

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

計畫名稱：(中文) 全民健保支付制度對醫院與醫師生產力的影響

(英文) The Effects of National Health Insurance Payment System
on the Productivity of Hospitals and Physicians

計畫編號：NSC 89-2415-H-002-002-JB

執行期間：88 年 8 月 1 日至 90 年 1 月 31 日

執行機構：國立台灣大學公共衛生學院
醫療機構管理研究所

計畫主持人：薛 亞 聖 副教授

共同主持人：胡 玉 蕙 副教授

鍾 經 樊 教 授

碩士級研究員：江靜楓 黃秋萍 關興潔

中 華 民 國 90 年 4 月 30 日

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫名稱：(中文) 全民健保支付制度對醫院與醫師生產力的影響

(英文) The Effects of National Health Insurance Payment System
on the Productivity of Hospitals and Physicians

計畫編號：NSC 89-2415-H-002-002-JB

執行期間：88年8月1日至90年1月31日

計畫主持人：薛 亞 聖 副教授 國立台灣大學醫療機構管理研究所

共同主持人：胡 玉 蕙 副教授 國立台灣大學經濟系暨研究所

鍾 經 樊 教 授 國立台灣大學經濟系暨研究所

一、中文摘要

自84年3月實施全民健保以來，醫療的使用量與醫療費用不斷快速增加。因醫療市場資訊不對等，醫療提供者對醫療的使用具有很大的影響力。為節制醫療使用與費用，健保採取了多種方法來改善此一問題，包括支付制度的改變。本研究的目的，即在了解從論量計酬制改為論病例計酬對醫院及醫師生產力的影響。本研究是一自然實驗，使用國衛院提供的86年及87年健保申報資料檔進行分析。經控制相關影響因素後，得到下列結果：(1)論病例計酬比論量計酬具有抑制用量的效果，但長期而言（超過一年以上）是否仍具此效果則無法確定；(2)論量計酬制度下，私立醫院生產力顯著高於公立醫院，但論病例計酬制則結果不一，僅有部分項目私立醫院會顯著高於公立醫院，少數項目私立醫院甚至低於公立醫院。是否意味給付較低的項目將導致私立醫院較無意願收治該類病患，值得進一步探討；(3)目前實施的論病例除一項外，其餘均呈現醫學中心個案數顯著高於區域醫院，且更顯著高於地區醫院。這種個案的分佈是否恰當，亦值得進一步的探討。

關鍵詞：健康保險、支付制度、醫院生產力、論病例計酬、論量計酬

Abstract

Health care utilization and cost have been rising rapidly following the installation of the National Health Insurance (NHI) program in Taiwan since March 1995. Health care providers have greater influence in deciding the use and cost of health services due to information asymmetry. The NHI has adopted many methods to contain use and cost, including to change the payment system. The main purpose of this research is to explore the impacts of the change of the payment system on the productivity of hospitals and physicians. This research is a natural experiment. The authors use the health insurance claim data set of 1997 and 1998 provided by the National Institute of Health Research to conduct the analysis. After controlling for other influential factors, the findings are as the following: other things being equal, (1) case-payment relative to fee-for-service, tends to prevent the number of cases from increasing. However, whether this effect will exist in the long run is unclear, (2) private hospitals have higher volume for services than that of the public hospitals under fee-for-service, but this effect is weakened under the case-payment system, and (3) in most cases, no matter fee-for-service or

case-payment, the volume of medical center is higher than that of the regional hospitals, and is even higher than that of the district hospitals. Since those case-payment items are not necessary to be treated in the medical centers, whether the pattern of the distribution of the patients among hospitals is appropriate deserve further study.

Keywords: Health Insurance、Payment System、Hospital Productivity、Case-payment、Fee-For-Service

二、緣由與目的

全民健康保險實施後，民眾就醫次數顯著增加。從需求面來看，由於提供健康保險使得民眾所面對的醫療價格下降而存在道德風險(moral hazard)的問題。從供給面來看，由於全民健保目前主要的支付制度為論量計酬(fee-for-service, FFS)，提供了誘因給醫療供給者增加服務量來增加收入，甚至會以誘發需求的方式來達到上述目的。為了避免醫療資源被不當的使用或過度的浪費，政府針對需求面及供給面均試圖採取不同的政策來加以應對。

