

# 의료급여 환자의 의료이용 적정성 고찰

On the Appropriate Use of Health Services

신 영 석 한국보건사회연구원 연구위원

- 최근 의료급여 수급권자의 진료비가 폭증하고 있음.
- 2005년 기준 진료비 총액이 3조 3천억 원을 상회하여 2004년 2조 6천억 원에 비해 1년 사이에 약 26.8%가 증가하였음.
- 이는 수급자의 증가, 급여범위의 확대 등 몇 가지 관점에서 타당한 이유가 있음.
- 그러나 증가속도가 예상을 훨씬 뛰어 넘어 의료급여 수급권자들이 적정하게 의료이용을 하는 지에 대한 검토가 필요함.
- 의료이용의 적정성에 대한 판단은 동일상병, 동일 중증도, 동일 연령대에 건강보험 적용 대상자와 의료급여 수급자간 양 집단의 의료이용 평균은 같아야 한다는 전제로부터 출발하고자 함.
- 의료급여 1종, 2종 환자의 건강보험 대비 재원일수는 1종의 경우 1.713배이며, 2종의 경우 1.076배이다. 총 진료비는 1종이 1.513, 2종이 1.028으로 2종의 경우 건강보험 환자와 거의 차이가 없는 것으로 나타났음.
- 건강보험 가입자와 의료급여 수급자간 인구학적 요인의 차이, 이환 상병의 빈도와 분포의 차이, 양 집단간 중증도의 차이를 감안하여 분석한 결과 두 집단간 건당 진료비의 차액 661천원 중 세 가지 효과의 총합이 244천원으로 차액의 36.85%를 설명하고 있고 그 외 장기입원 및 기타효과가 418천원으로 진료비 차액의 63.15%를 설명하고 있음.
- 의료급여 1종 수급권자가 건강보험에 비해 노인인구의 과다, 높은 중증도, 고액이 소요되는 질환에 대한 상대적 높은 이환율 등을 보이고 있으나 동시에 필요 이상의 장기입원의 가능성이 있고, 장기입원은 고액진료비를 유발한다는 사실을 적시하고 있음.

## 1. 서론

최근 의료급여 수급권자의 진료비가 폭증하고 있다. 2005년 기준 진료비 총액이 3조 3천억 원을 상회하여 2004년 2조 6천억 원에 비해 1년 사이에 약 26.8%가 증가하였다. 2006년 진료비 예상액 또한 3조 8천억 원에 이를 것으로 예측되어 의료급여 재정안정화 문제가 현안으로 제기되

고 있다. 2002년 진료비가 약 1조 9천 8백억 원이던 것을 감안하면 불과 4년 사이에 2배로 증가하고 있는 실정이다. 물론 최근 진료비의 급등원인은 몇 가지 점에서 이유가 있기도 하다. 첫째, 수급권자의 증가를 들 수 있다. 2005년에 수급권자의 수는 약 1,761천명으로 전년대비 233천명이 증가하였다. 2004년부터 차상위(최저생계비 기준 소득인정액 100%에서 120% 사이의 계층)

만성질환자 및 희귀난치성 질환자가 추가로 의료급여 수급권자로 포함되었고, 2005년에는 12세 미만 차상위 아동이 의료급여 수급권자로 편입되었다. 또한 기초생활보장 수급자 선정 기준이 완화되어 자동적으로 의료수급권자의 대상자가 증가하였다.<sup>1)</sup> 둘째, 건강보험 보장성 강화에 따라 의료급여제도의 급여범위가 확대되었다. 암, 심장질환, 뇌혈관계 질환에 대한 본인부담이 10%로 인하되었고, 전동휠체어 등 장애인 보장구에 대한 급여가 확대되었고, 희귀난치성 질환이 74개에서 98개로 확대되었다. 또한 6세 미만 아동에 대한 본인부담이 무료로 전환되었고, MRI, 인공와우 등 고가 최신 의료기술의 일부가 급여범위에 포함되었다. 이처럼 의료급여의 재정이 급속도로 증가한 것은 설명될 만한 이유가 있는 것이 사실이다. 그러나 위에서 언급한 이유를 고려하더라도 증가속도가 예상을 훨씬 뛰어넘는다. 즉 설명되지 않는 부분이 의료급여 재정을 압박하고 있다는 가설을 세울 수 있다. 따라서 본고에서는 의료급여 수급권자가 의료이용을 적정범위 내에서 하고 있는지, 아니면 필요이상의 남용이 있는지를 검토하고자 한다.

