

糾 正 案 文

壹、被糾正機關：衛生福利部。

貳、案 由：衛生福利部辦理多個與遠距健康照護相關之計畫，所提之各項健康照顧模式，與既有衛生政策之服務內容多所重疊，在既有衛生所、社區照顧關懷據點等措施下，又提供遠距健康照護服務，資源配置之妥適性存疑；再加上該等計畫之定位模糊，目標與內容未臻明確，且實際進行之內容側重於企業營運模式之建立及其後之複製、擴散，屬商業市場之範疇，由衛生福利部推動該計畫，核有未當，爰依法提案糾正。

參、事實與理由：

本院為調查本案，經調卷、聽取衛生福利部（下稱衛福部，係行政院衛生署於民國（下同）102年7月23日所改制成立，以下皆稱衛福部）護理及健康照護司鄧司長素文簡報，及約詢衛福部林次長奏延、鄧司長素文，以及實地訪查北區與南區遠距健康照護服務中心（下稱南區健康照護中心、北區健康照護中心，或將兩者合稱遠距健康照護中心）與其辦理醫院，即財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院（下稱高醫醫院）及臺北市立萬芳醫院（委託財團法人私立臺北醫學大學辦理）（下稱萬芳醫院）後，業調查竣事，發現衛福部確有違失，茲說明如下：

- 一、按衛福部之說明，96年即辦理「遠距照護試辦計畫」、97年辦理「遠距照護服務改善與品質提升計畫」、99年辦理與遠距健康照護服務之計畫，期望透過資訊服務業、醫療服務業、醫療器材業、電信業、保全業、保健設備業等異業之結合，使用資通訊科技發展創新之科技化照護服務，帶動健康照護產業在相關領域之

市場發展；並透過遠距照護共通資訊平台之建置，串連社區式、居家式及機構式各種照護模式，為民眾提供連續性照護服務。由上可知，衛福部推動遠距健康照護計畫之目的，須兼容「提供民眾更好的健康照護品質與效率」，不僅在「促進健康照護產業發展」而已。該部進而於 99 年至 103 年繼續規劃辦理「遠距健康照護四年發展計畫」，期健全相關配套機制，截至目前，在該計畫項下已辦理 99-101 年度「遠距健康照護服務專案辦公室計畫」、100-101 年「遠距健康照護中心計畫」、101 年「遠距健康照護中心客服標準作業流程規劃導入及驗證計畫」等子計畫¹。

二、按衛福部之說明，該部辦理與遠距健康照護有關之計畫，目的之一係為帶動產業發展、建立商業模式。然而，同一遠距健康照護產業下之不同廠商，針對不同服務對象、區域可能產生之不同需求，勢將採行不同之商業模式，始足因應。惟衛福部以委辦計畫之方式，在 100 年及 101 年執行 7 項相關計畫，希建立放諸四海皆準之商業模式並導入於遠距健康照護產業，然執行方式對於計畫目標之達成，顯不具可行性。另衛福部於 99 年規劃 100-103 年度之四年發展計畫，卻未見提出中程發展計畫，而係於 100 年及 101 年辦理 7 項委託計畫，並將機房設備代管、專案辦公室及區域服務中心等單位之設立作為委辦計畫之名稱，然上述事項係為達成計畫目標而為之事項或成立之組織，而非計畫目標本身。又以「專案辦公室」計畫為例，既為組織單位，亦係計畫名稱，但純以其名稱實難明確該計畫之目的，且按衛福部提供專案辦公室之執行成果，包括規劃慢性病照護個案管理標準作業流程及服務推廣等，而「區域服務中心計畫」有關

¹ 102 年衛福部無相關計畫經費編列補助，改由兩區遠距健康照護中心回歸市場機制自給自足營運。

遠距健康照護中心主要執行工作包括：服務資訊化與 SOP 標準作業修訂及推廣宣傳等，兩計畫有重複研究之疑慮；另同為發展遠距健康照護產業之委託辦理計畫，卻又區隔一為監督單位，一為執行單位，而監督之成果在本質上本與執行成果又有一定程度之矛盾存在，卻同列為遠距健康照護之相關計畫，兩計畫研究成果若有衝突，衛福部如何對其等之成果參考並作為業務改進或政策研擬之決定，恐生疑慮。

三、查 96 年至 97 年間推動之遠距照護試辦計畫係以「偏遠地區、醫療資源缺乏、照護需求高」為優先服務對象，99 年之遠距健康照護服務發展計畫則以「慢性病個案」為主；迄 100 年開始推廣之遠距健康照護四年發展計畫，則將一般民眾亦納入。又上開計畫之內容，均係利用既有服務模式，提供民眾健康照護，然而，較先推動之計畫尚無具體資料顯示已對標的對象建立更具品質與效率之健康照護模式，即一再擴大服務對象，但標的對象不同，服務之內容，究屬疾病預防、急性醫療，抑或長期照護可能隨之不同，所發展的照護模式亦不同，而有限之計畫經費需涵蓋有不同健康或疾病照護需求之對象，將使照護深度不足，且因標的混亂，連帶使得現行計畫定位模糊，目標及發展方向混淆，內容更難明確。

