
민영화 개혁과 스웨덴 의료체제의 지속성과 역동성 -역사적 제도주의 관점을 중심으로-

홍 세 영* · 김 철 주** · 오 수 경***

본 연구는 역사적 제도주의 관점에서 스웨덴 의료 체제의 역동성을 분석하였다. 역사적 제도주의의 주요 분석틀인 경로의존과 경로진화를 기준으로 하였다. 스웨덴 의료체제는 지속성과 변화성을 동시에 보이고 있다. 지속성을 설명하는 경로의존성 성격에서 1940년대부터 구축된 스웨덴의 독점 통합 모델은 제도적 유산으로 자리 잡아 최근까지 사민주의 모델이 유지되고 있다. 즉 이 시기 형성된 의료체제는 역사적 전통, 정책이념, 정치 체제, 경제 체제, 행위자 맥락의 상호작용의 결과로 보편주의에 입각한 관대한 의료체제를 형성하였고 이는 오늘날 스웨덴 의료체제의 근본적인 틀로 자리 잡았다. 변화성을 보이는 경로진화의 성격으로, 스웨덴의 민영화가 제도를 변화시키는 중대한 전환점으로 작용했으며, 속도는 느리지만 점진적으로 의료서비스 체계를 변화시키는 가결의 형태를 보이고 있다. 또한 제도진화 모델에서 민영화 전략은 그 자체 내에서 자기 강화 현상을 보이고 있다. 민영화의 속도는 자유선택모델에서 더욱 가속화되었고, 이 모델은 강한 시장기제의 성격을 가지고

* 주저자, 성균관대학교 초빙교수

** 교신저자, 서울디지털대학교 사회복지학과 교수

*** 서울디지털대학교 사회복지학과 부교수

있다. 중요한 점은 스웨덴의 민영화 전략이 공공재를 훼손하지 않으면서 정부의 실패인 비효율성이나 소비자 선택의 제한을 극복하려는 모습이 현재 한국의 의료 체제의 민영화 전략에 시사하는 바가 크다고 본다.

주제어: 의료개혁, 민영화, 경로의존, 경로 진화, 역사적 제도주의

1. 서론

1970년대 두 번의 오일쇼크를 경험한 서구 복지국가들은 높은 실업율, 스태그플레이션, 재정적자 등과 같은 경제·사회적 위기에 처하였다. 당시 신자유주의자들은 여기에 대한 고질적 문제로 복지제도를 비판하였다. 이들은 복지 제도의 비효율성, 경직성, 비대한 관료화 등 정부의 실패가 경제적 위기와 정부의 재정악화를 야기 시켰으며, 여기에 대한 대안으로 복지제도의 재편 또는 축소를 요구하였다. 1980년대부터 미국과 영국을 선두로 많은 서구 유럽국가들은 신자유주의이념을 받아들이면서 복지제도의 개혁을 단행하였고 여기의 한 방향이 민영화였다. 많은 국가들은 복지의 책임을 공공영역에서 민간으로 이전하면서 복지의 책임도 사회에서 개인, 가족, 지역사회로 넘겨버렸다. 그런데 중요한 점은 이러한 유사한 위기를 경험한 국가들이 유사한 전략들을 선택했더라도 국가마다 민영화의 과정과 결과는 상이하였다<표1>.

일반적으로 서구 복지국가들 사이의 민영화는 두 가지 양상으로 나타났다. 공공서비스를 민간 기업에 매각시켜버리는 완전 민영화방식과 재정은 정부가, 서비스 제공은 민간 부분이 책임지는 부분적 민영화방식이었다. 자유주의 국가에서 대부분은 전자를 택한 반면 스칸디나비아 국가들은 후자를 선택하나는 경향이 나타났다. 특히 스웨덴의 의료 개혁은 부분적 민영화를 잘 보여주는 사례이다. 스웨덴도 1980년대부터 복지국가 위기를 경험하면서 민영화 전략을 선택하지만 민영화의 선두주자인 미국이나 영국과 다른 의료

체제의 양상을 구축하였다. 스웨덴은 30여년이라는 오랜 기간 민영화를 통한 의료 개혁이 있었지만 1940년대 구축된 스웨덴의 사민주의 복지체제의 근본 틀은 유지되고 있다. 스웨덴 의료서비스의 핵심가치는 평등으로 모든 개인들은 성별, 계급, 민족 등과 관련 없이 양질의 서비스를 받을 권리가 있다. 의료비용의 많은 부분이 조세에 의해서 충당되기 때문에 스웨덴 국민들은 무료 또는 저렴함 비용으로 양질의 의료서비스를 받을 수 있다¹⁾. 한편 전달체계는 민간위탁방식으로 서비스 제공주체를 다양화시켰다. 현재 스웨덴의 의료서비스 공급은 재정과 공급의 분리형태로 제 3자 지불체계의 성격을 가지고 있다. 의료서비스 재정은 공공부분이 담당하며 서비스 제공은 민간 기관과 공공기관 사이에서 경쟁을 통해 이용자들을 확보하고 이들에게 서비스를 제공하는 방식이다. 즉 스웨덴의 의료의 시장화 민영화전략은 스웨덴의 평등주의 보편주의적인 성격 내에서 부분적으로 수행되었다. 따라서 지속과 변화 두 가지 양상을 보인다²⁾.

본 연구문제는 ‘스웨덴의 의료 서비스의 지속과 변화의 성격을 동시에 보여주는 그 역동성의 원인을 파악하는 것이다?’이다. 이에 본 연구는 이런 변화와 지속성을 설명하는데 적합한 역사적 제도주의 관점에서 그 해답을 찾고자 한다. 역사적 제도주의는 국가 간 비교나 사례 분석을 할 때 사용되는 방법으로 정책을 형성하고 제도에 초점을 맞춤으로 동일한 문제에 대해 국가별로 정책적인 대응 방법 및 내용 그리고 정책 효과 등이 서로 다르게 나타나는 것을 설명하는데 신뢰성을 확보한 방법이다³⁾.

-
- 1) Hjortsberg., Ghatnekar., & Rico. (2001). Healthcare systems in transition: Sweden. W. Wisbaum, & T. Cetani (Eds.). Brussels: European Observatory on Health Care Systems.
 - 2) Blomqvist, P. (2005). The turn to privatization in Swedish welfare services: a matter of ideas?. Department of Political Science, Uppsala University. pp.1-2.
 - 3) 김명희, 미국과 한국근로연계복지정책의 형성과 변화 역사적제도주의 분석, 『韓國自治行政學報』, (2008), pp.235-261. 류애현, "영국과 스웨덴의 여성정책 비교 역사적 제도주의 시각에서의 분석", 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, (2006). 신선희, "한국 근대 공공부조제도의 지속과 변화요인에 대한 연구: 역사적제도주의 관점을 중심으로", 서울시립대학교 대학원 박사학위논문, (2015).

<표 1> 국가별 민영화 초기 규모

국가명	민영화 기간	민영화 추진 규모 GDP 대비 비중
영국	1979~1991	11.9
뉴질랜드	1987~1991	14.1
일본	1986~1988	3.1
프랑스	1983~1991	1.5
독일	1984~1990	0.5
오스트리아	1987~1990	0.9
스웨덴	1987~1990	1.2

출처: Barrie Stevens(1992)/ 이병훈 · 황덕순(2000)공기업의 민영화 노사관계, 한국노동연구원에서 재구성.p2

II. 이론적 논의

1. 민영화에 대한 논의

일반적으로 민영화란 공공 영역의 역할 일부 또는 전부를 민간영역으로 전환하는 것이다. 민영화의 핵심 내용은 정부가 공적으로 소유하거나 통제했던 공기업 및 공공서비스를 민간부문의 사적인 소유와 통제로 전환시키는 것이며, 이와 더불어 공익성을 추구하던 공기업의 운영체제를 탈피하여 시장에서의 수익성 실현을 목표로 하는 경영체제로 개편하는 것이다⁴⁾. 즉 공공의 역할을 축소하고 민간의 역할을 확대하는 것하며, 시장의 논리를 통해 정부의 실패를 극복하여 좀 더 우수한 서비스를 제공하는 것이다⁵⁾. 따라서 민영화의 목적에는 정부의 역할 축소, 효율성 강화, 경쟁력 증진, 서비스 품질 등의 신자유주의 이념에서 그 근거를 찾을 수 있다. 신자유주의의 등장 배경에는 1970년대 서구 복지국가의 경제사상적 토대가 되었던 수정자본주의 성격의 서구 복지국가의 한계에서 도래되었다. 당시 서구 유럽은 두 번의 오일쇼크로 원자재 가격의 상승은 인플레이션을 발생시키면서 실업률 증가,

4) 이병훈 · 황덕순. 『공기업의 민영화 노사관계』, 한국노동연구원. (2000), p.8.

5) Starr, P. (1988), The Meaning of Privatization. Yale Law & Policy Review. pp.6-9.

경기 침체 등 경제적 타격을 경험하고 국가 재정의 위기를 경험하게 된다. 신자유주의자들은 과도한 정부 개입, 비효율성, 경직성 등과 같은 정부의 실패를 비판하면서 민영화를 통한 작은 정부, 효율성, 유연성을 통한 위기를 극복해야 한다고 주장하였다. 국제적으로 설득력을 확보한 신자유주의이론은 미국과 영국을 중심으로 혁신적인 민영화전략이 수행되면서 레이건노믹스⁶⁾, 또는 대처리즘⁷⁾이라는 신조어까지 만들어냈다.

민영화의 장점은 효율성이다⁸⁾. 공공복지로 인해 발생하는 정부실패 중에 가장 큰 문제점은 바로 비효율성이다. 민영화는 공공기업과 사기업의 경쟁을 통해 공공기업의 독점화를 해체시키고 시장 메카니즘에 따라 더 효율적이 되고 더불어 가격대비 우수한 서비스를 제공할 수 있다. 또한 증가하는 복지수요에 신속히 대처하지 못하는 공공서비스의 부족사태에 민간기관들을 참여시키고 보완할 수 있다. 이외에도 민영화의 장점은 재정절감이다. 민영화는 1970년대 복지국가의 과부하로 인해 발생한 재정적자의 해결방안이라는 점에서 설득력을 얻었다. 과도한 공공화나 국영화는 독점, 정부의 기능과 지출의 비대화, 비효율의 문제를 발생시킨다는 것이다. 실제로 민영화는 정부의 재정적자를 해소하고 공공부문의 비효율성을 개선하는데 기여하였

-
- 6) 레이거노믹스는 레이건과 이코노믹의 합성용어로 여기의 핵심은 정부 지출의 축소, 노동과 자본에 대한 소득세 한계세율을 낮춤, 정부 규제의 축소, 인플레이션을 줄이기 위한 화폐 공급량의 조절이다[출처: 위키백과/ <https://ko.wikipedia.org/>]
 - 7) 대처리즘은 영국의 대처수상은 노동당 정부가 고수해 왔던 각종 국유화와 복지정책 등을 포기하고 민간의 자율적인 경제활동을 중시하는 경제개혁을 추진하였고 여기에 민영화가 핵심 전략 중에 하나였다[출처:네이버 지식백과/ <http://terms.naver.com/>]
 - 8) 구춘권, "민영화의 담론·갈등·합의: 독일의 철도 우편 정보통신 영역의 민영화 과정", 『한국 정치학보』 제 46집 제 4호, (2012). 송재석, "우리나라 공기업 민영화의 기준과 전략에 관한 담론", 『한국공공관리학보』, (2007). 유미현, "민영화: 세계적 추세에 관한 국제 비교 연구", 한국정책분석평가학회 동계학술대회 발표논문집.(2011). pp. 101-104. 지은구, "사회복지민영화의 비판적 검토", 『상황과 복지』, 제 27호, (2009). pp.40-42. 안현효, "민영화 경제학의 재검토", 『민주사회정책연구』, 통권 27호, (2015). 안현효, "민영화 경제학의 재검토", 『민주사회정책연구』, 통권 27호, (2015). 18-2 Starr, P. (1988), The Meaning of Privatization. Yale Law & Policy Review. pp. 6-9.

다.

한편 민영화의 단점은 공공재의 훼손이다. 일부학자는 민영화가 반드시 효율성을 달성하지 않는다는 점과 불평등을 양산한다는 점에서 반대한다. 민영화가 사회적 불평등을 증대시키며 공공부문보다 서비스의 포괄성, 질 급여 수준에서 떨어진다. 그리고 민영화에 의한 불완전한 정보가 서비스의 중복을 가져오고, 서비스 공급자들에 의한 이용자 착취를 초래할 수 있으며 경제적 이해에 기초한 서비스의 제공은 국가의 예방적 활동을 약화시킬 수 있고 오히려 효율성이 저해될 수 있다⁹⁾. 또한 공공화나 공공재의 장점은 시장의 실패를 극복하는 것 이외에 인간의 기본권 실현과 민주주의의 실현이라는 것이다. 공익적 성격의 재화가 상업적 성격으로 대체될 때 인간의 기본권이 훼손될 수 있다¹⁰⁾.

이런 대립된 논의도 있지만 상보성에 대한 논의도 있다. 이인희(2004)는 국가복지의 한계를 보완하기 위한 복지 기제로 민영화 패러다임을 제시하였다. 복지는 제도주의에서 잔여주의 사이에 있으며, 민영화도 잔여적, 제도적 맥락의 변증법적 접근을 통해 국가복지의 한계를 극복하고 보완하는 방향으로 가야한다고 보았다¹¹⁾.