의료이용 적정성 평가는 과거 선행연구에서 의료급여환자의 건당진료비 또는 건당 입내원일수 등이 건강보험 대상자와 비교하여 상대적으로 많다는 지적이 있어 온 바에 기인한다. 의료급여 대상자들의 의료이용 행태를 바라보는 시각이 수요자나 공급자 유인에 의한 남용이 있는 것으로

보는 관점이 있는 반면, 의료급여대상자들과 건강보험대상자간 건강 수준에 차이가 있기 때문에 의료급여 대상자들의 의료이용이 많을 수밖에 없다는 관점이 상존하고 있다. 그러나 이에 대한 명확한 해답을 얻지 못하고 있었으며, 이에 대한 명확한 판단의 근거가 요구되어 왔다. 본고는 이러한 판단의 근거를 제시하고, 그 근거를 바탕으로 적정 의료이용을 유도하고자 한다.

## 2. 본 론

### 1) 연구방법

대부분의 선행연구들은 의료급여대상자와 건강보험대상자를 비교할 때 질환의 중증도를 보정하지 못하는 한계가 있었다. 본고에서 중증도 보정은 각 진료건의 ICD-10 분류의 상병을 중증도가 감안된 K-DRG로 분류하여 분석하였다.

의료이용의 적정성에 대한 판단은 동일상병, 동일 중증도, 동일 연령대에 건강보험 적용 대상자와 의료급여 수급자간 양 집단의 의료이용 평균은 같아야 한다는 전제로부터 출발하고자 한다. 의료이용량에 대한 평가기준으로 평균적인 건당진료비와 평균 재원일수 등이 사용되었고, 자격은 건강보험대상자, 의료급여 1종대상자와 의료급여 2종대상자로 구분하여 분석하였다. 적정성 평가를 위한 자료는 건강보험심사평가원에서 보유하고 있는 2003년도 1년간의 의료급여,

건강보험 EDI청구자료 중 의과 입원 청구자료를 분석대상으로 하였다. 심사평가원 자료는 실제 진료건이 아닌 청구건 기준이어서 청구건을 진료건으로 전환하여 분석하였다. 청구건을 진료건으로 전환하는 기준으로는 동일인이 동일요양기관에 동일상병으로 입원한 경우는 하나의 진료건으로 간주하였다. 이런 경우 진료건으로 환산하는데 약간의 오차가 발생할 것으로 판단되나 분석을 위해 차선의 선택이었다.

그리고 중증도를 보정하기 위한 방법으로 건강보험심사평가원에서 공개하고 있는 K-DRG version 3.1 판의 프로그램을 통해 DRG 구분코드를 부여하여 분석하였다.

적정성을 평가하는 기준으로 과다, 과소, 오용 및 질적 차이를 포함하는 급여의 질적인 측면과 의료서비스가 제공되는 환경, 과정 및 결과가 기술이나 질적인 수준에서 적합한지를 판단하는 의학학적 측면, 그리고 요양급여에 수반된 비용의 크기에 대비하여 요양급여의 내용과 결과를 고려

한 경제성이 적정한지를 판단하는 비용효과적 측면이 있을 수 있다.

본 연구에서는 의학학적 측면이나 비용효과적 측면 보다 중증도를 보정한 상태에서의 급여의 질적 측면을 비용을 통해 분석하고자 하였다. 즉, 의료서비스가 제공되는 환경, 과정 및 결과에 대한 의학학적 측면이 KDRG로 분류한 동일 상병, 동일 중증도하 제공된 의료서비스의 비용측면에서의 차이를 살펴보고자 한다.

