



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法

107 年 8 月修訂

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
整合醫療與產業帶動醫療健康產業發展與鏈結南向
推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法

壹、緣起

期以提升醫療服務品質為核心，整合臺灣優質醫療服務與相關產業優勢，推動醫療機構與產業共同合作，提升國產品知名度、使用率及促進產業發展效益，同時建立南向產業搭橋機制，特擬訂本辦法以資鼓勵。

本方案依據衛生福利部【整合醫療與產業帶動醫療健康產業發展與鏈結南向(一)整合醫療與產業，扶植國產品升級，提升使用率，促進產業發展效益】辦理。

貳、概述

一、名稱

本案名稱為推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法（以下簡稱「本辦法」）。

二、目標

鼓勵國內機構在與新南向目標國之醫學院校、醫療機構合作交流之活動中，增加產業參訪、說明會等相關活動，讓來自新南向國家之醫衛人員有機會認識，瞭解臺灣優秀產業之醫療儀器、醫/耗材及國產藥品等，以深化新南向國家對我國產業之瞭解與認同。

三、辦理方式

(一) 申請資格：

1. 協助新南向國家^{註1}培訓醫衛人員、醫事學生之醫療機構（含醫院、診所等）。
2. 協助新南向國家^{註1}培訓醫衛人員、醫事學生之教育教學機構。
3. 承接來自新南向國家^{註1}醫療參訪團之財（社）團法人團體、公、協、學會（醫療、衛生）。

(二) 申請方式

1. 符合資格之機構於本辦法期程間之醫衛訓練課程、參訪行程或其他交流活動等合作計畫中，安排有新南向國家之醫衛人員、學生參與國內產業參訪、國產品說明會等活動項目。
2. 參與活動之人員需包含新南向 18 國國籍之人士，且實際活動時間（係指不含用餐、交通...等）需達 50（含）分鐘以上。
3. 填報本辦法之申請書並用印（大小章），並提供該活動或行程之相關資料（如附件），包含：活動紀要、活動回饋、參與人員名單...等。
4. 於本辦法截止日（含）前將附件相關資料正本寄送予本會（以郵戳為憑），同時以電子郵件繳交電子檔，免備文。
5. 由本會審核資料，並提供鼓勵金，**審核順序將依據收件順序**。每家申請機構每場次活動僅能申請 1 次，並配合本會辦理費用核銷相關事宜。

四、鼓勵內容

1. 本辦法經費共新台幣 50 萬元整（含稅），每場次鼓勵金以新台幣 2.5 萬元整（含稅）為上限。
2. 將依參與之南向國家之醫衛人員、學生人數，酌予鼓勵金。
3. 推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業活動鼓勵金級距表

辦理方式	金額(含稅)	新南向國家之醫衛人員、學生人數
機構外 產業參訪	25,000 元	10 人以上
	20,000 元	7-9 人
	15,000 元	4-6 人
	10,000 元	2-3 人
機構內 說明會	10,000 元	10 人以上
	5,000 元	2-9 人

4. 參訪、說明會或相關活動之主題類型包含：

我國健康醫療照護相關之儀器設備、衛耗材、系統、整合型解決方案、藥品等。

五、期程

1. 活動辦理接受申請期間：自 107 年 4 月 3 日起至 107 年 10 月 10 日止。
2. 本辦法申請日期：自本辦法公告日起至 107 年 10 月 10 日（含）止。
3. 本辦法 107 年度經費額度用罄時，將不再受理申請。

六、其它

1. 待審查通過，本會將以電話及電子郵件通知，並請於一周內備妥下列資料，送至本會，以進行核銷撥款等相關程序。
 - (1) 請款單據為發票或領據二擇一，領據需檢附「機關團體銷售貨物或勞務申報銷售額與營業稅額繳款書」。
 - (2) 會計科目：推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法
 - 抬頭：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
 - 統編：19330993
 - (3) 匯款帳號相關資訊
2. 本辦法經費不得以同一事由重複申請/使用其他政府機關之補助，且應於申請書中主動告知，如查獲不實，將不予以撥款。
3. 連絡電話(02)8964-3000，連絡窗口：林宛儀專員 分機 3187；王奕嵐專員 分機 3198。

註 1: 新南向國家：越南、印尼、菲律賓、泰國、馬來西亞、新加坡、柬埔寨、緬甸、汶萊、寮國(東協十國)；印度、孟加拉、巴基斯坦、斯里蘭卡、尼泊爾、不丹(南亞六國)；紐西蘭、澳洲。

