

# 「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 2020.03.26. 건강보험심사평가원 공고 제2020-82호(2020.03.26. 시행)  
개정 2020.05.20. 건강보험심사평가원 공고 제2020-148호(2020.05.20. 시행)  
개정 2020.07.22. 건강보험심사평가원 공고 제2020-207호(2020.07.22. 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 심사청구서 및 명세서 등의 자료를 진료비청구포털서비스 내 사전점검서비스에 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 심사청구를 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. 03. 26.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제148호, 2020. 05. 20.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제207호, 2020. 07. 22.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

[별표]

## 청구오류 사전점검서비스 점검항목(제5조제1항 관련)

### 1. 반송

| 코드 | 세부<br>코드 | 내<br>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       | 심사청구서 진료형태와 명세서 서식번호 상이(신포괄질병군 입원)                 |
|    | 18       | 2010년 1월 1일 이후의 한방 진료비명세서를 개정 전 서식으로 작성            |
|    | 19       | 심사청구서 진료구분 기재착오(의원에서 치과로 기재, 치과의원에서 의과로 기재)        |
|    | 20       | 심사청구서 서식 개정 전·후 미분리 청구(질병군)                        |
|    | 22       | 요양병원에서 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료 청구                     |
|    | 23       | 권역외상센터가 아닌 기관에서 심사청구서 진료형태를 ‘D 또는 E’ 로 기재          |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
| 05 |       | 심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오 등   |
|    | 01    | 심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오   |
|    | 04    | 동일월 진료분을 주단위와 월단위로 혼용하여 청구  |
| 07 |       | 심사청구서 진료년월, 청구일자 기재누락 또는 기재착오 등   |
|    | 01    | 심사청구서 진료년월 기재누락   |
|    | 02    | 심사청구서 진료년월이 접수년월보다 큰 경우   |
|    | 06    | 심사청구서 청구일자 기재누락   |
|    | 07    | 심사청구서 청구일자 유형(CCYYMMDD) 기재착오  |
|    | 08    | 심사청구서 청구일자(년월)가 진료년월보다 빠른 경우  |
|    | 09    | 심사청구서 청구일자보다 접수일자가 빠른 경우  |
|    | 12    | 심사청구서 진료년월과 접수년월이 같은 경우   |
|    | 13    | 시범사업(장기요양병상수가, 호스피스수가, 신포괄수가 등) 대상기관이 아닌 경우 또는 시범사업(장기요양병상수가, 호스피스수가, 신포괄수가 등) 대상기관의 시범사업일 전·후 진료분 청구 |
| 09 |       | 심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치, 심사청구서의 건수 또는 요양급여비용총액 1 또는 청구액이 '0' 인 경우 등                           |
|    | 01    | 심사청구서의 건수 또는 요양급여비용총액 1 또는 청구액이 '0' 인 경우  |
|    | 02    | 심사청구서의 건수, 금액란의 허용 자리수를 초과 기재한 경우   |
|    | 03    | 심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치   |
|    | 04    | 심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(입원)  |
|    | 05    | 심사청구서와 명세서의 건수 및 금액의 합 불일치(외래)  |
|    | 06    | 심사청구서의 건수와 마지막 명세서일련번호 불일치  |
|    | 07    | 심사청구서의 입원, 외래 명세서 미분리 청구  |
| 21 |       | 심사청구서 청구구분, 진료분야 기재누락 또는 기재착오 등   |
|    | 01    | 심사청구서 청구구분 기재누락   |
|    | 02    | 심사청구서 청구구분 외의 코드 기재   |
|    | 03    | 심사청구서에 의료급여진료구분 외의 코드 기재  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
|    | 04    | 상급종합병원, 종합병원, 치과대학부속 치과병원, 한방병원에서 심사청구서 진료분야 기재누락 또는 기재착오     |
|    | 06    | 의과, 치과, 약국 외의 기관에서 약제상한차액 청구                                  |
|    | 07    | 보훈 국비환자 진료분에 약제상한차액 청구  |
| 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 요양급여비용총액이 '0' 보다 큰 경우                |
|    | 06    | 심사청구서의 요양급여비용총액 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                            |

| 코드 | 세부<br>코드 | 내<br>역   |
|----|----------|--|
| 81 | 01       | 명세서 건수의 30% 이상 심사불능<br>명세서 건수의 30% 이상 심사불능                     |
| SS | 01       | 시범사업 관련 착오청구<br>재활의료기관 시범사업 심사청구서의 시범사업 시행 전 청구 또는 적용기간<br>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   |
|    | 10    | 한방명세서 특정기호 기재착오  |
|    | 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   |
|    | 52    | 보건기관 명세서(보건소, 보건지소) 진료과코드 기재착오   |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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    | 약국처방조제 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 산정특례자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)                                |
|    | 10    | 중증질환 및 희귀질환·중증난치질환 산정특례자의 등록번호 기재누락 또는 기재착오(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   |
|    | 17    | 명세서 조산아 및 저체중아 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이(건강보험)   |
|    | 18    | 조산아 및 저체중아 정보 기재누락 또는 기재착오(의료급여)   |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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 보훈국비환자 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)   |
|    | 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  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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 종별가산율 변경 전·후 미분리 청구  |
|    | 13    | 요양기관의 행정처분기간 중 진료분 청구(보훈)  |
| 13 |       | <b>상해외인코드 기재착오 등</b>   |
|    | 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’ (사회복지시설의 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   |
| 16 |       | <b>내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자와 요양개시일자 상이, 초·재진 가산횟수 기재누락 또는 기재착오, 내원일수·요양급여일수 기재누락 또는 기재착오 등</b> |
|    | 01    | 내원(입원)일수 기재누락  |
|    | 02    | 요양급여일수 기재누락  |
|    | 03    | 내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우  |
|    | 04    | 초진진찰료 가산횟수가 초진진찰횟수보다 큰 경우  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
|    | 05    | 재진진찰료 가산횟수가 재진진찰횟수보다 큰 경우   |
|    | 06    | 서면명세서의 처방전 총 처방일수 기재누락  |
|    | 07    | 보건기관 진찰횟수 기재누락  |
|    | 08    | 약국 처방조제 명세서의 처방전 교부번호별 투약일수 기재누락  |
|    | 09    | 명세서 내원일자 기재착오   |
|    | 10    | 명세서 최초 내원일자와 요양개시일자 상이  |
|    | 11    | 명세서 내원일에 표기된 내원일자의 합과 내원일수 상이   |
|    | 18    | 외래명세서의 내원일수 '1' 초과 청구   |
|    | 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) |
| 19 |       | <b>요양기관의 원외처방전 발행시 처방내역 미기재 등</b>   |
|    | 01    | 요양기관의 원외처방전 발행시 처방내역 미기재  |
| 23 |       | <b>약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우, 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우, 처방전 교부번호 기재착오, 약국 처방내역 누락 등</b>       |
|    | 01    | 처방전 교부번호 자릿수 기재착오   |
|    | 02    | 처방전 교부번호의 '교부일자' 기재착오   |
|    | 03    | 처방전 교부번호의 '일련번호' 기재착오   |
|    | 07    | 약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우  |
|    | 09    | 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우   |
|    | 10    | 약국 조제투약내역의 조제구분(수정, 대체, 변경 등) 기재시 처방내역 누락   |
|    | 11    | 약국 명세서에 특정내역 구분코드 'CT002' 기재  |
|    | 12    | 약국 본인부담률 차등 적용 명세서 처방전 발행기관 또는 특정기호 기재착오  |
|    | 51    | 약국 처방조제 서면 명세서의 처방전 교부번호 중복   |
| 24 |       | <b>성별과 다른 진료 등</b>  |
|    | 01    | 성별과 다른 진료(남자에게만 발생하는 상병을 여자에게 기재)   |
|    | 02    | 성별과 다른 진료(여자에게만 발생하는 상병을 남자에게 기재)   |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 03    | 상해외인코드 'D' (고위험임신부, 자연분만 및 제왕절개분만 입원기간 중 타상병 진료분) 착오기재               |
|    | 51    | 성별과 다른 진료(보건진료소 제외)  |
|    | 52    | 보건기관(보건진료소 제외) 중 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우                               |
|    | 53    | 보건진료소 피임시술기관이 아니면서 피임시술한 경우  |
| 25 |       | <b>동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 기재착오</b>                                   |
|    | 01    | 동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재   |
| 26 |       | <b>본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성, 본인부담 감면 명세서 착오청구 등</b>                    |
|    | 06    | 건강보험 이외 명세서에 공상 등 구분 'C', 'H' 또는 'G' 기재                              |
|    | 10    | 산정특례 대상자(암, 중증화상, 희귀·중증난치질환 등)의 본인부담률 변경 전·후 진료비 명세서 미분리, 본인부담률 착오청구 |
|    | 13    | 호스피스 사업 전·후 진료분 청구   |
|    | 15    | T항(특수재료 및 관련 행위료) 착오청구   |
|    | 16    | 의원급 만성질환자 재진진찰료 경감대상 이외 진료분 청구                                       |
|    | 19    | 선별급여(100분의100미만) 적용 전에 A, B, D, E항이 청구된 경우                           |
|    | 20    | 선별급여(100분의100미만) 적용 대상 제외(보건기관, 조산원 등) 명세서에 A, B, D, E항이 청구된 경우      |
|    | 21    | 중동호흡기증후군(MERS) 진료비 지원 관련 착오청구  |
|    | 22    | 호스피스 본사업 시행일 전·후 진료분 청구 등  |
|    | 23    | 호스피스 사업 적용제외 대상 명세서 청구   |
|    | 24    | 고위험 임신부 입원진료 본인부담률 변경 전·후 진료분 미분리 청구                                 |
|    | 25    | 중증 외상환자 산정특례 특정기호(V273) 착오청구   |
|    | 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)                                 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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    | 확진검사 관련 명세서 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  |
| 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                                      |
| 30 |       | <b>심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치</b>  |
|    | 02    | 심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치   |
| 34 |       | <b>심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치 등</b>  |
|    | 02    | 심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치   |
|    | 03    | 심사청구서 진료년월과 명세서 처방내역의 처방전 교부년월 상이  |
|    | 04    | 심사청구서 진료년월 · 청구단위구분과 명세서의 내원일(조제투약일) 불일치   |
|    | 05    | 요양병원 장기환자입원 심사청구서의 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 요양종료년월 불일치  |
| 38 |       | <b>연령비교 납득 곤란한 상병, 본인부담 감면 특정기호 착오기재</b>   |
|    | 01    | 연령비교 납득 곤란한 상병   |
|    | 02    | 만 6세 이상이면서 특정기호 ‘F004’ 기재(신포괄 포함)  |
|    | 03    | 15세 이하 아동입원 특정기호 착오기재  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
|    | 04    | 1세 미만 아동 외래 특정기호 'F024' 착오기재  |
|    | 05    | 1세 미만 만성질환자 본인부담구분코드 기재착오(의료급여)   |
| 40 |       | <b>부정확한 상병명 기재, 정신질환 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구 등</b>  |
|    | 01    | 정신질환(F00~F99, G40~G41) 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구  |
|    | 02    | 정신질환(F00~F99, G40~G41) 상병 진료 후 행위별 청구   |
| 42 |       | <b>요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등</b>   |
|    | 04    | 진료결과 기재누락 또는 기재착오   |
|    | 05    | 주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오<br>(명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오)  |
|    | 06    | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오<br>(청구서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오,<br>진찰료 총 개수와 면허번호 개수가 맞지 않는 경우) |
|    | 07    | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치<br>(미신고, 청구일자 이후에 신고, 외래 명세서 요양개시일이 입사일자 이전이거나<br>최종근무일자 이후인 경우)                    |
|    | 08    | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치<br>(미신고, 청구일자 이후에 신고, 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자<br>이후인 경우)              |
|    | 09    | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간<br>중 진료분 청구  |
|    | 10    | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교<br>해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구   |
|    | 11    | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는<br>기간 중 진료분 청구  |
|    | 12    | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황<br>비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구   |
|    | 13    | 질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오  |
|    | 14    | 질병군 초음파 수가에 기재된 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 행정처분<br>기간 중 진료분 청구  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
|    | 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   |
| 60 |       | <b>계산착오, 요양급여비용총액 1이 10원 미만인 경우, 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 10원 미만인 경우(보훈 국비환자 진료분), 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0' 인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등</b> |
|    | 01    | 요양급여비용총액 1이 10원 미만인 경우, 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 10원 미만인 경우   |
|    | 02    | 대불금, 장애인기금 동시 청구(의료급여 2종, 의료급여 2종 장애인 2차 진료분)   |
|    | 03    | 요양급여비용총액 1이 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우  |
|    | 04    | 요양급여비용총액 1이 특수장비총액 또는 특수재료총액보다 적은 경우  |
|    | 05    | 청구액, 본인일부부담금, 100분의100미만 청구액, 100분의100미만 본인일부부담금이 '0' 인 경우  |
|    | 06    | 명세서 서식 착오   |
|    | 15    | 요양급여비용총액 1이 본인부담상한액초과금보다 적은 경우  |
|    | 18    | 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 본인일부부담금 청구  |
|    | 19    | 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 관련 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 요양급여비용총액 1보다 적은 경우   |

