

「정보통신망을 이용한 요양급여비용 청구오류 사전점검서비스 운영에 대한 세부사항」

제정 2019.10.15. 건강보험심사평가원 공고 제2019-305호 (2019.10.15.시행)
개정 2019.11.29. 건강보험심사평가원 공고 제2019-385호 (2019.11.29.시행)
개정 2020.3.26. 건강보험심사평가원 공고 제2020-82호 (2020.3.26.시행)
개정 2020.5.20. 건강보험심사평가원 공고 제2020-148호 (2020.5.20.시행)
개정 2020.7.22. 건강보험심사평가원 공고 제2020-207호 (2020.7.22.시행)
개정 2020.10.29. 건강보험심사평가원 공고 제2020-279호 (2020.10.29.시행)
개정 2021.2.25. 건강보험심사평가원 공고 제2021-45호 (2021.2.25.시행)
개정 2021.5.27. 건강보험심사평가원 공고 제2021-152호 (2021.5.27.시행)
개정 2021.8.31. 건강보험심사평가원 공고 제2021-221호 (2021.9.1.시행)
개정 2021.11.11. 건강보험심사평가원 공고 제2021-285호 (2021.11.11.시행)
개정 2021.12.23. 건강보험심사평가원 공고 제2021-332호 (2021.12.23.시행)
개정 2022.5.18. 건강보험심사평가원 공고 제2022-132호 (2022.5.18.시행)
개정 2022.10.27. 건강보험심사평가원 공고 제2022-255호 (2022.10.27.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 규정
함을 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. 3. 26.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제148호, 2020. 5. 20.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제207호, 2020. 7. 22.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제279호, 2020. 10. 29.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제45호, 2021. 2. 25.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제152호, 2021. 5. 27.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제221호, 2021. 8. 31.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 9월 1일부터 시행한다.

부 칙 <제285호, 2021. 11. 11.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 11월 11일부터 시행한다.

부 칙 <제332호, 2021. 12. 23.>

제1조(시행일) 이 공고는 2021년 12월 23일부터 시행한다.

부 칙 <제132호, 2022. 5. 18.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

부 칙 <제255호, 2022. 10. 27.>

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

[별표]

청구오류 사전점검서비스 점검항목(제5조제1항 관련)

1. 반송

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

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|---|
| 05 | | 심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오 등 |
| | 01 | 심사청구서 청구단위구분 기재누락 또는 기재착오 |
| 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(CCYMMDD) 기재착오 |
| | 08 | 심사청구서 청구일자(년월)가 진료년월보다 빠른 경우 |
| | 09 | 심사청구서 청구일자보다 접수일자가 빠른 경우 |
| 09 | | 심사청구서 건수(금액)와 명세서 건수(금액)의 합 불일치, 심사청구서의 청구건수 '0'인 경우 등 |
| | 01 | 심사청구서의 청구건수 '0' 인 경우(전산매체) |
| | 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 |
| | 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 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|---|
| 27 | | 전산청구(포털, EDI 및 전산매체) 신청기관의 청구 소프트웨어 인증 등 |
| | 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 | | 심사청구서 차등수가 적용구분 기재누락 또는 기재착오 |
| | 01 | 심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 '0' 인 경우 |
| | 02 | 심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수 '0' 이하 이거나 해당 월의 최대 진료일수를 초과한 경우(월단위 청구) |
| | 03 | 심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 정수가 아닌 경우 |
| | 04 | 심사청구서의 차등수가 진료(조제)일수가 해당 주의 최대 진료일수를 초과한 경우(주단위 청구) |
| | 05 | 심사청구서의 차등수가청구액이 '0' 이하이고 청구액이 '0' 보다 큰 경우 |
| | 06 | 심사청구서의 청구액 보다 차등수가청구액이 큰 경우 |
| | 07 | 심사청구서의 차등지수가 '0' 인 경우 |
| 41 | | 전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손 |
| | 01 | 전산매체 청구기관의 CD, 디스켓 등 파손 |
| 57 | | 심사청구서 대행정구단체기호, 대행정구단체의 작성자 생년월일 기재누락 또는 기재착오 |
| | 01 | 심사청구서의 대행정구단체기호와 신고현황의 대행정구단체기호 불일치 |
| | 02 | 대행정구서 심사청구서에 대행정구단체기호 기재누락 |
| | 03 | 대행정구기관이 아니면서 심사청구서에 대행정구단체기호 기재 |
| | 04 | 대행정구서 심사청구서에 대행정구단체의 작성자 생년월일 기재누락 |
| SS | | 시범사업 관련 착오청구 |
| | 01 | 재활의료기관 시범사업 심사청구서의 시범사업 시행 전 청구 또는 적용기간 불일치 |

2. 심사불능

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

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

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|--|--|
| 10 | 17 | 명세서 조산아 및 저체중출생아 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이(건강보험) |
| | 18 | 조산아 및 저체중출생아 정보 기재누락 또는 기재착오(의료급여) |
| | 19 | 난임진료 급여대상이 아닌 경우(건강보험) |
| 11 | | 보훈병원, 보훈위탁진료 또는 국가무료진료 지정 이외의 요양기관에서 청구 등 |
| | 01 | 약국 처방조제 명세서 보훈감면(공상 등 구분: 3, 5, 6, J) 기재착오 |
| | 02 | 약국 직접조제 명세서 보훈국비환자, 보훈감면환자인 경우 |
| | 03 | 보훈감면환자 약국 조제분의 심사결정 보험자부담액이 청구 보험자부담액(청구액) 보다 큰 경우 |
| | 05 | 보훈위탁진료 미지정 요양기관에서 보훈국비환자 진료분 청구 |
| | 06 | 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자(상이처, 무자격자)의 심사청구서 보험자종별과 명세서 ‘공상 등 구분’ 불일치 |
| | 08 | 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료분의 EDI 서식버전 착오청구 |
| | 09 | 국가무료진료 지정기관이 아니면서 국가무료진료분 청구 |
| | 11 | 보훈병원 이외의 요양기관에서 보훈 국비환자 진료분(공상 등 구분: B, D) 청구 |
| | 13 | 보훈병원 보훈국비환자 ‘공상 등 구분’ 기재착오 또는 기재누락 |
| | 14 | 약국 직접조제 명세서에 외국인근로자 등 의료지원 내역 청구 |
| 16 | 노숙인 진료기관이 아니면서 노숙인 1종 진료분 청구 | |
| 17 | 3차 의료급여기관이 아니면서 3차 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종으로 청구 | |
| 19 | 2014.7.9.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 본인일부부담금 기재누락 또는 2018.1.1.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 특정내역 MT038에 ‘1’ 기재한 경우 | |
| 12 | | 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 |
| | 01 | 요양기관의 휴업기간 중 진료분 청구 |
| | 02 | 요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(의료급여) |
| | 03 | 요양기관 개설일 전, 폐업일 이후 또는 전·후 진료분 미분리 청구(건강보험, 보훈) |

