臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第六庭
111年度訴字第866號
114年10月2日辯論終結

原　　告　陳維昇

　　陳嘉芳

共　　同
訴訟代理人　黃博駿律師
　　王俐棋律師
被　　告　衛生福利部
代　表　人　石崇良（部長）
訴訟代理人　成介之律師

上列當事人間藥害救濟法事件，原告不服行政院中華民國111年6月8日院臺訴字第1110175066號訴願決定，提起行政訴訟，本院判決如下：

主　文

原告之訴駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

一、程序事項：本件原告起訴後，被告之代表人於訴訟進行中由陳時中依序變更為薛瑞元、邱泰源、石崇良，並具狀聲明承受訴訟（本院卷一第275頁、本院卷二第45至46、357至358頁），應予准許。

二、事實概要：原告以其父陳耀麟（下稱陳君或本件個案）因食道下三分之一惡性腫瘤，於民國109年9月21日就醫使用nivolumab（下稱系爭藥物A）治療，於同年10月17日發生橫紋肌溶解症之嚴重不良反應症狀，經臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總醫院）診斷為橫紋肌溶解症，自同年10月17日至31日住院治療，於同年10月31日死亡，嗣於同年11月25日填具藥害救濟申請書，向被告委託之財團法人藥害救濟基金會（下稱

藥害救濟基金會）申請藥害救濟（下稱系爭申請）。經被告藥害救濟審議委員會（下稱審議會）110年6月3日第326次會議（下稱系爭會議）審議結果，認綜觀陳君病程並參酌臨床醫學研究文獻資料，有關陳君死亡原因，應與陳君自身既有之食道癌合併肝及淋巴轉移、高血壓、冠狀動脈疾病、慢性胰臟炎、感染、肛門及腸造口處出血等疾病病程延續較有關聯，惟考量相關藥物之使用時序，亦無法排除與所使用系爭藥物A及藥物atorvastatin（下稱系爭藥物B）所致之橫紋肌溶解症無關聯，基於藥害救濟法之立法精神，本案符合無法排除死亡原因與使用藥物無關聯，依據藥害救濟給付標準，視陳君具體情狀暨死亡與使用藥品產生不良反應之關聯程度酌予救濟，審定救濟金額新臺幣（下同）32萬元整。被告於110年8月13日以衛授食字第1101407525A號函（下稱原處分）檢送系爭會議審議結果及會議紀錄，請藥害救濟基金會依審議結果辦理。藥害救濟基金會據以110年8月17日藥濟調字第1104000481號函知原告。原告不服，提起訴願，經行政院111年6月8日院臺訴字第1110175066號訴願決定（下稱訴願決定）駁回。原告仍不服，遂提起本件行政訴訟。

三、原告主張及聲明：

㈠主張要旨：

1.陳君門診紀錄、住院紀錄均顯示因其使用系爭藥物A所致橫紋肌溶解症，係導致其死亡之直接原因：

⑴陳君於109年9月5日第2次使用系爭藥物A後，曾於門診診療時反應出現疑似橫紋肌溶解之雙腳刺痛症狀，於同年月21日第3次使用系爭藥物A至同年月30日門診時，已出現全身無力症狀，2周後雙腳刺痛、全身無力症狀持續，併有茶色尿及呼吸喘，期間使用利尿劑也無法完全改善其症狀，因而於同年10月17日急診入院，住院期間即因嚴重免疫反應所致橫紋肌溶解引發急性腎損傷、肺積水等之嚴重不良反應，經給予免疫治療無果後，陳君旋即於同年月31日死亡。陳君急診入院時之檢驗報告出現CK值（即肌酸激酶）高達7千（代表有

橫紋肌溶解情形）急性腎損傷之情形，陳君住院期間至死亡前之CK值、BUN值（即血尿素氮）、Crea值（即肌肝酸）均遠超出正常參考值甚鉅，顯示陳君死亡前出現猛爆性之急性腎損傷，陳君於死亡前接受之所有治療亦皆係針對因使用系爭藥物A產生橫紋肌溶解導致猛爆性腎損傷，最終並因此而死亡。

⑵相關醫療文獻亦顯示使用系爭藥物A確實有引起橫紋肌溶解症之風險，陳君死亡主因既係橫紋肌溶解所致之急性腎損傷，其死亡自當與使用系爭藥物A具有直接因果關係。相關醫學文獻資料均可證明，使用系爭藥物A後出現橫紋肌溶解症狀雖非常見反應，但橫紋肌溶解症確實與使用系爭藥物A具有直接關聯。是陳君門診紀錄、住院紀錄均可證明「使用系爭藥物A所致橫紋肌溶解症與急性腎損傷係導致陳君死亡之直接原因」，則原處分未查前情，逕稱「無法排除死亡原因與使用藥物無關聯」云云，自屬有誤而應予撤銷之。

⑶原處分所載陳君死亡原因，應與其自身既有之食道癌合併肝及淋巴移轉、高血壓、冠狀動脈疾病、慢性胰臟炎、感染、肛門及腸造口處出血等疾病病程延續較有關聯等情，實非造成陳君死亡之原因：

①蓋陳君死亡前即109年9、10月之最後2份門診及住院紀錄，均無任何診斷紀錄顯示陳君患有慢性胰臟炎或因慢性胰臟炎引發嚴重併發症而生致死風險；其歷年門診紀錄均顯示非高血壓、冠狀動脈疾病等心血管疾病之高風險患者；陳君之住院紀錄、相關醫學文獻均顯示食道癌合併肝及淋巴移轉並非造成死亡之直接原因，參照醫學文獻資料食道癌之一般病程並不會引發橫紋肌溶解。故原處分認前開疾病進程與陳君死亡具有高度因果關係等語，顯與事實不符，違反行政程序法第43條、第96條第1項第2款規定。另陳君住院紀錄顯示其雖曾有細菌感染紀錄，但並無發生嚴重細菌感染，且前揭輕微感染顯無造成死亡之直接風險，故與陳君死亡結果間不具高度因果關係。陳君住院紀錄顯示肛門及腸造口處出血等，係

陳君住院過程因醫療行為所衍生之附隨結果，且住院期間肛門及腸造口處出血原因、出血量疑點，以及出血日期遠早於死亡日期等事實，說明肛門及腸造口處出血，顯無造成陳君死亡之直接風險。

②陳君之臺北榮總醫院死亡證明書（下稱系爭死亡證明書）雖記載陳君直接引起死亡之疾病或傷害為食道癌等情，然系爭死亡證明書開立日期為109年11月1日，陳君係於109年10月31日晚間22點45分死亡，如此倉促開立之系爭死亡證明書，尚無可能精準瞭解或分析陳君死亡原因，且記載內容過於簡略，故系爭死亡證明書亦不足作為認定陳君死因為食道癌之依據。

2.原處分存有「非經適格專家實質判斷、討論審議」等違反藥害救濟審議程序法定程序之重大瑕疵，依法應予撤銷：

⑴被告固提出2位初審臨床專家（下稱初審專家）意見單、1位審議會委員（下稱主審委員）審查意見單及系爭會議審議結果，並稱初審專家意見一為風濕免疫科醫師、專家意見二為血液腫瘤科醫師，惟初審專家意見單、主審委員審查意見單之署名及其詳細專業背景均被隱去，何能認渠等為法定之適格專家。

