

## 스웨덴 일차의료 영역에서 진료선택제도(vårdval) 도입의 효과

신정완\*

스웨덴은 NHS(National Health Service) 유형의 의료보장체계를 가진 대표적 나라의 하나였으나, 1990년대 이후 의료 시장화 정책을 추진하여 의료보장체계의 성격이 크게 변화했다. 진료선택제도(vårdval) 도입은 시장주의적 의료 개혁의 대표 사례라 할 수 있는데, 이 제도는 환자가 의료기관을 자유롭게 선택하여 등록하게 하고, 의료기관별 등록환자 수에 따라 광역지자체가 의료기관에 의료비를 보상해주는 제도다. 2007년부터 일부 광역지자체가 이 제도를 도입했고 2010년부터는 일차의료 영역에서 모든 광역지자체가 이 제도를 의무적으로 도입하게 되었다. 진료선택제도의 성과로는 환자의 권리 신장, 환자의 요구에 대한 의료기관의 민감성 제고, 일차의료기관의 수 증가, 의료공급자의 다양성 증가를 들 수 있다. 부작용으로는 인구밀집지역과 인구희소지역 간에, 그리고 경증환자와 중증환자 간에 의료접근성 격차가 벌어지고, 복합적 질환을 가진 환자에게 대한 통합적 진료가 어려워진 점을 들 수 있다. 제도 도입 이후 의료의 객관적 필요가 큰 사람들의 처지가 악화되었다는 점에서 스웨덴 의료의 전통적 가치인 의료 평등주의를 훼손했다고 볼 수 있다. 이런 결과가 나오게 된 핵심 원인으로는, 환자가 의료기관을 선택하도록 한다는 제도 취지와는 달리, 여러 요인으로 인해 실제로는 의료공급자가

\* 경북대학교 경제통상학부

환자를 선택하는 측면이 강했다는 점, 그리고 이 제도의 구성요소의 하나인 모든 의료공급자에 대한 동등대우 원칙으로 인해 의료낙후지역의 의료기관들에 대한 선별적 지원이 어려워졌다는 점을 들 수 있다.

**주제어: 진료선택제도(vårdval), 시장주의적 의료 개혁, 의료접근성 격차, 의료 평등주의, 광역지자체**

## 1. 들어가는 말

스웨덴은 NHS(National Health Service) 유형의 의료보장체계, 즉 주로 조세수입을 재원으로 삼아 공공의료기관들이 의료서비스를 제공하는 방식의 의료보장체계를 가진 대표적 나라의 하나였으나, 1990년대 이후 적극적으로 의료 시장화 정책을 추진하여 의료보장체계의 성격이 크게 변화했다.

스웨덴에서 의료서비스 공급의 주된 행정 책임 단위는 광역지자체인데,<sup>1)</sup> 2000년대에 들어 일부 광역지자체에서 진료선택제도(vårdval; healthcare choice; 이하 ‘진료선택제’로 표기)를 도입했다. 즉 의료소비자 또는 환자가 본인이 진료받기를 원하는 의료기관을 자유롭게 선택하여 등록하도록 하고, 의료기관별로 등록된 환자의 수에 따라 의료비용을 지자체가 의료기관에 지급하는 제도를 도입했다. 즉 의료비 재원은 공적으로 조달하되 의료기관들이 환자유치를 위해 서로 경쟁하게 만드는 제도를 도입한 것이다. 2010년부터는 모든 광역지자체가 일차의료(primärvården; the primary care)<sup>2)</sup> 영역에서 진료

1) 2000년대 이전에는 우리나라의 도(道)에 상응하는 스웨덴의 광역행정구역이 랜(län)이고, 랜 단위의 자치단체가 란드스팅(landsting)이었다. 그런데 행정 개혁을 거치며 1999년부터 란드스팅들이 순차적으로 레기온(region)들로 전환되어갔고, 2020년부터 공식적으로 란드스팅이란 명칭이 폐지되고 ‘레기온’이 광역지자체의 공식 명칭이 되었다.

2) 스웨덴에서 일차의료의 법률적 정의는 다음과 같다. “일차의료란 질병의 종류, 연령, 환자집단의 성격과 무관하게 외래진료가 이루어지는 의료 영역이다. 일차의료는 특별한 의료적 또는 기술적 자원이나 그 밖의 특별한 역량을 요구하지 않는 의료적 진단과 처치, 돌봄, 예방, 재활 등의 형태로 이루어지는 조치들에 대한 필요

선택제를 의무적으로 도입하도록 했다.

진료선택제는 “돈이 환자를 따라가게 함으로써”(Regeringens proposition 2008/09: 74, p. 23)<sup>3)</sup> 의료기관 간에 환자유치 경쟁을 촉진하고 이를 통해 환자의 의료접근성과 의료서비스의 질을 개선한다는 취지로 도입된 제도다. 진료선택제는 의료소비자의 선택 중심으로 의료서비스 공급체계를 재구조화하려 한 제도라는 점에서, 1990년대 이래 의료 영역에 도입된 여러 시장주의적 개혁조치 중에서도 시장원리 지향성이 두드러진 것이라 할 수 있다.

NHS 유형의 의료보장체계를 가진 다른 나라들, 예컨대 영국, 아일랜드, 덴마크, 노르웨이에서도 이와 유사한 제도가 도입되었지만, 스웨덴의 진료선택제는 그중에서도 정부의 규제가 가장 약하고 소비자들이 누리는 선택의 자유는 가장 큰 제도였다(SOU 2019: 42, p. 193, p. 239).<sup>4)</sup>

민간의료기관이 거의 존재하지 않고 환자의 의료기관 선택권이 거의 없는 전형적인 NHS 유형의 의료보장체계를 장기간 유지하다가, 근년에 가장 강한 형태의 진료선택제를 도입했다는 점에서 스웨덴 사례는 국가 독점적 의료보장체계와 상당 정도 시장화된 의료보장체계의 작동방식과 성과를 비교 평가하기에 적합한 사례일 것이다.

그리고 의료 영역뿐 아니라 보육, 노인 돌봄, 교육 등 다양한 사회서비스 영역에서 국가 중심 서비스 공급체계를 가졌던 나라들에서 공적 재원조달 원칙은 대체로 유지하면서도 서비스 공급방식과 관련하여 시장원리를 도입하는 준(準)-시장(quasi-market) 모델 실험이 다양하게 추진된 바 있는데, 스웨덴의 진료선택제는 순수한 시장원리에 매우 가까운 형태의 준-시장 모델 실험이라는 점에서 준-시장 모델의 장점과 단점, 그리고 이 모델이 잘 작동하기 위한 조건을 이해하는 데에도 도움이 되는 사례라 생각한다.

(behov; needs)를 책임진다”(스웨덴 보건의료법; Hälso-och sjukvårdslag).

3) ‘Regeringens proposition 2008/09: 74’는 2008/09년 의회 회기에 제출된 정부 입법안 중 74번째 입법안을 지칭한다.

4) ‘SOU 2019: 42’란 국가연구위원회가 발간하는 보고서인 ‘국가의 공적 연구(SOU; statens offentliga utredning)’ 보고서 시리즈로 2019년에 발간된 것 중 42번째 보고서를 지칭한다.

## 2. 기존 연구 검토와 본 논문의 구성

스웨덴의 진료선택제를 다룬 국내 연구는 아직 없는 것으로 보인다. 스웨덴 내의 연구는 매우 풍부한데, 특히 여러 국가기관이 진료선택제의 운영 현황을 소개하거나 성과를 평가하는 내용의 보고서를 많이 발간했다. 이런 성격의 보고서들은 개별 연구자들의 학술적 연구물들보다 대체로 한결 더 풍부한 정보를 제공하고 있다.

우선 스웨덴의 독특한 정책연구 단위인 국가연구위원회의 보고서 몇 개가 진료선택제를 다루었다(SOU 2008: 37; SOU 2016: 78; SOU 2019: 42).<sup>5)</sup> 특히 2019년에 나온 보고서 SOU 2019: 42 *Digifysiskt vårdval*(디지털-물리적 진료선택)은 진료선택제를 다룬 국가연구위원회 보고서 중 가장 최근에 나온 것으로 진료선택제의 현황에 관해 상세한 정보를 제공해주고 있다. 한편 진료선택제의 발전 추이를 점검하고 정책대안을 제시할 공식적 과제를 부여받은 국가기관은 한국의 공정거래위원회에 해당하는 경쟁청(Konkurrensverket)인데, 경쟁청은 일차의료 영역에서 진료선택제가 도입된 이후 몇 차례에 걸쳐 진료선택제의 운영 현황을 점검하고 제도 개선방안을 제시하는 보고서를 발간했다(Konkurrensverket Rapport 2010: 3; Konkurrensverket Rapport 2012: 2; Konkurrensverket Rapport 2014: 2).<sup>6)</sup>

사회부(Socialdepartementet; Ministry of Health and Social Affairs) 산하 공

- 
- 5) 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)’ 시리즈로 출간된다.
- 6) ‘Konkurrensverket Rapport 2014: 2’는 경쟁청이 발간한 보고서 시리즈로 2014년에 발간된 것들 중 두 번째로 발간된 보고서를 지칭한다. 이런 표기법은 뒤에 나올 다른 국가기관의 보고서들에도 대부분 적용된다. 이와 달리 개별 연구자의 연구물의 인용 표기, 예컨대 (Lapidus, 2019: 116)은 Lapidus가 2019년에 발간한 연구물의 116쪽을 지칭한다.

공 연구기관인 ‘의료및돌봄분석청(Myndighet för vård-och omsorgsanalys)’은 의료와 돌봄 영역에서 진행되는 사태의 발전을 추적하고 중요한 이슈들을 점검하며 정책대안을 제출하는 역할을 맡고 있는데, 일차의료 영역에서 진료선택제 도입 효과를 분석하는 보고서를 몇 차례 발간했다(Vårdanalys Rapport 2012: 2; Vårdanalys Rapport 2013: 1; Vårdanalys Rapport 2013: 4; Vårdanalys Rapport 2014: 3; Vårdanalys Rapport 2015: 6; Vårdanalys Rapport 2017: 6). 스웨덴 감사원(Riksrevisionen)도 2014년에 일차의료 영역에서 진료선택제 도입의 효과를 분석하는 보고서를 제출했다(RiR 2014: 22). 그밖에 광역지자체 별로 자기 지역에서 시행된 진료선택제의 현황과 효과를 점검하는 보고서들을 발간하기도 했고, 지자체 연합체인 Sveriges Kommuner och Regioner(스웨덴 콤문들과 레기온들)도 진료선택제 관련 보고서를 발간했다(Sveriges Kommuner och Regioner, 2022).<sup>7)</sup>

개별 연구자들의 저서나 학술논문도 매우 많으며, 주제도 다양하다. 대표적으로 많이 다루어진 주제로는 광역지자체별 제도 틀의 차이와 그 효과에 대한 비교 분석, 진료선택제가 지역 간 의료접근성 격차에 미친 영향 등을 들 수 있다.

본 논문은 기존 연구의 성과를 광범위하게 참조하여 다음 연구질문들(research questions)에 답하는 것을 주된 과제로 삼는다.