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

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | |
|----|-------|--|--|
| 16 | | 내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자와 요양개시일자 상이, 초·재진 가산횟수 기재누락 또는 기재착오, 내원일수·요양급여일수 기재누락 또는 기재착오 등 | |
| | 01 | 내원(입원)일수 기재누락 | |
| | 02 | 요양급여일수 기재누락 | |
| | 03 | 내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우 | |
| | 04 | 초진진찰료 가산횟수가 초진진찰횟수보다 큰 경우 | |
| | 05 | 재진진찰료 가산횟수가 재진진찰횟수보다 큰 경우 | |
| | 06 | 서면 명세서의 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 | |
| | 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) | |
| | 23 | | 약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우, 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우, 처방전교부번호 기재착오, 약국 처방내역 누락 등 |
| | | 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 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|------------------------------|---|
| 23 | 12 | 약국 본인부담률 차등 적용 명세서 처방전 발행기관 또는 특정기호 기재착오 |
| | 51 | 약국 처방조제 서면 명세서의 처방전 교부번호 중복 |
| 24 | | 성별과 다른 진료 등 |
| | 01 | 성별과 다른 진료(남자에게만 발생하는 상병을 여자에게 기재) |
| | 02 | 성별과 다른 진료(여자에게만 발생하는 상병을 남자에게 기재) |
| | 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 | | 동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재 |
| | 01 | 동일 처방전 교부번호 내 처방내역 줄번호 중복 기재 |
| 26 | | 본인부담금 상이건의 청구내역 미분리 작성, 본인부담 감면 명세서 착오청구 등 |
| | 06 | 건강보험 이외 명세서에 공상 등 구분 'C', 'H' 또는 'G' 기재 |
| | 10 | 산정특례 대상자 진료비 명세서의 특정기호 기재착오 |
| | 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 | 중등호흡기중후군(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 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|--|--|
| 26 | 26 | 여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원 명세서 착오청구 |
| | 27 | 16일 이상 장기입원 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구 |
| | 28 | 제왕절개분만에 대한 입원진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구 |
| | 29 | 중증 뇌경색증 환자 산정특례 특정기호(V275) 착오청구 |
| | 30 | 임신부 외래진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구(건강보험) |
| | 31 | 임신부 외래진료 본인부담 감면 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여) |
| | 32 | 녀사자 장기기증자(공여자)의 진료분 착오청구 |
| | 33 | 중증치매 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여) |
| | 34 | 일반검진 후 진료·확진검사 관련 명세서(특정기호 F022) 착오청구 |
| | 35 | 의료급여 상한일수 초과 미승인자 특정기호(F023) 또는 본인부담구분코드(B014) 착오기재 |
| | 36 | 코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 지원 명세서 착오청구 |
| | 37 | 코로나바이러스감염증-19 관련 진료비 미지원 명세서 착오청구 |
| | 38 | 상급종합병원 경증환자 재진 외래 명세서(특정기호 F025) 착오청구 |
| | 39 | 상급종합병원 경증환자 재진 외래 분리청구 명세서(특정내역 MT065에 'A') 착오청구 |
| | 40 | 코로나바이러스감염증-19 재택치료 진료비 지원 명세서 착오청구 |
| | 41 | 건강진단결과서 한시적 건강보험 적용 관련 명세서 착오청구 |
| 42 | 코로나바이러스감염증-19 외래진료센터 진료비 지원 명세서 착오청구 | |
| 43 | 코로나바이러스감염증-19 노인요양시설 진료비 지원 명세서 착오청구 | |
| 44 | 코로나바이러스감염증-19 진단검사 진료비 지원 명세서 착오청구 | |
| 45 | 코로나바이러스감염증-19 약국 처방조제 명세서 착오청구 | |
| 46 | 코로나바이러스감염증-19 요양시설 입소자 진료비 지원 명세서 착오청구 | |
| 28 | | 입원명세서 분리청구분 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재, 추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|--|
| 28 | 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 | | 심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치 |
| | 02 | 심사청구서와 명세서의 청구구분(보완청구, 추가청구 등) 불일치 |
| 34 | | 심사청구서 진료년월과 명세서 요양개시년월 또는 조제투약년월 불일치 등 |
| | 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 | | 연령비교 납득 곤란한 상병, 본인부담감면 특정기호 착오기재 |
| | 01 | 연령비교 납득 곤란한 상병 |
| | 02 | 만 6세 이상이면서 특정기호 ‘F004’ 기재(신포괄 포함) |
| | 03 | 15세 이하 아동 입원 특정기호 착오기재 |
| | 04 | 1세 미만 아동 외래 특정기호 ‘F024’ 착오기재 |
| | 05 | 1세 미만 만성질환자 본인부담구분코드 기재착오(의료급여) |
| 40 | | 부정확한 상병명 기재, 정신질환 이외 상병 진료 후 의료급여 정신건강의학과 정액 진료비 청구 등 |
| | 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 | | 요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등 |
| | 04 | 진료결과 기재누락 또는 기재착오 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | |
|----|-------|--|---|
| 42 | 05 | 주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오(명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오) | |
| | 06 | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오(청구서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오, 진찰료 총 개수와 면허번호 개수가 맞지 않는 경우) | |
| | 07 | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 외래 명세서 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우) | |
| | 08 | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치(미신고, 청구일자 이후에 신고, 요양개시일이 입사일자 이전이거나 최종근무일자 이후인 경우) | |
| | 09 | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구 | |
| | 10 | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 출입국 내역 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구 | |
| | 11 | 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구 | |
| | 12 | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보와 휴가신고현황 비교 해당 의료인이 없는 기간 중 진료분 청구 | |
| | 13 | 질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오 | |
| | 14 | 질병군 초음파 수가에 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치 | |
| | 15 | 주상병에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구 | |
| | 16 | 외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구 | |
| | 17 | 질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료에 기재된 의료인 면허정보와 인력현황 불일치 | |
| | 18 | 질병군 마취통증의학과 전문의 면허정보 기재누락 또는 단순 기재착오 | |
| | 50 | | 내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우, 보건기관 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이 등 |
| | | 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) | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|--|
| 50 | 08 | 내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우(의료급여 정신건강의학과 정액) |
| | 51 | 내원일수와 요양급여일수 상이(보건기관) |
| | 52 | 투약일수와 요양급여일수 상이(보건기관) |
| 52 | | 수가변경 전·후 미분리 청구 등 |
| | 09 | 의료급여 식대 본인부담금 변경 관련 명세서 미분리 |
| 60 | | 계산착오, 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0'인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등 |
| | 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 |
| | 20 | 보훈 등 100분의100 본인부담(V항), 비급여 진료분 청구 (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 |
| | 26 | 질병군 100분의100 기재착오 |
| | 27 | 질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오 |
| | 28 | 질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오 |
| | 29 | 질병군 외과전문의 가산 기재착오 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------------------------------|---|
| 60 | 30 | 본인부담상한액초과금이 본인일부부담금보다 큰 경우 |
| | 31 | 진료비 총액 계산 착오 |
| | 33 | 질병군 별도산정(비포괄)항목 산정착오 또는 기재착오 |
| | 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 선별급여 항목의 산정착오 또는 기재착오 |
| | 39 | 질병군 급여 항목 산정착오 또는 기재착오 |
| | 40 | 잠복결핵감염 검진비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오 |
| | 41 | 질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료 산정착오 또는 기재착오 |
| | 42 | 질병군 주된 수술외에 실시한 수술의 수기로 산정착오 또는 기재착오 |
| | 43 | 수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술 등 수기로 산정착오 |
| | 44 | 편도 및 아데노이드절제술 질병군과 동시에 실시한 아데노이드절제술 산정착오 |
| | 45 | 복수 항문 수술 질병군과 동시에 실시한 기타 항문 수술 또는 주요 항문 수술 산정착오 |
| | 46 | 질병군 주된 수술을 추가 실시한 수술로 착오산정 |
| | 47 | 질병군 의료질평가지원금 수가 산정착오 또는 기재착오 |
| | 48 | 잠복결핵감염 치료비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오 |
| | 49 | 질병군 전문병원 관리료 등 수가 산정착오 또는 기재착오 |
| | 50 | 질병군 응급의료수가 산정착오 또는 기재착오 |
| 51 | 통증자가조절법(PCA) 산정착오 또는 기재착오 | |
| 52 | 제왕절개분만 진료의 특정기호 기재착오 및 기재누락 | |
| 53 | 질병군 입원환자 전담전문관리료 산정착오 또는 기재착오 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | |
|----|-------|---|--|
| 60 | 54 | 질병군 감염예방·관리료 산정착오 또는 기재착오 | |
| | 55 | 질병군 야간전담간호사 관리료 산정착오 또는 기재착오 | |
| | 56 | 질병군 환자 안전관리료 산정착오 또는 기재착오 | |
| | 57 | 질병군 고위험입산부 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 | 질병군 명세서 원격협의진찰료 산정착오 또는 기재착오 | |
| | 63 | 질병군 명세서 회송료 산정착오 또는 기재착오 | |
| | 64 | 질병군 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 기재 누락 및 기재착오 | |
| | 62 | | 전산청구착오 등 |
| | | 07 | 의료급여 정액 진료분을 정액(조산, 보건기관, 정신건강의학과 정액) 이외 명세서에 청구 |
| | 63 | | 질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이, 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락 또는 상이 등 |
| 01 | | 질병군 분류번호 누락 또는 청구 질병군 분류번호와 심사결정 질병군 분류번호가 상이 | |
| 02 | | 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 누락, 환자평가표와 요양병원 장기환자입원 명세서의 정액수가코드 상이, 요양병원·호스피스 정액수가 항목 착오청구 | |
| 03 | | 요양병원 장기환자입원 명세서의 동일월 내 정액수가코드 상이 | |
| 04 | | 요양병원 장기환자입원 명세서의 L항 이외에 선택입원군이 청구된 경우 | |
| 05 | | 시험사업(호스피스수가, 신포괄수가 등)에서 L항 81-94목 기재누락 | |
| 06 | | 호스피스 정액입원명세서에 L항 81-94목 기재누락 | |
| 07 | | 요양병원 이외의 기관에서 요양병원 장기환자입원(진료형태 “A”) 청구 | |
| 08 | | 선택입원군 관련 특정기호 ‘F006’ 착오기재 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|--|
| 64 | | 기타 사유(‘심사내역통보문’ 참조) 등 |
| | 03 | 요양병원 장기환자입원 명세서의 특정내역 구분코드 JT007, MT010, MT011, MT058 내역 기재누락 또는 기재형식 착오기재 |
| | 09 | 임상연구정보서비스(CRIS) 등록번호 기재형식 착오기재 |
| 65 | | 질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구 또는 요양병원 서식 착오청구 등 |
| | 01 | 질병군 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 요양병원 장기환자 입원명세서 등 정액·정률 구분 착오 |
| 65 | 03 | 요양병원, 호스피스의 정액수가 적용제의 상병 진료분 청구 |
| | 05 | 요양병원 장기입원환자 명세서의 특정기간 대상자가 제외환자 서식에 청구된 경우 |
| | 06 | 요양병원 낮병동 입원환자가 장기환자 서식에 청구된 경우 |
| | 07 | 질병군 진료명세서의 입원일수 30일 초과 청구 |
| | 09 | 질병군 명세서의 질병군 분류내역 기재착오 |
| | 10 | 질병군 명세서의 포괄내역 기재누락 |
| | 11 | 질병군 명세서의 야간 및 공휴가산의 수술일과 수술시각 기재누락 또는 기재착오 |
| | 12 | 질병군 명세서의 입원 시 상병 유무 기재누락 또는 기재착오 |
| | 13 | 질병군 명세서의 분리청구건의 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오 (입원일부터 질병군 수술일까지 7일 미만) |
| | 14 | 질병군 명세서의 의료의 질 점검표 기재누락 또는 기재착오 |
| 66 | | 약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’ 을 초과한 경우 등 |
| | 01 | 약국 처방조제분 ‘처방전 사용기간’ 기재착오 |
| | 05 | 약국 처방조제분 조제투약일이 ‘처방전 사용기간’ 을 초과한 경우 |
| 67 | | 질병군별 포괄수가 대상 진료분의 요양급여비용총액 1, 본인일부부담금, 보험자부담금, 본인부담상한액초과금, 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보존청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기재누락 또는 기재착오 |
| | 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 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | |
|----|-------|---|---|
| 67 | 04 | 질병군 명세서의 본인부담상한액초과금 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 05 | 질병군 명세서의 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여총액 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 06 | 질병군 보훈환자 상이등급 7급 일반질환의 (보훈)본인일부부담금 등 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 08 | 질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 10 | 질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 11 | 보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기제누락 또는 기제착오 | |
| | 12 | 질병군 명세서의 포괄수가, 질병군 요양급여비용총액 기제누락 및 기제착오 | |
| | 13 | 질병군 요양급여비용 열외군 산정착오 | |
| | 68 | | 질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구 |
| | | 01 | 질병군별 포괄수가 대상 진료분을 행위별 수가로 청구 |
| | 69 | | 2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 등 |
| | | 01 | 2건 이상 발생될 수 없는 질병군별 요양급여비용 청구 |
| | | 04 | 신생아(생후 28일까지 또는 만 1세 미만이면서 입원시 체중이 2,500g 미만인 소아)의 질병군 청구 |
| 05 | | 제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술의 질병군 청구 | |
| 06 | | 복강경 수술 중 무득이한 사유로 개복술 전환의 복강경 보상비용 산정 착오 | |
| 07 | | 질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 착오 | |
| 08 | | 질병군 명세서 원형자동문합기 치료재료 신고 누락 | |
| 09 | | 질병군 명세서 신의료기술 등 비급여(로봇 보조 수술)의 기제착오 | |
| 10 | | 질병군 명세서 인공수정체 재료대 기제누락 또는 기제착오 | |
| 11 | | 질병군 명세서 연령비교 진단분류기호 부여착오 | |
| 12 | | 질병군 명세서 복수 항문 수술 산정 착오 | |
| 71 | | | 요양병원 환자평가표 누락, 기제착오 등 |
| | | 15 | 본인부담상한제 사전급여 미적용 요양병원의 본인부담상한액초과금 청구 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | | |
|----|--|----------------------------------|---|--|
| 71 | 16 | 요양병원 입원진료 현황의 국민건강보험공단 등록정보와 불일치 | | |
| | 78 | | 약국 처방조제분 '처방전 발행기관기호' 기제착오 또는 기제누락, 보훈국비환자 약국 처방조제분의 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우, 의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 '6' 또는 '8')이 아니면서 장애인의료비 청구 등 | |
| | | 01 | 약국 처방조제분의 처방전 발행기관기호가 요양기관 신고 현황에 없는 경우 | |
| | | 02 | 처방전 발행기관이 조산원, 보건진료소, 약국 등 인 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 | | 의료급여 종별구분 기제착오, 의료급여 1종, 2종 미구분(폐지된 성병 무료 진료분 포함) 등 |
| | | | 01 | 의료급여 1차, 2차 진료기관이 아닌 경우 |
| | | | 02 | 의료급여 종별구분 기제착오 |
| 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) 기제누락 또는 착오 | | | |
| 07 | 노숙인 1종 이면서 본인부담구분코드 미기제전 | | | |
| 91 | | | 건강보험·의료급여·보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구, 수진자 주민등록번호 상이 등 | |
| | 01 | 건강보험 미자격자 진료분 청구 | | |
| | 02 | 의료급여 미자격자 진료분 청구 | | |
| | 03 | 보훈 국비환자 미자격자 진료분 청구 | | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|--|
| 91 | 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 | | 의료급여 종별 본인부담금 착오청구 또는 대불금 착오청구 등 |
| | 01 | 보건기관 의료급여 외래진료분 본인일부부담금 청구 |
| | 02 | 행려환자 진료분 본인일부부담금 청구 |
| | 03 | 의료급여 2종 외래 진료분이면서 대불금 청구 |
| | 04 | 의료급여 2종 수급권자가 아니면서 대불금 청구 |
| | 06 | 의료급여 수급권자 본인부담구분코드 기재착오 |
| | 07 | 의료급여 예약검사 착오청구 |
| | 08 | 의료급여 수급권자 원내 직접조제, 투약횟수 기재착오 |
| | 09 | 의료급여 수급권자 청구 본인부담금(또는 보훈청구액, 장애인의료비) 착오산정 |
| | 10 | 의료급여 수급권자의 외래명세서의 본인부담금 발생횟수 기재착오 |
| | 11 | 의료급여 2종 수급권자 특정기호 기재착오(등록 중증질환자 등 특정기호 기재) |
| | 12 | 의료급여 미등록 HIV/AIDS 질환자의 해당상병(B20-B24) 관련 진료시 상병코드 기재누락 |
| | 13 | 의료급여 2종 수급권자 정신질환 특정기호 기재착오 |
| | 14 | 의료급여 잠복결핵 특정기호(V010) 진단명 착오 |
| 93 | | 동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등) 등 |
| | 01 | 동일 수진자 중복청구(내원일자 중복 등) |
| | 02 | 동일 수진자 외래명세서 분리청구(동일 진료과 요양개시일자 중복) |
| 94 | | 동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 | |
|----|-------|--|-------------------------------|
| 94 | 01 | 동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원 진료분의 입원일수 2일 이상 중복 | |
| 95 | | 의료급여 정액(정신건강의학과 정액, 혈액투석 정액) 수가 관련 착오청구 등 | |
| | 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 별도산정 외 진료내역 청구 | |
| | 09 | 의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 혈액투석 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정액수가 행위별총액 누락[2014.9.1. 진료분부터] | |
| | 10 | 의료급여 행위별 외래명세서에 혈액투석 정액수가 청구 | |
| | 12 | 의료급여 정신건강의학과 정액 외래명세서 서식코드 기재착오 | |
| | 97 | | 질병군 간호간병료 관련 |
| | | 01 | 질병군 간호간병료 산정과 요양기관 현황신고내역 불일치 |
| | | 02 | 질병군 간호간병료 산정착오 또는 기재착오 |
| 98 | | 신포괄 질병군 관련 | |
| | 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 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|------------------------------|---|
| 98 | 14 | 포괄수가 착오 및 기재누락 |
| | 17 | 질병군 분류내역의 총투가 '0' 이 아닌 경우 |
| | 18 | 요양급여비용외의군의 요양급여총액 착오 |
| | 19 | 신포괄 명세서에 신생아 청구 |
| | 22 | 요양급여비용외의군 착오청구 |
| | 23 | 신포괄 명세서에 '공상 등 구분' 착오기재 |
| | 24 | 신포괄 명세서에 낮병동 입원료 청구 |
| | 27 | 정액기간 보상을 착오(100% 비포괄항목,홍부외과 100% 가산 포괄항목) |
| | 28 | 정액기간 보상을 착오(외과, 홍부외과 30% 가산 포괄항목) |
| | 29 | 정액기간 보상을 착오(홍부외과 100% 가산 비포괄항목) |
| | 30 | 정액기간 보상을 착오(외과,홍부외과 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 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|---|---|
| 98 | 48 | 정액기간 보상을 착오(외과, 홍부외과 20% 가산 포괄항목) |
| | 49 | 정액기간 보상을 착오(외과, 홍부외과 20% 가산 비포괄항목) |
| | 50 | 정액기간 보상을 착오(홍부외과 70% 가산 비포괄항목) |
| | 52 | 신포괄 고위험임신부 입원진료대상 청구 착오 |
| | 54 | 신포괄 의료급여 식대 산정오류 |
| | 55 | 신포괄 '입원전담전문 시범사업 참여지원금' 특정내역 기재누락 및 착오 |
| | 56 | 신포괄 증증치매 산정특례(V810) 주진단 착오 |
| | 57 | 정액기간명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재누락 또는 상단열외군 특정기간 및 하단열외군 명세서 신포괄 요양급여비용총액 기재 |
| | 58 | 신포괄 잠복결핵 산정특례(V010) 주진단 착오 |
| 99 | 신포괄 비급여(다빈치 로봇을 이용한 수술) 특정내역 기재착오 또는 계산착오 | |
| S1 | 의료기관간 응급원격협력진료 시범사업 | |
| | 01 | 의료기관간 응급원격협력진료 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 05 | 신포괄 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·산정착오 또는 인력신고현황 불일치 |
| | 06 | 신포괄 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오 |
| 07 | 신포괄 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오 | |
| S2 | 협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업 | |
| | 01 | 진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S002) 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 의뢰료 산정착오 또는 기재착오 |
| | 03 | 신포괄 진료의뢰-회송 시범사업 회송료 산정착오 또는 기재착오 |
| | 04 | 신포괄 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업 관련 특정내역 구분코드 MX999(기타내역), JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오 |
| 05 | 진료의뢰-회송 시범사업 명세서(특정기호 S029) 청구대상이 아닌 진료분 청구 | |
| S3 | 만성질환관리 시범사업 | |
| 01 | 만성질환관리 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구 | |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|----------------|--|
| S4 | 01 | 정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업 비자의입원 관련 진료분 착오청구 |
| S7 | 01 | 입원전담전문의 시범사업 입원전담전문의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| S8 | 01 | 지역사회 일차의료 시범사업 지역사회 일차의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| S9 | 01 | 의·한 협진 시범사업 의·한 협진 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SA | 01 02 03 | 장애인 건강주치의 시범사업 장애인 건강주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치 장애인 건강주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 장애인 건강주치의 시범사업 맞춤형 검진바우처 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SB | 01 | 수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SC | 01 | 일차의료 만성질환관리 시범사업 일차의료 만성질환관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SD | 01 | 맞춤형 검진바우처 시범사업 맞춤형 검진바우처 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SE | 01 | 중증소아 재택의료 시범사업 중증소아 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SF | 01 | 건보공단 장기요양시설 시범사업 국민건강보험공단 요양시설 건강관리강화(축타의 원격진료 원외처방) 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SG | 01 | 복막투석 환자 재택관리 시범사업 복막투석 환자 재택관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|----------|---|
| SH | 01 | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 일차의료 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SI | 01 02 | 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 신포괄 정신질환자 지속치료 산정착오 또는 기재착오 |
| SJ | 01 | 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SK | 01 02 | 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 신포괄 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오 |
| SL | 01 02 | 장애인 치과주치의 시범사업 장애인 치과주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치 장애인 치과주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SM | 01 | 분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SN | 01 02 | 아동치과주치의 건강보험 시범사업 아동치과주치의 건강보험 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 아동치과주치의 건강보험 시범사업 대상자 관련 건보공단 등록정보(치과주치의, 아동등록번호, 문진표 등)와 상이 |
| SO | 01 02 | 심장질환자 재택의료 시범사업 심장질환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 신포괄 심장질환자 재택의료관리료 산정착오 또는 기재착오 |
| SP | 01 | 첩약 건강보험 적용 시범사업 첩약 건강보험 적용 시범사업 청구서 버전 착오청구 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|--|
| SP | 02 | 철약 건강보험 적용 시범사업 명세서(특정기호 S027) 착오청구 |
| | 03 | 철약 건강보험 적용 비시범사업 명세서(특정기호 S028) 착오청구 |
| | 04 | 철약 건강보험 적용 시범사업 표준 진단 체크리스트 미제출 또는 제출착오 |
| | 05 | 철약 건강보험 적용 시범사업 수진자 관리 시스템 미등록 또는 등록착오 |
| SQ | | 응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 |
| | 01 | 응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 신포괄 응급실 기반 자살시도자 사후관리 시범사업 수가 산정착오 및 기재착오 |
| SR | | 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 |
| | 01 | 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SS | | 재활환자 재택의료 시범사업 |
| | 01 | 재활환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 신포괄 재활환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정착오 또는 기재착오 |
| ST | | 치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업 |
| | 01 | 치매안심병원 성과기반 인센티브 제공 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SU | | 자율형 분석심사 선도사업 |
| | 01 | 자율형 분석심사 선도사업 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 자율형 분석심사 선도사업 중증외상 영역 관련 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SV | | 일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 |
| | 01 | 일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| SW | | 결핵환자 재택의료 시범사업 |
| | 01 | 결핵환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 신포괄 결핵환자 재택의료 시범사업 재택의료 관리료 산정 착오 또는 기재착오 |
| SX | | 암환자 재택의료 시범사업 |

