

0545	105. 2. 22	1570
------	------------	------

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85907088
聯絡人及電話：蔡明翰(02)85907369
電子郵件信箱：md7367@mohw.gov.tw

10688  郵件編號073006

臺北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國105年2月17日

發文字號：衛部醫字第1051660966A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：本部公告掃描檔及其附件申請作業須知各1份(1051660966A-1.doc、1051660966A-2.pdf)

主旨：檢送本部公告修正「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知（如附件），請轉知所屬，請查照。

說明：

一、本計畫申請作業須知前經本部104年6月30日衛部醫字第1041664637號公告在案。

二、本次修正重點如下：

(一)本計畫適用範圍原限於病人於手術時或該手術後「7日內」發生非預期死亡事故，參考常用醫療品質指標，放寬為手術時或該手術後「30日內」發生非預期死亡事故。

(二)原訂排除事由「8.非屬『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準』所列舉之手術」，予以刪除。

(三)受理案件之事故發生期間，由原定「103年1月1日至104年12月31日」修正延長為「103年1月1日至105年12月31日」。

(四)相關申請表件及參考範例併同修正。

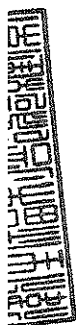
三、各醫療機構有執行全身麻醉者，請參與本計畫。如遇有符合獎助條件事故個案，可申請獎助。

四、本計畫行政作業委託「財團法人藥害救濟基金會」辦理，諮詢專線電話：(02)2351-0740，傳真：(02)2358-4098，地址：100台北市中正區愛國東路22號10樓。相關資訊可於網站查詢（網址：<http://www.oirp-tdrf.org.tw/>），敬請轉知轄內醫療機構與相關人員，歡迎多加利用。

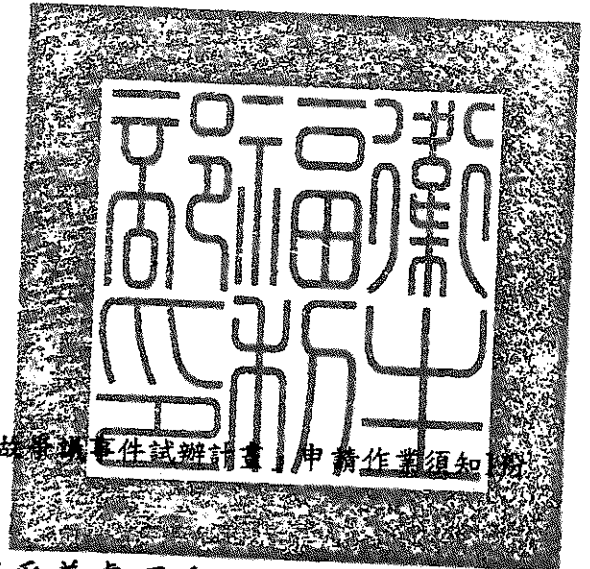
正本：中華民國醫師公會全國聯合會、地方政府衛生局

副本：財團法人藥害救濟基金會

部長 蔣丙煌



衛生福利部 公告



發文日期：中華民國105年2月17日

發文字號：衛部醫字第1051660966號

附件：本部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知

主旨：公告修正本部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知，如附件。

部長 蔣丙煌



衛生福利部
「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議
事件試辦計畫」
申請作業須知

105年2月17日



衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知

103年9月29日衛部醫字第1031666965號核定
104年6月30日衛部醫字第1041664637號公告修正
105年2月17日衛部醫字第1051660966號公告修正

壹、背景說明

手術及麻醉過程中，如發生不良結果之事故時，常引起醫療爭議及訴訟，導致醫病關係之緊張對立，尤其曠日廢時之訴訟過程，更造成雙方在勞力、時間及費用上之大量耗損。因此，為加強醫療機構之風險管理與妥善處理醫療糾紛，減少醫病雙方司法纏訟，使病人得到合理之手術、麻醉風險保障，並期能改善醫病關係，衛生福利部（以下簡稱本部）爰推動「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」（以下簡稱本計畫）。凡參與本計畫之醫療機構，在全身麻醉之手術過程中，倘已依醫療專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身難以避免之風險，導致病人於手術時或該手術後發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經雙方和解或調處達成協議後，醫療機構得向本部申請新臺幣80萬元以內之獎助。本計畫可作為未來規劃醫療事故補償制度之先驅計畫，達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

