

調 查 報 告

壹、案 由：前行政院衛生署中央健康保險局支付健保給付予醫療機構所選擇之成本動因，提供醫療機構運作醫事人員相關事務之空間，可能導致不當耗用醫療資源及醫事人力之後果，究相關政府部門有無違失，認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見

國內九成三以上的醫療院所均為全民健康保險（下稱全民健保）之特約醫療機構，其收入主要來自全民健保之支付。全民健保如何支付，繫於全民健康保險醫療費用支付標準（下稱健保支付標準）之設計，故該支付標準成為全民健保之成本動因(cost driver)，該動因同時構成醫療院所之收入動因(revenue driver)，提供醫療如何運作之動機，很可能影響醫療院所經營者安排其醫事人員薪資結構之方式，而導致醫療資源不當耗用、醫事人員薪資配置失衡之後果。究相關政府部門有無違失，認有深入瞭解之必要，案經請行政院衛生署中央健康保險局¹（下稱前健保局）到院簡報、諮詢相關專家學者及向審計部、行政院衛生署²（下稱前衛生署）、教育部、行政院國軍退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）及行政院主計總處（下稱主計總處）調取相關卷證資料，於民國（下同）101年12月25日約詢前衛生署邱署長文達暨該署相關主管人員，並於102年3月11日履勘前健保局中區業務組，業已調查竣事。茲將調查意見，臚

¹行政院衛生署中央健康保險局已於102年7月23日改制為衛生福利部中央健康保險署，惟本案調查期間，該局尚未完成改制，且本案相關問題及行政調查作為均發生於前健保局時期，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前健保局。

²行政院衛生署已於102年7月23日改制為衛生福利部，惟本案調查期間，該署尚未完成改制，故本案仍以改制前之名稱表述，並簡稱前衛生署。

列如次：

一、前健保局對醫療費用之支付，雖著眼層面有異，但均基於「數量」，如何避免醫療機構提供過量醫療服務，提高使用醫療資源之效率，仍待主管機關之持續檢討及努力：

(一)依前健保局提供本院資料，醫療費用之支付方式包括：論量計酬、論日計酬、論質計酬、論病例計酬、住院診斷聯關群(DRG)等，上開各方式之優缺點略以：

- 1、論量計酬之優點，係就醫療院所而言，較無風險，其缺點為過度提供醫療服務，造成浪費與醫療費用上漲。
- 2、論日計酬之優點為行政作業簡單，其缺點為不易反映病例組合（疾病嚴重程度），另住院日數延長。
- 3、論質計酬之優點係改善單一、片斷看診情形，成為以「病人為中心」之連續性追蹤照護，其缺點為醫師易篩選配合度高或易達到監控指標之病人。
- 4、論病例計酬之優點係提供節省用藥、控制住院日與檢驗檢查之誘因，其缺點為超過住院日或金額上限者視為除外個案，可核實申報費用，無法管控醫療費用成長。
- 5、住院診斷聯關群(DRG)之優點係定額支付，有利管理與品質確保、依疾病嚴重度支付，增進支付公平性、提供具成本效益的服務，減少浪費等，其缺點為選擇病情較輕的病人提供服務、故意申報錯誤的診斷，以獲取更高的利潤。另前健保局自99年1月導入Tw-DRGs第一階段項目後，醫院團體代表建議應先處理未納入健保給付之特殊材料品項，使病患可自費使用及DRG分類項目宜再

細分類等因素，而暫停導入第二階段；後該局於已於 101 年 12 月 1 日公告「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，故特殊材料自費問題已獲解決，惟 DRG 分類架構問題仍有待該局與醫界取得共識，始能導入第 2 階段項目。

