調　查　報　告　（　公　布　版　）

壹、案　　由：衛生福利部中央健康保險署已公告「因應COVID-19疫情視訊診療作業須知」，將全民納入遠距視訊診療對象，已能提高確診民眾就醫之可近性。然而該署將偏鄉及離島地區眼科、皮膚科、耳鼻喉科的遠距醫療納入健保給付後，目前推動上卻有視訊及網路設備維護作業未盡周妥、網路寬頻不足、教育訓練未落實等問題。究相關機關對於推動遠距醫療之配套措施是否妥適，均認有調查之必要案。

貳、調查意見：

緣審計部於民國（下同）109年度各直轄市及縣市地方總決算暨附屬單位決算審核報告，指出「連江縣政府推動遠距醫療計畫提供民眾便利醫療服務，惟部分視訊設備維護作業未盡周妥，且間有尚未使用情事，及相關教育訓練未落實記錄，允待研謀改善，以提升遠距醫療品質」。經調查委員針對上開審計部所指連江縣政府辦理遠距醫療之疏失，併同衛生福利部（下稱衛福部）等相關機關對於推動遠距醫療之配套措施是否妥適等情立案調查。

案向衛福部、連江縣政府調取卷證資料，111年10月26日前往連江縣立醫院、北竿鄉衛生所履勘及112年6月16日及17日分別至臺東縣綠島鄉衛生所及大武鄉衛生所履勘，同年1月31日諮詢專家學者，7月18日詢問衛福部周志浩次長、數位發展部數位產業組林青嶔代理組長等相關人員，已完成調查。經查：連江縣立醫院之醫療電腦主機等視訊設備已安裝在遠距門診診間，並已用於遠距醫療使用，另該院於107-110年間已由臺北市立聯合

醫院（下稱北市聯醫）資訊中心辦理12場次針對故障之一對一遠距討論及2場次之綜合訓練，該府業針對審計部審議意見所指缺失進行檢討改進，先予敘明。

另針對相關機關推動遠距醫療之配套措施是否妥適部分，茲綜整調卷、諮詢、履勘及詢問所得，臚列調查意見如後：

一、通訊診察治療方式相較於親自接觸之面對面診療，因遠距端醫師缺乏觸診、聽診，而存有診斷正確性之問題，有時難以立即精確診斷或作為進行治療之憑據，衛福部允應針對此疑慮建立處理機制或研提配套措施，俾維護醫療之正確性及促進醫病雙方對遠距醫療之信心；且應檢討《醫師法》、《藥師法》及《通訊診察治療辦法》等法令對遠距醫療藥品處方、領取及配送、電子同意書簽署之規定，完備遠距醫療就醫及服務流程之法令規範，俾提升弱勢民眾就醫之可近性：

(一)為確保醫療之正確性，保護病人健康及生命安全，避免醫師未親自診察，即擅自治療、開藥及交付診斷書，《醫師法》第11條第1項明定「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」另為改善山地、離島、偏僻地區醫療資源不足問題，同項設有「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」之但書規定。又同條文第2項規定授權衛福部訂定通訊診察、治療之醫療項目、醫師指定及通訊方式等。據此，衛福部（102年7月23日改制前為行政院衛生署）於84年10月2日公告《山地離島

地區通訊醫療之實施地點及實施方式》[1]，復於95年11月15日公告修正為《山地、離島及偏僻地區通訊醫療規定》[2]，並指定衛生所、衛生室、公立醫療機構及全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫之醫師，於16個縣市53個鄉鎮中，得以通訊方式進行緊急救護及基層醫療。

(二)嗣衛福部因應網路時代來臨、科技產品進步及高齡化社會需求，且為完備醫師以通訊方式進行診療之規定，再於107年5月11日訂定發布《通訊診察治療辦法》，除維持山地、離島、偏僻地區不以「醫師親自到場接觸病人」為唯一診察方式外，更放寬特殊、急迫情形得以通訊方式診察、開給方劑之適用情境[3]，將「健保居家醫療照護整合計畫者」、「家庭醫師整合照護計畫者」、「急性住院後3個月內需要密切追蹤者」、「住宿型長照機構住民」及「國際病患」等5款「特殊情形」，以及「急迫情形」之病人列為通訊診察適用之對象。自此，遠距醫療既作為提供山地、離島及偏僻地區緊急救護及基層醫療之通訊診察方式外，其應用場域愈趨寬廣，並已作為提升照護效率與持續性的重要工具。[4]

(三)衛福部於107年訂定發布《通訊診察治療辦法》後，同年11月起開始試辦該部臺東醫院成功分院與長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱高雄長庚）之遠距醫療門診，提供當地缺乏且迫切需要之專科醫療或急診診療，由遠距端之高雄長庚醫師，透過

[1] 行政院衛生署84年10月2日衛署醫字第84065489號公告。
[2] 行政院衛生署95年11月15日衛署醫字第0950215400號公告。
[3] 衛福部為改善山地離島、偏遠地區之醫療資源不足問題，於民國84年即訂定「山地離島地區通訊醫療之實施地點及實施方式」；該規定於95年公告修正為「山地、離島及偏僻地區通訊醫療規定」，參閱https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41136-1.html
[4] 參閱衛福部107年5月11日新聞稿，網址為https://www.mohw.gov.tw/cp-16-41136-1.html

