 장려금들을 확대하던 방향에서 유지로 방식을 변화하였다.

1980년대 후기 및 1990년대 초기에는 개혁에 따라 지방자치 제도 및 지자체의 자율성을 증가한 결과, 지방정부가 자원배분에 있어서 큰 역할을 하게 되었고, 이는 더 많은 분권(devolution)과 위임, 더욱 다양한 서비스 제공이라는 결과로 나타났다.

1990년대 심각한 경제 위기로 중앙 정부의 자금조달이 감소하는 동시에 지방자치 단체의 자금 조달이 증가하게 된 결과, 보건 분야의 재원조달에서 지방자치 단체의 역할이 증가하였다. 1992년에는 지방정부가 일차 의료 분야 개선을 위해 수급자 부담금을 재도입하면서 제도가 보완되었다. 수급자 부담금 제도는 지방정부가 수급자를 통해 추가 자금을 구할 수 있는 수단인 동시에, 의료분야 재정조달의 부분적 민영화를 실제적으로 대표한다고 할 수 있다.

핀란드 보건의료 서비스의 규제 및 거버넌스 체계 설정과 관련하여 일차 의료법(Primary Health Care Act)(1972), 전문의 진료법(the Act on Specialized Medical Care), 그리고 보건법(the Health Care Act), 이 3가지의 주요 법이 존재한다.

이 중 2010년의 보건법(Health Care Act)의 경우 1차진료 및 전문의 진료의 관리구조를 정의하며 서비스 전달의 측면을 주로 다루고 있다. 핀란드의 노인돌봄 및 대부분의 장기요양보험의 경우, 사회적 돌봄의 영향 아래 있으며 사회복지법(the Social Welfare Act)(1982)에 의해 규제되고 있다.

노인인구의 기능적 역량을 지지하는 보건의료 및 사회적 돌봄 서비스에 대한 법률은 2013년 7월에 도입되었다. 해당 법은 특별히 노인인구의 건강, 웰빙, 그리고 노인들을 위한 각종 서비스에 초점을 맞추고 있으며 기존에 존재하던 사회적 돌봄법(Social care act)과 보건의료서비스법

(The health care act)을 보완하여 노인층을 위한 돌봄과 보건의료서비스의 가격, 조직, 재원에 대한 내용을 보완한 법률이다. 이 법은 노인인구의 웰빙, 건강수준, 기능적 역량을 증진하는 것이 지방자치단체의 책임이라는 것을 명시하고 있으며, 노인인구의 서비스 욕구를 사정하고 수준 높은 보건 및 돌봄서비스를 제공하도록 하는 것 역시 지방자치단체의 책임임을 규정하고 있다. 이 법은 또한 노인 인구에게 제공되는 돌봄서비스와 보건의료서비스의 질을 관리할 것을 규정하고 있다.

앞서 언급하였듯, 핀란드의 보건의료체계는 1) 고도로 분권화된 관리구조, 2) 다수의 재원 조달, 그리고 3) 3개의 분리된 채널로 이루어졌다는 특징이 있다. 이 체계 내에서는 지방자치 단체, 민간부문, 국가건강보험(NHI) 체계와 고용주들이 주요 행위자로서, 국가는 입법, 법령 제정 및 정보 제공 등을 통해 의료체계가 잘 기능할 수 있도록 감독하고 조정하는 역할을 수행한다.

나. 보건의료개혁의 배경

1) 지역 간 의료격차와 서비스 질 하락

지방자치단체에서 절반 이상은 인구가 6천 명도 되지 않으며, 지역주민이 94명인 지방정부와 639,226명인 지방정부 간에 동등한 법적 지위를 헌법상으로 보장받고 있다(Hiilamo, 2020). 급속한 기술적 변화와 의료의 변화를 겪는 현 시기에서 이러한 의료분권화 모형은 비용, 생산성 그리고 효과성에 있어 각 병원 구역(units)간에 격차를 증가시킨다. 즉, 서비스 생산과 질에 있어서 불필요한 사회·지리학적 분산을 증가시키고, 서비스 이용자 측면에서 비용을 증가, 그리고 서비스의 질을 하락시키는

요인으로 고려되고 있다(Saltman & Teperi, 2016; Hiilamo, 2020).

2) 1차 의료서비스의 질 하락으로 인한 이용자의 이동

1991~1993년 경제위기의 시작 시기에, 대다수의 핀란드 국민은 사회보험기관(Social Insurance Institution of Finland) 혹은 켈라(Kela)에 의해 대부분의 재정보조금(60% for prevention; 50% for clinical service)이 지원되는 직장 의료서비스로 이동하였다. 직장 의료서비스는 환자부담금이 없으며, 몇몇 도시지역의 경우 1차진료 서비스의 40%까지 이용료 상환이 가능하다(Saltman & Teperi, 2016).

대도시에 살고 있는 대다수의 아동들은 지방정부에 의해 제공되는 1차진료 서비스의 긴 대기시간, 접근성 등의 문제로, 민간부문의 서비스와 민간의료보험을 이용하고 있다. 2013년 기준 1/5의 핀란드 인구가 자발적 민간보험을 이용하고 있었고, 거의 절반이 아동이 대상이었다. 2009년 이후로 이용자 수는 늘어나고 있는 실정이다. 2015년 기준 40만명 이상의 아동이 민간의료보험에 가입이 되어 있다(Tynkkynen et al, 2016; Saltman & Teperi, 2016).

따라서 지역 1차 진료센터의 경우 대다수의 방문환자들은 직장 의료서비스나 민간 의료서비스를 이용할 기회가 없는 국민이라 할 수 있다. 예를 들어, 자발적 민간보험이 없는 어린이, 60세 이상의 퇴직자, 실직자, 일용직 노동자(weaker labor market positions)등이 이에 해당된다. 또한 해당 그룹의 사람들의 경우 만성질병을 가진 경우가 증가하는 추세이며, 복합의료의 필요가 증가하고 있다. 현 핀란드의 지역의료체계에서 복합의료 및 서비스의 연속성과 질이 우려되는 상황이라고 볼 수 있다(Tynkkynen et al, 2016).

3) 낙후지역의 인력자원 부족

낙후 지방자치단체의 경우에는 지역의 수요를 충족할 만큼의 의사 수가 없는 실정이다. 또한, Raivio, Jääskeläinen, Holmberg-Marttila, & Mattila(2014)의 연구에 따르면 현 핀란드 공공의료센터의 환자 만족의 심각한 하락이 있음을 알 수 있다(Saltman & Teperi, 2016에서 재인용).

결국 핀란드의 현 보건의료체계는 보장수준에서 강점이 있는 반면, 약점은 불공평한 서비스 구조라 칭할 수 있다. OECD에서는 핀란드의 보건의료제도를 근대화된 국가 중에서 가장 불공평한 보건의료구조를 가진 국가로 분류하기도 한다(Kangas & Kalliomaa-Puha, 2018). 일차진료센터의 낙후된 서비스, 분열된 제도, 케어 관리 과정에서 전반적 책임감의 부재 등을 원인으로 들고 있다. 무엇보다도 현 고령화[1]로 인한 보건·사회서비스의 수요 증가상황을 고려한다면, 전반적인 핀란드 보건의료체계의 개혁이 반드시 필요하다고 판단할 수 있다(Keskimäki & Koivisto, 2018; Keskimäki, Sinervo & Koivisto, 2018).

다. 보건의료개혁의 주요 내용

1970년대와 1980년대 핀란드의 의료개혁이 빠르게 추진되었던 이유는 개별적, 평행적이면서 보건의료제도의 전반적인 구조를 변경하지 않는 개혁이었기 때문이라 할 수 있으며, 또한 개혁전략은 급속한 경제성장과 복지국가의 팽창시기가 맞물렸기 때문에 가능하였다고 본다(Saltman

1) 핀란드의 65세 이상 인구는 2018년 기준 21.4%로 유럽국가에서 독일과 함께 4번째로 높은 비율을 차지함(BBC, 2019.3.8.) 자료: BBC. (2019). Finland's government resigns over failed healthcare reform. (https://www.bbc.com/news/world-europe-47496326에서 2020.12.10.인출.)

& Teperi, 2016). 그러나 현재 지역 및 제도통합을 도입하고자 하는 것은 연장된 긴축재정상태, 인구학적 변화와 같은 새로운 문제를 충족시키기에 개혁이 점증적이고 개혁속도가 더디다고 할 수 있다(Saltman & Teperi, 2016).

정부의 사회복지 및 보건의료 서비스(SOTE)개혁의 주요골자는, 중앙집권화, 소비자 선택의 확장, 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합운영으로 나뉜다(THL, 2020)

〈표 3-2〉 핀란드의 주요 보건의료개혁

연도	개혁명	내용	주어진 선택사안	지역간 선택
1963	의료보험법	국가의료보험에 의한 민간부문의 비용 상환제 도입	국가GP,민간GP,직장의료서비스	없음
1972	1차의료법	모든 국민에게 일차진료를 제공하기 위한 지역보건센터 설립	지역보건의료센터, 민간서비스제공자, 직장의료서비스	없음
1978	직장의료서비스법	-고용주는직장의료서비스를근로자에게제공할의무가있음.-의료서비스를구입하고국가의료보험에의해상환받을수있는기회를보장.	좌동	없음
2009	보건사회복지바우처법	지방정부가 서비스 제공단계에서 바우처를 이용할 수 있도록 기회를 제공	좌동	지역보건센터와 위임받은 민간서비스 제공자간에 선택이 가능함
2011	보건의료법	-지방정부간에지역보건센터선택권부여(2011) -국가내에서지역보건센터선택권보장(2014).	좌동	타지역의보건센터를1명당 1년에한번변경가능
2015-2019	광역정부 및 보건사회서비스 개혁 관련 정부제안(실패)	-지방자치단체의18개거점행정기구로통합-환자선택권강화	공공보건의료,민간보건의료서비스,제3섹터보건의료서비스	-

자료: 1) Tynkkynen et al., (2016), Finland: Health system review. Health Systems in Transition. p. 229.
2) Keskimäki et al., (2019). Finland: Health system review. Health Systems in Transition. p. 126.

1) 중앙집권화 및 보건과 복지서비스의 통합운영화

지방자치단체 연합형태의 병원구역 운영은 지방민주주의의 발전(committment)과 정부기관(authority)의 분권화를 반영한다. 그러나 이것은 병원운영과 전략적 발전의 분열이라고도 볼 수 있으며, 경제적 비효율성을 야기하는 구조로 볼 수도 있다(Saltman & Teperi, 2016).

긴축재정 시기에 병원구역(현재 20개의 구역)의 감축은 불필요한 의료시설의 반복을 줄일 것이고 부족한 재원을 절약함에 따라 질 높은 서비스를 지원할 수 있다. 특히 긴 대기시간 문제를 해결할 수 있을 것으로 예상된다(Saltman & Teperi, 2016). 중앙집권화를 통해 더 적고 큰 지역으로 통합 운영함으로써, 중앙정부는 보건정책 계획과 재원에 있어 그 역할의 중요성을 높일 수 있을 것이다(Saltman & Teperi, 2016).

유사하게 일차진료와 사회복지(social care)의 통합 운영도 중앙집권화 개혁으로 포함하고 있다. 정책분석가들은 개별 제도를 하나의 행정구조로 합치는 것은 더 적은 공공재원으로 질적 수준이 높은 돌봄(care)서비스 제공 할 수 있을 것이며 서비스 접근성을 향상할 것이라고 주장한다(Saltman & Teperi, 2016).

2005년에 Matti Vanhanen과 중앙정당(Centre party)은 Paras 프로젝트를 발표하였는데, 프로젝트의 목표는 최소 20,000명의 거주자를 기반으로 하여 지방정부간 보건의료관련 협업을 조직화하는 것이었다. 그러나 결과적으로 지방자치단체간 극도로 복잡한 협업관계와 위부외탁(outsourcing)관계가 형성되었다. 총합적으로 56개의 SOTE 행정기관(service organiser)이 20,000명보다 더 적은 지역에 대해 책임을 각각 부담하게 되었다(Hiilamo, 2020).

2007년에 국회는 지방정부와 서비스의 재구조화 법안(the Act on

Restructuring Local government and Services)을 승인하였고. 이 법안은 1차진료와 사회서비스의 조직적 책임은 최소 20,000명의 인구를 보유한 지방자치단체(entity)이어야 함을 법적으로 명하였다. 실질적 지방자치단체의 통합을 야기하지는 않았지만, 법적으로 보건복지분야의 통합메커니즘을 도입하는 계기가 되었다고 할 수 있다(Keskimäki et al., 2019).

2011년 이후 새롭게 선출된 Katainen정부는 개혁의 초점을 지방자치단체간의 협업에서 더 근본적 개혁으로 옮겼으며, 지방자치단체의 통합은 공공서비스의 중앙집권화를 돕는 플랫폼으로 간주한다(Keskimäki et al., 2019). 정부의 목적은 낙후지역의 정부를 최소 20,000명의 거주자 단위의 새로운 행정구역으로 통합과 함께 상대적으로 작은 규모의 정부는 인근의 더 큰 지역으로 흡수통합하는데 있었다. 이러한 계획은 300개 이상의 지방자치단체를 70개의 큰 구역으로 통합하는 안으로 제시되었다(Hiilamo, 2020).

그러나 개혁안은 정치적 승인을 받지 못하였다. 사회민주당원은(Social Democrats)은 작은 지역을 큰 단위로 통합하는 것에 동의하지 않았으며, 또한, 제안된 모형은 복잡하고, 전문진료에 큰 문제를 야기할 수 있다는 우려의 결과이다(Hiilamo, 2020).

2013년도에 발표한 SOTE 개혁은 더 큰 공공서비스 제공자 구역의 설립에 집중한 개혁 초안이었다. 이것 또한, 지방정부 수준에서 제공하는 사회복지 서비스와 1차진료 서비스를 5개의 공공서비스 구역으로 통합하는 것을 의미한다. 이 다섯 개의 구역은 1차진료, 사회복지 서비스뿐만 아니라, 병원서비스까지 운영책임을 1개의 행정책임구역으로 통합하고자 하였다(Saltman & Teperi, 2016).

2015년 3월, 임기가 끝나가는 정부에서 5 SOTE 구역 제안서를 헌법

상의 문제로 시행하지 않았다. 헌법상 지방정부의 강력한 위치와 강력하게 분권화된 보건복지의 조직적 구조는 현체제에 대한 개혁의 정치적 동의를 얻는 것이 근본적으로 어려운 구조라 판단되고 있다(Keskimäki et al., 2019).

2015년 5월에 재임한 정부(Sipilä 정부)는 18 SOTE 지역으로 변환하여 개혁을 추진하였다. 수정된 개혁안이 이전 개혁안과 다른 점은 해당지역의 거주민이 거점행정기구(governing bodies)를 직접 선출하는 것에 있다. 18개의 SOTE지역은 전략적 정책 결정을 할 뿐만이 아니라 공공서비스공급시설의 소유자(관리자)이면서 민간서비스이용자와 계약을 체결하는 기구가 된다(Saltman & Teperi, 2016). 정부는 해당 개혁을 통해 매해 €30억을 감축할 수 있고, 보건의료제도의 접근성과 불공평성을 완화할 것이라 예상하였다(Kainu, Kohler & Larsson, 2016).

2) 환자의 선택권

2004년에 사회복지 및 보건의료 서비스 바우처법(The Act on service vouchers in social and health care)이 제정되고, 사회서비스에 먼저 도입된 이후 2009년에 보건의료서비스에도 확대되었다. 바우처법의 목적은 환자가 지역보건의료센터를 이용하는 대신에 민간의료 서비스를 선택할 수 있는 기회를 확장하고, 공공재원으로 운영되는 민간의료서비스 제공자의 역량(질)을 개선하기 위한 목적으로 도입하였다. 의료서비스 제공자가 가격을 정하고, 지방정부는 제공자가 부과할 수 있는 최대서비스 금액 상한선을 지정하거나, 사용자가 이용할 수 있는 서비스 제공자를 제한하는 형식으로 운영하고자 하였다(Keskimäki et al., 2019).

그러나 실질적으로 보건의료에서 바우처법 적용은 매우 제한적으로 되

고 있는 실정이다. 지방정부는 대부분 재가서비스(home care and home help services)에 적용하고 있으며(Tynkkynen et al, 2016) 또한, 해당법은 2017-2019년의 보건사회법개혁을 위한 준비과정으로 시범 집행되었지만, 핀란드의 보건사회제도에 바우처제도가 적합한지는 아직까지 합의된 결론이 없다고 할 수 있다(Keskimäki et al., 2019).

2011년에 개정된 보건의료법은 환자가 공적재원으로 운영되는 1차진료기관을 타지역으로 변경가능하게 하였다. 전문진료(specialised care)의 경우는 의사의 추천(referring) 하에 병원구역을 옮기는 것이 가능하게 되었다. 지역주민은 자신이 거주하는 지역에 의거하여 1차진료 구역이 정해져 있으나, 개혁 이후에는 병원구역을 1년에 한 번씩 변경할 수 있게 되었다. 2014년 이후에는 공적재원으로 운영되는 보건의료서비스 시설을 지역제한 없이 선택할 수 있게 되었으나, 1차진료의 선택은 1년에 한 번만 변경할 수 있기 때문에 그 선택권이 다소 제한적이라 할 수 있다(Tynkkynen et al, 2016; Aalto et al, 2017).

바우처법이나 보건의료법(2011)은 상대적으로 제한적이나 환자 선택의 차원에서 패러다임의 변화를 나타내는 것은 분명하다고 할 수 있다. 이것은 환자진료에 있어서 지속성과 의사-환자간 관계에서 신뢰를 향상시켰을 뿐만 아니라 서비스제공자의 경쟁을 강조하는 것이다. 즉, 환자의 선택권 부여뿐만이 아니라 제공자의 다양성 또한 새로운 제도 도입의 목적이라 볼 수 있다(Tynkkynen et al, 2016).

2013년에 국립보건복지기관에서 공포한 최근의 보건복지 개혁안은 특히 스웨덴의 보건복지에서 선택적 모형을 도입한 Vårdval개혁에 의해 영향을 받았고 유사한 측면이 많다(Tynkkynen et al, 2016). 예를 들어, 2015년도의 개혁에 환자선택권의 확장을 포함하였다. 정부는 현서비스 제도의 문제점(1차진료에 있어서 긴 대기시간)을 환자선택권 부여와 제

공자 간의 경쟁을 통해 개선시킬 예정이었으나 개혁안은 시행되지 않고 있다(Tynkkynen et al, 2016; Hiilamo, 2020).

핀란드정부는 보건의료정책에서 환자선택 확장을 최우선 정책 중의 하나로 여기고 있지만(European Commission, 2016, p. 81), 환자선택 모형관련 보건의료제도는 2014년의 보건의료법 개정 이후 모습으로 남아있다. 또한, 실질적으로 보건의료시설을 변경하는 환자의 비율은 저조하다. 2018년의 서베이에 의하면 전체 환자에서 5%만이 1차 보건의료시설 혹은 전문진료구역의 병원을 변경하였다고 보고되고 있다(THL, 2020).

다. 보건의료개혁의 실패 이유

이상에서 언급한 2005년부터 2019년 3월까지 개혁은 다양한 이유로 모두 실패하면서, 최근 개혁이 시행되지 않은 이유가 분석되고 있다(Hiilamo, 2020).

1) 공급자에 대한 인센티브의 부재

개혁 자체가 서비스 제공자의 관점에서 경제적 인센티브가 없다는 것이다. 지방자치단체에 의해 위임받은 민간서비스 제공자의 경우 근로자의 보수는 실질적으로 지방자치단체간 혹은 지역 내에서도 그 분포가 상이하다. 보건의료구역의 경우는 1년 단위로 보수를 지급하며, 해당구역의 거주자만을 환자대상으로 간주하기 때문에, 다른 지역의 환자를 끌어들일 유인이 부족하다고 할 수 있다. 또한 많은 지방자치단체의 경우 인력난과 의료자원 부족 문제가 있기 때문에 환자선택모형으로 개혁을 할

지라도, 이것은 단지 대기시간을 더 증가시킬 뿐이며, 핀란드의 보건의료 체제는 스웨덴의 것과는 완전히 다르다는 것을 인지해야한다고 지적하기도 한다(Tynkkynen et al, 2016).

2) 개혁에 대한 정치적 합의 부재

또한 개혁에 대한 정치적 동의가 형성되지 않은 측면이 있다. 중앙정당은 낙후지역 소도시 지역 유권자를 위한 정책을 시행하고자 하며, 나머지 연합정당(national coalition party), 사회민주정당(the social democrats), 녹색당(the greens)은 대부분의 유권자가 대도시 지역에 위치하고 있다. 그렇기 때문에 두 정치적 그룹간 개혁에 대한 정치적 입장이 분열되어 있다(Keskimäki et al., 2019).

정치인은 또한 공무원(public officials), 아카데믹 전문가와의 상반된 의견을 유지하고 있다. 정당과 정부는 계속하여 앞서 언급한 그룹과 상반되는 입장의 개혁안을 제시하고 정치적 지지를 표시하는(politically motivated) 공무원이 개혁안 준비에 주요 역할을 맡으면서 개혁에 실질적으로 고려되어야 하는 사안이 부재인 상태라는 측면도 개혁의 실패요인으로 지적되고 있다(Hiilamo, 2020)

그밖에도 중앙정부의 빈약한 위치, 분권화된 의사결정과정 등이 개혁을 무마시켰다고 간주되기도 한다(Keskimäki et al., 2019).

2019년 12월 집권한 정부 또한, 2020년 6월 새로운 개혁안을 제시 및 실패 이후, 지난 10월에 다시 서비스의 통합과 보건의료비용 감축을 위해 22개의 거점지역으로 통합안을 발표하였고, 12월에 국회의 최종승인을 얻을 예정에 있다(themayor 홈페이지, 2020; Uutiset 홈페이지, 2020).

제3절 핀란드의 장기요양 개혁 동향

가. 핀란드 장기요양에서의 조정과 통합

1) 조정과 통합의 개념

조정과 통합의 개념은 종종 호환적으로 사용되며 그 구체적인 차이점도 모호할 때가 있다. 예를 들면, McDonald et al.(2010)에 따르면 조정된 돌봄(coordinated care)은 다음과 같이 정의된다. “돌봄의 조정이란 환자를 포함해서 2종류 이상의 참여자들 사이에서 의도된 돌봄 행위의 조직화를 의미한다. 이는 적절한 보건의료 서비스의 전달을 위해서 필요한 돌봄과 서비스들을 조직화하는 것을 말한다. 즉, 환자 (혹은 서비스 사용자)에게 가장 좋은 서비스를 제공하기 위해서 돌봄 및 보건의료 서비스의 종합적인 관점에서 적절한 서비스들이 선정되고 제공되는 과정을 의미하는 것이다(McDonald et al., 2010)”.

따라서, 돌봄의 조정이란 보건 및 돌봄서비스의 제공에 있어서 참여하는 여러 이해관계자들이 가장 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 조정하는 컨트롤 타워의 역할을 의미한다. 돌봄 제공에 참여하는 참여자들은 의료 및 돌봄서비스에 있어서 공공 제공자, 민간 제공자, 비영리 제공자들과 비공식 돌봄 제공자, 그리고 서비스 이용자를 포함한다.

반면, 통합적 돌봄 (integrated care)란 모든 의료 서비스와 돌봄 서비스가 가장 적절하고 충분하고 비용 효과적인 방법으로 제공되는 것을 말한다. 이는 서비스를 제공하는 조직 간의 통합을 의미하지는 않는다. 따라서 통합적 돌봄과 조정된 돌봄은 크게 차이를 가지지는 않으며 상호교환적으로 사용될 수 있다.

2) 핀란드 장기요양에서의 통합 돌봄의 이유

핀란드의 장기요양에 있어서 보건과 복지의 통합서비스를 제공하는 것에 대한 방안들은 다음과 같이 강조되었다(Keskimäki & Koivisto, 2018; Keskimäki et al., 2018).

우선, 노인인구의 증가는 의료적 치료와 돌봄 서비스에 대한 욕구가 복합적으로 나타나는 인구가 증가한다는 것을 의미한다. 이러한 인구학적 변화는 의료와 사회적 돌봄의 통합적 제공에 대한 요구가 증가한다는 것이다. 특히 80세 이상의 인구에서는 복잡한 의료적 처치에 대한 요구와 일상생활에 있어서의 기능적 제한이 함께 나타나는 경향이 높다. 그리고 이러한 80세 이상의 인구는 향후 10년 이상 지속적으로 증가할 것이라고 예상되고 있다.

둘째로, 공공과 민간 등 서비스 제공자의 다양성이 더욱 증가하면서 더 나은 서비스의 조정과 통합이 중요시되게 되었다. 예를 들어, 청소와 같은 생활지원서비스의 경우 공공 제공자에서 민간 제공자들로 아웃소싱되었고, 동시에 의료서비스, 개인 돌봄, 지원 서비스 제공자들의 숫자와 다양성이 증가하게 되었다.

셋째로, 보건정책의 변화 역시 돌봄서비스의 조정과 통합을 더욱 촉진시키고 있다. 경제성장이 정체시되는 시기에 정책결정자들은 보건과 돌봄서비스 영역에서 공공 재원의 효율적인 사용을 더욱 강조하게 되었다. 정책결정자들은 서비스의 적절한 조정과 통합이 복잡한 의료 복지 수요를 가진 노인인구에게 제공되는 서비스의 질을 높이고 비용의 증가를 억제할 수 있는 중요한 기제라고 믿고 있다. 일부지역의 파일럿 프로그램(시범사업)들은 보건과 돌봄 영역에서의 통합이 관련 비용의 증가를 억제하는데 성공적이었다고 보고하고 있다(Erhola et al., 2014). 그러나 아

직까지 일반적으로 통합 서비스의 제공이 경제적 효과를 가져온다는 것은 더 많은 연구를 필요로 한다(Mason, Goddard, Weatherly, & Chalkley, 2015).

나. 장기요양서비스에서 조정과 통합의 강화를 위한 정책 발전

핀란드는 장기요양서비스가 보다 통합적이고 안정적으로 제공될 수 있도록 전달체계를 구축하여 왔다(Johansson, 2010. pp. 1-11). 서비스의 통합적 제공은 여러 사례들을 통해서 다양한 형태로 발전해왔다. 예를 들면 다음과 같다(Johansson, 2010. pp. 1-11).

- 보건/복지 전문가들로 구성된 통합적 욕구 사정팀의 운영
- 보건과 돌봄 서비스의 공동 계획 작성
- 병원에서 퇴원하는 환자들을 위한 통합 서비스 제공
- 노인들의 경우 의료서비스와 돌봄서비스에 대한 정보를 받을 수 있는 통합 창구 운영

또한 의료전문가와 돌봄 전문가들의 협상 및 협업 체계 등 서비스의 조정 또한 매우 중요한 부분을 차지한다. 우선 일반적인 핀란드의 정책발전에 대해서 살펴본 뒤, 통합과 조정의 비용과 성과들에 대한 실증적인 근거들을 살펴보도록 한다.

1) 핀란드에서의 의료-돌봄 통합의 정책 발전 과정[2)]

1950년대에서 60년대에 핀란드에서는 인구 규모가 큰 지방자치단체

2) Tepponen(2009) pp. 80-95를 참고하여 요약·정리함.

를 중심으로 가정 헬스케어 센터가 건립이 되었다. 최초의 가정 헬스케어 센터는 1951년 헬싱키에서 건립되었으며, 두 번째는 1962년 휘빈캐(Hyvinkää)에 설립되었다(Tepponen, 2009). 1973년까지, 핀란드 전국에 85개의 가정 헬스케어 센터가 건립되었다. 가정헬스케어 센터는 노인인구에게 가정생활에서의 도움 서비스(돌봄서비스)와 의료서비스를 동시에 제공하고 노인계층이 자신의 집에서 독립적인 생활을 유지할 수 있도록 돕고, 비용이 많이 드는 시설 중심의 케어를 최대한 늦게 받을 수 있도록 하는데 목적이 있다. 이 가정 헬스센터는 돌봄서비스와 의료서비스를 통합적으로 제공하기 위한 핀란드 정부의 노력의 초기적 형태라고 볼 수 있다(Tepponen, 2009).

가정 헬스케어 센터는 지역 간호사가 실무를 총괄 관리하였으며, 의사, 민간서비스 영역 대표자, 지방정부 복지서비스 부서장, 그리고 시민대표 등으로 구성된 위원회가 지속적으로 모니터링을 수행하는 체계였다. 또한 센터는 홈 헬퍼(Home helper)를 교육하고 홈 헬퍼들과 가정 간호사들의 서비스를 병원, 의사들, 그리고 가정 돌봄 고객들에게 제공하는 역할을 담당하였다. 홈 헬퍼들과 가정 간호사들(지역 간호사의 관리를 받는)은 고객들로부터 직접 비용을 지불받았다(Tepponen, 2009).

지역내 노인들을 위한 목욕, 청소, 설거지 등의 지원 서비스들의 일부는 1970년대부터 지방정부와 시민사회(제3섹터)와의 협력으로 발전되기 시작하였다. 이러한 협력의 예는 가정에 있는 어르신들에게 따뜻한 식사를 제공하는 서비스였다(Tepponen, 2009).

이러한 가사 서비스와 가정 헬스케어 센터로 대표되는 의료서비스의 구조적 통합은 1970년에 끝나게 된다. 이때는 핀란드 전체에서 광범위한 공공의료시스템의 개혁이 일어나던 시점이다. 1차 의료법(Primary care act)이 1972년에 도입된 후 일차진료센터가 각각의 지방자치단체에 생

겨나기 시작했고, 외래 환자를 위한 모든 의료서비스는 이 센터에 집중되었다. 몇몇 1차 진료센터는 사회복지사를 고용하였지만, 대부분의 경우에 돌봄서비스는 의료서비스와 구분되어 조직되고 관리되었다. 이러한 경향은 가사 도움(돌봄서비스로 조직되는)과 가정 헬스케어(의료서비스로 조직되는)간의 분리를 가속화시켰고, 노인인구를 위한 가정내 서비스의 제공들은 더 복잡해졌다. 가사 도움과 헬스케어는 공공보건법에서 통합되도록 권고되었으나, 이러한 권고를 실제적으로 운영하는 지방자치단체는 거의 없었다(Tepponen, 2009).

중앙정부는 1980년대부터 지속적으로 의료서비스와 돌봄서비스의 통합을 추진하였다. 중앙정부는 노인층이 자신의 주거지에서 독립적인 생활을 할 수 있도록 하기 위해서는 반드시 통합 서비스의 제공이 필요하다는 신념을 가지고 있었다. 돌봄서비스와 의료서비스의 구조적 통합은 1990년대에 다시 시작되었다. 양 서비스를 통합하는데 있어서 하나의 중요한 단계는 2004년에 도입된 의료/돌봄 통합에 대한 법률이다. 이 법률은 지방자치단체에서 의료서비스와 돌봄서비스를 어떻게 조직화할 것인가를 다루고 있는 법률이다. 해당 법률에서 지방자치단체는 지방정부의 사회서비스 및 의료서비스 담당 부서의 책임하에 노인층을 위한 돌봄과 의료서비스를 조직화하는 것을 규정하고 있다. 이 법적 개혁은 지방정부에게 돌봄서비스와 의료서비스를 통합해서 제공할 의무를 부여하는 것이다. 비록 이 법은 임시적이었고 시범사업의 내용을 규정하고 있었지만, 후일에는 임시적이 아닌 영구적인 법제로 자리잡았고 시범사업을 통해서 발견된, 양 서비스의 통합적 제공에 방해되는 요소들을 제거하는 법으로 발전할 수 있었다(Tepponen, 2009).

2) 핀란드 장기요양에서 통합적 서비스 제공을 위한 요소[3)]

Tepponen(2009)의 연구에 의하면, 핀란드의 장기요양에서 통합적 서비스 제공을 위한 중요한 요소는 사례관리자, 다양한 전문가 그룹, 전자 환자 기록, 공동의 케어 플랜 등이 존재한다.

사례관리자는 1970년과 80년대에 걸쳐 도입된 것으로서, 행정당국과 돌봄서비스 제공자, 그리고 이용자들을 연결하여 이용자들이 필요한 서비스를 받을 수 있도록 확보하는 역할을 수행한다. 사회돌봄법에 의하면 돌봄 이용자에게는 반드시 고객의 돌봄 필요를 채워줄 수 있는 사례관리자가 배정되어야 한다(Tepponen, 2009).

다양한 전문가 그룹은 1980년대에 도입된 제도로서, 노인들을 위한 핀란드 장기요양제도의 구조적 통합서비스 제공의 다른 한 축을 구성하고 있다. 이 그룹은 고객의 욕구사정을 하며, 적절한 서비스가 제공되었는지, 그리고 서비스의 질은 어떠한 지에 대한 평가를 하는 역할을 담당한다(Tepponen, 2009).

전용주택에 거주하거나, 혹은 재가요양을 받든지 어떠한 경우든 간에 케어 플랜을 수립하는 것은 법에 의해 강제되어 있다. 이는 1990년대부터 법으로 규정되었으며 2012년에 제정된 노인인구의 기능적 역량지원을 위한 보건/돌봄서비스 제공에 관한 법 (“The Act of the Functional Capacity of the Older population and On social and Health Service for Older person”)에도 규정되어 있다. 지방자치단체는 노인돌봄 신청자의 욕구를 사정한 뒤 웰빙, 건강, 일상생활, 독립적 생활 등을 지지하기 위한 서비스를 배정하고 이를 바탕으로 케어 플랜을 작성한다. 여기에는 신청자의 시각과 그 친척들의 의견을 반드시 포함해야 한다

3) Tepponen(2009)를 pp. 84-91 주로 참고하여 요약·정리함.

(Tepponen, 2009).

