

외국 건강보험의 재정안정대책

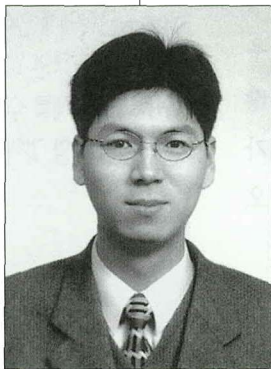
Measures for Stabilizing Health Insurance Systems in Selected Countries

1. 머리말

건강보험의 역사가 오래된 선진 외국의 경우에도 높아 가는 생활수준과 늘어가는 의료수요 욕구 속에서 진료비의 지속적 급증현상이 주요한 사회경제적 문제로 자리 잡고 있다. 인구의 고령화, 평균수명의 증가, 질병구조의 변화, 의료기술의 진보(이로 인한 고액진료건수의 증가) 등의 자연적 증가 요인에 더하여, 의사수 및 의료공급주체의 증가, 소득향상 등으로 인한 수요증가 등에 의해 진료비가 급격히 증가하게 되고, 이로 인해 건강보험의 재정에 압박을 가해 왔다. 따라서 다양한 재정안정을 위한 대책을 마련하는 데에 부단한 노력을 경주하는 것은 세계적으로 발견되는 일반적 현상이라 할 수 있다.

본고는 선진외국이 재정위기에 대처하기 위하여 실시한 재정대책들을 살펴보고, 이를 토대로 현재 우리나라 재정위기를 극복하기 위한 대안으로서의 가능성을 검토해 보고자 한다. 이 과정에서 기존에 이미 소개된 외국제도를 체계화하고, 범주화하여 설명함으로써 외국의 재정안정 대책에 관심이 있는 독자들의 이해를 돕고자 한다.

