

스웨덴에서 민간의료보험의 확산이 의료보장체계에 미치는 영향

신정완*

스웨덴은 영국과 더불어 NHS(National Health Service) 유형의 의료보장체계를 가진 대표 사례다. NHS는 조세를 주된 재원으로 삼아 정부가 직접 운영하는 의료기관들을 통해 대부분의 의료서비스를 공급하는 유형의 의료보장체계다. 그런데 1990년대 이후 스웨덴에서 의료 영역에서 시장원리가 빠르게 도입되어왔다. 특히 주로 광역지자체가 직접 의료서비스 공급을 담당해오던 제도 틀을 개혁하여 광역지자체가 의료서비스를 민간의료공급자로부터 구매할 수 있게 했다. 민간의료공급자의 증가는 민간의료보험의 활성화를 낳았다. 스웨덴의 민간의료보험은 주로 보충적(supplementary) 성격의 보험으로 진료 대기기간의 단축이라는 혜택을 준다. 민간의료보험의 확산과 관련하여 스웨덴에서 가장 주목받은 이슈는 민간의료기관들이 보험 가입자를 우선적으로 진료함에 따라 비가입자들의 진료 대기기간이 길어진다는 문제였다. 그밖에도 공공의료의 유지나 개선을 위한 납세 의향의 약화, 보험가입자와 민간의료기관에 대한 정부의 재정적 지원으로 인한 소득 불평등 심화, 의료서비스를 보편적 권리의 대상이 아니라 상품으로 보는 시각의 강화 등이 문제점으로 거론되어왔다. 스웨덴의 정당정치 구도나 시민사회에서의 세력관계에 비추어볼 때 앞으로도 민간의료보험은 빠르게 확산하리라 예상된다. 그렇

* 경북대 경제통상학부

게 된다면 스웨덴의 의료보장체계는 이층의료체계(two-tier healthcare system)로 진화해가리라 예상된다. 즉 기본적 의료서비스는 조세로 재원을 조달하지만, 추가적 의료서비스는 의료보험료로 조달하여 구매력에 따라 의료서비스 소비수준이 달라지는 시스템으로 진화해갈 것이다.

주제어: 민간의료보험, 민간의료공급자, NHS, 의료보장체계, 진료 대기 기간, 이층의료체계

1. 들어가는 말

스웨덴은 영국과 더불어 NHS(National Health Service; 국가보건의료서비스, 이하 ‘NHS’로 표기) 유형의 의료보장체계(health security system)를 가진 대표 사례다. NHS는 조세를 주된 재원으로 삼아 정부가 직접 운영하는 의료기관들을 통해 대부분의 의료서비스를 공급하는 유형의 의료보장체계다. NHS에서 의료소비자들은 무상으로 또는 매우 저렴한 비용으로 진료를 받거나 의약품을 취득한다.¹⁾ NHS의 바탕에 있는 이념은 의료소비자의 구매력이 의료서비스 소비수준에 영향을 미치는 것을 철저히 차단하여 오직 의료소비자의 객관적 필요(needs), 즉 건강상태에 의해서만 의료서비스 소비의 양과 질이 결정되도록 해야 한다는 강한 평등주의 이념이다.²⁾

그런데 1990년대 이후 스웨덴에서 사회서비스 시장화 추세 속에서 의료영역에서도 시장원리가 빠르게 도입되어왔다. 특히 주로 광역지자체가³⁾ 직

1) NHS란 용어는 문맥에 따라 영국의 의료보장체계를 지칭하는 고유명사로 사용되기도 하고, 영국의 의료보장체계와 같은 유형의 의료보장체계를 일반적으로 지칭하는 보통명사로 사용되기도 한다. 이 논문에서는 후자의 의미로 사용할 것이다.

2) 의료서비스나 교육서비스와 같은 특정 재화(goods)의 경우에는 소비자의 구매력이 아니라 오직 소비자의 객관적 필요에 의해서만 소비수준이 결정되어야 한다는 입장을 ‘특정적 평등주의(specific egalitarianism)’ 또는 ‘상품 평등주의(commodity egalitarianism)’라 한다. 이때 ‘재화’는 물질적 재화뿐 아니라 비물질적 재화, 즉 서비스를 포괄하는 광의의 재화다.

3) 우리나라의 도(道)에 상응하는 스웨덴의 광역행정구역이 랜(län)이고, 랜 단위의 자

접 의료서비스 공급을 담당해오던 제도 틀을 개혁하여 광역지자체가 의료서비스를 민간병원 등 민간의료공급자로부터 구매할 수 있게 했다. 즉 의료서비스 공급을 민간에 위탁할 수 있게 했다. 그밖에도 민간의료공급자 또는 민간의료기관의 역할이 커지도록 하는 방향의 제도개혁을 순차적으로 추진하여 민간의료공급자들의 비중이 빠르게 증가했다.

민간의료공급자의 증가는 자연스레 민간의료보험(이하 ‘민간의보’로 약칭)의 활성화를 낳았다. 민간의료공급자의 증가와 민간의보의 활성화는 서로 상승작용을 하기 마련이다. 일단 민간의료공급자가 많아져야 민간의료보험회사(이하 ‘보험회사’로 약칭)들이 제 역할을 할 수 있다. 민간의보에 가입한 환자들을 보낼 의료기관이 충분해야 소비자들이 민간의보에 가입할 유인이 커질 것이다. 그리고 역으로 민간의보 가입자가 많아져야 민간의료공급자가 많아질 수 있다. 보험에 의해 의료비 충당이 이루어지지 않는다면 의료소비자들이 민간의료기관을 활용하는 것이 경제적으로 크게 부담될 것이기 때문이다. 스웨덴 전체 인구 대비 민간의보 가입자의 비율은 덴마크나 노르웨이, 핀란드, 영국 등 유사한 의료보장체계를 가진 나라들에 비해 아직 낮지만, 가입자 증가속도는 빨라 2000년 이후 가입자 수가 연평균 12%씩 증가했다.

민간의보의 확산을 지지하는 논자들은 민간의보의 확산이 스웨덴의 공공 의료보장체계를 보완해줌으로써 공공 의료보장체계가 더 잘 작동할 수 있도록 지원해주는 역할을 담당할 것이라고 주장해왔다. 민간의보의 확산은 민간의료공급자의 증가를 낳는데, 이로 인해 의료공급자들 간의 경쟁이 강화됨으로써 의료서비스의 질이 개선되는 효과가 발생하리라는 것이다. 또 이는 관료주의적으로 운영되기 쉬운 공공의료기관에도 긍정적 자극을 주어 공공의료기관들이 의료소비자들의 선호와 욕구에 더 잘 부응하여 진료하고 더 효율적으로 경영되도록 하는 효과를 낳으리라는 것이다(Blomqvist & Rothstein, 2005: 9). 그리고 민간의보를 통해 조세 이외의 추가 의료재원이 확보되므로, 민간의보의 확산은 의료 영역에 투입되는 자원 총량을 증가시킴으로써 의료

치단체가 란드스탕(landsting)이다. 그런데 행정 개혁을 거치며 1999년부터 란드스탕들이 순차적으로 레기온(region)들로 전환되어갔고, 2020년부터 공식적으로 란드스탕이란 명칭이 전면 폐지되고 레기온이 광역지자체의 공식 명칭이 되었다.

서비스의 공급량과 질을 확대, 개선하리라는 것이다. 또한 민간의보 가입자는 민간의료기관을 활용할 수 있으므로 민간의보에 가입하기 전에 비해 공공의료기관을 덜 활용하는 대체효과(substitution effect)가 발생하여 공공의료기관의 인력과 시설에 여유가 생기게 되고, 따라서 공공의료기관을 활용하는 시민들도 혜택을 보는 효과를 낳으리라는 것이다(Vårdanalys 2020: 3, p. 58; SOU 2021: 80, p. 338).

반면에 민간의보의 확산에 비판적인 논자들은 민간의보에 가입하지 않은 대다수 시민이 민간의보로 인해 피해를 보게 된다는 점을 강조해왔다. 스웨덴에서 민간의보에 가입하는 주된 동기가 진료 대기기간의 단축이고, 민간의보 가입자와 비가입자 모두를 환자로 받는 민간의료기관들은 가입자를 우선적으로 진료하기 때문에 비가입자의 대기기간이 길어지는 구축효과(crowding out effect), 즉 가입자가 비가입자를 밀어내는 효과가 발생한다는 것이다. 그리고 이는 구매력과 무관하게 모든 시민에게 의료서비스에 대한 동등한 접근권을 보장한다는 스웨덴 의료보장체계의 기본 원칙을 훼손한다는 것이다.

그리고 정부가 민간의보 가입자에게 조세감면 혜택을 줌으로써 부유층에게 유리한 소득분배를 초래했다는 것이다. 그리고 민간의보 가입자가 대기기간 등의 측면에서 우대받으면 공공의료체계에 대한 시민들의 불만과 불신이 강화되고, 이에 따라 민간의보 가입 유인이 강화될 것이다. 민간의보 가입자들은 그들이 많이 활용하지도 않는 공공의료체계의 유지를 위해 기꺼이 납세하려는 마음이 약화될 것이므로, 장기적으로는 조세기반이 약화되고 스웨덴 의료보장체계의 골간이 무너질 수 있다는 것이다(Lapidus, 2019).

이 논문에서 다루고자 하는 문제는 스웨덴에서 민간의보의 확산이 스웨덴 의료보장체계 전반에 어떤 영향을 미쳐왔고 또 앞으로 어떤 영향을 미치리라 예상되는가 하는 문제다. 민간의보의 확산이 스웨덴 의료보장체계의 부분적 문제점을 보완함으로써 전체적으로는 스웨덴 의료보장체계가 본래의 성격을 유지하면서 장기적으로 잘 작동하도록 지원한다고 보아야 하는지, 아니면 민간의보의 확산이 스웨덴 의료보장체계의 기본 성격을 바꾸어가고 있다고 보아야 하는지를 따져 볼 것이다.

2. 기존 연구 검토와 본 논문의 구성

스웨덴의 민간의료 보험 문제를 다룬 국내 연구는 아직 없는 것으로 보이며, 스웨덴 내의 연구도 많지 않다. 스웨덴 내에서도 민간의료 문제에 관한 깊이 있는 연구가 드문 배경으로 짐작할 수 있는 것들은 다음과 같다. 첫째, 스웨덴에서 민간의료의 확산은 비교적 최근의 현상이라 할 수 있고, 민간의료의 규모도 아직 작은 편이다. 2020년에 민간의료 가입자는 69만 명으로 전체 인구의 6.5% 수준이고(SOU 2021: 80, p. 177), 2019년 기준으로는 경제활동인구의 13%가 민간의료 가입자였다(Kullberg et al., 2021: 5). 따라서 민간의료의 확산이 스웨덴 의료보장체계 전반에 미치는 영향에 관해 본격적으로 분석하고 평가하기에는 다소 이르다고 볼 수도 있을 것이다.

둘째, 신뢰할 수 있는 통계자료가 부족하다는 것이 결정적 이유로 보인다. 스웨덴 정부는 민간의료에 관한 통계를 작성하지 않고 있어서, 대부분의 연구가 주로 의존하는 통계자료는 민간보험회사들의 이익단체인 스웨덴 보험연합회(Svensk Försäkring; 직역하면 ‘스웨덴 보험’)가 작성하는 통계자료다. 스웨덴 보험연합회는 보험회사들의 이익단체이므로 주로 사업적 관점에서 의미 있는 자료들을 작성하기 마련이어서, 민간의료의 확산이 스웨덴 의료보장체계 전반에 미치는 영향 등의 문제를 분석하는 데 크게 도움이 되는 자료를 제공하기 어려울 것이다. 의존할 수 있는 통계자료의 부족은 스웨덴 민간의료를 다룬 대표적인 연구들이 공통적으로 지적하는 문제이고, 이 문제를 해결하기 위해 정부가 나서 정보를 취득하고 통계를 작성할 것을 주문하고 있다. 통계자료의 부족 문제를 보완하기 위해 대표적인 스웨덴 연구들은 설문조사나 인터뷰 등을 통해 추가적 자료를 확보하여 분석해왔다.

