

臺灣民衆健康照護利用的十年變化與 人口及社會經濟因子之關係： 可近性、醫療利用、與照護系統滿意度

林青青* 汪辰陽**

* 國立臺灣大學健康政策與管理研究所助理教授、國立臺灣大學公共衛生碩士學位學程
助理教授、國立臺灣大學群體健康研究中心助理教授，通訊作者

E-mail: ccclin@ntu.edu.tw

** 國立臺灣大學健康政策與管理研究所博士生

E-mail: jumbo6514@gmail.com

摘要

臺灣即將邁向超高齡社會，醫療照護需求也隨之增加。本研究比較2011年與2021年臺灣的照護可近性、醫療利用、與照護滿意度，試圖瞭解近十年變化，並以安德森醫療利用行為模式（Andersen model of healthcare utilization）切入，檢視傾向因素、使能因素、與需求因素的影響。本研究採用「臺灣社會變遷調查」2011年與2021年的醫療組題組資料，進行不同年分樣本的比較，並各自以多變量迴歸分析不同因素對可近性、醫療利用、滿意度等指標的邊際效果。研究結果發現，十年前後比較，在生病或受傷時仍儘量避免去看醫生的比例降低，民俗療法使用率降低，自費健康檢查使用率稍微增加，但未達顯著差異；住院利用率則沒有顯著變化。此外，民眾對於西醫、住院、民俗療法的照護滿意度，在十年後的調查均有提高的現象。十年間，照護可近性的重要影響因子包括人口學變項中的年齡、社會經濟變項中的都市化程度等，其中都市化程度的影響在十年後已經呈現相反方向；醫療利用的部分，影響民俗療法與自費健康檢查的則包括人口學變項中的年齡、社會經濟變項中的婚姻狀態及家戶收入等，住院利用在2011年受到年齡、都市化程度、與家戶收入影響，但在2021年這些影響已經不顯著，最後，滿意度與教育程度有關。隨著社會人口學的變化，民眾在整體可近性、醫療利用、對照護滿意度的提升，也受到各種不同社會經濟因素的影響，改善社會經濟族群間的差異將是未來十年政策介入的重要目標。

關鍵詞：人口學及社會經濟因子、可近性、醫療利用、照護滿意度、健康不平等

壹、前言

臺灣即將邁向超高齡社會；由於人口老化，醫療照護需求增加，瞭解醫療照護利用的相關變化與影響因子，成為健康政策，乃至人口政策的重要課題。舉例來說，隨著老年人口增加，其醫療照護需求較其他年齡層多，若醫療資源分配無法滿足需求，將嚴重影響照護可近性，可能有許多人無法獲得所需的照護服務。此外，隨著社會經濟狀況的成長與變化，需求增加的同時，醫療利用的型態也可能改變；例如，隨著平均家庭收入提高，在全民健保資源有限之下，自費醫療的利用可能也會提高（Bernard et al. 2014; Chu et al. 2005; Ku et al. 2019; Ludlow et al. 2024）；另外，因應各種慢性病的盛行率逐漸升高，初級醫療與慢性病管理的需求也可能增加（Bodenheimer et al. 2002; Wallace et al. 2015; Walters et al. 2012），而照護需求提高的同時，若是健康照護系統無法即時因應，也可能改變民眾對照護系統的滿意度（Adé et al. 2020; O'Malley et al. 2017）。

影響醫療照護利用的因素有許多，其中人口學與社會經濟相關因子的影響是提高照護可近性的關鍵。過去研究發現，許多人口學與社會經濟相關因子，例如教育、收入、種族、性別、居住地等，都會影響可近性與醫療利用（Gallaway et al. 2022; Lowther-Payne et al. 2023; Qi et al. 2023; Wammes et al. 2018）。而社會經濟相對弱勢的族群，往往不易得到所需要的照護服務。舉例來說，根據2017年的臺灣健康不平等報告，子宮頸抹片檢查的篩檢率，會受到都市化程度、教育程度、家庭收入等而有顯著差異，其中弱勢族群的篩檢率明顯低於優勢族群（衛生福利部國民健康署 2017）。

過去十年在臺灣整體社會經濟變化下，伴隨各項相關體制的改革，不論是平均家庭收入、平均教育程度或是交通便利性，均有提高。然而社會經濟因子對醫療照護利用的影響，是否有所變化，族

群間的差異是否仍然存在仍待研究。醫療照護需求的變化，可以從照護可近性、醫療利用、以及照護系統滿意度來觀察。可近性是指民眾是否能夠獲得所需要的醫療照護服務，涵蓋面向極廣，學者針對可近性有許多不同詮釋與分類，最常使用的則包括「延遲就醫或未滿足的就醫需求」（Diamant et al. 2004），空間可近性如「是否有合適醫療資源或是就醫距離」（Guagliardo 2004），照護連續性的可近性如「是否有習慣就醫的場所或醫師」（Haggerty et al. 2003）、財務的可近性如「個人在經濟上是否能夠負擔所需的醫療服務」等（Doty et al. 2021）。

醫療利用大致可分為初級照護（primary healthcare），例如門診與健檢，與次級照護（secondary healthcare），例如住院與急診。隨著照護可近性提高，不論初級照護或次級照護的利用均有可能增加。然而，全球醫療費用節節上升，鼓勵初級醫療與預防保健的利用，降低不必要的住院與急診利用，是醫療照護體系改革的重要目標。而臺灣在過去十年，每人每年健保給付的平均門診次數均遠高於經濟合作暨發展組織（Organisation for Economic Co-operation and Development）國家（Organisation for Economic Co-operation and Development 2021；衛生福利部中央健康保險署 2021），除了反映出相較其他國家較高之醫療可近性，也顯示臺灣現階段的政策目標，不應一味強調增加初級醫療利用，而應關注其內容與型態的變化，以及次級醫療利用是否所有增加。

照護滿意度則是另一個衡量醫療照護需求的重要指標，其重要性也在第二代的安德森醫療利用行為模式（Andersen model of healthcare utilization）被提出，在該模式中，醫療需求與可近性會影響滿意度，滿意度又會影響醫療利用。因此，Andersen（1995）認為評估可近性，需將實際醫療利用以及滿意度納入考慮，也讓健康政策學者開始重視滿意度的重要性。著眼於臺灣過去十年可近性與醫療利用型態可能不同，滿意度亦可能有所變化。

而臺灣自2011-2021的十年間，與可近性、醫療利用、與滿意度最相關的政策變化，應屬在2013年1月1日推動的二代健保。二代健保為全面落实平等醫療服務及全民就醫之權利，放寬納保資格，如將矯正機關之受刑人納入保險範圍，使健保的涵蓋更全面，對於照護可近性的促進有重要意義（郭年真等 2014；衛生福利部中央健康保險署 2016）。二代健保的另一個改革重點，是智慧化健保服務，目標為提升可近性，保障病人安全，如於2013年建置以病人為中心的「健保雲端藥歷系統」，2016年升級為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，增加了12類就醫資料供醫事人員查詢病人近期跨院所之就醫紀錄，作為診療處方或調劑參考，減少不必要之醫療資源浪費，提供病患更好的醫療服務及品質（劉存濱等 2014）。2018年起，雲端系統陸續發展跨院重複用藥或檢查檢驗、西藥交互作用、2019年增加過敏藥項目、2020年可查詢中西藥交互作用等，均對病人安全有更進一步保障，並可避免不必要的醫療利用與浪費（行政院 2023）。此外，自2003年3月10日起就實施的「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，在過去十年也每年持續性修正，短期奠定全民皆有家庭醫師之基礎，長期目標則為落實家庭責任醫師及照護責任，除了提升可近性與醫療品質，以病人為中心，也可以減少不必要的醫療利用（Fenton et al. 2016）。

在多種改革之下，民眾對醫療照護系統的滿意度是否有所改變，或許可以從民眾對健保的滿意度一探究竟。根據健保署資料（衛生福利部中央健康保險署 n.d.），2011-2013年間，亦即一代健保末期，民眾對健保的滿意度逐年下降，由80.4%下降至79.4%。而二代健保實施之初滿意度亦持續下降（1月實施，同年3月及5月之滿意度調查），並下降至2013年5月的最低點67.6%。下降的原因可能包含補充保費的收取、民眾對於保險永續的信心存疑、以及醫界對於健保體制上問題的反應等等。然而自滿意度降至最低點後，二代健保的滿意度轉變為每年持續成長，至2021年滿意度突破9成（91.6%），創下1995年開辦至今的紀錄，而其不滿意度只有7.3%，代表多數民眾肯定健保

的改革。然而對健保的肯定並不等於醫療照護系統的滿意度，仍須進一步研究民眾對整體照護系統的看法。換言之，健保政策在2011年至2021年這十年間，持續在提高可近性、維護醫療利用合理性以及提升醫療品質上努力提出改革，而這些改革是否改變醫療利用的樣態，或是改變民眾醫療照護系統的滿意度，值得探討。

貳、研究方法

一、研究理論架構

照護可近性、醫療利用與照護系統滿意度的相關理論模型，有許多不同學者提出過，然而論述最完整、也最廣泛應用的，應屬安德森醫療利用行為模式。第一代的安德森醫療利用行為模式在1968年提出，原意是用來解釋健康行為，並認為個人醫療服務利用即是一種健康行為，模式中提出影響醫療服務利用的三個主要面向，包含傾向因素（predisposing component）、使能因素（enabling component）、以及需要因素（need component）（Andersen 1968）。傾向因素指的是個人利用醫療照護服務以前就存在的，例如年齡、性別、種族等人口學變項，或是婚姻狀況、教育程度等社會經濟變項；使能因素指的是外在環境中，促進（或阻礙）個人使用醫療服務的相關資源，例如家庭收入、居住地或社區醫療資源（可近性）、保險給付等；需求因素則是個人的健康需求，亦即個人先有了健康需求，才会有醫療利用，衡量健康需求的指標則包括是否有疾病、健康狀況等，可能是主觀感受的需求（perceived need），也可能是經過較客觀臨床評估的狀態（evaluated need），健康狀態愈差，愈容易使用醫療照護服務。