由於醫療訊息的不對稱性，醫師比消費者在診療上有較高的裁量權，亦即在某病人身上需用多少醫療資源，主要由醫師來決定。而醫師與醫院的關係又會影響到醫師診療上的決定。因此，似以從引導醫師與醫院的供給行為來控制成本可能較為有效。所以，政府陸續實施或將要實施的供給面成本控制政策的效果益發顯得重要。這些政策包括了論病例計酬(case payment)、論人計酬(capitation per head)，及總額預算(global budget)等支付方式。

論病例計酬係指以一個病例(case)為付費單位，不論醫院治療該病例花費成本為何，健保局對該病例均給付某固定總費用。論人計酬則是根據調整過的個人健康風險計算其一年內的醫療支出，於年初支付該個人所參加的醫療團體，則該團體必須負擔他該年度保險項目下的所有醫療照護，亦等於將保險人及醫療供給者的角色合而為一。總額預算則是指以一個區域內居民整體為對象，將全年的總費用於年初事先設定，交由總額預算實施的醫療團

體，例如，西醫、牙醫或中醫，由該醫療團體自行管理與分配其預算，並提供該區域民眾應得的醫療及健康照護。這些支付制度將控制醫療成本的責任由中央健保局移轉到醫療提供者，以提供醫療供給者節制醫療資源的誘因。

全民健保於84年3月開辦起，係以論量計酬(fee-for-service)為主要的支付制度。86年10月起，開始陸續推出以外科手術為主的論病例計酬(case payment)項目，至87年底止，已達22項。至90年止，已超過30項。未來，將繼續增加。而87年7月起，針對牙醫開始實施牙醫總額預算；89年7月起，實施中醫總額預算；90年7月起，將實施西醫基層醫療總額預算。論人計酬部分，由於其實施方式，例如洗腎、呼吸治療等，其實只是擴大的論病例計酬，而非一般所謂的論人計酬制，故此一制度目前在台灣並未真正實施。

實施以上各項支付制度的目的，是希望影響醫院及醫師行為，以達節制醫療用量、降低醫療費用的目的。過去的研究，均只針對某特定論病例支付項目探討其實施前後該病例的平均費用、住院天數、費用結構(例如：藥費、檢查費、手術費……等)變化的情形，並未針對改變支付制度的整體效果來探討。支付制度的改變，固然使單項的病例診療方式起了改變，但，有無使醫院增加或減少該病例的總量，以及醫院有無用移轉的方式，改變其他醫療服務的量與費用？也就是說，改變支付制度，整體而言，到底產生了什麼效果？到目前，仍未有定論。為了解上述支付制度對醫院及醫師行為的影響，實有必要進行這方面的研究。

本研究主要的目的，即在探討支付制度對醫院及醫師行為的影響，以及，除了支付制度，還有沒有其他重要因素影響醫院及醫師行為？為達到上述研究目的，本研究採用經濟學的理论與方法來進行研究。由於總額預算目前僅在牙醫門診部分開始試辦，與醫院的關係較少，且其6個地區的牙醫師公會各有各的管理與運作方式，較無法顯示總額預算一致性的影響，而本研究主要希望了解支付制度如何透過

case-payment, the volume of medical center is higher than that of the regional hospitals, and is even higher than that of the district hospitals. Since those case-payment items are not necessary to be treated in the medical centers, whether the pattern of the distribution of the patients among hospitals is appropriate deserve further study.

Keywords: Health Insurance、Payment System、Hospital Productivity、Case-payment、Fee-For-Service

二、緣由與目的

全民健康保險實施後，民眾就醫次數顯著增加。從需求面來看，由於提供健康保險使得民眾所面對的醫療價格下降而存在道德風險(moral hazard)的問題。從供給面來看，由於全民健保目前主要的支付制度為論量計酬(fee-for-service, FFS)，提供了誘因給醫療供給者增加服務量來增加收入，甚至會以誘發需求的方式來達到上述目的。為了避免醫療資源被不當的使用或過度的浪費，政府針對需求面及供給面均試圖採取不同的政策來加以應對。

由於醫療訊息的不對稱性，醫師比消費者在診療上有較高的裁量權，亦即在某病人身上需用多少醫療資源，主要由醫師來決定。而醫師與醫院的關係又會影響到醫師診療上的決定。因此，似以從引導醫師與醫院的供給行為來控制成本可能較為有效。所以，政府陸續實施或將要實施的供給面成本控制政策的效果益發顯得重要。這些政策包括了論病例計酬(case payment)、論人計酬(capitation per head)，及總額預算(global budget)等支付方式。

