

서비스 이용계약에 관한 규정

제9조(계약목적) 만65세 이상 노인 또는 만65세 미만으로 노인성 질병이 있는 자로서 국민건강보험공단 노인장기요양보험 등급판정위원회로부터 1-5(인지)등급의 판정을 받은 자로서 이용계약을 통해 계약 당사자의 권리와 의무발생 및 변경, 소멸을 명확히 함으로서 요양보호사를 파견하여 양질의 서비스 제공과 기관의 사업목적을 원활하게 달성하는 것에 목적으로 한다.

제10조(계약기간) 기관(기관)의 원활한 서비스를 위하여 계약기간을 정한다.

1. 계약기간은 서비스를 받기 위해 계약서에 명시한 장기요양 인정기간으로 한다.
2. 장기요양인정 기간의 갱신 시에는 이용자 동의로 유효기간까지 연장 계약한다.

제11조 (이용계약 구비서류) 서비스 이용계약은 대상자 또는 보호자의 이용 신청 시 다음 각호의 서류를 제출하여 이용계약을 한다.

- 1) 이용계약서 1부 2) 노인장기요양인정서 사본 1부 3) 표준장기요양 이용계획서 사본 1부.
- 4) 개인정보 제공 및 활용에 관한 동의서 1부

제12조 (이용계약) 계약은 기관과 대상자 간의 서비스 이용계약은 대상자 본인이 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 대상자의 의사표시가 어려울 때 “대상자의 가족(보호자) 및 친척을 포함한 법정대리인”(이하 ‘보호자’라 함)과 계약이 가능하다.

1. 기관은 다음 각호의 순서에 따라 이용계약을 체결한다.

- ① 기관은 대상자의 노인장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서를 확인하여 장기요양인정서와 개인별장기요양이용계획서를 부분하여 원본은 대상자에게 다시 드리고 기관의 이용자 파일에 복사본을 보관한다.
- ② 기관과 대상자(또는 보호자)는 장기요양급여제공 개시 전에 계약서 2부를 작성하고 날인(또는 서명)하여 계약을 체결하고 이용계약서를 각각 1부씩 보관하며 계약체결 후 기관은 대상자(또는 보호자)에게 수급자 제공자료 및 안내문의 인쇄물을 제공하여 교육한다.

제13조(이용계약 해지)

1. 기관 운영규정 및 기관 운영에 피해를 주거나 민, 형사상의 문제를 일으킬 시는 계약 기간이라도 계약을 취소할 수 있다.
2. 이용자(또는 보호자)가 종결을 원하거나, [계약해지]에 해당하는 이용자의 경우 이용자(또는 보호자)와 기관은 장기요양급여 제공종결(계약해지)통보서를 서면이나 구두 상으로 명확한 해지 의사를 전달한다.

제14조(월이용료 및 기타 비용부담액) 이용료 월한도액, 수가, 본인부담금은 [별첨1]으로 한다.

본 기관에서 제공되는 서비스의 이용료 등에 관한 부분은 노인장기요양보험법에 따라 장기요양급여비용 등에 관한 고시(재가급여의 일반원칙, 급여비용 및 산정기준, 방문목욕 등) 및 아래 규정에 의해 비용을 청구한다. (다만, 월한도액을 초과하여 서비스를 이용한 경우에는 그 비용을 이용자 본인이 부담한다.)

1. 국민기초생활 보장법 상 수급권자의 급여비용은 전액 무료로 하고, 장기요양급여 수가지침에 의거하여 비용을 청구한다.
2. 본인부담금 감경대상자는 장기요양급여비용 중 본인부담금의 (9%, 6%)만 부담한다.
3. 병원이용에 따른 병원비와 통원 시에 발생하는 교통비, 차량유류비 등은 본인이 지불하는 것을 원칙으로 한다.

제15조 (신원 인수인의 권리 및 의무) 이용자(수급자)는 서비스 이용계약 시 수급자가 지정한 보호자는 신원 인수인으로서 다음의 권리와 의무를 진다.

