요양급여비용
주요 청구착오유형 모음집

2009. 1

건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

머 리 말

건강보험심사평가원은 빠르게 변화하는 심사환경에 발맞추어 요양급여비용 심사를 청구내역의 심사 중심에서 사전안내와 교육을 통하여 요양기관이 자율적으로 시정토록 하는 종합관리제 방식으로 전환하였고, 각종 심사기준을 합리적으로 개선하여 꾸준히 공개하고 있습니다.

또한 건강보험심사평가원의 업무와 직·간접적으로 관련이 있는 국민, 요양기관, 보험자 등 모든 대상을 고객으로 재인식하고 업무체계를 고객중심으로 개편하는 등 고객만족도를 높이기 위한 여러 가지 업무혁신방안을 지속적으로 추진하고 있습니다.

건강보험심사평가원은 주요 고객의 하나인 요양기관이 요양급여비용을 보다 정확하게 청구할 수 있도록 돕기 위하여 『요양급여비용 주요 청구착오 유형 모음집』을 발간하게 되었습니다.

이 모음집은 그간 건강보험심사평가원의 심사과정에서 상시적·반복적으로 나타난 주요 청구착오 유형과 사례를 발췌하여 심사내역 및 그 근거와 함께 정리 하였고, 요양급여비용 청구에 도움이 될 수 있는 기본진료료 및 검사료 등 11개 항목 347개 업무사례를 수록하였습니다.

여기에 수록된 사례는 2008년 11월 30일 기준으로 작성하였습니다.

이 모음집이 건강보험심사평가원의 심사에 대한 요양기관의 올바른 이해를 돕고 요양급여비용의 청구에 조금이나마 도움이 되기를 기대합니다.

앞으로도 건강보험심사평가원에 더 많은 관심과 협조를 부탁드립니다.

2009년 1월

건강보험심사평가원장

<목 차>

요양급여비용 주요 청구착오 유형 및 심사내역

1. 기본진료료 ····· 3
2. 검사료 ····· 47
3. 영상진단료 ····· 68
4. 투약 및 조제료 ····· 81
5. 주사료 ····· 88
6. 마취료 ····· 94
7. 이학요법료 ····· 101
8. 정신요법료 ····· 115
9. 처치 및 수술료 등 ····· 121
10. 의약품 ····· 180
11. 일반사항 ····· 205

부 록

- 건강보험심사평가원 (7개)지원 (대표)전화번호 ····· 223

요양급여비용 주요 청구착오 유형 및 심사내역

분 류 항 목	착 오 유 형
1. 기본진료료	73
2. 검사료	47
3. 영상진단료	23
4. 투약 및 조제료	12
5. 주사료	17
6. 마취료	8
7. 이학요법료	28
8. 정신요법료	11
9. 처치 및 수술료 등	83
10. 의약품	30
11. 일반사항	15
계	347

1. 기본진료료

⊛ 진찰료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 만성질환으로 월을 달리하여 진료한 경우 진찰료 청구착오	○ 본태성고혈압, 퇴행성관절염, 폐결핵 등 만성질환상병으로 초진 진료를 받고 치료가 종결되지 않은 상태에서 다시 내원한 경우에는 재진진찰료로 청구하여야 하나 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료(가1-가)와 재진진찰료(가1-나)의 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원간격에 상관없이 재진환자로 본다.
○ 개설자와 관리의사가 다른 경우 관리의사만이 변경시 초진진찰료 청구착오	○ 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는 재진진찰료로 산정하여야 하나 - 개설자는 동일하나 관리의사만 변경되어 처음 진료로 보고 초진진찰료를 산정하여 재진진찰료로 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 1. 요양기관 폐업후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로 모든 진료비용은 요양기관을 개설한 시점부터 초진환자로 간주하여 요양급여비용을 산정할 수 있음.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 개설자와 관리의사가 다른 경우 관리의사만이 변경시 입원료 체감제 청구착오	- 입원환자의 경우 개설자는 동일하나 관리의사만 변경된 경우라도 계속적으로 입원진료를 받는 경우에는 입원료 체감제를 적용하여야 하나 입원료 체감제 미적용으로 최초입원일 기준으로 입원료 체감제 적용하여 심사조정	- 2. 그러나, 의료기관이 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는 재진 진찰료를 산정하고, 또한 개설자, 의료기관 명칭 및 관리의사를 변경하였더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료함이 타당. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으로 진료를 행한 경우 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원환자가 계속적으로 입원진료를 받는 경우 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우 입원료 체감은 적용됨.
○ 입원일수에 따른 입원료 체감제 청구착오 (요양병원)	○ 상세불명의 뇌경색증, 본태성고혈압, 퇴행성 관절염 상병 등으로 181일 이상 장기입원한 경우에는 요양병원입원료 체감제를 적용하여야 하나 최초입원일로부터 입원일수가 190일인데 요양병원입원료 100%를 산정하여 요양병원 입원료 5% 감산하여 심사조정	○ 상대가치점수 제3편 요양병원 산정지침 - 입원 181일째부터 360일째까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원입원료 소정점수의 5%를 감산하여 산정하고(산정코드 첫 번째 자리에 6으로 기재), 입원 361일째부터는 요양병원입원료 소정점수의 10%를 감산 산정(산정코드 첫 번째 자리에 7로 기재)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 진찰료에 대한 야간가산료 청구착오	○ 진찰료에 대한 야간가산료는 2006년 2월1일부터는 평일 09시부터 18시 (토요일 13시)이전에 내원한 경우에 진찰료에 대한 야간 가산료를 청구할 수 없으나 야간 가산료를 청구하여 심사조정 <예시> - 2006년 3월 4일 복통으로 08시50분에 내원하여 담당의사가 09시 08분에 진료한 경우에는 환자가 요양기관에 도착하여 담당의사가 진료를 개시한 시점을 기준으로 진찰료 야간가산이 적용되므로 진찰료(가1) 야간가산을 할 수 없음.	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 평일 18시(토요일 13시)이후에는 진찰료 중 기본진찰료 소정점수의 30%를 가산한다. (2006년 2월1일 진료분 부터) ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 진찰료 야간가산 적용시간은 2006.2.1 이후는 환자가 야간가산 기준 시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음날 09시 사이에 내원한 경우는 진료 담당의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 한다. ⊙참고: 2006년2월1일 이전 진찰은 평일 20시(토요일은 15시)~09시 진찰을 행한 경우에 야간 가산료를 산정할 수 있었음.
	○ 진찰료 야간가산료 산정시 명세서 줄 번호 특정 내역(JS010)란에 진찰을 시간 기재하여야 하나 미기재된 경우 야간가산료 심사 조정 <예시> - “기타 불안장애” 상병 등으로 1일 내원하여	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	재진진찰료(야간가산) 1회 산정하였으나 줄번호 특정내역에 1일에 대한 야간 시간이 미기재되어 야간가산료 심사조정	
	○ 진찰료 야간가산료 산정시 명세서 줄번호 특정내역란에 야간시간을 기재하여야 하나 야간가산 시간이 아닌 시간으로 기재하여 야간가산료 심사조정 <예시> - 진찰료 줄번호 특정내역란에 20060 5130904으로 기재하여 시간 비교하여 야간가산료 조정	○ 요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서 서식및 작성요령 - 줄번호 단위(JS010)에 진찰료 또는 처치, 마취료 등 야간가산시 실시시간 기재하며 기재형식은 CCYYMMDDHHMM으로 실시시간과 실시일자를 동시에 기재한다.
○ 진찰료에 대한 가산시 야간가산 코드 청구착오	○ 진찰료 공휴가산인 경우는 공휴가산코드(산정코드 두번째 자리 5)를 산정하여야 하나 야간가산코드(산정코드 두 번째 자리 1)로 착오 기재함 <예시> - “기타 아래다리 부분의 열린 상처” 상병에	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에는 진찰료중 기본 진찰료 소정 점수의 30%를 가산(산정코드 두 번째 자리에 야간 1, 공휴일은 5로 기재)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	‘06년 3월 12일(공휴일)내원하여 진찰료 공휴가산(AA154050)으로 청구하여야 하나 진찰료 야간가산(AA154010)으로 산정하여 공휴가산 코드로 정정하여 인정함	
○ 의사본인 진료시 산정할 수 없는 진찰료 청구	○ 의사본인 진료시 진찰료는 인정되지 않으나 진찰료(가1)를 청구하여 심사조정	○ 고시 제2007-139호(행위, 2008.1.1시행) - 의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인 진료시에는 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래 가격으로 보상함.
○ 의사본인 검사 수탁시 가산료 청구착오	○ 의사본인 검사 수탁시 가산료는 인정되지 않으나 가산료를 청구하여 심사조정	○ 심사지침 - 개원의 본인이 위탁검사를 한 경우에는 검사기관(수탁기관)으로 검사료를 지불하여야 하므로 검사에 소요된 비용은 급여가 타당함. 따라서 의사 본인 진료시 위탁검사를 시행한 경우에는 검사기관(수탁기관)으로 지불한 검사료만 인정하고 위탁검사관리료(10%)는 인정하지 아니함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 장기요양기관에서 촉탁의가 원외처방전 교부시 요양급여비용 청구착오	○ 의원에 근무하는 촉탁의가 원외처방 교부시 진찰료 AA254로 청구하여 AA254080으로 심사조정함	○ 원외처방전 교부시 원외처방에 소요된 비용은 건강보험은 처방의사가 속한 요양기관종별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수로 산정(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)하고, 의료급여는 종별 구분 없이 의과의원의 재진진찰료 중 외래관리료로 산정하되, 원외처방전 교부 없이 진찰만 이루어진 경우 외래관리료는 산정할 수 없으며, 원외처방전을 교부한 의사는 시설입소자에 대한 원외처방전 교부내역을 의료법에 의한 진료기록부(시설내 진료 표시)에 작성하여 소속 의료기관에 반드시 비치하여야 합니다.
○ 외래에서 협의진찰료 청구착오	○ 외래에서 진찰료는 산정하지 아니하고 협의진찰료가 청구되어 협의진찰료는 입원시에만 산정 가능하므로 협의진찰료 심사조정	○ 요양급여비용제1장 기본진찰료 - 가8 협의진찰료 • 주1 : 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 입원환자에게서 협의진찰료 청구착오	○ 입원 중인 환자에게 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 다른 진료과목 의사에게 협의진료를 요청하는 경우는 협의진찰료를 30일에 1회 산정하나 - 당뇨병으로 인한 합병증으로 내과에 입원하여 발의 궤양이 심하여 정형외과에 협의진료한 경우로 30일에 2회이상 협의진찰료를 산정하여 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진찰료 - 가8 협의진찰료 • 주 : 1. 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료 과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 산정한다. 2. 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 하며 동일 문제에 대한 협의진찰료는 입원 기간 중 30일에 1회만 산정한다.
○ 양방요양기관에 입원중인 환자의 한방협진시 협의진찰료 청구착오	○ 양방 요양기관에 입원중인 환자가 담당의사의 지시에 따라 한방진료를 받기 위해 한방요양기관에 방문한 경우에는 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래 명세서로 청구하여야 하나 입원 명세서에 청구하여 심사조정함	○ 동일 건물내의 한방(양방) 요양기관에 입원중인 환자가 담당의사의 지시에 따라 양방(한방)진료를 받기 위해 양방(한방)요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 양방(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		조언을 얻는 경우에 해당하므로 제 1장 기본진료료 가8협의진찰료 '주'의 규정에 따라 진찰료가 아닌 <협의진찰료>로 산정하여야 하며, 요양급여 비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래 요양급여비용 명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용 총액에 대한 외래 본인부담금 산정 방법에 의해 청구하여야 합니다.
○ 담당의사의 진찰 없이 물리치료를 받은 경우 진찰료 청구착오	○ 요통, 퇴행성관절염 등 만성 근골격계 질환으로 내원한 수진자에 대하여 다음날부터 3일간 물리치료를 계속 받도록 처방한 후 - 다음날에 진찰없이 물리치료를 실시한 경우에 진찰료는 기본진찰료(재진) 소정점수의 50%(코드:AA222)로 산정하여야 하나, 기본진찰료와 외래관리료를 포함한 재진진찰료 100%를 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다. - 가1 외래환자 진찰료 가. 초진 진찰료 나. 재진 진찰료 • 주: 4. 물리치료, 주사 등을 일시에 처방지시하여 의사의 진찰행위없이 매일 또는 반복하여 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받은 경우 또는 주사제를 처방한 당일이 아닌 다른 날에 의사의 진찰없이 주사를 실시한 경우에는 49.09점을
○ 환자가족이 의료기관에 직접 내원하여 약제 또는	○ 환자가 직접 내원하지 않고 환자가족이 내원하여 담당의사와 상담 후 약제 또는 처방전을 받는 경우에 진찰료는 재진진찰료의 50%를	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
처방전을 받은 경우 진찰료 청구착오	산정하여야 하나 재진진찰료 100%를 청구하여 재진진찰료 해당액 심사조정	산정한다. • 주: 5. 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자 가족이 내원하여 진료담당의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만을 수령 또는 발급하는 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다 (산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)
○ 건강검진 실시 당일에 산정할 수 없는 진찰료 청구	○ 건강검진 당일에 동일의사에게 건강검진결과에 따라 처방전 등을 발급받은 경우에 진찰료는 산정할 수 없으나 진찰료(가1)를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 건강검진 당일에 동일 의료기관에서 동일의사가 검진결과에 따른 진료시 건강검진시의 진찰행위와 진료과정의 연계로 판단되므로 진찰료는 별도 산정할 수 없고 진찰료 제외한 진료비용은 요양급여비용으로 청구 - 건강검진을 실시한 동일 의료기관에서 동일의사에게 검진 결과 나타난 이상소견을 다른 날 진료받은 경우 재진진찰료를 산정함.
○ 건강검진 결과에 따라 검진 다음날 진료시 초진료 청구착오	○ 건강검진 결과에 이상이 있어 다른 날 동일기관, 동일의사에게 진료받은 경우에 진찰료는 재진료로 산정하여야 하나 초진진찰료(가1-가)로 산정・청구하여 초진진찰료와 재진진찰료의 차액 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 동일한 상병으로 2인 이상의 의사가 동일한 날에 각각 진찰한 경우 진찰료 청구착오	○ 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰한 경우 진찰료는 1회만 산정하여야 하나 2회 청구하여 1회 심사조정 <예시1> - 좌골신경통 및 척추증 상병으로 정형외과 의사 및 마취통증의학과 의사가 각각 진료한 후 진찰료(가1-가) 2회를 산정하여 1회 심사조정 <예시2> - 관절염 상병으로 같은 날 내과 의사와 정형외과 의사가 진찰한 경우 진찰료(가1-가)는 1회만 청구하여야 하나 2회 청구하여 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 동일한 상병에 대하여 2인 이상 의사가 동일한 날에 진찰을 한 경우 진찰료는 1회만 산정한다.
○ 동일한 상병으로 계속 내원시 (진료시) 초진료 청구착오	○ 동일상병으로 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원한 경우 내원간격에 관계없이 재진진찰료로 청구하여야하나 초진진찰료 (가1가)2회 산정되어 1회는 재진진찰료(가1나)로 인정하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 원하는 경우에는 내원 간격에 상관없이 재진 환자로 본다. 또한, 완치여부가 불분명하여 치료의 종결 여부가 명확하지 아니한 경우 90일 이내에

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - '기타 아래다리 부분의 열린 상처', '무릎의 타박상' 상병으로 2006년 3월 10일부터 7일 동안 내원하여 초진진찰료 2회 산정하여 1회는 재진진찰료로 심사조정 ○ 동일 상병으로 동일 의사에게 진료시 초진 진찰료 2회 산정되어 초진진찰료1회, 재진 진찰료 1회로 차액 심사조정	내원 시 재진환자로 본다.
○ 유사상병으로 다음날 다시 진료한 경우 진찰료 청구착오	○ 유사한 상병에 대하여 동일 의사가 다음날 다시 진찰한 경우, 재진진찰료를 산정하여야 하나, 초진진찰료를 2회 산정하여 1회는 재진진찰료로 심사조정. <예시 1> - 상세불명의 급성편도염 상병으로 초진 진료를 받고 치료가 종결되지 않은 상태에서 편도주위 고름집 상병으로 다음날, 다시 내원	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 초진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료 받은 경험이 없는 환자를 말한다. - 재진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료 받고 있는 환자를 말한다. - 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원간격에 상관없이 재진환

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	한 경우에는 재진진찰료로 청구하여야 하나 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료(가1-가)와 재진진찰료(가1-나)의 차액 심사조정 <예시2> - 급성상기도감염으로 초진 진료를 받고 치료가 종결되지 않은 상태에서 급성기관지염 상병으로 익일, 다시 내원한 경우에는 재진진찰료로 청구하여야 하나 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료(가1-가)와 재진진찰료(가1-나)의 차액 심사조정	자로 본다.
○ 만6세 이상 소아인 경우 진찰료 가산 청구착오	○ 만6세 이상의 소아인 경우 진찰료는 가산 산정할 수 없으나 진찰료를 가산 청구하여 진찰료 차액 심사조정 <예시> - 1999년 1월 1일 출생한 소아가 2005년 9월 1일 초진으로 진료 받은 경우에 초진 진찰료에 9.03점을 가산하여 청구하였으나	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가1 외래환자진찰료 • 주: 만6세 미만의 소아에 대하여는 초진 진찰료시 9.03점, 재진 진찰료시 3.61점을 가산한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	만6세 이상 소아에서 청구한 진찰료 가산점수는 심사조정	
○ 신생아에 진찰료 청구착오	○ 질병 없는 신생아인 경우에는 진찰료를 산정할 수 없으나 초진진찰료(가1가) 산정되어 심사조정 <예시> - “병원에서 출생한 단일아 상병”이 정상 신생아에게 명세서에 초진진찰료가 청구되어 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 출산 후 신생아에 대한 이상 유·무를 관찰하여 정상이면 신생아입원료(가7)를 산정하므로 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 이상소견이 있어 진료를 계속할 경우에는 환자이기 때문에 입원료(가2) 또는 집중치료실 입원료(가9) 등을 산정하게 되므로 1회의 초진 진찰료를 산정할 수 있음.
	○ 출산직후 이상 소견이 있어 신생아가 의사 진료후 입원한 경우에는 초진 진찰료를 산정할 수 있으나 청구하지 아니하여 초진진찰료(가1가)를 청구할 수 있음을 안내함 <예시> - 출생 직후 “신생아의 일과성 빠른 호흡”, “상세불명의 신생아황달”상병인 신생아에	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	진찰료가 산정되지 않아서 1회의 초진진찰료를 청구할 수 있음을 안내함	
○ 만성질환으로 진료(치료)중 타상병이 발생하여 동일한 의사에게 진료시 진찰료 청구착오	○ 만성질환으로 계속 진료 중에 다른 상병이 발생하여 동일한 의사에게 진료한 경우 재진진찰료(가1-나)를 산정하여야 하나 초진진찰료(가1-가)로 청구하여 차액 심사조정 <예시1> - 만성간염 상병으로 치료 중에 감기 상병으로 내원한 경우에 재진진찰료로 청구하여야 하나, 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료와 재진진찰료의 차액 심사조정 <예시2> - 혼합성 고지혈증, 상세불명의 간질환으로 계속 치료 중(약제투여 등) 위염이 발생되어 진찰시 재진진찰료로 청구하여야 하나, 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료와 재진진찰료의 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일한 의사가 동시에 진찰을 행한 경우 진찰료는 재진진찰료 1회만 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시3> - 폐경기 및 기타 폐경기전후장애 상병으로 진료를 계속 중에 다른 상병인 급성질염이 발생하여 진찰한 경우 재진진찰료로 청구하여야 하나, 초진진찰료를 청구하여 초진진찰료와 재진진찰료의 차액을 심사조정	
○ 예정된 수술을 위해 낮병동 입원시 진찰료 청구착오	○ 정맥류발거술, 치질수술, 백내장수술, 비중격교정술 등 예정된 수술을 위해 낮병동에 입원시 진찰료는 산정할 수 없으나 - 낮병동 입원료와 함께 진찰료(가1)를 청구하여 진찰료는 심사조정 <예시> - 만성비염, 편위된코사이막 상병으로 낮병동에 입원하여 비중격교정술을 실시하고 1일간의 낮병동 입원료와 재진진찰료(가1-나) 청구하여 재진진찰료 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 낮병동입원료(AF100～AF400)를 산정하는 당일 외래 또는 응급실에서 진찰을 행한 경우에는 진찰료를 함께 산정할 수 있으나, 예정된 외래 수술을 위해 내원하는 경우 또는 정신과의 낮병동에서 매일 또는 반복하여 진료를 받는 경우에는 진찰료를 산정하지 아니한다.
○ 비급여대상인 기미, 주근깨, 비만에	○ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시한 진료는 비급여대상임	○ 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙(별표2) 비급여대상

청구착오 유형	심사내역	관련근거
대하여 진료한 후 요양급여비용으로 청구착오	- 기미 상병으로 진료한 후 초진진찰료(가1-가)를 청구하여 심사 조정 - 비만 상병으로 진료한 후 초진진찰료(가1-가)를 청구하여 심사 조정	- 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료·주근깨·다모·무모·백모증·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부 질환
○ 비급여 상병 시술 후 간단한 처치 등을 위해 진료한 경우 재진료 등 청구착오	○ 비급여대상인 단순여드름, 주근깨 등 상병으로 내원한 수진자에게 여드름, 주근깨 제거 시술을 하고 다음날에 시술부위에 대한 처치 등을 실시한 경우에 재진진찰료(가1-나) 등은 산정할 수 없으나 이를 청구하여 심사조정	
○ 진찰료에 대한 공휴가산료 청구착오	○ 상세불명의 만성간염상병으로 5월 1일(근로자의 날) 내원하여 재진진찰료 공휴가산(AA254050)산정하여 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일이 아니므로 재진 진찰료 중 공휴가산료 심사조정	o 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 평일18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에는 진찰료중 기본진찰료 소정점수의 30%를 가산한다.
○ 만3세에서 만6세 사이의 소아인 경우 진찰료 가산 청구착오	○ 만3세에서 만6세 의 소아인 경우 에는 만3세에서 6세의 소아 가산율을 산정하여야 하나 만1세에서 만3세 미만으로 가산료 산정되어 진찰료 차액 심사 조정	o 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가 1 외래 환자 진찰료. 주 : 만6세미만의 소아에 대하여는 9.03점을 가산 한다. 다만, 의과 의원, 보건의료원내의 의과의 경우 만1세 미만의 소아

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> 2003년 6월 20일 출생한 소아가 2007년 7월 2일에 진료 받은 경우에 진찰료에 18.06점을 가산하여 청구 하였으나 만3세에서 만6세 소아 가산율 9.03점을 제외한 차액 9.03점 을 심사 조정	에 대하여는 27.09점을, 만1세이상 만3세 미만의 소아에 대하여는 18.06점을 각 각 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 만6세미만은 6, 만1세미만은 1, 만1-만3세 미만은 7로 기재

❁ 입원료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 입원한 날짜를 기준으로 입원료 청구착오	○ 입원료 산정을 위한 입원일수의 계산은 12시(정오)부터 다음날 12시(정오)를 기준으로 하여야 하나 입원한 날짜를 기준으로 입원료를 산정하여 청구한 경우에 입원료 산정지침에 맞지 않는 입원료 심사조정 <예시1> - 장염, 폐렴 등 상병으로 6월 1일 11시에 입원하여 6월 3일 15시에 퇴원한 경우에 2일간의 입원료를 청구하여야 하나 입원한 날짜를 기준으로 3일간의 입원료를 청구하여	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음날 12시(정오)까지를 의미한다. - 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 입원료 소정점수의 50%를 별도 산정한다. - 06~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료는 별도 산정하지 아니한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	1일의 입원료 심사조정 <예시2> - 강직성 편마비 등 상병으로 2006년 4월 4일 11시에 입원하여 4월 13일 16시에 퇴원한 경우, 9일간의 입원료를 청구해야 하나 입원한 날짜를 기준으로 10일간의 입원료를 청구하여 1일의 입원료 심사조정	
○ 동일월에 재입원 경우 1건의 명세서로 청구착오	○ 동일 월에 퇴원 후 재입원한 경우 동일 월이라 하더라도 각각 분리 청구하여야 하나 - 1건의 명세서로 청구하여 심사불능(64) 처리하고 각각 청구하도록 안내함	○ 요양급여비용청구방법 명세서서식 및 작성요령 - 동일 수진자가 퇴원 후 재입원한 경우 동일 월이라 하더라도 명세서는 각각 분리 작성하여 청구한다.
○ 입원일수에 따른 입원료 체감제 미적용 청구	○ 입원료는 1일부터 15일째까지는 해당점수의 100%, 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%, 31일째부터는 해당점수의 85%로 청구하여야 하나 - 총 입원일수에 대해 해당 점수의 100%로 산정하여 차액 심사조정 <예시> - 간질환, 당뇨병 상병으로 34일간 입원한 경	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	우 1일부터 15일째까지는 해당점수의 100%, 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%, 31일째부터는 해당점수의 85%로 청구하여야 하나 100%로 청구하여 차액 심사조정	
○ 입원일수에 따른 입원료 체감제 청구착오	○ 입원료는 1일부터 15일째까지는 해당점수의 100%, 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%, 31일째부터는 해당점수의 85%로 청구하여야 하나 - 31일째에 해당점수의 90% 산정하여 85%로 심사조정 <예시> - 알쯔하이머병에서의 치매 등 상병으로 51일간 계속 입원중인 경우, 입원 1일 부터 15일째까지는 해당점수의 100%, 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%, 31일째부터는 해당점수의 85%로 청구하여야 하나 31일째에 해당 점수의 90% 청구하여 85%로 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원료(가2 입원료, 가9 집중치료실 입원료, 가10 격리실 입원료)는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%를 산정한다. - 입원료(가2, 가9, 가10)는 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.
○ 입원 중 2개과 이상을 옮겼을	○ 내과로 입원하여 진료중 정형외과 질환으로 전과시에도 입원료 체감제를 적용하여야 하	○ 고시 제2000-73호(2000.12.30) - 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우에도 입원료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
경우 입원료 체감제 청구착오	나 각각 100%씩 청구하여 입원료 체감제 적용하여 차액 심사조정 <예시> - 긴장형두통 상병으로 내과 5일 입원하여 치료완료 후 허리통증 상병으로 정형외과로 전과하여 14일 입원한 후 입원료는 각각 100%씩 청구하여 내과 5일, 정형외과 10일은 100% 인정하고 나머지 정형외과 3일의 입원료에 대하여는 체감제 적용하여 90% 인정 후 차액 심사조정	체감제는 전과여부에 관계없이 입원일부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함
○ 퇴원당일 동일 상병으로 재입원시 청구착오	○ 퇴원당일 재입원시 계속 입원중인 환자로 간주하여 입원료는 최초 입원일부터 체감제를 적용하여야 하므로 청구된 진찰료(가1)는 심사조정하고 입원환자 의약품관리료는 (가11-나) 체감제 적용하여 차액에 대하여 심사조정 <예시1> - “가진통”의 상병(증상)하 2008년 5월 4일에	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하되 입원료 체감제는 최초 입원일로부터 적용함 ○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 입원료(가-2, 가-9, 가-10)는 입원 16일째부터 30

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	입원하여 5월 7일에 퇴원하고 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여야 하므로 최초 입원일(5월4일~5월7일)에 산정한 의약품관리료 4일분과 재입원(5월7일~5월11일)하여 산정한 의약품관리료 5일분을 합하여 11일분으로 청구하여야 하나 각각 청구하여 차액에 대하여 심사조정하고, 재입원시 청구한 재진진찰료 심사조정 <예시2> - “급성간염을 동반한 독성간질환” 상병에 2008년 4월 3일 입원하여 4월 20일에 퇴원하고(1~15일 입원료 15회, 16~ 30일 입원료 2회 및 입원환자 의학품관리료 5일분 산정) 4월20일에 재입원하여 4월27일에 퇴원하면서 재진진찰료 및 1 ~15일 입원료 7회, 입원환자 의약품관리료 10일분으로 각각 청구함은 착오이므로 최초 입원일부터 체감제를 적용하여 입원 1~15일 입원료 15회, 16~30일 입원료 9회로 인정하고 입원환자	일째까지는 해당 점수의 90%를 산정한다. (산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재) 입원료(가-2, 가-9, 가-10)는 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정한다. (산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	의 의약품관리료는 합하여 37일분으로 인정하여 차액에 대하여 심사조정하고 재입원시 청구한 재진진찰료는 심사조정	
○ 입원기간 중 외박한 경우에 입원료 청구착오	○ 진료주치의의 허락하에 연속하여 24시간을 초과하여 외박한 경우에 입원료 산정은 입원료 중 입원환자 병원관리료(35%)만 청구하여야 하나 - 1일당 입원료에 해당하는 입원환자 의학관리료(소정점수의40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)를 모두 청구하여 입원환자 의학관리료, 입원환자 간호관리료는 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원료 등의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다. ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한세부사항 - 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이때 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정한다.
○ 요양병원 입원	○ 요양병원에 입원중인 환자가 외박시는 외박	○ 입원환자 외박시 병원관리료 산정방법

청구착오 유형	심사내역	관련근거
환자 외박 중에 청구된 AB001 (요양병원간호사 2/3이상확보-1일당)	수가만 산정하여야 하나 AB001 청구착오	입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함. - 고시 2003-65호(2003.11.13)
○ 신생아 입원료 청구착오	○ 2006년 1월 1일 이후 정상신생아의 경우 신생아 입원료(가7-가) 또는 모자동실입원료(가7-나)와 동시 청구한 입원료(가2)는 심사조정 <예시1> - “병원에서 출생한 단일아 상병”에 신생아의 경우 입원일수 2일에 입원료 1일, 신생아실 입원료 1일 동시 청구되어 입원료 심사조정 <예시2> - 병원에서 출생한 단일아 상병으로 2일 입원	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 (가7신생아입원료[AG111～AG413])를 산정하는 경우 입원료 등을 중복하여 산정하지 아니한다. 가. 신생아실 입원료(가7-가) 주: 질병이 없는 신생아를 신생아실에서 진료, 간호한 경우에 산정한다. 나. 모자 동실 입원료(가7-나) 주: 질병이 없는 신생아를 모자동실에서 진료, 간호한 경우에 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	하여 모자동실입원료 1일과 입원료 1일이 동시 청구되어 입원료(가2라) 심사조정	
	○ 질병이 있는 신생아가 입원진료를 받는 경우 모자동실 입원료와 내·소아과 입원료를 동시 청구하여 모자동실 입원료 심사조정 <예시> - 양막의 조기 파열에 의해 영향 받은 태아 및 신생아 상병으로 4일 입원하여 내·소아과 입원료 3일과 모자동실입원료, 신생아 모유수유간호관리료가 각각 3일씩 동시 청구되어 모자동실입원료[가7-나(4)]와 신생아모유수유간호관리료[가7-다(4)]는 심사조정	
○ 질병이 없는 신생아 입원진료비 산모명세서에 동시 청구착오	○ 2006년 1월 1일 이후 모든 신생아 진료분은 산모 명세서와 구분하여 작성하여야 하므로 함께 청구된 명세서는 분리청구토록 64 심사불능하여 보완청구하도록 안내함 <예시> - 단일 자연분만 상병으로 입원 진료시 일반	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <신생아 진료분 분리청구 여부> - 산모 명세서에 함께 청구되었던 모든 신생아 진료분(자연분만 및 제왕절개분만)은 산모 명세서와 구분하여 작성함 (단, DRG 적용기관의 제왕절개분만은 제외)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	입원료(산모입원료)와 모자동실입원료(신생아입원료), 신생아모유수유 간호관리료가 동시 청구되어 64 심사불능함	
○ 격리실 입원료로 청구착오	○ AFB검사결과 3회 연속 음성으로 확인된 결핵 환자에게 청구된 격리병실 입원료는 일반병실 입원료로 심사조정	○ 호흡기 결핵 의증에서의 격리병실료 인정여부 Chest x-ray(CT포함)상 활동성 호흡기 결핵이 의심되는 치료 경험이 없는 초치료 환자의 경우 균이 증명되기 전이라도 격리가 필요하므로 격리병실료는 인정하며, 격리기간은 항결핵제 치료가 적절히 이루어져, 객담 도말검사상 3회 연속(수일간격) negative로 나와 전염력이 없다고 판단될 때 까지로 함. - 고시 제2007-46호 (2007.5.28)
○ 수액제를 투여하기 위해 6시간 이상 입원한 경우 산정할 수 없는 낮병동입원료 청구	○ 낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에게 최소한 6시간 이상의 관찰이 소요되는 경우에 산정할 수 있으나 - 외래에서 신경쇠약증 등의 상병으로 6시간 이상 수액제를 투여한 경우에 낮병동 입원료를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치·수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음
○ 낮병동입원료	○ 수술실 등에서 6시간이상 처치 및 수술후	○ 건강보험요양급여비용제1부제2편제1장

청구착오 유형	심사내역	관련근거
수가 청구착오	당일 귀가한 경우 입원료 착오 산정 <예시> 하지 정맥류 상병으로 수술 후 7시간 가료후 당일 귀가한 경우에 청구된 1일 입원료 AB400(의원, 치과의원 입원료)은 AF400 (낮병동입원료 - 의원, 치과의원)으로 심사 조정 ※ 산정코드 착오 및 상대가치 점수 차이	기본진료료 - 가6마 낮병동 입원료 - 의원, 치과의원... (2008.1.1이후, 의원 1일 입원료와 낮병동 입원료의 상대가치 점수 차별화)
○ 특정기호 청구착오	○ 자연분만 입원비용 청구시 특정기호를 F001(자연분만)로 청구 하여야 하나 F004(만6세 미만의 입원진료)로 착오 기재하여 38-02(만6세이상이면서 특정기호 'F004'기재)로 지급불능 처리됨 <예시> 정상분만 상병에 F004(만6세미만의 입원료) 특정기호 기재하여 <38-02>로 지급 불능 됨	○ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제23조·별표6 - 만 6세미만(신생아제외) 입원진료의 경우에는 특정기호코드 'F004'를 자연분만의 경우는 특정기호코드 'F001'을 기재하여야 한다.
○ 낮병동입원료를 외래명세서로 청구착오	○ 낮병동 입원료를 산정하는 당일의 본인일부부담금은 입원진료본인일부부담률에 따라 입원진료비 명세서로 청구하여야 하나 외래명세서로 청구되어 64지급불능하고 보완 청구	o 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 낮병동 입원료를 산정하는 당일의 본인일부부담금은 입원진료본인일부부담률에 따라 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	하도록 안내함 <예시> 계류유산 상병에 계류유산소파술을 시행하고 낮병동 입원료를 산정한후 입원진료비 명세서로 청구하여야 하나 외래명세서로 청구함	
○ 입원환자 간호관리료 차등제 청구착오	○ 일반병동의 직전 분기 평균 병상수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사(병상 수 대 간호사의 비)에 따라 간호인력확보수준을 1등급 내지 7등급으로 구분하고 등급별로 입원료 소정점수에 가감을 하여 산정하여야 하나 - 7등급에 해당하는 병원에서 소정점수로 산정하여 소정점수의 5% 감산하여 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원료(간호관리료)는 간호인력확보수준에 따라 입원료 소정점수에 가감을 한다. • 종합전문요양기관, 요양병원, 의원, 한의원 : 1등급 50% 가산, 2등급 40% 가산, 3등급 30% 가산, 4등급 20% 가산, 5등급 10% 가산, 6등급 입원료 소정점수를 산정한다. • 종합병원, 병원, 한방병원 : 1등급: 2등급 입원료 소정점수의 10% 가산, 2등급: 3등급 입원료 소정점수의 10% 가산, 3등급: 종병은 4등급 입원료 소정점수의 15% 병원은 4등급 입원료 소정점수의 10%가산, 4등급: 5등급 입원료 소정점수의 10% 가산, 5등급: 종병은 6등급 입원료 소정점수의 10% 병

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		원은 6등급 입원료 소정점수의 15% 가산, 6등급: 입원료 소정점수로 산정 7등급: 입원료 소정점수의 5% 감산한다.
○ 백내장 수술 후 6시간 미만 관찰한 경우 청구착오	○ 낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에게 최소한 6시간 이상의 관찰이 소요되는 경우에 산정할 수 있으나 - 백내장 수술을 받고 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가한 경우에 낮병동 입원료를 청구하여 심사 조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 낮병동 입원료는 응급실·수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 6시간 이상 관찰 한 경우에 산정하는 것으로, 수술을 받고 6시간 미만 관찰 한 경우에는 산정할 수 없음
○ 식사 가산 청구착오	○ 영양사 또는 조리사 가산료는 환자식사를 담당하는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따라 산정 하여야 하나 신고일자 기준으로 식사가산하여 심사 조정	○ 상대가치점수 제17장 입원환자 식대 파-51 입원환자 식대 나.식사가산 주3. 영양사 및 조리사수는 환자식사 를 담당하는 전전월 평균영양사 및 조리사수에 따라 산정한다.
○ 치료식에 영양사·조리사 가산을 청구착오	○ 치료식에 영양사·조리사 가산은 영양사 및 조리사 인원이 각각 최소 3명 이상부터 산정시 등급별로 인정하나 - 영양사 2인, 조리사 2인인 경우 치료식에	○ 요양급여비용제 제17장 입원환자 식대 - 파 51 입원환자 식대 나.식사가산 (1) 영양사, (나)치료식 : 1등급은 15명이상 2등급은 10~14명

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	영양사·조리사 가산을 산정하여 치료식에 산정한 영양사 및 조리사 식대가산 심사조정	3등급은 6~9명 4등급은 3~5명임 (2) 조리사, (나)치료식 : 1등급은 5명이상 2등급은 3~4명임
○ stupor인 경우 의료최고도(혼수)로 청구착오(요양병원)	○ 의무기록 중 의사의 기록에 혼수에 대한 기록이 있어야 의료최고도의 조건으로 인정되나 - 진료기록부 확인결과 의사의 의무기록에 기록이 없는 경우 혼수는 불인정하며 해당 요양병원 정액수가로 심사조정 - 진료기록부 확인결과 간호기록지는 coma이나 의사의 의무기록에는 stupor인 경우 혼수는 불인정하며 해당 요양병원 정액수가로 심사조정	○ 상대가치점수 제3편 요양병원 산정지침 - 요1, 의료최고도 주 : 1. ADL이 11점 이상이면서 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 하나 이상에 해당되는 경우에 산정함 2. count는 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 해당하는 종목의 수에 의료고도 또는 의료중도 해당 조건이 존재할 경우 1을 더하고, 모두 존재할 경우 2를 더하여 산정함. - 환자평가표 작성 관련 B. 의식상태, 1. 혼수 혼수에는 '혼수', '반혼수', '식물인간상태'가 해당되며, 의무기록에 이에 대한 의사의 기록이 있어야 한다. 이 외의 경우에는 혼수가 아닌 것으로 체크한다.
○ TPN 요법 없이	○ 의료최고도의 중심정맥영양은 반드시 중심정	○ 산정기준

