



# 본인부담상한액 초과 의료비 2조 4,708억 원 지급 절차 시작, 187만 명 혜택

- 2022년 지출 의료비 대상, 8월 23일(수)부터 국민건강보험공단에 신청 -

## < 요약본 >

보건복지부와 국민건강보험공단은 2022년도 개인별 본인부담상한액이 확정되어, 상한액 초과금 지급 절차를 8월 23일(수)부터 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2022년 기준 83만~598만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

\* 최근 5년 수혜자 증가 추이(명) : ('18) 1,265,921→ ('22) 1,868,545 (연평균 증가율 10%)

\* 최근 5년 지급액 추이(억 원) : ('18) 1조 7,999→ ('22) 2조 4,708 (연평균 증가율 8%)

이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 의료비 본인부담상한액을 초과하여 의료비를 지출한 186만 8,545명에게 2조 4,708억 원이 지급되며, 1인당 평균 132만 원의 혜택을 받게 된다.

본인부담금이 본인부담상한액 최고액인 598만 원을 이미 초과하여 소득 수준에 따른 개인별 상한액 확정 전이라도 초과금 지급이 필요한 3만 4,033명에게는 1,664억 원을 올해 미리 지급한 바 있으며,

이번 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 186만 6,370명, 2조 3,044억원은 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 23일(수)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이며,

안내문을 받은 지급대상자는 인터넷·팩스·전화·우편 등을 통해 본인 명의의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청하면 된다.

\* 신청 : 공단 누리집([www.nhis.or.kr](http://www.nhis.or.kr)), The건강보험앱, 문의 ☎1577-1000

## < 상세본 >

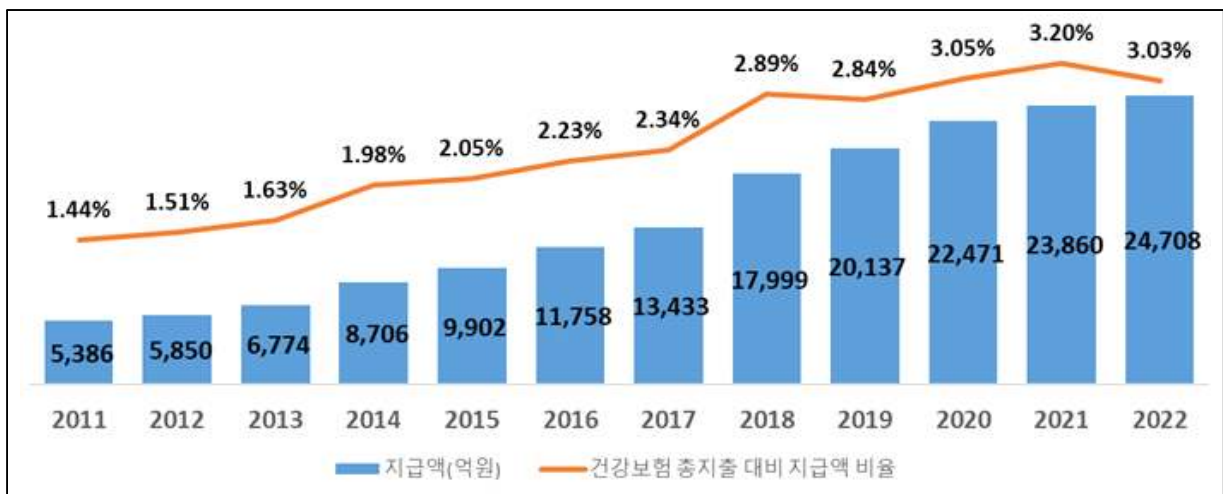
보건복지부와 국민건강보험공단은 2022년도 개인별 본인부담상한액이 확정되어, 상한액 초과금 지급 절차를 8월 23일(수)부터 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 과도한 의료비로 인한 국민의 경제적 부담을 덜기 위해 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2022년 기준 83만~598만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

\* 최근 5년 수혜자 증가 추이(명) : ('18) 1,265,921→ ('22) 1,868,545 (연평균 증가율 10%)

\* 최근 5년 지급액 추이(억 원) : ('18) 1조 7,999→ ('22) 2조 4,708 (연평균 증가율 8%)

### < 연도별('11~'22년) 건강보험 총지출 대비 본인부담상한제 지급액 현황 >



이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 의료비 본인부담상한액을 초과하여 의료비를 지출한 186만 8,545명에게 2조 4,708억 원이 지급되며, 1인당 평균 132만 원의 혜택을 받게 된다.

본인부담금이 본인부담상한액 최고액인 598만 원을 이미 초과하여 소득 수준에 따른 개인별 상한액 확정 전이라도 초과금 지급이 필요한 3만 4,033명에게는 1,664억 원을 올해 미리 지급한 바 있으며,

이번 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 186만 6,370명, 2조 3,044억 원은 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 23일(수)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이며,

안내문을 받은 지급대상자는 인터넷·팩스·전화·우편 등을 통해 본인 명의의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청하면 된다.

