

특집 코로나-19의 사회-공간 읽기

스웨덴의 코로나19, 정책대응과 미스매치

Policy Response against COVID-19 and Mismatches: A Swedish Case

최희경*

코로나19 위기에 대응하여 스웨덴은 강성규제방식 대신 연성자율전략을 택했고 그 결과 단기간에 높은 인명 피해를 경험했다. 본 연구는 스웨덴 정부가 초동 대응 6개월 동안 연성모형을 택한 근거를 탐색하고, 그 과정에서 효과적 방역모형과는 정책요인별로 미스매치가 있었음을 분석한 것이다. 스웨덴의 정책체계는 포괄적 장기적 정책기조와 전문가주의 권고체제를 전통으로 유지해 왔다. 의료체계의 공급부문에서는 서비스 대상이 특정화되고 의료자원 역량이 제한적이라는 특성이 있다. 수요부문에서는 의료서비스에 대한 수요가 낮고 제도 순응성이 높은 한편, 고용구조에서 광의의 보건직종 비중이 크다는 점, 특히 이민자 집단의 언어가 다양하고 가구혼잡도가 높다는 점 등이 특징으로 상존해 왔다. 이런 요인들은 코로나19 집중 방역대책에 부정적으로 작용했는데 정부는 큰 변화 없이 기존의 정책 운영 방식을 지속했다. 스웨덴 사례는 평시의 북유럽식 의료체계가 단기의 위기상황 대처 전략에는 한계가 있음을 보여준다. 한편 코로나19 위기가 장기화될 가능성이 있는 만큼 스웨덴의 정책 거버넌스, 재정전략, 자발적 건강관리와 개인책임 강조 등은 단기 방역에 높은 성과를 거둔 한국의 지속 가능한 대안 설계에 시사하는 바가 있다.

주요어: 스웨덴, 코로나19, 의료정책, 정책결정요인, 정책 미스매치, 개인책임

* 경북대학교 행정학부 교수 및 공공문제연구소 겸임연구원(hkchoi@knu.ac.kr)

1. 서론

1) 연구의 배경과 목적

2003년 스웨덴보건연구원(스웨덴공중보건청의 전신)이 설계하고 의회가 의결한 공중보건 11대 목표의 첫 번째 영역은 ‘사회참여와 영향력’이었다. 운동, 식품·식습관, 음주·약물 중독방지 등 공중보건과 직접 관련되는 항목은 후순위였다. 현재 11대 목표를 주관하는 곳은 공중보건청인데, 코로나19 대응의 주무기관이다(SNIPH, 2013; Health and Medicine, 2017). 스웨덴의 공중보건 11대 목표는 기존의 보건의료정책이 의학적·과학적 접근에 한정하지 않고 정치사회적으로 광범한 영역을 포괄함을 보여준다(Björnberg, 2018: 13). 이런 방식은 코로나19 대응 초기 정책에도 적용되었다.

각국 정부는 유례없이 심각한 코로나19 상황에 대처하기 위해 다양한 노력을 기울이고 있다. 스웨덴의 초기 대응 방식과 결과는 복지국가이자 인권보호국으로 알려진 나라로서는 이례적이며 국내외 언론에 가장 많이 등장한 사례 중 하나다.

전염질환의 특성을 감안하면 초기에 신속하고 적극적으로 확산을 막는 것이 무엇보다 중요하다. 7월 말 기준, 방역에 긍정적 성과를 거두고 있는 국가들은 학교를 비롯한 주요 시설을 봉쇄하며 높은 수준의 규제로 대응했다. 이에 비해 스웨덴은 1월 31일 첫 확진자 발생 후 대다수의 지침을 권고 형태로 제시하고 시민 개개인의 자율적 판단과 행동에 맡겨왔다. 이후 사망자와 감염자가 급증했지만 정부의 대응 방식은 크게 변하지 않았다.

스웨덴의 ‘자유방임적’, ‘연성의’, ‘느슨한’, ‘온건한’ 정책 시나리오는 언론과 비판자들의 추론으로 먼저 등장했다(Reynolds, 2020; Ekblom, 2020). 개인 책임과 자율에 의존하여 최대한 평소 생활을 유지하고 사회적 경제적 비용을 최소화하는 동안 ‘집단면역’ 효과가 발생할 것이고, 이에 더하여 백신이 개발 보급되면 상황이 진정될 것이라는 내용이었다. 이에 가까운 정부 시나리오는 7월 21일에야 발표되었는데, 그것도 세 유형 중 하나였다. 정부는 집

단면역이 정부정책이었던 적이 없다고 계속 공언했지만 4~5월 항체형성 비율 예측을 발표하고 번복하는 과정에서 논란을 가중시킨 것은 사실이다.

스웨덴의 대응은 인근 북유럽 국가들과도 달랐다. 북유럽 5개국은 일찍부터 정보 공유와 공조를 통해 사회정책과 제도를 유사하게 운영해 왔다(힐슨, 2010: 139). 의료정책에서도 중증·응급환자 중심으로 거의 무상의 서비스를 공급하는 보편주의 제도로 보조를 맞춰왔고 1980년대부터 시장제도 요건을 도입한 변화도 공통적이었다. 그러나 코로나19 대응에서 스웨덴이 개방과 권고, 개인의 책임과 자율에 의존하는 연성권고모형을 택한 반면 인근 국가들은 적극적인 검사와 주요 시설 봉쇄라는 강성규제모형을 택했다.

국가가 특정 유형의 정책을 결정하고 실행하는 데는 다양한 요인이 작용한다. 스웨덴 모형에 대한 각계의 첫 번째 의문은 ‘많은 희생에도 왜 그런 방식을 택했을까?’이다. 지금까지 선행연구와 언론에서 공통적으로 거론된 요인은 개인책임의 전통과 자율적 시티즌십에 대한 기대 정도인데, 학술 문헌에서도 이에 대한 설명은 단편적 기술에 그치고 있다(Mayer and Lewis, 2020; Rambaree and Nässén, 2020; Korhonen and Granberg, 2020; Edwards, 2020; Trägårdh and Özkırıklı, 2020).

이 논문은 스웨덴이 코로나19에 대처하는 데 연성의 권고방식을 택한 근거를 정책요인별로 탐색하고 해당 정책의 기대와 실제 결과 간의 격차를 요인별 미스매치로 설명하기 위한 것이다. 이를 위해 관련 통계를 근거로 미스매치 모형을 제시하고, 정책결정요인론에서 주요 영향 요인을 선정하였다.

코로나19 상황의 높은 가변성으로 인해 연구에서 시간 범주는 특히 중요하다. 본 연구는 분석대상 기간을 2020년 7월 말까지로 한정한다. 단기 시계열 자료와 선행연구만으로는 분석에 한계가 있고 미래예측에 변인이 많아 스웨덴의 예외성을 논하는 데 어려움이 있다. 여기서는 이러한 한계를 보완하기 위해 기존 스웨덴 의료정책의 역사적 경험과 정치사회 분야의 문헌 및 자료를 탐색하고, 정책기조와 접근법, 의료서비스 수요·공급 부문의 특징을 종합적으로 검토한다.

본 연구를 통해 정책요인론을 비롯한 정책 일반이론에 스웨덴 코로나19

사례와 관련 논점을 추가하고 정책적으로는 코로나19 위기 극복을 위한 대안 설계에 시사점을 제공할 수 있기를 기대한다. 나아가 스웨덴을 비롯한 북유럽 의료체계의 특성을 이해하고 한국의 의료체계를 논의하는 데 새로운 관점이 더해지기를 희망한다.

2) 연구방법

코로나19 연구는 온라인을 중심으로 단기간에 빠르게 축적되고 있다. 이들 연구는 최근의 보도자료와 통계를 적극 활용하고 있다. 다만 세부적으로 일관된 자료를 확보하는 데는 한계가 있어 일화적·단편적 자료를 특정 기준으로 체계화해야 하는 부담이 있다.

본 연구는 이러한 현실을 고려하여 스웨덴의 코로나19 현황과 정부대응에 관한 연구문헌, 언론자료, 현지 정부보고서를 검토하고 이에 더하여 스웨덴의 정책 일반과 의료정책의 특성을 설명할 수 있는 역사적 정치사회적 문헌을 탐색한다. 그리고 스웨덴 의료정책의 발달사와 제도적 특징에 관한 선행연구, 스웨덴 사회의 구조와 다양성에 관한 문헌, 공중보건 현황에 관한 스웨덴 통계청과 OECD 등 국제기구의 통계 및 보고서를 종합 검토한다. 개별 논점을 설명하는 데 활용되는 구체적인 사례는 선행연구, 통계, 최근의 현지 언론자료, 연구자가 2017~2018년 스웨덴에서 현지인 16명을 대상으로 인터뷰와 참여관찰로 수집한 의료 경험담과 의견이다. 해당 내용에서 조사 방법과 출처를 밝힌다.

코로나19 통계로는 WHO, Our World in Data, 스웨덴 정부 및 스웨덴국가집중치료등록부(Svenska Intensivvårdsregistret)의 온라인 자료와 OxCGRT Team(옥스퍼드대학교 블라바트닉정부대학 연구팀)이 개발한 코로나19 정부대응추적프로그램(COVID-19 Government Response Tracker)의 정부대응지표를 활용한다. 자료의 시간적 범위는 2020년 2~7월 말이며 확진자와 사망자 수는 별도 명기가 없는 한 누적통계다. 스웨덴의 특징을 확인하기 위해 필요 부분에서는 한국 자료를 함께 제시, 비교하였다.

본 연구는 체계적인 논의를 위해 스웨덴의 정책목표와 현실 간의 격차를 설명하는 모형을 제시한다. 또한 정책결정요인론의 일반론에 따라 스웨덴의 정책 미스매치를 설명하기 위한 기본 틀을 제시한다. 틀의 근거와 도출 과정은 2장 본문에서 상술한다.

2. 이론적 논의와 사례연구의 기본 틀

1) 코로나19 정책대응 방식과 모형화

각국은 다양한 형태의 정책으로 코로나19 위기에 대응하고 있다. 본 연구는 초기 대응에서 감염 확산 방지와 인명피해 최소화가 가장 중요한 정책목표임을 전제로, 이를 평가할 수 있는 정책 유형들을 논하고 모형화를 진행한다.

공공정책이나 공공사업을 운영하는 방식은 행정학, 정책학, 정치학의 오랜 논제였다. 고전적 관리방식은 막스 베버의 관료제모형을 원류로 하여 베버식 모형(Weberian Model), 전통행정이론(Traditional Public Administration), 정통관리모형(Orthodox Management Model) 등으로 분류되어 왔다. 이 중 상당 내용은 현대의 대안적 관리모형, 즉 신공공관리론, 공공선택이론, 거버넌스론 등을 설명하고 차별화하는 과정에서 정리되기도 했으나 전통 관료제모형이 오늘날에도 기본 관리방식인 점은 부인하기 어렵다.

Kettle(2002)는 미국 정치사에 따른 정치철학을 기준으로 관리의 이념과 방식을 구분한다. 그는 관료제 중심의 윌슨주의(Wilsonian), 권력균형 중심의 매디슨주의(Madisonian), 하향적 강성 지배구조 중심의 해밀턴주의(Hamiltonian), 상향적 온건 지배구조 중심의 제퍼슨주의(Jeffersonian)를 교차시켜 관리 방식에 대한 두 모형을 도출했다. 하나는 지배층에 권력이 집중되는 하향적 관료제적 권위모형이고 다른 하나는 비관료제적 기관에 권력이 집중되고 상향적 권위, 지방정부의 통제, 체제 하위층에 대한 높은 반응성을 특징으로 하는 연방주의모형이다.

White(1989)는 현대 사회의 분산된 권위와 정부 역할의 변화 상황에서 두 가지 통치이론을 제시하는데, 바로 전통적 행정학과 공공선택론이다. 전통적 행정학은 기관과 조직의 효율성과 효과성을 중시하고 관료제를 제도의 중심으로 삼는 한편, 권위의 집중, 계층적 통제를 특징으로 한다. 공공선택론은 새로운 제도 설계에 관심을 두고 분산된 권위 체제와 시장지향성, 주민 선호 반영 메커니즘을 선호한다.

Osborne과 Gaebler(1992)는 전통적인 관료제 정부와 기업가적 정부를 구분한다. 전통 관료제 정부에서 정부는 직접적인 서비스 공급자로서 '노젓기' 역할을 하고 법령과 규칙, 명령과 통제, 행정 메커니즘 중심의 관리, 계층제적 책임확보를 중시한다. 기업가적 정부는 비정부 조직도 공공서비스를 공급할 수 있도록 권한을 부여하고 '방향을 잡아주는' 역할을 하며, 임무 중심의 참여와 팀워크 및 네트워크의 중시, 시장 메커니즘 중심의 관리, 참여적 대응성 확보에 초점을 둔다.

Denhardt와 Denhardt(2000)는 전통행정이론과 신공공관리를 비교하고 있다. 전통행정이론은 이미 결정된 정책목표를 존중하고 대의민주주의의 계층제적 책임 확보와 통제를 관리의 핵심으로 삼는다. 이에 비해 신공공관리론에서 정책목표는 새롭게 창출되고 고객에 대한 책임으로 시장에 의한 문제 해결, 분권적 조직구조를 강조한다.

Politt과 Bouckaert(2011)은 베버주의 모형과 신베버주의 모형을 구분하고 전자는 전통적 법치주의 내지 합법성을, 후자는 베버주의의 특징에 공공관리의 능률성을 함께 강조하는 것으로 설명한다.

이상 논의에서와 같이 공공부문의 관리방식은 크게 전통 관료제모형과 신공공관리 등의 대안모형으로 구분된다. 전통 관료제모형은 계층제적 관료제를 중심 메커니즘으로 정책의 효과성을 중시하며 권위와 권력의 집중과 통제를 특징으로 한다. 대안적 모형은 훨씬 다양한 요소를 내용으로 담고 있는데, 공통적으로는 체제의 하위부문 또는 구성원의 요구에 대한 대응성과 효율성을 중시하고 분산된 권위와 권력, 참여, 시장제도의 활용, 기존 제도나 조직을 전제로 하기보다는 제도와 조직에 대한 유연한 접근, 새로운 제도의

설계 가능성에 주목한다.

이 논문에서는 공공관리에 대한 이상의 선행연구를 바탕으로 코로나19 정책대응 모형을 두 가지로 구분한다. 첫째, 경성규제모형은 베버 이론을 중심으로 하는 기존의 전통 관료제모형에 가깝다. 정책목표는 당면 문제를 해결하기 위해 구체적으로 설정되고 단일 혹은 제한된 범주의 정책목표를 효과적으로 달성하기 위해 집권과 통제 중심의 관료제 메커니즘이 적극 활용된다. 집행과정에서 인적·물적 자원이 최대한 동원되고 신속 정확한 정책 운영을 위해 계층제의 위계에 따른 권한과 책임의 일치, 명령통일, 하향적 결정과 집행이 중시된다. 둘째, 연성자율모형은 경성규제모형의 요소와 상반되는 형태를 기본으로 한다. 정책목표는 포괄적이고 유동적이다. 직업 관료보다는 전문가와 이해관계자의 참여가 폭넓게 허용되고 분권적 상향적 결정과 집행이 중시된다. 상하위계 질서보다는 전 방위의 조언과 권고를 수용한다.

이상의 모형은 구체적인 실증 경험을 전제로 한 것이 아니라 관념형 내지 이념형(ideal type)이다(Britannica.com). 개별 국가나 사례에 적용할 경우 요인별로 적합성이 다를 수 있고 변형과 이형이 나타날 수 있지만 특정 국가나 체제의 전반적인 상황을 설명하는 데는 유용한 도구가 될 수 있다.

실제 코로나19에 대한 각국의 상이한 정책대응과 전략은 비교론적 관점에서 학계와 실무계의 주목을 받고 있다. OxCGRT Team은 코로나19에 대한 정부대응의 엄격성을 지표로 개발하고 150개국 이상을 대상으로 일별 자료를 제공하고 있다.²⁾ 정부대응엄격성 지수(COVID-19 Government Response Stringency Index)에 포함되는 기본 지표는 학교봉쇄, 직장봉쇄, 공공행사 취소, 모임제한 규모, 대중교통 폐쇄, 자가격리 또는 자택생활 의무화, 국내여행 제한, 해외여행 제한, 보건정보 공지의 9개다(Hale et al., 2020). 이 지표는 0~100의 점수로 나타나는데, OxCGRT Team은 이 점수가 우수성을 나타내는 것이

2) OxCGRT Team의 코로나19 정부대응추적프로그램(COVID-19 Government Response Tracker)은 경제대응지표군, 보건제도지표군을 별도 측정하여 정부대응엄격성 외 일반정부대응도, 봉쇄·보건대응도, 경제지원도 등을 제시한다. 지표와 지수는 일일 단위로 측정된다(Hale et al., 2020).

