

비급여 진료비용 고지

I. 행위

제1장 기본진료료

1-1 상급병실료 차액

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실A)	330,000	330,000	330,000				CHAVA
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실B)	450,000	450,000	450,000				CHAVB
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실S)	450,000	450,000	450,000				CHAVS
상급병실료 차액	특실	ABZ11	병실차액(특실V)	540,000	540,000	540,000				CHAVV
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(1인실A)	310,000	310,000	310,000			신관	CHA1A
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(1인실B)	300,000	300,000	300,000				CHA1B
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(통합병동 1인실C)	320,000	320,000	320,000				CHA1C
상급병실료 차액	1인실	ABZ01001	병실차액(소아 1인실)	310,000	310,000	310,000			소아병실	CHA1E

제2장 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	Elastase-1	72,000	72,000	72,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	ELAST
효소검사	엘라스타제검사	BZ155	엘라스타제	72,000	72,000	72,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	ELAS
전기영동검사	양수 아세틸콜린에스터라제	BZ173	Acetylcholine esterase	181,000	181,000	181,000				ACHE
내분비검사	소마토스타틴	CZ194	소마토스타틴	157,000	157,000	157,000				SOMA
내분비검사	심방성나트륨이뇨펩타이드(사람심방성나트륨배설촉진인자) α-ANP	CZ195	ANP(심방성나트륨이뇨펩타이드)	115,000	115,000	115,000				CZ195
내분비검사	DHEA	CZ199	DHEA	159,000	159,000	159,000				DHEA
내분비검사	옥시토신	CZ201	Oxytocin	115,000	115,000	115,000				OXYTOC
내분비검사	성호르몬결합글로불린	CZ202	SHBG(Sex Hormone Binding Globulin)	74,000	74,000	74,000				SHBG
내분비검사	PAPP-A 검사	CZ212	PAPP-A검사(NT 1차)	54,000	54,000	54,000				CZ212
일반화학검사	아밀로이드 A	CZ242	Amyloid	142,000	142,000	142,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	AMYLO
일반화학검사	허혈성 변형 알부민 검사	CZ246	허혈성 변형 알부민 검사	63,000	63,000	63,000				CZ246
감염증 기타 검사	인플루엔자 A-B 바이러스항원검사 [현장검사]	CZ394	(비급여)Influenza A,B 항원키트검사	29,000	29,000	29,000				CZ394C
자가면역질환검사	항신경핵항체 1형	CZ422	Paraneoplastic antibody(항신경핵 항체)	165,000	165,000	165,000				CZ422
자가면역질환검사	항신경핵항체 1형		Paraneoplastic Antibody(CZ422,CZ423,CZ424)	300,000	300,000	300,000			(CZ422,CZ423,CZ424) 3종검사. 국외검사(비급여)급여65720-1417호	PARA
자가면역질환검사	항GM1항체 [IgG]	CZ425	Anti GQ1b IgM	54,000	54,000	54,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	GQM
자가면역질환검사	항GM1항체 [IgG]	CZ261	Anti GM1 Ab IgG	54,000	54,000	54,000				ANTIGMG
자가면역질환검사	항GD1b항체 [IgM]	CZ261	Anti GQ1b IgG	54,000	54,000	54,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	GQG
세포면역검사	인터루킨 IL-6	CZ476	INTERLEUKIN-6(IL-6)	399,000	399,000	399,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	CZ476
분자병리검사	기타 검사-파라인플루엔자바이러스 1,2,3 [이중중합효소연쇄반응]	CZ975	Parainfluenza Virus Ag	20,000	20,000	20,000				CZ975

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
분자병리검사	기타 검사	D6620	(비급여)SARS-Cov-2 항원검사:간이검사	27,000	27,000	27,000			보험인정기준외 비급여	D6620B
분자병리검사	기타 검사-아데노바이러스 [실시간 중 합효소연쇄반응]	CZ994	호흡기바이러스15종 PCR-핵산증폭 다중2	189,000	189,000	189,000			보험인정기준외 비급여	CZ994
호흡기능검사	후각기능(인지 및 역치)검사	FZ671	후각검사(KVSS TEST)	32,000	32,000	32,000				ODOR
호흡기능검사	호기 산화질소 측정	FZ672	호기산화질소측정(EXHALED NITRIC OXIDE MEASUREMENT)	54,000	54,000	54,000				FZ672
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	취학전 아동의 수용 및 언어 발달 척도(PRES)	55,000	55,000	55,000				FZ689P
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	영유아언어발달검사(SES)	27,000	27,000	27,000				FZ689S
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	신화 언어평가 (new speech evaluation)	120,000	120,000	120,000				EVAL1
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	구환 언어평가 (follow up speech evaluation)	90,000	90,000	90,000				EVAL2
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	수술전 언어평가 (pre-operative speech evaluation)	150,000	150,000	150,000				EVAL3
신경계기능검사	언어전반진단검사	FZ689	수술후 언어평가 (post-operative speech evaluation)	60,000	60,000	60,000				EVAL4
신경계기능검사	주의력검사	FZ690	주의력검사(FAIR)	48,000	48,000	48,000				FZ690
신경계기능검사	교육진단검사	FZ692	기초학습검사(읽기, 쓰기, 수학)	88,000	88,000	88,000				FZ692
신경계기능검사	영유아발달검사(한국판덴버발달검 사)	FZ693	한국판덴버발달검사(영유아발달검사)	48,000	48,000	48,000				FZ693
신경계기능검사	덴버발달검사	FZ694	덴버발달검사(DENVER DEVELOPMENTAL TEST)	33,000	33,000	33,000				FZ694
신경계기능검사	미각검사[인지 및 역치검사]	FZ710	TASTE TEST	30,000	30,000	30,000				TAST
신경계기능검사	미각검사[인지 및 역치검사]	FZ710	미각검사(KVSS TEST)	30,000	30,000	30,000			미각검사[역치검사]	TASTE
신경계기능검사	전류인지역치(통증역치검사)	FY884	정량적각각기능검사(QST)	5,200	5,200	5,200				QST
신경계기능검사	자율신경계이상검사(기립성혈압검 사)	FY891	기립성혈압검사(Orthostatic Blood Pressure Test)	5,200	5,200	5,200				FY891
신경계기능검사	자율신경계이상검사(발살바법)	FY892	발살바법 (Valsalva Maneuver)	10,500	10,500	10,500				FY892
신경계기능검사	자율신경계이상검사(심박변이도검 사)	FY894	심박변이도검사(Heart Rate Variability test)	10,500	10,500	10,500				FY894
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도)- 불안민감척도	FY701	불안민감척도	12,000	12,000	12,000				ANXIET
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(불안척도)- 신경증불안평가	FY705	신경증불안평가	11,500	11,500	11,500				FY705
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(우울척도)- 신경증우울평가	FY713	신경증우울평가	11,500	11,500	11,500				FY713