몇몇 지방자치단체는 1980년대 후반부터 재가요양서비스를 받는 사람들의 전자기록을 활용하기 시작했다. 그러나 많은 발전에도 불구하고 여전히 몇몇 지방자치단체에서는 전자기록을 활용하지는 않고 있는 곳들도 있다(Tepponen, 2009).

3) 비용과 성과에 대한 근거

핀란드의 통합서비스 제공에 대한 평가를 연구한 기존 연구들의 내용을 보면 주로 이해관계자 인터뷰 및 돌봄제공자, 환자들을 대상으로 한 설문조사의 분석 방법을 사용하고 있다. 장기요양에 관련된 연구들의 대부분은 전체 장기요양의 질에 관련된 인식에 초점을 맞추고 있으며, 일부 연구는 좀 더 통합적인 서비스 제공을 위한 정책 변화의 결과들을 확인하기 위해서 시도되었다. 그러나 사실상 통합적 서비스 제공정책의 비용-효과성을 분석하는 실증적 연구는 제한적이었다.

구조적으로 통합된 서비스를 제공하기 위해서 가장 흔하게 사용되었던 것은 지방정부 내에서 보건부서와 복지부서를 통합시키는 것이었다. 기존 연구들에 따르면 이러한 물리적 통합 방안으로도 시설과 지역에서 거주하는 노인들에게 제공되는 서비스의 질을 향상할 수 있을 정도의 통합적 관리 프로세스가 나타난 것으로 조사되었다.

기존의 몇몇 연구에서 핀란드 장기요양서비스의 질을 평가하였는데, Paljärvi S, Rissanen S, Sinkkonen S and Paljärvi L.(2011)의 연구에 따르면 보건서비스 부서와 돌봄서비스 부서의 통합에도 불구하고 핀란드의 재가요양의 서비스 수준은 1994년에서 2009년 사이에 거의 변함이 없는 것으로 나타났다. 통합서비스 제공의 질에 대해서 설문조사를 실시

한 게 아니라 인지된 돌봄서비스의 질을 향상하기 위한 가장 중요한 요소를 발견하기 위해서 시행된 연구들에서 공통적으로 발견되는 것은 돌봄 종사자들이 시간에 쫓겨 짧은 시간 방문에 머무는 것이 서비스의 질에 가장 큰 저해요인으로 나타났다(Tepponen, 2009).

정책실험(RCTs: Randomized Controlled trials) 방식에 따른 연구는 통합서비스 제공에 대해 좀 더 세밀한 결과를 제공해준다. Kinnunen (2002)는 지방자치단체가 제공하는 개별 플랜이 노인의 거주시설로의 이전에 미치는 영향에 대한 연구를 시행하였다. 이 연구에서는 거주시설에서의 장기요양 필요성은 통제집단에서보다 실험집단에서 유의미하게 더 낮게 나타났다. 실험의 시작 이후 2년 동안 실험집단의 경우 41%, 통제집단의 64%가 장기요양 거주시설로 이전한 것으로 나타났다. 그러나 실험이 끝난 이후에는 통제집단과 실험집단의 차이가 유의미하지는 않았다. 그리고 사망률에서도 크게 차이가 나지 않았으며, 두 집단에서 돌봄비용의 차이도 유의미하지는 않았다. 실험집단에서의 환자들은 통제집단의 환자들보다 더 많은 보건의료서비스를 받았고 병원에 머무는 기간이 실험집단보다 2배 정도 많았다.

Hammar, Rissanen, and Perälä(2009)의 연구 결과는 통합적 재가서비스의 제공과 퇴원사례관리가 재가돌봄을 사용하는 환자들의 일상생활에서의 기능과 건강적 측면에서의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 연구를 시행하였다. 병원과 재가요양기관과의 협정을 통해서 통합서비스를 제공하는 것이 환자들에게 어떠한 영향을 미치는지에 관한 연구이었다. 그러나 이 연구에서는 실험집단과 통제집단간의 유의미한 건강관련 삶의 질 차이는 발견하지 못하였다. 하지만 돌봄제공자들은 이러한 협정이 서비스의 통합적 제공 및 표준화에 긍정적인 영향을 미쳤다고 평가하였다.

Erhola et al.(2014)은 치매 환자들이 자신들의 주 거주지에서 생활할 때 사례관리자, 노인의학전문의, 돌봄제공자들을 위한 지원 그룹, 그리고 산업화된 돌봄서비스의 협력과 조정이 미치는 영향에 관해 연구했다. 이 연구는 통제그룹의 노인들이 실험그룹의 노인들보다 1.6년 이후에 장기요양 거주 시설에 거주할 확률이 훨씬 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 2년 후의 결과에서는 유의미한 차이는 없었다. 이 연구의 결과에 따르면 적절하게 통합된 서비스의 제공은 치매 환자들이 장기요양 거주 시설로 이어지는 것을 늦추어주고 급성기때 병원에 머무르는 것을 며칠 더 줄여주는 효과를 가지는 것으로 나타났다.

전체적으로 봤을 때, 핀란드의 장기요양정책은 지난 기간 동안 많은 변화를 경험하였다. 그리고 이러한 시스템 변화의 효과성과 경제적 성과는 아직 체계적으로 평가되지 않았다. 그러나 현존하는 시계열적 연구들은 지난 수십년간 핀란드의 장기요양의 서비스의 질은 크게 달라지지 않았다는 것을 보여주고 있다. 장기요양의 질에 대한 많은 비판이 존재하지만, 설문조사를 기반으로 한 연구들은 핀란드의 장기요양의 질이 아직 많이 떨어지지 않고 만족한 수준에 머무르고 있다는 것을 보여주고 있다. 또한 보다 통합된 의료/돌봄서비스를 위한 정책의 변화는 아직 만족할만한 결과를 보이지는 못하고 있지만, 특정한 환자 집단에서 이러한 통합적 돌봄이 효과가 있다는 부분적인 연구 결과들이 제시되고 있다. 이러한 평가들로부터 얻을 수 있는 바는 의료와 돌봄서비스의 통합적 제공이 돌봄의 비용 증가없이 장기요양 이용자들의 건강을 증진할 수 있다는 것이다.

4) 장기요양에서의 통합적 서비스 제공을 위한 인센티브 제도

핀란드 장기요양제도의 재정적 원천은 다양한 지불자들로 구성된다.

우선 2014년 기준 전체 장기요양비용 중 58%는 지방정부가 담당하고 있으며, 29%는 국가가, 그리고 나머지 18%는 이용자들이 직접 부담하고 있다(Seppälä & Pekurinen, 2014). 이용자 부담분은 실제로 내는 사용료(본인의 개인소득에 기반한), 그리고 공적 자금이 지원되는 부분에서의 본인부담분을 포함한다. 본인부담액의 최고 한도는 지방자치단체가 규정한다. 그러나 지방자치단체는 반드시 본인부담금을 부과해야 하는 것은 아니며 지방자치단체의 상황에 따라 본인부담금을 전혀 부과하지 않을 수도 있다. 그리고 약값의 보장률은 받는 서비스의 종류에 따라 다르다. 홈 케어 서비스를 받는 지역사회에 거주하는 개인이나 혹은 전용주거시설에 거주하는 개인들의 약값는 사회보험과 개인의 본인부담금으로 이루어지며, 거주 시설에서 요양을 받는 개인들의 약값는 전액 지방정부에 의해 지불된다(Kangas & Kalliomaa-Puha, 2018).

장기요양과 관련된 다양한 지불자의 존재는 서비스 제공자들 간의 갈등과 더불어 통합된 서비스의 제공을 저해하는 원인이 되고 있다. 핀란드 시스템 하에서 중복 혹은 과잉 진료에 대한 인센티브는 거의 존재하지 않지만, 다양한 지불자 시스템은 이해관계자간 비용의 전가가 쉽게 일어날 수 있게 된다. 이러한 다양한 지불자 간의 이해관계의 갈등을 해소하고 통합서비스를 증진시키기 위해서 지방정부는 재가 돌봄서비스 부서와 의료서비스 제공부서를 조직적으로 통합하고 모든 재가 요양서비스에 대해서(돌봄과 의료서비스 포함) 묶음수가 (Bundled payment)를 적용하는 방식을 적용하고 있다. 행위별 수가에서 묶음 수가로의 전환은 의료/돌봄 서비스의 통합을 증진하고 환자들의 기관간 이동을 줄여주는 효과를 가지고 있다. 그러나 지방정부가 서비스를 조직화하는 의무를 가지고 있기 때문에 이러한 묶음 수가제의 사용은 지방정부의 선택에 따라 자율적으로 선택할 수 있다.

다. 비공식적 돌봄을 지원하기 위한 정책 수단

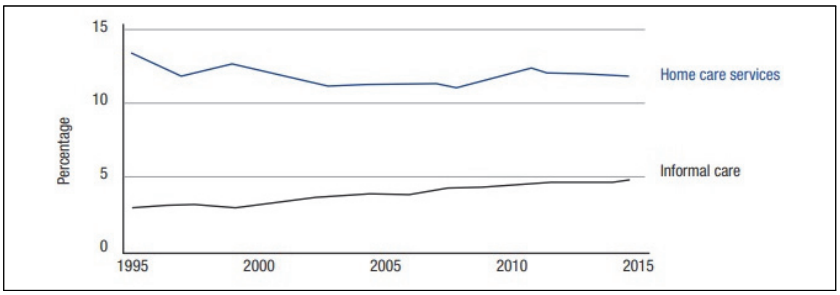
핀란드에서 비공식적 돌봄을 지원하기 위한 정책 수단은 주로 비공식 돌봄제공자들에 대한 지원 시스템을 개발하는 것을 주요 목표로 한다. 핀란드에서 비공식 돌봄제공자는 보상받는 비공식 돌봄자(CIC: Compensated informal caregiver)와 다른 형태의 비공식 돌봄자(IC: other Informal Caregiver)로 나누어진다. 비공식 돌봄지원은 보상받는 비공식 돌봄자들에게 배분되는 공식적 사회서비스이다. 비공식돌봄지원은 비공식 돌봄자 수당, 공식적 휴식 (Care leave), 그리고 비공식적 돌봄서비스 제공자와 돌봄서비스 수혜자 모두에게 제공되는 사회서비스로 구성되어 있다 (Kangas & Kalliomaa-Puha, 2018).

도움이 필요한 개인은 거주하는 지방자치단체에 비공식적 돌봄제공자 지원서비스를 신청할 수 있다. 지원 후에는 돌봄을 제공받는 사람의 돌봄 정도, 돌봄제공자의 능력(건강 수준 등) 그리고 주거 환경 등이 평가된다. 비공식돌봄제공자에 대한 수당은 본인이 제공하는 돌봄서비스의 복잡성과 의존성 정도에 따라 결정된다. 수당의 최저금액은 2005년 법에 따라 월간 300유로이며, 그 이상으로 책정된다. 만약 돌봄제공자의 부담이 매우 크고 증가하는 추세에 있다면 지방자치단체는 월 최저선을 600유로로 정할 수도 있다(Linnosmaa, Jokinen, Vilkko, Noro & Siljander, 2014). 보상받는 비공식 돌봄자는 월별 최대 3일까지의 휴가(respite)를 신청할 수 있다. 지방정부의 담당자는 이 경우 이를 대신할 3일간의 서비스를 구성할 책임을 진다 (Linnosmaa I. et al., 2014).

2015년 기준으로 핀란드 전체에는 약 44,107명의 비공식 돌봄자가 있다(Sotkanet 홈페이지, 2016). 이는 65세 미만자를 돌보는 인력까지 포함한 것이고, 이러한 비공식 돌봄을 받는 사람은 67%가 65세 이상이

다. 보상받는 비공식 돌봄의 경우 모든 연령대에 제공되지만, 대부분의 경우에는 노인들을 대상으로 한다. 2012년에 시행된 전국조사에서 돌봄서비스를 받는 사람들 중 64%가 64세 이상인 것으로 나타났으며, 또한 비공식돌봄을 제공하는 제공자의 약 절반 이상 (52.5%)이 64세 이상으로 나타났다. 약 60%의 돌봄제공자들은 이미 은퇴한 사람들이었으며 재직중인 사람은 17%인 것으로 나타났다. 다음의 그림은 75세 이상 인구 중에서 공식적인 재가돌봄을 받는 사람과 비공식 돌봄을 받는 사람들의 비중을 나타낸 것이다(Sotkanet 홈페이지, 2016).

〔그림 3-5〕 75세 이상 인구 중 비공식 돌봄 및 공식 재가요양서비스 이용자 비중



자료: Sotkanet 홈페이지. (2016). Statistical information on welfare and health in Finland. (www.sotkanet.fi에서 2021.01.20. 인출.)

1) 비공식 돌봄 지원법 (2006년)

핀란드에서 비공식 돌봄자에 대한 지원을 규정한 법률은 1993년으로 거슬러 올라간다. 1993년과 2006년 사이에서는 비공식돌봄서비스 제공자는 사회적 돌봄법(Social care act)에 따라 지원되고 규정되었다. 그 기간 동안, 비공식 돌봄제공자들을 지원하기 위한 몇가지의 개혁과 제도들이 도입되었다. 비공식 돌봄제공자들의 휴가는 1988년 처음 제정되었

으며 2002년부터 24시간 비공식 돌봄을 제공하는 사람들에게는 월 2일의 공식적 휴가제도가 도입되었다. 그리고 2007년에는 이러한 사람들에게는 월 3일까지의 휴가가 주어지는 것으로 개정되었다.

이러한 휴가 기간 동안 제공되는 돌봄서비스의 비용은 2004년에 일 최대 9유로로 금액이 제한되어 있었다가, 2014년에는 11.30유로로 증가하였다. 그리고 비공식 돌봄제공자들을 위한 수당은 구매력을 유지하기 위해서 2005년부터 증가하였다 (Linnosmaa. et al., 2014).

이러한 지원의 증가에도 불구하고, 21세기 초반부터 비공식돌봄지원을 위한 여러 이슈들은 해결되지 않았다. 이는 비공식돌봄제공자들을 위한 수당과 다른 사회보장들과의 관계, 그리고 비공식돌봄제공자들의 돌봄과 일상 직장생활간의 관계 등에 대한 문제이다. 더욱이 노인인구가 최대한 가정에 머물며 생활하고자 하는 사회적 변화로 인해 비공식 돌봄서비스 제공자를 위한 더한 서비스가 필요하게 되었다.

이러한 문제에 대한 해결책으로, 정부는 2005년 말에 비공식 돌봄제공자를 위한 새로운 법안을 준비하였다. 그리고 핀란드 의회는 이 법을 통과시켰고, 2006년부터 새로운 비공식 돌봄제공자 지원에 관한 법률이 그 효력을 발휘하게 되었다(Act on Support for informal care, 2005; Linnosmaa. et al., 2014에서 재인용). 2006년부터 적용된 이 법률은 비공식적 돌봄제공자의 역할을 커뮤니티케어의 일부로서 강화하는 것을 목표로 하고 있으며, 서비스에 대한 접근성의 형평성 강화, 그리고 돌봄을 받는 노년층이 최대한 가정에 머무를 수 있도록 지원하는 것을 목표로 하고 있다. 해당 법률은 비공식돌봄제공자, 그리고 그 돌봄을 받는 사람들에 대한 지원, 비공식돌봄제공자의 휴가 중 돌봄지원, 비공식 돌봄제공자에 대한 수당 등의 내용을 규정하고 있으며, 세부적인 변화는 있지만 큰 틀의 변화 없이 현재까지 유지되고 있다.

2) 2014-2020년의 프로그램의 발전

비공식 돌봄 지원은 재량적인 사회적 급여이며 그 제공의 정도는 핀란드의 지방정부의 재정상황에 영향을 받는다. 이는 비공식 돌봄지원 제도의 가장 큰 맹점으로 지적된다. 또한, 지방정부는 비공식 돌봄제공자를 위한 수당 정책에서 공통의 기준을 사용하지 않는 문제점이 있다.

따라서 보건사회부(The Ministry of Social Affairs and Health)에서는 2012년부터 위원회를 구성하여 2014~2020년까지 비공식돌봄을 지원하는 프로그램을 개선하기 위한 방안들을 이끌어내고자 했다. 이 위원회가 추구하는 개선방안은 다음과 같다 (Sosiaali- ja terveysministerio, 2014; Linnosmaa & Sääksvuori, 2017에서 재인용)

- 비공식적 돌봄 지원에 대한 접근성 증진
- 보상받는 비공식 돌봄제공자와 돌봄서비스를 받는 이용자 간의 형평성 증진
- 돌봄제공자들의 돌봄 부담을 감소시키기 위한 지원 강화
- 돌봄과 일상 업무 사이의 유연한 조정을 강화하기 위한 모델 개발

이 위원회가 개발하는 프로그램들은 이러한 목적을 달성하기 위한 정책적 수단을 제안하고 집행계획을 고안하며 현존하는 법률체계에 대한 개정을 이끌어 내려는 것이다.

위원회의 활동을 통해 비공식 돌봄지원에 대한 몇 가지의 변화를 제안하였다. 예를 들면, 비공식 돌봄은 계약에 기반한 비공식 돌봄 (돌봄제공자와 해당 지역의 지방정부간 계약)과 이러한 계약 강제가 없는 비공식 돌봄 두 개로 나누어져야 함을 제안했다. 여기서 새로운 것은 계약을 포

함한 비공식 돌봄 지원은 반드시 복합적인 돌봄 의무를 가진 돌봄제공자에게만 적용 가능해야 한다는 것이다. 다른 종류의 돌봄 제공자들은 돌봄의 부담을 감소시키기 위한 도움과 서비스들을 사용할 수 있다.

또한 위원회는 비공식 돌봄서비스 제공자들을 위한 수당에 대해서도, 돌봄의 부담에 따라 수당의 범위가 다양해야 함을 제안하였고, 돌봄 부담에 따라 월별로 500유로, 700유로, 1,100유로 3가지로 통일적으로 제공하는 프로그램을 제안하였다 (Linnosmaa & Sääksvuori, 2017). 그리고 돌봄 휴가를 모든 보상받는 비공식 돌봄제공자들에게 적용해야 함을 제안하였다. 위원회 초기에는 비공식 돌봄제공자들은 돌봄의 업무가 매우 복잡하고 어려울 경우에 월 3일의 휴가를 신청할 수 있었으나, 이 위원회는 모든 비공식 돌봄제공자들이 월 3일의 휴가를 가질 수 있도록 제안하였다. 그리고 이 위원회는 동시에 지방자치단체가 비공식 돌봄제공자의 신체적 정신적 웰빙 검사를 할 수 있도록 제안하였다.

라. 비공식 돌봄의 최근 정책 변화

비공식 돌봄과 관련해서 가장 최근의 변화는 2016년에 이루어진 Social Welfare act의 개정이다. 이는 보상받는 비공식 돌봄제공자들을 대상으로 한 신체검사, 교육 및 훈련의 실시, 그리고 모든 비공식 돌봄제공자들이 최소 월 2일의 휴가를 사용할 수 있도록 허용하는 내용을 담고 있다 (Social Welfare Act, 2016; Linnosmaa & Sääksvuori, 2017에서 재인용). 기존의 법률안에는 돌봄 부담이 매우 복합적이고 복잡한 비공식 돌봄제공자들만이 휴가를 사용할 수 있도록 했으나 개정된 법안은 모든 비공식 돌봄제공자들이 휴가를 신청할 수 있고 휴가 기간 동안 지방정부는 이에 대한 돌봄서비스를 조직할 의무를 지게 하는 것이다 (Social

Welfare Act, 2016; Linnosmaa & Sääksvuori, 2017에서 재인용).

이러한 법률안의 변화는 2017년 기준으로 약 9천만 유로의 예산을 증가시킬 것으로 추정되나, 동시에 이러한 제도의 도입으로 돌봄비용을 약 1억1천3백만 유로 감축시킬 수 있을 것으로 기대되어 실제로 정책의 효과는 예산 절감을 가져올 것으로 기대되었다(Linnosmaa & Sääksvuori, 2017). 이러한 평가는 적절한 휴가제도와 비공식 돌봄제공자들을 위한 교육, 훈련이 노인들의 거주 시설로의 입소를 예방하는데 효과적이라는 전제를 바탕으로 한다. 그리고 거주 시설에서의 돌봄은 재가요양보다 더 많은 비용이 들기 때문에, 이것이 비용절감의 효과를 가져온다는 것이다(Linnosmaa & Sääksvuori, 2017).

마. 거주시설에서의 장기요양 수요 감소와 건강한 노화의 촉진

예방적 의료서비스의 증진은 거주시설에서의 장기요양 수요를 감소시키는 역할을 한다. 이는 예방적 의료서비스에 대한 투자는 건강을 증진하고 장기적으로 돌봄에의 의존성을 낮추기 때문이다. 핀란드의 국가적인 목표는 75세 이상 인구 중에 원래 거주하던 가정에 계속 사는 비중을 91~92%로 만드는 것이다(Sosiaali- ja terveysministerio & Kuntaliitto, 2013; Linnosmaa & Sääksvuori, 2017에서 재인용).

예방적 의료서비스에 대한 투자와 시설 중심의 장기요양을 줄이기 위한 정책적인 추진은 동시에 일어났으나, 두 정책 프로그램의 집행은 상이하게 발생하였다. 노인인구의 독립적 생활을 지원하며 가정에서 사는 노인의 비중을 높이는 정책은 하향식(Top-down) 정책 결정이었으며 제일 관심사는 재정적인 측면이었다. 그러나 반면 예방적 의료프로그램에 대한 투자는 다수의 분절화된 다양한 행위자에 의해서 이루어졌다. 게다가

예방적 의료서비스는 백신 접종과 같이 모든 연령대를 포괄하는 정책부터 특정 집단에 집중하는 정책까지 매우 다양한 형태로 펼쳐졌다.

핀란드의 예방적 의료서비스는 보건사회부가 관장한다. 그러나 건강증진프로그램의 실행은 지방정부의 책임으로 남아있다. 그리고 지방자치단체는 건강증진프로그램의 실행에 있어서 정부지원을 받는 제3섹터의 비영리단체들과 함께 협업 구조를 형성한다. 정부로부터 독립적인 제3섹터의 비영리단체들은 비정부 조직답게 보건 및 돌봄 서비스의 변화에 기민하고 민감한 모습을 보여주고 있지만, 동시에 이러한 비영리단체들은 분절화된 체계, 효과성에 대한 검증이 거의없는 상태에서의 단기 프로젝트 중심의 조직 운영 등으로 인해 문제를 나타내고 있다. 노인인구에 초점을 맞춘 예방적 의료 프로그램은 알코올 소비의 감소, 낙상방지, 그리고 육체적인 역량 강화 및 라이프스타일 상담까지 매우 포괄적이다.

핀란드에서 시설 중심의 장기요양 수요의 증가는 알츠하이머병과 긴밀한 관계를 가지고 있다. 시설 중심의 요양이 필요한 노인들의 약 80%가 알츠하이머를 가지고 있는 것으로 나타났다(Einiö, 2010). 국제적인 연구 결과는 다양하지만, 적어도 핀란드 내의 행정자료를 바탕으로 한 연구를 보면 핀란드에서 65세 이상 노인인구의 장기요양 시설 입소에 가장 영향을 미치는 요소는 파킨슨병, 뇌졸중, 우울증 및 정신질환, 엉덩이 골절, 당뇨병 등인 것으로 나타났다. 따라서 이러한 질병을 예방하기 위한 예방적 의료서비스에 대한 투자는 장기요양을 위한 시설 입소를 줄일 수 있는 요소로 작용할 수 있다.

핀란드에서 장기요양을 위한 시설입소에 영향을 미치는 요인에 대한 실증적 연구에서 많은 예방적 의료 프로그램들이 제시되었다. 그러나 예방적 의료의 중요성에 대한 강조가 늘어나고 있는 중이지만 여전히 비용효과성에 대한 부분에서는 신뢰할만한 증거가 아직 부족하다. 그러나,

‘인지장애 및 손상을 예방하기 위한 핀란드 노인의학 연구위원회’는 몇몇 유용한 증거를 제시한다. 대부분의 연구는 단일 케이스 사례를 중심으로 이루어졌으나 이 연구는 다양한 영역, 즉 영양소 가이드, 신체적 운동, 인지적 훈련 등 다양한 방면에서의 접근을 바탕으로 효과성을 검토하였다. 2년간의 실험적 방법을 통한 연구 결과 이러한 예방적 의료개입은 노인 인구에 대해서 인지 기능을 유지하거나 증진하는데 유용한 것으로 나타났다(Ngandu et al., 2015). 이 연구는 다양한 측면에서의 접근의 효과성을 검토하였지만, 예방의 비용 효과성에 대한 명확한 증거를 제시하는 않으며, 연구의 정합성이 역시 의문이 제기되는 부분이 있다.

바. 2019년 핀란드의 보건의료 및 돌봄 서비스 개혁

1) 개혁에 대한 개관

핀란드의 현 정부는 보건의료서비스 및 사회서비스의 공급과 재정을 전반적으로 재구조화하기 위한 대규모의 개혁을 준비하고 있다. 정책 틀과 법률안에 대한 가안들이 이미 제출되었으며 전체적인 보건/사회서비스의 구조적 개혁의 내용을 담고 있다. 대규모의 시스템 조정은 2019년 상반기부터 시작되었다(Linnosmaa & Sääksvuori, 2017). 이 보건서비스와 사회서비스의 개혁의 중요한 목적은 서비스의 접근성 강화 및 비용 증가의 통제이다.

의료서비스와 사회서비스의 제공의 의무는 311개의 독립적인 지방자치단체가 아니라 18개의 자율성을 가진 광역단체에 있다. 현재 추진 중인 법안에 따르면 광역단체(Region, 혹은 county)에서 필요한 대상에게 의료서비스와 돌봄서비스를 통합적으로 제공할 책임을 지우고 있다. 또한,

다양했던 재정 자원들은 좀 더 단순한 형태로 통합될 예정인데 해당 내용은 아직 검토 중이다. 현재 상황으로서는 광역자치단체가 서비스 제공을 위한 세금을 부과하는 것은 바람직하지 못하다는 정치적 합의가 이루어져 있으며, 개혁의 첫 단계에서는 보건의료서비스와 돌봄서비스는 정부가 광역단체에 주는 교부금(grant)을 이용해 재원으로 사용할 것이다(Sote-uudistus 홈페이지, 2020).

통합적인 서비스 제공에 더해서, 개혁의 또 다른 특징은 공공서비스 제공자 뿐만 아니라 민간 서비스 제공자, 제3섹터의 제공자 등 다양한 제공자들이 경쟁할 수 있는 구조를 만들어주고 이용자들이 다양한 제공자들 사이에서 선택권을 가질 수 있도록 해주는 것이다. 민간 제공자들과 제3섹터의 제공자들이 부족한 지역에서는 정부가 그 수요를 채워줄 수 있도록 직접 공급자로 활동하도록 하는 의무를 부여하고 있다.

2) 장기요양의 잠재적인 영향

현재 계획된 보건의료서비스와 돌봄서비스의 재구조화는 장기요양 서비스의 공급에 큰 영향을 끼칠 것으로 기대되며 노인들을 위한 돌봄서비스와 의료서비스의 통합적 제공을 촉진할 것으로 기대되고 있다. 비용통제에 대한 부분은 시설에 입소하는 노인 환자들의 감소, 그리고 서비스의 배치에 대한 시간의 감소 부분이 비용감소와 연관될 것으로 기대된다. 핀란드에서 75세 이상 인구 중에 자신의 집에 거주하는 비율은 상대적으로 높지만, 그래도 시설에 거주하게 되는 기간을 줄이고 자신의 집에 머무는 기간을 최대한으로 길게 하는 것이 비용절감에 더욱 더 효과적이라고 할 수 있다. 핀란드의 경우 시설에서 사망시까지 평균 677일을 거주하는 것으로 나타났으며, 365일인 스웨덴이나 네덜란드에 비해 약 2배 정도 더

긴 것으로 나타났다(Kinnula, Malmi & Vaaramo, 2015). 시설 입소일수의 감소와 관련하여, Kinnula et al.(2015)는 다른 종류의 재활 모델들이 노인 환자들에게 다른 결과를 가져올 수 있다고 주장했다. 이들의 연구에 따르면 하루 6시간의 집중적 재활 치료를 통해서 75세 이상의 노인인구들이 자기 집에서 독립적으로 기거할 수 있는 시간을 더 증가시킬 수 있다고 했다. 시범 프로그램이 시작된 1년 후에는 시범 사업 지구의 75세 이상 노인인구의 94%가 집에서 거주할 수 있었다고 보고 했다. 결론적으로 남부 카렐리나 지방에서의 시범사업은 약 97%의 75세 이상 노인인구가 자신의 집에 머무를 수 있게 된 것으로 나타났다. 이러한 결과를 핀란드 전체로 확장하면 시설 거주 노인의 숫자를 약 3만 명 감소시킬 수 있는 것으로 나타났다. 물론 이것이 확정적인 것은 아니며 앞으로 향후 결과를 더 지켜봐야 할 필요성은 있다.

3) 돌봄과 의료서비스에서 바우처와 개인예산제의 사용

현재 핀란드의 보건의료 및 사회서비스 시스템에서 지방정부는 장기요양 서비스의 구매를 위해서 바우처를 발급할 수 있다. 바우처의 가치는 고정된 것일 수도 있고 소득과 연관도가 있을 수 있다. 만일 지방자치단체가 바우처 발급을 결정했다면, 그것을 어디서 사용할지, 어떠한 서비스 제공자에게 사용할지는 이용자의 의지대로 결정할 수 있다. 공공서비스 제공자와 민간서비스 제공자 중 마음대로 선택할 수 있는 것이다.

서비스 제공자를 선택하는 바우처 사용은 최근 들어 핀란드에서 증가하기 시작했다. 바우처 사용 증가의 요인은 서비스 공급자를 다양화하고, 증가하는 서비스 욕구에 대한 수요를 충족시키며, 기업가적 행태의 촉진, 그리고 이용자 선택의 자유 증진 등이 될 것이다. 지방자치단체는 재가서비

스와 지원 서비스(청소, 식사서비스 등), 그리고 재활, 비공식 돌봄제공자의 휴가시 돌봄 사용 등에 바우처를 사용한다. 헬싱키의 경우 Sheltered housing을 구매하는 데도 바우처를 사용할 수 있다 (Linnosmaa, 2012).

Volk(2007)는 바우처의 사용과 관련된 이용자들과 공급자들의 경험을 연구하였다. 제공자와 이용자 모두 자신의 서비스를 독립적으로 선택할 수 있었고, 보건의료서비스와 돌봄서비스를 구성하는데 바우처를 사용하는 것에 대해 만족도를 보이고 있었다. 서비스 이용자들의 경우 합리적으로 선택하기 위해서는 서비스 공급자에 대한 정보를 충분히 제공 받아야 한다고 말했다. 또한 조사 대상 중 절반 이상의 서비스 제공자들은 바우처 사용에 대한 수요가 증가하고 있다고 응답하였다. 서비스 사용자들의 경우, 바우처 시스템의 단점으로서 발급자가 규정한 생산자 이외의 생산자에 대해서 사용이 불가능하다는 점을 들었으며, 서비스 공급자들의 경우 바우처가 추가적인 행정비용을 초래한다고 응답하였다.

핀란드의 보건 및 의료 개혁의 일부로서, 정부가 추진하는 선택의 자유에 대한 법안(The Act of Freedom of Choice)은 서비스에 대한 접근성을 높이고 서비스의 질과 비용 효과성을 증진하는 것을 목표로 한다. 현재의 개혁 계획에 따르면, 선택의 자유는 주로 바우처의 사용과 개인예산제의 사용으로 집행하고자 한다. 보건 및 사회서비스 센터나 치과에서는 고객들과 환자들에게 바우처를 제공하고, 바우처를 다양한 제공자들로부터 서비스를 구매하는 데 사용하도록 한다. 예를 들면, 주치의(GP)는 환자에게 원하는 심리치료를 받을 수 있는 바우처를 제공하고 환자는 본인이 원하는 제공자에게 가서 심리치료를 받을 수 있다. 노인인구와 장애인들의 경우 개인 예산을 부여받아 자신의 욕구를 충족시킬 수 있는 서비스의 조합을 구매하는데 그 예산을 쓸 수 있다. 현 정부는 약 천만 유로의 예산을 시범사업 지역에 배정해놓고 있다.

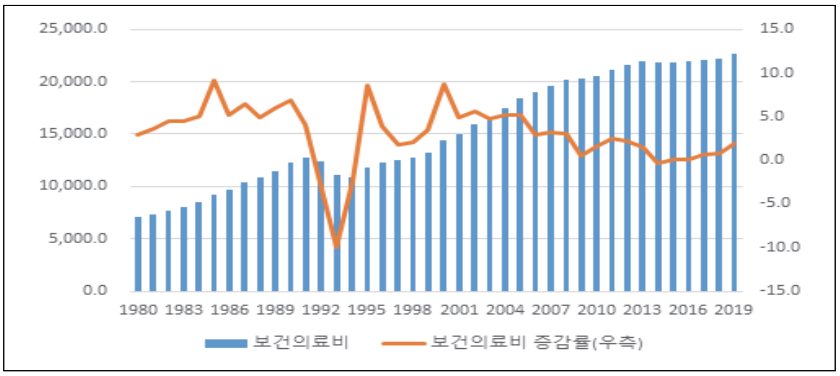
제4절 핀란드의 재원조달 및 재정 구조

가. 보건의료비 지출 현황

핀란드는 다른 북유럽 및 EU국가와 비교하였을 때, 보건의료 분야에 지출하는 비중이 낮으며, GDP대비 지출 비중도 최근 몇 년간 감소하고 있다.

