臺灣臺北地方法院民事判決

113年度保險字第75號

原　　告　簡秀麗

000000000000000000

000000000000000000

訴訟代理人　呂其昌律師

被　　告　國泰人壽保險股份有限公司

000000000000000000

法定代理人　熊明河

訴訟代理人　陳明緯

　　李佩如

上列當事人間請求給付保險金等事件，本院於民國115年10月13日言詞辯論終結，判決如下：

主　文

一、被告應給付原告1,168,900元，及其中613,400元自113年1月24日起，其中555,500元自113年4月25日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息。

二、訴訟費用由被告負擔。

三、本判決於原告以新臺幣390,000元為被告供擔保後，得假執行；但被告如以新臺幣1,168,900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原告以本人為要保人及被保險人，投保被告公司如附表一所示之保險（下合稱系爭保險契約），依系爭保險契約約定，被告公司應於原告因疾病而住院時，按日給付原告於住院期間之住院醫療保險金等保險給付。原告前經臺北市立萬芳醫院（下稱萬芳醫院）精神科醫師診斷患有思覺失調症、憂鬱症等疾病（下稱系爭疾病），自民國112年9月8日至113年3月31日，週一至週五整日於萬芳醫院精神科日間照護住院（下稱日間住院）治療，合計住院133日（下稱系爭期

間），原告依系爭保險契約向被告公司請求理賠系爭期間之住院醫療保險金，詎經被告覆稱略以：原告並非必須入住醫院診療等語而拒絕理賠。惟依系爭保險契約訂約前之精神衛生法第25條規定，日間住院屬住院之概念，而與門診之醫療方式不同，原告對於日間住院符合系爭保險契約條款之「住院」可產生合理期待，且遍查系爭保險契約條款，並未限制住院必須全日居住於醫院、在醫院過夜或以醫院為生活起居場所，亦未約定住院僅指「全日住院」，原告已符合系爭保險契約之住院要件，被告有給付保險金之義務。且被告就原告前於112年1月1日至同年6月8日間相同病症之精神科日間住院醫療情形，均已依系爭保險契約理賠保險金。又縱使系爭保險契約約款之解釋有疑義，依保險法第54條第2項規定亦應依有利於被保險人之解釋原則，認原告日間住院之醫療情形，屬系爭保險契約約款之住院。

㈡依本院囑託長庚醫療財團法人林口長庚醫院（下稱長庚醫院）所為之鑑定（下稱系爭鑑定意見）認系爭期間日間住院治療符合原告病情之治療方式，並為原告病情治療方式之一，選擇日間住院治療方式治療原告病情，並未違反醫療常規，亦未違反專業判斷，則萬芳醫院精神科醫師就原告治療方式所為之判斷，屬其專業裁量範圍，應予肯認，故原告之日間住院治療有必要性。

㈢被告應依附表二依據欄所示系爭保險契約約定（下稱系爭保險契約條款），給付原告如附表二所示新臺幣（下同）1,168,900元。另本件原告就112年9月8日至同年12月31日，以及113年1月1日至同年3月31日之系爭期間日間住院保險金分別於113年1月8日、同年4月9日向被告公司申請給付，被告未給付，則依系爭主約第1至4、系爭附約2第15條約定及系爭附約1第18條約定（下稱系爭利息約定），請求被告應給付自原告申請日後15日，即分別自113年1月24日、同年4月25日起，給付遲延利息等語。

㈣並聲明：1.被告應給付原告1,168,900元，及其中613,400元

自113年1月24日起，其中555,500元自113年4月25日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息。2.願供擔保請准宣告假執行。