첫째, 의료 영역에서 시장원리를 전면적으로 배제하던 스웨덴에서 진료선택제라는 시장원리 지향적인 제도를 도입하게 된 배경은 무엇인가?

둘째, 진료선택제 도입은 어떤 결과를 낳았는가? 진료선택제는 도입 의도에 부합하는 효과를 낳았는가? 진료선택제 도입을 통해 얻은 것은 무엇이고 잃은 것은 무엇인가? 진료선택제로 인해 이익을 본 집단은 누구이고 손해를 입은 집단은 누구인가?

셋째, 이 결과를 어떻게 해석할 것인가? 이런 결과가 나오게 된 핵심 원인은 무엇인가?

이상의 연구질문에 입각하여 3장 이하의 내용은 다음과 같이 구성될 것이다. 3장에서는 스웨덴에서 진료선택제가 도입된 배경을 설명하고 제도 도입

7) 콤문(kommun)은 기초행정구역의 명칭이기도 하고 기초지자체의 명칭이기도 하다.

진행경과 및 현황을 소개할 것이다. 4장에서는 진료선택제 도입의 효과를 도입 의도에 비추어 분석하고 평가할 것이다. 5장에서는 진료선택제 도입의 결과를 해석할 것이다. 6장에서는 논문의 주요 내용을 요약하고 진료선택제의 부작용의 완화방안에 관한 필자의 의견을 제시할 것이다.

### 3. 진료선택제도 도입의 배경과 진행경과 및 현황

진료선택제 도입은 1990년대 이래 일관되게 추진되어온 의료 영역에서의 시장주의적 개혁의 일환이었고, 의료 시장화는 사회복지제도 전반의 시장화의 흐름 속에서 진행되었다. 가장 강력한 우파 정당인 보수당이<sup>8)</sup> 1970년대부터 복지서비스 소비자들의 ‘선택의 자유(valfrihet; freedom to choose)’를 강조하며 기존의 국가 독점적 사회복지제도를 비판했고 기존 복지국가 모델의 설계자인 사민당도 1980년대에 들어 이념적으로 우경화되면서 의료와 사회복지 서비스 영역에<sup>9)</sup> 시장원리를 도입하는 것을 긍정적으로 바라보게 되었다.

이론적으로는 영미권에서 나온 신공공관리(New Public Management) 담론이 의료와 사회복지서비스의 시장화를 정당화하고 시장원리 도입 방식을 제시하는 역할을 담당했다. 1980년대 영국의 대처(Margaret Thatcher) 정부가 선도하고 미국, 호주, 뉴질랜드 등에서 진행된 공공부문의 시장주의적 개혁 경험으로부터 영감을 받은 신공공관리론은 공공부문에다 시장원리를 도입하는 것이 가능하며 또 바람직하다고 역설했다.<sup>10)</sup> 공공부문은 조세 등 공적 재원

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

9) 사회복지서비스에 대한 교과서적 정의에 따르면 의료도 사회복지서비스의 일부라 할 수 있겠으나, 스웨덴에서 ‘사회서비스(socialtjänst)’라는 용어는 통상 기초지자체인 코뮌(kommun)이 관장하는 복지 프로그램 중 노인이나 장애인, 중독자 돌봄 등 돌봄 프로그램과 가족상담 등 가족 지원 프로그램 등을 지칭한다. 보건의료는 광역지자체 소관이다.

10) ‘New Public Management’란 용어는 영국의 행정학자 Christopher Hood가 1991년에 발표한 논문 “A Public Management for All Seasons?”에서 처음 사용된 것으로 알려져 있다. 그러나 신공공관리론의 주요 주장들은 1980년대에 이미 많이 개진되었다.

을 사용하며 경쟁 압력 없이 운영되기 때문에 비효율적으로 운영될 수밖에 없으므로 가능한 한 최대한 시장원리를 도입할 필요가 있다는 것이다.

예컨대 재원은 공적으로 조달하더라도 재화나 서비스의 공급은 최대한 민간에 맡김으로써 기존의 국가 독점적 공급 시스템의 비효율성을 극복할 수 있다는 것이다. 공공기관이 재화나 서비스를 직접 공급할 것이 아니라 민간 공급자(provider)가 생산하는 재화나 서비스의 구매자(purchaser) 역할만 하도록 하는 구매자-공급자 분리(purchaser-provider split)를 통해 민간공급자 간의 경쟁을 살려 효율적 공급을 도모할 수 있다는 것이다. 그리고 공공부문이 비효율적으로 운영되어온 중요한 원인의 하나는 공공부문이 달성해야 할 목표가 모호하게 설정되었다는 점인데, 이를 시정하기 위해 가능하다면 정량적 목표를 설정하고 이 목표의 달성 여부를 엄정히 평가해야 한다는 것이다. 의사 결정구조와 관련해서는 소비자들을 가장 가까이 접하는 하부단위들에 권한을 많이 부여함으로써 소비자들의 욕구를 쉽게 인지하고 이에 민감하게 반응할 수 있어야 한다. 그리고 효율성을 높이는 가장 확실한 방법은 경쟁과 금전적 유인(incentive) 도입이므로 공공부문 운영에도 최대한 이를 적용해야 한다는 것이다. 이러한 방식으로 공공부문 운영에 시장원리를 도입한 준-시장 모델을 발전시켜야 한다는 것이다. 신공공관리 담론은 스웨덴에도 상륙하여 1980년대 중반 이후 스웨덴 역대 정부의 행정 개혁에 큰 영향을 미쳐왔다(Molander, 2017: 65-83).

의료 영역에 특수한 문제로선 장기 대기기간(long waiting times 또는 long waiting lists) 문제가 시장주의적 개혁이 시급히 필요한 문제로 대두되었다. NHS 유형의 의료보장체계에서는 환자가 의료기관을 방문할 때 지불하는 환자요금(patientavgifter; patient fees) 수준이 낮아 과잉 의료수요가 발생하기 쉽다. 반면에 대부분 공공 소유인 의료기관에서는 수행된 진료의 양과 보수 간의 상관관계가 낮아 과소진료 유인이 생기기 쉽다. 이런 상황에서 의료서비스에 대한 초과수요는 ‘줄서기’라는 일종의 배급제를 통해 해결된다. 의료 시장화 추진의 핵심 명분의 하나가 진료 대기기간 단축이었다(신정완, 2022, p. 149).

진료선택제를 포함하여 의료 영역에서 추진된 시장주의적 개혁은 대부분 일부 광역지자체가 선도적으로 도입한 것을 이후에 중앙정부가 전국적으로

확산시키는 방식으로 이루어졌다. 이는 스웨덴 의료보장체계에서 중추적 위치를 차지하는 행정 단위가 광역지자체라는 점과 관련 있다. 19세기 후반 이래 의료서비스 제공의 주된 책임자는 광역지자체였는데, 1980년대에 의료행정 분권화가 더 강화되어 의료 관련 재원 조달과 서비스 제공의 대부분을 광역지자체가 책임지게 되었다(WHO, 1996, pp. 3-4).

그런데 의료행정 분권화는 의료 시장화로 이어졌다. 1999년에 우파 연립 정부가<sup>11)</sup> 출범하면서 강도 높은 시장주의적 개혁을 추진했는데, 이런 분위기 속에서 우파 정당들이 지방의회를 장악한 광역지자체들이 의료와 사회서비스 전반의 시장화를 추진하였다. 특히 스톡홀름(Stockholm)과 같은 대도시 권역 지자체들이 이런 흐름을 선도했다(신정완, 2022, p. 148).

진료선택제도 주로 우파 정당들이 집권한 지자체들에서 먼저 도입되었다. 2007년에 할란드(Halland)가 최초로 진료선택제를 도입했고, 2008년에 스톡홀름, 베스트만란드(Västmanland)가 도입했으며, 2009년엔 스코네(Skåne), 읍살라(Uppsala), 크로노베리(Kronoberg), 외스터요틀란드(Östergötland), 베스트라 요탈란드(Västra Götaland)가 뒤를 이었다. 이 중에서 베스트만란드를 제외하고는 해당 시기에 우파 정당들이 지방의회 다수파였다.

우파 연립정부(2006년 말~2014년 말) 집권 중인 2008년엔 ‘선택의 자유 시스템 법(LOV; lag om valfrihetssystem)’이 제정되었다. 이 법은 의료와 사회서비스의 소비자들이 자신이 이용할 서비스의 공급자를 직접 선택할 수 있도록 서비스 공급자들과 지자체 간의 계약절차를 규정한 법이다. 이 법은 의료와 여러 사회서비스 영역에서 지자체별로 이미 다양하게 시행되던, 소비자에 의한 공급자 선택제도를 전국적 차원에서 표준화된 규칙의 틀로 포괄해낸 법이라 할 수 있다.

2010년 1월 1일부터는 모든 광역지자체가 일차의료 영역에서 진료선택제도를 의무적으로 도입하게 했다. 그리고 진료선택제의 운영 규칙과 관련해선 이미 입법화된 LOV를 그대로 적용하기로 했다. 진료선택제의 골자는 환자의 의료기관 선택권과 의료공급자(vårdgivare; healthcare provider)의 의료기관 자유 설립권, 모든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙이다. 환자의 의료기관 선

11) 우파 연립정부에 참여한 정당들은 보수당, 자유당, 중앙당, 기민당이다.

택권이란 환자가 본인이 진료받기를 원하는 일차의료기관을<sup>12)</sup> 자유롭게 선택할 수 있다는 것이다. 환자는 본인이 거주하는 광역지자체뿐 아니라 다른 광역지자체에 있는 일차의료기관도 선택하여 등록할 수 있다.<sup>13)</sup> 그리고 선택한 의료기관의 진료가 마음에 들지 않으면 등록 의료기관을 교체할 수 있다.

의료공급자의 의료기관 자유 설립권이란 진료선택제의 틀 내에서 진료행위를 하려는 의료공급자는 기본 요건을 충족하는 한 누구나 자유롭게, 그리고 어디에서나 의료기관을 설립하고 운영할 수 있다는 것이다. 진료선택제의 틀 내에서 사업하고자 하는 의료공급자는 광역지자체에 참여 신청을 하고, 광역지자체가 설정한 기본 요건을 충족시키면 자동으로 신청이 수락되어 진료선택제의 적용을 받게 된다. 즉 해당 의료공급자에게 등록된 환자 수에 따라 광역지자체가 의료비를 지급하게 된다. 모든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙이란 공공의료기관이든 민간의료기관이든 모든 일차의료기관은 동등하게 진료선택제의 적용을 받아야 한다는 것이다. 예컨대 의료비용 지급에서 공공의료기관을 우대해서는 안 된다.<sup>14)</sup>

진료선택제의 구체적 제도 틀, 예컨대 진료선택제의 적용을 받는 일차의료기관들이 담당해야 하는 진료행위의 범위나 이 의료기관들에 대한 의료비 지급액 결정방식 등에 관해서는 광역지자체가 결정권을 가지도록 했다. 스웨덴 정부는 처음에는 일차의료기관들이 담당해야 하는 역할 등에 관해 중앙정부 차원에서 표준화된 규칙을 정할 생각이었으나, 이에 대해 지자체들이 지방자치 원칙을 훼손한다며 강하게 반발하자 중앙정부는 기본적 제도 틀만 입법을 통해 정하고, 구체적 제도 운영방식은 광역지자체가 결정하도록 했다. 일차

12) 스웨덴의 일차의료기관의 핵심은 일차의료센터(vårdcentral)이다. 일차의료센터는 일차의료의 거의 모든 진료 분야를 커버한다. 일차의료센터 외에 소아과센터(barnvårdcentral), 산부인과센터(mödrhälsovård 또는 barnmorskemottagning), 청소년과센터(ungdomsmottagning)도 일차의료기관이다.

