

# 산재보험 요양급여 산정기준 주요 개정 내용

## I 주요 개정내용 및 업무처리 방법

### 〈 주요 개정 내용 〉

- ❖ '치과임플란트' 급여 인정기준 확대(제9조의5 신설)
- ❖ '광중합형 복합레진충전' 급여 신설(별표 제1절 치과보철 카-17 신설)
- ❖ '할로베스트' 급여 신설(별표 제12절 치료보조기구 마-5 신설)
- ❖ '육창예방매트리스(고무제-공기격자형)' 급여 인정기준 완화(별표 제2절 재활보조기구 타-37-5 개정)
- ❖ 재활보조기구 '근전전동의수' 부위별 급여 신설(별표 제2절 재활보조기구 타-6-1 등 신설)
- ❖ '냉각부하검사료' 급여 신설(별표 제16절 냉각부하검사료 요-1 신설)
- ❖ '다차원심리검사 수수료' 급여 인정기준 완화(별표 제-7절 발급수수료 너-11 개정)
- ❖ 재활치료료 '체외충격파치료-근골격계질환 등' 급여 신설(별표 제15절 재활치료료 어-4 등 신설)
- ❖ 재활보조기구 일부 항목 건강보험 적용에 따른 조문 정리

### 1. '치과임플란트' 급여범위 확대

- 치과임플란트는 건강보험 기준을 준용하여 65세 이상 부분 무치악 환자에 대해 1인당 2개만 요양급여로 인정하였으나, 연령 제한 없이 1치당 총 1개 이내로 인정

| 개정 전    | 개정 후                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| < 신 설 > | <p>제9조의5(치과임플란트) ① 치과임플란트에 관한 요양급여의 범위 및 산정기준은 행위 및 상대가치점수 제2부제18장 치과의 보철료 산정지침 분류번호 찬-11치과임플란트(1치당)에 따른다.</p> <p>② 제1항에도 불구하고 업무상 재해로 승인된 치과 상병에 대한 치과임플란트는 연령 제한 없이 인정하나, 1치당 1개로 제한한다. 다만, 치과의사의 의학적 판단에 따라 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 적용 개수에 포함하지 아니한다.</p> |

### 2. '광중합형 복합레진충전' 급여 신설

- 업무상 상병으로 승인된 치아의 일부과절에 광중합형 복합레진으로 충전한 경우 산정

| 개정 전    | 개정 후                                                                 |                  |         |
|---------|----------------------------------------------------------------------|------------------|---------|
| < 신 설 > | [보철원칙]                                                               |                  |         |
|         | 10. 분류번호 카-17: 광중합형 복합충전레진은 외상으로 인한 일부 치아파절에 광중합형 복합레진으로 충전한 경우 적용한다 |                  |         |
|         | [치보철료]                                                               |                  |         |
|         | 분류번호                                                                 | 분류               | 금액(원)   |
|         | 카-17                                                                 | 광중합형 복합레진충전(1치당) | 100,000 |

### 3. ‘할로베스트’ 급여 신설

- 경추골절 상병의 골유합을 유도하기 위해 시행한 할로베스트 골건인술 대상자가 사용한 할로베스트는 요양급여로 인정

| 개정 전    | 개정 후                   |                 |                                                           |           |
|---------|------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| < 신 설 > | [치료보조기구 유형별 지급대상 및 금액] |                 |                                                           |           |
|         | 분류번호                   | 분류              | 지급대상                                                      | 금액(원)     |
|         | 머-5                    | 할로베스트(Halovest) | 할로베스트 골건인술 대상자로서 경추골절의 척추 안정 또는 수술 후 경추부의 확고한 고정 이 필요한 경우 | 1,800,000 |

