

건강보험심사평가원 공고 제2019 - 305호

국민건강보험법 시행규칙 제20조제4항 및 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」(보건복지부 고시 제2019-175호, 2019.7.31.) 제2조제3항에 따른 「정보통신망을 이용한 요양급여비용 청구오류 사전점검서비스 운영에 대한 세부사항」을 다음과 같이 제정·공고합니다.

2019년 10월 15일
건강보험심사평가원장

「정보통신망을 이용한 요양급여비용 청구오류
사전점검서비스 운영에 대한 세부사항」

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

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

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

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

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

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

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

1. 사전점검시스템 항목 개발·관리
2. 사전점검시스템 유지·보수
3. 사전점검시스템 점검결과 모니터링
4. 그 밖에 심사평가원장이 사전점검시스템 운영과 관련하여 필요하다고 정하는 업무

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

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

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

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

제6조(사전점검 방식) ① 요양기관은 작성요령에 따라 작성한 심사청구서 및 명세서 등의 자료를 진료비청구포털서비스 내 사전점검서비스에 접수한다.

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

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

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

부 칙

제1조(시행일) 이 공고는 공고한 날부터 시행한다.

[별표]

청구오류 사전점검서비스 점검항목(제5조제1항 관련)

1. 반송

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

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

코드	세부 코드	내	역
	06	의과, 치과, 약국 외의 기관에서 약제상한차액 청구	
	07	보훈 국비환자 진료분에 약제상한차액 청구	
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 요양급여비용총액이 '0'보다 큰 경우	
	06	심사청구서의 요양급여비용총액 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 대행청구단체기호, 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락 또는 기재착오	
	01	심사청구서의 대행청구단체기호와 신고현황의 대행청구단체기호 불일치	
	02	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체기호 기재누락	
	03	대행청구기관이 아니면서 심사청구서에 대행청구단체기호 기재	
	04	대행청구시 심사청구서에 대행청구단체의 작성자 생년월일 기재누락	
81		명세서 건수의 30% 이상 심사불능	
	01	명세서 건수의 30% 이상 심사불능	

코드	세부 코드	내 역
SS	01	시범사업 관련 착오청구 재활의료기관 시범사업 심사청구서의 시범사업 시행 전 청구 또는 적용기간 불일치

2. 심사불능

코드	세부 코드	내 역
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
	10	한방명세서 특정기호 기재착오
	11	명세서 상병분류구분 기재누락 또는 기재착오
	12	명세서 상병분류구분 주상병 구분코드 미존재 또는 2개 이상 존재
	14	발사르탄 성분함유 의약품 교환 관련 착오청구
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
	52	보건기관 명세서(보건소, 보건지소) 진료과코드 기재착오
	53	보건기관 명세서(보건진료소) 진료과코드 기재착오

코드	세부 코드	내 역
08		요양개시일 기재착오, 명세서 접수일 이후의 진료분 청구, 약국 처방조제 명세서 처방전 교부번호 미기재 등
	01	명세서 요양개시일 유형(CCYMMDD) 기재착오
	02	명세서 요양개시일 보다 접수일이 빠른 경우
	03	명세서 접수일 이후의 진료분 청구
	04	약국처방조제 명세서 처방전 교부번호 기재누락
	05	명세서 상병내역 요양개시일 유형(CCYMMDD) 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 산정특례자의 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 산정특례대상자 등록정보와 상이(건강보험)
	10	중증질환 및 희귀질환·중증난치질환 산정특례자의 등록번호 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	11	틀니 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	12	명세서 틀니 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	13	틀니 유지관리 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	14	임플란트 급여대상이 아닌 경우 또는 타 진료내역과 동시 청구
	15	명세서 임플란트 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이
	16	외국인근로자 등 의료지원 관련 명세서 진료과목 기재착오
	17	명세서 조산아 및 저체중아 등록번호 기재누락 또는 국민건강보험공단의 등록정보와 상이(건강보험)
	18	조산아 및 저체중아 정보 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	19	난임진료 급여대상이 아닌 경우(건강보험)

코드	세부 코드	내 역
11		보훈병원, 보훈위탁진료 또는 국가무료진료 지정 이외 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 보훈국비환자 진료분(공상 등 구분: B, D) 청구
	13	보훈병원 보훈국비환자 '공상 등 구분' 기재착오 또는 기재누락
	14	약국 직접조제 명세서에 외국인근로자 등 의료지원 내역 청구
	16	노숙인 진료기관이 아니면서 노숙인 1종 진료분 청구
	17	3차 의료급여기관이 아니면서 3차 의료급여기관을 이용하는 노숙인 1종으로 청구
	19	2014.7.9.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 본인일부부담금 기재누락 또는 2018.1.1.이후 진료분 보훈환자 치과 임플란트 특정내역 MT038에 '1'기재한 경우
12		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)
	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

코드	세부 코드	내 역
	10	의·치과(한의학) 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 축탁의 등 진료) 대상 외의 진료분인 경우
	02	상해외인코드 'J'(사회복지 시설의 축탁의 등 진료) 명세서의 내원일 비교 원외처방전 건수 또는 직접조제횟수 상이
	03	사회복지시설의 축탁의 또는 협약의료기관 이외이거나 계약기간 외 진료인 경우
	04	상해외인코드 'J'(사회복지시설의 축탁의 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
16		내원(입원)일수가 요양급여일수보다 큰 경우, 해당 명세서의 최초 내원일자 와 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

코드	세부 코드	내 역
	06	서면명세서의 처방전 총 처방일수 기재누락
	07	보건기관 진찰횟수 기재누락
	08	약국 처방조제 명세서의 처방전 교부번호별 투약일수 기재누락
	09	명세서 내원일자 기재착오
	10	명세서 최초 내원일자와 요양개시일자 상이
	11	명세서 내원일에 표기된 내원일자의 합과 내원일수 상이
	18	외래명세서의 내원일수 '1' 초과 청구
	19	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 입(내)원일수 비교 진료내역의 정액수가 총투여일수의 합과 상이 또는 1일투여량, 투여(실시)횟수 '1' 초과 기재 (2009.1.1. 진료분부터)
19		요양기관의 원외처방전 발행시 처방내역 미기재 등
	01	요양기관의 원외처방전 발행시 처방내역 미기재
23		약국 처방조제분의 처방전 교부일자가 조제투약일자 보다 큰 경우, 처방전 교부년월이 요양개시년월과 다른 경우, 처방전 교부번호 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
	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

코드	세부 코드	내 역
	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 기재 착오
	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(암, 중증화상, 희귀·중증난치질환 등)의 본인부담률 변경 전·후 진료비 명세서 미분리, 본인부담률 착오청구
	13	호스피스 사업 전·후 진료분 청구
	15	T항(특수재료 및 관련 행위료) 착오청구
	16	의원급 만성질환자 재진진찰료 경감대상 이외 진료분 청구
	19	선별급여(100분의100미만) 적용 전에 A, B, D, E항이 청구된 경우
	20	선별급여(100분의100미만) 적용 대상 제외(보건기관, 조산원 등) 명세서에 A, B, D, E항이 청구된 경우
	21	중동호흡기증후군(MERS) 진료비 지원 관련 착오청구
	22	호스피스 본사업 시행일 전·후 진료분 청구 등
	23	호스피스 사업 적용제외 대상 명세서 청구
	24	고위험 임신부 입원진료 본인부담률 변경 전·후 진료분 미분리 청구
	25	중증 외상환자 산정특례 특정기호(V273) 착오청구
	26	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원 명세서 착오청구
	27	16일 이상 장기입원 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	28	제왕절개분만에 대한 입원진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구
	29	중증 뇌경색증 환자 산정특례 특정기호(V275) 착오청구
	30	임신부 외래진료 본인부담 감면 적용제외 명세서 착오청구(건강보험)
	31	임신부 외래진료 본인부담 감면 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	32	뇌사자 장기기증자(공여자)의 진료분 착오청구

코드	세부 코드	내 역
	33	중증치매 대상자 기재누락 또는 기재착오(의료급여)
	34	확진검사 관련 명세서 착오청구
	35	의료급여 상한일수 초과 미승인자 명세서 착오청구
28		입원명세서 분리청구분 최초입원개시일 기재누락 또는 착오기재, 추가청구, 보완청구, 분리청구분의 당초 명세서 접수번호 또는 명세서 일련번호 기재누락
	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, 본인부담 감면 특정기호 착오기재
	01	연령비교 납득 곤란한 상병
	02	만 6세 이상이면서 특정기호 'F004' 기재(신포괄 포함)
	03	15세 이하 아동입원 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
42		요양급여내역 기재누락 또는 의료인 면허정보와 인력신고 현황 불일치 등

