

차.	재활치료료 항목 지급기준
----	---------------

(1) 전문재활치료료(이학요법료)

[산재보험요양급여비용 지급기준]

분류번호	분류	금액(원)		적용기간
어-1	언어치료(Speech and Language Therapy)[1일당] (-언어치료사가 1:1로 40분이상 실시한 경우)	32,070		2012.01.01. ~ 2014.03.31.
		34,290		2014.04.01. ~ 2017.12.31.
		36,540		2018.01.01. ~ 2022.12.31.
		42,420		2023.01.01. ~
어-3	증식치료(Prolotherapy)[1일당] 가. 사지관절부위 나. 척추부위	사지관절	5,050	2012.01.01. ~ 2014.03.31.
			5,400	2014.04.01. ~ 2017.12.31.
			5,750	2018.01.01. ~
		척추부위	10,110	2012.01.01. ~ 2014.03.31.
			10,810	2014.04.01. ~ 2017.12.31.
			11,520	2018.01.01. ~
어-4	도수치료[1일당]	15,450		2012.01.01. ~ 2014.03.31 (주3회 총 15회 인정)
		16,520		2014.04.01. ~ 2017.12.31.
		25,000		2018.01.01. ~ 2020.12.31.
		36,080		2021.01.01. ~

[특수요양급여비용 지급기준]

분류	단위	금액(원)	적용기간
성크리닉(재활)상담료	1회	20,000	2009.12.16. ~
전산화인지재활치료	1회	30,000	2012.12.01. ~
근육내자극치료(FIMS)	1회	50,000	2014.01.01. ~
보행치료	1회	30,000	2016.02.03. ~2019.03.04
작업치료	1회	30,000	2016.02.03. ~2019.03.04
음성치료	1회	30,000	2014.01.01. ~
발성치료	1회	30,000	2014.01.01. ~
기립경사훈련	1회	4,910	2016.02.03. ~2019.03.04.
행동치료	1회	20,000	2016.02.03. ~2019.03.04.
신장분사치료	1회	21,000	2016.02.03. ~

[특수요양급여비용 지급기준(급여산정 특례)]

분류	단위	금액(원)	적용기간
전산화인지재활치료	1회	47,000	2024.03.25. ~
근육내자극치료(FIMS)	1회	241,000	2024.03.25. ~
신장분사치료	1회	36,000	2024.03.25. ~
언어치료	1회	66,000	2024.03.25. ~
도수치료	1회	108,000	2024.03.25. ~
증식치료(사지관절부위)	1회	70,000	2024.03.25. ~
증식치료(척추부위)	1회	90,000	2024.03.25. ~
비침습적무통증신호요법	1회	110,000	2024.03.25. ~

- ① 해당 항목의 재활치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
- ② 도수치료는 주 3회 이내, 증식치료는 주 1회 이내 인정하며, 도수치료의 경우에는 진료과목의 제한 없이 인정할 수 있다. 다만, 공상공무원의 상병치료를 위해 반드시 필요하다는 의학적 소견이 있는 경우에 한하여 1주당 횟수를 추가로 인정할 수 있다.
<2024. 3. 25.개정>
- ③ 행위진료료 가산특례(요양기관 종별 가산율)는 증식치료와 도수치료, 체외충격파치료(근골격계질환)에 대하여만 적용한다.
- ④ 언어치료사는 2012. 8. 5.부터 「장애인복지법」에 따른 언어재활사로 하되, 이 고시 시행 당시 언어치료사의 자격증을 소지한 사람에 대하여는 「장애인복지법」(법률 제11010호, 2011. 8. 4.) 부칙 제4조에 따른다.
- ⑤ 특수요양급여비용 산정기준 제6조의2(급여산정에 대한 특례)에 해당하는 공상공무원이 재활치료료를 청구하는 경우, 급여산정 특례항목 진료비에 대하여는 해당 수가를 적용하여 지급한다. **<2024. 3. 25.개정>**

(2) 검사료

[산재보험요양급여비용 지급기준]

분류번호	분류	금액(원)		적용기간
여-1	언어전반진단검사 (Speech and Language Assessment)	35,280		2012.01.01. ~ 2014.03.31.
		37,720		2014.04.01. ~ 2017.12.31.
		40,190		2018.01.01. ~
여-2	발음 및 발성검사 (Assessment of Speech and Voice disorder)	발음검사	24,690	2012.01.01. ~ 2014.03.31.
			26,400	2014.04.01. ~ 2017.12.31.
			28,130	2018.01.01. ~
	가. 발음검사 나. 발성검사	발성검사	49,380	2012.01.01. ~ 2014.03.31.
			52,800	2014.04.01. ~ 2017.12.31.
			56,260	2018.01.01. ~
여-5	미터 걷는 동안 속도 평가 (10-meter timed walking test)	9,850		2019.01.01. ~
여-6	장비를 이용한 근력검사	9,260		2019.01.01. ~
여-7	연하장애 임상평가 (Clinical evaluation of Swallowing Difficulty)	9,850		2019.01.01. ~
요-1	냉각부하검사 ¹	50,000		2019.01.01. ~