\* 신청 : 공단 누리집(www.nhis.or.kr), The건강보험앱, 문의 ☎1577-1000

2022년도 본인부담상한제 적용 대상자는 2021년 대비 11만 8,714명 (6.8%) 증가하였고, 지급액은 2021년 대비 848억 원(3.6%)이 증가하였다.

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

소득하위 50% 이하 대상자와 지급액은 각각 158만 7,595명, 1조 7,318억 원으로 전체 대상자의 85.0%, 지급액의 70.1%를 차지하여 본인부담상한제가 주로 소득 하위계층의 의료비 부담을 줄여준 것으로 확인되었다.

### < 소득분위별 지급 현황 >

구간	소득분위*(상한액)	대상자(명)		지급액(억 원)	
		인원	%	금액	%
	계	186만 8,545	100.0	2조 4,708	100.0
1	1분위(83만/128만 원)	56만 3,105	30.1	6,049	24.5
2	2~3분위(103만/160만 원)	63만 4,137	33.9	6,062	24.5
3	4~5분위(155만/217만 원)	39만 353	20.9	5,207	21.1
	<b>1~5분위</b>	<b>1,587,595</b>	<b>85.0</b>	<b>17,318</b>	<b>70.1</b>
4	6~7분위(289만 원)	13만 3,287	7.1	3,060	12.4
5	8분위(360만 원)	5만 5,726	3.0	1,489	6.0
6	9분위(443만 원)	4만 8,538	2.6	1,460	5.9
7	10분위(598만 원)	4만 3,399	2.3	1,381	5.6

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

연령별로는 65세 이상 대상자 100만 3,729명이 1조 5,981억 원을 본인부담상한액 초과금으로 받아, 전체 대상자의 53.7%, 지급액의 64.6%를 차지하였다.

### < 연령별 지급 현황 >

구 분	계	0~18세	19~39세	40~64세	65~89세	90세 이상
대상자 (명)	1,868,545 (100%)	21,818 (1.2%)	137,986 (7.4%)	705,012 (37.7%)	947,218 (50.7%)	56,511 (3.0%)
지급액 (억 원)	24,708 (100%)	213 (0.9%)	1,232 (5.0%)	7,282 (29.5%)	14,515 (58.7%)	1,466 (5.9%)

보건복지부 임혜성 필수의료총괄과장은 “이번 지급을 통해 본인부담상한제의 소득재분배 효과가 큰 것으로 나타났다” 라고 말하며,

“앞으로도 저소득층, 노인 등 사회적 약자 복지를 위해 의료안전망의 역할을 다할 수 있도록 지속적으로 노력하겠다” 라고 밝혔다.

- <붙임> 1. 본인부담상한제 개요  
 2. 본인부담상한제 주요 연혁  
 3. 2022년 본인부담상한제 관련 통계  
 4. 본인부담상한제 초과금 지급 사례

담당 부서 <총괄>	필수의료지원관 필수의료총괄과	책임자	과 장	임혜성 (044-202-2670)
		담당자	사무관	정아영 (044-202-2664)
담당 부서	국민건강보험공단 재난상한제운영부	책임자	부 장	장미정 (033-736-4601)
		담당자	팀 장	양연욱 (033-736-4636)



□ 본인부담상한제란?

- 과도한 의료비로 인한 가계 부담을 덜어주기 위하여 가입자가 부담한 1년간 본인 일부부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비)이 개인별 본인부담상한액을 초과하는 경우 초과 금액은 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				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
	요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
	요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원				
2021년	81만 원	101만 원	152만 원	282만 원	352만 원	433만 원	584만 원
	요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원				
2022년	83만 원	103만 원	155만 원	289만 원	360만 원	443만 원	598만 원
	요양병원 120일 초과 입원	128만 원	160만 원				
2023년	87만원	108만원	162만원	303만원	414만원	497만원	780만원
	요양병원 120일 초과 입원	134만원	168만원				

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

- (사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 입원 본인부담액이 최고상한액(‘22년 기준 598만 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(‘22년 기준 598만 원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
  - (상한액기준보험료 결정 이후) 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급

□ 소득분위별 본인부담상한액 및 월별 기준보험료(2022년)

