



보도시점

2024. 9. 2.(월) 조간

2024. 9. 1.(일) 12:00

배포

2024. 8. 30.(금)

# 본인부담상한액 초과 의료비 지급절차 개시, 201만 명에게 2조 6,278억 원 지급

- 2023년 지출 의료비 대상, 9월 2일(월)부터 국민건강보험공단에 신청 -

## < 요약본 >

보건복지부(장관 조규홍)와 국민건강보험공단(이사장 정기석)은 2023년도 개인별 본인부담상한액이 확정됨에 따라, 9월 2일(월)부터 상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2023년 기준 87만~780만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

\* 최근 5년 수혜자 증가 추이(명) : ('18)126만5921 → ('22)186만8545 → ('23)201만1580  
(연평균 증가율 9.7%)

\* 최근 5년 지급액 추이(원) : ('18)1조 7,999억 원 → ('22)2조 4,708억 원 → ('23)2조 6,278억 원  
(연평균 증가율 7.9%)

이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 의료비 본인부담상한액을 초과하여 의료비를 지출한 201만 1,580명('22년도 186만 8,545명, 7.7% 증가)에게 2조 6,278억 원('22년도 2조 4,708억, 6.4% 증가)이 지급되며, 1인당 평균 약 131만 원의 혜택을 받게 된다.

본인부담상한제 수혜 계층을 세부적으로 살펴보면, 소득하위 50% 이하 대상자와 지급액이 각각 176만 8,564명, 1조 9,899억 원으로 전체 대상자의 88%, 지급액의 75.7%를 차지하여 소득 하위계층의 의료비 부담을 줄여준

것으로 확인되었다.

본인부담금이 본인부담상한액 최고액인 780만 원을 이미 초과하여 소득 수준에 따른 개인별 상한액 확정 전이라도 초과금 지급이 필요한 2만 4,564명에게는 1,409억을 올해 미리 지급한 바 있으며,

이번 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 201만 1,580명 중 지급 동의계좌 신청자 93만 5,696명은 별도의 신청절차 없이 원하는 계좌로 지급 될 예정이며, 이 외 지급대상자는 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 9월 2일(월)부터 본인부담상한액 초과금 지급신청 안내문(신청서 포함)을 순차적으로 발송할 계획이다.

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 >

보건복지부(장관 조규홍)와 국민건강보험공단(이사장 정기석)은 2023년도 개인별 본인부담상한액이 확정됨에 따라, 9월 2일(월)부터 상한액 초과금 지급 절차를 시작한다고 밝혔다.

본인부담상한제는 과도한 의료비로 인한 국민의 경제적 부담을 덜어드리기 위해 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외하고 환자 본인이 부담하는 의료비) 총액이, 개인별 상한금액(2023년 기준 87만~780만 원)을 초과하는 경우 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담하여 가입자·피부양자에게 돌려주는 제도로 수혜자와 지급액이 꾸준히 증가하고 있다.

\* 최근 5년 수혜자 증가 추이(명) : ('18)126만5921 → ('22)186만8545 → ('23)201만1580 (연평균 증가율 9.7%)

\* 최근 5년 지급액 추이(원) : ('18)1조 7,999억 원 → ('22)2조 4,708억 원 → ('23)2조 6,278억 원 (연평균 증가율 7.9%)

## < 진료연도별('15~'23년) 본인부담상한제 지급인원, 금액 현황 >



이번 개인별 본인부담상한액 확정을 통해 의료비 본인부담상한액을 초과하여 의료비를 지출한 201만 1,580명('22년도 186만 8,545명)에게 2조 6,278억 원('22년도 2조 4,708억)이 지급되며, 1인당 평균 약 131만 원의 혜택을 받게 된다.

본인부담금이 본인부담상한액 최고액인 780만 원을 이미 초과하여 소득

수준에 따른 개인별 상한액 확정 전이라도 초과금 지급이 필요한 2만 4,564명에게는 1,409억을 올해 미리 지급한 바 있으며,

이번 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 201만 1,580명 중 지급 동의계좌 신청자 93만 5,696명은 별도의 신청절차 없이 원하는 계좌로 지급될 예정이며, 이 외 지급대상자는 개인별 신청을 받아 지급할 예정이다.

