

臺灣臺南地方法院民事判決

113年度保險字第9號

原告 林根勝

訴訟代理人 吳政航律師

被告 宏泰人壽保險股份有限公司

法定代理人 李啓賢

訴訟代理人 吳彥明

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國115年3月4日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣伍拾壹萬柒仟捌佰貳拾玖元，及自民國112年8月8日起至清償日止，按週年利率百分之10計算之利息。

原告其餘之訴駁回。

訴訟費用由被告負擔。

本判決原告勝訴部分，於原告以以新臺幣壹拾柒萬貳仟元為被告供擔保後，得假執行；但被告如以新臺幣伍拾壹萬柒仟元為原告預供擔保後，得免為假執行。

原告其餘假執行之聲請駁回。

事實及理由

一、原告主張：

（一）原告於民國108年5月15日以自己為被保險人兼要保人，與被告訂立保單號碼：0000000000之宏泰人壽新樂活一生失能照護終身保險（以下簡稱系爭主約）及宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約計畫1（以下簡稱系爭附約，與系爭主約合併簡稱系爭保險契約），保險期間自108年5月15日起至179年5月15日止。原告因工作因素需時常搬重物，長期下來因而罹患多處退化性關節炎併發多處慢性神經炎（包含雙側第7頸椎、雙側第1-4胸椎、右側第4-7胸椎、雙側第9胸椎至第1腰椎、雙側第3-5腰椎及第1薦椎，併發雙側肩胛上神經炎、雙側腋神經炎、雙側胸外側神經炎，及右

側肩部盂肱關節炎，以下簡稱系爭疾病），原告因系爭疾病反覆疼痛發作而至奇美醫療財團法人奇美醫院（以下簡稱奇美醫院）神經外科洪翊傑醫師診治，由洪醫師安排入院施行手術緩解症狀及做神經炎及關節炎之修復療，原告曾於111年2月13日、111年3月6日、111年5月7日、111年6月18日、111年8月13日、111年9月17日、111年11月19日、112年1月14日住院接受手術治療，並於出院後依據系爭保險契約申請醫療保險理賠，總計共8次全數理賠成功。惟自112年2月起至今，原告因系爭疾病入院接受手術治療之醫療費用，被告卻以各種理由拒絕理賠。

（二）原告既已提供醫師診斷證明書證明其診治醫師認有住院之必要性，且原告業已辦理住院手續並確實在醫院接受診療，均符合系爭保險契約住院之要件，被告既爭執原告不符約定具備「住院必要性」，應由被告就原告不具備「住院必要性」之事實，負舉證責任。原告自112年2月12日至112年6月13日計有5次因系爭疾病住院接受治療後出院向被告理賠遭拒，爰請求被告給付①112年2月12日至112年2月14日醫療費用100,296元、②112年3月5日至112年3月7日醫療費用103,465元、③112年3月23日至112年3月24日醫療費用98,930元、④112年4月27日至112年4月29日醫療費用76,411元、⑤112年6月11日至112年6月13日醫療費用138,727元，共計517,829元，並依保險法第34條規定自112年3月17日起請求遲延利息。

（三）對被告抗辯之陳述：

1. 健保醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉手術（以下簡稱2-2-7手術）第十項神經外科手術項目應有包含「高頻熱凝手術」，其健保代碼為83079B；另「自體血小板增生治療」為針劑注射內容非手術名稱，本為自費支付項目。原告所接受之手術為健保列舉之手術，且僅能由醫院申請後安排住院治療，不能僅以非符合健保支付規定而逕行認定無住院必要性，且系爭保險契約第2條「住

院」之定義亦未排除不符合健保支付規定之住院。如須針對保險契約條文擴張解釋應以利於被保險人之解釋為原則，保險法第54條第2項定有明文。

2.原告上開5次住院治療，在手術前準備過程均有注射Heparin 5ml及Tramadol 1ml，然Heparin會有出血風險，殊難想像僅由門診施作而未監控病人是否有臟器出血或顱內出血之風險；Tramadol會有呼吸抑制風險，且會影響病人反應力不適合駕車，如僅由門診注射而未作後續監控，病人可能會停止呼吸死亡，且任由病人離去，易發生車禍事故。而原告因注射藥品風險較大，必須住院先安排一系列檢查，包含血液學檢驗、生人肝腎功能檢驗、凝血功能檢驗、12導極心電圖檢查及胸腔X光攝影檢查，務必確保檢驗及檢查之即時性，且數值均需為正常，始能接受上述藥物之注射及後續手術進行，若原告未住院實不可能完成上開術前檢查流程。

