

健保醫療平權 數位升級計畫

(113 年至 116 年)

衛生福利部

中華民國 112 年 8 月

目錄

壹、計畫緣起	1
一、依據	1
二、未來環境預測	2
三、問題評析	6
四、社會參與及政策溝通	9
貳、計畫目標	11
一、目標說明	11
二、達成目標之限制	13
三、績效指標、衡量標準及目標值	17
參、現行相關政策及方案之檢討	23
一、「民眾健康賦能」現行相關政策與績效	23
二、「雲端系統效率精進」現行相關政策與績效	26
三、「打破圍牆的醫療照護」現行相關政策與績效	31
四、「資料生態系」現行相關政策與績效	37
肆、執行策略及方法	43
一、主要工作項目	43
二、分期（年）執行策略	46
三、執行步驟與方法	60
伍、期程與資源需求	104
一、計畫期程	104
二、經費來源及計算基準	104
三、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配	

合情形	104
陸、預期效果及影響	111
柒、財務計畫	112
捌、附則	113
一、風險管理	113
二、相關機關配合事項	116
三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表...	117
四、資訊系統相關策略之資通安全防護規劃	128

圖目錄

圖 1、國內醫療健保服務現況.....	6
圖 2、醫療健保系統未來發展需求與面臨挑戰.....	9
圖 3、健保數位升級目標.....	11
圖 4、健康存摺發展軌跡與使用人數.....	25
圖 5、健保卡上傳就醫趨勢及成長原因分析.....	37
圖 6、計畫四大面向與重點.....	43

表目錄

表 1、2021 年至 2022 年遠距醫療給付計畫執行情形.....	32
表 2、計畫工作項目一覽表.....	43
表 3、經費計算基準.....	104
表 4、分年經費一覽表.....	105
表 5、各年度經費明細一覽表.....	106
表 6、風險可能性評量標準表.....	113
表 7、風險影響程度評量標準表.....	113
表 8、風險判斷基準.....	114
表 9、計畫現有風險圖像表.....	114
表 10、計畫風險評估及處理彙總表.....	115
表 11、計畫殘餘風險圖像.....	116
表 12、中長程個案計畫自評檢核表.....	117
表 13、中長程個案計畫性別影響評估檢視表（第一部分）.....	120
表 14、中長程個案計畫性別影響評估檢視表（第二部分）.....	127

壹、計畫緣起

世界衛生大會（World Health Assembly, WHA）在 2018 年提出數位科技在改善公共衛生方面扮演重要角色，並敦促會員國優先發展及利用數位科技於健康領域，作為促進全民健康覆蓋和推進永續發展目標的手段。臺灣自 1988 年著手規劃全民健保制度，1995 年 3 月 1 日開始實施至今已逾 28 年，在歷經 SARS、COVID-19 等疫病流行的洗禮，以及數位科技、人工智慧、5G 等資通訊科技（Information and Communication Technology, ICT）蓬勃發展、氣候變遷愈趨嚴峻、俄烏戰爭及資訊安全事件等多重衝擊的環境趨勢下，全民健保制度朝 30 年邁進，需要完善規劃資料治理與應用機制，強化資源效率配置，確保制度永續經營，呼應全球淨零趨勢，以達到提升民眾健康餘命與生活品質之社會福祉。

一、依據

- （一）行政院國家發展計畫(110 至 113 年)之發展策略「數位創新，啟動經濟發展新模式 2.0」、「安心關懷，營造全齡照顧的幸福社會」及「人本永續，塑造均衡發展的樂活家園」。
- （二）行政院智慧國家方案（2021-2025 年）加速六大核心戰略產業發展，本計畫以「資訊及數位產業」及「臺灣精準健康產業」兩面向，納入健保大數據數位應用、建構基因及健保巨量資料庫等推動策略，奠定技術發展基礎，以達到「2030 實現創新、包容、永續的智慧國家」願景。
- （三）行政院生技產業策略諮詢委員會（Bio Taiwan Committee, BTC）2022 年以落實「精準健康，韌性臺灣」願景，提出「生醫韌性家園願景與布局」、「BioData 翻轉健康大未來」及「多元觀點洞悉精準健康新契機」等議題。

- (四) 依行政院 113 年度施政方針「捌、勞動、衛生福利及環境保護」，致力精進健保收支制度及資料管理，穩健健保經營。
- (五) 憲法法庭 111 年 8 月 12 日憲判字第 13 號判決，健保資料庫欠缺個人資料保護之獨立監督機制、健保法及其他相關法律欠缺重要事項明確規定，及欠缺當事人得請求停止利用之相關規定，不符憲法第 23 條法律保留原則之要求，違反憲法第 22 條保障人民資訊隱私權之意旨，應於判決宣示之日起 3 年內修法或制定專法明定之。
- (六) 扣合台灣 2050 淨零排放路徑及策略，運用「公正轉型」及「節能-創新科技、能源有效運用」策略，以「盡力不遺落任何人」之恆平性與公平性目標，逐步導入前瞻技術，從需求面全面提升能源使用效率。
- (七) 依臺灣永續發展目標之核心目標 3「確保及促進各年齡層健康生活與福祉」，實現全民醫療保健覆蓋（Universal Health Coverage, UHC）及永續性。

二、未來環境預測

醫療制度、技術、環境發達與否直接影響人民生活福祉，臺灣全民健保制度 1995 年 3 月 1 日實施至今已逾 28 年，在現今數位及遠距醫療、淨零碳排的環境趨勢下，各界對於健保資料運用的想像，已不再侷限於保險費核銷之目的，更期待資料能合理加值應用，透過資料治理與預防醫學，來提高民眾的健康餘命與生活品質。另因應資通訊科技及雲端技術的興盛發展，雲端化服務已然成為趨勢，可減少機房維護成本並提升資訊安全，讓資料安全更具保障，同時響應臺灣 2050 淨零轉型，降低能源消耗，達到節能減碳之成效。重要趨勢及未來環境預測進一步說明如下：

- (一) 高齡化社會帶動醫療服務革新及數位醫療

高齡化為全球人口變遷趨勢，根據國家發展委員會推估，我國將於 2025 年邁入超高齡社會，高齡人口成長使健康照護服務需求加劇，醫療支出逐年攀升，增加健康照護產業的重要性。少子化也產生醫療照護人力不足等缺工風險，國發會推估 2028 年後，15 歲至 64 歲工作年齡人口將下降，青壯年負擔將持續加重。未來醫療服務供需生態、醫療照護機構運作機制將備受考驗。因此如何掌握數據與民眾信任將成為醫療照護機構推動全生命照顧的重要工作。各國也持續應用資通訊技術或創新模式解決健康醫療相關領域的痛點，積極投入數位醫療的發展。

（二）新冠疫情加速遠距醫療推動

COVID-19 疫情流行，民眾經歷居家隔離與居家辦公，帶動宅經濟成長及非接觸經濟（如送餐、送藥、行動照護服務）新模式發展機會，同時讓數位醫療加速驅動發展出遠距醫療照護。疫情期間，許多民眾為避免感染風險，改變前往醫療院所的就醫習慣，透過視訊診療、電話複診等方式就診。運用資通訊科技結合醫事人員專業知識、醫療臨床資料交換，克服空間與時間上的障礙，亦可藉此提升偏遠地區民眾醫療照護可近性。

（三）因應淨零減碳提升健康平等

在全球淨零排放的浪潮下，醫療保健領域開始針對減碳議題進行討論與倡議，非政府組織 Health Care Without Harm 於 2019 年研究發現，健康照護體系產生的溫室氣體約占世界總排放量 4.4%，各國均加速推動淨零減碳政策，並推動醫療保健淨零創新與雲端數位服務。英國國家保健服務（National Health Service, NHS）投入永續醫療逾十年，發展淨零健保，此一政策對民眾健康有益，尤其弱勢族群特別受益。NHS 從建築、供應鏈等面向著手，更提出發展「低碳數位

醫療」行動方案，包含「將資料移至大型公有雲（hyper-scale cloud）」、「降低資料儲存需求」等，以提升醫療效率與節省醫療資源，並配合台灣 2050 淨零排放政策，透過健保數位轉型達成政策平衡及分配公平性。

（四）WHO 倡議數位健康策略

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）頒布《2020-2025 年全球數位健康策略》（Global Strategy on Digital Health 2020-2025），建議政府如何運用人工智慧（Artificial Intelligence, AI）、機器學習、巨量資料分析、穿戴裝置、及物聯網（Internet of Things, IoT）等健康數位轉型科技與工具，推動連續性的數位醫療照護服務，帶來正向的健康照護結果。

（五）ICT 技術加速醫療領域應用

隨著各國持續應用資通訊技術解決健康醫療相關領域的痛點，降低醫療服務成本。新興數據創新與人工智慧應用，改變醫療商品與服務，使醫療服務由疾病治療朝向預防與精準醫療發展。在網路高覆蓋率的趨勢下，透過雲端傳遞服務及資料交換與分析，並結合通訊與資料安全、隱私保護、巨量資料儲存與分析運算等技術，可改變醫病溝通與服務管理及生活距離。上述的服務改變亦建立在以資料作為驅動創新的動力，但開放資料應用仍欠缺以個人為核心，而足以促進社會信任的資料治理架構。

（六）醫療保險科技降低醫療費用

因 COVID-19 疫情快速崛起的遠距醫療，讓數位醫療在此發展背景下逐漸成形。各國數位醫療服務費用主要來自個人或企業醫療保險支付，醫療保險公司願意搭配更多前瞻或新興醫療模式，及醫療

院所、企業共同合作，提升保戶整體身心健康，同時亦能降低醫療保險整體支付費用。

（七）真實世界證據加速新藥開發

真實世界證據（Real World Evidence, RWE）有助於呈現真實臨床情境下的使用情況，彌補傳統臨床試驗的不足，間接促進藥品開發。美國食品藥物管理局(FDA)2018年公布「真實世界證據方案框架」，針對數據品質、研究設計及實施情況進行評估，協助加速藥物開發。RWE分析也成了醫療提供者及保險支付單位檢視醫療方案效益的重要應用。健保資料庫為串接健康數據最重要的資源，可預期外界對於運用資料庫以提供醫療新洞見的高度期待。

（八）數據治理發展及健保大數據運用基礎

民眾掌握自己醫療資料的運用及其資訊自主權的確保，並取得社會對健康資料應用的信任，已成為數位醫療發展之基礎，除了經由法規與標準的制度建置來強化資料治理的依據外，同時也須持續深化資料收集及其品質提升，亦是精準醫療及人工智慧應用於醫療之必要元素。

（九）國內醫療保健發展趨勢與機會

臺灣正面臨人口快速老化、疫後非接觸經濟崛起、數位科技加速醫療淨零轉型、醫療照護跨界競爭加劇等社會發展趨勢，預期帶動醫療照護數位服務與醫療健保服務革新，促進新型態的醫療健保數據治理與服務創新。

台灣正面臨社會人口老化、疫後非接觸經濟崛起、數位科技加速醫療淨零轉型，
醫療照護跨界競爭加劇，促進醫療照護數位服務與醫療健保服務革新。

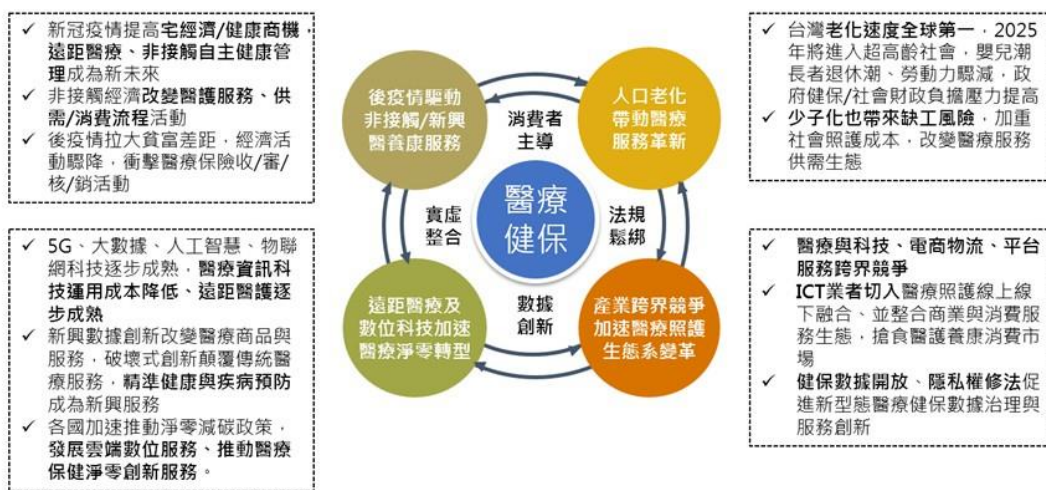


圖 1、國內醫療健保服務現況

三、問題評析

健保資訊系統在十多年前進行系統移轉後，再度面臨開發工具老舊、程式語言不再支援，應用系統開發經費日益緊縮等困境；在新興科技應用上亦面臨瓶頸，也讓健保業務在促進社會發展時受到限制，而無法得到良好的發揮。目前主要面臨資訊分散且缺乏標準、服務流程虛實整合、系統老舊不易維護、資料隱私等問題，以下逐一說明現況與面臨挑戰：

(一) 打造次世代健保資訊系統，推動淨零服務革新

在氣候變遷、地球暖化的危機下，資訊產業綠能化已是主流，使用綠能機房且持續優化機房能源效率是資訊機房基礎環境必須考量的目標；另運用新興資訊科技、透過高效能的資通訊技術及雲端服務架構以有效提升資訊系統的服務效能也是未來資訊系統發展的趨勢。

在雲端科技的發展趨勢，健保署所建構的雲端化服務，若能跳出既有的運作框架，架構整合性平臺，以協助基層醫事機構的醫療數位化進程。未來更可依據健保身分識別，及擴充雲端服務，讓醫事機構可以更有彈性地選擇資訊組合，來加強整體醫療服務數位化發展結果及強化醫療品質。因此，為推動數位轉型及社會永續，應朝向發展健保次世代資訊系統，並同時推動淨零服務革新。

（二）守護國人健康，加速數位醫療服務

在數位醫療的發展趨勢下，可從資料整合、服務優化、新產品導入等方面去做探討。

在資料整合方面，伴隨著雲端架構及服務品質改善相關議題，在醫療相關資料的共享無論是功能介面、資料格式標準化、交換流通便利性與資料的可利用性等都需要持續的優化調整，訂定讓國內院所共通遵循，甚至與國際醫療機構一致的共通資料交換格式標準；以及如何導入雲端架構，並進一步開放多元加值應用，提升整體服務的效能及品質，創造新價值，亦為重點發展議題。

在服務優化方面，透過後端資料整合，如何發展與優化看診與健保申報服務，進一步提高醫療品質與使用者滿意度也是重要課題。

在新產品導入方面，2022 年 BTC 會議建議建立創新醫藥產品之市場准入機制，試行「健保沙盒」對已通過 TFDA 的創新產品（尤其是智慧醫療與精準醫療），如何透過數位加速創新產品的導入，是提升人民的生活福祉的重要課題。

（三）發展遠距醫療服務，促進醫療平權

後疫情時代「零接觸」成為未來就醫方式之新趨勢，因應新興資訊科技的導入、硬體效能的提升及人工智慧相關演算法的進步，持續且不間斷的進行醫療作業的數位轉型發展，串接包含遠距及視訊診

療、電子處方箋、虛擬健保卡等作業流程，提供一站式入口服務，以簡政便民並提升行政效能。透過遠距醫療的發展，可逐步抹除地理及時間因素造成的醫療資源分配不均的問題，進而促進醫療平權，讓每位國民都可以有合適管道取得需要的醫療資源。

健保持續拓展、深化醫療數位運用能力，因應實體卡片運作不易，朝向通訊診療及遠距醫療發展，逐年推展雲端控制軟體運用、虛擬健保卡、全民健保行動快易通、健康存摺 APP，希望提供醫事機構端及民眾端優質的服務。雖然基層醫事機構具有一定的資訊能力，但是數位整合能力尚有努力空間。以就診流程來說，未透過整合實體卡片、數位身分識別，面臨需切換使用不同作業介面之不便。遠距及視訊診療從掛號到看診、領藥…程序繁瑣，醫療照護資訊分散各處，民眾數位力差距大，缺乏整合入口網頁、流程串接，相關政策推動困難。

（四）強化健保資料加值安全，完備資料應用生態

近年來大數據與人工智慧的蓬勃發展，而其發展動能賴以豐富多元資料的整合，同步配合建立各類彈性的資料使用機制來提升開發效率，然大規模的民眾資料串聯亦帶來較高的個資風險，政府應完備相關法制規範，同步也保障民眾資料自主權並建立請求停止使用權之機制。進而發展讓全民信賴的治理，和值得信任的資料治理體系，利用去識別化之數據，產生更多創新和公益應用，將會是未來關注且需要持續努力發展的領域。

全民健保資料庫相關研究對醫療實證、健保政策等皆有顯著貢獻，但醫療領域牽涉範圍廣，涉及較多敏感議題，故必須向民眾確保健保資料進行目的外利用時，不會有侵犯隱私權及個資外洩疑慮。憲法法庭於 2022 年 8 月 12 日做出 111 年憲判字第 13 號判決，已明示健保資料庫欠缺個資保護之獨立監督機制及當事人請求停止使用規

定，同時亦應於 3 年內修法或另立專法，完備法律保留原則，來建立與民眾於資料應用的互信基礎，進一步依此架構完善的資料應用條件，同時持續推動健保資料加值的動能，建構使用經驗與行政執行循環機制來驅動資料品質永續提升。



圖 2、醫療健保系統未來發展需求與面臨挑戰

四、社會參與及政策溝通

(一) 行政院 2022 年生技產業策略諮議委員會議(BTC)

行政院 2022 年 BTC 會議，提出生醫韌性、BioData、Bio-ICT 等發展要項，以促進我國生技產業發展進而提升人民健康。

2022 年 BTC 會議建議建立創新醫藥產品之市場准入機制，試行「健保沙盒」對已通過 TFDA 的創新產品（尤其是智慧醫療與精準醫療），在健保平臺試用一定時間，同時進行成本效益分析，證明有用，再正式納入健保給付。在各界對健保資料大數據的運用期盼下，可預期將帶來提升資料庫儲存、資料串接流通、運算效能提升等資源需求。

2022 年 BTC 會議也建議資料再利用的資料治理上，應納入資料當事人為 stakeholders，讓將當事人能有安全完善機制參與後續資料利用商業模式的開發與利益共享，槓桿產業能量提升台灣運用健康數據來發展提升民眾健康的應用。在此健保資料的流通、再運用、賦能民眾自主運用等趨勢下，可預期將帶來提升資料庫管理與數據治理技術與平臺的需求。

（二）《健保資料庫釋憲案》111 年憲判字第 13 號判決

健保資料庫對臺灣的醫療發展非常重要，根據健保署民眾意願調查，多數均支持健保資料提供學術利用，雖然健保數據加值的效益與價值已有目共睹，並深受期待能作為提升我國生醫與醫療科技產業的堅實基礎，然而未事先取得民眾的同意、欠缺當事人得請求停止利用之相關規定，去識別化的安全保障，引起人權團體質疑。111 年憲判字第 13 號判決《健保資料庫釋憲案》也點出，由個人資料保護法或其他相關法律規定整體觀察，欠缺個人資料保護之獨立監督機制，對個人資訊隱私權之保障不足，而有違憲之虞，相關機關應自本判決宣示之日起 3 年內，制定或修正相關法律，建立相關法制，以完足憲法對人民資訊隱私權之保障。

（三）運用數位科技提升健保為民服務

健保署以民眾為中心，導入創新科技技術，持續秉持專業及為民服務的精神，期使為民服務達到整合化、標準化、可及性、便利性及科技性。透過客服中心、智能客服、全民健保行動快易通 | 健康存摺 APP、健保署 Podcast 網路廣播、全球資訊網、FB、Line@ 等服務管道，打造以民眾為中心的多元諮詢服務管道，運用新興科技發展創新服務，以提升為民服務品質。

貳、計畫目標

一、目標說明

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）2021 年發布《全球數位健康策略》（Global Strategy on Digital Health 2020-2025）提出，應加速以人為本的數位健康，建議發展措施包含推動跨界研發、鼓勵創新與合作等。

本計畫預期透過「民眾健康賦能」、「雲端系統效率精進」、「打破圍牆的醫療照護」及「資料生態系」四大策略，以健保雲端服務推動醫療平權，賦權民眾健康管理與資料自主觀念與能力，提供適切、可近及永續的全人全程健康照護，同時以保障個人隱私為前提，完備資料使用相關法制規範，提升健保資訊效能與安全及創造資料運用價值，及強化韌性、敏捷應變的軟硬體資訊基礎建設與維運體系，打造全民、醫療產業、學術研究、政府皆受惠的醫療發展生態。

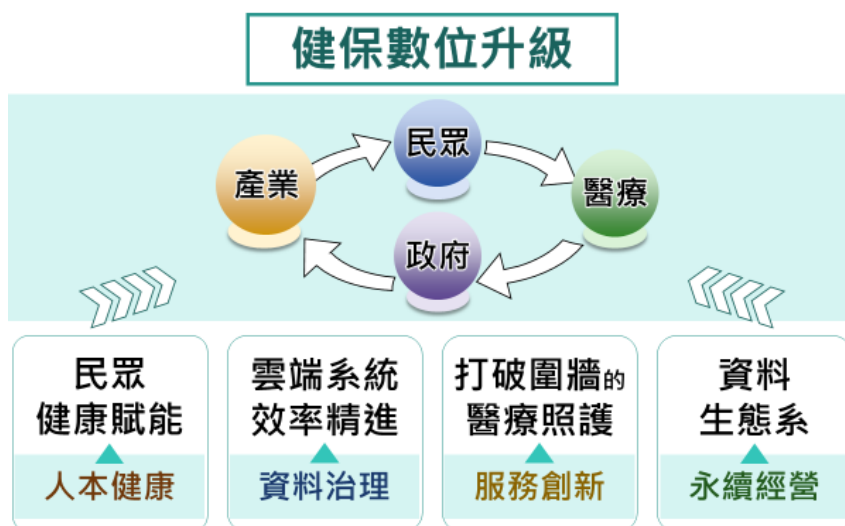


圖 3、健保數位升級目標

本計畫預計可達到四個目標：

(一) 推動人本健康，賦能民眾健康管理

透過健康存摺作為個人健康紀錄基礎，以使用者角度規劃擴展應用範圍與衛教內容，及可結合性健康產業服務之特性，賦權民眾健康管理與資料自主觀念與能力，公私協力提供適切的全人全程健康照護。

(二) 完善資料治理，精進醫療品質與效率

精進健保署與醫療院所及跨部門之資訊服務多元應用，加速資料取得及分享之即時性，提升醫療照護能量及可近性。完善資料整合流通及應用，進行多元資料應用之推展，建構有安全感之系統環境，以發展值得信賴的平臺服務。

(三) 創新健保服務，運用科技去圍牆及重整資訊架構

精進身分識別作業，兼顧多元雲端應用及既有服務；增進遠距醫療服務運用效率，優化作業流程與設備安排。規劃高互通性健保資料介接與交換模式，豐富醫療即時共享資料範疇，並提升院所與院所、院所對行政機關及機關與機關間的醫療資訊的資料交換介接，並進行內部資訊系統重整重構，期未來透過新架構調整提供更快速敏捷的服務，提升整體醫療服務效率與品質。

(四) 公私協力推動資料應用生態，確保健保永續經營

以資料治理、隱私法遵為手段，建構開放、透明的公共治理體制，建立健保資料目的外利用之公眾信任，規劃建立高價值資料公眾諮詢機制，以病患最大利益為優先考量，發揮公益價值，達成健保永續。建構整合性健保資訊流及雲端平臺，擴大跨域服務及加值應用，導入、開發與精進人工智慧辨識及語意分析技術，建置智能語音導航服務系統，持續進行系統擴充與功能優化；規劃應用生成式 AI 技術或自

然語言處理模型，協助輔助產生訓練資料，提供輔助答案建議，優化調校及提升應答意圖辨識率，透過匯流網站，社群、APP、客服中心等各種管道之健保服務數據、詢答資料轉換，整合服務軌跡，提供全管道、全年無休的健保為民服務，提升整體服務效能及使用者滿意度。現行健保收載資料進行專題式資料加值及標準化轉換以提升使用效率，並建置可近性高之應用平臺以利後續多元使用。

二、達成目標之限制

（一）民眾健康賦能

1. 健康存摺未收載醫療以外之健康資料，亟待完善資料完整度，以可跨大健康照護應用範圍

健康存摺為健保保險對象查閱個人健保就醫紀錄之平臺，目前收載民眾健保醫療資料外，雖已介接其他機關資料(如國健署提供之成人健檢資料)，惟仍缺乏民眾自費健檢、飲食、運動等與民眾健康相關數據，影響後續資料多元應用範疇。期待透過本計畫執行，配合人工智慧技術日益成熟，讓健康存摺除結合現行就醫紀錄之外，更協助整合個人健康紀錄，如生理量測、穿戴式裝置資料、生活習慣紀錄等，讓民眾在食、衣、住、行、育、樂上，可使用更多健康照護服務持續提升功能，讓健康資料回饋到民眾有感的照護改善，以提升民眾健康自主管理的識能，善用資訊工具管理健康，進而改變生活態度與行為，亦可強化醫病溝通，提升就醫安全。

