

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

全民健康保險之成本分攤制度的理論與實証分析

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC92-2415-H-034-001-

執行期間：92年08月01日至93年07月31日

執行單位：中國文化大學經濟學系暨研究所

計畫主持人：洪乙禎

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 93 年 9 月 20 日

中文摘要：台灣的全民健保自 1995 年開辦以來因為醫療支出成長率持續超過保險收入成長率，已進行過數次加重部分負擔的調整措施，且這些變革舛半著重於門診醫療。本計畫建立一代表性個人的單期模型說明醫療需求的形成，以及健保部分負擔與醫療需求具反向關係的理論預測。進一步透過實際門診資料發現：各縣市與西、中和牙醫門診的利用數量皆與部分負擔息息相關，過去加重門診部分負擔等措施的確有效降低門診需求，與理論預期一致。

英文摘要：The national health insurance (NHI) of Taiwan has been implemented since 1995. Because of the financial deficit, the copayment of the outpatient service has been adjusted for several times to reduce the cost of NHI. We set up a representative agent's single-period model to discuss the formation of the medical demand. Our theoretical analyses show that the medical demand is inverse to the copayment. Besides, We confirm the theoretical results through the medical utilization data. The outpatient-service utilization by locale and the cases of western medicine, chinese medicine, and dentistry are all correlated to the adjustment for the NHI copayment. These results coincide with our theoretical analyses.

關鍵詞：部分負擔、醫療需求、價格彈性

1、前言

第二次世界大戰結束之後，健康保險成爲全球各國普遍採行的制度，

但因為醫療需求無法被監控、亦無法避免價格等財務誘因，健康保險的介入改變了醫療服務的相對價格，使被保險人增加醫療利用，此即道德危險（moral hazard）的問題。由於道德危險的存在，醫療費用的控制成爲健康保險制度必然面臨的挑戰，所以許多健康保險制度都加入了成本分攤的設計，也就是部分負擔，適當地給予被保險人節制醫療利用的財務誘因。

關於醫療需求價格彈性的實證估計，在文獻上已有高度的共獻。文獻上最廣爲引用的實證發現是美國蘭德公司在 1970 年代所進行的健康保險控制實驗研究(Manning et al., 1987)。這項研究證實，醫療需求的價格彈性約爲-0.2。但健康保險的存在原是為了消除疾病的財務風險，被保險人的就醫部分負擔無疑是抵消風險保護功能，在考量風險保護與道德危險的取捨後，許多學者亦透過不同的實證研究方法推估最適部分負擔水準，多數學者所估計的最適部分負擔約爲 25%。據此可知，即使考慮了風險保護的問題，仍不能免除被保險人的成本分攤。因此，全世界的健保制度已經少見就醫完全免費的保險，多數國家都加入各種不同形式的部分負擔設計。

本計畫透過代表性個人極大化效用的理性選擇行爲，說明價格對醫療需求的影響，並以實際資料觀察台灣全民健保的部分負擔變革與被保險人醫療利用行爲的關係。下節將簡述台灣全民健保的發展與部分負擔等成本分攤制度的實施，爲本計畫提供制度背景的說明。在第三節，我們將建構一個代表性個人的理論模型，分析醫療需求的形成及部分負擔的影響。第

四節則觀察台灣實施全民健保後的醫療利用資料，與理論分析作對應驗證。最後一節則彙總本計畫的分析結果，並論述研究結果的政策意涵。

2、制度背景

台灣在 1995 年開辦全民健保，全民健康保險法以固定比例(20%)的精神規範部分負擔制度。但在全民健保實施前已經存在公、勞、農保的醫療保險，這些既有的健康保險少有被保險人的成本分攤設計，因此在全民健保開辦時為減輕反對壓力，在執行部分負擔上有一些簡化與減輕的措施。