3.原告歷次住院之疼痛部位均不同，治療部位及方法亦不相同，被告未將原告所附理賠申請資料仔細審查，將其混為一談並評論其主治醫師治療效果不彰，以此達到拒賠目的。

4.原告在要保書上均有盡其告知義務，要保書上原告已寫明已先投保其他間保險公司實支實付醫療保險，並無任何隱瞞，且被告當時亦以可「副本收據理賠」當作宣傳手段，吸引眾多消費者向被告購買此保險商品。被告先以同意副本收據理賠作為行銷手段，後以批評原告向其他保險公司申請為權利濫用，被告不僅嚴重權利濫用，更是詐欺消費者。

5.依系爭附約第4條約定，理賠範圍應包含疾病治療、傷害治療及手術治療，並非僅限「手術治療」，被告以原告不符合手術理賠資格為由，逕行拒絕原告所有醫療理賠，顯屬限縮理賠範圍，違背契約約定。又系爭附約第11條約定保險金之給付範圍應包含屬全民健康保險給付範圍之部分

負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費及手術相關醫療費用；然被告卻將該條款限縮解釋為：(1)必須為2-2-7手術、(2)必須事先向健保署申請審核並通過、(3)必須屬健保手術給付範圍，顯然違背保險法第54條所定解釋原則，亦悖離立法保護被保險人之目的。

(四) 聲明：

1. 被告應給付原告517,829元，及自112年3月17日起至清償日止，按年利率百分之十計算之利息。
2. 願供擔保，請准宣告假執行。
3. 訴訟費用由被告負擔。

二、被告抗辯：

- (一) 依系爭保險契約第2條第9款約定，被保險人應於系爭附約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷確定必須住院，且經住院治療者，被告依約始負給付保險金之義務。再參臺灣高等法院臺南分院101年度保險上易字第7號判決意旨，系爭保險契約條款關於住院之定義，應以具有相同專業醫師於相同情形判斷而定，非僅依原告求診醫院之診斷證明書即得認定原告確有住院必要性。原告歷次住院，主要係為進行高頻熱凝手術及自體血小板增生治療，然高頻熱凝手術係以局部麻醉方式進行，治療時間約30分鐘至1小時，並無住院之必要，且原告於奇美醫院住院進行高頻熱凝手術之前，亦曾於111年2月14日、111年3月8日至吳芳竣診所進行腰椎高頻熱凝療法門診手術，顯見高頻熱凝手術可以門診為之。又原告接受之自體血小板增生治療，係抽取患者之自體血液經離心處理後，抽取上層富含生長因子的高濃度血小板血漿，再由醫師注射進患者治療的關節內，亦以門診進行即可，而無住院治療之必要。且觀之原告之出院病摘及護理紀錄，原告皆於手術前一日住院，然至進行手術前，原告除休養外，並無進行其他任何積極之治療，手術後亦同，更可於112年3月24日手術當日即辦理出院，益見無住院治療之必要。另財團法人金融消費評

01 議中心就類似爭議，曾諮詢專業醫療顧問，依前揭顧問之
02 意見，可證原告並無住院之必要。

03 (二) 依系爭附約第2條第11款、第11條約定，原告於①112年2
04 月12日至112年2月14日、②112年3月5日至112年3月7日、
05 ③112年3月23日至112年3月24日住院所進行之手術（以下
06 簡稱系爭手術），其醫療費用收據上，並未有健保給付手
07 術費之項目（112年4月27日至112年4月29日、112年6月11
08 日至112年6月13日進行之手術即有相關記載，此部分已給
09 付門診手術保險金2,400元、3,600元），顯見原告所進行
10 之上開手術，非屬全民健康保險醫療費用支付標準第二部
11 第二章第七節所列舉之手術（即2-2-7手術）。依上開條
12 款文義，系爭附約手術保險金部分所欲承保之危險，係被
13 保險人進行2-2-7手術時，全民健康保險規定保險對象應
14 自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費及手術相
15 關醫療費用，此部分之損失由系爭附約負擔，而由系爭附
16 約給付「手術費用保險金」，然原告進行系爭手術時，並
17 未經全民健康保險支付任何費用，其手術自不屬2-2-7手
18 術，而不在系爭附約承保範圍。且系爭手術係為緩解疼
19 痛，止痛效果應可維持3個月至半年，然原告以約每月1次
20 之頻率至奇美醫院進行系爭手術，即表示該治療並無效
21 果，而應改變其他治療方式。

