

## 專業審查不予支付理由代碼編碼說明

壹、專業審查不予支付理由法源：依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(102.1.1)

第十九條 保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：

- 一、治療與病情診斷不符。
- 二、非必要之連續就診。
- 三、治療材料之使用與病情不符。
- 四、治療內容與申報項目或其規定不符。
- 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，致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藥專家認定字跡難以辨識。
- 九、用藥種類與病情不符或有重複。
- 十、用藥份量與病情不符。
- 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、以論病例計酬案件申報，不符合保險給付規定。
- 十四、以論病例計酬案件申報，其醫療品質不符專業認定。
- 十五、論病例計酬案件之診療項目，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，而令其出院。
- 十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。

第二十條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，經專業審查有下列情形之一者，應不予支付，並載明理由：

- 一、非必要住院。
- 二、非必要之主手術或處置。
- 三、主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
- 四、病情不穩定，令其出院。
- 五、病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定得列為主診斷碼。

前項申報案件，有下列情形之一者，得以適當之診斷關聯群碼核付：

- 一、主診斷碼不適當，但次診斷碼經認定可列為主診斷碼。
- 二、次診斷碼、處置碼不適當。

第二十一條 保險醫事服務機構申報屬於診斷關聯群之案件，其醫療費用高於上限臨界點或低於下限臨界點者，或經審查不適用診斷關聯群之案件，依第十九條規定辦理。

貳、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。

參、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。

肆、代碼編碼方式：

一、第一、二碼：大分類(數字碼)

代碼	西醫	中醫	牙醫
00	診療品質		
01	病歷紀錄	病歷紀錄	病歷紀錄
02	基本診療	基本診療	違反支付標準與審查事項
03	藥品、特材	藥品	專業判斷
04	手術、麻醉、處置、血液使用	檢查、檢驗	通則
05	檢查、檢驗(含血袋篩檢)	其他不符支付標準或審查規定	
06	論病例計酬		
07	復健治療、精神治療、居家照護、精神社區復健、預防保健		
08	其他不符健保支付或審查規定		
09	其他違反相關法令		

二、第三、四碼：前(第一、二)碼各分類下之序號。

三、第五碼：(一)「A」碼代表西醫；「C」碼代表中醫；「D」碼代表牙醫；「G」碼代表診斷關聯群。(二)為方便登錄作業，「A」碼得以「1」(數字碼)代替鍵入；「C」碼得以「3」(數字碼)代替鍵入；「D」碼得以「4」(數字碼)代替鍵入。

伍、診斷關聯群：1. 依照不予支付理由，編列「給付註記」代碼。2. 個別醫令核刪，適用一般案件不予支付理由編碼原則。3. 第五碼：一律為「G」碼，為方便登錄作業，「G」碼得以「7」(數字碼)代替鍵入。

陸、代碼之增列：代碼如認有增列必要，請將不予支付理由彙總後，提請醫審及藥材組統一增列。

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
診療品質	0001A	001A	診療品質不符專業認定，理由____	19
	0004A	004A	治療與病情診斷不符	19
	0005A	005A	非必要之連續就診	19
	0006A	006A 007A 205A	非必要之住院，且其相關診療、檢驗、 檢查、用藥等亦非屬必需。	19
	0009A	新增 (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	1901
	0010A	新增 (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 符醫療常規／不符正規療程計畫	1901
0011A	新增	一般（簡表）案件用藥影響病人安全之 處方	1909	

