



보도시점

2025. 8. 28.(목) 조간
2025. 8. 27.(수) 12:00

배포

2025. 8. 27.(수)

2024년도 진료비 중 본인부담금 2.8조 원 환급, 건강보험 가입자 213만명 의료비 부담 완화

- 8.28일(목)부터 본인부담금 환급 대상자에게 안내문 발송, 건보공단에 신청 가능 -

< 요약본 >

보건복지부(장관 정은경)와 국민건강보험공단(이사장 정기석)은 2024년 진료 건에 대한 개인별 본인부담상한액이 확정됨에 따라, 8월 28일(목)부터 본인부담상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 연간(2024.1.1.~12.31.) 본인일부부담금(비급여, 선별 급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 건강보험 적용된 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2024년 기준 87만~1,050만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자 및 피부양자에게 돌려주는 제도로 환급대상자와 지급액이 꾸준히 증가*하고 있다.

* 최근 5년 환급대상자 증가 추이(명) : ('20)1,660,643 → ('23)2,011,580 → ('24)2,135,776 (연평균 증가율 6.5%)

* 최근 5년 지급액 추이(원) : ('20)2조 2,471억 → ('23)2조 6,278억 → ('24)2조 7,920억 (연평균 증가율 5.6%)

이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 2024년 연간 의료비 총액이 본인부담상한액을 초과하여 지출한 213만 5,776명('23년도 201만 1,580명 대비 6.2% 증가)에게 2조 7,920억 원('23년도 2조 6,278억 원 대비 6.2% 증가)이 지급되며, 1인당 평균 약 131만 원의 혜택을 받게 된다.

본인부담상한제 환급대상자를 세부적으로 살펴보면, 소득하위 50% 이하 대상자와 지급액이 각각 190만 287명, 2조 1,352억 원으로 전체 대상자의 89%, 지급액의 76.5%를 차지하여 소득하위 50% 이하 대상자의 의료비 부담을 줄여준 것으로 확인되었다.

환자 2만 5,703명은 ▲동일 요양기관에서 지출한 본인일부부담금이 본인부담 상한액 최고액인 808만 원을 이미 초과했으며, ▲요양기관에서 공단에 본인 일부부담금을 직접 청구하였기에 요양기관으로 1,607억 원을 미리 지급한 바 있다.

미리 지급한 금액을 제외하고, 사후환급 대상자로 확정된 213만 4,502명 중 지급동의계좌를 신청한 108만 5,660명은 별도의 신청절차 없이 사전 등록된 계좌로 지급될 예정이며 이 외 지급대상자는 지급신청안내문 발송 후 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 28일(목)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이며, 안내문을 받은 지급대상자는 공단 누리집·The건강보험(모바일 앱)·팩스·전화·우편·방문 등 편리한 방법을 통해 본인 명의의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청*하면 된다.

* 신청: 공단 누리집(www.nhis.or.kr), The건강보험(모바일 앱), 문의 ☎1577-1000

< 상세본 >

보건복지부(장관 정은경)와 국민건강보험공단(이사장 정기석)은 2024년 진료 건에 대한 개인별 본인부담상한액이 확정됨에 따라, 8월 28일(목)부터 본인부담상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 과도한 의료비로 인한 국민의 경제적 부담을 덜어드리기 위해 연간(2024.1.1.~12.31.) 본인일부부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 건강보험 적용된 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2024년 기준 87만~1,050만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자 및 피부양자에게 돌려주는 제도로 환급대상자와 지급액이 꾸준히 증가*하고 있다.

* 최근 5년 환급대상자 증가 추이(명) : ('20)1,660,643 → ('23)2,011,580 → ('24)2,135,776 (연평균 증가율 6.5%)

* 최근 5년 지급액 추이(원) : ('20)2조 2,471억 → ('23)2조 6,278억 → ('24)2조 7,920억 (연평균 증가율 5.6%)

< 진료연도별('15~'24년) 본인부담상한제 지급인원, 금액 현황 >



이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 2024년 연간 의료비 총액이 본인부담상한액을 초과하여 지출한 213만 5,776명('23년도 201만 1,580명)에게 2조 7,920억 원('23년도 2조 6,278억 원)이 지급되며, 1인당 평균 약 131만 원의 혜택을 받게 된다.

환자 2만 5,703명은 ▲동일 요양기관에서 지출한 본인일부부담금이 본인부담상한액 최고액인 808만 원을 이미 초과했으며, ▲요양기관에서 공단에 본인일부부담금을 직접 청구하였기에 요양기관으로 1,607억 원을 미리 지급한 바 있다.

