臺北高等行政法院判決

高等行政訴訟庭第二庭
114年度訴字第66號
115年7月9日辯論終結

原　　告　巫由霜即新莊英仁醫院

訴訟代理人　王瀚興律師
被　　告　衛生福利部中央健康保險署

代　表　人　陳亮妤（署長）

訴訟代理人　吳榮昌律師
複 代理 人　陳傑明律師

上列當事人間全民健康保險事件，原告提起行政訴訟，經本院地方行政訴訟庭移送前來，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，被告代表人由石崇良依序變更為龐一鳴、陳亮妤，茲據變更後之代表人陳亮妤具狀聲明承受訴訟(本院卷第365頁)，核無不合，應予准許。

二、事實概要：

㈠原告(醫事機構代號：1531060073)與被告於民國111年5月9日間簽訂全民健康保險特約醫事服務機構合約(下稱系爭合約)，約定原告自111年3月1日起至114年2月28日止，提供被保險人醫療服務。嗣原告向被告申報111年12月、112年1月、2月及3月份(下稱系爭各月份)之病人住院診療費用給付，經被告審查後，以審查醫師意見所示理由，認有「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」（下稱審查辦法)第19條規定情形(專業審查不予支付理由代碼0006

A、0001A、0012A、0113A、0114A、0207A、0181A），分別以112年2月23日健保北字第1122828350號函(下稱112年2月23日函)、112年3月25日健保北字第1122829366號函(下稱112年3月25日函)、112年4月24日健保北字第1122830814號函(下稱112年4月24日函)及112年6月7日健保北字第1122832075號函(下稱112年6月7日函)核減原告申請點數而核定不予給付（按：111年12月份核刪8位保險對象之點數、112年1月份核刪4位保險對象之點數、112年2月份核刪5位保險對象之點數、112年3月份核刪7位保險對象之點數，均詳附表「初核核減點數」欄所示）。

㈡原告對初核核減點數不服，提出申復，經被告審認後，以審查醫師意見所示理由，分別以112年5月17日健保北字第11228310009號函(即111年12月份，下稱112年5月17日函)核定就陳姓病患、粘黃姓病患、鄭姓病患、高姓病患、楊姓病患同意部分補付，其餘仍不予補付；112年6月28日健保北字第1122832199號函(即112年1月份，下稱112年6月28日函)核定就黃姓病患同意部分補付，其餘仍不予補付；112年7月27日健保北字第1122833754號函(即112年2月份，下稱112年7月27日函)核定就陳姓病患同意部分補付，其餘仍不予補付；及112年8月18日健保北字第1122834166號函(即112年3月份，下稱112年8月18日112年8月18日)核定就陳姓病患同意部分補付，其餘仍不予補付，共計核減原告申復申請點數如附表「申復核減點數」欄所示。

㈢原告仍不服，申請爭議審定，經衛生福利部全民健康保險爭議審議會（下稱爭審會）審議後，再先後以112年10月2日衛部爭字第1123403012號爭議審定書、112年12月4日衛部爭字第1123403887號爭議審定書、113年1月2日衛部爭字第1123404120號爭議審定書及113年1月2日衛部爭字第1123404486號爭議審定書(下合稱爭議審定)駁回，遂提起本件行政訴訟。

三、原告主張：依全民健康保險（下稱健保）之精神，有醫療就應給付，非僅係急重症始治療，所有醫療均有延續性，亦應

維持病人病情穩定，方不致使病情惡化一發不可收拾。原告所收治之15位病患，均是嚴重、多重病症，隨時會惡化之病人，均有必要收治住院以利診療，安養院或護理之家無法解決其病情。今日不醫療明日就有事，來來回回進出大醫院，故慢性病房、慢性醫療照顧有其存在之必要性。被告無視病患之需求，將所有醫療費用全數刪除，一毛不給，很不合理，逼原告把病人趕走，回家等死，不顧健保被保險人死活。所有醫療費用全刪，不利原告運作，人事成本、物料、藥品、水電費用均付諸東流，很不合理等語。並聲明：被告應給付原告醫療費用1,664,667點所結算之金額即新臺幣1,561,033元。

四、被告則以：

㈠原告與被告於111年間訂定系爭合約，約定原告自111年3月1日起至114年2月28日止，提供被保險人醫療服務。依系爭合約第1條約定，原告請求住院診療費用，自應符合健保相關法令之要件始得為之。而保險人即被告與醫事機構間既為行政契約，關於醫療費用是否應予給付，核屬因行政契約而生之履約爭議，故就醫事機構有關醫療費用之核定、複核及爭議審定，均係基於行政契約就醫療費用所為之核算。

㈡被告業依健保法第63條辦理醫療費用申報、暫付、抽查、核付、申復等程序，並依同法第6條，於原告申請審議，經爭審會審議後駁回在案，故原告申報之醫療費用已依法定程序經初核、複核及爭審審議共計3次之審查完成，且均由不同之專業醫師審查（參審查辦法第33條），而於核定時，逐案給予不予核付之理由，其結果應具客觀性。原告對於所為醫療行為是否必要，且為合於系爭合約本旨之債務履行，未能舉證證明被保險人之症狀有為醫療行為之必要性，復未對被告所委請審查醫師之審查意見及爭審會之審定醫師意見，舉證並具體指明有「未遵守法定程序」，「基於錯誤之事實」（如舉證病患陳姓病患之慢性病非如審查意見所言呈現穩定狀態、無急性問題）、「悖離專業判斷應遵守之一般法律原

