장기요양급여 이용계약에 관한 사항

■계약의 목적

기관과 대상자는 다음의 서비스 이용계약을 통해 계약 당사자가 가지는 권리와 의무의 발생 및 변경, 소멸을 명확히 함으로써 양질의 서비스 제공과 기관의 사업목적을 원활하게 달성하는 것에 계약의 목적이 있다.

■이용계약

1. 기관과 대상자 간의 서비스 이용계약은 대상자 본인이 체결하는 것을 원칙으로 한다. 단, 대상자의 의사표시가 어려울 경우 “대상자의 가족(보호자) 및 친척을 포함한 법적대리인”(이하 ‘보호자’라 함)과 계약이 가능하다.
2. 기관은 다음 각 호의 순서에 따라 이용계약을 체결한다.
① 대상자가 기관을 이용하고자 하는 때에는 다음 각 호의 서류를 첨부하여 당사자가 시설의 장과 계약에 의하여 이용신청을 하여야 한다.
1) 주민등록등본 1부 (또는 주민등록증 사본, 이용자 및 보호자 별도)
2) 질병 진단서 1부
3) 장기요양 등급 인정서 및 개인별장기요양이용계획서 1부.
② 기관은 대상자의 “노인장기요양보험법 시행규칙 서식6. 장기요양인정서(이하 ‘장기요양인정서’라 함)”와 “노인장기요양보험법 시행규칙 서식7. 개인별장기요양이용계획서(이하 ‘표준장기요양이용계획서’라 함)”를 확인하여야 한다. 단, 대상자(또는 보호자)가 본 서류를 제시하지 못한 경우에는 국민건강보험공단 인터넷을 이용하여 자격을 확인할 수 있다.
③ 기관과 대상자(또는 보호자)는 장기요양급여제공 개시 전에 “별지2.장기요양급여제공계약서(이하 ‘계약서’라 함)” 2부를 작성하고 날인하여 계약을 체결하고 기관과 대상자(또는 보호자)가 각각 1부씩 보관한다(계약을 변경하고자 하는 경우에도 동일한 과정을 따른다). 계약체결 후 기관은 대상자(또는 보호자)에게 “별첨1.수급자제공자료및안내문”의 인쇄물을 제공한다.
④ 관리책임자 또는 관리자는 상기 계약사항을 “별지3.장기요양급여계약관리대장”에 기록관리 한다.
3. 기관에 처음 계약체결 된 대상자는 “별지4.수급자관리카드”를 작성하고 독립된 보관함을 만들어 대상자에게 제공되는 서비스제공과 관련하여 생성되는 서류를 다른 대상자와 구분될 수 있도록 관리를 한다.
4. 계약이 체결, 변경된 경우 시행규칙 제 16조 제4항에 따라 지체 없이 장기요양 급여계약 통보서를 공단에 통보하고 시행규칙 제18조에 따라 그 내용을 노인장기요양보험법 시행규칙 별지12,13,14.급여제공기록지에 기재·관리하고 수급자에게 제공하여야 한다.

■계약기간

1. 계약기간은 인정서 유효기간 범위내로 한다. 단, 대상자(또는 보호자)가 원할 경우에는 협의를 거쳐 계약서에 명시한 기간으로 한다.
2. 기관과 대상자(또는 보호자)는 계약서에서 명시한 계약종료일 1개월 전까지 계약연장에

대한 의사를 표시함으로써 계약서를 새로 작성할 수 있다.
3. 단, 새로 계약을 체결하지 아니하더라도 기관과 대상자(또는 보호자) 양측이 재계약 포기(거부)의사를 밝히지 아니하고, 계약서상에 '계약기간 자동연장'에 대한 항목이 명시 되어있는 경우에는 계약기간이 자동 연장되는 것으로 간주한다.
기관의 기본 책무
1. 모든 서비스의 제공은 기관과 대상자(또는 보호자)사이에 체결한 계약에 의한다.
2. 계약 체결 시 기관은 제공되는 서비스의 유형 및 시간, 비용 등에 대한 사항을 대상자(또는 보호자)에게 충분히 안내하여야 한다.
3. 기관은 정당한 사유 없이 서비스제공 요구를 거부할 수 없으며, 계획에 따른 서비스제공에 차질이 예상될 경우 대상자(또는 보호자)와 사전 협의하여 서비스를 제공하여야 한다.

