

## 제1조 (모집방법에 관한 사항)

### 제1-1조 (모집방법)

- 모집방법은 치매나 중풍 등 노인성질환으로 수발을 필요로 하는 노인이나 가족을 대상으로 인터넷 홈페이지와 홍보지 등을 통하여 모집한다.
  - (1) 노인장기요양보험 홈페이지를 통한 기관홍보 (2) 상담- 전화, 인터넷 상담 후 방문
  - (3) 전화번호책자, 인터넷 등 게재 홍보 (4) 기존 방문계약자의 지인 소개
- 기관에 대한 홍보를 제공할 경우에는 노인장기요양기관의 기본규정을 준수하여 본인부담금 경감 등 기본적 사회질서를 해치는 행위를 하지 않는다.
- **등급판정신청절차**
  - ① 신청(공단 각 지사별 장기요양센터) → ②방문조사(공단직원) → ③장기요양 인정 및 등급판정(등급판정위원회) → ④장기요양인정서 및 표준장기이용계획서 통보(장기요양센터) → ⑤서비스 이용(장기요양기관)
- **수급자 모집 방법 및 이용절차**
  - ① 이용상담(전화 혹은 내방) → ②사회복지사 가정방문상담 → ③접수및 이용 계약서작성 → ④서비스 실시

## 제2조 (이용계약에 관한 사항)

### 제2-1조 (계약기간 및 이용절차)

#### - 계약기간

- ① 본 기관의 계약기간은 기본적으로 인증서 종료일을 기준으로 한다 단 계약기간이 만료된 후에 별도의 의사 표시가 없을 경우에는 당해연도말 까지 자동연장된 것으로 간주한다.
- ② 계약기간이 남아 있는 경우라 하더라도 수급자의 장기요양등급(등외 판정), 인증서 만료의 경우에는 계약이 자동 해지되며, 노인복지법 제34조, 노인장기요양보험법 시행령 제 6조, 노인장기요양보험법 제 28조 의거 자기 부담 비용의 변동이 있을 경우 이를 준수 재계약함을 원칙으로 한다.
  - 가. 이용대상자 및 법적 보호자의 서비스 받을 권리 보호를 위한 계약을 한다.
  - 나. 계약기간은 서비스를 제공 받기 위한 계약서를 작성한다.
  - 다. 등급 변동, 또는 계약기간 종료 시 수급자 및 보호자와의 개별 상담을 통하여 재계약 할 수 있다.

#### - 준수사항

- ① 이용계약은 표준장기이용계획서를 바탕으로 체결하며, 수급자의 선택을 존중해야 한다.
- ② 계약서는 노인장기요양제도 기본규정을 포함하여 기관 별도 서식으로 제공한다.  
(단, 계약서에는 기간,급여의 종류,급여비용,비급여,개인정보보호,분쟁해결,손해배상 등을 포함한다.)

#### \* 이용절차

- ① **신청접수** → ②**사전방문** → ③**사정회의** → ④**서비스 계약체결** → ⑤**서비스 제공** → ⑥**사후관리**
  1. 신청접수 : 전화 또는 신청자 내방접수 / 건강관리공단, 구청, 동사무소 등 대상자 관리기관과 협조-장기요양 인정서 등을 통해 장기 요양수급자 여부 확인
  2. 사전방문(초기면접) : 대상자 가정을 방문하여 대상자에 대한 종합적인 상황파악 기록(건강상태, 개인신상, 주거환경, 서비스 제공여부 등)
  3. 사정회의(욕구사정) : 건강보험공단에서 제공하는 표준장기요양 이용계획서를 참조하여 수급자의 기능 상태 및 욕구에 대한 적합한 서비스 제공 횟수, 1일 서비스 제공기간, 일정 등을 결정한다.
  4. 서비스 계약체결 : 신청자에게 서비스 제공 계획수립내역을 알리고, 서비스 제공 전 신청자나 그 가족과 서비스 계약을 체결한다.
    - ※신청자가 기초수급자 이거나 의료급여 수급자인 경우 계약체결 전 반드시 수급자 주소지 관할 시·군·구청장의 승인을 받아야 한다.
    - ※제공기관 서비스 계약 체결 후 계약 내용을 공단으로 통보하여야 한다.
  5. 서비스 제공 : 가정방문(방문요양, 방문목욕)
  6. 사후관리 : 서비스 제공에 대한 만족도 및 불만사항 청취, 서비스 제공 후 심신상태 변화체크