二、被告則以：

㈠原告固以其因系爭疾病接受「日間住院」治療為由，向被告公司申請理賠，惟按中央健康保險局（即現行中央健康保險署，下稱健保署）92年8月20日健保醫字第0920013126號函、行政院衛生署（即現行衛生福利部，下稱衛福部）100年12月5日衛署字第1001461226號函，可知主管機關已將「日間留院」定性為門診而非住院。交互比對醫療法令可知「住院」與「日間留院」核屬不同性質之醫療態樣，住院係指必須夜宿醫院而言。又系爭保險契約條款係約定「經醫院診斷確定，必須且經住院治療」、「經醫師診斷，必須入住醫院診療」，依文義解釋契約所指之住院，應限於必須入住醫院，且確實在醫院接受診療者，倘僅於醫院短暫停留而未過夜、未入住醫院者，則應非屬契約承保之住院事故。又一般保險公司開辦醫療險商品前，係以衛福部「全民健康保險醫療統計年報」之住院統計數據作為精算之重要依據，用以推測預定危險發生之機率，然衛福部函釋前既已認定日間留院係歸類於門診而非住院，被告公司精算保險費率，自始不曾向全體危險共同團體收取日間留院此一風險相應之保費，則基於保險法上對價平衡原則，自不應將「日間留院」解釋為系爭保險契約條款之住院。再者，病患是否接受日間住院處置，本可由病患自行決定，主治醫生大多亦會尊重病患的自主留院意願而決定，故日間住院根本不具偶發性，反而與病患個人主觀意願高度相關，道德風險機率因此大幅提高，不具可保性。是以，依法令規定、契約解釋、一般人對該契約文字之合理期待、醫療內容本質、保險對價平衡原則及道德危險等方面以觀，日間住院均與住院不同，非系爭保險契約之承保範圍。

㈡如附表一所示系爭主約1至4之條款第4條第5項、系爭附約1

第2條第10項、系爭附約2第4條第5項約定，就住院係指被保險人因疾病或傷害，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者，而所謂必須入住醫院，當係僅得以入院接受治療為唯一方法而無從為其他診療方式所替代，亦即病況有其急迫性、突發症狀而有必須入住醫院接受治療之必要，倘得透過其他方式治療，尚難謂合於系爭保險契約必須入住醫院之約定。依原告之病歷資料可知，原告入院時精神狀態可、情緒平穩，人際互動合宜，且可擔任會議主席，說話有條理，統整能力佳，另假日或留院期間尚有請假與里長、親朋好友出遊，足見原告精神狀況穩定，得透過門診治療為之即可。另依系爭鑑定意見亦可知，原告於系爭日間住院接受之治療，尚得透過門診或社區復健治療所取代，病況並無非得留院治療之必要，故原告之系爭期間日間住院顯然不具住院必要性，被告公司無從給付住院醫療保險金。

㈢縱認被告應為住院醫療保險金之給付，然原告系爭期間日間住院期間每日實際在院時間僅7小時，其餘時段並未在院治療，亦與系爭保險契約所定住院須確實在院接受診療之要件不符，被告所為保險金之給付仍應依每日住院保險金額理賠計算基數之7/24計算，方屬公允等語，資為抗辯。

㈣並聲明：1.原告之訴駁回。2.如受不利判決，願以中央政府建設公債供擔保，請准宣告免為假執行。

三、兩造不爭執之事項（本院卷2第372-373頁）：

㈠原告以本人為要保人及被保險人，投保被告公司如附表一所示之保險契約（下稱系爭保險契約）。

㈡如附表一所示系爭主約1-4約定之住院醫療保險金，依實際住院日數，於同一次住院治療在30日以內者，以每日1,000元；同一次住院治療31日以上者，前30日按每日1,000元，第31日起按每日2,000元計算。

㈢如附表一所示系爭附約1就住院日額保險金，依實際住院日數，以每日1,300元計算（本院卷1第54、65頁）。

㈣如附表一所示系爭附約2就住院日額醫療保險金，依實際住院日數，以每日800元計算。因精神疾病接受住院治療者，同一保單年度給付住院日額醫療保險金，最高實際住院日數以90日為限（本院卷1第71頁）。

㈤系爭保險契約均約定被告應於收齊理賠所需文件後15日內給付保險金，逾期未給付，被告應自該日起按年息10%加計利息給付（本院卷1第46、67、73頁）。

㈥原告經臺北市立萬芳醫院（下稱萬芳醫院）精神科醫師診斷患有思覺失調症及憂鬱症，屬系爭保險契約所約定之疾病（本院卷1第75、77頁）。

㈦原告因思覺失調症及憂鬱症，自112年9月8日至113年3月31日，週一至週五整日（計1日7小時）於萬芳醫院精神科接受日間照護住院治療，合計133日（即系爭期間，本院卷1第253-365頁）。

㈧原告於113年1月8日就112年9月8日至12月31日之住院醫療保險金向被告申請理賠，另於113年4月9日就113年1月1日至3月31日之住院醫療保險金向被告申請理賠，均為被告拒絕理賠（本院卷1第79至85頁）。