貳、依據

醫療法第91條及醫療事業發展獎勵辦法第2條第1項第5款。

參、計畫目的

- 一、維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧。
- 二、迅速解決醫療爭議，實現社會公平正義。
- 三、加強保障病人安全，提升醫療服務品質。

肆、計畫內容

一、主要工作項目：

(一) 醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助條件：

參與本計畫之醫療機構，經麻醉科專科醫師執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術過程中，已依醫療專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身難以避免之風險，導致病人於手術時或該手術後 30 日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經雙方和解或調處達成協議後，醫療機構同意給予病方金錢或其他適當方式之協助後，該醫療機構得向本部申請新臺幣 80 萬元以內之獎助。

(二) 醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助條件之排除事由：

手術及麻醉事故，除須滿足上開獎助條件外，並應無下列任一情事：

1. 醫療事故與醫療行為間無因果關係。
2. 醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方。
3. 得依藥害、疫苗預防接種或其他法律所定申請救濟。
4. 病人因原有疾病之病程進展致生意料中之死亡。
5. 病人或其家屬不配合醫療機構進行診療，情節重大。
6. 病人同意接受人體試驗出現之死亡。
7. 非以治療疾病為目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請獎助資料虛偽或不實。
9. 其他（例如病歷紀錄簡略無法提供足夠資料審查）。

(三) 申請案件審議：

醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助申請案件之審議，應由公正之第三者組成審議會審查是否合於獎助條件，並核定獎助金額，審議過程不作有無疏失之認定或鑑定。

(四) 醫療服務品質提升：

醫療機構為提升醫療服務品質，於手術及麻醉過程中，應盡一切可能降低風險，確保病人安全，並為下列之措施：

1. 建立醫療糾紛關懷機制，於事故發生時主動向病人家屬溝通、說明及關懷，並給予適當協助。
2. 接受本部或本部委辦之機關（構）、團體辦理之訪查；本部得公布訪查結果以供民眾就醫選擇。
3. 定期提出妥善處理手術及麻醉相關之業務與品質報告，參與本部指定之醫療不良結果事件通報，並建立醫療風險管控機制。

（五）獎助金來源：

本計畫經費由本部醫療發展基金支應。

二、手術及麻醉事故發生時間：

本計畫適用於 103 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日間發生之手術及麻醉事故，且病人於手術時或手術後 30 日內死亡者。

三、執行步驟及方法：

（一）參加資格：

領有醫療機構開業執照之醫院、診所，得向本部申請參加本試辦計畫。醫院須經醫院評鑑合格，診所則應於參加本試辦計畫一年內通過本部或本部委託民間團體辦理之訪查。

（二）申請獎助程序：

1. 凡符合申請資格之醫療機構，於 103 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日間所施行經麻醉科專科醫師執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術，且病人於手術時或手術後 30 日內死亡之手術及麻醉事故案件，自發生日起 2 年內與病人方達成事故處理之和解或調處協議者，應於協議成立日起 60 日內，以書面向本部或經本部委辦之機關（構）、團體提出申請。醫療機構於醫病雙方達成協議時，須注意雙方立協議書人皆已取得充分授權。
2. 前項申請逾期者，不予受理。但醫療機構與病方於 103 年 1 月 1 日至 9

月 30 日間達成協議者，得於 104 年 3 月 1 日前提出。

3. 申請獎助應檢具下列文件：

- (1) 本計畫獎助申請書一式二份（如附件一）。
- (2) 手術前評估、檢查及相關醫療紀錄、手術過程或病人相關醫療紀錄（檢附整份病歷影本；若有轉院，並應檢附轉院後完整病歷資料影本）一式二份。
- (3) 醫療機構出具之病人死亡證明書。
- (4) 醫療機構與死亡病人之法定繼承人（以下稱受益人）之事故處理協議書影本（參考範例如附件二）。
- (5) 其他經本部認定必要之文件。

