

도수치료 관리급여 현장 정리본 (치료사·의료기관용)

시행일: 2026년 7월 1일

근거: 보건복지부 확정고시 제2026-134호(행위목록표·상대가치)·제2026-135호(선별급여 지정·실시)·제2026-136호(요양급여 적용기준·방법 세부사항)·제2026-137호(청구방법·서식), 2026.6.29 공포. 제10차 건강보험정책심의위원회 의결(2026.6.4) 및 보건복지부 공식 질의응답.

표기 원칙: 아래 수치·기준은 모두 위 공식 고시·보도자료에서 확인한 확정 사항이다. 확인되지 않은 항목은 별도로 [미확인]으로 표기한다.

행정예고안(6.19) 대비 확정고시(6.29) 변경점

6.19 행정예고 별첨 파일 자체는 변경되지 않았다(최신 재다운로드본과 sha256·바이트 동일). 다만 행정예고안과 6.29 확정고시 본문을 대조하면 다음 두 가지가 달라졌으므로, 6.19 안을 본 경우 확정고시 기준으로 갱신해야 한다.

- 물리치료사 시행 시 의사 지도 요건 삭제: 행정예고안에는 "도수치료를 실시하는 사람 중 나)(상근 물리치료사)의 경우 가)의 의사로부터 지도를 받아야 함"이 있었으나, 확정고시에서는 이 지도 요건 문구가 빠졌다.
- 진료기록 작성·보존 주체 변경: 행정예고안은 "상기 사.1)의 의사는 ... 진료기록을 작성·보존하여야 함"으로 의사를 주체로 두었으나, 확정고시는 "요양기관은 ... 기록을 작성·보존하여야 함"으로 요양기관을 주체로 명시했다.
- 질의응답 개정: 6.29 심평원 공지(brdBltno=12133)에 「도수치료 관리급여 기준 질의응답_수정」이 게시되어 6.19 행정예고 별첨 질의응답을 대체한다. 주요 추가: 소아 사경·수술 후(관절운동범위 제한) 환자 선행치료 면제(Q21), 치료실·장비 기준(Q28), 실폐괄 시범사업 기관도 도수치료 관리시스템 제출 의무(Q39), 삭제요청 연락처 확정(급여전략실 급여전략부 033-739-0313).

아래 본문은 모두 확정고시(2026.6.29 공포, 2026.7.1 시행) 기준이다.

1. 한눈 요약

- 도수치료가 비급여에서 관리급여(선별급여의 한 형태)로 전환된다.
- 수가: 1일당 43,850원 수준. 전국 모든 요양기관 동일 단가(종별가산 없음).
- 본인부담률: 95%. 명세서 진료내역 F항(100분의 95)으로 청구한다.
- 횟수: 1일 1회, 주 2회 이내, 연간 15회 이내가 원칙. 의학적 예외 시 연 24회.

- 선행 요건: 기본물리치료 또는 단순재활치료를 2주 이상·4회 이상 먼저 시행해야 한다.
- 전산: 도수치료 관리시스템에 진료정보를 전송해야만 관리급여가 인정된다.

급여 적용 흐름 (요약)

- [1] 환자 내원: 기능이상·통증 지속 근골격계질환
↓
[2] 선행치료: 기본물리/단순재활치료 2주 이상·4회 이상 시행, 호전 없음
(타 기관·7.1 이전분도 인정. 소아 사경·수술 후 관절운동범위 제한은 면제 → 즉시)
↓
[3] 처방: 정형·신경·재활·마취통증 전문의 또는 교육이수 의사
↓
[4] 시행: 1대1 수기 30분 이상 (의사 또는 교육이수 상근 물리치료사)
↓
[5] 관리시스템 등록: ef.hira.or.kr (횟수보기로 전국 누적 확인 후 한도 내 제출)
↓
[6] 청구: 제7편 관리급여, 명세서 F항(본인부담 95%, 1회 약 41,660원)

2. 무엇이 바뀌나

- 기존 비급여 항목 「서-122 도수치료[1일당]」가 삭제되고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표」 제7편 관리급여목록에 「관리-1 도수치료[1일당]」로 신설된다.
- 관리급여에는 요양기관 종별가산율과 소아·야간·공휴 등 각종 가산을 적용하지 않는다.

