

專題報告

COVID-19 下我國遠距醫療法規之發展與未來趨勢

陳睿妤

目錄

壹、 研究動機與研究目的	1
貳、 研究問題	1
一、 醫師法第 11 條之親自診療義務	1
二、 民眾對於遠距醫療及其相關法規的接受度、疑慮	1
三、 我國遠距醫療法制將來的立法方向	1
參、 研究方法及步驟	1
肆、 研究過程	1
一、 遠距醫療的意義	1
二、 醫師法第 11 條之親自診療義務	2
(一) 每次診察說	3
(二) 掌握病情說	3
三、 我國現行對於遠距醫療之規範	3
四、 外國法與我國法之比較	4
(一) 美國對於遠距醫療的現況	4
(二) 日本遠距醫療法規調適方向	4
伍、 研究結果與問題討論	5
一、 醫師之親自診療義務	6
二、 我國目前遠距醫療的應用	6
三、 立法建議	6
陸、 結論	7
柒、 參考文獻	7

壹、 研究動機與研究目的

2019 年底中國武漢傳出數起不明原因的肺炎案例，世界衛生組織在 2020 年 2 月將該新型冠狀病毒所產生的疾病命名為 COVID-19，而我國在 2020 年 1 月正式公告 COVID-19 為第五類法定傳染病，並成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」。面對迄今已影響我國將近三年的病毒，我國曾經歷過幾次疫情的起伏，從最一開始台灣防疫政策成功抵擋外界病毒，確診者進入負壓病房治療，密切接觸者要隔離或居家管理，中間也經歷國內確診數直線飆升，直到現在每日都是破萬的確診數，我國的防疫政策也隨之滾動式修正，配合最新的疫情變化調整法規。

隨者疫情的加劇，民眾對於醫療資源的需求也增加，甚至醫院急診室出現人滿為患的情況，反而造成民眾的群聚，而居家隔離的病患同樣也有就醫需求。對此，衛生福利部逐漸放寬遠距診療規定，在 2020 年初即開放需立即接受醫療處置之居家隔離病患得視為醫師法第 11 條第 1 項但書之急迫情形，以通訊之方式進行診療。然而，疫情趨於穩定，隨者後疫情時代的來臨，我國的遠距醫療發展是否將順勢開啟，還是就此止步，倘若遠距醫療逐漸蓬勃，則在相關法政策上是否也要與時俱進以應變最新的科技發展。對此，美國與日本都已經早台灣一步開始有初步的法規範，本文會將研究重點著重於法規範的發展與趨勢，參考外國法並且進行討論，擷取適合台灣的現況，引入外國法建立屬於我國遠距醫療的制度。

貳、 研究問題

- 一、醫師法第 11 條之親自診療義務
- 二、民眾對於遠距醫療及其相關法規的接受度、疑慮
- 三、我國遠距醫療法制將來的立法方向

參、 研究方法及步驟

本研究預計採取之研究方法為「文獻分析法」及「比較分析法」。「文獻分析法」主要先著手整理國內外專書、期刊論文、網際網路資訊中，關於遠距醫療法制的文獻，進行整理、歸納，並且配合最新的政府公報、函釋與公告為研究基礎。「比較分析法」將參考美國衛生及公共服務部及日本厚生勞動省對於遠距醫療之相關法令，嘗試從美國及日本對於遠距醫療的相關規範、目前現況與對未來之期待與展望，提供我國未來修法時的參考，建立一套屬於台灣的遠距醫療法規。

肆、 研究過程

一、遠距醫療的意義

想像一名住在台東縣池上鄉患有慢性肝病的老人，在一個星期三下午突然

感到嚴重的腹痛，他立刻前往鄰近的診所看診，但由於位置偏遠，該診所僅能提供基礎的醫療服務，但老人沒有其他選擇，因為距離最近的醫學中心—花蓮慈濟醫院，開車大約要將近三個小時，但遠距醫療的技術一旦完善，三個小時的距離變成三十分鐘的診療，無疑減輕的病人的負擔，也能更及時的給予診斷。另一個例子，把地點移動到熱鬧的新北市板橋區，一名二十五歲的年輕男子，在星期四出門上班前，覺得身體不太舒服，經過快篩發現檢測為陽性，那麼該如何才能看診呢？依照中央流行疫情指揮中心公告，快篩結果陽性者，需要進行遠距門診醫療，請遠距或視訊診療醫師協助評估並確認快篩陽性，並在家中實施七天的居家隔離¹，七天過後才可出門。

