


 보건복지부  국민건강보험		보도자료 다시, 대한민국! 새로운 국민의 나라	
보도 일시	2022. 8. 24.(수) 조간 2022. 8. 23.(화) 12:00	배포 일시	2022. 8. 23.(화)
담당 부서 <총괄>	보건복지부 의료보장관리과	책임자	과장 강 준 (044-202-2680) 담당자 사무관 박지민 (044-202-2681)

**본인부담상한액 초과 의료비 지급 절차 오늘부터 시작,
약 175만 명에게 2조 3,860억 원 지급 평균 1인당 136만 원 혜택**
 - 2021년 지출 의료비 대상, 8월 24일(수)부터 국민건강보험공단에 신청 -

- 보건복지부와 국민건강보험공단은 2021년도 개인별 본인부담상한액이 확정되어, 8월 24일(수)부터 상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.
- 본인부담상한제는 과도한 의료비로 인한 국민의 경제적 부담을 덜기 위해 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액('21년 기준 81~584만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

* 최근 5년 수혜 인원 증가 추이(명) : ('17) 695,192 → ('21) 1,749,831 (연평균 증가율 25.9%)

< 연도별('11~'21년) 건강보험 총지출 대비 본인부담상한제 지급액 현황 >



- 이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 의료비 본인부담상한액을 초과하여 의료비를 지출한 174만 9,831명에게 2조 3,860억 원이 지급되며, 평균 1인당 136만 원의 혜택을 받게 된다.
- 본인부담금이 본인부담상한액 최고액인 584만 원을 이미 초과하여 소득 수준에 따른 개인별 상한액 확정 전이라도 초과금 지급이 필요한 23만 1,563명에게는 6,418억 원을 올해 미리 지급한 바 있으며,
- 이번 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 151만 8,268명, 1조 7,442억 원은 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.
- 국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 24일(수)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이며,

- 안내문을 받은 지급대상자는 인터넷·팩스·전화우편 등을 통해 본인 명의의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청하면 된다.
- ※ 신청: 공단 누리집(www.nhis.or.kr), The건강보험앱, 문의 ☎ 1577-1000

- 2021년도 본인부담상한제 적용 대상자는 2020년 대비 8만 9,188명(5.4%) 증가하였고 지급액은 2020년 대비 1,389억 원(6.2%)이 증가하였다.

- 코로나19 장기화에 따른 경증·외래 의료이용 감소 등 영향으로 상한제 지급액 증가율은 전년(12.2%)보다는 다소 둔화되었다.

▪ 대상자 : '20년 166만 643명 → '21년 174만 9,831명(8만 9,188명, 5.4% ↑)
 ▪ 지급액 : '20년 2조 2,471억 원 → '21년 2조 3,860억 원(1,389억 원, 6.2% ↑)
 ※ 인당 평균 지급액 : '20년 135만 원 → '21년 136만 원

- 본인부담상한제 수혜 계층을 세부적으로 살펴보면, 소득하위 50% 이하와 65세 이상 고령층이 가장 많은 혜택을 본 것으로 나타났다.

- 소득 하위 50% 이하 대상자와 지급액은 각각 146만 7,741명, 1조 6,340억 원으로 전체 대상자의 83.9%, 지급액의 68.5%를 차지하여 본인부담상한제도가 소득 하위계층의 의료비 부담을 줄여준 것으로 확인되었다.

< 소득분위별 지급 현황 >

구간	소득분위*(상한액)	대상자(명)		지급액(억 원)	
		인원	%	금액	%
	계	174만 9,831	100	2조 3,860	100
1	1분위(81/125만 원)	52만 4,974	30.0	5,595	23.4
2	2~3분위(101/1575만 원)	58만 5,456	33.5	5,780	24.2
3	4~5분위(152/2125만 원)	35만 7,311	20.4	4,965	20.8
	1~5분위	146만 7,741	83.9	16,340	68.4
4	6~7분위(282만 원)	12만 9,585	7.4	3,037	12.8
5	8분위(352만 원)	5만 4,446	3.1	1,463	6.1
6	9분위(433만 원)	5만 131	2.9	1,526	6.4
7	10분위(584만 원)	4만 7,928	2.7	1,494	6.3

