

## 「정보통신망을 이용한 요양급여비용 청구오류 사전점검서비스 운영에 대한 세부사항」

제정 2019.10.15. 건강보험심사평가원 공고 제2019-305호 (2019.10.15.시행)  
개정 2019.11.29. 건강보험심사평가원 공고 제2019-385호 (2019.11.29.시행)  
개정 2020.3.26. 건강보험심사평가원 공고 제2020-82호 (2020.3.26.시행)  
개정 2020.5.20. 건강보험심사평가원 공고 제2020-148호 (2020.5.20.시행)  
개정 2020.7.22. 건강보험심사평가원 공고 제2020-207호 (2020.7.22.시행)  
개정 2020.10.29. 건강보험심사평가원 공고 제2020-279호 (2020.10.29.시행)  
개정 2021.2.25. 건강보험심사평가원 공고 제2021-45호 (2021.2.25.시행)  
개정 2021.5.27. 건강보험심사평가원 공고 제2021-152호 (2021.5.27.시행)  
개정 2021.8.31. 건강보험심사평가원 공고 제2021-221호 (2021.9.1.시행)  
개정 2021.11.11. 건강보험심사평가원 공고 제2021-285호 (2021.11.11.시행)  
개정 2021.12.23. 건강보험심사평가원 공고 제2021-332호 (2021.12.23.시행)

**제1조(목적)** 이 공고는 보건복지부 고시 「요양급여비용 심사·지급 업무 처리기준」 제2조제3항에 따라 요양기관이 요양급여비용 심사 청구 이전에 정보통신망(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제1호에 따른 정보통신망을 말한다. 이하 같다.)을 이용한 사전점검서비스를 운영하는데 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 청구오류 사전점검서비스(이하 “사전점검”이라 한다)에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

① “청구오류”란 보건복지부장관이 별도 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(이하 “작성요령”이라 한다)에 따른 요양급여비용심사청구서(이하 “심사청구서”라 한다)와 요양급여비용명세서(이하 “명세서”라 한다)의 필수 기재사항을 누락하거나 요양급여비용 청구코드 등을 작성요령과 달리 기재하는 경우 등을 말한다.

② “사전점검”이란 청구오류를 예방하기 위해 요양기관이 심사청구 이전에 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)이 운영하는 정보통신망을 이용하여 청구오류를 점검하는 것을 말한다.

③ “정보통신망”이란 심사평가원에서 사전점검을 위해 운영하는 요양기관업무포털서비스와 진료비청구포털서비스를 말한다.

**제3조(청구오류 사전점검시스템 운영)** ① 심사평가원은 요양급여비용 청구오류 점검을 위한 사전점검시스템을 구축·운영한다.

② 심사평가원은 제1항의 사전점검시스템을 구축·운영하면서 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 사전점검시스템 항목 개발·관리
2. 사전점검시스템 유지·보수

3. 사전점검시스템 점검결과 모니터링

4. 그 밖에 심사평가원장이 사전점검시스템 운영과 관련하여 필요하다고 정하는 업무

**제4조(사전점검 항목 구분)** 제3조제2항제1호에 따라 심사평가원이 요양기관의 청구오류 사전점검을 위해 운영하는 항목은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 반송: 심사청구서의 필수 기재사항의 누락 또는 착오기재 등으로 인하여 요양급여비용의 심사청구 및 접수가 곤란할 것으로 예상되는 항목
2. 심사불능: 명세서의 필수 기재사항의 누락 또는 착오기재 등으로 인하여 해당 명세서의 심사가 곤란할 것으로 예상되는 항목
3. 심사조정: 청구코드·금액 산정 착오, 요양급여기준 적용 착오 등으로 인하여 청구항목의 심사조정이 예상되는 항목

**제5조(사전점검 항목)** ① 제4조의 각 호에 따라 심사평가원이 요양기관의 청구오류 사전점검을 위해 운영하는 항목은 별표와 같다.

② 심사평가원은 제1항에 따른 사전점검 항목의 추가 등 변경이 있는 경우 의약단체 등 관련기관에 문서로 통보하고 심사평가원 인터넷 홈페이지 및 요양기관업무포털서비스에 게시한다.

**제6조(사전점검 방식)** ① 요양기관은 작성요령에 따라 작성한 심사 청구서 및 명세서 등의 자료를 진료비청구포털서비스 내 사전 점검서비스에 접수한다.

② 심사평가원은 제5조제1항의 사전점검 항목에 따라 청구오류 사전점검시스템을 통하여 요양기관이 접수한 심사청구 자료를 점검한다.

**제7조(사전점검 결과 확인 및 오류 수정)** ① 요양기관은 제6조제2항에 대한 반송, 심사불능 등의 사전점검 결과를 정보통신망을 통하여 확인할 수 있다.

② 요양기관은 제1항의 사전점검 결과에 청구오류가 발생한 경우 심사청구서 및 명세서를 수정 또는 보완하여 다시 점검하거나 심사 청구를 할 수 있다.

부 칙 <제305호, 2019. 10. 15.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제385호, 2019. 11. 29.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제82호, 2020. 3. 26.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제148호, 2020. 5. 20.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제207호, 2020. 7. 22.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제279호, 2020. 10. 29.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제45호, 2021. 2. 25.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제152호, 2021. 5. 27.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제221호, 2021. 8. 31.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙 <제285호, 2021. 11. 11.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 11월 11일부터 시행한다.

부 칙 <제332호, 2021. 12. 23.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 12월 23일부터 시행한다.

[별표]

## 청구오류 사전점검서비스 점검항목(제5조제1항 관련)

### 1. 반송

코드	세부 코드	내 역
01		심사청구서 서식버전, 서식번호, 보험자종별, 진료구분, 진료형태 기재누락 또는 기재착오 등
	00	심사청구서·명세서 파일 누락 또는 파일 개수 불일치
	01	전자문서 또는 전산매체 명세서의 개정 전 서식 사용
	02	심사청구서 서식번호 기재착오
	03	심사청구서 보험자종별구분 기재누락 또는 기재착오
	04	심사청구서 의료급여정액 진료분의 보험자종별구분 기재착오
	05	심사청구서 진료구분(의과, 치과) 기재착오
	06	심사청구서 진료구분(정신건강의학과 정액) 기재착오
	07	심사청구서 진료구분(보건기관) 기재착오
	08	심사청구서 진료구분(약국) 기재착오
	09	심사청구서 진료구분(한방) 기재착오
	10	심사청구서 진료구분 외의 코드 기재
	11	심사청구서 진료구분과 명세서 서식 불일치
	12	심사청구서 약국 직접조제, 처방조제 명세서 미분리 청구
	14	심사청구서 진료형태와 명세서 서식번호 상이(요양병원 장기환자 입원)
	16	신포괄 심사청구서 진료형태와 명세서 서식번호 상이 또는 시범사업 기관 불일치
	18	2010년 1월 1일 이후의 한방 진료비명세서를 개정 전 서식으로 작성
	19	심사청구서 진료구분 기재착오(의원에서 치과로 기재, 치과의원에서 의과로 기재)
	22	요양병원에서 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료 청구
	23	권역외상센터가 아닌 기관에서 심사청구서 진료형태를 ‘D 또는 E’ 로 기재

코드	세부 코드	내역
05	01	심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오 등 심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오
07	01 02 06 07 08 09	심사청구서 진료년월, 청구일자 기재누락 또는 기재착오 등 심사청구서 진료년월 기재누락 심사청구서 진료년월이 접수년월보다 큰 경우 심사청구서 청구일자 기재누락 심사청구서 청구일자 유형(CCYYMMDD) 기재착오 심사청구서 청구일자(년월)가 진료년월보다 빠른 경우 심사청구서 청구일자보다 접수일자가 빠른 경우
09	01 02 03 04 05 06 07	심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치, 심사청구서의 청구건수 '0'인 경우 등 심사청구서의 청구건수 '0'인 경우(전산매체) 심사청구서의 건수, 금액란의 허용 자리수를 초과 기재한 경우 심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치 심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(입원) 심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(외래) 심사청구서의 건수와 마지막 명세서일련번호 불일치 심사청구서의 입원, 외래 명세서 미분리 청구
21	01 02 03 04 06 07	심사청구서 청구구분, 진료분야 기재누락 또는 기재착오 등 심사청구서 청구구분 기재누락 심사청구서 청구구분 외의 코드 기재 심사청구서에 의료급여진료구분 외의 코드 기재 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속 치과병원, 한방병원에서 심사청구서 진료분야 기재누락 또는 기재착오 의과, 치과, 약국 외의 기관에서 약제상한차액 청구 보훈 국비환자 진료분에 약제상한차액 청구

코드	세부 코드	내역
27		<b>전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관의 청구 소프트웨어 인증 등</b>
	02	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재누락
	03	청구 소프트웨어 검사승인번호 기재착오
	04	청구 소프트웨어 검사 미승인 기간의 요양급여비용 청구
	05	요양기관기호 미확정 기관의 요양급여비용 청구
33		<b>심사청구서 차등수가 적용구분 기재누락 또는 기재착오</b>
	01	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 '0' 인 경우
	02	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수 '0' 이하 이거나 해당 월의 최대 진료일수를 초과한 경우(월단위 청구)
	03	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 정수가 아닌 경우
	04	심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 해당 주의 최대 진료일수를 초과한 경우(주단위 청구)
	05	심사청구서의 차등수가청구액이 '0' 이하이고 청구액이 '0' 보다 큰 경우
	06	심사청구서의 청구액 보다 차등수가청구액이 큰 경우
	07	심사청구서의 차등지수가 '0' 인 경우
41		<b>전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손</b>
	01	전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손
57		<b>심사청구서 대행청구단체기호, 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락 또는 기재착오</b>
	01	심사청구서의 대행청구단체기호와 신고현황의 대행청구단체기호 불일치
	02	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체기호 기재누락
	03	대행청구기관이 아니면서 심사청구서에 대행청구단체기호 기재
	04	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락
SS		<b>시범사업 관련 착오청구</b>
	01	재활의료기관 시범사업 심사청구서의 시범사업 시행 전 청구 또는 적용기간 불일치

## 2. 심사불능

코드	세부 코드	내역
02		<b>보장기관기호 기재누락 또는 기재착오, 건강보험 미등재 신생아 명세서의 가입자 성명 및 증번호 기재누락 등</b>
	01	명세서 보장기관기호 기재누락 또는 기재착오
	02	의료급여 또는 소외계층 무료진료 명세서 보장기관기호 기재착오
	03	폐업된 보장기관기호 기재
	06	심사청구서·명세서 보험자종별구분 기재착오
	07	심사청구서·명세서 보험자종별구분 불일치
	08	건강보험 미등재 신생아 명세서의 가입자 성명 및 증번호 기재누락
04		<b>상병분류기호, 약국 직접조제 증상분류기호 기재누락 또는 기재착오, 가정간호 요양급여비용 등 착오청구</b>
	01	가정간호 미지정 요양기관에서 가정간호 요양급여비용 청구
	04	명세서 상병분류기호 기재누락 또는 기재착오
	05	질병이환 및 사망의 외인코드(V01-Y98)를 주상병으로 청구
	07	약국 직접조제 명세서 증상분류기호의 대분류 기재착오
	08	약국 직접조제 명세서 증상분류기호의 소분류 기재착오
	09	약국 직접조제 명세서 증상분류기호 기재누락 또는 기재형식 착오
	11	명세서 상병분류구분 기재누락 또는 기재착오
	12	명세서 상병분류구분 주상병 구분코드 미존재 또는 2개 이상 존재
	14	발사르탄 성분함유 의약품 교환 관련 착오청구
	15	유해성분 함유 문제의약품 재처방·재조제 관련 착오청구
06		<b>보건기관명세서 진료과코드 기재착오, 보건기관에서 의료급여정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 진료분 청구, 조산원명세서 조산구분 기재착오 등</b>
	03	조산원 명세서 조산구분 기재착오
	06	보건기관에서 의료급여 정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 진료분 청구

코드	세부 코드	내역
06	52	보건기관 명세서(보건소, 보건지소) 진료과코드 기재착오
	53	보건기관 명세서(보건진료소) 진료과코드 기재착오
08		<b>요양개시일 기재착오, 명세서 접수일 이후의 진료분 청구, 약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 미기재 등</b>
	01	명세서 요양개시일 유형(CCYYMMDD) 기재착오
	02	명세서 요양개시일 보다 접수일이 빠른 경우
	03	명세서 접수일 이후의 진료분 청구
	04	약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 기재누락
	05	명세서 상병내역 요양개시일 유형(CCYYMMDD) 기재착오
10		<b>명세서 수진자 주민등록번호, 수진자 성명, 가입자(세대주) 성명 기재누락 또는 기재착오, 산정특례 대상자 등 등록정보 기재누락 또는 기재착오, 출생일 이전 진료분 청구 등</b>
	01	출생일 이전 진료분 청구(명세서 요양개시일이 출생일보다 빠른 경우)
	02	명세서 수진자 주민등록번호 기재누락 또는 기재착오(건강보험)
	06	명세서 수진자 성명 기재누락(건강보험)
	07	명세서 수급권자 주민등록번호 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	08	명세서 세대주 성명 또는 수급권자 성명 기재누락(의료급여)
	09	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환, 결핵 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)
	10	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환, 결핵 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(의료급여)
	11	틀니 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	12	명세서 틀니 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	13	틀니 유지관리 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	14	임플란트 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	15	명세서 임플란트 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	16	외국인근로자 등 의료지원 관련 명세서 진료과목 기재착오