對於醫療服務之提供者而言，因醫療費用之支付方式不同，將不同程度影響醫療服務提供者之決策及其行為，即醫師所願意提供之醫療服務品質及數量，其理至明。

(二)依全民健保醫療費用各支付方式申報點數之統計，以 100 年醫院及西醫基層總額二者之申報點數為例，「論量計酬」占 89.49%、「論日計酬」3.67%、「論質計酬」0.11%、「論病例計酬」1.46%、「住院診斷聯關群(DRG)」5.27%，支付方式仍以「論量計酬」為主，而「論日計酬」、「論質計酬」、「論病例計酬」、DRG…等亦係以「量」為基準，其差別在於計算「量」之層面不同；再者，前健保局所定之各種支付制度，除「論質計酬」外，顯少評估醫療服務投入後對於病患疾病之改善情形，然採「論質計酬」之醫療服務項目相當有限，且以 100 年為例，給付比例僅占 0.11%。查全民健保保險對象人數，由 84 年之 1,912.3 萬人，至 100 年增加至 2,319.9 萬人，保險對象人數增加 21.31%；同期間門診件數由 84 年之 2.01905 億件，至 100 年增加至 3.75009 億件，門診件數增加 85.74%，即平均每人門診件數由 84 年之 10.6 件，至 100 年增加至 16.2 件，增加 53.11%。住院之件數，由 84 年之 0.01173 億件，至 100 年增加至 0.03277 億件，增加 179.37%；住院之日數由 84 年之 0.11046 億日，至 100 年增加至 0.33370 億日，增加 202.10%，平均每件住院日數由 84 年之 9.41 日，至 100 年增加至 10.18

日，增加 8.18%，由上開統計資料顯示，醫療服務之增加幅度明顯高於保險對象人數之增加幅度。爰健保支付標準係基於「量」，於各醫療服務之價格已明定且價格有打折之可能下，醫院及醫師自有以增加醫療服務量之方式以增加其收入之動因，此應係全民健保支出金額逐年不斷增加之原因之一。主管機關向本院簡報說明時表示，在政策上，主管機關係希望醫療院所於全體國民發生疾病、傷害、生育事故時，提供「適當」之醫療服務；惟全民於享受舉世稱羨之全民健保時，顯已承擔「過度」之醫療服務。主管機關期望全民於需要時接受「適當」之醫療服務，即係基於資源有限及成本效益之考量，若投入之醫療資源一再增加而無法有效衡量及掌握醫療服務之品質時，則顯難杜醫療資源浪費或無效率之負評。爰如何避免醫療機構提供過度之醫療服務，並有效評估病患接受醫療服務之成果，以保障病患權益，猶待主管機關持續不斷之檢討及努力。

(三)另依本院舉行諮詢醫院院長及專家學者所得之諮詢意見，主管機關允宜據以檢視現行相關制度是否有失，略以：

- 1、論量計酬的支付制度會誘導做多而不是做好，為什麼台灣的門診量是美國的三至五倍、病房的數量與人口比是美國的兩倍？表示台灣健保的濫用與浪費嚴重。醫療形態的扭曲，資源的錯置，其實就是造成今天健保財務危機及醫療體系崩壞的主因。
- 2、論日計酬，論病計酬，DRG 等制度的目的是在提升效率、減少濫用與浪費。然而，經前健保局修改後，迷失了其核心精神，執行起來或許達到了為前健保局節省一些支出的目的，卻失去鼓勵醫療院所做好的作用，反而，誘發更多的反效果。

- 3、以 DRG 為例，當實際醫療花費高於定額給付已先損失一次，總額點值再折算一次，對院所等於雙重損失。而 DRG 費用基礎不含健保不給付的自費醫材，即使民眾願意自費選擇使用較健保給付更優的醫材，醫院亦不能收費；DRG 給付亦不含急診費用，因此，急診病人若住院屬 DRG 給付，醫院就要自動損失急診費用，甚不合理，應予解決，以使醫療屬性可以正確表達。另 DRG 制度易導致醫院選擇輕症病人，致使重症病人無人願收治。
- 4、各項制度未檢討其合理性，以論質計酬為例，需增聘個案管理人員，其各項作業均需上網登錄個案資料，增加許多作業流程和人力成本，而給付卻不足。
- 5、DRG 似乎配套不足，DRG 應該要同工同酬，但目前健保係依醫院層級不同而有不同支付費用，且 DRG 又框在總額費用內，即有點值問題，有總額就不應有 DRG，有 DRG 就不應有總額。

