

(八) 衛生福利部為促進民眾就醫可近性，辦理遠距醫療相關計畫，惟部分計畫執行成效尚待提升，又中央健康保險署推動虛擬健保卡就醫模式試辦方案，於遠距醫療等場域使用尚少，執行成果與方案目的尚屬有間，允宜研謀改善，以利遠距醫療服務之推動。

按遠距醫療係指結合電腦、通訊技術與醫療專業技術，使醫師得以與病人遠距離互動，達到診療及照護之目的。衛生福利部(下稱衛福部)於 110 年度以前瞻基礎建設計畫特別預算及醫療發展基金經費，辦理遠距醫療相關計畫；又中央健康保險署(下稱健保署)自 108 年起推動虛擬健保卡就醫模式，110 年度規劃推廣至遠距醫療等場域。經查執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部補助原住民族及離島地區衛生所購置遠距醫療相關設備，惟後續維運經費無著恐影響遠距醫療服務之持續性；又偏遠地區遠距醫療建置計畫執行進度落後，且參與計畫醫院尚未擬定妥適之跨網絡合作機制；另各計畫間採用不同醫療資訊交換平臺，增加院際間整合及介接成本，亟待研謀改善；衛福部為減少原住民族、離島及偏鄉地區就醫障礙，於 110 年度以前瞻基礎建設計畫第 3 期特別預算 1 億元辦理「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」，分配預算數 9,957 萬元，執行數 6,830 萬餘元，執行率 68.60%。該計畫包含 3 項細部計畫(表 10)，其中「遠距醫療專科門診建置計畫」執行情形，核有：(1) 經盤點核列 41 處衛生所有建置遠距醫療專科門診之需求，依急迫性及 5G 網路基礎建設情形，分年規劃補助建置遠距照護服務平臺及購置遠距醫療設備，惟鑑於多數原鄉離島地區衛生所所在縣市財政困窘，且該部對於計畫後續維運尚無明確財源規劃，恐因後續未妥予維運，影響遠距醫療服務之持續性，且截至 111 年 3 月底止，臺東縣三地門鄉、霧臺鄉、獅子鄉、來義鄉及春日鄉等 5 處衛生所尚未通過健保署核定辦理遠距醫療給付計畫，未能提供遠距醫療服務，致已建置之遠距醫療設備尚未能發揮使用效益；(2) 為減少急診病患轉診舟車勞頓及就醫成本，辦理「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，並規劃以「偏遠地區遠距醫療建置輔導及資源盤點計畫」，先行盤點各偏遠地區醫療資源，並實地輔導參與計畫之醫療機構辦理相關作業，惟於

110 年 5 月 6 日始決標委託辦理輔導及資源盤點相關作業，且迨至 110 年 9 月始核定「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，續公告徵求參與計畫之醫院，參與醫院則至同年 11 月 26 日始獲該部核定辦理，及部分申請醫

表 10 110 年度原住民族、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預算編列及執行情形

單位：新臺幣千元、%

計畫名稱	項目	預算數	執行數	執行率
合計		99,570	68,309	68.60
遠距醫療專科門診建置計畫	小計	52,370	24,284	46.37
	原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫	21,000	21,000	100.00
	110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」	25,550	—	—
	偏遠地區遠距醫療建置輔導及資源盤點計畫	3,640	2,338	64.23
	建置遠距醫療指引暨急重症轉診網絡區域聯防合作模式計畫	2,180	946	43.42
原住民族及離島地區衛生所 4G 維運及 5G 網路建設計畫	25,000	23,854	95.42	
原住民族及離島地區衛生所醫療影像設備升級計畫	22,200	20,170	90.86	

