

도수치료 채팅방 자주 묻는 질문

구성 빈도순 32문항, 7월 현장 문의 반영 · 각 질문에 근거 병기
근거 보건복지부 고시·심평원 질의응답 등 1차 자료, 관련 법령·기준

표기 범례

확정 1차 자료로 확인 **참고** 법령·기준으로 정리(개별 확인 권장) **미확인** 공식 답 없음

[참고]·[미확인] 항목은 심평원·해당 기관에 개별 확인이 필요합니다. 정부가 직접 답한 사항(단가·본인부담률·횟수 등)은 별도 정리본을 참고하세요.

Q 도수치료 채팅방 자주 묻는 질문

Q1 관리급여 도수(연 15회)는 실손 청구가 되나, 부지급될 수도 있나?

확정 청구가 된다.

관리급여는 건강보험 급여라서 본인부담 **95퍼센트**분(약 **4만1,660원**)이 실손의 급여 보장 대상이 된다. 다만 1세대부터 4세대까지는 급여 자기부담률이 적용되어 부담이 오히려 줄 수 있고, 2026년 5월 6일 나온 5세대는 도수치료를 보장에서 뺐다. 적응증이나 횟수 기준을 못 맞춘 진료는 지급이 거절될 수 있다.

근거: 금융위원회 실손의료보험 질의응답; 금융감독원 행정지도(행2026-41003); 5세대 실손 표준약관(2026.5.6)

Q2 실손 세대·통원 한도에 따라 실제 수령액이 어떻게 다른가?

참고 세대에 따라 크게 갈린다.

1세대부터 4세대는 급여 자기부담률만 부담하여 유리하고, 5세대는 도수치료가 보장에서 빠져 사실상 받지 못한다. 통원 한도와 최소 자기부담금(5세대는 1만~**2만원** 등)은 약관마다 달라 가입 약관을 직접 확인해야 한다.

근거: 금융위원회·금융감독원 실손의료보험 안내; 보험사 실손 약관

Q3 3.3퍼센트 프리랜서나 파트타임도 상근 인력으로 인정되어 도수를 할 수 있나?

확정 도수 시행자는 해당 요양기관에 상근하는 물리치료사여야 한다(확정).

다만 **3.3퍼센트** 프리랜서나 파트타임이 상근으로 인정되는지의 세부 기준은 고시에 없고 심평원의 상근 판단을 따른다. 참고로 일반 물리치료 인력 산정에는 주 3일 이상·주 20시간 이상이면 0.5인으로 보는 기준이 있으나, 이것이 도수 상근 요건에 그대로 적용되는지는 확인이 필요하다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 사목(처방·실시기준); (참고) 요양급여 적용기준 이학요법료 인력 산정 기준

Q4 연 15회를 다 쓴 뒤 피로·권태 비급여 도수의 금액은 정해져 있나?

확정 표준 금액은 없고 비급여라 병원이 정한다.

피로회복·체형교정 등 질환 치료 목적이 아닌 도수치료는 건강보험과 실손이 적용되지 않는 비급여이므로 (질의응답 Q7·Q14), 가격은 의료기관이 자율로 정하며 정부가 정한 단가는 없다. 비급여 진료비는 모니터링 대상이다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q7·Q14

Q5 삭감되면 환자에게 환불해야 하나, 금액은 얼마인가?

확정 삭감되면 환자가 낸 돈을 돌려줘야 하고, 그 부담은 사실상 병원이 진다.

심사에서 과다 본인부담이 확인되면 공단이 병원에 줄 요양급여비용에서 그 금액을 정산해 환자에게 환급한다. 환자가 낸 **95퍼센트**분(약 **4만1,660원**)도 환급 대상이라 병원은 인건비를 쓰고도 수익을 얻지 못한다.

근거: 국민건강보험법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급) 및 과다본인부담금 환급 절차

Q6 무엇을 근거로 삭감하며 어떻게 다투나?

확정 삭감 근거는 고시 급여기준이고, 병원은 단계별로 다를 수 있다.