민영화는 단일한 형태가 아니다. 한국 공공기업학회(2008)¹²⁾은 민영화의 유형은 크게 매각과 민간위탁방식으로 나누었다. 매각은 공공기업을 사기업에 판매하는 것이고, 민간위탁은 재정과 관리는 정부가 서비스 제공은 민간에게 이양하는 것이다. 다른 표현으로 매각은 '소유권민영화'로도 불린다. 이는 공공소유재산, 특히 공기업 내지 공기업에 대한 참가지분의 매각을 통해 이루어진다. 민간위탁의 다른 표현으로는 '사용권민영화'란로 공공재산

-
- 9) 이강희, "사회복지민영화 논쟁연구", 『The Journal of Kwangju Health College』. Vol. XX, (1995)
- 10) 구춘권, "민영화의 담론·갈등·합의: 독일의 철도·우편·정보통신 영역의 민영화 과정", 『한국 정치학보』 제 46집 제 4호, (2012). pp.220-228.
- 11) 이인희, "사회복지의 민영화 패러다임에 관한 연구", 정치 정보연구 제 7권 2호, (2004).
- 12) 한국공기업학회, 『민영화의 원활한 추진을 위한 관련법 보완연구』, 개혁재정부 용역보고서, (2008).

에 대한 소유권은 그대로 공공주체가 보유하면서, 공공시설 등의 운영과 관련된 임무의 이행이 계약에 의해 수행된다. 이때 계약은 사용권의 수여에 대하여 일정한 요금을 지불하는 것이 일반적이다. 민간 위탁방식의 장점은 제 공기관 간의 경쟁을 통한 서비스 질을 높이고, 비용을 절감하여 효율성을 강화시키고, 소비자의 선택권을 강화시키면서, 서비스의 분산화, 서비스의 전문화를 유인하는 등의 장점이 있다¹³⁾.

김근세(1999)는 민영화 속도를 기준으로 하여 급진적 민영화(radical privatization)와 점증적 민영화(incremental privatization)로 분류하였다. 급진적 민영화는 그 변화정도가 빠르고, 전체적으로 민영화가 수행된다면 점증적 민영화는 변화속도가 느리고, 부분적으로만 수행된다¹⁴⁾. 이강희(1995)는 재정의 민영화와 공여의 민영화로 분류하였다. 재정의 민영화란 국가의 재정 부담을 축소하고 민간의 재정 부담을 증대시키는 것으로 국가 사회복지 예산의 축소, 이용료부과, 기존 사회서비스의 축소 또는 폐지 등의 방법으로 추진된다. 공여의 민영화는 생산차원에서 국가의 역할을 축소하고 민간역할을 확대하는 것으로 그 형태는 외부계약, 증서, 상환, 보조금의 지급 등이 있다¹⁵⁾. 지은구(2009)는 공적복지와 민간 복지로 분류하면서 민간 복지를 민영화로 본다. 여기서 민영화를 다시 비영리성과 영리성으로 나누었다. 비영리 중심의 민영화는 사회적 가치의 실현으로 생산과 공급에 있어서 민영과 공공 간의 협력을 중요시하였다. 영리중심의 민영화는 이윤추구로 생산과 공급에 있어 시장이 자율적 조정과 경쟁을 강조하는 것이다¹⁶⁾.

결국 민영화는 두 가지 형태로 분류할 수 있다. 하나는 완전 민영화방식으로 매각, 소유권 민영화, 급진적 민영화, 재정의 민영화, 영리화가 유사한

13) 김순양, "사회복지 서비스공급 민영화의 성공요인 고찰: 사회복지관 시설의 민간위탁 과정을 중심으로," 『한국정책학회보』, 제7권 제3호,(1997), pp. 89-92.

14) 김근세. "공기업 민영화 정책의 비교분석," 『한국정치학회 민영화 특별 학술회의 발표논문』, (1999).

15) 이강희, "사회복지민영화 논쟁연구," 『The Journal of Kwangju Health College』. Vol. XX, (1995)

16) 지은구, "사회복지민영화의 비판적 검토", 『상황과 복지』 제 27호, (2009). pp.40-42.

개념으로 국가의 역할을 전적으로 민간영역으로 이양하는 것이고, 다른 하나는 부분 민영화방식으로 민간위탁, 사용권민영화, 점증적 민영화, 공여의 민영화, 비영리화가 유사한 개념으로 국가가 공공성은 유지하면서 정부의 실패를 보완하는 측면에서 추구하는 전략으로 볼 수 있다.

이러한 민영화의 양상은 국가의 역사적 맥락에 따라 상이하다. 구춘권(2012)은 민영화는 국제적인 추세이면서도 정치적인 속성을 가지고 있기 때문에 각 나라의 역사적 구조와 제도적 전통은 민영화 주체들의 사고와 행각이 서로 충돌하고 갈등하면서 만들어진 결과물로 파악되어야 한다(보았다¹⁷). 김근세(1999)에 따르면 한 국가의 민영화 정책을 종합적으로 이해하기 위해서는 경제적, 정치적, 이념적, 역사적 변수에 주목해야 한다고 보았다. 즉 한 국가의 제도적 맥락 속에서 분석해야 그 사회의 민영화의 특수성을 이해할 수 있다는 것이다¹⁸).

2. 역사적 제도주의에 관한 논의

역사적 제도주의는 국가의 제도의 지속성과 변화를 동시에 설명하는데 유용한 분석방법이자 관점으로 최근 국가 간 비교 분석이나 사례 분석에서 신뢰성을 확보하고 있다. 역사적 제도주의에서 제도의 지속성을 설명해주는 개념은 ‘제도’와 ‘역사’, ‘맥락’ 그리고 ‘경로의존성’, ‘역사적 유산’이다. 제도란 조직, 규범, 규정이라는 공식적 체계는 물론 문화, 가치 등을 포괄하는 비공식 체계를 의미한다. 여기서 ‘역사적’이란 시간을 강조하는 개념으로 특정시점에서 존재하는 제도들 간 상호보완 작용을 통해 나타나는 역사적 산물이다. 이렇게 역사적 산물이고 특정시점에 형성된 제도는 상당기간 지속되어 그 이후의 사회현상에 지속적으로 영향을 미친다. 결국 제도가 발생한 시점이 중요하다고 볼 수 있다. 그리고 이런 특정시점에서의 역사성을 이해하기 위해서는 맥락을 주목해야 한다¹⁹. ‘맥락’으로서 제도는 공식적으로나 비

17) 구춘권, "민영화의 담론·갈등·합의: 독일의 철도·우편·정보통신 영역의 민영화 과정", 『한국 정치학보』 제 46집 제 4호, (2012). pp 219-246.

18) 김근세. “공기업 민영화 정책의 비교분석,” 『한국정치학회 민영화 특별 학술회의 발표논문』, (1999).

공식적 행위자들의 행동규칙과 평가기준을 주면서 문제에 대한 정치·사회적 해석을 구조화하는 동시에 실행될 정책의 선택을 제한 한다²⁰).

역사적 제도주의자들의 핵심은 제도나 정책을 형성하는 과정에서 있어서 행위자들은 “제도”에 영향을 받기 때문에 행위의 제약을 받는 다는 것이다. 따라서 제도란 위기가 발생했을 당시 급격히 변하는 것이 아니라 점진적으로 자기 강화 과정을 밟는다. 이를 ‘경로의존성’이라고 한다. 탈렌(Thelen, 1999)에 따르면 일단 제도가 형성되면, 이와 관련된 모든 행위자들이 그들의 전략에 이런 보편적인 패턴에 순응하도록 수정된다는 것이다. 또한 여기서 시점을 강조하면서 이미 제도화된 정책은 바꾸기 어려우며, 향후 정책에 영향을 준다는 것이다. 이런 시각은 행위자들이 제도나 정책을 종속변수로서만 간주했다면, 독립변수로서의 역할을 확장했다는데 그 의의가 있다. 따라서 여기서 중요한 것이 바로 ‘역사적(제도적) 유산’이다. 이미 체제가 만들어 졌다면 그 틀 내에서 변화가 이루어지기 때문에 근본적인 제도의 틀은 변하지 않는 다는 것이다²¹).

그러나 제도는 이런 지속성을 특징으로 하지만 내외적 환경 변화에 따라 제도가 변화할 수 있다고 본다. 제도의 변화를 설명하는 개념으로는 중대한 전환점, 제도가결, 제도전환, 제도 진화, 제도 창조 등이 있다. ‘중대한 전환점은 일단 우연히 중대한 사건이 발생하는 시점으로 이후 역사적 전개과정 에 중요한 영향을 미치며, 이 시기 제도는 급격히 또는 점진적으로 변할 수 있다²²’. 역사적 제도주의는 제도의 변화가 시간의 변화에 의해 우연히 이루어진 것이 아니라 정치·사회·환경 변화 등 다양한 요인에 의해 영향을 받는다. 좀 더 구체적으로 제도의 변화 요인으로 외부적 요인과 제도적 맥락, 행

19) 신선희, "한국근대공공부조제도의지속과변화요인에대한연구역사적제도주의 관점을중심으로", 서울시립대학교 대학원 박사학위논문, (2015). pp.25-38.

20) 장지호, "역사적 제도주의의 한국적 적용", 『한국행정학회학술대회발표논문집』, (2008). pp. 533-553

21) Thelen, Kathleen. (1999). Historical Institutionalism in Comparative Politics. *Annual Review of Political Science*, 2: pp. 369-404.

22) 김명희, “미국과 한국근로연계 복지정책의 형성과 변화 역사적제도주의분석”, 『韓國自治行政學報』, (2008), pp.256-258.

위자 요인으로 구별하여, 외부자 요인은 경제적 위기 등 외부 충격에 의한 위기상황이 제도영향을 준다고 보았다. 제도적 맥락에서는 정치 행정구조로 이들이 제도화되면 이후 정책이나 제도 선택에 영향력을 발휘한다. 그리고 행위자 요인은 정부, 국회, 공무원, 사회복지사, 시민단체 등의 이해관계자들의 상호작용이다²³⁾.

탈렌(Thelen, 2003)은 제도의 변화의 속성을 설명하기 위한 개념으로 제도 가겹(institutional layering), 제도전환(institutional conversion)을 제시하였다²⁴⁾. 제도가겹은 전체적인 틀은 그대로 유지한 채 일부만 수정하는 형태로 점진적인 변화가 이루어지는 형태이다. 이러한 점진적인 변화는 기존의 근본적인 속성을 변화시킬 수 있다. 제도 전환은 특정목적에 위해 고안된 제도가 다른 목적으로 역할을 변경할 경우를 의미한다. 이는 환경 변화가 가져다주는 새로운 문제에 봉착한 행위자가 기존의 제도를 새로운 방식으로 새로운 목표를 위해 전환해 사용하는 메커니즘이다²⁵⁾.

하태수는(2010)은 경로변화의 양태를 경로의존, 경로진화, 경로창조를 제시하고 경로의존은 자기강화적 경로의존과 반응적 경로의존으로 나누고 우발적 충격 즉 중요한 사건이 일어나기 전까지 지속적으로 제도를 재생산 한다는 것을 의미하고, 후자는 복수의 사건흐름들이 순차적으로 다음 사건에 영향을 미치는 것으로 하나의 경로를 형성하는 것을 말한다. 경로진화는 기존의 전체적인 틀은 유지하고 부분만 수정을 하는 것으로 결국에는 이것들이 누적되어 새로운 경로가 형성되는 것을 말한다. 여기서 변화 양상은 표류, 재정향, 가겹, 수렴이 있다. 경로창조는 기존의 경로를 의도적으로 이탈하려 새로운 경로를 생성하는 것이다²⁶⁾.

23) 권기창, "사회복지공공전달체계의 변화과정-역사적제도주의분석-", 『한국행정학회』, (2012) pp.5-8

24) Thelen, Kathleen. (2003). "How Institutions Evolve: Insights from Comparative Historical Analysis", in James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer(eds). Comparative Historical Analysis in the Social Sciences: 208-240. New York: Cambridge University Press.

25) 채성준·박용성, "대검찰청 중앙수사부 개편의 경로진화 연구,-역사적 제도주의의 경로의존 모형과 경로진화 모형을 중심으로", 『한국행정연구』 제 23권 제2호. (2014), pp.90-91.

26) 하태수. "경로 변화의 양태: 경로의존, 경로진화, 경로창조". 『한국행정학

이외에도 채성준·박용성(2014)도 위의 내용을 차용하여, 제도의 지속성과 변화를 동시에 설명하기 위해 경로의존과 경로진화의 개념을 제시하면서 경로진화를 표류, 가점, 전환, 4개로 유형화하여 대검찰청 중앙수사 개편을 역사적 관점에서 분석하였다²⁷⁾.

