

調 查 報 告

壹、案由：據審計部 101 年度中央政府總決算審核報告，衛生福利部辦理遠距健康照護相關計畫成效未如預期，尚待積極推動相關配套措施，以提升長期照護量能，進而節約醫療資源等情乙案。

貳、調查意見：

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，茲將調查意見臚列如后：

一、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：

（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)再按衛福部之說明，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

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。

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 6 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。

(七)綜上，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。

二、遠距健康照護計畫之「遠距」一詞，所傳遞之訊息為服務之對象係偏遠、離島民眾，與目前執行情形有間，宜研酌是否修正；且山地離島地區並未廣泛被納入遠距健康服務，與計畫宗旨顯有落差，衛福部允應檢討改進：

(一)按醫師法第 11 條規定：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療」，上開條文規定，為國內醫師執行「遠距醫療（Telemedicine）」之法源，實際作業需藉助無時空限制之通信與資訊科技，交換相隔兩地病患之醫療臨床資料及專家意見，至於遠距醫療之內容涉及「醫療行為」，資訊傳輸兩端人員均為醫師，且以實施於「山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形」為限。

(二)所謂「遠距健康照護（Tele-Health-Care）」，衛福部定義說明為「指利用資訊與通訊科技（ICT），在遠端或近端提供健康與照護服務。意即使用資訊通信技術，藉由提供具有安全及保全的監測、生理

健康及活動的監測、以及更為便利的資訊與人際溝通，將健康與社會照護帶至病患家中」，例如透過遠距生理訊號傳輸系統，監測使用者之健康狀況。遠距健康照護資訊傳輸兩端人員分別為「民眾」與「醫護人員及其他醫事人員」，所提供之服務主要為慢性病管理及健康管理，服務之地點並未限制於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫之情形。

(三)山地離島區域因地處偏僻，加上交通不便，相較其他區域應更需遠距照護服務，因此遠距健康照護服務相關計畫於最初實施時，山地離島地區為優先對象。惟按審計部提供資料，山地離島地區具有遠距健康照護合作醫療照護機構者，僅桃園縣復興鄉、澎湖縣馬公市及白沙鄉、金門縣金城鎮、金寧鄉、金沙鄉及烈嶼鄉、連江縣南竿鄉及北竿鄉等9個山地離島地區，並未廣泛納入真正需要遠距服務之山地離島地區，與計畫宗旨顯有落差，衛福部允應檢討改進。

(四)綜上，遠距醫療及遠距健康照護之共通點在於利用電信通訊系統提供服務，以克服空間及時間之障礙，但遠距醫療有實施於山地、離島、偏僻地區之地理限制，而遠距健康照護初始之構想雖亦著重於提供「偏遠地區、醫療資源缺乏、照護需求高」之對象所需之照護服務，但幾經演變已拓展至一般民眾，然「遠距」一詞所傳遞之訊息為服務之對象係偏遠、離島民眾，與目前執行情形有間，宜研酌是否修正；且山地離島地區並未廣泛被納入遠距健康服務，與計畫宗旨顯有落差，衛福部允應檢討改進。

三、衛福部之核心事務包括決定遠距健康照護業務之定位、規劃、督考及跨部署合作機制等，竟委託不具公權力之專案辦公室辦理，應予檢討改進：

(一)按衛福部之答復說明，行政院 98 年核定之六大新興產業、「健康照護升值白金方案」、「愛台十二項建設-智慧臺灣 (i-Taiwan)」、「97 年第 8 次全國科學技術會議、行政院第 28、29 次科技顧問會議等，均將推動遠距健康照護作為未來重要政策。惟查衛福部推動遠距健康照護，係由該部護理及健康照護司負責，但相關計畫涉及之業務，尚包括醫事司、國民健康署、食品藥物管理署及財團法人國家衛生研究院管轄事項，純由護理及健康照護司推動，其成效自然受限。又南北兩區遠距健康照護中心成立以來，尚未達到損益平衡，營運規畫應強化異業合作，南區遠距健康照護中心現已與商業保險公司合作，衛福部允應重視此項合作對於遠距健康照護產業發展之影響。

(二)衛福部為進行遠距健康照護服務複製擴散，委託工業技術研究院與大同股份有限公司共同執行「遠距健康照護服務發展計劃」，並於 99 年至 101 年間辦理「遠距健康照護服務專案辦公室計畫」，成立「遠距健康照護服務發展計劃專案辦公室」。按衛福部提供之資料，專案辦公室於 99 年至 101 年度之辦理事項，略以：

- 1、99 年：規劃遠距健康照護未來發展藍圖，推動創新提案輔導、計劃執行監督與管考，建立專案管理機制與溝通平台，制定遠距健康照護資訊交換標準，及配合相關政策之規劃與推動等。
- 2、100 年：建置跨部署合作機制，發展因地制宜之服務模式，制訂遠距健康照護資訊傳輸標準，處理法令鬆綁與爭議事件，並培訓跨領域人才，厚植科技畫照顧人力，及國際交流等相關