2. 「家庭醫師整合性照護計畫」執行多年，亟待強化全人照護模式，建立個人化初級照護健康管理平臺之家醫平臺，強化醫療群與會員之緊密性

現行家庭醫師僅能透過健保雲端收載資料查詢會員之醫療行為及健康狀況，未具整合性之個人化照護資料，期望參照健康存摺資料收載模式，打造專屬於家醫醫療群和會員間的個人化初級照護健康管理平臺，藉由個人資料歸戶收載完整的健康資料紀錄，於會員知情同意下，提供醫療群完善的資料，並透過平臺數位化追蹤管理功能，提供會員初級照護必要之追蹤管理、衛教資料及健康活動訊息。

3. 健康存摺 SDK 介接第三方應用亟待能建立安全且便利之模式，以加速健康產業多元應用發展

健康存摺 SDK 提供民眾可自主分享個人健康資訊予醫療院所或健康管理等類型之第三方服務 App，藉以獲得健康加值服務。健保署考量資訊安全，現行健康資料須先行載入民眾的手機，始能再提供給第三方業者應用，即「B2C2B」的運作模式，此法雖可提升資料安確性，卻也同時影響資料應用效率。若能透過本計畫，建構安全且便利的資料交換模式，以「B2B」的模式介接資料，將可大幅提升健康資料應用效率。另外，因 2022 年憲法法庭健保資料利用之判決，外界對於資訊安全、個人資料保護等議題較為敏感，可能影響第三方 App 開發者及民眾使用數位工具之意願，需思考兼顧民眾資料自主管理及資料應用創新與彈性之強化機制。

（二）雲端系統效率精進

1. 基層醫療、居家照護及在宅醫療模式興起，健保雲端系統亟待盤整精進，以便利醫療服務提供者查閱資訊

健保署現行透過健保醫療資訊雲端查詢系統，將民眾醫療相關資料透過雲端提供醫療服務提供者查閱民眾跨院所間的就醫資訊，包含就醫、用藥、檢驗（查）結果、過敏藥物等多類資料，並

透過藥品交互作用主動提示機制等功能，輔助醫師診療。惟本系統開發多年，尚需盤整院所使用需求進行系統優化及強化運作韌性，經統計 2022 年醫院檢驗（查）及影像資料上傳率均超過 9 成，然而基層院所與檢驗所上傳比率偏低，需思考解決基層院所檢驗（查）資料上傳率低及精進跨院資料整合查詢功能。另考量人口老化及多重慢性病等因素，在宅醫療服務模式正逐漸發展，如何因應醫療提供模式的轉變，提供便利醫療服務提供者查閱資訊的方式，是健保雲端系統亟待克服的挑戰。

2. 保險人數位審查模式亟待建立，以加速民眾醫療服務取得並抑制醫療不當耗用

健保署為全民健保單一保險人，現行審查作業僅部分數位化，如可建構數位化審查模式，將可加速新藥、新醫材之審查及核價，民眾將可更快獲得新進的醫療服務。

健保一年有超過 8 千億的預算，這龐大預算的使用，需有完整有效的監控機制，避免醫療資源不當耗用。順應資訊科技發展興盛之趨勢，健保署需善用資訊自動化檢核與 AI 應用，提升各式審核之效率，提升民眾醫療福祉。

（三）打破圍牆的醫療照護

1. 因應後疫情時代來臨，遠距醫療服務模式亟待建立

全民健保遠距醫療計畫推動由在地院所醫師與遠距院所專科醫師視訊連線，雙方共同照護病人，目前全國共有 64 個山地離島鄉鎮公告施行，提升偏鄉地區專科醫療可近性。惟為利於遠距醫療流程與資料交換無礙，需持續研議如何建立資料標準架構與資料交換機制，及降低系統建置與維運成本，並研議公私協力合作模式（如遠距/視訊醫療雲端整合服務），提供完整的遠距醫療服務流程。

因應後疫情時代來臨，醫療服務的提供需研議建立遠距醫療模式，讓醫療服務不受各式外界環境變化，仍能穩定、永續提供。

2. 因應行動化醫療服務需求，亟待以虛擬健保卡串介各式智慧化醫療模式

為利推動醫療行動化，健保署自 2019 年起開始辦理虛擬健保卡就醫模式之試辦、於 2022 年主要推動居家醫療、視訊診療及遠距醫療。目前持有虛擬健保卡人數超過 53 萬人，另在院所端，也透過優化就醫看診流程提供獎勵誘因，鼓勵更多醫療院所的加入，讓虛擬健保卡的服務更普及。

惟為更完善就醫模式，應持續關心民眾需求與蒐集醫療院所建議，擴增虛擬健保卡應用範圍，規劃結合電子處方箋、增加多元行動支付管道等，並朝便民方向，規劃簡化申請及就醫流程。另在院所端，也透過提供獎勵誘因，擴充應用及補充院所經費等實質配套政策及多元推廣鼓勵更多醫療院所的加入，讓虛擬健保卡的服務更普及。

(四) 資料生態系

1. 因應大數據時代來臨，我國亟待建構完整健康資料生態系統 (BioBank)，以加速精準健康醫療服務發展

隨著醫療科技進步，各種新藥、新醫材、新醫療技術等不斷推陳出新，如機械手臂輔助手術、微創手術，創新(智慧)醫材、AI 醫材等，此外也有其他新型態醫療，如基因檢測精準醫療或影像導引技術等。前開創新仍需建置相關治理，例如協助創新醫材與數據加值應用服務，運用智能特材收載資訊系統建置一條龍機制，自申請到收載運用智能化加值應用系統，加速研議創新醫材收載事宜。就健保資料庫個人健保資料之對外傳輸或提供利用相關行為，完善

層級化法律保留原則之要求，自判決宣示之日起 3 年內，完成修正健保法或其他相關法律，或制定專法明定之。配合衛生福利部電子病歷及推廣 HL7 FHIR 標準，重新規劃相容的健保 IC 實體卡認證系統並降低開發與整合成本，綜上需完善規劃，以建置以人為本，打造健保資料生態系統。

另外，健保服務包括醫療、藥品、特材、為民服務等多元面向，所收載的資料亦分散於各類平臺且有紙本、文字、影像等不同資料儲存形式，需思考如何建構完整的資料治理模式，及資料加值與格式轉換以提升效率與多元應用之機制為挑戰之一。

2. 健保資料系統建構以近 30 年，程式架構過於老舊，亟待全面翻新以符合資通安全管理加速數位醫療升級

健保資訊系統在多年前進行系統移轉，因應資通訊技術發展迅速，可能再度面臨開發工具老舊、程式語言不再支援，應用系統開發經費日益緊縮等困境。目前面臨問題包括資訊分散且缺乏標準、服務流程虛實整合、系統老舊不易維護、資料隱私等，未來需精進建構與現有健保資訊系統相容的混和雲架構與服務及在資通安全管理法基礎下，推動健保資料與服務提供雲端化服務，是值得精進之議題。

三、績效指標、衡量標準及目標值

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
(一)民眾健康賦能						
提升健康存摺 使用人次	較前年增加 之人次	111 年 3.06 億人次	較 111 年增 加 50 萬人次	較 112 年增 加 60 萬人次	較 113 年增 加 70 萬人次	較 114 年增 加 80 萬人次

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
提供主動推播服務項目	推播的項目數	112 年 1 項	新增 2 項	新增 3 項	新增 4 項	新增 5 項
主動推播項目點閱率	平均點閱率	111 年 3%	5%	7.5%	10%	12.5%
提升個人化初級照護健康管理平臺-家醫平臺使用率	家庭醫師整合性照護計畫之參與院所平臺使用率	尚未建置	建置大家醫平臺	15%	40%	50%
透過健康存摺 SDK 介接，鼓勵產業發展慢性病全人健康照護管理方案	疾病管理方案建置完成	尚未建置	與介接廠商共同規劃方案內容	產業建置管理方案所需系統	完成一種疾病管理方案	驗測管理方案應用成效，並推廣運用
(二)雲端系統效率精進						
優化健保雲端系統	健保雲端系統新上線之優化功能數量	以 112 年健保雲端系統為基準	—	完成 2 項雲端系統優化功能	完成 2 項雲端系統優化功能	完成 2 項雲端系統優化功能
優化健保雲端系統	全藥類藥品重複用藥日數下降率	108 年全藥類藥品重複用藥日數比率為基準	較 108 年下降 $\geq 5\%$	較 108 年下降 $\geq 5\%$	較 108 年下降 $\geq 5\%$	較 108 年下降 $\geq 5\%$
提升基層院所(含檢驗所)檢驗(查)結果上傳率	基層院所(含檢驗所)檢驗(查)結果上傳率	111 年 12 月上傳率 71%	75%	80%	85%	90%
提升基層院所(含檢驗所)醫療檢查影像上傳率	基層院所(含檢驗所)醫療檢查影像上傳率	111 年 12 月上傳率 4%	10%	20%	40%	70%

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
建置醫療服務真實世界資料(RWD)專區【質性指標】	運用收載的 RWD 進行 HTR 之診療項目數	已建置 1 項 RWD 收載平臺(機械手臂輔助手術)	訂定「需收載 RWD 診療項目」之擇定機制	透過擇定機制，就特定診療項目，規劃建置 RWD 專區，收集臨床使用數據。	持續蒐集 RWD 數據，及精進醫療服務 RWD 收載專區	透過 HTR，針對已納入健保給付之高價醫療服務進行後續療效及成本效益之追蹤或監測
智能輔助事前審查-建立審查創新預檢服務	系統驗測確認目標功能建置完成	尚無智能預檢功能	—	建立事前審查智能預檢機制	開發事前審查檢核模組 1 項，模擬導入審查流程	擴增事前審查檢核模組 1 項，正式導入審查流程並建立智能預檢成效監測平臺
新藥品收載改革與建立新藥品暫時性健保支付許可制度	如期完成暫時性健保支付機制及新藥建議收載相關程序納入常規運作	無全面電子化之新藥建議收載行政程序作業	完備暫時性健保支付機制	完成 1 項暫時性健保支付藥品登錄系統之建置	推動新藥建議收載行政程序作業電子化，廠商電子送件比率達 99%	完成 1 項暫時性健保支付藥品之給付效益再評估
加速創新醫材收載效益	每年皆如期完成特材資訊系統建置目標值。	尚未建置	—	建置智能新特材收載系統，並完成智能化整合新特材收載系統 2 項，加速創新醫材收載	建置真實世界數據專區，收集臨床使用數據	完成收集 1 項特材真實世界數據資料，以建立特材給付效益評估模式
(三)打破圍牆的醫療照護						
提升遠距醫療服務人次	全民健康保險遠距醫療給付計畫執行情形	111 年公告施行鄉鎮 64 個、在地院所共	1. 較 111 年院所數提升 10%	1. 較 111 年院所數提升 20%	1. 較 111 年人次提升 30%	持續蒐集外界意見，滾動檢討遠距

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
		51 家、服務 6,376 人次	2. 視辦理成效，研議擴大施行地區、實施場域、就醫科別等項目	2. 視辦理成效，研議擴大施行地區、實施場域、就醫科別等項目	2. 視辦理成效，研議擴大施行地區、實施場域、就醫科別等項目	醫療服務範圍
調查遠距醫療滿意度	提供遠距醫療服務滿意度調查	尚未建置	辦理 1 場調查	視前 1 年調查結果進行滾動式調整，並辦理 1 場調查	視前 1 年調查結果進行滾動式調整，並辦理 1 場調查	視前 1 年調查結果進行滾動式調整，並辦理 1 場調查
提升虛擬健保卡使用件數	醫療院所申報虛擬卡之件數	111 年虛擬卡申報 16,231 件	較 111 年虛擬卡健保申報件數提升 15%	較 111 年虛擬卡健保申報件數提升 20%	較 111 年虛擬卡健保申報件數提升 25%	較 111 年虛擬卡健保申報件數提升 30%
強健民眾及醫事服務機構身分識別服務-虛擬健保卡申請案件 AI 相片辨識審核正確率	導入 AI 相片辨識模組，可節省人工審核時間並提高正確率。	尚未建置	導入 AI 相片辨識模組系統	自動完成審核正確率達 80%	自動完成審核正確率達 85%	自動完成審核正確率達 90%
改善行動裝置應用之使用者體驗效果-虛擬健保卡使用次數成長率	提高民眾滿意度並增進使用意願。	尚未建置	-	使用次數較前一年成長達 2.5%	使用次數較前一年成長達 3.0%	使用次數較前一年成長達 3.5%
發展數位同意書簽署機制-民眾申請或查詢使用次數成長率	民眾簽署之數位同意書，於對外提供資料之應用次數。	尚未建置	-	申請或查詢使用次數較前一年成長達 5%	申請或查詢使用次數較前一年成長達 7%	申請或查詢使用次數較前一年成長達 9%

(四)資料生態系

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
專題式資料加 值、標準化轉 換及整合應用 平臺建置	建置及應用 專題式資料 專題	尚未建置	建置及應用 專題式資料 至少 1 項專 題	1. 持續建置 專題式資 料至少 2 項 2. 評估及推 廣使用至 少 1 項具 體開放應 用項目	完成 1 項專 題進行成功 穩定循環運 作之案例	透過積累之 專題資料 集，並依合 適法規條 件，建置多 元之資料開 放模式，至 少 1 項具體 開放項目
完備資料治理 規範，落實法 律保留原則， 保障個人資訊 隱私 【質性指標】	依憲法法庭 111 年 8 月 12 日憲判字 第 13 號判 決意旨，於 宣示之日起 3 年內修法 或制定專 法，並持續 滾動式檢討 修正相關法 規。	刻正蒐集、 彙整各方 意見研議 修法架構	提出法規草 案，辦理研 討會或公聽 會，持續蒐 集、彙整各 方意見，供 修法之參考	配合立法院 修正通過之 條文，研析 修正相關子 法（法規命 令、行政規 則）	—	—
整合智能科 技，提升健保 客服中心資通 訊為民服務之 便利性	1. 智能語音 導航意圖 辨識率 2. 智能客服 使用人次	1. 智能語音 導航意圖 辨識率達 80% 2. 智能客服 使用人次 為 20 萬 人次	1. 智能語音 導航意圖 辨識率達 82% 2. 提升智能 客服使用 人次為 22 萬人次	1. 智能語音 導航意圖 辨識率達 84% 2. 提升智能 客服使用 人次為 24 萬人次	1. 智能語音 導航意圖 辨識率達 85% 2. 提升智能 客服使用 人次為 26 萬人次	1. 智能語音 導航意圖 辨識率達 86% 2. 提升智能 客服使用 人次為 28 萬人次
推動健保雲端 資訊系統，促 進健保永續經 營 【質性指標】	健保雲端系 統環境建置 達成率	尚未建置	建置健保署 機房於符合 綠能及資安 標準之機 房，落實節	推動加強資 安防護機制 之混合雲架 構（達成率 50%）	健保資訊服 務雲端化， 並透過軟體 工程進行系 統再造，提	建置完全備 援之雙營運 中心（達成率 100%）

績效指標	衡量基準 (評估方式)	基準值	目標值			
			113 年	114 年	115 年	116 年
			能減碳政策 (達成率 25%)		升行政作業 效率(達成率 75%)	

參、現行相關政策及方案之檢討

一、「民眾健康賦能」現行相關政策與績效

（一）家醫大平臺（原：個人健康紀錄）

1. 全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫

健保署自 2003 年 3 月 10 日「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，由 5 家以上診所組成醫療群，以群體之力提供服務，透過現行健保醫療資訊雲端查詢系統、健康存摺、國民健康署預防保健、癌症登錄系統、疾病管制署預防接種資料查詢系統等資料，提供收案會員健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃會員之健康管理與疾病預防衛教、對於穩定之慢性病會員提供持續性的健康維護指導等服務。統計 2023 年計畫參與情形，計有 558 個醫療群、5,590 家診所、7,796 位醫師照護近 600 萬會員。

家庭醫師整合性照護計畫參與醫師透過健保署健保醫療資訊雲端查詢系統，查詢會員過去就醫資訊、電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)、超音波、鏡檢及 X 光等醫療檢查影像，2022 年健保醫療資訊雲端查詢系統雲端藥歷查詢率 $\geq 50\%$ 的參與院所約佔 8 成。

隨著個人化穿戴式裝置的發展，資訊系統、大數據應用的拓展，民眾的健康資料越發重要，然民眾健康資料均散落在不同的管理系統當中，為強化醫師掌握家醫會員的健康狀態，健保署將打造個人化的初級照護健康管理平臺，以精進家庭醫師管理責任，亦可賦能民眾自我健康照護。

2. 健康存摺

我國高品質的醫療服務在國際間享有極高聲譽，為持續提升醫療品質與服務及改善醫病間醫療資訊的對等與透明化，並協助

民眾具體實踐個人健康管理，另呼應歐盟 eHealth Task Force Report 其 2020 年目標，以「我的資料，我決定」(My data, My decision) 的概念，透過我國成熟之資通訊技術及開放性資料庫，在資安確保下於 2014 年 9 月推出「健康存摺」，將民眾就醫資料還給個人，落實知情權。

為使「健康存摺」更貼近使用者需求，健保署持續精進並整合跨機關、跨院所之健康資料，便利民眾自單一入口即能取得多元資訊，避免民眾在不同機關的往返，提高政府服務效能。另持續蒐集使用者意見，藉由提升使用便利性、資料正確性及個人資料安全性等面向，讓「健康存摺」的使用環境更友善，提升民眾使用意願。

現行健康存摺提供查詢之健康相關資料來源為特約醫事服務機構提供保險對象醫療服務費用申報資料、健保卡上傳資料與檢驗（查）結果上傳資料，及介接衛生福利部所屬機關業務資料，提供一站式數位服務。

健康存摺在 COVID-19 的疫情衝擊下，因結合口罩實名制、病毒檢測與疫苗接種功能，及快篩實名制等功能，已於 2022 年 6 月 29 日突破千萬，全國超過 4 成民眾使用健康存摺進行自我健康管理。截至 2022 年 12 月 31 日止，使用人數達 1,090 萬人及 3.06 億使用人次，其中女性使用者約為 574 萬人（占率 53%）；男性使用者約為 516 萬人（占率 47%）。

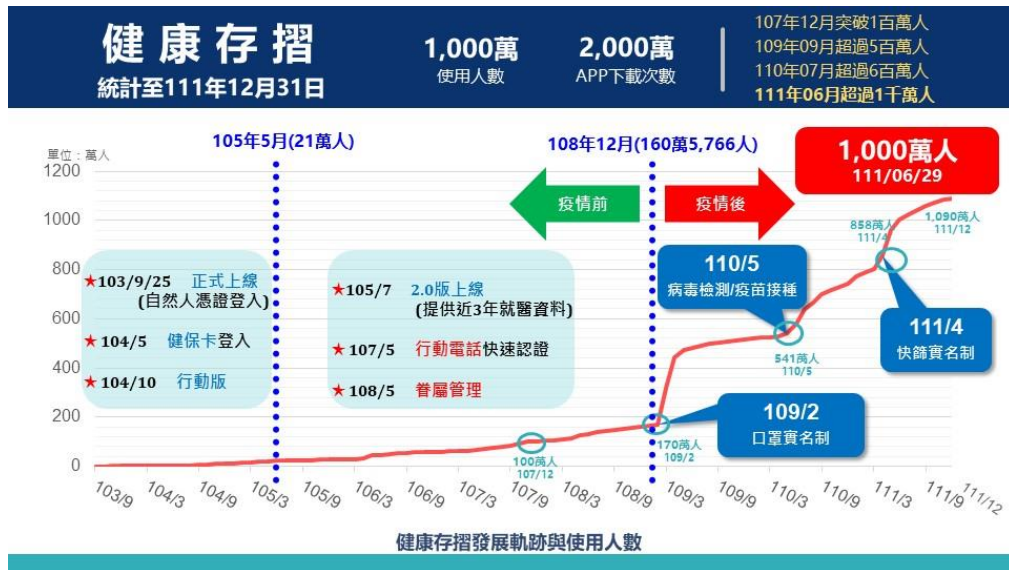


圖 4、健康存摺發展軌跡與使用人數

隨著使用人數的增加，民眾對健康存摺的期待亦隨之上升，現行提供整合跨機關間資訊，已無法滿足民眾就個人就醫及健康資料完整性之需求，再由於穿戴式裝置興起，許多民眾已習慣使用穿戴式裝置紀錄個人健康數值，為完整及提供民眾單一平臺紀錄個人就醫及健康資料，故健康存摺規劃將穿戴式裝置收載資料，及民眾自費檢查資料，均收載入健康存摺內，打造健康存摺為國人第一之健康管理平臺。

(二) 個人健康資料加值

1. 健康存摺軟體開發套件(SDK, Software Development Kit)是民眾運用科技及個人健康資料，進行自我健康管理的工具，透過個人同意授權提供健康存摺內之資料予第三方 APP，可在第三方 APP 的協助下，更有助於了解健康全貌，獲得更適切的健康建議。申請介接單位包括醫療院所、健康管理、慢性病管理、場域應用等類別。
2. 健康存摺 SDK 自 2019 年起建置，開放第三方 APP 介接應用，至今已 152 個單位 361 支 APP 申請，28 個單位 60 支 APP 完成介

接 SDK 上架。介接單位包括：資訊軟體業、生醫產業、醫事機構、政府／學研機關、健康管理產業等；APP 類別包括：醫療院所、健康管理、慢性病管理、職場健康管理等。考量個資議題重視程度與日俱增，研議成立健康存摺 SDK 應用管理審議會，邀集外部專家學者、民間團體代表等，共同研商健康存摺 SDK 資料應用、資料安全及長期發展政策等審議事項，未來研訂審議機制後再啟動新案申請受理作業

二、「雲端系統效率精進」現行相關政策與績效

（二）優化健保雲端查詢系統

1. 健保醫療資訊雲端查詢系統

為提升病人就醫及用藥安全，同時使健保資源更有效率的使用，健保署運用雲端科技，於 2013 年 7 月建置健保雲端藥歷系統，將各醫院申報的醫療資料提供各院所查詢病人近期用藥紀錄，打破過去院所或醫師無法得知病人在其他院所用藥資料的障礙，而可避免潛在重複處方的風險。

2016 年基於推動基礎及參考使用者回饋意見及臨床實務需求，再升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，提供醫師於臨床處置、開立處方及藥事人員調劑或用藥諮詢時，可查詢病人過去的就醫資訊。基於資訊互享，促進病人用藥安全與醫療效率之原則，持續藥品交互作用、重複用藥等提示機制。

健保醫療資訊雲端查詢系統截至目前已建置西醫用藥、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、特定凝血因子用藥、檢查檢

驗紀錄、檢查檢驗結果、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘及 CDC 預防接種等 12 類主題式資料。

2. 檢驗（查）資料交換系統

為解決基層診所及檢驗所間轉／代檢案件之資料交換及上傳困境，於 2021 年 7 月規劃建置檢驗（查）資料交換系統，旨在提供一整合平臺，協助部分資訊力較低之基層診所及檢驗所可分別鍵入個案基本資料及檢驗結果資料，並於平臺進行整合及上傳，減少診檢雙方紙本統合資料上傳人力及時間。

本系統提供院所可根據自身需要客製化設定常用合作開立／執行機構代號、常用醫令及檢驗項目、常用資料交換格式，節省反覆登打資料時間、多種上傳資料途徑（提供單筆登打、CSV 批次上傳、健保 IC 卡基本資料自動轉入、API 自動介接等方式，讓院所根據自身能力彈性選擇上傳資料的途徑），及協助產製 CSV、XML 格式檔案（協助將院所鍵入之基本及檢驗資料，打包產製成 CSV 或 xml 格式之檔案，供院所根據需要自行下載利用）等功能。

為進一步提升上傳率，健保署持續蒐集醫療院所意見，優化檢驗(查)上傳系統，檢討修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」與檢驗（查）結果及醫療檢查影像上傳格式，並持續邀集醫界代表開會討論，惟基層院所囿於資訊系統無法上傳，醫界代表表示需自 HIS 端排除問題，建議健保署補助相關資訊改版費用。

3. 健保醫療品質資訊公開優化

推動健保醫療品質資訊公開與透明化，一直是健保署秉持的理念，健保署自 2005 年起即陸續公開民眾關心之醫療品質指標項

目，期藉資訊公開，激勵醫界努力提升個別院所之醫療服務品質，作為民眾就醫選擇之參考。

健保署全球資訊網「全民健康保險醫療品質資訊公開網」專區已公開 170 項各特約院所之醫療品質指標，包括服務類及特定疾病類指標之季報，亦公開 105 項各醫療服務類別之「專業醫療服務品質報告」，及醫院、西醫基層、牙醫、中醫總額及門診透析季報與年報。截至 2023 年 5 月，累積上網瀏覽已達 818 萬人次。