* 건강보험 가입자(가구 기준)를 소득수준에 따라 10%씩 10분위로 나눈 지표로, 1분위가 소득수준이 가장 낮으며 위로 올라 갈수록 높아짐

- 연령별로는 65세 이상 대상자 92만 197명이 1조 5,386억 원을 본인부담상한액 초과금으로 지급받아, 전체 대상자의 52.6%, 지급액의 64.5%를 차지하였다.

구분	계	0~18세	19~39세	40~64세	65~89세	90세 이상
대상자(명)	1,749,831 (100%)	19,733 (1.1%)	133,068 (7.6%)	676,833 (38.7%)	867,651 (49.6%)	52,546 (3.0%)
지급액(억원)	23,860 (100%)	199 (0.8%)	1,184 (5.0%)	7,091 (29.7%)	13,896 (58.2%)	1,490 (6.3%)

※100세 이상 최고령층 1,379명에게는 40억 원 지급(인당 290만 원)

- 보건복지부 강준 의료보장관리과장은 “코로나19 장기화와 고물가 등 어려운 경제 여건 속에서 저소득층의 의료비 부담이 더욱 커질 것으로 예상된다”라며,

- “본인부담상한제의 취약계층 의료안전망 기능을 보다 강화할 수 있도록 제도를 지속 보완해 나갈 계획”이라고 밝혔다.

- <붙임>
1. 본인부담상한제 개요
 2. 본인부담상한제 주요 연혁
 3. 2021년 본인부담상한제 관련 통계
 4. 본인부담상한제 초과금 지급 사례

담당 부서 <총괄>	보건복지부 의료보장관리과	책임자	과 장 강 준 (044-202-2680)
		담당자	사무관 박지민 (044-202-2681)
담당 부서	국민건강보험공단 재난상한제운영부	책임자	부 장 박강희 (033-736-4601)
		담당자	팀 장 송인숙 (033-736-4636)

붙임 1 본인부담상한제 개요

□ 본인부담상한제란?

- 과도한 의료비로 인한 가계 부담을 덜어주기 위하여 가입자가 부담한 1년 간 본인 일부부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비)이 개인별 본인부담상한액을 초과하는 경우 초과금액은 건강보험공단에서 부담(2004년~)

< 연도별 본인부담상한액 현황 >

연도	연평균 건강보험료 분위(저소득 → 고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)		300만 원(중위 30%)		400만 원(상위 20%)		
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2015년	121만 원	151만 원	202만 원	253만 원	303만 원	405만 원	506만 원
2016년	121만 원	152만 원	203만 원	254만 원	305만 원	407만 원	509만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일 초과 입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2021년	81만 원	101만 원	152만 원	282만 원	352만 원	433만 원	584만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	212만 원				
2022년	83만 원	103만 원	155만 원	289만 원	360만 원	443만 원	598만 원
요양병원 120일 초과 입원	128만 원	160만 원	217만 원				

※ 2015년부터는 전년도 상한액에 '전국소비자물가변동률'을 연계하여 상한액 조정

□ 상한액 초과금액 지급 방법

- (사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 입원 본인부담액이 최고상한액(‘21년 기준 584만 원)을 초과할 경우 초과되는 금액은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건강보험공단에 직접 청구(당해연도에 지급)
- (사후급여) 개인별 상한액기준보험료 결정(건강보험료 정산) 전·후로 나누어 개인별 본인부담상한액을 초과하는 금액을 건강보험공단에서 환자에게 직접 지급
 - (상한액기준보험료 결정 이전) 개인별로 연간 누적 본인일부부담금이 최고상한액(‘21년 기준 584만 원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
 - (상한액기준보험료 결정 이후) 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급

□ 소득분위별 본인부담상한액 및 월별 기준보험료(2021년)

