

국외출장 결과보고서

출장목적	일차의료 중심의 의료전달체계 전환과 국민중심 의료이용·진입단계 접근성 확보를 위한 스웨덴의 제도·운영 사례 조사 및 한·스웨덴 보건의료 정책교류 네트워크 구축
과제명	국민 중심 의료이용체계 강화 방안 연구
출장기간	2026. 5. 4.(월) ~ 2026. 5. 10.(일), 5박7일
출장국가	스웨덴(스톡홀름, 리딩외)
출장자	여나금 연구위원

□ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	
5.4	한국(프랑스) -스웨덴	-	-	
5.5	스웨덴 (스톡홀름)	Active Aging Senior Day 행사장	이재연 전문연구원, Stefan Löfquist (SeniorNet), StiftelsenÄldrecentrum (Seniordagen)	◆국민중심 의료이용 -활동적 노화 행사 참관, 고령층 디지털 진입역량·자가관리·커뮤니 티 기반 예방 사례 확인 및 일정 사전 조율
5.6	스웨덴 (스톡홀름)	National Board of Health and Welfare	Michaela Prochazka, Joakim Edvinsson	◆의료이용 접근성·연계 -의료(Region)·돌봄(Kom mun) 연계, 일차의료 중심'Nära vård' 개혁, 진입단계 형평성 정책
		Österlånggatan 1, Stockholm	송진화 공사, 이재연 전문연구원	
5.7	스웨덴 (리딩외)	리딩외 시청	Katarina Ruben Ahlén, Linda Löfkvist	◆국민중심 의료이용 -기초지자체의 생애여정 기반 진입설계, 일차의료-복지 연계, Aging in Place 현장
		리딩외 Senior Center	Linda Löfkvist, Isabel von Wachenfeldt	
		Björnbo Seniorhousing	Isabel von Wachenfeldt	
5.8	스웨덴 (스톡홀름)	Swecare	ANNA RIBY, Henriks Göran	◆일차의료·디지털 접근성 -의료보장(Vårdgaranti), 복지기술, 의료이용 비용·접근성의 명암 논의
		주스웨덴대한민국대사관	이형종 대사, 이재연 전문연구원	
5.9-10	스웨덴(프랑스) -한국	-	-	

①	대한민국 출발 / 스웨덴 도착
일 시	2026.5.4.(월)
장 소	인천국제공항 → 스톡홀름 공항
참석자	여나금 연구위원

○ 출국 및 이동

- 인천국제공항에서 출국하여 약 12시간 비행 후 스톡홀름 알란다 공항에 도착, 숙소로 이동함

○ 이동 중 사전 점검 및 학습

- 기관별 면담 의제와 질의서를 출장 주제(의료이용 진입단계 접근성)에 맞춰 최종 점검하고, 기관 성격에 따라 일차의료 중심 전환·국민중심 의료이용·진입단계 접근성의 세 축 중 어디에 질의 비중을 둘지 사전 조율함
- 현장 이해도를 높이기 위해 스웨덴 의료이용의 진입 흐름을 사전 학습함
- (1차 의료 등록제) 환자가 거주지에 등록된 일차의료기관(Vårdcentral)을 첫 관문으로 거쳐 단계적으로 상급·전문 의료로 연계되는 게이트키퍼 구조로, 원하는 병원·전문의 를 곧바로 찾는 한국과 진입 방식이 근본적으로 다름을 확인함
- (디지털 관문) 1177(전국 의료 안내 포털·전화)과 BankID 기반 인증을 통해 비대면 상담·예약·기록 열람·면제카드 확인이 이루어지는 디지털 진입 경로를 사전 파악하여, 현장에서 확인할 점검 사항을 정리함

②-1	스톡홀름 노인의 날 행사 참여 — 진입단계 접근성 관점
일 시	2026.5.5.(화) 10:00-12:00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 이재연 전문연구원, Stefan Löfquist(SeniorNet), Stiftelsen Äldrecentrum(Seniordagen)

◆ 스톡홀름시는 활동적 노화(Active Aging)를 주제로 노인 대상 축제·행사를 기획·운영하며, 단순 의료를 넘어 정치·문화·여가·돌봄·의료를 아우르는 민·관 통합 서비스 정보를 한자리에 제공함. 의료이용의 진입단계에서 노인이 적절한 케어 경로를 스스로 찾아갈 수 있도록 지원하는 접근으로, 다음 네 가지 영역으로 정리할 수 있음.

① 디지털 리터러시 제고를 통한 의료이용 진입역량 강화

- 노인이 비대면 상담·예약 등 디지털 기반 의료서비스에 실제로 접근할 수 있도록 시민 단체(SeniorNet 등)가 디지털 활용 교육 및 옹호 활동을 상시 운영
- 디지털 격차가 곧 의료이용 격차로 이어지지 않도록, 의료·돌봄 서비스 이용의 '전 단계'에서 역량을 키워주는 구조
- 보건의료뿐 아니라 사회적 활동 참여까지 지속 지원하여 노인의 사회적 고립 예방과 연계

② 방문형·찾아가는 케어와 자가관리 역량 지원

- 등록 환자에 대한 비대면 상담, 예약, 방문형(방문 진료) 의료서비스를 행사 현장에서 소개하고 이용 방법을 안내
- 여성 노인 대상 유방암 자가진단·촉진 교육 등 민간 지원단체가 자가 점검 역량을 키워주는 프로그램 운영 → 조기 발견 및 적시 의료이용 유도
- 의료기관을 직접 찾기 어려운 노인에게 '서비스가 찾아가는' 방향과 '스스로 점검하는' 역량을 동시에 제공

③ 의료에 국한되지 않는 일상생활 전반의 통합적 삶 관리

- 의료·돌봄뿐 아니라 정치 참여, 문화·여가 활동, 사회적 관계 등 노인의 일상 전체를 포괄하는 정보를 통합 제공
- 의료이용을 '질병 발생 후 대응'이 아니라 일상 속 삶의 질 관리의 한 요소로 위치시키는 관점
- 중앙정부-주정부-지자체로 이어지는 강한 역할분담 체계 속에서, 지자체 연구기관(Äldrecentrum 등)-이 노인의 임상정보를 수집·분석하고 정책 근거로 환류하여 지역 맞춤형 서비스 설계에 활용