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-이화 방어기제검사	FY737	이화방어기제검사	15,700	15,700	15,700				FY737
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국 판아이젠크성격검사	FY738	한국판아이젠크성격검사	15,700	15,700	15,700				FY738
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국 판성격평가척도(KPAI)	FY739	한국판성격평가척도(KPAI)	42,000	42,000	42,000				FY739
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국 판성격평가척도(KPAI)		실어증검사-신경언어장애선별검사(STAND)	64,000	64,000	64,000			웨스턴실어증검사기준외비급여	FZ042
신경계기능검사	증상 및 행동 평가 척도(기타)-한국 판성격평가척도(KPAI)		실어증검사: SNSB동시검사-신경언어장애선별검사(STAND)	35,000	35,000	35,000			웨스턴실어증검사기준외비급여	FZ042S
신경계기능검사	신경인지기능검사-지각 및 시공간 능력검사-인식력검사[시각]	FZ431	시지각능력평가	27,000	27,000	27,000				FZ051
신경계기능검사	족부수분검사	FZ715	족부수분검사(소요재료포함)	66,000	66,000	66,000				FZ715
평형 및 청각기능검사	비디오전기안진검사	FZ733	비디오전기안진검사 VIDEO-NYSTAGMOGRAPHY	199,000	199,000	199,000				FZ733
평형 및 청각기능검사	비디오전기안진검사	FZ733	비디오전기안진검사(자발,주시+두위및두위변환+두진후안진검사)	102,000	102,000	102,000				FZ733A
평형 및 청각기능검사	비디오전기안진검사	FZ733	비디오전기안진검사(시운동성및시운동후검사+급속안구운동+시표 추적검사)	102,000	102,000	102,000				FZ733B
내분비기능검사	연속혈당측정검사	FZ811	연속혈당측정검사	75,000	75,000	75,000			기준외비급여	FZ811
외피, 근골기능검사	동작분석(생역학검사)	EZ774	동작보행분석(BIOMECHANICAL MOTION ANALYSIS)	75,000	75,000	75,000				EZ774
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	전신체열촬영 EZ776	78,000	78,000	78,000				DIT1
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(전신)	78,000	78,000	78,000				DIT12
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(척추)	37,000	37,000	37,000				DIT13
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	DITI 추적검사(기타)	26,000	26,000	26,000				DIT14
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	상부체열촬영	37,000	37,000	37,000				DIT5
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	하부체열촬영	37,000	37,000	37,000				DIT6
외피, 근골기능검사	체온열검사	EZ776	유방체열촬영	26,000	26,000	26,000				DIT9
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	경구약물유발검사	52,000	52,000	52,000				APT
알레르기검사	주사제 약물 유발시험	EZ847	피부 약물유발 시험	52,000	52,000	52,000				PST
순환기 기능검사	동맥경화도검사(맥파전달속도측 정)	EZ868	동맥경화협착검사(ATHEROSCLEROSIS)	72,000	72,000	72,000				ATHER
순환기 기능검사	동맥경화도검사(맥파전달속도측 정)	EZ868	스트레스 동맥경화협착검사(STRESS ATHEROSCLEROSIS)	38,000	38,000	38,000				ATHERS
생식,임산,분만기능검사	자궁경부확대촬영검사	EZ886	자궁경부확대촬영(CERVICOGRAPHY)	36,000	36,000	36,000				EZ886

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			Anti-TSB(Thyroid Stimulating Blocking) Ab	280,000	280,000	280,000			국외검사(비급여)급여65720-1409호	ANTITSB
기타			(검진용)혈액점도검사	42,000	42,000	42,000				BVT
기타			C1 Inactivator Activity	110,000	110,000	110,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	C1INACTA
기타			약물검사-정성:정밀(Amphetamine)(검진용)	15,600	15,600	15,600				C450239
기타			약물검사-정성:정밀(Cannabinoid)	15,600	15,600	15,600				C450240
기타			약물검사-정성:정밀(Cocaine)	15,600	15,600	15,600				C450241
기타			약물검사-정성:정밀(Opiate)	15,600	15,600	15,600				C450242
기타			Chromosome Amniotic Fluid	492,000	492,000	492,000			국외검사(비급여)급여65720-1408호	CHROAF
기타			Coxsackie virus Group B Type5(MT)	63,000	63,000	63,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	COXB5
기타			HBV-DNA Polymerase(정량):핵의학적방법	89,000	89,000	89,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	CX743
기타			ANTI MULLERIAN HORMONE(항물란관호르몬-불임&폐경)	89,000	89,000	89,000			보험인정기준외 비급여	CZ214
기타			HVA(Homovanilic Acid)-Blood,CSF	42,000	42,000	42,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	HVA
기타			Anti Insulin Receptor Ab	487,300	487,300	487,300			국외검사(비급여)급여65720-1417호	INSUR
기타			내 몸 자세히 알기 검사	630,000	630,000	630,000				LSH
기타			여성생체나이 기본검진 및 호르몬검진	303,000	303,000	303,000				LSHF
기타			남자생체나이 기본검진 및 호르몬검진	296,000	296,000	296,000				LSHM
내시경			수면내시경(위)	87,000	87,000	87,000			동시 시행시 주된 수면관리료 100%, 2번째50%	SLEEP
내시경			수면기관지내시경	189,000	189,000	189,000			행정해석 [급여65720-483호] 수면내시경검사	SLEEPB
내시경			대장내시경(수면)	142,000	142,000	142,000			동시 시행시 주된 수면관리료 100%, 2번째50%	SLEEPC
내시경			수면경식도초음파	91,000	91,000	91,000			행정해석 [급여65720-483호] 수면내시경검사	SLEEPT
내시경			캡슐내시경검사(대장)(비급여)	350,000	350,000	350,000				EZ944B
기타			양수천자검사(의뢰)	525,000	525,000	525,000			기준외 비급여	AMNIO
기타			양수천자검사(의뢰)-직원용	420,000	420,000	420,000				AMNIOB

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			검진목적결핵반응검사 (튜베르쿨린 피피디 알티 23 에스에스아이 0.4mcg/mL, 1.5mL)	33,000	33,000	33,000			검진목적	BPPD
기타			하지교정검사(간단)	11,500	11,500	11,500			미용목적	LEGA
기타			하지교정검사(복잡)	22,000	22,000	22,000			미용목적	LEGB
기타			INBODY(비만관리)	16,000	16,000	16,000			미용목적	INB
기타			수면중음경뱀장검사	157,000	157,000	157,000				NOCT
기타			ANTHROPOMETRY	21,000	21,000	21,000				ANTHRO
기타			음경팽창검사(VISUAL SEXUAL STIMULATION)	52,000	52,000	52,000				AVSS
기타			24시간이내 활력중후 심질환 조기 위험감시(1일당)	15,700	15,700	15,700			신의료기술신청함	CARS
기타			24시간이내 활력중후 심질환 조기 위험감시(7일이후 1일당)	1,600	1,600	1,600			신의료기술신청함	CARS1
기타			심전도데이터를 활용한 인공지능기반 심기능이상 위험도 및 응급상황 정보제공	23,000	23,000	23,000			신의료기술신청함	BUDDY
기타			6시간 이내 급성 상태악화 발생위험예측:중환자실(1일당)	17,800	17,800	17,800			신의료기술신청함	AIRT
기타			URINE HCG(PREGNANCY TEST)	19,900	19,900	19,900				HCG
기타			해부병리슬라이드	13,000	13,000	13,000			타병원으로 가져가는 경우	SLIDE
기타			자궁질도말세포병리검사-검진목적	21,220	21,220	21,220			검진목적	C5920B
기타			Vitamin K	252,000	252,000	252,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	VITK
기타			RDOMS TEST(TOS 산화스트레스검사)	70,000	70,000	70,000			노화방지클리닉	RDOMS
기타			BAP TEST(TAS 항산화검사)	34,000	34,000	34,000			노화방지클리닉	BAP
기타			친자확인검사	577,000	577,000	577,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	STR
기타			VMA-정량,고성능 액체크로마토 그래피법(PLASMA)	50,000	50,000	50,000			국외검사(비급여)급여65720-1403호	VMAP
기타			선천성대사이상검사	13,630	13,630	13,630				NEO
기타			Nicotine	26,000	26,000	26,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	NICOTI
기타			Nitrazepam(Mogadon)	68,000	68,000	68,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	NITRA
기타			Anti PF4 Heparin Complex Antibody	126,000	126,000	126,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	PF4