視訊方式與在地端的臺東醫院成功分院醫師共同診察病人、給予診療建議，再由在地端醫師開立醫囑。此類在地端及遠距端均有醫師在醫療現場之「B to B to C（臨床醫師對臨床醫師對病人）」遠距醫療服務模式，於COVID-19疫情前即運用於山地、離島及偏僻地區，亦為國內現行通訊診察治療相關計畫之服務模式。嗣國內COVID-19疫情於110年5月19日進入三級警戒後，衛福部將居家隔離、檢疫及居家確診者納入遠距醫療對象，由急診專科醫師聯合排班，每日3班，提供「24小時緊急醫療諮詢」，以及啟動醫療機構、衛生所開設「居家照護遠距門診」，提供遠距視訊診療協助，並放寬就醫取藥作法，惟相關規範之鬆綁及應變措施，僅限於嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（下稱指揮中心）設置期間適用，且此類由臨床醫師以遠距系統診察治療病患之「B to C（臨床醫師對病人）」之服務模式，實施對象並未在醫療機構內，就醫之流程與親赴院所之實體門診或「B to B to C」模式之程序有所差異。茲以此次COVID-19疑似確診者之視訊診療為例，略述其差異如下：

1、掛號、預約：

確診者可撥打專線或以網路預約特定醫療機構之視訊診療服務，掛號後、與醫師視訊診療前，需先下載該醫療院所指定的視訊軟體，等待醫師端通知就醫。

2、看診及處方：

確診者得免過健保卡以例外就醫方式處理，但於進行視訊診療時先出示健保卡、身分證，由醫師確認身分並拍照存檔後開始問診。醫師視訊診察後根據患者病情處方藥物及製作電子病歷，

或依病情判斷安排至醫院就診。

3、繳費：

確診者可委託家屬至遠距看診醫療院所刷健保卡及繳費，或線上繳費。

4、領藥：

醫師開立處方後，病人可聯繫社區藥局後進行調劑，再依選定之方式，由親友代領或由藥師送藥到宅。

(四)在COVID-19疫情衝擊全球期間，零接觸的遠距醫療成為醫療型態的一種選擇，各國透過緊急授權方式暫時解除醫療法規之限制，讓醫療更有彈性，我國亦同，惟疫情平緩後遠距醫療之法規限制也回歸至疫情前常態。但衛福部為因應疫情後之發展，擬鬆綁相關法令規定，於111年11月24日預告《通訊診察治療辦法》修正草案。該修正草案並未區分適用於「B to B to C」及「B to C」服務模式之不同規定，但衛福部目前推動之遠距醫療相關計畫僅有B to B to C服務模式，且實施以來，已能提供部分民眾對特定專科醫療需求之服務，但因通訊診察治療方式相較於親自接觸之面對面診療，仍存有診斷疑慮之風險，例如遠距端醫師憂心缺乏觸診、聽診，倘在地端人員操作儀器未具專業、影像傳輸失真，僅靠視訊功能，恐不足以立即診斷或作為進行治療之憑據；且有些疾病之診斷需仰賴超音波、內視鏡等影像檢查或搭配相關生理檢查數據，純以視訊診察，對病情的評估有限，無法確保醫療品質；另遠距醫療普遍開放後，原先在基層醫療院所就醫之民眾得逕以遠距醫療方式向大型醫院醫師求診，有不利分級醫療之虞。雖衛福部預告修正草案擬放寬遠距醫療之限制，但因醫療端與社會需求間有落差，各界

有不同意見,迄今仍與相關團體溝通草案條文內容,尚未完成修正。

(五)衛福部相關主管人員於本案112年7月18日詢問期間之答復說明，略以：

1、衛福部對遠距醫療有三方面之基本考量，包括：（1）病人就醫的方便性（2）就醫品質（3）病人隱私及資訊安全性。

2、原則上不全面開放遠距醫療，只有例外情形開放，且會謹慎看待。

3、遠距醫療原則上用於偏遠、緊急及特殊情形。

4、衛福部正修訂「通訊診察治療辦法」,修法前有五款特殊情形，修法後將放寬至九款特殊情形。

5、目前政策溝通中，目標希望112年8月通過，惟特殊情形各款目前尚待討論共識。

6、特殊情形目前主要仍為B to B to C模式。

7、有關醫療同意書目前法規規定是允許電子簽署或紙本簽署，衛福部會再了解第一線實務遇到的問題。

(六)據本案諮詢專家表示：遠距醫療的目的包括平權及永續。有些地區根本沒有醫師，醫療資源不足；有些人無法自由行動，根本來不了醫院；有些人則是沒有交通工具可以去獲得醫療，這些問題不只在山地離島及偏鄉發生，都市裡面的獨居老人或公寓裡因為傷口沒有辦法移動的人，也是弱勢的人，也同樣有這些問題等語。可知，國內遠距醫療主要運用於山地、離島及偏僻地區，但就醫不便者，尚包括都會區或一般鄉鎮地區行動不便之民眾，醫療院所雖在渠等居住地區鄰近，但受限於行動能力衰退，從住家至院所極短之就診路程仍有就醫障礙，此種情形下，遠距醫療應為協助處理渠等就醫不便問題

之方法之一。但渠等居家接受遠距醫療服務時並無醫師在其左右協助提供服務，故目前實務上推動的B to B toC服務模式之就醫程序，恐不適用於此類弱勢民眾，縱鬆綁《通訊診察治療辦法》之規定，但渠等適用之B to C服務模式，於領藥、簽署同意書時仍受限於《醫師法》、《藥師法》等相關法規之限制。茲將本案諮詢委員提出意見歸納如下：

1、藥品處方箋之格式及交付：

按《通訊診察治療辦法》第3條第2項規定，該辦法第2條第2款特殊情形，不得開給方劑；目前預告之修正草案，則有條件開放執行通訊診療之醫師得開立處方。

次按《醫師法》第13條及《藥師法》第18條規定，處方箋並未限制以紙本為之，但應有醫師之簽名或蓋章。則民眾在家中用印表機印出之紙本處方箋非醫師簽章之正本，是否符合處方箋格式而得據以領藥？如何避免偽造處方或複製重複領藥？如以電子簽章為之，醫師上傳電子處方箋是否即完成處方箋交付而符合《醫師法》及《藥師法》之規定？