⑵初審專家意見一認是系爭藥物A致免疫活化引起橫紋肌溶解症，初審專家意見二則認為系爭藥物B引起橫紋肌溶解症，非系爭藥物A致免疫活化引起橫紋肌溶解症；且就陳君死因，初審專家意見一認為是橫紋肌溶解，初審專家意見二認為是癌症所致肝衰竭，顯見2位初審專家之意見有衝突矛盾。而主審委員則自行認定陳君主要死因為食道癌，而非橫紋肌溶解症及免疫風暴，何以僅藉由單純檢視初審專家意見即可作成審議結論？主審委員審查意見單之算式是如何評估各項相關重要因子之具體金額為10萬元、20萬元？為何審議理由認定死亡與系爭藥物A、B之關聯性高達80%(極有可能)，審議結論卻僅是認定「無法排除死亡與藥物無關聯」等情。

⑶被告提出系爭會議紀錄所載出席委員人數雖似已符合法定出席率，惟針對表彰共識決之同意及不同意委員人數是否達行為時被告審議會設置要點（下稱行為時設置要點，已於112年6月15日廢止）第5點規定之法定門檻，不僅系爭會議紀錄上無本件出席及表決人數之記載，更無其他證明文件可供佐證，實無法證明本件審議案是否確經出席委員實質討論後以過半數同意。況觀系爭會議欠缺就2位初審專家意見矛盾及違反病歷邏輯處為討論，也未通知初審專家參與，僅淪為抄錄陳君病歷及第2位初審專家部分意見之過場行事，甚至對於最為重要之救濟金扣減因子如高血壓及冠狀動脈疾病等項目之計價金額及認定標準亦在在付之闕如，是系爭會議在客觀上欠缺實質討論，審議結果並非出自法定共識決。況系爭會議時間自當日14時至17時30分共計長達3.5小時、審議案件數15件，相當於在完全未有任何休息時間之情形下，每件案件之審議時間僅僅只有14分鐘，殊難想像參與系爭會議之委員確有充足時間可供實質討論本件個案用藥病程與不良反應之關聯性。

⑷系爭會議審議結果以具有重大瑕疵之系爭死亡證明書作為判斷本件個案死因之依據，業如前述，不得逕以系爭死亡證明書作為本件藥害救濟審定參考文件，本件容有專家判斷斟酌不相干因素之判斷瑕疵，足認其判斷不足採。

3.原處分有重大違誤及裁量怠惰等瑕疵：

⑴原處分所據之系爭會議認：「藥害與藥物之關聯性為Probable(80%)」等情，故可合理推論陳君係因使用系爭藥物A所生不良反應致死，當屬行為時藥害救濟給付標準（下稱系爭給付標準，於112年6月15日廢止）第3條前段及102年5月28日行政院衛生署署授食字第1021403614號令修正發布之藥害救濟給付計算裁量表（下稱系爭裁量表）規定「可合理認定係因使用藥品產生之不良反應致死者（給付金額範圍160至200萬元）」。然又於系爭會議結論認本件藥害救濟，僅符合無法排除死亡原因與使用系爭藥物A、B無關聯（給付金額範圍

金額最高100萬元），推論顯有前後矛盾之違誤，原處分應予撤銷。

⑵初審專家意見二以肝指數反推陳君死於肝衰竭，故陳君使用系爭藥物A並無引起嚴重免疫反應或橫紋肌溶解，顯與初審專家意見一認因陳君使用系爭藥物A致橫紋肌溶解之結論有所歧異。初審專家意見二之具體說明，自始並未出現在本件初審意見及後續作成原處分之相關審查過程文件中，自不得事後補充原處分內容。縱陳君使用系爭藥物A不足建議劑量，無法逕行推導「必不產生副作用」之結論，然陳君實際臨床表現死亡結果與系爭藥物A之用藥時序明確具有高度因果關係。又陳君109年10月26日檢驗AChRAb抗體陰性且未患有自體免疫疾病，亦無法逕行推導「個案橫紋肌溶解症非系爭藥物A所引起」之結論。原處分逕抄錄，無視於初審專家意見一、二間之矛盾違誤或欠缺，誤判陳君死亡係因其既有疾病所致云云，均不足採。

⑶系爭裁量表將用藥及發生死亡間之因果關係，依程度分為「可合理認定有關聯(即死亡與用藥具相當因果關係)」、「無法排除無關聯(即不能確定有或無因果關係，死亡與用藥間僅有微小或蓋然性之因果關係)」而異其補償效果。故只要陳君客觀病程發展可合理解釋死亡與用藥間有因果關係，且因果關係略強於陳君自身既有疾病病程延續與死亡間之因果關係，即屬「可合理認定有關聯」，而非「無法排除無關聯」。本件判斷因果關係所謂致死，係指急性死亡之意，而所謂不良反應係指「急性死亡」，比起陳君既有食道癌等病程，用藥與其死亡結果間顯具備更強烈「關聯」之因果關係。原處分所據系爭會議紀錄明確記載：「藥害與系爭藥物A之關聯性為Probable(80%)」，無論依照字面解釋或WHO藥物不良反應成因標準及藥害通報指引判斷標準可知，陳君死亡與使用系爭藥物A間之關聯性為極有可能，屬系爭裁量表「可合理認定有關聯之給付金額範圍160至200萬元」，被告竟核認屬「無法排除無關聯之給付金額範圍最高100萬

元」而給付救濟金為32萬元，不無裁量逾越、裁量濫用之裁量瑕疵。被告辯稱前述Probable只是描述「不良反應」與藥物之關聯性，並非「死亡」與藥物之關聯性等語，顯誤解藥害救濟之判斷上，死亡即屬不良反應之一種，故其所辯不足採。又系爭裁量表業經被告於111年2月17日衛授食字第1109503667號函修正（下稱111年版裁量表）已將死亡與使用藥物之關連程度分成「極高」、「高」、「中」、「低」等，可見系爭裁量表僅分成「可合理認定有關聯」、「無法排除無關聯」有裁量怠惰之情形。

⑷因果關係事實不明之不利益應由補償機關即被告負擔，學者亦認為藥害事故案件應從寬認定醫療行為與受害結果間之因果關係，藥害救濟案件應適用「疑點利益歸於受害人」原則。本件陳君確實在使用系爭藥物A後發生橫紋肌溶解症之前提下死亡，倘若被告無法證明用藥與死亡間不具合理之因果關係，則應推定陳君用藥及死亡間「可合理認定有關聯」（最高行政法院106年度判字第355號、104年度判字第81號等判決參照）。