청구착오 유형	심사내역	관련근거
의료최고도(중심정맥 영양)으로 청구착오 (요양병원)	맥관을 통하여 TPN요법을 실시한 경우에 인정하나 - 말초정맥의 route 확보가 어려워 중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급하여 중심정맥영양은 불인정하며 해당 요양병원 정액수가로 심사조정	- 일반적인 수액제(5% 또는 10% D/W 등)를 투여한 경우에는 말초정맥을 통하여 수액제를 투여하여야 하나 route 확보 등이 어려워 말초정맥 투여를 하지 못하여 중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우는 말초정맥영양을 실시한 것으로 보아야 하며, 중심정맥영양의 경우는 반드시 중심정맥관을 통하여 TPN요법을 실시한 경우에만 해당됨
○ 임상적인 문제가 되는 체내출혈에 적극적인 처치 없이 의료최고도(체내출혈) 청구착오(요양병원)	○ 의료최고도의 체내출혈은 임상적으로 문제가 되는 체내출혈이 있으면서 적극적인 처치가 수반되는 경우에 인정하나 - 대변에서 검은색으로 나왔으나 적극적인 처치 없이 산정한 체내출혈은 불인정하며 해당 요양병원 정액수가로 심사조정	○ 산정기준 - 환자평가표 G.건강상태 1.문제상황 d. 체내출혈 체내출혈은 임상적으로 문제가 되는 체내출혈이 있으면서 수혈, 내시경적 식도 또는 위 정맥류 결찰요법, Sengstaken-Blakemore tube 삽입 등 적극적인 처치가 수반된 경우에 한함
○ 관찰기간 동안의 매일의 통증 없이 통증으로 청구착오 (요양병원)	○ 통증은 관찰기간 동안 매일의 통증이 있어야 인정하나 - 진료기록부 확인 결과 매일의 통증이 확인되지 않아 통증은 불인정하며 해당 요양병원 정액수가로 심사조정	○ 산정기준 - 환자평가표 G.건강상태 2.통증의 강도 및 빈도 부위별 통증의 강도를 매일 관찰 · 기록한 후 통증의 강도별로 일주일간의 빈도를 기재하며, 진통제 투여 등 각종 통증완화 치료를 받는 경우 그 상태에서의 통증을 판단하며 경미한 통증은

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		있으나 일상생활 활동이나 잠자기 등은 수행 가능한 정도이며, 격렬하거나 참을 수 없는 통증으로 확인된 경우는 [VAS(Visual Analogue Scale) 10점 중 7점 이상이거나 렌(Faces Pain Scale) 5단계 중 4단계 이상]임
○ 의료급여 식대 코드 청구착오	○ 의료급여대상자 제왕절개후 식대는 본인부담 일부부담(20%)토록 되어 있고 AS111코드로 청구하여야 하나 본인부담 면제대상 식대코드 AS110로 청구착오하여 심사 조정	○ 의료급여 식대 본인부담면제는 행려환자, 6세미만, 자연분만인 경우에만 해당됩니다. - 입원환자 식대수가 변경 및 신설 보건복지가족부 고시 제2006-42호
○ 신생아모유수유 간호관리료 식대 개념으로 청구 착오	○ 신생아모유수유간호관리료는 입원료 산정기준에 따라 실시일자 기준으로 박개념으로 청구하여야 하나 입원일수만큼 청구	○ 신생아실입원료 또는 모자동실입원료를 산정하는 신생아에게 모유수유를 한 경우에 입원료 산정기준에 따라 1일당으로 산정한다. - 가-7-다 신생아모유수유간호관리료 '주'항에 의거
○ 신생아 질병으로 입원시 의원입원료와 신생아모유수유간호관리료 청구착오	○ 신생아모유수유 간호관리료는 신생아입원료(AG411) 또는 모자동실입원료(AG412) 청구시에만 청구 가능하나 신생아 황달로5일 입원시 의원입원료(AB400) 4회로 청구하고 신생아모유수유 간호관리료(AG413) 4회 청구하여 신생아 모유수유 간호관리료 조정	○ 신생아 모유수유 간호관리료는 신생아실 입원료 또는 모자동실 입원료를 산정하는 신생아에게 모유수유를 한 경우에 산정한다. - 가-7-다 신생아모유수유간호관리료 '주'항에 의거

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 입원료 (정액수가)와 AB001의 총투 상이	○ 정액수가 총투와 동일하게 조정	○ 요양병원행위급여목록・상대가치점수 및 산정지침 간호등급을 적용하는 정액수가, 요양병원입원료, 낮병동입원료 산정시 별도 산정 따라서 정액수가 등의 총투와 1,000원(AB001)의 총투는 동일함. 06-12시 입원, 18-24시 퇴원으로 50% 수가를 산정하는 경우, 외박시는 적용하지 않음
○ 입원료 체감제 미적용	○ 최초 입원일비교 입원료 체감제 미적용하여 조정	○ 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 입원 181일째부터 360일까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원입원료 소정점수의 5%를 감산하여 산정하고(산정코드 첫 번째 지리에 6으로 기재), 입원 361일째부터는 요양병원입원료 소정점수의 10%를 감산하여 산정한다. (산정코드 첫 번째 자리에 7로 기재)
○ 식대가산 청구착오	○ 골절 상병으로 입원시 요양기관에 상근하는 영양사가 1인인데 영양사가산과 직영가산을 청구하여 영양사 가산만 심사조정 <예시> 골절 상병으로 식대 청구시 Y1001을 Y0001 으로 심사조정함	○ 식사가산 영양사 가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음 (1) 영양사 - 일반식 의원은 1명, 병원급 이상은 2명 이상인 경우에

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		산정한다 <기본코드 두 번째 자리에 1로 기재> - 치료식 1) 1등급(15명 이상) 2) 2등급(10-14명) 3) 3등급(6-9명) 4) 4등급(3-5명) <기본코드 두 번째 자리에 1등급은 1, 2등급은 2, 3등급은 3, 4등급은 4로 기재> (2) 직영가산 - 일반식과 치료식에 한하여 산정한다 - 입원환자식사에 필요한 인력은 당해 요양기관소속이어야 하며, 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에 산정한다. <기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재>

❀ 의약품 관리료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 월별로 분리청구하는 경우에 입원환자 의약품관리료 청구착오	○ 입원환자 의약품관리료는 퇴원일을 기준으로 총 입원기간 중 투약일수에 따라 일괄 청구하여야 하나 - 진료비를 월별로 분리하여 각각의 월별 투약일수에 의한 입원환자 의약품관리료(가11-나(4))를 청구한 경우에 총 입원기간 중 투약일수에 의한 입원환자 의약품관리료와의 차액 심사조정 <예시> - 의원에 5월25일부터 6월17일까지(총24일) 입원하여 24일간 투약을 한 경우에 입원환자 의약품관리료는 5,300원이나, 입원기간을 5월에 7일간, 6월에 17일간으로 분리청구하면서 5월 중 투약일수 7일분에 해당하는 입원환자 의약품관리료 2,150원, 6월 중 투약일수 17일분에 해당하는 입원환자 의약품관리료 4,060원으로 각각 청구하여 차액 1,010원 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원환자 의약품관리료는 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에 투약일수에 따라 산정한다. ○ 요양급여기준 및 방법에 관한 세부사항 - 입원환자 의약품관리료는 퇴원일 기준으로 일괄하여 청구토록 함 ○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가11-나(4) 의원 입원환자 의약품관리료 (사) 7일분 : 2,150원 (너) 16일분이상 20일분 : 4,060원 (더) 21일분이상 25일분 : 5,300원

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 입원기간 중 일괄 총 투약 일수에 따라 산정해야 하는 입원 환자 의약품관리료 청구착오	○ 입원환자 의약품관리료는 퇴원일을 기준으로 총 입원기간 중의 총 투약일수에 따라 일괄 청구하여야 하나 - 입원환자 의약품관리료를 1일분의 병원 입원환자 의약품관리료 [가11-나(4)(가)]를 총투약일수 만큼 청구하여 차액 심사조정 <예시> - ○○병원에 24일간 입원하여 19일간 투약한 경우에 입원환자 의약품관리료는 “16일분이상 20일분 [가11-나(3)(너)]”으로 청구하여야 하나, 1일분 [가11-나(3)(가)]를 19회 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원환자 의약품관리료는 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에 투약일수에 따라 산정한다 ○ 요양급여기준 및 방법에 관한 세부사항 - 입원환자 의약품관리료는 퇴원일 기준으로 일괄 청구토록 함. ○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가11-나(3)병원 입원환자 의약품관리료 (가) 1일분 : 650원 (너) 16일분 이상 20일분 : 6,510원 - 가11-나(4) 의원 입원환자 의약품관리료 (마) 5일분 : 1,650원 (사) 7일분 : 2,150원
	- 입원환자 의약품관리료를 입원 일수만큼 청구하여 차액 심사조정 <예시> - ○○의원에 7일 입원하여 경구약이 5일간 투약한 경우 입원환자 의약품관리료는	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	5일분 [가11-나(4)(마)]을 산정하여야 하나 7일분 [가11-나 (4)(사)]으로 청구하여 차액 심사조정	
○ 원외처방 후 외래환자 의약품 관리료 청구착오	○ 외래환자 의약품 관리료는 내복약 조제 또는 외용약 및 주사제를 조제한 경우 조제일수에 따라 산정할 수 있으나 - 원내조제를 하지 않고 원외처방한 후 외래환자 의약품관리료(가11-가(4))를 청구하여 외래환자 의약품관리료 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 외래환자 의약품관리료는 ・내복약 조제일수에 따라 산정한다. ・외용약 또는 주사제를 내복약과 복합으로 조제한 경우에는 내복약의 조제일수에 의한다. ・위 규정에도 불구하고 외용약 및 주사제(약가를 산정하지만 주사료 등이 발생하지 아니하는 경우를 포함)를 복합 또는 단독으로 조제한 경우에는 조제일수에 불문하고 1일분의 의약품관리료를 산정한다.
○ 주사제에 대한 외래환자 의약품 관리료 청구착오	○ 외래환자 의약품 관리료는 주사제를 단독으로 조제한 경우에 조제일수에 불문하고 1일분의 외래환자 의약품관리료를 산정하여야 하나 - 1일 내원하여 2종 이상을 주사한 경우 1일분의 외래환자 의약품관리료(가11-나(4)(가))를 산정・청구하여야 하나 2회 청구하여 1회 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 천식 상병으로 1일 내원하여 사루소부로카농주와 황산카나마이신주를 주사하고 외래환자 의약품관리료(가11-가(4)(가))를 2회 청구하여 외래환자 의약품관리료 1회는 심사조정	
○ 의약분업 예외 환자에게 주사와 연고제를 동시 투여시 외래환자 의약품관리료 청구착오	○ 외래환자 의약품관리료는 동일날 내원하여 주사제와 연고제를 동시에 처방하는 경우 1일분의 외래환자 의약품관리료 [가11-가(4)(가)]를 산정하여야 하나 - 의원에 1일 내원하여 주사제와 연고제를 동시에 투여하고 2일분의 외래환자 의약품관리료 [가11-가(4)(나)]를 청구하여 차액 심사조정.	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 3. 의약품관리료 - 가.(1) 내복약 조제일수에 따라 산정한다 (3) 위“(1)”의 규정에도 불구하고 외용약 및 주사제(약가를 산정하지만 주사료 등이 발생하지 아니하는 경우를 포함)를 복합 또는 단독으로 조제한 경우에는 조제일수에 불문하고 1일분의 의약품관리료를 산정한다.
○ 의약품관리료 산정시 종별 가산율 적용으로	○ 의약품관리료는 종별가산을 적용하여 산정할 수 없으나 의원급 종별가산율인 15%를 가산하여 산정시 가산금액 심사조정	○ 의약품 관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 내복약조제일수 또는 투약일수에 따라 산정하되 종별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니함

청구착오 유형	심사내역	관련근거
인한 청구착오		- 보건복지가족부 고시 제2001-40호(2001.7.1)
○ 주사제 단독 조제시 1회에 주사제 2일분 이상 조제한 경우 의약품 관리료 청구착오	○ 주사제 단독 조제시 의약품관리료는 1일분의 의약품관리료로 산정하여야 하나 - 주사제 처방 횟수 만큼 의약품관리료를 청구하여 1일분의 의약품관리료로 심사조정 <예시> - 인슐린제제를 일투 1회, 총투 3회로 청구한 후 외래환자의약품관리료 1일분 3회로 청구시 외래환자의약품관리료 1일분 1회 인정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 3. 의약품관리료 - 가.(3) 외용약 및 주사제를 복합 또는 단독으로 조제한 경우에는 조제일수에 불문하고 1일 분의 의약품관리료를 산정한다.
○ 퇴원약제없이 외래환자 의약품 관리료 청구착오	○ 외래환자 의약품관리료는 퇴원약제에 대하여 산정하여야 하나 퇴원약 처방없이 의약품 관리료를 산정하여 전액 조정 <예시> - '08년6월3일부터 '08년6월20일까지 입원후 퇴원약제처방 없이 외래환자의약품관리료 청구하여 전액 심사조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 입원환자 의약품관리료는 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우에 투약일수에 따라 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 산재보험으로 입원중인 환자가 건강보험으로 적용시 입원환자 의약품 관리료 청구착오	○ 산재보험으로 진료를 받고 있던 입원 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품 관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정하여야 하나, 산재보험 입원기간을 합산하여 산정함. <예시> - '08년4월20일부터 '08년5월19일 까지 산재로 입원한 후 '08년5월20일부터 건강보험으	○ 타 법령에 의거 입원진료를 받고 있던 환자(산재, 자동차보험 등) 또는 일반으로 입원진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함. 아울러, 입원진료를 받고 있던 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 될 경우 의약품관리료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 연계하여 퇴원일을 기준으로 일괄청구하여야 하나, 진료비 보상 주체가 다르고 의료급여 정신과 정액의 경우 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있어 이를 연계하여 계산할 경우 중복산정되는바 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함. 고시 2008-21호 (2008.2.25) ○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가11-나(3)병원 입원환자 의약품관리료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	로 변경되어 '08년5월31일 퇴원시 의약품관리료는 건강보험적용 입원일수로 청구하여야 하나 총 입원일수로 산정하여 차액 심사조정	(카) 11일분 : 4,930원 (버) 41일분 이상 50일분 : 21,660원
○ 가정간호 대상자의 입원환자의약품 관리료 청구착오	○ 가정간호 환자에게 트리돌주사를 1일1회 5일간 투여후 외래환자의약품관리료로 청구하여야 하나 입원환자 의약품관리료로 청구함. <예시> - '08년5월1일부터 5월31일까지 가정간호 5회 방문하여 약제투여시 외래환자의약품관리	○ 가정간호기본방문료 가. 진료담당의사 또는 한의사(이하"진료담당의사"라 한다)의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 환자의 자택을 방문하여 가정간호대상환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정하되 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 등에 불문하고 모든 환자에게 동일하게 적용된다. 나. 다음 각 호의 1에 해당되는 경우에는 가정간호 기본방문료 이외에 제 2부 각 장에서 분류된 항목의 점수를 입원환자 산정 기준에 따라 별도로 산정할 수 있다. 다만, 의약품관리료는 외래환자 의약품관리료를 산정하고, 조제료는 퇴원환자 조제료를 산정한다. ○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 - 가11-나(3)병원 입원환자 의약품관리료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	료로 청구하여야 하나 입원환자의약품관리료로 산정하여 차액 심사조정	(마) 5일분 : 2,590원 - 가11-가(3)병원 외래환자 의약품관리료 (가) 1일분 :60원
○ 격일 또는 주1회 투약토록 처방시 의약품관리료 청구착오	○ 격일 또는 주 1회 복용하는 의약품은 실제 투약되는 일수로 산정하여야 하나 - 실제 투약일에 약효 지속기간을 포함한 기간을 의약품관리료로 산정하여 실 투약일수로 심사조정 <예시> - 포사맥스정70mg 1*4로 산정 외래환자의약품관리료(7일분) 1*4로 산정 ⇒ 외래환자의약품관리료(1일분) 1*4로 인정	○ 행정해석(01.1.18) - 관련근거 : 급여65720-76호 2001.2.1 조제분부터 격일 또는 주 1회 투약토록 처방된 경우 조제료 및 의약품관리료는 실제 투약되는 일수로 산정하여야 함.

⊛ 만성질환관리료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 초진진료시 만성질환 관리료	○ 만성질환관리료는 초진인 경우에는 산정할 수 없으나 당뇨병, 고혈압 등 상병으로 초진	○ 상대가치점수제1장 기본진료료 - 가14 만성질환관리료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
청구착오	내원한 경우에 만성질환관리료(가14)를 청구하여 심사 조정	• 주: 1. 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에서 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다. 2. 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 「한국표준질병사인분류표」에 의한 질병코드(고혈압 :I10~I13, I15, 당뇨병 : E10~E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애 : F00~F99, G40~G41, 호흡기결핵 : A15~A16, A19, 심장질환: I05~I09, I20~I27, I30~I52, 대뇌혈관질환 : I60~I69, 신경계질환: G00~G37, G43~G83, 악성신생물: C00~C97, D00~D09, 갑상선의장애 : E00~E07, 간의질환 : B18, B19, K70~K77, 만성신부전증 : N18)를 주상병명으로 하는 자에 한한다.
○ 환자가 직접 내원하지 않은 경우에 만성질환관리료 청구착오	○ 만성질환관리료는 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에서 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정할 수 있으나 - 환자가 직접 내원하지 않고 환자가족이 내원하여 담당의사와 상담 후 약제 또는 처방전을 받는 경우에 만성질환관리료(가14)를 청구하여 심사조정	
○ 만성질환관리료 산정횟수 청구착오	○ 만성질환관리료는 한 환자에 대하여 연간 12회 이내 (월 2회이내)로 산정토록 되어 있으나 - 고혈압, 뇌경색 등 상병으로 동일 월에 3회 내원한 경우 만성질환관리료(가14)를 3회 청구하여 1회 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 만성질환관리료를 산정할 수 없는 상병 진료후 → 만성질환관리료 청구착오	○ 만성질환관리료를 산정할 수 없는 위궤양, 신장염 등의 상병 진료 후 만성질환관리료(가14)를 청구하여 심사조정 ○ 만성질환관리료를 산정할 수 없는 현기 및 어지러움, 상세불명의 골다공증, 상세불명부위의 소화성궤양 등의 상병 진료 후 만성질환관리료(가14)를 청구하여 만성질환관리료 심사조정	3. 기관당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내(단, 월 2회이내)로 산정한다.
○ 갑상샘중독증 등 부상병 진료후 만성질환관리료 청구 착오	○ 갑상샘중독증은 주상병으로 청구 시 만성질환관리료가 인정되나 부상병으로 청구하여 만성질환관리료가 심사조정. <예시> 급성 기관지염을 주상병, 갑상샘중독증을 부상병으로 만성질환관리료(가14) 청구하여 만성질환관리료심사 조정	○ 상대가치점수 제1장 기본진료료 산정지침 - 고혈압 당뇨병등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육.상담등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고,합병증을 예방할수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 정한다. - 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 재진환자 중 '한국표준질병사인분류표'에 의한 질병코드 (고혈압: I10-I13,I15, 당뇨병:E10-E14)를 상병명으로 하는자 및 질병코

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		드(정신 및 행동장애:F00-F99, G40-G41, 호흡기결핵:A15-A16, A19 심장질환:I05-09, I20-I27, I30-I52, 대뇌혈관질환: I60-I69, 신경계질환: G00-G37, G43-G83, 악성신생물: C00-C97, D00-D09, 갑상선의장애: E00-E0, 간의질환: B18, B19, K70-K77, 만성신부전증: N18)를 **<<주상병으로>>**하는 환자에 한하여 산정하여야함.
○ 장기요양기관내 입원중인 수진자의 만성질환관리료 산정으로 조정	○ 장기요양기관내 입소중인 환자에게 원외처방전 교부 시 원외처방전 교부이외 행위등은 산정 할수 없는데 만성질환 관리료 청구 되어 전산에서 자동 조정됨 <예 시> MT001 (상해외인): J 코드 기재 본태성 고혈압 주상병 AA900 의료급여 장기요양 기관 시설내원외처방 1×1 AH 200 만성질환관리료 1×1	○ 보건복지가족부고시2008-75(2008.7.16) 보건복지가족부보험급여-12012008.7.4) - 특정내역구분코드MT001(상해외인)란의『J』신설 대상 : 의료기관에 소속한 촉탁의 또는 협약의료기관의사가 장기요양기관에서 진료후원외처방한 경우·동 처방전에 의한 약국의 처방조제분 진료유형 : 외래 및 약국(처방조제) ※ 서면청구 기관인 경우에는 '상해외인'란에『J』기재 * 명세서 작성 및 요양급여비용 산정방법 · 장기요양기관 입소자 "**원외처방전**" 교부시 - 명세서 '특정내역 구분코드' : MT001(상해외인)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		란에 'J' 기재 **※ 원외처방전 교부 없이 진찰만 이루어진 경우, 원외처방전 교부이외 행위 등(가정간호 포함) 비용 산정 불가**

2. 검사료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 양측검사료로 규정된 검사료 청구착오	○ 검사료 항목에「편측」표기가 없는 검사를 양측으로 시행한 경우에 검사료는 1회만 산정하여야 하나 2회를 산정·청구하여 1회의 검사료 심사조정 <예시1> - 난청상병에 청력검사(나634, 나636 등)를 양측 귀에 실시하고 2회 청구하여 1회 심사조정 <예시2> - 녹내장상병에 안압측정(나675)을 양안에	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 - 대칭기관에 양측검사를 하였을 때에는 "편측"이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정한다. ○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 나634 청력검사 [순음청력계기에 의한 검사] - 나636 청력검사 [임피단스오디오메트리에 의한 검사] - 나675 안압측정

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	실시하고 2회 청구하여 1회 심사조정	
	○ 양측 기관에 대한 검사를 실시한 경우에 소정 검사료를 1회 산정하여야하나 2회로 청구하여 1회의 검사료는 심사조정 <예시> - 안구건조증으로 1일 내원하여 눈물분비기능검사(나683가)를 양안에 실시하고 2회로 청구하여 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 (2) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정한다.
○ 위탁검사시 수탁검사기관기호 또는 검사의뢰일자 누락청구	○ 위탁검사를 실시한 경우에는 수탁기관기호 및 검사 의뢰일자를 반드시 기재하여야 하나 - 수탁검사기관기호 또는 검사의뢰일자를 기재하지 않고 청구하여 해당검사료와 위탁검사관리료 심사조정 <예시> - 빈혈상병으로 수탁검사기관에 의뢰하여 실시한 CBC검사에 대해 검사의뢰일자를 기재하지 않고 청구하여 해당검사료와 위탁	○ 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 - 수탁검사기관에 의뢰한 검사료 청구시 검사의뢰일자, 수탁검사기관의 요양기호, 검체위탁 구분 ‘L’자를 해당란에 반드시 기재 - 위탁검사시 검사소정금액의 10%를 가산하여 “Ⅰ란”에 청구하여야 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	검사관리료를 심사조정	
○ 위탁한 검사를 요양기관종별 가산률이 적용되는 진료행위(Ⅱ)란으로 청구착오	○ 위탁검사를 실시한 경우에는 위탁검사료와 위탁검사관리료를 합하여 (I)란(기본진료·약제·특정재료)에 기재하여 청구하여야 하나 진료행위(Ⅱ)란에 기재·청구하여 (Ⅱ)란에 적용되는 요양기관 종별가산율 해당액 심사조정	
○ 위탁 제외 검사료 청구착오	○ 검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해질 수 있는 검사항목은 위탁할 수 없으나 - Wet smear(나4), ESR(나103)검사 등을 다른 요양기관에 검사를 의뢰하고 위탁검사료와 위탁검사관리료를 청구하여 심사조정	○ 검체검사위탁에 관한기준 - 검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해질 수 있는 검사항목은 위탁대상에서 제외한다. • Wet smear<요검사>, ESR<혈액학검사> • <체액 및 천자액 검사>중 뇌척수액인 검체 등
○ 검사료 산정코드 미기재에 따른 청구착오	○ 혈구형태(나110), HDL콜레스테롤 분획(나302) 등의 검사는 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성·비치한 경우에 해당소정점수의 10%가 가산되므로 - 해당검사료 산정코드 기재시 산정코드 자리에 「006」으로 기재하여 청구하여야 하나	○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 제1절 검체검사료 • 주: 5.(별표)(가)에 열거한 항목은 진단검사의학과 전문의가 판독한 판독소견서를 작성·비치한 경우에 산정하되 소정점수의 10%를 가산하여 산정한다.(산정코드 세 번째 자리

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	「006」을 누락청구하여 해당검사료 심사조정	에 6으로 기재) * (별표)에 열거한 항목은 상대가치점수 제2장 검사료 참조.
○ 진단검사의학과 전문의가 상근하지 아니한 상태에서 2란으로 청구된 나110 혈구형태 검사료	○ 가정의학과 전문의 1인이 진료하는 기관에서 상세불명의 철결핍성 빈혈 상병으로 의원에서 실시한 것으로 청구된 혈구형태 검사는 진단검사의학과 전문의 상근하지 아니하여 판독소견서를 작성, 비치하지 않음이 확인 되어 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 (5)(별표)에 열거한 항목은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에만 산정하되, (가), (나) 및 (다)의 경우에는 소정점수의 10%를 가산하여 산정한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) (가) 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성, 비치한 경우
○ 검사료 (별표 항목) 청구착오	○ 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성・비치한 경우에만 소정점수의 10%를 가산하여 청구할 수 있으나 - 진단검사의학과 전문의의 판독 및 판독소견서를 작성・비치하지 않고 혈액응고인자정량(나-169)등을 청구 시 해당 검사료 심사조정	○ 건강보험요양급여비용 제2장 검사료 - (별표)에 열거한 항목은 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성・비치한 경우에는 소정점수의 10%를 가산하여 청구할 수 있음
○ 국민건강보험	○ 국민건강보험공단에서 실시하는 일반건강	○ 국민건강보험법 제47조, 같은법 시행령 제26조의

청구착오 유형	심사내역	관련근거
공단에서 실시하는 일반건강검진 중 1차검진 당일에 2차 검진 항목에 포함된 검사를 실시 후 청구	검진 중 2차 검진은 1차검진결과에 질환이 의심되는 자에게만 실시하여야 하나, 질환의 의심 여부를 판단하지 아니하고 1차 검진 실시 당일에 2차 검진 항목인 트리글리세라이드(나-244다) 검사를 실시하고 청구하여 트리글리세라이드 검사료 심사 조정	규정에 의한 '일반건강검진 및 암검진 실시기준 중 제3조(건강검진의 구분) ③ - 일반건강검진의 2차검진은 공단이 1차검진 결과 질환의심자(R)로 판정된 자의 의심질환에 대하여 실시하는 검진을 말한다. ○ 일반건강검진 및 암검진 실시기준 중 제4조(검사항목 및 검사방법 등) - 제3조 규정에 의한 건강검진의 검사항목, 검사방법, 검진대상자 2차검진 - 구분 : 고지혈증질환 - 검사항목 : 트리글리세라이드(나-244) HDL콜레스테롤(나-242) - 검진대상자 : 고지혈 의심자
○ 산전진찰에 산정할 수 없는 검사료 청구	○ 산전진찰 목적의 검사 중 요양급여가 인정되는 검사는 소변검사, 전혈검사, 혈액형검사, 매독반응검사, HBsAg, 풍진검사 및 모체혈청선별검사 중 Triple test(α -FP, Estriol, β HCG)이나 - 정상임신관리 상병에 인정되지 않는 B형간	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 건강보험 고시 2004-71호 (2004.12.1 시행) <요양급여 인정기준> - 요양급여대상 검사 • 소변검사, 전혈검사, 혈액형검사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	염e항원, B형간염e항체, SGoT, SGPT 등 검사료를 청구하여 심사조정	• 매독반응검사(매독혈청검사), HBsAg • 모체혈청 선별검사 중 Triple Test (α-FP, Estriol, β-HCG)·풍진검사(IgG, IgM) - 비급여대상검사 • 초음파검사, 유전학적 양수검사 • 자궁경부세포진검사 • 기타 국민건강보험요양급여의기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 3호가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사항목
○ 수종의 요 일반검사를 실시한 경우 요 일반검사료 청구착오	○ 요 일반검사로 아질산염을 포함하여 8종을 실시한 경우 요일반검사 10종까지(나3)로 청구하여야 하나 - 요 일반검사 7종까지(나2)와 요 아질산염검사료(나9)를 각각 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제 2장 검사료 - 나1 요 일반검사 4종까지 - 나2 요 일반검사 7종까지 - 나3 요 일반검사 10종까지 • 주: 나1,나2,나3의 검사항목은 다음과 같다. [유로빌리로겐, 단백, 당, 요잠혈, 빌리루빈, 케톤체, 비중, pH, 아질산염, 백혈구] - 나9 요 아질산염
○ 질병이 없는 신생아 입원시 ABO & Rh	○ 질병이 없는 정상신생아의 경우 ABO & Rh 검사가 필요하지 않으나 - 병원에서 출생한 단일아(Z380)상병에	○ 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표2] - 비급여대상 3.다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경

청구착오 유형	심사내역	관련근거
청구착오	ABO(나201-가) & Rh(나202-가) 검사를 청구하여 신생아의 인지감별을 위하여 실시한 것으로 확인되어 보험급여 대상에서 제외함.	우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료 가. 본인의 희망에 의한 건강검진 ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 신생아의 인지(認知)감별을 위하여 검사를 실시하는 것은 보험급여의 원리에 부합되지 아니하므로, 건강보험요양급여 및 분만급여기준 Ⅱ-7(비급여대상)-(9)에 의거 보험급여대상에서 제외되는 것임
○ 적혈구 분포계수 및 백혈구 분포계수 검사를 산정할 수 없는 상병에 청구	○ 적혈구 분포계수는 빈혈의 감별진단에, 혈소판 분포계수는 혈소판 질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사이나, - 상기도질환, 위장관질환 등 상병에 적혈구 분포계수검사(나122), 혈소판 분포계수검사를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 나122 적혈구 분포계수는 빈혈의 감별진단에 실시하고, 나123 혈소판 분포계수는 혈소판질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사로 동 검사의 적응증이 아닌 질환에 기존 CBC항목에 추가하여 일률적으로 Set화 하여 산정할 수는 없음
○ 간이혈당측정기로 검사한 혈당검사료 청구착오	○ 간이혈당측정기로 혈당을 검사한 경우에는 - 당검사 반정량(나371-가)으로 청구하여야 하나 당검사 정량(나371-나)으로 청구하여 차액 심사조정 <예시>	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 - 나371-가 당검사 반정량 주: 간이혈당측정기에 의한 검사시에도 소정점수를 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 상세불명의 저혈당 상병으로 간이혈당측정기로 당검사반정량(나371-가) 검사한 후 당검사정량(나371-나)으로 청구하여 차액 심사조정	
○ 항산균검경 검사 시 검사료 청구착오	○ 항산균검경검사를 실시한 경우에 항산균검경검사(나400-가)로 청구하여야 하나 항산균집균도말검사(나400-나)로 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 나400 미생물 현미경검사[일반염색] 가. 그람염색, 디프테리아검경, 항산균검경 등 나. 항산균집균도말검사 다. 진균검경 및 도말염색 등
○ 미생물약제감수성검사료에 대한 검사결과 미첨부 청구	○ 미생물약제감수성검사(나406)는 검사결과를 첨부하여 청구하여야 하나 검사결과를 첨부하지 않아 검사료 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 나406 미생물약제감수성검사 • 주: 검사결과를 첨부하여야 한다. ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 약제감수성검사를 목적으로 배양검사를 지시하였으나 배양검사 결과 미생물이 생장되지 않아 약제 감수성검사를 실시하지 못한 경우에는 미생물배양 및 동정검사(나405)의 소정금액만 산정하고, 미생물이 생장하여 배양 및 동정검사와 약제 감수성검사를 실시한 경우에는 미생물배양 및 동정검사(나405)와 미생물 약제 감수성
○ 미생물이 생장하지 않는 경우에 산정할 수 없는 미생물약제감수성검사료 청구	○ 미생물배양검사 결과 미생물이 생장하지 않아 약제 감수성검사를 실시하지 못한 경우에는 미생물배양 및 동정검사료만 산정하여야 하나 - 미생물배양 및 동정검사료(나405)와 미생물약제 감수성검사료(나406)를 각각 청구하여 미생물약제감수성검사료 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		검사(나406)의 소정금액을 각각 산정함.
○ 의원급 요양기관에서 산정할 수 없는 미생물 배양, 동정 및 항균제 최소억제농도 검사료 청구	○ 의원급 요양기관에서 미생물배양, 동정 및 항균제최소억제농도검사를 실시한 경우 미생물배양 및 동정검사(나405-가), 항균제최소억제농도검사(나406-나)를 산정하여야 하나 - 미생물배양및동정검사료(나405-가)와 종합전문요양기관에서 산정할 수 있는 미생물배양, 동정 및 항균제최소억제농도검사료(나407-나)를 청구하여 항균제최소억제농도검사(나406-나)와 미생물배양, 동정 및 항균제최소억제농도검사료(나407-나)와의 차액 심사조정 <예시> - 급성굴염 상병에 미생물배양, 동정 및 항균제최소억제농도검사를 실시하고 미생물배양및동정검사료(나405-가)와 미생물배양, 동정 및 항균제최소억제농도검사료(나407-나)를 청구하여 미생물배양,동정및항균제최소억제농도검사료(나407-나)와 항균제	○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 나405 미생물배양 및 동정검사 가. 미생물배양 및 동정검사 나. 항산균배양 및 동정검사 - 나406 미생물 약제 감수성 검사 가. 디스크 확산법 나. 항균제 최소억제농도 검사 다. 항산균 약제 감수성 검사 - 나407 미생물(항산균 제외)배양, 동정, 약제 감수성검사 • 주:1. 종합전문요양기관에 한하여 산정하되 미생물 간이배양검사, 미생물배양 및 동정검사, 미생물 약제 감수성 검사는 별도 산정하지 아니한다. 가. 미생물배양, 동정 및 디스크확산법 감수성검사 나. 미생물배양, 동정 및 항균제 최소억제 농도검사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	최소억제농도검사료(나406-나)의 차액 심사조정	
○ 소화성궤양 등이 확진된 경우에 인정하는 Helicobacter Pylori검사료 청구착오	○ Helicobacter Pylori검사료(나415)는 내시경 등에 의해 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함), 저등급 MALT 림프종이 확인된 환자 및 조기위암절제술 시행환자 경우에 인정되나 - 급·만성위염 등 상병에 상부소화관내시경검사료(나761), 상부소화관내시경하생검료(나854)와 H.Pylori검사료를 청구하여 H.Pylori검사료 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Helicobacter Pylori검사는 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함), 저등급 MALT 림프종(low grade gastric mucosa-associated lymphoid tissue lym phoma)이 확인된 환자 및 조기위암절제술 시행환자에게 요양급여하며 그 외에는 검진목적으론 비급여함.
○ 침 또는 내시경하에 채취한 생검 검체에 대한 해부병리조직검사료 청구착오	○ 천자, 절개, 침 또는 내시경하에 채취한 생검 검체로 조직검사를 실시한 경우에 해부병리조직검사료-생검 또는 절제조직(나550-가)를 산정하여야 하나 - 갑상선질환에 침 생검(Needle Aspiration) 검체로 실시한 조직검사를 해부병리조직검사료 - 위, 신, 폐 등 큰장기 적출(나550-나)로 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 제2절 조직병리 검사료 - 나550 해부병리조직검사 가. 생검 또는 절제조직 • 주: 천자, 절개, 침 또는 내시경하 생검 검체에 대하여도 소정점수를 산정한다. 나. 위, 신, 폐 등 큰장기 적출시 다. 악성종양수술의 경우 림프절청소포함시 라. 「다」 항목중 림프절절제수가 20개 이상 이거나 파라핀 절편수가 40개 이상시

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 해부병리조직 검사(생검 또는 절제조직) 산정착오	○ 나-550 해부병리조직검사는 1 장기당으로 산정하여야 하나 수회 산정하여 심사 조정 <예시> 상행결장과 횡행결장의 양성신생물 상병하에 각각 생검 후 청구된 C5501해부병리조직검사(생검 또는 절제조직) 200%는 100% 인정	○ 상대가치점수 제2장 제2절 조직병리검사료 - 나 550 해부병리조직검사 [Paraffin절편: 1 장기당]
○ MMSE(간이정신진단검사) 검사 청구착오	○ 간이정신진단검사(MMSE)는 미네소타검사(나621-가)의 50%로 산정하여야 하나 - 기억력검사(나623)로 청구하여 차액 심사조정 <예시> - 파킨슨병에서의 치매 상병으로 간이정신진단검사를 실시하고 지각 및 기억력검사(나623)로 청구하여 차액 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한세부사항 - 간이정신진단검사는 미네소타 다면적인성검사(나621-가) 50%로 준용 산정한다.
○ 결장경하 폴립절제술시 절제한 폴립 개수 마다 산정한 해부병리조직검사료(나550-가) 청구착오	○ 해부병리조직검사는 장기당 1회 산정할 수 있으나, 결장경하폴립절제술(자770-가)시 절제한 폴립 개수마다 해부병리조직검사(나550-가) 산정하여 1회로 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 제2절 조직병리검사료 - 나550 해부병리조직검사 가. 생검 또는 절제조직

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 폴립절제술 시행시 내시경하 생검료 청구착오	○ 폴립절제술시 결장경하 종양수술로 시행한 경우에 내시경하 생검료 (나854)는 해당 수술료에 포함되어 별도 청구할 수 없으나 - 결장의 폴립상병에 1일 내원하여 snare (0.5cm미만)을 사용하여 결장경하 종양수술로 폴립을 제거시 동시에 산정된 내시경 생검료 (나854 → 나766*20% 수가임)를 각각 청구하여 내시경하생검료 (나766) 심사조정	○ 심사지침 - 대장용종을 내시경적으로 절제시 폴립의 크기가 0.5cm 이상이거나, 0.5cm 미만이더라도 올가미(snare)를 사용하여 절제한 경우에는 자770가 결장경하 폴립절제술로 인정하며, 폴립의 크기가 0.5cm 미만인 경우에는 폴립의 개수와 상관없이 결장경검사(나766) 소정금액과 내시경하생검(나854) 소정금액으로 인정한다.
○ 전 신체 신경부위에 검사를 한 경우에 산정하는 신경학적검사료 청구착오	○ 신경학적검사(나610)는 정신기능, 뇌신경운동기능 지각기능, 반사자율신경계 및 자세, 보행, 실화 등의 순서로 전 신체 신경부위에 시행하였을 경우 산정할 수 있으나 - 기본진료료에 포함되는 Muscle Tonus, MusclePower, D.T.R 등 일부 검사만 시행하고 신경학적검사료(나610)를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 신경학적검사(나610)는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 가려내기 위한 검사로서 정신기능, 뇌신경운동기능, 지각기능, 반사자율신경계 및 자세, 보행, 실화 등의 순서로 전 신체 신경부위에 대하여 시행하였을 경우를 뜻하며, 1~2개의 단편적인 신경을 검사하는 경우 즉 Muscle Tonus, Muscle Power, D.T.R, Sensory Joint Cordination 등을 관찰하는 것은 신경학적 검사의 한 부분적인 검사로서 이 경우에는 기본진료료에 포함됨.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 만성화농성중이염에 산정할 수 없는 청력검사료(임피던스오디오메트리에 의한 검사) 청구	○ 청력검사(임피던스오디오메트리에 의한 검사)는 삼출성 중이염, 난청, 이명 등에 산정할 수 있으나 - 만성화농성중이염 상병등에 청력검사료(나636,임피던스오디오메트리에 의한 검사)를 청구하여 심사조정	○ 심사지침 - 나634 청력검사(순음 청력계기에 의한 검사)는 청력 Level을 측정하는 검사이며, 나636 청력검사(임피던스오디오메트리에 의한 검사)는 귀속의 Fluid 유무, 고실압력측정, 등골근 반사 등을 측정하는 검사이므로 삼출성 중이염, 난청, 이명 등에 인정함
○ 요류역학검사에 포함되어 별도 산정할 수 없는 방광내압측정 검사료 청구	○ 방광내압측정검사는 요류역학검사에 포함되므로 별도로 산정할 수 없으나 - 요실금 등 상병으로 요류역학검사시 방광내압측정검사료(나656-1)를 별도로 청구하여 심사조정	○ 심사지침 - 요류역학검사(나656)시 방광내압측정(나656-1)은 소정 검사료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함
○ 나671굴절및조절검사(E6720), 나672조절마비굴절검사(E6710) 동시산정	○ 나672조절마비굴절검사 (E6710) 조정	○ 나671(굴절 및 조절검사)은 나672(조절마비굴절검사)의 일련의 과정으로 조절마비굴절검사만 인정토록 함 (2002.12.18. 중앙분과위원회 결정사항)
○ 췌장내분비기능검사 중 경구포도당부하검사료	○ 경구포도당부하검사(나693-나)는 glucose를 정해진 횟수인 5회 실시하고 검사과정을 모니터하고 내분비학을 전공한 내과 (또는 소아	○ 상대가치점수 제2장 제3절 기능검사료 - 내분비기능검사 주1: 소정 분류 항목의 주에서 명시한 검사를 정