### 2) 분석 결과

의료급여 1종, 2종 환자의 건강보험 대비 재원일수는 1종의 경우 1.713배이며 2종의 경우 1.076배이다. 총 진료비는 1종이 1,513, 2종이 1,028 으로 2종의 경우 건강보험 환자와 거의 차이가 없는 것으로 나타났다.

세부진료항목을 보면 1종의 경우 이학요법료가 2.373배, 입원료가 2.084배, 투약료가 1.916배

표 1. 2003년 의과 입원건당 자격별 의료이용실태 비교

(단위: 건, 일, 원)

	건강보험	의료급여 1종	의료급여 2종	1종/건강
진료건수	3,206,644	233,801	44,841	0.073
입원일수	10.92	18.70	11.75	1.713
총진료비	1,289,366	1,950,672	1,325,675	1.513
재료대 합	769,733	1,324,373	847,135	1.721
행위료합	519,638	626,327	478,530	1.205
진찰료	21,436	26,059	23,419	1.216
입원료	310,366	646,879	391,928	2.084
투약료	54,798	105,014	57,923	1.916
주사료	261,529	410,186	275,455	1.568

1) 기초생활보장 수급권자는 자동적으로 의료급여 수급권자가 된다.

<표 1> 계속

	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	1종/건강
마취료	36,544	24,374	34,893	0.667
이학요법료	12,316	29,230	11,688	2.373
정신요법료	8,336	895	589	0.107
처치 및 수술료	248,510	323,212	234,931	1.301
검사료	133,733	182,545	134,361	1.365
방사선	67,767	70,573	56,898	1.041
CT	27,524	33,748	29,224	1.226

주) 자료 : 심사평가원

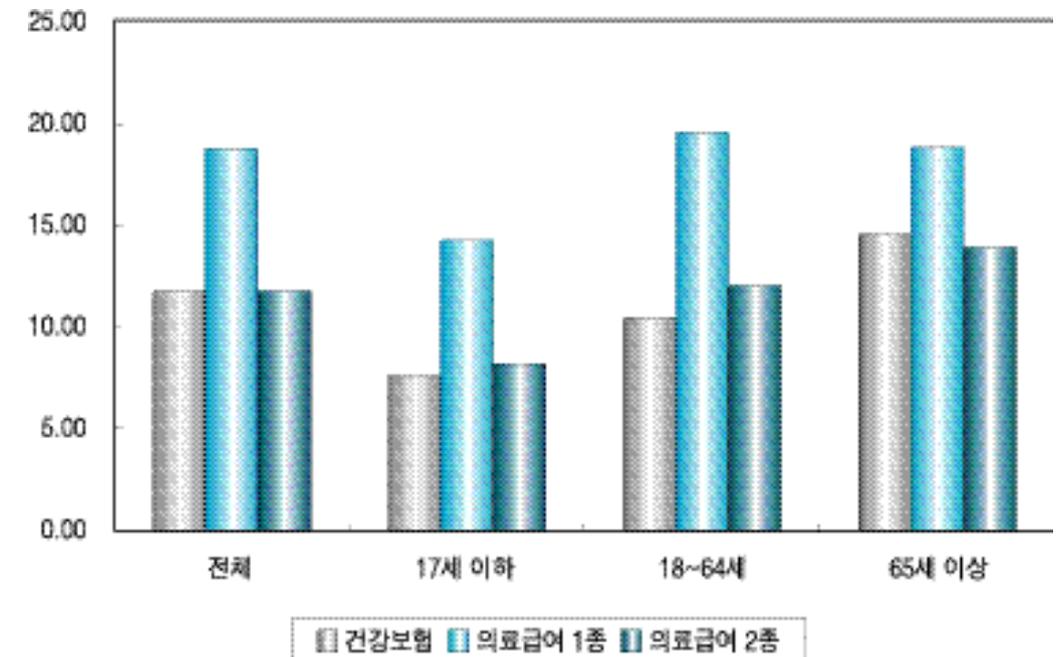
로 건강보험보다 훨씬 높다. 1종 환자의 진료건당 재원일수와 총 진료비는 18세 미만의 저연령층에서 가장 많은 차이를 보이고 있는데, 이와는 달리 의료급여 1종 65세 이상 노인의 경우 건강보험 환자와 진료건당 총 진료

