

급여 수가 정보

경기의료사협 재활주간보호센터

경기의료사협 재활주간보호센터

공단 급여 수가(2026.01.01~2026.12.31)

단위 : 원/ 일

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원
3시간 미만	일반	33,460	30,980	28,590	27,300	25,990	25,990
	치매전담실		38,960	35,970	34,330	32,680	32,680
3시간 이상~ 6시간 미만	일반	41,820	38,720	35,740	34,120	32,490	32,490
	치매전담실		48,700	44,960	42,910	40,850	40,850
6시간 이상~ 8시간 미만	일반	56,060	51,930	47,940	46,300	44,650	44,650
	치매전담실		65,320	60,290	58,260	56,170	56,170
8시간 이상~ 10시간 미만	일반	69,730	64,590	59,640	58,010	56,360	56,360
	치매전담실		81,270	75,010	72,980	70,890	70,890
10시간 이상~ 13시간 이하	일반	76,820	71,160	65,750	64,090	62,460	56,360
	치매전담실		89,530	82,700	80,600	78,550	70,890
13시간 초과	일반	82,370	76,310	70,500	68,860	67,240	56,360
	치매전담실		95,980	88,700	86,620	84,570	70,890

본인 부담률

수급자격	일반	기초	감경(9%)	감경(6%)	의료(6%)
본인부담률	15%	0%	9%	6%	6%

급여한도

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
급여한도	2,512,900원	2,331,200원	1,528,200원	1,409,700	1,208,900원	676,320원

비급여수가(2026.01.01~2026.12.31)

단위 : 원/ 일

청구항목	금액	비고
①식사재료비	점심: 4,000원 저녁: 2,500원	(1식)기준 / 식사 기록건만 청구
②이,미용비		(1개월)기준으로 계산
③간식비	1,500원	(1일)제공시
④기타비	수급자 별로 계산	
등급 외	수급자마다 등급외 별도 설정	
식사재료비 월한도액		월한도액(식사재료비+간식비)