| 코드 | 세부<br>코드 | 내<br>역  |
|----|----------|---|
|    | 20       | 보훈 등 100분의100 본인부담(V항), 비급여 진료분 청구<br>(신포괄, 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자, 외국인근로자 등 의료지원 사업 이외 진료분 해당) |
|    | 22       | 질병군 식대 기재착오   |
|    | 23       | 보훈병원 보훈국비환자 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액), 청구액 등 기재착오   |
|    | 24       | 지원금, 본인일부부담금, 본인부담상한액초과금 등 누락 또는 착오산정   |
|    | 25       | 질병군 MRI, PET 기재착오   |
|    | 26       | 질병군 100분의100 기재착오   |
|    | 27       | 질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오  |
|    | 28       | 질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오   |
|    | 29       | 질병군 외과전문의 가산 기재착오   |
|    | 30       | 본인부담상한액초과금이 본인일부부담금보다 큰 경우  |
|    | 31       | 진료비 총액 계산 착오  |
|    | 32       | 질병군 보훈국비환자 100분의100 DRG 세부내역 착오   |
|    | 33       | 질병군 세부내역 구분코드 및 기재형식 착오   |
|    | 34       | 질병군 초음파검사 수가 기재누락 또는 기재착오   |
|    | 35       | 100분의100미만 총액이 100분의100미만 본인일부부담금 또는 100분의100미만 청구액보다 적은 경우                                 |
|    | 36       | 질병군 입원료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치   |
|    | 37       | 질병군 입원료 산정착오 또는 기재착오  |
|    | 38       | 질병군 100분의100미만 본인일부부담금 항목의 산정착오 또는 기재착오   |
|    | 39       | 질병군 추가산정항목 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   |

| 코드 | 세부<br>코드 | 내<br>역   |
|----|----------|--|
|    | 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 전담전문의 진료료 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   |
|    | 60       | 질병군 명세서 인공수정체 제외금액 유형 기재누락 또는 기재착오   |
|    | 61       | 질병군 명세서 야간간호료 산정착오 또는 기재착오   |
| 62 |          | <b>전산청구착오 등</b><br>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><br>01 질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이<br>02 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락, 환자평가표와 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 상이, 요양병원·호스피스 정액수가 항, 목 착오청구<br>03 요양병원 장기환자입원 명세서의 동일월 내 정액수가코드 상이<br>04 요양병원 장기환자입원 명세서의 L항 이외에 선택입원군이 청구된 경우<br>05 시범사업(호스피스수가, 신포괄수가 등)에서 L항 81~94목 기재누락 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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)</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  |
|    | 03    | 요양병원, 호스피스의 정액수가 적용제외 상병 진료분 청구  |
|    | 05    | 요양병원 장기입원환자 명세서의 특정기간 대상자가 제외환자 서식에 청구된 경우   |
|    | 06    | 요양병원 낮병동 입원환자가 장기환자 서식에 청구된 경우   |
|    | 07    | 질병군 명세서의 입원일수 30일 초과 청구  |
|    | 08    | 질병군 명세서의 청구구분코드에 “3” (분리청구) 기재건  |
|    | 09    | 질병군 명세서의 질병군 부가코드 기재누락 또는 기재착오   |
|    | 10    | 질병군 명세서의 행위별 진료내역 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 점검 기재여부 및 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> |

| 코드        | 세부 코드 | 내역  |
|-----------|-------|---|
|           | 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                             |
|           | 07    | 질병군 건강보험 급여제한자의 요양급여비용총액 기재누락 또는 기재착오   |
|           | 08    | 질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오                       |
|           | 09    | 질병군 건강보험 급여제한자의 진료비총액, 보훈청구액, 건강보험 100분의100총액, 비급여총액, 보훈 본인일부부담금 기재누락 또는 기재착오 |
|           | 10    | 질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오                       |
|           | 11    | 보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오                                       |
| <b>68</b> |       | <b>질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구</b>   |
|           | 01    | 질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구  |
| <b>69</b> |       | <b>2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 등</b>  |
|           | 01    | 2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구   |
|           | 04    | 신생아(생후 28일까지)의 질병군 청구   |
|           | 05    | 제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술 질병군 청구   |
|           | 06    | 복강경 수술 중 부득이한 사유로 개복술 전환의 복강경 보상비용 산정 오류                                      |
|           | 07    | 질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 오류   |
|           | 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  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
| 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, 한방(의원), 약국인 경우  |
|    | 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 1종이면서 본인부담구분코드 미기재건   |
| 91 |       | <b>건강보험·의료급여·보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구, 수진자 주민등록번호상이 등</b>  |
|    | 01    | 건강보험 미자격자 진료분 청구  |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
|    | 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                                  |
|    | 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 중증질환자의 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 의료급여기관의 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료분의 입원일수 2일 이상 중복</b> |
|    | 01    | 동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복        |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
| 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  |
|    | 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 행위별수가 청구[2014.9.1. 진료분부터]   |
|    | 09    | 의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재 누락, 혈액투석 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정액수가 행위별 총액 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   |
|    | 03    | 질병군 간호간병료 추가청구명세서의 요양급여총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 등 기재누락 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   |

| 코드 | 세부<br>코드 | 내<br>역                                     |
|----|----------|--|
|    | 17       | 질병군 분류내역의 총투가 '0' 이 아닌 경우                  |
|    | 18       | 요양급여비용외군의 요양급여총액 착오                        |
|    | 19       | 신포괄 명세서에 신생아 청구                            |
|    | 22       | 요양급여비용외군 착오청구                              |
|    | 23       | 신포괄 명세서에 '공상 등 구분' 착오기재                    |
|    | 24       | 신포괄 명세서에 낮병동 입원료 청구                        |
|    | 27       | 정액기간 보상을 착오(100% 비포괄항목, 흉부외과 100% 가산 포괄항목) |
|    | 28       | 정액기간 보상을 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 포괄항목)          |
|    | 29       | 정액기간 보상을 착오(흉부외과 100% 가산 비포괄항목)            |
|    | 30       | 정액기간 보상을 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 비포괄항목)         |
|    | 31       | 정액기간 보상을 착오(80%가산 비포괄항목)                   |
|    | 33       | 상단열외군 특정기간, 하단열외군 보상을 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 보상을 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 포괄항목)          |
|    | 49       | 정액기간 보상을 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 비포괄항목)         |
|    | 50       | 정액기간 보상을 착오(흉부외과 70% 가산 비포괄항목)             |
|    | 52       | 신포괄 고위험임신부 입원진료대상 청구 착오                    |