코드	세부 코드	내역
	17	명세서 조산아 및 저체중출생아 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이(건강보험)
	18	조산아 및 저체중출생아 정보 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	19	난임진료 급여대상이 아닌 경우(건강보험)
11		<b>보훈병원, 보훈위탁진료 또는 국가무료진료 지정 이외 요양기관에서 청구 등</b>
	01	약국 처방조제 명세서 보훈감면(공상 등 구분: 3, 5, 6, J) 기재착오
	02	약국 직접조제 명세서 보훈국비환자, 보훈감면환자인 경우
	03	보훈감면환자 약국 조제분의 심사결정 보험자부담액이 청구 보험자부담액(청구액) 보다 큰 경우
	05	보훈위탁진료 미지정 요양기관에서 보훈국비환자 진료분 청구
	06	보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자(상이처, 무자격자)의 심사청구서 보험자종별과 명세서 ‘공상 등 구분’ 불일치
	08	보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료분의 EDI 서식버전 착오청구
	09	국가무료진료 지정기관이 아니면서 국가무료진료분 청구
	11	보훈병원 이외의 요양기관에서 보훈 국비환자 진료분(공상 등 구분: B, D) 청구
	13	보훈병원 보훈국비환자 ‘공상 등 구분’ 기재착오 또는 기재누락
	14	약국 직접조제 명세서에 외국인근로자 등 의료지원 내역 청구
	16	노숙인 진료기관이 아니면서 노숙인 1종 진료분 청구
	17	3차 의료급여기관이 아니면서 3차 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종으로 청구
	19	2014.7.9.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 본인일부부담금 기재누락 또는 2018.1.1.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 특정내역 MT038에 ‘1’ 기재한 경우
12		<b>요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전후 진료분 미분리 청구, 휴업기간 중 진료분 청구, 행정처분기간 중 청구, 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구, 소멸시효기간 만료일 전후 진료분 등</b>
	01	요양기관의 휴업기간 중 진료분 청구
	02	요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(의료급여)
	03	요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(건강보험, 보훈)

코드	세부 코드	내 역
12	04	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(의료급여)
	05	요양급여비용 심사청구서·명세서의 ‘청구처’ 착오 청구
	06	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(건강보험)
	07	요양기관의 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
	08	요양기관의 의료인력 출국으로 요양기관의 근무 의(약)사 없는 기간 중 진료(조제)분 청구
	10	의·치과(한외과) 요양기관에서 한외과(의·치과) 진료과목 및 근무의사 없는 기간 중의 진료분 청구
	11	개방병원 계약기관 기재누락 또는 기재착오, 계약기간 외 진료분 청구
	12	요양기관의 종별가산을 변경 전·후 미분리 청구
	13	요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(보훈)
	13	
01		상해외인코드 ‘J’ (사회복지 시설의 촉탁의 등 진료) 대상 외의 진료분인 경우
02		상해외인코드 ‘J’ (사회복지 시설의 촉탁의 등 진료) 명세서의 내원일 비교 원외처방전 건수 또는 직접조제횟수 상이
03		사회복지시설의 촉탁의 또는 협약의료기관 이외이거나 계약기간 외 진료인 경우
04		상해외인코드 ‘J’(사회복지 시설의 촉탁의 등 진료) 대상 진료분과 이외 진료분 미분리 청구
05		상해외인코드(M, N, O, Q, R, S, T, U) 기재착오
15		<b>차상위 본인부담경감대상자 진료분의 미분리 작성, ‘공상 등 구분, 진찰횟수’ 기재착오 등</b>
	01	건강보험 이외 명세서에 차상위 본인부담경감대상자(공상 등 구분: E, F) 기재착오
	04	차상위 본인부담경감대상자 예약검사 진료 시 진찰료 청구
	07	차상위 본인부담경감대상자 정신질환 이외의 상병으로 입원진료 시 특정기호 ‘F007’ 기재착오
	08	차상위 본인부담경감대상자가 아니면서 상해외인코드 ‘H’ (차상위 예약검사) 기재착오

코드	세부 코드	내 역
16		<p>내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자와 요양개시일자 상이, 초·재진 가산횟수 기재누락 또는 기재착오, 내원일수·요양급여일수 기재누락 또는 기재착오 등</p> <p>01 내원(입원)일수 기재누락</p> <p>02 요양급여일수 기재누락</p> <p>03 내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우</p> <p>04 초진진찰료 가산횟수가 초진진찰횟수보다 큰 경우</p> <p>05 재진진찰료 가산횟수가 재진진찰횟수보다 큰 경우</p> <p>06 서면 명세서의 처방전 총 처방일수 기재누락</p> <p>07 보건기관 진찰횟수 기재누락</p> <p>08 약국 처방조제 명세서의 처방전 교부번호별 투약일수 기재누락</p> <p>09 명세서 내원일자 기재착오</p> <p>10 명세서 최초 내원일자와 요양개시일자 상이</p> <p>18 외래명세서의 내원일수 '1' 초과 청구</p> <p>19 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 입(내)원일수 비교 진료내역의 정액수가 총투여일수의 합과 상이 또는 1일투여량, 투여(실시)횟수 '1' 초과 기재 (2009.1.1. 진료분부터)</p>
23		<p>약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우, 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우, 처방전교부번호 기재착오, 약국 처방내역 누락 등</p> <p>01 처방전 교부번호 자릿수 기재착오</p> <p>02 처방전 교부번호의 '교부일자' 기재착오</p> <p>03 처방전 교부번호의 '일련번호' 기재착오</p> <p>07 약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우</p> <p>09 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우</p> <p>10 약국 조제투약내역의 조제구분(수정, 대체, 변경 등) 기재시 처방내역 누락</p> <p>11 약국 명세서에 특정내역 구분코드 'CT002' 기재</p>

코드	세부 코드	내 역
23	12 51	약국 본인부담률 차등 적용 명세서 처방전 발행기관 또는 특정기호 기재착오 약국 처방조제 서면 명세서의 처방전 교부번호 중복
24	01 02 03 51 52 53	<b>성별과 다른 진료 등</b> 성별과 다른 진료(남자에게만 발생하는 상병을 여자에게 기재) 성별과 다른 진료(여자에게만 발생하는 상병을 남자에게 기재) 상해외인코드 'D' (고위험임신부, 자연분만 및 제왕절개분만 입원기간 중 타상병 진료분) 착오기재 성별과 다른 진료(보건진료소 제외) 보건기관(보건진료소 제외) 중 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우 보건진료소 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우
25	01	<b>동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재</b> 동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재
26	06 10 15 16 19 20 21 22 23 24 25	<b>본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성, 본인부담 감면 명세서 착오청구 등</b> 건강보험 이외 명세서에 공상 등 구분 'C', 'H' 또는 'G' 기재 산정특례 대상자 진료비 명세서의 특정기호 기재착오 T항(특수재료 및 관련 행위료) 착오청구 의원급 만성질환자 재진진찰료 경감대상 이외 진료분 청구 선별급여(100분의100미만) 적용 전에 A, B, D, E항이 청구된 경우 선별급여(100분의100미만) 적용 대상 제외(보건기관, 조산원 등) 명세서에 A, B, D, E항이 청구된 경우 중동호흡기증후군(MERS) 진료비 지원 관련 착오청구 호스피스 본사업 시행일 전·후 진료분 청구 등 호스피스 사업 적용제외 대상 명세서 청구 고위험 임신부 입원진료 본인부담률 변경 전·후 진료분 미분리 청구 중증 외상환자 산정특례 특정기호(V273) 착오청구

코드	세부 코드	내역
26	26	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원 명세서 착오청구
	27	16일 이상 장기입원 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	28	제왕절개분만에 대한 입원진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	29	중증 뇌경색증 환자 산정특례 특정기호(V275) 착오청구
	30	임신부 외래진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구(건강보험)
	31	임신부 외래진료 본인부담 감면 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	32	뇌사자 장기기증자(공여자)의 진료분 착오청구
	33	중증치매 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	34	일반검진 후 진료·확진검사 관련 명세서(특정기호 F022) 착오청구
	35	의료급여 상한일수 초과 미승인자 특정기호(F023) 또는 본인부담구분코드(B014) 착오기재
	36	코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 지원 명세서 착오청구
	37	코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 미지원 명세서 착오청구
	38	상급종합병원 경증환자 재진 외래 명세서(특정기호 F025) 착오청구
	39	상급종합병원 경증환자 재진 외래 분리청구 명세서(특정내역 MT065에 'A') 착오청구
	40	코로나바이러스감염증-19 재택치료 진료비 지원 명세서 착오청구
41	건강진단결과서 한시적 건강보험 적용 관련 명세서 착오청구	
28		<b>입원명세서 분리청구분 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재, 추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락</b>
	01	추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 청구한 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락
	02	입원 명세서 분리청구분의 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재
	03	보완청구건의 심사불능 사유코드 기재누락 또는 기재착오
	04	보훈병원 국비보험(급여) 2차 명세서분의 1차 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락

코드	세부 코드	내 역
30	02	심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치 심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치
34	02 03 04 05	심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치 등 심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치 심사청구서 진료년월과 명세서 처방내역의 처방전 교부년월 상이 심사청구서 진료년월·청구단위구분과 명세서의 내원일(조제투약일) 불일치 요양병원 장기환자입원 심사청구서의 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 요양종료년월 불일치
38	01 02 03 04 05	연령비 납득 곤란한 상병, 본인부담감면 특정기호 착오기재 연령비교 납득 곤란한 상병 만 6세 이상이면서 특정기호 ‘F004’ 기재(신포괄 포함) 15세 이하 아동 입원 특정기호 착오기재 1세 미만 아동 외래 특정기호 ‘F024’ 착오기재 1세 미만 만성질환자 본인부담구분코드 기재착오(의료급여)
40	01 02	부정확한 상병명 기재, 정신질환 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구 등 정신질환(F00~F99, G40~G41) 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구 정신질환(F00~F99, G40~G41) 상병 진료 후 행위별 청구
42	04 05 06 07	요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등 진료결과 기재누락 또는 기재착오 주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오(명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오) 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오(청구서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오, 진찰료 총 개수와 면허번호 개수가 맞지 않는 경우) 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 외래 명세서 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우)

코드	세부 코드	내 역
42	08	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우)
	09	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	10	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	11	주상병에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	12	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구
	13	질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
	14	질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치
	15	주상병에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	16	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	17	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료에 기재된 의료인 면허정보와 인력현황 불일치
	18	질병군 마취통증의학과 전문의 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오
50		<b>내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우, 보건기관 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이 등</b>
	01	처방전 교부일자와 내원일자 상이(건강보험)
	02	처방내역이 존재하면서 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이(보건기관)
	04	방문횟수와 물리치료일수 상이(보건기관)
	07	처방전 교부일자와 내원일자 상이(의료급여)
	08	내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우(의료급여 정신건강의학과 정액)
	51	내원일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
	52	투약일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
52		<b>수가변경 전·후 미분리 청구 등</b>
	09	의료급여 식대 본인부담금 변경 관련 명세서 미분리

코드	세부 코드	내 역
60		<p>계산착오, 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0'인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등</p> <p>02 대불금, 장애인기금 동시 청구(의료급여 2종, 의료급여 2종 장애인 2차 진료분)</p> <p>03 요양급여비용총액 1이 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우</p> <p>04 요양급여비용총액 1이 특수장비총액 또는 특수재료총액보다 적은 경우</p> <p>05 청구액, 본인일부부담금, 100분의100미만 청구액, 100분의100미만 본인일부부담금이 '0' 인 경우</p> <p>06 명세서 서식 착오</p> <p>15 요양급여비용총액 1이 본인부담상한액초과금보다 적은 경우</p> <p>18 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 본인일부부담금 청구</p> <p>19 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 요양급여비용총액 1보다 적은 경우</p> <p>20 보훈 등 100분의100 본인부담(V항), 비급여 진료분 청구 (신포괄, 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 이외 진료분 해당)</p> <p>22 질병군 식대 기재착오</p> <p>23 보훈병원 보훈국비환자 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액), 청구액 등 기재착오</p> <p>24 지원금, 본인일부부담금, 본인부담상한액초과금 등 누락 또는 착오산정</p> <p>26 질병군 100분의100 기재착오</p> <p>27 질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오</p> <p>28 질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오</p> <p>29 질병군 외과전문의 가산 기재착오</p> <p>30 본인부담상한액초과금이 본인일부부담금보다 큰 경우</p> <p>31 진료비 총액 계산 착오</p> <p>33 질병군 별도산정(비포괄)항목 산정착오 또는 기재착오</p> <p>34 질병군 초음파검사 수가 기재누락 또는 기재착오</p> <p>35 100분의100미만 총액이 100분의100미만 본인일부부담금 또는 100분의100미만 청구액보다 적은 경우</p>