### 제2-2조 (계약목적)

- **계약목적** : 노인복지법, 노인장기요양보험법에 의거 기관은 수급자 심신의 안정과 편안한 노후생활을 할 수 있도록 본 장기요양기관을 이용토록 하며, 이에 수급자를 본 계약이 정하는 준수사항을 승인하고 이에 따른 필요한 비용을 부담하기로 한다.
  - ① 수급자노인 관리보호 및 보호자의 욕구를 충족 시켜 주기 위한 서비스 제공
  - ② 계약을 통하여 발생할 수 있는 계약당사자간의 분쟁을 미연에 방지
  - ③ 명확한 안내와 설명을 통해 한층 더 질 높은 요양서비스를 제공

## 노인장기요양기관 (재가기관) 기본 수가 (월 한도액)

| 구분    | 1등급       | 2등급       | 3등급       | 4등급       | 5등급       | 인지지원등급  |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 2025년 | 2,306,400 | 2,083,400 | 1,485,700 | 1,370,600 | 1,177,000 | 657,400 |

## 1. 감경 적용범위 및 기준

1) 「국민건강보험법 시행규칙」 제15조에 따라 건강보험 본인부담액 경감인정을 받은 자

- 대상자 가) 희귀난치성질환자 이면서 차상위 : 2009.1.1.부터 감경 시행

나) 만성질환자 이면서 차상위 : 2009.4.1.부터 감경 시행

- 감경률 : 본인부담금 100분의 60을 감경

2) 「장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시」 제2조제1항제4호 및 제2항에서 정한 감경 적용기준에 해당되는 자

- 저소득 대상자 : 2009.7.1.부터 감경 시행

- 감경대상 및 감경률

※ 본인부담금 100분의 60을 감경하는 자

「국민건강보험법」 제69조제4항 및 제5항의 월별 보험료액(이하 "보험료액"이라 한다)이 국민건강보험 가입자 종류별 및 가입자수별(직장가입자의 경우 당해 피부양자를 포함한다) 보험료 순위가 0~25%이하에 해당되며, 직장가입자는 재산이 일정기준 이하인자

※ 본인부담금 100분의 40을 감경하는 자

보험료액이 국민건강보험 가입자 종류별 및 가입자수별(직장가입자의 경우 당해 피부양자를 포함한다) 보험료 순위 25%초과 ~ 보험료 순위 50%이하에 해당되며, 직장가입자는 재산이 일정기준 이하인자

▼ 지역가입자는 월별보험료액과 가입자 수를 기준으로 감경여부 판단

▼ 직장가입자는 직장보험료액과 가입자수, 재산과표액을 기준으로 감경 여부 판단

## 3) 감경대상자의 본인부담금 부담비율

| 구분                       | 장기요양급여비용 |               | 의사소견서 발급비용       |
|--------------------------|----------|---------------|------------------|
| 본인부담금 100분의 60<br>감경하는 자 | 재가급여     | 본인 6% 공단 94%  | 본인 10%<br>공단 90% |
|                          | 시설급여     | 본인 8% 공단 92%  |                  |
| 본인부담금 100분의 40<br>감경하는 자 | 재가급여     | 본인 9% 공단 91%  |                  |
|                          | 시설급여     | 본인 12% 공단 88% |                  |

## 재가장기요양기관 1회당 이용시간별 급여비용

| 방문<br>요양 | 구분        | 금액(원)  |        |        |         |         |         |         |         |
|----------|-----------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
|          |           | 30분 이상 | 60분 이상 | 90분 이상 | 120분 이상 | 150분 이상 | 180분 이상 | 210분 이상 | 240분 이상 |
|          | 2025년(변경) | 16,940 | 24,580 | 33,120 | 42,160  | 49,160  | 55,350  | 61,670  | 68,030  |

## 제2-5조 (신원인수의 권리,의무)

서비스제공자와 서비스이용자(수급자) 및 보호자간에 다음 각 호를 포함한 별도의 이용계약서를 체결한다.