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			SPINK1 PRSS1 MUTATION	787,000	787,000	787,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	SPINK
기타			NK 세포 활성도 검사	92,000	92,000	92,000			건강검진목적	NKC
기타			Neonatal TSH	16,140	16,140	16,140			건강검진목적(위탁관리료포함)	NTSH
기타			올리고머화 아말로이드베타 [화학발광면역측정법]	172,000	172,000	172,000			신의료기술신청함	OAB
기타			Organic Acid(건강증진(지표)기능검사)	346,000	346,000	346,000				ORGAC
기타			SLX(Sialy 1 Lex-1 Ag)	66,000	66,000	66,000			국외검사(비급여)급여65720-1411호	SLX
기타			성전파성질환(Candida species)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDA
기타			성전파성질환(Gardnerella vaginalis)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDB
기타			성전파성질환(Haemophilus ducreyi)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDC
기타			성전파성질환(HSV type 1)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDD
기타			성전파성질환(HSV type 2)	37,000	37,000	37,000			위탁관리료 별도	STDE
기타			성전파성질환(HPV screening)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDH
기타			성전파성질환(Trichomonas vaginalis)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDJ
기타			성전파성질환(Treponema pallidum)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDF
기타			성전파성질환(Condyloma(HPV)	36,000	36,000	36,000			위탁관리료 별도	STDG
기타			Trypsin	84,000	84,000	84,000			국외검사(비급여)급여65720-1410호	TRYPS
기타			alpha2-Macroglobulin	51,000	51,000	51,000			국외검사(비급여)급여65720-1404호	A2MACRO
기타			Vitamin B12 binding capacity	252,000	252,000	252,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	VB12
기타			Triple Marker(산모)	63,000	63,000	63,000				TRIPLEOB
기타			안지오텐신 II	168,000	168,000	168,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	ANGIO2
기타			모발미네랄검사	132,000	132,000	132,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	TMA
기타			헬리코박터 파이로리 우레아제 항원간이검사	66,000	66,000	66,000			신의료기술신청	HPAG
기타			(유학용)결핵반응검사	31,000	31,000	31,000			검진목적	PPDA

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			환자동의후 검진목적-골밀도검사(2부위이상)	47,220	47,220	47,220			검진목적	DBM60
기타			안구광학단층촬영(편측):비급여	40,000	40,000	40,000				OCTA
기타			안구광학단층촬영(양측):비급여	80,000	80,000	80,000				OCTB
기타			마약류검사(TBPE)	9,540	9,540	9,540			건강검진목적(위탁관리료포함)	TBPE
기타			마약선별검사6종(검진용)	45,000	45,000	45,000				DOA
기타			마약선별검사4종(검진용)	35,000	35,000	35,000				DOA4
기타			마약선별검사6종(검진용)	45,000	45,000	45,000				DOA6
기타			약물검사-ECSTASY(검진)	16,640	16,640	16,640				ECST
기타			약물검사-KETAMINE(검진)	16,640	16,640	16,640				KETAB
기타			HDV Ab,Total	300,000	300,000	300,000			국외검사(비급여)급여65720-1417호	HDV
기타			자가기록부	1,000	1,000	1,000				ECGRE
기타			약물검사-KETAMINE(검진)	16,640	16,640	16,640				KETAB
기타			위내시경수면비용(의료급여 국가암검진)보건소 지원금	50,000	50,000	50,000				SIN1
기타			대장내시경수면비용(의료급여 국가암검진)보건소 지원금	50,000	50,000	50,000				SIN2
기타			위+대장내시경수면비용(의료급여 국가암검진)보건소 지원금	100,000	100,000	100,000				SIN3
기타			정액검사(임신사전건강관리 지원검사)	30,000	30,000	30,000				E7300B
기타			Echinococcus granulosus IgG	23,620	23,620	23,620				D26424
기타			BONE AGE(LT HAND AP-INCLUDE WRIST)& 성장판 검사 및 A시상 예측	70,000	70,000	70,000				BONEA1
기타			BONE AGE(LT ELBOW AP & LAT)	70,000	70,000	70,000				BONEA2

제2-1장. 초음파 검사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			AGITATED SALINE CONTRAST ECHO	44,000	44,000	44,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ASECHO
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러	287,000	287,000	287,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D01
초음파 검사료			부분 뇌혈관 도플러	193,000	193,000	193,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D02
초음파 검사료			안와 혈관 도플러	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D03
초음파 검사료			경부 혈관 도플러(편측)	144,000	144,000	144,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D04
초음파 검사료			추적 검사Transcranial Doppler	193,000	193,000	193,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D05
초음파 검사료			말초혈관 도플러(편측)	114,000	114,000	114,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D06
초음파 검사료			족배동맥도플러	39,000	39,000	39,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D08
초음파 검사료			양측 뇌혈관 도플러(TCD MORNITORING)	327,000	327,000	327,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D09
초음파 검사료			하지혈관 도플러(PORTABLE)	31,000	31,000	31,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	D10
초음파 검사료			심장초음파	312,000	312,000	312,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ECHO
초음파 검사료			심장초음파(재시행)	217,000	217,000	217,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ECHOF
초음파 검사료			UTERUS SOUNDRY	13,900	13,900	13,900			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	SOUND
초음파 검사료			TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY	472,000	472,000	472,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	TEE
초음파 검사료			Ultrasonogram abdomen(여성생식기)	46,000	46,000	46,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAA
초음파 검사료			Ultrasonogram(OBGY)	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAB

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE)	119,000	119,000	119,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAC
초음파 검사료			3-D Ultrasonogram	107,000	107,000	107,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAD
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE) F/U	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAF
초음파 검사료			ULTRASONO URO(PROSTATE외추가KIDNEY)	38,000	38,000	38,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAK
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM)	91,000	91,000	91,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAM
초음파 검사료			ULTRASONO URO(KUB,SCROTUM) F/U	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAN
초음파 검사료			산부인과초음파(COLOR)	90,000	90,000	90,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAO
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO (진단용)	59,000	59,000	59,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAP
초음파 검사료			ULTRASONO(단순-RH)F/U	30,000	30,000	30,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRARH1
초음파 검사료			ULTRASONO(천자,주입-RH)	73,000	73,000	73,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRARH2
초음파 검사료			Ultrasonogram OBGY(S)	122,000	122,000	122,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAS
초음파 검사료			태아정밀초음파	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRAT
초음파 검사료			안초음파(양측)	71,000	71,000	71,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRB
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	154,000	154,000	154,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRBR
초음파 검사료			BREAST&THYROID SONOGRAM	217,000	217,000	217,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRBT
초음파 검사료			복부초음파(응급실용)	90,000	90,000	90,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRE
초음파 검사료			OTHERS A SONOGRAM(GS)	30,000	30,000	30,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS1
초음파 검사료			OTHERS B SONOGRAM(GS)	41,000	41,000	41,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS2
초음파 검사료			OTHERS C SONOGRAM(GS)	59,000	59,000	59,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS3

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			OTHERS D SONOGRAM(GS)	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRGS4
초음파 검사료			ULTRASONO RM(단순)	41,000	41,000	41,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMA
초음파 검사료			ULTRASONO RM(복합)	71,000	71,000	71,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMB
초음파 검사료			ULTRASONO RM(특수)	122,000	122,000	122,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMC
초음파 검사료			ULTRASONO RM(F/U)	30,000	30,000	30,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRMD
초음파 검사료			OTHERS SONOGRAM	90,000	90,000	90,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO
초음파 검사료			안구초음파	30,000	30,000	30,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO1
초음파 검사료			안와초음파	41,000	41,000	41,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO2
초음파 검사료			계측 안 초음파	74,000	74,000	74,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRO3
초음파 검사료			ULTRASONO OS(단순)	59,000	59,000	59,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROA
초음파 검사료			ULTRASONO OS(복합)	90,000	90,000	90,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROB
초음파 검사료			ULTRASONO OS(특수)	122,000	122,000	122,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROC
초음파 검사료			ULTRASONO OS (F/U)	41,000	41,000	41,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROD
초음파 검사료			안초음파(편측)	38,000	38,000	38,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTROH
초음파 검사료			THYROID GLAND SONOGRAM	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRT
초음파 검사료			F/U THYROID GLAND SONOGRAM	94,000	94,000	94,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRTF
초음파 검사료			ULTRASONO URO	228,000	228,000	228,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRU
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL)SONOGRAM	128,000	128,000	128,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRV
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	160,000	160,000	160,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	ULTRVB