외국의 재정안정대책은 크게 세 가지 관점에서 구분할



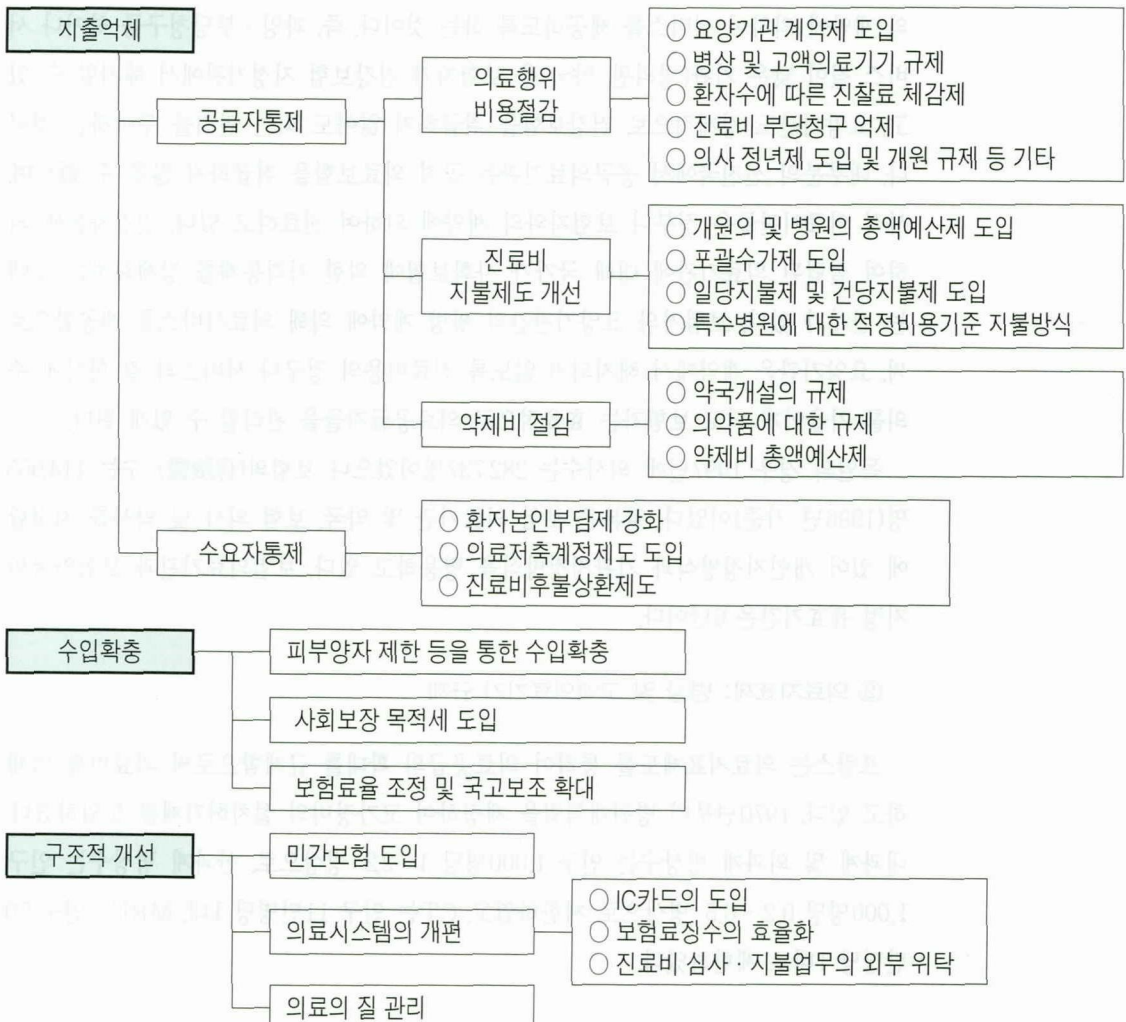
申 鉉 雄

한국보건사회연구원 주임연구원

수 있다. 첫째, 진료비를 억제하는 방안, 둘째, 재원을 확충하는 방안, 셋째, 건강보험 재정구조개선방안이다. 이 방안들을 좀더 세분화하고 체계화한 것이 [그림 1]이다. 이중 진료비의 증가를 억제하기 위한 방안들이 중점적으로 강구되었으며, 최근에는 증거에 근거한(evidence-based) 의료의 질을 평가함으로써 증가속도를 둔화시키고자 하는 움직임이 시작되고 있다. 따라서 본고도 진료비증가 억제방안을 중심으로 논의하면서 재원확충 방안과 재정구조 개선방안들에 대하여 정리하고자 한다.

외국의 재정안정대책은 크게
진료비를 억제하는 방안,
재원을 확충하는 방안,
건강보험 재정구조 개선방안의
세 가지 관점으로
구분할 수 있다.

그림 1. 외국의 재정안정방안



2. 진료비 지출억제 대책

1) 의료공급자 통제

(1) 의료행위(서비스) 비용 절감

① 요양기관 계약제 도입

요양기관 계약제는 대부분의 선진국에서 실시되는 제도로써 의료서비스 제공자(요양기관이나 공급자)들에게 사회보험으로서의 건강보험을 강제화하지 않고, 보험자와의 계약에 의하여 서비스를 제공하도록 하는 것이다. 즉, 과잉·부당청구를 하거나 서비스 질이 낮은 기관(병의원, 약국)을 보험자가 건강보험 지정기관에서 해지할 수 있고, 요양기관도 강제적으로 건강보험을 취급하지 않아도 되는 권리를 부여하는 것이다. 대부분의 선진국에서 공공의료기관은 공적 의료보험을 취급하지 않을 수 없으며, 사적 의료기관들은 정부나 보험자와의 계약에 의하여 진료하고 있다. 민간자본에 의하여 설립된 의료기관에 대해 국가가 사회보험에 의한 가격통제를 강제화하는 것에 한계가 있다. 보험자와 요양기관간의 쌍방 계약에 의해 의료서비스를 제공함으로써, 요양기관은 계약에서 해지되지 않도록 진료비용의 청구나 서비스의 질 향상에 주의를 기울이게 되고 보험자는 효율적으로 의료공급자들을 관리할 수 있게 된다.

독일의 경우 1997년에 의사수는 282,737명이었으나 보험의(保險醫) 수는 114,955명(1996년 기준)이었다. 일본은 보험 의료기관 및 약국, 보험 의사 및 약사를 지정함에 있어 개인지정방식과 기관지정방식을 병용하고 있다. 보험의료기관과 보험약국의 지정 유효기간은 6년이다.