[그림 3-6] 핀란드 보건의료비 추이

(단위: USD, millions, %)



주: 실질 보건의료비 사용(Constant prices, constant PPPs, OECD base year)
자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〈표 3-3〉 핀란드 보건의료비 추이

(단위: USD, millions, %)

	보건의료비	보건의료비 증감률
1980	7,111.3	2.9
1985	9,229.0	9.2
1990	12,296.8	6.9
1995	11,822.2	8.6
2000	14,343.2	8.8
2005	18,399.4	5.2

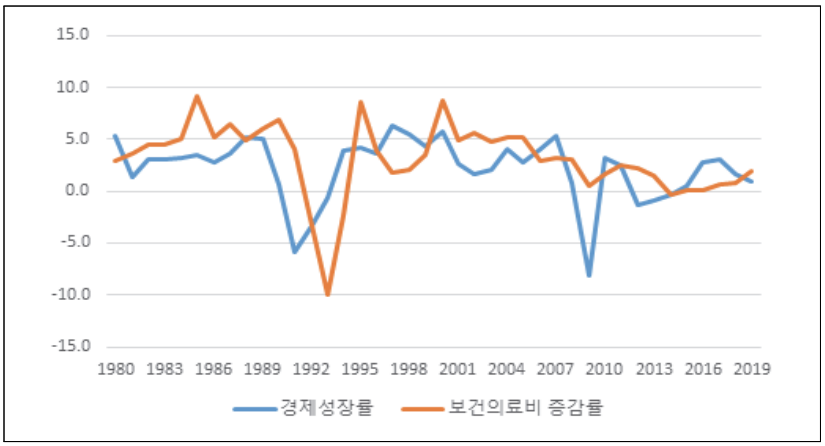
	보건의료비	보건의료비 증감률
2010	20,593.2	1.7
2015	21,882.6	0.1
2019	22,652.7	1.9

자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

경제성장률 대비 보건의료비 증감률을 살펴보면, 보건의료비 증감률은 전반적으로 경제성장률을 상회하는 수준이지만, 북유럽 금융위기 이후인 1993~1994년, 금융위기 직후인 1997~1999년에는 경제성장률을 밑도는 수준을 기록하였다. 그리고 2015년 이후 경제성장률보다 보건의료비 지출 증가율이 하회하는 추이를 보이고 있었으나 2019년에 다시 역전되는 현상을 보이고 있다.

[그림 3-7] 핀란드 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이

(단위: %, Constant prices, constant PPPs, OECD base year)



주: 경제성장률은 실질 GDP증감률 사용, 보건의료비 증감률은 실질 보건의료비 사용
자료: 1) GDP 증감률: World Bank. GDP growth (annual %). (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG에서 2020.12.01. 인출.)
2) 보건의료비: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〈표 3-4〉 핀란드 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이

(단위: %)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
GDP증감률	5.4	3.5	0.7	4.2	5.8	2.8	3.2	0.5	1.0
보건의료비 증감률	2.9	9.2	6.9	8.6	8.8	5.2	1.7	0.1	1.9

자료: 1) GDP 증감률: World Bank. GDP growth (annual %). (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG에서 2020.12.01. 인출.)
2) 보건의료비: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

전체 보건의료비 지출에서 공공부문 외래진료가 25.9%로 가장 많고, 입원이 21.1% 장기요양이 14.4% 차지하고 있다.

〈표 3-5〉 핀란드 전체 보건의료비 대비 공공부문 보건의료비의 분야별 비중 추이

(단위: %)

	입원	외래	장기요양	부가 서비스	의료용품	예방	전체 중 공공 보건의료비 비중
1980	28.0	18.9	-	-	5.6	1.6	77.9
1985	27.5	23.0	-	-	4.5	1.7	77.6
1990	28.3	25.6	-	-	4.7	1.7	80.0
1995	23.8	20.1	12.0	1.9	6.3	2.8	71.2
2000	24.9	18.3	15.5	2.0	7.0	2.0	74.1
2005	23.8	20.7	15.6	1.9	7.9	2.1	76.2
2010	22.6	22.3	17.1	2.2	7.1	2.0	77.1
2015	22.2	24.3	15.0	2.2	6.8	2.5	76.9
2018	21.1	25.9	14.4	2.0	6.9	2.6	76.9

주: 1) 1980년부터 1990년가지의 장기요양 및 부가서비스에 대한 자료는 결측치임.
2) 공공의료비에서 관리행정비용 및 기타비용은 제외함.
자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

나. 재원별 지출 구조

핀란드 보건의료체계는 지자체, NHI, 고용주 및 가구 등 상당히 다양한 주체로부터 자금조달이 이루어지는 만큼 매우 세분화 되어 있다. 또한 이들은 지자체, 개인 및 직장에서 자금을 조달함에 따라, 핀란드의 의료보장 또한 세부화 되어있다. 모든 국민이 지자체의 보건의료서비스를 보장받아 이용할 수 있는 것에 비해, 민간 의료서비스 분야 이용은 지자체에 따라 매우 다양하며 또한, 근로자들은 직장 의료서비스를 보장받지만, 직장에 따라 이 서비스의 범위도 다양하다.

2017년부터 보건의료재원별 선별된 보건의료서비스 기능에 관한 지출을 아래의 표에서 제시하고 있다(OECD Statistics, 2020). 핀란드의 공적지출 기능은 외래진료(24%), 입원진료(23%), 장기요양(16%)이 주를 이루며, 또 외래진료의 약 1/3(9%)을 민간자원이 조달하고 있다. 약제비 지출의 절반 미만이 민간지출(5.6%)로 이루어져 있고, 이는 거의 모두 본인부담금에서 지출된다.

〈표 3-6〉 핀란드 공공부문 보건의료비 분야별 비중: 2017년 및 2019년

(단위: %)

구분		입원진료 (주간보호 (데이케어) 포함)	외래 진료	장기 요양	약제비 및 의료 용품	예방 의료	보건 의료 체계 행정 비용	보조 및 기타 서비스	전체 대비 비중
17년	**공적지출**	**22.6**	**24.3**	**15.8**	**6.7**	**2.5**	**0.7**	**2.6**	**74.2**
	일반정부 지출	20.9	22.1	15.8	0	1.7	0.1	1.1	61.7
	건강보험	1.6	2.2.	0	6.7	0.8	0.6	1.5	13.4
	민간지출	**2.2**	**8.7**	**3.2**	**5.6**	**1.4**	**0.2**	**3.6**	**24.9**
	본인부담금	1.3	6.6	3.2	5.5	0.0	0.0	3.6	20.2
	민간보험	0.9	2.1	0	0.1	1.4	0.2	0.0	4.7
	재원 총합	**24.7**	**33.0**	**19.0**	**12.3**	**3.9**	**0.9**	**6.2**	**100.0**

구분		입원진료 (주간보호 (데이케어) 포함)	외래 진료	장기 요양	약제비 및 의료 용품	예방 의료	보건 의료 체계 행정 비용	보조 및 기타 서비스	전체 대비 비중
19년	**공적지출**	**20.9**	**26.5**	**14.7**	**7.0**	**2.5**	**0.6**	**2.0**	**77.8**
	민간지출	**1.3**	**7.5**	**2.7**	**7.5**	**1.5**	**0.2**	**1.1**	**22.2**
	본인부담금	1.3	5.2	2.7	7.1	0.0	0.0	0.7	17.4
	민간보험	0.1	2.3	0.0	0.3	1.5	0.0	1.0	4.7
	재원 총합	**22.2**	**34.0**	**17.4**	**14.5**	**3.9**	**0.8**	**3.1**	**100.0**

자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

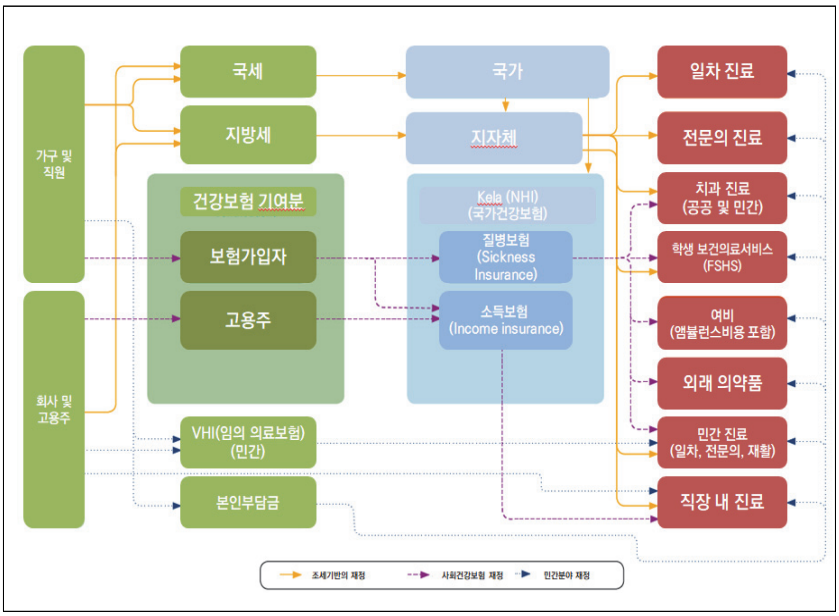
다. 보건의료재정 흐름

공공의료와 민간의료를 위한 재정은 아래의 그림과 같이 복잡한 구조로 구성되어 있다. 보건의료분야 공적지출의 절반 이상이 지자체로부터 조달된다. 2000년대 중반 이후 정부 및 전체 보건의료지출에서 자치체가 차지하는 비율은 경상의료비 지출의 34%~37% 사이에서 안정적으로 변화하고 있다(Saltman & Teperi, 2016). 대부분의 지자체에서 사회복지서비스와 보건의료서비스가 행정적으로 통합되어 있기 때문에, 지자체 차원에서 보건의료에만 지출된 세밀한 수치를 얻는 것은 어렵다. 2017년 전체 사회복지 및 보건의료서비스의 지출을 살펴보면, 지자체들은 주민 1인당 평균 3,227유로를 지출하였고, 세부적으로 보면 이 중 38)가 전문의 진료, 18%가 일차 진료에 지불되었고 노인 및 가정돌봄에 19%가 사용되었다(Suomen virallinen tilasto(SVT), 2017; Keskimäki et al., 2019, pp. 43-44에서 재인용).

2016년 기준 보건의료재정은 지방정부(35.6%), 국가(26.4%), 사회건강보험(SHI)(12.6%), 민간자본(25.4%)으로 구성되어 있으며, 민간자본은 다시 사용자지불(20.4%), 자발적 민간보험(2%), 고용주(2.2%)로 나뉜

다(THL, 2018; Keskimäki et al., 2019, p. 50에서 재인용). 재정체계에서 비율은 중앙정부에서부터 사회건강 보험까지 조금씩 변화하였지만 전반적으로 지금의 비율을 안정적 형태로 수십년간 유지하였다(Keskimäki et al., 2019, p. 50)

[그림 3-8] 핀란드의 재정흐름



자료: Seppälä and Pekurinen. (2014): Keskimäki et al., 2019, Finland Health System Review. Figure 3.6. p. 51을 저자 재작성.

라. 재정수입구조

공적재원은 주로 국세와 지방세로 구성되어 있다. 지방정부가 보건의료서비스에서 중요한 역할을 하고 있기 때문에, 지방정부는 국가로부터 보조금을 지원 받는다. 각 지방정부의 분산된 보건의료부문 지출만큼이

나 각 지방정부의 국가보조금은 상이하다. 국가건강보험은 직장의료서비스, 외래환자 의료약품(outpatient drugs), 그리고 부분적으로 민간의료서비스를 지원한다. 또한 근로자에게 소득세와 함께 징수된 소득기반 보험료에 의해 재원이 형성된다. 고용주는 직장의료서비스 재정에서 소득보험(건강보험의 한 부분)에 기여한다. 사용자 지불의 경우는 현 보건의료 지출의 1/5이며, 5%는 민간보험에 의해서 재원이 형성된다(OECD Statistics, 2020; Keskimäki et al., 2019, pp. 46-50에서 재인용)

1) 국세

주요 국세수입은 소득세 및 부유세(wealth tax)(24.2%), 부가가치세(VAT)(31.8%)로 구성된다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50). 경제성장이 둔화되면서, 공공지출은 주로 국가부채에 의존하고 있으며, 2019년에 국가부채는 전체 국가 수입원의 3.2%인 €14억까지 증가하였다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50). 국가수준의 재원은 주로 지방정부에게 주는 국가보조금 형태로 지급되거나, 국가건강보험에 지급된다.

2) 지방세

2017년도 기준 전체 지방정부 수익의 50.8%는 지방세를 통해 형성된다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50). 시의회(municipal council)에서 매년 세율을 결정하는데, 지방정부는 지방소득세와 부동산세를 부과하고 법인세(corporate tax)를 통해 일정 수익을 조달하며, 그 중, 소득세가 84%로 주 수입원이 된다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50).

지방소득세는 고정된 총임금비율을 따르지만, 이것은 징수 가능한 소

득의 16.5~22.5% 범위에서 각 지자체마다 상이하게 분포되어 있어, 각 지방자치단체 간 세금으로 인한 수익의 격차가 상당하게 존재한다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50).

3) 국가건강보험

국가건강보험(National Health Insurance)의 재원은 질병보험과 소득보험으로 구성된다. 2016년 이후, 근로자, 자영업자는 소득의 1.54~1.77%를 소득보험으로 지불하며, 고용주의 경우는 총 임금의 2.12%를 기여하고, 연금수급자와 같은 기타 수령자의 경우는 소득의 1.47%를 질병보험에 지불한다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50).

재정통합 및 관리기관(collection to pooling agencies)은 보건의료의 복잡한 재정구조 때문에, 지방정부와 Kela가 통합적으로 재정을 관리하고 있다. 지방정부가 지방보건의료서비스를 통합적으로 관리하며, Kela가 민간부문과 직장의료서비스를 통합 관리한다. Kela는 또한, 외래환자 의약품, (의료)운송 및 질병수당과 같은 보건의료(health care) 비용과 수입(benefits)까지도 관리하는데, 이러한 이중적 공적재원 관리구조는 전반적인 서비스 생산과정의 효율성을 도모하기 위한 역할은 하기 위함이다(Keskimäki et al., 2019. pp. 46-50).

4) 고용주 지불

고용주들에 의한 직장 의료 서비스의 재원조달은 핀란드 보건의료 체계에 주요 역할을 하여 2016년에는 183만 명(전체의 74%)의 근로자가 고용주로부터 직장 의료 서비스를 공급받는다. 같은 해 고용주들은 직장

의료 서비스에 대하여 총지출의 57%인 4억6400만 유로를 지급하였고, 나머지 금액은 국가건강보험이 지급하며, 직장 의료 서비스는 전체 보건 의료비용의 약 4%를 차지하고 있다(Kela, 2018; Keskimäki et al., 2019. p. 71에서 재인용).

5) 사용자 본인부담

핀란드 보건의료 재정의 1/5은 사용자 본인부담이 차지한다. 이것은 2000년대 중반부터 상대적으로 안정적인 비율로 정착하였고, 대략적으로 19.0%에서 20.4%의 범위에서 유지되었다(Keskimäki et al., 2019).

2000년대 초반에 사용자 본인부담이 서비스접근 제한과 경제적 어려움을 유발할 수 있다고 판단하여, 의료비 연간한도액을 도입하였다. 그러나 운송비용, 약품, 의료서비스의 각각으로 분리된 연간한도액의 총합은 보건의료서비스의 사용자지불액을 €1,550까지 인상시켰고, 2015년에는 전체 핀란드 인구의 6%(330,000명)가 최소 1개 항목에서 본인부담 지불액의 최대한도액에 도달하였으며, 인구의 0.1%는 모든 항목의 최대한도액에 도달하였다(Vaalavuo, 2018 pp. 17-18; Act on User Fees in Social and Health Care 734/1992; Decree on User Fees in Social and Health Care 912/1992; Keskimäki et al., 2019. pp. 63-64, 66-67에서 재인용).

6) 자발적 민간보험

자발적 민간보험(VHI)의 역할은 보완적이며, 국가건강보험에 의해 상환되지 않는 본인부담 지불액을 상환한다. 자발적 민간보험은 최근에 증

가하였지만, 총 보건의료 지출에서는 여전히 5%이내(2017년 기준)의 극소부분만을 차지하고 있다(Keskimäki et al., 2019).

마. 재정구조 개편 논의

현재 Kela를 통한 보건의료지출을 공공보건서비스에 대한 중앙정부의 직접지원으로 변경하는 계획안이 20년 동안 논의되어 왔고, 해당논의는 2015년도 개혁안(5 SOTE지역 개혁)에 포함이 되어있지만, 개혁실패로 재정체계는 복잡한 체계를 유지하고 있는 실정이라 할 수 있다(Saltman & Teperi, 2016).

현 재정체계의 구체적 이슈로 첫째, 공공재정에서 직장보험과 민간의료서비스이용을 위한 보험을 Kela의 사회적 보험재원 안에 함께 운영하는 것에 대한 논란이 있다. 연장자, 빈곤층, 취약계층은 민간 서비스에 접근할 수도 없다는 것을 고려하면, 민간의료서비스 비용을 공공재원으로 지불하는 것은 사회적으로 불공평한 측면이 있기 때문이다(Saltman & Teperi, 2016).

두 번째, Kela 재원 체계를 유지하는 것은 민간서비스 공급을 감축하는 것과 다름이 없다고 본다. 즉, 이것은 필수 불가결적으로 공공의료 환자 수를 증가시킬 것이고, 더 나아가 공공 보건의료시설의 대기시간을 연장할 것으로 예상된다(Saltman & Teperi, 2016).

바. 장기요양 재정 문제 및 대응

핀란드는 유럽에서도 고령화의 속도가 매우 빠른 나라에 속한다. 1946년부터 1949년까지 베이비부머 세대들의 은퇴는 장기요양과 의료의 비

용을 급증하게 하여 후속세대의 부담으로 전가하게 되었다. 2018년 12월 31일 기준으로 65세 이상의 인구는 20%정도이나 이는 2030년까지 26%, 2060에는 29%까지 증가할 것으로 예측된다(OECD Statistics, 2020). 장기요양 지출과 소득보장은 서로 상충관계에 있기에 현재 상황에서 장기요양에 대한 비용지출을 늘리기는 쉽지 않은 상황이다. 장기요양비용의 경우 핀란드는 2015년 기준 GDP대비 2.2%로, OECD 전체 평균 1.7%를 상회하고 있으며 전체 OECD 국가 중에 네덜란드, 스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 벨기에에 이어 6위를 차지하고 있다(OECD, 2020). 반면, 증가율로만 따지면 2005년에서 2015년 사이 약 2.7%대의 성장으로, OECD 평균인 4.6%에 비하면 비해서 상대적으로 증가율이 높지는 않다(OECD Statistics, 2020).

앞서 언급했듯이 핀란드의 장기요양은 개별 지방자치단체의 책임으로 운영된다. 국가의 영토가 넓은 반면에, 인구는 매우 적기 때문에 기초자치단체들은 각각의 방법을 이용하여 이를 시행하고 있다. 지자체마다 재정의 상황이 매우 다르고, 정부는 장기요양에 있어서 이러한 재정의 문제를 해결하기 위해서 한편으로는 공공서비스의 디지털화와 효율성의 증진을 도모하고 있으며 다른 한편으로는 친척, 가족 등을 통한 재가돌봄을 강조하고 있다. 재가요양은 양면성을 가지고 있는데 한편으로는 시설 요양의 감소는 비용의 감소를 가져오지만, 또 한편으로는 여성의 노동시장 참가율을 떨어뜨리는 요인으로 작동이 되는데 이것은 장기적으로 복지국가의 지속가능성 저해할 요인으로 작용할 우려가 있다.

핀란드는 장기요양을 포함한 의료와 복지에서의 비용증가를 막기 위해서 돌봄서비스 및 보건의료서비스 개혁(SOTE)를 추진 중에 있다. 2018년 여름까지 법안이 통과되었으며, 이를 통해서 돌봄을 전달하고 운영하는 책임을 18개의 광역자치단체로 옮기게 된다. 그리고 민간기관의 활용

도도 더 높이기 위해서 노력한다. 현재의 개혁 목적은 비용증가를 통제할 뿐 아니라 동시에 복지서비스와 보건서비스의 질의 증가, 그리고 건강불평등의 감소를 동시에 달성하고자 시도하고 있다. 복지서비스와 의료서비스는 인구 구조의 변화에 대응하기 위해서 재구조화되고 있는 것이다. 이러한 개혁의 목적은 우선 노인인구를 위한 동등하며 잘 통합된 서비스의 제공, 여러 분야의 재활서비스 제공을 통한 건강하고 능동적인 노화의 준비, 가정에서 독립적인 생활을 영위할 수 있도록 하는 것이다.

이러한 대책의 핵심적인 부분은 두 가지로 요약될 수 있다.

가장 중요한 부분은 재가요양에서의 효율성 증대이다. 일반적으로 시설 요양보다는 재가요양이 비용의 측면에서 더 효율적인 것으로 알려져 있다. 대형 시설의 경우 운영에 있어서 비용이 더 많이 들고 개인들의 비용지출도 더 많은 것이 일반적이다. 따라서 핀란드는 시설 요양을 최대한 줄이고 재가요양을 더욱 더 활성화시키기 위한 노력들을 지속적으로 수행하고 있다. 이를 위해서는 단순히 복지서비스 뿐 아니라 다른 부분들의 환경적 개선도 필요하다. 따라서 핀란드 정부는 노인들이 안전하게 접근할 수 있는 주거 환경의 조성, 교통·보행·쇼핑 서비스의 편의성 제고, 그리고 생활과 밀접하게 접목된 다양한 돌봄서비스의 개발 세 가지를 주요 정책 방향으로 제시하고 있다. 이를 위해서 주거환경의 개선을 위한 리모델링 비용의 제공 및 재가 서비스에 대한 부가가치세 면제 등의 혜택을 제공하고 있다. 특히, 다양한 돌봄서비스에서는 사례관리의 중요성이 강조되고 있다. 이는 가정에서 잘 조정되고 통합된 서비스를 가정에서도 받을 수 있도록 하는 것에 주안점을 두고 있다. 따라서 지역 내에 다양한 서비스를 제공하는 기관들이 들어설 수 있도록 유도하고 있으며, 인구가 희박하여 제공 기관이 들어서기 어려운 환경일 경우 비공식 돌봄자, 즉 가족돌봄자를 활용할 수 있도록 지원을 하고 있다. 앞서 언급한 것 처럼 비

공식 돌봄서비스 제공자, 가족 돌봄자들에게 휴가를 제공하고, 돌봄을 위해 지출된 비용을 보전해주는 방식으로 돕고 있다.

다른 한 가지 중요한 개혁의 방안은, 소비자의 선택권의 증진을 위해 도입되는 민간 서비스 제공기관의 적극적 유인 정책이다. 북유럽 국가들의 경우 전통적으로 재가 요양을 위시한 모든 돌봄서비스는 정부가 직접적으로 제공해왔다. 그러나 이는 비용적 효율성 뿐 아니라 서비스의 다양성이라는 부분에서도 바람직하지 않다고 여겨져서 정부는 적극적으로 장기요양시장에서 민간기관의 도입을 추진하고 있다. 이는 부가적인 바우처 사용을 증가시키고 개인 예산제를 도입하는 것으로 제도화되고 있다. 다만 이러한 변화와 관련해서 핀란드 정부는 소수 기관들의 과점 현상이 발생해 소규모의 지역 기관들과 비영리기관들이 어려움을 겪게 될 것을 우려하고 있다. SOTE 법안이 통과되어 2020년 1월부터 시행되고 있으므로 이에 대한 평가는 지금 당장 할 수는 없으며, 앞으로 변화를 주의 깊게 살펴보아야 할 것이다.

제5절 소결

핀란드에서는 기본적으로 지방자치단체가 의료시스템을 조직하고 재정을 지원하는 것을 책임지고 있다. 지방자치단체는 서비스를 제공함에 있어 자체적으로 제공을 하거나 다른 지자체와 협력 하에 의료서비스를 제공할 수도 있고, 민간 기관으로부터 서비스를 구매할 수도 있다. 필요하다면 처방의 경우 외국에서 구매해 올 수도 있다.

보건의료서비스는 1차의료와 전문의 진료로 구별된다. 일차의료의 경우 지방자치단체의 보건센터에서 제공하나, 점차적으로 서비스를 민간부

문을 통한 제공 형태를 확대하고 있는 추세이다. 전문의 진료의 경우 일반적으로 병원에서 제공된다. 지방자치단체별 20개의 병원 구역(Hospital District)을 형성하고 해당 구역에 전문의 진료를 제공하는 책임을 진다. 또한, 20개의 병원구역은 헬싱키, 투르쿠, 탐페레, 오울루, 쿠피오 5개의 지역에 대학병원 지구를 형성하고 있으며 이는 보다 전문화된 서비스를 제공할 수 있는 센터를 운영하고 있다.

공적지출의 비중 또한 감소하여 최근 보건의료 분야 지출의 1/5을 본인부담금이 차지하고 있다. 소득세에서 부담하는 보건의료 분야 재원이 점진적으로 증가한 반면, 본인부담금의 지출 수준도 증가하면서 결과적으로 역진성을 초래하고 있는 실정이다(Keskimäki et al., 2019).

각각의 지방정부가 보건의료에 대해 거의 동등한 책임감을 가지고 있지만 그들이 보유하고 있는 의료자원의 수준도 다양하다. 핀란드는 2005년 이후, 서비스 지속성과 효율성 등 분권화된 제도에서 야기되는 문제를 해결하고자 개혁을 지속적으로 추진하고 있지만 2015년 이후 계속하여 실패하고 있는 실정이다(Hiilamo, 2020).

급속히 고령화되는 사회적 흐름은 보건 및 사회서비스를 제공하는데 핵심적인 역할을 하는 지방정부의 경제적 부담을 가중하고 있다. 그러나 현재의 지방자치단체는 서비스를 효과적이고, 효율적이며 비용을 최소화하는 방법으로 제공하기에는 너무 규모가 작다. 또한, 서비스 제공을 담당하는 부서는 어떻게 서비스를 구성하는 것이 가장 효율적인지에 대한 정보가 부족한 경우가 많다. 서비스를 어떻게 구성하는 것이 가장 효율적인지에 대한 믿을만한 정보는 핀란드의 보건 및 사회서비스 개혁에서 매우 중요한 부분이다. 개혁 후에는, 새로운 자치단체가 사회서비스와 보건서비스를 구성하는 것에 핵심적인 책임을 갖게 될 것이다. 이는 다양한 보건의료서비스 제공자와 돌봄서비스 제공자간의 보다 통합적이고 잘 조

정된 서비스를 제공할 수 있도록 하는 길을 열 것으로 기대되고 있다. 또한, 이용자의 선택의 폭을 넓히는 새로운 제도들을 등장은 이용자의 선택의 자유를 증진하여 서비스의 질을 향상할 것으로 기대되고 있다.

제4장

스웨덴의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례

제1절 스웨덴 보건의료·장기요양 체계 개요
제2절 스웨덴의 의료개혁 동향
제3절 스웨덴의 장기요양 개혁 동향
제4절 스웨덴의 재원조달 및 재정 구조
제5절 소결

제 4 장 스웨덴의 보건의료·장기요양 재정지출 효율화 사례

스웨덴의 행정부 조직은 2020년 현재 12개 부처(국무총리실 포함) 23명의 각료(총리포함, 복수장관제)로 구성되어 있다(Government Offices of Sweden, 2020). 중앙정부는 지방정부법 및 관련 법령을 기초로 하여 지방정부에 대한 관리 및 감독 기능을 하게 된다.

스웨덴의 행정체계를 살펴보면, 중앙정부는 행정상 중요한 정책결정 기능을 담당하고 있지만 작은 규모로 운영된다. 따라서 대체로 중앙정부와 국회가 정책 집행을 위한 목표를 설정하고 가이드라인을 지방정부에 제공할 뿐 지방정부가 정책을 집행하기 위한 구체적인 계획을 수립하고 실행하는데 있어 직접적인 관여를 하지 않는다. 이러한 행정체계는 1862년 지방행정법이 제정되면서 지방의 주요 업무를 수행하던 교구가 교회 업무를 전담하고, 주민 사무는 지방정부가 담당하도록 이원화하면서부터 시작되었다. 이후 스웨덴은 1990년대에 들어서며 지방행정법을 개정하면서 중앙정부와 지방정부의 분권화를 명확하게 하였다. 따라서 지방정부는 중앙정부에 예속되지 않고 독립적이며, 스웨덴의 지방정부는 지방행정 업무 전반을 관할하며, 예산안을 편성할 수 있게 되었다. 지방정부의 주요재원은 중앙정부 교부금과 지방세 등으로 구성된다.

중앙정부와 지방정부의 분권화를 통해 스웨덴의 지방정부는 크게 랜(광역자치단체), 란스팅(시의회)과 꼬뮨(기초자치단체)으로 구분할 수 있다. 광역자치단체에 해당되는 랜은 도 단위의 경제발전 계획, 건설, 환경, 등 국가 균형 발전을 위한 행정 사무를 담당하며, 란스팅(Landsting)은

도 단위 주민 서비스인 교통, 의료 등의 업무를 담당하여 비교적 큰 규모의 지역 공동 사안에 대한 업무를 책임지고 있다(홍세영·박현숙, 2019). 2021년 현재 21개 랜(Lan)과 20개의 란스팅으로 구성된다. 한국의 기초자치단체에 해당하는 꼬뮨(Kommun)은 지역주민들의 일상생활과 밀접한 관련이 있는 사회서비스 업무를 제공하는데, 주로 보육, 초중고등학교 교육, 노인 재가서비스, 장애인 업무 등 사회복지 업무를 담당하고 있으며, 2021년 현재 약 290여개의 꼬뮨(Kommun)이 존재한다.

스웨덴의 주요 내각 구성 정당의 흐름을 보면, 1994년 이후에 주로 사민계의 내각으로 구성하였으나, 2006년부터 2014년까지는 중도우파연합으로 내각을 구성하였다(외교부, 2019b).

〈표 4-1〉 스웨덴의 최근 정당별 의석 변화

계열	정당별	1998	2002	2006	2010	2014	2018
사민계	S	131	144	130	112	113	100
	M	43	30	22	19	21	28
	MP	16	17	19	25	25	16
	소계	190	191	171	156	159	144
중도우파연합	M	82	55	97	107	84	70
	L	17	48	29	24	19	20
	C	18	22	28	23	22	31
	KD	42	33	24	19	16	22
	소계	159	158	178	173	141	143
극우	SD	0	0	0	20	49	62
총계		349	349	349	349	349	349

자료: 외교부. (2019b). 스웨덴개황. p. 34. 재인용.

〈표 4-2〉 스웨덴의 최근 정당별 의석 변화

기간	내각 구성정당	특기사항
1969.10.14.-1976.10.8	사회민주당	-
1976.10.8.-1978.10.18	비사민계열연립내각	중앙당, 보수당, 자유당
1982.10.8.-1986.2.28	사회민주당	사민당 단독 재집권
1986.2.28.-1991.10.4	사회민주당	
1991.10.4.-1994.10.7	비사민계열연립내각	중앙당, 자유당, 보수당, 기독민주당
1994.10.7.-1996.3.22	사회민주당	-
1996.3.22.-2006.10.6	사회민주당	동총리, 10년간 집권
2006.10.6.-2014.10.3	비사민계열연립내각	중앙당, 자유당, 보수당, 기독민주당
2014.10.3.-2018.9.25	사민계 연립내각	녹색당과 연립 ※ 2018.9.25.-2019.1.21. 과도 내각 임무 수행
2019.1.21.-	사민계 연립내각	녹색당과 연립

자료: 외교부. (2019b). 스웨덴개황. p. 34. 재인용.

제1절 스웨덴 보건의료·장기요양 체계 개요

스웨덴의 공적 보건의료는 1860년대 란스팅(Landsting)이 생긴 이래 광역지방자치단체가 관할 시민에게 의료서비스를 제공함으로 시작되었다. 스웨덴은 국민의 건강과 보건의료 서비스를 제공할 책임을 일찍이 분권화하여 광역 단위별로 광역 지방정부인 란스팅이 맡고 있었으며, 1990년 이후 노인에 대한 의료 서비스는 기초지방자치단체인 꼬뮨(Kommer)이 책임지고 있었다. 스웨덴에서 보편적 의료 제도는 1955년부터 모든 국민을 위한 의료보험 제도가 시행된 이후 상병수당 지급과 함께 본격적으로 발전했다. 이후 1982년 스웨덴 보건의료서비스법(the Swedish Health and Medical Services Act)에 따르면, “보건 및 의료 서비스는 전 국민의 보건의료 서비스를 동등한 조건으로 보장하는 것을 목표로 하

며, 모든 사람의 동등한 가치와 개인의 존엄성에 대한 적절한 예우를 갖추어야 하고, 보건의료가 가장 필요한 자를 우선으로 해야 한다."고 명문화하고 있다(Anell, Glenngard, & Merkur, 2012, p. 18). 이 법은 1980년 사회서비스법이 제정됨으로서 보건의료 서비스와 사회복지 서비스의 통합에 기여한다. 스웨덴의 보건의료 정책은 1980년대 말부터 재정적 어려움에 직면하게 되는데 이로 인해 1992년 에델 개혁을 위시해 대대적인 구조개혁을 하게 된다. 보건 의료 제도에서의 재정문제는 당시 전 세계적으로 가장 큰 문제로 인식되었으며, 이를 극복하기 위해 스웨덴은 민간의료 및 경쟁의 개념을 도입하게 된다.

가. 스웨덴의 보건의료체계 개요

스웨덴에서는 보건의료 및 기타 보건복지 서비스가 공공의 책임으로 여겨지고 있다. 보건의료서비스에 대한 책임은 국가, 시의회 및 광역(county councils/regions), 기초자치 단체(municipalities)로 나누어져 있다. 보건의료 서비스법은 스웨덴에 거주하는 모든 사람이 우수한 보건의료 서비스에 접근할 수 있도록 보장하는 책임이 광역 및 기초자치단체에 있다고 명시하고 있는데, 이 법은 보건의료 서비스 조직과 관련하여 광역자치 의회와 기초자치단체에 상당한 자유를 주기 위해 제정되었다(Anell et al., 2012, p. 17).

