

# 노인장기요양보험 수가 인상 안내

2026년 1월부터 보건복지부 지침으로 노인장기요양보험의 재가 시설의 수가가 인상되어

본인부담금(15%)의 변화가 있어 다음과 같이 안내 말씀 드립니다.

자세한 수가(본인부담금) 인상 내용은 아래 도표와 같습니다.

- 아 래 -

## 주야간보호

○ ('26년 수가) 전년 대비 2.89% 인상

(단위 : 원)

| 시간                     | 등급         | 현행(본인부담율 15%) |         | 개정안(본인부담율 15%) |         | 월 인상액  |
|------------------------|------------|---------------|---------|----------------|---------|--------|
|                        |            | 1일            | 26일 기준  | 1일             | 26일 기준  |        |
| 8시간 이상<br>~<br>10시간 미만 | 1          | 67,770        | 264,310 | 69,730         | 271,950 | 7,640  |
|                        | 2          | 62,780        | 244,850 | 64,590         | 251,910 | 7,060  |
|                        | 3          | 57,960        | 226,050 | 59,640         | 232,600 | 6,550  |
|                        | 4          | 56,380        | 219,890 | 58,010         | 226,240 | 6,350  |
|                        | 5          | 54,780        | 213,650 | 56,360         | 219,810 | 6,160  |
|                        | 인지         | 54,780        | 213,650 | 56,360         | 219,810 | 6,160  |
| 비급여<br>(식대비)           | 월 (26일 기준) |               | 145,600 | 월 (26일 기준)     | 156,000 | 10,400 |

○ 본인부담금 금액은 평일(월~토)기준이며, 공휴일 이용 시 금액변동 됩니다.

○ 비급여(식대비,간식)는 일 6,000원입니다. (1식 2,500원(일 2식 제공), 1일 간식 1,000원)

○ 실비수납금은 본인부담율 **15%** + 비급여(식대비, 간식)로 산정됩니다.

○ 주야간보호 월15일(1일 8시간 이상) 이상 이용한 경우 등급별 월 한도액이  
증가됩니다. (1~2등급 10%, 3~5등급 20%)

| 등급              | 1등급       | 2등급       | 3등급       | 4등급       | 5등급       | 인지지원등급  |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 26년 월<br>한도액(원) | 2,512,900 | 2,331,200 | 1,528,200 | 1,409,700 | 1,208,900 | 676,320 |
| 증액<br>한도액(원)    | 2,764,190 | 2,564,320 | 1,833,840 | 1,691,640 | 1,450,680 | -       |

\* 문의사항 : 애명재가복지센터 762-3810

애 명 재 가 복 지 센 터

# 노인장기요양보험 수가 인상 안내

2026년 1월부터 보건복지부 지침으로 노인장기요양보험의 재가시설의 수가가 인상되어

본인부담금 경감(9%)의 변화가 있어 다음과 같이 안내 말씀 드립니다.

자세한 수가(본인부담금) 인상 내용은 아래 도표와 같습니다.

- 아 래 -

## 주야간보호

○ ('26년 수가) 전년 대비 2.89% 인상

(단위 : 원)

| 시간                     | 등급         | 현행(본인부담율 9%) |         | 개정안(본인부담율 9%) |         | 월 인상액  |
|------------------------|------------|--------------|---------|---------------|---------|--------|
|                        |            | 1일           | 26일 기준  | 1일            | 26일 기준  |        |
| 8시간 이상<br>~<br>10시간 미만 | 1          | 67,770       | 158,590 | 69,730        | 163,170 | 4,580  |
|                        | 2          | 62,780       | 146,910 | 64,590        | 151,150 | 4,240  |
|                        | 3          | 57,960       | 135,630 | 59,640        | 139,560 | 3,930  |
|                        | 4          | 56,380       | 131,930 | 58,010        | 135,750 | 3,820  |
|                        | 5          | 54,780       | 128,190 | 56,360        | 131,890 | 3,700  |
|                        | 인지         | 54,780       | 128,190 | 56,360        | 131,890 | 3,700  |
| 비급여<br>(식대비)           | 월 (26일 기준) |              | 145,600 | 월 (26일 기준)    | 156,000 | 10,400 |

○ 본인부담금 금액은 평일(월~토)기준이며, 공휴일 이용 시 금액변동 됩니다.

○ 비급여(식대비,간식)는 일 6,000원입니다. (1식 2,500원(일 2식 제공), 1일 간식 1,000원)

○ 실비수납금은 본인부담율 9% + 비급여(식대비, 간식)로 산정됩니다.

○ 주야간보호 월15일(1일 8시간 이상) 이상 이용한 경우 등급별 월 한도액이 증가됩니다. (1~2등급 10%, 3~5등급 20%)

| 등급              | 1등급       | 2등급       | 3등급       | 4등급       | 5등급       | 인지지원등급  |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 26년 월<br>한도액(원) | 2,512,900 | 2,331,200 | 1,528,200 | 1,409,700 | 1,208,900 | 676,320 |
| 증액<br>한도액(원)    | 2,764,190 | 2,564,320 | 1,833,840 | 1,691,640 | 1,450,680 | -       |

\* 문의사항 : 애명재가복지센터 762-3810

애 명 재 가 복 지 센 터

# 노인장기요양보험 수가 인상 안내

2026년 1월부터 보건복지부 지침으로 노인장기요양보험의 재가시설의 수가가 인상되어

본인부담금 경감(6%)의 변화가 있어 다음과 같이 안내 말씀 드립니다.