技術的進步打破距離與地點造成的阻礙，提升了醫療的可近性。遠距醫療最早出現於 1960 年代，NASA 利用遠端遙測的技術監測太空員的身體健康²，也開啟了遠距醫療的技術。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）在 2010 年將遠距醫療定義為：「使用資訊與通訊技術來交換資訊，用於疾病與傷害的診斷、治療與預防、研究與評估，及為醫護人員提供衛生教育，以促進個人及群體健康³。」遠距醫療包含各式的醫療服務，如遠距照護、遠距會診、遠距諮詢等都概括在內，其實踐亦能以不同的方式呈現，電話溝通、視訊會議、線上資料傳送流通，執行醫療程序，最後透過通話、視訊或醫療器材檢測進行病況追蹤、回診等⁴。又國際間有其他功能類似的用語，包含電子健康照護、線上醫療⁵，惟非本文所欲討論之對象，故不詳加論述。

二、醫師法第 11 條之親自診療義務

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。」此即為我國目前對於醫師親自診療義務之明文規定，意即原則上醫師須為親自診察，才能對病患為診療行為，並於同項但書規定例外情況，係為顧及偏鄉、偏遠地區之民眾生命健康安全，而規定如在山地、離島等偏僻地區，遇有急迫或緊急情況，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、診察，並由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療⁶。惟對於醫師之親自診

¹ 參照衛生福利部疾病管制署公告之居家隔離、自主防疫及居家簡易對象快篩陽性之評估確認及通報流程，<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/nYWCC7Q1mvYn7lp9paCPlw>，最後瀏覽日期，111 年 9 月 27 日。

² Patricia C. Kuszler, *Telemedicine and Integrated Health Care Delivery: Compounding Malpractice Liability*, 25 Am. J.L. & Med. 297, 300 (1999)

³ World Health Organization (WHO), *Telemedicine Opportunities and developments in Member States*, Global Observatory for eHealth series, Volume 2, 9 (2010)

⁴ Greta Mattison Megna, *The Doctor Will See You Now-From 100 Miles Away: Navigating Physician Non-Compete Agreements In The Age Of Telemedicine*, WILR 1007 Wisconsin Law Review 1008, 1011 (2017)

⁵ 陳鈺雄，「遠距醫療的法律衝擊」，《全國律師》，第 11 卷第 1 期，頁 43-44，2007 年 1 月。

⁶ 陳鈺雄，「遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務」，《中央財經法學》，第 22 期，頁 47-93，2009 年

察，學說上提出不同看法，有認為應如醫師法第 11 條所規定，每次診察時醫師都應親自到場，即每次診察說；亦有認為，醫師對於病人之病情有一定之掌握即得以囑託專業護理人員之方式給予治療⁷，即掌握病情說。

(一) 每次診察說

最高法院有採「每次診察說」，主張醫師法第 11 條即規定醫師必須親自到醫療現場，以免產生錯誤診斷、延宕最佳治療時機，尤其對於高危險病患以及疾病之無法預期性，而認為醫師應有每次親自到場進行診察之義務，以維護醫病雙方之最大權益⁸。

(二) 掌握病情說

亦有學者採「掌握病情說」，認為對於醫師之親自診察義務應採實質意義的觀點進行論述，著重之要點在於醫師對於病人治療過程的主導角色以及其擁有專業知識，進行整體醫療團隊的指揮⁹，且在醫師持續為同一位病人進行治療的情況下，就空間與時間之緊密關係而言，醫師對於病患之狀況，可以憑藉過往累積的經驗給予治療，且現在醫療科技監控系統如此發達，因此縱使醫師本人並非每次診療時都在現場，對於病患之病情依舊可以維持一定程度的掌握¹⁰。

