

01 臺灣臺中地方法院臺中簡易庭小額民事判決

02 113年度中保險小字第12號

03 原 告 陳信文

04 被 告 宏泰人壽保險股份有限公司

05
06 法定代理人 李啓賢

07 訴訟代理人 吳彥明

08 顏哲奕

09 上列當事人間給付保險金事件，本院於民國114年6月25日言詞辯
10 論終結，判決如下：

11 主 文

12 原告之訴駁回。

13 訴訟費用新臺幣11,000元由原告負擔。

14 事 實 及 理 由

15 壹、程序事項：

16 按訴狀送達後，原告不得將原訴變更或追加他訴。但擴張或
17 減縮應受判決事項之聲明者，不在此限，民事訴訟法第255
18 條第1項第3款定有明文。本件原告起訴原請求「被告應給付
19 原告新臺幣（下同）86,682元，及自民國113年7月2日起至
20 清償日止，按年息5%計算之利息」（本院卷第14頁），嗣於
21 113年12月20日審理中當庭變更聲明為：「被告應給付原告8
22 6,682元，及自起訴狀繕本送達被告翌日起至清償日止，按
23 年息10%計算之利息」（本院卷第227頁），核屬減縮應受判
24 決事項之聲明，依首揭法條規定，並無不合。

25 貳、實體事項：

26 一、原告主張：

27 (一)原告於108年7月4日以自己為要保人及被保險人，與被告簽
28 訂保險契約，向被告投保宏觀人生終生壽險（保單號碼0000
29 000000號，下稱系爭保約），並附加薰衣草醫療健康保險附
30 約（下稱A附約）、一年期手術醫療健康保險附約（下稱B附
31 約），依系爭保約之約定，原告於保險期間，住院30(含)

01 以下之住院日額醫療保險金每日300元、住院醫療輔助每日3
02 00元、住院慰問金一次性1,750元、手術費用保險金限額15
03 萬元、住院醫療雜費保險金每次限額15萬元、手術醫療保險
04 金給付1,000元。嗣原告於113年6月10日至11日間因痔瘡疾
05 病，經中國醫藥大學附設醫院（下稱中國附醫）醫師診療後
06 指示施行雙極雷射內外痔完全性切除手術（下稱系爭手術）
07 並住院2日，依系爭保約約定，被告應給付住院日額600元(2
08 日)、住院醫療輔助日額600元(2日)、住院慰問金1,750
09 元、手術費用保險金15,000元、住院醫療費用保險金63,732
10 元(含超額病房費2,850元，扣除診斷證明書240元及收費證
11 明影印費20元)、手術醫療保險金的給付5,000元(編號73
12 8,1,000元×倍數5)，合計86,682元。經原告檢附相關資料
13 向被告申請保險金，竟遭被告以原告手術未符合中央衛生主
14 管機關最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第
15 二章第七節所列舉之手術（下稱健保支付標準），拒絕理
16 賠，惟系爭手術依系爭保約第2條第9項約定已符合上開支付
17 標準，原告迄仍未理賠，依系爭保約應另按年息10%加給利
18 息。為此，爰依系爭保約之法律關係，提起本件訴訟等語。
19 並聲明：被告應給付原告86,682元，及自起訴狀繕本送達被
20 告翌日起至清償日止，按年息10%計算之利息。

21 (二)對被告抗辯之陳述：

- 22 1. 系爭手術不屬全民健康保險給付範圍之手術費及手術相關醫
23 療費用，故依A附約條款第11條之約定，被告應核付手術費
24 用保險金，但以不超過附表所列其投保計畫之「每次手術費
25 用保險金限額」為限。且商業性、社會性之健康保險係分別
26 以「被保險人個人之危險性及理賠水準」、「投保薪資定
27 率」訂定保費計收水準，兩者就危險分擔計算之基準不同，
28 故商業性保險之目的即為填補全民健康保險之不足。而依金
29 管保壽字第10602542670號函示意旨，倘被保險人罹患之疾
30 病屬給付範圍（有收取保費並承擔危險對價關係存在），且
31 醫療行為具有高度替代性者，建議視個案事實與保戶採協議