2、藥品領用方便性：

依《醫師法》第13條、《藥師法》第16條至第18條規定，藥品需由藥事人員調劑及親自交付[5]，無法透過郵寄或宅配方式進行，倘民眾接受B to C模式遠距醫療服務後，仍需持處方箋至原看診

[5] 依藥師法第16條前段規定：藥師受理處方，應注意處方上年、月、日、病人姓名、性別、年齡、藥名、劑量、用法、醫師署名或蓋章等項目。另依藥師法第11條第1項前段規定：藥師執業以一處為限，並應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、依法規定之執業處所或其他經主管機關認可之機構為之。復依藥品優良調劑作業準則第3條規定：「本準則所稱調劑，係指藥事人員自受理處方箋至病患取得藥品間，所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為。」

院所或健保特約藥局，由藥事人員交付藥品。

3、通訊診療的地點限於醫療機構內：

按《通訊診察治療辦法》第7條第3款規定，通訊診療過程，醫師應於醫療機構內實施，並確保病人之隱私。實務上只要有網路，醫師不論處在何地，應都能為病人進行遠距診療。

4、同意書之簽署：

通訊診察治療應取得實施對象知情同意，然按《醫療機構電子病歷製作及管理辦法》第20條規定，依《醫療法》或其他醫療法規規定書面同意且併同病歷保存之文件，得依《電子簽章法》之規定，以電子方式為之，即同意書之簽署不以書面為限。

當醫師告知將以通訊診察方式解釋病人病情前，需病患知情同意並簽署同意書，至病人無法簽署時，則由家屬代理簽署。惟醫療機構常要求家屬到醫院簽署，對離家長期在外之家屬而言很不方便。且簽署同意書的人，是否具備簽署資格，亦難以確認。

雖目前有醫療機構透過影音記錄使用者完整的簽署過程，以影音紀錄證明簽署者於意識清醒且有意願情況下親自完成簽署，惟此作法，仍無法令授權依據。另同意書之簽署不以書面為限，但如何簽署電子同意書始具法律效力，目前之規定亦未明確。

(七)衛福部於107年訂定發布《通訊診察治療辦法》後，已開始推動B to B to C模式遠距醫療相關計畫。民眾就醫前需先預約看診，門診當日前往在地醫療院所以健保卡報到，再至診間由在地端醫師診察，同時接受遠距端醫師線上診療，並依醫囑接受檢查及

檢驗，離院前取得醫師交付之處方箋後，前往繳費、領藥等，就醫之程序均可在在地端之醫療院所完成。嗣110年COVID-19疫情進入三級警戒後，居家檢疫隔離民眾於沒有醫師親自到場接觸情形下，使用B to C遠距醫療，雖需預約看診，但不需再前往醫療院所診間，就醫期間得以透過手機、筆電或電腦完成健保卡辨別身分、領藥、繳費等程序，但此措施僅限於指揮中心設置期間適用。衛福部目前雖未推動B to C模式之遠距醫療，但《通訊診察治療辦法》並未排除B to C模式之適用，然而，病患接受B to C視訊診察時，將發生就診資料與收費端如何串接、身分如何辨別、處方箋如何交付、藥品如何領取及配送等問題，若依現行《醫師法》、《藥師法》之規定，接受B to C視訊診察後，民眾仍需親赴醫療院所繳費、簽署同意書及領藥，除了診察係透過視訊方式外，其餘就醫流程仍採實體方式辦理，對於民眾就醫之可近性，並無助益。

(八)綜上，衛福部依據《醫師法》第11條及《通訊診察治療辦法》相關規定推動遠距醫療相關計畫，應有助於增加民眾就醫之便利性，惟通訊診察治療方式相較於親自接觸之面對面診療，因遠距端醫師缺乏觸診、聽診，而存有診斷正確性之問題，有時難以立即精確診斷或作為進行治療之憑據，**衛福部允應針對此疑慮**建立處理機制或研提配套措施，俾維護醫療之正確性及促進醫病雙方對遠距醫療之信心；又按現行《醫師法》、《藥師法》之相關規定，同意接受遠距醫療前電子同意書之簽署、醫師開立處方箋之格式及交付方法、藥師親自交付藥品之方式等，法令之規範未臻明確，恐使民眾就醫流程無法連貫，並限制國內遠距醫療之發展。爰衛福部允宜檢討《醫

師法》、《藥師法》及《通訊診察治療辦法》等法令對遠距醫療藥品處方、領取及配送、電子同意書簽署之規定，完備遠距醫療就醫及服務流程之法令規範，俾提升弱勢民眾就醫之可近性。

二、衛福部允應確實針對弱勢民眾之數位落差，軟硬體使用之友善性，視訊診察溝通互動之感受、流程之連貫性、品質之確保等影響國內遠距醫療推動之可能因素，進行檢討，優化流程與配套措施，促進醫療供需雙方對遠距醫療的信心與接受度，使弱勢民眾能獲得友善及便利之遠距醫療服務：

(一)衛福部於107年起開始推動遠距醫療或通訊診察相關計畫，包括「部屬醫院遠距醫療門診計畫」、「全民健康保險遠距醫療給付計畫」、「臺東縣大武地區遠距醫療計畫」、「提升偏鄉衛生所（室）及巡迴醫療點網路品質計畫」及「原住民族、離島及偏鄉地區遠距醫療專科門診暨強化衛生所醫療影像設備計畫」等，除前述於山地、離島及偏僻地區推動之計畫外，另選定雲林縣辦理「智慧醫療區域聯防試辦計畫」。茲相關計畫內容重點，概述如下：