工作。

- 3、101 年：擴大遠距健康照護中心連結醫療照護單位數，確立並推廣遠距健康照護生理資訊傳輸設備介面標準，並鼓勵業者投入。

(三)遠距健康照護為政府施政之重要方向，其目標除推動國內健康產業之發展外，亦藉由照護模式之創新，提昇民眾健康品質。爰衛福部委託成立專案辦公室，作為推動遠距健康照護之技術發展或商業模式之組織，並於建立運作模式後，再複製擴散進行商業運轉。然遠距健康照護之價值不僅在於產業之發展，亦在於健康照護服務之提供及加值，因此，衛福部當明確定位計畫目標、規劃遠距健康照護未來發展、執行監督與管考計畫，並建置跨部署合作機制，以善盡中央衛生主管機關職責。惟衛福部於推廣計畫、宣導對象尚未明確時，即編列預算補助或委辦相關機構辦理遠距健康照護計畫，且該部核心事務包括決定遠距健康照護業務之定位、規劃、督考及跨部署合作機制等，竟委託不具公權力之專案辦公室辦理，應予檢討改進。

四、衛福部對於參與遠距健康照護區域服務中心計畫案甄選之醫療機構，未確實審查是否具備主導推動遠距健康照護發展之辦理經驗，致指標達成率偏低，允應檢討改進：

(一)按原衛生署於 96、97 及 99 年均委託執行數位健康產業發展專案，計畫名稱分別為「遠距健康照護試辦計畫」、「遠距健康照護服務改善與品質提升計畫」及「遠距健康照護服務複製擴散計畫」，執行單位均包括由臺北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、天主教耕莘醫院永和分院及蕭忠正醫院組成之團隊，並以北醫附設院為負責醫院。可見，北醫附設

醫院對於如何執行上開數位健康產業發展專案，為主要決策醫院，且對計畫之執行具有控制權，對於遠距健康照護之發展，更具備主導推動之辦理經驗。

(二)查原衛生署於 100 年及 101 年委託執行之「遠距健康照護區域服務中心計畫」，資格條件為「經政府合法登記與採購案有關之醫療機構（醫學中心級以上之醫院並獲得新制醫院評鑑特優）」，然北醫附設醫院不符合醫學中心之資格，但為獲得原衛生署之經費補助，因此，原計畫團隊改以符合醫學中心資格，但原非主導醫院之臺北醫學大學經營之萬芳醫院參與投標並得標，然該院雖符合醫學中心之法律外觀，但 100 年之前則未具主導執行遠距健康照護服務相關計畫之實質經驗，致實際執行計畫後，在 19 項指標中即有 4 項達成率偏低。顯見衛福部對於參與遠距健康照護區域服務中心計畫案甄選之醫療機構，未確實審查是否具備主導推動遠距健康照護發展之辦理經驗，致指標達成率偏低，允應檢討改進。

五、衛福部辦理遠距健康照護中心計畫之方式，究以委託辦理或補助始為適當，未能明確區分，有檢討改進之必要：

(一)按中央政府總預算編製作業手冊之用途別預算科目分類定義及計列標準，對於「委辦費」及「補、捐助費」之定義如下：

1、委辦費：指機關本身職務上應辦理之工作，惟為因應業務上之專業需求，必須委託外界具專業性之機關（構）、團體及個人等提供各種專業性或學術性之服務，受委託者無主動權與決定權，一切依照委託機關之規定辦理，並依雙方

約定之契約內容支付之各項費用。

2、補、捐助費：係因外界機關（構）、團體及個人等辦理之業務，與本機關有關聯性，基於配合推動主管施政業務之需要，給予受補、捐助單位預算支援。

(二)查衛福部辦理遠距健康照護計畫，有關「專案辦公室」部分，99年、100年及101年均以「委託辦理」方式為之，經費分別為1,490萬元、970萬元及1,380萬元；在「遠距健康照護中心」部分，101年係以委辦方式辦理，經費為2,000萬元，但100年係以徵求補助方式辦理，經費為2,584萬元。按中央政府總預算編製作業手冊之用途別預算科目分類定義，倘推動遠距健康照護相關計畫，為衛福部職務上應辦理之工作，應以委託辦理方式為之；若屬外界機關（構）、團體及個人等辦理之業務，則以補、捐助方式辦理始為適當。惟查上開100年及101年遠距健康照護中心計畫性質及費用之屬性，並無不同，衛福部卻未能明確區分應以委託辦理或補助方式辦理始為適當，有檢討改進之必要。