四、得心證之理由：

㈠原告系爭期間日間住院接受治療，屬於系爭保險契約約定之住院保險事故：

1.按保險契約之解釋，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，保險法第54條第2項定有明文。次按保險契約為定型化契約，被保險人鮮有依其要求變更契約約定之餘地；又因社會之變遷，保險市場之競爭，各類保險推陳出新，保險人顯有能力制定有利其權益之保險契約條文，並可依其精算之結果，決定保險契約內容、承保範圍及締約對象，故於保險契約之解釋，應本諸保險之本質及機能為探求，並應注意誠信原則之適用，倘有疑義時，應為有利於被保險人之解釋，以免保險人變相限縮其保險範圍，逃避應負之契約責任，獲取

不當之保險費利益，致喪失保險應有之功能，及影響保險市場之正常發展（最高法院92年度台上字第2710號判決要旨參照）。又保險契約為最大誠信契約，蘊涵誠信善意及公平交易意旨，保險人於保險交易中不得獲取不公平利益，要保人、被保險人之合理期待應受保護，故於保險契約之定型化約款之解釋，應依一般要保人或被保險人之合理了解或合理期待為之，不得拘泥囿於約款文字，方無違保險法理之合理期待原則（最高法院100年度台上字第2026號判決要旨參照）。

2.經查，關於系爭保險契約約定「住院」之定義，均係：「住院」指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者等語。是依系爭保險契約約定之文義，「住院」應符合：⑴因疾病或傷害；⑵經醫師診斷必須入住醫院之必要性；⑶正式辦理住院手續；⑷確實在醫院接受診療等情事，即符合系爭保險契約所稱「住院」之定義，此有系爭保險契約在卷可參（本院卷1第29、43、63、69頁）。故原告即被保險人如符合上開住院要件，即屬系爭保險契約所指之「住院」定義，被告依系爭保險契約約定即有給付保險金之義務。觀諸原告因系爭疾病於精神科日間住院治療等情，有原告提出之診斷證明書記載：「病人因上述原因於民國112年09月08日至112年12月31日於本院精神科日間照護住院治療，目前仍接受治療中。」、「病人因上述疾病於民國113年01月01日至113年03月31日到本院精神科日間照護住院治療，目前仍接受治療中。」等語，有診斷證明書、護理紀錄單等件在卷可參（本院卷1第75-77頁、第139-193頁、第251-365頁）。又「依據精神科門診病歷記載，原告112年6月12日主訴在家情緒不好、7月3日主訴情緒不好睡不好、7月31日主訴沒動力、8月14日主訴開始參加日間病房活動心情有好些、8月29日主訴情緒還可以，醫師判斷病人在112年8月參加日間活動後憂鬱情緒有改善，思覺失調症則相對穩定等情，亦經萬芳醫院函

覆明確（本院卷1第439-496頁）。故原告因疾病經醫師評估接受日間照護住院治療，並確實在醫院接受診療等情，堪予認定。

3.況且原告於112年9月8日至113年3月31日間，在萬芳醫院精神科接受之治療項目為「精神復健治療」，依據病歷紀錄，內容包含藥物治療、職能復健、情緒及壓力調節、規律生活作息、改善人際互動關係及日常功能等。另就一般臨床情境而言，門診治療「或」可取代日間照護住院治療，但門診治療「並非更適合」之治療方式，僅為「可選擇」之治療方式之一，且依原告病情，本次亦符合日間照護住院治療之適應症；如鑑定問題所詢問之「必要」係指「方法之一，有選擇之需求及合理性」，則日間照護住院治療應屬必要。依原告之診斷及病情評估，其日間照護住院治療之期間約為3至12個月，並須視臨床狀況及病人意願增減，故上開日間住院照護治療之期間，應未違反醫療常規等情，亦有長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院（下稱長庚醫院）函覆醫療鑑定意見書1份在卷明確（本院卷2第267-269頁）。因此，原告系爭期間日間住院確係為治療系爭疾病所必要，其日間住院治療之期間約為3至12個月，而系爭期間亦未逾此範圍，並須視臨床狀況及病人意願增減，均經鑑定明確。

4.綜上，原告主張其因系爭疾病經醫師診斷必須入住醫院之必要性，且經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療，符合系爭保險契約關於「住院」定義等情事，應可認定。

