

一、題目名稱：遠距醫療診察義務各國法規比較與過失責任判斷

二、摘要：本研究探討在我國 COVID-19 疫情爆發之下，我國法規對於遠距醫療實務的適用與修改空間，藉由考察各國法規與實際訪談五位具有遠距醫療實務經驗的醫師，提出我國現行遠距醫療適用法規《通訊診察治療辦法》之修法策略，研究內容主要以遠距醫療之「診察義務標準」、「過失責任」、「隱私保護」為主軸，考察之外國法制以德、英、馬來西亞三國之遠距醫療法規為主。醫師訪談的部分，依據實際訪談內容，將統整目前醫界實務對於遠距醫療的法規看法與制度建議，並綜合上述之外國法制考察，提出我國立法與法規修訂之可行策略。

The theme of the study was come up from the background of the explosion of COVID-19 in Taiwan. As the pandemic spread, the need of modification to current medical law emerged. Through conducting interview with 5 doctors who had experience of telehealth and comparing other countries' legislation to telehealth, we proposed a strategy for legislation to telehealth which fit Rules of Medical Diagnosis and Treatment by Telecommunications. There are three main points in the study, which are "medical obligation", "negligence liability", and "privacy protection". The part of comparative law focus on German, United Kingdom, and Malaysia. As for the other part of interview with doctors, we collected all the opinion to telehealth legislation from practitioner through interviewing and compared with the foreign legislation we studied before, and eventually proposed a feasible suggestion to telehealth legislation.

三、關鍵詞：遠距醫療、通訊診察、診察義務、過失責任

Telehealth, Medical diagnosis and treatment by telecommunications, medical obligation, negligence liability.

超國界法學議題研究案：
遠距醫療診察義務各國法規比較
與過失責任判斷

（本文係理律文教基金會 2021-2022 超國界法學議題研究案獎勵論文）

目錄

壹、	緒論.....	7
一、	研究背景.....	7
二、	研究動機與問題意識.....	8
（一）	研究動機.....	8
（二）	問題意識.....	8
	1.法規適用範圍與解釋.....	9
	2.遠距醫療過失責任判斷.....	9
	3.遠距醫療診察注意義務.....	9
三、	研究方法與架構.....	9
（一）	研究方法.....	9
（二）	研究架構.....	11
貳、	遠距醫療定義與法規發展現況.....	13
一、	遠距醫療之定義.....	13
二、	我國遠距醫療法規發展概況.....	13
（一）	現行適用法規.....	13
（二）	注意義務.....	14
（三）	注意義務違反責任.....	15
三、	德國遠距醫療法規發展概況.....	16
（一）	現行適用法規.....	16
（二）	注意義務.....	17
（三）	注意義務違反責任.....	17
四、	英國遠距醫療法規發展概況.....	18
（一）	現行適用法規.....	18
（二）	注意義務.....	18
（三）	注意義務違反責任.....	20
五、	馬來西亞遠距醫療法規發展現況.....	20
（一）	現行適用法規.....	20

(二)	注意義務.....	20
(三)	注意義務違反責任.....	21
六、	小結.....	22
參、	我國遠距醫療現行法規問題與訪談探討.....	23
一、	醫師法與通訊診察治療辦法.....	23
二、	實證訪談：我國醫界對於現行法規之認知.....	23
(一)	通訊診察業務執行.....	23
(二)	《通訊診察治療辦法》醫療實務實行現況.....	24
三、	實證訪談：醫界實務與現行法規之衝突.....	25
(一)	遠距醫療之規定應放寬或限縮.....	25
(二)	遠距醫療注意義務技術性問題與意見.....	26
(三)	其他執行上問題.....	27
四、	小結：訪談結果分析與挑戰.....	27
(一)	針對現行法規.....	28
(二)	針對遠距醫療對整體診察之影響.....	29
(三)	針對未來管制開放之展望.....	29
肆、	借鏡外國法制與問題解決策略.....	30
一、	外國法制比較與借鏡.....	30
(一)	德國.....	30
(二)	英國.....	30
(三)	馬來西亞.....	31
二、	解決策略.....	32
(一)	診察注意義務.....	32
(二)	注意義務之違反與責任.....	33
(三)	病患隱私保障.....	33
(四)	其他法規調整.....	34
三、	小結.....	34
伍、	結論與建議.....	35

一、研究結果之結論	35
二、未來開展可能與建議	37
參考文獻	38
附錄：訪談逐字稿	41
一、醫學中心/精神科醫師—吳醫師	41
(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？	41
(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？ ..	41
(三) 醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）	42
(四) 通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）	42
(五) 醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？	43
(六) 醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？	44
二、區域醫院/心臟血管科醫師—張醫師	45
(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？	45
(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？ ..	45
(三) 醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）	45
(四) 通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）	45
(五) 醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？	46

(六) 醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？	46
三、南部診所/家醫科—邱醫師	47
(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？	47
(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？ .	47
(三) 醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）	48
(四) 通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）	48
(五) 醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？	48
(六) 醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？	48
四、北部診所/內科—江醫師	49
(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？	49
(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？ .	49
(三) 醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）	50
(四) 通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）	50
(五) 醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？	50
(六) 醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？	54
五、中部診所／中醫師—黃醫師	54

（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？	54
（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？ .	54
（三）醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）	55
（四）通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）	55
（五）醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？	56
（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？	58

壹、緒論

本章將透過研究背景闡明本研究主題之發想因素以及本研究議題之重要性，並且透過介紹研究動機與問題意識敘明我國遠距醫療法規目前主要問題之三大核心（法規適用範圍、注意義務與過失責任），最後透過研究方法與研究架構呈現研究進行的方式（文獻分析、法規比較、實證訪談）與各章節安排。

一、研究背景

醫療照護產業隨著近年的發展與數位時代來臨，以及因偏鄉、新冠肺炎 COVID-19 疫情等其他因素造成的特殊需求逐漸上升，透過視訊診察的遠距形式醫療逐漸被應用於醫療實務中，例如我國就於 2021 年 5 月新冠肺炎疫情較為嚴峻時，開放醫療院所以「視訊診察」的方式看診¹，2021 年 11 月 14 日由台南醫師公會、成大醫院與奇美醫院所共同舉辦之「新冠肺炎後疫情時代，台灣醫療新方向」論壇，副總統賴清德亦在「健康平權」之主題中，提出以視訊診察減少城鄉差距之提議²，可見視訊診察在我國醫界所受之重視已有逐漸增加趨勢。雖我國對遠距醫療之開放程度，尚不如同日本遠距醫療之標準，在疫情期間放寬至初診可使用遠距醫療方式為之³，但仍可藉由我國初步的放寬措施得知疫情帶來的遠距醫療需求正在影響我國醫界實務。而根據我國目前相關研究文獻亦顯示，遠距醫療的實施具有其一定重要性與效能。⁴

然而，我國現行法規對於醫師的診察義務，以及對於醫療過失認定之標準，將會因為視訊診察的遠距醫療型態而面臨調整與法規適用上的挑戰，誠如國內文獻所提到⁵，遠距醫療除了有《醫師法》第 11 條第 1 項：「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。」所規範之「親自診察」義務衝突之外，尚有民法第 184 條第 2 項之侵權行為認定標準適用疑慮。因此，檢視並改善國內目前關於視訊診察之法規《通

¹ 王俊忠，免驚！不怕到醫院看診被感染 台南 7 醫院啟動視訊門診，自由時報，2021 年 5 月 26 日，<https://reurl.cc/OkIXD9>（瀏覽日期：2021 年 12 月 13 日）

² 葉進耀，後疫情時代，醫起打造新方向，中華新聞雲，2021 年 11 月 15 日，<https://reurl.cc/0x5jE9>（瀏覽日期：2021 年 12 月 14 日）

³ 周晨蕙，日本放寬遠距醫療和用藥指導之限制，科技法律透析，第 32 卷第 12 期，2020 年 12 月，頁 10。

⁴ 何秉樺、黃朱岑、劉育昇，遠距醫療實施之關鍵成效因素初探，澄清醫護管理雜誌，第 17 卷第 2 期，2021 年 4 月，頁 27-36。

⁵ 陳鈺雄、李宜家，遠距醫療法律議題與醫師親自診察檢驗義務，收於：智慧醫療與法律，2021 年，頁 26-30。

訊診察治療辦法》，即為遠距醫療發展在法律上的重要進程之一。

在 COVID-19 疫情爆發後，衛生福利部對於《通訊診察治療辦法》之限制放寬，曾經配合中央流行疫情指揮中心之指示「醫療營運降載及廣泛運用遠距醫療於門診病人」發函⁶告知醫療院所，病患經各縣市衛生局指定之醫療機構評估適用通訊診察治療者，得不受《通訊診察治療辦法》第 2 條第 2 款特殊情形及第 3 條第 2 項不得開給方劑之限制，且不限於初診病人。

承前所述，在《通訊診察治療辦法》施行後，除了有醫療注意義務和過失責任判定的困難度提高之外，也有法規適用與實際情形可能造成衝突之處，如前段所述，《通訊診察治療辦法》限制通訊診察治療之實施情況，可能無法立即適用於 COVID-19 此類大規模流行疾病的爆發，而須由行政機關發函免除法規中對通訊診察之限制。本研究將以探究通訊診察治療之注意義務、過失責任判定與通訊診察治療限制等三項議題為主旨，藉由比較德國、英國、馬來西亞等國之通訊診察相關法規，並對五位具有通訊診察經驗之醫師進行訪談了解我國醫療實務需求與見解，以探討我國現行《通訊診察治療辦法》之修法方向。

二、研究動機與問題意識

承前小節所述，本小節將針對本研究之研究動機與問題意識做進一步的介紹，除說明研究之原始想法與目的之外，亦將針對問題意識提出詳述。

（一）研究動機

在我國 COVID-19 爆發後，因應居家隔離、確診民眾的增加，各醫院紛紛開放通訊診察門診，在此開放背景之下，於民國 107 年發布實施後就再無修訂之《通訊診察治療辦法》，亦即適用於我國遠距醫療行為之主管法規，就可能因為疫情之發展而導致無法符合現行醫療實務的情形發生。不論是在與實體診察之注意義務上或是過失責任的判斷上，乃至於病患遠距醫療上的隱私權益保護等，都是值得探討法規完整性的地方。因此本研究基於因應疫情與現行醫療實務完善我國法規之動機，藉此達到減少法規與醫界實務之間差距的可能。

（二）問題意識

承前小節所述，雖遠距醫療有需求與市場日漸興盛之勢，惟遠距醫療為一醫療新興型態，因此在法規適用範圍與解釋、遠距醫療過失責任判斷和遠距醫療診察注意義務上，都可能與實體醫療有所不同，以下分三小點提出本研究問題意識：

⁶ 參衛生福利部衛部醫字第 1101663441 號函，2021 年 5 月 17 日，<https://reurl.cc/Yv05Qo>（瀏覽日期：2021 年 12 月 14 日）

1.法規適用範圍與解釋

我國現行法規上對於遠距醫療之規範，除有《通訊診察治療辦法》與《醫師法》第 11 條第 1 項之親自診療義務衝突外，亦有適用通訊診察之病患種類適用解釋問題（例如：法規限縮於偏鄉、特殊、急迫情形方可實施通訊診察，若不在此範圍內之病患恐有法規適用上之困難，進而對通訊診察之實施造成限制），在法規適用範圍外所需要實施通訊診察的情況下（例如 COVID-19 爆發時期），僅能透過行政主管機關發布函令例外許可，由此可知現行《通訊診察治療辦法》之規範範圍與實際通訊診察應用範圍尚有差距，因此本研究將對《通訊診察治療辦法》應如何修訂以更加符合我國通訊診察實行情況進行探究。

2.遠距醫療過失責任判斷

在醫療行為有過失時之判斷標準亦尚未有完善的解釋標準或準則，普通醫療行為之過失判斷，無論「契約責任」或「侵權行為責任」，均應以善良管理人注意義務為過失判斷標準（抽象輕過失）；惟通訊診察治療行為因受距離之限制，醫師無法觸診或對親自病患實施進一步的醫療行為與檢查，因此不應與實際診察同一標準判斷之，但我國對於通訊診察之醫療行為過失判斷標準尚無完整規範與準則。

3.遠距醫療診察注意義務

隨著通訊診察因 COVID-19 而有需求增加之現象，對於醫師所應遵循之注意義務也應因應通訊診察之限制而有所調整，若以實際診療相同之標準要求醫師盡注意義務，將可能使醫師承擔較高的醫療行為責任風險並降低病患最佳利益，故注意義務和過失判定標準應一同於通訊診察醫療行為範圍內調整，並依《醫師法》第 42 條之授權條款於《通訊診察治療辦法》中明訂之。

綜上所述，本研究將針對《醫師法》規範之義務於《通訊診察治療辦法》中的解釋與限制，以及在遠距醫療之下相應的過失責任判斷標準進行各國法規之比較，統整出較為適合我國目前醫療實務之法規修訂方向。

三、研究方法與架構

（一）研究方法

本文將採文獻分析法、法比較分析法、實證訪談法三種研究方法，綜合比較德國、英國、馬來西亞等國家目前遠距醫療發展之下，於法規上如何規範與規劃配套措施，本章節將說明研究背景、研究動機以及研究方法與步驟。

1. 文獻分析法

文獻分析法之主旨及運用為：「作為間接研究法，在社會研究中被廣泛運用。

是因為在某些限度之內，它可以幫助我們了解過去、重建過去、解釋現在及推測將來。」⁷

本研究主要應用文獻分析法於第一章與第二章，透過文獻蒐集與閱讀整理，首先闡述本研究之研究背景、研究動機與問題意識、研究方法與架構，並藉由定義遠距醫療規範本研究所針對之通訊診察醫療行為範圍，同時對我國、德國、英國兩國、馬來西亞等國家之遠距醫療發展現況，如目前該國遠距醫療行為所適用之法規與其規範內容、學說見解與立法發展方向。

2. 法比較分析法

亦稱為比較研究法、對比分析法，依據《Comparative Method in Education》⁸一書對於比較研究法之步驟分為以下四步驟：⁹

(1) 描述 (description)：

研究者對研究事物有系統地陳述資訊，建立準確客觀的了解，透過一手資料、次級資料與輔助資料的蒐集進行廣泛了解與詳細敘述。

(2) 解釋 (interpretation)：

描述事物內容中產生現象、代表意義和後續影響，研究者從中進行分析，並做出正確與客觀的解釋。

(3) 並排 (juxtaposition)：

研究者將前二階段描述與解釋的資料並排或繪製圖表，依據共同的事實與問題，以相同的觀點和標準分析並判斷，其目的有二：一為分析後找出異同處，二為建立研究假設，以供證實、推翻並引導出研究結論。

(4) 比較 (comparison)：

研究者依前前三步驟進行比較與研判，以修正或推翻原有假設，除須有客觀正確的資訊與判斷之外，亦須具備分析能力以推導得出結論。

本研究主要應用法比較分析法於第二章與第四章，透過於第二章介紹德國、英國、馬來西亞和我國之遠距醫療法規內容、範圍、注意義務標準與過失責任判斷做出資訊並排，後於第四章中將各國適用於我國現行通訊診察法規、義務與過失判斷標準綜合統整為適合我國《通訊診察治療辦法》修訂之策略。

⁷ 葉至誠、葉立誠，研究方法與論文寫作，2011年，頁138。

⁸ Bereday, George (1964). *Comparative Method in Education*. Holt Rinehart and Winston.