01 或從寬認定方式處理，依上開函附件，程度相當之認定，應
02 以個案方式諮詢醫院協會/專科醫學會/醫學中心專科醫師之
03 專業意見，作為依保險契約核定給付金額之參考依據。系爭
04 手術係經中國附醫大腸直腸外科專科醫師診斷，確認其疾病
05 需入院治療，屬新型或替代性手術，與健保支付標準編號74
06 410C診療項目之目的及意義相符，故系爭手術符合該支付標
07 準。

08 2. 又系爭附約有約定住院者，以經醫師診斷其疾病或傷害必須
09 入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者為
10 要件，有無住院必要應由醫師判斷，倘病患經醫師評估認有
11 住院治療必要，除有醫療外之不當意圖，或存有明顯重大瑕
12 疵，即應尊重診治醫師之專業判斷，作為認定有無住院治療
13 之必要性之依據。且經醫師診斷須入住醫院診療，應推定該
14 住院具有必要性，倘有異議，應就其有利事實負舉證責任。
15 況依系爭保約第1條約定、保險法第54條第2項規定，如有疑
16 義時，以作有利於被保險人之解釋為原則，被告依約應理
17 賠。

18 二、被告則以：

19 (一)系爭手術非屬B附約保單條款手術項目倍數表或特定處置項
20 目表之項目，B附約條款第4條第1項約有明文。B附約條款之
21 手術項目倍數表及特定處置項目表，並無「雙極雷射內外痔
22 完全性切除手術」之項目。原告雖主張系爭手術為B附約附
23 表一編號第738項「內外痔完全切除術」，然系爭手術未有
24 「切除」之過程，該手術傷口極小，出血量極低，與一般傳
25 統「內外痔完全切除術」並不相同。又系爭手術非屬健保支
26 付標準所列舉之手術，依B附約條款第7條第1項、第4項、第
27 5項之約定，被告不負給付之責任。再A附約條款第2條第11
28 款、第11條約定，手術係指符合健保支付標準所列舉之手
29 術，且屬應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費
30 及手術相關醫療費用，被告始核付手術費用保險金。而系爭
31 手術，依出院病歷摘要所載，均非健保支付標準所列舉之手

01 術，自非A、B附約承保範圍。

02 (二)又健保支付標準編號74410C「內外痔完全切除術」，係指傳
03 統痔瘡切除手術，與系爭手術為完全不同之術式。且觀諸中
04 國附醫開立住院醫療收據，手術費之健保點數為0，顯見系
05 爭手術並非74410C所指之手術，否則健保點數至少支付8631
06 點。且依系爭保約條款第2條第9款約定，住院係指被保險人
07 經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手
08 續並確實在醫院接受診療者。解釋上自不應以實際治療之醫
09 師認定『有住院必要性』即屬符合系爭保險約條款之約定，
10 而應認以具有相同專業醫師於相同情形通常會診斷具有住院
11 之必要性者始屬之。原告雖全身麻醉接受系爭治療，惟並非
12 全身麻醉即有住院之必要，依系爭手術紀錄單所載，手術開
13 始至結束僅21分鐘，縱認加入麻醉時間，亦僅46分鐘，應無
14 住院之必要。

15 (三)依金管保壽字第10602542670號函示意旨，當時壽險業界達
16 成共識，倘原保單條款約定僅賠付住院手術者，因醫療技術
17 進步而可以門診方式進行手術者，可從寬賠付，但仍需由各
18 該業者自行視個案事實與保戶協議或從寬認定，但該函文並
19 無任何強制力。且依A、B附約，就手術保險金部分，無論是
20 門診或住院手術，皆屬承保範圍，無上述函文所稱之情事。
21 而系爭手術並非保單條款所約定之健保支付標準列舉之手
22 術，而不屬A、B附約之承保範圍。又原告主張依金管保壽字
23 第10302026480號函，住院醫療費用保險單示範條款第7條所
24 謂「程度相當」之認定原則，倘接受之手術與健保支付標
25 準所列手術之目的及意義相符，即屬系爭保約承保範圍。惟
26 該示範條款第7條(現行第8條)之內容，係針對保單條款約定
27 有「手術名稱及費用表」，而系爭手術不在該表項目上，依
28 系爭保約條款第7條第5項，被告不負給付之責。