② 의료지표제: 병상 및 고액의료기기 규제

프랑스는 의료지표제도를 통하여 의료공급의 확대를 규제함으로써 의료비를 억제하고 있다. 1970년부터 병원개혁법을 제정하여 고가장비의 설치허가제를 도입하였다. 내과계 및 외과계 병상수는 인구 1,000명당 1~22 병상으로, 산과계 병상수는 인구 1,000명당 0.2~0.5 병상으로 제한하였고, CT는 인구 11만명당 1대, MRI는 인구 50만명당 1대로 제한하였다.

③ 1일 진찰 환자수에 따른 진찰료 체감제

대만의 경우 1일 진료환자수의 규모에 따라 진찰료를 체감적용시키고 있다. 의약분업에 따라 조제하지 않는 의사와 직접 조제하는 의사를 구분하여 체감의 기준을 달리 적용하고 있다. 이는 환자수가 증가할수록 평균비용이 감소할 것이라는 규모의 경제원칙을 적용한 것으로 해석할 수 있다. 그리고 진찰환자수 규모에 따라 의사들의 수입격차가 커질 것이므로 의사들간 수입격차를 줄여주는 효과가 있을 것이고, 과도하게 많은 환자들을 진료함으로써 진료의 질이 하락하는 것을 제어하는 효과도 있을 것이다. 그러나 의사의 능력에 따라 환자들이 선택하도록 하는 시장기능을 가격으로 규제하는 것은 옳지 않다는 비판도 제기되고 있다.

표 1. 대만의 진찰료 체감제

(단위: NT\$)

진찰료	일당 환자수				
	30인 이하	31~50인	51~70인	71~150인	151인 이상
의사비조제시	255	245	205	145	125
의사직접 조제시	230	220	180	120	100

자료: 의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

④ 부당진료비 청구 억제를 위한 조사 강화

미국은 진료비 부정청구를 방지하기 위하여 메디케어에서는 부정청구에 대항하기 위한 기금(HCFAC: Health Care Fraud and Abuse Control Account)을 마련하였고, 동 기금은 보건복지부(DHHS)와 법무부(DOJ, FBI 포함)에 나누어져 있으며, FBI와 법무부가 건강보험 부정에 관한 조사를 실시하도록 하고 있다.

예방(prevention), 적발(detection), 처벌(enforcement)을 주기능으로 하는 이러한 조사는 첫째, 새로 개업한 의료공급자의 청구패턴을 일정기간 동안 감시한다. 둘째, 의료소비자에 대한 교육을 강화하는 것으로 부당청구에 취약한 계층(빈곤층 등)에게 중점 교육을 실시하고,

요양기관 계약제는 대부분의 선진국에서 실시되는 제도로써 의료서비스 제공자들에게 사회보험으로서의 건강보험을 강제하지 않고, 보험자와의 계약에 의하여 서비스를 제공하도록 하는 것이다.

의료소비자에게 급여내역서를 신속하게 보내어 신중한 검토를 장려한다. 그리고 부당 청구 적발이 의료 접근도를 낮추지 않는다는 사실을 주지시킨다. 셋째, 의료기관을 무작위로 직접 방문하여 조사함으로써 부당청구를 적발한다. 넷째, 기습적인 세무조사를 시행한다. 다섯째, 의료공급자 단체에 의한 자체적인 부당청구 적발을 장려한다. 기타 보험자간 정보를 공유하도록 제도화하고 부당청구시 범죄와 동일시하여 처벌을 강화하고 있다.

(2) 진료비지불제도 개선

① 개원의 및 병원의 총액계약제

프랑스에서는 개원의에 대하여 1994년 전국 협약으로 진료비총액 증가율의 목표를 설정하였고, 이어 1996년에는 총액증가율을 물가상승률 범위내로 결정하였다. 그리고 1997년에는 총액증가율이 목표치를 초과할 경우 의사가 의료비 반환을 하도록 규제하였으나, 개인별 의료비 초과분에 대해 전체가 연대책임을 지는 것이 위헌으로 판결되어 반환이 일어나지 않고 있다.¹⁾

반면 병원에 대하여는 총액계약제를 실시하고 있다. 지방병원청이 전국 22개 공공병원에 대하여 지역내 병원별로 예산을 배분한다. 공공병원이 전년도 실적을 근거로 시설투자계획과 예산, 질병군별진료비자료(프랑스식 포괄수가제)를 지방병원청에 제출하면 지방병원청에서는 질병군별진료비자료에 근거한 관리회계기법을 사용하여 차년도 예산을 결정한다. 민간영리 및 비영리 병원의 의사진료비는 개원의의 협약요금에 준하여 지불하고, 병원진료비는 지방병원청과 병원과의 개별계약에 의해 1일당 정액과 1일(회)당 포괄지불제를 병용한다.