台灣在實施全民健保後，平均每—被保險人門診申報件數由 1995 年的 10.56 件逐年攀升至 1998 年的 15 年、1999 年的 15.28 件。而部分負擔的簡化措施與醫療利用的攀升必然加重健保制度的財務負擔，健保財務自 1998 年起已呈逆差，亦即保險支出大於保險收入，並開始由前期所累積之結餘支應。而全民健康保險開辦前七年，平均醫療費用支出成長率為 6.26%，保險收入成長率為 4.26%，醫療費用持續上漲使得收支不平衡的缺口持續擴大。但全民健康保險法規定，全民健保財務應自給自足，即保險費收入須足供醫療費用之支付，因此而有一些調整部分負擔的措施。

全民健保開辦初期採行的門診部分負擔為簡化的二級制，基層診所和地區醫院自付 50 元，區域醫院和醫學中心自付 100 元。1997 年 5 月 1 日起改為三級制，醫學中心自付金額調高為 150 元。1999 年 8 月 1 日新增藥品、復健與高診次等部分負擔。2002 年 9 月 1 日調漲保費，費率從 4.25% 調漲到 4.55%，同時也調整健保部分負擔，

基層診所及地區醫院部分負擔維持 50 元；區域醫院部分負擔增加 40 元，調整後為 140 元；醫學中心部分負擔增加 60 元，調整後為 210 元；另外，至醫學中心及區域醫院門診進行檢查檢驗，另加收 20% 部分負擔，上限 300 元；藥品、復健、中醫傷科及高利用部分負擔不變。調整後整體部分負擔比率，醫學中心為 14%，區域醫院為 14%，地區醫院為 9%，基層診所為 12%，均未超過法定 20% 上限。

如表 1 所列，這些部分負擔的變革使部分負擔金額在 1999 年與 2000 年有明顯的成長，部分負擔金額佔國民醫療保健支出的比重，從健保實施初期的 4.63% 提高為 2002 年的 5.28%。而部分負擔金額佔整個家庭自付醫療費用的比重，也從 1997 年的 15.61% 提高到 2000 年的 18.00%。此外，因為 1999 年及 2002 年加重部分負擔的措施多著重於門診與較高層級醫療院所，所以整體平均每次門診部分負擔金額，也由 1997 年的 54 元提高到 2002 年的 80 元。由表 2 更可看出不同層級醫療院所間門診部分負擔金額的變化，醫學中心由 1997 年的 105 元提高到 2002 年的 169 元，而診所則是由 1997 年的 47 元提高到 2002 年的 56 元。這些數據顯示，全民健保在 1999 年夏天新增的部分負擔措施，對被保險人所面對的實際醫療服務價格，特別是門診醫療，有相當的加重作用。

綜合上述資料顯示，全民健保為抑制醫療給付支出擴大與維持健保財務平衡，實施了數次部分負擔的調整，這些制度變革皆可歸類於擴大被保險人之成本分攤比例，形同提高就醫相對價格。本計畫以下二節，將分

別進行醫療需求影響因素的理論分析，並利用台灣的歷年資料探討醫療利用的變化，以驗證加重部分負擔措施的成效。

3、理論模型

本計畫擬參考 Grossman(1972)建立一個代表性個人的經濟模型，分析部分負擔率的調整對醫療需求、被保險人財務負擔、健保局支出等經濟變數的影響。

令代表性個人的福利水準決定於受消費 C 及休閒時間 T_l 兩因素影響的效用函數 $U(C, T_l)$ ，此函數中的兩項因子 C 和 T_l 皆為一階微分大於零、二階微分小於零，且 C 和 T_l 是互補的。

休閒時間 T_l 來自於可用健康時間 h ，參考江莉莉(1997)假設疾病對健康的危害是醫療服務的減函數、以及 Hadley(1982,1988)、Picone(1999)、Currie 和 Gruber(1996a,1996b)等實證研究普遍肯定醫療服務對健康的貢獻，因此假設健康原賦 H_0 和醫療服務 M 皆可增進可用健康時間 h ， $h = h(H_0, M)$ ，但二者的增進效果通常會遞減，令 H_0 和 h 一階微分大於零、二階微分小於零、 $\partial^2 h / \partial M \partial H_0 \geq 0$ 。同時，代表性個人將可用健康時間 h 分配於休閒 T_l 以及工作 T_w ，