횟수·선행·기록 요건이 근거이며, 처방한 자·시행자·시행기법·시행부위·소요시간·치료효과평가를 적어 보존해야 한다. 이의가 있으면 심평원 재심사조정청구, 그다음 이의신청과 심판청구(건강보험분쟁조정위원회), 행정소송으로 다룬다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 아목(기록 작성·보존); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q27; 심평원 재심사조정청구 및 국민건강보험법 제87조·제88조(이의신청·심판청구)

Q7 안면마비 전기자극치료(EST)도 선행 면제·도수 적용 대상인가?

확정 도수 대상이 아니다.

도수치료 급여는 근골격계 질환에만 인정되므로(질의응답 Q4), 안면마비 전기자극치료(EST)는 도수가 아니라 별도의 전기자극 행위다. 즉시 도수가 가능한 선행 면제 대상은 소아의 사경과 수술 후 관절운동범위 제한으로 한정되어(질의응답 Q21) 안면마비는 포함되지 않는다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q4·Q21

Q8 수술 후 도수는 수술 후 몇 개월까지 선행 면제인가?

확정 기간 상한은 정해져 있지 않다.

수술 후 관절운동범위 제한으로 시행하면 의사의 의학적 판단에 따라 즉시 도수가 가능하지만(질의응답 Q21), 며칠이나 몇 개월까지인지는 고시와 질의응답에 없어 의사의 판단과 기록으로 정한다. 퇴행성 질환 수술이 면제 대상인지도 공식 문서에 명시가 없다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q21; 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 아목

Q9 기존 도수 환자도 횟수가 리셋되나, 받은 횟수가 차감되나?

확정 7월 1일부터 새로 센다.

2026년은 7월 1일부터 12월 31일까지 **15회**(예외 사유 시 **24회**)로 적용되고(질의응답 Q11), 6월 30일까지 받은 도수는 비급여라 이 횟수에 합산되지 않는다. 7월 1일 이전에 받은 기본물리치료·단순재활치료는 선행으로 인정된다(질의응답 Q19).

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q11·Q19

Q10 자보·산재 도수 횟수와 건강보험 도수 횟수는 따로 세나?

확정 따로 센다.

산재 도수는 7월 1일 진료분부터 건강보험 기준을 그대로 따라 단가 **4만3,850원, 주 2회·연 15회**로 바뀌고 산재 환자는 본인부담이 없다. 산재는 산재대로 **연 15회**(개정 전 산재 도수와 타 기관 산재 도수를 합산)를 세고, 건강보험은 도수치료관리시스템으로 따로 세며 자보·산재는 이 시스템 제출 대상이 아니므로(질의응답 Q31) 두 보험의 횟수는 합쳐지지 않는다. 자동차보험도 단가는 건강보험과 같게 정렬되며, 횟수 기준은 자보 고시를 따로 확인해야 한다.

근거: 근로복지공단 도수치료 산재보험 업무처리 안내(2026.6.29); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q31; 국토교통부 자동차보험 진료수가 고시(제2025-369호)

Q11 비급여 도수를 하려면 면세사업자가 과세사업자로 전환해야 하나?

참고 치료가 아닌 목적이면 과세 대상이 될 수 있다.

의료기관 진료는 부가세 면세이지만, 피로·체형교정 같은 비치료 목적 비급여는 미용·성형처럼 과세로 본다. 과세 진료를 하면 과세사업자로 전환(공급가의 **10퍼센트** 부가세 징수)해야 하고, 사업 개시 후 20일 안에 신청한다. 구체적 적용은 세무 확인이 필요하다.

근거: 부가가치세법 제26조(면세) 및 동법 시행령(미용 목적 진료 과세); 국세청 미용·성형 부가세 과세 사례

Q12 도수치료와 일반 물리치료(급여)·국소주사를 같은 날 산정할 수 있나?

확정 일부만 같이 된다.

도수와 마사지치료(사105)는 따로 받지 못하고, 운동치료(사106·116)나 재활기능치료(사130)와 같은 날 하면 둘 중 큰 항목만 인정된다. 외래에서 도수와 국소주사(관절강내·신경간내주사·신경차단술 등)는 각 인정기준에 맞으면 같이 산정된다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 다목·라목; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q17·Q22

Q13 크라이오·고주파(원백)·신장분사에 도수를 묶어도 되나, 실손이 되나?

참고 권하지 않는다.