국민건강보험공단은 지급 대상자에게 9월 2일(월)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

2023년도 본인부담상한제 적용 대상자는 2022년 대비 14만 3,035명(7.7%) 증가하였고, 지급액은 2022년 대비 1,570억원(6.4%)이 증가하였다.

\* '22년 지급대상자 186만 8,545명, 지급액 2조 4,708억

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

소득하위 50% 이하 대상자와 지급액은 각각 176만 8,564명, 1조 9,899억 원으로 전체 대상자의 88%, 지급액의 75.7%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	201만 1,580	100.0	2조 6,278	100.0
1	1분위(87/134만원)	62만 1,203	30.9	6,992	26.6
2	2~3분위(108/168만원)	81만 4,072	40.5	8,313	31.6
3	4~5분위(162/227만원)	33만 3,289	16.6	4,594	17.5
	<b>1~5분위</b>	<b>176만 8,564</b>	<b>88.0</b>	<b>19,899</b>	<b>75.7</b>
4	6~7분위(303만원/375만원)	14만 1,793	7.0	3,281	12.5
5	8분위(414만원/538만원)	4만 3,614	2.1	1,193	4.5
6	9분위(497만원/646만원)	4만 430	2.0	1,197	4.6
7	10분위(780만원/1,014만원)	1만 7,179	0.9	705	2.7

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

\*\* 요양병원 120일 초과 입원시 별도 상한액 적용

연령별로는 65세 이상 대상자 110만 1,987명이 1조 6,965억원을 본인부담 상한액 초과금으로 지급받아, 전체 대상자의 54.8%, 지급액의 64.5%를 차지하였다.

#### < 연령별 지급 현황 >

구 분	계	0 ~ 18세	19 ~ 39세	40 ~ 64세	65 ~ 89세	90세 이상
대상자 (명)	2,011,580 (100%)	25,572 (1.3%)	145,500 (7.2%)	738,521 (36.7%)	1,043,772 (51.9%)	58,215 (2.9%)
지급액 (억원)	26,278 (100%)	228 (0.9%)	1,285 (4.9%)	7,800 (29.7%)	15,520 (59%)	1,445 (5.5%)

보건복지부 권병기 필수의료지원관은 “이번 지급을 통해 본인부담상한제가 저소득층, 노인 등 사회적 약자를 위한 의료안전망 역할을 충실히 수행하고 있는 것으로 나타났다” 라고 말하며,

“앞으로도 고액의 의료비로 인한 경제적 부담 완화에 더욱 기여할 수 있도록 제도 개선 등을 통해 지속적으로 노력하겠다” 라고 밝혔다.

- <붙임> 1. 본인부담상한제 개요  
2. 본인부담상한제 주요 연혁  
3. 2023년 본인부담상한제 관련 통계  
4. 본인부담상한제 초과금 지급 사례

담당 부서 <총괄>	필수의료지원관 필수의료총괄과	책임자	과 장	조우경	(044-202-2670)
		담당자	사무관	임수현	(044-202-2661)
담당 부서 <제도운영>	국민건강보험공단 재난상한제운영부	책임자	부 장	장미정	(033-736-4601)
		담당자	팀 장	피옥경	(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	87만원	108만 원	162만 원	303만 원	414만 원	497만원	780만 원
요양병원 120일 초과 입원	134만원	168만 원	227만 원	375만 원	538만 원	646만원	1,014만 원
2024년	87만원	108만 원	167만 원	313만 원	428만 원	514만원	808만 원
요양병원 120일 초과 입원	138만원	174만 원	235만 원	388만 원	557만 원	669만원	1,050만 원

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

- (사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 입원 본인부담액이 최고상한액('23년 기준 780만 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('23년 기준 780만 원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
  - (상한액기준보험료 결정 이후) 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급

□ 소득분위별 본인부담상한액 및 월별 기준보험료(2023년)

소득분위별 본인부담상한액		본인부담상한액 월별 기준보험료	
소득분위	본인부담상한액	직장가입자	지역가입자
소득 1분위	87만원 (134만원)	56,330원 이하	12,840원 이하
소득 2~3분위	108만원 (168만원)	56,330원 초과~ 80,510원 이하	12,840원 초과~ 19,780원 이하
소득 4~5분위	162만 원 (227만원)	80,510원 초과~ 106,750원 이하	19,780원 초과~ 38,930원 이하
소득 6~7분위	303만원 (375만원)	106,750원 초과~ 154,120원 이하	38,930원 초과~ 103,580원 이하
소득 8분위	414만원 (538만원)	154,120원 초과~ 194,500원 이하	103,580원 초과~ 142,650원 이하
소득 9분위	497만 원 (646만원)	194,500원 초과~ 265,900원 이하	142,650원 초과~ 223,930원 이하
소득 10분위	780만 원 (1,014만원)	265,900원 초과	223,930원 초과

