

臺灣臺北地方法院民事判決

113年度保險字第17號

原 告 顏碧茹

訴訟代理人 黃當庭律師

范培益律師

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 吳孟益

吳彥明

上列當事人間請求給付保險金事件，本院於民國114年7月29日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

被告應給付原告新臺幣陸拾萬陸仟零壹拾陸元，及自民國112年12月26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。

本判決於原告以新臺幣貳拾萬貳仟元為被告供擔保後，得假執行。但被告如以新臺幣陸拾萬陸仟零壹拾陸元為原告預供擔保，得免為假執行。

事實及理由

一、原告主張：伊於民國110年2月25日以自己為被保險人向被告投保「宏泰人壽好健康防癌醫療終身健康保險」（保單號碼：0000000000，下稱系爭保單），附加「宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約」2計畫（下稱系爭A附約）、「宏泰人壽享醫靠醫療費用健康保險附約」42單位（下稱系爭B附約）。嗣伊因子宮內膜異位症於112年6月6日至秀傳醫院接受門診，並於112年7月3日入院接受「海芙刀子宮肌腺症切除（消融）手術」（下稱系爭手術）後於隔日出院。又系爭手術屬全民健康保險醫療費用支付標準（下稱系爭支付標準）第2部第2章第7節第13項第3款陰道中所列舉子宮內膜異

位症手術，符合爭爭A、B附約第2條所約定之手術，伊依系爭A附約第11條及系爭B附約第8條第1項第6款約定請求被告給付如附表編號1至2共計新臺幣（下同）12萬元之手術保險金；另伊經主治醫師診斷認有入住醫院治療之必要，故於接受系爭手術後住院一天並於隔日出院，符合系爭A、B附約第2條所約定之住院，伊依系爭A附約第7、8、9、10條及系爭B附約第7、8條約定分別請求被告給付如附表編號3至8共計48萬6,016元之住院保險金。詎伊提出理賠申請後，被告以系爭手術非屬系爭A、B附約所稱之手術及無住院之必要為由，拒絕給付伊保險金。為此，爰依保險法第34條、系爭A附約第7、8、9、10、11條及系爭B附約第7、8條之約定提起本件訴訟等語，並聲明：(一)被告應給付原告60萬6,016元及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率10%計算之利息。(二)願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：如附表編號6及編號8中，自費項目欄內所示檢查費3萬3,000元、治療處置費14萬5,000元、麻醉費1萬5,000元，共計19萬3,000元，因秀傳醫院未就上開部分支費用申報健保點數，顯見該部分費用應屬不得申報健保點數之手術費用，而非住院費用，故原告實際支出之手術費用應為25萬3,000元（計算式：19萬3,000元+手術費6萬元=25萬3,000元），又系爭手術非屬健保支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術，自與系爭A、B附約第2條所約定之「手術」情形未合，原告依系爭A、B附約請求給付手術保險金及住院保險金，並無理由；況系爭手術並無傷口、且採仰臥式手術，依一般醫療常規亦無住院之必要性，是原告請求被告給付如附表所示之保險金為無理由等語，資為抗辯。並聲明：(一)原告之訴駁回。(二)如受不利之判決，願供擔保請准免為假執行。

三、本院之判斷：

(一)原告主張其於110年2月25日以自身為被保險人，向被告投保系爭保單，並購買系爭A、B附約，於112年7月3日因子宮內膜異位症至秀傳醫院接受系爭手術並住院1天，嗣依系爭A、

B附約請求被告理賠保險金卻遭拒絕，原告不服向財團法人金融消費評議中心（下稱評議中心）申請評議，經評議中心於113年3月8日作成113年評字第184號評議書(下稱系爭評議案件)等情，業據提出系爭保單、系爭A、B附約、秀傳醫院診斷證明書及住院醫療明細收據、系爭評議書等件為證（見本院卷一第27至49、165至170頁），被告對此無爭執，並有本院向評議中心調閱系爭評議案件全卷及向秀傳醫院調取原告於112年7月3日在該院就醫手術病歷資料可稽（見本院卷一第197至377頁、第487至533頁），堪信屬實。惟原告主張系爭手術（即「海芙刀子宮肌腺切除（消融）手術」）為系爭支付標準第2部第2章第7節所列舉之手術並有住院之必要，請求被告給付保險金60萬6,016元等節，則為被告所否認，並以前詞置辯。茲就兩造爭點，分述如下：

(二)系爭手術（即「海芙刀子宮肌腺切除（消融）手術」）為系爭支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術：