급여 도수와 비급여를 같이 하는 것을 직접 막지는 않지만 동시 시술은 별도 모니터링이 진행될 예정이다(질의응답 Q8). 비급여를 실손 받으려 도수에 끼워 넣으면 보험사 지급 거절과 **현장조사** 위험이 있고, 급여 도수의 본인부담을 비급여로 둔갑시키면 **부당청구**가 된다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q8; 국민건강보험법·의료법 부당청구 일반 기준

Q14 타 병원에서 받은 선행 물리치료 4회는 어떻게 확인하나?

확정 환자에게 서류를 받아 확인한다.

선행치료는 한 병원에서만 채울 필요가 없고 타 병원 시행분도 인정된다(질의응답 Q20). 다만 도수치료관리시스템은 타 병원 도수 횟수만 보여 주고(질의응답 Q29·Q30) 선행 물리치료 이력은 조회되지 않으므로, 환자에게 세부내역서나 진료기록을 받아 확인해야 한다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q20·Q29·Q30; 도수치료관리시스템 사용자 매뉴얼

Q15 한방 침·물리치료는 선행으로 인정되나, 도수 받는 날 병행할 수 있나?

확정 한방은 선행으로 인정되지 않는다.

선행치료는 이학요법료 제1절 기본물리치료료와 제2절 단순재활치료료 행위만 인정하므로(고시 마목, 질의응답 Q18), 한의사가 처방한 한방 물리치료나 침은 코드 체계가 달라 선행이 되지 않는다. 같은 날 한방 병행은 양·한방 협진과 청구기준을 따로 확인해야 한다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 마목; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q18

Q16 과거(수개월·1년 전) 물리치료 이력도 선행으로 인정되나, 기간 제한은?

확정 인정되지만 상한은 정해져 있지 않다.

7월 1일 이전에 받은 기본물리치료·단순재활치료도 선행으로 인정된다(질의응답 Q19). 다만 얼마나 오래된 이력까지 인정하는지는 고시와 질의응답에 명시가 없어 공식 기준이 확인되지 않는다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q19

Q17 4과 외 일반의·타과 의사도 처방할 수 있나?

확정 교육을 이수해야 가능하다.

도수는 정형외과·신경외과·재활의학과·마취통증의학과 전문의나 관련 교육을 이수한 의사가 처방하고, 그 의사 또는 상근 물리치료사가 실시한다(고시 사목, 질의응답 Q24). 교육과정 신설 전까지는 유예이고, 유예 동안의 처방 범위는 추후 보건복지부 안내를 따른다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 사목; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q24

Q18 도수치료를 하려면 무슨 교육을 언제·어디서 이수해야 하나?

확정 아직 정해지지 않았고 유예 중이다.

의사·물리치료사 교육과정은 대한의사협회 등 협의로 새로 만들 예정이며, 이수증 발급 단체 지정과 준비기간이 필요해 추후 보건복지부 안내 때까지 유예된다. 이후에는 보건의료자원통합신고포털(hurb.or.kr)에 이수 여부를 신고한다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q24

Q19 6월에 도수와 같은 날 받은 물리치료도 선행으로 인정되나?

미확인 공식 문서에서 확인되지 않는다.

선행은 이학요법료 제1·2절 행위를 도수 시행 전에 2주(14일) 이상 4회 이상 시행하면 인정되지만(질의응답 Q18), 도수와 같은 날 시행한 물리치료가 선행 횟수에 포함되는지는 고시·질의응답에 명시가 없어 개별 확인이 필요하다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q18(같은 날 시행분 포함 여부 명시 없음)

Q20 관리급여 도수는 받을 때마다 의사 진료(진찰료)를 동반해야 하나?

확정 처방은 필요하지만 매번 진찰료가 필수는 아니다.

도수는 4과 전문의나 교육이수 의사의 처방이 있어야 하나(고시 사목), 시행할 때마다 진찰료를 함께 받아야 한다는 규정은 없다. 진찰료는 실제 진찰을 본 경우에만 따로 산정한다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 사목

Q21 산재·자보로 도수를 받다가 종료 직후 같은 상병으로 건강보험 도수를 하면 삭감되나?

참고 삭감 위험이 있다.