기간 : 1년 (2023년1월1일 ~ 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><tr><td>소득 분위</td><td>1 분위</td><td>2~3 분위</td><td>4~5 분위</td><td>6~7 분위</td><td>8 분위</td><td>9 분위</td><td>10 분위</td></tr><tr><td>'13년</td><td colspan="3">200만 원 (하위 50%)</td><td colspan="2">300만 원 (중위 30%)</td><td colspan="2">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></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 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 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																								



□ 본인부담상한제 적용 현황(2022년 대비)

○ 소득 수준별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 분위	2022년		2023년		증감	
	인원	금액	인원	금액	인원	금액
계	1,868,545 (100.0)	24,708 (100.0)	2,011,580 (100.0)	26,278 (100.0)	143,035 (7.7 ↑)	1,570 (6.4 ↑)
1분위 (87/134만 원)	563,105 (30.1)	6,049 (24.5)	621,203 (30.9)	6,993 (26.6)	58,098 (10.3 ↑)	944 (15.6 ↑)
2분위 (108/168만 원)	342,581 (18.3)	3,295 (13.3)	388,168 (19.3)	4,226 (16.1)	45,587 (13.3)	931 (28.2 ↑)
3분위 (108/168만 원)	291,556 (15.6)	2,767 (11.2)	425,904 (21.2)	4,087 (15.6)	134,348 (46.1 ↑)	1,320 (47.7 ↑)
4분위 (162/227만 원)	192,507 (10.3)	2,512 (10.2)	105,057 (5.2)	1,349 (5.1)	△ 87,450 (45.4 ↓)	△ 1,162 (46.3 ↓)
5분위 (162/227만 원)	197,846 (10.6)	2,695 (10.9)	228,232 (11.3)	3,245 (12.3)	30,386 (15.4 ↑)	550 (20.4 ↑)
6분위 (303/375만 원)	65,558 (3.5)	1,506 (6.1)	67,427 (3.4)	1,558 (5.9)	1,869 (2.9 ↑)	53 (3.5 ↑)
7분위 (303/375만 원)	67,729 (3.6)	1,554 (6.3)	74,366 (3.7)	1,724 (6.6)	6,637 (9.8 ↑)	169 (10.9 ↑)
8분위 (414/538만 원)	55,726 (3.0)	1,489 (6.0)	43,614 (2.2)	1,193 (4.5)	△ 12,112 (21.7 ↓)	△ 295 (19.8 ↓)
9분위 (497/646만 원)	48,538 (2.6)	1,460 (5.9)	40,430 (2)	1,198 (4.6)	△ 8,108 (16.7 ↓)	△ 263 (18.0 ↓)
10분위 (780/1,014만 원)	43,399 (2.3)	1,381 (5.6)	17,179 (0.8)	705 (2.7)	△ 26,220 (60.4 ↓)	△ 676 (49 ↓)

## ○ 연령별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 연령	2022년		2023년		증감액
	인원	금액	인원	금액	
계	1,868,545 (100.0)	24,708 (100.0)	2,011,580 (100.0)	26,278 (100.0)	1,570 (6.4% ↑)
0~9세	7,647 (0.4)	76 (0.3)	10,171 (0.5)	83 (0.3)	7 (9.5% ↑)
10~19세	16,610 (0.9)	163 (0.7)	17,894 (0.9)	167 (0.6)	5 (3.1% ↑)
20~29세	52,582 (2.8)	447 (1.8)	53,850 (2.7)	458 (1.7)	11 (2.5% ↑)
30~39세	82,965 (4.4)	760 (3.1)	89,157 (4.4)	803 (3.1)	43 (5.7% ↑)
40~49세	142,062 (7.6)	1,414 (5.7)	148,859 (7.4)	1,508 (5.7)	94 (6.6% ↑)
50~59세	290,996 (15.6)	2,991 (12.1)	306,590 (15.2)	3,230 (12.3)	239 (8.0% ↑)
60~69세	550,911 (29.5)	6,007 (24.3)	596,389 (29.6)	6,640 (25.3)	633 (10.5% ↑)
70~79세	395,064 (21.1)	5,641 (22.8)	440,386 (21.9)	6,144 (23.4)	503 (8.9% ↑)
80~89세	273,197 (14.6)	5,744 (23.2)	290,069 (14.4)	5,799 (22.1)	55 (1.0% ↑)
90~99세	54,890 (2.9)	1,424 (5.8)	56,575 (2.8)	1,404 (5.3)	△20 (1.4% ↓)
100세 이상	1,621 (0.1)	42 (0.2)	1,640 (0.1)	41 (0.2)	- (0.0%)

