臺灣桃園地方法院民事判決

115年度保險小上字第2號

上　訴　人　劉倢希

000000000000000000

被上訴人　　宏泰人壽保險股份有限公司

設臺北市○○區○○○路0段000號0樓之0

法定代理人　李啓賢

000000000000000000

000000000000000000

上列當事人間請求損害賠償事件，上訴人對於民國115年2月9日本院桃園簡易庭114年度桃保險小字第527號第一審判決提起上訴，本院於115年9月24日言詞辯論終結，判決如下：

主　　文

一、原判決廢棄。

二、被上訴人應給付上訴人新臺幣87,872元。

三、第一、二審訴訟費用新台幣9,750元，由被上訴人負擔。

事實及理由

壹、程序部分

一、按對於小額程序之第一審判決上訴，非以其違背法令為理由，不得為之；上訴狀內並應記載上訴理由，表明原判決所違背之法令及其具體內容，暨依訴訟資料可認為原判決有違背法令之具體事實。民事訴訟法第436條之24第2項、第436條之25分別定有明文。而所謂違背法令，係指依同法第436條之32第2項準用第468條所定判決不適用法規或適用不當、第469條第1至5款所列判決當然違背法令之情形。是當事人對於小額程序之第一審判決提起上訴時，如依民事訴訟法第468條規定，以判決有不適用法規或適用不當為理由，其上訴狀或理由書應具體指摘該判決所違背之法令條項，或有關判例、解釋字號，或成文法以外之習慣、法理等及其內容；如依民事訴訟法第469條規定，以判決當然違背法令為理

由，則應具體揭示該判決有合於此條第1至5款所列當然違背法令之情形及其內容，並均應具體表明係依何訴訟資料可認為判決有上開不適用法規或適用不當，或當然違背法令之事實（最高法院71年台上字第314 號判例要旨參照）。準此，倘上訴人形式上已具體指摘或揭示原審判決有何違背法令之處，並表明所據證物，其上訴即應認為合法。查上訴人提起上訴，指摘原審對於保險契約解釋違背保險法第54條規定等情，就形式上觀之，符合民事訴訟法第436 條之24第2項規定，應認本件上訴合法。

二、又按當事人於小額事件之第二審程序不得為訴之變更、追加或提起反訴，固為民事訴訟法第436條之27所明定，惟考諸其立法緣由，乃係為求小額事件之第二審程序能迅速審結，以貫徹小額訴訟程序簡速之目的，故如當事人於小額事件之第二審程序中僅單純為聲明之減縮，並無礙於二審法院調查證據、認定事實者，依目的性限縮解釋之結果，尚無不可。本件上訴人於原審起訴時請求被上訴人給付新臺幣（下同）95,000元及自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按週年利率5%計算之利息。嗣本院審理時，將請求給付之金額減縮為87,872元，並變更聲明如後述（見本院卷第13頁至第15頁），經核無礙於上開目的之達成，揆諸上開說明，應予准許。

貳、實體部分

一、上訴人於原審起訴及本院主張：

㈠、伊前於民國108年10月12日向被上訴人投保宏泰人壽薰衣草醫療健康保險附約（下稱系爭保險契約），嗣因伊於113年5月9日至113年5月11日間因右側膝部挫傷、右膝游離關節之傷勢（下稱系爭傷勢）而住院，經醫師診斷需使用「利奇」細胞基質艾奇沛血球細胞分離組（關節注射液）、Amniogen羊膜異體移植物（羊膜基質）等自費材料（下合稱系爭自費材料），並支出此部分醫療費用95,000元，伊依約向被上訴人申請保險給付87,872元，竟遭被上訴人以系爭自費材料不

符合醫療常規為由，拒絕給付，爰依系爭保險契約第10條第5款請求被上訴人為保險給付。

㈡、原審未審酌上訴人住院及術中病歷、醫囑與診斷證明，及治療程序係由主治醫師基於病情而納入，上訴人係信賴醫師專業下同意接受治療，並非自行指定要求使用自費材料。況本件尚有第三方保險公司對相同或相似醫療項目曾給付之事實，足見臨床上非全然屬病患自行選擇或普遍被拒絕之項目。原審逕以學術認定即臺大醫院之鑑定即認系爭自費材料不屬醫療常規而認被上訴人得以拒賠，顯係錯誤將「現有高品質學術證據缺乏」等同於「不屬於醫療必要或非醫師可採用之治療」，以學術等級標準取代臨床實務判斷之過度擴張，未採取司法實務上常用之衡量標準，在特定時間、特定醫療環境下是否為具相同專業能力之醫師可能採取之合理醫療行為，故原審對事實之認定忽略、輕忽主治醫師診斷、醫囑及實際治療記載之證據，對證據評價有重大不當。