국가는 보건사회부(the Ministry of Health and Social Affairs)를 통해 전반적인 보건의료정책을 책임지고 있고, 17개 (광역)자치 의회(county councils)와 4개 지역 기관은 관할 주민에 대한 보건의료 서비스의 자금과 서비스를 제공할 책임을 지며, 290개 기초자치단체(municipalities)는 법적으로 노인과 장애인의 돌봄 및 주거 욕구에 대해

서비스를 제공할 의무가 있다(Anell et al., 2012, p. 20). 1980년의 사회서비스법(the Social Services Act)에는 노인들이 공공서비스를 받을 권리와 삶의 모든 단계에서 도움을 받을 권리가 있다고 명시되어 있고, 장애인은 사회서비스법 뿐 아니라 특별입법을 통해서도 지원을 받을 수 있다(Anell et al., 2012, p. 20). 1993년의 특정 기능 장애인에 대한 지원 및 서비스에 관한 법(the Act Concerning Support and Service for People with Certain Functional Impairment)은 개인적 지원 및 일상 활동과 같은 항목들에 대한 지원을 규정하였다(Anell et al., 2012, p. 20). (광역)자치 의회(county councils)은 보건의료서비스 공급 및 재원확보에 대한 책임이 있으며, 기초자치 단체(municipalities)는 장애인 및 고령자에 대한 돌봄, 주거를 제공할 책임을 지니고 있다. 일차의료에 있어서 county council이 요금(fee)를 정하고 있어 공급자 간에 가격경쟁을 할 수 없지만, 환자 등록에 대한 공공-민간 공급자간 경쟁이 존재한다. county council은 accreditation과 payment에 대한 조건을 규제함으로써 신규 민간 의료에 설립을 관리통제하고 있다. 여기서 조건이라 함은 지역별 최소한의 의원수와 진료시간을 주로 관할한다.

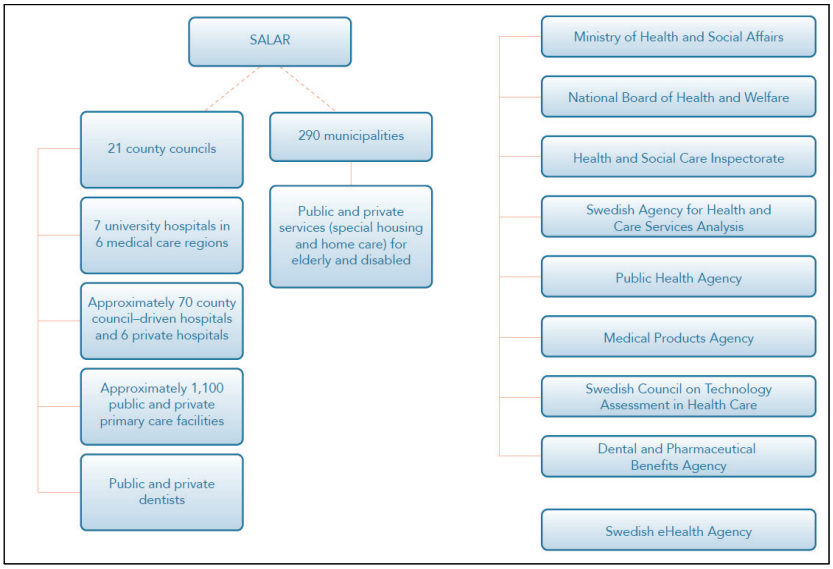
아래의 〔그림 4-1〕은 스웨덴 보건의료체계에 대한 전반적인 구조를 제시한다. Ministry of Health and Social Affairs의 중앙정부는 전반적인 보건의료정책을 책임진다. 의료 및 공중보건의 영역에서 8개의 정부기관이 관련되어 있다.

국가보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)는 모든 보건의료인력을 감독하고, 진료지침의 표준 및 규정을 개발하고 데이터 수집 및 분석을 통하여 진료지침 및 규정에 부합하는지를 검토한다(Glenngård, A, 2015). 그리고 보건의료인력의 면허와 보건의료데이터 등록 및 공식통계를 관할한다.

Swedish Health Agency는 2014년에 설립되었고, 전자처방으로의 전환을 검토하고 있으며, 국가 의약품 통계 및 의약품 판매 통계 등을 생산한다. Health and Social Care Inspectorate는 특정한 신체적 기능 손상을 가진 사람에 대한 서비스를 지원하는 보건의료, 사회서비스, 활동 등을 감독하는 역할을 한다. Swedish Agency for Health and Care Services Analysis는 보건의료정책을 분석·평가하고, 국민과 환자에게 보건의료정보를 제공하고 분석 결과를 공개한다.

Public Health Agency는 중앙정부, 정부 기관, county council, municipalities에게 보건의료기술평가(health technology assessment), 공공보건, 감염성질환 관리 등의 영역에 대해 과학적 근거를 토대로 새로운 지식을 제공하는 역할을 한다. 스웨덴 보건의료기술평가 위원회(Swedish Council on Technology Assessment in Health Care)는 비용효과적인 보건의료기술을 활용할 것을 권장하며, 의료적, 경제적, 윤리적, 사회적 관점에서 새로운 치료방법에 대한 리뷰, 평가를 할 의무를 지니고 있다. Dental and Pharmaceutical Benefits Agency는 의약품을 평가하는 주요 기관이다. 2002년부터, 특정 의약품이 국가의약품급여체계로 포함해야 할지를 결정하고 있고, 처방의약품은 부분적으로 가치를 기반하여 의약품 가격을 설정하고 있다. 또한 치과 치료에 해당하는 영역도 포함한다. Medical Products Agency는 의약품 및 기타 의료제품에 대한 개발, 제조, 판매를 규제하고 감독하는 책임을 지니고 있다.

〔그림 4-1〕 스웨덴의 보건의료조직



자료: Glenngård, A. (2015). The Swedish Health Care System 2014. In E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & D. Sarnak (Eds.), International profiles of health care systems, 2015. pp. 153-160. (Fund Report). The Commonwealth Fund. (http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf?la=en에서 2020.08.20. 인출)

나. 스웨덴의 장기요양체계 개요

스웨덴에서 장기요양 서비스는 중앙정부, 광역자치단체, 그리고 기초자치단체에 의해 운영된다. 중앙정부는 법제정, 정책 계획, 정부보조금, 보건사회복지감독청(Health and Social care inspectorate(IVO))을 통한 모니터링을 통해 운영하고. 대부분의 보건·의료 서비스에 대한 책임은 광역자치단체에 있다. 공적 재원으로 형성된 장기요양 서비스는 290개의 기초자치단체에 전반적인 책임이 있다. 즉, 기초자치단체는 재가서비스와 요양시설(nursing homes)에 대한 책임이 있다. 지방정부당국

(local authorities)은 세율과 예산을 정하고 지역정책의 목표와 가이드라인을 정하기 때문에 지역에 따라서 운영방침(예를 들어, 세율, 예산, 목표, 가이드라인)이 다양하다.

스웨덴의 장기요양제도는 1992년 단행된 에델 개혁을 통해 노인 복지서비스가 전반적으로 변화하고 기초자치단체가 전담하게 되면서 본격적으로 논의되기 시작하였다. 의료분권화를 통해 1차 의료서비스에 대한 책임은 광역자치단체인 란스팅이 갖고, 공적 재원으로 형성된 장기요양서비스는 기초자치단체인 꼬뮨이 전담한다. 장기요양서비스는 85%의 지방세와 10%의 국세로 이루어지며 나머지 5%는 서비스 이용자에게 부담시키고 있기 때문에 지역에 상관없이 누구나 동일한 수준의 서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다.

장기요양서비스의 사용절차는, 우선 지방정부마다 설치된 재가돌봄서비스 담당자(사례관리자: Care Manager)에게 신청을 하며, 사례관리자는 욕구사정을 통해 신청인이 서비스를 제공받을 수 있는 자격이 있는지를 판단하는 역할을 한다. 사례관리자의 활동과 결정은 공권력의 행사로 간주되어, 사례관리자의 결정에 불복한다면 이에 대해 법원에 재심을 신청해야 한다.

일단 신청이 된 후 욕구 사정은 신청자, 신청자 가족 및 친척의 의견, 간호사, 신청자의 담당 주치의 (GP)의 의견을 청취한 후 사례관리자가 최종적으로 결정을 한다. 사례관리자는 신청자의 욕구를 사정하여 어떠한 서비스를 받을 수 있을 지에 대한 결정을 내리는 권한을 가지고 있다.

장기요양서비스의 경우 이용료는 지방정부가 책정할 수 있는 재량을 가지고 있다. 그러나 90년대 이후로 이용료의 격차가 벌어지고 지나치게 비싸다는 문제가 제기되자 사회서비스 법의 개정을 통해 이용료의 상한선을 도입하게 된다.

장기요양제도는 크게 재가서비스와 특수시설 서비스로 나눌 수 있으며, 그 외 식사, 의복 입기, 장보기 등 일상 생활을 지원해주는 생활서비스가 있다(Socialstyrelsen, 2018). 재가 서비스는 주로 가사, 돌봄 등 사적 케어가 대부분이며, 재활치료나 약물치료에 필요한 사회적 지원과 도움도 이에 해당된다. 시설 서비스는 특별주거에 입소한 노인 등이 해당되는데 평균적으로 한달에 100시간 정도의 서비스를 받는 것으로 추정된다. 사회서비스법에 의해 재가 서비스와 시설 서비스는 숙련된 기술자들에 의해 진행되어야 한다. 장기요양서비스는 보건사회돌봄청에서 모니터링을 통해 주기적으로 서비스 질 향상에 대한 검증을 하고 있다.

1992년 에델 개혁을 통해 노인 장기요양제도는 기초지방자치단체인 꼬뮨에서 전담하고 있다. 스웨덴 장기요양제도는 현재 만 65세 이상의 노인이면 누구나 이용가능하며 2017년 현재 기준 노인요양서비스를 이용하는 노인은 전체 인구의 약 20% 정도이며, 이 중에서 시설 및 재가 노인요양 서비스를 이용하는 노인은 2016년 현재 약 37만 9천 명 정도로 전체 노인인구의 약 19% 정도 된다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018. p. 101에서 재인용).. 이 중에서 재가 서비스를 이용하는 노인은 약 22만명 정도 이며, 특수시설서비스 이용 노인은 약 10만명정도 이고, 단기 시설 서비스 이용자는 38,328명 정도로 나타난다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018. p. 101에서 재인용).

스웨덴의 장기요양급여는 매년 조금씩 증가하고 있는 것으로 나타나며, 2017년 현재 2014년 대비 약 10.7% 정도 증가한 것으로 나타난다(Socialstyrelsen, 2018). 그 중, 특수시설서비스가 가장 크게 증가한 것으로 나타났고, 다음으로 재가서비스, 생활서비스 수준으로 나타났다(Socialstyrelsen, 2018).

스웨덴은 복지에 대하여 공적 책임감을 가진 문화(care responsi-

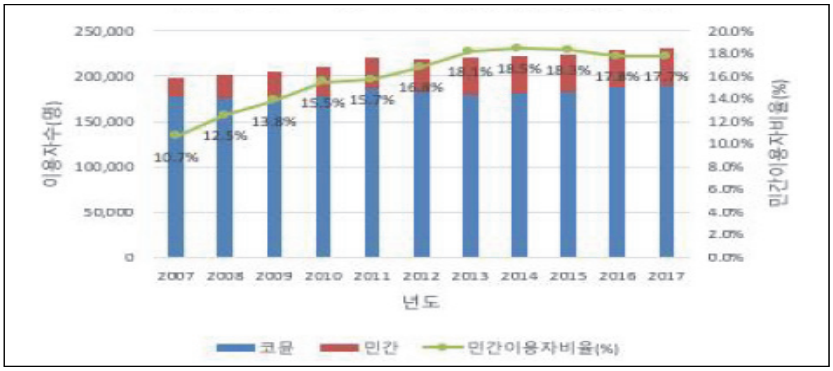
bility)라 할 수 있어, 이에 기반하여 노인과 장애인에 대한 복지(care)는 보편적 복지체계를 통해 제공되고 있다. 스웨덴의 복지체계에 대한 첫 번째 특징은 ① 가족이 가구원에게 복지를 제공할 법적 책임감을 가지고 있지는 않다. 또한, 요양시설을 포함하여 장기요양과 장애치료(disability care)는 보건의료부문이 아니라 사회복지(social care)부문에 분류되어 있다.

스웨덴 복지체계에 대한 두 번째 특징은 ② 기초자치단체가 전통적으로 강한 자치권을 가지고 있다. 기초자치단체는 공공재원으로 구성된 복지서비스(재가서비스와 시설서비스 모두)에 대하여 주된(primary) 책임을 갖고 있으며, 또한 노인(85%)과 장애인(70%)서비스에 대한 공공복지재원을 지원한다(Meagher & Szebehely, 2013a). 복지서비스에 있어서 배분(예를 들어, 재가서비스와 시설서비스의 비율 배분)과 다양한 사회적 그룹 간의 수요(need) 배분(예를 들어, 장기요양, 아동복지, 장애인 복지서비스)을 자유롭게 결정할 수 있다.

1) 장기요양제도 이용 현황

공공 및 민간 재가서비스 이용률을 살펴보면, 2007년 10월 재가서비스 이용자는 19만 8천명 정도였지만, 2017년 기준 23만 1천명 정도로 지난 11년 동안 약 16% 가량 증가한 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018에서 재인용). 또한 재가서비스의 경우 현재 민간이 담당하는 비율이 24% 정도로 나타나 해마다 점차 증가하는 추세인 것으로 나타났지만 여전히 공공이 담당하는 비율이 76%로 매우 높은 것을 확인 할 수 있다. 그리고 민간 서비스 이용자도 해마다 증가하는 것으로 나타나, 2017년 민간 서비스 이용자가 약 17%에 이른 것을 확인할 수 있다.

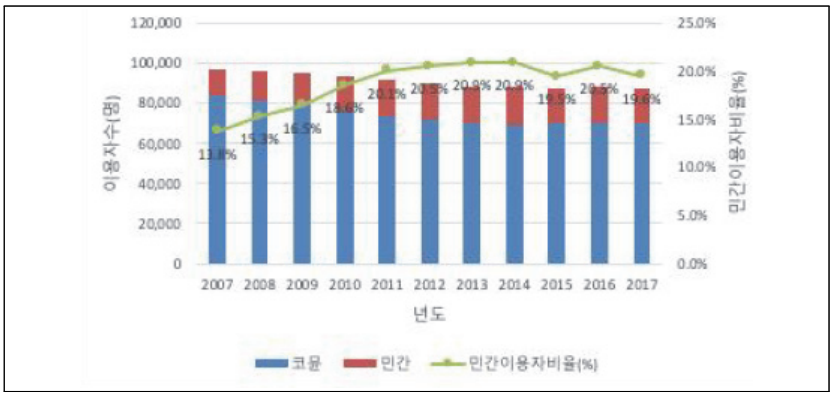
〔그림 4-2〕 스웨덴의 재가서비스 이용자 추이: 2007년~2017년



자료: Socailstyrelsen. (2018). Statistics on elderly and persons with impairments - Management from 2017; 구미영 외. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례연구: 노인요양보호사를 중심으로. 한국여성정책연구원. p. 104에서 재인용.

그리고 특수시설서비스 이용자를 살펴보면, 재가서비스와 마찬가지로 점차 민간의 역할이 커지는 것을 확인할 수 있는데, 서비스 이용자의 비율도 2017년까지 꾸준히 증가하는 것을 확인할 수 있다.

〔그림 4-3〕 스웨덴의 특수시설서비스 이용자 추이: 2007년~2017년



자료: Socailstyrelsen. (2018). Statistics on elderly and persons with impairments - Management from 2017; 구미영 외. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례연구: 노인요양보호사를 중심으로. 한국여성정책연구원. p. 105에서 재인용.

2) 서비스의 질적 규제

스웨덴 보건의료 서비스와 관련하여 지역민에게 직접 의료 서비스를 제공하는 것은 광역자치단체이지만 이를 관리하고 규제하는 것은 정부의 역할이다. 스웨덴 보건복지부(Ministry of Health and Social Affairs)는 의료서비스 및 건강보험 관리 등의 정책과 법령을 다루고 있으며, 재원 및 자원을 할당하고 광역지방자치단체 의회를 감독하는 역할을 담당하고 있다. 국가 단위 의료서비스 기관 중 보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)은 공공 의료 정책 및 법령 시행 등을 조사하고, 의료 보건 서비스를 평가하여 국가 목표와 부합되는지 살피는 역할을 담당함으로써 서비스의 질을 관리한다. 또한 보건돌봄서비스관리청(Agency for Health and Care Services)에서는 공공 및 민간 자금을 지원받은 의료서비스에 대해 평가하는 역할을 담당하고 있다.

장기요양서비스 관련 책임은 전적으로 꼬뮨에 있고, 이를 담당하는 것은 전담 사회복지사이다. 따라서 만약 서비스 이용자가 해당 서비스에 만족하지 못한다면 1차적으로 담당 사회복지사에게 항의할 수 있고, 서비스 질이 개선되지 않을 경우 담당 사회복지사 교체를 요구할 수 있다. 하지만 계속해서 서비스 질이 개선되지 않을 경우 2차적으로 담당 사회복지사를 관리하는 매니저에게 항의하고 서비스 제공자를 교체할 수 있다. 따라서 서비스의 질은 내부적으로 꼬뮨이 담당하고 있으며, 2차적으로는 중앙정부 산하 보건돌봄서비스관리청에서 꼬뮨이 사회복지 서비스를 제대로 제공하고 있는지, 그리고 지역적으로 동일한 서비스의 질이 제공되고 있는지 관리·감독한다.

제2절 스웨덴의 의료개혁 동향

가. 보건의료체계의 역사적 전개

스웨덴은 1960년대 후반까지 병원의 수, 규모의 양적 확대로 특징할 수 있다. 1960년대와 1970년대 모두 보건의료 지출과 의료자원이 지속적으로 증가하였고, 이러한 상황에서 국가 및 지방 정부는 서비스에 대한 동등한 접근을 향상하는 데에 관심을 두었다. 1963년 국민보험법이 도입되면서, 1960년대에 병원 서비스까지만 책임을 가졌던 광역 의회는 이전에 국가 정부의 책임이었던 정신 건강 서비스 및 일반 외래 서비스에 대해서도 통합하여 책임지게 되었다. 그리고 상병수당을 임금의 80%로 증액하였다. 1970년에는 의료비의 일부 본인부담제를 도입하였고, 1972년 출산시 현금급여, 1974년 치과보험 도입과 상병수당을 임금의 90%로 증액하는 의료보험이 개정되었다.

1982년 보건의료법에 따라 의료 서비스의 포괄성과 보편성을 더욱 강조했다(Anell et al., 2012, pp. 20-25). 이 법은 1980년 사회서비스법이 제정됨으로서 보건의료 서비스와 사회복지 서비스를 통합하는 데에 기여하였다. 1982년에는 공식적으로 서비스의 계획과 제공에 대한 책임을 광역 의회로 부여하게 되었다.

1990년대 초반에는 광역 의회가 더 많은 책임을 갖기보다는 이 책임을 광역 의회에서 기초자치단체로 책임을 이양하는 경향이 있었다. 1992년, ÄDEL 개혁이 시행되어 장기요양 입원 진료 및 노인 돌봄에 대한 책임이 광역 의회에서 기초자치단체로 이관되었고, 몇 년 후에는 신체장애자들에 대한 돌봄의 책임(Handikapp-reformen, 1994년)과 장기 정신질환을 앓고 있는 사람들을 위한 책임(Syciatri-reformen, 1995년) 또한 기초자치단체가 맡게 되었다. 기초자치단체의 돌봄과 사회서비스 간의 통

합을 통해 서비스를 개선하고자 하는 목적 아래 이러한 개혁을 시행하였고, 이에 따라 전체 광역 의회 보건의료 지출의 약 5분의 1이 기초자치단체로 이양되었다. 이처럼 1990년대의 개혁은 중앙정부와 지방정부 간의 책임 분담을 명확하게 한 것과도 관련이 있다고 할 수 있다.

〈표 4-3〉 의료비 관리 정책의 전개

1970년대	1980년대		1990년대이후
	에델개혁	지자체에 의한 내부시장 도입	가정의, 자유기관의사제
의사가 수술 등 필요성을 인식한 이후 3개월을 초과하여 대기하는 경우에 지역은 병원에 대한 지불을 하지 않음	지역의 소관으로 있는 장기요양병원들을 너싱홈으로서 커뮨 운영 병원치료후 5일경과할 경우, 꼬뮨이 받지 않는 경우, 꼬뮨이 비용부담	의료공급에 시장을 도입, 절반가량의 지역에서 실행	지역과 계약기관으로 있지 않은 민간기관의사에 대해 인두제에 의한 지역으로부터 보수를 받음. 지역에서 주민이 가정의를 선택하는 기회를 제공할 책임이 있음. 가정의 이외의 민간전문의에 대해서는 요건을 만족하는 경우 지역이 보수를 지불

주: 저자 작성

1980년대 후반 이후에는 그 관심이 비용 관리와 효율성으로 변화하였으며, 최근에는 효과성과 의료의 질에 대한 수요 증가에 초점을 두고 있다. 2010년 1월 1일부터 보건의료법(the health and Medical Service Act) 개정에 따라 국민의 1차 의료 공급자 선택권과, 지방 광역 의회에 의해 허가받는 것이 의무였던 민간 서비스 공급자의 자유로운 설립이 허가되었는데, 이는 또한 과거에 초점을 두었던 지리적 인구에 대한 1차적 치료 공급자의 책임을 공식적으로 완화한 것을 의미한다.

스웨덴의 보건의료개혁은 county council, regions, municipalities의 형태로 지역사회에서 개혁이 수행되었다. 이는 지역마다 개혁의

형태가 매우 다양하다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 과거 10년간, 개별 county council에서 수행한 개혁은 주로 1차 의료 개발, 노인층에 대한 통합 돌봄(coordinated care)의 개발에 중점을 두고 있다(Anell et al., 2012, p. 103).

병원의 구조개혁은 1990년대 중반에 시작되어 이어지고 있다. 서비스 거버넌스 및 관리는 의료의 질과 효율성의 비교에 중점을 두고 있다. 국가 차원에서 시작된 개혁은 county council, municipalities의 책임, 그리고 환자그룹을 위한 직접적인 혜택, 서비스의 지역간 형평성에 중점을 두고 있다. 1990년대 이후의 몇 몇 개혁에서는 서비스에 대한 대기시간을 줄이고 1차 의료를 개선하며, 정신 건강 진료, 노인들을 위한 통합 돌봄에 중점을 두고 있다.

2000년 이후의 개혁 이니셔티브는 다음과 같은 7개 영역으로 구분할 수 있다(Anell et al., 2012, pp. 103-104).

- 병원의 서비스 전문화 및 집중화
- county council 간 합병 등 보건의료서비스 재조직
- 노인을 위한 통합 돌봄 개선
- 공급자 선택 확대 및 민영화 등 일차의료 개선 지원
- 약국의 민영화 및 경쟁 도입
- 의약품, 치과서비스에서의 보조금 및 본인부담제도 변화
- 의료 질과 효율성 지표에 대한 공적 비교, 보건의료 투자가치에 대한 관심 증대

2009년부터 새로운 소유주들이 약국을 운영할 수 있도록 허용함으로써 스웨덴 약국 시장을 재개편하였다. 이와 같은 소유권 재개편은 스웨덴 약국공단이 운영하는 국유 약국 절반가량의 매각함으로써, 약국 수는 개혁 이후 증가했다.

〈표 4-4〉 스웨덴의 주요 보건의료개혁: 2000-2011

연도	개혁	목적
2000	병원의 민영화 방지를 위한 "Stop Law"	county council에서 emergency hospital이 영리회사로 면영화 하는 것을 방지하기 위해 중앙 정부에서 임시법 도입
	일차의료개선 및 노인돌봄을 위한 국가액션플랜	중앙정부에서 일차의료개선 및 노인돌봄을 위해 2001년부터 2004년까지 추가적인 보조금(grants) 도입
2002	치과진료개혁	65세이상 환자에게 제공하는 보철치료에 대해 새로운 고비용 방지체계를 2002년 도입
	의약품 급여개혁	Dental and Pharmaceutical Benefits Agency (LFN, later TLV)를 신설하고, 처방의약품에 대한 지불제도를 개선
	보건의료서비스에 대한 본인부담 상한제	노인 및 장애인을 대상으로 municipality에서 제공되는 서비스에 대해 월별 본인부담 상한제 도입
2003	county council & municipality 간의 협력 개선	병원에 비용 지불해야할 환자에 대한 municipality의 지불 책임 도입
	대학병원간 합병	stockholm county council.에서 결정한 Huddinge병원과 Karolinska병원의 합병
2005	새로운 대기시간 보증 도입	선택적 서비스에 대해 대기시간 보증제도 도입 (2010년부터 규제됨)
2006	county council간에 의료의 질 및 효율성 비교	National Board of Health and Welfare 와 SALAR의 협력 하에 의료의 질과 효율성 지표에 대한 지역간 비교 도입
2007	국가차원에서 고도전문진료의 조정	National Board of Health and Welfare의 결정에 따라 고도 전문진료를 국가차원에서 조정
2007-2010	일차의료에서의 선택 및 민영화	개인별 공급자 선택에 따른 인두제 지불방식 인정받은 민간공급자에 대한 자율설립 도입
2007	Stop Law의 폐지	county council에서 emergency hospital을 운영하기 위해 영리회사와 계약을 제한하는 이전의 규정을 폐지
2008	대기시간을 감축시키는 P4P	국가 대기시간 목표를 충족시키기 위해 county council에게 인센티브(bonus payment) 도입
2009	약국 소유형태 및 일반의약품 판매의 재규제	민간소유의 약국체인에 대한 경쟁도입, 약국 이외의 장소에서 특정 일반의약품 판매 도입
2011	환자안전에 대한 신규 규정	환자안전을 위한 보건의료공급자의 책임을 규정하는 신규 법안 도입
	지역암센터 신설	암 예방, 치료, 돌봄을 개선하기 위한 국가적 의사결정에 따라 6개의 지역암센터 설립

자료: Anell, A., Glenngard, A., & Merkur, S. (2012). Health Systems in Transition: Sweden, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. . p. 105-106

나. 스웨덴의 에델(Äldredel) 개혁[4)]

스웨덴의 의료 및 복지서비스의 대전환은 1992년 실시된 에델(Äldre) 개혁에서 시작된다. 에델개혁은 1990년에 출범한 고령자위원회(Äldredelegationen)의 Äldre의 Ä와 delegationen의 del의 합성어로 만들어졌다. 에델개혁의 본격적인 시작은 고령화위원회 출범 이후지만, 그 이전 에델개혁이 시작된 배경에는 크게 다음과 같은 네 가지 이유가 있다(Anderson & Karlberg, 2000).

첫째, 보건의료와 사회복지서비스를 담당하는 지방정부의 역할에 따른 책임 소재 문제를 해결할 필요가 있었다[5)]. 당시 보건의료를 담당하고 있는 란스팅과 사회복지 서비스를 제공하고 있는 꼬뮨의 기능이 명확히 구분되지 않아 지역 간 서비스의 범위와 질이 다르게 나타났다. 또한, 업무 간 연계가 잘 이루어지지 않아 지역을 옮길 경우, 일관된 서비스 제공이 어려웠다. 따라서 이를 일원화하여 업무의 효율성을 높이고 서비스의 질을 높이고자 하는 시민들의 요구가 증가했다(Anderson & Karlberg, 2000).

둘째, 급속히 진행되는 고령화에 대비할 필요가 있었다. 1990년 이후 80세 이상의 후기 고령자 인구가 증가할 것으로 예상함에 따라, 후기 고령자에게 필요한 보건의료 서비스나 사회복지 서비스에 대한 준비가 필

---

4) Anderson & Karlberg(2000)의 내용을 참고하여 정리함.

5) 스웨덴의 행정체계는 중앙정부와 지방정부로 구분할 수 있으며, 지방정부는 다시 광역자치단체와 기초자치단체로 구분할 수 있다. 광역자치단체는 랜과 란스팅으로 구분되는데, 랜은 도 단위의 경제발전 계획, 건설, 환경, 등 국가 균형 발전을 위한 행정업무를 담당하고, 란스팅은 도 단위 주민 서비스인 교통, 의료 등의 업무를 담당한다. 기초자치단체는 꼬뮨으로 구분할 수 있으며 지역주민들의 일상생활과 밀접한 관련이 있는 사회서비스 업무를 주로 제공한다. 예를 들면, 보육, 초중고등학교 교육, 노인재가서비스, 장애인 서비스 등의 사회복지 서비스 담당하고 있다. 현재 스웨덴에는 21개의 랜과 20개의 란스팅, 290여개의 꼬뮨이 존재하고 있다.

요했다(Anderson & Karlberg, 2000).

셋째, 사회복지 시설 인프라 확충이 필요했다. 사회적 입원 환자가 증가함에 따라 기존 병원의 병상 부족 현상이 증가하고 의료비가 급증하는 사태가 발생함에 따라 퇴원을 할 수 없는 사회적 환자에 대한 방안이 필요했다(Anderson & Karlberg, 2000).

넷째, 고령자의 보건의료 및 사회복지 서비스에 대한 본인부담액을 조율할 필요가 있었다. 당시 일반 병원과 란스팅에서 운영하는 장기요양시설에서의 본인부담액은 전반적으로 동일했지만 꼬뮨에서 운영하는 노인복지 시설의 경우 훨씬 저렴한 비용으로 이용할 수 있었다. 이러한 본인부담금의 차이는 향후 사회 갈등을 일으킬 수 있기 때문에 이에 대한 개선이 요구되었다(Anderson & Karlberg, 2000).

에델개혁은 재원문제를 포함하여 서비스를 제공하는 주체에 관한 제도적 차원과 서비스 제공 형태를 바꾸는 기능적 차원으로 이루어졌으며 구체적인 내용은 다음과 같다. 첫째, 란스팅이 담당했던 장기요양시설을 너싱홈의 형태로 꼬뮨으로 이관했다. 따라서 너싱홈은 기존 보건의료 시설에서 사회복지 서비스시설(특별주거)로 변경되었다(Anderson & Karlberg, 2000).

둘째, 사회서비스법을 근거로 기존 고령자 복지시설을 서비스 및 케어가 가능한 '특별주거'로 명명하고 보건의료 서비스를 제외한 모든 서비스 제공에 대해서는 꼬뮨이 총괄할 수 있도록 했다(Anderson & Karlberg, 2000).

셋째, 란스팅과 꼬뮨이 합의하여 재가노인에 대한 방문간호는 기존 란스팅에서 꼬뮨으로 이관했으며, 업무 간 연계를 통해 서비스의 질을 높일 수 있도록 했다(Anderson & Karlberg, 2000).

넷째, 보건의료와 복지서비스를 일원화하기 위한 기초단계로 1992년

이후 란스팅과 꼬뮨이 합의한 경우 5년 간 실험적으로 1차 진료는 란스팅에서 꼬뮨으로 이관할 수 있도록 했다(Anderson & Karlberg, 2000).

다섯째, 사회적 입원 환자에 대한 비용을 꼬뮨에 의무적으로 지불하도록 하는 제도를 도입했다. 따라서 사회적 입원은 의사가 의학적 치료가 종료되어 꼬뮨의 사회복지 사무소에 통고하였음에도 불구하고 꼬뮨이 환자에게 적합한 거주 장소를 제공할 수 없기 때문에 당해 통고로부터 5일 이내 퇴원하지 못하고 이후에도 계속 입원하고 있는 환자를 가르킨다. 이를 통해 꼬뮨이 사회적 입원환자에게 거주 장소를 제공하도록 하는 인센티브를 부여하였다(Anderson & Karlberg, 2000).

여섯째, 고령자에 대한 데이케어는 이전에는 란스팅과 꼬뮨에서 모두 진행했지만, 에델개혁 이후에는 의료적인 것을 제외하면 기본적으로 꼬뮨이 실시하였다(Anderson & Karlberg, 2000).

일곱 번째, 고령자에 대한 휠체어나 보행기와 같은 기구의 대여는 종전에는 란스팅이 일원적으로 실시했지만 개혁 이후에는 꼬뮨이 이를 모두 책임지게 하고 있다(Anderson & Karlberg, 2000).

여덟째, 각 꼬뮨에 최소 1명의 의료 간호사(MAS)를 두도록 의무화함에 따라 해당 간호사는 보건의료법에 기초하여 간호의 최종책임자로써 간호에 문제가 있다고 판단되면 이를 보건복지청에 보고하도록 했다(Anderson & Karlberg, 2000).

아홉째, 란스팅 보건의료 부문 직원이 꼬뮨의 직원으로 전환되었고, 이에 따라 고령자와 장애인 전담 직원이 대폭 증가했다(Anderson & Karlberg, 2000).

열 번째, 5년간 한시적으로 그룹홈 건설, 너싱홈 1인실 변경에 국고보조를 실시하였으며, 기타 개혁에 수반되는 재정부담의 증가에 대하여 재원을 보장하기 위한 조치가 실시되었다(Anderson & Karlberg, 2000).