### 4. ‘육창예방매트리스(고무제-공기격자형)’ 인정기준 완화

- 육창예방매트리스(고무제-공기격자형)는 불완전 사지마비도 인정할 수 있도록 급여 인정기준 완화

| 개정 전  |       |                     |                                                                    |           |      | 개정 후  |       |                    |                                                                                    |           |      |
|-------|-------|---------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------|------|-------|-------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 3. 기타 |       |                     |                                                                    |           |      | 3. 기타 |       |                    |                                                                                    |           |      |
| 구분    | 분류번호  | 분류                  | 지급대상                                                               | 금액(원)     | 내구연한 | 구분    | 분류번호  | 분류                 | 지급대상                                                                               | 금액(원)     | 내구연한 |
| 기타    | 타37-5 | 육창예방매트리스가 고무제-공기격자형 | 뇌손상 척수손상 등으로 스스로 체위변경이 불가능한 사지마비로 인하여 육창이 발생하였거나 육창이 발생할 위험이 있는 경우 | 1,440,000 | 3년   | 기타    | 타37-5 | 육창예방매트리스 고무제-공기격자형 | 뇌손상 척수손상 등으로 스스로 체위변경이 불가능한 사지마비 또는 사지마비에 준하는 마비로 인하여 육창이 발생하였거나 육창이 발생할 위험이 있는 경우 | 1,440,000 | 3년   |

## 5. 재활보조기구 ‘근전전동의수’ 부위별 수가 신설

- 근전전동의수의 아래팔 이하 절단 지급 대상은 ‘짧은 아래팔 의지’ 대상자로만 한정되어 있었으나, 절단 부위별로 아주 짧은 아래팔 · 표준아래팔 · 손목 관절 근전전동의수로 요양급여 확대

\* (절단 부위 기준) 아주 짧은 아래팔 의지(팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이의 35% 이하를 남기고 팔이 상실된 경우 사용), 짧은 아래팔 의지(팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이의 35%~55%를 남기고 상실된 경우 사용), 표준 아래팔 의지(팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이가 55% 이상 남았거나 또는 손목관절 직상 근위부를 남기고 팔이 상실된 경우 사용), 손목관절 의지(손목 관절면을 남기고 손 전체가 상실된 경우 사용)

| 개정 전        |          |               |                                                                                                                     |           |          | 개정 후        |          |                  |                                                                                                                     |           |          |
|-------------|----------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-------------|----------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 1. 의지       |          |               |                                                                                                                     |           |          | 1. 의지       |          |                  |                                                                                                                     |           |          |
| 구분          | 분류<br>번호 | 분류            | 지급대상                                                                                                                | 금액<br>(원) | 내구<br>연한 | 구분          | 분류<br>번호 | 분류               | 지급대상                                                                                                                | 금액<br>(원) | 내구<br>연한 |
| 팔<br>의<br>지 |          |               | < 신 설 >                                                                                                             |           | 5년       | 팔<br>의<br>지 | 타-6-1    | 아주 짧은 아래팔 근전전동의수 | 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7의 아주 짧은 아래팔 의지 지급대상자로서 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우 | 5,600,000 | 5년       |
|             | 타-7-1    | 짧은 아래팔 근전전동의수 | 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7의 짧은 아래팔 의지 지급대상자로서 단단부 잔존 근육의 근전도 제어가 명확하게 나타나고, 산재근로자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우 | 5,500,000 | 5년       |             | 타-7-1    | 짧은 아래팔 근전전동의수    | 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7의 짧은 아래팔 의지 지급대상자로서 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우    | 5,500,000 | 5년       |
|             |          |               | < 신 설 >                                                                                                             |           | 5년       |             | 타-8-1    | 표준 아래팔 근전전동의수    | 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7의 표준 아래팔 의지 지급대상자로서 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우    | 5,500,000 | 5년       |
|             |          |               | < 신 설 >                                                                                                             |           | 5년       |             | 타-9-1    | 손목관절 근전전동의수      | 「국민건강보험법 시행규칙」 별표7의 손목관절 의지 지급대상자로서 단단부 잔존 근육의 근전도 신호가 명확하게 나타나고 대상자의 재활의지 및 연령 등을 고려하여 반자동형보다는 근전전동의수가 적합한 경우      | 5,700,000 | 5년       |

## 6. ‘냉각부하검사료’ 급여 신설

- 레이노증후군 진단을 위해 의사가 처방에 따라 검사를 실시하고 결과를 작성한 경우 산정

| 개정 전    | 개정 후                                                                     |        |        |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| < 신 설 > | 제16절 냉각부하검사료                                                             |        |        |
|         | [산정지침]                                                                   |        |        |
|         | 1. 레이노증후군 진단을 목적으로 의사의 처방에 따라 검사를 실시하고 그 결과를 작성한 경우에 산정한다.               |        |        |
|         | 2. 냉각부하검사료에는 검사에 필요한 촬영료, 판독료 및 재료대가 포함된 것으로 간주하며, 행위진료료 가산특례는 적용하지 않는다. |        |        |
|         | [검사의 종류 및 금액]                                                            |        |        |
|         | 분류번호                                                                     | 분류     | 금액(원)  |
|         | 요-1                                                                      | 냉각부하검사 | 50,000 |

