

* 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

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
상급병실료차액	1인실	ABZ010001	VIP	300,000			X	X	
상급병실료차액	1인실	ABZ020001	온돌	150,000			X	X	
상급병실료차액	1인실	ABZ030001	특실	170,000			X	X	
상급병실료차액	2인실	ABZ030001		90,000			X	X	

2장. 검사료

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
검체검사료	Influenza Viral A & B Ag	CZ3940		40,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료	S상결장:수면내시경(인정비급여)	EA0010		70,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료	위:수면내시경(인정비급여)	EA002		70,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료	장:수면내시경(인정비급여)	EA003		100,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료	수면내시경 환자관리료(위+대장)	EA003		130,000			X	X	
내시경, 천자 및 생검료	기관지:수면내시경동시(인정비급여)	EA004		130,000			X	X	
검체검사료	Anti CCP Ab	CZ432		50,000			X	X	

기능검사로	ABI(동맥경화도검사)	EZ868		50,000			X	X	
검체검사로	노로바이러스 항원검사(간이검사)	CZ493		30,000			X	X	
검체검사로	Pneumonia urinary Ag	CZ398		50,000			X	X	
검체검사로	항물러관호르몬(볼임, 폐경)	CZ214		55,330			X	X	
검체검사로	호흡기 바이러스 PCR 14종[의뢰]	CZ053006		154,600			X	X	
검체검사로	모발 중금속 및 미네랄 40종 검사 [의뢰]			140,000			X	X	
검체검사로	혈소판 약물 반응검사(P2Y12)	BZ072		80,000			X	X	
검체검사로	신경심리검사-3			250,000			X	X	
검체검사로	수면 무호흡 증후군 진단을 위한 수면다원검사	FZ703					X	X	
검체검사로	Homocysteine	CZ133		40,000			X	X	
검체검사로	TCD(Digital Transcranial Doppler)			180,000			X	X	

2-1장. 초음파검사로

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
두경부-안 초음파	SONO (Neck, Thyroid, Neck, Orbit, Face)	EB412		100,000			X	X	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부-유방·액와부 초음파	SONO Breast	EB421		104,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	SONO Chest(흉부)	EB422		104,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (Abdomen)	EB441		100,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (appendix)	EB443		100,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (Abdomen*Appenix)			125,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (Abdomen*Pelvis)			125,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (Abdomen+Pelvis+Appendix)			146,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (appendix)			100,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	SONO (Hip, Body)			100,000			X	X	상동
복부-비뇨기계 초음파	SONO (kidney+bladder)	EB448		100,000			X	X	상동
복부-남성생식기 초음파	URO:SONO (Prostate)	EB451		100,000			X	X	상동

복부-남성생식기 초음파	URO:SONO (Testis)	EB454		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·액와부 초음파	Sono Breast Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 초음파	Sono guided aspiration-Breast(GS)			125,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono guided aspiration-Lymphnode			125,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono guided aspiration-Other(기타부위)			125,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono Lymphnode Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono Thyroid Core (Gun) Biopsy-GS			190,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono guided aspiration(이전 Sono실시)-thyroid			62,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono guided aspiration-thyroid			125,000			X	X	상동
흉부-유방·액와부 제외한 흉부 초음파	Sono guided localization (GS) RE Bx			70,000			X	X	상동
복부-복부 초음파	초음파 잔류량 측정검사			21,000			X	X	상동
도플러 초음파	TCD(Digital Transcranial Doppler)			180,000			X	X	상동
도플러 초음파	Carotid doppler			195,000			X	X	상동
심장초음파	Carotid doppler F/U			92,000			X	X	상동
심장초음파	Echocardiography			123,000			X	X	상동
심장초음파	Echocardiography:F/U 1차			102,000			X	X	상동
심장초음파	Echocardiography:F/U 2차			82,000			X	X	상동
심장초음파	Emergency Echocardiography			100,000			X	X	상동
임산부 초음파	초음파:임신초기(14주이전) 초진	EB511		50,000			X	X	상동

임산부 초음파	초음파:임신초기(14주이전) 재진	EB511		40,000			X	X	상동
임산부 초음파	초음파:임신초기(14주이후) 초진	EB515		60,000			X	X	상동
임산부 초음파	초음파:임신초기(14주이후) 재진	EB515		40,000			X	X	상동

3장. 영상진단 및 방사선 치료료

3-2장. 자기공명영상진단료 (MRI)

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
뇌 [뇌, 해마]	MRI-뇌(뇌)	HE101		500,000			X	X	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌 [뇌, 해마]	MRI-뇌(해마)	HE102		500,000			X	X	상동
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(발목관절)	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
흉부	MRI-흉부(심장)	HE124		500,000			X	X	상동
흉부	MRI-흉부(흉부)	HE125		500,000			X	X	상동

흉부	MRI-흉부(유방)	HE126		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(복부)	HE127		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(골반)	HE128		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(체장)	HE129		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(신장 및 부신)	HE130		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(음낭 및 음경)	HE131		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(간)	HE132		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(담체관)	HE133		500,000			X	X	상동
복부	MRI-복부(전립선)	HE134		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(뇌혈관)	HE135		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(경부혈관)	HE136		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(흉부혈관)	HE137		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(복부혈관)	HE138		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(사지혈관)	HE139		500,000			X	X	상동
혈관	MRI-혈관(심혈관)	HE140		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

7장. 이학요법료(물리치료료)

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
이학요법료	증식치료(Prolotherapy: 1부위당)-사지관절부위	MY1420000		30,000			X	X	

9장. 처치 및 수술료 등

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골	체외충격파치료1회[근골격계질환]	SZ0840000		30,000			X	X	
근골	구개수인두 절제술(코골이수술:비급여)			300,000			X	X	
	정관수술(URO):비급여			300,000			X	X	
	포경수술:비급여			250,000			X	X	

17장. 입원환자 식대

분류	항목		진료비용 등(단위:원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
식대료	공기밥			1,000			X	X	
식대료	공기잡곡밥			1,500			X	X	
식대료	보호자식			5,680			X	X	