論病例計酬係指以一個病例(case)為付費單位，不論醫院治療該病例花費成本為何，健保局對該病例均給付某固定總費用。論人計酬則是根據調整過於個人健康風險計算其一年內的醫療支出，於年初支付該個人所參加的醫療團體，則該團體必須負擔他該年度保險項目下的所有醫療照護，亦等於將保險人及醫療供給者的角色合而為一。總額預算則是指以一個區域內居民整體為對象，將全年的總費用於年初事先設定，交由總額預算實施的醫療團

體，例如，西醫、牙醫或中醫，由該醫療團體自行管理與分配其預算，並提供該區域民眾應得的醫療及健康照護。這些支付制度將控制醫療成本的責任由中央健保局移轉到醫療提供者，以提供醫療供給者節制醫療資源的誘因。

全民健保於84年3月開辦起，係以論量計酬(fee-for-service)為主要的支付制度。86年10月起，開始陸續推出以外科手術為主的論病例計酬(case payment)項目，至87年底止，已達22項。至90年止，已超過30項。未來，將繼續增加。而87年7月起，針對牙醫開始實施牙醫總額預算；89年7月起，實施中醫總額預算；90年7月起，將實施西醫基層醫療總額預算。論人計酬部分，由於其實施方式，例如洗腎、呼吸治療等，其實只是擴大的論病例計酬，而非一般所謂的論人計酬制，故此一制度目前在台灣並未真正實施。

實施以上各項支付制度的目的，是希望影響醫院及醫師行為，以達節制醫療用量、降低醫療費用的目的。過去的研究，均只針對某特定論病例支付項目探討其實施前後該病例的平均費用、住院天數、費用結構(例如：藥費、檢查費、手術費……等)變化的情形，並未針對改變支付制度的整體效果來探討。支付制度的改變，固然使單項的病例診療方式起了改變，但，有無使醫院增加或減少該病例的總量，以及醫院有無用移轉的方式，改變其他醫療服務的量與費用？也就是說，改變支付制度，整體而言，到底產生了什麼效果？到目前，仍未有定論。為了解上述支付制度對醫院及醫師行為的影響，實有必要進行這方面的研究。

本研究主要的目的，即在探討支付制度對醫院及醫師行為的影響，以及，除了支付制度，還有沒有其他重要因素影響醫院及醫師行為？為達到上述研究目的，本研究採用經濟學的理论與方法來進行研究。由於總額預算目前僅在牙醫門診部分開始試辦，與醫院的關係較少，且其6個地區的牙醫師公會各有各的管理與運作方式，較無法顯示總額預算一致性的影響，而本研究主要希望了解支付制度如何透過

醫院來影響醫師行為，故暫不探討總額支付的影響。其次，因論人計酬並未真正實施，無實證資料可供分析，故亦不在本次研究分析範圍內。本研究將以論病例計酬作為探討的中心，來了解此一制度如何影響醫院及醫師的生產行為。

三、理論與研究架構

本研究採行的理論架構是由 Zweifel and Breger(1997)所發展的理論模型。該模型視醫院為一擁有目標決策之個體，假設最簡單的狀況時—即只提供一種病人的治療，則此醫院每一期間內的平均服務品質(Q)是該期間內所使用的醫護量(Y)除以該期間內所治療的人數(X)的函數： $Q=g(Y/X)$ 其次醫院的盈餘(P)為：