코드	세부 코드	내 역
	04	진료결과 기재누락 또는 기재착오
	05	주상병에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순기재착오 (명세서 서식과 면허종류가 맞지 않는 경우, 면허번호 자릿수 착오)
	06	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 의료인 면허정보 기재누락 또는 단순기재착오 (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 기재된 의료인 면허정보와 인력신고현황 불일치
	15	주상병에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분기간 중 진료분 청구
	16	외래진찰료 및 약국 조제기본료에 기재된 의료인 면허정보 확인 결과 행정처분 기간 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 방문 횟수 상이 등

코드	세부 코드	내 역
	01	처방전 교부일자와 내원일자 상이(건강보험)
	02	처방내역이 존재하면서 처방전 교부횟수와 방문횟수 상이(보건기관)
	04	방문횟수와 물리치료일수 상이(보건기관)
	07	처방전 교부일자와 내원일자 상이(의료급여)
	08	내원일수가 처방전 횟수보다 적은 경우(의료급여 정신건강의학과 정액)
	51	내원일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
	52	투약일수와 요양급여일수 상이(보건기관)
52		수가변경 전·후 미분리 청구 등
	09	의료급여 식대 본인부담금 변경 관련 명세서 미분리
60		계산착오, 요양급여비용총액 1이 10원 미만인 경우, 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 10원 미만인 경우(보훈 국비환자 진료분), 청구 요양급여비용총액이 청구 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우, 청구액 및 본인일부부담금이 '0'인 경우(보훈 국비환자 진료분 제외), 질병군 식대 기재착오 등
	01	요양급여비용총액 1이 10원 미만인 경우, 요양급여비용총액 2(진료비총액)가 10원 미만인 경우
	02	대불금, 장애인기금 동시 청구(의료급여 2종, 의료급여 2종 장애인 2차 진료분)
	03	요양급여비용총액 1이 본인일부부담금 또는 청구액보다 적은 경우
	04	요양급여비용총액 1이 특수장비총액 또는 특수재료총액보다 적은 경우
	05	청구액, 본인일부부담금, 100분의100미만 청구액, 100분의100미만 본인일부부담금 이 '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

코드	세부 코드	내 역
	23	보훈병원 보훈국비환자 진료분 요양급여비용총액 2(진료비총액), 청구액 등 기재착오
	24	지원금, 본인일부부담금, 본인부담상한액초과금 등 누락 또는 착오산정
	25	질병군 MRI, PET 기재착오
	26	질병군 100분의100 기재착오
	27	질병군 보훈국비환자 100분의100 기재착오
	28	질병군 보훈국비환자 비급여 기재착오
	29	질병군 외과전문의 가산 기재착오
	30	본인부담상한액초과금이 본인일부부담금보다 큰 경우
	31	진료비 총액 계산 착오
	32	질병군 보훈국비환자 100분의100 DRG 세부내역 착오
	33	질병군 세부내역 구분코드 및 기재형식 착오
	34	질병군 초음파검사 수가 기재누락 또는 기재착오
	35	100분의100미만 총액이 100분의100미만 본인일부부담금 또는 100분의100미만 청구액보다 적은 경우
	36	질병군 입원료 산정과 요양기관 현황 신고내역 불일치
	37	질병군 입원료 산정착오 또는 기재착오
	38	질병군 100분의100미만 본인일부부담금 항목의 산정착오 또는 기재착오
	39	질병군 추가산정항목 산정착오 또는 기재착오
	40	잠복결핵감염 검진비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오
	41	질병군 마취통증의학과 전문의 초빙료 산정착오 또는 기재착오
	42	질병군 주된 수술외에 실시한 수술의 수기로 산정착오 또는 기재착오
	43	수정체수술 질병군과 동시에 실시한 유리체흡인술 등 수기로 산정착오
	44	편도 및 아데노이드절제술 질병군과 동시에 실시한 아데노이드절제술 산정착오
	45	복수 항문 수술 질병군과 동시에 실시한 기타 항문 수술 또는 주요 항문 수술 산정착오
	46	질병군 주된 수술을 추가 실시한 수술로 착오산정
	47	질병군 의료질평가지원금 수가 산정착오 또는 기재착오
	48	잠복결핵감염 치료비 지원관련 지원금 등 기재누락 및 산정착오

코드	세부 코드	내 역
	49	질병군 전문병원 관리료 등 수가 산정착오 또는 기재착오
	50	질병군 응급의료수가 산정착오 또는 기재착오
	51	통증자가조절법(PCA) 산정착오 또는 기재착오
	52	제왕절개분만 진료의 특정기호 기재착오 및 기재누락
	53	질병군 입원환자 전담전문의 진료료 산정착오 또는 기재착오
	54	질병군 감염예방·관리료 산정착오 또는 기재착오
	55	질병군 야간전담간호사 관리료 산정착오 또는 기재착오
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 항, 목 착오청구
	03	요양병원 장기환자입원 명세서의 동일월 내 정액수가코드 상이
	04	요양병원 장기환자입원 명세서의 L항 이외에 신체기능저하군이 청구된 경우
	05	시범사업(호스피스수가, 실폐괄수가 등)에서 L항 81~94목 기재누락
	06	호스피스 정액입원명세서에 L항 81-94목 기재누락
	07	요양병원 이외의 기관에서 요양병원 장기환자입원(진료형태 “A”) 청구
	08	신체기능저하군(F006) 관련 특정기호 착오기재
64		기타 사유(‘심사내역통보문’ 참조) 등
	03	특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재착오(숫자 이외 값 기재), 특정내역 구분코드 MT010/MT011(폐렴, 폐혈증정보) 기재착오(Y, N 이외 값 기재)
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

코드	세부 코드	내 역
	03	요양병원, 호스피스외 정액수가 적용제외 상병 진료분 청구
	05	요양병원 장기입원환자 명세서의 특정기간 대상자가 제외환자 서식에 청구된 경우
	06	요양병원 낮병동 입원환자가 장기환자 서식에 청구된 경우
	07	질병군 명세서의 입원일수 30일 초과 청구
	08	질병군 명세서의 청구구분코드에 “3”(분리청구) 기재건
	09	질병군 명세서의 질병군 부가코드 기재누락 또는 기재착오
	10	질병군 명세서의 행위별 진료내역 기재누락
	11	질병군 명세서의 야간 및 공휴가산의 수술일과 수술시각 기재누락 또는 기재착오
	12	질병군 명세서의 입원 시 상병 유무 기재누락 또는 기재착오
	13	질병군 명세서의 분리청구건의 최초입원개시일 기재누락 또는 기재착오 (입원일부터 질병군 수술일까지 7일 미만)
	14	질병군 명세서의 의료의 질 점검 기재여부 및 기재착오
66		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), 보훈청구액, 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
	04	질병군 명세서의 본인부담상한액초과금 기재누락 또는 기재착오
	05	질병군 명세서의 요양급여비용총액 2(진료비총액), 보훈청구액, 100분의100총액, 비급여 총액 기재누락 또는 기재착오
	06	질병군 보훈환자 상이등급 7급 일반질환의 (보훈)본인일부부담금 등 기재누락 또는 기재착오
	07	질병군 건강보험 급여제한자의 요양급여비용총액 기재누락 또는 기재착오
	08	질병군 건강보험 급여제한자의 청구액, 본인일부부담금, 장애인의료비 및 지원금 기재누락 또는 기재착오
	09	질병군 건강보험 급여제한자의 진료비총액, 보훈청구액, 건강보험 100분의100총액, 비급여총액, 보훈 본인일부부담금 기재누락 또는 기재착오

코드	세부 코드	내 역	
	10	질병군 명세서의 100분의100미만총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오	
	11	보훈병원 감면대상자의 본인일부부담금, 보훈청구액 기재누락 또는 기재착오	
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)의 질병군 청구	
	05	제왕절개분만 후 자궁동맥색전술 또는 자궁내풍선확장술 질병군 청구	
	06	복강경 수술 중 부득이한 사유로 개복술 전환의 복강경 보상비용 산정 오류	
	07	질병군 명세서 산부인과 가산점수 산정 오류	
	08	질병군 명세서 원형자동문합기 치료재료 신고 누락	
	09	질병군 명세서 신의료기술 등 비급여(로봇 보조 수술)의 기재착오	
	10	질병군 명세서 인공수정체 기재누락 또는 기재착오	
	11	질병군 명세서 연령비교 진단분류기호 부여착오	
	12	질병군 명세서 복수 항문 수술 산정 착오	
78		약국 처방조제분 ‘처방전 발행기관기호’ 기재착오 또는 기재누락, 보훈국비환자 약국 처방조제분의 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우, 의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 ‘6’ 또는 ‘8’)이 아니면서 장애인의 료비 청구 등	
	01	약국 처방조제분의 처방전 발행기관기호가 요양기관 신고 현황에 없는 경우	
	02	처방전 발행기관이 조산원, 보건진료소, 한방(의원), 약국인 경우	
	07	의료급여 종별구분 ‘6’(의료급여 2종 장애인 2차 진료)이면서 의원급 외래 진료분인 경우	
	08	의료급여 종별구분 ‘8’(의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 입원 진료분인 경우	
	09	의료급여 종별구분 ‘8’(의료급여 2종 장애인 1차 진료)이면서 2차 진료기관 진료분인 경우	
	10	의료급여 2종 장애인(의료급여 종별구분 ‘6’ 또는 ‘8’)이 아니면서 장애인의료비 청구	