산재·자보 도수와 건강보험 도수는 청구 주체(근로복지공단·자동차보험사와 건강보험공단)가 다르지만 실제 시행코드(관리-1가, KR코드)는 공유한다. 산재·자보 기간에 그 보험으로 도수를 받고 산재·자보가 치료 종결된 직후 같은 상병으로 곧바로 건강보험 도수를 시행하면, 심사에서 산재·자보로 치료가 종결되었는데 왜 다시 건강보험으로 도수를 받느냐는 의학적 필요성 의심을 받아 삭감될 수 있다. 종결 후 건강보험 도수가 필요하면 재평가 소견과 경과 변화 등 의학적 필요성 근거를 기록으로 남겨야 한다.

근거: 근로복지공단 도수치료 산재보험 업무처리 안내(2026.6.29); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q31; (참고) 요양급여 의학적 필요성·중복청구 심사 일반기준; 현장 질의(치료사 정보공유방, 2026.7.3)

Q22 산재 도수를 도수치료관리시스템에 등록해야 하나, 건강보험 15회에서 차감되나?

확정 산재·자보 도수는 도수치료관리시스템 제출 대상이 아니다(질의응답 Q31).

실제로 시스템의 보험자구분란에도 건강보험·의료급여·보훈만 있고 산재·자보 항목이 없어, 산재 도수를 건강보험 **15회**에서 차감하지 않는다. 다만 산재·자보용 별도 등록·관리 방안은 준비 중이라는 현장 안내가 있어, 확정 절차는 추후 공단·심평원 안내를 확인해야 한다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q31; 도수치료관리시스템 사용자 매뉴얼(보험자구분: 건강보험·의료급여·보훈); 현장 질의(2026.7.3, 미확인 부분 포함)

Q23 산재로 7월 이전에 도수 15회를 이미 했으면 관리급여(건강보험) 도수를 못 받나?

참고 아니다.

건강보험 도수 **15회**와 산재 도수 **15회**는 별도로 센다. 산재 도수는 개정 전 산재 도수와 타 기관 산재 도수를 합산하지만 건강보험 도수 횟수와는 합쳐지지 않는다. 다만 21번처럼 같은 상병으로 산재 종결 직후 건강보험 도수를 이어가면 의학적 필요성 심사를 받을 수 있다.

근거: 근로복지공단 도수치료 산재보험 업무처리 안내(2026.6.29); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q31

Q24 주 2회의 1주는 무슨 요일 기준인가?

참고 월요일부터 일요일까지를 1주로 본다.

관리급여 질의응답이 **주 2회**의 주간 기준을 월요일부터 일요일로 안내하고 있고, 산재·자보 도수 산정기준도 건강보험과 동일하게 맞추므로 산재·자보의 1주 기준도 같게 본다. 정확한 문구는 질의응답 원문으로 확인한다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) 주2회 기준; 근로복지공단 산재보험 업무처리 안내(건강보험 기준 정렬)

Q25 manual+체외충격파를 묶은 특수도수 복합코드로 급여청구(8만원대) 해도 되나?

참고 정식 급여 복합코드는 없다.

관리급여 도수는 관리-1가(KR코드) 단가 **4만3,850원**으로 고정되고 종별가산이 없다. 도수(급여)와 체외충격파(비급여)를 하나의 급여코드로 묶어 **8만원**대로 청구하는 방식은 정상 산정코드가 아니며, 급여 도수의 본인부담을 비급여로 부풀리거나 비급여를 급여에 끼워 넣는 것은 **부당청구·삭감·현장조사** 위험이 있다. 도수는 급여로, 충격파는 비급여로 분리해 청구·기록하는 것이 안전하다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호(단가·산정); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q8; 국민건강보험법·의료법 부당청구 일반기준

Q26 도수는 부위별로 15회인가, 부위 불문 총 15회인가?

확정 부위 불문 총 15회다.

어깨·허리·무릎 등 여러 부위가 아파도 부위마다 각 **15회**씩 받는 것이 아니라 환자당 **연 15회**(예외 **24회**)로 합산한다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호(부위 불문 주2회·연15회); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29)

Q27 도수와 CPM(지속적수동운동)·재활기능치료를 같은 날 산정할 수 있나?

확정 같은 날 하면 중복 산정이 제한된다.