二、前衛生署所核定之全民健保醫療費用支付標準及所推動各項計畫及方案之專款核算方式，均為各醫療院所之收入動因，該等動因將影響渠等之決策及行為，其中以醫療費用支付標準所影響之金額最大。全民健康保險醫療費用支付標準，主要係按各醫療服務項目訂定，然各醫療服務之完成需經由各類醫事人員之團體合作，惟全民健康保險醫療費用支付標準未能反映各類醫事人員所提供之服務，例如護理人員投入為主之診療項目中，均無點數，致醫療院所管理階層極易忽略或低估醫師以外之其他各類醫事人員之貢獻，顯未盡公平，允應檢討改進：

- (一)按全民健康保險法（下稱健保法）第 4 條規定：「本保險之主管機關為行政院衛生署。」復按該法第

41 條第 1 項規定：「醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。」爰此，前衛生署對於前健保局與相關機關或團體代表所擬定之「全民健康保險醫療費用支付標準」（下稱下稱健保支付標準）負有核定之權責。配合行政院組織改造，整合行政院衛生署原有衛生業務及內政部社政業務，於 102 年 7 月 23 日成立衛生福利部（下稱衛福部）。查現行之健保支付標準，係衛福部於 102 年 9 月 27 日更新發布，自 102 年 10 月 1 日施行，所載內容共計 9 部，以第二部「西醫」為例，該部項下之醫療服務項目為「基本診療」及「特定診療」，係以醫師提供之醫療服務為主，該二大章所包括之項目分為基本診療及特定診療二類：

- 1、基本診療，包括：門診診察費、病房住院診察費、病房費、精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費、管灌飲食費、調劑、藥費、住院安寧療護等。
 - 2、特定診療，包括：檢查、放射線診療、注射、復健治療、精神醫療治療費、治療處置、手術、輸血及骨髓移植、石膏繃帶、麻醉費等。
- (二)次查醫師績效之評核原則，以前衛生署所屬醫院之醫事及行政人員為例，分為公共服務及臨床服務二類，其中臨床服務之績效指標，包括門診診察、急診診察、住院診察、會診、X 光檢查、手術、麻醉、病理檢驗…等，而其他醫事人員及行政人員之績效指標則為行政能力、工作績效及服務態度等。醫師之臨床服務績效，係以所提供醫療服務項目之數量為主，門診診察費按 50% 計點、急診診察費、住

院診察費及會診診察費均按 100%計點、檢查費按 10%計點、手術費、麻醉費、檢查費均按 60%計點…等（詳附件一之附表二），均為健保支付標準之一定比率，足徵醫師之績效及貢獻度可藉健保支付標準而適度反映，反之，醫師以外其他各類醫事人員之貢獻度則未能同等反映，而僅以「行政能力」、「服務態度」及「工作績效」等語描述。復查衛生署、教育部及退輔會對於所屬醫院人員獎勵金之相關規定，多數係提撥予醫師，醫師以外其他各類醫事人員部分則相對較低，前衛生署上開所屬醫院之醫事及行政人員績效評核原則，醫師之績效獎勵最高可占各該年度獎勵金可發金額之 80%；教育部所屬國立大學校院附設醫院之獎勵金，分為基本獎勵金及績效獎勵金二種，其中績效獎金係在年度財務不虧損前提下，除藥品、材料外，由門診、住院及急診診療收入之 15%以內按月提存；另醫院得於全院績效獎勵金提撥 10%作為醫院管理發展基金，餘額之 70%作為醫師績效獎金，30%方為醫師以外人員績效獎金；另退輔會所屬榮民醫院人員之獎勵金，扣除提撥之統籌款及醫院管理發展費用後之餘額，其中 85%為醫師獎勵金，餘 15%方為非醫師人員獎勵金。

(三)據前健保局 101 年 5 月 7 日赴本院簡報資料，100 年度醫院總額預算約計 3,207.83 億元，其中一般預算(約計 3,100 億元)係醫院按健保支付標準所列醫療服務項目及點數收入，餘 107.83 億元屬 6 項專款，分別有「B、C 型肝炎試辦計畫」（12.82 億元）、「罕見疾病、血友病藥費」（47.82 億元）、「醫療給付改善方案」（4.873 億元）、「鼓勵器官移植手術後追蹤」（28.817 億元）、「提升住院護

理照護品質方案及 DRG」(提升住院護理照護品質方案 10 億元、DRG3 億元)及「醫院支援基層醫缺」(0.5 億元)等，醫事服務提供者之收入動因除健保支付標準所收載內容外，尚有上開各計畫及方案醫事服務提供者之行為自受該等動因之影響。茲以前衛生署自 98 年度起實施之「提升住院護理照護品質方案」為例，說明醫院之行為受收入動因之影響如下：