$$h = h(H_0, M) = T_w + T_l, \quad (1)$$

此即時間限制式。

令工資率為 w ，代表性個人以其工作所得支付一般消費 C 、醫療部分負擔及全民健保保費 R 。假設醫療服務之相對價格為 P_m ，一般消費的價格標準化為 1，所有醫療服務都有健保局部分給付，因此被保險人只需依據部分負擔率 τ 支付部分負擔 $\tau \cdot P_m M$ 。所以，代表性個人的所得限制式如下：

$$w \cdot T_w = C + \tau \cdot P_m M + R. \quad (2)$$

此外，代表性個人的目標是在上述時間及所得限制式下，選擇最適的醫療需求和休閒時間，以極大化其效用水準，亦即，

$$\begin{aligned} & \max_{M, T_l} U(C, T_l) \\ \text{s.t.} \quad & h = h(H_0, M) = T_w + T_l. \quad (3) \\ & w \cdot T_w = C + \tau \cdot P_m M + R \\ & \text{given } H_0 \end{aligned}$$

上述極大化問題的一階條件是

$$w \frac{\partial h}{\partial M} = \tau \cdot P_m \quad (4)$$

$$w \frac{\partial U}{\partial C} = \frac{\partial U}{\partial T_l} \quad (5)$$

式(4)等號右邊代表多用一單位醫療服務的邊際成本；等號左邊則是多用醫療增加可用健康時間，進而增加所得與消費的邊際效益。式(5)等號右邊代表多休閒的邊際效益；等號左邊則是犧牲工作所得的邊際成本。在邊際效益等於邊際成本的條件下，兩式共同決定最適醫療需求 M^* 與最適休閒時間 T_l^* 。

關心部分負擔率 τ 對最適決策的影響，可透過對式(4)和(5)兩式一階條件的全微分，並依據隱函數理論得知，

$$\begin{bmatrix} A_{11} & A_{12} \\ A_{21} & A_{22} \end{bmatrix} \cdot \begin{bmatrix} \partial M^* / \partial \tau \\ \partial T_l^* / \partial \tau \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} d_1 \\ d_2 \end{bmatrix} \quad (6)$$

上式中矩陣的個別元素分別詳列於附錄，並由此判斷 $\partial M^* / \partial \tau < 0$ 且 $\partial T_l^* / \partial \tau < 0$ 。當部分負擔率提高時，形同被保險人面對的醫療服務價格變貴，自然而然減少醫療需求，同時因醫療服務較少而縮短可用健康時間與工作所得，使得休閒時間也減少，相

當於財富效果。

4、實際資料

Newhouse 等人(1993)利用健康保險實驗的研究顯示部分負擔可有效抑制醫療利用，台灣的全民健保自實施以來，為減輕醫療給付的支出壓力，如前述已經採行了數次加重部分負擔的調整措施，其中又以門診醫療為主，因此本計畫也欲利用台灣的門診申報資料驗證前述「提高部分負擔率可抑制醫療需求」的理論預測。不過值得注意的是，全民健保針對低收入戶、重大傷病患者及偏遠離島地區居民，另有免除部分負擔的優惠，因此部分負擔變革對這些保險對象應無左右醫療需求的財務誘因。

觀察醫療院所向健保局申報的門診件數歷年資料，如表 3 所列，平均每一被保險人之門診申報件數在 1997 至 1999 年間由 14.31 次增加至 15.28 次，但 2000 年和 2001 年則下降為 14.72 次和 14.50 次。對應 1999 年新增藥品、復健與高診次等部分負擔，其中藥品部分規定患者需自行負擔 20 至 100 元不等的藥費，此一措施等同提高被保險人每次就醫的實際價格，因此 2000 年和 2001 年平均每一被保險人門診次數下降應與 1999 年的部分負擔變革有密切關係。