이런 애로에도 불구하고 최근에 무게감 있는 연구들이 나왔는데, 이는 민간의료의 확산으로 인해 민간의료 비가입자의 진료 대기기간이 연장된다는 문제가 중요한 사회적 이슈로 대두된 상황을 반영한다. 2011년에 스웨덴 사회부(Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs) 산하에 ‘의료 및 돌봄 분석청(Myndighet för vård-och omsorgsanalys)’이라는 공공 연구기관이 설립되었는데, 이 기관은 의료와 돌봄 영역에서 진행되는 사태의 발전을

추적하고 중요한 이슈들을 점검하며 정책대안을 제출하는 역할을 맡고 있다. 이 기관은 사민당-환경당 연립정부의 요청에 따라,⁴⁾ 민간의보 가입자와 비가입자를 모두 받는 민간의료기관들에서 가입자들이 대기기간에서 우대받음에 따라 비가입자의 대기기간이 연장되었는지 여부를 분석하는 연구과제를 수행하여 2020년 3월에 연구결과를 발간하였다. 그것이 *Vårdanalys Rapport 2020: 3*,⁵⁾ *Privata sjukförsäkring: Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* [민간의료보험: 환자와 시민들에게 미치는 가능한 결과를 파악하기 위한 기초연구] 이다. 이 연구는 민간의보가 민간의보 비가입자의 대기기간에 미치는 영향을 분석한 대표적 연구로서, 민간의보의 확산이 비가입자의 대기기간을 늘렸을 개연성이 높다고 판단하고 있다.

이 연구결과에 대한 반응으로 정부는 2020년 8월에 민간의보가 비가입자의 대기기간에 미치는 영향을 분석하고 이 문제에 대한 정책대안을 제출할 사명을 갖는 국가연구위원회를 구성하여 연구를 수행하게 했다(Dir, 2020: 83).⁶⁾ 국가연구위원회는 2021년 9월에 연구보고서 *SOU 2021: 80*,⁷⁾ *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar - ökad kunskap och kontroll* [민간보험 규제 - 증가된 지식과 통제] 을 발간했다. 이 보고서는 지금까지 나온 연구물 중 스웨덴 민간의보 현황에 관해 가장 포괄적이고 상세한 정보를 담고 있는데,

-
- 4) 사민당이 주도하는 사민당-환경당 연립정부는 2014년 10월부터 2021년 11월 말까지 존속했다. 이후 2022년 9월 총선까지는 사민당 단독으로 정부를 구성했다.
 - 5) ‘*Vårdanalys Rapport 2020: 3*’이 의미하는 것은 *Myndighet för vård-och omsorgsanalys* 에서 발간하는 보고서 시리즈 중 2020년에 나온 보고서 중 세 번째 보고서라는 것이다.
 - 6) 국가연구위원회는 스웨덴의 독특한 제도로서 국가에 의해 발족, 운영되는 정책연구조직이다. 대개 중요한 정책 사안에 관해 정부가 입법안을 만들기 전에 국가연구위원회에서 연구를 수행하도록 하여 그 연구결과를 입법안 작성에 무겁게 반영한다. 국가연구위원회에는 대개 특정 정책 이슈를 둘러싸고 상이한 이해관계를 갖는 이해당사자 단체 및 정당들의 대표, 그리고 해당 사안에 관한 전문가들이 참여하여 함께 연구하고 의견을 나눈다. 정치적 성격이 약하고 기술적(technical) 성격이 강한 사안의 경우엔 전문가들로만 위원회를 구성하기도 한다. 국가연구위원회는 연구와 논의의 결과를 보고서로 작성하여 정부에 제출하는데, 이 보고서는 ‘국가연구위원회 보고서(SOU: statens offentliga utredning; 직역하면 ‘국가의 공적 연구’)’ 시리즈로 출간된다.
 - 7) ‘*SOU 2021: 80*’이 의미하는 것은 국가연구위원회가 발간하는 보고서 시리즈 중 2021년에 나온 보고서 중 80번째 보고서라는 것이다.

민간의보가 비가입자의 대기기간에 미치는 영향과 관련해서 별도의 연구를 수행하지 않고, 전년도에 나온 *Vårdanalys Rapport 2020: 3*의 연구결과를 신뢰할 만한 것으로 소개하고 있다. 그리고 비가입자의 대기기간 연장 문제를 해결하기 위한 여러 정책대안을 제시하였는데, 특히 지자체로부터 위탁을 받아 의료서비스를 제공하는 민간의료공급자는 민간의보 가입 환자를 받지 못하게 함으로써, 가입자에 의해 비가입자가 구축되는 효과를 원천적으로 차단할 것을 제안하고 있다(SOU 2021: 80, p. 32).

Kullberg et al.(2021)은 설문조사 자료를 활용하여, 민간의보 가입자와 비가입자의 공공의료기관 활용 실태와 공공의료 개선을 위한 증세에 대한 입장을 비교 분석한다. 분석 결과 민간의보 가입자들은 비가입자들보다 공공의료기관을 덜 사용하며, 공공의료 개선을 위한 증세와 관련해서는 가입자와 비가입자 간에 별다른 입장 차이가 없다는 것이다.

Lapidus(2019)는 의료, 교육, 노인 돌봄 영역에서 진행되어온 사회서비스 시장화의 효과를 주로 심층 인터뷰를 통해 분석하는데, 민간의보 확산의 효과도 비중 있게 다루고 있다. 그는 민간의보가 조세기반의 약화, 비가입자의 대기기간 연장 등을 통해 스웨덴 의료보장체계의 근간을 뒤흔들고 있다고 진단한다.

본 논문에서는 스웨덴 민간의보를 다룬 국내 연구가 아직 없다는 점을 고려하여, 3장에서 1990년대 이후 스웨덴에서 민간의보가 확산한 배경과 민간의보의 현황을 비교적 상세히 소개할 것이다. 4장에서는 민간의보의 확산이 스웨덴 의료보장체계에 미치는 영향을 여러 측면에서 고찰할 것인데, 특히 스웨덴에서 가장 주목받은 쟁점인 비가입자의 대기기간 연장 문제를 비중 있게 다룰 것이다. 5장에서는 향후 스웨덴에서 민간의보의 발전과 의료보장체계의 변화에 관해 전망하고, 의료수요는 증가하는 반면에 증세는 어려운 시대에 NHS 유형의 의료보장체계가 직면하는 난관을 한국에서와 같은 공적 의료보험 중심의 의료보장체계와 비교하여 논의할 것이다.

3. 민간의료보험의 확산과정과 현황

민간의료가 활성화하려면 일단 민간의료공급자가 충분히 많아야 하는데, 1990년대 이후 추진된 의료 시장화 정책을 통해 이 전제조건이 충족되었다. 1990년대는 의료뿐 아니라 교육, 노인 돌봄 등 다양한 사회서비스 영역에서 시장주의적 개혁이 개시된 시기였다. 이렇게 된 배경으로는 우선 우파 정당들의 시장주의적 개혁 드라이브를 들 수 있다. 가장 보수적인 성향의 정당이자 우파 정당 중 지지율이 가장 높은 정당인 보수당⁸⁾ 1970년대부터 소비자들의 ‘선택의 자유’를 슬로건 삼아 사회서비스 영역의 국가독점을 강력히 비판했고, 1980년대에 들어서는 중도우파 성향의 자유당도 보수당과 입장을 같이 했다.

또한 기존의 국가독점적 사회서비스 모델의 설계자라 할 수 있는 사회민주당(이하 ‘사민당’)도 1980년대에 들어 이념적으로 우경화되어가면서 집권 기간(1982년 말 - 1991년 말)인 1980년대 후반에 사회서비스의 시장화를 지지하는 입장으로 돌아섰다. 그리고 사민당 집권 기간인 1980년대에 복지행정의 분권화가 추진되어 사회서비스 공급과 관련하여 지자체의 역할이 크게 강화되었다. 이는 기존의 스웨덴식 복지국가 모델에 대해 1960년대 말 이후 신좌파(New Left) 진영에서 제기한 비판에 대한 응답으로 나온 측면이 있었다. 특히 신좌파 성향의 사회복지사 단체들이 기존의 스웨덴식 복지국가 모델을 강력히 비판했는데, 사회복지 행정기관들이 행정적 편의를 우선시하는 관료주의에 빠져 시민들의 복지욕구에 민감히 반응하지 못하여 새로운 형태의 ‘소외’를 낳기 때문에, 복지서비스 소비자인 시민들과 복지현장에서 일하는 사회복지사들의 목소리가 더 잘 반영되는 방향으로 복지행정을 개혁하는 것이 필요하다는 것이다. 사민당 정부는 이러한 요구를 복지행정의 분권화라는 방식으로 수용해냈다(신정완, 2021: 9-11).

그런데 복지행정의 분권화는 사회서비스의 시장화로 귀결되었다. 복지행

8) ‘보수당’의 스웨덴어 명칭은 ‘Moderata samlingspartiet(온건주의자 연합당)’이고 통상 약어로 ‘Moderaterna(온건주의자들)’로 부른다. 그러나 영어로 번역할 때에는 통상 그 이념적 성격이 잘 드러나도록 ‘the Conservative Party’로 번역한다.

정의 분권화를 통해 지자체들의 권한이 강화된 상황에서 1990년대 초에 집권한 우파 연립정부(1991년 말 - 1994년 말)가 시장주의적 개혁 드라이브를 강하게 걸자, 우파 정당들이 집권한 지자체들, 특히 스톡홀름(Stockholm)과 같은 대도시 권역 지자체들이 사회서비스의 시장화를 강력히 추진한 것이다.

의료 시장화도 이러한 흐름 속에서 추진된 것이지만, 의료 영역에 특수한 배경도 있었다. 스웨덴의 의료보장체계인 NHS의 대표적 문제점으로 거론되는 것이 장기 대기기간(long waiting times 또는 long waiting lists) 문제다. 즉 환자가 진료를 받기까지 기다려야 하는 시간이 너무 길다는 것이다. NHS에서 의료기관을 방문하여 진료를 받는 환자는 방문 시에 정액 이용자 요금(user fee)을 지불하지만 이 요금은 매우 저렴하다. 의료비용을 충당하기 위해서라기보다는 의료기관 방문에 약간의 진입장벽을 두어 의료서비스 남용을 막는다는 취지로 요금을 부과하기 때문이다. 그리고 1인당 1년에 사비로 지출되는 의료비의 상한선이 낮게 설정되어 있어, 돈이 없어 진료를 받지 못하는 경우가 발생하지 않게 하고 있다.

NHS 유형의 의료보장체계에서는 의료소비자의 입장에서 추가적 진료의 한계비용(marginal cost)이 매우 낮으므로, 사회적으로 적정한 수준보다 의료서비스를 더 많이 소비하고자 하는 유인이 생기기 마련이다. 반면에 의료공급자인 병원은 공공기관이고 의사도 공공부문에 종사하며 정부의 지침에 따라 급여나 근무방식이 결정되므로 환자들의 의료서비스 소비욕구에 민감하게 반응할 유인이 별로 없다. 병원이 영리기관이 아니고, 의료서비스 제공량과 의사의 급여 간에 상관관계가 매우 약하기 때문에, 과잉진료의 유인은 없고 오히려 과소진료의 유인은 상당히 강하다. 의료서비스 수요는 매우 큰데 과소진료의 유인이 강한 모델에서, 의료서비스 초과수요 문제는 ‘출서기’라는 일종의 배급제를 통해 해결된다(Barr, 2004: 269, 277). 의료 시장화 추진의 핵심 명분의 하나가 진료 대기기간의 단축이었다.