22 (三) Heparin藥品常見用於血液透析（即洗腎）病患，用以避
23 免管線塞住，在門診十分常見，且Heparin半衰期很短
24 （約2至4小時），很快就代謝掉，故無住院之必要；Trama
25 dol藥品係用來舒緩輕微至稍嚴重的疼痛，門診多為口
26 服，急診亦有以注射方式使用，惟多為留觀即可，並無住
27 院之必要。原告主張Tramadol藥品有呼吸抑制風險，通常
28 為與酒精或其他麻醉與鎮靜藥物併用造成，機率級別為罕
29 見，亦即千分之一至萬分之一。且原告於112年3月23日至
30 112年3月24日住院時，依護理紀錄之記載，其於112年3月
31 24日早上9時施打Heparin、9時25分施打Limadlo，並於9

01 時40分送開刀房，採全身麻醉方式進行手術，並於11時20
02 分自恢復室返回、12時40分即出院離開病房，可證原告於
03 施打Heparin或Limadlo並無住院之必要。

04 (四) 原告前曾於吳芳竣診所進行系爭手術，二次僅需18,050
05 元，且無住院之必要。然原告捨棄上述治療方式，反以約
06 每月一次之頻率，至奇美醫院進行系爭手術，而原告所施
07 行之高頻熱凝療法，依榮總鑑定報告及被告提出多項證據
08 所示，依醫療常規應屬門診即可安全完成之處置，然原告
09 卻以住院方式進行，且原告除投保系爭附約外，另向全球
10 人壽、遠雄人壽投保與系爭附約相似之實支實付醫療保
11 險，其所產生之住院日額、手術費用、住院雜費等，將可
12 同時向多家保險公司申請理賠，進而產生「獲利」之空
13 間，難謂其無濫用醫療資源以謀取高額保險金之意圖及權
14 利濫用。

15 (五) 系爭附約條款已明確約定所謂「手術」，係指2-2-7手
16 術，而所謂「必須事先向健保署申請審核並通過」係保署
17 針對83079B高頻熱凝療法之規定，如未事先申請審核並通
18 過，自非2-2-7手術。系爭附約已明確約定所承保手術範
19 圍，並無契約解釋疑義之問題，故無保險法第54條第2項
20 之適用。

21 (六) 聲明：

22 1.原告之訴駁回。

23 2.訴訟費用由原告負擔。

24 3.如受不利判決，願供擔保請准宣告免為假執行。

25 三、得心證之理由：

26 (一) 原告主張其於108年5月15日以自己為要保人、被保險人，
27 向被告投保宏泰人壽新樂活一生失能照護終身保險（即系
28 爭主約）及宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約計畫1（即
29 系爭附約），保險期間自108年5月15日起至179年5月15日
30 止，嗣原告因罹患多處退化性關節炎併發多處慢性神經炎
31 （包含雙側第7頸椎、雙側第1-4胸椎、右側第4-7胸椎、

01 雙側第9胸椎至第1腰椎、雙側第3-5腰椎及第1薦椎，併發
02 雙側肩胛上神經炎、雙側腋神經炎、雙側胸外側神經炎，
03 及右側肩部盂肱關節炎，即系爭疾病）於奇美醫院住院治
04 療；其後原告就住院醫療費用517,829元【含①112年2月1
05 2日至112年2月14日住院醫療費用100,296元、②112年3月
06 5日至112年3月7日住院醫療費用103,465元、③112年3月2
07 3日至112年3月24日住院醫療費用98,930元、④112年4月2
08 7日至112年4月29日住院醫療費用76,411元、⑤112年6月1
09 1日至112年6月13日住院醫療費用138,727元】向被告申請
10 理賠，而被告以無住院之必要拒絕理賠等情，業據提出系
11 爭保險契約、診斷證明書、醫療費用收據、被告拒賠通知
12 書為憑，且為被告所不爭執，堪信原告此部分主張為真
13 實。

14 （二）原告復主張依系爭附約第11條約定，被告應給付原告①11
15 2年2月12日至112年2月14日住院醫療費用100,296元、②1
16 12年3月5日至112年3月7日住院醫療費用103,465元、③11
17 2年3月23日至112年3月24日住院醫療費用98,930元、④11
18 2年4月27日至112年4月29日住院醫療費用76,411元、⑤11
19 2年6月11日至112年6月13日住院醫療費用138,727元，共
20 計517,829元乙節；為被告所否認，並以前揭情詞置辯。
21 經查：