$$P=R(Z, f(Y), Y, A)-C(Y, Z)-(wLs+rKs)$$

其中

R：收入，Z：病床數， $f(Y)$ ：治療人數，

A：營運成本， $C(Y, Z)$ ：最小成本，

w：工資率，Ls：人工之多餘浪費，

r：投資之利率，Ks：設備之多餘浪費。

而醫院決策者的效用函數為：

$$U=u(Q, m, O, Ks, Ls)$$

依此假設，在論量計酬(FFS)制度下，在醫療的投入與產出的量(Y)與品質(Q)均沒有限制。醫院為追求最大利潤，可能會透過增加服務量(Y)的方式來提高利潤，甚至，導致誘發需求(supplier induced demand)的發生。其次，醫院可能會設法以提高品質的方式來增加病人來源，達到增加利潤的目的。從此一模式可推導出，醫院傾向過度使用資源，生產技術效率也不是最低。反之，在論病例計酬下，每一種病例的給付是固定的 $\bar{P}_x$ 。為求利潤最大，醫院必須追求成本最低，故其各項費用：藥費、檢查費、住院費、材料費，等均會較FFS時為低。但此一分析還有一點是過去國內外的研究都忽略未加分析的，就是對總量的影響。因 $TR = \sum_{i=1}^n (\bar{P}_x - C_x) Q_x$ ，其中TR：總利潤， $\bar{P}_x$ ：某病例之固定支付金額， C_x ：某病例之成本費用， Q_x ：某病例的數量故TR的正負取決於 $\bar{P}_x - C_x$ 的正負。若 $\bar{P}_x - C_x > 0$ ， $TR_x > 0$ ，則醫院會多做該病

例；若 $\bar{P}_x - C_x \leq 0$ ， $TR_x \leq 0$ ，則除非該病例可帶來的附加價值超過其虧損，否則醫院會傾向不做或少做該項病例。

實際上，健保對每種病例的給付均有某種程度的利潤，但一般而言，比FFS時為低，故可得出本研究的第一個研究假說：其他條件相同時，醫院在論病例計酬部分與非病例計酬部分其服務量（生產力）的變動會不同。醫院可能會因給付變差而偏向多做非病例計酬者，使病例計酬之成長較低，或相反，因給付較低，醫院用增加該病例數量（生產力）的方式來作彌補。到底是那一種情形較常發生，必須以實證資料來作驗證。

除了支付制度，可能還有其他重要因素會影響醫院及醫師行為。其中一個主要因素，即為醫院特性。過去，已有許多研究指出，權屬別對醫院行為具有很大的影響力。公立醫院較受法令規章的束縛且非營利，故效率較差，也較無追求高產量的誘因，反之，私立醫院則多以較具經濟誘因的方式給付醫師，促使效率較高，服務量（生產力）亦較高。因此，權屬別與醫師薪資支付制度亦為重要影響因素，在探討醫院及醫師生產力時必須加以考慮。故本研究第二個研究假說：其他條件相同時，私立醫院比公立醫院生產力高。

此外，因健保給付一般而言，醫學中心高於區域醫院，區域醫院一般高於地區醫院，及病人有喜歡到大醫院就醫的傾向，故本研究的第三個假說：其他條件相同時，醫學中心的個案數會比區域醫院多，區域醫院會比地區醫院多。

四、材料與方法

本研究是一自然實驗(natural-experiment)。以實施論病例計酬制度(case payment)為介入因子。實驗組為實施論病例計酬的病例項目，對照組為非實施論病例項目。採用的材料，為國家衛生研究院所提供的86年及87年全民健保申報資料抽樣檔，包括：住院醫療費用清單明細檔、住院費用申請總表主檔、住院醫療費用醫令清單明細檔及論病例計酬住院醫療費用清單明細檔。所選擇的病例個案包括：86

年10月開始實施的9項中的8項(因其中有一項個案數太少,故不列入分析),即輸卵管外孕手術、子宮完全切除手術、次全子宮切除手術、闌尾切除術、腹腔鏡膽囊切除術、痔瘡或肛門瘻管切除術、股及腹股溝疝氣條補術及前列腺切除術。86年11月開始實施的3項:人工股關節置換術、人工膝關節置換術及卵巢部分或全部切除術。87年元月開始實施的2項(其他2項個案數太少,亦不列入分析):腹腔鏡子宮完全切除術及腹腔鏡子宮外孕手術。由於上述病例共分3階段實施,為便於對比,故採取下列方式為之:

1. 自86年10月開始實施者,取86年1~9月(實施前)及87年1~9月(實施後)該病例個案做前後對比。對照組方面則將同2時期非病例個案做前後對比。
2. 自86年11月開始實施者,取86年1~10月(實施前)及87年1~10月(實施後)該病例個案做前後對比。對照組方面則將同2時期非病例個案做前後對比。
3. 自87年元月開始實施者,取86年全年(實施前)及87年全年(實施後)該病例個案做前後對比。對照組方面則將同2時期非病例個案做前後對比。

所採用的計量模型為:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \beta_3 x_{3i} + \beta_4 x_{4i} + \varepsilon_i$$