④ 활력 강화를 위한 커뮤니티 기반 활동

- 행사 현장에서 노인의 신체적·정신적 활력 유지를 위한 커뮤니티 기반 운동·체조 등 활동 프로그램을 함께 운영·소개
- 의료·돌봄 서비스로의 진입 이전에, 지역 커뮤니티 안에서 건강을 적극적으로 유지·증진 하도록 유도하는 예방적·일차적 접근
- 운동·체조 등 집단 활동이 사회적 교류의 장이자 건강 관리 채널로 동시에 기능

◆ 한국 일차의료 의료이용 관리에의 함의

- 스톡홀름 사례는 노인이 의료이용의 첫 진입단계에서 적절한 경로를 스스로 선택하도록, 디지털 역량·자가관리·일상 전반 관리·커뮤니티 활동을 한데 묶어 지원하는 모델임. 한국의 일차의료 진입단계 접근성 강화 측면에서, 단일 의료서비스 제공을 넘어 지역사회·민간 단체·지자체 연구기관이 협력하는 통합 정보 제공 및 예방·활력 강화 플랫폼 구축의 참고 사례로 활용 가능



②-2	주스웨덴 전문연구원 주관 사전 회의
일 시	2026.5.5.(화) 12:00-15:00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 이재연 전문연구원, Stefan Löfquist(SeniorNet), Stiftelsen Äldrecentrum(Seniordagen)

◆ 스웨덴 보건의료 정책 동향 공유 및 방문 일정 사전 조율

- 대사관 회의실에서 이재연 전문관과 약 90분간 사전 회의를 진행, 금번 출장의 핵심 주제인 국민 의료이용 진입단계 접근성을 중심으로 기관별 면담 의제·질의 사항을 점검하고 통역·이동 동선 등 실무 사항을 조율
- 이재연 전문관은 최근 스웨덴 정부가 의료 대기시간(Waiting Times) 단축을 최우선 정치 의제로 삼고 있으며, 선거 때마다 수술 대기 문제가 핵심 쟁점이 된다는 점을 설명. 코로나19로 누적된 비응급 시술 대기를 해소하는 것이 광역지자체의 당면 과제임을 사전 브리핑 받음
- 스웨덴 의료가 병원 운영까지 100% 공공으로 제공되는 반면, 한국은 단일 보험자(건강보험) 하에 의료를 민간이 제공하는 구조라는 근본적 차이를 사전에 정리하여, 시사점 도출 시 제도적 맥락을 분별할 수 있도록 함

○ 스웨덴 개관

- 국명 : 스웨덴 왕국 (The Kingdom of Sweden)
- 수도 : 스톡홀름(Stockholm)시 *인구 약 100만 명
- 위치 : 북위 55°~69°, 동경 10°~24°(스칸디나비아반도 동쪽과 부속 도서)
- 면적 : 449,964km²(한반도의 약 2배)
- 인구 : 약 1,061만 명(2025)
- 기후 : 북극권 온대성(짧은 여름은 일조시간이 길고 시원한 편, 긴 겨울은 일조시간이 짧고 추운 편) 스톡홀름 평균 기온 : 7월 23℃, 1월 -1℃
- 민족 : 스베아족, 고트족, 사미족 등
- 언어 : 스웨덴어
- 종교 : 루터교(53%), 이슬람교(1.5%), 동방정교(1.4%), 가톨릭(1.2%), 무교(28.4%)
- 정부 형태 : 입헌군주국, 내각책임제
- 의회 : 임기 4년 단원제(총 349석)
- 주요 정당 : 사회민주당(107석), 녹색당(18석), 좌파당(24석), 보수당(68석), 자유당(16석), 중앙당(24석), 기독교민주당(19석), 스웨덴민주당(73석)

□ 주요 경제지표

- GDP(2024, 세계은행) : 6,037억불 / 1인당 GDP : 57,118불
- 경제성장률(2024, 세계은행) : 0.8% / 실업률(2025) : 8.7%
- 교역(2025, 스웨덴통계청) : 총 4,088억불(수출 2,083억불, 수입 2,005억불)
- 화폐단위 : Swedish Krona(SEK) / 1\$ = 9.0 SEK(2026.2월 기준)

◆ 스웨덴 지방 행정체계 및 보건복지 재정 구조

- 스웨덴은 21개 주(County, Län)와 290개 시(Municipality, Kommun)로 구성된 지방 분권형 행정구역 특성을 갖추고 있음.
- 광역지자체(Län): 보건 및 의료서비스 제공을 총괄하며, 주 전체 예산의 무려 80% 이상을 보건의료 부문에 집중 투자하는 구조적 특징과 재원 조달체계를 갖추고 있음
- 기초지자체(Kommun): 노인 돌봄, 장기 요양, 주거 지원 등 복지 및 사회보장 서비스를 독자적으로 전담하며, 지방정부법에 근거해 높은 자율성과 과세권을 보장받고 있음. 특히 기초지자체에 대한 세금 부과가 국세 부과보다 우선하는 제도로, 지역이 권한을 책임성있게 집행하기 위한 토대가 마련되어 있음. 이는 한국의 상황과 매우 다름을 명심할 필요가 있음.
- 중앙정부: 지방정부에 법적 가이드라인 및 국가 표준 지침을 부여하고 감독하는 역할을 수행하여 전국적 서비스 균형을 도모함.

◆ 스웨덴 보수 연립정부의 최근(2025~2026년) 보건복지 정책 대전환 기조

- (의료) 의료 대기 시간 단축을 위해 대규모 투자 추진, 2027년까지 자궁경부암 근절 목표 확정, 20년 만에 최대 치과 치료 개혁으로 연말부터 67세 이상 고비용 보호 강화
- (돌봄) 노인 돌봄 투자로 외로움 방지 프로그램 관련 투자 계획
- (교육) 유치원과 학교 내 휴대전화 사용 금지, 아동의 신체 활동 촉진
- (저출산) 역사적 최저 출생률(여성 1명당 1.43명) 문제 해결을 위한 특별 조사 실시

③-1	Socialstyrelsen 방문 : 'Nära vård' 개혁과 국민중심 의료이용 연계 체계
일시	2026.5.6.(수) 08:00 ~ 11:30
장소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건 의료정책 연구실장, 김희년 부연구위원 Michaela Prochazka, Joakim Edvinsson

○ 보건복지청(Socialstyrelsen)의 일차의료 강화 역할

- 보건복지청은 지식지원·국가통계 및 분석·법적 규제 지침·전문인력 면허·정부보조금 관리를 담당하는 중앙 행정기관으로, 시스템이 원활히 작동하도록 지원하는 역할 수행
- 환자와 가장 가까운 곳의 일차의료(Primary care) 역량 강화를 통해 지역사회에서 예방적·조기 대응적 의료 개입이 이루어지도록 함
- 광역·기초지자체 간 조정·협력을 촉진하는 새로운 업무방식(지역사회 연계 등)을 장려하고, 정책 이행을 점검하는 사후관리(Follow-up) 및 국가 지식관리망을 운영

○ 최신 개혁: 'Nära vård(가까운 의료·돌봄)' 패러다임

- 개념: 대형병원 중심의 분절적 공급체계에서 탈피하여, 환자의 가정을 중심으로 일차의료(Vårdcentral)와 지자체 사회서비스가 유기적으로 연계되는 '주민 밀착형 통합 거버넌스' 구축
- 3대 전환 방향: ① 공급자 중심 → 사람 중심(Person-centered) ② 사후 치료 → 선제적 예방(Proactive) ③ 전문의료 중심 → 일차의료 중심
- 디지털 전환(AX): Region의 전자의무기록(EMR)과 Kommun의 사회서비스 기록이 단절된 한계를 보완하기 위해 중앙정부 차원의 통합 데이터 플랫폼 구축에 착수, 투약·간호·돌봄 일정의 실시간 상호운용성 확보 추진

○ 'Nära vård' 전환에 대한 2025년 평가(Uppföljning av omställningen)

⇒ [성과]

- 환자 중심 돌봄 협력·조율이 전반적으로 개선되고, Region-Kommun 간 협력적 업무체계가 상시화됨
- 모바일 케어(Mobile care), 일차의료 기반 입원병상 등 새로운 돌봄 모델이 빠르게 개발·확산
- 일차의료 서비스에 대한 대중의 신뢰가(느린 속도지만) 점차 증가

⇒ [과제]

- 의료 접근성·지속성의 지역 편차가 여전하고, 간호사 등 의료인력 이직률이 높게 유지
- 거시 전략을 현장 실무로 전환하는 데 어려움이 있고, 일차의료에 배분되는 자원이 비례적으로 증가하지 못해 불균형 해소 필요
- 일차-전문 의료 간 연계 부족, 환자의 진료 참여‘체감도’는 뚜렷이 개선되지 않음

○ 국민중심 의료·돌봄 연계로 나아가는 변화의 과정(시사점)

- ① 정책 전략의 치밀한 설계→ ② 지역 서비스 제공절차·업무 착안점 정리→ ③ 자원 배분 및 선진사례 지식 공유
- ④ 주체 간 협력적 구조·신뢰관계 형성→ ⑤ 신뢰 기반의 권한·책임 재정립(그 영향 대상이‘국민’임을 견지) → ⑥ 기존 보건의료체계에 대한 선입견·전제 타파

③-2	주스웨덴 공사 오찬
일 시	2026.5.6.(수) 12:00 ~ 14:00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 송진화 공사, 이재연 전문연구원

○ 스웨덴 거주 한국민의 의료이용 경험

- 현지 공관이 접하는 재외국민 민원·상담 경험을 토대로 스웨덴 거주 한국민이 체감하는 의료이용의 실재를 청취함
- 일단 환자로 인정되어 진료체계에 진입하면 높은 수준의 치료를 부담 없이 받을 수 있으나, 첫 진입과 후속 진료까지 도달하는 과정에서 한국과 전혀 다른 경험을 하게 된다는 점이 공통적으로 지적됨
- 가장 큰 차이는 '대기시간'과 '접근 방식'임. 한국처럼 원하는 병원·전문의를 곧바로 찾는 방식이 아니라, 반드시 거주지에 등록된 일차의료기관(Vårdcentral)을 첫 관문으로 거쳐야 하며, 비대면 상담·예약을 통해 단계적으로 진입하는 구조에 초기 적응 어려움을 겪는 경우가 많음
- 가벼운 증상도 곧바로 대면 진료로 이어지지 않고, 전문의 진료·검사까지 수주~수개월을 기다리는 사례가 빈번하여, 신속한 외래 접근에 익숙한 한국민에게는 '과소공급'으로 체감된다는 점이 거론됨. 다만 이러한 게이트키퍼가 불필요한 상급의료 이용을 억제하고 일차의료 단계에서 문제를 해결하려는 제도적 의도에서 비롯된 것이라는 점도 함께 공유됨
- 1177(전국 의료 안내 포털·전화)과 BankID 기반 디지털 진입에 익숙해지면 예약·기록 열람·면제카드 확인 등이 편리하나, 디지털에 익숙하지 않은 고령 재외국민·단기 체류자에게는 오히려 진입 장벽이 될 수 있다는 점도 확인됨

○ 한국 제도와 차별성

- 한국은 단일 보험자(건강보험) 체계 아래 의료서비스를 주로 민간이 제공하는 반면, 스웨덴은 광역자치체(Region)가 보험과 서비스 제공을 함께 담당하는 공공 직영 구조라는 점이 가장 큰 차이로 확인됨
- 한국은 환자의 선택권·접근 속도가 높은 대신 상급의료 쏠림과 분절적 이용이 문제인 반면, 스웨덴은 일차의료를 첫 진입점으로 강제해 의료이용을 체계적으로 관리하는 대신 대기시간이 길다는 명암을 가짐

- 스웨덴은 의료(Region)와 돌봄(Kommun)의 책임이 명확히 이원화되어 치료 종료 환자가 자연스럽게 돌봄으로 이송되므로 불필요한 병원 체류가 적은 반면, 한국은 의료·요양·돌봄의 연계가 상대적으로 분절되어 있다는 점이 대비됨
- 재원조달 측면에서도 스웨덴은 지방세(약 30%)가 국세에 우선 과세되어 지자체가 의료·복지 재원을 자체 확보하는 강한 지방자치 구조로, 중앙집권적 단일보험 체계인 한국과 근본적으로 차이를 재확인함

○ 스웨덴에서 참고할 만한 부분

- 높은 보장성 이면에 막대한 정부재정 투입과 긴 대기시간이라는 비용이 공존하는바, 모델을 무비판적으로 이식하기보다 혜택과 비용을 균형 있게 살펴 한국 실정에 맞는 요소를 선별 참고할 필요가 있다는 데 의견을 모음
- 일차의료를 명확한 첫 진입점으로 두고 자원을 상류(예방·일차)로 이동시키는 'Nära vård' 전환 방향은, 상급의료 쏠림 완화와 일차의료 강화를 모색하는 한국에 유효한 참고 모델임
- 환자를 돌봄의 주체로 참여시키는 국민중심 접근(에스더 모델 등)과 생애여정 기반 진입설계는 한국의 지역사회 통합돌봄 설계에 적용 가치가 높음
- 의료(Region)와 돌봄(Kommun) 간 책임·재정의 명확한 배분과 연계 기전(예: 지연 퇴원 비용)은, 의료·요양·돌봄 연속지원체계를 모색하는 본 연구과제에 직접적 시사점을 줌

④-1	리딩외 시정부 방문: 생활밀착 생애여정 기반 진입·연계 설계
일 시	2026.5.7.(목) 08:30 ~ 09:30
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 Katarina Ruben Ahlén, Linda Löfkvist,

◆ 스톡홀름 도심에서 다리를 건너 약 20분 거리의 섬 지역인 리딩외 시청에 도착함. 담당자가 시의 노인복지·진입체계 전반을 브리핑한 뒤, 인근 시니어 센터와 노인주거 시설로 이동하여 현장을 직접 관찰하는 일정으로 진행됨

○ [국민중심 의료이용] 생애여정 기반 진입단계 지원 전략

- 리딩외 시는 노인인구 비율이 약 32%로 이미 초고령사회에 진입해 있으며, 중앙정부의 방향성(예방 중심·접근성 제고)에 발맞춰 지역 맞춤형 진입·연계 전략을 수립·추진하고 있음
- 핵심은 시민을 시스템에 맞추는 것이 아니라, 시민이 건강할 때부터 → 조기 개입이 필요한 단계 → 전문적 개입 → 시설 이행에 이르는 삶의 여정을 세밀하게 설계하고, 각 단계마다 적절한 진입점과 연계 경로를 미리 배치하는 국민(people) 중심 사회서비스 재설계에 있음
- 이는 의료·돌봄을 '질병 발생 후 대응'이 아니라 생애 전 과정에서 연속적으로 작동하는 지원체제로 재정의한 것으로, 한국의 지역사회 통합돌봄 설계에 직접적 시사점을 줌

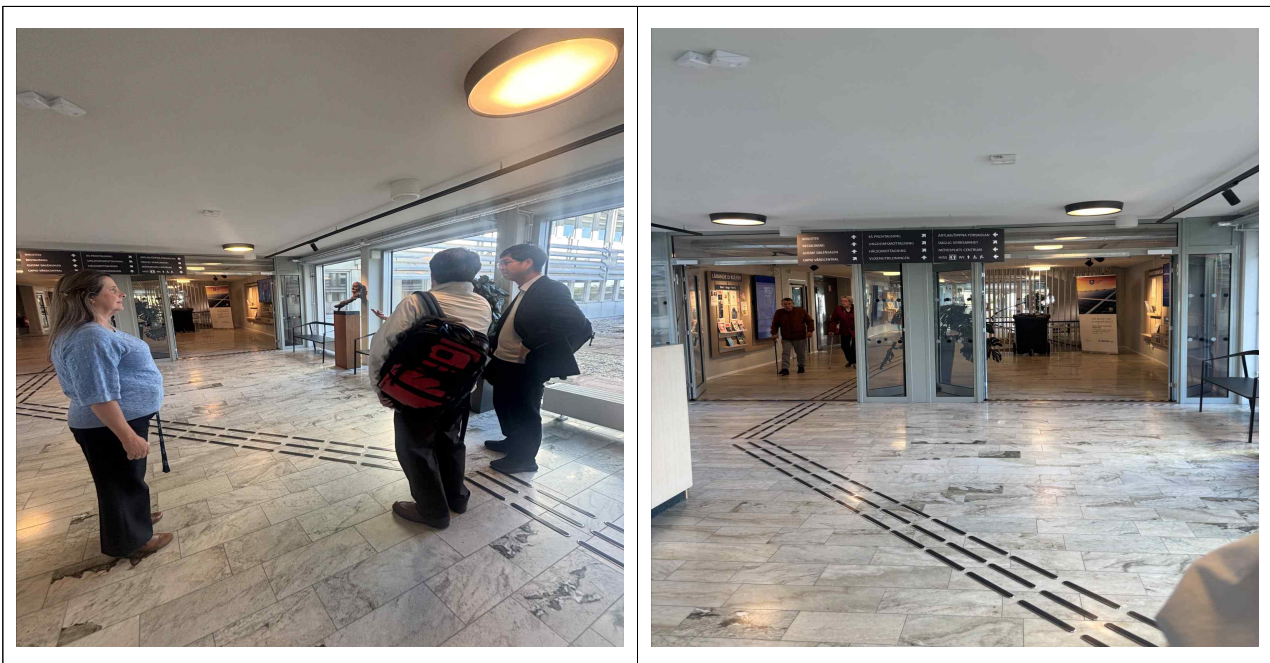
○ [진입단계 접근성·형평성] 주거·돌봄 연속체(care chain)와 단계별 진입 설계

- 리딩외 시는 일반주거(ordinärt boende) → 욕구사정형 안심주거(biståndsbedömt trygghetsboende) → 요양·돌봄주거(vård och omsorgsboende)로 이어지는 단계별 주거·돌봄 연속체를 정비하여, 노인이 상태 변화에 따라 적절한 단계로 자연스럽게 이행하도록 설계하고 있음(리딩외 미래 돌봄·주거 연쇄 보고서에 근거). 단계 간 단절이나 정보 공백 없이 다음 진입점으로 매끄럽게 연결되도록 한 점이 특징임
- (욕구사정 없는 1차 안전망) 65세 이상 시민은 별도의 욕구사정(behovsprövning) 없이 안심알람(trygghetslarm)을 신청할 수 있어, 낙상·급성 질환 우려 시 즉시 인력과 연결되는 1차 안전망이 진입 장벽 없이 제공됨. 알람·재가서비스 신청자에게는 인력이 신속·안전하게 진입할 수 있는 안심도어록(trygghetslås)도 함께 설치되어, '도움이 필요한 순간 즉시 닿을 수 있는' 물리적 진입 경로까지 확보됨

- (비용 배제를 막는 상한제) 돌봄 서비스 비용은 상한제(maxtaxa)로 관리되어, 재가돌봄·주간활동·안심알람·재가의료(hemsjukvård) 등을 합산한 월 최대 부담이 2026년 기준 월 2,660 SEK(약 29만 원)로 제한됨(주거비·식비는 별도). 이 부담액은 정액이 아니라 개인의 부담여력(avgiftsutrymme)에 따라 차등 부과되며, 소득에서 주거비와 최저생계비(minimibelopp)를 제하고 남는 금액이 없으면 돌봄 비용을 전혀 부담하지 않음. 즉 저소득 노인도 비용을 이유로 진입에서 배제되지 않도록 형평성이 제도적으로 보장됨. 또한 이 상한액은 보건복지청(Socialstyrelsen)이 물가기준액에 연동해 매년 산정하며 전국이 동일하여, 거주 지역에 따른 부담 격차도 발생하지 않음
- (선택권 보장) 요양·돌봄주거(vård och omsorgsboende)에는 공공·민간 운영 선택권(valfrihet)이 보장되어, 시와 계약한 민간 사업자와 공공시설 중 본인이 직접 선택할 수 있음. 진입 단계에서 '어디로 갈지'를 행정이나 일방 배정하는 것이 아니라 시민이 선택하도록 한 점에서, 국민중심 설계가 비용·주거 영역까지 일관되게 적용되고 있음을 보여줌

○ [일차의료 중심] 지역 내 경로 안내·연계 방향

- 시청 브리핑에서, 리딩외 시는 복지서비스(Kommun)와 일차의료(Region)가 시민의 생활공간을 거점으로 만나도록 연계 경로를 설계하고 있음을 확인함
- 이후 방문할 시니어 센터·노인주거시설이 그러한 '의료가 생활공간으로 들어오는' 진입 체계 전환의 실제 현장임을 사전 공유받음



④-2	리딩외 Senior Center 방문: 예방적 커뮤니티 케어와 일차의료 연계 현장
일 시	2026.5.7.(목) 09:30 ~ 12::00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 Linda Löfkvist, Isabel von Wachenfeldt

○ [국민중심 의료이용] 외로움·고립을 차단하는 예방적 커뮤니티 케어

- 시니어 센터는 단순한 여가 공간을 넘어, 노인의 가장 큰 보건학적 위험요인인 외로움과 정서적 고립을 선제 차단하는 예방적 커뮤니티 케어의 거점으로 운영되고 있었음
- 매일 신체활동·문화예술 프로그램이 다채롭게 제공되며, 노인이 '갈 곳'과 '할 일'과 '만날 사람'을 일상에서 확보하도록 설계되어 있어, 정서적 건강과 신체적 활력을 동시에 관리하는 진입 이전 단계의 건강증진 거점으로 기능함
- 단순 시설 제공에 그치지 않고, 거동이 불편한 재가 노인도 배제되지 않도록 이동·동행 바우처 서비스가 촘촘히 연계되어 '접근성'까지 함께 설계된 점이 인상적이었음

○ [의료이용 접근성] 일차의료가 생활공간으로 들어오는 진입체계

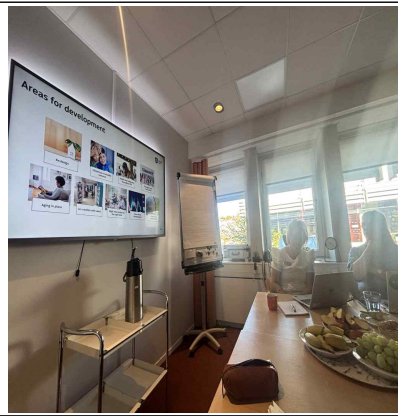
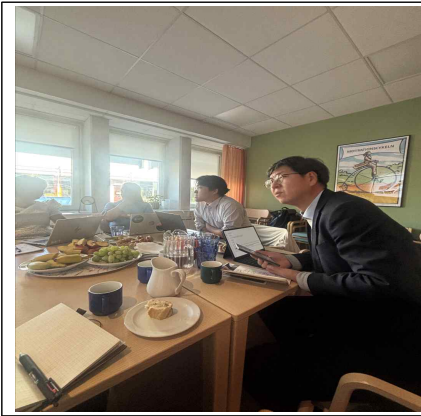
- 센터 내에 광역지자체(Region) 소속 일차의료 보건간호사가 정기 상주하며, 방문 고령자의 혈압·혈당 등 기초 생체지표를 상시 모니터링하는 협력 모델을 운영하고 있었음
- 이상 징후·수치 변화가 발견되면 즉시 지역 일차의료기관(Vårdcentral) 담당 의사에게 데이터가 실시간 연계되어, 만성질환이 급성기 중증으로 악화되기 전에 차단하는 생활 밀착형 선제적 헬스케어를 구현하고 있었음
- 이는 노인이 증상을 자각해 진료실 문을 두드릴 때까지 기다리는 것이 아니라, 의료가 노인이 매일 머무는 생활공간으로 먼저 들어오는 진입체계의 전환을 보여주는 사례임. 환자가 의료를 찾아가는 구조에서 의료가 환자에게 다가가는 구조로의 전환이 현장에서 작동하고 있음을 확인함

○ [일차의료 중심] Region-Kommun 협력의 현장 작동

- 시니어 센터(Kommun 운영 복지 거점)에 일차의료 인력(Region 소속)이 상주하는 모델은, 의료와 돌봄의 책임이 행정적으로 이원화된 스웨덴에서 두 주체가 시민의 생활 공간을 매개로 실제 협력하는 접점을 보여줌
- 복지(Kommun)와 의료(Region)가 별도 창구로 작동하면 발생할 수 있는 진입 공백

을, '한 공간에서의 상시 연계'로 메우고 있다는 점에서 '잘못된 문이 없는(no wrong door)' 진입 설계가 현장에서 구현된 사례로 평가됨

◆ "노인이 진료실 문을 두드릴 때까지 기다리지 않음. 우리는 노인이 매일 머무는 공간으로 의료와 돌봄을 가져감" *리딩외 시니어 센터 현장 면담 중 발언 요지*



④-3	Björnbo Seniorhousing(노인주거시설) 방문: 주거 이동 없는 Aging in Place 구현
일시	2026.5.7.(목) 14:00 ~ 16:00
장소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 Isabel von Wachenfeldt

○ [국민중심 의료이용] 의료·요양·주거가 결합된 복합 노인주거 모델

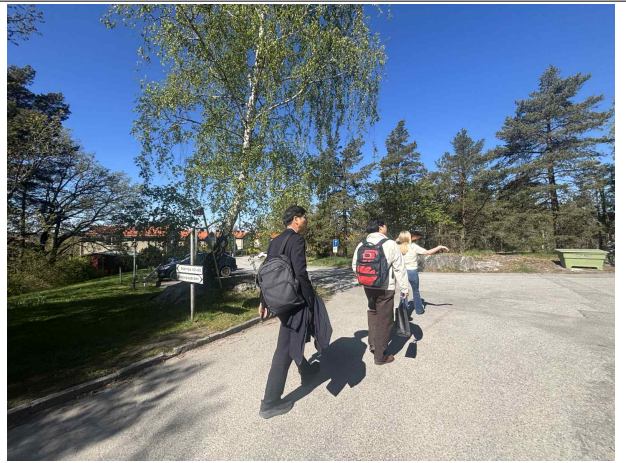
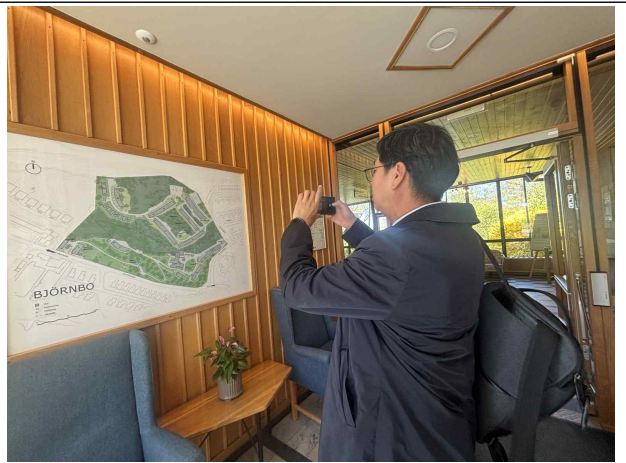
- 기존의 격리형 요양원(Nursing Home) 구조에서 탈피하여, 고령자가 완전한 독립성과 프라이버시를 누릴 수 있도록 설계된 현대식 아파트 형태의 복합주택 운영 실태를 현장 점검함
- 노인을 '관리 대상'으로 수용하는 시설이 아니라, 한 사람의 생활인으로서 자기 집에서 일상을 영위하도록 설계된 점에서, 사람을 시설에 맞추는 것이 아니라 시설을 사람의 삶에 맞추는 국민중심 설계 철학이 주거 영역에서 구현된 사례임

○ [의료이용 접근성] '찾아가는 서비스'를 통한 Aging in Place 구현

- 입주 노인의 건강 상태나 신체 기능이 저하되더라도 다른 전문 요양시설로 강제 이주할 필요 없이, 거주하는 기존 호실 내로 서비스가 직접 찾아오는 방식으로 운영되고 있었음
- 리딩의 시 소속 재가 돌봄인력(Kommun, 가사·목욕·식사 지원)과 광역지자체 소속 방문 간호사·의사(Region, 전문 의료처치·복약관리)가 한 거주공간으로 함께 들어와 다학제 통합 서비스를 제공하는 기전을 확인함
- 이는 상태가 악화될 때마다 노인이 새로운 시설로 이동하며 매번 의료·돌봄 진입 경로를 다시 찾아야 하는 부담을 제거하고, 주거지 자체를 변하지 않는 단일 진입점으로 고정한 것으로, 접근성 측면에서 매우 효과적인 설계임
- '주거의 이동 없이 생의 마지막 순간까지 자신이 살던 집에서 케어받는다'는 스웨덴 고령자 복지 철학의 실질적 구현 형태를 확인함

○ [진입단계 형평성] 경제적 취약계층을 배제하지 않는 재정 안전망

- 경제적 취약계층도 국가 및 지자체의 주거 보조금 제도를 통해 차별 없이 입주할 수 있는 재정적 안전망 구조를 점검함
- 양질의 복합 노인주거가 일부 고소득층의 선택지에 그치지 않고, 소득 수준과 무관하게 진입할 수 있도록 설계된 점에서, 앞서 확인한 돌봄 비용 상한제(maxtaxa)·부담여력 기반 차등 부과와 일관된 형평성 원칙이 주거 영역까지 적용되고 있음을 확인함



⑤-1	Swecare 방문 : 일차의료 중심 전환과 디지털 기반 접근성 동향
일 시	2026.5.8.(금) 9:00~12:00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 ANNA RIBY, Henriks Göran

○ 보건의료 민관협력(PPP) 허브 기관 Swecare 개요

- Swecare는 1978년 스웨덴 정부·지자체연합·무역위원회·기업들이 공동 설립한 재단으로, 학계·민간기업·공공부문이 함께 모이는 '트리플 헬릭스(Triple Helix)' 플랫폼이며, 스웨덴 보건의료·생명과학 제품과 서비스의 수출·국제화를 촉진하는 것을 목표로 함
- 6대 집중 분야로 ① 암 관리, ② 의료의 디지털 전환, ③ 건강한 노화 및 만성질환 관리, ④ 감염 예방·통제, ⑤ 스마트하고 안전한 병원, ⑥ 지속 가능한 의료를 중심으로 활동하며, 'HEALTHBYSWEDEN.COM' 플랫폼을 운영해 회원사를 전 세계에 소개함

○ [일차의료 중심] 'Nära vård'와 의료보장(Vårdgaranti)

- 스웨덴 의료는 국가(법률·정책)-21개 광역지자체(Region, 주된 의료 제공)-290개 기초 지자체(Kommun, 노인·장애인 돌봄)의 3단계로 고도로 분권화되어 있으며, 조세 기반의 보편적 보장성·형평성·접근성을 원칙으로 함
- 인구 고령화·의료인력 부족·비용 상승·지역 편차·만성질환 노인 증가 등 과제에 대응하기 위해, 병원 중심 치료에서 벗어나 환자와 가까운 일차의료 중심의 협력적 돌봄 모델('Nära vård')로 전환을 추진 중임
- (의료보장제, Vårdgaranti) '0-3-90-90' 원칙으로 일차의료기관 당일(0일) 연락, 3일 내 의학적 평가, 전문의 진료 90일 내, 진단 후 치료 개시 90일 내를 보장하며, 미충족 시 Region이 타 지역 진료를 주선·부담함. 2019년 일차의료 '7일 내 GP 방문' 보장이 '3일 내 의학적 평가'로 강화되어 자원을 상류(일차의료)로 더 투입하려는 방향을 보여줌. 다만 대도시에서는 90일 기준이 자주 초과되는 것이 현실적 한계임

○ [의료이용 접근성·형평성] 비용보호와 디지털 기반 접근성

- 진입단계 비용보호로 외래 본인부담 연간 상한 1,450 SEK(약 16만 원) 초과 시 면제카드(frikort) 발급·잔여기간 무료, 입원 1일 최대 130 SEK, 처방약 연 2,950 SEK(2026) 상한이 적용되며, 아동·청소년 및 85세 이상은 외래 진료비 전액 면제로 진입 장벽을 제도적으로 제거함

- 환자를 스스로 돌봄의 주체로 참여시키는 '에스더 모델(Esther Model)'을 채택하고, 원격 환자 모니터링(RPM)·AI 진료기록·정밀의료 등 디지털 인프라를 적극 도입해 접근성·효율성을 높이고 있음

※ Esther는 한 노인을 상징한 고유명사로, 환자를 중심에 두고 보건의료와 사회복지가 협력하는 체계를 상징적으로 표현한 것임

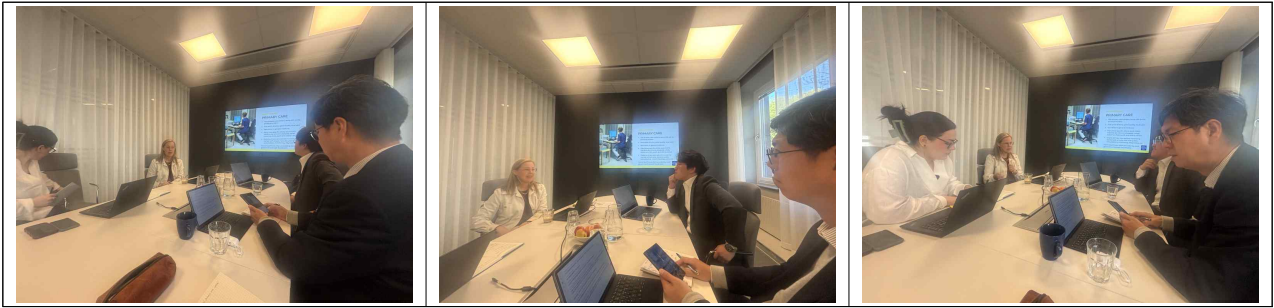
- 노인 돌봄에서도 요양원(특별주거) 입소 시기를 최대한 늦추고 자택에서 돌봄받는 '홈 케어'가 가능하도록 인프라 전반을 조율함

○ [국민중심 의료이용] 복지기술(Welfare Technology)과 산업 선순환

- 스웨덴 생명과학 분야에는 약 3,800개 이상 기업이 있어 인구당 기업 수가 세계 최고 수준이며, 전체 생산량의 50% 이상을 수출하는 두 번째로 큰 수출 부문임. 보건사회부가 대주주로 참여하면서도 100여 개 이상의 디지털 헬스케어·제약·혁신 의료기기 기업이 Swecare 회원사로 활동함
- 정부가 미래 보건의료 수요·초고령사회 대응 아젠다를 제시하면 민간이 기술 솔루션을 신속히 개발하고, Swecare가 이를 지자체(Kommun) 테스트베드와 연결해 노인 가구·요양시설에서 검증하는 규제 샌드박스형 산업 선순환 생태계를 구축하고 있음
- 노인의 독립적 일상을 돕는 복지기술 사례
- (야간 수면 모니터링, Digital Night Watch) 과거 야간에 인력이 직접 순회 방문하며 수면을 깨우고 사생활을 침해하던 분절적 방식을 대체함. 천장·침대 내장 센서가 호흡·맥박·움직임을 상시 모니터링해 낙상·응급 시에만 알람을 울려, 노인의 존엄성을 보호하고 야간 돌봄 인력의 노동 강도를 50% 이상 감축함
- (스마트 복약관리, Smart Medication) 만성질환 노인의 다제약물 오복용·누락 문제를 해결하기 위해 정해진 시간에 약봉투가 카트리지로 자동 배출되는 스마트 약상자를 보급함. 노인이 약을 수거하지 않으면 원격 관제센터·가족에게 즉시 알림이 전송되어 불필요한 방문 확인 비용을 줄이고 복약 순응도를 95% 이상으로 끌어올림

○ 지속적인 KIHASA-Swecare 협력 지원 논의

- Swecare는 한국의 의료·요양·돌봄 통합 과정을 지원하기 위해 지자체와의 연결을 수행할 수 있음을 밝힘
- 한국의 보건의료 혁신·AI 도입 등에 관한 사항을 Swecare와 지속 협력하기로 논의함



⑤-2	주스웨덴대한민국대사관 방문: 이형종 대사 면담
일 시	2026.5.8.(금) 15:00 ~ 17:00
장 소	스웨덴 (스톡홀름)
참석자	여나금 연구위원, 신현웅 보건의료정책연구실장, 김희년 부연구위원 이형종 대사, 이재연 전문연구관

○ 면담 취지 — 단편적 성공사례 차용의 경계

- 이 대사는 한국에서 스웨덴을 방문하는 다수 조사가 제도의 '성공한 단면'에만 주목하여, 그 제도를 가능케 한 배경·문화·재정 구조를 함께 보지 못하는 경향이 있음을 지적함
- 스웨덴 복지제도의 특정 장면만 떼어내 이식하려 하면 현실적 대안이 되기 어렵다는 점을 강조하며, 금번 출장은 혜택과 비용, 제도와 토양을 함께 살펴 균형 잡힌 시사점을 도출하는 기회가 되기를 당부함

○ [정책의 토양] 제도를 떠받치는 배경과 문화

- 스웨덴의 의료·돌봄 체계는 강한 지방자치와 높은 조세부담에 대한 사회적 합의 위에 서 있음. 개인소득에 대해 지방정부가 국세에 앞서 약 30%를 먼저 과세하고, 이를 통해 지자체가 의료(Region)와 복지·돌봄(Kommun) 재원을 자체 확보하는 구조임
- 고세율·고복지에 대한 국민적 수용성, 공공이 의료를 직접 제공(병원 운영까지 100% 공공의료제)하는 오랜 전통, 지방정부의 책임성에 대한 신뢰 등 제도를 떠받치는 문화적·역사적 토양이 한국과 근본적으로 다름을 명심할 필요가 있음
- 이러한 토양을 고려하지 않은 채 제도의 외형만 도입하면, 동일한 정책이라도 한국에서는 전혀 다른 결과를 낼 수 있다는 점이 공유됨

○ [의료이용 접근성의 명암] 공공재원·인프라 투자비용의 고려

- 스웨덴 의료는 일단 환자로 인정되면 높은 수준의 치료를 낮은 본인부담으로 받을 수 있으나, 그 이면에는 의료서비스 과소공급으로 접근까지 수개월을 기다려야 하는 대기 문제가 상존함. 보장성과 접근 속도가 맞교환(trade-off) 관계에 있음을 직시할 필요가 있음
- 비용 측면의 착시도 경계해야 함. 돌봄시설 입주자가 부담하는 비용은 월 평균 약 1만 SEK(약 1,000 USD) 이하로 낮아 보이나, 실제 시설 운영비는 입주자 납부 총액의 서너 배에 달하는 정부예산이 투입되어 운영됨. 즉 '낮은 본인부담'은 막대한 공공재원 투입의 결과이며, 이 인프라 투자비용을 고려하지 않으면 현실적 대안을 설계하기 어려움
- 민영화된 돌봄시설의 경우에도 토지·건물은 대부분 지방정부가 소유하고 민간은 계약에

의해 운영만 담당하는 사례가 보편적이어서, 공공이 인프라의 근간을 책임지는 구조라는 점도 함께 확인됨

○ [국민중심 의료이용] 진입·연계의 효율과 책임 배분

- (한국이 단일 보험자 체계를 갖되 의료서비스는 민간이 제공하는 것과 달리) 스웨덴은 지방정부가 의료보험과 서비스 제공을 함께 수행하여, 환자가 불필요하게 병원에 체류하는 문제가 크지 않으며 치료가 끝난 환자는 자연스럽게 돌봄 서비스로 이송되어 효율을 높이고자 함
- 다만 광역지방정부(의료)와 기초지방정부(돌봄)가 재원을 합리적으로 배분·책임지는 이슈가 있어 긴밀한 협업이 필요하며, 2026년에는 일차의료를 중심으로 접근성·사용자 중심 서비스·예방의료 개선을 추진 중임
- 기존 데이터상 스웨덴 노인은 평균 86세에 요양시설(senior housing)에 입주해 약 27개월 거주하며, 입주 전에도 약 80%가 재택요양(home care)을 받았음. 다만 기초지방정부는 고령인구 증가에 따른 전문인력 부족·비용 압박에 직면해 있음
- 기초지자체의 노인돌봄 비용은 2024년 1,660억 SEK(GDP의 약 2.6%, 약 171억 USD)를 기록하여, 고복지의 재정 부담 규모를 가늠하게 함