13) 환자가 본인이 이미 등록된 일차의료기관만 이용할 수 있는 것은 아니고, 등록하지 않은 일차의료기관도 이용할 수 있다. 특정 일차의료기관에 환자가 등록하도록 하는 것은, 환자가 그 의료기관만 이용하도록 하기 위한 것이 아니라, 각 일차의료기관에 대한 지자체의 의료비 지급액을 산정하기 위한 것이다.

14) 일차의료 영역의 공공의료기관 중 특수한 목적을 갖는 일부 의료기관을 제외하고는 모두 진료선택제의 적용을 받는다. 다만 민간의료기관과는 달리 LOV의 적용을 받지 는 않지만 LOV에서 규정된 바와 유사한 조건에서 민간의료기관들과 경쟁하게 된다.

의료 영역에서 진료선택제 도입을 의무화한 정부 입법안에서는 광역지자체에 구체적 제도 틀 결정권을 부여하는 것이 좋은 이유로, 지자체야말로 자기 지역의 구체적 조건을 가장 잘 알 수 있다는 점이 제시되었다(Regeringens proposition 2008/09: 74, p. 31).

그렇다면 모든 광역지자체가 일차의료 영역에서 의무적으로 진료선택제를 도입하도록 입법으로 강제하기까지 할 이유는 무엇이었나? 일단 진료선택제의 도입을 통해 무엇을 얻을 수 있다는 것인가? 정부 입법안은 이 제도 도입을 통해 얻고자 하는 바를 다음과 같이 서술하고 있다. “환자들이 보건의료에서 자유롭고도 개인적인 선택을 할 권리를 잘 활용할 수 있으려면, 내용과 형식, 그리고 의료공급자와 관련하여 의료의 개방성과 다양성을 떨 필요가 있다. 공적으로 재원이 조달된 의료 내에서 의료공급자의 다양성은 새로운 사고와 비용효율적 해결책의 발전을 촉진할 수 있고 [의료]접근성 개선에 기여할 수 있다. 또한 선택의 자유의 증가는 돈이 환자를 따라가게 함으로써, 대규모 환자집단이 최선의 [의료서비스의] 질을 보유한 의료기관을 찾아가게 하여 [의료서비스의] 질의 발전을 촉진할 수 있다. 이를 통해 의료 영역의 행위자들로 하여금 [의료서비스의] 질과 접근성을 개선하도록 자극하는 경쟁이 창출된다”(Regeringens proposition 2008/09: 74, p. 23).

환자의 의료기관 선택권과 의료공급자의 의료기관 자유 설립권을 보장함으로써 의료공급자의 다양성이 확보되고 의료기관들이 환자유치 경쟁을 벌이게 됨으로써, 혁신을 통한 의료서비스 질 개선과 비용절감, 환자들의 의료 접근성 개선 등을 이룰 수 있으리라는 것이다. 돈이 환자를 따라가게 하면, 돈을 따라가는 의료기관들이 결국 환자를 따라가게 되는 효과가 생긴다는 것이다. 즉 돈을 더 벌려면 환자들이 만족할 만한 서비스를 제공하려 노력하는 수밖에 없다는 것이다.

그런데 이런 진료선택제의 도입을 과거처럼 광역지자체들의 자율적 판단에 맡기지 않고 입법을 통해 강제해야 할 이유는 무엇인가? 정부 입법안은 그 이유로 아직 진료선택제를 도입하지 않은 광역지자체가 많으며, 몇몇 광역지자체에 도입된 진료선택제가 환자의 의료기관 선택권과 의료공급자의 의료기관 자유 설립권을 충분히 만족스럽게 보장하지 못하고 있다는 점을 든

다(Regeringens proposition 2008/09: 74, p. 27).

그럼 이제 이러한 과정을 통해 도입된 진료선택제가 구체적으로 어떻게 운영되고 있는지를 살펴보자. 진료선택제의 구체적 운영방식은 광역지자체가 결정하기 때문에 광역지자체별로 제도 운영방식에서 상당한 차이가 확인된다.

우선 환자들이 일차의료기관에 등록하는 방식과 관련하여 스톡홀름과 여타 지자체 간에 차이가 있다. 진료선택제의 핵심은 의료소비자 또는 잠재적, 현재적 환자들이 일차의료기관을 자유롭게 선택하게 한다는 것인데, 무지나 무관심, 게으름 등으로 인해 의료기관을 선택하지 않는 환자들이 생길 수 있다. 이런 경우에는 거의 모든 지자체가 이런 사람이 진료받을 일차의료기관을 배정해준다. 이를 환자들의 자발적 선택에 따른 일차의료기관 등록, 즉 ‘능동적 등록(aktiv listning)’에 대비하여 ‘수동적 등록(passiv listning)’이라 한다. 대부분의 지자체는 환자의 집에서 가장 가까운 곳에 있는 일차의료기관에 환자를 등록시키는 근거리 원칙을 채택해왔다. 스톡홀름은 예외적으로 수동적 등록 방식을 채택하지 않고 능동적 등록 방식만 활용하여, 의료기관을 선택하지 않은 주민에게 계속 연락하여 선택하도록 종용한다(E-hälsomyndigheten, 2023: 13).

다음으로 진료선택제의 틀 내에 있는 일차의료기관에 대한 의료비 지급체계 또는 보상체계에서 차이가 확인된다. 대부분의 광역지자체는 세 가지 요소로 구성된 의료비 보상체계를 갖고 있다. 첫째, 등록환자 수에 비례하는 보상으로 ‘인두(人頭) 보상(kapitationsersättning; capitation fee)’이라 불린다. 둘째, 의료기관의 진료행위 수행량에 비례하는 보상으로 ‘유동적 보상(rörlig ersättning)’ 또는 ‘수행기반 보상(prestationsbaserad ersättning)’이라 불린다. 이 보상의 수준을 결정하는 가장 중요한 요인은 환자 방문횟수다. 즉 ‘방문횟수에 따른 보상(besöksersättning)’이 핵심이다. 셋째, 의료기관에 부여된 목표의 달성 수준에 연계된 보상으로 ‘목표연계보상(målrelaterad ersättning)’이라 불린다.

대부분의 광역지자체에서 가장 비중이 큰 보상요소는 ‘인두 보상’, 즉 등록된 환자 수에 따른 보상이다. 따라서 일차의료기관들은 자신을 선택하여 등록하는 환자를 최대한 유치하려고 서로 경쟁하게 된다. 그런데 인두 보상은 등록된 환자가 실제로 의료기관을 방문하지 않아도 지급되기 때문에, 등록된 환자들이 의료기관을 방문하지 않을수록 의료기관은 의료비용 절감에 따른 이익을 더 보게 된다. 따라서 등록된 환자들의 이탈을 유발하지 않는

범위 내에서 과소진료 유인이 발생하게 된다. 이 문제를 보완하기 위해 들어선 보상요소가 방문횟수에 따른 보상을 핵심으로 하는 ‘유동적 보상’이다. 유동적 보상은 인두 보상과는 반대로 환자들의 의료기관 방문횟수를 가능한 한 늘리려는 유인, 즉 과잉진료 유인을 제공한다.

인두 보상 수준을 결정함에 있어 환자의 사회경제적 특성이 고려된다. 즉 65세 이상 독거노인, 실업자, 제3세계 출신 이주민, 아동을 가진 홀부모 등에 게 높은 가중치가 부여되는데, 이를 CNI(Care Need Index)라 한다. 이런 환자들이 많이 등록된 의료기관일수록 인두 보상액 수준이 높아진다. 2018년 현재 21개 모든 광역지자체가 CNI를 활용하였다. 사회경제적으로 취약한 환자들을 많이 유치할수록 인두 보상액이 높아지므로 인두 보상은 순수한 시장원리에 따른 보상체계는 아니라 할 수 있다. 그리고 동년에 14개 광역지자체가 인두 보상 수준 결정에서 AGG(Adjusted Clinical Groups)를 활용하였다. AGG는 환자의 과거 병력에 기초하여 환자 진료에 들어가는 예상비용을 추정하여 환자별 인두 보상액을 결정하는 방식이다(SOU 2019: 42, p. 149). 의료기관 입장에서 불리한 환자, 즉 예상 진료비가 높은 환자를 많이 받을수록 의료기관에 대한 보상수준을 높인다는 것이다.

그런데 광역지자체 간에 인두 보상, 유동적 보상, 목표연계보상의 비중에서 상당한 차이가 있다. 2018년 현재 인두 보상의 비중이 가장 큰 광역지자체는 외스터요틀란드(Östergötland)로 의료기관에 대한 보상액의 96%가 인두 보상이다. 인두 보상의 비중이 가장 작은 광역지자체는 스톡홀름으로 보상액의 61%가 인두 보상이다(SOU 2019: 42, p. 150). 21개 광역지자체의 평균값은 81.8%였다. 그런데 최근에 인두 보상의 비중이 커지는 추세여서 2021년에 광역지자체들의 인두 보상 비중 평균값은 87%였다(Sveriges Kommuner och Regioner, 2022, p. 27). 인두 보상의 비중이 작은 스톡홀름은 방문횟수에 따른 보상이 핵심인 유동적 보상의 비중이 가장 큰 광역지자체인데, 진료선택제 도입 초기에는 이 보상의 비중이 최대 60%에 달하기도 했다(Buström et al., 2017, p. 6). 목표연계보상의 비중은 모든 지자체에서 미미한 수준이다.

진료선택제의 틀 내에 있는 일차의료기관의 수입원으로는 광역지자체가 지급하는 의료비 외에 환자들이 방문 시에 납부하는 요금인 환자요금이 있다.15) 환자요금 수준에서 지자체별로 상당한 차이가 있는데, 대표적 요금인

의사 진료 1회당 요금의 경우, 2019년에 쇠더만란드(Södermanland)에서는 무료이고, 나머지 20개 지자체에서는 최저 100크로나에서 최고 300크로나까지 분포해 있고, 12개 지자체에서 200크로나였다(SOU 2019: 42, pp. 152-153).