⁹ 王梅玲，比較研究 comparative research，圖書館學與資訊科學大辭典，2012年10月，<https://reurl.cc/9OVNvX>（瀏覽日期：2022年1月27日）

3. 實證訪談法

「這種方法是按一定的調查目的，依據調查提綱，由訪談調查員面對面地訪問與調研課題有關的當事人，從而獲得資料的一種方法。」¹⁰

本研究將應用實證訪談法於第三章，經過對五位具有通訊診察經驗之醫師進行訪談，了解我國遠距醫療實務與現行法規實施下，法規適用範圍、注意義務、過失判定等規範與限制和醫療實務之間的差距，綜合各醫療場域（本次訪談規劃中包含北部診所、中部診所、南部診所、區域醫院、醫學中心等醫療場域）所面臨不同的通訊診察挑戰，統整出現行法規問題，以及可解決的策略和法規修訂方向。

（二） 研究架構

第一章將以研究背景、研究動機與問題意識、研究方法與架構為主軸，建立本研究之研究動機、範圍與目的，並闡明本研究探討之三大核心議題——法規適用範圍與解釋、遠距醫療過失責任判斷、遠距醫療診察注意義務。

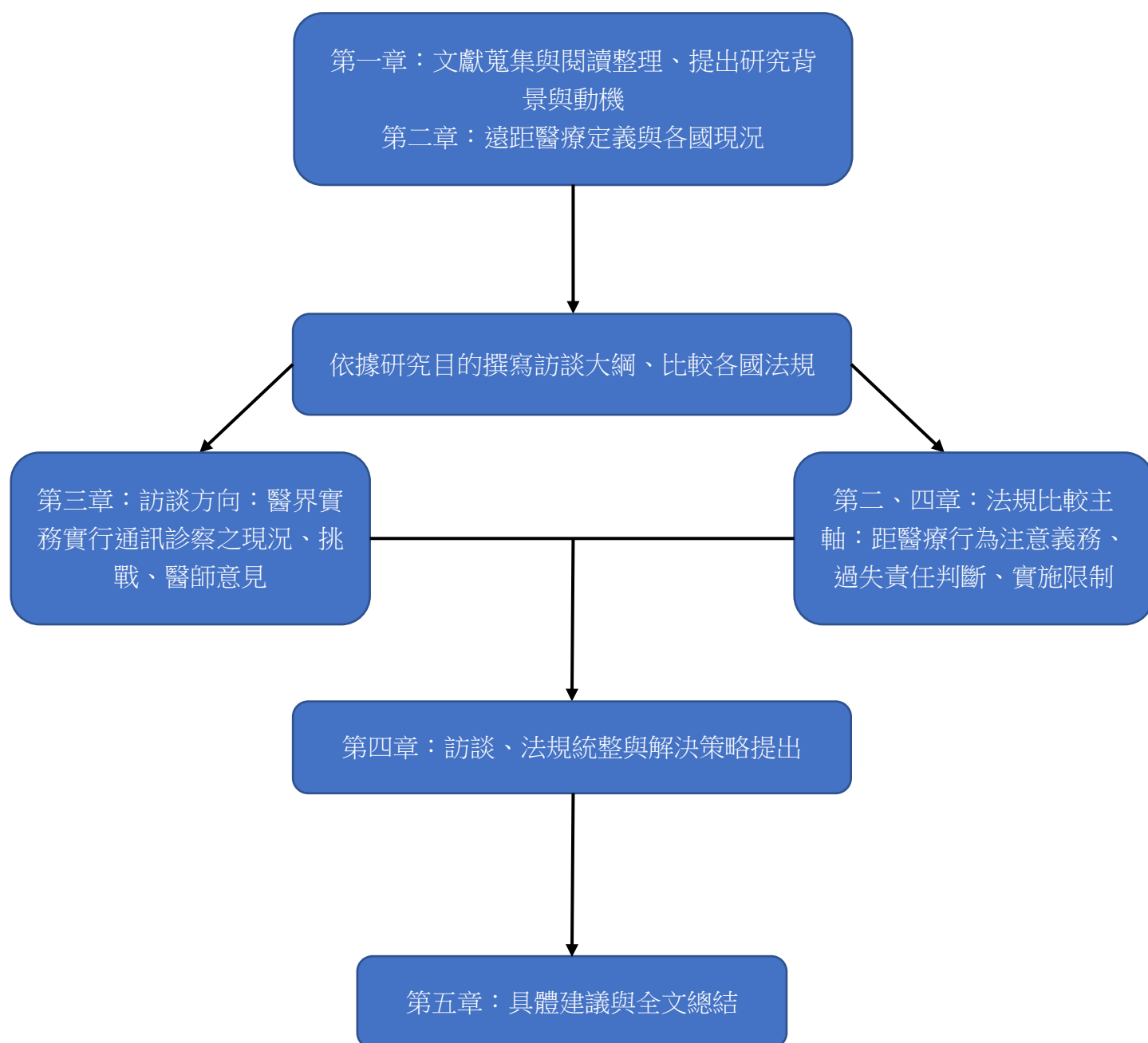
第二章第一節將藉由我國文獻探討遠距醫療之基礎定義，第二章第二至四節則會依序探討德國、英國、馬來西亞之遠距醫療法規發展現況，包含通訊診察治療相關法規內容介紹、適用情形、立法進程與過失責任判定標準，將各國遠距醫療發展趨勢整理於本章節中。

第三章第一節當中探討我國現行法規對於通訊診察實務現況所面臨的挑戰，如前述所提及的法規適用與範圍、注意義務調整、過失責任判定等現行法規限制或規範與遠距醫療實務之間的衝突，第三章第二至四節則會以深度訪談內容為主，藉由五位受訪醫師對於現今通訊診察實務與法規之見解深入了解我國法規對於遠距醫療之規範與限制尚可改進之處，訪談內容以六個核心問題為主，一、衛生福利部對於醫療機構或醫師個人目前針對遠距醫療法規所公布之資訊，二、我國遠距醫療現行法規執行狀況與挑戰，三、訪談醫師認為現行法規可調整與改進之處，四、我國現行通訊診察實際效能，五、通訊診察實施過程中盡注意義務之難易、主管機關是否有針對通訊診察告知醫師不同注意義務或提供相關資訊，六、訪談醫師對我國通訊診察之見解與展望。

第四章則會進一步將第二章、第三章所提及之內容加入一併探討我國較為適合之衝突解決方式，提出符合國際趨勢且有利於我國遠距醫療實務發展之法規修訂策略。

¹⁰ 同註7，頁155。

第五章綜合各章節小結總結全文看法並提出實際建議，針對遠距醫療之法規限制、義務與過失責任判定各提出在我國《通訊診察治療辦法》上可修改之具體方向。研究架構圖如下所示：



貳、遠距醫療定義與法規發展現況

本章將首先透過定義我國與各國（德國、英國、馬來西亞）遠距醫療，並比較參照我國與各國遠距醫療現行法規，最後於小結提出法規比較後之差異與我國法規現存的問題，於第三章訪談中綜合醫師意見得出核心問題與解決方向，並在第四章中提出可能解決目前法規問題的修訂策略。

一、遠距醫療之定義

根據我國《通訊診察治療辦法》第 2 條第 1 項¹¹之規定：通訊診察、治療（以下稱通訊診療）之醫療項目如下：

- 一、詢問病情。
- 二、診察。
- 三、開給方劑。
- 四、開立處置醫囑。
- 五、原有處方之調整或指導。
- 六、衛生教育。

另根據我國文獻¹²指出，國內多以「遠距醫療」或「遠距健康照護」來泛指因通訊科技進步而發展出的新型醫療照護型態，但國際上多以三種概念的交集來指稱「遠距醫療」：電子健康照護（E-health）、線上醫療（Cybermedicine, Internet Medicine, or Online Medicine）與遠距醫療（Telemedicine）。電子健康照護包含範圍較廣泛，只要是透過通訊設備、網際網路達成促進醫療、健康照護上臨床或教育之目的，均可納入電子健康照護之範圍。線上醫療則傾向於使用者從網路上取得醫療服務提供者所提供之個人化醫療資訊與服務，在個人化的醫療資訊服務中，使用者可透過個人問題提出、個人資料及其他特殊資訊的互動得到個人化的醫療資訊。遠距醫療則是透過網際網路從事的醫療行為，除了一般的視訊診察之外，也包括電話、信件、傳真、電子郵件以及其他通訊方式。本文所指涉之遠距醫療，將限縮於醫療院所因應病患特殊需求或特殊時期（如 COVID-19 疫情期間）所開放之通訊診察門診與醫療行為（如開給方劑、病理檢查等）進行探討。

二、我國遠距醫療法規發展概況

（一）現行適用法規

針對通訊診察之醫療行為，我國目前所適用之法規為《通訊診察治療辦法》，本法規第 1 條已敘明：「本辦法依醫師法（以下稱本法）第十一條第二項規定訂

¹¹ 參《通訊診察治療辦法》第 2 條第 1 項。

¹² 同註 5，頁 30-31。

定之。」本法規係為 2018 年由衛生福利部頒布，性質屬於《行政程序法》第 150 條第 1 項規定之法規命令：「本法所稱法規命令，係指行政機關基於法律授權，對多數不特定人民就一般事項所作抽象之對外發生法律效果之規定。」《通訊診察治療辦法》目前所規範之內容主要為遠距醫療適用範圍與對象之解釋、醫療院所實施遠距醫療行為時之注意事項與遠距醫療實施計畫申請書規範等。

承前述，《通訊診察治療辦法》性質上屬於法規命令，因此須依行政法法理檢視其母法是否符合是授權法理，以確認其法源有所依據與法規正當性。依《通訊診察治療辦法》第 1 條，《通訊診察治療辦法》係授權自《醫師法》第 11 條第 2 項規定訂定之，《醫師法》第 11 條第 2 項：「前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。」依據行政法上授權明確性之法理檢視《通訊診察治療辦法》母法之授權條款（《醫師法》第 11 條第 2 項）。

依據釋字第 522 號：「授權以命令為補充規定者，其授權之目的、內容及範圍應具體明確。」觀察《通訊診察治療辦法》形式上有《醫師法》第 11 條第 2 項之授權，而授權條款之條文內容明確指出授權之內容與範圍，在於通訊診察適用項目與指定的通訊方式，而其授權目的，觀察《醫師法》第 11 條第 1 項之規定：「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。」可得知通訊診察之目的與必要性在於離島偏鄉地區的特殊需求與其他特殊急迫情形之因應，屬於授權目的之規範。綜上所述，《通訊診察治療辦法》之授權依據《醫師法》第 11 條第 2 項應符合授權明確性原則。

（二） 注意義務

《通訊診察治療辦法》第 7 條第 1 至 5 款規定：「醫療機構實施通訊診療時，應遵行下列事項：

- 一、取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。
- 二、醫師應確認病人身分；第二條第二款第一目至第四目情形，不得為初診病人。
- 三、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。
- 四、依醫療法規定製作病歷，並註明以通訊方式進行診療。
- 五、護理人員、助產人員或其他醫事人員執行通訊診療醫囑時，將執行紀錄併同病歷保存。」¹³

¹³ 參《通訊診察治療辦法》第 7 條。

依據上述規定，醫療院所之注意義務除取得病患同意、確認病患身分、保護病患隱私、註記病歷並記錄保存之外，並無針對遠距醫療業務本身之注意義務規範與原本之《醫師法》有所區別，因此所有遠距醫療業務之注意義務仍應適用《醫師法》第三章之義務規範與第三章之懲處規範，例如《醫師法》第 11 條之親自診察義務、第 19 條之管制藥品使用限制、第 21 條之危急病人救助義務、第 25 條之懲戒事由等。

目前法界對於醫療實務上之注意義務，根據最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決：「醫師為具專門職業技能之人，其執行醫療之際，應盡善良管理人之注意義務，就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人之病情、醫療行為之價值與風險及避免損害發生之成本暨醫院層級等因素，綜合判斷而為適當之醫療，始得謂符合醫療水準而無過失。」¹⁴可得知對於醫療行為之注意義務為善良管理人注意義務，且須審酌個案病情為適當之醫療行為或措施。

（三） 注意義務違反責任

由於現行之《通訊診察治療辦法》並無明文規定遠距醫療之過失判定準則，因此所有遠距醫療上之過失責任判定仍應回歸《醫師法》之規定，如第 25 條規定之醫師懲戒事由：「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：

- 一、業務上重大或重複發生過失行為。
- 二、利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定。
- 三、非屬醫療必要之過度用藥或治療行為。
- 四、執行業務違背醫學倫理。
- 五、前四款及第二十八條之四各款以外之業務上不正當行為。」¹⁵

較為嚴重之醫療過失行為罰則規範於《醫師法》第 28-4 條：「醫師有下列情事之一者，處新臺幣十萬元以上五十萬元以下罰鍰，得併處限制執業範圍、停業處分一個月以上一年以下或廢止其執業執照；情節重大者，並得廢止其醫師證書：

- 一、執行中央主管機關規定不得執行之醫療行為。
- 二、使用中央主管機關規定禁止使用之藥物。
- 三、聘僱或容留違反第二十八條規定之人員執行醫療業務。
- 四、將醫師證書、專科醫師證書租借他人使用。
- 五、出具與事實不符之診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書。」

16

¹⁴ 106 年台上字第 227 號（民事判決）。

¹⁵ 參《醫師法》第 25 條。

¹⁶ 參《醫師法》第 28-4 條。

三、 德國遠距醫療法規發展概況

(一) 現行適用法規

1. 德國

在 COVID-19 疫情爆發之前，德國於 2019 年就已通過《數位化創新改善醫療服務法》(Digital Healthcare Act, DVG) 之立法，以確保病患與醫師之權益、推動遠距醫療之發展。然而，現階段德國國內之遠距醫療行為仍然並非僅受《數位化創新改善醫療服務法》(Digital Healthcare Act, DVG) 一部法規之限制；由於德國為歐盟成員國之一，其國內之遠距醫療行為涉及病患個人隱私、資訊之部分，仍然受到歐盟《一般資料保護規則》(General Data Protection Regulation, GDPR) 之拘束，並且德國國內亦有其他遠距醫療相關法規，如：2015 通過的《數位健康法》(Das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen, E-Health-Gesetz)，對德國系統化的數位健康與遠端基礎設施之建立提出明確規畫。¹⁷

2. 歐盟

由於德國屬於歐盟會員國，依據《一般資料保護規則》(General Data Protection Regulation, GDPR) 第 3 條第 1 項之適用領土規範¹⁸，德國亦受歐盟《一般資料保護規則》(General Data Protection Regulation, GDPR) 之拘束。依據《一般資料保護規則》第 1 條第 1 項、第 2 項之規範¹⁹，此法規為歐盟境內規範個人資料處理、自由流通以及基本權（尤其是保護個人資料之權利），因此德國遠距醫療之個人資料處理，亦應受本法規之拘束。其中，與遠距醫療相關最重要的保護規範為第 4 條第 11 項²⁰、第 15 項²¹關於取得資料主體同意處理其資料以及適用涉及健康之資料的定

¹⁷ 杜塞道夫台灣貿易中心、慕尼黑台灣貿易中心，德國遠距醫療現況與法規，台灣服務貿易商情網，2021 年 7 月。(轉引自：<https://reurl.cc/RrkE69>)
<https://reurl.cc/Y9AVYa> (瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

¹⁸ General Data Protection Regulation Article 3.1: “This Regulation applies to the processing of personal data in the context of the activities of an establishment of a controller or a processor in the Union, regardless of whether the processing takes place in the Union or not.”

¹⁹ General Data Protection Regulation Article 1.1: “This Regulation lays down rules relating to the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and rules relating to the free movement of personal data.”

General Data Protection Regulation Article 1.2: “This Regulation protects fundamental rights and freedoms of natural persons and in particular their right to the protection of personal data.”

²⁰ General Data Protection Regulation Article 4.11: “ ‘consent’ of the data subject means any freely given, specific, informed and unambiguous indication of the data subject's wishes by which he or she, by a statement or by a clear affirmative action, signifies agreement to the processing of personal data relating to him or her;”

²¹ General Data Protection Regulation Article 4.15: “ ‘data concerning health’ means personal data related to the physical or mental health of a natural person, including the provision of health care

義，包含了與當事人精神或身體有關之健康資訊，以及揭示其健康狀況之醫療照護。對於個人資料處理之基本原則，可見於第 5 條第 1 項第 a、²²、b 款²³之規定，除了必須公正、透明且合法之外，更需有明確特定且合法的資料蒐集目的，並且除第 89 條第 1 項之但書情形（為了實現公益、歷史或科學研究或統計目的之處理）²⁴外，不能為此目的以外之處理。

（二） 注意義務

《數位化創新改善醫療服務法》（Digital Healthcare Act, DVG）主要規範在於改善使病患能夠提升使用遠距醫療服務之效率與個人資料安全保護，並且將遠距醫療納入醫療保險範圍。目前關於本法所規定之注意義務主要在於遠距醫療服務提供者（醫師與藥師方）建立電子病歷與連結訊息至資訊處理基礎設施，建立全面數位化且受到個資保護之資料庫。²⁵而遠距醫療業務執行之注意義務，仍應回歸德國民法（BGB）之侵權行為責任，按德國民法（BGB）第 276 條第 2 項之規定，醫師負善良管理人注意義務。

（三） 注意義務違反責任

目前針對根據我國文獻指出²⁶，德國目前醫療行為過失之侵權行為責任主要由德國民法（BGB）第 823 條第 1 項之規定，而因違反醫療契約之契約責任則適用德國民法（BGB）第 630a 條及第 280 條第 1 項規定。至於判定醫療行為是否具有過失，法院應諮詢鑑定人依據醫師行為守則（die ärztliche Leitlinien）審酌個案所作之專業意見與判斷。若經判斷為醫療過失，除實質上之損害賠償之外，病患尚可請求精神上損害賠償，損害賠償請求權之範圍應包含排除損害之一切必要費用。²⁷

services, which reveal information about his or her health status;”

²² General Data Protection Regulation Article 5.1 (a): “processed lawfully, fairly and in a transparent manner in relation to the data subject (‘lawfulness, fairness and transparency’);”

²³ General Data Protection Regulation Article 5.1 (b): “collected for specified, explicit and legitimate purposes and not further processed in a manner that is incompatible with those purposes; further processing for archiving purposes in the public interest, scientific or historical research purposes or statistical purposes shall, in accordance with Article 89(1), not be considered to be incompatible with the initial purposes (‘purpose limitation’);”

²⁴ General Data Protection Regulation Article 89.1: “Processing for archiving purposes in the public interest, scientific or historical research purposes or statistical purposes, shall be subject to appropriate safeguards, in accordance with this Regulation, for the rights and freedoms of the data subject. Those safeguards shall ensure that technical and organizational measures are in place in particular in order to ensure respect for the principle of data minimization. Those measures may include pseudonymization provided that those purposes can be fulfilled in that manner. Where those purposes can be fulfilled by further processing which does not permit or no longer permits the identification of data subjects, those purposes shall be fulfilled in that manner.”