다. 에델개혁에 대한 평가

스웨덴 정부는 Socialstyrelsen(이하 사회보험청)에서 에델개혁을 실시한 후 약 5년간의 모니터링을 통해 그 동안의 성과를 보고서로 발표했다(Socialstyrelsen, 1996). 이 보고서에서 제시하고 있는 에델개혁의 성과는 크게 3가지로 축약할 수 있다. 첫째, 병원 응급실과 노인병원에서 사회적 입원환자가 대폭 감소했다. 스웨덴 내 응급병상은 에델개혁 실시 전 15%(1990.3)였으나 개혁 실시 직후 조사에 의하면 약 7%(1992.3)까지 감소한 것으로 나타났다. 그리고 노인병상은 20.8%(1992.3)에서 12.7%(1996.1)로 감사한 것으로 나타나 그 효과가 큰 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 또한 환자의 입원에서 퇴원까지의 기간이 단축되었는데, 응급병상은 평균 13일(1990.3)에서 2일(1996.1)로 단축되었고, 노인병상은 36일(1992.3)에서 9일(1996.1)까지 단축된 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 이는 사회적 환자를 담당하는 꼬뮨에게 경제적 인센티브를 부과함으로써 나타난 결과이다(Socialstyrelsen, 1996).

둘째, 노인케어가 꼬뮨으로 이관됨에 따라 란스팅과 꼬뮨 간 책임소재에 대한 논란이 줄어들어 실제 노인 돌봄 관련 분야에 있어 체계를 갖추게 되었다. 또한 노인을 위한 특별 주거의 거주 환경도 개선되는 효과가 있었다.

셋째, 꼬뮨이 너싱홈을 담당함에 따라 꼬뮨이 주민들에게 제공하는 의료서비스 기관에 전문 간호사를 두도록 의무화했고, 이를 통해 전문 간호사가 증가하는 계기가 되었다.

하지만 최종보고서에는 에델개혁에 대한 성과 외에도 개혁으로 인한 향후 문제점으로 지적된 점은 다음과 같다(Socialstyrelsen, 1996). 첫

째, 응급병동에서의 평균 재원일 수가 단축되면서 생애 말기 환자에 대한 수준 높은 의료 케어를 너싱홈에서 감당해야 함에 따라 너싱홈의 부담이 가중되었다. 너싱홈 서비스는 전문 간호사가 주로 전담하고 의사는 정기적인 진료, 구급 시 대응에만 참여하기 때문에 간호사들을 중심으로 제공되는 의료서비스에 한계가 나타났다. 또한 노인을 위한 특별주거에 입소하려는 노인들을 케어하기 위한 대비가 미흡함에 따라 이에 대한 새로운 정책이 반드시 수반될 필요가 있다.

둘째, 1990년 말부터 특별 주거의 정원이 줄어들고, 방문 재가 간호 서비스의 중요성이 보다 증대되었다. 따라서 노인에 대한 홈헬프 서비스가 기존보다 더 높은 수준의 케어를 요구하게 됨에 따라 일반 재가 노인의 경우 가족 돌봄에 의지할 수밖에 없는 부작용을 초래했다.

셋째, 재가 고령자에 대한 방문간호가 기존 란스팅에서 꼬뮨으로 책임이 이관되었지만 두 기관 간 연계 서비스가 원활하지 않아 그 과정에서 노인들에게 필요한 적절한 재활 치료 서비스가 잘 이루어지지 않았다. 그 예로 뇌졸중과 같은 중증 환자가 퇴원 후 집에서 제대로 된 치료를 받지 못해 사후 관리에 대한 문제점이 제기되었다. 중증 환자의 재가 서비스는 약 60%가 친인척에게 재활을 의지하고 있었으며, 6시간 이상 혼자 시간을 보내야 하는 환자도 약 30%에 달하는 것으로 나타났다.

스웨덴 사회보험청에서 에델개혁에 대한 보고서를 작성한 이후, 2003년이 되어서 스웨덴 정부는 노인을 위한 돌봄위원회를 조직했고, 이 위원회는 정부보고서(SOU)를 작성하여 2004년 6월 공개했다(SOU, 2004). 이 보고서에는 에델 개혁 이후 재가 서비스를 전담하게 된 꼬뮨의 역할과 이에 대한 서비스 질의 평가를 담고 있다. 이 보고서를 바탕으로 스웨덴은 2006년 노인 의료 및 돌봄 10개년 국가전략을 발표했다. 국가전략의 주요 내용은 첫째, 장기 치료가 필요한 중증환자에 대한 돌봄 서비스의

강화, 둘째, 특별 주거의 서비스 질 향상을 위한 노인주택위원회의 설치 및 재가 서비스의 질 향상 셋째, 사회적 돌봄 기능의 강화, 넷째, 국가 차원에서 서비스 질의 지역적 형평성 실현 등이다. 다섯째, 노인 케어를 위한 예방 조치의 강화이다. 에델개혁 이후 중증 이상의 고령 환자들이 친인척에게 의존하거나 혼자 남게 되는 경우를 대비하여 꼬뮨의 책임을 강화함으로써 돌봄 기능을 향상시키는 것이다. 또한 방문 재가 서비스의 질 향상이 포함된다. 다섯째, 보건의료법을 개정하여 특별 주거 입소자와 재가 환자 돌봄에 대한 란스팅과 꼬뮨의 의료 서비스 연계가 원활히 이루어질 수 있도록 한다.

라. 보건의료정책의 변화[6)]

1) 주의회(county council)의 역할 변화

1862년부터 주의회는 공공자본에 의해 운영되는 병원관리의 의무(responsibility)를 중앙정부로부터 이양받았으며, 스웨덴의 주요 의료서비스 공급자로서 역할을 강화하였다. 그리고 1960-1970년대에 주(counties)는 선원(seaman)병원, 정신병원, 대학병원을 관리하였고(responsibility), 1971년 Seven crown 개혁과 함께 일차의료서비스의 주 공급자가 되었다. 1983년에 Dagmar개혁은 국가보험재원(공공과 민간의 외래의사 방문의 배상을 위한 재원부문)을 직접적으로 주와 연계시킴으로써, 주는 스웨덴의 사립 일반의(GP)와 전문가(office-based specialist)의 계약진료 절차를 규제하게 되었다(Saltman. 2015).

1992년 ADEL 개혁은 주의 권한을 약화하고, 이는 양로원에 대한 관

6) Saltman(2015)에서 주로 참고함.

리 권한을 주에서 지방정부에 이양하였다. 2007년의 Vardval 개혁은 환자들이 사립병원과 공립병원 사이의 선택권을 제공하였다(Saltman. 2015).

주는 자체적으로 지난 30년 동안 경영 및 관리에 있어서 많은 변화를 경험하였는데, 현재 3개의 지역(region)(VRG, Skane, and Stockholm)으로 통합되었고, 주의 숫자는 26개에서 21개로 감축하였다(Saltman. 2015).

스웨덴 보건부는 의료의 질적 수준을 개선하기 위한 구조적 노력, 전문화된 의료 서비스 통합 도입을 위한 노력에 집중하고 있다. 2006년에 보건부는 의료성과에 대한 전체 실적 관련 자료를 공개하여, 성적이 좋지 않은 주에 개선압력을 가하였고, 성적이 우수한 주에게는 경제적 인센티브를 부여하는 방식으로, 복지부는 실상 의료서비스의 통합을 추구함과 동시에 현재 의료서비스의 양 증가와 질적 개선을 도울 수 있었다(Saltman. 2015).

2) 서비스 공급 구조의 다변화 과정

1980년대 후반부터 1990년대 초기에 영국이 1991년에 채택한 정책과 유사하게, 계약자(purchaser)와 서비스 공급자를 분리하였으며, 이는 공공병원의 내부적 변화를 주었다(Saltman. 2015).

스톡홀름지역에서는 몇몇의 대규모 공립병원이 공기업(public corporation)형태로 변화하였다. 1990년대 초기에 이러한 형태는 다소 호소성(attractive)이 있었으나, 90년대 말 주의회 결정자들이 좀 더 전통적으로 관료적 그리고 탑다운 정치적 경영을 다시 강조하였다(Saltman. 2015).

두 번째는 스웨덴의 두 비영리 병원에 있어서 선택적 공급계약(contracting)이 1980년대에 증가하였다. 특히 공공부문에 긴 대기자 명단이 있는 노인 환자 부분에 있어서 증가가 두드러졌다고 할 수 있다. 그러나 이러한 다양성에 대한 시도는 1990년대에 대기자 수가 감소하면서 사라졌다(Saltman. 2015).

세 번째, 병원의 다양화가 시도되었다. 90년대에 스웨덴의 대도시에 소규모 사립병원의 수가 증가하였으나, 이는 길게 지속되지는 않았다(Saltman. 2015).

네 번째, 스톡홀름 주내에서는 공립병원의 민영화에 대한 성공적인 사례가 있지만, 1998년 사회민주정부에 의해 법적으로 금지되면서 스웨덴에서는 더 이상의 사례가 없어졌다(Saltman. 2015).

이와 같이 서비스 공급의 다양화를 위해 혁신적 방안을 찾으려는 노력이 시도였지만, 오랜 기간 지속되는 데에는 상당한 어려움이 따랐고 또한, 스웨덴 병원분야는 같은 기간의 노르웨이와 영국에서 발생한 병원 거버넌스의 구조적 변화와 상반되게 변화속도가 빠르지는 않았다(Saltman. 2015).

스웨덴의 일차진료 분야의 역사적 개발패턴은 1980년대에서 2007년 Vardval 개혁을 시행하기 전까지 병원부문(sector)과 유사하다고 할 수 있다. 1983년에 첫 번째 민간진료소(privately owned clinic)가 스톡홀름의 중심가에 설립되면서, 환자들은 사전 예약 없이 가까운 진료소에서 대면진료(contact care)를 받을 수 있게 되었고, 이러한 서비스는 주의회의 공공재원으로 지불했다(Saltman. 2015).

1980년대 초기의 경직된 공공보건센터구조와는 달리, 2014년에는 다양한 민간 일차진료소와 백신접종을 할 수 있는 진료소가 있다(Saltman. 2015).

두 번째 초기 제도(1980년대)는 Qvarters Akuten이다. 이것은 지역 일차의료센터(primary health center)로서 환자중심적 그리고 유연적 진료서비스를 추구하였다(Saltman. 2015).

세 번째 주요 제도는 1차 의료서비스의 접근성을 강화하고 더 많은 환자를 수용하게 만드는 것으로 1990년에 스톡홀름 주에서 발생하였다. 개인들은 굳이 거주지역이 아닌, 도보생활권의 어느 일차 의료센터에도 방문할 수 있게 되었다(Saltman. 2015).

네 번째 제도는 중도우파 성향의 정부가 Huslakare와 house doctor 개혁을 도입하여, 일차진료부문에 공급자의 다양성을 도입한 것을 말한다. 이를 통해 환자들은 구체적으로 자신이 원하는 의사에게 진료를 받을 수 있게 되었으며, 몇몇 주에는 민간 GP구조가 공적으로 운영되는 1차 진료소에 도입되었다. 그러나 이러한 제도는 소수의 주에서는 반발이 있었고, 1994년에 국가적 선거 직전에 폐지되었다(Saltman. 2015).

마지막으로 2010년부터 모든 주가 공공과 민간이 혼합된 1차 진료 형태를 채택하였고. 이러한 구조는 민간부문의 의료서비스 공급 참가를 장려하게 되었다. 또한, 시민들이 1차 진료 방문의 50%를 민간 의료서비스 공급자로 선택(2012년 당시)하도록 하여 스웨덴 시민들이 공급자의 다양성과 선택을 어떻게 여기는지를 짐작할 수 있다(Saltman. 2015).

결국, 1980년대 스웨덴의 1차 진료는 서비스 전달과 자금조달에 있어서 독점적 공공 규제 형태였지만, 1차 진료에 있어서 Vardval 개혁의 채택으로 상당한 다양성을 형성하였다고 볼 수 있다(Saltman. 2015).

3) 환자선택권의 점진적 강화

1980년대 초기에 스웨덴 의료제도는 환자들이 선호하는 의사나 서비스 시설을 선택할 새로운 기회를 제공하였는데, 이러한 선택은 공적으로

운영되는 제도 안에서 공공경쟁을 도입한 것이라 할 수 있다. 즉, 공립병원이 좀 더 효율적이고 환자 중심적으로 될 수 있도록 인센티브를 형성한 것이다. 이러한 변화는 2007-8년의 Vardval법 제정에 의해 더 포괄적이고 제도로 정착하였다(Saltman. 2015).

4) 계속적인 공공자본에 의한 병원운영

유럽의 조세에 의해 운영되는 보건의료제도에서 가장 흥미로운 발전 중에 한 가지는 영국의 민간투자개발사업이라 할 수 있다. PPP전략은 가장 빠르고 효율적으로 공공부문의 조세구조에 부담을 주지 않고 새로운 자본을 구축(raise)하는 방안이며, 스웨덴의 경우는 민간투자 개발로 설립한 병원의 사례인 Karolinska 병원이 스톡홀름에 위치하였다. 해당 사례를 제외하고는 지난 30년 동안 새로운 영리 혹은 비영리 시설이 설립된 경우는 없었다(Saltman. 2015).

전반적으로 스웨덴의 경우 민간자본가들이 새로운 병원 투자에 있어서 분명하게 흥미가 없으며, 이 또한 다른 경우와 유사하게 지난 30년 동안 거의 일관적 패턴을 보였다(Saltman. 2015).

5) 보건복지의 통합진료를 위한 점진적 변화

선진국은 보건제도에 있어서 입원환자/외래환자 서비스를 1차 진료 및 사회서비스와의 연계를 하고자 함인데, 이것은 심리스망(seamless web)을 형성하려는 목표와 함께, 특히 노인을 대상으로 한 의료서비스 전달에 구체적인 목적이 있다(Saltman. 2015).

스웨덴에서 통합 프로그램을 구축하려는 노력은 1980년대 초기에

SPRI(주의회/정부의 연구기관)가 개발한 Vradprogrammet에서 찾을 수 있으며, 또한 주의회 수준에서 보건사회위원회와 다른 메커니즘을 연계하려는 노력이 있었다(Saltman. 2015).

가장 중요한 성공적 변화는 1992년에 국가적 의무사안인 노인돌봄 개혁에서 발견된다. 이 개혁은 주의 공립요양원을 지방정부로 이양함을 통해 요양원, 노년가정, 재가서비스의 통합된 책임감(단일 공공재원으로 운영)을 289개의 지방정부에 부여하였다(Saltman. 2015).

6) 보건의료정책 변화 요약

스웨덴은 지난 30년 동안 보건의료분야에서 느리면서 신중한 성향을 보였다. 이러한 관점은 시민의 진료수요를 충족하는 보건진료 제도의 일반적인 성공을 이룩하기에 포괄적으로 적절함과 동시에, 성과측면에서도 전반적인 성공을 이끌기에도 타당하다고 볼 수 있으며. 또한 진료와 서비스 개발과정을 느리고 점진적인 것으로 여기는 스웨덴의 성향에도 적합하다고 할 수 있다(Saltman. 2015).

이와는 반대로, 제도적·조직적 안정성은 이익(assets)보다는 채무(liability)로 간주할 수 있다. 느린 변화는 안정성보다 서비스 패턴과 전달매커니즘에 변화를 막는 구조적 장애를 극복하지 못하는 무능력을 보여주는 정지 상태로 볼 수도 있다. 이는 빠른 의료기술의 변화와 만성적 노인환자의 급증에 의해 형성된 수요증가를 받아들이기에는 불충족 상태라 볼 수 있으며, 더 나아가, 주의회 중심의 거버넌스에 다음과 같은 이슈가 발생할 수 있다(Saltman. 2015).

- 경제적 성장은 늦어지고 공공분야 재원은 한정적일 때 어떻게 서비스, 인적자원, 시설을 개선할 수 있는가?

- 생산성에 기반하여 보수를 인상할 수 밖에 없다면 어떻게 전문성 있는 인력을 확보할 수 있는가?
- 어떻게 만성 노인환자의 수요를 통합적 차원에서 더 유연하고 개인 특성에 맞춰 대응할 수 있는가?
- 어떻게 새로운 정보기술에 기반한 보건서비스의 형평적 구조를 개발할 수 있는가?

이러한 변화의 범위와 규모는 과거의 점진적 변화로는 불충분하며, 보건서비스 전달과 업무 방식(working)에 있어 다른 방안이 필요하다고 볼 수 있다(Saltman. 2015).

제3절 스웨덴의 장기요양 개혁 동향

가. 스웨덴 장기요양의 역사적 전개 과정

세계 2차 전쟁 이후 스웨덴의 정치적 논쟁에서는 오직 공공 재원과 공공서비스 생산만이 형평성 있는 좋은 사회서비스를 모든 사회적 계급에게 제공할 수 있는 것이라고 판단하였다. 그렇기에 서비스는 접근성이 우수해야 하며, 모든 계층이 서비스에 대해 지불 가능해야 하고, 서비스의 질이 높아야(attractive) 한다는 점을 강조하였고 또한 모든 사회계급이 동일한 서비스를 이용한다면, 서비스의 질 또한 모두에게 개선될 것이라는 것을 강조하였다(Peterson, 2017).

1950년대 초는 지방정부에 의한 재가서비스의 등장과 발전은 복지국가로써의 중요한 변화적 단계였다고 할 수 있다. 1950년 비영리단체(적십자사)에 의해 재가서비스를 처음 시행하였는데, 재가서비스는 취약한

(frail) 노인이 자녀에게 의존적이지 않고 자신의 주거지에 머물 수 있도록 가능하게 하였다. 초기의 재가서비스는 비영리단체에 의해서 운영되었는데, 재가서비스는 빈곤한 자에게만 주어지는 것이 아니라 모든 사회적 계층에게 주어지는 첫 번째 형태의 장기요양서비스였다. 장기요양은 빈곤한 자들의 구원 정책이 아니라, 시민의 권리로 여겨졌다.

1960-1970년대는 복지국가로서의 황금 시기라 할 수 있는데, 사회복지(social care) 중 특히 재가서비스가 확장되었다.

1980년은 조세재원으로 형성된 장기요양 서비스제도를 구축하였다. 1982년에 사회서비스법에서 노인과 장애인을 위한 서비스의 필요성이 인식이 되었고, 이것은 여전히 효력을 발휘하고 있다. 해당법은 지방정부가 모든 주민의 요구(need)에 따라서 서비스를 제공하도록 법적의무를 부여하며, 노인이 일상적 환경에서 머물 수 있도록 하는 것이 법의 기본적인 목표이다.

1992년의 공동체 돌봄 개혁(Community care reform)은 광역의회에 의해 재원을 형성하고 관리되는 보건부문의 요양시설에 대한 책임을 기초자치단체에 이양함과 동시에 사회복지(social care) 부분으로 변경하였다. 그러나 개혁이 시행된 직후, 스웨덴은 심각한 경기 불황에 봉착하면서 개혁의 주된 목표는 서비스 질이 아닌 재원 절약으로 변경된 제한을 지니고 있다.

나. 스웨덴 장기요양의 변화

장기요양의 주요 변화는 장기요양 서비스 제공의 감축, 새로운 장애인 복지를 위한 프로그램 확대, 서비스의 시장화라고 할 수 있다(Meagher & Szebehely, 2013a. pp. 23-83).

다른 유럽국가와는 달리 스웨덴의 경우 장기요양서비스의 공급은 노인인구에 비례하여 감소하였다. 1990년대에 65세 이상 인구의 16%가 공공 재가서비스를 이용하였지만, 이 비율은 2000년에 8%로 하락하면서 최근 10년간 시설서비스의 비율도 상당하게 감소하였다(Meagher & Szebehely, 2013b)

지출의 추세는 장기요양의 변하는 서비스 공급 특징에 의해 영향을 받는다. 장기요양에 대한 공공지출은 하락하는 보급률에도 불구하고, 1985년과 1990년 동안 550억에서 640억 SEK로 증가하였으나, 1990년~2000년 사이에는 단지 5%만이 증가하였고, 2002~2009년에 지출은 4%까지 감소하였다(Meagher & Szebehely, 2013b).

이와는 반대로 1993-1999년에는 장애 관련 개혁(LSS, LASS)이 도입되면서, 장애인복지에 대한 지출은 68%까지 증가하여 2000~2009년에는 370억에서 610억 SEK(2009년 가격 기준)정도, 66%가 증가하였다(Meagher & Szebehely, 2013b).

이러한 장기요양서비스의 변화에도 불구하고, 국제비교적 관점에서 장기요양서비스에 유입되는 공적 자원은 관대하게 유지되는 측에 속한다. 스웨덴은 OECD국가 중 장기요양서비스 부분에 가장 발전한 서비스를 제공하는(generous) 국가에 속한다고 할 수 있다.

1) 장기요양 서비스 제공 감축

1980년에 65세 이상의 노인인구 중 16%가 재가서비스 요구도평가를 받았지만 2012년의 경우, 그 수가 9%로 감소하였고, 같은 기간 동안 80세 이상의 재가서비스를 받는 인구는 34%에서 23%로 감소하였다(Peterson, 2017).

1990년대에 장기요양서비스 공급은 다른 보건의료 그리고 사회복지 정책분야의 발전과 지방재정의 일반적인 지출로 인해 추가적인 압박을 받게 되었다. 1990년대 이후 기초자치단체에서 장기요양은 우선순위 정책에서 제외하였는데, 국가보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)의 보고서(2010)에 따르면, 다른 연령대의 복지수요가 우선순위로 되면서 노인을 위한 복지수요는 희생되었다고 보고하고 있다(Peterson, 2017). 또한 국가적으로 변함없는 보편성의 원리가 적용됨에도 불구하고 대부분의 기초자치단체에서 서비스 신청 자격요건을 강화하였다.

장기요양서비스 제공의 감축으로 인해 서비스 보급률(coverage)은 재가족화의 결과를 가져왔다. 가족에 의한 요양은 낮은 교육 수준을 가진 노인에게 더 보편적으로 나타났고, 높은 교육수준의 노인에게는 민간 요양서비스의 이용이 더 확대되면서 이러한 이원화는 보편주의를 위협하는 요소로 작용하였다.

2) 장애인복지 프로그램의 확대

노인과 장애인을 위한 법적 변화 중 하나는 1993년의 장애인법이라 할 수 있다. 사회·문화·경제적 일상에 장애인이 참여할 수 있도록 법적으로 지지하는(ensure) 개혁이었다. 1970-80년대에 사회서비스 제도 내외에서 장애인의 삶의 복지가 일반인들의 복지 발전에 비교하여 속도가 느린 점을 논의하기 시작하면서, 다양한 그룹의 정치적 행위자들은 각기 다른 그룹 장애인들의 목소리를 대신하여 내기 시작하였다(Meagher & Szebehely, 2013b).

스웨덴의 장기요양서비스가 줄어들고, 서비스가 시장화됨에 따라 이용

자들이 크게 감소한 반면, 새로운 장애인복지를 위한 프로그램과 공공지출은 점차 증가하고 있는 것으로 나타난다. 장애인법은 정책입안자들이 특정한 사회적 그룹(65세 이하의 특정 장애를 가진 자들)의 요구를 충족시키게 되었고, 사회서비스법 내에서 장애인법에 의해 형성된 새로운 구조와 정책시행, 그리고 이 둘은 장애인법 하에 서비스 공급 규모는 증가하였지만, 사회서비스법에 의한 서비스 공급은 감소하는 각기 다른 방향으로 발전하였다.

이러한 현상에 대해 Streek and Thelen(2005)은 장애서비스에 대한 지출의 증가는 직접적으로 장기요양서비스 지출의 감소와 관련이 있다는 근거를 제시하기도 하였다. 1998~2007년 사이 290여개의 꼬뮨 자료를 분석해 보면 장애인법(LSS)의 영향 하에 장애서비스와 관련하여 빠르게 증가하는 지출은 사회서비스법에 기반한 장기요양서비스에 대한 지출을 삭감한다고 했다. 분석 모형 결과를 보면, 장애인법 관련 서비스에 대해 100크로나 지출이 증가할 때마다 사회서비스법과 관련한 장기요양에 대한 지출은 42크로나 감소하는 경향을 보이는 것으로 나타났다(Streek & Thelen, 2005). 하지만 이와 같이 스웨덴의 장기요양서비스의 공공지출이 감소하고 있음에도 불구하고 국제 사회에서 스웨덴의 장기요양서비스 분야는 다른 국가에 비해 여전히 앞서 있는 것으로 평가받고 있다.

3) 장기요양 서비스의 시장화

1980년대 중반에 사회서비스 부문의 준시장(quasi-market)적 형태를 도입하면서, 1991년에 사회민주정부에 의해 제정된 새로운 기초자치단체법은 구매자와 서비스제공자의 분리를 도입하게 하였고, 서비스 공급의 외부 위탁이 가능하게 되면서 구입자-서비스공급자 모형이 기초자

치단체에 도입되었고 이와 함께 민간서비스 공급자의 비율도 자연스럽게 성장하였다.

스웨덴 장기요양서비스에서 시장화는 민간부문의 과점적 서비스 공급 구조를 보이며, 1990년대 초기의 가격경쟁은 전반적으로 대규모의 민간 서비스 제공자에게 유리하였고 일단, 대기업이 장기요양서비스에 일단 진입하게 되면, 사업 성장은 상대적으로 수월한 구조를 지녔다.

(1) 공적조달을 통한 외부위탁(outsourcing)

1991년 기초자치단체법에 따라, 기초자치단체가 장기요양서비스 공급에 있어서 서비스 공급을 영리·비영리시설에 외부위탁이 가능해졌다. 1992년에 도입된 공공조달법(LOU, 2007년에 수정)은 경쟁을 통해 외부위탁과정을 규제하여 최근 20년 동안 재가서비스와 시설서비스에서 민간 영역이 서비스를 제공하는 경우가 현저하게 증가하였다.

민간시설에 의한 서비스 공급이 증가하였고 또한 LOU에 따른 장기요양서비스를 외부위탁 하는 방식에 대해 대기업이 선호하는 경향을 보였다.

(2) 소비자선택

2009년부터 자유선택제도법(Act on free choice systems)이 도입되었다. 권력을 정부에서 시민에게 이양하고, 소비자의 선택을 증가시켜, 서비스 사용자의 영향력을 증대하고, 제공자의 다양성을 확장하는 데에 주 목적이 있다. 이 법은 기초자치단체가 준바우처(quasi-voucher) 제도와 함께, 소비자선택을 도입하도록 장려하였다(Meagher & Szebehely, 2013b).

소비자선택은 요구 판정에 의해서 서비스 이용 자격요건을 부여받은 노인이 서비스제공자를 직접 선택하는 것을 말한다. 2009년 제정된 선택제도법(Act on System of Choice, LOV)은 노인이 자신의 서비스 제공자를 선택하고 주어진 서비스가 마음에 안 들 경우, 바꿀 수 있는 권리를 반영하여 제정하였다(Meagher & Szebehely, 2013a). 이러한 소비자 선택은 또한 사용자의 의견반영(voice)을 강화하고 장기요양서비스의 질을 향상할 수 있고 또한, 노인의 다양한 개별 요구에 응할 수 있도록 서비스의 다양화를 장려하기도 한다.

선택 제도하에서, 소규모민간업자들이 대기업과 경쟁이 가능하도록 하는데 예를 들어, 소규모영세업자들은 포괄적인 소비자가 아닌 구체적 그룹의 소비자를 목표대상으로 삼았다. 이와 같은 시장구조의 경우 지역마다 상이하게 진행되었다. 스웨덴 기초자치단체가 소비자선택 제도를 이미 도입하였거나 시행 예정이며 소수의 지방당국은 시설 서비스에 소비자선택 제도를 도입하였으나, 여전히 민간서비스 제공자가 없는 기초자치단체도 존재한다. 이 중에서 스톡홀름은 시장화와 소비자선택 제도에 있어서 선두주자에 해당한다.

정부는 이러한 수요자 측면의 시장 메커니즘을 도입하면서 서비스의 질이 향상될 것이라고 기대하였다. 그러나 서비스 질을 관리하기 위한 핵심 메커니즘으로 소비자선택은 정부가 추구했던 방향으로 원리가 작동되지는 않았는데, 2009년에 단지 4%의 재가서비스 이용자가 그들의 서비스 제공자를 변경하였고 이들 중 1/5의 경우, 서비스 제공자가 폐점하였기 때문이 변경할 정도로 소비자 선택의 변화가 발생하지 않았다(Meagher & Szebehely, 2013b).

(3) 재가서비스(household service)의 세금공제(tax deduction)

시장화와 관련한 또 다른 법은 종종 스웨덴어로 RUT로 언급되는 재가서비스의 세금공제법(2007)이 있다. 이 법에 따르면, 매해 65세 미만의 세금납부자는 50%의 국내서비스 비용을 최대 25,000 SEK(€2,500)감면받을 수 있으며, 65세 이상의 경우 최대 50,000 SEK(대략 €5,000)를 감할 수 있다(Peterson, 2017). 해당 서비스는 요구평가(needs assessment)가 필요치 않기 때문에 관련한 모든 시민들이 세금공제를 요구할 수 있다.

민간 재가서비스 제공자는 요구평가에 의한 서비스를 개인별로 구매하도록 하지만 정부보조금으로 지원되는 재가서비스(privately purchased but subsidized household services)를 제공할 수 있기 때문에 사용자들은 시장에서 보조금으로 지원된 재가서비스를 보완하기 위해 부수적인 서비스를 구매할 수 있다(Peterson, 2017).

다. 스웨덴 장기요양의 변화에 인한 이슈

1) 시장화의 딜레마와 결과

장기요양서비스의 시장화 논리 하에, 독립적인 노인은 시민이 아닌 소비자로서 정의된다. 관련 정책은 개인적인 자유와 선택을 중시하기 때문에, 노인은 최적화된 서비스를 시장에서 선택할 수 있는 합리적 소비자로 지칭하며 또한 장기요양은 공공재(public good)가 아닌 소비재라 할 수 있다(Peterson, 2017).

그러나 이런 경우 경제적인 소득수준에 따라 소비자의 후생이 달라지게 된다. 소비자선택모델은 세금공제와 함께 이원화된 복지제도(care

system)를 형성할 가능성이 있다(Peterson, 2017). 즉, 경제적으로 여유가 있는 노인이 민간서비스를 통해 질 좋은 서비스를 이용하는 반면, 그렇지 않은 계층은 서비스와 시간이 제한적인 요구도 평가에 의한 서비스만을 이용하게 된다.

세금공제의 결과, 재가서비스는 낮은 교육수준을 가진 노인이 가정요양(family care)을, 높은 수준의 교육수준을 가진 노인은 민간서비스를 택하는 경향을 야기하였으며, 또한 소득과 관련한 서비스 요금의 결정은 고소득 노인을 공공 재가서비스가 아닌 장기요양시장에 관심을 갖도록 유도하게 됨으로써, 스웨덴의 재가서비스는 보편적 서비스로서 위협을 받고 있다고 평가되기도 한다(Peterson, 2017). 만약 공공 재가서비스가 낮은 교육수준과 저소득자를 위한 서비스 위주로 된다면, 서비스 질 하락의 우려를 낳을 수 있다. 스웨덴의 재가서비스는 국제적인 관점에서 여전히 보편적인 성향이 있지만, 이러한 변화는 탈보편화가 시작되었다는 것을 의미한다.

서비스가 위탁경영식으로 공급될지라도, 기초자치단체는 서비스 자체와 서비스 제공자의 경영(management)을 감독 및 규제해야 한다. 최근 정부는 규정과 규제를 강화하고 이익추구행위를 정부위원회(government commission)를 통해 감시하고 있으나 강한 규제는 서비스의 질을 약화할 우려가 있다(Peterson, 2017). 또한 돌봄(care) 관계와 같은 측정이 어려운 사회적 관점은 그 가치가 무시될 가능성이 있으며 또한, 규제와 규정의 강화는 비용과 시간이 소비된다는 측면도 존재한다(Peterson, 2017).

2) 돌봄노동의 환경변화

돌봄노동은 재가서비스가 보편적 서비스로 도입되면서 좀 더 전문적인

노동으로 변화하였다. 1950년대에 돌봄노동종사자는 직업으로 간주되지 않았지만, 1980년대에는 공공 장기요양의 정치적 의제로 돌봄노동의 훈련과 전문화(professionalization)가 대두되었다(Peterson, 2017). 교육훈련 이슈는 돌봄노동종사자의 지위향상과 중증질병 이상의 노인을 위한 고강도의 돌봄수요를 받아들이는 방안이자 전략으로도 여겨지고 있다. 1964년-1993년 사이에, 국가는 목적세와 함께 재가서비스노동자들의 35%의 임금을 보조하였고 1984년부터, 훈련기간에 대한 보조금도 추가하였다(Meagher & Szebehely, 2013b).

재가서비스의 경우 서비스는 더 광범위한 돌봄요구를 가진 소비자를 목표로 하여, 집중적(intensive) 돌봄을 받는 노인의 비율은 이전보다 감소하였으며, 탈시설화 우선정책은 장기요양서비스 이용자의 수요(needs)를 변화시키게 하였다.

신공공관리의 영향 하에 일일돌봄노동(day-to-day care work)은 각각의 돌봄종사자가 적은 수의 소비자를 책임지는 형태인 사람 중심의 조직적 모형(person centred organizational model)에서 구체적인 업무(task)를 몇몇의 노동종사자가 공동으로 생산하여 대량의 소비자에게 제공하는 과학적 관리화(taylorized)된 '조립라인(assembly line)식 모형'으로 변화하였다. 이러한 맥락에서, 돌봄노동은 정해진 시간(time frame)안에 특정 업무수행에 집중하며, 일일 돌봄노동은 세부적인 일정에 의해 미리 조정되는 돌봄노동이 표준화되고 있다(Meagher & Szebehely, 2013b).

주요 조직적 변화는 돌봄노동자들과 서비스수령자에게 모두 문제가 될 수 있다. 정신적·육체적으로 더 어려워지는 업무 조건에 직면하는 반면, 가정에서 장기요양 서비스를 받는 노인은 더 섬세하며 고강도의 서비스가 필요하게 된다. 그리고 세밀한 규제와 감독은 돌봄 노동종사자의 전문

화를 더욱 약화하며, 돌봄 요구(need)와 돌봄 노동종사자가 주어진 제한된 시간 안에 제공할 수 있는 서비스의 격차가 확대됨으로써, 돌봄노동의 세분화와 시간 단위별 제한은 노인의 각기 다른 그리고 변화하는 수요를 조정할 수 없게 된다(Peterson, 2017). 추가적으로 돌봄 노동종사자들의 시간 제약과 압박, 업무증가량은 그들의 기술과 지식을 사용할 기회를 감소시키는 문제를 낳을 수 있다(Peterson, 2017).