隨著醫療利用行為日益複雜，安德森醫療利用行為模式也經過許多討論與變化；第一代模型中，照護可近性屬於使能因素，但是之後

數個版本的模型中，陸續將可近性的概念擴大，不論在環境、政策、甚至醫療利用的面向中，都能夠評估可近性。再者，從第二代模型開始，除了客觀的醫療利用，也加入了滿意度的主觀指標，也就是測量個人使用醫療服務後，對於醫療服務的評價，也是醫療利用行為的重要面向（Andersen 1995）；而在第三代與第四代模型中，使用後的客觀結果（健康狀態）與使用後的主觀滿意度，都會回饋影響傾向因素與使能因素；而若是醫療利用能改善服務使用後的主觀滿意度或是客觀健康狀態，也是達成照護可近性的目標（Andersen 1995）。

據此，照護可近性、醫療利用、照護系統滿意度，均為評估醫療利用行為的重要面向，不但受到傾向因素、使能因素、以及健康需求因素的多重影響，彼此間也會循環（recursive）並互相影響，形成動態的關係（Andersen 1995）；因此，為了能更精確討論其影響，本研究重新整理傾向因素、使能因素、以及健康需求因素，並將之重新分類為人口學因素與社會經濟因素，其中主要人口學因素為傾向因素中的年齡與性別，社會經濟因素則包含傾向因素中的婚姻狀態、教育程度，以及使能因素中的居住地都市化程度、家庭收入等。此外，因應十年間民眾健康情形的變化，本研究也將需求因素中的自評健康狀態與慢性病狀態設為控制變項。在臺灣十年的醫療照護環境變遷下，本研究分析照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度的改變，並探討重要人口學因素與社會經濟因素的變化與影響。

二、資料來源

本文使用臺灣社會變遷基本調查醫療組資料，使用資料的調查年度分別為2011年（第六期）與2021年（第八期），本研究針對三個面向，照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度，各自選取多個指標，並在合適的情形下，以2011年與2021年的資料同時進行分析，並將兩個年分資料的分析結果加以比較。

三、可近性、醫療利用、與滿意度變項

(一) 依變項

本研究依變項主要為三個面向，包括照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度。照護可近性在2021年共以四個指標衡量，其中僅有一個指標能與2011年進行比較，該可比較指標為「應就醫而未就醫」，由以下這個問題測量：「過去12個月，請問您有沒有在生病或受傷時仍儘量避免去看醫生？感冒亦包括在內？」。而其他三個可近性指標，進一步呈現2021年的整體照護可近性，包括「您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？」、「請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？」、「您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？」。

醫療利用的測量，在2011年與2021年均共同選取三個指標，分別為「過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過（包含住院生產）？」、「過去12個月，請問您有無看一次傳統或民俗療法？」、「請問您最近三年來有沒有做過自費的健康檢查？」。

照護系統滿意度的測量，在2011年與2021年共同選取三個指標，分別為「請問您滿不滿意上一次去看西醫時所接受的診療？」、「請問您滿不滿意上一次住院時所接受的治療？」、「請問您滿不滿意上一次用的傳統或民俗療法？」，而針對2021年調查，也另外分析新的醫療系統滿意度指標，「整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統滿不滿意？」。針對所有滿意度指標，問卷中以李克氏七分量表測量，本研究參考過去文獻，將其重新分類為兩組，以非常滿意或很滿意為「滿意組」，其餘為「不滿意組」，藉以進一步分析滿意與不滿意機率變化與其影響因素。

（二）重要人口學與社會經濟控制變項——傾向因素、使能因素、需求因素

本文納入自變項的傾向因素包含基本人口學變項性別、年齡，以及社會經濟因素包括教育程度與婚姻狀況。其中性別以男性與女性為類別，年齡為連續變項並以年數為測量單位，教育程度以受過12年教育（高中）為界，分為12年以下（含）或超過12年，婚姻狀態分為已婚與無偶（包含單身、離婚、喪偶、同居及分居）。

在使能因素的部分，納入的自變項為家庭年收入與居住地都市化程度，藉以代表社區的家庭月收入以2021年樣本中的四分位距為分類標準，依序為未滿4萬、4萬以上未滿8萬、8萬以上未滿18萬、18萬以上等，共四組收入類別，此外，由於收入屬於較敏感資訊，揭露家庭收入資訊的意願，與真正收入或其他社會經濟因子可能有相關性（例如，高收入者較不願意揭露收入資訊），因此本研究保留收入未知組別於分析樣本中。本項家庭收入未針對家戶人口數進行校正，可能使得家戶中有薪人口數較多者，其回答每月家戶收入較高，但並不能等同於為較有財富的個案，對於家中有薪者多的家戶，可能有所得高估的情形。居住地的都市化程度，則以受訪者自行認定其居住地之城鄉分類為主，分為都市或鄉村，其中都市包含大都市、大都市旁的郊區、小都市或小鎮，鄉村則為農村地區或農家。

在需求因素的部分，主要變項為慢性病型態與自評健康狀態。醫療照護需求因子以慢性病型態與自評健康狀態為主要指標。慢性病以二元變項「是否有任何慢性病」為指標，自評健康狀態則為類別變項指標，以極好、很好、好、普通、不好共分為五組。自評健康狀態在各個分析模型中，大部分以五個分組為其類別，但在是否曾經住院的迴歸分析模型中，因健康狀態極好與不好（極端值）與住院利用機

率具有高相關性的問題，亦即健康狀態極好的可能完全不會有住院利用，而健康狀態最差的過去1年可能都有住院利用，因此將自評健康狀態將其重新編組為二元變項，以「自評健康狀態極好、很好、好」為一組，「自評健康狀態普通、不好」為另一組，以避免樣本中的完美預測（perfect prediction）。

四、分析方法

本研究針對照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度進行描述性統計與多變項迴歸分析，並比較2011年至2021年的十年趨勢與影響因子的變化。趨勢變化以描述統計各自分析兩個年分的樣本，除了描述兩個年度的狀況，也針對兩個年度皆有的依變項指標加以比較；描述統計部分，控制變項以抽樣權重進行加權計算，以增加樣本描述統計對抽樣母體的代表性，依變項的部分則以原始樣本分析，未進行加權，所有依變項的回答為未知、未答、或未曾使用者（例如對民俗療法的滿意度測量中未曾使用民俗療法的民眾），均從該特定模型的分析樣本中刪除，以方便多變項分析結果與描述統計的對照解讀。

在影響因子變化的部分，本研究以2011年與2021年的樣本，先各自分析人口學與社會經濟因子對照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度的影響，並比較相同因子在不同年度的影響效果是否有不同的方向或顯著性；再將2011年與2021年的樣本合併，並加入年分的虛擬變項，進行跨年度之分析。由於所有的指標均為二元變項，因此分析上以羅吉斯回歸（logistic regression）進行，並估算個別因子的邊際效果，其中邊際效果以機率百分點顯示，標準誤參數估算以泰勒展開式（Taylor series）之德爾塔方法（delta-method）進行，全部分析均使用Stata 17版。

參、分析結果

一、研究樣本特質

研究樣本以2011年與2021年接受調查的全體成人為主，2011年樣本共有2,199人，2021年樣本共有1,604人。表中除了呈現各個組別或變項的樣本人數或平均值，也呈現加權後的百分比（年齡則呈現加權平均值），使樣本的各项特徵分布具有抽樣母體代表性。

表1為2011與2021年主要人口學特徵、社會經濟變項，與健康需求因子的描述統計。由表中可知，女性在2011加權後占比為50.2%，在2021年則為51.4%；在2011年的加權平均年齡為44.2歲，2021年則為48.7歲，略有增加；在2011年有40%的民眾接受過12年以上教育，在2021年則增加到46.2%，顯見平均教育水準的提高；在2011年已婚比例為57.9%，但在2021年則降到52.3%，呈現臺灣婚姻狀態的變化；此外，在2011年有82%的民眾認為自己居住在都市地區，17.3%的民眾認為自己住在鄉村地區；2021年則有79.4%的民眾認為自己住在都市地區，而20.0%認為自己住在鄉村地區，鄉村人口比例上升；家戶收入的部分，在2011年月收入未滿4萬占比22.8%，4萬以上未滿8萬占比29.4%，也就是未滿8萬占比超過一半（52.2%），而在2021年，月收入未滿4萬占比25.5%，4萬以上未滿8萬占比23.9%，家戶收入未滿8萬的民眾共約49.4%，雖與2011年分布略有不同，但整體而言家戶收入的變化並不明顯。

在健康狀態部分，2011年有慢性病的比例為28.4%，但在2021年有慢性病的民眾比例已提高到36.2%，而且此數據尚低於其他全國調查，例如衛生福利部國民健康署之2021年國民健康訪問調查結果報告，臺灣18-64歲有42.9%的人至少罹患1項慢性病，65歲以上有85.9%的人至少罹患1項慢性病（衛生福利部國民健康署 2024）。而在有