²⁵ Federal Ministry of Health, Driving the digital transformation of Germany’s healthcare system for the good of patients. (2020)

<https://reurl.cc/veZQga>（瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日）

²⁶ 陳汶津、Gilbert Gornig，德國醫師責任法，高大法學論叢，第 1 期，2014 年 9 月，頁 213-258。

²⁷ Pribilla Kaldenhoff, Die Haftpflicht des Arztes, der Pflegekraft und des Krankenhausträgers,

四、 英國遠距醫療法規發展概況

(一) 現行適用法規

英國目前尚未針對遠距醫療制訂專法管制，僅有主管機關因應 COVID-19 發布之指示，且因英格蘭、蘇格蘭、北愛爾蘭與威爾斯各有不同之醫療主管機關，故本文僅就英格蘭之醫療主管機關——護理品質委員會 (Care Quality Commission, CQC) 所頒布之遠距醫療指示與建議以及其所指之遠距醫療應遵守之相關法規進行討論與介紹。

英國護理品質委員會 (Care Quality Commission, CQC) 對遠距醫療之指示與應遵守法規之介紹：

因目前英國並未制訂遠距醫療專法規範，因此遠距醫療須遵守之法規為 2012 年的《健康與社會照護法》(Health and Social Care Act 2012)，此即意味著英國之遠距醫療將遵守與實體醫療相同標準之注意義務與過失責任。

此外，護理品質委員會要求所有提供遠距醫療服務或產品之廠商須註冊登記，且其提供之醫療服務須符合《健康與社會照護法》(Health and Social Care Act 2012) 之規範。²⁸ 另外，英國國民保健署 (National Health Service, NHS) 也在 2021 年 1 月發布了遠距醫療指南 (A guide to good practice for digital and data-driven health technologies)，其中第 9 點就有關於法規規範之義務與要求，例如遠距醫療產品與器械須受到英國藥物及保健產品管理局 (Medicines & Healthcare products Regulatory Agency, MHRA) 之監管，以及提供遠距醫療服務或產品之廠商須向英國藥政總局登記註冊 (The General Pharmaceutical Council)。²⁹

(二) 注意義務

由於英國目前並未特別規範遠距醫療行為之特殊注意義務，僅有護理品質委員會 (Care Quality Commission, CQC) 發布關於遠距醫療之指示與建議指出，當同時滿足以下等條件時，遠距醫療行為是否已遵守《健康與社會照護法》(Health and Social Care Act 2012) 之注意義務應受到醫療主管機關之監督管制：³⁰

abrufbar unter.

<http://www.prikalneg.de/Arzthaftpflicht.htm> (瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

²⁸ Jayne McGlynn Partner and Paul Ranson Consultant, Telehealth in the United Kingdom: Considerations for Providers (2021).

<https://reurl.cc/7e8dL9> (瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

²⁹ A guide to good practice for digital and data-driven health technologies.

<https://reurl.cc/OpyYp9> (瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

³⁰ Care Quality Commission, Transport services, triage and medical advice provided remotely.

<https://reurl.cc/2Dd3On> (瀏覽日期：2022 年 3 月 26 日)

- 1.遠距醫療服務提供者提供之建議是醫學上的。
- 2.遠距醫療服務提供者提供之建議構成檢傷分類或醫療分診、針對病患個人病情之具體醫療建議。
- 3.係經由電話或電子郵件提供遠距醫療服務。
- 4.此遠距醫療服務係由為遠距醫療目的而設立之機構提供。(例如醫院、醫學中心等)

依 2012 年《健康與社會照護法》(Health and Social Care Act 2012) 第 234 條³¹所規範之醫療行為品質標準提到，醫療行為之相關監管委員會可要求英國國家健康與照顧卓越研究院 (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE)

³¹ Health and Social Care Act 2012 Article 234: “Quality standards

(1) The relevant commissioner may direct NICE to prepare statements of standards in relation to the provision of—

(a) NHS services,
(b) public health services, or
(c) social care in England.

(2) In this Part such a statement is referred to as a “quality standard”.

(3) In preparing a quality standard NICE must consult the public and, for that purpose, may publish drafts of the standard.

(4) NICE must keep a quality standard under review and may revise it as it considers appropriate.

(5) A quality standard (and any revised standard)—

(a) has no effect unless it is endorsed by the relevant commissioner, and
(b) must not be published by NICE unless the relevant commissioner so requires.

(6) The relevant commissioner may require NICE—

(a) to publish the standard (or revised standard) or to disseminate it to persons specified by the relevant commissioner, and
(b) to do so in the manner specified by the relevant commissioner.

(7) NICE must—

(a) establish a procedure for the preparation of quality standards, and
(b) consult such persons as it considers appropriate in establishing that procedure.

(8) Subsection (9) applies in a case where the Secretary of State and the Board each has power under this section to give NICE a direction to prepare a quality standard in relation to the same matter or connected matters.

(9) In such a case—

(a) the Secretary of State and the Board may issue a joint direction under subsection (1), and
(b) if they do so, NICE must prepare a joint quality standard in respect of the matter or matters concerned.

(10) In this section “the relevant commissioner”—

(a) in relation to a quality standard in relation to the provision of NHS services, means the Board, and
(b) in relation to a quality standard in relation to the provision of public health services or of social care in England, means the Secretary of State, and a reference to the relevant commissioner in relation to a joint quality standard is a reference to both the Secretary of State and the Board.

(11) In this Part—

“NHS services” means services the provision of which is arranged by the Board or a clinical commissioning group under the National Health Service Act 2006 (including pursuant to arrangements made under section 7A of the National Health Service Act 2006) or section 117 of the Mental Health Act 1983 (after-care);

“public health services” means services provided pursuant to the functions of—

(a) the Secretary of State under section 2A or 2B of, or paragraph 7C, 8 or 12 of Schedule 1 to, that Act, or

(b) a local authority under section 2B or 111 of, or paragraphs 1 to 7B or 13 of Schedule 1 to, that Act.”

(資料來源：<https://reurl.cc/0p9MM6>)

發布品質標準，但 NICE 必須徵詢公眾意見，且未經委員會之要求不可制訂或發布任何醫療行為品質標準予醫事人員。

而根據國外文獻指出，英國法院判斷醫療行為是否違反義務而有過失責任之標準主要有以下4點判斷標準：³²³³³⁴

1. 確認照護義務之有無 (duty of care)
2. 有無違反照護標準 (breach of standard of care)
3. 損害與結果之間的因果關係 (causality)
4. 損害事實存在與否 (damage)

(三) 注意義務違反責任

一般而言，醫師因違反醫療注意義務及標準之醫療過失，應負民事侵權行為責任及醫療契約上之違約責任，只有在故意或重大過失之情形下可能需負刑事責任。然因英國所採行之醫療制度為 NHS 公醫制度 (National Health Service，民眾可享受免費之急救與治療，但藥品及方劑之費用須自費)，故英國醫師執業時與病患之間並無契約關係，因此，違反醫療行為注意義務之過失責任主要為侵權行為責任。而基於醫療過失之侵權行為損害賠償範圍，則包含財產上與非財產上損害，惟非財產上損害之金額與範圍仍須由法院依據個案情形另作判斷與認定。³⁵

五、 馬來西亞遠距醫療法規發展現況

(一) 現行適用法規

馬來西亞現行適用之法規為 1997 年的《遠距醫療法》(Telemedicine Act 1997)，該法規除明訂遠距醫療之定義外，亦規範可從事遠距醫療之醫事人員資格、證照取得與不當執業行為之罰則。

(二) 注意義務

《遠距醫療法》(Telemedicine Act 1997) 中第 3 條第 1 項規定³⁶，只有持有

³² Tan SY, Medical Malpractice: Understanding the Law, Managing the Risk, 21-27 (2006).

³³ Sanbar SS, Firestone MH, Buckner F, et al: Legal Medicine (6th edition).

³⁴ American College of Legal Medicine. Philadelphia, Mosby (2004).

³⁵ 劉文瑤，醫療過失責任之認定，收錄於：司法官學院犯罪防治研究中心，刑事政策與犯罪研究論文集(5)，103 年，頁 55-78。

³⁶ Telemedicine Act 1997 Article 3. (1): “No person other than—
(a) a fully registered medical practitioner holding a valid practising certificate; or
(b) a medical practitioner who is registered or licensed outside Malaysia and—
(i) holds a certificate to practise telemedicine issued by the Council; and
(ii) practises telemedicine from outside Malaysia through a fully registered medical practitioner holding a valid practicing certificate,
may practise telemedicine.”

(資料來源：<https://reurl.cc/Er1Nzg>)

執照之且已登記註冊之醫事人員、持有馬來西亞醫藥理事會（Malaysia Medical Council）所核發遠距醫療證照之國外註冊或取得執照之醫事人員、馬來西亞本土醫事人員但已取得外國遠距醫療執照之醫事人員才可執行醫療業務，此為執行遠距醫療業務身分上之注意義務。

而對病患提供醫療服務時之注意義務，該法第 5 條第 1 至 4 項規定，³⁷在符合身分規定之醫事人員從事遠距醫療行為時，必須先取得病患書面同意，且病患須被告知並簽署聲明書表示了解以下事項，否則同意書不生效力：³⁸

- (1)病人可以隨時撤銷對於遠距醫療之同意，且其未來之照護及治療權不因此受影響。
- (2)遠距醫療潛在風險、可能產生之結果與益處。
- (3)所有現行之隱私保護措施均適用任何遠距醫療過程中取得或揭露之病患個資。
- (4)在未經病患同意下，任何在遠距醫療過程中使用、傳輸或產生之可辨認病患個人身分之圖像及資訊，不會被傳輸給任何研究或任何第三人。

（三） 注意義務違反責任

從現行之《遠距醫療法》（Telemedicine Act 1997）而言，並未針對醫師於遠距醫療業務執行時之注意義務違反有明確的過失責任判定標準，而是制訂了對於前述義務違反之罰則。例如第 3 條同條第 3 項³⁹就規定若醫療服務提供者違反醫事人員身分注意義務，即便於馬來西亞境外從事遠距醫療，仍將面臨 50 萬馬幣以下之罰金或 5 年以下有期徒刑，亦可能兩者併罰。而第 5 條第 6 項⁴⁰則規定若

³⁷ Telemedicine Act 1997 Article 5 (1): “5. (1) Before a fully registered medical practitioner practises telemedicine in relation to a patient, the fully registered medical practitioner shall obtain the written consent of the patient.”

Article 5 (2): “The consent given by a patient under subsection (1) is not valid for the purpose of that subsection unless the fully registered medical practitioner has, before the consent is given, informed the patient—

(a) that he is free to withdraw his consent at any time without affecting his right to future care or treatment;
(b) of the potential risks, consequences and benefits of telemedicine;
(c) that all existing confidentiality protection apply to any information about the patient obtained or disclosed in the course of the telemedicine interaction;
(d) that any image or information communicated or used during or resulting from telemedicine interaction which can be identified as being that of or about the patient will not be disseminated to any researcher or any other person without the consent of the patient.”

Article 5 (3): “The consent given by a patient under subsection (1) shall not be valid for the purpose of that subsection unless the consent contains a statement signed by the patient indicating that he understands the information provided pursuant to subsection (2) and that this information has been discussed with the fully registered medical practitioner.”

Article 5 (4): “The written consent under subsection (1) and statement under subsection (3) of a patient shall become part of the patient's medical record.”

（資料來源：<https://reurl.cc/anL3mY>）

³⁸ 同註 5，頁 61-62。

³⁹ Telemedicine Act 1997 Article 3. (3): “Any person who practises telemedicine in contravention of this section, notwithstanding that he so practises from outside Malaysia, shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding five hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding five years or to both.”

⁴⁰ Telemedicine Act 1997 Article 5. (6): “Any fully registered medical practitioner who contravenes

違反取得病患書面同意之注意義務，將面臨 10 萬以下馬幣罰金或 2 年以下有期徒刑，或兩者併罰。

六、 小結

綜合上述所比較之法制，目前各國均有適用於遠距醫療之法規，但是否訂立專法規範之則各有不同，我國雖已制訂《通訊診察治療辦法》，惟在注意義務與過失認定的規範上，並未因應遠距之醫療行為而有所變更，且通訊診察時應注意之事項亦僅針對概要事項制訂大方向策略，如第 7 條第 3 款所規定之「確保病患隱私」，並未詳述義務內容與實施準則。因此，在比較各國法規之後，應取可參考之處作為增修關於注意義務內容與過失責任判定之修訂參考。

從外國立法例之觀察可得知，我國《通訊診察治療辦法》有以下幾點問題：

- (一) 通訊診察資格不明確：因《通訊診察治療辦法》係授權於《醫師法》，因此適用範圍將限縮於從事通訊診察之醫師，惟護理師、藥師或營養師等其他醫事人員亦可能參與通訊診察而為遠距醫療行為，因此本法僅適用於醫師顯然有適用範圍過度限縮之問題。此問題可參考馬來西亞遠距醫療法，詳細規範遠距醫療證照或從事遠距醫療行為之醫事人員資格。若醫事人員有違反相關規定，是否另訂相關罰則或回歸《醫師法》之罰則，本文則認為應效仿馬來西亞之立法另訂罰則，使得遠距醫療過失責任可擴及所有從事遠距醫療行為之醫事人員，避免將所有過失責任歸責於醫師，從而促使遠距醫療服務提供者身分注意義務的明確化。
- (二) 通訊診察的定義不明確：雖《通訊診察治療辦法》第 3 條第 1 項各款已列舉通訊診察之醫療項目，惟通訊診察醫療項目並無法直接等同於對遠距醫療之定義，此處不明確的問題可參考英國護理品質委員會所發布之規則，定義遠距醫療應限於以電子通訊設備為之，並且實施機構須為遠距醫療提供之目的而設立的機構，例如醫學中心。使得法規適用範圍更加明確。
- (三) 病患權益維護並不完善：我國《通訊診察治療辦法》第 7 條第 3 款雖已規定：「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。」但對於病患個人資料之使用並無明確限制與保護規範。德國的《數位化創新改善醫療服務法》除提升病患個人資料安全保護效率之外，亦規範醫療保險應納入遠距醫療項目，此項立法係為保全病患隱私並提升遠距醫療服務的可及於範圍，以免因為通訊診察項目不屬於承保範圍而減損病患權益。

this section shall be guilty of an offence and shall on conviction be liable to a fine not exceeding one hundred thousand ringgit or to imprisonment for a term not exceeding two years or to both.”