표 2. 연령별 자격별 의료이용실태 비교

(단위: 건, 일, 원)

		건강보험	의료급여 1종	의료급여 2종	1종/건강
		진료건수	402,265	10,190	3,991
12세 미만	입원일수	7.57	14.83	8.12	1.959
	총진료비	786,155	1,981,145	902,705	2.520
	진료건수	79,585	4,416	2,194	0.055
12~17세	입원일수	7.44	12.93	8.17	1.738
	총진료비	851,930	2,095,202	915,855	2.459
	진료건수	1,290,585	51,621	18,953	0.040
18~49세	입원일수	9.20	18.35	10.77	1.995
	총진료비	994,730	2,105,304	1,200,580	2.116
	진료건수	659,178	45,518	12,861	0.069
50~64세	입원일수	12.55	20.70	13.82	1.649
	총진료비	1,614,067	2,107,946	1,575,536	1.306
	진료건수	775,031	122,056	6,842	0.157
65세 이상	입원일수	14.49	18.64	13.86	1.286
	총진료비	1,809,931	1,818,848	1,580,673	1.005
	진료건수	3,206,644	233,801	44,841	0.073
전 체	입원일수	11.79	18.70	11.75	1.713
	총진료비	1,289,366	1,950,672	1,325,675	1.513

그림 1. 연령별 자격별 입원일수 실태



비의 차이가 거의 없다.

K-DRG로 중증도를 보정한 상태에서 1종 의료급여 환자의 진료건당 재원일수는 중증도 0에서 건강보험환자 대비 1.652배, 중증도 1에서 1.667배, 중증도 2에서 1.669배, 중증도 3에서 1.732배로 나타났으며 2종 환자는 거의 차이가 없는 것으로 파악되었다. 중증도가 높아질수록 작지만 지속적으로 격차가 벌어지고 있다.

진료건당 총진료비는 1종 의료급여 환자가 건강보험환자 대비 중증도 0에서 1.49배, 중증도 1에서 1.45배, 중증도 2에서 1.43배, 중증도 3에서 1.48배로 나타났다.

진료세부항목별 구성비를 보면 1종 의료급여 환자의 건강보험환자 대비 입원료가 중증도 0에

서 1.65배, 중증도 1에서 1.66배, 중증도 2에서 1.67배, 중증도 3에서 1.73배로 나타났다. 주사료의 경우 중증도 0에서 1.57배, 중증도 1에서 1.50배, 중증도 2에서 1.46배, 중증도 3에서 1.52배로 나타났다. 이학요법료의 경우 중증도 0에서 2.33배, 중증도 1에서 2.43배, 중증도 2에서 2.27배, 중증도 3에서 2.52배로 나타났다.

이 결과는 K-DRG로 중증도를 보정한 상태에서도 1종 의료급여 환자의 진료건당 재원일수가 건강보험환자에 비해 1.5배 이상 길어져 있음을 알 수 있다. 세부항목 중 특히 이학요법료가 중증도를 보정한 상태에서도 2.0배 이상으로 높게 나타났다.