이러한 역사적 제도주의관점에서 분석한 연구들은 2000년을 기점으로 국내 연구에서도 수행되고 있는데 초기 행정학에서부터 현재 정치학, 경제학 그리고 사회복지 분야까지 점증적으로 분야의 폭도 넓어지고 있다. 일반적으로 이들 연구는 국가적 비교연구에서부터 사례 연구까지 모두 수행되고 있으며 주로 정책 분석이 주를 이룬다. 김명희(2008)은 역사적 제도주의 관점에서 미국과 한국의 근로연계 정책을 분석한 결과 제도적 맥락, 특히 정책 이념 그리고 증대한 역사적 전환점과 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. 즉 두 국가가 근로연계라는 동일 정책을 채택했음에도 불구하고 제도적 맥락에서 상이한 형성 및 변화과정을 거쳤으며 그 내용도 상이하았음을 보여주었다²⁸⁾. 사회복지분야는 주로 정책에 초점이 맞추어져 있는데 민병욱(2015)는 사회적 기업의 특성을 독일과 한국의 비교연구를 통해 각 나라의 역사적 사회적 맥락에서 다른 특징을 가지고 발전된 것을 분석하면서 시작 단계에 있는 한국의 방향성을 모색하였다. 민병욱(2015)는 환경적 맥락, 사회적 기업 조직 특성의 차이가 지원체계의 차이를 가져오게 되었음을 보여주었다²⁹⁾.

신선희(2015)는 한국의 공공부조 제도를 역사적 제도주의 관점에서 역사적 전환점과 경로의존성을 분석하여 국민기초생활보장제도의 지속성과 변화의 특성을 보여주었다. 이들 모든 연구는 역사적 제도주의 관점으로 제도의 현상, 변화, 지속성 등 그 특성을 분석하는데 타당성과 신뢰성이 높다는

회 2010 통계학술대회』 (2010). pp 1-8

27) 채성준·박용성, "대검찰청 중앙수사부 개편의 경로진화 연구-역사적 제도주의의 경로의존 모형과 경로진화 모형을 중심으로", 『한국행정연구』 제23권 제2호. (2014), pp.95-111.

28) 김명희, 미국과한국근로연계복지정책의형성과변화역사적제도주의분석, 『韓國自治行政學報』, (2008), pp.235-261.

29) 민병욱, "역사적제도주의관점에서본독일과한국사회적기업특성비교연구", 『한국사회과학논총』, 제25권 제3호, (2015)pp.101-132

것 또한 입증해주었다³⁰⁾.

III. 연구 분석 틀

역사적 제도주의에 대한 다소 상이한 틀이 있지만 본 연구는 여기서는 채성준·박용성(2014)과 권기창(2012)가 제시한 개념을 차용하여 본 연구에 맞게 구성할 것이다. 따라서 채성준·박용성(2014)에서는 경로의존과 경로진화 개념을 받아들여, 경로의존성을 ‘제도유지’로 경로진화를 ‘제도변화’로 살펴볼 것이다. 더불어 권기창(2012)이 제시한 외부적 요인, 제도적 맥락, 행위자 요인별로 분석하고자 한다³¹⁾. 본 연구는 스웨덴의 의료 서비스 체제의 지속적 성격과 변화적 성격을 동시에 분석하는 것이다. 전술했듯이 스웨덴은 다른 유럽 국가들과 마찬가지로 재정위기를 경험하면서 민영화전략을 사용하였다. 그러나 이 민영화 전략은 다른 국가와 상이하며, 스웨덴식 민영화를 형성하여 다른 국가들로부터 모범사례가 되고 있다. 즉 스웨덴의 민영화의 특징은 공공성을 유지하면서, 민영화의 장점인 효율성, 소비자 선택 강화 등 보완적으로 수행하였다. 스웨덴의 의료체제는 1940년대 구축된 보편주의에 입각한 근본적인 의료시스템을 유지한 채 일부만 수정되었다. 지속과 변화가 동시에 이루어졌다. 따라서 본 연구는 경로의존과 경로진화 두 가지 개념적 틀에 입각할 것이다. 여기서 경로의존을 설명하는 역사적 유산으로 의료 서비스 체제가 형성된 역사적 과정에 주목할 것이며, 이 시점에 제도화된 의료 서비스 체제가 향후 민영화 전략에 어떤 제약을 미쳤는지 분석할 것이다. 이와 더불어 의료서비스를 점진적으로 변하게 된 외부적, 맥락적, 행위자적 요인에 초점을 맞추어 분석하고자 한다.

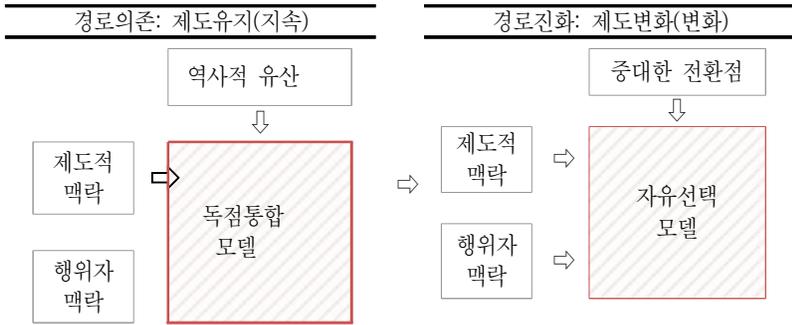
경로의존에서는 시민주의의 의료체계인 독점적 통합 모델을 분석할 것이

30) 신선희, "한국근대공공부조제도의지속과변화요인에대한연구역사적제도주의관점을중심으로", 서울시립대학교 대학원 박사학위논문, (2015).

31) 권기창, "사회복지공공전달체계의변화과정-역사적제도주의분석-", 『한국행정학회』, (2012) p.8.

다32). 경로진화는 자유 선택 모델이다. 자유선택모델은 2000년대 민영화가 제도화되었다.

<그림 1> 연구모형



<표 2> 분석개념 및 분석요소

분석개념	분석요소	
제도적 유산	역사적 유산(전통)	
중대한 전환점	국·내외 환경	
제도적 맥락	정책이념	정치이념, 복지가념
	정치·행정구조	정당구조, 입법부, 행정구조
행위자 맥락	경제체제	
	노동계급, 중산층	

32) 채성준·박용성, "대검찰청 중앙수사부 개편의 경로진화 연구-역사적 제도주의의 경로의존 모형과 경로진화 모형을 중심으로", 『한국행정연구』 제 23권 제2호. (2014), p.92.

IV. 스웨덴 의료 개혁 분석

1. 경로의존: 제도 유지

1. 1. 제도적 유산: 의료서비스의 공공의 책임과 지방분권화

스웨덴은 보편주의 복지체제가 형성되기 전부터 보건의료서비스의 주요 책임은 공공의 영역이었다. 33). 17세기부터 스웨덴 정부는 각 지역에 의사들을 고용하여 국민들에게 의료서비스를 제공하도록 하였다. 18세기 초인 1740년부터는 왕립위원회에서 의사를 각 지방에 파견하여 무상으로 빈민을 진료하도록 하였으며 18세기 중엽에는 최초의 종합병원을 설립하였다. 19세기에는 좀 더 보건의료서비스가 체계화시키는데, 1862년 전국의 행정 단위가 광역시(County Council: CC) 체제로 정비하면서 의료서비스는 광역시의 주요 책임이 되었다. 1864년 스웨덴 의회는 의료서비스 조직에 대한 공공의 책임을 강화하기 위해서 병원 운영위원회(Hospital Board)에 표준화된 운영 기준을 도입하였고, 병든 빈민들을 위한 병원을 운영하고 재정을 뒷받침하도록 하였으며, 이듬해 1865년 전국의 CC에서 수행하였다. 20세기 초 의료의 공공성은 더욱 강화된다. 1928년 병원법(Hospital Act)은 국가 주도의 기획과 전문화가 점증적으로 이루어지도록 하였으며, 1928년 이후 의료서비스는 CC의 공식적인 책임으로 규정되었다³⁴⁾. 양차 대전 중간에는 질병에 대한 예방적 차원접근을 국가의 임무라고 규정하면서, 의료시책을 다양화시켰고, 병원의 침상 수도 급증하였다³⁵⁾.

33) 변광수, 『북유럽사』, 대한교과서, (2006).

34) Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies. Saltman & Bergman. (2005). Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. Journal of Health Politics, Policy and Law, 30(1-2), pp.253-276.

35) 변광수, 『북유럽사』, 대한교과서, (2006).

1.2. 제도적 맥락

1.2.1 정책이념

① 정치 이념: 사회민주주의

스웨덴의 정치 이념은 사회민주주의이다. 1932년부터 장기 집권에 성공한 사민당은 보편적 복지체제에 자신들의 이념을 투여하였다. 사민주주의의 구성 요소는 평등, 자유, 연대이다. 평등은 계층간이 격차를 감소하는 것을 의미하며 자유는 개인들이 구애받지 않고 하고 싶은 것을 더 잘 할 수 있는 적극적인 자유를 의미하며 연대는 함께한다는 공동체 의식이다. 이런 사상은 복지 국가에 투여되어 보편성의 원칙을 만들어 냈다. 스웨덴의 보건의료서비스도 욕구가 있는 사람들은 누구나 평등하게 접근할 수 있는 권리적 성격을 가지고 있다³⁶⁾.

② 복지이념: 보편주의

복지이념은 사회민주주의의 구현인 보편주의이다. 1930년대 복지국가를 구축할 때 당시 재무부 장관이었던 비그포르스(Wigforss)는 자유와 평등을 동시에 달성하려고 하였다. 그는 기업의 영리활동이다 사유재산을 인정한다. 그러나 시장에서 발생하는 불평등을 방지하기 위해 사회복지 정책과 누진세와 같은 재분배 정책을 통해서 평등을 달성하는 것이다. 이 모든 방안이 수행되면 평등, 자유, 민주주의, 연대, 안전 경제 효율성 등을 달성할 수 있다고 보았다. 특히 비그포르스는 이 중에서도 가장 중요한 이념은 평등으로 보았으며, 이런 이념은 미르달 부부(Mr and Mrs. Myrdal)에 의해 보편주의에 입각한 사회복지 제도로 구현되었다³⁷⁾. 의료서비스는 연금제도와 함께 이러한 스웨덴 사민주의 사상을 여실히 보여주는 대표적인 체제로 모든 국민들

36) Blomqvist, P. (2005). The turn to privatization in Swedish welfare services: a matter of ideas?. Department of Political Science, Uppsala University.

37) 류애현, "영국과 스웨덴의 여성 정책 비교역사적 제도주의 시각에서의 분석", 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, (2006).

에게 거의 무상으로 지급하는 관대하게 제공하도록 설계 되었다³⁸⁾.

1.1.2 정치 행정구조

① 정당 구조: 사민계와 비사민계

스웨덴은 5개의 정당으로 구성되어 있었고 크게 좌파성향의 사민당계와 우파성향인 비사민계로 나누어져있었다. 사민계 정당들은 사민당, 좌파당, 녹색당이며 비사민계 정당들은 보수당, 자유당, 기민당으로 구성되어있다. 비교적 안정된 다당제를 유지하고 있었으며, 한 정당이 과반수의 득표를 통해 단독으로 집권여당이 된 사례가 적어 여·야간 연합정권을 형성하는 등 상호 타협의 전통을 가지고 있다. 각 정당별 실제 정책 내용에 있어서는 현격한 입장 차이를 보이지 않으며, 다만 정당의 이념 또는 특정사안에 대한 선거 전략상 차이만을 부분적으로 보이고 있다. 현재 군소정당의 난립을 제도적으로 방지하고 있는 독특한 정당정치체도로 인해 스웨덴의 정치정세는 북구유럽 중 가장 안정되어 있다. 이런 체제를 유지할 수 있었던 것은 언어, 종교, 인종적 균열이 크지 않고 계급에 따라 정당이 분류되어 있기 때문에 비교적 순수한 계급정치가 가능하였다³⁹⁾.

② 입법부: 양원제와 비례대표제

스웨덴은 1970년대 초까지 양원제와 비례대표제였다. 특히 양당제는 사민당 정권 유지에 유리한 조건을 제공하였다. 당시 사민당은 상대적으로 하원의 수는 적었지만 상원의석은 과반수이상의 의석을 차지하면서 사민당이 양원제의 장점을 최대한으로 이용해서 정책운영에 임할 수 있었다⁴⁰⁾.

38) 김영순, 『복지국가의위기와재편영국과스웨덴의경험』, 서울대학교 출판부, (1996).

39) 주스웨덴 대사관, 『스웨덴 정세 동향』, (2012).

40) 류애현, "영국과스웨덴의여성정책비교역사적제도주의시각에서의분석", 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, (2006).

1.2.3 행정구조: 부분적 지방분권

스웨덴에서 1862년 지방자치법이 제정되면서 지방자치제도가 시작되었고, 1969년 지역정부 개혁에 따라 1974년 2498개의 지역이 284개의 지역으로 개편되었다. 이러한 지방분권화 현상은 중앙정부의 역할의 일부를 CC로 이전하는 것을 의미했다. 주지할 사실은 스웨덴의 지방행정 개편 초창기부터 보건의료사업이 CC의 주요 책임이었다. 1862년 지방자치법 제정 당시 광역시는 의료 관계 업무를 전담하게 될 주지방의회가 설치되었다. 1970년대~1980년대 까지 광역시 의회는 의료서비스를 조직하는 최고의 행정기구가 되면서, 보건의료사업에 대한 의사결정, 재정⁴¹⁾, 운영 등 보건의료서비스의 공공화와 독점화가 형성되었다⁴²⁾.