소득분위별 본인부담상한액		본인부담상한액 월별 기준보험료	
소득분위	본인부담상한액	직장가입자	지역가입자
소득 1분위	83만 원 (128만 원)	52,850원 이하	11,430원 이하
소득 2~3분위	103만 원 (160만 원)	52,850원 초과 ~ 75,080원 이하	11,430원 초과 ~ 18,530원 이하
소득 4~5분위	155만 원 (217만 원)	75,080원 초과 ~ 100,620원 이하	18,530원 초과 ~ 53,470원 이하
소득 6~7분위	289만 원	100,620원 초과 ~ 144,480원 이하	53,470원 초과 ~ 118,490원 이하
소득 8분위	360만 원	144,480원 초과 ~ 182,840원 이하	118,490원 초과 ~ 163,230원 이하
소득 9분위	443만 원	182,840원 초과 ~ 250,250원 이하	163,230원 초과 ~ 242,380원 이하
소득 10분위	598만 원	250,250원 초과	242,380원 초과

기간 : 1년 (2022년1월1일 ~ 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 300만 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(200만 원, 300만 원, 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>소득 분위</th> <th>1 분위</th> <th>2~3 분위</th> <th>4~5 분위</th> <th>6~7 분위</th> <th>8 분위</th> <th>9 분위</th> <th>10 분위</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>120 만원</td> <td>150 만원</td> <td>200 만원</td> <td>250 만원</td> <td>300 만원</td> <td>400 만원</td> <td>500 만원</td> </tr> </tbody> </table>	소득 분위	1 분위	2~3 분위	4~5 분위	6~7 분위	8 분위	9 분위	10 분위	'13년	200만 원 (하위 50%)		300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)			'14년	120 만원	150 만원	200 만원	250 만원	300 만원	400 만원	500 만원
소득 분위	1 분위	2~3 분위	4~5 분위	6~7 분위	8 분위	9 분위	10 분위																			
'13년	200만 원 (하위 50%)		300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)																					
'14년	120 만원	150 만원	200 만원	250 만원	300 만원	400 만원	500 만원																			
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 122만 원→80만 원, 2~3분위 153만 원→100만 원, 4~5분위 205만 원→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 260만 원→280만 원, 8분위 313만 원→350만 원, 9분위 418만 원→430만 원, 10분위 523만 원→580만 원으로 조정 ○ 지역가입자 최저보험료 대상자가 상한액 1구간(소득 1분위) 초과시 1구간 적용																								
2020. 1월	요양병원 사전급여 지급방식 변경	○ 사전급여 지급방식 변경 : 요양병원 → 환자																								



□ 본인부담상한제 적용 현황(2021년 대비)

○ 소득 수준별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 분위	2021년		2022년		증감	
	인원	금액	인원	금액	인원	금액
계	1,749,831 (100.0)	23,860 (100.0)	1,868,545 (100.0)	24,708 (100.0)	118,714 (6.8 ↑)	848 (3.6 ↑)
1분위 (83만/128만 원)	524,974 (30.0)	5,595 (23.4)	563,105 (30.1)	6,049 (24.5)	38,131 (7.3 ↑)	454 (8.1 ↑)
2분위 (103만/160만 원)	307,235 (17.6)	2,946 (12.3)	342,581 (18.3)	3,295 (13.3)	35,346 (11.5 ↑)	349 (11.8 ↑)
3분위 (103만/160만 원)	278,221 (15.9)	2,834 (11.9)	291,556 (15.6)	2,767 (11.2)	13,335 (4.8 ↑)	△67 (2.4 ↓)
4분위 (155만/217만 원)	164,795 (9.4)	2,267 (9.5)	192,507 (10.3)	2,512 (10.2)	27,712 (16.8 ↑)	245 (10.8 ↑)
5분위 (155만/217만 원)	192,516 (11.0)	2,698 (11.3)	197,846 (10.6)	2,695 (10.9)	5,330 (2.8 ↑)	△3 (0.1 ↓)
6분위 (289만 원)	64,977 (3.7)	1,521 (6.4)	65,558 (3.5)	1,506 (6.1)	581 (0.9 ↑)	△15 (1.0 ↓)
7분위 (289만 원)	64,608 (3.7)	1,516 (6.4)	67,729 (3.6)	1,554 (6.3)	3,121 (4.8 ↑)	38 (2.5 ↑)
8분위 (360만 원)	54,446 (3.1)	1,463 (6.1)	55,726 (3.0)	1,489 (6.0)	1,280 (2.4 ↑)	26 (1.8 ↑)
9분위 (443만 원)	50,131 (2.9)	1,526 (6.4)	48,538 (2.6)	1,460 (5.9)	△1,593 (3.2 ↓)	△66 (4.3 ↓)
10분위 (598만 원)	47,928 (2.7)	1,494 (6.3)	43,399 (2.3)	1,381 (5.6)	△4,529 (9.4 ↓)	△113 (7.6 ↓)

○ 연령별

(단위: 명, 억 원, %)