現行健保醫療品質指標研訂受限於費用申報格式，僅能呈現過程面品質資訊以評估結果成效，未來希望透過健保大數據資料庫的建置及個人臨床結果面數據資料收集，促使數據資料升級，實際呈現台灣醫療照護品質，以提升台灣醫療照護成果於國際之能見度。

4. 高價醫療服務真實世界資料收載

近年健保署已陸續將高價位治療技術納入健保給付，惟是類治療技術現行未有療效或給付效益追蹤機制，且現行醫療費用之申報資料欄位有限，並無收載出血量、手術併發症等常用於判斷醫療品質之數據，爰無法針對特定診療項目進行療效追蹤及成本效益評估。為針對已納入健保給付之高價醫療服務進行後續療效及成本效益之追蹤或監測，規劃建置真實世界資料 (Real World Data, RWD) 專區，收集臨床使用數據，建立系統化的檢討及低效益項目之退場機制，使有限資源達到有效配置，發揮最大效益。

5. 論質計酬之虛擬專用網路資料整合

現行各項論質計酬 (Pay for Performance, P4P) 方案之健保資訊網服務系統 (Virtual Private Network, VPN) 資料收載專區仍為各方案獨立作業，並無橫向串聯，爰若同一病人參與多個 P4P 方案

（如糖尿病、氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案），其相關數據資料(HbA1c、GOT、GPT 等)係散落於不同方案收載系統中，導致其照護醫師無法掌握完整病人資料，提供全面性之治療照護。爰盼透過資料串連及調整 VPN 架構，整合論質計酬資料，讓醫師得即時掌握病人整體健康狀況，給予整合性照護。

6. 規劃特定醫療服務術前（後）資料收載

現行多數醫療服務係以論量計酬，礙於醫療費用之申報資料欄位有限，無法針對特定診療項目進行醫療品質管控，雖部分診療項目於支付規範要求檢附相關檢查(驗)報告，惟仍無法逐案管控其醫療服務品質。爰將規劃特定醫療服務術前（後）資料收載，以維護醫療服務品質，並回歸醫療專業管控。

（三）數位化審查

1. 健保署近年大力推動節紙減碳、綠能審查，經統計疫情前 2019 年事前審查受理案件約 31.5 萬件，已有 98%採取線上申請，顯示院所端事前審查數位送件已漸普及。

2. 建立新藥品暫時性健保支付許可制度

為促進具醫療急迫性，但未有足夠臨床試驗數據佐證具成本效益之新藥收載效率，未來針對創新藥品，可評估先提供暫時性健保支付許可，後續配合登錄系統建置，待驗證暫時性健保支付品項之真實世界資料及給付效益後，再決定是否提供持續性健保核價。

3. 新藥品收載改革

藥品核價作業如新藥收載作業評估期間之挑選參考品項、定期檢視已收載藥品篩選出符合藥價調整條件之品項等，現階段皆以人工方式查找特定藥品及其市場交易情形、各國藥價等相關資

訊，皆亟需大量人力收集資料。爰期藉由整合各系統介接功能，以往需人工進行收集彙整資料之作業，除得節省以往所耗費之資料傳遞時間且紙張浪費之問題外，並得使資料自動拋轉於相關系統中使用。

健保署依法針對高危險、昂貴或易浮濫使用之特殊材料及藥品辦理事前審查，經統計疫情前 2019 年健保署受理之事前審查案件約 31.5 萬件，其中 4 萬件屬專業審查核定不同意或不符申請流程予行政退件，這些案件不乏明顯違反健保給付規定者，惟現行人工逐案檢視之行政工時冗長，爰規劃線上初步預檢功能，倘若明顯不符規定者，則即時通知院所修正治療方向重新送審，增進病人早日接受治療之就醫權益。

4. 特材收載系統

目前新功能特材收載採線上申請，僅有特材收件功能，有關特材研議收載相關程序尚未全面資訊化，皆採用人工及紙本作業，增加特材收載作業時間及成本。

2019 年起新功能特材登載改由線上作業，由廠商線上完成特材送件資料，送件資料完整性由廠商負責，避免承辦同仁行政錯誤。新功能特材收載系統可將廠商之給付建議書有關特材中英文品名、型號、醫材許可證等資訊轉置自動產製報表，增加資料正確性，提供後續加值運用。

5. 增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制

現行新增修訂診療項目作業係由人工自行書面管理追蹤案件辦理進度，為定期追蹤案件辦理進度，須人工逐案確認，耗費人力時間成本高。又因每年陸續有學會提出新增修訂建議，累積待處理案件量繁多，且各案件複雜程度不一，較難及時掌握每件案件之辦

理進度。爰盼透過建置電子化作業系統及案件办理流程自動化追蹤管理機制，提升新增修訂醫療服務作業效率，加速新醫療服務納入健保給付作業。

三、「打破圍牆的醫療照護」現行相關政策與績效

（一）遠距醫療

1. 全民健康保險遠距醫療給付計畫

2020 年 12 月 29 日公告，採醫師對醫師之遠距會診模式，由在地院所的醫師親自診察病人，遠距院所的專科醫師透過視訊方式給予診療建議，雙方共同合作照護病人，初期開放眼科、耳鼻喉科、皮膚科及急診，優先在山地離島地區及衛生福利部 2020 年核定之遠距醫療計畫施行地區試辦。

2022 年 8 月 1 日公告修訂，重點包括實施場域增加山地離島地區之居家醫療照護整合計畫收案對象住家與衛生福利部核定計畫之急診醫療站、擴大會診科別（心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科）、放寬同一鄉鎮僅一家院所得執行計畫之限制等，截至 2022 年 12 月，全國公告施行 64 個山地離島鄉鎮，已有 7 成鄉鎮（47 個）及 7 個急重症轉診網絡提供遠距會診服務。

2022 年第 1 季遠距會診服務人次共計 1,395 人次(含急診遠距會診、論服務量及論診次)；截至 2021 年底，共 29 家在地院所與 27 家遠距院所合作遠距醫療給付計畫，提供 28 個鄉鎮遠距會診服務，其中專科門診遠距會診服務人次計 1,191 人次(含「論服務量」及「論診次」)、急診遠距會診服務人次計 13 人次。

2022 年 4 月，健保署再次公開徵求計畫承作院所，至同年 12 月，共 62 家在地院所與 32 家遠距院所合作參與本計畫，提供 47 個鄉鎮及 7 個急重症轉診網絡遠距會診服務，相較 2021 年增加 19 個鄉鎮；2022 年執行情形，專科門診遠距會診服務人次計 6,305 人次（含「論服務量」及「論診次」）、急診遠距會診服務人次計 85 人次。

如以性別統計遠距會診執行情形，專科門診遠距會診服務（論服務量）女性計有 1,051 人（占率 56%）使用，就醫 1,834 件，男性則有 840 人（占率 44%）使用，就醫 1,626 件；急診遠距會診服務女性計有 34 人（占率 40%）使用，就醫 34 件，男性則有 51 人（占率 60%）使用，就醫 51 件。

表 1、2021 年至 2022 年遠距醫療給付計畫執行情形

項目		2021 年	2022 年
專科門診	服務量	服務人數	304
		服務人次	555
遠距會診	診次	開診數	177
		服務人次	636
急診遠距會診		服務人數	13
		服務人次	13

111 年健保署「虛擬健保卡政策推展與創新應用模式調查」顯示，110 年及 111 年曾使用過遠距醫療之一般民眾分別有 93.9% 及 83.3% 之使用者認為遠距醫療過程是具效率的；醫事人員分別有 72.0% 及 62.8% 之使用者認為遠距醫療過程是具效率的。

為增進山地離島及偏僻地區民眾專科醫療可近性、照護完整性及滿意度，期透過科技縮短城鄉醫療水準差距，以符合在地居民醫療需求，健保署將逐步推廣遠距醫療服務範圍，按需求滾動修正，以更貼近在地民眾實際需求，並期望持續提升民眾對於遠距醫療之滿意度。

2. 因應 COVID-19 疫情推動視訊診療

COVID-19 疫情初期，為應防疫需要，衛生福利部放寬配合檢疫與防疫採行措施之居家隔離、居家檢疫及應自主健康管理者得採視訊診療，健保署配合於 2020 年 2 月 26 日公告「因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」，由健保給付視訊診療費用。

2021 年第一次大規模爆發本土個案，考量慢性病人及長者為 COVID-19 感染引發重症之高危險群且多有回診需求，自 2021 年 5 月 15 日起再放寬門診病人視訊診療；而 2022 年發生大規模 Omicron 感染事件，為確保醫療量能，自同年 4 月 18 日起再放寬居家照護之確診病例得採視訊診療就醫。

視訊診療係因應 COVID-19 疫情之緊急應變措施，配合防疫措施新制實施，自 2023 年 3 月 20 日(含)起，健保給付通訊診療之適用照護對象包括：(1)山地、離島地區 COVID-19 檢驗陽性之民眾，(2)住宿型長照機構 COVID-19 檢驗陽性住民，(3)主管機關或其所屬機關認可之居家照護收案對象且 COVID-19 檢驗陽性(2023 年 5 月 1 日起新增)，實施期限至 2023 年 12 月 31 日止。

據健保署申報資料分析，2020 年 2 月至 2023 年 4 月視訊診療案件中排除「嚴重特殊傳染性肺炎通報且隔離案件」，計有 76.3 萬人使用視訊診療，就醫 122.8 萬件，醫療費用 11 億點。其中視訊

診療占 86%（106.0 萬件）、電話問診占 12%（15.0 萬件），另有 2%（1.7 萬件）為「無法由申報資料區分診療方式」。

如以性別統計視訊診療就醫情形，女性計有 43.8 萬人（占率 57%）使用視訊診療，就醫 70.3 萬件，醫療費用 5.8 億點，男性則有 32.5 萬人（占率 43%）使用視訊診療，就醫 52.5 萬件，醫療費用 5.2 億點。

分析「視訊診療」申報資料顯示，就醫件數前 5 大之科別，分別為中醫科（32.5 萬件）、小兒科（19.1 萬件）、家醫科（15.3 萬件）、耳鼻喉科（13.8 萬件）及內科（10.8 萬件）。

衛生福利部考量後疫情時代通訊診療發展趨勢，刻正研修通訊診察治療辦法，俟衛生福利部公告修訂通訊診察治療辦法後，健保署將配合研議通訊診療納入給付及相關配套措施，並依全民健康保險法所定程序，經全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過後，報主管機關核定後發布。

（二）虛擬健保卡

1. 虛擬健保卡保險對象身分識別及系統功能

現行虛擬健保卡屬於健保網路服務其中一項功能，註冊方式須備妥戶籍謄本或居留證等資訊併同讀卡機註冊，或於本人電信門號之 4G 環境下完成身分識別，才能夠申請虛擬健保卡。自 2022 年 4 月 19 日起，虛擬健保卡申請採逐案審查制，人工審核民眾所上傳之大頭照及身分證明文件方核發虛擬健保卡。

提供「虛擬健保卡整合視訊門診憑證管理程式及 API」予院所使用，優化民眾持虛擬健保卡接受視訊診療作業及院所提供虛擬健保卡服務無須添購二維條碼掃描器。經民眾以全民健保行動快易通 | 健康存摺 APP 同意授權院所使用虛擬健保卡後，院所以前

述程式及 API 取得民眾虛擬健保卡 QR Code。同時優化虛擬健保卡 SDK，使虛擬健保卡相關功能與實體健保卡一致。

提供虛擬健保卡獎勵誘因，鼓勵院所提供虛擬健保卡服務：於「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獎勵金」及「虛擬健保卡申報指標獎勵金」。居家輕量藍牙 APP 新增「掃描虛擬健保卡 QR Code 認證」功能，居家醫療訪視人員以居家輕量藍牙 APP 搭配虛擬健保卡，減輕攜帶讀卡設備之負擔。

民眾持虛擬健保卡接受視訊診療後，以虛擬健保卡連結至各行動支付 APP 進行繳納醫療費用，目前已介接醫指付 APP、街口支付及阿佩支付 APP。

此外，健保署自 2019 年起開始辦理虛擬健保卡就醫模式之試辦，持續強化虛擬健保卡功能，整合院所端虛擬健保卡及實體健保卡相關程式及優化就醫流程作業。

截至 2023 年 6 月 16 日止，已有超過 53 萬民眾取得虛擬健保卡；2021 年調查結果顯示，高達 93% 民眾對於虛擬健保卡政策表示認同，86% 的民眾期待虛擬健保卡結合處方箋至社區藥局領藥等多醫療應用。截至費用年月 2022 年 12 月止，累計以虛擬健保卡進行醫療費用申報共 16,231 件，其中男性 5,548 件（占率 34.2%）、女性 10,683 件（占率 65.8%）。

使用虛擬健保卡就醫時，虛擬健保卡 QR Code 經醫療院所讀取後立即失效，並轉換為虛擬健保卡存取憑證密鑰，保存於醫療院所端，有效期限為 1 小時，以利院所提供各階段就醫服務所需，可確保民眾授權醫療院所的時效以及安全性。

每次開啟健保快易通 APP 都會更新，逾 5 分鐘也會產生新的 QR Code，醫療院所端掃描虛擬卡後也只會保存 1 小時的授權，在此期間內完成各階段就醫服務都不需再掃描虛擬健保卡，更可調閱病患健保雲端資料進行看診，讓醫師診斷以及用藥更正確，進而更加提升醫療品質。

2. 虛擬健保卡歷年試辦及推廣應用情形

虛擬健保卡自 2019 年至 2021 年辦理虛擬健保卡就醫模式虛實併行試辦計畫，從 2019 年小規模門診試辦，2020 年跨層級院所，到 2021 年起在前瞻基礎建設計畫特別預算支持下，針對醫療服務未能滿足之「居家醫療」、「遠距診療」及「視訊診療」場域，建立虛擬健保卡在不同醫療場域的就醫模式，總計有 450 家醫事機構（醫學中心：11 家、區域醫院：24 家、地區醫院：15 家、基層醫療單位：389 家、特約藥局：3 家、居家照護：8 家）參與。

2022 年起，在「居家醫療」、「遠距診療」及「視訊診療」三場域全面推動虛擬健保卡應用，並深入偏鄉、離島及原民地區，辦理 16 場在地種子人員培力訓練，期透過培訓在地種子人員，長期協助在地民眾使用虛擬健保卡就醫，弭平偏鄉離島地區數位落差，並將虛擬健保卡運用場域逐步擴大至一般門診服務。

虛擬健保卡透過數位行動化，在疫情期間解決視訊診療讀取健保卡零接觸就醫模式，亦在居家醫療人員到案家訪視時減輕設備負擔。截至 2023 年 6 月，提供虛擬健保卡服務之特約醫療院所僅 313 家，由於院所投入資訊能力及成本有限，提供虛擬健保卡服務之院所數量及就醫場域有限，造成民眾使用使用率不高，爰在虛擬健保卡系統與功能精進同時，持續針對各層級醫療院所及醫

療場域，加深加廣推動，爰自 2025 年起併虛擬健保卡相關整合工作，由本計畫支應。

四、「資料生態系」現行相關政策與績效

(一) 健保 BioBank

1. 推動健保資料應用創新生態，完善資料治理

健保署導入商業智慧(Business Intelligence, BI)於大數據分析，建構「整合性健保業務智能分析平臺」(下稱「健保 BI 平臺」)掌握醫療服務，以健保醫療服務申報管理為例，健保署將各特約醫事服務機構每日上傳的健保卡資料及每月醫療費用申報資料，整合資訊技術與 BI 視覺化分析，將資料轉為資訊，進而產生見解，便利管理者快速掌握即時醫療服務趨勢與分析費用成長原因。

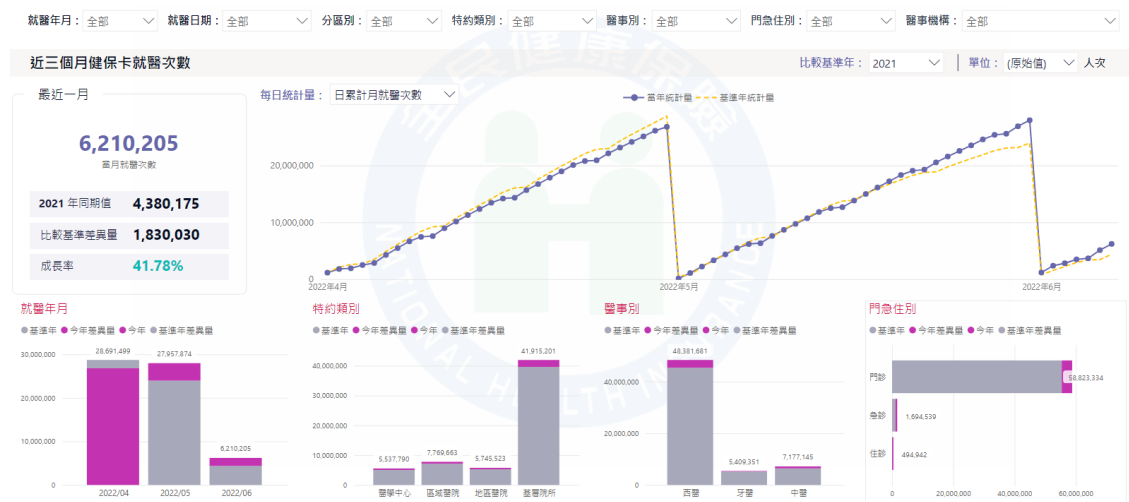


圖 5、健保卡上傳就醫趨勢及成長原因分析

2. 完備資料治理規範，落實法律保留原則，保障個人資訊隱私

隨著民眾資訊自主意識日益重視及 111 年憲法法庭之憲判字第 13 號判決亦對於民眾在資料的退出權益應受重視保障，資料自主權事屬民眾之權益當因及早提供於民眾。

健保署現行所蒐集之健保資料內容主要區分為收入面的承保資料及支出面費用申報資料（以院所費用申報資料等為主軸），其

中費用申報區分成點數及醫令明細清單兩大類，並以門診、住院及交付機構分別依前述內容進行申報，共計有 6 大檔等，此外尚有檢驗查相關資訊（包含醫學影像）可於學研目的下提供申請使用。

2015 年健保署資訊整合應用服務中心制定相關作業要點，以現場實地操作的形式來提供健保資料之申請使用。相關提供申請檔案內容於去除非必要處理資訊後（如姓名、通訊資訊等），進一步經申請者以最小利用之原則進行勾選並經健保署核定後始得以現場操作之模式進行使用，並依相關資料規範僅作統計彙整結果之攜出。

現行健保資料庫涉及個資機敏欄位，係採二次加密處理，不同專案採不同金鑰處理二次加密（即同一 ID 在不同專案加密結果不同，降低識別風險），如需申請解密均須提出資訊系統需求單，經長官同意後方可解密。所執行之操作行為，系統會留下紀錄，供內外部稽核使用。

相關機敏個資，健保署已透過加密演算法以假名化處理，醫療資料儲存於健保資料庫時，進行第 1 次加密轉換編碼；如資料倉儲提供外界使用分析時，會進行第 2 次加密轉換編碼。再者，健保資料對外資料提供原則，係採取最少必要及適度資料模糊處理，避免資料經由比對而還原成可資識別當事人。身分證號、醫事機構、投保單位等可識別欄位，依專案以隨機金鑰加密處理；不提供姓名、地址、電話等機敏資料，以避免對應後可識別加密資料意義；資料之處理需於健保署資料應用服務中心，目前僅限攜出符合研究目的之統計結果。

3. 整合智能科技，提升健保客服中心資通訊為民服務之便利性

導入、開發與精進人工智慧辨識及分析技術，建置智能語音導航服務系統，持續進行系統擴充與功能優化；規劃應用生成式 AI 技術或自然語言處理模型，協助輔助產生訓練資料，提供輔助答案建議，優化調校及提升應答意圖辨識率，匯流網站，社群、APP、客服中心等服務資料轉換為知識智慧，擴增健保智能服務資料及關鍵語資料庫，運用 AI 發展語意意圖辨識模型與系統，發展及訓練健保語音智能服務資料庫，擴大諮詢服務範圍，提升整體智能客服務效能。

（二）數位基礎建設

1. 健保署資訊系統自 83 年起建置，處理全國保險對象加退保、投保單位成立異動、醫事服務機構醫療費用申報審查、醫療費用總額管理等大量資料，相對於其他機關，屬早期踏入數位轉型之機關。然而資料處理類別、格式繁雜，且因應憲判 13 號喚起民眾對於個人資料保護之重視，及綠能減碳趨勢，系統運作及資料處理等軟硬體均需需闊斧重整。
2. 健保署建置署本部及中區業務組機房提供服務。對外透過 GSN 網路連接網際網路，主要服務對象為一般民眾；內部骨幹網路及提供醫療院所作業之「健保資訊網」透過由中華電信公司所建置之 MPLS/VPN 網路架構運行；署本部、各分區業務組、聯絡辦公室、行政執行分署及鄉鎮市區公所所建置私有網路(VPN)，主要執行健保署內部業務。
3. 健保署主要對外服務系統如下：
 - (1) 收入面系統：處理全國民眾加退保及繳納保險費相關作業。
 - (2) 支出面系統：建置醫療系統處理民眾就醫後醫事機構的醫療費用申報作業。

- (3) 健保卡系統：提供民眾就醫之相關認證服務，在疫情期間更是發揮實名制的功用。
 - (4) 健保醫療雲端查詢系統：提供醫師看診時查詢民眾用藥相關紀錄及醫療影像、檢驗檢查等資訊，以對民眾做最適切的診療。
 - (5) 倉儲系統：整合收入面及支出面的相關資訊，並進行大數據分析，提供長官決策之用。
4. 健保署提供醫療院所資訊服務作業主要是透過私有網路「健保資訊網」(VPN)連接至台北 IDC 或台中 IDC，執行與健保署相關之醫療業務，另各地衛生所透過衛生福利部全國醫療資訊網服務中心連接至台北 IDC 作業。台北 IDC 及台中 IDC 同時對醫療院所提供服務並互相備援，以達到服務不中斷之目的。
 5. 因機房老舊存在以下問題：
 - (1) 非專業標準機房：所需電力、控調無真正備援設施。無專業機電人員 24 小時維運。
 - (2) 非綠能機房：署本部機房最後一次改建於民國 97 年，能源使用效率仍未能符合國發會要求之資料中心標準，且因高架地板及天花板使用輕鋼架，樓層高度受限，空氣對流不佳，現有環境難以改善。中區機房亦有類似情形。
 - (3) 空調系統汰換困難：現有機房空調設備，基於節能減碳考量，上級機關要求健保署汰換已逾使用年限多年之空調設備，惟汰換空調時，資訊設備需長時間停機，鑑於健保業務不可分秒中斷，對業務維持運作影響極大。
 6. 現行醫療院所之上傳、申報、病歷等醫療資訊系統及相關作業皆為地端系統，健保卡上傳、醫療費用申報及醫療計畫登錄等相關格式、規範修正時，多需仰賴醫療資訊系統廠商協助改版作業，尤以基層

診所囿於資訊能力不足，常受廠商以改版名義多次收費，以致資訊成本增加，減少院所資訊版更升級之意願，故規劃健保雲以高互通性健保資料介接與交換模式，豐富醫療即時共享資料範疇，並提升院所與院所、院所對行政機關及機關與機關之間的醫療資訊更有效率且快速的資料交換介接。

7. 本計畫規劃與衛生福利部「次世代醫療數據共享創新計畫」草案及「次世代數位醫療平台」科技計畫之區隔，茲分類比較如下：

分類	本計畫 (社會發展計畫)	次世代醫療數據共享 創新計畫 (公共建設計畫)	次世代數位醫療平台 (科技計畫)
緣起	因應行政院六大核心戰略產業發展之「資訊及數位產業」及「臺灣精準健康產業」面向，納入健保大數據數位應用、建構健保巨量資料庫等推動策略，奠定技術發展基礎；憲法法庭 111 年憲判字第 13 號判決，欠缺當事人得請求停止利用之相關規定，違反保障人民資訊隱私權之意旨，應於判決宣示之日起 3 年內修法或制定專法明定之；臺灣永續發展目標之核心目標 3「確保及促進各年齡層健康生活與福祉」，實現全民醫療保健覆蓋及永續性。	因應 BTC 會議結論，加速醫療資訊系統革新，建置接軌國際標準之次世代醫療資訊系統(HIS)；制訂政策，提供獎勵與誘因，鼓勵醫療院所數位轉型，以利智慧醫療之推動；由政府指定 PPP/公益性平臺統籌，協助各醫療院所雲端病歷系統之數位架構與資訊交換標準化。	因應 BTC 會議結論，加速醫療資訊系統革新，建置接軌國際標準之次世代醫療資訊系統(HIS)；制訂政策，提供獎勵與誘因，鼓勵醫療院所數位轉型，以利智慧醫療之推動；由政府指定 PPP/公益性平臺統籌，協助各醫療院所雲端病歷系統之數位架構與資訊交換標準化。
任務	本計畫透過「民眾健康賦能」、「雲端系統效率精進」、「打破圍牆的醫療照護」及「資料生態系」四大策略，透過數位科技，推動健保雲端服務，賦權民眾健康管理與資料自主觀念與能力，並提供適切、可近	將衛生福利部所屬各署之間的通報資料格式進行共通性標準化規範，以 TW CORE IG 及電子健康紀錄摘要為基礎，建立共通欄位格式(FHIR)及編碼	規劃建置次世代數位醫療平台，推動與國際接軌之醫療資訊交換標準及語意標準。推動次世代數位醫療模組研發應用，建立特色次世代醫療資訊