四、北區及南區健康照護中心 100 年及 101 兩年度提供會員之服務項目，主要為遠距生理量測、異常主動追蹤、個人健康管理、醫療照護轉介、緊急事件通報，以及即時諮詢服務等六項，另提供企業會員員工健檢建議、定期健康報告、群體健康分析、異常狀況管理及用藥安全指導。然而，上開服務，國內各縣市 371 所「衛生所」（含臺北市 12 健康服務中心），即因推動基層醫療保健業務，提供民眾醫療保健服務而設立；國內亦有 1,300 個以上由村里辦公處及民間團體

參與設置之「社區照顧關懷據點」，提供老人關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務，並視當地需求特性，提供餐飲服務或辦理健康促進活動；另長照計畫則涵蓋居家服務、日間照顧、家庭托顧、居家護理、社區及居家復健、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，並以喘息服務支持家庭照顧者；至於相關遠距健康照護計畫提供之各項照護服務，國內 507 家醫院、20,628 家診所均能提供；另在企業部分，勞工健康保護規則第 13 條規定事業單位之工作場所，勞工人數在 3 百人以上者，應視該場所之規模及性質，僱用或特約從事勞工健康服務之醫護人員，辦理臨廠健康服務。至於離島、偏遠地區之醫療與健康照護，前臺灣省政府衛生處即已投注大量人力、經費、預算，且亦有當成效。因此，有關遠距健康照護計畫服務之對象，所需之照護模式已為上開諸項醫療衛生政策所納入，且已有相關醫護人員專責辦理，並運作多年，但衛福部卻未能妥適運用現有人力，強化各項照護模式之成效，竟提出與前開政策照護服務內容多所重疊之遠距照護試辦計畫，且研究內容一再重複，其必要性存疑。

- 五、查國內於 84 年實施全民健康保險，民眾因疾病、傷害前往醫療院所就醫，已甚為便利。然現行遠距健康照護模式，主要以健康管理及諮詢衛教為主，特別是提供血壓及血糖量測服務，透過關懷據點或會員居家所上傳之會員生理數據資料，由遠距健康照護中心提供 24 小時全天候即時諮詢與處理服務，並與連結承作機構建立合作服務。與健保給付內容之差別，主要在於遠距健康照護中心對於會員進行主動性追蹤，並自動整合情報，作為醫療照護之決策，但一般會員加入北區健康照護中心計畫，每月須支付 300 至 1,500 元、南區健康照護中心則為 850 至 2,000 元（設備費

101 年度由中心免費提供)，在國人就醫可近性高之前提下，民眾若認為有就醫需要，不須透過健康照護中心，即能自行前往就醫，因此對於支付遠距健康照護服務費用之意願不高。又國內推動之預防保健，早已將鼓勵民眾量測血壓、血糖列為重要工作，若遠距健康照護計畫所規劃之功能定位於此，則過於侷限，亦難顯現推動該計畫之價值。

六、若諸遠距健康照護計畫與國內已推動多年之健康服務政策的差別，主要在於與資訊服務業、電信業、保全業等異業之結合，使用資訊通信技術，將健康與社會照護帶至病患家中，則遠距健康照護計畫側重於產業之推動與其商業利益，則宜由相關業者自行評估健康照護服務使用各項資訊通信技術之可能方案，並進行成本效益評估。衛福部身為中央衛生主管機關，職司國內健康照護體系之建置及服務內容之提供管理，詎該部對於遠距健康照護計畫之工作內容，卻側重於企業營運模式之建立及其後之複製、擴散，而非就產業推動對於健康照護體系建置及服務提供之影響進行評估、管理及規範。

綜上所述，衛福部辦理多個與遠距健康照護相關之計畫，所提之各項健康照顧模式，與既有衛生政策之服務內容多所重疊，在既有衛生所、社區照顧關懷據點等措施下，又提供遠距健康照護服務，資源配置之妥適性存疑；再加上該等計畫之定位模糊，目標與內容未臻明確，且實際進行之內容側重於企業營運模式之建立及其後之複製、擴散，屬商業市場之範疇，由衛福部推動該計畫，核有未當，爰依監察法第24條提案糾正，送請行政院轉飭所屬確實檢討改進見復。

提案委員：尹祚芊

馬秀如

中 華 民 國 1 0 3 年 7 月 2 日