## ○ 요양기관 종별

(단위: 명, 억 원, %)

구분 종별	2022년		2023년		증감액
	인원	금액	인원	금액	
계	5,929,282 (100.0)	24,708 (100.0)	6,483,347 (100.0)	26,278 (100.0)	1,570 (6.4% ↑)
상급종합	685,576 (11.6)	5,301 (21.5)	749,656 (11.6)	5,745 (21.9)	444 (8.4% ↑)
종합병원	822,199 (13.9)	4,591 (18.6)	893,846 (13.8)	5,150 (19.6)	559 (12.2% ↑)
병원	521,637 (8.8)	2,926 (11.8)	556,868 (8.6)	3,408 (13.0)	482 (16.5% ↑)
요양병원	219,280 (3.7)	6,126 (24.8)	198,908 (3.1)	5,351 (20.4)	△775 (12.6% ↓)
정신병원	34,976 (0.6)	520 (2.1)	36,438 (0.6)	541 (2.1)	21 (4.1% ↑)
의원	1,367,798 (23.1)	1,994 (8.1)	1,520,723 (23.5)	2,319 (8.8)	325 (16.3% ↑)
약국	1,539,016 (25.9)	2,482 (10.0)	1,696,509 (26.2)	2,844 (10.8)	362 (14.6% ↑)
기타	738,800 (12.4)	768 (3.1)	830,399 (12.8)	920 (3.5)	152 (19.9% ↑)

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

**【 실제 사례 1 】**

◆ 여주시에 사는 59세 유○○님은 2023년 희귀질환으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 총 진료비 5억 3,769만원이 발생하였는데, 산정특례 혜택(본인부담금10%) 등에 따른 4억 8,382만원의 공단부담금에도 불구하고 본인 부담의료비 5,386만 원이 나왔다.

- 유○○님은 2023년도에 이미 본인부담상한제 최고상한액을 넘어 본인부담상한액 (1,014만 원)만 본인이 부담하고, 이를 초과한 4,370만 원은 공단에서 부담하였다.
- 2024년 8월에 유○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 9분위, 본인부담 상한액 497만 원으로 확정되어 공단으로부터 추가 517만 원을 받을 수 있게 되었다.
- 이를 통해, 유○○님은 2023년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 2만 원을 제외한 본인부담의료비 5,384만 원 중 497만 원만 본인이 부담하고, 나머지 4,887만 원은 공단이 부담함으로써 의료비로 인한 가계 부담을 크게 덜 수 있었다.

**【 실제 사례 2 】**

◆ 경북 청도군에 거주하는 61세 박○○님은 2023년 간암 및 중증난치질환 등으로 병원에서 관련 치료를 받아 비급여 비용을 제외한 총 진료비 1억 1,545만 원이 발생하였는데, 산정특례 혜택(암질환 본인부담금 5%, 중증 난치질환 본인부담금 10%) 등에 따른 1억 357만 원의 공단부담금에도 불구하고 본인부담의료비 826만 원이 나왔다.

- 2024년 8월에 박○○님은 본인부담상한제 사후정산에서 소득 1분위, 본인부담 상한액 87만 원으로 확정되어 공단으로부터 649만 원을 받을 수 있게 되었다.
- 결과적으로, 박○○님은 2023년 상한제 제외(선별급여, 상급병실 등) 비용 90만 원을 제외한 본인부담의료비 736만 원 중 87만 원만 본인이 부담하고, 나머지 649만 원은 공단이 부담하여 의료비 부담으로 인한 경제적 어려움을 덜 수 있었다.