도수와 재활기능치료(사130, CPM 포함)를 같은 날 시행하면 둘 중 큰 항목만 인정될 수 있고, 도수와 마사지 치료(사105)는 함께 산정되지 않는다. 입원 중 오전 도수·오후 CPM처럼 시점을 나눠도 같은 날이면 심사 대상이므로 필요성을 기록으로 남긴다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 다목·라목; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q17·Q22

Q28 단순운동치료 처방으로 먼저 돌리라는데 선행으로 인정되나, 부위당 횟수 삭감이 있나?

참고 단순운동치료(단순재활치료료 제2절)는 선행치료로 인정된다.

도수 선행은 기본물리치료료(제1절)와 단순재활치료료(제2절)를 2주 이상·4회 이상 시행하면 인정되므로 단순운동치료도 선행 요건에 쓸 수 있다. 다만 단순운동치료 자체의 부위·횟수 산정기준은 별도 급여기준을 따르며 과다 시행은 삭감될 수 있다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호 마목; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q18; (참고) 이학요법료 단순재활치료료 산정기준

Q29 입원환자 도수는 어떻게 하나(급여·비급여·선행)?

참고 입원환자도 근골격계 질환에 급여기준(선행 2주·4회, 주2회·연15회 등)을 충족하면 관리급여 도수 대상이다.

다만 시술·수술 직후 도수는 **삭감 위험**이 있어 의학적 필요성과 선행 요건을 갖추고 기록해야 한다. 입원 중 급여 도수 초과분을 비급여로 청구하는 것은 허용되지 않는다. 입원 도수의 세부 산정은 개별 확인이 필요하다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호; 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29)(초과분 비급여 금지)

Q30 **선행치료 2주·4회는 90일 이내에 해야 하나?**

확정 최소 요건은 2주(14일) 이상·4회 이상이고, 90일 이내라는 상한은 공식 근거가 없다.

과거·타 병원 물리치료도 선행으로 인정되며, 얼마나 오래된 이력까지 인정하는지는 고시·질의응답에 명시
가 없어 개별 확인이 필요하다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q18·Q19·Q20

Q31 **1세대 실손(약관 연 150회)인데 복지부 15회 제한이 실손에도 적용되나?**

참고 사실상 적용된다.

실손은 사적 계약이지만 관리급여 전환 후에는 급여 인정 횟수(연 15회, 예외 24회)를 넘은 도수를 질환 치
료 목적의 비급여로도 청구할 수 없다. 즉 16회째부터는 급여 대상이 아니게 되어 피로·체형 목적 비급여만
가능하므로, 약관상 150회가 있어도 실손 청구가 성립하기 어렵다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-136호(초과분 청구 제한); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29); 금융감독원 실손 분쟁조정기준

Q32 **관리급여가 전면 철회됐나, 청구를 안 하면 기존 비급여코드로 그냥 해도 되나?**

참고 관리급여 전환 고시는 2026년 7월 1일 시행되어 유효하며 전면 철회가 아니다(철회·유예는 국
회 청원 등으로 요구 중).

질환 치료 목적 도수를 관리급여가 아닌 기존 비급여코드로 청구하거나 급여 대상을 비급여로 돌려 받는 것
은 **부당청구**가 될 수 있고, 청구를 아예 하지 않는 처리도 질환 치료 목적이면 원칙적으로 허용되지 않는다.

근거: 보건복지부 고시 제2026-134~137호(2026.7.1 시행); 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29)(초과·목적외 비급여 금지);
국회 국민동의청원(2026.6.16~7.16)

체외충격파 채팅방 자주 묻는 질문

구성 빈도순 28문항, 7월 현장 문의 반영 · 각 질문에 근거 병기
근거 비급여관리정책협의체 자율가이드라인, 관련 법령·기준

표기 범례

확정 1차 자료로 확인 **참고** 법령·기준으로 정리(개별 확인 권장) **미확인** 공식 답 없음

[참고]·[미확인] 항목은 심평원·해당 기관에 개별 확인이 필요합니다. 체외충격파는 비급여로 유지되며 자율 가이드라인이 적용됩니다.

Q 체외충격파 채팅방 자주 묻는 질문

Q1 7월 1일부터 충격파 횟수가 리셋되나, 기존 횟수가 차감되나?

참고 경과조치가 따로 없어 시행일 이후 기준으로 운영한다.

가이드라인은 부위당 6회·연 12회를 권한다. 기존 횟수를 리셋하는지 차감하는지는 공식 규정이 없고, 실손 적용은 분쟁조정기준과 보험사 안내를 따른다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17)

Q2 비급여 충격파 횟수를 타 병원·심평원에서 조회·차감하나?