三、我國現行對於遠距醫療之規範

衛生福利部於 2018 年，因應網路與科技的進步，同時為滿足高齡化社會的需求及解決醫療資源分布不均之問題，公布「通訊診察治療辦法」，將遠距醫療的對象放寬，涵蓋山地、離島、偏僻地區居民、急性住院病人出院後之追蹤治療、訂有醫療契約之長照服務機構、家庭醫師之診療、執行遠距或居家照護病患之追蹤治療，以及國際病患¹¹。

直到 2020 年 COVID-19 在台灣爆發後，衛生福利部公告第 1091660661 號函釋，針對居家隔離或居家檢疫有就醫需求者，得視為醫師法第 11 條第 1 項但書之急迫情形，依通訊診察治療辦法以通訊方式詢問病情並給予診察，慢性病患者亦可依全民健康保險醫療辦法第 7 條或通訊診察治療辦法，委託他人向醫師陳述病情並領取方劑¹²。衛福部亦在第 1091661115 號函釋中補充，居家隔離或居家檢疫中有就醫需求者即可於指定之醫療機構進行通訊診療，無須提報實施計畫，且不限定於非初診病人，惟應取得診療對象之知情同意、確認病人身分、醫師應於醫療機構內實施診療過程、於病歷上註記¹³。

在 2022 年 4 月隨著疫情的變化，衛福部於第 1113800166 號及第 1113800177

6 月。

⁷ 王志嘉，「論急救與建議轉診義務—台灣高等法院九十六年醫上訴字第三號刑事判決評釋」，《月旦法學雜誌》，第 187 期，頁 222-223，2010 年 12 月。

⁸ 最高法院九十四年度台上字第二六七六號刑事判決。

⁹ 王志嘉，「論醫師親自診察義務」，《軍法專刊》，第 56 卷第 1 期，頁 197，2010 年。

¹⁰ 王皇玉，「論醫師的說明義務與親自診察義務—評九十四年度台上字第二六七六號判決」，《月旦法學雜誌》，No.137，頁 278-279，2006 年 10 月。

¹¹ 通訊診察治療辦法第 2 條。

¹² 衛部醫字第 1091660661 號函釋。

¹³ 衛部醫字第 1091661115 號函釋。

號函釋中公告居家隔離或檢疫之民眾若有就醫需求可洽 24 小時之緊急醫療諮詢平台與健康益友 APP¹⁴，同時開放醫師報經衛生局同意後，即可在確保病患隱私情之前提下，於機構外實施通訊診療¹⁵。

四、外國法與我國法之比較

(一) 美國對於遠距醫療的現況

1. 民眾對於遠距醫療的接受度

在 COVID-19 發生的前一年，也就是 2019 年，美國聯邦醫療保險和補助服務中心（the Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS）增加醫療保險優勢參保者遠距醫療福利的規則讓更多私人醫療保險計劃決定投資遠距醫療¹⁶，而根據 2019 年的研究統計，在美國約有 8% 的消費者使用過遠距醫療，相當於 2,600 萬人曾有遠距醫療的經驗，而還有將近 7 成的人口表示願意嘗試，其中民眾是否願意使用遠距醫療的差異主要在於年齡，千禧世代的嘗試意願將近為其他年齡層的 3 倍，而 35-44 歲的民眾身為家中主要的醫療決策者，對於遠距醫療的態度表示願意嘗試但仍有疑慮，其中的疑慮包含本身對面對面醫療的偏好以及遠距醫療中隱私的擔憂，保險的給付範圍亦為他們所重視的¹⁷。

2. 因應 COVID-19 的法制與政策

為解決 COVID-19 所帶來的衝擊，2020 年 3 月美國總統川普宣布國家緊急狀態後，CMS 隨即公告多項政策的改變，最大的改變在於擴大醫療保險的給付範圍，使醫護人員在進行遠距醫療服務後得收取醫療保險，且遠距診察與親自診察的費用趨近相同，並且美國衛生及公共服務部（The Department of Health and Human Services, HHS）也改善遠距醫療費用支出的靈活性，減少或免除聯邦醫療保健計劃提供遠距醫療者就醫的費用分擔¹⁸。