3. 추가·본인부담

- 상대가치점수는 종별로 차등하되, 산출 금액(요양급여비용)은 전 종별 1일당 43,850원으로 동일하게 설계되었다(종별가산 미적용).

종별	코드	상대가치점수	요양급여비용	본인부담(95%)
의원	KR006	458.68	43,850원	약 41,660원
병원·종합·상급종합	KR001	523.27	43,850원	약 41,660원
요양·정신병원 내 의과	KR002	520.78	43,850원	약 41,660원
치과병원 내 의과	KR003	433.73	43,850원	약 41,660원
한방병원 내 의과	KR004	420.42	43,850원	약 41,660원
보건의료원 내 의과	KR005	444.73	43,850원	약 41,660원

(점수 × 2026 환산지수 ≈ 43,850원으로 전 종별 동일. 보건복지부 2026.6.4 보도자료.)

- 본인부담률 95%는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2의2에 따른다. 의료급여 1종·2종, 차상위계층도 별도 감면 없이 95%가 적용된다.

4. 급여 대상

- 기능이상 및 통증이 지속되는 근골격계질환(예: 요통, 척추관 협착증, 관절 구축 등)에 대해 30분 이상 실시한 경우 인정한다.
- 해당 상병이 주상병이거나 부상병인 경우 모두 적용된다.
- 근골격계질환 외에는 요양급여비용을 산정할 수 없다.
- 고시·질의응답에 특정 질병코드(상병코드) 목록은 명시되어 있지 않다(포괄 규정). 개별 질환의 인정 여부는 위 일반기준과 처방의의 의학적 판단에 따른다. 사경 관련 처리는 5항·8항 참고(일반 사경 운동요법은 사116 복합운동치료, 소아 사경에 도수치료를 시행하는 경우는 선행치료 면제).

5. 선행치료 요건 (필수)

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표」 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 또는 제2절 단순재활치료료를 우선 시행하는 것이 원칙이다.
- 우선 시행 기간 최소 2주(14일) 이상, 시행 횟수 4회 이상이어야 한다.
- 그럼에도 호전이 없을 때 도수치료를 시행한 경우에 인정한다.
- 선행치료는 해당 요양기관에서만 충족할 필요는 없다. 타 요양기관에서 시행한 경우에도 인정되며, 환자가 타 기관 선행치료 후 내원한 당일에도 도수치료 시행이 가능하다.
- 관리급여 적용일(7.1) 이전에 시행한 기본물리치료·단순재활치료도 우선 시행으로 인정된다.
- 수술이 필요한 근골격계질환 환자는 일반적으로 수술 전 우선 시행이 이루어졌을 것으로 본다.
- 선행치료 면제: 소아의 사경, 또는 수술 후(관절운동범위 제한으로 시행하는 경우 등)에는 의사의 의학적 판단으로 선행치료(2주·4회) 없이 즉시 도수치료 시행이 가능하다. (심평원 질의응답_수정, 2026.6.29, Q21)

6. 처방·시행 인력·치료실·장비

- 처방: 정형외과·신경외과·재활의학과·마취통증의학과 전문의, 또는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 관련 교육을 이수한 의사.
- 시행: 위 의사 본인, 또는 해당 요양기관에 상근하는 물리치료사로서 관련 교육을 이수한 자.

- 1대1, 수기로 30분 이상 실시한 경우 산정한다. 1인이 다수 환자에게 동시 적용한 경우는 인정되지 않는다.
- 의사·물리치료사 1인당 1일 실시 인원의 상한은 두지 않는다.
- 교육 경과: 의사·물리치료사 교육과정은 대한의사협회 등 협의로 신설·운영 예정이며, 이수증 발급단계 지정과 준비기간이 필요하여 보건복지부 안내 시까지 유예기간이 있다. 안내 이후에는 4개과 전문의 외의 의사·물리치료사는 보건의료자원 통합신고포털(hurb.or.kr)에서 교육 이수 여부를 신고해야 한다.
- 치료실·장비: 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 치료실과 실제 사용 가능한 장비를 보유해야 한다(고시 바목). 세부 기준은 의료법 시행규칙 별표4 의료기관의 시설규격(제34조 관련)과 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표」 제1편 제2부 제7장 의학요법료 주·항의 물리치료 실시 요건을 따른다(질의응답 Q28).