22 1.系爭附約第2條第9項記載：「住院」係指被保險人因疾病
23 或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院治療時，經正式辦理
24 住院手續並確實在醫院接受治療者（見本院卷第127
25 頁）。可見依前開保險契約條款之約定，被保險人於該等
26 保險契約有效期間所生疾病，經醫師診斷必須入住醫院治
27 療，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受治療，即合
28 於「住院」約定，得請求契約所定保險金。故被保險人是
29 否具住院必要性，係以「醫師」診斷結果為據。

30 2.關於原告因系爭疾病住院治療之必要性，經本院檢附原告
31 於上開住院時間在奇美醫院之診斷證明書及病歷資料送高

雄榮民總醫院鑑定，而依高雄榮民總醫院114年5月20日以高總管字第1141009263號函檢附之鑑定意見書【「(一)醫界並無所謂住院的適應症之標準，是否必須住院需尊重主治醫師之醫療裁量權。(二)依114年常態進行高頻冷凝治療及自體血小板注射常態為門診手術，需自費住院。但112年間規定為何並不清楚，實際情形應尊重主治醫師臨床裁量權。(三)(四)是否有必要或是否可於一次住院中進行須尊重主治醫師臨床裁量。(五)(六)目前常態進行該治療為門診手術，不須住院。但該個案是否需住院觀察須尊重醫師的臨床裁量權。」】的鑑定意見（見本院卷第355-356頁），顯見鑑定意見認是否具住院必要性，應以主治醫師之臨床判斷為據。被告雖抗辯系爭手術可以門診取代，因此並無住院之必要性云云，然住院必要性之認定，是以「醫師」之診斷結果為據，業已說明如前，本件原告之主治醫師已認定原告有住院之必要，並安排原告住院，原告也確實住院治療等情，業已認定如前，亦有前開鑑定報告在卷可佐。是被告抗辯前揭期間無住院必要云云，尚無足採。

3. 綜上，原告主張因系爭疾病於①112年2月12日至112年2月14日、②112年3月5日至112年3月7日、③112年3月23日至112年3月24日、④112年4月27日至112年4月29日、⑤112年6月11日至112年6月13日有住院接受治療之必要性，堪予採信。

4. 從而，原告系爭保險契約之法律關係，請求被告給付517,829元【含①112年2月12日至112年2月14日住院醫療費用100,296元、②112年3月5日至112年3月7日住院醫療費用103,465元、③112年3月23日至112年3月24日住院醫療費用98,930元、④112年4月27日至112年4月29日住院醫療費用76,411元、⑤112年6月11日至112年6月13日住院醫療費用138,727元】之住院醫療費用，核屬有據。

四、綜上所述，原告依系爭保險契約之法律關係，請求被告給付517,829元，及自被告拒絕給付之112年8月8日起至清償日

01 止，按週年利率百分之10計算之利息，為有理由，應予准
02 許。至逾前揭範圍之利息請求，則無理由，應予駁回。

03 五、本件判決基礎已臻明確，兩造其餘之攻擊防禦方法及訴訟資
04 料經本院斟酌後，核與判決不生影響，無一一論述之必要，
05 併予敘明。

06 六、末按各當事人一部勝訴、一部敗訴者，其訴訟費用，由法院
07 酌量情形，命兩造以比例分擔或命一造負擔，或命兩造各自
08 負擔其支出之訴訟費用，民事訴訟法第79條定有明文。本院
09 審酌原告之請求之理賠金部分均經准許，僅駁回部分利息之
10 請求，認本件訴訟費用應由被告全部負擔，較為合理，爰判
11 決如主文第3項所示。

12 七、本訴兩造均陳明願供擔保以代釋明，聲請宣告假執行或免為
13 假執行，於原告勝訴部分，經核尚無不合，爰分別酌定相當
14 之擔保金額宣告之。至本訴原告敗訴部分，其假執行之聲請
15 已失所附麗，不應准許。

16 八、據上論結，原告之訴為一部有理由、一部無理由，依民事訴
17 訟法第79條、第390條第2項、第392條第2項，判決如主文。

18 中 華 民 國 115 年 4 月 1 日

19 臺灣臺南地方法院民事第二庭

20 法 官 王 獻 楠

21 上為正本係照原本作成。

22 如不服本判決，應於送達後20日內，向本院提出上訴狀並表明上
23 訴理由，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於判決送達後
24 20日內補提上訴理由書（須附繕本），如委任律師提起上訴者，
25 應一併繳納上訴審裁判費。

26 中 華 民 國 115 年 4 月 1 日

27 書記官 李 雅 涵