소득분위	본인부담상한액	본인부담상한액 월별 기준보험료	
		직장가입자	지역가입자
소득 1분위	81만 원 (125만 원)	5만 1,100원 이하	1만 1,220원 이하
소득 2~3분위	101만 원 (157만 원)	5만 1,100원 초과 ~ 7만 원 이하	1만 1,220원 초과 ~ 2만 2,170원 이하
소득 4~5분위	152만 원 (212만 원)	7만 원 초과 ~	2만 2,170원 초과 ~
소득 6~7분위	282만 원	9만 4,480원 이하	6만 1,490원 이하
소득 8분위	352만 원	9만 4,480원 초과 ~ 13만 6,490원 이하	6만 1,490원 초과 ~ 12만 2,360원 이하
소득 9분위	433만 원	13만 6,490원 초과 ~ 17만 2,480원 이하	12만 2,360원 초과 ~ 16만 9,610원 이하
소득 10분위	584만 원	17만 2,480원 초과 ~ 23만 5,970원 이하	16만 9,610원 초과 ~ 24만 6,970원 이하

기간 : 1년 (2021년1월1일 ~ 12월31일)

()은 요양병원 120일 초과 입원한 경우의 본인부담상한액

붙임 2 본인부담상한제 주요 연혁

시기	주요 변화	상세 내용																								
2000. 1월	본인부담액 보상금 제도 실시	○ 법정 본인부담금액이 매 30일간 120만 원 초과 시 초과금액의 50% 지급																								
2004. 7월	본인부담상한제 실시	○ 법정본인부담액이 6개월간 300만원만 원 초과 시 초과금액 지급 * 본인부담액 보상금 제도와 혼용																								
2007. 7월	본인부담액 보상금 제도 폐지 및 본인부담 상한액 인하	○ 본인부담액 보상금 제도 폐지 ○ 본인부담 상한액 인하 : 300만 원 → 200만 원																								
2009. 1월	본인부담상한제 적용기간 변경 및 상한액 차등화 실시	○ 적용기간 변경 : 6개월간 → 1년 ○ 상한액 기준 : 1종(200만 원) → 3종(200, 300, 400만 원) - 보험료 수준에 따라 상한액 200만 원(하위 50%), 300만 원(중위 30%), 400만 원(상위 20%)으로 다양화																								
2014. 1월	본인부담상한제 적용기간 변경 및 상한액 차등화 실시	<table border="1"> <thead> <tr> <th>소득분위</th> <th>1분위</th> <th>2~3분위</th> <th>4~5분위</th> <th>6~7분위</th> <th>8분위</th> <th>9분위</th> <th>10분위</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>'13년</td> <td colspan="2">200만 원 (하위 50%)</td> <td colspan="2">300만 원 (중위 30%)</td> <td colspan="3">400만 원 (상위 20%)</td> </tr> <tr> <td>'14년</td> <td>120만원</td> <td>150만원</td> <td>200만원</td> <td>250만원</td> <td>300만원</td> <td>400만원</td> <td>500만원</td> </tr> </tbody> </table>	소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위	'13년	200만 원 (하위 50%)		300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)			'14년	120만원	150만원	200만원	250만원	300만원	400만원	500만원
소득분위	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위																			
'13년	200만 원 (하위 50%)		300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)																					
'14년	120만원	150만원	200만원	250만원	300만원	400만원	500만원																			
2015. 1월	구간별 본인부담 상한액 결정	○ 연도별 본인부담상한액은 통계청에서 매년 12월 발표하는 '전국소비자물가변동률'을 반영하여 결정																								
2018. 1월	소득하위 50%이하 가구 상한액 연소득의 10% 수준으로 인하	○ 상한액 변경 : 1분위 122→80만 원, 2~3분위 153→100만 원, 4~5분위 205→150만 원으로 인하 * 요양병원 120일 초과 입원한 경우에는 기존 상한액 기준 적용																								
2019. 1월	소득 6분위 이상 상한액 연소득 10%수준으로 조정	○ 상한액 변경 : 6~7분위 260→280, 8분위 313→350, 9분위 418→430, 10분위 523→580만 원으로 조정 ○ 지역가입자 최저보험료 대상자가 상한액 1구간(소득 1분위) 초과시 1구간 적용																								
2020. 1월	요양병원 사전급여 지급방식 변경	○ 사전급여 지급방식 변경 : 요양병원 → 환자																								

