臺灣基隆地方法院基隆簡易庭民事判決

115年度基保險簡字第2號

原　　告　徐麗秋

000000000000000000

訴訟代理人　蔡旻睿律師

　　郭力齊律師

被　　告　全球人壽保險股份有限公司

000000000000000000

000000000000000000

法定代理人　林文惠

訴訟代理人　陳庭肅

上列當事人間給付保險金事件，本院於民國115年9月9日辯論終結，判決如下：

主　　文

被告應給付原告新臺幣壹拾伍萬肆仟捌佰貳拾元，及自民國一百一十五年四月二日起至清償日止，按週年利率百分之十計算之利息。

訴訟費用由被告負擔。

本判決得假執行；但被告如以新臺幣壹拾伍萬肆仟捌佰貳拾元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：

㈠原告於民國108年12月16日，以自身為要保人暨被保險人，向被告投保「全球人壽失扶好照終身健康保險」（保單號碼：00000000000），並附加投保「全球人壽醫療費用健康保險附約」（下稱系爭附約）。而系爭附約第5條、第7條規定，原告倘經醫生診斷接受門診手術，被告即應於理賠上限即新臺幣（下同）120,000元之範圍以內，以實支實付方式核給原告「醫療費用」保險金；且原告所受術式倘為系爭附約「外科手術名稱及費用表（下稱系爭附表）」之手術項目，被告尚應依系爭附約第8條第1項之規定，採實支實付方

式按其理賠上限（保險金55,000元乘以該術式之給付比率），核給原告「手術費用」保險金；惟原告所受術式倘非系爭附表所列項目，被告仍應依系爭附約第8條第3項規定，與原告協議比照「程度相當之手術項目」，核給原告「手術費用」保險金。

㈡原告嗣於114年1月22日、114年5月29日，經天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院（下稱耕莘醫院）確診罹患「腰椎間盤突出」、「右膝退化性關節炎」，並於114年1月22日、同年4月24日、同年7月29日、同年11月12日，因「腰椎間盤突出」接受「水冷式高頻熱凝療法」手術治療；於114年5月29日、同年12月31日，因「右膝退化性關節炎」接受「水冷式高頻熱凝療法」手術治療。又兩造咸認「脊椎神經根阻斷術（即高頻熱凝療法）」屬於系爭附約神經外科手術項目，被告遂依系爭附約第8條第1項，給付原告114年1月22日、同年4月24日、同年5月29日、同年7月29日治療（共4次）之保險金；然而有關114年11月12日、同年12月31日之治療（共2次；下稱系爭2次治療），被告則藉詞「水冷式高頻熱凝療法治療僅止『醫療處置』，而非醫學上或中央衛生主管機關認定之『外科手術』」，拒絕依約給付原告保險金。因原告接受系爭2次治療，自費金額各77,432元、77,388元（總計：腰椎間盤突出手術自費77,432元＋右膝退化性關節炎手術自費77,388元＝154,820元），復已依約提出申請理賠之所需文件（診斷證明書、手術記錄、病歷證明等），故被告應依系爭附約第8條第1項、第7條規定，於各次理賠上限即手術金79,750元（計算式：保險金55,000元x術式給付率145%＝79,750元）、醫療費120,000元之範圍以內，以實支實付方式核給原告共154,820元（各次理賠上限：手術金79,750元＋醫療費120,000元＝199,750元；2次合計399,500元）。

㈢縱認系爭2次治療並非系爭附表所列項目，然而被告此前既曾以「55%之給付比率」，就原告核給手術費用保險金，故

此一事實應可推認兩造已達成「給付比率55%之協議」，是依系爭附約第8條第3項、第7條規定，被告亦應於各次理賠上限即手術金30,250元（計算式：保險金55,000元×協議給付率55%＝30,250元）、醫療費120,000元之範圍以內，以實支實付方式核給原告共154,820元（各次理賠上限：手術金30,250元＋醫療費120,000元＝150,250元；2次合計300,500元）。

㈣基上，原告依系爭附約第5條、第7條、第8條第1項，或系爭附約第5條、第7條、第8條第3項，請求擇一判命被告給付原告154,820元，並依保險法第34條第2項規定，起訴並聲明：被告應給付原告154,820元，及自起訴狀繕本送達之翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息；願供擔保，請准宣告假執行。

二、被告答辯：

㈠「傳統」高頻熱凝療法固係全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術項目（代碼「83079B」），惟參酌司法實務見解及財團法人金融消費評議中心（下稱系爭評議中心）之評議意見，「水冷式」高頻熱凝療法之工具、材料及療效，均與「傳統」高頻熱凝療法差異甚大，故「水冷式」乃有別於「傳統」高頻熱凝療法之不同治療。因原告接受治療之代碼「83079B2」，並非全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節就高頻熱凝療法所列代碼「83079B」；而一般醫療處置（如清創縫合、門診檢查）同樣可能以手術紀錄單記錄歷程；再加上醫院衛教資訊、系爭評議中心專業醫務顧問意見，以及國外醫療機構與醫學文獻（包含美國Ortho Nebraska Hospital、Augusta Health之醫訊，及骨科權威期刊JBJS），咸認「水冷式」高頻熱凝療法僅止「非手術（non-surgical）」之一般醫療處置，而非醫學上及全民健康保險醫療費用支付標準所認定之「手術」，故本件自難祇因原告手術紀錄與診斷證明書之記載用語（「手術治療」），即肯認「水冷式」高頻熱凝療法