表1 本研究樣本的描述統計（以抽樣權重進行加權）

變項名稱	2011 (n = 2,199)		2021 (n = 1,604)		2011及2021總計 (N = 3,803)	
	n/加權平均數	加權百分比 (%) (標準誤)	n/加權平均數	加權百分比 (%) (標準誤)	N/平均數	百分比 (%)
性別						
女性	1,113	50.2	849	51.4	1,962	51.6
男性	1,086	49.8	755	48.6	1,841	48.4
年齡	44.2	0.34 (標準誤)	48.7	0.45 (標準誤)	48.4	17.2
教育程度						
逾12年	917	40.0	757	46.2	1,674	44.0
12年以下	1,135	57.1	809	51.5	1,944	51.1
不知道	147	2.9	38	2.3	185	4.9
婚姻狀況						
已婚	1,294	57.9	877	52.3	2,171	57.1
無偶	905	42.1	727	47.7	1,632	42.9
都市化程度						
都市	1,802	82.0	1,258	79.4	3,060	80.5
鄉村	380	17.3	336	20.0	716	18.8
不知道	17	0.7	10	0.6	27	0.7

表1 本研究樣本的描述統計（以抽樣權重進行加權）（續）

變項名稱	2011 (n = 2,199)		2021 (n = 1,604)		2011及2021總計 (N = 3,803)	
	n/加權平均數	加權百分比 (%)	n/加權平均數	加權百分比 (%)	N/平均數	百分比 (%)
健康狀況						
極好的	34	1.6	52	3.2	86	2.3
很好	296	14.1	394	25.3	690	18.2
好	960	44.0	474	29.0	1,434	37.7
普通	701	31.5	588	36.7	1,289	33.9
不好	205	8.8	95	5.8	300	7.9
不知道	3	0.0	1	0.0	4	0.0
家戶收入						
未滿4萬	517	22.8	417	25.5	934	24.6
4萬以上未滿8萬	609	29.4	386	23.9	995	26.1
8萬以上未滿18萬	441	20.1	396	25.1	837	22.0
18萬以上	81	3.5	103	6.4	184	4.8
不知道/拒答	551	24.2	302	19.1	853	22.5
慢性病						
有	706	28.0	608	36.2	1,314	34.5
無	1,466	70.8	995	63.8	2,463	64.9

表1 本研究樣本的描述統計（以抽樣權重進行加權）（續）

變項名稱	2011 (n = 2,199)		2021 (n = 1,604)		2011及2021總計 (N = 3,803)	
	n/加權平均數	加權百分比 (%)	n/加權平均數	加權百分比 (%)	N/平均數	百分比 (%)
不知道/拒答	25	1.2	1	0.0	26	0.6
無慢性病者以下跳答						
高血壓						
有	312	41.7	303	49.5	615	46.8
無	394	58.3	305	50.5	699	53.2
糖尿病						
有	167	21.5	151	24.7	318	24.2
無	539	78.5	457	75.3	996	75.8
心臟病						
有	85	11.6	86	14.3	171	13.0
無	621	88.4	522	85.7	1,173	87.0

慢性病的民眾當中，其中罹患高血壓的民眾從2011年的41.7%提高到2021年的49.5%，罹患糖尿病的民眾從2011年的21.5%提高到2021年的24.7%，罹患心臟病的民眾則從2011年的11.6%提高到2021年的14.3%；而自評健康狀態為極好、很好、或是好的民眾比例，也由2011年的59.7%降到2021年的57.5%。整體而言，從2011年到2021年，平均年齡提高，教育水準提高，家庭收入水準些微增加，然而健康狀態則略降，有慢性病人口比例也增加；據此，健康照護需求極可能也已隨之增加。

二、照護可近性、醫療利用、與滿意度的十年變化之描述性統計

表2為2011與2021年照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度的描述統計（含不知道／無法選擇等樣本數，請參閱附錄一）。由表中可知，在過去1年中，在生病或受傷時仍盡量避免去看醫生的比例，由2011年的37.4%降低到2021年的32.7%；進一步分析2021年的照護可近性，有87.8%的民眾認為，生重病時可以獲得最好的治療，有65.5%的民眾認為，生重病時能夠選擇到自己想要的醫生幫忙治療，整體呈現相對高的可近性。整體來說，除了單一指標顯示，十年來照護可近性的提高，其他指標也綜合呈現出2021年照護可近性極高；值得注意的是，在2021年，雖然民眾普遍認為自己能夠獲得治療或能選擇想要的醫師，但是大部分民眾（94.7%）也同時認為醫療保健服務的覆蓋率並非百分百，仍有人會無法獲得他們所需要的服務。

表2也呈現醫療利用的三項指標在十年間的變化不盡相同。在2011年，1年內曾經住院的比例為11.8%，而2021年的比例為11.2%，並未有明顯的變化；1年內使用傳統或民俗療法的民眾，在2011年的比例為35.9%，在2021年則降為22.0%；相對地，3年內曾經自費進行健康檢查的民眾比例，從2011年的21.3%升為2021年的23.6%。醫療利用的指標顯示，十年間臺灣民眾醫療利用的型態有些許改變。

表2 依變項年份比較檢定：可近性、醫療利用、與照護系統滿意度^a

依變項	2011		2021		<i>p</i> -value (Chi-square test)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
可近性					
應就醫未就醫：過去12個月，請問您有沒有在生病或受傷時仍儘量避免去看醫生？感冒亦包括在內					
有	776	37.36	426	32.74	0.006
無	1,301	62.64	875	67.26	
醫療利用					
過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過（包含住院生產）？					
有	236	11.79	134	11.21	0.623
無	1,766	88.21	1,061	88.79	
過去12個月，請問您有無看一次傳統或民俗療法？					
有	745	35.87	286	21.98	< .0001
無	1,332	64.13	1,015	78.02	
請問您最近三年來有沒有做過自費的健康檢查？					
有	467	21.31	378	23.61	0.093
無	1,724	78.69	1,223	76.39	
滿意度					
請問您滿不滿意上一次去看西醫時所接受的診療？					
是	382	17.77	427	26.74	< .0001
否	1,768	82.23	1,170	73.26	
請問您滿不滿意上一次住院時所接受的治療？					
是	209	15.81	301	26.68	< .0001
否	1,113	84.19	827	73.32	
請問您滿不滿意上一次用的傳統或民俗療法？					
是	153	10.82	143	18.12	< .0001
否	1,261	89.18	646	81.88	

表2 依變項年份比較檢定：可近性、醫療利用、與照護系統滿意度^a
(續)

依變項	2011		2021		<i>p</i> -value (Chi-square test)
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統滿不滿意？					
是	—	—	490	30.7	—
否	—	—	1,104	69.3	
您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？ ^b					
有	—	—	1,391	94.7	
無	—	—	78	5.3	
請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？ ^c					
能	—	—	1,365	87.8	
不能	—	—	190	12.2	
您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？ ^c					
能	—	—	1,021	65.5	
不能	—	—	537	34.5	

註：^a 個別樣本排除遺漏值（跳答／填答不知道者）。

^b 「您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？」在原始問卷中的回答選項為「沒有」、「很少」、「一些」、「很多」、「無法選擇」及「不知道」，本研究重新編組為二元變項將「沒有」定義為「不認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務」，將「很少」、「一些」、「很多」皆定義為「有認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務」，「無法選擇」及「不知道」則定義為遺漏值。

^c 「請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？」、「您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？」在原始問卷中的回答選項為「一定能」、「多半能」、「一半一半」、「多半不能」、「一定不能」、「無法選擇」及「不知道」，本研究重新編組為二元變項將「一定能」、「多半能」、「一半一半」並定義為「能獲得最好治療」、「能選到自己想要的醫生」，將「多半不能」、「一定不能」定義為「不能獲得最好治療」、「不能選到自己想要的醫生」，「無法選擇」及「不知道」則定義為遺漏值。

照護系統滿意度在十年間也有變化。民眾對於前一次西醫診療的滿意度（非常滿意或很滿意），從2011年的17.8%提高到2021年的26.7%；民眾對於前一次住院治療的滿意度（非常滿意或很滿意），從2011年的15.8%提高到2021年的26.7%；民眾對於前一次傳統或民俗療法的滿意度，也從2011年的10.8%提高到2021年的18.1%。而在2021年，整體來說，對臺灣的醫療保健系統感到非常滿意或很滿意的民眾高達30.7%，若將回答滿意的民眾算入，則整體滿意度高達92.4%（請參閱附錄二），雖無法與2011年比較改變幅度，但滿意度與2021年健保署的滿意度調查相距不遠。

三、照護可近性的影響因子

表3呈現照護可近性與影響因子的羅吉斯迴歸分析，在2011年，照護可近性以「應就醫而未就醫」作為指標，研究樣本為2,077人（此研究樣本為排除盡量避免去看醫生選項無法分析者），其主要影

表3 照護可近性（應就醫未就醫）的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果（標準誤）——2011年與2021年

自變項	應就醫未就醫：過去12個月，請問您有沒有在生病或受傷時仍儘量避免去看醫生？感冒亦包括在內。		
	2011	2021	合併
N	2,077	1,301	3,378
Pseudo R^2	0.0445	0.0433	0.0394
年分（2011年為對照組）	-	-	-0.017 (0.017)
女性（男性為對照組）	0.014 (0.021)	-0.011 (0.026)	0.005 (0.016)
年齡	-0.004** (0.001)	-0.004** (0.001)	-0.004** (0.001)
教育程度（逾12年為對照組）	-0.014 (0.026)	-0.037 (0.031)	-0.021 (0.020)

表3 照護可近性（應就醫未就醫）的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果（標準誤）——2011年與2021年（續）