1、106-109年爭取前瞻基礎建設-提升偏鄉衛生所（室）及巡迴醫療點網路品質計畫[6]：

（1）為「前瞻基礎建設計畫」子計畫「數位建設」之計畫，以提升全國73鄉鎮（55個原住民及18個離島鄉鎮）403處原鄉離島衛生所（室）及巡迴醫療點寬頻速率達100M，使醫療影像傳輸時間平均由28.8秒縮短於5秒內完成，並汰換衛生所醫療資訊系統設備。

[6] 參考衛福部108年2月27日「提升醫療頻寬 翻轉健康不平等 原鄉離島照護再升級」新聞稿，網址為：https://www.mohw.gov.tw/cp-4260-46581-1.html

（2）另於108年完成64家原鄉離島衛生所醫療資訊系統（Hospital Information System，下以HIS簡稱稱之）、醫療影像傳輸系統（Picture archiving and communication system，下以PACS簡稱稱之）伺服器及相關軟硬體設備之汰換作業，強化醫療影像傳輸品質及判讀效果，提升醫療服務效益。

2、107年11月起辦理部屬醫院遠距醫療門診計畫：

（1）以衛福部臺東醫院成功分院進行試辦，與長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院（下稱高雄長庚）合作，提供皮膚科、耳鼻喉科及眼科等專科會診診療服務。

（2）109年新增衛福部花蓮醫院豐濱原住民分院、恆春旅遊醫院、澎湖醫院，110年度新增玉里醫院等計畫施行醫院。

3、健保署109年12月29日公告實施健保遠距醫療給付計畫，提供「醫師對醫師」之遠距會診服務：

（1）施行地區：

《全民健康保險法》所稱50個山地、離島地區，及110年以前14個衛福部遠距醫療試辦計畫施行地區。

（2）實施科別：

〈1〉110年開放耳鼻喉科、眼科、皮膚科、急診。

〈2〉111年增列心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。

（3）由遠距醫師透過視訊通訊方式與在地醫師共同診察病人、給予診療建議，由在地醫師開立醫囑，提供當地缺乏且民眾迫切需要之專科醫療或急診診療。

4、衛福部於109年辦理「原住民族及離島地區遠距

醫療專科門診試辦計畫」:

以醫療發展基金及離島建設基金，建置臺東縣蘭嶼鄉及綠島鄉衛生所、澎湖縣望安鄉將軍及西嶼鄉衛生所、連江縣立醫院等5處離島醫療院所眼科、皮膚科及耳鼻喉科遠距醫療專科門診服務。

5、109年5月開始辦理臺東縣5G衛生所照護網，透過5G網路訊號，提供遠距醫療服務平台及儀器設備，串聯長濱鄉、成功鎮、池上鄉、海端鄉、關山鎮、鹿野鄉、延平鄉、綠島鄉、大武鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉等11個鄉鎮市衛生所與高醫附醫、臺東馬偕、佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院（下稱花蓮慈濟）建立支援合作模式，進行眼、耳鼻喉科、皮膚科等遠距醫療專科門診。嗣110年3月，綠島、蘭嶼鄉衛生所再開設遠距心臟內科門診。

6、衛福部於109年開始辦理原住民族、離島及偏鄉地區遠距醫療專科門診暨強化衛生所醫療影像設備計畫：

以4年期2階段（110-111年、112-113年）之方式進行建置，第一階段（110-111年）以14個急重症轉診網絡為基礎，70家醫療院所共同合作，協助偏鄉建置遠距會診設備，並藉由區域聯防模式建置急診、急性腦中風、緊急外傷及心肌梗塞等緊急醫療之遠距會診。第二階段（112-113年）擴大偏遠地區遠距會診之據點及範圍，將急診照會常見之科別納入遠距會診服務，透過第二意見徵詢、影像與資訊拋接、同步判讀與即時診斷、專業共享與經驗交流，將急重症轉院，確保病人加速獲得確切醫療，輕症在地醫療，強化在地緊急

醫療處理能力，截至111年底已完成建置34處衛生所（如附表）。

7、除前述山地、離島地區外，衛福部於108年推動智慧醫療區域聯防試辦計畫，選定雲林縣為試辦縣市，並由臺大醫院雲林分院辦理「安心雲林e院聯防」遠距醫療計畫，結合資通訊網路技術，透過「區域聯防」、「遠距眼科」、「高危出院」以及「智慧傷口」等四項智慧醫療遠距服務模式，同時搭配心臟內科、神經內外科、眼科、皮膚科及整形外科等專科醫師聯合排班，整合不同醫療機構層級的急重症資源，提供民眾即時的專科別診療，降低跨區轉診人次。「安心雲林e院聯防」與山地、離島遠距醫療模式主要不同在於係資源不足地區醫療網內之醫療院所，透過深度合作及資通訊科技，進行人力、物力、資源整合、共享及互補，達到區域聯防的目的。

（二）案內連江縣衛生福利局（下稱連江縣衛福局）107年起承接衛福部遠距醫療視訊及會診作業計畫，由連江縣立醫院於每週固定時段，開設遠距門（會）診，臺北市立聯合醫院（下稱北市聯醫）初期提供皮膚科、眼科、耳鼻喉科每月各1診次門診，由連江縣立醫院事前公告門診時段，採預約制，轄內南竿、北竿、東引、東莒及西莒等四鄉五島衛生所可隨時利用遠距醫療視訊設備接受連江縣立醫院醫師門診或北市聯醫醫師會診，另自110年8月起，由醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院（下稱亞東醫院）皮膚科專科醫師每週進行皮膚科遠距會診。查107-109年間，轄內衛生所遠距會診服務人次分別為70、81及101人次，平均每周僅1或2人；110年及111年1至8月之遠距醫療專科門診服務86人次