1.2.4 경제 체제: 렌-메이드 모델

1970년대 초까지 서구 유럽에서 복지국가 황금기가 가능했던 것은 바로 케인즈주의 경제 정책으로 인한 완전고용과 포드주의에 입각한 대량생산 대량소비 체제였기 때문이다. 스웨덴은 서구 유럽보다 더욱 유리한 조건에서 경제 성장을 도모할 수 있었다. 바로 스웨덴은 2차 세계대전에 중립국을 선포하면서 전쟁에 참여하지 않았고 이는 국내적 피해를 최소화할 수 있었다. 아울러 양차 대전 후 유럽의 전후복구와 관련된 수출산업으로 유래 없는 경제호황을 누릴 수 있었다. 또한 스웨덴은 서구 유럽이 케인즈주의를 선택하기 전부터 유사한 경제 정책을 수행했는데 바로 스웨덴식 케인즈주의인 렌메이드 모델이었다. 이 모델은 인구 800만이라는 수출 의존지향적 성장전략을 채택한 스웨덴에게 있어서 소규모 개방경제를 통해 완전고용과 높은 수준의 복지를 성취하기 위한 적합한 모델이었다. 이 방식을 통해 스웨덴은 계급 타협에 기초한 완전고용, 경제성장, 물가 안정을 유지할 수 있었으며, 이를 바탕으로 현재 시민주의 복지 모델의 전형인 보편적 복지 체제를 구축할

41) 스웨덴의 의료 서비스 운영비용의 3분의 2가 지방세 이며 이외에 국가 보조금, 국가 사회보험으로 구성되어 있다.

42) 변광수, 『북유럽사』, 대한교과서, (2006). Byrkjeflot, & Neby (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.

수 있었다. 렌마이너 모델의 핵심 내용은 고복지체제 유지를 위해서는 완전 고용이 전제가 되어야하는바, 이를 위해서는 노조 등 이해집단이 자신의 이익(임금)보다 전체 노동자의 고용을 우선하는 협력적 노사관계 유지가 관건이었다. 즉 완전고용이 되어야 복지지출 소요를 최소화하면서 이를 위한 납부액을 극대화할 수 있기 때문이었다. 즉 스웨덴식 경제 체제는 성장, 고용, 복지를 동시에 달성하는 특징을 가지고 있었다. 렌마이너 모델은 1960년~70년대 완전고용과 경제성장을 가능하게 하였으며, 아울러 고부담 고복지를 실현시킬 수 있었다⁴³⁾.

1.2.5 행위자적 맥락: 노동자와 중산계급의 연합

① 노동자계급의 상대적 권력 강화

권력자원의 관점에서 스웨덴 복지체제는 노동 계급의 우세한 힘의 결과물이다. 상대적으로 많은 권력을 획득한 1930년대 초창기에 노동계급은 자신들의 힘을 유지시키고 사용자의 힘을 무력화시킬 필요가 있었다. 노동계급은 정치적 투쟁이나 과격한 활동보다는 대화통로를 정치와 제도화 시켰으며, 여기의 가장 특징 중에 하나가 조합주의이다. 1938년 살츠요바덴 협약으로 노동조합(LO)과 사용자 단체(SAP)는 정부의 개입 없이 노사간 자율적인 단체 교섭의 원칙을 확립하면서 중앙차원의 단체 교섭을 제도화하였다. 이러한 합의의 문화는 첨예한 갈등을 피하고 합리적인 방법으로 협상할 수 있는 문화를 조성하였다⁴⁴⁾. 강한 노동조합의 힘과 노사간의 합의 문화는 복지 제도를 정착시키는데 기여하였다.

43) 김영순, 『복지국가위기와재편영국과스웨덴의경험』, 서울대학교출판부, (1996). 안재홍, "스웨덴사민주의의복지자본주의와조세의정치", 『경제세계연구소』, (2013), pp. 136-137. OECD, 『스웨덴 복지국가 모델과 시사점』, (2005).

44) OECD, 『스웨덴 복지국가 모델과 시사점』, (2005).

② 노동계급과 중산계급의 연합

스웨덴에서 중산계급은 최고의 복지의 생산자이자 수혜자이다. 사실 사민당의 집권이 노동자 계층의 전폭적인 지지를 기반으로 하고 있지만 단독으로 집권한 적은 거의 없다. 1932년 처음 집권한 당시도 농민들의 지지기반을 둔 녹색당과 적녹동맹을 맺어 성공했다. 그 이후 “인민의 집(people home)”의 슬로건을 내세워 중산계급까지 지지기반을 확보하였으며, 녹색당과 결별한 후에도 중산층과 노동계급의 연합으로 장기집권에 성공할 수 있었다. 인민의 집은 당시 사민당 당수 한손(Hansson)에 의해 나온 신조어로 사회계층간의 장벽을 넘어 모든 이에게 안락한 가정을 만들어 준다는 포괄적 복지의 개념을 함축한 단어이다. 이 개념은 당시 재무상인 비그포르스에 의해서 실현화되면서 복지제도가 모든 국민에게 적용되는 권리성으로 확대되면서 특히 중산계급의 지지를 받게 되었다⁴⁵⁾. 김영순(1996)에 따르면 이런 중산층과 노동계급과의 긴밀한 연합은 복지체제의 포괄성과 적절성은 더욱 중산계급의 지지를 강화시키는데 작용했고 나아가 보건의료 체제의 주요 계급이 화이트칼라 계층이라는 것을 감안할 때, 향후 복지 개혁에도 불구하고 기존의 복지 체제를 유지시키는 힘으로 작동했다고 볼 수 있다⁴⁶⁾.

1.3 제도 형성: 독점 통합 모델(monopoly integrated model)

독점 통합 모델은 공공영역에서 의료서비스와 제정을 통합적으로 관리하는 체제를 의미한다. 1980년대까지 스웨덴의 보건의료 체계는 보편주의, 평등성, 연대성, 공공의 책임 등을 강조하는 스웨덴 사민주의 복지 모델의 전형적인 성격을 다 갖추고 있었다. 보편성의 원칙에서 스웨덴 의료시스템은 국가보건의료서비스(NSH)방식으로 거의 무상으로 모든 국민들이 의료서비스를 제공받을 수 있었다. 평등성은 의료서비스의 평등과 소득의 평등적 차원에서 살펴볼 수 있다. 사회적 취약계층을 보호하는 성격이 강하기 때문에 조세에 의한 방식으로 사회적 경제적 지위와 상관없이 욕구에 의한 서비스

45) 변광수, 『북유럽사』, 대한교과서, (2006).

46) 즉 자유주의, 케인즈주의, 사회주의 어느 쪽에도 치우치지 않는 대안적 모델이 스웨덴 노동계급에 의해 창안되었고 이 아이디어가 자본과 중간계급의 동의하에 정책으로 실현될 수 있었다(장선화, 2007).

를 제공받기 때문에 의료 불평등이 적다. 그리고 무상은 사회적 취약계층의 의료비 지출을 방지함으로써 계층간의 소득 불평을 감소시킬 수 있다. 공공성의 측면에서 스웨덴에서 의료서비스는 공공재에 속한다. 국가가 일괄적으로 재정과 공급 등 통제를 전적으로 하고 있었기 때문에 공적인 성격이 강하다고 할 수 있으며, 이는 중산층들까지 혜택을 받으면서 사회적 연대성을 높이는 방안이었다. 이런 의료시스템은 1932년부터 1980년대 까지 이어졌다(47).

전술했듯이 스웨덴 의료체제의 공공재적 성격은 17C 부터 시작되었다. 1862년 지방자치법이 제정되면서 지역의 행정개편이 정비되었고 이때 광역시인 CC의 역할이 강화되었고 CC의 의료책임은 이때부터 시작되었다. 1864년 의회는 병원의 운영에 대한 지침을 도입하였으며, 이는 스웨덴의 보건의료조직의 규범으로 작동하도록 했고 다음해인 1865년 전국적으로 수행하였다. 이때부터 스웨덴 보건의료 시스템은 국가 중심적이며 병원중심으로 운영되었다. 1928년 병원법이 도입되어 CC의 책임이 강화되기 전까지 의료시스템은 국가 중심, 그리고 전문가 중심의 성격을 가지고 있었다. 1920년대~50년대 국가에 고용된 의사들은 60~70% 정도였으며 1985년 종합병원에서 종사하는 의료진들은 전체 65%로 인근 노르딕 국가들보다도 높았다(48).

2차 세계대전이 끝나면서 스웨덴은 1946년 국가 건강보험을 통해 보편적인 수급체계를 구성하려고 했으나 많은 의료진들의 반대로 성공하지 못했다. 그러나 1969년 지방정부법의 개정과 1970년대 스웨덴의 세븐크라운 법은 스웨덴의 보건의료체계의 전환점을 가져왔다. 지방정부법은 기초자치단체를 2498개에서 284개로 정비하면서 효율적인 관리를 가능하게 하였으며 1970년대 세븐크라운개혁(Seven Crown Reform)(49)은 사회적 취약계층의 의

47) 김철주(2016), 1969년 스웨덴 헌법 개정 이후 의료체제의 민영화에 관한 연구. 유럽헌법연구

48) Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.

49) 민간에 의해 운영되는 광역시(county council) 병원 외래를 도의회(council)이 인수하고, 환자가 7 crown을 지불하도록 하였다. 이로 인해 경제적으로 어려운 계층의 의료접근도가 개선되었다(보건복지부, 2004).

료접근성을 높이기 위해서 이용자의 의료비용을 감소시키고 조세에 의해 제공하도록 하는 의료 개혁이 있었다. 이 두 개혁은 보건의료서비스를 공공영역으로 완전히 포함시키는 것이었다. 모든 1차 의료기관은 국가에 편입되면서 모든 병원을 포함한 모든 의료기관은 국영화가 되었으며, 병원, 건강검진, 모자보건, 재활 등 보건의료서비스는 모두 국가 수준에서 관리되었다. 즉 공공재의 강화와 의료서비스의 독점화를 만들어준 개혁으로 볼 수 있다. 이 개혁을 통해 시민들에 대한 CC의 의료 공급의 책임이 강화되었다. 이용자들은 거의 무상으로 의료서비스를 제공받음으로서 비용으로부터 해방되었으며 더불어 취약계층의 의료서비스의 접근성을 높여주었다. 또한 전문의료진들을 CC가 고용함으로써 공적의료서비스가 전문화되도록 하였다. 개혁 전 의사들은 자영업자로 영리활동이 가능했지만, 개혁 후 공무원 신분으로 바뀌게 되었다⁵⁰⁾. 즉 이시기 보편주의에 입각한 의료 체계가 확립된 시기로 볼 수 있으며, 국가 중심의 장기의료 계획이 수립되었으며 제공은 중앙정부가, 제공은 CC가 책임지도록 하면서 의료서비스는 정부가 독점하고 통합적으로 제공하는 성격으로 갖추게 되었다. 그리고 전문가 원칙에 입각하여 의료전문가가 장기 보건의료 계획을 위한 지침서를 작성하도록 하였다⁵¹⁾.

50) Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University. Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies. 김철주(2016), 1969년 스웨덴 헌법 개정이후 의료체제의 민영화에 관한 연구. 유럽헌법연구

51) Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.

2. 경로진화: 제도 변화

2.1. 중대한 전환점

2.1.1 국제 환경: 세계화와 신자유주의

1990년대 전 후로 신자유주의 이념이 경제 사회제도에 침투하기 시작하였다. 당시 유럽연합(European Union)의 정책적 우선순위는 거시경제의 안정성과 인플레이션 통제이며 그렇기 때문에 유럽 회원국들에게 긴축재정과 정부 부채 감축을 수행하라고 압력을 가하고 있다. 따라서 많은 복지국가들은 복지축소를 수행하게 되고 여기의 의료개혁도 마찬가지였다. 대부분의 국가에서 의료개혁은 민영화를 통해 수행되었다. 이중 민영화된 의료서비스는 비용절감, 예산 통제, 인력, 입원기관 축소, 의료진 예산 감축과 관련이 있다. 게다가 이러한 제도적 변화는 새로운 의료기술, 비용효율성, 전문화된 직원, 지역사회로의 비용전환에 의한다⁵²⁾. 또한 의료서비스의 산업화였다. 유럽연합의 관점에서 의료보건서비스는 산업으로서 가까운 미래에 유럽시장 전역을 차지할 수 있다. 의료 관광수준에서 환자의 이동성이 커질 수 있다는 것이다. 결론적으로 유럽위원회는 국가 간 전문화된 의료서비스의 협력을 높이는 것이다. EU의 단일화 시장전략은 회원국인 스웨덴도 예외가 될 수 없었다⁵³⁾.

2.1.2 국내환경: 경제 침체

스웨덴은 1970년 다른 복지국가들처럼 오일쇼크를 경험하게 된다. 스웨덴은 OECD국가들 중에서도 석유 의존도가 높은 나라였고, 주무역상대국 또한 석유위기에 영향을 받은 국가들로 스웨덴 경제에 여파를 미쳤다. 결국 이런

52) Hjortsberg, C., Ghatnekar, O., & Rico, A. (2001). Health care systems in transition: Sweden. W. Wisbaum, & T. Cetani (Eds.). Brussels: European Observatory on Health Care Systems.

53) Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University.