코드	세부 코드	내 역
60	36	질병군 입원료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	37	질병군 입원료 산정착오 또는 기재착오
	38	질병군 선별급여 항목의 산정착오 또는 기재착오
	39	질병군 급여 항목 산정착오 또는 기재착오
	40	잠복결핵감염 검진비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	41	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료 산정착오 또는 기재착오
	42	질병군 주된 수술외에 실시한 수술의 수기로 산정착오 또는 기재착오
	43	수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술 등 수기로 산정착오
	44	편도 및 아데노이드절제술 질병군과 동시에 실시한 아데노이드절제술 산정착오
	45	복수 항문 수술 질병군과 동시에 실시한 기타 항문 수술 또는 주요 항문 수술 산정착오
	46	질병군 주된 수술을 추가 실시한 수술로 착오산정
	47	질병군 의료질평가지원금 수가 산정착오 또는 기재착오
	48	잠복결핵감염 치료비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	49	질병군 전문병원 관리료 등 수가 산정착오 또는 기재착오
	50	질병군 응급의료수가 산정착오 또는 기재착오
	51	통증자가조절법(PCA) 산정착오 또는 기재착오
	52	제왕절개분만 진료의 특정기호 기재착오 및 기재누락
	53	질병군 입원환자 전담전문의관리료 산정착오 또는 기재착오
	54	질병군 감염예방·관리료 산정착오 또는 기재착오
	55	질병군 야간전담간호사 관리료 산정착오 또는 기재착오
	56	질병군 환자 안전관리료 산정착오 또는 기재착오
	57	질병군 고위험임산부 집중치료실 입원료 등 산정착오 또는 기재착오
	58	질병군 수술 전후 교육상담료 및 심층진찰료 산정착오 또는 기재착오
	59	질병군 신속대응시스템 운영료 산정착오 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역
60	60	질병군 명세서 인공수정체 제외금액 유형 기재누락 또는 기재착오
	61	질병군 명세서 야간간호료 산정착오 또는 기재착오
	62	질병군 명세서 원격협의진찰료 산정착오 또는 기재착오
	63	질병군 명세서 회송료 산정착오 또는 기재착오
	64	질병군 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 기재 누락 및 기재착오
62		<b>전산청구착오 등</b>
	07	의료급여 정액 진료분을 정액(조산, 보건기관, 정신건강의학과 정액) 이외 명세서에 청구
63		<b>질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이, 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락 또는 상이 등</b>
	01	질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이
	02	요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락, 환자평가표와 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 상이, 요양병원·호스피스 정액수가 항, 목 착오청구
	03	요양병원 장기환자입원 명세서의 동일월 내 정액수가코드 상이
	04	요양병원 장기환자입원 명세서의 L항 이외에 선택입원군이 청구된 경우
	05	시범사업(호스피스수가, 신포괄수가 등)에서 L항 81-94목 기재누락
	06	호스피스 정액입원명세서에 L항 81-94목 기재누락
	07	요양병원 이외의 기관에서 요양병원 장기환자입원(진료형태 “A”) 청구
	08	선택입원군 관련 특정기호 ‘F006’ 착오기재
64		<b>기타 사유(‘심사내역통보문’ 참조) 등</b>
	03	요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 JT007, MT010, MT011, MT058 내역 기재누락 또는 기재형식 착오기재
	09	임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호 기재형식 착오기재
65		<b>질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구 또는 요양병원 서식 착오청구 등</b>
	01	질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	요양병원 장기환자 입원명세서 등 정액·정률 구분 착오

코드	세부 코드	내역	
65	03	요양병원, 호스피스의 정액수가 적용제의 상병 진료분 청구	
	05	요양병원 장기입원환자 명세서의 특정기간 대상자가 제외환자 서식에 청구된 경우	
	06	요양병원 낮병동 입원환자가 장기환자 서식에 청구된 경우	
	07	질병군 진료명세서의 입원일수 30일 초과 청구	
	09	질병군 명세서의 질병군 분류내역 기재착오	
	10	질병군 명세서의 포괄내역 기재누락	
	11	질병군 명세서의 야간 및 공휴가산의 수술일과 수술시각 기재누락 또는 기재착오	
	12	질병군 명세서의 입원 시 상병 유무 기재누락 또는 기재착오	
	13	질병군 명세서의 분리청구건의 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오 (입원일부터 질병군 수술일까지 7일 미만)	
	14	질병군 명세서의 의료의 질 점검표 기재누락 또는 기재착오	
	66		<b>약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’ 을 초과한 경우 등</b>
		01	약국 처방조제분 ‘처방전 사용기간’ 기재착오
		05	약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’ 을 초과한 경우
	67		<b>질병군별 포괄수가 대상 진료분의 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 보험자부담금, 본인부담상한액초과금, 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오</b>
01		질병군 명세서의 요양급여비용총액 1 기재누락 또는 기재착오	
02		질병군 명세서의 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오	
03		질병군 명세서의 청구액 기재누락 또는 기재착오	
04		질병군 명세서의 본인부담상한액초과금 기재누락 또는 기재착오	
05		질병군 명세서의 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오	
06		질병군 보훈환자 상이등급 7급 일반질환의 (보훈)본인일부부담금 등 기재누락 또는 기재착오	
08		질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오	
10		질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오	

코드	세부 코드	내 역
67	11 12 13	보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오 질병군 명세서의 포괄수가, 질병군요양급여비용총액 기재누락 및 기재착오 질병군 요양급여비용 열외군 산정착오
68		<b>질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구</b>
	01	질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구
69		<b>2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 등</b>
	01	2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구
	04	신생아(생후 28일까지 또는 만 1세 미만이면서 입원시 체중이 2,500g 미만인 소아)의 질병군 청구
	05	제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술의 질병군 청구
	06	복강경 수술 중 부득이한 사유로 개복술 전환의 복강경 보상비용 산정 착오
	07	질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 착오
	08	질병군 명세서 원형자동문합기 치료재료 신고 누락
	09	질병군 명세서 신의료기술 등 비급여(로봇 보조 수술)의 기재착오
	10	질병군 명세서 인공수정체 재료대 기재누락 또는 기재착오
	11	질병군 명세서 연령비교 진단분류기호 부여착오
	12	질병군 명세서 복수 항문 수술 산정 착오
71		<b>요양병원 환자평가표 누락, 기재착오 등</b>
	15	본인부담상한제 사전급여 미적용 요양병원의 본인부담상한액초과금 청구
	16	요양병원 입원진료 현황의 국민건강보험공단 등록정보와 불일치
78		<b>약국 처방조제분 '처방전 발행기관기호' 기재착오 또는 기재누락, 보훈국비환자 약국 처방조제분의 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우, 의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 '6' 또는 '8')이 아니면서 장애인의료비 청구 등</b>
	01	약국 처방조제분의 처방전 발행기관기호가 요양기관 신고 현황에 없는 경우
	02	처방전 발행기관이 조산원, 보건진료소, 약국 등 인 경우

코드	세부 코드	내역
78	07	의료급여 종별구분 ‘6’ (의료급여 2종 장애인 2차 진료)이면서 의원급 외래 진료분인 경우
	08	의료급여 종별구분 ‘8’ (의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 입원 진료분인 경우
	09	의료급여 종별구분 ‘8’ (의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 2차 진료기관 진료분인 경우
	10	의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 ‘6’ 또는 ‘8’)이 아니면서 장애인의료비 청구
	11	보훈국비환자 약국 처방조제분 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우
	12	약국명세서의 ‘공상 등 구분 4’ 적용 이전 진료분 청구
90		<b>의료급여 종별구분 기재착오, 의료급여 1종, 2종 미구분(폐지된 성병 무료 진료분 포함) 등</b>
	01	의료급여 1차, 2차 진료기관이 아닌 경우
	02	의료급여 종별구분 기재착오
	03	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 ‘5’) 청구 (진료일자 2001년 10월 전 명세서)
	04	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 ‘5’) 청구 (진료일자 2001년 10월 이후 명세서)
	06	의료급여 진료확인번호(서면은 진료확인번호 개수) 기재누락 또는 착오
	07	노숙인 1종 이면서 본인부담구분코드 미기재건
91		<b>건강보험·의료급여·보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구, 수진자 주민등록번호 상이 등</b>
	01	건강보험 미자격자 진료분 청구
	02	의료급여 미자격자 진료분 청구
	03	보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구
	04	보훈 국비환자 권리소멸 후 진료분 청구
	05	보훈 국비환자 이외 진료분 청구
	06	일부분인부담대상 전상군경 등(상이 7급 일반질환) 대상 이외 진료분 청구
	07	입원명령결핵 지원대상자 등록정보와 상이

코드	세부 코드	내 역
91	09	보훈 감면대상자 미자격자 진료분 청구(보훈병원)
	10	보훈 감면대상자 미자격자 진료분 청구(약국)
92		<b>의료급여 종별 본인부담금 착오청구 또는 대불금 착오청구 등</b>
	01	보건기관 의료급여 외래진료분 본인일부부담금 청구
	02	행려환자 진료분 본인일부부담금 청구
	03	의료급여 2종 외래 진료분이면서 대불금 청구
	04	의료급여 2종 수급권자가 아니면서 대불금 청구
	06	의료급여 수급권자 본인부담구분코드 기재착오
	07	의료급여 예약검사 착오청구
	08	의료급여 수급권자 원내 직접조제, 투약횟수 기재착오
	09	의료급여 수급권자 청구 본인부담금(또는 보훈청구액, 장애인의료비) 착오산정
	10	의료급여 수급권자의 외래명세서의 본인부담금 발생횟수 기재착오
	11	의료급여 2종 수급권자 특정기호 기재착오(등록 중증질환자 등 특정기호 기재)
	12	의료급여 미등록 HIV/AIDS 질환자의 해당상병(B20-B24) 관련 진료시 상병코드 기재누락
	13	의료급여 2종 수급권자 정신질환 특정기호 기재착오
93		<b>동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등) 등</b>
	01	동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등)
	02	동일 수진자 외래명세서 분리청구(동일 진료과 요양개시일자 중복)
94		<b>동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복</b>
	01	동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복
95		<b>의료급여 정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 수가 관련 착오청구 등</b>
	02	의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분 외박수가 청구
	05	의료급여 정신건강의학과 정액 서식 비교 수가코드 착오기재

코드	세부 코드	내역
95	06	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 X항 착오 청구
	07	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 정신건강의학과 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정신건강의학과 행위별 총액 누락[2009.1.1.일 진료분부터]
	08	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서의 Z항에 정액수가 누락 또는 Z항에 별도산정 외 진료내역 청구
	09	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 혈액투석 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정액수가 행위별총액 누락[2014.9.1. 진료분부터]
	10	의료급여 행위별 외래명세서에 혈액투석 정액수가 청구
	12	의료급여 정신건강의학과 정액 외래명세서 서식코드 기재착오
97		<b>질병군 간호간병료 관련</b>
	01	질병군 간호간병료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치
	02	질병군 간호간병료 산정착오 또는 기재착오
98		<b>신포괄 질병군 관련</b>
	01	신포괄 질병군번호 기재누락
	02	신포괄 청구사항 질병군번호와 심사결정 질병군번호 상이
	03	정액기간과 특정기간으로 분리청구시 신포괄 질병군번호 상이
	05	신포괄 질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구
	06	환자분류코드 기재누락 또는 기재착오
	08	입원일수 비교 환자분류코드 기재착오
	13	신포괄 정액기간, 특정기간 분리청구 대상 착오청구
	14	포괄수가 착오 및 기재누락
	17	질병군 분류내역의 총투가 '0' 이 아닌 경우
	18	요양급여비용외외군의 요양급여총액 착오
	19	신포괄 명세서에 신생아 청구
	22	요양급여비용외외군 착오청구

코드	세부 코드	내 역
98	23	신포괄 명세서에 ‘공상 등 구분’ 착오기재
	24	신포괄 명세서에 낮병동 입원료 청구
	27	정액기간 보상률 착오(100% 비포괄항목, 흉부외과 100% 가산 포괄항목)
	28	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 포괄항목)
	29	정액기간 보상률 착오(흉부외과 100% 가산 비포괄항목)
	30	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 비포괄항목)
	31	정액기간 보상률 착오(80% 가산 비포괄항목)
	33	상단열외군 특정기간, 하단열외군 보상률 착오
	36	상병분류기호 중복기재
	37	배제된 상병기재
	38	입원시 상병유무 기재누락 또는 기재착오
	39	기청구 포괄수가 기재누락 또는 기재착오
	40	기청구 신포괄 요양급여비용총액 기재누락 또는 기재착오
	41	주진단 기재착오
	42	30일 단위 분리청구 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오
	43	30일 단위 분리청구 30일 초과건 청구
	44	입원명령결핵 지원대상자 등록정보 상이
	46	신포괄 명세서의 행려(4), 노숙인(N) 청구
	47	신포괄 명세서의 동일수진자 입내원일자 일부 중복청구
	48	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 포괄항목)
	49	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 비포괄항목)
	50	정액기간 보상률 착오(흉부외과 70% 가산 비포괄항목)
	52	신포괄 고위험임신부 입원진료대상 청구 착오
	54	신포괄 의료급여 식대 산정오류

코드	세부 코드	내 역
98	55	신포괄 ‘입원전담전문의 시범사업 참여지원금’ 특정내역 기재누락 및 착오
	56	신포괄 중증치매 산정특례(V810) 주진단 착오
	57	정액기간명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재누락 또는 상단열외군 특정기간 및 하단열외군 명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재
	58	신포괄 잠복결핵 산정특례(V010) 주진단 착오
	99	신포괄 비급여(다빈치 로봇을 이용한 수술) 특정내역 기재착오 또는 계산착오
S1		<b>의료기관간 응급원격협력진료 시범사업</b>
	01	의료기관간 응급원격협력진료 청구대상이 아닌 진료분 청구
	05	신포괄 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·산정착오 또는 인력신고현황 불일치
	06	신포괄 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오
	07	신포괄 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오
S2		<b>협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업</b>
	01	진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S002) 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 의뢰료 산정착오 또는 기재착오
	03	신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 회송료 산정착오 또는 기재착오
	04	신포괄 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업 관련 특정내역 구분코드 MX999(기타내역), JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오
	05	진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S029) 청구대상이 아닌 진료분 청구
S3		<b>만성질환관리 시범사업</b>
	01	만성질환관리 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구
S4		<b>정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업</b>
	01	비자의입원 관련 진료분 착오청구
S7		<b>입원전담전문의 시범사업</b>
	01	입원전담전문의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구

코드	세부 코드	내 역
S8	01	<b>지역사회 일차의료 시범사업</b> 지역사회 일차의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
S9	01	<b>의·한 협진 시범사업</b> 의·한 협진 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SA	01 02 03	<b>장애인 건강주치의 시범사업</b> 장애인 건강주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치 장애인 건강주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 장애인 건강주치의 시범사업 맞춤형 검진바우처 청구대상이 아닌 진료분 청구
SB	01	<b>수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업</b> 수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SC	01	<b>일차의료 만성질환관리 시범사업</b> 일차의료 만성질환관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SD	01	<b>맞춤형 검진바우처 시범사업</b> 맞춤형 검진바우처 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SE	01	<b>중증소아 재택의료 시범사업</b> 중증소아 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SF	01	<b>건보공단 장기요양시설 시범사업</b> 국민건강보험공단 요양시설 건강관리강화(축탁의 원격진료 원외처방) 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SG	01	<b>복막투석 환자 재택관리 시범사업</b> 복막투석 환자 재택관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SH	01	<b>일차의료 방문진료 수가 시범사업</b> 일차의료 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SI	01	<b>정신질환자 지속치료 지원 시범사업</b> 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구