아니며 엄격성에 대한 국가 간 상대적 비교를 위한 것임을 강조하고 있다.

스웨덴의 코로나19 정책대응 유형과 특성을 검토하는 데 경성규제모형과 연성자율모형의 이분론은 특징을 양분한 것으로서 단순 비교에 용이하다. 이에 서열 내지 등간 척도를 활용한 OxCGRT Team의 정부대응엄격성 지수를 함께 이용하여 구체적인 내용 이해에 도움을 얻을 수 있다.

2) 코로나19 피해와 정책 미스매치

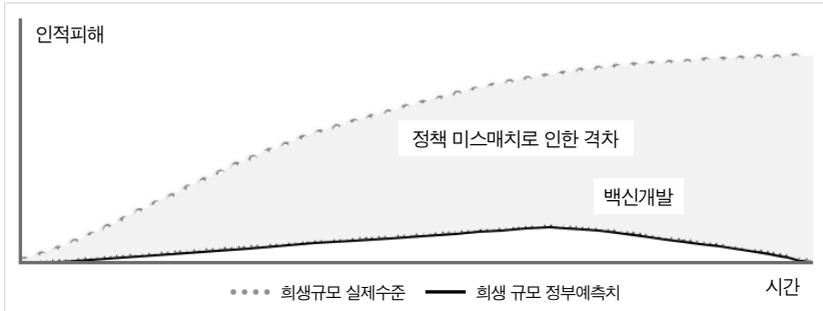
지금까지 어느 나라도 코로나19의 충격을 피해가지 못하고 있다. 특히 초반에 신속히 대처하지 못해 많은 인적 피해를 경험한 나라들이 있는데 스웨덴은 그 중 하나다. 초기 피해가 심각한 나라들의 현실을 정부의 정책적 기대와 비교하여 도식화하면 <그림 1>과 같이 의제할 수 있다.

<그림 1>은 인적 피해를 기준으로 정책기대와 실제 간의 격차를 구체적인 수치나 시간 표기 없이 개괄적으로 나타낸 것이다. 상단 곡선은 실제의 확진자수, 사망자수, 또는 치료수요자수로 측정할 수 있고, 하단 곡선은 기존의 정책 역량을 반영한 정부의 코로나19 대응 목표이자 계획으로 확진자수·사망자수·치료수요자수 등의 기대치에서 도출할 수 있다. 여기서는 구체적으로 3월 31일~7월 31일 스웨덴의 전국 단위 집중치료입원신청자수(상단 곡선)와 실제 집중치료입원환자수(하단 곡선)를 적용했다(Svenska Intensivvårdsregistret, 2020, <그림 5> 참조). 하단 곡선의 변곡점부터는 가상적으로 설정했는데, 변인은 백신개발이다.

스웨덴의 경우, 7월 21일 미래시나리오 정부보고서 초안에서 담은 첫 번째 최상의 시나리오는 <그림 1>의 정부 기대선과 유사하다. 즉, 감염률이 상대적으로 낮은 상태로 유지되다가 확산세가 서서히 줄어드는 형태다(Folkhälsomyndigheten, 2020b).³⁾ <그림 1>의 형태는 Korhonen과 Granberg(2020:

3) 두 번째 시나리오는 가을에 2차 확산이 행해지고 2021년 초 피해가 다시 정점에 달할 것이라는 내용이고, 세 번째는 첫 번째 최상의 시나리오와 두 번째가 결합하여 지역별 소규모 집단 감염이 반복될 것이라는 내용이다(Folkhälsomyndigheten, 2020b; The Local Sweden,

〈그림 1〉 코로나19 피해의 정책예측과 현실 간 격차



7-8)가 백캐스팅(*backcasting*) 개념을 활용, 백신개발과 접종을 주요 기점으로 한 후 그로부터 시간을 조금씩 되돌려 가까운 미래 내지 현재 시점에서 필요한 전술적 조치와 상황을 제시하는 형태와도 부합한다.⁴⁾

본 연구에서는 정책의 기대와 실제 현황의 격차가 정책 미스매치로 발생한다고 본다. 미스매치란 일반적으로 특정 상황에서 계획과 실제 간, 개별 요소의 기능이나 운영들 간, 목표와 수단 간에 격차나 부정합, 불일치가 발생하는 것을 의미한다. 이 용어는 정책연구에서도 사용되는데, 구체적인 개념과 의미는 다양하다.

보건의료정책에서는 암질환의 예방정책에 대한 예산제도의 부적합, 국내 정책과 국제정책 간의 불일치, 과학적 설명과 실제 인간 행태 간의 부정합을 제시한 사례(Sullivan et al., 2012), 만성질환정책의 내용과 실제 결과와의 격차를 분석한 사례(Beilby and Holton, 2005), 보건세(health tax) 정책에서 해당 세제의 근거와 현실 간의 불일치로 보조금이 재정 급증만 초래한다는 연구(Enthoven, 1985) 등이 있다.

도시정책에서는 공간 스케일 간의 미스매치(*scalar mismatches*)로 정책의

2020b).

4) 포캐스팅(*forecasting*)이 미래에 대한 가치중립적 예측을 의미하는 데 반해, 백캐스팅은 미래의 성공적이고 바람직한 목표를 전제로 그 앞서의 상황을 의도하여 정의하고 실천적 전술을 제시한다(Korhonen and Granberg, 2020: 2).

내용과 과정이 영향을 받고 새로운 권력관계로 재편되는 상황을 분석한 연구가 있다. 지역, 국가, 세계 등 서로 다른 스케일은 정책의 관점과 목표, 이해관계에 차이가 있는데 이로 인해 정책과정에서 사회세력 간 갈등과 정치 현상이 역동적으로 발생한다. 계획·개발 대상이 되는 지역사회와 도시정부 간, 또는 대상 지역사회와 국가 간 목표와 요구에 미스매치가 발생한 사례 분석이 이에 해당한다(Hwang, 2014; Hwang, 2015).

그 외 하천 개발의 세부 목표 간의 부정합이 수질 등에 장기적으로 미치는 영향 연구(Huang, 2011), 교통정책에서 도시의 기능과 특정 교통유형 운행의 부정합 연구(Oteng-Ababio and Agyemang, 2015), 사회정책에서 삶의 만족도에 영향을 주는 요소로 자유주의와 같은 정치적·경제적 성향에 대한 개인의 선호와 국가 수준의 지향성 간의 격차를 미스매치로 보고 분석한 사례(Hadsella and Jones, 2019), 군사정책에서 작전의 목표와 실제 사용되는 자원의 규모 및 우선순위가 부적합할 때 전략과 정책의 미스매치로 설명한 연구(Bonds et al., 2014) 등이 있다.

기존의 연구들에서 미스매치 개념을 정리하면 정책의 목표나 기대치를 달성하는 데 실제 동원되는 자원의 양이나 우선순위 간의 부정합, 정책의 세부 요소나 내용 간의 비일관성, 서로 다른 스케일의 정책주체 간 지향성의 격차로 볼 수 있다. 이 개념은 정책의 목표와 실제 성과 간 격차를 설명할 때나 정책과정의 변동을 설명할 때 유용하다. 미스매치의 개념이 아직 정밀하지 못하다는 한계가 있지만 불확실성이 큰 코로나19 위기를 분석하는 데는 다양하고 종합적인 탐색이 필요한 만큼, 포괄적이고 개방된 개념이 도움이 된다.

논리적으로 미스매치 자체가 실패나 잘못을 의미하는 것은 아니다. 규범적 조건과 현실이 어긋남으로 인해 그 결과는 긍정적일 수도 부정적일 수도 있다. 다만 본 연구는 코로나19 초기 대응에서 방역을 최우선 목표로 하는 효과적인 정책모형을 규범 내지 기준으로 하고 있기 때문에 이와 미스매치가 일어날 경우 그 결과는 실패나 부정적 성과가 된다.

이 논문에서 미스매치란 코로나19 질환의 확산을 최소화하는 데 유용하고 바람직한 특징(또는 상황)과 현실의 특징(또는 상황) 간의 부정합으로 정의

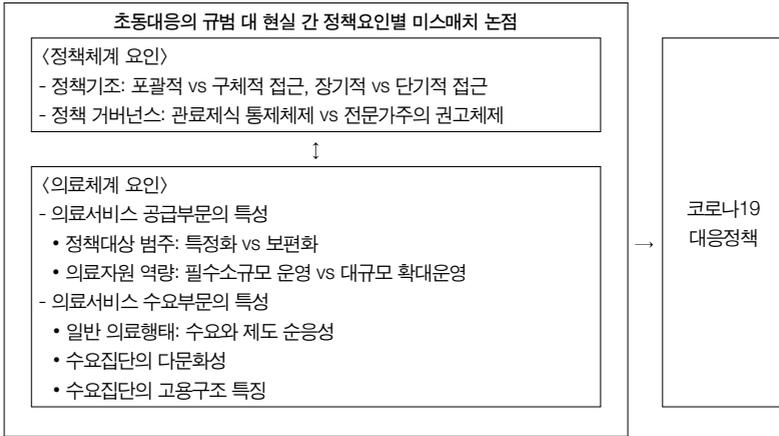
한다. 평시에는 무리 없이 작동되던 조건도 위기에서는 이탈적으로 기능할 수 있다. 또한 위기에서 새로운 요인이 작용하여 부정합의 상황을 야기할 수 있다. 여기서는 구체적으로, 스웨덴의 기존 의료정책과 의료체계의 특징 및 요인이 코로나19 대응에 바람직한 요건에 어긋나거나 부정적으로 이탈하는 것을 미스매치로 설명한다.

한편 의료정책과 의료체계에 영향을 주는 요인은 다양하다. 정책의 유형과 내용에 영향을 주는 요인은 사회과학 전반에서 논의되어 왔다. 정책학과 행정학에서는 정책결정요인론을 중심으로, 정치학에서는 정책을 정치체제의 산물이라고 보는 관점에서, 경제학과 재정학에서는 경제정책과 재정정책의 변수를 탐색하고 분석하는 내용으로 연구가 진행되었다. 전통적인 정치학과 행정학에서는 정책을 결정하는 내부 체제의 구조, 운영방식, 정책 담당자의 역량과 성향, 문화 등에 공통적으로 관심을 두었고, 1950년대 이후부터는 생태론과 체제론적 접근법에서 좀 더 포괄적인 사회적 경제적 환경 요인의 중요성이 주목을 받았다.

정책의 영향요인을 체계의 내부 요인과 외부 요인으로 구분하는 것은 가장 일반적인 분류론의 하나다. 정책체계의 내부 요인으로는 공식적인 결정권층의 패러다임이나 이데올로기, 결정 및 집행 구조가 중요하다. 개별 정책의 외부 요인은 체제에 대한 투입 및 산출과의 관계로 정리되기도 하고 정책 산물의 공급과 수요라는 관점으로 논의되기도 한다. 정치행정학에서는 스테이크홀더 또는 이해관계집단을 유형별로 구분하여 외부 영향요인을 설명하기도 하며 정치적 이데올로기나 이념체계의 형태별로 분석하기도 한다. 여기서는 코로나19 대응정책에 영향을 주는 요인으로 정책체계의 내부 특징과 의료서비스라는 정책 산출의 공급 및 수요 부문의 특징들로 구분하고 각각의 주요 요인을 설정하였다(〈그림 2〉).

첫째, 정책체계 요인 중 정책목표와 대응방침을 포괄적으로 접근하는지, 구체적 세부적으로 접근하는지가 코로나19 위기관리에서도 중요하다. 이러한 영역 범주를 시간에 대한 범주와 함께 고려함으로써 정책기조의 특성을 더욱 명확히 할 수 있다. 즉, 포괄적·구체적 접근과 장기적·단기적 접근으로

〈그림 2〉 코로나19 대응 미스매치의 설명요인



조합하여 정책의 방향과 성격을 설명할 수 있다. 또한 정책을 결정하고 집행하는 구조가 관료제를 중심으로 명령통일, 집권, 통제 중심으로 운영되는지, 전문가집단을 중심으로 합의, 분권, 권고 형태로 운영되는지도 중요한 내부 요인이다.

둘째, 의료체계 요인은 의료정책 전반에 적용되는 일반적인 변인과 여건을 포괄한다. 의료서비스의 공급 측 요인 가운데 서비스 공급대상 범주가 특정화되어 있는지 보편적인지, 혹은 공급대상의 우선순위 조건이 무엇인지에 따라 코로나19 대응정책도 영향을 받을 것이다. 의료자원의 규모 내지 역량은 공급부문의 핵심 요인인데, 코로나19와 같은 고전염성 감염질환 대응에서는 특히 중요하다.

의료수요는 의료공급 영역보다 실체와 개념 규정, 측정 등에 상대적으로 이견이 많고 다양한 사회적 정책적 요인의 영향을 받는다.⁵⁾ 의료수요측 요

5) 의료수요는 개별 가격에서 소비자가 기꺼이 지불하고자 하고 지불할 수 있는 의료서비스의 양, 사회구성원이 원하는 의료서비스의 양, 또는 질병이 있거나 건강하지 않은 상태에 있는 개인의 실제 의료소비 수준 등으로 정의된다. 현실에서 의료수요를 측정하는 데는 입원환자 수, 병원의 담당포괄인구, 평균 입원일, 대기 시간 등이 활용되는데, 개별 지표마다

인은 전통적으로 진료비로 대표되는 가격 변수 외에 수요계층의 경제적 사회적 문화적 변수가 광범하게 포함된다. 가장 많이 거론되는 요인은 소득, 진료비, 소비자의 성향과 특성, 사회규범과 전통, 서비스 수준과 공급, 정부 정책 등이다(Santerre and Neun, 1996: 59-62, Wella et al., 2018; Babalola, 2017; Currie, 2016). 이 논문에서는 이러한 요인을 세부적으로 논의하지 않고 코로나19 상황과 관련되는 요인에 주목하였으며, 선행연구를 참고하여 스웨덴 사례를 설명하는 데 의미가 있을 것으로 판단되는 내용을 선정하였다. 구체적으로는 사회구성원의 의료에 대한 일반 행태, 수요집단의 다문화성, 수요 집단의 고용구조 특징이 이에 포함된다.

3. 스웨덴 코로나19 현황과 대응정책

1) 스웨덴의 코로나19 현황

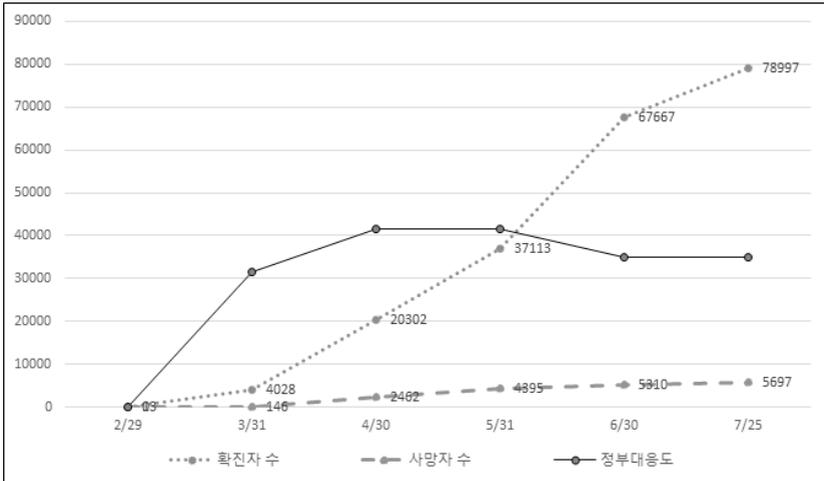
인구 1035만 명(SCB, 2020b)의 스웨덴에서 코로나19 누진 확진자와 사망자 수는 7월 25일 기준 각각 7만 8997명, 5697명이다. 자료가 존재하는 148개국 중에서 100만 명당 사망자는 다섯 번째로 많으며, 한국의 약 94배다(WHO, 2020; Statista, 2020). <그림 3>은 두 번째 확진자가 발생한 2월 말부터 7월 말까지 누진 확진자수와 사망자수, 정부대응도를 표기한 것이다.

5개월 동안 감염자수와 사망자수가 모두 증가하고 있는데, 특히 전자의 상승세가 가파르다.⁶⁾ 그림 중앙의 정부대응도는 OxCGRT Team(2020)의 정부대응염격성 지표를 일별로 표기한 것이다. 해당 기간 확진자 최고 수준에

한계가 있고 해석에 유의해야 한다(Santerre and Neun, 1996: 47-57; Wella et al., 2018; Thomas, 2003: 55; Babalola, 2017; Currie, 2016).