청구착오 유형	심사내역	관련근거
(나 693-나) 청구착오	과) 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에 산정하여야하나 - 당검사 정량(나371-나)을 1회 실시하고 경구포도당부하 검사료(나693-나)로 청구하여 차액 심사조정 <예시> - 인슐린 비의존 당뇨병 상병으로 당검사정량(나371-나) 1회 실시하고 경구포도당부하 검사(나693-나)로 청구하여 차액 심사조정	해진 횟수만큼 검사를 실시하고, 검사과정을 모니터하고 내분비학을 전공한 내과 또는 소아과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에 산정 한다 - 나 693 췌장 내분비 기능검사 나. 경구포도당부하 검사(나693-나) 주: Glucose를 5회 측정 시 산정한다.
○ 부하조절마비굴절검사료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 조절마비굴절검사료 청구	○ 부하조절마비굴절검사료(나673)에는 조절마비굴절검사료(나672)가 포함되어 있어 별도 산정할 수 없으나 - 조절마비굴절검사료(나672)와 부하조절마비굴절검사료(나673)를 각각 청구하여 조절마비굴절검사료(나672) 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 부하조절마비굴절검사(나673)는 굴절이상 상병에 부하조절약제(싸이크로질 등)를 넣고 2~3일 후에 하는 검사로서 부하조절마비굴절검사(나673)의 소정금액에는 일련의 과정으로 실시되는 조절마비굴절검사(나672)비용이 포함된 것이므로 조절마비굴절검사(나672)는 별도로 산정하지 아니함.
○ 안압측정검사 산정횟수 청구착오	○ 안압측정검사(나675)는 주3회 이상 실시하더라도 3회 이내만 산정하여야 하나 주4회 청구하여 1회는 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 - 나675 안압측정검사 • 주: 주3회 이상 실시하더라도 3회 이내만 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 세극등현미경 검사 산정횟수 청구착오	○ 세극등현미경검사는 주2회 이상 실시하더라도 주2회로 산정하여야 하나 주3회로 청구하여 1회는 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 - 나681 세극등현미경검사 주: 주2회 이상 실시하더라도 2회이내만 산정한다.
○ 관절경하 십자성형술시 관절경하 검사 청구착오	○ 관절경하에 십자인대성형술시 관절경검사는 해당 수술료에 포함되어 별도 청구할 수 없으나 십자인대성형술료와 관절경 검사료를 각각 청구하여 관절경 검사료 심사조정 <예시〉 - 우측십자인대파열 상병으로 관절경하 십자인대성형술(자88)을 실시하고 관절경검사(나750)를 별도로 청구하여 관절경검사료 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Endoscopy하에 실시한 수술의 행위료는 건강보험 요양급여행위 및 그 상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정금액으로 산정함
○ 관절경검사 시행시 수술시 인정되는 치료재료대 청구착오	○ 복강경 등 내시경 치료재료대비용은 관련 내시경하 수술시에 산정하나 - 양쪽성 무릎관절증 상병으로 관절경검사만 시행한 경우에 산정한 치료재료대 소정금액은 심사조정	○ 산정기준 - 복강경 등 내시경하 수술시 사용하는 치료재료대의 산정방법(보건복지가족부 고시 제2006-38호, 2006.5.25)과 관련하여 복강경(내시경하 갑상선수술 포함)·흉강경·관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 복강경(내시경하 갑상선수술 포함) 코드 N0031001, 흉강경 치료재료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		대비용 코드 N0031002, 관절경 치료재료대비용 코드 N0031003을 산정하도록 정하고 있으며, 복강경 등 내시경 치료재료대비용은 관련 내시경하 수술시에 산정한다.
○ Free T4 검사와 동시 실시한 Free T3 검사 청구착오	○ 갑상선기능 항진 또는 저하증의 감별을 위한 Free T3 검사는 Free T4로 감별이 어려운 경우에 실시하므로 - 갑상샘중독증 상병에 1일 내원하여 Free T3 검사와 Free T4 검사 각각 청구되어 Free T3(나330)검사료 심사조정	○ 심사지침 - Free T3(나330) 검사는 갑상선기능 항진 또는 저하증을 평가하며, 특히 심한 급성 비갑상선 질환을 동반한 갑상선기능 이상을 평가하는데 유용한 검사이나, 대부분 Free T4로 감별이 어려운 경우에 실시하므로 Free T4(나334)와 동시 실시시는 인정하지 아니한다.
○ Screening 목적의 갑상선기능 검사 다종 실시	○ 갑상선 기능 장애 감별을 위해 T3, T4, FreeT4, TSH 4종검사 실시 - 상세불명의 갑상샘중독증 상병으로 1일 내원하여 T3(나 329), T4(나333), Free T4(나334), TSH(나336) 동시 실시시 T4(나333) 조정	○ 갑상선질환이 의심되어 실시하는 갑상선 Screening검사로는 나329 트리요도타이로닌(T3), 나333 싸이록신(T4, 혹은 나334 Free T4), 나336 갑상선자극호르몬(TSH) 3종을 인정함. - 보건복지가족부 고시 제2007-92호
○ 국민건강보험공단에서 가입자등에게 실시하는	○ 건강검진 당일 결장경검사 중 폴립(8mm) 발견으로 대장용종제거술 시행 후 청구된 자770가 결장경하 종양수술-폴립제거술(2,249.49점)	○ 국민건강보험법」제47조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진시 나766 결장경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자770 결장경하종양 수술 등

청구착오 유형	심사내역	관련근거
건강 검진 당일 결장경 검사에서 이상소견이 있어 대장용종제거술 후 수술료 청구착오	은 나766결장경검사료(835.44)를 제외한 차액 <1,414.05점> 인정	을 실시한 경우 해당 처치료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액을 급여비용으로 산정한다. - 고시 제2006-31호
○ 진단검사의학과 전문의 미존재로 혈구형태검사 2란으로 청구착오	○ 가정의학과 전문의 1인 상근하는 기관에서 상세불명의 철결핍성 빈혈 주상병 하 CBC 등 다종의 검사 시행하였으며 혈구형태 검사를 2란에 산정하여 진단검사의학과 전문의 미존재로 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 (5)(별표)에 열거한 항목은 다음중 어느 하나에 해당하는 경우에만 산정하되, (가),(나) 및 (다)의 경우는 소정점수의 10%를 가산하여 산정한다. (산정코드 세 번째 자리에6으로 기재) (가) 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성, 비치한 경우
○ 해부병리조직검사 (생검 또는 절제조직)일투착오	○ 나-550 해부병리조직검사 산정시 [Paraffin절편: 1 장기당] 산정하여야 하나 장기당 수회 산정하여 심사 조정 <예시> 상행결장과 횡행결장의 양성신생물 상병하에 각각 생검 후 해부병리조직검사(생검 또	○ 상대가치점수 제2장 제2절 조직병리검사료 - 나 550 해부병리조직검사 [Paraffin절편: 1 장기당] 가. 생검 또는 절제조직 주: 천자, 절개, 침 또는 내시경하 생검 검체에 대하여도 소정점수를 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	는 절제조직) C5501을 2회 청구하여 1회로 심사조정	나. 위,신,폐 등 큰장기 적출시 다. 악성종양수술의 경우 림프절청소포함시 라. <다> 항목중 림프절제수가 20개 이상이거나 파라핀 절편수가 40개 이상시
○ 검사료 코드 구분 착오	○ 요양급여비용청구시 명세서에 검사료 산정시에는 코드구분을 1로 산정해야 하나 코드구분 3(보험등재약)으로 산정하여 검사료 심사조정 <예시> 본태성 고혈압상병에 요검사, 혈액검사, LFT 7종검사 청구 시 코드구분을 3으로 산정하여 검사료 심사 조정	○ 건강보험 요양급여 비용 청구방법 - 코드구분은 코드를 구분자로서, 코드를 기재할 경우는 반드시 해당 구분자를 기재 - 코드구분 1. 수가 2. 준용수가 3. 보험등재약 4. 원료약 8. 치료재료
○ HgbA1C 검사료 청구착오	○ 나 832마 HgbA1C 검사는 요양급여적용기준에 의거 3~4개월에 1번씩 산정하여야 하나 1~2개월에 1번씩 HgbA1C 검사를 실시하여 3개월에 1회로 심사조정 <예시>	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 나382마 Hgb A1C검사와 나397 Fructosamine검사는 당뇨병 환자에게 시행하는 혈당조절 지표검사로서 Hgb A1C검사는 과거 3-4개월, Fructosamine검사는 과거 2주간의 평균 혈당치를 반영하는 등 평균 혈당치 반영 기간 및 검사 실시목적이

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	말초순환장애 합병증을 동반한 인슐린 비의존성 당뇨병 상병으로 내원하여 매월 HgbA1C 검사를 청구하여 3개월에 1회로 심사조정	상이하므로 Hgb A1C검사는 3-4개월 간격으로, Fructosamine검사는 1개월 간격으로 인정하되, 부득이하게 상기 검사를 3-4개월 간격으로 동시 실시하는 경우에도 두가지 검사 모두 인정한다.
○ 자궁경관점액 검사 청구착오	○ 무배란과 관련된 불임증 환자에게 배란 유무를 확인하기 위한 경우에는 자궁경관 점액검사(나731)으로 청구해야하나 자궁 경관점액양치상검사 (너891)으로 청구하여 차액 심사조정 <예시> 무배란과 관련된 불임증 상병에 산모의 양막파열 여부를 확인하는 검사인 자궁경관점액양치상검사를 청구하여 배란유무 확인하는 검사인 자궁경관점액검사로 인정하고 차액 심사조정	○ 국민건강보험요양급여의기준에 관한규칙 [별표2] - 나731 자궁경관점액검사는 자궁경부인자로 인한 불임증 환자를 진단하기 위한 방법으로 부적합한 경관점액이나 정자와 경관점액의 상호작용의 이상에 의해 정자의 침투가 가능한가를 판단하는 검사이다. 반면 너891 자궁경관점액양치상 검사는 산모의 양막파열 여부 확인이 어려운 경우에 실시하는 자궁경부점액검사임.
○ 미네소타 다면적 인성검사 (MMSE) 청구착오	○ 간이정신진단검사(MMSE)는 나621 가.미네소타 다면적인성검사(MMPI)의 50%로 준용하여야 하나 150%로 청구되어 심사 조정	○ 고시제2000-73호(행위) - 간이정신진단검사의는 나621가 미네소타 다면적인성검사 50%로 준용산정함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 뇌내출혈, 편마비등의 상병으로 미네소타 다면적인성검사(MMSE)를 실시하고 나621 가. 미네소타다면적인성검사(MMPI)를 150% 산정하여 50%로 심사 조정	
○ 췌장 내분비기능 검사중 경구포도당부하 검사료 청구착오	○ 경구 포도당부하 검사(나693나)는 '주' 사항에 의거 Glocose를 5회 측정후 소정점수를 산정하여야 하나 Glocose를 5회 측정 후 경구포도당부하 검사(나693나)를 5회 산정하여 1회로 심사조정	○ 상대가치점수 제2장 제3절 기능 검사료 - 췌장 내분비 기능검사 나. 경구 포도당부하 검사 '주' Glocose를5회 측정시 산정한다.
○ 요류역학검사료 청구착오	○ 요류측정(EY251) 검사는 요류역학검사 (E6560)에 포함되므로 별도로 산정 할수 없으므로 심사 조정 <예시> - 요류역학검사와 요류측정검사를 1일에 동시 산정시 요류측정 검사 심사 조정	○ 심사지침 - 요류역학검사(E6560)시 요류측정검사는 소정 검사료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함.
○ 지속적비디오 뇌파검사료 청구착오	○ 외래에서 4시간 가량 뇌파검사를 실시하고 나-615 지속적 비디오뇌파검사를 산정시 심사 조정	○ 상대가치점수 제2장 제3절 기능 검사료 - 호흡기 기능검사 지속적 비디오뇌파검사[1일 당]

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> 대발작이 없는 소발작 상병에 외래로(1일) 내원하여 4시간가량 뇌파검사 실시후 지속적비디오뇌파검사(F6151) 산정되어 심사 조정	
○ 표재성 침생검-기타부위 청구착오	○ 유방의 양성신생물에 침생검을 양측 실시할 경우 1회만 청구하여야 하나 - 2회로 청구하여 1회로 심사조정	○ 건강보험요양급여비용 제2장 검사료 산정지침 (2) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정한다.
○ 전립선특이항원검사(PSA) 청구착오	○ 전립선특이항원검사(PSA)는 40세 이상에서 하부요로증상 등 임상소견, 병력 또는 검사결과 암이 의심되는 경우에 산정할 수 있으나 - 40세 미만의 전립샘염 상병에 청구하여 심사조정	○ 보건복지가족부고시 전립선특이항원검사(PSA)는 40세 이상에서 하부요로증상 등 임상소견, 병력 또는 검사결과 암이 의심되는 경우에 인정함

3. 영상진단료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 영상진단가산료 청구착오	○ 당해 요양기관에 상근하는 진단방사선과전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에 해당 영상진단료 소정점수의 10%를 가산할 수 있으나 - 내과, 가정의학과 등의 전문의가 판독하고 영상진단 가산료 10%를 가산ㆍ청구하여 가산료 심사조정	○ 상대가치점수 제3장 1절 방사선단순영상진단료 • 주: 1. 당해 요양기관에 상근하는 진단방사선과전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.
	○ 영상진단료에는 촬영료(소정점수의 70%)와 판독료(소정점수의 30%)가 포함되어 있으므로 촬영 후 판독소견서를 작성・비치하지 아니한경우에는 판독료에 해당하는 금액(소정점수 30%)을 심사조정	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선치료료(3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성・비치하여야한다. (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다. (5) 위“(3)”의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성・비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정한다.
○ CT(전산화단층영상진단) 및	○ CT(전산화단층영상진단) 및 MRI(자기공명영상진단)시 컴퓨터영상처리장치(CR)을 청구	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 - 제2절 방사선특수영상진단료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
MRI(자기공명영상진단)시 컴퓨터영상처리 장치(CR) 청구착오	하여 조정 <예시> 난소의 악성신생물로 일반전산화단층영상진단<복부>를 촬영시 컴퓨터영상처리장치(CR) 및 영상저장 및 전송시스템(Full Pacs)를 청구하여 컴퓨터영상처리장치(CR) 심사조정	4. 컴퓨터영상처리장치(CR)를 이용한 경우 (HA001)에는 51.98 점을 산정한다. 다만, 전산화단층영상진단 및 자기공명영상진단의 경우에는 그러하지 아니한다.
○ 외부병원 필름 판독료 청구착오	○ MRI 세부산정기준에 의거 비급여로 촬영된 척추MRI에 대하여 외부병원 필름 판독료가 청구 되어 조정	○ MRI 세부산정기준 1. 일반원칙 자기공명영상진단(MRI)은 질환별 급여대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우에는 요양급여하지 아니함(비급여) - 보건복지가족부고시 제2007-46호 ○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 - 제2절 방사선 특수영상진단료 6. 당해 요양기관에 상근하는 진단방사선과 전문의가 외부병원필름을 판독하고 소견서를 작성 비치하는 경우에 소정점수의 20%를 산정.
○ 동일부위에 동시 2매 이상 촬영시	○ 동일 부위에 대하여 동시 2매 이상의 방사선단순영상진단을 한 경우에는 최대 5매까지	○ 상대가치점수 제3장 제1절 방사선단순영상진단료 • 주: 3. 동일부위(부위적으로 일치하는 것과 통상

청구착오 유형	심사내역	관련근거
영상진단료청구착오	해당 영상진단료 소정점수의 50%씩을 각각 가산하여 청구하여야 하나 해당 영상진단료 소정점수의 100%를 각각 청구하여 그 차액을 심사조정	동일 필름에 촬영할 수 있는 범위)에 대하여 동시에 2매 이상의 방사선영상진단을 한 경우에는 제2매 부터 매당 소정점수의 50%씩을 각각 가산하여 산정하되 최대 5매까지만 산정한다.
○ 상병명과 관련이 적은 방사선영상진단촬영료 청구착오	○ 방사선 촬영시 질병이 있는 부위를 촬영하고 청구하여야 하나 상병과 상이한 부위가 청구되어 심사조정 <예시> - “가슴의 타박상” “허리뼈의 염좌 및 긴장” 상병에 흉부1매, 경추2매, 요추2매, 발목1회 2매를 청구하여 상병과 상이한 발목1회2매를 심사조정	○ 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 2(가)에 의거 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 행하도록 실시토록 함.
○ 영상저장 및 전송시스템(FULL PACS) 을 이용한 경우 영상진단료 청구착오	○ 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 보유하고 진단방사선과 전문의가 상근하는 요양기관에서 Full PACS를 이용하여 방사선촬영시 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)료 이용에 대한 소정점수를 별도로 산정할 수 있으나 - 진단방사선과전문의가 상근하지 않는 요양	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <영상저장 및 전송시스템 인정기준> - 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우(Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 진단방사선과 전문의가 상근하는 요양기관에서 산정가능하나 진단 방사선과전문의가 상근하지 않는 요양기관은 별도 산정할 수

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	기관에서 Full PACS를 이용하여 방사선촬영을 하고 영상저장및전송시스템 (FULL PACS)을 이용에 대한 소정점수를 청구하여 심사조정 <예시> - Full PACS 장비는 있으나 진단방사선과전문의가 상근하지 않는 요양기관에서 “상세불명의 천식”상병으로 흉부촬영을 실시하고 흉부촬영료(다121)와 영상저장 및 전송시스템이용에 대한 소정점수(병,의원은 27.08점)를 청구하여 영상저장 및 전송시스템 이용에 대한 소정점수를 심사 조정	없음 ○ 상대가치점수제 3장 제1절 방사선단순영상진단료 • 주: 5. 영상저장 및 전송시스템 (FULL PACS)을 이용하여 필름을 사용하지 않은 경우에는 제1매에 대해서 병원 및 의원은 27.08점을 산정하고 제2매부터는 소정점수의 50%씩을 각각 가산하되 최대 5매까지만 산정한다.
○ C-Arm형 영상증폭장치 이용료 청구착오	○ C-Arm형 영상증폭장치이용료(다101)는 도수 또는 관혈적정복술 등을 실시한 경우에 산정할 수 있으나 - 내시경하 추간판제거수술, 체내고정용금속제거술 등에 C-Arm형 영상증폭장치 이용료가 청구되어 심사조정 <예시1> - 엄지발가락 외반증 상병에 실시한 체내고	○ 상대가치점수 제3장 제1절 방사선단순영상진단료 - 다101 C-Arm형 영상증폭장치이용료 • 주: 도수 또는 관혈적정복술 등을 실시한 경우에 산정한다. - 척추수술시 사용하는 C-Arm형 영상증폭장치이용료는 다101‘주’에 의거 골절 및 탈구의 도수정복술이나 관혈적정복술시에는 별도 인정하며, 그 외 척추수술에서는 인정하지 아니한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	정용금속을 제거하고 C-Arm형 영상증폭장치 이용료(다101)를 청구하여 심사조정 <예시2> - 기타 추간판 장애 상병에 내시경하 추간판 제거수술(자49-나)을 실시하고 C-Arm형 영상증폭장치 이용료(다101)를 청구하여 심사조정	
○ 경정맥신우조영촬영시 산정할 수 없는 조영제 주입료 청구	○ 방사선특수영상진단시 조영제 주입료는 소정 방사선진단료에 포함되므로 별도 산정할 수 없으나 - 요관의 결석 상병에 경정맥 신우조영 촬영시 조영제 주입 후 조영제 주입료로 정맥내 일시 주사료(마2)를 청구하여 심사조정	○ 상대가치점수제 3장 제2절 방사선특수영상진단료 • 주: 1. 당해 요양기관에 상근하는 진단방사선과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다. 2. 촬영매수, 투사, 스팟트 촬영유무를 불문하고 소정점수로 산정하며 또한 조영제주입료도 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. - 다245-바 척추CT • 주: 경추, 흉추, 요추 부위를 동시촬영하거나 경추, 요추를 동시 촬영한 경우에는 소정 점수의 50%를 가산한다
○ 진단방사선과 전문의가 판독한 경우에 산정할 수 있는 판독료 청구 착오	○ 전산화단층영상진단촬영을 경추, 흉추, 요추 부위에 동시에 실시하고 해당기관에 상근하는 진단방사선과 전문의가 판독한 경우에는 척추CT 촬영료를 소정점수의 160% 산정하여야 하나 - 척추CT 촬영료 소정점수의 165%로 청구하여 차액 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 진단방사선과의원에서 '등뼈의 골절' 상병으로 경추, 흉추, 요추부위에 CT촬영을 하고 척추CT 촬영료(다245-바) 소정점수의 165%를 청구하여 차액 심사조정	
○ 경추, 흉추, 요추 부위에 CT촬영 동시에 실시한 경우 수기료 청구착오	○ 경추, 흉추, 요추 부위 또는 경추, 요추부위에 CT촬영을 동시에 실시한 경우 척추CT(다245-바) 소정점수의 150%를 청구하여야 하나 - 척추CT 200%를 청구하여 차액 심사조정 <예시> - 기타 명시된 추간판전위 상병으로 경추, 흉추, 요추 부위에 CT 촬영을 하고 척추CT(다245-바) 200%를 청구하여 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제3장 제2절 방사선특수영상진단 - 다245 -바 척추 Spine CT • 주 : 경추, 흉추, 요추 부위를 동시에 촬영하거나 경추, 요추를 동시에 촬영한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다
○ 척수강조영(Myelogram)과 척추 CT를 동시 실시하는 경우 수기료 청구착오	○ 동일에 척수강조영(MyelOgram)과 spine CT를 실시하는 경우, 척수강내로 조영제를 주입한 후 spine CT를 촬영할 때는 다-245의 주2의 "관절관 또는 강내조영"촬영에 준용하여 spine CT(다245-바) 소정점수의 130%로 청구하여야 하나 - 척수강조영(Myelogram) 100%와 spine CT	○ 심사지침 - 동일에 척수강조영(MyelOgram)과 spine CT를 실시하는 경우, 척수강내로 조영제를 주입한 후 spine CT를 촬영할 때는 다-245의 주2의 "관절관 또는 강내조영"촬영에 준용하여 spine CT(다245-바) 소정점수의 130%로 인정함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	100%를 청구하여 spine CT의 130 %로 심사조정. <예시> - 상세불명의 추간판장애등 상병으로 척수강조영(Myelogram) 100%와 spine CT 100% 청구되어 강내조영 촬영에 준용하여 spine CT의 130%로 심사조정	
○ 여러 종류의 Brain MRI촬영 시행시 수기료 청구착오	○ 여러 종류의 MRI 촬영을 수회 실시하는 경우 촬영종류 및 횟수에 관계없이 제1의 촬영은 소정점수를 산정하고 제2의 촬영과 제3의 촬영은 촬영 종류에 불문하고 소정점수의 50%만 산정하고, 제4촬영이상은 소정점수의 50%만 산정하여 최대 200%를 산정토록 되어있으나 - 뇌경색 등 뇌질환에 여러 종류의 MRI 촬영을 실시한 후 각각의 소정 점수100%로 청구하여 차액 심사조정 <예시> - 뇌경색 상병으로 동일에 Brain MRI, Brain	○ 보건복지가족부 행정해석 - 뇌경색 등 뇌질환에 여러 종류의 MRI 촬영을 수회 실시하는 경우 수가 산정방법 (동일에 시행시 포함) • 1주일 이내에 환자 상태의 변화없이 수회 촬영시는 촬영종류 및 횟수에 관계없이 제1의 촬영은 소정점수를 산정하고 제2의 촬영부터는 촬영종류에 불문하고 소정점수의 50%만 산정하되, 다만 제4촬영이상은 소정점수의 50%만 산정하여 최대 200%를 산정함.(진단시 촬영 포함) • 1주 이내라 하더라도 환자상태 변화가 있어 추적 촬영한 경우에는 별도 산정하는 것을 원칙으

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	MRA, Brain diffusion을 실시하고 Brain MRI(다246-가(1))소정점수 100%, Brain MRA(다246-가(7))소정점수 100%, Brain diffusion(다246- 나(1))소정점수 100%를 각각 청구하여 MRA 소정점수 100%와 MRI 소정점수 50%로 인정	로 하며, 산정방법은 '동일부위 및 동일상병에 대하여 여러 종류의 촬영을 동시 시행시 수가 산정방법'에 의함.
	○ 뇌질환상병에 3종류의 MRI 촬영을 실시한후 소정점수의 200%를 청구하여 차액 심사조정. <예시1> - 뇌경색증 상병으로 1일 내원하여 MRI(뇌)50% + MRA(뇌) 100% + MRA(경부) 50% 청구하여 MRA 소정점수 100%와 MRI 소정점수 50%로 인정 <예시2> - 뇌경색증 상병으로 1일 내원하여 MRI(뇌) 100% + MRA(뇌) 50% + MRI(뇌-특수검사) 50% 청구하여 MRA 소정점수 100%와 MRI 소정점수 50%로 인정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 척추CT 촬영 후 안면 및 두 개 기저CT료 청구착오	○ 척추CT 촬영 후 안면 및 두개기저CT료로 청구하여 척추CT로 심사조정 <예시> - 기타 명시된 추간판 전위등 상병으로 척추CT(다245-바) 촬영후 안면 및 두개기저CT(다245-나)로 청구하여 차액 심사 조정.	○ 상대가치점수 제3장제2절 방사선특수영상진단료 - 척추CT(다245-바) - 두개기저CT(다245-나)
○ 인정기준을 초과하여 조영제 이소비스트 청구	○ 이소비스트 조영제는 척수조영과 간접임파조영을 하는 경우에 인정하나 - C-Arm을 이용하여 경피적 척추성형술시 이소비스트를 주입하는 경우에 조영제 비용을 청구하여 심사조정 <예시> - 등뼈의 골절 상병으로 C-Arm투시하에 경피적척추성형술을 실시하고 조영제 이소비스트를 청구하여 조영제 심사조정	○ 요양급여의적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 이소비스트240 및 300은 척수조영과 간접임파조영하는 경우 요양급여를 인정하며, 허가사항범위이지만 동 인정기준 외에 투여한 경우에는 약값의 전액을 환자가 부담토록 함
○ TRASIS II장비를 이용한 골밀도 검사시 골밀도 검사료 청구착오	○ 골밀도 검사 시 골밀도검사 장비모델명이 TRASIS II 일 경우 골밀도 검사료 - 기타 방법에 의한 것(다334-다) 소정점수의 60%를 산정하여야 하나	○ 상대가치점수 제3장 제3절 핵의학영상진단및 골밀도검사료 - 다334-다 골밀도 검사 기타 방법에 의한 것 • 주: 방사선흡수측정기 방식에 의한 경우에는

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 골밀도검사료 - 기타방법에 의한 것 소정점수 100%를 청구하여 차액 심사조정	소정점수의 60%를 산정한다.
○ 고위험요소가 없는 65세 미만의 폐경기증후군 상병에 골밀도검사료 청구	○ 65세 미만의 여성의 경우 폐경기 후 골다공증 상병에 골밀도검사는 비외상성 골절의 과거력, 외과적인 수술로 인한 폐경 등 고위험요소에 해당되는 경우 산정토록 되어있으나 - 폐경기증후군 상병에 골밀도검사가 청구되어 진료기록부를 검토한 결과 고위험요소가 확인되지 않아 골밀도검사료 심사조정	○ 심사지침 < 골밀도 검사 세부인정기준 > - 적응증 • 65세 이상의 여성과 70세 이상의 남성 • 고위험 요소가 1개 이상 있는 65세 미만의 폐경 후 여성 • 비정상적으로 1년 이상 무월경을 보이는 폐경 전 여성 • 비외상성(fragility) 골절 • 골다공증을 유발할 수 있는 질환이 있거나 약물을 복용중인 경우 • 기타 골다공증 검사가 반드시 필요한 경우 ※ 고위험 요소 - 저체중(BMI < 18.5) - 비외상성 골절의 과거력이 있거나 가족력이 있는 경우 - 외과적인 수술로 인한 폐경 또는 40세 이전의 자연 폐경
○ 골밀도검사에	○ 골밀도검사시 방사선과 전문의 가산료를 청	○ 심사지침

청구착오 유형	심사내역	관련근거
방사선과 전문의 가산료 청구착오	구할 수 없으나 - 방사선과 전문의 가산료를 청구하여 심사조정	- 골밀도검사는 판독소견서를 작성하였다 하더라도 검사결과지만으로도 진단이 가능함에도 불필요한 판독소견서 작성등 문제점이 야기되고 있어 판독소견서를 작성하였다고 하더라도 판독료(소정점수 10%) 가산은 별도 인정하지 아니함.
○ 일반전산화단층영상 진단료(CT) 청구 착오	○ 조영제를 사용하지 않고 일반전산화단층영상진단 촬영을 하는 경우 촬영료와 재료대만 산정하여야하나 조영제를 동시 산정시 조영제 심사조정 일반전산화단층영상진단-흉부(HA434) 1*1(721) 아이오브릭스주350 1*1 청구 시 아이오브릭스주350 1*1 심사조정	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 제2절 방사선특수영상진단료 전산화단층영상진단 다245 일반 전산화단층영상진단 <2007년 건강보험요양급여비용 p161> 다-245 일반전산화단층영상진단 산정방법 (예: 흉부) 라. 흉부 (1) 조영제 사용하지 않는 경우 (가) 고해상력 (나) 기타의 경우 (2) 조영제 사용하는 경우 ○ 일반 전산화단층영상진단 코드 : HA434(기타) 일반 전산화단층영상진단(조영제 주입후 촬영) 코드 : HA464
○ 자기공명영상	○ 자기공명영상진단 기본검사와 동시에 특수검	○ 특수검사중 기본검사가 포함되어 있는 항목은

청구착오 유형	심사내역	관련근거
진단료 (MRI) 청구착오	사(dynamic)를 실시한 경우 기본검사료만 산정하여야 하나 기본검사와 특수검사를 동시에 산정시 특수검사료 소정금액으로 심사조정 (HE232006) 자기공명영상진단-복부(간) 1*1 (HF105006) 자기공명영상진단-특수검사(dynamic) 0.5*1 청구시 (HF105006) 자기공명영상진단-특수검사(dynamic) 1*1로 심사조정	영화, dynamic, 이중조영, 기능적 MRI는 기본검사가 포함되어 있으므로 기본검사와 동시 산정 불가 <관련근거: 보험급여과-5502호 2004.12.31>
○ 양전자 단층 촬영료 청구착오	○ PET(토르소)촬영후 재주사약제없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우에는 PET(토르소 HZ331) 촬영료와 PET(토르소 또는 전신촬영 후 재주사없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우)를 산정하여야 하나 토르소촬영과 부분촬영 각각 1회로 산정시 토르소 촬영후 재 주사 없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우로 심사조정 양전자단층촬영-토르소(HZ331) 1*1 양전자단층촬영-부분(HZ335) 1*1 청구시 양전자단층촬영-토르소(HZ331) 1*1 양전자단층촬영-토르소 촬영 후 재주사없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우(HZ336) 1*1로 심사조정	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료 다-335 양전자단층촬영 PET HZ336 주:1 토르소 또는 전신촬영 후 재주사 없이 특정부위를 추가 촬영하는 경우에는 2,670.56점을 별도 산정한다. <2008년 건강보험요양급여비용 p238>

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 자기공명영상 진단(MRI) 1회에 뇌촬영과 확산촬영 동시 실시 시 수기료 청구착오	○ 자기공명영상진단을 뇌촬영과 확산촬영 동시 실시 시에는 뇌촬영은 100%, 확산촬영은 50%의 소정 점수로 청구하여야 하나 - 뇌촬영료 100%, 확산촬영료 100%로 청구하여 확산촬영료 50% 심사조정.	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 - 자기공명영상진단-나. 특수검사 주: 기본검사와 동시 실시한 경우에는 각항목 소정점수의 50%를 산정한다. (나(1), 나(2), 나(3)) (1) 확산 2,401.93점 (2) 관류 3,431.60점 (3) 분광영상 2,401.93점
○ 방사선필름 청구착오	○ 방사선필름을 산정할 수 없는 척수신경말초 지차단술을 실시하고 방사선필름을 청구하여 심사조정 <예시> - 좌골신경통으로 인한 둔부 및 대퇴부위 방사통으로 좌골신경 대퇴외피신경 차단술 실시 후, 방사선필름 7"×10" 2매를 청구하여 심사조정 함.	○ 상대가치점수 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 - 산정지침-(1)-(나) 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 다음의 약제 및 재료대는 “약제및치료재료의구입금액에대한 산정기준”에 의하여 별도 산정한다 (나) 방사선 필름
○ 일반전산화단층영상 진단료(CT)를 타기관에	○ CT영상진단을 타기관에 의뢰하여 촬영한 경우 특정내역란에 위탁진료 구분자 “T”, “의뢰기관(수탁기관)기호”, “진료의뢰일”을 기재하	○ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제23조 해당 진료수가 코드별로 실시(수탁)한 요양기관의

청구착오 유형	심사내역	관련근거
의뢰한 경우 청구착오	여야 하나 기재하지 아니함 <예시> - CT영상진단(두부)을 타기관에 의뢰하여 촬영 후 청구시 특정내역란에 위탁 진료 구분자 “T”, “의뢰기관(수탁기관) 기호”, “진료의뢰일”을 기재하지 않아 심사조정	종별 가산율을 일투에 적용하여 쓰고 ‘특정 내역’란에 “해당 진료항목”과 위탁진료 구분자 “T”, “의뢰기관(수탁기관)기호”, “진료의뢰일”을 해당 기재형식에 따라 써넣는다.