㈢、系爭保險契約第10條係以醫師指示用藥及超出健保給付之住院醫療費用為給付要件，然原審竟於契約文義無明文排除之情況下，以法院或被上訴人之事後鑑定結果作為拒賠之依據，已逾越契約文字之解釋，增加保險人之給付條件，與保險法第54條規定「有利於被保險人之解釋原則」相違，被保險人不得因保險人事後主觀判斷而使原有契約保障功能受掣肘。原審逕以被上訴人單方或外部鑑定之結果否認契約之給付範圍，已逾法院對契約解釋之職權範圍，且造成被保險人顯失公平之結果。實務上，對醫療必要性之認定，應優先考量主治醫師之專業醫療紀錄與醫囑，再輔以外部鑑定比較，而非以外部鑑定之證據等級直接否定臨床醫師之醫療判斷。

㈣、上訴人已依約繳交保費並於保單之實支實付限額內支出相應醫療費用，在信賴保險契約保障之期待下接受醫師判斷並負擔自費部分，係依約請求給付，被上訴人卻以狹義之醫療常規或鑑定結果拒賠，實違反誠實信用原則。若允許保險公司在保單未明文排除之情況下，依單方鑑定或解釋拒絕給付，

將使保險契約之保障功能大幅侵蝕，亦有違社會交易安全與契約信賴之基本價值。原審未綜合主治醫師之病歷、醫囑、手術紀錄、收據與保險申請文件，與鑑定結果交互比較，認定事實不當及適用法規錯誤。

二、被上訴人則以：

原判決並無不適用法規或適用不當之情形，故認為上訴無理由，依系爭保險契約之約定，系爭自費材料治療所支出費用乃上訴人選擇之醫療材料，不符合醫療常規之使用，故上訴人施行之手術所支出費用不在實支實付範圍內。聲明：上訴駁回。

三、原審判決上訴人全部敗訴，上訴人不服，提起全部上訴，並於本院更正聲明為：㈠原判決廢棄。㈡上開廢棄部分，被上訴人應給付上訴人87,872元。聲明：上訴駁回。

四、上訴人主張其於108年10月12日向被上訴人投保系爭保險契約，且於113年5月9日至113年5月11日間因系爭傷勢住院，住院期間並使用系爭自費材料治療，費用為95,000元等情，有原審卷附系爭契約、診斷證明書、醫療費用收據可憑（見原審院卷第7-15頁），且為被上訴人所不爭執，自堪信為真實。然上訴人主張依據系爭保險契約，被上訴人應給付系爭自費材料治療費用87,872元（按因系爭保險契約約定每次住院醫療費用保險金限額為15萬元，扣除被上訴人本次住院已依約給付醫療費用62,128元，故減縮請求數額為87,872元）等情，則為被上訴人否認，並以前揭情詞為辯解，是本件應予審究之爭點乃上訴人關於系爭自費材料治療費用之請求，是否合於系爭保險契約之約定，茲判斷如下：

㈠、按解釋契約，如契約文字已表示當事人之真意，無須別事探求者，即無須反捨契約文字而更為曲解。是以，倘契約約定明確，其內容又無違反公序良俗、強制規定，或顯然違反誠信原則之情形，當事人即應受契約約定之拘束（最高法院97年度台上字第1676號判決意旨參照）。

㈡、查系爭保險契約第10條第1項關於「住院醫療費用保險金之

給付」之約定為：「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治療時，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。.....五、醫師指示用藥。...九、超過全民健康保險給付之住院醫療費用」。上開契約文字已載明當事人定約時約定，給付住院醫療費用保險金之要件及範圍乃：以全民健康保險（下稱健保）保險對象之身分住院之被保險人，於住院期間之依健保規定應自行負擔及不屬健保範圍之超等住院病房費差額、管灌飲食以外之膳食費、特別護士以外之護理費、醫師診察費、醫師指示用藥、血液（非緊急傷病必要之輸血）、掛號費及證明文件、來往醫院之救護車費、超過健保之住院醫療費用。系爭保險契約顯未賦予保險人對於被保險人因前述原因所支付住院醫療費用片面判斷其必要性、合理性之權限，故被上訴人逕以系爭自費材料治療所支出之費用違反醫療常規為由拒絕給付保險金，已難認有據。