及69人次，使用率低，效益尚未顯著。

表1、遠距會診總人次：107-109年

單位：人次

年度	107	108	109
連江縣立醫院	5	19	37
北竿衛生所	26	29	22
東引衛生所	25	20	31
東莒衛生所	7	4	2
西莒衛生所	7	9	9
合計	70	81	101

資料來源：本案111年10月26日履勘期間，連江縣衛福局簡報資料。

表2、遠距醫療專科門診總人次：110-111年

單位：人次

年度	110年	111年1-8月	合計
皮膚科	28	1	29
亞東皮膚科	41	37	78
眼科	15	27	42
耳鼻喉科	2	1	3
長新冠門診	-	3	3
合計	86	69	155

資料來源：本案111年10月26日履勘期間，連江縣衛福局簡報資料。

據連江縣衛生福利局查復，推動遠距醫療之困難包括：

1、各島衛生所之L3 VPN、L2 VPN網路為點對點之連線，係先連線到北市聯醫VPN骨幹收容後再轉發到連江縣衛福局之其他處所，對北市聯醫L3 VPN骨幹收容之頻寬為l0M/l0M，但亦需考量對連江縣立醫院L2 VPN雙方之頻率，在中華電信獨占市場的情況下可提供各島申裝的VPN網路速率不一。

2、醫療資訊上傳過卡等業務需另由健保VPN專線上

傳至健保署，需全盤考量評估升級。

3、囿於經費幾近全數支應於會診費、網路費、人事費，中央未補助額外之設備增購及維護費用。

4、相關設備應有專業廠商人員維護，但無專業資訊人員。

5、遠距醫療的責任不易釐清，兩端都需要有醫師：

遠距醫療的資訊內容，可能無法像近端診療一般詳盡（例如缺乏觸診、影像傳輸失真等），此項不確定會引起醫師的擔憂，在地端之醫師未必積極參與。

6、藥品領用方便性：

目前規定藥品應由藥師親自交付，且不得跨區執業，藥品不能郵寄或宅配。

(三)衛福部自107年起推動遠距醫療相關計畫，但各計畫之服務人次有限。據衛福部約詢查復資料說明實際就醫情形如下：

1、部屬醫院遠距醫療門診計畫於107年11月起辦理，截至112年6月30日總服務量為1,727診次、10,380人次。目前實施之醫院有5家，平均每月開設31診次、服務185人次。

2、原鄉離島衛生所遠距醫療專科門診服務，自109年至今遠距醫療專科門診已在原鄉離島完成40處，累計服務逾1萬6,000人次。

3、截至112年6月偏遠地區遠距醫療建置計畫各網絡使用遠距急診會診服務超過250人次。

4、109年5月於臺東縣11家衛生所執行遠距醫療專科門診服務，截至112年3月共服務7,888人次。

5、全民健康保險遠距醫療給付計畫：截至112年6月30日，遠距醫療給付計畫共核定47個鄉鎮。110年至112年1-5月執行情形如下：

項目			110年	111年	112年1-5月
專科門診遠距會診[7]	服務量	服務人數	304	1,987	1,065
		服務人次	555	3,460	1,617
	診次	開診數	177	637	255
		服務人次	636	2,845	1,300
急診遠距會診		服務人數	13	85	347
		服務人次	13	85	348

資料來源：本案112年7月18日詢問，衛福部查復資料。

(四)另據本案諮詢專家表示，影響醫療院所、醫師及民眾參與遠距醫療意願之可能因素，略以：

1、基層醫療院所(含診所、衛生所、地區醫院)部分：

(1) 視訊軟體維護成本高：

基層醫療院所受限於規模較小，欠缺獨立開發遠距醫療會診系統之能力，雖市面上視訊系統眾多，且有免費軟體使用，但仍有無法兼顧個資及資訊安全之疑慮。又相關系統、設備價格昂貴，參與門檻較高。

(2) 醫療分級失效：

民眾居家即可使用遠距醫療，可能從原有診所就醫改成使用區域以上醫院之遠距醫療門診，原有社區民眾就診客群減少，亦不利於分級醫療。

2、區域級以上醫院部分：

[7] 依「全民健康保險遠距醫療給付計畫」(112年1月18日健保醫字第1120100867號公告修訂) 第9項、給付項目及支付標準：(一)遠距會診費：由遠距院所申報，其費用由本計畫預算支應。1、專科門診遠距會診費：限眼科、耳鼻喉科、皮膚科、心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科申報，依執行計畫所列看診模式，採論服務量或論診次支付。

遠距醫療門診採虛實併行，原有醫療業務遭排擠，若單位本身人力不足，影響單位業務運作。

3、醫師部分：

（1）包含醫師本身是否對遠距醫療接受度、興趣及技能等。

（2）遠距醫療的責任不易釐清，兩端都需要有醫師：

遠距醫療的資訊內容，可能無法像近端診療一般詳盡(例如缺乏觸診、影像傳輸失真等)，此項不確定會引起醫師的擔憂，在地端之醫師未必積極參與。

4、民眾部分：

對於病患及家屬而言，可能影響使用遠距醫療意願之因素，包括：看診前可選擇遠距醫療院所及專科別之普及性、前置作業軟、硬體之準備及操作之便利性及友善性；看診中如何得知看診進度，如何讓醫師確實了解病況及在地端與遠距端相關資訊之共享；看診後如何進行檢查排程、領取處方藥物（如處方箋釋出）及進行繳費（多元繳費機制）等之便利性。

(五)遠距醫療必須透過資訊科技將醫療隔空輸送予服務對象，在地端需具備相當之資訊能力，特別是使用B to C遠距醫療之民眾應有能力操作手機、電腦與遠距端之醫療院所或專科醫師連結。然而，遠距醫療主要服務對象多為偏鄉民眾或長者，其等與其他民眾相較，數位能力卻相對不足。以疫情期間公費疫苗預約平台或口罩實名制為例，不時發生有長者不會使用手機預約公費疫苗注射或購買口罩之情事，因此遠距醫療之推動如未考量弱勢民眾之數位能力，恐會使高齡者或其他數位能力弱勢者遭遇醫