| 코드 | 세부 코드 | 내역 |
|----|-------|---|
| SX | 01 | 암환자 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |
| | 02 | 암환자 재택의료 시범사업 명세서에 산정특례대상자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험) |
| SY | | 암환자 재택의료 시범사업 |
| | 01 | 동네의원-정신의료기관 치료연계 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구 |

3. 심사조정

| 코드 | 내역 |
|-----|--|
| 3A | 차상위 2중환자 입원가산식대 단가 착오 점검 |
| 3B | 차상위 2중환자 입원가산식대 산정 착오 점검(삭제코드 적용) |
| 3D | 차상위 2중환자 입원가산식대 산정(일투총투) 착오 점검 |
| 3K | 차상위 2중환자 입원가산식대 코드 착오점검 |
| 50B | 선별급여 항목구 착오점검(A항으로 변경) |
| 5A | 장애인 치과 진료 가산 산정 착오 점검 |
| 5B | 장애인 치과 진료 가산수가코드 적용착오 점검 |
| 5D | 장애인 치과 진료 가산금액 계산 착오 점검 |
| 5K | 장애인 치과 진료 가산수가 수가코드 또는 코드구분 착오 조정 |
| 5K | 장애인 치과 진료 가산수가 산정코드 착오기제로 조정 |
| 5R | 장애인 치과 진료 가산 비용 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정 |
| 5R | 장애인 치과 진료 가산 비용 수탁기관의 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정 |
| 6B | 토요가산 진찰료 조정 - 기본진찰료 비교 코드 상이 (보건복지부 고시 제2013-143호, 2013.10.1. 시행) |
| 80B | 선별급여 항목구 착오점검(B항으로 변경) |
| 90B | 선별급여 항목구 착오점검(E항으로 변경) |
| A | 행위 수가코드 단가착오 점검 |
| A | 한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 이하) (보건복지부 고시 제2013-205호, 2014.1.1. 시행) |
| A | 한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 초과) (보건복지부 고시 제2013-205호, 2014.1.1. 시행) |
| A | 약제 단가 착오 점검 |
| A | 첩약 시범사업 - 기준처방 단가 점검(한약재 비교 기준처방 단가 초과분 조정) (첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| A | 치료재료 단가 착오 점검 |
| AK | 행위수가코드의 산정코드 착오 점검 |
| B | 암환자 교육상담료 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2015-175호, 2015.12.11. 시행) |