3) 스웨덴 장기요양 모델의 변화에 따른 이슈

1992년부터 아델개혁(Ädel reform)은 광역자치단체의 재원으로 운영되고 보건의료부문에 속하는 요양시설에 대한 관리를 사회복지 부문으로 옮기면서, 기초자치단체에게 관리와 재원 조성에 대한 책임을 이양하였다. 아델개혁 하에 중앙정부는 기초자치단체에게 퇴원을 해도 무방한 상태의 노인의 병원비를 지불하도록 요구하면서, 이 개혁에서 국가의 주된 목표인 노인의 탈의료화(de-medicalization)를 통해 그들의 삶의 질을 향상하는 것이었으나, 이로 인해 bed blocker의 수는 빠르게 감소하였지만(병상 수의 감소), 더 높은 수준의 돌봄을 필요로 하는 노인들이 조기 퇴원을 하는 경향이 증가하였다(Meagher & Szebehely, 2013a). 이는 돌봄이 필요한 노인들을 제도 밖으로 내몰게 하는 하나의 압박 요소로 작용하였다.

1990년대 초기와 중기까지, 경제위기, 아델개혁, 그리고 장애 관련 개혁의 통합된 영향으로 인해 기초자치단체의 경제는 압박을 받게 되면서 이러한 상황에서 대다수의 기초자치단체는 서비스에 대한 수요를 조정하기 위해 서비스 요금에 의존하였고, 몇몇 기초자치단체는 소득과 연계된 서비스 요금을 이용하였다(Meagher & Szebehely, 2013a). 이것은 고

소득 노인들이 공공서비스를 사용하는 것을 제한하는 반면, 저소득 연금 수령자는 서비스이용을 보장받지 못하게 된 결과를 낳았다(Meagher & Szebehely, 2013a).

이러한 제도의 형평성 차원의 문제와 접근성의 불평등은 1990년대에 이 문제가 정치적 의제로 제기되었는데, 이 문제는 2002년에 보편주의를 극대화하는 것이 정부의 직접적 목표였던 사회민주주의 정부에 의해 제정된 최대이용료 개혁(max fee reform)을 통해 완화되었다(Meagher & Szebehely, 2013b).

스웨덴의 장기요양 모형은 공적재원으로 형성되고 모든 시민에게 제공되며 지출은 여전히 높은 수준으로 남아있으며 1/5 이하의 장기요양 서비스가 민간서비스 제공자에 의해 공급되고 있다(Meagher & Szebehely, 2013b). 그러나 민간서비스 공급이 19%라는 국가적 통계수치는 사실 기초자치단체마다 상이한 수치를 가지고 있을 수 있다. 절반 이상인 54%의 기초자치단체는 아직 민영화를 도입하지 않았으며, 약 65%의 기초자치단체는 재가서비스를 모두 공적으로 제공하고 있다(Meagher & Szebehely, 2013b). 전체 기초자치단체의 5% 정도가 절반 이상의 재가서비스와 시설서비스를 민간업체를 통해 제공하고 있다(Meagher & Szebehely, 2013b).

최근 다양한 성향의 개혁이 장기요양의 경영을 합리화하였고, 중증장애인에 대한 서비스 공급을 확대하였으며, 장기요양서비스를 시장화하였다. 이러한 변화는 또한 스웨덴의 장기요양서비스의 보편성에 위협을 가하고 있으며 이미 공공재원으로 형성된 장기요양서비스의 예산이 감축되면서, 공공서비스에서 명확한 계층 간 차이에 대한 근거는 분석되지 않았지만, 빈곤층은 가족돌봄을 택하는 경향이 있고, 고소득층은 민간서비스를 이용하는 경향이 나타나고 있다.

계속되는 시장화는 고소득층을 중심으로 공공제도를 벗어나는 인센티브를 줄 것이며, 시장화는 또한 공적 장기요양서비스에서 중산계층의 민간시장으로의 이동과 서비스 질의 하락을 야기할 수 있고, 빈곤층만이 낮은 질을 가진 서비스를 이용하게 될 우려가 있다(Meagher & Szebehely, 2013b).

제4절 스웨덴의 재원조달 및 재정 구조

가. 조세체계의 개요

스웨덴은 조세수입을 바탕으로 저소득층을 포함한 사회보장 서비스를 전 국민에게 제공하고 있다. 이러한 보편적 복지는 1930년대 사회민주당 집권 이래 스웨덴 복지국가의 이념으로 이어져오고 있으며, 2차 세계대전 이후 기본적인 사회복지제도가 형성될 수 있었다(하능식, 2016). 1960년대와 1970년대 동안 사회복지제도의 확대와 더불어 재정지출도 증가하였다(하능식, 2016). 따라서 1970년대 초 세제 개혁을 통해 누진적 조세를 강화했고, 사회보장세 및 소비세 등을 높이면서 늘어나는 재정지출을 충당해왔다(김인춘, 박지현, 2013). 스웨덴은 복지국가를 표방하며 많은 재원을 보편적 복지를 위한 비용으로 사용했고, 이를 감당하기 위해서는 안정적인 재원 확보가 중요했다. 1960년대부터 확대되기 시작한 복지지출은 80년대에 이르러 급격히 증가했고, 주요 재원은 높은 세율의 소득세, 다양한 간접세 및 법인세와 고용주의 높은 사회보장기여금 부담 등이었다(하능식, 2016).

스웨덴의 조세 체계는 국세와 지방세로 구분되며, 지방세는 지방자치

단체에서 관리하고, 모든 급여소득자는 지방세 과세 대상이 된다. 지방세는 광역지방세와 기초지방세로 구분되고, 급여소득자의 근무지에서 평균 32%의 세율로 징수된다(하능식, 2016).

OECD 자료를 통해 조세부담 수준을 국제 비교해 보면 스웨덴의 2019년 총조세 부담률은 GDP 대비 42.9%로 상대적으로 세부담 수준이 높은 것으로 나타난다(OECD, 2019b). 세원별 비중을 살펴보면, 소득과세가 높고, 사회비중 기금은 중간, 재산세 비중은 낮은 것으로 파악된다.

〈표 4-5〉 OECD 주요국의 세원별 비중: 2019년 기준

	총조세 대비 세원별 비중						GDP 대비 비중
	개인 소득세	법인세	사회 보장 기여금	재산세	소비세	기타세	
스웨덴	29.4	6.5	21.8	2.2	7.1	12.0	42.9
덴마크	54.4	6.6	0.1	4.1	11.4	2.0	46.3
노르웨이	25.3	16.4	25.5	3.1	8.2	0.1	39.9
독일	27.2	5.6	37.7	2.7	8.6	0.0	38.8
프랑스	20.5	4.6	34.9	9.0	15.4	4.4	45.4
영국	27.3	8.0	19.1	12.5	11.5	0.4	33.0
한국	18.4	15.7	25.4	11.6	11.0	2.6	27.4
일본	19.1	12.9	40.2	8.1	12.8	0.3	-
미국	41.1	4.1	24.9	12.3	17.6	0.0	24.5
OECD 평균	41.1	10.0	25.7	5.6	12.3	2.4	33.8

자료: OECD. (2019b). Revenue Statistics 2020-Tax revenue trends in the OECD. (https://stats.oecd.org/에서 2020.12.01. 인출.)

스웨덴의 국세와 지방세 비중을 살펴보면, 대체로 소비세 중심이고, 소득세 비중은 상대적으로 적다. 반면, 지방세는 소득세 중심으로 이루어져 있어 국세 21.5%와 지방세 78.5%의 세원별 구분이 명확한 것을 확인 할 수 있다(OECD, 2019b).

스웨덴의 정부별 세수 비중을 비슷한 형태의 국가들[7]과 비교해서 살펴보면, 총세수의 절반 정도는 중앙정부에 해당되고, 지방정부 세수 중

비교 국가 중에서 가장 높은 것을 확인할 수 있다(OECD 38개 국가 중 스웨덴이 가장 높음). 그리고 사회보장기금은 비교적 낮은 것을 확인할 수 있다.

〈표 4-6〉 OECD 주요국의 정부별 세수 비중: 2019년기준

(단위: %)

국가	중앙정부	지방정부	사회보장기금
덴마크	72.7	27.0	0.0
핀란드	49.2	22.7	27.9
프랑스	33.6	13.5	52.5
이탈리아	56.8	11.7	31.0
스웨덴	52.2	35.1	12.1
일본	36.6	23.2	40.2
한국	58.0	16.6	25.4

자료: OECD. (2019b). Revenue Statistics 2020-Tax revenue trends in the OECD. (https://stats.oecd.org/에서 2020.12.01. 인출.)

나. 지방재정

1) 지방재정지출

2019년 현재 광역자치단체 세출의 기능별 비중을 살펴보면, 총 3,740억 크로나 중 전문 진료 비용(46.5%), 1차 진료(15.6%), 교통 및 수송(9.6%), 기타보건의료(8.0%), 정신치료(7.3%), 보건의료(6.6%). 지역개발(2.7%), 치과 치료(3%), 약물치료소(0.6%) 등 예산의 약 87.4% 가 보건의료 관련 사항으로 지출되는 것을 확인할 수 있다(Sveriges

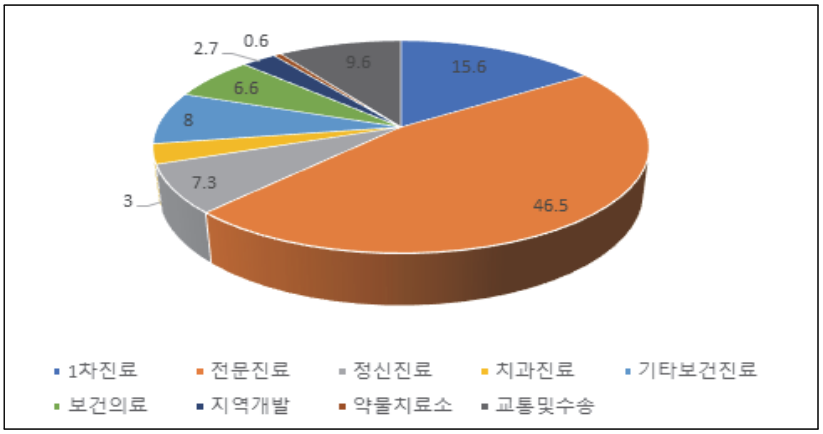
7) Unitary countries 이며, OECD 국가 중 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 한국, 라트비아, 리투아니아, 룩셈부르크, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 터키, 영국 등이 포함.

Kommuner och Regioner 홈페이지, 2021).

2019년 현재 기초자치단체인 꼬뮨 세출의 기능별 비중을 살펴보면, 총 701억 크로나 중 보육 및 어린이집(14.7%), 초중등학교(18.2%), 고등학교(6.5%), 기타 교육기관 (4.0%), 노인 돌봄(18.4%). 신체 장애인을 위한 서비스(11.2%), 재정지원 (2.1%), 개인 및 가족 돌봄 지원 (5.0%), 사업활동비(3.6%), 문화여가 (4.7%), 사회간접자본 (7.0%), 기타 (4.7%) 등으로 교육지원 분야에 사용되는 비용이 가장 높고 다음으로 고령자와 장애인을 위한 비용이 높은 것으로 나타났다(Sveriges Kommuner och Regioner 홈페이지, 2021).

〔그림 4-4〕 광역자치단체 세출의 기능별 비중: 2019년

(단위: %)



자료: Sveriges kommun och regioner 홈페이지. (2021). Diagram för kommunerna. (https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/diagramforkommunerna에서 2021.01.05. 인출)

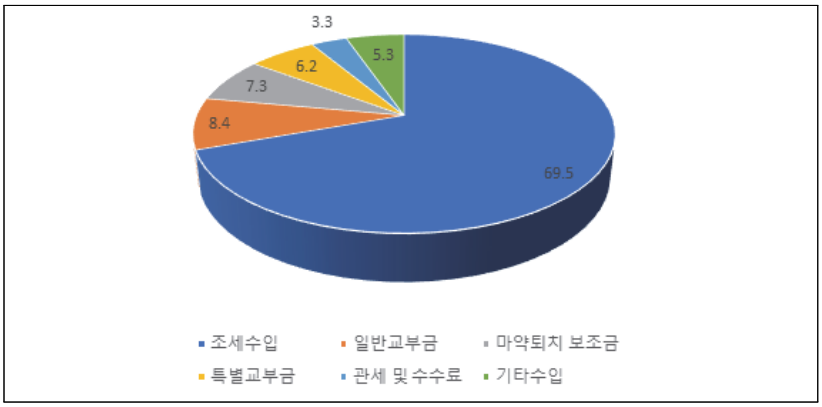
2) 지방재정수입

스웨덴의 광역자치단체와 기초자치단체는 주민들과 관련이 있는 사회서비스 비용을 담당하며, 대부분 주민으로부터 직접 세금을 징수하므로 재정을 운영한다. 지방자치단체는 세율을 자율적으로 정할 수 있고, 확보한 예산의 사용도 자유로운 편이다. 전체 지방 세입 중 지방세의 비중이 광역자치단체는 69.5%, 기초자치단체는 66.2%로 매우 높은 수준이다(Sveriges Kommuner och Regioner 홈페이지, 2021).

지역의 주요 수입원인 조세 외에 비중을 높게 차지하는 수입은 교부금으로 광역자치단체의 일반교부금은 8.4%, 기초자치단체의 일반교부금은 14.1%이며, 특별 교부금은 광역자치단체 6.2%, 기초자치단체 6.0% 정도이다.

〔그림 4-5〕 광역자치단체 세입 구성

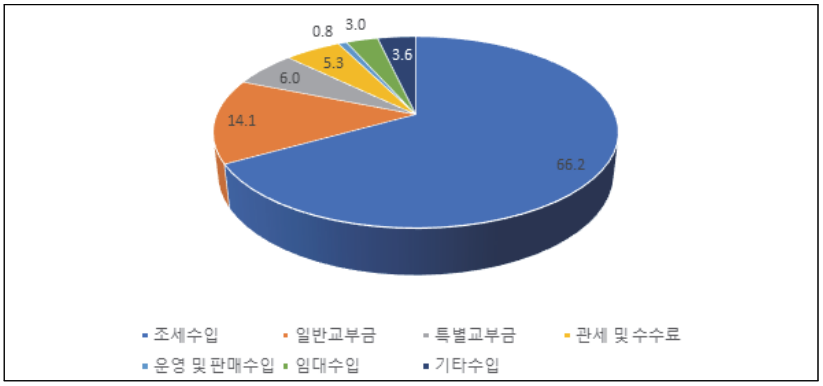
(단위: %)



주: 총액 3,870억 크로나
자료: Sveriges kommun och regioner 홈페이지. (2021). Diagram för kommunerna. (https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/diagramforkommunerna에서 2021.01.05. 인출)

〔그림 4-6〕 기초자치단체 세입 구성

(단위: %)



주: 총액 720억 크로나
자료: Sveriges kommun och regioner 홈페이지. (2021). Diagram för kommunerna. (https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/diagramforkommunerna에서 2021.01.05. 인출)

3) 지방정부의 재정 형평화

스웨덴은 모든 시민들에게 보편적 복지 제공을 목적으로 하고 있으며, 특히 거주지와 상관없이 동등한 수준의 사회복지 서비스가 이루어질 수 있도록 노력하고 있지만, 지방자치단체 간 경제적 여건의 차이는 복지서비스의 질에 있어 차이를 발생시킬 수 있기 때문에 지방재정조정제도인 지방재정 형평화 제도를 실시하고 있다.

스웨덴은 1990년 초반부터 지방정부에 대한 근로소득세에 대해서만 과세하도록 하였다. 주로 임금소득이 이에 해당되는데, 실업이나 질병보험 등과 같은 사회보장에서 발생하는 소득에 대해서는 세금을 부과한다.

1990년 이전까지 스웨덴의 지방정부는 자체적으로 세율을 정할 수 있었지만, 과도한 세율로 인해 지역민의 불만이 고조되지 않고, 지역적 형평성을 유지하기 위해 1990년 이후 정부가 세율을 결정하는 것으로 수정

했다. 당시 1991년부터 1993년 사이에는 지방세 인상에 대한 법적 제재가 있었는데, 이에 대하여 1994년에는 지방세를 인상하지 않은 자치단체에만 중앙정부가 추가적인 보상을 지급했다. 이후 1997년에서 1999년 사이에는 세금을 인상한 지방자치단체에 대해 국가보조금을 삭감하는 패널티를 부과하기도 하였다(홍세영, 박현숙, 2019).

1990년에는 국가보조금과 평준화 제도가 개혁되었다. 1993년에 조건적 보조금이 일반교부금 형식의 새로운 국가보조금으로 대체되었고, 각 지방자치단체의 세율에 따라 배분되었다. 이후 1996년 새로운 일반 국가보조금이 지방자치단체에 균일하게 분배될 수 있도록 하는 제도가 도입되었다. 이는 소득 평준화와 비용 평준화를 포함한 평준화 제도로 활용되었으며, 2005년 한 차례 더 개선을 하여 현재까지 시행되고 있다.

1996년 처음 실시된 지방재정조정제도는 형평화 교부금과 특정 보조금으로 나뉘어 있었다. 1992년까지 보조금 중 일반 교부금의 비중은 1% 정도에 불과했고 이는 주로 지역별 과세기반과 비용 구조의 격차를 완하기 위해 활용되었다. 반면, 특정 보조금은 국가보조금의 90%를 차지하고 있으며 주로 교육, 돌봄의 비용으로 사용되었다. 하지만 1992년 개혁을 통해 특정 보조금이 폐지되고 일반교부금으로 대체되면서 일반 보조금이 국가보조금의 70% 이상을 차지하게 되었다. 당시 개혁의 핵심은 지역 간 서비스 질의 균형을 맞추는 것이었다. 이후 2005년 형평화 제도가 등장했다. 이 제도는 재원형평화, 수요형평화, 구조교부금, 과도기교부금, 조정교부금, 납부금 등 다섯 부분으로 나뉘어 있다(하능식, 2016, pp. 84-106). 이 개혁의 핵심은 지방자치단체 간 수평적 재원형평화를 국가가 자금을 배분하는 수직적 재원 형평화 교부금으로 바꾸는 것이었다(하능식, 2016. pp. 92-93). 수요 형평화는 자치단체로서 재정적 영향을 받고 있지만, 자력으로 바꿀 수 없는 기본적인 구조적 비용의 차이가 존재

하는 경우, 이를 조정하는 수평적 재정조정방식으로, 매년 각 자치단체의 비용조건을 고려하여 수요를 균형화하기 위해 형평화의 기초가 되는 요소들을 매년 업데이트 하고 있다(하능식, 2016, pp. 92-93).

2005년 새로운 제도를 시행함에 따라 광역자치단체와 기초자치단체의 수입에 많은 변화가 있었는데, 수입의 감소가 큰 자치단체의 재분배 효과를 평균화하기 위해 과도기 교부금을 만들기도 했다(하능식, 2016). 이 교부금은 제도 개편에 의한 재정 수입 감소 부분을 몇 년에 걸쳐 점진적으로 줄이는 것을 목적으로 하고 있으며, 이 밖에도 조정 교부금, 납부금 등이 있는데 이는 국가의 교부금이 재원형평화의 수준에 영향을 받지 않도록 하고, 수요 형평화 제도의 총액을 규제하기 위해 도입되었다(하능식, 2016). 이를 통해 국가와 지방자치단체 간 재정조정이 도모되었다.

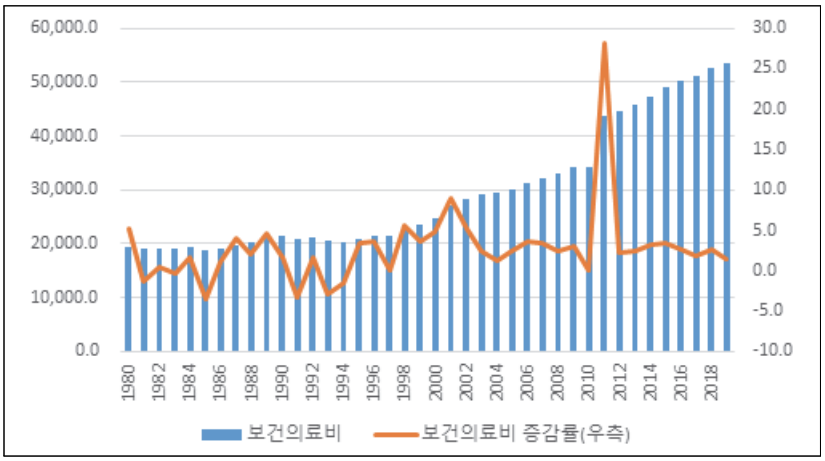
평준화는 광역자치단체와 기초지방자치단체에 각각 시스템이 구축되어 있으며, 크게 소득평준화와 비용평준화로 구분된다. 소득 평준화는 납세력의 차이를 평준화하는 것으로, 정부 수준 이하(각각 지방자치의회는 목표 납세력의 115%, 광역시의회는 110%)의 세금을 징수하는 지방자치단체는 정부로부터 평준화보조금을 수령한다. 반면, 정부 기준에 보다 높은 납세력을 지닌 지방자치단체는 정부에 대금을 지불해야 한다. 비용 평준화는 각각의 지방자치단체의 구조적 비용을 평준화하는 것이다. 이는 인구적 특성이나 지역적 특성에 따라 추가적으로 발생하는 비용에 대해 국가가 지불 하는 것이다. 가령 난민이 급증해서 지방자치단체의 사회복지 서비스 비용이 급격히 증가했다면 추가분에 대해서 국가로부터 보상받을 수 있다. 대체로 스웨덴 지방자치단체의 재정건전성이 높은 편이지만, 상황이 열악한 지방자치단체는 이러한 비용 평준화 제도를 통해 국가로부터 보조금을 수령 할 수 있도록 하고 있다(Finansdepartementet, 2008).[8)]

다. 보건의료재정 지출

1980년대 이후 스웨덴의 보건의료비는 꾸준히 증가하는 추이를 보인다. 또한, 2011년을 제외하면, 보건의료비 증감률의 변동폭이 다소 작은 것으로 나타났다.

〔그림 4-7〕 스웨덴 보건의료비 추이

(단위: USD, millions, %)



주: 실질 보건의료비 사용(Constant prices, constant PPPs, OECD base year)
자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

8) Finansdepartementet. (2008), Kommuner och landsting-organisation, verksamhet och ekonomi.

〈표 4-7〉 스웨덴 보건의료비 추이

(단위: USD, millions, %)

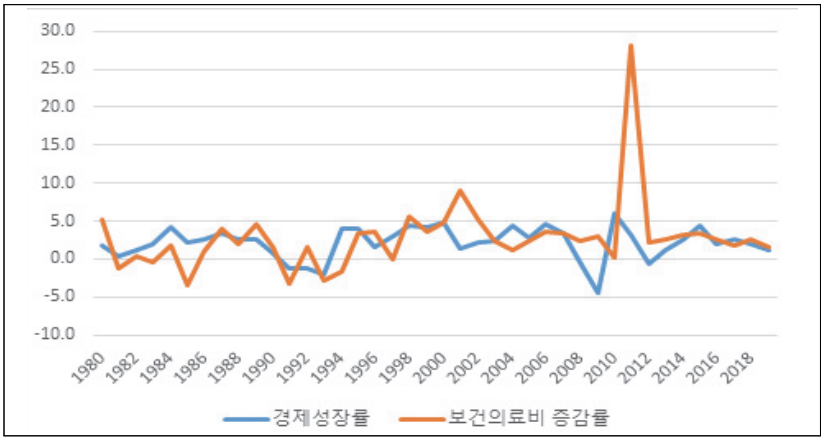
	보건의료비	보건의료비 증감률
1980	19,419.2	5.2
1985	18,839.7	-3.5
1990	21,464.9	1.7
1995	20,853.1	3.3
2000	24,779.6	4.8
2005	30,181.5	2.5
2010	34,131.9	0.1
2015	49,016.9	3.5
2019	53,378.0	1.5

자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〔그림 4-8〕을 통해 경제성장률 대비 보건의료비 증감률을 살펴보면, 2011년을 제외하고, 경제성장률과 보건의료비 증감률은 유사한 추이를 보인다. 다만, 2011년의 보건의료비 증감률이 크게 반등한 점이 특징적이다. 구체적으로 살펴보면, 북유럽 금융위기인 1991~1993년 경제성장률이 각각 -1.1%, -1.2%, -2.1%를 기록함에 따라 보건의료비 증감률도 1991~1994년 각각 -3.3%, 1.6%, -2.8%, -1.6%를 기록하며 감소세를 띄었다. 이후 보건의료비 증감률은 경제성장률에 동반하여 등락을 반복하였다. 다만, 금융위기로 경제성장률이 2008년 -0.5%, 2009년 -4.3%를 기록하며 감소세로 전환된 반면, 보건의료비는 꾸준히 증가하다 2010년 0.1%로 전년 대비 2.9%p 하락한 후 2011년 28.2%로 크게 반등하였다.

〔그림 4-8〕 스웨덴 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이

(단위: %, Constant prices, constant PPPs, OECD base year)



주: 경제성장률은 실질 GDP증감률 사용, 보건의료비 증감률은 실질 보건의료비 사용

자료: 1) GDP 증감률: World Bank. GDP growth (annual %). (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG에서 2020.12.01. 인출.)

2) 보건의료비 증감률: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〈표 4-8〉 스웨덴 경제성장률 및 보건의료비 증감률 추이

(단위: %)

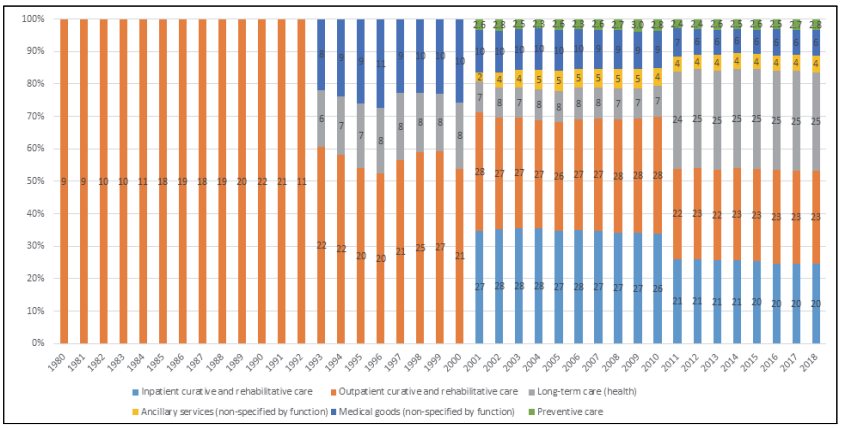
	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
GDP증감률	1.7	2.2	0.8	3.9	4.8	2.9	6.0	4.5	1.2
보건의료비 증감률	5.2	-3.5	1.7	3.3	4.8	2.5	0.1	3.5	1.5

자료: 1) GDP 증감률: World Bank. GDP growth (annual %). (https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG에서 2020.12.01. 인출.)

2) 보건의료비 증감률: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing. (http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〔그림 4-9〕 스웨덴 공공부문 보건의료비 분야별 비중 추이

(단위: %)



자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

〈표 4-9〉 스웨덴 전체 보건의료비 대비 공공부문 보건의료비의 분야별 비중 추이

(단위: %)

	입원	외래	장기요양	부가	의료용품	예방	전체 중 공공 비중
1980	-	9.0	-	-	-	-	92.0
1985	-	17.9	-	-	-	-	89.5
1990	-	22.1	-	-	-	-	79.6
1995	-	19.8	7.3	-	9.5	-	86.6
2000	-	21.2	8.1	-	10.2	-	85.5
2005	27.4	26.4	7.6	5.0	10.0	2.6	82.3
2010	26.5	28.3	7.3	4.3	9.0	2.8	82.4
2015	20.3	22.9	24.6	3.7	6.1	2.6	84.1
2018	20.0	23.1	24.7	4.1	6.4	2.8	85.1

자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

라. 보건의료 재원조달

스웨덴 보건의료 체계는 주로 세금을 통해 재원을 조달한다. 광역 의회와 기초자치단체 모두 각 인구에 비례하여 소득세를 부과하고, 지방세에 의한 보건의료 서비스의 자금조달은 중앙정부가 사용자 부담으로 보충한다. 치과 진료에 대한 보조금은 국가 사회 보험에 의해 지급되며, 스웨덴 사회 보험청은 주로 고용주 급여 수수료(employer payroll fees)를 통해 수입을 확보하며, 처방약에 대한 보조금은 광역 의회에 국고보조금을 통해 지급된다. 상한선이 있는 만큼, 광역의회의 수입이 처방약을 통해 증가하는 것은 제한된다.

보건의료에 대한 재정적, 정치적 책임이 광역 의회 내에서 분산화 된 만큼 광역 의회 내에서 재정 출처와 다른 활동을 정확하게 연결시키기는 어렵다. 광역 의회는 대부분 광역 지역의 조세 수입을 통해 재원을 조달하는 만큼 보건의료 분야 외에도 지역 교통, 문화 활동 등 기타 활동에 대해서도 책임을 지고 있다.

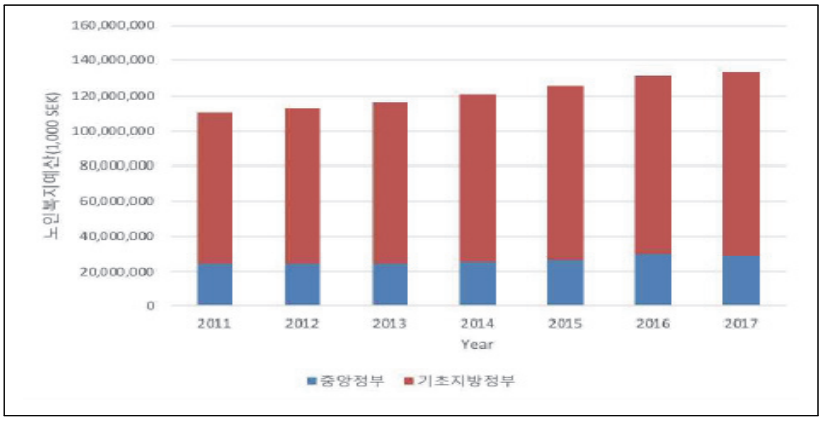
스웨덴의 보건 의료 서비스 비용은 지방세수로 충당되며, 광역자치단체 의회 및 기초지방자치단체 의회는 공급하는 서비스를 충당하기 위해 지역주민들에게 비례성 소득세를 부과할 수 있다. 그리고 필요에 따라 중앙정부의 보조금, 사용자 비용 부담금이 세수를 보조하기도 한다. 스웨덴은 GDP에서 차지하는 의료 서비스 관련 지출이 2018년 기준 약 10.9%로 안정적인 상태를 유지하고 있다(Socialstyrelsen, 2020).

일반적으로 임산부 및 어린이 대상 보건 의료 서비스는 전액 무료로 지원되며, 20세 미만의 경우 보건 및 치과 치료 서비스도 모두 무료로 제공된다. 그 외 모든 국민들은 사용자 비용 부담금을 지불 해야 하는데, 상한액이 있기 때문에 저렴한 비용으로 보건 의료 서비스를 제공 받을 수 있다.

마. 장기요양 재원조달

2017년 기준 7년 간 스웨덴 장기요양제도의 재원 현황을 정리하면 〔그림 4-10〕과 같다. 2017년의 장기요양에 따른 재정 규모는 총 1,337억 크로나로, 중앙정부가 부담하는 재정액은 281억원으로 전체 관련 재정의 약 21%를 차지하고 있고, 나머지 약 79%의 재정(1,056 크로나)은 꼬뮨이 담당하고 있다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018, p. 100에서 재인용). 스웨덴 장기요양제도는 일반적으로 꼬뮨에서 서비스를 주도하고 있다.

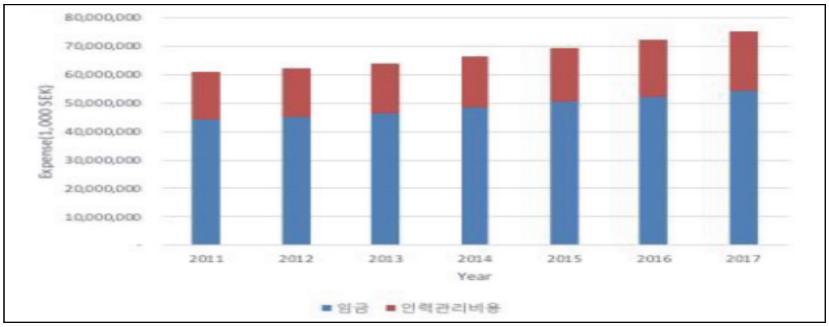
〔그림 4-10〕 스웨덴 노인요양서비스 재원현황 (2011년-2017년)



자료: Socialstyrelsen. (2018); 구미영 외. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례 연구: 노인요양보호사를 중심으로. 한국여성정책연구원. p. 101의 자료 정리결과를 재인용

스웨덴 장기요양제도의 인건비 구성을 임금과 교육 및 훈련이 포함된 기타 인력관리비용으로 구분하면, 전체 인건비 중에서 임금이 차지하는 비중이 72%로 가장 높고, 기타 인건비가 28%로 유지되고 있다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018, p. 106에서 재인용).

