

專業審查不予支付理由代碼編碼說明

壹、代碼僅係輔助，而非要求審查醫事人員限用或遷就本代碼；如審查醫事人員認為代碼不敷使用，或認為不易於使用，仍請其依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，清楚說明不予支付之內容及理由。

貳、編碼分類原則說明：

- 一、以支付標準歸類來區隔：以支付標準分類方式為主(例如下列第一碼之分類 2~7)，另外加上支付標準中所缺乏之「病歷紀錄」、「診療品質」、「其他違反相關法令」等類。
- 二、除共通性項目外，歸入各該特定類別：共通性項目指非支付標準類別者，例如「病歷紀錄」含括各類病歷紀錄之規範、基本診療則包含一般手術/處置/檢驗/檢查/藥品/特材之收案條件等；其餘屬於支付標準特定獨立類別之醫療服務者，則因較為特殊，歸入各該類別(例如論病例計酬之適應症，不列為基本診療，而列入論病例計酬分類內)。
- 三、不予支付理由採「原則」來敘明：各項理由，不針對個別支付項目列出(例如 EPO、Albumin)，而以「原則」方式說明。
- 四、法源：係依據全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第 15 條第一項中之各款，列為表中作為對照參考。

參、代碼編碼方式：大分類+序號+A

- 一、第一碼：大分類(數字碼)
 - 0 診療品質
 - 1 病歷紀錄
 - 2 基本診療
 - 3 藥品、特材
 - 4 手術、麻醉、處置、血液使用
 - 5 檢查、檢驗(含血袋篩檢)
 - 6 論病例計酬
 - 7 復健治療、精神治療、居家照護、精神社區復健、預防保健
 - 8 其他不符健保支付或審查規定
 - 9 其他違反相關法令
- 二、第二、三碼：前(第一)碼各分類下之序號。

三、第四碼：一律為「A」，作為新舊碼識別之用，且易於審查醫事人員記憶。

肆、代碼之增列：審查小組及地區審查分組如認有增列必要，請將審查醫事人員不予支付理由彙總後，提請醫審小組統一增列。

伍、專業審查不予支付理由法源：依據「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」

第 15 條 保險醫事服務機構申報醫療服務點數案件經專業審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之服務，並註明不予支付內容及理由。

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、因診療行為引發之非必要連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與本保險支付標準規定不符。
- 五、非必要之檢查或檢驗。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、病歷記載不完整無法支持其診斷與治療內容。
- 八、病歷記載內容經二位審查醫師認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符或有重複。
- 十一、未依臨床常規選用非第一線藥物。
- 十二、用藥品項產生之交互作用不符臨床常規。
- 十三、適應症不符，不應申報論病例計酬案件。
- 十四、論病例計酬案件醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件有不當移轉至他次門、住診施行。
- 十六、論病例計酬案件不符出院條件。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

專業審查不予支付理由代碼

(97.02.25)

分類	代碼	不予支付理由	法源
診療品質	001A	醫療照顧結果面之品質不符專業認定	17
	002A	醫療照顧過程面之品質不符專業認定	17
	003A	醫療照顧結構面之品質不符專業認定	17
病歷紀錄	101A	資料不全：未附病歷(含影像、會診紀錄等)報告,或所附病歷資料不齊(含未附病理報告)/實施本項(診療/手術/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材),未依規定附期限內之相關病歷資料(檢查/檢驗報告/紀錄/照片/會診紀錄等)/未依規定附手術前後檢查/檢驗之報告/紀錄/照片,或相關手術/麻醉前評估/麻醉/麻醉恢復紀錄	04 07
	102A	無充分病歷資料(如主訴、病史、檢查檢驗結果、治療經過等)/或僅附電腦處方箋,無法支持其診斷與治療內容	07
	103A	所附病歷(含影像、會診紀錄等)報告錯誤,或所附資料錯誤/不符(非本個案或基本資料、性別、日期/期限等錯誤)	01 04
	104A	病歷醫囑/手術記錄上無醫師簽名或蓋章,該部分費用應予核扣	07
	105A	檢查報告或治療紀錄無執行者(醫師/醫檢師/治療師/治療師)簽章	07
	106A	月 日後醫師診療之病程紀錄無醫師簽名或蓋章,該部分住院/診察費用應予核扣	07
	107A	月 日後已無病情記載(例如護理紀錄等)或僅有護理紀錄,而無醫師診療之病程紀錄,核減住院天數 日	07
	108A	病歷未記載/無醫囑;或申報項目/數量與病歷記載不符	01
	109A	病歷資料(含影像等)/紀錄或病情與申請理由不一致(應改為論病例計酬案件申報)/依據病歷顯示,無所稱之病況或所診斷之疾病,無實施本項(診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)之必要	01 03
	110A	治療紀錄皆以定型化單張勾選,缺乏個別病患之具體治療內容	07
	111A	病歷紀錄缺乏具體內容或過於簡略(主訴、病況、治療經過	07