29 (四)倘鈞院認系爭手術有住院必要，則原告請求之金額僅A附約
30 之手術醫療保險金5,000元(保險金額100元×10單位×5倍)；
31 B附約1. 住院日額保險金600元(日額300元×2日)。2. 住院

01 醫療輔助保險金600元（日額300元x2日）。3. 住院慰問保險
02 金1,750元。4. 住院醫療費用保險金18,590元〈2,500元（病
03 房費）+12,777元（藥費）+350元（伙食費）+643元（部
04 分負擔）+2,200元（檢查費）+120元（診斷書費）〉。5.
05 手術費用保險金60,092元〈15,000元（手術費）+2,632元
06 （麻醉費）+42,460元（特殊材料費）〉。

07 (五)依衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)114年2月13日健
08 保中字第1149426367號函，原告為第二度痔瘡，只單純施行
09 「LHP」手術，並無附加切除外痔手術，故不符合健保支付
10 標準編號74410C「內外痔完全切除術」，亦無病理切片報
11 告。雖中國附醫114年5月2日院醫事字第114002750號函覆表
12 示，系爭手術屬兩種術式合併使用而非單一術式，然依健保
13 署檢視原告病歷之結果，且未申報手術費健保點數，顯非兩
14 種術式合併使用。臺中榮民總醫院鑑定意見，就「住院之醫
15 療必要性」之爭點，顯有未足，尚難做為判斷之依據等語，
16 資為抗辯。並聲明：原告之訴駁回。

17 三、本院之判斷：

18 (一)按本法所稱保險，謂當事人約定，一方交付保險費於他方，
19 他方對於因不可預料或不可抗力之事故所致之損害，負擔賠
20 償財物之行為。根據前項所訂之契約，稱為保險契約，保險
21 法第1條定有明文。又任意保險者，乃基於要保人之自由意
22 願所投保之保險，與強制保險係基於法律之強制規定，有所
23 不同。系爭保單既係原告與被告間合意訂定，自屬任意保
24 險，應回歸私法自治原則，依當事人意思表示合致之契約內
25 容，決定雙方當事人之權利義務，始為允當。

26 (二)原告主張其於108年7月4日以自己為要保人及被保險人，與
27 被告簽訂保險契約，向被告投保系爭保約，並附加A、B附
28 約，約定原告於保險期間，住院30(含)以下之住院日額醫
29 療保險金每日300元、住院醫療輔助每日300元、住院慰問金
30 一次性1,750元、手術費用保險金限額15萬元、住院醫療雜
31 費保險金每次限額15萬元、手術醫療保險金給付1,000元，

01 嗣原告於113年6月10日至11日間痔瘡疾病，經中國附醫醫師
02 診療後指示施行系爭手術並住院2日等情，業據其提出系爭
03 保約及附約、中國附醫診斷證明書、住院醫療收據及自費項
04 目明細表在卷可憑(本院卷第17-30、165-173、243-248
05 頁)，且為被告所不爭執，堪信為真實。至原告主張被告依
06 約應給付保險金，則為被告否認並以前詞置辯。經查：