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
病歷紀錄	0101A	101A	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	1904
	0102A	102A 111A 118A 202A	病歷資料缺乏具體內容或過於簡略（如主訴、病史、檢 查檢驗結果、治療經過等）／僅附電腦處方箋，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）之必要	1907
	0103A	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）	1901 1904
	0105A	105A	檢查報告或治療紀錄無執行者（醫師／醫檢師／治療 師）簽章	1907
	0106A	104A106 A107A	無病歷醫囑／手術記錄／病程紀錄或無醫師簽名或蓋章 ，該部分費用／住院／診察費用應予核扣	1907
	0108A	108A	申報項目／數量多於病歷記載或與病歷記載不符	1901
	0109A	109A	申報診療／手術／麻醉／處置／治療／檢驗／檢查／藥 品／特材與病歷紀錄之病情不符	1901 1903
	0110A	110A	病歷或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	1907
	0112A	112A	病歷記錄內容揣測描述甚多但不具體，且不符合醫療常 規，無法支持其診斷與治療內容	1907
	0113A	113A	不同病患但所附病歷資料均雷同，有不實記載之嫌	1907
	0114A	114A	所附病歷資料每次記載內容均同，有不實記載之嫌	1907
	0115A	115A	所附病歷資料凌亂，未依診療次序裝釘，無法辨識	1907
	0116A	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）	1907
	0119A	117A 119A	病歷記載字跡過於潦草，或經二位審查醫師仍無法認定 字跡難以辨識	19
	0120A	新增	病歷紀錄內容前後不一	1907
	0121A	新增	手術紀錄過於潦草簡單／無開刀finding／手術過程無詳 細紀錄	1907
	0122A	新增	「精神科藥物治療特別處理費」未依規定於病歷中載明 不合作之情形	19
	0123A	新增	申報項目與病歷／手術紀錄不符，改按_____ 給付	19
	0124A	新增	有剪貼、遮掩或修改，致無法確認其內容之正確或真實 性（修改要劃線或蓋章）	19

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
基本診療	0203A	203A	不符急診或暫留支付規定／急診經適當處置治療 後已無急診暫留之必要	1904 1907
	0204A	204A 206A	非必要之住院，但其相關診療、檢驗／檢查、用 藥等全部或部分仍屬必需	1906
	0205A	205A	病歷之記載與診斷，無法顯示住院之必要性(刪除 ，併入0006 A)	1906
	0207A	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	1904 1907
	0208A	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	1906
	0209A	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(限精神科急性病房改慢性 病房使用)	1906
	0210A	210A	住院日數不適當／病況應已可出院或於門診繼續 追蹤	1906
	0211A	211A	屬於內含於病房費／住院治療項目內，不得另行 申報	1904
	0212A	212A	不符精神科院外治療支付規定	1904
	0213A	213A	會診次數超過規定	1904
	0214A	214A	會診專科別不符規定／西醫住院不得會診中醫	1904
	0215A	215A	依病況記載，無／未達會診之必要	1907
	0217A	217A 327A	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	1904
	0218A	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	1901
	0220A	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，且亦不符醫療 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	1902
	0221A	221A	不符管灌飲食適應症規定	1904
	0222A	222A	治療內容與申報項目或其規定不符	19
	0223A	新增	依據病歷記載病況，不符試辦計劃收案條件／追 蹤管理照護條件／年度評估管理照護條件	1907

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
藥品 特材	0301A	301A	慢性病使用簡表，應整筆核減	19
	0302A	302A	本材料費因手術／處置／檢查不予支付，併同不予支付	1904
	0303A	303A	屬於內含於檢查或處置之藥品／特材，不得另行申報	1904
	0304A	304A	限專科醫師使用之藥品／特材	1904
	0305A	305A	未經報備及核准，不得使用該藥品或特材	1904
	0306A	306A	已實施相關處置，依病況無再投予類似藥品／特材之必要	1909
	0307A	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	19
	0308A	308A 309A 310A	適應症／種類／用量（劑量／天數等）不符藥品/特材給付規定／醫療常規	1904
	0311A	311A	診斷為一般感冒（common cold）不應使用抗生素而使用者	19
	0312A	312A	診斷為上呼吸道感染，但因患有黃痰、濃鼻涕即給抗生素使用	19
	0313A	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	19
	0314A	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	19
	0315A	315A	不需使用抗生素治療時，應家屬要求而開立抗生素處方	19
	0316A	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	19
	0317A	317A	依據診斷／病況，無使用該類藥品治療之必要	1909
	0318A	318A	不當使用抗生素作為預防性投藥	1910
	0319A	319A 337A	未依臨床常規而選用非第一線藥物	1911
	0320A	320A	不宜長期使用之藥物	1909
	0321A	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液之必要	1909