自變項	應就醫未就醫：過去12個月，請問您有沒有在生病或受傷時仍儘量避免去看醫生？感冒亦包括在內。			
	年分	2011	2021	合併
不知道		-0.065 (0.054)	0.094 (0.105)	-0.034 (0.047)
無偶（已婚為對照組）		-0.037 (0.024)	-0.055 (0.028)	-0.046* (0.018)
鄉村（都市為對照組）		-0.085* (0.028)	0.069* (0.035)	-0.020 (0.022)
不知道		-0.061 (0.125)	-0.112 (0.174)	-0.054 (0.106)
健康狀況（極好的為對照組）				
很好		0.073 (0.083)	0.022 (0.080)	0.049 (0.058)
好		0.120 (0.080)	0.097 (0.080)	0.112* (0.057)
普通		0.110 (0.081)	0.093 (0.080)	0.106 (0.057)
不好		0.111 (0.086)	0.127 (0.093)	0.117 (0.063)
不知道		（無法估計）	（無法估計）	（無法估計）
家戶收入（以未滿4萬為對照組）				
4萬以上未滿8萬		-0.073* (0.031)	0.032 (0.039)	-0.032 (0.024)
8萬以上未滿18萬		-0.054 (0.034)	0.064 (0.042)	-0.002 (0.027)
18萬以上		-0.093 (0.057)	0.067 (0.062)	-0.017 (0.042)
不知道／拒答		-0.086* (0.031)	-0.064 (0.039)	-0.067 (0.024)
慢性病（無慢性病為對照組）		-0.089* (0.026)	-0.056 (0.031)	-0.073** (0.020)
不知道		0.270* (0.096)	-	0.262* (0.099)

* $p < .05$; ** $p < .001$.

響因子包括年齡、都市化程度、與是否有慢性病；年齡每增加1歲，應就醫而未就醫的機率降低0.4個百分點（ $p < .001$ ）；相較於都市地區的居民，鄉村的居民應就醫未就醫的機率減少8.5個百分點；相較於家戶收入未滿4萬的民眾，家戶收入愈高的民眾，應就醫未就醫的機率愈低，其中家戶收入4萬以上未滿8萬的組別達到顯著差異（7.3個百分點， $p < .05$ ），但所有收入組別的聯合顯著性檢定則不顯著。此外，相較於沒有慢性病的民眾，有慢性病會降低應就醫而未就醫的機率達8.9個百分點（ $p < .05$ ）。

在2021年，應就醫而未就醫的研究樣本數為1,301人（此研究樣本為排除盡量避免去看醫生選項無法分析者），其中年齡每增加一歲，應就醫而未就醫的機率降低0.4個百分點（ $p < .001$ ），這部分與2011年的發現相似；然而2021年都市化程度對應就醫未就醫的影響效果方向相反，在2021年，相較於都市地區的居民，鄉村的居民應就醫未就醫的機率增加6.9個百分點（ $p < .05$ ），就此單一指標而言，鄉村居民的可近性似乎十年後變差的情況。此外，在2011年有顯著影響效果的變項，如家戶收入及慢性病狀態，在2021年其邊際效果都不再具有統計顯著性，顯示家戶收入差距的族群間，以及有無慢性病的族群之應就醫未就醫差異已經減少。將兩個年分的資料合併後分析的結果亦顯示，相較於2011年，2021年應就醫而未就醫的情況有所降低，但未達統計上顯著差異。

而2021年的其他三個可近性指標的多變量分析於表4，其中「請問您覺得生重病能不能獲得最好的治療」的研究樣本為1,555人（此研究樣本為排除該項無法選擇者），而以認為可以獲得最好的治療來說，女性比男性多了0.6個百分點（未達到統計顯著）；年齡每增加1歲，增加不到0.1個百分點（未達到統計顯著）；相較於教育程度逾12年者，教育程度較低的組別較不認為能獲得最好的治療（-4.6個百分點， $p < .05$ ）；此外，最高收入的族群相較於最低收入的族群（每

表4 照護可近性的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2021年

自變項	請問您覺得生	請問您覺得生	您認為臺灣有
	重病時，能不能獲得最好的治療？	重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？	人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？
年分	2021	2021	2021
<i>N</i>	1,555	1,558	1,469
Pseudo <i>R</i> ²	0.0383	0.0229	0.0822
女性（男性為對照組）	0.006 (0.017)	0.057* (0.024)	-0.027* (0.011)
年齡	0.000 (0.001)	0.001 (0.001)	-0.002* (0.001)
教育程度（逾12年為對照組）	-0.046* (0.007)	-0.023 (0.028)	-0.033* (0.013)
不知道	-0.017 (0.060)	-0.024 (0.104)	0.001 (0.034)
無偶（已婚為對照組）	-0.011 (0.007)	-0.029 (0.027)	-0.007 (0.013)
都市化程度（都市為對照組）	-0.022 (0.021)	0.021 (0.030)	-0.002 (0.014)
不知道	0.022 (0.093)	0.190 (0.148)	-0.307 (0.248)
健康狀況（極好的為對照組）			
很好	0.035 (0.045)	-0.061 (0.035)	-0.010 (0.040)
好	-0.004 (0.046)	-0.154* (0.059)	0.007 (0.039)
普通	-0.051 (0.046)	-0.207** (0.059)	0.009 (0.039)
不好	-0.113 (0.063)	-0.278** (0.079)	0.017 (0.042)
不知道	(無法估計)	-	-
家戶收入（以未滿4萬為對照組）			
4萬以上未滿8萬	-0.009 (0.025)	-0.067 (0.035)	-0.008 (0.016)

表4 照護可近性的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2021年
(續)

自變項	請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？	請問您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？	您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？
年分	2021	2021	2021
8萬以上未滿18萬	0.021 (0.026)	-0.040 (0.037)	-0.022 (0.020)
18萬以上	0.033 (0.039)	-0.003 (0.056)	0.033 (0.019)
不知道／拒答	0.028 (0.024)	-0.030 (0.037)	0.012 (0.016)
慢性病（無慢性病為對照組）	0.001 (0.019)	0.043 (0.028)	-0.004 (0.013)
不知道	(無法估計)	(無法估計)	(無法估計)

* $p < .05$; ** $p < .001$.

個月4萬以下），認為可以得到最好治療的機率，高了3.3個百分點（未達到統計顯著）。

在2021年照護可近性的另外兩個指標，其一「請問您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療」的研究樣本為1,558人（此研究樣本為排除該項無法選擇者），女性較高機率認為能選擇到自己想要的醫師（5.7個百分點， $p < .05$ ）；相較於健康狀況極好的人，健康狀況好、普通及不好的人皆較不認為能選擇到自己想要的醫師（-15.4個百分點， $p < .05$ ；-20.7個百分點， $p < .001$ ；-27.8個百分點， $p < .001$ ）。最後，反項指標「認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務」的研究樣本為1,469人（此研究樣本為排除該項無法選擇者）。其中女性（-2.7個百分點， $p < .05$ ），年齡較大（-0.2個百分點， $p < .05$ ）、低教育程度的民眾（-3.3個百分點， $p < .05$ ）較不同意臺灣有人無法獲得需要的醫療服務；而模型中其他因子的邊際效果均未達到統計顯著。

四、醫療利用的影響因子

表5及表6呈現醫療利用之羅吉斯迴歸分析結果，主要研究指標包含傳統或民俗療法、自費健康檢查、與住院利用；其中傳統或民俗療法、自費健康檢查，屬於初級醫療部分（primary healthcare），而住院利用則屬於次級照護利用。初級醫療部分，傳統或民俗療法利用的研究樣本，在2011年為2,077人，在2021年為1,301人；自費健康檢查利用的研究樣本，在2011年為2,191人，在2021年為1,601人（研究樣本皆排除該項為跳答或回答不知道者）。而在2011年，相對於男性，女性有較高機率在過去1年內使用過傳統或民族療法（9.4個百分點， $p < .001$ ），但是此性別效果在2021年已經沒有統計上顯著，且傾向相反；年齡每增加1歲，不論是1年內使用傳統或民族療法，或是3年內自費健康檢查，其使用機率都是降低的，而且這個效果在2011年與2021年相似（傳統或民俗療法：2011 vs 2021: -0.3 vs -0.4個百分點；自費健康檢查：2011 vs 2021: 均為-0.3個百分點）。

在2011年及2021年，教育程度對於民俗療法皆沒有顯著影響；然而在使用自費健康檢查的項目上，教育程度較低者在這兩年使用的機率皆較低（2011年：-5.1百分點， $p < .05$ ；2021年：-5.3百分點， $p < .05$ ）。婚姻狀況對民俗療法與自費健康檢查利用的影響十年來則有所不同，2011年的時候無偶族群有較低機率使用民俗療法（-5.1百分點， $p < .05$ ），但在2021年這個影響已經不顯著；2011年的時候婚姻狀況對自費健康檢查並沒有影響，但隨著自費健康檢查使用的增加，在2021年婚姻狀況對自費健康檢查的利用機率已有顯著影響，其中無偶族群使用機率較低（-5.7百分點， $p < .05$ ）。都市化程度在2011年對於民眾是否使用民俗療法仍有影響，其中鄉村的居民使用機率較低（7.2百分點， $p < .05$ ），但在2021年影響已經不顯著，都市化程度對是否使用自費健康檢查不論在2011年或是2021年都沒有顯著影響。在2011年時，相較於自評健康狀況極好的人，健康狀況好、普通及不

表5 醫療利用的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2011年與2021年（民俗療法與自費檢查）（續）

