

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：盧言珮

電話：(02)2752-7286#122

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：perle@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國103年10月2日

發文字號：全醫聯字第1030001523號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：轉知衛生福利部檢送該部「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」申請作業須知乙份，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部103.9.29衛部醫字第1031666965號函(如附件)辦理。

二、相關訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會、台灣外科醫學會、中華民國骨科醫學會、台灣神經外科醫學會、台灣泌尿科醫學會、台灣整形外科醫學會、台灣消化系外科醫學會、台灣內分泌外科醫學會、中華民國大腸直腸外科醫學會、台灣內視鏡外科醫學會、台灣小兒外科醫學會、台灣乳房醫學會、台灣神經脊椎外科醫學會、台灣胸腔及心臟血管外科學會、台灣血管外科學會、台灣移植醫學學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、台灣兒科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣耳鼻喉科醫學會、中華民國眼科醫學會、台灣皮膚科醫學會、台灣神經學學會、台灣精神醫學會、台灣復健醫學會、台灣麻醉醫學會、中華民國放射線醫學會、台灣放射腫瘤學會、中華民國核醫醫學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、台灣病理學會、台灣急診醫學會、中華民國環境職業醫學會

副本：

中華民國醫師公會
全國聯合會 校對章

董事長 蘇清泉

Handwritten signature and date: 10/11

彰化縣醫師公會
收文日期 103.10.07
收文字號 彰醫字第 1216 號
第1頁 共1頁

擬公布網站

Handwritten signature and date: 10/12

董培郁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國103年9月29日

發文字號：衛部醫字第1031666965號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

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
(1031666965-1.doc)

主旨：檢送本部「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）一份，請 查照。

說明：

- 一、依據本部「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」辦理。
- 二、本計畫申請作業須知及相關資訊將公告並更新於本部醫事
司網站（<http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMA/>），敬請轉
知相關人員，歡迎多加利用。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、各直轄市及縣市衛生局

副本：

014/09/30文
交 09 類:20章

部長邱文達

本案依分層負責規定授權業務主管決行



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10月1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103166965號核定

壹、背景說明

當手術麻醉過程中發生不良結果之事故時，常會引起醫療爭議，甚至衍生出訴訟。長久下來不僅容易導致醫病關係的緊張對立，冗長的訴訟過程也造成雙方在勞力、時間及費用上的大量耗損。因此，為加強醫療機構之風險管理與處理醫療糾紛能力，同時建立調解先行原則，減少醫病雙方司法纏訟的情況，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）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，若是在全身麻醉的手術過程中，已經依專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身無可避免之風險，導致病人於該手術後 7 日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經地方衛生局調處後，雙方當場和解或後續和解，醫療機構可向本部申請最高達 80 萬元之部分補助。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、迅速解決爭議，實現社會公平與正義。
- 三、提升病人安全與醫療服務品質。

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，若是在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，已經依專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身無可避免之風險，導致病人於該手術後7日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經地方衛生局調處後，雙方當場和解或後續和解，醫療機構給予病方金錢或其他適當方式之協助，由政府對該醫療機構給予部分經費之鼓勵。

(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：

手術及麻醉事故除須滿足上開所列條件外，並應無下列任一情事：

1. 醫療事故與醫療行為並無因果關係。
2. 對於醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
3. 可依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。
4. 屬於病人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. 非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請補償資料虛偽或不實。
9. 其他(例如病歷記錄簡略無法提供足夠資料審查，經審查酌予減少或不予補償)。

(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，將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，審議過程不作有無過失之認定或鑑定。

(四) 醫療品質提升：

為提升醫療品質，課予參與之醫療機構應負之責任，對於手術與麻醉

過程應盡一切可能降低風險、確保病人安全，參與之醫療機構必須：

1. 應建立醫療糾紛關懷機制，於事故發生時能主動向病人家屬溝通、說明、關懷，並給予適當協助。
2. 應依本部通知，接受本部或委託之專業團體辦理之評鑑或訪查。本部亦得公布評鑑或訪查結果以供民眾就醫選擇。
3. 應依本部通知，定期提出妥善處理手術與麻醉相關之業務與品質報告，並應參與本部指定之醫療不良結果事件通報，且建立其醫療風險管控機制。

(五) 獎助金來源：

本計畫經費由本部醫療發展基金支應，醫療機構完全係依自願方式參與。

二、手術及麻醉事故發生時間：

本計畫適用範疇為 103 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日間發生之手術及麻醉事故，且病人於手術後 7 日內死亡者。

三、執行步驟與方法：

(一) 參加資格：

領有醫療機構開業執照之醫院、診所，可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 104 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，且病人於手術後 7 日內死亡之手術及麻醉事故案件，經地方衛生主管機關調處，且自發生日起 2 年內與病人方達成事故處理協議者，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應取得充分授權。