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0322A	322A	對病況無積極療效或非必要用之藥品，理由_____	1909
	0323A	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，或高價藥使用比例過高	1904
	0324A	324A 331A	同時已投予同性質藥物（ ）／用藥種類重複	1909
	0325A	325A	易生不當交互作用，為不宜合併使用之藥物（不宜併用者_____）	1912
	0326A	326A	無醫學上之特殊理由，同一療程不需併用多種類之藥物	1909
	0328A	328A	如有必要使用抗生素，應採口服即可，無施予注射之必要	1909
	0329A	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	1909
	0330A	330A	非必要之注射／使用針劑過多	1909
	0332A	332A	申報藥量（劑量／天數等）過多，不符醫療常規一般醫理或慣用通則	1910
	0333A	333A	使用藥量過少，不符醫療常規或有礙醫療品質	1910
	0334A	334A	治療材料之使用與病情不符	19
	0335A	335A	用藥種類與病情不符	19
	0336A	336A	用藥份量與病情不符	19
	0338A	338A	用藥品項產生之交互作用不符臨床常規	19
	0339A	新增	空針依針劑數量核減	19
	0340A	新增	非慢性病範圍改核一般處方藥事服務費	1909
	0341A	新增	有一般醫療通則列舉之禁忌症，不適宜使用此項藥物/劑量	1910
	0342A	新增	臨床狀況已改善應依一般醫療通則予以減量或停藥	1910
	0343A	新增	藥事服務費因住院日數／藥費／檢查不予支付，併同不予支付	1909

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
手術·麻醉·處置·血液使用	0401A	401A	手術切取標本未送病理檢查，手術相關費用併同核刪	19
	0402A	402A	本麻醉費因手術不予給付，併同不予支付	1904
	0404A	404A	基層院所非急救不可申報本項治療／處置	1904
	0406A	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	1907
	0407A	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	1901
	0408A	408A	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項治療／處置，不符一般醫療常理／程序，且病歷未記載具體或特殊之理由	1907
	0410A	410A	與病情無關之治療／處置（含研究、預防或健康檢查）	1904
	0411A	411A	短期內實施相同或類似之處置，不合理／有重複申報之嫌	1902
	0412A	412A	同一部位手術重複	1904
	0413A	413A	同一部位治療重複	1904
	0414A	414A	本次手術應與前次手術併行	1901
	0415A	415A	手術／麻醉／處置／血液使用申報項目／數量／時間不符醫療常規	1904
	0416A	416A	非兒童加成手術項目	1904
	0417A	417A	非急診加成手術項目	1904
	0418A	418A	由病歷紀錄之病況，缺乏手術急診加成之具體理由	1907
	0419A	419A	應以同一刀口之多項手術計算	1904
	0420A	420A	應以不同刀口之同類或兩側性手術計算	1904
	0421A	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	1904
	0422A	422A 423A	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	1904
	0424A	424A	屬同一目的之二種麻醉，應按主麻醉計算，本項不另計算	1904

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
	0425A	425A	屬於手術或麻醉內含項目，不得另行申報	1904
	0426A	426A	已包含於手術費之麻醉費用，不得另行申報	1904
	0427A	427A	應按主處置所定點數計算，本項不另計算	1904
	0428A	428A	屬於治療／處置內含項目，不得另行申報	1904
	0429A	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	1904
	0430A	430A	不符醫療常規使用血液代用品	1901
	0431A	431A	非必要之主手術或處置	2002
	0432A	432A	主手術或處置之醫療品質不符專業認定	2003