## 4. 진료선택제도 도입의 효과

그럼 이제 진료선택제 도입의 효과를 살펴보기로 하자. 진료선택제를 도입할 때 의도했던 목적이 과연 얼마나 달성되었는지, 부작용은 없었는지 등을 살펴보자. 진료선택제를 도입한 목적은 환자의 의료기관 선택권을 통해 의료서비스 이용과 관련하여 환자의 권리 또는 영향력을 강화하고, 의료공급자의 의료기관 자유 설립권을 통해 민간의료기관의 신설을 촉진하여 의료기관의 소유형태나 경영방식에서의 다양성을 확보하며, 환자의 의료기관 선택권과 의료공급자의 의료기관 자유 설립권이 맞물려 의료기관 간의 경쟁을 촉진하여 환자들의 의료접근성을 개선하고, 즉 환자들이 의료기관을 더 편리하게 이용할 수 있도록 하고, 의료서비스 공급의 효율성을 높인다는 것으로 요약할 수 있을 것이다. 일단 이러한 목적이 얼마나 달성되었는지를 하나하나 살펴볼 것이다.

한편 의료 평등주의의 구현은 진료선택제 도입의 목적은 아니지만, 스웨덴 보건의료법에 명시된 기본 원칙이고 스웨덴의 모든 정당과 주요 사회집단이 적어도 공적으로는 존중하는 원칙이므로 진료선택제가 의료 평등주의에 어떤 영향을 미쳤는지도 살펴볼 것이다. 마지막으로 종합적으로 볼 때 진료선택제 도입을 통해 얻은 것은 무엇이고 잃은 것은 무엇인지, 그리고 이익을 본 집단은 누구이고 손해를 입은 집단은 누구인지를 확인할 것이다.

### 4.1 환자의 권리

일단 환자에게 의료기관 선택권을 부여한다는, 진료선택제의 핵심 내용 자

15) 진료선택제와 같은 준-시장 모델이 들어서기 전에도 환자요금은 있었다.

체가 의료서비스 이용과 관련하여 환자의 권리를 크게 강화한 것이라 할 수 있다. 미국의 경제학자 허쉬만(Albert Hirschman)의 용어를 빌자면, 진료선택제 도입 이전에는 환자들이 의료기관에 영향력을 행사하는 방식으로 ‘발언 선택지(voice option)’만 있었는데, 진료선택제 도입을 통해 ‘이탈 선택지(exit option)’도 갖게 된 것이다. 즉 과거에는 본인이 진료받아야 하는 의료기관이 만족스럽지 않을 때 말로 불만을 토로하는 방법밖에 없었으나 이제는 다른 의료기관을 선택할 수 있게 된 것이다. 의료기관에 대한 보상에서 등록환자 수가 가장 중요한 요인으로 작용하는 보상체계에서 의료기관들이 가장 무서워하는 것은 등록환자의 이탈일 수밖에 없다. 그리고 환자들이 이탈 선택지를 가지면 발언을 통한 영향력도 더 효과적으로 행사할 수 있다(Fredriksson, 2013, p. 97). 의료기관들이 환자들의 이탈 가능성을 우려할수록 환자들의 발언에 더 귀 기울일 것이기 때문이다.

이는 환자들의 요구에 의료기관들이 더 민감하게 반응하는 효과를 낳았다. 인구규모로 스웨덴에서 두 번째 도시인 요테보리(Göteborg)에 있는 공공 일차의료센터의 관리자들(managers)에 대한 심층 인터뷰에서, 관리자들은 진료선택제 도입 이후 의료기관이 환자들을 과거보다 더 친절하게 대하고 환자들과의 의사소통도 더 잘하게 되었다고 답했다. 한편 환자들이 이 제도 도입 이후에 무리한 요구를 많이 하게 되는 부작용이 있다고 한다(Maun et al., 2013, 5).

그리고 환자가 의료기관을 자유롭게 선택한다는 원칙에 대해서는 의료소비자들의 지지도가 높은 것으로 나타났다. 전국의 의료소비자 설문조사에서 응답자의 76%가 환자가 일차의료기관 선택권을 갖는 게 중요하다고 답했다(Vårdanalys Rapport 2013: 4, p. 73). 그런데 환자의 의료기관 선택권이 실제로 유효하게 행사되려면 환자가 실제로 선택할 수 있는 의료기관이 가까이에 다수 존재해야 한다. 뒤에서 살펴보겠지만 다수의 인구희박지역에서는 진료선택제 도입 이후 일차의료센터의 수가 감소하여 환자의 의료접근성이 악화된 것으로 나타났다. 이런 경우엔 법률적 또는 형식적으로는 진료선택제 도입을 통해 환자의 권리가 강화되었다 하더라도 실질적으로는 악화될 수 있을 것이다.

## 4.2 의료공급자의 다양성

환자의 의료기관 선택권과 더불어 진료선택제의 또 하나의 핵심축은 의료공급자의 의료기관 자유 설립권이다. 기본 요건을 충족하는 의료공급자는 자유롭게, 그리고 어디에서나 일차의료기관을 설립, 운영할 수 있다는 것이다. 환자의 의료기관 선택권이 실제로 제대로 행사되려면 의료기관이 비교적 자유롭게 설립될 수 있어야 할 것이다. 그래야 환자의 선택을 더 받으려는 의료기관 간 경쟁이 활발히 전개될 수 있을 것이다. 의료공급자의 다양성 확보는 정부 입법안에도 제도 도입 취지의 하나로 나와 있다. 그리고 의료공급자 다양성 확보라는 목적의 실내용은 민간 일차의료기관의 비중을 높이는 것이었다.

다음 표는 일차의료기관의 핵심인 일차의료센터(vårdcentral)의 수가 2006~2017년 기간에 얼마나 변했는지를 민간 일차의료센터와 공공 일차의료센터로 구분하여 보여준다.

<표 4-1> 2006~2017년 기간에 공공 일차의료센터와 민간 일차의료센터의 수

연도	공공 일차의료센터 수	민간 일차의료센터 수	총 수	민간 센터의 비중
2006	755개	263개	1,018개	26%
2007	748	263	1,011	26
2008	743	297	1,040	29
2009	727	368	1,095	34
2010	706	475	1,181	40
2011	700	497	1,197	42
2012	685	473	1,158	41
2013	677	479	1,156	41
2014	679	478	1,157	41
2015	668	482	1,150	42
2016	658	486	1,144	42.5
2017	653	492	1,145	43

(출처: SOU 2019: 42, p. 155, 표 5.5)

이 기간에 공공 일차의료센터(이하 ‘공공센터’)가 102개 감소한 반면에 민간 일차의료센터(이하 ‘민간센터’)는 229개 증가하여 전체 일차의료센터 수는 127개 증가했다. 진료선택제 도입 등의 영향으로 민간센터가 증가하자 광역지자체들이 공공센터의 수를 줄여갔다는 점이 확인된다. 민간센터는 할란드(Halland)에서 최초로 진료선택제가 도입된 2007년부터 2009년 사이에 급증했고, 일차의료 영역에서 진료선택제가 모든 광역지자체에 의무적으로 도입된 2010년을 전후로 다시 많이 증가하여, 2006~2017년 기간에 민간센터가 차지하는 비중은 26%에서 43%로 증가했다. 2022년에 민간센터가 차지하는 비중은 44%였다(Fredriksson & Isaksson, 2022, p. 853). 민간센터의 수는 2011년까지 급증하다가 이후 소폭 감소하는데, 이는 주로 2011년경에 의료공급자의 진료선택제 참여 자격조건이 엄격해진 데 기인한다. 어쨌든 민간 일차의료기관의 비중을 높인다는 목적은 달성되었다고 할 수 있다.

민간 일차의료 공급자의 대부분은 영리를 추구하는 공급자다. 비영리 일차의료 공급자는 2018년에 14인에 불과했다.<sup>16)</sup> 이는 사회복지 영역에서 오랜 기간 국가가 압도적 역할을 담당한 관계로 비영리 민간단체의 성장이 억제되었던 사정을 반영하는 것으로 생각된다. 2017년에 일차의료 영역의 민간 의료공급자는 264인이었는데 이 중 189인은 각기 단 하나의 일차의료센터를 운영했다. Capio와 Praktiktjänst는 2017년에 각기 80개의 일차의료센터를 운영한 대규모 의료 체인점 사업자다(SOU 2019: 42, p. 159).<sup>17)</sup>

이렇듯 민간의료공급자와 민간의료기관이 많아졌지만, 의료기관들의 의료행태라는 점에서는 다양성이 그다지 증가하지 않은 것으로 평가된다. 진료선택제의 적용을 받는 민간의료기관들에 대한 정부의 촘촘한 모니터링과 평가로 인해 의료기관들이 새로운 실험을 시도할 여지가 크지 않다는 것이다. 따라서 실제로 의미 있는 경쟁이 활발히 전개되었다고 보기는 어렵다는 것이다(RiR, 2014: 22, 106-107).

한편 광역지자체별로 공공 일차의료센터와 민간 일차의료센터의 비중에서

16) 의료서비스를 공급하는 1개의 법인도 1인으로 간주한 것이다.

17) Capio는 상장 주식회사인데 2018년에 호주의 다국적 의료기업인 Ramsay Health Care에 인수되었다. Praktiktjänst는 의사들의 협동조합 성격을 띤 주식회사로 Praktiktjänst에 속한 의료기관의 장(長)만이 Praktiktjänst의 주식을 살 수 있다.

큰 차이가 확인된다. 2017년에 일차의료센터 중 민간센터가 차지하는 비중이 큰 지자체를 순위대로 나열하면 스톡홀름(Stockholm; 68%), 베스트만란드(Västmanland; 61%), 할란드(Halland; 51%), 옘살라(Uppsala; 49%), 베스트라 요탈란드(Västra Götaland; 48%), 스코네(Skåne; 45%) 순인데 이들은 대부분 대도시 권역의 지자체들이다. 광역지자체 스톡홀름은 스웨덴 수도인 스톡홀름 시(市)를 포함하는 지자체로서 스웨덴 전체 인구의 1/5 이상이 여기에 거주한다, 베스트라 요탈란드는 스웨덴에서 둘째로 큰 도시인 요테보리(Göteborg)를 포함하며, 스코네는 셋째로 큰 도시인 말뫼(Malmö)를 포함한다. 2022년에 광역지자체별 인구밀도가 높은 지자체를 순위대로 나열하면 스톡홀름, 스코네, 베스트라 요탈란드, 할란드 순이었다. 주로 인구밀도가 높은 대도시 권역에 민간의료기관이 많이 설립된 것이다.

반면에 2017년에 일차의료센터 중 민간센터가 차지하는 비중이 작은 지자체를 순위대로 나열하면 외레브루(Örebro; 14%), 노르부텐(Norrbottn; 15%), 달라르나(Dalarna; 18%), 베스트부텐(Västerbotten; 18%) 순이었다. 이 지역들은 인구희박지역으로 2022년에 총 21개 광역지자체 중 인구밀도 순위에서 노르부텐이 21위로 가장 낮았고, 베스트부텐이 19위, 달라르나가 18위였다. 인구희박지역에는 민간의료기관이 잘 들어서지 않는다는 것을 알 수 있다.

### 4.3 의료접근성

의료접근성이란 환자가 의료기관을 얼마나 손쉽게 이용할 수 있는가를 의미하는데 의료접근성을 결정하는 가장 중요한 요인은 지리적 근접성이다. 의료기관이 가까이 있을수록 의료기관 방문이 쉬워진다.