療不平等之情形更形擴大，此據本案諮詢專家提出下列意見可證：

1、依據高醫附醫執行偏鄉遠距視訊會診經驗，雙邊網路頻寬至少達4G以上，若需進行即時醫療影像傳輸則需滿足5G網路普及性，且須克服氣候影響。另偏鄉地區軟硬體設備是否充足、軟體系統及硬體供應廠商之間資料分享及拒絕系統介接（API）的問題，亦可能造成城鄉數位落差。

2、我們一直希望用數位的方法解決醫療的落差，但遠距醫療最要幫助的人是弱勢的人，他們卻又是數位落差最嚴重的人，我們愈大膽的往前走時，愈要顧慮到掉在後面且需要幫忙的人，往往是落差最大的人。

3、以虛擬健保卡為例，老人或偏遠地區的民眾可能不是那麼熟悉使用3C產品，對3C科技等接受程度亦有可能影響遠距醫療之推動。

4、相較於現行就醫模式，遠距醫療需要透過教育訓練進行練習，因此對於資訊科技接觸較少之專業人員或民眾恐會造成排斥感。

(六)衛福部於107年起推動遠距醫療相關計畫，惟推動以來，服務人次有限。可能原因包括：長者、偏鄉地區民眾缺乏或不熟稔智慧型手機、筆電或電腦操作，對於遠距門診時所需之身分驗證、視訊技術、處方箋確認等程序無法自行完成；且不習慣隔著平板讓醫師看診；加上可選擇遠距醫療之院所及專科別尚未普及；前置作業軟、硬體之準備欠缺便利性及友善性；看診後檢查排程、領取處方藥物及繳費仍需回到醫院而不具便利性等，均影響民眾使用意願；另部分醫師擔憂遠距端醫師無法親自觸診、聽診，甚至在地端無醫師對病人進行實際診察；影像

傳輸過程可能失真，影響醫療品質及對遠距醫療之信心；且遠距端與在地端之醫師責任不易釐清等。綜上，前述弱勢民眾之數位落差，軟硬體使用之友善性，視訊診察溝通互動之感受、流程之連貫性、品質之確保等因素，可能影響國內遠距醫療之推動，衛福部允應確實針對相關問題進行檢討，優化流程與配套措施，促進醫療供需雙方對遠距醫療的信心與接受度，使弱勢民眾能獲得友善及便利之遠距醫療服務。

三、衛福部於布建遠距醫療之基礎設施設備時，允應參考國際規範及標準，建立標準介面，促使醫療院所及平台與設備開發廠商研發之平台、設備具互通性，並協助各醫療院所實現資訊交換之標準化，以利遠距醫療應用之擴散，提供以病人為中心的遠距醫療服務：

(一)本案履勘連江縣立醫院，其遠距醫療看診服務之運作模式如下：

1、一般門診：

連江縣立醫院開設固定遠距門診時段，並刊登新聞稿及通知各醫療院所，有需要之各醫療院所得隨時連線會診。

2、會診：

（1）衛生所於會診前將患者的病歷及相關資料利用網路傳送至連江縣立醫院、北市聯醫。

（2）遠距端在接收到資料時，提供單一窗口，依患者會診病歷及相關資料，做會診分科處置，並通知相關的科別醫師前來會診。

（3）於會診時間，衛生所醫師及病患與遠距端會診醫師群，利用遠距會診系統進行線上交談式會診工作。達成遠距醫療會診與醫療教學的目的。

（4）在非定時門診時間，以緊急會診為主，由急診室值班醫師負責協助各會診科別進行會診。

(二)遠距會診時，需將在地端病患之醫學數位影像及病歷資訊，透過遠距會診系統，同步傳輸予遠距端醫院由專科醫師進行會診。因此，在地端及遠距端之醫療院所均需建置具高品質影音傳輸功能之電腦、網路設備及遠距會診系統，另在地端亦需購置眼底鏡、耳鏡、皮膚鏡、超音波、內視鏡等相關檢查設備，且使用上音訊與視訊需能同步連繫，俾供醫師進行討論。目前各家醫療院所使用之遠距會診平台，或由醫院自行開發，或由電信公司或科技業者開發。以COVID-19疫情流行期間各家醫院遠距會診使用之視訊軟體為例，即包括自行開發App，或使用社交或會議軟體做為看診工具(例如line、skype……等)，每家醫療院所的操作模式不盡相同。

(三)遠距醫療亦需將在地端之病歷資料與遠距端同步分享，目前國內實施遠距醫療之醫療院所間，係透過各自使用之遠距診療平台介接遠距端支援醫院HIS系統及在地端偏鄉衛生所HIS系統，分享病歷資料，讓遠距端支援醫院可直接調閱病人在偏鄉衛生所的病史和就醫紀錄，且將記錄之病歷、醫囑等，直接儲存於HIS系統。但目前跨網絡之HIS系統仍不能互通，病患病歷資訊封閉於各自之HIS系統中，雖醫師看診時可透過健保署雲端資訊系統查詢，但仍欠缺跨網絡之資訊交換能力，故遠距醫療之看診模式，仍需由遠距端支援醫院的醫師在特定時段、特定診間，等待與在地端醫療院所醫師在醫療機構進行連線時，始能提供特定專科之遠距會診服務，此模式限制了民眾選擇遠距端醫療機構、時段及科別，且有跨院之遠距會診與轉診需求，亦難以達成。

