

* 비급여 안내

- 의료법 제45조 및 동법 시행규칙 제42조의 2에 의하여 비급여 진료비를 공지합니다.

행위료는 단일 개별 항목의 비용으로 시행횟수 및 범위, 가산에 따라 달라질수 있고, 치료재료 및 약제가 필요한 경우 별도 산정됩니다.

또한 치료재료는 규격에 따라 가격이 다를 수 있습니다.

* 행위료

1장. 기본진료료

1-1장. 상급병실 차액	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항	
	분류	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료 대 포함여부		약제비 포함여부
상급병실료차액		1인실	ABZ010001	VIP	300,000			X	X	수가 인상
상급병실료차액		1인실	ABZ020001	은돌	250,000			X	X	수가 인상
상급병실료차액		1인실	ABZ030001	특실	250,000			X	X	수가 인상
상급병실료차액		1인실	ABZ030001	특실	300,000			X	X	수가 인상

2장. 검사료	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항	
	분류	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료 대 포함여부		약제비 포함여부
검체검사료		Influenza Viral A & B Ag	CZ3940		40,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료		S상결장:수면내시경(인정비급여)	EA0010		75,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료		위:수면내시경(인정비급여)	EA002		75,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료		장:수면내시경(인정비급여)	EA003		105,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료		수면내시경 환자관리료(위+대장)	EA003		135,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료		기관자:수면내시경동시(인정비급여)	EA004		135,000			X	X	
검체검사료		Anti CCP Ab	CZ432		50,000			X	X	
기능검사료		ABI(동맥경화도검사)	EZ868		50,000			X	X	
기능검사료		측각기능(인지 및 역치)검사	EZ621		30,000			X	X	
기능검사료		촉기 사하질소 측정	EZ622		60,000			X	X	
기능검사료		미각검사(인지 및 역치검사)	EZ710		10,000			X	X	
기능검사료		자율신경계이상검사(기립성형안검사)	EY891		30,000			X	X	
검체검사료		호흡기 바이러스 PCR 14종[의뢰]	CZ053006		170,000			X	X	
검체검사료		모발 중금속 및 미네랄 40종 검사 [의뢰]			140,000			X	X	
검체검사료		신경심리검사-3			250,000			X	X	
검체검사료		수면 무호흡 증후군 진단을 위한 수면다원검사	FZ703		350,000			X	X	
검체검사료		TCD(Digital Transcranial Doppler)			180,000			X	X	
검체검사료		(신의료비급여)24시간 이내 심정지 발생 위험 감시(1일당)	ZE6544		14,000		98,000	X	X	

2-1장. 초음파검사료

2-1장. 초음파검사료	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항	
	분류	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료 대 포함여부		약제비 포함여부
두경부-안 초음파		SONO (Neck, Thyroid, Neck, Orbit, Face)	EB412		83,000			X	X	급여 인정기준 외 시술회 경우 비공
흉부-유방-액외부 초음파		SONO Breast	EB421		150,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		SONO Chest(흉부)	EB422		104,000			X	X	상동
복부-복부 초음파		SONO (Hip, Body)			100,000			X	X	상동
복부-여성생식기 초음파		초음파:부인과	EB455		60,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		초음파 OS시행(S)-finger, wrist	EB461		30,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		초음파 OS시행(M)-shoulder,elbow, knee, ankle	EB463		50,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		SONO 2(기타부위)	EB464		100,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		SONO (Pelvis)	EB465		100,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		SONO (Pelvis+Appendix)			125,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		SONO Shoulder	EB466		123,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		초음파 OS시행(S)-finger, wrist	EB467		30,000			X	X	상동
근골격, 연부-관절 초음파		초음파 OS시행(M)-shoulder,elbow, knee, ankle	EB468		50,000			X	X	상동
혈관-사지혈관 도플러 초음파		Doppler	EB489		123,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 초음파		Sono Breast Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 초음파		Sono guided aspiration-Breas(GS)			125,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono guided aspiration-Lymphnode			125,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono guided aspiration-Other(기타부위)			125,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono Lymphnode Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono Thyroid Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono guided aspiration(이전 Sono실시)-thyroid			62,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono guided aspiration-thyroid			125,000			X	X	상동
흉부-유방-액외부 제외한 흉부 초음파		Sono guided localization (GS) RE Bx			70,000			X	X	상동
복부-복부 초음파		초음파 간류양 측정검사			21,000			X	X	상동
도플러 초음파		TCD(Digital Transcranial Doppler)			180,000			X	X	상동
도플러 초음파		Carotid doppler			123,000			X	X	상동
심장초음파		Carotid doppler F/U			92,000			X	X	상동
심장초음파		Echocardiography			195,000			X	X	상동
심장초음파		(비급여)심초음파 F/U 1차	FB4340000001		160,000			X	X	수가인상
심장초음파		(비급여)심초음파 F/U 2차	FB4340000002		150,000			X	X	수가인상
심장초음파		Emergency Echocardiography			100,000			X	X	상동
임산부 초음파		초음파:임산초기(14주이전) 초진	EB511		50,000			X	X	상동
임산부 초음파		초음파:임산초기(14주이전) 재진	EB511		40,000			X	X	상동
임산부 초음파		초음파:임산초기(14주이후) 초진	EB515		60,000			X	X	상동
임산부 초음파		초음파:임산초기(14주이후) 재진	EB515		40,000			X	X	상동