표 3. K-DRG 중증도에 따른 의료이용실태

(단위: 건, 일, 원)

중증도		건강보험	의료급여 1종	의료급여 2종	1종/건강
0	진료건수	2,154,711	155,985	30,392	0.072
	입원일수	10.29	17.01	11.04	1.652
	총진료비	1,233,552	1,834,932	1,267,093	1.488
	재료대합	732,171	1,238,114	805,637	1.691
	행위료합	501,387	596,832	461,453	1.190
	진찰료	20,695	24,786	22,596	1.198
	입원료	292,728	594,585	369,511	2.031
	투약료	51,898	97,115	54,313	1.871
	주사료	248,264	388,714	261,527	1.566
	마취료	35,891	23,622	34,292	0.658
	이학요법료	11,648	27,115	10,829	2.328
	정신요법료	7,373	661	360	0.090
	처치 및 수술료	241,882	311,374	229,943	1.287
	검사료	128,475	174,576	128,853	1.359
	방사선	65,434	67,202	55,616	1.027
	CT	26,587	32,145	28,041	1.209
1	진료건수	510,404	37,896	7,140	0.074
	입원일수	11.26	18.78	11.85	1.667
	총진료비	1,427,383	2,072,094	1,434,185	1.452
	재료대합	854,265	1,400,241	912,667	1.639
	행위료합	573,124	671,930	521,474	1.172
	진찰료	23,427	27,932	25,281	1.192
	입원료	333,819	664,013	410,613	1.989
	투약료	60,299	109,443	62,216	1.815
	주사료	297,586	447,709	307,090	1.504
	마취료	38,937	25,669	37,256	0.659
	이학요법료	12,523	30,361	11,522	2.424
	정신요법료	7,984	944	487	0.118
	처치 및 수술료	269,095	341,596	248,834	1.269
	검사료	153,303	200,401	153,408	1.307
	방사선	78,856	80,094	60,847	1.016
	CT	31,516	36,729	32,955	1.165

<표 3> 계속

중증도		건강보험	의료급여 1종	의료급여 2종	1종/건강
2	진료건수	321,595	24,687	4,458	0.077
	입원일수	11.70	19.53	12.48	1.669
	총진료비	1,545,587	2,208,114	1,509,224	1.429
	재료대합	927,570	1,485,490	966,159	1.601
	행위료합	618,026	722,671	543,048	1.169
	진찰료	25,194	29,946	27,053	1.189
	입원료	356,101	689,715	434,179	1.937
	투약료	65,062	115,278	65,786	1.772
	주사료	329,378	481,728	319,698	1.463
	마취료	41,331	28,816	37,499	0.697
	이학요법료	12,820	29,100	13,547	2.270
	정신요법료	7,624	1,008	824	0.132
	처치 및 수술료	287,726	365,569	259,152	1.271
	검사료	168,463	219,684	157,999	1.304
	방사선	86,416	90,002	71,239	1.041
	CT	34,618	40,141	34,845	1.160
3	진료건수	61,137	4,781	842	0.078
	입원일수	11.98	20.74	12.65	1.732
	총진료비	1,685,420	2,497,976	1,627,944	1.482
	재료대합	1,015,066	1,682,070	1,052,010	1.657
	행위료합	670,364	816,011	575,940	1.217
	진찰료	27,079	34,040	28,186	1.257
	입원료	378,079	760,300	431,794	2.011
	투약료	70,246	127,251	70,745	1.812
	주사료	372,075	564,587	380,926	1.517
	마취료	44,352	29,577	38,080	0.667
	이학요법료	12,909	32,492	11,196	2.517
	정신요법료	6,052	878	629	0.145
	처치 및 수술료	307,597	412,591	268,916	1.341
	검사료	187,034	256,586	178,104	1.372
	방사선	96,900	98,777	81,586	1.019
	CT	38,948	46,802	42,174	1.202

동일 상병, 동일 연령, 동일 성 그리고 같은 중증도에서 의료 이용(입원일수, 건당진료비 등)의 평균은 비슷할 것이라는 전제가 적정성 평가의 기준으로 사용된다면 의료이용 실태와 판단기준은 의견상 다음과 같은 결론을 도출하게 된다. 의료급여 1종 수급권자들은 건강보험적용대상자에 비해 상대적으로 많은 의료이용을 하고 있는 반면 의료급여 2종 수급권자들은 건강보험 적용대상자와 거의 유사한 의료이용 행태를 보이고 있다. 건강보험 적용대상자들이 적절한 의료이용을 한다면 의료급여 1종 수급권자는 과잉 또는 남용하고 있다는 결론에 도달할 수 있을 것이다.