■대상자(또는 보호자)의 책임 이행

1. 대상자(또는 보호자) 및 그 가족은 기관과 요양보호사의 서비스 제공에 적극 협력하여야 한다.
2. 대상자의 신변 또는 이용의뢰서 및 신청서 등에 기재된 사항이 변경된 경우에는 즉시 기관으로 통보하여야 한다.
3. 급여제공 시 발생할 수 있는 비고의적인 사고나 부상에 대해 기관에 책임을 묻지 않는다.
4. 대상자(또는 보호자) 및 그 가족은 분실, 파손, 부상 등의 사고를 미연에 방지하기 위해 노력해야 한다.

■신원인수인의 권리 및 의무

대상자는 서비스 이용계약 시 대리인(이하 '보호자'에 포함)을 지정하여야 하며, 대상자가 지정한 보호자는 신원인수인으로서 다음의 권리와 의무를 가진다.
1. 신원인수인의 권리
① 대상자가 안전하고 청결한 생활환경에서 거주하고 있음을 확인할 권리
② 대상자가 서비스 제공계획에 따른 적절한 서비스를 제공받고 있는지 확인할 권리
③ 기관이 실시하는 만족도 조사, 방문상담 등을 통하여 서비스 질을 평가하고, 시정을 요구할 수 있는 권리.
2. 신원인수인의 의무
① 대상자로의 서비스제공과 관련한 자료제공을 기관으로부터 요청받았을 경우 이를 제공할 의무
② 대상자의 월 이용료 등 본인부담비용을 부담할 의무
③ 대상자의 인적사항 변경 등에 대한 즉시 통보 의무
④ 장기출장 등으로 인해 보호자의무를 이행하기 어려울 경우 대리인 선정 의무

■서비스 이용료

기관이 제공하는 서비스 이용료는 다음과 같으며, 아래에 명시되지 않은 내용은「노인장기요양보험법」 및 「장기요양급여비용 산정기준 등에 관한 세부사항」에 따른다.
1. 대상자 등급에 따른 월 한도액 및 본인부담금

① 기관은 산정된 총 수가금액 중에서 본인부담금(총 수가금액×본인부담율)을 대상자(또는 보호자)로부터 받고, 본인부담금을 제외한 나머지(공단부담금)를 공단으로 청구하여 지급받는다.
② 대상자의 장기요양등급별 월 한도액과 본인부담율은 [별표1]에 따른다.
③ 재가급여 월 한도액의 적용기간은 매월 1일부터 말일까지로 한다.
④ 월 중간에 대상자의 요양등급이 변경되는 경우에는 높은 등급의 월 한도액을 적용한다.
⑤ 대상자는 요양등급별 월 한도액 범위 내에서 서비스를 이용하여야 하며, 한도액을 초과한 비용은 전액 본인이 부담하여야 한다.
2. 방문요양서비스의 급여비용 산정기준
① 방문요양서비스의 급여비용은 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 하며, 산정기준은 [별표2]와 같다.
② 방문요양서비스는 급여제공을 개시한 시각에 따라 [별표3]과 같이 가산할 수 있다. 단, 야간·심야·휴일 가산이 중복되는 경우에는 중복가산하지 아니한다.

■기타 비용부담

1. 노인성질환자 또는 가족의 신청에 따라 전액 자부담으로 기관과 계약한 대상자(또는 보호자)는 매월 실비를 납부하여야 한다.
2. 병원이용에 따른 병원비는 대상자(또는 보호자)가 지불하는 것을 원칙으로 한다.
3. 계약내용에 해당되지 않는 기타 급여제공 중 발생하는 비용은 대상자(또는 보호자) 부담을 원칙으로 한다.