參、我國遠距醫療現行法規問題與訪談探討

本章將綜合第二張所提出之問題與立法例比較，與醫師訪談內容相對比，提出我國《通訊診察治療辦法》對於醫界實務而言亟需解決之問題，並運用於第四章中之解決策略與分析。

一、醫師法與通訊診察治療辦法

根據《醫師法》第 11 條第 1 項之規定：「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。」除法規內容中所提及之特定情形，基於醫師親自診察義務，原則上不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，同條第 2 項為授權條款：「前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。」此亦為《通訊診察治療辦法》之法源依據。

針對通訊診察法規之實施，本研究經實證訪談後得知各醫療院所亦有接收到衛生福利部所發函之法規注意事項，在 COVID-19 疫情期間衛生福利部亦有發函⁴¹放寬通訊診察之對象：「一、 照護對象（一）配合居家隔離、居家檢疫或自主健康管理，經衛生局轉介之無發燒或呼吸道症狀且有醫療需求。（二）依中央流行疫情指揮中心防疫政策增列之適用對象（暫定至中央流行疫情指揮中心解散日為止，擴大為門診病人）。」主管機關雖放寬適用對象之標準，惟並未於該行政指導中提出進一步的義務內容或規範，僅針對技術性細項進行解說，如就醫流程、領藥方式等。在適用對象放寬之情形下，使用遠距醫療服務之民眾將會增加、適用之門診科別亦有所放寬；惟遠距醫療在距離之限制下，與實體診察將有根本上的區別，本研究經訪談得知，對醫師專業判斷上亦會產生一定程度之阻礙，若仍以原本實體診察之醫療標準與過失判定要求遠距醫療行為，將會有對遠距醫療行為過於嚴苛導致醫病雙方權益受損之問題（例如：無法準確評估病情導致選擇較低風險的治療方式而無法選擇對病患具有最大利益之治療方式），故《通訊診察治療辦法》據本研究訪談後與法規比較之觀察，實有增訂遠距醫療行為義務內容與過失判定標準之必要。

二、實證訪談：我國醫界對於現行法規之認知

（一）通訊診察業務執行

⁴¹ 參健保署因應 COVID-19 之「視訊診療」調整作為 110.7.28 第五版。
（資料來源：<https://reurl.cc/lo7bRd>）

現行之《通訊診察治療辦法》雖已規定特殊情形之定義、遠距醫療服務項目、遠距醫療行為基本義務，但針對遠距醫療本身的注意義務內容（如醫師之注意義務標準是否仍為善良管理人注意義務等）與過失責任判定標準尚無明文規定。本研究經訪談後了解到目前醫界實務對於遠距醫療之普遍看法為緊急或特殊情形下之權宜之策，主要原因為醫師與病患若無親自接觸，僅透過通訊診察，將有無法實行觸診以及其他病理檢查，若病患個案有需要進一步抽血或其他侵入性檢查以提升診斷準確度，仍然須病患本人至醫療場域現場進行，此亦為《通訊診察治療辦法》第7條第2款規定禁止初診之原因。

惟個別醫師對於本法規之見解，經本研究訪談後，4位醫師（分別為南部診所醫師、區域醫院醫師）表示，於法規實行上並無困難或衝突，醫療院所內部皆可依照主管機關之指示在符合法規之情形下實施遠距醫療行為；1位醫師（醫學中心醫師）則認為，現階段之法規較為概要且簡略，對於義務內容與標準應做較為詳細且更加嚴格之規範，不僅是為病患本身之權益，亦是為保全醫師本身判斷之專業度、準確度與穩定性，例如：第7條第2款後段：「第二條第二款第一目至第四目情形，不得為初診病人。」然而，遠距醫療實務上（以本研究訪談醫師之科別——精神部門為例）有一問題是，部分病患雖非初診，惟其初診與複診之間間隔數月或甚至數年，中間未持續追蹤之期間，病況是否有變化或其他發展，醫師僅依憑通訊診察難以整體評估，故此類初診與複診相距期間較長之病患，應規定屬於不適用通訊診察之類別，否則雖病患與醫療院所皆在符合法規之情形下進行遠距醫療業務，仍有判斷上的困難度與風險，無論對遠距醫療服務提供者（醫師方）或對服務使用者（病患方）之利益，皆有所減損。

（二）《通訊診察治療辦法》醫療實務實行現況

根據本研究目前進行之訪談了解，區域醫院、醫學中心、南部診所與中部診所之受訪醫師均表示衛生福利部或健保署等醫療主管機關在進行法規放寬解釋之行政指導與 COVID-19 期間因應措施時，均有發專函至各級醫療院所，北部診所醫師則表示遠距醫療法規範方面並特別收到主管機關之函令。⁴²區域醫院之受訪醫師張醫師表示，區域醫院接收到主管機關之函令後，將會由醫院內部行政人員轉知予所有醫事人員，並且在實行遠距醫療行為時，均會按照主管機關指示，目前施行上並無較困難之處⁴³，例如：單次通訊診察後須在病歷上註記本次診察為通訊診察、確認病人身分（請病患出示健保卡等）、全程錄音錄影等。

醫學中心受訪醫師吳醫師則表示，院方接收主管機關函令或指示後，均會由

⁴² 見附錄：訪談逐字稿：北部診所/內科—江醫師（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

⁴³ 見附錄：訪談逐字稿：區域醫院/心臟血管科—張醫師（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

院方整理為較簡單易懂之指導資訊發布予醫學中心全體同仁⁴⁴，技術上除有時因網際網路不穩定造成單次診察時間增加，或因病患無法明確出示健保卡或身分證等問題之外，相關法規並無難以實施之處。惟對適用遠距醫療服務之病患範圍，誠如前一小節所提到，應做更大程度的限縮，例如不只限制初診病患不適用通訊診察，應限制初診與複診之間不得相距超過一定期間以上，使醫師能夠對於病情有一定程度之掌握，避免減低執行遠距醫療之效能與效益。

南部診所受訪醫師邱醫師表示，由於其診所較早年已開始實施偏鄉義診服務，故近年發展之遠距醫療實對原本之偏鄉醫療業務有所幫助，且偏鄉醫療長期追蹤之病患多為病情較為穩定且明確之慢性病患，故認為遠距醫療行為對於交通不便的長期追蹤病患而言，為一種能夠良好輔助醫療業務行為的型態。且注意義務之遵守亦因長期掌握病患病情而降低因距離產生之病情判斷困難。⁴⁵

三、 實證訪談：醫界實務與現行法規之衝突

（一）遠距醫療之規定應放寬或限縮

根據訪談結果，一位醫師則認為我國現行法規對於遠距醫療執業限制過於嚴格，應作最大限度之放寬，另一位醫師則認為遠距醫療之規定應限縮並作更嚴格之適用病患範圍限制，其餘醫師則表示對於現行法規並無認為特別須調整之處。

北部診所受訪醫師江醫師表示，我國現行法規過於嚴峻，例如《通訊診療辦法》第7條第3款之規定：「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。」此項規定應予以放寬，對於醫療機構內實施之規定過於嚴苛⁴⁶，醫師提出，診所自行開業之醫師本身即為該醫療院所之院長，若僅僅為了從事遠距醫療之門診而特地奔赴診所，實際上與在家中從事遠距醫療行為並無任何差異，此法規可能造成時間成本上的增加；若法規係為對遠距醫療行為達到更好的監管，只需每次的通訊診察均實施全程錄音錄影、病歷紀錄即可，限制實施場所對於一般診所醫師並無太大意義。

醫學中心受訪醫師吳醫師則表示，我國法規對於病患身分的限制規範密度較鬆散⁴⁷，誠如本章第二節所提及，除了限制初診病人不可以遠距醫療為之之外，更應進一步就病患實際情形作個案判斷其是否適合以遠距醫療完成診察，例如上

⁴⁴ 同前註。

⁴⁵ 見附錄：訪談逐字稿：南部診所/內科—邱醫師（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

⁴⁶ 見附錄：訪談逐字稿：北部診所/內科—江醫師（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

⁴⁷ 見附錄：訪談逐字稿：醫學中心/精神科—吳醫師（三）醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？（例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察）

次診察日期與遠距醫療診察日期之間的間隔期日應作一定之限制，以避免因為初診與複診之間相隔太久而使得醫師對於病患病情掌握度降低，降低作出精確診斷之可能，反而對造成病患權益減損。

至於其餘受訪醫師並未提出限縮或放寬之意見，綜合醫師受訪表明之病患情形與分布，可能係因其餘受訪醫師所從事之遠距醫療業務主要為慢性病患提供長期診治，因此對個案病情掌握度較高，進而在注意義務上較不易有違反疑慮，因而對現階段法規較無執行上困難之實感。

（二）遠距醫療注意義務技術性問題與意見

區域醫院受訪醫師張醫師、南部診所受訪醫師邱醫師與醫學中心受訪醫師吳醫師均表示，遠距診察之最大技術性限制在於無法聆聽患者心音、無法觸診以及無法現場做進一步的侵入性或非侵入性檢查或其他處置（例如抽血或照 X 光），因此在單次診察的判斷上受限於以上障礙，無法僅憑通訊診察而為較為關鍵性之醫療處置（例如手術之實施與否、決定較長期之療程）。

若有進一步檢查之必要，醫學中心受訪醫師吳醫師表示，將會再安排實體檢查請病患赴醫院完成檢查⁴⁸，雖然最終仍然無法完全擺脫實體的檢查步驟，但通訊診察後所預約之檢查並不須再進入候診室與診間內部等人口密度較高之場所，僅須依照醫院指示前往特定的檢驗場所，因此通訊診察在 COVID-19 疫情期間仍然能有效地降低病患交互傳染的情形，不過為減低遠距醫療行為注意義務的技術性障礙造成專業判斷失準，實體檢查仍有其必要。

南部診所受訪醫師邱醫師和區域醫院受訪醫師張醫師則表示，通常技術性的障礙並不會過度影響醫學上專業判斷，主要因素誠如前述，在於二位醫師的遠距醫療業務多為服務慢性病患或長期追蹤診治之病患，因此對於個案病情均具穩定且一定程度的掌握程度，所實施之通訊診察多為出於定期追蹤、管控病情發展目的，從而在注意義務技術性障礙上造成的醫療過失風險相對較低，對於透過檢查（如抽血）取得病患其他病理資訊需求亦相對較低。

北部診所江醫師則表示，其遠距醫療業務主要屬於健保給付範圍外之全額自費項目，因此病患並非多為年長或慢性病患，因此為避免在以上的注意義務障礙下使得醫療過失或糾紛更容易產生⁴⁹，會採取較為保守之醫療行為，例如僅給予

⁴⁸ 見附錄：訪談逐字稿：醫學中心/精神科—吳醫師（四）通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？（例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響）

⁴⁹ 見附錄：訪談逐字稿：北部診所/心臟血管科—江醫師（五）醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

原則性的生活方式指導、飲食注意事項等，而減少以通訊診察診斷後開給方劑等醫療風險相對較高的醫療行為。

（三）其他執行上問題

南部診所受訪醫師邱醫師表示，偏鄉或離島遠距醫療業務執行上，雖可以解決偏鄉或離島交通來往不便之問題，但是亦有一根本的上基礎問題⁵⁰：偏鄉或離島之電子通訊設備不足，基礎設施之不足將會使得連線不穩定，使得執業過程時間拉長、耗費成本提高，此問題醫學中心受訪醫師吳醫師亦有提出；另外，除了基礎設施的不足之外，也有年長者對於電子通訊設備操作不熟悉的技術性障礙，造成遠距醫療雖解決交通不便，卻衍生出其他技術性障礙問題的現象。

北部診所受訪醫師江醫師表示，除了醫療場域的限制應該放寬之外，亦應採取美日等國開放非立即有生命危險之病患以線上掛號急診的作法，其認為目前遠距醫療技術若開放急診，將能有效舒緩、更有效地分配目前急診之醫療量能，因許多前往急診就診之民眾可能雖有急迫性，卻並無立即的重大生命危險，或是對於病症缺乏基礎的醫療常識，因此僅有輕症即前往急診而造成急診資源的浪費，若我國開放非重症急診以遠距醫療方式為之，應能更加有效地運用整體醫療資源。

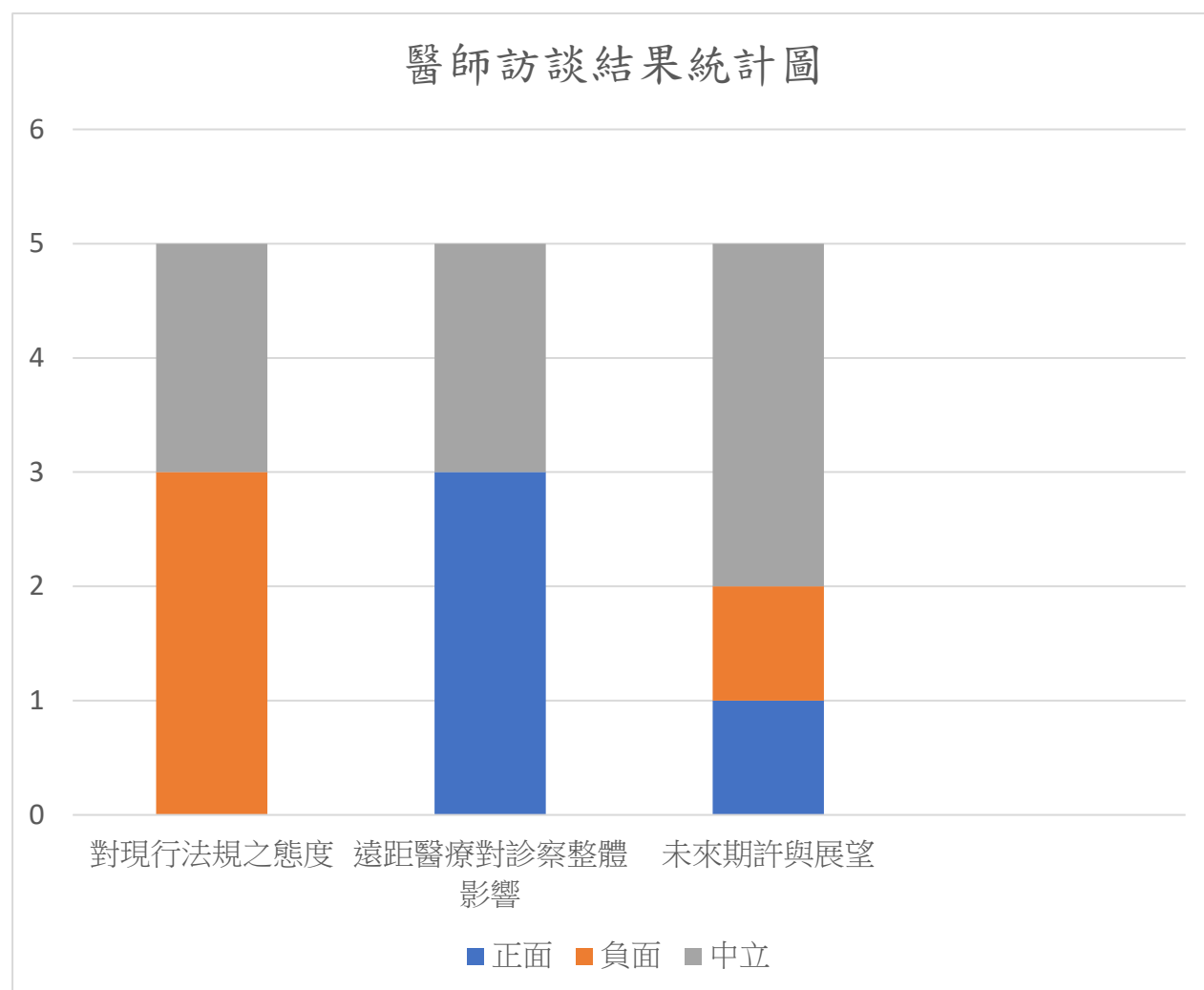
51

四、 小結：訪談結果分析與挑戰

在經過五位醫師的訪談過後，以下為醫師們對於不同項目表態之統計整理圖表：

⁵⁰ 見附錄：訪談逐字稿：南部診所/內科－邱醫師（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？

⁵¹ 見附錄：訪談逐字稿：北部診所/內科－江醫師（五）醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？



由上圖表可得知，事實上在現行法規層面，不論是健保給付、遠距醫療法規適用病患範圍或其他行政上之問題，都造成醫師們對於現行法規的規定抱持中立至負面的評價與態度。以下分現行法規、遠距醫療對整體診察之影響以及未來期許與展望三個項目，為本章之訪談結果總結。

（一） 針對現行法規

現行法規對於醫師本身執業時造成之衝突在於，依據《通訊診察治療辦法》第2條第2款之規定：「特殊情形，指符合下列條件之一之情形：

- 1.急性住院病人，依既定之出院準備服務計畫，於出院後三個月內之追蹤治療。
- 2.機構住宿式服務類之長期照顧服務機構與醫療機構訂有醫療服務契約，領有該醫療機構醫師開立效期內慢性病連續處方箋之長期照顧服務使用者，因病情需要該醫療機構醫師於效期內診療。
- 3.主管機關或其所屬機關有關家庭醫師整合性照護法令規定之病人，因病情需要家庭醫師診療。
- 4.主管機關或其所屬機關認可之遠距照護，或居家照護相關法令規定之收

案對象，於執行之醫療團隊醫師診療後三個月內之追蹤治療。

（五）擬接受或已接受本國醫療機構治療之非本國籍，且未參加全民健康保險之境外病人。」

雖在 COVID-19 疫情爆發之下，衛福部已隨疫情而放寬急迫情形病患之解釋⁵²，然在訪談過後得知，不同於德國醫界實務近期呼籲放寬遠距醫療實施標準的趨勢⁵³，此標準在我國實行下，雖可造福因疫情或居家隔離不能親自前往醫療院所就醫之病患，卻反而會造成沒有長期追蹤之病患承擔在遠距醫療之下醫師專業判斷受遠距限制而失準的風險，因此雖因應疫情放寬使用遠距醫療之病患範圍，卻應在上次初診與線上複診之間的期間，訂定一定期間範圍，以減少醫師專業判斷上的困難與病患所承受的風險。

另外，同法第 7 條第 3 款之規定：「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。」亦有其不合理之處。若醫師僅限於醫療機構內才能實施遠距醫療，那麼個人醫師開業之診所或單一醫師醫療團隊，就可能有無法隨時接觸並處理病患需求之問題存在。而遠距醫療本身之目的即在於實體醫療無法實施之替代與輔助方案，若與實體醫療相同限制醫師必須於醫療機構內實施，那麼很可能造成醫師必須自住家遠赴醫療院所為遠距醫療行為，造成不必要的通勤與浪費，同時亦有拖延病患接受遠距醫療服務之風險。

（二） 針對遠距醫療對整體診察之影響

經訪談後了解，多數醫師持肯定見解，認為除技術上和基礎通訊設備上之障礙外，事實上遠距醫療在實體醫療無法實施之非常時期，提供了優良的輔助效能，提升整體診察效能，並且維持了病患在疫情期間之看診權益。持中立見解的醫師則認為，遠距醫療雖為實體醫療替代方案之一，但仍應以偶一為之為原則，不可作為長久或常態之醫療型態，遠距醫療配合實體醫療資料如抽血、電腦斷層等數據進行長期的追蹤與治療，可確保醫師專業診斷上的操作，而不可過度依賴遠距醫療之方便性，實體醫療仍有其必要性。