4.綜上所述，陳君住院期間至死亡前之CK值、BUN值、Crea值均遠超出正常參考值甚鉅，顯示個案死亡前出現猛爆性之急性腎損傷，個案於死亡前接受之所有治療亦皆係針對因使用系爭藥物A所致嚴重免疫反應風暴、橫紋肌溶解、急性腎損傷等多重器官嚴重損傷，陳君最終並因此而死亡，其死亡前之門診紀錄、住院紀錄均可證明「使用系爭藥物A所致橫紋肌溶解症，係導致個案死亡之直接原因」，而非原處分所稱僅「無法排除死亡原因與使用藥物無關聯」。

㈡聲明：1.訴願決定及原處分均撤銷。2.被告應依系爭申請，作成核准藥害救濟死亡給付160萬元至200萬元之行政處分。

四、被告答辯及聲明：

㈠答辯要旨：

1. 關於藥害救濟之給付對象、要件及不予救濟範圍之事項，屬社會政策立法，立法者自得斟酌國家財力、資源之有效運用及其他實際狀況，為妥適之規定，享有較大之裁量空間。系爭藥害給付標準第3條明文區分死亡與使用藥品產生不良反應間之關聯性緊密程度，而有「給予救濟」、「酌予救濟」，與「不予救濟」等3種情形。而關於因果關係之認定與補償金額之高低或不予補償，乃為公平合理運用藥害救濟基金，並基於醫藥用於人體之反應因病人生理、病況、用藥程序等各種因素，致使用相同藥物之病患所生之反應未必一致，不易判斷，故此一應「區別情形作成不同之決定」之規定，並無任何不明確或牴觸法律之違誤。使用藥品產生之不良反應與死亡間具有何等程度之因果關係之判斷，因屬高度專業之事項，藥害救濟法乃將准否藥害救濟及給付金額之審定，交由審議會委員決議之。

2. 原告主張陳君因使用系爭藥物A治療，疑似引起橫紋肌溶解症導致死亡等情，經藥害救濟基金會調閱陳君全民健保就醫紀錄及相關醫事機構之相關病歷資料，並蒐集相關臨床醫學文獻，同時依法進行調查並完成報告，連同證據資料送交2位初審專家進行審查及1位主審委員進行審查，於系爭會議就本案進行討論，審議結果認：「綜觀其病程並參酌臨床醫學研究文獻資料，陳君自身既有食道癌合併肝及淋巴轉移、慢性胰臟炎、高血壓、心臟病、冠狀動脈硬化心臟病併心絞痛等病史，並於109年10月住院期間併發細菌感染（Klebsiella pneumoniae）、肛門及腸造口處出血等病症，有關本案之死亡原因，應與陳君自身既有之食道癌合併肝及淋巴轉移、高血壓、冠狀動脈疾病、慢性胰臟炎、感染、肛門及腸造口處出血等疾病病程延續較有關聯，惟考量相關藥物之使用時序，亦無法排除與所使用系爭藥物A、B所致之橫紋肌溶解症無關聯，基於藥害救濟法之立法精神，本案符合無法排除死亡原因與使用藥物無關聯，依據藥害救濟給付標準，視

陳君具體情狀暨死亡與使用藥品產生不良反應之關聯程度酌予救濟，審定救濟金額32萬元整。」等情，應屬適法。

3. 有關原告認為「主審委員之醫療專業與本案陳君病症的相關性不高」及「2位初審專家意見內容具有明顯矛盾」等情事，說明如下：

⑴審議會之審查委員除具有醫師資格之委員外，亦具備專業科別及法律專業知識之委員，故所有委員均能充分審酌陳君並提出專業之審查意見。本案考量審查會無處方用藥相關科別（如腫瘤科）之委員，爰依行為時之被告藥害救濟審議委員會審議辦法（下稱行為時審議辦法，已於112年6月15日廢止）第3條所定程序，於審議前送請「風濕免疫科」及「血液腫瘤科」醫師進行初審，並由主審委員參考初審專家意見與陳君病歷資料進行全盤審查，並考量陳君病程、藥害發生與藥物使用時序、關連性及專家意見等，綜合主審委員自身專業判斷（依據目前醫學學理、經驗及文獻資料）先行提供書面意見，於系爭會議上經全體出席委員充分討論後，由主席彙整全體委員意見並徵詢無異議後作成會上決議。故臨床專家意見不一定等於主審委員之意見，主審委員意見亦不一定等於系爭會議出席審議委員之決議。而系爭會議出席之委員組成已包含多位過敏免疫風濕、皮膚相關科別及藥理學領域專家，原告請求函詢之醫師亦為此等科別，故實無另為函詢之必要。

⑵初審專家皆為國內合格且有經驗的醫學專家，所陳述之意見都應予尊重。藥物不良反應之評估，出現初審專家委員們意見不一致之情況乃為常態，因初審專家屬不同科別，專業知識及審查角度不同，自有不同見解，初審專家已根據醫學學理論述，自不因某位初審專家意見為原告所不樂見，即認定審議過程不合程序抑或審議無效，尚無所據。

⑶系爭會議於審查陳君時皆從寬認定藥品與不良反應之關聯性，並從寬判斷不良反應與死亡之關聯性。陳君主要死亡原因為食道癌，審議結果係認為陳君之死亡原因應與陳君自身

既有疾病病程延續較有關聯，惟亦無法排除與所使用爭藥物A、B所致之橫紋肌溶解症無關聯。有關審議結果註解記載「藥害與藥物之關聯性為probable(80%)，認為陳君之死亡與所使用藥品之關聯程度屬較低」等語，係表示橫紋肌溶解症之不良反應與藥物之關聯性為probable，並非表示陳君死亡原因與藥物之關聯性爲80%。

4. 本件屬醫療專業事項之藥害救濟事件，若審查過程並無「未遵守法定程序」、「基於錯誤之事實」、「未遵守一般有效之價值判斷原則」、「夾雜與事件無關之考量因素」等顯然違法之情事，其專業認定自當基於尊重其不可替代性、專業性及法律授權之專屬性，而承認行政機關就此等事項之決定，有判斷餘地，對其判斷採取較低之審查密度（本院110年度訴更一字第50號判決參照）。110至111年度審議委員會委員組成係依據藥害救濟法第15條第2項及行為時設置要點第3點規定，聘任11至17位適格且專業之專家，有關審議委員法律學者、專家及社會公正人士人數之比例亦符合法訂不得少於1/3。審議會之委員名單為公開資訊，不論哪一位醫學委員審查本案，均無原告所稱「非由適格專家所為」。另有關審議會之委員結論形成方式，行為時審議辦法並未特別規定決議要以表決為之，而行為時設置要點第5點規定，藥害救濟案件之決議須經全體委員過半數出席，且經出席委員充分討論並過半數同意後，由審議會主席彙整全體委員意見，並經主席徵詢無異議後作成本件決議，即屬適法。

5. 又橫紋肌溶解不會使膽紅素（bilirubin,Bil）、鹼性磷酯酶（ALP）及麩胺酸轉移酵素（r-GT)上升，惟陳君之膽紅素、鹼性磷酯酶及麩胺酸轉移酵素，於109年8月18日即出現變化，因係其原有疾病即食道下三分之一惡性腫瘤（鱗狀細胞癌）合併肝及淋巴結轉移stageIVB造成的，遠早於陳君發生橫紋肌溶解之前。陳君於109年10月17日主訴黃疸惡化、腹脹、茶色尿、糞便呈灰白色等，當日檢驗值（如前所述）充分說明此為黃疸及膽汁鬱積之病況，與陳君癌症進展及肝轉