독일은 각 질병금고가 주(州)보험의협회와 총액 계약하고, 보험의협회가 각 개원의에게 의료행위량(행위별수가제에 기초)에 비례하여 배분한다. 총액의 인상률은 기본임금의 상승률 범위내에서 억제하고, 행위 1점당 단가는 총액진료비를 총청구점수로 나누어 산출하여 정산한다.

1) 프랑스는 국가적으로 의료보험 전체지출의 목표를 설정하고, 총액을 입원, 외래, 약제 등 부문별로 그리고 지역별로 구분하여 배분한다. 이에 따라 보험수가와 보험료, 공공병원 예산, 약가, 약사수와 의과대학생수 등을 규제하고 있다.

② 포괄수가제의 도입

미국은 메디케어 입원환자에 대하여 진단명에 근거한 포괄수가제(DRG)를 도입하고 있고 외래에 대하여도 포괄수가제(APG) 도입을 서두르고 있다. 독일은 외과적 치료 패턴에 따른 통상 진료비에 근거(94종, 1998년)한 포괄수가제를 도입하고 있다. 프랑스는 질병군별진료비자료를 총액예산의 산정에 이용하는 방식을 사용하고 있다.

DRG에 의한 지불시스템이 행위별수가제에 비해 보험자 대 개별 병원간에 경쟁적인 계약을 체결하는 데에 용이하기 때문에 DRG시스템을 도입하는 국가가 증가하고 있다. 오스트리아와 이태리는 일당정액지불제에서 DRG 시스템으로 전환하였다. 오스트리아는 병원 외래에 대해서도 DRG를 적용하고 있고, 덴마크 역시 DRG 적용을 더욱 확대하고 있다. 노르웨이는 총액예산제로 병원을 운영하고 있는데 1997년 7월부터 건당지불방식(activity-based)을 추가하였다.

③ 병원 일당지불제와 건당지불제 도입

독일과 프랑스는 통상 병원 입원환자에 대해 1인당 1일 평균비용을 지불하는 시스템을 사용하고 있다. 이는 의료비의 예측가능성을 높이고, 환자수에 비례한 예산할당으로 비용을 적절하게 통제하려는 메커니즘에 입각하고 있다. 다만, 수술 등 의사와 직접 관련된 비용은 서비스 대가를 지불하도록 하였다. 독일은 1996년에 1일당 정액과 1건당 포괄지불제의 혼합방식으로 전환하였다. 일당지불제나 건당지불제 모두 예산상 제약과 투입비용을 절감하려는 유인을 제공하는 지불방식이다. 일당지불제가 보다 단순하고 예산제약을 강화하는 반면에 의료공급자가 질병종류별로 자율적인 진료를 하는 데에는 제약이 많다. 이와 같은 한계 때문에 병원의 특성이나 입원환자들의 질병양상에 따른 다양성을 포괄하기 위해서 건당지불제를 병용하는 것으로 판단된다.

DRG에 의한 지불시스템이
행위별수가제에 비해
보험자 대 개별 병원간에
경쟁적인 계약을 체결하는 데에
용이하기 때문에
DRG시스템을 도입하는 국가가
증가하고 있다.

(3) 약제비 절감

① 약국 개설의 규제

독일에서 약국법은 약국을 개설하기 위해서 일정기간 이상 근무한 약사의 경력을 요구한다. 미국의 경우에도 약국을 개업하기 전에 약사 면허를 취득한 후에 개원약국에서의 일정한 연수기간이 필요하다.

② 의약품에 대한 규제

의약품 사용에 대한 규제정책으로 첫째, 의약품 기준가격제(Reference Pricing)를 들 수 있다. 기준가격제란 각 약품별로 기준가격 즉, 최고상한수준(Maximum Reimbursement Level)을 정하여, 소매가와 기준가격간의 차액을 소비자가 부담하도록 한다. 독일(1989), 네덜란드(1991), 스웨덴(1992), 덴마크(1993), 이태리(1996), 노르웨이에서 시행하고 있다. 독일은 1998년 전체 보험약제의 약 60%에 대해 적용하고, 그 외 약제는 목록(list)상 가격 기준으로 자유로운 판매가격을 적용한다.