（三） 針對未來管制開放之展望

多數醫師持中立見解，認為遠距醫療有其可行性與非常時期之必要性和方便性，但不宜作為常態之醫療型態。持否定見解之醫師則認為，我國法規之規範密度過高，因此對於未來修法與開放程度期望並不高，若我國

⁵² 同註 6。

⁵³ 單鴻昇，遠端通訊診察之合法性探討：德國法視野，月旦醫事法報告，第 30 期，2019 年 4 月，頁 157。

能效法美國與日本降低醫師過失責任與增加遠距醫療保險理賠範圍（亦即健保給付），進而開放遠距醫療範圍擴及急診，則更可降低整體社會成本與醫療資源浪費；持肯定見解醫師則認為，不管是諮詢第二意見或身處海外之我國國民的遠距醫療，或是遠距醫療相關科技產業，都有其發展潛力，是未來可期待的新興遠距醫療類型，對於遠距醫療之可應用性將會越來越高，遠距醫療本身能夠帶來的效益亦有可觀的展望與期許。

肆、 借鏡外國法制與問題解決策略

透過前幾章節之介紹與我國醫師訪談，本章將針對各國法規進行統整與比較，並提出解決我國目前醫療實務與法規運作上衝突之策略，最後總結於第五章，說明我國遠距醫療法規修訂之可能方向。

一、 外國法制比較與借鏡

（一）德國

德國法與我國法在遠距醫療法規上相似之處在於規範密度，例如歐盟《一般資料保護規則》（General Data Protection Regulation, GDPR）中所規範之資料處理前須取得資料主體同意，此為個人資料保護，類似於我國《通訊診察治療辦法》第7條第1款之規定：「醫療機構實施通訊診療時，應遵行下列事項：一、取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。」

不一樣的是，德國的《數位化創新改善醫療服務法》（Digital Healthcare Act, DVG）主要規範在於改善使病患能夠提升使用遠距醫療服務之效率與個人資料安全保護，並且將遠距醫療納入醫療保險範圍。其注意義務主要在於遠距醫療服務提供者（醫師與藥師方）建立電子病歷與連結訊息至資訊處理基礎設施，建立全面數位化且受到個資保護之資料庫，則是與我國較為不同的法規，我國遠距醫療之健保給付具有限制，例如須在醫療機構內所為之遠距醫療行為才可申報健保給付等，限縮醫師在遠距醫療所為之醫療行為的擴及範圍和業務，另外我國亦無法規明文規定遠距醫療服務提供者（醫師與藥師方）須建立電子病歷與連結訊息以建立全面數位化且受個資保護之資料庫，僅《通訊診察治療辦法》第7條第5款有規定：「護理人員、助產人員或其他醫事人員執行通訊診療醫囑時，將執行紀錄併同病歷保存。」

（二）英國

根據英國護理品質委員會（Care Quality Commission）所發布之指示，英國《健康與社會照護法》（Health and Social Care Act 2012）之注意義務應受到醫療

主管機關之監督管制：⁵⁴

- 1.遠距醫療服務提供者提供之建議是醫學上的。
- 2.遠距醫療服務提供者提供之建議構成檢傷分類或醫療分診、針對病患個人病情之具體醫療建議。
- 3.係經由電話或電子郵件提供遠距醫療服務。
- 4.此遠距醫療服務係由為遠距醫療目的而設立之機構提供。(例如醫院、醫學中心等)

和我國法不同的是，依英國 2012 年《健康與社會照護法》(Health and Social Care Act 2012) 第 234 條 所規範之醫療行為品質標準提到，醫療行為之相關監管委員會可要求英國國家健康與照顧卓越研究院 (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 發布品質標準，但 NICE 必須徵詢公眾意見，且未經委員會之要求不可制訂或發布任何醫療行為品質標準予醫事人員。

英國現行規定與我國之法規相似之處在於，我國《通訊診察治療辦法》第 7 條第 3 款亦有規定：「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。」英國護理品質委員會所發布之指示第 4 點則規範遠距醫療須：「此遠距醫療服務係由為遠距醫療目的而設立之機構提供。」確保遠距醫療行為均由醫療機構為之。我國法規和英國相異之處則在於，醫療行為監管委員會可向英國國家健康與照顧卓越研究院 (The National Institute for Health and Care Excellence, NICE) 要求發布醫療行為品質標準，且 NICE 必須徵詢公眾意見。但我國並無此明文規定，亦即遠距醫療行為之醫療品質標準無法透過健保署或其他主管機關請求第三方權威機構發布，亦無從訂定，僅能依目前《醫師法》第 11 條以下相關義務以同樣標準適用於遠距醫療行為，無其他相異標準或相關規定。

(三) 馬來西亞

1997 年的《遠距醫療法》(Telemedicine Act 1997) 當中，已明文於第 3 條第 1 項規定⁵⁵，只有持有執照之且已登記註冊之醫事人員、持有馬來西亞醫藥理事會 (Malaysia Medical Council) 所核發遠距醫療證照之國外註冊或取得執照之醫事人員、馬來西亞本土醫事人員但已取得外國遠距醫療執照之醫事人員才可執行醫療業務。

⁵⁴ 同註 31。引用原文如下：

Remote advice is a regulated activity when all of the following apply:

1. the advice is medical
2. it constitutes triage or is responsive (for immediate attention or action as opposed to, for example, a service in which a person electronically submits questions to a provider who provides responses at some later time, or when a person seeks general health care or lifestyle advice)
3. it is provided over the telephone or by electronic mail
4. it is provided by a body established for that purpose (as opposed to, for example, the occasional provision of advice by a body such as a hospital or university on an informal basis)

⁵⁵ 同註 37。

和我國法不同之處在於，《遠距醫療法》(Telemedicine Act 1997)對病患提供醫療服務時之注意義務，第5條第1至4項則規定病患須被告知並簽署聲明書表示了解以下事項，否則同意書不生效力：

- (1)病人可以隨時撤銷對於遠距醫療之同意，且其未來之照護及治療權不因此受影響。
- (2)遠距醫療潛在風險、可能產生之結果與益處。
- (3)所有現行之隱私保護措施均適用任何遠距醫療過程中取得或揭露之病患個資。
- (4)在未經病患同意下，任何在遠距醫療過程中使用、傳輸或產生之可辨認病患個人身分之圖像及資訊，不會被傳輸給任何研究或任何第三人。⁵⁶

我國法規雖有類似規定，如《通訊診察治療辦法》第7條第1款：「取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。」同條第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。」但對於取得通訊診療對象之同意與確保病人隱私皆無詳細規範，對於同意之形式亦無明文規範要式或不要式。

二、 解決策略

(一) 診察注意義務

根據我國現行法規《醫師法》與《通訊診察治療辦法》，醫師於執行通訊診察業務時之注意義務主要規範於《醫師法》第11條第1項之親自診療義務與《通訊診察治療辦法》第7條第1至5款：「一、取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。二、醫師應確認病人身分；第二條第二款第一目至第四目情形，不得為初診病人。三、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。四、依醫療法規定製作病歷，並註明以通訊方式進行診療。五、護理人員、助產人員或其他醫事人員執行通訊診療醫囑時，將執行紀錄併同病歷保存。」

除上述法規範之外，我國目前立法例上並無對於通訊診察的特殊注意義務規範，注意義務之標準，透過訪談具有通訊診察實務經驗之醫師後，了解到在通訊診察實務中，注意義務上因應遠距醫療有其實地距離之限制，例如觸診無法於通訊診察中實施。因此，考量到遠距醫療無法實施學理檢查、觸診或進一步抽血、拍攝電腦斷層等現實阻礙，本文認為可綜合參考英國護理品質委員會之作法，要求第三方權威機構（如各大學醫學研究所）發布遠距醫療診察義務標與實體醫療作區分，將牽涉到須依賴實體檢查之判斷範圍（如：抽血檢查之各項數值）排除於遠距醫療行為下所產生之醫療糾紛，避免在遠距醫療糾紛中過度擴張醫師之注

⁵⁶ 同註38。

意義務範圍，造成醫師承擔訴訟的風險逾越其注意能力所及範圍。

（二）注意義務之違反與責任

根據醫師訪談與我國現行法規，醫師對於現行義務標準應用於遠距醫療上並無明顯的困難或執行障礙，綜合醫師訪談內容而言，多數醫師多採取保守的醫療行為、減少開給管制藥品並且以長期追蹤、掌握病患狀況與生活指導為主，實體檢查或重大醫療決策並不會於通訊診察中決定，若於通訊診察期間醫師有任何懷疑或須進一步實體檢查的疑慮之處，醫師本身執業上的解決方法，是在通訊診察期間告知病患相關風險與可做的實體檢查措施，並將醫囑註記於病歷上，以證實醫師執業已盡相當注意義務，此作法亦可減少醫療糾紛產生風險，因此目前遠距醫療對於過失責任和醫療糾紛訴訟在實務上並不會比實體醫療容易產生或更加常見。

為有效地降低遠距醫療造成之注意義務執行困難和訴訟糾紛，本文認為我國可參考德國《數位化創新改善醫療服務法》(Digital Healthcare Act, DVG) 的立法意旨，將遠距醫療行為之下製作之病歷資料、看診紀錄數位化並整理於基礎資訊處理設施中，由健保局或相關主管機關建立數位化病歷資料庫，不作為調閱之外的用途（研究用途亦應另外取得病患本人同意），除病患本身可查閱自身數位化病歷資料之外，亦可於糾紛發生時，作為遠距醫療行為之紀錄，使得醫師每次為遠距醫療行為時較有保障，避免醫病之間發生衝突或糾紛雙方對看診過程見解有所分歧而無法發現真實。

（三）病患隱私保障

我國法規對於病患隱私取得之保障規範較為簡要，誠如前章所提及，《通訊診察治療辦法》第 7 條第 1 款：「取得通訊診療對象之知情同意。但有急迫情形者，不在此限。」同條第 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。」雖有概要性地規範通訊診察應確保病患隱私並取得病患同意，但並無詳細施行標準與規範，因此本文認為我國法規在病患隱私保護上，可參考馬來西亞《遠距醫療法》中所規範關於病患同意的取得，須告知病人以下事項：

- (1)病人可以隨時撤銷對於遠距醫療之同意，且其未來之照護及治療權不因此受影響。
- (2)遠距醫療潛在風險、可能產生之結果與益處。
- (3)所有現行之隱私保護措施均適用任何遠距醫療過程中取得或揭露之病患個資。
- (4)在未經病患同意下，任何在遠距醫療過程中使用、傳輸或產生之可辨認病患個人身分之圖像及資訊，不會被傳輸給任何研究或任何第三人。⁵⁷

⁵⁷ 同註 38。

除了撤銷權的告知、可能的風險與結果之外，遠距醫療行為下所有病患之個人資訊亦應受到我國《個人資料保護法》之保護，且未經病患同意之下不會將資訊傳輸給任何第三人。另本文亦認為，我國現行法規並未規定病患同意之要式性，惟個人醫療資訊屬於歐盟《一般資料保護規則》（General Data Protection Regulation, GDPR）第 9 條第 2 項第 h 款⁵⁸所規範之特殊種類個人資料，雖未禁止其揭露，仍應以較嚴格之規範密度保護個資隱私，因此規範以書面或錄影錄音方式取得病患同意，將可更加全面地保障病患隱私與同意權。

（四）其他法規調整

除此之外，健保給付亦是一大問題所在，因未於醫療院所內實施之遠距醫療門診不符合我國現行法規《通訊診察治療辦法》第 7 條第 3 款之規定，因此亦無法申報健保給付，造成醫師反而需要耗費更大的通勤成本達成遠距醫療行為，反而可能失去遠距醫療本質與目的。不在醫療院所內所為之遠距醫療行為健保無法給付，則可能後續影響病患看診費用與醫藥費用的負擔與權益。本文認為健保給付問題，可由健保局或相關主管機關與提供遠距醫療看診系統之廠商合作，將每次實施遠距醫療問診過程均全程錄音錄影，每次看診結束均將看診資料與影音傳輸至政府數位化醫療病歷資料庫，僅限病患本人和主管機關查閱，用於審查健保給付，將可能克服法規上規定僅限於醫療機構內才能為遠距醫療行為的地點限制，使得醫師遠距醫療門診不受地點限制均得申報健保給付。依據受訪醫師建議，本文認同若有緊急情形，須於醫師門診時間外為之看診行為，只要依照遠距門診流程錄音錄影、建檔並記錄於病歷資料，亦得申報健保給付，避免為符合法規而而造成遠距醫療失去本質與用途，反而造成遠距醫療行為下醫師和病患須付出更高的時間成本。

最後受訪醫師曾提出，若能夠開放非有急迫生命危險情形之病患，以線上方式遠距看診，將可大幅度舒緩現階段急診量能，使得急診資源留給真正有重大急迫需求之病患。本文認同此觀點，若能透過線上檢傷分類，將無立即可能有生命危險之病患分流至遠距門診中，將可降低急診目前的壓力，加上我國自 COVID-19 疫情以來，急診人數大幅提升，若能減少急診處人流，亦可降低交互感染的風險，減少醫療資源浪費與提升醫療效能。

三、 小結

整體而言，我國於注意義務或醫療品質標準因應遠距醫療而應有所不同的調

⁵⁸ General Data Protection Regulation Article 9.2 (h): “processing is necessary for the purposes of preventive or occupational medicine, for the assessment of the working capacity of the employee, medical diagnosis, the provision of health or social care or treatment or the management of health or social care systems and services on the basis of Union or Member State law or pursuant to contract with a health professional and subject to the conditions and safeguards referred to in paragraph 3;”

整，應分別以主管機關另行訂定發布施行細則，雖透過醫師訪談得知，目前實務上會避免採取過高風險療程或決定是否動手術等重大醫療決策於遠距醫療中，但遠距醫療受限於實體觸診和其他理學檢查（即身體檢查，指檢查者利用物理學或生理學原理對受檢者所作之不使用複雜儀器之身體檢查⁵⁹）不能為之的條件，因此醫師之專業判斷在觸碰到實體檢查的範圍內，將會有一定程度地受到影響，法規上若能明文規定排除實體檢查項目之資訊於遠距醫療糾紛判斷過失責任範圍外，將能對醫師遠距醫療行為有更完善的保障。

病患隱私的保障與同意取得，亦應考慮病患個資自主與同意撤銷權，以書面為之，惟考量到疫情時期，若病患處於居家隔離之狀態或有其他特殊情形無法親自簽署，錄影錄音之表現同意形式，本文認為亦是可行替代方法之一，亦即我國法規在病患同意方面，應確保病患明確同意，且有一定證明可出示，保障醫病雙方權益，並且病患所有醫療隱私資訊均受《個人資料法》之保護。

最後在法規層面，健保給付應以單次診察影音與數位病歷紀錄為審查資料，限制醫師看診地點須於醫療機構內為之，可能會失去遠距醫療之即時性、便利性，造成整體看診效能反而因地點限制而降低，故本文亦認同地點限制上，我國法規仍有放寬空間；病患身分適用初診之範圍則不宜放寬，甚至應有限縮解釋之趨勢或立法，以免造成醫師專業判斷失真的風險。

伍、 結論與建議

在遠距醫療行為中，不論是醫病關係的信任或法規限制、行政細項的處理，在在都是會影響到遠距醫療診察效能和效益的細節，我國現行法規對於醫師要求可能有增加醫師遠距醫療行為看診成本的疑慮，比如限制看診場所導致之健保給付限制、醫療糾紛的可能風險導致遠距醫療下醫師多採防禦性醫療或保守治療方式，在病患隱私保護與同意取得層面的規範密度，與馬國相比亦有規範密度不足的情形。

一、研究結果之結論

於現階段體制上，多數醫師對於遠距醫療，仍抱持實體醫療替代方案之看法，雖有醫師提出急診量能舒緩、第二意見諮詢和國外本國籍病患看診等建議與趨勢，但皆為特殊或急迫情形下較適宜為之，長期與常態性之醫療行為，經研究訪談之整理後，本文認為仍應回歸實體醫療為主，方可使得醫師維持醫療行為上之專業判斷，同時亦是維護病患看診權益，避免醫病雙方承擔過多遠距醫療現實因素限制之下額外產生之風險。

⁵⁹ 王志嘉，論醫師親自診察義務，軍法專刊，第 56 卷第 1 期，2010 年 2 月，頁 195。

根據研究訪談結果，我國目前法規不足之處在於對診療場所之限制過於嚴苛，可能造成在法規限制之下失去遠距醫療之即時性，反而增加醫師通勤住家與醫療院所之間的通勤成本。另外，通訊診察限複診病患為之，而初診與複診之間的間隔期間並無特殊規定，可能導致初診與複診之間間隔過長的病患在接受通訊診察時，因為醫師對其病情了解無穩定追蹤而增加專業判斷上的困難，此部分亦是法規可再行調整之處。