3. 小結

美國除了從法律與政策面放寬限制外，同時也對商業保險進行調整，一方面放寬遠距醫療的限制、暫不適用處罰規定，另一方面保險公司也擴大保險的適用範圍。各州州政府也通過自己的州法律來鼓勵遠距醫療，例如伊利諾伊州、路易斯安那州、北卡羅萊納州、華盛頓州都要求 CMS 允許其他非符合健保可攜性責任法 HIPAA 的軟體進行遠距醫療；加利福尼亞州允許醫療服務提供者在提供遠距醫療服務後亦能獲得保險的給付或福利等等¹⁹。面對 COVID-19 所帶來的醫療上的轉變，美國相關統計認為遠距醫療將會繼續存在，而此項技術也增加了對於網路安全的隱憂尚須長期且完善的政策與規劃。

(二) 日本遠距醫療法規調適方向

¹⁴ 衛部醫字第 1113800166 號函釋。

¹⁵ 衛部醫字第 1113800177 號函釋。

¹⁶ Kim Harvey Looney, Legal Concerns In Specific Health Care Delivery Settings, Health Law Practice Guide, 3 September (2019)

¹⁷ Amwell, Millennials are the Most Likely Age Group to Use Telehealth, Especially for Mental Health 3, (2019)

¹⁸ Kim Harvey Looney, *supra* note 16.

¹⁹ *Id.*

1. 日本遠距醫療立法沿革

西元 1948 年日本所制定之醫師法第 20 條規定，醫師必須親自診察與治療才能為病患開立診斷書或交付處方箋，嚴禁通訊診療或遠距醫療的行為²⁰。到了 1997 年因應資訊科技的發達，日本厚生勞動省允許若患者位於離島或偏鄉地區，或部分病情穩定的慢性病患者，得使用資通訊設備進行遠距診療，直到 2015 年時才將上述的列舉規定改為例示規定，放寬適用範圍²¹。日本在 2018 年時制定「適當實施在線診療之指引」(オンライン診療の適切な実施に関する指針)，規定為遠距診療時所應遵守及建議遵守等事項²²，對於遠距醫療給予更明確的規範，並在 4 月時將上述在線診療的報酬納入醫療保險制度支付的項目²³。

2. 日本對 COVID-19 的因應政策

日本 2018 年所制定的在線診療指引規定醫師應遵守事項分別為進行視訊診療時醫師應確保病患知悉且合意、初診及急症病人不應適用、病情須在醫師能掌握的範圍內始可進行遠距醫療、應確保病人之隱私安全²⁴。2020 年初 COVID-19 爆發後，日本政府放寬上述限制，暫時開放初診病人進行視訊診療，但醫師不可開麻醉或精神藥物處方，且藥品以七天為上限，並且應確實掌握病人之狀況，診察結束後，醫師可透過傳真將處方箋傳送給藥局由藥劑師進行調劑²⁵。暫時的開放係為面對 COVID-19 的緊急措施，日本政府希望能藉此開放遠距診療，因此在 2021 年 6 月通過「規制改革實施計畫」，計畫將暫時性的開放轉為永久性措施，如藥劑師的在線服藥指導、醫師對初者病患之線上診察都在計畫開放的範圍內²⁶。

3. 小結

日本在 COVID-19 前對於初診病患係以面對面為診療原則，也對遠距診療有所規範，而疫情期間，暫時放寬原有限制，在醫師及藥劑師的指導下，得進行視訊診療並由藥劑師宅配藥品給病患，到現在後疫情時代，日本順勢開啟遠距醫療，以信賴及安全為原則，解除初診病患不得遠距診療的規範，同時規定遠距診療需以影像之方式為原則，並強調病患的知情與資訊安全的保護。