| 코드        | 세부<br>코드 | 내<br>역  |
|-----------|----------|---|
|           | 54       | 신포괄 의료급여 식대 산정오류  |
|           | 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       |
|           | 99       | 신포괄 비급여(다빈치 로봇을 이용한 수술) 특정내역 기재착오 또는 계산착오                                 |
| <b>S1</b> |          | <b>의료기관간 응급원격협력진료 시범사업</b>  |
|           | 01       | 응급원격협력진료료 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구  |
|           | 02       | 질병군 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·기재착오 또는 인력신고현황 불일치                               |
|           | 03       | 질병군 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오  |
|           | 04       | 질병군 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 MX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오                   |
|           | 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                   |
| <b>S2</b> |          | <b>협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업</b>   |
|           | 01       | 진료의뢰-회송 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구                                       |
|           | 02       | 신포괄 의뢰환자관리료 산정착오 또는 기재착오  |
|           | 03       | 신포괄 의료기관간 원격협력진료료[회송후] 산정착오 또는 기재착오                                       |
|           | 04       | 신포괄 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업 관련 특정내역 구분코드 MX999(기타내역), JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오 |
| <b>S3</b> |          | <b>만성질환관리 시범사업</b>  |
|           | 01       | 만성질환관리 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구  |
| <b>S4</b> |          | <b>정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업</b>                              |
|           | 01       | 비자의입원 관련 진료분 착오청구   |

| 코드 | 세부 코드 | 내역  |
|----|-------|---|
| S7 | 01    | 입원전담전문의 시범사업<br>입원전담전문의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                                    |
| S8 | 01    | 지역사회 일차의료 시범사업<br>지역사회 일차의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                                |
| S9 | 01    | 의·한 협진 시범사업<br>의·한 협진 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                                      |
| SA | 01    | 장애인 건강주치의 시범사업<br>장애인 건강주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와<br>공단자격 불일치          |
|    | 02    | 장애인 건강주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구  |
| SB | 01    | 수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업<br>수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                    |
| SC | 01    | 일차의료 만성질환관리 시범사업<br>일차의료 만성질환관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                            |
| SD | 01    | 맞춤형 검진바우처 시범사업<br>맞춤형 검진바우처 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                                |
| SE | 01    | 중증소아 재택의료 시범사업<br>중증소아 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                                |
| SF | 01    | 건보공단 장기요양시설 시범사업<br>국민건강보험공단 요양시설 건강관리강화(축탁의 원격진료 원외처방) 시범사업<br>청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SG | 01    | 복막투석 환자 재택관리 시범사업<br>복막투석 환자 재택관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                          |
| SH | 01    | 일차의료 왕진 수가 시범 사업<br>일차의료 왕진 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                             |
| SI | 01    | 정신질환자 지속치료 지원 시범사업<br>정신질환자 지속치료 지원 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                        |
|    | 02    | 신포괄 정신질환자 지속치료 산정착오 또는 기재착오   |

| 코드 | 세부 코드 | 내역   |
|----|-------|--|
| 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 재택의료관리료 산정착오 또는 기재착오              |
| SL |       | <b>장애인 치과주치의 시범사업</b>                              |
|    | 01    | 장애인 치과주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단 자격 불일치 |
|    | 02    | 장애인 치과주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구                     |