의료 시장화 추진과 별도로, 대기기간 단축 방안의 하나로 우파 연립정부 집권기간(2006년 말 - 2014년 말)인 2010년에 ‘진료보장(vårdgaranti)’이 법제화되었는데,⁹⁾ 골자는 의료서비스 공급의 행정적 책임 주체인 광역지자체가

9) 우파 연립정부(1991년 말 - 94년 말) 시기인 1992년에 중앙정부와 광역지자체들 간

신속한 진료를 보장해야 한다는 것이다. ‘진료보장’ 규정에 따르면 환자가 원할 때 1차의료(primary care)기관에 당일 접촉할 수 있어야 하고, 접촉 후 7일 이내에 1차의료기관 의사를 방문할 수 있어야 한다. 그리고 1차의료기관에서 전문의에 의한 진료가 필요하다고 판단하여 진료의뢰서를 발급할 경우 발급 후 90일 이내에 환자가 전문의를 방문할 수 있어야 하고, 전문의 방문 후 90일 이내에 수술 등 전문의에 의한 치료를 받을 수 있어야 한다(Socialstyrelsen, 2012: 24-31).

환자가 거주하는 광역지자체가 이 규정을 준수하지 못하는 상황이 발생하면 이 광역지자체는 환자가 원할 경우 환자를 인근 광역지자체의 의료기관으로 연결해주어야 한다. 그리고 진료를 맡게 된 인근 광역지자체에서 발생하는 진료비는 환자를 이송한 지자체가 부담해야 한다(SOU 2021:80, p. 98). 그리고 ‘진료보장’ 규정을 잘 준수한 광역지자체에 중앙정부가 보조금을 지급함으로써 대기기간 단축을 위해 노력할 유인을 제공했다.

그러나 이러한 시도에도 불구하고 스웨덴의 진료 대기기간은 여전히 국제적으로 가장 긴 편이다. 2020년에 이루어진 선진국 11개국 의료현황에 관한 공동설문조사인 IHP(International Health Policy Survey)에서, 스웨덴은 응급처료가 필요한 질환이 아닌 통상적 질환에 걸린 환자들이 최근 발병 후 이틀 내에 병원을 방문한 비율이 37%였고, 7일 내에 방문한 비율은 70%로 나왔는데, 이는 조사대상국 중 최저수치였다. 7일 내에 방문한 비율의 11개국 평균 값은 95%였다. 그리고 스웨덴의 환자들이 전문의 진료 예약 후 한 달 내에 진료를 받은 비율은 42%였는데 이것도 조사대상국 중 최저수치였다(Vårdanalys 2021: 4, pp. 34-36).¹⁰⁾ 또한 2014년에 스웨덴은 의사 1인당 1년간 환자 진료 횟수가 704건으로 EU 24개 회원국 중 가장 낮았으며, EU 평균 수치의 1/3에 불과했다(OECD/EU, 2016: 163).

에 ‘진료보장’에 관한 최초의 합의가 이루어졌고, 이후 조금씩 내용이 변경되다가 2010년에 보건의료법(Hälso-och sjukvårdslag)에 ‘진료보장’에 관한 조항이 새로 삽입되었다.

10) 조사대상 11개국은 호주, 캐나다, 프랑스, 네덜란드, 노르웨이, 뉴질랜드, 스위스, 영국, 스웨덴, 독일, 미국이다. 조사대상국 중 영국, 노르웨이, 뉴질랜드는 스웨덴과 마찬가지로 NHS 유형의 의료보장체계를 가진 나라들이다.

1990년대 이후 추진된 사회서비스의 시장주의적 개혁조치 중 의료 영역에 가장 큰 영향을 미친 것으로는 1992년에 제정된 ‘공공조달법(LOU; lagen om offentlig upphandling; 이하 ‘LOU’로 표기)’과 2008년에 제정된 ‘선택의 자유 시스템 법(LOV; lagen om valfrihetssystem; 이하 ‘LOV’로 표기)’을 들 수 있다. LOU는 광역지자체나 기초지자체가 직접 공급해오던 사회서비스를 민간공급자로부터 구매할 수 있게 한 법이다. 즉 지자체가 민간공급자에게 일정 기간 사회서비스 공급을 위탁하는 계약을 맺어 민간공급자에게 운영비를 지급하고, 계약기간 종료 시에 해당 민간공급자에게 계속 위탁할지 아니면 공급자를 교체할지 결정할 수 있게 한 것이다. 따라서 재원은 여전히 조세로 조달된다. LOV는 사회서비스의 소비자들이 자신이 이용할 서비스의 공급자를 직접 선택할 수 있게 한 법이다. 일종의 바우처(voucher) 제도라 할 수 있는데(신정완, 2021: 7), 1차의료 영역에서는 모든 광역지자체가 의무적으로 LOV를 도입하도록 했다(Vårdanalys Rapport 2020: 3, p. 63).

LOU와 LOV 모두 민간의료공급자 또는 민간의료기관의 증가에 크게 기여했다. 특히 1차의료 영역에서 민간공급자가 크게 증가했는데, 1차의료는 시설과 장비, 필요인력의 범용성으로 인해 외주(outsourcing)가 쉬운 서비스 영역이었다. 일반적으로 계약대상 재화의 범용성이 크고, 거래빈도가 잦으며, 결과의 불확실성이 작을수록 모니터링 비용 등 거래비용(transaction cost)이 낮아 외주에 유리하다(Andersson et al., 2014: 9-10). 2016년에 전국의 1차의료센터의 40% 정도가 민간에 의해 운영되었고, 의료 시장화의 선두주자인 스톡홀름에서는 67%가 민간에 의해 운영되었다(Lapidus, 2019: 36).

민간의료공급자 또는 민간의료기관은 세 유형으로 나눌 수 있는데, 첫째는 민간의료 가입자만 환자로 받는 공급자로 1990년대 이전에도 극소수 부유층을 대상으로 소수 활동했다. 둘째는 지자체 위탁 서비스만 제공하는 공급자로 이들은 민간의료 가입자를 받지 않는다. 셋째는 지자체 위탁 서비스를 제공하면서 민간의료 가입자도 받는 공급자다. 이들의 수입은 지자체로부터 받는 운영비와 보험회사들로부터 받는 의료수가 양자로 구성된다. 광역지자체가 직영하는 공공의료기관은 민간의료 가입자를 받지 않는다.

그런데 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료공급자에게는 보험회사들과도

계약을 맺을 강한 유인이 있다. 영리를 추구하는 민간의료공급자로서는 추가적 수입을 얻을 기회를 최대한 활용하는 것이 유리하기도 하지만, 지자체와의 위탁계약이 갱신되지 않는 상황에 대비하는 측면도 있다. 민간의료 가입자를 받지 않은 상태에서 지자체와의 위탁계약이 갱신되지 않을 경우 새로 민간의료 가입 고객을 충분히 확보하는 게 쉽지 않기 때문에, 지자체와의 위탁계약기간 중에 가능하면 많은 민간의료 가입자를 고객으로 확보할 필요가 있는 것이다. 즉 이윤극대화뿐 아니라 위험분산 차원에서도 민간의료 가입자도 진료할 필요가 있다(Lapidus, 2019: 6-7, 37-41). 그리고 민간의료공급자가 제공하는 의료서비스에 대해 통상 보험회사들이 지자체보다 더 높은 가격을 매겨준다. 보험회사들은 지자체만큼 대규모로 환자를 민간의료공급자에게 안정적으로 공급해주기 어려운 데다 환자의 대기기간 등 서비스 질과 관련하여 지자체에 비해 의료공급자에게 요구하는 것이 더 많기 때문이다(Lapidus, 2019: 41). 따라서 민간의료공급자 입장에서는 민간의료 가입 환자를 최대한 많이 받는 것이 유리하다.

민간의료보험은 기능의 측면에서, 대체적(substitutive) 보험, 보완적(complementary) 보험, 보충적(supplementary) 보험으로 구분된다. 대체적 보험은 공공 의료보장체계 외부에 있는 의료소비자를 위한 보험이다. 예컨대 독일에서 최상위 소득계층은 사회보험으로서의 의료보험에 가입할 의무가 없는데, 이런 사람들의 상당수는 대체적 성격의 민간의료보험에 가입할 것이다. 보완적 보험은 공공 의료보장체계에서 제공되지 않는 서비스, 예컨대 카이로프랙틱이나 다이어트 관리 등의 서비스를 커버해준다. 보충적 보험은 주로 진료 대기기간을 단축해주고 진료를 받을 의료공급자 선택의 폭을 넓히는 데 주안점을 둔다(Thomson et al., 2021: 6-7). 대부분의 의료서비스가 공공의료기관에 의해 제공되는 스웨덴에서 민간의료 가입의 주된 동기는 진료 대기기간의 단축이어서,¹¹⁾ 스웨덴의 민간의료는 주로 보충적 성격의 보험이다.

스웨덴에서 NHS 유형의 의료보장체계가 확립된 이후 의료보험 상품은 1985년에 들어서야 판매되기 시작했고, 주로 기업의 최고위 임원급 정도만

11) NHS 유형의 의료보장체계의 원조라 할 수 있는 영국에서도 민간의료 가입의 주된 동기가 진료 대기기간의 단축이라 한다(Besley et al., 1999: 173).

가입하는 상품이었다. 그러다 1990년대 이후 민간의료공급자가 많아짐에 따라 의료보험시장도 빠르게 성장해갔다. 스웨덴의 민간의보는 주로 기업 등 기관의 고용주가 피고용인들을 위해 가입하는 단체보험으로 2020년에 민간의보 총 계약건수의 60%를 차지했다. 다음으로는 여타 단체보험이 30%, 개인 가입 보험은 10%였다(SOU 2021: 80, p. 178). 개인 가입 보험보다 고용주 단체보험이 훨씬 더 활성화된 요인의 하나는 보험료가 낮다는 점이다. 고용주 단체보험은 보험회사의 입장에서 규모의 경제를 낳는 측면이 있는 데다, 보험 적용대상자들이 현재 취업해 있는 사람들이라서 대체로 건강하여 질병발생확률이 낮은 저위험(low risk) 집단이므로 낮은 보험료가 책정되는 것이다.

민간의보는 대부분 응급치료, 만성질환, 출산, 성형, 치과, 시력교정 분야의 진료는 커버해주지 않으며(SOU, 2021: 80, p. 167), 2018년에 민간의보 재원에 의한 진료의 가장 많이 이루어진 분야는 정형외과, 피부과, 이비인후과였다(Kullberg et al., 2021: 5). 민간의보 가입자는 건강에 문제가 생겼을 때 우선 전화나 인터넷으로 보험회사의 담당자와 상담한다. 상담 결과 전문의에 의한 진료가 필요하다고 판단되면 보험회사에서 환자가 방문할 전문의와 방문 날짜를 예약해준다(SOU 2021: 80, p. 168). 따라서 민간의보 가입자는 비가입자가 통상 밟는 절차, 즉 건강에 문제가 생겼을 때 일단 1차의료기관을 방문하고 거기에서 필요에 따라 전문의 진료를 위한 진료의뢰서를 발급받는 절차를 생략할 수 있다.¹²⁾

2020년에 민간의보 가입자는 69만 명으로 전체 인구의 6.5% 수준이어서, 노르웨이(2020년 12%), 핀란드(2020년 24%), 덴마크(2019년 보완적 보험 가입자 44%, 보충적 보험 가입자 37%), 영국(2016년 보완적 보험 가입자 5%, 보충적 보험 가입자 9%) 등 유사한 의료보장체계를 가진 나라들에 비해 상당히 낮은 수준이지만(SOU 2021: 80, pp. 305-314; Vårdanalys 2020: 3, p. 83), 가입자 증가속도는 빨라 2000년 이래 연평균 12%의 성장률을 보였다.