## 7. ‘다차원심리검사 수수료’ 인정기준 완화

- 다차원심리검사(L형)의 검사 수수료는 비일관성척도 점수에 상관없이 인정, 다만 동일한 의료기관에서 실시한 경우는 1회만 산정

| 개정 전                                                                                                                                                                                                              | 개정 후                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. 다차원심리검사(L형) 수수료는 산재보험 의료기관에서 심리적 안정이 필요한 요양 중인 산재근로자에 대해 검사를 실시하고 「산재재해보상보험법 시행규칙」 제2조에 따른 고용·산재정보통신망을 이용하여 제출한 경우에 지급되며, 산재근로자 1명에 대하여 1회만 인정한다. 다만 다차원심리검사(L형)의 검사제도 척도 중 비일관성척도가 70점 이상인 경우 수수료를 인정하지 아니한다. | 7. 다차원심리검사(L형) 수수료는 산재보험 의료기관에서 심리적 안정이 필요한 요양 중인 산재근로자에 대해 검사를 실시하고 「산재재해보상보험법 시행규칙」 제2조에 따른 고용·산재정보통신망을 이용하여 제출한 경우에 지급되며, <b>동일한 의료기관에서 실시한 검사에 대해서는 1회만 인정한다.</b> |

## 8. 재활치료료 ‘체외충격파치료-근골격계질환’ 등 신설

- 체외충격파치료-근골격계 질환
- 근골격계 질환의 통증 감소, 관절기능 개선의 목적으로 3개월 보존적 치료 후 정형외과 또는 재활의학과 전문의가 10분 이상 실시한 경우 최대 6회 인정

| 개정 전    | 개정 후 |                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
|---------|------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| < 신 설 > | 분류번호 | 분류                                                     | 산정기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 금액(원)  |
|         | 아-5  | 체외충격파치료-근골격계 질환<br>(Extracorporeal Shock Wave Therapy) | 1. 근골격계 질환(가관절, 골절 지연유합, 석회화성 건초염, 족저근막염, 종골 골극, 상원골 내상파열 및 외상파열, 동결건, 견관절 회전근개파열, 어깨 건초염 및 활액낭염)이 발병하고 3개월간 보존적인 치료에도 호전이 없는 통증환자에 대하여 실시한 경우에 산정<br>2. 전문재활치료료 [산정지침] 제1호에도 불구하고, 재활의학과 또는 정형외과 전문의가 직접 10분 이상 실시한 경우에 주 1회 산정하되, 최초 시술시 부터 4회 이내만 산정<br>3. 다만, 상병명, 환자의 상태 및 동 치료에 대한 환자의 반응 등에 따라 제통되지 않을 경우에는 치료의 방향 등을 고려하여 2회에 한하여 추가 산정 | 42,030 |

## ○ 기립경사훈련

- 스스로 보행이 불가능한 중추신경계 손상 또는 심장신경성 실신환자, 기립성 저혈압이 있는 환자, 장기간 침상안정을 했던 환자에게 실시한 경우에 인정하며 최대 30회 산정

| 개정 전    | 개정 후 |                                     |                                                                                                                                                                                    |       |
|---------|------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| < 신 설 > | 분류번호 | 분류                                  | 산정기준                                                                                                                                                                               | 금액(원) |
|         | 어-6  | 기립경사훈련<br>(Tilt Training Treatment) | 1. 스스로 보행이 불가능한 중추신경계 손상 또는 심장신경성 실신환자, 그 외 기립성 저혈압이 있는 환자, 장기간 침상안정을 했던 환자에게 실시한 경우에 산정<br>2. 전문재활치료로 산정지침 제1호에도 불구하고, 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 물리치료가 실시한 경우에 산정하며 치료기간 중 최대 30회 이내만 산정 | 4,910 |