코드	세부 코드	내 역
	11	보훈국비환자 약국 처방조제분 처방전 발행기관이 보훈위탁지정 요양기관이 아닌 경우
	12	약국명세서의 '공상 등 구분 4' 적용 이전 진료분 청구
90		의료급여 종별구분 기재착오, 의료급여 1종, 2종 미구분(폐지된 성병 무료 진료분 포함) 등
	01	의료급여 1차, 2차 진료기관이 아닌 경우
	02	의료급여 종별구분 기재착오
	03	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 '5') 청구(진료일자 2001년 10월 전 명세서)
	04	성병 무료 진료분(의료급여 종별구분 '5') 청구(진료일자 2001년 10월 이후 명세서)
	06	의료급여 진료확인번호(서면은 진료확인번호 개수) 기재누락 또는 착오
	07	노숙인 1종이면서 본인부담구분코드 미기재건
91		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
	04	보훈 국비환자 권리소멸 후 진료분 청구
	05	보훈 국비환자 이외 진료분 청구
	06	일부본인부담대상 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

코드	세부 코드	내 역
	07	의료급여 예약검사 착오청구
	08	의료급여 수급권자 원내 직접조제, 투약횟수 기재착오
	09	의료급여 수급권자 청구 본인부담금(또는 보훈청구액, 장애인의료비) 착오산정
	10	의료급여 수급권자의 외래명세서의 본인부담금 발생횟수 기재착오
	11	의료급여 2종 수급권자 특정기호 기재착오(등록 중증질환자의 특정기호 기재)
	12	의료급여 미등록 HIV/AIDS 질환자의 해당상병(B20-B24) 관련 진료시 상병코드 기재누락
	13	의료급여 2종 수급권자 정신질환 특정기호 기재착오
93		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 의료급여기관의 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료분의 입원일수 2일 이상 중복
	01	동일 의료급여기관 의료급여 정신건강의학과 정액 입원진료분의 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 X항에 정액수가 누락 또는 X항에 행위별수가 기재(2009.1.1. 진료분부터)
	07	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기재누락, 정신건강의학과 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정신건강의학과 행위별 총액 누락[2009.1.1.일 진료분부터]
	08	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서의 Z항에 정액수가 누락 또는 Z항에 행위별수가 청구[2014.9.1. 진료분부터]
	09	의료급여 혈액투석 정액 외래명세서 1항~U항의 기재착오(행위별 진료내역 기 재누락, 혈액투석 정액수가 기재, 건강보험 식대수가 기재 등) 또는 정액수가 행 위별총액 누락[2014.9.1. 진료분부터]
	10	의료급여 행위별 외래명세서에 혈액투석 정액수가 청구
	12	의료급여 정신건강의학과 정액 외래명세서 서식코드 기재착오

코드	세부 코드	내 역
97		질병군 간호간병료 관련
	01	질병군 간호간병료 산정과 요양기관 현역 고내역 불일치
	02	질병군 간호간병료 산정착오 또는 기재착오
	03	질병군 간호간병료 추가청구명세서의 요양급여총액, 본인일부부담금, 청구액, 보훈청구액 등 기재누락 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
	14	포괄수가 착오 및 기재누락
	17	질병군 분류내역의 총투가 '0'이 아닌 경우
	18	요양급여비용열외군의 요양급여총액 착오
	19	신포괄 명세서에 신생아 청구
	22	요양급여비용열외군 착오청구
	23	신포괄 명세서에 '공상 등 구분' 착오기재
	24	신포괄 명세서에 낮병동 입원료 청구
	27	정액기간 보상률 착오(100% 비포괄항목, 흉부외과 100% 가산 포괄항목)
	28	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 포괄항목)
	29	정액기간 보상률 착오(흉부외과 100% 가산 비포괄항목)
	30	정액기간 보상률 착오(외과, 흉부외과 30% 가산 비포괄항목)
	31	정액기간 보상률 착오(80%가산 비포괄항목)
	33	상단열외군 특정기간, 하단열외군 보상률 착오
	36	상병분류기호 중복기재

코드	세부 코드	내 역	
	37	배제된 상병기재	
	38	입원시 상병유무 기재누락 또는 기재착오	
	39	기청구 포괄수가 기재누락 또는 기재착오	
	40	기청구 실폐괄 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	실폐괄 명세서의 행려(4), 노숙인(N) 청구	
	47	실폐괄 명세서의 동일수진자 입내원일자 일부 중복청구	
	48	정액기간 보상을 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 포괄항목)	
	49	정액기간 보상을 착오(외과, 흉부외과 20% 가산 비포괄항목)	
	50	정액기간 보상을 착오(흉부외과 70% 가산 비포괄항목)	
	52	실폐괄 고위험임신부 입원진료대상 청구 착오	
	54	실폐괄 의료급여 식대 산정오류	
	99	실폐괄 비급여(다빈치 로봇을 이용한 수술) 특정내역 기재착오 또는 계산착오	
S1		의료기관간 응급원격협력진료 시범사업	
	01	응급원격협력진료료 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구	
	02	질병군 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·기재착오 또는 인력신고현황 불일치	
	03	질병군 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오	
	04	질병군 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 MX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오	
	05	실폐괄 응급원격협력진료료의 면허정보 기재누락·산정착오 또는 인력신고현황 불일치	
	06	실폐괄 응급원격협력진료료 산정착오 또는 기재착오	
	07	실폐괄 응급원격협력진료료 산정에 따른 특정내역 구분코드 JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오	
S2		협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업	
	01	진료의뢰-회송 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구	

코드	세부 코드	내 역
	02	신포괄 의뢰환자관리료 산정착오 또는 기재착오
	03	신포괄 의료기관간 원격협력진료료[회송후] 산정착오 또는 기재착오
	04	신포괄 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업 관련 특정내역 구분코드 MX999(기타내역), JX999(기타내역) 기재누락 또는 기재착오
S3		만성질환관리 시범사업
	01	만성질환관리 관련 청구대상이 아닌 진료분, 본인부담금 착오청구
S4		정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업
	01	비자의입원 관련 진료분 착오청구
S7		입원전담전문의 시범사업
	01	입원전담전문의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
S8		지역사회 일차의료 시범사업
	01	지역사회 일차의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
S9		의·한 협진 시범사업
	01	의·한 협진 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SA		장애인 건강주치의 시범사업
	01	장애인 건강주치의 시범사업 청구대상 중 주상병에 기재된 의료인 면허정보와 공단자격 불일치
	02	장애인 건강주치의 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SB		수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업
	01	수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SC		일차의료 만성질환관리 시범사업
	01	일차의료 만성질환관리 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SD		맞춤형 검진바우처 시범사업
	01	맞춤형 검진바우처 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SE		중증소아 재택의료 시범사업
	01	중증소아 재택의료 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구
SF		건보공단 장기요양시설 시범사업
	01	국민건강보험공단 요양시설 건강관리강화(촉탁의 원격진료 원외처방) 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구

3. 심사조정

코드	내역
A	행위, 약제, 치료재료의 단가착오 조정
A	약국 처방조제 명세서 대체조제 장려금 단가착오 조정
A	약제상한차액 산정 착오 조정
A	한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 이하)
A	한방 임의처방 단가착오 조정(3,000원 초과)
AK	수가코드 중 산정코드 착오 조정
B	급여정지 의약품 착오 조정
B	야간가산시간(특정내역 구분코드 JS010) 미기재로 조정
B	행위·약제·치료재료 수가코드 산정착오(급여삭제코드) 조정
B	약국 처방조제 명세서 대체조제 불가 의약품 산정 착오 조정 (보건복지부 고시 제2014-143호, 2014.9.1. 시행)
B	오리지널 의약품 특허기간 만료일 이전에 판매예정인 제네릭 의약품이 청구되어 조정
B	보훈위탁병원의 진료의뢰 가능 기관 착오 조정 (국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙)
B	호스피스전문기관이 아닌 요양기관에서 호스피스 수가 산정 착오 조정
B	호스피스 급여 별도 산정항목 착오 조정
B	S항 특수장비(CT, MRI, PET)의 의료장비 미신고 또는 부적합판정 관련 조정
B	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 X항 정액수가 산정 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
B	마약, 향정신성의약품 등 임의조제 불가 의약품의 직접조제 조정 (약사법 시행규칙 제44조제3항)
B	선별급여항목 청구 착오 조정
B	A항 선별급여항목 청구 착오 조정
B	B항 선별급여항목 청구 착오 조정
B	의료급여정액 명세서의 선별급여항목 청구 착오 조정
B	의료급여 선별급여 항목의 행위별 명세서 청구 착오 조정 (의료급여수가의 기준 및 일반기준 고시)
B	의·약사 본인진료 관련 수가 청구 착오 조정 (보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행)