- 07 1. 依據A附約保單條款第2條第11款約定：「手術係指符合中央
08 衛生主管機關最新公布之全民健康保險醫療費用支付標準第
09 二部第二章第七節所列舉之手術」(本院卷第23、137、165
10 頁)；第11條約定：「被保險人於本附約有效期間內因第4條
11 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
12 療後，經第2條約定之醫院及其醫師所實施手術醫療行為
13 時，本公司按被保險人住院或門診期間內所發生，且依全民
14 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
15 付範圍之手術及手術相關醫療費用核付『手術費用保險
16 金』，但以不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用保
17 險金限額』為限。被保險人同一住院期間門診接受兩項以上
18 手術時，其各項手術費用保險金應分別計算且各項『手術費
19 用保險金』不超過附表所列其投保計畫之『每次手術費用保
20 險金限額』。但同一次手術中於同一手術位置接受兩項器官
21 以上手術時，各項『手術費用保險金』合併計算，且不超過
22 附表所列其投保計畫之『每次手術費用保險金限額』」(本
23 院卷第24、138、166頁)；另依據B附約第7條所載：「【手
24 術醫療保險金的給付】被保險人於本附約有效期間內因第四
25 條之約定接受附表一所列手術治療者，本公司按保險金額乘
26 以該手術項目之給付倍數，給付「手術醫療保險金」。……
27 被保險人所接受的手術，若不在附表一所列手術項目內時，
28 由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當之手術項目給
29 付倍數並參照全民健康保險醫療費用支付標準手術支付點
30 數，核算給付金額。前項情形，若該手術不屬全民健康保險
31 支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術者，本公司將不

01 負給付之責任」(本院卷第120、170頁)；另依被告提供之B
02 附約附表一所示之手術項目倍數表(本院卷第128、173頁)所
03 載，亦無「雙極雷射內外痔完全性切除手術」此一手術項
04 目，是被告抗辯系爭手術非屬A、B附約所適用之手術範圍，
05 即與上述A、B附約之條款意旨相符，洵屬有據。又經本院函
06 詢健保署關於原告接受之系爭手術是否符合全民健康保險醫
07 療費用支付標準項目，該署答覆略以：「……二、依據所附
08 出院病歷摘要，病患陳信文於113年6月10日入住中國附醫所
09 接受之「Dua-laser hemorrhoid& fistulasurgery」、「LH
10 P」手術，業經專業審查意見為：病人第二度痔瘡，只單純
11 施行「LHP」手術，並無附加切除外痔手術，故不符全民健
12 康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節74410C「內外
13 痔完全切除術」，也無病理切片報告。三、另查保險對象陳
14 信文113年6月10日入住中國附醫診療期間，該院並無申報
15 「74410C內外痔完全切除術」該項目醫療費用。」復有健保
16 署114年2月13日健保中字第1149423267號函、中國附醫住院
17 醫療收據(手術費健保點數為零)等各1份在卷可憑(本院卷第
18 277-278、153頁)，益徵系爭手術確實不符全民健康保險醫
19 療費用支付標準第二部第二章第七節74410C所稱之「內外痔
20 完全切除術」，從而被告依B附約第7條第5款之規定，抗辯
21 不負給付責任，即屬有據，而為可採。

- 22 2. 本件另經本院函詢臺中榮民總醫院，函詢內容為：「(一)一般
23 而言，「雙極雷射內外痔完全性切除手術」，是否為「非住
24 院否則無法完成」，抑或是可以以門診手術方式為之？(二)依
25 檢附之出院病歷摘要及手術記錄單，原告所接受之手術，是
26 否為「非住院否則無法完成」，抑或是可以以門診手術方式
27 為之？(三)原告於113年6月10日至同月11日之住院自費項目明
28 細表中，何者屬於「手術費」？何者屬於「手術相關費
29 用」？」(本院卷第265頁)，嗣經該醫院函覆略以：「(一)(二)痔
30 瘡雷射手術是否需住院，由施術醫師決定。(三)關於113年6月
31 10日至11日費用明細表，手術費15,000元，特殊材料費42,4