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
檢查檢驗（含血袋篩檢）	0503A	503A	與病情無關之檢查／檢驗（含研究、預防或健康檢查）	1901
	0504A	504A	申報適應症／數量／時間不符規定	1904
	0505A	505A	未進行詳細理學檢查、問診、評估，逕予進行該項檢查／檢驗，不符一般醫療常理／程序，且病歷未記載具體特殊理由	1905
	0506A	506A	門診／急診／住院病患常規執行套裝檢查／檢驗，非為必要	1905
	0507A	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）	1901
	0508A	508A 511A	未經醫療常規檢查／檢驗，遽以實施高科技檢查，且病歷上欠缺合理理由說明	1905
	0509A	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	1905
	0510A	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	1905
	0512A	512A	細菌檢查陰性，無實施抗生素敏感試驗之必要	1901
	0513A	513A	申報項目重複（重複：_____）	1904
	0514A	514A	同一次檢查不應分部位／器官重複申請（如CT、MRI、超音波等）	1904
	0515A	515A	非兒童加成檢查／檢驗項目	1904
	0516A	516A	非急診加成檢查／檢驗項目	1904
	0517A	517A	基層院所非急救不可申報本項檢查／檢驗	1904
	0518A	518A	依規定應打折支付	1904
	0519A	519A	應按主檢查／檢驗所定點數計算，本項不另計算	1904
	0520A	520A	併行或內含項目檢查／檢驗項目，本項不另計	1904
	0521A	521A	屬不得申報之血袋篩檢項目	1904
	0522A	522A	屬於血液或輸血技術費內含項，不得另行申報	1904
	0523A	523A	未依支付標準規定完成該項次所含檢查項目，應予核刪	1904
	0524A	524A	非必要之檢查或檢驗	19
	0525A	新增	檢查／檢驗報告過於簡略，不符專業認定	1905
	0526A	新增	檢查／檢驗未加以判讀或記載，無法確認臨床做此檢查／檢驗的必要性	1905
	0527A	新增 (409A)	施行套裝檢查過於頻繁不合常理；無特殊理由，該項不應列為常規/無例行性執行之必要	1901
	0528A	新增	醫療院所電腦斷層掃描影像品質不符專業認定	1917

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
論 病 例 計 酬	0601A	601A 608A	不符論病例計酬案件適應症（含該疾病診斷不確實／錯誤）	1913
	0602A	602A 610A	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	19
	0603A	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	1904
	0604A	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	1904
	0605A	605A	必要執行項目／申報項目未執行或不符規定	1904
	0606A	606A 611A	論病例計酬案件不符出院條件	1916
	0607A	607A 609A	論病例計酬案件醫療品質不符專業認定	1914

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
復 健 治 療 · 精 神 治 療 及 社 區 復 健 · 居 家 照 護 · 預 防 保 健	0701A	701A	非醫師不得執行該項治療	1904
	0702A	702A	依據病歷記載病況，不符收案條件規定／不符適應症	1901
	0703A	703A	非積極性或非必要之復健治療／精神治療／社區復健／居家訪視	1901
	0704A	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	1901
	0705A	705A	為同療效之治療，無論治療機轉相同與否，不應重複實施	1904
	0706A	706A	同部位不應重複實施及申報	1904
	0707A	707A	依據病歷記載，非特殊或複雜性病例，無重複評估之必要	1907
	0708A	708A	非居家照護或精神疾病社區復健給付項目	1904
	0709A	709A	屬於內含項目，不得另行申報	1904
	0710A	710A	檢查項目不足，不符合支付標準預防保健之規定	1904
	0711A	711A	申報之時間／項目／代碼／療程／次數與規定不符	1904
	0712A	712A	復健治療未照規定之原則辦理	1904
	0713A	新增	已逾黃金治療期，不需密集實施復健治療	1905
	0714A	新增	屬非必要超次訪視費申報	19
	0715A	新增	居家訪視紀錄未記載訪視時間／未請患者或其家屬簽章	19
	0716A	新增	依據病歷記載，不符居家訪視資源耗用群／不符安寧居家訪視時間	19