12) 1차의료기관으로부터 전문의 진료의뢰서를 발급받아야만 전문의 진료를 받을 수 있는 것은 아니나, 진료의뢰서 없이 바로 전문의 진료를 신청하면 환자가 부담해야 하는 비용이 증가하고 대기기간도 길어진다. 광역자치체들은 1차의료기관의 역할이 증대되는 방향으로 이용자 요금이나 의료기관에 대한 운영비 지원액 등을 책정해왔다(RiR 2014: 22, p. 22).

개인 수준에서 가입자 구성을 보면 2015년에 전체 가입자의 2/3가 남성이었고, 가입자의 평균소득은 스웨덴 취업자 전체의 평균소득보다 높았다. 특히 고용주 단체보험 가입자의 평균소득이 높았다. 지역별로는 대도시 지역에서 가입자 비율이 높았고, 특히 의료 시장화의 선두주자인 스톡홀름에서 가입자 비율이 매우 높았다. 가입자가 가장 많은 업종은 토목건설업이고, 종사자 수 대비 가입자 비율이 높은 대표적 업종은 금융업과 법률 및 경제 컨설팅이었다. 반면에 교육, 의료, 공공행정 등 공공부문 노동자의 비중이 큰 업종에서는 가입률이 낮았다(SOU 2021: 80, pp. 179-181). 핵심 가입자 집단은 민간부문에 종사하는 건강한 고소득 화이트칼라 집단이라 요약할 수 있다 (Kullberg et al., 2019: 745).

시장규모가 작은 스웨덴에서 주요 산업들이 대체로 그러하듯 의료보험시장도 고도로 과점적인 성격을 띠는데, 2020년에 Länsförsäkringar, If Skadeförsäkring, Folksam, TryggHansa 등 4개 회사가 질병보험, 상해보험, 의료보험 등을 포괄하는 비(非)생명보험 시장의 전체 보험료 수입의 79%를 차지했다(Svensk Försäkring, 2021: 9)¹³⁾

4. 민간의료보험의 확산이 의료보장체계에 미치는 영향

민간의보의 확산이 스웨덴 의료보장체계에 미치는 부정적 영향으로 사회적으로 가장 주목받은 문제는 민간의보 비가입자의 진료 대기기간을 연장시키기 쉽다는 문제였다. 앞에서 언급한 바와 같이 지자체로부터 위탁받아 의료서비스를 공급하는 민간의료기관은 보험회사와도 계약을 맺어 민간의보

13) 스웨덴 보험연합회(Svensk Försäkring)는 매년 4분기별로 스웨덴 보험시장 현황을 개관해주는 보고서를 작성하는데, 의료보험시장만 따로 떼어 설명하지 않고 비생명보험시장을 통합하여 설명한다. 그리고 비생명보험시장에서 다루는 보험의 하나인 질병보험(sickness insurance)은 취업자가 질병으로 인해 일하지 못하는 기간에 발생하는 소득 상실을 보상해주는 보험으로서, 진료비를 보상해주는 의료보험(health insurance)과는 성격이 다르다.

가입 환자도 받을 수 있고, 또 가능하면 많은 가입 환자를 유치하는 것이 경영상 유리하다. 그런데 보험회사들이 가입자들과 맺는 계약 약관에는 짧은 대기기간이 보장되어 있다. 대부분의 약관에서 가입자들은 3-7일 이내에 전문의를 방문하여 진료를 받을 수 있고, 수술이 필요한 경우 전문의 최초 방문 이후 14-21일 이내에 수술을 받을 수 있다고 규정되어 있다. 그리고 이 규정이 준수되지 못할 때에는 보험회사가 가입자에게 2020년 기준으로 1,000 크로나 내외의 보상금을 지급하게 되어 있다(SOU 2021: 80, pp. 174-75).

그런데 이는 모든 환자에 적용되는 ‘진료보장’에서 규정된 대기기간보다 훨씬 짧다. 3장에서 살펴본 바와 같이, ‘진료보장’은 환자가 원할 때 1차의료기관에 접촉한 후 7일 이내에 1차의료기관 의사를 방문할 수 있어야 하고, 1차의료기관에서 전문의 진료의뢰서를 발급할 경우 발급 후 90일 이내에 환자가 전문의를 방문할 수 있어야 하며, 전문의 방문 후 90일 이내에 수술 등 전문의에 의한 치료를 받을 수 있어야 한다고 규정하고 있다.

따라서 민간의료 가입자와 비가입자를 모두 받는 민간의료공급자는 보험회사와 계약을 맺을 때 보험회사와 가입자 간의 계약 약관에 규정된 대기기간 내에 가입자를 진료할 것을 요구받는다. 그리고 이 요구를 충족시키려다 보면 가입자를 우선적으로 진료해야 하므로 비가입자의 대기기간이 더 길어지는 구축효과가 발생하기 쉽다는 것이다.

이 문제로 인해 사민당 정부(1994년 말 - 2006년 말) 말기인 2006년에 사민당 정부가 대중적으로 ‘중단 법(Stop Law)’이라 불린 법을 제정한 바 있다. 이 법의 골자는 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료공급자는 민간의료 가입 환자를 받지 못하게 한다는 것이었다. 구축효과 발생을 원천적으로 차단할 수 있게 한 것이다. 그러나 이 법은 빠져나갈 틈새를 많이 허용했다. 대표적으로 이 법의 적용대상을 ‘병원(hospital)’으로만 한정하여 소규모 의료기관들에는 적용하지 않았고, 또 병원 중에서도 과거에 공공병원이었다가 민간에 운영을 위탁한 병원들에만 적용하고 처음부터 민간병원으로 운영되던 병원들에는 적용하지 않았다. 그런데 우파 연립정부(2006년 말 - 2014년 말)가 들어서자 2007년에 이렇게 틈새가 많은 법조차 폐기되었다(Lapidus, 2019: 166-172).

그 후에도 비가입자의 대기기간 연장 문제가 다시 사회적 이슈로 대두되자 사민당-환경당 연립정부(2014년 말 - 2021년 말)의 사회부는 산하 연구기관인 ‘의료및돌봄분석청(Myndigheten för vård-och omsorgsanalys)’에 민간의보 가입자에 의한 비가입자의 구축효과를 실증적으로 분석할 것을 의뢰했고, 2020년 3월에 이 문제를 다룬 보고서(Vårdanalys 2020: 3)가 발간되었다. 이 보고서는 구축효과 문제를 본격적으로 다룬 대표적 연구로 평가된다.

민간의보 가입자에 의한 비가입자의 구축효과를 제대로 분석하려면, 가입자와 비가입자를 모두 환자로 받는 민간의료기관들로부터 관련 자료를 받아야 하나 이는 사실상 불가능한 일이다. 민간의료기관들이 자신들에게 불리하게 작용할 수 있는 자료를 단순히 내줄지도 없고, 또 법적으로 관련 자료를 제출하라고 요구하기도 어렵다. 스웨덴에서 민간의료기관과 보험회사 간의 계약 내용은 영업비밀로 간주되어, 특별한 사정이 없는 한 정부 등 공공기관이 정보 공개를 요구하기 어렵다. 이 보고서를 작성한 연구팀이 인터뷰한 광역지자체 담당자들에 따르면, 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료공급자에게 민간의보 가입자 진료 관련 자료를 요청할 법률적 근거가 약하여 자료를 요청하기 어렵다는 것이다. 심지어 이런 의료기관들이 유치하는 환자 중 민간의보 가입자와 비가입자의 비율에 관한 자료도 얻기 어렵다는 것이다 (Vårdanalys 2020: 3, p. 94).

이런 상황에서 이 보고서 연구팀이 택한 연구방법은 전국적 수준의 진료 대기기간 데이터베이스(nationella väntetidsdatabasen) 분석과 전문가/관련자 인터뷰였다. 일단 연구팀은 보험회사와 가입자 간의 계약 약관에 나와 있는 대기기간이 준수된다고 가정했다. 준수되지 않을 경우 보험회사가 가입자에게 보상금을 지급해야 하므로 보험회사로서는 대기기간을 엄격히 관리할 필요가 있기도 하고, 인터뷰에 임한 보험회사 담당자들 모두 이 기간이 준수되지 않는 경우가 전혀 없다고 말하기도 했다는 것이다. 그런데 이 대기기간은 ‘진료보장’이 규정하는 최장 대기기간보다 훨씬 짧으므로 일단 가입자의 대기기간이 비가입자의 대기기간보다 짧을 개연성이 높다는 것이다.

대기기간 데이터베이스를 활용하여, 민간의보 가입률이 가장 높은 광역행정구역인 스톡홀름, 베스트라 요타란드(Västra Götaland), 스코네(Skåne) 세

지역에서 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료기관 중 민간의보 가입자도 고객으로 받는 의료기관들을 골라내고, 이 기관들에서 진료받은 비가입자들에게 대해 ‘진료보장’이 준수되는지를 조사했는데,¹⁴⁾ 조사 결과 세 지역 모두에서 진료보장 규정을 준수하지 못하는 경우가 상당히 많은 것으로 나타났다. 예컨대 스톡홀름의 경우 많은 진료 영역 중 진료보장 준수율이 가장 높은 정형외과 등에서 전문의 최초 방문 대기기간 규정이 준수되는 경우가 70-80% 정도이고, 베스트라 요타란드에서는 이것이 준수되는 경우가 이비인후과에서 32%로 최저, 정형외과에서 68%로 최고치를 기록했다(Vårdanalys 2020: 3, p. 67).

민간의보 가입자에게 적용되는 최장 대기기간에 비해 진료보장이 규정하는 최장 대기기간이 훨씬 길지만, 이조차 준수되지 않는 경우가 많다는 것은 민간의보 가입자에 비해 비가입자가 대기기간에서 불리한 위치에 있다는 것을 뜻하며, 이는 가입자에 의한 비가입자의 구축효과가 발생하는 것으로 해석할 수 있다는 것이다. 그런데 만일 평균적으로 가입자들의 건강상태가 더 나빠서 시급한 진료의 필요성이 높다면 이는 이해해줄 수 있는 일이겠으나, 실제로는 가입자들의 건강상태가 더 양호한 것으로 보인다(Vårdanalys 2020: 3, p. 56).

한편 민간의보 활성화를 지지하는 논자들이 지지 논거로 제시하는 것의 하나는 민간의보가 확산하면 의료 영역 전체 차원에서 투입 재원이 증가하기 때문에 비가입자들도 혜택을 본다는 것이다. 예컨대 민간의보가 적용되는 민간의료기관들의 수입이 늘어나고 이에 따라 이 기관들의 시설과 인력에 더 많은 투자가 이루어져 더 많은 환자를 진료할 수 있게 되는 한편, 민간의보 가입자들이 가입 전에 비해 공적으로 재원이 조달되는 의료기관을 덜 활용하게 된다면 이런 의료기관의 진료 부담은 감소할 것이다. 따라서 공적으로 재

14) 스톡홀름과 베스트라 요타란드는 ‘진료보장’에서 규정된 최장 대기기간보다 짧은 대기기간 규정을 적용하고 있다. 스톡홀름과 베스트라 요타란드는 전문의 최초 방문 최장 대기기간을 30일로 정하고 있고(전국 차원에서 90일), 베스트라 요타란드는 전문의 최초 방문 후 수술을 포함한 치료 최장 대기기간을 60일로 정하고 있다(전국 차원에선 90일).