根據法規考察之結果，我國目前法規對於遠距醫療診察注意義務標準並不明確，此部分考察英國法規認為可向大眾和專業權威機構諮詢訂定明確標準，此處我國亦有文獻提到：「遠距醫療要發展出一套全國性的注意義務標準，共識並非一蹴可幾，還需要先集結醫界內部自行訂定的各種臨床準則或注意義務標準。」⁶⁰因此，若要訂定遠距醫療注意義務標準與實體醫療做詳盡之區分，應就專業與大眾之意見進行徵詢和協商。

並且，對於遠距醫療行為下的病患隱私權益保障並無明確詳細之規範，此部分我國文獻對於行動健康軟體隱私權條款亦有提及：「APP 使用者對於其個資如何被使用無法得知的情況下，倘若有個資遭侵害的疑慮，程序上確實需花費更多的勞力、時間及費用調查 APP 提供者身分，才有可能進入實體的權利主張。」⁶¹以應用程式為例，若遠距醫療行為之同意書無法使病患明確知悉其病歷資料、診療過程影音的應用，也會使得病患對於其權利的主張與救濟受到阻礙。此問題經考察馬來西亞法制，本文認為病患的同意撤銷權與詳細了解之權利應受保障，除詳細告知病患其個資運用範圍之外，也應詳細告知病患醫療方式的風險和可能發生的結果。

另外，在整體健保給付的法規上，也因為受限於醫療院所的限制而有健保給付標準過於嚴格的問題，此處經考察德國法規，本文認為可建立一官方健保數據資料庫，以影音方式申報健保給付，以因應遠距醫療行為下的健保申報問題。惟政府在監管健保數據資料庫的同時，亦應注意《個人資料保護法》之規定，並嚴格遵守，以免衍生相關個資隱私保護爭議，誠如我國文獻所提及⁶²，政府提供醫療服務機構查詢民眾之旅遊史，可能有違反《個人資料保護法》第 6 條前段規定（有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。）之疑慮，因此若建立政府監管之數位資料庫，應遵守現行個資保護規定以避免相關爭議產生。

⁶⁰ 陳鈺雄、劉庭好，遠距醫療之民事過失責任標準，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 103（2021 年）。

⁶¹ 陳景筠，行動健康軟體隱私權條款研析，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 323（2021 年）。

⁶² 江國泉，論醫療大數據應用於新冠肺炎病毒（Covid-19）防疫措施之下之隱私權保護，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 335（2021 年）。

二、未來開展可能與建議

就我國目前法規而言，若能針對醫師診察地點放寬，不限於醫療院所內，改以看診過程影音作為審查健保給付與是否符合《醫師法》執業義務規範之審查客體，將可能更加有效地達到遠距醫療本身目的與功能，因此本文認為，可參考德國法制，建立數位化病歷資料庫並由政府統一監管，同時達到確保病患隱私和解決健保給付申報問題。而病患隱私與同意的部分，除了建立數位化病歷資料庫由政府統一管理並保密之外，看診前的同意亦可參考馬來西亞法制，以書面或影音為之，除為避免後續醫療糾紛之外，也是為保障病患對於法規內容和醫療行為風險、效益被告知之權益。至於注意義務標準之訂定，則可參考英國法制，向專業權威機構以及大眾諮詢意見，並區分實體與遠距醫療之注意義務標準，更可保障醫病雙方權益。

遠距醫療在 COVID-19 疫情以前，在我國屬於長期照護或偏鄉離島、急迫情形病患較多案例，近期因防疫需求高漲，居家隔離病患、確診病患數量快速增加，因此遠距醫療行為在我國逐漸成為特殊情形下實體醫療的主要替代方案。在遠距醫療需求快速增加的今日，我國《通訊診察治療辦法》有許多規定與健保局和相關主管機關現行政策已無法完全符合醫界現行實務之進行，因此，透過法規修訂義務標準範圍限制和內容明確化，本文認為將可以使得整體遠距醫療的實務困難減低，並最大程度地讓醫師在其專業範圍內運用各種形式之醫療行為，為病患提供最佳醫療服務。

在 2022 年 7 月初，我國媒體新聞已有相關報導顯示《通訊診察治療辦法》將在 2022 年底前進修法⁶³，主要為配合傳染病流行、災害等緊急事件放寬法規適用標準，以改善法規適用範圍不足的情形；適用對象亦將擴及國際醫療、矯正機關收容人、末期居家照顧病患等。同時，虛擬健保卡也將試行推動解決必須實體補卡的問題，搭配《醫療機構電子病歷製作及管理辦法》配合電子病歷平台的推動整合健康資訊和資安保護，與本文中所提及之德國健康資訊整合平台頗有相似之處。期待 2022 年底主管機關對《通訊診察治療辦法》的修法能夠更加符合我國目前醫療實務界對於通訊診察的法規需求。

⁶³ 沈能元，為視訊診療把脈 4／衛福部次長石崇良：年底前修法，聯合報，2022 年 7 月 2 日，<https://is.gd/qusHk0>（瀏覽日期：2022 年 9 月 25 日）

參考文獻

一、中文文獻

(一) 書籍：

葉至誠、葉立誠，研究方法與論文寫作，3 版（2011 年）

(二) 專書論文：

江國泉，論醫療大數據應用於新冠肺炎病毒（Covid-19）防疫措施之下之隱私權保護，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 327-346（2021 年）

陳景筠，行動健康軟體隱私權條款研析，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 293-326（2021 年）

陳鈺雄、李宜家，遠距醫療法律議題與醫師親自診察檢驗義務，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 25-72（2021 年）

陳鈺雄、劉庭妤，遠距醫療之民事過失責任標準，收錄於：陳鈺雄主編，智慧醫療與法律，頁 73-125（2021 年）

(三) 期刊論文：

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）

何秉樺、黃朱岑、劉育昇，遠距醫療實施之關鍵成效因素初探，澄清醫護管理雜誌，第 17 卷第 2 期，頁 27-36（2021 年）

周晨蕙，日本放寬遠距醫療和用藥指導之限制，科技法律透析，第 32 卷第 12 期，頁 10-11（2020 年）

陳汶津、Gilbert Gornig，德國醫師責任法，高大法學論叢，第 1 期，頁 213-258（2014 年）

單鴻昇，遠端通訊診察之合法性探討：德國法視野，月旦醫事法報告，第 30 期，頁 154-158（2019 年）

劉文瑤，醫療過失責任之認定，收錄於：司法官學院犯罪防治研究中

心，刑事政策與犯罪研究論文集(5)，頁 55-78（2014 年）

（四）網路資料：

王俊忠，免驚！不怕到醫院看診被感染 台南 7 醫院啟動視訊門診，自由時報，2021 年 5 月 26 日，<https://reurl.cc/OkIXD9>（最後瀏覽日期：2021 年 12 月 13 日）

王梅玲，比較研究 comparative research，圖書館學與資訊科學大辭典，2012 年 10 月，<https://reurl.cc/9OVNvX>（最後瀏覽日期：2022 年 1 月 27 日）

沈能元，為視訊診療把脈 4／衛福部次長石崇良：年底前修法，聯合報，2022 年 7 月 2 日，<https://is.gd/qusHk0>（最後瀏覽日期：2022 年 9 月 25 日）

杜塞道夫台灣貿易中心、慕尼黑台灣貿易中心，德國遠距醫療現況與法規，台灣服務貿易商情網，2021 年 7 月，<https://reurl.cc/Y9AVYa>（最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日）

葉進耀，後疫情時代，醫起打造新方向，中華新聞雲，2021 年 11 月 15 日，<https://reurl.cc/0x5jE9>（最後瀏覽日期：2021 年 12 月 14 日）

衛生福利部，衛部醫字第 1101663441 號函，2021 年 5 月 17 日，<https://reurl.cc/Yv05Qo>（最後瀏覽日期：2021 年 12 月 14 日）

健保署，健保署因應 COVID-19 之「視訊診療」調整作為 110.7.28 第五版，2021 年 7 月 28 日，<https://reurl.cc/lo7bRd>（最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日）

二、外文文獻

（一）專書：

American College of Legal Medicine. Philadelphia, Mosby (2004).

George Z. F. Bereday, Comparative Method in Education (1964).

Sanbar SS, Firestone MH, Buckner F, et al: Legal Medicine (6th edition).

Tan SY, Medical Malpractice: Understanding the Law, Managing the Risk,

(2006).

(二) 網路資料：

Care Quality Commission, Transport services, triage and medical advice provided remotely (2022).

<https://reurl.cc/2Dd3On> (最後瀏覽日期：2022 年 3 月 26 日)

Department of Health & Social care, A guide to good practice for digital and data-driven health technologies (2021).

<https://reurl.cc/OpyYp9> (最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

Federal Ministry of Health, Driving the digital transformation of General Data Protection Regulation.

<https://reurl.cc/QLeqo0>

(最後瀏覽日期：2022 年 3 月 26 日)

Germany's healthcare system for the good of patients (2020).

<https://reurl.cc/veZQga> (最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

Jayne McGlynn Partner and Paul Ranson Consultant, Telehealth in the United Kingdom: Considerations for Providers (2021).

<https://reurl.cc/7e8dL9> (最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

Pribilla Kaldenhoff, Die Haftpflicht des Arztes, der Pflegekraft und des Krankenhausträgers, abrufbar unter (2014).

<http://www.prikalneg.de/Arzthaftpflicht.htm> (最後瀏覽日期：2022 年 3 月 25 日)

Telemedicine Act 1997 (1997).

<https://reurl.cc/Er1Nzg>

(最後瀏覽日期：2022 年 3 月 26 日)

附錄：訪談逐字稿

一、醫學中心/精神科醫師－吳醫師

(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

吳醫師：在通訊診察法規未公布之前，我們本身對於通訊診察比較沒有太多的了解。印象中醫院本身對於通訊診察的報告是，基本上是有規範，但因為是對醫院科部的行政主管公布，因此我們基層人員主要接受到的是一些分配工作，對於規定並沒有過問太多，只詢問工作上細節比較多。

研究者：在其他醫師的訪談經驗中，有醫師指出，在 COVID-19 的爆發之下，衛福部有隨之放寬原本遠距醫療的實行標準，同時課予醫師一定的義務，例如：在病歷上註記本次診療是通訊為之、診療全程錄音錄影，不知醫師是否對於此類法規有所耳聞？

吳醫師：有。有提到過程會錄音錄影，科部也有告知醫師須詳實記錄本次為視訊看診、開始時間等資訊。這些是目前已知的。

研究者：另外對於遠距醫療開給方劑的法規，這方面是否因遠距而與實體有所不同呢？

吳醫師：目前的了解是，部分管制藥品是沒有辦法開給的。因為需要核對健保卡，有些管制藥品會限制不能在各處不同的醫療院所拿同樣的藥，所以要限制部分管制藥品是不可開給的。

(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

吳醫師：視訊門診是一獨立門診，跟一般的初診是分開的，所以需要額外的醫師來看這個門診。通常看診醫師不是長期看這個個案的長期追蹤醫師，我們的變通是在視訊門診前一天會察看視訊門診的個案清單，然後大概跟原本看診的醫師核對一下近幾次的回診狀況是否穩定，若穩定的話便會讓個案以視訊看診。雖然有一些擔心，但實際上運作起來並沒有真的遇到看診時個案情況不穩定以致我們必須取消他的視訊看診改為實體看診。

研究者：這邊有一個延伸的問題想要做請教，是關於視訊門診是否限於複診病人而不能適用於初診病人呢？

吳醫師：是。

(三)醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？(例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察)

吳醫師：有遇過平常並不太有看診需求的病患，但疫情期間偶然有看診需求，又在疫情影響下可能不敢來醫院看診，就直接掛視訊診，那可能這個人很久之前有來我們醫院看診，所以他並不是初診病人，可是我們比較有把握的是有長期穩定追蹤、病情穩定的病人，所以在這個情況下，這些覺得有視訊診察需求的個案就沒辦法來看。在這種情形下反而沒辦法鬆綁，因為主要是在這種情形下，如果沒有穩定追蹤，我們的評估會容易失真。

研究者：醫師是否認為法規在初診跟複診之間的期間建議應做更加精確的限制，不建議在很長一段時間未就診後的情況使用視訊診察呢？

吳醫師：對。這部分反而就是要比較嚴格規定，因為必須要有穩定追蹤、確定病情相對較穩定的病人，類似慢性病患，這種人比較符合看視訊門診的條件，如果放寬擔心反而會造成一些意外，比如說評估失真，導致開立的藥物不但不能幫助到病患，反而造成不良反應。

(四)通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？(例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響)

吳醫師：整體而言，視訊門診的運作效率很仰賴雙方的硬體操作，不論是設備或是操作技巧。基本上醫病兩邊都要有基本的網路操作和穩定的設備，才能提升看診效率。視訊門診反而沒辦法像實體看診一樣看到病患在候診處，看視訊診如果有時候病患等太久會很焦急，所以我們的變通方式是跟病患約定好看診時間，我們自己實際操作時大概一個人 15 分鐘，我們就會排時間比如說 9:00、9:15、9:30，但是每個個案的看診時間就會變相被限制，每個病患最多看診時間就是 15 分鐘，因為如果這個個案看不完下一個就要延後，下一個延後下下一個也會延後。反過來說，如果這個個案很穩定，一下就看完的話，我們也沒辦法馬上銜接下一個病患，因為我們已經講好固定時間，當然也可以另外致電詢問病患要不要提早看診，但這也形成我們醫療方的成本。

整體而言，如果網路順暢、病患病情穩定只是要拿藥，通常看診得比較快，對我

們醫師來說整體診察的效能可能是沒有太多影響，可是對於個案來說，至少可以減少交通問題和疫情風險問題，對個案來說可能會得到一些幫助。反過來說，如果有時候網路不順、設備出狀況，整體的看診效能反而是降低的。效能提升的情形不太明顯，降低的情形反而比較有感。

補充一點，我們必須先跟個案事先確認好聯絡資訊，也必須在看診前一天約定好前後順序，約時間反而是另外需要花時間做的事情。另外，有些個案是初診、需要實體診察行為的個案，我們也必須另外打電話通知不符合並告知原因，如果今天是實體門診，我們不用打電話告知，等他本人進入診間我們看了之後不符合看診條件（比如說：掛錯科），就可以當場跟他說，不會是需要在門診以外的時間做的事情。

回診安排的部分，我們醫院是沒有約下一次的視訊門診，因為我們當時也不太確定視訊門診的制度會持續到何時，所以我們統一跟看診個案說先幫他約下一次實體門診，如果屆時仍可透過網路掛號視訊門診，並且其本身有需求，再請該個案屆時自行改掛視訊門診。

我個人的理解是，除了偏鄉醫療視訊門診外，大部分、至少我們科的視訊門診，給予個案的幫助是減少停留在醫院的時間，降低疫情上的風險。所以需要開抽血檢查的個案，我們也會請他實際上到醫院檢查，因為只有抽血在醫院停留的時間，就會比看診要減少很多。

（五）醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

吳醫師：無法實體診察對於我們精神科來說，會造成有些評估無法實行。比如說，病患的身體外觀、整體清潔度、打扮，其實都可以作為我們評估臨床症狀的面向之一。另外，關於藥物的副作用，例如肢體僵硬、肌腱反射變差等副作用的評估，也沒辦法實施。還有藥物劑量化須評估身體的變化，比如帕金森氏症患者的肢體僵硬，如果沒有辦法觀察其關節靈活度，亦無法評估其藥物劑量是否需要調整。這部分是視訊門診遇到的困難。因此我們有做一些調整來因應，比如說會事先查閱掛號視訊門診病患的檔案，事先查看其診斷、藥物、此藥物是否需要實質做身體檢查來評估，這是這部分的變通。但是誠如前面所提到的，這樣我們必須在門診以外的時間做額外的準備，所以對醫療方而言其實是增加時間成本的。

關於政府是否發函，是有的，政府有發函告知醫院，然後醫院有做一些整理，所以我還是有得到一些資訊。醫院本身網路掛號的頁面就有提到，有些情形是不能看視訊門診，包含初診病患、需看報告的病患、需開給管制用藥的病患、身體不

舒服的病患應至醫院就醫，沒有急迫性、立即性須回診的病患，原則上延後就醫。醫師評估後認為須實體診療的病患，看診時須特別留意。

研究者：在通訊診察中認為應實體診察之病患於該次診察結束後，是否會立刻替該病患預約下一次的實體診察？或採取其他方法？

吳醫師：會現場向病患告知並退掛，預約下一次的實體門診。

研究者：那麼單次視訊門診後，下一次的門診是否仍由同一位醫師診斷呢？

吳醫師：不會。我們的作法是，排該時段有空檔的醫師進行門診，因此並不會每次視訊門診都是同一位醫師。

（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？

吳醫師：整體上，以醫師個人而言，效率並不見得會明顯地提升，因為看診外有一些需要事先準備的事項，包含實體診療行為無法實施，互動起來隔著螢幕無法實際接觸，會感覺到與實體診察的差異。對個案來說，特別是交通不便的人來說，會覺得比較方便。因此，通訊診察對偏鄉醫療是會有一定的幫助的。對於科部的業務而言，有些門診個案因為不敢來醫院，在疫情期間會延後回診，但是開了視訊門診後病患就會比較願意來看診。不論是病情的進度，和門診業務量的進度都是有幫助的。

