

1. 행위

제1장 기본진료료

1-1 상급병실료 차액

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
상급병실료 차액	1인실	ABZ010001	일반	80,000					
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	일반	50,000					2018.06.30 종료
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	일반	30,000					2018.06.30 종료

제2장 검사료

요검사	HCG 요임신반응검사	B0260		1,870			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
미생물검사	CLO test(감진목적)	B4151		11,575			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈장단백검사	Homocysteine	CZ133		30,200			Y	Y	
내분비 검사	α-hANP	CZ195		92,830			Y	Y	
내분비 검사	성호르몬결합글로불린	CZ202		60,400			Y	Y	
내분비 검사	integrated test(임신초기1차)본인부담(PAPP-A검사)	CZ212		35,900			Y	Y	
종양표지자검사	Cyfra21-1	CZ285		45,200			Y	Y	2018.06.01 급여전환
감염증 기타검사	Influenza Ag A/B/A(H1N1)	CZ394		30,000			Y	Y	
감염증 기타검사	Rubella IgG avidity	CZ395		38,600			Y	Y	
감염증 기타검사	Strep. pneumoniae Ag	CZ398		32,400			Y	Y	
자기항체검사	Ganglioside Ab IgG panel	CZ261		39,410			Y	Y	
자기항체검사	Ganglioside Ab IgM panel	CZ262		39,410			Y	Y	
자기항체검사	Paraneoplastic Ab (혈청)	CZ422		102,000			Y	Y	
자기항체검사	Paraneoplastic Ab(뇌척수액)	CZ423		102,000			Y	Y	
자가면역질환검사	항CCP 항체	CZ432		45,200			Y	Y	
기타 특수검사	Aspergillus Ab	CZ990		80,730			Y	Y	
알레르기반응검사	Histamine	E7151		1,330			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
알레르기반응검사	Control	E7151		1,330			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
신장 및 비뇨기과 검사	Bladder scan을 이용한 방광 잔류량 측정 검사	EZ754		10,000			Y	Y	
시기능 검사	안구광학단층촬영(편측) -심사기준외시 비급여	EZ796		35,520			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
순환기 기능검사	동맥경화도검사	EZ868		40,000			Y	Y	
신경계 기능검사	SNSB(신경인지 기능검사)	FB001		238,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
신경계 기능검사	언어능력검사-웨스턴 실어증검사(비급여)	FZ423		50,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발음검사(비급여)	FZ688		30,000			Y	Y	
신경계 기능검사	발성검사(비급여)	FZ688		20,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 성인 (비급여)	FZ689		100,000			Y	Y	
신경계 기능검사	언어전반진단검사 - 소아 (비급여)	FZ689		100,000			Y	Y	

제2-1장. 초음파 검사료

초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
---------	--------------------	-------	--	--------	--	--	--	--	----------------------