진료선택제 도입 이후 대도시 권역에서 일차의료센터의 수가 많이 증가했다. 2006~2017년 기간에 일차의료센터의 증가폭이 큰 순서대로 광역지자체들을 나열하면 베스트라 요탈란드(42개), 스톡홀름(37개), 스코네(24개) 순인데, 이 세 지역에서의 증가규모가 전국의 증가규모의 80% 이상을 차지한다. 그리고 이 지역들은 평균소득이 높은 지역들이다. 2015년에 1인당 지역소득(Gross Regional Domestic Product per capita)에서 스톡홀름이 압도적 1위를

차지했고 배스트라 요탈란드가 2위였다.<sup>18)</sup>

반면에 2006~2017년 기간에 인구밀도가 가장 낮은 지자체 10개 중 5개에서 일차의료센터의 수가 감소했다(SOU 2019: 42, p. 156). 이는 인구밀집지역에서 민간 일차의료센터 설립이 활발한 반면에 인구희박지역에서는 그 반대 상황이 전개된다는 점을 반영하는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 그리고 동일 지자체 내에서도 인구밀집지역과 인구희박지역 간에 지리적 의료접근성 격차가 크다. 예컨대 배스트라 요탈란드 지역에서는 오테보리시(市)에, 스톡홀름 지역에서는 스톡홀름 시에 신설 일차의료센터가 집중적으로 자리잡았다(RiR 2014: 22, pp. 49-50). 현재 스웨덴에서 의료접근성에서 가장 심각한 격차는 지역간 격차다(SOU 2019: 42, p. 210).

인구희박지역 지자체들은 특히 의사 확보에서 어려움을 겪고 있다. 상근 의사 확보가 어려워 흔히 임시고용 등의 형태로 의사를 고용하는데(Vårdanalys PM 2017: 5, p. 7), 이런 비상근 의사들은 상근 의사들보다 대체로 시급이 높아 지자체에 큰 예산부담을 준다(Kullberg et al., 2018, p. 11). 그리고 환자들이 동일한 의사에게 계속 진료받을 경우에, 즉 진료의 연속성이 확보될 경우에 더 효율적으로 진료가 이루어질 가능성이 크고, 스웨덴 정부도 진료의 연속성 제고를 의료정책의 주요 목표로 설정해왔는데, 인구희박지역의 경우 비상근 의사 의존도가 높아 그만큼 진료의 연속성과 효율성이 떨어지기 쉽다.

인구밀집지역과 인구희박지역 간에는 주민 평균연령에서도 차이가 있다. 2015년에 평균연령이 낮은 순서대로 광역지자체를 나열하면 스톡홀름, 옘살라, 스코네, 배스트라 요탈란드 순인데, 앞에서 살펴본 바와 같이 이 지역들은 모두 인구밀도가 높은 대도시 권역 지자체들이다, 이 4개 지자체에서 2006~2017년 기간에 일차의료센터가 총 101개 증가했다. 2015년에 평균연령이 높은 순서대로 지자체들을 나열하면 고틀란드(Gotland), 칼마르(Kalmar), 배름란드(Värmland), 노르부텐(Norrbotten) 순인데 이 지역들에서는 2006~2017년 기간에 일차의료센터가 총 13개 감소했다(SOU 2019: 42, p. 156 표

18) 이것을 보면 진료선택제로 인해 저소득층보다는 중산층 이상 계층의 의료접근성이 더 개선되었으리라 추정하기 쉽지만, 진료선택제가 사회계층 간 의료접근성에 미친 영향과 관련해서는 기존 주요 연구들이 서로 다른 평가를 내린다. 조사시점, 조사대상지역, 조사방법에 따라 다른 결과가 나오는 것이다.

5.6에서 필자가 계산). 그리고 이 지역들은 대체로 인구밀도가 낮다.<sup>19)</sup> 그런데 대체로 연령이 낮은 사람일수록 진료의 객관적 필요가 작을 것이므로, 평균연령이 낮은 지역에서 일차의료센터가 많이 증가하고 평균연령이 높은 지역에서는 일차의료센터가 감소했다는 것은 진료의 필요 수준과 의료서비스 공급 간에 괴리가 발생한 것으로 해석할 수 있을 것이다.<sup>20)</sup>

경증환자와 중증환자의 일차의료기관 방문횟수와 관련해서 진료선택제가 경증환자의 방문횟수를 상대적으로 더 늘린 것으로 추정된다. 2008년에 진료선택제를 도입한 스톡홀름과 2009년에 이 제도를 도입한 외스터요틀란드와 스코네 지역에서 2006~2011년 기간에 경증환자 집단과 중증환자 집단의 일차의료기관 방문횟수를 조사하여 경증환자의 방문횟수를 중증환자의 방문횟수로 나눈 값을 구해보니, 스톡홀름과 외스터요틀란드에서 이 값이 증가세를 보였고, 스코네에서는 감소세를 보였다. 그런데 스코네에서만 의료기관에 대한 보상체계 중 인두 보상에서 AGG를 활용하여 과거 병력상 경증환자에 비해 중증환자가 등록할 때 보상액 수준을 높이고 있었다. 이런 사정이 스코네의 의료기관들로 하여금 중증환자를 우대하게 하여 중증환자의 방문횟수를 늘렸으리라 추정할 수 있을 것이다(Vårdanalys Rapport 2013: 1, pp. 81-84).

특히 스톡홀름의 경우 중증환자의 방문횟수 대비 경증환자의 방문횟수가 압도적으로 높았는데, 이는 다른 지역에 비해 스톡홀름에서 의료기관에 대한 보상체계에서 방문횟수에 따른 보상의 비중이 크게 높다는 점을 반영하는 것으로 보인다. 의료기관들이 환자 방문횟수를 늘리기 위해 방문이 용이하고 진료시간이 길지 않은 경증환자의 잦은 방문을 유도했을 가능성이 커 보인다는 것이다. 그리고 환자를 한 번 방문하게 하여 장시간 진료하면 될 것을 여러 차례의 진료로 쪼개어 잦은 방문을 유도하기도 한다고 한다(Buström et al., 2017, p. 9).

19) 2022년에 21개 광역지자체 중 인구밀도 순위에서 고틀란드 14위, 칼마르 13위, 베를란드 15위, 노르부텐 21위였다.

20) Julian Tudor Hart는 영국의 의료서비스 수급 문제를 분석한 그의 저명한 논문에서, 의료서비스가 시장원리에 의해 공급될 경우 의료서비스에 대한 객관적 필요가 큰 지역일수록 의료서비스 공급이 제대로 이루어지기 어렵다며, 이를 'the inverse care law'라 불렀다(Hart, 1971).

2012년에 모든 광역지자체의 공공 및 민간 일차의료센터의 책임자(chief, chief)에 대한 설문조사에서, 스톡홀름 일차의료센터 책임자의 90%가 현행 보상체계가 환자들의 짧은 방문을 우대하는 효과를 낳는다고 답했다. 모든 지역의 응답자 중 이렇게 답한 사람의 비율은 56.6%였다. 그리고 모든 지역의 응답자의 20%만 현행 보상체계가 진료의 필요가 큰 환자를 우대하는 효과를 낳는다고 답했다. 스톡홀름의 경우엔 공공센터의 책임자 중 이렇게 답한 사람의 비율은 0.0%였고, 민간센터의 책임자 중에서도 7.1%에 불과했다 (Anell et al., 2012, p. 60-62).

그리고 현행 보상체계가 일부 환자집단을 구축(驅逐)하는 효과를 낳을 위험이 있다고 응답한 사람들의 비율은 <표 4-2>와 같다.

<표 4-2> 2012년에 현행 보상체계가 일부 환자집단을 구축하는 효과를 낳을 위험이 있다고 응답한 일차의료센터장들의 지역별 비율 (단위: %)

광역지자체	공공 일차의료센터장	민간 일차의료센터장
전체 광역지자체	71.0	53.7
스톡홀름	88.9	60.7
베스트라 요탈란드	86.0	37.5
스코네	60.0	50.0

(출처: Anell et al., 2012, p. 63, 표 3.17)

여기에서 구축될 위험이 있는 환자집단이 어떤 집단인지 제시되어 있지 않은 채 설문이 구성되어 있으나, 맥락으로 볼 때 주로 중증환자들을 염두에 둔 것으로 생각된다. 보상체계의 성격상 경증환자의 잦은 방문을 유도하기 쉬운 스톡홀름에서, 구축효과 위험이 있다고 응답한 사람의 비율이 가장 높았다.

종합적으로 볼 때, 진료선택제 도입으로 인해 의료접근성이 개선된 집단은 대도시 권역 등 인구밀집지역 주민과 경증환자이고 손해를 본 집단은 인구희박지역 주민과 중증환자라 할 수 있겠다. 따라서 의료접근성에서 특히 불리한 처지에 있게 된 집단은 인구희박지역의 중증환자들이라 할 수 있다. 중증

환자들일수록 지리적으로 가까운 일차의료센터에 등록하는 경향을 강하게 보이는데, 이는 물리적 이동이나 정보의 취득과 분석에 수반되는 거래비용이 중증환자일수록 높기 때문이다(SOU 2019: 42, p. 180). 그런데 많은 인구희박지역에서 일차의료센터가 감소했기 때문에 중증환자가 의료기관에 접근하기가 어려워졌다. 게다가 방문횟수에 따른 보상체제로 인해 의료기관들이 경증환자를 우대하기 때문에 중증환자의 의료접근성은 제도 도입 이전보다 약화되었다고 판단할 수 있다.

한편 의료접근성 정도를 보여주는 핵심 지표의 하나는 진료 대기기간의 길이일 것이다. 스웨덴 의료보장체계의 대표적인 고질적 문제가 바로 장기 대기기간 문제였다. 그렇다면 진료선택제 도입 이후 진료 대기기간은 단축되었을까? 기대와는 달리 대기기간은 다소 길어졌다. 일차의료기관에 예약한 후 7일 이내에 의사를 만난 환자의 비율은 2006년에 86%였는데 2016년에 83%로 감소했다(Vårdanalys Rapport 2017: 6, pp. 57-58).

진료선택제가 대기기간 단축효과를 낳지 못하게 된 가장 중요한 요인으로 꼽히는 것은 진료선택제 도입 이후 일차의료 영역에 투입되는 자원 총량이 별로 증가하지 않았다는 점이다. 예컨대 2011~2015년 기간에 스웨덴 국민 1인당 일차의료 비용은 2015년 불변가격으로 3,954크로나에서 4,080크로나로 3.2% 증가했는데, 동 기간에 치과를 제외한 모든 보건의료 영역에서의 비용 증가율은 4.8%였다. 동 기간에 전체 보건의료 비용 중 일차의료 비용이 차지하는 비중은 16.8%에서 16.5%로 감소했다(Vårdanalys PM 2017: 5, p. 43).