원이 조달되는 의료기관을 활용하는 환자들도 진료 대기기간 단축 등 서비스 질 개선을 누리게 된다는 것이다.

그런데 분석 결과 지자체와 위탁계약을 맺으며 민간의보 가입자도 받는 민간의료기관들에서 민간의보 비가입자들에 대해 ‘진료보장’ 규정을 준수하지 못하는 경우가 많다는 것이 드러났는데, 이는 이런 의료기관들에서 시설과 인력이 충분치 않다는 것을 뜻하며, 따라서 민간의보의 확산에 따라, 지자체와 위탁계약을 맺은 의료기관과 같이 주로 공적으로 재원이 조달되는 의료기관의 진료부담이 줄었다고 판단하기 어렵다는 것이다(Vårdanalys 2020: 3, p. 67).

한편 선진국 의료현황 비교 설문조사인 IHP의 2020년 조사결과에 따르면, 스웨덴의 민간의보 가입자는 비가입자에 비해, 3개월 이내에 전문의 진료를 받았느냐, 1개월 이내에 수술을 받았느냐, 3개월 이내에 수술을 받았느냐는 문항들에 그렇다고 응답한 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 대기기간 외에는 가입자와 비가입자의 의료서비스 소비 경험에서 별다른 차이가 없는 것으로 나타났다(Vårdanalys 2021: 4, p. 104).

그리고 스웨덴의 대표적 일간지 Dagens Nyheter는 2019년 12월 16일 기사에서 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료기관들이 민간의보 가입자를 우선적으로 진료한다고 보도했다. 기자가 환자로 위장하여 이런 민간의료기관들 10개를 취재한 결과 9개 기관의 접수창구 직원 또는 고객 담당자로부터 가입자를 우선적으로 진료한다는 답을 들었다는 것이다(Dagens Nyheter 2019, 12월 16일 기사, “Hälsa- och Sjukvårdens direktören bekräftar: Försäkringspatienter tränger ut vanliga”, SOU 2021: 80, p. 252에서 재인용).

그러나 Kullberg et al.(2021)은 이와 상반되는 것처럼 보이는 연구결과를 보고한다. 그들은 스웨덴 요테보리 대학(Göteborg Universitet) 소속 연구소인 SOM-Institutet가¹⁵⁾ 수행한 2016년 설문조사 결과를 분석했는데, 스웨덴에서 민간의보 가입자들이 비가입자들에 비해 공공의료기관을 적게 활용하는 것으로 나타났다는 것이다. 이때 공공의료기관은 광역지자체가 직영하는 의료

15) SOM-Institutet의 full name은 Samhälle Opinion Medier-Institutet(사회 여론 미디어-연구소)이다.

기관만을 지칭하며 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료기관은 여기에 포함되지 않는다.

2015년 1년간 민간의료 가입자 중 공공의료기관을 전혀 방문하지 않은 사람의 비율은 43%였고 비가입자 중에서는 25%였다. 가입자 중 공공의료기관을 4회 이상 방문한 사람의 비율은 7%, 비가입자 중에서는 20%였다. 그리고 가입자 중 공공의료기관을 1-3회 방문한 사람의 비율은 50%, 비가입자 중에서는 55%였다. 그리고 조사대상자의 연령, 성, 교육수준, 소득, 건강상태를 통제할 경우 민간의료 가입자와 비가입자 간에 총 의료소비량에서는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 공공의료 소비와 관련하여 대체효과(substitution effect)가 발생한 것으로 해석할 수 있다는 것이다. 즉 총 의료소비량에서는 가입자와 비가입자 간에 별 차이가 없으나, 가입자의 의료서비스 소비의 일부가 민간의료기관에서 이루어지기 때문에 그만큼 공공의료기관의 진료 부담이 경감된다는 것이다(Kullberg et al., 2021: 9-10).

진료 대기기간과 관련하여 민간의료 가입자에 의한 비가입자의 구축효과가 확인된다는 ‘의료및돌봄분석청’의 2020년 연구결과와, 민간의료 가입자의 의료서비스 소비의 일부가 민간의료기관에서 이루어지기 때문에 공공의료기관의 진료 부담이 경감되는 대체효과가 확인된다는 Kullberg et al.(2021)의 연구결과는 얼핏 보면 상반되어 보이지만, 조사내용을 꼼꼼히 살펴보면 서로 양립 가능한 것으로 해석할 수 있다고 판단된다.

Kullberg et al.(2021)에서 말하는 공공의료기관은 지자체가 직영하는 의료기관만을 지칭한다는 데 유의할 필요가 있다. 민간의료 가입자가 공공의료기관을 덜 활용한다면 이 기관들에서는 대체효과가 발생하여 이 기관들을 활용하는 비가입자들의 대기기간이 단축될 수 있을 것이다. 그런데 민간의료 가입자가 비가입자에 비해 공공의료기관을 덜 활용한 횟수만큼 정확히, 민간의료 가입자와 비가입자를 모두 받는 민간의료기관을 더 빈번히 활용한다면 이 기관들에서는 구축효과가 발생할 것이고, 이때 대체효과와 구축효과의 크기는 같을 것이다. 지자체가 직영하는 공공의료기관과 지자체와 위탁계약을 맺은 민간의료기관 중 민간의료 가입자도 받는 기관들은 모두 주로 조세라는 공적 재원으로 운영되는 의료기관들인데, 이런 공적 재원으로 운영되는 기관

들 사이에서 가입자의 이동이 발생한 것이다. 한편 비가입자 중에서 지자체 직영 의료기관들을 주로 활용하는 사람들은 대체효과로 인한 대기기간 단축을 경험할 가능성이 크고, 위탁계약을 맺은 민간의료기관 중 가입자와 비가입자를 모두 받는 기관들을 주로 활용하는 사람들은 구축효과로 인한 대기기간 연장을 경험할 가능성이 클 것이다. 민간의보에 가입하지 않은 사람들 전체 차원에서는 구축효과로 인한 손해와 대체효과로 인한 이익이 대강 상쇄된다고 할 수 있을 것이다.

그러나 실제 사정은 이렇게 간단하지 않을 수 있다. 가입자의 일부는 가입자만 받는 민간의료기관을 많이 활용할 수도 있을 텐데, 이 부분은 가입자와 비가입자를 모두 받는 의료기관에서 구축효과를 발생시키지 않는다. 따라서 비가입자에게 유리한 요인이다. 또는 민간의보 가입에 따라 대기기간의 단축이나 진료 절차의 간소화 등으로 인해 의료기관 활용이 편리해져서 가입자의 의료기관 방문횟수가 늘 수도 있다. 그러면 가입자와 비가입자를 모두 받는 민간의료기관에서 대체효과가 커질 수 있다. 따라서 대체효과와 구축효과의 상대적 크기를 정확히 가늠하기는 어렵다.

그런데 가입자와 비가입자를 모두 받는 민간의료기관을 주로 활용하는 비가입자들은 지리적 근접성이나 의료진의 능력에 대한 판단 등에 따라 이런 기관을 선택하였을 텐데, 이들의 입장에서 이런 민간의료기관이나 지자체가 직영하는 공공의료기관이나 동등한 지위를 갖는 선택지들이다. 지자체 위탁서비스를 제공하는 민간의료기관도 기본적으로 조세라는 공적 재원으로 운영되는 공공 의료보장체계 내에 있는 의료기관인 것이다. 그리고 이런 기관을 주로 활용하는 비가입자들과 지자체가 직영하는 공공의료기관을 주로 활용하는 비가입자들은 납세자로서 동등한 권리를 가진다. 그런데 전자가 대기기간에서 불이익을 받는다는 것은 원리적으로 문제가 있다고 할 수 있다. 그리고 대기기간은 치료 가능성이나 환자가 겪는 고통의 크기 등에 큰 영향을 미치는 요인인 것이다.

한편 스웨덴과 같이 주로 조세로 재원이 조달되는 NHS 유형의 의료보장체계를 가진 사회들에서 민간의보의 확산이 가져오는 부정적 영향으로 많이 거론되는 것의 하나가 의료소비자들의 납세 의향 감소다. 많은 소비자들이

민간의보에 가입하여 민간의료기관을 많이 활용하게 되면, 이들은 자신이 잘 활용하지도 않는 공공의료의 유지나 개선을 위해 세금을 낼 마음이 줄어들게 될 것이다. 그리고 이것이 뚜렷한 조세저항으로 이어지면 공공의료에 투입되는 재원이 줄어들게 되고, 이는 공공의료의 질 저하를 낳아 더 많은 사람이 민간의보에 가입하여 공공의료체계로부터 이탈하는 악순환을 낳기 쉽다는 것이다.

Kullberg et al.(2021)은 앞에서 언급한 2016년 SOM-Institutet의 설문조사 결과를 활용하여 이 문제도 분석했다. ‘공공의료 개선을 위해 현재보다 더 많이 과세해야 한다’는 질문에 대한 응답에서 민간의보 가입자들이 비가입자들에 비해 부정적으로 응답하는 경우가 많았지만, 교육수준, 소득, 정치성향이 라는 변수들을 통제하고 나면 차이가 없어지는 것으로 나타났다는 것이다 (Kullberg et al., 2021: 9).

민간의보 가입자와 비가입자 간에 증세에 대한 입장과 관련하여 유의미한 차이가 나타나지 않은 이유를 저자들은 두 가지로 설명한다. 첫째, 스웨덴의 민간의보는 대부분 보충적 성격의 보험이다. 즉 공공의료기관이 제공하지 않는 의료서비스를 추가로 제공하는 경우는 별로 없고, 주로 대기기간의 단축이라는 이득을 주는 성격의 보험이다. 따라서 민간의보 가입자들도 공공의료기관이 양질의 의료서비스를 제공하는 데 이해관계를 가진다는 것이다. 둘째, 스웨덴의 민간의보의 주종은 고용주 단체보험이다. 따라서 민간의보 가입자 개인이 적극적으로 선택해서 가입한 경우가 드물다. 또 단체보험 가입자 개인이 보험료 비용을 전부 부담하는 것도 아니다(Kullberg et al., 2021: 13). 이렇게 가입자의 대부분이 고용주의 선택에 따라 수동적으로 민간의보에 가입된 사람들이기 때문에 공공의료 개선을 위한 증세에 부정적 태도를 취할 이유가 별로 없다는 것이다.

그러나 Lapidus(2019)는 민간의료공급자가 많아지고 민간의보가 확산됨에 따라 장기적으로 공공의료의 유지나 개선을 위한 조세 재원이 줄어들 가능성이 높다고 본다. 민간의보 확산에 따라 공공의료 소비량이 줄면 재정건전화 압박을 받는 정치인들이 공공의료예산을 삭감하려 할 것이고, 민간의보 가입자들의 납세 의향도 약화될 것이다. 또한 여론 주도층이 대부분 민간의보에

가입함에 따라 이들은 더 이상 공공의료의 질 개선에 관심을 기울이지 않게 되리라는 것이다(Lapidus, 2019: 113).

민간의보의 확산이 향후 공공의료 자원 조달을 위한 시민들의 납세 의향에 어떤 영향을 미칠지는 불분명하지만, 그동안 조세가 민간의보 가입자와 민간의료공급자들을 위해 많이 지출되어온 것은 분명하다. 2018년까지는 고용주 단체보험에 가입된 피고용인들에게 조세감면 혜택이 제공되었다.¹⁶⁾ 이에 대한 비판이 일자 2018년에 폐지되었고, 그 대신에 고용주 단체보험에 가입한 기업들에 대한 조세감면 프로그램이 도입되었다. 그런데 고용주 단체보험에 가입된 사람들은 대체로 소득이 높은 사람들이라 이들에 대한 조세감면은 소득 불평등을 심화시킨다. 부유한 사람들을 선별하여 우대하는 ‘역 자산 조사(reverse menas-testing)’라 할 수 있다(Lapidus, 2019: 5).