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			UPPER ABDOMEN(LIVER,G.B,PANCREAS,SPLEEN)	169,000	169,000	169,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US01
초음파 검사료			PROSTATE	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US05
초음파 검사료			SCROTUM	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US06
초음파 검사료			APPENDIX	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US07
초음파 검사료			BREAST SONOGRAM	154,000	154,000	154,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US09
초음파 검사료			THYROID GLAND	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US10
초음파 검사료			PICC & CVP& SNB &ANGIO 카테터 삽입부위 위치확인	71,000	71,000	71,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US11
초음파 검사료			심혈관센터(전용) ANGIO 카테터 삽입부위 위치확인	40,800	40,800	40,800			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US11CV
초음파 검사료			CHEST ULTRASONO	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US12
초음파 검사료			혈류 및 협착 측정 동정맥루초음파	122,000	122,000	122,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US14
초음파 검사료			기타부위	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US24
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정)비뇨기과	29,500	29,500	29,500			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US25
초음파 검사료			초음파(소변잔량측정)2회이상 비뇨기과	34,600	34,600	34,600			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US25F
초음파 검사료			K.U.B	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US30
초음파 검사료			PELVIS	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US32
초음파 검사료			PENILE DOPPLER	184,000	184,000	184,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US36
초음파 검사료			NEUROSONOGRAPHY	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US38
초음파 검사료			FACE AND ORBIT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US39
초음파 검사료			NECK	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US40

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			CAROTID DOPPLER	248,000	248,000	248,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US41
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(UNILATERAL)	169,000	169,000	169,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US43
초음파 검사료			EXTREMITY ARTERY(BILATERAL)	255,000	169,000	255,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US44
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(UNILATERAL)	169,000	169,000	169,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US45
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (UNILATERAL)	169,000	169,000	169,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US45A
초음파 검사료			EXTREMITY VEIN(BILATERAL)	255,000	255,000	255,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US46
초음파 검사료			VARICOSE VEIN EXTREMITY (BILATERAL)	255,000	255,000	255,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US46B
초음파 검사료			SHOULDER BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47B
초음파 검사료			SHOULDER LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47L
초음파 검사료			SHOULDER RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US47R
초음파 검사료			ELBOW BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48B
초음파 검사료			ELBOW LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48L
초음파 검사료			ELBOW RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US48R
초음파 검사료			WRIST BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49B
초음파 검사료			WRIST LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49L
초음파 검사료			WRIST RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US49R
초음파 검사료			HAND&FINGER BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50B
초음파 검사료			HAND&FINGER LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50L
초음파 검사료			HAND&FINGER RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US50R

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			HIP BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51B
초음파 검사료			HIP LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51L
초음파 검사료			HIP RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US51R
초음파 검사료			KNEE BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52B
초음파 검사료			KNEE LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52L
초음파 검사료			KNEE RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US52R
초음파 검사료			ANKLE BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53B
초음파 검사료			ANKLE LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53L
초음파 검사료			ANKLE RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US53R
초음파 검사료			FOOT&TOE BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54B
초음파 검사료			FOOT&TOE LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54L
초음파 검사료			FOOT&TOE RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US54R
초음파 검사료			ARM BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55B
초음파 검사료			ARM LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55L
초음파 검사료			ARM RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US55R
초음파 검사료			FOREARM BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56B
초음파 검사료			FOREARM LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56L
초음파 검사료			FOREARM RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US56R
초음파 검사료			THIGH BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57B

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료			THIGH LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57L
초음파 검사료			THIGH RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US57R
초음파 검사료			LOWER LEG BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58B
초음파 검사료			LOWER LEG LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58L
초음파 검사료			LOWER LEG RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US58R
초음파 검사료			BACK BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59B
초음파 검사료			BACK LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59L
초음파 검사료			BACK RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US59R
초음파 검사료			BUTTOCK BOTH	208,000	208,000	208,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60B
초음파 검사료			BUTTOCK LEFT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60L
초음파 검사료			BUTTOCK RIGHT	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US60R
초음파 검사료			MISCELLANEOUS SONO	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US63
초음파 검사료			PTGBD SONO	154,000	154,000	154,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US71
초음파 검사료			CYSTOSTOMY SONO	57,000	57,000	57,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US73
초음파 검사료			PORTABLE	137,000	137,000	137,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US75
초음파 검사료			중뇌경두계초음파	169,000	169,000	169,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US79
초음파 검사료			중재적시술중 초음파	122,000	122,000	122,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	US80
초음파 검사료		EZ992	EUS(담관, 담낭, 췌장)초음파 내시경	374,000	374,000	374,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9921
초음파 검사료		EZ992	EUS(식도, 위, 십이지장)초음파 내시경	374,000	374,000	374,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9922

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파 검사료		EZ992	초음파내시경 세침흡입 및 조직검사(체담도)	963,000	963,000	963,000			[고시2013-144호]초음파검사세 부인정기준	EZ9923

제3장 영상진단 및 방사선 치료료

제3-1장. 초음파영상료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		FINE NEEDLE BIOPSY SONO	225,000	225,000	225,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US64
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		NEEDLE ASPIRATION SONO	225,000	225,000	225,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US65
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-두경부		Ultrasono guided Thyroid Aspiration(내과)	225,000	225,000	225,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USTHY
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-기타		INTRA VASCULAR ULTRA SOUND	343,000	343,000	343,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	IVUS
초음파영상료	초음파영상-검사 유도목적-하지		PROSTATE NEEDLE BIOPSY SONO	287,000	287,000	287,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US81
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-두경부		수술중 도플러(DOPPLER)	232,000	232,000	232,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	D11
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(3CM이하)	336,000	336,000	336,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USA
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(3CM이상~5CM미만)	501,000	501,000	501,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USB
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-체간		수술중초음파(5CM이상)	666,000	666,000	666,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USC
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO GUIDED BIOPSY SONO(GS)	225,000	225,000	225,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USIM
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		ULTRASONO URO(VAPORIZATION)	169,000	169,000	169,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	ULTRAV
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		GS용 HD CATHTER수술유도 VESSEL ULTRASOUND	122,000	122,000	122,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	US14A
초음파영상료	초음파영상-시술 유도목적-기타		진공보조 유방생검시 유도초음파	102,000	102,000	102,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	EZ987
초음파영상료	초음파영상-시술		ULTRASONO HEMATOMA(GS)	134,000	134,000	134,000	미포함		급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	USHT

3-2장. 자기공명영상진단료(MRI)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR01
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI ROUTINE	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR01N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA(CE)-조영제사용	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA(CE)-조영제사용	1,191,000	1,191,000	1,191,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR021
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA	1,076,000	1,076,000	1,076,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR021N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,419,000	1,419,000	1,419,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02ADP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+ICA+DIFFUSION+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,702,000	1,702,000	1,702,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02AIP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,279,000	1,279,000	1,279,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02AP
뇌[뇌, 해마]			Brain MRA+ICA+B-MRI+Diffusion+Perfusion-조영제주입	1,927,000	1,927,000	1,927,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02APF
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA	1,076,000	1,076,000	1,076,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR02N
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR03
뇌[뇌, 해마]			SELLA MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR03N
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR04
뇌[뇌, 해마]			HIPPOCAMPUS MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR04N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN DIFFUSION MRI	512,000	512,000	512,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR121
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA(ARTERY)	735,000	735,000	735,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR122