自變項	過去12個月，請問您有沒有看過一次傳統或民俗療法？		請問您最近3年來有沒有做過自費的健康檢查？	
	2011	2021	2011	2021
年分	合併	合併	合併	合併
很好	0.132 (0.075)	0.021 (0.072)	0.076 (0.054)	0.112* (0.051)
好	0.144* (0.071)	0.009 (0.072)	0.079 (0.052)	0.061 (0.049)
普通	0.214* (0.072)	0.075 (0.072)	0.144* (0.053)	0.090 (0.050)
不好	0.209* (0.078)	0.084 (0.086)	0.145* (0.061)	-0.050 (0.060)
不知道	0.124 (0.270)	(無法估計)	0.056 (0.233)	(無法估計)
家戶收入（以未滿4萬為對照組）				
4萬以上未滿8萬	0.014 (0.030)	0.011 (0.034)	0.014 (0.023)	0.014 (0.030)
8萬以上未滿18萬	0.005 (0.034)	0.038 (0.037)	0.019 (0.025)	0.077* (0.033)
18萬以上	-0.071 (0.054)	0.133* (0.060)	0.024 (0.041)	0.188** (0.053)
不知道／拒答	0.038 (0.030)	-0.012 (0.036)	0.024 (0.023)	0.026 (0.033)
慢性病（無慢性病為對照組）	-0.050* (0.025)	-0.010 (0.029)	-0.035 (0.019)	-0.027 (0.025)

* $p < .05$; ** $p < .001$

表6 醫療利用的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——
2011年與2021年（住院）

自變項	過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過（包含住院生產）？			
	年分	2011	2021	合併
<i>N</i>		2,002	1,195	3,197
Pseudo <i>R</i> ²		0.0631	0.0529	0.0502
年分（2011年為對照組）		—	—	-0.013 (0.012)
女性（男性為對照組）		-0.003 (0.015)	0.028 (0.018)	0.009 (0.011)
年齡		0.001* (0.001)	-0.000 (0.001)	0.001 (0.000)
教育程度（12年以上為對照組）		0.018 (0.017)	0.010 (0.022)	0.014 (0.014)
不知道		0.071 (0.038)	0.091 (0.079)	0.073* (0.033)
無偶（已婚為對照組）		-0.003 (0.016)	-0.042* (0.020)	-0.015 (0.012)
都市化程度（都市為對照組）		0.044* (0.021)	-0.031 (0.021)	0.011 (0.015)
不知道		-0.063 (0.046)	-0.052 (0.070)	-0.057 (0.040)
健康狀況（極好／很好／好的為對照組）				
普通／不好		0.064** (0.037)	0.035 (0.019)	0.052** (0.012)
不知道		0.297 (0.279)	（無法估計）	0.290 (0.280)
家戶收入（以未滿4萬為對照組）				
4萬以上未滿8萬		0.028 (0.019)	-0.040 (0.028)	0.006 (0.016)
8萬以上未滿18萬		0.062* (0.019)	-0.031 (0.031)	0.028 (0.019)
18萬以上		-0.030 (0.036)	-0.065 (0.039)	-0.034 (0.027)
不知道／拒答		0.035 (0.018)	-0.024 (0.028)	0.016 (0.015)

表6 醫療利用的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——
2011年與2021年（住院）（續）

自變項	過去12個月，請問您有沒有在醫院或診所住院過（包含住院生產）？			
	年分	2011	2021	合併
慢性病（無慢性病為對照組）		0.045* (0.017)	0.079** (0.022)	0.055** (0.013)
不知道		-0.026 (0.053)	-	-0.020 (0.052)

* $p < .05$; ** $p < .001$

好的人皆有顯著較高的機率使用民俗療法（14.4個百分點、21.4個百分點及20.9個百分點），但在2021年自評健康狀況對於民俗療法利用的效果已不顯著。最後，家戶收入對於民俗療法或自費健康檢查，在2021年都有顯著的影響，顯示出收入愈高，使用這些初級照護的機率愈高。將兩個年分的資料合併分析後再次檢視，發現相對於2011年，2021年民俗療法的使用呈現下降的趨勢（降低12.4個百分點， $p < .001$ ），自費健檢增加（但未達統計上顯著差異）。

整體來說，相較於2011年，2021年的民俗療法使用減少，但自費健康檢查使用增加，而影響兩者的社會經濟因素可能不完全相同；其中與2011年的調查結果相比，2021年整體民眾教育程度提高，而較高教育程度族群、較高家戶收入都持續有較高的機率使用自費健檢，而2021年開始婚姻狀況也與自費健康檢查利用顯著相關。

住院醫療利用的研究樣本，在2011年為2,002人，在2021年為1,195人（研究樣本皆排除本項為跳答或回答不知道者）。在2011年，年齡每多1歲，住院的機率上升0.1個百分點（ $p < .05$ ），而相較於居住在城市，住在鄉村的民眾其住院的機率增加4.4個百分點（ $p < .05$ ）。此外、健康狀態較差、或是有慢性病，均與較高住院機率有關。家戶收入的部分，雖然2011年家戶收入為8萬以上未滿18萬組別，與未滿4萬相比達統計上顯著差異，但若對所有收入組別進行聯合顯著性檢測，則未達顯

著 ($p = .056$)。而家戶收入的效果在2021年則未達統計顯著，整體而言家庭收入對住院機率的影響並不顯著。此外，在2021年，除了婚姻因素及是否具有慢性病以外，其他因素的影響均未達統計顯著。

五、照護系統滿意度的影響因子

表7及表8為照護系統滿意度的羅吉斯迴歸分析，在2011年，對西醫滿意度的研究樣本為2,150人，在2021年則為1,597人（研究樣本排除回答沒看西醫／不知道／拒答者）。在2011年，對西醫的滿意度與年齡、性別及自評健康狀況有關，其中女性較男性滿意度高了3.9個百分點 ($p < .05$)，自評狀況愈差的人，對於西醫的滿意度愈差，其中自評為好的人滿意度低17.9個百分點 ($p < .05$)、為普通的人滿意度低19個百分點 ($p < .05$)。而在2021年，對西醫的滿意度則與年齡、教育程度、自評健康狀態及是否有慢性病有關，其中相較於高教育程度組，教育程度低於12年的組別，對西醫滿意度較低（-7.6個百分點， $p < .05$ ），而自評健康狀態愈差的民眾，其滿意度也隨著顯著降低（相較於健康狀態極好的組別，很好：-21.1百分點，好：-31.4百分點，普通：-35.4百分點，不好：-35.5百分點）。年齡的影響在兩個年度呈現相反的效果，在2011年時年齡愈大對於西醫愈滿意，在2021年時則相反。

住院滿意度研究樣本在2011年與2021年分別為1,322人與1,128人（研究樣本排除回答沒有住院／不知道／拒答者），其中在2011年，年齡每增加一歲，滿意度提高0.3百分點 ($p < .001$)，而自評健康狀態愈差的民眾，其滿意度也隨著顯著降低（相較於健康狀態極好的組別，好：-28百分點，普通：-31.5百分點，不好：-28.2百分點）。而在2021年，對住院的滿意度與教育程度及自評健康狀態有關，其中相較於高教育程度組，教育程度低於12年的組別，對其住院服務滿意度降低8.4個百分點 ($p < .05$)，而自評健康狀態愈差，對住院的滿意度也愈差（相較於健康狀態極好的組別，很好：-21.1百分點，好：-31.3百分點，普通：-33百分點，不好：-28.9百分點）。

表7 照護滿意度的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2011年與2021年

自變項	請問您滿不滿意上一次去看西醫時所接受的診療?		請問您滿不滿意上一次住院時所接受的治療?		請問您滿不滿意上一次用的傳統或民俗療法?	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021
N	2,150	1,597	1,322	1,128	1,414	789
Pseudo R ²	0.0326	0.0390	0.0571	0.0329	0.0185	0.0203
年分 (2011年為對照組)	-	-	-	-	-	-
女性 (男性為對照組)	0.039* (0.017)	-0.006 (0.022)	0.005 (0.020)	0.011 (0.027)	0.027 (0.017)	-0.019 (0.028)
年齡	0.002* (0.001)	-0.002* (0.001)	0.003** (0.001)	0.001 (0.010)	0.000 (0.001)	-0.000 (0.001)
教育程度 (逾12年為對照組)	-0.014 (0.021)	-0.076* (0.026)	-0.013 (0.025)	-0.084* (0.031)	-0.027 (0.020)	-0.027 (0.031)
不知道	0.036 (0.042)	0.001 (0.090)	0.096 (0.054)	-0.033 (0.094)	-0.027 (0.042)	0.043 (0.227)
無偶 (已婚為對照組)	0.015 (0.019)	-0.005 (0.024)	-0.023 (0.022)	0.006 (0.030)	0.029 (0.020)	0.005 (0.031)
都市化程度 (都市為對照組)	0.023 (0.023)	-0.012 (0.028)	0.013 (0.027)	-0.028 (0.033)	-0.019 (0.024)	-0.050 (0.034)
不知道	-0.129* (0.048)	0.141 (0.165)	-0.081 (0.076)	-0.010 (0.159)	-0.037 (0.073)	0.193 (0.308)
合併	3,747	0.0348	0.072** (0.014)	0.093** (0.017)	2,450	2,203
合併	0.0473	0.0281	0.067** (0.017)	0.0203	0.0281	0.067** (0.017)