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

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

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 원격협의진찰료 - 정보통신망 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 면허종류, 면허번호 미기재 또는 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 인력현황 비교 조정(보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 1일당 수가로 일투 초과분 조정 (특정내역점검)(보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 특정내역 구분코드 JT026(원격협진) 미존재 또는 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 특정내역 구분코드 JT026(원격협진)의 유효개수 비교 총투 조정 (보건복지부 고시 제2020-146호, 2020.8.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 일투 1회 초과분 조정(일투점검) (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 자문료 입내원일수 비교 총투 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 의뢰료 입내원일수 비교 총투 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 원격협의진찰료 - 영상정보공유가산 산정 시 의뢰료 총횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 음압격리실입원료 마스크 - 음압격리실입원료 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행) |
| B | 격리실 마스크 - 격리실입원료 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행) |
| B | 격리실 마스크 - 결핵 상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2014-141호, 2014.9.1. 시행) |
| B | 격리실 마스크 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행) |
| B | 격리실 마스크 - 입내원일수 비교 총투 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행) |
| B | 중환자실 내 음압격리관리료 - 입원기간동안 중환자실 내 음압격리병상이 없어 일반격리관리료로 조정(보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행) |
| B | 중환자실 내 격리관리료 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행) |
| B | 중환자실 내 격리관리료 - 중환자실입원료 총투 비교 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2016-174호, 2016.9.23. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 의료비지원 명세서 아니므로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교 생활치료센터 수가 산정가능일수(총투) 초과하여 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교 환자관리료 I 산정가능일수(총투) 비교하여 환자관리료 II로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 환자관리료 III 산정 시 JX999에 'C/02' 미기제로 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 대상수가 외 산정으로 조정(2022.1.7.이전)(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 일투 1회 초과분 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 코로나19 생활치료센터 환자관리료 - 입원기간 비교하여 총투 조정(보건복지부 보험급여과-1515호, 2020.4.3.) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 요양병원 외 산정으로 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 외래명세서에 산정하여 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 병문안관리기준 유효기간 불일치로 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 환자안전위원회 적용기간 불일치로 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 의료기관평가 인증기관 적용기간 불일치로 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양기관 입원환자 안전관리료 - 일투 1회 초과분 조정(2022.1.31.이전)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 200명상 이상이고 환자안전 전담인력이 1인 이상인 인정일수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 요양병원 외 산정으로 조정(2022.2.1.이후)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 외래명세서에 산정하여 조정(2022.2.1.이후)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 병문안관리기준 유효기간 불일치로 조정(2022.2.1.이후)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 환자안전위원회, 의료기관 평가인증기관, 환자안전활동 실시기관 중 하나라도 아닌 경우 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 일투 1회 초과분 조정(2022.2.1.이후)(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 총횟수 조정(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019.11.1. 시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 특정내역 구분코드 JT029(재원기간) 착오기제로 조정(보건복지부 고시 제2021-302호, 2022.1.1.시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 특정내역 구분코드 JT029(재원기간) 기재일수 비교하여 총투 조정(보건복지부 고시 제2021-302호, 2022.1.1.시행) |
| B | 요양병원 입원환자 안전관리료 - 특정내역 구분코드 MT063(요양병원 입원 중 진료의뢰) 기재일수 제외하고 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 요양병원 별도 보상제(AB001, AB002) - 인증조사 미신청기관 필요인력 가산수가 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 별도 보상제(AB001, AB002) - 하위 20%기관 필요인력 가산수가 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 입원료 차등제 - 별도 보상 불가한 요양기관으로 의사인력확보에 따른 입원료 가산 조정(2020.12.31.까지)(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 입원료 차등제 - 별도 보상 불가한 요양기관으로 의사인력확보에 따른 입원료 감산 산정코드 조정(2020.12.31.까지)(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 입원료 차등제 - 별도 보상 불가한 요양기관으로 간호인력확보에 따른 입원료 가산 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 입원료 차등제 - 별도 보상 불가한 요양기관으로 간호인력확보에 따른 정률입원료(AB%, AF%) 감산 산정코드 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 요양병원 입원료 차등제 - 별도 보상 불가한 요양기관으로 간호인력확보에 따른 정액입원료(A1%~A7%) 감산 산정코드 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 코로나바이러스감염증-19 요양병원 감염예방·관리료 - 요양병원 외 청구로 조정(보험급여과-2781, 2022.5.23.), (보험급여과-2924, 2022.5.31.) |
| B | 코로나바이러스감염증-19 요양병원 감염예방·관리료 - 입원 명세서 외 청구로 조정(보험급여과-2781, 2022.5.23.), (보험급여과-2924, 2022.5.31.) |
| B | 코로나바이러스감염증-19 요양병원 감염예방·관리료 - 감염관리 책임인력(의사1명, 간호사1명) 각각 존재하지 않아 조정(보험급여과-2781,2022.5.23.),(보험급여과-2924,2022.5.31.) |
| B | 코로나바이러스감염증-19 요양병원 감염예방·관리료 - 감염관리 책임인력 근무일수 비교 초과분 조정(보험급여과-2781,2022.5.23.),(보험급여과-2924,2022.5.31.) |
| B | 회송료 - 건강보험 2단계기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 회송료 - 상급종합병원 외 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 유효한 특정내역 구분코드 MT066(진료의뢰회송번호) 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 진료의뢰회송 중계시스템 등록내역 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 특정내역 구분코드 MT066(진료의뢰회송번호)의 수신기관 종별이 상급종합병원으로 조정(보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 진료결과가 회송이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 입원 또는 외래에 맞는 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 회송료 - 대상 총횟수합 1회 초과 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호) |
| B | 입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 입원료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 입원료 - 요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 입원료 - 요양기관종별 비교하여 의원, 치과의원, 보건의료원 내 한의과에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 입원료 - 의료급여 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 입원료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 의료급여 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정 (보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 의원, 치과의원, 보건의료원 내 의치과에 해당하는 코드로 조정(보건복지부 고시 제2009-235호, 2009.12.23. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 입원료 - 요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 납차페특수치료실 입원료 - 요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 중환자실 입원료 - 의료급여 요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 중환자실 입원료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.가) |
| B | 2,3인실 입원료 - 요양병원에서 청구할 수 없는 입원료 수가코드에 해당하여 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부) |
| B | 중환자실 전담의 가산수가 - 일투 1회 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 중환자실 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 일반중환자실 전담의 가산불가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 중환자실 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 일반중환자실 전담전문의 가산불가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 1인이상 전담의 가산수가 - 입원기간 비교 전담의 가산불가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 1인이상 전담전문의 가산수가 - 입원기간 비교 전담전문의 가산불가로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 일반중환자실 전담의/전담전문의 가산수가 - 일반중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 요양병원 중환자실 전담의 가산수가 - 요양병원 중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 전담의/전담전문의 가산수가 - 소아중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 전담전문의 2인이상 아니므로 1인이상 전담전문의 가산수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B | 소아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 병상수 대비 전담전문의 수 비교 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B | 신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B | 신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 전담전문의 2인이상 아니므로 1인이상 전담전문의 가산수가로 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 신생아중환자실 2인이상 전담전문의 가산수가 - 병상수 대비 전담전문의 수 비교 조정 (보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B | 신생아중환자실 전담전문의 가산수가 - 신생아중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-42호, 2019.4.1. 시행) |
| B | 입원환자 전담전문의 관리료 - 의과 입원명세서 외에 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행) |
| B | 입원환자 전담전문의 관리료 - 종합병원급 이상 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행) |
| B | 입원환자 전담전문의 관리료 - 특정내역 구분코드 JT029(재원기간) 미기제로 조정 (보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행) |
| B | 입원환자 전담전문의 관리료 - 특정내역 구분코드 JT029(재원기간) 기간 중 전담전문의 신고현황 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-14호, 2021.1.22. 시행) |
| B | 입원료 - 입원기간 비교하여 4인실 병상 신고현황 미존재로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2.나) |
| B | 코로나19 확진자 대면진료관리료 - 1일 1회 초과분 조정 (보험급여과-1671호, 2022.4.1.) |
| B | 코로나19 확진자 대면진료관리료 - 1일 1회 초과분 조정(외래) (보험급여과-1671호, 2022.4.1.) |
| B | 신속항원검사(전문가용) 및 PCR 검사와 동일날 산정하여 조정(명세서별) (보험급여과-1671호, 2022.4.1.) |
| B | 신속항원검사(전문가용) 및 PCR 검사와 동일날 산정하여 조정(접수번호별) (보험급여과-1671호, 2022.4.1.) |
| B | 코로나바이러스감염증-19 원스톱 진료기관에 해당되지 않아 조정 (보험급여과-3814호, 2022.7.27.) |
| B | 원스톱 진료기관 통합진료료 산정가능한 종별외 산정하여 조정 (보험급여과-3814호, 2022.7.27.) |
| B | 원스톱 진료기관 통합진료료 1회 초과분 조정 (보험급여과-3814호, 2022.7.27.) |
| B | 원스톱 진료기관 통합진료료와 동일날 산정하여 조정(명세서별) (보험급여과-3814호, 2022.7.27.) |
| B | 원스톱 진료기관 통합진료료와 동일날 산정하여 조정(접수번호별) (보험급여과-3814호, 2022.7.27.) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 상급종합병원) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 상급종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 5회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 종합병원) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 3회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 병원급) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 병원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 2회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 요양병원 및 의원급) - 유효한 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하 요양병원 및 의원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 1회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 30일 이하) - 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 미기재 또는 유효하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하) - 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 미기재 또는 유효하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 상급종합병원) - 유효한 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 상급종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 10회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 종합병원) - 유효한 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 종합병원) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 6회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 병원급) - 유효한 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 병원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 4회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 요양병원 및 의원급) - 유효한 특정내역 구분코드 JT001(확인코드) 진료과목 총횟수와 산정횟수 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | 협의진찰료(입원일수 60일 이하 요양병원 및 의원급) - 진료과목(세부전문과목)별 인정개수 각 2회 초과되어 조정(보건복지부 고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 상급종합병원 아니므로 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 건강보험 아니므로 조정 (상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 시범사업 대상기관 아니므로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 진료내역의 면허번호가 심층진찰전문 의사가 아니므로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 대상자별 1회 초과분 조정(명세서별)(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 대상자별 1회 초과분 조정(접수번호별)(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 외래명세서에서 심층진찰료와 진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 입원명세서에서 심층진찰료와 초진진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 입원명세서에서 심층진찰료와 재진진찰료 동시 산정으로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 상급종합병원 심층진찰 수가 - 건강보험(차상위, 보훈 이종자격자 포함) 아니므로 조정(상급종합병원 심층진찰 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 건강보험 입원환자식 건강보험(보훈포함) 아니거나 입원 외로 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 가정간호실시기관 아니므로 조정(의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 가정전문간호사 1인만 존재하여 조정(보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 가정간호실시기관에 가정간호사 미존재로 조정(보건복지부 보험급여과-1995호, 2008.9.18.) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 의원급 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 병원급 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 상급종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2019-263호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료 - 진료내역에 기재한 가정전문간호사 면허번호 유효개수 비교하여 총횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 가정간호 기본방문료(2인수가) - 유효한 가정전문간호사 면허번호가 2개 미만으로 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 가정간호 기본방문료(2인수가) - 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1. 시행) |
| B | 만성질환관리료 - 외래명세서 아니므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 인정상병 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 인정횟수 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 의사 수 비교하여 인정횟수 초과분 조정(월1회)(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 재진진찰료 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 주상병이 인정상병 아니므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | 만성질환관리료 - 의사 진찰이 없거나 환자가 직접 내원하지 않은 경우로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 가-14 주항) |
| B | [시범사업] 일차의료 만성질환관리 - 특정기호 S012 미존재로 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단) |
| B | [시범사업] 일차의료 만성질환관리 - 국민건강보험공단 등록 현황 비교하여 불일치로 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단) |
| B | [시범사업] 일차의료 만성질환관리 - 인정횟수 초과분 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단) |
| B | [시범사업] 일차의료 만성질환관리 - 시범사업 수가코드 아니므로 조정(일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 국민건강보험공단) |
| B | 개방형 클리닉 진찰료 - 특정내역 구분코드 MX999(기타내역)에 “C/개방형 클리닉” 미기재로 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 개방형 클리닉 진찰료 - 입원기간 비교하여 호흡기전담클리닉 미운영기관으로 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 개방형 클리닉 진찰료 - 일투 1회 초과분 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 개방형 클리닉 진찰료 - 입내원일수 비교하여 총투 초과분 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 개방형 클리닉 진찰료 - 대상수가 인정횟수 초과분 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 개방형 클리닉 전화상담관리료 - 진찰료 미존재로 조정(코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 개방형 클리닉 전화상담관리료 - 진찰료 총투합 비교하여 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 의료기관형 클리닉 전화상담관리료 - 진찰료 총투합 비교하여 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 의료기관형 클리닉 전화상담관리료(병원) - 초진진찰료 총투합 비교하여 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 의료기관형 클리닉 전화상담관리료(의원) - 초진진찰료 총투합 비교하여 초과분 조정 (코로나19 장기화대비 호흡기전담클리닉 설치 운영계획) |
| B | 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 의원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 의약품관리료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 외래환자 의약품관리료(방문당) - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 외래환자 의약품관리료(방문당) - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 외래환자 의약품관리료(방문당) - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침]) |
| B | 마약류 관리료 - 입원명세서 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 마약류 관리료(입원환자) - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 마약류 관리료(입원환자) - 입내원일수 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 마약류 관리료(외래환자) - 진찰료 총투합 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 마약류 관리료 - 입원, 외래 수가 동시 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 입원료 - (상급종합병원, 의원, 보건의료원) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마) |
| B | 입원료 - (병원급 5%감산지역) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 입원료 - (병원급 의료취약지역) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마) |
| B | 입원료 - (병원급 2%감산지역) 일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부 [산정지침] 2.마) |
| B | 요양병원 중환자실 입원료 - 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송 - 시범사업 특정기호 'S002' 기재명세서의 시범사업 대상수가 외로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송 - 시범사업 특정기호 'S029' 기재명세서의 시범사업 대상수가 외로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(회송료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호) 미기재로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(회송료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호)의 발급일자과 요양개시일 불일치로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(회송료) - 진료의뢰회송 중계시스템의 등록내역 비교하여 불일치로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(회송료) - 외래명세서에서 외래수가로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(회송료) - 인정횟수 초과분 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(의뢰료) - 시범사업 특정기호 'S029' 미기재로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(의뢰료) - 특정내역 구분코드 MT066(의뢰회송번호) 미기재로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협력기관간 진료의뢰·회송(의뢰료) - 진료의뢰회송 중계시스템의 등록내역과 비교하여 불일치로 조정(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 입원료 - 0-6시 입원 및 18-24시 퇴원과 관련 특정내역 구분코드 JS003(입원시각) 또는 JS004(퇴원시각)를 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행) |
| B | 진찰료 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행) |
| B | 진찰료 야간가산 - 지역응급의료기관에서 응급의료관리료 없이 산정하여 조정 (보건복지부 보험급여과-925호, 2013.3.25.) |
| B | 혈액관리료 - 혈액은행 미신고기관으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 혈액관리료 - 혈액안전감시체계 미신고기관으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 혈액관리료 - 상근하는 진단검사의학과 전문의 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 혈액관리료 - 혈액은행 인력신고 현황 비교하여 전담인력 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 혈액관리료 - 혈액제제 총횟수합 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 종합병원, 상급종합병원 외로 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 외래명세서이므로 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 수진자 연령이 만 18세 미만으로 집중영양치료팀에 소아과전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 주1회 초과 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 종합병원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 상급종합병원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문가가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사가 없어 조정(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 집중영양치료팀에 상근하는 임상영양사가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 집중영양치료료 - 집중영양치료팀 근무병동 전담하는 인력 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 의료질평가지원금 - 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(접수번호별) (보건복지부 고시 제2015-145호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 의료질평가지원금 - 분리청구된 특정기호 F012 또는 F022 기재 명세서와 청구명세서의 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(접수번호별) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 의료질평가지원금 - 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(명세서별) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 의료질평가지원금 - 분리청구된 특정기호 F012 또는 F022 기재 명세서와 청구명세서의 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(명세서별) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 의료질평가지원금 - 특정기호 S020 기재 명세서(정신질환자 지속치료 지원 시범사업) 에서 낮병동 관리료 미존재로 조정(접수번호별) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 의료질평가지원금 - 특정기호 S020 기재 명세서(정신질환자 지속치료 지원 시범사업) 에서 낮병동 관리료 미존재로 조정(명세서별) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 회복관리료 - 회복실 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 회복관리료 - 입원기간 비교하여 회복실 운영기간 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 회복관리료 - 상근하는 마취통증의학과 전문의 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 회복관리료 - 전신마취료 총횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 교육상담료 - 요양기관 종별 비교하여 병원급 이하 요양기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2015-175호, 2015.12.11. 시행) |
| B | 교육상담료 - 상급종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 교육상담료 - 종합병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2015-175호, 2015.12.11. 시행) |