乃「手術」之一種。

㈡保險為共同團體之概念，對於保險契約所生權利糾葛，應立於危險共同團體之利益觀點，不能僅從契約當事人之角度思考，若過於寬認保險事故，將使理賠浮濫而侵害共同團體成員利益，是被保險人接受醫師診療，仍須符合醫療常理，不得違背經驗、論理法則，系爭附約所稱「接受醫師處置治療」，解釋上亦須「其他具有相同專業之醫師，於相同情形通常會診斷採取相同手段或藥物時」，方可認其具有醫療之必要。因高頻熱凝療法之止痛效果，通常應可持續半年至一年以上，故依「全民健康保險醫療費用支付標準」，「高頻熱凝療法」同區域重複治療間隔應以6個月以上為原則，況「水冷式」療效較「傳統」高頻熱凝療法更佳，是其同區域重複治療間隔時間，至少亦應比照上開原則；然而本件兩造所爭執之2次治療，與前次治療間隔僅止3.3至3.5個月，加上原告年僅38歲、2年之間（112年迄114年）自費接受高單價之高頻熱凝療法（含水冷式）多達36次、理賠金額累計高達2,318,201元，凡此俱足引證原告之治療頻率與常情不符。再者，原告病歷僅載「輕微右膝關節間隙狹窄」、主訴「疼痛持續一週」，是自客觀以言，原告退化程度顯未達更嚴重之「第3至4級」，原告亦未舉證其曾接受「藥物、復健治療」或「疼痛指數評估」，故本件兩造所爭執之2次治療，顯然逾越一般醫療常規且非必要。

㈢被告初為秉持「關懷保戶」之立場，就非屬手術之「水冷式高頻熱凝療法」融通給付保險金。然依系爭附約第23條規定，被告本有「個案審核理賠與否」之權利，「過往之理賠事實」不足作為原告正當信賴之基礎，是原告主張被告違反禁反言原則與誠信原則云云，洵無可採。此外，原告先主張系爭2次治療應適用系爭附約「脊椎切斷術」之「145%」給付比率，嗣後又改稱雙方已達成「依55%比率給付」之協議，觀其前、後矛盾之訴訟主張，亦可證兩造間從未達成「依55%比率給付」之協議。

㈣綜上，原告本件主張均理由，並聲明：原告之訴駁回；如受不利之判決，願供擔保，請准免為假執行之宣告。

三、兩造不爭執之事實：（本院卷第361至362頁）

㈠原告於108年12月16日，以自身為要保人暨被保險人，向被告投保「全球人壽失扶好照終身健康保險」（保單號碼：000000000000），並附加投保「全球人壽醫療費用健康保險附約」（此即系爭附約）；保險期間自108年12月16日起，雙方約定保證續約至81歲。

㈡系爭附約「外科手術名稱及費用表（此即系爭附表）」所列200項術式，一概未見「高頻熱凝療法」併列其中。

㈢原告依序於114年1月22日、114年5月29日，經耕莘醫院確診罹患「腰椎間盤突出」、「右膝退化性關節炎」。

㈣原告於114年1月22日、同年4月24日、同年7月29日、同年11月12日，因「腰椎間盤突出」接受「水冷式高頻熱凝療法」治療；於114年5月29日、同年12月31日，因「右膝退化性關節炎」接受「水冷式高頻熱凝療法」治療。

㈤被告已就114年1月22日、同年4月24日、同年5月29日、同年7月29日之治療，給付原告保險金。

㈥原告就114年11月12日、同年12月31日之治療（此即系爭2次治療），提出文件（如診斷證明書、手術記錄、門診病歷等）向被告申請理賠；惟被告則認系爭2次治療並非系爭附約之保險範圍而予拒絕。

四、本院判斷：

㈠醫療行為之定性（理賠前提審查）：

1.「水冷式」高頻熱凝療法與健保手術納入編列之「傳統式」高頻熱凝療法，兩者乃相同性質之治療：

⑴參看相關醫學論述及文獻（見本院卷第505至535頁），「傳統式」高頻熱凝療法（Conventional RFA）係利用高頻交變電流作用於標的神經組織產生熱能（通常為80°C至90°C），藉由熱凝固效應，阻斷痛覺神經的傳導路徑；而「水冷式」高頻熱凝療法（Water-cooled RFA）同樣也是利用高頻電流