코드	세부 코드	내 역
SI	02	신포괄 정신질환자 지속치료 산정착오 또는 기재착오
SJ		<b>1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업</b>
	01	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SK		<b>가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업</b>
	01	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오
SL		<b>장애인 치과주치의 시범사업</b>
	01	장애인 치과주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치
	02	장애인 치과주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SM		<b>분만취약지 임신부 재택의료 시범사업</b>
	01	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SN		<b>아동치과주치의 건강보험 시범사업</b>
	01	아동치과주치의 건강보험 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	아동치과주치의 건강보험 시범사업 대상자 관련 건보공단 등록정보(치과주치의, 아동등록번호, 문진표 등)와 상이
SO		<b>심장질환자 재택의료 시범사업</b>
	01	심장질환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 심장질환자 재택의료관리료 산정착오 또는 기재착오
SP		<b>첩약 건강보험 적용 시범사업</b>
	01	첩약 건강보험 적용 시범사업 청구서 버전 착오청구
	02	첩약 건강보험 적용 시범사업 명세서(특정기호 S027) 착오청구
	03	첩약 건강보험 적용 비시범사업 명세서(특정기호 S028) 착오청구
	04	첩약 건강보험 적용 시범사업 표준 진단 체크리스트 미제출 또는 제출착오
	05	첩약 건강보험 적용 시범사업 수진자 관리 시스템 미등록 또는 등록착오

코드	세부 코드	내 역
SQ		<b>응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업</b>
	01	응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 수가 산정착오 및 기재착오
SR		<b>급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업</b>
	01	급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SS		<b>재활환자 재택의료 시범사업</b>
	01	재활환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 재활환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오
ST		<b>치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업</b>
	01	치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SU		<b>자율형 분석심사 선도사업</b>
	01	자율형 분석심사 선도사업 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	자율형 분석심사 선도사업 중증외상 영역 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구
SV		<b>일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업</b>
	01	일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SW		<b>결핵환자 재택의료 시범사업</b>
	01	결핵환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
	02	신포괄 결핵환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정 착오 또는 기재착오

### 3. 심사조정

코드	내역
3A	차상위 2종환자 입원가산식대 단가 착오 점검
3B	차상위 2종환자 입원가산식대 산정 착오 점검(삭제코드 적용)
3D	차상위 2종환자 입원가산식대 산정(일투총투) 착오 점검
3K	차상위 2종환자 입원가산식대 코드 착오점검
50B	선별급여 항청구 착오점검(A항으로 변경)
5A	장애인 치과 진료 가산 산정 착오 점검
5B	장애인 치과 진료 가산수가코드 적용착오 점검
5D	장애인 치과 진료 가산금액 계산 착오 점검
5K	장애인 치과 진료 가산수가 수가코드 또는 코드구분 착오 조정
5K	장애인 치과 진료 가산수가 산정코드 착오기재로 조정
5R	장애인 치과 진료 가산 비용 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정
5R	장애인 치과 진료 가산 비용 수탁기관의 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정
6B	토요가산 진찰료 조정 - 기본진찰료 비교 코드 상이 (보건복지부 고시 제2013-143호, 2013.10.1. 시행)
80B	선별급여 항청구 착오점검(B항으로 변경)
90B	선별급여 항청구 착오점검(E항으로 변경)
A	행위 수가코드 단가착오 점검
A	한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 이하)(보건복지부 고시 제2013-205호, 2014.1.1. 시행)
A	한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 초과)(보건복지부 고시 제2013-205호, 2014.1.1. 시행)
A	약제 단가 착오 점검
A	첩약 시범사업 - 기준처방 단가 점검(한약제 비교 기준처방 단가 초과분 조정) (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
A	치료재료 단가 착오 점검
AK	행위수가코드의 산정코드 착오 점검
B	고압산소요법 - 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)

코드	내역
B	심폐소생술료 - 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	중환자실 입원료(전담의) - 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	중환자실 내 격리관리료 - 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취유지 - 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	마취료 - 연령에 맞는 산정코드로 조정(2019.8.1.이전) (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료 - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(외과전문의) (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료 - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(흉부외과전문의) (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료 - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(화상치료목적) (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료 - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(신생아 포함 만6세미만)(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료(제2의수술) - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(외과전문의)(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료(제2의수술) - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(흉부외과전문의)(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료(제2의수술) - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(화상치료목적)(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	처치및수술료(제2의수술) - 병원급 이상 수가에서 연령에 맞는 산정코드로 조정(신생아 포함 만6세미만)(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	마취료 - 연령에 맞는 산정코드로 조정(2019.8.1.이후) (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1.시행)
B	진찰료 공휴가산 - 내원일 비교하여 공휴일이 아닌 날 산정한 공휴가산 조정
B	건강검진 당일 진찰료 - 특정내역 구분코드 JT018(건강검진 실시 당일 진찰료 산정사유) 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	건강검진 당일 진찰료 - 의사의 처방 및 진료행위 없이 산정된 진찰료 조정(인정사유 존재)(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	건강검진 당일 진찰료 - 의사의 처방 및 진료행위 없이 산정된 진찰료 조정(인정사유 외의 코드)(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)

코드	내역
B	진찰료 - 종별 비교하여 의과 의원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2001-32호, 2001.6.27. 시행)
B	진찰료 - 종별 비교하여 의과 병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2001-32호, 2001.6.27. 시행)
B	진찰료 - 종별 비교하여 의과 종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2001-32호, 2001.6.27. 시행)
B	진찰료 - 종별 비교하여 의과 상급종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2001-32호, 2001.6.27. 시행)
B	협의진찰료 - 종별 비교하여 의원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료 - 종별 비교하여 요양병원, 보건의료원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료 - 종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료 - 종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료 - 종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	소아진정관리료/원격협진진찰료 - 종별 비교하여 의원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	소아진정관리료/원격협진진찰료 - 종별 비교하여 병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	소아진정관리료/원격협진진찰료 - 종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	소아진정관리료/원격협진진찰료 - 종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	장기요양기관 촉탁의 원외처방 - 특정내역 구분코드 MT001(상해외인)에 'J' 미기재로 조정(건강보험 상해외인 'J' 아님)(보건복지부 보험급여과-1201호, 2008.7.4.)
B	장기요양기관 촉탁의 원외처방 - (상해외인 'J' 기재 명세서) 정신과정액명세서의 약제비 관련 이외의 수가코드 조정(보건복지부 보험급여과-1201호, 2008.7.4.)
B	장기요양기관 촉탁의 원외처방 - (상해외인 'J' 기재 명세서) 원외처방 진찰료 산정 시 약제 미존재로 조정(보건복지부 보험급여과-1201호, 2008.7.4.)
B	원격협의진찰료 - 실시기관 이력 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 시설, 장비현황 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)

코드	내역
B	원격협의진찰료 - 정보통신망 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 면허종류, 면허번호 미기재 또는 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 인력현황 비교 조정(보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정(특정내역점검) (보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 특정내역 구분코드 JT026(원격협진) 미존재 또는 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 유효한 특정내역 구분코드 JT026(원격협진)의 개수 비교 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정(일투점검) (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 자문료 입내원일수 비교 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 의뢰료 입내원일수 비교 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	원격협의진찰료 - 영상정보공유가산 산정 시 의뢰료 총개수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	음압격리실입원료 마스크 - 음압격리실입원료 미존재로 일반격리실입원료 마스크로 조정(보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행)
B	격리실입원료 마스크 - 일반 또는 음압격리실입원료 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행)
B	중환자실 내 음압격리관리료 - 입원기간동안 중환자실 내 음압격리병상이 없어 일반격리관리료로 조정(보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행)
B	중환자실 내 격리관리료 - 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행)
B	중환자실 내 격리관리료 - 중환자실입원료 총투 비교 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 의료비지원 명세서 아니므로 조정 (보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교 생활치료센터 수가 산정가능일수(총투) 초과하여 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교 환자관리료 I 산정가능일수(총투) 비교하여 환자관리료 II로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)

코드	내역
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 환자관리료 III 산정 시 JX999에 'C/02' 미기재로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 의료비지원 명세서에 생활치료센터 환자관리료 또는 코로나 검사료 미존재로 전액 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정(단가순) (보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 종별 비교하여 요양병원 외 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 외래명세서에 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 병문안관리기준 유효기간 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 환자안전위원회 적용기간 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 의료기관평가 인증기관 적용기간 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)
B	요양기관 입원환자 안전관리료 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)
B	요양병원 입원환자 안전관리료 - 200병상 이상이고 환자안전 전담인력이 1인 이상인 인정일수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	요양병원 별도 보상제 - 인증조사 미신청기관 필요인력 가산 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.아~자)
B	요양병원 별도 보상제 - 하위 20%기관 필요인력 가산 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.아~자)
B	요양병원 입원료 차등제 - 의사인력확보에 따라 입원료 가산 산정코드를 의사등급 1,2등급으로 조정(2020.12.31.까지)(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.마)
B	요양병원 입원료 차등제 - 의사인력확보에 따라 입원료 가산 산정코드를 의사등급 3~5등급으로 조정(2020.12.31.까지)(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.마)
B	요양병원 입원료 차등제 - 간호인력확보에 따라 입원료 가산 산정코드를 간호등급 5등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.바)
B	요양병원 입원료 차등제 - 간호등급 1~5등급이면서 환자 수 대 간호사수의 비가 18:1을 초과하는 경우 산정코드 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.바)
B	요양병원 입원료 차등제 - 간호등급 1~5등급이면서 환자 수 대 간호사수의 비가 18:1을 초과하는 경우 정액수가 산정코드 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4.바)

코드	내역
B	회송료 - 건강보험 2단계기관이 아닌 요양기관에서 착오 산정해 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 상급종합병원에 해당되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 유효한 특정내역 구분코드 MT066(진료의뢰회송번호)이 존재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 중계시스템(송신)에 일치하는 내역이 존재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 회송기관이 상급종합병원이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 진료결과가 회송이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 외래명세서에 입원수가 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	회송료 - 총횟수 비교하여 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	입원료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	입원료 - 요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	입원료 - 요양기관종별 비교하여 의원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	입원료 - 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	입원료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행)
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행)
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행)
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행)

코드	내역
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 의원에 해당하는 코드로 조정 (보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행)
B	입원료 - 요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제2부,제3부)
B	납차폐특수치료실 입원료 - 요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정(건강보험요양급여비용 제3편제2부,제3부)
B	중환자실 입원료 - 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	중환자실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가)
B	2,3인실 입원료 - 요양병원(재활, 정신과 제외)에서 산정 불가능한 입원료를 산정하여 조정(건강보험요양급여비용 제3편제2부,제3부)
B	2,3인실 입원료 - 치과병원에서 산정 불가능한 입원료를 산정하여 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제2부,제3부)
B	중환자실 전담의 가산수가 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	중환자실 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 성인소아중환자실 전담의 가산불가로 조정(2015.10.1.이전)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	중환자실 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 일반중환자실 전담의 가산불가로 조정(2015.10.1.이후)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	중환자실 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 성인소아 및 일반중환자실 전담의 가산불가로 조정(모든 병동)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 전담전문의 가산수가 - 일반중환자실 전담전문의 가산기관 미등록으로 조정(2015.10.1.이전)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 전담전문의 가산불가로 조정(2015.10.1.이후)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 가산기관이 아니면서 전담전문의 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 1인이상 전담의 가산수가 - 소아중환자실 별도 운영기관 미등록으로 조정(2015.10.1.이전)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 1인이상 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 전담의 가산불가로 조정(2015.10.1.이후)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 1인이상 전담의 가산수가 - 소아중환자실 별도 운영기관 아니면서 전담의 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 1인이상 전담전문의 가산수가 - 소아중환자실 별도 운영기관 미등록으로 조정(2015.10.1.이전)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)

코드	내역
B	소아중환자실 1인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 전담전문의 가산불가로 조정(2015.10.1.이후)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 1인이상 전담전문의 가산수가 - 소아중환자실 별도 운영기관 아니면서 전담전문의 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 전담의 가산수가 - 일반중환자실 입원료 총투 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	요양병원 중환자실 전담의 가산수가 - 요양병원 중환자실 입원료 총투 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 전담의 가산수가 - 소아중환자실 입원료 총투 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 병상수대비 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 신고등급에 맞는 병상수대비 가산수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 병상수대비 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 신고등급에 맞는 병상수대비 가산수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	신생아중환자실 전담의 가산수가 - 신생아중환자실 입원료 총투 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)
B	입원환자 전담전문의 관리료 - 의과 입원명세서 외에 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행)
B	입원환자 전담전문의 관리료 - 종합병원급 이상 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행)
B	입원환자 전담전문의 관리료 - 특정내역 구분코드 JT029(재원기간) 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행)
B	입원료 - 병상 현황신고 중 4인실 병상 현황신고가 없어 기본입원료로 조정 (보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	포괄입원관리료(4인실) - 입원기간 중 포괄간호서비스병동 운영 신고 현황에서 4인실 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	포괄입원관리료(4인실) - 특정내역구분코드 JS003(입원시각) 또는 JS004(퇴원시각)이 병실 현황신고의 유효기간과 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)