또한 민간의보가 확산되면 민간의료공급자도 많아지는데, 그동안 스웨덴 정부가 민간의료공급자들에게 많은 혜택을 제공해왔다. 예컨대 대부분의 광역지자체가 민간의료기관에 고용된 수련의들의 급여와 의사들의 교육훈련비를 지급해왔다. 그리고 민간의료기관들은 공적 재원으로 마련된 각종 의료 인프라를 무료로 사용해왔다(Lapidus, 2019: 152-158). 민간의료공급자들이 공공재정에 무임승차할 수 있게 해온 것이다.

민간의보의 확산은 정치적으로도 스웨덴 사회에 영향을 미칠 수 있다. 일단 노사관계 영역에서는 고용주 단체보험에 가입한 고용주와 해당 기업의 노

16) 조세감면은 감면이 없었더라면 정부가 징수했을 조세수입의 상실을 의미하므로, 수입/지출 효과의 측면에서 감면 없이 조세를 다 거둔 후에 감면액만큼 지출한 것과 마찬가지다. 그래서 조세감면을 조세지출(tax expenditure)이라고도 한다. 고용주 단체보험에 가입된 피고용인에게 조세감면이 이루어지는 방식은 다음과 같다. 어떤 피고용인의 월 급여가 30,000크로나이고 소득세율이 50%라면 이 사람의 가처분 소득은 15,000크로나가 된다. 그리고 개인적으로 민간의보에 가입하여 월 보험료로 5,000크로나를 납부한다면 이 사람의 지갑에 남은 돈은 10,000크로나다. 그런데 이 사람이 소속된 기업의 고용주가 피고용인들을 위해 단체보험에 가입하고, 개인당 보험료만큼을 미리 차감한 후에 월급을 준다고 가정해보자. 그러면 이 사람은 25,000크로나를 수령하고, 이 25,000크로나에 대해 소득세율 50%가 적용되어 12,500크로나의 가처분소득을 얻게 된다. 고용주 단체보험에 가입하지 않을 경우에 비해 2,500크로나의 이득이 생긴 것이다(Lapidus, 2019: 70). 고용주가 피고용인에게 월급을 지급할 때 개인당 보험료를 차감하지 않거나, 차감하더라도 보험료 미만의 금액을 차감한다면 피고용인의 이익은 더 커질 것이다.

동자들 간에 결속이 강화될 것이다. 2018년에 고용주 단체보험에 가입된 개인들에 대한 조세감면 혜택이 폐지되자 우파 진영에서 격렬히 반발한 핵심 이유가 바로 이것이다(Lapidus, 2019: 81).

그리고 민간의보의 확산은 스웨덴의 의료보장체계에서 보험회사들이 점점 더 중요한 역할을 담당하게 된다는 것을 뜻한다. 보험회사들은 그들에게 유리한 방향으로 정부의 정책이 입안되고 시행되도록 그들의 사회적 영향력을 행사할 것이다. 예컨대 의료 시장화를 가속화하는 정책은 지지하고 2006년의 Stop Law와 같이 의료보험시장을 위축시키기 쉬운 법안에는 강하게 반대할 것이다. 그리고 민간의료공급자들도 이들과 입장을 같이 할 것이며, 교육이나 노인 돌봄 등 다른 사회서비스 영역에서 활동하는 민간기업들이나 이런 기업들에 투자한 개인이나 기관들도 사회서비스 시장화 촉진이라는 공통 이해관계 속에서 보조를 함께 할 것이다. 이제 사회서비스 시장화 지지세력에 보험회사라는 새로운 강력한 행위자가 추가된 것이다.

그리고 민간의보의 확산은 의료서비스라는 필수 서비스의 성격에 대한 시민들의 인식과 태도에도 영향을 미칠 것이다. 민간의보 가입자 입장에서 민간의보가 제공해주는 추가적 서비스, 대표적으로 대기기간의 단축은 본인이나 고용주가 보험료를 납부하여 구매한 상품이다. 고용주 단체보험은 고용주가 피고용인에게 제공한 ‘시혜’라 할 수 있고, 이 시혜를 얻는 사람들은 대체로 노동시장에서 좋은 지위에 있는 사람들이다. 주로 경영상태가 양호한 기업들에서 정규직 노동자 등 상대적으로 좋은 지위에 있는 사람들에게 민간의보 가입이라는 혜택이 주어진다는 것은 의료라는 필수 서비스의 소비에서 ‘능력주의(meritocracy)’가 어느 정도 작용하게 된다는 것을 의미한다. 따라서 적어도 부분적으로는, 양질의 의료서비스라는 것이 국가의 구성원으로서, 그리고 납세자로서 모든 시민이 요구할 수 있는 보편적 권리 항목으로부터 노동시장에서의 지위나 구매력에 따라 차등적으로 배분될 수 있는 상품으로 전환되는 것이다. 민간의보 가입자가 많아질수록 의료서비스를 상품으로 보는 시각이 강화될 텐데, 대체로 교육수준과 소득수준이 높으며 사회적 발언권이 큰 중산층 이상의 시민들이 민간의보에 많이 가입할 것이므로 의료 시장화를 자연스러운 것으로 보는 사회여론이 쉽게 형성될 것이다.

또한 민간의보의 확산은 스웨덴의 전체 의료보장체계의 작동방식과 현황을 정부가 인지하고 관리하는 데 장애를 줄 수 있다. 이와 관련하여 국제적으로 저명한 스웨덴 정치학자이자 대표적인 복지국가 연구자인 로드슈타인(Bo Rothstein)의 주장을 검토해볼 필요가 있다. 그는 1980년대부터 사회서비스의 민간위탁을 강력히 주장해온 대표적 논객으로 사회서비스의 재원 조달과 사회서비스의 공급을 분리해 생각해야 한다는 점을 강조해왔다. 즉 사회서비스 재원의 대부분이 조세라는 공적 재원인 한 사회서비스 공급을 민간에 위탁해도 사회서비스 제공체계 전체의 공적 성격은 그대로 유지된다는 것이다. 서비스를 제공하는 민간공급자와 위탁계약을 맺는 정부가 민간공급자를 제대로 통제할 수 있기 때문이다. 이 논리는 사회서비스 민간위탁을 지지하는 많은 정치인들이 의존해온 논리다.

로드슈타인에 따르면 국가가 담당하던 공적 업무가 민간조직 또는 비국가 조직에 의해 수행될 수 있는 일반적 조건은 다음과 같다. 첫째, 국가와 서비스 생산자 간의 계약이 명시될 수 있다. 둘째, 국가가 생산자의 성과를 평가하고 통제할 수 있다. 예컨대 계약이 제대로 이행되지 않을 경우 이를 파기할 수 있다. 셋째, 생산자들 간에 실효성 있는 경쟁이 조성될 수 있다. 그에 따르면 “이러한 조건이 충족될 수 있다면 공적 업무의 생산을 민간 기업가가 경영하는 데 원칙적 장애는 존재하지 않는다. 정치체도가 ... 활동을 통제할 수 있기 때문이다” (Rothstein, 2002: 247-248).

로드슈타인의 주장을 의료서비스에 적용한다면 이런 이야기가 될 것이다. 광역지자체가 민간의료공급자와 명료한 내용의 공급 위탁계약을 맺을 수 있고, 민간공급자가 계약을 제대로 이행하는지 광역지자체가 잘 파악할 수 있고, 또 계약을 제대로 이행하지 않을 경우 광역지자체가 위탁계약을 중단할 수 있으며, 민간공급자가 다수이고 이들 간에 활발한 경쟁이 전개되어 광역지자체가 계약 파트너로 선택할 수 있는 민간공급자가 충분히 있다면, 의료서비스 공급을 민간공급자에게 위탁해도 된다는 것이다. 광역지자체가 설정한 기준에 부합되도록 민간공급자의 공급 행위를 효과적으로 통제할 수 있기 때문이다.

그러나 필자가 보기에 의료서비스의 민간위탁이 활성화됨에 따라 민간의

보가 확산하면 이런 전제조건이 충족되기 어려워질 수 있다. 일단 민간의보의 확산은 조세가 아닌 사적 재원으로 의료 재원의 일부가 조달된다는 것을 뜻하므로 기본 전제 자체가 일부 무너지는 측면이 있다. 그리고 민간의보의 확산은 주로 공적 재원으로 운영되는 민간의료기관의 행태에도 영향을 미칠 수 있다는 데 주목할 필요가 있다. 스웨덴에서 공적 재원으로 운영되는 민간의료기관의 큰 부분은 광역지자체와 위탁계약을 맺는 동시에 보험회사와도 계약을 맺어 민간의보 가입자도 고객으로 받는 의료기관들이다. 이들과 위탁계약을 맺는 광역지자체는 가능한 한 명료하게 계약 내용을 명시하려 하겠지만, 민간공급자의 의료행위에 큰 영향을 미치는 요인인, 민간공급자가 보험회사와 맺는 계약의 내용은 광역지자체와 민간공급자가 맺는 계약에 포함되지 않는다.

그런데 민간공급자가 보험회사와 어떤 계약을 맺는가, 예컨대 민간의보 가입자에 대한 최장 대기기간을 어떻게 설정하고 의료수가를 어떻게 정하는가는 민간공급자가 민간의보 비가입자를 어떻게 진료하느냐에 큰 영향을 미친다. 의료서비스 시장은 본래 정보의 불완전성이 심하고 따라서 불완전계약(incomplete contracts)이 만연한 시장이지만, 보험회사라는 새로운 주체가 등장함에 따라 민간공급자의 의료행위를 광역지자체가 제대로 파악하기가 더 어려워지는 것이다.

광역지자체 입장에서는 자신의 계약 파트너가 아닌 보험회사가, 자신의 계약 파트너인 민간공급자의 의료행위에 지대한 영향을 미치며, 자신이 우선적으로 책임져야 할 대상인 민간의보 비가입 시민들의 의료서비스 소비수준에 큰 영향을 미친다는 난처한 상황이 조성되는 것이다. 그리고 민간공급자의 의료행위를 정확히 파악하기 어려우면 자연히 이를 제대로 통제하기도 어려워질 것이다. 따라서 로드슈타인이 제시한 조건 중 첫째와 둘째 조건이 크게 훼손되기 쉬운 것이다. 종합적으로 볼 때 민간의보가 확산할수록, 의료서비스 공급을 민간에 위탁할 경우 위탁 주체인 정부의 뜻대로 서비스 공급이 이루어질 가능성이 작아진다고 볼 수 있을 것이다.

5. 전망과 토론

그렇다면 향후 민간의보의 발전 전망은 어떠한가? 지금까지 그랬던 것처럼 빠르게 성장하여 머지않아 스웨덴 의료보장체계의 중요한 부분으로 자리 잡을 것인가, 아니면 그 부작용에 대한 사회적 비판이 고조되어 정부가 민간의보를 강하게 규제함에 따라 성장이 억제되어 소수의 시민만 가입하는 주변적 요소로 머물게 될 것인가? 이 문제를 판단하려면 먼저 민간의보에 대해 정당들과 주요 사회단체 또는 사회세력들이 어떤 입장을 취하고 있는가를 확인할 필요가 있다. 스웨덴의 정당 중 좌파 블록(bloc)에 속하는 정당으로는 사민당, 좌파당, 환경당이 있고, 우파 블록에 속하는 정당으로는 보수당, 자유당, 중앙당, 기민당이 있다. 최근에 급성장한 국수주의 극우 정당인 스웨덴 민주당은 정치적 입장의 극단성으로 인해 지금까지 우파 블록에 속하지 않고 독립적으로 활동했으나, 2022년 9월 총선에서 사민당에 이어 두 번째로 높은 지지율을 기록하면서 정치적 영향력이 크게 강화되었고 향후 우파 블록의 일원으로 활동할 가능성이 높다.