再觀察各縣市的平均每一被保險人之門診申報件數歷年資料，可發現除了金門、連江和澎湖縣，其餘各縣市皆在 2000 年、2001 年左右發生顯著的下降，特別是金門縣和連江縣在同時期仍維持逐年增加的趨勢。因為全民健保對偏遠離島地區居民有免除部分負擔的優惠，而金門、連江和澎湖縣正屬於免除部分負擔的地區，所以

歷年調整部分負擔之措施都不影響這三地居民就醫的實際價格。這說明了金門、連江、澎湖縣與其餘縣市不同的門診件數變化趨勢，並可呼應前述 $\partial M^*/\partial \tau < 0$ 的理論預測。金門、連江和澎湖縣居民並未面對部分負擔的變化，故醫療需求不受影響，而其餘縣市則的確因為加重門診部分負擔而減少被保險人之門診醫療需求。

再者，數次加重部分負擔的調整措施，與西醫較有關係、但與中醫和牙醫門診較無關係，即未大幅度提高中醫和牙醫的門診實際價格。表 3 的資料是包含中、西、牙醫的全部門診，因此進一步分項觀察不同種類門診的次數變化是否受部分負擔調整措施影響。表 4 至表 6 分別列出平均每一被保險人之西醫、中醫、牙醫門診申報件數，整體來說，在 2000 年、2001 年間表 5 和表 6 的中醫、牙醫門診件數變化幅度小於表 4 的西醫門診件數。再細看各縣市的數字可發現，不只是金門、連江和澎湖縣維持穩定或逐年增加的趨勢，其餘縣市在 2000 年、2001 年間表 5 中醫門診件數的下降幅度明顯小於表 4 西醫門診件數，甚至表 6 牙醫門診件數有半數的縣市都沒有發生顯著下降的現象。這是因為歷年部分負擔的調整措施著重在增加醫學中心和區域醫院的自付金額，以鼓勵分級就醫，而多數的牙醫門診服務由基層診所提供，因此這些措施可說並未顯著影響牙醫門診的實際價格。所以不只由不同縣市資料，也由不同種類門診資料驗證了「提高部分負擔率可抑制醫療需求」的理論預測，加重部分負擔的措施主要影響西醫門診的實際價格，所以西醫門診需求的減少最

為顯著；而中、牙醫門診部分負擔的變動較小，所以其門診需求較不受影響。1999 年新增藥品、復健與高診次等部分負擔，造成整體門診次數的下降主要來自於西醫門診次數的變化。

至於 2002 年 9 月 1 日調高醫學中心及區域醫院的部分負擔，並新增檢查和檢驗部分負擔，因為此次政策調整僅限於部分醫療、特定就醫場所，而且本計畫的實際資料僅達 2002 年，所以可能看不出顯著影響。

5、結論

本計畫以代表性個人的單期模型說明，全民健保部分負擔與醫療需求之間具有反向關係，提高部分負擔率可減輕保險介入醫療服務市場造成之道德冒險，當醫療需求受到抑制則有助於減輕健保之財務負擔。透過觀察台灣的實際門診資料發現：各縣市與不同種類門診的數量變化皆與被保險人承受之部分負擔息息相關，加重門診部分負擔的確可有效降低被保險人之門診需求，此結果與理論預期一致。

本計畫分析結果的一個重要政策意涵，即是肯定醫療需求行為會受到價格等財務誘因的影響，因為健康保險皆無法避免超額醫療需求之道德冒險，加諸被保險人成本分攤的限制可適當給予其節制醫療利用的誘因。全民健保實施後的數次加重部分負擔，已經達到抑制醫療需求的成效，而多數學者所估計的最適部分負擔約為 25%，以台灣門診部分負擔皆不到 20% 的現況，應不需擔心目前的部分負擔對於被保險人是過重的負擔。

另外，本計畫以敘述統計方法觀察醫療利用的變化，但醫療需求行為除了受部分負擔影響，亦與其他所

得、健康狀況等因素息息相關，而且成本分攤形同被保險人之疾病財務風險，加重部分負擔會稀釋原來健保分攤風險的功能，本計畫未考慮疾病發生的不確定性，故未能納入財務風險的變化。因此，將模型擴大考慮疾病風險，並採用迴歸方法驗證包括價格等各項經濟變數對醫療需求之影響，是未來的重要研究方向。

參考文獻

中央健保局(1997—2002)，全民健康保險統計。

江莉莉(1997)，「全民健康保險對消費分配的影響」，經濟論文，25：4，479—500。

Currie, Janet and Jonathan Gruber (1996), “Health Insurance Eligibility, Utilization of Medical Care, and Child Health”, *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 431—66.