붙임 3 2021년 본인부담상한제 관련 통계

□ 본인부담상한제 적용 현황(2020년 대비)

○ 소득 수준별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 분위	2020년		2021년		증감	
	인원	금액	인원	금액	인원	금액
계	1,660,643 (100.0)	22,471 (100.0)	1,749,831 (100.0)	23,860 (100.0)	89,188 (5.4 ↑)	1,389 (6.2 ↑)
1분위 (81/125만 원)	599,625 (36.1)	6,174 (27.5)	524,974 (30.0)	5,595 (23.4)	△74,651 (12.4 ↓)	△579 (9.4 ↓)
2분위 (101/157만 원)	314,067 (18.9)	3,026 (13.5)	307,235 (17.6)	2,946 (12.3)	△6,832 (2.2 ↓)	△80 (2.6 ↓)
3분위 (101/157만 원)	213,650 (12.9)	2,208 (9.8)	278,221 (15.9)	2,834 (11.9)	64,571 (30.2 ↑)	626 (28.4 ↑)
4분위 (152/212만 원)	104,977 (6.3)	1,529 (6.8)	164,795 (9.4)	2,267 (9.5)	59,818 (57.0 ↑)	738 (48.3 ↑)
5분위 (152/212만 원)	163,940 (9.9)	2,400 (10.7)	192,516 (11.0)	2,698 (11.3)	28,576 (17.4 ↑)	298 (12.4 ↑)
6분위 (282만 원)	59,804 (3.6)	1,449 (6.5)	64,977 (3.7)	1,521 (6.4)	5,173 (8.6 ↑)	72 (5.0 ↑)
7분위 (282만 원)	58,716 (3.5)	1,420 (6.3)	64,608 (3.7)	1,516 (6.4)	5,892 (10.0 ↑)	96 (6.8 ↑)
8분위 (352만 원)	50,766 (3.1)	1,419 (6.3)	54,446 (3.1)	1,463 (6.1)	3,680 (7.2 ↑)	44 (3.1 ↑)
9분위 (433만 원)	48,570 (2.9)	1,470 (6.5)	50,131 (2.9)	1,526 (6.4)	1,561 (3.2 ↑)	56 (3.8 ↑)
10분위 (584만 원)	46,528 (2.8)	1,376 (6.1)	47,928 (2.7)	1,494 (6.3)	1,400 (3.0 ↑)	118 (8.6 ↑)

* '21년 본인부담상한제 1인당 평균 지급액: 136만 원('20년 135만 원)

○ 연령별

(단위: 명, 억 원, %)

연령	2020년		2021년		증감액
	인원	금액	인원	금액	
계	1,660,643 (100.0)	22,471 (100.0)	1,749,831 (100.0)	23,860 (100.0)	1,389 (6.2% ↑)
0~9세	6,637 (0.4)	62 (0.3)	7,470 (0.4)	70 (0.3)	8 (12.9% ↑)
10~19세	13,145 (0.8)	136 (0.6)	14,649 (0.8)	153 (0.6)	17 (12.5% ↑)
20~29세	53,708 (3.2)	452 (2.0)	52,921 (3.0)	441 (1.9)	△11 (2.4% ↓)
30~39세	75,529 (4.5)	694 (3.1)	77,761 (4.4)	719 (3.0)	25 (3.6% ↑)
40~49세	131,822 (7.9)	1,310 (5.8)	134,000 (7.7)	1,366 (5.7)	56 (4.3% ↑)
50~59세	287,949 (17.4)	2,910 (12.9)	284,118 (16.2)	2,965 (12.4)	55 (1.9% ↑)
60~69세	469,986 (28.3)	5,097 (22.7)	512,556 (29.3)	5,656 (23.7)	559 (11.0% ↑)
70~79세	342,106 (20.6)	5,116 (22.8)	363,840 (20.8)	5,428 (22.7)	312 (6.1% ↑)
80~89세	230,987 (13.9)	5,290 (23.5)	249,970 (14.3)	5,572 (23.4)	282 (5.3% ↑)
90~99세	47,461 (2.9)	1,368 (6.1)	51,167 (3.0)	1,450 (6.1)	82 (6.0% ↑)
100세이상	1,313 (0.1)	36 (0.2)	1,379 (0.1)	40 (0.2)	4 (11.0% ↑)