移造成肝內膽道阻塞有關。倘將肝功能變化及死亡前之病況不佳完全歸責於橫紋肌溶解，係忽視陳君原有之病況。再橫紋肌溶解症之合併症通常不包括肝衰竭，本案之肌肉溶解雖會使AST或ALT上升，惟AST/ALT上升並非完全因肌肉溶解症之故，橫紋肌溶解症無法解釋其他肝功能之變化。

6. 陳君為食道下三分之一惡性腫瘤（鱗狀細胞癌）合併肝及淋巴結轉移stage IVB，此為最嚴重等級之情況，一年存活率小於20%，橫紋肌溶解症雖對死亡有影響，惟有關陳君之死亡原因，應與陳君自身既有疾病病程延續較有關連，本件藥害發生日期為109年10月31日，屬110年9月1日修正施行前發生之藥害事件，爰依系爭給付標準第3條之規定，視陳君之病程、具體情狀及其死亡與使用藥物產生不良反應之關聯性酌予給付。另審議會之決議係認定系爭藥物A、B皆可能造成橫紋肌溶解症，並無否定前揭藥物對死亡可能之影響；審議結果係認為陳君之主要死亡原因為食道癌，系爭藥物A、B孰輕孰重，則與本案救濟金額多少無關。

7. 所謂「可合理認定係因使用藥品產生之不良反應致死者」係指「有具體事證可認定藥品之不良反應直接導致死亡」之情形。然因醫療過程複雜，某些藥物雖非直接導致死亡，但可能對於死亡亦有影響，若因當下科技無法證明而不予給付，對於民眾亦有不公，為此，系爭裁量表乃就「無法排除死亡原因與使用藥品無關聯者」規定，得視陳君具體情狀暨其死亡與使用藥品產生不良反應之關聯程度，另行酌予給付。本件不論初審專家、主審委員或系爭會議審查委員均認定「無可合理認定係因使用藥物產生之不良反應致死者」之情形。至於原告主張不良反應係指「急性死亡」，而所謂急性死亡，應係指服用藥物後，於非常短的時間即死亡，若確實如此，其因果關係當不難判斷。然若服用藥物後，仍歷經一段時間方發生死亡之結果，即難以判斷死亡與該藥物不良反應之關聯性。查陳君係於109年8月18日、9月5日及9月21日處方系爭藥物A，然陳君使用系爭藥物A後，並無立即發生生命

危險，迄10月31日死亡，由此可證，陳君並非急性死亡之情形。綜上，本件對於「不良反應」與「死亡」間關聯性之認定，並無疑義，自無使用「疑點利益歸於受害人」原則之問題。

8.原告提出之「系爭裁量表與111年版裁量表死亡給付適用對照」為原告自行拼裝製作而成，其內所列「WHO成因相關性級別」，並非藥害救濟制度所參照之標準，不宜與給付計算裁量表之要件相互對照。又原告所提「WHO-UMC制定藥物不良反應(ADR)通報案例之成因相關性(Causality)評估標準表」與「藥品不良反應通報表填寫指引」，均非藥害救濟制度所參照之標準或指引。原告張冠李戴，實為企圖混淆視聽。至於「藥品不良反應通報系統」與「藥害救濟制度」兩者設立宗旨及目的不同，其標準及指引自當不可相互比照。

㈡聲明：原告之訴駁回。

五、上開事實概要欄所述之事實，業經兩造分別陳明在卷，並有原處分（本院卷一第263至265頁）及藥害救濟基金會110年8月17日藥濟調字第1104000481號函（本院卷一第255至256頁）、訴願決定（本院卷一第61至73頁）、系爭申請（原處分不可閱卷第3頁）、初審專家意見單（本院卷一第257至259頁）、主審委員審查意見單（本院卷一第261至262頁）、系爭會議審查結果（本院卷一第264至265頁）、系爭會議簽到單（本院卷二第67至83頁）、系爭會議紀錄（節錄，本院卷二第93至94頁）、110至111年度審議會委員學經歷表（本院卷一第395至397頁）、臺北榮總醫院出院病歷摘要、門診紀錄及病程紀錄（原處分不可閱卷第17至29、35、37頁）、振興醫療財團法人振興醫院（下稱振興醫院）門診紀錄（原處分不可閱卷第31、33頁）、臺北榮總醫院病理部報告（原處分不可閱卷第95頁）、系爭死亡證明書（訴願卷所附外放之案例編號3659-1卷【下稱外放卷第1冊】第2頁）、109年11月9日臺北榮總醫院診斷證明書（外放卷第1冊第3頁）、系

爭藥物A中英文仿單（外放卷第1冊第4至143頁）、陳君病歷資料在卷(外放卷第1冊及訴願卷所附外放之案例編號3659-2卷【下稱外放卷第2冊】)等在卷可參，應堪信為真。

六、本院之判斷：

㈠按司法院釋字第767號解釋理由書第6段揭示：「本院解釋對於社會政策立法，因其涉及國家資源之分配，向來採取較寬鬆之審查基準（本院釋字第485號及第571號解釋參照）。關於藥害救濟之給付對象、要件及不予救濟範圍之事項，屬社會政策立法，立法者自得斟酌國家財力、資源之有效運用及其他實際狀況，為妥適之規定，享有較大之裁量空間。」藥害救濟法第2條規定：「本法所稱主管機關為衛生福利部。」第3條規定：「本法用詞定義如下：一、藥害：指因藥物不良反應致死亡、障礙或嚴重疾病。二、合法藥物：指領有主管機關核發藥物許可證，依法製造、輸入或販賣之藥物。三、正當使用：指依醫藥專業人員之指示或藥物標示而為藥物之使用。四、不良反應：指因使用藥物，對人體所產生之有害反應。」第4條第1、2項規定：「(第1項)因正當使用合法藥物所生藥害，得依本法規定請求救濟。(第2項)前項救濟分為死亡給付、障礙給付及嚴重疾病給付；其給付標準，由主管機關另定之。」第12條規定：「藥害救濟之請求權人如下：一、死亡給付：受害人之法定繼承人。……前項請求權人申請救濟之程序、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」第15條第1項規定：「主管機關為辦理藥害救濟及給付金額之審定，應設藥害救濟審議委員會；其組織及審議辦法，由主管機關定之。」準此，醫事上正當使用合法藥物而發生因藥物不良反應致病患死亡者，即得依藥害救濟法請求補償，再經由審議會依法定程序作成判斷。

㈡被告依藥害救濟法第4條第2項規定授權，訂定系爭給付標準第3條規定：「申請藥害救濟案件經審議可合理認定係因使用藥品產生之不良反應致死者，最高救濟給付新臺幣200萬