則」、「夾雜與事件無關之考慮因素」等顯然違法情形，原告既未針對被告及爭審會依法定程序所審查核定結果，舉證被告審查已達錯誤之程度，或明確、具體說明不合理之處，並提出舉證資料，以證明其所為之醫療行為已達健保特約給付要件，自難僅憑原告一己主觀之見解，遽認審查意見錯誤，或不符合醫療常規，其申報之醫療行為已達健保特約給付要件。故被告認定原告所申報系爭各月份之醫療費用不符申請規定而予以核減，於法並無不合等語，資為抗辯。

㈢並聲明：原告之訴駁回。

五、前揭事實概要欄所載之事實，為兩造所不爭執，並有系爭合約(地訴卷第79-91頁)、被告112年2月23日函暨111年12月份全民健保特約醫事服務機構住診醫療服務點數及醫令核減清單(下稱核減清單，地訴卷第93-109、251-252頁)、被告112年3月25日函暨112年1月份核減清單(地訴卷第135-143、253-254頁)、被告112年4月24日函暨112年2月份核減清單(地訴卷第157-166、255-256頁)、被告112年6月7日函暨112年3月份核減清單(地訴卷第183-204、257-258頁)、被告112年5月17日函暨111年12月份全民健保特約醫事服務機構住院醫療費用點數申復清單(下稱申復清單，地訴卷第111-129、259-260頁)、被告112年6月28日函暨112年1月份申復清單(地訴卷第145-152、261-262頁)、被告112年7月27日函暨112年2月份申復清單(地訴卷第167-177、263-264頁)、被告112年8月18日函暨112年3月份申復清單(地訴卷第205-229、265-266頁)、爭議審定(地訴卷第131-133、153-155、179-181、231-233頁)等件在卷可稽，此部分之事實，堪以認定。是本件爭點厥為：㈠被告核減原告申請之醫療服務費用，是否有據？㈡原告請求被告給付如聲明所示金額，有無理由？

六、本院之判斷：

㈠應適用之法令及說明：

1.依兩造簽訂之系爭合約第1條第1項約定：「甲(即被告)乙（

即原告）雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險(以下簡稱本保險)醫療業務。」據此可知，系爭合約將健保相關法令納為合約之一部分，使生契約上效力。又健保法規範之醫療給付，係經由保險人與醫療院所締結醫事服務合約方式，透過保險醫事服務機構對保險對象提供醫療服務，事後由保險人支付醫療費用予保險醫事服務機構之型態為之。是為簡化核付醫療服務費用、避免上開費用浮濫申報所必要，對於醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查等相關事項，依健保法第63條第3項授權訂定之審查辦法第19條規定：「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，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、未依臨床常規逕用非第一線藥物。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。」是以，原告履行系爭合約，自應確實遵守兩造系爭合約及相關法令，始有受領健保給付醫療費用之權利，且兩造關於保險醫療費用之審查、給付自應以上開審查辦法為據

。

2.按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任，民事訴訟法第277條前段定有明文，依行政訴訟法第136條之規定，上開規定為行政訴訟程序所準用。原告依系爭合約，請求被告為醫療服務費用之給付，自應就請求權發生之事實負舉證責任，亦即，原告就其業以保險醫事服務機構地位，完成「合於健保合約本旨」之醫療行為之事實，負舉證責任。又健保制度因屬於社會保險之一環，其制度設計雖從保險之觀點出發，惟健保保險事故，實際上是由被保險人發動，經由保險醫事服務機構診斷認定並先行提供給付，而不待保險人之核定，故對於保險醫事服務機構先行提供醫療及藥品之給付過程，保險人無法於事前掌控其給付是否符合「必要」、「合目的」及「不浪費」之經濟原則，因此在健保制度設計上，即須透過對保險醫事服務機構之監督、及對醫療服務之審查，以健全保險人之財務及營運，並發揮健保制度之效能。易言之，為平衡保險人於健保給付中對被保險人給付之特性，與一般保險給付由保險人先審後發之不同，從而就直接提供健保給付之醫事服務機構，必須經過保險人嚴格縝密之標準審查，否則現實上健保制度無以運作，此乃兩造所訂定系爭合約特別於第1條明定須依照健保法、同法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、審查辦法辦理之緣由。故就「醫療行為確有必要」、「並非無效或過度治療」等給付要件，保險醫事服務機構即應負舉證責任（最高行政法院100年度判字第1265號判決參照）。因此，被告就申報費用之審查，乃在於決定保險醫事服務機構醫療服務是否符合特約而應得對待給付，其標準並非在於評價診療結果是否完美或醫術優劣高下，而在確認其醫療服務於現有資源下是否為充分且必要。

3.又關於全民健保醫療費用之審查程序，係由保險人所遴聘具臨床或相關經驗之醫藥專家審查保險醫事服務機構申報之醫療費用，再由保險人據以核付費用（健保法第63條第1項、

審查辦法第23條第1項參照）。保險醫事服務機構如對審查結果有異議時，得於保險人通知到達日起60日內，列舉理由或備齊相關文件向保險人申復，保險人就申復案件不得交由原審查醫藥專家複審（審查辦法第32條第1項、第33條第1項參照）。保險醫事服務機構對申復結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法（下稱爭議審議辦法）規定，向爭審會申請審議。爭審會於提會議決定前之初審，得指定委員先行初審，作成初審意見後，提會議決之，涉及專業技術或係大量發生者，其初審並得委請相關科別醫師或專家協助（審查辦法第33條第2項、爭議審議辦法第9條參照）。是初核、複核審查醫師及爭審會之委員均有專業性及代表性，並獨立辦理審查業務，被告無法干預其審查業務之進行，且其審查內容具有專業性，被告亦有遵守之義務，而有判斷餘地。故初核、複核審查醫師之專業審查意見及爭審會審定意見，除有「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慮因素」等顯然違法情形外，其專業認定自應受法院之尊重。苟經專業醫師審查足認該醫療費用不應予以支付，並載明其理由且屬有據，保險醫事服務機構即應就其主張有利之事實負舉證責任。