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA(CE)-조영제사용(ARTERY&VEIN)	848,000	848,000	848,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR122N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION(CE)-조영제 사용	1,068,000	1,068,000	1,068,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR123
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR123N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+DIFFUSION+FLAIR	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR124
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,020,000	1,020,000	1,020,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125
뇌[뇌, 해마]			Brain MRI+Diffusion+Perfusion-조영제주입	1,133,000	1,133,000	1,133,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125DP
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+DIFFUSION	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR125N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,467,000	1,467,000	1,467,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR126
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRI+MRA+DIFFUSION	1,449,000	1,449,000	1,449,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR126N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN CISS MRI	368,000	368,000	368,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127
뇌[뇌, 해마]			WITH BRAIN CISS MRI(동시 촬영)	227,000	227,000	227,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127W
뇌[뇌, 해마]			BRAIN PERFUSION MRI(CE)	677,000	677,000	677,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR129
뇌[뇌, 해마]			기타MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR130
뇌[뇌, 해마]			기타MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR130N
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR133
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA-조영제사용	1,200,000	1,200,000	1,200,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR133D
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	1,076,000	1,076,000	1,076,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR134
뇌[뇌, 해마]			BRAIN MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION-조영제사용	1,214,000	1,214,000	1,214,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR134D
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION(CE)-조영제사용	1,540,000	1,540,000	1,540,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION	1,449,000	1,449,000	1,449,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135N
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA+PERFUSION(CE)-조영제사용	1,666,000	1,666,000	1,666,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR135P
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA(CE)-조영제사용	1,231,000	1,231,000	1,231,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR136
뇌[뇌, 해마]			B.MRI+B.MRA+CAROTID MRA	1,094,000	1,094,000	1,094,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR136N
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR	1,076,000	1,076,000	1,076,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR137
뇌[뇌, 해마]			B.MRA+CAROTID MRA+DIFFUSION+FLAIR-조영제사용	1,214,000	1,214,000	1,214,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR137D
뇌[뇌, 해마]			자기공명혈관조영 영상을 활용한 인공지능기반 뇌동맥류 검출	18,100	18,100	18,100			혁신의료기술-비급여등재	TX000
두경부			NECK(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR128
두경부			NECK	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR128N
두경부			CAROTID MRA(CE)-조영제사용	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138
두경부			CAROTID MRA+DIFFUSION	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138D
두경부			CAROTID MRA	735,000	735,000	735,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR138N
두경부			TEMPORAL BONE MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05
두경부			Cholesteatoma MRI(CE)--조영제사용	958,000	958,000	958,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05C
두경부			TEMPORAL BONE MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05N
두경부			Cholesteatoma MRI	856,000	856,000	856,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR05NC
두경부			ORBIT MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06
두경부			FACE MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06F
두경부			FACE MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06FN

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
두경부			ORBIT MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR06N
두경부			TM JOINT MRI(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR07
두경부			TM JOINT MRI	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR07N
두경부			MRI PNS(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR08
두경부			MRI PNS	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR08N
척추			MRI C-SPINE(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40
척추			MRI C-SPINE(FORAMEN VIEW)(CE)-조영제사용	976,000	976,000	976,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40F
척추			MRI C-SPINE	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40N
척추			MRI C-SPINE(FORAMEN VIEW)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR40NF
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위)(CE)-조영제사용	1,408,000	1,408,000	1,408,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR41
척추			MRI CERVICAL+THORACIC SPINE(2부위)	1,361,000	1,361,000	1,361,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR41N
척추			MRI T-SPINE(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR42
척추			MRI T-SPINE	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR42N
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위)(CE)-조영제사용	1,408,000	1,408,000	1,408,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR43
척추			MRI THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(2부위)	1,361,000	1,361,000	1,361,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR43N
척추			MRI LUMBAR SPINE(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR44
척추			MRI LUMBAR SPINE	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR44N
척추			MRI SACRUM(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR45
척추			MRI SACRUM	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR45N

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
척추			POST OP MRI(수술후1주일이내)	253,000	253,000	253,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR48
척추			동시촬영WHOLE SPINE ONLY SAGITTAL MRI	117,000	117,000	117,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR48W
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위):조영제 사용	1,879,000	1,879,000	1,879,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR49
척추			MRI CERVICAL+THORACIC+LUMBOSACRAL SPINE(3부위)	1,728,000	1,728,000	1,728,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR49N
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위)(CE)	1,408,000	1,408,000	1,408,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR87
척추			MRI CERVICAL+LUMBOSACRAL(2부위)	1,361,000	1,361,000	1,361,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR87N
근골격계			MRI SHOULDER LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50L
근골격계			MRI SHOULDER LEFT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50LN
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50R
근골격계			MRI SHOULDER RIGHT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR50RN
근골격계			MRI HUMERUS LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51L
근골격계			MRI HUMERUS LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51LN
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51R
근골격계			MRI HUMERUS RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR51RN
근골격계			MRI ELBOW LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52L
근골격계			MRI ELBOW LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52LN
근골격계			MRI ELBOW RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52R
근골격계			MRI ELBOW RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR52RN
근골격계			MRI FOREARM LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53L

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MRI FOREARM LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53LN
근골격계			MRI FOREARM RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53R
근골격계			MRI FOREARM RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR53RN
근골격계			Wrist MRI+ARTHOGRAM	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54A
근골격계			MRI WRIST LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54L
근골격계			MRI WRIST LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54LN
근골격계			MRI WRIST RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54R
근골격계			MRI WRIST RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR54RN
근골격계			MRI HAND LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55L
근골격계			MRI HAND LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55LN
근골격계			MRI HAND RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55R
근골격계			MRI HAND RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR55RN
근골격계			MRI HIP JOINT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR56
근골격계			MRI HIP JOINT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR56N
근골격계			MRI THIGH LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57L
근골격계			MRI THIGH LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57LN
근골격계			MRI THIGH RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57R
근골격계			MRI THIGH RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR57RN
근골격계			MRI KNEE LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58L

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MRI KNEE LEFT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58LN
근골격계			MRI KNEE RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58R
근골격계			MRI KNEE RIGHT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR58RN
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59L
근골격계			MRI LT LOWER EXTREMITY	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59LN
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59R
근골격계			MRI RT LOWER EXTREMITY	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR59RN
근골격계			MRI ANKLE LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60L
근골격계			MRI ANKLE LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60LN
근골격계			MRI ANKLE RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60R
근골격계			MRI ANKLE RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR60RN
근골격계			MRI FOOT LEFT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61L
근골격계			MRI FOOT LEFT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61LN
근골격계			MRI FOOT RIGHT(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61R
근골격계			MRI FOOT RIGHT	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR61RN
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER LEFT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR62LA
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR SHOULDER RIGHT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR62RA
근골격계			MR ARTHROGRAM +MR KNEE LEFT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR63LA
근골격계			MR ARTHROGRAM+MR KNEE RIGHT	905,000	905,000	905,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR63RA

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골격계			MRI SACROILIAC(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR80
근골격계			MRI SACROILIAC	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR80N
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR81
근골격계			MRI UPPER EXTREMITY	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR81N
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127L
흉부			BRACHIAL PLEXUS Lt	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127LN
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127R
흉부			BRACHIAL PLEXUS Rt	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR127RN
흉부			BREST(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR15
흉부			MRI BREST	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR15N
흉부			MRI CHEST(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR16
흉부			MRI CHEST	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR16N
흉부			MRI HEART	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17
흉부			MRI HEART(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17C
흉부			MRI HEART ISCHEMIA(CE)	1,058,000	1,058,000	1,058,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR17S
흉부			CORONARY MRA(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR18
흉부			CORONARY MRA	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR18N
복부			Cholangiogram MRI-조영제주입	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MRCP
복부			Cholangiogram MRI-조영제주입(프리모비스트주사)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MRCPP

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
부분			MRI ABDOMEN(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR20
부분			MRI ABDOMEN	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR20N
부분			MRI PELVIS(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR30
부분			MRI PELVIS	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR30N
부분			MRI PROSTATE(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR31
부분			MRI PROSTATE	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR31N
부분			MRI KIDNEY OR ADRENAL(CE)-조영제사용	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR32
부분			MRI KIDNEY & ADRENAL	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR32N
부분			MRI PANCREAS(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR79
부분			MRI PANCREAS	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR79N
부분			MRI PENILE & SCROTUM(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR82
부분			MRI PENILE & SCROTUM	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR82N
부분			MRI LIVER(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83
부분			MRI LIVER	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83N
부분			MRI LIVER(CE)(프리모비스트주사)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR83P
부분			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM(CE)	1,214,000	1,214,000	1,214,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR84
부분			MRI LIVER +CHOLANGIOGRAM(CE)(프리모비스트주사)	1,214,000	1,214,000	1,214,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR84P
부분			ABDOMINAL MRA(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR85
부분			ABDOMINAL MRA	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR85N