產生熱能破壞神經。因「傳統式」抑「水冷式」高頻熱凝療法之術式施作，均是透過射頻產生器（RFGenerator）發出高頻電流導引至目標神經附近，藉由離子激盪摩擦產生能量，阻斷或調節痛覺的神經傳導，僅止「水冷式」所使用的醫療器械，尚於探針內部增加水冷循環系統，使電極尖端溫度降低（約維持在60°C），故「水冷式」於醫療領域並「非」獨立於高頻熱凝療法之外的新術式，而是高頻熱凝療法臨床技術的演進分支。蓋「水冷式」於探針內部增加水冷循環系統，防止周邊組織過早碳化阻礙導熱，目的在擴大高頻電流熱能的傳導範圍（使熱能得以傳遞更遠，或形成體積更大、涵蓋範圍更廣的球狀破壞區），特別適用於構造複雜的大範圍關節（如膝關節或脊椎）所生神經病灶，故「水冷式」僅係「傳統式」高頻熱凝療法在「冷卻散熱技術」上的改良，而「非」獨立於高頻熱凝療法之外的新術式，兩者能量來源（高頻電流）、作用標的（神經組織）與治療目的（透過熱效應阻斷神經）完全一致。依此說明，「高頻熱凝療法」乃醫療領域之上位概念，至於「傳統式」或「水冷式」之臨床技術，則均係「高頻熱凝療法」之術式分支。至被告雖援引他案司法判決，辯稱「水冷式」與「傳統式」兩者之「工具、材料與療效不同」云云；然醫療器材之升級與療效之提升（例如擴大消融範圍），原屬「同項醫療科技進步」之必然結果，今被告硬將「療效更好、技術更進步」之同源分支，曲解為「不同性質之治療行為」，客觀上已屬倒果為因而無可取。

⑵系爭附約乃「商業性之健康保險」，性質有別於「強制性之社會保險」，而全民健康保險（下稱健保）則屬「強制性之社會保險」（全民健康保險法第1條立法目的參看），故此兩者之「法律性質、契約目的、保費計算基礎、對價關係」迥然不同。健保制度肩負國家社會福利與總額預算管控之政策目的，故其醫療服務之「給付項目與支付標準編碼」，往往基於財政考量，滯後於最新臨床醫療科技之發展；「水冷

式」高頻熱凝療法既為傳統療法在「冷卻散熱技術」上的演進改良，縱健保署囿於預算或行政作業等種種原因，未就此「演進分支」給予獨立或對應之健保處置代碼，亦不能推翻「水冷式」之臨床技術在醫學上隸屬於「高頻熱凝療法」之客觀事實，故被告一再攀附健保處置代碼，否定系爭2次治療同屬「高頻熱凝療法」之本質，已然悖離「商業保險的核心價值」而無可取。遑論原告接受治療之代碼既係「83079B2」，則其編碼邏輯已經說明「此乃依附於傳統高頻熱凝療法代碼『83079B』下，所衍生之『次級分支代碼』（即B與B2之關係）」！是若「水冷式」與「傳統式」乃性質完全不同之兩者治療，健保署何能沿用相同字軌而不賦予「全新且獨立」之給付編號？是予兩相勾稽，益可引證「水冷式」高頻熱凝療法無論是在醫學或健保之分類上，均從屬於「高頻熱凝療法」而非他種治療。

⑶系爭評議中心之評議決定發生「拘束力」的前提，首需「消費者接受評議委員會的決定」（金融消費者保護法第13條第2項、第29條第1、2項規定參看），且「經法院核可」而具有與民事確定判決同一效力之評議決定（參看金融消費者保護法第30條），方有拘束「該個案之當事人（亦即該案申請人與金融機構）」之法律效力。今評議決定是否妥適，猶須接受法院之司法審查，則被告「恣意擴張」他案評議決定之「個案效力」，要求本院反其道而行，盲目依循「『水冷式』並非高頻熱凝療法」之評議決定，無異混淆「權責與審查體制」，俱屬荒謬而不可取。況保險法第54條第2項明文規定：「保險契約之解釋，應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人之解釋為原則。」此即保險法所欲貫徹之「有利於被保險人解釋原則」與「擬約者負擔不利益原則」。承前，水冷式技術並未脫離高頻熱凝療法之核心機理，醫療技術隨科技進步而改良其設備、機具，亦係臨床實務之常態；且相較於「傳統式」而言，「水冷式」僅係於探針內部增加水冷循環系統，

使電極尖端維持適當溫度，避免周邊組織過早碳化以擴大熱凝範圍，其利用高頻電流產生熱能、阻斷痛覺神經傳導之「核心機理」、「作用標的」與「治療目的」，均與傳統高頻熱凝療法完全一致，純屬高頻熱凝療法在臨床冷卻散熱技術上之改良與演進，並未改變其醫療本質或增加保險人不可預測之危險。因商業健康保險之契約目的，旨在填補被保險人因疾病接受現代臨床醫療所生之實質費用，若保險契約對術式之認定死板凍結於投保當時之科技水平，強將合理演進之微創或冷凝技術排除於保障之外，勢將導致被保險人長年投保之契約保障，隨科技進步而被「實質空洞化」，如此顯然悖離保險契約之填補損害目的與被保險人之「合理期待原則」。尤其是被告身為具備高度專業精算與擬約能力之保險業者，於擬定系爭附約時，並未明文將「醫療技術之演進或設備改良」，列為除外責任或排除於保險範圍之外，是面對醫療科技進步所衍生之條款涵括疑義，回歸保險法第54條第2項規定以及擬約者負擔不利益之法理，契約條款未臻明確之風險，應由負責擬訂契約之保險業者即被告承擔。被告片面做不利於被保險人之狹義解釋，強將自己擬定條款未盡詳細之風險轉嫁由保戶代其承受，不僅核與保險法第54條第2項之法定原則相悖，尤已悖離商業保險之核心價值，俱欠根據而無可採。