미리 지급한 금액을 제외하고, 사후환급 대상자로 확정된 213만 4,502명 중 지급동의계좌를 신청한 108만 5,660명은 별도의 신청절차 없이 사전에 등록된 계좌로 지급될 예정이며 이 외 지급대상자는 지급신청안내문 발송 후 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 8월 28일(목)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이며, 안내문을 받은 지급대상자는 공단 누리집·The건강보험(모바일 앱)·팩스·전화·우편·방문 등 편리한 방법을 통해 본인 명의의 계좌로 지급해 줄 것을 국민건강보험공단에 신청*하면 된다.

* 신청: 공단 누리집(www.nhis.or.kr), The건강보험(모바일 앱), 문의 ☎1577-1000

2024년도 본인부담상한제 적용 대상자는 2023년 대비 12만 4,196명(6.2%) 증가하였고, 지급액은 2023년 대비 1,642억 원(6.2%)이 증가*하였다.

* '23년 지급대상자 201만 1,580명, 지급액 2조 6,278억 원

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

소득하위 50% 이하 대상자와 지급액은 각각 190만 287명, 2조 1,352억 원으로 전체 대상자의 89%, 지급액의 76.5%를 차지하여 본인부담상한제가 주로 소득하위 50%이하 계층의 의료비 부담을 줄여준 것으로 확인되었다.

< 소득분위별 지급 현황(2024년 진료 건) >

구간	소득분위*(상한액)		대상자(명)		지급액(억 원)	
	소득분위	본인부담상한액	인원	%	금액	%
	총계		213만 5,776	100.	2조 7,920	100
소계	1~5분위		190만 287	89.0	21,352	76.5
1	1분위	87만 원(138만 원)	81만 4,875	38.2	9,538	34.2
2	2~3분위	108만 원(174만 원)	78만 8,358	36.9	7,675	27.5
3	4~5분위	167만 원(235만 원)	29만 7,054	13.9	4,140	14.8
소계	6~10분위		23만 5,489	11.0	6,568	23.5
4	6~7분위	313만 원(388만 원)	13만 7,958	6.5	3,359	12.0
5	8분위	428만 원(557만 원)	4만 3,424	2.0	1,279	4.6
6	9분위	514만 원(669만 원)	3만 6,733	1.7	1,159	4.1
7	10분위	808만 원(1,050만 원)	1만 7,374	0.8	771	2.8

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

** ()는 요양병원 120일 초과 입원한 경우의 본인부담상한액

연령별로는 65세 이상 대상자 121만 1,616명이 1조 8,440억 원을 본인부담상한액 초과금으로 지급받아, 전체 대상자의 56.7%, 지급액의 66%를 차지하였다.

< 연령별 지급 현황(2024년 진료 건) >

구 분	계	0~18세	19~39세	40~64세	65~89세	90세 이상
대상자 (명)	2,135,776 (100%)	27,358 (1.3%)	153,447 (7.2%)	743,355 (34.8%)	1,145,385 (53.6%)	66,231 (3.1%)
지급액 (억원)	27,920 (100%)	245 (1.0%)	1,356 (4.9%)	7,879 (28.2%)	16,790 (60.0%)	1,650 (5.9%)

보건복지부 권병기 필수의료지원관은 “본인부담상한제가 저소득층, 노인 등 사회적 약자를 위한 의료안전망 역할을 충실히 수행하고 있는 것으로 나타났다” 라고 말했다.

국민건강보험공단 김남훈 급여상임이사는 “예상치 못한 의료비로 어려움을 겪는 국민들께 본인부담상한제가 든든한 버팀목이 되기를 바란다” 라고 하며, “공단은 국민 여러분이 안심하고 치료받을 수 있도록 늘 곁에서 함께 하며 제도 운영에 최선을 다하겠다” 라고 밝혔다.

- <붙임> 1. 본인부담상한제 개요
 2. 본인부담상한제 주요 연혁
 3. 2024년 본인부담상한제 관련 통계
 4. 본인부담상한제 초과금 지급 사례

담당 부서 <총괄>	필수의료지원관 필수의료총괄과	책임자	과 장	박은정	(044-202-2670)
		담당자	사무관	변종석	(044-202-2661)
담당 부서 <제도운영>	국민건강보험공단 재난상한제운영부	책임자	부 장	김미경	(033-736-4601)
		담당자	팀 장	변재은	(033-736-4631)
담당 부서 <전산작업>	국민건강보험공단 급여보장정보부	책임자	부 장	최창덕	(033-736-2101)
		담당자	팀 장	김재천	(033-736-2270)