4. 前項申請文件不完整或經審查需補充其他文件時，應於本部或本部委辦之機關（構）、團體通知之期限內補件，逾期不補件者，該申請案逕予退件。但有正當理由時，得於補正期限屆至前，向本部或本部委辦之機關（構）、團體申請展延乙次。

5. 本部或本部委辦之機關（構）、團體受理申請案件，應於申請日或資料補件完成日起 4 個月內審定，必要時得延長 2 個月，並應於審定日起 15 日內以書面通知申請之醫療機構。

（三）審查機制：

由本部成立之「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會（以下簡稱審議會）」依據本部核定之「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」、「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會設置要點」、本申請作業須知及相關法令進行審議。

（四）給付基準：

經審定符合給付獎助金之申請案件，其金額不得逾醫療機構與病方達成事故處理協議之約當貨幣值，且每位死亡病人以新臺幣 80 萬元以內

為限。

(五) 品質管控：

1. 參加本計畫之醫療機構，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體之通知接受訪查，以確保其維持合於參加本計畫之條件。
2. 參加本計畫之醫療機構，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體通知，定期提出該機構辦理有關手術及麻醉之業務與品質報告，並對機構發生手術及麻醉不良結果之個案，應參與本部指定之醫療不良結果事件通報，建立其醫療風險管控機制。另有關醫療不良結果事件通報作業本部將另函周知。
3. 本部定期公告試辦機構名單及本計畫執行之成果統計分析。

(六) 其他事項：

1. 參加本計畫之醫療機構，如有下列情形之一時，應返還其已領取之全部或部分獎助金額：
 - (1) 未撥款予病方或未依約提出協助，經查證屬實者。
 - (2) 檢具資料不實，或以虛偽或其他不正當方法獲取獎助金額者。
 - (3) 該事故嗣後經司法裁判確認可歸責於醫事人員者。
2. 參加本計畫之醫療機構為醫院者，應成立「手術及麻醉事故醫療爭議事件關懷小組」，協助處理相關爭議事件之調處或和解，並積極促使爭議案件達成協議；診所則由轄區機關、團體協助。
3. 參加本計畫之醫療機構，本部提供加入標章，置放於醫療機構明顯處，供病方或民眾知悉。

(七) 獎助金額給付方式：

本計畫獎助案件經審定核可者，由本部或本部委辦之機關（構）、團體函文通知申請之醫療機構於收到函文 15 日內檢附領據（如附件三），向本部核辦撥款；本部撥款後，該醫療機構應於 10 日內交付病方受益人，並將

病方受益人已領取協議給付或其他適當方式協助可資證明之相關證明資料送部（參考範例如附件四）。

伍、本計畫之開辦

（一）機構申請參與文件

參加本計畫之醫療機構須填妥參與計畫之申請書 1 份（附件五）及合約書正副本各 2 份（附件六）用印後，免備函文寄至本部醫事司（11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號；備註：申請參加手術及麻醉事故試辦計畫）。

（二）受理申請案件始日及諮詢服務

本計畫自 103 年 10 月 1 日起開始受理手術及麻醉事故案件申請，申請之醫療機構對本計畫有任何疑問時，請洽詢本部（02）8590-6666 轉 7369，蔡先生。

（三）其他事項

有關本計畫之「申請作業須知」及相關申請書表，請參閱本部網站（<http://www.mohw.gov.tw/>）中「醫事業務」項下「手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫專區」下載。

衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」

獎助申請書

申請日期： 年 月 日

申單 請位	醫療機構名稱		評鑑別		醫療機構 代碼	
	機構負責人		聯絡電話		傳真	
	聯絡人		Email			
	聯絡地址					
事生 故 發	姓名		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統 一編號		
	出生日期	年 月 日	聯絡電話			
	戶籍地址					
	通訊地址					
事議 故 人 協	姓名		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證統 一編號		
	出生日期	年 月 日	受害人與協議 人關係			
	通訊地址		聯絡電話			
事之 故 追 申 訴 請 狀 時 態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現已就本案提起民事訴訟 (請勾選訴訟繫屬狀態： <input type="checkbox"/> 地院 <input type="checkbox"/> 高院) <input type="checkbox"/> 現已就本案提起刑事訴訟 (請勾選訴訟繫屬狀態： <input type="checkbox"/> 地檢 <input type="checkbox"/> 地院 <input type="checkbox"/> 高院) <input type="checkbox"/> 曾經就本案提起民事訴訟 (請勾選訴訟繫屬狀態： <input type="checkbox"/> 地院 <input type="checkbox"/> 高院) <input type="checkbox"/> 曾經就本案提起刑事訴訟 (請勾選訴訟繫屬狀態： <input type="checkbox"/> 地檢 <input type="checkbox"/> 地院 <input type="checkbox"/> 高院)					
申 請 事 故 事	一、 事故之案情：(下述表列者為重要事項，請逐項詳細說明) (一) 手術及麻醉日期： 年 月 日 (二) 病人死亡日期： 年 月 日					