㈡經查，原告請求給付之15位被保險人醫療費用遭核刪部分，茲參酌全民健康保險住院醫療費用醫令清單、原告申復清單、全民健康保險特約醫事服務機構醫療費用爭議審議申請書、被告初審、申復、爭議審議核定，就原告之請求，分別說明如下：

1.陳姓病患（111年12月份核刪70,660點）：

⑴原告主張該病患因腦中風導致右側肢體癱瘓、因糖尿病需規則血糖監測、蜂窩組織炎、貧血、菌血症需藥物治療及復健，均需住院檢查及治療，故無法下轉護理之家，申請點數95,658點。

⑵經被告初審醫師審查，初核意見為0006A(非必要之住院，且其相關診療、檢驗、檢查、用藥等亦非屬必需），認為該病患「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無持續住院兩年之必要」，因而核減95,658點(地訴卷第93頁)。原告以「病人因腦中風導致右側肢體無力癱瘓，因糖尿病需規則血糖監測，所以仍有住院復健治療之必要性」為由提出申復(同上卷第111頁)，經申復醫師補付24,998點，未補付點數70,660點，不補付之理由與初核意見相同(同上卷第112頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「陳○○案，系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等住院相關、檢驗、處置項目，健保署初、複核意見為『0006A ，慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無持續住院兩年之必要」，『血液及體液葡萄糖(09005C)』、『脈動式或耳垂式血氧飽合監視器 - 一天（57018B）』項目不予給付，其餘住院相關項目部分不予給付，依病歷紀錄，病人因general weakness after blood transfusion及persistent cough after pneumonia treatment，於109年11月19日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年11月1日至12月31日)，入院診斷為「UGI bleeding」等，申請理由雖略稱：……，惟依系爭住院期間『病程紀錄』顯示，病人病情穩定，同意健保署意見，健保署原給付項目及數量，已足敷治療所需。」(同上卷第131頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪70,660點，應屬有據。

2.粘黃姓病患（111年12月份核刪76,899點、112年2月份核刪92,555點）：

⑴原告主張該病患因腦中風致右側肢體癱瘓無力、糖尿病前期需規則血糖監測，並復健治療，故必須長期住院治療，不宜下轉護理之家，申請點數111年12月份為96,898點、112年2月份為92,555點。

⑵有關該病患111年12月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為該病患「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無須持續住院兩年之必要」，因而核減96,898點(地訴卷第95-96頁)。原告以「病人因腦中風導致右側肢體無力癱瘓，所以仍有住院復健治療之必要性」為由提出申復（同上卷第113頁)，經申復醫師補付19,999 點，未補付點數76,899點，不予補付之理由與初核意見相同(同上卷第114-115頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭處置項目之必要性;或健保署原給付系爭處置、藥品、住院病床相關、慢性呼吸照護病房項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第132-133頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪76,899點，即屬有據。

⑶有關該病患112年2月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為該病患「病歷上無法看出住院的必要性」，因而核減92,555點(地訴卷第157頁)。原告以「病人因腦中風導致右側肢體無力癱瘓，所以仍有住院復健治療之必要性」為由提出申復(同上卷第167頁)；複核同初核意見，不予補付(同上卷第168頁）。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等項目，依病情記載，同意健保署意見，均不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、藥事服務費項目之必要性。」(同上卷第180頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪92,555點，亦屬有據。

3.鄭姓病患（111年12月份核刪76,240點、112年2月份核刪94,677點）：

⑴原告主張該病患因腦梗塞，右側肢體無力癱瘓、糖尿病、高血壓，均需血糖監測及藥物治療，也需復健治療，又有貧血需檢查及藥物治療，故有長期住院之必要，不宜轉護理之家

，申請點數111年12月份為97,373點、112年2月份為94,677點。

⑵有關該病患111年12月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為該病患「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無須持續住院兩年之必要」，因而核減97,373點(地訴卷第97-98頁)。原告以「病人因腦中風導致右側肢體無力癱瘓，因糖尿病需規則血糖監測，因高血壓需降壓藥物治療，所以仍有住院復健治療之必要性」為由提出申復(同上卷第117頁)，經申復醫師補付21,133點，未補付點數76,240點，不予補付之理由與初核意見相同（同上卷第118頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭處置項目之必要性；或健保署原給付系爭處置、藥品、住院病床相關、慢性呼吸照護病房項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第132-133頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪76,240點，即屬有據。

⑶有關該病患112年2月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為該病患「CVA時間過久，無住院復健之必要性」，因而核減94,677點(地訴卷第159-160頁)。原告以「病人因腦中風導致右側肢體無力癱瘓，因糖尿病需規則血糖監測，因高血壓需降壓藥物治療，所以仍有住院復健治療之必要性」為由提出申復(同上卷第169頁)；複核同初核意見，不予補付(同上卷第170-171頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等項目，依病情記載，同意健保署意見，均不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、藥事服務費項目之必要性。」(同上卷第180頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪94,677點，亦屬有據。

4.高姓病患（111年12月份核刪104,672點）：

⑴原告主張該病患因心臟嚴重二尖瓣閉鎖不全及衰竭、慢性腎臟病需控制水份及利尿劑治療，消化道穿孔手術治療後，需換藥及鼻胃管灌食，故有長期住院之必要，不宜下轉護理之家，申請點數147,706點。