□ 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 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				
2023년	87만 원	108만 원	162만 원	303만 원	414만 원	497만 원	780만 원
요양병원 120일 초과 입원	134만 원	168만 원	227만 원				
2024년	87만 원	108만 원	167만 원	313만 원	428만 원	514만 원	808만 원
요양병원 120일 초과 입원	138만 원	174만 원	235만 원				
2025년	89만 원	110만 원	170만 원	320만 원	437만 원	525만 원	826만 원
요양병원 120일 초과 입원	141만 원	178만 원	240만 원				

※ 2015년부터는 전년도 상한액에 ‘전국소비자물가변동률’을 연계하여 상한액 조정
 ※ 2024년도 1~3분위자 상한액 동결(그 외 전 분위 전국소비자물가변동률 반영)

- (사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 지출한 본인일부부담액이 최고 상한액('24년 기준 808만 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(사전급여 적용금액 제외)
 - (상한액기준보험료 결정 이전) 개인별로 연간 누적 본인일부부담금이 최고 상한액('24년 기준 1,050만 원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
 - (상한액기준보험료 결정 이후) 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급

□ 소득분위별 본인부담상한액 및 월별 기준보험료(2024년)

소득분위별 본인부담상한액		본인부담상한액 월별 기준보험료	
소득분위	본인부담상한액	직장가입자	지역가입자
소득 1분위	87만 원 (138만 원)	57,070원 이하	13,850원 이하
소득 2~3분위	108만 원 (174만 원)	57,070원 초과~ 83,570원 이하	13,850원 초과~ 19,780원 이하
소득 4~5분위	167만 원 (235만 원)	83,570원 초과~ 110,680원 이하	19,780원 초과~ 31,030원 이하
소득 6~7분위	313만 원 (388만 원)	110,680원 초과 ~159,250원 이하	31,030원 초과~ 89,500원 이하
소득 8분위	428만 원 (557만 원)	159,250원 초과~ 200,730원 이하	89,500원 초과~ 134,440원 이하
소득 9분위	514만 원 (669만 원)	200,730원 초과~ 273,380원 이하	134,440원 초과~ 209,970원 이하
소득 10분위	808만 원 (1,050만 원)	273,380원 초과	209,970원 초과

기간 : 1년 (2024년1월1일 ~ 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: 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	소득 하위 50%이하 가구 상한액 연 소득의 10% 수준으로 인하	○ 상한액: 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 연 소득 10%수준으로 조정	○ 상한액: 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																								
2023. 6월	건보지속가능성 제고방안 관련 상한제 개편	○ 요양병원 장기 입원 별도 상한액 전구간 적용 ○ 소득상위(8~10분위) 상한액 연 소득 10% 수준으로 인상 ○ 경증질환 상급종합병원 외래진료시 상한제 적용 제외																								
2024. 1월	1~3분위 대상자 상한액 동결	○ 1~3분위자에 대해 2024년 본인부담상한제 동결 ○ 이 외 4~10분위 및 요양병원에 120일을 초과하여 입원한 경우는 전국소비자물가변동률 3.6% 적용																								

□ 본인부담상한제 적용 현황(2023년 대비)

○ 소득 수준별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 분위	2023년		2024년		증감	
	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)
계	2,011,580 (100.0)	26,278 (100.0)	2,135,776 (100.0)	27,920 (100.0)	124,196 (6.2 ↑)	1,642 (6.2 ↑)
1분위 (87/138만 원)	621,203 (30.9)	6,993 (26.6)	814,875 (38.2)	9,538 (34.2)	193,672 (31.2 ↑)	2,545 (36.4 ↑)
2분위 (108/174만 원)	388,168 (19.3)	4,226 (16.1)	331,008 (15.6)	3,298 (11.8)	△57,160 (14.7 ↓)	△928 (22.0 ↓)
3분위 (108/174만 원)	425,904 (21.2)	4,087 (15.6)	457,350 (21.4)	4,377 (15.7)	31,446 (7.4 ↑)	290 (7.1 ↑)
4분위 (167/235만 원)	105,057 (5.2)	1,349 (5.1)	105,465 (4.9)	1,384 (4.9)	408 (0.4 ↑)	35 (2.6 ↑)
5분위 (167/235만 원)	228,232 (11.3)	3,245 (12.3)	191,589 (8.9)	2,755 (9.9)	△36,643 (16.1 ↓)	△490 (15.1 ↓)
6분위 (313/388만 원)	67,427 (3.4)	1,558 (5.9)	68,539 (3.2)	1,666 (6.0)	1,112 (1.6 ↑)	108 (6.9 ↑)
7분위 (313/388만 원)	74,366 (3.7)	1,724 (6.6)	69,419 (3.3)	1,693 (6.0)	△4,947 (6.7 ↓)	△31 (1.8 ↓)
8분위 (428/557만 원)	43,614 (2.2)	1,193 (4.5)	43,424 (2.0)	1,279 (4.6)	△190 (0.4 ↓)	86 (7.2 ↑)
9분위 (514/669만 원)	40,430 (2.0)	1,198 (4.6)	36,733 (1.7)	1,159 (4.1)	△3,697 (9.1 ↓)	△39 (3.2 ↓)
10분위 (808/1,050만 원)	17,179 (0.8)	705 (2.7)	17,374 (0.8)	771 (2.8)	195 (1.1 ↑)	66 (8.6 ↑)