研究者：期望的部分，有其他醫師提出，在疫情大幅度影響生活的緊急時期，遠距醫療是作為實體醫療之替代一個好的方案，但長久而言，仍不應只依賴遠距醫療，而仍需以實體醫療為主較為適宜。

吳醫師：是，我本人也是持這樣的見解。偶一為之當然覺得還可以，可是如果一個病患已經一年沒有回到實體門診，僅透過視訊門診的話，少了一些實際的接觸，至少對看診醫師來說，印象就會比較薄弱，加上每次可能都是不同的醫師診療，因此較了解單個病患病情的醫師反而就會不清楚。這樣可能就會間接影響到病患的權益，因為病患需要醫師評估一些治療計畫，但如果沒有固定治療和實質接觸，如果醫師評估不正確，反而會讓個案病情不穩定，所導致的後續問題也會越多。

所以期望的部分是，萬一在疫苗效果還不是很穩定之前，疫情再度爆發，讓大家不敢回診，在過渡期的時候，視訊門診是一個必要的手段，寧願病患可以先拿藥，也不要因為病患怕來醫院的風險而不回診不吃藥。簡而言之，當疫情比較嚴重時，

視訊門診的好處可能很顯著，但疫情趨緩時可能就不是那麼明顯。

二、區域醫院/心臟血管科醫師—張醫師

(一) 在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

張醫師：我目前的認知是，我必須是擁有醫師執照的合格醫師，我們就可以進行診療，大概只知道這麼多，因為很多法規都是行政上的。遠距醫療期間的錄影，我們並沒有實施，我們是直接註記於病歷上，雖然照規定而言遠距醫療有些時候需要錄影，但我們的做法是記載本次遠距醫療在病歷。

(二) 醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

張醫師：其實還好。只要我們的醫師架設好這些環境設備，除了不能做理學檢查之外，我們大多是自己的長期追蹤病患，因此不太會有什麼看診法規的執行困難。

(三) 醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？(例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察)

張醫師：實行過程中未遇到法規衝突，因此無意見。

(四) 通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？(例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響)

張醫師：是訊診察單次診察時間會比實體診察花時間，健保給付則按照收費標準收費。開給方劑的部分，國外的病患基本上我們有廠商可以幫忙，也就是處方的部分廠商可以幫忙寄送，還有在台灣做遠距醫療的病患，大多是有朋友家人的，因此都可以協助，這部分就交由行政人員處理。

困難的部分，不能觸診這件事，我們必須接受這個事實，因為病患本身會採取遠距醫療就是因為他不能來，這是遠距醫療先天的缺陷，但並不會因此造成我們不能實施進一步的診療，像是量血壓、測血氧濃度、心跳、脈搏、簡單的對話與配合，視訊的話都可以配合，如果這個病患之前曾經有抽血檢查或影像學的檢查，比如說超音波、電腦斷層攝影等，雖然有空間距離上的限制，但依靠以上這些輔助資料補救，我想應該是可以持續進行診療的。

研究者：本訪談中有其他醫師曾經表示，因為遠距醫療有空間距離上的限制，因此遠距醫療不宜作為長久或常態性的醫療形式，僅能作為權宜措施，基於醫師前述的回覆認為有如何的見解呢？

張醫師：大約八成同意，因為必須要有實體醫療跟遠距醫療的配合。我們常常給的是第二意見（若病患在國外），病患在國外仍須接受治療，病患來到台灣才會符合後續接受台灣實體治療的條件。另外，在偏鄉的病患，若狀況穩定，我們就會說繼續用同一種藥物，那這些藥物一般也都是衛生所或當地診所提供，也必須要實體回診。在疫情期間不能看診的病患現在恢復實體後也都實體回診，而在國外諮詢第二意見的病患若同意來台灣接受治療，後續也將回復實體診療。

（五）醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

張醫師：有遠距醫療相關的法規，我有看過，我看過之後覺得大多是行政上的問題，因為醫師資格我們醫院都會符合，對我們來說只要時間上許可，該準備的病患資料寫好，其他所有的費用支出，都是醫院行政處理，所以對我們來講我們也不必管太多。

（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？

張醫師：隨著資訊越來越發達，我覺得遠距醫療有它的潛力，因為台灣醫療水準也很好，所以國外要諮詢第二意見的人會越來越多，尤其是東南亞或大陸，因為過去華人很多都去新加坡。另外，要服務偏鄉病患而言，遠距醫療對他來說也是一個好處，因為他有醫療上困境時，當地醫師要判斷是否轉診，要轉診哪科哪個醫師，事實上都是有益處的。當這些法規可以在每一家醫院落實，未來我們也許可藉此增加醫療服務範圍，也就是除了健保之外，國外向台灣諮詢遠距醫療意見，都是可以持續發展的。就我所知，很多民間的公司也都在幫醫院做這些技術性事項，幫忙把有需求的醫院做好遠距的設備，醫院只要提供服務就可以，未來應該是會越來越多這樣的趨勢和成長空間。

研究者：在遠距醫療的形式上，醫院對於醫療糾紛的可能與處理是否有不同於實體醫療的標準呢？

張醫師：我覺得理論上會有醫療糾紛的風險，但做到注意義務的話，應該都還好。像是偏鄉、諮詢第二意見這些病患，要找醫師之前應該對醫師的初步印象已經很

不錯，應該不會有嚴重的醫療糾紛，而且敢去看遠距醫療的醫師資歷若充分，基本上都很有經驗，不太會擔心有醫療糾紛。該注意的事情都有注意到的話，基本上不用太擔心。

三、南部診所/家醫科—邱醫師

（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

邱醫師：我目前的認知是，醫師法第 11 條說明了醫療行為之總則，也就是說這是母法，之後延伸的都不應有超出之範圍，延伸的是我們今天要討論的遠距醫療，雖然說是例外，但也不能超出太多。醫師法第 11 條提到，非親自診察不得治療或開給方劑或交付診斷書，也就是每個案例都有親自診察義務，這在都會區比較不會有問題。但是從事醫療行為時，都會跟鄉村、山地、離島就完全不一樣，像是住在都會地區的民眾，能夠得到的醫療資源就跟山區民眾完全不一樣，但是健保法的推行是強制性的保險，也就是說我們的國民都是需要加入全民健保的，被保險人應該要公平且平均地得到這些權益，但是山地偏鄉離島卻難以得到相同的醫療資源，我們必須盡力改善這樣的問題。在 COVID-19 爆發之下，遠距醫療就更加地凸顯了它的重要性。

（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

邱醫師：實務上通訊診察也不能脫離親自診察的範圍，我們只能就影像傳輸馬上認證案例的事實現況，也是通訊診察的真諦。實施上主要的問題是，技術性方面上，偏鄉離島本身通訊基地台設置就不如都會區，所以會造成信號不良或是無信號。近幾十年來年輕人口由鄉村向都市移動，老年人並不懂得使用這些通訊技術，不熟悉使用通訊器材也是重要問題。甚至，因為老年人居住於偏鄉地區，經濟問題和健康照護問題，可能造成他根本就沒有智慧型手機或電腦來聯繫，進行遠距醫療。我自民國九十年以來就從事偏鄉醫療，雖然目前並未實施偏鄉通訊醫療，但在偏鄉當地就可以體會到當地的困境，對於通訊診察的適用範圍就感受特別深。

在通訊診察的適用情形之一是急迫情況的狀況下，由醫療團隊指定醫師看診，醫師必須 24 小時 on call，但單一醫師的醫療團隊會變成很大的負擔，這種形式的通訊診察，對於單一醫師醫療團隊就是精神體力上比較大的負擔，這是目前碰到的困境。

另外，在執行通訊診察時，目前台南市政府衛生署在身分的確認上，我們必須提示重點文件，包括健保卡，這是由衛生局居中聯繫、認定才對，病患應提示證件，

但醫師的部分就不應浪費時間在確認身分上，應由中央衛生主管機關統一確認醫師身分。

(三)醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？(例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察)

邱醫師：回覆已包含於第一題的內容中。

(四)通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？(例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響)

邱醫師：整體性而言，效能是有提升的。誠如我前面提到，有會比沒有好，但通訊診察這樣的形式，只能臨時性偶一為之，但不能做為長期固定的診療方式，若長期為之，將會失去對案例病情全面性的認知。包括通訊診察只能藉由影像視覺上診察，單次診察時間就會拉長。一般設定是時間不能超過 30 分鐘。但對於案例的身體狀況沒辦法做全盤了解，我們會比較保守地開給方劑，我們處方的部分只能針對當時急迫狀況做處理，下次回診還是以親自診療比較安全。因此整體效能是提升的，但不宜長久行之。

理學檢查上，因為沒辦法聽診、觸診，當然會有不周全的地方。理學檢查上我們有 SOP，主觀的觀察、客觀的資料加上醫師的判斷，最後開給處方，是比較安全的，但是通訊只限於視診的話，我想還是比較保守性地診察。且我們必須更費心，比如 20-30 分鐘左右，會更加耗時。

還有我們由醫師法衍生出來親自應診的問題，所以身分認證，我想再重申一次，還是由地方主管機關確認較為安全。

(五)醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

邱醫師：政府有發函，包含通訊診察對象要知情同意，醫師要確認病人身分，但這一點我認為應該給衛生主管機關確認比較安全。還有必須在醫療機構中視訊診察、註記於病歷、醫囑紀錄也須併同病歷保存，這些都是政府有來函敘明是需要注意的事項。

(六)醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的

期望與見解？

邱醫師：目前台灣醫學在國際上的地位，在 COVID-19 的來襲之下，更顯得台灣醫療的領先。在都會區我們很容易取得醫療資源，山區或都會區的醫療資源就更顯得需要改善。鄉鎮區的人口除以醫師執業人數，大於 2600 人以上的話，就是醫療資源不足或缺乏地區，再往下細分就是村、里，如果村里中無醫師，就是我們需要巡迴的標的地區。至少每周一次需要進行巡迴醫療，但如果發生緊急情形，就是我們今天討論的遠距醫療診察。但是碰到的問題是，山區離島的病患大多是上了年紀的老年人，他們對於手機通訊器材不熟悉，或是當地根本沒有基地台、訊號不良等，這些地方的通訊情形本身就比較不好。目前我們希望在執行通訊診察的時候，除了要求通訊信號的基礎設施改善，我們也希望當地的村里長、幹事可以協同、幫助急迫症狀的患者完成通訊診察，解除急迫病症的情形。

通訊診察的醫療形式，我建議是單次、偶一為之，不要長期、固定地實施，如果實務上沒有這麼急迫，仍應回歸實體、親自診察比較安全，不管是對醫師還是病患，都會比較有益，並且更能夠保護彼此。

四、北部診所/內科—江醫師

（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

江醫師：目前所謂的通訊診療，國內法規大概落後國外二十年左右，台灣僅限於離島、偏遠地區可以實施所謂的通訊診療，這個部分在都市、平地的民眾，目前法規應該是還沒有開放的。

研究者：在 COVID-19 疫情期間，衛福部曾經有發函放寬通訊診察的實施範圍和注意事項，不知道醫師是否曾經接到相關的通知呢。

江醫師：沒有。

（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

江醫師：法規上有一個很有趣的地方是，即使我可以對偏鄉離島執行通訊診療，法規要求我們只能在醫療院所中執行，但這就有兩個問題了。第一，如果這個病患剛好出國，他有罕見疾病之類的情況，但是他有語言溝通障礙因此無法在國外當地就醫，那他如果致電台灣請求通訊診察，當時台灣時間是晚上，醫師是否要開車半個鐘頭回到醫院去穿好醫師袍來看診？這是很可笑的。如果要限制地點，

就不用實行通訊診療的，我們法規落後的地方就是在這裡。與此同時，對於離島、偏鄉或特殊情況，都要求在醫療院所內執行。

(三)醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？(例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察)

(已包含於第二題之回覆內容。)

(四)通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？(例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響)

江醫師：效能當然會有所不同。因為通訊診察目前很難使用健保，其實在國外這個問題早就被克服了。美國和日本的醫療保險都已經給付遠距醫療了，我們的限制會造成種種問題，如果不能使用健保，就會造成民眾就醫意願低落。但其實遠距醫療對民眾有很多有益的地方，比如說病患的隱私，病患不用當著護士的面說「我得愛滋病」。比如說減省了病人——尤其是行動不方便的病人——在醫療院所之間的來往。以前我有一位病患曾經為了要看門診，來回各需一趟救護車，那你知道那是多少錢嗎？看一次門診叫的救護車費用大概就要 5000 多塊。因為看診的時候救護車也要在外面等他。坦白講這個費用真的高到不行，這個本來就是可以用通訊診療克服的，現在因為沒有足夠的配套，所以即使能看也很難開藥。

其實現在也不一定要用刷卡機才能刷得到卡，我難道不能用鏡頭直接看到病人的健保卡嗎？這防偽上一定有困難嗎？我個人是很懷疑的。國外做這麼多年來都沒什麼重大的流弊，為什麼台灣這麼困難？

研究者：那麼目前實務運作上，健保卡的操作上都是如何運行的呢？

江醫師：因為我沒有山地、離島的病患，因此我目前所實施的通訊診察個案都是非健保的，所以沒有健保卡的問題。

(五)醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

江醫師：這些阻礙一定存在的，比如說我們不能聽到病人的心音、呼吸聲，這都是我們的困難。但坦白講，既然知道自己的限制，就不會在那個地方過度地推論。你會知道你自己的限制，我會覺得衛福部跟政府知道病人跟醫師之間的關係，醫

師是想要幫助病人的，訂太多規則要注意，如果不注意就認定詐領健保或有任何其他疏失，這是很無聊的事情，常常給醫師一種被羅織入罪的感覺。台灣醫師是常常被起訴的，像婦產科醫師就有 51% 被起訴過，台灣醫師是一個高犯罪的行業，這政府應該檢討，這可能有法規上不當羅織入罪的問題。

研究者：醫師是否認為在遠距醫療的形式上，應該比實體診療之注意義務標準更加放寬呢？

江醫師：當然。遠距醫療有一些地方是有限制的，像是前面提到的聽不到病人心跳和呼吸聲，這會限制到能夠注意的範圍。不過，除非法規徹底開放，否則這種防衛性的醫療與檢查層出不窮，最後受害最深的還是病人，因為病人沒有對稱的資訊，所以當醫師決定不要冒險、要放棄這個病人致使其死亡或洗腎時，病人無法得知。防衛性的檢查包含一種情形是，病患只是頭碰撞一下，就叫他做電腦斷層，反正輻射傷害是在病患身上、費用是健保給付，醫師開單子叫他做對自己並沒有壞處，如果在醫院內部執業，開電腦斷層搞不好還可以抽成，又可以保護自己，反正不是自己的責任，如果說不用做檢查，又會變成責任都在自己身上。

研究者：好的，醫師的意見概括而言是否是認為，無論實體或是遠距醫療，都不應以較嚴格之標準看待，避免造成醫療資源浪費和防衛醫療呢？

江醫師：沒錯。其實你可以看看其他國家，人家沒有那麼多人把醫師入罪的情況之下，醫療並沒有比我們落後，把醫師羅織入罪也沒有救更多人，應該從大數據面看待這個事情。也許我們把醫師嚴格控制起來，可以更小心、多救一個病人，可是在這個多救一個病人的過程中，可能有 4、5 位病患就被醫師放棄掉了，因為醫師怕麻煩、怕惹官司、怕被告，有時候可能不見得會告輸，可是你要陪著病人去刑事庭出庭，二審或三審，誰願意？

我有一位學姊，當初幫病人進行腎臟切片之後病人出血，這當然沒有罪，但還是被告，中間二、三審法院走了 7、8 年，她一輩子從此不再幫病人做腎臟切片。我想問一個問題，給她看腎臟病的人是不是很倒楣？因為她就不叫你切片了，她就矇著眼睛治療你，她有什麼損失？損失的是病人，這個規範救了誰？沒有。

研究者：好的，剛才醫師有提到醫師的遠距醫療門診均是以自費的內科門診為主，想請教醫師對於病患掛號的資格是否有所限制呢？

江醫師：沒有。

研究者：那麼在遠距醫療的實行之下，醫師後續開給方劑的部分，通常是會照常

開給方劑，還是會比較偏向不開給方劑呢？

江醫師：當然要開方劑的話，病人就變成說要自費，這就比較麻煩，通常藥費比較貴的時候，我還是會建議病人到實體門診來看，因為現在法規不允許。如果是其他生活調整，比如說叫病人運動、降低吃高磷的食物，等等可以解決的問題，當然直接在看診的時候就可以解決。

研究者：雖然我們不樂見爭議，但這邊還是想請教醫師，因為遠距醫療所能注意的範圍有限，所以如果接到醫療行為相關的糾紛或投訴，是否會有和實體門診不同的看待標準或應對方式呢？