코드	내역
B	포괄간호입원료(3인실) - 입원기간 중 포괄간호서비스병동 운영 신고 현황에서 4인실 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	포괄간호입원료(2인실) - 입원기간 중 포괄간호서비스병동 운영 신고 현황에서 4인실 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	포괄간호입원료(3인실) - 특정내역구분코드 JS003(입원시각) 또는 JS004(퇴원시각)이 병실 현황신고의 유효기간과 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	포괄간호입원료(2인실) - 특정내역구분코드 JS003(입원시각) 또는 JS004(퇴원시각)이 병실 현황신고의 유효기간과 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 상급종합병원) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 상급종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 5회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 종합병원) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 3회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 병원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 2회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하 요양병원 및 의원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 1회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 30일 이하) - 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 60일 이하) - 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 60일 이하 상급종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 10회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 60일 이하 종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 6회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 60일 이하 병원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 4회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	협의진찰료(입원일수 60일 이하 요양병원 및 의원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 2회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)
B	감염예방관리료 - 요양기관의 간호등급 신고내역 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-302호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 상급종합병원 이외의 기관에서 청구하여 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 보험자종별 건강보험 외 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 시범사업 대상기관 외 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 심층진찰 전문의 외 의사 기재하여 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 대상자별 1회 초과로 초과분 조정(면허번호 건별)(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 대상자별 1회 초과로 초과분 조정(접수번호별)(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 외래명세서에서 심층진찰료와 진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 입원명세서에서 심층진찰료와 초진진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 - 입원명세서에서 심층진찰료와 재진진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	상급종합병원 심층진찰수가 시범사업 - 대상 환자(건강보험, 차상위) 외 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	입원환자 식대(전체) - 건강보험[보훈] 입원 외에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
B	가정간호 기본방문료 - 가정간호실시기관으로 등록되어 있지 않아 조정 (의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부)
B	가정간호 기본방문료 - 가정간호실시기관에 가정간호사 1인만 존재하여 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.)
B	가정간호 기본방문료 - 가정간호실시기관에 가정간호사 신고내역이 존재하지 않아 조정(보건복지부 보험급여과-1995호, 2008.9.18.)
B	가정간호 기본방문료 - 의원, 보건의료원 해당 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)
B	가정간호 기본방문료 - 병원급 해당 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)
B	가정간호 기본방문료 - 종합병원 해당 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)
B	가정간호 기본방문료 - 상급종합병원 해당 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)

코드	내역
B	가정간호 기본방문료 - 유효한 가정간호사 면허번호보다 청구한 가정간호 기본방문료가 더 많아서 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행)
B	가정간호 기본방문료(최초 2인이상 방문) - 유효한 가정간호 면허번호 개수가 2개 미만으로 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행)
B	가정간호 기본방문료(최초 2인이상 방문) - 총 횟수가 2번 이상일 때 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행)
B	만성질환관리료 - 만성질환 없이 산정하여 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	만성질환관리료 - 재진환자 외 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	만성질환관리료 - 주상병기호 비교하여 인정상병 없어 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	일차의료 만성질환관리 시범사업 - 시범사업 수가를 타 진료 명세서에 산정하여 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단)
B	일차의료 만성질환관리 시범사업-국민건강보험공단에 등록된 현황 비교하여 불일치로 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단)
B	일차의료 만성질환관리 시범사업 - 대상 수가코드별 총 횟수 합 1회 초과분 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단)
B	일차의료 만성질환관리 시범사업 - 시범사업 수가코드 외 산정되어 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단)
B	호흡기전담클리닉 - 유효한 명세서단위 특정내역(MX999) 미존재로 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 특수기관 현황 비교 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 일투 1회 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 내원일수 비교 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 개방형클리닉진찰료, 개방형클리닉전화상담진찰료 중복산정으로 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 개방형클리닉진찰료, 개방형클리닉전화상담진찰료 미존재로 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 개방형클리닉진찰료, 개방형클리닉전화상담진찰료 산정 초과분 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 의료기관형클리닉 전화상담관리료 산정 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)

코드	내역
B	호흡기전담클리닉 - 의료기관형클리닉 전화상담관리료 진찰료 비교 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	호흡기전담클리닉 - 의료기관형클리닉 전화상담관리료 진찰료 비교 횟수 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획)
B	의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 의원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 3. 의약품관리료)
B	의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 3. 의약품관리료)
B	의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 3. 의약품관리료)
B	의약품관리료(외래/방문당) - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 3. 의약품관리료)
B	의약품관리료(외래/방문당) - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 3. 의약품관리료)
B	마약류 관리료 - 입원환자 수가코드를 외래명세서에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료(입원환자) - 1일당 수가로 1일 실시횟수 1 초과 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료(입원환자) - 내원일수 보다 초과해서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료(외래환자) - 방문당 1회 산정하는 수가로 진찰료 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료 - 입원 및 외래 수가와 중복 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	입원료 - (상급종합병원, 의원, 보건의료원) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	입원료 - (종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	입원료 - (종합병원, 병원-의료취약지역) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	입원료 - (종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마)
B	입원료 - 신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)

코드	내역
B	입원료 - 신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 신고내역 없어 4등급 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	입원료 - 성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2008-30호, 2008.7.1. 시행)
B	입원료 - 요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행)
B	입원료 - 완화의료병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원료 - 완화의료병동 사회복지사 신고현황이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	성인·소아중환자실 입원료 - 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 신고 되어있는 간호등급 비교하여 해당수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 상급종합병원 중환자실 간호등급 신고 되어있는 등급으로 조정(요양종료일 2015.10.1. 이전)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 상급종합병원 외의 중환자실 간호등급 신고 되어있는 등급으로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료 - 상급종합병원 중환자실 간호등급 신고 되어있는 등급으로 조정(요양종료일 2015.10.1. 이후)(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신생아중환자실 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고 되어있는 간호등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(1등급) (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(2등급) (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(3등급) (2016.12.1. 개정후)(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(3등급) (2016.12.1. 개정전)(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1. 시행)

코드	내역
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(4등급) (2016.12.1. 개정후)(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1. 시행)
B	신생아중환자실 입원료 - 신고한 간호등급을 비교하여 해당 수가로 조정(4등급) (2016.12.1. 개정전)(보건복지부 고시 제2016-209호, 2016.12.1. 시행)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 대상수가 외 청구로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(의뢰료) - 대상수가 외 청구로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호) 미기재로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호)의 발급일자와 명세서의 요양개시일 불일치로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 진료의뢰회송 중계시스템의 등록내역과 비교하여 불일치로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 외래명세서의 회송료 착오 산정 시 외래 수가코드로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(회송료) - 인정횟수 초과분 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(의뢰료) - 시범사업 특정기호 'S029' 미기재로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(의뢰료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호) 미기재로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진료의뢰회송 시범사업(의뢰료) - 진료의뢰회송 중계시스템의 등록내역과 비교하여 불일치로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	입원료 - 0~6시 입원 및 18~24시 퇴원과 관련 특정내역 구분코드 JS003(입원시각), JS004(퇴원시각)를 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행)
B	진찰료 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행)
B	진찰료 야간가산 - 지역응급의료기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 보험급여과-925호, 2013.3.25.)
B	혈액관리료 - 혈액은행 미신고기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
B	혈액관리료 - 혈액안전감시체계 미신고기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
B	혈액관리료 - 혈액은행 업무 담당하는 상근 진단검사의학과 전문의 신고현황이 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	혈액관리료 - 혈액은행 업무 담당하는 임상병리사가 3명 미만 또는 혈액은행 업무 전담하는 인력이 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
B	다학제통합진료료 - 다학제통합진료 실시하지 않는 기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 종합병원, 상급종합병원 외에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 외래에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 수진자 연령이 만 18세 미만이나 집중영양치료팀에 소아과전문의가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 주1회 초과 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 종합병원급 코드로 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 상급종합병원급 코드로 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 상근하는 임상영양사가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 구성원(의사, 간호사, 약사, 영양사) 중 집중영양치료팀 전담하는 인력이 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	의료질평가지원금 - 입원료 인정횟수를 초과하여 산정한 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-145호, 2015.9.1. 시행)
B	의료질평가지원금 - (교육수련·연구 분야) HPV 지원 대상자 또는 국민건강보험법 시행령 별표2 제3호타목1)에 따른 본인부담면제대상자로 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행)
B	의료질평가지원금 - (분야 평가) 입원료 총횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행)
B	의료질평가지원금 - (평가 분야) HPV 지원 대상자 또는 국민건강보험법 시행령 별표2 제3호타목1)에 따른 본인부담면제대상자로 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행)
B	의료질평가지원금 - (교육수련·연구 분야) 정신질환자 지속치료 지원 시범사업(S020)의 경우 낮병동 관리료 I 가 미존재하므로 조정(보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행)

코드	내역
B	의료질평가지원금 - (분야 평가) 정신질환자 지속치료 지원 시범사업(S020)의 경우 낮병동 관리료 I 가 미존재하므로 조정(보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행)
B	회복관리료 - 회복실 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	암환자교육상담료 - 요양기관종별(상급종합병원) 비교하여 해당 수가로 조정(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	암환자교육상담료 - 요양기관종별(병원급) 비교하여 해당 수가로 조정(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 병원급 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원) - 입원기간 중 대상기관이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(외래) - 진료일자에 대상기관이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 한방병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 정신병원 제외한 요양병원 수가로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 병원(안과·이비인후과 분야)가 아닌데 해당수가로 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원) - 위탁진료 명세서에서 요양병원 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원) - 위탁진료 명세서에서 요양병원 외 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(외래) - 위탁진료 명세서에서 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(특정기호 F012, F022 적용 명세서 포함)(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(외래) - 위탁진료 명세서에서 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원) - 요양병원 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원) - 요양병원 외 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	전문병원 의료질평가지원금(외래) - 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(특정기호 F012, F022 적용 명세서 포함)(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(외래) - 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 등급 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 해당 등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 외래명세서 산정불가로 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 1일 1회만 산정 가능하여 실시횟수 초과분을 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 내원일수 초과분 조정(낮병동, 입원환자 병원관리료 제외) (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 내원일수 초과분 조정(응급실, 입원환자 병원관리료 제외) (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원급 이하 요양기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 상급종합병원 신고현황 비교하여 전담인력 2명 이상 해당 일수 초과분 조정(2020.1.4. 이전)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 종합병원 500병상 이상이면서 병상수 대비 필요 전담인력 충족 일수 비교하여 조정(2020.1.4. 이전)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 종합병원 500병상 미만이면서 병상수 대비 필요 전담인력 충족 일수 비교하여 조정(2020.1.4. 이전)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 200병상 이상이면서 전담인력 1명 이상 해당 일수 초과분 조정(2020.1.4. 이전)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 환자안전위원회 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 병문안 관리기준 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 입원기간이 환자안전활동 실시기관 인정기간에 포함되지 않아 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)

코드	내역
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 또는 정신의료기관이면서 2020.7.1.이전에 수가 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 또는 정신병원이면서 삭제된 수가로 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 또는 정신병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001 (진료과목 확인코드)을 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력 외과전문의 코드 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 3개 미만으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 4인) - 특정내역 구분코드 JT001 (진료과목 확인코드)을 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 4인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력 외과전문의 코드 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 4인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 4개 미만으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 4인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 3개만 유효하여 해당 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료 - 산정 횟수(수술 전·후 각 1회) 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	수술실 환자 안전관리료 - 수술실 등급이 1등급이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	수술실 환자 안전관리료 - 수술실 등급 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	수술실 환자 안전관리료 - 입원기간에 일치하는 수술실 등급이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)

코드	내역
B	수술실 환자 안전관리료 - 마취료 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간초과 15분당)의 총투합과 총횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간기준)의 총투합과 총횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	문제의약품 재처방/재조제 - 진찰료 없이 약제만 산정하여 조정(보건복지부 보험약제과-라니티딘 성분 보험의약품 관련 Q&A 1차(2019.9.26.), 2차(2019.9.27.) 안내, 니자티딘 성분 보험의약품 관련 FAQ 안내(2019.11.22.))
B	문제의약품 재처방/재조제 - 산정 불가로 조정(보건복지부 보험약제과-라니티딘 성분 보험의약품 관련 Q&A 1차(2019.9.26.), 2차(2019.9.27.) 안내, 니자티딘 성분 보험의약품 관련 FAQ 안내(2019.11.22.))
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료 - 의료기관 윤리위원회 운영기관 외 산정으로 조정(연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료 - 시설 등의 공동이용 진료기관의 의료기관 윤리위원회 운영기관 외 산정으로 조정(연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료 - 대상장비(인공호흡기, 인공신장기, 제세동기)를 보유하지 않아 조정(연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료 - 1일투여(실시)횟수 1회 초과분 조정(연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료 - 총투여일수(실시횟수) 1회 초과분 조정(연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 위탁진료 불가로 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 시범사업 대상수가 외 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 비시범사업 명세서의 시범사업 대상수가 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 수가별 1회 초과분 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 공단자격 비교하여 시범사업 대상자 외 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 공단자격 비교하여 의사 면허번호 불일치로 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)