분류	항 목		가격정보(단위: 원)					특이사항	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부		약제비 포함여부
초음파 검사료	(영상)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경우	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액와부 초음파	EB421		100,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)유방·액와부 제외한 흉부초음파	EB422		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-일반	EB441		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파(F/U)-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-일반	EB441		40,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-정밀	EB442		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-총수	EB443		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-소장, 대장	EB444		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-서혜부	EB445		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-직장, 항문	EB446		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)복부초음파-항문	EB447		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-신장, 부신, 방광	EB448		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-신장, 부신,	EB449		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)비뇨기계초음파-방광	EB450		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-전립선·정낭	EB451		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-전립선·정낭(trans abdomen실시)	EB452		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-음경	EB453		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)남성생식기초음파-음낭	EB454		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-손가락(편측)	EB461		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-발가락(편측)	EB462		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-주관절(편측)	EB463		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-슬관절(편측)	EB464		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-고관절(편측)	EB465		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-견관절(편측)	EB466		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-손목관절(편측)	EB467		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-발목관절(편측)	EB468		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)관절초음파-3부위 이상	EB469		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)연부조직초음파-일반	EB470		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)연부조직초음파-정밀	EB471		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)두개의 혈관 도플러초음파-경동맥	EB482		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)두개의 혈관 도플러초음파-기타동맥	EB483		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-상지-동맥	EB484		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-상지-정맥	EB485		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-동정맥류의 혈류 및 협착 측정	EB486		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지-동맥	EB487		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지-정맥	EB488		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)사지혈관 도플러 초음파-하지정맥류 검사	EB489		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(영상)대동맥 도플러초음파	EB490		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(IM)두개의 혈관 도플러초음파-경동맥	EB482		91,760					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(IM)경흉부심초음파-일반 echocardiogram	EB432		150,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ER)단일 표적 초음파-1부위(1일)	EB521		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
초음파 검사료	(ER)단일 표적 초음파-2부위 이상	EB522		40,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ER)복합 표적 초음파	EB523		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)단순초음파( II ) simple.	EB402		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-손가락(편측)	EB461		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-발가락(편측)	EB462		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-주관절(편측)	EB463		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-술관절(편측)	EB464		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-고관절(편측)	EB465		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-견관절(편측)	EB466		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-손목관절(편측)	EB467		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-발목관절(편측)	EB468		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OS)관절초음파-3부위 이상	EB469		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반	EB455		35,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반(pap sono)	EB455		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-일반(자궁내 생리식염수 주입검사)	EB456		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GY)여성생식기초음파-정밀	EB457		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)태아정밀 심초음파	EB436		230,120					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-일반	EB511		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-일반-임신여부만 확인	EB512		40,875					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-정밀	EB513		122,580					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제1삼분기-정밀-기형아를 정밀 계속한 경우	EB514		137,850					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-일반	EB515		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-일반-고위험 임신	EB516		110,838					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-정밀	EB517		208,400					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(OB)제2,3삼분기-정밀-기형아를 정밀 계속한 경우	EB518		214,075					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)단순초음파 I - ONE POINT	EB401		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-신장, 부신, 방광	EB448		70,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-신장, 부신,	EB449		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)비뇨기계초음파-방광	EB450		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)남성생식기초음파-전립선·정낭	EB451		90,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)남성생식기초음파-음경	EB453		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)남성생식기초음파-음낭	EB454		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(URO)유도초음파( II ):조직생검, 세침흡인, 시술시 간헐적 유도	EB562		110,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(RM)관절초음파-견관절(편측)	EB466		20,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(RM)단순초음파( I ) ONE POINT(M-S)	EB401		20,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)단순초음파 I - FU thyroid sono	EB401		30,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)단순초음파 I - FU breast sono	EB401		50,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외항 경부	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액와부 초음파	EB421		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유방·액와부 제외항 흉부초음파	EB422		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-일반	EB441		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항 목		가격정보(단위: 원)					특이사항	
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부		약제비 포함여부
초음파 검사료	(GS)복부초음파-간, 담낭, 담도, 비장, 췌장-정밀	EB442		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-총수	EB443		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-소장, 대장	EB444		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-서혜부	EB445		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-직장, 항문	EB446		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)복부초음파-항문	EB447		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)연부조직초음파-일반	EB470		60,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)사지혈관 도플러 초음파-하지정맥류 검사	EB489		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (기타부위) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II ((thyroid) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (breast) aspiration & Biopsy	EB562		120,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)유도초음파 II (breast) gun biopsy	EB562		160,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(GS)진공보조 유방 생검시 유도 초음파(VABB)	EZ987		300,000					비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선	EB414		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)경부초음파-갑상선·부갑상선 제외한 경우	EB415		80,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)유도초음파 II (기타부위) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(ENT)유도초음파 II ((thyroid) aspiration & Biopsy	EB562		117,000					급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
초음파 검사료	(마취과)초음파 유도하 부위 마취	EZ985		30,000					비급여

3-2장 . 자기공명영상진단료(MRI)

뇌[뇌, 해마]	뇌	HE101		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	뇌혈관	HE135		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	뇌혈관+조영제	HE135		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	경부혈관	HE136		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	경부혈관+조영제	HE236		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
혈관	뇌혈관+경부혈관+diffusion	HE135		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌 Diffusion	HE101		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+조영제+Diffusion	HE201		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+Diffusion	HE135		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제+Diffusion	HE135		700,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	뇌+뇌혈관+조영제	HE235		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
뇌[뇌, 해마]	해마	HE202		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골	HE106		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	MRI/MRA Brain+DWI+Neck MRA(조영제)	HE235		700,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	측두골+조영제	HE206		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체	HE101		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌하수체+조영제	HE201		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추	HE108		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	뇌+경추+조영제	HE208		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안와	HE105		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