○ 요양기관 종별

(단위: 명, 억 원, %)

종별	2020년		2021년		증감액
	인원	금액	인원	금액	
계	5,091,633 (100.0)	22,471 (100.0)	5,476,835 (100.0)	23,860 (100.0)	1,389 (6.2% ↑)
상급종합	591,249 (11.6)	4,394 (19.6)	645,585 (11.8)	4,899 (20.5)	505 (11.5% ↑)
종합병원	697,207 (13.7)	3,902 (17.4)	756,887 (13.8)	4,258 (17.9)	356 (9.1% ↑)
병원	469,057 (9.2)	2,722 (12.1)	491,782 (9.0)	2,841 (11.9)	119 (4.4% ↑)
요양병원	239,376 (4.7)	7,235 (32.2)	254,568 (4.7)	7,215 (30.2)	△20 (0.3% ↓)
의원	1,132,813 (22.2)	1,494 (6.6)	1,228,364 (22.4)	1,700 (7.1)	206 (13.8% ↑)
약국	1,324,800 (26.0)	2,066 (9.2)	1,414,033 (25.8)	2,266 (9.5)	200 (9.7% ↑)
기타	637,131 (12.5)	658 (2.9)	685,616 (12.5)	681 (2.9)	23 (3.5% ↑)

* 기타는 한방, 치과, 보건기관의 합계 / 인원은 요양기관종별로 각각 진료 시 중복 계상

붙임 4

본인부담상한제 초과금 지급 사례

【 실제 사례 1 】

- ◆ 전라북도 김제시에 사는 62세 이○○님은 2021년 중증난치질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 4,000만 원**이 발생하였는데, 산정특례 혜택(본인부담금10%) 등에 따른 **3,500만 원의 공단부담금**에도 불구하고 **본인부담의료비 545만 원**이 나왔다.
- 2022년 8월에 이○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 1분위, 본인부담상한액 81만 원으로 확정되어 공단으로부터 **438만 원**을 받을 수 있게 되었다.
- 이를 통해, 이○○님은 2021년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 26만 원을 제외한 본인부담의료비 **519만 원 중 81만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **438만 원은 공단이 부담**함으로써 의료비로 인한 **가계 부담을 크게 덜 수 있었다.**

【 실제 사례 2 】

- ◆ 서울 강동구에 사는 59세 이○○님은 2021년 희귀질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 5억 8,200만 원**이 발생하였는데, 산정특례 혜택(본인부담금10%) 등에 따른 **5억 2,300만 원의 공단부담금**에도 불구하고 **본인부담의료비 5,866만 원**이 나왔다.
- 이○○님은 2021년도에 이미 **본인부담상한제 사전 적용**을 받아 최고 본인부담상한액(584만 원)만 본인이 부담하고, 이를 초과한 **5,282만 원은 공단에서 부담**하였다.
- 2022년 8월에 이○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 5분위, 본인부담상한액 152만 원으로 확정되어 공단으로부터 **432만 원**을 받을 수 있게 되었다
- 결과적으로, 이○○님은 2021년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 34만 원을 제외한 본인부담의료비 5,866만 원 중 **152만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **5,714만 원은 공단이 부담**하여 막대한 의료비로 인한 **경제적 어려움을 크게 덜 수 있었다.**