위와 같은 잠정적 결론이 과연 타당한 것인지에 대한 검증이 필요하다. K-DRG를 통한 중증도의 구분이 실제 중한 정도를 반영하는 것인지, 같은 연령층에서도 이환 상병의 빈도 차이에 따라 건당 입원일수 및 진료비가 달라질 수 있지 않은지, 연령 구성분포에 따라 다른 결과가 나올 가능성은 없는지 등에 대한 검토가 있어야 할 것

표 4. 자격별 65세 이상 연령 비율

(단위: 명, %)

자격	적용인구	65세 이상	비율
전체	48,556,572	3,932,986	8.1
건강보험	47,102,786	3,541,138	7.5
의료급여 1종	867,305	361,176	41.6
의료급여 2종	586,481	30,672	5.2

자료: 건강보험 통계연보 및 의료급여 통계연보 2003.

으로 판단된다. 따라서 아래에서는 의료급여 1종 수급권자의 과다 이용 가능성에 대한 진단을 하고자 한다.

첫째, 인구학적 요인의 차이를 고려하고자 한다. 건강보험 적용대상자 중 65세 이상 인구 비율이 약 8.1%인 데 반해 의료급여 1종은 41.6%에 이르고 있다. 또한 장애인의 구성비 또한 전국민의 96% 이상을 점하는 건강보험 적용대상자 집단이 79.02%의 장애인을 포괄하고 있는 반면 의료급여는 전국민의 약 3.2%만 수급권자가 되지만 장애인의 20.98%가 의료급여 수급권자이다. 노인과 장애인은 다른 계층에 비해 의료비가 많이 든다는 사실은 이미 여러 연구를 통해서 알려져 있다. 신영석의 “차상위 계층 의료수요 등 실태조사 및 의료급여 확대방안” 연구에 따르면 노인의 1년 평균 의료비는 978천원으로 일반인의 404천원의 2배 이상이고, 장애인의 1년 평균 의료비는 1,882천원으로 일반인의 4배 이상이 소요된다.

그림 2. 65세 이상 연령 비율

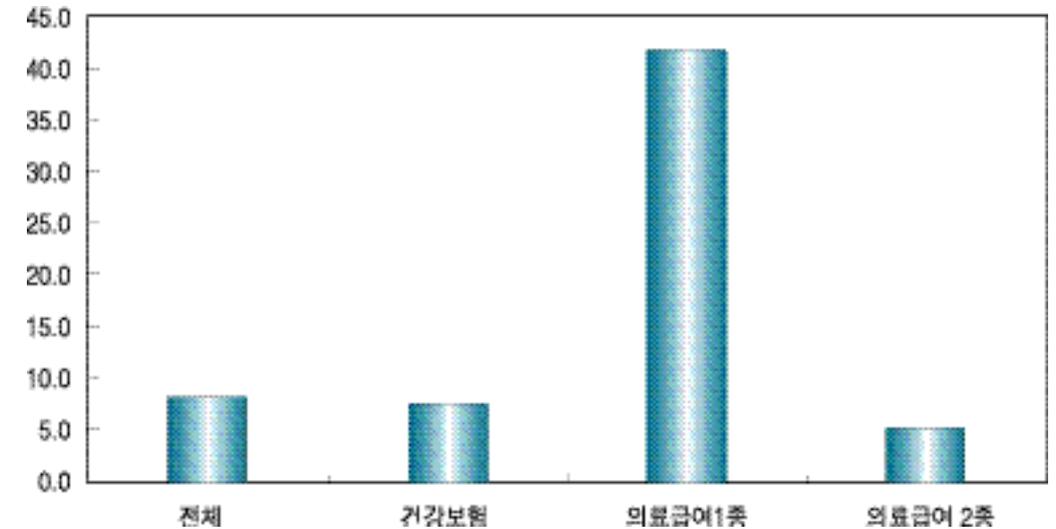


표 5. 장애인의 건강보험과 의료급여 진료건수 비율(2000년 현재 총 장애인수 1,449,500)

(단위: 건, %)

자격	건강보험	의료급여	총계
건수	1,145,395	304,105	1,449,500
백분율	79.02(96.8)	20.98 (3.2)	100.00

자료: 2004 차상위 실태 조사 비율 적용.