(四)國內目前大型醫院均已與山地、離島及偏鄉地區的基層療療院所合作提供遠距醫療服務，以花東地區為例，即有花蓮慈濟、高醫附醫、臺灣基督教長老教會馬偕醫療財團法人臺東馬偕紀念醫院（下稱臺東馬偕)、高雄長庚等各自主導的計畫，而同一家衛生所，亦可能與數家醫院合作遠距醫療專科服務。以連江縣立醫院為例，開設之遠距醫療專科門診分別與北市聯醫及亞東醫院合作，但可介接之遠距醫療設備、傳輸的頻寬都不一樣，且據連江縣衛福局查復稱：衛福部專案核定或連江縣立醫院執行之遠距醫療計畫，均係以點對點方式執行，合作之醫院有多家，要克服多次之介接程序；另現行遠距系統及器材之招標，時為地方，時為中央，得標廠商不同，使用之系統可能不同等語。

(五)據本案諮詢專家表示，國內跨網絡之遠距平台仍不能互通，恐影響遠距醫療之發展，發言重點略以：

1、不要認為遠距醫療會解決所有的問題，它本身是服務，也是工具。遠距醫療有幾件重要的事要處理，包括digital device及各系統的互通性。政府在山地離島進行遠距醫療的布建及投資，也在其他資源不足地區進行區域聯防模式的推廣。不過由於業管或補助之部門不同，同一縣市常出現多種互相不能連的遠距醫療服務及平台，許多偏鄉衛生所承辦各式各樣的計畫，有的計畫已與A醫院合作，就不能再去找B醫院，要請教B醫院另外的問題，則要使用另外的平台，因為許多大醫院的遠距醫療平台鎖死不互通，使得基層醫療院所要找其他醫院合作卻被綁住了。

2、數位健康很重要的價值是「連結」，包括人與技術的連結，而資通訊的導入是為了連結需求與資

源，如果因為不相通的平台，造成資源浪費，WHO的文獻認為，平台間一定要互通，沒有互通的話，數位健康服務、器材及平台紛亂，反而對需要幫助的資源不足地區，帶來更多挑戰。因此互通性將是遠距醫療平台的發展重點。

（六）目前國內遠距醫療平台之軟體系統及硬體供應廠商間，仍有資料分享及應用程式介接（Application Programming Interface，簡稱API）的問題尚待處理。倘醫療院所及平台設備開發廠商投入遠距醫療計畫或相關平台設備開發時，若存在共通的標準介面，業者即不需開發介面，只要符合標準介面即可，除能降低廠商研發成本外，亦能讓遠距醫療的發展更具規模化、產業化，且因係標準介面，不同廠商之設備可相互連結而提升了互通性，使患者可以更方便地進行遠距醫療。為達前述目標，衛福部已於111年建置臺灣核心實作指引（Taiwan Core Implementation Guide，簡稱TW core IG）與全國專門術語服務平台（TW Terminology Services），同步與國際FHIR標準總部相互驗證，並規劃將醫療影像及報告、門診病歷、檢驗報告、出院病摘、電子處方箋及調劑紀錄等6類交換類別以FHIR IG型式提供單一網站服務，透過次世代HIS之研擬及推動，期促進跨院HIS系統資料互通之發展。

（七）國內遠距醫療以在地端與遠距端兩端合作醫療機構點對點模式進行，然不同計畫，合作醫院間之遠距平台操作模式未盡相同，可適用之器材亦因廠商不同，加上資訊與數據規格尚未統一，致資訊交換上面臨困境，徒增臨床執行之障礙及研發成本，亦造成跨機構、跨平台的遠距醫療發展受限；又因不能跨網絡分享病歷資訊，民眾亦不能直接在遠距端醫

院HIS系統掛號、看診與交換病歷資訊，此模式亦限制了民眾對遠距端醫療機構、時段及科別之選擇，且跨院之遠距會診與轉診需求難以達成，亦造成跨機構、跨平台的遠距醫療發展受限。綜上，衛福部於布建遠距醫療之基礎設施設備時，允應參考國際規範及標準，建立標準介面，促使醫療院所及平台與設備開發廠商研發之平台、設備具互通性，並協助各醫療院所實現資訊交換之標準化，以利遠距醫療應用之擴散，提供以病人為中心的遠距醫療服務。

四、衛福部允應督同健保署賡續規劃以健保給付作為遠距醫療政策推動之配套措施；另針對案內大武鄉衛生所因支付點數偏低，影響財務收支及永續經營之問題，研議改善方案，使南迴地區民眾得持續就近獲得復健門診及物理治療服務：

(一)按健保法第41條第1項規定，醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。健保署於109年12月29日公告實施健保遠距醫療給付計畫，在50個山地、離島地區及110年以前14個衛福部遠距醫療試辦計畫施行地區，開放耳鼻喉科、眼科、皮膚科、急診之遠距會診服務納入健保給付，111年再增列心臟內科、腸胃科、神經內科、胸腔科。惟COVID-19疫情期間視訊診療係依指揮中心防疫政策及傳染病防治法第37條[8]規定，由衛福部函釋放寬通訊診察治療規

[8] 傳染病防治法第37條規定：
地方主管機關於傳染病發生或有發生之虞時，應視實際需要，會同有關機關（構），採行下列措施：
一、管制上課、集會、宴會或其他團體活動。
二、管制特定場所之出入及容納人數。

定，當指揮中心解散後，其他視訊診療是否納入健保給付，據衛福部查復稱需考量預算額度，並依健保法第41條規定辦理。

(二)本案至大武鄉衛生所履勘發現：

1、大武鄉衛生所於111年9月起與高醫附醫合作，新增復健科門診及設立物理治療所，使南迴地區有慢性疼痛、運動傷害、職業傷害等需要復健之民眾，可就近醫治，經由物理或藥物治療得到舒緩。且查當地有復健需求之民眾若至臺東市區復健，單程需要1至1.5小時的車程，不計時間機會成本，來回車程及掛號費即需約750元，但在大武鄉衛生所就診僅需40元，該所提供復健科服務，對於南迴地區民眾復健治療確有助益。