資料來源：整理自衛福部提供資料。

院採跨網絡方式合作，卻尚未擬定妥適合作機制，均影響預算及計畫執行進度；(3) 規劃更換原電子病歷交換中心架構 (EEC)，統一醫療資料交換標準，惟於「遠距醫療專科門診建置計畫」項下之「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」、「偏遠地區遠距醫療建置計畫」等 2 項子計畫卻採用不同醫療資訊交換平臺，或由執行單位各自發展資料交換系統，增加院際間資訊整合及介接成本等情事，經函請衛福部檢討改善，以提升計畫執行成效，提供病患適切遠距醫療服務。據復：(1) 將另尋其他預算協助遠距醫療服務平臺持續運作；又上述臺東縣 5 處衛生所業於 111 年 4 月獲健保署核定辦理遠距醫療給付計畫，或由該署核定作業中；(2) 將加速推動計畫，並督促計畫執行醫院擬定妥適之遠距醫療合作模式，達成強化偏遠地區緊急醫療救護資源之目標；(3) 俟平臺功能發展完善，將進行整合，以減少院際間資訊交換及介接成本。

2. 醫師法第 11 條為醫療院所執行遠距醫療業務之法源依據，惟未能因應科技水準之提升所帶動遠距醫療發展趨勢，各界迭有檢討修正之建議，允宜積極推動修法作業，以擴大遠距醫療之應用：依醫師法第 11 條第 1 項規定，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，得以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑。衛福部並依醫師法第 11 條第 2 項規定，訂定通訊診察治療辦法(下稱通訊診療辦法)，規範通訊診療項目、實施程序等事項。按衛福部 106 年委託研究報告指出，我國遠距醫療受限於醫師法第 11 條規定，除偏鄉地區及有特別緊急情況，似尚無法執行遠距醫療行為，而遠距醫療型態已超越醫師法立法當時科技水準之想像。又多位立法委員以考量後疫情時代，應透過法令鬆綁，使遠距醫療全面合法化，且政府結合科技技術，擴大遠距醫療之應用已趨成熟等由，陸續提案研議修正醫師法第 11 條。足見現行醫師法第 11 條規定，尚未能因應科技水準之提升所帶動遠距醫療發展趨勢，致各界迭有檢討修正之建議。另因疫情影響，衛福部以行政函釋陸續放寬通訊診察治療範圍，惟僅為疫情期間之因應作法，為擴大遠距醫療之應用，仍宜通盤檢討醫師法第 11 條與通訊診療辦法修法需求，方能使醫療院所有所遵循。經函請衛福部積極推動醫師法第 11 條及相關子法修法作業，以符實務所需。據復：已委託研究團隊蒐集其他國家推動遠距醫療之經驗與建議，並分析英、美、德等國家之遠距醫療法規，供未來修法參考。

3. 部分實施遠距醫療門診地區民眾區外實體就醫情形頻仍，允宜研議加強推廣，提升民眾認知及使用意願：衛福部藉由遠距醫療相關計畫，提供原住民族、離島地區當地非緊急但迫切之門診診療服務，減少病人舟車勞頓，落實醫療在地化。經查臺東縣達仁鄉衛生所等 14 處原鄉離島地區衛生所購置遠距醫療設備，開設遠距專科門診，並由遠端院所協助執行眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診科等專科門診，110 年度已提供 3,330 人次遠距門診服務，惟尚有 1,075 人次係於區外就醫，占總就醫 14,484 人次(含區內實體就醫、遠距門診及區外就醫)之 7.42%，其中達仁鄉、成功鎮及延平鄉等 3 個鄉鎮之民眾，區外就醫人次高於各該鄉鎮遠距醫療門診人次，分別占各該鄉鎮就醫人次之 73.46%、48.15%及 60.18%，顯示部分實施遠距醫療門診地區之民眾區外實體就醫情形頻仍。又查年長者之就醫習慣係影響遠距醫療推動成效之主要因素，且遠距醫療屬新興醫療模式，目前推動範圍主要於原鄉及離島地區，老年人口眾多，更需

強化當地民眾認知並提升接受度，方能使遠距醫療得以遂行。鑑於遠距醫療可減省民眾就醫奔波及疫情期間降低染疫風險，經函請衛福部研議加強宣導推廣遠距醫療，提升民眾認知及使用意願。據復：將督促執行單位加強推廣及宣導遠距專科門診服務，增進民眾接受度及認知。