實
概
述

(三) 手術名稱及方法 (中文、英文、手術式健保代碼) :

(四) 麻醉方式及方法 :

(五) 手術前病人健康狀態 :

1、過去病史及健康狀態概述 :

2、此次就醫之主訴 :

3、診療意見 (含醫療評估、診斷及建議處置) :

4、手術前風險評估 (主治醫師與其他科之會診意見) :

5、手術前風險評估(麻醉科意見) :

(六) 事故原因 (除已知風險外, 如有特殊可能原因, 請一併說明) :

(七) 事故發生經過與處理情形：

二、 雙方爭議與達成協議：

(一) 爭議所在：

(二) 地方衛生主管機關調處日期 (若有)： 年 月 日

(三) 雙方達成協議成立日期： 年 月 日

(四) 達成事故處理協議之金額：新臺幣 元

申請應檢附之資料，請逐項勾選確認
(以下資料請檢附一式二份)

有

無
(請詳述未檢附原因)

一、 獎助申請書正本 (即本表，須完成
機構用印及簽章)

二、 與本事故案相關之完整病歷影本
(若有影像資料請一併檢附)，包
括：

1. 事故人健康狀況資料(含門診紀錄、檢
驗及檢查報告)。
2. 事故發生前、後所有醫療相關紀錄：
門、急診完整紀錄、完整病程記錄
(progress note)、醫療處置(醫囑)單、
護理紀錄、檢查及檢驗報告、各類評
估紀錄...等。

<p>3. 本次事故手術前說明紀錄、手術同意書、手術過程記錄及手術後相關紀錄。</p> <p>4. 本次事故麻醉前評估紀錄、麻醉同意書、麻醉（過程）紀錄及麻醉後訪視紀錄。</p>		
<p>三、事故人死亡證明書或屍體相驗證明（若有解剖報告，請併附報告影本）</p>		
<p>四、地方衛生主管機關出具之調處證明文件（若有） （含調處申請資料及調處結果文件）</p>		
<p>五、申請機構與事故方之事故協議書影本（醫療機構於醫病雙方達成協議時，須注意雙方立協議書人皆應取得充分授權）</p>		
<p>六、事故方收訖協議款項金額或相當協助之收據或相關證明文件，如點收現金證明、簽收支票證明、或醫療機構已提供相當協助之證明文件等（若已完成）</p>		

（請詳閱下頁申請相關注意事項，並完成機構用印後始得寄出申請）

※申請相關注意事項（申請書及所檢附之醫療紀錄、病歷等原則應一式二份）。

一、醫療機構應依民法與具有請求權資格之對象達成協議。病人死亡者，協議對象為其法定繼承人。

二、獎助申請，有時間的限制：

（一）申請單位自事故發生日起 2 年內與病方達成手術及麻醉事故處理之和解或調處協議者，於協議成立日起 60 日內提出獎助申請。

（二）如屬醫療機構業與病方於 103 年 1 月 1 日至 9 月 30 日間達成協議者，申請單位應於 104 年 3 月 1 日前提出。

三、事故發生原因並非難以避免之風險，或有下列情形之一者，皆不在獎助範圍，將不予給付：

1. 醫療事故與醫療行為間無因果關係。
2. 醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方。
3. 得依藥害、疫苗預防接種或其他法律所定申請救濟。
4. 病人因原有疾病之病程進展致生意料中之死亡。
5. 病人或其家屬不配合醫療機構進行診療，情節重大。
6. 病人同意接受人體試驗出現之死亡。
7. 非以治療疾病為目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請獎助資料虛偽或不實。
9. 其他（例如病歷紀錄簡略無法提供足夠資料審查）。