伍、 研究結果與問題討論

遠距醫療的制度，因 COVID-19 而放寬，但隨著疫情趨向穩定，難道遠距醫療的制度將就此止步嗎？本文認為應將危機化為轉機，以此次的疫情作為遠

²⁰ 根東義明、前田幸宏、市川理恵，「オンライン診療の過去・現在・未来」，《日大医学雑誌》，第 80 卷第 1 期，頁 45-47，2021 年。

²¹ 前田由美子，「オンライン診療についての現状整理」，《日本医師会総合政策研究機構》，第 80 卷，頁 1，2020 年 5 月。

²² 參照「オンライン診療の適切な実施に関する指針」，頁 11-29。

²³ 前田由美子，前揭註 21，頁 2。

²⁴ 周晨慧，「我國遠距醫療法規調適方向—以日本為借鏡」，《科技法制專欄》，第 33 卷第 11 期，頁 53，2021 年。

²⁵ 周晨慧，同前註，頁 54。

²⁶ 內閣府，「規制改革実施計畫」，頁 24，2021 年。

距醫療發展的契機，建立一套完整的制度。故本研究欲藉文獻分析法首先針對我國遠距醫療目前的概況進行分析，整理出目前我國遠距醫療的優缺點。再透過比較分析法，觀察美國及日本的社會民情、立法沿革及實務運作，試論我國立法方向於比較法上之優劣，並對我國目前遠距醫療之規範以及可能衍生出的法律爭議提出評論與建議，以期為我國遠距醫療法規提供立法方針與政策方向，使台灣的醫療站上世界頂端，成為下一座的護國神山。

一、醫師之親自診療義務

學說與實務目前對於醫師親自診療的義務的解釋採取不同的立場，然而本文認為這個問題應回歸到醫師親自診療義務的本意觀察。從歷史上來看，我國的醫師法極有可能是參考日本法而來，而日本對於醫師親自診療相關法規的意旨系強調醫師對於病人之診察應親自為之，不得委由他人代理，而我國醫師法之規定所強調係醫師應親自與病人面對面進行診療，與原先日本所規範之意義大相逕庭。

因此本文認為，對於醫師法第 11 條所規定之「親自診察」，應做出不同的解釋，區隔親自與當面實質意義上的不同，又如營養師法第 13 條中提及親自與當面，醫師法中所指「親自」所指應為診斷過程之判斷係由醫師為之，不假經他人之手；而營養師法中「親自」、「當面」之意義則為須到達現場，與他人面對面以執行業務，兩者實質上的意義相差甚遠。

二、我國目前遠距醫療的應用

台灣幅員不如美國、歐洲等大國廣闊，卻同樣存在醫療資源分配不均的問題。根據相關數據統計，可明顯看出我國的醫療資源分配東部與西部的不均，正因為如此，行政院也積極推動「優化偏鄉醫療精進計畫」，解決因距離所造成醫療不均的問題，改善偏鄉地區的醫療環境。

第一件遠距醫療的成功案例發生在 2020 年 10 月，一名 39 歲的女子因胸悶休克被送到台北榮總玉里分院急診，經過心臟超音波檢查為心包膜血腫，透過「遠距醫療諮詢平台」向花蓮慈濟醫院諮詢，並在轉診時同步進行討論，待病人一到慈濟醫院，立即進入心導管室進行緊急手術，有效且即時的醫療最終也為病患帶來良好的治療。另外則是在 COVID-19 下，衛福部所放寬的遠距醫療措施，如在 2021 年初衛生福利部桃園醫院（下稱部桃）針對 1 月初出院病人的後續就醫，建立了「遠距緊急醫療諮詢平台」，讓在居家隔離、居家檢疫或自我健康管理的民眾有就醫需求時，得透過線上進行諮詢，並在醫師診斷後直接開立處方，但對於線上進行諮詢後所可能衍生的問題，截至今日，尚未有完整的一套法規規範或保障，甚至雖著疫情趨於平穩，暫時性的遠距醫療平台可能就此關閉，而非繼續致力於未來遠距醫療的發展。

三、立法建議

本文認為若要改善我國目前遠距醫療的現狀，給予更多保障，首先應從醫師法第 11 條所規定之醫師親自診療義務做出不同的解釋，放寬醫師執行業務時的限制，並不以與病人面對面為要件，只要能夠病人之情況是醫師所了解，同