⑷綜上，「高頻熱凝療法」於臨床醫學上之定位，明確包括「水冷式」改良散熱技術之演進分支。被告無視臨床醫療科技之發展，強行攀附契約本質迥然有別之健保代碼，並藉詞不具拘束力之他案評議決定，片面否定系爭2次治療在臨床醫學上之本質，俱欠根據而無可取。因「高頻熱凝療法」乃上位概念，無論選用「傳統式」抑或「水冷式」，均為「高頻熱凝療法」之一種，故下文逕以上位概念之「高頻熱凝療法」，統稱系爭2次治療所使用之「水冷式」技術。

2.高頻熱凝療法（含「水冷式」之演進分支；下同）乃系爭附約第5條所定「手術」：

⑴系爭附約乃實支實付之「醫療」保險，故系爭附約第5條所稱「手術（Surgical Procedure）」，當然亦應回歸醫療上之專業認定。本件系爭2次治療，均經耕莘醫院主治醫師親自診察，安排於特定醫療空間（手術室），透過影像導引進行侵入性之神經阻斷與組織消融，術後亦正式開具「手術記錄」及載明「手術治療」之診斷證明書（參見本院卷第123、135、147至169頁），客觀上並非僅止「進入手術室施作」之形式外觀，尤可見系爭2次治療實質上均已具備「侵入人體」及「透過熱能消融或破壞神經病灶」之手術核心特徵；此等經第一線臨床醫師運用其醫療專業所作之定性與紀錄，無疑乃系爭2次治療均屬「醫療上手術」之最客觀根據。是被告宣稱「一般處置亦可能填寫手術紀錄單」云云，妄圖藉此掩蓋「系爭2次治療均已實質具備手術之核心特徵」，尤屬強詞奪理而無可採。

⑵健保署就「手術（2-2-7）」與「處置（2-2-6）」所為分類，純屬健保內部行政給付與點數核算之管理手段，目的是為兼顧國家社會福利與總額預算管控，而非被告得恃以凌駕「醫學實務定性」之法理依據。尤以系爭附約乃「商業性之健康保險」，性質有別於「強制性之健保」，系爭附約亦乏「被保險人所受術式『必須符合健保2-2-7分類』，方可認乃保險契約所稱『手術』」之明文，是被告一再強將健保行政分類套用於商業保險，妄圖藉由「處置」之用字遣詞，否定「高頻熱凝療法」之侵入性手術本質，已然完全悖離保險契約最大誠信之原則。遑論被告屢執健保分類或部分醫療院所之衛教資訊，強稱「高頻熱凝療法」僅係處置云云，然而，以臨床醫學上極為重大之「心導管冠狀動脈支架置放術」為例，甚至是評議中心早已形成定見之「大腸鏡息肉切除術（Polypectomy）」、「體外震波碎石術（ESWL）」為例，其於健保支付標準中，或被劃歸為「第二節放射線診療」（參見本院卷第545至548頁；健保支付標準第二節所列「經皮冠狀動脈擴張術」，廣義上包含氣球擴張術與導管冠

狀動脈支架置放術），或被劃歸為「第六節治療處置」（參見本院卷第549至550頁），故上開術式均不在健保支付標準「第七節手術」之列。若按被告邏輯，被保險人心肌梗塞接受「心導管置放支架」，或進行「大腸鏡息肉切除術」、「體外震波碎石術」等手術治療後，被告是否亦可強辯「這只是放射線診療或處置，不是手術」而予拒賠？參互以觀，被告濫援健保分類或衛教資訊，宣稱「處置」云云之荒謬，事極顯然。

⑶再者，被告固又屢執國外醫療機構（如美國Ortho Nebraska Hospital）之衛教資訊及骨科期刊（JBJS），強稱文獻記載水冷式高頻熱凝療法為「non-surgical（非手術）」云云。然承前1.⑴所述，高頻熱凝療法係透過「影像導引之探針」進行病灶消融；正因高頻熱凝療法乃捨棄傳統「手術刀切開（Open Surgery）」之醫療方式，故健保將此類微創技術歸類為「處置」，外國文獻則稱其為「non-surgical」，是現代英語醫學文獻所稱「non-surgical」或「minimally invasive（微創）」，實係旨在表彰該療法可以避免「傳統大面積切開皮膚之刀創（Open Surgery）」，強調其傷口小、無須全身麻醉之臨床優勢，而非在法律或醫療本質上否定其「切除或破壞病灶」之手術性質。事實上，現代醫療科技之趨勢，均係朝「以微創取代刀創」之方向發展（如前述心導管、體外震波碎石）。健保將此類微創技術歸類為「處置」，外國文獻則稱其為「non-surgical」，此皆僅因其具有「無須動刀或大面積劃刀」之外觀；然此等技術「深入人體組織、破壞、消融或移除病灶」之侵入性與手術實質，並無二致。故被告所舉醫學文獻，不僅無法否定高頻熱凝療法之手術本質，尤足引證高頻熱凝療法乃「微創、免大面積刀創」之先進手術！且被告一再無視現代醫療科技「以微創取代傳統刀創」之進步趨勢，死扣外觀名詞進行不利於保戶之狹義解釋，藉詞剝奪被保險人選用先進微創手術之理賠權益，尤可見其毫無保險誠信而屬可議。

