

1. 행위

1-1 상급병실료 차액

※ 다음 비급여목록 중 기관이 징수하고 있는 항목만 고지

보건복지부고시 제2013-100호(2020.06.15)까지반영

분 류	항 목		가격정보 (단위 : 원)						특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
상급병실료 차액	1인실	ABZ010001	특실 (화장실 O)	100,000	-	-			
상급병실료 차액	1인실	ABZ010001	1인실 (화장실 O)	80,000	-	-			
상급병실료 차액	1인실	ABZ020001	1인실 (화장실 X)	30,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 A (화장실 O) - 신설	60,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 B (화장실 O) - 신설	50,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 (화장실 O)	25,000	-	-			
상급병실료 차액	2인실	ABZ020001	2인실 (화장실 X)	20,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 O)	15,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 X)	10,000	-	-			
상급병실료 차액	3인실	ABZ030001	3인실 (화장실 O)	5,000	-	-			
상급병실료 차액	「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거	ABZ010001	4인실 - A (화장실 O)	5,000	-	-			
상급병실료 차액	「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 비급여대상 제4호 나목의 규정에 의거	ABZ010001	4인실 - B (화장실 O)	10,000	-	-			

1-2 검사료

분 류	항 목		가격정보 (단위 : 원)						특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
신경계기능검사	언어치료검사 단어 유창성검사	FZ040	-	40,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 K-BNT	FZ041	-	40,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 K-WAB	FZ042	-	50,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어치료검사 U템	FZ688	-	30,000	-	-	-	-	-
신경계기능검사	언어장애진단검사 3종 (K-BNT 포함)	FZ041, FZ042, FZ688	-	100,000	-	-	-	-	K-BNT, K-WAB, U템
신경계기능검사	언어장애진단검사 3종 (단어유창성검사 포함)	FZ040, FZ042, FZ688	-	100,000	-	-	-	-	단어유창성검사, K-WAB, U템
신경계기능검사	언어장애진단검사 2종(K-BNT, WAB)	FZ041, FZ042	-	70,000	-	-	-	-	K-BNT, K-WAB
신경계기능검사	언어전반진단검사 1종 ~ 3종	FZ689	-	-	50,000	120,000	-	-	PRES, REVT, SELSI, K-M-B CDI, KOSECT, 언어해결력검사, APAC
신경계기능검사	영유아발달검사 (한국판테버발달검사)	FZ693	-	50,000	-	-	-	-	
감염증기타검사	신종플루 KIT	CZ394	-	20,000	-	-	-	-	인플루엔자판독키트
감염증기타검사	검진용 - Tb검사	D6020	-	45,000	-	-	-	-	검진목적으로 검사 시행시
감염증기타검사	검진용 - 코로나19검사	D6584040	-	80,000	-	-	-	-	검진목적으로 검사 시행시
바이러스성 기타검사	C형간염항체 (정밀)	D7026	-	15,037	-	-	-	-	급여인정기준외 실시한경우비급여

1-3 초음파영상료

분 류	항 목		가격정보(단위: 원)						특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
근골격계	(RM)SONO 기타부위 (재활 외래, 입원)	E9451	-	-	10,000	30,000	-	-	-

1-4 이학요법료 (물리치료료)

분 류	항 목		가격정보 (단위 : 원)						특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
물리치료료	언어치료(성인)	MZ006	-	25,000	-	-	-	-	언어 30분
물리치료료	언어치료2(소아)	MZ006	-	25,000	-	-	-	-	소아 언어 30분
물리치료료	언어치료3(소아)	MZ006	-	50,000	-	-	-	-	소아 언어 60분
물리치료료	도수0	MX122	-	90,000	-	-	-	-	도수 60분
물리치료료	도수1	MX122	-	30,000	-	-	-	-	도수 30분
물리치료료	도수2	MX122	-	60,000	-	-	-	-	도수 60분
물리치료료	도수3	MX122	-	60,000	-	-	-	-	도수 40분
물리치료료	도수5	MX122	-	90,000	-	-	-	-	도수 60분
물리치료료	도수6	MX122	-	120,000	-	-	-	-	도수 90분
물리치료료	도수10	MX122	-	20,000	-	-	-	-	도수 10분 + 전기치료
물리치료료	도수11	MX122	-	50,000	-	-	-	-	도수 30분 + 전기치료
물리치료료	도수12	MX122	-	80,000	-	-	-	-	도수 50분 + 전기치료
물리치료료	도수13	MX122	-	100,000	-	-	-	-	도수 60분 + 전기치료
물리치료료	도수15(소아)	MX122	-	50,000	-	-	-	-	소아사경사두
물리치료료	FIMS(1)기능적근육내자극요법	MZ001	-	15,000	-	-	-	-	Needle 포함
물리치료료	FIMS(2)기능적근육내자극요법	MZ001	-	25,000	-	-	-	-	Needle 포함
물리치료료	FIMS(3)기능적근육내자극요법	MZ001	-	35,000	-	-	-	-	Needle 포함

1-5 기타

분 류	항 목		가격정보 (단위 : 원)						특이사항
	명 칭	코 드	구 분	비 용	최저비용	최대비용	치료재료대 포함여부	약제비 포함여부	
이송료	일반구급차 기본요금 (이송거리 10KM 이내)	AY110	-	30,000	-	-	-	-	할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산)
이송료	일반구급차 추가요금 (이송거리 10KM 초과)	AY111	-	1,000 / 1km	-	-	-	-	할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산)
이송료	일반구급차부가요금 (의사, 간호사또는응급구조사가 탑승한경우)	AY112	-	10,000	-	-	-	-	할증요금(00:00~04:00)별도 (기본및추가요금에 각각 20%가산)
식이	뉴케어, RTH (경관식 1개당)	없음	-	-	1,000	2,000	-	-	외출외박시 (구수한맛200Kcal,고칼로리300Kcal, 당노 200Kcal, 화이버 200Kcal, 300TF 200Kcal, 그린비아장술루션, 장플랜, RTH전품목)
식이	외래일반식	없음	-	5,600	-	-	-	-	입원환자 외래 전환 시 식이본인부담전환 (가산포함)
식이	보호자식	없음	-	5,000	-	-	-	-	
식이	추가 잡곡밥	없음	-	1,500	-	-	-	-	
식이	추가 잡곡	없음	-	500	-	-	-	-	
식이	공기밥 1개	없음	-	1,000	-	-	-	-	
식이	공기밥 + 국	없음	-	2,000	-	-	-	-	
식이	공기죽 1개	없음	-	1,000	-	-	-	-	
간병비	A간병	없음	-	10,000	-	-	-	-	-
간병비	A+간병	없음	-	15,000	-	-	-	-	-
간병비	ICU간병	없음	-	20,000	-	-	-	-	-
간병비	VIP-간병	없음	-	30,000	-	-	-	-	-
간병비	VIP간병	없음	-	-	26,000	38,000	-	-	VIP4간병, VIP6간병
간병비	VIP+간병	없음	-	-	28,000	40,000	-	-	VIP4+간병, VIP6+간병