

2024년 급여별 급여비용 및 본인부담금(기관용)

2024.01.01 시행

등급별 월한도액 - 재가급여 (복지용구제외)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급	*20% 추가산정
월 한도액	2,069,900	1,869,600	1,455,800	1,341,800	1,151,600	643,700	주·야간보호급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용 : 등급별 월 한도액 20%범위 내 추가 산정
20%추가	2,483,880	2,243,520	1,746,960	1,610,160	1,381,920	-	

방문요양 급여비용 (방문당) ※ 본부금 일(1)의 자리 버림								가족60분 가족90분	
시간	30분이상	60분이상	90분이상	120분이상	150분이상	180분이상	210분이상	240분이상	20일
급여비용	16,630	24,120	32,510	41,380	48,250	54,320	60,530	66,770	482,400
본부금(15%)	2,490	3,610	4,870	6,200	7,230	8,140	9,070	10,010	72,360
본부금(9%)	1,490	2,170	2,920	3,720	4,340	4,880	5,440	6,000	43,410
본부금(6%)	990	1,440	1,950	2,480	2,890	3,250	3,630	4,000	28,940
									60,460

방문목욕 급여비용 (방문당)			
분류	차량(차량)	차량(가정)	차량 미이용
급여비용	84,670	76,340	47,670
본부금(15%)	12,700	11,450	7,150
본부금(9%)	7,620	6,870	4,290
본부금(6%)	5,080	4,580	2,860

방문간호 급여비용 (방문당)				본인부담율	
시간	30분미만	30분이상	60분이상	수급자유형	재가 / 시설
급여비용	40,760	51,110	61,490	일반대상자	15% / 20%
본부금(15%)	6,110	7,660	9,220	40%감경	9% / 12%
				60%감경	6% / 8%
				기초생활	0%

주·야간보호 급여비용 (1일당)					
시간	3시간이상	6시간이상	8시간이상	10시간이상	13시간초과
1등급	39,810	53,360	66,360	73,110	78,400
본부금(15%)	5,970	8,000	9,950	10,960	11,760
본부금(9%)	3,580	4,800	5,970	6,570	7,050
본부금(6%)	2,380	3,200	3,980	4,380	4,700
2등급	36,850	49,420	61,480	67,720	72,630
본부금(15%)	5,520	7,410	9,220	10,150	10,890
본부금(9%)	3,310	4,440	5,530	6,090	6,530
본부금(6%)	2,210	2,960	3,680	4,060	4,350
3등급	34,020	45,620	56,760	62,570	67,100
본부금(15%)	5,100	6,840	8,510	9,380	10,060
본부금(9%)	3,060	4,100	5,100	5,630	6,030
본부금(6%)	2,040	2,730	3,400	3,750	4,020
4등급	32,470	44,070	55,210	61,000	65,540
본부금(15%)	4,870	6,610	8,280	9,150	9,830
본부금(9%)	2,920	3,960	4,960	5,490	5,890
본부금(6%)	1,940	2,640	3,310	3,660	3,930
5등급	30,920	42,500	53,640	59,450	63,990
본부금(15%)	4,630	6,370	8,040	8,910	9,590
본부금(9%)	2,780	3,820	4,820	5,350	5,750
본부금(6%)	1,850	2,550	3,210	3,560	3,830
인지지원등급	30,920	42,500	53,640	53,640	53,640
본부금(15%)	4,630	6,370	8,040	8,040	8,040
본부금(9%)	2,780	3,820	4,820	4,820	4,820
본부금(6%)	1,850	2,550	3,210	3,210	3,210

단기보호 급여비용 (1일당)					
등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
급여비용	70,500	65,280	60,310	58,720	57,110
본부금(15%)	10,570	9,790	9,040	8,800	8,560
본부금(9%)	6,340	5,870	5,420	5,280	5,130
본부금(6%)	4,230	3,910	3,610	3,520	3,420

주·야간보호/시설 비급여비용 (1일당)			
식재료비	이미용비		총비급여
0	0	0	0
노인요양시설(2.3:1)비용 (1일당)			
31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	84,240	78,150	73,800
월금액	2,611,440	2,422,650	2,287,800
본부금(20%)	522,280	484,530	457,560
본부금(12%)	313,370	290,710	274,530
본부금(8%)	208,910	193,810	183,020
공동생활가정 비용(1일당)			
31	1등급	2등급	3,4,5등급
노인요양시설	71,010	65,890	60,740
월금액	2,201,310	2,042,590	1,882,940
본부금(20%)	440,260	408,510	376,580
본부금(12%)	264,150	245,110	225,950
본부금(8%)	176,100	163,400	150,630
의사소견서	의료기관	보건소/지소	
의사소견서	52,870	49,300	
치매진단	25,930	22,570	
방문간호지시	의사소견서	보건소/지소	
의료기관방문	21,860	5,930	
가정방문	68,970	12,790	
계약의사	초진비용	재진비용	
금액	17,610	12,590	

○ 요양, 목욕, 간호, 주야간, 단기보호 총 급여비용을 합산하여 등급별로 월 한도액 적용
○ 월 한도액을 초과할 경우 초과금액은 전액 수급자 본인이 부담
○ 요양, 간호, 주야간 : 야간 시간대, 일요일, 공휴일 이용 시 급여비용의 20%~50%의 가산 적용되어 본인부담금 증가
*본인부담금=총급여비용 X 수급자유형
*본인부담율은 수급자 유형에 따라 다름