表7 照護滿意度的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2011年與2021年（續）

自變項	請問您滿意上一次去看西醫時所接受的診療？		請問您滿意上一次住院時所接受的治療？		請問您滿意上一次用的傳統或民俗療法？				
	2011	2021	2011	2021	2011	2021			
年分	合併	合併	合併	合併	合併	合併			
18萬以上	-0.035 (0.044)	-0.060 (0.047)	-0.037 (0.032)	0.020 (0.061)	0.010 (0.059)	0.014 (0.039)	0.015 (0.045)	-0.036 (0.057)	-0.006 (0.033)
不知道／拒答	-0.004 (0.023)	0.013 (0.035)	0.000 (0.020)	0.027 (0.027)	0.013 (0.041)	0.021 (0.023)	0.018 (0.025)	0.015 (0.049)	0.018 (0.023)
慢性病（無慢性病為對照組）	0.032 (0.020)	0.073* (0.027)	0.045* (0.017)	0.013 (0.023)	0.021 (0.031)	0.010 (0.019)	0.005 (0.021)	-0.046 (0.032)	-0.015 (0.017)
不知道	（無法估計）	（無法估計）	（無法估計）	（無法估計）	-	（無法估計）	0.061 (0.090)	-	0.067 (0.103)

註：若係數為正表示滿意，係數為負表示不滿意。

* $p < .05$; ** $p < .001$

表8 整體照護滿意度的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2021年

自變項	整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統 滿不滿意
年分	2021
<i>N</i>	1,594
Pseudo <i>R</i> ²	0.0317
女性（男性為對照組）	-0.036 (0.023)
年齡	-0.001 (0.001)
教育程度（逾12年為對照組）	-0.071* (0.027)
不知道	0.003 (0.098)
無偶（已婚為對照組）	-0.004 (0.026)
都市化程度（都市為對照組）	-0.020 (0.029)
不知道	-0.061 (0.165)
健康狀況（極好的為對照組）	
很好	-0.183* (0.072)
好	-0.289** (0.071)
普通	-0.324** (0.071)
不好	-0.288* (0.084)
	（無法估計）
家戶收入（以未滿4萬為對照組）	
4萬以上未滿8萬	0.031 (0.034)
8萬以上未滿18萬	-0.003 (0.035)
18萬以上	0.033 (0.054)

表8 整體照護滿意度的多變量羅吉斯迴歸模型之邊際效果——2021年
(續)

自變項	整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統
	滿不滿意
年分	2021
不知道／拒答	0.004 (0.036)
慢性病（無慢性病為對照組）	0.047 (0.028)
不知道	（無法估計）

註：若係數為正表示滿意，係數為負表示不滿意。

* $p < .05$; ** $p < .001$.

對傳統或民俗療法滿意度的研究樣本，在2011年為1,414人，在2021年降為789人（研究樣本排除回答沒有使用／不知道／拒答者）。在2011年及2021年的分析中，所有模型中的因子均未達統計顯著。

將兩個年分的資料合併分析後，發現與2011年相比，2021年對西醫滿意度、住院滿意度、與傳統或民俗療法滿意度皆有上升的趨勢，滿意度分別上升7.2個百分點（ $p < .001$ ）、9.3個百分點（ $p < .001$ ）及6.7個百分點（ $p < .001$ ）。

而在2021年，另外分析照護系統整體滿意度，其研究樣本為1,594人（研究樣本排除回答無法選擇者），而照護系統滿意度與教育程度與自評健康狀況有關，其中相較於高教育程度組，教育程度12年以下的民眾對照護系統的滿意度低了7.1個百分點（ $p < .05$ ）。此外，自評健康程度愈低，對照護系統的整體滿意度愈低，此部分結果，與2021年的西醫滿意度或住院滿意度相似。整體來說，2011年的照護滿意度與教育程度無顯著效果，但是2021年的照護滿意度（西醫及住院）在教育程度影響上具顯著（請參閱附錄3之顯著性統整）。

肆、討論

本研究針對臺灣的照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度進行十年的比較，並研究相關影響因子。研究發現，若以單一指標來看，相較於2011年，2021年的應就醫而未就醫比例降低，但在控制其他變項後這個差異不顯著，顯示可近性改善可能是源自人口結構的改變。而2021年的其他可近性指標也顯示，大部分民眾認為都能尋得其所需醫療照護服務。

在影響照護可近性的各種因素中，人口學因素中的年齡持續是影響因子；都市化程度則對於「應就醫而未就醫」有較大的影響，其中2011年鄉村居民顯著表示沒有應就醫未就醫的情形，但是到了2021年卻顯著認為有應就醫而未就醫的情形，值得進一步分析其原因是否與臺灣醫療院所朝向大醫院、小診所兩極化發展（劉亞明等 2017），醫療院所的收費與地區、個人付費能力有關（蔡偉德等 2023）。

而2021年的其他指標中，個人教育程度雖然與部分照護可近性的指標有顯著的相關性，但是對於不同可近性指標的影響方向不甚一致，較低教育程度的民眾，雖然覺得能獲得最好治療的機率較低，卻也較不認同臺灣有人無法獲得所需的醫療保健服務，也顯示「自述無法獲得最好治療」與「設想他人能否獲得所需醫療保健」概念之間的差距；此外，教育程度的邊際效果不大，即使達到統計上顯著，影響效果也有限。而社會經濟因素中重要的家戶收入因子，在2011年僅有一個組別與對照組達顯著差異，但其聯合顯著性檢定未達顯著（ $p = .09$ ），而2021年家庭收入的效果已不顯著，顯示家庭收入與「應就醫未就醫」之間的關聯性低。

2021年的問卷增加了「您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？」、「請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？」以及「您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治

療？」等三個項目，惟受限於此三項目為2021年新增之題項，無法比較重病治療可近性的改變。值得注意的是，民眾也普遍同意，臺灣仍有人無法取得所需的醫療服務；而多變項迴歸分析的結果顯示，可近性較低的族群，可能為較低教育程度、或是偏鄉的居民，在持續提高照護可近性的同時，如何針對可近性弱勢的族群提供照顧，將是健康政策的重點。

本研究發現住院利用率在十年沒有明顯的變化，這個發現與衛生福利部統計處全民健康保險醫療統計的資料相似，查閱該公開資料可得2011年每10萬人的住院就診率為8,105人，2021年每10萬人的住院就診率為7,771人（就診率計算公式 = 患者人數 × 100,000 / 年中人口數）（衛生福利部統計處 n.d.），可以與本文表2的卡方檢定結果及表6羅吉斯迴歸模型做比較。以整體住院醫療利用的角度而言，這十年間臺灣整體住院利用似乎沒有顯著成長，但以住院申報之健保點值而言，2011年住院醫療費用為1,770億點，2021年為2,364億點（衛生福利部中央健康保險署 n.d.；衛生福利部統計處 n.d.），整體住院利用的資源耗用似乎仍有提高，從健保與政策角度來看，住院利用成長不能僅關注平均個人住院利用率，也牽涉到每次住院的資源利用增加，或住院天數的成長。

本研究資料顯示，十年來使用民俗療法的民眾減少，使用自費健康檢查的比例提高（但不顯著），是值得探討的現象。根據健保署規定，65歲以上投保者可以享有每年一次的免費成人預防健診，從自費健檢比例仍維持近四分之一現象來看，健保給付的健診，似乎不能滿足部分民眾需求，尤其高收入族群使用自費健康檢查的機率，不論在2011年或2021年都明顯較高，符合自費醫療使用與付費能力相關的假設，也與過去相關研究發現一致（李妙純、沈茂庭 2008；張宏名、董和銳 2008；楊儒晟、劉正 2020）。此外，教育程度對民俗療法的使用在2011年及2021年兩次調查都沒有顯著影響，但教育程度較低的族群自費健檢使用的情況較低，顯示不同社經地位族群隨著健康識能、資訊能力或經濟能力不同，也可能產生醫療利用形態上的族群差異。

若再加入都市化程度進行討論，可發現2011年居住在鄉村的民眾使用民俗療法的可能性顯著較居住在都市者低、住院使用卻顯著較高，而在2021年則皆不存在都市或鄉村居民使用的顯著差異。至於民俗療法與住院利用是否存在有替代效果，本研究則基於資料型態限制無法歸因。

研究結果顯示，2011年與2021年兩次的調查，臺灣民眾對於照護系統滿意度有提高，同時期臺灣民眾對於健保的滿意度也從2011年的80.4%提升到2021年的91.6%（衛生福利部中央健康保險署 n.d.），即使十年期間有二代健保的改革，導致滿意度稍降，但長期而言還是維持高滿意度。然而，滿意度似乎與教育程度有關；教育程度較低的民眾，對其所接受過西醫與住院服務的滿意度較低，對整體照護系統滿意度也較低，與其在2021年有較低可近性的發現一致，這其中是否存在健康識能落差，並導致期望落差（Altin and Stock 2016; Komenaka et al. 2014），或因此無法取得最合適的服務，則有待進一步研究。

此外，健康狀態愈差的民眾，其滿意度也愈低，顯示目前的照護系統，對於健康較差的族群，可能尚未充分滿足其較高的照護需求（high need）（Hargreaves et al. 2015; Lee et al. 2024），未來針對此族群改善既有或設計更合適的照護模式，將是重要議題。注意的是，由於資料限制，本研究無法觀察其他與滿意度相關之變項，如醫院層級、個案的疾病別、醫療花費等等，若這些變項與民眾健康也相關，則可能高估健康狀態的效果。

本研究為次級資料分析，具有一些無可避免的研究限制。儘管本研究在人口學及社會經濟因子與就醫可近性、滿意度等變項上發現統計顯著的相關性，然而無法代表變項之間具有因果關係。再者，本研究使用2011年及2021年臺灣社會變遷基本調查醫療組資料，從中提取本研究欲探討的議題，因此有許多代表性的醫療利用變項並沒有相對應的資料，如門診醫療使用次數、急診醫療使用次數、藥品使用等，