〔그림 4-11〕 스웨덴 노인요양제도 분야 종사자 인건비 구성



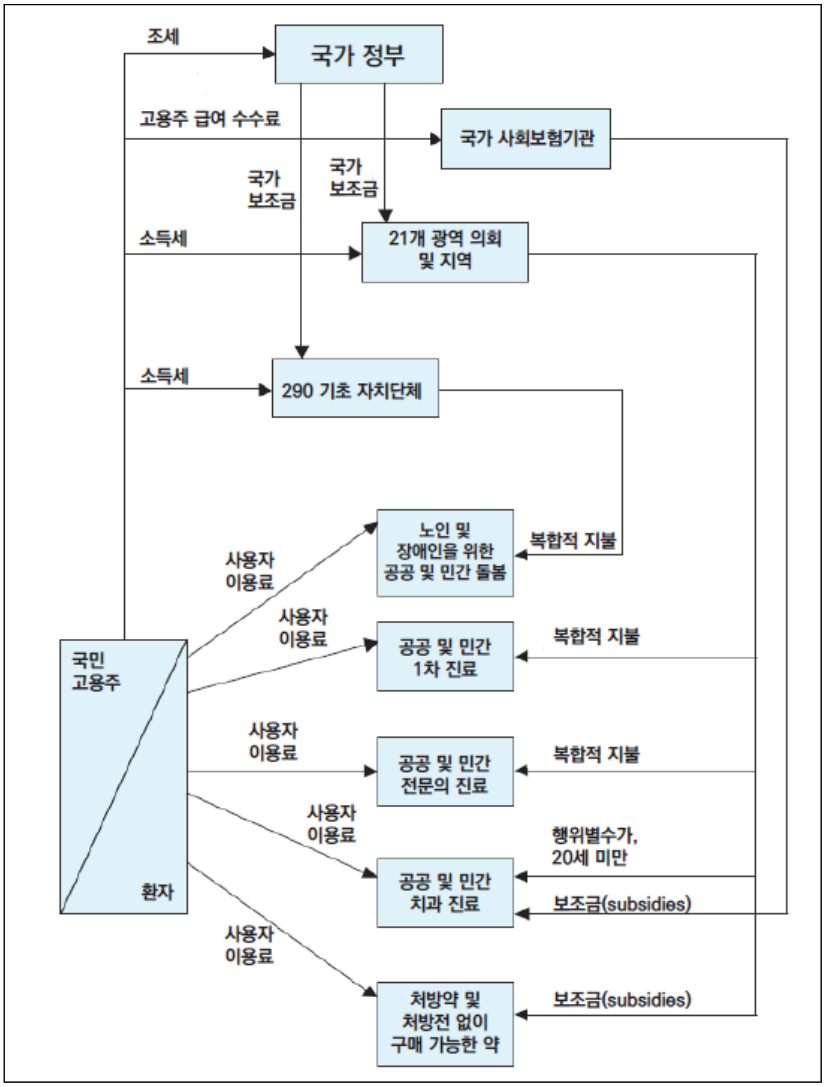
자료: Socialstyrelsen. (2018); 구미영 외. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례 연구: 노인요양보호사를 중심으로. 한국여성정책연구원. p. 107의 자료 정리결과를 재인용

마. 보건의료재정의 흐름

광역 의회와 기초자치단체 모두는 그들이 제공하는 서비스를 보장하기 위해 소득에 비례하는 세금을 부과한다. 지방자치의 원칙은 광역 의회 및 기초자치단체가 자신들의 지역여건을 참고하여 그 활동을 설계·구축할 수 있다는 것을 의미하며, 광역 의회와 기초자치단체도 국고보조금과 사용자 부담금을 통해 재원을 확보한다.

지방 당국이 지방 소득세의 수준을 결정하는 세금의 수준은 광역 의회와 기초자치단체마다 다르다. 행정적으로는 국세청(Skatteverket)이 고용주로부터 세금을 징수하며, 종합과세(광역 및 기초자치 지방세)의 수준이 가장 높은 곳은 34.17%(Ragundatl시)로 가장 낮은 28.89%(Vellinge시)에 비해 높다.

〔그림 4-12〕 스웨덴의 보건의료재정흐름



자료: Anell, Glenngard & Merkur. (2012). Sweden Health System Review. p. 57을 저자 재작성.

바. Dalarna 지역의 재정위험에 대한 지출효율화 사례[9)]

스웨덴의 Dalarna지역에서 보건의료의 재정적 위험 상황에 대처하기 위한 사례를 제시하고자 한다(Moberg & Fredriksson, 2020)[10)]. 스웨덴은 분권화된 보건의료제도를 가지고 있다. 재원과 서비스 공급은 21개의 정치적 그리고 민주적으로 선출된 지역(각 지역의 주민에 의한 세금 수입이 있음)의 책임하에 관리되고 있다. 보건의료 서비스의 75%는 지역 소득세가 수입원이 되고 정부의 보조금 등으로 구성한다(Moberg & Fredriksson, 2020).

Dalarna지역은 2014년에 경제위기에 당면하면서, 전반적인 삭감 정책이나 투자 지출 감소를 통해 경제적 위기를 해결하기 보다는 경영 효율화와 프로그램 감소를 통한 감축 그리고 구조적 개혁을 통해 개선하려 하였다(Moberg & Fredriksson, 2020).

Dalarna지역의 네 보건의료 부문(division)과 긴밀하게 연합하여 감축 프로그램을 개발하였는데, 감축프로그램은 앰뷸런스 스테이션의 감소, 병상 수와 내과의 수 감소, 간호사와 의사 채용 동결 등의 122가지 방법을 제안하였다. 2015년에 해당 프로그램은 정치적 의회를 통과하였고, 2016년까지 전체 방안 중 10%정도의 방안이 시행되었다(Moberg & Fredriksson, 2020).

직원휴직(layoff), 연장근무시간 규제 혹은 감소, 적은 보수의 직원 투입(외과의 수를 줄이고 보건진료소를 nursing reception으로 전환) 등의 방안으로 인사관련 비용을 감축시행하였다. 그러나 이러한 감축 방안

---

9) Moberg & Fredriksson. (2020)를 주로 참조함

10) 재정적 압박에 부딪혔을 때 시행할 수 있는 방안은 1)전반적 삭감 2)경영측면의 삭감, 3) 프로그램 감소, 4) 자본 및 투자 지출 관련 삭감, 5) 효율성과 조직적 수행을 개선하기 위한 개혁의 다섯 가지 방안으로 요약하여 제시하고 있음.

의 절약효과는 상대적으로 약한 편이었고, 주로 감축방안은 1차 진료, 정신질환 진료 그리고 수술관련 진료에서 내과의 채용을 동결하는 방안으로 진행되어, 이러한 방안은 장기적 관점에서 미래에 조직의 어떠한 지식과 능률(competency)에 위기가 있을 수 있는 측면이 우려되기도 하였다(Moberg & Fredriksson, 2020).

서비스 업무의 다양성 감소와 서비스 공급의 표준화를 통해 진료의 공급을 감소시킴으로써, 결과적으로 Dalarna 감축 프로그램은 주민들의 진료 접근성을 떨어뜨렸고, 보건서비스의 적절성과 질을 하락시킨 결과를 초래하였다(Moberg & Fredriksson, 2020).

장기적인 관점에서 효율성이 낮은 프로그램을 폐지하고, 서비스 업무의 표준화와 지역 간 병원 통폐합을 통해 업무의 효율을 높이고, 불필요한 예산을 절감하는 효과를 가져올 것으로 예상하고 있다(Moberg & Fredriksson, 2020).

달라나 지역의 이러한 구조적 개혁은 점증적인 예산 절감과 업무의 효율성을 가져온다는 장점이 있지만, 장기적인 관점에서 보건 의료 서비스의 질 하락을 가져올 수 있어 부정적으로 평가되기도 한다. 따라서 현재 장기적인 관점에서 보건의료 개혁을 위한 다양한 방안을 모색중에 있다(Moberg & Fredriksson, 2020).

본 연구사례는 2015년 당시 예산의 균형을 이룩하기 위해 광범위한 구조조정 프로그램을 제정한(enacted) 지역(Dalarna)이다. 사례지역은 재정적 압박에 대해 다섯 가지 구조화된 대응을 보였다: 1) 전반적인 삭감, 2) 경영측면의 삭감, 3) 프로그램 감소, 4) 자본 및 투자 감소, 5) 구조적 개혁(Moberg & Fredriksson, 2020).

구조조정 프로그램은 경영적 예산 감축, 프로그램 감소, 구조적 개혁의 통합으로 이루어졌고, 이러한 방안은 정책 입안자들이 장기적 관점의 경

제상황을 안정화할 수 있게 하였다(Moberg & Fredriksson, 2020).

Dalarna는 보건의료제도 구조조정에 있어서 전략적 삭감법을 주로 사용하였으며(경영적 측면의 예산 삭감(20%), 프로그램 감소(42%), 구조개혁(42%)), 장기적 관점에서 선호되는 전반적 감축 전략법을 주 전략으로 선택하지 않았다. 유사하게, 자본 및 투자 지출 절감을 사용하지 않음으로써 추후 투자와 관리(maintenance)측면의 예산지출 필요성이 증가할 수 있다(Moberg & Fredriksson, 2020),

Dalarna의 구조적 개혁이나 프로그램 감소(전체 80%의 구조조정방법)는 장기적 관점의 경제개발 측면을 대처할 수 있게 하는 부분이며, 이것은 해당지역이 채택한 감축활동(activity)이 공공 재정을 더 지속가능한 방향으로 이끌 수는 있다. 그러나 구조적 개혁은 전형적으로 시행하는 데에 시간이 많이 걸리고 그 결과를 예상하기가 어렵기 때문에 구조적 개혁의 장기적 관점의 영향은 현재로서는 불확실하고 평가하기가 한계가 있다(Moberg & Fredriksson, 2020).

Dalarna 지역에서 시행한 60%의 구조적 개혁은 중앙집권화를 통한 보건의료시설과 병원 단위의 통합이었지만, 이러한 방안은 주민들의 보건의료 접근성을 악화시킬 우려가 있다. 프로그램 감소가 Dalarna의 공공재정을 더 장기적 관점에서 지속가능하게 하지만, 이러한 방안의 채택을 하기 전 주민의 수요와 접근에 대한 평가가 있어야 하며, 그렇지 않으면 진료에 대한 주민 접근성이 악화될 수 있다. 국민은 악화된 접근성, 질적 하락 등 구조조정에 의해 잠정적으로 일어날 수 있는 부정적 결과를 우려할 수 있다(Moberg & Fredriksson, 2020).

2017년의 자료 같은 경우는 병원의 중앙집권화가 서비스의 질을 높인다는 전제하에, 72%의 스웨덴 국민은 전반적으로 병원 축소에 긍정적인 편이라 할 수 있다. 그러나 국민들이 어느 수준까지 일차진료 서비스의

중앙집권화를 긍정적으로 보는지는 아직까지 알려지지 않았다(Moberg & Fredriksson, 2020).

종합해서 보면, Dalarna 지역의 정책결정자들이 경영적 감축, 프로그램 감소, 구조적 개혁의 조합으로 보건의료 구조조정방안을 집중시행 하였고, 정치입안자들은 진료공급을 감소하는 것보다 대부분 진료비 증가나 서비스 시설 통합에 의한 지출 감소를 중심목표로 시행하였다(Moberg & Fredriksson, 2020).

다만, 해당 지역은 제안된 구조적 개혁과 실행계획에 대한 분명한 평가가 없기 때문에, 앞으로 진행될 구조조정프로그램의 재정적 영향을 측정하기에 다소 어려움이 있다. 따라서 단기적 관점의 구조조정 방안이 예상된 예산 절감을 달성하였는지, 어떠한 범위까지 장기적 관점의 방안이 예상된 예산 절감을 이끌어 낼 수 있는지 등을 말하기에는 시기적으로 이른 감이 있다. 지속 가능한 보건의료제도를 위한 하나의 요소에 불과하기 때문에, 이러한 방안들이 어떻게 서비스 접근과 질에 영향을 미치는지 등에 대한 추가적인 검토가 필요하다(Moberg & Fredriksson, 2020).

사. 장기요양제도의 재정압박에 대한 대응

일반적으로 다른 유럽국가들과 비교해 볼 때 스웨덴의 장기요양은 여러 가지로 장점이 많은 것으로 알려져 있다. 소득보장의 범위가 넓고, 많은 범위의 서비스를 제공하며 노인인구와 비교해봤을 때 OECD 평균보다 많은 수의 돌봄 노동자들을 보유하고 있다 (OECD, 2013). 장기요양에 대한 비용은 2014년 기준 GDP의 2.9%를 차지하고 있었으며 (OECD Statistics, 2020). 이는 EU 국가 중에서 가장 높은 수치이다. 그러나 탈시설화, 분절화, 비공식화, 시장화 등의 다양한 문제점이 제기되고 있다.

2010년부터 2015년까지 정부는 복합적 수요를 가진 사용자들을 위해서 보건복지 통합돌봄의 질을 활성화하기 위해 여러 가지 정책들을 시작하였다. 이러한 정책들은 대부분 정부의 보조금으로 시작되었다. 이 정책들은 사는 곳에서 늙어가기를 시행할 수 있는 좋은 계기가 되고 있으나, 이를 위해서는 1차 의료제도의 강화와 함께 취약계층의 노인들에게 더 잘 통합된 장기요양서비스를 제공해야함을 필요로 하고 있다. 따라서 더 취약한 상황의 노인을 조기에 발견하고 필요한 서비스를 집에서 받을 수 있어야 하며 취약 계층의 노인을 돌보는 가족에 대한 지원도 강화되어야 한다.

2018년 '안전하고 효과적인 퇴원 환자를 위한 법률'의 주요한 목적은 병원에서의 서비스와 지방자치단체가 제공하는 장기요양이 최단시간으로 이어질 수 있도록 하는 것이다. 또 다른 목적 중에 하나는 책임을 가진 기관들간의 협력의 구조를 명확히 하는 것이다. 이 법에 영향을 받는 사람들은, 병원에서 입원치료에서 퇴원하면서 동시에 지방정부에서 제공하는 장기요양 서비스를 필요로 하는 노인들이다. 이 법에 대해선 두 가지의 쟁점 사항이 있는데, 우선은 지방정부가 퇴원환자들에 대해서 빠른 관리를 할 수 있도록 준비되어 있는가라는 것과, 또한 이러한 퇴원을 통한 가족의 돌봄 부담 증가에 대한 부분이다.

스웨덴의 경우, 최근에 그 숫자가 급격히 줄어들기는 했지만, 지방자치단체가 자금을 지원하는 공공 요양기관에 거주하는 비율이 다른 국가에 비해 여전히 높은 편에 속한다. 그러나 재정의 지속가능성을 위해 탈시설을 지속적으로 수행하고 있으며 이는 복합적인 서비스 수요를 가진 취약계층 노인들이 가정에서 더 많은 돌봄을 받아야 하는 상황으로 이어지고 있다. 따라서, 탈시설화가 가속될수록 가족과 같은 비공식 돌봄 제공자들에 대한 지원을 강화하는 방향으로 정책을 진행하고 있다. 또한 민간 서

비스 제공자들을 적극적으로 도입하는 정책을 펼치고 있다.

통합돌봄서비스의 제공은 서비스의 분절화를 방지하고 서비스 제공의 효율성을 높이기 위해서 국가차원에서 중요한 정책적 목표로 삼고 있다. 통합돌봄은 보건서비스와 복지서비스 간의 통합돌봄, 그리고 복지서비스 제공기관간의 협력적 관계를 모두 포괄한다. 그러나 역시 현재 남겨진 과제는 두 가지의 상충관계를 의미한다. 하나는 장기요양제도의 공공성을 고려해볼 때 모두가 동등한 수준 (질)의 서비스를 받을 수 있도록 해야 하며, 이는 잘 통합되고 잘 조정된 서비스를 받을 수 있도록 하는 것을 의미한다. 그러나 다른 한편으로는 선택의 자유 강화와 공공서비스 제공 비용 절감을 위한 민간서비스의 진입유도를 계속하고 있다. 이는 앞서 언급한 것처럼 이는 모든 사람들이 동등하게 받아야 하는 서비스의 질 유지라는 목적과 상충되고 있다. 이러한 문제를 해결해야 하는 것이 장기적인 차원에서 정책적 문제로 남아 있다.

제5절 소결

앞서 살펴본 바와 같이, 우리나라와의 제도가 스웨덴과 매우 다르기 때문에 직접 보건의료체계를 비교하기가 쉽지는 않다. 우리나라는 의료비 지출의 대부분이 건강보험으로 충당하고 있으나, 스웨덴은 지자체의 직접부담에 의해 주로 지불되고 있다. 스웨덴은 의료서비스의 제공, 관리운영에 있어서 지자체가 담당하고 있어, 재원주체와 운영주체가 일치한다. 지자체 중심적 역할이 부여된 것은 1960년대와 1980년대의 의료개혁에 따른 역사적 배경으로 중앙에서 지방으로 의료관리제도가 이관된 것에 기인한다. 이는 의료서비스 제공체계의 지역적 정비나 의료비 재원

조달의 관점에서 보면, 지자체 인구 규모가 평균 약 40만 명에 해당되어, 비교적 운영관리하기 용이한 규모라 할 수 있다.

우리나라의 의료에 대한 자유로운 이용과는 달리, 스웨덴은 의료이용을 위해서는 의료기관의 몇 단계가 거치는 과정이 필요하다. 즉, 초기 치료를 담당하는 지역의료센터, 광역의 일부 지역을 담당하는 병원, 고도의료를 제공하는 광역병원이 있고, 높은 본인부담을 방지하기 위해 연간 상한액을 부여하고 이를 초과한 환자는 부담하지 않도록 한다.

스웨덴의 의료제도는 기본적으로 광역의 지방재정과 이용자의 본인부담을 재원으로 하여 주민에게 의료서비스를 제공하고 있다. 운영비는 지방세를 활용하여 민간의료기관에 서비스 공급을 위탁하는 경우도 있다.

그러나 우리나라는 건강보험과 본인부담에 의해 비용을 지불하고, 민간의 의료기관이 서비스 제공의 주체가 된다. 이로 인해, 의료기관의 이용 방법이나 인식에서 차이가 있음은 당연하다고 할 수 있을 것이다. 예를 들어, 우리나라의 진료에 대한 인식은 감기 등의 질병이 발생하면 바로 의료기관을 방문하고 진료를 보는 것이 일반적이나, 스웨덴은 통용되지 않는다. 간호사에게 전화로 상세한 증상을 설명하고 진료의 필요가 인정될 경우에 의사에게 진료를 받을 수 있다.

이는 의료재정의 측면에서 보면, 지자체는 각 연도의 세수의 범위 내에서 주민이 필요로 하는 의료서비스를 어느 정도 높은 효율성으로 제공할 것인가를 생각하게 되면서, 세수가 한정되어 있기 때문에, 의료서비스에서도 우선순위를 부여하고 있다. 즉, 어떤 분야에 어느 정도의 예산을 배분할 것인가, 그리고 어느 정도 의사와 간호사를 배치해야 할 것인가를 고려하게 되었다. 필연적으로 긴급성이 낮은 증상에 대한 치료는 우선순위가 낮아지게 되었고 긴급성이 낮으나 치료가 필요하다고 진단되는 경우는 지역병원으로 의뢰하게 되지만, 대기기간이 다소 길다고 할 수 있다.

우리나라는 의료기관에 대한 선택의 자유가 보장되지만 과잉진료의 문제점을 안고 있다. 개인의 의사가 의료행위 또는 처방을 하지만, 환자의 본인부담이나 건강보험으로부터 급여를 받기 때문에 과잉진료의 가능성이 높다. 그러나 스웨덴은 재원이나 의료서비스의 관리, 운영에 대해 지자체가 전반적으로 책임을 지기 위해서, 의료행태 또는 처방을 행하는 경비로서 스스로 감액하고 있다. 예산초과의 경우 지방세의 세율 인상이 필요하므로, 의료서비스를 받는 필요도에 대해 환자를 구분하고 필요성이 높은 의료행위와 처방을 하도록 동기를 부여하기가 용이하다고 할 수 있다. 환자가 진료를 받기까지의 대기기간은 다소 길지만, 국제적으로 보아도 질 평가 수준이 높고, 의료서비스가 필요한 곳에는 양질의 서비스를 받는 것으로 평가된다.

스웨덴에도 의료와 관련한 여러 문제가 있으며, 정치측면에서부터 다양한 개선방안을 마련하고 있다. 예를 들어, 대기시간 장기화 문제로 인해, 의료기관에 의뢰한 경우 7일 이내에 일반의의 진료를 받도록 하며, 90일 이내 전문의의 진료를 받도록 하고 있다. 공공 뿐만 아니라, 민간에 의해 의료센터의 참여를 권장하고, 주민이 일차의사를 지역에서 자유롭게 선택할 수 있는 제도도 마련하였다. 그러나 민간에 의한 의료센터의 참여는 효율성 향상이라는 측면을 강조하고 있지만, 다른 한편으로 질 확보보다 운영경비의 감축이라는 측면이 있기 때문에 서비스 질의 저하에 대한 우려가 있다고 할 수 있다.

스웨덴 지역포괄케어의 특징은 의료가 랑스틴(광역지자체), 장기요양서비스는 꼬뮨(기초단체)으로 담당이 명확하게 구분되어 있다. 랑스틴에서 치료가 완료된 입원환자는 다시 꼬뮨이 담당하는 재택간호가 너싱홈이나 노인홈이라는 특별 주거에 이송하는 것이 원칙으로 되어 있다. 퇴원 후에는 랑스틴에서 꼬뮨의 간호사에게 담당업무가 이관된다. 꼬뮨이 적

절한 서비스가 설정되지 않아 퇴원할 수 없는 경우는 꼬뮨은 랑스틴에 대해 이 비용을 부담한다.

이는 1992년에 실행된 에델개혁으로 고령자에 대한 개호 또는 초기의료가 통합되어, 꼬뮨으로 일원화된 결과이다. 이로 인해 이전보다 사회적 입원이 경감되었다고 할 수 있다.

저출산 고령화에 대응할 수 있는 의료기관 형태나 건강보험제도의 개편에 대한 필요성이 높다. 재원뿐만 아니라 효율적으로 양질의 서비스를 실현하기 위해서 의료기관의 선택, 의료에 대한 정보, 지역사회 및 가정으로의 복귀, 그리고 정부와 의료관계자의 환자 중심의 의사결정이 필요한 시점이라 할 수 있다.

스웨덴은 1970년대 고령자 장기요양이 저가격으로 제공되었다. 그러나 개호 수요가 증가하면서 장기요양 종사자의 역량 강화에 대한 요구가 커지면서 점차 비용도 상승하게 되었다. 중앙정부는 재택 장기요양서비스에 보조금을 제공하고 있으나, 노인홈의 경우는 제외되었다.

노인홈을 이용할 수 없는 고령자의 장기요양을 위해 재가서비스 중심으로 운영되었다. 1980년대에 재가서비스 종사자의 수요가 가장 높았으며, 이 때에 고령자의 의료에 대한 요구가 높았다. 그러나 당시 고령자의 의료 및 케어는 지방행정단위인 랑스팅에서 하였고, 고액의 병원 진료비를 감당할 지방 재정을 압박하는 요인으로 작용했다. 이에 중앙정부는 노인홈에 보조금제공을 시작하였고 지방자치단체가 서비스를 조직하고 장기요양을 담당하는 민간기업과의 계약을 통해 서비스를 공급하게 되었다.

1990년대 초에 경제위기를 경험하고 장기요양의 민영화도 가속화되면서 1992년에 에델개혁을 단행하였다. 이로, 지방자치단체가 고령자 장기요양을 담당하게 되었고, 의료 필요도가 없는 고령자가 병원에 입원해 있는 경우에는 이에 해당하는 비용은 랑스팅이 아니라 지방자치단체에서

지불해야 하는 의무를 부과하였다.

시장 경쟁과 에델개혁의 목적에 따라, 경쟁이 비용이 아니라 서비스에 의한 경쟁을 추구하였다. 즉, 공공인지 민간인지에 상관없이, 서비스 제공자는 동일요금으로 서비스를 제공해야 하며, 정부는 고령자 자신이 서비스 제공자를 선택하는 소비자선택모형을 도입하였다(Kalhor & Zeynab. 2013).

다만, 민간업체도 지방자치단체와 계약을 통하여 서비스를 제공한다는 것이며, 이로 인해 지역별로 서비스의 차이가 발생하게 되었다. 중앙정부는 서비스 질이 하락하지 않고 비용을 관리하는 방안을 모색하고 있다

1998년에는 고령자의 돌봄을 위한 국가행동계획(National plan of action for the care of elderly)을 발표하고, 장기요양은 고령자의 소득수준과 관계없이 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 공적자금에 있어 국가가 책임을 지는 것으로 기술하였다. 장기요양은 고령자의 자립을 지원하고 양질의 서비스를 확보하여 지방자치체는 고령자 장기요양의 제공주체로서, 보다 재량권을 가질 수 있도록 하였다.

최근에는 서비스의 분절화를 막기 위해 보건과 복지의 통합서비스를 제공하려하고 있으며, 탈시설화를 통하여 재정의 지속가능성을 확보하려고 노력하고 있다.

우리나라도 향후 고령자가 급속히 증가할 것으로 예상되며, 돌봄과 간병에 대한 수요가 더욱 증가할 것으로 예상된다. 스웨덴은 노인인구 증가에 대응하기 위해 에델개혁과 장기요양제도를 정비하여 기초자치단체를 중심으로 효율적인 노인복지정책을 시행하고자 하였다. 진료와 돌봄, 복지서비스를 기초자치단체에 통합시킴으로써 전달체계의 분절성을 완화하고 사회적 입원에 대한 지불책임도 부과함으로써 사회적 입원의 감소, 기초자치단체의 지역사회에 적합한 돌봄과 퇴원환자의 관리 등이 가능하

게 되었다. 이와 같이 우리나라도 환자의 의료전달체계에서 있어 중앙과 지방의 역할분담과 책임을 명확히 하고, 지역 중심의 전달체계 속에서 의료 및 장기요양서비스 공급과 재원조달이 효율적으로 작동할 수 있는 기전을 마련할 필요가 있을 것이다.

제5장

정책적 시사점 및 결론

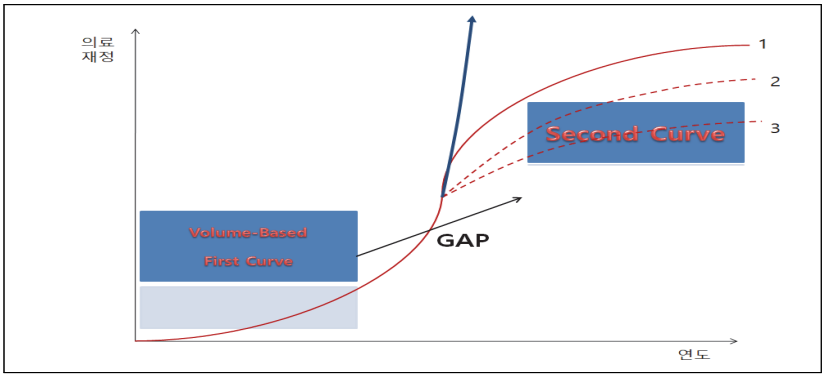
제1절 핀란드 및 스웨덴의 고령화 및 경제위기에서의 대응
제2절 결론

제 5 장 정책적 시사점 및 결론

우리나라는 경제·사회·인구구조의 변화와 맞물려 보건의료재정의 지속성에 있어서 과도기에 있다고 할 수 있다. 우리나라는 보건의료체계 내에서 효과적인 의료보장을 위해 '어떻게 하면 적은 공급(급여)을 확장시켜 많은 필요에 충족시킬 수 있을 것인가?'에 집중하면서 의료비 지출을 관리하였다고 볼 수 있다(정영호 외, 2015). 그러나 의료수요 및 의료공급의 증가로 인해 가치가 배제(value-less)된 양적 확대를 통한(volume-driven) 의료비의 상승을 경험하고 있다(정영호 외, 2015). 과거의 의료비 지출 곡선은 아래의 그림에서 제시하고 있는 바와 같이, 현재 우리나라는 양적 확대를 기반으로 한 첫 번째 곡선에서 두 번째 곡선으로 이행하기 위한 중간단계에서의 보건의료 재정구조를 설계할 필요성이 있다.

과거 10~20년 전의 흐름이 동일하게 지속될 경우에는 의료재정이 급격히 증가하게 될 것으로 예상할 수 있으므로, 두 번째 곡선으로 이행하기 위한 전략을 어떻게 설정하는 지에 따라 의료재정의 증가 추이가 ①~③번 곡선으로 bending 하도록 구축할 수 있을 것이다(정영호 외, 2015).

〔그림 5-1〕 의료비 지출 곡선



자료: 정영호, 고숙자, 이견직, 김대은, 차미란. (2015). 보건의료공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안. 한국보건사회연구원. p. 21에서 재인용

또한, 보건의료 지출의 접근성이 강화되는 현재의 정책 흐름 속에서 보건의료 재정의 장기적인 건전성을 위한 적절한 관리 방안의 필요성이 대두되고 있다. 새로운 추계모형으로 2030년까지의 의료비 증가를 추정한 OECD 연구에서 한국은 2015~2030년 동안 연평균 약 4.5% 증가할 것으로 보여 OECD 회원국 중 가장 높은 증가세를 나타내고 있다(Lorenzoni et al., 2019).

본 연구에서는 미래지향적인 의료재정운용 방향을 모색을 위하여 우리나라보다 앞서 인구고령화와 의료재정위기를 경험한 유럽 국가 중에 스웨덴과 핀란드를 중심으로 의료재정의 변화 및 개혁방향을 고찰하였다. 이를 통하여 의료재정 위험 요인을 식별하고 그 대응전략을 모색하기 위해 심층적으로 양 국가의 제도를 분석하고자 하였다.

심화되고 있는 저성장·양극화/저출산·고령화에 동시적으로 대처하는 합리적인 의료보장 및 조세·재정체계 정비 방안을 마련하기 위해 본 연구에서는 유럽 복지국가의 의료보장을 위한 조세·재정체계의 구조를 살펴보고, 의료재정 지출 및 관리의 합리화·효율화를 위한 제반의 정책사례를

고찰·시사점으로 도출함으로써, 초고령사회에 직면한 우리나라의 의료재정과 관련한 위험을 추론하고 대응방안을 모색하고자 하였다.

제1절 핀란드 및 스웨덴의 고령화 및 경제위기에서의 대응

핀란드, 스웨덴은 북유럽 국가에 해당되며, 제도 설계에서 많은 유사점을 지니고 있다. 재원을 주로 조세에 기반하고 있으며, 지역사회를 중심으로 보건의료체계가 운영되고 있다. 그러나 거시경제적 위기로 인한 영향은 각 국가마다 다양하게 나타났으며, 2008년 이후의 위기 속에서 보건의료정책에 어떠한 변화를 취했는지도 다르게 나타난다.

스웨덴은 2008년 경제위기를 겪고, 2010년 이후에 경제가 회복되기 시작하였으며, 연간 6%의 경제성장률을 보였다. 그러나 이러한 회복추세는 일시적으로 나타났으며, 경제성장률이 0% 또는 마이너스 성장률로 전환되었다. 반면에, 스웨덴의 실업률은 다른 북유럽 국가에 비해 높지는 않았다. 핀란드는 1995년 이후, 2008년에서 2009년 사이에 심각한 불경기를 경험하였고, 현재까지 성장률 증가가 감소하고 있다.

〈표 5-1〉 핀란드 및 스웨덴의 경제성장률(GDP증감률) 추이

(단위: %)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019
핀란드	5.4	3.5	0.7	4.2	5.8	2.8	3.2	0.5	1.0
스웨덴	1.7	2.2	0.8	3.9	4.8	2.9	6.0	4.5	1.2

자료: OECD Statistics. (2021). Gross domestic product (expenditure approach).
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2021.02.01. 인출.)

GDP대비 양 국가의 전체 보건지출은 1981년에서 2011년 사이에 증가하였다. 핀란드는 가장 낮은 수준에서 시작하였지만 가장 높은 증가를 보였고, 양 국가는 1980년대 후반, 1990년대 후반, 2008-2009년 사이의 두 경제 위기의 첫 해에 전체 GDP대비 보건의료비 지출의 비율은 증가하였다.

1990년대 후반에 두 국가의 보건의료비 지출 비율은 두 번의 경제적 위기(1980년대 초반 그리고 1990년 후반)와 관련한 시기 이후에 저성장을 보이거나 증가를 보이지 않았다. 그 이후 2008-2014년의 위기까지 전체 보건의료비 지출 비율은 다소 꾸준한 성장을 보이고 있다.

가. 비용부담의 이동

전체 보건의료비 지출에서 공공부문의 재정 비율은 두 국가에서 천천히 감소하는 모습을 보이고 있다. 이러한 감소는 1990년대 초기 경제적 위기 이후에 더욱 가속화 되었다. 의약품 부문과 치과진료 부문 등에서 공동지불방식(co-payments)이 등장하였고, 입원환자와 외래환자 비율의 변화가 있었다. 또한, 전체 지출에서 본인부담은 외래환자에서 더 증가하게 되어, 민간재정의 비율을 증가시키는 관리제도로 변화하는 경향을 보였다. 그리고 영리서비스 제공자의 비용을 지불하기 위한 민간부문의 자발적 의료보험을 가진 국민의 수가 증가하게 되었다.

1990년대 핀란드에서 약품, 치과진료, 장기요양에 대한 본인부담 뿐만 아니라 민간 의료서비스 이용에 대한 의료보험의 상환(reimbursements)은 경제위기로 유도된 보건의료비 지출 감소의 주요 대상이 되었고 이에 따라, 1990년대와 2010년대의 재정지원 혜택이 감소하였다. 스웨덴의 경우도 2000년대 초반에 약품과 치과진료에 있어 공동지불방식은 증가하였다.