2、大武鄉衛生所開設復健科門診及物理治療所後，可滿足每月約有300至400位民眾之醫療需求。惟查，受限現行健保給付制度，大武鄉衛生所申報復健項目之醫療費用，僅能以基層院所之標準申請，支付點數為190點，少於地區醫院支付點數320點，且因大武鄉居住人口相對稀少，造成衛生所難以收支平衡，建議健保署考量在地民眾之醫療需求，調整支付標準，支付點數提高至地區醫院水準。

(三)國內醫療服務之主要財源係健保給付，許多創新的遠距醫療服務，推動初始係採試辦計畫辦理，於納入健保給付範圍有穩定之財務來源支應後，更有利

三、管制特定區域之交通。

四、撤離特定場所或區域之人員。

五、限制或禁止傳染病或疑似傳染病病人搭乘大眾運輸工具或出入特定場所。

六、其他經各級政府機關公告之防疫措施。

各機關（構）、團體、事業及人員對於前項措施，不得拒絕、規避或妨礙

第一項地方主管機關應採行之措施，於中央流行疫情指揮中心成立期間，應依指揮官之指示辦理。

於遠距醫療之推廣；另大武鄉衛生所與高醫共同承作之復健業務，對於南迴地區有復健需求之病患，有實質助益，但因健保核付標準係以基層院所之標準給付點數，造成該項目收支不平衡，恐有營運困難情事。爰衛福部允應督同健保署賡續規劃以健保給付作為遠距醫療政策推動之配套措施；另針對案內大武鄉衛生所因支付點數偏低，影響財務收支及永續經營之問題，研議改善方案，使南迴地區民眾得持續就近獲得復健門診及物理治療服務。

參、處理辦法：

一、調查意見，函請衛生福利部檢討改進見復。

二、調查意見，函審計部參考。

三、調查意見，經委員會討論通過後公布。

調查委員：蕭自佑 賴鼎銘 葉宜津

中　華　民　國　1　1　2　年　1　0　月　　日

案名：機關對於推動遠距醫療之配套措施是否妥適案

關鍵字：遠距醫療、通訊診察治療辦法、醫師親自診察

附表　原鄉離島辦理遠距醫療專科門診情形

項次	在地端衛生所或醫院名稱	遠距端醫院名稱	開辦年月	服務科別	109年	110年	111年	112年1-6月
1	達仁鄉衛生所	高醫附醫	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	134	157	171	103
2	大武鄉衛生所	高醫附醫	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	210	625	687	352
3	成功鄉衛生所	高醫附醫	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	50	42	188	111
4	長濱鄉衛生所	高醫附醫	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	304	369	357	189
5	池上鄉衛生所	花蓮慈濟	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	102	214	168	148
6	關山鄉衛生所	花蓮慈濟	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	101	141	185	129
7	鹿野鄉衛生所	花蓮慈濟	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科	68	106	116	62
8	海端鄉衛生所	花蓮慈濟	109/5	皮膚科、眼科	37	92	69	51
9	延平鄉衛生所	花蓮慈濟	109/5	皮膚科、眼科	56	176	173	111
10	綠島鄉衛生所	台東馬偕	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科、心臟內科	398	640	231	63
11	蘭嶼鄉衛生所	臺東馬偕 高醫附醫	109/5	皮膚科、眼科、耳鼻喉科、心臟內科	250	350	287	43
12	連江縣立醫院	北市聯醫亞東醫院	110/1	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	138	88	31
13	望安鄉將軍衛生所	高雄長庚	110/4	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	207	306	0
14	西嶼衛生所	高雄長庚	110/4	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	170	192	94
15	牡丹鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	159	29
16	泰武鄉衛生所	高醫附醫	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	9	6
17	琉球鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	2	12
18	三地門鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	27	100
19	霧臺鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	80	2
20	獅子鄉	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科	-	-	1	7

項次	在地端衛生所或醫院名稱	遠距端醫院名稱	開辦年月	服務科別	109年	110年	111年	112年1-6月
	衛生所							
21	瑪家鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科	-	-	9	4
22	來義鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	5	0
23	春日鄉衛生所	高雄長庚	111/3	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	36	0
24	滿洲鄉衛生所	高醫附醫	111/3	皮膚科	-	-	0	8
25	仁愛鄉衛生所	埔基醫院	111/3	皮膚科	-	-	13	8
26	信義鄉衛生所	竹山秀傳	111/3	皮膚科、耳鼻喉科	-	-	20	30
27	秀林鄉衛生所	花蓮慈濟	111/8	眼科、皮膚科、耳鼻喉科	-	-	9	1
28	梨山衛生所	中山附醫	111/9	眼科、皮膚科	-	-	12	30
29	那瑪夏區衛生所	高醫附醫	111/7	眼科、耳鼻喉科、皮膚科	-	-	22	27
30	尖石鄉衛生所	臺大醫院新竹分院	111/8	眼科、耳鼻喉科	-	-	27	40
31	五峰鄉衛生所	中國附醫新竹分院	111/7	眼科、耳鼻喉科	-	-	9	3
32	泰安鄉衛生所	大千綜合醫院	111/8	眼科、耳鼻喉科、皮膚科	-	-	6	20
33	阿里山鄉衛生所	嘉基醫院奇美醫院	111/8	眼科、耳鼻喉科、皮膚科	-	-	12	4
34	烏坵鄉衛生所	童綜合醫院	111/11	眼科、耳鼻喉科、皮膚科	-	-	3	1