

## 급여 수가 정보

참빛종합실버센터 <주관부서>

공단 급여 수가 ( 2024.01.01 ~ 2024.12.31 )

단위 : 원 / 월

| 구분                |       | 1등급      | 2등급      | 3등급      | 4등급      | 5등급      | 인지지원     |
|-------------------|-------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 3시간 미만            | 일반    | 31,850 원 | 29,480 원 | 27,220 원 | 25,980 원 | 24,740 원 | 24,740 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 37,080 원 | 34,230 원 | 32,660 원 | 31,100 원 | 31,100 원 |
| 3시간 이상 ~ 6시간 미만   | 일반    | 39,810 원 | 36,850 원 | 34,020 원 | 32,470 원 | 30,920 원 | 30,920 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 46,350 원 | 42,790 원 | 40,830 원 | 38,880 원 | 38,880 원 |
| 6시간 이상 ~ 8시간 미만   | 일반    | 53,360 원 | 49,420 원 | 45,620 원 | 44,070 원 | 42,500 원 | 42,500 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 62,170 원 | 57,380 원 | 55,440 원 | 53,460 원 | 53,460 원 |
| 8시간 이상 ~ 10시간 미만  | 일반    | 66,360 원 | 61,480 원 | 56,760 원 | 55,210 원 | 53,640 원 | 53,640 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 77,350 원 | 71,390 원 | 69,460 원 | 67,470 원 | 67,470 원 |
| 10시간 이상 ~ 13시간 이하 | 일반    | 73,110 원 | 67,720 원 | 62,570 원 | 61,000 원 | 59,450 원 | 53,640 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 85,210 원 | 78,710 원 | 76,710 원 | 74,760 원 | 67,470 원 |
| 13시간 초과           | 일반    | 78,400 원 | 72,630 원 | 67,100 원 | 65,540 원 | 63,990 원 | 53,640 원 |
|                   | 치매전담실 |          | 91,340 원 | 84,420 원 | 82,440 원 | 80,480 원 | 67,470 원 |
| 가족휴가 12시간미만       | 일반    | 35,250 원 | 32,640 원 | 30,160 원 | 29,360 원 | 28,560 원 | 28,560 원 |
|                   | 치매전담실 | 35,250 원 | 32,640 원 | 30,160 원 | 29,360 원 | 28,560 원 | 28,560 원 |
| 가족휴가 12시간이상       | 일반    | 70,500 원 | 65,280 원 | 60,310 원 | 58,720 원 | 57,110 원 | 57,110 원 |
|                   | 치매전담실 | 70,500 원 | 65,280 원 | 60,310 원 | 58,720 원 | 57,110 원 | 57,110 원 |

### 본인 부담률

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

### 급여 한도

단위 : 원 / 월

| 구분   | 1등급         | 2등급         | 3등급         | 4등급         | 5등급         | 인지지원등급    |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| 급여한도 | 2,069,900 원 | 1,869,600 원 | 1,455,800 원 | 1,341,800 원 | 1,151,600 원 | 643,700 원 |

비급여 수가 ( 2024.04.01 부터 )

| 청구항목       | 금액                           | 비고                   |
|------------|------------------------------|----------------------|
| ① 식사재료비    | 점심 : 2,000 원<br>저녁 : 2,000 원 | (1식) 기준 / 식사 기록건만 청구 |
| ② 이,미용비    |                              | (1개월) 기준으로 계산        |
| ③ 간식비      | 1,000 원                      | (1일) 제공 시            |
| ④ 기타비      | 수급자 별로 계산                    |                      |
| 등급외        | 수급자마다 등급외 별도 설정              |                      |
| 식사재료비 월한도액 |                              | 월한도액(식사재료비 + 간식비)    |
| 비고         | 식비인상(1식1,800원에서2,000원으로)     |                      |