

衛生福利部令

中華民國111年9月23日

衛部醫字第1111666020號

修正「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」部分條文。

附修正「醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法」部分條文

部 長 薛瑞元

醫院個人資料檔案安全維護計畫實施辦法部分條文修正條文

第十三條 醫院應依第五條第一項第四款規定，對所持有之個人資料檔案，設置必要之安全設備及防護措施。

前項安全設備及防護措施，應包括下列事項：

- 一、訂定各類設備或儲存媒體之使用規範。
- 二、個人資料內容於蒐集、處理或利用時，訂定並採取適當之加密措施或配置安全防護系統。
- 三、個人資料有備份之需要時，訂定備份機制、管理及保護程序。
- 四、訂定資料之銷毀程序，包括電腦、自動化機器或其他儲存媒介物於報廢、汰換或轉作其他用途時，確保個人資料完全移除或清除，無洩漏之虞。

第十三條之一 前條個人資料檔案使用資通訊系統蒐集、處理或利用時，應訂定並採取下列資訊安全措施：

- 一、使用者身分確認及保護措施。
- 二、個人資料顯示之隱碼措施及使用時機。
- 三、網際網路傳輸之安全加密措施。
- 四、個人資料檔案及資料庫之存取控制與保護監控措施。
- 五、防止外部網路入侵措施。
- 六、非法或異常使用行為之監控及因應措施。

前項第五款及第六款措施，應定期演練及檢討改善。

第十四條 醫院應依第五條第一項第五款規定，於發生個人資料被竊取、洩漏、竄改、毀損、滅失或其他侵害事故時迅速處理，以保護當事人之權益。

前項處理應包括下列事項：

- 一、採取適當之措施，控制事故對當事人造成之損害。
- 二、查明事故發生原因及損害狀況，以適當方式通知當事人或其法定代理人，並於發現事故時起七十二小時內，以書面通報直轄市、縣（市）主管機關及副知中央主管機關。

三、研議並採取避免事故再度發生之改進措施。

直轄市、縣（市）主管機關就所轄醫院個人資料發生第一項事故之完整處理情形，應按季通報中央主管機關。

直轄市、縣（市）主管機關接受第二項通報後，得依本法第二十二條至第二十五條規定，對該醫院為適當之監督管理措施；中央主管機關認有必要時，得督導直轄市、縣（市）主管機關對於該醫院之相關監督管理機制。

第二項第二款通報紀錄格式及第三項按季通報紀錄格式，規定如附件一及附件二。

第二十條 本辦法自發布後六個月施行。

本辦法修正條文自發布日施行。

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網（<https://gazette.nat.gov.tw/>）。

附件一

個人資料侵害事故通報紀錄表			
醫院名稱： _____ _____	通報時間： 年 月 日 時 分 通報人： _____ 簽名(蓋章) 職稱： 電話： Email： 地址：		
知悉事故之來源	<input type="checkbox"/> 自主發現：年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 接獲機關 _____ (名稱) 通報，通 報日期：年 月 日		
事故發生時間			
事故發生種類	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故 </td> <td style="width: 40%;"> 個人資料侵害之總筆數(大約) _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數(大約) _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆
<input type="checkbox"/> 竊取 <input type="checkbox"/> 洩漏 <input type="checkbox"/> 竄改 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 其他侵害事故	個人資料侵害之總筆數(大約) _____ 筆 <input type="checkbox"/> 一般個人資料 _____ 筆 <input type="checkbox"/> 特種個人資料 _____ 筆		
發生原因及事件摘要			
損害狀況			
個人資料外洩可能結果			

採取之因應措施	
通知當事人之時間及方式	
是否於發現個資外洩後七十二小時通報主管機關	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，理由：

註1：上開欄位之各項資訊若尚未明確者，得先填寫「不明」，並敘明預定完成時間。

註2：欄位資料為「不明」者，請依預定完成時間內，將後續處置作業之通報內容更新，函報直轄市、縣(市)主管機關。

附件二

個人資料侵害事故按季通報紀錄表						
序 號	醫院 名稱	受理 日期 及來 源	通知醫院說 明 ^{註1}	處置作業		
				處理情形 ^{註2}	查處結果 ^{註3}	結案日期 ^{註4}
			<input type="checkbox"/> 說明事件緣由 通知日期： 通知方式：			
			<input type="checkbox"/> 說明改善進度 通知日期： 通知方式：			

(表格如不敷使用，請自行增列)

註1:「通知醫院說明」指醫院發生個人資料侵害事故後，直轄市、縣(市)主管機關通知說明事件緣由或改善進度之通知日期及方式(例如電話傳真、公文書或電子郵件)；如無，請敘明理由。

註2:「處理情形」指醫院回復直轄市、縣(市)主管機關之處理結果或直轄市、縣(市)主管機關進行之行政檢查(含複查)。

註3:「查處結果」指直轄市、縣(市)主管機關對於個人資料侵害事故之行政指導、限期改善、裁處(含金額)等。

註4:「結案日期」指醫院完成第十四條第二項所定處理事項之日期。