在進行醫療利用分析上有資料不足之限制。此外，針對十年自費醫療之變化，在本研究中只有自費健檢的資料，而沒有其他自費醫療相關的資料，因此研究結果不能導論至其他自費醫療利用項目。

在分析方法上，由於兩個年分調查設計的改變，2021年新增數個可近性指標，但無法進行十年變化比較，因此可近性的比較僅以單一指標呈現，是為限制。雖然本研究將兩個年分的資料合併進行羅吉斯迴歸分析，然而此作法可能忽略了兩個年分抽樣方法及權重的差異，導致分析結果的外推性有限。此外，由於部分依變項可能因為受訪者未使用或不符問題之目標族群，而有跳答等狀況。使得在羅吉斯迴歸的模型裡放入的分析個案並非全樣本，而是依據各個依變項調整樣本數，可能使研究估計結果僅能推論到自覺有需求的民眾，降低外推性。最後，自2011-2021年之間，臺灣健保政策及醫療政策雖然有多項改革及變化，但本研究發現的變遷並無法直接歸因政策效果，仍然有許多可能導致變遷的變項未於本研究中討論。

整體來看，從2011-2021年，臺灣的照護可近性、醫療利用、與照護系統滿意度均有整體的提升。值得一提的是，由於2021年正逢COVID-19疫情開始，醫護系統是否因為疫情而產生資源排擠，進而影響其他照護系統的運作，一直是健康政策學者關心的議題。從本研究初步的結果看來，即使在臺灣COVID-19疫情最嚴重的2021年，民眾對於照護系統的高可近性與滿意度依舊給予很正面的回饋，若沒有疫情影響，滿意度進步幅度是否更大則不得而知。然而，表現進步的同時，卻有健康不平等的隱憂，從2011年與2021年的資料來看，教育程度較低，或是高照護需求的民眾，對於西醫及住院滿意度，均與其他族群間有所差異，且這些差異在2021年更為顯著，顯示健康不平等問題似乎在十年內有逐漸明顯的趨勢，決策者應即刻針對這些差異進行進一步瞭解，並在政策上有所回應與規劃，以避免未來十年健康不平等的惡化。

伍、結論

本文呈現臺灣2011年與2021年在照護可近性、醫療利用、與照護滿意度等面向十年後再次調查的變化，試圖比較這兩次調查結果的差異。這個議題不僅僅是臺灣醫療資源分配及健康平等的議題，藉由比較跨時期的變化以及民眾的感受程度，我們因而有目標及方向，得以針對未來十年政策介入進行規劃。臺灣在十年內維持了高可近性，對於照護系統滿意度有顯著提高，然而社會經濟族群之間差異卻也愈趨明顯，健康不平等問題恐有惡化的趨勢，如何改善社會經濟族群間的差異，將是未來十年政策介入的重要目標。

謝誌

本研究獲得教育部高等教育深耕計畫特色領域研究中心之臺大群體健康與福祉研究中心的補助（計畫編號NTU-114L900401），謹致謝忱。

參考文獻

- 行政院（2023）國情簡介。<https://www.ey.gov.tw/state/A01F61B9E9A9758D/fa06e0d2-413f-401e-b694-20c2db86f404>（取用日期：2025年1月10日）。
- 李妙純、沈茂庭（2008）全民健保下不同所得群體醫療利用不均因素分析。台灣公共衛生雜誌，27(3): 223-231。doi:10.6288/TJPH2008-27-03-04
- 郭年真、江東亮、賴美淑（2014）二代健保改革。台灣醫學，18(1): 43-52。doi:10.6320/FJM.2014.18(1).06
- 張宏名、董和銳（2008）中老年人自費健康檢查之利用行為及其相關因素探討。臺灣老人保健學刊，4(2): 88-109。doi:10.29797/TJGHR.200812.0002
- 楊儒晟、劉正（2020）臺灣自費醫療使用者的人口特徵與階層化現象。台灣醫學人文學刊，21(1-2): 77-94。
- 衛生福利部中央健康保險署（n.d.）111年度民眾就醫權益民意調查。<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-6017-85b76-3040-1.html>（取用日期：2024年11月11日）。
- 衛生福利部中央健康保險署（2016）二代健保。https://www.nhi.gov.tw/Nhi2/QA_Detail.aspx?n=696A8028EA3C410C&topn=0B69A546F5DF84DC&page=4&QID=346（取用日期：2024年12月3日）。
- 衛生福利部中央健康保險署（2021）全民健康保險統計動向。https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=BC0498EE81BDCBB6&topn=23C660CAACAA159D（取用日期：2024年11月11日）。
- 衛生福利部國民健康署（2017）臺灣健康不平等報告。臺北。
- 衛生福利部國民健康署（2024）2021年「國民健康訪問調查」。臺北。
- 衛生福利部統計處（n.d.）100年度全民健康保險醫療統計年報（統計

- 表)。 <https://dep.mohw.gov.tw/dos/lp-5103-113.html> (取用日期：2025年2月14日)。
- 劉亞明、羅德芬、粘毓庭 (2017) 醫院退出市場因素之分析。 *台灣公共衛生雜誌*，36(3): 273-286。 doi:10.6288/tjph201736106005
- 劉存濱、謝碧容、許時涵 (2014) 探討醫師及藥師對健保雲端藥歷系統期望和感受之間的差異分析。 *健康管理學刊*，12(2): 52-66。
- 蔡偉德、鄭守夏、詹怡如 (2023) 臺灣醫院市場競爭程度、地區付費能力與醫院收費水準。 *台灣公共衛生雜誌*，42(4): 389-406。 doi:10.6288/tjph.202308_42(4).112040
- Adé, A., F. Debroucker, L. Delporte, C. De Monclin, E. Fayet, P. Legendre, ... and M. Chekroun. 2020. "Chronic Patients' Satisfaction and Priorities Regarding Medical Care, Information and Services and Quality of Life: A French Online Patient Community Survey." *BMC Health Services Research* 20(1): 511. doi:10.1186/s12913-020-05373-5
- Altin, S. V. and S. Stock. 2016. "The Impact of Health Literacy, Patient-Centered Communication and Shared Decision-Making on Patients' Satisfaction with Care Received in German Primary Care Practices." *BMC Health Services Research* 16(1): 450. doi:10.1186/s12913-016-1693-y
- Andersen, R. M. 1968. *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Andersen, R. M. 1995. "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36(1): 1-10. doi:10.2307/2137284
- Bernard, D. M., P. Johansson, and Z. Fang. 2014. "Out-of-Pocket Healthcare Expenditure Burdens among Nonelderly Adults with Hypertension." *The American Journal of Managed Care* 20(5): 406-413.

- Bodenheimer, T., E. H. Wagner, and K. Grumbach. 2002. "Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness." *Journal of the American Medical Association* 288(14): 1775-1779. doi:10.1001/jama.288.14.1775
- Chu, T.-B., T.-C. Liu, C.-S. Chen, Y.-W. Tsai, and W.-T. Chiu. 2005. "Household Out-of-Pocket Medical Expenditures and National Health Insurance in Taiwan: Income and Regional Inequality." *BMC Health Services Research* 5: 60. doi:10.1186/1472-6963-5-60
- Diamant, A. L., R. D. Hays, L. S. Morales, W. Ford, D. Calmes, S. Asch, ... and L. Gelberg. 2004. "Delays and Unmet Need for Health Care among Adult Primary Care Patients in a Restructured Urban Public Health System." *American Journal of Public Health* 94(5): 783-789. doi:10.2105/ajph.94.5.783
- Doty, M. M., R. S. Tikkanen, M. FitzGerald, K. Fields, and R. D. Williams II. 2021. "Income-Related Inequality in Affordability and Access to Primary Care in Eleven High-Income Countries." *Health Affairs* 40(1): 113-120. doi:10.1377/hlthaff.2020.01566
- Fenton, J. J., R. L. Kravitz, A. Jerant, D. A. Paterniti, H. Bang, D. Williams, ... and P. Franks. 2016. "Promoting Patient-Centered Counseling to Reduce Use of Low-Value Diagnostic Tests: A Randomized Clinical Trial." *JAMA Internal Medicine* 176(2): 191-197. doi:10.1001/jamainternmed.2015.6840
- Gallaway, M. S., T. Aseret-Manygoats, and W. Tormala. 2022. "Disparities of Access, Use, and Barriers to Seeking Health Care Services in Arizona." *Medical Care* 60(2): 113-118. doi:10.1097/mlr.0000000000001665
- Guagliardo, M. F. 2004. "Spatial Accessibility of Primary Care: Concepts, Methods and Challenges." *International Journal of Health Geographics* 3(1): 1-13. doi:10.1186/1476-072X-3-3

- Haggerty, J. L., R. J. Reid, G. K. Freeman, B. H. Starfield, C. E. Adair, and R. McKendry. 2003. "Continuity of Care: A Multidisciplinary Review." *BMJ* 327(7425): 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hargreaves, D. S., M. N. Elliott, R. M. Viner, T. K. Richmond, and M. A. Schuster. 2015. "Unmet Health Care Need in US Adolescents and Adult Health Outcomes." *Pediatrics* 136(3): 513-520. doi:10.1542/peds.2015-0237
- Komenaka, I. K., J. N. Nodora, L. Machado, C.-H. Hsu, A. E. Klemens, M. E. Martinez, M. E. Bouton, K. L. Wilhelmson, and B. D. Weiss. 2014. "Health Literacy Assessment and Patient Satisfaction in Surgical Practice." *Surgery* 155(3): 374-383. doi:10.1016/j.surg.2013.10.011
- Ku, Y.-C., Y.-J. Chou, M.-C. Lee, and C. Pu. 2019. "Effects of National Health Insurance on Household Out-of-Pocket Expenditure Structure." *Social Science & Medicine* 222: 1-10. doi:10.1016/j.socscimed.2018.12.010
- Lee, H. Y., H. Im, and K. K. Min. 2024. "Unmet Medical Needs and Influencing Factors among Korean Police Officers: A Cross-Sectional Survey." *BMJ Open* 14(8): e080494. doi:10.1136/bmjopen-2023-080494
- Lowther-Payne, H. J., A. Ushakova, A. Beckwith, C. Liberty, R. Edge, and F. Lobban. 2023. "Understanding Inequalities in Access to Adult Mental Health Services in the UK: A Systematic Mapping Review." *BMC Health Services Research* 23(1): 1042. doi:10.1186/s12913-023-10030-8
- Ludlow, T., J. Fookan, C. Rose, and K. K. Tang. 2024. "Out-of-Pocket Expenditure, Need, Utilisation, and Private Health Insurance in the Australian Healthcare System." *International Journal of Health Economics and Management* 24(1): 33-56. doi:10.1007/s10754-023-09362-z
- O'Malley, A. S., R. Sarwar, R. Keith, P. Balke, S. Ma, and N. McCall.