코드	내역
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-산정 착오(건강보험이 아닌 경우, 시범사업 대상기관 외, 특정기호 S002 미기재 등)로 조정 (협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침, 보건복지부)
B	선별급여 D항 청구 착오 조정(약제)
B	선별급여 E항 청구 착오 조정(행위, 치료재료)
B	선별급여 D항 청구 착오 조정(행위, 치료재료)
B	선별급여 E항 청구 착오 조정(약제)
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 A항 청구 착오 조정
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 B항 청구 착오 조정
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 D항 청구 착오 조정
B	명세서 처방내역 약제 선별급여 E항 청구 착오 조정
B	수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 관련 명세서에 타 급여비용 청구항목 조정 (수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 지침, 보건복지부)
B	수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 관련 명세서의 착오 청구내역 조정 (수술 전후 관리 교육상담 등 시범사업 지침, 보건복지부)
B	맞춤형 검진바우처 시범사업 관련 인정검사 이외 내역 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)
B	맞춤형 검진바우처 시범사업 관련 인정상병 비교 검사료 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)
B	퇴장방지의약품 산정 착오 조정
B	미생산 의약품 산정 착오 조정
B	산정불가 의약품 산정 착오 조정
B	산정불가 치료재료 산정 착오 조정

코드	내역
B	준용수가코드(JJJJJ) 관련 특정내역 구분코드 JS009(준용명)를 기재하지 않아 조정
B	응급원격협력진료-시범사업 지정 의료기관 착오 조정 (의료기관 간 응급원격협력진료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	응급원격협력진료-시범사업 대상자의 보험자종별이 건강보험이 아니어서 조정 (의료기관 간 응급원격협력진료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	응급원격협력진료-시범사업 급여 대상자가 차상위 또는 보훈 자격이어서 조정 (의료기관 간 응급원격협력진료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	응급원격협력진료-시범사업 입원명세서에 청구하여 조정 (의료기관 간 응급원격협력진료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	응급원격협력진료-시범사업 특정기호(S001)를 기재하지 않아 조정 (의료기관 간 응급원격협력진료 시범사업 지침, 보건복지부)
B	만성질환자 지속관리료-시범사업 특정기호(S003)를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.))
B	만성질환자 지속관리료-시범사업 특정기호(S003)를 기재하지 않고 시범사업 수가만 존재하는 경우 조정 (보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.))
B	만성질환자 지속관리료-시범사업 명세서의 타 급여비용을 같이 청구하여 조정 (보건복지부 보건의료정책과-8453호(2016.9.26.))
B	요양병원 장기환자 입원 정액명세서에 인정되는 수가코드 이외의 수가 산정시 해당 수가를 조정
B	요양병원 하위 20% 기관인 경우 필요인력 가산수가(AB001, AB002)를 조정
B	요양병원 정액수가를 L항 외의 항에 청구하거나 L항에 정액수가 외의 수가를 청구한 경우 해당 수가를 조정
B	요양병원 인증조사 미신청기관의 의사 및 간호인력 가산금 착오 청구 조정
B	요양병원 인증조사 미신청기관의 필요인력 별도 보상비용 착오 청구 조정
B	호스피스 전문기관 외 호스피스 정액수가 착오 청구 조정
B	호스피스 급여 별도 산정항목 착오 청구 조정
B	호스피스 입원 중 원외처방전 착오 청구 조정
B	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서의 W항 조정 (국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제9조 제2호)
B	외국인 근로자 등 의료지원 사업 관련 명세서의 W항에 산정할 수 있는 항목 외의 수가를 청구한 경우 해당 수가 조정 (외국인 근로자 등 의료지원 사업 안내, 보건복지부)

코드	내역
B	보훈대상자의 위탁병원이 보훈병원이나 보훈위탁병원 아닐 때 위탁 진료분 조정 (국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙 제3조)
B	고압산소치료-종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정하여 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	심폐소생술료-종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정하여 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 수가를 병원급 이하 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 연령가산수가를 병원급 이하 연령가산 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	종합병원 이상이 아닌 요양기관에서 산정한 종합병원 이상 마취료 연령(신생아, 1세 미만, 6세미만)가산코드를 병원급 연령가산코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	내원일 비교하여 공휴일이 아닌 날 산정한 공휴가산 조정
B	특정내역 구분코드 JT018(건강검진 실시 당일 진찰료 산정사유)에 기재하지 않아 진찰료 조정 (보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	건강검진 실시 당일 의사의 처방 및 진료행위 없이 산정된 진찰료 조정 (보건복지부 고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행)
B	진찰료-요양기관종별(의원) 비교하여 의과 의원급 수가코드로 조정
B	진찰료-요양기관종별(병원) 비교하여 의과 병원급 수가코드로 조정
B	진찰료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 의과 종합병원급 수가코드로 조정
B	감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(요양병원, 보건의료원급) 비교하여 병원급 또는 보건의료원급 수가코드로 조정
B	감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(병원) 비교하여 병원급 수가코드로 조정
B	감염전문관리료 또는 협의진찰료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정
B	소아 진정관리료-요양기관종별(의원) 비교하여 의원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	소아 진정관리료-요양기관종별(병원) 비교하여 병원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	소아 진정관리료-요양기관종별(종합병원) 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	소아 진정관리료-요양기관종별(상급종합병원) 비교하여 상급종합병원급 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	장기요양기관 촉탁의 원외처방에 소요되는 비용 조정(건강보험 상해외인 'J' 아님) (보건복지부 보험급여과-1201호(2008.7.4.))
B	장기요양기관 촉탁의 원외처방에 소요되는 비용 조정(약제비 관련 이외의 코드 산정) (보건복지부 보험급여과-1201호(2008.7.4.))
B	음압격리실 마스크 사용료-음압 격리실 입원료 수가코드가 확인되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행)
B	격리실 마스크 사용료-격리실 입원료(일반 격리실 또는 음압 격리실) 수가코드가 확인되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2017-233호, 2018.1.1. 시행)
B	중환자실 내 음압격리관리료-요양기관의 중환자실 내 음압격리병상 신고내역 없어 조정
B	응급의료관리료-응급의료기관 지정 현황 비교하여 지역응급의료기관 응급관리료 코드(AC105)로 조정
B	응급의료관리료-응급의료기관 지정 현황 비교하여 분야별 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 코드(AC103)로 조정
B	응급의료관리료-응급의료기관 지정 현황 비교하여 미지정 기관에 해당하여 조정
B	회송료-건강보험 2단계기관이 아닌 요양기관에서 착오 산정해 조정
B	입원료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	입원료-요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	입원료-요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	입원료-요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정
B	입원료-요양기관종별 비교하여 의원에 해당하는 코드로 조정
B	입원료-요양기관종별 비교하여 요양병원에 해당하는 코드로 조정
B	납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별(제3차 의료급여기관) 비교하여 상급종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 종합병원에 해당하는 코드로 조정
B	납차폐특수치료실 입원료-요양기관종별 비교하여 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과에 해당하는 코드로 조정

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

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

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

코드	내역	
B	가정간호기본방문료-가정간호실시기관으로 등록되어 있지 않아 조정 (의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부)	
B	가정간호기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사 1인만 존재하여 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호(2009.12.4.))	
B	가정간호기본방문료-가정간호실시기관에 가정간호사 신고내역이 존재하지 않아 조정 (보건복지부 보험급여과-1995호(2008.9.18.))	
B	가정간호기본방문료-의원, 보건의료원 해당 수가코드로 조정	
B	가정간호기본방문료-병원급 해당 수가코드로 조정	
B	가정간호기본방문료-종합병원 해당 수가코드로 조정	
B	가정간호기본방문료-상급종합병원 해당 수가코드로 조정	
B	만성질환관리료-만성질환 없이 산정하여 조정	
B	만성질환관리료-재진환자 외 조정	
B	만성질환관리료-주상병기호 비교하여 인정상병 없어 조정	
B	일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-시범사업 수가를 타 진료 명세서에 산정하여 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)	
B	일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-국민건강보험공단에 등록된 환자(진료일자, 수가코드 등)과 비교하여 불일치로 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)	
B	일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-대상 수가코드별 총 횟수 합 1회 초과분 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)	
B	일차의료 만성질환관리 통합 시범사업-시범사업 수가코드 외 산정되어 조정 (2019년도 일차의료 만성질환관리 시범사업 안내 지침, 보건복지부)	
B	의약품관리료-요양기관종별 비교하여 의원급 수가코드로 조정	
B	의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원급 수가코드로 조정	
B	의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 수가코드로 조정	
B	의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원급 의약품관리료(방문당)로 조정	
B	의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 의약품관리료(방문당)로 조정	
B	마약류 관리료-입원환자 수가코드를 외래 명세서에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)	
B	마약류 관리료(입원환자)-1일당 수가로 1일실시횟수 1 초과 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)	