- 1、該方案係針對住院護理照護之品質，於 98 至 102 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額內各匡列 8.3 億元、8.3 億元、10 億元、20 億元，及 25 億元，而醫院登錄之護理人員之數目係衡量住院護理照護之品質之重要指標。
- 2、本院於 102 年 3 月 11 日履勘前健保局中區業務組時發現，依其所提供轄區內臺中榮民總醫院、彰化基督教醫院、中國醫藥大學附設醫院及中山醫學大學附設醫院等 4 家醫學中心之病床總數、醫師總數、護理人員總數等資料，4 家醫學中心之病床數目小幅增加，由 94 年之 5,150 床增至 101 年之 5,448 床，同期間醫師數目亦增，由 1,702 人增至 2,156 人，惟登錄之護理人員數目則大增，由 2,899 人增至 6,453 人。
- 3、以 98 年(開辦提升住院護理照護品質方案之時)為分界點，將該方案開辦前 4 年(94 年至 97 年)作為第一期，將開辦後 4 年(98 年至 101 年)作為第二期，比較上開 4 家醫學中心之病床、醫師、護理人員數目之平均數，則病床增幅為 2.44%(增 129 床)，醫師為 18.53%(329 人)，而登錄之護理人員為 76.63%(2,676 人)，遠高於醫師及病床，其中 1 家醫學中心之護理人員數目，於

98 年較 97 年甚至增加近 1 倍。此即醫院因考量收入動因(登錄之護理人員數目)而影響其行為之實例。

- 4、小結：當醫院之收入動因為醫療服務量時，醫院之行為有竭其所能增加醫療服務量；當醫院之收入動因有護理補助款時，醫院亦有儘量增加登錄護理人員數之行為。醫療院所以全民健保支付標準及相關核算方式為其收入動因，據以調整及改變其行為，主管機關難謂不知。

(四)嗣衛生署於 101 年 12 月 20 日以署授保字第 10100004010 號函復本院說明，為彰顯護理專業對健保醫療照護之貢獻及配合護理改革近中程計畫「新增明訂健保護理費給付項目」，前健保局業以健保醫字第 1010074087 號令修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第 11 部³護理人員投入為主之診療項目表，詳如表二，並自 101 年 12 月 1 日施行。且同(101)年新增「淋巴水腫照護-徒手淋巴引流」及「身體約束之護理監測照護費」2 項以護理人員執行為主之診療項目。依主管機關上開說明及作為，益證健保支付標準過去未能公平彰顯除醫師以外其他醫事人員之貢獻度，自本案立案調查後，業促使前健保局正視相關問題，並已進行檢討，惟該等修正，僅舉例列示護理人員投入為主之診療項目共 45 項，並以各項診療項目原所屬章節中表列之支付點數，均為包裹性支付為由，並未有相對應之支付點數，對醫療院所而言，難據以視為其之收入動因，並進而影響及改變渠等之決策及行為。