分類	本計畫 (社會發展計畫)	次世代醫療數據共享 創新計畫 (公共建設計畫)	次世代數位醫療平台 (科技計畫)
	<p>及永續的全人全程健康照護，整體提升國人獲得妥適照護資源及個人健康照護能力，達成醫療平權。同時以保障個人隱私為前提，完備資料使用相關法制規範，提升健保資訊效能與安全及創造資料運用價值，及強化韌性、敏捷應變的軟硬體資訊基礎建設與維運體系。</p>	<p>(LOINC)之實作指引(IG)及系統建置與維運。建置衛生福利部所屬機關資料交換機制與架構；資訊安全交換通道(H-Road)暨數位醫療、精準健康應用環境。</p>	<p>系統架構聯盟，以大帶小，由醫學中心和地區/區域醫院/診所合作，建立特色醫療資訊系統，加速複製擴散至其他醫院。透過推動領頭羊醫院組成次世代數位醫療平台之醫院聯盟以大帶小，帶動全台醫院醫療資訊系統升級。</p>
<p>資訊系統 建置</p>	<p>健保署建置符合綠能及資安標準之雲端機房，及備援之雙營運中心，作為健保數位升級服務之基礎建設。建置個人化健康管理平臺、SDK 資料加值、優化健保雲端系統、數位化審查、遠距醫療、虛擬健保卡一條龍醫療服務、健保BioBank 等資訊系統規劃及開發。</p>	<p>衛福部(單位未定)建置符合綠能及資安標準之雲端機房，及備援之雙營運中心，作為次世代數位醫療平台基礎建設。</p>	<p>建置接軌國際標準之次世代醫療資訊系統，先以衛福部部立醫院推動。</p>
<p>目標對象 及 應用領域</p>	<p>民眾、醫事服務機構及健保署間之資料傳輸、交換及管理應用。</p>	<p>衛福部(健保署、國健署、疾管署、食藥署)接收醫事服務機構通報資料共通平臺，以部立醫院為核心對象。</p>	<p>建構衛福部部立醫院、醫學中心、地區醫院、區域醫院、診所之次世代醫療資訊系統(HIS)，以部立醫院為領頭羊接軌國際標準資訊系統</p>

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

本計畫以「民眾健康賦能」、「雲端系統效率精進」、「打破圍牆的醫療照護」及「資料生態系」四面向分類，各面向所屬策略及工作項目如表 2：



圖 6、計畫四大面向與重點

表 2、計畫工作項目一覽表

面向	策略	工作項目
目標一：推動人本健康，賦能民眾健康管理		
民眾健康賦能	(一) 家醫大平臺 (原：個人健康紀錄)	1. 個人健康資料上傳 2. 優化健康資料整合流程 3. 建構個人化初級照護健康管理平臺 4. 個人健康資料共享
	(二) 個人健康資料增值	1. 創造健康資料應用的生態圈 2. 完善健康存摺 SDK 資料應用管理機制
目標二：完善資料治理，精進醫療品質與效率		
雲端系統效率 精進	(一) 優化健保雲端查詢系統	1. 優化系統架構及功能 2. 檢驗(查)資料標準化交換整合 3. 健保醫療品質資訊公開優化

面向	策略	工作項目
		<ol style="list-style-type: none"> 4. 高價醫療服務真實世界資料收載 5. 論質計酬之虛擬專用網路資料整合 6. 特定醫療服務術前(後)資料收載
	(二) 數位化審查	<ol style="list-style-type: none"> 1. 智能輔助事前審查 2. 新藥物暫時性健保支付許可 3. 健保藥品核價電子化 4. 建置完整特材收載系統 5. 增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制
目標三：創新健保服務，運用科技去圍牆及重整資訊架構		
打破圍牆的醫療照護	(一) 遠距醫療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保遠距醫療
	(二) 虛擬健保卡	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強健民眾及醫事服務機構身分識別服務 2. 改善行動裝置應用之使用者體驗效果 3. 擴大虛擬健保卡使用情境/完備虛擬健保卡就醫功能 4. 建置電子處方箋平臺 5. 介接行動支付 6. 企業合作置入行動裝置 7. 發展數位同意書簽署機制 8. 虛擬健保卡服務推廣及創新應用
目標四：公私協力推動資料應用生態，確保健保永續經營		
資料生態系	(一) 健保 BioBank	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療影像收載支援學研發展精準醫療 2. 完備資料治理規範，落實法律保留原則，保障個人資料隱私 3. 建立健保資料蒐集原始目的外利用之民眾自主管理作業機制 4. 推動雲端健保資料上傳及導入國際醫療資料交換標準 5. 健保資料應用機制與治理 6. 專題式資料增值、標準化轉換及整合應用平臺建置 7. 整合智能科技，提升健保客服中心資通訊為民服務之便利性
	(二) 數位基礎建設	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房，落實節能減碳政策

面向	策略	工作項目
		<ol style="list-style-type: none"> 2. 推動加強資安防護機制之混合雲架構 3. 建置完全備援之雙營運中心 4. 推動健保雲服務，提供基層院所次世代雲端服務 5. 成立專案辦公室 6. 健保數位資訊管理人才培育 7. 積極接軌及參與國際資安及醫療資訊管理制度(HIMSS)

二、分期（年）執行策略

本計畫期程預計於 113 年至 116 年執行，各工作項目預計達成之工作規劃如下：

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
民眾健康賦能					
(一) 家醫大平臺(原：個人健康紀錄)					
1. 個人健康資料上傳	■	■	■	■	(1) 113 年研議健康存摺介接穿戴裝置或外接裝置之資料架構及項目。 (2) 114 年規劃健康存摺介接穿戴裝置或外接裝置之架構與內容。 (3) 115 年進行健康存摺實際介接穿戴裝置或外接裝置規劃。 (4) 116 年研擬導入民眾治理健康存摺資料之運作模式。
2. 優化健康資料整合流程	■	■	■	■	(1) 113 年：邀集資料介接單位，研議批次資料介接規格、資訊作業流程。 (2) 114 年：建置資料介接批次資料介接模式。 (3) 115 年：建置資料介接自動化監控機制。 (4) 116 年：精進資料介接資訊作業。
3. 建構個人化初級照護健康管理平臺	■	■	■	■	(1) 113 年：大家醫平臺建置 A. 邀請外界專家學者，研議資料治理架構，規劃並廣納外界意見，進行流程梳理，以此設計資料治理機制的藍圖，並規劃介接基層醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)。 B. 規劃個人化健康管理模組。 C. 洽請相關醫學會，提供衛教資訊，以提供民眾自我照顧訊息。 (2) 114 年：大家醫平臺個人化資料歸戶及授權管理 A. 建置個人化健康管理模組雛型，以收集民眾使用體驗。 B. 規劃設計彈性化、整合性框架，建置健康管理平臺模組，並整合至基層醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)應用。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					<p>C. 納入相關衛教資訊，提升民眾自我照護智能。</p> <p>(3) 115 年：平臺資料分析、風險預測及異常管理模型建置，逐步擴增納入個人化健康管理之專案計畫範圍，並可整合至基層醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)應用。</p> <p>(4) 116 年：數位化追蹤管理及精進個人化健康管理平臺，同步整合至基層醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)應用。</p>
4. 個人健康資料共享		■	■	■	<p>(1) 114 年：進行資料分享利用機程式開發及正式環境架設相關服務，並邀請業界參與小規模試營運，驗證授權機制可靠度與可行性以進行滾動式修正系統開發作業。</p> <p>(2) 115 年：資料分享利用機制導入民眾治理資料開放運作模式及滾動式修正，並建立統計回饋機制等系統開發作業。</p> <p>(3) 116 年：導入健保署數位平臺及滾動式修正，擴充民眾治理項目應用系統開發作業。</p>
(二) 個人健康資料加值					
1. 創造健康資料應用的生態圈	■	■	■	■	<p>(1) 113 年：鼓勵民眾活用健康存摺資料，提升自我健康管理能力。</p> <p>(2) 114 年：鼓勵各界 APP 開發單位投入，發展以健康數據為基礎的各式創新健康照護模式。</p> <p>(3) 115 年：提升資料運用交流，發展產業回饋民眾健康紀錄之作法。</p> <p>(4) 116 年：針對個人健康紀錄數據，研議跨單位機關合作整合資訊之可行性。</p>
2. 完善健康存摺 SDK 資料應用管理機制	■	■	■	■	<p>(1) 113 年：邀集外部專家學者、民間團體代表等，共同研商健康存摺 SDK 資料應用及長期發展政策等審議事項。</p> <p>(2) 114 年：配合審議機制修訂健康存摺軟體開發套件使用管理要點。</p> <p>(3) 115 年：落實及精進健康存摺 SDK 介接單位</p>

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					管理。 (4)116 年：持續追蹤 SDK 介接單位資料應用成效。
雲端系統效率精進					
(一) 優化健保雲端查詢系統					
1. 優化系統架構及功能		■	■	■	(1)114 年：蒐集醫療專科臨床使用者、醫療資訊專家及醫界等使用者意見，共同研商各專科診間所需就醫資訊、介面優化及呈現方式，參酌使用者意見提出醫療支援模型草案，研議整合就醫資訊評估及介接事宜。整合雲端憑證認證機制，強化系統使用友善性，開發多元憑證認證機制之整合介面，以提升系統可近性，並辦理雲端憑證認證機制教育訓練。（規劃及擴充雲端查詢系統 3.0） (2)115 年：運用健保相關資料庫之就醫資料進行醫療支援功能開發。邀集各特約類別醫療院所，對於上開模型進行小規模測試。（導入雲端查詢系統 3.0） (3)116 年：雲端查詢系統 3.0 系統正式上線，辦理全國性教育訓練。持續滾動式辦理意見收集及檢討作業。（完成雲端查詢系統 3.0）
2. 檢驗(查)資料標準化交換整合	■	■	■	■	(1)113 年： A. 蒐集醫療院所意見，精進健保署檢驗(查)、醫療檢查影像上傳系統。 B. 持續檢討並推動「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫療院所即時上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像。 (2)114 年： A. 補助醫療院所購置 API 元件，增進資訊能力，提升上傳率。 B. 部分檢驗(查)項目推動標準化格式，供醫療院所參考，視情況輔導院所依標準化格式規定上傳資料。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					(3) 115-116 年： A. 檢視上傳情形，檢討補助成效，針對補助後仍未提升上傳率之院所，加強行政管理。 B. 檢討資料上傳品質及上傳率，研議拓展檢驗(查)上傳項目，擴大檢驗(查)項目標準化格式。
3. 健保醫療品質資訊公開優化		■	■	■	(1) 114 年：成立健保醫療品質指標專家諮詢會，檢視現行醫療品質指標項目及架構內容。 (2) 115 年：運用數位升級之健保大數據資料庫，優化現行醫療給付檔案分析作業；透過醫療品質指標專家諮詢會運作模式，完成 1-2 項疾病別品質指標項目之檢討及優化。 (3) 116 年：建置智慧化健保醫療品質資訊公開平臺，以符合方便、友善操作介面，提供醫療院所精進服務品質及民眾就醫選擇參考。
4. 高價醫療服務真實世界資料收載	■	■	■	■	(1) 113 年：規劃於新增診療項目流程中，訂定「需收載 RWD 診療項目」之擇定機制。並精進現行機械手臂輔助手術 RWD 平臺。 (2) 114 年：持續依上述擇定機制，就需收載 RWD 之診療項目，徵詢臨床專家意見，確認所需資料後，建置真 RWD 收載專區。研議自動化療效或效益評估機制。 (3) 115 年：持續依上述擇定機制，就需收載 RWD 之診療項目，徵詢臨床專家意見，確認所需資料後，建置真 RWD 收載專區。開發自動化療效或效益評估機制。 (3) 116 年：配合使用者（院所）回饋建議，滾動式調整，持續精進系統；持續增加 RWD 收載項目。
5. 論質計酬之虛擬專用網路資料整合	■	■	■	■	(1) 113 年：盤點現行 VPN 收載之 P4P 資料，研議資料串連及規劃資料整合後之 VPN 架構，視需要徵詢相關學會意見。 (2) 114 年：按規劃內容，整合及調整 VPN 架構。 (3) 115 年至 116 年：持續參考使用端（院所）建

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					議，以精進系統，符合實際作業需求。
6. 特定醫療服務術前(後)資料收載	■	■	■	■	(1)113 年：規劃於新增診療項目流程中，訂定「需收載執行前(後)資料之診療項目」擇定機制。 (2)114 年至 115 年：持續依上述擇定機制，就需收載執行前(後)資料之診療項目，徵詢臨床專家意見，確認所需資料後建置收載專區。 (3)116 年：配合使用者(院所)回饋建議，滾動式調整，持續精進系統。
(二) 數位化審查					
1. 智能輔助事前審查		■	■	■	(1)114 年：建立事前審查智能預檢機制 A. 彙整歷年明顯不符規定之人工判定邏輯運用全署申報樣態、歷史專業審查核減資料或檢驗檢查上傳數值、報告及影像等，進行資料品質篩選。 B. 強化健保資料庫可用性，含健保給付規定條文轉譯結構化、病人事前審查申請資料及健保就醫紀錄，進行資料前處理，轉化為可分析的結構式資料。 C. 建構預檢模型介接審查實務作業之流程設計。 D. 透過全署累計的申報及專業審查相關歷史資料進行驗測模型功能，並同時適時滾動式校正模型準確性。 (2)115 年：開發事前審查檢核模組 1 項，並模擬導入審查流程。 A. 運用健保大數據資料，開發輔助預檢工具，建立異常個案自動預篩機制。運用結合各類健保大數據資料，開發自動判讀/偵測及輔助預檢工具，建立自動異常個案預篩機制)。 B. 持續驗測及校正模型，模擬導入審查流程，比對模型判讀及人工判定結果之一致性，以滾動校正模型準確度。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					(3) 116 年：擴增事前審查檢核模組 1 項，並正式導入審查流程、建立智能預檢成效監測平臺。 A. 導入驗測成熟的模型，由智慧預檢工具自動將異常個案預先篩選、提示核退並持續加速開發並驗測智慧預檢工具。 B. 建立智能預檢成效監測平臺，進行檢核模組管理及定期統計預檢成果，以檢討各模組適用性及完整性。 C. 持續依據院所回饋意見優化系統，增進預檢精準度。
2. 新藥品暫時性健保支付許可	■	■	■	■	(1) 113 年：將暫時性健保支付原則納入現行新藥收載作業，規劃醫療科技評估專業人才培育方案。 (2) 114 年：完成暫時性健保支付藥品登錄系統之建置，蒐集真實世界資料 (RWD)。開設醫療科技評估專業課程，提升專業技能。 (3) 115 年：持續精進暫時性健保支付藥品登錄系統，增加收載項目。完成醫療科技評估專業人才培訓。 (4) 116 年：運用 RWD 執行完成暫時性健保支付藥品之給付效益再評估。
3. 健保藥品核價電子化		■	■	■	(1) 114 年：規劃「健保藥品核價一條龍式電子化作業」及「藥價調查即時申報機制」專案。 (2) 115 年：新藥建議收載行政程序作業系統全面電子化，完善整合藥價調查及調整機制模組。 (4) 116 年：串聯健保大數據，建立藥價管理模組。
4. 建置完整特材收載系統		■	■	■	(1) 114 年：完成建置智能新特材收載系統 2 項，及智能化整合新特材收載系統 2 項，加速創新醫材收載。 (3) 115 年：建置真實世界數據 (Real World Data) 專區，開始收集 1 項臨床使用數據。 (4) 116 年：完成收集 1 項特材真實世界數據資料，以建立特材給付效益評估模式。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
5. 增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制	■	■	■	■	(1) 113 年：按現行新增修訂診療項目作業流程，規劃提案資料電子化作業系統架構，並研議案件办理流程自動化追蹤管理之方式。 (2) 114 年：按規劃內容開發作業系統。 (3) 115 年至 116 年：持續參考使用端（提案單位）建議及內部同仁建議，優化並精進系統，以符合實際作業需求，提升作業效率。
打破圍牆的醫療照護					
(一) 遠距醫療					
1. 健保遠距醫療	■	■	■	■	(1) 113 年：檢討遠距給付服務範圍、配合「通訊診察治療辦法」修訂公告，研議通訊診療納入健保給付政策規劃。 (2) 114 年：推廣醫療院所參與全民健康保險遠距醫療給付計畫及通訊診療。 (3) 115 年：評估遠距醫療及通訊診療執行成效，研修其適用範圍。 (4) 116 年：滾動修正遠距醫療及通訊診療服務範圍。
(二) 虛擬健保卡					
1. 強健民眾及醫事服務機構身分識別服務	■	■	■	■	(1) 113-114 年：分階段建置虛擬健保卡自動化申請及審核流程，並導入 AI 相片辨識模組，以提高自動化處理正確性並提升服務效能。 (2) 115 年：虛擬健保卡自動化申請及審核流程功能增修。 (3) 116 年：優化虛擬健保卡自動化申請及審核流程。
2. 改善行動裝置應用之使用者體驗效果	■	■	■	■	(1) 113-114 年：調整虛擬健保卡首頁畫面，區分為「使用虛擬健保卡」、「授權管理及使用」及「申請/變更」三區塊，以便利使用者體驗效果。 (2) 115 年：精進行動裝置應用之使用者體驗效果。 (3) 116 年：調整整體虛擬健保卡系統 UI/UX 設計及各功能響應速度，優化使用者體驗。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
3. 擴大虛擬健保卡使用情境/完備虛擬健保卡就醫功能	■	■	■	■	(1)113 年:與相關司署共同研擬民眾持虛擬健保卡接受預防保健、預防接種、癌症篩檢及戒菸服務，並檢視實體健保卡功能。 (2)114 年;依功能盤點結果與院所需求，整修虛擬健保卡就醫功能。 (3)115 年:統整實體健保卡與虛擬健保卡之相關元件，開發缺漏之程式。 (4)116 年:整合院所端虛擬健保卡及實體健保卡相關程式及就醫作業等。
4. 建置電子處方箋平臺	■	■	■	■	(1)113 年：配合即時上傳電子處方箋(含調劑紀錄)資料，整併及調整健保 IC 卡上傳資料欄位。研議電子處方箋運作架構，規劃並廣納外界意見，以流程規劃的藍圖。 (2)114 年:召開跨機關會議共同評估系統介面及流程介接之技術可行性，並進行相關系統開發。 (3)115 年：邀請院所及業界參與小規模試營運，以驗證架構的可靠度與可行性，並進行滾動式修正。 (4)116 年:持續推動並依據院所回饋意見優化系統。
5. 介接行動支付		■	■		(1)114 年：研擬介接行動支付整合平臺之可行性。 (2)115 年：擴大介接行動支付之種類。
6. 企業合作置入行動裝置		■	■	■	(1)114 年:規劃虛擬健保卡納入行動裝置的作業模式，並開發雛型。 (2)115 年:擴展虛擬健保卡納入行動裝置的作業模式種類及建置試行作業。 (3)116 年:強化虛擬健保卡納入行動裝置之後端資訊作業備援等韌性。
7. 發展數位同意書簽署機制	■	■	■	■	(1)113-114 年：規劃及開發數位同意書簽署機制，以民眾熟悉的數位簽名方式嵌入同意書電子檔儲存至資料庫，以達成無紙化淨零政策，並便於查調使用。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					(2)115 年：擴增手寫裝置來源，以便業務單位實際應用及推廣，提升效率與便利性。 (3)116 年：持續精進數位同意書簽署機制，優化使用者體驗。
8. 虛擬健保卡服務推廣及創新應用		■	■	■	(1)114 年：推動實體健保卡不易滿足之醫療場域，以虛擬健保卡提供便利且連續的醫療照護。 (2)115 年：逐步擴大醫療機構提供虛擬健保卡服務至一般醫療場域，提供一條龍就醫模式及創新應用。 (3)116 年：擴大推動民眾申請、綁定及使用虛擬健保卡。
資料生態系					
(一) 健保 BioBank					
1. 醫療影像收載支援學研發展精準醫療	■	■	■	■	(1)113 年：研析及因應可行性方案進行相關環境及功能開發建置(第 1 階段)或增購儲存空間；現行功能持續維運。 (2)114 年：因應可行性方案進行相關環境及功能開發建置(第 2 階段)或增購儲存空間；現行功能及設備持續維運。 (3)115 年：因應可行性方案進行相關環境及功能開發建置(第 3 階段)或增購儲存空間；現行功能及設備持續維運。 (4)116 年：因應可行性方案進行相關環境及功能增修調整或增購儲存空間；現行功能及設備持續維運。
2. 完備資料治理規範，落實法律保留原則，保障個人資料隱私	■	■			(1)113 年：擬具草案。 (2)114 年：完成修法。
3. 建立健保資料蒐集原始目的外利用之民眾自主管理作業機制	■	■	■	■	(1)113 年： A. 建立民眾退出機制(軟硬體環境)。 B. 分析規劃民眾自主管理健保資料資訊平臺。

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					<p>C. 檢視並調整現行健保資料庫儲存、處理、對外傳輸及對外提供等作業架構。</p> <p>(2)114 年：</p> <p>A. 評估機制及相關資料代表性等衝擊框架。</p> <p>B. 開發建置民眾自主管理健保資料資訊平臺。</p> <p>C. 配合健保資料庫作業架構調整開發新版健保資料庫運用系統。</p> <p>(3)115 年：</p> <p>A. 評估跨機關類目的外使用之退出權執行。</p> <p>B. 推廣維運民眾自主管理健保資料資訊平臺。</p> <p>C. 建置維運新版健保資料庫運用系統。</p> <p>(4)116 年：</p> <p>A. 配合相關資料應用之修法規範，建立永續之運作模式並納入現有資料流形成運作標準。</p> <p>B. 改善精進民眾自主管理健保資料資訊平臺。</p> <p>C. 改善精進健保資料庫運用系統。</p>
4. 推動雲端健保資料上傳及導入國際醫療資料交換標準	■	■	■	■	<p>(1)113 年：</p> <p>A. 邀請專家學者、醫療資訊業者與醫界代表，共同研議作業標準及模式，選擇適用的服務項目為導入標的，並制定推動策略及規劃辦理期程。</p> <p>B. 於健保署內建立健保資料交換伺服器及相關 API 服務。</p> <p>(2)114 年：</p> <p>A. 針對選定標的之利害關係人，辦理教育訓練及說明會，建立實驗場域進行局部規模測試。考量醫療費用申報之事前審查其中 50% 為醫學中心上傳；相較於基層院所，醫學中心家數少、案件量多、需求迫切、資訊化能力強，以其作為先行試辦的標的再逐</p>

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					<p>步推廣。此外，為配合國家政策推動，亦可由政府部門跨機關之資料交換作業先行導入 FHIR，以發揮帶頭示範作用。</p> <p>B. 依據試辦單位對於格式及服務作業上的回饋意見，再與前述相關專家學者、醫療資訊業者與醫界或政府部門代表共同討論評估相關建議是否實務上可參採並同步調整優化相關服務。</p> <p>(3)115 年：</p> <p>A. 研議將衛福部部立醫院納入參與院所，擴大實驗場域。</p> <p>B. 依據前 2 年推動標準資料交換格式的試辦經驗，研議將服務內容擴大至其他交換資料類型（如電子處方箋、出院病摘）納入試辦，逐步推廣。</p> <p>(4)116 年：</p> <p>A. 視前幾年執行成效及各界回饋意見持續檢討、精進系統功能。</p> <p>B. 研議納入其他可適用之標的，加速推動擴散，以期橫向連結其它大型醫院，垂直整合下游醫事服務機構。</p>
5. 健保資料應用機制與治理		■	■	■	<p>(1)114 年：</p> <p>A. 設計開發個人化導向健保資料歸整系統。</p> <p>B. 進行資料架構整治。</p> <p>(2)115 年：</p> <p>A. 建置導入個人化導向健保資料歸整系統。</p> <p>B. 落地應用資料治理。</p> <p>(3)116 年：</p> <p>A. 改善精進個人化導向健保資料歸整系統。</p> <p>B. 精進資料治理。</p>
6. 專題式資料加值、標準化轉換及整合應用平臺建置	■	■	■	■	<p>(1)113 年：盤點健保收載資料檔案及蒐集研究單位需求，評估納入平臺建置資料可行，並初步模擬平臺含擴範圍、內容，作為建置前置準備。</p>