코드	내역
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 요양개시일이 서비스 기간에 해당하지 않아 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 서비스 해지일자 이후 진료분 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 인력현황 비교하여 의료인의 방문진료가 미등록이거나 산정가능한 기간과 불일치하여 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 인력현황 비교하여 의료인의 방문간호가 미등록이거나 산정가능한 기간과 불일치하여 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	장애인 건강주치의 시범사업 - 중간점검료와 포괄평가 및 계획수립료와 동시청구 불가하여 조정(장애인 건강 주치의 제도 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 - 통합계획교육상담료 산정 시 진료형태코드 J 또는 I 기재누락으로 조정(어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 - 통합계획교육상담료에 유효한 줄단위 특정내역(JX999) 존재하지 않아 조정(어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 - 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료 산정 시 진료형태코드 J 또는 I 기재누락으로 조정(어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 - 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료에 유효한 줄단위 특정내역(JX999) 존재하지 않아 조정(어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부)
B	복막투석 환자 재택관리 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S016' 미기재로 조정(복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부)
B	복막투석 환자 재택관리 시범사업 - 시범사업 대상자 정보 제출 현황 비교 조정(복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부)
B	복막투석 환자 재택관리 시범사업 - 최대 인정횟수 초과분 조정(복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부)
B	복막투석 환자 재택관리 시범사업 - 시범사업 대상수가 외 청구로 조정(복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료를 시범사업 명세서 외 청구로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 점검서식 제출내역과 비교하여 불일치로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료(I) 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 외래명세서의 교육상담료(II) 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 입원명세서의 교육상담료(II) 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 시범사업 명세서 외 청구로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 입원명세서 산정불가로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 점검서식 제출내역과 비교하여 불일치로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 - 시범사업 대상수가 외 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 시범사업 특정기호 ‘S022’ 미기재로 조정(교육상담료)(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 점검서식 제출내역과 비교하여 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료(I) 인정횟수 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 외래명세서의 교육상담료(II) 인정횟수 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 입원명세서의 교육상담료(II) 총 횟수합 6회 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 입원명세서의 교육상담료(II) 총 횟수합 4회 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 시범사업 특정기호 ‘S022’ 미기재로 조정(환자관리료)(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 입원명세서 산정불가로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 점검서식 제출내역과 비교하여 불일치로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 총 횟수합 1회 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
B	가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 - 시범사업 대상수가 외 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 - 시범사업 특정기호 ‘S024’ 미기재로 조정(분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 - 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정(분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 - 시범사업 수가 인정횟수 초과분 조정(분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 - 대상수가 외 조정(분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 산정특례 및 시범사업 특정기호 미존재로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 정보시스템에 제출한 서식 내역 불일치로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 필수인력(전문의1명, 간호사1명) 신고 불일치로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 I 와 교육상담료 II 동시 산정불가로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 II 산정횟수 초과로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 I, 환자관리료 외래명세서 외에 산정으로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 진료내역의 의사가 재택의료팀 전문의가 아니므로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 교육상담료 I 산정횟수 초과로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 환자관리료 산정횟수 초과로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	결핵질환자 재택의료 시범사업 - 시범사업 수가 외 산정으로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.)
B	진단검사분야 검체검사 질 가산 - 신고등급과 청구한 등급 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행)
B	신경학적 검사 - (일반검사) 입원명세서에 산정한 대상수가의 일투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	신경학적 검사 - (일반검사) 입원명세서에 산정한 대상수가의 총횟수 합 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	신경학적 검사 - (단순검사) 일반검사와 동시 산정으로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	외과전문의가산 - 절개생검(개복에 의한 것) 산정 시 요양개시일에 외과전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	흉부외과 전문의 가산 - 흉강경검사 산정 시 요양개시일에 흉부외과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	혈액형 검사 - 검체수탁 시 일투 1.1 초과분 조정(건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준)
B	검사료 - 대칭기관에 대해 양측검사를 시행하더라도 편측 표기가 없는 경우 소정점수만 산정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장 검사료 [산정지침])
B	검체검사 위탁 - 위탁 대상에서 제외되는 검사에 특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재하여 조정(건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준)
B	검체검사 위탁 - 검체수탁이 아닌 경우 일투 소수점 조정(건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준)
B	임상병리검사 종합검증료 - 종합검증검사 인증기관이 아니므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장 검사료 제1절 검체검사료)
B	임상병리검사 종합검증료 - 상근하는 진단검사의학과전문의 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장 검사료 제1절 검체검사료)
B	초음파검사 - 초음파검사 시행한 의사의 면허종류, 면허번호 기재하지 않아 조정(보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.)
B	초음파검사 - 초음파검사 시행한 의사의 면허번호, 면허종류 착오기재로 조정(보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.)
B	초음파검사 - 초음파검사 시행한 의사가 요양기관 인력 신고현황과 불일치로 조정(보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.)
B	소아복부초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT020(초음파검사 시행일자) 미존재로 요양개시일 비교하여 만8세 이상으로 조정(보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행)
B	소아복부초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT020(초음파검사 시행일자) 비교하여 만8세 이상으로 조정(보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행)
B	임신부 초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT005(분만, 임신부초음파) 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2017-68호, 2017.3.1. 시행)
B	방사선영상진단 판독 가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행)
B	방사선영상진단 판독 가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행)
B	X-ray 필름료 - 별도 산정 가능한 영상진단, 방사선치료 또는 Full PACS 이용료 존재하지 않아 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장 [산정지침] (1))

코드	내역
B	C-Arm형 영상증폭장치이용료 - 도수 또는 관혈적 정복술 이외 산정으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 다-101 주항)
B	핵의학영상진단 전문의 판독가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허 소지자가 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제3절 주1항)
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 병원급 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 의원급 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)
B	CT, MRI 조영제 사용 촬영수가 - 조영제 미존재로 일반 촬영수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장 [산정지침] (1))
B	CT, MRI 동시촬영 수가 - 경추, 흉추, 요추 부위를 동시 촬영하거나 흉추와 동시에 촬영한 경우 동시촬영 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2020-102호, 2020.6.1. 시행)
B	MRI 판독료 - 각 부위별 MRI 촬영료 없이 해당 부위의 MRI 판독료를 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행)
B	MRI 판독료 - MRI 촬영료 횟수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행)
B	MRI 촬영료 - 요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 수가코드에 해당하는 MRI 테슬라 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행)
B	MRI 촬영료 - 요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 신고 되어있는 MRI 테슬라 해당 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행)
B	외래환자 조제복약지도료(내복약) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])
B	외래환자 조제복약지도료(외용약) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])
B	외래환자 조제복약지도료(조제일수기준) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])
B	외래환자 외용조제료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])

코드	내역
B	피하근육내 및 정맥내 주사료 - 1일당 수가로 1일 실시횟수 1회 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	주사 수기로 - 약제 없이 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	정맥내점적주사료 - 수액제 없이 산정하여 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장 마-5 주1항)
B	정맥내유지침 - 마5 정맥내 점적주사 또는 마2 정맥내 일시주사 없이 산정하여 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장 마-5 주1항)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료 - 의사 면허종류, 면허번호를 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료 - 의사 면허종류 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료 - 기재된 의사 면허번호 횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 기재한 의사 면허번호가 신고현황에 확인되지 않아 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)
B	감시하 전신마취 - 마취통증의학과 전문의 면허번호를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	신경차단술 야간·공휴가산 - 가산 할 수 있는 세부기준에 맞지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	1회용 말초산소포화도 측정용 센서 - 폐쇄순환식 전신마취 시 사용한 경우가 아니어서 조정(보건복지부 고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행)
B	1회용 말초산소포화도 측정용 센서 - 마취료보다 더 많이 청구하여 초과분을 조정(보건복지부 고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행)
B	이학요법료 - 요양기관 인력·의료장비 신고현황 비교하여 인정기간 초과하여 초과분 조정
B	이학요법료 - 요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정
B	심층열치료 - 요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정
B	단순재활치료 - 요양기관 인력 신고현황 또는 면허번호 불일치로 조정
B	피부과적 자외선치료(사-33) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 피부과 전문의가 없어 조정
B	이학요법료 - 이학요법료 중 1일 1회만 산정가능한 수가의 실시횟수 '1' 초과로 초과분 조정

코드	내역
B	재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) - 동시 산정으로 1종은 환자 전액본인부담으로 조정(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행)
B	근막동통유발점 주사자극치료(TPI) - 근막동통증후군 상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2006-3호, 2006.1.16. 시행)
B	상기도 증기흡입치료료 - 인정상병 없어 조정
B	정신요법료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 정신건강의학과 전문의가 없어 조정
B	정신요법료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 정신보건사회복지사가 없어 정신의학적사회사업(아-11) 조정
B	정신요법료 - 요양기관 또는 공동이용기관의 정신건강의학과 전문의 신고현황이 없어 조정
B	가족치료 - 1일 1회만 산정할 수 있어 실시횟수 '1' 로 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-124호, 2018.7.1. 시행)
B	가족치료 - 의료급여 외래 환자에게 선별급여로 산정할 수 없는 가족치료를 선별급여로 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-124호, 2018.7.1. 시행)
B	정신요법료 - 개인정신치료 1일 1회 이상 산정으로 초과분 조정
B	처치료 - 상급종합병원 중환자실에서만 산정할 수 있는 처치료 착오 산정으로 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	처치료 - 상급종합병원 중환자실에서만 산정할 수 있는 처치료 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 단순처치 기본수가와 연령가산수가(신생아, 8세 미만)를 중환자실 입원일수보다 많이 산정하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 단순처치의 야간, 공휴가산수를 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 수가 산정시 상급종합병원 중환자실 입원료 수가가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 7부위 1일 2회 이내 산정 가능하여 1일 최대 14회를 초과 산정한 경우 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 산정 시 상급종합병원 중환자실 입원료보다 많아 초과분은 기본 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)

코드	내역
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 흡입배농 및 배액처치 상급종합병원 중환자실 수가로 산정시 상급종합병원 중환자실입원료 없어 기본 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 체위변경처치 상급종합병원 중환자실에서 1일 3회까지 산정 가능하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 체위변경처치 상급종합병원 중환자실 수가로 산정시 상급종합병원 중환자실 입원료보다 많이 산정한 초과분 기본수가로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 단순처치 및 염증성 처치의 일반병실 기본 수가코드와 상급종합병원 중환자실과 일반병실에서 산정하는 수가코드의 총 실시횟수 합과 입(내)원일수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-체위변경처치의 일반병실 기본 수가코드와 상급종합병원 중환자실과 일반병실에서 산정하는 수가코드의 총 실시횟수의 합과 입(내)원일수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 흡입배농 및 배액처치 상급종합병원 중환자실에서 산정하는 수가코드와 상급종합병원 중환자실 입원료보다 많이 산정한 초과분 기본 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 단순처치, 염증성 처치 수가코드를 외래 명세서에 착오 산정 시 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 단순처치, 염증성 처치 수가코드를 1등급 상급종합병원이 아닌 요양기관에서 착오 산정 시 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 단순처치, 염증성 처치 수가코드를 7부위별로 하루에 두 번으로 1일 최대 14회까지 산정 가능으로 초과분은 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 단순처치, 염증성 처치 수가코드를 입원일수와 비교하여 산정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 흡입배농 및 배액처치, 체위변경처치를 외래 명세서에 착오 산정으로 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 흡입배농 및 배액처치, 체위변경처치 수가코드를 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)

코드	내역
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 흡입배농 및 배액처치 수가코드를 1일 3회 초과해서 산정하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 흡입배농 및 배액처치 수가코드를 입원일수보다 많이 산정하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등 - 입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 체위변경처치 수가코드를 입원일수보다 많이 산정해 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	응급의료수가 가산 - 응급의료기관이 아닌 곳에서 산정 시 조정
B	응급의료수가 가산 - 응급의료기관 시작일자~종료일자 전·후로 산정 시 조정
B	마취료, 처치 및 수술료 등의 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 개수와 야간가산 수가코드의 총 횟수가 불일치하여 조정
B	분만수가 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 야간가산 조정(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행)
B	분만수가 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 기재한 시간이 유효한 야간가산 시간이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행)
B	측두하악관절자극요법 - 실시기관으로 신고 되어있지 않거나 치과의사의 인력 신고현황이 없어 조정(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	측두하악관절자극요법 - 요양기관 인력 현황신고 비교하여 시술자가 없어 조정(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	전염성 연속종 제거술 - 일투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행)
B	전염성 연속종 제거술 - 외래명세서에서 총횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행)
B	하기도 증기 흡입치료 - 고시 기준에 따른 횟수초과로 초과분 조정(보건복지부 고시 제2000-67호, 2000.12.8. 시행)
B	봉합사 - 별도 산정 가능한 처치 및 수술 항목 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행)
B	내시경적(결장경하) 점막하 절제술 - 기재된 의사 면허번호가 전문의 자격 취득 후 3년 미만이거나 진료과목이 인정 기준 충족되지 않아 조정(2019.5.1. 이전 진료분에 해당)
B	내시경적(결장경하) 점막하 절제술 - 실시한 의사 면허번호를 기재하지 않아 조정
B	인공와우이식술 - 실시 기관으로 확인되지 않아 인공와우이식술 조정(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
B	인공와우이식술 - 실시 기관으로 확인되지 않아 관련 치료재료 조정(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)

코드	내역
B	인공와우이식술 - 요양기관 인력 현황신고 비교하여 인공와우시술자가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
B	인공와우이식술 - 요양기관 인력 현황신고 비교하여 인공와우시술자가 없어 치료재료대 조정(보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
B	인공와우이식술 - 인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 현황신고 비교하여 상근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 조정(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)
B	인공와우이식술 - 인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 관련 치료재료를 조정(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)
B	흉부외과 전문의 가산수가 - 흉부외과 전문의 인력 신고현황 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	흉부외과 전문의 연령 가산수가 - 흉부외과 전문의 인력 신고현황 비교하여 흉부외과 전문의 신생아 연령 가산을 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	흉부외과 전문의 연령 가산수가 - 흉부외과 전문의 인력 신고현황 비교하여 흉부외과 전문의 만 8세 미만 연령 가산을 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	장기 이식·적출술 수가 - 요양기관 신고현황 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)
B	각막·공막이식술 - 요양기관 신고현황 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)
B	구순구개열 치과교정 및 악정형 - 특정내역 구분코드 MT054(구순구개열 교정치료 등록번호)가 없거나 기재형식이 맞지 않아 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	구순구개열 치과교정 및 악정형 - 공단자격과 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	구순구개열 치과교정 및 악정형 - 공단자격 취소로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	구순구개열 치과교정 및 악정형 - 구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료기관으로 현황신고가 되어 있지 않아서 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	구순구개열 치과교정 및 악정형 - 상근하는 치과교정전문의를 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET) - 인정되는 행위료가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-24호, 2019.2.13. 시행)
B	사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제1부 IV.예외규정1.)
B	사업장부속요양기관 토요 09~13시 진찰료 가산코드 조정(건강보험요양급여비용 제1편제1부 IV.예외규정1.)