附件：申請書及活動相關資料表

一、申請書

推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法 申請書			
申請機構			
申請單位			
機構地址			
聯絡窗口		聯絡電話	分機：
電子郵件			
本場活動欲申請經費： 1. ☐ 至機構外產業參訪，新南向國家人數 10 人以上，申請經費 25,000 元 2. ☐ 至機構外產業參訪，新南向國家人數 7-9 人，申請經費 20,000 元 3. ☐ 至機構外產業參訪，新南向國家人數 4-6 人，申請經費 15,000 元 4. ☐ 至機構外產業參訪，新南向國家人數 2-3 人，申請經費 10,000 元 5. ☐ 於機構內辦理說明會，新南向國家人數 10 人以上，申請經費 10,000 元 6. ☐ 於機構內辦理說明會，新南向國家人數 2-9 人，申請經費 5,000 元			
本場活動有無申請/使用其他政府機關補助經費： ☐ 無； ☐ 有，僅提供資料予貴會參考，不得申請本辦法鼓勵金			
本機構申請參與「推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法」，所提供之活動相關資料，均與事實相符，並保證填報資料無誤。 機構印鑑： _____ 負責人簽章： _____			

二、活動紀要資料表

活動名稱：			
交流廠商名稱：			
廠商聯絡人：		廠商聯絡電話：	
活動行程：	日期：	107 年 _____ 月 _____ 日	
	時間：	_____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分	
	地點：		
活動摘要：(需敘明本次參訪/說明之國產品項目或檢附國產品項目相關簡報資料)			

活動名稱：	
活動照片 1	說明
活動照片 2	說明

(若篇幅不足，請自行增列)

三、活動回饋(由申請機構人員填寫)

回覆者/職稱：_____

聯繫電子郵件：_____

1.本鼓勵辦法之效用	相當有	有	普通	沒有
a. 對於產業鏈結之幫助	☐	☐	☐	☐
b. 對於安排培訓課程之幫助	☐	☐	☐	☐
c. 對於招攬外籍人員來台培訓之幫助	☐	☐	☐	☐

勾選**沒有**時，請提供原因，以利協助調整本辦法之策略：

2. 請問對於本鼓勵辦法是否有相關建議？

3. 請問對於政府推動醫衛臨床與產業鏈結發展是否有相關建議？

(若篇幅不足，請自行增列)

備註：請款單據

待審查通過，本會將以電話及電子郵件通知，並請於一周內備妥下列資料，送至本會，以進行核銷撥款等相關程序。

- 發票或領據二擇一，領據需檢附「機關團體銷售貨物或勞務申報銷售額與營業稅額繳款書-407」。
- 會計科目：推動海外醫衛人員熟悉我國醫療產業鼓勵辦法
 - 抬頭：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
 - 統編：19330993
- 匯款帳號相關資訊

四、活動回饋(由參與之外國人員填寫，且回覆份數應達申請經費人數 1/2 以上)

回覆者(親簽)：_____

議程	非常 滿意	滿意	普通	不滿意	非常 不滿意
1. 對本次活動能強化對臺灣 國產品之瞭解	☐	☐	☐	☐	☐
2. 對本次活動廠商所提供的 資訊內容	☐	☐	☐	☐	☐
3. 本次活動產品說明之專業 性	☐	☐	☐	☐	☐

勾選不滿意/非常不滿意時，請提供原因：

4. 參與本次活動，對您最有幫助為下列何者？（可複選）

☐醫療技術 ☐醫療器材 ☐智慧醫療 ☐藥品 ☐疫苗 ☐醫院管理制度
☐其他_____

5. 透過本次活動，覺得臺灣哪些優勢/產品有輸入貴國之可行性？（可複選）

☐醫療技術 ☐醫療器材 ☐智慧醫療 ☐藥品 ☐疫苗 ☐醫院管理制度
☐其他_____

6. 對於未來兩國交流有何建議？

四、Event Feedback

Respondents (signature) : _____

議程	totally agree	partly agree	no comment	partly disagree	totally disagree
1. Is this event can helpful for you have more understand Taiwan's domestic products	☐	☐	☐	☐	☐
2. Are you satisfied with the provided information by vendors	☐	☐	☐	☐	☐
3. Are you satisfied with the professional of this event?	☐	☐	☐	☐	☐

Please kindly give us your command if you check “partly disagree” or “totally disagree” in above questions above :

4. What is the most helpful to you in this event? (Multiple selections accepted)

- ☐medical technology ☐medical equipments ☐smart hospital
☐medicines ☐vaccine ☐hospital administration management
☐other_____

5. Through this event, what are the advantages and products of Taiwan's feasibility of entering your country? (Multiple selections accepted)

- ☐medical technology ☐medical equipments ☐smart hospital
☐medicines ☐vaccine ☐hospital administration management
☐other_____

6. What are the recommendations for future collaboration?

五、參與之外國人員名單

申請機構名稱					
日期：		時間：		地點：	
序號 No.	姓名 Name	國籍 Nationality	服務單位/就讀學校 Company/School	職稱 Position	電子郵件 E-Mail
1					
2					
3					
4					
5					
6					

(若篇幅不足，請自行增列)