확정 전국 합산 조회 체계가 없다.

충격파는 급여가 아니라 자율가이드라인(분쟁 심사기준)을 따르므로, 도수치료관리시스템 같은 전국 횟수 차감 장치가 없다. 횟수 관리는 의료기관 기록과 실손 분쟁조정기준으로 이뤄진다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 금융감독원 실손 분쟁조정기준

Q3 비급여 동의서를 7월 1일부터 의무로 받아야 하나, 양식은?

확정 설명과 동의는 권고되지만 법정 의무 양식·시점은 정해져 있지 않다.

가이드라인은 치료 전 목적·효과·횟수·간격·실손 적용·금기·부작용을 충분히 설명하고 동의를 받도록 권한다. 표준 양식과 의무 시점은 규정이 없어 의료기관·학회 안내를 따른다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 설명·동의 항목

Q4 충격파 비급여 금액을 타수별로 차등해 받아도 되나, 평균가는?

참고 비급여라 병원이 정하나 적정성은 점검 대상이다.

충격파는 비급여여서 타수·부위별로 금액을 정할 수 있으나 비급여 모니터링과 실손 분쟁조정 대상이다. 표준가는 없고 심평원 비급여 진료비 정보로 지역별 가격을 볼 수 있다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 심평원 비급여 진료비 정보

Q5 부위당 6회는 좌우를 각각 6회로 보나, 합산인가?

미확인 공식 문서에서 확인되지 않는다.

가이드라인은 부위당 6회·연 12회로만 정하고 좌우를 각각 보는지 합치는지는 명시하지 않아, 실손 분쟁 때 분쟁조정기준 해석을 따른다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17)(좌우 구분 명시 없음)

Q6 7개 적응증 외 부위(손목·엄지, 일반 발목 관절통 등)는 불가한가?

확정 의사 판단으로 할 수 있으나 실손이 제한된다.

가이드라인은 7개 적응증 외 질환도 의사 판단하 시행할 수 있되 실손 적용이 제한될 수 있음을 미리 알리도록 한다. 손목·엄지나 일반 발목 관절통은 7부위에 없어 실손 제한 대상이다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증 항목

Q7 도수치료와 체외충격파를 같은 날 동시 시행·산정할 수 있나?

확정 막지는 않으나 점검 대상이다.

급여 도수와 비급여 충격파의 병행치료를 별도로 제한하지는 않으나, 동시 시술 행위는 별도 모니터링이 진행될 예정이다(질의응답 Q8). 같은 날 시행·청구의 구체 기준은 추후 점검 결과를 따른다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q8; 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17)

Q8 충격파 받은 날의 물리치료가 도수 선행으로 인정되나?

참고 충격파 자체는 선행이 아니다.

도수 선행은 이학요법료 제1·2절 물리치료를 기준으로 하므로(고시 마목, 질의응답 Q18) 비급여인 충격파는 선행 행위가 아니다. 같은 날 받은 물리치료가 따로 선행 요건을 채웠는지로 판단한다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q18; 보건복지부 고시 제2026-136호 도수치료 급여기준 마목

Q9 주사 후 같은 날 충격파를 할 수 있나?

참고 금지 규정은 없으나 점검 대상이 될 수 있다.

주사와 충격파를 같이 하는 것을 막는 규정은 없지만, 실손은 각 항목의 적응증과 약관을 따르고 동시 시술은 모니터링 대상이 될 수 있다.

근거: 심평원 질의응답 수정본(2026.6.29) Q8; 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17)

Q10 본인부담(비급여)이면 적응증과 무관하게 어떤 질환이든 가능한가?

확정 시행은 되나 실손은 제한될 수 있다.

가이드라인은 7개 적응증 외 질환도 의사 판단하 시행할 수 있되 실손 적용이 제한될 수 있다고 한다. 전액 본인부담이면 치료는 가능하나 실손은 받지 못할 수 있다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증 항목

Q11 무료(서비스) 충격파도 환자 유인행위로 불법인가?

확정 충격파는 비급여라 무료 제공 자체가 곧바로 유인행위가 되지는 않는다.