四、申請單位檢附之資料不完整或經審查需補充其他文件時，應於本部或本部委辦之機關（構）、團體通知之期限內補件，逾期不補件者，該申請案逕予退件。但有正當理由時，得於補正期限屆至前，向本部或本部委辦之機關（構）、團體申請展延乙次。

五、申請單位對案件審定之結果如有不服，須於審議結果到達次日起三十日內，填具覆議書（如附件七）向本部或本部委辦之機關（構）、團體提起覆議。

六、醫療機構如有下列情形之一時，應返還其已領取全部或部分獎助金額：

- (一) 未撥款予病方或未依約提出協助，經查證屬實者。
- (二) 檢具資料不實，或以虛偽或其他不正當方法獲取獎助金額者。
- (三) 該事故嗣後經司法裁判確認可歸責於醫事人員者。

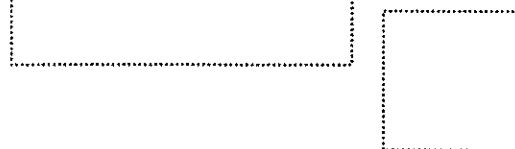
以上規定，均已知悉，並願意遵守，此致

衛生福利部

醫療機構章戳：



負責人簽章：



中 華 民 國 年 月 日

協議書（參考範例）

立協議書人

（以下簡稱甲方，醫療機構方）

（以下簡稱乙方，病方）

茲雙方為○○○○手術或麻醉所生不良結果事宜，同意訂定本協議書並協議如下條款，以資遵守：

- 一、甲方與乙方針對民國○○年○○月○○日至民國○○年○○月○○日間乙方因○○○○手術或麻醉所生不良結果，雙方同意由甲方補償乙方新台幣○○萬元整，乙方並願意配合提供或同意甲方調閱複製病歷相關資料（甲方應請乙方簽署後附之「病歷資料調閱複製同意書」，期以明確）。
- 二、甲、乙雙方同意就本案全身麻醉手術事故不良結果及本協議書內容保持秘密。協議簽署之後，雙方及其家人不得再對第三人透露，亦不得再傳播有不利甲、乙任一方名譽行為（包括口頭、書面、網路、媒體等傳播）；如有違反之一方，應賠償另一方懲罰性違約金新台幣○○萬元整。但甲方依相關法令規定或應主管機關要求，將本協議書及相關資料交付或提供行政機關者，不在保密限制範疇。
- 三、乙方於簽署本協議書同時取得甲方依第一點約定給付新台幣○○萬元整時，乙方應另立收據或親筆簽寫「收訖」字樣。

四、如事後對本協議書有所爭議，雙方同意以○○地方法院為第一審管轄法院。

五、本協議書壹式貳份，由雙方各執壹份為憑。

立協議書人

甲方：

身分證字號：

(或統一編號)

住所：

乙方：

身分證字號：

(或統一編號)

住所：

見證人：

身分證字號：

(或統一編號)

住所：

中 華 民 國 年 月 日

備註：

1、雙方立協議書人皆應取得充分授權。

2、本協議書屬於參考性質，請依個案情節酌修文字，不宜全文照列。

3、相關法令(本參考範例摘錄法令時間為102年9月;惟法令內容仍應依立約當時有權機關所發布之最新版本為準):

(1)民法第12條:「滿二十歲為成年。」

(2)民法第14條之1第1項:「對於因精神障礙或其他心智缺陷，至不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，法院得因本人、配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為監護之宣告。」

- (3) 民法第 15 條：「受監護宣告之人，無行為能力。」
- (4) 民法第 15 條之 1 第 1 項：「對於因精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足者，法院得因本人、配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為輔助之宣告。」
- (5) 民法第 15 條之 2 第 1 項：「受輔助宣告之人為下列行為時，應經輔助人同意。、、、四、為和解、調解、調處或簽訂仲裁契約。、、、。六、為遺產分割、遺贈、拋棄繼承權或其他相關權利。」
- (6) 民法第 194 條：「不法侵害他人致死者，被害人之父、母、子、女及配偶，雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。」
- (7) 民法第 192 條第 1 項：「不法侵害他人致死者，對於支出醫療及增加生活上需要之費用或殯葬費之人，亦應負損害賠償責任。」
- (8) 民法第 192 條第 2 項：「被害人對於第三人附有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任。」
- (9) 民法第 1138 條：「遺產繼承人，除配偶外，依左列順序定之：一、直系血親卑親屬。二、父母。三、兄弟姊妹。四、祖父母。」
- (10) 民法第 1139 條：「前條所定第一順序之繼承人，以親等近者為先。」