그리고 민간 일차의료기관이 많이 신설되었지만 공공 일차의료기관이 많이 줄어들어 전체 일차의료기관의 수는 그다지 많이 증가하지 않은 데다, 민간 일차의료기관들은 대체로 공공 일차의료기관들보다 시설이나 인력의 규모가 작다. 결국 진료선택제는 거의 같은 규모의 자원 총량을 더 많은 의료기관으로 분산시키는 효과를 낳은 것이다. 그런데 진료 대기기간의 길이와 의료 영역에 투입되는 시설과 인력의 규모 간에는 강한 양의(positive) 상관관계가 있으므로 진료 대기기간이 단축될 수 없었던 것이다(SOU 2019: 42, p. 260).

#### 4.4 의료서비스 공급의 효율성

진료선택제 도입의 중요한 목적의 하나는 의료서비스 공급의 효율성을 높인다는 것이다. 의료기관 간의 환자유치 경쟁을 통해 혁신을 촉진하고 의료서비스 공급이 과거보다 비용효율적으로 이루어지고 서비스의 질이 향상되어 환자들의 만족도를 높이고 건강 개선을 효과적으로 달성한다는 것이다. 그렇다면 실제 결과는 어떠한가?

우선 경쟁촉진효과는 크지 않았던 것으로 평가된다. 이는 무엇보다 일차의료 영역에 투입되는 자원 총량이 별로 늘지 않아서 진료선택제 도입 이전과 마찬가지로 일차의료 영역이 과소시설(*underkapacitet; undercapacity*) 상태에 머물러 있다는 데 기인한다(SOU 2019: 42, pp. 205-206). 일차의료 영역에서 의료서비스에 대한 초과수요 상태가 유지되므로 대다수 의료기관이 환자유치에 큰 어려움을 겪지 않는다. 따라서 적극적으로 혁신을 추구할 유인도 별로 없는 것이다.

공공부문에 준-시장 모델을 도입하자는 주장을 선구적으로 제시한 대표적 학자의 하나인 르 그랑(Julian Le Grand)은 의료 영역에서 준-시장 모델이 잘 작동할 수 있는 핵심적인 조건으로, 실질적 경쟁이 성립해야 하고, 환자들에게 정확한 정보가 제공되어야 하며, 의료기관이 자신에게 유리한 환자를 선별하는 크림-스키밍(*cream-skimming*)을 차단할 수 있어야 한다는 세 조건을 제시한다. 그리고 실질적 경쟁이 성립하려면 환자들이 선택할 수 있는 대안적 의료공급자가 여럿이어야 한다는 것이다(Le Grand, 2009).

이를 스웨덴 일차의료시장 상황에 적용한다면, 진료선택제 도입 이후 대도시 등 인구밀집지역에서는 의료기관 간에 실질적 경쟁이 존재하고 경쟁이 더 활성화되었지만 인구희박지역에서는 실질적 경쟁이 사실상 존재하지 않는다고 할 수 있다. 전국 전체로 보면 과거에 비해 경쟁이 크게 활성화되었다고 보기 어려울 것이다. 경쟁의 부족은 의료기관들의 혁신 유인 부족으로 이어진다(SOU 2019: 42, p. 218).

경쟁 부족 외에도 의료기관에 대한 광역지자체들의 모니터링과 평가도 혁신에 장애가 된다. 진료선택제의 적용을 받는 의료기관들의 운영 재원의 대

부분을 광역지자체가 지급한다. 따라서 지자체들은 이 의료기관들이 제대로 운영되고 있는지를 모니터링하고 평가할 수밖에 없다. 그리고 문제가 있는 사례가 발견될 때마다 모니터링과 평가는 강화될 수밖에 없다, 그런 점에서 시장이 탈규제될수록 더 많은 규제와 재규제가 요구되는 역설적 상황이 생기기 쉬운 것이다(Lapidus, 2019, p. 116). 이로 인해 의료기관의 행정비용이 증가하게 된다. 대표적으로는 의사의 업무에서 모니터링과 평가에 대비하기 위한 행정업무의 비중이 커지고, 이는 자연히 새로운 사고와 실험을 추구할 시간적, 정신적 자원을 잠식한다. 환자와 면담할 때에도 환자의 구체적 상태와 무관하게 행정적으로 요구되는 표준화된 체크리스트를 채우는 데 많은 시간을 할애하는 ‘체크리스트 행태’(RiR 2014: 22, p. 87)가 만연하게 된다.

그리고 진료선택제는 기본적으로 경쟁과 경제적 유인을 강화하는 제도 틀이어서 의료기관 간에 정보교환과 협력을 어렵게 만드는 측면이 있다. 이는 특히 여러 의료 단위 간의 협력에 기초한 통합적 진료가 필요한 복합적 질환을 가진 환자에게 큰 문제가 될 수 있다. 노인 환자가 대표적 사례다 (Buström et al., 2017, pp. 7-9). 그리고 진료선택제 도입 이전에는 일차의료기관과 전문의료기관, 그리고 기초지자체인 콤뮌(kommun)이 관장하는 돌봄시설 간에 협력이 쉬웠는데, 진료선택제로 인해 이런 기관들이 각기 별개의 진료선택제의 적용대상이 됨으로써 제도적으로도 협력이 어려워졌다(SOU 2019: 42, p. 217).<sup>21)</sup>

한편 영리를 추구하는 민간공급자를 일차의료시장에 많이 진출시켜 의료비 절감을 도모한다는 것도 진료선택제 도입의 주요 동기의 하나였으나, 진료선택제가 의료비 절감을 낳았다는 증거는 없다. 진료선택제 도입 이전이나 이후나 스웨덴 국민 1인당 일차의료비용은 매년 비슷한 비율로 증가했다. 진료선택제가 의료비에 미친 영향은 크지 않았던 것으로 보인다(RiR 2014: 22, p. 98). 의료서비스 질에 대한 평가는 표준적 기준을 만들기 어려운 관계로 기존 연구 대부분이 이를 이유 삼아 의료서비스 질의 개선 여부는 다루지 않

21) 세부 진료 분야별로 특화된 전문의료기관이나 노인돌봄시설 같은 돌봄시설도 이제 대부분 소비자들이 자유롭게 선택할 수 있다. 그리고 노인돌봄시설도 대개 어느 정도는 의료적 돌봄 기능을 수행한다. 다만 일차의료 이외의 서비스 분야들은 지자체들이 자율적으로 이런 선택제도 도입 여부를 결정한다.

았다. 이 문제를 다룬 보기 드문 연구에 따르면, 전국의 일차의료센터들을 대상으로 2005~2013년의 자료를 분석한 결과, 진료선택제 도입 이후 환자들의 일차의료에 대한 전반적 주관적 만족도는 소폭 상승했으나, 일차의료기관에서 적절히 진료했다라면 피할 수 있었을 입원의 발생률과 같은 객관적 지표로는 의료서비스의 질이 개선되었다고 보기 어렵다고 한다(Dietrichson et al., 2020).

#### 4.5 의료 평등주의

NHS 유형의 의료보장체계는 의료소비자의 구매력이 아니라 오직 객관적 필요에 의해서만 의료소비 수준이 결정되어야 한다는 평등주의적 의료철학을 바탕으로 깔고 있다. 이러한 의료철학은 스웨덴 보건의료법(Hälsa-och sjukvårdlag)에 다음과 같이 명시되어 있다. “보건의료의 목적은 모든 사람이 동등한 조건에서 좋은 건강상태와 진료를 누리는 것이다. 모든 사람의 동등한 가치와 각 개인의 존엄성을 존중하면서 진료가 제공되어야 한다. 보건의료에 대한 필요(behov; needs)가 가장 큰 사람에게 진료우선권이 주어져야 한다.”<sup>22)</sup> 여기에서 모든 사람의 동등한 가치와 개인들의 존엄성을 존중해야 한다는 내용을 통상 ‘인간 가치의 원칙(människorvärdeprincipen)’이라 부르고, 필요가 큰 사람에게 진료우선권을 주어야 한다는 내용을 통상 ‘필요와 연대의 원칙(behovs-och solidaritetsprincipen)’이라 부른다.

그런데 진료선택제는 의료접근성 측면에서 인구밀집지역 주민에 비해 인구희박지역 주민에게, 그리고 경증환자에 비해 중증환자에게 불리하게 작용했으며, 복합적 질환을 가진 환자들에 대한 통합적 진료를 어렵게 하는 결과를 가져왔다. 그런데 인구밀집지역보다 인구희박지역의 주민들의 평균연령이 높으므로 진료의 필요 측면에서 이들에게 진료우선권이 부여되는 것이 ‘필요와 연대의 원칙’에 더 잘 부합할 것이다. 그런 점에서 진료선택제는 스웨덴

22) 이 문장은 1982년 보건의료법에는 2조에 나와 있고, 2017년 보건의료법에는 2장 3절 1조에 나와 있다. (1982년 법과는 달리 2017년 법은 장, 절, 조 체계를 채택하였다). 그러나 문장의 내용은 똑같다.

의료보장체계의 바탕에 있고 보건의료 관련 최상위법인 보건의료법에 명시된 의료 평등주의에 상당 정도 위배되는 결과를 가져왔다고 평가할 수 있을 것이다.

진료선택제의 핵심 요소인 의료공급자의 의료기관 자유 설립권으로 인해 광역지자체는 의료기관의 입지(location)에 관한 결정권을 거의 상실했고(Boström, 2013, p. 17), 모든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙, 다른 말로 하면 의료공급자 간의 ‘자유롭고 공정한 경쟁 원칙(the principle of free and fair competition)’으로 인해 의료낙후지역의 의료공급자를 적극적으로 지원하기 어렵게 되었다. 진료선택제가 지역 간, 사회경제적 계층 간, 그리고 경증환자와 중증환자 간에 의료접근성 격차를 확대할 가능성이 크다는 경고는 2008년 12월에 정부가 입법안을 제출하기 전에 이미 여러 사회단체가 제기한 바 있다. 이런 우려에 대해 당시 정부는 광역지자체가 일차의료기관에 대한 보상체계를 자율적으로 결정할 수 있으니, 필요하다면 예컨대 광역지자체 내 서로 다른 지역에 있는 일차의료기관들에 대한 보상수준을 조정하면 되므로 큰 문제가 되지 않으리라는 입장을 밝혔다(Regeringens proposition 2008/09, p. 35). 즉 광역지자체별로 필요하다면 인구희박지역에 있는 일차의료기관을 우대하는 보상체계를 만들면 된다는 것이다.

실제로 많은 광역지자체가 이런 방식으로 인구희박지역의 의료접근성 약화 문제에 대처해왔다. 대표적으로 많이 활용하는 방식으로는 보상체계에서 인두 보상의 비중을 높이거나, 환자별 인두 보상액 결정에서, 가장 가까이에 있는 의료기관이 일정 거리 이상인 곳에 거주하는 환자에 대해 할증률을 적용하는 방식 등이 있다. 이런 방식을 통해 환자의 방문횟수가 작을 수밖에 없는 인구희박지역 일차의료기관의 불이익을 어느 정도 상쇄해온 것이다.