## ○ 체온열검사

- 복합부위통증증후군, 신경병증성 통증, 말초혈관질환 등의 환자에게 실시한 경우 산정하며, 검사 부위는 체간(얼굴 포함)·좌·우·상·하지의 5부위로 구분하며, 2부위 검사부터는 소정금액의 50%씩 가산하며 최대 5부위까지 요양급여로 인정

| 개정 전    | 개정 후 |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                |        |
|---------|------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| < 신 설 > | 분류번호 | 분류                      | 산정기준                                                                                                                                                                                                                                                           | 금액(원)  |
|         | 어-4  | 체온열검사<br>(Thermography) | 1. 복합부위통증증후군, 신경병증성 통증, 말초혈관질환(레이노증후군 포함) 환자에게 실시한 경우 산정하며, 요양기관에 상근하는 전문의 및 전공의의 처방에 따라 의사 또는 임상병리사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정<br>2. 실시부위는 체간(얼굴 포함)·좌·우·상·하지의 5부위로 구분하여 각 부위별 소정금액을 각각 산정하며, 2부위 검사부터는 소정금액의 50%씩 가산하되, 최대 5부위까지 산정할 수 있으며, 치료기간 중 1회만 산정 | 33,270 |

## 9. 재활보조기구 일부 항목 건강보험 적용에 따른 조문 삭제

- 장애인 보장구에 대한 보험급여기준 등 세부사항」 개정(보건복지부 고시 제 2015-194호, '15.11.10.)에 따른 산재보험 요양급여 관련 규정 정비
- 건강보험 요양급여로 변경된 이동식리프트(본체, 베이스), 욕창예방방석, 욕창예방매트리스(교대부양형)는 산재보험 요양급여산정기준 관련 규정 삭제

※ 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여의 범위 및 비용 산정기준이 국민건강보험 관련규정의 개정으로 새로이 국민건강보험의 요양급여의 범위 및 비용 산정기준에 포함되는 경우에는 개정된 규정이 시행되는 날부터 국민건강보험 관련 규정에 따름

○ 이동식리프트(본체, 베이스), 욕창예방방석, 욕창예방매트리스(교대부양형) 등은 건강보험 급여기준으로 산정

| 개정 전                                                                                                          |          |                               |                                                                                  |           | 개정 후                                                                                                            |        |          |       |       |           |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------|-------|-------|-----------|----------|--|
| [지급원칙]                                                                                                        |          |                               |                                                                                  |           | [지급원칙]                                                                                                          |        |          |       |       |           |          |  |
| 10. (생략)                                                                                                      |          |                               |                                                                                  |           | 10. (현행과 같음)                                                                                                    |        |          |       |       |           |          |  |
| 가.~ 라.(생략)                                                                                                    |          |                               |                                                                                  |           | 가.~ 라.(현행과 같음)                                                                                                  |        |          |       |       |           |          |  |
| 마. 이동식 리프트: 본체, 베이스                                                                                           |          |                               |                                                                                  |           | 마. <삭 제>                                                                                                        |        |          |       |       |           |          |  |
| 11. 활동형 휠체어, 수·전동 휠체어, 욕창예방방석, 욕창 예방매트리스는 제조 또는 수입업체가 공단에 두는 연구기관에 해당제품을 등록·신청하여 다음 각 목의 요건을 충족한 제품에 대하여 지급한다 |          |                               |                                                                                  |           | 11. 활동형 휠체어, 수·전동 휠체어, 욕창예방매트리스(고무제-공기격자형)는 제조 또는 수입업체가 공단에 두는 연구기관에 해당제품을 등록·신청하여 다음 각 목의 요건을 충족한 제품에 대하여 지급한다 |        |          |       |       |           |          |  |
| 가.~ 나.(생략)                                                                                                    |          |                               |                                                                                  |           | 가.~ 나.(현행과 같음)                                                                                                  |        |          |       |       |           |          |  |
| 다. 욕창예방방석: 한국산업표준KS P 0236 규격에 적합하여야 하며, 의료기기 허가를 필하여야 한다.                                                    |          |                               |                                                                                  |           | 다. <삭 제>                                                                                                        |        |          |       |       |           |          |  |
| 라. 욕창예방매트리스: 한국산업표준KS P 0234 규격에 적합하여야 하며, 의료기기 허가를 필하여야 한다.                                                  |          |                               |                                                                                  |           | 라. 욕창예방매트리스(고무제-공기격자형): 한국산업표준 KS P 0234 규격에 적합하여야 하며, 의료기기 허가를 필하여야 한다.                                        |        |          |       |       |           |          |  |
| 15. 이동식리프트는 공단에 두는 연구기관에서 지급한다                                                                                |          |                               |                                                                                  |           | 15. <삭 제>                                                                                                       |        |          |       |       |           |          |  |
| [재활보조]구 유형별 지급대상, 금액 및 내구연한                                                                                   |          |                               |                                                                                  |           | [재활보조]구 유형별 지급대상, 금액 및 내구연한                                                                                     |        |          |       |       |           |          |  |
| 3. 기타                                                                                                         |          |                               |                                                                                  |           | 3. 기타                                                                                                           |        |          |       |       |           |          |  |
| 구분                                                                                                            | 분류<br>번호 | 분류                            | 지급 대상                                                                            | 금액<br>(원) | 내구<br>연한                                                                                                        | 구분     | 분류<br>번호 | 분류    | 지급 대상 | 금액<br>(원) | 내구<br>연한 |  |
| 기<br>타                                                                                                        | 타<br>374 | 욕창예방방<br>석<br>(고무제-공<br>기격자형) | 뇌손상 척수손상과 그에<br>준하는 합병증으로 인하여<br>휠체어·전동휠체어 포함을<br>사용하는 자 중 욕창이 발<br>생할 위험이 있는 경우 | 250,000   | 3년                                                                                                              | 기<br>타 | 타374     | <삭 제> |       |           |          |  |
|                                                                                                               |          |                               |                                                                                  |           |                                                                                                                 |        |          | 타375  | <삭 제> |           |          |  |
|                                                                                                               | 타<br>375 | 나 교대부<br>양형                   | 뇌손상 척수손상 등으로 스스로<br>체위변경이 어려운 자·마비로<br>인하여 욕창이 발생하거나 욕<br>창이 발생할 위험이 있는 경우       | 400,000   | 3년                                                                                                              |        | 타377     |       | <삭 제> |           |          |  |
|                                                                                                               | 타<br>377 | 이동식 리<br>프트                   | 통원요양 중인 신체근로자<br>로서 뇌손상 척수손상 등<br>으로 인한 자·마비로 스스로<br>로 이동이 불가능한 경우               |           |                                                                                                                 |        |          |       | <삭 제> |           |          |  |
|                                                                                                               |          | 가 본체                          |                                                                                  | 1,700,000 | 5년                                                                                                              |        |          |       | <삭 제> |           |          |  |
|                                                                                                               |          | 나 베이스                         |                                                                                  | 800,000   | 5년                                                                                                              |        |          |       | <삭 제> |           |          |  |