據本院向衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）函詢關於系爭支付標準第二部第二章第七節第十三項三、陰道編號80014C、80029C、80031C之診療項目中，是否包含「海芙刀子宮肌腺切除（消融）手術」（即系爭手術）乙節，經健保署覆以：查支付標準第二部第二章第七節第十三項三、陰道敘明編號及診療項目如下：(一)80014C「腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除--輕度：子宮內膜異位症分級指數小於或等於5分。(二)80029C「腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除--中度：子宮內膜異位症分級指數6至40分」。(三)80031C「腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除--重度：子宮內膜異位症分級指數大於40分」，其支付規範敘明執行機械手臂輔助骨盆腔子宮內膜異位症切除術（重度）之手術費比照本項申報。而依現行支付標準總則六，各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就適用之類別已列款目中，按其最近似之各該編號項目所定點數申報，但新療法須經保險人報由中央主管機關核定後實施。所詢「海芙

刀子宮肌腺切除（消融）手術」，在上揭所列之醫療服務項目中並無完全對應之名稱；惟若健保保險對象經醫療專業判斷，其所需治療屬必要性醫療服務，院所得依未列項目方式申報等語，有113年11月15日衛生福利部中央健康保險署函覆說明附卷可考（見本院卷二第463至464頁）；次據秀傳醫院就本院函詢關於系爭手術所符合之診療項目及申請健保支付等節，則覆以：被告於112年7月3日在本院執行的手術名稱為「聚焦超音波（海芙刀）子宮肌腺症消融手術」，該手術為全民健保不給付之自費手術，在全民健保醫療服務給付項目及支付標準之中不會有自費手術項目。正因為健保不給付，商業保險才可能理賠，商業保險通常不理賠全民健保已經給付的部分。上述手術在全球各地幾乎皆為住院手術，在台灣亦不例外，因為手術後需要觀察6-12小時，以確保生命跡象穩定，及沒有急性合併症，例如陰道出血、尿液瀦留、腸道損傷、脊椎神經損傷等狀況。此一手術依照健保署之規定，由於是健保給付的疾病採用健保不給付的治療方法，除了手術費用之外，其他大部分可以使用健保給付，例如健保病房費、護理費、檢驗費等，均可申請健保給付等語，有113年11月14日秀傳醫院函覆說明可考（見本院卷一第459至461頁）；復參酌秀傳醫院所提出被告接受系爭手術之病歷資料及手術單（見本院卷一第489至533頁）等情綜合觀之，本院認為系爭手術對於治療患有子宮體子宮內膜異位症之被告而言，應屬必要性之醫療服務，而符合系爭支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，應無疑義，縱系爭手術名稱未列在系爭支付標準之項目中，然秀傳醫院既就如病房費、護理費、檢驗費等項請健保給付，可見該手術仍符合系爭支付標準所列舉之手術範疇。

(三)原告於114年7月3日所進行之系爭手術有住院之必要：

本院依被告之聲請就原告進行系爭手術是否有住院必要性乙節，囑託國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）進行鑑定，其鑑定意見為：依「超音波熱能聚焦海扶（芙）手

術」之原理及醫療效果，雖然「超音波熱能聚焦海扶（芙）手術」安全性高，但仍可能造成皮膚、腸道、神經等器官或組織之傷害，故手術前住院作皮膚及腸道準備及術後住院以預防併發症及觀察皮膚、腸道或神經傷害之發生是合理的，所以在海扶（芙）原廠之指引及臺大醫院、林口長庚紀念醫院及光田綜合醫院等醫院之海扶（芙）刀治療流程，皆為手術前一天入院，手術後一天出院，術後一般是住院1天，如有懷疑併發症需治療，則視情況延長住天數等情，此有臺大醫院114年3月18日函覆之鑑定意見表在卷可稽（見本院卷二第21頁）。由系爭手術對身體器官或組織之傷害情形，且經有相同專業之醫師合議結果，亦認為於系爭手術後住院1天確有其必要性無誤。至被告以臺大醫院誤以「海扶刀」資料作為本件「海芙刀」鑑定意見之基礎而抗辯其鑑定報告意見不可採云云，惟依臺大醫院所回覆之鑑定意見內容可見，整篇鑑定文字，皆以「海扶（芙）手術」統稱之，可見無論是以「海扶刀」或「海芙刀」之手術方式皆有住院之必要，被告上開抗辯，並無可採。