其中

y_i : 某論病例計酬項目之個案數,或非論病例計酬個案數

β_i : 迴歸係數

x_{1i} : 權屬別, 1代表私立, 0代表公立

x_{2i} : 區域醫院(參考組: 醫學中心)

x_{3i} : 地區醫院(參考組: 醫學中心)

x_{4i} : 是否實施論病例計酬(1代表87年(實施後), 0代表86年(實施前))

ε_i : 干擾項

五、結果與討論

從附表可見, 線性迴歸模式均顯著。 R^2_{adj} 最高為0.64, 最低為0.11, 一般在0.35左右, 顯示此一模型的解釋資料能力尚稱理想。首先控制了醫院權屬、評鑑等級後, 在所檢視的13項論病例計酬項目中, 絕大

部分(計10項)在實施後比起實施前的個案數雖均略有增加, 但未達統計上顯著水準。相對而言, 對照組之論量計酬個案數87年比起86年則有顯著的增加。如果論量計酬個案的增加是正常的, 係反映醫療需求確有增加, 則實施論病例計酬, 似有抑制用量的效果; 如果論量計酬個案的增加是不正常的, 是在反映誘發需求的情形, 則實施論病例計酬似較不會產生誘發需求的現象。

有趣的是, 當再進一步把自84年起開始試辦的論病例計酬項目—自然產與剖腹產來作對比, 發現該2項論病例計酬個案數87年比86年有顯著的增加。因此, 前述的發現似可代表實施論病例計酬的短期(一年以內)效果, 自然產與剖腹產的結果可當作長期(一年以上)效果的參考。故醫院的學習與調整(適)因素會如何影響支付制度的成效, 是很值得持續觀察及研究的。

其次, 經控制其他相關因素後, 私立醫院雖比公立醫院各項論病例計酬項目大多呈現有較高的現象, 但13項中僅6項達顯著水準。而其中甚至有2項為負, 且其中之一達顯著水準。在對照組方面, 論量計酬項目則是私立醫院顯著高於公立醫院, 自然產與剖腹產私立醫院亦顯著高於公立醫院。此一結果, 一方面支持私立醫院比公立醫院生產力高, 一方面是否意味著所檢視的13項論病例計酬項目中未有顯著差異的項目屬於利潤較低者, 值得作進一步的探討。

最後, 在其他條件相同的情形下, 醫院評鑑等級的影響確如原先預期的, 醫學中心的個案數顯著的高於區域醫院, 且更顯著的高於地區醫院的個案數。由於目前所實施的論病例計酬項目均為一般性病例, 並非一定要醫學中心才能治療者, 故這種的個案分佈型態是否恰當, 亦值得作更進一步的探討。

六、計劃成果自評

本研究的目的是在於了解健保支付制度對醫院及醫師生產力的影響。由於資料取得的限制, 目前只能探討從論量計酬改為論病例計酬制時對醫院服務量的影響。雖然只是初步的結論, 但已具政策上的參考

價值。就短期而言，論病例計酬比論量計酬具有抑制用量增加的效果，但並不保證長期亦具有此種效果。

在研究的過程當中，因係利用國家衛生研究院所提供的健保申報抽樣檔，發現對本研究造成了某些限制。例如，雖有論病例計酬專題檔案，但並沒有對照組的檔案。從一般抽樣檔中來抽取，一則樣本太小，許多論病例計酬項目個案太少，無法比對分析，一則因係抽樣檔，對照之病例項目個案已不完全，亦無法與專題檔相對比。另，由於醫院代號經過加密，造成由研究者自行以問卷調查所得醫院的醫師薪資制度類型無法與該醫院的服務量作串連，故無法檢視醫院如何透過醫師薪資制度來影響醫師行為。未來，希望能在資料限制上得到突破，而能繼續此一主題的探討與研究。

七、參考文獻

- [1] 楊志良，「醫院生產力及其影響因素之研究」，民81年。
- [2] 錢慶文，「影響醫師生產力之理論及實證研究」，國科會研究計劃(NSC 83-0301-H-010-004)，民84年。
- [3] 林興裕，「論病例計酬支付制度對醫療服務使用之影響：以公保白內障手術為例」，民85年。
- [4] 陳怡秀，「自然生產論病例計酬對醫療資源耗用之影響—以三家醫學中心為例」，民85年。
- [5] 林琳琳，「醫師生產力與醫院管理之互動關係」，民80年。
- [6] Hillman, Alan L. et al. (1989), "How do financial Incentives Affect Physicians' Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations?" *The New England Journal of Medicine* 321(2): 86-92.
- [7] Jacobs, P.(1974), A survey of Economic Models of Hospitals, *Inquiry* 11, 83-97.
- [8] Newhouse, J. P. (1970), Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital, *American Economic Review*, 60, 64-74.
- [9] Rice, Thomas. (1997), "Physician Payment Policies: Impacts and Implications" *Annual*

Review of Public Health.18:549-65.