둘째, 성분명(generic) 의약품의 대체조제 권장 및 가격경쟁(독일, 네덜란드, 영국)의 조장이다.

셋째, 약가를 직접적으로 규제하는 것이다. 생산 원가에 근거하여 통제하는 국가(오스트리아, 스페인), 자유가격과 기준가격을 혼용하는 국가(덴마크, 독일), 약효에 근거하여 제약회사와의 협상으로 가격을 산정하는 국가(프랑스), 협상가격과 기준가격을 혼용하는 국가(스웨덴)가 있고, 심지어는 약가 이윤을 통제하는 국가(영국)도 있다.

넷째, 보험약품 목록제로 약효가 확실치 않은 약품에 대해서는 상환대상에서 제외하는 국가(프랑스, 1990), 약품의 Positive List 제도를 도입하여 약효가 의심스러운 비경제적인 의약품은 급여목록에서 제외하는 국가(독일)가 있다. 네덜란드는 의약품 급여목록과 비급여 목록을 가격과 함께 고시하여 보험급여 제한에 따른 의약품 지출 억제책을 도모하기도 하였으나, 처방당 의약품의 종류가 늘어나 이 제도를 철회하였다.

2) 수요자 통제

(1) 환자 본인부담의 강화

① 장기입원에 따른 본인부담 체증제

대만은 외래 환자수 규모에 비례한 진찰료 체감제와 더불어 입원 환자에 대해 입원일수의 장기화에 따른 본인부담을 체증함으로써 장기입원을 억제하고 입원비용을 절감하고 있다.

표 2. 대만의 장기입원에 따른 본인부담 체증제

급성병실		만성병실	
재원일수	본인부담률 ¹⁾	재원일수	본인부담률
30일 이내	10%	30일 이내	5%
31~60일	20%	31~90일	10%
61일 이상	30%	91~180일	20%
		181일 이상	30%

주: 1) 급성병실의 본인부담금은 진료비 대비 약 5.9%임.

자료: 의료보험통합추진기획단, 『의료보험제도의 통합방안』, 1998. 12.

싱가폴에서 실시하고 있는 의료저축제도는 의료보험료를 가족이나 본인 명의의 의료저축계좌에 적립하고, 저축계좌의 적립금에서 의료비를 충당하는 제도이다.

② 서비스 제외(delisting of services)

네덜란드에서는 1990년대 초반 보험재정의 안정을 도모하고자 17세 이상 성인의 치과서비스, 물리치료, 생체공학요법, 몇 가지 내과적 치료, 위암의 광범위한 수술, 하지 혈액순환 정지를 위한 전기자극, 관동맥차단을 위한 엑시머 레이저, 중성구 결핍증 및 발열 환자에서의 호르몬 성장치료, 자살시도 환자 등을 보험적용에서 제외하였다.

(2) MSA(의료저축제도) 도입

싱가폴에서 실시하고 있는 의료저축제도는 의료보험료를 가족이나 본인 명의의 의료저축계좌에 적립하고, 저축계좌의 적립금에서 의료비를 충당하는 제도이다. 이 제도는 의료수요자들에게 비용의식을 고취시키고 수요자측면에서의 도덕적 해이를 방지하여 진료비 지출을 억제하

는 방안으로 1984년부터 싱가포르에서 가장 먼저 시작하였다. 이후 미국, 중국, 태국, 말레이시아 등에서 확대 실시하고 있다.

3. 수입 확충

1) 피부양자의 제한 및 피부양자수에 비례한 보험료 부과

독일은 배우자 및 18세 미만(미취업자는 23세 미만, 학생 및 실습생은 25세 미만, 장애자는 연령과 무관)으로서 수입이 일정한도(1999년 구서독 월 630마르크, 구동독 월 530마르크) 이하인 자에 대해서만 피부양자로 인정한다. 또한 연금수급자도 건강 보험에 가입하게 하고, 연금수급자와 연금보험자가 50%씩 부담한다. 그 외 실업급여 수급자는 연방고용청이, 사회부조수급자는 사회부조기관이, 병역중에 있는 자는 연방 정부가 부담한다. 독일의 피부양자 1인당 피부양률은 0.44(즉, 피보험자 4075만 1천명, 피부양자 1803만 5천명, 1997년)이다.