⑷綜上，「高頻熱凝療法」乃業經臨床醫學實務定性、具備實質侵入性與病灶破壞性之「手術」，系爭附約第5條亦無排除「高頻熱凝療法」之明文（參見本院卷第39至113頁）；故原告經耕莘醫院主治醫師親自診察，安排於特定醫療空間（手術室）施作系爭2次治療，完全吻合系爭附約第5條之保險範圍。被告藉詞健保行政編碼與「欠缺『傳統大面積刀創（Open Surgery）』之non-surgical用語」，企圖免除自己依約給付保險金之義務，不僅欠缺法理依據，尤形同濫用其優勢地位損害保戶之合理信賴，違反保險法揭櫫之最大誠實信用原則，殊非可取。

㈡醫療常規與必要性（免責條款審查）：

1.系爭附約並「無」同區域「重複治療『應間隔多久』」之特約條款（參見本院卷第39至113頁）；且系爭附約第5條規定：「被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害…雖未住院，但『經醫師診斷必須手術治療』時，本公司將就其門診手術當日的醫療費用，按前段約定給付各項保險金。」（本院卷第71頁）此條款已明確賦予實際診治病患之「主治醫師」診斷權限。本件具備神經外科專業資格之主治醫師，綜合評估原告之實際疼痛指數（VAS）、影像學檢查及過往術後反應，給予其「高頻熱凝療法」之診斷，此項決策本身，即係現代「疼痛醫學」在處理脊椎與關節退化病灶時，極為核心且標準之臨床常規。被告並無神經外科或疼痛科之專業資格，更非親自診察治療原告之醫師，卻一再無視臨床現實，全盤否定第一線專科醫師親自問診後所為之醫療決策，所稱「其他具相同專業醫師於相同情形通常會採取之手段」云云，無非欲以其「片面主觀之書審結果」，凌駕取代臨床醫師之專業判斷，不僅欠缺客觀根據，尤屬恣意擅斷而無可採。

2.被告雖辯稱：原告年僅38歲、2年之間（112年迄114年）自費接受高單價之高頻熱凝療法（含水冷式）多達36次、理賠金額累計高達2,318,201元，凡此可證原告治療頻率與常情

不符云云。然原告於2年間頻繁接受高頻熱凝療法之客觀事實，適可引證原告長期受「腰椎間盤突出」與「右膝退化性關節炎」所苦，因此前往同一醫院多次就診並接受治療之過往病史；而此一過往病史，亦足彰顯原告疾患主要在於「長期慢性退化」。至被告刻意擷取病歷所載「輕微右膝關節間隙狹窄」及主訴「疼痛持續一週」等片段文字，妄下「病情輕微」之結論，實屬對臨床醫療之嚴重誤讀。蓋疼痛感受與神經發炎程度，並非單憑影像學之「關節狹窄分級」即可完全量化；前揭主訴「疼痛持續一週」，亦係專指該次「慢性病灶之急性劇烈發作（Acute exacerbation）」，已持續一週達原告「無法忍受」之程度。主治醫師基於原告長期之病史輪廓，判斷常規藥物或復健「無法有效壓制該次急性劇烈疼痛」，乃以高頻熱凝療法為原告緩解其本次之疼痛不適，此一階梯式治療（Stepwise approach）之選擇，完全吻合「其他具相同專業之醫師」，在面對此類病患時，通常會建議病患選擇的標準治療路徑。被告就「長期慢性退化」之病程視若無睹，一味截取單次門診之片語隻字，藉詞全盤否定第一線專科醫師親自問診後所為之醫療決策，企圖疊加契約所無之拒賠門檻，在在嚴重違反契約精神而不可取。

3.高頻熱凝療法之作用機轉，係藉由熱凝固效應暫時阻斷痛覺神經之傳導，並未對神經造成永久性破壞。經燒灼之神經會隨時間修復再生，一旦恢復傳導功能，即須「再次施術」以持續控制疼痛，此即為「管理疼痛」之醫療常規，並為本項術式之臨床常態。因不同病患之神經再生速度、疼痛耐受度與退化程度均有顯著差異，故「止痛療效」之維持時間亦難建立單一化之標準。至被告雖一再偏執健保支付標準，宣稱「同區域重複治療以間隔6個月以上為原則」，故原告治療頻率與常情不符云云。然承前㈠1.⑵所述，健保標準乃「國家財政預算管控」之行政手段，而非判斷臨床醫療必要性之唯一真理；若病患神經再生迅速、疼痛於3個月後復發且嚴重干擾日常生活，主治醫師基於緩解病患痛苦之天職，再次

為病患施以高頻熱凝療法，此一醫療行為完全符合醫學倫理與比例原則。被告一再假借「通案之統計數據」與「健保預算之行政規範」，刻意忽視病患個體神經再生之差異，謬指原告密集施作即缺醫療必要云云，俱與臨床醫學之經驗、論理法則相悖，一無可採。