六、北區遠距健康照護中心對於入會會員申請時有關資料之填列及個案會員之統計，有欠確實，衛福部允應查明有無虛報會員人數，美化帳面數字之問題：

(一)本案調查委員實地前往北區遠距健康照護中心（衛福部委託萬芳醫學中心辦理）實地訪查時，發現該中心部分會員同意書簿冊之記載不全，樂生療養院之個案會員之同意書，只有姓名欄之欄位登載資訊（林○○），至於其他基本資料（含性別、出生日期、年齡、身分證字號、電話、通訊地址、簽名及日期）則均空白，且會員之個人健康資訊及緊急聯絡資料表，均未填列任何資料，顯見該中心對於申

請入會會員之管理，顯未認真。

(二)另查遠距健康照護中心之個案會員，係透過合作醫療照護機構而收案之會員，而團體會員則係透過合作之長期照護機構（護理之家、安養護中心）之住民而收案之會員，據北區健康照護中心人員表示，前述之林○○係衛福部樂生療養院之住民，應屬團體會員，惟查該中心卻將其列入個案會員計算，亦不確實。

(三)綜上，北區遠距健康照護中心對於入會會員申請時有關資料之填列及個案會員之統計，有欠確實，衛福部允應查明有無虛報會員人數、美化帳面數字之問題。

七、衛福部未確實檢討專案辦公室及南北健康照護中心於推動遠距健康照護計畫之成效，未針對遠距健康照護中心計畫部分成效指標達成率偏低問題，採行適當對策，核有欠當：

(一)科技發展為國家競爭力之關鍵因素之一，政府常藉由資源之投入與配置，發展科技並引導其方向，然因資源有限，民眾益趨關切政府捐補助經費之運用成果，是否符合成本效益，其績效得否具體化，以及成果能否對民眾生活有何實質改善。

(二)查衛福部補助遠距健康照護服務計畫，主要包括「專案辦公室」及「服務中心」。衛福部對於辦理機構之監督管考機制，包括：

1、每月依月報表管考文件提報執行進度，並對照資訊平台之服務數據，稽核其服務執行及資訊上傳狀況。

2、每月與專案辦公室、兩區遠距健康照護中心定期召開會議檢討計畫執行情形及成效執行討論會，進行計畫執行成效及問題討論，提出解決

方案。

- 3、為確保計畫達成預期效益，並通盤完整審查計畫之執行成果，衛福部邀請長期照護、醫院管理、醫療資訊等共9名專家學者組成委員會，於102年2月6日偕同衛福部政風、會計等相關單位進行書面暨實地審查，檢視承辦機構辦理計畫執行成效。

(三)查101年度遠距健康照護服務發展計畫針對2家健康照護區域服務中心以遠距照護中心運作、免付費服務、弱勢族群、營運創新與經營、廣宣活動等5面向訂定19項計畫指標，包括：

- 1、遠距照護中心運作：一般會員服務人數、個案會員服務人數、團體會員服務人數、企業會員服務人數、照護服務、生活照護及諮詢服務累計人次等7項。
- 2、免付費服務：轉介會員人數、合作醫療照護機構資訊整合家數及輔導醫療照護機構家數等3項。
- 3、弱勢族群：弱勢族群回饋人數及自行尋找社區醫療照護機構等弱勢團體家數等2項。
- 4、營運創新與經營：異業結合服務創新執行規模、異業結合服務人數、醫療照護機構帶動規模及企業健康管理服務內容創新等4項。
- 5、廣宣活動：經遠距健康照護入口網站轉介會員人數、廣宣活動數及廣宣活動參與人次數等3項。

另按審計部提供之資料，截至101年12月底止之實際達成狀況，北區健康照護中心計有個案會員數(達成率8%)、團體會員數(達成率76%)、企業會員數(達成率31%)及生活照護服務人次(達

成率 21%) 等 4 項指標達成率偏低，南區健康照護中心計畫個案會員數 (達成率 64%) 及異業結合服務人數 (達成率 25%) 等 2 項指標達成率偏低。

(四) 衛福部對於遠距健康照護服務計畫之運用成果及績效，應予有效監督與考核，始能確實檢討投入經費進行之委辦計畫，是否對於民眾所獲健康照護之品質及效率之改善，有所助益，俾使國家資源有效運用。惟按審計部查核結果，服務中心部分計畫成效指標達成率偏低，未能有效達成計畫目的。另按衛福部提供之資料，專案辦公室呈現績效之方式，多為質性說明，內容主要介紹相關研究制度或其工作說明，未見專案辦公室應達成之量化績效指標，亦未見衛福部設有監督管理之機制；又專案辦公室雖對服務中心訂定 19 項績效指標，但該等指標未能將提昇健康照護品質與效率納入評估，且衛福部及專案辦公室僅係依月報表管考文件，或定期召開會議檢討計畫執行狀況，可供管考之資訊有限，在此情形下，衛福部更應運用妥適工具，評估遠距健康照護中心運作之具體成效。

調查委員：尹祚芊

馬秀如

中 華 民 國 1 0 3 年 7 月 2 日