01 60元為一次性手術用自費耗材，與其餘藥費、麻醉費、病房
02 費、檢查費均為手術衍生費用，故均為手術相關費用」，此
03 有臺中榮民總醫院114年度4月21日中榮醫企字第1144201720
04 號函暨鑑定書等各1份在卷可憑(本院卷第323-325頁)；復經
05 本院函詢中國醫藥大學附設醫院，函詢內容為：「(一)原告於
06 113年6月10日至同年6月11日於貴院所接受之「雙極雷射內
07 外痔完全性切除手術」，是否為「非住院否則無法完成」，
08 抑或是可以以門診手術方式為之？(二)承上，該手術為何非住
09 院否則無法完成？(三)原告於前述手術之住院自費項目明細表
10 中，何者屬於「手術費」？何者屬於「手術相關費用」？」
11 (本院卷第263頁)，嗣經該醫院函覆略以：「……二、「痔
12 瘡雙極雷射消融術」如有合併痔瘡切除術後疼痛，可能發生
13 術後急性尿滯留，需導尿及針劑止痛藥控制疼痛，爰根據病
14 人病況建議其入院手術。三、1200A01雙極雷射治露屢管根
15 除手術為手術費，其餘費用除餐費及證明書費外，均為手術
16 相關費用。」；「……診斷書所載為「內外痔完全切除手術
17 合併雷射消融手術」，係以雷射消融術降低需切除痔瘡範圍
18 並降低傷口大小，以提高術後舒適度，屬兩種術式合併使用
19 而非單一術式，故無所謂替代問題。三、前述手術係以雙級
20 雷射輔助之痔瘡手術，與現存其他痔瘡手術，皆旨在解決病
21 人因痔瘡所產生之相關困擾。」此有中國附醫114年4月21日
22 院醫事字第1140002597號函、114年5月2日院醫事字第11400
23 02750號函等各1份附卷可憑(本院卷第337、339頁)，堪認兩
24 家醫療院所回覆意見均指出，原告所接受之「雙極雷射內外
25 痔完全性切除手術」，是否需住院施行，乃由臨床施術醫師
26 依個別病人病況專業判斷而定，並非一概可於門診完成。原
27 告於113年6月10日至11日所接受之系爭手術，係經臨床醫師
28 基於其實際病況與術後可能產生併發症風險，基於醫療專業
29 評估後所建議之治療方案，並非任意或不當施行手術，且須
30 配合術後照護需要，自應認有住院施行之必要性。又臨床醫
31 師本即受專業訓練，依醫學倫理及專業原則行醫，並無動輒

01 為無實益病人安排侵入性手術之誘因與必要，尤其中國附醫
02 函覆意見更明確指出系爭手術內容屬複合性治療程序，係為
03 提升術後成效並減輕患者痛苦所設計，非可簡單以門診方式
04 替代，顯示系爭手術本身之施行，係由醫師依其專業知識與
05 經驗，針對個案狀況而為判斷處置，故病患一旦經醫師評估
06 認有住院治療之必要，若無其他積極證據足認病患與醫師對
07 於住院治療之診斷有何醫療以外之不當意圖，或有明顯重大
08 瑕疵存在，即應尊重診治醫師之專業判斷。從而，原告有無
09 住院接受手術之必要性，權屬診治醫師依其專業知識就原告
10 病情所為之專業判斷，被告並未實際參與診治過程，自難僅
11 憑閱覽病歷文件，率爾推論原告施術前並無住院之必要，是
12 其上述抗辯，難謂有據，尚無可採。

- 13 3. 另醫療險就要保人而言，係針對全民健康保險所不予給付之
14 自費項目，於醫療費用發生時轉嫁予保險人承擔，然保險人
15 於設計保險商品時，為控管風險之內容，自當於保險契約中
16 針對各類型之保險金給付予以明確規範(如名詞定義、給付
17 金額、給付範圍等等)，於風險控管上均不相同，保費亦互
18 有差異，倘原告認系爭手術乃對其病情較為有利之新型治療
19 方式，同意醫師建議而接受系爭手術，此乃原告自行評估之
20 考量結果，不等同於系爭保約即當然包括適用此新型態之醫
21 療手術項目，若其認為系爭保約附約之約款不足以全面保障
22 其醫療費用之支出，自應另覓其他符合原告期待之保險契
23 約，或於進行系爭手術前先行確認保單，審慎評估後再行決
24 定是否接受系爭手術，而非於得否適用系爭保約尚有疑義
25 前，即先行就醫進行系爭手術，並任意擴張解釋系爭保約
26 (含附約)之內容，再令被告承擔非屬系爭保約(含附約)所
27 含括之理賠責任。又按各保險公司就醫療保險所約定之給付範
28 圍與內容，係基於其個別風險評估、商業政策及商品設計所
29 為安排，內容自屬多元，條件亦不盡相同。是以，單憑其他
30 保險公司就特定手術類型曾有給付保險金之事例，尚不足以
31 據以推論本件被告即有相同給付義務，仍應回歸兩造締結之