4. 健保署推動虛擬健保卡就醫模式試辦方案，主要運用於一般就醫案件，於遠距醫療等場域使用尚少，執行成果與方案目的尚屬有間，又民眾多未知悉試辦虛擬健保卡訊息，允宜研謀改善及積極推廣：健保卡自 93 年起由紙卡改為晶片卡，迄今已 18 年，健保署考量其資安等級待提升，且為因應未來人口老化趨勢及居家醫療服務需求等，於 105 年啟動新一代健保卡規劃。復為使新一代健保卡規劃契合數位國家發展方向，自 108 年起推動「虛擬健保卡就醫模式試辦方案」，108 及 109 年度編列預算 300 萬元及 1,010 萬元，辦理虛擬健保卡系統開發建置，及導入醫療院所，進行小型場域試作；110 年度則以前瞻基礎建設計畫第 3 期特別預算 628 萬元，辦理「導入 5G 及智慧科技提升醫療與健康照護計畫」，擴大場域進行推廣，試辦方案目的係以虛擬健保卡補足「居家醫療」、「遠距醫療」服務缺口，並因應 COVID-19 疫情之「擴大視訊診療門診」，建立視訊診療門診模式、機制及標準作業流程。經查執行情形，核有：(1) 110 年度以虛擬健保卡申報醫療給付之醫療院所計 377 家，申報件數 3,623 件，其中居家醫療 79 件、遠距醫療 19 件、視訊診療 384 件及一般就醫 3,141 件，以一般就醫占多數(約 86.70%)，而該試辦方案主要規劃推動之居家醫療、遠距醫療及視訊診療等 3 大場域案件數卻僅占 1 成餘，執行成果與方案目的尚屬有間；(2) 截至 111 年 3 月 13 日止，虛擬健保卡申請試辦人數計 6.9 萬人，占全國人口數 (2,352 萬餘人) 之比率仍低，顯示民眾多未知悉試辦虛擬健保卡訊息，又健保卡現行採虛擬與實體並行原則，尚待審慎檢討試辦方案推動實務經驗，及參考試辦方案之參與者所提建議，並考量資訊安全要求，及早確定新一代健保卡之中長期規劃等情事，經函請健保署檢討改善。據復：(1) 將簡化特約醫療院所申請使用虛擬健保卡作業，及優化虛擬健保卡運用於居家醫療、視訊診療等就醫流程，並於 111 年「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，訂定「協助保險對象綁定虛擬健保卡」及「虛擬健保卡申報指標」之獎勵金，提供獎勵誘因；(2) 為提升民眾認知度，將透過全球資訊網等媒體管道向各界宣導虛擬健保卡，及透過各分區業務組及醫療院所加強宣導，並參酌虛擬健保卡試辦方案推動實務經驗及各界建議，作為政策評估及未來擴大辦理之策略方案與政策規劃參考。

(九) 衛生福利部及食品藥物管理署配合新世代反毒策略行動綱領推動藥癮戒治及驗毒相關策略，惟指定藥癮戒治機構參與藥癮治療費用補助方案涵蓋率仍有不足，且各地方政府未參與麻黃素製劑異常流向稽查，或市縣急救責任醫院參與率偏低等情，允宜研謀改善，以增進藥癮戒治處遇服務品質，強化毒品防制監控體系。

行政院為持續落實反毒政策執行，於 109 年底核定新世代反毒策略行動綱領(第二期 110-113 年)，衛生福利部(下稱衛福部)及所屬食品藥物管理署(下稱食藥署)延續主責戒毒、驗毒策略，藉由鼓勵醫療機構提供藥癮醫療服務，暨防止製毒原料假冒藥品原料藥等多項工作推展，強化戒癮資源布建，完善新興毒品濫用預警機制，並支援其他策略項下業務，如藥物濫用防制宣導等。110 年度運用公務預算及法務部毒品防制基金預算，計 8 億 4,444 萬餘元，已設置 168 家指定藥