○ 연령별

(단위: 명, 억 원, %)

연령	구분	2023년		2024년		증감	
		인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)	인원(비율)	금액(비율)
계		2,011,580 (100.0)	26,278 (100.0)	2,135,776 (100.0)	27,920 (100.0)	124,196 (6.2 ↑)	1,642 (6.2 ↑)
0~9세		10,171 (0.5)	83 (0.3)	10,179 (0.5)	74 (0.3)	8 (0.1 ↑)	△9 (10.8 ↓)
10~19세		17,894 (0.9)	168 (0.6)	19,620 (0.9)	195 (0.7)	1,726 (9.6 ↑)	27 (16.2 ↑)
20~29세		53,850 (2.7)	458 (1.7)	55,926 (2.6)	468 (1.7)	2,076 (3.9 ↑)	10 (2.2 ↑)
30~39세		89,157 (4.4)	803 (3.1)	95,080 (4.5)	864 (3.1)	5,923 (6.6 ↑)	61 (7.5 ↑)
40~49세		148,859 (7.4)	1,508 (5.7)	150,572 (7.0)	1,529 (5.5)	1,713 (1.2 ↑)	21 (1.3 ↑)
50~59세		306,590 (15.2)	3,230 (12.3)	309,673 (14.5)	3,284 (11.8)	3,083 (1.0 ↑)	54 (1.7% ↑)
60~69세		596,389 (29.7)	6,640 (25.3)	623,143 (29.2)	6,932 (24.8)	26,754 (4.5 ↑)	292 (4.4 ↑)
70~79세		440,386 (21.9)	6,144 (23.4)	494,470 (23.1)	6,741 (24.1)	54,084 (12.3 ↑)	597 (9.7 ↑)
80~89세		290,069 (14.4)	5,799 (22.1)	310,882 (14.6)	6,183 (22.1)	20,813 (7.2 ↑)	384 (6.6 ↑)
90~99세		56,575 (2.8)	1,404 (5.3)	64,653 (3.0)	1,610 (5.8)	8,078 (14.3 ↑)	206 (14.7 ↑)
100세 이상		1,640 (0.1)	41 (0.2)	1,578 (0.1)	40 (0.1)	△62 (3.8 ↓)	△1 (2.4 ↓)

【 실제 사례 1 】

- ◆ 70대 A씨는 2024년 노인성 질환 및 근골격계 질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 8,175만 원**이 발생하였는데, **6,520만 원의 공단부담금을 제외한 1,655만 원을 본인이 부담**하였다.
- 2025년 8월에 A씨는 본인부담상한제 사후정산에서 **소득 1분위, 본인부담 상한액 87만 원으로 확정**되어, 공단으로부터 상한액 초과금 **1,356만 원**을 받을 수 있게 되었다.
- 이를 통해, A씨는 2024년도에 발생한 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 212만 원을 제외한 본인부담의료비 1,443만 원 중 **87만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **1,356만 원은 공단이 부담**함으로써 의료비로 인한 가계 부담을 크게 덜 수 있었다.

【 실제 사례 2 】

- ◆ 40대 B씨는 2024년 중증난치질환 등으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 **총 진료비 3억1,424만 원**이 발생하였는데, 산정특례 혜택(암질환 본인 부담금 5%, 중증난치질환 본인부담금 10%) 등에 따른 **2억 9,130만 원의 공단 부담금**에도 불구하고 **본인부담 의료비 2,294만 원**이 나왔다.
- B씨는 2024년도에 이미 **동일 요양병원**에서 발생한 본인 부담금이 해당연도 **최고상한액을 넘어** 본인부담상한액(808만 원)만 본인이 부담하고, 이를 초과한 본인부담금 **437만 원은 공단에서 요양기관에 지급**하였다.
- 2025년 8월에 B씨는 본인부담상한제 사후정산에서 **소득 4분위, 본인부담 상한액 167만 원으로 확정**되어 공단으로부터 타 요양기관에서 발생한 본인부담금을 포함하여 **912만 원**을 받을 수 있게 되었다.
- 이를 통해, B씨는 2024년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 778만 원을 제외한 본인부담의료비 1,516만 원 중 **167만 원만 본인이 부담**하고, 나머지 **1,349만 원은 공단이 부담**하여 의료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 덜 수 있었다.