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
특수검사			MR SPECTROSCOPY	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR71
특수검사			MR FUNCTIONAL	978,000	978,000	978,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR72
특수검사			MR CHOLANGIOGRAPHY	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR73
특수검사			MR MYELOGRAPHY	645,000	645,000	645,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR74
특수검사			MR DYNAMIC	645,000	645,000	645,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR75
특수검사			MR CINE	839,000	839,000	839,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR76
전신			MRI WHOLE BODY(CE)	1,547,000	1,547,000	1,547,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR78
전신			MRI WHOLE BODY	1,044,000	1,044,000	1,044,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR78N
혈관			EXTREMITY MRA(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR86
혈관			EXTREMITY MRA	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR86N
혈관			THORACIC MRA	818,000	818,000	818,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR21
혈관			THORACIC MRA(CE)	937,000	937,000	937,000			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	MR21C
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Cervical MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1091
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Thoracic MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1101
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-Lumbosacral spine MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1110
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-C-T-L spine MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1110G
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Myelogram MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1121
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-shoulder MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1150
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Elbow MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1161

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Wrist MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1171
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Hip MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1181
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Sacroiliac MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1191
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-KNEE MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1200
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-ANKLE MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1210
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Upper Extremity MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1221
기타	자기공명영상-외부필름판독		타원필름판독료-Lower Extremity MRI	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1230
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Extremity MRA	72,670	72,670	72,670			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HE1391
기타	자기공명영상-외부필름판독		타병원필름판독-Whole Spine MRI	136,340	136,340	136,340			급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여	HJ613

제5장 주사료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
주사료	알레르겐 면역요법	KZ001	주사료(알레르겐 면역요법)	1,480	1,480	1,480				AIMMU
주사료			영양제수액수기료	30,000	30,000	30,000				INFU
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 한부위	22,000	22,000	22,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSA
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation): 두부위이상	44,000	44,000	44,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSB
주사료			IMS(Intramuscular Stimulation):Round needle	105,000	105,000	105,000	포함	포함	신의료기술신청함	IMSC

제6장 마취료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
마취료	전신마취 중 ANI감시	ANI	전신마취 중 ANI감시	32,000	32,000	32,000				LZ001

제7장 이학요법료(물리치료료)

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(읽기,말하기검사)	24,700	24,700	24,700				SLEA1
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(듣고 이해하기,쓰기검사)	24,700	24,700	24,700				SLEA2
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-실어증(유창성 검사:K-BNT)	24,700	24,700	24,700				SLEA3
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애평가-구어실행증 검사(APRAXIA OF SPEECH)	24,700	24,700	24,700				SLEA4
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-공명음성검사	24,700	24,700	24,700				SLEB1
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-조음맞춤운검사	24,700	24,700	24,700				SLEB2
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-구강기능검사	24,700	24,700	24,700				SLEB3
물리치료료	언어치료	MZ006	마비성구어장애평가-실어증 선별검사	24,700	24,700	24,700				SLEB4
물리치료료	언어치료	MZ006	성인/아동 장애 진단용 평가	156,000	156,000	156,000				SLEC
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애평가	77,000	77,000	77,000				SLED
물리치료료	언어치료	MZ006	언어장애평가	77,000	77,000	77,000				SLEE
물리치료료	언어치료	MZ006	성인청력선별평가	36,000	36,000	36,000				SLEF1
물리치료료	언어치료	MZ006	소아청력선별평가	36,000	36,000	36,000				SLEF2
물리치료료	언어치료	MZ006	성인신경언어장애 치료	56,000	56,000	56,000				SLTA
물리치료료	언어치료	MZ006	발달(소아)신경언어장애 치료	51,000	51,000	51,000				SLTB
물리치료료	언어치료	MZ006	음향학적 치료	17,800	17,800	17,800				SLTC

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
물리치료료	언어치료	MZ006	그룹치료	33,000	33,000	33,000				SLTD
물리치료료	전산화인지재활치료[주의.구역]	MZ009	인지치료(전산화인지재활치료(주의.구역)	49,000	49,000	49,000				INT
물리치료료	전산화인지재활치료[주의.구역]	MZ009	인지치료평가(전산화인지재활치료(주의.구역)	49,000	49,000	49,000				INTE
물리치료료	전산화인지재활치료[주의.구역]	MZ009	인지기능치료	78,000	78,000	78,000				INTF
물리치료료	전산화인지재활치료[주의.구역]	MZ009	CIT-SB (인지중재치료:슈퍼브레인)	123,000	123,000	123,000			신의료기술 신청함	CIT
물리치료료	신장분사치료	MZ007	신장분사치료(극저온치료기)	25,700	25,700	25,700				MZ007
물리치료료	비침습적 무통증 신호요법	MZ012	비침습적 무통증 신호요법	114,000	114,000	114,000				MZ012
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료(정형계ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	90,000	90,000	90,000				MX122
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료A(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	129,000	129,000	129,000				MX122A
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료B(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	208,000	208,000	208,000			1일 2회제공 선수용	MX122B
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)+체외충격 파치료(ESWT)	168,000	168,000	168,000			2000타+ESWT10분내외 적용)	MX122C
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	골프재활스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	181,000	181,000	181,000				MX122D
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	골프스포츠재활도수치료(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)+체외 충격파치료(ESWT)	218,000	218,000	218,000				MX122E
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료C(ELECTRICALNERVE MANUAL THERAPY):전기신경치 료+도수치료	129,000	129,000	129,000				MX122EN
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	스포츠재활도수치료(HOME PROGRAM TEACHING)	74,000	74,000	74,000				MX122ET
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	안면도수치료	57,000	57,000	57,000				MX122F
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료A(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	81,000	81,000	81,000				MX122NA
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료B(ORTHOPEdic MANUAL THERAPY)	153,000	153,000	153,000				MX122NB
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료+비침습적무통증 신호요법	142,000	142,000	142,000				MX122PJ

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료(ORTHOPEDIC MANUAL THERAPY)	57,000	57,000	57,000				MX122S
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료+CPM	71,000	71,000	71,000				MX122SA
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료+신장분사	71,000	71,000	71,000				MX122SB
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	단순도수치료(P-BAR WALKING)	57,000	57,000	57,000				MX122SP
물리치료료	도수치료 [1일당]	MX122	전문도수치료(소아사경)	55,000	55,000	55,000				MX122T
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(간단)PROLOTHERAPY-사지관절부위	110,000	110,000	110,000				BB207A
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(간단) PROLOTHERAPY-척추부위	110,000	110,000	110,000				BB207B
물리치료료	증식치료(사지관절부위)	MY142	증식치료(복잡)PROLOTHERAPY-사지관절부위	220,000	220,000	220,000				BB207C
물리치료료	증식치료(척추부위)	MY143	증식치료(복잡) PROLOTHERAPY-척추부위	220,000	220,000	220,000				BB207D
물리치료료	체외자기장 요실금치료 [1일당]	MX033	체외자기장 요실금치료 1회	11,000	11,000	11,000				EMI1
물리치료료			체성분분석(INBODY):근감소증 부위별 다주파수 임피던스 분석법 이용	30,000	30,000	30,000				MXINB
물리치료료			순차적 4채널을 이용한 연하장애삼킴 기능전기자극치료	61,000	61,000	61,000			신의료기술 신청함	RSST
물리치료료			기공요법1회(건강증진목적)	8,400	8,400	8,400			건강증진목적	MM602
물리치료료			파킨슨기공요법1(건강증진목적)	42,000	42,000	42,000			건강증진목적	MM605
물리치료료			파킨슨기공요법3(건강증진목적)	126,000	126,000	126,000			건강증진목적	MM606