⑵經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為該病患「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，復健可於門診進行，無持續住院之必要」，因而核減147,706點(地訴卷第99-100頁)；原告以「本病人為⑪消化道穿孔術後②失智症③嚴重二尖瓣閉鎖不全併心臟衰竭④慢性腎臟病⑤陳舊性腦中風之多重慢性病患，其因術後傷口持續膿臭分泌物需抗生素治療及規則傷口換藥治療，其因心臟衰竭需嚴格控制水分及利尿劑治療，其因營養不良需鼻胃管餵食予以營養補充，所以仍有住院治療之必要性」為由提出申復(同上卷第119頁)，經申復醫師補付43,034點，未補付點數104,672點，不予補付之理由與初核意見相同(同上卷第120-121頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭處置項目之必要性;或健保署原給付系爭處置、藥品、住院病床相關、慢性呼吸照護病房項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第132-133頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪104,672點，洵屬有據。

5.楊姓病患（111年12月份核刪6,397點）：

⑴原告主張該病患因糖尿病，足部傷口發炎，恐引發敗血症，因傷口巨大未癒，故有繼續住院的必要性，申請點數27,152點。

⑵經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為「病患每日病程紀錄雷同，未附傷口照片，期間多次請假，行動自如，僅因覺得家中無人照料，而以不實理由住院，全均核刪」(地訴卷第101頁)；原告以「本病人傷口不處置恐引發敗血症，病人請假外出星期一、三、五洗腎、高血壓治療」為由(同上卷第123頁)，並附照片，提出申復請求補付核刪費

用，經申復醫師補付20,755點，未補付點數6,397點，不予補付之理由與初核意見相同(同上卷第124頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭處置項目之必要性;或健保署原給付系爭處置、藥品、住院病床相關、慢性呼吸照護病房項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第132-133頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪6,397點，當屬有據。

6.張姓病患（111年12月份核刪18,370點、112年2月份核刪14,696點）：

⑴原告主張該病患因呼吸衰竭，呼吸肌無力、阻塞性肺病、痰多、血氧下降、反覆感染，故得長期住院治療，並使用呼吸器，不宜下轉護理之家，申請點數111年12月份為232,261點、112年2月份為225,818點。

⑵有關該病患111年12月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0001A（診療品質不符專業認定），認為「①RCW病程紀錄應包含呼吸型態評估及呼吸器設定等相關資料。②可再積極嘗試脫離呼吸器。③核減5天。」，因而核減18,370點(地訴卷第104頁)；原告以「病患呼吸器脫離失敗之原因：①weaning profile RSBI> 105。②much sticky sputum production and needed frequent suction。③schizophrenia with poor emotion。④cerebellar atrophy with respiratory muscle wasting。呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中。」為由提出申復(同上卷第125頁)，複核意見為0001A、0114A(此病人所附病歷資料每次記載內容均同、缺乏個別就醫時之具體病況，無法支持其治療之必要性)，認為該病患「主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計畫、處置與追蹤」，而不予補付(同上卷第125頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭項目為『慢性呼吸照護病房論日計

酬：第91天以後(P1012C)』，健保署初、複核意見略為『0001A， RCW病程紀錄應包含呼吸型態評估及呼吸器設定等相關資料、可再積極嘗試脫離呼吸器』、『0114A、條列無法weaning及無法下轉四階原因、規則量測 weaning parameter，主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計劃、處置與追蹤』，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因respiratory care and weaning try，於100年12月23日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年11月1日至12月31日)，入院診斷為『Respiratory failure with MV dependent』等，申請理由雖略稱：『……』，依系爭住院期間病情記載，病人為COPD使用呼吸器患者，惟未針對其COPD急性惡化情形，給予適當藥物治療，致病人無法從呼吸器脫離，健保署原給付系爭項目之數量，已足敷診療所需。」(同上卷第131-132頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪18,370點，要屬有據。

⑶有關該病患112年2月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0113A(不同病人但所附病歷資料均雷同，缺乏個別病人之具體治療內容，無法支持其診斷與治療內容)、0001A、0114A，認為「①BIPAP使用中請加強訓練。②條列無法weaning原因無法下轉，需擬針對性計劃處置與追蹤。④核減4天」，因而核減14,696點(地訴卷第162頁)；原告以「病患呼吸器脫離失敗之原因：①weaning profile RSBI> 105。②much sticky sputum production and needed frequent suction。③schizophrenia with poor emotion。④cerebellar atrophy with respiratory muscle wasting。呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中。」為由提出申復(同上卷第173頁)；複核同初核意見，認為「BIPAP使用應加強脫離訓練」，不予補付(同上卷第173頁)，原告申請爭議審議，爭

議審定理由為：「系爭項目為『慢性呼吸照護病房論日計酬：第91天以後〈P1012C〉』，健保署初、複核意見略為「0001A、0114A、0113A，條列無法weaning原因無法下轉，需擬針對性計劃處置與追蹤」、『BIPAP使用應加強脫離訓練』，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因respiratory care and weaning try，於100年12月23日入住申請人醫院接受診療(系爭住院期間為112年1月1日至2月28日)，入院診斷為『Respiratory failure with MV dependent』等，申請理由雖略稱：『……』，惟依系爭住院期間病情記載，內容雷同，未呈現脫離呼吸器之積極作為，且依病況非不能轉居家照護，同意健保署意見，健保署原給付系爭項目之數量，已足敷治療所『…需。」(同上卷第179頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪14,696點，亦屬有據。

7.謝姓病患（111年12月份核刪14,696點、112年2月份核刪25,718點）：

⑴原告主張該病患因呼吸肌無力、心律不整、缺氧性腦病變，無法脫離呼吸器，需藥物治療，無法轉護理之家，故有長期住院之必要，申請點數111年12月份為230,515點、112年2月份為222,608點。

⑵有關該病患111年12月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0001A，認為「①RCW病程紀錄應包含呼吸型態評估及呼吸器設定等相關資料。②核減4天」，因而核減14,696點(地訴卷第106頁)；原告以「病人呼吸器脫離失敗之原因皆詳細記載於病程記錄中:1)weaning profile RSBI >105。2)much sticky sputum production and needed frequent suction。3)psychiatric disorder。4)respiratory muscle wasting。5)frequent hemoptysis。6)poor digestion。呼吸治療師依據病人呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中」為由提出申復(同上卷第127