6) 매월 말 기준 자료로 작성한 것이므로 해당 기간의 전체 추이만 나타내며, 일별 변동에 따른 세부 추이를 반영하지 못하는 한계가 있다. 일별 변동 현황은 Our World in Data (2020a), OxCGRT Team(2020) 참조.

〈그림 3〉 확진·사망·정부대응도 현황(2.29~7.25)



자료: 확진자수와 사망자수 자료는 Our World in Data, 2020a.

정부대응도는 OxCGRT Team(2020)의 원자료에서 확진자 80,000을 100%로 환산하여 표기

근접하는 8만을 100%로 환산한 것이기 때문에 실제 수치에 의미를 둘 수는 없다. 다만 정부대응도 자체가 시간에 따라 어떻게 변화하는지 살피고 확진자 규모와 정부대응도 간의 관계와 추이를 확인할 수 있다.

스웨덴의 코로나19 초기 상황을 정부 대응 중심으로 정리하면 다음과 같다(Folkhälsomyndigheten, 2020a; The Local Sweden, 2020c; Mayer and Lewis, 2020).

1월 31일, 우한 방문자 중 첫 감염사례가 확인되었다. 2월 25일 이탈리아 여행자들에서 두 번째 확진 사례가 나온 후 경계 수위가 매우 낮음에서 낮음으로 높아졌다. 3월 2일 위험경계도는 낮음에서 보통으로 변경되었고, 10일 다시 매우 높음으로 상향조정되었다. 3월 11일 첫 사망자가 발생하며 공중보건청은 세부 지침을 공지했다.⁷⁾ 유치원을 포함, 의무교육기관(15/16세가

7) 사회적 거리두기, 고등학교·대학교의 온라인 수업 전환, 근무지의 사회적 거리 확보, 감기 등의 증상이 있는 근로자의 재택근무, 불필요한 여행 자체가 권고되었으며 500명 이상의 행사가 금지되었다(Folkhälsomyndigheten, 2020a)

지)은 그대로 운영되었고 초등학생의 증상 유무를 확인하고 등교를 결정하는 것은 부모 책임으로 두었다. 야외활동은 적정 거리를 유지하는 한 장려되었고 상점과 사업체도 고객과 종사자 모두 적정 거리를 유지한다는 조건으로 영업을 지속했다.

3월 16일, 확진자는 1000명을 넘어섰다. 병원, 요양원 등에 필수적이지 않은 방문을 피하고 70세 이상은 가능한 집에 머무르도록 권고되었다. 수도 스톡홀름에서는 재택근무가 권고되었고 검사 대상은 감염 취약층에 초점이 주어졌다. 학교봉쇄는 여전히 개별 학교가 자율적으로 결정하도록 했는데 인근 북유럽 국가들이 정부 차원에서 봉쇄를 결정한 것과 대비되었다. 3월 27일, 50명 이상의 행사가 금지되며 대응이 강화되었다. 3월 동안 정부는 사회 전반의 감염 확산 억제 및 지연을 목표로 최중증 환자를 돌보는 의료 기능에 초점을 두었다.

4~5월 감염자와 사망자가 크게 증가했으나 그에 상응하는 더 이상의 규제 강화는 없었다. 불보 등의 대기업이 3~4월 공급체인의 문제를 주된 이유로 스웨덴 공장을 일시 봉쇄했다가 4월 20일 다시 가동했다. 사회 필수 영역에 종사하는 부모를 위한 자녀돌봄시설은 계속 운영을 원칙으로 하고, 봉쇄 여부는 개별 시설이 자율적으로 결정토록 했다.

6월 휴가철을 맞아 학교와 다수의 사업장이 방학 또는 휴가에 들어갔다. 방역지침은 일부 완화되었고 증상이 없는 이들에게는 국내 여행을 허용했다. 해외여행은 계속 규제되었는데, 필수적인 경우를 제외하고 다른 유럽국가에서 스웨덴으로의 입국이 제한되었으며 불필요한 해외여행은 7월 15일 까지 제한키로 했다. 6월 정부보고서에서 코로나바이러스 사망률이 계절독감 사망률의 약 6배로 발표되었다. 스웨덴이 최악의 고비를 넘겼는지에 대한 국내외 평가는 엇갈렸다.⁸⁾ 6월 23일 하지축제를 맞아 병원치료 사례가 의료체계의 역량 이상으로 증가하지 않도록 모든 사회구성원에게 협조가 거

8) 유럽질병통제센터(European Centre for Disease Control)는 부정적이었으나 공중보건청 소속 역학부서의 국가역학관(State Epidemiologist) 텡넬(Anders Tegnell)은 긍정적으로 보았다(The Local Sweden, 2020c).

듬 당부되었다.

7월 들어 여름 생활을 위한 방역지침이 일부 업데이트되었다. 공중보건청은 사회적 거리를 처음으로 구체화했는데 레스토랑과 카페에서는 모임 간 적어도 1미터 거리를, 사람들 간에는 팔 길이 이상 거리를 두도록 권장했다. 7월 14일 국립보건복지위원회는 요양원 방문 제한을 8월 말까지로 연장하고 예외 상황을 제시했다. 7월 16일, 수도권인 스톡홀름 지역 병원의 코로나 바이러스 환자수가 3월 초 이후 처음 100명 이하로 감소했다. 7월 25일 기준, 확진자·사망자·집중치료입원환자의 증가세는 종전에 비해 둔화되었다 (Our World in Data, 2020a; Svenska Intensivvårdsregistret, 2020).

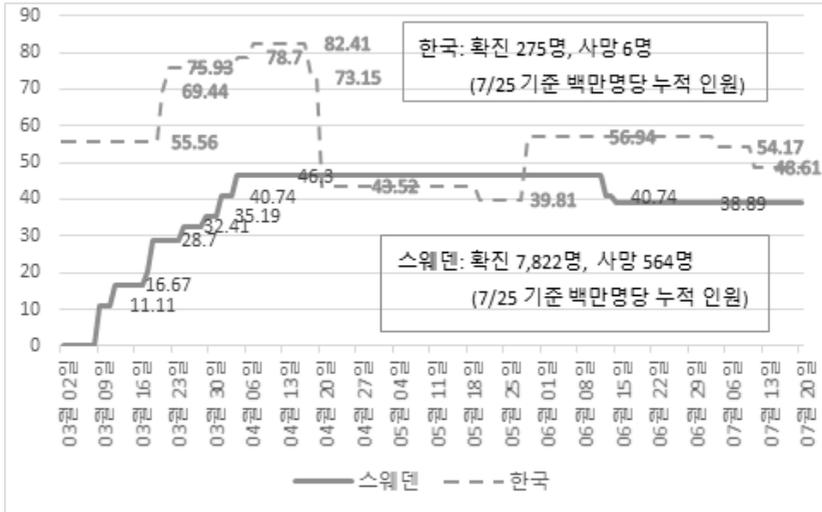
2) 스웨덴의 정책대응 방식: 연성자율모형

7월 말까지 스웨덴은 상대적으로 규제가 약하고 유연한 조치를 취하였는데, 이는 ‘비정통적’, ‘야외실험’, ‘자유방임’ 등으로 평가되었다(Mayer and Lewis, 2020: 4; Hensvik and Skans, 2020: 1-2). 그 내용은 본 연구에서 제시한 연성자율모형에 가깝다. 스웨덴의 정책대응에 대한 선행 연구를 검토하면 다음과 같다.

Korhonen과 Granberg(2020)는 5월 말까지의 스웨덴 정책과 상황에서 특히 집단면역 전략에 주목하였다. 이 연구는 정부가 적극적으로 개입하는 대신 시민과 사회의 자율에 기대한 특징을 분석하는 데 백캐스팅(backcasting) 개념을 활용한다. 정부가 암묵적으로 미래의 집단면역 상황을 목표로 자율적 조치를 행하면서 한편으로는 백신개발을 기점으로 상황이 호전될 것으로 기대한다고 해석했다.

Hensvik과 Skans(2020)는 코로나19의 노동시장에 대한 영향과 정부 대응의 초기 성과를 분석하여 스웨덴의 경제정책 대응을 연구하였다. 스웨덴은 다른 선진경제국가에 비해 경제에 대한 제한과 규제를 최소화함으로써 회복 속도가 상대적으로 빠를 것으로 기대했다. 단기 평가 결과, 노동시장은 큰 타격을 피할 수 없었지만 연구 시점 기준으로 스웨덴의 재정 건전성은 지속

<그림 4> 스웨덴의 정부대응엄격성: 한국과의 비교



자료: OxCGRT Team, 2020.

가능한 것으로 평가되었다. 장영욱·윤형준(2020)는 7월 말까지의 보고서와 보도자료를 활용하여 장기전망은 불투명하지만 단기적인 경제 타격은 상대적으로 적었다고 평가한다.

Munoz(2020)는 스웨덴 정부관계자의 발표와 권고 내용을 분석하여 정부가 정책결과를 개인책임으로 전가시키고 자율과 책임을 강조하는 국가 이미지를 강화하는 경향이 있음을 지적한다. Mayer와 Lewis(2020)는 유럽과 아시아의 다양한 코로나19 대응 전략을 비교하여 스웨덴 방식을 자유방임형으로 판단하고 초기 대응의 성과를 부정적으로 판정했다.

국제기구와 일부 국가들은 스웨덴의 대응을 한 때 대안적 경로로 평가하기도 했다(WHO, 2020). 그러나 4~5월 높은 사망자와 확진자가 기록되자 부정적 평가가 높아졌는데, 스웨덴은 그런 비판에도 큰 변화 없이 기존 정책을 유지했다. 정부는 “필수적인 전략을 모두 취했고 다른 나라들과 큰 차이가 없다”는 점을 계속 강조했다(Reynolds, 2020).

스웨덴 정부의 연성 대응은 OxCGRT Team의 코로나19 정부대응엄격성

〈표 1〉 스웨덴의 검사정책과 추적정책: 한국과의 비교

구분		2월	3월	4월	5월	6월	7월
검사 정책	스웨덴	제한적 검사				6/4 개방검사	
	한국	2/7 개방검사					
추적 정책	스웨덴	전수추적		3/25 선별추적			
	한국	2/11 전수추적					

자료: OxCGRT Team(2020).

지수에서, 그리고 검사 및 확진자 추적정책에서도 확인된다. 우선 〈그림 4〉에서와 같이 3월 1일~7월 20일 스웨덴 정부의 대응엄격성은 최고 46.3이었으며(4/4~6/12), 7월 말 기준 38.89로 다시 낮아졌다. 피해가 적었던 한국보다도 엄격성이 낮다. 특히 코로나19 확산의 초반이던 4월 중순까지 두 나라의 엄격성은 크게 차이 나는데 확진자와 사망자 현황을 고려하면 스웨덴의 대응은 매우 소극적이었다.

〈표 1〉은 검사정책과 추적정책을 나타낸 것이다. 한국과 비교하였을 때 스웨덴의 소극적 대처가 다시 확인된다. 스웨덴의 바이러스 검사정책은 6월 초까지도 제약이 있었다. 증상이 있더라도 일차의료기관의 이원조건서가 있을 때만 검사가 가능했다. 이런 제한이 풀린 것은 6월 4일부터인데 증상이 있는 모든 이를 대상으로 무료 검사를 결정했다. 한국은 자발적 검사 비용을 자부담시키더라도 2월 7일부터 모든 유증상자가 검사받을 수 있도록 했다(OxCGRT Team, 2020; Our World in Data, 2020a).

감염자 추적에서 스웨덴은 상황이 악화됨에도 추적방식 수위를 낮추었다. 3월 24일까지는 모든 확진자에 대해 전수 추적했으나 그 후부터는 제한된 경우에 한해 선별적으로만 확인하고 있다. 한국이 2월 11일부터 모든 확진자 경로를 전수추적하는 경우와 역시 대비된다.

이상에서와 같이 스웨덴은 정부의 직접적인 관여도가 낮은 연성자율모형을 택했고 개인의 책임과 자발적 실천을 강조했다. 결과적으로, 코로나19 위기를 초기에 효과적으로 대응한 국가들이 대체로 강성규제모형을 택한 것과 비교된다.

3) 스웨덴 대응 방식의 근거: 기존 논의와 한계

스웨덴은 현대사를 거치는 동안 여러 영역에서 독자적인 사회적 정책적 모형을 형성해 왔다.⁹⁾ 그런데 코로나19 상황에서 다시 ‘스웨덴 모형’의 이름을 얻었다. 2020년 전반부까지 이 명칭은 주로 부정적으로 사용되고 있다 (Ghitis, 2020; Bergstrom, 2020). 인근 북유럽 국가와도 다른 스웨덴의 초기 대응과 높은 인적 희생을 두고 언론과 학계에서 많은 논의가 있지만 현재까지는 대부분 현상 기술에 그치고 있다. 스웨덴 방식의 배경이나 근원에 대한 구체적이고 체계적인 설명은 여전히 부족하다.

전반적으로 스웨덴 정부는 코로나19 위기를 맞아 의료정책 및 관련 사회 정책에서 기존의 정책내용을 특별히 새롭게 ‘변동’시키거나 특단의 조치를 취하는 대신 기존의 정책을 기본으로 유지하는 경로의존적(path-dependent) 운영, 또는 약간의 변화를 추구한 점증주의적(incremental) 접근을 택한 것으로 볼 수 있다. 봉쇄정책이 효과적이라는 근거가 없거나 오히려 전면적인 규제가 부작용을 초래할 수 있다는 등의 정부측 우려는 당시의 정책 기조를 반영한다(Edwards, 2020).

그렇다면 급박한 상황에서 왜 소극적으로만 대응했을까. 이에 대한 원인을 찾기는 쉽지 않다. 짧은 기간 발표된 선행연구에서도 스웨덴 대응방식의 근거에 대한 탐색은 미진하다. Korhonen과 Granberg(2020)은 스웨덴의 ‘면역집단 전략’을 설명하면서 “정부가 암묵적으로 미래에 집단면역이 달성될 것을 목표로 자율적 조치를 행하면서 한편으로는 백신개발을 기점으로 상황

9) ‘스웨덴 모형’은 북유럽 국가를 대표하는 보편주의 복지체제, 또는 복지와 경제성장이 동반하는 체제로 가장 먼저, 그리고 가장 많이 알려져 왔다(Etzemüller, 2014; Taylor, 2005; Kokko, 2010; Rojas, 1991; Childs, 1936). 북유럽 복지가 비판받을 때는 ‘스웨덴 모형’이 실패의 상징이기도 했다(Källberg, 1972; Childs, 1980). 그 후 1990년대 초 금융위기를 성공적으로 극복한 사례로 거시경제에서 ‘스웨덴 모형’이 등장했는데, 2008년 세계금융위기를 계기로 재차 부각되었다(Viana, 2016; Jonung, 2009; Purvis, 2008; Blyth, 2001). 2000년대부터는 친환경 혁신과 바이오에너지 등의 환경부문에 ‘스웨덴 녹색모형’이 주목받고 있다(McGrath, 2016; Jansson, 2015; Johansson, 2015).

이 호전될 것으로 기대한다”고 해석했다. Munoz(2020), Rambaree와 Nässén(2020), Yaya 등(2020)은 정부가 개인의 책임과 자율에 의존하는 것이 특정 취약계층에는 부정적 결과를 낳았음을 지적한다. 직접적으로는 시티즌십에 대한 정부의 높은 기대를 근거로 제시하고 간접적으로는 위험도에 대한 정부 인식의 한계를 원인으로 시사한다.

Mayer와 Lewis(2020)는 코로나19 대응과 성과에 국가의 정치적 현실과 제도, 사회경제적 조건과 공중보건 및 의료 대응 역량, 종교의식 등이 중요한 역할을 한다고 주장한다. 그러면서도 스웨덴이 강조하는 시티즌십과 일반 가치의 역할은 실제 유효성이 떨어진다고 평가하여 역시 사회구성원에 대한 기대가 스웨덴 정부의 결정 요인이었음을 나타낸다. 한편 Glover 등(2020)은 봉쇄정책의 부작용을 인지, 분류하는 데 유용한 개념들을 개발했다. 이 연구는 스웨덴을 대상으로 한 연구는 아니지만 스웨덴 정부가 봉쇄정책의 부작용을 우려한다는 공언에 논리를 제공하고 있다.

Hensvik와 Skans(2020)와 장영욱·윤형준(2020) 등, 코로나19의 경제적 영향에 대한 연구에서는 스웨덴의 느슨한 정책이 소비를 비롯한 경제적 요소에 부정적 영향을 최소화하기 위한 노력과 목표라는 점을 간접적으로 설명하고 있다.