西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
其 他 不 符 支 付 或 審 查 規 定	0801A	801A	不符審查注意事項一般原則第條之規定，理由__	19
	0802A	802A	不符 科審查注意事項第_____條之規定，理由_____	19
	0803A	803A	其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定，理由_____	19
	0804A	新增 (403A 502A)	設備／個案未經報備／核准不得實施	1904
	0805A	新增 (405A 501A)	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	1904

## 西醫專業審查不予支付理由代碼(新版)

分類	代碼	原代碼	不予支付理由	法源
其他違反相關法令	0901A	901A	應屬職業災害，請改以職災申報	19
	0902A	902A	係屬汽車交通事故，請改以汽車交通事故申報	19
	0903A	903A	病患家屬不應於本個案申報	19
	0904A	新增(201A)	非本保險給付範圍	19
	0905A	新增	此次就醫不適用重大傷病卡身分	19

備註：1 表中所列法源，指依據「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第19條、第20條、第21條。

2 不予支付理由「／」表示「或」。

3 理由欄空格部分，請加以說明。

## DRG案件整件核減不予支付理由代碼表

給付註記	代碼	不予支付理由
1		<b>非必要住院及非必要主手術(處置)</b>
1	0101G	可門診診療之傷病／手術，且無述明需住院之理由。
1	0102G	可門診診療之傷病／手術，所述理由不足以支持住院之必要性。
1	0103G	無相關臨床證據支持手術處置之必要性(例如未執行特定檢查，無法證明施行手術處置之必要性)。
1	0104G	本次住院之主要是為手術或處置目的，而該手術或處置不符合本保險給付規定或適應症範圍者。
1	0199G	其他非必要住院及非必要主手術(處置)
2		<b>主手術或處置之醫療品質不符專業認定。</b>
2	0201G	未依規定送病理檢查。
2	0202G	專科醫師資格不符規定。
2	0203G	依病況應提供之診療未提供或提供不足。
2	0299G	其他主手術或處置之醫療品質不符專業認定。
3		<b>病情不穩定、令其出院(病危自動出院之病患除外)</b>
3	0301G	出院前24小時內生命徵象不穩定而令其出院。
3	0302G	尚有併發症(complication)未獲妥善控制而令其出院。
3	0303G	傷口有嚴重感染、血腫或出血現象而令其出院。
3	0304G	排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定而令其出院。
3	0305G	使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除而令其出院。
3	0306G	非因醫療需要之轉院。
3	0399G	其他經醫療專業認定仍有必要住院治療而令其出院。
4		<b>病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。</b>
4	0401G	主診斷不正確或主診斷非引起病人此次住院醫療之主要原因，次診斷亦無法認定可為主診斷。
4	0402G	主診斷沒有證據支持，次診斷亦無法認定可為主診斷。
4	0403G	主診斷正確但主診斷編碼錯誤，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。
4	0499G	其他病情與主診斷碼不符，次診斷碼亦無法認定可為主診斷碼。

給付註記	代碼	不予支付理由
5		<b>違反Tw-DRGs支付標準或其他相關規定</b>
5	0501G	將屬DRG住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報。
5	0502G	應一次住院診療，卻分次住院。
5	0503G	違規向保險對象收取給付範圍費用。
5	0504G	連續住院不符切帳規定，卻刻意切帳申報DRG。
5	0505G	未附病歷摘要或病歷摘要與病歷不符或病歷摘要不完整(例如未記載主次診斷或主次處置、轉院者未記載轉院之理由···)。
5	0599G	其他違反Tw-DRGs支付標準或其他相關規定。