頁)，複核意見為0001A、0114A，認為該病患「主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計畫、處置與追蹤」，而不予補付(同上卷第127頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭項目為『慢性呼吸照護病房論日計酬：第91天以後(P1012C)』，健保署初、複核意見略為『0001A，RCW病程紀錄應包含呼吸型態評估及呼吸器設定等相關資料』、『0114A、條列無法weaning及無法下轉四階原因、規則量測weaning parameter，主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計劃、處置與追蹤』，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因longterm ventilator support and weaning try，於101年7月24日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年11月1日至12月31日)，入院診斷為『Respiratory failure with MV dependent』等，申請理由雖略稱：『……』，依系爭住院期間病情記載，病人為慢性呼吸衰竭患者，惟病歷未見積極尋找呼吸衰竭原因之紀錄，健保署原給付系爭項目之數量，已足敷診療所需。」（同上卷第132頁），顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪14,696點，當屬有據。

⑶有關該病患112年2月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，全案核減理由為0001A、0114A，認為：「①條列無法weaning及無法下轉四階原因、②規則量測weaning parameter，主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計劃、處置與追蹤③核減7天」，因而核減25,718點(地訴卷第164頁)；原告以「病人呼吸器脫離失敗之原因皆詳細記載於病程記錄中:1)weaning profile RSBI >105。2)much sticky sputum production and needed frequent suction。3)psychiatric disorder。4)respiratory muscle wasting。5)frequent hemoptysis。6)poor digestion。呼吸治療師依據病人呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中……

確實無法脫離呼吸器而需長期住院治療」為由提出申復(同上卷第175頁)，複核意見不予補付之理由與初核意見相同，認為「應分析無法脫離之原因，提出具體改善之對策」(同上卷第175頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭項目為『慢性呼吸照護病房論日計酬：第91天以後〈P1012C〉』，健保署初、複核意見略為『0001A、0114A，條列無法weaning原因及無法下轉四階原因……病程紀錄缺乏weaning困難針對性計劃處置與追蹤』、『應分析無法脫離之原因，提出具體改善之對策』，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因long term ventilator support and weaning try，於101年7月24日入住申請人醫院接受診療(系爭住院期間為112年1月1日至2月28日)，入院診斷為『Respiratory failure with MVdependent』等，申請理由雖略稱：『……』，惟依系爭住院期間病情記載，內容雷同，未呈現脫離呼吸器之積極作為，且依病況非不能轉居家照護，同意健保署意見，健保署原給付系爭項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第180頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪25,718點，亦屬有據。

8.陳姓病患（111年12月份核刪7,348點、112年2月份核刪29,392點、112年3月份核刪7,348點）：

⑴原告主張該病患因肺炎、氣管阻塞、多痰、呼吸衰竭有缺氧情形及反覆肺炎、呼吸肌無力，阻塞性肺病、血氧下降，無法脫離呼吸器，故有長期住院治療之必要，無法轉到護理之家，申請點數111年12月份為130,448點、112年2月份為111,840點、112年3月份為122,989點。

⑵有關該病患111年12月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0001A，意見為：「①RCW病程紀錄應包含呼吸型態評估及呼吸器設定等相關資料。②核減2天」，因而核減7,348點(地訴卷第109頁)；原告以「病人呼吸器脫離失敗之原因皆詳細記載於病程記錄中:1)weaning

profile RSI >105。2)severe abdominal distension and poor stool passage。3)anemia。4)UTI。呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中…確實無法脫離呼吸器而需長期住院治療」為由提出申復(同上卷第129頁)，複核意見不予補付，理由0001A、0114A，認為「條列無法weaning及無法下轉四階原因、規則量測weaning parameter，主治醫師病程紀錄缺乏weaning困難針對性、計畫、處置與追蹤」(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭處置項目之必要性;或健保署原給付系爭處置、藥品、住院病床相關、慢性呼吸照護病房項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第132-133頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪7,348點，即屬有據。

⑶有關該病患112年2月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0001A、0114A、0207A（不符該類病房適應症規定），意見為：「①無呼吸治療、呼吸器使用紀錄②整件核刪」，因而核減102,872點(地訴卷第166頁)；原告以「呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並記載於『呼吸照護紀錄單』及『呼吸器脫離計畫表』中」為由提出申復(同上卷第177頁)，經申復醫師複核意見為：「呼吸器輔助多為full support 應加強脫離之分析及提出具體改善之對策」，而部分補付73,480點，未補付點數29,392點(同上頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭項目為『慢性呼吸照護病房論日計酬：第91天以後〈P1012C〉』，健保署初、複核意見略為『0001A、0114A、0207A，無呼吸治療、呼吸器使用記錄』、『呼吸器輔助多為full support應加強脫離之分析及提出具體改善之對策』，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因

ventilator support and weaning try，於103年1月3日入住申請人醫院接受診療(系爭住院期間為112年2月1日至2月28日)，入院診斷為『Respiratory failure s/p tracheostomy』等，申請理由雖略稱：『……』，惟依系爭住院期間病情記載，病人生命徵象穩定，呼吸器完全依賴設定不需經常調整，且依病況非不能轉居家照護，健保署原給付系爭項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第180頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪29,392點，自屬有據。