4. 투약 및 조제료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 원내조제 및 원외처방을 동시에 한 경우에 산정할 수 없는 외래환자 조제·복약지도료 청구	○ 외래 진료 환자에게 원내조제 및 원외처방을 동시에 한 경우에는 외래환자 조제·복약지도료(라1-1)를 산정할 수 없으나 외래환자 조제복약지도료를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 동일 환자에게 원내조제 및 원외처방이 동시에 이루어진 경우 원내조제와 원외처방에 따른 각각의 조제·복약지도료 산정은 곤란하므로 원내조제로 인한 외래환자 조제·복약지도료는 별도 산정하지 아니함
○ 약사가 근무하지 않는 요양기관에서 외래환자조제	○ 외래환자조제복약지도료(라1-1)는 의약분업 예외환자에게 의사가 처방하고 당해 의료기관의 약사가 조제실에서 조제 투약한 경우에	○ 상대가치점수 제4장 투약 및 조제료 산정지침 - 외래환자조제복약지도료는 약사법 제21조 제5항에 따라 의약분업 예외환자(예외의약품을 조

청구착오 유형	심사내역	관련근거
복약지도료 청구 착오	산정할 수 있으나 - 약사가 근무하지 않는 요양기관에서 의사가 의약분업예외 환자에게 약제를 처방후 외래환자조제복약지도료를 청구하여 심사조정 <예시> - 편집성 정신분열증 상병에 담당의사가 14일분의 경구약제를 원내조제하고 외래환자조제복약지도료를 청구하였으나 약사가 상근하지 않는 기관에서는 외래환자조제복약지도료를 산정할 수 없으므로 외래환자복약지도료 심사조정	제한 경우 포함)에게 요양기관인 의료기관의 의사 또는 치과의사가 처방하고 당해 의료기관의 약사가 조제실에서 조제 투약한 경우에 한하여 산정할 수 있음
○ 퇴장방지의약품 사용장려비 청구 착오	○ 퇴장방지의약품 사용장려비용을 산정할 수 없는 약제를 처방하고 퇴장방지의약품 사용장려비를 청구하여 심사조정	○ 상대가치점수 제4장 투약 및 조제료 산정지침 - 퇴장방지의약품 사용장려비는 장관이 별도로 정하는 퇴장방지의약품목록에 해당하는 의약품을 처방한 경우에 산정한다.
○ 의약분업예외 구분코드 기재누락 청구	○ 검사에 필요하여 사용한 약제는 의약분업예외사항에 해당되므로 상부소화관 내시경검사시 사용한 약제비를 청구하는 경우에는 의약	○ 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 - 의약분업 예외사유에 해당되어 요양기관내에서 원내조제 투약한 경우에는 예외구분코드를 반

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	분업 예외구분 코드란에「55」를 기재하여야 하나 -「55」코드를 기재하지 않고 해당 약제비를 청구하여 심사조정	드시 기재 후 청구하여야 함 - 의약분업예외구분코드「55」: 검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품
○ 퇴원환자조제료 총투 청구착오	○ 퇴원환자조제료(라1)는 조제일수에 따라 퇴원환자조제료를 1회 산정하여야 하나 퇴원환자조제료를 입원일수만큼 청구하여 퇴원환자조제료를 심사조정 <예시> - 신경뿌리병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판장애, 무릎의 타박상 상병으로 16일간 입원후 퇴원시 퇴원약 3일분을 처방한 경우 퇴원환자조제료(3일분) 1회로 청구하여야하나 퇴원환자조제료(3일분) 16회로 청구하여 퇴원환자조제료 15회 심사조정	○ 상대가치점수 제4장 투약 및 조제료 산정지침 - 라1 퇴원환자조제료는 약사법 제21조제5항에 따라 퇴원하는 입원환자에게 요양기관인 의료기관의 의사 또는 치과의사의 처방에 따라 당해 의료기관의 조제실에서 조제 투약한 경우에 산정한다. - 라1 퇴원환자조제료
○ 입원환자 의약품 관리료 청구착오	○ 입원환자 의약품관리료는 퇴원일을 기준으로 입원기간의 총 투약일수를 일괄 청구하면서 입원시점의 수가로 청구 하여야 함으로 점수당 단가등이 변경되었을 경우에라도 입원환	○ 보험급여팀-4035호 1. 입원기간 중 상대가치점수가 개정된 경우 의약품관리료는 변경시점을 기준으로 분리하여 청구할수 없으며, 입원시점의 점수당 단가를 적용

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	자 의약품관리료는 입원 시점의 분류코드, 상대가치 점수 및 점수 당 단가를 적용하여 산정하여야함 <예시> - ○ ○ 병원에서 2007년 12월2일 입원하여 2008년 1월 20일 퇴원한 경우로 월별 분할 청구로 인하여 퇴원 월 (1월)에 청구 시 의약품관리료는 입원당시 2007년 수가인 AL860으로 청구하면서 변경일 기재 없이 청구되어 삭제코드로 심사 조정됨(2008년 병원급 입원환자 의약품관리료는 AL760임)	하여 산정하되, 퇴원일을 기준으로 일괄하여 청구토록 하고 있습니다.(중략)
○ 의약품관리료 청구착오	○ 외래환자 의약품관리료 산정 시 코드 착오로 심사 조정 <예시> - ○ ○ 의원에서 2008년 1.1일 내원하여 30일 원내처방 시 외래환자 의약품관리료 AL866 (28일분 이상 39일분) 산정되어 심사조정 (AL828로 변경됨)	○ 상대가치점수제1장 기본진료료 - 가11 의약품관리료 가.외래환자의약품관리료 산정지침

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 백내장수술시 히알플러스주 산정시 퇴원환자 조제료 청구착오	○ 1일 입원하여 백내장수술시 사용한 히알 플러스주를 3항에 청구하면서 퇴원환자 조제료가 청구되어 조정함	○ 상대가치점수 제4장 투약 및 조제료 [산정지침] (2) 라-1 퇴원환자 조제료는 약사 법 제23조 제4항에 퇴원하는 입원환자에게 요양병원인 의료기관의 의사 또는 치과의사의 처방에 따라 당해 의료기관의 조제실에서 조제 투약한 경우에 산정한다
○ 기넥신에프정 '뇌경색'상병에 청구착오	○ 뇌경색 및 편마비, 본태성고혈압 상병에 기넥신에프정 2*31일 청구되어 조정됨	○ 고시 제2008-10호(2008.2.1) 허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (2008.5.1부터 적용함) - 아 래 - 1. 투여대상 인지기능 장애를 동반한 치매(알츠하이머형, 혈관성)에 인지기능 개선목적으로 투여한 경우 2. 병용투여

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		Ginkgo Biloba Extract제제와 아세틸콜린분해억제제(아리셉트, 레미닐, 엑셀론 등)나 memantine 제제(에빅사 등)와 병용시 1종은 요양급여(본인일부부담)하고 병용 약제중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담함.
○ 기넥신에프정 '치매'상병에 아리셉트정과 동시 투여시 조정	○ 뇌경색 및 편마비, 알츠하이머성 치매 상병에 아리셉트정 1*31과 동시에 기넥신에프정 2*31일 청구되어 조정됨	○ 고시 제2008-10호(2008.2.1)허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (2008.5.1부터 적용함) - 아 래 - 1. 투여대상 인지기능 장애를 동반한 치매(알츠하이머형, 혈관성)에 인지기능 개선목적으로 투여한 경우 2. 병용투여 Ginkgo Biloba Extract제제와 아세틸콜린분해억제제(아리셉트, 레미닐, 엑셀론 등)나 memantine

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		제제(에빅사 등)와 병용시 1종은 요양급여(본인일부부담)하고 병용 약제중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담함.
○ 외래에서 가글용제 100ml를 초과하여 청구	○ 인두염 상병으로 내원하여 탄툼액 200ml 원외처방 하여 100ml 심사 조정(전액본인부담)	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <가글용제> (고시 제2008-45호, '08.6.1) 1. 입원환자 및 암환자의 경우 : 허가사항(용법 · 용량) 범위내에서 투여시 인정 2.외래환자의 경우 - 인정용량100ml(오키펜액(성분명: ketoprofen lysine)은 50ml) - 다만, 상기 인정용량을 초과한 경우에는 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
○ 세티리신정(10mg)을 식약청 허가사항 및 용법용량을 초과하여 산정함	○ 상세불명의 알레르기 상병에 특이사항 기재 없이 성인에게 1일 20mg(일투 *2) 청구하여 1일 10mg (일투*1회)로 조정됨.	○ 요양급여의적용기준및방법 3.가(2)에 의거 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법・용량)의 범위안에서 환자의 증상 등에 따라 필요. 적절하게 처방・투여하여야 한다.

5. 주사료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 시술료에 포함 별도 산정할 수 없는 간단한 전달마취비용 청구	○ 표면마취 등 간단한 전달마취의 비용은 소정의 시술료에 포함되어 별도 산정할 수 없도록 되어 있으나 - 간단한 전달마취에 해당하는 리도카인 마취 실시 후 마취료와 무관한 피하 또는 근육내 주사료(마1)를 청구하여 심사 조정	○ 상대가치점수 제6장마취료 산정지침 - 마취료에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류된 소정의 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
○ 병변내주입요법에 사용한 약제에 대한 주사수기료 청구착오	○ 원형탈모증, 만성태선, 켈로이드 등 상병에 트리암시놀론(주)로 병변내주입요법을 실시한 경우 병변내주입요법료만 청구하여야 하나 병변내주입요법료(자9)와 피하 또는 근육내주사료(마1)를 각각 청구하여 피하 또는 근육내주사료 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 등 - 자9 병변내주입요법
○ 수액제 주입로를 통한 주사료를 정맥내 일시 주사료로 청구착오	○ 수액제 주입로를 통하여 직접 주사하고 수액제 주입로를 통한 주사료로 청구하지 아니하고 정맥내 일시 주사료를 청구하여 수액제 주입로를 통한 주사료(마5-1)와 정맥내 일시 주사료(마2)의 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 산정지침 - 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사 · • 주: 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 수액제 주입로를 통한 주사료 횟수 적용 착오	○ 수액제 주입로를 통한 주사(마5-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정·청구하여야 하나 이를 초과하여 청구한 주사료 심사조정 <예시> - 폐렴, 구토 상병으로 외래에 내원한 수진자에 대하여 5%포도당 500㎖를 정맥내점적 주사하면서 항생제와 진토제를 수액제 주입로를 통하여 주사한 경우에 수액제 주입로를 통한 주사료(마5-1)를 2회 청구하여 1회 심사조정	
○ 주사약제 비교 주사수기료 청구착오	○ 주사약제 1종 사용하고 피하 또는 근육내주사료(마1) 2회 청구하여 1회 심사조정 <예시> - 망막출혈 상병에 덱사메타손주사 0.5앰플 주사하고 피하 또는 근육내주사료(마1)를 2회 청구하여 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 - 마1 피하 또는 근육내 주사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 주사약제를 수액제에 혼합 시 주사 수기료 청구착오	○ 5% 포도당주사액에 삐콤헥사주를 혼합하여 투여 시 정맥내 점적주사 수기료와 동시 수액제를 통한 주사 수기료 산정시 수액제 주입로를 통한주사 수기료는 심사 조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 산정지침 정맥내 점적주사
○ 수액제 주입로를 통한 주사 수기료 청구착오	○ 입원환자가 세프테졸나트륨주를 1일 3회 투여 하고 수액제를 통한 주사 수기료를 3회 산정하여 수액제를 통한 주사 수기료 1회는 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료산정지침 - 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사 주)외래는 1일1회 , 입원은 1일2회만 산정한다
○ 알타질주를 호흡기계 질환에 청구	○ 급성기관지염 상병에 알타질주 투여시 알타질주는 심사조정	○ 식약청 허가사항은 암성동통이나 수술 후 동통에 허가를 받은 약제
○ 테타블린주사 수기료 청구착오	○ 생물학적 제제주사는 각종 독소이드, 백신 등 약제를 주사한 경우에 한하여 산정할 수 있으나 - 테타불린주사 투여 후 생물학적제제 주사료(마4)로 청구하여 생물학적제제 주사료와 피하 또는 근육내 주사료(마1)의 차액 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 - 마4 생물학적제제주사 (반응시험포함) • 주 : 생물학적 제제주사는 각종 독소이드, 백신, 항독소, 치료혈청 중 다음에 열거한 약제를 주사한 경우에 한하여 산정한다. [개스괴저항독소, 항사독혈청, 디프테리아항독소, 광견병왁진, 파상풍항독소, 와이루씨병 치료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		혈청, 보틀리누스항독소]
○ 국소마취제만을 이용한 관절강내 주사료 청구	○ 관절염상병에 국소마취제인 리도카인 약제를 관절강내로 주입하는 것은 타당하지 아니하므로 해당 약제와 관절강내주사료(마9) 심사조정	○ 심사지침 - 국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 타당한 방법이므로 관절강내주사(마9)를 인정하되, 국소마취제만을 관절강내로 주입하는 것은 인정하지 아니함.
○ 소정처치 및 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 주사료 청구착오	○ 익상편 수술(S5341)시 마취목적으로 실시한 결막하 주사료(KK110)는 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절주사료 산정지침 - 마11 결막하주사(KK110) 주: 마취목적으로 실시한 경우에는 소정처치 및 수술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
○ 주사약제 비교 주사수기료 청구착오	○ 정맥내 점적주사(수액제)를 투여하고 있는 중에 수액제주입로를 통하여 주사한 경우에는“수액제주입로를 통한 주사료”로 산정하여야 하나 정맥내일시주사료(마2) 청구하여 심사조정 <예시> - 폐의 악성신생물상병에 단백아미노산제제	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 산정지침 - 마5 정맥내점적주사 (1병 또는 포장단위당) - 마2 정맥내 일시주사[1일당] - 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	인 콤비플렉스페리주 투여 중에 항생제 세파메진을 주사하고 정맥내일시주사(마2)로 청구하여 수액제주입로를 통한 주사료로 차액 심사조정	
○ 주사약제 비교 주사수기료 청구착오	○ 주사약제 1종 투여하고 마1과 마9를 동시에 산정함은 청구착오이므로 마1 심사조정 <예시> - 관절염상병에 알츠주를 관절강내주사로 투여 후 관절강내주사료(마9)와 근육내주사료(마1) 동시 청구하여 근육내주사료(마1) 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절 주사료 산정지침 - 마1 피하 또는 근육내주사 - 마9 관절강내주사
○ 주사약제 비교 주사수기료 청구착오	○ 주사약제 1종 투여하고 근육내주사료(마1)과 관절강내주사료(마9)를 동시에 산정시 약제 투여 내역비교하여 심사조정 <예시>	○ 상대가치점수 제5장 제1절주사료 산정지침 - 마1 피하 또는 근육내주사 - 마9 관절강내주사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 무릎관절증에 히루안플러스주를 관절강내주사로 투여 후 관절강내주사료와 근육내주사료 동시 산정시 근육내주사료 심사조정	
○ 주사약제 비교 주사수기료 청구착오	○ 주사약제를 외래에서 2종 사용하고 피하 또는 근육내 주사료(마1) 2회 산정시 주사료 산정지침에 의거 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절주사료 산정지침 - 마1-주에 의거(피하 또는 근육내주사) 외래는 1일1회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.
○ 수액제 주입로를 통한 주사 수기료 청구착오	○ 정맥내 점적주사 하고 정맥내 일시 주사(마2)와 점맥내 점적주사(마5)를 동시 산정 <예시> 5% 포도당주사액을 정맥내 점적주사 하고 정맥내 일시주사(마2)와 점맥내 점적주사(마5)를 동시 산정시 약제 투여 내역 비교하여 하여 정맥내 일시 주사 심사조정	○ 상대가치점수 제5장 제1절주사료 산정지침 - 마2 정맥내 일시 주사(1일당) - 마5 정맥내 점적주사[1병또는 포장단위당]
○ 국소마취제만을	○ 국소마취제(lidocaine) 만으로 시행한 관절강	○ 고시 제2007-92호(행위)에 의거 국소마취제를 부

청구착오 유형	심사내역	관련근거
이용한 관절강내 주사료 청구착오	내주사는 심사조정	신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 인정하고 국소마취제만을 관절강내로 주입하는 것은 인정하지 아니함. (2007.11.1 시행)

6. 마취료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 신경차단술의 경우에 산정할 수 없는 노인가산료 청구	○ 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 신경차단술은 마취행위가 아니므로 소아 또는 노인가산료를 산정할 수 없으나 - 견갑신경통, 퇴행성 관절염 등 상병으로 내원한 70세 이상의 노인에게 통증완화 목적으로 신경차단술을 시술하고 노인가산율을 적용하여 신경차단술 소정점수의 130%를 산정・청구하여 노인가산료 30 % 심사조정 <예시>	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <신경차단술 산정기준> - 신경차단술은 마취, 동통완화 또는 치료목적으로 시행할 경우에 산정할 수 있으며 시술행위에 따라 소정금액을 산정하되, 동통완화 또는 치료목적으로 실시한 경우에는 마취행위가 아니므로 제6장 마취료 산정지침에 의한 소아 또는 노인가산을 할 수 없으며 응급진료가 불가피한 경우를 제외하고는 공휴일 또는 야간가산을 할 수 없음.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 견갑신경통 상병으로 내원한 71세 수진자에게 견갑신경블럭을 시술하고 견갑신경차단술료(바24)의 130%를 청구하여 노인가산료 30% 심사조정	다만, 마취목적으로 시행하는 경우에는 제6장 마취료 산정지침에 의한 가산을 할 수 있음 ○ 상대가치점수 제6장 마취료 산정지침 - 만8세 미만 소아, 또는 만70세 이상 노인 등은 마취료 소정점수의 30%를 가산한다.
○ 무통분만 경막외마취로 질식분만을 시도하였으나 실패하여 제왕절개만출술을 실시한 경우 마취료 청구착오	○ 질식분만 전 통증조절 목적으로 무통분만 경막외마취를 실시하였으나 질식분만을 실패하여 전신마취후 제왕절개만출술을 실시한 경우, 전신마취료와 마취유지료만 산정하여야 하나, 전신마취료(바2-가, L1211), 마취유지료(바2-나)와 경막외마취료(바2-가, L1214)를 각각 청구하여 경막외마취료 심사조정	○ 요양급여의적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 질식분만 전 통증조절 목적으로 “무통분만 경막외마취”를 실시하였으나, 질식분만을 실패하여 제왕절개만출술을 실시한 경우, 수기료는 마취료 산정지침에 의거 제왕절개만출술시의 마취료 및 마취유지료만 산정하되, 경막외마취(질식분만)에 사용된 약제 및 치료재료의 비용은 별도 인정함 ○ 상대가치점수 제6장 마취료 산정지침 - 동일 목적을 위하여 2이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취의 소정점수만 산정한다. ○ 상대가치점수 제6장 제1절 마취료 - 바2 마취

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		• 주: 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 척수마취, 경막외 마취, 상박신경총마취가 해당된다. 가. 마취관리기본[1시간 기준] 나. 마취유지 • 주: 마취 유지는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정한다.
○ 마취를 실시한 경우에 산정하는 마취중 말초산소포화도감시료 청구착오	○ 마취중 말초산소포화도감시료(바3-가)는 마취(바2)를 실시하는 경우에 산정토록 되어있으나 - 마취료(바2) 청구없이 마취중 말초산소포화도감시료만을 청구하여 심사조정	○ 상대가치점수 제6장 제1절 마취료 - 바2 마취 • 주: 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 마스크에 의한 폐쇄순환식 전신마취, 척수마취, 경막외 마취, 상박신경총마취가 해당된다. 가. 마취관리기본[1시간 기준] 나. 마취유지 • 주: 마취 유지는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때 마다 산정한다. - 바3 마취 중 감시료 • 주: 마취(바2)중 감시를 실시한 경우에 산정한다.
○ 마취시간에 따른 마취료 청구착오	○ 1시간 이상 마취시 마취료는 마취관리기본료와 마취유지료를 산정하며, 마취유지료는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에 매15분 증가할 때마다 산정하여야 하나 - 척추마취를 1시간이상 시행하고 마취관리기본료와 매15분당 마취유지료를 초과 청구하여 초과된 마취유지료는 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 십자인대파열 상병으로 총 2시간 20분 척추마취하에 십자인대성형술을 시행하고, 척추마취기본료(1시간) 1회, 척추마취유지료(15분초과) 10회로 청구하여 척추마취기본료 1회와 척추마취유지료 4회 심사조정	가. 마취중 말초산소포화도감시
○ 야간가산료의 청구착오	○ 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에 소정점수 50% 가산하여 산정하여야 하나 - 요양기관의 여건이나 환자의 사정으로 공휴일이나 야간에 만성적 질환인 척추증에 추간판제거술을 실시하고 소정점수의 50%를 가산하여 심사조정	○ 상대가치점수 제6장 마취료 산정지침 제(3)항 - 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가하여 마취를 행한 경우에 소정점수의 50% 가산한다
○ 신경차단술 15회 이상 실시한 경우 신경차단술료 청구착오	○ 신경차단술료는 최초 시술시부터 15회 시술시까지는 시술료 소정금액의 100%를 산정하고 15회 초과시에는 시술료 소정금액의 50%를 산정하여야 하나 15회를 초과하여 시술한 경우에도 소정금액의 100%를 산정·청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <신경차단술 산정기준> 1. 신경차단술은 상병에 따라 주 2-3회 인정함을 원칙으로 하되, 최초시술부터 15회까지는 소정금액의 100%를, 15회를 초과시는 50%를 산정하여야 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예 시> - 좌골신경통 등으로 내원하여 척수신경말초지차단술을 4월에 9회, 5월에 8회 실시하고 총 17회의 신경차단술료(바24)를 각각 100%로 청구하여 15회를 초과한 2회의 신경차단술료 50% 해당액을 심사조정	2. 실시기간은 치료기간당 최대 2개월까지 인정함. 다만 대상포진후통증, 척추수술실패후통증, 신경병증성통증, 척추손상후통증, 말기암성통증인 경우에는 예외로 적용함. (보건복지가족부고시 제2008-125호, 2008.11.1)
○ 경막외조영술을 여러 level 실시 시 수기료 청구착오	○ 2 level 이상에서 경막외조영술과 신경차단술을 동시에 실시시 1 level은 경막외조영 소정점수를 산정하고 2 level 부터는 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%씩 산정하여야 하나 <예시> - 국소마취하에 트리암주를 사용하여 L5~S1에 경막외조영술을 실시하면서 동시에 신경차단술을 시행한 후 경막외조영술 100%, 경막외신경차단술(일회성차단) 100%를 산정하여 경막외신경차단술 50% 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술(STE) 또는 경추간공경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 수가 산정 방법 가. 인정기준 부신피질호르몬제 사용시 주1회씩, 3회 정도 시행하고 호전되지 않으면 수술 등 다른 치료방법을 고려해야 함. 이때 확인할 수 있는 영상자료를 첨부토록 함. 나. 산정방법 (1) 행위료 (가) 1 level 시행시

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		• 편측 - 다210-나 경막외조영 소정점수만 산정 (Selective Transforaminal Epidural Block/ Transforaminal Epidural Injection 행위료는 조영술료에 포함) • 양측 - 다210-나 경막외조영 소정점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정 (나) 동시에 2 level 이상 시행시 • 편측 - 제1 level은 다210-나 경막외조영 소정점수를 산정하고, 제2 level부터는 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하되, 최대 3 level까지 산정함(바22가 최대 100%산정) • 양측 - 최대 2 level까지 산정하며, 제1 level은 다210-나 경막외조영 소정 점수와 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정하고, 제2 level은 바22가 경막외신경차단술(일회성차단) 소정점수의 50%를 산정함(바22가 최대 100%산정)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		(2) 약제비 : 조영제, 국소마취제, 스테로이드 등 사용된 약제는 별도 산정함.
○ C-Arm 등 투시없이 신경차단술료 청구	○ 척추신경근 신경차단술(Spinal Root Block), 상악신경(Maxillary Nerve) 차단술은 C- Arm 등 투시하에 실시하는 경우에 인정가능하나 - C-Arm 등 투시 없이 상악신경(Maxillary Nerve)차단술을 실시하고 상악신경차단술료(바23)를 청구하여 심사조정 <예시> - 척추증, 아래허리통증-허리엉치부위 상병에 C-Arm등 투시 없이 척수신경근신경차단술(Spinal Root Block)을 실시하고 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술료(바25)을 청구하여 심사조정	○ 심사지침 - C-Arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술은 관련학회 의견을 참조하여 다음과 같이 정하며, 동 신경차단술을 C-Arm 등 투시없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함. • 바22 관련 : Transforaminal epidural block • 바23 관련 : 삼차신경절(Trigeminal ganglion), 상악신경(Maxillarynerve), 하악신경(Mandibularnerve), 익구개 신경절(Pterygo-palatine ganglion) • 바24 관련 : Brachial plexus block (supraclavicle approach 경우만) • 바25 관련 : 척추주위척추관절돌기신경(Facet joint), 천장관절(Sacro-iliac joint), 방척추신경근(Paravertebral spinal nerve root), Dorsal root ganglion block, 척추후지내측지신경(Post. medial branch block) 척추신경근(Spinal root block) (Psoas compartment block : blind

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		block도 가능) • 바26-나 관련 : 흉요부교감신경절, 복강신경총, 하장간막신경총 상하복신경총

7. 이학요법료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 1일당으로 규정된 물리치료료 청구착오	○ 심층열치료, 단순운동치료 등 일부 물리치료 항목은 1일당으로 되어 있어 1일 1회만을 산정하여야 하나 1일 2회 산정·청구하여 1회 물리치료료 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 제1절 기본물리치료료 - 사102 심층열치료(1일당) - 사106 단순운동치료(1일당) 등
	○ 적외선치료(사30)은 1일당으로 되어 있어 1일 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정하여야 하나 3회 산정하여 2회의 적외선치료 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 제4절 기타 이학요법료 - 사30 적외선치료 (1일당)
○ 표층열치료와 심층열치료를 동시 실시한 경우 물리치료료	○ 표층열치료(사101)와 심층열치료(사102)를 동시에 시행한 경우는 심층열치료료는 100%, 표층열치료료는 50%로 산정하여야 하나 각각 100%를 산정·청구하여 표층열치료료	○ 상대가치점수 제7장 제1절 기본물리치료료 - 사101 표층열치료 ·주: 2. 같은날 심층열치료(사102)와 동시에 실한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
청구착오	50% 심사조정	
○ 적외선치료를 산정할 수 없는 상병에 청구	○ 적외선치료는 급성 바깥귀길염(외이도염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염)과 같은 급성기 염증 질환에 선별적으로 실시한 경우에 산정할 수 있으나 - 알레르기성 비염, 만성 후두염상병에 적외선치료료(사30)를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 이비인후과 분야에서 실시하는 적외선치료(사30)는 동 치료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성 바깥귀길염(외이도염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염)과 같은 급성기 염증질환에 선별적으로 실시한 경우에 인정함.
○ 적외선치료 인정범위외 안과상병에 청구	○ 적외선치료 인정범위 이외 상병인 아토피성 결막염 상병에 청구되어 적외선치료(사30) 심사조정	○ 심사지침 - 아토피성 결막염의 소양감을 해소시키기 위하여 냉찜질을 한다는 교과서 수록 내용을 감안할 때 아토피성 결막염에 시행한 사30적외선치료는 타당한 치료 방법이라 볼 수 없으므로 인정하지 아니함.
○ 표층열치료와 적외선치료를 동시 실시한 경우 적외선치료료	○ 표층열치료와 적외선치료를 동시에 실시한 경우 표층열치료만 산정하여야 하나 - 추간판장애 상병에 표층열치료료(사101)와 적외선치료료(사30)를 각각 청구하여 적외	○ 상대가치점수 제7장 이학요법료 <제1절 기본물리치료료> - 사101 표층열치료 • 주: 1.온습포, 적외선치료 등을 포함한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
청구착오	선치료료 심사조정	<제4절 기타 이학요법료> - 사30 적외선치료
○ 표층열치료와 파라핀욕을 동시 실시한 경우 표층열치료료 청구착오	○ 동일 효과의 표층열치료와 파라핀욕을 동시에 실시한 경우 주된 치료 1가지만 산정하여야 하나 - 관절염(손)상병에 표층열치료(사101)와 파라핀욕(사110)을 각각 청구하여 표층열치료료 심사조정	○ 심사지침 - 2종 이상의 물리치료를 할 시에는 상병명과 증상에 따라 적절한 항목의 치료를 하여야 하나 2종 이상의 치료 항목 중 동일한 치료 효과가 있는 치료법을 중복하여 시술하는 것은 바람직하지 않으므로 1종만 인정
○ 파라핀욕 인정범위외 상병에 청구	○ 파라핀욕(사110)의 인정범위 외 상병 외측 상과염에 청구되어 파라핀욕 심사조정	○ 심사지침 - 사-110 파라핀욕:적응증(상병)을 제한하기는 어려우나 손·발 부위에 실시한 경우에만 인정함(개방성 상처, 감각이상이 있는 경우는 적응증이 안됨)
○ 경피적전기신경자극치료료 산정일수 적용착오	○ 염좌, 좌상 등 상병에 대한 경피적전기신경자극치료(사104)는 1주 이내 실시함이 원칙(의사의 소견서가 있는 경우는 예외)으로 되어 있으나 - 의사의 소견서 없이 10일간의 경피적 전기	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 경피적전기신경자극치료는 관절염, 염좌, 좌상에 통증완화를 위해 사용할 수 있으며 보통 만성 Spasm에 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌 좌상 등에는 1주, 추간판탈출증에는 3

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	신경자극치료료를 청구하여 3일간의 경피적 전기신경자극치료료 심사조정	주 이내로 실시함을 원칙으로 하되 상태호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함.
○ 대상포진의 동통완화 목적으로 실시한 재활저출력레이저치료 청구착오	○ 피부과에서 대상포진 상병에 동통완화 목적으로 레이저치료를 실시한 경우 자13의 주에 의거 코드 N0134로 산정해야하나, 재활치료의 사115재활저출력레이저치료 MM085코드 산정하여 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 [처치 및 수술료] - 자13 피부레이저광선치료 • 주: 대상포진 등 피부질환의 동통완화 목적으로 실시한 경우에는 「사115」의소정점수를 산정한다.
○ 재활저출력레이저치료와 간섭파전류치료를 동시 실시한 경우의 물리치료료 청구착오	○ 재활저출력레이저치료(사115)와 간섭파전류치료(사104)를 동시에 실시한 경우에는 주된 물리치료료 1종만을 산정하여야 하나 재활저출력레이저치료료와 간섭파전류치료료를 각각 청구하여 간섭파전류치료료 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 물리치료는 상병명과 증상에 따라 적절한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 작용기전이 서로 다르다 하더라도 재활저출력레이저치료(사115)와 경피적전기신경자극치료(사104) 또는 간섭파전류치료(사104)를 동시에 실시하는 경우에는 주된 물리치료 1종만 인정한다.
○ 맛사지치료료를 산정할 수 없는 상병에 청구	○ 맛사지치료료(사105)는 근마비로 인한 연부조직위축 등에 수기로 20분이상 실시한 경우에 산정하여야 하나 맛사지치료료를 산정할	○ 상대가치점수 제7장 제1절 기본물리치료료 - 사105 맛사지치료(1일당) • 주: 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	수 없는 허리 염좌 및 긴장, 관절염 등 상병에 맛사지치료료를 청구하여 심사조정	으로 인한 연부조직유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.
○ 단순운동치료료 횟수 적용착오	○ 요부질환으로 외래진료시 실시하는 단순운동치료료(사106)는 초진에 한해 최대 2회 인정되나 2회를 초과하여 청구한 단순운동치료료 심사조정 <예시> - 요부염좌 상병으로 내원한 수진자에 대하여 단순운동치료료를 5월에 2회, 6월에 3회 각각 산정·청구하여 3회의 단순운동치료료 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 요추간판탈출증, 요부염좌 등의 요부질환으로 통원(외래) 진료시에 실시하는 단순운동치료는 10분 이상 실시한 경우에 한하여 산정하되, 동 요법은 통상 교육 및 훈련을 통하여 환자 스스로 시행하는 점을 고려하여 요부 질환에는 초진에 한하여 1~2회 인정함. 다만, 요배부 근육경련을 동반한 경우는 환자 스스로 운동치료를 하기 어려운 점을 감안하여 2주 이내로 인정함.
○ 매트 및 이동치료와 단순운동치료를 동시에 실시한 경우의 물리치료료 청구착오	○ 매트 및 이동치료(사130-가)와 단순운동치료(사106)를 동시에 실시한 경우에는 주된 항목만을 산정하여야 하나 매트 및 이동치료료와 단순운동치료료를 각각 청구하여 단순운동치료료 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 이학요법료 <제1절 기본물리치료료> - 사106 단순운동치료 • 주:2. 단순운동치료(사106)는 제2절에 분류된 운동치료(사116) 또는 제3절에 분류된 재활기능치료(사130)와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항
○ 복합운동치료와	○ 단순운동치료(사106)와 복합운동치료(사116-	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
단순운동치료를 동시에 실시한 경우 단순운동치료료 청구착오	가)를 동시에 실시한 경우 복합운동치료만 산정하여야 하나 - 뇌경색 후유증 상병에 복합운동치료료와 단순운동치료료를 각각 청구하여 단순운동치료료 심사조정	목의 소정점수만 산정한다. <제2절 단순재활치료료> - 사116 운동치료(1일당) • 주: 「가」「나」 및 제1절에 분류된 단순운동치료, 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정 점수만 산정한다. 가. 복합 운동치료 나. 등속성 운동치료 ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - CPM(Continuous Passive Motion)운동요법은 복합운동치료(사116가)로 인정.
○ CPM(Continuous Passive Motion) 운동요법 수기료 청구착오	○ CPM 운동요법을 실시한 경우 복합운동치료(사116-가)로 산정하여야 하나 - 양쪽성 원발성 무릎관절증 상병으로 수술 후 CPM 운동요법을 실시하고 등속성운동치료료(사116-나)로 청구하여 등속성운동치료료와 복합운동치료료의 차액 심사조정	
○ 일반의가 산정할 수 없는 단순재활치료료 청구착오	○ 재활의학과, 정형외과 등 해당 전문의가 상근하지 않는 요양기관에서 산정할 수 없는 파라핀욕(사110), 전기자극치료(사113) 등 단순재활치료료를 청구하여 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 제2절 단순재활치료료 • 주: 1. 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 외과 전문의가 상근하여야 하며, 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. - 사110 파라핀욕

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		- 사113 전기자극치료
○ 상근하는 물리치료사 없이 시간제·격일제 근무자(0.5인)만 근무하면서 물리치료 청구착오한 경우	○ 상근 물리치료사 없이 시간제·격일제 근무자에 의한 물리치료가 이루어진 경우 물리치료료 심사조정	○ 심사지침 - 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이경우 의료급여환자를 포함함. 다만, 시간제, 격일제 근무자는 주3일이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함. ※ 월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시연인원)÷1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수(고시 제2008-31호, 2008.5.1 시행)
○ 사127 근막동통주사자극치료의		○ 심사지침 - 근막동통유발점 주사자극치료의 인정기준은

청구착오 유형	심사내역	관련근거
진료수가 산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준 변경		다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적응증 : 근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome) 나. 사용약제 : 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함. 다만, 부신피질호르몬제의 약가는 약제 및치료재료의구입금액에대한산정기준에 의하여 산정함. 다. 실시횟수 : 통상 3일 간격으로 7회정도 산정하며 7회이상 실시하는 경우에는 진료의사의 소견서를 첨부하여 실시횟수대로 산정하되, 15회를 초과하여 산정할 수 없음. 라. 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우 : 사101 표층열치료와 사106 단순운동치료는 근막동통유발점 주사자극치료시 시행되는 일련의 과정으로서 별도 산정할 수 없음. 그러나, 동통제거의 상승효과를 위하여 사104 경피적 전기신경자극치료(또는 간섭파전류치료), 사102 심층열치료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		를 병행하는 경우 입원 진료시에는 소정금액을 각각 산정하며, 외래 진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 병행 실시된 물리치료는 전액을 환자가 부담토록 함(고시 제2008-125호(행위), 2008.11.1시행)
○ 요양병원에서 재활의학과전문의 장기부재 시 전문재활치료료 청구	○ 요양병원에서 재활의학과 전문의의 휴가로 부재 시 전문재활치료 산정불가하나 청구착오되어 심사 조정	○ 행정해석 - 건강보험 요양급여 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가지점수 제2부 제7장 이학요법료 제3절은 전문적인 재활치료항목으로서 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고 -생략- - 전문재활치료의 특성을 감안할 때 재활의학과전문의의 휴가중에는 전문재활치료를 산정하지 않음이 원칙이므로 재활전문의의 휴가중에 발생한 전문재활치료료는 휴가일수에 관계없이 휴가 초일부터 별도 산정할 수 없음 (보험급여과-588호, 2008.5.06 시행)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 뇌손상 상병으로 발병일 상관없이 일률적으로 전문재활치료 set화 하여 청구된 건	○ 물리치료 심사조정 <예 시 1> - 발병 후 1년 5개월정도 경과한 강직성편마비, 기타 뇌내출혈 환자로 타 병원 경유하여 동 요양기관에 2개월째 입원, 전문재활치료를 실시한 경우로 1일 2회 실시한 중추신경계발달재활치료, 기능적전기자극치료는 1일 1회러 조정하며, 보행은 가능하고 계단 오르기가 힘든 상태에서 시행한 매트 및 이동치료는 심사조정, 일상생활동작 훈련치료는 1-2종목을 10분간 시행한 경우에 1일당 수가로 인정하는 것은 곤란하므로 주 2회로 심사조정 <예 시 2> - 편마비, 뇌내출혈 등 상병에 시행된 전문재활치료는 발병일로부터 2년이 경과한 경우 중추신경계발달재활치료, 일상생활동작훈련치료, 기능적전기자극치료는 심사조정, 기능향상에 도움이 되는 매트 및 이동치료	○ 심사사례 - 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행한 전문재활치료는 환자의 상태 변화나 의사소견, 요양기관의 청구경향 및 인력현황 등을 참조하여 아래와 같은 원칙으로 심사함. - 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것을 원칙으로 하되, 2년을 경과하여 환자 상태의 호전이 없는 경우 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 재활기능치료는 1일 1회 인정 - 발병 후 적정기간이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 경우 약 3개월 정도 전문재활치료를 실시할 수 있으며, 이후에는 의사소견을 참조하여 추가 인정 - 재활기능치료 중 매트 및 이동치료와 보행치료는 단계적으로 시행하여야 하므로 동일에 실시시 1종만 인정 - 일상생활동작훈련치료는 인지기능이 있는 환자에게 실시하여야 하며, 1-2종목만 실시하는 등 1

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	는 1일 1회 인정하고 작업치료는 복합작업치료로 인정 <예 시 3> - 뇌경색증, 편마비 등 상병에 시행된 전문재활치료는 발병일 2년 이전인 경우 중추신경계발달재활치료, 재활기능치료(매트 및 이동), 복잡작업치료는 청구한대로 인정하나, 일상생활동작 훈련치료 및 기능적전기자극치료는 양측 상지 힘이 약하고, RoM이 안되는 상태며 spasticity stage 4에는 심사 조정 <예 시 4> - 경막밑 출혈 등 상병에 시행된 전문재활치료는 발병일 2년 이전인 경우에 일상생활동작훈련치료는 FIM 19점으로 이는 전적으로 타인의 도움이 필요한 경우로 수행이 곤란하다고 판단되므로 심사 조정 <예 시 5> - 약 13년 전 발병한 사지마비, 뇌출혈 환자로	일당 수가로 인정하기 곤란한 경우 주 2회 인정 - 작업치료는 환자상태에 따라 단순작업치료, 복합작업치료, 특수작업치료 중 한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 동일에 다른(단순작업치료 + 특수작업치료 등) 작업치료를 실시하였을 경우 1종만 인정 - 기능적 전기자극치료는 근력이 좋거나(도수근력검사 상 good 등급 이상) 경직이 너무 강한(Modified Ashworth scale grade Ⅳ) 경우 인정하지 아니함 - 연하장애재활치료는 발병 후 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	여러 병원을 거쳐 동 요양병원에 7개월째 입원 중인 청구건은 발병일로부터 2년이 훨씬 경과된 사례로 전문재활치료를 실시할 만한 의학적 타당성이 확인되지 않으므로 청구된 전문재활치료(중추신경계발달재활치료, 재활기능치료-매트 및 이동치료, 일상생활동작훈련치료, 복잡작업치료, 기능적전기자극치료)는 모두 심사조정	
○ 근막동통유발점 주사자극치료 실시부위에 대한 기재없이 치료료 소정점수에 100%를 가산하여 청구	○ 근막동통유발점 주사자극치료를 동시에 2이상의 동통유발점 부위에 실시한 경우에 근막동통유발점주사자극치료료는 최대로 소정점수의 200%까지 산정할 수 있으나 2이상의 실시부위에 대한 기재없이 소정점수의 200%를 청구하여 100%에 해당하는 근막동통유발점 주사자극치료료 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 제3절 전문재활치료료 - 사127 근막동통유발점 주사자극치료(1일당) • 주: 2. 동시에 2이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시부위를 불문하고 소정점수의 100% 가산한다. 4. 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우 산정한다. ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <근막동통유발점 주사자극치료>
○ 근막동통유발점 주사자극치료료를 산정할 수	○ 근막동통유발점 주사자극치료(사127)는 근막동통증후군에만 인정되나 - 근막동통유발점 주사자극치료료를 산정할	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
없는 상병에 청구	수 없는 경추통, 어깨의 유착성피막염 등의 상병에 근막동통유발점 주사자극치료료를 청구하여 심사조정	- 적응증 : 근막동통증후군 (Myofascial Pain Syndrome) - 사용약제인 국소마취제나 생리식염수의 약가는 동 요법의 소정수가에 포함하여 별도 산정하지 아니함 - 외래 진료시에 근막동통유발점 주사자극치료(사127)와 물리치료를 동시에 실시한 경우에는 1종만 인정함 ○ 보건복지가족부 행정해석 - 「동통재활분야 교육을 이수한 의사」의 범주에 대하여는 근막동통유발점 주사자극치료의 전문성을 강화하고 의료서비스 제고를 위한 동 인력기준 수립의 근본취지를 감안하여 대한의사협회내 대한의학회에 등록된 학회에서 관련교육을 이수하고 교육이수증을 건강보험심사평가원에 제출한 경우에는 인정한다.
○ 근막동통유발점 주사자극치료시 산정할 수 없는 약제비 청구착오	○ 근막동통유발점 주사자극치료료에 포함되어 별도로 산정할 수 없는 국소마취제나 생리식염수 등 약제비를 청구하여 심사조정	
○ 근막동통유발점 주사자극치료와 물리치료를 동시에 실시한 경우에 물리치료료 청구착오	○ 외래 진료시에 근막동통유발점 주사자극치료(사127)와 물리치료를 동시에 실시한 경우에는 1종만 산정하여야 하나 - 근막동통유발점 주사자극치료료와 물리치료료를 각각 청구하여 물리치료료 심사조정	
○ 동통재활분야교육 미이수자가 산정할 수 없는 근막동통유발점	○ 근막동통유발점 주사자극치료(사127)는 재활의학과전문의 또는 동통재활분야교육을 이수한 의사만이 청구할 수 있으나 동통재활분야교육을 이수하지 않은 의사가 동통유발점 주	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
주사자극치료료 청구착오	사자극치료료를 청구하여 심사조정	
○ 급·만성 후두염에 한해 산정할 수 있는 상기도 증기흡입치료료 청구착오	○ 상기도 증기흡입치료료는 급·만성 후두염에 한해 산정할 수 있으나 급성기관지염 등 상병에 상기도 증기흡입치료료를 산정·청구하여 심사조정	○ 상대가치점수 제7장 제4절 기타 이학요법료 - 사30-1 상기도 증기흡입치료 • 주: 1. “급·만성 후두염”에 한하여 산정하되, 적외선치료(사30)와 동일 실시한 경우에는 상기도 증기흡입치료의 소정점수만 산정한다 • 주: 2. 외래는 주 2회, 입원은 1일 1회에 한하여 산정한다.
○ 상기도증기흡입치료 산정횟수 청구착오	○ 외래에서 실시한 상기도 증기흡입치료료는 주 2회까지 산정할 수 있으나 주 5회 산정·청구하여 3회의 상기도 증기흡입치료료 심사조정	
○ 상기도 증기흡입치료와 적외선치료를 동시에 실시한 경우 적외선 치료료 청구착오	○ 상기도 증기흡입치료(사30-1)와 적외선치료(사30)를 동시에 실시한 경우에 상기도 증기흡입치료만 산정하여야 하나 - 급·만성 후두염상병에 상기도 증기흡입치료료와 적외선치료료를 각각 청구하여 적외선치료료 심사조정	