元。附死者解剖報告，經審議無法認定其有其他原因致死者，於給付標準範圍內，酌予救濟給付。未附死者解剖報告，經審議，無法認定係因使用藥品產生之不良反應致死者，不予救濟給付。」此一規定雖於110年9月1日經修正提高補償金額（其餘文字並未修正），惟修正後第5條之1規定：「本標準中華民國110年9月1日修正施行後發生藥害事件者，依第3條及第4條所定額度給付之；修正施行前發生之藥害事件者，依修正施行前所定額度給付之。」從而，本件仍應依原告申請時之系爭給付標準判斷。按系爭給付標準第3條明文區分死亡與使用藥品產生不良反應間之關聯性緊密程度，而有給予救濟、酌予救濟與不予救濟等3種情形。對於可合理認定因使用藥品產生之不良反應與死亡間具有高度關聯性者，給予最高救濟給付200萬元。如無法合理認定者，則又區別有無死者解剖報告，而不同程度減輕被告救濟責任及相對應之舉證責任。申言之，如被告可以舉證證明病患之死亡係其他原因所致，即得排除其救濟之責任。對於未附解剖報告者，則因欠缺利於病理分析之資料，被告依可資蒐集之病患就醫相關醫療資訊，足以證明使用藥品產生之不良反應與死亡間不具關聯性時，亦無救濟義務。以上關於關聯性之認定與補償金額之高低或不予補償，乃為公平合理運用藥害救濟基金，並基於醫藥用於人體之反應因病人生理、病況、用藥程序等各種因素，致使用相同藥物之病患所生之反應未必一致，不易判斷，而規定應區別情形作成不同之決定。準此，被告依系爭給付標準第3條前段發布之系爭裁量表就救濟項目「死亡給付」分別訂可合理認定因使用藥品產生之不良反應與死亡間具有高度關聯者，給付金額範圍為160至200萬元」、無法排除死亡原因與使用藥品無關聯者，視個案具體情狀暨其死亡與使用藥品產生之不良反應之關聯程度，另行酌予給付，給付金額範圍最高100萬元等情，並未逾越授權範圍及目的，被告予以適用並無違誤。至原告主張「系爭裁量表」對照「111年版裁量表」中死亡給付依「與

藥品之關聯程度」分成「低、中、高、極高」，可見系爭裁量表僅分成可合理認定有關聯、無法排除無關聯此2種裁量，有裁量怠惰之情形等語，然觀系爭裁量表所載「無法排除死亡原因與使用藥品無關聯者，視個案具體情狀暨其死亡與使用藥品產生之不良反應之關聯程度」與「111年版裁量表依與藥品之關聯程度」，所審酌之實質內容均是「死亡與藥品之關聯程度」並未不同，僅「111年版裁量表」依「與藥品之關聯程度」予以載明分級，是原告此部分主張，尚難採認。

㈢被告基於藥害救濟法第15條第1項規定授權訂定之行為時審議辦法第3條第1項、第2項規定：「（第1項）審議委員會審議藥害救濟申請案件，於審議前，如有必要，得先送請2至4位相關之醫學或藥學專家，或委請國內外醫學中心或學術機構進行初審。（第2項）審議委員會審議申請案件，由1至2位相關之醫學或藥學審議委員先行審查後，始召開審議會審議之。案件經初審者，審議時應考量初審意見，並得請初審之專家列席說明。」審議會乃協助主管機關辦理審定「藥害救濟成立與否」及「給付金額」而設置，有關藥害救濟成立與否，主要繫於藥物與不良反應間具因果關係，且發生不良反應致死亡、障礙或嚴重疾病之結果間是否具有合理關聯性，乃屬高度科技及專業性之範疇，基此，審議會審議前，可由1至2位審議委員先行審查，亦可於有必要時，先送請2至4位相關醫學或醫藥專家（或委請國內外醫學中心或學術機構）初審後，由1至2位審議委員為審查後，召開審議會審議之（審議時應考量初審意見，並得請初審專家列席說明）。再藥害救濟法第15條第2項規定：「前項審議委員會置委員11人至17人，由主管機關遴聘醫學、藥學、法學專家及社會公正人士擔任之，其中法學專家及社會公正人士人數不得少於3分之1。」可知，審議會應由具醫學、藥學、法學背景之專家及社會公正人士共11人至17人擔任，法學專家及社會公正人士人數尚不得少於3分之1，其旨無非基於事務之

本質，以醫藥專業者擔任委員為功能最適者，復為防止醫藥專業之擅斷，有以具法學專業及社會公正人士參與為必要。行為時設置要點第5點：「（第1項）本會委員會議採不定期方式於必要時召開，開會時以召集人為主席，召集人未能出席時，由委員互推1人為主席。（第2項）本會委員會議，委員應親自出席，其決議應有全體委員過半數之出席，出席委員過半數之同意；可否同數時，取決於主席。」可知審議會「議決方式」為由全體委員過半數出席，出席委員「過半數同意」，至於「過半數同意」之呈現方式並無具體明確之規定，亦未規定必需以表決方式為之，故而該「過半數同意」只要達到充分討論、形成共識、作出決議結論，即屬適法，是縱令非以表決方式為之，亦非法不允。

㈣再按審議會對於正當使用藥物後，發生不良反應致生死亡或傷害之結果，是否具有關聯性之認定，基於其高度專業性，具有判斷餘地，除基於錯誤之事實，或基於與事件無關之考量，或組織是否合法、有無遵守法定程序、有無違反平等原則及一般公認價值判斷標準等，法院可審查判斷餘地外，應尊重其判斷，而採較低密度之審查基準。

㈤被告所為原處分，並無違誤：

1.陳君病程經過：

⑴陳君47年次，有食道下三分之一鱗狀細胞癌（惡性腫瘤）合併肝及淋巴結轉移CT3N1M1，stage IVB，grade X，曾使用docetaxel、cisplatin、5-fluorouracil治療及慢性胰臟炎、高血壓、高血脂症、冠狀動脈心臟病、胃潰瘍等病史。嗣陳君於109年7月28日至臺北榮總醫院全身正子掃描顯示食道癌併肝（惡化）、肺（惡化）及胃肝韌帶（消退）轉移、右鎖骨上區域淋巴結轉移消退，臺北榮總醫院分別於109年8月18日、9月5日及9月21日開立系爭藥物A（100mg）治療。又陳君於109年10月7日至振興醫院心臟血管內科回診，主訴心悸、持續心跳快，血壓低，BP:114/57 mmHg、PR:108bp

