

- 방문요양 급여비용 및 본인부담 기준 -
(2024.01.01)

■ 방문요양의 1회당 이용시간별 급여비용

구 분	금액(원)	구 분	금액(원)
30분 이상	16,630	150분 이상	48,250
60분 이상	24,120	180분 이상	54,320
90분 이상	32,510	210분 이상	60,530
120분 이상	41,380	240분 이상	66,770

■ 등급별 재가급여 월 한도액(원)

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600
310,485	280,440	218,370	201,270	172,740

※ 요양급여비용은 매년 장기요양위원회(위원장 : 보건복지부 차관)가 결정, 고시하는 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부 고시)에 따름.

◆ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구 분	재가급여
일반	15%
기초수급권자	0%
기타 의료수급권자	60%
차상위 의료급여 건강보험 자격전환자(희귀난치성 만성질환자)	40%
저소득층 (본인일부부담금 감경을 위한 소득재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시 해당자)	

■ 그 밖의 비용부담액

- (1) 비급여 항목(한도 이상의 급여제공, 장보기비용 등)은 장기요양급여제공계약시 상호협의를 하며 수급자의 상태변화 또는 수급자(보호자)의 요청에 따라 재협의하여 변경 적용할 수 있다.
- (2) 의료기관 이용에 따른 병원비 및 제반 비용의 발생은 본인이 부담하는 것을 원칙으로 한다.
- (3) 재가급여 월 한도액을 초과하여 사용하는 경우에는 해당 급여수가의 100%금액을 본인이 전부 부담하여 서비스를 이용할 수 있다.
- (4) 노인성 질환자 또는 가족의 신청에 따라 장기요양등급이 없는 전액 자부담 대상자인 경우 실비로 하되 이용계약을 별도로 체결한다.
- (5) 수급자(보호자)의 요청으로 장보기 급여제공을 한 경우에, 해당 물품금액은 전액 수급자(보호자)의 부담으로 한다.