8. 정신요법료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 개인정신치료 산정횟수 적용착오	○ 외래진료시의 개인정신치료(아1)는 지지요법(아1-가), 집중요법(아1-나), 심층분석요법(아1-다)를 합하여 주2회 이내로 산정하여야 하나 - 개인정신치료료-지지요법(아1-가)를 주3회 청구하여 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 - 아1 개인정신치료 • 주: 2. 외래의 경우 「가」,「나」,「다」를 합하여 주 2회 이내만 산정한다. 가. 지지요법 나. 집중요법 다. 심층분석요법
○ 개인정신치료 산정횟수 청구착오	○ 개인정신 치료의 경우 지지요법(아1-가), 집중요법(아1-나), 심층분석요법(아1-다)를 동시에 산정할 수 없으나 <예시> - 중등도의 우울성 에피소드 상병에 1일 내원하여 개인정신치료-지지요법(아1-가)과 집중요법(아1-나)를 동시에 청구하여 지지요법(아1-가)을 심사조정	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 - 아1 개인정신치료 • 주: 1.「가」,「나」,「다」를 동시에 산정할 수 없다 2. 외래의 경우 「가」,「나」,「다」를 합하여 주 2회 이내만 산정한다
○ 작업 및 오락	○ 입원 진료의 경우 작업 및 오락요법(아-4)은	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
요법산정횟수 청구착오	주 5회이내로 산정하여야 하나 <예시> - 정신분열병 상병으로 26일간 입원한 경우 작업 및 오락요법(아4)를 실시하고 23회 청구하여 작업 및 오락요법(아4)을 3회 심사조정	- 아4작업 및 오락요법 (음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등) 주:2. 외래의 경우 주1회, 입원의 경우 주5회 이내만 산정한다.
○ 가족치료 청구착오	○ 아3 (가족치료)는 진료계획에 의거 정신과 전문의가 환자(1인 또는 2인 이상)의 가족을 내원케 하여 진료를 행한 경우에 산정하여야 하나 - 정신간호사나 사회복지사가 상담 후 가족치료료 청구시 가족치료료는심사조정	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 산정지침
○ 정신질환자 입원기간 청구착오	○ 의료급여 정신과정액 입원환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원한 경우의 입원기간 산정시는 퇴원 전 입원기간을 합산하여 입원일수를 산정하여 청구 하여야 하나 - 입원기간을 합산하지 않고 단독 입원 일수	○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제11조(정신질환 입원 및 낮병동 수가 등)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	청구 시 퇴원 전 입원 기간을 합산 하여 심사조정	
○ 의료급여 정신과 정액입원일수에 따른 입원료체감제 미적용 청구	○ 의료급여 설립형태별 1일당 정액 수가 의한 입원기간에 따른 체감제를 적용하여 산정하야 하나(1일~180일, 181일~360일, 361일 이상) - 입원기간에 입원료 체감제를 미적용 하여 청구시 입원료 체감제를 적용하여 심사조정	○ 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제11조(정신질환 입원 및 낮병동 수가 등)
○ 정신과적 재활요법 횟수 적용 착오	○ 정신과적 재활요법은 2~3개월 이상 장기입원 치료 후 퇴원 전 10회 정도 산정할 수 있으나 - 산정횟수를 초과하여 산정시 초과 횟수 만큼 심사조정	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 - 아-9 정신과적재활요법
○ 의료급여 정신과 정액 외래진료시 원내조제와 동시에 원외처방전을	○ 동일 환자에 대하여 원외처방전 발행과 원내 직접조제·투약이 동시에 발생한 경우 원내 조제·투약에 대한 1일당 투약비용은 산정할 수 없으나	○ 보관 65730-24호(2001.01.09)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
발행하고 청구	- 원내조제·투약과 동시에 원외처방전 발행시 외래환자 조제·복약지도료 청구시 외래환자 조제·복약지도료는 심사조정	
○ 정신의학적 사회사업(개인력조사, 사회사업지도,사회조사,가정방문) 산정횟수 청구착오	○ 정신의학적사회사업-개인력조사는 치료기간 중 1회만 산정할 수 있으나 - 매월 개인력조사료(아11가)를 1회씩 청구하여 초과 청구한 개인력조사료는 심사조정 ○ 사회사업지도, 사회조사, 가정방문은 치료기간 중 2회만 산정할 수 있으나 - 사회사업지도료(아11-나), 사회조사료(아11-다), 가정방문료(아11-라)를 매월 각각 1회씩 청구하여 초과 청구한 사회사업지도료, 사회조사료, 가정방문료는 심사조정	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 - 아11 정신의학적사회사업 • 주: 1.「가」는 치료기간중 1회만 산정한다. • 주: 2.「나」,「다」,「라」는 각각 주1회 산정하되 치료기간 중 2회이내만 산정함 가. 개인력조사 나. 사회사업지도 다. 사회조사 라. 가정방문
○ 정신질환자에 대한 약제 원내투여시 의약분업 예외구분코드 기재 누락 청구착오	○ 정신보건법에 의해 정신요양시설에 수용중인 정신질환자 및 정신분열증, 조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자의 투약에 관해서는 원내투약 할 수 있으므로 원내투여시 의약분업예외구분코드(13) 누락	○ 건강보험 요양급여비용 청구방법 및 명세서 서식 작성요령 제1편 행위요양급여비용 제1장 총칙 제23조(특정내역 등 기재) 3. 의약분업 예외구분코드 : 약사법 관련 규정에

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	으로 관련 약제 심사조정 <예시> - 1일 내원하면서 약제 원내 투여시 일부 약제에 대해 예외구분코드 누락으로 해당 약제 U코드 조정됨. (239)보령알리벤돌정 2*14 (예외구분코드 13 입력) (219)타나민정 2*14(예외구분코드 13 입력)(119)환인아캄프로세이트정 4*14 (예외구분코드 누락)(117)염산트라조돈캅셀 1*14 (예외구분코드 누락) 으로 청구시 아캄프로세이트정과 트라조돈캅셀 U코드로 심사조정.	의해 원내조제 투여시 의약분업 예외사항 발생으로 의료기관 또는 보관기관인 요양기관에서 자체 조제.투약하는 경우에는 별표7. “의약분업 예외구분코드”에 해당되는 코드(13)를 기재한다.
○ 정신요법료 청구착오	○ 개인정신치료는 (가)지지요법, (나)집중요법, (다)심층 분석요법 청구시 외래의 경우 (가),(나),(다)를 합하여 주2회 이내만 산정하여야 하나 - (가),(나),(다) 합하여 주2회 초과 청구착오함.	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 산정지침 - 아-1 개인정신치료 (주)사항 주: 1. (가),(나),(다)를 동시에 산정할 수 없다. 2. 외래의 경우 (가),(나),(다)를 합하여 주 2회 이내만 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 6월 2일, 5일, 8일, 14일, 19일, 22일, 27일 총 7일 내원하면서 아-1(가) 지지요법 1*6 아-1가(나) 집중요법 1*1 청구 시 아-1(가) 지지요법 1*6 중 1회 심사 조정함.	○ 상대가치점수 제8장 정신요법료 - 아-1 개인정신치료 (가) 지지요법 : 정신과적 평가하에 환자의 건전한 방어 기전들을 강화하고 심리적 장애요인을 억제하여 정신장애를 해소 내지 경감 목적으로 15분미만 치료한 경우에 산정한다. (나) 집중요법 : 정신과적 평가하에 환자의 상태에 따라 지지적 기법 등 면담기법을 혼용하여 증상을 경감하고 자아방어에 대한 이해를 목적으로 15분이상 45분미만 치료한 경우에 산정한다. (다) 심층분석요법 : 환자의 무의식 내용에 대하여 증상의 완호, 성격구조 및 자아방어 양상의 수정 목적으로 45분이상 심층적으로 분석하는 경우에 산정한다.

9. 처치 및 수술료 등

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 처치 및 수술료 야간가산 청구착오	○ 평일 18시부터 09시 이전 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에 야간가산료를 산정할 수 있으나 - 평일 18시~09시 이외의 시간에 처치 및 수술을 실시한 경우와 18시~09시에 해당하는 시간이라도 응급진료를 필요로 하지 않는 처치 및 수술을 실시한 경우에 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시1> - 피부양성종양으로 야간가산을 적용할 수 없는 시간인 토요일 16시에 내원하여 피부양성종양적출 수술을 행한 수진자에 대하여 야간가산료를 적용한 수술료를 청구하여 야간가산료 심사조정 <예시2> - 농양 상병으로 절개술을 실시한 후 시술 다음날 19시 30분에 내원하여 시술부위에	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다. 이 경우 해당 처치 및 수술은 시작한 시각을 기준하여 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	단순처치를 시행한 경우 단순처치료(자2-1가(1))에 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시3> - 항문직장 샛길(누공), 혈전성 외치질 상병으로 평일 19시에 좌욕을 실시한 경우 좌욕료(자2-1마)에 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시4> - 볼 및 관자 아래턱 영역의 열린상처 상병으로 창상봉합술을 실시한 후 시술 다음날인 공휴일에 내원하여 단순처치를 실시한 경우 단순처치료(자2-1가(1))에 공휴가산료를 산정·청구하여 공휴가산료 심사조정 <예시5> - 노뼈 하단의 골절 상병으로 장상지 부목 실시하고 일정기간 경과 후 공휴일에 내원하여 장상지 캐스트를 실시하고 장상지 캐스트료(자602)에 공휴 가산료를 산정·청구	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	하여 공휴 가산료 심사조정 <예시6> - 전염성 물렁종 상병으로 평일 20시에 내원하여 전염성연속종제거술을 실시하고 전염성연속종제거술료(자14-2-나)에 대한 야간가산료를 산정·청구하여 야간 가산료 심사조정 <예시7> - 노뼈하단의 골절 상병으로 다른 요양기관에서 실시한 케스트를 평일 19시 30분에 석고를 제거하고 석고제거료(자613)에 대한 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시8> - 인두의 이물 상병으로 토요일 15시에 인두이물제거술을 실시하고 인두이물제거술료(자227)에 대한 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시9> - 안검내반 및 첩모난생증 상병으로 평일 18:10분에 초진으로 내원한 수진자에 대하여 첩모발거술 시행하고 첩모발거술(자543)에 대한 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시10> - 상세불명의 급성인두염 상병으로 법정공휴일인 선거일에 인후두소작술 실시하고 인, 후두소작술(자226)에 대한 공휴가산료 산정·청구하여 공휴가산료 심사조정	
	○ 처치에 대한 야간가산료의 적용시점은 그 행위를 시작한 시간을 기준으로 하므로 야간(18시~09시)이 아닌 시간에 처치를 시작한 경우에 야간가산료를 적용한 처치료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시1> - 정상분만을 위해 내원한 산모에게 평일 17	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	시에 분만전처치를 시작하여 19시에 분만한 경우 분만전처치료(자437)에 야간가산료를 산정·청구하여 야간가산료 심사조정 <예시2> - 정상분만을 위해 평일 08시에 내원하여 10시 30분에 분만하고 분만 후 처치를 시행한 경우에 분만전 처치료에 대한 야간가산료는 산정할 수 있으나 분만료와 분만후처치료에도 야간가산료를 산정·청구하여 분만료와 분만후 처치료에 대한 야간가산료 심사조정 <예시3> - 토요일 13시11분에 결막이물제거술을 실시하고 결막이물제거술(자493 또는 자497)에 대한 야간가산료를 산정하여 야간가산료 심사 조정	
○ 기본진료료에	○ 질염, 외음의 염증 상병에 소독액을 이용한	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침

청구착오 유형	심사내역	관련근거
포함되어 별도로 청구할 수 없는 처치 및 수술료 청구착오	단순처치료(드레싱)는 기본진료료에 포함되어 별도로 청구할 수 없으나 - 간단한 드레싱 후 단순처치료(자2-1 가)를 청구하여 심사조정	- 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 아니함.
	○ 결막출혈, 결막염 상병에 간단한 안처치는 기본진료료에 포함되어 별도로 청구할 수 없으나 - 간단한 안처치 후 단순처치료(자2-1가(1))를 산정·청구하여 단순처치료 심사조정 ○ 간단한 구강처치는 기본진료료에 포함되어 별도 청구할 수 없으나 - 편도주위 고름집(농양) 상병으로 편도주위 농양절개술을 실시한 후 시술 다음날 실시한 구강처치를 염증성처치료(자-2-1가(2))로 산정·청구하여 염증성 처치료 심사조정	
	○ 10개 미만의 첩모를 발거한 경우에는 기본진료료에 포함되어 첩모발거술료(자543)를 별도로 산정할 수 없으나 - 첩모난생 상병으로 내원한 수진자에 대하	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 자543 첩모발거술(다수) ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 자543 첩모발거술의 '다수'란 10개 이상의 첩모

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	여 6~7개의 첩모를 발거하고 첩모발거술료를 산정・청구하여 첩모발거술료 심사조정	를 발거한 경우를 뜻하며, 양안을 각각 10개 이상 발거한 경우 양측으로 산정하며 수회실시하더라도 1개월에 1회만 인정함. 다만, 양안(단안) 각각 10개 미만의 첩모를 발거하였다면, 양안 첩모발거행위는 각각 기본진료료에 포함됨(고시 2007-46호. 07.6.1시행)
	○ 간단한 이구전색제거는 기본진료료에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 - 중이염 상병으로 내원한 수진자에 대하여 간단한 이구전색제거를 실시한 후 이구전색제거료-복잡한것(자557-가)를 청구하여 이구전색제거료 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 자557 외이도이물 또는 이구전색제거[간단한 것은 기본진료료에 포함] 가. 복잡한 것 나. 극히 복잡한 것
○ 흡입배농처치 (자2-라)청구착오	○ 흡입배농처치(자2-1라)는 기관삽관술(자585)를 시행하고 기관내 흡입배농처치를 실시한 경우에 산정하여야 함에도 구강내 비강내 분비물 흡입하고 산정하여 심사조정 - 폐렴 상병에 가래가 많아 기침을 제대로 할 수 없고 콧물도 많아 구강내와 콧속에 분비	○ 심사지침 - 구강내・비강내 흡입배농처치의 요양급여비용 산정방법 • 간단한 처치 및 수술비용은 기본진료료에 포함됨을 원칙으로 함

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	물을 흡입제거를 시행하고 흡입배농처치(자2-라) 청구하여 심사조정	
○ 치매 뇌혈관질환 수술후 등 장기 입원한 남성환자에 대하여 회음부 간호료(2-1사) 청구착오	○ 회음부간호(자2-1사)는 입원환자 중 거동이 어려운 환자의 위생상태를 청결히 하기위하여 여성환자에 대한 회음부 간호시 산정 하여야하나 - 남성환자에게 실시한 유치도뇨관 삽입부위의 소독에 대하여는 회음부간호(자-1 사)료 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 산정지침 - 자2-1사 회음부간호 ○ 행정해석 보험급여과 -3605(2004.8.26) - 건강보험요양급여행위및그상대가치점수」 제9장 제1절에 분류되어 있는 '회음부간호(자2-1사)'는 입원환자 중 거동이 어려운 환자의 위생상태를 청결히 하기 위해 행하는 필수 간호행위 중 하나로 침상목욕, 통목욕 등과 함께 간호사들이 행하는 간호비용의 보상측면에서 신설된 항목(보관 65720-1478호, '95.12.22)으로서 인체 해부학적 구조상 회음부는 남성과 여성에게 모두 해당되나, 여성환자에 대한 회음부간호의 필요성에 따라 수가가 신설된 배경 등을 감안할 때, 남성환자에게 실시한 장기 유치도뇨관(Foley catheter)부위의 소독(Dressing)에 대하여는 '회음부간호(자2-1사)'를 산정할 수 없음

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 양측 수술료로 규정된 부속기종양적출술, 프로엣쯔치환술료 등 청구착오	○ 양측 장기에 대한 시술을 실시한 경우에 소정수술료를 1회 산정하여야 하나 2회로 산정·청구하여 1회의 수술료는 심사조정 ○ 양측 정관에 대한 복원수술을 실시한 경우에 정관·정관문합술료(자389-1나)의 소정금액 1회를 산정하여야 하나 2회 청구하여 1회의 정관·정관문합술료 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 '양측'이라고 표기한 것은 '양측'을 시술 할지라도 소정점수만 산정한다. - 자108-1 프로엣쯔치환술(양측) - 자442 부속기종양적출술(양측) - 자389-1 정관수술(양측)
○ 수술료에 포함되어 별도로 청구할수 없는 생리식염수 청구착오	○ 수술에 사용한 생리식염수는 소정수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 - 위절제술, 사지관절절제술 등 수술을 한 경우에 생리식염수를 청구하여 해당 약제비 심사조정 - 인공신장투석을 위한 단락 또는 동정맥을 이용한 동정맥루 조성술에 크린조를 청구하여 해당 약제비 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 (12)-24 - 처치 및 수술시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
○ 소정수술료에 포함되어 별도	○ 백내장 수술시 사용한 BSS액은 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 청구되어	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - calcium chloride 외 안내수술용 주입액 : 품명

청구착오 유형	심사내역	관련근거
산정할 수 없는 약제(BSS액) 청구착오	심사조정	(BSS액 등)을 백내장 수술시 사용한 경우 소정수술료에 포함되므로 별도 인정하지 아니함
○ 수술후 처치에 대한 인정 기준	○ 타수술후 stitch out한 것 혹은 소독에 대한 수가를 다른수가로 청구함. <예시> - 익상편수술 1주일 후 내원하여 stitch out한 것에 대해 결막이물제거술을 산정하여 심사조정함. - 요실금수술(질강을 통한)후 수술부위에 대한 단순처치를 산정하여 심사조정함.	○ 상대가치점수 제 9장 제 1절 처치 및 수술료 산정지침 - 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 아니함.
○ 봉합사를 별도로 산정할 수 없는 경우에 봉합사 청구	○ 봉합사는 인정기준에 해당되는 처치 및 수술에 사용된 경우에 산정할 수 있으나 - 손가락 1cm 개방창의 창상봉합술에 봉합사를 청구하여 심사조정	○ 고시 제2007-143호 (치료재료) (적용일 : 2008.1.1) 1. 산정방법 : 처치 및 수술시 사용된 봉합사는 다음의 경우를 제외하고는 실사용량으로 산정할 수 있으며, “치료재료급여목록및상한금액표” 범위내에서 실구입가로 산정함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		- 다 음 - 가. 천자, 생검, 내시경 검사 등에 사용한 경우 나. 중재적(경피적, 내시경적) 시술시 사용한 경우 다. 다른 특수기기(레이져, 감마나이프 등)를 이용하는 경우 라. 안면수술을 제외한 2cm이하의 피부봉합 또는 피부고정 2. 기 타 : 봉합사 제품명(Catalog No.),굵기(Gauge), 사용량 등을 진료기록부(수술기록지)에 반드시 기재하여야 함. => 변경전(고시 제2006-75호)
○ 시술부위에 따라 산정되는 절개술료 및 봉합술료 청구착오	○ 머리부위의 농양(또는 열창)상병에 대하여 절개술(또는 창상봉합)을 시술한 경우에 「안면과 경부이외」 절개술료(또는 창상봉합술)를 산정하여야 하나 -「안면 또는 경부」 절개술료(또는 창상봉합술)로 산정·청구하여 「안면과 경부이외」 절개술료와 「안면 또는 경부」 절개술료의 차액 심사조정	○ 건강보험요양급여비용 제1부제2편 제9장제1절 - 자1 절개술 가. 안면 또는 경부(Face or Neck) 나. 안면과 경부 이외(others) - 자2 창상봉합술 가. 안면 또는 경부(Face or Neck) 나. 안면과 경부 이외 (others)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 발조술과 창상봉합술을 동시 실시한 경우의 창상봉합술료 청구착오	○ 발톱의 좌멸창 상병으로 발조술과 창상봉합술을 동시 실시한 경우에 발조술료(자20) 100%, 창상봉합술료(자2-나) 50%로 청구하여야 하나 각각 100% 청구하여 차액 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 손·발톱부분이 압박 좌멸되어 발조술 시행 후 골이 노출되어 장시간에 걸쳐 봉합술을 시행할 경우에는 발조술(자20) 100%와 안면과 경부 이외 창상봉합술(자2-나) 50%를 산정함.
○ 창상봉합술 실시 당일에 산정할 수 없는 단순처치료 청구	○ 수술 후 처치료는 수술 익일부터 청구할 수 있으나 - 아래다리 열상 상병으로 창상봉합술 당일에 단순처치를 실시하고 창상봉합술(자2-나)과 단순처치료(자2-1가)를 각각 청구하여 단순처치료 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 자2-1일반처치 또는 수술후처치 등 (1일당) • 주 : 1. 수술후 처치료는 수술익일부터 산정한다. 가(1) 단순처치 • 주 : 수술창의 처치(경미한 염증포함), 열상 및 좌상의 처치에 산정한다 가(2) 염증성처치 • 주 : 수술창의 심한 염증 처치, 심한 욕창, 염증이 심한 상처의 처치에 산정한다. ○ 고시 제2003-65호(03.12.1 시행) - 흡입배농 및 배액처치와 창상처치는 1일당 수가이며, 행위의 특성상 주로 치료기간 동안 지속적으로 반복하여 시행됨을 감안하여 기관절개
○ 단순종기 상병에 염증성 처치료 청구착오	○ 염증성처치는 심한 욕창의 처치, 염증이 심한 상처에 대한 처치, 수술창의 심한 염증의 처치를 한 경우에 산정할 수 있으나 - 단순 종기 상병에 염증성처치료를 청구하여 염증성처치료(자2-1-가(2))와 단순처치료(자2-1가(1))의 차액 심사 조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 단순처치와 흡입배농 및 배액처치를 동시에 실시한 경우 별도로 산정할 수 없는 단순처치료 청구착오	○ 기관절개(Tracheostomy) 부위의 단순처치(자2-1가(1))와 흡입배농 및 배액처치(자2-1라)를 동일에 실시한 경우에는 단순처치료는 별도로 산정할 수 없으나 - 흡입배농 및 배액처치료와 단순처치료를 각각 청구되어 단순처치료 심사조정	(Tracheostomy)부위의 드레싱과 흡입배액처치를 동일에 실시한 경우에는 흡입배농 및 배액처치료만 산정함. ○ 고시제2007-92호(07.10.26) - 치핵 또는 치루수술 후 좌욕은 수술부위의 감염예방과 동통·부종을 감소시키기 위해 실시하며, 단순처치는 감염예방을 위해 실시하는 바, 좌욕과 단순처치를 동시 실시시에는 주된 처치인 좌욕만 (수술익일부터 7일 이내) 인정하고, 치료기간 중 좌욕없이 단순처치만 실시한 경우에 단순처치료는 3일 이내로 인정함.
○ 침상목욕간호와 체위변경처치 또는 통목욕간호를 동시 실시한 경우 별도 산정 할 수 없는 체위변경처치료 또는 통목욕간호료 청구착오	○ 척수손상, 뇌졸중 환자 등에 침상목욕간호(자2-1자)와 체위변경처치(자2-1바) 또는 통목욕간호(자2-1아)를 동일에 실시한 경우에는 체위변경처치료 또는 통목욕간호료는 별도로 산정할 수 없으나 - 침상목욕간호료와 체위변경처치료 또는 통목욕간호료를 각각 청구하여 체위변경처치료 또는 통목욕간호료 심사조정	
○ 치핵 또는 치루 수술 후 실시한 단순	○ 치핵 또는 치루수술 후 좌욕(자2-1마)과 단순처치(자2-1가(1))를 동시에 실시한 경우 주된	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
처치료 청구착오	처치료만을 산정하여야 하나 좌욕과 단순처치료를 각각 청구하여 단순처치료 심사조정	
	○ 치핵 또는 치루수술 후 좌욕없이 단순처치만 실시한 경우에 단순처치료는 3일 이내로 산정하여야 하나 치루수술을 실시한 수진자에 대하여 4회의 단순처치료(자2-1가(1))를 청구하여 1회의 단순처치료 심사조정	
○ 단순기관지염에 산정할 수 없는 하기도증기흡입치료료 청구착오	○ 하기도 증기 흡입치료는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란 치료에 한하여 인정할 수 있으나 - 단순기관지염 등에 하기도증기흡입치료(자4-1)를 청구하여 심사조정	○ 고시제 2007-77호(2007.8.30시행) 자4-1 하기도 증기 흡입 치료 (Nebulizer Treatment of Lower Airway)은 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시시 인정함.
○ 비급여대상인 단순노화에 의한 탈모증을 보험급여로 청구	○ 노화현상으로 인한 탈모는 비급여 대상이나 병적 소인이 아닌 단순 노화에 의한 탈모 또는 안드로젠성탈모증상병을 진료한 후 진찰료와 병변내 주입요법료(자9) 등을 청구하여 심사조정	○ 건강보험요양급여의기준에관한규칙(별표2) 비급여대상 - 주근깨, 다모(多毛), 무모(無毛), 백모증(白毛症), 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 사마귀제거술을 실시한 경우 수술료 청구착오	○ 업무 또는 일상생활에 지장을 주는 사마귀를 제거할 경우에는 티눈제거술료(자14-1)를 산정하여야 하나 - 피부전기 소작술 또는 냉동술료(자12)로 청구하여 차액 심사조정 <예시> - 바이러스성 사마귀 상병으로 티눈제거술을 실시하고 피부전기소작술 또는 응고술료(자12)로 청구하여 티눈제거술료(자14-1)와의 차액 심사 조정	○ 고시 제2000-73호(2000.12.28) - 사마귀로 인해 업무 또는 일상생활에 지장을 초래하는 경우에 실시한 사마귀제거술은 급여대상으로 자14-1 티눈제거술에 준용 산정하며, 근접하고 있는 2개 이상을 동시에 제거하는 경우에는 제1의 것은 100%, 제2의 것부터 50%를 산정하되 최대 200%를 산정하고, 발바닥과 발가락에 생긴 사마귀를 동시에 제거할 경우에는 타 부위로 간주하여 소정금액을 각각 산정함 ○ 고시 제2000-73호(2000.12.30) - 티눈이 손등이나 전박부에 생길 경우에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 것으로 간주하여 비급여대상이며 발바닥, 발가락, 발 등에 생겨 보행이나 신을 신는데 통증이나 불편을 줄 경우에는 급여대상임 - 수부 또는 족부 티눈이 수개처에 있어 티눈제거술 실시시 최대 200%를 산정할 수 있으며 발바닥(손바닥)과 발가락(손가락) 사이에 발생한 티
○ 티눈제거술 청구착오	○ 티눈제거술 메모에 부위와 개수 기재하였으나 수가 산정착오	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		눈은 다른 범위로 간주하여 소정금액을 각각 산정함
○ 치료기간 중 1회 이상 산정한 전염성연속종제거술 청구착오	○ 전염 물렁종 상병에 치료기간 중 전염성연속종제거술-전신성의 것(자14-2가)와 전염성연속종제거술-기타의 것(자14-2나)을 각각 1회씩 산정하여 전염성연속종제거술(기타의 것) 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 자14-2 전염성연속종제거술은 치료기간중 1회 인정하고 전염성연속종제거술 후 피부과처치는 별도 산정할 수 없으며, 경구 투약 및 주사제는 2차 감염이나 특별한 사유가 없는 한 인정하지 아니하고 외용연고제만 인정한다.
○ 전염성연속종제거술후 별도로 산정할 수 없는 피부과처치료 또는 단순처치료 청구착오	○ 전염성연속종제거술(자14-2) 후에 실시한 피부과처치 또는 단순처치에 대하여는 처치료를 산정할 수 없으나 - 전염성연속종제거술을 실시한 다음날 이후에 피부과처치료 또는 단순처치료를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 전염성연속종제거술은 치료기간 중 1회 인정하고 이후 피부과적처치 또는 단순처치는 별도로 산정할 수 없으며, 경구 투약 및 주사제는 2차 감염이나 특별한 사유가 없는 한 인정하지 아니하고 외용연고제만 인정한다.
○ 1도 화상에 화상처치료 청구착오	○ 오른쪽 손등의 1도 화상 상병으로 처치를 실시한 경우에 단순처치료(자2-1가(1))로 산정하여야 하나 화상처치료(자18-1)를 청구하여	○ 건강보험요양급여비용 제 9장 처치 및 수술료 - 자18-1 화상처치 • 주 : 1. 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	차액 심사조정	부위의 화상범위를 합하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상범위는 제외함
○ 관절경하에 양측 수술시 치료재료 비용 청구착오	○ 관절경하에 양측 수술시 치료재료대는 1회의 치료재료대만 인정하나, 사지관절절제술을 양측에 시행하면서 치료재료대를 2회 산정하여 1회는 심사조정	○ 산정기준 - 복강경 등 내시경하 수술시 사용하는 치료재료대의 산정방법(보건복지가족부 고시 제2006-38호, 2006.5.25)과 관련하여 관절경하 수술시 사용된 치료재료대비용은 별도 산정토록 고시되어 있고, 동일 환자에 대해 동시에 양측을 관절경하에 수술할 경우 감염의 위험이 적으므로 1회의 치료재료비용만 인정한다.
○ 화상처치 수가 산정기준	○ 화상처치 부위별 인정기준에 맞지않게 청구하는 경우 - 청구 : “팔꿈치의 화상” 상병하 N0011 화상처치 -9%이하의 범위, 수족지, 안면, 성기를 포함하는 경우)로 청구 - 심사조정: 상병비교 N0012 화상처치 - 9% 이하의 범위, 수족지, 안면, 성기를 포함하지 않는 경우)로 인정	○ 건강보험요양급여비용 제 9장 처치 및 수술료 - 화상처치(자 18-1)의 주 1 : 화상범위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	※ N0011 - Hand, Foot, Finger or Toe, Face, Genitalia의 화상시에만 인정됨	
○ 화상처치 수가 산정기준	○ 서로 다른 부위의 화상처치에 각각의 수가를 따로 입력하는 경우 부위 면적을 합산하여 하나의 수가로 인정함 - 청구 : "팔꿈치와 무릎의 화상" 상병하 N0012 (화 상처치 - 9%이하의 범위, 수족지, 안면, 성기를 포함하지 않는 경우) *2회 - 심사조정 : 상병비교 N0053(하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 10~18%)인정	○ 건강보험요양급여비용 제 9장 처치 및 수술료 - 화상처치(자 18-1)의 주 1 : 화상범위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정한다.
○ 시술부위에 따른 화상처치료 산정 착오	○ 왼쪽 윗팔 9%이내 화상으로 청구된 화상처치(수, 족 지, 안면, 성기를 포함하는 경우)는 (수, 족 지, 안면, 성기를 포함하지 아니한 경우) 로 심사조정	○ 건강보험요양급여비용제1부제2편제9장제1절 처치 및 수술 - 자18-1 화상처치 • 자18-1-가(1)(가)수, 족, 지, 안면,성기를 포함하는 경우(N0011) • 자18-1-가(1)(나)수, 족, 지, 안면,성기를 포함하지 아니 하는 경우(N0012) ※ 2008.1.1이후 수가 세분화

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 엄지발가락 외반증 상병에 Keller operation을 실시한 경우 수술료 청구착오	○ 엄지발가락 외반증(Hallux Valgus)상병으로 Keller operation을 실시한 경우 절제관절성형술-지관절로 산정하여야 하나 - 절제관절성형술-지관절(자72-다), 절골술료-족지(자30-다), 사지골절관혈적정복술료-지골(자60-마) 및 건·인대 성형술료-간단한 것(자93-가)로 청구하여 절골술료, 사지골절관혈적정복술료 및 건·인대성형술료는 심사조정	○ 고시 제2007-46호(2007.6.1 시행) - 엄지발가락 외반증(Hallux Valgus)에 실시하는 Keller operation은 절제관절성형술-지관절(자72-다)로 준용하여 인정함.
○ Cage를 단독 사용하여 척추수술을 실시한 경우의 적응증 적용착오	○ Cage를 단독으로 사용한 척추수술은 Grade I 척추전방전위증, 6개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환에서 MRI상 1~2개 분절에 국한된 퇴행성변화 및 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반된 경우 등에 시술한 경우 인정하고 있으나 - 요추 4~5부위의 신경뿌리병증을 동반한 추간판장애상병으로 Cage를 사용한 척추수술을 실시하고 추간판제거술료(자49-가(3))100%,	○ 요양급여의적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <Stand-alone Cage(Cage 단독사용)의 산정기준> - 6개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성추간판질환에서 MRI상 퇴행성 변화가 1~2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간 간격 협소가 동반된 경우 - Grade I 척추전방전위증 - 심한 척추관협착증 또는 관혈적 수술 후 재발한 추간판탈출증에서 광범위한 후방감압술이 불가피한 경우

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	척추고정술료-후방고정(자46-나(3)) 50%를 청구하였으나, 수술전 MRI 필름상 퇴행성 변화가 다분절이며 추간격협소 소견이 확인되지 않아 척추후방고정술료와 치료재료대는 심사조정	- 양측 후궁절제술이 필요할 정도의 huge central disc herniation(수술의 필요성을 입증할 수 있는 자료를 제출하여야 함) - 금기 : 골다공증, 추간 간격이 12mm 이상인 경우, 이전의 추체간유합술 부위, 감염성 질환 등 ※ 상기 기준은 모든 종류의 cage에 적용됨
○ Cage 병용사용(Pedicle Screw System과 병용사용)하여 척추수술을 실시한 경우의 적응증 적용착오	○ Pedicle Screw System과 Cage를 병용하여 시술한 척추수술은 심한 척추협착증 또는 관혈적 수술 후 재발한 추간판탈출증에서 광범위한 후방감압술이 불가피한 경우, 척추전방전위증등에 인정하고 있으나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 Pedicle Screw System과 Cage를 병용하여 척추수술을 실시한 경우 해당 수술료와 치료재료대 심사조정 <예시> - 요추4-5부위의 척추협착,기타명시된 추간	○ 고시제 2007-92호(2007.11.1시행) <Cage병용사용(Pedicle screw system과 병용사용)의 인정기준> - 척추전방전위증 - MRI상 foraminal stenosis가 명확하게 관찰되고, 이로 인한 임상 증상이 동반된 경우 - 심한 척추관협착증 또는 관혈적 수술 후 재발한 추간판탈출증에서, 광범위한 후방감압술이 불가피한 경우 - 양측 후궁 절제술이 필요할 정도의 huge central disc herniation 수술의 필요성을 입증할 수 있는 충분한 자료를 제출하여야 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	판전위 상병으로 Pedicle Screw System과 Cage를 병용하여 척추수술을 실시하고 추간판제거술료(자49-가(3)) 100%, 척추고정술료-후방고정(자46-나(3))50%를 청구하였으나, 수술전에 촬영한 MRI상 단순 추간판 탈출증으로 확인되어 척추고정술료와 치료재료대 심사조정	- 금기 : 감염성질환, 이전의 cage 사용 부위 등 ※ 특수형 Cage와 복강경 내시경하 Cage는 병용을 인정하지 아니함(추가)
○ 인공디스크(Artificial Disc)를 사용하여 척추 수술을 실시한 경우 수술료 청구착오	○ 인공디스크(Artificial Disc)를 사용하여 척추수술을 실시한 경우에 수술료는 척추 고정술로 산정하여야 하나 - L5~S1부위에 기타 명시된 추간판 퇴화 상병으로 인공디스크를 사용하여 척추수술을 실시하고 추간 판제거술료-관혈적(자49-가(3)) 100%, 척추고정술료-전방고정(자46-가(3)) 50%로 청구하여 척추고정술료 100%로 인정하고 차액을 심사조정	○ 고시 제2007-77호(2007.8.30) - Total Disc Replacement는 자46가 척추고정술(전방)의 소정점수로 준용 산정함 - 적응증 : 25세~60세의 환자에서 6개월 이상의 보존적요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 단일분절에 국한된 L4~5 또는 L5~S1의 퇴행성추간판질환이 MRI와 통증 유발 추간판조영술에서 확인되는 경우 ※ MRI의 T2 시상면 영상에서 단일 분절에 국한된 추간판의 신호 강도 저하 소견이 L4~5 또는 L5~S1에서 확인되고, 추간판조영술 검사 상동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		- 금기증 ① 골다공증(T-score -3.0 이하) ② 신경근 압박 소견이 있는 경우 ③ 척추분리증, 척추탈위증 또는 척추관협착증 ④ 후관절의 퇴행성 변화, 후궁전절제술 후 상태 ※ TDR(Total Disc Replacement) 치료재료는 현재 비급여 대상임.
○ 경피적 척추성형술을 산정할 수 없는 적응증에 청구	○ 경피적 척추성형술은 종양에 의한 압박골절, 2주 이상의 보존적 요법에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절에서 MRI 검사(또는 CT와 동위원소 검사)상 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 등에 인정되나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 경피적 척추성형술료(자47)를 청구하여 해당 수술료와 치료재료대 심사조정 <예시1> - 흉추11번 부위의 병적 골다공증성 압박골절 상병으로 골절 후 7일째 되는 날에 경	○ 고시제2007-77호 (2007.8.30 시행) 경피적척추성형술(Vertebroplasty) 인정기준은 다음과 같이 함 - 다 음 - 1. 골다공증 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우 (단, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성 신부전환자, 80세이상인 환자는 조기시행가능) 2. 종양에 의한 골절 3. Kummell's disease