구분	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
두경부	안와+조영제	HE205		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면	HE103		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	안면+조영제	HE203		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	부비동+조영제	HE204		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추	HE109		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경추+조영제	HE209		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
두경부	경부혈관+조영제	HE236		600,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추	HE110		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+조영제	HE210		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추	HE111		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	요추+조영제	HE211		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추	HE109		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+조영제	HE209		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추	HE110		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	흉추+요추+조영제	HE210		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+요추	HE110		1,000,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	경추+흉추+요추+조영제	HE210		1,100,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	MRI Whole Spine Screenig	HE210		300,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	MRI Whole Spine Screenig(L-spine 중점)	HE111		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
척추	MRI Whole Spine Screenig(C-spine 중점)	HE109		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+양측	HE115		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+양측+조영제	HE215		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절	HE115		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	견관절+조영제	HE215		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+양측	HE116		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+양측+조영제	HE216		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절	HE116		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	주관절+조영제	HE216		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	손목+양측	HE117		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	손목+양측+조영제	HE217		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	손목	HE117		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	손목+조영제	HE217		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	수관절+양측	HE117		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	수관절+양측+조영제	HE217		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	수관절	HE117		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	수관절+조영제	HE217		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	골반	HE118		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	골반+조영제	HE218		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	술관절+양측	HE120		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	술관절+양측+조영제	HE220		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	술관절	HE120		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	술관절+조영제	HE220		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골격계	발목관절+양측	HE121		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	발목관절+양측+조영제	HE221		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	발목관절-일반	HE121		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	발목관절+조영제	HE221		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	족관절+양측	HE121		760,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	족관절+양측+조영제	HE221		860,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	족관절	HE121		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	족관절+조영제	HE221		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절외 상지	HE122		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절외 상지+조영제	HE222		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절외 하지+조영제	HE223		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	관절외 하지	HE123		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
근골격계	MRI 근골격계 촬영시 관절조영 별도산정(편측)	HE142		60,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	심장	HE124		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	심장+조영제	HE224		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	흉부	HE125		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
흉부	흉부+조영제	HE225		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	유방	HE126		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	유방+조영제	HE226		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	복부	HE127		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	복부+조영제	HE227		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	골반	HE128		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	골반+조영제	HE228		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	신장 및 부신	HE130		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	신장 및 부신+조영제	HE230		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	간	HE132		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	간+조영제	HE232		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	췌담관조영술	HE133		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	췌담관조영술+조영제	HE233		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	전립선	HE134		400,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복부	전립선+조영제	HE234		500,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여
복합(여러 부위)	입원중 추적검사			200,000			Y	Y	급여 인정기준 외 실시한 경우 비급여

제5장 경구약제, 주사료

제7장 이학요법료(물리치료료)

물리치료료	중식치료(사지관절부위)	MY142		20,000			Y	Y	
물리치료료	중식치료(척추부위)	MY143		20,000			Y	Y	
물리치료료	언어치료1(1일당-비급여)	MZ006		10,000			Y	Y	
물리치료료	언어치료2(1일당-비급여)15분	MZ006		20,000			Y	Y	
물리치료료	언어치료3(1일당-비급여)30분	MZ006		30,000			Y	Y	

분류	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
물리치료료	언어치료5(1일당-비급여)45분	MZ006		50,000			Y	Y	
물리치료료	신장분사치료	MZ007		20,000			Y	Y	
물리치료료	전산화인지재활치료 10분 (주의,기억)/비급여	MZ009		10,000			Y	Y	
물리치료료	전산화인지재활치료 20분 (주의,기억)/비급여	MZ009		20,000			Y	Y	
물리치료료	전산화인지재활치료 30분 (주의,기억)/비급여	MZ009		30,000			Y	Y	
운동치료	운동치료1 (1일당)	MX122		10,000			Y	Y	
운동치료	운동치료2 (1일당), 20분	MX122		20,000			Y	Y	
운동치료	운동치료2 (1일당), 30분	MX122		30,000			Y	Y	
운동치료	운동치료5 (1일당), 45분	MX122		50,000			Y	Y	