이상의 선행연구에서 스웨덴이 연성자율모형을 택한 가장 큰 이유는 ‘시민 개인의 자율적인 책임과 권리를 믿고 기대하기 때문’으로 정리된다. 그 외 경제 등 다양한 영역에서 부작용을 최소화하기 위해서라는 점이 직간접적으로 확인된다. 그러나 이들 역시 깊이 있는 분석은 아니고 대부분 단편적인 진술이어서 스웨덴 모형을 설명하는 데 한계가 있다. 본 연구는 다음 장에서 스웨덴의 정책 미스매치를 분석함으로써 정책요인별로 스웨덴이 연성자율모형을 택하게 된 배경과 근거를 구체적으로 제시하고자 한다.

4. 스웨덴 대응의 정책 요인별 미스매치

1) 정책기조의 미스매치

첫째, 스웨덴의 보건의료정책은 엄격한 과학적 의학적 접근보다는 정치·경제·사회·문화의 다양한 요인과 상황을 함께 고려하는 포괄적 장기적 접근법을 취해왔다. 공중보건 11대 목표에 사회참여와 영향력을 첫 번째 영역으로 하고 이어서 경제적 사회적 선결조건 등을 제시한 것도 하나의 사례다(SNIPH, 2013; Health and Medicine, 2017). 이들을 공중보건에 직접 영향을 주는 의학적 과학적 요인으로 보기는 어렵기 때문이다.

스웨덴 보건정책의 포괄성을 보여주는 또 다른 사례가 있다. 정부 보고서 「공중보건의 참신한 아이디어(Fresh Idea for Public Health)」는 6개의 모범건강도시를 소개한 것이다(National Healthy Cities Network, 2007). 그러나 제목과는 다소 이질적으로, 이민자를 비롯한 사회적 경제적 취약계층이 적극적이고 자발적인 지역사회 활동과 참여를 통해 정주여건을 개선하고 활성화시키는 사례가 주된 내용이다. 해당 사례를 작성한 시청과 주택시설 담당자들은 연구자와의 인터뷰에서 주민의 정치적 사회적 참여와 활동이야말로 개인과 사회의 정신건강을 비롯한 보건에 가장 중요한 요소라는 의견을 피력했다(최희경, 2012).

코로나19의 정책대응도 이러한 포괄적 장기적 접근방식의 연장이다. 코로나19 대응 목표는 크게 세 가지로 정리할 수 있다. 감염확산을 최소화하고, 의료보건 자원의 동원가능성을 최대한으로 보장·유지하며, 필수적인 사회서비스 및 경제와 일상 활동에 대한 영향을 최소화하는 것이다(government.se, 2020; Ministry of Health and Social Affairs, 2020; Rambaree and Nässén, 2020: 235; Hensvik and Skans, 2020: 2). 다른 국가들과 특별히 다르다고는 볼 수 없으나 현실에서는 개별 목표의 비중이 차이가 있다.

우선 감염 최소화는 가장 기본이고 우선되는 목표다. 스웨덴 정부는 일간브리핑을 통해 일관되게 ‘곡선을 평평하게 하는 것(to flatten the curve)’을 단

기 목표로 제시해 왔다. 이는 일정 기간 신규 감염자수를 더 이상 증가시키지 않고 점차 감소시킴으로써 기존의 의료체계가 환자를 더 잘 관리할 수 있도록 하고 이로써 감염자수를 일정 수준으로 제어한다는 전략이다. 또한 ‘일정 시간이 경과하여 백신 보급이 일반화되면’ 감염자 절대수를 감소시키고 최소화시킬 수 있다는 기대를 전제하였기 때문에 적극적인 대처와는 거리가 있었다. 초기에 희생자가 이미 급증한 상황에서 더 이상 최선의 목표를 제시하기 어려웠겠지만 정부가 ‘곡선을 평평하게’ 하려는 조치도 검사와 추적정책에서 보는 바와 같이 적극적이지 않았다.

의료보건 자원의 동원에 대한 목표는 주어진 여건에서 정부단위, 병원단위에서 최선을 다한 것으로 평가되나 기본 역량 자체가 제한된 상황에서 결과적으로 성과는 크지 않았다. 이는 의료체계의 공급부문 요인에서 상술한다.

마지막으로, 최대한 사회 필수 기능과 일상을 유지한다는 정책 목표는 공권력에 의한 규제를 피해간 근거가 되었다. 인근 북유럽도 학교를 비롯한 주요 시설을 봉쇄하고 비대면 교육을 실행했지만 스웨덴은 7월 말 기준, 의무교육기관과 유치원을 비롯, 경제 시설을 전국 단위로 봉쇄하거나 운영을 중단하지 않았다. 국가역학관 텅넬은 봉쇄조치가 효과가 있다는 과학적인 근거가 없고 장기적이고 궁극적으로는 오히려 부작용이 크다고 공언했다(Miltimore, 2020).

코로나19 대응의 포괄적 목적은 경제적 효과에 대한 논의에서도 나타난다. 스웨덴은 경제활동에 대한 제약이 약했기 때문에 경제에 대한 부정적 영향이 적거나 회복세가 빠를 것으로 기대해 왔다. 그러나 기대와는 별개로 실제 효과는 기준 시점에 따라 다르게 나타나고 있다.¹⁰⁾ 정부는 코로나19 대

10) 5월 기준, 규제가 강하지 않았음에도 노동시장을 비롯한 경제 전반이 타격을 받은 것으로 보고되었다. 6월 재무부 발표는 다소 긍정적이긴데 앞서 예측보다 부작용이 덜한 것으로 평가되었고 스웨덴의 공공재정이 상대적으로 건전하기 때문에 대체로 낙관적이라는 전망이 제시되었다(Hensvik and Skans, 2020: 18-19; The Local Sweden, 2020a). 그러나 7월 보도에서는 다시 부정적 평가가 나오고 있다. 스웨덴의 경제는 개방적이고 대외무역 의존도가 높은 특성을 지니고 있는데 세계 경제가 위축되는 상황에서 자국의 정상화 노력만으론

책이 경제 자체를 우선 고려하여 결정된 것은 아님을 강조했다. 정부대응책은 공중보건청이 주관한 것이고 정치권이나 경제학자들의 관여가 거의 없다는 점에서 정부의 설명은 설득력 있다(Mayer and Lewis, 2020: 1-2). 그럼에도 대응조치는 결과적으로 의학적 비중 못지않게 상당 수준 경제를 고려한 경로로 진행되었다.

일상생활을 가능한 유지한다는 스웨덴의 전략과 관련, 특별한 쟁점이 부각되었다. 집단면역을 기대한다는, 나아가 그에 ‘의존한다’는 평가와 비판이 그것이다. 봉쇄조치가 육체적 정신적 건강을 해치고 집단과 사회적 손상, 기회비용을 초래할 수 있다는 우려는 특히 확산 초기, 야외활동을 전통적으로 문화적으로 실행해 온 스웨덴인들에게 설득력 있게 받아들여졌고 이에 더하여 ‘부산물로서’ 집단면역에 대한 기대가 확산되었다(Glover et al., 2020; Vanttinen, 2020; Mai, 2020).

스웨덴의 집단면역 전략은 ‘청년을 중심으로 한 건강집단이 스스로 면역력을 개발한 후 노년 등의 취약층을 둘러싸고 보호하며 일종의 방패가 될 것’으로 해석되었다. 일부 연구자들도 스웨덴이 집단면역을 주된 자연과학전략으로 적용하고 있다고 지적했으며(Korhonen and Granberg, 2020: 3-4), 전임 국가역학관 린델(Annika Lindel)도 “공중보건청의 전략은 의도적으로 가능한 빨리 집단면역을 달성하려는 것”이라며 비판에 가세했다(Ekblom 2020).

스웨덴 정부는 공식적 지속적으로 “주된 전략은 집단면역(flockimmunitet)이 아니”며 “결과적인 부산물로 집단면역을 기대한 것이 과장된 것”이라고 응대했다(Ekblom, 2020; Savage, 2020, Radio Sweden, 2020). 그럼에도 공중보건청이 집단면역의 예측치를 공개했다가 다시 철회하는 과정에서 논란을 가중시킨 것은 분명하다. 집단면역 논란은 5월 들어 항체 형성 비율이 당초 기대에 크게 미치지 못하는 것으로 확인되고 사망자 급증세가 악화되면서 잦아들었지만 스웨덴 정책기조가 논란을 가중시킨 계기가 되었다.¹¹⁾ 과학자

는 한계가 있다는 것이다. 또한 비봉쇄 전략이 소비 활성화에도 크게 도움 되지 않은 것으로 나타났다. 오히려 강력한 규제를 행한 노르웨이의 경제가 상대적으로 나은 것으로 평가되고 있다(Goodman, 2020).

중에도 집단면역에 회의적인 이들이 있는 만큼 책임기관으로서 더욱 신중한 판단이 필요했던 경우다(Reynolds, 2020).

둘째, 코로나19 대응정책은 시민의 책임과 자율에 기대하는 바가 크다. 정부도 이를 인정하고 있다(Edwards, 2020; Reynolds, 2020; Miltimore, 2020; Trägårdh, and Özkırımlı, 2020). 선행연구에서도 개인책임에 대한 요소가 스웨덴 대응전략의 주요 특징으로 제시되었다(Korhonen and Granberg, 2020: 9-10; Rambaree and Nässén, 2020: 244-245; Mayer and Lewis, 2020: 7).

스웨덴의 보건의료정책은 일찍부터 개인가치와 자율적 건강관리를 강조했다.¹²⁾ Vallgård(2007; 2011)는 1990년대부터 20년간 작성된 북유럽 국가들의 공중보건 문서를 탐색하여 의료정책의 이념과 가치를 분석했다. 스웨덴은 2000년대 중후반까지 사회적 요인이 건강에 영향을 미친다는 점을 강조했다지만 2000년대 후반부터는 사회뿐 아니라 개인과 가족의 책임과 역할을 강조하는 방향으로 변화했다.

북유럽의 보건의료정책에서 정부가 시민 개개인의 책임과 참여를 강조해 온 데는 현실적인 이유가 있다. 이들 국가는 의료재정의 85%가 조세로 충당되는 국가의료체계를 운영하고 있다. 국가가 조세를 재원으로 국민의 건강을 보장하고 국민은 무상에 가까운 낮은 비용으로 의료서비스에 접근할 경우, 개인 스스로 자신의 건강관리에 최선을 다하여 공공지출을 최소화하는 것이 중요하다. 제도가 지속가능하도록 의료시설에 대한 수요 자체를 억제하는 것이다.

한편 의료분야의 역사적 경험도 규제를 꺼리는 정책기조의 연원으로 해석

11) 4월 말 국가역학관 텡넬은 언론 인터뷰에서 '표본과 모형 데이터에 의하면 스톡홀름 인구의 약 20%가 이미 항체를 형성'했고, '5월이면 집단면역이 가능할 것으로 기대'했다. 학자들은 인구의 60%가 항체를 보유하는 것을 집단면역의 임계치로 보았다. 그러나 5월 말, 텡넬은 기존의 낙관적 기대를 철회했다(Mai, 2020).

12) 스웨덴은 국가 간 비교연구에서도 개인의 자율성과 권리, 표현과 신념의 자유, 자아표현 등의 개인가치가 두드러지게 높은 것으로 일관되게 나타난다(Freedom House, 2019; WVS, 2015).

된다. 20세기 초중반, 스웨덴 사회민주당의 보건정책은 치료와 예방활동에 전례 없이 강력한 공권력을 행사하며 정치와 사회가 의학을 주도하는 체제를 형성했다(Etzemüller, 2014; 순딘·빌네르, 2007: 183-186; 세에르스테드, 2015: 141-143).

경제학자이자 사회학자인 뤼르달 부부의 인구위기에 대한 연구가 정책 방향의 이론적 뒷받침이 되었다. 당시 사회주의자 의사인 회예르(Axel Höjer)가 의사협회장으로 임명되면서 병원과 의료시설은 국가체제의 일부로 공권력을 집행하는 기관으로 재편되었다. 회예르는 의사로 구성된 의료센터를 자치단체마다 설립하고 의회가 관리토록 하는 급진적인 공공의료체계를 계획, 실행하며 약 20년간 ‘의료의 정치화, 정치의 의료화(politicizing medicine, medicalizing politics)’ 시대를 이끌었다. 스웨덴의 대표적인 사회의학자이자 법의학 정신과 의사인 신베리(Olof Kinberg)는 우생학을 근거로 생물학적으로 사회학적으로 개선된 형태의 인간을 선별하고 만들어냄으로써 인류의 퇴보를 막을 수 있다고 믿었다.

보건위생정책의 이름으로 강행된 국가권력과 규제는 강제불임시술 프로그램으로 정점을 찍었다. 1934~1976년까지 스웨덴은 신체적 정신적으로 취약한 여성 약 6만 명에게 강제 불임시술을 실행했다(주트, 2008: 601~605; 세에르스테드, 2015: 143-147). 1997년, 해당 법제가 잔존하고 있다는 사실이 알려지며 스웨덴을 비롯한 북유럽은 큰 비난을 받았다. 정부는 비로소 조사에 착수했고 보상은 2000년대까지 행해졌다(주트, 2005; Siri, 2003).

과거의 역사적 경험이 코로나19 정책대응에 직접 영향을 끼쳤는지는 확인하기 어렵다. 그러나 보건의료부문에서의 과격한 권력화·정치화 사례가 사회 전반과 구성원 일반, 정치와 정책체제 전반에 준 충격은 실제 적지 않았다. 이것이 그 후 민주국가인 스웨덴의 일반 정책기조에 간접적으로라도 영향을 주었을 것이라는 추론은 가능하다. 스웨덴공중보건청장 칼슨(Johan Carlson)은 언론 인터뷰를 통해 봉쇄조치를 취하는 인근 북유럽 정부조차 봉쇄의 부작용을 염려하고 있다고 전하며 국가 규제에 비판적인 입장을 견지했다(Edwards, 2020).

2) 정책 거버넌스의 미스매치

일반적으로 위기 상황에서는 신속하고 빠른 결정과 집행을 요건으로 하는 정책체계가 효과적이다. 이를 위한 전통적인 관리체제는 책임과 권한이 최고 결정권자에게 집중되는 피라미드 구조의 독임제적 관료제다. 의료정책의 경우 보건부처의 장관 혹은 국가 차원의 컨트롤 타워 기관이 최종결정권을 지니고 하부 기관과 공직자들은 명령통일의 원칙과 책임-권한 일치의 원칙에 따라 결정 내용과 관련 법률을 충실히 집행하는 식이다. 코로나19 위기에 효과적으로 대처해 온 국가들이 일반적으로 택한 체제적 특징이기도 하다.

그러나 스웨덴에서는 개별 부처 장관이 관할 공공기관과 공직자들을 통솔하지 않는다(Bergman, 2006: 610; Sveriges Riksdag, 2016). 개별 기관은 해당 정책 영역과 관련된 개별 부처가 아닌 내각 전체의 통솔을 받는다(스웨덴 헌법 7조 3항). 이에 더하여 내각도 장관도 개별 기관이나 공무원이 특정 사안에 법을 집행하거나 국가권력을 행사하는 방식을 규정할 수 없다. 부처 장관이 기관에 직접 명령을 내리거나 의사결정에 관여하는 것은 ‘장관 지배(ministerial rule)’로 비판받는다. 법을 집행하고 국가권위를 행사하는 것은 공무원들에게 부여된 고유 사안이다(스웨덴 헌법 11조 7항). 장관은 소속 기관이나 부처 공무원들에게 절대적인 명령권이나 통솔권을 실행하는 대신 실무진과 ‘이야기하고’, ‘상의하며’, ‘정보를 교환’한다.