급여의 본인부담금을 면제·할인하면 의료법 제27조제3항 환자 유인행위로 금지되어 벌칙(제88조) 대상이지만, 비급여 비용의 감면은 유인행위로 보지 않는다는 헌법재판소 결정 취지가 있다. 다만 실손·모니터링 위험은 별개다.

근거: 의료법 제27조제3항·제88조; 헌법재판소 결정 취지(비급여 비용 감면은 유인행위 불해당, 사건번호 미확인)

Q12 TKR 등 수술 후 충격파가 적응증·실손 적용이 되나?

확정 7부위 적응증에 맞아야 실손이 된다.

가이드라인의 슬관절 적응증은 슬개건염으로 한정되므로, 수술 후 무릎이라도 슬개건염 등 7부위 적응증에 맞아야 실손 인정 여지가 있고 그 외는 제한될 수 있다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증 항목

Q13 보험사 약관상 충격파·증식·도수 합산 한도가 있나?

참고 약관마다 다르다.

충격파·증식치료·도수 등 비급여 물리치료의 합산 한도와 자기부담은 보험사 약관이 정하며 세대·상품별로 다르다. 가입 약관을 직접 확인해야 한다.

근거: 보험사 실손 약관

Q14 도수 환자만 충격파를 하나, 단독도 되나?

참고 단독으로도 된다.

충격파는 적응증에 맞으면 도수 여부와 무관하게 단독으로 할 수 있다. 도수와 묶는 것은 병원 운영 방침일 뿐 규정 사항이 아니다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증 항목

Q15 고강도 힐트(레이저)·라디알 등 기기는 충격파로 청구·분류되나?

참고 항목이 달라 분리된다.

가이드라인은 집속형·방사형(라디알) 체외충격파를 대상으로 하고, 고강도 레이저(힐트)는 원리가 다른 별도 비급여라 충격파 횟수·코드와 분리된다. 개별 코드와 약관 확인이 필요하다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 비급여 항목 분류(개별 확인)

Q16 충격파 비급여 전환 시 과세·세금 문제가 생기나?

참고 비치료 목적이면 과세될 수 있다.

치료 목적이면 면세이나, 미용 등 비치료 목적 비급여는 과세 대상이 될 수 있다. 도수와 같이 과세 진료를 하면 과세사업자 전환과 세무 확인이 필요하다.

근거: 부가가치세법 제26조(면세) 및 동법 시행령

Q17 충격파도 도수처럼 향후 관리급여로 규제될 가능성이 있나?

참고 모니터링 후 결정될 수 있다.

정부는 충격파를 관리급여와 함께 가격·사용량을 모니터링하겠다고 밝혔다. 추가 규제(가격·횟수 제도화) 여부는 모니터링 결과를 따른다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 비급여관리정책협의체 회의 자료

Q18 충격파를 다른 비급여에 묶어 시행하면 실손이 지급되나?

참고 권하지 않는다.

비급여를 실손 받으려 다른 항목에 녹이면 보험사 지급 거절·현장조사·분쟁 위험이 있다. 비급여 비용 감면 자체는 유인행위로 보지 않지만, 허위·축소 청구는 별개의 위법이다.

근거: 헌법재판소 결정 취지(비급여 비용 감면 관련); 요양급여·실손 부당청구 일반 기준

Q19 6.16~7.16 신규 국회 청원에 체외충격파 횟수 제한도 포함돼 있나?

확정 포함된다.

신규 국회 국민동의청원(2026.6.16~7.16)은 도수치료 관리급여화 고시와 체외충격파 횟수 제한 정책의 철회·시행유예를 함께 요구한다. 동의 진행 상황은 수시로 바뀐다.

근거: 국회 국민동의청원(2026.6.16~7.16)

Q20 충격파 비급여 동의를 받지 않으면 분쟁·심사에서 불이익이 있나?

참고 실손 분쟁에서 불리할 수 있다.

가이드라인은 설명·동의를 권하고 금융감독원이 이를 실손 분쟁조정기준에 반영한다. 설명·동의를 부실하면 분쟁·민원에서 불리할 수 있으나, 별도 법정 제재 규정은 없다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 금융감독원 실손 분쟁조정기준

Q21 충격파 주 1회는 월요일부터 일요일까지 주 단위인가, 아니면 7일 간격인가?

참고 가이드라인과 의사협회 안내는 주 1회 시행으로 권한다.