■본인부담금 납입

1. 기관은 매월 대상자(또는 보호자)에게 서비스 제공 후 익월 10일까지 대상자가 기관에 납부해야할 본인부담금을 산정하여 “별지23.본인부담금청구서”와 함께 “노인장기요양보험법 시행규칙 별지24.급여비용명세서”를 발급하고 “별지24.급여비용명세서발급대장”에 기록한다.
2. 본인부담금청구서 및 급여비용명세서를 교부받은 대상자(또는 보호자)는 매월 20일까지 기관에 본인부담금을 납부하여야 한다.
3. 본인부담금 징수는 대상자(또는 보호자)가 기관의 계좌에 온라인 송금하는 것을 기본으로 하며, 온라인 송금이 불가능할 경우 기관에 방문하여 납부할 수 있다.
4. 기관은 본인부담금 납입 확인 시 이를 증명하는 “별지25.장기요양급여비용(본인부담금) 납부영수증”을 대상자(또는 보호자)에게 발행하고 “노인장기요양보험법시행규칙 별지34.본인부담금수납대장”에 기록한다.
5. 대상자(또는 보호자)가 본인부담금 납입내역에 대한 증빙서류를 요청할 경우(연말 의료비 소득공제자료 등) “노인장기요양보험법 시행규칙 별지25.장기요양급여비 납부확인서”를 발급하고 “별지26.장기요양급여비 납부확인서 발급대장”에 기록한다.

■이용료 변경방법 및 절차

1. 다음 각 호의 요건에 해당될 경우 기관은 대상자(또는 보호자)와 협의를 거쳐 이용료를 변경할 수 있다.

① 노인장기요양보험 대상자의 등급이 변경된 경우
② 노인장기요양보험 급여수가 기준이 변경된 경우
③ 이용계약서상의 계약기간이 만료되어 재계약하는 경우
2. 제1항에 해당하는 경우 기관은 변경된 내용에 대하여 대상자(또는 보호자)와 협의를 거쳐 계약서를 새로 작성·이행한다.

이용료 및 그 밖에 이용자 비용부담 관계서류(방문요양)

※ 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2024-123호)

방문요양 급여비용 및 본인부담 기준 [2025. 1. 1.]

□ 수급자 자격별 급여비용 본인일부부담 비율

구분	재가급여
일반대상자	15%
40% 감경대상자(*) (*)가입자종류 및 가구원수별 산정보험료순위 25% 초과 50% 이하인 자	9%
60% 감경대상자(*) 및 기타의료급여 수급권자 (*)가입자종류 및 가구원수별 산정보험료순위 0% 초과 25% 이하인 자 및 국민건강보험법 시행규칙 제15조에 따라 건강보험 본인부담액 경감 인정받은 자	6%
국민기초생활보장법에 따른 의료급여 수급자	면제

■등급별 재가급여 월한도액

(단위 : 원)

등 급	월한도액	일반대상자	40% 감경대상자	60% 감경대상자 기타의료급여수급권자
1등급	2,306,400	345,960	207,570	138,380
2등급	2,083,400	312,510	187,500	125,000
3등급	1,485,700	222,850	133,710	89,140
4등급	1,370,600	205,590	123,350	82,230
5등급	1,177,000	176,550	105,930	70,620
인지지원등급	657,400	98,610	59,160	39,440

■방문요양의 1회당 이용시간별 급여비용

(단위 : 원)

시 간	금 액	본인부담금		
		일반대상자	40% 감경대상자	60% 감경대상자 기타의료급여수급권자
30분 이상	16,940	2,540	1,520	1,010
60분 이상	24,580	3,680	2,210	1,470
90분 이상	33,120	4,960	2,980	1,980
120분 이상	42,160	6,320	3,790	2,530
150분 이상	49,160	7,370	4,420	2,950
180분 이상	55,350	8,300	4,980	3,320
210분 이상	61,670	9,250	5,550	3,700
240분 이상	68,030	10,200	6,120	4,080