코드	내역
B	마약류 관리료(입원환자)-내원일수 증가 초과분 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료(외래환자)-방문당 회차 산정하는 수가로 진찰료 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	마약류 관리료-입원 및 외래 수가와 중복 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	입원료(상급종합병원, 의원, 보건의료원)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	입원료(종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	입원료(종합병원, 병원-의료취약지역)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	입원료(종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외)-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정 (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 신고내역 없어 4등급 입원료로 조정 (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)
B	입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정 (보건복지부 고시 제2009-135호, 2010.8.1. 시행)
B	입원료-완화의료병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2018.10.1. 시행)
B	입원료-완화의료병동 사회복지사 신고현황 없어 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2018.10.1. 시행)
B	성인·소아중환자실 입원료-간호등급 신고현황 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료-간호등급 신고현황 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	일반중환자실 입원료-신고 되어있는 간호등급 비교하여 해당수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	중환자실 입원료-간호등급 신고현황 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)

코드	내역	
B	중환자실 입원료-중환자실 간호등급 신고 되어있는 등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)	
B	신생아중환자실 입원료-신생아중환자실 간호등급 신고현황이 없어 최저등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)	
B	신생아중환자실 입원료-신고 되어있는 간호등급으로 조정 (보건복지부 고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행)	
B	신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 조정(1등급)	
B	신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(2등급)	
B	신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(3등급)	
B	신생아중환자실 입원료-신고한 간호등급을 비교하여 해당수가로 조정(4등급)	
B	입원료-0-6시 입원 및 18-24시 퇴원과 관련 특정내역 구분코드 JS003(입원시각), JS004(퇴원시각)를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행)	
B	진찰료 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2005-87호, 2005.1.1. 시행)	
B	진찰료 야간가산-지역응급의료기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 보험급여과-925호(2013.3.25.))	
B	혈액관리료-혈액은행 미신고기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)	
B	혈액관리료-혈액안전감시체계 미신고기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)	
B	혈액관리료-혈액은행 업무 담당하는 상근 진단검사의학과 전문의 신고현황이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)	
B	혈액관리료-혈액은행 업무 담당하는 임상병리사가 3명 미만 또는 혈액은행 업무 전담하는 인력이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)	
B	다학제통합진료료-다학제통합진료 실시하지 않는 기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)	
B	집중영양치료료-집중영양치료팀 구성원(의사, 간호사, 약사, 영양사)이 각 1인씩 구성되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)	
B	집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 간호사, 약사, 임상영양사, 전문의 중 상근하는 인력이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)	

코드	내역
B	집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 간호사, 약사, 임상영양사 중 영양치료 교육 이수자가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀으로 신고한 영양사가 임상영양사로 확인되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-수진자 연령이 만 18세 미만이나 집중영양치료팀에 소아과전문의가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀에 영양치료를 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀에 상근하는 임상영양사가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	집중영양치료료-집중영양치료팀에 구성원(의사, 간호사, 약사, 영양사) 중 집중영양 치료팀 전담하는 인력이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	의료질평가지원금-입원료 인정횟수를 초과하여 산정한 초과분 조정
B	회복관리료-회복실 신고내역이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	암환자교육상담료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원에 해당되는 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	암환자교육상담료-요양기관종별 비교하여 병원에 해당되는 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-116호, 2018.7.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-병원급 기관에 해당되지 않아 산정불가로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-전문병원에 해당되지 않아 산정불가로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원)-대상기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-270호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
B	전문병원 의료질평가지원금(외래)-대상기관이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 한방병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 요양병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-요양기관종별 비교하여 병원 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(입원)-입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	요양병원 의료질평가지원금(입원)-입원료 산정횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금(외래)-진찰료 산정횟수 비교하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-요양기관의 등급이 존재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	전문병원 의료질평가지원금-신고등급과 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-210호, 2019.1.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-외래명세서에 청구되어 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-1일 1회만 산정 가능하여 실시횟수 초과분을 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-내원일수 초과분 조정(낮병동, 외박, 응급실 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-해당되는 종별 외에 조정(병원급 이상) (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-신고현황 비교하여 전담인력 2명 이상 해당 일수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-병상 수 대비 필요 전담인력 충족 일수 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)

코드	내역
B	입원환자 안전관리료-병상 수 대비 필요 전담인력 충족 일수 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	입원환자 안전관리료-200병상 이상이면서 전담인력 1명 이상 해당 일수 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-환자안전활동 등록하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)을 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 필수인력인 외과 전문의 코드를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 기재한 진료과목 의사의 인력 신고현황이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료-특정내역 구분코드 JT001(진료과목 확인코드)에 기재한 진료과목 의사가 인력 신고현황에 3인만 존재하여 수가코드 AI301(비만수술통합진료 의사 수 3인)로 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	비만수술 통합진료료-산정 횟수(수술 전·후 각 1회) 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료-의료기관 윤리위원회 운영기관 외 산정으로 조정 (연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료-시설 등의 공동이용 진료기관의 의료기관 윤리위원회 운영기관 외 산정으로 조정 (연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료-대상장비(인공호흡기, 인공신장기, 제세동기)를 보유하지 않아 조정 (연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료-1일투여(실시)횟수 1회 초과분 조정 (연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)

코드	내역
B	말기환자등 관리료, 연령의료중단결정 환자관리료-총투여일수(실시횟수) 1회 초과분 조정 (연령의료결정법 시행에 따른 수가 시범사업 지침, 보건복지부)
B	진단검사분야 검체검사 질 가산-신고등급과 청구한 등급 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2018-70호, 2018.4.1. 시행)
B	수면검사실 관리료, 수면다원검사-수면다원검사 기관으로 신고 되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-135호, 2018.7.1. 시행)
B	수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(동일한 날에 입원 또는 외래 여부 상관없이 주된 검사 1가지만 산정) 초과 산정한 검사료 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(일반검사는 월 1회 산정 가능) 초과 산정한 일반검사 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	수면검사실 관리료, 수면다원검사-나610 신경학적 검사 급여기준(동일한 날에 단 순검사와 일반검사 동시 실시 시 주된 검사 1가지만 산정) 초과 산정한 검사료 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	외과 전문의 가산수가-외과 전문의 인력 현황 신고가 없어 조정
B	흉부외과 전문의 가산수가-흉부외과 전문의 인력 현황 신고가 없어 조정
B	1일당 검사 수가-1일당으로만 산정할 수 있는 검사 수가로 1일 실시횟수 초과분 조정
B	검사료 수가-대청기관에 대해 양측검사를 시행하더라도 “편측” 표기가 없는 경우 소정점수만 산정
B	검사료 수가-위탁검사 불가 항목을 특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재 하여 조정(검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해 질 수 있어 위탁검사 불인정)
B	검사료 수가-특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 기재 없이 실시횟수 ‘1’ 초과 산정하여 조정
B	임상병리검사 종합검증료-요양기관 신고현황 비교하여 조정(종합검증분야검사실 인증 받은 요양기관에서 시행한 경우 인정)
B	임상병리검사 종합검증료-요양기관 신고현황 비교하여 조정(상근하는 진단검사의학과 전문의가 작성한 경우 인정)
B	초음파검사-초음파검사 시행한 의사의 면허종류, 면허번호 기재하지 않아 조정 (보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))
B	초음파검사-초음파검사 시행한 의사의 면허번호, 면허종류 착오기재로 조정 (보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))
B	초음파검사-초음파검사 시행한 의사가 요양기관 인력 신고현황과 불일치로 조정 (보건복지부 보험급여과-2306호(2014.1.1.))

