

2026년 비급여대상 및 항목별 비용

단위:원

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급
2,512,900	2,331,200	1,528,200	1,409,700	1,208,900	676,320

이용일수	시간/등급		공단수가	본인부담 15%	본인부담 9%	본인부담 6%
1일	3시간 이상 ~ 6시간 미만	1	41,820	5,273	3,764	2,509
		2	38,720	5,808	3,485	2,323
		3	35,740	5,361	3,217	2,084
		4	34,120	5,118	3,071	2,047
		5	32,490	4,874	2,924	1,949
		인지지원	32,490	4,874	2,924	1,949
1일	6시간 이상 ~ 8시간 미만	1	56,060	8,409	5,045	3,364
		2	51,930	7,790	4,674	3,116
		3	47,940	7,191	4,315	2,876
		4	46,300	6,945	4,167	2,778
		5	44,650	6,698	4,019	2,679
		인지지원	44,650	6,698	4,019	2,679
1일	8시간 이상 ~ 10시간 미만	1	69,730	10,460	6,276	4,184
		2	64,590	9,689	5,813	3,875
		3	59,640	8,946	5,368	3,578
		4	58,010	8,702	5,221	3,481
		5	56,360	8,454	5,072	3,382
		인지지원	56,360	8,454	5,072	3,382
1일	10시간 이상 ~ 13시간 이하	1	76,820	11,523	6,914	4,609
		2	71,160	10,674	6,404	4,270
		3	65,750	9,863	5,918	3,945
		4	64,090	9,614	5,768	3,845
		5	62,460	9,369	5,621	3,748
		인지지원	56,360	8,454	5,072	3,382
1일	13시간 초과	1	82,370	12,356	7,413	4,942
		2	76,310	11,447	6,868	4,579
		3	76,500	10,575	6,345	4,230
		4	68,860	10,329	6,197	4,132
		5	67,240	10,086	6,052	4,034
		인지지원	56,360	8,454	5,072	3,382
비급여항목		식대(1회)	4,000	비급여항목 이용자 본인이 전액부담		
		간식(1일)	1,000			

※ 월 이용료 한도액 초과 시 본인부담금 100% 추가.

※ 국민기초수급자 - 본인부담금 전액 면제.

방문요양

시간	공단수가	본인부담 15%	본인부담 9%	본인부담 6%
30분 이상	17,450	2,618	1,571	1,047
60분 이상	25,320	3,798	2,279	1,519
90분 이상	34,120	5,118	3,071	2,047
120분 이상	43,430	6,515	3,909	2,606
150분 이상	50,340	7,596	4,558	3,038
180분 이상	57,020	8,553	5,132	3,421
210분 이상	63,530	9,530	5,718	3,812
240분 이상	70,080	10,512	6,307	4,205