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					(2)114 年：提升整合平臺開發泛化應用之模式，並召開工作坊進行意見交流，提升平臺運作效益，持續導入修正模式並強化開發專題資料集之運作效益。 (3)115 年：建立專題式資料集之循環機制，並透過專家會議交流增加資料循環之生命週期，成功研議 1 專題式資料集之運作模式作為外界參考。 (4)116 年：深化平臺(軟硬體)永續運作之動能，使其運作能切合時宜及開發之需求，以友善操作之目的研議可行之運作機制。
7. 整合智能科技，提升健保客服中心資通訊為民服務之便利性	■	■	■	■	113-116 年： (1)智能語音導航系統擴充與功能優化。 (2)智能語音導航系統銜接整合生成式 AI 技術或自然語言處理模型規劃及雛型開發。 (3)智能語音導航系統銜接整合生成式 AI 技術或自然語言處理模型系統建置及應用。 (4)智能分析平臺規劃與建置。
(二) 數位基礎建設					
1. 建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房，落實節能減碳政策	■	■	■	■	(1)113 年： A. 租用符合綠能及資安標準之雲端機房 B. 將健保署本部機房設備搬遷至符合綠能及資安標準之機房 C. 擴增健保署本部及各分區業務組網路頻寬，以增進為民服務效率 (2)114 年： A. 持續租用符合綠能及資安標準之機房 B. 持續租用所需網路頻寬 (3)115 年： A. 持續租用符合綠能及資安標準之雲端機房 B. 持續租用所需網路頻寬 C. 規劃將健保署中區機房設備搬遷至符合綠能標準之機房 (4)116 年：

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					A. 持續租用符合綠能標準之機房 B. 持續租用所需網路頻寬 C. 將健保署中區機房設備搬遷至符合綠能及資安標準之機房
2. 推動加強資安防護機制之混合雲架構	■	■	■	■	(1)113 年：初步測試混合雲架構應用於健保資訊系統。 (2)114 年：進行健保資訊系統資料庫欄位加密演算法調整。 (3)115 年：修改健保資訊系統應用程式。 (4)116 年：進行健保資訊系統應用程式調整切換。
3. 建置完全備援之雙營運中心			■	■	(1)115 年：以先建後拆方式購置雙營運中心所需軟硬體設備。 (2)116 年：完成全備援之雙營運中心之建置。
4. 推動健保雲服務，提供基層院所次世代雲端服務	■	■	■	■	(1)113-116 年：評估健保醫療資訊系統與雲端相容、介接情形。 (2)114-116 年：架設雲端服務平臺，及協助基層院所進行系統轉換。
5. 成立專案辦公室	■	■	■	■	(1)113 年：專案及行政人力進駐，成立專案辦公室協助計畫執行及年度工作項目目標進度追管。 (2)114-116 年：專案諮詢或專家會議召開、各項工作規劃與執行推動等事宜。
6. 健保數位資訊管理人才培育		■	■	■	114-116 年： A. 健康資安資訊數位管理人才培育，每年自辦培育 25 人次各 2 項課程或參加資訊資安專業機構培訓班次。 B. 國內企業機構與數位健康資安資訊相關議題之參訪交流經驗分享。
7. 積極接軌及參與國際資安及醫療資訊管理制度(HIMSS)	■	■	■	■	(1)113 年： A. 參加國際醫療資訊及管理管理制度協會（HIMSS）會員或數位健康相關跨國組織。 B. 通過 ISO 27001:2022 資訊安全管理國際標準驗證，確保資安作業符合國際標準及國家法

工作項目	執行年度				預計達成工作
	113	114	115	116	
					<p>令法法規要求。</p> <p>(2)114-115 年：</p> <p>A. 參加國際醫療資訊及管理管理制度協會（HIMSS）會員或數位健康相關跨國組織。</p> <p>B. 遵循 PDCA 原則，滾動式檢縛調整資安相關作業，增進資安強度並維持資安證照有效性。</p> <p>C. 全署逐步導入並試行 ISO27001 國際標準。</p> <p>(3)116 年：</p> <p>A. 參加國際醫療資訊及管理制度協會(HIMSS)會員或數位健康相關跨國組織。</p> <p>B. 全機關導入 ISO27001 驗證。</p>

三、執行步驟與方法

（一）民眾健康賦能

1. 家醫大平臺（原：個人健康紀錄）

（1）個人健康資料上傳

健康存摺現收載資料來自於特約醫事服務機構提供保險對象醫療服務費用申報資料、健保卡上傳資料及檢驗（查）結果上傳資料，另整合衛生福利部項下跨機關資料，包括醫事司器捐/安寧緩和/醫療意願自主資料；疾病管制署預防接種資料；國民健康署成人健檢、四癌篩檢結果資料等。另民眾常為維護個人健康選擇接受受自費健康檢查，或自行於家中量測血壓、血糖等，為完整民眾個人健康資料，健康存摺提供民眾自行紀錄生理量測功能。

另自費健檢結果資料礙於該檢查費用非健保給付，醫事服務機構較無意願協助民眾上傳資料，故健康存摺增加自費健檢結果登打功能。

隨著穿戴式裝置普及化，種類多樣化，許多民眾紛紛使用穿戴式裝置紀錄個人日常生理量測數值（如心跳），另為免漏紀錄量測數值，許多穿戴式裝置設備廠商建置其出廠設備之專用 APP，透過藍牙傳輸收載量測資料。

策略作法

- A. 結合 IoT 自主健康管理生理數據與健康存摺服務，發展 IoT 雲端服務資料融合系統（IoT 資料存取資料標準化、感測介面整合平臺）。
- B. 透過 IoT 雲端服務資料融合系統將穿戴裝置或外接 IoT 裝置（如血壓機、血糖儀）量測數值，如血壓、血糖、心率、呼吸

率與血氧濃度等生理數據，透過個人、醫療機構或檢驗機構，藉由健康存摺上傳健康檢查數據至健保資料庫。

預期效益

完整個人健康資料，豐富健康存摺內容，提升使用者健康存摺黏著度。

預算

個人健康資料上傳，113 年研議健康存摺介接穿戴裝置或外接裝置之資料架構與項目、批次資料傳輸及雛型系統開發約需 5,000 千元（資本門 5,000 千元），114 年辦理健康存摺收載穿戴裝置或外接裝置之 IoT 資料之資料授權、介接至診間看診作業之系統開發約需 15,000 千元（經常門 10,000 千元，資本門 5,000 千元），115 年辦理健康存摺收載穿戴裝置或外接裝置種類增加之系統開發作業約需 16,000 千元（經常門 11,000 千元，資本門 5,000 千元），116 年辦理健康存摺收載穿戴裝置或外接裝置之資料收載自動化監控機制系統開發約需 18,000 千元（經常門 13,000 千元，資本門 5,000 千元），4 年合計約需 54,000 千元（經常門 34,000 千元，資本門 20,000 千元）。

(2) 優化健康資料整合流程

策略作法

優化與跨機關資料交換之整合流程（如疾病管制署預防接種資料），建立定期資料交換模式，彙整資料後提供民眾快速的查詢服務，增加系統使用的彈性、友善性與快捷回應，並完善資料介接機制的監控作業。

預期效益

增加系統彈性、友善性與快捷回應，並完善資料介接機制監控。

預算

優化健康資料整合流程，113 年邀集健康存摺資料介接單位，研議批次資料介接規格、資訊作業流程系統開發，約需 3,500 千元（資本門 3,500 千元），114 年建置健康存摺資料介接批次資料介接模式系統開發，約需 3,500 千元（資本門 3,500 千元），115 年建置健康存摺資料介接自動化監控機制系統開發，約需 3,500 千元（資本門 3,500 千元），116 年精進健康存摺資料介接資訊作業系統開發，約需 3,500 千元（資本門 3,500 千元），4 年合計約需 14,000 千元（資本門 14,000 千元）。

(3) 建構個人化初級照護健康管理平臺

隨著個人化穿戴式裝置的發展，資訊系統、大數據應用的拓展，民眾的健康資料越發重要，各醫療衛生相關單位如疾病管制署、國民健康署及中央健康保險署也各自發展所屬系統收載相關資料，包含疾病管制署的預防接種系統、國民健康署的癌症登記系統、健保現行的醫療資訊雲端查詢系統等，此外隨著民眾健康意識的抬頭，民間企業也陸續發展個人化健康照護裝置。然上述資料均散落在不同的管理系統當中，為強化醫師掌握家醫會員的健康狀態，健保署將打造個人化的初級照護健康管理平臺，以精進家庭醫師管理責任，亦可賦能民眾自我健康照護。

診所端方面，為強化基層診所資訊使用效能，於初級照護健康管理平臺規劃介接醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)，促進診所就醫資料轉型，落實資料雲端化，即時提供民眾健康照護服務。

策略作法

A. 盤點健保署現有資料及各司署資料，逐步整合收載至家醫平臺：檢視各司署收載之資料、收載方式及收載內容。

- B. 規劃介接醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)，便利基層院所提供健康管理。
- C. 建置健康存摺授權使用同意書：參照現行家醫計畫會員參加同意書方式，於健康存摺建置個人資料授權同意書，保障個人資料使用權限。
- D. 個人資料串接歸戶於家醫平臺使用，並授權醫師查詢及監測：透過個人資料歸戶掌握會員的健康資料，強化醫師監測功能，並提供個人化照護服務。
- E. 風險監測及數位化管理試行：召開專家學者會議，研擬風險監測項目及對象，強化系統風險管理。
- F. 提供具識別化的個人監測資料，以利本署、醫師端及會員端使用。

預期效益

- A. 建置家醫大平臺，收載醫療紀錄（穿戴裝置、其他平臺）、其他司署資料（疫苗接種、成人預防保健、癌症篩檢異常）及現有雲端資料查詢系統及檢驗檢查結果資料，建立民眾個人健康資料庫。
- B. 同步整合至基層醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)，強化基層診所提供民眾健康管理服務，落實全人醫療照護。
- C. 針對不同個案，利用健康存摺提醒民眾執行預防保健或疫苗接種，並將未篩檢或未施打疫苗之個案資料回饋給家庭醫師，以提升篩檢率及施打率。並針對篩檢異常的個案以視覺化方式提醒民眾需進行進一步檢查，並提供原篩檢或收案診所，可以進行轉介追蹤及衛生教育。

預算

- A. 建構個人化初級照護健康管理平臺，113 年為獎勵家醫群診所使用約需 24,000 千元（經常門 24,000 千元），114 年為使已經使用的診所對於大平臺的黏著度增加並鼓勵收案會員授權，讓醫師可以使用個人化資料，約需 42,000 千元（經常門 42,000 千元）、115 年起擴大收案會員授權情形並由院所進行個人化資料監測，約需 60,000 千元（經常門 60,000 千元）、116 年院所透過平臺風險預測功能進行定期監測及異常管理、並鼓勵診所依據其服務科別及特性（精神科診所、家醫科診所、婦產科診所）增加個別化的監測管理項目約需 80,000 千元（經常門 80,000 千元），4 年合計約需 206,000 千元（經常門 206,000 千元）。
- B. 建置大家醫計畫系統，113 年盤整業務需求建置大家醫平臺系統開發約需 10,000 千元（資本門 10,000 千元），114 年辦理大家醫平臺個人化資料歸戶及授權管理系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），115 年平臺資料分析、風險預測及異常管理模型建置系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），116 年數位化追蹤管理及精進個人化健康管理平臺系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），4 年合計約需 34,000 千元（資本門 34,000 千元）。

(4) 個人健康資料共享

策略作法

透過資料加解密等技術，建立雲端資料分享利用機制，供民眾方便自行查閱；或在符合資料當事人意願的情況下，由醫療院所依診斷、治療病情，或醫學研究的需求而透過 5G 或健保 VPN 查

閱，特別是在遠距醫療的情境下，更是可以提升醫療品質，並顧及民眾的方便性與隱私性。

預算

個人健康資料共享，114 年進行資料分享利用機程式開發及正式環境架設相關服務，並邀請業界參與小規模試營運，驗證授權機制可靠度與可行性以進行滾動式修正系統開發作業，系統開發約需 5,000 千元（資本門 5,000 千元），115 年資料分享利用機制導入民眾治理資料開放運作模式及滾動式修正，並建立統計回饋機制等系統開發作業，約需 4,500 千元（資本門 4,500 千元），116 年導入健保署數位平臺及滾動式修正，擴充民眾治理項目應用系統開發作業，約需 4,500 千元（資本門 4,500 千元），3 年合計約需 14,000 千元（資本門 14,000 千元）。

2. 個人健康資料加值

(1) 創造健康資料應用的生態圈

策略作法

健康存摺系統軟體開發套件（Software Development Kit, SDK）提供民眾可依自身需求，將個人的就醫、用藥及檢驗結果等健康存摺資料，分享給信任的第三方行動應用程式進行加值運用，促進醫療資訊、健康管理等相關產業發展以健康數據為基礎的各式創新健康照護模式，帶動資料的加值利用，創造健康資料應用的生態圈，並提升民眾健康識能，全面照護民眾健康。

(2) 完善健康存摺 SDK 資料應用管理機制

策略作法

因外界關心個人資料使用與管理及資安等議題，研議成立健康存摺系統軟體開發套件應用管理審議會，邀集外部專家學

者、民間團體代表等，共同研商健康存摺 SDK 資料應用及長期發展政策等審議事項，修訂健康存摺軟體開發套件使用管理要點，並持續落實及精進健康存摺 SDK 介接單位管理及追蹤應用成效。

預期效益

民眾自行將個人健康資料提供給第三方程式加值應用，將有助於落實民眾健康知情權及資料自主權，同時可促進醫療資訊、健康管理等相關產業發展以健康數據為基礎的各式創新健康照護模式，帶動資料的加值利用，創造健康資料應用的生態圈，並提升民眾健康識能，協助其自我健康管理。

預算

無（本項由機關同仁研議前置管理機制以作為相關業務推動依循，其成果納入本計畫）。

(二) 雲端系統效率精進

1. 優化健保雲端查詢系統

(1) 優化系統架構及功能

健保雲端查詢系統目前已建置涵括西醫用藥、中醫用藥、過敏藥物、特定管制藥品用藥、特定凝血因子用藥、檢查檢驗紀錄、檢查檢驗結果、牙科處置及手術、復健醫療、手術紀錄、出院病摘及 CDC 預防接種等 12 類資訊，並發展跨院重複開立醫囑、藥品交互作用、過敏藥物、腎臟病人用藥安全等主動提示功能系統。為使健保雲端查詢系統更深入基層，更友善、貼近使用者，精準提供使用者所需之醫療資訊，提升醫療效率，未來將以使用者角度出發，發展醫療支援功能，並持續優化系統架構。

策略作法

蒐集醫療專科臨床使用者、醫療資訊專家及醫界等使用者所需就醫資訊、介面優化及呈現方式等專業意見，並運用健保資料庫暨跨機關就醫資料，開發醫療支援功能，提供即時且清楚的病人重要醫療資訊，提升病人安全；並整合雲端憑證認證機制，規劃多元憑證認證機制之整合介面，提升健保雲端系統可近性。

預期效益

- A. 雲端系統朝向智慧化、專業化方向邁進，精準提供醫事人員診療所需之病人重要醫療資訊，並透過更有效且更符合臨床需求的醫療資訊共享模式，間接強化降低重複處方之效果。
- B. 雲端系統提供友善使用者介面，及多元雲端憑證認證機制。

預算

優化系統架構及功能，114 年建置整合應用平臺優化雲端系統介面，並規劃雲端系統整合資訊及介接作業，含系統開發約需 35,649 千元（經常門 1,500 千元，資本門 34,149 千元），115 年導入優化健保雲端系統進行小規模測試作業，含系統開發約需 41,360 千元（經常門 1,250 千元，資本門 40,110 千元），116 年辦理優化健保雲端系統上線作業，含系統開發約需 38,991 千元（經常門 1,250 千元，資本門 37,741 千元），3 年合計約需 116,000 千元（經常門 4,000 千元，資本門 112,000 千元）。

(2) 檢驗（查）資料標準化交換整合

健保署自 2014 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果，以避免不必要之檢驗(查)，確保病人安全，提升醫療品質。查 2022 年醫院檢驗（查）及醫療檢查影像上傳率均超過 9 成，惟基層院所上傳率仍偏低。

為提升上傳率，健保署持續蒐集醫療院所意見，優化檢驗(查)上傳系統，檢討修訂「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」與檢驗(查)結果及醫療檢查影像上傳格式，並持續邀集醫界代表開會討論，惟基層院所囿於資訊系統無法上傳，醫界代表表示需自 HIS 端排除問題，建議健保署補助相關資訊改版費用。

策略作法

- A. 持續蒐集醫療院所意見，優化及精進檢驗（查）結果及醫療檢查影像上傳系統，減少醫療院所上傳障礙。
- B. 補助醫療院所提升資訊能力，提升檢驗（查）上傳率，並持續檢討及評估補助之成效。
- C. 規劃醫療院所檢驗（查）上傳之標準化格式，提供醫療院所參考，視情況輔導院所依格式上傳。

預期效益

提升醫療院所檢驗（查）上傳率及檢驗（查）資料品質，避免不必要之重複檢驗（查），提升病人安全，並保障民眾知的權益，並作為未來 AI 資料應用，發展智慧醫療與智慧審查之基石。

預算

114 年約需 200,000 千元（經常門 200,000 千元）。

(3) 健保醫療品質資訊公開優化

策略作法

- A. 成立健保醫療品質指標專家諮詢會，進行醫療品質資訊公開指標項目檢討及架構內容之整合，通盤檢討現行疾病別醫療品質指標項目。

- B. 藉由數位升級之健保大數據資料庫，整合醫療費用申報資料及病人臨床治療結果資料，研訂具治療結果面之品質監測指標。

預期效益

- A. 評估健保醫療資源投入提升國人健康狀況之照護成效。
B. 回應民眾對健保醫療照護品質之期待，並提升台灣醫療照護成果於國際上之能見度。

預算

健保醫療品質資訊公開優化，114 年約需 1,330 千元（經常門 1,330 千元），115 年約需 1,330 千元（經常門 1,330 千元），116 年約需 1,340 千元（經常門 1,340 千元），3 年合計約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元）。

(4) 高價醫療服務真實世界資料收載

近年健保署已陸續將高價位治療技術納入健保給付，惟是類治療技術現行未有療效或給付效益追蹤機制，且現行醫療費用之申報資料欄位有限，並無收載出血量、手術併發症等常用於判斷醫療品質之數據，爰無法針對特定診療項目進行療效追蹤及成本效益評估。

策略作法

為針對已納入健保給付之高價醫療服務進行後續療效及成本效益之追蹤或監測，規劃建置真實世界資料(Real World Data, RWD)專區，收集臨床使用數據。規劃於新增診療項目流程中，訂定「需收載 RWD 診療項目」之擇定機制。就需收載 RWD 之診療項目，徵詢臨床專家意見，確認所需資料後，建置 RWD 收載專區。其中 2022 年已建置「機械手臂輔助系統手術」之 RWD 收載專區，

後續將配合使用者（院所）回饋建議，滾動式調整，持續精進系統；另研議自動化療效或效益評估機制。

預期效益

針對已納入健保給付之高價醫療服務進行後續療效及成本效益之追蹤或監測，建立系統化的檢討及低效益項目之退場機制。使有限資源達到有效配置，發揮最大效益。

預算

辦理高價醫療服務真實世界資料收載相關業務，113 年約需 10,000 千元(資本門：軟體購置費 5,000 千元及系統開發費 5,000 千元)，114 年約需 20,000 千元(資本門：軟體購置費 10,000 千元及系統開發費 10,000 千元)，115 年及 116 年則分別約需 15,000 千元(資本門：軟體購置費 7,500 千元及系統開發費 7,500 千元)。4 年合計約需 60,000 千元(資本門：軟體購置費 30,000 千元及系統開發費 30,000 千元)。

(5) 論質計酬之虛擬專用網路資料整合

現行各項論質計酬（Pay for Performance, P4P）方案之健保資訊網服務系統（Virtual Private Network, VPN）資料收載專區仍為各方案獨立作業，並無橫向串聯，爰若同一病人參與多個 P4P 方案（如糖尿病、氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案），其相關數據資料(HbA1c、GOT、GPT 等)係散落於不同方案收載系統中，導致其照護醫師無法掌握完整病人資料，提供全面性之治療照護。

策略作法

為達到以人為中心之疾病照護，將優化現行方案之健保資訊網服務系統(VPN)資料收載專區。經盤點現行 P4P 方案於 VPN 收

載的資料，並透過資料串連及調整 VPN 架構，整合論質計酬之虛擬專用網路資料。

預期效益

從現行以「方案」為單位，改以「人」為單位，讓醫師得即時掌握病人整體健康狀況，給予整合性照護。

預算

辦理論質計酬之虛擬專用網路資料整合相關業務，113 年尚屬規劃階段，爰無編列經費支應，114 年約需 21,000 千元（資本門：軟體購置費 11,000 千元及系統開發與專案管理費 10,000 千元），115 年及 116 年每年約需 14,500 千元（資本門：軟體購置費 7,000 千元及系統開發與專案管理費 7,500 千元）。4 年合計約需 50,000 千元（資本門：軟體購置費 25,000 千元及系統開發與專案管理費 25,000 千元）

(6) 規劃特定醫療服務術前（後）資料收載

現行多數醫療服務係以論量計酬，礙於醫療費用之申報資料欄位有限，無法針對特定診療項目進行醫療品質管控，雖部分診療項目有於支付規範要求檢附相關檢查(驗)報告，惟仍無法逐案管控其醫療服務品質。

策略作法

為維護醫療服務品質，並回歸醫療專業管控，將規劃於新增診療項目流程中，訂定「需收載執行前（後）資料之診療項目」擇定機制。就需收載執行前（後）資料之診療項目，比照現行白內障事前登錄模式，建置收載專區，並將依各診療項目特性或支付規範，及徵詢臨床專家意見，確認所需資料欄位。

預期效益

維護醫療服務品質，並回歸醫療專業管控。

預算

規劃及辦理特定醫療服務術前（後）資料收載相關業務，113 年尚屬規劃階段，爰無編列經費支應，114 年約需 28,000 千元（資本門：軟體購置費 13,000 千元，系統開發及專案管理費 15,000 千元），115 年及 116 年每年約需 11,000 千元（資本門：軟體購置費 6,000 千元及系統開發及專案管理費 5,000 千元）。4 年合計約需 50,000 千元（資本門：軟體購置費 25,000 千元及系統開發及專案管理費 25,000 千元）。

2. 數位化審查

(1) 智能輔助事前審查

策略作法

經盤點事前審查係依據健保給付規定、病人申請資料（含檢附病歷文件）及個人歷史健保就醫紀錄等資訊，進行人工檢視其規定符合性，又查現行已收載之病人事前審查申請資訊及健保就醫紀錄，已含大量結構性資料，惟健保給付規定條文無法直接由電腦解讀，爰運用資通技術，增加收載格式（如 FHIR），將上述健保大數據結構化，並建立智能預檢工具，快速交叉比對全面檢核，即時偵測異常案件。

預期效益

線上初步事前審查預檢功能，倘若明顯不符規定者，則可即時通知院所修正治療方向重新送審，增進病人早日接受治療之就醫權益。

預算

智能輔助事前審查，114 年約需 33,187 千元（資本門 33,187 千元），115 年約需 33,187 千元（資本門 33,187 千元），116 年約需 33,186 千元（資本門 33,186 千元），3 年合計約需 99,560 千元（資本門 99,560 千元）。

(2) 新藥物暫時性健保支付許可（建置登錄系統收集真實世界資料，掌握給付成效）

策略作法

A. 針對有臨床迫切需求，惟療效及安全性具不確定性之新藥，與藥商協議多元風險分攤，暫時支付 2 年，蒐集國內外真實世界資料據以檢討。

B. 培育本土醫療科技評估及醫療科技再評估人才。

預期效益

因應健保藥品政策改革方案推動，建置暫時支付藥品登錄系統，並配合健保藥品核價系統，運用電子化方式蒐集該類藥品之真實世界資料；建立暫時性健保支付藥品給付效益評估機制，透過醫療科技再評估(HTR, Health Technology Reassessment)作業流程，檢視暫時支付品項之給付效益，再決定是否提供持續性的健保核價，在健保現有新醫療科技預算額度下，有效健保加碼，無效限縮給付，提升醫療資源配置之合理性。

預算

建置暫時支付藥品登錄系統、規劃相關評估機制及辦理人才培訓等相關業務，113 年至 116 年每年約需 50,000 千元（經常門 50,000 千元），4 年合計約需 200,000 千元（經常門 200,000 千元）。

(3) 健保藥品核價電子化

策略作法

配合政策及因應各藥品特色，打造藥品管理作業系統、暫時支付藥品登錄系統與藥價調查及調整機制模組，串聯健保大數據資料及個案登錄資料，建置藥品真實世界資料專區，整合外部系統資料，如病人病歷或篩檢資料等，作為後續藥品給付效益再評估之參考。