分類	代碼	不予支付理由	法源
		等),無法支持其診斷與治療內容/未能顯示或判斷施予該項(診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)之適當理由或必要性	
	112A	病歷記錄內容揣測描述甚多但不具體,且不符合醫學常理,無法支持其診斷與治療內容	07
	113A	不同病患但所附病歷資料均雷同,有不實記載之嫌	07
	114A	所附病歷資料每次記載內容均雷同,有不實記載之嫌	07
	115A	所附病歷資料凌亂,未依診療次序裝釘,無法辨識	07
	116A	病歷(含影像)資料模糊或量不足,無法辨識或判讀(例如 X光、胎兒監視紀錄等)	07
	117A	病歷記載字跡過於潦草,無法辨識	08
基本診療	201A	屬於預防接種/非治療必須/預防性手術(無論是否為其他手術之附加手術)/美容/癮癮治療/人工協助生殖技術/變性手術/人體試驗/非積極治療性裝具等項,非本保險給付範圍	17 04
	202A	依據病歷記載及病況,不足以支持實施本項(門、急、住診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)	17
	203A	不符急診或暫留支付規定/急診經適當治療後已無急診暫留之必要	04 07
	204A	急診經適當治療後已無轉住院之必要	06
	205A	病歷未具體記載病況/診斷/治療等情形,無法顯示住院之必要性(含輕病住院)	06
	206A	依據病況係門診可執行之手術/處置,非必要住院	06
	207A	不符該類病房(加護病房/燒傷中心/隔離病房/新生兒中重度病房)適應症規定	04 07
	208A	依病況應可轉入一般病房:重症病床住院日數過長,改按一般病床支付	06
	209A	依病況應可轉入慢性病房:急性病床住院日數過長,改按慢性病床支付	06
	210A	依據病歷記載,病況無長期住院治療之必要,應可改為門診繼續控制即可/病況應已可出院,不需繼續住院	06

分類	代碼	不予支付理由	法源
	211A	屬於內含於病房費/住院治療項目內,不得另行申報其他費用	04
	212A	不符精神科院外治療支付規定	04
	213A	會診次數超過規定	04
	214A	會診專科別不符規定/西醫住院不得會診中醫	04
	215A	依病況記載,無/未達會診之必要	07
	216A	依據病歷紀錄,病患已實施該器官/組織切除,該部分無再進行治療及處方之可能/必要	01
	217A	屬同療程之(門、急、住診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材),不應重複申報	04 17
	218A	應優先施以保守療法即可/尚未達到或無執行本項(診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)之必要/不適當	01 17
	219A	採用之療法(診療/手術/麻醉/處置/治療/檢驗/檢查/藥品/特材)不適當/不符醫學常規/不符正規療程計畫	01 17
	220A	本患者在該院所之看診次數頻繁,依據病況及病歷紀錄判斷並無需如此頻繁就醫,且亦不符醫學常理;屬非必要之連續就診,另應加強對於病患之說明/衛生教育	02
	221A	不符管灌飲食適應症規定	04
藥品、特材	301A	慢性病使用簡表,應整筆核減	17
	302A	本材料費因手術不予支付,併同不予支付	04
	303A	屬於內含於檢查或處置之藥品/特材,不得另行申報	04
	304A	限專科醫師使用之藥品/特材	04
	305A	未經報備及核准,不得使用該藥品或特材	04
	306A	已實施相關處置,依病況無再投予類似藥品/特材之必要	09
	307A	藥品/特材之適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符主管機關核准規定	17
	308A	適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符藥品/特材給付一般通則規定	04
	309A	適應症/種類/用量(劑量/天數等)不符該類別藥品/特材給付通則規定	04
	310A	適應症/種類/用量(劑量/天數	04