스웨덴에서 정책결정은 집단적 합의적 방식을 유지하고 정책집행에서는 개별 사안에 장관이나 정치권이 지시하거나 지배할 수 없는 전통이 일상 행정으로 자리 잡았다. 정치권이 집행 기관을 지배하려 하거나 집행기관의 조언을 무시하는 것은 정치적으로 위험하다. 의회는 장관 지배가 발생하지 않도록 감시할 책임이 있다(government.se, 2015). 스웨덴의 공공기관은 이처럼 헌법상으로도 실제로도 정치권이나 정부로부터 독립성을 유지한다. 이로서 전문성과 지식을 기반으로 정책결정을 행하고 부당한 외부압력으로 인한 부패를 방지할 수 있다고 기대한다(Bergman, 2006: 610; Edwards, 2020),

스웨덴 관료체제의 권위와 통솔 방식은 이웃한 노르웨이나 덴마크와도 다

르다. 덴마크는 총리의 권한이 상대적으로 약한 대신 각 부처 장관의 독립성과 권한이 강하고, 장관은 부처 공무원들에 대해 실질적인 통솔권을 행사한다(Damgaard, 2006: 291-292). 노르웨이의 정책 거버넌스는 덴마크와 스웨덴의 중간 정도의 형태다. 역사적으로는 스웨덴형과 덴마크형을 오가며 시기에 따라 한 방식에 편중되기도 하였으나 2차대전 후에는 상황에 따라 강력한 부처중심 명령통일체제와 온건한 실국 자율체제를 오가며 실용적으로 대응하고 있다(Strøm and Narud, 2003: 543-545).

코로나19 위기 대응의 주무 기관은 스웨덴공중보건청이다.¹³⁾ 공중보건청은 보건사회부 산하 기관으로 6개 부서에 약 450명의 직원이 근무한다. 이 기관은 종전의 국립보건연구원과 역학통제연구원을 통합하여 2014년 설립되었다. 정부가 청장을 임명하지만 초대 청장은 정권이 교체된 후에도 현재까지 연임하고 있다.¹⁴⁾ 공중보건청은 의사와 의학자 등 전문가들로 구성된 기관이며 기능과 업무에 전문성과 독립성을 유지하고 있다. 직업공무원으로 구성된 정통 관료제식 정부기관이 아니다.

코로나19 위기를 맞아 공중보건청은 운영방식에서도 관료제식 통제보다 시민들에게 “상식적으로 행동하고 공중보건청의 제언과 지침을 따를 것을 권고”하는 연성자율관리형을 택했다. 외부에서는 스웨덴의 코로나19 대응 거버넌스를 두고 정치인이 아닌 전문가에 의해 주도되고 시민 일반의 자유 의지와 비강제를 전제로 한다는 점을 특징으로 파악한다(Rambaree and Nässén, 2020: 235; Munoz, 2020: 17). 그러나 기존 스웨덴의 정책 거버넌스 관점에서 본다면 전혀 특이하지 않은 형태다.

13) 주말을 제외하고 매일 행해지는 언론회견의 주역도 국가역학관 텡벨이다. 매주중 2시 언론회견이 있는데 공중보건청 외 보건복지국가위원회, 정부인사청 등 다양한 정부기관 대표가 참여한다.

14) 2013년 중도우파정부에서 임명된 칼슨 청장은 2019 총선 후 2020년부터 집권한 현 사회민주당 총리 체제에서도 임기를 지속하고 있다(Folkhälsomyndigheten, 2020a).

3) 의료서비스 공급부문의 미스매치

(1) 의료서비스 대상 범주: 중증·응급환자로 특정화

공급체계의 첫 번째 논점은 정책대상을 특정 집단으로 한정하느냐 일반 사회구성원 모두로 포괄하느냐이다. 스웨덴을 비롯한 북유럽 의료체계는 ‘보편주의’로 지칭되어 왔다. 그러나 이 때 보편주의는 ‘경제적 사회적 특징에 관계없이 사회구성원 누구나’ 의료서비스에 접근할 수 있다는 의미이며, 필요(needs)를 기준으로 접근성에 명확한 차별이 있다. 의료자원이 한정되어 정책대상자는 질환의 중증도 내지 응급성에 따라 선별, 한정된다. 사회구성원 누구나 비용장벽 없이 의료체계에 접근할 수 있지만 재정구조의 특성상 중증·응급 환자일수록 혜택을 많이 본다.¹⁵⁾

진료대상의 우선순위가 지불규모나 신청 순서가 아닌 질환의 중증도이기 때문에 경증·일반 환자는 긴 대기시간을 견뎌야 한다. 이는 전염질환의 경우 부정적 결과를 초래하는데, 정책대상을 최대한 확대하여 많은 사회구성원이 쉽고 빠르게 검사와 치료를 받는 것이 바람직하기 때문이다. 스웨덴 정부의 명시적 목적은 ‘의료체계가 과부하되지 않도록 감염 확장세를 일정 수준으로 유지하는 것(to keep flattening the curve so that healthcare was not overwhelmed)이었다. 제한된 의료자원으로 고위험군 치료에 집중했다고 하지만 치료 대상의 범주가 매우 제한되어 고위험군의 사망자가 급증했다. 정책이 목표했던 주요 특정 대상, 즉 노년층에 대한 치료도 제대로 이루어지지 않았고 이들의 집중치료병동 입원이 잇따라 거부되며 이의신청이 이어졌다.¹⁶⁾

15) 보건의료재정의 84%는 정부가, 나머지는 개인 지불로 충당된다(OECD, 2019a). 환자가 진료비의 일정 부분을 부담하는데, 주정부마다 차이가 있지만 2020년 기준 일차 진료비는 0~300SEK(최대 약 4만 2000원), 전문의 또는 응급 진료비는 최대 400SEK(약 5만 6000원)다. 그러나 개인당 연간 진료비 상한선이 있어 1150SEK(약 16만 원) 초과분부터는 무료다. 약품비 상한선은 연간 2350SEK(약 33만원)다(Swedish Institute, 2020a).

16) “의학적으로 집중치료가 최선이 아니며 나이가 많거나 건강 상태가 열악하면 고강도의 치료 자체 때문에 생명에 위협을 받을 수 있다”는 이유로 노인들의 집중치료병동 입원이 거부되는 사례들이 있었다. 입원 우선순위와 거부 사유는 지속적으로 논란이 되었다. 의료진

(2) 의료자원의 역량: 필수 소규모 운영

코로나19 상황에서 의료보건 자원의 보장과 유지의 국가의료서비스(National Health Service)를 택하고 있는 국가들에서 특히 강조되어 왔다. 영국과 북유럽은 의료재정에서 조세 비중이 높고 공공의료시설의 비중이 높으며 의료서비스는 기본적으로 공공재로서 공급된다. 정부가 의료서비스의 대부분 또는 전부를 독점적으로 공급할 경우, 공급자가 다양하고 다수인 체제에서보다 전염병이 국가의료체계에 미치는 위협은 더욱 높아진다. 영국 정부가 3~4월 국민들에게 호소한 구호는 “국가의료체도를 보호하고 인명을 구하기 위해 집에 머물러 달라(Stay Home → Protect the NHS → Save Lives)”였을 만큼, 위기 대응에서 국가의료체계의 보장과 유지 자체가 핵심 과제였다 [Department of Health and Social Care(UK), 2020; Hope, 2020].

스웨덴에서도 보건의료체계가 완전하게 잘 작동할 수 있는 기간을 최대한 오래 유지하는 것, 의료체계가 합리적인 업무량을 지속적으로 수행하는 것이 코로나19 대응의 중요한 목표였다(Hensvik and Skans, 2020: 2; Rambaree and Nässén, 2020: 235). 스웨덴에서 의료체계 유지가 특히 중요한 이유는 의료자원의 부족 때문이다. <표 2>에서와 같이 스웨덴은 평시에도 의료자원 부족 현상이 심했다.

2017년 기준 인구 1000명당 의사 수는 4.1명으로, OECD 평균 3.5명보다 양호하다. 그러나 외국인 의사와 임시계약직이 많아 실제 시민들의 체감 의료인 수는 상당히 부족하다. 2017년 기준 의사의 24퍼센트는 외국인으로서 외국에서 의과대학을 졸업하고 스웨덴에 취업한 경우다(OECD.Stat, 2020). 2017~2018년 현장조사에서 스웨덴 현지인들은 외국인 의사에 대한 불편함을 토로했다(최희경, 2019a: 421-422).

인력 부족을 가중시키는 또 다른 요인이 있다. 의사당 진료환자 수가 적고 건당 진료시간은 길다는 점이다. Eide et al.(2017)의 조사에 따르면 스웨덴

들은 “질환의 특성상 엄격한 기준으로 환자를 수용했고 자원 부족으로 거절할 경우는 없었다”는 입장이다. 논란사례들에 대한 정부당국의 조사가 진행 중에 있다(SVT, 2020).

〈표 2〉 스웨덴의 의료자원 현황 (2017 기준)

	의사수 (1000명당)	의사당 평균 진료건수 (연간)	병상수 (1000명당)	장기치료 침상수(1000명당) 시설침상 vs 병원병상
스웨덴	4.1	680	2.2	70,6 vs 0,9
한국	2.3	7,080	12,3	24,2 vs 36,7
OECD 평균	3.5	2,181	4.7	43,8 vs 3,3

자료: OECD(2019a).

일반의의 진료 건당 평균 시간은 24분이며 최소 15분, 최대 30분이었다. 이는 스칸디나비아 국가들 중에서도 가장 긴 진료시간이다. 그럼에도 ‘효율성’을 위해 진료시간을 줄이거나 더 많은 환자를 진료하는 등의 노력은 특별히 행해지지 않고 있다. 이러한 진료 방식은 〈표 2〉에서와 같이 의사당 평균 진료건수에서도 나타나는데 한국의 1/10에도 이르지 못한다.

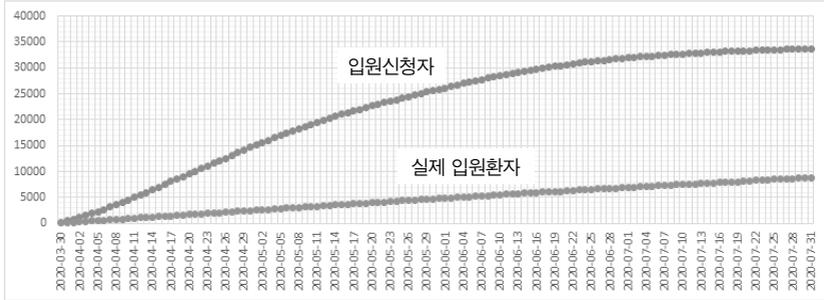
인구당 병상수가 적은 것은 북유럽의 공통된 특징이지만 스웨덴에서 가장 심각하다(OECD, 2019a). 스웨덴의 1000명 당 병상수는 한국의 18%에 불과하다. 1000명당 장기치료침상 지표에서도 볼 수 있듯이 병원은 스웨덴 장기 치료 환자들에게 우선 선택지가 아니다.¹⁷⁾

이렇듯 부족한 의료자원 현상은 긴 대기시간으로 이어진다. 대기시간은 스웨덴 의료제도의 오랜 문제인데 유럽에서도 가장 심각한 군에 포함된다(Björnberg, 2018). 코로나19 위기로 대기시간은 더욱 길어져 예약된 수술들이 기존 대기시간에서 평균 3개월 추가 지연되고 있다(Löfgren, 2020).

코로나19 대응에서 집중치료병동(intensive care units) 현황은 의료자원의 제약을 보여주는 사례다. 위기가 시작될 당시 스웨덴의 집중치료병상 수는 520여 개로 인구규모당 유럽에서 가장 적은 집단에 속했다(Aftonbladet, 2020; Svenska Intensivvårdsregistret, 2020). 몇 주 후 약 2배에 달하는 1100개로 증가

17) 장기돌봄서비스의 원칙은 돌봄대상자의 인격과 품위를 지키며 생활할 수 있도록 지원하는 것이다. 이에 따라 재택돌봄서비스를 활용하여 가능한 안락하고 익숙한 자신의 거주지에서 노년을 보내도록 한다. 거동이 많이 불편하여 재택서비스만으로도 생활이 어렵다면 돌봄주택 등의 시설에 입주한다(Swedish Institute, 2020c).

〈그림 5〉 집중치료병동(ICU) 입원신청자와 입원환자



자료: Svenska Intensivvårdsregistret(2020).

시켜 운영했지만 여전히 수요에는 턱없이 부족했다.

〈그림 5〉는 3월 말~7월 말 4개월간 전국 집중치료병동의 입원신청자수와 실제 입원환자수의 누적통계를 대비한 것이다(Svenska Intensivvårdsregistret, 2020). 정부는 최소한의 비상용 병실만 남겨두고 최대한 가동했다(Löfgren, 2020). 그럼에도 상단의 입원신청자수 곡선은 실제 입원환자수를 크게 상회한다. 더욱 심각한 것은 노인돌봄시설의 코로나19 감염 사망자 중 다수가 입원신청조차 못했고 입원신청자수 통계에 포함되지 않았다는 점이다(Savage, 2020). 증가세는 5월 중순부터 감소하고 있는데 일일 신청자수를 확인하면 해당 시점부터 신규 입원신청자 수가 감소하고 있다.

집중치료병동을 증대시키기 위한 개별 병원의 노력은 상황의 심각성을 드러낸다. 카롤린스카 대학병원의 모기관인 카롤린스카 의과대학(Karolinska Institute)은 노벨생리의학상을 결정하는 기관이자 단과대학이면서도 세계대학평가에서 40위권을 유지하고 있다(THF, 2020; Shanghai Ranking Consultancy, 2020). 이 병원에서조차 집중치료병상을 증가시키는 것은 어려운 일이었는데, 20년 된 비상용 인공호흡기를 동원하고 민간 돌봄서비스단체들로부터 장비를 대여받았다. 실행되지는 않았으나 동물병원의 인공호흡기 대여까지 대안 목록에 올랐다(Löfgren, 2020).

4) 의료서비스 수요부문의 미스매치

(1) 일반 의료행태: 의료수요와 순응성

의료시설에 대한 스웨덴 사람들의 수요는 기본적으로 낮다(Björnberg, 2018: 13). 1인당 의사진료 횟수는 연간 2.8인데 이는 OECD 평균 6.8보다 낮고 한국의 17%에 불과하다(OECD, 2019a). 스웨덴의 낮은 의료수요 경향은 현장조사에서도 나타난 바 있다. 2017~2018년 스웨덴 현지인 16명을 대상으로 참여관찰 및 인터뷰 조사를 행한 결과, 병의원 의료시설을 경험한 26건의 사례 중 70%가 수술, 응급의료였고 일반외래는 8%에 불과해 중증·응급 중심의 치료 경향이 두드러졌다.¹⁸⁾ 발열 및 구토 등 한국에서라면 충분히 의료시설에 갈만한 증상인데도 집에서 관리하고 처치하는 경우가 일반적이었다. 응답자들은 ‘의료시설에 갈 정도가 아니었다’, ‘경험상 심각하지 않을 것으로 판단했다’, ‘더 위급한 사람들이 의료시설을 이용하는 것이 옳고 내가 위급할 경우 다른 사람들이 기다려줄 것’이라는 등의 답변을 제시하고 있다(최희경, 2019b).

16명의 사례에서 ‘진료를 받고 싶은데도’ 대기시간 등의 접근성 문제로 진료 받지 못한 경우는 일본, 이스라엘 등 외국출신 시민들에서 제기되었다(최희경, 2019a: 377-378). 이들의 공통된 불만은 즉각 의료인을 대할 수 없고 오래 기다려야 한다는 것이었는데, 출신 국가나 민족에 따른 응답의 차이로 의료에 대한 사회문화적 영향을 추론할 수 있다(Ejike, 2017; Vaughn et al., 2009). 스웨덴의 의료만족도 조사에서 현지인 출신의 만족도가 상대적으로 높다는

18) 전문과 유형으로는 내과학 계열보다 외과학 계열이 약 10% 더 높았는데 개별 진료과별로는 골절·치환수술 등의 정형외과, 그리고 대장질환·천식·갑상선질환 등의 내과에서 빈도가 가장 높았다. 희귀불치병인 프레더윌리 신드롬(Prader-Willi Syndrome)과 선천성 전신 근육마비의 사례도 조사되었는데 거의 무상으로 진료 받아온 병력 진술에서 보편주의 의료체계의 특징을 확인할 수 있다. 해당 연구는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크 3국을 대상으로 한 것인데 여기서는 원자료에서 스웨덴 경우를 별도 분류하여 제시하였다(최희경, 2019b).

결과는 통계적으로 유의한 수준이다(Kandelaki et al., 2015).

스웨덴 사람들은 병의원을 이용하기보다 어려서부터 체육교육이나 운동을 통해 자발적으로 건강을 관리한다. 중세부터 관습법으로 정착된 후 성문법으로 구체화된 공공접근권(Allemansrätten, right to public access)은 활발한 야외활동에 기여해 왔다(Naturvårdsverket, 2020). 1829년 설립된 ‘야외활동협회’(Friluftsförbundet)는 비영리단체로서 사회구성원의 야외활동을 증진해 왔다. 인구의 약 20%인 180만 명이 여름별장을 소유하고 있고 인구의 50% 이상이 가족이나 친지를 통해 여름별장을 활용한다는 점도 야외활동과 운동에 긍정적이다(SCB, 2020a; Swedish Institute, 2020b).