이때 1주를 월요일부터 일요일까지 주 단위로 보는 것이 통상이나, 일부 기관이 유선 문의에서 만 7일 간격으로 안내받았다는 현장 전언이 있어 월~일 주 단위인지 7일 간격인지 공식 문구가 명확하지 않다. 실손 분쟁을 피하려면 보수적으로 7일 간격 또는 주 1회 원칙을 지키고 근거를 기록하는 편이 안전하다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 주1회; 대한의사협회 안내; 현장 질의(치료사 정보공유방, 2026.7.3, 7일 간격 여부 미확인)

Q22 충격파 횟수도 7월 1일부터 리셋되어 새로 시작하나?

참고 경과조치가 없어 시행일 이후 기준으로 운영한다.

충격파는 급여가 아니라 자율가이드라인(부위당 6회·연 12회)을 따르며 별도 경과조치가 없어, 6월 이전 시행분을 리셋·차감하는지는 공식 규정이 없다. 연 한도의 시작 시점과 합산은 보험사 실손 분쟁조정기준을 따른다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 금융감독원 실손 분쟁조정기준

Q23 입원환자 충격파도 타수·주 1회 기준이 외래와 같은가?

참고 가이드라인은 입원과 외래를 구분하지 않는다.

부위당 6회·연 12회, 주 1회 권고는 입원·외래 구분 없이 같게 보는 것이 일반적이다. 다만 입원 중 타수나 주기의 세부 인정은 공식 명시가 없어 보험사·심사기준으로 확인해야 한다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17)(입원·외래 구분 없음); (참고) 실손 심사기준

Q24 인공관절 등 수술 직후 충격파는 금기인가 가능한가?

참고 의사가 금기·적응증을 판단해야 한다.

충격파는 급성 감염·혈전·종양·성장판·심박동기 등에 금기이며, 인공관절 등 수술 직후는 의사가 금기 여부와 적응증을 판단한다. 슬관절 적응증은 가이드라인상 슬개건염으로 한정되므로 수술 후 무릎이라도 적응증에 맞아야 실손 여지가 있다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증·금기; 체외충격파 일반 금기기준

Q25 임신부에게 충격파를 하면 금기·실손은 어떻게 되나?

참고 임신은 금기이며 실손도 어렵다.

임신은 체외충격파의 일반적 **금기**로 보아 시행을 권하지 않으며, 임신 관련 골반통·요통 등에 시행한 경우 실손 보상도 어렵다. 시행 전 **금기**와 실손 제한을 충분히 설명해야 한다.

근거: 체외충격파 일반 금기기준; 보험사 실손 약관·분쟁조정기준

Q26 손목·발목 등 7개 적응증 외 부위 충격파가 다시 가능해졌나, 실손은?

확정 의사 판단으로 시행할 수 있으나 실손이 제한된다.

손목·엄지나 일반 발목 관절통 등은 7개 적응증에 없어 **실손이 제한**될 수 있고, 특정 부위가 다시 인정으로 바뀐 것은 아니다. 부위가 다시 가능해졌다는 안내는 공식 근거를 확인해야 한다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17) 적응증 항목

Q27 힐트(고강도 레이저)는 충격파 코드·횟수에 포함되나, 인정비급여인가?

참고 힐트는 원리가 달라 충격파와 분리된다.

고강도 레이저(힐트)는 집속형·방사형 체외충격파와 원리가 다른 별도 비급여여서 충격파 횟수·코드와 분리된다. 인정비급여 여부와 코드는 항목 분류와 보험사 약관을 개별 확인해야 한다.

근거: 비급여관리정책협의체 체외충격파 자율가이드라인(2026.6.17); 비급여 항목 분류(개별 확인)

Q28 크라이오·신장분사를 도수·충격파 대체로 하면 되나, 실손은?

참고 별도 비급여이며 실손은 약관을 따른다.

냉각(크라이오)·신장분사 등은 충격파·도수와 다른 별도 비급여로 대체 시행할 수 있으나 실손 보상은 항목·약관에 따라 제한될 수 있다. 비급여를 실손 받으려 다른 항목에 끼워 넣으면 **지급 거절**·분쟁 위험이 있다.

근거: 보험사 실손 약관; 요양급여·실손 부당청구 일반기준