그러나 광역지자체별로 보상체계를 조정하는 등의 방식으로 지역 간 의료접근성 격차를 충분히 해소하기는 어렵다고 판단된다. 인구희박지역의 지자체들은 조세수입도 그만큼 작아 의료낙후지역의 의료기관을 충분히 지원하는 데 재정적 어려움이 있다.<sup>23)</sup> 게다가 진료선택제의 핵심 요소의 하나인 모

23) 스웨덴에서는 소득세의 대종이 지방세여서 기초지자체와 광역지자체의 주된 재원이 소득세다. 2023년 1월 현재 소득 최상위권 사람들을 제외하곤 근로소득의 32%를

든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙으로 인해, 지자체의 정책적 재량권이 크게 제약된다. 예컨대 인구희박지역에 있는 공공 일차의료기관이 환자 부족으로 만성적 적자를 볼 경우에도 이 지역 주민의 의료접근성 유지를 위해 이 의료기관이 계속 운영되도록 허용하는 것은 동등 대우 원칙에 위배된다 (Kullberg et al., 2018, p. 10). 종합적으로 볼 때 진료선택제 도입으로 인해 스웨덴 의료보장체계의 전통적 기본 가치인 의료 평등주의는 상당히 훼손되었다고 평가할 수 있을 것이다.

#### 4.6 종합 평가

그럼 이제 진료선택제 도입의 효과를 종합적으로 평가하기로 하자. 우선 진료선택제의 성과로 꼽을 수 있는 것으로는, 환자의 의료기관 선택권을 통해 환자의 권리가 신장되고 이에 따라 환자의 요구에 대한 의료기관의 민감성(responsiveness)이 높아졌으며, 민간 일차의료기관이 많이 신설되면서 전체 일차의료기관의 수가 증가한 점, 그리고 민간의료공급자의 비중이 높아져 의료공급자의 다양성이 증가한 점을 들 수 있겠다. 이러한 점들은 모두 제도 도입 당시 의도된 것들이다.

반면에 진료선택제의 부작용으로는 인구밀집지역과 인구희소지역 간에, 그리고 경증환자와 중증환자 간에 의료접근성 격차가 확대되고 복합적 질환을 가진 환자에 대한 통합적 진료에 애로가 발생한 점을 들 수 있다. 그리고 의료기관에 대한 광역지자체의 촘촘한 모니터링과 평가로 인해 의료기관의 행정비용이 증가한 점도 부작용이라 할 수 있다.

한편 진료선택제 도입 당시 기대한 바와는 달리 제도 도입 이전과 그다지 달라지지 않은 것들도 있다. 의료기관 간의 경쟁은 그다지 많이 촉진되지 않았고, 진료 대기기간은 과거에도 그러했듯이 제도 도입 이후에도 연장되는 추세를 보였으며 의료비용의 증가율도 과거와 유사하다. 진료의 연속성도 여전히 낮다. 즉 같은 의사에게 계속 진료받는 환자의 비율이 낮다.

스웨덴 의료보장체계의 기본 가치인 의료 평등주의는 상당히 훼손되었다.

---

지방세로 납부하고, 최상위 소득계층은 이에 더하여 소득의 20%를 국세로 납부한다.

종합적으로 볼 때 이 제도 도입으로부터 이익을 본 대표적 집단은 대도시 등 인구밀집지역 주민과 경증환자들과고 손해를 입은 대표적 집단은 인구희소 지역 주민과 중증환자들, 그리고 복합적 질환을 가진 환자들인데, 대체로 진료의 객관적 필요가 큰 사람들이 손해를 보았다는 점에서 문제가 있다. 인구 규모 면에서는 이익을 본 사람이 더 많을 것으로 보이나, 의료적 관점에서 정부가 더 관심을 기울일 필요가 있는 사람들이 더 어려운 처지에 처하게 되었다는 점을 무겁게 고려해야 할 것이다.

## 5. 진료선택제도의 효과에 대한 해석

그럼 이제 진료선택제가 앞에서 정리한 바와 같은 결과를 가져오게 된 핵심 원인은 무엇인가를 검토해보자. 진료선택제의 가장 두드러진 효과는 지역 간에, 그리고 경증환자와 중증환자 간에 의료접근성에서 큰 차이를 발생시켜 스웨덴 의료보장체계의 전통적 기본 가치인 의료 평등주의를 상당 정도 훼손했다는 점일 것이다. 그렇다면 왜 이런 결과가 초래되었을까?

첫째, 진료선택제의 핵심은 환자가 의료공급자/의료기관을 선택하도록 한다는 것이나 실제로는 의료공급자가 환자를 선택하게 된 측면이 더 크다. 의료서비스 시장의 경우 수요자와 공급자 간에 정보의 비대칭성이 크다. 의료서비스 수요자인 환자는 자신의 질환과 적절한 치료법에 대한 정보가 부족하여 적절한 의료기관을 적극적으로 선택하는 데 어려움을 겪는다. 그리고 의료서비스는 물적 재화가 아닌 서비스이므로 대부분의 경우 서비스가 제공되는 장소인 의료기관에 환자가 물리적으로 직접 방문해야 하는데, 중증환자의 경우엔 방문에도 흔히 애로를 겪는다. 따라서 대다수 환자는 의료기관 선택에서 지리적 근접성을 최우선적으로 고려하여 선택하게 되는데(SOU 2019: 42, p. 161), 전문의료기관보다 일차의료기관의 선택에서 이런 경향이 아마 더 강할 것이다.

한편 진료선택제를 통해 의료기관을 어디에나 설립할 자유를 확보한 의료공급자는 인구밀집지역에서 의료기관을 운영하는 것이 여러모로 유리하다.

의료서비스의 가격이 광역지자체에 의해 결정되어 의료공급자가 가격에 영향을 미칠 수 없는 조건에서, 의료공급자/의료기관의 수입을 결정하는 압도적으로 중요한 요인은 등록환자 수이고, 인구밀집지역일수록 잠재적 등록환자 규모가 크다. 따라서 의료공급자 입장에서는 일단 인구밀집지역에서 의료기관을 운영하고자 하는 강력한 유인이 생길 수밖에 없다.

그런데 이런 식으로 많은 일차의료기관이 인구밀집지역에 설립되면 개별 일차의료기관당 등록환자 수가 줄어들 것이므로, 장기적으로는 인구희박지역에 비해 등록환자 수에서의 유리함이 소멸할 수도 있을 것이다. 그러나 설령 그렇게 된다 하더라도 의료공급자 입장에서는 인구밀집지역에서 의료기관을 운영하는 것이 유리한 측면이 있다. 의료공급자가 제공하는 의료서비스의 질은 의료진의 역량과 의료기자재나 약품, 그리고 다양한 부대 서비스의 원활한 조달에 크게 의존하는데 우수한 의료진의 확보나 의료물품 및 부대 서비스 조달 등에서도 인구밀집지역이 유리할 것이다. 그리고 의료기관의 핵심 인력인 의사들은 고소득층이자 고학력자로서 소비자로서나 생활인으로서의 욕구 때문에라도 대부분 대도시 등 인구밀집지역에 거주하기를 선호할 것이다.

만일 일차의료시장이 초과공급 상태에 있다면 의료공급자 간에 경쟁이 치열하게 전개된 결과 불가피하게 인구희박지역으로 밀려나는 의료공급자도 상당히 있겠지만, 스웨덴의 경우엔 진료선택제 도입 이후에도 일차의료시장이 초과수요 상태여서 공급자 간의 경쟁 압력이 그 정도로 크진 않았다. 이런 요인들이 복합적으로 작용하여 환자가 의료공급자/의료기관을 선택한다기보다는 의료공급자가 환자를 선택하는 측면이 더 큰 결과가 나온 것이다. 그리고 의료기관에 대한 지자체의 의료비 보상체계에서 방문횟수에 따른 보상은 의료공급자에게 경증환자의 잦은 방문을 유도할 유인을 제공하는데, 이 또한 의료공급자가 환자를 선택하게 되는 결과를 낳는다.

둘째, 진료선택제의 핵심 요소의 하나인 모든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙은 질환의 정도와 주거지 등에서 각양각색인 의료소비자들을 동등하게 대우하고, 진료의 객관적 필요에 따라 진료의 우선권을 부여해야 한다는 보건의료법의 원칙과 원리적으로 충돌하는 측면이 있다. 모든 의료공급자에 대한 동등 대우 원칙이 도입된 핵심 이유는, 광역지자체들이 공공의료기관을

편파적으로 지원하여 민간의료공급자의 시장 진출이 억제되는 것을 방지한다는 것이었다.

그런데 공공의료기관은 지자체의 의료정책 목표를 달성하는 데 효과적으로 활용되는 정책 지렛대 역할을 할 수 있는 측면이 있다. 예컨대 인구희박 지역에서의 의료기관 운영이나 의료 소외층에 대한 우선적 진료 등을 공공의료기관이 주로 담당하도록 하고 이에 대해 지자체가 공공의료기관에 선별적 우대조치를 통해 보상할 수 있다. 그러나 동등 대우 원칙으로 인해 이런 방식으로 의료낙후지역이나 의료 소외층을 지원할 수 있는 지자체의 재량권이 크게 약화되었다. 그 결과 지역 간, 경증환자/중증환자 간 의료접근성 격차 발생을 억제할 수 있는 주요 기제가 크게 약화되었다. 이는 의료공급자들에 대한 동등 대우가 의료소비자들에 대한 차등 대우로 귀결될 수 있다는 점을 보여준다.

## 6. 요약과 토론

스웨덴은 전형적인 NHS 유형의 의료보장체계를 가진 대표 사례의 하나였으나 1990년대 이후 의료 영역에서 시장주의적 개혁을 꾸준히 추진하여 의료보장체계의 성격이 상당히 변화했다. 진료선택제도 도입도 시장주의적 개혁의 일환으로 이루어진 것인데, 이 제도는 소비자의 선택 중심으로 의료공급체계를 재구조화하려 한 것이라는 점에서 시장원리 지향성이 매우 강한 제도라 할 수 있다. 진료선택제는 2007년에 할란드(Halland)에서 처음 도입된 이후 2009년까지 주로 우파 정당들이 지방의회를 장악한 광역지자체들이 자율적으로 도입했다. 그러다 2010년부터 모든 광역지자체가 일차의료 영역에서 의무적으로 진료선택제를 도입하게 되어 지금까지 이어지고 있다.

진료선택제의 핵심은 환자가 의료기관을 자유롭게 선택하여 등록하게 하고, 의료기관에 대한 지자체의 의료비 보상수준은 주로 의료기관별 등록환자수에 의해 결정되게 함으로써, 의료기관 간의 환자유치경쟁을 촉진한다는 것이다. “돈이 환자를 따라가게 함으로써” 결국 의료기관이 환자를 따라가게

한다는 것이다. 이를 통해 의료기관에 대한 환자들의 영향력 강화, 환자들의 의료접근성 개선, 의료서비스의 질 향상과 의료비용 절감 등이 달성될 것으로 기대되었다.