4.綜上，「醫療必要性」之判斷權，業經兩造以系爭附約第5條「合意交由主治醫師行使」；原告須否接受治療乃至其施術頻率，依約應由「主治醫師」根據客觀指標本於醫學專業而為判斷。今被告罔顧保險分攤危險、填補損害之善意初衷，不斷疊加創造契約所無之「健保6個月間隔」與「必須具備特定保守治療紀錄」等拒賠門檻，藉詞「醫療必要性」給予理賠刁難，已然悖離保險分攤危險、填補損害之善意初衷，並與系爭附約第5條之兩造約定有間，俱非可採。

㈢系爭附約第8條第1項或同條第3項之適用：

1.系爭附約第8條第1項規定：「被保險人因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療或門診手術時，本公司按被保險人住院（含住院前七天及出院後十五天內的門診）或門診手術期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費核付，但以不超過本附約“各項保險金給付限額表”上所載其投保計劃之『每次手術費用保險金限額』乘以『外科手術名稱及費用表』中各項百分率所得之數額為限。」同條第3項規定：「被保險人所接受的手術，若不在附表『外科手術名稱及費用表』所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。」（本院卷第72頁）稽其文義明確可知，系爭附約第8條第1項之適用，乃「原則性條款」，祇須「被保險人所受手術治療合致於系爭附表所列術式」，被告即應無條件適用第8條第1項以及附表所定術式給付率，給付被保險人「手術費用保險金」；惟若「被保險人所受手術治療『非』系爭附表所列術式」，被告仍應退而適用第8條第3項「例外性之補充條

款」，「比照」系爭附表性質與風險程度相當之項目，與被保險人「協議」決定其「手術費用保險金」之給付比率。

2.原告主張「高頻熱凝療法」乃系爭附表列舉「項次184『脊椎切斷術』」，故本件「手術費用保險金」應適用系爭附約第8條第1項之規定云云。然查：

⑴系爭附表項次184「脊椎切斷術」（以下逕稱為「脊椎切斷術」），在醫學英文中所對應之術語，係Rachiotomy或Rachitomy，其字根「rachi」乃「脊椎」，「tomy」則是「切開、切斷」，在臨床神經外科實務中，Rachiotomy（或Rachitomy）代表「椎板切除減壓手術（Laminectomy）」或「脊椎截骨手術（Spinal Osteotomy）」，無論何者均須就病患脊椎進行物理性的硬骨截、切。反觀「高頻熱凝療法（Radiofrequency Thermocoagulation）」的作用原理，則是利用電極針在影像定位下精準穿刺至痛覺神經小關節旁，透過高頻波熱能（約80℃）或脈衝電磁波（約40~42℃），改變神經膜電位差以阻斷痛覺神經的傳導，故其純屬「神經調控或阻斷」之治療方法，過程中「完全不涉及」病患脊椎截、切的侵入性骨骼破壞。是就臨床醫理與手術本質而言，「高頻熱凝療法」與「脊椎切斷術」存在重大之差異，乃截然有別之醫療行為，而非互為涵括之醫學概念（參看本院卷第411至504頁）。

⑵「脊椎切斷術」屬於神經外科或骨科的開放性重大手術，病人通常需要接受全身麻醉，由執刀醫師於後背切開數公分的創口，使用實體手術器械（如骨鑿、骨鋸）進行「實體椎骨切除」，故其勢必伴隨身體組織與脊椎力學結構「不可逆的物理性破壞」。然而「高頻熱凝療法」則係侵入性極低的微創介入性疼痛治療方法，病人僅需局部麻醉，手術創口僅有針孔大小，執刀醫師並未就病患脊椎硬骨實施任何切割與剝離，痛覺神經亦會因應時間經過而修復、再生，故其屬「可逆性的微創神經阻斷」療法。是就手術侵害性與結構破壞而言，「高頻熱凝療法」與「脊椎切斷術」兩者亦有天壤之

別。（同上卷頁）

⑶系爭附約乃商業保險，故其費率與理賠金額之釐定，必須與「精算公平」、「對價衡平」之原則相符。因系爭附約就「脊椎切斷術」之給付率，定為「145%」（本院卷第79頁），回歸「精算公平」與「對價衡平」原則，其精算基礎不可能源自於「僅需局部麻醉、於門診手術即可完成」之高頻熱凝療法，而應係來自於脊柱開裂或椎板切除等重大手術所伴隨之「高技術難度、高麻醉風險、需長時間住院、自費與處置成本極高」之考量。囿於系爭附表不僅未見「高頻熱凝療法」併列其中（參見本院卷第78至79頁），「脊椎切斷術」之契約用語，亦不存在「使人誤認（誤其包括高頻熱凝療法）之客觀可能」，是於此情形下，若仍無視臨床醫理、手術本質、侵害性與結構破壞之程度，強將「高頻熱凝療法」劃入「脊椎切斷術」之保險範圍，任令被告以顯不相當之給付率（145%），就系爭2次治療核給手術費用保險金，不僅嚴重破壞「商業保險契約的對價平衡」，就「不曾針對高頻熱凝療法精算並收取保費」之被告而言，亦欠公允而非可取。

⑷綜上，高頻熱凝療法與系爭附表列舉「項次184『脊椎切斷術』」完全不同，且系爭附表所列200項術式，一概未見「高頻熱凝療法」併列其中，故原告主張本件「手術費用保險金」應適用系爭附約第8條第1項之規定云云，違反兩造間之契約約定，為無理由。