### 3. 심사조정

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| A  | 행위, 약제, 치료재료의 단가착오 조정   |
| A  | 약국 처방조제 명세서 대체조제 장려금 단가착오 조정  |
| A  | 한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 이하)  |
| A  | 한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 초과)  |
| AK | 수가코드 중 산정코드 착오 조정   |
| B  | 야간가산시간(특정내역 구분코드 JS010) 미기재로 조정   |
| B  | 행위·약제·치료재료 수가코드 산정착오(급여삭제코드) 조정   |
| B  | 약국 처방조제 명세서 대체조제 불가 의약품 산정 착오 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-143호, 2014.9.1. 시행) |
| B  | 오리지널 의약품 특허기간 만료일 이전에 판매예정인 제네릭 의약품이 청구되어 조정                            |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 보훈위탁병원의 진료의뢰 가능 기관 착오 조정<br>(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<br>(의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)  |
| B  | 마약, 향정신성의약품 등 임의조제 불가 의약품의 직접조제 조정<br>(약사법 시행규칙 제44조제3항)   |
| B  | 선별급여항목 청구 착오 조정  |
| B  | A항 선별급여항목 청구 착오 조정   |
| B  | B항 선별급여항목 청구 착오 조정   |
| B  | 의료급여정액 명세서의 선별급여항목 청구 착오 조정  |
| B  | 의료급여 선별급여 항목의 행위별 명세서 청구 착오 조정<br>(의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)   |
| B  | 의·약사 본인진료 관련 수가 청구 착오 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)  |
| B  | 의사 본인 진료시 위탁검사에 대한 위탁검사관리료 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)   |
| B  | 외국인 근로자 등 의료지원 사업대상자의 포괄간호 입원료 산정 착오 조정<br>(외국인 근로자 등 의료지원 사업 지침, 보건복지부)                                       |
| B  | 의료급여 명세서의 의료질평가지원금 산정 착오 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-18호, 2016.2.1. 시행)  |
| B  | 가정형 호스피스 수가-시범사업 대상기관 외 조정<br>(가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수가-산정 착오(건강보험이 아닌 경우, 시범사업 대상기관 외, 특정기호 S002 미기재 등)로 조정<br>(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B  | 선별급여 D항 청구 착오 조정(약제)   |
| B  | 선별급여 E항 청구 착오 조정(행위, 치료재료)   |
| B  | 선별급여 D항 청구 착오 조정(행위, 치료재료)   |
| B  | 선별급여 E항 청구 착오 조정(약제)   |
| B  | 명세서 처방내역 약제 선별급여 A항 청구 착오 조정   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 명세서 처방내역 약제 선별급여 B항 청구 착오 조정  |
| B  | 명세서 처방내역 약제 선별급여 D항 청구 착오 조정  |
| B  | 명세서 처방내역 약제 선별급여 E항 청구 착오 조정  |
| B  | 맞춤형 검진바우처 시범사업 관련 인정검사 이외 내역 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)                     |
| B  | 맞춤형 검진바우처 시범사업 관련 인정상병 비교 검사료 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)                    |
| B  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-시범사업 대상 외의 진료내역 조정<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.))                        |
| B  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-왕진정보시스템과 청구한 수가가 불일치하여 조정<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.))                 |
| B  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-시범사업 특정기호 'S017' 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.))               |
| B  | 퇴장방지의약품 산정 착오 조정  |
| 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  | 만성질환자 지속관리료-시범사업 특정기호(S003)를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.))                  |
| B  | 만성질환자 지속관리료-시범사업 특정기호(S003)를 기재하지 않고 시범사업 수가만 존재하는 경우 조정<br>(보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.)) |
| B  | 만성질환자 지속관리료-시범사업 명세서의 타 급여비용을 같이 청구하여 조정<br>(보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.))                 |
| B  | 요양병원 장기환자 입원 정액명세서에 인정되는 수가코드 이외의 수가 산정시 해당 수가를 조정  |
| B  | 요양급여기준 적용착오 비용 조정(요양병원 하위 20%기관 입원료 가산배제)<br>(보건복지부 고시 제2009-214호, 216호, 2010.4.1. 시행)        |
| B  | 요양병원 하위 20% 기관인 경우 필요인력 가산수가(AB001, AB002)를 조정  |
| B  | 요양병원 정액수가를 L항 외의 항에 청구하거나 L항에 정액수가 외의 수가를 청구한 경우 해당 수가를 조정                                    |
| B  | 요양병원 인증조사 미신청기관의 의사 및 간호인력 가산금 착오 청구 조정   |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 요양병원 인증조사 미신청기관의 필요인력 별도 보상비용 착오 청구 조정   |
| B  | 호스피스 전문기관 외 호스피스 정액수가 착오 청구 조정   |
| B  | 호스피스 급여 별도 산정항목 착오 청구 조정   |
| B  | 호스피스 입원 중 원외처방전 착오 청구 조정   |
| B  | 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 W항 조정<br>(국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제9조 제2호)  |
| B  | 외국인 근로자 등 의료지원 사업 관련 명세서의 W항에 산정할 수 있는 항목 외의 수가를 청구한 경우 해당 수가 조정<br>(외국인 근로자 등 의료지원 사업 안내, 보건복지부)                  |
| B  | 보훈대상자의 위탁병원이 보훈병원이나 보훈위탁병원 아닐 때 위탁 진료분 조정<br>(국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제3조)   |
| B  | 고압산소치료-종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정하여 병원급 이하 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)                              |
| B  | 심폐소생술료-종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정하여 병원급 이하 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)                              |
| B  | 종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 수가를 병원급 이하 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)                             |
| B  | 종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 이상 마취료 연령(신생아, 1세 미만, 6세미만)가산코드를 병원급 연령가산코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행) |
| B  | 종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 연령가산수가를 병원급 이하 연령가산 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)                    |
| B  | 내원일 비교하여 공휴일이 아닌 날 산정한 공휴가산 조정   |
| B  | 특정내역 구분코드 JT018(건강검진 실시 당일 진찰료 산정사유)에 기재하지 않아 진찰료 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)                        |
| B  | 건강검진 실시 당일 의사의 처방 및 진료행위 없이 산정된 진찰료 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)                                      |
| B  | 진찰료-요양기관종별(의원) 비교하여 의과 의원급 수가코드로 조정  |
| B  | 진찰료-요양기관종별(병원) 비교하여 의과 병원급 수가코드로 조정  |
| B  | 진찰료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 의과 종합병원급 수가코드로 조정  |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(요양병원, 보건의료원급) 비교하여 병원급 또는 보건의료원급 수가코드로 조정                             |
| B  | 감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(병원) 비교하여 병원급 수가코드로 조정   |
| B  | 감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정   |
| B  | 소아 진정관리료-요양기관종별(의원) 비교하여 의원급 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                  |
| B  | 소아 진정관리료-요양기관종별(병원) 비교하여 병원급 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                  |
| B  | 소아 진정관리료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)              |
| B  | 소아 진정관리료-요양기관종별(상급종합병원) 비교하여 상급종합병원급 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)          |
| B  | 장기요양기관 촉탁의 원외처방에 소요된 비용 조정(건강보험 상해외인 ‘J’ 아님)<br>(보건복지부 보험급여과-1201호(2008.7.4.))                |
| B  | 장기요양기관 촉탁의 원외처방에 소요된 비용 조정(약제비 관련 이외의 코드 산정)<br>(보건복지부 보험급여과-1201호(2008.7.4.))                |
| B  | 음압격리실 마스크 사용료-음압 격리실 입원료 수가코드가 확인되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행)              |
| B  | 격리실 마스크 사용료-격리실 입원료(일반 격리실 또는 음압 격리실) 수가코드가 확인되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행) |
| B  | 중환자실 내 음압격리관리료-요양기관의 중환자실 내 음압격리병상 신고내역 없어 조정   |
| B  | 생활치료센터 운영기관 아님으로 조정 (보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3. 시행)   |
| B  | 생활치료센터 의료비지원명세서 아니므로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3. 시행)                                      |
| B  | 생활치료센터 환자관리료 1일 1회 초과건 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3. 시행)                                    |
| B  | 생활치료센터 환자관리료 입내원일수 비교 초과건 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3. 시행)                                 |
| B  | 생활치료센터 산정불가 항목으로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3. 시행)  |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 요양병원 병문안관리기준 미신고기관 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)                                    |
| B  | 요양병원 환자안전위원회 운영현황 미신고기관 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)                               |
| B  | 인증기관 외 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)  |
| B  | 200명상 이상이고 환자안전 전담인력이 1인 이상인 인정일수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행)              |
| B  | 요양병원 입원료 차등제-인증조사 미 신청기관 필요인력 가산 조정(고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행)                |
| B  | 요양병원 입원료 차등제-하위 20%기관 필요인력 가산 조정(보건복지부고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행)              |
| B  | 요양병원 입원료 차등제-적정성 평가 또는 인증조사 미 신청기관 입원료 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행) |
| B  | 회송료-건강보험 2단계기관이 아닌 요양기관에서 착오 산정해 조정  |
| B  | 입원료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 입원료-요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 입원료-요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정   |
| B  | 입원료-요양기관종별 비교하여 의원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 입원료-요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 입원료-요양기관종별 비교하여 요양병원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정                                     |
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정   |
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정   |
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정                                  |
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 의원에 해당하는 코드로 조정   |
| B  | 입원료-요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정(건강보험요양급여비용 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수)                    |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 납차폐특수치료실 입원료-요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정<br>(건강보험요양급여비용 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수)  |
| B  | 중환자실 입원료-요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정                                    |
| B  | 중환자실 입원료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정  |
| B  | 2,3인실 입원료-요양병원에서 산정 불가능한 입원료를 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-98호, 2019.7.1. 시행)             |
| B  | 2,3인실 입원료-치과병원에서 산정 불가능한 입원료를 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-98호, 2019.7.1. 시행)             |
| B  | 중환자실 전담의 가산수가-1일당 수가로 1일 실시횟수 1초과 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)         |
| B  | 중환자실 전담의 가산수가-성인·소아 및 일반중환자실 전담의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)      |
| B  | 중환자실 전담의 가산수가-일반중환자실 전담의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)              |
| B  | 일반중환자실 전담전문의 가산수가-일반중환자실 전담전문의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)        |
| B  | 소아중환자실 전담의 가산수가-소아중환자실 전담의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)            |
| B  | 소아중환자실 전문전담의 가산수가-소아중환자실 전담의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)          |
| B  | 일반중환자실 전담의 가산수가-일반중환자실 입원료 총 횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)       |
| B  | 요양병원 중환자실 전담의 가산수가-요양병원 중환자실 입원료 횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)   |
| B  | 소아중환자실 전담의 가산수가-소아중환자실 입원료 횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)         |
| B  | 소아중환자실 전담전문의 가산수가-1일당 수가로 1일 실시횟수 1초과 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)     |
| B  | 소아중환자실 전담전문의 가산수가-소아중환자실 전담전문의(2인 이상) 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B  | 소아중환자실 전담전문의(2인이상) 가산수가-병상수 대비 전담전문의 수 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)    |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 신생아중환자실 전담전문의(2인이상) 가산수가-1일당 수가로 1일실시횟수란에 '1' 초과 산정되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)  |
| B  | 신생아중환자실 전담전문의(2인이상) 가산수가-전담전문의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)  |
| B  | 신생아중환자실 2인 이상 전담전문의 가산수가-병상수 대비 전담전문의 수 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)   |
| B  | 신생아중환자실 전담전문의 가산수가-신생아중환자실 입원료 총 일수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행)   |
| B  | 입원료-병상 현황신고 중 4인실 병상 현황신고가 없어 기본입원료로 조정<br>(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행)                                      |
| B  | 입원료-병상 현황신고 중 간호·간병통합서비스 4인실 병상 현황신고가 없어 조정<br>(간호·간병통합서비스 사업지침, 보건복지부)   |
| B  | 입원료-병상 현황신고 중 간호·간병통합서비스 3인실 병상 현황신고가 없어 조정<br>(간호·간병통합서비스 사업지침, 보건복지부)   |
| B  | 입원료-병상 현황신고 중 간호·간병통합서비스 2인실 병상 현황신고가 없어 조정<br>(간호·간병통합서비스 사업지침, 보건복지부)   |
| B  | 협의진찰료-산정횟수 비교하여 조정(입원일수 30일 이하 상급종합병원)<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)  |
| B  | 협의진찰료-특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)  |
| B  | 협의진찰료-산정횟수 비교하여 조정 (입원일수 30일 이하 종합병원)<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)   |
| B  | 협의진찰료(종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속 치과병원)-특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B  | 협의진찰료(병원, 한방병원, 치과병원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)                   |
| B  | 협의진찰료(요양병원, 보건의료원, 의원, 치과의원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)            |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 협의진찰료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 기재내역 없어 조정(입원 일수 30일 이하)<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)                                  |
| B  | 협의진찰료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 기재내역 없어 조정(입원 일수 60일 이하)<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)                                  |
| B  | 협의진찰료(상급종합병원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)                        |
| B  | 협의진찰료(종합병원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)횟수 비교 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)                     |
| B  | 협의진찰료(병원, 한방병원, 치과병원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행)        |
| B  | 협의진찰료(요양병원, 보건의료원, 의원, 치과의원)-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드) 횟수 비교하여 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B  | 감염예방관리료-요양기관의 간호등급 신고내역 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-302호, 2019.1.1. 시행)   |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-상급종합병원 이외의 기관에서 청구하여 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-보험자종별 건강보험 외 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-시범사업 대상기관 외 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)  |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-심층진찰 전문의 외 의사 기재하여 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-대상자별 1회 초과로 초과분 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)  |
| B  | 상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업-심층진찰료와 기본진찰료 동시 산정 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 상급종합병원 심층진찰수가 시범사업-대상 환자(건강보험, 차상위) 외 조정<br>(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부)  |
| B  | 식대 수가-건강보험[보훈] 입원 외에서 산정하여 조정  |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 가정간호 기본방문료-가정간호실시기관으로 등록되어 있지 않아 조정<br>(의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부)  |
| B  | 가정간호 기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사 1인만 존재하여 조정<br>(보건복지부 보험급여과-4345호(2009.12.4.))                                     |
| B  | 가정간호 기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사 신고내역이 존재하지 않아 조정<br>(보건복지부 보험급여과-1995호(2008.9.18.))                                |
| B  | 가정간호 기본방문료-의원, 보건의료원 해당 수가코드로 조정  |
| B  | 가정간호 기본방문료-병원급 해당 수가코드로 조정  |
| B  | 가정간호 기본방문료-종합병원 해당 수가코드로 조정   |
| B  | 가정간호 기본방문료-상급종합병원 해당 수가코드로 조정   |
| B  | 가정간호기본방문료-유효한 가정간호사 면허번호 보다 청구한 가정간호기본방문료가<br>더 많아서 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-263호, 제2019-302호, 2020.1.1. 시행)     |
| B  | 가정간호기본방문료(최초 2인 이상 방문)-유효한 가정간호면허번호 개수가 2개 미만<br>으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)                 |
| B  | 가정간호기본방문료(최초 2인 이상 방문)-총 횟수가 2번 이상일 때 초과분을 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행)                          |
| B  | 만성질환관리료-만성질환 없이 산정하여 조정   |
| B  | 만성질환관리료-재진환자 외 조정   |
| B  | 만성질환관리료-주상병기호 비교하여 인정상병 없어 조정   |
| B  | 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-시범사업 수가를 타 진료 명세서에 산정하여 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)                      |
| B  | 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-국민건강보험공단에 등록된 현황(진료일자,<br>수가코드 등)과 비교하여 불일치로 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부) |
| B  | 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-대상 수가코드별 총 횟수 합 1회 초과분 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)                       |
| B  | 일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-시범사업 수가코드 외 산정되어 조정<br>(2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)                             |
| B  | 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 의원급 수가코드로 조정   |
| B  | 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원급 수가코드로 조정   |
| B  | 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원급 의약품관리료(방문당)로 조정  |
| B  | 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 의약품관리료(방문당)로 조정  |
| B  | 마약류 관리료-입원환자 수가코드를 외래 명세서에 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)               |
| B  | 마약류 관리료(입원환자)-1일당 수가로 1일실시횟수 1 초과 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)        |
| B  | 마약류 관리료(입원환자)-내원일수 보다 초과해서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)               |
| B  | 마약류 관리료(외래환자)-방문당 1회 산정하는 수가로 진찰료 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)         |
| B  | 마약류 관리료-입원 및 외래 수가와 중복 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                   |
| B  | 입원료(상급종합병원, 의원, 보건의료원)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정                          |
| B  | 입원료(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정                   |
| B  | 입원료(종합병원, 병원-의료취약지역)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정                            |
| B  | 입원료(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정         |
| B  | 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)   |
| B  | 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 신고내역 없어 4등급 입원료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)   |
| B  | 입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정  |
| B  | 입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행) |
| B  | 입원료-완화의료병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)   |
| B  | 입원료-완화의료병동 사회복지사 신고현황이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)                    |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 성인·소아중환자실 입원료-간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)                                     |
| B  | 일반중환자실 입원료-간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)  |
| B  | 일반중환자실 입원료-신고 되어있는 간호등급 비교하여 해당수가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)                                     |
| B  | 중환자실 입원료-간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)  |
| B  | 중환자실 입원료-중환자실 간호등급 신고 되어있는 등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)  |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신생아중환자실 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)                               |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신고 되어있는 간호등급으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)   |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 조정(1등급)   |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(2등급)   |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(3등급)   |
| B  | 신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(4등급)   |
| B  | 입원료-0-6시 입원 및 18-24시 퇴원과 관련 특정내역 구분코드 JS003(입원시각), JS004(퇴원시각)를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행) |
| B  | 진찰료 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행)                                 |
| B  | 진찰료 야간가산-지역응급의료기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 보험급여과-925호(2013.3.25.))  |
| B  | 혈액관리료-혈액은행 미신고기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)  |
| B  | 혈액관리료-혈액안전감시체계 미신고기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)  |
| B  | 혈액관리료-혈액은행 업무 담당하는 상근 진단검사의학과 전문의 신고현황이 없어 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)       |
| B  | 다학제통합진료료-다학제통합진료 실시하지 않는 기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)                           |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀 구성원(의사, 간호사, 약사, 영양사)이 각 1인씩 구성되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)         |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 간호사, 약사, 임상영양사, 전문의 중 상근하는 인력이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)      |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 간호사, 약사, 임상영양사 중 영양치료 교육 이수자가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)       |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 영양사가 임상영양사로 확인되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)                    |
| B  | 집중영양치료료-수진자 연령이 만 18세 미만이나 집중영양치료팀에 소아과전문의가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)               |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)           |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)           |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)            |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀에 상근하는 임상영양사가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)                              |
| B  | 집중영양치료료-집중영양치료팀에 구성원(의사, 간호사, 약사, 영양사) 중 집중영양치료팀 전담하는 인력이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B  | 의료질평가지원금-입원료 인정횟수를 초과하여 산정한 초과분 조정   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 회복관리료-회복실 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)                      |
| B  | 암환자교육상당료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당되는 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행) |
| B  | 암환자교육상당료-요양기관종별 비교하여 병원에 해당되는 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)     |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-병원급 기관에 해당되지 않아 산정불가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)     |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-전문병원에 해당되지 않아 산정불가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)       |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금(입원)-대상기관이 아니므로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)            |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금(외래)-대상기관이 아니므로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)            |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 한방병원 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)    |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 요양병원 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)    |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)      |
| B  | 요양병원 의료질평가지원금(입원)-입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)     |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금(입원)-입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)     |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금(외래)-진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)     |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-요양기관의 등급이 존재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)         |
| B  | 전문병원 의료질평가지원금-신고등급과 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)                |
| B  | 입원환자 안전관리료-외래명세서에 청구되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)                 |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 입원환자 안전관리료-1일 1회만 산정 가능하여 실시횟수 초과분을 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-내원일수 초과분 조정(낮병동, 외박, 응급실 제외)<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)   |
| B  | 입원환자 안전관리료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-해당되는 종별 외에 조정(병원급 이상)<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-신고현황 비교하여 전담인력 2명 이상 해당 일수 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-병상 수 대비 필요 전담인력 충족 일수 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-200병상 이상이면서 전담인력 1명 이상 해당 일수 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-환자안전위원회 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 입원환자 안전관리료-병문안 관리기준 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)   |
| B  | 입원환자 안전관리료-환자안전활동 등록하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)  |
| B  | 비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)을 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)  |
| B  | 비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력인<br>외과전문의 코드를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)   |
| B  | 비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 기재한 진료과목<br>의사의 인력 신고현황이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)  |
| B  | 비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 기재한 진료과목<br>의사가 인력 신고현황에 3인만 존재하여 수가코드 AI301(비만수술통합진료 의사 수<br>3인)로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 비만수술 통합진료료-산정 횟수(수술 전·후 각 1회) 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)   |
| B  | 수술실 환자 안전관리료-1등급 의료기관인증결과가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | 수술실 환자 안전관리료-요양기관에 수술실 환자 안전관리료 확정된 등급이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)   |
| B  | 수술실 환자 안전관리료-청구한 수술실 환자 안전관리료 등급이 입(내)원기간 동안<br>요양기관에 존재하는 등급이 아니므로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | 수술실 환자 안전관리료-마취료 없이 수술실 환자 안전관리료 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | 수술실 환자 안전관리료-청구한 총 횟수가 마취료 총 횟수보다 많아 초과분을 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | 라니티딘, 니자티딘 재처방/재조제 명세서-재처방/재조제 명세서에 산정할 수 없는<br>수가를 조정<br>(보건복지부 보험약제과-라니티딘 성분 보험의약품 관련 Q&A 1차(2019.9.26.), 2차<br>(2019.9.27.) 안내”, “니자티딘 성분 보험의약품 관련 FAQ 안내” 2019.11.22.)) |
| B  | 말기환자등 관리료, 연명의료중단결정 환자관리료-의료기관 윤리위원회 운영기관<br>외 산정으로 조정<br>(연명의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)  |
| B  | 말기환자등 관리료, 연명의료중단결정 환자관리료-시설 등의 공동이용 진료기관의<br>의료기관 윤리위원회 운영기관 외 산정으로 조정<br>(연명의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 말기환자등 관리료, 연명의료중단결정 환자관리료-대상장비(인공호흡기, 인공신장기,<br>제세동기)를 보유하지 않아 조정<br>(연명의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 말기환자등 관리료, 연명의료중단결정 환자관리료-1일투여(실시)횟수 1회 초과분 조정<br>(연명의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)  |
| B  | 말기환자등 관리료, 연명의료중단결정 환자관리료-총투여일수(실시횟수) 1회 초과분 조정<br>(연명의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)   |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 위탁진료 불가로 조정 (보건복지부 장애인정책과-4223호,<br>2018.6.8. 시행 )   |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 명세서-시범사업 대상수가 외 조정 (보건복지부 장애인<br>정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)  |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 장애인 건강주치의 비시범사업 명세서- 시범사업 대상수가 조정 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)             |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 1회 초과분 조정 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)                      |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 시범사업 대상자 외 조정 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)         |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 조정-의사면허번호 확인(보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)           |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 조정-서비스 해당일자 확인(보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)         |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 조정-서비스 변경일자 및 해지일자 확인 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행) |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 조정-방문진료 산정 가능 여부 확인 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)   |
