

가형 치매전담실 비급여 대상 및 항목별 비용

구분		시설급여	재가급여
일반		20%	15%
감경	40%감경대상자	12%	9%
	60%감경대상자, 의료급여수급권자 차상위경감대상자	8%	6%
기초생활수급권자		0%	0%

● (가형 치매전담실1,2실) 등급별 본인부담금 납부금액 (1실10명, 2실10명)

등 급	2025년 1일수가	본인부담금		
		20%	12%	8%
2 등급	92,260	553,650	332,140	221,420
3~5 등급	85,080	510,480	306,290	201,190

● 비급여 납부금액

2025년 비급여 수가		
식재료비	1식 기준 3,800원	3식 11,400원*30일 = 342,000원 3식 11,400원*31일 = 353,400원
간 식 비	1일 기준 1,200원	1일 1,200원*30일 =36,000원 1일 1,200원*31일 =37,200원
상급침실 1인실	6,451원/1일	199,981 / 200,000/월
상급침실 2인실	3,225원/1일	99,975 / 100,000/월
이미용비용	-	무료