m，診斷高血壓、高血脂症、冠狀動脈心臟病、胃潰瘍等，振興醫院於同日開立系爭藥物B治療。

⑵陳君於109年10月17日至臺北榮總醫院急診並入院治療，主訴黃疸惡化，腹脹、茶色尿、糞便呈灰白色，全身無力、暈眩、胸悶、呼吸困難、下肢水腫及腸造口化膿。血液【檢驗值】CK:6506 U/L。診斷為阻塞性黃疸併急性肝失代償、CK：上升，疑似橫紋肌溶解症或肌炎（免疫相關）、急性腎損傷、疑似腸造口蜂窩組織炎，使用doripenem、methylprednisolone等藥物治療。10月18日pus/wound culture: Klebsiella pneumoniae。109年10月19日插管，轉入加護病房，尿液【檢驗值】Myoglobin: >100000 ng/mL。10月20日腹部超音波顯示肝內膽管擴張，無明顯總膽管擴張、膽囊塌陷、右側肋膜積液。進行經皮穿肝膽道引流術。10月22日接受血液透析，同日晚間肛門和腸造口處有大量鮮血。10月23日腹部電腦斷層掃描顯示右側膈下間隙（subphrenic space）及肝下間隙（subhepatic space）局部血腫，同日自體免疫肌肉病變抗體檢查為陰性。10月24日血壓下降，CK值持續上升，使用連續性靜脈血液過濾術及血漿置換術，同日家屬簽署不施行心肺復甦術同意書，10月26日會診安寧療護，AChRAb檢驗結果為陰性。10月27日接受骨骼肌肉切片檢查，檢查結果符合橫紋肌溶解症，但無發炎性浸潤增加。109年10月30日由加護病房轉普通病房，家屬拒絕norepinephrine的使用、抽血及更進一步的檢查，停用連續性靜脈血液過濾術，處方furosemide、morphine。陳君於10月31日死亡，死亡證明書記載：「直接引起死亡之疾病或傷害：食道癌」等情，有系爭申請所附系爭死亡證明書（外放卷第1冊第2頁）及審議會調閱陳君病歷資料在卷(外放卷第1冊及外放卷第2冊)，亦與主審委員審查意見單（本院卷第261至262頁）、系爭會議審議結果(本院卷第263至265頁)之記載並無矛盾之處，亦可認定。至原告主張系爭死亡證明書因係倉促開立且記載過於簡略，故不足作為認定陳君死亡原因為食道癌等語，惟觀

臺北榮總醫院109年11月9日之診斷證明書（訴願卷所附外放卷第1冊第3頁）記載陳君之診治醫師為陳○晃，而系爭死亡證明書(外放卷第1冊第2頁)亦經陳君之診治醫師陳○晃具名，足認原告所述應屬無據。

2.原告主張陳君因食道下三分之一惡性腫瘤，因使用系爭藥物A治療，引發橫紋肌溶解症之不良反應而導致死亡等語。然經藥害救濟基金會調閱陳君前述相關醫事機構之相關病歷資料，並蒐集相關臨床醫學文獻，同時依法進行調查，並完成報告，連同證據資料送交2位初審專家及1位主審委員進行審查，彙整後經系爭會議決議，經查：

⑴觀諸初審專家意見一（風濕免疫過敏科朱醫師，本院卷一第257至259頁）記載：「：1.用藥之正當性：個案為食道癌併肝及肺轉移患者，曾接受docetaxcl、cisplatin、5-fluorouracil治療效果不佳，使用系爭藥物A治療符合衛生署核可之適應症。2.發生不良事件與所使用藥品之相關性：橫紋肌溶解症的原因包含甲狀腺功能低下、脫水、低血鉀、發炎症、腎衰竭、藥物和創傷。從病史來看此病患最可能為藥物引起，其中系爭藥物A最為可能。3.此不良事件之程度（嚴重疾病、殘障或死亡）：系爭藥物A治療引起死亡。4.……(5)陳君死亡原因為何？橫紋肌溶解症與陳君之死亡是否有關連？若是，比重為何（1-10分）？ 陳君死亡原因為食道癌併肝及肺轉移，合併多重器官衰竭。橫紋肌溶解症與陳君之死亡是關連，比重為1-3分。根據病情，病患存活時間應該很短，橫紋肌溶解症加速其死亡。」等情。

⑵初審專家意見二（血液腫瘤科劉醫師，本院卷一第257至259頁）記載：1.用藥之正當性：陳君同時使用系爭藥物A及afatinib (anti-EGFR)有過高之不良反應風險……而合併使用所造成之毒性是肝功能異常，而非rhabdomyolysis。2.發生不良事件與所使用藥品之相關性：不良反應（rhabdomyolysis）不是因為系爭藥物A或系爭藥物A＋afatinib所致，最可能之藥物是系爭藥物B。3.此不良事件之程度（嚴重疾病、

殘障或死亡）：不良事件屬嚴重。4.病人之不良反應是系爭藥物B所致而不是系爭藥物A/afatinib所致之原因如下：(1)本案所用之系爭藥物A為100 mg(flat dose)，以系爭藥物A之劑量而言，體重62公斤的情況下，約每公斤1.6 mg/kg，低於建議劑量及在此劑量下T-cell receptor occupancy均在70-80%以下，不會有太大的效果。(2)而病人使用之系爭藥物B是最可能的原因是病人在109年9月起之生化檢查(GOT，GPT，Bilirubin)便逐漸惡化，而病人仍在使用足量之系爭藥物B 20 mg PO qd，這時系爭藥物B之藥物代謝會逐漸改變。而因肝功能異常而導致藥動的改變是系爭藥物B造成rhabdomyolysis風險增加的原因。這在文獻早有報告。隨著病人腹內轉移逐漸惡化，肝功能日漸變壞的情況下，風險日增，因為病人在甲、乙兩家醫院接受不同之治療，病人往往忽視藥物使用的風險。(3)本案之rhabdomyolysis與系爭藥物A無關之原因是肌肉切片的結果未見淋巴球浸潤，系爭藥物A是免疫細胞活化劑，所以跟系爭藥物A有關之不良反應都跟自體免疫有關，切片所見均有T cell infiltration。故本案之rhabdomyolysis與免疫活化無關。……(5)本案之死因是多重原因。主要還是肝衰竭所致，從total bilirubin/direct bilirubin的變化來看是逐漸惡化，而BUN/Cr卻無明顯增加，同一期間CK，myoglobin卻逐漸上升。rhabdomyolysis所進成之器官異常是腎小管阻塞，以致腎功能惡化，可見rhabdomyolysis致死的佔比不如肝功能之惡化，而肝功能之惡化，主要還是癌症惡化所致。」等情。

⑶由2位初審專家之意見可知，就陳君係因系爭藥物A或系爭藥物B造成其有橫紋肌溶解症不良反應雖認定不一，惟由初審專家意見一所載：陳君死亡原因為食道癌併肝及肺轉移，合併多重器官衰竭，橫紋肌溶解症與陳君之死亡關連比重（總分10分）為1至3分等情，及初審專家意見二所述：陳君死因是多重原因，主要還是肝衰竭所致，而肝功能之惡化，主要還是癌症惡化所致，橫紋肌溶解症致死的佔比不如肝功能之