分類	代碼	不予支付理由	法源
		等)不符該品項藥品/特材給付規定	
	311A	診斷為一般感冒(common cold)不應使用抗生素而使用者	17
	312A	診斷為上呼吸道感染,但因病患患有黃痰、濃鼻涕即給抗生素使用	17
	313A	一般中耳炎僅中耳積水,未證實是細菌性感染即給予抗生素治療	17
	314A	一般咽喉炎未有 A 群鏈球菌感染之臨床佐證或檢驗確認,即使用抗生素治療	17
	315A	不需使用抗生素治療時,應家屬要求而開立抗生素處方	17
	316A	門診上呼吸道感染雖有細菌性感染之佐證,但使用抗生素之種類、劑量及使用天數不當	17
	317A	依據診斷/病況,無使用類固醇治療之必要	09
	318A	過量使用抗生素作為預防性投藥	10
	319A	未依臨床常規選用非第一線藥物	11
	320A	不宜長期使用之藥物	09
	321A	病患已可進食,亦無其他具體或適當理由需要再投予電解質或營養靜脈補充輸液之必要	09
	322A	對病況無積極療效之藥品	09
	323A	未經認定使用同藥理或同成分之常用藥品無效,即逕採用高價藥品	04
	324A	同時已投予同性質藥物(),用藥種類重複	09
	325A	易生不當交互作用,為不宜合併使用之藥物(不宜併用者:)	12
	326A	無醫學上之特殊理由,同一療程不需併用多種類之藥物	09
	327A	應屬同一療程使用之藥品/特材	04
	328A	如有必要使用抗生素,應採口服即可,無施予注射之必要	09
	329A	可加入使用中之靜脈輸液一起灌注,無需再另施予注射之必要	09
	330A	非必要之注射/使用針劑過多	09
	331A	用藥份量重複(重複者:)	10
	332A	申報藥量過多,不符醫學常規/	10

專業審查不予支付理由代碼

(97.02.25)

分類	代碼	不予支付理由	法源
		一般醫理或慣用通則	
	333A	使用藥量過少，不符醫學常規或有礙醫療品質	10
手術、麻醉、處置、血液使用	401A	手術切取標本未送病理檢查，手術相關費用併同核刪	17
	402A	本麻醉費因手術不予給付，併同不予支付	04
	403A	設備/個案未經報備/核准不得實施該項手術	04
	404A	基層院所非急救不可申報本項治療/處置	04
	405A	非規定醫院/專科醫師/專門治療小組，不得實施該項手術/治療/處置	04
	406A	手術前未施予適當檢查、評估及藥物治療/未確立診斷，由病歷紀錄缺乏實施該手術/處置之具體理由	07
	407A	施行前一項手術/處置後，應先予觀察/未經適當觀察期，無實施第二次手術/處置之必要	01
	408A	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項治療/處置，不符一般醫學常理/程序，且病歷未記載具體或特殊之理由	07
	409A	施行該項治療/處置過於頻繁不合常理；無特殊理由，該項不應列為常規/無例行性執行之必要	01
	410A	與病情無關之治療/處置(含研究、預防或健康檢查)	04
	411A	短期內實施類似之處置，不合理/有重複申報之嫌	02
	412A	同一部位手術重複	04
	413A	同一部位治療重複	04
	414A	本次手術應與前次手術併行	01
	415A	醫令申報數量/時間不符規定	04
	416A	非兒童加成手術項目	04
	417A	非急診加成手術項目	04
	418A	由病歷紀錄之病況，缺乏手術急診加成之具體理由	07
	419A	應以同一刀口之多項手術計算	04
420A	應以不同刀口之同類或兩側性手術計算	04	
421A	因第一次手術所引起併發症之手術，依其所定支付點數之一半計算之，並僅計算一項，但第一次手術在他院者不受限制	04	