코드	내역
B	초음파검사-소아복부초음파(만8세미만 소아에 인정) 연령 초과되어 조정 (보건복지부 고시 제2019-33호, 2019.3.1. 시행)
B	초음파검사-특정내역 구분코드 JT004(분만, 임신복초음파)에 임신주수를 기재하지 않거나 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2017-68호, 2019.3.1. 시행)
B	방사선영상진단 판독 가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정
B	방사선영상진단 판독 가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정
B	필름(Film)-영상진단 및 방사선치료료 관련 수기로 없어 산정되어 조정
B	C-Arm형 영상증폭장치이용료-도수 또는 관혈적 정복술 이외 산정으로 조정
B	핵의학영상진단 전문의 판독가산료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 핵의학과 전문의 또는 방사성 동위원소 취급자 특수면허 소지자가 없어 조정
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 상급종합병원 수가 코드로 조정
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가 코드로 조정
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 병원급 수가 코드로 조정
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 의원급 수가 코드로 조정
B	영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근 하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정
B	CT, MRI 조영제를 사용하는 경우 수가-조영제 주입이 필수적인 CT, MRI 촬영에 조영제를 사용한 내역이 없어 조정
B	CT, MRI 동시촬영 수가-경추, 흉추, 요추 부위를 동시 촬영하거나 흉추와 동시에 촬영한 경우 동시촬영 수가코드로 조정
B	MRI 판독료-각 부위별 MRI 촬영료 없이 해당 부위의 MRI 판독료를 산정하여 조정
B	MRI 수가-요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 수가코드에 해당하는 MRI 테슬라 신고내역이 없어 조정
B	MRI 수가-요양기관 의료장비 신고현황 비교하여 신고 되어있는 MRI 테슬라 해당 수가코드로 조정
B	외래환자조제·복약지도료(내복약)-요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없어 조정

코드	내역
B	외래환자조제·복약지도료(외용약)-요양기관 인력 신고현황 비교하여 근무하는 약사가 없어 조정
B	피하근육내 및 정맥내 주사료-1일당 수기로 1일 실시횟수 1회 초과분 조정
B	주사 수기로-약제 없이 산정하여 조정
B	정맥내점적주사료-수액제 없이 산정하여 조정
B	정맥내유지침-정맥내점적주사료 없이 산정하여 조정
B	마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허종류, 면허번호를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.2. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허종류 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.2. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료-의사 면허번호 착오기재 또는 기재된 의사 면허번호 횟수 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.2. 시행)
B	마취통증의학과 전문의 초빙료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 기재한 의사 면허 번호가 신고현황에 확인되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2013-150호, 2013.9.2. 시행)
B	감시하 전신마취- 마취통증의학과 전문의 면허번호를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-155호, 2015.9.1. 시행)
B	신경차단술 야간·공휴가산-가산 할 수 있는 세부기준에 맞지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1. 시행)
B	이학요법료-요양기관 인력·의료장비 신고현황 비교하여 인정기간 초과하여 초과분 조정
B	이학요법료-요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정
B	심층열치료-요양기관 인력·의료장비 신고현황과 불일치로 조정
B	단순재활치료-요양기관 인력 신고현황 또는 면허번호 불일치로 조정
B	피부과적 자외선치료(사-33)-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 피부과 전문의가 없어 조정
B	이학요법료-이학요법료 중 1일 1회만 산정가능한 수가의 실시횟수 '1' 초과로 초과분 조정
B	이학요법료-동일 효과의 이학요법료 동시 산정으로 조정
B	재활저출력레이저치료와 경피적전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료)-동시 산정으 로 1종은 환자 전액본인부담으로 조정 (보건복지부 고시 제2009-135호, 2009.8.1. 시행)
B	근막동통유발점 주사자극치료(TPI)-상병분류기호 비교 '근막동통증후군' 관련 상병 외에 조정 (보건복지부 고시 제2006-3호, 2006.1.16. 시행)

코드	내역
B	상기도 증기흡입치료료-인정상병 없어 조정
B	정신요법료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 정신건강의학과 전문의가 없어 조정
B	정신요법료-요양기관 인력 신고현황 비교하여 상근하는 정신보건사회복지사가 없어 정신의학적사회사업(아-11) 조정
B	정신요법료-요양기관 또는 공동이용기관의 정신건강의학과 전문의 신고현황 없어 조정
B	정신요법료-개인정신치료 1일 1회 이상 산정으로 초과분 조정
B	처치료-상급종합병원 중환자실에서만 산정할 수 있는 처치료 착오 산정으로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	처치료-상급종합병원 중환자실에서만 산정할 수 있는 처치료 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-단순처치 기본수가와 연령가산수가(신생아, 8세 미만)를 중환자실 입원일수보다 많이 산정하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-단순처치의 야간, 공휴가산수를 중환자실 입원일수 보다 많이 산정하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 수가 산정시 상급종합병원 중환자실 입원료 수가가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 7부위 1일 2회 이내 산정 가능하여 1일 최대 14회를 초과 산정한 경우 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-상급종합병원 중환자실에서 단순처치 및 염증성 처치 산정시 상급종합병원 중환자실 입원료보다 많아 초과분은 기본 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-흡입배농 및 배액처치 상급종합병원 중환자실 수가로 산정시 상급종합병원 중환자실입원료 없어 기본 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-체위변경처치 상급종합병원 중환자실에서 1일 3회까지 산정 가능하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-체위변경처치 상급종합병원 중환자실 수가로 산정시 상급종합병원 중환자실 입원료보다 많이 산정한 초과분 기본수가로 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 126호, 2014.8.1. 시행)

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

코드	내역
B	일반처치 또는 수술후처치 등-입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 흡입배농 및 해액처치 수가코드를 입원일수보다 많이 산정하여 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	일반처치 또는 수술후처치 등-입원환자 간호관리료 차등제 1등급인 상급종합병원 입원 중 산정 가능한 체위변경처치 수가코드를 입원일수보다 많이 산정해 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2014-113호, 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
B	응급의료수가 가산-응급의료기관이 아닌 곳에서 산정시 조정
B	응급의료수가 가산-응급의료기관 시작일자~종료일자 전·후로 산정시 조정
B	마취료, 처치 및 수술료 등의 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 기재된 수와 비교하여 야간가산 수가코드의 총 횟수와 불일치하여 조정
B	분만수가 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산)을 기재하지 않아 야간가산 조정
B	분만수가 야간가산-특정내역 구분코드 JS010(야간가산) 기재한 시간이 유효한 야 간가산 시간이 아니므로 조정 (보건복지부 고시 제2016-195호, 2016.11.1. 시행)
B	측두하악관절자극요법-실시기관으로 신고 되어있지 않거나 치과의사의 인력 신고현황 이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	측두하악관절자극요법-요양기관 인력 현황신고 비교하여 시술자가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2003-39호, 2003.8.1. 시행)
B	전염성연속중재기술-치료기간 중 1회 이내로 산정 가능한 처치로 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2018-3호, 2018.4.1. 시행)
B	봉합사를 별도 산정할 수 있는 처치 및 수술 항목 외에 산정한 봉합사 치료재료를 조정 (보건복지부 고시 제2007-143호, 2008.1.1. 시행)
B	내시경적(결장경하) 점막하 절제술-기재된 의사 면허번호가 전문의 자격 취득 후 3 년 미만이거나 진료과목이 인정 기준 충족되지 않아 조정(2019.5.1. 이전 진료분에 해당) (보건복지부 고시 제2011-129호, 2008.1.1. 시행, 보험급여과-3057호 (2011.10.28.))
B	내시경적(결장경하) 점막하 절제술-실시한 의사 면허번호를 기재하지 않아 조정
B	인공와우이식술-실시 기관으로 확인되지 않아 인공와우이식술 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
B	인공와우이식술-실시 기관으로 확인되지 않아 관련 치료재료 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)
B	인공와우이식술-요양기관 인력 현황신고 비교하여 인공와우시술자가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2016-147호, 2016.9.1. 시행)

코드	내역
B	인공와우이식술-인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 현황을 비교하여 상 근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)
B	인공와우이식술-인공와우실시 등록기관이나 요양기관 인력 신고현황을 비교하여 상 근하는 이비인후과 전문의 2인 이상이 없어 관련 치료재료를 조정 (보건복지부 고시 제2010-115호, 제2016-147호)
B	흉부외과 전문의 가산수가-흉부외과 전문의 인력 신고현황을 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	흉부외과 전문의 연령 가산수가-흉부외과 전문의 인력 신고현황을 비교하여 흉부외 과 전문의 신생아 연령 가산을 조정 (보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	흉부외과 전문의 연령 가산수가-흉부외과 전문의 인력 신고현황을 비교하여 흉부외 과 전문의 만 8세 미만 연령 가산을 조정 (보건복지부 고시 제2009-44호, 2009.7.1. 시행)
B	장기 이식·적출술 수가-요양기관 신고현황을 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정 (보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)
B	각막·공막이식술-요양기관 신고현황을 비교하여 장기이식의료기관으로 지정되지 않은 기관으로 확인되어 조정 (보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)
B	24시간 관류액주입관(PD TRANSFER SET)-인정되는 행위료가 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-24호, 2019.2.13. 시행)
B	사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편 제1부 17. 예외규정)
B	건강검진 후 확진검사-미인정 항목 선정으로 조정 (보건복지부 고시 제2018-8호, 2018.1.23. 시행)
B	건강검진 후 확진검사(누-302 당검사)-급여인정 횟수 초과로 조정 (보건복지부 고시 제2018-8호, 2018.1.23. 시행)
B	응급의료관리료-응급의료기관 신고현황을 비교하여 지역센터 응급의료관리료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급의료관리료-응급의료기관 신고현황을 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) 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)