⑷有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0181A（病歷資料缺乏具體內容或過於簡略，未能顯示或判斷施予該項醫令之必要），核減3天，因而核減11,022點(地訴卷第203頁)；原告以「本病人呼吸器脫離失敗之原因皆詳細記載於病程記錄中:1)weaning profile RSI >105。2)severe abdominal distension and poor stool passage。3)anemia。4)UTI。呼吸治療師依據病人呼吸肌肉無力疲乏情形，予以計畫性模式呼吸訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中，所以本病人確實無法脫離呼吸器而須長期住院治療。」為由提出申復(同上卷第229頁)，複核意見同意初核意見，補付1天，核減7,348點(同上頁)。原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、特材、藥事服務費、注射項目之必要性;或為慢性呼吸衰竭、COPD使用呼吸器患者，健保署原給付系爭慢性呼吸照護病房論日計酬項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第232-233頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪7,348點，亦屬有據。

9.許姓病患（112年1月份核刪153,318點、112年3月份核刪146,683點）：

⑴原告主張該病患因腦中風、癱瘓無力、自咳能力差需抽痰，及血氧飽和濃度監測，無法自行進食，需鼻胃管灌食治療、糖尿病血糖不穩，有心冠病、心律不整，有生命跡象不穩的現象，均需藥物治療，故有長期住院之必要，無法下轉護理之家，申請點數112年1月份為153,318點、112年3月份為146,683點。

⑵有關該病患112年1月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「病患中風已經為4年多前，此時神經學缺損已進入穩定期，無住院復健需要。慢性問題可住護理之家或居家照護。」因而核減153,318點(地訴卷第136頁)；原告以「本病患因腦中風導致右側肢體無力癱瘓在床，自咳能力差需抽痰治療及血氧飽和濃度監測，因無法自行進食需鼻胃管灌食治療，因糖尿病導致血糖不穩定需胰島素注射治療」為由提出申復(同上卷第145頁)，複核意見同意初核意見，認為「old CVA（Cerebro vascular accident）為照養之問題，長期住院無積極之意義」，故不予補付(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等住院相關、檢驗、處置、特材、藥品項目，健保署初、複核意見為『0006A，病人中風已經為4年多前，此時神經學缺損已進入穩定期，無住院復健需要。慢性問題可住護理之家或居家照護』、『old CVA為照養之問題，長期住院無積極之意義』，依病歷紀錄，病人因Right limbs weakness needed bed side rehabilitation，於107年4月17日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年12月1日至112年1月31日)，入院診斷為『CVA with right limbs weakness』……等，申請理由雖略稱：……，惟依『Admission Note」記載:『……107/03/21……Brain CT was performed and left large MCA territory infarct was noted』及系爭住院期間『病程紀錄』顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院相關、檢驗、處置、特材、藥品項目之必要性。」(

同上卷第153頁），顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪153,318點，應屬有據。

⑶有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，復健可於門診進行，無持續住院之必要」、「每日紀錄均雷同，開立之醫囑也無特殊變化，病患無急性住院之需要」因而核減146,683點(地訴卷第186頁)；原告以上開112年1月份相同之申復理由提出申復(同上卷第205頁)，複核意見同初核意見，認為「此病人自2022年9月1日起就以此模式住院」，故不予補付(同上卷第205-208頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、特材、藥品、藥事服務費項目，健保署初、複核意見為『0006A，慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，復健可於門診進行，無持續住院之必要。每日紀錄均雷同，開立之醫囑也無特殊變化，病人無急性住院之需要』、『此病人自2022年9月1日起就以此模式住院』，依病歷紀錄，病人因Right limbs weakness needed bed side rehabilitation，於107年4月17日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為112年2月1日至3月31日)，入院診斷為『CVA with right limbs weakness……』等，申請理由雖略稱：……，惟依系爭住院期間『病程紀錄』及病情顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、特材、藥品、藥事服務費項目之必要性。」(同上卷第231頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪146,683點，亦屬有據。

10.黃姓病患（112年1月份核刪60,617點）：

⑴原告主張該病患因心臟衰竭，每日限制飲水量及利尿劑治療

、氣喘頻繁發作，病情未穩需長期住院治療，無法下轉護理之家，申請點數112年1月份為129,526點。

⑵經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「檢視所有病程病歷紀錄，病患並無急性病房住院需要。慢性問題應住護理之家或居家照護」因而核減129,526點(地訴卷第138頁)；原告以「本病人因心臟衰竭須限制每日飲水量及利尿劑治療，因氣喘頻發作須吸入劑治療，因風濕性心臟病二尖瓣置換術後需抗凝血劑調整劑量治療，所以病情不穩定乃有住院治療之必要性」為由提出申復(同上卷第147頁)，複核意見認為「嚴重Anemia（貧血），部分補付10天住院」，故補付68,909點，不予補付60,617點(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)（02008B）』等住院相關項目，健保署初、複核意見為『0006A，檢視所有病程紀錄，病人並無急性病房住院需要。慢性問題應住護理之家或居家照護』、『嚴重Anemia，部分補付10天住院」，部分不予給付，依病歷紀錄，病人因Esophageal ulcer with bleeding及Left foot wound with pus formation，於110年10月27日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年12月1日至112年1月31日)，入院診斷為『Esophageal ulcer with bleeding』等，申請理由雖略稱：……，依系爭住院期間『病程紀錄』顯示，同意健保署意見，健保署原給付一般病床住院相關項目及數量，已足敷治療所需。」(同上卷第153-154頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪60,617點，應屬有據。

11.徐姓病患（112年1月份核刪174,510點、112年3月份核刪182,410點）：

⑴原告主張該病患因呼吸衰竭、高血壓性心臟病，腦梗塞引起癲癇症，因反覆肺炎及泌尿道感染需抗生素治療，所以病情不穩定，故得長期住院治療，無法下轉護理之家，申請點數112年1月份為174,510點、112年3月份為182,410點。