惡化等情，均一致認定橫紋肌溶解症與陳君死亡間之關聯性程度尚屬低，此與主審委員審查意見單（本院卷一第261至262頁）審查意見所載：「2.評論：i. 本例出現rhabdomyolysis（臨床表現+病理報告），切片中未看到lymphocyte infiltration，雖不符合一般的文獻（Ref.1，2，3），但個案使用類固醇，所以系爭藥物A引起的rhabdomyolysis無法排除。本例使用的Dose 100 mg是低劑量與建議劑量240 mg q2w不符合。ii.本例還使用系爭藥物B 20 mgqd也是引起rhabdomyolysis的可能原因之一，使用前之肝功能為AST/ALT124/108，ALP 613，γ-GT 866，使用之時機雖無不當但有檢討空間。iii.本例造成rhabdomyolysis之其他原因可能還有感染症。iv.系爭藥物A引起的rhabdomyolysis應<1%（USA FDA label, Ref. 4），但若整體以nivolumab-induced immune-related adverse event來看應>1%。建議委員會有一原則性之決議（本人主張分不同organ來判斷）。結論：建議予死亡救濟：藥品（系爭藥物A/系爭藥物B）引起rhabdomyolysis與死亡無法排除無關連。主要死亡：食道癌併肝/淋巴轉移相關重要因子：高血壓及冠狀動脈疾病（20萬）、慢性胰臟炎（10萬）、感染症（Klebsiella pneumoniae infection）（20萬）、出血（subphrenic/subhepatic space hematoma，肛門及腸造口處出血）（10萬），（100萬-60萬）X0.8(極有可能)=32萬，個案於109年10月7日使用之系爭藥物B亦是引起橫紋肌溶解症的可能原因之一。」等情，大致相同。至原告主張初審專家2位就陳君係因系爭藥物A或系爭藥物B造成其有橫紋肌溶解症不良反應之認定已有歧異，而主審委員審查意見單逕採初審專家2位之歧異意見，即不可採等語，乃原告誤解初審專家2位之結論與主審委員審查意見均一致審認系爭藥物A、B引起橫紋肌溶解症之極有可能（程度達80%），但橫紋肌溶解症與陳君死亡間之關連程度低之結論並無相異。

⑷經系爭會議出席委員審議結果，以陳君之死亡原因，應與個案自身既有之食道癌合併肝及淋巴轉移、高血壓、冠狀動脈疾病、慢性胰臟炎、感染、肛門及腸造口處出血等疾病病程延續較有關聯，惟考量相關藥物之使用時序，亦無法排除與所使用藥物（系爭藥物A、系爭藥物B）所致之橫紋肌溶解症無關聯，基於藥害救濟法之立法精神，本案符合無法排除死亡原因與使用藥物無關聯，依據藥害救濟給付標準，視個案具體情狀暨死亡與使用藥品產生不良反應之關聯程度酌予救濟，審定救濟金額32萬元整（註3：本案經審議認為僅得符合無法排除死亡原因與使用藥物無關聯，依據藥害救濟給付標準，視個案具體情狀暨其死亡與使用藥物產生不良反應之關聯程度酌予救濟，最高金額為100萬元。參酌個案自身疾病因子，扣除高血壓及冠狀動脈疾病：20萬、慢性胰臟炎：10萬、感染症（Klebsiella pneumoniae infection)：20萬及出血（subphrenic/subhepatic space hematoma，肛門及腸造口處出血）：10萬，藥害與藥物之關聯性為probable（80%），認為個案之死亡與所使用藥品之關聯程度屬較低，審定救濟金額32萬元整【（100-60)萬x80%-32萬】等情，有系爭會議紀錄可參(本院卷一第263至265頁)。準此，原處分主要依陳君之就醫過程所用藥品、疑似不良反應發生時序及文獻報告之佐證，經系爭會議認定得出系爭藥物A、B屬於合法正當之用藥，且陳君橫紋肌溶解症不良反應與系爭藥物A、B之關聯性為probable（80%），惟陳君死亡與系爭藥物A、B所生之橫紋肌溶解症關聯程度屬較低，核乃綜觀陳君病歷並參酌臨床醫學研究資料所作成救濟金額32萬元（計算式：100萬元-60萬元【即高血壓及冠狀動脈疾病（20萬元）、慢性胰臟炎（10萬元）、感染症（Klebsiella pneumoniae infection）（20萬元）、出血（subphrenic/subhepatic space hematoma，肛門及腸造口處出血）（10萬元）】X80%=32萬元），無違反醫學專業之不合理，於證據法則、經驗及論理法則亦屬無悖。至原告主張主審委員審查

意見單及系爭會議之算式是如何評估各項相關重要因子之具體金額為10萬元、20萬元等語，惟觀被告所述系爭會議乃依循慣例，於審查時將個案之相關（重要）危險因子每項納入扣除10至20萬元，依據藥害與藥物之因果關係計算百分比，倘屬極有可能probable，給付百分比為60至90%，則審議會系爭會議對於正當使用藥物後，發生不良反應致生死亡或傷害之結果，是否具有合理關聯性之認定及扣除相關（重要）危險因子每項金額，基於其高度專業性，具有判斷餘地，且經本院審酌原處分並無基於錯誤之事實，或基於與事件無關之考量，則被告上開所述之判斷依據，於法無違。

3. 系爭會議出席委員14名，分別為醫學、法學專家，法學專家5名比率高於3分之1，有系爭會議簽到單（本院卷二第67至83頁）、系爭會議紀錄（本院卷二第93至94頁）、110至111年度審議會委員學經歷表（本院卷一第395至397頁，另被告稱因陳○哲委員於系爭會議後即請辭故未列入)為證，且系爭會議審議前，確經風濕免疫過敏科及血液腫瘤科之初審專家表示意見，再由主審委員綜合臨床專家意見進行審查，出具審查意見，審議時依據陳君病歷及相關用藥、藥害發生之時序及關聯性、臨床醫學研究文獻進行討論，如與會委員並無異議，即由出席委員作成決議等情，有系爭會議紀錄可稽(本院卷二第93至94頁)，其審議程序及委員組織均於法相符。至原告主張系爭會議之開會時間長達3.5小時，當日審議案件數為15件，平均每件案件審議時間僅有14分鐘，孰難想像與會委員有充足時間可實質討論案件之內容；且被告針對同意及不同意委員人數是否達行為時設置要點第5點規定之法定門檻，卻無記載，故原處分未踐行法定程序，應予撤銷等語。惟查，本件依系爭申請所為藥害救濟審議程序之進行，已依行為時審議辦法第3條所定程序為之，至於審查委員結論形成之方式，行為時審議辦法並未特別規定決議要以表決為之，故而只要是依民主程序經充分討論、形成共識、

作出決議結論，即屬適法，是縱令非以表決方式為之，亦非法不允。從而，系爭會議以共識決方式決議，難謂不合法。

4.綜上，原告為陳君之繼承人，陳君使用系爭藥物A、B，固係正當使用合法藥物，惟其使用系爭藥物A、B後發生橫紋肌溶解症不良反應，陳君橫紋肌溶解症不良反應與系爭藥物A、B之關聯性為probable（80%），惟陳君死亡與系爭藥物A、B所生之橫紋肌溶解症關聯程度屬較低，被告經系爭會議審議後作成原處分給付救濟金額32萬元，而系爭會議對於正當使用藥物後，發生不良反應致生死亡或傷害之結果，是否具有合理關聯性之認定，基於其高度專業性，具有判斷餘地，且經本院審酌原處分並無基於錯誤之事實，或基於與事件無關之考量，或組織是否合法、有無遵守法定程序、有無違反平等原則及一般公認價值判斷標準等，則原處分經核尚無違誤。從而，原告請求向長庚醫院藥物過敏中心、臺大醫院新竹分院風濕免疫科函詢陳君死亡主因是否為系爭藥物A引發之不良反應所致之證據調查，即無必要。