경제위기는 재정위기로 이어지면서 당시 관대하면서도 높은 복지서비스와 급여수준은 도마 위에 오르게 되었다⁵⁴⁾. 그러나 이러한 독점적 공적 의료서비스의 확대는 1970년대 스웨덴은 경제 침체라는 첫 번째 복지국가의 위기를 경험하면서 의료서비스의 재정 부담이라는 위기에 직면한다. 1970년대 병원에서 총 국가 의료비용의 72.9%를 차지하였다. 1972년~1982년 10년간 Sweden의 GDP 중 의료서비스는 7.2에서 9.3으로 상승했다. 1980년대부터 인구의 고령화 현상으로 인한 의료서비스의 욕구가 증가되고, 새로운 값비싼 의료 기술의 증가로 더 이상 스웨덴의 의료 서비스 체제는 지속할 수 없었다. 이때부터 기술발전의 보조를 따라잡기 위해 다양한 수준의 의료서비스가 도입되고 의료서비스 비용 증가를 막기 위한 시도가 수행되었다⁵⁵⁾.

1990년대 유럽 국가들은 심각한 경기 침체를 경험하고 있었으며, 이 중 스웨덴이 가장 심각했다. 1991년~93년 사이 스웨덴의 경제 성장률은 마이너서 1~2%였으며, 실업률은 1.4%~9% 대였다. 고용률은 12%까지 떨어졌으며 국가 부채도 GDP의 두 배로, 1994년 이후 유로국가들의 평균 부채율보다 높았다. 이런 상황은 복지재정의 긴축 재정을 단행하게 되는 계기가 되었고 의료서비스 분야에서도 예외는 아니었다⁵⁶⁾. 이러한 1990년대 초 주요 경기 침체로 인해 발생한 신용등급 하락, 실업, 인플레이션과 같은 반복된 문제들은 시민당에서 우파 정권으로 권력을 이양하게 되었고 민영화를 추진하게 된 계기가 되었다⁵⁷⁾.

54) 김영순. “사회민주주의와 신자유주의의 사이에서: ‘제3의 길’ 이후의 스웨덴 복지국가,” 『한국정치학회보』 29(2), (1995), pp.2103-2124.

55) Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University.

56) 오건호, 『1990년대 이후 스웨덴 재정·복지개혁 내용과 평가』, 글로벌정치경제 연구소, (2013). Freeman, R. B., Swedenborg, B., & Topel, R. H. (Eds.). (2010). Reforming the welfare state: Recovery and beyond in Sweden. University of Chicago Press.

57) Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University.

2.2. 제도적 맥락

2.2.1 정책이념

① 정치이념: 시민주의 + 신자유주의

1970년대 이후 스웨덴의 경제 위기는 사민당에게 딜레마를 안겨주었다. 지속 가능한 발전을 위해서 신자유주의 방법을 도입하려는 측과 계속 렌메이드 모델을 유지해야 한다는 측으로 나누어 갈등이 있었다. 여기에 대한 대안은 바로 제 3의길 노선을 선택했다는 점이다. 스웨덴의 제 3의 길은 사회민주주의와 신자유주의의 사이길이다. 이 전략의 핵심은 완전고용과 복지국가 의 골격을 유지하되 크로나의 평가 절하를 통해 수출산업의 가격 경쟁을 회복하는 한편 임금억제와 공공지출이 더 이상이 확대 방지 및 간접세의 증대를 통해 인플레이를 억제한다는 것이다. 엄밀히 말하면 제 3의 길은 선성장·후분배를 어느 정도 인정하는 신자유주의로 위회하는 것을 암시하는 것이다⁵⁸⁾. 이런 점은 결국 스웨덴이 민영화의 속도를 늦추는 계기가 되기도 하였지만 제반 배경을 조성해주는 역할로도 볼 수 있다.

이시기 눈여겨보아야 할 점은 중도우파정권의 성장이었다. 1973년 이후 3번의 여당의 진입에 성공한 신자유주의 성향의 이들은 자신들의 이념을 복지영역에 투여할 수 있었다. 그러나 초기 이들이 집권에 성공한 이유는 핵개발 문제로 국민들에게 실망을 안긴 사민당의 집권실패였고, 이들은 국민들의 지지기반을 확보하기 위해 오히려 사민당보다 더 사민당 정책을 제시하기도 하였다. 또한 1991년 중도우파연립정부는 위기극복에 주력하기 위해 완전고용정책을 포기하고 신자유주의정책을 본격적으로 실시한다. 이들은 경제적 위기가 공공부분의 과다한 지출로 보고 의료서비스를 비롯한 여러 부분이 복지급여를 축소한다. 그러나 이런 점은 다음 선거에 패배하는 결과를 안겨준다⁵⁹⁾.

58) 김영순. “사회민주주의와 신자유주의의 사이에서: ‘제3의 길’ 이후의 스웨덴 복지국가,” 『한국정치학회보』 29(2), (1995), pp 2103-2124.

59) 김영순. “사회민주주의와 신자유주의의 사이에서: ‘제3의 길’ 이후의 스웨덴 복지국가,” 『한국정치학회보』 29(2), (1995), pp 2103-2124.

2000년대는 사민당의 장기집권이 종료되는 시기로 볼 수 있다. 2006년부터 2014년까지 재집권에 성공하면서 중도우파 연합이 제 1여당으로 자리 잡기 시작한다. 2006년 9월 총선에서 라인펠트(Reinfeldt)가 이끄는 보수당 중심의 비사민당계인 중도우파연합이 사민계에 근소한 차이로 승리하였다. 중도우파연합은 사민주의 체제를 인정하면서도 신자유주의 전략을 수행한다. 민영화는 여기의 핵심전략이었다. 더욱이 2010년 총선에서 현 보수연정이 스웨덴 헌정사상 최초로 재집권에 성공하면서 중도우파연합의 신자유주의 전략은 강화된다. 지자체의 보건, 복지 서비스 민간 위탁 운영 확대, 보건 및 노인·장애인 복지서비스 분야의 경우 소비자의 선택권을 강화시켰다. 그러나 최근 복지 수당의 급격한 긴축, 복지 서비스의 무리한 민영화, 교육제도 개혁의 실효성 여부 등 비판 여론이 제기되면서⁶⁰⁾.

스웨덴의 전통적인 체제는 1980년대 보수와 신자유주의 성향 정당들과 보건의료체제의 민영화에 관심을 둔 영리 기업이나 조직들에 의해서 도전을 받기 시작한다. 이들은 효율성의 증가, 제공기관들 사이의 경쟁, 선택이라는 핵심 슬로건을 앞세우면서 조세기반의 영리민간 제공기관의 진입을 요구한다. 당시 집권여당인 사민당내에서도 상반된 의견으로 대립하였다. 당시 수상이었던 팔메(Palme)는 반대하였지만, 그가 1986년 암살당한 후 재무장관인 펠트(Kjell-Olof Feldt)는 민영화를 긍정적이고 시대에 적합한 것으로 받아들이면서 1990년대 민영화 정책이 스웨덴 보건의료시스템에 영향을 미치게 되었다⁶¹⁾

② 복지이념: 평등 + 형평,

1990년대 스웨덴의 복지국가 재편이 시작되지만 복지 체제의 근본 가치는 그대로 유지한다. 사실 스웨덴은 국내외적 열악한 환경 속에서도 사민주의 체제를 유지하려는 노력들이 보인다. 김영순(1995, 1996)은 이시기를 복지국가가 방어되고 유지되었다고 평가하고 있다. 실례로 스웨덴의 의료서비스

장선화, "스웨덴 모델의 제도적 변화 정책전환의 정치 1970-2000", 『비교민주주의연구권호』 (2007), pp.93-130

60) 주스웨덴 대사관, 『스웨덴 정세 동향』, (2012).

61) Dahlgren, (2014), 504

개혁의 경우 민영화전략보다는 지방분권화를 강화하여 의료서비스 전달체계의 효율성을 높이려는 전략이 더욱 컸다⁶²⁾. 리와 팍(Lee and Park, 2003)도 1980년대와 1990년대 세계화와 연대임금 정책의 붕괴에도 불구하고 영미식의 신자유주의 복체체제로 전환하지 않고 상대적으로 안정된 상태를 유지했다고 보고 있다. 즉 복지지출은 오히려 증가했으며, 민영화는 상당히 미미한 수준이었다는 것이다. 즉 스웨덴의 민영화전략은 신자유주의 이념을 받아들이기보다 정부 실패를 극복하기 위한 하나의 방편이었고 여기의 핵심은 예산과 전달체계의 효율성을 높이려는 의도가 강했다⁶³⁾.

스웨덴 복지체제는 탈전쟁 후 구축된 틀을 그대로 유지하면서 신자유주의적 성격의 복지체제를 수정한다. 1980년대와 1990년대는 비효율성에 대한 개선이었다면, 2000년대에는 이용자의 선택권을 강화하는 시기로 볼 수 있다. 이런 모습은 사민당과 2006년에 집권한 우파정권 모두 개인의 선택권과 자유, 복지의 비효율성 개선이라는데 중점을 두었다. 이런 복지 개혁의 모습은 스웨덴의 사회서비스 법과 자유선택의 법을 통해서 살펴볼 수 있다. 2002년에 개정된 스웨덴의 사회서비스 법(Social Service Act)에 사회서비스 법 테두리 내에서 제공되는 사회서비스는 자유선택과 자율성을 토대로 둔다고 명시하고 있다. 2008년에 제정된 선택의 자유법(LOV; Lag om valfrihetssystem)은 의료 및 보건복지 서비스 분야에서 개인이 의료제공기관의 선택권을 강화시키고 구입자에 위탁방식에 대한 자율권을 강화시키는 것이다⁶⁴⁾.

62) 김영순, 『복지국가의위기와재편영국과스웨덴의 경험』. 서울대학교 출판부, (1996). 김영순, “사회민주주의와 신자유주의의 사이에서: ‘제3의 길’ 이후의 스웨덴 복지국.” 『한국정치학회보』 29(2), (1995), pp.2103-2124.

63) Lee, H. J and Park, Y. S. (2003). Welfare State Restructuring in Sweden. Korean Political Science Review Vol. 39 No. 4. pp. 217-220

64) Larsson . M. (2008). Propositionens huvudsakliga innehåll Regering en överlämnar denna proposition till riksdagen. Stockholm den 25 september 2008

2.2.2 정치체제

① 정당구조: 9개 정당. 다양성

2018년 현재 스웨덴의 정당구조는 다양화되고 있다. 현재 사회민주당, 온건당, 녹색당, 자유당, 중앙당, 스웨덴 민주당, 기독교민주당, 좌익당, 페미니스트 정당 등 9개의 정당으로 구성되어 있다. 향후 극우정당과 페미니스트 정당이 부상할 것으로 예상된다. 극우정당은 민족주의, 반이민주의 등을 주장하고 있으며 2014년 선거에서 10% 정도의 지지율을 확보하고 있다. 페미니스트 정당은 스웨덴의 진보 정당으로, 2005년 설립되었다. 2014년 총선거 결과, 스웨덴 기독교민주당에 이어 제9당이다. 정당구조의 다양화는 기존의 좌파와 우파라는 이원화에서 탈피하여 국민들의 욕구가 다양화 및 복잡화되고 있다는 것을 시사하고 있다.

② 입법부: 단원제, 비례대표제

1969년 헌법 개정을 통해 양당제를 폐지하고 단당제로 전환하면서 사민당의 장기집권이 난항에 직면하였다 상원제도의 폐지는 비례대표 의석의 수의 증가를 가져왔다. 이는 소수정당의석의 증가를 의미했기 때문에 사민당 의석은 상대적으로 감소 할 수밖에 없었다. 1970년대 이후 사민당의 지지율은 눈에 띄게 하락하였다. 정당간의 경쟁은 치열하게 되었고 합의의 정치는 흔들리게 되었다⁶⁵⁾. 이런점은 사민당이 단독으로 자신의 정책을 추진하는데 더 많은 걸림돌이 존재하게 되었다는 것을 의미했다.

③ 행정구조: 지방분권의 제도화

오랫동안 지방분권화를 실시한 스웨덴은 의료 행정체제의 제도화가 공고화 되었다. 스웨덴의료 시스템은 3개의 독립된 정부수준으로 조직되어 있다. 국가, 광역시(Lansting' County Counci), 기초자치단체(Kommune, Municipality)으로 구성되어 있으며 스웨덴 헌법은 독립성과 자율성을 인정해주고 있다.

65) 류애현, "영국과 스웨덴의 여성 정책 비교역사적 제도주의 시각에서의 분석", 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, (2006).

독립성은 이들이 서로 평등한 관계로 협력을 중시하고 있으며 각자의 역할이 다르다. 국가는 입법이나 감독, 기획을 담당하고 있으며 지방정부인 CC와 기초자치단체는 주민 사무를 담당하고 있다. CC의 경우 보건의료 서비스가 치과 치료가 주요 담당이며 기초자치단체는 교육, 사회 돌봄, 사회복지 서비스 등을 담당한다. 자율성은 각자 세금 징수권을 가지고 있어 재정자립도가 높다⁶⁶⁾.

2.2.3 경제 체제: 렌메이드 모델 해체 / 통화주의적 시민주의 모델+세계화

전술했듯이 1980년대 스웨덴 국내 경제는 악화되기 시작한다. 이에 따라 스웨덴 정부는 사민당 정부가 경제정책에 완전고용을 최우선적인 지위에 두지 않게 되었으며 1983년 중앙교섭단체가 해체되었고 산별노조들에 대한 중앙노조들의 조율능력이 약화되고 임금상승 수준이 정치적 논리에 의해 결정되는 공공부문 노조의 영향력이 강화되었다. 궁극적으로 이런 모습은 렌메이드 모델의 해체로 볼 수 있다. 이 시기부터 스웨덴 정부는 통화정책으로 전환하면서 고정환율제를 폐지하고 변동환율제로 전환하였으며, 긴축재정을 통해 예산낭비를 최소화하려고 하였다. 특히 긴축재정의 방편으로 공공지출의 지출한도를 설정하여 복지예산을 절감하려고 하였다. 이런 점에서 신정완(2009)는 통화주의 시민주의 모델이라고 명명화하였다⁶⁷⁾.