㈡至系爭保險契約締約時所適用之96年7月4日修正前精神衛生法第25條規定：「精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療」，足見「全日住院」、「日間住院」及「夜間住院」均為「住院」之概念所涵蓋，與「門診」、「急診」有別。嗣後雖97年7月4日施行修正之精神衛生法第35條第1項規定：「病人之精神醫療照護，應視其病情輕重、有無傷害危險等情事，採取之方式如下：一、門診。二、急診。三、全日住院。四、日間留

院。五、社區精神復健。六、居家治療。七、其他照護方式。」，將「全日住院」與「日間留院」予以區別，惟依修法理由略以：原條文第25條分款規定治療方式，列為修正後第35條第1項等語，且修正條文並未就「日間留院」為不同區別之定義，足徵精神衛生法97年7月4日施行修正之第35條第1項第4款規定之「日間留院」，與修正前第25條所定「日間住院」之醫療方式文義相同。縱精神衛生法嗣後再有修正，然保險人即被告並未配合精神衛生法之修正而隨同變更其定型化契約中有關「住院」之定義，自不因修法而異其契約條款之解釋。且系爭保險契約條款所約定之「住院」是否包括「日間留院」，應屬系爭保險契約關於保險事故範圍解釋之問題，依前開說明，自應探求契約當事人之真意，不得拘泥於所用之文字，並不能直接引用上開精神衛生法之條文用語即加以排除，更遑論被告就原告前於112年1月1日至同年6月8日間同樣因系爭疾病所導致之精神科日間住院醫療情形，均已依系爭保險契約理賠保險金等情，亦為被告所未爭執，則被告對於相同適用之保險契約條款卻異其解釋，自非公允洽當，倘若被告欲就「日間留院」情形予以排除，則應於日後所制定之保險契約條款明文約定之。況保險人契約所約定之條文有限，承保之危險事故於日常生活中實際發生之狀況卻層出不窮，保險人對保險契約之內容固然具有「專業理解」，而其內部是否以日間住院為承保範圍，並據以精算核定保險費時，對於此點，要保人或一般社會大眾實無從窺知，社會大眾所能了解者，僅保險契約中關於住院之定義，及日間住院亦屬住院制度之一環，是社會大眾對於日間住院符合保險契約承保之範圍，並據此所抱持之期待亦合於情理，則社會大眾「合理期待」與保險人「專業理解」之間所存在差距之不利益，應由保險人承受，此不僅基於「擬約者應承受契約疑義而發生之不利益」所使然，亦係基於保險人較有機會及能力分散與吸收此種不利益之合理論斷，此乃保險業經營之「滿足合理期待原則」。參以系爭保險契約為定

型化契約，被告為擬訂契約之企業經營者，如不願將日間住院納入承保範圍，或認日間住院應與全日住院所給付之保險金為相異之處理，即應於擬訂保險契約條款時使之明文化，並據此計算不同之收費標準，使要保人得以此為考量選擇是否與保險人締約或投（加）保該部分項目，然被告未隨之更新保險契約條款內容，復未於契約中明文將日間住院排除於危險承擔之範圍，反於保險事故發生後，以未將日間住院納入精算基礎核定保險費為由，拒絕給付保險金，非但與保險法第54條第2項之規定相悖，亦有違保險業經營之「滿足合理期待原則」精神。從而，被告抗辯原告於醫院短暫停留而未過夜、未入住醫院者，則非屬系爭保險契約承保之住院等節，係被告單方且片面增加系爭保險契約條款所未有之要件，其抗辯並無可採。

㈢此外，參諸系爭保險契約條款並未限制住院必須24小時居住於醫院、在醫院過夜或以醫院為生活起居之場所，亦未約定「住院」僅指「全日住院」，而不及於「日間住院」、「夜間住院」或「半日住院」等項目，是被告抗辯「日間住院」並非「住院」，於法即屬無據。又被告固抗辯保險公司係以衛福部之住院統計數據作為精算之依據，函釋已認定「日間留院」係歸類於「門診」而非「住院」，基於對價平衡原則，自不應將「日間留院」解釋為系爭保險契約之「住院」等節，然被告所舉健保署函文，於法並未拘束本院就本件個案事實之認定，況綜觀上開函文主旨，係說明日間照護期間同時至中醫就醫得依日間住院申報規定辦理等語（本院卷1第237頁），顯係就醫療院所申報事項所為之函文，而與本件事實無涉，被告僅摘要其中部分文字為抗辯，自屬斷章取意而無可採。至被告所舉衛福部函文（本院卷1第239頁），乃100年間所為，亦不影響兩造系爭保險契約係於88年至91年間所簽立之事實。又萬芳醫院固函覆「依據112年9月7日精神科門診病歷記載，病人表達住院需求，『經醫師評估』認為日間照護對其病情改善有幫助，故112年9月8日迄今於