7. 횟수 규칙

- 1일 1회만 산정한다. 여러 부위를 실시해도, 입원·외래 불문, 요양기관 불문 환자당 1일 1회다.
- 주 2회 이내. 주 단위는 월요일부터 일요일까지를 의미한다.
- 연간 15회 이내. 연간은 회계연도(매년 1.1~12.31)를 의미한다.
 - 2026년은 적용일(7.1)부터 12.31까지 15회 산정 가능하다.
- 의학적 예외: 수술 또는 골절 등으로 인한 관절의 구축·강직의 뚜렷한 소견이 있는 경우, 의사의 의학적 판단으로 연간 총 24회(15회 포함)까지 인정한다. 수술·골절 병력이 없더라도 퇴행성관절염·오십견 등으로 구축·강직의 뚜렷한 소견이 있으면 추가 9회(총 24회)까지 가능하다.
- 예외 적용 절차: 15회를 초과하는 시점에 예외사유를 판단하여 시스템에서 예외사유 Y를 선택해 제출하면 별도 절차 없이 인정된다. 단, 치료효과 평가 등 관련 내용을 진료기록부에 반드시 작성·보존해야 한다.
- 자격(건강보험·의료급여·보훈) 변경 시에도 환자당 연 15회(예외 24회) 한도는 합산·공유되며, 잔여 횟수만 적용된다.

8. 동시 산정 규칙

- 마사지치료(사105)는 도수치료 소정점수에 포함되어 별도 산정 불가.
- 운동치료(사106, 사116) 또는 재활기능치료(사130)와 같은 날 실시한 경우 주된 항목의 소정점수만 산정.
- 국소주사 등(관절강내·신경간내주사·신경차단술 등)은 의사의 의학적 판단으로 인정기준에 부합하면 동시 산정 가능.

- 비급여 물리치료(체외충격파·신장분사 등) 동시 시행은 별도 제한은 없으나, 전문학회 가이드라인 준수를 권고하며 동시 시술에 대한 별도 모니터링이 진행될 예정이다.
- 참고(사경 등): 사경(Torticollis)에 실시한 운동요법은 도수치료가 아니라 사116 복합운동치료[1일당]로 산정한다(고시 제2007-46호, '07.6.1 시행. 사116 적용대상에 '자발성 운동장애(강직성 사경 등)' 포함). 사116은 일반 급여 행위로 본인부담률·산정방식이 도수치료 관리급여(95%)와 다르며, 1일 1회·횟수 불문으로 1일당 소정점수를 산정한다. 6.29 도수치료 확정고시 4건은 이 사경·사116 규정을 변경하지 않았다(종전과 동일).
 - 사116-가 복합운동치료[1일당] 소정점수 105.21점(코드 MM102). 2026 환산지수(고시 제2025-186호, 2026.1.1 적용) 적용 시 요양급여비용: 의원 약 10,060원(95.6원), 병원·종합·상급종합 약 8,820원(83.8원), 요양·정신병원 약 8,860원(84.2원), 치과 약 10,640원(101.1원), 한방 약 10,970원(104.3원). 환자 본인부담은 외래 종별 본인부담률(의원 30%·병원 40%·종합 50%·상급종합 60%, 입원 20%) 적용. 예: 의원 외래 약 3,020원, 병원 외래 약 3,530원.
 - 사116 적용대상: 가) 중추·말초신경 또는 근육 손상 후 신경근 재교육, 나) 긴장성 근육통·요통·경부통 등 만성 통증, 다) 자발성 운동장애(강직성 사경, 안면연축, 파킨슨 증후군 등). 등속성운동기구를 제외한 기계·기구로 근력강화운동·기능훈련 30분 이상 실시 시 산정.