| B  | 장애인 건강주치의 시범사업 신고 현황 비교 조정-방문간호 산정 가능 여부 확인 (보건복지부 장애인정책과-4223호, 2018.6.8. 시행)   |
| B  | 포괄평가 및 계획수립료와 동시청구 불가하여 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)                    |
| B  | 시범사업 명세서 외 청구로 조정(보건복지부 의료정보정책과-2871호, 2019.12.13.)                              |
| B  | 시범사업 대상자 정보 제출 현황 비교 조정(보건복지부 의료정보정책과-2871호, 2019.12.13.)                        |
| B  | 최대 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 의료정보정책과-2871호, 2019.12.13.)                                 |
| B  | 시범사업 대상수가 외 청구로 조정(보건복지부 의료정보정책과-2871호, 2019.12.13.)                             |
| B  | 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 명세서-교육상담료 외 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)             |
| B  | 교육상담료 점검서식 비교 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)                               |
| B  | 교육상담료 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)                              |
| B  | 입원명세서 교육상담료 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)                        |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 명세서-환자관리료 외 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호 2019.12.31.)      |
| B  | 외래 명세서 외 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호 2019.12.31.)                             |
| B  | 환자관리료 점검서식 비교 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호 2019.12.31.)                        |
| B  | 환자 관리료 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)                     |
| B  | 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 수가 외 조정(보건복지부 보건의료정책과-8816호, 2019.12.31.)            |
| B  | 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 명세서 외 조정 (보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)       |
| B  | 교육상담료 점검서식 비교 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)                       |
| B  | 교육 상담료 I 총 횟수합 1회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)               |
| B  | 외래 명세서 교육상담료 II 총 횟수합 2회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)        |
| B  | 입원 명세서 교육상담료 II 총 횟수합 6회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)        |
| B  | 입원 명세서 교육상담료 II 총 횟수합 4회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)        |
| B  | 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 명세서 외 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)        |
| B  | 외래 명세서 외 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)                            |
| B  | 환자관리료 점검서식 비교 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)                       |
| B  | 환자 관리료 총 횟수합 1회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)                 |
| B  | 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 수가 외 조정(보건복지부 보험급여과-2186호, 2020.5.25. 시행)         |
| B  | 진단검사분야 검체검사 질 가산-신고등급과 청구한 등급 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행) |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 수면검사실 관리료, 수면다원검사-수면다원검사 기관으로 신고 되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행)  |
| B  | 수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(동일한 날에 입원 또는 외래 여부 상관없이 주된 검사 1가지만 산정) 초과 산정한 검사료 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1.시행)    |
| B  | 수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(일반검사는 월 1회 산정 가능) 초과 산정한 일반검사 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1.시행)                        |
| B  | 수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(동일한 날에 단순 검사와 일반검사 동시 실시 시 주된 검사 1가지만 산정) 초과 산정한 검사료 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1.시행) |
| B  | 외과 전문의 가산수가-외과 전문의 인력 현황신고가 없어 조정   |
| B  | 흉부외과 전문의 가산수가-흉부외과 전문의 인력 현황신고가 없어 조정   |
| B  | 1일당 검사 수가-1일당으로만 산정할 수 있는 검사 수가로 1일 실시횟수 초과분 조정   |
| B  | 검사료 수가-대칭기관에 대해 양측검사를 시행하더라도 “편측” 표기가 없는 경우 소정점수만 산정  |
| B  | 검사료 수가-위탁검사 불가 항목을 특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재하여 조정(검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해 질 수 있어 위탁검사 불인정)                         |
| B  | 검사료 수가-특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재 없이 실시횟수 ‘1’ 초과 산정하여 조정   |
| B  | 임상병리검사 종합검증료-요양기관 신고현황 비교하여 조정(종합검증분야검사실 인증 받은 요양기관에서 시행한 경우 인정)  |
| B  | 임상병리검사 종합검증료-요양기관 신고현황 비교하여 조정(상근하는 진단검사의학과 전문의가 작성한 경우 인정)   |
| B  | 초음파검사-초음파검사 시행한 의사의 면허종류, 면허번호 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))   |
| B  | 초음파검사-초음파검사 시행한 의사의 면허번호, 면허종류 착오기재로 조정<br>(보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))   |
| B  | 초음파검사-초음파검사 시행한 의사가 요양기관 인력 신고현황과 불일치로 조정<br>(보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))   |
| B  | 초음파검사-소아복부초음파(만8세미만 소아에 인정) 연령 초과되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행)  |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 초음파검사-특정내역 구분코드 JT005(분만, 임신부초음파)에 임신주수를 기재하지 않거나 착오기재로 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-68호, 2017.3.1. 시행) |
| B  | 방사선영상진단 판독 가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정   |
| B  | 방사선영상진단 판독 가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정                                 |
| B  | 필름(Film)-영상진단 및 방사선치료료 관련 수기료 없이 산정되어 조정   |
| B  | C-Arm형 영상증폭장치이용료-도수 또는 관혈적 정복술 이외 산정으로 조정  |
| B  | 핵의학영상진단 전문의 판독가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허 소지자가 없어 조정                |
| B  | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정  |
| B  | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가 코드로 조정   |
| B  | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 병원급 수가 코드로 조정  |
| B  | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 의원급 수가 코드로 조정  |
| B  | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근 하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정                   |
| B  | CT, MRI 조영제를 사용하는 경우 수가-조영제 주입이 필수적인 CT, MRI 촬영에 조영제를 사용한 내역이 없어 조정                              |
| B  | CT, MRI 동시촬영 수가-경추, 흉추, 요추 부위를 동시 촬영하거나 흉추와 동시에 촬영한 경우 동시촬영 수가코드로 조정                             |
| B  | MRI 판독료-각 부위별 MRI 촬영료 없이 해당 부위의 MRI 판독료를 산정하여 조정   |
| B  | MRI 수가-요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 수가코드에 해당하는 MRI 테슬라 신고내역이 없어 조정  |
| B  | MRI 수가-요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 신고 되어있는 MRI 테슬라 해당 수가코드로 조정   |
| B  | 외래환자조제·복약지도료(내복약)-요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없어 조정   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 외래환자조제·복약지도료(외용약)-요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없어 조정  |
| B  | 피하근육내 및 정맥내 주사료-1일당 수가로 1일 실시횟수 1회 초과분 조정   |
| B  | 주사 수기료-약제 없이 산정하여 조정  |
| B  | 정맥내점적주사료-수액제 없이 산정하여 조정   |
| B  | 정맥내유지침-정맥내점적주사료 없이 산정하여 조정  |
| B  | 마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허종류, 면허번호를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)                           |
| B  | 마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허종류 착오기재로 조정<br>(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)                                    |
| B  | 마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허번호 착오기재 또는 기재된 의사 면허번호<br>횟수 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행)           |
| B  | 마취통증의학과 전문의 초빙료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 기재한 의사 면허<br>번호가 신고현황에 확인되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행) |
| B  | 감시하 전신마취- 마취통증의학과 전문의 면허번호를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)                               |
| B  | 신경차단술 야간·공휴가산-가산 할 수 있는 세부기준에 맞지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)                               |
| B  | 1회용 말초산소포화도 측정용 센서-폐쇄순환식 전신마취 시 사용한 경우가 아니어서<br>조정<br>(보건복지부 고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행)                   |
| B  | 1회용 말초산소포화도 측정용 센서-마취료보다 더 많이 청구하여 초과분을 조정<br>(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<br>전문의가 없어 조정   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 이학요법료-이학요법료 중 1일 1회만 산정가능한 수가의 실시횟수 '1' 초과로 초과분 조정  |
| B  | 이학요법료-동일 효과의 이학요법료 동시 산정으로 조정   |
| B  | 재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료)-동시 산정으로 1종은 환자 전액본인부담으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행)                     |
| B  | 근막동통유발점 주사자극치료(TPD)-상병분류기호 비교 '근막동통증후군' 관련 상병 외에 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2018-124호, 2018.7.1. 시행)   |
| B  | 가족치료-의료급여 외래 환자에게 선별급여로 산정할 수 없는 가족치료를 선별급여로 산정하여 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)                                   |
| B  | 처치료-상급종합병원 중환자실에서만 산정할 수 있는 처치료 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)    |
| B  | 일반처치 또는 수술후처치 등-단순처치의 야간, 공휴가산수를 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| 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)                              |
| 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 산정 시 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 수가 코드로 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) |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 일반처치 또는 수술후처치 등-입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정하는 단순처치, 염증성 처치 수가코드를 입원일수와 비교하여 산정 횟수 초과분 조정<br>(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<br>(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<br>(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 1일 3회 초과해서 산정하여 초과분 조정<br>(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<br>(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<br>(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) 기재 횟수와 비교하여 야간가산 수가코드의 총 횟수와 불일치하여 조정   |
| B  | 분만수가 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 야간가산 조정   |
| B  | 분만수가 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 기재한 시간이 유효한 야간가산 시간이 아니므로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행)   |
| B  | 측두하악관절자극요법-실시기관으로 신고 되어있지 않거나 치과의사의 인력 신고 현황이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)  |
| B  | 측두하악관절자극요법-요양기관 인력 현황신고 비교하여 시술자가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)  |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | 전염성연속중제거술-치료기간 중 3회 이내로 산정 가능한 처치로 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행)   |
| B  | 하기도 증기 흡입치료-고시 기준에 따른 횟수초과로 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2000-67호, 2000.12.8. 제정)  |
| B  | 봉합사를 별도 산정할 수 있는 처치 및 수술 항목 외에 산정한 봉합사 치료재료를 조정<br>(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)<br>(보건복지부 고시 제2011-129호, 2008.1.1. 시행, 보험급여과-3057호(2011.10.28.)) |
| B  | 내시경적(결장경하) 점막하 절제술-실시한 의사 면허번호를 기재하지 않아 조정   |
| B  | 인공와우이식술-실시 기관으로 확인되지 않아 인공와우이식술 조정<br>(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)  |
| B  | 인공와우이식술-실시 기관으로 확인되지 않아 관련 치료재료 조정<br>(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)  |
| B  | 인공와우이식술-요양기관 인력 현황신고 비교하여 인공와우시술자가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)  |
| B  | 인공와우이식술-인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 현황신고 비교하여 상근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)   |
| B  | 인공와우이식술-인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 관련 치료재료를 조정<br>(보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)  |
| B  | 흉부외과 전문의 가산수가-흉부외과 전문의 인력 신고현황 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)   |
| B  | 흉부외과 전문의 연령 가산수가-흉부외과 전문의 인력 신고현황 비교하여 흉부외과 전문의 신생아 연령 가산을 조정<br>(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<br>(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)  |
| B  | 장기 이식·적출술 수가-요양기관 신고현황 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)  |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 각막·공막이식술-요양기관 신고현황 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정<br>(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)     |
| B  | 특정내역 구분코드 MT054(구순구개열 교정치료 등록번호)가 없거나 기재형식이 맞지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)         |
| B  | 구순구개열 치과교정 및 악정형-공단자격과 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                               |
| B  | 구순구개열 치과교정 및 악정형-공단자격 취소로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                                 |
| B  | 구순구개열 치과교정 및 악정형-구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료기관으로 현황신고가 되어 있지 않아서 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행) |
| B  | 구순구개열 치과교정 및 악정형-상근하는 치과교정전문의를 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                         |
| B  | 24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET)-인정되는 행위료가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-24호, 2019.2.13. 시행)                 |
| B  | 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정<br>(건강보험요양급여비용 제1편 제1부 IV. 예외규정)                                 |
| B  | 건강검진 후 확진검사-미인정 항목 산정으로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-8호, 2019.1.23. 시행)                                    |
| B  | 건강검진 후 확진검사(누-302 당검사)-급여인정 횟수 초과로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-8호, 2018.1.23. 시행)                         |
| B  | 응급의료관리료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 응급의료관리료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                    |
| B  | 응급의료관리료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역기관 응급의료관리료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                    |
| B  | 응급의료관리료-응급의료기관으로 신고 되어 있지 않은 기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                    |
| B  | 응급실 격리병상 일반격리관리료-KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)        |
| B  | 응급실 격리병상 음압격리관리료-KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)        |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 요양기관의 신고현황 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)              |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역응급의료센터 수가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                    |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급진료 전문의 진찰료 면허번호와 요양기관 인력 신고현황 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-242호, 2016.1.1. 시행)             |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 중앙센터 전문의 진찰료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                   |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 권역센터 전문의 진찰료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                   |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 전문의 진찰료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                   |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 소아센터 전문의 진찰료로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                   |
| B  | 응급 전문의 진찰료-응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                           |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-중앙응급의료센터에 해당되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                           |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-권역응급의료센터에 해당되지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                           |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-요양기관 현황신고 비교하여 중앙응급의료센터에 해당되는 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)         |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-권역응급의료센터의 해당되는 수가코드로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                        |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)                      |
| B  | 중증응급환자 진료구역 관찰료-소아전문응급의료센터가 아닌 요양기관에서 산정한 소아중증응급환자 진료구역 관찰료 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | 응급의료 행위에 대한 가산(8세미만 소아와 응급 동시 적용)-특정내역 구분코드 MS005(응급실 재원시간) 착오기재로 조정                              |
| B  | 외상센터 전담전문의 가산-외상센터 전담전문의의 면허종류, 면허번호를 기재하지 않거나 착오기재로 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)    |
| B  | 외상센터 전담전문의 가산-응급의료기관 신고현황 비교하여 외상센터 전담전문의 미존재로 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)          |
| B  | 권역외상센터 가산-의사의 면허종류, 면허번호 기재하지 않거나 또는 착오기재로 조정   |
| B  | 권역외상센터 가산-응급의료기관 신고현황 비교하여 불일치 시 조정   |
| B  | [치과] 진찰료-요양기관종별 비교 치과병원의 진찰료 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 진찰료-요양기관종별 비교 종합병원 내 치과대학부속 치과병원의 진찰료 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 진찰료-요양기관종별 비교 병원 또는 한방병원내의 치과 진찰료 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 요양병원 입원료 차등제-인증조사 미 신청기관 필요인력 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1 시행)           |
| B  | [치과] 요양병원 입원료 차등제-하위 20%기관 필요인력 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행)             |
| B  | [치과] 요양병원 입원료 차등제-적정성 평가 또는 인증조사 미 신청기관 입원료 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행) |
| B  | [치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원급 의약품관리료로 조정  |
| B  | [치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 의원급 의약품관리료(방문당)로 조정   |
| B  | [치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 의약품관리료(방문당)로 조정   |
| B  | [치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(상급종합병원, 의원, 보건의료원)                                  |
| B  | [치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)                           |
| B  | [치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-의료취약지역)                                    |
| B  | [치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외)                 |
| B  | [치과] 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정  |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | [치과] 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 없어 4등급으로 조정  |
| B  | [치과] 입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정   |
| B  | [치과] 입원료-성인·소아중환자실 전담의 신고현황 비교하여 성인·소아중환자실 전담의 미신고로 조정  |
| B  | [치과] 입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 불일치로 조정   |
| B  | [치과] 수술실 환자 안전관리료-1등급 의료기관인증결과가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)   |
| B  | [치과] 수술실 환자 안전관리료-요양기관에 수술실 환자 안전관리료 확정된 등급이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | [치과] 수술실 환자 안전관리료-청구한 수술실 환자 안전관리료 등급이 입(내)원기간 동안 요양기관에 존재하는 등급이 아니므로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)  |
| B  | [치과] 수술실 환자 안전관리료-마취료 없이 수술실 환자 안전관리료 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)   |
| B  | [치과] 수술실 환자 안전관리료-청구한 총 횡수가 마취료 총 횡수보다 많아 초과분을 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행)   |
| B  | [치과] 라니티딘, 니자티딘 재처방/재조제 명세서-재처방/재조제 명세서에 산정할 수 없는 수가를 조정<br>(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  | [치과] 장애인 치과주치의 시범사업 명세서 외 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)   |
| B  | [치과] 장애인 치과주치의 시범사업 위탁진료 불가로 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)  |
| B  | [치과] 장애인 치과주치의 시범사업 정보시스템 등록 현황 비교 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)  |
| B  | [치과] 치과의원 수가로 종별에 맞게 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)  |
| B  | [치과] 인정횡수 초과분 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)   |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | [치과] 비 시범사업 내역 미분리 청구로 조정(보건복지부 장애인정책과-2612호, 2020.5.29. 시행)                |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 비교하여 의원 코드로 조정(치과의원)               |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-치과병원 인력 신고현황 비교하여 조정                       |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 따른 병원코드로 조정(치과병원)                  |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-상급종합병원, 종합병원 인력 신고현황 비교하여 영상의학과 전문의가 없어 조정 |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 따른 상급종합병원 수가코드로 조정                 |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정                  |
| B  | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 병원 수가 코드로 조정(병원, 한방병원)         |
| B  | [치과] 방사선영상진단 관독가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정                  |
| B  | [치과] 방사선영상진단 전문의 관독가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정    |
| B  | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0)-종합검증분야 검사실 인증여부 신고내역 없어 조정                            |
| B  | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0)-입원 기간 중 1회 초과 산정분 조정                                  |
| B  | [치과] C-Arm형 영상증폭장치이용료-도수 또는 관혈적 정복술 시 이외 산정으로 조정                            |
| B  | [치과] 외래환자조제·복약지도료(내복약)-요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정                            |
| B  | [치과] 외래환자조제·복약지도료(외용약)-요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정                            |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | [치과] 치과 처치 및 수술료-1치당 수가로 인정횟수 초과분 조정  |
| B  | [치과] 광중합형 복합레진 충전-치식을 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)                       |
| B  | [치과] 광중합형 복합레진 충전-동시산정 불가능한 처치를 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)                |
| B  | [치과] 치석제거-인정횟수 초과분 조정   |
| B  | [치과] 치석제거-국민건강보험공단 등록정보의 시술일자와 불일치로 조정  |
| B  | [치과] 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 등록된 정보가 없어 조정   |
| B  | [치과] 측두하악관절자극요법-실시기관으로 신고 되어있지 않거나 치과의사의 인력 신고현황이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B  | [치과] 측두하악관절자극요법-해당 상병이 없어 조정  |
| B  | [치과] 측두하악관절자극요법-측두하악장애 분석검사가 없어 조정  |
| B  | [치과] 측두하악관절자극요법-요양기관 인력 현황신고 비교하여 시술자가 없어 조정  |
| B  | [치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정  |
| B  | [치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정   |
| B  | [치과] 임시틀니- 국민건강보험공단 등록정보의 등록번호 불일치로 조정  |
| B  | [치과] 임시틀니-국민건강보험공단 등록정보의 등록번호 불일치로 조정   |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | [치과] 틀니-국민건강보험공단 등록정보와 불일치로 횡수 초과분 조정  |
| B  | [치과] 틀니유지관리-국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 불일치로 조정  |
| B  | [치과] 틀니유지관리-국민건강보험공단 등록정보와 시술부위 동일하지 않아 조정   |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-특정내역 구분코드 MT054(구순구개열 교정치료 등록번호)가 없거나 기재형식이 맞지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                    |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-인정되는 상병이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)  |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-공단자격과 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)   |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-공단자격 취소로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)   |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료기관으로 현황신고가 되어 있지 않아서 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                             |
| B  | [치과] 구순구개열 치과교정 및 악정형-상근하는 치과교정전문의가 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)   |
| B  | [치과] 골격성 고정원 식립&제거술-특정내역 구분코드 MT054(구순구개열 교정치료 등록번호)를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)                              |
| B  | [치과] 골격성 고정원 식립&제거술-특정내역 구분코드 MT054(구순구개열 교정치료 등록번호)에 적은 등록번호가 공단자격과 비교하여 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행)             |
| B  | [치과] 임플란트-특정내역 구분코드 MT014(등록번호)에 기재한 임플란트 등록번호 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.))         |
| B  | [치과] 임플란트-특정내역 구분코드 MT014(등록번호)에 기재한 임플란트 등록번호와 기재한 치식 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.)) |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | [치과] 임플란트-진료 단계별(1단계)청구 했으나 특정내역 구분코드 MT014(등록번호)에 기재한 임플란트 등록번호와 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.))     |
| B  | [치과] 임플란트-진료 단계별(2단계)청구 했으나 특정내역 구분코드 MT014(등록번호)에 기재한 등록번호와 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.))          |
| B  | [치과] 임플란트-진료 단계별(2단계) 중 재식립으로 청구 했으나 특정내역 구분코드 MT014(등록번호)에 기재한 등록번호와 불일치로 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.)) |
| B  | [치과] 임플란트-기재한 실시횟수와 치식 개수가 맞지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1. 시행, 보건복지부 보험급여과-2076호(2014.6.25.))   |
| B  | [약국] 가루약조제료-조제기본료에 소아가산 산정한 경우 동시 산정 불가로 조정   |
| B  | [약국] 마약, 향정신성의약품-마약류 취급 업무정지 행정처분 기간 중 마약류 처방조제 점검  |
| B  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 외의 명세서에 산정하여 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)  |
| B  | [한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관으로 등록되어 있지 않아 조정<br>(의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부)  |
| B  | [한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사 1인만 존재하여 조정<br>(보건복지부 보험급여과-4345호(2009.12.4.))   |
| B  | [한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사가 없어 조정<br>(보건복지부 보험급여과-1995호(2008.9.18.))  |
| B  | [한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(상급종합병원, 의원, 보건의료원)  |
| B  | [한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)   |
| B  | [한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-의료취약지역)  |
| B  | [한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정<br>(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 외)  |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| B  | [한방] 입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정   |
| B  | [한방] 입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정   |
| B  | [한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 정보가 없거나 등록된 면허번호 및 환자정보가 불일치하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)             |
| B  | [한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 등록된 수가코드가 불일치하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                            |
| B  | [한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 등록된 수가코드 및 횟수가 불일치하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                       |
| B  | [한방] 추나요법-특수(탈구)추나에 탈구상병이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                                    |
| B  | [한방] 추나요법-복잡추나 본인부담률 50% 청구하였으나 본인부담률 80% 상병만 존재하여 본인부담 80% 수가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B  | [한방] 추나요법-복잡추나 본인부담률 80% 청구하였으나 본인부담률 50% 상병만 존재하여 본인부담 50% 수가로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B  | [한방] 추나요법-요양병원에서 청구하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)   |
| B  | [한방] 추나요법-추나요법 시행 한의사의 면허번호를 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                            |
| B  | [한방] 추나요법-추나요법 사전 교육 이수하지 않은 의사의 면허번호를 기재하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                     |
| B  | [한방] 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정<br>(건강보험요양급여비용 제1편 제1부 IV. 예외규정)                                 |
| B  | [한방] 한방정신요법료-한방정신건강의학과 전문의 또는 3년 이상 한방신경정신건강의학과 전공의가 시행하지 않아 조정  |
| B  | [한방] 한방정신요법료-한방정신건강의학과 전문의(전속지도전문의) 지도하에 한방정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에 산정           |
| B  | [한방] 요양병원 입원료 차등제-인증조사 미 신청기관 필요인력 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1 시행)                  |