1. 신원 인수인의 권리

- ① 이용자가 안전하고 청결한 생활환경에서 거주하고 있음을 확인할 권리
- ② 이용자가 서비스 제공계획에 따른 적절한 서비스를 받고 있는지 확인할 권리
- ③ 기관이 시행하는 방문상담을 통하여 서비스 질을 평가하고, 시정을 요구할 수 있는 권리.

2. 신원 인수인의 의무

- ① 이용자의 서비스 제공과 관련한 자료제공을 기관으로부터 요청받았을 경우 이를 제공할 의무
- ② 이용자의 월 이용료 등 본인 부담비용을 부담할 의무
- ③ 이용자의 인적사항 변경 등에 대한 즉시 통보 의무
- ④ 외출, 출장 등으로 인해 보호자 의무를 이행하기 어려울 때 대리인 선정의무

이용료 변경방법 및 절차 등에 관한 규정

제16조(이용료 변경방법) 다음 각호의 요건에 해당할 경우 기관은 이용자(또는 보호자)와 협의를 거쳐 이용료를 변경할 수 있으며 계약서를 새로 작성한다.

- 1. 노인장기요양보험 대상자의 등급이 변경된 경우
- 2. 노인장기요양보험 급여 수가 기준이 변경된 경우
- 3. 이용계약서상의 계약기간이 만료되어 재계약하는 경우

제17조(이용료 통지절차) 기관은 매년 보건복지부(국민건강보험공단을 포함한다)에서 고시한 노인장기요양보험 수가 및 본인부담금 비율 등을 변경된 당해 연도의 본인부담금 최초 월분 납입기일 15일 전까지 이용자 또는 보호자에게 서면이나 sns(카카오톡이나 문자)으로 통지하여야 한다.

서비스 내용과 비용부담에 관한 규정

제18조(서비스 내용) 본 기관의 서비스 내용은 다음과 같다.

- 1. 방문요양서비스 : 요양보호사가 서비스를 이용하는 수급자(이용자)의 가정을 방문하여 신체활동 지원, 인지 활동 지원, 정서 지원, 가사 및 일상생활 지원 등을 도와주는 급여이다.
- 2. 방문목욕서비스 : 요양보호사(2명)가 수급자(대상자)의 가정을 방문하여 방문목욕서비스를 제공하는 급여이다.

제19조(특별한 보호 해야 하는 경우)

- 1. 대상자가 특별한 보호 해야 하는 경우'라 함은 대상자의 질병이 심각하거나 거동이 전혀 되지 않아 24시간 보호자의 보호가 필요한 경우를 말한다.
- 2. 제1항과 같은 경우 기관은 대상자의 보호자(가족) 및 관계기관과의 협의를 거쳐 대상자를 병원에 입원시키거나 기타 적절한 조치를 할 수 있도록 한다.

제20조(서비스 이용료) 본 기관이 제공하는 서비스 이용료는 다음과 같으며, 아래에 명시되지 않은 내용은 「노인장기요양보험법」 및 「장기요양급여비용 산정기준등에 관한세부사항」에 따른다.

1. 이용자 등급에 따른 월 한도액 및 본인부담금

- ① 기관은 산정된 총 수가 금액 중에서 본인부담금(총 수가 금액×본인부담률)을 이용자(또는 보호자)로부터 받고, 본인부담금을 제외한 나머지(공단 부담금)를 공단으로 청구하여 지급받는다.
- ② 이용자의 장기요양등급별 월 한도액과 본인부담률은 [별첨1] 에 따른다.
- ③ 재가급여 월 한도액의 적용기간은 매월 1일부터 말일까지로 한다.

④ 이용자는 요양등급별 월 한도액 범위 내에서 서비스를 이용하여야 하며, 한도액을 초과한 비용은 전액 본인이 부담하여야 한다.

제21조(기타비용 부담)

1. 병원 이용에 따른 병원비는 이용자(또는 보호자)가 지급하는 것을 원칙으로 한다.
2. 계약 내용에 해당하지 않는 기타(요양보호사 차량이용 등) 급여제공 중 발생하는 비용은 이용자(또는 보호자) 부담을 원칙으로 한다.