대만은 직장 피용자들에 대해 피부양자수에 비례하여 보험료를 추가부담하는 방식까지 채택하고 있다. 피용자의 보험료는 $[\text{보수} \times 4.25\% \times \text{보험료 분담률} \times (1 + \text{피부양자수})]$ 에 의하여 산정된다. 단, 피부양자수는 최대 5인까지 허용하고 있고, 피용자의 보험료분담률은 30%이다. 사용자의 보험료는 $[\text{보수} \times 4.25\% \times \text{보험료 분담률} \times (1 + 0.88)]$ 에 의해 산정한다. 0.88은 전국의 평균 피부양률로서 사용자도 평균적인 피부양자에 대한 부담을 하고 있다. 사업주의 보험료분담률은 60%이고, 정부가 나머지 10%를 부담한다.

2) 사회보장 목적세의 도입

프랑스의 사회보장 목적세는 법률상으로는 '보험료' 또는 '각출금'의 명목으로 조달하며 그 부과대상은 다음과 같다.

- 자동차보험세(1967년): 보험료의 15%(1985)
- 알코올소비세(‘알코올음료보험료’, 1983): 도수 25% 초과
음료
- 담배소비세(‘가공담배보험료’, 1983): 담배도매가의 10%
- 의약품광고세(‘의약품광고각출금’, 1983년): 9.5~21%
- 전문약품 개발기업이 부담하는 각출금(1997): 약국에 판매한
경우 매출액의 2.5% 부과
- 기업의 연대사회각출금(1970): 세전(稅前) 연간매출의 1.3%

4. 구조적 개선

1) 민간의료보험을 통한 공보험 비용 절감

선진국(독일, 프랑스, 네덜란드 등)은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 공보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로, 민간의료보험의 참여를 활성화하고 정부개입을 축소하였다.²⁾

(1) 독 일

고소득계층에 대해 민간보험을 도입하였다. 일정소득(68,400마르크, 1994년 기준) 이상자에게 민간보험 선택을 허용(전국민의 30%)하되, 공보험으로 되돌아오는 것은 불가능하도록 하였다. 일단 민간보험에 가입되면 보험사가 일방적으로 가입을 종결시킬 수 없으며 연령에 상한을 두지 못하게 하였다. 민간보험의 보험료 결정은 연방보험당국에 의해 규제되며, 보험료는 성, 연령, 위험발생도, 피부양자수와 본인부담률에 의존하도록 하였다.

독일 보험시장의 큰 규모에도 불구하고 외국보험회사의 진입은 낮은

선진국은 1980년대 이후 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 공보험 재정의 악화를 방지하기 위한 방안의 하나로, 민간의료보험의 참여를 활성화하고 정부개입을 축소하였다.

2) 자세한 내용은 최병호 외, 『국민건강보험과 민간의료보험의 보완적 발전방안 연구』, 한국보건사회연구원, 2000.를 참조.

편인데, 그 이유는 법적으로 보험회사간의 경쟁을 금지하고 새로운 진입을 제한하기 때문이다.

(2) 프랑스

인구의 80% 이상이 본인부담분에 대한 민간 보충보험에 가입(가계의 35%는 개인가입, 49%는 고용주를 통한 단체가입)하고 있다. 질병·장애에 따른 소득상실에 대해 사무직 근로자는 보충적 민간보험에 가입하고, 통상 소득의 80%를 보장한다. 민간보험료에 대해서 과세상의 소득공제 혜택이 주어지며, 1992년 기준으로 민간보험이 총의료비 지출의 11%를 차지하였다.

(3) 네덜란드

1989년 Dekker 개혁을 통하여 개인이 조합을 선택하고 조합은 의료공급자를 선택하도록 함으로써 민간보험과 공보험간 경쟁시스템을 도입하였고, 공보험 급여가 감축되면서 공보험 조합과 민간보험사간 합병 및 협력이 이루어지고 있다.

2) 의료시스템의 개편

(1) IC 카드 도입

프랑스에서는 의사의 IC 카드와 환자의 IC 카드를 의료기관에서 동시에 읽어 보험진료비청구의 전자화, 의료제공자간 정보공유, 정보의 투명성을 제고하고자 하였다. 이를 실현하기 위한 전제조건은 보험자와 의료기관, 약국간 인트라넷을 구축하는 데에 있다.