本院精神科日間病房接受治療。」等節（卷1第379頁），縱其全文亦足徵原告因系爭疾病業經醫師診斷後評估必須入住醫院之必要性，從而原告固曾表達住院需求，並不影響醫師依其專業診斷後評估日間住院治療方式之結果。又日間住院治療雖非系爭疾病唯一治療方式等情，縱有系爭補充醫療鑑定意見（本院卷2第309頁），然系爭保險契約條款約定內容，既非以住院為唯一治療方式為要件，被告執此抗辯，乃增加系爭保險契約條款所無之限制，而與契約文義不符，自無可採。

㈣被告雖辯稱：縱認伊應給付保險金，然原告每日僅7小時參與日間留院，所得請求之保險金，應依24分之7計算云云。查，系爭保險契約約定之「住院」並未區別「全日住院」及「日間住院」，已如前述，且依系爭保險契約條款均係以「實際住院日數」計算應給付之保險金，即已明文約定以「日」計算，並無約定非全日住院者以小時計算，且其約定亦無不明之處，被告自不得於保險事故發生後，再持系爭保險契約條款所未約定之計算方式，為不利於原告之解釋，被告此部分抗辯，亦屬無據。

五、綜上所述，原告依系爭保險契約如附表二依據欄所示約定，請求被告給付如附表二請求金額欄所示保險金，應屬有據。從而，原告請求被告應給付1,168,900元，及其中613,400元自113年1月24日起，其中555,500元自113年4月25日起，均至清償日止，按年息10%計算之利息，為有理由，應予准許。

六、兩造均陳明願供擔保請准宣告假執行及免為假執行，核無不合，爰分別酌定相當擔保金額准許之。

七、本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及所提證據，於判決結果不生影響，爰不一一論列。

八、訴訟費用之依據：民事訴訟法第78條。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　11　　月　　3　　日

民事第七庭　　法　官　黃莉莉

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　　115　　年　　11　　月　　3　　日

書記官　盧芯沂

附表一：

編號	投保日期	保單名稱	保單號碼	簡稱	頁碼
1	88年3月24日	國泰住院醫療終身健康保險	0000000000	系爭主約1	卷1第21-22頁
2	88年9月3日	國泰住院醫療終身健康保險	0000000000	系爭主約2	卷1第23-24頁
3	89年1月26日	國泰住院醫療終身健康保險	0000000000	系爭主約3	卷1第25-37頁
4	89年11月13日	國泰住院醫療終身健康保險	0000000000	系爭主約4	卷1第39-49頁
5	91年1月25日	主契約「國泰安家長期看護終身壽險」，附加「國泰溫情住院醫療保險附約」	0000000000	系爭附約1	卷1第51-68頁
6	91年間	壽險為主契約，附加「國泰新溫心住院日額醫療保險附約」		系爭附約2	卷1第69-74頁

附表二：

112年

保單	依據	理賠項目	住院天數	請求金額（新臺幣）
系爭主約1	國泰住院醫療終身健康保險第11條第1項	住院醫療保險金	78天	126,000元
系爭主約2	同上	住院醫療保險金	同上	126,000元
系爭主約3	同上	住院醫療保險金	同上	126,000元
系爭主約4	同上	住院醫療保險金	同上	126,000元
系爭附約1	溫情附約第5條第2款	住院日額保險金	同上	101,400元
系爭附約2	新溫心附約第11條第3、4項	住院日額醫療保險金	同上	8,000元

合計	613,400元

113年

保單	依據	理賠項目	住院天數	請求金額（新臺幣）
系爭主約1	國泰住院醫療終身健康保險第11條第1項	住院醫療保險金	55天	110,000元
系爭主約2	同上	住院醫療保險金	同上	110,000元
系爭主約3	同上	住院醫療保險金	同上	110,000元
系爭主約4	同上	住院醫療保險金	同上	110,000元
系爭附約1	溫情附約第5條第2款	住院日額保險金	同上	71,500元
系爭附約2	新溫心附約第11條第3、4項	住院日額醫療保險金	同上	44,000元
			合計	555,500元