■방문요양 급여비용 가산

가산종류	가산비용
22시 이후 6시 이전	급여비용의 30%
일요일	
유급휴일(법정공휴일 및 대체공휴일), 근로자의 날	급여비용의 50%

※ 가산항목이 동시에 적용되는 경우에는 중복하여 가산하지 않음
※ 일요일과 유급휴일 또는 근로자의 날이 중복되는 경우 50% 가산 적용

■계약해지

1. 계약해지는 대상자 본인과 그 가족의 의사를 우선으로 한다.
2. 기관은 다음과 같은 경우에 계약해지를 결정할 수 있다.
① 전염병 등의 질병으로 인해 요양보호사에게 피해를 줄 우려가 있는 대상자
② 불안 또는 공포분위기를 조성하여 요양보호사의 활동에 해가 된다고 인정되는 대상자
③ 폭행, 욕설, 성폭력 등 지나친 문제행동과 증상으로 요양보호사가 돌보기 어려우며, 위험을 초래할 수 있다고 인정되는 대상자
④ 기타 본 사업의 운영에 지장을 초래하여 종결이 필요하다고 인정되는 대상자

■절차 및 기한

계약해지에 해당하는 대상자의 해지 절차는 다음과 같다.
1. 대상자(또는 보호자)가 종결을 원하거나, 제103조[계약해지]에 해당하는 대상자의 경우 대상자(또는 보호자)와 기관은 “별지27.장기요양급여제공종결(계약해지)통보서”를 작성하여 통보하고, 서면 통보가 어려운 경우 구두 상으로 명확한 해지 의사를 전달한다.
2. 대상자(또는 보호자)가 특별한 통보 없이 1개월 이상 이용을 중단할 시에 기관은 계약을 해지할 수 있다.
3. 대상자의 신변상 문제로 인해 서비스를 이용할 수 없게 된 경우 1개월의 유예기간을 둔다(연 2회). 만일 서비스 이용 유예기간이 2회를 초과할 시에 기관은 계약을 해지할 수 있다.
4. 본 조항에 따라 계약해지 처리된 대상자가 다시 기관과 계약할 경우에는 신규계약과 같은 절차를 이행하여야 한다.

■전문인배상책임보험의 가입

1. 기관은 요양보호사가 급여제공 도중 발생할 수 있는 비고의적 사고에 대비하여 요양보호사 개인별 “상해보험 보험사의 전문인배상책임보험(이하 ‘배상책임보험’이라 함)”에 필히 가

입하도록 조치한다.
2. 요양보호사는 반드시 배상책임보험에 가입하고 가입 및 해지 사항을 “별지28.배상책임보험관리대장”에 기록한다.
3. 배상책임보험 미가입 또는 해지한 요양보호사는 서비스를 제공할 수 있는 자격이 주어지지 않는다.
4. 배상책임보험은 한국사회복지공제 에 가입하며 한도는 전문인 배상책임보험 1억 5천만원 한도 이상으로 가입한다. 해당 보험은 매년 갱신하고 보험료는 한국사회복지공제회 산출기준에 따른다.
5. 종사자 가족 및 민법에 의한 친족관계에 있는 수급자에게만 급여를 제공하는 경우에는 가입하지 아니할 수 있다.

■요양보호사의 배상책임

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

■요양보호사의 면책범위

1. 대상자가 본인의 직접적인 부주의로 인해 상해를 입었을 경우에는 요양보호사에게 책임을 묻지 않는다. 단, 요양보호사는 이러한 피해가 발생하지 않도록 평소 대상자 관리에 주의를 다하여야 한다.
2. 특이질환을 가지고 있던 대상자가 갑작스러운 발작증세로 인해 입원 또는 사망했을 경우에는 정확한 원인이 규명되기 전까지는 요양보호사와 기관에 책임을 묻지 않는다.