현재까지의 경험으로 볼 때 진료선택제의 긍정적 효과로는 환자들의 권리 신장, 환자들의 요구에 대한 의료기관들의 민감성 제고, 일차의료기관의 수 증가, 의료공급자의 다양성 확보 등을 들 수 있다. 대표적인 부정적 효과로는 인구밀집지역과 인구희박지역 간에, 그리고 경증환자와 중증환자 간에 의료접근성 격차가 벌어진 점을 들 수 있다. 대체로 진료의 필요가 큰 사람들의 의료접근성이 악화되었다고 할 수 있는데, 이는 스웨덴 의료보장체계의 기본 가치인 의료 평등주의를 훼손하는 것이다.

그렇다면 이런 부작용을 해소하거나 최소한 완화해줄 방안으로는 어떤 것이 있을까? 가장 근본적인 방안은 진료선택제를 폐지하는 것이리라. 그러나 이는 가능한 방안이 아닌 것으로 보인다. 환자가 의료기관 선택권을 가진다는 데 대해서는 스웨덴 국민의 지지도가 매우 높기도 하고, 환자의 의료기관 선택권을 아예 배제하는 제도는 원리적으로도 문제가 있다고 할 수 있을 것이다.

진료선택제의 유지를 전제로 한 해결책으로서 별다른 제도 개혁이 필요하지 않은 것도 있다. 광역지자체들이 인구희박지역과 같은 의료낙후지역에 있는 의료기관을 우대하는 방식으로 의료기관에 대한 보상체계를 운영하는 것이다. 이는 지금까지 많은 지자체가 시행해온 것이기도 한데, 의료낙후지역 의료기관에 대한 우대 수준을 현행보다 더 높임으로써 지역간 의료접근성 격차를 다소 줄일 수 있을지도 모른다. 그러나 이 방식은 충분히 만족스러운 결과를 가져오긴 어려워 보인다. 모든 지자체가 언제라도 이런 방식을 활용할 수 있고, 또 많은 지자체가 실제로 이런 방식을 활용해왔음에도 불구하고 지역 간 의료접근성 격차가 해소되지 않았다.

이런 사정을 고려할 때, 의료접근성 격차 문제를 광역지자체의 해결 과제로 맡겨둘 것이 아니라 중앙정부의 개입을 통해 문제 해결을 도모할 필요가 있지 않나 하는 생각이 든다. 예컨대 인구희박지역에 적정 수의 의료기관을 유지하는 일은 중앙정부의 예산과 행정력으로 직접 책임지는 방안도 있을 수

있고, 아니면 법령을 통해 모든 광역지자체가 인구희박지역에 일정 수 이상의 의료기관을 의무적으로 유지하도록 할 수도 있을 것이다. 그런데 이렇게 중앙정부를 개입시키는 방안은 스웨덴 의료의 오랜 전통이자 1980년대 이후 더 강화되어온 의료행정 분권화에 역행하는 일이어서 지자체들의 반발이 심할 것이다. 그러나 의료 영역에서 지방자치라는 가치가 의료 평등주의에 버금가는 무게를 가진 가치인가를 따져볼 필요가 있다.

그리고 진료선택제의 도입 의도대로 환자가 의료공급자/의료기관을 선택한다기보다는 의료공급자가 환자를 선택하는 측면이 더 큰 결과를 낳게 된 주요 요인의 하나는 일차의료 영역에 투입되는 자원이 별로 늘지 않았다는 점이다. 이로 인해 일차의료시장에서 초과수요 상태가 유지되었고 이에 따라 의료기관 간의 경쟁과 혁신 노력이 기대만큼 활발하게 이루어지지 않았다. 그리고 이렇게 의료공급자가 우위에 있는 시장구조에서는 당연히 의료공급자가 환자를 선택하여 거주지역에 따라 환자들의 의료접근성이 크게 달라지는 결과가 나오기 쉽다. 따라서 적어도 진료선택제 도입 초기에는 의료 영역에 투입되는 예산을 충분히 늘림으로써 의료시장에서의 초과수요 상태를 해소하여 의료기관 간의 경쟁을 활성화할 필요가 있을 것이다. 그래야 진료선택제의 본래 취지대로 환자가 의료공급자/의료기관을 선택하게 되는 효과가 뚜렷이 나타날 것이다.

## 《참고문헌》

- 신정완(2022). “스웨덴에서 민간의료보험의 확산이 의료보장체계에 미치는 영향”. 『스칸디나비아 연구』, 25, 141-176.
- Anell, A., Nylinder, P., Glengård, A. H. (2012). *Vårdval i primärvården: jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostandsansvar* (일차의료에서 진료선택제도: 과제, 보상원칙 그리고 비용책임). Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Boström, L. (2013). *Vårdval i glesbygd: Hur säkras jämlikheten?* (벽촌 지역에서의 진료선택제도: 평등을 어떻게 담보할 것인가?). 읍살라대학교(Uppsala Universitet) 정치학과 석사학위논문.
- Buström, B. et al. (2017). Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden: A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 16, article number 29, 1-10.
- Dietrichson, J., Ellegård, L. M., & Kjellsson, G. (2020). Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health Economics*, 29, 716-730.
- E-hälsomyndigheten. (2023). *Nationell Listningstjänst i Statlig Regi: Slutrapport* (국가 관리 국민 등록서비스: 최종보고서). Stockholm: E-hälsomyndigheten.
- Fredriksson, M. (2012). *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Health Care*. 읍살라대학교(Uppsala Universitet) 의학 박사학위 청구논문.
- Fredriksson, M. (2013). Is patient choice democratizing Swedish primary care? *Health Policy*, 111, 95-98.
- Fredriksson, M., & Isaksson, D. (2022). Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: What we do know? *Scandinavian Public Health*, 50, 852-863.
- Hart, J. T. (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 297(7696), 405-412.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*,

69, 3-19.

- Hälso-och sjukvårdslag (보건의료법). (1982: 763).
- Konkurrensverket Rapport 2010: 3. *Uppföljning av vårdval i primärvården* (일차의료에서의 진료선택제도 추적조사). Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket Rapport 2012: 2. *Val av vårdcentral* (일차의료센터의 선택). Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket Rapport 2014: 2. *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler* (일차의료센터들의 설립과 경쟁). Stockholm: Konkurrensverket.
- Kullberg, L., Blomqvist, P., & Windblad, U. (2018). Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: How can equity in access be preserved? *International Journal for Equity in Health*, 17, article number 123, 1-14.
- Lag (2008: 962) om valfrihetssystem (선택의 자유 시스템 법).
- Lapidus, J. (2019). *The Quest for a Divided Welfare State: Sweden in the Era of Privatization*. Cham, Switzerland: Palgrave Macmillan.
- Le Grand, J. (2009). Choice and competition in publicly funded health care. *Health Economics, Policy and Law*, 4, 479-488.
- Maun, A. et al. (2013) Primary healthcare in transition: A qualitative study of how managers perceived a system change. *BMC Health Service Research*, 13, article number 382, 1-9.
- Molander, P. (2017). *Dags för Omprövning: En ESO-rapport om Styrning av Offentlig Verksamhet* (재검토가 필요한 시간: 공공부문 활동의 관리에 관한 ESO 보고서). Stockholm: Finansdepartementet.
- Regeringens proposition 2008/09: 74, *Vårdval i primärvården* (2008/09년 의회 회기 정부 입법안 74호, 일차의료에서의 진료선택제도).
- RiR 2014: 22. *Primärvårdens styrning: efter behov eller efterfrågan?* (일차의료의 관리: 필요에 따라, 아니면 수요에 따라?). Stockholm: Riksrevisionen.
- SOU 2008: 37. *Vårdval i Sverige* (스웨덴에서 진료선택제도). Stockholm: Statens Offentliga Utredning.

- SOU 2016: 78. *Ordning och reda i välfärden* (복지에서의 질서와 정돈). Stockholm: Statens Offentliga Utredning.
- SOU 2019: 42. *Digifysisk vårdval: Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (디지털-물리적 진료선택: 필요와 연속성에 입각한, 접근성 있는 일차의료). Stockholm: Statens Offentliga Utredning.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022). *Ersättningsmodeller i primärvården, Delrapport 1: en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021* (일차의료에서 보상모델들, 부분 보고서 1: 2021년 스웨덴 일차의료에서 보상모델과 여타 경제적 조건의 현재상태 서술). Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Vårdanalys PM 2017: 5. *Primärvården i belysning: jämförelse mellan landsting och regioner 2011-2015* (일차의료 조명: 2011-2015년 기간에 란드스팅과 레기온들 간의 비교). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2012: 2. *Effekter av valfrihet inom hälso-och sjukvård* (보건의료에서 선택의 자유의 효과). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2013: 1. *Vem har vårdvalet gynnat?* (진료선택제도는 누구에게 이익을 주었나?). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2013: 4. *Vad vill patienten veta för att välja* (선택을 위해 환자들이 알고자 하는 것은 무엇인가). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2014: 3. *Låt den rätte komma in* (올바른 사람이 들어오도록 하라). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2015: 6. *Vårdval och jämlik vård inom primärvården* (일차의료에서 진료선택제도와 평등한 진료). Stockholm: Myndighet för vård-och omsorgsanalys.
- Vårdanalys Rapport 2017: 6. *Löftesfri garanti?* (약속 없는 보장?). Stockholm:

Myndighet för vård-och omsorgsanalys.

WHO. (1996). *Health Care Systems in Transition: Sweden*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

<Abstract>

## **The Effects of the Healthcare Choice System in the Swedish Primary Healthcare**

Shin, Jeongwan\*

Sweden has long been an exemplary country having NHS(National Health Service) type health security system. The Swedish health security system, however, has been much changed since 1990s by the policies marketizing healthcare. The introduction of the healthcare choice system(vårdval) is a pronounced case of the market-oriented healthcare reforms. This system enables patients to choose medical institutions where they would receive treatment and register themselves there. The county councils, responsible for healthcare, then reimburse each medical institution for the medical costs incurred, according to the number of registered patients of each medical institution. Some county councils voluntarily introduced this system since 2007. Since 2010, the introduction of the system in the primary healthcare became obligatory for all county councils. The system has produced good results such as the enhanced rights of patients, the improved responsiveness of the primary care centers to patients' demands, the increase of the number of primary care centers, and the increased diversity of healthcare providers. But bad results also have been produced such as the widening gap of healthcare accessibility between population dense areas and population thin areas, and between patients with mild cases and patients with serious cases, and the fact that patients with complex diseases can not receive well-integrated treatment as before. We can say that the healthcare choice system brought out results

---

\* School of Economics & Trade, Kyungpook National University

violating the healthcare egalitarianism, the traditional value of the Swedish healthcare, in that the patients with stronger healthcare needs came to be in worse situation. The main causes of these bad results are as follows. Firstly, the system brought out results that healthcare providers choose patients, rather than patients choose medical institutions as intended. Secondly, the principle of equal treatment for all healthcare providers made it difficult for county councils to selectively support the medical institutions in the backward areas in healthcare.

**Key Words:** healthcare choice system(vårdval), market-oriented healthcare reforms, healthcare accessibility gap, healthcare egalitarianism, county councils

---

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

논문 접수일: 2023.5.11.

논문심사 완료일: 2023.6.1.

수정원고 접수일: 2023.6.7.

게재 확정일: 2023.6.7.