⑵有關該病患112年1月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「檢視所有病程病歷紀錄，病患並無急性病房住院需要。慢性照護問題，應住慢性照護機構」，因而核減174,510點(地訴卷第140頁)；原告以「本病人為1.呼吸衰竭氣切術後2.高血壓性心臟病3.左橋腦梗塞4.癲癇症之多重慢性病，其因呼吸器脫離後血氧過低而需氧氣治療，因反覆肺炎及泌尿道感染需抗生素治療，所以病情不穩定仍有住院治療之必要性」為由提出申復(同上卷第149頁)，複核意見認為「chronic stable（慢性穩定）為照養之個案」，故不予補付(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費（天）（02008B）』等住院相關、檢驗、處置、特材、藥品項目，健保署初、複核意見為『0006A，檢視所有病程紀錄，病人並無急性病房住院需要。慢性照護問題，應住慢性照護機構』、『chronic stable為照養之個案』，依病歷紀錄，病人因After ventilator weaning needed oxygen supply and inhalation therapy，於111年8月3日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年12月1日至112年1月31日)，入院診斷為『respiratory failure s/p tracheostomy』等，申請理由雖略稱：……，惟依系爭住院期間『病程紀錄』顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院相關、檢驗、處置、特材、藥品項目之必要性。」(同上卷第154頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪174,510點，應屬有據。

⑶有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無持續住院之必要」、「每日紀錄均雷同，開立之醫囑也無特殊變化，病患無急性住院之需要」，因而核減182,410點(地訴卷第192頁)；原告以與上開112年1月份相同之申復理由提出申復(同上卷第210 頁)，複核意見與初核意見相同，認為「此病

人已自2022年8月30日就住院至今」，故不予補付(同上卷第215頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)(02008B)』等住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、特材、藥品、藥事服務費、注射項目，健保署初、複核意見為『0006A，慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，無持續住院之必要。每日紀錄均雷同，開立之醫囑也無特殊變化，病人無急性住院之需要』、『此病人自2022年8月30日就住院至今』，依病歷紀錄，病人因After ventilator weaning needed oxygen supply and inhalation therapy，於111年8月3日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為112年2月1日至3月31日)，入院診斷為『respiratory failure s/p tracheostomy』等，申請理由雖略稱：『病人為1.呼吸衰竭氣切術後2.高血壓性心臟病3.左橋腦梗塞4.癲癇症之多重慢性病，其因呼吸器脫離後血氧過低而需氧氣治療，因反覆肺炎及泌尿道感染需抗生素治療…病情不穩定仍有住院治療之必要性……』，惟依系爭住院期間『病程紀錄』及病情顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、特材、藥品、藥事服務費、注射項目之必要性。」(同上卷第232頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪182,410點，亦屬有據。

12.方姓病患（112年1月份核刪106,511點、112年3月份核刪159,610點）：

⑴原告主張該病患因腦中風肢體無力癱瘓、高血壓性心臟病、失智症、 慢性腎臟病、貧血等多重慢性病，因血壓過低，需藥物治療，因血氧過低需氧氣治療，泌尿道感染需抗生素治療、低血鈉需生理食鹽水治療，病情不穩有長期住院的必要性，無法下轉護理之家，申請點數112年1月份為106,511點、112年3月份為159,610點。

⑵有關該病患112年1月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核意見為0006A，認為「已CVA（Cerebro vascular accident）臥床6年，無住院復健需要，慢性問題可住護理之家或居家照護」，因而核減106,511點(地訴卷第143頁)；原告以「本病人為1.腦中風導致肢體無力癱瘓在床2.高血壓性心臟病3.失智症4.慢性腎臟病5.貧血之多重慢性病，其因血氧過低而需氧氣治療(02 nasal cannula 3L/min)，因泌尿道感染需抗生素治療Tazocin(2.25g)1vial iv drip q8h 111/12/30~112/01/06，因低血鈉症需生理食鹽水點滴注射治療，所以病情不穩定有住院治療之必要性」為由提出申復(同上卷第151頁)，複核意見與初核意見相同，認為「復健不宜長期住院，此為照養之個案」，故不予補付(同上卷第152頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費(天)(02008B)』等住院相關、檢驗(查)、處置、特材、藥品項目，健保署初、複核意見為『0006A，已CVA臥床6年，無住院復健需要。慢性問題可住護理之家或居家照護』、『復健不宜長期住院，此為照養之個案』，依病歷紀錄，病人因continuous rehabilitation，於111年12月27日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為111年12月27日至112年1月31日)，入院診斷為『old CVA』等，申請理由雖略稱：……，惟依『Admission Note』記載：『Thepatient was a case of CVA with bed ridden for 6years……』及系爭住院期間『病程紀錄』顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院相關、檢驗(查)、處置、特材、藥品項目之必要性。」(同上卷第154-155頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪106,511點，應屬有據。

⑶有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為：「慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，復健可於門診進行，無持續住院之必要」、「每日紀錄均雷同，開立

之醫囑也無特殊變化，病患無急性住院之需要」，因而核減106,511點(地訴卷第195頁)；原告以「本病人為1.腦中風導致肢體無力癱瘓在床2.高血壓性心臟病3.失智症4.慢性腎臟病5.貧血之多重慢性病，其因血氧過低而需氧氣治療，因營養不良需鼻胃管灌食治療，病情不穩定有住院治療之必要性」為由提出申復(同上卷第195頁)，複核意見與初核意見相同，認為「此病人自2022/12/27起就用此模式住院至今」，故不予補付(同上卷第220頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「系爭項目如申請書所載『一般病床住院診察費（天）（02008B）』等住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、藥品、藥事服務費項目，健保署初、複核意見為『0006A，慢性病穩定狀態，無急性問題，長期照護應轉護理之家或居家照護，復健可於門診進行，無持續住院之必要。每日紀錄均雷同，開立之醫囑也無特殊變化，病人無急性住院之需要」、「此病人自2022年12月27日就用此模式住院至今』，依病歷紀錄，病人因continuous rehabilitation，於111年12月27日入住申請人醫院接受診治(系爭住院期間為112年2月1日至3月31日)，入院診斷為『old CVA』等，申請理由雖略稱：……，惟依系爭住院期間『病程紀錄』及病情顯示，同意健保署意見，不足以支持系爭住院病床相關、管灌飲食、檢驗(查)、處置、藥品、藥事服務費項目之必要性。」(同上卷第232頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪159,610點，當屬有據。