주: ( )는 건강보험과 의료급여의 적용대상 전체 인구 비율을 나타냄.

둘째, 건강보험과 의료급여 1종간 이환 상병의 빈도와 분포의 차이에 대해 고려하여야 한다. 고액이 소요되는 질환의 이환 빈도가 어느 특정 집단에서 상대적으로 높다면 동일 상병에서 집단간 진료비의 차이가 없다하더라도 전체적인 평균진료비는 차이를 가져 올 수 있다. 예를 들면 저년령층에서 의료급여 1종의 평균 진료비가 건강보험에 비해 월등하게 높다. 그 원인을 살펴보기 위해 18세미만 연령층의 다빈도 상병 등을 살펴 보았으며, 건강보험과 의료급여 사이의 가산율

차이에 의한 차이도 배제하기 위하여 가산금액을 배제한 순수 진료비만을 비교하였다. 그 결과 12세 미만 연령층에서 건강보험보다 백혈병의 경우 상대적 빈도가 2.83배 높았고, 이비인후 악성종양이나 림프 및 비급성 백혈병 등 희귀난치성 질환 대상이 의료급여가 훨씬 높음을 알 수 있다. 12~18세인 중고등학생의 경우는 상대적 건수비율이 12세에 비해 높지는 않지만 협심증이나 열성경련 등의 상대비율이 1.25배와 1.18배 높았다. 65세 이상의 경우 의료급여가 상대적으로 건수

가 많은 상병들은 다발성 화상, 화학요법, 고관절 등 상대적으로 중하지 않은 질병들의 건수가 더 높았다.

이처럼 낮은 연령계층에서 건강보험보다 의료급여 1종이 상대적으로 의료이용이 많은 것은 평균입원일수와 평균진료비가 높은 것에서 기인하지만 상대적으로 고액인 백혈병, 악성종양 등 희귀난치성 질환의 건수비율이 높은 것에서도 원인이 있다. 이러한 희귀난치성질환이 낮은 연령계층에서 많은 것은 의료급여 특례조항에 따라 이러한 질병을 앓을 경우 개인단위로 건강보험에서 의료급여로 전환해 주기 때문으로 판단된다.

셋째, 양 집단간 중증도의 차이를 감안하여야 한다. 동일 상병에서도 집단간 중증도의 차이가 확연하다면 그 또한 집단간 평균 진료비에 영향을 미칠 수 있다.

위에서 지적한 요인들을 보다 구체적으로 규명하기 위해 다음과 같이 진료비 차이를 세부 항목별로 구분하여 분석하였다. 구득한 자료에서 장애인에 대한 구분이 안되기 때문에 장애인에 대한 고려는 하지 않고 노인 효과, 상병 효과(상병 빈도의 분포 차이), 중증도 효과(중증도 차이)로 구분하여 의료급여 1종 수급권자의 평균진료비가 건강보험에 비해 높을 수밖에 없는 이유가 있는지 분석하였다. 건강보험의 연령, 상병 분포, 중증도 등이 표준이라 보고 의료급여 1종의 건강보험과의 차이를 비교하였다. 연령효과, 상병효과, 중증도 효과가 서로 독립이 아니기 때문에 서로의 효과간 중복이 있을 수 있다. 이를 극복하고자 각각의 효과를 개별적으로 살펴보고, 세 가지