(四)原告依系爭A、B附約約定，請求被告給付如附表所示之保險金，為有理由：

- 1.按「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附表所列其投保計畫之『住院日額』乘以實際住院日數給付『住院日額保險金』」、「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司按附表所列其投保計畫之『住院醫療輔助日額』乘以實際住院日數給付『住院醫療輔助保險金』」、「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而住院診療時，本公司除依第七條至第八條約定給付各項保險金外，另按附表所列其投保計畫之『住院慰問金』給付『住院慰問保險金』」、「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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。但其給付金額最高以附表所列其投保計畫之『每次住院醫療費用保險金限額』為限。」、「被保險人於本附約有效期間內因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或門診接受診療後，經第二條約定之醫院及其醫師所要求之醫療行為時，本公司按被保險人住院或門診期間內所發生，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及手術相關醫療費用核付『手術費用保險金』，但以不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用保險金限額』為限。」、「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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」、「被保險人因第四條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，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：... 6. 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。」系爭A附約第7條第1項、第8條第1項、第9條第1項、第10條、第11條、及系爭B附約第7條第1項、第8條第1項第6款已分別明文約定之。

2. 系爭手術既符合系爭A、B附約第2條「手術」及「住院」之情形，已如前述，則原告依系爭A附約第11條及系爭B附約第8條第1項第6款規定，請求被告給付如附表編號1至2共計12萬元之手術保險金，及依系爭A附約第7、8、9、10條及系爭B附約第7條、第8條第1項第6款等規定，請求被告給付如附表編號3至8共計48萬6,016元之住院保險金，均屬有據。
3. 被告雖辯稱附表編號6、8之自費項目欄所示之檢查費：3萬3,000元、治療處置費：14萬5,000元、麻醉費：1萬5,000元，共計19萬3,000元部分，因秀傳醫院未就上開部分支費用申報健保點數，顯見該部分費用應屬不得申報健保點數之手術費用，而非住院費用云云。惟按醫療行為，係指凡以治

療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷之結果，以治療為目的，所為之處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱，而依上開醫療行為，所為之處方、用藥、施術或處置等所產生之費用，自屬醫療費用。依此，被告上開所稱檢查費、治療處置費、麻醉費等項，從形式上觀之，已難謂與系爭A附約第10條、系爭B附約第8條第1項第6款所稱之「超過全民健康保險給付之住院醫療費用」項目有何不符合之處，況系爭手術業經本院認定屬系爭A、B附約第2條所稱之手術，是被告前開所辯，亦無實益。

五、綜上所述，原告依系爭A、B附約及保險法第34條之規定，請求被告給付60萬6,016元，及自起訴狀繕本送達翌日（即112年12月26日，見本院卷一第73頁）起至清償日止，按週年利率10%計算之利息，為有理由，應予准許。又兩造均陳明願供擔保請為准予、免為假執行之宣告，於法核無不合，茲分別酌定相當之擔保准許之。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，經本院審酌後，核與判決結果不生影響，爰不逐一論述，併此敘明。

七、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。

中華民國 114 年 8 月 19 日
民事第一庭 法官 潘英芳

以上正本係照原本作成

如對本判決上訴，須於判決送達後20日內向本院提出上訴狀。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 114 年 8 月 19 日
書記官 李文友

附表：（單位：新臺幣）

編號	給付項目	自費項目	請求保險金金額
手術保	1 系爭A附約第11條手術費用保險金	手術費：6萬元	6萬元
	2 系爭B附約第8條第1項第	手術費：6萬元	6萬元

(續上頁)

險 金		6款手術費用保險金		
住 院 保 險 金	3	系爭A附約第7條住院日額保險金		1,200元
	4	系爭A附約第8條住院醫療輔助保險金		1,000元
	5	系爭A附約第9條住院慰問保險金		3,500元
	6	系爭A附約第10條住院醫療費用保險金	掛號費：200元 病房費2,600元。 檢查費：3萬3,000元 治療處置費：14萬5,000元 麻醉費：1萬5,000元 特殊材料費：3,023元 藥費：4萬560元 注射技術費200元 其他：320元 1-30日部分負擔：255元	24萬158元
	7	系爭B附約第7條每日病房費用保險金	病房費：2,600元	2,600元
	8	系爭B附約第8條住院醫療費用保險金	掛號費：200元 檢查費：3萬3,000元 治療處置費：14萬5,000元 麻醉費：1萬5,000元 特殊材料費：3,023元 藥費：4萬560元 注射技術費：200元 其他：320元 1-30日部分負擔：255元	23萬7,558元
合 計		60萬6,016元		