(五)本院詢問前健保局有關檢討目前所有醫療費用支付

³現行之「全民健康保險醫療費用支付標準」，護理人員投入為主之診療項目表係第 9 部。

點數須考量醫事人力成本之可行性，該局於 101 年 6 月 14 日前來本院簡報時表示，目前正針對 119 項主要代表項，函請有能力及意願的醫院協助提供收集醫院之成本資料，亦請醫院提供該院醫師、護理人員、醫事人員等三大類人員之平均薪資及其平均工時（不含教學研究部分），以建立各類醫事人員之服務成本，並據以反映各診療項目之人員貢獻度。爰本院函請各相關主管機關提供所屬各類醫事人員之平均年收入，各相關單位僅提供渠等申報綜合所得稅之薪資所得，至於薪資所得以外之部分則未列報。前衛生署所屬 26 家醫院之 100 年度醫師、藥師、護理人員、檢驗師、放射師平均年收入分別約計 267 萬餘元、75 萬餘元、64 萬餘元、70 萬餘元及 67 萬餘元；教育部所屬之國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）、國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）及國立陽明大學附設醫院（下稱陽明醫院）100 年度各院編制內之主治醫師平均年收入計 291 萬餘元至 348 萬餘元間，藥事人員計 69 萬餘元至 114 萬餘元間，護理人員計 88 萬餘元至 107 萬元間，檢驗人員計 95 萬餘元至 118 萬元間，物理治療人員計 100 萬餘元至 104 萬餘元間及營養師 104 萬餘元至 115 萬餘元間；退輔會所屬之臺北榮民總醫院、臺中榮民總醫院及高雄榮民總醫院等 3 家醫學中心之醫師（主治醫師及住院醫師）人數分別計 1,220、688 及 526 人，平均年收入分別計 158 萬餘元、221 萬餘元及 236 萬餘元，其中臺北榮民總醫院住院醫師人數達 668 人，故整體平均年收入偏低，藥事人員平均年收入約計 78 萬餘元至 93 萬餘元間，護理及助產人員平均年收入約計 74 萬餘元至 94 萬餘元間，檢驗人員為 87 萬餘元至

98 萬餘元間，物理治療人員為 80 萬餘元至 92 萬餘元間，營養師則為 98 萬餘元至 100 萬餘元間。依前開各醫事人員平均年收入之統計，醫師年收入約為其他醫事人員的 3 至 4 倍，顯有差距，且此醫師收入之計算條件涵蓋住院醫師，故主治醫師之年收入，與其他醫事人員相較，差距更大。

(六)經核，前衛生署所核定之健保支付標準，影響絕大部分之健保支出金額，該支付標準歷經數次增修內容及給付項目與其點數，於 93 年參考美國聯邦醫療保險 (Medicare) 發展之「資源耗用為基礎之相對價值表」(RBRVS) 方法，針對醫師進行 RBRVS 評量，並請醫院提供其他專業人員用人成本(含醫師、護理人員、各類醫事人員、行政人員、工友及技工等)、不計價藥材之成本、醫療與非醫療及房屋設備折舊維修費用及作業管理費等項目之成本資料，整併為健保個別項目之成本，並依其評估結果辦理支付標準調整事宜。惟美國 RBRVS 方法原係僅用以評估「醫師投入相對值」，而我國醫療體系為非開放式，有別於美國，故現用以評估我國醫療體系之給付標準，基準點即已不同；復主管機關雖表示 93 年參考此方法時業經修正，惟仍僅對醫師進行 RBRVS 評量，對醫師以外之其他各類醫事人員之投入未採類似或另尋適當替代方式以評量其貢獻程度，僅收集渠等之成本資料，即據以辦理健保支付標準調整事宜，爰該支付標準僅適度反映醫師之投入及貢獻，而完全未能彰顯及認可醫師以外之其他各類醫事人員之投入及貢獻。健保支付標準原僅係前健保局單純用以支付全民健保醫事服務提供者之價格標準或依據，惟對該醫事服務提供者而言，此係決定其收益多寡之動因，莫不予極高重視。故國內主要公立

醫院，紛以該等服務項目及點數為獎金計算依據，而較重視醫師所提供之服務及數量，然因健保支付標準明顯忽視醫師以外之其他各類醫事人員之投入及貢獻，致相關獎金計算中，渠等之貢獻顯未能適度予以納入考量，未盡公允，勢必影響其工作士氣及醫療服務之品質，自不待言。全民健保健保支付標準無可避免係為健保醫事服務提供者之收入動因，基於各醫療服務項目並非僅由醫師可獨力完成，均需由護理人員、檢驗人員…等其他醫事人員之共同協助，故健保支付標準之訂定，自應反映各類醫事人員服務之貢獻，以確保醫療服務團隊之整體品質水準，爰現行之健保支付標準，雖已象徵性將護理人員之部分貢獻予以列示，惟顯有重新檢討以反映各類醫事人員貢獻之必要，復應確實考量醫院所付出之成本因素，以檢討及重新評估該等給付點數是否嚴重脫離現實，俾資允當。