스포츠 활동은 19세기 후반, 자발적인 조직화와 대중운동의 영향으로 크게 확대되었다. 체계화된 학교체육, 환자권리법 개정을 통한 환자 개인의 권리 강화와 의사결정권 보장, 활성화된 스포츠클럽 활동 등으로 실제 개인의 건강관리와 책임이 공중보건에 기여할 수 있는 제도가 마련되어 있다(Glenngård, 2016; Riksidrotts Förbundet, 2011; EURYDICE, 2013).

오랜 대기시간과 부족한 의료자원 등의 심각한 문제가 있음에도 자국 의료체계에 대한 시민들의 만족도와 신뢰도가 높은 것은 수요부문의 또 다른 특징이다(Norrestad, 2019). 의료체계에 대한 높은 순응성과 시민들의 자발적 건강관리는 코로나19와 같은 위기에서 장점이기도 하지만 부정적인 측면도 있다. 정부의 소극적인 초동대응에도 사회 전반의 신뢰도와 순응성이 여전히 높아 변화와 개혁의 동인이 낮기 때문이다. 의료수요가 의료기관의 존재 이유(raison d'être)이자 지속적인 서비스 제공의 주요 요인이라는 주장을 고려한다면 스웨덴의 수요부문 특성은 적극적인 위기 대처에 한계이기도 하다(Thomas, 2003: 55).

(2) 수요집단의 다문화성

코로나19 위기에서 취약계층에 대한 보호와 방역이 어려움으로 부각되었다. 감염질환의 특성상 사회 내 어느 한 곳에서만 방역이 뚝려도 전체가 위협

받을 수 있다. 기저질환자나 노년층 보호는 모든 국가의 공통 과제이다. 스웨덴은 이에 더하여 이민자 비중이 특별히 높은 다문화 사회라는 특징이 있다. 코로나19 초기 감염자와 사망자는 이민자 출신에서 압도적으로 많았다.¹⁹⁾

스웨덴은 근현대사를 통해 인구 대비 가장 많은 이민자를 받아들여 왔다. 2017년 기준 해외출생인구 비중은 17%다. 부모 중 한 명이라도 해외에서 출생한 경우를 포함하면 그 비율은 34%로 높아진다(OECD, 2016). 이질 문화권의 난민을 수용하는 데도 스웨덴은 개방적이었다.²⁰⁾ 그런데 이러한 다문화성은 코로나19 상황에서 새로운 변수로 등장했다. 코로나19 재난에서 이민자층의 취약성을 정보전달, 주거환경 및 가족구조, 고용구조의 논점에서 검토하면 다음과 같다.

첫째, 최초 확진자가 발생한 1월 말부터 3월 초까지 정부 권고지침과 현황 정보에 대한 전달이 소수민족 언어로는 제대로 전달되지 못했다. 스톡홀름 외곽의 이민자집단 거주지인 린커비-키스타(Rinkeby-Kista) 지역은 4월 6일까지 인구당 확진자 수가 지역전체 평균의 3배 이상 높았다. 개별 지방자치단체의 지역주택공사가 설립·운영하는 공동주택단지에는 이민자들이 다수 거주하고 있다. 2000~3000명이 거주하는 스톡홀름 린커비, 노르세핑의 하계비, 에레브루의 바론바카나 등의 경우, 사용되는 언어의 종류는 약 20개로 조사된 바 있다(최희경, 2012: 10-16).

그러나 코로나19 상황의 초기, 일간 언론컨퍼런스와 공공토론은 스웨덴

19) 3월 13일~4월 7일 입원환자수에서 소말리아 출생자들은 전체인구 구성률보다 7배 많았고 터키출생자는 5.1배, 이라크는 2.9배 많았다(Munoz, 2020: 3). 4월 14일 자 확진자 수에서도 소말리아, 시리아, 이라크, 터키 출신 이민자들의 감염률이 높았고 특히 소말리아 출신 집단에서 인구구성 대비 10배 많은 확진자가 발생했다(Yaya et al., 2020).

20) 2017년 한 해, 스웨덴에 입국하여 거주허가를 얻은 외국인인은 13만 5천여 명으로 전체 인구의 약 1.4%다. 이 중 난민 보호를 포함한 인도주의적 근거로 거주허가를 받은 이들은 3만 6000여 명인데 시리아, 이라크, 에리트레아, 아프가니스탄 등 아프리카와 중동 출신자가 다수다. 2017년 기준, 거주허가 신청 난민은 2만 2000여 명이었는데 시리아 사태가 일어났던 2015년에는 이보다 7배 많은 난민 신청이 있었다(OECD, 2019b: 278-279, 336; Migrationsverket and EMN, 2018: 5, 34-35).

어로만 이루어졌다(Munoz, 2020). 3월 13일 스웨덴공중보건청 홈페이지는 스웨덴어 외 17개의 외국어로 권고지침문과 음성파일을 게시했다. 한 페이지에 일반적이고 개괄적인 내용을 담고 QR 코드로 공중보건청에 접속해 상세한 정보를 구할 수 있다. 그러나 이런 접근도 디지털 방식에 익숙지 않은 계층에는 장벽이 될 수 있다. 아날로그 정보를 접하는 방식에서도 특정 민족에서는 차이가 있다. 소말리아인들은 전통적으로 정보를 구두로 전달해 왔기 때문에 공식적인 문서 정보에 주목하지 않으며 신뢰하지도 않는다고 한다(Rothschild, 2020).

7월 말 기준, 외국어 서비스는 24개로 늘었으며 지방자치단체별로 다수의 외국어로 홍보영상, 포스터, 토론 녹음 등의 자료를 온라인으로 제공하고 있다(Folkhälsomyndigheten, 2020c; Region Blekinge, 2020).²¹⁾

둘째, 이민자 집단거주지의 주거 혼잡도와 가족 구성은 중산층 스웨덴인들의 여건과 차이가 있고 코로나19 상황에 영향을 주고 있다. 국가역학관 탱넬이 BBC와의 인터뷰에서 “스웨덴에서 70세 이상 노인들과 함께 사는 청년층이나 아이들이 거의 없다”고 한 것은 사실과 다르다(Munoz, 2020: 16). 중동·아시아·아프리카 출신자들의 가족구조와 주거환경은 가족중심·집단주의 문화와 경제적 여건에 영향을 받아 다세대가 동거하고 혼잡도가 높다.

혼잡도(residential overcrowding)는 주거 환경의 대표적인 지표다.²²⁾ 2016년 EURO STAT 통계 기준, 스웨덴 원어민층에서 혼잡비율은 9.4%인데 비유럽연합 출신인들에서는 38.1%로 4.16배 높았다(The Fondation Abbé Pierre-FEANTSA, 2017: 63). 2020년 스웨덴의 빈곤층 가구와 전 국민 평균으로 대비한 통계에서도 과혼잡 비율은 각각 41.8%, 15.2%로 차이가 컸다. 빈곤

21) 24개 외국어는 다음과 같다: Amharic, Arabic, Dari, English, Finnish, French, Chinese, Kurmanji, Lule Sami, Meänkieli, Northern Sami, Pashto, Persian/Farsi, Polish, Romany Arli, Romany Lovari, Russian, Somali, Sorani, Spanish, Southern Sami, Thai, Tigrinya, German(Folkhälsomyndigheten, 2020c).

22) 주거혼잡의 측정 방식은 다양한데, 그 중 가장 간단히 많이 쓰이는 지표는 주거 공간 면적이 일인당 20제곱미터 미만인 주민 비율이다(SCB, 2018).

층 다수가 이민자임을 감안하면 이 지표도 이민출신 가구의 혼잡도를 반영한다(The Fondation Abbé Pierre-FEANTSA, 2020: 96; Grundsten, 2015).

스웨덴 70세 이상 노인의 약 5%가 다세대가구에 거주하고 있는데 이 역시 이민자출신 가구와 상관관계가 있다(Rambaree and Nässén, 2020: 239). 연령별 스웨덴 원어민층과 비유럽 출신인들 간의 주거 혼잡도에 관한 통계는 이를 뒷받침한다. 70세 기준, 원어민층의 주거 혼잡비율은 2% 미만으로 낮으나 비유럽 출신인들은 12%로 높다. 80세에서도 각각 2%, 10%로 격차가 크다(SCB, 2018).

셋째, 고용 실태와 구조도 코로나19의 상황에 영향을 미치는데, 근무환경의 위생 상태, 재택근무의 가능성, 사회적 거리 유지 가능성과 관련되기 때문이다. 2018년 기준, 해외출생자들의 실업률은 15.7%로 원어민층의 3.9%에 비해 매우 높다(OECD, 2020). 고용 내용에서도 이민자들의 상황은 원어민층보다 열악하다. 이민 출신 시민의 비중이 가장 높은 직업군 20개를 보면 단순서비스업과 육체노동이 대다수다. 피자 등의 패스트푸드업 종사자의 79%, 가사·육아돌봄서비스직의 68%, 청소용역업의 60%, 운전업과 기기운영 및 세탁업의 약 50%가 이민 출신자이다(SCB, 2020c: 7). 블루칼라 노동자들은 직장에서 사회적 거리와 위생조건을 준수하기 더 힘들기 때문에 이민자들의 고용구조 자체가 방역에 불리한 여건이다.

(3) 수요집단의 고용구조 특징

스웨덴은 20세기 초중반 사회민주주의적 복지체제를 정립하면서 여성들의 고용시장 진출을 적극 독려하고 제도적으로 뒷받침했다. 2016년 기준, 스웨덴의 여성인력 고용률은 70%인데 OECD 평균 52%, 한국의 52%보다 높다(Our World in Data, 2020b).

직종에서도 특이 사항이 나타나는데 2018년 기준 스웨덴의 직업등록자료에 의하면 총 429개 직업분류 가운데 가장 많은 인원이 종사하는 직종은 노인 보조간호 및 돌봄 서비스직이다. 스웨덴의 돌봄사는 의사나 간호사의 지시에

따라 주사를 투여하고 투약을 지도하는 등 사실상의 의료행위를 일정 부분 실행한다(최희경, 2019a: 385-387). 전문 의료인력과 의료시설이 부족한 상황에서 이들과 같이 비의료인이면서 의료행위를 하는 직종의 역할은 중요하다. OECD는 보건의료 지표에서 보건과 사회돌봄 분야의 고용(employment in health and social work)을 통합하여 총 고용률 대비 비율로 제공하고 있다. 스웨덴은 17.3%로 OECD 중 세 번째로 높는데 부족한 의료인력의 상당 비중을 사회돌봄 인력이 보충하고 있다. 한국은 7.2%로 OECD 평균 10.1%보다도 낮다(OECD, 2019a: 171). 290개의 스웨덴 기초자치단체는 일차의료기관과 함께 사회돌봄 서비스를 함께 관할하며 주민의 공중보건을 책임지고 있다.

2018년 스웨덴 직업조사에서 가장 많은 인원이 고용된 25개 직업군에는 보건의료와 직간접적으로 연관되는 직업들이 다수 있다. 노인돌봄, 육아돌봄, 개인돌봄 등의 돌봄서비스직 5개와 전문간호사, 병원보조간호사가 포함된다. 그 비율은 총 근로자의 12%다. 또한 25개 직업의 성별 구조에서 상업 등 7개를 제외하면 여성 비율이 압도적으로 높다. 이러한 직업구조는 북유럽식 보편주의 복지체제의 특징을 보여준다. 여성취업율이 높고, 육아·노인돌봄 등의 전통 가족 역할을 제도적 고용이 담당한다.

광의의 보건직종이 높은 고용구조에서 코로나19 감염을 저지하기 위해 9학년까지의 의무교육시설을 봉쇄한다면 어린 자녀를 돌보기 위해 출근 자체가 불가능한 부모들이 많아진다. 이로서 전염병에 취약한 노인돌봄은 물론 광범한 의미의 보건의료 기능이 연쇄적으로 장애를 일으킬 수 있다. 돌봄서비스와 보건 직업군은 정부의 재택근무 권고도 지켜지기 어렵다. 정부로서는 코로나19 방역에 필요한 보건·돌봄 체계를 유지하기 위해서도 초등학교 시설 봉쇄를 쉽게 결정하기 어려운 상황이었다.

5) 정책요인별 미스매치 요약

스웨덴 코로나19 정책의 미스매치를 정책체계요인과 의료체계요인으로 구분, 요약하면 <표 3>과 같다. 스웨덴의 특징과 상황을 확인하기 위해 그와

〈표 3〉 코로나19 정책대응의 요인별 미스매치 요약

정책대응 모형		연성자율모형 (스웨덴 사례)	경성규제모형 (단기방역 규범모형)	
정책 체계 요인	정책기조	- 정치·경제·사회적 포괄적 장기적 접근: 경제사회적 장기 영향 중시. 개인책임과 역할 중시	- 의학적·과학적 구체적 단기적 접근: 감염확산의 단기 저지에 집중	
	정책 거버넌스	- 전문가주의 권고체제: 기관에 대한 행정부의 명령·통제 미약. 공중보건청의 독립성·전문성 보장. 분권주의	- 관료제식 통제체제: 기관에 대한 행정부의 명령·통제 강한 집권주의	
의료 체계 요인	공급	의료서비스 대상 범주	- 중증·응급환자 중심 → 검사·치료대상 특정화	- 경미환자 등 전체 포괄 → 검사·치료대상 개방·보편화
		의료자원 역량	- 필수 소규모 운영	- 대규모 확대 운영
	수요	일반 의료행태	- 병의원시설 수요 낮음 (개인건강관리 에 적극적) → 검사와 치료에 소극적 - 의료체계에 대한 신뢰성과 순응성 높음 → 개혁 동인 낮음	- 병의원시설 수요 높음 → 검사와 치료에 적극적 - 의료체계에 대한 다양한 요구 높음 → 개혁 동인 높아짐
		수요집단의 다문화성	- 다양한 이민족 집단: 언어·가구혼합도·가족구성 등 세부특성 다양하고 그에 따른 취약성 확대(정부의 인식·대응 미흡)	- 상대적으로 동질적 → 이질화에 따른 영향 적음
		수요집단의 고용구조	- 여성 고용률 높고 돌봄직종 비중 높음 → 주요시설 일괄봉쇄 시 사회의 보건 돌봄기능 연쇄 장애	- 돌봄기능 사적관계 의존 → 주요시설 일괄봉쇄 시 사회적 영향 적음

대비되는 경성규제모형을 함께 제시하였다. 경성규제모형은 단기 방역 목표를 효과적으로 달성하는 데 바람직한 특징을 이념형으로 설정한 것이다.

스웨덴은 기존 평시 정책체계의 특징을 코로나19 대응 정책에도 거의 그대로 유지했다. 정책접근에 다양한 관점을 포괄하고 사회구성원 개인의 책임과 자율성을 정책설계에 반영했다. 정책 거버넌스에서 집권형 명령과 통제 대신 전문가집단의 독립성을 보장하여 그들의 권고에 절대적인 비중을 두고 정책이 집행되도록 하고 있다.

의료체계 공급의 평시 특징도 코로나19 대응에 큰 변화 없이 지속되었는

데 의료서비스 공급 측면에서 정책대상을 한정하고 의료자원을 최소한 제한적으로 운영했다. 수요자들이 평소 병의원시설을 많이 활용하지 않고 의료 체계에 순응적이며, 광의의 보건부문 종사자가 많다는 특징도 정책대응에 변수로 작용했다. 특히 이민자집단의 세부적인 특성이 코로나19 대응과 결과에 영향을 미쳤는데 정부는 이에 대해 적극적으로 인식, 대처하는 데 실패했다.

상황이 가변적이고 예측에 한계가 있어, 또 장기적으로 다른 기준들을 적용한다면 스웨덴의 연성자율모형에 대한 평가는 달라질 수 있다. 그러나 단기라는 시간범주를 전제한다면 스웨덴의 코로나19 정책대응은 효과적 규범적 정책모형에 부합하지 않았고 개별 정책요인별로 미스매치 상황을 드러냈다.

5. 결론

이 논문은 스웨덴이 코로나19 대응에 연성권고모형을 택한 근거를 정책 체계와 의료체계의 주요 정책요인별로 탐색하고 해당 정책의 기대와 실제 결과 간의 격차를 요인별 미스매치로 설명한 것이다. 체계적인 논의를 위해 관련 통계를 근거로 미스매치의 의미를 모형으로 의제하고 정책결정요인론의 일반론에 따라 쟁점 요소들을 선별했다.