자세한 수가(본인부담금) 인상 내용은 아래 도표와 같습니다.

- 아 래 -

## 주야간보호

○ ('26년 수가) 전년 대비 2.89% 인상

(단위 : 원)

| 시간                     | 등급         | 현행(본인부담율 6%) |         | 개정안(본인부담율 6%) |         | 월 인상액  |
|------------------------|------------|--------------|---------|---------------|---------|--------|
|                        |            | 1일           | 26일 기준  | 1일            | 26일 기준  |        |
| 8시간 이상<br>~<br>10시간 미만 | 1          | 67,770       | 105,730 | 69,730        | 108,780 | 3,050  |
|                        | 2          | 62,780       | 97,940  | 64,590        | 100,770 | 2,830  |
|                        | 3          | 57,960       | 90,420  | 59,640        | 93,040  | 2,620  |
|                        | 4          | 56,380       | 87,960  | 58,010        | 90,500  | 2,540  |
|                        | 5          | 54,780       | 85,460  | 56,360        | 87,930  | 2,470  |
|                        | 인지         | 54,780       | 85,460  | 56,360        | 87,930  | 2,470  |
| 비급여<br>(식대비)           | 월 (26일 기준) |              | 145,600 | 월 (26일 기준)    | 156,000 | 10,400 |

○ 본인부담금 금액은 평일(월~토)기준이며, 공휴일 이용 시 금액변동 됩니다.

○ 비급여(식대비,간식)는 일 6,000원입니다. (1식 2,500원(일 2식 제공), 1일 간식 1,000원)

○ 실비수납금은 본인부담율 6% + 비급여(식대비, 간식)로 산정됩니다.

○ 주야간보호 월15일(1일 8시간 이상) 이상 이용한 경우 등급별 월 한도액이 증가됩니다. (1~2등급 10%, 3~5등급 20%)

| 등급              | 1등급       | 2등급       | 3등급       | 4등급       | 5등급       | 인지지원등급  |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 26년 월<br>한도액(원) | 2,512,900 | 2,331,200 | 1,528,200 | 1,409,700 | 1,208,900 | 676,320 |
| 증액<br>한도액(원)    | 2,764,190 | 2,564,320 | 1,833,840 | 1,691,640 | 1,450,680 | -       |

\* 문의사항 : 애명재가복지센터 762-3810

애 명 재 가 복 지 센 터

# 노인장기요양보험 수가 인상 안내

2026년 1월부터 보건복지부 지침으로 노인장기요양보험의 재가시설의 수가가 인상되어

본인부담금 0%의 변화가 있어 다음과 같이 안내 말씀 드립니다.

자세한 수가(본인부담금) 인상 내용은 아래 도표와 같습니다.

- 아 래 -

## 주야간보호

○ ('26년 수가) 전년 대비 2.89% 인상

(단위 : 원)

| 시간                     | 등급 | 현행     | 개정안    | 인상액   |
|------------------------|----|--------|--------|-------|
|                        |    | 1일     | 1일     |       |
| 8시간 이상<br>~<br>10시간 미만 | 1  | 67,770 | 69,730 | 1,410 |
|                        | 2  | 62,780 | 64,590 | 1,300 |
|                        | 3  | 57,960 | 59,640 | 1,200 |
|                        | 4  | 56,380 | 58,010 | 1,170 |
|                        | 5  | 54,780 | 56,360 | 1,140 |
|                        | 인지 | 54,780 | 56,360 | 1,140 |

○ 본인부담금 금액은 평일(월~토)기준이며, 공휴일 이용 시 금액변동 됩니다.

○ 비급여(식대비,간식)는 일 6,000원입니다. (1식 2,500원(일 2식 제공), 1일 간식 1,000원)

○ 실비수납금은 본인부담율 0% + 비급여(식대비, 간식)로 산정됩니다.

○ 월 한도초과시 이용일수에 따라 월 한도초과 금액이 청구됩니다.

○ 주야간보호 월15일(1일 8시간 이상) 이상 이용한 경우 등급별 월 한도액이 증가됩니다. (1~2등급 10%, 3~5등급 20%)

| 등급              | 1등급       | 2등급       | 3등급       | 4등급       | 5등급       | 인지지원등급  |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|
| 26년 월<br>한도액(원) | 2,512,900 | 2,331,200 | 1,528,200 | 1,409,700 | 1,208,900 | 676,320 |
| 증액<br>한도액(원)    | 2,764,190 | 2,564,320 | 1,833,840 | 1,691,640 | 1,450,680 | -       |

\* 문의사항 : 애명재가복지센터 762-3810

애 명 재 가 복 지 센 터