| 코드 | 내역  |
|----|---|
| B  | [한방] 요양병원 입원료 차등제-하위 20%기관 필요인력 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행)             |
| B  | [한방] 요양병원 입원료 차등제-적정성 평가 또는 인증조사 미 신청기관 입원료 가산 조정(보건복지부 고시 제2009-214호 및 제2009-216호, 2010.4.1. 시행) |
| BD | 약제상한차액-약제상한차액 지급대상 제외 약제의 상한차액을 조정  |
| BD | 약제상한차액-퇴장방지의약품의 약제상한차액을 조정  |
| BD | 약제상한차액-약제상한차액 지급기간에 해당하지 않아 조정  |
| C  | 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서에 청구된 원외처방약제비 조정   |
| C  | 식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 1일 최대투여량 초과분 조정   |
| C  | 식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 최대 투여기간 초과한 총투여일수 조정  |
| C  | 식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 여성(혹은 남성)에 투여된 약제 조정  |
| C  | 비압성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성궤장염)에서 1회 처방당 최대 30일까지 인정(30일 초과시 조정)                                 |
| C  | 식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 인정상병 범위 외 산정으로 조정   |
| C  | 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재누락으로 조정   |
| C  | 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 치매검사 시행일 비교 1년 경과로 조정   |
| C  | 식약처 허가사항(효능·효과) 비교, Rivastigmine제제의 인정상병 범위 외 산정으로 조정   |
| C  | 경구용 당뇨병용제 병용요법(2제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정   |
| C  | 경구용 당뇨병용제 병용요법(3제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정   |
| D  | 금액 계산착오 조정- 청구한 금액과 계산한 금액(단가×1회투약량×1일투여량(실시횟수)×총투여일수(실시횟수))이 상이                                  |
| D  | 금액 계산착오 조정- 팩단위제제 의약품의 1회투약량 착오 관련 (보건복지부 보험급여과-2084호(2011.6.23.))                                |
| E  | 비급여 또는 요양급여비용 전액본인부담 항목의 급여청구 조정  |
| E  | 원외처방 비급여 대상 약제 조정   |
| E  | 비급여 약제의 급여 청구 조정(진료내역)  |
| E  | 비급여 약제의 급여 청구 조정(처방내역)  |
| E  | 구순열비교정술-만 6세 이하 환자만 급여로 가능하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-45호, 2019.3.25. 시행)                               |