지난 30여 년 동안 스웨덴의 경제 체제의 변화는 바로 세계화에 대한 대응을 하기 위한 것이다. 스웨덴은 세계화를 수용하면서 강력히 추진하고 있다. 이런 측면은 향후 스웨덴의 시각을 변화시킬 잠재성을 내포하고 있다. 즉 민영화의 추세를 증가시킬 수 있다. 그러나 스웨덴식 세계화는 다른 국가와 다르게 협력적 노사관계의 유지이다. 노조는 자유무역과 세계화의 가치를 이해하고 있으며, 생산 환경 혁신에 조력하고 “노동시간 저축” 제도를 통해 경기에 따라 일시적 해고를 받아들였다.

66) Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University.

67) 신정완, "1990년대 초 스웨덴의 금융위기", 『스칸디나비아연구』, (2009)

2.3 행위자: 노동자 계급의 상대적 약화와 상대적으로 사용자 연합의 권력 상승, 안정된 중산계급의 지지층 확보

2.3.1 노동자 계급과 자본과 계급 권력관계 변화

이시기부터 상대적으로 노동자 계급의 권력이 약화되고 있었다. 연대임금 정책의 해체로 인해 상대적으로 경영자조직(SAP)의 권력이 강해졌으며, 화이트칼라 노동자와 공공부문 노동자의 비중으로 인해 노동운동 내 단결과 임금정책에 대한 지지 하락했다. 이는 조합주의적 의사결정이 그 역할을 하지 못한다는 것을 의미했다⁶⁸⁾.

2.3.2 중간계급

당시 중간계급은 복지의 소비자로서 다른 어떤 나라보다 복지의 혜택을 많이 받았다. 이들은 특히 연금과 더불어 보건의료서비스에 대해 보편적이면서도 질 높은 서비스를 거의 무상으로 받고 있었다. 높은 세금에 비해 질 높은 급여와 서비스들은 이러한 불만을 상쇄하였으며, 의료서비스 종사자들의 상당수가 화이트칼라층이었다는 점을 감안할 때 직업적 이익은 이들에게 매력적인 것 이었다⁶⁹⁾. 그리고 이들은 민영화에 대해 긍정적이지는 않았다. 민영화에 대한 국민의 여론이 선호적이지 않았던 이유는 재정 침체기로 재정 상황이나 고용상황이 열악해진 중산층이 공공섹터의 서비스를 더 선호하게 되었기 때문이다. 또한 중산층은 공공의 사회서비스를 하나의 재산권으로 간주하고 있었으며, 민영화는 자신들의 이런 재산을 박탈당할 수 있다는 심리적 위기감을 갖고 있었다.

68) 류애현, "영국과 스웨덴의 여성정책 비교역사적 제도주의 시각에서의 분석", 이화여자대학교 대학원 박사학위논문, (2006).

69) 김영순, 『복지국가의 위기와 재편: 영국과 스웨덴의 경험』. 서울대학교 출판부, (1996). Bergmark, Å. (2008). Market reforms in Swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(3), pp.241-261.

2.4 자유선택 모델(Free Choice model)

자유선택모델은 “돈이 환자를 따라간다(the money follows patient)”의 의미로 시민들이 공공서비스를 이용하는데 있어서 그들의 선택권을 강화시켜주는 것이다. 1970년대 두 번의 오일쇼크와 국제경제 상황의 악화는 스웨덴 정부의 재정 악화로 이어지면서, 그 간의 정부의 실패가 가시화되면서 도마위에 올라오기 시작하였다. 특히 의료체제의 성격인 기존의 독점 통합모델이 비효율성, 재정부담, 서비스 제공 부족, 오랜 대기기간, 과도한 관료제, 경직된 시스템 등 다양한 문제로 이용자의 보건의료욕구를 적기적소에 대처하지 못하고 있었다. 이런 상황은 정치적 사안으로 연결되면서 신자유주의 성격의 개혁을 수행하게 된 정당성을 부여하게 되었다. 개혁의 목적은 전통적인 스웨덴의 의료체계를 그대로 유지한 채 효율성높이기 위한 것이었다⁷⁰⁾. 민영화전략은 환자의 선택권과 접근성을 높이고, 재정과 운영의 효율성을 높이는데 적합한 전략이었다기).

의료체제의 개혁은 신공공관리개혁(New Public Management; NPM), 구입자-공급자 분리, 공공서비스 선택법 강화를 통해 수행되기 시작하였다. NPM은 공공 행정영역에 신자유주의 방식인 분업화, 경쟁, 성과 평가, 위탁관리(contracting management) 등의 관리기법을 통해 효율성을 강화시키는 것이다. NPM의 주요 방식은 “시장화”이다. 시장화는 민영화나 유사민영화 방식을 통해 공공서비스의 역할을 국가에서 시장으로 이전시키는 것이다. 1991년~1994년, 2006년~ 2103년 집권한 우파정권은 우파성향이 강한 광역시와

-
- 70) Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. Nordic School of Public Health, P.O. Box 12133, SE-402 42 Göteborg, Sweden. pp. 1-7. Anell, A., Glengård, A. H., & Merkur, S. M. (2012). Sweden: Health system review. Health systems in transition, 14(5), pp.1-159. Siverbo, S. (2003). The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden. SPA Working Paper 2003:5, Göteborg University. Styrborn, K., & Thorslund, M. (1993). 'Bed-blockers': Delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. Health policy, 26(2), pp.155-170.
- 71) Dahlgren, G. (2008). Neoliberal Reforms in Swedish primary health care: for whom and for what purpose?. International Journal of Health Services, 38(4), pp.697-715.

지방자치단체를 선두로 이 개혁을 단행하였다.⁷²⁾ NPM 의 철학은 스웨덴의 사민주의 정신과 대립되는 것임에도 불구하고 당시 우파 정부는 최소한 공공자원을 보다 효율성 있게 사용할 수 있는 하나의 대안으로 설득으로 정치인, 정책입안자, 전문가 등 다양한 이해관계자를 설득하였다. 1980년대 초에 의료 서비스 영역에서도 효율성을 높이기 위해 NPM을 수행한다⁷³⁾. WHO(2005) 따르면 스웨덴은 민영화를 위한 공공지출을 GDP대비 1990년대 1.5%에서 2002년에는 9.2%로 다른 국가들보다 높았고 의료 개혁은 민영화 전략의 중심에 있었다. 스웨덴은 2000년대 국가적 아젠다로 1차 의료 개혁을 설정하였다. 개혁의 내용은 의료서비스의 전문화와 집중화였고, 핵심목표는 성과 평가, 경쟁, 효율성 등을 강조하는 시장화 민영화 전략을 추진하였고 이는 최근까지 지속되고 있다⁷⁴⁾.

구입자-공급분리는 제 3자 지불체제를 의미한다. 독점 통합모델은 서비스 구입자와 공급자가 일원화된 체계로 공공기관이 서비스 재정과 공급에 대한 책임을 동시에 졌다면, 구입자 공급분리는 서비스 재정과 서비스 제공이 분리된 2원화하여 이용자가 서비스를 구입할 때 비용은 정부가 책임을 지고

72) Hall(2013), NPM in Sweden : The Risky Balance between Bureaucracy and Politics, Studieförbundet Näringsliv och samhälle. 402

73) Ahgren. B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. Nordic School of Public Health, P.O. Box 12133, SE-402 42 Göteborg, Sweden. pp. 1-7. Hjortsberg, C., Ghatnekar, O., & Rico, A. (2001). Health care systems in transition: Sweden. W. Wisbaum, & T. Cetani (Eds.). Brussels: European Observatory on Health Care Systems. Siverbo, S. (2003). The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden. SPA Working Paper 2003:5, Göteborg University. Blomqvist, P. (2005). The turn to privatization in Swedish welfare services: a matter of ideas?. Department of Political Science, Uppsala University. Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic healthcare reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.

74) Anell, A., Glenngård, A. H., & Merkur, S. M. (2012). Sweden: Health system review. Health systems in transition, 14(5), pp. 1-159.

서비스 제공은 민간기관과 공공기관에게 이양하는 하는 것을 의미했다. 구입자는 정치 위원회로 구성되어 있으며, 이들 대부분은 의회 구성원에 의해 간접적으로 선출된 정치인들이다. 제공자는 병원들과 의료기관(health care center)들로 이들 대부분은 CC에 소유되었다. 재정지원자는 선출직 공무원들로 구성되었다. 구입자 제공자 분리모델의 궁극적인 목적은 효율성의 달성이다⁷⁵⁾. 구입자 공급자 분리를 위한 가장 대표적인 방식이 입찰이다. 외주 업체를 통해 서비스 제공기관을 선택하는 것이다. 1993년 지방자치단체는 10%만 구입자 제공자 분리 방식인 외부 입찰방식을 채택했지만 2003년에는 80%이상이 이러한 모델을 도입하였다⁷⁶⁾.

또한 이용자의 선택권을 강화하기 위해 다양한 법적 체계가 제정되거나 개정된다. 이 중 자유선택 법(The Act on System of Choice in the public Sector; LOV), 공공조달법, 신 지역 정부 법(A new Local Government Act, 1993)은 그 법 개정의 핵심이라고 볼 수 있다. 자유선택법은 2008년 제정되었고 2009년 법적 효력을 발휘하면서 이용자가 자신의 서비스를 스스로 구입할 수 있도록 하였으며 동시에 지역정부는 민간 기관을 선택할 수 있도록 민간업체 의료 기관을 개방하였다. 2010년 개정을 통해 모든 광역시는 1차 의료진료소(Primary Health Care)를 민간영역에 개방해야 했으며, 그 개혁을 통해 각 지방정부는 자신의 지역 주민의 욕구에 맞는 보건의료서비스를 기획할 수 있었다. 결론적으로 자유선택법은 공공서비스 이용자의 선택권을 높여주었다⁷⁷⁾. 또한 자유선택법은 스웨덴 의료체계에 기대 이상의 영향력을

75) Hjortsberg, C., Ghatnekar, O., & Rico, A. (2001). Health care systems in transition: Sweden. W. Wisbaum, & T. Cetani (Eds.). Brussels: European Observatory on Health Care Systems. Siverbo, S. (2003). The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden. SPA Working Paper 2003:5, Göteborg University. Blomqvist, P. (2005). The turn to privatization in Swedish welfare services: a matter of ideas?. Department of Political Science, Uppsala University. Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic healthcare reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.

76) 김철주(2016),

77) Burström et al (2017), Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden - a scoping review, US National Library

미쳤다. 2010년 이후 2017년까지 대도시를 중심으로, 270개의 새로운 민간의료진료소가 개업했으며, 사회경제적 지위가 높은 사람들이 많은 혜택을 받고 있다. 2017년 지방자치단체가 자유선택 체제를 받아들이고 있으며, 만족도도 상당히 높은 편으로 나타났다⁷⁸⁾.

자유선택모델은 전문화, 분업화, 지방분권화를 특징으로 한다. 광역시와 지방자치단체의 책임의 분산은 낮은 위계구조를 형성했고, 이는 각자의 활동을 합리적으로 수행할 수 있는 조건을 형성해주었다. 분업화는 국민의 건강을 개선시켰으며, 전문화는 조직이 전문적인 경영을 의료 서비스 조직에 깊숙이 배태되었다. 이런 점은 효율성 증가, 서비스 질 개선, 이용자 선택권 강화라는 측면에서 자유선택 모델이 성공적이라는 평가를 받고 있다⁷⁹⁾.

그러나 2014년 총선은 민영화 전략에 걸림돌이 되었다. 2014년 9월 선거에서 중도우파 연합은 권력을 사민당과 녹색당 연합에게 양도해야했고 8년 만에 좌파진영이 집권하게 되었다. 민영화에 부정적인 태도를 보이고 있는 사민당정권은 자유선택모델의 변화가능성을 시사하고 있다. 비록 철회되었지만 일부 좌파진영 당원들은 CC 수준에서 의무적인 선택의 자유제도를 폐지하고자 하는 법률 개정안을 제출하기도 하였다⁸⁰⁾.

of Medicine National Institutes of Health

- 78) Bergman, Jordahl and Lundberg(2018), Choice and Competition in the Welfare State: Home Care as the Ideal Quasi-market, Research Institute of Industrial Economics . p. 15
- 79) Ahgren, B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. Nordic School of Public Health, P.O. Box 12133, SE-402 42 Göteborg, Sweden. pp. 1-7. Ekman, B., & Wilkens, J. (2015). A literature review of the regional implementation of the central Swedish government's health care reforms on choice and privatization. Health economics review, 5(1), pp. 1-5.
- 80) Beckman and Anders (2013), Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits, BMC Health Services Research.