제9장 처치 및 수술료 등

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
근골	추간판내 고주파 열치료술	SZ083	고주파 수핵 감압술(추간판내 고주파열치료술)	1,785,000	1,785,000	1,785,000				SZ083
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(체외충격파치료-근골격계질환)	142,000	142,000	142,000				SZ084
근골	체외충격파치료[근골격계질환]	SZ084	EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE THERAPY(20분이내)(체외충격파치료-근골격계질환)	78,000	78,000	78,000				SZ084A
근골	연골결손 환자에서의 자가 골주 출기세포 치료술 (동 행위를 위해 실시한 골수천자)	SZ085	자가골수 출기세포 치료(연골결손)	1,260,000	1,260,000	1,260,000				SZ085
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(양측)GREAT STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	2,200,000	2,200,000	2,200,000	미포함			GSVB
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(편측)GREAT STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	1,100,000	1,100,000	1,100,000	미포함			GSVS
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(양측)SMALL STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	1,050,000	1,050,000	1,050,000	미포함			LSVB
순환기	레이저정맥폐쇄술[유도료 포함]	OZ304	(편측)SMALL STAPHENOUS VEIN LASER TREATMENT(재료대포함)	525,000	525,000	525,000	미포함			LSVS
순환기	경피적 기계화학 정맥폐쇄술	OZ308	GSV 경피적 기계화학 정맥폐쇄술(MOCA using Clarivein)	1,100,000	1,100,000	1,100,000	미포함	미포함		OZ308G
순환기	경피적 기계화학 정맥폐쇄술	OZ308	LSV 경피적 기계화학 정맥폐쇄술(MOCA using Clarivein)	525,000	525,000	525,000	미포함	미포함		OZ308L
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305	초음파 유도하 혈관경화요법(3부위 이하)	250,000	250,000	250,000	미포함	미포함		OZ305
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305A	초음파 유도하 혈관경화요법(4부위 이상)	350,000	350,000	350,000	미포함	미포함		OZ305A
순환기	초음파 유도하 혈관경화요법	OZ305B	수술후 초음파 유도하 혈관경화요법	100,000	100,000	100,000	미포함	미포함		OZ305B
순환기	고주파정맥내막폐쇄술[유도료 포함]-교동정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	OY202	고주파정맥내막폐쇄술-GSV 1개	1,200,000	1,200,000	1,200,000	미포함	미포함		OY202
순환기	고주파정맥내막폐쇄술[유도료 포함]-교동정맥결찰술을 동반하지 않은 경우	OY202A	고주파정맥내막폐쇄술-SSV 1개	800,000	800,000	800,000	미포함	미포함		OY202A
직장 및 항문	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ492	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER단독으로 수술하는 경우)	344,000	344,000	344,000	미포함	미포함		HEMOAI

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
비뇨기	초음파 유도하 치핵동맥결찰술	QZ493	LASER TREATMENT HEMORRHOIDECTOMY(LASER병용으로 수술하는 경우)	187,000	187,000	187,000	미포함	미포함		HEMOBI
여성생식기, 임신과 분만	고주파 자궁근종용해술	RZ564	Radiofrequency Myolysis Ablation	483,200	483,200	483,200	미포함	미포함		R4122R
신경	내시경적 경막외강 신경근성형술	SZ631	내시경적 경막외강 신경근성형술: EEN	1,995,000	1,995,000	1,995,000	미포함			SZ631
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	1,102,000	1,102,000	1,102,000	미포함			SZ634
신경	경피적 경막외강 신경성형술	SZ641	경피적 풍선확장 경막외강 신경성형술(BALLOON PEN:SPINUT-H)	1,828,000	1,828,000	1,828,000	미포함			SZ641
신경	경피적 풍선확장 경막외강 유착박리술	SZ641	경피적 풍선확장 경막외강 유착박리술	1,659,000	1,659,000	1,659,000	미포함			SZO641
기타	경두개자기자극술	QZ962	경두개 자기자극술(TMS:TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION)	92,000	92,000	92,000				QZ962
기타			PESSARY RING삽입(재료대포함):피임목적	262,000	262,000	262,000				PESSARY
기타			보톡스주사비급여시술료A(RM)	64,000	64,000	64,000				RBOTA
기타			보톡스주사비급여시술료B(RM)	92,000	92,000	92,000				RBOTB
기타			보톡스주사시술료--Chronic hemifacial spasm(G51.3)	55,000	55,000	55,000				BOTA
기타			보톡스주사시술료--Blepharospasm(G24.5)	72,000	72,000	72,000				BOTB
기타			보톡스주사시술료--만성편두통	231,000	231,000	231,000				BOTC
기타			피부미용 나보타주사 시술료(ENT)	63,000	63,000	63,000				BOTE
기타			신경인성 배뇨근 보톡스주사시술료	330,000	330,000	330,000				BOTU
기타			대장세척	73,000	73,000	73,000				COLON
기타			카보젝트 치료료	10,500	10,500	10,500				CVT
기타			인공고환이식술	420,000	420,000	420,000				TESTIS
기타			난관결찰술 (비급여)	1,102,000	1,102,000	1,102,000				TUBALL

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	500,000	500,000	500,000				VASEC
기타			정관절제술 또는 결찰술(비급여)	400,000	400,000	400,000				VASEC1
기타			자궁내장치삽입(IUD)-비급여	52,000	52,000	52,000				IUD
기타			음경성형술(PENOPLASTY)	1,000,000	1,000,000	1,000,000				PENIS
기타			음경보형물제거술(RING)	525,000	525,000	525,000				PENIR
기타			음경보형물제거술(RING)	1,200,000	1,200,000	1,200,000				PENIR1
기타			음경보형물제거술	840,000	840,000	840,000				PENIST
기타			PERINEOPLASTY(OBGY)	840,000	840,000	840,000				PERINP
기타			유방성형술(breat plasty)	525,000	525,000	525,000				N7134B
기타			DOSAL NEUROTOMY	600,000	600,000	600,000				NEURO
기타			액취증성형술A	315,000	315,000	315,000				N0190B3
기타			액취증성형술B	420,000	420,000	420,000				N0190B4
기타			액취증성형술C	525,000	525,000	525,000				N0190B5
기타			CIRCUMCISION(소)	275,000	275,000	275,000				CIR
기타			CIRCUMCISION(대)	400,000	400,000	400,000				CIRL
기타			CIRCUMCISION	300,000	300,000	300,000				CIRS
기타			질성형술(OBGY)	750,000	750,000	750,000				COLP
기타			질성형술(URO)	1,050,000	1,050,000	1,050,000				COLPU
기타			DORSAL SLIT	84,000	84,000	84,000				DOS

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			DORSAL SLIT(대)	200,000	200,000	200,000				DOSA
기타			DREAMCORE VAGINA BAND	1,500,000	1,500,000	1,500,000				DREAM
기타			VABE(진공흡입 보조 유방절제술)(2CM 미만)	1,000,000	1,000,000	1,000,000			신의료기술 신청함	ENCOA
기타			VABE(진공흡입 보조 유방절제술)(3CM 미만)	1,200,000	1,200,000	1,200,000			신의료기술 신청함	ENCOB
기타			VABE(진공흡입 보조 유방절제술)(3CM 이상)	1,500,000	1,500,000	1,500,000			신의료기술 신청함	ENCOC
기타			VABE(진공흡입 보조 유방절제술)(4CM 이상)	1,800,000	1,800,000	1,800,000			신의료기술 신청함	ENCOD
기타			VABE(진공흡입 보조 유방절제술)(추가1개당)	400,000	400,000	400,000			신의료기술 신청함	ENCOE
기타			수면중무호흡증후군수술A(구개인두성형)	945,000	945,000	945,000				LAUPA
기타			수면중무호흡증후군수술B(구개인두성형)	735,000	735,000	735,000				LAUPB
기타			수면중무호흡증후군수술C(구개인두성형)	525,000	525,000	525,000				LAUPC
기타			수면중무호흡증후군수술D(구개인두성형)	840,000	840,000	840,000				LAUPD
기타			피부성형목적 레이저시술A(점제거)	52,000	52,000	52,000				LASEA
기타			피부성형목적 레이저시술B(점제거)	105,000	105,000	105,000				LASEB
기타			LABIOPLASTY(OBGY)(편측)	750,000	750,000	750,000				LABIO
기타			LABIOPLASTY(OBGY)(양측)	1,000,000	1,000,000	1,000,000				LABIOB
기타			LABIOPLASTY&CLITOROPLASTY(OBGY)(양측)	1,050,000	1,050,000	1,050,000				LABIOC
기타			CLITOROPLASTY(OBGY)	750,000	750,000	750,000				LABIOD
기타			코메돈(여드름치료) 1개당	3,100	3,100	3,100				ACNE
기타			안검수술양안(성형목적)	1,260,000	1,260,000	1,260,000				BLEPHAB