9. 청구 방법

- 제7편 관리급여목록의 행위는 선별급여 95%를 적용하여 명세서 진료내역 F항(100분의 95 본인부담)으로 청구한다.
- 그 밖의 청구 방식은 다른 이학요법료와 동일하다.
- 15회 초과로 예외사유 Y를 적용해 추가 산정할 때 청구명세서 특정내역에 별도 기재할 필요는 없다. 다만 진료기록(시행자·기법·부위·소요시간·치료효과 평가 등) 작성·보존은 필수다.

10. 도수치료 관리시스템 (필수 운영)

- 환자당 연간 실시횟수(타 의료기관 포함)를 조회·관리하고, 진료정보를 건강보험심사평가원에 전송하는 시스템이다.
- API를 이용한 EMR 연계와 웹포털(ef.hira.or.kr)을 통한 제출이 모두 가능하다.
- 진료정보가 시스템에 전송되어 있는 경우에만 관리급여가 적용된다. 전송하지 못하면 요양급여비용으로 산정할 수 없다.
- 전송 시점: 시행 시점 전송이 원칙이며, 늦어도 환자가 머무는 동안 전송한다. 전송 주체는 진료 담당 인력(의사 또는 물리치료사)이 원칙이나 병원 운영상황에 맞게 정할 수 있다.

- 선전송 우선: 다른 기관이 동일 회차(예: 주 2회 초과분, 24회째)를 먼저 전송하면 이후 기관은 전송·인정이 불가하다. 반드시 시행 시점에 전송한다.
- 타 기관 횡수 조회: 타 의료기관 실시 횡수를 포함해 조회 가능하며 우리 병원 여부가 표시된다. 의료기관명은 제공되지 않는다.
- 예약 건: 미래 날짜로는 등록되지 않는다. 실제 진료일 당일 또는 그 전에 기실시 횡수를 조회한 후 시행 일자로 등록한다.
- 삭제 기한: 월~목 진료건은 해당 주 금요일 18시 이전, 금·토·일 진료건은 당일 삭제 가능하다(해당 월 말일이 일요일이 아닌 경우 마지막 주는 진료 당일만). 기한 이후 삭제가 필요하면 심평원 급여전략실 급여전략부(033-739-0313)에 요청한다.
- 자격 적용: 시스템 제출 대상은 건강보험·의료급여·보훈이다. 자동차보험·산재보험·건강보험 무자격자는 제출 대상이 아니다.
- 로그인: 상용 SW 인증서 또는 건보공단 발급 공동인증서를 심평원 홈페이지에 등록 후 사용한다. 전송 오류 시 재전송한다.
- 신포괄지불제도 시범사업 참여 기관도 요양급여 대상 도수치료 실시 시 도수치료 관리시스템을 통해 진료정보를 심평원에 제출해야 한다.
- 화면 사용법(접속·등록·입력항목·횡수보기·조회·삭제)은 별도 문서 「현장정리본_도수치료_관리시스템_사용안내.md」 참고.

11. 진료기록 의무

- 처방한 자, 시행자, 시행 기법, 시행 부위, 소요시간, 치료효과 평가 등을 포함하는 기록을 작성·보존해야 한다.

12. 비급여로 가능한 경우 / 초과분

- 질환 치료 목적의 도수치료는 연 인정 횡수를 넘겨 받을 수 없고, 초과분을 비급여로 전환해 청구하는 것도 불가하다.
- 질환 치료 목적이 아닌 경우(피로 회복·체형 교정 등 개인적 필요)는 전액 본인부담(비급여)으로 가능하다. 이 경우 건강보험·실손보험은 적용되지 않는다.

13. 평가주기

- 관리급여는 3년 주기로 재평가하며, 재평가 시 급여 유형·전환 원칙 등 세부기준이 추가 마련될 예정이다.

14. 자동차보험·산재보험 적용

- 교통사고 환자(자동차보험)에게 시행하는 도수치료는 건강보험에서 정한 수가(1회 43,850원)와 급여 기준을 동일하게 적용한다.
- 차이점: 인정횟수는 건강보험의 '연간 총 횟수(연 15회, 예외 24회)'가 아니라 '치료기간 중 총 횟수'로 적용한다.
- 시행: 2026년 7월 1일부터, 2026년 7월 1일 진료분부터 적용.
- 자동차보험은 도수치료 관리시스템(심평원) 진료정보 제출 대상은 아니다(시스템 제출은 건강보험·의료급여·보훈만). 수가·급여기준만 건강보험과 동일 적용된다.
- 근거: 국토교통부 고시 제2025-369호 「자동차보험진료수가에 관한 기준」, 국토교통부 알림(자동차운행보험과-6510, 2026.6.29, 수산: 건강보험심사평가원 자동차보험심사센터장).