3장. 영상진단 및 방사선 치료료

3-2장. 자기공명영상진단료 (MRI)

3-2장. 자기공명영상진단료 (MRI)	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항	
	분류	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료 대 포함여부		약제비 포함여부
척추		MRI-척추(경추)	HE109		500,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(흉추)	HE110		500,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(요천추)	HE111		500,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(척추강)	HE112		500,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(요천추+흉추와동시촬영시)	HE113		225,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(척추강-경,흉,요천추와동시촬영시)	HE114		225,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(견관절)	HE115		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(주관절)	HE116		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(수관절)	HE117		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(고관절)	HE118		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(천장골관절)	HE119		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(슬관절)	HE120		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(발관절)	HE121		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(관절외상지)	HE122		500,000			X	X	상동
근골격계		MRI-근골격계(관절외하지)	HE123		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(사지혈관)	HE139		500,000			X	X	상동
기타		MRI 외부필름판독(비급여)	HE109		51,000			X	X	상동
척추		MRI-(C + T-spine)동시촬영	HE109		650,000			X	X	상동
척추		MRI-C-Spine(C-T-L spine)동시	HE109		750,000			X	X	상동
척추		MRI-(T + L-spine)동시촬영	HE109		650,000			X	X	상동
척추		MRI-T-Spine(C-T-L-spine 동시)	HE109		750,000			X	X	상동
척추		MRI-L-Spine(C-T-L-spine 동시)	HE109		750,000			X	X	상동
척추		MRI-척추(요천추)+척추(척추강)	YHE112		500,000			X	X	상동
		MRI-조영제 사용시			70,000			X	X	상동
두부		MRI-뇌(Brain)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI101015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(안면)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI103015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(부비동) 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI104015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(안와) 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI105015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(경부) 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI108015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(축두골) 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI106015		500,000			X	X	상동
두부		MRI-두경부(축두하악관절) 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI107015		500,000			X	X	상동
흉부		MRI-흉부(흉부)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI125015		500,000			X	X	상동
흉부		MRI-흉부(유방)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI128015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(복부)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI127015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(골반)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI128015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(배장)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI123015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(배장)-3차원 3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI529015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(신장 및 부신)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI130015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(응양 및 음낭)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI131015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(간)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI132015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(담낭)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI133015		500,000			X	X	상동
복부		MRI-복부(전립선)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI134015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(뇌혈관)-3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI135015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(경부혈관)-3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI136015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(흉부혈관)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI137015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(복부혈관)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI138015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-혈관(신혈관)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI140015		500,000			X	X	상동
혈관		MRI-흉부(상장)3 테슬라 이상 품질관리검사 적합판정	HI124015		500,000			X	X	상동

7장. 이학요법료(물리치료료)

7장. 이학요법료(물리치료료)	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항	
	분류	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료 대 포함여부		약제비 포함여부
이학요법료		중식치료(Prolotherapy)-척추부위	MY1420000		50,000			X	X	
이학요법료		언어치료	ZL077		30,000			X	X	
이학요법료		도수치료 30분	MX122		70,000			X	X	
이학요법료		도수치료 60분	MX122A		120,000			X	X	
		교과상담료								