정당들 중 민간의보와 의료 시장화에 가장 비판적인 정당은 좌파당이다. 좌파당은 2차대전 이후 1970년대까지 스웨덴 모델 전성기에 발전한 보편적 복지국가 모델의 원형으로 회귀하기를 지향하며 의료 영역에서는 증세에 기초하여 전통적 NHS 모델을 고수, 강화해야 한다는 입장이다. 생태주의 정당인 환경당도 민간의보에 비판적이고 특히 민간의보 가입자에 의한 비가입자의 구축효과를 막아야 한다는 점을 강조한다. 좌파 블록의 핵심 정당인 사민당은 지금까지 상당히 모호하고 정세에 따라 가변적인 입장을 취해왔다. 1980년대 이래 사민당은 대체로 의료를 포함하여 사회서비스의 시장화를 지지해왔다. 그러나 그 부작용이 두드러지게 나타날 때에는 규제 강화를 통해 시장화를 억제하려는 입장을 취하기도 했다. 사민당이 2006년에 제정한 Stop Law에서 빠져나갈 틈새를 광범위하게 허용한 것은 입법기술상의 실수가 아니었다. 너무 강하게 규제할 경우 민간의료공급자와 보험시장이 크게 위축될 것을 우려한 것이다.¹⁷⁾ 최근에는 민간의보의 확산이 민간의보 비가입자에 미

17) 1980년대 이래 사회서비스 시장화와 영리 민간복지기업들에 대한 사민당의 입장의

치는 부정적 영향을 심각한 문제로 보고 그 해결책을 찾으려는 면모를 보였다.

우파 블록에 속한 모든 정당과 스웨덴 민주당은 의료 시장화와 민간의료의 성장을 분명하게 지지한다. 따라서 일단 정당정치 구도상 민간의료의 성장을 지지하는 쪽이 분명한 우위를 점하고 있다. 그리고 2022년 9월 11일에 치러진 총선에서 우파 정당들이 승리했기 때문에 최소한 향후 4년간 민간의료 성장에 대한 큰 정치적 걸림돌은 없을 것으로 보인다.¹⁸⁾

시민사회의 주요 단체들에서도 민간의료의 성장을 지지하는 쪽이 우위에 있다. 보험회사들과 민간의료공급자들은 민간의료 성장에 직접적 이해관계를

모호성과 당내 의견 갈등에 관해서는 Meagher & Szebehely(2019) 참조.

- 18) 2장에서 언급한 바와 같이 민간의료의 구축효과가 사회적 이슈로 대두된 것을 배경으로, 사민당-환경당 연립정부는 2020년 8월에 민간의료가 비가입자의 대기기간에 미치는 영향을 분석하고 이 문제에 대한 정책대안을 제출할 사명을 갖는 국가연구위원회를 구성하여 연구를 수행하게 했고, 국가연구위원회는 2021년 9월에 나온 연구보고서에서 구축효과가 존재한다고 판단하면서, 앞으로는 지자체로부터 위탁을 받아 의료서비스를 제공하는 민간의료공급자는 민간의료 가입 환자를 받지 못하게 함으로써, 가입자에 의해 비가입자가 구축되는 효과를 원천 차단해야 한다는 정책 제안을 제시한 바 있다. 2021년 11월 이후 단독으로 정부를 구성한 사민당은 국가연구위원회의 연구결과를 근거 삼아 2022년 6월 9일에 의회에 정부 입법안을 제출했는데, 그 골자는 민간의료공급자와 광역지자체가 맺은 의료서비스 공급 위탁계약에, 민간의료공급자가 보험회사 등 광역지자체 이외의 주체로부터 부여받은 사명이, 민간의료공급자가 광역지자체로부터 부여받은 과제의 이행에 부정적 영향을 미치지 못하도록 보장하는 내용이 포함되도록 해야 한다는 것이다(Regeringens proposition 2021/22: 260). 즉 민간의료 가입자를 비가입자보다 우선적으로 진료하거나 해서는 안 된다는 것이다.

9월 11일 총선이 끝난 후에 환경당을 제외한 모든 정당들이 이 입법안에 의회 발안(發案)의 형태로 반응을 보였다. 좌파당은 9월 30일에 제출한 발안에서, 입법안 취지에 동의하면서도 그 취지를 확실히 살리기 위해 앞으로 보험회사와 계약을 맺은 민간의료공급자와는 광역지자체가 위탁계약을 맺지 못하도록 의회가 의결할 것을 제안했다(Motion till riksdagen 2022/23: 2). 반면에 총선에서 승리한 우파 정당들인 보수당, 스웨덴 민주당, 기민당, 자유당은 10월 3일에 공동으로 제출한 발안에서 의료보험시장에 대한 적절한 관리·감독의 필요성을 인정하면서도 사민당 ‘과도정부(övergångsregeringen)’가 6월에 제출한 입법안은 그동안 여러 면에서 순기능을 해온 민간의료의 역할을 폄하하고 의료보험시장을 위축시키려 한다는 점에서 의회에서 부결 처리할 것을 제안했다(Motion till riksdagen 2022/23: 5). 한편 우파 정당이면서도 2019년 이후 사민당에 협조해온 중앙당도 10월 3일에 제출한 발안에서 정부 입법안을 부결 처리할 것을 제안했다(Motion till riksdagen 2022/23: 8). 여기에서 사민당 ‘과도정부’란 말은 총선에서 우파 정당들이 승리했으나 아직 우파정부가 공식적으로 수립되기 전이어서 사민당 정부가 여전히 존속하는 과도적 상황을 나타낸다.

가진다. 그밖에도 여러 재계 이익단체들, 사회서비스 부문에 뛰어난 민간기업들과 이 기업들에 투자한 개인이나 기관들, 대표적 언론사 등 민간의보의 성장을 지지하는 세력은 막강하다. 전국적 수준의 노동조합 중에는 생산직 노조인 LO만이 의료 시장화와 민간의보 성장에 비판적이다. 중·하위 사무직 노조인 TCO와 상위 사무관리직·전문직 노조인 Saco는 민간의보에 우호적 입장을 취하고 있을 뿐 아니라, 그들 스스로 조합원들에게 단체보험 서비스를 제공해왔다. 2019년 기준으로 TCO 산하의 14개 산업별 노조 중 6개가 조합원들을 위해 단체보험에 가입해 있고, Saco 산하 23개 직종별 노조 중 20개가 단체보험에 가입해 있다(Lapidus, 2019: 187). 그리고 스웨덴 경제의 탈산업화를 반영하여 생산직 노조인 LO의 영향력은 감소하고, TCO와 Saco의 영향력은 강화되어왔다.

그리고 정치인이나 행정관료들이 은퇴 후 민간부문에 고위직으로 취업하는 관행이 스웨덴에도 만연해 있는데, 근년에는 사민당 출신 최고위급 정치인들도 이런 행태를 보여왔다. 그리고 이들이 취업하는 민간부문 중 중요한 영역의 하나가 사회서비스 부문의 민간기업이나 민간기업 이익단체다.¹⁹⁾ 이런 상황에서 당분간 민간의보의 성장을 강하게 억제하는 정책이 추진될 가능성은 거의 없어 보인다.

의료보험시장이 크게 성장한다면 스웨덴의 의료보장체계는 점차 이층의료체계(two-tier healthcare system)로 변해갈 것으로 예상된다. 조세 재원으로 모든 시민에게 기본적 의료서비스를 제공하되, 민간의보 가입자에게는 공공의료기관에서 제공하지 않는 추가적 의료서비스를 제공하거나 진료 대기기간의 단축과 같은 특혜를 주는 방식이 정착될 것이다. 의료기술의 발전과 인구 고령화 등으로 인해 앞으로도 의료수요는 계속 증가할 텐데, 증세를 통해 공공의료체계가 강화되지 않는 한 추가적 의료수요의 충족은 점점 더 민간의보

19) 1980년대에 사민당 정부 재무부 장관이었던 펠트(Kjell-Olof Feldt)는 은퇴 후 사립 학교들의 이익단체인 ‘독립학교연합회’의 의장을 역임했고, 사민당 정부에서 법무부 장관을 역임한 부드스트룀(Thomas Bodström)은 국회의원직을 유지한 상태에서 사립학교기업인 Pysslingen에서 이사직을 맡은 바 있다. 2004-06년에 사민당 정부 재무부 장관이었던 누더(Pär Nuder)는 2009년에 사모펀드 EQT의 고문직을 맡았는데, 당시 EQT는 스웨덴 최대의 사립학교 주식회사인 AcadeMia의 주식의 80%를 보유하고 있었다(Meagher & Szebehely, 2019: 466).

에 의해 해결될 것이다. NHS를 뒷받침하는 핵심 이념인 보편주의 원리가 사라지는 것은 아니지만 이 원리가 적용되는 의료서비스 영역은 점점 더 좁아지기 쉬울 것이다. 따라서 지금까지의 추세대로 민간의료가 빠르게 확산해간다면 스웨덴의 의료보장체계의 성격 자체가 상당히 변하게 될 것이다. 의료 소비자 각자의 구매력과 노동시장에서의 지위가 의료서비스의 소비수준에 큰 영향을 미치게 된다는 것은 NHS 모델의 기본 철학에 원리적으로 어울리지 않는 것이기 때문이다.

하지만 증세를 통해 공공 의료보장체계에 투입되는 자원을 늘려 1990년대 이전의 원형적 NHS 모델로 회귀해야 한다고 주장하기도 쉽지 않은 상황이다. 일단 오랜 기간 감세 추세가 지속되어 시민들이 이에 익숙해진 상황에서 증세를 관철하기가 정치적으로 매우 어려울 것이라는 점을 지적할 수 있다. 또 증세를 통해 공공 의료보장체계에 투입되는 자원을 늘린다고 해서 스웨덴 의료보장체계의 큰 약점인 진료 장기대기 문제가 획기적으로 해결되기도 어렵다. 의료서비스는 수요의 소득탄력성이 높아 경제발전에 따라 수요가 빠르게 증가하는 측면이 있고, 의료기술의 발전이 새로운 의료수요를 낳아 공급이 수요를 창출하는 특성도 있다. 또 의료기술의 발전은 인구 고령화를 낳고 고령화가 다시 의료수요 증가를 낳기 때문에 의료수요를 효과적으로 통제하기가 쉽지 않다. 그리고 NHS 유형의 의료보장체계의 기본 성격 자체가 의료서비스에 대한 과잉수요와 과소공급을 낳는 측면이 있어, 증세를 통해 공공 의료보장체계에 투입되는 자원을 늘린다 해도 진료 장기대기 문제가 속 시원히 해결되기는 어려울 것이다.

2004년에 스웨덴 재무부는 조세수입만으로 사회서비스 재원을 조달하기 어려운 시대에 추가 재원을 어떻게 조달할 것인가 하는 문제를 검토한 국가 연구보고서(SOU 2004: 19)를 제출한 바 있는데, 본 논문의 주제와도 관련 있는 내용을 담고 있다. 재무부 연구팀에 따르면 증세 이외의 방안으로는 이용자 요금 인상 아니면 사회서비스의 일부를 민간이 공급하고 이 부분은 시장 원리에 따라 거래되도록 하는 방안밖에 없다는 것이다. 그런데 이용자 요금은 이용자들의 소득수준과 무관하게 정액으로 설정되기 때문에 이용자 요금 인상은 저소득층에게 불리하고 소득분배 측면에서 부정적 효과를 낳는다는

것이다(SOU 2004: 19, p. 147).