제9장 처치 및 수술료 등

갑상선	갑상선고주파시술 A	PZ612	갑상선고주파시술 A	466,000			X	X	난이도별
갑상선	갑상선고주파시술 B	PZ612	갑상선고주파시술 B	966,000			X	X	난이도별
갑상선	갑상선고주파시술 C	PZ612	갑상선고주파시술 C	1,266,000			X	X	난이도별
유방성형	유방성형술 C		유방성형술 C	4,500,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	여성형유방수술		여성형유방수술	1,000,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 A		유방축소술 A	1,780,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 B		유방축소술 B	3,000,000			X	X	미용목적, 난이도별
유방성형	유방축소술 C		유방축소술 C	3,500,000			X	X	미용목적, 난이도별
기타성형	맘모톰시술A	CZ977	맘모톰시술A	210,000			X	X	난이도별
기타성형	맘모톰시술B	CZ977	맘모톰시술B	310,000			X	X	난이도별
기타성형	레이저수술료(하지정맥 :대)	OZ304	레이저수술료(하지정맥 :대)	900,000			X	X	미용목적, 난이도별
기타성형	레이저수술료(하지정맥 :중)	OZ304	레이저수술료(하지정맥 :중)	700,000			X	X	미용목적, 난이도별
근골	체외충격파치료	SZ084	체외충격파치료	30,000					
척추수술	경피적 경막외강 신경유착박리술(OS)	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술	500,000					재료별도
척추수술	경피적 경막외강 신경성형술(NS)	SZ634	경피적 경막외강 신경성형술(NS)	900,000					재료별도
비뇨기과 수술	포경수술	R3822	포경수술	300,000					
비뇨기과 수술	정관수술	R3896	정관수술	300,000					피임목적 비급여
비뇨기과 수술	이식형결찰사를 이용한 전립선 결찰술(Urolift)	RZ515	전립선결찰술	3,300,000					
산부인과	이쁜이수술		이쁜이수술	1,500,000					
산부인과	소음순수술		소음순수술(편측)	400,000					
산부인과	음핵수술		음핵수술	300,000					
산부인과	미래나		미래나	300,000					
기타성형	눈매 교정술(양안)		눈매 교정술(양안)	100,000					미용성형목적
기타성형	눈매 교정술(단안)		눈매 교정술(단안)	50,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(단측)		쌍꺼풀 수술(단측)	500,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(복합)		쌍꺼풀 수술(복합)-동시 수술	300,000					미용성형목적
기타성형	쌍꺼풀 수술(단순)		쌍꺼풀 수술(단순)-동시 수술	200,000					미용성형목적

제10장 치료 처치·수술료

치아질환 처치	보철물 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core		Post & core	90,000			Y	Y	
---------	--------------------------------	--	-------------	--------	--	--	---	---	--

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
치아질환 처치	보철을 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core		Para Post (B)	150,000			Y	Y	
치아질환 처치	보철을 장착을 위한 전단계로 실시하는 Post Core		Para Post (C)	128,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전		diastema resin filling	150,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전		composite resin( C )	100,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전		composite resin( B )	80,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전		composite resin	60,000			Y	Y	
충치치료료	광중합형 복합레진 충전		composite resin(소아전치)	30,000			Y	Y	
기타	치아미백(양약)		미백	350,000			Y	Y	
기타	치아미백(한약)		미백	200,000			Y	Y	
기타	실활치 미백		미백	200,000			Y	Y	
기타	Diastema resin filling		Resin 보수	150,000			Y	Y	
기타	불소도포		불소도포	4,000			Y	Y	
기타	교정발치		교정발치	50,000			Y	Y	
기타	Sealant		Sealant	25,000			Y	Y	
기타	Glass Ionomer		Glass Ionomer	20,000			Y	Y	
기타	Scaling		Scaling	50,000			Y	Y	
기타	Cr. lengthening		Cr. lengthening	80,000			Y	Y	
기타	wire temporary		wire temporary	40,000			Y	Y	
기타	Crown setting		Crown setting	10,000			Y	Y	