산재보험(근로복지공단) [확정]

- 2026.7.1 진료분부터 산재보험 도수치료도 건강보험 관리급여 기준을 그대로 적용한다(산재보험 요양급여 산정기준 제4조제3항: 건강보험 개정 규정 시행일부터 건강보험 규정에 따름).
- 단가: 기존 68,000원에서 43,850원으로 변경(건강보험 관리급여와 동일). 수가코드도 종전 51040 단 일에서 KR001~KR006(종별)으로 변경.
- 횟수: 기존 '주 3회·치료기간 중 15회'에서 '주 2회·연 15회'로 변경. 수술·골절 등 관절 구축·강직 시 의사 판단으로 추가 9회(연 24회). 선행치료 2주·4회 요건도 동일 적용. 개정일 이전(2026.1.1~6.30) 실시분도 연간 횟수에 합산.
- 본인부담: 산재 환자는 본인부담금 없음(산재보험이 전액 부담). 건강보험 관리급여의 환자 95% 부담과 다른 점이다.
- 인력: 기존 '의사 지도·감독하 물리치료사'에서 건강보험과 동일하게 '교육 이수 의사·물리치료사'가 실시(종전 카이로프랙틱 도수치료 제외 기준).
- 청구: 진료비명세서 항목번호 0601(관리급여 이학요법료), 산정코드 KR001~006. 연 15회 초과 시 특정내역 기타내역(구분코드 JX999)에 사유 기재(미기재 시 자동조정). 산재 도수치료관리 전산(조회) 시스템 구축 전까지는 고용·산재보험 토털서비스로 누적 횟수(타 의료기관 합산) 확인.
- 근거: 근로복지공단 「(의료기관 안내용) 도수치료 산재보험 업무처리 방법 안내」(보험급여국 요양급여심사부, 2026.6.29), 산재보험 요양급여 산정기준 제4조제3항·별표2.

15. 현장 혼선 포인트 점검

- 7월 1일부터는 환자가 내원 즉시 도수치료를 받을 수 없다. 선행치료 2주·4회 기록을 먼저 확인한다(타 기관·7.1 이전분도 인정). 단 소아 사경, 수술 후 관절운동범위 제한 등은 선행치료 면제로 즉시

시행 가능하다.

- 도수치료 관리시스템 미전송 = 산정 불가. 시행 시점 전송을 습관화한다.
- 개별 질환의 급여 인정 여부가 모호하면(상병코드 목록이 고시에 없으므로) 처방의 판단과 심평원 안내를 확인한다.
- 교육 이수 신고는 보건복지부 안내가 나온 이후 유예기간 종료 시점에 맞춰 진행한다.

16. 근거·출처 (공식)

- 보건복지부 고시 제2026-134호·제2026-135호·제2026-136호·제2026-137호(2026.6.29 공포, 2026.7.1 시행). 보건복지부 누리집 알림 > 법령 > 고시.
- 보건복지부 보도자료 「도수치료 회당 4만 원대 수가 적용, 주 2회, 연간 최대 24회로 제한」(2026.6.4): mohw.go.kr 보도자료 list_no=1490729.
- 보건복지부 도수치료 관리급여 기준 질의응답_수정(건강보험심사평가원 공지, 2026.6.29, brdBltno=12133). 6.19 행정예고 별첨 질의응답을 대체하는 최신본이다.
- 도수치료 관리시스템: 건강보험심사평가원 요양기관 업무포털 ef.hira.or.kr.
- 국토교통부 고시 제2025-369호 「자동차보험진료수가에 관한 기준」(2025.6.30) 및 국토교통부 자동차운영보험과 알림(자동차운영보험과-6510, 2026.6.29).