江醫師：應對當然沒什麼好應對可言，遠距有另一個好處是可以全程錄音錄影，所以對病人講過的話，比較不容易讓病人否認掉，這一點對病人是個保障，因為我們在實體門診是沒有辦法錄音錄影的。在這樣的觀點來說，健保局真的不用擔心會被 A 錢，因為反正都錄音錄影，隨時都能夠掉取得到當初看診時的畫面，這對醫師也是一種保障。

另一部分而言，因為遠距聽不到心音、呼吸聲，沒有辦法觸診，產生的誤差，這部分醫師就是自己要憑自己的醫術盡量了解自己的侷限，該轉實體的就轉實體。當然政府如果不開竅，硬是要在這邊賦予醫師太多責任，就會讓台灣永遠停留在這種落後的醫療情況。政府最困難的就是沒有大局觀，怕個案的吵鬧和悲傷、吃虧就限制，國外二十多年通訊診療都沒有什麼大問題，但我國如此限制，到現在檢討也是很緩慢，都已經 COVID-19 疫情爆發，就更應該趁勢開放。在醫院、診所候診時被感染的病患是很多的，這更凸顯了遠距醫療的必要性。

研究者：醫師在遠距醫療製作病歷時，是否會註記於病歷上，表示本次是以遠距醫療形式為之呢？

江醫師：我使用的是遠距醫療軟體，打上去的病歷資料都在上面，只要上面有資料都是遠距醫療。

研究者：是否方便詢問是哪一個軟體呢？

江醫師：醫生馬上看。

研究者：好的，那麼我們再回到剛才醫師所提及的「遠距醫療必須在醫療院所或機構內為之」法規問題，醫師認為這樣的規定應鬆綁放寬不必限制只能在醫療院所內為遠距醫療，那麼醫師是否認為需要有相關的開放配套措施以證明當下執行

醫療業務的醫師身分與資格呢？

江醫師：其實我覺得應該要能看得到病人，望還是很重要的。現成的軟體都可以全程錄音錄影，就不會有這種病人沒看到醫師或醫師沒看到病人或居假執業的問題，因為既然有全程錄音錄影，政府隨時可以調閱，沒有人敢欺騙的。像我們兩個在訪談，你會擔心看到的人不是我嗎？政府對於資訊的進展是沒有想到的，才會產生這麼多疑慮。本來看診就會準備適當的軟體，不會認為只靠一支電話就可以看到病人。所以我覺得是因為政府沒有把配套想清楚才產生很多的限制、擔心、怕被濫用的地方。

研究者：謝謝醫師寶貴的意見。那麼我們這邊另外想要繼續向醫師請教，醫師認為除了場所限制之外，有沒有認為其他現行制度需要調整的地方呢？

江醫師：還有健保藥劑給付的問題，應該要趕快放寬。因為你們不了解的是，病人來看病的代價非常高，他要開車、停車、候診，這些問題在遠距醫療是沒有的。因為來看門診最大的代價通常不是那區區 500 塊的診療費，如果你陪長輩去看過診就知道，你可能需要請假，你可能請一個小時的假嗎？不可能，等都不確定要等多久了，有時候等上半天，結果一看看到下半天，就只能繼續請假下去，那一個人一小時工資多少錢就損失了、停車費也是照常收，我們台灣病人常常需要等門診等很久，因為很多大醫院大醫師們，門診都要等到百號以上，這對於社會來說是很沉重的成本。遠距醫療是降低整體成本的，只是政府沒有想到，主管機關會覺得說不要濫用健保、增加醫療負擔就好，至於整個社會成本增加多少他們並不在乎，這是個人或部門的本位主義。

研究者：這邊想要請教醫師，目前大部分遠距醫療服務的病患是否都是年長病患呢？

江醫師：不是。大多是 60 歲以下的比較多，因為 60 歲以上的人獨自使用這些遠距醫療軟體比較困難。大多病患年紀介於 30-50 歲，不過如果有年輕人協助的話我們就可以看到比較年長的病患。

研究者：整體而言，醫師個人看診經驗而言，是否是認為遠距醫療帶來的效益是減低青壯年人口就醫的時間成本與風險呢？

江醫師：當然。遠距醫療甚至可以降低很多急診的負擔，急診本身是珍貴的資源，填入越多的病人越容易耽誤真正需要急診的病人的救治機會。東京當初開始遠距醫療時，那兩位發起醫師靠著兩支電話就把東京整體的夜間急診量去掉三分之一，遠距醫療從其他方面也可以增加我們急診的醫療品質，降低急診室被浪費的情況。

那兩位發起的醫師本身是急診醫師，他們覺得很多人來急診室是因為對醫療缺乏了解，有時候根本是不需要去的，他們才開始發動遠距醫療。

研究者：那麼醫師是否認為如果開放沒有立即生命危險的病患可以線上看急診，是否也是一個很好的舒緩醫療量能負擔的方式呢？

江醫師：是。哈佛大學他們甚至提早讓病人出院，醫師再透過遠距醫療來查訪，讓病人住在家裡，這樣就可以大幅降低院內感染的機會，而且降低總體的醫療費用。病人住在家裡就沒辦法向健保請求給付，但住院就可以請領給付。所以當醫師決定可以讓病人在家裡照護，然後用遠距醫療查訪的時候，就可以讓病房的周轉率提高。每一床的病房其實都負擔了很高的費用和感染風險，所以病房使用率應向低發展的趨勢，是所有醫療系統都有的共識，現在的阻礙就是政府的法規。

（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？

江醫師：其實我對政府是不抱什麼期望的，除弊大於新意。通訊診察在國外發展得很好，各種方面看起來就像沒有圍牆的醫院，可以照顧所有長距離短距離的病患，我個人通訊診療的經驗而言，通訊診療可以照顧到大約 95% 的狀態，可能有 5% 病患還是需要現場診療。所以這個東西其實是很值得大幅度使用，可以降低健保費用，如果主管機關或立法者只知道要提高健保保費，沒有想到說用一些科技的方法降低費用，有負國民所託，國民現在賺錢都很不容易。

五、中部診所／中醫師－黃醫師

註：黃醫師通訊診察經驗之病患均為 COVID-19 輕症確診者。

（一）在通訊診察的實施之前，衛福部對醫療院所、醫師個人所公布之法規主要內容以及注意事項？

黃醫師：之前健保局有公布，行動不便的病患可以透過視訊診療，加上家屬過卡拿藥，但是手續很繁瑣，加上認定標準很嚴格，行政上比較不方便，所以我一開始是沒有申請或參與通訊診察的。現在因為疫情的關係，很多病患需要居家隔離，所以一下子就開放，只要醫師願意參加通訊診察就可以參加，使用 LINE 來診察。但是應用程式常常在更新修改，且疫情變化太大，導致通訊診察的適用範圍經常擴大或限縮，使得醫師與通訊廠商疲於奔命。

（二）醫師在實際進行通訊診察時，在遵守或執行法規內容是否有困難之處？

黃醫師：我們醫師現在關於 COVID-19 最大的問題是，COVID-19 的門診當中，我們不確定開抗病毒的藥物，健保局是否會給付，如果標準嚴格化，那就有可能申請不到錢，目前疫情之下最大的擔憂是健保給付問題。西醫的部分是，條件放得很寬鬆，但藥物很貴又不夠，還需要審核，所以如果病患 5/1 確診，但 5/3 才收到報告，醫師就不能提早、輕易開給目前最新的抗病毒藥物，因為怕審核不通過，造成開藥也不能給付，所以不敢開給，那如果病患個案是兒童，就有可能在這個期間惡化；或是開給藥劑且審核通過，結果使用的個案是輕症，有排擠到中重症病患藥物資源的可能風險。

可開給抗病毒藥物的病患應列出條件加以限縮，例如只打過一劑疫苗，且屬於高危險群，例如有三高問題、洗腎的病患，或是免疫系統因先天或後天因素有障礙的病患，像這樣簡單明瞭的條件就可以明確化開給藥物的流程和標準。

研究者：也就是說目前法規執行上為難的地方是，醫師通常都會偏向不敢開給健保可能不給付的藥劑嗎？

黃醫師：沒錯。因為這樣執行起來就會很複雜，我們想的是快點、盡量把藥物給病人，像是美國因為預算充分的關係，因此快篩、疫苗、藥物都很足夠且醫療保險均會給付，但台灣目前的情況是，物資短缺，加上藥物可能審核不通過、不給付，所以造成目前的窘況。

(三)醫師認為目前對於通訊診察的法規限制或對醫師醫療行為之要求有無需要調整或鬆綁的地方？(例如是否因法規之因素而使得可能有通訊診察需求之病患無法適用通訊診察)

黃醫師：申報的問題只好給電腦廠商煩惱，救人要緊，法規上大略就是這樣，真正執行起來的細節會讓我們可能沒辦法專心看病。我們開立清冠一號的療程一次大約是 10 天，才會完整、降低復發風險，就像我前面提到的，病患如果 5/1 染疫，但是到 5/3 才真正 PCR 報告確診，截圖傳給我，那就只能開 8-9 天的藥物，使得療程不完整。所以最大的問題在於藥物給付申報的限制。

(四)通訊診察實際運作之下，診察整體效能是否有提升、減低或並無特別改變？(例如單次診察時間、後續開給方劑、回診安排等程序是否有因為通訊診察的實施而受到正面或負面之影響)

黃醫師：因為目前我個人的通訊診察經驗是 COVID-19 病患，大多不是長期追蹤、拿藥就好的病患，是初診病患，這都會看得比較久，但中醫而言，跟實體醫療是差不多的，都是 20-30 分鐘。效能方面，因為疫情居家隔離，視訊診療是必須的，

這樣也都很快，不用考慮交通問題，沒有什麼很大的差別。像是體溫，病患可以自己量，我可以衛教病患，逐漸建立醫療常識，對他來說是有好處的，當然實體醫療一樣也會衛教。量體溫、血壓都還可以病患自行為之，其他理學檢查無法做到，這是通訊診察的缺點，像是 X 光報告、驗血報告我還可以去雲端查詢，這是一種趨勢，真的需要時仍然需要用到。效能的部分，在急迫情形下當然是比較好的，像我目前的四位 COVID-19 病患，他們隨時 LINE 我我就必須看，這就有點像醫師值班，效能當然比只有上班時間才能看診好，就像急診醫師一樣，但是問題是，醫師會比較累。

研究者：針對這一點，其他受訪醫師曾經有提出，一人醫師的醫療團隊因為遠距醫療間接形成必須 24 小時 on call 的情形，不管是精神還是體力上都會帶來一定的負擔，醫師是否認為這方面的情形有可能會影響診察效率或效能呢？

黃醫師：有可能。因為我必須每天對每個病患查訪，因為每位病患都有一定程度的病症，所以必須每天查訪問說，體溫、症狀的改變，效能很好，但醫師休息時間還是必須設定靜音，避免休息受到干擾。一般而言早晚必須查訪病患，如果對方沒有報告的話，就要再行關心詢問，我目前一天大約 20 分鐘進行查訪 4 位病患，我的其他同業一天大約 1-2 小時查訪 20 多位病患。

(五)醫師對於診療時的注意義務與判斷是否有因實施遠距而造成執行困難程度改變？政府是否曾有發函或提供醫療院所關於通訊診察時的注意義務資訊？

黃醫師：我目前所診察的 4 位病患，都可以得到我需要的資訊。理學檢查的部分，像是腎臟發炎，今天我有 1 位病患向我表示其腰部會痛，我就詢問是上腰痛或是下腰痛、解尿是否會疼痛，以確認是否是新冠病毒造成其腎臟發炎。困難點是，如果是腎結石，我們必須敲擊其腰部，這樣也沒辦法做，因為病患正在居家隔離，家人也無法實施。所幸後來病患表示下腰部疼痛，代表腎臟發炎可能性較低，如果是上腰部疼痛，可能就需要請他去急診，居家隔離期間若有其他病症，也是非常麻煩的，除了原本的病症需要診治之外，也要小心傳染 COVID-19 給他人。

研究者：法規上對於醫師的醫療行為有「善良管理人注意義務」之要求，意即醫師之醫療行為必須達到一位專業醫師應有標準的注意義務，在遠距醫療之下，醫師認為對於這樣原本的標準是否應該有所調整呢？

黃醫師：醫師所要堅持的基本原則就是，只要有懷疑，不管是否確實有此病症，一定要鑑別診斷或詳細檢查。比如我剛才舉的腎臟發炎，假設他說他上腰痛，我又無法立刻實體檢查到，我就會建議他一定要去急診、抽血和做腎臟相關詳細檢查，這些建議我們都會註記在病歷中表示已經提醒過、盡注意義務，若病患不依

照建議或指示為之，我們就比較不會有未盡注意義務的問題。如果有錄音錄影，就更能確保已盡注意義務，減少法律糾紛，這部分我覺得政府應該輔導、協助我們達成設備上的要求，或是由電腦通訊廠商協助醫師，當然預算也是一個問題，我有一個病患是通訊設備訊號不佳，經常在診斷中就會斷斷續續的，所以通訊和技術性問題這部分我認為是政府需要協助改善的。

研究者：有其他受訪醫師提出，《通訊診察治療辦法》第 7 條第 3 款中規定：「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。」這項規定並不合理，對此項規定，醫師的看法是？

黃醫師：對於這項規定我是有所耳聞的。我們支援到別家醫療院所還要報備，以前不可以跨縣市支援，現在可以，但需要報備。你说不合理的部分，我是認同的，因為比如我們門診時間以外，病患有緊急的問題，當然可以馬上溝通，醫師應該要責任制，不應該侷限所在地，才能提升效率。

研究者：關於這項規定，主管機關是否曾經以任何形式發布或通知醫師呢？

黃醫師：我有在健保局的規定中看過這一項規定，是說只有在醫療院所內為的醫療行為才能申報健保給付。主管機關好像是認為說，我這邊有醫療器材、血壓計、診療床，才可以進行理學檢查，才符合申請診察費。但是如果是醫院，主治醫師外出用餐，總醫師有緊急狀況需要請教主治醫師，那你說主治醫師要不要立即回到醫院才能診療？本來醫師就是應該責任制，我對這個病患負責，我們該怎麼做才能達到最好療效，當然就是得隨時 on call。

研究者：其他醫師有提出，這項規定不合理之處在於，如果遠距醫療所使用的應用程式已經有內建錄音錄影的功能，那麼應該要允許呈報診察過程之錄音錄影就可以申報健保給付，而不應限制說只能在醫療院所內所為之醫療行為才能申報健保給付。醫師的看法是？

黃醫師：沒錯，我認同。因為有時候不一定需要理學檢查，比如說病患問我問題，但我人不一定在診所。就如果剛才說的，我就可以馬上回覆他，所以應該要是隨時可以 on call 的，這樣醫師最累，還要被健保局審查，會造成醫師的負擔太大。

研究者：關於醫師 24 小時 on call 的情形，醫師的看法是？

黃醫師：我其實也不是完全同意。一般診所而言，清醒時 on call 也沒關係，但是休息時間還是得休息。所以我會事先跟病患衛教好，如果有一些特定病症，要立即去急診，因為睡覺時間本來就是急診在處理的。我們可以減少急診的負擔是

因為，我們可以隨時處理的我們就處理掉，病患就不用一有任何症狀就找急診。

研究者：關於急診業務量的部分，有其他醫師提出一個比較獨到的見解是，如果允許輕症病患使用遠距急診，就可以大幅度地減低急診業務量，所以我國應效仿美國與日本，開放這樣的遠距醫療。對此醫師的看法是？

黃醫師：我認同。這本來就應該是允許的，因為比如說有些病患失眠，他也跑急診，因為晚上沒有醫師開門診，或只是擦破皮也跑急診，這樣缺乏衛生常識的病患也是有的，但這些問題只要問一下家庭醫師就可以了。但這樣的話我認為這些 on call 的醫師應該也要可以申報健保給付才合理，不然醫師的時間都讓病患無償綁住也不合理，這些也都應是診察的一部分才對。輕症分流到診所，也不用親自到診所，因為診所又不是 24 小時看診，開放這種視訊診療，急診就可以減少 1/3 或一半以上的業務量。而且診所診療費比較低，急診診察費比較高，沒有必要輕症就跑急診，不僅僅只是對病患的經濟負擔減輕，整體健保的醫療資源也可以減少浪費。

（六）醫師對於通訊診察之心得感想，以及對於未來的通訊診察發展有什麼樣的期望與見解？

黃醫師：很久以前我就覺得，像我們雲林鄉下地方，老年人家中都沒有年輕人，那他怎麼出來看病？但是他也不太會用通訊設備，如果他會用，就可以減少奔波繁忙。像我有一個病患他每次來都搭計程車，這樣的通勤成本就是很高的。其實真正醫療做到完善的，應該是要有巡迴醫療的，提供給交通不便又對通訊設備不熟悉的病患。我目前的病患都是 COVID-19 專案病患，所以大多都還是會使用通訊設備的，但交通與通訊設備均有困難的病患，仍然是值得重視的一個族群。