2. 前項申請逾期者，不予受理之。但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（如附件二）。
 - (5) 地方衛生主管機關出具之調處證明文件。
 - (6) 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，應依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，該申請案將逕予退件。但有正當理由，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. 參加本計畫之機構，應於參加計畫後一年內接受本部或本部委辦之機關(構)、團體通知訪查，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，如有符合下列情形之一者，應負擔返還其已領取之全部或部分救濟金額：
 - (1) 經查明醫療機構未有向病方撥款或依約提出協助之事實者。
 - (2) 醫療機構檢具之資料不實，或以虛偽或其他不正當方法、手段等獲取得獎助金額者。
 - (3) 該事故嗣後經司法裁判確認為醫事人員可歸責者且具故意或重大過失者。
2. 參加本計畫之醫療機構為醫院者，應成立「手術與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，促使爭議案件達成協議

極大化。診所則由轄區機關、團體協助。

3. 對於參加本計畫之機構，本部將提供加入標章，讓機構放置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，機構應於 10 天內交付受益人，並將受益人填寫已領取協議給付或其他適當方式協助可資證明之正本證明資料送部(如附件四)。

伍、本計畫之開辦

(一) 機構申請參與文件

參加之機構請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，免備函文寄至衛生福利部醫事司(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，欲申請之機構如對本計畫有任何疑問，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 人 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) :

(四) 麻醉方式及方法 :

(五) 手術前病人健康狀態 :

1、病人主訴 :

2、診療意見 :

3、術前風險評估 (主治醫師與其他科會診意見) :

4、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： 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	申請人自行審核	審查紀錄 (受理單位填寫)
<p>一、獎助申請書 (即本表)</p> <p>二、手術及麻醉事故發生前病人健康狀況資料、手術過程紀錄、手術後病歷紀錄 (檢附整份病歷複製本, 若後續於其他醫院治療, 亦應檢附後續完整病歷資料影本)</p> <p>三、手術及麻醉事故發生後醫療機構出具之病人死亡證明書。</p> <p>四、地方衛生主管機關出具之調處證明文件。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無, 原因:</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無, 原因:</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無, 原因:</p> <p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無, 原因:</p>	

<p>五、申請單位與死亡病人之法定繼承人之事故協議書影本。(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><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無，原因：</p>	
<p>六、死亡病人之法定繼承人已收到事故處理協議款項金額或相當協助之證明文件(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)。</p>	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無，原因：</p>	

※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、若事故發生原因並非不可避免之風險，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並無因果關係。
2. 對於醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
3. 可依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。
4. 屬於病人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. 非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請補償資料虛偽或不實。

9. 其他（例如病歷記錄簡略無法提供足夠資料審查，經審查酌予減少或不予補償）。

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，應依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，該申請案將逕予退件。但有正當理由，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、醫療機構如有符合下列情形之一者，應負擔返還其已領取全部或部分獎助金額：

（一）經查明醫療機構未有向病方撥款或依約提出協助之事實者。

（二）醫療機構檢具之資料不實，或以虛偽或其他不正當方法、手段等獲取得獎助金額者。

（三）該事故嗣後經司法裁判確認為醫事人員可歸責者且具故意或重大過失者。

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應保持秘密，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）；如有違犯之一方，應賠償另一方懲罰性違約金新台幣○○萬元整。但甲方依衛生福利部頒定「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、相關法令規定或應醫療機構所在地衛生主管機關要求，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、醫療機構方於簽署本協議書時或申請衛生福利部「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」獎助前，將補償金額給付病方時，應請病方另製作收據或提供已支付款項證明文件，以利審議。
- 3、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。
- 4、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○○○(醫療院所)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」之部分補助，為促進審議程序順利，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 款：「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：

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

(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： (簽名並蓋章)

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			
<p>醫療機構屬性：<input type="checkbox"/>醫院 <input type="checkbox"/>診所</p> <p>是否全民健康保險特約醫療機構：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>			
<p>是否經中央衛生主管機關醫院評鑑：<input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p> <p>醫院評鑑結果：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>優等 <input type="checkbox"/>特優</p> <p>教學醫院評鑑結果：<input type="checkbox"/>合格 <input type="checkbox"/>優等</p>			
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)

- (一) 經查明醫療機構未有向病方撥款或依約提出協助之事實者。
- (二) 醫療機構檢具之資料不實，或以虛偽或其他不正當方法、手段等獲取得獎助金額者。
- (三) 該事故嗣後經司法裁判確認為醫事人員可歸責者且具故意或重大過失者。

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。

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。

立約人：

甲方：衛生福利部

地址：臺北市南港區忠孝東路6段488號

代表人：邱文達

乙方：

地址：

代表人：

中華民國

年

月

日

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 <small>(法人或團體)</small>			
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：

(簽名並蓋章)

代理人：

中華民國

年

月

日