제18장 치과의 보철료

보철	S-S cr			80,000			Y	Y
보철	Metal Cr			220,000			Y	Y
보철	Temp denture(임시틀니)			150,000			Y	Y
보철	임시틀니			300,000			Y	Y
보철	임시틀니(부분)			100,000			Y	Y
보철	Denture relining(간접)			200,000			Y	Y
보철	틀니수리			60,000			Y	Y
치과보철료	A type Gold Cr			350,000			Y	Y
보철	티슈컨디셔닝			30,000			Y	Y
보철	틀니 칼라이닝			100,000			Y	Y
보철	임시치아			20,000			Y	Y
보철	Super Gold Cr			350,000			Y	Y
보철	Full Denture			1,100,000			Y	Y
보철	Partial Denture			1,100,000			Y	Y
보철	Pt Gold Cr			330,000			Y	Y
보철	P.F.M(도재전장관주조관-비금속)			250,000			Y	Y
보철	PFG(피에프지)			500,000			Y	Y
보철	Gold Inlay			230,000			Y	Y
보철	임플란트			1,100,000			Y	Y
보철	empress 전도재장관			500,000			Y	Y
보철	임시국소의치(1치)			50,000			Y	Y



분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
보철	Temp crown(간)임시치아			5,000			Y	Y	
보철	Denture repair(인공치1개)			10,000			Y	Y	
보철	PLV (Laminate)			400,000			Y	Y	
보철	P.F.G Collarless			370,000			Y	Y	
보철	틀니지대치 크라운			300,000			Y	Y	
보철	칼라리스크라운			300,000			Y	Y	

기타

수면내시경검사	진경내시경 환자관리료(위.대장,S상결장 중 선택)			50,000					
수면내시경검사	진경내시경 환자관리료 (위.대장 동시)			80,000					17.11.1일 적용(이전 50,000원)
기타	조직 슬라이드 추가제작 A			5,000					
기타	조직 슬라이드 추가제작 B			3,000					
기타	보호자식(1끼)			5,060					
기타	체지방분석			6,000					
기타	환의(1벌)			20,000					
기타	환의(상의, 하의 중1개)			10,000					
기타	시트(가져가는시트료)			10,000					
기타	간병인료(건강보험)			35,000					18.05.01 적용
기타	간병인료(의료급여)			15,000					18.05.01 적용

II. 치료재료

분류	항 목		가격정보(단위: 원)				특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	
뼈이식재	Intergro dbm	BC0101BG		550,000			
뼈이식재	DBX 1cc	BC0101AT		484,000			
뼈이식재	Dbx 0.5cc	BC0101AT		220,000			
뼈이식재	Demios 1cc	BC0101KJ		275,000			
고주파 재료	well-point electrode	BJ4701GX		154,000			size 별 구분
고주파 재료	well-point electrode(10mm)	BJ4701GX		256,670			size 별 구분
고주파 재료	Scar fx	BM50010H		77,000			
암모름 재료	Encor Biopsy Probes(비급여)	BMO002GU		440,000			
마취용 재료	LMA tube	BK4204QL		66,000			
마취용 재료	LMA UNIQUE(비급여)	BK4202BN		66,000			
마취용 재료	LMA SUPREME(비급여)	BK4201QL		66,000			
마취용 재료	Aura-Gain(전규격)(LMA)/비급여	BK4202LD		60,500			
수술용 재료	NAVI CATHETER(ST REED)	BJ4801RA		808,500			
치치수술용 재료	리쥬비백스	662800130		29,700			상처치료제
치치수술용 재료	LIQUIBAND EXCEED	BB3003LQ		93,500			
치치수술용 재료	EDENFUSE	BC0107ED		534,600			
치치수술용 재료	케이디(K-D)	BC1301PE		165,000			