| B | 교육상담료 - 병원, 정신병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 병원급 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(입원) - 입원기간 비교하여 대상기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 진료일자 비교하여 대상기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 한방병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 수가코드에 산정코드 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 병원의 안과 또는 이비인후과 분야 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(입원) - 위탁진료 명세서에서 요양병원 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(입원) - 위탁진료 명세서에서 요양병원 외 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 위탁진료 명세서와 특정기호 F012 또는 F022 기재명세서의 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 위탁진료 명세서에서 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(입원) - 요양병원 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(입원) - 요양병원 외 입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 분리청구된 특정기호 F012 또는 F022 기재 명세서와 청구명세서의 진찰료 산정횟수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 등급 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금 - 전문병원 해당 등급으로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 위탁진료 명세서에서 특정기호 S020 기재 명세서(정신질환자 지속치료 지원 시범사업)에서 낮병동 관리료 I 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 전문병원 의료질평가지원금(외래) - 특정기호 S020 기재 명세서(정신질환자 지속치료 지원 시범사업)에서 낮병동 관리료 I 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 입원명세서 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 일투 1회 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 입원환자 안전관리료 - 내원일수 초과분 조정(낮병동, 입원환자 병원관리료 제외)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 내원일수 초과분 조정(응급실, 입원환자 병원관리료 제외)(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원급 이하 요양기관에서 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - (상급종합병원) 인력 신고현황 비교하여 안전관리 전담인력 2명 이상 해당 일수 초과분 총투 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - (종합병원) 500병상 이상에서 안전관리 전담인력 적용기간 비교하여 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - (종합병원) 500병상 미만에서 안전관리 전담인력 적용기간 비교하여 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - (병원) 200병상 이상이면서 전담인력 적용기간 비교하여 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 환자안전위원회 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 병문안 관리기준 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 환자안전활동 실시기관 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양병원 또는 정신병원에서 2020.7.1.이전에 수가 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양병원 또는 정신병원에서 삭제된 수가 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 입원환자 안전관리료 - 요양기관종별 비교하여 요양병원 또는 정신병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2020-134호, 2020-135호, 2020.7.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)을 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력 외과전문의 코드 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 비만수술 통합진료료(외과전문의1인 포함 참여의사 3인) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 3개 미만으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(참여의사 4인 이상) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)을 미기제로 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(참여의사 4인 이상) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력 외과전문의 코드 미기제로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(참여의사 4인 이상) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 4개 미만으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료(참여의사 4인 이상) - 특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)의 유효한 진료과목이 3개만 유효하여 해당 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 비만수술 통합진료료 - 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 의료기간평가인증 유효기간 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 수술실 등급 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 해당등급에 맞는 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 마취료 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간초과 15분당) 총투합 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 수술실 환자 안전관리료 - 마취료(1시간기준) 총투합 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | 문제의약품 재처방/재조제 - 진찰료 없이 약재만 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-219호, 2019.10.10.시행) |
| B | 문제의약품 재처방/재조제 - 산정가능한 대상수가 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-219호, 2019.10.10.시행) |
| B | [시범사업] 연명의료결정법 관련 수가 - 자체 의료기관윤리위원회 운영기관 신고내역 미존재로 조정(말기환자등 관리료) (「연명의료결정법」 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 연명의료결정법 관련 수가 - 의료기관윤리위원회 운영기관 신고내역 미존재로 조정(「연명의료결정법」 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [시범사업] 연명의료결정법 관련 수가 - 연명의료 장비(인공호흡기, 인공심장기, 체세동기) 중 하나라도 없는 경우 조정 (「연명의료결정법」 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 연명의료결정법 관련 수가 - 일투 1회 초과분 조정 (「연명의료결정법」 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 연명의료결정법 관련 수가 - 총투 1회 초과분 조정 (「연명의료결정법」 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 위탁진료 불가로 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 시범사업 대상수가 외 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 비시범사업 명세서에서 시범사업 대상수가 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 인정횟수 초과분 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 건강보험공단 등록정보 비교하여 시범사업 대상자 미존재로 조정(「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 건강보험공단 등록정보 비교하여 주상병 의사 면허번호 불일치로 조정(「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 진료일자 비교하여 서비스 적용기간 불일치로 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 진료일자 비교하여 서비스 변경일자 혹은 해지일자 존재하여 서비스 적용기간 불일치로 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 방문진료 미해당으로 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 방문간호 미해당으로 조정 (「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 건강주치의 - 중간점검료와 포괄평가 및 계획수립료와 동시청구 불가하여 조정(「장애인 건강 주치의 제도」 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 어린이 재활의료기관 지정·운영 - 통합계획교육상담료 산정 시 진료형태코드 J 또는 I 기재누락으로 조정 (어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 어린이 재활의료기관 지정·운영 - 통합계획교육상담료에 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 미존재로 조정 (어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | [시범사업] 어린이 재활의료기관 지정·운영 - 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료 산정 시 진료형태코드 J 또는 I 기재누락으로 조정 (어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 어린이 재활의료기관 지정·운영 - 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료에 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 미존재로 조정 (어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 운영지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 복막투석 환자 재택관리 - 시범사업 명세서 아니므로 조정 (복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 복막투석 환자 재택관리 - 시범사업 대상자 정보 제출 현황 비교 조정 (복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 복막투석 환자 재택관리 - 인정횟수 초과분 조정 (복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 복막투석 환자 재택관리 - 시범사업 대상수가 외 조정 (복막투석 환자 재택관리 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - (교육상담료) 시범사업 명세서 아니므로 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - (교육상담료) 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 교육상담료(Ⅰ) 인정횟수 초과분 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 외래명세서에서 교육상담료(Ⅱ) 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 입원명세서에서 교육상담료(Ⅱ) 인정횟수 초과분 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 환자관리료 시범사업 명세서 외 청구로 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 환자관리료 입원명세서 산정불가로 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 환자관리료 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정(1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 환자관리료 인정횟수 초과분 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 1형 당뇨병 환자 재택의료 - 시범사업 대상수가 외 조정 (1형 당뇨병 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (교육상담료) 시범사업 명세서 아니므로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (교육상담료) 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - 교육상담료(Ⅰ) 인정횟수 초과분 조정 (가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - 외래명세서에서 교육상담료(Ⅱ) 인정횟수 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - 입원명세서에서 교육상담료(Ⅱ) 인정횟수 6회 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - 입원명세서에서 교육상담료(Ⅱ) 인정횟수 4회 초과분 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (환자관리료) 시범사업 명세서 아니므로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (환자관리료) 입원명세서 산정불가로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (환자관리료) 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정(가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (환자관리료) 인정횟수 초과분 조정 (가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 가정용 인공호흡기 환자 재택의료 - (환자관리료) 시범사업 대상수가 외 조정 (가정용 인공호흡기 환자 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 분만취약지 임신부 재택의료 - 시범사업 명세서 아니므로 조정 (분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 분만취약지 임신부 재택의료 - 점검서식 제출내역 비교하여 불일치로 조정 (분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 분만취약지 임신부 재택의료 - 인정횟수 초과분 조정 (분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 분만취약지 임신부 재택의료 - 시범사업 대상수가 외 조정 (분만취약지 임신부 재택의료 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 산정특례 및 시범사업 특정기호 미존재로 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 정보시스템에 제출내역 비교하여 불일치로 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 필수인력(전문의1명, 간호사1명) 신고 불일치로 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 교육상담료(Ⅰ)과 교육상담료 Ⅱ 동시 산정불가로 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 교육상담료(II) 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 교육상담료(I), 환자관리료 외래명세서 외에 산정으로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 해당 수가의 의사 면허번호가 재택의료팀 전문의가 아니므로 조정(보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 교육상담료(I) 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 환자관리료 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | [시범사업] 결핵질환자 재택의료 - 시범사업 수가 외 산정으로 조정 (보건복지부 보험급여과-4646호, 2021.9.9.) |
| B | 진단검사분야 검체검사 질가산 등급 신고현황 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 신경학적 검사 - (일반검사) 외래명세서에서 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 신경학적 검사 - (일반검사) 입원명세서에서 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 신경학적 검사 - (일반검사) 입원명세서에서 인정횟수 초과분 인정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 신경학적 검사 - (단순검사) 일반검사와 동시 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 외과전문의가산 - 절개생검(개복에 의한 것) 산정 시 입원기간 비교하여 외과전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행) |
| B | 흉부외과전문의가산 - 흉강경검사 또는 절개생검 산정 시 입원기간 비교하여 흉부외과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행) |
| B | 혈액형 검사 - 검체수탁 시 일투 1.1 초과분 조정 (건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준) |
| B | 검사료 - 대칭기관에 대해 양측검사를 시행하더라도 편측 표기가 없는 경우 소정점수만 산정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장 검사료 [산정지침]) |
| B | 검체검사 위탁 - 위탁 대상에서 제외되는 검사에 특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재하여 조정(건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준) |
| B | 검체검사 위탁 - 검체수탁이 아닌 경우 일투 소수점 조정 (건강보험요양급여비용 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준) |
| B | 임상병리검사 종합검증료 - 종합검증검사 인증기관이 아니므로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 임상병리검사 종합검증료 - 입원명세서 아니므로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절) |
| B | 임상병리검사 종합검증료 - 인정횟수 초과분 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절) |
| B | 임상병리검사 종합검증료 - 상근하는 진단검사의학과전문의 미존재로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절) |
| B | 초음파검사 - 의사 면허번호 기재누락(보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.) |
| B | 초음파검사 - 면허종류, 면허번호 착오기재 (보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.) |
| B | 초음파검사 - 입원기간 비교하여 인력 현황 불일치로 조정 (보건복지부 보험급여과-2306호, 2014.1.1.) |
| B | 소아복부초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT020(초음파검사 시행일자) 미존재로 요양개시일 비교하여 만8세 이상으로 조정(보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행) |
| B | 소아복부초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT020(초음파검사 시행일자) 비교하여 만8세 이상으로 조정(보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행) |
| B | 임신부초음파검사 - 특정내역 구분코드 JT005(분만, 임신부초음파) 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-68호, 2017.3.1. 시행) |
| B | 방사선영상진단 판독 가산료 - 입원기간 비교하여 영상의학과전문의 상근이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행) |
| B | 방사선영상진단 판독 가산료 - 입원기간 비교하여 영상치의학과전문의 상근이 아니므로 해당 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행) |
| B | X-ray 필름료 - 별도 산정 가능한 영상진단, 방사선치료 또는 Full PACS 이용료 존재하지 않아 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장 [산정지침]) |
| B | C-Arm형 영상증폭장치이용료 - 도수 또는 관혈적 정복술 이외 산정으로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 다-101 주항) |
| B | 핵의학영상진단 전문의 판독가산료 - 상근하는 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허 소지자 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제3절 주1항) |
| B | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 병원급 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관종별 비교하여 의원급 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행) |
| B | CT, MRI 조영제 사용 촬영수가 - 조영제 미존재로 일반 촬영수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장 [산정지침]) |
| B | CT, MRI 동시촬영 수가 - 경추, 흉추, 요추 부위를 동시 촬영하거나 흉추와 동시에 촬영한 경우 동시촬영 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2020-102호, 2020.6.1. 시행) |
| B | MRI 관독료 - 각 부위별 MRI 촬영료 없이 해당 부위의 MRI 관독료를 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행) |
| B | MRI 관독료 - MRI 촬영료 총횟수 비교 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행) |
| B | MRI 촬영료 - 의료장비 신고현황 비교하여 수가코드에 해당하는 MRI 테슬라 신고내역이 없어 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행) |
| B | MRI 촬영료 - 의료장비 신고현황 비교하여 신고 되어있는 MRI 테슬라 해당 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2018-197호, 2018.10.1. 시행) |
| B | 외래환자 조제복약지도료(내복약) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | 외래환자 조제복약지도료(외복약) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | 외래환자 조제복약지도료(조제일수기준) - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | 외래환자 외용조제료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없으므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | 주사료 - (정맥내일시주사) 일투 1회 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절) |
| B | 주사료 - (정맥내일시주사) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절) |
| B | 주사료 - (수액제 주입로를 통한 주사) 일투 2회 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절) |
| B | 주사료 - (수액제 주입로를 통한 주사) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절) |
| B | 주사료 - 대상약제 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절) |
| B | 정맥내점적주사료 - 수액제 없이 산정하여 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절 마-5 주1항) |
| B | 정맥내유지침 - 마5 정맥내 점적주사 또는 마2 정맥내 일시주사 없이 산정하여 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제5장제1절 마-5 주1항) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 마취통증의학과 전문의 초빙료 - 진료내역 의사 면허종류, 면허번호 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행) |
| B | 마취통증의학과 전문의 초빙료 - 진료내역 의사 면허종류 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행) |
| B | 마취통증의학과 전문의 초빙료 - 진료내역 의사 면허번호 개수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행) |
| B | 마취통증의학과 전문의 초빙료 - 진료내역 의사 면허번호 인력 현황 비교하여 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.27. 시행) |
| B | 감시하 전신마취 - 진료내역 마취통증의학과 전문의 면허번호 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행) |
| B | 신경차단술 야간·공휴야간 - 진료일자가 공휴일이 아니거나 응급진료 미확인되어 조정(보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행) |
| B | 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 - 폐쇄순환식 전신마취 시 사용한 경우가 아니어서 조정(보건복지부 고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행) |
| B | 1회용 말초산소포화도 측정용 센서 - 마취료 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-176호, 2019.9.1. 시행) |
| B | 이학요법료 - 물리치료항목 실시 인정기간 비교 총투 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제2절) |
| B | 이학요법료 - 요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제2절) |
| B | 심층열치료 - 요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제2절) |
| B | 단순재활치료 - 요양기관 인력 신고현황 또는 면허번호 불일치로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제2절) |
| B | 피부과적 자외선치료(사-33) - 입원기간 비교하여 상근하는 피부과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행) |
| B | 이학요법료 - 일투 1회 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제2절) |
| B | 재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료) 동시 산정으로 조정(보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행) |
| B | 근막동통유발점 주사자극치료(TPD) - 근막동통증후군 상병 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2006-3호, 2006.1.16. 시행) |
| B | 상기도 증기흡입치료료 - 일투 1회 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제4절) |
| B | 상기도 증기흡입치료료 - 인정상병 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제4절) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 상기도 증기흡입치료료 - 입원기간 비교하여 초과분 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제7장제4절) |
| B | 정신요법료 - 입원기간 비교하여 상근하는 정신건강의학과 전문의 미존재로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제8장) |
| B | 정신요법료 - 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제8장) |
| B | 정신요법료 - 입원기간 비교하여 상근하는 정신보건사회복지사 미존재로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제8장) |
| B | 가족치료 - 일투 1회 초과분 조정(보건복지부 고시 제2018-124호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 가족치료 - 선별급여로 산정하여 조정(보건복지부 고시 제2018-124호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 개인정신치료 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-185호, 2015.11.1.시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 중환자실 입원료 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 일투 14회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (흡입배농 및 배액처치, 체위변경) 중환자실 입원료 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 일투 3회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치, 흡입배농 및 배액처치) 중환자실 또는 간호1등급 수가와 비교하여 총투합 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 중환자실 또는 간호1등급 수가와 비교하여 총투합 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (흡입배농 및 배액처치, 체위변경) 중환자실 입원료 총투합 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 입원 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 입원기간 비교하여 상급종합병원 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 일투 14회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (흡입배농 및 배액처치, 체위변경) 입원 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (흡입배농 및 배액처치, 체위변경) 입원기간 비교하여 상급종합병원 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 일투 3회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (흡입배농 및 배액처치) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 치료료 - (체위변경) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 치료료 - (흡입배농 및 배액처치) 입원기간 비교하여 총투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (단순처치, 염증성처치) 중환자실 또는 간호1등급 수가와 비교하여 기본수가 총투합 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 상급종합병원 치료료 - (체위변경) 중환자실 또는 간호1등급 수가와 비교하여 기본수가 총투합 초과분 조정(보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행) |
| B | 응급의료수가 가산 - 응급의료기관 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급의료수가 가산 - 입원기간 비교하여 응급의료기관 적용 불가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 마취료, 처치 및 수술료 등 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 유효개수 비교하여 총투 조정 |
| B | 분만수가 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행) |
| B | 분만수가 야간가산 - 특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 기재한 시간이 유효한 야간시간이 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 측두하악관절자극요법 - 실시기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | 측두하악관절자극요법 - 입원기간 비교하여 안면동통분야 교육을 이수한 치과의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | 전염성 연속종 제거술 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행) |
| B | 전염성 연속종 제거술 - 외래명세서에서 총횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-19호, 2020.2.1. 시행) |
| B | 하기도 증기 흡입치료 - 일투 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2000-67호, 2000.12.8. 시행) |
| B | 봉합사 - 별도 산정 가능한 처치 및 수술 항목 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행) |
| B | 내시경적(결장경하) 점막하 절제술 - 진료내역 의료인 면허종류 및 면허번호 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2019-75호, 2019.5.1.시행) |
| B | 인공와우이식술 - 실시기관 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행) |
| B | 인공와우이식술(치료재료대) - 실시기관 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행) |
| B | 인공와우이식술 - 입원기간 비교하여 상근하는 시술자 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행) |
| B | 인공와우이식술(치료재료대) - 입원기간 비교하여 상근하는 시술자 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행) |