2월 말~7월 말 스웨덴 대응정책은 규제 중심의 효과적 방역모형과는 주요 정책 요인들에서 미스매치 현상을 보였다. 연구 결과를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 코로나19 위기에서 스웨덴 정부는 기존의 정책기조와 정책 거버넌스를 거의 그대로 유지했다. 정부는 ‘대응방식을 변경할 만한 과학적 근거가 없고 변경하더라도 차이가 없다고 판단’했다. 위기에 빠른 변화와 대처가 필요했지만 대응전략의 모체라 할 수 있는 정책기조와 거버넌스를 전환하기는 어려웠던 것으로 보인다. 스웨덴의 포괄적 민주적 정책기조와 거버넌스가 위기의 초반 대응에서는 한계를 드러낸 것인데 상황에 따른 적극적인 전략

조정이 필요했던 것으로 보인다.

둘째, 지금까지 학계와 실무계는 서로 다른 유형의 의료체계가 각기 장단점이 있는 것으로, 주로 중립적 관점에서 논의해 왔다. 국가의료서비스형, 사회의료보험형, 민간의료보험형 등은 구체적인 요소별로 강점과 약점이 있고 개별 국가의 역사적 정치적 사회적 여건에 따라 채택, 운영되어 왔다는 것이 일반론이다. 그러나 코로나19의 경우, 의료체계 유형별 장단점이나 국가별 정황과 상관없이 인명이라는 기준이 무엇보다 중요하게 고려될 수밖에 없다. 스웨덴은 단기간에 차순위 목표들을 ‘균형적으로’ 함께 추구했는데, 결과적으로 큰 인명손실을 초래했다.

셋째, 북유럽의 제한적인 의료자원은 지금까지 구조적 ‘특징’의 하나였다. 그로 인한 문제점은 사회구성원의 높은 신뢰와 기다림으로 보충되어 왔다(최희경, 2019b: 317-318). 실제 자국의 의료체계에 대한 북유럽 사람들의 평가는 긍정적이다. 그러나 심각한 전염질환은 사회적 자본과 대기로는 감당하기 어렵다. 스웨덴 국민의 정책 지지도가 다소 낮아진 것도 일종의 경고지만 그보다 실제 발생한 인명손실은 신뢰만으로 수용하기 어렵다. 현재의 위기에서는 의료자원 확충을 비롯한 실용적 대처가 우선이다.

넷째, 스웨덴 정부는 초기 대응에서 이민계층에 대한 특별한 돌봄과 고려에 소홀했다. 스웨덴은 난민수용과 이민정책에 가장 관용적인 국가지만 정치·경제·사회의 많은 지표에서 원주민층과 이민층 간 격차가 크다. 코로나19에서 나타난 이민계층의 취약성은 기존에 잠재해 있던 사회적 어려움이 표면화된 사례다. 정부가 ‘책임 있는 개인’을 강조해 온 것은 ‘스웨덴식 국가 이미지’를 강화한 것이라는 주장은 설득력 있다(Munoz, 2020: 17). 사회 주류층에서 이민족 출신자들의 사회문화적 차이를 더 적극적으로 인식하고 정책에 반영할 필요가 있다.

다섯째, 이 논문에서 탐색한 스웨덴 정책대응에 대한 평가는 단기적인 것이며 장기적으로는 다른 결론이 도출될 수 있다. 스웨덴의 정책기조는 코로나19 대응에서뿐 아니라 전반적으로 장기 시점을 고려한 포괄적 접근 경향이 강하다. 이는 지속가능성의 관점에서 늘 긍정적 평가를 받아왔다. 최근의

「지속가능 발전성 보고서 2020」에서도 스웨덴의 지속가능성 지수는 1위였다(Cambridge University Press, 2020). 같은 보고서의 코로나19 대응 지표에서 스웨덴은 22위였는데, 시간적 범주를 장기로 확장할 경우 지속가능성 역량에 힘입어 이 순위가 상승할 수 있을지 주목된다.

이상의 스웨덴 사례는 한국의 코로나19 대응과 의료체계에도 전하는 메시지가 있다. 한국은 2020년 상반기까지 스웨덴과 거의 대척점에 있는 경로를 택했다. 감염 확산을 저지하는 데 초점을 두고 초기부터 개방검사와 감염자 전수추적을 실시했다. 스웨덴에 비해 강력한 관료제식 결정과 집행을 실행하고 교육시설을 전국적으로 봉쇄하며 경성규제모형에 가깝게 대응했다. 시장제도를 기반으로 진전된 풍부한 의료자원과 스웨덴보다 10배 높은 진료역량, 수요계층이 상대적으로 동질적이고 고용구조에서 보건돌봄서비스 직종의 비율이 낮은 점, 마스크 착용을 포함한 방역 지침에 순응도가 높았던 점 등도 방역에 긍정적으로 작용했다.

앞으로 코로나19 위기는 장기화될 가능성이 높아지고 있다. 한국은 스웨덴 사례에서 장기 대책과 관련하여 다음의 시사점을 찾을 수 있다. 첫째, 경제활동을 정상화하고 성장세를 회복하기 위한 중장기 관점의 계획과 집행이 더욱 절실하다. 스웨덴은 보편주의적 사회복지 프로그램에도 불구하고 한국보다 재정건전성이 양호하다. 코로나19 초기, 전 분야에 행해진 재정지원 후에도 '앞으로 상당 기간 재정건전성은 양호하게 유지될 것'으로 평가되었다. 그런데도 스웨덴은 재정지출에 의존하기보다는 경제 자체를 활성화하는 데 상대적으로 높은 정책적 비중을 두었다. 공공부채 비율이 스웨덴보다 높은 한국은 코로나19 대응을 위한 재정정책과 경제정책 설계에 장기적으로 더욱 면밀히 대응해야 한다.

둘째, 전통적으로 한국의 정책 거버넌스는 관료제적 통제와 집권적 결정·집행 방식에 익숙하다. 이는 코로나19 초기 대응에 효과적으로 작용했다. 그러나 장기적으로는 다양한 이해관계가 드러나고 어려운 경제 여건이 더해져 사회계층 간, 집단 간 갈등이 더욱 커질 것으로 예측된다. 공식적 비공식적 정책참여자들을 정책과정에 적극 참여시키고 설득하며 지속적으로 협조와

정책순응을 확보하는 것이 중요하다.

셋째, 스웨덴은 기본적으로 국가의료체계가기 때문에 동원된 대부분의 의료자원과 인력은 공공부문 소속이고 비용도 공공부문이 부담한다. 스웨덴 정부가 단기간에 더 이상 공급체계를 확대할 수 없었던 것도 기본적으로 공공부문 역량의 한계에서 비롯되었다. 코로나19 재난으로 수술 등 다른 의료서비스 공급이 큰 차질을 빚고 있는데도 지역사회나 시민단체 활동 정도만 부각될 정도로 사회 전반의 의료상황이 열악하다(Rambaree and Nässén, 2020: 241). 한국은 민간의료기관 비중이 95퍼센트이며 공공의료부문을 압도한다(KOSIS, 2018). 코로나19 위기에서도 검사, 확진자 치료, 기존 의료서비스의 지속적인 공급에 이르기까지 민간부문의 의료시설과 의료진의 역할이 컸다. 공공성이 높은 의료서비스가 민간의료에 의존하여 수급되고 있는 구조적 난점은 한국 의료체계의 오랜 과제다. 의료계와 소통하고 역할 및 부담을 조율하며 협력을 강화하는 정책적 해안이 필요하다.

넷째, 한국은 의료시설에 대한 접근성이 높다는 장점이 있다. 그러나 이로 인해 의료시설에 대한 의존성이 지나치게 높고 수요자의 자발적 건강관리가 소홀한 단점이 있다. 사회의료보험제도를 시행하는 만큼 한국도 의료재정을 우려해야 하고 ‘의료 쇼핑’, ‘의료 과소비’의 문제점을 해결해야 한다. 개인의 자발적 건강관리를 통해 국가 의료재정을 건전하게 유지해 온 스웨덴 사례는 한국에 중요한 교훈이다. 스웨덴은 육아시설과 유치원의 프로그램 및 의무교육 과정에서부터 체육활동을 강도 높게 실천하며 평생의 습관이 되도록 유도하고 있다. 운동을 사회문화로 정착시켜온 보건의료정책, 교육정책, 사회정책, 지역별 세부 프로그램은 한국이 유념할 만한 내용이다.

다섯째, 스웨덴 정부가 가장 강조하고 의지해 온 것은 사회구성원의 개인 책임이다. 단기방역에서는 실효성이 낮았다 하더라도, 장기적이고 궁극적으로는 개인의 자율적이고 합리적인 판단과 행동이 관건일 수밖에 없다. 소수의 일탈만으로도 위험이 증폭되어 시민의식이나 가치의 ‘평균’이 큰 의미가 없는 상황에서 정부가 모든 상황을 탐색할 수도 없다. 또한 장기화되는 규제

략을 고민해야 한다. 성숙한 시민의식과 행동은 정책 부담을 덜고 사회방역을 견고히 하는 기초이자 핵심 요건이다. 20세기 초중반 스웨덴이 사회민주주의 복지체제를 설계하면서부터 시민의식과 개인책임을 특별히 강조해 온 접근방식을 참고할 수 있을 것이다(최희경, 2017).

본 연구는 스웨덴의 코로나19 대응과 의료체계 사례를 종합적이고 체계적으로 설명하고자 한 것이다. 부문별 자료가 축적되면 개별 요인의 영향을 더욱 구체화할 수 있을 것으로 기대한다.

원고접수일: 2020.08.10

1차 심사완료일: 2020.08.18

1차 수정완료일: 2020.08.28

2차 심사완료일: 2020.09.03

게재확정일: 2020.09.04

최종원고접수일: 2020.09.07

참고문헌

- KOSIS. 2019. “시도별 공공의료기관 비중”. 국가통계포털. 대전: 통계청.
- 세예르스테드, 프랜시스(Francis Sejersted). 2015. 『사회민주주의의 시대』. 유창훈 옮김. 파주: 글항아리.
- 순딘·빌네르(Jan Sundin and Sam Wilner). 2007. 『스웨덴 공중보건 250년사』. 신영진·박세홍 옮김. 파주: 한울.
- 장영욱·윤형준. 2020.8.4. 「스웨덴의 코로나19 대응전략과 경제적 영향」. 세종: 대외경제정책연구원.
- 주트, 토니(Tony Judt). 2008. 『포스트 워 1945~2005 1』. 조행복 옮김. 서울: 플래닛.
- 최희경. 2012. 「건강증진을 위한 친환경 거버넌스의 설계: 스웨덴 지방자치단체 사례를 중심으로」. 《한국행정논집》 24권 3호, 729~754쪽.
- _____. 2017. 「공공주택 운영의 소설 엔지니어링 접근: 스웨덴 지역주택공사의 경험」. 《공간과 사회》 27권 3호, 141~189쪽.
- _____. 2019a. 『북유럽의 공공가치: 의료정책과 교육정책의 현장에서』. 파주: 한길사.
- _____. 2019b. 「북유럽 의료체계의 가치론적 접근」. 《한국행정학보》 53권 3호, 301~330쪽.
- 힐슨, 메리(Mary Hilson). 2010. 『노르딕 모델: 북유럽 복지국가의 꿈과 현실』. 주은선·김영미 옮김. 서울: 삼천리.
- Aftonbladet. 2020. “Table: Here are all the locations in the ICU.” *Aftonbladet*. <https://www.aftonbladet.se/nyheter/a/AdMPyr/sa-manga-platser-pa-intensiven-har-ditt-sjukhus>(검색일: 2020.7.12.)
- Babalola, Olubanke. 2017. “Consumers and Their Demand for Healthcare.” *Journal of Health & Medical Economics*, Vol. 3, No. 1, pp. 1~3.
- Batljan, Ilija and Märten Lagergren. 2005. “Future demand for formal long-term care in Sweden.” *European Journal of Ageing*, Vol. 2, No. 3, 216-224.
- Beilby, Justin and Christine Holton. 2005. “Chronic Disease Management in Australia: Evidence and Policy Mismatch, with Asthma as an Example.” *Chronic Illness*, Vol. 1, pp. 73~80.
- Bergman, Torbjörn. 2006. “Sweden: From Separation of Power to Parliamentary Supremacy: and Back again?” in K. Strøm, W.C. Müller and T. Bergman, *Delegation and Accountability in Parliamentary Democracies*. Oxford University Press, pp. 594-619.
- Bergstrom, Hans. 2020.4.17. “The Grim Truth About the Swedish Model.” *Project Syndicate*.

- <https://www.project-syndicate.org/commentary/swedish-coronavirus-no-lockdown-model-proves-lethal-by-hans-bergstrom-2020-04?barrier=accesspaylog>
(검색일 2020.8.21.)
- Blyth, Mark. 2011. "The transformation of the Swedish model: Economic Ideas, distributional conflict, and institutional change." *World Politics*, Vol. 54, No. 1, pp. 1-26.
- Björnberg, A. 2018. *Euro Health Consumer Index 2017 Report*. Health Consumer Powerhouse.
- Bonds, Timothy M., Eric V. Larson, Derek Eaton and Richard E. Darilek. 2014. *Strategy-Policy Mismatch: How the U.S. Army Can Help Close Gaps in Countering Weapons of Mass Destruction*, California: RAND Corporation.
- Cambridge University Press. *Sustainable Development Report 2020: The Sustainable Development Goals and COVID-19*. Cambridge University Press.
- Childs, M.W. 1936. *Sweden: The Middle Way*. Yale University Press.
- _____. 1980. *Sweden: The Middle Way on Trial*. Yale University Press.
- Corcoran, Mark and Bronwen Reed. 2020.6.30. "Anders Tegnell, the man behind Sweden's contentious coronavirus plan, has a legion of fans — and critics." ABC NEWS. <https://www.abc.net.au/news/2020-06-30/anders-tegnell-architect-of-the-swedish-model-coronavirus/12384966>(검색일: 2020.8.21.)
- Currie, Claire. 2016a. "The uses of epidemiology and other methods in defining health service needs and in policy development." *Health Knowledge*. <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/uses-epidemiology-health-service-needs>(검색일 2020.8.22.)
- _____. 2016b. "Measures of supply and demand." *Health Knowledge*. <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-health-care-assessment/measures-supply-demand>(검색일 2020.8.22.)
- Damgaard, Erik. 2006. "Denmark: Delegation and Accountability in Minority Situations." in K. Strøm, W.C. Müller and T. Bergman, *Delegation and Accountability in Parliamentary Democracies*. Oxford University Press, pp.281-300.
- Denhardt, R. B. and Denhardt, J. V. 2000. "The new public service: Serving rather than steering." *Public Administration Review*, Vol. 60, No. 6, pp. 549-559.
- Department of Health and Social Care (UK). 2020.4.15. Stay at Home: Coronavirus information leaflet. Gov.uk. <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-information-leaflet/coronavirus-stay-at-home-protect-the-nhs-save-lives-web-version>(검색일 2020.4.17.)