분류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저 비용	최고 비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
처치수술용 재료	HIBARRY	BF0101VT		77,000					유착방지제
처치수술용 재료	큐블럭(QBLOCK) 1.5cc	BF0101WC		368,500					
처치수술용 재료	큐블럭(QBLOCK) 3.0cc	BF0101WC		575,400					
처치수술용 재료	Endotracheal Tube Holder	BJ1001WI		16,100					
처치수술용 재료	EZ-10 Stabilizer	BJ2001BN		10,890					
처치수술용 재료	COLTRIX- Tendoregen	BJ2001BN		72,600					
처치수술용 재료	St Cox	BJ4802RA		500,000					
처치수술용 재료	ST REED PLUS	BJ4807RA		808,500					
처치수술용 재료	Quikclot Hemostatic Dressings(2*2) (비급여)	BJ7000CH		38,500					
처치수술용 재료	ACESTOP 50*30mm	BJ70010H		165,000					지혈용
처치수술용 재료	코반 6inch	BK7101EA		4,590					
처치수술용 재료	코반 1inch	BK7101EA		1,340					
처치수술용 재료	코반 2inch	BK7101EA		2,060					
처치수술용 재료	코반 4inch	BK7101EA		3,670					
처치수술용 재료	코반 6inch	BK7101EA		4,590					
처치수술용 재료	safcon 3way filter set	BM0302VS		3,630					
처치수술용 재료	D/syringe.filter needle	BM1302VA		1,090					
처치수술용 재료	Silicone Fix Tape(Eye protection face mask	BM2001VS		11,550					
처치수술용 재료	Guardix-SP 1.5g (가덱스-유착방지제)	BM2104JO		143,000					
처치수술용 재료	REGENSEAL	BM2601QQ		129,000					콜라겐사용 조직 보충제
처치수술용 재료	CARTFILL	BM2621RA		1,480,000					
처치수술용 재료	Hiper-pore 3.8*5	BM5001SO		900					
처치수술용 재료	Hiper-pore 5*7.5	BM5001SO		1,200					
처치수술용 재료	Hiper-pore 7.5*10	BM5001SO		1,700					
처치수술용 재료	Hiper-pore 9*15	BM5001SO		3,000					
처치수술용 재료	fixing roll(15*10)	BM5101LX		500					
처치수술용 재료	가드셀 (8cm) (비급여)	BM5306BH		121,000					
처치수술용 재료	VENTILATOR CIRCUIT	BM6001RZ		88,000					
기타	T-LENS			3,630					별표 비급여대상 다4항 다목 근거자료
기타	목발(1쌍)			15,000					
기타	의료용 압박스타킹	BK7307MN		36,300					
기타	팔걸이			2,000					
기타	cast 신발			1,500					
기타	velpeou bandage(벨포밴드)			3,200					
기타	Neo dressing			310					
보조기	Ultra Sling (어깨 보조기)			120,000					
보조기	허리.영치뼈 보조기 율리암식(하나)			190,000					
보조기	Wrist (손목지지대)			15,000					
보조기	Ankle (발목지지대)			15,000					
보조기	Wrist Brace (손목)		Wrist Brace (손목)	27,500					
보조기	thumb wrist brace		thumb wrist brace	33,000					
보조기	thumb brace		thumb brace	33,000					
보조기	finger stax brace		finger stax brace	11,000					

분류	항목		가격정보(단위: 원)					특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	
보조기	elbow band(팔꿈치보호대)		elbow band(팔꿈치보호대)	33,000				
보조기	ankle band		ankle band	27,500				
보조기	shoulder abduction poly(도르래)		shoulder abduction poly(도르래)	11,000				
보조기	shoulderstick(T-bar)		shoulderstick(T-bar)	22,000				
보조기	thera band set		thera band set	33,000				
보조기	toe bunion splint(무지외반증)		toe bunion splint(무지외반증)	22,000				
보조기	목뼈보조기-토마스소프트칼라			60,000				
보조기	목뼈보조기-필라델피아			70,000				