預期效益

- A. 打造具彈性及效率之健保藥品管理作業系統，推動「健保藥品核價一條龍式電子化作業」，將新藥建議收載之行政程序作業（含廠商送件、專家審查及核准結案等）及個案登錄系統全面電子化，並將各系統介接串聯，提供廠商以系統進行線上送件、提供專家電子化審查作業、電子化核准公告作業、個案登錄等，以完備健保新藥收載及暫時性支付制度。
- B. 推動「藥價調查即時申報機制」，避免因資訊落差及通貨膨脹而導致藥品價格資料失真，完善整合藥價調查及調整機制模組，設定自動藥價調查、給付協議檢討之排程與公式，以系統方式管理藥品主檔。串聯建置藥品真實世界資料專區，介接醫事機構管理作業、事前審查主檔及申報費用等系統，延伸運用電子病歷或檢驗資料，並與外部單位資料整合，使健保用藥更精準，健保資源更合理運用。

預算

114 年約需 60,000 千元（資本門 60,000 千元），115 年至 116 年每年約需 70,000 千元（資本門 70,000 千元），3 年合計約需 200,000 千元（資本門 200,000 千元）。

- (4) 建置完整特材收載系統（建置智能特材收載系統及登錄系統收集真實世界資料，掌握特材給付成效）**

策略方法

- A. 運用智能特材收載資訊系統，建置特材收載一條龍機制，自申請到收載資訊化加值應用系統，加速研議創新醫材收載事宜。
- B. 建置真實世界數據(RWD, Real World Data)專區，收集及運用特材臨床使用數據，執行醫療科技再評估，以利建立特材給付效益評估模式。

預期效益

藉由建置智能新特材收載系統，智能化整合新特材提會前完整資訊，加速研議收載創新醫材。並建置真實世界數據(RWD)專區，收集及運用特材臨床使用數據，透過醫療科技再評估(HTR)作業流程，檢視特材之給付效益，作為後續特材給付決策評估，提升醫療資源配置之合理性。

預算

114 年至 115 年每年約需 26,667 千元（經常門 4,000 千元，資本門 22,667 千元），116 年約需 26,666 千元（經常門 4,000 千元，資本門 22,666 千元），3 年合計約需 80,000 千元（經常門 12,000 千元，資本門 68,000 千元）。

(5) 增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制

現行新增修訂診療項目作業仍由人工自行書面管理追蹤案件辦理進度，為定期追蹤案件辦理進度，須人工逐案確認，耗費人力時間成本高。又因每年陸續有學會提出新增修訂建議，累積待處理案件量繁多，且各案件複雜程度不一，較難及時掌握每件案件之辦理進度。

策略作法

新醫療科技日新月異，為加速新醫療服務納入健保給付作業，規劃按現行新增修訂診療項目作業流程，建置提案資料電子化作業系統及案件办理流程自動化追蹤管理機制，並持續參考使用端（提案單位）建議及內部同仁建議，優化及精進系統。

預期效益

提升新增修訂醫療服務作業效率，加速新醫療服務納入健保給付作業。

預算

增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制相關業務，113 年尚屬規劃階段，爰無編列經費支應，114 年約需 31,000 千元（資本門：軟體購置費 11,000 千元及系統開發與專案管理費 20,000 千元），115 年及 116 年每年約需 14,500 千元（資本門：軟體購置費 7,000 千元及系統開發與專案管理費 7,500 千元）。4 年合計約需 60,000 千元（資本門：軟體購置費 25,000 千元及系統開發費 35,000 千元）。

(三) 打破圍牆的醫療照護

1. 遠距醫療

(1) 健保遠距醫療

為增進山地離島及偏僻地區民眾專科醫療可近性與照護完整性，期透過科技縮短城鄉醫療水準差距，以符合在地居民醫療需求，健保署自 2020 年 12 月 29 日公告「全民健康保險遠距醫療給付計畫」。截至 2022 年 12 月，共 47 個鄉鎮、7 個急重症轉診網絡遠距會診服務，距離計畫欲施行之 64 個鄉鎮、14 個急重症轉診網絡尚有擴大施行區域之空間，健保署將逐步推廣遠距醫療服務範圍，按需求滾動修正，以更貼近在地民眾實際需求。

策略作法

採醫師對醫師(B to B)之遠距會診模式，由在地院所的醫師親自診察病人，遠距院所的專科醫師透過視訊方式給予診療建議，雙方共同合作照護病人。

預期效益

- A. 提升山地離島、偏僻地區民眾之專科門診可近性。
- B. 通訊診療納入健保給付，減少民眾前往醫療院所就醫之時間及交通成本。
- C. 逐步擴大推廣遠距醫療服務範圍，包括施行地區、實施場域、就醫科別等，以更貼近在地民眾實際需求。

預算

辦理優化遠距及通訊醫療資料分享機制，113 年屬研議規劃階段，爰無編列經費支應，114 年約需 24,000 千元(經常門 24,000 千元)、115 年約需 24,000 千元(經常門 24,000 千元)、116 年約需 25,000 千元(經常門 25,000 千元)，4 年合計約需 73,000 千元(經常門 73,000 千元)。

2. 虛擬健保卡

(1) 強健民眾及醫事服務機構身分識別服務

為提升相片品質及加速審核流程，健保署將導入實體健保卡檔存相片及 AI 相片辨識程式。具檔存照片者，逕核發虛擬健保卡；無檔存照片者，民眾自行上傳照片後，將透過 AI 模型裁切至適當二吋大頭照，並與身分證明文件之相片比對是否相符合，輔助承辦人進行身分識別審核並核發虛擬健保卡。另虛擬健保卡可由民眾免工本費線上申請變更相片，經審核後，亦規劃作為未來

申請實體健保卡之檔存照片使用，俾利其他臨櫃業務完善身分識別服務。

策略作法

- A. 規劃導入 AI 照片辨識輔助流程，與建置介接系統程式。
- B. 建置照片管理系統，提供即期與歷史照片收載、整理與管理功能。
- C. 優化 AI 相片比對及審查系統效能與正確率。
- D. 強化虛擬卡管理平臺功能。
- E. 擴大 AI 辨識功能在健保業務身分識別應用範圍。

預期效益

- A. 提升虛擬健保卡及實體健保卡審核效率與正確性，節省人力成本。
- B. 優化檔存相片品質，以供保險對象健保業務再利用。
- C. 擴大健保業務應用，全面提升服務品質。

預算

建置虛擬健保卡自動化申請及審核流程，113 年建置虛擬健保卡自動化申請及審核流程，並導入 AI 相片辨識模組第一階段作業，完成上傳相片自動裁切、上傳身分證件與相片自動比對，並將裁切完相片上傳 Hadoop 資料庫儲存，系統開發約需 4,000 千元（資本門 4,000 千元），約需，114 年建置虛擬健保卡自動化申請及審核流程，並導入 AI 相片辨識模組第二階段作業，完成登入者身分與上傳身分證件比對及檢測上傳身分證件正確性，系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），115 年辦理虛擬健保卡自動化申請及審核流程功能增修，系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），116 年優化虛擬健保卡自動化申請及審核流程，系統開發

約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），4 年合計約需 28,000 千元（資本門 28,000 千元）。

(2) 改善行動裝置應用之使用者體驗效果

為改善使用者體驗效果，將調整虛擬健保卡首頁畫面，區分為「使用虛擬健保卡」、「授權管理及使用」及「申請」三區塊，健保署規劃民眾至醫療院所就醫時，點擊「使用虛擬健保卡」即可以健保身分就醫；並規劃於「授權管理及使用」得申請由家人或陪病者（如看護）代為出示虛擬健保卡，提高其就醫之便利性；另「申請」除可申請變更相片外，亦提供無門號子女或不便操作行動設備者，可由同一健保戶成員代為申請虛擬健保卡，且未滿 15 歲子女將自動授權予依附的父或母，可代為出示虛擬健保卡就醫。

策略作法

- A. 改善虛擬健保卡使用者介面(UI/UX)，提升使用便利性。
- B. 可使用虛擬卡場域之查詢功能優化。
- C. 導入保險對象歸戶檔存相片，供使用者申請虛擬卡或更換照片
免予審查之便捷機制。
- D. 優化授權管理及使用機制，並提供虛擬卡就醫提醒功能，避免
冒用情事。

預期效益

- A. 增進虛擬健保卡使用者需求與便利性，降低數位差距並增進使
用意願。
- B. 強化虛擬健保卡場域資訊查詢，提高使用便利性。
- C. 增加虛擬健保卡使用提示，避免盜用情況發生。

預算

改善行動裝置應用之使用者體驗效果，113 年辦理調整虛擬健保卡首頁畫面，區分為「使用虛擬健保卡」、「授權管理及使用」及「申請/變更」三區塊，第一階段完成虛擬健保卡使用者介面 (UI/UX)，提升使用便利性，系統開發約需 3,000 千元（資本門 3,000 千元），114 年辦理調整虛擬健保卡首頁畫面，區分為「使用虛擬健保卡」、「授權管理及使用」及「申請/變更」三區塊，第二階段完成使用虛擬卡場域之查詢或驗證功能優化，系統開發約需 6,000 千元（資本門 6,000 千元），115 年精進行動裝置應用之使用者體驗效果系統開發約需 6,000 千元（資本門 6,000 千元），116 年調整整體虛擬健保卡系統 UI/UX 設計及各功能響應速度，優化使用者體驗，系統開發約需 5,000 千元（資本門 5,000 千元），4 年合計約需 20,000 千元（資本門 20,000 千元）。

(3) 擴大虛擬健保卡使用情境/完備虛擬健保卡就醫功能

健保署自 2019 年起開始辦理虛擬健保卡就醫模式之試辦，參考實體健保卡功能及醫療院所需求，持續強化虛擬健保卡功能，並整合院所端虛擬健保卡及實體健保卡相關程式及優化就醫流程作業等。

虛擬健保卡無實體晶片得以寫入卡體，爰改以透過系統資料上傳與資料介接方式，進行確認民眾接受相同服務的資格。

透過盤點各項與健保申報有關之查詢系統皆能支援虛擬健保卡；對外與疾病管制署、國民健康署及口腔健康司共同研擬民眾持虛擬健保卡接受預防保健、預防接種、癌症篩檢及戒菸等跨機關服務之可行性。

策略作法

- A. 檢討及評估虛擬健保卡需求：實體健保卡自 91 年推行至今已逾 20 年，相關功能已完備，爰盤點現階段虛擬健保卡之功能與實體健保卡之異同，朝與實體健保卡功能相同。
- B. 調整相關程式及優化就醫流程，透過會議、email，如 SDK 版更說明會，與醫療院所、資訊廠商了解需求，進行署內跨單位進行討論開發事宜，邀請部分醫療院所進行測試。
- C. 邀集各司署進行跨單位之溝通、共同研擬；整合跨部門間之程式，平臺間之系統介接。

預期效益

藉由程式與系統的調整，強化虛擬健保卡功能，優化院所查詢之便利性與正確性，提升醫療院所使用之意願，亦得讓司署能藉由平臺進行資料之運用與管理。

預算

- A. 檢討及評估虛擬卡需求，後續進行程式調整與召開說明會等，113 年屬規劃階段，爰無編列預算支應，114 年約需 2,710 千元（資本門 2,710 千元），115 年約需 2,645 千元（資本門 2,645 千元），116 年約需 2,645 千元（資本門 2,645 千元），4 年合計約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元）。
- B. 鼓勵院所安裝、版更或硬體提升等，持續提供使用誘因，114 年約需 7,000 千元（經常門 7,000 千元），115 年約需 7,000 千元（經常門 7,000 千元），116 年約需 6,000 千元（經常門 6,000 千元），3 年合計約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。

(4) 建置電子處方箋平臺

現行處方箋遺失時，病人需重新掛號並由醫師重新看診後開立處方箋，造成額外醫療負擔；另紙本處方箋也易遭偽造，造成民眾重複領藥情形。

依衛生福利部公布之電子處方箋交換欄位格式及「通訊診察治療辦法」之修訂，規劃建置電子處方箋平臺，及規劃門診處方箋 QR CODE 二維條碼欄位建置規則，優化院所、藥局與民眾三方處方箋傳遞流程。由開立處方之醫療院所產製電子處方箋（含可驗證之 QR Code）提供給民眾，民眾可持電子處方箋至藥局進行調劑，藥局亦可直接讀取 QR Code 驗證處方箋真偽。電子處方箋平臺建置目的不只是一要就醫流程更連貫，也要防止處方箋遺失和竄改，確認處方箋的有效性以避免重複調劑等相關情形，以提高就醫流程可近性。

策略作法

配合即時上傳電子處方箋（含調劑紀錄）資料，規劃門診處方箋 QR CODE 二維條碼及跨院平臺，優化就醫流程作業。

預期效益

藉由推動電子處方箋平臺，提升就醫之可近性，改善就醫流程；避免重複調劑，提升民眾用藥安全。

預算

規劃與建置電子處方箋平臺相關業務，113 年辦理電子處方箋運作架構及流程研議系統開發約需 55,000 千元（經常門 40,000 千元，資本門 15,000 千元），114 年依跨機關評估結果，辦理電子處方箋系統介面及流程介接系統開發約需 35,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 15,000 千元），115 年辦理電子處方箋平臺試營運作業，滾動式修正系統，系統開發約需 55,000 千元（經常門

40,000 千元，資本門 15,000 千元)，116 年依電子處方箋平臺小規模試營運作業之反饋，進行系統開發約需 35,000 千元（經常門 20,000 千元，資本門 15,000 千元），4 年合計約需 180,000 千元（經常門 120,000 千元，資本門 60,000 千元）。

(5) 介接行動支付

策略作法

因應就醫流程的完整性，協助民眾完成就醫後的支付流程，已搜集具備醫療行動支付服務的應用服務，納入健保快易通 App 內，方便民眾使用。為提升民眾操作的流暢度，並配合推動多元支付的概念，推動醫事服務機構與行動支付業者，單一的資料介接格式，廣納行動支付業者進入醫療費用支付的領域，以提供民眾多元化的選擇，更加完備支付醫療費用的作業。

預期效益

完備多元支付醫療費用介接格式及流程整合，提升民眾就醫流程完整度。

預算

介接行動支付，114 年規劃虛擬健保卡就醫之行動支付業者與健保資料介接離型系統開發整合作業，系統開發約需 4,000 千元（資本門 4,000 千元），115 年持續擴大介接行動支付之種類，且納入健保 IC 卡之行動支付，完善開發整合行動支付與健保資料介接作業，系統開發約需 4,000 千元（資本門 4,000 千元），2 年合計約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元）。

(6) 企業合作置入行動裝置

策略作法

因應國人行動裝置使用習慣日盛，研議將虛擬健保卡置入行動裝置，提升日常生活數位化的便利性，亦可將手機內的虛擬健保卡，延伸至手錶等裝置，進一步提升運用彈性。

預期效益

增進民眾於多元行動裝置應用虛擬健保卡之彈性。

預算

企業合作置入行動裝置，114 年擴展虛擬健保卡納入行動裝置的作業模式，新增 1 個與 Wallet（錢包）介接雛型作業，並建置試行作業，系統開發約需 8,000 千元（資本門 8,000 千元），115 年強化虛擬健保卡納入行動裝置 Wallet（錢包）之後端資訊作業備援等韌性，系統開發約需 6,000 千元（資本門 6,000 千元），116 年持續優化虛擬健保卡納入行動裝置 Wallet（錢包）作業，擴增自動化監控機制，系統開發約需 6,000 千元（資本門 6,000 千元），3 年合計約需 20,000 千元（資本門 20,000 千元）。

(7) 發展數位同意書簽署機制

策略作法

收載有關民眾就醫等相關資訊，並於去識別化後提供學術或研究機構使用。為完備對個人資訊隱私權之保障，爰規劃民眾可臨櫃申請數位同意書並儲存於資料庫，且定期更新衛福部資料庫，以保障民眾二次利用退出權。並開發跨系統使用 API，以利對外資料提供時可逕予排除。

預期效益

完備民眾對外資料提供之隱私權保障。

預算

建置數位同意書簽署機制等相關業務，113 年規劃及開發數位同意書簽署機制，以民眾熟悉的數位簽名方式嵌入同意書電子檔儲存至資料庫第一階段作業，完成數位同意書簽署平臺，開發約需 3,500 千元（資本門 3,500 千元），114 年規劃及開發數位同意書簽署機制，以民眾熟悉的數位簽名方式嵌入同意書電子檔儲存至資料庫，完成業務單位所提申請表單以數位化方式申請，系統開發約需 2,500 千元（資本門 2,500 千元），115 年擴增手寫裝置來源，可接收以手機或平板電腦為手寫簽名輸入來源，系統開發約需 2,500 千元（資本門 2,500 千元），116 年持續精進數位同意書簽署機制，優化使用者體驗，系統開發約需 2,500 千元（資本門 2,500 千元），4 年合計約需 11,000 千元（資本門 11,000 千元）。

(8) 虛擬健保卡服務推廣及創新應用

虛擬健保卡推動長期以全面於醫療場域使用虛擬健保卡為目標，規劃以分年度、分目標逐步推廣，考量使用效益及虛擬健保卡特性，優先於實體健保卡不易滿足之醫療場域加深推動（如居家照護、視訊診療、遠距醫療、偏鄉離島地區等），並鼓勵各層級醫療院所一般醫療場域建置及提供服務，透過標竿學習機制，提升醫療院所間正向學習及實務交流機會，以及標竿院所成功經驗分享、複製和實地輔導等機制，增加醫療院所參與意願，同步發展多元創新應用，再擴大推動民眾申請、綁定虛擬健保卡，提升醫療服務便利性及可近性，迎向智慧醫療時代。

策略作法

- A. 鼓勵醫療機構提供虛擬健保卡服務：透過執行良好之標竿院所透過研討會、分享會、工作坊等活動形式分享執行經驗，共同交流及分享實務經歷。

- B. 降低民眾及醫療人員使用障礙改善措施：透過編製虛擬健保卡操作手冊、影片等素材，以多元管道推廣運用，並參與外部活動、醫療機構、醫療相關學會、協會等合作辦理展攤、說明會等，輔導民眾及醫療相關人員使用虛擬健保卡。
- C. 創新應用服務多元發展：透過蒐集國內外健康數位應用之發展，發掘虛擬健保卡具發展潛力及前瞻應用方向的可能性，並保留與民間合作發展虛擬健保卡多元服務模式之機會。

預期效益

- A. 增加醫療機構參與虛擬健保卡之意願，提升提供虛擬健保卡服務醫療機構家數。
- B. 強化民眾（尤其加強相對弱勢族群，如高齡者、偏鄉地區等）及醫療人員使用虛擬健保卡之數位能力，增加使用意願。
- C. 發展虛擬健保卡之創新服務模式，提升醫療照護效率及便利性。

預算

- A. 推動醫療院所提供虛擬健保卡服務，規劃及辦理標竿活動、分享會、說明會等大型宣導活動，114 年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元），115 年約需 4,000 千元（經常門 4,000 千元），116 年約需 6,250 千元（經常門 6,250 千元），3 年合計約需 14,250 千元（經常門 14,250 千元）。
- B. 編製虛擬健保卡相關推廣素材及辦理推廣活動、工作坊、說明會、實地輔導、專家會議等，114 年約需 3,750 千元（經常門 3,750 千元），115 年約需 4,500 千元（經常門 4,500 千元），116 年約需 3,750 千元（經常門 3,750 千元），3 年合計約需 12,000 千元（經常門 12,000 千元）。

C. 規劃及辦理虛擬健保卡創新應用發展，114 年約需 2,250 千元（經常門 2,250 千元），115 年約需 1,500 千元（經常門 1,500 千元），2 年約需 3,750 千元（經常門 3,750 千元）。

(四) 資料生態系

1. 健保 BioBank

(1) 醫療影像收載支援學研發展精準醫療

策略作法

緣國發會 2018 年至 2020 年委託中央健康保險署辦理「醫療影像倉儲建置與人工智慧應用」，進行醫療影像之收載，並提供學研單位建構、訓練及驗證 AI 模型的實驗場域。為解決醫療影像收載耗費大量儲存空間及維運成本問題，並促進產學研及精準智慧醫療的發展，需增購儲存設備或尋求其他解決方案俾長期保存持續提供運用。

預期效益

支援學研單位持續申請應用醫療影像，促進精準醫療發展。

預算

113 年為提供學研單位建構、訓練及驗證 AI 模型的實驗場域，需持續維運影像倉儲相關資訊服務之可用性，影像倉儲系統現行資訊服務持續維運需資訊服務費 4,000 千元（經常門 4,000 千元）；114 年提供學研單位建構、訓練及驗證 AI 模型的實驗場域，需持續維運影像倉儲相關資訊服務及儲存空間之可用性，並增購儲存空間以便 115 年度醫療影像資料得以持續收載利用。影像倉儲系統現行資訊服務持續維運需資訊服務費 15,000 千元、現行儲存空間持續維運需資訊服務費 30,000 千元、增購儲存空間需硬體設備費 50,000 千元，合計需 95,000 千元（經常門 45,000 千元，資本

門 50,000 千元)。115 年提供學研單位建構、訓練及驗證 AI 模型的實驗場域，需持續維運影像倉儲相關資訊服務及儲存空間之可用性，並增購儲存空間以便 116 年度醫療影像資料得以持續收載利用。影像倉儲系統現行資訊服務持續維運需資訊服務費 15,000 千元、現行儲存空間持續維運需資訊服務費 30,000 千元、增購儲存空間需硬體設備費 75,000 千元，合計需 120,000 千元（經常門 45,000 千元，資本門 75,000 千元）；116 年提供學研單位建構、訓練及驗證 AI 模型的實驗場域，需持續維運影像倉儲相關資訊服務及儲存空間之可用性，並增購儲存空間以便 117 年度醫療影像資料得以持續收載利用。影像倉儲系統現行資訊服務持續維運需資訊服務費 15,000 千元、現行儲存空間持續維運需資訊服務費 30,000 千元、增購儲存空間需硬體設備費 75,000 千元，合計需 120,000 千元（經常門 45,000 千元，資本門 75,000 千元）；4 年合計約需 339,000 千元（經常門 139,000 千元，資本門 200,000 千元）。

(2) 完備資料治理規範，落實法律保留原則，保障個人資訊隱私

憲法法庭 111 年 8 月 12 日憲判字第 13 號判決，健保資料庫欠缺個資保護之獨立監督機制、健保法及其他相關法律欠缺重要事項明確規定，及欠缺當事人得請求停止利用之相關規定，不符憲法第 23 條法律保留原則之要求，違反憲法第 22 條保障人民資訊隱私權之意旨，應於判決宣示之日起 3 年內修法或制定專法明定之。

策略作法

- A. 擬具草案：蒐集國內外立法例及醫學、公衛、法學、資訊安全等領域學者或專家意見，召開專家會議研擬規草案初稿，辦理

研討會或公聽會，廣泛蒐集意見，並依研討會或公聽會蒐集、彙整意見，擬具法規草案。

B. 完成修法：將擬具法規草案送立法院審議，待立法院三讀通過後，據以修訂相關子法，並依總統公布施行期程，配合公告或發布相關子法。

預期效益

藉由完備相關法制，確立健保目的外利用之適法性基礎，使民眾有所依歸，相關單位有所遵循，落實法律保留原則，保障個人資訊隱私，落實民眾資訊自主權。

預算

無（本項由機關同仁研議並按行政流程完成法制作業，以作為相關業務推動之依循，其成果納入本計畫）。

(3) 建立健保資料蒐集原始目的外利用之民眾自主管理作業機制

鑒於民眾資訊自主意識日益重視，同時 111 年憲法法庭之憲判字第 13 號判決亦對於民眾在資料的退出權益應受重視保障，因此資料自主權事屬民眾之權益當因及早提供於民眾，並讓目前在健保資料二次利用的流程中納入此一項目，亦同步提供公開透明之退出狀態及相關健保資料應用的申請等即時訊息。

建立資訊平臺供民眾自主管理健保資料目的外利用狀況，調整健保資料儲存、處理、對外傳輸及對外提供等運用架構。

策略作法

A. 資訊收載系統之開發及系統嵌入：讓行使退出權之民眾能順利收載紀錄及融入既有資料處理流程，並確保其在任何事類使用範圍間落實。

- a. 在資料學研提供流程中須優先強化提供主體認定之操作機制，提出充分符合資料最有限度提供之要件，並在此基礎上納入退出名單之註記進而落實民眾退出權的行使。
- b. 就申請退出民眾資訊收載之最小範圍評估，併入現行業務資料收載項目中進行運作，確保民眾退出之遂行。
- c. 規劃資料運作流程及轉銜之彈性，特別在未來跨機關間所執行之退出資訊能進行整併。

B. 多元退出申請管道：

- a. 對於收載管道主要先以臨櫃申請進行，同時申請階段所需文件之規劃及擬定，並對臨櫃人員在此議題的介紹及宣導工作之重點。
- b. 同步研議可行的數位申請管道（如網頁、APP 等）及申請人員之認證機制。
- c. 建置健保資料庫相關申請使用或退出狀態資訊揭露的公開平臺，讓民眾或資料需求端清楚掌握所需資訊。

