보건복지부 | h·well 국민건강보험 | 보도자료 | 광복80

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 시작**한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 **연간**(2024.1.1.~12.31.) **본인일부부담금**(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 건강보험 적용된 의료비) **총액**이, **개인별 상한금액**(2024년 기준 87만~1,050만 원)을 초과하는 경우 **초과 금액**을 국민건강보험공단이 부담하여 **가입자 및 피부양자에게 돌려주는 제도**로 **환급대상자와 지급액**이 **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 확정**을 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 원**의 혜택을 받게 된다.

본인부담상한제 환급대상자를 세부적으로 살펴보면, **소득하위 50% 이하 대상자**와 **지급액**이 각각 **190만 287명**, **2조 1,352억 원**으로 **전체 대상자의 89%**, **지급액의 76.5%를 차지**하여 **소득하위 50% 이하 대상자의 의료비 부담을 줄여준 것**으로 확인되었다.

환자 2만 5,703명은 ▲동일 요양기관에서 지출한 본인일부부담금이 본인부담상한액 **최고액인 808만 원을 이미 초과**했으며, ▲요양기관에서 공단에 본인일부부담금을 직접 청구하였기에 요양기관으로 **1,607억 원**을 **미리 지급**한 바 있다.

미리 지급한 금액을 제외하고, 사후환급 대상자로 확정된 213만 4,502명 중 **지급동의계좌를 신청한 108만 5,660명**은 **별도의 신청절차 없이** 사전 등록된 **계좌로 지급**될 예정이며 **이 외 지급대상자**는 **지급신청안내문 발송 후 개인별 신청**을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 **8월 28일(목)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문**(신청서 포함)을 **순차적으로 발송**할 계획이며, 안내문을 받은 지급대상자는 **공단 누리집·The건강보험(모바일 앱)·팩스·전화·우편·방문 등** 편리한 방법을 통해 **본인 명의의 계좌로 지급**해 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 시작**한다고 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) **총액**이, **개인별 상한금액**(2024년 기준 87만~1,050만 원)을 **초과**하는 경우 **초과 금액**을 국민건강보험공단이 부담하여 **가입자 및 피부양자에게 돌려주는 제도**로 **환급대상자와 지급액**이 **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 확정**을 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 원**의 혜택을 받게 된다.

환자 2만 5,703명은 ▲동일 요양기관에서 지출한 본인일부부담금이 본인부담상한액 **최고액인 808만 원을 이미 초과**했으며, ▲요양기관에서 공단에 본인일부부담금을 직접 청구하였기에 요양기관으로 **1,607억 원**을 **미리 지급**한 바 있다.

미리 지급한 금액을 제외하고, 사후환급 대상자로 확정된 213만 4,502명 중 **지급동의계좌를 신청한 108만 5,660명**은 **별도의 신청절차 없이** 사전에 등록된 **계좌로 지급**될 예정이며 **이 외 지급대상자**는 **지급신청안내문 발송 후 개인별 신청**을 받아 지급할 예정이다.

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

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

2024년도 본인부담상한제 **적용 대상자**는 2023년 대비 **12만 4,196명(6.2%) 증가**하였고, **지급액**은 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% 이하**와 **65세 이상 고령층**이 **가장 많은 혜택**을 본 것으로 나타났다.

소득하위 50% 이하 대상자와 **지급액**은 각각 **190만 287명**, **2조 1,352억 원**으로 **전체 대상자의 89%**, **지급액의 76.5%를 차지**하여 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 대상자**의 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 필수의료지원관**은 "**본인부담상한제**가 **저소득층, 노인 등 사회적 약자**를 위한 **의료안전망 역할**을 **충실히 수행**하고 있는 것으로 나타났다" 라고 말했다.

국민건강보험공단 **김남훈 급여상임이사**는 "예상치 못한 **의료비로 어려움**을 겪는 국민들께 **본인부담상한제가 든든한 버팀목**이 되기를 바란다" 라고 하며, "**공단**은 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)

대한민국 정책브리핑
OPEN 공공누리 공공저작물 자유이용허락

붙임 1 본인부담상한제 개요

□ 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	375만 원	538만 원	646만 원	1,014만 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	388만 원	557만 원	669만 원	1,050만 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	396만 원	569만 원	684만 원	1,074만 원

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

○ **(사전급여) 동일한 요양기관**에서 연간 지출한 본인일부부담액이 **최고 상한액**('24년 기준 808만 원)**을 초과**할 경우 **초과되는 금액**은 **요양기관이** 환자에게 받지 않고 **건강보험공단에 직접 청구**(당해연도에 지급)

○ **(사후급여)** 개인별 **상한액기준보험료 결정(건강보험료 정산) 전·후**로 나누어 개인별 본인부담상한액을 **초과하는 금액**을 **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)	273380원 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	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 본인부담상한액 결정	○ 연도별 본인부담상한액은 통계청에서 매년 12월 발표하는 '전국소비자물가변동률'을 반영하여 결정
2018. 1월	소득하위 50%이하 가구 상한액 연소득의 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 연소득 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

붙임 3 2024년(진료연도) 본인부담상한제 관련 통계

□ 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, %)

구분 / 연령	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↑)
100세이상	1,640 (0.1)	41 (0.2)	1,578 (0.1)	40 (0.1)	△62 (3.8↓)	△1 (2.4↓)

붙임 4 본인부담상한제 초과금 지급 사례

【 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 부담하였다.

- 2025년 8월에 A씨는 본인부담상한제 사후정산에서 **소득 1분위, 본인부담 상한액 87만 원으로 확정**되어, 공단으로부터 상한액 초과금 1,356만 원을 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 본인부담금 5%, 중증난치질환 본인부담금 10%) 등에 따른 **2억 9,130만 원의 공단부담금**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.**