分類	代碼	不予支付理由	法源
	422A	屬於為達手術最終目的的過程中附帶之手術/處置，不得視為副手術或另行另報	04
	423A	屬於手術過程中附帶之處置，不得另報	04
	424A	屬同一目的之二種麻醉，應按主麻醉計算，本項不另計算	04
	425A	屬於手術或麻醉內含項目，不得另行申報	04
	426A	已包含於手術費之麻醉費用，不得另行申報	04
	427A	應按主處置所定點數計算，本項不另計算	04
	428A	屬於治療/處置內含項目，不得另行申報	04
	429A	未依支付標準規定完成該項次所含治療/處置項目，應予核刪	04
	430A	不符醫學常規使用血液代用品	01
檢查、檢驗(含血袋篩檢)	501A	非規定醫院/專科醫師/專門治療小組不得實施該項檢查	04
	502A	設備/個案未經報備/核准不得實施該檢查/檢驗	04
	503A	與病情無關之檢查/檢驗(含研究、預防或健康檢查)	01
	504A	申報適應症/數量/時間不符規定	04
	505A	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查/檢驗，不符一般醫學常理/程序，且病歷未記載具體特殊理由	05
	506A	急診/住院病患常規執行套裝檢查/檢驗，非為必要	05
	507A	不需於急診實施之檢查/檢驗(結果非立即達成而影響治療，申報急診加成不合理)	01
	508A	未經一般檢查/檢驗，遽以實施高科技檢查，且病歷上欠缺合理理由說明	05
	509A	施行該項檢查/檢驗過於頻繁不合常理/無特殊理由，該項檢查不應列為常規檢查/無例行性檢查之必要	05
	510A	依據之前的檢查/檢驗，已足以進行診斷/已達追蹤病況之目的，不需要再施行本項檢查/檢驗	05
	511A	使用過多的高科技檢查/檢驗，但對於診斷及治療非屬必要	05
	512A	細菌檢查陰性，無實施敏感試驗之必要	01

分類	代碼	不予支付理由	法源	
	513A	申報項目重複(重複者：)	04	
	514A	同一次檢查不應分部位/器官重複申請(如 CT、MRI、超音波等)	04	
	515A	非兒童加成檢查/檢驗項目	04	
	516A	非急診加成檢查/檢驗項目	04	
	517A	基層院所非急救不可申報本項檢查/檢驗	04	
	518A	依規定應打折支付	04	
	519A	應按主檢查/檢驗所定點數計算，本項不另計算	04	
	520A	併行或內含項目檢查/檢驗項目，本項不另計(如診斷穿刺併行病理檢查)	04	
	521A	屬不得申報之血袋篩檢項目	04	
	522A	屬於血液或輸血技術費內含項目，不得另行申報	04	
	523A	未依支付標準規定完成該項次所含檢查項目，應予核刪	04	
	論病例計酬	601A	不符論病例計酬案件適應症(含該疾病診斷不確實/錯誤)	13
		602A	論病例計酬項目不當移轉至他次門/住診施行，應不予支付，改納入論病例計酬案件內申報	15
603A		屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院/再門診重複同論病例計酬項目，應併入前案計算，本案不予支付	04	
604A		屬論病例計酬案件，於規定日期內再入院/再門診重複實施其他論病例計酬項目，應併案改核其他論病例計酬支付項目	04	
605A		必要執行項目/申報項目未執行或不符規定	04	
606A		論病例計酬案件不符出院條件	16	
607A		論病例計酬案件醫療品質不符專業認定	14	
復健治療、精神治療及社區復	701A	非醫師不得執行該項治療	04	
	702A	依據病歷記載病況，不符收案條件規定/不符適應症	01	
	703A	非積極性或非必要之復健治療/精神治療/社區復健	01	
	704A	依據病況/病歷記載/治療紀錄，應實施/實施項目應屬中度或簡單之職能/復健治療，原項目不給付，另予改核	01	
	705A	為同療效之治療，無論治療機轉相同與否，不應重複實施	04	
	706A	同部位不應重複實施及申報	04	

分類	代碼	不予支付理由	法源
健居家照護、預防保健	707A	依據病歷記載，非特殊或複雜性病例，無重複評估之必要	07
	708A	非居家照護或精神疾病社區復健給付項目	04
	709A	屬於內含項目，不得另行申報	04
	710A	檢查項目不足，不符合支付標準預防保健之規定	04
	711A	申報之時間/項目/代碼/療程/次數與規定不符	04
	712A	復健治療未照規定之原則辦理	04
其他不符支付或審查規定	801A	不符審查注意事項一般原則第條之規定	17
	802A	不符 科審查注意事項第條之規定	17
	901A	應屬職業災害，請改以職災申報	17
其他違反相關法令	902A	係屬汽車交通事故，請改以汽車交通事故申報	17
	903A	病患家屬不應於本個案申報	17

備註：1.表中所列法源，指依據「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」第 15 條第一項之各款。
 2.不予支付理由「/」表示「或」。
 3.理由欄空格部分，請加以說明。