01 保險契約條款本身，斟酌系爭手術是否為系爭保約約定之給
02 付項目，作為判斷依據。而依民法第153條之規定及契約法
03 基本原則，契約當事人互相表示意思一致者，契約即屬成
04 立，對當事人即發生拘束力（pacta sunt servanda），非
05 經雙方同意，不得任意變更或拒絕履行。系爭保約之條款業
06 已明定各項給付條件及手術分類，倘無兩造另行書面約定或
07 補充協議，自仍應以締約時之原始條款為準，否則系爭保約
08 原始條款即形同具文，有礙兩造本於系爭保約之權利義務。
09 即使其他保險公司就相類手術另有給付，惟該等給付決定多
10 基於其內部政策、審核準則或銷售策略等考量因素，並不當
11 然發生拘束本件保險契約兩造當事人之效力，否則即有違契
12 約相對性及契約自治原則。再按契約自由原則（freedom of
13 contract），保險公司作為保險人，自得基於其商品設計自
14 主決定給付項目與保險範圍，保戶則於充分知悉條款內容
15 後，自由選擇是否投保，兩造既係基於意思自治而締結契
16 約，契約內容應為認定其權利義務之依據，除有違反強行規
17 定或公序良俗者外，法院自不得擅自違反兩造真意而加以變
18 更。綜上，被告依據系爭保約是否負有給付手術保險金之責
19 任，應仍以系爭手術是否符合兩造於保單條款中所約定之給
20 付要件作為主要判斷基準，始為允當。系爭手術既非在系爭
21 合約A、B附約之適用範圍，已如前述，則原告前開主張，即
22 非有據，自無可採。

23 (三)綜上，系爭手術並非在系爭保約A、B附約所列之適用範圍，
24 則原告依系爭保約約定，請求被告給付住院日額600元(2
25 日)、住院醫療輔助日額600元(2日)、住院慰問金1,750
26 元、手術費用保險金15,000元、住院醫療費用保險金63,732
27 元(含超額病房費2,850元，扣除診斷證明書240元及收費證
28 明影印費20元)、手術醫療保險金的給付5,000元(編號73
29 8,1,000元×倍數5)，合計86,682元，均非有據，為無理
30 由。

31 四、綜上所述，原告依系爭保約之法律關係，請求被告給付86,6

01 82元，及自起訴狀繕本送達被告翌日起至清償日止，按年息
02 10%計算之利息，均為無理由，應予駁回。

03 五、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及提出之證
04 據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不
05 逐一論列，附此敘明。

06 六、訴訟費用負擔之依據：民事訴訟法第78條。本件訴訟費用額
07 依職權確定如主文第2項所示之金額(第一審裁判費1,000元
08 及函請臺中榮總司法鑑定費10,000元，合計11,000元)。

09 中 華 民 國 114 年 7 月 23 日

10 臺灣臺中地方法院臺中簡易庭

11 法 官 林俊杰

12 以上正本係照原本作成。

13 如不服本判決，應於送達後20日內，以判決違背法令為理由，向
14 本院提出上訴狀並表明上訴理由(上訴理由應表明一、原判決所
15 違背之法令及其具體內容；二、依訴訟資料可認為原判決有違背
16 法令之具體事實)，如於本判決宣示後送達前提起上訴者，應於
17 判決送達後20日內補提上訴理由書(須附繕本)。如委任律師提
18 起上訴者，應一併繳納上訴審裁判費。

19 中 華 民 國 114 年 7 月 23 日

20 書記官 辜莉雯