연령	구분	2021년		2022년		증감액
		인원	금액	인원	금액	
계		1,749,831 (100.0)	23,860 (100.0)	1,868,545 (100.0)	24,708 (100.0)	848 (3.6% ↑)
0~9세		7,470 (0.4)	70 (0.3)	7,647 (0.4)	76 (0.3)	6 (8.6% ↑)
10~19세		14,649 (0.8)	153 (0.6)	16,610 (0.9)	163 (0.7)	10 (6.5% ↑)
20~29세		52,921 (3.0)	441 (1.9)	52,582 (2.8)	447 (1.8)	6 (1.4% ↑)
30~39세		77,761 (4.4)	719 (3.0)	82,965 (4.4)	760 (3.1)	41 (5.7% ↑)
40~49세		134,000 (7.7)	1,366 (5.7)	142,062 (7.6)	1,414 (5.7)	48 (3.5% ↑)
50~59세		284,118 (16.2)	2,965 (12.4)	290,996 (15.6)	2,991 (12.1)	26 (0.9% ↑)
60~69세		512,556 (29.3)	5,656 (23.7)	550,911 (29.5)	6,007 (24.3)	351 (6.2% ↑)
70~79세		363,840 (20.8)	5,428 (22.7)	395,064 (21.1)	5,641 (22.8)	213 (3.9% ↑)
80~89세		249,970 (14.3)	5,572 (23.4)	273,197 (14.6)	5,744 (23.2)	172 (3.1% ↑)
90~99세		51,167 (3.0)	1,450 (6.1)	54,890 (2.9)	1,424 (5.8)	△26 (1.8% ↓)
100세 이상		1,379 (0.1)	40 (0.2)	1,621 (0.1)	41 (0.2)	1 (2.5% ↑)

○ 요양기관 종별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 종별	2021년		2022년		증감액
	인원	금액	인원	금액	
계	5,476,835 (100.0)	23,860 (100.0)	5,929,282 (100.0)	24,708 (100.0)	848 (3.6% ↑)
상급종합	645,585 (11.8)	4,899 (20.5)	685,576 (11.6)	5,301 (21.5)	402 (8.2% ↑)
종합병원	756,887 (13.8)	4,258 (17.9)	822,199 (13.9)	4,591 (18.6)	333 (7.8% ↑)
병원	491,782 (9.0)	2,840 (11.9)	521,637 (8.8)	2,926 (11.8)	86 (3.0% ↑)
요양병원	221,076 (4.1)	6,717 (28.1)	219,280 (3.7)	6,126 (24.8)	△591 (8.8% ↓)
정신병원	33,492 (0.6)	499 (2.1)	34,976 (0.6)	520 (2.1)	21 (4.2% ↑)
의원	1,228,364 (22.4)	1,700 ( 7.1)	1,367,798 (23.1)	1,994 ( 8.1)	294 (17.3% ↑)
약국	1,414,033 (25.8)	2,266 ( 9.5)	1,539,016 (25.9)	2,482 ( 10.0)	216 (9.6% ↑)
기타	685,616 (12.5)	681 ( 2.9)	738,800 (12.4)	768 ( 3.1)	87 (12.8% ↑)

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

**【 실제 사례 1 】**

- ◆ 세종특별자치시에 사는 24세 신○○님은 2022년 희귀난치성질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 총 진료비 6억 8,264만 원이 발생하였는데, 산정특례 혜택(본인부담금10%) 등에 따른 6억 1,437만 원의 공단부담금에도 불구하고 **본인부담의료비 6,827만 원**이 나왔다.
  - 신○○님은 2022년도에 이미 **본인부담상한제 사전 적용**을 받아 최고 본인부담상한액 (598만 원)만 본인이 부담하고, 이를 초과한 **6,228만 원은 공단에서 부담**하였다.
  - 2023년 8월에 신○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 2분위, 본인부담상한액 103만 원으로 확정되어 공단으로부터 **495만 원**을 받을 수 있게 되었다.
  - 이를 통해, 신○○님은 2022년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 1만 원을 제외한 본인부담의료비 6,826만 원 중 **103만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **6,723만 원은 공단이 부담**함으로써 의료비로 인한 가계 부담을 크게 덜 수 있었다.

**【 실제 사례 2 】**

- ◆ 경남 창원에 사는 65세 이○○님은 2022년 간암 등으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 총 진료비 4,457만 원이 발생하였는데, 산정특례 혜택(본인부담금 5%) 등에 따른 4,234만 원의 공단부담금에도 불구하고 **본인부담의료비 223만 원**이 나왔다.
  - 2023년 8월에 이○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 1분위, 본인부담상한액 83만 원으로 확정되어 공단으로부터 **125만 원**을 받을 수 있게 되었다.
  - 결과적으로, 이○○님은 2022년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 15만 원을 제외한 본인부담의료비 208만 원 중 **83만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **125만 원은 공단이 부담**하여 의료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 덜 수 있었다.