제22조(본인부담금 납입)

1. 기관은 매월 이용자(또는 보호자)에게 서비스 제공 후 다음 달까지 대상자가 기관에 납부하는 본인부담금을 산정하여 노인장기요양보험법 시행 규칙 급여비용명세서를 발급한다.
2. 급여비용명세서를 교부받은 이용자(또는 보호자)는 매월 말일까지 기관에 본인부담금을 납부하여야 한다.
3. 본인부담금 징수는 이용자(또는 보호자)가 기관의 계좌(농협 351-6360-3921-43 어부바재가복지센터)에 계좌이체 하는 것을 기본으로 하며, 온라인 송금이 불가능할 경우 기관에 방문하여 현금으로 납부할 수 있다.
4. 기관은 본인부담금 납입 확인을 증명하는 노인장기요양보험법 시행규칙 본인부담금 수납대장에 기록한다.
5. 대상자(또는 보호자)가 본인부담금 납입내역에 대한 증빙서류를 요청할 경우(연말 의료비 소득공제자료 등) “노인장기요양보험법 시행 규칙 장기요양 급여비 납부확인서를 발급하고 장기요양 급여비 납부확인서 발급 대장에 기록한다.

제23조(서비스의 제한) 본 기관에서 제공하는 서비스를 다음과 같이 제한할 수 있다.

1. 수급자의 가족에 대한 서비스에 대해서 제공할 수 없다.
2. 수급자 또는 그 가족의 생업을 지원하는 행위에 대해서 제공할 수 없다.
3. 그 밖에 노인장기요양보험법에 위반된 수급자의 욕구 행위에 대해서 제공할 수 없다.

제공자의 배상책임, 면책 범위에 관한 사항

제24조【전문인 배상책임보험의 가입】 본 기관의 미래에 발생할 사고에 대비하여 기관이 금전적인 타격을 받지 않도록 손해 보험사의 배상 책임 보험에 가입한다.

제25조(장기요양요원의 배상책임) 본 기관의 직원(요양보호사)이 대상자에게 서비스 제공 중 신체적인 피해가 발생했을 경우 아래의 사항에 따라 처리한다.

1. 서비스 제공계획에 따른 급여제공 중 기관 요양보호사의 과실로 인하여 대상자의 신체적 상해를 초래한 경우 대상자(또는 보호자)는 기관의 배상책임에 관한 손해배상을 청구할 수 있다.
2. 요양보호사의 과실로 상해 또는 사고가 발생했을 경우 이용자 가족과 긴밀히 협력하여 해결방안을 모색하고, 기관이 가입한 배상책임보험에 따라 신속한 보상이 이루어질 수 있도록 한다.
3. 이용자 가정의 물품을 파손한 경우 기관 또는 요양보호사는 그에 상응하는 보상을 한다.
4. 서비스 제공시간 이외에 발생한 사고 및 상해에 대해서는 기관은 책임을 지지 아니한다.
5. 기타 발생한 사고에 대해서는 관련 법규에 따른다.

제26조(장기요양요원의 면책범위) 본 기관의 요양보호사의 면책범위는 다음과 같다.

1. 대상자가 본인의 직접적인 부주의로 인해 상해를 입었을 때는 요양보호사에게 책임을 묻지 않는다. 다만, 요양보호사는 이러한 피해가 발생치 않도록 평소 대상자 관리에 주의한다.
2. 특히 질환을 가지고 있는 대상자의 경우 갑작스러운 발작 증세로 인해 입원이나 사망했을 때는

정확한 원인이 규명되기 전까지는 요양보호사와 기관의 책임을 묻지 않는다.

3. 기타 이외의 사고 발생 사항들에 대해서는 관련 법규를 참고하여 자문하고 처리한다.

【별첨1】

1. 급여별 월 이용료(본인부담금)
- ▶ 일반 이용자 : 월 한도액 15%
 - ▶ 본인부담 40%경감대상 : 월 한도액 9%
 - ▶ 본인부담 60%경감대상, 의료급여수급권자 : 월 한도액 6%
 - ▶ 기초생활수급자 : 0%
 - ▶ 기타 : 월 한도액을 초과하는 급여 이용 시에는 본인이 100%부담
2. 수가 적용(2024년)
- ① 노인장기요양보험법에 따라 장기요양서비스를 이용한 수급자는 보건복지부 장관이 고시한 “장기요양급여비용 등에 관한 고시”에서 정한 수가를 적용한다.
 - ② 노인장기요양 이외의 서비스에 대해서는 관련법에 따른 수가를 적용하고 기타 일반 대상자에 대한 서비스는 쌍방 협의에 따른 수가를 적용한다.
3. 기타 비용부담 등 : 병원동행, 대중목욕탕 이용, 시장보기 등의 개인 활동 지원 서비스 제공으로 발생하는 교통비와 차량운행 유류비는 이용자가 부담한다.