코드	내역
B	건강검진 후 확진검사 - 미인정 항목 산정으로 조정(보건복지부 고시 제2018-8호, 2019.1.23. 시행)
B	건강검진 후 확진검사(누-302 당검사) - 급여인정 횟수 초과로 조정(위탁) (보건복지부 고시 제2018-8호, 2018.1.23. 시행)
B	건강검진 후 확진검사(누-302 당검사) - 급여인정 횟수 초과로 조정(비위탁) (보건복지부 고시 제2018-8호, 2018.1.23. 시행)
B	응급의료관리료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 응급의료관리료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급의료관리료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역기관 응급의료관리료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급의료관리료 - 응급의료기관으로 신고 되어 있지 않은 기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급실 격리병상 일반격리관리료 - KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)
B	응급실 격리병상 음압격리관리료 - KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 요양기관의 신고현황 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급진료 전문의 진찰료 면허번호와 요양기관 인력 신고현황 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2015-242호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 중앙센터 전문의 진찰료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 권역센터 전문의 진찰료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 전문의 진찰료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 소아센터 전문의 진찰료로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료 - 응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 중앙응급의료센터에 해당되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 권역응급의료센터에 해당되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)

코드	내역
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 요양기관 현황신고 비교하여 중앙응급의료센터에 해당되는 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 권역응급의료센터의 해당되는 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료 - 소아전문응급의료센터가 아닌 요양기관에서 산정한 소아중증응급환자 진료구역 관찰료 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급의료 행위에 대한 가산(8세미만 소아와 응급 동시 적용) - 특정내역 구분코드 MS005(응급실 재원시간) 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2015-242호, 2016.1.1. 시행)
B	외상센터 전담전문의 가산(처치 및 수술료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	외상센터 전담전문의 가산(처치 및 수술료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 전담전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(주사료, 마취료, 처치 및 수술료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(주사료, 마취료, 처치 및 수술료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(영상진단 및 방사선치료료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(검사료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(영상진단 및 방사선치료료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 중증외상 가산(검사료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	코로나19 응급의료관리료 - 코로나19 선별진료소운영기관 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2021-122호, 2021.4.30. 시행)
B	[치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행)
B	[치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 종합병원 내 치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행)
B	[치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 병원, 한방병원내의 치과 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(AB001, AB002) - 인증조사 미 신청기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항)

코드	내역
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(AB001, AB002) - 적정성평가 하위 20% 기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1~2등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 3~6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 1~5등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부제 [산정지침] 바항)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료 외의 6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항)
B	[치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료의 6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항)
B	[치과] 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원급 의약품관리료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 3.의약품관리료)
B	[치과] 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 의원급 의약품관리료(방문당)로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 3.의약품관리료)
B	[치과] 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원급 의약품관리료(방문당)로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 3.의약품관리료)
B	[치과] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(상급종합병원, 의원, 보건의료원)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-의료취약지역)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 신생아중환자실 간호인력 신고현황 없어 4등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 입원료 - 성인·소아중환자실 전담의 신고현황 비교하여 성인·소아중환자실 전담의 미신고로 조정(보건복지부 고시 제2008-30호, 2008.7.1. 시행)

코드	내역
B	[치과] 입원료 - 요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 불일치로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 1등급 의료기관인증 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 확정 등급 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 등급 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 마취료 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간초과기준) 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간기준) 총투합 비교 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)
B	[치과] 문제의약품 재처방/재조제 - 진찰료 혹은 조제료 없이 약제만 산정되어 조정
B	[치과] 문제의약품 재처방/재조제 - 산정가능한 수가 외로 조정
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S023' 미기재로 조정 (장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 위탁진료 불가로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 종합평가 등록 현황 비교 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 구강건강관리 등록 현황 비교 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 구강건강관리 등록 현황 비교하여 구강건강관리료(II)와 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 구강건강관리 등록 현황 비교하여 구강건강관리료(I)와 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 구강건강관리 등록 현황 비교하여 구강건강관리료(II)이면서 장애유형코드 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 요양기관 종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 대상수가 인정횟수 초과분 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
B	[치과] 장애인 치과주치의 시범사업 - 비 시범사업 내역 미분리 청구로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 치과병원에 영상치의학과 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 종합병원 이상에서 인력 신고현황 비교하여 진단방사선과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 병원, 한방병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항)
B	[치과] 방사선영상진단 판독가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정(보건복지부 보험급여과-1486호, 2010.7.29.)
B	[치과] 방사선영상진단 전문의 판독가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정(보건복지부 보험급여과-1486호, 2010.7.29.)
B	[치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 종합검증분야 검사실 인증여부 신고내역 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항)
B	[치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 입원 기간 중 1회 초과 산정분 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항)
B	[치과] C-Arm형 영상증폭장치이용료 - 도수 또는 관혈적 정복술 시 이외 산정으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 다-101 주항)
B	[치과] 외래환자 조제·복약지도료(내복약) - 요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])
B	[치과] 외래환자 조제·복약지도료(외용약) - 요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침])
B	[치과] 처치 및 수술료 - 치식 개수 비교하여 초과분 조정
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 동시산정 불가능한 처치를 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 치식 개수비교 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - F015 없이 만5세 미만 산정 시 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 불인정상병에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 제3대구치에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
B	[치과] 치석제거 - 인정횟수 초과분 조정(2017.12.31. 이전) (보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 치석제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 요양기호와 수진자 비교하여 불일치로 조정(2017.12.31. 이전)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 치석제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 시술일차 불일치로 조정(2017.12.31. 이전)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 치석제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 요양기호와 수진자 비교하여 불일치로 조정(2018.1.1. 이후)(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	[치과] 치석제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 시술일차 불일치로 조정(2018.1.1. 이후)(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	[치과] 측두하악관절자극요법 - 실시기관으로 신고 되어있지 않거나 치과의사의 인력 신고현황이 없어 조정(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	[치과] 측두하악관절자극요법 - 해당 상병이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	[치과] 측두하악관절자극요법 - 측두하악장애 분석검사가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	[치과] 측두하악관절자극요법 - 요양기관 인력 현황신고 비교하여 시술자가 없어 조정(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	[치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장)
B	[치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관 종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장)
B	[치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관 종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장)
B	[치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관 종별 비교하여 치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장)
B	[치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관 종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장)

코드	내역
B	[치과] 임시틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 임시틀니여부 초과분 조정(접수번호 내 수진자별)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 틀니 등록번호 개수 초과분 조정(접수번호별)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 틀니 등록번호 개수 초과분 조정(동수신자 미존재시)(보건복지부 고시 제2012-74호, 2012.7.1. 시행)
B	[치과] 틀니유지관리 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 시술일자 불일치로 조정(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 틀니유지관리 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 시술부위 불일치로 조정(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 미기재 혹은 유효하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 인정상병 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 자격 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 자격 취소로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 입원기간 비교하여 치료기관 신고내역 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 선천성 악안면 기형 치료 - 상근하는 치과교정전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행)
B	[치과] 골격성 고정원 식립·제거 - 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	[치과] 골격성 고정원 식립 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	[치과] 골격성 고정원 제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)
B	[치과] 임플란트 - 특정내역 구분코드 MT014(임플란트 등록번호)와 치식 개수 불일치로 조정(보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)
B	[치과] 임플란트 - 등록번호와 치식 불일치로 조정(보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)
B	[치과] 임플란트 - 1단계에서 재식립 등록번호이므로 조정(보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)

코드	내역
B	[치과] 임플란트 - 2단계 기본 수가에서 재식립 등록번호이므로 조정 (보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)
B	[치과] 임플란트 - 2단계 재식립 수가에서 재식립 등록번호 아니므로 조정 (보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)
B	[치과] 임플란트 - 치식 개수 비교하여 일투 조정 (보건복지부 보험급여과-2076, 2014.6.25.)
B	[약국] 가루약조제료 - 조제기본료 소아가산 동시산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제15장 [산정지침] (11))
B	[약국] 마약, 향정신성의약품 - 마약류 취급 업무정지 행정처분 기간 중 마약류 처방조제 점검(보건복지부 의약품정책팀-79, 2008.1.9.)
B	첩약 건강보험 적용 시범사업 - 대상수가 외 조정 (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
B	첩약 건강보험 적용 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S027' 미기재로 조정 (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
B	첩약 건강보험 적용 시범사업 - 조제당전료 총횡수합 초과분 조정 (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
B	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 W항 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
B	외국인 근로자 등 의료지원 사업 명세서의 W항 산정불가 수가 조정 (외국인 근로자 등 의료지원 사업 안내, 보건복지부)
B	보훈대상자의 위탁병원이 보훈병원이나 보훈위탁병원 아닐 때 위탁 진료분 조정 (국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제3조)
B	[한방] 의·한 협진 시범사업(2단계) - 시범사업 외의 명세서에 산정하여 조정 (의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(15001, 15002) - 인증조사 미 신청기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(15001, 15002) - 적정성평가 하위 20% 기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1~2등급으로 조정(2021.1.1. 이전)(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 3~5등급으로 조정(2021.1.1. 이전)(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 1~5등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부제 [산정지침] 바항)
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료 외의 6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항)

코드	내역
B	[한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1~2등급으로 조정(2021.1.1. 이후)(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항)
B	[한방] 가정간호기본방문료 - 가정간호실시기관으로 등록되어 있지 않아 조정(보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.)
B	[한방] 가정간호기본방문료 - 가정간호실시기관에 가정간호사 1인만 존재하여 조정(보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.)
B	[한방] 가정간호기본방문료 - 가정간호실시기관에 가정간호사가 없어 조정(보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.)
B	[한방] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(상급종합병원, 의원, 보건의료원)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-의료취약지역)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 입원료 - 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 외)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 입원료 - 성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 입원료 - 요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항)
B	[한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템에 정보가 없거나 등록된 면허번호 및 환자정보가 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템에 등록된 수가코드가 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템에 등록된 수가코드 및 횟수가 불일치하여 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 특수(탈구)추나에 탈구상병이 없어 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 복잡추나 본인부담률 50% 청구하였으나 본인부담률 80% 상병만 존재하여 본인부담 80% 수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 복잡추나 본인부담률 80% 청구하였으나 본인부담률 50% 상병만 존재하여 본인부담 50% 수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)

코드	내역
B	[한방] 추나요법 - 요양병원에서 청구하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 추나요법 시행 한의사의 면허번호를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법 - 추나요법 사전 교육 이수하지 않은 의사의 면허번호를 기재하여 조정(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편 제1부 IV. 예외규정)
B	[한방] 개인정신치료(이정변기요법, 지언고론요법) - 한방신경정신과 전문의 또는 전공의 미존재로 조정(한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정)
B	[한방] 개인정신치료(경자평지요법, 오지상승위치료법) - 한방신경정신과 전문의 또는 3년 이상 전공의 미존재로 조정(한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정)
B	[한방] 정신과적 개인력조사 - 한방신경정신과 전문의(전속지도) 미존재로 조정 (한의사 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정)
B	야간가산시간(특정내역 구분코드 JS010) 미기재로 조정
B	삭제된 수가코드, 약품코드, 치료재료코드 조정 (보건복지부 고시 제2017-40호, 2017.3.13. 시행)
B	저가약 대체조제 장려금 산정 착오 점검(보건복지부 고시 제2019-331호, 2020.3.1. 시행)
B	오리지널 의약품 특허기간 만료일 이전에 판매예정인 제네릭 의약품이 청구되어 조정(보건복지부 약제등재부-441호, 2012.2.28.)
B	보훈위탁병원의 진료의뢰 가능 기관 착오 조정(국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙)
B	S항 특수장비(CT, MRI, PET)의 의료장비 미신고 또는 부적합판정 관련 조정
B	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 X항 정액수가 산정 착오 조정(의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
B	마약, 향정신성의약품 등 임의조제 불가 의약품의 직접조제 조정 (약사법 시행규칙 제44조제3항)
B	선별급여 및 보훈 비급여 수가의 청구명세서 항 착오 점검 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	A항 선별급여항 착오 청구 조정(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	B항 선별급여항 착오 청구 조정(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	의료급여정액 명세서의 선별급여항목 청구 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
B	의료급여 선별급여 항목의 행위별 명세서 청구 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)

코드	내역
B	의·약사 본인진료 관련 수가 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)
B	의사 본인 진료시 위탁검사에 대한 위탁검사관리료 조정 (보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)
B	외국인 근로자 등 의료지원 사업대상자의 포괄간호 입원료 산정 착오 조정 (외국인 근로자 등 의료지원 사업 지침, 보건복지부)
B	의료급여 명세서의 의료질평가지원금 산정 착오 조정 (보건복지부 고시 제2016-18호, 2016.2.1. 시행)
B	가정형 호스피스 수가 - 시범사업 대상기관 외 조정 (가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 - 수가 산정착오 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	선별급여 D항 청구 착오 조정(약제)(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	선별급여 E항 청구 착오 조정(행위, 치료재료) (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	선별급여 D항 청구 착오 조정(행위, 치료재료) (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	선별급여 E항 청구 착오 조정(약제)(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 A항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 B항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 D항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 E항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행)
B	맞춤형 검진바우처 시범사업 - 인정검사 이외 내역 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)
B	맞춤형 검진바우처 시범사업 - 인정상병 비교 검사료 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)
B	일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 시범사업 대상 외의 진료내역 조정 (일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 왕진정보시스템 등록내역과 불일치로 조정(일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
B	일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 시범사업 특정기호 ‘S017’ 미기재로 조정 (일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	경증 진료명세서(MT002=F025)에 의료질평가지원금 청구 시 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	경증 진료명세서와 본인부담률 달리 적용한 명세서(MT065=A)에 의료질평가지원금 청구 시 조정(보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	협약 건강보험 적용 시범사업 - 삭제코드 점검 (협약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
B	건강진단결과서 인정수가 외 내역 조정(보건복지부 보험급여과-3850호, 2021.7.27.)
B	장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 공단자격 연계 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.)
B	장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 인정검사 이외 내역 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.)
B	장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 인정상병 이외 내역 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.)
B	추가청구 또는 상해외인 명세서에서 회송료 점검, 상급종합병원 이외 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행)
B	퇴장방지의약품 산정 착오 조정(장려금의 지급에 관한 기준)
B	미생산 의약품 산정 착오 조정
B	산정불가 의약품 산정 착오 조정
B	산정불가 치료재료 산정 착오 조정
B	준용수가코드(JJJJJ) 관련 특정내역 구분코드 JS009(준용명)를 기재하지 않아 조정
B	요양병원 장기환자 입원 정액명세서의 산정가능 외 수가 조정 (건강보험요양급여비용 제3편 제2부 산정지침)
B	요양병원 정액수가 착오청구 조정(건강보험요양급여비용 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수)
B	호스피스 전문기관 외 호스피스 정액수가 착오 청구 조정(보건복지부 질병정책과-6462호, 2016.9.22.)
B	호스피스 급여 별도 산정항목 착오 청구 조정 (보건복지부 고시 제2015-102호, 2015.7.15. 시행)
B	호스피스 입원 중 원외처방전 착오 청구 조정 (보건복지부 고시 제2015-102호, 2015.7.15. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 신고현황 비교하여 입원기간 동안 식대가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전)(보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)