효과를 한꺼번에 분석하여 그 차이를 중복정도로 판단하였다. 양집단간 연령의 차이를 반영한 결과 건강보험의 평균 진료비가 적정이라면 연령만 고려했을 때 의료급여 1종의 진료비는 건강보험 건당진료비 1,283천원에 비해 약 19%가 많은 1,405천원이 정상적이다. 유사한 방법으로 상병 효과와 중증도 효과를 검증한 결과 건강보험과 의료급여 1종간 거의 차이가 없는 것으로 나타났다. 세 효과를 개별적으로 검증한 값을 각각 더한 값(1,197)과 동시에 고려하여 검증한 값(1,189) 사이에 약 1.7%의 차이가 났다. 세 효과간 중복 정도가 심하지 않은 것으로 보인다. 의료급여 1종의 실제 건당진료비 1,853천원과 세 효과를 고려한 비용의 차이가 446천원으로 나타났다. 건강보험과 의료급여 1종간 가산율을 소거하지 않은 원래 건당 진료비의 차액 661천원 중 세 가지 효과의 총합이 244천원으로 차액의 36.85%를 설명하고 있다. 또한 건강보험과 의료급여간 법정급여의 범위에 약간의 차이가 있어 입원건당 진료비 규모에 차이가 발생한다. 의료급여는 입원 식대의 80%가 급여되지만 건강보험에서는 식대가 전액 비급여에 해당된다. 따라서 의료급여는 입원건당 식대의 80% 평균에 해당하는 152천원(차액의 23.01%)이 건강보험에 비해 더 소요된다.

그 외 장기입원 및 기타효과가 265천원으로 진료비 차액의 40.14%를 설명한다. 기타효과는 앞의 분석에서 설명되지 않은 부분으로 중증도를 보정해서 분석했지만 현재의 중증도 보정 체계가 현실을 제대로 반영하지 못한 부분, 장애인 비율

표 6. 진료비 차이 분석

(단위: 원, 배, 일수)

	건강보험	의료급여 1종
실제진료비	1,289,366	1,950,672
가산율 소거 진료비	1,182,858	1,852,714
가산율에 의한 차이	106,508	97,958
적정진료비 <sup>1)</sup>	1,289,366	1,685,199
초과진료비	0	265,473
초과 비율	0	0.214
입원일수	10.92	18.7
적정입원일수 <sup>2)</sup>	10.92	12.98
초과입원일수	0	5.72
초과비율	0	0.306

주: 1) 건강보험의 진료비가 적정하다면 중증도, 노인인구 비율, 중병에 대한 이환율 그리고 식대급여를 고려했을 때 의료급여 수급권자의 건당 적정 의료비를 의미함.  
2) 건강보험의 진료비가 적정하다면 중증도, 노인인구 비율, 중병에 대한 이환율을 고려했을 때 의료급여 수급권자의 건당 적정 입원일을 의미함.

표 7. 진료비 차이 구성 분포

(단위: 원, %)

	진료비 차이	세가지 효과(노인, 중병, 중증도)	식대 급여	장기입원 및 기타 효과
비용	661,306	243,690	152,143	265,473
비율	100.00%	36.85%	23.01%	40.14%

의 차이, 의료공급자가 청구과정상 의료급여 1종 수급권자의 경제능력을 감안하여 비급여 항목임에도 가능한 한 법정급여 범위내의 항목으로 청구했을 수 있는 개연성 등에 대한 설명으로 보인다. 장기입원의 효과를 세분하여 보기는 어렵다. 기타효과에서 설명하였듯이 장애인 비율의 차이 등 모든 효과가 분리된다면 장기입원에 의한 추가비용이 산출될 수 있지만 이는 한계가 있다.

위의 분석 결과는 의료급여 1종 수급권자가 건강보험에 비해 노인인구의 과다, 높은 중증도,

고액이 소요되는 질환에 대한 상대적 높은 이환율, 식대에 대한 급여 등 때문에 건당진료비가 건강보험에 비해 높을 수밖에 없다는 사실을 보여주고 있다. 그리고 필요이상의 장기입원의 가능성이 있고, 장기입원은 고액진료비를 유발한다는 사실을 적시하고 있다. 즉 건강보험과 의료급여 1종의 진료비 차액을 감소시키기 위해서는 정상적인 진료 외에 장기입원에 대한 관리방안이 필요함을 방증하고 있다. 