Currie, Janet and Jonathan Gruber (1996), “Saving Babies: The Efficacy and Cost of Recent Changes in the Medicaid Eligibility of Pregnant Women”, *Journal of Political Economics*, 104(6), 1263—1296

Grossman, Michael (1972), “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, *Journal of Political Economy*, 80, 223—255.

Hadley, Jack (1982), *More Medical Care, Better Health?*, Washington, D.C.: Urban Institute.

Hadley, Jack (1988), “Medical Spending and Mortality Rates of the Elderly”, *Inquiry*, 25, 485—493.

Manning, Willard G., Joseph P. Newhouse, Naihua Duan, Emmett B.

Keeler, Arleen Leibowitz, and M.Susan Marquis (1987), "Health Insurance and Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment", *American Economic Review*, 77(3), 251--277.

Newhouse, Joseph P. and The Insurance Experiment Group (1993), *Free for All? Lesson from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press.

Picone, Gabriel, Martin Uribe and R.Mark Wilson(1998), "The Effect of Uncertainty on the Demand for Medical Care, Health Capital and Wealth", *Journal of Health Economics*, 17, 171--185.

附錄

式(6)中的矩陣元素內容如下：

$$A_{11} = w \frac{\partial^2 h}{\partial M^2} < 0 \quad A_{12} = 0$$

$$A_{21} = \left(w \frac{\partial^2 U}{\partial C^2} - \frac{\partial^2 U}{\partial C \partial T_1} \right) \left(w \frac{\partial h}{\partial M} - \tau P_m \right) = 0$$

$$A_{22} = - \left(w^2 \frac{\partial^2 U}{\partial C^2} + \frac{\partial^2 U}{\partial T_1^2} - 2w \frac{\partial^2 U}{\partial C \partial T_1} \right) > 0$$

$$d_1 = P_m > 0$$

$$d_2 = P_m M \left(w \frac{\partial^2 U}{\partial C^2} - \frac{\partial^2 U}{\partial C \partial T_1} \right) < 0$$

計畫成果自評

依據研究計畫之代表性個人理性選擇模型，從事部分負擔率之比較靜態分析，並以此做為理論預期，驗證全民健保歷年調整部分負擔率之成效。因歷次部分負擔的變動主要著重在西醫門診醫療，且針對偏遠離島地區又有減免部分負擔的規定，因此利用各縣市、不同門診醫療利用（中、西、牙醫）的歷年資料，觀察得到：加重部分負擔可降低被保險人之醫療利用，肯定醫療需求行為會受到價格等財務誘因的影響。

不過計畫成果是以敘述統計方法討論醫療利用的變化，但醫療利用亦受到消費者所得、健康狀態、年齡等因素影響，若能含蓋各縣市居民上述特性的資料，將可以迴歸方法探討包括成本分攤等不同因素對台灣各縣市醫療利用之影響，並在控制其他因素下驗證歷年加重部分負擔之成效。

表 1、歷年全民健保部分負擔金額統計

年份	部分負擔總金額			估國民醫療 保健支出的	估家庭部門自 行負擔醫療費	平均每次門 診部分負擔	平均每次住 院部分負擔
	門診	住院	合計				
1997	159	44	203	4.63	15.61	54	1,856
1998	171	49	220	4.62	16.01	55	1,982
1999	205	51	256	5.05	17.05	64	1,984
2000	236	52	288	5.48	18.12	75	1,927
2001	247	56	303	5.39	18.00	79	1,981
2002	252	56	309	5.28	17.07	80	1,925