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	피적 척추성형술(자47)을 실시하고 해당 수술료를 청구하였으나 방사선필름 및 수술기록지 등 검토 결과 골절 후 2주 이내에 경피적 척추성형술을 시행할 만한 사유가 확인되지 않아 수술료와 치료재료대 심사조정 <예시2> - 요추2번 부위 종양에 의한 압박골절 상병으로 경피적 척추성형술(자47)을 실시하고 해당 수술료를 청구하였으나 방사선필름 및 수술기록지 등 검토 결과 MRI 검사상 증상을 유발하고 있는 병소 또는 새로 발생한 압박골절 등 경피적 척추성형술을 시행할 만한 사유가 확인되지 않아 수술료와 치료재료대 심사조정	※ 확인방법 가. MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 나. 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우
○ 경피적 척추후굴풍선 복원술	○ 경피적 척추후굴풍선복원술은 종양에 의한 압박골절, 3주 이상의 보존적 요법에도 불구하	○ 고시 제2007-139호(2008.1.1 시행) “자47-1 경피적 척추후굴풍선복원술(Kyphoplasty)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
(Kyphoplasty) 적용착오	고 심한 배통이 지속되고 압박변형이 30~60%인 골다공증성 압박골절 등에 인정되나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 경피적 척추후굴풍선복원술을 실시하고 해당 수술료를 청구하여 심사조정 <예시> - 요추1번 부위의 완전골절(Comp. Fx) 상병으로 수상 익일에 경피적 척추후굴풍선복원술을 실시하고 경피적 척추후굴풍선복원술료(자47-1)을 청구하였으나 방사선필름 및 수술기록지 등 검토 결과 골절 후 2주 이내에 경피적 척추후굴풍선복원술을 실시할 만한 사유가 확인되지 않아 해당수술료 심사조정	은 압박변형이 30-60%인 경우로서 다음과 같은 경우에 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60%이상인 경우에도 인정함. - 다 음 - 가. 3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절 (단, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능) 나. 종양에 의한 압박골절 다. Kummell's disease ※ 확인방법 (1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우 (2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절임을 분명히 관찰할 수 있는 경우”

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 신경근 압박소견 확인되지 않는 추간판탈출증 상병에 내시경하 추간판절제술료 청구착오	○ 최소 침습성 추간판절제술은 6주 이상의 보존적 요법에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 최소침습성추간판절제술을 실시 후 내시경하 추간판제거술료(자49-나)를 청구하여 해당 수술료 심사조정 <예시> - 요추간판장애 상병으로 내시경하 추간판절제술을 실시하고 내시경하 추간판 절제술료(자49-나)를 청구하였으나, 진료기록 및 방사선필름 검토 결과 6주 이상의 보존요법, 추간판탈출로 인한 심한 방사통 및 신경근 압박 소견 등이 확인되지 않아 해당 수술료 심사조정	○ 고시 제2007-139호(2008.1.1 시행) 요추부의 최소침습추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 인정기준은 다음과 같이 함. - 다 음- 가. 적응증 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함. 나. 금기증 협착증이 동반된 경우
○ 분쇄골절등이 확인되지 않는 상병에 체외금속	○ 골절상병에 체외금속고정술은 슬관절, 족관절 등의 관절내 복합골절, 간부의 분쇄골절, 개방성 골절에 선별적으로 시행시 인정되나	○ 고시 제2007-139호(2008.1.1 시행) 체외금속고정술의 인정 기준은 다음과 같이 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
고정술 시술 후 청구착오	- 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 체외금속고정술료(자60-1)를 청구하여 해당 수술료와 치료재료대 심사조정 <예시> - 요골 원위부 골절 상병에 Closed Pinning과 체외금속고정술 실시후 체외금속고정술료(자60-1)*100%와 Closed Pinning(자60-다(1))*25%를 청구하였으나 방사선필름 및 수술기록지 등 검토 결과 분쇄골절 등이 확인되지 않아 체외금속고정술료와 치료재료대는 심사조정	- 다 음 - 1. 적응증 가. 왜소증 및 사지부동에 실시한 골연장술시 - 왜소증 : “기질적 왜소증에 실시한 사지골연장 술의 급여 인정범위”에 해당되는 경우 - 사지부동 : 좌·우 길이 차이가 상지는 6cm 이상, 하지는 3cm이상인 경우 나. 골 및 연부조직의 기형 및 결손 - 단지증 상병에는 1cm 이상 단축이 있는 경우 다. 악성종양 절제술, 만성골수염 등으로 인한 골소실 라. 후 외상성 및 후 감염성 골단판 손상 마. 불유합 및 부정유합 바. 관절고정술에 선별적으로 시행시 사. 골절 (1) 일반적인 인정기준 (가) Intra-articular comm. Fx(knee, ankle, wrist, elbow) (나) 간부의 분쇄골절, 개방성 골절에 선별적

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		으로 시행시 (2) 소아골절의 인정기준 (가) 위의 “(1) 일반적인 인정기준”에 해당하는 경우 (나) 6-10세 사이의 다발성 장관골 골절을 동반한 대퇴골 간부골절 (다) 대퇴골 간부골절에서 비수술적 방법으로 치료 중 교정이 필요할 정도의 단축 또는 각변형이 진행하는 경우 2. 수가산정방법 동일부위에 자60 사지골절정복술 또는 자30 절골술과 동시에 자60-1 체외금속고정술을 실시한 경우에는 주된 수술은 100%, 제2의 수술은 50%로 산정함. 3. 치료재료 산정방법 치료재료는 체내고정용 재료와 체외고정용 기구로 구분하여 보상토록 하되 반드시 요양기관

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		에서 직접 구입·사용하여야 함. 가. 체외 고정용 : 제품별 요양기관 실구입가÷재사용 가능 횟수 나. 체내 고정용 : 제품별 요양기관 실구입가×실사용 갯수 ☞ 변경내용(고시 항목명 변경) 자60 사지골절관혈적정복술 → 자60 사지골절정복술
○ closed pinning 후 수술료 청구착오	○ 손가락 골절상병으로 K-wire 이용하여 C/R시행한 경우 사지골절도수정복술(자60:주:)로 산정하여야 하나 - 체외금속고정술(자60-1)*100% + 사지골절도수정복술(자64)*100%로 청구하여 하여 사지골절도수정복술(자64)은 일련의 과정으로 체외금속고정술(자60)*50%로 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 처치 및 수술료 산정지침 - 자60 사지골절관혈적정복술 ※ 주 : closed pinning을 하는 경우에는 소정 점수의 50%를 산정한다.
○ Bursectomy 수술료 청구착오	○ Bursectomy을 실시한 경우 갱그리온적출술로 산정하여야 하나 - 상세불명의 윤활낭병증, 발목 및 발상병으	○ 고시제2007-46호(07.6.1시행) - Bursectomy는 해부학적 위치와 수술의 난이도 등을 감안하여 갱그리온적출술(자90) 소정 점수

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	로 외측과골 부위에 Bursectomy을 실시하고 사지관절절제술료-족관절(자70-다)로 청구하여 갱그리온적출술료(자90)의 차액을 심사조정	로 준용하여 산정함.
○ 관절경하 유리체제거술료 청구착오	○ 관절경하 유리체제거술을 시행한 경우 사지관절절제술(자70-나)로 산정하여야 하나 - 반월판 연골절제술-내외측 동시(자82-나)로 청구하여 차액 심사조정	○ 심사지침 - 관절경하 유리체제거술은 자70 사지관절절제술의 소정점수(관절경수기료 포함)로 인정함
○ 반월판연골의 손상으로 내시경을 이용하여 시술시 수술료 청구착오	○ 수술·마취기록지와 관절경하 사진 등을 검토한 결과 증식성 활액막염 등 활액질환이 확인되지 않았음에도 사지관절절제술(자70-나)의 소정금액100%와 연골절제술(자82가)소정금액 50%로 청구착오하여 반월판 연골절제술 (자82가)의 소정금액100%로 심사조정	○ 심사지침 <진료내역참조 반월판 연골절제술(자82가)과 동시에 시행한 사지관절술 인정여부 > - 관절염, 기타 반월판 이상의 상병으로 사지관절절제술(자70-나)의 소정금액 100%와 연골절제술 (자82-가)소정금액 50%로 청구 하였으나 수술기록, 관절경소견 등 진료내역을 참조하여 볼 때 환자의 통증조절을 위하여 증식성 활액막염이나 활액막질환이 확인되지 않고 환자의 통증조절을 위하여 실시한 사지관절제술은 반월판

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		연골절제술의 일련의 과정으로 반월판 연골절제술 소정금액 100%로 인정함
○ 손목 및 발목부위 관절경하수술 시행하고 관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용(N0031003)청구	○ 손목 및 발목의 관절부위 수술 후 청구된 관절경하 치료재료 비용(N0031003) 심사 조정	○ 심사사례 - 관절경하 치료재료 비용(320,000원)은 고시 제2006-38호에 의거 슬관절, 견관절 등 관절부위 수술에서 관절경을 이용하는 경우 요양급여를 인정하는 바, 수근관 또는 족근관 증후군(팔목터널증후군 또는 발목터널증후군) 상병으로 내시경을 이용하여 감압술을 시행하는 경우 등 관절이외 부위 수술에 사용 시 그 비용을 인정하지 아니함.
○ Carpal Tunnel Release 수술료 청구착오	○ Carpal Tunnel Release는 건 및 인대성형술-간단한것(자93-가)로 산정하여야 하나, 건 및 인대성형술료-복잡한것(자93-나)로 청구하여 차액 심사조정	○ 심사지침 - Carpal Tunnel Release는 자93가 건 및 인대성형술(간단)로 산정함. 다만, 신경박리술(neurolysis)을 병행시에는 자93나 건 및 인대 성형술(복잡한 것) 소정점수로 산정함. (고시 제2007-46호(행위), 2007.6.1시행)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 척추경 나사(Pedicle Screw System)를 이용한 척추수술을 실시한 경우의 적응증 적용 착오	○ Pedicle Screw System을 이용하여 시술한 척추수술은 특발성 척추측만증에 실시할 때는 성장이 끝난 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우에 인정하고 있으나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에게 Pedicle Screw System을 이용하여 척추수술을 실시한 경우 해당 수술료와 치료재료대 심사조정 <예시> - 흉추10~요추3부위의 특발성 척추측만증 상병으로 Pedicle Screw System을 이용하여 척추변형에 척추관절고정술료[기기, 기구사용 고정 포함](자44-나(2)) 100%, 척추후궁절제술-흉추(자49-1-나) 50%를 청구하였으나, 17세의 연령에 수술전 촬영한 단순 방사선 필름에서 만곡 정도가 43도로 확인되어 척추관절고정술료와 치료재료대 심사조정	○ 심사지침 <척추경 나사(Pedicle Screw System)를 이용한 척추고정술의 인정기준 > - 불안정성 척추골절 - 골다공증성 골절(T-score ≤ -3) - 척추 종양 - 감염성 척추 질환 - 척추 변형 (1) 특발성 척추측만증 : 15세 미만의 환자에서 40도 이상의 만곡이 있는 경우, 성장이 끝난 환자에서 50도 이상의 만곡이 있는 경우, 흉추부의 전만곡이 동반된 경우 (2) 퇴행성 측만증 - 퇴행성 척추질환에 척추경 나사를 이용한 척추고정술시는 Cage 병용사용의 인정기준에 해당되는 경우
○ 건 및 인대	○ 손목 및 손가락의 힘줄 손상 상병으로 외래에	○ 심사지침

청구착오 유형	심사내역	관련근거
수술료 청구착오	서 리도카인주 국소마취한 후 시술한 수술료를 건 및 인대성형술(자93가)로 산정하여 건, 인대 피하단열수술료(자91)의 차액을 심사조정	- 외래에서 국소마취하에 손가락, 손목에 건・인대를 봉합하는 경우는 건, 인대 피하단열수술(자91)로 산정 - 또한 다발성 열창으로 인해 수개의 건·인대 등에 대해 봉합술을 시행하거나 박리, 절제술을 시행했을 때는 자93나 건 및 인대성형술(복잡한 것)을 산정함 (고시제2000-73호(행위), 2000.12.30시행)
○ 건 및 인대 성형술 등 수가 청구착오	○ 동일 절개 하 여러 개의 건, 인대성형술을 실시하고 1~2개는 N0932(자93나)로 청구하여 N0931(자93가)로 심사조정	○ 심사지침 - 편마비, 뇌성마비 및 선천성 만곡족 상병으로 수개의 근・건 및 관절에 대한 수술시 수가산정 방법은 동일부위에 incision line이 다른 경우에는 각각의 독립된 수술로 인정하고, 동일 절개하에 각기 다른 수술을 시행한 경우에는 주 수술은 100%, 제2수술은 50%를 산정함을 원칙으로 하여 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 편마비, 뇌성마비 수술에 따른 수가산정방법

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		(1) 근·건의 recession, tenotomy (가) 자91 건, 인대피하단열수술로 산정 (나) 동일 절개하 1개의 근·건은 100%, 2개는 150%, 3개이상은 200%를 산정하되 최대 3개까지 산정 (2) 근·건의 Release, Lengthening, Z-plasty (가) 동일 절개하 근·건의 개수 참조하여 자93건 및 인대성형술 '가' 또는 '나'로 산정 (나) 근·건수가 1-2개 : 자93가 건 및 인대성형술-간단한것으로 산정 (다) 근·건수가 3-5개 : 자93나 건 및 인대성형술-복잡한것으로 산정 (라) 근·건수가 6개이상시 1개의 근·건에 대하여 자93나의 10%씩 가산하되 최대 200%까지 산정 (3) Capsulotomy (가) 부위별로 자70(사지관절절제술) 해당 수가의 50%를 산정 (나) 동일 절개하 2개이상 관절에 수술시 1개

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		는 해당 수기료(자70의 50%)의 100%, 2개는 150%, 3개는 200%를 산정하되 최대 200%까지 산정 나. 선천성 만곡족 수술시 수가산정방법 (1) 동일 절개하 수개의 근·건에 대한 수술시는 편마비 수술과 동일한 기준 적용 (2) 동일 및 근접부위에 대한 수술시는 최대 자93나 200% 범위내에서 인정하되, 다부위 절개하에 수술을 시행한 경우에는 각각의 절개가 필요한 사유를 확인 후 사례별로 심사토록 함. (3) Master knots of Henry에 대한 수술은 일련의 과정으로 불인정 (고시 제2007-46호, 2007.6.1시행)
○ 어깨의 근 및 건 수술시 수가 산정 착오	○ RCT(Rotator Cuff Tear) repair를 실시하고 N0937[자93-1나(2)]로 청구한 경우 tear size 확인 후 3cm미만인 경우에는 N0936[자93-1나(1)]로 심사조정 ○ SLAP repair를 실시하고 N0936[자93-1나(1)]	○ 심사사례 : 자-93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열 복원술의 수술 방법별 수가 산정 방법 1) 자93-1 가. 견봉성형술 Acromioplasty - SLAP (superior labrum from anterior to posterior) repair

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	로 청구되어 N0935(자93-1가)로 심사조정	- Adhesiolysis (severe contracture) 2) 자93-1 나. 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(1) 일차봉합술 Primary Repair - RCT(Rotator Cuff Tear) 1개 repair - Bankart repair - Capsular Shift 3) 자93-1 나. 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(2) 근 및 건성형이 동반된 경우 with Myoplasty and Tendoplasty - RCT 2개 이상 repair - RCT 개수 불문 large size(2.5~3cm) 이상인 경우 4) RCT repair와 동시에 SLAP repair를 시행하는 경우 “나(1) 일차봉합술 또는 나(2) 근 및 건성형이 동반된 경우”의 소정 금액만 산정함 5) RCT repair와 동시에 Bankart repair를 시행하는 경우에는 수술 내역 등을 참조하여 사례별로 심사키로 함. 아울러, Biceps tenodesis 또는 distal clavicle excision 시행 후 건박리술 등을 부수술로 별도

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		산정하는 경우에는 수술 내역 등을 참조하여 사례별 심사키로 함.
○ 콘드론 인정기준 변경	○ 관절경하 시술 및 수술적 복원술 후 경과관찰 기간은 연골 재생기간 등을 감안하여 자가유래연골세포이식을 시행함이 바람직함에도 적절한 경과 관찰 없이 자가유래연골세포이식술을 시행하고 콘드론을 청구하여 심사조정	○ 심사지침 - 아래와 같은 경우로서 관절경하 시술(chondroplasty, debridement 등) 또는 수술적 복원술(subchondral bone stimulation-abrasion, multiple drilling, microfracture 등)에 적절히 반응하지 않았을 때 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 100분의 100을 본인 부담토록 함. - 아 래 - • 대상 질병 : 급성 또는 반복적 손상(trauma)에 의한 대퇴과(femur condyle)의 연골손상 • 연골손상의 크기 : 2㎠이상 10㎠이하(편측당 한개 또는 그 이상 병변을 합하여) • 연골손상의 상태 : 국소적이며 전층의 연골 손상(outerbridge Ⅲ~Ⅳ)으로 손상부위 인접 연골 상태가 비교적 건강한 상태(outerbridge Ⅰ~Ⅱ)로서 슬관절 간격이 50%이상 유지되어 있는

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		경우 • 연령 : 만 15세 ~ 만 50세 • 인정 회수 : 약제는 1회만 인정하되, 양측에 동시에 병변이 있는 경우 행위료(연골채취 및 이식시술료)는 양측으로 인정함. (고시 제2003-84호, 2004.1.1시행)
○ 전부비강근본수술과 비용적출술을 동시 실시한 경우에 별도로 산정할 수 없는 비용적출술료 청구	○ 양측 코의 만성굴염, 코의 폴립 상병으로 전부비강근본수술과 비용적출술을 동시에 실시한 경우 비용적출술은 부수적인 수술이므로 별도 산정할 수 없으나 - 전부비강근본수술료(자113)와 비용적출술료(자95)를 각각 청구하여 비용적출술료는 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다. ○ 심사지침 - Endoscopy하에 전부비강근본수술은 Transapproach로 시행되는바, 진료내역 참조 전부비강근본수술(자113)과 동시 시행한 Polypectomy는 부수적인 수술로 간주되므로 전부비강근본수술(자113) 소정금액만 산정함
○ 하비갑개점막하절제술과 비중격교정술 동시 실시	○ 1일 입원하여 하비갑개점막하절제술 양측시행하면서 비중격교정술 시행시 - 청구 : 자102하비갑개점막하절제술(01021)*2	○ 고시 제 2007-77호(2007.8.30) - 양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자 100

청구착오 유형	심사내역	관련근거
수술료 청구착오	자100비중격교정술또는 성형술(골에 달하는 것)(01002)*1 - 심사조정 : 자102하비갑개점막하절제술(01021)*2, 자100비중격교정술또는 성형술(골에 달하는 것)(01002)*0.5	비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰경우 : 자100 소정점수의 100%, 동시 수술 소정점수의 150%(100%+50%) 산정 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은경우 : 자100 소정점수의 50%, 동시 수술 소정점수의 200% 산정
○ 급성굴염에 산정할 수 없는 부비강세척료 청구	○ 부비강세척은 아급성기 및 만성 부비동염에 시행한 경우 산정할 수 있으나 - 급성굴염에 부비강세척료(자108)를 청구하여 심사조정	○ 고시 제2008-125호(2008.11.1 시행) - 1. 자108 부비강세척은 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽입하거나 투관침이나 천자침을 이용하여 천자후 세척하는 방법으로 아급성기 및 만성 부비동염에 시행한 경우에 인정하며, 만3세 이하의 소아에게는 인정하지 아니함. 다만, 전신마취하에 부비동세척을 실시하거나 아데노이드절제술 등을 시술하는 과정에

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		서 튜브를 삽입한 후 이를 통해 부비강세척을 실시한 경우에는 만3세 이하에서도 인정함. 2. 자108 부비강세척 및 자108-1 프로엣쯔치환술은 각각 주2회 이내로 인정하되, 동일 주간(週間)에 동 시술을 각각 주2회씩 시행했을 경우에는 프로엣쯔치환술만 2회/주로 인정함.
○ 갑개소작술 주1회 이상 청구	○ 7일 이내에 2일 내원하고 갑개소작술을 내원시마다 시행하여 각각 2회 청구함으로 1회만 인정하고 조정함	○ 고시 제 2007- 46호(2007.6.1) - 자102-1갑개소작술은 전기, 약물 소작법에 관계없이 주1회 인정하며 양측으로 시행시는 각각 인정함.
○ 동일 내원 기간에 시행한 부비강세척과 프로엣쯔치환술 각각 청구	○ 만성 부비동염 상병으로 주 2회 내원하여 부비강세척(자108), 프로엣쯔치환술(자108-1)을 각각 2회씩 산정하여 부비강세척(자108) 심사조정	○ 고시 제2008-125호(2008.11.1 시행) 1. 자108 부비강세척은 국소마취 후 부비동의 자연공으로 카테타를 삽입하거나 투관침이나 천자침을 이용하여 천자후 세척하는 방법으로 아급성기 및 만성 부비동염에 시행한 경우에 인정하며, 만3세 이하의 소아에게는 인정하지 아니함. 다만, 전신마취하에 부비동세척을 실시하거나 아데노이드절제술 등을 시술하는 과정에서 튜브를 삽입한 후 이를 통해 부비강세척

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		을 실시한 경우에는 만3세 이하에서도 인정함. 2. 자108 부비강세척 및 자108-1 프로엣쯔치환술은 각각 주2회 이내로 인정하되, 동일 주간(週間)에 동 시술을 각각 주2회씩 시행했을 경우에는 프로엣쯔치환술만 2회/주로 인정함.
○ 내시경 하에 상악동사골동근본수술과 함께 시행한 상악동비내수술 청구착오	○ 내시경 하에 상악동사골동근본수술(자114)과 함께 시행한 상악동비내수술(자105)은 자114에 포함되어 별도로 산정할 수 없으나 - 만성굴염 상병에 상악동사골동근본수술(자114)과 상악동비내수술(자105)을 동시 실시한 후 각각의 수가를 산정하여 상악동비내수술(자105)료 심사조정	○ 고시제2008-46호(07.6.1시행) - 내시경하에 자114 상악동근본수술과 동시 시시한 자105 상악동비내수술 또는 자110 사골동 비내수술은 자114항목에 포함되는 시술이므로 별도 산정하지 아니함
○ 요골 및 척골 동맥성형술을 실시한 경우의 혈관성형술료 청구착오	○ 요골 및 척골 혈관손상으로 요골 및 척골 동맥성형술을 동시에 실시한 경우 혈관성형술의 소정금액만 산정하여야 하나 - 혈관성형술료(자163)를 2회 청구하여 1회 심사조정	○ 요양급여의적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 요골 및 척골 동맥성형술을 동시에 시술시 혈관성형술(자163)은 소정금액만 산정함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 중심정맥내카테터 유치술치술(컷다운법) (01650) 청구착오	○ 카테터와 G-WIRE를이용하여 자165중심정맥내카테터유치술 다.기타[비터널식카테타삽입](3)기타[방사선하에 실시하지 않은 경우] (01659)를 시행하고 자165중심정맥내 카테터 유치술 가. 컷다운법(01650)으로 청구하여 조정함	○ 행위정의 **- 중심정맥내 카테터 유치술(기타-비터널식 카테타삽입)(01659) 시술방법:** 1. 시술 부위의 제모와 소독후 절개를 가한다. 2. 사용하고자 하는 우 내경정맥이나 쇄골하정맥에 직접 주사하여 그 위치를 확인하고 guide-wire를 삽입하고 주사기를 뽑는다. 3. 주사 부위에 소절개를 가한 후 피부를 넓힌다. 4. Guide-wire를 통하여 중심정맥으로 도관을 유도 및 위치한다. 5. 도관의 기능을 확인한 후 도관 삽입부를 surgical tape으로 고정한다. **- 중심정맥내 카테터 유치술(컷다운법)(01650) 시술방법:** 1. 시술 부위의 제모와 소독후 절개를 가한다. 2. 사용하고자 하는 우측 내경정맥을 박리한다. 3. 적절한 지혈 조치후 도관을 삽입하고 삽입주위를 pulse-string stutre로 고정한다. 4. 도관의 기능을 확인한 후 절개부위를 봉합한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		5. C-arm이나 portable X-ray로 도관의 위치를 확인한다.
○ 인후두소작술 산정횟수 청구착오	○ 인후두소작술은 치료기간 중 2회 이내만 산정하여야 하나 - 인후두염 상병으로 3회 내원하여 인후두소작술(자226)을 3회 실시하고 청구하여 1회 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 자226 인후두소작술 • 주 : 2. 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.
○ 치핵수술 및 치루수술 동시 시행한 경우 치루수술료 청구 착오	○ 치핵수술과 치루수술을 동시 실시할 경우주된 수술은 100%, 제2의 수술은 50%로 산정하여야 하나 치핵수술(자301-라)과 치루수술(자297-가)을 각각 100%씩 청구하여 치루수술료 50% 심사조정	○ 고시제2007-77호(2007.8.30 시행) 자297 치루수술과 자301 치핵수술을 동시 실시시 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2의 수술은 소정점수의 50%로 산정함.
○ 요도약액 주입료 산정횟수 적용 착오	○ 비특이성요도염 상병에 요도약액주입(자365)은 주2회 이내로 인정되나 주3회를 청구하여 1회 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 자365 요도약액주입은 주2회 이내로 산정함
○ 전립선맛사지와 동시 실시한 경우	○ 전립선질환에 전립선맛사지(자398)와 직장수지검사(나705)를 동시에 시행한 경우에 전립	○ 고시제 2007-46호(07.6.1시행) - 전립선질환에 전립선맛사지(자398)와 직장수지

청구착오 유형	심사내역	관련근거
에 산정할 수 없는 직장수지검사료 청구	선맛사지만 산정하여야 하나 전립선맛사지와 직장수지검사료를 각각 청구하여 직장수지검사료 심사조정	검사(나705)를 동시에 시행시 자398전립선맛사지만 인정함.
○ 전립선맛사지 산정횟수 적용착오	○ 만성화된 전립선염에 실시하는 전립선맛사지(자398)는 주2회 이내로 인정되나 주4회를 청구하여 2회 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 만성화된 전립선염에 실시하는 자398 전립선맛사지는 주2회 이내로 산정함.
○ 다발성 음부곤지름 절제술 후 음부콘딜로마치료법 청구착오	○ 음부콘딜로마치료법-수술적치료는 다발성 또는 거대한 경우를 포함하는 수가이므로 다발성 콘딜로마상병으로 여러개를 절제하고 산정된 음부콘딜로마치료법-수술적치료(자430-1-가) 300%는 100%로 심사 조정	○ 심사지침 - 자-430-1가 음부콘딜로마치료법-수술적치료(R4305)는 다발성 또는 거대한 경우를 포함하는 점수이므로 다발성으로 발생된 음부콘딜로마절제술을 실시한 경우에도 소정점수의 1회만 인정함
○ 자궁내장치 교체시 자궁내장치제거료 청구착오	○ 자궁내 장치기구를 교체하기 위해 자궁내장치를 제거하는 경우 수기료는 자궁내장치제거료(자427-1)의 50%로 산정하여야 하나 자궁내장치제거료를 100% 청구하여 차액 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한세부사항 - 피임시술의 보험급여대상자로서 자궁내 장치기구를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 새 기구를 재삽입하는 경우는 자427-1 자궁내장치제거료를 50% 산정
○ 본인이 원하여	○ 자궁내장치 등 피임시술은 본인이나 배우자	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한세부사항

청구착오 유형	심사내역	관련근거
실시한 자궁내장치 삽입술 등 피임 시술료를 요양급여로 청구착오	가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 등은 요양급여이며, 본인이 원하여 실시한 경우는 비급여로 되어 있으나 - 단순한 가족계획을 위하여 자궁내 장치를 실시하고 자궁내장치료삽입술료(자427)를 청구하여 심사조정	- 피임시술인 정관절제술 또는 결찰술(자389-1라), 난관결찰술(자434) 및 자궁내장치삽입술(자427)을 본인이 원하여 실시한 경우에는 비급여 대상이나, 다음과 같은 경우에는 요양급여함. • 본인이나 배우자가 우생학적 또는 유전학적 정신장애나 신체질환이 있는 경우 • 임신으로 모성건강을 악화시킬 수 있는 질환이 있는 경우 • 본인이나 배우자가 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환이 있는 경우
○ 분만전처치료 또는 분만후 처치료에 포함되어 별도로 산정할 수 없는 처치료 청구착오	○ 분만을 위하여 실시한 도뇨·관장 등은 분만전처치료에 포함되어 별도로 산정할 수 없으나 - 분만전처치료(자437)와 함께 관장(자7) 및 도뇨(자5)의 처치료를 청구하여 심사조정 ○ 분만후 처치료(자437-1)에는 분만후 실시하는 단순처치료(자2-1가(1)) 등이 포함되어 Heat Lamp 처치료와 단순처치료를 별도로 산정할 수 없으나	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 자437 분만전처치 • 주 : 1. 도뇨, 관장, 회음부면도, 소독 등 비용을 포함한다. - 자437-1 분만후처치 • 주 : 1. Uterine Massage, Breast Care, Heat Lamp, Dressing 등을 포함한다. 2. 분만, 둔위분만, 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 또는 태반용수박리술 항목의 시술시

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 분만후 처치료와 함께 Heat Lamp 처치료와 단순처치료를 청구하여 심사조정	1회만 산정한다. 3. 입원기간 중 사용한 1회용 Pad는 1일 1통(10개입) 이상 사용한 경우에 한하여 1일당 16.25점을 산정한다.
○ 산모용패드 청구착오	○ 산모에게 사용한 1회용 패드는 분만, 둔위분만, 제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만 또는 태반용수박리술 시술에 한하여 산정할 수 있으나 - 제왕절개만출술을 실시한 경우에 산모용패드가 청구되어 심사조정	
○ 외래에서 격자변성 또는 망막열공에 망막박리가 심하지 않은 레이저 치료시 망막박리술 청구착오	○ 격자변성 또는 망막열공에 외래에서 시행한 레이저치료는 망막박리의 정도가 1disc diameter(유두경)이상 동반되어 있는 경우에 한하여 망막박리수술(자513)로 인정하며, 그 이외의 수술은 안저광응고술(자516)로 산정하여야 하나 - 망막열공 상병으로 망막박리가 없거나, 1disc diameter(유두경)이상 동반되어 있지 않은 경우에 망막박리수술(자513)로 청구하여 안저광응고술(자516)로 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 격자변성 또는 망막열공에 외래에서 시행한 레이저 치료는 망막박리의 정도가 1 disc diameter(유두경)이상 동반되어 있는 경우 한하여 자513 망막박리수술로 인정하며, 그 이외의 경우는 자516 안저광응고술로 인정한다.
○ 광역학요법을	○ 황반 및 후극부의 변성, 주변부 망막변성 등	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료

청구착오 유형	심사내역	관련근거
이용한 망막하막제거술을 실시한 경우의 적응증 적용착오	상병에 비쥬다인 약제를 사용하여 광역학요법을 이용한 망막하막제거술(자516-2)시 적응증에 해당되는 경우 수술료 및 약제비는 인정되나 - 적응증에 해당되지 않는 수진자에 대하여 망막하막제거술을 시술하고 망막하막제거술료와 비쥬다인약제비를 청구하여 수술료 및 약제비 심사조정 <예시1> - 기타 명시된 맥락막 장애와 황반 및 후극부 변성 상병에 광역학 요법을 이용한 망막하막제거술료(자516-2)와 비쥬다인주 약제비를 청구하여 • 진료기록 및 형광안저촬영결과를 검토한 결과 염증 합병증으로 인한 맥락막혈관신생(Choroidal Neovascular Membrane)상병으로 확인되어 광역학요법을 이용한 망막하막제거술료와 비쥬다인주 약제비 심사	- 자516-2 광역학요법을 이용한 망막하막제거술 • 주 : 2. 사용된 광감작약제는 별도 산정한다. ○ 고시제2005-52호(05.8.1) <비쥬다인주> 1. 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에는 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 연령관련 황반변성에 의한 주로 전형적이거나 잠재적인 타입의 황반하 맥락막 신생혈관을 가진 환자 - 형광안저 검사상 황반하 부위에 맥락막 혈관신생이나 결절맥락막병증이 있는 경우로서 - 신생혈관의 최대 직경이 5,400㎛ 이하의 크기 - 치료 회수 : 단안당 총 5회 이내(진단 후 12개월 이내 최대 치료회수 : 단안당 3회) 나. 병적근시(pathologic myopia)에 의한 황반하

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	조정 <예시2> - 병적근시 상병에 광역학요법을 이용한 망막하막제거술료와 비쥬다인주 약제비를 청구하여 • 진료기록부를 검토한 결과 '근시도수 마이너스 3.0디옵터'로 확인되어 광역학요법을 이용한 망막하막제거술료와 비쥬다인주 약제비 심사조정	맥락막 신생혈관을 가진 환자 - 마이너스 5.0 디옵터 이하이거나 안구의 장축 의 길이가 26.5㎜ 이상인 경우로서 - 형광안저 검사 소견상 황반하 부위에 맥락막 신생혈관이 있는 경우 - 치료 회수 : 단안당 총 3회 이내 (진단 후 12개월 이내) 2. 허가사항 범위(효능효과 등)을 초과하여 특발성황반변성환자에게 아래 각 항에 해당되는 경우에 한하여 제한적으로 인정하되, 최대 투여회수는 단안당 2회 이내로 하며, 2회 초과 사용시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 발견시 소견보다 2개월 이상 경과된 후 소견이 악화된 모습이 가) 또는 나)와 같이 나타날 때 가) 플루레신형광안저촬영으로 신생혈관의 크기가 명백하게 커져 있을 때

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		나) 안저소견상 출혈이 새로 발생했거나 증가했을 때 나. 최대교정시력이 0.4 이하이고 시력장애의 원인이 맥락막신생혈관임이 확실할 때 다. 일단 호전되었다가 다시 악화된 경우
○동일 안검내 2개 이상의 산립종을 제거한 경우 수술료 청구착오	○동일안검에서 산립종을 2개 이상 제거한 경우 산립종절개술은 1회만 청구하여야하나 - 산립종절개술료를 2회 청구하여 1회 심사조정 <예시> - 오른쪽 상안검의 콩다래끼 상병으로 1일 내원하여 산립종절개술을 실시하고 산립종절개술료(자525) 2회 청구하여 1회 심사조정	○상대가치점수 제9장 처치및수술료 산정지침 - 근접하고 있는 다발성 절종을 수개처에서 절개한 경우나 동일 검내에서 존재하는 맥립종, 산립종의 수술 등은 1회 절개로 간주한다.
○맥립종에 산정할 수 없는 산립종절개술료 청구	○맥립종 상병으로 절개술을 실시한 경우 맥립종절개술(자540)을 산정하여야 하나 산립종절개술료(자525)로 청구하여 차액 심사조정	○상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 자540 맥립종절개술 - 자525 산립종절개술
○동일안검의 안검	○동일안검에 안검하수증 및 안검내반증이 발	○요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

청구착오 유형	심사내역	관련근거
내반증수술과 안검하수증수술을 동시 시행시 안검내반증수술료 청구착오	생하여 안검내반증과 안검하수증 동시 수술시 안검하수증 수술만 청구하여야 하나 - 안검내반증(자528)과 안검하수증(자 529)수술을 각각 청구하여 안검내반증수술료는 심사조정	- 상·하안검의 안검하수증 및 안검내반증이 발생하여 수술시는 자528 안검내반증수술과 자529 안검하수증수술을 각각 인정하되 동일 안검의 경우에는 안검하수증 수술만 인정함.
○ 백내장 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 누낭세척술료 청구	○ 백내장 수술시 누낭세척술은 백내장수술에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 - 백내장수술료와 누낭세척술료를 각각 청구하여 누낭세척술료 심사 조정 <예시> - 기타 노년백내장 상병으로 누낭세척술, 백내장 및 수정체수술, 인공수정체삽입술을 실시하고 누낭세척술료(자546-1),백내장및 수정체수술료 (자511), 인공수정체삽입술료 (자511-1가)를 각각 청구하여 누낭세척술료는 심사조정	○ 고시제 2007-92호(2007.11.1시행) - 백내장 또는 녹내장 수술 전에 합병증 예방목적으로 실시하는 누낭세척술은 기본진료료에 포함하여 별도 인정하지 아니함.
○ 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는	○ Collagen Implant 삽입술을 받은 후 다른 날에 내원하여 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug	○ 고시 2007-46호(07.6.1 시행) 자551-1 누점폐쇄술은 시술부위별(상·하누점), 시

청구착오 유형	심사내역	관련근거
경우의 수기료 산정착오 및 적응증 적용착오	등 삽입술)을 실시한 경우에 누점폐쇄술료(자551-1)는 소정금액의 50%로 청구하여야 하나 - 누점폐쇄술료의 100%를 청구하여 50% 해당액 심사조정	술방법별(일시적, 반영구적)로 다음과 같이 인정함. - 다 음 - 가. 동일날 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시한 경우에는 하누점폐쇄술만 인정하며, 환자상태에 따라 상·하누점폐쇄술을 동시에 실시해야만 할 필요성이 있는 경우에는 구체적인 의사소견서를 참조하여 인정. 나. 하누점폐쇄술을 실시한 후 환자 증상이 개선되지 않아 일정기간 경과 후 상누점폐쇄술을 한 경우에는 각각의 소정점수로 인정 다. 일시적 누점폐쇄술 실시 후 반영구적 누점폐쇄술을 실시하는 경우 : 일차 Collagen implant삽입술 시술 후 이차적으로 시행된 반영구적 누점폐쇄술(Punctal Plug 등 삽입술)은 시술날짜 불문하고 소정점수의 50%를 인정 라. 아래와 같은 경우에는 일차적으로 반영구적누
	○ 반영구적 누점폐쇄술은 인공누액 사용으로도 효과가 없는 등의 심한 안구건조증 상병에 Punctal plug 삽입술을 일차적으로 시행하는 경우 인정되나 - 초진에 눈물샘의 기타장애 상병으로 Punctal plug를 삽입하고 청구하여 Punctal plug 및 누점폐쇄술료 심사조정	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		점폐쇄술 (Punctal Plug 등 삽입술)을 인정 (1) 인공누액 사용으로도 효과가 없는 등의 심한 안구건조증 (2) 특정 상병 (눈물샘 종양적출술, 방사선치료 후, 과거의 화상, Steven- Johnson syndrome, 쇼그렌증후군 등)과 동반되어 이차적으로 나타나는 안구건조증 (3) 이전에 삽입했던 Punctal Plug 등이 소실된 경우 (4) 인공누액의 부작용이나 신체장애 등으로 점안이 어려운 경우
○ 내시경하수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 내시경검사료 청구	○ 내시경을 이용하여 수술한 경우 해당 수술료에 내시경 검사료는 포함되므로 별도 산정할 수 없으나 - 해당수술료와 내시경검사료를 각각 청구하여 내시경 검사료 심사 조정 <예시1> - 고래회충증, 위궤양 상병으로 위내시경을 이용하여 위의 이물을 제거하고 내시경적	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 소화기 내시경하 시술 • 주 : 소화기 내시경하 시술한 내시경료는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	상부소화관 이물제거술료(자761-가)와 상부소화관내시경검사료(나761)를 각각 청구하여 상부소화관내시경검사료는 심사 조정 <예시2> - 결장폴립 상병으로 결장경을 이용하여 폴립절제술을 실시한 경우 결장경검사료(나766)와 결장경하종양수술-폴립절제술(자770-가)을 각각 청구하여 결장경검사료는 심사조정	
○ 결장경하 폴립절제술 수가 청구착오	○ 결장경하폴립절제술은 0.5cm 이상 크기의 결장폴립을 결장경하에 절제한 경우에 산정하며, 절제한 폴립개수가 2개 이상일 때에는 1개를 초과한 폴립개수마다 해당수술료의 20%를 산정(최대100%)하여야 하나 - 0.5cm크기의 결장폴립 2개를 결장경을 이용하여 절제하고 결장경하 폴립 제거술료(자770-가) 150%를 청구하여 해당수술 30% 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침 - 자770-가 결장경하폴립절제술 • 주 : 1개 이상의 폴립을 절제한 경우에는 초과되는 폴립개수마다 소정점수의 20%를 산정(최대 100% 까지)한다 ○ 고시 제2007-46호(2007.6.1시행) <결장경하폴립절제술 인정기준> 결장경하 폴립 절제시 폴립의 크기가 0.5cm이상이거나, 0.5cm 미만이더라도 올가미(snare)를 사용하여 절제한 경우에는 자770가 결장경하 폴립절제술로 인정하며, 폴립의 크기가 0.5cm 미만으로
	○ 0.5cm 미만 크기의 결장폴립을 내시경적으로 절제하는 경우에 결장경검사와 내시경하생검	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	을 각각 산정하여야 하나 - 0.5cm 크기의 결장폴립을 내시경하에 절제하고 결장경하폴립절제술료(자770-가)를 청구하여 내시경검사료와 내시경하생검료를 합한 금액과의 차액 심사조정	서 올가미를 사용하지 않은 경우에는 폴립의 개수와 상관없이 나766 결장 경검사 소정점수와 나854 내시경하생검 소정 점수로 산정함.
○ 복강·흉강·비강 내시경하에 수술한 경우 별도 산정할 수 없는 내시경검사료 청구착오	○ 복강·흉강·비강 내시경하에 실시한 수술료는 건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적수술의 소정금액으로 산정하여야 하나 - 내시경검사료와 관혈적수술료를 각각 청구하여 해당 내시경검사료 심사조정 <예시> - 관절염상병으로 관절경하에 사지관절절제술을 실시한 경우에 관절경검사(나750)와 사지관절절제술료(자70)를 각각 청구하여 관절경검사료 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등)하에 실시한 수술의 행위료는 건강보험요양급여행위및그상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정금액으로 산정함
○ 부위별 사용기준을 초과하여 합성	○ 합성캐스트는 성인과 8세 미만의 소아를 구분하여 부위별로 사용기준에 의하여 산정하	○ 상대가치점수 제9장 제2절 캐스트료 산정지침 - 캐스트에 사용되는 석고붕대 또는 합성캐스트

<table>
<tr><th>청구착오 유형</th><th>심사내역</th><th>관련근거</th></tr>
<tr><td>캐스트 재료대 청구</td><td>여야 하나 이를 초과하여 청구한 합성캐스트 재료대 심사조정
<예시1>
- 6세 소아의 노뼈하단의 골절 상병에 합성캐스트를 사용하여 장상지 캐스트를 실시하고 장상지(자602) 캐스트료와 합성캐스트 3인치 2개를 청구하여 합성캐스트 1개 심사조정
<예시2>
- 13세 수진자의 기타 손허리뼈의 골절 상병에 합성캐스트를 사용하여 단상지 캐스트를 실시하고 단상지(자603) 캐스트료와 합성캐스트 4인치 2개를 청구하여 합성캐스트 1개 심사 조정
<예시3>
- 32세 수진자의 상세불명의 무릎의 내이상 상병에 합성캐스트를 사용하여 장하지 캐스트를 시행하고 장하지(자605가)캐스트료와 합성캐스트 4인치 5개를 청구하여 합성</td><td>는 실사용 갯수 및 규격에 불문하고 부위별 및 시술방법에 따라 정한 「부위별 석고 붕대 사용기준」 또는 「부위별 합성캐스트 사용기준」에 의한다.