3.原告退而主張系爭2次治療縱非系爭附表所列術式，基於被告過往4次理賠之事實，兩造亦已依系爭附約第8條第3項規定，達成「按55%比率給付」之協議。而被告則執前詞悉予否認。經查：

⑴系爭附約第8條第3項明定，若被保險人所受術式非屬附表項目，保險人應與被保險人「協議比照程度相當之手術項目」核給保險金；系爭附表亦已明文備註「如手術項目未包括於上表時，本公司將依該項手術之難易程度及實際所支付之費

用，參照上表之內容，斟酌核給手術保險金」（本院卷第79頁）；再加上兩造過往核賠紀錄，被告均係按「55%之給付比率」，定「高頻熱凝療法」之給付上限（參看本院卷第125至129頁、第137至139頁），故原告本此契約履行先例，主張兩造已就「非表定」之高頻熱凝療法達成給付協議，客觀上原有根據。

⑵被告雖稱原告本係主張系爭2次治療，應適用脊椎切斷術之145%比率，此情可證「雙方從未達成55%之協議」云云，然民事訴訟本即允許當事人為「預備合併」或「選擇合併」之主張。原告此前主觀認定系爭2次治療等同於系爭附表所列「脊椎切斷術」（145%），乃本此提出系爭附約第8條第1項之法律主張，迨本院發函曉諭闡明，原告遂退而表示「若認系爭2次治療均非系爭附表所列術式」，本件亦應尊重客觀履約事實，進而提出系爭附約第8條第3項之退步主張；此種訴訟策略上之層次遞進，乃民事訴訟之運作常態，被告企圖以原告「先前主張」推翻兩造過往履約之「協議事實」，顯屬混淆訴訟法理之詭辯，殊無可取。

⑶被告固諉稱「其此前按『55%之給付比率』定其給付上限之過往事實」，純屬被告關懷保戶之「融通給付」云云；惟「融通給付」一詞，僅係被告（保險公司）內部片面之行政說詞，系爭附約並無此等賦予被告「隨時可任意反悔」之權利。被告針對相同被保險人、相同病灶、相同之高頻熱凝療法，連續4次均以55%之特定比率精算並給付，早已在被保險人心中建立堅實之「正當信賴基礎」。若容許保險公司在長期建立理賠標準後，於面臨後續理賠時，片面以「之前都是通融、現在開始不賠」為由任意推翻過往之給付標準，不僅嚴重違反民法第148條之誠實信用原則，更悖於英美保險法理確立之「禁反言原則（Estoppel）」。

⑷被告身為「受金融監督管理委員會高度監管」之保險機構，其內部具備嚴格之理賠審核標準、醫療顧問審查機制（核保核賠準則）與稽核制度，故被告「過去4次均按55%比率核撥

保險金」之往例，必然曾經理賠部門與專業醫師反覆覈實，確認其「吻合理賠要件」及其「賠率（55%）相當」。遑論所謂「融通給付」或「關懷金」核撥，為免牽動保險契約之核心條款，保險實務多以「定額（如單筆數千元）」之慰問金形式發放，然本件被告核撥保險金之過往事例，均非單純以定額之形式給付，而係「按給付比率55%」進行精算後核撥，此一「精算特定比率」之客觀行為，已然足可精準對應「系爭附約第8條第3項『協議比照程度相當之手術項目核算』」之規範意旨，故被告顯然是在履行契約義務，而非僅止單方施惠，雙方就「55%比率」達成默示協議之事實，不容被告飾詞推諉。

⑸況誠如被告自認「保險為共同團體之概念，應立於危險共同體之利益觀點，若過於寬認保險事故，將使理賠浮濫而侵害成員利益」（本院卷第320至321頁）；承此保險法理，被告對危險共同體之資金，負有極為高度之善良管理人注意義務，是無論法律抑制度層面，被告「絕無可能，亦無此權限」濫發資金。而被告既不可能濫發資金侵害危險共同體之利益，則其過去4次動用資金理賠之唯一合法解釋，即係被告當時經由理賠部門與專業醫師反覆覈實，已然肯認本件高頻熱凝療法「乃具備醫療必要性之手術」，並且承認該術式「適用55%之協議比率」。

⑹綜上，被告於本件訴訟，一方面高舉「危險共同體」之大旗，抗辯保險理賠不應過於浮濫，以免侵害全體保戶之共同利益；然而另一方面，被告又將「自己過去連續4次均按55%特定比例精算核發保險金」之客觀履約事實，輕描淡寫為「關懷保戶之單方融通給付」。而其「融通給付」之說詞，不僅在邏輯上自相矛盾，更足以反證其攀扯「危險共同體」拒絕給付，純屬毫無誠信之臨訟推諉；本件兩造既已於過往履約之過程，確立高頻熱凝療法「適用55%之協議比率」，雖系爭2次治療並非系爭附表所列術式，然原告本此默示協議，援系爭附約第8條第3項規定請求給付，仍屬適法有據。