- Edwards, Catherine. 2020.3.30. "Who's actually responsible for Sweden's coronavirus strategy?." *The Local Sweden*.
- Eide, T.B., Straand, J., Björkelund, C., Kosunen, E., Thorgeirsson, O., Vedsted, P., and Rosvold, E.O. 2017. "Differences in Medical Services in Nordic General Practice: a Comparative Survey from the QUALICOPC Study." *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35(2): 153-161.
- Ejike, Chika N.. 2017. "The Influence of Culture on the Use of Healthcare Services by Refugees in Southcentral Kentucky: A Mixed Study." Western Kentucky University Doctoral Dissertation.
- Ekblom, Jonas. 2020.3.15. "Tegnell: Flock immunity not the main tactic." SVD.
- Enthoven, Alain. 1985. "Health Tax Policy Mismatch." *Health Affairs*, Vol. 4, No. 4, pp. 5-14.
- Etzemüller, T. 2014. *Alva and Gunnar Myrdal: Social Engineering in the Modern World*. Lexington Books.
- EURYDICE. 2013. *Physical Education and Sport at School in Europe*. Education, Audio-visual and Culture Executive Agency of European Commission.
- Folkhälsomyndigheten. 2020a.6.18. Work of the Public Health Agency with covid-19. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/folkhalsomyndighetens-arbete-med-covid-19/>
- Folkhälsomyndigheten. 2020b.7.21. *Scenarier-Tre smittspridningsscenarier inom regering-suppraget "Plan inför eventuella nya utbrott av covid-19"*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/scenarier-tre-smittspridningsscenarier-inom-regeringsuppraget-plan-infor-eventuella-nya-utbrott-av-covid-19/>(검색일: 2020.8.1.)
- Folkhälsomyndigheten. 2020c.7.27. *About the new coronavirus and the disease COVID-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/o/om-det-nya-coronaviruset-och-sjukdomen-covid-19/>
- Freedom House. 2019. *Freedom in the World 2019*. Freedom House.
- Ghitis, Frida. 2020.5.14. "The 'Swedish Model' Is a Failure, Not a Panacea." *World Politics Review*. <https://www.worldpoliticsreview.com/articles/28759/the-swedish-model-is-a-failure-not-a-panacea>(검색일 2020.8.21.)
- Glenngård, A.H. 2016. *The Swedish Health Care System: International Health Care System Profiles*. The Commonwealth Fund (international.commonwealthfund.org).
- Glover, Rebecca E., May CI. van Schalkwyk, Elie A. Akl, Elizabeth Kristjansson, Tamara Lotfi, Jennifer Petkovic, Mark P. Petticrew, Kevin Pottie, Peter Tugwell and

- Vivian Welch. 2020. "A Framework for Identifying and Mitigating the Equity Harms of COVID-19 Policy Interventions." *Journal of Clinical Epidemiology*. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.004>(검색일: 2020.8.1.)
- Goodman, Peter S. 2020.7.7. "Sweden Has Become the World's Cautionary Tale." *The New York Times*.
- government.se. 2015. "Public agencies and how they are governed." <https://www.government.se/how-sweden-is-governed/public-agencies-and-how-they-are-governed>(검색일: 2020.7.23.)
- _____. 2020. "Strategy in response to the COVID-19 pandemic." <https://www.government.se/articles/2020/04/strategy-in-response-to-the-COVID-19-pandemic>(검색일: 2020.7.20.)
- Grundsten, Ronja. 2015. *Immigration and Income Inequality in Sweden. Undergraduate Dissertation*. Linnæus University, Sweden.
- Hadsella, Lester and Adam T. Jones. 2019. "The Company You Keep: Satisfaction with Life, Economic Freedom, and Preference-Policy Mismatch." *Journal of Comparative Economics*. <https://doi.org/10.1016/j.jce.2019.12.002>(검색일: 2020.8.1.)
- Hale, et al., 2020. *Variation in government responses to COVID-19*. Blavatnik School of Government and University of Oxford.
- Health and Medicine. 2017. "The role and mandate of the Public Health Agency of Sweden." Nordic Council of Ministers, Nordic-Russian Health Program Planning meeting, 20 March 2017. St. Petersburg.
- Hensvik, Lena and Oskar Nordström Skans. 2020. *IZA COVID-19 Crisis Response Monitoring: Sweden*. Institute of Labor Economics.
- Hope, Christopher. 2020.5.1. "The story behind 'Stay Home, Protect the NHS, Save Lives' - the slogan that was 'too successful'." *The Telegraph*.
- Huang, Guangwei. 2011. "Long-term Impacts of Policy Mismatch upon Watershed Health." *Intl. J. River Basin Management*, Vol. 9, No. 1, pp. 79~84.
- Hwang, Jin-Tae. 2014. "Territorialized urban mega-projects beyond global convergence: The case of Dongdaemun Design Plaza & Park Project, Seoul." *Cities*, Vol. 40, pp. 82~89.
- _____. 2015. "A study of the state-nature relations in a developmental state: The water resource policy of the Park Jung-Hee regime, 1961-1979." *Environment and Planning A*, Vol. 47, No. 9, pp. 1926~1943.
- Johansson, Naimi, Niklas Jakobsson and Mikael Svensson. 2018. "Regional variation in health care utilization in Sweden – the importance of demand-side factors."

BMC Health Services Research, Vol. 18.

Jansson, Tommy. 2015. *Eco-innovation in Sweden*. European Commission.

Jonung, Lars. 2009. "The Swedish model for resolving the banking crisis of 1991-93. Seven reasons why it was successful." *European Economy*: Vol. 360.

Kandelaki, Marrone G, Lundborg CS, et al. 2016. "Patient-centredness as a quality domain in Swedish healthcare: results from the first national surveys in different Swedish healthcare settings." *BMJOpen* 2016;6: e009056. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009056.

Kettle, Donald F. 2002. *The Transformation of Governance: Public Administration for the 21st Century America*. The Johns Hopkins University Press.

Kokko, Ari. 2010. "The Swedish Model." United Nations University-Wider Working Paper, No. 88.

Korhonen, Jouni and Birk Granberg. 2020. "Sweden Backcasting, Now?—Strategic Planning for Covid-19 Mitigation in a Liberal Democracy." *Sustainability*. <https://doi.org/10.3390/su12104138>(검색일: 2020.8.1.)

Källberg, Sture. 1972. *Off the Middle Way: Report from a Swedish Village*. Pantheon

Löfgren, Emma. 2020.6.24. "The biggest challenge of our time': How Sweden doubled intensive care capacity amid Covid-19 pandemic." *The Local Sweden*.

Mai, H.J. 2020.5.25. "Stockholm won't reach herd immunity in May, Sweden's Chief Epidemiologist says." *NPR*.

McGrath. Matt. 2016.1.7. "Is Sweden's 'green miracle' a model for the rest of the world?" *BBC NEWS*.

Mayer, Jonathan D. and Lewis, Nancy Davis. 2020. "An Inevitable Pandemic: Geographic Insights into the COVID-19 Global Health Emergency." *Eurasian Geography and Economics*. <https://doi.org/10.1080/15387216.2020.1786425>(검색일: 2020.8.1.)

Migrationsverket and EMN. 2018. *EMN Annual Report on Migration and Asylum 2017: Sweden*. EMN Sweden.

Miltimore, Jon. 2020.7.15. "Why Sweden Succeeded in "Flattening the Curve" and New York Failed." *FEE*. <https://fee.org/articles/why-sweden-succeeded-in-flattening-the-curve-and-new-york-failed/>(검색일: 2020.8.1.)

Ministry of Health and Social Affairs. 2020.7.3. "Swedish experiences during the COVID-19 pandemic." <https://www.government.se/articles/2020/07/swedish-experiences-during-the-covid-19-pandemic/>(검색일: 2020.8.1.)

Munoz, Juan-Carlos. 2020. *The Swedish Exception: A Postcolonial Analysis of Exclusion in the Swedish Covid-19 Strategy*. Stockholm: Södertörn University.

National Healthy Cities Network. 2007. *Fresh Idea for Public Health*. NHCN.

- Naturvårdsverket(Swedish Environmental Protection Agency). 2020. "Right of public access." *Naturvårdsverket*. <https://www.naturvardsverket.se/allemansratten>(검색일: 2019.10.9.)
- Norrestad, F. 2019.9.2. "Patient satisfaction with the quality of health care in Sweden 2018, by sector." Statista. <https://www.statista.com/statistics/953422/patient-satisfaction-with-the-quality-of-health-care-in-sweden-by-sector>(검색일 2020.8.25.)
- OECD.Stat. 2020. *Health Workforce Migration: Migration of doctors*. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=68336>(검색일: 2020.7.31.)
- OECD. 2016. *International Migration Outlook 2016*. OECD.
- _____. 2019a. *Health at a Glance 2019*. OECD.
- _____. 2019b. *International Migration Outlook 2019*. OECD.
- Osborne, David and Ted Gaebler. 1992. *Reinventing government: How the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Addison-Wesley.
- Oteng-ababio, Martin and Ernest Agyemang. 2015. "The Okada War in Urban Ghana: A Polemic Issue or Policy Mismatch?." *African Studies Quarterly*, Vol. 15, No. 4, pp. 26~44.
- Our World in Data. 2020a. *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*. <https://ourworldindata.org/coronavirus#coronavirus-country-profiles>(검색일 2020.7.29.)
- _____. 2020b. *Women's Employment*. <https://ourworldindata.org/female-labor-supply> (검색일 2020.7.24.)
- OxCGRT team. 2020. *COVID-19 Government Response Tracker: Relationship between number of COVID-19 cases and government response*. Blavatnik School of Government, University of Oxford. <https://covidtracker.bsg.ox.ac.uk/stringency-scatter>(검색일: 2020.7.25.)
- Pollitt, C. and Bouckaert, G. 2011. *Public management reform: A comparative analysis of NPM, the Neo-Weberian State, and New Public Governance*. Oxford.
- Purvis, Andrew. 2008.9.24. "Sweden's Model Approach to Financial Disaster." *TIME*.
- Radio Sweden. 2020.6.3. "Anders Tegnell: My comments were overinterpreted." Radio Sweden. <https://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=2054&artikel=7487961>(검색일: 2020.8.1.)
- Rambaree, Komalsingh and Nessica Nässén. 2020. "'The Swedish Strategy' to COVID-19 Pandemic: Impact on Vulnerable and Marginalised Communities." *The International Journal of Community and Social Development*, Vol. 2, No. 2, pp. 234~250.
- Region Blekinge. 2020. *Health and care: Information in different languages on the coronavirus (covid-19)*. <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/information->

- om-coronaviruset/(검색일 2020.7.29.)
- Reynolds, Emma. 2020.4.28. "Sweden says its coronavirus approach has worked. The numbers suggest a different story." CNN. <https://www.wapt.com/article/sweden-says-its-coronavirus-approach-has-worked-but-numbers-suggest-a-different-story/32300714#>(검색일 2020.7.20.)
- Rojas, Mauricio. 1991. "The "Swedish model" in historical perspective." *Scandinavian Economic History Review*, Vol. 39, No. 2, pp. 64-74.
- Riksidrotts Förbundet. 2011. *Sport in Sweden*. Riksidrotts Förbundet.
- Rothschild, Nathalie. 2020.4.21. *The Hidden Flaw in Sweden's Anti-Lockdown Strategy. Foreign Policy*. <https://foreignpolicy.com/2020/04/21/sweden-coronavirus-anti-lockdown-immigrants/>(검색일 2020.6.10.)
- Santerre, R. E. and Neun, S. P. 2000. *Healthcare Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Cengage Learning.
- Savage, James. 2020.6.11. "How Sweden's herd immunity strategy has backfired." *Newstatesman*.
- Savage, Maddy. 2020.5.19. "Coronavirus: what's going wrong in Sweden's care homes?" BBC News.
- SCB. 2018. "Sociodemographic inequalities in Sweden." *Sveriges Officiella Statistik*.
- _____. 2020a. "Norwegian ownership continues to increase." *Sveriges Officiella Statistik*.
- _____. 2020b. "Population statistics." *Sveriges Officiella Statistik*.
- _____. 2020c. "The most common occupation in Sweden was assistant nurses, personal care, home care and homes for the elderly." *Sveriges Officiella Statistik*.
- Shanghai Ranking Consultancy. 2019. *Academic Ranking of World Universities (ARWU) 2019*. Shanghai Jia Tong University.
- Siri, Haavie. 2003. "Sterilization in Norway: a Dark Chapter?" *Eurozine* (www.eurozine.com).
- SNIPH(Swedish National Institute of Public Health). *Ten Years of Swedish Public Health Policy*. SNIPH.
- Statista. 2020. "Coronavirus (COVID-19) deaths in Sweden." Statista. <https://www.statista.com/statistics/1105753/cumulative-coronavirus-deaths-in-sweden/>
- Strøm, Kaare and Narud, Hanne. 2006. "Norway: Virtual Parliamentarism." in K. Strøm, W.C. Müller and T. Bergman, *Delegation and Accountability in Parliamentary Democracies*. Oxford University Press, pp.523-551.
- Sullivan, R., L. Homberg, and A.D. Purushotham. 2012. "Cancer Risk and Prevention in a Globalised World: Solving the Public Policy Mismatch." *European Journal of*

- Cancer*, 48, pp.2043-2045.
- Svenska Intensivvårdsregistret. 2020. "COVID-19 in Swedish intensive care." <https://www.icuregsw.se/org/data-resultat/covid-19-i-svensk-intensivvard/>(검색일 2020.8.1.)
- Sveriges Riksdag. 2016. *The Constitution of Sweden: the Fundamental Laws and the Riksdag Act*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SVT. 2020.5.1. "The proportion of elderly Covid patients has fallen sharply." *SVT*. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/andelen-aldre-COVIDpatienter-har-minskat-kraftigt>(검색일: 2020.5.23.)
- Swedish Institute. 2020a.5.5. *Healthcare in Sweden*. <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/>(검색일 2020.5.17.)
- _____. 2020b.6.9. *The Swedish Summer House: A Love Affair*. <https://sweden.se/culture-traditions/the-swedish-summer-house-a-love-affair/>(검색일 2020.6.12.)
- _____. 2020c.7.3. *Elderly care in Sweden*. <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>(검색일 2020.7.8.)
- Taylor, Robert. 2005. *Sweden's New Social Democratic Model*. Compss.
- The Feantsa — The Foundation Abbe Pierre. 2017. Second Overview of Housing Exclusion in Europe 2017. Feantsa - The Foundation Abbe Pierre.
- The Foundation Abbe Pierre - Feantsa. 2020. Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe 2020. The Foundation Abbe Pierre - Feantsa.
- The Local Sweden. 2020a.6.7. "Coronavirus: Sweden's economy plunging despite refusal to lockdown." *The Local Sweden*.
- _____. 2020b.7.21. "How many more people could die from coronavirus in Sweden?." *The Local Sweden*.
- _____. 2020c.7.31. "Coronavirus LATEST: What you need to know about the outbreak in Sweden." *The Local Sweden*.
- THE(Times Higher Education). 2020. *World University Rankings 2020*. THE World University Rankings.
- Thomas, Richrd K.. 2003. "Health Services Demand and Utilization." In: Thomas R.K. (eds) *Health Services Planning*. Boston: Springer.
- Trägårdh, Lars and Özkırmılı, Umut. 2020.4.21. "Why might Sweden's Covid-19 policy work? Trust between citizens and state." *The Guardian*.
- Vallgård, S. 2007. "Public Health Policies: A Scandinavian Model?" *Scandinavian Journal of Public Health*, 35: 205~211.
- _____. 2011. "Addressing Individual Behaviours and Living Conditions: Four Nordic

- Public Health Policies.” *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6): 6~10.
- Vanttinen, Pekka. 2020.6.16. “Swedes start questioning government’s ‘herd immunity’ path.” *Euractiv*.
- Vaughn, Lisa M., Farrah Jacquez and Raymond C. Baker. “Cultural Health Attributions, Beliefs, and Practices: Effects on Healthcare and Medical Education.” *The Open Medical Education Journal*, Vol. 2, pp. 64-74.
- Viana, Alexandre Guedes and Patrícia Helena F. Cunha. 2016. “The Swedish model: an alternativeto macroeconomic policy.” *Brazilian Journal of Political Economy*, vol. 36, no. 2, pp. 266~285.
- Wellay, Tsegay, Measho Gebreslassie, Molla Mesele, Hailay Gebretinsae, Brhane Ayele, Alemtsehay Tewelde and Yodit Zewedie. 2018. “Demand for health care service and associated factors among patients in the community of Tsegedie District, Northern Ethiopia.” *BMC Health Services Research*, Vol. 18.
- White, Louise G. 1989, “Public Management in a Pluralistic Society.” *Public Administration Riview*, Vol.49, pp. 522~532.
- WHO(World Health Oeganization). 2020.8.1. “Sweden: WHO Coronavirus Disease (COVID-19).” <https://covid19.who.int/region/euro/country/se>(검색일: 2020.8.1.)
- WVS(World Values Survey). 2015. World Value Survey(2010-2014) Crossing by Country. 906-WVS2010. WVS
- Yaya, Sanni, Helena Yeboah, Carlo Handy Charles, Akaninyene Otu, Ronald Labonte. 2020. “Ethnic and Racial Disparities in COVID19-related Deaths: Counting the Trees, Hiding the Forest.” *BMJ Glob Health*. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002913>(검색일: 2020.8.1.)

Abstract

**Policy Response against COVID-19 and Mismatches:
A Swedish Case**

Hee-Kyung Choi

This study purports to inquire into the Swedish case of policy mismatches in responding COVID-19 pandemic, which account for high human cost in the early stage. The research examines why Sweden has taken a flexible recommendation, not a rigid regulation.

Since the COVID-19 outbreak, the Nordic country has taken its traditional policy paradigm and healthcare model with comprehensive and diverse goals from a long perspective, democratic governance by professionals under limited healthcare resources to cover specific target groups. The approach also emphasizes individual responsibility and autonomy, not perfectly embedded in the immigrant community. The research founded that the conventional Swedish approach, which fared well before the pandemic, yielded policy mismatches with ideal responses against COVID-19.

From a long-term sustainable perspective, the Swedish experiences can provide lessons to Korea, a renowned short-term success story with a comparatively hard regulatory model.

Keywords: Sweden, COVID-19, healthcare policy, determinants of policy, policy mismatches, individual responsibility