C. 資料退出之代表性評估及衝擊預防：

- a. 建置穩定有效之評估機制，充分提供使用者第一時間掌握所需資料代表性等訊息，規劃該機制需要之評估訊息並以自動化產製，以提升使用效率。
- b. 配合相關法規修正動態進行調整之彈性，並針對異常退出等非預期狀態擬訂配套作業，並將藉由專家會議梳理事類情境進行準備。

預期效益

確保憲法賦予民眾資訊自主權，讓相關二次目的利用之合理性提升，也在具有民眾互信基礎下，爭取健保資料在學研目的外，擴增多元應用的機會。

預算

- A. 民眾退出權執行及評估之相關業務，113 年需 4,000 千元（經常門 4,000 千元），114 年及 115 年各需 5,000 千元（經常門 5,000 千元），116 年需 6,000 千元（經常門 6,000 千元），4 年合計約需 20,000 千元（經常門 20,000 千元）。
- B. 建立資訊平臺供民眾自主管理健保資料目的外利用狀況相關業務，113 年試辦臨櫃退出權申請，後續依據民眾回饋意見及實際修法內容進行功能增修；於本署全球資訊網建置專區以進行相關資訊揭露；學研資料提供流程進行退出權名單排除作業，系統開發約需 7,000 千元（資本門 7,000 千元），114 年依據修法內容進行退出權功能精進或調整、全球資訊網專區精進及畫面優化，提供數位申請管道(如網頁、APP)、本署 App 提供退出權資訊揭露服務等，系統開發約需 21,000 千元(資本門 21,000 千元)，115 年本署 Line 提供退出權資訊揭露服務，開放本署其他項目之退出權或同意權行使。系統開發及原有退出權服務功能維運資訊服務費約需 14,840 千元（經常門 840 千元，資本門 14,000 千元），116 年開放本署其他項目之退出權或同意權行使系統開發，及原有退出權服務功能之維運之資訊服務費約需 17,360 千元（經常門 3,360 千元，資本門 14,000 千元），4 年合計約需 60,200 千元(經常門 4,200 千元，資本門 56,000 千元)。

(4) 推動雲端健保資料上傳及導入國際醫療資料交換標準

個人健康紀錄(PHR)的資料來自各個醫療機構，以及檢驗機構，還有民眾自購的 IoT 裝置，為了讓這些不同來源的不同類型的健康資料能夠儲存在健保大數據庫，並發揮其功用，必須藉由一個資料交換標準來進行資料上傳與交換。

國際間已有組織訂定醫療資料交換標準，例如負責制定國際醫療資料交換標準的組織 HL7，已於 2011 年推出新一代醫療資料交換標準 FHIR，並已被世界主要國家接受，本計畫將參考 HL7 推動 FHIR 的做法，以醫療費用申報之事前審查、電子處方箋、出院病摘為試辦標的，逐步推廣，推動雲端健保資料交換服務。

預期效益

導入 FHIR 有助於改善醫療資訊的互通性和互操作性，促進醫療系統的效率 and 品質，並促進創新的應用程式開發和個人化的醫療保健，進而達到建立開放、共通標準及醫療資訊產業化的目標。

預算

分階段將健保署雲端醫療資料上傳系統導入 FHIR 標準，113 年導入國際醫療資料交換標準(FHIR)，選定導入標的，並建立健保資料交換伺服器及相關 API 服務等系統開發約需 3,000 千元（資本門 3,000 千元），114 年建立實驗場域進行局部規模測試，依據試辦單位回饋意見，與各界代表評估相關建議並優化相關服務，系統開發約需 3,000 千元（資本門 3,000 千元），115 年部立醫院納入參與院所，擴大實驗場域，將服務內容擴大至其他交換資料類型，系統開發約需 10,000 千元（資本門 10,000 千元），116 年加速推動擴散，持續辦理系統精進作業，提高 FHIR 資料交換標準的普及率，系統開發約需 5,000 千元（資本門 5,000 千元），4 年合計約需 21,000 千元（資本門 21,000 千元）。

(5) 健保資料應用機制與治理

歸整個人化導向健保資料及連結人工智慧照護應用；導入資料治理機制，提高數據分析之資料品質及解釋一致性。

預期效益

- A. 降低定義梳理、資料溯源花費之成本，提高資料分析之品質與效率。
- B. 回饋健保資料 AI 分析結果，提供衛教資訊，落實民眾自主健康管理之需求。

預算

114 年設計開發個人化導向健保資料歸整系統，進行資料架構整治，系統開發約需 27,600 千元（資本門 27,600 千元），115 年建置導入個人化導向健保資料歸整系統，落地應用資料治理，系統開發約需 28,600 千元（資本門 28,600 千元），116 年改善精進個人化導向健保資料歸整系統，精進資料治理，系統開發及功能維護約需 32,040 千元（經常門 3,312 千元，資本門 28,728 千元），3 年合計約需 88,240 千元（經常門 3,312 千元，資本門 84,928 千元）。

(6) 專題式資料加值、標準化轉換及整合應用平臺建置

針對現行健保收載之各類資料（申報、檢查及影像）進行必要的整合及收載檢核機制之強化，藉以提升健保資料應用之廣度及深度，其中將著重於資料附加資訊提升之基礎工程，例如在資料得標準化轉換及資料集間的整合，除提升現有健保資料之學術價值外，更能奠定相關新興技術發展所需之基礎工程，特別於現行影像資料分類項目之擴增，例如部位上更為精緻分類建置。此

外對於資料品質及應用的提升後，以可開發更具臨床意涵之品質指標來促進健保效益。

策略作法

A. 資料盤點及整合機制

- a. 現行健保資料區分結構式（傳統申報資料）及非結構式（報告、醫療影像等）資料兩大類，各自有其所需之處理及軟體搭配，故須經盤點整併現有健保署現有資源，並透過軟體或是硬體輔助整合為應用平臺，並在系統上有效完成各類專題進行；同時亦考量系統維護及與時俱進，藉此為相關專題作業執行之基礎。
- b. 專題式資料將以醫療影像加值為主軸，在資料量為王的時代中，健保署收載有 50 億餘張醫療影像，除技術上要整合線型結構資料外，尚須搭配臨床及資訊專業來確保資料整合的合理性，並研議可能的資料開放使用樣態及格式。
- c. 建置資料可循環加值之運作模式及確保各類所需留存之文件資訊，並於公開平臺上做經驗及技術交流之分享。

B. 建置驗證機制

- a. 透過學研使用之經驗回饋及關聯性分析架構之整合，建置統合訊息平臺作為相關評估依據。
- b. 定期以工作坊形式召開專題式資料技術及經驗分享，作為廣泛收集專業意見之管道。
- c. 建置可標準化作業及流程範疇之系統，讓驗證機制朝即時效率為設計目標。

C. 資料加值之永續模式：

- a. 界定各專題式資料生命週期及收載，並賦予相關資料分享及再利用的循環機制，讓研究或技術發展在相關整合台上能彼此疊加及蓄能。
- b. 經由穩定專題式開發流程，完備資料回饋業務收載品質提升的機制，以達到資料加值及研究動能永續之目標。

預期效益

針對專題式資料集的建構，以提供國內在相關領域開發活研究的誘因，並進一步評估可能的資料開放型態，藉此提升資料使用之可近性及普及性，進而縮減相關研發做的實體門檻及提升相關效率。

預算

專題式資料集建置及籌備之相關業務，113 年尚屬規劃階段，尚無編列經費支應，114 年約需 93,000 千元（經常門 12,000 千元，資本門 81,000 千元），115 年約需 54,500 千元（經常門 8,000 千元，資本門 46,500 千元），116 年約需 52,500 千元（經常門 12,000 千元，資本門 40,500 千元），4 年合計約需 200,000 千元（經常門 32,000 千元，資本門 168,000 千元）。

(7) 整合智能科技，提升健保客服中心資通訊為民服務便利性

策略作法

導入、開發與精進人工智慧辨識及語意分析技術，建置智能語音導航服務系統，持續進行系統擴充與功能優化；規劃應用生成式 AI 技術或自然語言處理模型，協助輔助產生訓練資料，提供輔助答案建議，優化調校及提升應答意圖辨識率，匯流網站，社群、APP、客服中心等服務資料轉換為知識智慧，擴增健保智能服務資料及關鍵語資料庫，運用 AI 發展語意意圖辨識模型與系統，發

展及訓練健保語音智能服務資料庫，擴大諮詢服務範圍，提升整體智能客服服務效能，提供更精準及智慧化的為民服務便利性，以回應民眾對健保權益維護之服務需求。

預期效益

- A. 提升智能語音導航意圖辨識率至少達 80% 以上，提供民眾更為即時與正確之健保諮詢服務。
- B. 提升智能客服使用人次至少達 20 萬人次，減少真人服務量能，有效提升服務效率與民眾滿意度。

預算

辦理智能語音導航系統擴充與功能優化、智能語音導航系統銜接整合生成式 AI 技術或自然語言處理模型之規劃、建置與應用，及智能分析平臺規劃與建置，113 年約需 79,025 千元（經常門 79,025 千元），114 年約需 86,991 千元（經常門 86,991 千元），115 年約需 86,992 千元（經常門 86,992 千元），116 年約需 86,992 千元（經常門 86,992 千元），4 年合計約需 340,000 千元（經常門 340,000 千元）。

2. 數位基礎建設

(1) 建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房，落實節能減碳政策

策略作法

建置具有實體設施完善備援的專業資訊機房，經專業機房標準驗證、資安管理系統驗證，符合綠能機房的標準，以達節能減碳目的並逐步朝向落實減碳淨零政策。移轉策略如下：

- A. 盤點現有資訊設備及資訊服務，進行機房挑選及申請、資訊設備機櫃位置安排與規劃、網路及電力線路佈線規劃及實作。

- B. 於綠能機房進行前期資訊設備建置：如網路資訊設備、虛擬環境資訊設備、資料庫主機等必要的基礎設備。
- C. 安排現有環境資訊設備搬遷順序、資訊服務切換及優先順序、搬遷時程及搬遷人力及貨運調配、搬遷後軟硬體設備及系統設定調整與測試及監控。
- D. 機房監控室設計規劃實作、資訊設備環境監控系統建置。
- E. 作業人力安排及遷移。

預期效益

機房實體環境符合資安標準及綠能需求，有效節省機房實體環境水電費及消防保養等支出，落實節能減碳政策。

預算

113 年辦理建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房第一段作業，租用符合綠能及資安標準之雲端機房，將健保署本部機房設備搬遷至符合綠能及資安標準之機房，搬遷設備費用與資訊設備租金、擴增健保署本部及各分區業務組網路頻寬，及購置虛擬環境儲存空間軟硬體設備，約需 69,601 千元（經常門 33,601 千元，資本門 36,000 千元），114 年辦理建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房第二段作業，持續租用符合綠能及資安標準之雲端機房之資訊設備租金及購置虛擬環境軟硬體設備，約需 76,244 千元（經常門 20,069 千元，資本門 56,175 千元），115 年辦理建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房第三段作業，規劃將健保署中區機房設備搬遷至符合綠能標準之機房，持續租用符合綠能及資安標準之雲端機房，資訊設備租金約需 20,069 千元（經常門 20,069 千元），116 年完成健保署機房於符合綠能及資安標準之機房，持續租用符合綠能及資安標準之雲端機房，資訊設備

租金約需 20,069 千元(經常門 20,069 千元),4 年合計約需 185,983 千元(經常門 93,808 千元,資本門 92,175 千元)。

(2) 推動加強資安防護機制之混合雲架構

策略作法

為加強健保應用系統配合業務需求可快速擴展及縮減，以將資源做最有效的利用，並在應用系統可用性的需求下，將業務延伸至雲端服務上勢在必行，因此規劃、測試並建置混合雲的系統架構，並考量及執行加強資安防護所需的相關機制，及透過軟體工程進行系統再造，提升行政作業效率。將參考台灣雲市場建立健保雲系統架構，創造健保雲端環境生態圈。

精進健保資料去識別化機制，強化健保資訊系統所含個人資料欄位加密演算法。

預期效益

以混合雲資安防護機制，面對突如其來的大量需求可快速擴展及縮減，滿足健保應用系統所需。

預算

113 年初步測試混合雲架構應用於健保資訊系統，完成虛擬化架構環境建置，虛擬化環境軟硬體維運資訊服務及購置虛擬化環境資訊軟硬體設備約需 98,874 千元(經常門 67,914 元,資本門 30,960 千元),114 年進行健保資訊系統資料庫欄位加密演算法調整，完成混合雲架構環境初始化，虛擬化環境軟硬體維運資訊服務及購置混合雲架構虛擬環境等資訊軟硬體設備，約需 270,539 千元(經常門 112,511 千元,資本門 158,028 千元),115 年修改健保資訊系統應用程式，完成混合雲架構連接，虛擬化環境軟硬體維運資訊服務及購置混合雲架構虛擬環境等資訊軟硬體設備，約需 228,746 千

元（經常門 104,596 千元，資本門 124,150 千元），116 年進行健保資訊系統應用程式調整切換，完成混合雲架構測試，混合雲架構虛擬環境軟硬體維運資訊服務及購置混合雲架構虛擬環境等資訊軟硬體設備，約需 199,578 千元（經常門 104,512 千元，資本門 95,066 千元），4 年合計約需 797,737 千元（經常門 389,533 千元，資本門 408,204 千元）。

(3) 建置完全備援之雙營運中心

策略作法

健保署目前在提供醫事機構服務的健保 VPN 相關服務，包含健保醫療資訊雲端查詢系統、醫療費用申報系統、健保卡系統、試辦計畫等作業，與各醫事機構作業有密切關係，因此建置署本部機房及中區機房，兩地機房可同時提供服務且互相備援，以達到服務不中斷的目的。

健保署其他如官網、承保作業、網路加退保作業、醫療作業、倉儲作業等服務欠缺完整的線上即時備援系統，為加強對民眾的服務，亟需建置完全備援之雙營運中心，故規劃將中區機房設備搬遷至符合綠能及資安標準的資訊機房並擴大空間，以建置完全備援所需之資訊設備。

預期效益

機房遭遇停機等不可抗力災害時，可快速接管營運需求，提供有備無患的備援機制。

預算

115 年以先建後拆方式購置雙營運中心所需軟硬體設備，完成雙營運中心軟硬體維運資訊服務及購置建置雙營運資訊軟硬體設備，約需 154,155 千元（經常門 19,011 千元，資本門 135,144 千元），

116 年完成全備援之雙營運中心之建置，雙營運中心軟硬體維運資訊服務及購置雙營運中心資訊軟硬體設備，約需 105,733 千元（經常門 11,645 千元，資本門 94,088 千元），2 年合計約需 259,888 千元（經常門 30,656 千元，資本門 229,232 千元）。

(4) 推動健保雲服務，提供基層院所次世代雲端服務

現行醫療院所之上傳、申報、病歷等醫療資訊系統及相關作業皆為地端系統，健保卡上傳、醫療費用申報及醫療計畫登錄等相關格式、規範修正時，多需仰賴醫療資訊系統廠商協助改版作業，尤以基層診所囿於資訊能力不足，常受廠商以改版名義多次收費，以致資訊成本增加，減少院所資訊版更升級之意願。

策略作法

A. 評估健保醫療資訊系統與雲端相容、介接情形

- a. 盤點健保現行醫療資訊系統，變更為雲端服務之相容情形。
- b. 規劃雲端服務介接健保醫療資訊系統之流程及軟硬體準備。
- c. 提供創新申報、上傳及預檢等資料接收服務及流程。
- d. 研議與疾病管制署、國民健康署等其他機關上傳資訊整合之可行性及作業方式。

B. 架設雲端服務平臺

- a. 邀集已開發穩定雲端服務的醫療資訊廠商進駐雲端服務平臺，減少其廠商合作之基層院所轉換雲端障礙。
- b. 持續測試健保醫療雲端服務之穩定性，提供基層院所無礙暢通之雲端資料交換管道。
- c. 評估增加醫療雲端服務適用範圍可行性，結合視訊與預約掛號等功能，以利基層院所因應多項資料上傳需求。

C. 協助基層院所進行系統轉換

- a. 請各醫師公會全國聯合會協助推廣，並推舉代表診所試行醫療雲端服務。
- b. 推動及鼓勵各縣市基層院所轉換醫療雲端服務。

預期效益

- A. 提供基層院所穩定之雲端醫療服務，減少院所受地端醫療資訊系統限制及變更系統之經費成本。
- B. 增加健保資料以雲端與他項衛生福利相關雲端資料交流、串接之可能性。

預算

推動健保雲服務之業務，113 年約需 2,000 千元（經常門 2,000 千元），114 年約需 106,300 千元（經常門 106,300 千元），115 年至 116 年每年約需 92,000 千元（經常門 92,000 千元），4 年合計約需 292,300 千元（經常門 292,300 千元）。

(5) 成立專案辦公室（PMO, Project Management Office）

策略作法

推動健保數位轉型結合民眾需求並促進民眾健康、建立公部門與私部門協力的夥伴關係並促進產業經濟發展、提升病人安全、醫療效率及健保永續經營，需與多個單位互相合作，因此需成立專案辦公室協助資訊專案計畫執行及年度目標進度追管及跨單位機關、醫療機構、各層級醫學（協）會、專家學者等，進行溝通協調、相關之會議召開、活動規劃與執行等的執行及監督管理作業。

預期效益

確保本計畫執行及年度工作目標之達成。

預算

113 年專案及行政人力進駐，成立專案辦公室協助資訊專案計畫執行及年度工作項目目標進度追管，113 年至 116 年每年約需 11,000 千元（經常門 11,000 千元），4 年合計約需 44,000 千元（經常門 44,000 千元）。

(6) 健保數位資訊管理人才培育

策略作法

企業 ESG 永續已經是大勢所趨，為達健保永續經營的願景，健保人才必然是根本，而本計畫各項數位升級策略及工作，健保署的數位資訊管理人才也要作質及量的提升才能達成。因此，將透過教育訓練及國際合作考察等作法，持續培育健保數位資訊管理人力。

預期效益

提升健保數位資訊管理人力與質量。

預算

114 年至 116 年，每年自辦培育 25 人次各 2 項課程或參加資訊資安專業機構培訓班次，及國內企業機構與數位健康資安資訊相關議題之參訪交流經驗分享等相關業務，每年約需 3,200 千元（經常門 3,200 千元），3 年合計約需 9,600 千元（經常門 9,600 千元）。

(7) 積極接軌及參與國際資安及醫療資訊管理制度（HIMSS）

策略作法

目前國際資訊資安管理驗證已有相關規範及制度（如 ISMS/ISO-27001），且與時俱進不斷改版，而國際醫療資訊管理制度（如 HIMSS）近年來發展迅速，目前國內已有多家醫院已導入或規劃導入。健保制度多年來造福國人，下階段的數位升級工作，更要積極走入世界，和國際接軌，將國際上好的制度作法引進國

內，透過積極和世界交流的方式，讓國內健保醫療環境再次提升。確保健保署資安作業符合國際標準及國家法令法規要求，通過並全面導入 ISO 27001:2022 資訊安全管理國際標準驗證。

預期效益

接軌國際，提升我國醫療資訊管理能力與國際能見度。

預算

113 年至 116 年每年約需 3,500 千元（經常門 3,500 千元），4 年合計約需 14,000 千元（經常門 14,000 千元）。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

自 113 年 1 月 1 日起至 116 年 12 月 31 日止。

二、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：每年依循公務預算編列程序辦理。

(二) 計算基準：

表 3、經費計算基準

(單位：新臺幣千元)

工作項目內容	113 年	114 年	115 年	116 年	合計
一、民眾健康賦能	42,500	73,500	92,000	114,000	322,000
家醫大平臺	42,500	73,500	92,000	114,000	322,000
個人健康資料加值	0	0	0	0	0
二、雲端系統效率精進	60,000	506,833	277,544	275,183	1,119,560
優化健保雲端查詢系統	10,000	305,979	83,190	80,831	480,000
數位化審查	50,000	200,854	194,354	194,352	639,560
三、打破圍牆的醫療照護	65,500	107,210	125,145	100,145	398,000
健保遠距醫療	0	24,000	24,000	25,000	73,000
虛擬健保卡	65,500	83,210	101,145	75,145	325,000
四、資料生態系	282,000	802,374	832,602	754,972	2,671,948
健保 BioBank	97,025	331,591	319,932	319,892	1,068,440
數位基礎建設	184,975	470,783	512,670	435,080	1,603,508
總計	450,000	1,489,917	1,327,291	1,244,300	4,511,508

三、經費需求（含分年經費）及與中程歲出概算額度配合情形

(一) 經費需求

1. 本計畫執行期間為 113 年至 116 年，執行期間所需經費初步估計
 共需經費新臺幣（下同）4,511,508 千元（經常門 2,315,409 千元，
 資本門 2,196,099 千元），有關本計畫分年經費一覽表如表 4，各年

度經費明細一覽表如表 5。

2. 前列經費將逐年提出先期作業計畫，並經預算編列程序核定後辦理。又本計畫內容每年之執行重點與項目，亦悉依所核定先期作業計畫辦理。

(二) 與中程歲出概算額度配合情形

本計畫所需經費之計算基準係依未來推廣工作所需項目進行估算與編列，並於逐年辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，配合檢討經費需求，調整資源分配並依法定預算數調整修正計畫經費。另依年度作業計畫及疫情之實際需求，適時調配資源及經費。

表 4、分年經費一覽表

(單位：新臺幣千元)

年度 項目	113 年	114 年	115 年	116 年	總計
經常門	319,040	775,401	607,788	613,180	2,315,409
資本門	130,960	714,516	719,503	631,120	2,196,099
合計	450,000	1,489,917	1,327,291	1,244,300	4,511,508

表5、各年度經費明細一覽表

（單位：新臺幣千元）

工作項目	113年			114年			115年			116年			合計	經常門	資本門
	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
民眾健康賦能	42,500	24,000	18,500	73,500	52,000	21,500	92,000	71,000	21,000	114,000	93,000	21,000	322,000	240,000	82,000
家醫大平臺	42,500	24,000	18,500	73,500	52,000	21,500	92,000	71,000	21,000	114,000	93,000	21,000	322,000	240,000	82,000
1. 個人健康資料上傳	5,000	0	5,000	15,000	10,000	5,000	16,000	11,000	5,000	18,000	13,000	5,000	54,000	34,000	20,000
2. 優化健康資料整合流程	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	14,000	0	14,000
3. 建構個人化初級照護健康管理平臺	34,000	24,000	10,000	50,000	42,000	8,000	68,000	60,000	8,000	88,000	80,000	8,000	240,000	206,000	34,000
4. 個人健康資料共享	0	0	0	5,000	0	5,000	4,500	0	4,500	4,500	0	4,500	14,000	0	14,000
個人健康資料加值	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1. 創造健康資料應用的生態圈	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. 完善健康存摺SDK資料應用管理機制	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
雲端系統效率精進	60,000	50,000	10,000	506,833	256,830	250,003	2,77544	56,580	220,964	275,183	56,590	218,593	1,119,560	420,000	699,560
優化健保雲端查詢系統	10,000	0	10,000	305,979	202,830	103,149	83,190	2,580	80,610	80,831	2,590	78,241	480,000	208,000	272,000
1. 優化系統架構及功能	0	0	0	35,649	1,500	34,149	41,360	1,250	40,110	38,991	1,250	37,741	116,000	4,000	112,000

健保醫療平權數位升級計畫（113年至116年）

工作項目	113年			114年			115年			116年			合計	經常門	資本門
	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
2. 檢驗(查)資料標準化交換整合	0	0	0	200,000	200,000	0	0	0	0	0	0	0	200,000	200,000	0
3. 健保醫療品質資訊公開優化	0	0	0	1,330	1,330	0	1,330	1,330	0	1,340	1,340	0	4,000	4,000	0
4. 高價醫療服務真實世界資料收載	10,000	0	10,000	20,000	0	20,000	15,000	0	15,000	15,000	0	15,000	60,000	0	60,000
5. 論質計酬之虛擬專用網路資料整合	0	0	0	21,000	0	21,000	14,500	0	14,500	14,500	0	14,500	50,000	0	50,000
6. 特定醫療服務術前(後)資料收載	0	0	0	28,000	0	28,000	11,000	0	11,000	11,000	0	11,000	50,000	0	50,000
數位化審查	50,000	50,000	0	200,854	54,000	146,854	194,354	54,000	140,354	194,352	54,000	140,352	639,560	212,000	427,560
1. 智能輔助事前審查	0	0	0	33,187	0	33,187	33,187	0	33,187	33,186	0	33,186	99,560	0	99,560
2. 新藥物暫時性健保支付許可	50,000	50,000	0	50,000	50,000	0	50,000	50,000	0	50,000	50,000	0	200,000	200,000	0
3. 健保藥品核價電子化	0	0	0	60,000	0	60,000	70,000	0	70,000	70,000	0	70,000	200,000	0	200,000
4. 建置完整特材收載系統	0	0	0	26,667	4,000	22,667	26,667	4,000	22,667	26,666	4,000	22,666	80,000	12,000	68,000
5. 增修診療項目電子化作業系統及自動追管機制	0	0	0	31,000	0	31,000	14,500	0	14,500	14,500	0	14,500	60,000	0	60,000
打破圍牆的醫療照護	65,500	40,000	25,500	107,210	61,000	46,210	125,145	81,000	44,145	100,145	61,000	39,145	398,000	243,000	155,000
遠距醫療	0	0	0	24,000	24,000	0	24,000	24,000	0	25,000	25,000	0	73,000	73,000	0