三、全民健保之主管機關，允宜參考如主計總處等機關所提供之長期客觀統計資訊，當更能有效掌握政策變動對長期趨勢之影響，俾利全民健保之永續。

(一)依主計總處之家庭收支調查資料，家庭消費支出之結構，按消費型態區分，有：食品飲料及菸草、衣著鞋襪類、住宅服務水電瓦斯及其他燃料、家具設備及家務服務、醫療保健、運輸交通及通訊、休閒文化及教育消費、餐廳及旅館、什項消費等 9 類，每戶家庭消費支出之規模由 65 年之 95,714 元，增為 101 年之 727,693 元，各類支出所占比率，如表九。表九所示，上開期間比率明顯增加之支出包括：醫療保健、運輸交通及通訊、休閒文化及教育消費、餐廳及旅館等 4 項；比率明顯下降之支出則包括：食品飲料及菸草、衣著鞋襪類、家具設備

及家務服務等 3 項，大致符合恩格爾法則⁴，惟醫療保健支出比率大幅上升，茲研析如下：

1、醫療保健支出占消費支出比率由 65 年之 4.85%，至 101 年增 14.55%，於 65 年至 101 年間平均為 8.77%。全民健保於 84 年開辦，全民享受醫療服務之價格相對下降，對醫療服務之需求量增加，而醫療保健支出之金額及其占消費支出比率若仍大幅成長，即可推論係因醫療服務使用量大幅增加之故。就全民健保開辦之 84 年與其前 1 年之 83 年進行比較，每戶醫療保健支出之金額由 83 年之 54 萬餘元增至 84 年之 59 萬餘元，其占消費支出之比率由 83 年之 8.49% 上升至 10.37%，即顯示在價格相對下降之情形下，民眾有增加使用量之動因，而醫師更有增加供給量以增加收益之動因，醫療服務量乃巨幅上升。若再進一步分析，以 84 年開辦全民健保為分界，將 65 年至 83 年視為第一期，將 84 年至 101 年視為第二期，分別計算 2 期醫療保健支出占消費支出比率，第一期、第二期之平均數分別為 5.27%、12.47%，其平均年增率分別為 0.13%、0.33%，即全民健保開辦後，醫療保健支出所占消費支出比率，與開辦前比較，由 5.27% 升至 12.47%，明顯大幅增加，增幅 136.62% $(12.47\%/5.27\%-1)$ ，顯示民眾及醫師在動因出現後，行為隨之改變，乃大幅增加醫療服務量。

2、84 年全民健保開辦後，由個人所得扣繳之健保費，屬保費支出，非消費支出，主計總處將其歸

⁴恩格爾法則 (Engel's Law)：係經濟學所討論之一種現象，指當個人之所得提高時，必須品支出占所得之比率會逐漸下降，而奢侈品支出占所得之比率則上升；前者必須品支出，如食物等，後者奢侈品支出，則如教育、文化、娛樂及交通等。

屬經常移轉支出項下，而非醫療保健消費支出，亦即，個人醫療保健支出若再加計自個人所得中扣繳之健保費部分，則前開第二期之醫療相關支出金額，勢將進一步提高。

- 3、上開主計總處之家庭收支調查，雖並非針對醫療保健支出之特定消費項目，且必然因抽樣設計及方式而存在誤差，然依其所呈現歷年來之統計資訊，符合經濟學原理，醫療保健支出金額及其占支出比率大幅增加部分，亦與前列意見中門診件數、住院日數等醫療服務量大增之統計契合，故本院認為主計總處上開統計資料，足堪反映全民健保開辦後，民眾及醫師均因動因變動而分別增加使用及供給醫療服務之數量，甚至或可藉之概估民眾自費金額，以進一步了解醫療院所非健保收入之營運概況。

(二)綜上，全民健保之支付標準係健保局全民健保支出之成本動因，同時亦為醫療院所之收入動因，爰主管機關對健保支付標準之觀點，不宜僅就其係健保成本動因之角度，而嚴重忽視其亦為醫療院所收入動因之角度。換言之，主管機關可藉由健保之支付標準及其相關制度之設計，有效影響並導正醫療院所之行為，自宜妥適運用，有效提升全民健保醫療服務之品質。此外，全民健保之主管機關，雖可藉醫療院所提供之當期業務相關資訊以掌握所主政業務之情形，惟不宜以其為限，允宜參考如主計總處等機關所提供之長期客觀統計資訊，當更能有效掌握政策變動對長期趨勢之影響，俾利全民健保之永續。

調查委員：馬秀如

尹祚芊