表 2、歷年全民健保平均每次門診部分負擔金額

	醫學中心	區段醫院	地區醫院	診所
1997	105	87	47	47
1998	117	88	50	47
1999	130	100	58	53
2000	153	124	76	59
2001	157	129	84	59
2002	169	141	80	56

表 3、平均每一被保險人門診（含中、西、牙醫）申報件數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
平均	14.31	15.00	15.28	14.72	14.50	14.52
臺北市	9.41	9.95	10.54	10.24	10.19	10.23
基隆市	18.23	18.87	19.27	18.27	17.80	18.03
臺北縣	13.65	14.22	14.53	14.15	13.97	13.88
宜蘭縣	15.00	15.75	15.95	15.24	14.95	15.03
金門縣	7.95	10.56	11.07	11.73	14.15	14.52
連江縣	5.79	7.38	7.68	8.55	13.22	12.61
新竹市	14.11	14.13	13.75	12.76	12.78	12.67
桃園縣	15.60	16.26	16.19	15.66	15.77	15.72
新竹縣	12.08	12.86	12.48	11.99	11.80	11.64
苗栗縣	14.41	15.00	15.13	14.98	14.38	14.29
臺中市	19.22	20.13	20.49	20.50	19.90	20.11
臺中縣	16.61	17.37	17.01	17.00	16.15	16.35
彰化縣	15.25	15.76	15.74	15.38	15.05	15.17
南投縣	14.99	15.54	14.99	15.67	14.03	13.73
臺南市	20.15	21.21	21.78	20.53	20.32	20.29
嘉義市	27.39	28.73	29.76	27.90	26.98	26.14
雲林縣	14.75	14.86	14.99	13.71	13.27	13.34
嘉義縣	10.38	10.66	10.49	10.06	10.16	10.87
台南縣	13.75	14.64	14.82	13.46	13.24	13.16
高雄市	17.18	18.12	18.97	18.05	18.16	18.17
高雄縣	15.12	16.21	16.80	15.71	15.63	15.85
屏東縣	15.21	15.87	16.42	15.61	15.58	15.56
澎湖縣	16.95	18.96	20.13	20.09	20.54	20.97
花蓮縣	15.16	15.89	16.00	15.23	15.06	15.10

表 4、平均每一被保險人西醫門診申報件數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
總計	11.96	12.55	12.79	12.31	12.05	12.04
臺北市	7.85	8.37	8.89	8.65	8.58	8.56
基隆市	15.70	16.36	16.62	15.74	15.23	15.46
臺北縣	10.99	11.63	11.85	11.51	11.26	11.11
宜蘭縣	12.90	13.54	13.75	13.21	12.96	13.06
金門縣	6.70	9.16	9.77	10.43	12.26	12.57
連江縣	5.33	6.82	7.13	7.91	12.16	11.46
新竹市	11.75	11.74	11.41	10.56	10.38	10.22
桃園縣	13.33	13.94	13.94	13.48	13.52	13.52
新竹縣	10.21	10.94	10.70	10.34	10.19	10.05
苗栗縣	12.36	12.93	13.10	12.93	12.34	12.22
臺中市	15.01	15.61	15.87	15.84	15.34	15.41
臺中縣	13.31	13.93	13.63	13.57	12.77	12.98
彰化縣	12.62	12.98	12.83	12.55	12.23	12.43
南投縣	12.71	13.12	12.62	13.08	11.70	11.46
臺南市	16.19	16.93	17.44	16.55	16.27	16.13
嘉義市	23.66	24.77	25.55	23.94	23.04	22.09
雲林縣	12.88	12.96	13.04	11.82	11.32	11.34
嘉義縣	9.09	9.32	9.22	8.89	8.98	9.64
台南縣	12.04	12.80	12.90	11.62	11.33	11.22
高雄市	14.28	15.03	15.86	15.10	15.16	15.14
高雄縣	13.08	13.96	14.56	13.57	13.40	13.53
屏東縣	13.39	13.88	14.32	13.54	13.36	13.33
澎湖縣	15.13	17.11	18.03	17.88	18.29	18.67
花蓮縣	12.65	13.32	13.46	12.88	12.79	12.84