健保醫療平權數位升級計畫（113年至116年）

工作項目	113年			114年			115年			116年			合計	經常門	資本門
	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
1. 健保遠距醫療	0	0	0	24,000	24,000	0	24,000	24,000	0	25,000	25,000	0	73,000	73,000	0
虛擬健保卡	65,500	40,000	25,500	83,210	37,000	46,210	101,145	57,000	44,145	75,145	36,000	39,145	325,000	170,000	155,000
1. 強健民眾及醫事服務機構身分識別服務	4,000	0	4,000	8,000	0	8,000	8,000	0	8,000	8,000	0	8,000	28,000	0	28,000
2. 改善行動裝置應用之使用者體驗效果	3,000	0	3,000	6,000	0	6,000	6,000	0	6,000	5,000	0	5,000	20,000	0	20,000
3. 擴大虛擬健保卡使用情境/完備虛擬健保卡就醫功能	0	0	0	9,710	7,000	2,710	9,645	7,000	2,645	8,645	6,000	2,645	28,000	20,000	8,000
4. 建置電子處方箋平臺	55,000	40,000	15,000	35,000	20,000	15,000	55,000	40,000	15,000	35,000	20,000	15,000	180,000	120,000	60,000
5. 介接行動支付	0	0	0	4,000	0	4,000	4,000	0	4,000	0	0	0	8,000	0	8,000
6. 企業合作置入行動裝置	0	0	0	8,000	0	8,000	6,000	0	6,000	6,000	0	6,000	20,000	0	20,000
7. 發展數位同意書簽署機制	3,500	0	3,500	2,500	0	2,500	2,500	0	2,500	2,500	0	2,500	11,000	0	11,000
8. 虛擬健保卡服務推廣及創新應用	0	0	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	10,000	10,000	0	30,000	30,000	0
資料生態系	282,000	205,040	76,960	802,374	405,571	396,803	832,602	399,208	433,394	754,972	402,590	352,382	2,671,948	1,412,409	1,259,539
健保 BioBank	97,025	87,025	10,000	331,591	148,991	182,600	319,932	145,832	174,100	319,892	156,664	163,228	1,068,440	538,512	529,928
1. 醫療影像妥善保存，以支援學研單位發展精準醫療	4,000	4,000	0	95,000	45,000	50,000	120,000	45,000	75,000	120,000	45,000	75,000	339,000	139,000	200,000
2. 完備資料治理規範，落實法	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

健保醫療平權數位升級計畫（113年至116年）

工作項目	113年			114年			115年			116年			合計	經常門	資本門
	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
律保留原則，保障個人資料隱私															
3. 建立健保資料蒐集原始目的外利用之民眾自主管理作業機制	11,000	4,000	7,000	26,000	5,000	21,000	19,840	5,840	14,000	23,360	9,360	14,000	80,200	24,200	56,000
4. 推動雲端健保資料上傳及導入國際醫療資料交換標準	3,000	0	3,000	3,000	0	3,000	10,000	0	10,000	5,000	0	5,000	21,000	0	21,000
5. 健保資料應用機制與治理	0	0	0	27,600	0	27,600	28,600	0	28,600	32,040	3,312	28,728	88,240	3,312	84,928
6. 專題式資料加值、標準化轉換及整合應用平臺建置	0	0	0	93,000	12,000	81,000	54,500	8,000	46,500	52,500	12,000	40,500	200,000	32,000	168,000
7. 整合智能科技，提升健保客服中心資通訊為民服務之便利性	79,025	79,025	0	86,991	86,991	0	86,992	86,992	0	86,992	86,992	0	340,000	340,000	0
數位基礎建設	184,975	118,015	66,960	470,783	256,580	214,203	512,670	253,376	259,294	435,080	245,926	189,154	1,603,508	873,897	729,611
1. 建置健保署機房於符合綠能及資安標準之機房，落實節能減碳政策	69,601	33,601	36,000	76,244	20,069	56,175	20,069	20,069	0	20,069	20,069	0	185,983	93,808	92,175

健保醫療平權數位升級計畫（113年至116年）

工作項目	113年			114年			115年			116年			合計	經常門	資本門
	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門	小計	經常門	資本門			
2. 推動加強資安防護機制之混合雲架構	98,874	67,914	30,960	270,539	112,511	158,028	228,746	104,596	124,150	199,578	104,512	95,066	797,737	389,533	408,204
3. 建置完全備援之雙營運中心	0	0	0	0	0	0	154,155	19,011	135,144	105,733	11,645	94,088	259,888	30,656	229,232
4. 推動健保雲服務，提供基層院所次世代雲端服務	2,000	2,000	0	106,300	106,300	0	92,000	92,000	0	92,000	92,000	0	292,300	292,300	0
5. 成立專案辦公室	11,000	11,000	0	11,000	11,000	0	11,000	11,000	0	11,000	11,000	0	44,000	44,000	0
6. 健保數位資訊管理人才培育	0	0	0	3,200	3,200	0	3,200	3,200	0	3,200	3,200	0	9,600	9,600	0
7. 積極接軌及參與國際資安及醫療資訊管理制度(HIMSS)	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	3,500	3,500	0	14,000	14,000	0
計畫合計	450,000	319,040	130,960	1,489,917	775,401	714,516	1,327,291	607,788	719,503	1,244,300	613,180	631,120	4,511,508	2,315,409	2,196,099

陸、預期效果及影響

- 一、落實以人為中心的公共衛生與醫療服務體系，整合多元健康資料與紀錄，提供個人化的初級照護健康管理平臺，及符合資訊安全之健康資料應用機制，以歸戶整合式資料強化輔助家庭醫師個案追蹤與衛教，逐步促進民眾重視預防保健及賦能自我健康管理之能力。
- 二、打造次世代雲端架構健保資訊系統，加強各醫療院所之檢驗（查）及檢查影像資料上傳與資料品質並強化相關監測，提升醫療品質與管理效益，達淨零碳排。
- 三、善用智慧雲端科技打造一條龍數位服務，持續開創民間產業、學術研究、醫療機構等公私協力開創智慧應用新局，整合各類資源，共同推動創新醫療照護服務，消弭地域性、資訊能力之差異，以達醫療平權。
- 四、加速建構各類醫藥相關資料收載與整合機制，於奠定法規適用基礎之前提下，擴大健保資料應用範圍及強化健保資料民眾自主管理機制，以利推動國內精準醫療健康發展。
- 五、完善資訊設施與設備符合綠能及資安標準需求，因應健保業務需求與資訊服務雲端化與備援機制等發展趨勢，升級健保應用系統與架構，鞏固健保資訊安全防護與醫療資訊管理。

柒、財務計畫

一、資金籌措來源

本計畫經費依中央主管相關法令規定，透過每年依循公務預算編列程序辦理。

二、經費負擔原則

本計畫係屬中央政府主辦計畫，其經費依中央主管機關相關法令規定予以規劃及運用。

三、年度預算安排

本計畫所需經費之計算基準係依未來推廣工作所需項目進行估算與編列，並將於逐年辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，配合檢討經費需求，調整資源分配並依法定預算數調整修正計畫經費。另依年度作業計畫等實際需求，適時調配資源及經費。

四、經資比規劃

本計畫非屬政府公共建設計畫，且非自償性質，故計畫總經費可不受經常門不得超過資本門之二分之一規範。

捌、附則

一、風險管理

（一）替選方案之分析及評估

1. 本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，各執行單位將配合檢討經費需求調整資源分配，並應依法定預算覈實調整修正計畫經費，按年度作業計畫所設定各項工作之優先順序，檢討整併性質相近之細項計畫，重新調配資源及經費；另亦逐年評估檢討，以滾動式調整修正策略績效目標值。
2. 針對行政院國家發展委員會列管之總統競選政見應辦項目，以及行政院揭禁鬆綁與重建等施政重點所需經費優先納編，以掌握計畫工作項目之優先順序。

（二）風險評估

本計畫為辨識及評估計畫執行之風險，依「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業原則」步驟進行風險管理（標準如表 6、表 7、表 8）。

表 6、風險可能性評量標準表

等級(L)	可能性	詳細描述
3	非常可能	1 年內大部分的情況下會發生
2	可能	1 年內有些情況下會發生
1	不太可能	1 年內只有在少數情況下會發生

表 7、風險影響程度評量標準表

等級(I)	影響程度	形象	民眾抗爭	資訊服務	業務運作	財產損失
3	嚴重	國際新聞媒體報導負面新聞或國內 4 家媒體報導負面新	20 位(含)以上民眾至本會抗	電子化政府服務系統遭駭客入侵、資料外洩，或停止	中斷 3 天(含)以上	500 萬元(含)以上

等級 (I)	影響程度	形象	民眾抗爭	資訊服務	業務運作	財產損失
		聞超過 3 天	爭	超過 3 天(含)以上		
2	中度	國際新聞媒體報導負面新聞或國內 2 家以上媒體報導負面新聞超過 1 天	5 位(含)以上, 未達 20 位民眾至本會抗爭	電子化政府服務系統遭駭客入侵、資料外洩, 或停止服務 1 天(含)以上未達 3 天	中斷 1 天(含)以上未達 3 天	100 萬元(含)以上未達 500 萬元
1	輕微	國內 1 家新聞媒體報導負面新聞不超過 1 天	4 位(含)以下民眾至本會抗爭	停止服務 1 小時(含)以上, 未達 1 天	中斷未達 1 天	未達 100 萬元

表 8、風險判斷基準

嚴重 (3)	R=3 中度風險	R=6 高度風險	R=9 極度風險
中度 (2)	R=2 低度風險	R=4 中度風險	R=6 高度風險
輕微 (1)	R=1 低度風險	R=2 低度風險	R=3 中度風險
影響程度 可能性	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)

風險容忍度：低度風險以下予以容忍

- 極度風險(R=9)** 需立即採取處理行動
- 高度風險(R=6)** 管理階層需督導所屬研擬計畫並提供資源，予以處理
- 中度風險(R=3~4)** 需明定管理階層的责任範圍，做必要監視
- 低度風險(R=1~2)** 予以容忍，依現行步驟處理

【第一部分】：計畫現有風險圖像

表 9、計畫現有風險圖像表

嚴重 (3)	4		
中度 (2)		1, 2	
輕微 (1)		3	
影響程度 可能性	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)

極度風險：0 項(0%)、高度風險：0 項(0%)、
 中度風險：2 項(67%)、低度風險：1 項(33%)

【第二部分】：計畫風險評估及處理彙總表

表 10、計畫風險評估及處理彙總表

風險項目	風險情境	現有風險對策	可能影響層面	現有風險等級		現有風險值(R)=(L)x(I)	新增風險對策	殘餘風險等級		殘餘風險值(R)=(L)x(I)
				可能性(L)	影響程度(I)			可能性(L)	影響程度(I)	
1. 完成計畫採購委託	機關未能於計畫年度內完成專案執行，影響進度	定期追蹤管考	計畫目標	2	2	4	滾動式調整俾儘包策略，後發於定案後速辦程序	1	2	2
2. 完成數位基礎建設	機關未能於計畫年度內完成資訊軟體、硬體建置及強化機制	定期追蹤管考	計畫目標	2	2	4	進行階段性進度追蹤，並以專業技術輔導協助執行機關	1	2	2
3. 因新疫情或其他抗拒因素，造成執行率不如預期	因新疫情或人力增加影響成本之增加	定期追蹤管考	計畫目標	2	1	2	滾動式調整執行方式，提出可行方案	1	1	1
4. 健保二次利用法制規範	1. 憲法法庭111年憲判字第13號判決，針對健保資料目的外利用欠缺法律規範，獨立監督機制及當事人請求停止事項，應於3年(114年8月12日)內完備相關法制。 2. 未於期限內完成相關法制當事人得請求停止利用。	定期追蹤管考	計畫目標	1	3	3	進行階段性進度追蹤調整期程，提出可行方案	1	1	1

【第三部分】：計畫殘餘風險圖像

表 11、計畫殘餘風險圖像

嚴重 (3)			
中度 (2)	1, 2		
輕微 (1)	3, 4		
影響程度 可能性	不太可能 (1)	可能 (2)	非常可能 (3)

極度風險：0 項(0%)、高度風險：0 項(0%)、
 中度風險：0 項(0%)、低度風險：3 項(100%)

二、相關機關配合事項

本計畫之執行無相關機關配合事項。

三、中長程個案計畫自評檢核表及性別影響評估檢視表

表 12、中長程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1、計畫書格式	(1)計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第5點、第10點)	✓				
	(2)延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估，並提出總結評估報告(編審要點第5點、第13點)		✓			非延續性計畫
	(3)是否本於提高自償之精神提具相關財務策略規劃檢核表？並依據各類審查作業規定提具相關書件		✓			
2、民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)		✓			無民間參與
3、經濟及財務效益評估	(1)是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	✓				(1)無替選方案 (2)無設定特定之財務目標
	(2)是否研提完整財務計畫	✓				
4、財源籌措及資金運用	(1)經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	✓				(2)本計畫無自償性質，不適用
	(2)資金籌措：本於提高自償之精神，將影響區域進行整合規劃，並將外部效益內部化		✓			
	(3)經費負擔原則： a. 中央主辦計畫：中央主管相關法令規定 b. 補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定	✓				
	(4)年度預算之安排及能量估算：所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討，如無法納編者，應檢討	✓				

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件					(5)不屬公共建設計畫。 (6)非屬自償性。
	(5)經資比1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		✓			
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓			
5、人力運用	(1)能否運用現有人力辦理	✓				
	(2)擬請增人力者，是否檢附下列資料： a. 現有人力運用情形 b. 計畫結束後，請增人力之處理原則 c. 請增人力之類別及進用方式 d. 請增人力之經費來源		✓			
6、營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)		✓			不適用(未涉及營運管理)
7、土地取得	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍		✓			不適用(未涉及土地取得)
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)		✓			
	(3)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓			
	(4)是否符合土地徵收條例第3條之1及土地徵收條例施行細則第2條之1規定		✓			
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第21條規定辦理		✓			
8、風險管理	是否對計畫內容進行風險管理	✓				
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓			無須辦理
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓				如後附性別影響評估檢視表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
11、無障礙及通用設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓			不適用
12、高齡社會影響評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理		✓			不適用
13、涉及空間規劃者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓			不適用
14、涉及政府辦公廳舍興建購置者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓			不適用
15、跨機關協商	(1) 涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商		✓			不適用
	(2) 是否檢附相關協商文書資料		✓			不適用
16、依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1) 是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標		✓			不適用(未有工程項目)
	(2) 是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施	✓				
	(3) 是否檢附相關說明文件		✓			
17、資通安全防護規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃	✓				

主辦機關核章：承辦人

單位主管

首長

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

【第一部分—機關自評】由機關人員填寫

表 13、中長程個案計畫性別影響評估檢視表（第一部分）

<p>【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：</p> <p>一、計畫研擬階段</p> <p>(一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員（至少 1 人），或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。</p> <p>(二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：</p> <p>1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。</p> <p>2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。</p> <p>二、計畫研擬完成</p> <p>(一) 請填寫完成【第一部分—機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分—程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者（以下稱為程序參與者）填寫。</p> <p>(二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分—機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。</p> <p>三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。</p> <p>四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。</p> <p>註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。</p>			
<p>計畫名稱：健保醫療平權數位升級計畫(113 年至 116 年)</p>			
<p>主管機關 (請填列中央二級主管機關)</p>	<p>衛生福利部</p>	<p>主辦機關(單位) (請填列提案機關/單位)</p>	<p>衛生福利部中央健康保險署</p>
<p>壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。</p>			
<p>評估項目</p>		<p>評估結果</p>	
<p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】 性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）可參考行政院性別平等會網站（https://gec.ey.gov.tw）。</p>		<p>1. 本計畫目標為透過健保各類資料整合與數位升級應用，以落實健保醫療平權，涉及《性別平等政策綱領》之醫療與照推動策略 1：制定具性別觀點的人口、健康、醫療與照</p>	

	<p>顧政策，提供公平的健康機會、醫療與照顧資源。</p> <p>2. 本計畫之政策規劃、服務提供及受益對象未限於特定性別人口群，且未涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性。</p>
評估項目	評估結果
<p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析（含前期或相關計畫之執行結果），並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a. 歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/)（含性別分析專區）、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec.ey.gov.tw)。</p> <p>b. 性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列 3 類群體：</p> <p>①政策規劃者（例如：機關研擬與決策人員；外部諮詢人員）。</p> <p>②服務提供者（例如：機關執行人員、委外廠商人力）。</p> <p>③受益者（或使用者）。</p> <p>c. 前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析（例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性），探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p>	<p>本計畫不因不同性別、性傾向或性別認同者，有不平等之對待或不良之影響，因此未特別進行相關性別統計，惟相關計畫規劃、執行人員性別比例說明如下：</p> <p>1. 本計畫政策規劃者如次：</p> <p>(1) 本計畫研擬及決策參與人員共計 23 人，其中男性 10 人，占 43.48%，女性 13 人，占 56.52%，符合任一性別不低於 1/3 原則。</p> <p>(2) 外部諮詢人員： 本計畫相關審議會或其他專案組織，其組成委員比例將符合任一性別不少於 1/3 原則。</p> <p>2. 本計畫主要服務提供者（機關執行人員）：健保署職員性別比例為男性 22.32%、女性 77.68%，顯示女性從事衛生專業工作高。現階段為善用女性資源，並運用計畫經費辦理充分教育訓練、宣導工作安全，營造</p>

<p>d. 未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標（如 2-1 之 f）。</p>	<p>友善工作環境，以推動性別衡平。</p> <p>3. 受益者：本計畫之受益對象為全體國民，計畫內容與工作不因性別而有差異。</p>
<p>評估項目</p>	<p>評估結果</p>
<p>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離（例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任）、職場性別友善性不足（例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施），及性別參與不足等問題。</p> <p>b. 受益情形</p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動），或平等參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會）。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時（例如：滿意度、社會保險給付金額），宜關注弱勢性別之需求與處境（例如：家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度）。</p> <p>c. 公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>① 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。</p> <p>② 安全性：消除空間死角、相關安全設施。</p> <p>③ 友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。</p> <p>d. 展覽、演出或傳播內容</p> <p>藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製</p>	<p>1. 本計畫之受益對象為全體國民，計畫內容與工作不因不同性別、性傾向或性別認同者，有不平等之對待或不良之影響；另參與計畫之研擬、決策、執行過程為各層級之衛生機關/單位，及相關諮詢、審議會，遵循任一性別比例不少於三分之一原則配置，儘量考量性別衡平性。</p> <p>2. 本計畫無涉及公共建設之規劃及工程設計。</p> <p>3. 本計畫非屬研究類性質。</p>

<p>性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。</p> <p>e. 研究類計畫 研究類計畫之參與者（例如：研究團隊）性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。</p>	
<p>貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。</p>	
<p>評估項目</p>	<p>評估結果</p>
<p>2-1 【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】 請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a. 參與人員</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。 ② 加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。 ③ 營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。 <p>b. 受益情形</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。 ② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會（例如：獲得政府補助；參加人才培訓活動）。 ③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會（例如：參加公聽會/說明會，表達意見與需求）。 <p>c. 公共空間 回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。</p> <p>d. 展覽、演出或傳播內容</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。 ② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性（如作品 	<p><input type="checkbox"/> 有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。全民健康保險管理政策之推動與執行，參與人員及受益對象未限於特定性別人口群，受益對象為全國民眾，不因性別差異而有不平等待遇。</p>

<p>展出或演出；參加運動競賽）。</p> <p>e. 研究類計畫</p> <p>①產出具性別觀點之研究報告。</p> <p>②加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。</p> <p>f. 強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。</p> <p>g. 其他有助促進性別平等之效益。</p>	
<p>評估項目</p>	<p>評估結果</p>
<p>2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】</p> <p>請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：</p> <p>a. 參與人員</p> <p>①本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制（如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊）符合任一性別不少於三分之一原則。</p> <p>②前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。</p> <p>b. 宣導傳播</p> <p>①針對不同背景的目標對象（如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾）採取不同傳播方法傳布訊息（例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息）。</p> <p>②宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。</p> <p>③與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。</p> <p>c. 促進弱勢性別參與公共事務</p> <p>①計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。</p> <p>②規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。</p> <p>③辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，</p>	<p><input type="checkbox"/> 有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：</p> <p>全民健康保險管理政策之推動與執行，參與人員及受益對象未限於特定性別人羣，受益對象為全國民眾，不因性別差異而有不平等待遇。</p>

<p>將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。</p> <p>④培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。</p> <p>d. 培育專業人才</p> <p>①規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施（例如：提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動）。</p> <p>②辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。</p> <p>③培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。</p> <p>④辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。</p> <p>e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容</p> <p>①規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。</p> <p>②製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。</p> <p>③規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容（例如：女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化）。</p> <p>f. 建構性別友善之職場環境</p> <p>委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法（例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職），以營造性別友善職場環境。</p> <p>g. 具性別觀點之研究類計畫</p> <p>①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。</p> <p>②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p>	
評估項目	評估結果

<p>2-3【請根據 2-2 本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】</p> <p>各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p>	<p><input type="checkbox"/> 有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形：</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法： 本計畫於執行策略及預算配置時，係依全民健康保險為考量，且相關管理政策之推動與執行，受益對象為全體民眾，爰並無對特定性別不足與不利之處投入較多資源。</p>
---	--

【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分—程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。

參、評估結果
請機關填表人依據【第二部分—程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。

3-1 綜合說明		
3-2 參採情形	3-2-1 說明採納意見後之計畫調整 (請標註頁數)	無
	3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	無

3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：
已於 112 年 4 月 25 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。

- 填表人姓名：宋瑞蛟 職稱：專門委員 電話：(02)27065866 填表日期：112年4月26日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組
- 性別諮詢員姓名：張自強 服務單位及職稱：衛生福利部八里療養院職能治療科主任 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第 1 款

【第二部分—程序參與】由性別平等專家學者填寫

表 14、中長程個案計畫性別影響評估檢視表（第二部分）

<p>程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：</p> <p>■1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員（人才資料庫網址：http://www.taiwanwomencenter.org.tw/）。</p> <p>□2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。</p> <p>□3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。</p>	
<p>（一）基本資料</p>	
1.程序參與期程或時間	112 年 04 月 25 日至 112 年 04 月 26 日
2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>1. 姓名職稱：張自強（PhD）職能治療科主任</p> <p>2. 服務單位：衛生福利部八里療養院</p> <p>3. 專長領域：性別議題、醫學資訊、精神醫學</p>
3.參與方式	□計畫研商會議 □性別平等專案小組 ■書面意見
<p>（二）主要意見（若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填 4 至 10 欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務）</p>	
4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性	合宜
5.性別統計及性別分析之合宜性	合宜
6.本計畫性別議題之合宜性	合宜
7.性別目標之合宜性	合宜
8.執行策略之合宜性	合宜
9.經費編列或配置之合宜性	合宜
10.綜合性檢視意見	<p>本計畫為健保醫療平權數位升級，主要打造次世代雲端架構健保資訊系統，建立符合民眾期望之的健保大數據平臺等項目，未來受益對象為全體國民，故本計畫內容與工作不會因位性別而有差異，本項無特別之意見。</p>
<p>（三）參與時機及方式之合宜性</p>	合宜
<p>本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。</p>	
<p>（簽章，簽名或打字皆可） <u>張自強</u></p>	

四、資訊系統相關策略之資通安全防護規劃

計畫內資訊系統遵循行政院 2021 年 8 月 23 日院臺護字第 1100182012 號令修正發布「資通安全責任等級分級辦法」之「附表九：資通系統防護需求分級原則」評定系統安全等級進行規劃並依據「附表十：資通系統防護基準」執行對應的防護基準；委外時，需求說明書增加「一致性要求」：為期所有資訊委外專案具有良好且一致之服務水準，已訂定「資訊委外共同說明書」為專案執行之依據；明定廠商交付之軟體、硬體及服務等產品，不得為行政院依據「各機關對危害國家資通安全產品限制使用原則」所公布禁止使用的危害國家資安產品清單，若因業務需求且無其他替代方案，應具體敘明理由，經主管機關核可後，以專案方式購置，列冊管理，且不得與公務網路環境介接；廠商履約結果如涉及利用非自行開發之系統或資源者，應標示非自行開發之內容與其來源及提供授權證明；廠商履約期間，違反個資法或資通安全相關法令或知悉資通安全事件時，應立即通知健保署、採行補救措施及配合健保署進行後續處理；依機關鑑別資訊系統安全等級，採行適當安全控制措施，以確保資訊系統之安全防護水準。