(2) 보험료 징수비용 절감

미국과 스웨덴은 국세청을 통하여 사회보험료를 일괄 징수함으로써 관리비용을 절감하고 있다. 일본은 지역보험의 경우 자치행정기관(시정촌)이 보험료를 징수함으로써 독립된 지역조합에서 징수하는 것보다는 비용이 절약된다고 보고되고 있다.

(3) 진료비 심사 지불업무의 외부위탁(Outsourcing)

미국은 의료보험의 집행기관으로 의료재정청을 설립하고, 진료비 심사 및 지불업무를 외부기관에 위탁(의료재정청과 계약관계)하였다. 위탁기관의 1차 심사는 컴퓨터로 수행하고 2차 심사는 수작업으로 한다. 의료재정청과의 계약은 입찰방식이고, 각 기관은 전산처리시스템의 개량, 지불기간 단축, 처리능력 향상, 수급자에 대한 정보제공 및 상담 등 서비스 개선을 위해 경쟁한다.

3) 의료의 질 관리를 통한 진료비 절감

(1) 의료평가인증기구 설치(1996년)

프랑스는 의료평가인증기구를 설치하여 의료의 질 관리와 더불어 의료비의 경제성 제고를 도모하고 있다. 첫째, 의료기관 평가로서 병원의 질 관리와 경쟁을 촉진한다. 둘째, 기술평가(신기술 보험적용시 기술평가)로서 진료행위목록을 작성하고 적절한 진료행위 수가안을 작성하였고 의료기기에 대한 평가를 통하여 적정가격을 산정한다. 셋째, 검진 등 공공보건에 대한 경제성을 평가한다. 넷째, 의료계획으로서 MRI 배치, 뇌수술 병원 선정, 고액의료에 대한 계획을 작성한다.

프랑스는
의료평가인증기구를 설치하여
의료의 질 관리와 더불어
의료비의 경제성 제고를
도모하고 적절한 진료를
장려하기 위하여 의료직종별로
진료행위와 약제에 관한
의료지침을 작성한다.

(2) 의료지침을 통한 적정 진료

프랑스에서는 의학적 견지에서 적절한 진료를 장려하기 위하여 의료직종별로 진료행위와 약제에 관한 의료지침을 작성한다. 의료지침에서 일탈한 진료행위를 한 의사에게 수가를 삭감하거나 보험진료기관의 지정을 해지한다. 1995년 기준 15종의 질병 혹은 처방에 대해 65항목의 지침을 정하고, 이를 최근 200 항목으로 확대하였다.

5. 맺는 말

우리나라는 1996년부터 발생한 건강보험 재정적자로 인한 재정위기가 2000년 의 약분업과 관련한 과도한 수가인상 등으로 인하여 한계에 도달하였다. 이에 정부는 2001년 5월에 재정안정을 위한 대책들을 발표하였는데, 이 대책에는 앞에서 소개된 외국의 재정안정대책들과 유사한 대안들이 상당히 포함되어 있다.

진료비 지출을 억제하는 방안을 중심으로 재원확충방안들이 첨가되었다. 공급자 억제제를 위해 의료인력, 병상 및 고가특수장비에 대한 규제를 강화하였으며, 환자수에 따른 체감제를 실시하였다. 그리고 요양기관 현지 실사, 진료내역통보 확대, 대행청구 금지, 처벌기준 강화 등 진료비 부당청구 억제 방안들도 제시되었다. 약제비 절감을 위하여 참조가격제가 도입되었고, 수요자의 의료남용을 통제하기 위하여 환자 본인부담금을 높였다. 수입확대 측면에서는 소득이 있는 피부양자에게 보험료를 부과하고, 담배에 목적세를 신설하기로 하였으며 국고지원도 확대하기로 하였다. 기타 건강보험 공단의 업무를 효율화하고 민간보험 도입등에 대하여 검토하는 등 구조적인 개선방안도 제시되었다.

위의 재정안정대책들은 주로 단기적인 관점에서의 대책들이며 외국에서 실시하고 있는 진료비 지불제도의 개선이나 건강보험의 전체적인 틀을 개선하는 방안은 많은 검토가 필요하며, 외국의 재정안정대책 중 우리나라에 새롭게 도입하고자 하는 대안들은 좀더 신중하고 우리나라 여건에 맞는 대안들이 되도록 충분한 검토와 연구가 필요할 것으로 생각된다. 