코드	내역
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 선택가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 직영가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 일반식 영양사가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 치료식 영양사가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 입원기간 비교하여 치료식 영양사가산 신고등급으로 조정(2015.10.1. 이전)(보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 일반식 조리사가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 치료식 조리사가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 치료식 조리사가산 산정불가로 조정(2015.10.1. 이전) (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 입원기간 비교하여 치료식 조리사가산 신고등급으로 조정(2015.10.1. 이전)(보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
B/YB/3B	치료식 영양관리료 - 확정등급 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
B/YB/3B	치료식 영양관리료 - 치료식 제공 이력 존재하면서 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 일반식 영양사가산 인정횟수 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 일반식 조리사가산 인정횟수 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 산모식 직영가산 인정횟수 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
B/YB/3B	입원환자 가산식대 - 산모식 외 직영가산 인정횟수 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)
BD	약제상한차액 - 약제상한차액 지급기간에 해당하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2014-146호, 2014.8.29. 시행)
C	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서에 청구된 원외처방약제비 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
C	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 1일 최대투여량 초과분 조정

코드	내역
C	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 최대 투여기간 초과한 총투여일수 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 성별 비교 약제 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 인정상병 범위 외 산정으로 조정
C	비암성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성체장염)에서 1회 처방당 최대 30일까지 인정(30일 초과시 중단위별 총투 초과분 조정)
C	비암성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성체장염)에서 1회 처방당 최대 30일까지 인정(30일 초과시 일반명코드별 총투 초과분 조정)
C	치매약제(전체) - 식약처 허가사항(효능·효과) 비교 인정상병 미존재로 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교 알츠하이머 치매에 사용가능한 치매약제 아니므로 조정
C	치매약제(Rivastigmine 제제) - 식약처 허가사항(효능·효과) 비교 인정 상병 미존재로 조정
C	치매약제(Rastigmine 제제 외) - 식약처 허가사항(효능·효과) 비교 인정상병 미존재로 조정
C	경구용 당뇨병용제 병용요법(2제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정 (보건복지부 고시 제2015-68호, 2015.5.1. 시행)
C	경구용 당뇨병용제 병용요법(3제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정 (보건복지부 고시 제2015-68호, 2015.5.1. 시행)
D	금액 계산착오 조정 - 청구한 금액과 계산한 금액(단가×1회투약량×1일투여량(실시횟수)×총투여일수(실시횟수))이 상이(보건복지부 고시 제1994-31호, 1994.7.28. 시행)
D	금액 계산착오 조정 - 팩단위제제 의약품의 1회투약량 착오 조정 (보건복지부 보험급여과-2084호, 2011.6.23.)
E	수면검사실 관리료, 수면다원검사 - 수면다원검사 기관으로 신고 되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행)
E	핵산증폭 - 중환자실에서 시행하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2018-162호, 2018.9.1. 시행, 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)
E	핵산증폭 - 대상수가의 총 횟수합 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)
E	핵산증폭 - 2018.12.31. 이전 중환자실 입원 중 산정 시 조정(보건복지부 고시 제2018-162호, 2018.9.1. 시행)
E	구순열비교정술 - 만 6세 이하 환자만 급여로 가능하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-45호, 2019.3.25. 시행)
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 유치와 영구치가 동시 존재하는 경우 영구치 개수 초과 조정(보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)

코드	내역
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 수진자 연령 비교하여 만12세 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전 - 유치만 존재하는 경우 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행)
E	[한방] 첩약 건강보험 적용 시범사업 - 의사본인진료 조정 (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
E	[한방] 추나요법 - 인정되는 상병이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-63, 64, 65호, 2019.4.8. 시행)
E	고시 비교 인정 일투(1회투약량×일투) 초과분 조정
E	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 암성통증에서 투여한 마약성 진통제 1일 최대투여량 초과분 조정(2017.9.1.이후)(입원)
E	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 암성통증에서 투여한 마약성 진통제 1일 최대투여량 초과분 조정(2017.9.1.이전)
E	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 암성통증에서 투여한 마약성 진통제 1일 최대투여량 초과분 조정(2017.9.1.이후)(외래)
E	치매약제(전체) - 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행)
E	치매약제(전체) - 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재형식 및 인정기준 외로 조정(퇴원일 2019.2.1.이전)(보건복지부 고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행)
E	치매약제(재평가불가약제) - 검사시행일 비교 1년 경과로 조정(외래) (보건복지부 고시 제2014-166호, 2014.10.1. 시행)
E	치매약제(재평가불가약제) - 검사시행일 비교 1년 경과로 조정(입원) (보건복지부 고시 제2014-166호, 2014.10.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 제제) - 적용일 이전 파킨슨병에 산정하여 조정(퇴원일 2019.2.1.이전)(보건복지부 고시 제2014-166호, 2014.10.1. 시행)
E	치매약제(재평가 투여 MMSE 26이상) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 기재형식 및 인정기준 외로 조정(퇴원일 2019.2.1.이후) (보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 제제) - 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 파킨슨병 관련 인정기준 외로 조정(보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 제제) - 검사시행일 1년 경과로 조정(외래) (보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 제제) - 검사시행일 1년 경과로 조정(입원) (보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)

코드	내역
E	치매약제(Rivastigmine 제제, 알츠하이머 외) - 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 제제, 알츠하이머 외) - 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과 파킨슨병 관련 치매 인정기준 외로 조정(보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 전체, 알츠하이머 외) - 검사시행일 1년 경과로 조정(외래) (보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	치매약제(Rivastigmine 전체, 알츠하이머 외) - 검사시행일 1년 경과로 조정(입원) (보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)
E	경구용 당뇨병용제 병용요법의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정 (보건복지부 고시 제2015-68호, 2015.5.1. 시행)
E	비급여 또는 요양급여비용 전액본인부담 항목의 급여청구 조정 (보건복지부 고시 제2016-149호, 2016.10.1. 시행)
E	원외처방 비급여 대상 약제 조정
E	비급여 약제의 급여 청구 조정(처방내역)
E	비급여 약제의 급여 청구 조정(진료내역)
F	치료재료 구입증빙자료 미제출 조정
K	약가 구분코드 착오 조정(주성분코드 미존재)
K	행위·약제·치료재료 수가코드의 코드구분 기재누락 또는 기재착오 조정
K	진료내역 코드구분 2(준용수가) 기재건에 ‘JJJJJ’ 외의 수가코드 기재착오 조정
K	행위 수가코드의 산정코드 기재누락 또는 기재착오 조정(8단 수가코드를 5단 수가코드로 기재)
K	첩약 시범사업 - 코드착오 점검(첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부)
L	[한방] 의·한 협진 시범사업(2단계) - 시범사업 외의 명세서에 산정하여 조정 (의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)
L	[한방] 의·한 협진 시범사업(2단계) - 시범사업 대상기관 외로 조정 (의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)
L	[한방] 의·한 협진 시범사업(2단계) - 인정상병 미존재로 조정 (의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)
L	[한방] 의·한 협진 시범사업(2단계) - 지속 협의진료료(90862) 인정횟수 초과분 조정(의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)
L	[한방] 의·한 협진 시범사업 - 시범사업 인정수가 외 존재로 조정(의·한 협진 3단계 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
L	특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 관련 수탁기관기호 또는 검사의뢰일 기재착오 조정
L	특정내역 구분코드 JS006(시설 등 공동이용) 관련 실시요양기관기호 또는 진료의뢰일 기재착오로 공동이용 진료분을 조정
L	특정내역 구분코드 JS007(개방병원 의뢰진료) 관련 개방병원의 요양기관기호 또는 의뢰일 기재착오로 개방병원 진료분을 조정
L	특정내역 구분코드 JS008(위탁진료) 관련 실시요양기관기호 또는 의뢰일 기재착오로 위탁진료분 조정
L	시설 등 공동이용 관련 의료장비 공동이용 신고현황 비교하여 행위료 조정 (보건복지부 고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행)
L	의료급여 삭제코드 산정 착오 점검
L	일차의료 왕진 수가 시범사업 - 시범사업 대상 외의 진료내역 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.)
L	일차의료 왕진 수가 시범사업 - 왕진정보시스템과 청구한 수가가 불일치하여 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.)
L	일차의료 왕진 수가 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S017' 기재하지 않아 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.)
R	의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료를 조정 (국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등))
R	공동이용 진료, 개방병원 의뢰진료 및 위탁진료에 대한 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정(국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등))
R	혈액관리료 - 관련 의료장비 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
R	공동이용 진료, 위탁진료 기관의 혈액관리료 관련 의료장비의 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)
RB	요양기관 부적합판정 의료장비 사용으로 행위료 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 8-나)
RB	공동이용 진료, 위탁진료 요양기관의 부적합판정 의료장비 사용 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 8-나)
TD	요양급여비용총액 계산착오 조정
TD	보건기관 요양급여비용총액 계산착오 조정
TE	상병분류기호 비교 비급여 진료 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 관련 별표2. 비급여대상)
TU	의약분업 예외기관에 해당하지 않는 약국의 직접조제에 대한 요양급여비용총액 조정

코드	내역
TU	의약분업 예외기관에 해당하지 않는 보건기관의 요양급여비용총액 조정
U	의약분업 예외구분코드(특정내역 구분코드 JS002) 기재누락 조정
U	의약분업 예외 지역 등 예외기관 착오 조정
UD	건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 계산착오 조정
YA	식대금액 산정착오 조정, 차상위환자 기본식대금액 산정착오 조정
YB	의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2019-294호, 2020.4.1. 시행)
YB	[치과] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2019-294호, 2020.4.1. 시행)
YB	[치과] 건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 선택식단가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대직영가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 치료식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사가산 신고등급으로 조정(보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 점검 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 치료식가산 점검 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사가산 신고등급으로 조정(보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[한방] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-294호, 2020.4.1. 시행)
YB	[한방] 건강보험 입원환자식 식대 운영현황 없어 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)

코드	내역
YB	[한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	[한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행)
YB	입원환자 식대관련 기준적용착오 조정
YD	입원환자 식대관련 계산착오 금액 조정
YK	입원환자 식대 코드착오 조정
메시지	선천성 심장질환 세부 상병 범주 확인

[참고]

### 심사조정 사유별 코드

코드	내역
A	금액 산정착오 조정(행위, 약제, 치료재료)
AK	코드 산정착오 조정
B	요양급여기준 적용착오 비용 조정
BD	약제상한차액 산정착오 조정
C	요양급여기준 범위 초과 비용 조정, 처방내역 미확인 조제
D	계산착오금액 조정
E	비급여 또는 요양급여비용의 100분의100본인부담 항목 조정
F	구입증빙자료 미제출분 조정
K	산정코드 및 코드구분 착오 또는 누락 조정
L	증빙자료상 확인되지 아니한 요양급여비용 조정(본인부담액은 적정징수)
R	의료장비 미신고 행위료 조정
RB	부적합 의료장비 사용 행위료 조정
TD	요양급여비용총액 계산착오(약제상한차액 제외)
TE	비급여 또는 100분의100본인부담 대상 청구 (요양급여비용총액과 100분의100미만총액 해당)
TU	의약분업 관련 약사의 허용범위(지역) 외 직접조제
U	의약분업 관련 의사, 치과의사의 허용범위 외 직접조제
UD	100분의100본인부담금총액 계산착오
YA	식대금액 산정착오 조정, 차상위환자 기본식대금액 산정착오 조정
YB	식대 요양급여기준 적용착오 조정, 차상위환자 기본식대 요양급여기준 적용착오 조정
YD	식대 계산착오금액 조정, 차상위환자 기본식대 계산착오 금액 조정
YK	식대코드 산정착오분 조정
3A	차상위 2중환자 입원가산식대 산정금액 착오 조정
3B	차상위 2중환자 입원가산식대 요양급여기준 적용착오 비용 조정

코드	내역
3D	차상위 2중환자 입원가산식대 계산착오 조정
3K	차상위 2중환자 입원가산식대 코드착오 조정
5A	장애인 치과 진료 가산 금액 산정착오 조정
5B	장애인 치과 진료 가산 요양급여기준 적용착오 조정
5D	장애인 치과 진료 가산 계산착오금액 조정
5E	장애인 치과 진료 가산 비용 비급여 조정
5K	장애인 치과 진료 가산 코드산정 착오 조정
5R	장애인 치과 진료 가산 비용 의료 장비 미신고 조정
50B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 50%로 변경
80B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경
90B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 90%로 변경