나. 서비스 생산에서 공공-민간 관계의 변화

스웨덴과 핀란드는 1980년대 이후 일차보건의료(primary health care)와 장기요양서비스를 민영화하였다. 스웨덴은 장기요양에 있어 영리기관의 수가 급격하게 증가하여, 현재 1/5이상의 서비스 공급자는 민간시설이 차지하고 있다. 다국적 분산기업(international private equity firms)에 의해 운영되는 영리기관이 지배적인 추세이다.

핀란드의 경우 장기요양은 가장 급격한 민영화를 보이는 분야이며, 영리시설의 비율이 증가하는 추세이다. 2010년 이후에 핀란드에서는 많은 지방정부들이 일차보건의료와 장기요양서비스를 민영화하였으나, 동시에 상당한 수의 지방정부들은 민간서비스의 고비용에 대한 문제를 우려하였고, 민간부문 서비스 제공자의 역할을 점차 축소시키고자 하고 있다.

Lehto and Blomster(2000)는 핀란드 초기의 경제위기가 있던 시기에 민간 의료서비스 공급 비율이 감소하였는데, 이러한 탈민영화는 민간보건의료서비스의 고비용에 대해 기꺼이 지불할 의사가 감소함과 동시에 지역 및 지방정부가 상대적으로 공공시설의 직원 수를 감소시키는 것보다 영리서비스 제공자와의 계약을 종료하는 것이 쉽기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 해석하고 있다(Lehto & Blomster, 2000). 민간서비스 제공자의 증가 시기는 핀란드의 경우 민영화가 경제 불황보다 이데올로기적 변화와 함께 경제성장과의 연관성이 있음을 보여주고 있다.

다. 서비스의 중앙집권화로 회귀

1970년대의 통상적 추세는 지방정부(핀란드)/지역 및 지방정부(스웨덴)에 관리적 측면의 분권화가 있었다. 이러한 관리적 측면의 분권화는

핀란드와 스웨덴에서 1990년대에 지속되었다. 그러나 2000년대에 보건의료서비스의 경제적 조정(steering)부문은 국가적 수준의 제재를 강화하는 경향이 있었고, 최근에는 국가적 기준과 가이드라인 그리고 서비스 질 규제에 대해 중앙정부 수준에서의 규제를 더욱 강화하고 있다.

지역과 지방정부의 예산에 대한 정부의 규제는 처음에는 협상으로, 그리고 법적 제재와 정부보조금의 회수, 그리고 2007년 이후에는 세금부과에 대한 지역의 권한을 감소시키면서 더욱 강화되고 있다.

이들 국가는 보건의료제도에 있어 국가적 제도수준의 규제를 강화하기 위해 예산 규제 뿐만 아니라 국가적 수준의 가이드라인, 기준, 규정을 강화하고 있다.

라. 보건의료 재정지원의 삭감

핀란드와 스웨덴에서는 1990년대 초 예산 삭감에 따른 직접적인 영향은 재가서비스를 이용하는 노인환자의 감소 형태로 나타났다. 스웨덴과 핀란드의 경우, 불경기 기간인 1990년대에 환자 대기자 수가 증가하였음을 볼 수 있다. 전반적으로 이들 국가에서 특정 프로그램이나 급여의 삭감은 흔하지 않지만, 지출의 점증적 긴축을 통한 제재가 흔하게 발견된다.

마. 경제위기에 대응한 보건의료 제도적 변화

이상에서 같이, 핀란드와 스웨덴의 경우 1980-2012년 사이에 몇 가지 제도적 변화가 있었다. 장기요양서비스의 탈제도화(민영화), 급성기 병상수의 감소, 외과의와 고학력 간호사의 증가, 보건의료비 지출에 있어서 민간재정의 소폭 증가 등으로 요약할 수 있다. 아래의 표는 핀란드와 스웨덴의 제도적 변화 성향과 경제위기와의 관련성을 정리한 결과이다

(Lehto, Vrangbæk & Winblad, 2015)

Lehto et al.(2015)에 의하면, 직접적 경제위기에 대한 반응은 일시적 현상인 경향이 많으며, 특히 보건의료정책의 대응은 보수적 성향을 갖고 있다고 본다. 잠재적으로 제도적 경로를 변환할 수 있는 요인은 경제위기라는 사건에 의해 시작되는 경향이 있지만, 보건의료제도의 변화가 거시적 경제주기를 따르는 것은 아니라 할 수 있다. 이와 동시에 보건의료제도의 변화는 정도에 따라 다르지만, 이데올로기적, 정치적, 문화적 변화에 관련이 있으며. 북유럽 국가에서 확인한 변화는 단기적 거시 경제위기보다는 장기적 관점의 추세와 관련성이 있는 것으로 제시하고 있다.

재정과 보건서비스의 민영화는 북유럽국가의 경우 실용주의 관점에서 시행하였다고 할 수도 있지만, 대다수는 정치적 이데올로기적 변화와 관련이 있다고 추측할 수 있다. 유사하게, 노인 서비스의 탈제도화 추세와 일차보건서비스와 지역 재가서비스의 변화는 보건의료서비스 수요에 있어서 장기적 변화에 대한 결과이며 또한, 재가서비스의 경우 기술의 변화와 통합된 결과로 간주할 수 있다.

1980년대와 1990년대 초반의 위기는 보건의료지출에 대한 강력한 제재를 시행할 목적으로 정책 변화를 유도하였고, 이는 보건의료제도에서 예산에 대한 강한 규제뿐만 아니라 생산성 증가를 강화시켰다.

스웨덴과 핀란드는 전통적 북유럽 보건의료 제도의 관점을 기반으로 하여, 두 경제적 위기와 경제 성장 기간동안 급격한 개혁적 변화를 가져온 것은 아니지만, 장기적으로 민간자본의 증가, 영리서비스 공급의 증가, 중앙집권화 재강화 등으로 서서히 변화하고 있다.

〈표 5-2〉 제도변화의 유형

유형	변화 수준		거시적 경제주기와 관련한 시기적 변화
	보수파(경로 의존적)	개혁파(잠재적 경로 변경(breaking) 성향)	
비용 전가	• 단일 변화(single changes), 다소 부분적(marginal)	• 단일 변화의 가속화로 추세변화를 축적시킴. 특히 재가서비스, 치과진료, 약품 등에서 나타남	• 경향은 주기를 따라 계속되며, 부분적 가속화가 경제위기에 대한 반응으로 나타남
현행의 정책구조 내에서 생산성 증가 방안 검토	• 공급자 급여의 일시적 감축		• 경제위기에 대한 빠른 반응, 경제성장 기간에 있어서 이전 성향으로 급속한 회귀
제도적 구조 내에서의 변화	• 경제위기로 인해 보건의료서비스 시장에서 구서비스 제공자의 부분적 퇴출과 성장시기에 새로운 제공자의 시장 신규 진입	• 장기요양보험의 탈제도화와 단기(acute) 병원 진료의 강화 • 민간서비스 제공자 비율의 증가: 1990년대 중반이후 분권화와 재중앙집권화	• 장기요양과 단기진료에 대한 변화. 경제위기는 이러한 개혁을 가속화시킴. • 변화는 경제위기에 대한 반응으로 늦추어지는 것으로 표현함.
보건의료 재정지원의 변화	• 법적 의료권한의 부분적 확장 • 재가서비스, 출산관련 치료, 비만 치료 등 실질적 평가기준의 강화	• 전형적인 변화 혹은 민영화로 누적 변화	• 독립적 주기: 경제 위기로 인한 변화(trend)의 가속화

자료: Lehto et al., (2015). The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies: Denmark, Finland and Sweden, 1980-2013. Health Economics, Policy and Law. pp. 61-81

제2절 결론

보건의료비 지출이 모든 국가에서서 지속적으로 증가하고 있어 각 국가의 보건의료체계에 있어 재정 지속가능성의 측면에서 중요한 과제가 되고 있다. 경제성장의 개념을 이해하는 것은 각 국가가 도입하고 있는 정책 및 정책의 오류, 특히 위기 상황 속에서 각 국가마다 채택하고 있는 정책의 차이를 이해하는 것이 필수적이다. 보건의료비 지출과 관련한 요소로 1인당 소득, 보건의료체계 요소, GDP, 사회경제적 특성, 도시화수준 등이 영향을 준다. 의료비 지출의 증가 문제는 다각도의 측면에서 발생한다. 의료비 지출관리는 각 국가마다 다양하게 나타나며, 또한 한 국가 내에서도 일부 지역에서도 다양하게 나타난다. 예를 들어, 1인당 지출의 규모는 재정적, 정책적 결정에 따라 관리방식이 다양하다.

경기 침체기(예를 들어, GDP 감소, 1인당 소득 감소, 교역량 감소, 실업률 증가 등)에서 국가마다 대응하는 전략은 다양하다. 1970년 동안에 경험한 경기 침체기에서는 GDP 감소보다는 실업률 증가가 중요한 고려사항이었다. 경기 위기 이후에도 낮은 실업률이 잘 회복되지 못하였다. 핀란드, 스웨덴의 북유럽국가에서는 1995년 이후부터 가장 큰 경제위기를 경험하였고, 경제위기 이후 회복과정은 각 국가마다 달랐는데, 이 중에서 스웨덴이 가장 빨리 회복하여, 2010년에 연평균 GDP 성장률은 6% 가까운 성장을 보였다. 다른 북유럽 국가인 핀란드 또는 덴마크는 경기회복은 되었으나 상대적으로 회복속도가 늦었다. 1980년대 및 1990년대와 2008년~2009년 경제위기와의 차이점은 후반의 경제위기에서 실업률이 높지 않았다는 것에 있다.

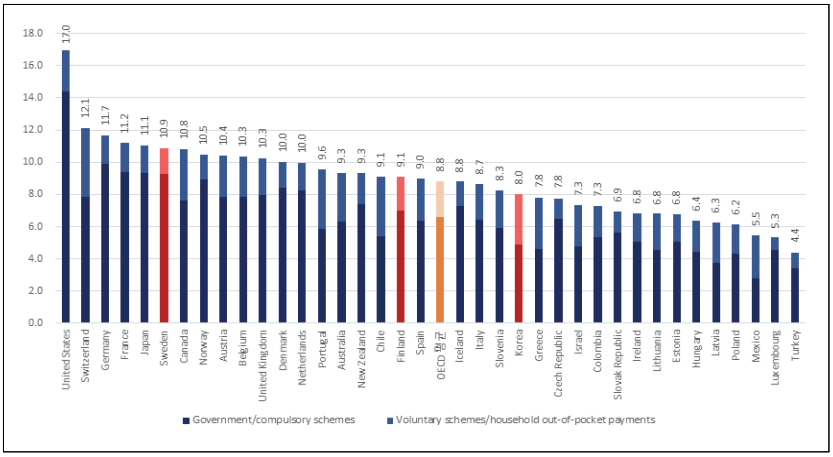
경기침체 또는 저성장은 보건의료체계의 우선순위 설정에 변화는 주는 중요한 요소로 작용하게 된다. 저성장은 미시, 거시경제에 영향을 주며,

정부는 공공보건부분에 대한 투자 방식을 결정하는데 영향을 주게 된다. 따라서 경제적 저성장에 대한 배경 또는 원인을 이해할 경우 정부정책에서의 오류를 감소시킬 수 있으며, 보건의료비 지출 관리에 대한 보다 효율적인 전략 수립이 가능할 수 있다.

서브프라임 모기지 사태와 같은 국제적인 충격변수가 발생하였을 때, 선진국과 개도국의 회복속도에서 현저한 차이를 보인다. 국가의 보건의료체계 유형, 보건의료재정 및 공급체계, GDP 대비 보건의료의 투자 비중에 따라 다양하게 나타난다. 만성질환 증가, 인구고령화 가속화, 실업률 등이 국가마다 차이가 있으며, 경제적 문제에 대한 보편적인 해결방안은 존재하지 않으며, 각 국가마다 전략적 접근방식이 최선의 방식일 수 있다.

〔그림 5-2〕 2019년 보건의료비용의 GDP 점유율

(단위: % GDP)



자료: OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

다만, 핀란드와 스웨덴의 선험적 사례를 통하여 우리나라에 시사점을 정리하면 다음과 같다.

가. 복지 구조를 유지하기 위한 정부 재정지원 강화

스웨덴의 조세 체계를 보면 단순하면서도 세입의 규모가 크기 때문에 지방자치를 실현하는데 있어 효율적으로 구성되어 있다. 특히 지방세의 경우 구조가 단순하고 개인지방소득세 단일세목으로 구성되어 있고, 세입 규모가 커서 충분한 세수를 확보하고 있는 특징이 있다. 이는 세무 행정비용과 납세협력 비용을 낮추는데 긍정적인 기여를 한다고 볼 수 있다. 이러한 구조는 주요 기간 세목이 제 역할을 할 수 있도록 하기 때문에 미래 재정 수요 증대에 대비할 수 있는 장점이 된다. 그리고 스웨덴의 지방소득세는 단일 비례세율체계를 갖추고 있으며, 국세도 2단계 누진세율체계로 단순하게 구성된 누진세율구조를 지니고 있다. 이는 지역 간 지방세의 쏠림 현상을 완화하는데 기여 한다.

그리고 스웨덴의 보편적 복지가 유지될 수 있도록 모든 지역에서 동일한 사회복지 서비스를 누릴 수 있도록 하는 재정형평화교부금을 효율적으로 운용하고 있다. 핀란드의 지방세의 경우 지방소득세, 부동산세, 법인세를 통하여 수입을 충당하고 있고. 국가 의료보험의 재원은 지방정부와 Kela가 통합적으로 관리하며, 지자체의 재정지원을 위해서는 인구의 연령구조, 질병률, 실업률, 학생수 등을 고려하여 배분하고 있다. 반면, 우리나라에서는 사회복지비용이 증가하면서 지방재정 부족 현상이 빈번하게 초래됨에 따라 스웨덴 또는 핀란드와 같이 지방교부세제도의 효율적 운용이 필요할 것이다.

나. 중앙과 지방의 명확한 역할 분담

스웨덴은 오랜 지방분권의 역사를 바탕으로 중앙정부와 지방정부 간 권한과 의무를 명확히 구분하고 있다. 이를 통해 중앙정부는 큰 틀 안에서 정부 정책의 방향을 제시하고, 지방정부는 정책 집행을 자율적으로 수행함으로써 업무의 효율을 높이고 있다. 이는 지방정부 간에도 그 역할을 명확히 함으로써 각 자치단체 간 업무의 중복으로 인한 예산 낭비를 막고 주민을 위한 질 높은 사회 복지 서비스를 제공하는 것에 집중할 수 있도록 한다. 가령 직접적인 보건 의료 서비스를 제공하는 광역자치단체와 지방자치단체는 치료와 진료 및 사회적 돌봄을 구분하여 밀도 높은 사회복지 서비스를 맞춤형으로 각각의 주민들에게 제공하고 있다. 또한 광역자치단체와 기초자치단체 간 협력이 필요한 경우 유기적으로 연계함으로써 업무의 효율을 높이는데 기여하고 있다.

핀란드의 경우 현재 추진 중인 개혁의 주요 내용은 서비스의 접근성 강화 및 비용 증가 완화에 있다. 광역단체를 기준으로 하여 의료서비스와 돌봄서비스의 통합제공에 대한 책임을 부여하고, 다양한 재원을 단순화시키는 과정을 검토하고 있다. 그리고 교부금 형태로 광역단체에 재정을 지원함으로써 통합서비스의 제공을 위한 과도기적 형태를 제공하고 있다.

다. 노인 돌봄 서비스 강화를 통한 서비스 질 향상

광역자치단체에서 기초지방자치단체로 노인 돌봄의 영역이 전격 이관됨에 따라 기존 노인 돌봄 정책이 체계적으로 발전할 수 있는 계기가 되었다. 이는 지역민에게 필요한 서비스에 민감하게 반응할 수 있도록 함으로써 실제 특별 주거 기관의 거주 환경도 보다 쾌적하게 개선하는 효과를

가져왔다. 그리고 보건 의료 서비스를 직접적으로 제공하는 광역자치단체와 기초자치단체는 내부적으로 서비스 질을 평가함과 동시에 외부적으로 중앙정부에 의해 서비스 질을 감독 받으므로 이중 모니터링 효과를 갖고 있다. 이는 보편적 복지의 취지에 맞게 모든 사람에게 평등하게 서비스가 제공 될 수 있도록 하고 있다.

라. 보건의료 인력의 효과적인 활용과 증대

스웨덴은 에델 개혁 이후 시설이 아닌 너싱홈 형태로 돌봄 서비스를 전환함에 따라 국가 차원에서 전문 간호사 양성 과정을 장려했다. 실제 초고령화 사회로 진입하면서 보건 의료 서비스에서 의사 만큼 역할이 중요한 사람은 돌봄 서비스 종사자이다. 따라서 스웨덴은 보건 의료 종사자들이 유사 직종의 전문인으로 전환하고자 할 때 유기적으로 연동 될 수 있도록 하고 있다. 이는 전문 인력을 양성하는데 드는 비용을 줄이는 것 뿐 아니라 향후 고령화 사회를 대비하는 효과도 있다.

마. 보건의료 서비스 효율화를 위한 구조적 개혁 시도

스웨덴 달라나 지역의 사례를 보면, 예상되는 보건의료 서비스 비용을 절감하기 위한 방안으로 과감한 구조개혁을 실시함으로써 예상 비용을 효과적으로 줄이는 것에 도전했다. 단순히 기존 투자 지출을 감소하거나 재정을 삭감하는 방식이 아닌 비효율적인 경영 관리 시스템을 근본적으로 개혁하고, 유사 중복 프로그램을 최소화 시키는 지속가능성의 관점에서 개혁을 시도했다는 점에서 의미가 있다. 현재 각 지방자치단체별로 유사 중복 프로그램이 진행되고 있는 한국에도 시사하는 바가 있다.

바. 장기요양제도 재가서비스 세금 공제

장기요양제도의 재가서비스를 이용하는 사람들에게 세금 공제를 제공함으로서 서비스 이용자에게 서비스 선택의 폭을 넓게 할 뿐 아니라 이는 고소득 고령자의 공공 보건 의료 지출을 줄이는데 기여함으로써 상대적으로 저소득 고령자들의 보건 의료 서비스 재원을 확보하는데 기여한다고 평가받고 있다.

참고문헌

감신. (2010). 공공보건의료체계 현황과 발전방안. 보건복지포럼. 169. pp. 39-40.

구미영, 이재경, 천재영, 박수경, 김진석, 최경숙, 이정민. (2018)/ 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례연구: 노인요양보호사를 중심으로. 한국여성정책연구원, pp. 1-218.

국민건강보험공단. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단.

국회예산정책처. (2018). 2018~2027년 노인장기요양보험 재정전망. 서울: 국회예산정책처.

권현정. (2014). 서비스 질의 측면에서 고찰한 노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화 분석. 사회복지정책, 41(1), pp. 289-313.

기획재정부. (2019a). 나라살림 예산개요. 세종: 기획재정부.

기획재정부. (2019b). 한국통합재정수지. 세종: 기획재정부.

김남순, 박실비아. (2016), 보건의료정책의 현황과 정책과제: 합리적 의료이용 중심으로, 보건복지포럼(2016.01). pp. 7-14.

김인춘, 박지현. (2013). 지방정부의 과세자주권 강화; 북유럽국가들의 복지재정제도 연구, 서울: 한국지방세연구원, pp. 1-159.

김종면. (2019). 재정시각에서의 보건의료 부문 현안. 재정포럼, 279호. pp. 36-48

대통령자문 고령화 및 미래사회위원회. (2004). 핀란드의 사회보장.

맹진영, 이용재. (2017). 재가장기요양기관 지역별 분포의 불평등과 변화. 노인복지연구, 72(2). pp. 85-112.

박승준, 강종윤. (2014). 건강보험 중·장기 재정추계 모형 연구. 서울: 국회예산정책처.

보건복지부. (2018). 공공보건의료 발전 종합대책. 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2019). 2019년도 성과계획서(수정). 세종: 보건복지부.

보건복지부. (2020). 2018년 국민보건계정. 세종: 보건복지부

석재은. (2017). 장기요양서비스의 공공성 강화를 위한 규제의 합리화 방안 연구. 보건사회연구, 37(2). pp. 423-531.

신현웅. (2020). 보건의료정책 현황과 과제: 지속가능성 확보를 중심으로. 보건복지포럼(2020.01). pp. 9-22.

외교부. (2019a). 핀란드 개황. (https://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/view.do?seq=367566&srchFr=&srchTo=&srchWord=&srchTp=&multi_itm_seq=0&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0&company_cd=&company_nm=&page=8에서 2020.12.10. 인출.)

외교부. (2019b). 스웨덴개황 (http://www.mofa.go.kr/www/brd/m_4099/view.do?seq=367567에서, 2021.01.25. 인출.)

이선영. (2020). 준시장 관점에서 본 노인장기요양서비스 공급체계의 특성에 관한 연구. 생명연구, 56. pp. 31-51.

이호용, 문용필. (2017). 인구 고령화에따른 노인장기요양보험 재정전망. 사회보장연구, 33(2). pp. 129-151.

정영호, 고숙자, 이견직, 김대은, 차미란. (2015). 보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안. 서울: 한국보건사회연구원.

정영호, 박하영, 권순만, 이견직, 고숙자. (2004). 보건의료시장의 특성과 문제점 및 제도개선 방향- 공급자 행태분석 및 전문가 인식조사를 중심으로. 서울: 한국보건사회연구원.

최병호, 김남순, 김진현, 이상일, 정형선. (2016). 한국 보건의료정책의 현황과 과제- 전문가에게 길을 묻다. 보건복지포럼(2016.12), pp. 4-26.

통계청. (2019). 2018년 생명표. (https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/9/index.board?bmode=read&aSeq=378711&pageNo=&rowNum=10&amSeq=&sTarget=&sTxt=에서 2020.12.20. 인출.)

하능식. (2016). 스웨덴의 지방소득세제. 서울: 한국지방세연구원.

홍세영, 박현숙. (2019). 스웨덴 지방자치단체의 복지 사무에 관한 연구. 사회법연구, 37. pp. 169-199.

Anderson G. & Karlberg I. (2000). Ingegrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. Int J integr Care. 1(1).

Aalto, A., Elovainio, M., Tynkkynen, L., Reissell, E., Vehko, Tuulikki., & Sinervo, T. (2017). What patients think about choice in healthcare? A study on primary care services in Finland, Scandinavian Journal of Pubilc Health, 46(4), pp. 463-470.

Anell A, Glenngård AH, & Merkur S. (2012). Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 14(5):1-159.

BBC. (2019). Finland's government resigns over failed healthcare reform(2020.12.10.). BBC. (https://www.bbc.com/news/world-europe-47496326에서 2021.02.21. 인출.)

Blumenthal D. Stremikis K. & Cutler D. (2013). Health Care Spending-A Giant Slain or Sleeping? New England Journal of Medicine 369;26.

Einiö, E. (2010). Determinants of institutional care at older ages in Finland. Finnish Yearbook of Population Research, 45.

Erhola m, Vaarama m, Pekurinen m, Jonsson Pm, Junnila m, Hämäläinen P, ..., & Linnosmaa I. (2014). SOTE-uudistuksen vaikutusten ennakkoarviointi, Raportti 14/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Juvenes Print. Tampere.

European Commission. (2016). Finland, Health care and Long-term care systems. Joint Report on Health care and Long-term care

systems and Fiscal sustainability-Country report.

Finansdepartementet. (2008), Kommuner och landsting-organisation, verksamhet och ekonomi.

Forma, L., Jylhä, M., Pulkki, J., Aaltonen, M., Raitanen, J., & Rissanen, P. (2017). Trends in the use and costs of round-the-clock long-term care in the last two years of life among old people between 2002 and 2013 in Finland. BMC health services research, 17(1), pp. 1-9.

Glenngård, A. H. (2015). The Swedish health care system, 2014. International Profiles of Health Care Systems, 133.

Government Offices of Sweden. (2020), Swedish government offices yearbook 2020. (https://www.government.se/information-material/2021/05/swedish-government-offices-yearbook-2020/에서 2021.02.10. 인출)

Hammar, T., Rissanen P., & Perälä ML. (2009). he cost-effectiveness of integrated home care and discharge practice for home care patients. Health Policy. 92(1): pp. 10-20.

Hiilamo, H. (2020). Why did Social and Healthcare Services Reform Fail in Finland?. Socialmedicinsk Tidskrift, 97(3), 433-441.

ja Kuntaliitto, S. T. M. (2013). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali-ja terveysministeriön julkaisuja, 11.

Johansson E. (2010). The long-term care system for the edlerly in Finland, ENEPRI research report no. 76.

Kainu, T., Kohler, A., & Larsson, S. (2016). The missing piece in Finnish health care reform. Boston Consulting Group, Boston.

Kalhor & Zeynab. (2013). Privatization of elderly care in Sweden: A comparison between quality of public and private home care

services. Lund University.

Kangas, O., & Kalliomaa-Puha, L. (2018) ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare, Finland. European commission, pp. 1-15.

Kela. (2018). Kelan työterveyshuoltotilasto 2016. Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva 2018 [Kela Statistics: Occupational Health Care. Official Statistics of Finland: Social Protection 2018]. Helsinki: Social Insurance Institution.

Keskimäki & Koivisto. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care. pp. 679-687.

Keskimäki, I. Sinervo, T., & Koivisto, J. (2018). Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care, Public Health Panorama, 4(4), pp. 491-735.

Keskimäki I., Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, ..., & Karanikolos M. (2019). Finland: Health system review. Health Systems in Transition, 21(2): pp. 1-166.

Kinnula, Petra, malmi, Teemu & Vauramo, Erkki. (2015). Sisältöä sote-uudistukseen. Kunnallisalan kehittämissäätiön Tutkimusjulkaisusarja, 78. Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Kinnunen & Kirsi. (2002). Postponing of institutional long-term care in the patients at high risk of institutionalization. academic Dissertation, University of Helsinki, Faculty of medicine, Department of Clinical medicine.

Lehto J. & Blomster P. (2000) Talouskriisin jäljet sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä . Kunnallistieteen aikauskirja 28: 44-60.

Lehto J., Vrangbæk K., & Winblad U. (2015). The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies: Denmark,

Finland and Sweden, 1980-2013. Health Economics, Policy and Law, Volume 10, Special Issue 1: SPECIAL ISSUE: Global Financial Crisis, Health and Health Care. January. pp. 61 - 81

Linnosmaa I. (2012). Palvelusetelit sosiaalipalveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 53/2012, Juvenes Print, Tampere.

Linnosmaa I, Jokinen S, Vilkko a, Noro a, & Siljander E. (2014) Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2014. Juvenes Print. Tampere.

Linnosmaa, I., & Sääksvuori, L. (2017). Long-term care policy in Finland: Policy Brief, Country Report, CEQUA Study.

Lorenzoni L., Marino A., Morgan D., & James C. (2019). Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology. OECD Health Working Papers, No. 110, OECD Publishing, Paris.

Mason, A., Goddard, M., Weatherly, H., & Chalkley, M. (2015). Integrating funds for health and social care: an evidence review. Journal of health services research & policy, 20(3), 177-188.

McDonald, K. M., Schultz, E., Albin, L., Pineda, N., Lonhart, J., Sundaram, V., ... & Malcolm, E. (2010). Care coordination atlas version 3 (Prepared by Stanford University under subcontract to Battelle on Contract No. 290-04-0020). AHRQ Publication, (11-0023).

Meagher, G., & Szebehely, M. (2013a). Marketisation in Nordic eldercare: A research report on legislation, oversight, extent and consequen. Department of social work, Stockholm University.

Meagher, G., & Szebehely, M. (2013b). Long-term care in Sweden: Trends, actors, and consequences. In Reforms in long-term care

policies in Europe. Springer, New York, NY. pp. 55-78.

Ministry of Social Affairs and Health. (2008). National Framework for High Quality Services for Older People. Ministry of Social Affairs and Health. (http://www.rcc.gov.pt/SiteCollectionDocuments/NationalFrameworkforHighQualityServicesforOlder%20.pdf에서 2020.12.20. 인출.)

Moberg, L., & Fredriksson, M. (2020), Decommissioning in a local healthcare system in Sweden: responses to fiscal stress. BMC Health Services Research, pp. 1-14.

National Board of Health and Welfare. (2010). Lägesrapport 2010 [Status report 2010]. Socialstyrelsen. Stockholm.

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... & Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. The Lancet, 385(9984), 2255-2263.

Noro a, mäkelä m, Jussmäki T, Finne-Soveri H, (2014), Ikäihmisten palvelut murroksessa in Noro a and alastalo H (eds.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 13/2014, Juvenes Print. Tampere.

OECD. (2013). Health at a Glance 2013. (www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm에서 2021.01.20. 인출.)

OECD. (2019a). Health at a Glance 2019. (www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm에서 2021.01.20. 인출.)

OECD. (2019b). Revenue Statistics 2020-Tax revenue trends in the OECD.
(https://stats.oecd.org/에서 2020.12.01. 인출.)

OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

Paljärvi, S., Rissanen, S., Sinkkonen, S., & Paljärvi, L. (2011). What happens to quality in integrated homecare? A 15-year follow-up study. International journal of integrated care, 11.

Peterson, E. (2017). Eldercare in Sweden: an overview. Revista Derecho social y empresa, (8), 90-108.

Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Marttila, D., & Mattila, K. J. (2014). Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care–a 14-year follow-up questionnaire study. BMC family practice, 15(1), 1-7.

Reinhardt, U. E. (1989). Economists in health care: saviors, or elephants in a porcelain shop?. The American economic review, 79(2), 337-342.

Richardson, E. (2020). Finland launches new health and social care reform drive(2020.10.13.). YLE.
(https://yle.fi/news/3-11592641에서 2020.12.10. 인출.)

Saltman, R. B. (2015). Structural patterns in Swedish health policy: a 30-year perspective. Health Economics, Policy and Law, 10(2), 195-215.

Saltman, R. B., & Teperi, J. (2016). Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. Health Economics, Policy and Law, 11(3), 303-319.

Socialstyrelsen(SCB). (1996). Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU7.

(https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/aldrefragor_GK01SoU7에서 2020.11.30. 인출.)

Socialstyrelsen(SCB). (2018). Statistics on elderly and persons with impairments - Management form 2017. (http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-22에서 2020.11.30. 인출.)

Socialstyrelsen(SCB). (2020). Statistical news from Statistics Sweden. (https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/national-accounts/national-accounts/system-of-health-accounts-sha/pong/statistical-news/system-of-health-accounts-2018/에서 2020.11.30. 인출.)

Seppälä, T. T., & Pekurinen, M. (2014). Sosiaali-ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. (http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-236-2에서 2020.06.12. 인출.)

Sosiaali- ja terveysministeriö, (2014). Kansallinen omaishoidon kehittämisohjelma. Työryhmän loppuraportti, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2, Helsinki

Sotkanet. (2020). Statistical information on welfare and health in Finland. (https://sotkanet.fi/sotkanet/에서 2021.01.20. 인출.)

SOU. (2004), Sammenhållen hemvård, Äldrevårdsutredningen, SOU 2004:68. (https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2004/06/sou-200468/에서 2021.01.20. 인출.)

Streeck, W., & Thelen, K. (2005). Introduction: Institutional change in advanced political economies. Univ. Press. pp. 1-39.

Sveriges kommun och regioner. (2021). Diagram för kommunerna. (https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/diag

ramforkommunerna에서 2021.01.05. 인출)

Suomen virallinen tilasto(SVT). (2017). Kuntatalous [verkkojulkaisu]. Helsinki: Suomen Virallinen Tilasto.

Tepponen, M. (2009). Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto.

THL(Institute for Health and Welfare). (2018). Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2018. Helsinki: Finnish Institute for Health and Welfare (THL)

THL(Institute for Health and Welfare). (2020a). The reform in a nutshell. (https://thl.fi/en/web/social-welfare-and-health-care-reform/the-reform-in-a-nutshell에서 2020. 09.30. 인출.)

THL(Institute for Health and Welfare). (2020b). Freedom of choice. (https://thl.fi/en/web/social-welfare-and-health-care-reform/freedom-of-choice에서 2021.02.01. 인출.)

Tynkkynen, L. K., Chydenius, M., Saloranta, A., & Keskimäki, I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. Health policy, 120(3), 227-234.

Vaalavuo. (2018). Social and health care client fees: allocation, effects and fairness. Helsinki: Prime Minister's Office.

Volk, R. (2007). Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali-ja terveysministeriö.

〈웹페이지〉

Sotkanet 홈페이지. (2016). (www.sotkanet.fi에서 2021.01.20. 인출.)

Sote-uudistus 홈페이지. (https://soteuudistus.fi/en/frontpage에서 2020. 12.10. 인출.)

Statistics Sweden (Statistiska centralbyran).

(http://www.statistikdatabasen.scb.se에서 2021.01.20. 인출.)

Sveriges kommun och regioner 홈페이지. (2021). Diagram för kommunerna.
(https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/diagramforkommunerna에서 2021.01.05. 인출)

Sveriges kommun och regioner 홈페이지. (2021). Municipalities and regions.
(https://skr.se/tjanster/englishpages/municipalitiescountyeouncilsandregions.1088.html에서 2021.01.05. 인출)

Themayor 홈페이지.
(www.themayor.eu에서 2020.12.10. 인출.)

Uutiset 홈페이지.
(https://yle.fi/uutiset에서 2020. 12.10. 인출.)

〈데이터〉

OECD Statistics. (2020). Health expenditure and financing.
(http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm에서 2020.12.01. 인출.)

World Bank. GDP growth (annual %).
(https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG에서 2020.12.01. 인출.)

간행물 회원제 안내

회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원	보건 분야 간행물 회원
120,000원	75,000원
사회 분야 간행물 회원	**정기 간행물 회원**
75,000원	35,000원

가입방법

홈페이지
www.kihasa.re.kr
→ 발간자료 → 간행물 구독안내

문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 http://www.yes24.com
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr