



# 이슈분석

## *Issue Analysis*

미국의 희귀질환에 대한 의료 지원 정책 | 최은진

스웨덴의 보건의료·장기요양 재정 지출 효율화 사례 | 고숙자

현장 중심 역량 강화를 위한 영국 성인돌봄서비스 종사자 자격체계 | 어유경

고령자 대상 주거지원 정책: 영국과 일본을 중심으로 | 노현주, 강지원

# 스웨덴의 보건의료·장기요양 재정 지출 효율화 사례<sup>1)</sup>

Health Care Financing Efficiency in Sweden

고숙자(한국보건사회연구원)

Ko, Sukja(Korea Institute For Health And Social Affairs)

스웨덴은 복지 구조를 유지하기 위한 정부의 재정 지원 강화, 중앙과 지방의 명확한 역할 분담, 노인돌봄서비스 강화를 통한 서비스 질 향상, 보건의료·장기요양인력의 효과적인 활용과 증대, 서비스 효율화를 위한 구조적 개혁 사례를 보여 주고 있다. 최근에는 서비스의 분절화를 막기 위해 보건·복지 통합 서비스를 제공하고 있으며, 탈시설화를 통하여 재정의 지속가능성을 확보하고, 에델 개혁과 장기요양제도 정비를 통해 기초자치단체를 중심으로 효율적인 노인복지 정책을 시행하고 있다. 진료와 돌봄, 복지서비스를 기초자치단체에 통합시킴으로써 전달체계의 분절성을 완화하고, 사회적 입원에 대한 지불 책임도 부과함으로써 사회적 입원을 줄이며, 기초자치단체가 지역사회에 적합한 돌봄과 퇴원 환자 관리를 할 수 있게 되었다. 우리나라도 환자 의료전달체계에서 중앙과 지방의 역할 분담과 책임을 명확히 하고, 지역 중심의 전달체계 속에서 의료 및 장기요양서비스 공급과 재원 조달이 효율적으로 작동할 수 있는 기전을 마련할 필요가 있다.

## 1. 들어가며

우리나라를 포함한 많은 국가들이 당면한 보건의료체계의 개혁 과제로는 인구고령화, 급격한 의료비 증가와 정부 재정의 지속가능성, 보건의료 접근성, 의료체계의 효율성 등이 있다. 경제협력개발기구(OECD) 회원국에서 보건의료 개혁을 필요로 하는 요인으로, 보건의료 및 장기요양에 대한 지출 증가와 이에 따른 정부 재정 지출 증가, 접근성 및 예산 배분 문제, 보

1) 이 글은 한국보건사회연구원에서 수행한 『보건의료 재정 지출 효율화를 위한 사례 연구』(고숙자 외, 2021)의 일부 내용을 발췌한 것이다.

건의료서비스 공급에서의 비용 및 효율성 문제 등이 작용하고 있다. OECD 회원국 대다수에서 국민 의료비가 증가하고 있는데, 특히 우리나라의 증가율이 상당히 높다. 일반적으로 소득이 증가하면 의료에 대한 수요가 증가한다고 할 수 있다. 의료비 증가 추세가 사회 전체적으로 부적절하다는 것은 아니다. 다만 적절한 의료비 수준으로 효과적으로 지출하는 체계가 중요하다는 것이다. 즉, 보건의료서비스에 대한 수요 증가가 소득 증가보다 높은 경우 또는 의료기술의 발달로 인한 비용 증가에 비해 상대적으로 의료 질 향상을 보장받을 수 있는 경우에는 정부의 재정 지출 증가는 사회적으로 후생을 더 높일 수 있는 긍정적인 방향이라고 할 수 있다. 이와 같이 보건의료 재정 지출 증가가 보건의료 개혁이라는 압력 요인으로 작용할 수는 있지만, 당연한 인과관계로 설명할 수는 없다.

그러나 대부분의 국가에서 정부 재정 지출 중 보건의료비가 차지하는 비중이 점차 높아지고 있으며, 이는 공공 부문의 재정적자 요인으로 작용하고 있다. 보건의료 분야의 재정은 대부분 사회보험 또는 조세로 충당하고 있으며, 공공 부문에서 보건의료서비스를 공급하기 위한 주도적 역할을 담당하고 있다. 이와 관련하여 지속적으로 제기되는 보건의료 개혁은 많은 국가에서 다양한 시점에 다양한 여건으로 시작된다고 할 수 있다. 개혁의 시작은 각 국가의 재정적 여건, 제도상의 규제, 전달체계 내에서의 인센티브, 경제적 상황 등과 관련하여 지니고 있는 문제점을 해결하기 위해 다양하게 시도되고 있다.

그리고 각 국가가 지니고 있는 문제가 유사하다고 하더라도 보건의료에 대한 이해관계자의 가중치가 다르며, 문제를 해결하기 위한 과정에서 정치적 우선순위가 달라지게 된다. 예를 들어, 보건의료 재정의 지속성을 유지하기 위해 본인부담을 늘리거나 의료공급자에게 부여하는 급여의 인상 속도를 늦추는 등의 모습으로 나타날 수 있다. 이러한 과정에서 보건의료 접근성 및 만족도의 문제, 의료의 질 또는 대기 시간 증가의 문제가 수반될 수 있다.

이 글에서는 우리나라보다 고령화를 먼저 겪고 있으며 보건의료 재정의 지속성을 위해 개혁을 수행한 스웨덴의 사례를 중심으로 보건의료 재정을 어떻게 효율적·합리적으로 관리하고 있는지 살펴보고자 한다. 고령사회의 사회적 영향은 동일하지 않고 재정적 영향의 규모 또한 예측이 어려운 영역이나, 외국의 의료 재정 운용에 대한 경험을 분석해 향후 우리나라 의료보장제도가 당면하게 될 과제를 예측하고 사전적인 대응 방안을 모색할 수 있을 것이다. 이에 이 글에서는 스웨덴 복지국가의 의료보장을 위한 조세·재정체계의 구조를 살펴보고, 의

료 재정 지출 및 관리의 합리화·효율화를 위한 제반의 정책 사례를 고찰하여 시사점을 도출함으로써 초고령사회에 직면한 우리나라의 의료 재정과 관련한 당면 과제를 추론하고 대응 방안을 모색하고자 한다. 그리고 경제·사회구조의 변화에 대응하여 유럽 복지국가들이 경험한 보건의료 재정 개혁 사례를 고찰하고, 우리나라에 주는 시사점을 도출하고자 한다.

## 2. 스웨덴의 보건의료·장기요양 체계의 변화

스웨덴에서 보편적 의료제도는 1955년부터 모든 국민을 위한 의료보험제도가 시행된 이후 상병수당 지급과 함께 본격적으로 발전했다. 이후 1982년 「스웨덴 보건의료서비스법(the Swedish Health and Medical Services Act)」에 따르면, “보건 및 의료서비스는 전 국민의 보건의료서비스를 동등한 조건으로 보장하는 것을 목표로 하며, 모든 사람의 동등한 가치와 개인의 존엄성에 대한 적절한 예우를 갖추어야 하고, 보건의료가 가장 필요한 자를 우선으로 해야 한다.”고 명문화하고 있다(Anell, Glenngård, & Merkur, 2012, p. 18). 이 법은 1980년에 사회서비스법이 제정됨으로써 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합에 기여하였다. 스웨덴의 보건의료 정책은 1980년대 말부터 재정적 어려움에 직면하게 되는데, 이로 인해 1992년에 델 개혁을 위시해 대대적인 구조 개혁을 하게 된다. 보건의료제도의 재정 문제는 당시 전 세계적으로 가장 큰 문제로 인식되었으며, 이를 극복하기 위해 스웨덴은 민간의료 및 경쟁의 개념을 도입하게 되었다.

스웨덴의 의료 및 복지서비스의 대전환은 1992년 실시된 에델(Äldre) 개혁에서 시작된다. 에델 개혁의 ‘에델’은 1990년에 출범한 고령자위원회(Äldredelegationen)의 Äldre에 쓰인 ‘Ä’와 delegationen의 ‘del’이 결합한 합성어이다. 에델 개혁의 본격적인 시작은 고령화위원회 출범 이후지만, 그 이전에 에델 개혁이 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.<sup>2)</sup> 당시 보건의료를 담당하는 란스팅과 사회복지서비스를 제공하는 코

2) 스웨덴의 행정체계는 중앙정부와 지방정부로 구분할 수 있으며, 지방정부는 다시 광역자치단체와 기초자치단체로 구분할 수 있다. 광역자치단체는 렌(Län)과 란스팅(Landsting)으로 구분되는데, 렌은 도 단위의 경제 발전 계획, 건설, 환경 등 국가 균형 발전을 위한 행정 업무를 담당하고, 란스팅은 도 단위 주민 서비스인 교통, 의료 등의 업무를 담당한다. 기초자치단체는 코뮌(Kommun)으로 구분할 수 있으며 지역 주

문의 기능이 명확히 구분되지 않아 지역 간 서비스의 범위와 질이 다르게 나타났다. 또한 업무 간 연계가 잘 이루어지지 않아 지역을 옮길 경우 일관된 서비스 제공이 어려워, 이를 일원화하여 업무의 효율성을 높이고 서비스 질을 높이고자 하였다(Anderson & Karlberg, 2000). 둘째, 급속히 진행되는 고령화에 대비할 필요가 있었다. 1990년 이후 80세 이상의 후기 고령자 인구가 증가할 것으로 예상됨에 따라, 후기 고령자에게 필요한 보건의료서비스나 사회복지서비스에 대한 준비가 필요했다(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 장기요양시설의 본인부담액은 전반적으로 동일했지만, 코뮌에서 운영하는 노인복지시설은 훨씬 저렴한 비용으로 이용할 수 있었다. 이러한 본인부담금의 차이는 향후 사회 갈등을 일으킬 수 있기 때문에 이에 대한 개선이 요구되었다(Anderson & Karlberg, 2000).

1992년, 에델 개혁이 시행되어 장기요양 입원 진료 및 노인돌봄에 대한 책임이 광역의회

표 1. 스웨덴의 의료비 관리 정책의 전개

| 1970년대  | 1980년대  |                              | 1990년대 이후  |
|---|---|------------------------------|--|
| 대기 기간   | 에델 개혁   | 지자체에 의한 내부 시장 도입             | 주치의, 자유기관 의사제  |
| 의사가 수술 등의 필요성을 인식한 이후 3개월을 초과하여 대기하는 경우에 지역은 병원에 대한 지불을 하지 않음 | 지역의 소관으로 있는 장기요양병원들을 넘성함으로서 코뮌에서 운영 병원 치료 후 5일이 경과할 경우, 코뮌이 받지 않는 경우, 코뮌이 비용 부담 | 의료 공급에 시장을 도입, 절반가량의 지역에서 실행 | 지역과 계약기관으로 있지 않은 민간기관 의사에 대해 인두제에 따라 지역으로부터 보수를 받음<br>지역에서 주민이 가정의를 선택할 기회를 제공할 책임이 있음<br>가정의 이외의 민간 전문의에 대해서는 요건을 만족하는 경우 지역이 보수를 지불함 |

자료: 저자 작성.

민들의 일상생활과 밀접한 관련이 있는 사회서비스 업무를 주로 제공한다. 예를 들면, 보육, 초·중·고등학교 교육, 노인 재가서비스, 장애인 서비스 등의 사회복지서비스를 담당하고 있다. 현재 스웨덴에는 21개의 렌과 20개의 란스팅, 290여 개의 코뮌이 있다.

에서 기초자치단체로 이관되었고, 몇 년 후에는 신체장애인들에 대한 돌봄의 책임 (Handikapp-reformen, 1994년)과 장기 정신질환을 앓고 있는 사람들을 위한 책임 (Syciatri-reformen, 1995년) 또한 기초자치단체가 맡게 되었다. 기초자치단체의 돌봄과 사회서비스 간 통합을 통해 서비스를 개선하려는 목적 아래 이러한 개혁을 시행하였고, 이에 따라 전체 광역의회 보건의료 지출의 약 5분의 1이 기초자치단체로 이양되었다. 이처럼 1990년대의 개혁은 중앙정부와 지방정부 간 책임 분담을 명확하게 한 것과는 관련이 있다고 할 수 있다.

2000년 이후의 개혁 이니셔티브는 ① 병원의 서비스 전문화 및 집중화 ② county council 간 합병 등 보건의료서비스 재조직 ③ 노인을 위한 통합 돌봄 개선 ④ 공급자 선택 확대 및 민영화 등 일차의료 개선 지원 ⑤ 약국의 민영화 및 경쟁 도입 ⑥ 의약품, 치과서비스에서의 보조금 및 본인부담제도 변화 ⑦ 의료 질과 효율성 지표에 대한 공적 비교, 보건의료 투자 가치에 대한 관심 증대의 7개 영역으로 구분할 수 있다(Anell et al., 2012, pp. 103-104).

스웨덴 정부는 사회보험청(Socialstyrelsen)에서 에텔 개혁을 실시한 후 약 5년간 모니터링을 하여 그동안의 성과를 보고서로 발표했다(Socialstyrelsen, 1996). 이 보고서에서 제시하고 있는 에텔 개혁의 성과는 크게 세 가지로 축약할 수 있다. 첫째, 병원 응급실과 노인병원에서 사회적 입원 환자가 대폭 감소했다. 스웨덴 내 응급병상은 에텔 개혁 실시 전 15%(1990년)였으나 개혁 실시 직후 조사에 의하면 약 7%(1992년)까지 감소한 것으로 나타났다. 노인병상은 20.8%(1992년)에서 12.7%(1996년)로 감소하여, 그 효과가 큰 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 또한 환자의 입원에서 퇴원까지의 기간이 단축되었는데, 응급병상은 평균 13일(1990년)에서 2일(1996년)로 단축되었고, 노인병상은 36일(1992년)에서 9일(1996년)까지 단축된 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 이는 사회적 환자를 담당하는 코문에 경제적 인센티브를 부과함으로써 나타난 결과이다(Socialstyrelsen, 1996). 둘째, 노인돌봄 기능이 코문으로 이관됨에 따라 란스팅과 코문 간 책임 소재에 대한 논란이 줄어들어 실제 노인돌봄 관련 분야에서 체계를 갖추게 되었다. 또한 노인을 위한 특별주거의 거주 환경도 개선되는 효과가 있었다. 셋째, 코문이 너싱홈을 담당함에 따라 코문이 주민들에게 제공하는 의료서비스 기관에 전문 간호사를 두도록 의무화했고, 이를 통해 전문 간호사가 증

가하는 계기가 되었다.

반면, 에델 개혁의 성과 외에 개혁으로 인한 향후 문제점으로 지적된 것은 다음과 같다(Socialstyrelsen, 1996). 첫째, 응급병동의 평균 재원일수가 단축되면서 생애말기 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 간호사 중심으로 제공되는 의료서비스에 한계가 나타났다(Socialstyrelsen, 1996). 또한 노인을 위한 특별주거에 입소하려는 노인들을 케어하기 위한 대비가 미흡함에 따라 이에 대한 새로운 정책이 반드시 수반될 필요가 있다. 둘째, 1990년 말부터 특별주거의 정원이 줄어들고, 방문 재가 간호 서비스의 중요성이 더욱 증대되었다. 따라서 노인에 대한 홈 헬프 서비스에서 기존보다 더 높은 수준의 케어가 필요해짐에 따라 일반 재가 노인은 가족 돌봄에 의지할 수밖에 없는 부작용을 초래했다(Socialstyrelsen, 1996). 셋째, 재가 고령자에 대한 방문 간호가 기존 란스팅에서 코뮌으로 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 질환을 앓는 환자가 퇴원 후 집에서 제대로 된 치료를 받지 못해 사후 관리에 대한 문제점이 제기되었다. 중증 환자의 재가 서비스에서 약 60%가 친인척에게 재활을 의지하고 있었으며, 6시간 이상 혼자 시간을 보내야 하는 환자도 약 30%에 달하는 것으로 나타났다(Socialstyrelsen, 1996).

장기요양서비스의 시장화 논리하에서는 경제적인 소득 수준에 따라 소비자의 후생이 달라지게 된다. 소비자 선택 모델은 세금공제와 함께 이원화된 복지제도(care system)를 형성할 가능성이 있다(Peterson, 2017). 즉, 경제적으로 여유가 있는 노인은 민간 서비스를 통해 질 좋은 서비스를 이용하는 반면, 그렇지 않은 계층은 서비스와 시간이 제한적인 요구도 평가에 의한 서비스만을 이용하게 된다. 세금공제의 결과, 재가서비스는 교육 수준이 낮은 노인이 가정요양(family care)을, 교육 수준이 높은 노인은 민간 서비스를 택하는 경향을 야기하였으며, 또한 소득에 비례해 서비스 요금이 결정되는 방식은 고소득 노인을 공공 재가서비스가 아닌 장기요양시장에 관심을 갖도록 유도함으로써 스웨덴의 재가서비스는 보편적 서비스로서의 자리를 위협받고 있다고 평가되기도 한다(Peterson, 2017).



### 3. 스웨덴의 보건복지 자원 조달 및 재정 구조

#### 가. 조세체계의 개요

스웨덴은 조세 수입을 바탕으로 저소득층을 포함한 전 국민에게 사회보장서비스를 제공하고 있다. 1960년대와 1970년대를 거치면서 사회복지제도 확대와 더불어 재정 지출도 증가하였다. 이로 인해 1970년대 초 세제 개혁을 통해 누진적 조세를 강화했고, 사회보장세 및 소비세 등을 높이면서 늘어나는 재정 지출을 충당해 왔다(김인춘, 박지현, 2013). 스웨덴은 복지국가를 표방하며 많은 재원을 보편적 복지를 위한 비용으로 사용했고, 이를 감당하기 위해서는 안정적인 자원 확보가 중요했다. 1960년대부터 확대되기 시작한 복지 지출은 80년대에 이르러 급격히 증가했고, 주요 재원은 높은 세율의 소득세, 다양한 간접세 및 법인세와 고용주의 높은 사회보장기여금 부담 등으로 구성되었다(하능식, 2016). OECD 자료를 통해 조세 부담 수준을 국제적으로 비교해 보면, 스웨덴의 2019년 총조세 부담률은 국내총생산(GDP) 대비 42.9%로 상대적으로 세 부담 수준이 높은 것으로 나타난다(OECD, 2019b). 세원별 비율을 살펴보면, 소득과세가 높고 사회보장기여금은 중간, 재산세는 비율이 낮은 것으로 파악된다.

표 2. OECD 주요국의 세원별 비율: 2019년 기준

|         | 총조세 대비 세원별 비율 |      |           |      |      |      | GDP 대비 비율 |
|---------|---------------|------|-----------|------|------|------|-----------|
|         | 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*. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 2020. 12. 1.



스웨덴의 정부별 세수 비율을 비슷한 형태의 국가들과 비교해서 살펴보면, 총세수의 절반 정도는 중앙정부에 해당하고, 지방정부 세수는 비교 국가 중에서 가장 높으며, 사회보장기금은 비교적 낮은 것을 확인할 수 있다.

표 3. OECD 주요국의 정부별 세수 비율: 2019년 기준

(단위: %)

| 국가   | 중앙정부 | 지방정부 | 사회보장기금 |
|------|------|------|--------|
| 스웨덴  | 52.2 | 35.1 | 12.1   |
| 핀란드  | 49.2 | 22.7 | 27.9   |
| 프랑스  | 33.6 | 13.5 | 52.5   |
| 이탈리아 | 56.8 | 11.7 | 31.0   |
| 덴마크  | 72.7 | 27.0 | 0.0    |
| 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. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 2020. 12. 1.

표 4. 스웨덴 전체 보건의료비 대비 공공 부문 보건의료비의 분야별 비율 추이

(단위: %)

|      | 입원   | 외래   | 장기요양 | 부가  | 의료용품 | 예방  | 전체 중 공공 비율 |
|------|------|------|------|-----|------|-----|------------|
| 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. (2019b). Revenue Statistics 2020-Tax revenue trends in the OECD. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 2020. 12. 1.

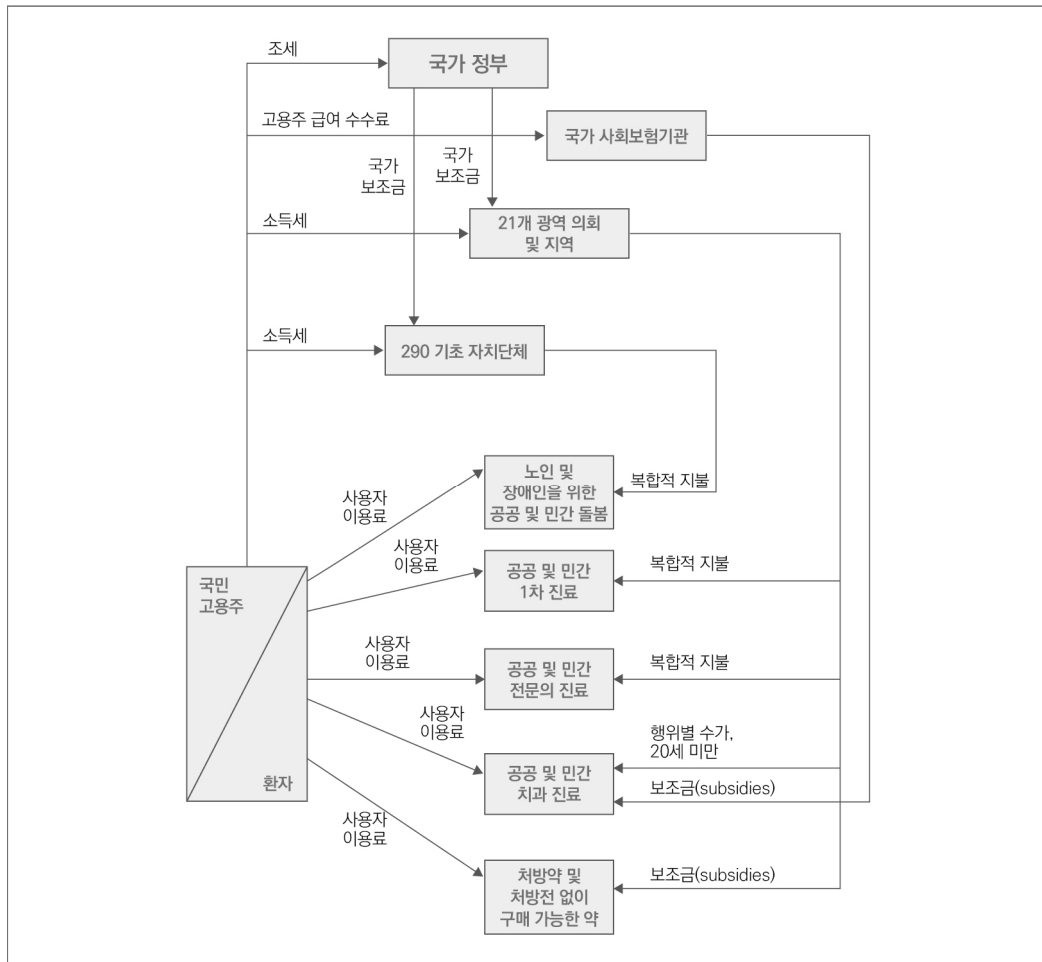
## 나. 지방 재정 수입 및 지출

스웨덴의 보건의료체계는 주로 세금을 통해 재원을 조달한다. 광역의회와 기초자치단체 모두 각 인구에 비례하여 소득세를 부과하고, 지방세에 의한 보건의료서비스의 자금 조달은 중앙정부가 사용자 부담으로 보충한다. 치과 진료에 대한 보조금은 국가 사회보험에 의해 지

급되고, 스웨덴 사회보험청은 주로 고용주 급여 수수료(employer payroll fees)를 통해 수입을 확보하며, 처방약에 대한 보조금은 광역의회에 국고보조금을 통해 지급된다. 상한선이 있는 만큼, 광역의회의 수입이 처방약을 통해 증가하는 것은 제한된다.

스웨덴의 광역의회와 기초자치단체 모두는 그들이 제공하는 서비스를 보장하기 위해 소득에 비례하는 세금을 부과한다. 지방자치의 원칙은 광역의회 및 기초자치단체가 자신들의 지역 여건을 참고하여 그 활동을 설계·구축할 수 있다는 것을 의미하며, 광역의회와 기초자치단체도 국고보조금과 사용자 부담금을 통해 재원을 확보한다. 지방 당국이 지방 소득세 수준

그림 1. 스웨덴의 보건으로 재정 흐름

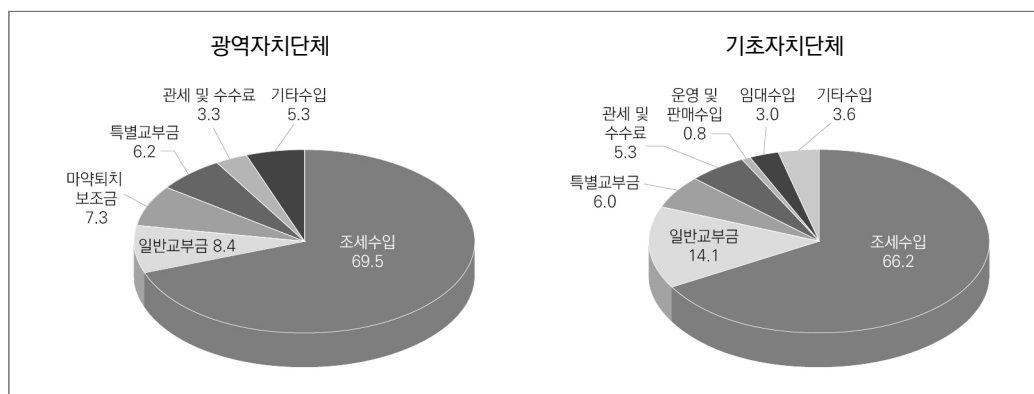


자료: Anell, A., Glengård, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden Health System Review. *Health Systems in Transition*, 14(5), p. 57을 저자 재작성.

을 결정하는 세금의 수준은 광역의회와 기초자치단체마다 다르다. 지방자치단체는 세율을 자율적으로 정할 수 있고, 확보한 예산의 사용도 자유로운 편이다. 전체 지방 세입 중 지방세의 비율이 광역자치단체는 69.5%, 기초자치단체는 66.2%로 매우 높은 수준이다(Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

지방의 주요 수입원인 조세 외에 높은 비중을 차지하는 수입은 교부금으로 광역자치단체의 일반교부금은 8.4%, 기초자치단체의 일반교부금은 14.1%이며, 특별교부금은 광역자치단체 6.2%, 기초자치단체 6.0% 정도이다.

그림 2. 광역자치단체 및 기초자치단체 세입 구성: 2019년

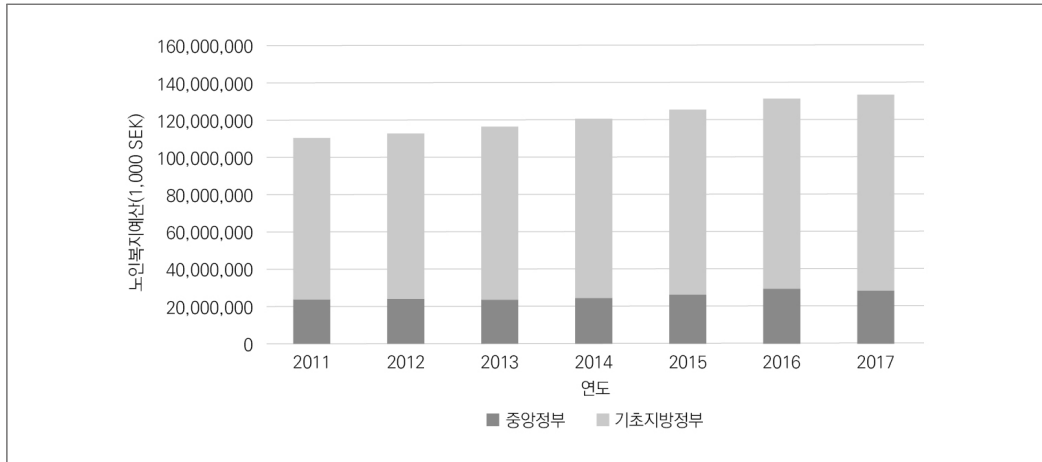


자료: Sveriges kommun och regioner. (2021). *Diagram för kommunerna*. Retrieved from <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektorisiffror/diagramforkommunerna> 2021. 1. 5.

2019년 현재 광역자치단체 세출의 기능별 비율을 살펴보면, 전문진료(46.5%), 1차진료(15.6%), 교통 및 수송(9.6%), 기타 보건의료(8.0%), 정신치료(7.3%), 보건(6.6%), 지역 개발(2.7%), 치과 치료(3%), 약물 치료소(0.6%) 등 예산의 약 87.4%가 보건의료 관련 사항으로 지출되는 것을 확인할 수 있다(Sveriges Kommuner och Regioner, 2021).

스웨덴 장기요양 재원은 중앙정부가 전체 관련 재정의 약 21%를 차지하고 있고, 나머지 약 79%의 재정(1,056억 크로나)은 코뮌이 담당하고 있다(Socialstyrelsen, 2018; 구미영 외, 2018, p. 100에서 재인용).

그림 3. 스웨덴 노인요양서비스 자원 현황(2011~2017년)



자료: Socialstyrelsen. (2018). *Statistics on elderly and persons with impairments – Management form 2017*. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-22> 2020. 11. 30.; 구미영, 이재경, 천재영, 박수경, 김진석, 최경숙, 이정민. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례연구: 노인요양보호사를 중심으로. p. 101의 자료 정리 결과를 재인용.

#### 다. 지방정부의 재정 형평화

스웨덴은 모든 시민에게 보편적 복지를 제공하는 것을 목적으로 하며, 특히 거주지와 상관 없이 동등한 수준의 사회복지서비스가 제공되도록 노력하고 있지만, 지방자치단체 간 경제적 여건의 차이는 복지서비스 질의 차이를 발생시킬 수 있기에 지방 재정 조정 제도인 지방 재정 형평화 제도를 실시하고 있다.

1990년 이전까지 스웨덴의 지방정부는 자체적으로 세율을 정할 수 있었지만, 과도한 세율로 인해 지역민의 불만이 고조됨에 따라, 지역적 형평성을 유지하기 위해 1990년 이후 정부가 세율을 결정하는 것으로 수정됐다. 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 국고보조금을 삭감하는 페널티를 부과하기도 하였다(홍세영, 박현숙, 2019). 평준화는 광역자치단체와 기초지방자치단체에 각각 시스템이 구축되어 있으며, 크게 소득 평준화와 비용 평준화로 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 기준보다 높은 납세력

을 지닌 지방자치단체는 정부에 대금을 지불해야 한다. 비용 평준화는 각 지방자치단체의 구조적 비용을 평준화하는 것이다. 이는 인구적 특성이나 지역적 특성에 따라 추가로 발생하는 비용에 대해 국가가 지불하는 것이라 할 수 있다.

#### 4. 스웨덴 달라르나 지역의 보건의료 재정 지속가능성을 위한 지출 효율화 사례<sup>3)</sup>

여기에서는 스웨덴 달라르나 지역에서 보건의료의 재정적 위험 상황에 대처하고 보건의료 재정의 지속가능성을 확보하기 위해 수행한 지출 효율화 사례를 제시하고자 한다. 스웨덴은 보건의료체계가 분권화되어 재원과 서비스 공급이 21개 지역(각 지역의 주민에 의한 세금 수입이 있음)의 책임하에 관리되고 있으며, 보건의료 재원은 지역 소득세 75%와 정부 보조금을 주요 수입원으로 하여 운영된다. 달라르나 지역은 2014년에 경제위기에 당면했다. 이러한 상황에서 지출 효율화를 위해 시행할 수 있는 방안을 ① 전반적인 삭감 ② 경영 효율화 ③ 프로그램 감소 ④ 자본 및 투자 감소 ⑤ 구조적 개혁의 다섯 가지 유형으로 구조화할 경우, 달라르나 지역은 전반적인 삭감 정책이나 투자 지출 감소를 통해 경제적 위기를 해결하기보다는 경영 효율화와 프로그램 감소, 구조적 개혁을 통해 개선하려 하였다.

보건의료 구조조정에서 경영적 측면의 예산 삭감(20%), 프로그램 감소(42%), 구조적 개혁(42%)과 같은 전략적인 감축을 적용하였지만, 전반적 감축 전략법을 주된 전략으로 선택하지는 않았다.

다양한 서비스 감소, 서비스 공급의 표준화를 통해 프로그램 공급을 줄인 결과, 주민들의 보건의료 접근성과 질을 떨어뜨렸으나, 장기적인 관점에서는 효율성이 낮은 프로그램을 폐지하고, 서비스 업무의 표준화와 지역 간 병원 통합을 통해 업무의 효율을 높이고, 불필요한 예산을 절감하는 효과를 가져올 것으로 예상된다. 달라르나의 구조적 개혁이나 프로그램 감소는 장기적 관점에서 재정적 위험에 대처할 수 있게 하지만, 구조적 개혁은 전형적으로 시행하는 데 시간이 많이 소요되고 그 결과를 예상하기가 어렵기 때문에 구조적 개혁에 대한 장기적 관점의 영향은 현재로서는 불확실하며 평가하는 데 한계가 있다.

달라르나 지역에서 시행한 60%의 구조적 개혁은 보건의료시설과 병원 단위의 통합이었지

3) Moberg & Fredriksson(2020)을 주로 참조하였다.

만, 이러한 방안은 주민들의 보건의료 접근성을 악화시킬 우려가 있다. 프로그램 감소가 달라르나의 공공 재정을 장기적 관점에서 지속 가능하게 하지만, 이러한 방안을 채택하기 전에 주민의 수요와 접근에 대한 평가가 이뤄져야 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. 다만, 2017년의 자료에서는, 병원의 중앙집권적 통합이 서비스 질을 높인다는 전제하에 72%의 스웨덴 국민이 전반적으로 병원 통합·축소에 긍정적인 편이라고 제시하고 있다.

종합해서 보면, 달라르나 지역에서는 경영 측면의 감축, 프로그램 감소, 구조적 개혁의 조합으로 보건의료 구조조정 방안을 집중적으로 시행하였고, 진료 공급을 줄이는 것보다는 진료비 증가나 서비스 시설 통합에 의한 지출 감소를 중심 목표로 하여 시행하였다. 다만, 해당 지역은 제안된 구조적 개혁과 실행계획에 대한 분명한 평가가 없기 때문에, 앞으로 진행될 구조조정 프로그램의 재정적 영향을 측정하는 데 다소 어려움이 있다. 따라서 단기적 관점의 구조조정 방안은 예상된 예산 절감을 달성하였는지, 어떠한 범위까지 장기적 관점의 방안이 예상된 예산 절감을 이끌어 낼 수 있는지 등을 말하기에는 시기적으로 이른감이 있다 (Moberg & Fredriksson, 2020). 이러한 방안은 지속 가능한 보건의료를 위한 하나의 요소에 불과하기 때문에 서비스 접근과 질에 어떻게 영향을 미치는지 등을 추적해 볼 필요가 있다.

## 5. 나가며

보건의료비 지출이 모든 국가에서 지속적으로 증가함에 따라, 각 국가의 보건의료체계에서 재정의 지속가능성 측면에서 중요한 과제가 되고 있다. 경제성장의 개념을 이해하기 위해서는 각 국가가 도입하는 정책 및 정책의 오류, 특히 위기 상황에서 국가마다 채택하는 정책의 차이를 이해하는 것이 필수적이다. 보건의료비 지출에는 1인당 소득, 보건의료체계 요소, GDP, 사회경제적 특성, 도시화 수준 등이 영향을 준다. 의료비 지출 증가 문제는 다각도의 측면에서 발생한다. 의료비 지출 관리는 국가마다 다양하게 나타나며, 한 국가 내에서도 지역에 따라 다양하게 나타난다. 예를 들어, 1인당 지출의 규모는 재정적·정책적 결정에 따라 관리 방식이 다양하다. 북유럽 국가들은 1995년 이후부터 가장 큰 경제위기를 경험하였는

데, 경제위기 이후 회복 과정은 국가마다 달랐다. 그중 스웨덴이 가장 빨리 회복하여 2010년에 연평균 GDP 성장률이 6%에 가까운 성장을 보였다. 경기침체 또는 저성장은 보건의료체계의 우선순위 설정에 변화를 주는 중요한 요소로 작용한다. 저성장은 미시·거시경제에 영향을 주며, 이는 정부가 공공보건 부문에 대한 투자 방식을 결정하는 데 영향을 주게 된다. 정부는 공공보건 부문에 대한 투자 방식을 결정하는 데 영향을 주게 된다.

스웨덴의 선형적 사례가 우리나라에 주는 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 복지 구조를 유지하기 위한 정부의 재정 지원이 강화될 필요가 있다. 스웨덴의 조세 체계를 보면 단순하면서도 세입의 규모가 크기 때문에 지방자치를 실현하는 데 효율적으로 구성되어 있다. 특히 지방세는 구조가 단순하며, 개인지방소득세 단일 세목으로 구성되어 있고 세입 규모가 커서 충분한 세수를 확보하고 있는 특징이 있다. 이는 세무 행정비용과 납세 협력 비용을 낮추는 데 긍정적으로 기여한다고 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 누진세율체제로 단순하게 구성된 누진세율 구조로 되어 있다. 이는 지역 간 지방세 쏠림 현상을 완화하는 데 기여한다. 그리고 스웨덴의 보편적 복지가 유지되도록 모든 지역에서 동일한 사회복지 서비스를 누릴 수 있게 하는 재정형평화교부금을 효율적으로 운영하고 있다.

둘째, 중앙과 지방의 명확한 역할 분담이 필요하다. 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 사회복지서비스를 제공하는 데 집중할 수 있도록 한다. 가령 직접적인 보건의료서비스를 제공하는 광역자치단체와 지방자치단체는 치료와 진료 및 사회적 돌봄을 구분하여 밀도 높은 사회복지서비스를 맞춤형으로 각각의 주민들에게 제공하고 있다. 또한 광역자치단체와 기초자치단체 간 협력이 필요한 경우 유기적으로 연계함으로써 업무의 효율을 높이는 데 기여하고 있다.

셋째, 노인돌봄서비스 강화를 통한 서비스 질 향상이 필요하다. 광역자치단체에서 기초지방자치단체로 노인돌봄 영역이 전격 이관됨에 따라 기존 노인돌봄 정책이 체계적으로 발전



할 수 있는 계기가 되었다. 이는 지역민에게 필요한 서비스에 민감하게 반응할 수 있도록 함으로써 실제 특별주거기관의 거주 환경도 더욱 쾌적하게 개선하는 효과를 가져왔다. 그리고 보건의료서비스를 직접적으로 제공하는 광역자치단체와 기초자치단체는 내부적으로 서비스 질을 평가함과 동시에 외부적으로는 중앙정부에 의해 서비스 질을 감독받기 때문에 이중 모니터링의 효과가 있다. 이는 보편적 복지의 취지에 맞게 모든 사람에게 평등하게 서비스가 제공될 수 있도록 하고 있다.

넷째, 보건의료·장기요양인력의 효과적인 활용과 증대가 필요하다. 스웨덴은 에텔 개혁 이후 시설이 아닌 너싱홈 형태로 돌봄서비스를 전환함에 따라 국가 차원에서 전문 간호사 양성과정을 장려했다. 실제로 초고령화사회로 진입하면서 보건의료서비스에서 의사만큼 역할이 중요한 사람은 돌봄서비스 종사자이다. 따라서 스웨덴은 보건의료 종사자들이 유사 직종의 전문인으로 전환하고자 할 때 유기적으로 연동될 수 있도록 하고 있다. 이는 전문인력을 양성하는 데 드는 비용을 줄이는 것뿐 아니라 향후 고령화사회에 대비하는 효과도 있다.

다섯째, 보건의료서비스 효율화를 위한 구조적 개혁이 필요하다. 스웨덴 달라르나 지역의 사례를 보면, 예상되는 보건의료서비스 비용을 절감하기 위한 방안으로 과감한 구조 개혁을 실시함으로써 예상 비용을 효과적으로 줄이는 데 도전했다. 단순히 기존 투자 지출을 감소하거나 재정을 삭감하는 방식이 아니라, 비효율적인 경영 관리 시스템을 근본적으로 개혁하고 유사·중복 프로그램을 최소화하는 지속가능성의 관점에서 개혁을 시도했다는 점에서 의미가 있다. 이는 현재 지방자치단체별로 유사·중복 프로그램이 진행되고 있는 한국에도 시사하는 바가 있다.

최근에는 서비스의 분절화를 막기 위해 보건·복지 통합 서비스를 제공하려 하고 있으며, 탈시설화를 통하여 재정의 지속가능성을 확보하려 노력하고 있다. 스웨덴은 노인인구 증가에 대응하기 위해 에텔 개혁과 장기요양제도 정비를 통해 기초자치단체를 중심으로 효율적인 노인복지 정책을 시행하고자 하였다. 진료와 돌봄, 복지서비스를 기초자치단체에 통합시킴으로써 전달체계의 분절성을 완화하고 사회적 입원에 대한 지불 책임도 부과함으로써 사회적 입원을 줄이고, 기초자치단체가 지역사회에 적합한 돌봄과 퇴원 환자 관리 등을 할 수 있게 되었다. 우리나라도 향후 고령자가 급속히 증가하고 돌봄과 간병 수요가 더욱 증가할 것으로 예상되는 상황에서, 스웨덴의 사례와 같이 환자 의료전달체계에서 중앙과 지방의 역

할 분담과 책임을 명확히 하고, 지역 중심의 전달체계 속에서 의료 및 장기요양서비스 공급과 자원 조달이 효율적으로 작동할 수 있는 기전을 마련할 필요가 있다.

---

#### 참고문헌

- 고숙자, 황인나, 장익현, 홍희정, 박영선, 전진아, 정소라. (2021). *보건의료 재정 지출 효율화를 위한 사례 연구*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 구미영, 이재경, 천재영, 박수경, 김진석, 최경숙, 이정민. (2018). *돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외정책사례연구: 노인요양보호사를 중심으로*. 서울: 한국여성정책연구원.
- 김인춘, 박지현. (2013). *지방정부의 과세자주권 강화: 북유럽국가들의 복지재정 제도 연구*. 서울: 한국지방세연구원.
- 하능식. (2016). *스웨덴의 지방소득세제*. 서울: 한국지방세연구원.
- 홍세영, 박현숙. (2019). 스웨덴 지방자치단체의 복지 사무에 관한 연구. *사회법연구*, 37, 169-199.
- Anell, A., Glengård, A. H., & Merkur, S. (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14 (5), 1-159.
- Anderson, G., & Karlberg, I. (2000). Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. *Int J integr Care*, 1 (1).
- Moberg, L., & Fredriksson, M. (2020). Decommissioning in a local healthcare system in Sweden: responses to fiscal stress. *BMC Health Services Research*, 1-14.
- Peterson, E. (2017). Eldercare in Sweden: an overview. *Revista Derecho social y empresa*, (8), 90-108.
- OECD. (2019b). *Revenue Statistics 2020-Tax revenue trends in the OECD*. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 2020. 12. 1.
- OECD Statistics. (2020). *Health expenditure and financing*. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2020. 12. 1.
- Socialstyrelsen [SCB]. (1996). *Socialutskottets betänkande 1996/97: SoU7*. Retrieved from [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/aldrefragor\\_GK01SoU7](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/arende/betankande/aldrefragor_GK01SoU7) 2020. 11. 30.
- Socialstyrelsen [SCB]. (2018). *Statistics on elderly and persons with impairments - Management form 2017*. Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-22> 2020. 11. 30.
- Sveriges kommuner och regioner. (2021). *Diagram för kommunerna*. Retrieved from <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektorisiffror/diagramforkommunerna> 2021. 1. 5.