3. 소결

스웨덴은 전후 사민주의 복지체제의 전형이었으나 1970년대부터 시작된 경제 침체와 신자유주의 도래는 스웨덴 복지 체제의 재편을 요구하였고, 여기의 전략이 민영화였다. 민영화 전략은 당시 대부분의 복지국가에서 단행한 개혁이었지만 동일한 위기 앞에서 대응양태는 달랐다. 스웨덴은 부분적이고 점증적이며, 사용자 형식의 민영화, 그리고 공여의 성격을 가진 민영화였다. 이런 성격의 민영화는 스웨덴 의료체제가 공공성을 훼손하지 않으면서도 정부의 실패인 비효율성이나 제한된 소비자 선택을 극복할 수 있도록 해주었다. 즉 지속과 변화가 동시에 진행되고 있었다. 이런 지속과 변화를 동시에 설명하기 위해 본 연구에서는 역사적 제도주의 관점에서 경로의존과 경로진화로 분류하여 경로의존을 통해 제도의 지속적인 성격을 파악하고 경로 진화를 통해 제도의 변화의 모습을 파악하였다.

우선 경로 의존에서 제도적 유산으로는 의료서비스에 대한 공공의 책임과 지방분권체제였다. 의료서비스는 사민주의 체제가 형성되기 전부터 공공의 책임으로 간주하였고, 여기의 책임은 광역시나 지역정부였다. 제도적 맥락에서 정책이념 중 정치이념은 당시 지배적이었던 사회민주주의 이념이었고 복지이념은 평등이었다. 정치 행정 구조에서 정당구조는 5개의 군소정당으로 시민계와 비시민계로 비교적 계급에 의해 분류되었고, 집권정당은 시민당이였다. 입법부는 다당제와 비례대표제로 구성되어 시민당이 장기집권을 할 수 있는 유리한 구조였다. 의료 행정구조는 중앙정부의 탈중앙화로 지방정부의 책임이 강화되고 있었다. 경제체제는 렌메이드 모델로 완전 고용과 성장, 분해 등 수정자본주의 체제였다. 행위자적 맥락에서는 노동자 계급의 상대적으로 강한 권력은 사회적 코포라티즘을 가능하게 하면서 대화와 타협의 문화를 조성할 수 있었고, 또한 복지제도를 통해 노동자 계급들은 자신의 권력을 제도화 할 수 있었다. 또한 시민당은 포괄적이고 적절한 복지서비스 제공으로 중산계급의 안정된 지지층 확보 할 수 있었다. 이런 모든 제도들의 역동적 관계는 스웨덴이 사회민주주의 복지국가를 건설할 수 있는 제반 여건을 구성하게 되었다. 즉 평등을 이념으로하여 보편주의에 입각한

관대한 복지제도를 형성하여 전 국민이 수준 높은 복지급여를 욕구에 맞게 받을 수 있었다. 이런 맥락에서 의료서비스는 독점 통합모델이 구축되었다. 독점 통합 모델은 국가 주도의 서비스 제공과 운영, 재정 지원 등을 단일화하고 통합한 성격으로 국영화로 볼 수 있다. 따라서 이 시기 스웨덴 의료 체제의 성격은 민영화는 억제되었고 보편주의, 국영화, 서비스의 독점화의 성격을 가지고 있었고 이 체제는 스웨덴 의료 체제에 뿌리 깊게 자리 잡아 현재의 의료 체제의 근본적인 틀로 자리잡게 되었다.

경로진화는 민영화로 인해 의료서비스의 변화가 부분적으로 이루어진다. 이런 변화를 야기 시킨 중요한 전환점은 국내외 환경의 변화로 국제적으로는 세계화와 신자유주의였고 국내는 경기 침체였다. 1970년대부터 시작된 세계화와 신자유주의체제는 국제적 경기침체의 방편으로 공공서비스를 시장기제에 맡기는 것이었다. 여기의 핵심 전략으로 민영화였다. 스웨덴도 오일쇼크의 영향으로 경기 침체를 경험하면서 정부의 실패를 가시화시켰다. 이런 점은 결국 민영화를 수행하는 계기를 가져왔다. 제도적 맥락에서도 정책이념이 사민주의가 전반적으로 우세했지만, 신자유주의에 영향을 받아 사민당은 한시적으로 제 3의 길을 추구하지만 성공하지 못한다. 2000년대 이후 우파정권의 연이은 재집권은 스웨덴의 사민주의 정책이념에 신자유주의가 투여되었다. 이 시기부터 경쟁, 서비스 질 등의 민영화 원리를 더욱 강화시켰다. 정당구조는 2000년대 들어 점점 더 이념적인 성향을 벗어나 다양화되고 있었다. 녹색당이나 극우정당, 페미니스트 정당 등이 그 모습이다. 또한 입법부는 양당제를 폐지하고 단원제를 실시함으로써 비사민당 정부의 진입을 훨씬 용이하게 해주었다. 의료체제의 행정 구조는 지역분권화가 강화되면서 2000년도에는 제도적으로 정착된다. 신공공관리 기법(NPM)의 도입으로 중앙정부와 지역정부간의 위계 체계를 낮추고, 자율성을 부여하여 지역정부의 선택권을 강화시켜주었다. 경제체제의 경우 1990년대 경제적 침체와 세계화로 렌메이드 모델이 해체된다. 스웨덴은 세계화를 수용하여 경제구조를 국제 경쟁에 생존할 수 있도록 노력하고 있다. 행위자적 맥락에서 노동자 계층은 상대적으로 권력이 약해지고 사용자 계층이 강해지고 있다. 그러나 중산층들은 다수가 의료서비스의 혜택을 받는 수급자인 동시에 제공

자이기 때문에 민영화에 대해서는 긍정적이지 않다. 따라서 이런 모습은 스웨덴의 민영화를 추진할 수 있는 조건을 조성해주었다고 볼 수 있다.

이런 맥락 속에서 1980년대 중반부터 1990년대에는 민영화가 도입된 시기로 의료 서비스 체제는 구입자·제공자 분리 모델을 형성한다. 이 제도는 본질적으로 공공구입자를 병원 제공자로부터 분리하기 위해 도입되었으며, 병원간의 경쟁을 통한 서비스 접근성과 의료서비스의 질을 높이기 위한 것이었고 궁극적으로는 효율성 달성이었다. 전통적으로 병원은 광역시의 통제를 받고 예산지원을 받았다. 2000년대에는 자유선택의 모델로 변모한다. 이 시기 신자유주의 성향의 중도우파 정권의 8년간 재집권으로 민영화가 이전보다 더욱 적극적으로 추진되는 시기였다. 이시기는 이용자의 선택권을 강화시키고, 경쟁을 통한 서비스의 질을 높이고 의료의 접근성을 강화시키는 것이었다. 중도우파정권은 선택의 자유법, 공공조달법 등의 법제화와 지역분권화를 통해 민영화를 강화시켰다.

경로의존성의 관점에서 스웨덴은 국제 시장에 개방화 정도가 높음에도 불구하고 세계화와 신자유주의 이데올로기에 유연하게 대처했으며, 복지 시스템을 안정적으로 유지하고 있다. 여기의 주요 이유는 스웨덴의 사민주의의 근본 가치와 제도적 유산이다. 탈전쟁 후 제도화된 전체적인 시스템은 사회민주주의 복지가 제도화 될 수 있도록 조건과 환경을 만들어 주었으며, 정책이념과 정치적 제도와 특성은 사민주의 복지 프로그램이 중산층을 포함한 모든 대중들에게 수급권 부여는 강한 스웨덴 사민주의 가치가 투여된 보편주의 복지국가로 지지하는 세력들을 구성할 수 있게 해주었다. 이런 점은 자유주의나 보수주의 복지국가보다 세계화와 우파정권의 정치적 공격에 덜 취약하게 해주었다. 의료 서비스도 이런 맥락에서 해석할 수 있다. 1940년대부터 구축된 독점 통합 모델은 1980년대부터 수행된 민영화 개혁에 있어서 제도적 유산으로 자리 잡아 정책이나 행위자들의 선택에 영향을 미쳤다. 더구나 다수의 중산층이 기존의 복지 시스템을 선호하였기 때문에 1980년대 초 민영화보다는 지역분권화를 통해 당시의 위기를 모면하려고 하였다. 또한 민영화가 진행될 시기에도 뿌리 깊은 사민주의 연대의식은 근본적인 틀을 수정할 수 없었으며, 당시 발생했던 정부의 실패의 보완으로 민영화 전략을

선택하였다.

그럼에도 불구하고 스웨덴의 의료체제는 점진적으로 변화하고 있으며 그 모습은 경로진화의 속성을 보이고 있었다. 국내외의 경제적 이념적 특성은 스웨덴에 민영화를 추동하게 했던 중대한 전환점으로 작용했으며, 속도는 느리지만 점진적으로 의료서비스 체계를 변화시키는 가점의 형태를 보이고 있다. 또한 제도진화 모델에서 민영화 전략은 그 자체 내에서 자기 강화 현상을 보이고 있다. 민영화의 속도는 구입자-공급자 모델보다 자유선택모

<표 3>스웨덴 의료 시스템의 지속성과 변화

		경로의존(제도유지)	경로진화(제도 변화)	
모델명		독점통합 모델	자유선택모델	
시기		1940년대~ 1980년대 초	1980년대 중반~ 2000년대 이후	
민영화 정도		억압기	제도화	
제도적 유산		의료의 공공성 + 지역분권	독점통합 모델	
중대한 전환점	국제적 환경	-	세계화와 신자유주의	
	국내적 환경	-	경제 침체	
제도적 맥락	정책이념	복지 이념	보편주의(평등)+효율 +소비자 선택	
		정치 이념	사회민주주의 + 신자유주의	
	정치·행정구조	정당 구조 및 집권 정당	5개의 군소 정당/ 사민당	9개의 정당/ 사민당 + 중도우파 연합
		입법부	다당제 + 비례대표제	단원제 + 비례대표제
		의료 행정 구조	부분적 지방 분권	지방분권제도화
경제 체제		렌메이드 모델	렌메이드 모델 해체 및 세계화	
행위자 맥락	노동자 계급	상대적 권력 강화	상대적 권력약화와 사용자 계급 권력 상승	
	중산층 계급	사민당의 안정된 지지층	안정된 지지층	

델에서 더욱 가속화되었고, 이 모델은 시장기제의 성격을 구입자 제공자

모델보다 더 강하다. 향후 환경의 변화로 스웨덴 의료 체제가 어떤 모습으로 나아갈지 모르지만 역사적 제도주의 관점에서는 민영화 전략이 강화될 것으로 사료된다.

V. 결론

역사적 제도주의 관점에서 분석한 스웨덴의 의료시스템의 민영화 전략은 20여년 이상 논쟁이 되고 있는 한국의 의료 개혁에 시사하는 바가 크다.

한국은 1990년대부터 민간의료보험에 대한 논의가 학계에서부터 시작되면서 본격적으로 노무현 정부에서부터 이명박정부를 거쳐 박근혜 정부까지 의료의 영리화가 진행되어 왔다. 물론 스웨덴도 민영화를 추구하고 일부 영리화를 허용하고 있지만 한국과 다르다. 한국의 의료시스템은 공공재 성격이 약하기 때문에 종종으로 인해 의료비를 지출한 중산층들이 저소득층으로 전락하는 등 의료의 불평등이 심각한 수준이다. 스웨덴은 탄탄한 공공재를 토대로 공공성의 취약한 비효율성이나 서비스 질, 선택권 강화를 위해 채택했던 민영화였다. 그럼에도 불구하고 현재 불평등과 같은 시장의 실패가 드러나고 있다. 일부 연구들은 자유선택 모델 이후 의료 이용자들의 소득 수준이 높을 수록 선택이 높다는 점과 지역간 계층간 불평등정도가 심화된다는 것, 세금의 역진성으로 고소득자가 의료서비스가 유리하다는 것을 실증적으로 제시하기도 하였다⁸¹⁾. 따라서 의료산업육성이 국가 경쟁력에 기여하지만 국민들의 의료의 불평등성을 높일 수 있다는 것을 감안해야 한다.

그리고 의료의 공공성을 강화한다는 것도 신중해야 한다. 2017년 문재인 정부 출범이후 의료계에서는 문재인 케어로 뜨거운 논쟁이 되고 있다. 문재인케어의 요점은 비보장성 급여를 급여로 전환하여 의료 취약계층의 접근성

81) Fredriksson, M., & Winblad, U. (2008). Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden. *Social Science & Medicine*, 67(2), pp.271-279.

을 높인다는 것으로 궁극적으로 의료의 공공성을 강화하는 것을 목적으로 하고 있다. 역사적 제도주의 관점에서 한국의 의료체계는 취약한 공공성을 가진 역사적 토대와 신자유주의적 기초, 친시장적 정권이라는 정치적 토대에서 영리추구형 의료의 민영화부터 시작되었기 때문에 문제인 케어가 자리 잡기는 쉽지 않을 것이다⁸²⁾. 더구나 한국과 스웨덴의 의료 체계가 다르다. 한국은 사회보험 방식이고 스웨덴은 조세방식이다. 스웨덴인에서 의료 서비스 이용자들은 보편주의의 원리에 입각하여 스웨덴 국민이면 질 높은 서비스를 저렴한 비용으로 받을 수 있으며, 대부분의 의료비용은 광역시와 지방자치단체의 조세에 의해서 충당된다. 문제인 케어 발표 이후 논란이 되고 있는 것이 바로 보장성을 강화하기 위한 재정부보이다. 이 재정을 확보하기 위한 여러 수단 중에 하나가 보험료율은 인상하는 것이다. 여기에 대한 세금 저항이 만만치 않을 것으로 보인다. 따라서 정부는 장기간에 신뢰성에 기반한 합리적인 설득을 국민들에게 해야 할 것이다.