III. 약제

경구제	트레스탄	647802340		365				
경구제	타스나정	662501680		28				
경구제	비사코딜	653801170		36				
경구제	람노스과립	651600111		224				
경구제	람노스캡슐 500mg	651602230		200				
경구제	라이스정			15,000				유지요법
외용제	알보칠액 1ml	670000610		440				
외용제	Gel form(스폰고스탄)-비급여	650800260		6,300				
외용제	엔라5%크림	650700430		4,470				
외용제	클로로헥시딘크림 120g	656001140		1,841				
외용제	인스틸라겔	675100010		9,200				
주사료	글라민주	650901430		55,000				단순한 영양보급 목적
주사료	페리올리엘 1L	646601500		38,500				단순한 영양보급 목적
주사료	페리올리엘 1.5L	646601510		44,000				단순한 영양보급 목적
주사료	후라바솔	640001431		22,000				단순한 영양보급 목적
주사료	카푸솔	643303450		38,500				단순한 영양보급 목적
주사료	새로나인			20,000				단순한 영양보급 목적
주사료	보텍스-얼굴, 종아리			10,000	10,000			10IU 당
주사료	보텍스-저작근(치과)			200,000				
주사료	메가비타요법			30,000				
주사제	하이셀혈균액	643901781		8,235				
주사료	아큐판	659900340		2,274				
주사료	말린다	653102550		12,500				
주사료	에나스테론	659600290		30,000				
주사료	액상 하이락스주 1ml	654802040		23,067				
주사료	케프라주사	654100170		18,300				
주사료	가다실주	655500020	igarda	160,000				백신
주사료	조스타박스주(대상포진)	655500900	igv10s	180,000				백신
주사료	엔비오주(뇌수막염)	653602320		140,000				백신
주사료	박타주(A형간염·성인)	650001800	nor1	60,000				백신
주사료	인플루엔자(플루아릭스 테트라 4가)		inf-1	40,000				백신

구분	항목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명칭	코드	구분	비용	최저비용	최고비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
주사료	아다셀주(DPT)	665900110	itdap-1	35,000					백신
주사료	티디퓨어(파상풍)	644702240	itd-1	30,000					백신
주사료	지로티프주(장티프스)	670500220	itypho	20,000					백신
주사료	프리베나13가	646500900		140,000					백신
주사료	부스트릭스프리필드시린지 10세이상/DPT	650001960		35,000					백신
주사료	해파박스진주(8형간염)	655800150	fbs10	15,000					백신
주사료	유박스비프리필드-B형간염백신			15,000					백신

**IV. 제증명수수료**

제증명수수료	일반진단서(질병)	PDZ010000		20,000					
제증명수수료	일반건강진단서	PDZ010000		20,000					
제증명수수료	근로능력평가 진단서	PDZ010002		10,000					
제증명수수료	사망진단서	PDZ030000		10,000					
제증명수수료	경신장애및일반장애진단서	PDZ070001		15,000					
제증명수수료	후유장애진단서	PDZ070003		100,000					
제증명수수료	병사용진단서	PDZ080000		20,000					
제증명수수료	국민연금장애진단서	PDZ100000		15,000					
제증명수수료	상해진단서3주미만	PDZ020001		100,000					
제증명수수료	상해진단서3주이상	PDZ020002		150,000					
제증명수수료	일반진단서(영문;20,000)	PDE010001		20,000					
제증명수수료	입원확인서	PDZ090002		1,000					
제증명수수료	입원확인서(상병명기재)	PDZ090002		3,000					
제증명수수료	통원치료확인서	PDZ090004		1,000					
제증명수수료	통원치료확인서(상병명기재)	PDZ090004		3,000					
제증명수수료	진료확인서	PDZ090007		1,000					
제증명수수료	향후진료비치료추경서(1000만원이하)	PDZ140001		50,000					
제증명수수료	향후진료비치료추경서(1000만원이상)	PDZ140002		100,000					
제증명수수료	출생증명서	PDZ060000		3,000					
제증명수수료	시체검안서	PDZ040000		30,000					
제증명수수료	장애인증명서	PDZ170000		1,000					
제증명수수료	의무기록사본 발급료(1-5매)	PDZ110101		1,000					
제증명수수료	의무기록사본 발급료(6매이상)	PDZ110102		100					
제증명수수료	CD 복사	PDZ110004		10,000					
제증명수수료	제증명서 사본	PDZ160000		1,000					
제증명수수료	공무원채용신체검사	PDZ010003		40,000					
제증명수수료	산업장채용신체검사	PDZ010004		30,000					