| B | 인공와우이식술 - 입원기간 비교하여 상근하는 이비인후과 전문의 2명 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호) |
| B | 인공와우이식술(치료재료대) - 입원기간 비교하여 이비인후과 전문의 2명 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호) |
| B | 선천성 악안면 기형 - 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료대상자 등록번호) 미존재 또는 착오기재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | 선천성 악안면 기형 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 수진자 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | 선천성 악안면 기형 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 등록 취소로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | 선천성 악안면 기형 - 진료기간 비교하여 실시기관 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | 선천성 악안면 기형 - 진료기간 비교하여 상근하는 치과교정전문미의 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET) - 인정되는 행위료가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-24호, 2019.2.13. 시행) |
| B | 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제1부 IV.예외규정1.) |
| B | 사업장부속요양기관 토요일 09-13시 진찰료 가산코드 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제1부 IV.예외규정1.) |
| B | 건강검진 후 확진검사 - 미인정 항목 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(누302 당검사) - 일투 1.1회 초과분 조정(위탁) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(누302 당검사) - 일투 1회 초과분 조정(비위탁) (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(누600) - 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(누601가) - 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(결핵균 핵산증폭) - 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 건강검진 후 확진검사(결핵균 핵산증폭) - 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2021-21호, 2021.2.1. 시행) |
| B | 응급의료관리료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 응급의료관리료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급의료관리료 - 응급의료기관 신고현황 비교하여 지역기관 응급의료관리료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급의료관리료 - 응급의료기관으로 신고 되어 있지 않은 기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급실 격리병상 일반격리관리료 - KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행) |
| B | 응급실 격리병상 음압격리관리료 - KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 기재하지 않아 조정(보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행) |
| B | 응급진료 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 중앙응급의료센터 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급진료 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급진료 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 지역응급의료센터 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 응급진료 전문의 진찰료 - 입원기간 비교하여 유효한 면허번호 개수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-242호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 중앙응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 지역센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 전문의 진찰료 - 요양기관 신고현황 비교하여 소아전문센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 전문의 진찰료 - 권역외상센터가 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 응급환자 중증도 분류기준(KTAS) 1-3 등급 미존재 조정(보건복지부 고시 제2015 - 240호, 2016.1.1.) |
| B | 중증응급환자 진료구역 관찰료 - KTAS 1-3등급 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 중증응급환자 진료구역 관찰료 - 진료일자 비교하여 중앙응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 중증응급환자 진료구역 관찰료 - 진료일자 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 중증응급환자 진료구역 관찰료 - 응급의료센터 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 중증응급환자 진료구역 관찰료 - 진료일자 비교하여 소아전문응급의료센터 아니므로 조정(보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행) |
| B | 외상센터 전담전문의 가산(처치 및 수술료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기제로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 외상센터 전담전문의 가산(처치 및 수술료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 전담전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(주사료, 마취료, 처치 및 수술료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기제로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(주사료, 마취료, 처치 및 수술료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(영상진단 및 방사선치료료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기제로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(검사료) - 의사 면허종류, 면허번호 미기재 혹은 착오기제로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(영상진단 및 방사선치료료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | 권역외상센터 중증외상 가산(검사료) - 입원기간 비교하여 권역외상센터 의사 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행) |
| B | [치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 치과의원, 보건의료원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행) |
| B | [치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행) |
| B | [치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 종합병원 내 치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행) |
| B | [치과] 진찰료 - 요양기관 종별 비교하여 병원, 한방병원내의 치과 수가코드로 조정(보건복지부 고시 제2010-19호, 2010.1.31. 시행) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(AB001, AB002) - 인중조사 미 신청기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(AB001, AB002) - 적정성평가 하위 20% 기관으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1-2등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 3-6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 1-5등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부제 [산정지침] 바항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료 외의 6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항) |
| B | [치과] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료의 6등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항) |
| B | [치과] 입원환자 의약품관리료 - 요양기관 종별 비교하여 의원급 수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장) |
| B | [치과] 입원환자 의약품관리료 - 요양기관 종별 비교하여 병원급 수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장) |
| B | [치과] 외래환자 의약품관리료 - 요양기관 종별 비교하여 의원급 수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장) |
| B | [치과] 외래환자 의약품관리료 - 요양기관 종별 비교하여 병원급 수가로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장) |
| B | [치과] 입원료 - (상급종합병원, 의원, 보건의료원) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | [치과] 입원료 - (5%감산지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [치과] 입원료 - (의료취약지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [치과] 입원료 - (2%감산지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [치과] 요양병원 중환자실 입원료 간호관리료 차등제 - 입원기간 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 의료기관평가인증 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 확정 등급 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 입원기간 비교하여 등급 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 전신마취료 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 전신마취료(1시간초과15분당) 비교하여 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 수술실 환자 안전관리료 - 전신마취료(1시간) 비교하여 총투 초과분 조정(보건복지부 고시 제2019-80호, 2019.5.1. 시행) |
| B | [치과] 문제의약품 재처방/재조제 - 진찰료 혹은 조제료 없이 약제만 산정되어 조정(보건복지부 고시 제2021-303호, 2021.12.10.시행) |
| B | [치과] 문제의약품 재처방/재조제 - 산정가능한 수가 외로 조정(보건복지부 고시 제2021-303호, 2021.12.10.시행) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - 시범사업 특정기호 'S023' 미기제로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - 위탁진료 불가로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - (포괄평가 및 계획수립료) 종합계획 등록내역 미존재로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - 구강건강관리 등록내역 미존재로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - (구강건강관리료II) 구강건강관리 등록내역 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - (구강건강관리료I) 구강건강관리 등록내역 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - (구강건강관리료I) 구강건강관리 등록내역 중 장애유형코드 불일치로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - (구강건강관리료II) 병원급 수가코드로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - 인정횟수 초과분 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 장애인 치과주치의 - 대상 수가 외로 조정(장애인 치과 주치의 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 치과병원에 영상치의학과 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 종합병원 이상에서 인력 신고현황 비교하여 진단방사선과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료 - 요양기관 종별 비교하여 병원, 한방병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 주3항) |
| B | [치과] 방사선영상진단 전문의 판독가산료 - 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상치의학과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 보험급여과-1486호, 2010.7.29.) |
| B | [치과] 방사선영상진단 전문의 판독가산료 - (외부병원필름판독료) 요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상치의학과 전문의 미존재로 조정(보건복지부 보험급여과-1486호, 2010.7.29.) |
| B | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 종합검증분야 인증기관 아니므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항) |
| B | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 입원 아니므로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항) |
| B | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 입원기간 비교하여 총횟수 1회 초과분 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항) |
| B | [치과] 임상병리검사 종합검증료(나0) - 입원기간 비교하여 상근하는 진단검사의학과전문의 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제2장제1절 나-0 주항) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [치과] C-Arm형 영상중폭장치이용료 - 해당되는 도수 또는 관혈적정복술 미존재로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제3장제1절 다-101 주항) |
| B | [치과] 외래환자 조제·복약지도료(내복약) - 요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | [치과] 외래환자 조제·복약지도료(외용약) - 요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제4장 [산정지침]) |
| B | [치과] 처치 및 수술료 - 치식 개수 비교하여 초과분 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제10장) |
| B | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 동시산정 불가능한 처치를 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행) |
| B | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 치식 개수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| B | [치과] 치식제거 - 총횡수 1회 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행) |
| B | [치과] 치식제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 수진자 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행) |
| B | [치과] 치식제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 시술일자 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 실시기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 인정횡수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 입내원일수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 측두하악장애 분석검사 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 측두하악관절자극요법 - 입원기간 비교하여 시술자 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 병원, 요양병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 한방병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 수가코드로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 틀니, 임플란트 - 요양기관종별 비교하여 보건의료원 수가코드로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제18장) |
| B | [치과] 임시틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 임시틀니 등록개수 초과분 조정 (접수번호 내 수진자별)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행) |
| B | [치과] 틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 틀니 등록번호 개수 초과분 조정 (접수번호별)(보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행) |
| B | [치과] 틀니 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 틀니 등록번호 개수 초과분 조정 (동수신자 미존재시)(보건복지부 고시 제2012-74호, 2012.7.1. 시행) |
| B | [치과] 틀니유지관리 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 시술일자 불일치로 조정 (보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행) |
| B | [치과] 틀니유지관리 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 시술부위 불일치로 조정 (보건복지가족부 고시 제2013-79호, 2013.7.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료대상자 등록번호) 미존재 또는 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 자격 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 국민건강보험공단 등록정보와 비교하여 자격 취소로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 입원기간 비교하여 실시기관 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 선천성 악안면 기형 - 입원기간 비교하여 상근하는 치과교정전문 미존재로 조정(보건복지부 고시 제2021-248호, 2021.10.1. 시행) |
| B | [치과] 골격성 고정원 식립·제거 - 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 미기재로 조정(보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | [치과] 골격성 고정원 식립 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행) |
| B | [치과] 골격성 고정원 제거 - 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 특정내역 구분코드 MT054(선천성 악안면 기형 치료 대상자 등록번호) 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2019-48호, 2019.3.25. 시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 치식개수 비교하여 특정내역 구분코드 MT014(임플란트 등록번호) 개수 불일치로 조정(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 등록번호와 치식 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 1단계에서 재식립 등록번호이므로 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 2단계 기본 수가에서 재식립 등록번호이므로 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 2단계 재식립 수가에서 재식립 등록번호 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 치식개수 비교하여 급여 인정개수 미해당으로 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [치과] 임플란트 - 치식개수 비교하여 일투 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2016-112호, 2016.7.1.시행) |
| B | [약국] 가루약조제료 - 조제기본료 소아가산 동시산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제15장 [산정지침]) |
| B | [약국] 마약, 향정신성의약품 - 조제투약일 비교하여 마약류 행정처분 해당으로 조정 (보건복지부 의약품정책팀-79, 2008.1.9.) |
| B | [시범사업] 협약 건강보험 적용 - 대상수가 외로 조정 (협약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협약 건강보험 적용 - 시범사업 특정기호 'S027' 미존재로 조정 (협약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [시범사업] 협약 건강보험 적용 - (조제당전료) 총횟수 1회 초과분 조정 (협약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 W항 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시) |
| B | 외국인 근로자 등 의료지원 사업 명세서의 W항 산정불가 수가 조정 (외국인 근로자 등 의료지원 사업 안내, 보건복지부) |
| B | 보훈대상자의 위탁병원이 보훈병원이나 보훈위탁병원 아닐 때 위탁 진료분 조정 (국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제3조) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [시범사업] 의·한 협진 - 대상수가 외로 조정 (의·한 협진 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(15001, 15002) - 인증조사 미 신청기관으로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(15001, 15002) - 적정성평가 하위 20% 기관으로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 차항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1-2등급으로 조정(2021.1.1. 이전) (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 3-5등급으로 조정(2021.1.1. 이전) (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 1-5등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부제 [산정지침] 바항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(간호인력확보수준) - 정액입원료 외의 6등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 바항) |
| B | [한방] 요양병원 입원료 차등제(의사필수인력 점검) - 1-2등급으로 조정(2021.1.1. 이후) (건강보험요양급여비용 제3편제3부 [산정지침] 4. 마항) |
| B | [한방] 가정간호기분방문료 - 가정간호실시기관 아니므로 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.) |
| B | [한방] 가정간호기분방문료 - 가정전문간호사 1인만 존재하여 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.) |
| B | [한방] 가정간호기분방문료 - 진료기간 비교하여 가정전문간호사 미존재로 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호, 2009.12.4.) |
| B | [한방] 입원료 - (상급종합병원, 의원, 보건의료원) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 입원료 - (5%감산지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 입원료 - (의료취약지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 입원료 - (2%감산지역) 인력 신고현황 비교하여 해당되는 간호등급으로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 입원료 - 성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 입원료 - 요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정(건강보험요양급여비용 제1편제2부제1장 [산정지침] 2. 마항) |
| B | [한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템에 등록된 의사 면허번호 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | [한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템 등록수가 총횟수 비교하여 총투 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - 추나요법관리시스템 등록 수가코드 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - (특수(달구)추나) 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - (복잡추나50%) 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - (복잡추나80%) 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - 요양병원에서 청구하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - 한의사 면허번호 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 추나요법 - 추나요법 사전 교육 이수하지 않은 의사의 면허번호를 기재하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행) |
| B | [한방] 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편 제1부 IV. 예외규정) |
| B | [한방] 개인정신치료(이정변기요법, 지언고론요법) - 한방신경정신과 전문의 또는 전공의 미존재로 조정 |
| B | [한방] 개인정신치료, 가족치료 등 - 입원기간 비교하여 총투 조정 |
| B | [한방] 개인정신치료(경자평지요법, 오지상승위치료법) - 한방신경정신과 전문의 또는 3년 이상 전공의 미존재로 조정 |
| B | [한방] 정신과적 개인력조사 - 한방신경정신과 전문의(전속지도) 미존재로 조정 |
| B | 야간가산시간(특정내역 구분코드 JS010) 미기재로 조정 |
| B | 삭제된 수가코드, 약품코드, 치료재료코드 조정 (보건복지부 고시 제2017-40호, 2017.3.13. 시행) |
| B | 저가약 대체조제 장려금 산정 착오 점검 (보건복지부 고시 제2019-331호, 2020.3.1. 시행) |
| B | 오리지널 의약품 특허기간 만료일 이전에 판매예정인 제네릭 의약품이 청구되어 조정 (보건복지부 약제등제부-441호, 2012.2.28.) |
| B | 보훈위탁병원의 진료의뢰 가능 기관 착오 조정(국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙) |
| B | S항 특수장비(CT, MRI, PET)의 의료장비 미신고 또는 부적합판정 관련 조정 |
| B | 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 X항 정액수가 산정 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| B | 마약, 향정신성의약품 등 임의조제 불가 의약품의 직접조제 조정 (약사법 시행규칙 제44조제3항) |
| B | 선별급여 및 보훈 비급여 수가의 청구명세서 항 착오 점검 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | A항 선별급여항 착오 청구 조정(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | B항 선별급여항 착오 청구 조정(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 의료급여정액 명세서의 선별급여항목 청구 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시) |
| B | 의료급여 선별급여 항목의 행위별 명세서 청구 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시) |
| B | 의·약사 본인진료 관련 수가 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행) |
| B | 의사 본인 진료시 위탁검사에 대한 위탁검사관리료 조정(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행) |
| B | 외국인 근로자 등 의료지원 사업대상자의 포괄간호 입원료 산정 착오 조정 (외국인 근로자 등 의료지원 사업 지침, 보건복지부) |
| B | 의료급여 명세서의 의료질평가지원금 산정 착오 조정 (보건복지부 고시 제2016-18호, 2016.2.1. 시행) |
| B | 가정형 호스피스 수가 - 시범사업 대상기관 외 조정 (가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 - 수가 산정착오 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 선별급여 D항 청구 착오 조정(약제)(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 선별급여 E항 청구 착오 조정(행위, 치료재료) (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 선별급여 D항 청구 착오 조정(행위, 치료재료) (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 선별급여 E항 청구 착오 조정(약제)(보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 명세서 처방내역 약제 선별급여 A항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 명세서 처방내역 약제 선별급여 B항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 명세서 처방내역 약제 선별급여 D항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| B | 명세서 처방내역 약제 선별급여 E항 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2018-24호, 2018.4.1. 시행) |
| B | 맞춤형 검진바우처 시범사업 - 인정검사 이외 내역 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부) |
| B | 맞춤형 검진바우처 시범사업 - 인정상병 비교 검사료 조정 (일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부) |
| B | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 시범사업 대상 외의 진료내역 조정 (일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 왕진정보시스템 등록내역과 불일치로 조정 (일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 일차의료 방문진료 수가 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S017' 미기재로 조정 (일차의료 방문진료 수가 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 경증 진료명세서(MT002=F025)에 의료질평가지원금 청구 시 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 경증 진료명세서와 본인부담률 달리 적용한 명세서(MT065=A)에 의료질평가지원금 청구 시 조정(보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 협약 건강보험 적용 시범사업 - 삭제코드 점검 (협약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| B | 건강진단결과서 인정수가 외 내역 조정(보건복지부 보험급여과-3850호, 2021.7.27.) |
| B | 장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 공단자격 연계 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.) |
| B | 장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 인정검사 이외 내역 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.) |
| B | 장애인 건강주치의 검진바우처 점검, 인정상병 이외 내역 조정 (보건복지부 장애인정책과-4785호, 2021.9.24.) |
| B | 추가청구 또는 상해외인 명세서에서 회송료 점검, 상급종합병원 이외 조정 (보건복지부 고시 제2020-221호, 2020.10.8. 시행) |
| B | 의료급여 산정불가 항목 점검 |
| B | 퇴장방지의약품 산정 착오 조정(장려금의 지급에 관한 기준) |
| B | 미생산 의약품 산정 착오 조정 |
| B | 산정불가 의약품 산정 착오 조정 |
| B | 산정불가 치료재료 산정 착오 조정 |
| B | 준용수가코드(JJJJJJ) 관련 특정내역 구분코드 JS009(준용명)를 기재하지 않아 조정 |