㈥原告固主張：陳君於死亡前接受之所有治療亦皆係針對因使用系爭藥物A所致嚴重免疫反應風暴、橫紋肌溶解、急性腎損傷等多重器官嚴重損傷，最終並因此而死亡，其死亡前之門診紀錄、住院紀錄均可證明陳君因使用系爭藥物A所致橫紋肌溶解症，係導致其死亡之直接原因。且陳君之任何診斷紀錄均無顯示陳君患有慢性胰臟炎或因慢性胰臟炎引發嚴重併發症而生致死風險；陳君歷年門診紀錄均顯示非高血壓、冠狀動脈疾病等心血管疾病之高風險患者，且前開疾病亦非造成陳君死亡之原因；陳君之住院紀錄、相關醫學文獻均顯示食道癌合併肝及淋巴移轉並非造成死亡之直接原因，參照醫學文獻資料，食道癌之一般病程並不會引發橫紋肌溶解，故原處分認前開疾病進程與陳君死亡具有高度因果關係，顯與事實不符等語。惟查，陳君因食道下三分之一鱗狀細胞癌（惡性腫瘤）合併肝及淋巴結轉移CT3N1M1，stage IVB，grade X，於109年2月7日、3月13日、4月7日、5月6日、6月2

日、7月9日在臺北榮總醫院接受化學治療，有胃食道逆流性疾病併食道炎、慢性胰臟炎、高血壓性心臟病、自體的冠狀動脈粥樣硬化心臟病伴有心絞痛與痙攣、慢性充血性心臟衰竭等疾病（訴願卷被告訴願答辯書證物二之病歷報告）；於109年8月12日及9月30日，至臺北榮總醫院腫瘤內科之門診紀錄以及109年8月24日及9月14日胃腸腫瘤內科之門診紀錄均於「診斷」處記載Other chronic pancreatitis（慢性胰臟炎）（訴願卷被告訴願答辯書證物九、十之門診紀錄）。陳君於109年7月22日及10月7日振興醫院心臟血管內科之本件個案門診紀錄「病情描述」處記載A:HTN，Hyperlipidemia, CAD, GUs(診斷：高血壓、高血脂、冠狀動脈心臟病、胃潰瘍）（訴願卷被告訴願答辯書證物十一之門診紀錄）。陳君於臺北榮總醫院住院期間之病症：「109年10月21日併發細菌感染（Klebsiella pneumoniae)(訴願卷被告答辯書證物八之病歷摘要），10月22日Massive fresh bloody was noted from anus and jejunostomy around 2300 (total 1500cc).(肛門及腸造口處有大量鮮血1500cc)(訴願卷被告訴願答辯書證物十二之病程紀錄）及10月23日Abdominal CTA was done.The report showed Loculated hematoma at right subphrenic space and subhepatic space, compatible with recent bleeding.(腹部電腦斷層掃描顯示右側膈下間隙及肝下間隙局部血腫）（訴願卷被告答辯書證物十三之病程紀錄）」等情，可知陳君確有原處分所載「有關本案之死亡原因，應與陳君自身既有之食道癌合併肝及淋巴轉移、高血壓、冠狀動脈疾病、慢性胰臟炎、感染、肛門及腸造口處出血等疾病病程延續較有關聯，惟考量相關藥物之使用時序，亦無法排除與所使用之系爭藥物A、B所致之橫紋肌溶解症無關聯」等情應無違誤，原告此部分主張，尚屬無據。

㈦原告復主張：初審專家意見單、主審委員審查意見單之署名及其詳細專業背景均被隱去，何能認渠等為法定之適格專家。惟查，被告就初審專家之姓名、專長及學經歷已經提供

本院，有該資料1份在卷（本院卷一之不給閱證物袋），經核其等專長為紅斑性狼瘡、類風溼性關節炎、血管炎、痛風、肌痛症、退化性關節炎、各種關節疼痛及各種貧血、淋巴疾病、血液腫瘤及各式癌症診斷及化學治療，學經歷為國內大學醫學系畢業、國內大學教授等，而主審委員為審查委員之一，有110至111年度審議會委員學經歷表可參（本院卷一第395至397頁），自無原告所稱渠等不具法定之適格專家之情形。

七、綜上所述，原告起訴主張各節，均無可採，被告所為原處分，認事用法並無違誤，訴願決定遞予維持，亦無違誤。原告訴請撤銷原處分與訴願決定，及執前詞請求被告作成核給原告死亡給付160至200萬元之行政處分，為無理由，應予駁回。

八、本件判決基礎已經明確，兩造其餘攻擊防禦方法及訴訟資料經斟酌後，認與判決結果不生影響，無一一論述的必要，附此敘明。

九、結論：本件原告之訴為無理由，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　114　　年　　11　　月　　6　　日

審判長法　官　侯志融

法　官　黃子淮

法　官　傅伊君

一、上為正本係照原本作成。

二、如不服本判決，應於送達後20日內，向本院高等行政訴訟庭提出上訴狀，其未表明上訴理由者，應於提出上訴後20日內補提理由書；如於本判決宣示或公告後送達前提起上訴者，應於判決送達後20日內補提上訴理由書（均須按他造人數附繕本）。

三、上訴未表明上訴理由且未於前述20日內補提上訴理由書者，逕以裁定駁回。

四、上訴時應委任律師為訴訟代理人，並提出委任書（行政訴訟法第49條之1第1項第3款）。但符合下列情形者，得例外不

委任律師為訴訟代理人（同條第3項、第4項）。

得不委任律師為訴訟代理人之情形	所　需　要　件
㈠符合右列情形之一者，得不委任律師為訴訟代理人	1. 上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備法官、檢察官、律師資格或為教育部審定合格之大學或獨立學院公法學教授、副教授者。 2. 稅務行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，上訴人或其代表人、管理人、法定代理人具備專利師資格或依法得為專利代理人者。
㈡非律師具有右列情形之一，經最高行政法院認為適當者，亦得為上訴審訴訟代理人	1. 上訴人之配偶、三親等內之血親、二親等內之姻親具備律師資格者。 2. 稅務行政事件，具備會計師資格者。 3. 專利行政事件，具備專利師資格或依法得為專利代理人者。 4. 上訴人為公法人、中央或地方機關、公法上之非法人團體時，其所屬專任人員辦理法制、法務、訴願業務或與訴訟事件相關業務者。
是否符合㈠、㈡之情形，而得為強制律師代理之例外，上訴人應於提起上訴或委任時釋明之，並提出㈡所示關係之釋明文書影本及委任書。	

中　　華　　民　　國　　114　　年　　11　　月　　6　　日

書記官　方信琇