病歷資料調閱複製同意書

茲授權人○○○為協助○○○(醫療機構名稱)向衛生福利部申請「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」之獎助，促進審議程序順利，特此同意該醫療院所得向病人○○○(填寫姓名，至於身分證字號、地址等詳細基本個人資料詳如下記載)曾前往涉與本案有關之醫療機構查詢、調閱及複製該病人之病歷及各項檢查報告相關資料。

授權人：_____ (簽名及蓋章)

授權人為 (請勾選)

病人(已亡故)之法定繼承人

配偶 子女 父母 其他 _____，檢附與病人關係之身分證明文件】

身分證字號：_____

電話號碼：_____

通訊地址：_____

取得授權之醫療院所名稱：_____ (請用機構大印)

負責醫師(代表人)：_____ (簽名及蓋章)

機構地址：_____

病人基本資料

病人姓名：_____

身分證字號：_____

電話號碼：_____

通訊地址：_____

相關法令(本參考範例摘錄法令時間為103年9月；惟法令內容仍應依立約當時有權機關所發布之最新版本為準)：

1. 民法第12條：「滿二十歲為成年。」
2. 民法第14條之1第1項：「對於因精神障礙或其他心智缺陷，致不能為意思表示或受意思表示，或不能辨識其意思表示之效果者，法院得因本人、配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為監護之宣告。」

3. 民法第 15 條：「受監護宣告之人，無行為能力。」
4. 民法第 15 條之 1 第 1 項：「對於因精神障礙或其他心智缺陷，致其為意思表示或受意思表示，或辨識其意思表示效果之能力，顯有不足者，法院得因本人、配偶、四親等內之親屬、最近一年有同居事實之其他親屬、檢察官、主管機關或社會福利機構之聲請，為輔助之宣告。」
5. 民法第 15 條之 2 第 1 項第 4 款：「受輔助宣告之人為下列行為時，應經輔助人同意。…四、為和解、調解、調處或簽訂仲裁契約。」
6. 行政程序法第 24 條第 1 項：「當事人得委任代理人。但依法或行政程序之性質不得授權者，不得為之。」

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」獎助金領據

(案件編號)

茲領到衛生福利部發給之 (個案姓名) 因手術
或麻醉風險所生不良結果一案之妥善處理獎助金額新臺幣

拾 萬 仟 佰 拾 元正

此 據

具領人(原申請人)

機構名稱：

統一編號：

機構地址：

機構代表人：

會 計：

出 納：

(以上均請簽名或蓋章)

受款銀行名稱：

戶 名：

帳 號：

本診所無出納及會計人員，特此證明。

註：無出納及會計人員之機構，前列會計、出納簽章之欄位可空白，惟請勾選此欄位並於下由負責人簽章以資證明

負責人簽章：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」領款證明單（參考範例）

（案件編號）

茲向（醫療機構）領到（個案姓名）因手

術或麻醉風險所生不良結果一案之協議給付金額新臺幣

拾 萬 仟 佰 拾 元正

此 據

具領人（請由病方填具）

姓名：（簽名或蓋章）

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」

參加計畫申請書

申請日期 年 月 日

機構名稱		機構代碼	
機構代表人/負責醫師		開業執照字號	
計畫聯絡人		聯絡電話	
機構地址			
醫療機構屬性： <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所 是否全民健康保險特約醫療機構： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否經中央衛生主管機關醫院評鑑： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 醫院評鑑結果： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 優等 <input type="checkbox"/> 特優 教學醫院評鑑結果： <input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 優等			
機構簡介及執行手術、麻醉業務			