㈢、再者，上訴人因右側膝部挫傷、右膝游離關節而進行關節鏡下關節面磨平成形術之手術住院3日，「因病情需要」手術使用系爭自費材料之事實，業據診治醫師於診斷證明書之醫囑載明，有天成醫療財團法人天晟醫院診斷證明書可憑（見原審卷第13頁），堪認上訴人關於系爭自費材料之費用支出確經醫師判斷而屬必要。被上訴人雖援引國立臺灣大學醫學院附設醫院鑑定回覆意見（下稱臺大回覆意見）辯稱系爭自費材料之使用違反醫療常規等語，然前開臺大回覆意見記載內容為：「根據學術文獻回顧，目前無明確高品質證據支持羊膜用於游離體的治療，因此認為羊膜的使用為病患自主選擇之醫療材料，非醫療常規使用。根據學術文獻回顧，目前無明確高品質證據支持PRP（高濃度血小板血漿）用於膝關節游離體的治療，本次劉君使用的『“利奇”細胞基質艾奇

沛血球細胞分離組（關節注射液）』其成分包含玻尿酸與PRP。綜上所述，判斷此品項為劉君自主選擇之醫療器材，非醫療常規使用」等語（見原審卷第126頁）。前開臺大回覆意見雖以「目前無高品質證據支持」為由，認系爭自費材料非醫療常規所使用，然就其所載「此品項為劉君自主選擇之醫療器材」之語，亦可知系爭自費材料確係上訴人所用以治療用其病症之醫療材料，縱或系爭自費材料因為醫療機構個別之考量而未獲普遍使用，然因本件兩造是商業保險，系爭契約既已經明文約定保險金給付條件與內容，且該契約第10條第1項所約定給付範圍囊括超等住院病房費差額等給付項目，目的顯然在透過此項約定賦予被保險人住院醫療期間在常規之醫療內容外，更廣泛且合其需求之選擇，依據系爭保險契約之約定，被保險人既可選擇使用超等病房而請求被上訴人支付病房費差額（按第10條第1項第1款），自無不可依據醫囑選擇經主治醫師依其專業判斷認定於醫療上有其必要之系爭自費材料為醫療使用之理。是被上訴人所辯，難認可採。

㈣、系爭保險契約計已明定住院醫療費用保險金給付之要件及範圍，系爭自費材料既經主治之專業醫師依其專業判斷及上訴人病況，判定於醫療上屬必要，上訴人自得依據系爭保險契約請求被上訴人給付系爭自費材料費用，又因系爭保險契約約定每次住院醫療費用保險金限額為15萬元（見原審卷第11頁，系爭保險契約附表），扣除被上訴人因上訴人本次住院已依約給付醫療費用62,128元（見原審卷第17頁保險金理賠通知書），上訴人請求被上訴人給付系爭自費材料費用87,872元，應屬有據。

五、綜上，上訴人依系爭保險契約第10條第1項之約定，請求被上訴人給付87,872元，為有理由，應予准許。原審就上開應准許部分，為上訴人敗訴之判決，尚有未洽。上訴意旨指摘原判決此部分不當，求予廢棄改判，為有理由，應由本院改判如主文第2項所示。

六、本件事證已臻明確，兩造其餘之攻擊或防禦方法及所用之證據，經本院斟酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不逐一論列，附此敘明。

七、依民事訴訟法第436條之32第1項準用同法第436條之19第1項規定，第二審法院為訴訟費用之裁判時，應確定其費用額。本件第一、二審訴訟費用額確定為9,750元（內容詳如附表），爰諭知如主文第3項所示。

八、據上論結，本件上訴有理由，爰判決如主文。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　23　　日

民事第三庭　審判長法　官　游智棋

法　官　張菀庭

法　官　卓立婷

附表：

編號	項目	金額
1	第一審裁判費	1,500元
2	第二審裁判費	2,250元
3	第一審鑑定費	6,000元
	總計	9,750元

以上正本係照原本作成。

本判決不得上訴。

中　　華　　民　　國　　115　　年　　10　　月　　27　　日

書記官　李　昕