### 1. 신원인수인(보호자 또는 보증인)의 의무

- ① 수급자에 관한 건강 및 기타 필요한 자료를 제공할 의무가 있다.
- ② 수급자의 월 이용료 등 수급자비용을 부담할 의무가 있다.
- ③ 인적사항 등 변경 시 즉시 통보할 의무가 있다.
- ④ 장기출장 등으로 보호자 의무 이행이 어려울시 대리인을 선정할 의무가 있다.
- ⑤ 수급자가 병원 입원 시, 간호 및 간병, 입.퇴소 절차, 비용 등을 부담할 의무가 있다.

### 2. 신원인수인(보호자 또는 보증인)의 권리

- ① 수급자와 관련된 장기요양급여 및 비급여 서비스 내역에 대하여 알 권리가 있다.
- ② 수급자의 간호와 재활치료에 관한 상세 내역을 요청할 권리가 있다.
- ③ 수급자가 쾌적하고 적절한 처우를 받고 있는지 참관할 권리가 있다.
- ④ 수급자의 처우개선을 요청할 수 있는 권리가 있다.

## 제2-6조 (계약의 해제)

다음 각 호의 요건에 해당될 경우에는 수급자 또는 보호자에게 계약을 해지할 수 있다.

1. 수급자의 생명이 위험하거나 사망하였을 때
2. 수급자의 건강진단 결과 법정 전염병 소지자 또는 보균자로 판정될 때
3. 3회 이상 이용료를 납부하지 아니하고 연체하였을 때
4. 기관 내에서 기관규칙이나 기관관계자의 정당한 조치에 따르지 않는 등 기관운영 또는 타 수급자의 생활에 지장을 줄 때
5. 배회성 또는 폭력성 등 심한 치매나 성격상 문제자로 생활에 막대한 지장을 줄 때
6. 10일 이상 입원을 하였을 때. 단, 수급자나 보호자의 요청으로 퇴소를 유보하는 경우에 10일 초과 유보 일수에 대해(보험료 포함) 수납액 전액을 지불하는 조건으로 퇴소를 유보할 수 있다.
7. 어르신의 건강과 관련한 중요한 정보를 고의적으로 숨긴 것이 드러났을 때

## 제3조 (이용료 등 비용에 대한 규정) 제3-1조(서비스이용료 산정방식)

### 1) 방문요양서비스 제공시 비용산정

- 방문요양서비스 제공시 급여내용에는 개인활동,정서,신체활동,일상생활지원 등을 포함한다.

(급여제공기록지에 포함되어 있는 급여내용을 기본으로 한다)

- 1회 서비스당 표준장기이용계획서를 준수하여 시간을 제공하며, 위 [첨부1]의 기본수가를 바탕으로 계산하여 산정한다.
- 1일 2회까지 제공할 수 있으며, 이 경우 방문간격은 2시간 이상이어야 한다. 단, 방문간격이 2시간 미만일 경우에는 제공시간을 합산하여 1회로 산정한다.

