**대 한 소 아 재 활 · 발 달 의 학 회**

Korean Society of Pediatric Rehabilitation & Developmental Medicine

대전시 중구 문화로266 재활센터 4층 재활의학과 의국, 우편번호 35015

Tel: 010-7255-1375, E-mail: ksprm@hanmail.net, Homepage: http://ksprm.or.kr

**------------------------------------------------------------------------**

**문서번호**  **소아재활 제 2019-88**

**시행일자  2019. 10. 21.**

**수    신**  **대한재활의학회**

**제    목  소아재활의료기관 시범사업 대한 참여의사에 대한 조사**

**------------------------------------------------------------------------**

대한소아재활발달의학회에서는 지난 2년에 걸쳐 소아재활공급 확대를 위한 방안에 대한 용역연구를 시행하였고, 이에 대하여 보건복지부 의료급여과 및 장애인정책과에 논의 중에 있습니다. 보건복지부는 내년부터 소아재활공급 취약 지역에 일부 소아 재활 가산을 주는 시범사업을 구상 중에 있으며 본회에 참여 의사가 있는 기관 파악에 관한 협조요청을 부탁 받았습니다. 아래와 같은 요건(가안)으로 참여 의견이 있는 기관을 파악하고자 하오니, 관심있는 의료 기관은 **2019년 10월 22일(화)**까지 이메일(ksprm@hanmail.net)로 회신하여 주시길 부탁드립니다.

**첨부 1. 소아재활 의료기관 가산 시범사업 요건(가안)**

**대한소아재활**·**발달의학회   이   사   장  김 민 영**

**대한소아재활**·**발달의학회   회        장  방 문 석**

**첨부 1. 소아재활 의료기관 가산 시범사업 요건(가안)**

1. 지역 : 소아재활재활 취약지역

1차년도 -강원, 경북, 전남, 충북, 경남, 충남 (광역시 제외)

2차년도 -1차년도 지역+제주, 전북

1. 요건

소아재활전담 진료의사(진료량의 50%이상 소아진료에 참여)

소아전담 물리치료사 2인

소아전담 작업치료사 2인

소아전담 언어치료사 1인

소아 전담 치료실

1. 종별분류

병/의원

1. 수가 가산 안 : 30-40%

**-------------------------------------------------**

회신 양식

1. **병의원명:**
2. **병의원 대표명:**
3. **병의원 주소 (지역기재):**
4. **종별 분류: 대학병원, 병원, 의원 여부**