| 코드   | 내역  |
|------|---|
| E    | 핵산증폭-중환자실에서 시행하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-162호, 2018.9.1. 시행,<br>보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행) |
| E    | 핵산증폭-입원기간 중 최대 2회까지 산정 가능하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행)                               |
| E    | 핵산증폭-신생아 중환자실에서 시행하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-162호, 2018.9.1. 시행)                                   |
| E/5E | [치과] 광중합형 복합레진 충전-유치에 산정하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)                                |
| E/5E | [치과] 광중합형 복합레진 충전-연령 비교하여 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)                                 |
| E/5E | [치과] 광중합형 복합레진 충전-인정되는 상병이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)                             |
| E    | [한방] 추나요법-인정되는 상병이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)                                      |
| E    | 식약처 허가사항(용법·용량)에 맞지 않아 조정   |
| E    | 비암성통증에서 1일 최대투여량 초과분 조정   |
| E    | 비암성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성궤장염)에서 1일 최대투여량<br>60mg 초과분 환자 전액본인부담으로 조정                              |
| E    | 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과)과 비교하여 조정  |
| E    | 특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재하지 않아 조정<br>(보건복지부 고시 제2017-109호, 2017.7.1. 시행)                           |
| E    | 파킨슨병 치매약제-특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재형식 및 인정기준<br>외 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)         |
| E    | 파킨슨병 관련 치매약제-검사시행일 1년 경과로 조정<br>(보건복지부 고시 제2019-21호, 2019.2.1. 시행)                                  |
| E    | 경구용 당뇨병용제 병용요법의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정   |
| F    | 치료재료 구입증빙자료 미제출 조정  |
| 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(8단수가코드를 5단수가코드로<br>기재) 조정  |