| 코드 | 내역 |
|---------|--|
| B | 요양병원 장기환자 입원 정액명세서의 산정가능 외 수가 조정 (건강보험요양급여비용 제3편제2부 [산정지침]) |
| B | 요양병원 정액수가 착오청구 조정(건강보험요양급여비용 제3편제2부 [산정지침]) |
| B | 호스피스 전문기관 외 호스피스 정액수가 착오 청구 조정 (보건복지부 질병정책과-6462호, 2016.9.22.) |
| B | 호스피스 급여 별도 산정항목 착오 청구 조정 (보건복지부 고시 제2015-102호, 2015.7.15. 시행) |
| B | 호스피스 입원 중 원외처방전 착오 청구 조정 (보건복지부 고시 제2015-102호, 2015.7.15. 시행) |
| B/YB/3B | 건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.5.25. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 치료식 영양관리료 산정불가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 치료식 영양관리료 제공 이력 미존재하는 경우 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 치료식 영양관리료 제공 이력 존재하는 경우 인정횟수 초과분 조정(보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 영양사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 조리사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 산모식 직영가산 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | 입원환자 식대운영현황 비교하여 산모식 외의 직영가산 조정 (보건복지부 고시 제2015-159호, 2015.10.1. 시행) |
| B/YB/3B | [치과] 건강보험 입원환자 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 식대가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 선택식단가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 직영가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 영양사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |

| 코드 | 내역 |
|---------|--|
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 영양사 치료식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 영양사가산 신고등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 조리사 일반식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 조리사 치료식가산 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [치과] 입원환자 식대운영현황 비교하여 조리사 치료식가산 신고등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| B/YB/3B | [한방] 건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-37호, 2006.6.1.시행) |
| BD | 약제상한차액 - 약제상한차액 지급기간에 해당하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2014-146호, 2014.8.29. 시행) |
| C | 의료급여 정신건강의학과 정액 명세서에 청구된 원외처방약제비 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시) |
| C | 식약처 허가사항(용법·용량) 비교 1일 최대투여량 초과분 조정 |
| C | 식약처 허가사항(용법·용량) 비교 최대 투여기간 초과한 총투 조정 |
| C | 식약처 허가사항(효능·효과) 비교 인정성별 외 산정으로 조정 |
| C | 식약처 허가사항(효능·효과) 비교 인정상병 범위 외 산정으로 조정 |
| C | 치매약제(전체) - 인정상병 미존재로 조정 |
| C | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제 외) - 허가사항 외 산정으로 조정 |
| C | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제) - 인정상병 미존재로 조정 |
| C | 경구용 당뇨병용제 병용요법 인정되지 않는 조합으로 조정(단일제) |
| C | 경구용 당뇨병용제 병용요법 인정되지 않는 조합으로 조정(2제) |
| D | 금액 계산착오 조정 - 청구한 금액과 계산한 금액(단가×1회투약량×1일투여량(실시횟수) ×총투여일수(실시횟수))이 상이(보건복지부 고시 제1994-31호, 1994.7.28. 시행) |
| D | 금액 계산착오 조정 - 팩단위제제 의약품의 1회투약량 착오 조정 (보건복지부 보합급여과-2084호, 2011.6.23.) |
| E | 수면다원검사 - 실시기간 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행) |
| E | 핵산중독 - 중환자실에서 시행하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행) |

| 코드 | 내역 |
|----|--|
| E | 핵산중독 - 대상수가의 총 횟수합 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행) |
| E | 핵산중독 - 2018.12.31. 이전 중환자실 입원 중 산정 시 조정 (보건복지부 고시 제2018-254호, 2019.1.1. 시행) |
| E | 구순열비교정술 - 수진자 연령 비교하여 만 6세이하 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2019-45호, 2019.3.25. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 유치와 영구치가 동시 존재하는 경우 영구치 개수 비교하여 초과분 조정(보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 수진자 연령 비교하여 만12세 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 유치만 존재하는 경우 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 수진자 연령 비교하여 만5세 미만에서 특정내역 구분코드 F015(제출자료목록표) 미충족으로 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 불인정상병(K04-K049) 존재하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [치과] 광중합형 복합레진 충전 - 제3대구치에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2020-84호, 2020.5.1. 시행) |
| E | [시범사업] 취약 건강보험 적용 - (의사본인진료) 대상수가 외로 조정 (취약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| E | [한방] 추나요법 - 인정상병 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2019-63, 64, 65호, 2019.4.8. 시행) |
| E | 보건복지부 고시 인정 일투 비교 본인부담 조정 |
| E | 치매약제(전체) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 미기재로 조정 |
| E | 치매약제(전체) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 인정기준 외로 조정(요양종료일 2019.2.1.이전) |
| E | 치매약제(재평가불가대상) - 검사시행일 1년 경과로 조정(외래) |
| E | 치매약제(재평가불가대상) - 검사시행일 1년 경과로 조정(입원) |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제) - 적용일(2019.2.1.) 이전 파킨슨병에 산정하여 조정 |
| E | 치매약제(전체) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 인정기준 외로 조정(요양종료일 2019.2.1.이후) |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제) - 인정기준 외로 조정 |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제) - 검사시행일 1년 경과로 조정(외래) |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제) - 검사시행일 1년 경과로 조정(입원) |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제 외) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 미기재로 조정 |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제 외) - 특정내역 구분코드 JT007(치매 검사결과) 인정기준 외로 조정 |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제 외) - 검사시행일 1년 경과로 조정(외래) |
| E | 파킨슨병 관련 치매약제(Rivastigmine 제제 외) - 검사시행일 1년 경과로 조정(입원) |
| E | 경구용 당뇨병용제 병용요법 인정되지 않는 조합으로 조정(3제) |
| E | 비급여 또는 요양급여비용 전액본인부담 항목의 급여청구 조정 (보건복지부 고시 제2016-149호, 2016.10.1. 시행) |
| E | 원외처방 비급여 대상 약제 조정 |
| E | 비급여 약제의 급여 청구 조정(처방내역) |
| E | 비급여 약제의 급여 청구 조정(진료내역) |
| F | 치료재료 구입증빙자료 미제출 조정 |
| K | 약가 구분코드 착오 조정(주성분코드 미존재) |
| K | 행위·약제·치료재료 수가코드의 코드구분 기재누락 또는 기재착오 조정 |
| K | 진료내역 코드구분 2(준용수가) 기재건에 'JJJJJ' 외의 수가코드 기재착오 조정 |
| K | 행위 수가코드의 산정코드 기재누락 또는 기재착오 조정(8단 수가코드를 5단 수가코드로 기재) |
| K | 첩약 시범사업 - 코드착오 점검(첩약 건강보험 적용 시범사업 지침, 보건복지부) |
| L | 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 |

| 코드 | 내역 |
|----|---|
| L | 시설 등 공동이용 관련 의료장비 공동이용 신고현황 비교하여 행위료 조정 (보건복지부 고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행) |
| L | 의료급여 삭제코드 산정 착오 점검 |
| L | 일차의료 왕진 수가 시범사업 - 시범사업 대상 외의 진료내역 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.) |
| L | 일차의료 왕진 수가 시범사업 - 왕진정보시스템과 청구한 수가가 불일치하여 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.) |
| L | 일차의료 왕진 수가 시범사업 - 시범사업 특정기호 'S017' 기재하지 않아 조정 (전액본인부담으로 청구한 경우)(보건복지부 보험급여과-6398호, 2019.12.27.) |
| R | 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료를 조정 (국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등)) |
| R | 공동이용 진료, 개방병원 의뢰진료 및 위탁진료에 대한 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정(국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관 현황 신고 등)) |
| R | 혈액관리료 - 관련 의료장비 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| R | 공동이용 진료, 위탁진료 기관의 혈액관리료 관련 의료장비의 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행) |
| RB | 요양기관 부적합판정 의료장비 사용으로 행위료 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 8-나) |
| RB | 공동이용 진료, 위탁진료 요양기관의 부적합판정 의료장비 사용 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 8-나) |
| TD | 요양급여비용총액 계산착오 조정 |
| TD | 보건기관 요양급여비용총액 계산착오 조정 |
| TE | 상병분류기호 비교 비급여 진료 조정 (국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 관련 별표2. 비급여대상) |
| TU | 의약분업 예외기관에 해당하지 않는 약국의 직접조제에 대한 요양급여비용총액 조정 |
| TU | 의약분업 예외기관에 해당하지 않는 보건기관의 요양급여비용총액 조정 |
| U | 의약분업 예외구분코드(특정내역 구분코드 JS002) 기재누락 조정 |
| U | 의약분업 예외 지역 등 예외기관 착오 조정 |
| UD | 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담금총액 계산착오 조정 |
| YA | 식대금액 산정착오 조정, 차상위환자 기본식대금액 산정착오 조정 |
| YB | 의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2017-40호, 2017.3.13.시행) |

| 코드 | 내역 |
|-----|--|
| YB | [치과] 의료급여 입원환자 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2017-40호, 2017.3.13.시행) |
| YB | [한방] 의료급여 입원환자 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2017-40호, 2017.3.13.시행) |
| YB | 입원환자 식대관련 기준적용착오 조정 |
| YD | 입원환자 식대관련 계산착오 금액 조정 |
| YK | 입원환자 식대 코드착오 조정 |
| 메시지 | 선천성심질환 세부 상병 범주 확인 |

[참고]

심사조정 사유별 코드

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

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