## II 적용시기 등

○ (시행일) 2017. 1. 1. 진료분부터 적용

○ (종전의 요양에 대한 경과조치) 이 고시 시행 전에 행한 요양의

요양급여 범위 및 비용 산정기준은 종전 고시를 따름

- (재활보조기구에 대한 적용례) 별표 제2절 재활보조기구와 관련한 개정 규정은 이 고시 시행 이후 최초로 지급 또는 구입한 경우부터 적용
- (보험급여 청구서 확인 및 진단서 발급수수료에 대한 적용례) 별표 제7절의 개정 내용은 이 고시 시행이후 의료기관에서 확인한 보험 급여청구서 또는 발급수수료부터 적용
- (치료보조기구에 대한 적용례) 별표 제12절의 치료보조기구에 대한 신설 규정은 이 고시 시행이후 산재보험 의료기관에서 산재근로자에게 직접 지급하거나, 산재근로자가 구입한 경우부터 적용

### III 행정사항

- 광중합형 복합레진충전료 등 신설항목 진료비 청구 및 심사 전산프로그램에 반영

| 청구코드  | 한글명칭             | 항목구분  | I/II구분 | 금액(원)     | 적용일        |
|-------|------------------|-------|--------|-----------|------------|
| 10170 | 광중합형 복합레진충전      | 53-01 | I      | 100,000   | '17. 1. 1. |
| 12050 | 할로베스트            | 59-01 | I      | 1,800,000 |            |
| 20063 | 아주 짧은 아래팔 근전전동의수 | 54-01 | I      | 5,610,000 |            |
| 20093 | 손목관절 근전전동의수      | 54-01 | I      | 5,700,000 |            |
| 20083 | 표준 아래팔 근전전동의수    | 54-01 | I      | 5,500,000 |            |
| 51050 | 체외충격파치료(근골격계질환)  | 08-01 | II     | 42,030    |            |
| 51060 | 기립경사훈련           | 06-01 | I      | 4,910     |            |
| 52040 | 체온열검사            | 09-01 | I      | 33,270    |            |
| 54010 | 냉각부하검사           | 09-01 | I      | 50,000    |            |