코드	내역
B	응급실 격리병상 음압격리관리료-KTAS 등급(특정내역 구분코드 MT046) 미기재로 조정 (보건복지부 고시 제2016-176호, 2016.9.23. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 요양기관의 신고현황 비교하여 권역응급의료센터 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역응급의료센터 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급진료 전문의 진찰료 면허번호와 요양기관 인력 신고현황 불일치로 조정 (보건복지부 고시 제2015-242호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 중앙센터 전문의 진찰료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 권역센터 전문의 진찰료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 지역센터 전문의 진찰료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 소아센터 전문의 진찰료로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	응급 전문의 진찰료-응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-중앙응급의료센터에 해당되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-권역응급의료센터에 해당되지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-요양기관 현황신고 비교하여 중앙응급의료센터에 해당되는 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-권역응급의료센터의 해당되는 수가코드로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-응급의료기관이 아닌 요양기관에서 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	중증응급환자 진료구역 관찰료-소아전문응급의료센터가 아닌 요양기관에서 산정한 소아중증응급환자 진료구역 관찰료 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)

코드	내
B	응급의료 행위에 대한 가산(8세미만 소아와 응급 동시 적용)-특정내역 구분코드 MS005(응급실 재원시간) 착오기재로 조정
B	외상센터 전담전문의 가산-외상센터 전담전문의의 면허종류, 면허번호를 기재하지 않거나 착오기재로 조정 (보건복지부 고시 제2015-240호, 2016.1.1. 시행)
B	외상센터 전담전문의 가산-응급의료기관 신고현황 비교하여 외상센터 전담전문의 미존재로 조정 (보건복지부 고시 제2018-123호, 2018.7.1. 시행)
B	권역외상센터 가산-의사의 면허종류, 면허번호 착오기재 또는 착오기재로 조정
B	권역외상센터 가산-응급의료기관 신고현황 비교하여 불일치시 조정
B	[치과] 진찰료-요양기관종별 비교 치과병원의 진찰료 수가코드로 조정
B	[치과] 진찰료-요양기관종별 비교 종합병원 내 치과대학부속 치과병원의 진찰료 수가 코드로 조정
B	[치과] 진찰료-요양기관종별 비교 병원 또는 한방병원 내의 치과 진찰료 수가코드로 조정
B	[치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 병원을 의약품관리료로 조정
B	[치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 의원급 의약품관리료(방문당)로 조정
B	[치과] 의약품관리료-요양기관종별 비교하여 종합병원급 의약품관리료(방문당)로 조정
B	[치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (상급종합병원, 의원, 보건의료원)
B	[치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)
B	[치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-의료취약지역)
B	[치과] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 이외)
B	[치과] 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정
B	[치과] 입원료-신생아중환자실 간호인력 신고현황 있어 4등급으로 조정
B	[치과] 입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급에 따른 입원료로 조정
B	[치과] 입원료-성인·소아중환자실 전담의 신고현황 비교하여 성인·소아중환자실 전담의 미신고로 조정
B	[치과] 입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 불일치로 조정

코드	내역
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 비교하여 의원코드로 조정(치과의원)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-치과병원 인력 신고현황에 비교하여 조정
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 따른 병원코드로 조정(치과병원)
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-상급종합병원, 종합병원 인력 신고현황에 비교하여 영상의학과 전문의가 없어 조정
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별에 따른 상급종합병원수가코드로 조정
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 종합병원 수가코드로 조정
B	[치과] 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 이용료-요양기관종별 비교하여 병원수가코드로 조정(병원, 한방병원)
B	[치과] 방사선영상진단 판독가산료-요양기관 인력 신고현황에 비교하여 상근하는 영상의학과 전문의가 없어 조정
B	[치과] 방사선영상진단 전문의 판독가산료-요양기관 인력 신고현황에 비교하여 상근하는 영상의학과 또는 영상치의학과 전문의가 없어 조정
B	[치과] 임상병리검사 종합검증료(나0)-종합검증분야 검사실 인증여부 신고내역 없어 조정
B	[치과] 임상병리검사 종합검증료(나0)-입원 기간 중 1회 초과 산정분 조정
B	[치과] C-Arm형 영상증폭장치이용료-도수 또는 관혈적 정복술 시 이외 산정으로 조정
B	[치과] 외래환자조제·복약지도료(내복약)-요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정
B	[치과] 외래환자조제·복약지도료(외용약)-요양기관 인력 신고현황에 근무 약사 없어 조정
B	[치과] 치과 처치 및 수술료-1치당 수가로 인정횟수 초과분 조정
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전-치식을 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)
B	[치과] 광중합형 복합레진 충전-동시산정 불가능한 처치를 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)
B	[치과] 치석제거-인정횟수 초과분 조정
B	[치과] 치석제거-국민건강보험공단 등록정보의 시술일자와 불일치로 조정
B	[치과] 국민건강보험공단 등록정보 비교하여 등록된 정보가 없어 조정
B	[치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 치과의원 수가코드로 조정
B	[치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여 치과병원 수가코드로 조정

코드	내	역
B	[치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여	종합병원 수가코드로 조정
B	[치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여	치과대학부속 치과병원 수가코드로 조정
B	[치과] 틀니, 임플란트-요양기관종별 비교하여	상급종합병원 수가코드로 조정
B	[치과] 임시틀니-국민건강보험공단 등록정보의 등록번호	불일치로 조정
B	[치과] 임시틀니-국민건강보험공단 등록정보와	불일치로 횡수 초과분 조정
B	[치과] 틀니-국민건강보험공단 등록정보와	불일치로 횡수 초과분 조정
B	[치과] 틀니유지관리-국민건강보험공단 등록정보와	비교하여 불일치로 조정
B	[치과] 틀니유지관리-국민건강보험공단 등록정보와	시술부위 동일하지 않아 조정
B	[치과] 측두하악관절자극요법-해당 상병이	없어 조정
B	[약국] 가루약조제료-조제기본료에 소아가산	산정한 경우 동시 산정 불가로 조정
B	[약국] 마약, 향정신성의약품-마약류 취급	업무정지 행정처분 기간 중 마약류 처방 조제 점검
B	[한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 외의 명세서에	산정하여 조정 (의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)
B	[한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 대상기관 외	조정 (의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)
B	[한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업 인정상병	없어 시범사업 수가를 조정 (의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)
B	[한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-총횡수	1회 초과분을 조정 (의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)
B	[한방] 의·한 협진 2단계 시범사업-시범사업에서 인정되는	수가코드 외 조정 (의·한 협진 2단계 시범사업 지침, 보건복지부, 2017.11.)
B	[한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관으로	등록되어 있지 않아 조정 (의료기관 가정간호사업 업무편람, 보건복지부)
B	[한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관에	가정간호사 1인만 존재하여 조정 (보건복지부 보험급여과-4345호(2009.12.4.))
B	[한방] 가정간호기본방문료-가정간호실시기관에	가정간호가 없어 조정 (보건복지부 보험급여과-1995호(2008.9.18.))
B	[한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황	비교하여 해당 간호등급으로 조정 (상급종합병원, 의원, 보건의료원)
B	[한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황	비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-서울특별시 및 광역시 구지역)

코드	내역
B	[한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-의료취약지역)
B	[한방] 입원료-일반병동 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정 (종합병원, 병원-서울특별시, 광역시 구지역, 의료취약지역 외)
B	[한방] 입원료-성인·소아중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정
B	[한방] 입원료-요양병원 중환자실 간호인력 신고현황 비교하여 해당 간호등급으로 조정
B	[한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 정보가 없거나 등록된 면허번호 및 환자정보가 불일치하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 등록된 수가코드가 불일치하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-추나요법관리시스템에 등록된 수가코드 및 횟수가 불일치하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-특수(탈구)추나에 탈구상병이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-복잡추나 본인부담률 50% 청구하였으나 본인부담률 80% 상병만 존재하여 본인부담 80% 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-복잡추나 본인부담률 80% 청구하였으나 본인부담률 50% 상병만 존재하여 본인부담 50% 수가로 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-요양병원에서 청구하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-추나요법 시행 한의사의 면허번호를 기재하지 않아 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 추나요법-추나요법 사전 교육 이수하지 않은 의사의 면허번호를 기재하여 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
B	[한방] 사업장 부속 요양기관에서 산정한 각종 가산은 산정 불가로 조정 (건강보험요양급여비용 제1편 제1부 IV. 예외규정)
B	[한방] 한방정신요법료-한방정신건강의학과 전문의 또는 3년 이상 한방신경정신건강의학과 전공의가 시행하지 않아 조정
B	[한방] 한방정신요법료-한방정신건강의학과전문의(전속지도전문의) 지도하에 한방정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에 산정
B	[한방] 중증응급환자 진료구역 관찰료-응급의료기관 신고현황 비교하여 권역응급의료센터로 조정