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			안검수술단안(성형목적)	630,000	630,000	630,000				BLEPHAU
기타			피부성형술A	105,000	105,000	105,000				PLASTYA
기타			피부성형술B	315,000	315,000	315,000				PLASTYB
기타			코성형술(palatopharyngoplasty)	1,575,000	1,575,000	1,575,000				Q2196B
기타			레이저 결막모반제거술(미용목적)	105,000	105,000	105,000				LCN
기타			안과 지방종제거술 (성형&미용목적)	210,000	210,000	210,000				LIPOE
기타			극돌기간 연성 고정술	735,000	735,000	735,000			신의료기술 신청함	IDS
기타			성형목적-외성기종양적출술(양성인것)	210,000	210,000	210,000				R4001A
기타			성형목적-외성기종양적출술(재수술)	157,000	157,000	157,000				R4001B
기타			이식형결찰사를 이용한 전립선 결찰술(프로게이터)	2,100,000	2,100,000	2,100,000				RZ515
기타			결막레이저시술(미용목적)	5,000	5,000	5,000				ZCONL
기타			가온가습고유량비강캐놀라요법(1일당):PB용	40,000	40,000	40,000			신의료기술 신청함	OPT

기타

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			종합건진료 차감액(부부,직원소개)	20,000	20,000	20,000				AH20
기타			숙박종합건진180	1,800,000	1,800,000	1,800,000				AH31
기타			숙박종합건진200	2,000,000	2,000,000	2,000,000				AH32
기타			일반건진료	20,000	20,000	20,000				AH73
기타			종합건진료(열지그룹)여	390,000	390,000	390,000				AHLGFA
기타			종합건진료(열지그룹)남	857,000	857,000	857,000				AHLGM
기타			생체나이검사(업체검진시 원하는 경우)	30,000	30,000	30,000				BC30A
기타			가족등록비	30,000	30,000	30,000				FMR
기타			가족등록 FILE	5,000	5,000	5,000				FMRX
기타			건진부인암센터등록	20,000	20,000	20,000				GYCAR
기타			체육특기생선발(축구)	45,000	45,000	45,000				ZZA4142
기타			체육특기생선발(야구,볼링,배드민턴)	54,000	54,000	54,000				ZZA4143
기타			전화료	50	50	50				YL002
기타			CD저장(진료기록영상)	10,000	10,000	10,000				ZBCD
			전자파일(오디오,비디오자료) 시청,청취(1편)	1,500	1,500	1,500				ZCTV1
			전자파일(오디오,비디오자료) 시청,청취(1편)-30분초과 10분마다	500	500	500				ZCTV2

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			전자파일(오디오,비디오자료) 복제-1GB마다	800	800	800				ZCTV3
기타			빈소사용료 일반실(1일당)	80,000	80,000	80,000				ZDK
기타			DVD 저장(진료기록영상)	20,000	20,000	20,000				ZDVD
기타			FILM 저장(진료기록영상)	5,000	5,000	5,000				ZFIL
기타			의무기록복사료1~5장까지(1매당)	1,000	1,000	1,000				ZMRL5
기타			의무기록복사료1장당(6장부터)(1매당)	100	100	100				ZMRL
기타			진료비세부산정내역서 추가발행료1~5장까지(1매당)	1,000	1,000	1,000				ZMR5
기타			진료비세부산정내역서 추가발행료1장당(6장부터)(1매당)	100	100	100				ZMR6
기타			계약처 건강진단검사료(호민생활관입사용)	15,000	15,000	15,000				ZZA12B
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대간호학실습)	25,000	25,000	25,000				ZZA12C
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대실습)	30,000	30,000	30,000				ZZA12D
기타			계약처 건강진단검사료	25,000	25,000	25,000				ZZA12E
기타			계약처 건강진단검사료(방사선작업종사 자):Hemoglobin,WBC,Platelet	15,000	15,000	15,000				ZZA12F
기타			계약처 건강진단검사료(일반노검사포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA12G
기타			계약처 특수건강진단검사료(일반건강진단+CBC,UA,RPR검사추가)	40,000	40,000	40,000				ZZA12H
기타			계약처 감염여부검사료 및 확인서(부산여대간호학과실습생)	90,000	90,000	90,000				ZZA12I
기타			계약처 감염여부검사료 및 확인서(동의과학대간호학과실습생)	130,000	130,000	130,000				ZZA12J
기타			계약처 감염여부검사료 및 추가실습용건강진단서(동의과학대간호 학과4학년)	100,000	100,000	100,000				ZZA12K
기타			계약처 건강진단검사료(임상간호실습생)	200,000	200,000	200,000				ZZA12L

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			계약처 건강진단검사료(동의과학대응급구조학과실습생)	90,000	90,000	90,000				ZZA12M
기타			계약처 건강진단검사료(홍부X-선및노검사포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA12N
기타			계약처 건강진단검사료(조리,이미용 등)	45,000	45,000	45,000				ZZA12O
기타			해상선원 일반건강진단검사료	30,000	30,000	30,000				ZZA12P
기타			해상선원 특수건강진단검사료	35,000	35,000	35,000				ZZA12Q
기타			계약처 유학용건강진단검사료(동의학생)	45,000	45,000	45,000				ZZA13D
기타			해외취업용건강진단검사료(진단서포함)	30,000	30,000	30,000				ZZA14
기타			잠복결핵검진검사(IGRA검사+CHEST PA)	80,000	80,000	80,000				ZZB16H
기타			QuantIFERON-TB(채용시 IGRA검사만 추가)	70,000	70,000	70,000				ZZB16VG
기타			채용신검직원용(IGRA검사)	60,000	60,000	60,000				ZZB16VI
기타			계약처 채용신검이마트용검사료(EKG추가)	35,000	35,000	35,000				ZZB19
기타			외국인채용신검검사료(검사비포함)	110,000	110,000	110,000				ZZB21
기타			운수종사자 의료적성검사	60,000	60,000	60,000				ZZB23
기타			위생분야종사자건강진(요식업)	20,000	20,000	20,000				ZZJ5B
기타			앰블란스사용료(10KM까지)	20,000	20,000	20,000				BAMB
기타			앰블란스10KM추가 1KM당	1,000	1,000	1,000				BAMB1
기타			공무원 채용 검진료	50,000	50,000	50,000				BODY
기타			외국인기타비용	1,000	1,000	1,000				FRN
기타			사후처리	18,000	18,000	18,000				TA8260

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			금연성공여부 판정비용	10,960	10,960	10,960				ZDM2
기타			자궁경부암 예방접종 비용지원	19,610	19,610	19,610				ZDM3
기타			약물및독물선별검사(마약류)-신검용	10,650	10,650	10,650				B3349
기타			신검검사비용	1,000	1,000	1,000				SING
기타			비급여식대(보호자특식식대)	12,600	12,600	12,600				SIGA
기타			비급여식대(보호자식대)	8,600	8,600	8,600				SIGB
기타			일반식(밥)추가	2,100	2,100	2,100				SIGR
기타			잡곡식(밥)추가	2,300	2,300	2,300				SIGR1
기타			특식(비급여식대)	12,600	12,600	12,600				SIGV
기타			호박죽(영양죽비급여식대)	9,300	9,300	9,300				SIGV1
기타			전복죽(영양죽비급여식대)	13,200	13,200	13,200				SIGV2
기타			새알팔죽(영양죽비급여식대)	9,300	9,300	9,300				SIGV3
기타			새우살죽(영양죽비급여식대)	10,500	10,500	10,500				SIGV4
기타			꼬리곰탕(고급식비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV6
기타			고급식(비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV7
기타			약선비빔밥(고급식비급여식대)	18,900	18,900	18,900				SIGV8
기타			프로셀리프 스프레이베리어필름(장루용)(50ML)	28,000	28,000	28,000				ZPRC
기타			RELEASE ADHESIVE REMOVER(장루용)(50ML)	35,000	35,000	35,000				ZRAR
기타			OBESITY CT(비만도측정)	100,000	100,000	100,000				OBCT

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항	본원 수가코드
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부		
기타			OBESITY CT FOLLOW UP(비만도측정)	50,000	50,000	50,000				OBCTF
기타			전산화단층촬영 영상을 활용한 인공지능기반 두개내출혈 진단보조	18,100	18,100	18,100			혁신의료기술-비급여등재	TX003