그리고 사회서비스의 일부를 민간이 공급하게 하는 것이 이용자 요금 인상보다 나은 점의 하나는 현재의 사회서비스 수준을 기준점으로 정하고 이후 사회의 발전에 따라 추가되는 서비스 부분은 민간에 공급을 맡기면 되기에 정책적 의사결정이 비교적 어렵지 않다는 것이다. 반면에 이용자 요금 인상의 경우에는 다양한 사회서비스 영역에서 이후 상황의 변화에 따라 그때그때 요금을 재조정해야 하는 어려움이 있다는 것이다. 사회서비스 공급의 일부를 민간에 맡기면 구매력이 큰 시민들이 더 양질의 서비스를 누리게 되므로 모든 시민에게 동등한 서비스 접근권을 제공한다는 기존의 원칙을 훼손한다는 문제가 생기지만, 이 문제는 사회서비스에 대한 추가 수요 충족을 조세 이외의 재원에 의존할 때에는 언제나 발생하는 문제라는 것이다(SOU 2004: 19, p. 159). 결국 재무부 연구팀은 사회서비스 공급을 부분적으로 민간에 맡기는 방안을 우회적으로 추천한 셈이다.

이 논의를 의료 영역에 적용한다면, 이용자 요금 인상은 저소득층으로 하여금 의료서비스 소비를 스스로 억제, 포기하게 하는 효과를 낳고, 현재의 민간의보의 성격이 유지된다는 전제하에서 의료서비스의 시장화는 민간의보 비가입자의 일부가 대기기간 등에서 불이익을 입는 효과를 낳는다고 할 수 있을 것이다. 어느 것이 더 나쁜 것인지는 관점에 따라, 또 구체적 상황에 따라 다르게 판단되겠지만, NHS 유형의 의료보장체계의 기본 원칙 또는 이념의 관점에서는 이용자 요금 인상 방식이 더 부정적으로 평가될 수 있을 것 같다. 저소득층의 의료서비스 접근을 처음부터 크게 저해하기 쉽기 때문이다.

한편 한국에서도 스웨덴에서와 마찬가지로 의료기술의 빠른 발전, 인구 고령화, 건강에 대한 시민들의 관심 증가 등으로 인해 향후 의료수요가 빠르게 증가하리라 예상된다. 그런데 한국은 스웨덴과 달리 ‘국민건강보험’이라는 공적 의료보험 중심의 의료보장체계를 갖고 있는데, 필자가 보기에 공적 의료보험 중심의 체계는 NHS 유형의 체계에 비해 향후 의료수요 증가에 더 유연하게 대응할 수 있으리라 예상된다. 공적 의료보험 중심 체계에서 의료수요 증가를 공공 의료보장체계 내에서 흡수하려면 의료보험료를 인상해야 하는데, 납세자 입장에서 의료보험료 인상도 일종의 증세로 여겨질 수도 있겠

으나, 의료보험료는 질병이라는 특정한 위험에 대비하는 데만 사용되며, 건강의 중요성은 거의 모든 시민이 충분히 인식하고 있다는 점에서 의료보험료 인상은 일반적 증세보다는 납세자의 저항을 덜 불러일으킬 수 있는 측면이 있을 것 같다.

그리고 공적 의료보험 중심의 의료보장체계도 NHS와 마찬가지로 의료소비자의 구매력과 그녀의 의료소비수준을 원리적으로 분리하는 제도 틀이지만, NHS에 비해서는 구매력이 소비수준에 영향을 더 미칠 수 있게 허용하는 측면이 있다. NHS에서는 의료기관을 방문할 때마다 정액 이용자 요금을 내지만, 진료의 내용, 즉 암 수술과 같이 비용이 많이 드는 진료를 받느냐 여부는 환자가 부담하는 비용에 영향을 미치지 않는다. 이에 반해 공적 의료보험 제도에서는 대개 진료비의 일정 비율을 환자가 부담하게 되어 있어서, 건강상태가 동일하다면 저소득층보다는 고소득층일수록 고비용 진료를 자주 받을 가능성이 크다. 이는 NHS에서보다는 시장원리가 작동하는 공간이 어느 정도 열려 있다는 것을 뜻한다. 그리고 한국처럼 의료수가 결정방식으로서 행위별수가제(fee-for-service)를 취하는 경우에는 진료를 많이 할수록 의료기관의 수입이 늘어나므로 과잉진료의 유인은 있을지언정 과소진료의 유인은 없다. 따라서 진료를 위한 장기대기 문제가 잘 발생하지 않는다. 따라서 기존의 제도 틀을 크게 변경시키지 않으면서도 의료수요 증가에 대응하기가 상대적으로 쉬울 것이다.

NHS 유형의 의료보장체계는 의료소비자의 구매력이 의료서비스 소비수준에 미치는 영향을 거의 완벽하게 차단한다는 점에서 가장 평등주의적인 의료보장체계이지만, 바로 그렇기 때문에 의료수요는 증가하되 증세는 어려운 시대에는 장기대기와 같은 큰 문제를 야기할 수 있다. 그리고 이 문제를 해결하기 위해 추진되어온 의료 시장화와 민간의보 활성화는 NHS의 바탕에 있는 기본 원리 또는 철학과 양립하기 어려운 결과를 낳았다. 시장원리의 작동을 전혀 허용하지 않는 제도 틀이, 제도를 둘러싼 환경이 변함에 따라 오히려 전적으로 시장원리에 따라 작동하는 새로운 제도 틀에 의존하게 되는 역설적 상황이 만들어진 것이다.

《참고문헌》

- 신정완(2021). “합의에 의한 개혁: 1990년대 이후 스웨덴 노인돌봄서비스의 시장주의적 개혁”. 『스칸디나비아 연구』, 22, 1-40.
- Andersson, F., Janlöv, N., Rehnberg, C. (2014). *Konkurrens, kontakt och kvalitet: hälso - och sjukvård i privat regi* [경쟁, 접촉과 질: 민간보건의료]. Stockholm: Finansdepartementet.
- Barr, N. (2004). *Economics of the Welfare State* (4th ed.). New York: Oxford Univ. Press.
- Besley, T., Hall, J., Preston, I. (1999). The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?. *Journal of Public Economics*, 72, 155-181.
- Blomqvist, P., & Rothstein, B. (2005). *Välfärdsstatens nya ansikte: demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn* [복지국가의 새로운 면모: 민주주의와 공공부문 내의 시장주의적 개혁들]. Stockholm: Agora.
- Dir. 2020: 83. *Kmmittédirektiv: Begränsning av privata sjukvårdsförsäkringars påverkan på offentligt finansierad hälsa- och sjukvård* [국가연구위원회 사명 지시서: 민간의료보험이 공적으로 재원이 조달되는 보건의료에 미치는 영향의 제한].
- Kullberg, L., Blomqvist, P., Winblad, U. (2019). Health Insurance for the Healthy?: Voluntary Health Insurance in Sweden. *Health Policy*, 123, 732-746.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., Winblad, U. (2021). Does Voluntary Health Insurance Reduce the Use of and the Willingness to Finance Public Health Care in Sweden? *Health Economics, Policy and Law*, 1-18. (Online version published by Cambridge Univ. Press, 23 March 2021). <https://doi.org/10.1017/S17441331210000086>
- Lapidus, J. (2019). *The Quest for a Divided Welfare State: Sweden in the Era*

- of Privatization*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.
- Meagher, G., & Szebehely, M. (2019). The Politics of Profit in Swedish Welfare Services: Four Decades of Social Democratic Ambivalence. *Critical Social Policy*, 3, 455-476.
- Motion till riksdagen 2022/23: 2, av Karin Rågsjö m. fl. (V) [2022/23년도 의회 회기 발안 2호, Karin Rågsjö 등이 제출한 좌파당 발안].
- Motion till riksdagen 2022/23: 5, av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M, SD, KD, L) [2022/23년도 의회 회기 발안 5호, Camilla Waltersson Grönvall 등이 제출한 보수당, 스웨덴 민주당, 기민당, 자유당 공동 발안].
- Motion till riksdagen 2022/23: 8, av Anders W Jonsson (C) [2022/23년도 의회 회기 발안 8호, Anders W Jonsson이 제출한 중앙당 발안].
- OECD/EU. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Regeringens proposition 2021/22: 260, Ökad kontroll i hälso-och sjukvården [2021/22년도 의회 회기 정부 입법안 260호, 보건의료에서의 강화된 통제]
- RiR 2014: 22. *Primärvårdens styrning: efter behov eller efterfrågan?* [1차의료의 관리: 필요에 따라, 아니면 수요에 따라?]. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rothstein, B. (2002). *Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik* [국가는 무엇을 해야 하나? 복지국가의 도덕적, 정치적 논리] (2nd ed.). Stockholm: SNS Förlag.
- Socialstyrelsen. (2012), *Vårdgaranti och kömiljard - uppföljning 2009-2011* [진료보장과 준수지원금 - 2009-2011년 추적조사].
- SOU 2004: 19. *Långtidsutredningen 2003/04* [2003/04년 장기전망 연구보고서]. Stockholm: Statens Offentliga Utredningar.
- SOU 2021: 80. *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar - ökad kunskap och kontroll* [민간의료보험의 규제 - 증가된 지식과 통제]. Stockholm:

Statens Offentliga Utredningar.

Svensk Försäkring. (2021). *The Swedish Insurance Market, 4th Quarter 2020*.

Thomson, S., Sagan, A., & Mossialos, E. (2021). *Varför privata sjukvårdsförsäkringar?* [왜 민간의료보험인가?]. European Observatory on Health System och Arena Idé. (영어 원저 제목은 *International experience with private health insurance*), translated in Swedish by Translator Scandinavia AB.

Vårdanalys Rapport 2020: 3, *Privata sjukförsäkring: Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare* [민간의료보험: 환자와 시민들에게 미치는 가능한 결과를 파악하기 위한 기초연구]. Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.

Vårdanalys Rapport 2021: 4, *Vården ur befolkningens perspektiv 2020: En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* [2020년 주민 관점에서 본 의료: 스웨덴과 외국 10개국 비교]. Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.

<Abstract>

The Impacts of the Growth of the Health Insurance Market on the Health Security System in Sweden

Shin, Jeongwan *

Sweden is an exemplary country having NHS(National Health Service) type health security system along with UK. NHS is a health security system funded mainly by taxes, providing healthcare services through healthcare institutions managed by government. Since 1990s, however, market principles have been rapidly introduced into the Swedish health security system. Especially, regional governments came to be allowed to purchase healthcare services from private healthcare providers instead of providing services by themselves. The increase of the private providers has caused the growth of the health insurance market. Most of the Swedish private health insurance plans are supplementary insurance plans guaranteeing shorter waiting times for health services. The most highlighted issue concerning the spread of private health insurance has been the lengthening of the waiting times for non-policyholders due to the private healthcare providers' giving medical treatment to policyholders first. Besides, the issues much debated include the diminishing willingness to pay taxes for maintaining or improving the public healthcare, the adverse distributional effects of subsidizing policyholders and private providers, and the strengthening of the opinion regarding healthcare as a commodity rather than an object of universal rights. Taking account of the power balances among political parties and main actors in civil society, the health insurance market is expected to grow fast. Then the Swedish health security system would evolve

* School of Economics & Trade, Kyungpook National University.

toward a two-tier healthcare system, where basic healthcare services are funded by taxes, but the additional services are funded by insurance premiums, and the purchasing power determines much of the consumption of healthcare services.

Key Words: private health insurance, private healthcare provider, NHS, health security system, waiting times for health services, two-tier healthcare system

성명: 신정완(Shin, Jeongwan)
소속: 경북대 경제통상학부
E-mail: juans@knu.ac.kr

논문 접수일: 2022.10.31.
수정원고 접수일: 2022.12.18.

논문심사 완료일: 2022.12.14.
게재 확정일: 2022.12.18.