코드	내역
BD	약제상한차액-약제상한차액 지급대상 제외 약제의 상한차액을 조정
BD	약제상한차액-퇴장방지의약품의 약제상한차액을 조정
BD	약제상한차액-약제상한차액 지급기간에 해당하지 않아 조정
C	의료급여 정신건강의학과 정액 명세서에 청구된 원외처방약제비 조정
C	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 1일 최대투여량 초과분 조정
C	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 최대 투여기간 초과한 총투여일수 조정
C	식약처 허가사항(용법·용량) 비교, 여성(혹은 남성)에 투여된 약제 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 인정상병 범위 외 산정으로 조정
C	특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 기재누락으로 조정
C	특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과) 치매검사 시행일 비교 1년 경과로 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교, 인정상병 범위 외 산정으로 조정
C	식약처 허가사항(효능·효과) 비교, Rivastigmine제제의 인정상병 범위 외 산정으로 조정
C	비암성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성체장염)에서 1회 처방당 최대 30일까지 인정(30일 초과시 조정)
C	경구용 당뇨병용제 병용요법(2제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정
C	경구용 당뇨병용제 병용요법(3제)의 인정되지 않는 조합으로 투여되어 1종 조정
D	금액 계산착오 조정- 청구한 금액과 계산한 금액(단가×1회투약량×1일투여량(실시횟수)×총투여일수(실시횟수))이 상이
D	금액 계산착오 조정- 팩단위제제 의약품의 1회투약량 착오 관련 (보건복지부 보험급여과-2084호(2011.6.23.))
D	약제상한차액 금액 계산착오 조정-청구한 약제상한차액 금액과 계산한 약제상한차액 금액이 상이
DD	약제상한차액 총액 계산착오 조정-명세서에 청구한 약제상한차액 금액과 진료내역에 청구한 약제의 약제상한차액을 계산한 금액이 상이
E	비급여 또는 요양급여비용 전액본인부담 항목의 급여청구 조정
E	원외처방 비급여 대상 약제 조정
E	비급여 약제의 급여 청구 조정(처방내역)
E	비급여 약제의 급여 청구 조정(진료내역)
E	식약처 허가사항(용법·용량)에 맞지 않아 조정
E	특정내역 구분코드 JT007(치매검사결과)과 비교하여 조정
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전-유치에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전-연령 비교하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전-인정되는 상병이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)
E	[치과] 광중합형 복합레진 충전-유치에 산정하여 조정 (보건복지부 고시 제2018-296호, 2019.1.1. 시행)
E	[한방] 추나요법-인정되는 상병이 없어 조정 (보건복지부 고시 제2019-64호, 2019.4.8. 시행)
E	비암성통증(골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성척추장염)에서 1일 최대투여량 60mg 초과분 환자 전액본인부담으로 조정
F	치료재료 구입증빙자료 미제출 조정
K	행위·약제·치료재료 수가코드의 코드구분 기재누락 또는 기재착오 조정
K	행위 수가코드의 산정코드 기재누락 또는 기재착오(8단수가코드를 5단수가코드로 기재) 조정
K	진료내역 코드구분 2(준용수가) 기재건에 'JJJJ.J' 외의 수가코드 기재착오 조정
KK	협약치료재료 착오청구 조정
L	특정내역 구분코드 JS005(검체검사 위탁) 관련 수탁기관기호 또는 검사의뢰일 기재착오 조정
L	특정내역 구분코드 JS006(시설 등 공동이용) 관련 실시요양기관기호 또는 진료의뢰일 기재착오로 공동이용 진료분을 조정
L	특정내역 구분코드 JS007(개방병원 의뢰진료) 관련 개방병원의 요양기관기호 또는 의뢰일 기재착오로 개방병원 진료분을 조정
L	특정내역 구분코드 JS008(위탁진료) 관련 실시요양기관기호 또는 의뢰일 기재착오로 위탁진료분 조정
L	시설 등 공동이용 관련 의료장비 공동이용 신고내역 비교하여 행위료 조정 (보건복지부 고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행)
L	의료급여 삭제코드 청구건 조정
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 미신고로 조정 (보건복지부 고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행)

코드	내역
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) 100분의100 본인부담금총액 계산착오 조정
YA	식대금액 산정착오 조정, 차상위환자 기본식대금액 산정착오 조정
YA	입원환자 식대관련 단가 착오 조정
YB	입원환자 식대관련 기준적용착오 조정
YB	의료급여 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)
YB	건강보험 입원환자식 식대운영현황 미신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 선택식단가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대직영가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 치료식가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사가산 신고등급으로 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 조정
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 치료식가산 조정

코드	내역
YB	입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사가산 신고등급으로 조정
YB	치료식 영양관리료 가산 조정 (치료식 영양관리료 차등제 신고내역 없는 경우) (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
YB	치료식 영양관리료 인정횟수 초과분 조정 (보건복지부 고시 제2015-149호, 2015.10.1. 시행)
YB	영양사 가산식대 총 횟수가 영양사 일반식 가산 인정가능 총 횟수 초과 (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
YB	조리사 가산식대 총 횟수가 조리사 일반식 가산 인정가능 총 횟수 초과 (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
YB	직영(산모식) 가산식대 총 횟수가 직영 가산 인정가능 총 횟수 초과시 조정 (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
YB	직영(산모식 외) 가산식대 총 횟수가 직영 가산 인정가능 총 횟수 초과시 조정 (보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15. 시행)
YB	[치과] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 신고 조정 (보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)
YB	[치과] 건강보험 입원환자식 식대운영현황 신고 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대가산 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 선택식단가산 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대직영가산 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 치료식가산 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사가산 신고등급으로 조정
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 점검
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 치료식가산 점검
YB	[치과] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사가산 신고등급으로 조정
YB	[한방] 의료급여 입원환자식 식대운영현황 없어 조정 (보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)
YB	[한방] 건강보험 입원환자식 식대 운영현황 없어 조정 (보건복지부 고시 제2006-38호, 2006.6.1. 시행)
YB	[한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 영양사 일반식가산 조정
YB	[한방] 입원환자식 식대운영현황 신고내역 비교하여 식대 조리사 일반식가산 조정

코드	내역
YD	입원환자 식대관련 계산착오 금액 조정
YK	입원환자 식대 코드착오 조정
3A	차상위 2종환자 입원 가산식대 단가착오 조정
3B	차상위 2종환자 입원 가산식대 산정착오 조정(삭제 수가코드 사용)
3D	차상위 2종환자 입원 가산식대 단가 및 횟수 비교 계산 착오 조정
3K	차상위 2종환자 입원 식대수가 코드착오 조정
5A	장애인 치과진료 가산수가 단가착오 조정
5B	장애인 치과진료 가산수가 산정착오 조정(삭제 수가코드 사용)
5D	장애인 치과진료 가산수가 단가 및 횟수 비교 계산착오 조정
5K	장애인 치과진료 가산수가 수가 코드구분 또는 분류코드 착오 조정
5K	장애인 치과진료 가산수가 코드 또는 분류코드 착오 조정
5R	장애인 치과진료 가산 비용 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정
5R	장애인 치과진료 가산 비용 수탁기관의 의료장비 신고내역 없이 산정한 행위료 조정
6A	토요일 진찰료 가산수가 단가착오 조정
6B	토요일 진찰료 가산수가 코드착오 조정
6B	의·약사 본인진료 토요일 가산수가 코드착오 조정
6D	토요일 진찰료 가산수가 단가 및 횟수비교 계산착오 조정
6K	토요일 진찰료 가산수가 코드착오 조정
6K	토요일 진찰료 수가의 수가구분코드 착오 조정
50B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 50%(60%)로 변경
80B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경
메시지	선천성 심장질환 세부 상병 범주 확인

[참고]

심사조정 사유별 코드

코드	내역
A	금액 산정착오 조정(행위, 약제, 치료재료)
AK	코드 산정착오 조정
B	요양급여기준 적용착오 비용 조정
BD	약제상한차액 산정착오 조정
C	요양급여기준 범위 초과 비용 조정, 처방내역 미확인 조제
D	계산착오금액 조정
DD	약제상한차액총액 계산착오 조정
E	비급여 또는 요양급여비용의 100분의100본인부담 항목 조정
F	구입증빙자료 미제출분 조정
K	산정코드 및 코드구분 착오 또는 누락 조정
KK	협약가 또는 치료재료 구분착오 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

코드	내역
3A	차상위 2종환자 입원가산식대 산정금액 착오 조정
3B	차상위 2종환자 입원가산식대 요양급여기준 적용착오 비용 조정
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
5K	장애인 치과 진료 가산 코드산정 착오 조정
5R	장애인 치과 진료 가산 비용 의료 장비 미신고 조정
6A	토요 진찰료 가산 금액 산정착오 조정
6B	토요 진찰료 가산 요양급여기준 적용착오 비용 조정
6D	토요 진찰료 가산 계산착오금액 조정
6K	토요 진찰료 가산 코드산정 착오 조정
50B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 50%(60%)로 변경
80B	요양급여기준 적용착오로 본인부담률을 80%로 변경