時對於病人的病情有一定的掌控，醫師即得以進行診斷。而本文所提出的修法建議為在醫師法第 11 條中註明何種情況應由醫師為當面的治療，區分各種醫療情況下所需的診斷方式，是親自抑或是當面。

另外，對於遠距醫療的發展，本文認為應建立一套遠距醫療專法，其中明文規範遠距醫療實施過程中可能碰到的問題。包含遠距醫療的實施方式、過程、地點、對象、後續責任等問題，其中我認為有一點特別重要，亦須與個人資料保護法連結的為診斷過程中病人的隱私問題與診斷結束後病人的資料該如何保存或銷毀，這些都應該建立一套遠距醫療專法，透過完善的制度確保遠距醫療系統性地進行，另一方面也保障醫事人員、病人與醫療機構等的權益。

陸、 結論

COVID-19 的爆發猶如一枚震撼彈，帶給世界無法計算的重大影響，但與此同時，也促使著各個領域的進步，如醫療為了在 COVID-19 期間維持運轉，放寬遠距醫療的限制，打破了以往的框架。雖然對於遠距醫療，仍有許多待解決的問題，但時代正快速地變遷，我們必須針對這些問題思考因應的對策，才能讓技術發展的同時，也保有對人民權益的保護。

柒、 參考文獻

一、中文資料

- (一) 衛生福利部疾病管制署公告。網址：
www.cdc.gov.tw/File/Get/nYWCC7Q1mvYn7lp9paCPlw
- (二) 陳銑雄，「遠距醫療的法律衝擊」，《全國律師》，第 11 卷第 1 期，頁 41-51，2007 年 1 月。
- (三) 陳銑雄，「遠距醫療與醫師親自診察檢驗義務」，《中央財經法學》，第 22 期，頁 47-93，2009 年 6 月。
- (四) 王志嘉，「論急救與建議轉診義務—台灣高等法院九十六年醫上訴字第三號刑事判決評釋」，《月旦法學雜誌》，第 187 期，頁 219-237，2010 年 12 月。
- (五) 王志嘉，「論醫師親自診察義務」，《軍法專刊》，第 56 卷第 1 期，頁 194-215，2010 年。
- (六) 王皇玉，「論醫師的說明義務與親自診察義務—評九十四年度台上字第二六七六號判決」，《月旦法學雜誌》，No.137，頁 265-280，2006 年 10 月。
- (七) 周晨蕙，「我國遠距醫療法規調適方向—以日本為借鏡」，《科技法制專欄》，第 33 卷第 11 期，頁 50-56，2021 年。

二、英文資料

- (一) Patricia C. Kuszler, Telemedicine and Integrated Health Care Delivery :
Compounding Malpractice Liability, 25 Am. J.L. & Med. 297, 300 (1999)
- (二) World Health Organization (WHO), Telemedicine Opportunities and

developments in Member States, Global Observatory for eHealth series, Volume 2, 9 (2010)

- (三) Greta Mattison Megna, The Doctor Will See You Now-From 100 Miles Away : Navigating Physician Non-Compete Agreements In The Age Of Telemedicine, WILR 1007 Wisconsin Law Review 1008, 1011 (2017)
- (四) Kim Harvey Looney, Legal Concerns In Specific Health Care Delivery Settings, Health Law Practice Guide, 3 September (2019)
- (五) Amwell, Millennials are the Most Likely Age Group to Use Telehealth, Especially for Mental Health 3, (2019)

三、日文資料

- (一) 根東義明、前田幸宏、市川理恵、「オンライン診療の過去・現在・未来」、《日大医学雑誌》, 第 80 卷第 1 期, 頁 45-47, 2021 年。
- (二) 前田由美子、「オンライン診療についての現状整理」、《日本医師会総合政策研究機構》, 第 80 卷, 頁 1, 2020 年 5 月。
- (三) 「オンライン診療の適切な実施に関する指針」, 頁 11-29。
- (四) 内閣府、「規制改革実施計画」, 頁 24, 2021 年。