㈣具體理賠金額之認定：

1.承前所述，系爭2次治療乃系爭附約第5條所稱「手術」，符合醫療常規且有必要；惟高頻熱凝療法並非系爭附表所列術式，兩造間亦有高頻熱凝療法「適用55%之協議比率」之默示協議，故依系爭附約第8條第3項規定，被告應於各次理賠上限即手術金30,250元（計算式：保險金55,000元×協議給付率55%＝30,250元）之範圍以內，以實支實付方式核給原告手術費用保險金。又系爭附約第7條規定：「被保險人因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療或門診手術時，本公司按被保險人住院（含住院前七天及出院後十五天內的門診）或門診手術期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用核付。但其每次住院最高給付金額不得超過本附約“各項保險金給付限額表”上所載其投保計劃之『住院醫療費用保險金限額』。一、醫師指示用藥及處方藥。二、血液。三、掛號費及證明文件。四、來往醫院之救護車費。五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」（本院卷第71至72頁）是原告有關「醫師指示用藥及處方藥」、「血液」、「掛號費及證明文件」、「來往醫院之救護車費」以及「超過全民健康保險給付之住院（門診手術當日）醫療費用」之自費耗材與相關雜費，祇要其總額未逾120,000元之理賠上限，被告即應以實支實付方式核給原告醫療費用保險金。

2.原告提出114年11月12日醫療收據（本院卷第143頁），其中所列項次「22手術費」10,720元，未逾每次手術費之保險金上限（30,250元），故被告應依系爭附約第8條第3項規定，覈實全額核給10,720元。至於項次「01掛號費」150元、「04西藥費」687元、「06材料費」65,366元（高頻電極導針材料費）、「08處置費」50元、「32證明書費」290元、「49部份負擔」80元、「50其他」25元、「59藥事服務費」64元，均係「門診手術當日之醫療雜費」，其金額加總係66,712元，亦未逾120,000元之理賠上限，故被告應依系爭附約

第7條規定，覈實全額核給66,712元。是原告於114年11月12日門診接受高頻熱凝療法，可向被告請求保險金共77,432元（計算式：10,720元＋66,712元＝77,432元）。

3.原告提出114年12月31日醫療收據（本院卷第145頁），其中所列項次「22手術費」10,720元，未逾每次手術費之保險金上限（30,250元），故被告應依系爭附約第8條第3項規定，覈實全額核給10,720元。至於項次「01掛號費」150元、「04西藥費」687元、「06材料費」65,366元（高頻電極導針材料費）、「08處置費」50元、「32證明書費」270元、「37藥品加收部」40元、「49部份負擔」80元、「50其他」25元，均係「門診手術當日之醫療雜費」，其金額加總係66,668元，亦未逾120,000元之理賠上限，故被告應依系爭附約第7條規定，覈實全額核給66,668元。是原告於114年12月31日門診接受高頻熱凝療法，可向被告請求保險金共77,388元（計算式：10,720元＋66,668元＝77,388元）。

4.被告雖抗辯「證明書費（證書費）每次核給上限係200元」，然系爭附約一概未見「200元分項限額之註記」（參見本院卷第39至113頁），系爭附約第7條第3款尤明確將「掛號費及證明文件」列為醫療費用保險金概括理賠之項目（本院卷第71頁），再對照「各項保險金給付限額表」，計劃五有關「住院醫療費用保險金（雜費）」僅載每次限額為120,000元（本院卷第42、77頁），是其通篇條款均無「證明文件（或證明書費）每次限額200元或超出200元部分不給付」之特約限制，故被告尚不能以未載明於系爭附約之「審查內規」，對抗原告並免除其應履行之給付義務。況承前所述，保險契約若有疑義，應作「有利於被保險人」之解釋；本件原告申請理賠，依約必須檢附醫院之診斷證明書（此為契約履行之必要行為），而此書面則係附約第7條所稱「證明文件」，故被告理應本於實支實付之最大誠信原則，於醫療雜費總額未逾120,000元理賠上限之前提下，覈實全額給付290元、270元之各次證書費。

5.綜上，原告因系爭2次治療所生自費開銷共154,820元，均未逾越系爭附約計劃五之保障範圍，不容被告推諉、拒賠或恣意扣減證書貲費。

五、從而，原告依兩造間之系爭附約第5條、第7條、第8條第3款規定，請求被告給付154,820元，及自起訴狀繕本送達翌日即115年4月2日起至清償日止，依保險法第34條第2項按週年利率10%計算之利息，均有理由，應予准許。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法，於本判決結果不生影響，爰不一一論述。至於被告聲請本院函調病歷送請鑑定，藉以釐清「系爭2次治療應『非』手術且『不符醫療常規』」之部分（本院卷第327至329頁），均無助於被告之立證（詳如前揭四㈠㈡所述，於茲不贅），乃不必要調查之證據，不應准許，應予駁回。

七、訴訟費用由敗訴之被告負擔。

八、本件係因訴訟標的金額未逾500,000元，適用簡易程序所為被告敗訴之判決，依民事訴訟法第389條第1項第3款，應依職權宣告假執行，併酌情宣告被告預供相當之擔保金額後，得免為假執行。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　9　　月　　16　　日

基隆簡易庭法　官　王慧惠

以上正本係照原本作成。

對於本件判決如有不服，應於收受送達後20日內向本院提出上訴書狀，上訴於本院合議庭，並按他造當事人之人數附具繕本。如委任律師提起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　9　　月　　16　　日

書記官　陳維仁