說
明

茲檢附：申請書。

醫療機構開業執照影本。

全民健康保險特約醫療機構證明文件影本。

中央衛生主管機關醫院評鑑結果之證明文件影本。

醫療機構全銜：

(醫療機構章戳)

代表人/負責醫師：

(簽名或蓋章)

衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」

合約書

衛生福利部(以下簡稱甲方)為促進醫病關係和諧，提升醫療服務品質與病人安全，特與「 (醫療機構全名) 」(即○○○醫師※私立醫療機構須填寫負責醫師) (以下簡稱乙方)簽訂本合約，由乙方負責執行「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」(以下簡稱本計畫)，雙方合意約定事項如下：

- 一、本計畫之內容，詳如申請作業須知。
- 二、本計畫受理之事故發生期間，自 103 年 1 月 1 日起至 105 年 12 月 31 日止。
 - (一) 乙方於上開期間所施行經麻醉科專科醫師執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術，且病人於手術時或手術後 30 日內死亡之手術及麻醉事故爭議事件，自發生日起 2 年內與病方達成事故處理之和解或調處協議者，得於協議成立日起 60 日內，檢具本計畫規定之相關文件向甲方提出申請獎助。
 - (二) 符合本計畫之手術及麻醉事故爭議事件，乙方業與病方於 103 年 1 月 1 日至 9 月 30 日間完成協議者，得於 104 年 3 月 1 日前向甲方提出申請。
- 三、為提升醫療服務品質，乙方於手術及麻醉過程中，應盡一切可能降低風險、確保病人安全。於計畫辦理期間應接受甲方(或甲方委辦之機關(構)、團體)辦理之訪查。甲方得公布乙方之訪查結果，以供民眾就醫選擇。
- 四、乙方於計畫辦理期間應接受甲方通知，定期提出辦理有關手術及麻醉之業務與品質報告，並應參與甲方指定之醫療不良結果事件通報，並建立醫療風險管控機制。
- 五、乙方於計畫辦理期間應建立醫療糾紛關懷機制，於事故發生時主動向病人家屬溝通、說明及關懷，並給予適當協助，積極促使爭議案件達成協議。
- 六、本計畫之獎助，由甲方組成手術及麻醉事故獎助審議會(下稱審議會)辦理審查，必要時，乙方應依審議會要求派員列席說明。
- 七、甲方為使審議會審定之給付順利而通知乙方配合辦理相關事宜時，乙方應即依通知辦理。
- 八、乙方如有符合下列情形之一者，應返還已領取全部或部分獎助金額：
 - (一) 未撥款予病方或未依約提出協助，經查證屬實者。
 - (二) 檢具資料不實，或以虛偽或其他不正當方法獲取獎助金額者。

(三) 該事故嗣後經司法裁判確認可歸責於醫事人員者。

- 九、申請案件經甲方審議會審定，由甲方以函文通知乙方，乙方收到函文通知15日內應檢附領據向甲方請領獎助金額，逾期視同放棄。
- 十、乙方違反本合約第3條、第4條、第5條及甲方所定相關義務者，甲方得定期要求改善；乙方如未遵期進行改善或改善仍不符合者，甲方得終止合約。
- 十一、本合約書未約定事項，雙方得以換文方式另行約定，修正時亦同。但申請作業須知之修正不待換文，由甲方修正公告後即生拘束雙方之效力。
- 十二、本合約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。本合約所約定事項如遇有訴訟時，雙方同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。
- 十三、本合約書正本2份，副本2份，並分送雙方保存，以資信守。
- 十四、本合約書自簽約日起生效。

覆 議 書

稱 謂	機構名稱 (或自然人姓名)	住 所 或 居 所 (營業所或事務所)	機構代碼 (或身分證字號)
覆 議 人			
代 表 人 (法人或團體應填具)			
原申請案件編號			事故發生人
行政處分書 發文日期及文號	中華民國 年 月 日 衛部醫字第 _____ 號	收受 知悉 行政處分之年月日	年 月 日
覆議請求事項：			
事實：(簡述處分書所附決議摘要)			
理由：			
檢附之證據或附件： 1. 原行政處分書影本。 2. (有代理人者) 代理人委任書。 3. 其他：_____			

此致

衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會

覆議人：

代表人：

(簽章)

代理人：

中華民國

年

月

日