본 연구는 몇 가지 측면에서 한계가 있다. 우선 본 연구는 개략적 수준에 머물렀다는 것이다. 추후 연구에서는 좀 더 맥락적 요인을 세분화해서 어떻게 요인들이 영향을 주는지 제도간의 상보성 등 다양하고 다각적인 측면에서 논의가 필요하다. 그리고 본 연구는 실증적 수준까지 논의가 되지 못했다. 문헌 분석을 통해 스웨덴 의료 체계의 영향을 주는 원인들은 파악했지만 검증적 차원인 통계자료를 통해 인과 분석을 하지 못했다. 마지막으로 2014년 이후 스웨덴의 사민당으로 정권이 바뀐 이후 의료 시스템의 성격을 분석하지 못했다. 이 연구에서 분석한 “자유선택모델” 부분은 1990년대~2010년대 까지 우파정권이 주도한 정책이었다. 2014년 정권이 바뀐 이후 의료체제의 시각과 정책에 변화가 있었을 것으로 사료된다.

82) 신영전, "한국의료민영화진화과대응", 『한국사회정책학회보학술대회 자료집』, (2014).

《참고문헌》

- 고령친화산업지원센터. 2013. 『스웨덴의 의료제도 개혁과 고령화 대책』, 산업연구원.
- 구춘권. 2012. "민영화의 담론·갈등·합의: 독일의 철도·우편·정보통신 영역의 민영화 과정", 『한국 정치학보』 제 46집 제 4호., 219-246
- 권기창. 2012. "사회복지공공전달체계의변화과정-역사적제도주의분석-", 『한국행정학회』 . pp.1-20
- 김근세. 1999. "공기업 민영화 정책의 비교분석". 『한국정치학회 민영화 특별 학술회의 발표논문』 .
- 김명희. 2008. 미국과 한국근로 연계복지정책의 형성과 변화 역사적제도주의 분석. 『韓國自治行政學報』 .pp.235-261.
- 김순양. 1997. "사회복지 서비스공급 민영화의 성공요인 고찰: 사회복지관 시설의 민간위탁 과정을 중심으로". 『한국정책학회보』 . 제7권 제3호, pp. 87-120.
- 김영순. 1996. 『복지국가의위기와재편영국과스웨덴의 경험』 . 서울대학교 출판부.
- 김영순. 1995. "사회민주주의와 신자유주의의 사이에서: '제3의 길' 이후의 스웨덴 복지국가," 『한국정치학회보』 29(2). pp 2103-2124.
- 김인춘. 2014. 『북유럽지방복지재정제도의시사점』 , 한국지방세연구원. pp.23-82.
- 김태근·김학실. 2014. "신제도주의관점에서본독일과한국사회적기업의등장배경과의미비교역사적제도주의와행위자중심의제도주의를중심으로". 『한국비교정부학보』 Vol.18 No.3. pp.1-33.
- 김철주. 2016. 1969년 스웨덴 헌법 개정이후 의료체계의 민영화에 관한 연구. 『유럽헌법연구』 제21호 . 41~81.
- 민병욱. 2015. "역사적제도주의관점에서본독일과한국사회적기업특성비교연구". 『한·독사회과학논총』 . 제25권 제3호. pp.101-132.
- 류애현. 2006. "영국과 스웨덴의 여성정책 비교역사적제도주의 시각에서의

- 분석". 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 변광수. 2006. 『북유럽사』, 대한교과서.
- 송재석. 2007. 우리나라 공기업 민영화의 기준과 전략에 관한 답론". 『한국 공공관리학보』 .
- 신선희. 2015. "한국근대공공부조제도의 지속과 변화요인에 대한 연구역사적 제도주의 관점을 중심으로", 서울시립대학교 대학원 박사학위논문.
- 신영진. 2014. "한국의료민영화진화과대응", 『한국사회정책학회봄학술대회 자료집』 .
- 신정완. 2009. "1990년대 초 스웨덴의 금융위기", 『스칸디나비아연구』 . pp. 41-62.
- 안재홍. 2013. "스웨덴사민주의의 복지자본주의와 조세의 정치". 『경제세종연구소』 . pp. 136-137
- 안현효. 2015. "민영화 경제학의 재검토", 『민주사회정책연구』 . 통권 27호. pp. 10-33
- 오건호. 2013 『1990년대 이후 스웨덴 재정·복지개혁 내용과 평가』 . 글로벌 정치경제 연구소.
- 유미현. 2011. “민영화: 세계적 추세에 관한 국제 비교 연구”, 한국정책분석 평가학회 동계학술대회 발표논문집. pp.99-132
- 이병훈·황덕순. 2000. 『공기업을 민영화 노사관계』, 한국노동연구원. p.8.
- 이강희. 1995. "사회복지민영화 논쟁연구", 『The Journal of Kwangju Health College』 . Vol. XX.
- 이인희. 2004. "사회복지의 민영화 패러다임에 관한 연구", 정치 정보연구 제 7권 2호.
- 장지호. 2008. "역사적제도주의의 한국적 적용", 『한국행정학회학술대회발표 논문집』 . pp. 533-553
- 장선화. 2007. "스웨덴모델의 제도적 변화정책 전환의 정치: 1970-2000", 『비교민주주의연구권호』 . pp.93-130
- 장호중. 2015. "스웨덴 복지국가와 사회민주주의 스웨덴 복지국가는 건재한가?", 『노동자 연대』 .

- 주스웨덴 대사관, 『스웨덴 정세 동향』, (2012).
- 지은구, "사회복지민영화의 비판적 검토", 『상황과 복지』 제 27호, (2009), pp. 35-78.
- 채성준·박용성, "대검찰청 중앙수사부 개편의 경로진화 연구-역사적 제도주의의 경로의존 모형과 경로진화 모형을 중심으로", 『한국행정연구』 제23권 제2호. (2014), pp.95-111.
- 하태수. 2010. "경로 변화의 양태: 경로의존, 경로진화, 경로창조". 『한국행정학회 2010 동계학술대회』 .
- 한국공기업학회. 2008. 『민영화의 원활한 추진을 위한 관련법 보완연구』 . 기획재정부 용역보고서.
- 홍세영·이병렬. 2015스웨덴 사회서비스의 민영화에 관한 연구, 『스칸디나비아연구』 .
- OECD. 2015 『스웨덴 복지국가 모델과 시사점』 .

- Ahgren. B. (2010). Competition and integration in Swedish health care. Nordic School of Public Health, P.O. Box 12133, SE-402 42 Göteborg, Sweden. pp.1-7.
- Andersson, M. (2006). Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Department of Work Science, Göteborg University.
- Anell, A. (1996). The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. Health Policy, 37(1), pp.19-33.
- Anell, A., Glengård, A. H., & Merkur, S. M. (2012). Sweden: Health system review. Health systems in transition, 14(5), pp.1-159.
- Beckman and Anders (2013), Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits, BMC Health Services Research.
- Bergmark, Å. (2008). Market reforms in Swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability. Journal of Medicine and

- Philosophy, 33(3), pp.241-261.
- Bergman, Jordahl and Lundberg(2018), Choice and Competition in the Welfare State: Home Care as the Ideal Quasi-market, Research Institute of Industrial Economics .
- Bidgood, E. (2013). Healthcare systems: Sweden & localism—an example for the UK?. CIVITAS. October 1st.
- Blomqvist, P. (2005). The turn to privatization in Swedish welfare services: a matter of ideas?. Department of Political Science, Uppsala University.
- Byrkjeflot, H., & Neby, S. (2004). The decentralized path challenged? Nordic health care reforms in comparison. Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Dahlgren, G. (2008). Neoliberal Reforms in Swedish primary health care: for whom and for what purpose?. International Journal of Health Services, 38(4), pp.697-715.
- Dahlgren, (2014), Why Public Health Service? Experiences from Profit-Driven Health Care Refoms in Sweden, International Journal of Health Services, Volume 44, pp. 507–524, 2014
- Ekman, B., & Wilkens, J. (2015). A literature review of the regional implementation of the central Swedish government’s health care reforms on choice and privatization. Health economics review, 5(1), pp 1-5.
- Fredriksson, M., & Winblad, U. (2008). Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden. Social Science & Medicine, 67(2), pp.271-279.
- Freeman, R. B., Swedenborg, B., & Topel, R. H. (Eds.). (2010). Reforming the welfare state: Recovery and beyond in Sweden. University of Chicago Press.
- Hacker, Jacob. (2004). “Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States”. American Political Science Review 98(2), pp.243-60.

- Hall(2013), NPM in Sweden : The Risky Balance between Bureaucracy and Politics, Studieförbundet Näringsliv och samhälle. 406-419
- Hanning, M. (1996). Maximum waiting-time guarantee—an attempt to reduce waiting lists in Sweden. *Health policy*, 36(1), pp.17-35.
- Harrison, M. I., & Calltorp, J. (2000). The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. *Health Policy*, 50(3), pp.219-240.
- Hjortsberg, C., Ghatnekar, O., & Rico, A. (2001). Health care systems in transition: Sweden. W. Wisbaum, & T. Cetani (Eds.). Brussels: European Observatory on Health Care Systems.
- Hogberg(2007), Sweden's Single-Payer Health System Provides a Warning to Other Nations, The National Center for Public Policy Research// www.nationalcenter.org
- Kern K. P., & Hallberg D. (2014). the effect of introducing a health care choice system on the use of sickness insurance. Swedish Social Insurance Inspectorate.
- Larsson . M. (2008). Propositionens huvudsakliga innehåll Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen. Stockholm den 25 september 2008
- Lee, H. J and Park, Y. S. (2003). Welfare State Restructuring in Sweden. *Korean Political Science Review* Vol. 39 No. 4 . pp. 211-224.
- Pestoff, V. (2005). The third sector and the Democratization of the welfare State-Revisiting the third sector and state in democratic and welfare theory. Mittuniversitetet, Sweden University.
- Pierre, Jochem, and Jahn(2014), SGI Indicators 2014 Sweden Report.
- Saltman, R. B., & Bergman, S. E. (2005). Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2), pp.253-276.
- Siverbo, S. (2003). The purchaser-provider split in principle and practice: Experiences from Sweden. SPA Working Paper 2003:5, Göteborg University.

- Styrborn, K., & Thorslund, M. (1993). 'Bed-blockers': Delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health policy*, 26(2), pp.155-170.
- Starr, P. (1988), *The Meaning of Privatization*. *Yale Law & Policy Review*. pp.6-41.
- Schwartz, H. (2004). "Down the Wrong Path: Path Dependence, Increasing Returns, and Historical Institutionalism". Unpublished Manuscript. University of Virginia.
- Swedish Social Insurance Inspectorate, (2014), *Swedish Social Insurance Inspectorate, 2014, National Social Report 2014*
- Thelen, Kathleen.n (2003). "How Institutions Evolve: Insights from Comparative Historical Analysis", in James Mahoney and Dietrich Rueschemeyer(eds). *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences: 208-240*. New York: Cambridge University Press.
- Thelen, Katheleen. (1999). *Historical Institutionalism in Comparative Politics*. *Annual Review of Political Science*, 2: pp.369-404.
- WHO(2005), *Health system in Transition*. Sweden.

<Abstract>

**The study of dynamic of Continuity and Chagne
in Swedish healthcare by Privatization**
-A Historical Institutional Perspective-

Hong, Sae-Young* · Kim, Cheoljoo** · Oh, Sookyung***

This study analysis privatization of the health service system in Sweden by perspective of historical Institutionalism. In recent, despite of privatization, Sweden continues to keep the Beveridge type of health care system which bases on tax and universalism. In other word, Swedish health care has sustainable and change at the same time. In historical Institutionalism, this is explained by both path dependency and gradual path evolution. In term of path dependency, Sweden built a monopoly integrated mode which has strong nationalization embedded deeply in ideology of social democratic welfare system, This has affected the choice of policy. Although health care reform have performed during 30 years, the strategy of privatization could not change the fundamental system. Just it is alternative of government failure characterized on inefficiency, long waiting time and hieratical administration and so on. In the result, Swedish health care reform is partial privatization not perfect.

In term of gradual path evolution, the health care system have been change

* Visiting Professor, SungKyunKwan University

** Professor, Dept. of Social Welfare, Seoul Digital University

*** Associate Professor, Dept. of Social Welfare, Seoul Digital University

slowly within boundary of social democratic system. in mid 1980s~ 1990s, Sweden introduced the purchaser-provider split model which aims to increase efficiency and fiscal austerity by privatization. In 2000s, the purchaser-provider split model change to the free choice model which focuses on competition, patient choice and local government autonomy.

Key Words: historical Institutionalism, path dependency, gradual path evolution, privatization, health care reform

성명: 홍세영
소속: 성균관대학교 사회복지학과 초빙교수
E-mail: oliv30@naver.com

성명: 김철주
소속: 서울디지털대학교 사회복지학과 교수
E-mail: jooniltwo@hanmail.net

성명: 오수경
소속: 서울디지털대학교 사회복지학과 부교수
E-mail: skoh@sdu.ac.kr

논문 접수일: 2018.5.31.

논문심사 완료일: 2018.6.22.

수정원고 접수일: 2018.6.25.

게재 확정일: 2018.6.25.