表 5、平均每一被保險人中醫門診申報件數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
總計	1.31	1.35	1.37	1.31	1.30	1.32
臺北市	0.66	0.66	0.70	0.68	0.68	0.72
基隆市	1.43	1.35	1.42	1.35	1.35	1.33
臺北縣	1.40	1.29	1.34	1.27	1.30	1.30
宜蘭縣	1.19	1.24	1.23	1.06	1.00	0.99
金門縣	0.57	0.67	0.56	0.54	1.03	1.00
連江縣	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00
新竹市	1.12	1.14	1.16	1.07	1.22	1.30
桃園縣	1.17	1.15	1.11	1.05	1.05	1.03
新竹縣	1.02	1.02	0.93	0.84	0.82	0.79
苗栗縣	1.07	1.07	1.08	1.16	1.15	1.19
臺中市	2.66	2.88	2.93	2.93	2.79	2.90
臺中縣	2.14	2.23	2.16	2.18	2.15	2.14
彰化縣	1.66	1.77	1.88	1.78	1.74	1.66
南投縣	1.43	1.49	1.44	1.60	1.38	1.32
臺南市	2.44	2.68	2.74	2.37	2.38	2.47
嘉義市	2.09	2.24	2.49	2.31	2.27	2.37
雲林縣	1.18	1.19	1.22	1.16	1.19	1.23
嘉義縣	0.76	0.75	0.67	0.56	0.55	0.57
台南縣	0.99	1.05	1.10	0.99	1.04	1.06
高雄市	1.51	1.64	1.67	1.55	1.53	1.53
高雄縣	1.17	1.29	1.27	1.19	1.23	1.31
屏東縣	1.05	1.17	1.26	1.20	1.29	1.31
澎湖縣	0.55	0.54	0.79	0.89	0.91	0.87
花蓮縣	1.48	1.51	1.45	1.32	1.23	1.19

表 6、平均每一被保險人牙醫門診申報件數

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
總計	1.05	1.10	1.11	1.11	1.15	1.16
臺北市	0.90	0.92	0.95	0.92	0.93	0.95
基隆市	1.11	1.16	1.23	1.18	1.22	1.24
臺北縣	1.26	1.30	1.34	1.37	1.42	1.47
宜蘭縣	0.92	0.97	0.97	0.97	0.99	0.98
金門縣	0.68	0.73	0.74	0.76	0.87	0.96
連江縣	0.46	0.56	0.55	0.63	1.06	1.15
新竹市	1.23	1.25	1.18	1.14	1.18	1.15
桃園縣	1.10	1.17	1.14	1.14	1.20	1.17
新竹縣	0.86	0.91	0.85	0.82	0.80	0.80
苗栗縣	0.98	1.00	0.94	0.90	0.89	0.88
臺中市	1.55	1.64	1.68	1.74	1.78	1.80
臺中縣	1.16	1.21	1.22	1.25	1.24	1.22
彰化縣	0.96	1.00	1.03	1.05	1.08	1.09
南投縣	0.85	0.93	0.93	1.00	0.95	0.95
臺南市	1.53	1.60	1.60	1.61	1.67	1.68
嘉義市	1.64	1.72	1.71	1.66	1.67	1.68
雲林縣	0.68	0.71	0.73	0.73	0.76	0.76
嘉義縣	0.53	0.60	0.61	0.60	0.63	0.66
台南縣	0.73	0.79	0.83	0.84	0.88	0.87
高雄市	1.39	1.45	1.45	1.39	1.47	1.49
高雄縣	0.88	0.97	0.96	0.95	1.00	1.01
屏東縣	0.77	0.81	0.84	0.86	0.93	0.92
澎湖縣	1.27	1.31	1.31	1.31	1.35	1.43
花蓮縣	1.03	1.06	1.09	1.03	1.05	1.07