### 2) 교통비 가산

- 장기요양인정자 중 방문요양급여를 이용하는 수급자의 경우에는 원거리교통비 기준요소별 산출점수의 합계가 7점 이상인 수급자 또는 가족요양비 지급 도서및벽지지역 거주자를 원거리교통비 적용대상으로 본다. 단, 요양보호사의 수급자가 가족이거나 행정구역상 동일 리에 거주하면서 급여를 제공하는 경우에는 그러하지 아니한다.
- 기타 자세한 사항은 장기요양 기본 산정방식을 적용하여 계산한다. (방문요양, 방문목욕,간호 등)

### \* 방문요양 급여비용의 산정특례

① 수급자 등의 신체적·정신적 상태 또는 폭력행위, 방해 행위 등의 사유로 인하여 동시에 2인의 요양보호사가 급여를 제공한 경우 급여비용은 요양보호사별로 각각 산정할 수 있으며, 이중 1인의 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용은 노인장기요양기관 급여비용의 범위 내에서 산정한다. 이 경우 수급자 등의 동의를 얻고 그 내용을 장기요양급여제공기록지 등에 기재 하여야 한다.

② 가사활동 지원(취사, 청소, 세탁 등)은 수급자 본인만을 위해 수행한 경우 산정한다.

③ 정서지원(말벗, 생활상담, 의사소통 도움 등)에 소요된 시간은 1회 방문 당 최대 60분 범위 내에서 산정한다.

④ 수급자의 동거가족인 요양보호사가 급여를 제공한 경우

▶ 동거가족이라 함은 수급자와 같은 주택에서 생활하는 자로서 민법 제779조에서 규정하는 가족 등을 말한다.

- ▶ 수급자와 가족 모두를 위한 행위에 대하여는 급여비용을 산정하지 아니 하고 신체활동 지원 등 수급자만을 위한 행위에 대하여만 급여비용을 산정한다.
  - ▶ 90분 이상 급여를 제공하더라도 수급자 1인에 대하여 1일 급여비용을 산정하고 가산규정을 적용하지 아니한다.
  - ▶ 가족인 요양보호사가 제공한 방문요양 급여비용을 산정하는 날에는 동 비용 이외 방문요양 급여비용은 산정하지 아니한다.
  - ▶ 방문요양은 가족의 돌봄을 전제로 하므로 동거가족 요양보호사가 급여를 제공한 날에는 다른 요양보호사에 의한 방문요양 급여비용 산정이 불가 하다.
- ⑤ 1회 4시간 이상 연속 급여제공
- ▶ 수급자 등의 특별한 요청이 있는 경우 방문간격을 두지 않고 4시간 이상 연속하여 급여를 제공(월4

- 일에 한함)할 수 있다. 이 경우 수급자 또는 그 가족의 동의를 얻고 그 내용을 장기요양급여 제공기록지 등에 기재하여야 한다.
- ▶ 급여비용은 2회로 분할하여 최초 270분에 대하여는 산정하고, 270분을 제한 나머지 시간에 대하여는 해당급여비용을 산정한다.
  - ▶ 1일 1회 방문에 한하며, 이와 같은 급여비용을 산정하는 날에는 동 비용 이외의 방문요양 급여비용을 산정하지 아니한다.
  - ▶ 급여제공 중 일자의 변경이 있는 경우 급여를 개시한 날의 급여비용으로 산정하며, 익일 급여비용 산정을 위한 방문간격은 2시간 이상이어야 한다.
6. 재가급여는 수급자의 가을 방문하여 수급자 개개인을 대상으로 개별적으로 제공하는 것이므로 특별한 사유가 없는 한 동일한 장소에서 2인 이상의 수급자에게 동시에 가정 방문급여를 제공하는 경우 급여비용이 불인정 된다. 30분미만은 비용 산정을 하지 아니한다.

### 제3-2조 (변경방법 및 절차)

#### \* 급여변경방법 및 절차

기관은 재가서비스 제공관련 매월 서비스제공계획을 수립 수급자(보호자)의 승인을 득하고 본인이 부담해야 할 금액을 고지하고, 서비스제공 중 계획을 변경 할때는 요양보호사와 협의 후 기관에 보고 지침에 의거 변경된 서비스를 제공한다, 단 변경 서비스 관련 추가로 발생하는 부담금은 수급자(보호자)에게 통보 한다.