13.江姓病患（112年3月份核刪19,296點）：

⑴原告主張該病患因2.有巨大背部腫瘤20x20x7公分大，病理報告為脂肪瘤，手術時大量出血200cc，為病人安全，故住院手術治療，申請點數19,296點。

⑵有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0006A，意見為「病理報告2.8x2.3x1.2

cm^3之tumor，非20×20cm^2，門診手術即可，無須住院」，因而核減19,296點(地訴卷第197頁)；原告以「本病人右背部巨大腫瘤，病理報告非事實大小，取樣而已，因出血太多，傷口巨大，辦理住院，病理有報告不可刪，附手術紀錄和相片，請補付核減費用」為由提出申復，複核意見與初核意見相同，故不予補付(同上卷第221頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、特材、藥事服務費、注射項目之必要性;或為慢性呼吸衰竭、COPD使用呼吸器患者，健保署原給付系爭慢性呼吸照護病房論日計酬項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第232-233頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪19,296點，洵屬有據。

14.李姓病患（112年3月份核刪11,022點）：

⑴原告主張該病患因呼吸衰竭、氣管阻塞必須使用呼吸器，痰多血氧下降必須長期住院治療，無法下轉護理之家，申請點數224,636點。

⑵有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0181A（病歷資料缺乏具體內容或過於簡略，未能顯示或判斷施予該項醫令之必要），意見為「核減3天」，因而核減11,022點(地訴卷第199頁)；原告以「本病人呼吸器脫離失敗之原因皆詳細記載於病程記錄中：1) weaning profile RSBI >105。2)severe abdominal distension and poor stool passage。3)respiratory muscle wasting。呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏易有缺氧情形，仍予以呼吸氣脫離訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中，所以本病人確實無法脫離呼吸器」為由提出申復(同上卷第225頁)，複核意見同意初核意見，故不予補付(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、特材、藥事服務費

、注射項目之必要性;或為慢性呼吸衰竭、COPD使用呼吸器患者，健保署原給付系爭慢性呼吸照護病房論日計酬項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第232-233頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪11,022點，應屬有據。

15.陳姓病患112年3月份核刪11,022點）：

⑴原告主張該病患因呼吸衰竭需使用呼吸器及長期住院治療、痰多黃稠，有缺氧情形、氣管阻塞，無法下轉護理之家，申請點數224,063點。

⑵有關該病患112年3月份住院診療費用部分：經被告初審醫師審查，初核核減理由0181A，意見為「核減3天」，因而核減11,022點(地訴卷第201頁)；原告以「本病人呼吸器脫離失敗之原因:1)frequent pneumonia & UTI。2)much sticky sputum production andneeded frequent suction。3) respiratory muscle wasting。4)frequent hemoptysis呼吸治療師依據病患呼吸肌肉無力疲乏、痰多黃稠易有缺氧情形，仍予以呼吸氣脫離訓練，並詳細記載於呼吸照護記錄單及呼吸器脫離計畫表中，所以本病人確實無法脫離呼吸器」為由提出申復(同上卷第227頁)，複核意見同意初核意見，故不予補付(同上頁)；原告申請爭議審議，爭議審定理由為：「依病情記載，同意健保署意見，或不足以支持系爭住院病床相關、處置、檢驗、藥品、特材、藥事服務費、注射項目之必要性;或為慢性呼吸衰竭、COPD使用呼吸器患者，健保署原給付系爭慢性呼吸照護病房論日計酬項目之數量，已足敷治療所需。」(同上卷第232-233頁)，顯見被告審查符合醫療專業之一般性標準，故被告就該病患住院診療費用核刪11,022點，即屬有據。

㈢經核前開審查醫師之初核、複核之專業審查意見及爭審會審定意見，咸認依前述15位保險對象之病歷紀錄、住院（期間）病情記載、病情記載、病歷資料等件所示，均不足以支持各該被核刪點數項目之必要性，揆之審查辦法第19條第6款

、第7款、第17款之規定及前揭說明，核無違背法定程序，亦未悖離專業判斷應遵守之一般法律原則，難謂有違法之情形。原告雖於提出申復、申請爭議審議時，就前述15位保險對象執應予補付醫療費用之上揭主張，惟由原告所執之上揭主張及資料，均僅係本件遭核刪點數（醫療費用）之保險對象於系爭各月份之治療及病情記載，而未具體指明被告核減理由如何違反醫療專業判斷而屬錯誤認定，自無從認已盡舉證而可推翻前開專業審查意見及審定意見之認定結果。從而，原告上揭主張，尚非可採，被告認定原告所申報系爭各月份之前述15位保險對象之點數（住院診療費用）不符規定而予部分或全部核刪，洵屬合法有據。

七、綜上所述，原告主張均無可採，其依兩造間系爭合約法律關係，請求被告給付如聲明所示之醫療費用，為無理由，應予駁回。

八、本件判決之基礎已經明確，兩造其餘之攻擊防禦方法及訴訟資料暨其他爭點經本院斟酌後，均與判決結果不生影響，核無一一論述之必要，併予說明。

九、據上論結，本件原告之訴為無理由，依行政訴訟法第98條第1項前段，判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　8　　月　　20　　日

審判長法　官 蘇嫊娟

法　官 鄧德倩

法　官 魏式瑜

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　　115　　年　　8　　月　　20　　日

書記官　林俞文