※ 냉각부하검사¹ : 레이노증후군 진단 목적(촬영료, 판독료 및 재료대 포함)

[특수요양급여비용 지급기준]

분류	단위	금액(원)	적용기간
초음파를 활용한 뇌혈류 기능 검사 (TCD)	1회	320,000	
DITI (적외선체열검사)	1회	240,000	
혈소판복합기능검사	1회	40,000	2012. 1. 1. ~ (2019.3.1. 삭제)
호모시스테인검사	1회	40,000	2012. 1. 1. ~
항CCP검사	1회	40,000	2012. 1. 1. ~
BIS SENSOR	1회	60,000	2012. 1. 1. ~ (2019.3.1. 삭제)
후두근전도검사	1회	40,000	2014. 1. 1. ~ (2019.3.1. 삭제)
청각심리 발성검사	1회	40,000	2014. 1. 1. ~ (2019.3.1. 삭제)
후두기능검사	1회	50,000	2014. 1. 1. ~
성기능검사료	1회	70,000	2009.12.16. ~
프로칼시토닌 정량검사	1회	40,940	2016.02.03. ~ (2019.3.1. 삭제)
약물동력학적 해석 및 보고	1회	10,777	2016.02.03. ~2020.06.29.
후각기능(인지및역치)검사	1회	40,940	2016.02.03. ~
단섬유근전도	1회	50,000	2016.02.03. ~
신경인지검사	1회	57,280	2016.02.03. ~
동적 체평형검사	1회	30,710	2016.02.03. ~
회전검사	1회	218,600	2016.02.03. ~
비디오전기 안전검사	1회	29,680	2016.02.03. ~
전정유발 근전위검사	1회	46,150	2016.02.03. ~ (2019.3.1. 삭제)
무릎관절 인대검사	1회	20,740	2016.02.03. ~
레이저시신경 유두 및 섬유분석	1회	35,830	2016.02.03. ~ (2019.3.1. 삭제)
수면내시경검사 환자관리료(외래)	1회	40,940	2016.02.03. ~ (2019.3.1. 삭제)
수면다원검사	1회	100,000	2016.02.03. ~
음경기능진단	1회	80,000	2016.02.03. ~
HCV항체검사(간이검사)	1회	40,000	2019.3.1. ~
HIV항체(현장검사)	1회	50,000	2019.3.1. ~
전류인지역치(통증역치검사)	1회	40,000	2019.3.1. ~
동작분석 역동적근전도검사	1회	740,000	2019.3.1. ~
불안민감척도	1회	25,000	2020.06.30. ~
신경증불안평가	1회	25,000	2020.06.30. ~
신경증우울평가	1회	20,000	2020.06.30. ~
이화방어기제검사	1회	30,000	2020.06.30. ~
한국판성격평가척도	1회	40,000	2020.06.30. ~
혈소판 응집능검사(TRAP)	1회	50,000	2020.06.30. ~

[특수요양급여비용 지급기준(급여특례)]

분류	단위	금액(원)	적용기간
성기능 검사료	1회	142,000	2024.03.25. ~
후각기능(인지 및 역치)검사	1회	86,000	2024.03.25. ~
동적 체평형검사	1회	81,000	2024.03.25. ~
비디오전기 안전검사	1회	65,000	2024.03.25. ~
무릎관절 인대검사	1회	71,000	2024.03.25. ~
전류인지역치(통증역치검사)	1회	54,000	2024.03.25. ~
신경증우울평가	1회	60,000	2024.03.25. ~
이화방어기제검사	1회	57,000	2024.03.25. ~
한국판성격평가척도	1회	58,000	2024.03.25. ~
언어전반진단검사	1회	102,000	2024.03.25. ~
발음 및 발성검사(발음검사)	1회	77,000	2024.03.25. ~
발음 및 발성검사(발성검사)	1회	77,000	2024.03.25. ~
허혈성변형알부민검사	1회	53,000	2024.03.25. ~
동맥경화도검사(맥파전달속도측정)	1회	54,000	2024.03.25. ~
아밀로이드A	1회	54,000	2024.03.25. ~
동적 족저압측정	1회	84,000	2024.03.25. ~
심박변이도검사	1회	32,000	2024.03.25. ~

- ① 검사료에는 검사에 필요한 약제, 판독료 및 그 밖의 재료대가 포함된 것으로 간주하며, 행위진료료 가산특례는 적용하지 않는다.
- ② 특수요양급여비용 산정기준 제6조의2(급여산정에 대한 특례)에 해당하는 공상공무원이 검사료를 청구하는 경우, 급여산정 특례항목 진료비에 대하여는 해당 수가를 적용하여 지급한다. <2024. 3. 25.개정>