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
월 한도액(원)	2,306,400	2,083,400	1,485,700	1,370,600	1,177,000

분류번호	분류	금액(원)
가-1	30분 이상	16,940
가-2	60분 이상	24,580
가-3	90분 이상	33,120
가-4	120분 이상	42,160
가-5	150분 이상	49,160
가-6	180분 이상	55,350
가-7	210분 이상	61,670
가-8	240분 이상	68,030

- ① 재가급여 월 한도액의 적용 기간은 매월 1일부터 말일까지로 한다. 다만, 최초 장기요양인정 또는 시설급여에서 재가급여로 변경 등의 사유로 월 중에 재가급여를 개시하는 경우에는 1개월분의 월 한도액을 적용한다.
- ② 월 중 장기요양등급이 변경되는 경우에는 높은 등급의 월 한도액을 적용한다.
- ③ 재가급여는 장기요양등급별 월 한도액 범위 내에서 이용하여야 하며, 월 한도액을 초과한 비용은 본인이 전부 부담한다.
- ④ 이용자가 가족요양비 등 특별현금급여를 받다가 재가급여를 이용한 경우 등에는 월 한도액에서 기 지급된 특별현금급여액을 제외한 금액 범위 내에서 재가급여를 이용할 수 있다.
- ⑤ 식사도움, 외출시 동행 등이 필요한 경우 동일 수급자에 대하여 ‘가-1’부터 ‘가-6’까지의 급여비용을 1일 3회까지 산정할 수 있다.
이 경우 방문간격은 2시간 이상이어야 하며, 방문간격이 2시간 미만인 경우 각 급여제공 시간을 합산하여 1회로 산정한다.

⑥ ‘가-7’ 내지 ‘가-8’의 급여비용은 1등급 또는 2등급자에 한하여 1일 1회 산정할 수 있으며, ‘가-1’부터 ‘가-6’과 같은 날에 산정할 수 없다.

3. 제2항에 따라 1등급 또는 2등급자에게 1회 240분 이상 270분 미만 방문요양급여를 제공한 경우에는 ‘가-8’의 급여비용을 산정한다.

4. 요양보호사는 수급자 등의 특별한 요청이 있는 경우 월 4일(1-2등급은 월 6일)에 한하여 3-4등급의 경우 210분 이상, 1-2등급의 경우 270분 이상 연속하여 방문요양급여를 제공할 수 있다. 급여비용은 2회로 분할하여 최초 270분에 대하여는 제18조의 표 중 ‘가-8’의 금액을, 270분을 초과하는 나머지 시간에 대하여는 제18조의 각 분류에 따른 금액을 그 급여비용으로 산정한다. 다만 1회에 480분 이상 연속하여 급여를 제공한 경우에는 ‘가-8’의 금액을 2회 산정한다.

제21조(본인부담금 납입) 이용자는 다음 각 호의 내용에 따라 본인부담금을 납입한다.

① 기관은 이용자에게 매월 서비스 제공 후 본인부담금을 고지한다.(우편, 문자 발송)

② 이용자 또는 보호자는 매월 지정 일에 전월에 제공받은 서비스내역에 대한 본인부담금을 납부하여야 한다.

③ 본인부담금 납부는 이용자 및 보호자가 기관의 지정한 계좌에 송금하는 것을 기본으로 한다.

제22조(그 밖의 비용부담액) 이용자는 다음 각 호의 상황에 대해서는 이용자가 전부 부담한다.

① 병원이용에 따른 병원비 및 이외 발생하는 교통비는 이용자가 전부 부담한다.

② 그 밖의 급여제공 중 발생하는 비용은 이용자가 부담하는 것을 원칙으로 한다.