- [10] Zweifel, P. and F. Breyer (1997), Chapter 9, Hospital Services and Their Payment, in *Health Economics*, New York, NY: Oxford University press.

附表：各線性迴歸模式之 OLS 估計結果

	權屬	區域	地區	實施 CP	R ²
86 年 10 月(8 項)					
1.輸卵管外孕手術	0.94 (0.10)	-3.75 (0.00)*	-4.05 (0.00)*	0.39 (0.48)	0.30
2.子宮完全切除手術	6.95 (0.04)*	-37.73 (0.00)*	-42.99 (0.00)*	3.63 (0.27)	0.34
3.次全子宮切除手術	0.85 (0.20)	-2.66 (0.00)*	-3.09 (0.00)*	0.48 (0.39)	0.21
4.闊尾切除術	3.29 (0.00)*	-17.50 (0.00)*	-22.40 (0.00)*	3.37 (0.00)*	0.48
5.腹腔鏡膽囊切除術	0.16 (0.84)	-2.07 (0.03)*	-2.77 (0.01)*	1.52 (0.09)	0.17
6.痔瘡或肛門瘻管切除術	8.49 (0.08)	-85.10 (0.00)*	-106.63 (0.00)*	9.36 (0.08)	0.35
7.股及腹股溝疝氣修補術	4.48 (0.01)*	-34.44 (0.00)*	-41.23 (0.00)*	2.61 (0.10)	0.56
8.前列腺切除術	0.82 (0.63)	-10.20 (0.00)*	-15.76 (0.00)*	2.05 (0.23)	0.26
[1]非病例計酬	85.25 (0.04)*	-2307.78 (0.00)*	-2995.32 (0.00)*	143.93 (0.00)*	0.63
[2]自然產	520.08 (0.00)*	-1469.22 (0.00)*	-2118.26 (0.00)*	407.27 (0.00)*	0.34
[3]剖腹產	216.73 (0.00)*	-788.47 (0.00)*	-1041.24 (0.00)*	201.01 (0.01)*	0.31
86 年 11 月(3 項)					
1.人工股關節置換術	-1.55 (0.13)	-3.87 (0.00)*	-5.08 (0.00)*	1.48 (0.20)	0.27
2.人工膝關節置換術	-10.21 (0.06)	-12.30 (0.07)	-12.70 (0.07)	2.73 (0.62)	0.11
3.卵巢部分或全部切除術	37.82 (0.01)*	-462.53 (0.00)*	-541.22 (0.00)*	23.31 (0.05)*	0.63
[1]非病例計酬	95.84 (0.04)*	-2576.37 (0.00)*	-3346.41 (0.00)*	164.46 (0.00)*	0.63
[2]自然產	583.17 (0.00)*	-1646.74 (0.00)*	-2374.91 (0.00)*	478.16 (0.00)*	0.34
[3]剖腹產	243.54 (0.00)*	-884.75 (0.00)*	-1168.60 (0.00)*	235.01 (0.00)*	0.31
87 年 1 月(2 項)					
1.腹腔鏡子宮完全切除術	8.43 (0.04)*	-49.56 (0.00)*	-56.87 (0.00)*	4.59 (0.24)	0.37
2.腹腔鏡子宮外孕手術	45.82 (0.00)*	-563.70 (0.00)*	-661.71 (0.00)*	33.79 (0.03)*	0.64
[1]非病例計酬	114.16 (0.04)*	-3123.50 (0.00)*	-4058.95 (0.00)*	198.32 (0.00)*	0.63
[2]自然產	715.32 (0.00)*	-2013.46 (0.00)*	-2909.83 (0.00)*	629.56 (0.00)*	0.34
[3]剖腹產	298.38 (0.00)*	-1075.88 (0.00)*	-1424.22 (0.00)*	302.03 (0.00)*	0.31

括號()內為 P 值，截距項略去未列出。

* : P<0.05