| 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<br>(보건복지부 고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행)                       |
| L  | 의료급여 삭제코드 청구건 조정   |
| L  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-시범사업 대상 외의 진료내역 조정(전액본인부담으로 청구한 경우)<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.))수가 시범사업     |
| L  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-왕진정보시스템과 청구한 수가가 불일치하여 조정<br>(전액본인부담으로 청구한 경우)<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.)) |
| L  | 일차의료 왕진 수가 시범사업-시범사업 특정기호 'S017' 기재하지 않아 조정(전액 본인부담으로 청구한 경우)<br>(보건복지부 보험급여과-6398호(2019.12.27.))  |
| L  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 외의 명세서에 산정하여 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)                 |
| L  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 대상기관 외 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)                       |
| L  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 인정상병 없어 시범사업 수가를 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)             |
| L  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-총 횟수 1회 초과분을 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)                      |
| L  | [한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업에서 인정되는 수가코드 외 조정<br>(의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)                |
| R  | 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료를 조정<br>(국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등))                                      |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| R  | 공동이용 진료, 개방병원 의뢰진료 및 위탁진료에 대한 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정<br>(국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등)) |
| R  | 혈액관리료-관련 의료장비 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)                           |
| R  | 공동이용 진료, 위탁진료 기관의 혈액관리료 관련 의료장비의 신고내역이 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)        |
| RB | 요양기관 부적합판정 의료장비 사용으로 행위료 조정<br>(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 8-나)               |
| RB | 공동이용 진료, 위탁진료 요양기관의 부적합판정 의료장비 사용 조정<br>(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<br>(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 관련 별표2. 비급여대상)                       |
| TU | 의약분업 예외기관에 해당하지 않는 약국의 직접조제에 대한 요양급여비용총액 조정  |
| 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   |
| YA | 입원환자 식대관련 단가착오 조정  |
| YB | 입원환자 식대관련 기준적용착오 조정  |
| YB | 의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정<br>(보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)                             |
| YB | 건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정<br>(보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)                             |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 선택식단가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대직영가산 조정   |

| 코드 | 내역   |
|----|--|
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 치료식가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사가산 신고등급으로 조정  |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 치료식가산 조정   |
| YB | 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사가산 신고등급으로 조정  |
| YB | 치료식 영양관리료 가산 조정(치료식 영양관리료 차등제 신고내역 없는 경우)<br>(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)   |
| YB | 치료식 영양관리료 인정횟수 초과분 조정<br>(보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행)                      |
| YB | 영양사 가산식대 총 횟수가 영양사 일반식 가산 인정가능 총 횟수 초과<br>(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)      |
| YB | 조리사 가산식대 총 횟수가 조리사 일반식 가산 인정가능 총 횟수 초과<br>(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)      |
| YB | 직영(산모식) 가산식대 총 횟수가 직영 가산 인정가능 총 횟수 초과 시 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)  |
| YB | 직영(산모식 외) 가산식대 총 횟수가 직영가산 인정가능 총 횟수 초과 시 조정<br>(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행) |
| YB | [치과] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정<br>(보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)                |
| YB | [치과] 건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대가산 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 선택식단가산 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대직영가산 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 치료식가산 조정  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사가산 신고등급으로 조정                                     |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 점검  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 치료식가산 점검  |
| YB | [치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사가산 신고등급으로 조정                                     |

| 코드  | 내역  |
|-----|---|
| YB  | [한방] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)  |
| YB  | [한방] 건강보험 입원환자식 식대 운영현황 없어 조정<br>(보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행) |
| YB  | [한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정                         |
| YB  | [한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 조정                         |
| YD  | 입원환자 식대관련 계산착오 금액 조정  |
| YK  | 입원환자 식대 코드착오 조정   |
| 3A  | 차상위 2종환자 입원 가산식대 단가착오 조정  |
| 3B  | 차상위 2종환자 입원 가산식대 산정착오 조정(삭제 수가코드 사용)                                |
| 3D  | 차상위 2종환자 입원 가산식대 단가 및 횟수 비교 계산 착오 조정                                |
| 3K  | 차상위 2종환자 입원 식대수가 코드착오 조정  |
| 5A  | 장애인 치과진료 가산수가 단가착오 조정   |
| 5B  | 장애인 치과진료 가산수가 산정착오 조정(삭제 수가코드 사용)                                   |
| 5D  | 장애인 치과진료 가산수가 단가 및 횟수 비교 계산착오 조정                                    |
| 5K  | 장애인 치과진료 가산수가 수가 코드구분 또는 분류코드 착오 조정                                 |
| 5K  | 장애인 치과진료 가산수가 코드 또는 분류코드 착오 조정                                      |
| 5R  | 장애인 치과진료 가산 비용 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정                              |
| 5R  | 장애인 치과진료 가산 비용 수탁기관의 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정                        |
| 50B | 요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 50%(60%)로 변경                                    |
| 80B | 요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경   |
| 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<br>(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 2종환자 입원가산식대 산정금액 착오 조정                               |
| 3B | 차상위 2종환자 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%(60%)로 변경 |
| 80B | 요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경      |