<부위별 합성캐스트 사용기준>
(4인치 4야드기준)
<table><tr><th colspan="2">분 류</th><th>성인</th><th>만8세 미만의 소아</th></tr><tr><td colspan="2">자602 장상지[상완으로부터 수부까지]</td><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td colspan="2">자603 단상지[전완으로부터 수부까지]</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td rowspan="2">자605 장하지 [대퇴로부터 족부까지]</td><td>가. without walker</td><td>4</td><td>3</td></tr><tr><td>나. with walker</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td rowspan="3">자606 단하지 [하퇴로부터 족부까지]</td><td>가. without walker</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>나. with walker</td><td>3</td><td>2</td></tr><tr><td>다. 슬개건 부하 캐스트</td><td>4</td><td>3</td></tr></table>
주 : 만 8세 미만의 소아, 자602, 자603은 3인치 4야드 기준임.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>청구착오 유형</th><th>심사내역</th><th>관련근거</th></tr>
<tr><td></td><td>캐스트 1개 심사조정
<예시4>
- 52세 수진자의 안쪽 복사의 골절 상병에 합성캐스트를 사용하여 단하지 캐스트를 실시하고 단하지(자606-가)캐스트료와 합성캐스트 4인치 3개를 청구하여 합성캐스트 1개 심사조정</td><td></td></tr>
<tr><td>○ 부위별 사용기준을 초과한 Splint Roll 청구</td><td>○ 외고정용 소모성치료재료인 Splint Roll은 성인과 8세 미만의 소아를 구분하여 부위별 사용기준에 의하여 산정하여야 하나
- 부위별 사용기준을 초과하여 Splint Roll을 청구한 경우 초과 청구한 치료재료대 Splint Roll 심사조정

<예시1>
- 9세 수진자의 기타 아래다리 부분의 골절 상병에 부목-단하지(자615-라-without walker)를 실시하고 Splint Roll 85cm로 청구하여</td><td>○ 요양급여비용의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

〈Splint Roll의 부위별 사용기준〉
(단위 : cm)
<table><tr><th>분 류</th><th>성 인</th><th>만8세미만의 소아</th></tr><tr><td>자615-가 장상지[상완으로부터 수부까지] (Long Arm Splint)</td><td>70</td><td>45</td></tr><tr><td>자615-나 단상지[전완으로부터 수부까지] (short Arm Splint)</td><td>40</td><td>30</td></tr><tr><td>자615-다 장하지[대퇴부에서 족부까지] (Long leg splint)</td><td>120</td><td>70</td></tr><tr><td>자615-라 단하지[하퇴로부터 족부까지] (Short Leg Splint)</td><td>80</td><td>50</td></tr></table></td></tr>
</table>

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	해당 치료재료대 25cm 심사조정 <예시2> - 7세 소아의 요골골절 상병에 부목-장상지(자615-가)를 실시하고 Splint Roll 70cm를 청구하여 해당 치료재료대 25cm 심사조정	
○ 캐스트(석고)를 실시한 동일 요양기관에서 별도 산정할 수 없는 석고제거료 청구	○ 캐스트(석고)를 실시한 동일 요양기관에서 캐스트 (석고)를 제거하는 경우에 캐스트(석고) 제거료는 별도 산정할 수 없으나 석고제거료(자613)를 청구하여 심사조정 <예시> - 노뼈하단의 골절 상병으로 동일 요양기관에서 캐스트(석고)를 실시하고 다음달에 내원하여 석고제거를 실시한 경우 석고제거료를 청구하여 심사조정	○ 상대가치점수 제9장 제2절 캐스트료 - 자613 석고제거 • 주 :1. 석고제거는 이미 장치된 캐스트를 다른 요양기관에서 제거한 경우에 한하여 산정한다.
○ 자가골연골이식술 청구착오	○ 척추질환에 추간판제거술, 척추후궁절제술 및 척추고정술 등 척추수술 시 Auto Bone Graft 시	○ 보건복지부 고시제 2000-73호 자가골을 이식한 경우에는 자31 골편절채술의 소

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	행 시는 골편절채술(자31)로 산정하여야 하나 자가골연골이식술(자69-1)로 산정하여 심사조정	정점수를 산정
○ 하비갑개점막하절제술(양측)과 비중격교정술을 동시 시술시 수술료 청구착오	○ 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%를 산정하여야 하나 - 하비갑개점막하 절제술(양측)과 비중격교정술을 동시에 시술하고 각 수술 소정점수를 산정하여 하비갑개 점막하절제술 *2와 비중격교정술 *0.5로 심사조정	○ 고시제2007-77호(07.8.30시행) 양측으로 자101 하비갑개절제술 또는 자102 하비갑개점막하절제술 실시하면서 동시에 자 100 비중격교정술을 시행한 경우 수기료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 가. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료보다 큰경우 : 자100 소정점수의 100%, 동시 수술 소정점수의 150%(100%+50%) 산정 나. 자100 비중격교정술 수기료가 동시 실시한 양측 수기료 보다 작은경우 : 자100 소정점수의 50%, 동시 수술 소정점수의 200% 산정
○ Nasal packing용 치료재료를 별도	○ Nasal packing용 치료재료는 부비동수술 등 장관이 별도로 정한 수술에 사용된 경우에 산	○ 고시 제2008-110호(08.10.1시행) Nasal packing용 치료재료는 기존의 팩킹재료로 사

청구착오 유형	심사내역	관련근거
산정할 수 없는 경우에 청구	정할 수 있으나 - 비중격 혈종 또는 농양절개술(자100-1) IVALON을 청구하여 심사조정	용하던 바셀린거즈에 비하여 수분에 대한 흡수력이 뛰어나고 팩킹시 수술부위에 골고루 압력을 가함으로써 지혈효과가 높으며, 삽입과 제거시에 통증을 유발하지 않을 뿐만 아니라 점막과의 유착이 없고 이물반응의 극소화로 점막손상이 없는 장점 등을 감안하여 다음의 경우에 인정하되, 인정개수를 초과한 경우 재료비용은 전액 본인이 부담함. - 다 음 - 1. 산정범위 가. 부비동 수술(Sinus Surgery) 나. 비중격교정술 또는 비중격성형술 (Submucosal Resection or Septoplasty) 다. 하비갑개 절제술 또는 점막하 절제술 (Inferior Turbinectomy or Submucosal Inferior Turbinectomy) 라. 비용적출술(Nasal Polypectomy) 마. 상악동근치수술(Caldwell-Luc operation)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		바. 비출혈지혈법(Control of Epistaxis) 사. 내시경적 비내누낭비강문합술(Endoscopic Dacryocystorhinostomy) 아. 경비적 뇌하수체종양 적출술(Transnasal Excision of Pituitary Tumor) 자. 안면골 골절수술 2. 편측수술당 2개 인정
○ 광범위 정맥류발거술 후 실시한 경화요법	○ 오른쪽 다리 하지정맥류 상병으로 광범위정맥류 발거술 후 7일 이후에 실시한 사지정맥류국소치료 경화요법 심사조정 (수술 후 적절한 보존기간 없이 실시)	○ 자206 광범위정맥류 발거술과 자205 사지정맥류 국소치료 실시시 인정여부 (고시2007-139호, 2007. 12. 27) - 하지정맥류 상병에 실시하는 광범위정맥류 발거술은 국소치료를 포함하는 수가이므로, - 동측에 자206 광범위정맥류 발거술과 동시 또는 일정기간 내에 잔여정맥류에 대하여 자205 사지정맥류국소치료(가. 경화요법 또는 나. 국소제거술)을 시행하더라도 자206 광범위정맥류발거술만 인정함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 동측에 수회 청구한 자205나 사지정맥류국소치료-국소제거술 산정착오	○ 우측 하지정맥류 상병으로 여러부위에 국소제거술 시술 후 청구한 자205나국소제거술 200%는 100% 인정	○ 국소제거술을 여러 부위에 시술을 하더라도 자205나 사지정맥류국소치료-국소제거술 소정점수를 산정
○ 하지정맥류 국소치료-경화요법료 산정착오	○ 왼쪽 하지정맥류 상병으로 4부위 경화요법실시 후 자205가(1) 1~3부위 200% 청구는 자205가(2) 100% 인정	○ 강보험요양급여비용제1부제2편제9장제1절 처치 및 수술 - 자205가 사지정맥류국소치료 - 경화요법 • 주 : 1부위는 4"×4" 거즈 범위내로 한다. (1) 1 ~ 3부위 (2) 4 ~ 6부위 (3) 7부위이상

10. 의약품

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 비급여약제를 급여	○ 출산후 모유수유억제 목적으로 투여하는	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

청구착오 유형	심사내역	관련근거
약제로 청구착오	Bromocryptine Mesylate제제(품명 : 팔로델 등)는 비급여 대상약제이나 급여약제로 청구하여 해당약제비 심사조정	- 산모와 신생아가 건강상 필요치 않는 단순한 모유억제를 위해 투여한 경우에는 비급여대상임
○ 병용금기 약제 및 특정연령대 금기 약제 청구착오	○ Etodolac제제와 Aspirin제제는 병용금기약제에 해당되나 두 약제를 병용토록 처방하고 청구하여 1종은 인정하고 1종은 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Etodolac제제와 Aspirin제제는 병용 금기 - Ketorolac tromethamine 주사제는 2세 미만, 정제는 16세 미만은 금기 - Talniflumate제제는 12세 미만은 금기 - Zolpidem제제는 18세 미만은 금기 - Topiramate제제는 2세 미만은 금기
	○ Ketorolac tromethamine정제는 16세 미만의 소아에게는 투여할 수 없는 특정연령대 금기약제이나 10세의 수진자에게 투여하여 해당 약제비 심사조정	
	○ Talniflumate제제는 12세미만의 소아에게 투여할 수 없는 특정연령대 금기약제이나 9세의 수진자에게 투여하여 해당 약제비 심사조정	
	○ Zolpidem제제는 18세 미만의 연령에 투여할 수 없는 특정연령대 금기약제이나 14세의 수진자에게 투여하여 해당 약제비 심사조정	
	○ Topiramate제제는 2세 미만의 소아에게 투여	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	할 수 없는 특정연령대 금기약제이나 1세의 수진자에게 투여하여 해당 약제비 심사조정	
	○ Fluticasone Propionate제제는 2세 미만의 소아에게 투여할 수 없는 특정연령대 금기약제이나 9개월의 수진자에게 투여하여 해당 약제비 심사조정	
○ 소화기이외의 질환에 소화기관용약 2종이상 투여한 경우	○ 인두염, 급성세기관지염 등 호흡기질환에 소화기관용약 2종이상을 처방하였으나 2종이상을 투여할 만한 사유가 확인되지 않아 1종만 인정하고 1종을 초과한 소화기관용약의 약제비 심사조정	○ 건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 - 진료상 2품목 이상의 약제를 병용 처방(투여)하는 경우에는 1품목의 처방(투여)으로 치료 효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.
○ 상기도질환 등에 진해거담제 3종 이상 투여한 경우	○ 급성인두염, 기타감염성 바깥귀길염 등 상병에 진해거담제 3종을 처방하였으나 상기도질환에는 2종이내의 진해거담제 투여를 인정하므로 1종의 진해거담제 약제비 심사조정	○ 심사지침 <진해거담제> - 경구 진해제, 거담제, 기관지확장제는 약제의 성분, 약리작용 및 효능·효과 증상의 경중에 따라 선별적으로 투여하는 것을 원칙으로 하며,

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		상기도 질환에 2종이내 그 이외의 호흡기질환(천식 및 만성폐쇄성폐질환 제외)에는 3종 이내로 인정하며, 만6세 미만 소아의 경우에는 함량 및 성분 등이 과량 또는 중복되지 아니하는 범위내에서 복합시럽제 1종을 추가로 인정
○ 단백아미노산제제를 산정할 수 없는 상병에 청구	○ 단백아미노산제제는 전해질이상의 교정, 대수술, 중증 전신화상 환자 등에게 경구로 영양공급이 불충분하여 비경구적으로 영양공급이 필요한 경우에 인정되나 - 위염, 장염 등 상병에 단백아미노산제제를 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <단백아미노산제제 인정기준> - 단백아미노산제제는 전해질이상의 교정, 대수술, 중증전신화상 환자 등에게 경구로 영양공급이 불충분하여 비경구적으로 영양공급이 필요한 경우 - 허가사항 범위이지만 인정기준이외 투여한 경우에는 약값의 전액을 환자가 부담
○ 외래에서 가글용제를 100㎖ 초과하여 청구	○ 입원환자 및 암환자의 경우에는 허가사항(용법, 용량)범위내에서 투여한 경우에 인정하고 그 외의 경우에는 100㎖ 범위내에서 인정토록 되어 있으나 의사의 투여소견서 없이 가글용제를 100㎖ 초과 청구하여 차액 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <가글용제> - 입원환자 및 암환자의 경우에는 허가사항(용법, 용량)범위내에서 투여한 경우에 요양급여를 인정하고 외래환자의 경우 100㎖ 범위내에서 요양

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 급성 편도염 상병으로 내원하여 탄툼액 300ml를 원외처방 하였으나 진료기록부를 검토한 결과 100㎖ 이상 투여할 만한 사유가 확인되지 않아 200ml 심사조정	급여를 인정(단, 오키펜액[ketoprofen lysine]은 50ml) - 다만 상기 인정용량을 초과한 경우에는 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함
○ 인정기준을 초과하여 청구 - Rosiglitazone Maleate경구제(품명:아반디아정)	○ 아반디아정은 설포닐우레아계 약물 1종 또는 Biguanide계 약물 1종과 병용 투여 하거나 인슐린과 병용 투여한 경우에 인정되나 - 인슐린비의존성당뇨병 상병에 아반디아정을 단독 투여하고 청구하여 해당약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <Rosiglitazone Maleate 경구제(품명:아반디아정)인정기준> - 경구제와의 병용 설포닐우레아계 약물 단독요법 또는 Biguanide계 약물 단독요법으로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 경우로서 설포닐우레아계 약물 1종 또는 Biguanide계 약품1종과 병용투여 시 인정 - 인정용량 : 1일 4mg - 약제의 사용상의 주의사항 참조 임신부, 모유수유부, 18세 미만 환자, 간질환, 심질환, 당뇨성 케톤산증과 같은 경우는 인정하지 아니함 - 허가사항 범위이지만 상기 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담

청구착오 유형	심사내역	관련근거
- Gabapentin 경구제	○ 간질, 신경병성통증 등에 허가받은 Gabapentin 경구제를 두통, 추간판탈출증 등 상병에 투여하여 Gabapentin 경구제의 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <Gabapentin 경구제(뉴론틴캅셀 등)> - 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정 1. 간질(Epilepsy) - 각 약제의 허가사항 범위내 인정 2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우 1) 당뇨병성 신경병증 (Diabetic neuropathy) 2) 대상포진후 신경통(post-herpetic neuralgia) 3) 척수손상에 따른 신경병증성 통증(spinal cord injury) 4) 복합부위 통증증후군(CRPS, Compelx regional pain syndrome) 5) 다발성 경화증, 파브리병 6) 척추 수술 후 통증증후군(post spinal surgery syndrome) 7) 절단 등으로 인한 신경병성통증(환상통, 단단통) 8) 삼차신경통(1차적으로 다른 약제에 반응하

청구착오 유형	심사내역	관련근거
- 비타민주사 청구착오		지 않거나 부작용으로 인해 사용하기 어려운 경우) 9) 암성 신경병증성 통증 - 인정기준이외는 약값 전액을 환자가 부담
	○ 삐콤헥사주는 비타민 결핍이나 소모성 질환 등 꼭 필요한 경우에 청구하여야 하나 기타 발가락의 골절 등의 상병에 투여한 삐콤헥사주는 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 비타민제는 비타민 결핍 및 소모성질환 등 비타민제제의 투여가 꼭 필요한 경우에 인정
○ 식품의약품안정청장의 의약품 허가사항 범위를 초과하여 청구 - Melilotus ext. 주사제	○ 외상, 수술후 염증 완화 등에 허가받은 Melilotus ext. 주사제를 만성비염, 인두염 등 상병에 투여하여 Melilotus ext. 주사제의 약제비 심사조정	○ 건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 - 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위안에서 환자의 증상 등에 따라 필요・적절하게 처방・투여 하여야 한다. ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 ＜Melilotus ext. 주사제 (품명 : 마로투스)＞ - 허가사항 범위(효능・효과 등)를 초과하여 관절염, 편도염, 결막염, 중이염, 치근 및 치주질환에 소염목적으로 투여한 경우에도 요양급여를

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		인정함 ○ Melilotus ext. 주사제 식약청허가사항 - 외상(염좌, 타박, 좌상, 골절등), 수술후의 연부 종창으로 인한 염증의 완화, 내치질, 외치질
○ 식품의약품안정청장의 의약품 허가사항 범위를 초과하여 청구	○ 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위안에서 환자의 증상에 따라 필요・적절하게 처방・투여 하여야 하나 <예시1> - 급성기관지염, 급성편도염, 긴장형 두통상병에 청구된 알타질주는 허가사항 범위 외이므로 심사조정 <예시2> - 상세불명의 급성기관지염, 급성상기도 감명, 편도 주위고름집(농양)상병등에 청구된 삐콤헥사주는 허가사항 범위 외이므로 심사조정 <예시3> - 케토롤락 주사제는 식약청 허가사항에 2일	○ 건강보험요양급여기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 - 의약품은 약사법령에 의하여 허가또는 신고된 사항의 범위안에서 환자의 증상에 따라 필요・적절하게 처방・투여 하여야한다 ○ 알타질주 식약청 허가사항(효능・효능) - 암성(癌性)동통, 수술후 동통 산정시 인정. ○ 비타민제 투여 일반원칙 - 소모성 질환에는 허가된 용량범위내에서 투약한 경우 요양급여를 인정하되, 비타민결핍증에는 다량 투여가 필요하므로 허가된 용량을 초과하더라도 요양급여를 인정함

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	을 초과하여 투여하지 않도록 허가받은 약제이나 기타 궤양성 대장염 등의 상병에 4일 투여시 2일만 인정 후 심사조정	○ 케토롤락주 식약청 허가사항(용법・용량) - 투여기간은 2일을 초과해서는 안되며, 1일 용량으로는 90mg, 고령자, 신장애 및 체중 50kg이하 환자인 경우에는 60mg을 초과하지 말 것. - 경막외 및 척수투여는 하지 말것
○ 아네폴주 요양급여기준 초과 청구	○ 아네폴주200mg를 전신마취 시 주 마취제인 게로란액과 함께 마취유도목적으로 투여 후 청구하여 심사조정	○ propofol 주사제 요양급여기준 (고시 제2001-28호) 1. 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가 사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 100분의 100을 본인부담토록 함 - 아 래 - - 30분 초과 2시간 이내의 마취를 요하는 수술 - 뇌질환, 심장질환, 신장질환, 장기이식 시술환자, 간기능 이상환자, 간질환의 기왕력이 있는 환자에게 마취유도 및 유지목적으로 사용한 경우(단, 마취유지시 최초 10분간은10mg/kg/hr, 추가 10분간은 8mg/kg/hr, 그 이후는 6mg/kg/hr

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		용량의 범위내에서 투여시) - 마취유도 목적으로 120mg/12ml/Amp 1개 투여시 2. 생략
○ 아네폴주 (propofol 제제)	○ propofol 제제는 마취유도 목적으로 투여시 120mg/12ml/Amp 1개 투여를 인정하나 - 인공관절전치환술(고관절) 수술시 마취 유도 목적으로 120mg/20ml/Amp 투여하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - propofol 제제는 30분 초과 2시간 이내의 마취를 요하는 수술, 뇌질환・심장질환 ・신장질환 ・장기이식 수술환자・간기능 이상환자・간질환의 기왕력이 있는 환자에게 마취유도 및 유지목적으로 사용한 경우(단, 마취유지시 최초 10분간은 10mg/kg/hr, 추가 10분간은 8mg/kg/hr, 그 이후는 6mg/kg/hr 용량의 범위에서 투여시), 마취유도 목적으로 120mg/12ml/Amp 1개 투여시 인정함(허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값의 전액을 본인부담함) - 개심술의 마취시 구연산펜타닐을 주 마취제로, 프로포플을 보조마취제로 병용투여하는 경우에는 프로포플제제를 4mg/kg/hr 이내로 인정함
○ Methocarbamol	○ 메토카르바몰 주사제는 연속적으로 3일을 초	○ 메트카르바몰주 식약청 허가사항

청구착오 유형	심사내역	관련근거
주사제(품명:메토카르바몰)	과하여 투여하지 않도록 허가받은 약제이나 - 허리뼈의 염좌 및 긴장 상병에 메토카르바몰 주사를 3일을 초과하여 계속 투여한 경우에 진료기록 검토결과 투여할 만한 사유가 확인되지 않아 3일을 초과하여 청구한 해당 약제비 심사조정	- 성인 : 메토카르바몰로서 1회 500㎎을 근육 또는 정맥주사한다. 1회 1g, 1일 총투여량 3g을 초과하지 않으며 연속적으로 3일을 초과하여 투여하지 않는다. 단, 동통이 지속시 경우에 따라서 48시간 후 주의하여 동일과정을 반복할 수 있다.
○ memantine 경구제 (품명 : 에빅사정 등)	○ 알쯔하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알쯔하이머 포함)의 중증의 치매증상의 치료에 투여하는 memantine 경구제는 MMSE는 20이하이면서 CDR은 2~3 또는 GDS는 stage 4~7인 경우에 인정되나 - 해당검사결과지 확인되지 않아 memantine 경구제의 약제비 조정 - 해당검사결과지상 MMSE는 20이하이나 CDR이 1로 약제비 심사조정 - 해당검사결과지상 MMSE는 20이하이나 GDS stage 3으로 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - memantine 제제는 알쯔하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알쯔하이머 포함)의 중증의 치매증상에 투여시 인정하되 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속 투여 여부를 결정하며, 판단기준은 MMSE는 20이하이면서 CDR은 2~3 또는 GDS는 stage 4~7에 해당하는 경우임 - 동 제제와 acetylchoinesterase inhibitor제제(donepezil, galantamine, rivastigmine 등)나 Ginkgo Biloba Extract제제와 병용시 1종만 요양급여하고 병용약제 중 저렴한 약값 전액을 환자가 부담함
○ Celecoxib 경구제 (품명:세레브렉	○ Celecoxib 경구제는 골관절염 및 류마티스성 관절염 등에 허가받은 약제이나	○ Celecoxib 경구제(품명 : 쎄레브렉스)식약청 허가사항 허가사항 중 골관절염 및 류마티스성 관절염 상병

청구착오 유형	심사내역	관련근거
스캅셀)	- 염좌 및 긴장 등 상병에 Celecoxib 경구제를 투여하고 청구하여 해당 약제비 심사조정	에 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준이외에 투여한 경우는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다만, 동 약제 투여시 소화기관용 약제를 위염등의 증상 예방 목적으로 병용투여하여서는 안됨 - 아 래 - 1. 상부위장관의 궤양, 출혈, 천공의 치료 기왕력이 확인되는 경우 2. Steroid제제를 투여중인 경우 3. 항응고제 투여가 필요한 경우 4. 기존의 NSAID에 불응성인 경우 5. 대량의 NSAID를 필요로 하는 경우 6. 65세 이상의 고령자 ※ 동 약제는 관상동맥 우회로술(CABG) 전후에 발생하는 통증의 치료에는 투여하지 않는 등 허가사항 중 주의사항(금기사항 등)과 용법용량 등을 반드시 참고하여 처방(조제)하여야 함

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 위염 등의 부상병기재하여 쎄레브렉스캅셀 투여한 경우	○ 골관절염 및 류마티스성관절염 상병에 위염 등 상부위관장 질환 예방목적으로 부상병을 위염 상병명을 기재하여 청구하여 쎄레브렉스캅셀을 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제) - 허가사항 범위이지만 인정기준 외에 투여한 경우는 약값의 100분의 100을 본인 부담토록함. 다만, 동 약제를 위염 등의 증상 예방목적으로 병용 투여하여서는 안됨
○ Ginkgo Biloba Extract 경구제 (품명 : 기넥신에프정 등)	○ Ginkgo Biloba Extract는 인지기능 장애를 동반한 치매 등에 허가받은 약제이나 - 뇌혈관 질환에 기넥신정을 투여하고 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Ginkgo Biloba Extract 경구제(품명 : 기넥신에프정 등)는 허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - 1. 투여대상 인지기능 장애를 동반한 치매(알츠하이머형, 혈관성)에 인지기능 개선목적으로 투여한 경우 2. 병용투여 Ginkgo Biloba Extract제제와 아세틸콜린분해억제제(아리셉트, 레미닐, 엑셀론 등)나 memantine

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		제제(에빅사 등)와 병용시 1종은 요양급여(본인일부부담)하고 병용 약제중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담함.
○ Pregabalin 경구제	○ pregabalin 경구제(리리카캡슐 등)은 간질, 신경병성통증 등에 허가받은 약제이나 - 추간판장애, 무릎관절증 등에 투여하고 청구하여 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - pregabalin 경구제(뉴론틴정)은 허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 1. 간질(Epilepsy) - 각 약제의 허가사항 범위내 인정 2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우 가. 당뇨병성 신경병증성 통증 : thioctic acid (또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 pregabalin 경구제 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		나. 대상포진 후 신경통 : lidocaine 패취제(품명:리도탑패취)와 병용투여 시 아래와 같이 요양급여를 인정함. • 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(spinal cord injury) 라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Compelx regional pain syndrome)
○ eperison HCL 제제(품명 : 중외에페리손정 등)	○ 에페리손정(eperison HCL 제제)을 무릎관절증상병에 투여하여 심사조정	○ 에페리손제제 식약청 허가사항 - 에페리손 제제는 근골격계 질환에 수반되는 동통성 근육연축(경견완증후군, 견관절주위염, 요통), 신경계 질환에 의한 경직성 마비(뇌혈관장애, 경직성 척수마비, 경부척추증, 근위축성 축색경화증, 뇌성마비, 척수혈관장애 등에 허가
○ 오팔몬정	○ 오팔몬정의 경우 arterial blood insufficiency에 도움을 주는 약제로 척추협착 시에 양측성 간헐파행이 보이는 경우에 투여토록 허가사항을 받은 약제로	○ 오팔몬정 식약청 허가사항 1. 폐색성혈전혈관염(버거병)에 의한 궤양, 동통, 냉감 등의 허혈성 증상의 개선 2. 후천성 요부척추관협착증(SLR시험에서 정상이

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	- 척추협착, 상세불명의 부종 상병하에 투여하여 심사조정	고, 양측성의 간헐파행을 보이는 환자)에 의한 자각증상(하지동통, 하지저림) 및 보행능력의 개선
○ Acyclovir크림 (품명 : 조비락스크림등)	○ Acyclovir크림(품명 : 조비락스크림 등)은 단순포진 바이러스 감염증에 허가받은 약제이나 - 대상포진에 Acycl ○ vir 크림을 청구하여 해당 약제비 심사조정	○ Acyclovir 크림(품명 : 조비락스크림 등)식약청 허가사항 - 단순포진 바이러스 감염증(초기 및 재발성 생식기 포진과 구순포진 포함)
○ Balofloxacin 100mg(품명 : 큐록신정) 요양급여기준 초과 청구	○ 전립선의 증식 상병에 청구된 큐록신 100mg 1일 2회 7일분 청구는 5일 인정 후 심사조정	○ Balofloxacin 100mg 요양급여기준 (고시 제2007-22호) 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 단순요로감염증에 단독으로 투여시 3~-5일 정도 인정함. - 투여용량 • 성인 : 1회 100mg을 1일 2회 • 신장애 환자 (크레아티닌 청소율이 40ml/min 이하의 심한

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		신기능 장애 환자) : 1회 100mg을 2일 1회 나. 골반내 감염증, 자궁경관염 - 1차 약제(ofloxacin경구제 등) 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함. 다만, 타항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자 등의 경우에는 1차 약제로 인정함. 투여기간은 7일간 인정하되 골반내감염증의 경우 증상개선 정도에 따라 14일까지 인정함. - 투여용량 : 생략
○ Diclofenac Sodium 제제	○ 류마티양 관절염, 골관절염 등에 허가받은 Diclofenac Sodium 제제를 편도염, 인후두염 등 상병에 투여하여 Diclofenac Sodium 제제의 약제비 심사조정	○ 건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 - 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여 하여야 한다. ○ Diclofenac Sodium 제제 식약청허가사항 - 류마티양 관절염, 골관절염(퇴행성 관절질환), 강직성 척추염, 수술후·외상후 염증 및 동통, 급성통풍, 신 및 간산통

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 장기투여한 진경제 스파스맥스정	○ 십이지장궤양 상병으로 궤양용제와 진경제를 14일*2회 청구하여 스파스맥스 2주 인정하고 2주는 100분의100 본인부담으로 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제) - 허가사항 범위 내에서 최대 2주 이내로 투여시 인정하고 인정기준이외에 투여시는 100분의100을 본인이 부담토록함
○ rosiglitazone + metfoormin 경구제(품명 : 아벤다메트정)	○ rosiglitazone + metformin 경구제는 로시글리타존과 메트포민을 병용투여하고 있는 환자 또는 메트포민만으로 충분한 혈당 조절을 할 수 없는 인슐린 비의존성 당뇨병환자(제2형)에게 단독투여하여야 하나 - 인술린 비의존성 당뇨병으로 내원하여 타 당뇨병약제와 병용투여하여 타 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - rosiglitazone + metformin 제제는 로시글리타존과 메트포민을 병용투여하고 있는 환자 또는 메트포민만으로 충분한 혈당 조절을 할 수 없는 인슐린 비의존성 당뇨병환자(제2형)에게 단독투여하여야 하며 투여용량은 1일 최대 rosiglitazone으로서 4㎎임(허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담) ※ 약제의 사용상의 주의사항 참조하여 ① 유산증 ② 신기능 장애 ③ 간기능 장애 ④ 심혈관계 질환(심혈관계 허탈(쇽), 심부전, 심근경색 등) ⑤ 당뇨성 케톤산증 ⑥ 폐기능에 고도의 장애가 있는 환자는 인정하지 아니함.
○ 알부민주	○ 알부민주는 만성저단백혈증으로 인한 급성 합병증을 치료 시 혈중 알부민 검사치 3.0이	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 1. 허가사항 범위내에서 만성저단백혈증으로

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	하에 산정하여야 하나 - 해당 검사결과지 확인결과 알부민 검사치 2.3에 산정에 산정하여 약제비 심사조정	인한 acute complication(급성 합병증)을 치료시 혈중 알부민 검사치가 3.0이하면서 아래와 같은 경우에 인정함을 원칙으로 하며, 다만 상기 인정기준 외 3.5미만의 저알부민혈증에 진료상 필요하여 투여시는 약값의 100분의100을 본인 부담토록 함 가. 일반원칙 : (1) 저단백혈증으로 인한 oncotic deficit(삼투압 결핍) 치료 (2) 저단백혈증으로 인한 plasma or volume deficit 치료 나. 적응증 : (1) shock, (2) Burns (3) Adult respiratory distress syndrome (4) Cardiopulmonary bypass (5) Hemolytic disease of the newborn (6) Acute nephrosis (7) Subacute or chronic hypoproteinemia 2. 허가사항 범위를 초과하여 요양급여를 인정가능한 경우

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		가. 뇌지주막하 출혈환자에게 volume expansion 목적으로 5% 알부민주 투여시 Angiogram이나 Doppler, MRI등으로 vasospasm(뇌혈관 연축)이 확인된 경우에 한해 혈중 알부민 수치에 관계없이 1-1.5g/kg/day 용량으로 7일까지 투여시 요양급여를 인정하고, 그 이상 투여가 필요하여 투여한 경우에는 투여 소견서를 첨부토록 함 나. 개심술시 osmorality(삼투압) 유지목적 또는 심근보호 목적으로 충전액이나 심정지액에 추가하는 경우 통상 1~2병(함량 관계없이 100㎖/1병 포장단위)을 인정함 다. Plasma exchange시 사용한 알부민은 인정함 (Plasma pheresis시 Eval Filter 사용하면 Albumin은 인정하지 아니함). 라. 신 이식술시 plasmanate 대용으로 5% 알부민주투여시는 알부민 수치와 관계없이 수술 당시에 2~3병 정도 인정함(보건복지부고시 제2003-54호)

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 검사결과에 대한 확인이 필요한 특정 의약품을 처방한 경우의 검사결과 미확인 청구 - 액제형 철분제제	○ 임신으로 인한 철결핍성 빈혈에 투여하는 액제형 철분제제는 Hb검사결과가 10g/dℓ이하이면서, 타 경구 철분제제 투여시 위장장애가 있는 경우에 인정되나 - 청구시 Hb 검사결과와 위장장애 여부가 확인되지 않아 액제형 철분제제의 약제비 심사조정 ○ 일반환자의 철결핍성빈혈에 액제형 철분제제를 투여하는 경우는 Serum Ferritin 12ng/mℓ 미만 또는 Transferrin saturation rate 15% 미만이면서 타 경구 철분제제 투여시 위장장애가 있는 경우에 인정되나 - 해당검사결과와 위장장애 여부가 확인되지 않아 액제형 철분제제의 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <액제형 철분제제 품명 : 헤모큐액 등> - 임신으로 인한 철결핍성 빈혈의 경우에는 혈액검사결과 Hb 10g/dℓ이하이고 타 경구 철분제제 투여시 위장장애가 있는 경우에 급여하되, 투여기간은 통상 4~6개월 정도로 함. - 일반적인 철결핍성 빈혈의 경우에는 혈액검사결과 아래에 해당되고 타 경구 철분제제 투여시 위장장애가 있는 경우에 급여하되, 투여기간은 통상 4~6개월 정도 급여함. • 일반환자는 Serum Ferritin 12ng/mℓ 미만 또는 Transferrin saturation rate 15% 미만인 경우 • 만성신부전증 환자 및 항암화학요법을 받고 있는 비골수성 악성종양을 가진 환자는 Serum Ferritin 100ng/mℓ 미만 또는 Transferrin saturation rate 20% 미만인 경우 - 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈의 경우에는 혈액검사결과 Hb 10g/dℓ이하인 경우에 급여하되, 투여기간은 통상 4주 정도로 함. - 8세 미만의 소아는 철결핍성 빈혈이 확인된

청구착오 유형	심사내역	관련근거
		경우 1차로 투여시에도 요양급여하며 미숙아의 경우는 예방 투여시에도 인정함. - 인정기준이외는 약값 전액을 환자가 부담
- 골다공증치료제	○ 골다공증 등 상병에 투여하는 골다공증치료제(칼시토닌 등)는 골밀도 검사에서 젊은연령의 정상치보다 3 표준편차이상 감소된 경우에만 보험급여가 인정되나 - 골밀도 검사 결과가 확인되지 않은 경우와 골밀도검사 결과치가 3표준편차 미만 감소된 것으로 확인된 경우에 골다공증치료제의 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <골다공증치료제> - 칼시토닌(살카토닌, 엘카토닌), raloxifene제제, 활성형VitD$_8$, Ipriflavon제제, 및 bisphosphonate제제 등의 약제는 골밀도검사에서 같은 성, 젊은 연령의 정상치보다 3 표준편차 (QCT의 경우 110 ㎎/㎤)이상 감소된 경우에만 요양급여 인정 - 인정기준이외는 약값 전액을 환자가 부담
- Lamivudine 제제	○ 만성활동성 B형간염에 Lamivudine제제는 검사결과 HBeAg(+)/HBV-DNA(+) 또는 HBeAg(-)/HBV-DNA(+)면서 SG○T 또는 SGPT가 80단위 이상인 경우에 인정되나 - 검사결과가 확인되지 않아 Lamivudine제제의 약제비 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <Lamivudine경구제(품명: 제픽스정, 제픽스시럽)> - HBeAg(+)/HBV-DNA(+) 또는 HBeAg(-) /HBV-DNA(+) 인 만성활동성 B형간염환자, 간암, 간경변을 동반한 간염환자인 경우 SGOT 또는 SGPT가 80단위 이상인 환자 - 다른 Antiviral agent인 인터페론과 병용투여시에는 인터페론만 인정하고 제픽스는 인정하지 아니함.
	○ 만성활동성 B형간염에 Lamivudine 제제와 타	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	간장질환용제를 병용토록 처방한 경우에 - Lamivudine 제제를 본인 일부부담으로 인정한 경우타 간장질환용제의 약제비는 전액 본인부담에 해당되므로 약제비 심사조정 - 타 간장질환용제를 본인일부부담으로 인정한 경우 Lamivudine의 약제비는 전액 본인부담에 해당되므로 약제비 심사조정	- 혈중 ALT 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (레가론, 우루사 등) 병용투여는 인정 가능하되, • 제픽스 요양급여(본인 일부부담)시는 Hepatotonics 약값 전액을 환자가 부담 • 제픽스약값 전액을 환자가 본인부담하는 경우 Hepatotonics를 요양급여(본인 일부부담) - 인정기준 이외는 약값 전액을 환자가 부담 - 허가사항을 초과하여 B형 간질환으로 간이식을 받은 환자로 간이식 후 최대 1년간 투여시 인정
- Acetylcholinesterase-inhibitor 제제	○ 알쯔하이머형태의 경등도, 중등도 치매증상에 투여하는 Acetylcholinesterase-inhibitor제제는 MMSE 검사결과 10~26, CDR 검사결과 1~2 또는 GDS 검사결과 stage 3~5인 경우에 인정되나 - 해당 검사결과가 확인되지 않아 Acetylcholinesterase-inhibitor 제제의 약제비 심사조정	○ 심사지침 <Acetylcholinesterase-inhibitor제제> - Acetylcholinesterase inhibitor제제는 '알쯔하이머형태의 경등도, 중등도 치매증상의 치료'에 식약청장 허가를 받은 약제로 경등도, 중등도 치매의 판단기준은 MMSE(mini mental state exam)는 10~26 (단, 레미닐은 10~24)이면서 CDR(clinical dementia rating)은 1~2 또는 GDS(Global Deterioration Scale)는 stage 3~5임

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 방사선 촬영 등 확인이 필요한 특정 의약품을 촬영 없이 청구 - 알츠주 청구착오	○ 퇴행성 골관절염에 대사성의약품인 알츠주 투여시에는 방사선학적으로 중등도 이하의 퇴행성 골관절염을 확인한 후 투여하여야 하나 - 초진에 중등도 이하의 퇴행성 골관절염임을 확인할 수 있는 방사선 촬영등도 없이 청구 한 알츠주는 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - Sod. hyaluronate 주사제(알츠주 등)는 방사선학적으로 중등도 이하(Kellgren- Lawrence Grade Ⅳ 제외)의 퇴행성 골관절염 환자에게 투여시 인정
○ desmopressi acetate 경구제(품명: 미니린정)	○ 미니린정은 성인의 야간다뇨와 관련이 있는 야간뇨 증상의 치료시에는 배뇨일지(frequency volume chart)등으로 야간다뇨로 인한 야간뇨가 확진된 경우에만 인정하나 - 상세불명의 신경인성 방광, 방광의 기타 장애, 달리 분류되지 않은 신경인성 방광 등 상병에 미니린정 청구하여 심사조정	○ 보건복지부 고시 - desmopressin acetate 경구제(품명: 미니린정)는 일차성 야뇨증(5세 이상)의 경우에는기존에 사용하던 약제(이미프라민정)에 효과가 적거나 부작용이 잇는 경우, 야간다뇨와 관련이 있는 야간뇨 증상의 치료(성인에 한함)시에는 배뇨일지(frequency volume chart)등으로 야간다뇨로 인한 야간뇨가 확진된 경우에만 인정 - 허가사항 범위를 초과하여 요붕증에 투여하는 경우에도 주사제 및 nasal spray와 동일하게 인정
○ 저함량 배수 처방・조제 관련	○ 동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일성분・동일제형이지만 함량이 다른 의약품이 여러 가지 있는 경우, 1회 투약량에 대하여	○ 고시 2007-43호「비용효과적인 함량 의약품 사용에 관한 기준」 - 동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	가장 비용효과적인 함량의 약제를 사용하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 예외로 할 수 있으며, 이 경우 해당 사유를 「건강보험요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(보건복지부 고시)」에서 정한 바에 따라 요양급여비용명세서에 명시하여 제출하여야 한다. (예) 25mg, 50mg 함량의 약제가 각각 등재된 경우 - 1회 투약량이 50mg인 경우 → 50mg 1정 처방 - 1회 투약량이 75mg 필요한 경우 → 50mg 1정과 25mg 1정 처방	성분·동일제형이지만 함량이 다른 의약품이 여러 가지 있는 경우, 1회 투약량에 대하여 가장 비용효과적인 함량의 약제를 사용하여 처방·조제하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 예외로 할 수 있으며, 이 경우 해당 사유를 「건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(보건복지가족부 고시)」에서 정한 바에 따라 요양급여비용명세서에 명시하여 제출하여야 한다.
○ 100분의 100본인부담약제인 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제를 청구착오	○ 경구투여가 가능한 경우 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제(제형은 카타플라스마제, 경고제, 패취제, 로숀제, 겔제, 크림제)는 100분의 100 본인부담되어야 하나 - 원외처방내역에서 114아가펜정, 122아페손정, 239레보팜정과 같이 처방된 264케토톱	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 각 약제의 허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여 인정, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투약한 경우는 약값전액을 환자가 부담함. - 경구투여가 불가능한 경우(부작용 등으로 인하

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	엘플라스타 제제가 심사조정됨 - 단독 처방된 264트라스트패취 제제가 심사조정됨	여 NSAIDS의 경구투여가 불가능한 환자임을 입증하는 경우를 포함) - 로숀제, 겔제, 크림제를 물리치료 등 원내처치시 사용한 경우 - 성분명은 diclofenac diethylammonium, diclofenac epolamine, felbinac, flurbiprofen, indomethacin, ketoprofen, piroxicam, capsaicin 등을 함유하는 264 진통・진양・수렴・소염제이다 - 제형은 카타플라스마제, 경고제, 패취제, 로숀제, 겔제, 크림제를 말한다.

11. 일반사항

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 개설자가 동일한 의원과 한의원에서 같은 날 동일 상병으로 진료시	○ 같은 날 동일 상병에 대하여 통증 완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 양방과 한방기관의 요양급여비용을 산정하여야 하나	○ 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] <요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목> - 개설자가 동일한 요양기관은 동일환자의 동일 상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중

청구착오 유형	심사내역	관련근거
요양급여비용 청구	- 양방과 한방 요양기관에서 각각의 요양급여비용을 산정하여 우선적으로 주된 치료가 이루어진 양(한)방 요양급여비용만 인정하고 나중에 진료한 한(양)방기관의 반복 진료비용은 심사조정 <예시1> - 정형외과의원에서 편마비 상병으로 오전 10시에 내원하여 물리치료를 받고 같은 날 12시에 개설자가 동일한 한의원에서 수족탄탄 상병으로 침술을 시술받은 경우에 시계열상 먼저 이루어진 정형외과의원에서 실시한 진료비만 청구하여야 하나 • 정형외과의원과 한의원에서 각각 진료비를 청구하여 나중에 진료한 한의원 진료비는 심사조정 <예시2> - 한의원에서 역절풍 상병으로 침술을 시술받고 같은 날 개설자가 동일한 정형외과의원에서 관절염상병으로 물리치료를 받은	복하여 실시하여서는 아니된다. ○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 양(한)방기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 한(양)방기관의 반복 진료비용은 국민건강보험법시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인부담 제1호아목에 의거 환자가 전액본인부담토록 함. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄. - 양방 또는 한방의료기관에 입원한 환자 및 한방에서 CT 등의 검사를 양방에 의뢰하는 등 반복 진료가 아닌 진정한 의미의 협의진료는 적용되지 아니함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	경우에 시계열상 먼저 이루어진 한의원에서 실시한 진료비만 청구하여야 하나 • 한의원과 정형외과의원에서 각각 진료비를 청구하여 나중에 진료한 정형외과의원 진료비는 심사조정	
○ 시설장비 등 공동이용 시 청구착오	○ 시설, 장비 등 공동이용 시 특정내역구분코드 “JS006”와 “실시기관기호, 진료의뢰일” 기재누락으로 심사조정 <예시> - 수골2매를 타 기관에 의뢰하여 촬영 후 실시기관기호, 진료의뢰일 기재누락으로 심사조정	○ 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 - 특정내역기재란에 발생단위구분, 해당 줄번호, 해당 특정내역 구분코드(JS006)를 입력하고, 기재형식에 따라 [실시기관(시설, 장비 등 제공기관) 요양기관 기호/ 진료의뢰일]을 기재한다.
○ 외래진료 후 당일 입원한 경우 진료비 청구착오	○ 자궁관 임신 상병으로 외래진료 후 당일 입원한 경우 입원진료비에 외래진료비를 포함하여 청구하여야 하나 외래진료비와 외래진료비를 포함한 입원진료비를 각각 청구하여 외래진료비는 심사조정	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 - 외래진료 후 당일 검사결과가 나와 입원한 경우나, 외래진료 후 다음 날 다시 내원하라는 의사의 지시가 있었으나 수진자가 동일 질환 및 응급사유로 인하여 같은 날 내원하여 입원하였다면 동일 질병여부 및 의사의 지시에 불문하고 요양급

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 자궁관임신 상병으로 외래에서 진료받고 입원한 경우에 외래진료비명세서에 진찰료, 주사료를 청구하고 입원진료비명세서에 외래에서 이루어진 진찰료, 주사료를 중복 청구하여 외래진료비인 진찰료, 주사료는 심사조정	여비용은 입원부담율에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담율에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담율에 의거 산정하여 그 차액을 정산하여야 함. 다만, 외래진료시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함.
○ 치료재료대 목록표와 구입증빙자료를 제출하지 않고 치료재료대 청구	○ 치료재료급여목록 및 상한금액표에 고시된 상한 금액 범위 내에서 요양기관의 실구입가로 산정하도록 되어 있는 치료재료는 요양급여비용 청구전에 치료재료구입목록표와 구입증빙자료를 제출하여야 하나 관계자료를 제출하지 않고 해당 치료재료대를 청구하여 심사조정	○ 요양급여비용의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 <치료재료대> - 2001.1.1부터 치료재료의 협약가 제도가 폐지되고 치료재료급여목록 및 상한금액표에 고시된 상한금액 범위내에서 요양기관의 실구입가로 산정하도록함에 따라 서면(치료재료구입목록표와 구입증빙자료) 또는 EDI로 제출하여야함.
○ 진료비 명세서 청구시 코드구분자 기재착오	○ 코드는 수가, 약, 치료재료 등으로 분류되며, 각각의 코드는 코드 구분자를 갖고 있어 명세서 작성시 수가는 ‘1’, 보험등재약은 ‘3’, 치료재료는 ‘8’등해당 구분자 코드를 기재하여야 하나 다른 코드로 착오기재 청구되어 심사 조정	○ 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 - 코드는 수가, 보험 등재약, 원료, 조제(제제)약, 보험 등재약의 일반명, 치료재료로 분류되며, 각각의 코드는 코드 구분자를 갖는다. • 수가(공상수가포함) : 1

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	<예시> - 마취약제 게로란액(A02104311)의 구분자 코드를 치료재료대 구분자 코드인 '8'로 착오기재 청구하여 심사조정(바른기재 : 3 A02104311)	• 준용수가 : 2 • 보험등재약 : 3 • 원료약, 요양기관자체조제(제제)약 : 4 • 보험등재약의 일반명 : 5 • 구 협약재료(2000.12.31이전 진료분 해당) : 7 • 치료재료 : 8
○ 명세서 작성시 일투 청구착오	○ 의사가 1인인 요양기관에서 내원일수와 진찰횟수를 비교하여 초과 산정한 진찰료횟수 심사조정 <예시1> - 발 백선증, 손발톱 백선증, 자극성 접촉성 피부염 상병으로 1회 내원하여 약제를 1일 3회씩 4일간 처방한 경우에 재진진찰료를 1일 3회씩 4일간 청구하여 재진진찰료 11회 심사조정 <예시2> - 정상 임신의 관리 상병으로 1일 내원하여 진찰받은 경우에 재진진찰료를 2회 청구하여 1회 심사조정	○ 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	○ 심장기능의 상실을 동반한 고혈압성 심장병 상병에 1일 내원하여 심전도검사를 1회 실시하고 37회로 청구하여 36회 심사조정	
	○ 손목 및 손의 압착손상 상병에 수골부위를 AP/Lat로방사선 촬영하고 수골2매 10회를 청구하여 수골2매9회 심사조정	
	○ 어깨관절의 탈구 상병에 Shoulder AP /Lat/oblique를 촬영하고 견관절3매(G3302) 7회로 청구하여 견관절3매(G3303)6회 심사조정	
	○ 정맥내점적주사(마5)는 1병 또는 포장단위당으로 산정하여야 하나 수액제 청구 수량보다 과다청구하여 정맥내점적주사료 심사조정 <예시> - 자궁목의 염증성질환, 기타 급성위염, 기타 기능적 창자장애 상병으로 5%포도당주사액 1L를 정맥내점적주사(KK053)하고 착오	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	입력하여 5% 포도당주사액1L 53개, 정맥내점적주사(KK053) 53회로 청구하여 5%포도당주사액 1L 52개, 정맥내점적주사(KK053) 52회 심사조정	
	○1일 내원하여 세극등현미경검사를 5회 청구하여 1회만 인정하고 4회 심사조정	○상대가치점수 제2장 검사료 산정지침 - 나681 세극등현미경검사 ※ 주 : 주2회 이상 실시하더라도 2회이내만 산정한다.
	○창상처치는 실시횟수을 불문하고 부위별로 1일당 1회로 산정 하여야 하나 - 내원일수 및 상병부위 등을 비교하여 초과 산정한 창상처치료 횟수 심사조정 <예시> - 눈꺼풀 및 눈주위 영역의 기타 얕은손상 상병에 2일 내원하여 창상처치를 실시하고	○상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 - 자2-1 일반처치 또는 수술후처치 등(1일당) 자2-1 가 창상처치 ※ 주 : 같은날 단순처치 또는 염증성 처치를 여러 부위에 실시한 경우에는 두부, 복부, 배부, 좌・우・상・하지 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 1회만 산정한다

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	원외처방일수와 동일하게 3×14 (총42)회 청구하여 창상처치 40회 심사조정	
	○주사약제는 실사용량으로 청구하여야 하나 전산입력착오로 포장단위의 용량을 실사용수량으로 청구하여 실사용량 만큼 인정하고 차액 심사조정 <예시1> - 질식분만에 분만전 통증조절 목적으로 부피바카인주사 20ml를 사용하여 경막외마취를 실시하고 경막외마취료와 부피바카인 20ml 20병을 청구하여 부피바카인주 19병 심사조정 <예시2> - 신경뿌리병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판장애 상병에 데포메드롤주 40mg을 사용하여 척수신경총 신경절차단술(요천골신경총)을 실시하고 척수신경총 신경절차단술-요천골신경총과 데포메드롤주40mg 40병	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	을 청구하여 데포메드롤주 39병 심사조정 <예시3> - 편위된 코사이막 상병으로 비중격교정술 후 세프테졸나트륨주사1g 2병 주사하고 해당약제 52병을 청구하여 50병 심사조정 <예시4> - 당뇨 상병에 휴물린70/30pen(3ml/관/300단위)를 48단위 주사하고 0.48병(144단위)을 청구하여 0.32병(96단위) 심사조정 <예시5> - 성문상의 악성신생물 상병으로 아미노필린 250mg(주) 1앰플을 5%포도당주사 1L액에 희석하여 점적주사하고 아미노필린(주)250앰플, 5%포도당주사 1L 1병을 청구하여 아미노필린(주) 249앰플 심사조정	
	○ 항생제 희석시 사용된 주사용증류수는 실사용량으로 청구하여야 하나 - 특이성 요도염 상병에 세프테졸나트륨1g 주사시 주사용증류수10ml를 섞어 정맥내주	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	사하고 주사용증류수(20ml/병)를 10병 청구하여 주사용증류수 9.5병 심사조정	
○ 명세서작성시 요양일수 청구착오	○ 명세서작성시 요양일수 청구착오 - 5일간 입원하여 17일분의 투약을 한 경우 당월요양일수는 17일로 청구하여야 하나 5일로 청구하여 요양일수 17일로 일반내역 수정	○ 건강보험요양급여비용 청구방법, 심사청구서・명세서서식 및 작성요령 2.Ⅲ.요양급여비용명세서 작성요령 1.라.(당월)요양급여일수 - 해당 명세서상 요양급여를 받은 실 일수를 기재하되, 입원일수에 투약일수를 포함하여 산정한다. 이때 입원일수와 투약일수가 중복될 경우에는 1일로 기재한다.
○ 방사선 필름코드 기재 착오	○ 방사선촬영 실시하고 방사선필름을 청구하는 경우 방사선필름 코드를 정확하게 기재 하여야하나 코드를 착오 기재하여 심사조정 <예시> - 복부1매 촬영시 방사선 필름의 코드 “K2053003”을 “K2-053003”으로 청구하여 심사조정	○ 요양급여의적용기준및방법에관한 세부사항 - 수가기본코드는 분류행위별 코드(5자리 또는 산정코드가 붙는 경우 8자리), 보험등재약(9자리), 원료・조(제)제약(8자리), 치료재료(8자리)의 표준코드를 사용하여야 함.

청구착오 유형	심사내역	관련근거
○ 방사선필림 재료대 청구시 구분코드 청구착오	○ 방사선 필림 재료대 청구시 구분코드, ‘8’로 청구하여야 하나 구분코드 ‘3’으로 청구 되어 심사조정 <예시> - “상세불명의 폐결핵” “급성기관지염” 상병에 흉부 촬영과 필림 청구시 8 K2054005로 청구되어야 하나 3 K2054005로 청구되어 심사 조정	○ 건강보험요양급여비용 청구방법, 심사청구서・명세서서식 및 작성요령' 제28조, 제29조에 의거 코드 기재시 각각의 해당 코드 구분자인 수가는 ‘1’, 보험등재약은 ‘3’, 원료・조(제)제약은 ‘4’, 치료재료는 ‘8’을 반드시 기재하여야함.
○ 건강검진 목적의 검사 요양급여로 청구착오	○ 건강검진 목적으로 실시한 내시경 검사를 요양급여로 청구착오 - 일반외과 상병으로 입원하여 치료 중에 건강검진 목적으로 실시하고 청구한 상부소화관내시경검사 및 해부병리조직검사 비급여대상으로 심사조정	○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 3.가. 본인의 희망에 의한 건강검진 (법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자 에게 실시하는 건강검진 제외)
○ 의료급여 식대 코드착오	○ 자연분만 상병 등에 요양급여비용 명세서 청구시 의료급여 수급권자의 식대코드는 건강보험 식대코드와 다르게 청구하여야 하나 건	○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

<table>
<tr><th>청구착오 유형</th><th>심사내역</th><th>관련근거</th></tr>
<tr><td></td><td>강보험 식대코드와 동일하게 청구하여 식대 심사조정

<예시>
의료급여 수급권자가 상세불명의 단일 자연분만 상병에 자연분만 후 자연분만 산모식 식대청구 시 건강보험 식대코드<T0000>을 산정하여 심사 조정
○ 제왕절개에 의한 단일분만 상병에 의료급여 수급권자의 요양급여비용 명세서 청구 시 식대코드는 건강보험 식대코드와 다르게 청구하여야 하나 건강보험 식대코드와 동일하게 청구하여 식대 심사조정
<예시>
- 응급 제왕절개에 의한 단일 분만 상병에 의료급여수급권자가 제왕절개 수술 후 식대청구 시 건강보험 식대코드<T0000>와 동일하게 청구하여 제왕절개산모식 심사 조정</td><td><table><tr><th>구 분</th><th>건강보험</th><th>의료급여</th></tr><tr><td>자연분만 산모식</td><td>T0000</td><td>AS110
(본인부담면제)</td></tr><tr><td>제왕절개 산모식</td><td>T0000</td><td>AS111
(식대소정금액 80/100)</td></tr><tr><td>신생아 분유</td><td>Z9000</td><td>AS200</td></tr></table>
- 자연분만의 경우는 특정기호코드 ‘F001’을 기재하여야 한다.</td></tr>
</table>

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	○ 요양급여비용 명세서 청구 시 의료급여 수급권자 신생아 분유코드는 건강보험 환아의 분유코드와 다르게 청구하여야 하나 건강보험 분유코드와 동일하게 청구하여 신생아 분유 심사조정 ○ <예시> - 의료급여 수급권자의 신생아 분유 청구 시 건강보험과 동일하게<Z9000>으로 산정하여 신생아분유 심사조정	
○ 의료급여 식대 코드착오	○ 의료급여 1종 산모에게 <본인부담 면제대상 산모식 식대 AS110> 산정하였으나 특정기호(F001) 누락하여 면제 제외한 수급권자로 <식대소정 금액 100분의 80 산모식 식대 AS111>로 심사 조정 <예시> - 정상분만 상병으로 입원한 의료급여 1종	

청구착오 유형	심사내역	관련근거
	산모에게 식대코드 <AS110>청구 하였으나 <F001> 특정 기호 누락하여 <AS111>로 심사 조정 됨	
○ 상병분류란에 상해외인분류 기호 청구착오	○ 보건기관 명세서에서 말벌 및 벌과의 접촉 상병으로 청구하여 전산지급불능(04-05)됨	○ 상병분류기호란에는 제20장을 제외한 “한국표준질병사인분류”에 따른 상병분류기호를 쓰고, 한국표준질병사인분류 제20장(질병이환 및 사망의 외인)은 다른 장의 분류기호에 추가하여 병태의 성질을 나타내기 위한 보조분류기호로, 상병 원인에 해당되는 분류기호 중 영문 첫 자리(V, W, X 또는 Y만 기재)기재. ▶관련근거 : 한국표준질병사인분류(통계청고시).
○ 의료증명서의 발급 상병으로 청구착오	○ 보건기관 명세서에서 의료증명서의 발급상병으로 청구하여 TE 전산조정됨	○ 진단서 등 각종 증명서 발급비용은 환자가 부담함(수술료 상한기준이 병고 정하여진 경우에는 그 비용에 의함) ▶관련근거 :건강보험요양급여의기준에 관한 규칙 제10조
○ 의료급여환자 진료확인번호	○ 의료급여비용 청구시 진료확인번호란에 기재 후 청구하여야 하나 기재누락으로 지급불능	○ 공단의 수급권자의 의료급여 자격관리시스템에서 공단의 건강생활유지비 차감, 급여일수 관리 등을

청구착오 유형	심사내역	관련근거
기재 착오 및 누락	처리	위해 의료급여기관에 지원하는 프로그램을 통해 정상적으로 절차가 이루어진 경우에 부여하는 번호자격관리시스템을 통해 - 주상병코드, 급여일수 등 보건복지가족부장관이 정하는 사항을 공단으로 전송 → 공단이 자격관리 시스템을 통하여 확인번호 부여함 ○ 진료확인번호 구성 (13자리) - 진료일자(6자리) + 0 + 일련번호(6자리) - 특정내역의 코드 MT019

부 록

건강보험심사평가원 지원 대표 전화번호

지 원 명	관 할 지 역	대 표 전 화
서울지원	서울특별시, 인천광역시, 강원도	심사평가1팀 02) 3772-8841 심사평가2팀 02) 3772-8871 심사평가3팀 02) 3772-8901 심사평가4팀 02) 3772-8931
부산지원	부산광역시, 제주도	심사평가1팀 051) 630-4061 심사평가2팀 051) 630-4077
대구지원	대구광역시, 경상북도	심사평가1팀 053) 750-9401 심사평가2팀 053) 750-9360
광주지원	광주광역시, 전라남·북도	심사평가1팀 062) 605-2811 심사평가2팀 062) 605-2861
대전지원	대전, 충청남·북도	심사평가1팀 042) 600-7073 심사평가2팀 042) 600-7081
수원지원	경기도	심사평가2팀 031) 259-1442~1449 심사평가3팀 031) 259-1471~1480
창원지원	울산광역시, 경상남도	심사평가1팀 055) 239-7651~7659 심사평가2팀 055) 239-7666~7674

건강보험심사평가원 7개지원 전화번호

♣ 서울지원

▸ **관할지역 : 서울특별시, 인천광역시, 강원도**

▸ **서울특별시 중구 남대문로5가 120번지 [단암빌딩(구 : 국제화재빌딩) 14, 24, 25층]** ▸ **우편번호 : 100-704**

부서	세부 민원사안	전화번호	FAX
운영지원팀 (접수실)	서면(디스켓)접수 EDI 시험/인증 심사결과통보서 등 발송업무 요양기관 기호부여(지정, 폐업) 요양기관 변경(장비, 인력 등) 요양기관 계좌변경 의약품, 치료재료목록표 접수관리 간호등급, 입원환자식, 중환자실 등급	3772-8815, 8814 3772-8814 3772-8809 3772-8803, 06 3772-8802, 07, 08, 16, 18 3772-8819 3772-8804 3772-8805	782-1745 782-1745 782-1745 3775-0838 782-2948 782-2949 782-1745 782-2948
정보운영팀	EDI접수, 반송 청구 프로그램(S/W 검사 및 인증)	3772-8833~4 3772-8835, 8838	782-1467
심사평가1팀	병원 : 강북구, 마포구, 인천부평구 의원 : 소아과, 진단방사선과, 가정의학과 병원 : 강서구, 인천연수구, 인천남동구 의원 : 내과, 산부인과 병원 : 은평구, 용산구, 옹진군, 강화군 의원 : 내과, 산부인과 한방	3772-8862~65 3772-8857~8 3772-8861 3772-8854~6 3772-8850~3	3775-0837

부서	세부 민원사안	전화번호	FAX
심사평가2팀	병원 : 영등포구, 구로구, 강릉시, 인제군, 동해시, 삼척시, 철원군, 화천군 의원 : 일반 및 정신과, 진단검사의학과 병원 : 종로구, 강동구, 중구, 춘천시, 홍천군, 태백시, 정선군 의원 : 일반의 및 정신과, 신경과 치과 : 서울, 인천, 강원	3772-8885~8 3772-8881~4 3772-8889, 90, 93~94	3775-0839
심사평가3팀	병원 : 관악구, 동대문구, 금천구, 인천중구, 인천서구 의원 : 안과, 이비인후과, 피부과 병원 : 노원구, 동작구, 강남구, 인천계양구, 동구 의원 : 안과, 이비인후과, 피부과 병원 : 도봉구, 서대문구, 광진구, 인천남구 의원 : 비뇨기과, 외과, 신경외과 보건기관 : 서울, 인천, 강원 DRG	3772-8913~5 3772-8920~2 3772-8917~9 3772-8917~9 3772-8902~3	3772-8965
심사평가4팀	병원 : 서초구, 중랑구, 횡성군, 양양군 의원 : 정형외과, 성형외과, 흉부외과 병원 : 성동구, 양천구, 원주시, 고성군, 평창군 의원 : 정형외과, 재활의학과 병원: 성북구, 송파구, 속초시, 양구군, 영월군 의원: 정형외과, 마취통증의학과 약국 : 서울, 인천, 강원	3772-8945~7, 8955 3772-8948~50 3772-8941~4 3772-8941~50	3772-8963

♣ 부산지원

▸ **관할지역 : 부산광역시, 제주도**

▸ **부산광역시 부산진구 범천1동 877-2(사학연금회관14, 15층)** ▸ **우편번호 :** 614-718

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 051)	FAX
운영지원팀	서면(디스켓) 접수 의약품, 치료재료 목록표 접수관리 EDI, 인정신청 녹색인증 기관관리 EDI접수 요양기관 기호부여(변경, 취소 등)	630-4017~8 630-4016 630-4017 630-4018 630-4023~7 630-4003, 630-4005~6, 4013	630-4019 630-4029 637-2031
심사평가1팀	한방 DRG, 보건기관 정신과정액, 의료급여 보완자료 병원(기호끝에서 두번째자리 1 ,2 ,5) 요양병원(기호끝에서 두번째자리 0, 8) 일반의, 외과, 정형외과, 신경외과, 산부인과, 재활의학과, 방사선, 병리, 응급, 산업의, 예방의학과 (기호끝에서 두번째자리 1,3,5) 약국(기호끝에서 두번째자리 2, 4, 5) 소아, 비뇨, 진단검사 병원(기호끝에서 두번째자리 8, 9) 요양병원(기호끝에서 두 번째자리 3, 4, 7) 일반의, 외과, 정형외과, 신경외과, 산부인과, 재활 의학과, 방사선, 병리, 응급, 산업의, 예방의학과 (기호끝에서 두번째자리 4, 7) 약국(기호끝에서 두 번째 자리 6, 7)	630-4056~7 630-4042 630-4045 630-4039, 4043 630-4081, 4048 630-4061, 4067 630-4046, 4065 630-4063, 4064	 630-4030

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 051)	FAX
심사평가2팀	치과 이의신청 민원(진료비확인) 사후관리 병원(기호끝에서 두 번째자리 3, 4, 6) 요양병원(기호끝에서 두 번째자리 5, 6) 일반의, 외과, 정형외과, 신경외과, 산부인과, 재활의학과, 방사선, 병리, 응급, 산업의, 예방의학과(기호끝에서 두 번째 자리 0, 8, 9) 약국(기호끝에서 두 번째 자리 3, 8) 정신, 안과, 가정의, 결핵, 핵의학 병원(기호끝에서 두번째자리 0, 7) 요양병원(기호끝에서 두번째자리 1, 2, 9) 일반의, 외과, 정형외과, 신경외과, 산부인과, 재활의학과, 방사선, 병리, 응급, 산업의, 예방의학과(기호끝에서 두번째자리 2, 6) 약국(기호끝에서 두번째 자리 0, 1, 9)	630-4053~5 630-4047, 4066 630-4044 630-4034 630-4076~9 630-4072~5	637-2029

♣ 대구지원

▸ 관할지역 : 대구광역시, 경상북도

▸ 대구광역시 중구 계산동 2가 100번지(신성미소시티 2층)　　▸ 우편번호 : 700-082

부 서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 053)	FAX
운영지원팀 (접수실)	서면, 디스켓접수 EDI 접수 의약품, 치료재료목록표 접수관리 요양기관 기호부여, 변경, 폐업 등 녹색인증 기관관리 간호등급 관리	750-9310~9311 750-9320 750-9311 750-9309, 9312, 9319 750-9311 750-9303	741-6876
심사평가1팀	대구(병원, 의원, 보건기관, 약국) 대구 : 이의신청 대구 : 보완자료 대구 : 요양급여대상여부확인 대구, 경북 한의원(이의신청 보완자료 포함)	750-9366~9, 9402~8 750-9344 750-9342,9345 750-9342 750-9353~5	741-5216
심사평가2팀	경북(병원, 의원, 보건기관, 약국) 경북 : 이의신청 경북 : 보완자료 경북 : 요양급여대상여부확인 대구, 경북 치과병, 의원(이의신청 보완자료 포함)	750-9351~2, 9362~5 750-9346 750-9356 750-9349 750-9335~9	741-5216

♣ 광주지원

▸ **관할지역 : 광주광역시, 전라남 · 북도**

▸ **광주광역시 광산구 우산동 1608-8** ▸ **우편번호 : 506-813**

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 062)	FAX
운영지원팀	서면(전산매체)접수, EDI인정 EDI접수 요양기관 기호부여(변경, 취소 등) 간호등급, 입원환자식운영현황 의약품, 치료재료목록표 접수관리	605-2711 605-2768 605-2712~15 605-2760 605-2711	529-8027 529-8293~4
심사평가1팀	병원 : 나주, 강진, 곡성, 김제, 익산, 완주 의원 : 가정의학과, 마취통증의학과, 진단방사선과, 내과(광주) 병원 : 목포시, 보성군, 영광군, 진도군, 함평군, 화순군, 정읍시, 순창시 의원 : 내과, 일반의, 외과, 산부인과 병원 : 완도군, 장흥군, 해남군, 전주시덕진구, 고창군, 군산시 의원 : 재활의학과, 정형외과 소아과 보건기관, 약국 한의원 종합관리제 보완자료 분석 분과위원회, 전문심사 민원(전문전화상담-한방・치과제외), DRG	605-2820~22 605-2825~26 605-2830~32 605-2835~36 605-2847 605-2843~44 605-2841~42 605-2848~49	529-8296

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 062)	FAX
심사평가2팀	병원 : 여수시, 무안군, 남원시, 진안군, 전주시, 완산구 의원 : 내과, 정형외과, 흉부외과, 비뇨기과 보건기관 : 무주, 영암, 장흥, 진도 ,화순, 고창, 순창, 장수, 진안	605-2870~71	529-8295
	병원 : 광산구, 남구, 구례군, 담양군 의원 : 일반의(전북), 신경과, 정신과, 신경외과, 정형외과 보건기관 : 광주, 광양, 나주, 강진, 고흥, 곡성 약국 : 광산구, 남구, 서구, 무주군	605-2875~76	
	병원 : 서구, 광양, 순천, 고흥, 장성 의원 : 안과, 성형외과, 이비인후과 , 일반의(전남) 보건기관 : 임실군, 구례군, 영광군, 전주시, 정읍시, 완주군 약국 : 강진, 고흥, 구례, 담양, 무안, 보성, 영암, 장흥, 진도, 함평, 화순	605-2880~81	
	이의신청・재심사조정청구	605-2890~92	
	의료급여 사후, 정신과정액	605-2893	
	치과 병・의원	605-2885~86	

♣ 대전지원

▸ **관할지역 : 대전 · 충남 · 북도**

▸ **대전광역시 서구 둔산동 1380-1(아너스빌 빌딩 4층)** ▸ **우편번호 : 302-831**

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 042)	FAX
운영지원팀 (접수실)	서면(디스켓) 접수 EDI 접수	600-7022 600-7031	525-5184 488-2633
운영지원팀	요양기호부여(변경, 취소 등) 의약품, 치료재료목록표 접수관리 EDI 인정신청 및 변경 녹색인증 기관관리(처리 및 인정)	600-7014~9 600-7021	525-5184 488-2633
심사평가1팀	병원, 요양병원 의원 : 일반의, 외과, 정신과, 피부과, 신경외과, 진단검사의학과 의원 : 정형외과, 내과, 소아과, 안과, 신경과, 성형외과, 진단방사선과 한방, 보건기관 민원, 분과위	600-7064~7 600-7069~73 600-7054~6 600-7057~9	525-2634
심사평가2팀	병원, 요양병원 의원 : 일반의, 산부인과, 마취과, 재활의학과, 흉부외과, 결핵과 병원, 정형외과, 내과, 이비인후과, 가정의학과, 비뇨기과, 병리과 치과, 약국 DRG 이의신청	600-7080~3 600-7091~4 600-7084~6 600-7079 600-7060~2	600-7009

♣ 수원지원

▸ **관할지역 : 경기도**

▸ **경기도 수원시 장안구 정자동 27-10(경기도체육회관 5, 6층)** ▸ **우편번호 : 440-831**

부서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 031)	FAX
운영지원팀 (고객만족실)	서면(디스켓) 접수, EDI 접수(시험/인증) EDI접수, 심사결과통보 요양기관 기호부여, 폐업, 변경사항신고 의약품, 치료재료 목록표 접수관리	259-1401~3 259-1413~4 259-1404~7 259-1422	245-4915 246-8142 254-9343 250-5741
심사평가1팀	종합관리제 평가 DRG 치과심사(민원포함) 한방심사(민원포함)	259-1437 259-1429 259-1485 259-1481~4 259-1450~2	246-0871
심사평가2팀	병원, 의원, 약국 등 심사 <지역> 포천, 의정부, 가평, 남양주, 광명, 양평, 여주, 용인, 이천, 오산, 안성, 수원, 구리, 하남, 성남, 광주 지역심사평가위원회 이의신청, 재심사조정청구 보완자료	259-1453~6 259-1442~9 259-1438, 1440 259-1459, 1461 259-1460	246-8143
심사평가3팀	병원, 의원, 약국 등 심사 <지역> 연천, 동두천, 파주, 양주, 김포, 부천, 안양, 과천, 시흥, 안산, 군포, 의왕, 화성, 고양, 평택 의료급여(보건기관) 이의신청, 재심사조정청구 보완자료 민원(전지역, 치과, 한방 제외)	259-1471~4 259-1475~80 259-1492 259-1462, 1457 259-1493 259-1441, 1489	245-9725 246-8154

♣ 창원지원

▸ **관할지역 : 울산광역시, 경상남도**

▸ **경상남도 창원시 용호동 7-2(오피스프라자 2층)** ▸ **우편번호 : 641-840**

부 서	세부 민원사안	전화번호(DDD : 055)	FAX
운영지원팀 (종합민원실)	서면, 디스켓 접수 기호부여, 변경, 폐업, 계좌변경 식대, 간호등급, EID인정	239-7603 239-7602, 7611~7612, 239-7617~7618	239-7678 262-0819
	EDI접수 의약품, 치료재료목록표 접수관리	239-7624 239-7601	239-7619
심사평가1팀	보완자료 한방(전지역) 울산동·북구, 김해, 거제, 함안, 남해 울산울주, 마산, 합천, 밀양, 양산, 하동, 산청	239-7681, 7645 239-7648~7649 239-7656~7659 239-7651~7654	262-1488
심사평가2팀	요양급여대상여부확인신청 이의신청 치과(전지역) DRG 울산중구, 창원, 진해, 통영, 거창, 고성, 의령 울산남구, 함양, 창녕, 진주, 사천	239-7644, 7677 239-7643 239-7663~7665 239-7682 239-7666~7669 239-7671~7674	239-7634

요양급여비용 주요 청구착오유형 모음집

발 행 일 : 2009년 1월
발 행 인 : 송재성
편 집 인 : 유용철 · 이중수
기획 · 편집 : 서울지원 등 7개 지원 · 홍보실
발 행 처 : 건강보험심사평가원
(서울시 서초구 효령로 168)
T E L : 02-705-6244 www.hira.or.kr
디 자 인 : (주)서울멀티넷(02-2269-2288)
인 쇄 : 한국장애인 e-work 협회
☎ 02-2275-4370