2017. “Provider Experiences with Chronic Care Management (CCM) Services and Fees: A Qualitative Research Study.” *Journal of General Internal Medicine* 32(12): 1294-1300. doi:10.1007/s11606-017-4134-7
- Organisation for Economic Co-operation and Development. 2021. “Doctors’ consultations.” <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> (Data visited: November 11, 2024)
- Qi, M., H. Santos, P. Pinheiro, D. L. McGuinness, and K. P. Bennett. 2023. “Demographic and Socioeconomic Determinants of Access to Care: A Subgroup Disparity Analysis Using New Equity-Focused Measurements.” *PLOS One* 18(11): e0290692. doi:10.1371/journal.pone.0290692
- Wallace, E., C. Salisbury, B. Guthrie, C. Lewis, T. Fahey, and S. M. Smith. 2015. “Managing Patients with Multimorbidity in Primary Care.” *BMJ* 350: h176. doi:10.1136/bmj.h176
- Walters, B. H., S. A. Adams, A. P. Nieboer, and R. Bal. 2012. “Disease Management Projects and the Chronic Care Model in Action: Baseline Qualitative Research.” *BMC Health Services Research* 12: 114. doi:10.1186/1472-6963-12-114
- Wammes, J. J. G., P. J. van der Wees, M. A. C. Tanke, G. P. Westert, and P. P. T. Jeurissen. 2018. “Systematic Review of High-Cost Patients’ Characteristics and Healthcare Utilisation.” *BMJ Open* 8(9): e023113. doi:10.1136/bmjopen-2018-023113

附錄一：應變項的描述統計： 可近性、醫療利用、與照護系統滿意度

依變項	2011		2021	
	N = 2,199	百分比 (%)	N = 1,604	百分比 (%)
可近性				
應就醫未就醫：過去12個月，請問您有沒有在生病或受傷時仍盡量避免去看醫生？感冒亦包括在內				
有	776	37.4	426	32.7
無	1,301	62.6	875	67.3
過去12個月沒受傷或生病				
不知道	122	—	303	—
您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？				
有	—	—	1,391	94.7
無	—	—	78	5.3
不知道	—	—	135	—
請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？				
能	—	—	1,365	87.8
不能	—	—	190	12.2
無法選擇	—	—	49	—
您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？				
能	—	—	1,021	65.5
不能	—	—	537	34.5
無法選擇	—	—	46	—

依變項	2011		2021	
	N = 2,199	百分比 (%)	N = 1,604	百分比 (%)
醫療利用				
過去12個月，請問您有 沒有在醫院或診所住院 過（包含住院生產）？				
有	236	11.8	134	11.2
無	1,766	88.2	1,061	88.8
跳答／不知道	197	—	409	—
過去12個月，請問您有 無看一次傳統或民俗療 法？				
有	745	35.9	286	22.0
無	1,332	64.1	1,015	78.0
跳答／不知道	122	—	303	—
請問您最近三年來有沒 有做過自費的健康檢 查？				
有	467	21.3	378	23.6
無	1,724	78.7	1,223	76.4
不知道	8	—	3	—
滿意度				
請問您滿不滿意上一次 去看西醫時所接受的診 療？				
非常滿意或很滿意	382	17.8	427	26.7
選擇其他選項	1,768	82.2	1,170	72.3
沒有看西醫／不知道 ／拒答	49	—	7	—
請問您滿不滿意上一次 住院時所接受的治療？				
非常滿意或很滿意	209	15.8	301	26.7
選擇其他選項	1,113	84.2	827	73.3
沒有住院／不知道／ 拒答	877	—	476	—

依變項	2011		2021	
	N = 2,199	百分比 (%)	N = 1,604	百分比 (%)
請問您滿不滿意上一次用的傳統或民俗療法？				
非常滿意或很滿意	153	10.8	143	18.1
選擇其他選項	1,261	89.2	646	81.9
沒有使用／不知道／拒答	785	—	815	—
整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統滿不滿意？				
非常滿意或很滿意	—	—	490	30.7
選擇其他選項	—	—	1,104	69.3
無法選擇	—	—	10	—
您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？ ^a				
有	—	—	1,391	94.7
無	—	—	78	5.3
不知道	—	—	135	—
請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？ ^b				
能	—	—	1,365	87.8
不能	—	—	190	12.2
無法選擇	—	—	49	—
您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？ ^b				
能	—	—	1,021	65.5
不能	—	—	537	34.5
無法選擇	—	—	46	—

註：^a「您認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務？」在原始問卷中的回答選項為「沒有」、「很少」、「一些」、「很多」、「無法選擇」及「不知道」，本研究重新編組為二元變項將「沒有」定義為「不認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務」，將「很少」、「一些」、「很多」皆定義為「有認為臺灣有人無法獲得他們所需要的醫療保健服務」，「無法選擇」及「不知道」則定義為遺漏值。

- ^b 「請問您覺得生重病時，能不能獲得最好的治療？」、「您覺得生重病時，能不能選擇到自己想要的醫生幫您治療？」在原始問卷中的回答選項為「一定能」、「多半能」、「一半一半」、「多半不能」、「一定不能」、「無法選擇」及「不知道」，本研究重新編組為二元變項將「一定能」、「多半能」、「一半一半」並定義為「能獲得最好治療」、「能選到自己想要的醫生」，將「多半不能」、「一定不能」定義為「不能獲得最好治療」、「不能選到自己想要的醫生」，「無法選擇」及「不知道」則定義為遺漏值。

附錄二：依變項的描述統計：照護系統滿意度（滿意選項重新分類編組）

依變項	2011		2021	
	N = 2,199	%	N = 1,604	%
滿意度				
請問您滿不滿意上一次去看西醫時所接受的診療？				
非常滿意、很滿意、滿意	1,867	86.8	1,507	94.4
選擇其他選項	283	13.2	90	5.6
沒有看西醫／不知道／拒答	49	—	7	—
請問您滿不滿意上一次住院時所接受的治療？				
非常滿意、很滿意、滿意	1,123	84.9	1,051	93.2
選擇其他選項	199	15.1	77	6.8
沒有住院／不知道／拒答	877	—	476	—
請問您滿不滿意上一次用的傳統或民俗療法？				
非常滿意、很滿意、滿意	1,129	79.8	679	86.0
選擇其他選項	285	20.2	110	14.0
沒有使用／不知道／拒答	785	—	815	—
整體來說，請問您對臺灣的醫療保健系統滿不滿意？				
非常滿意、很滿意、滿意	—	—	1,473	92.4
選擇其他選項	—	—	121	7.6
無法選擇	—	—	10	—

附錄三：依變項的羅吉斯迴歸估計結果 顯著性統整

安德森醫療利用行為模式	2011	2021
傾向因素		
人口學		
年齡	應就醫未就醫 (-) 傳統或民俗療法 (-) 自費健檢 (-) 住院 (+) 西醫滿意度 (+) 住院滿意度 (-)	應就醫未就醫 (-) 認為臺灣有人無法獲得需要的醫療保健服務 (-) 傳統或民俗療法 (+) 自費健檢 (-) 西醫滿意度 (-)
性別 (女性)	傳統或民俗療法 (+) 西醫滿意度 (+)	自己生重病能不能選擇到自己想要的醫生 (+) 認為臺灣有人無法獲得需要的醫療保健服務 (-)
社會經濟		
婚姻 (無偶)	傳統或民俗療法 (-)	自費健檢 (-) 住院 (-)
低教育程度	自費健檢 (-)	自己生重病能不能獲得最好的治療 (-) 認為臺灣有人無法獲得需要的醫療保健服務 (-) 自費健檢 (-) 西醫滿意度 (-) 住院滿意度 (-) 健保系統滿意度 (-)
始能因素		
社會經濟		
偏鄉地區	應就醫未就醫 (-) 傳統或民俗療法 (-) 住院 (+)	應就醫未就醫 (+)
家庭收入	自費健檢 (+)	自費健檢 (+)

安德森醫療利用行為模式	2011	2021
需求因素		
主觀需求		
自覺健康狀況（不好）	傳統或民俗療法（+） 住院（+） 西醫滿意度（-） 住院滿意度（-）	西醫滿意度（-） 住院滿意度（-） 健保系統滿意度（-） 自己生重病能不能選擇到自己想要的醫生（-）
客觀需求		
有慢性病（有）	傳統或民俗療法（-） 住院（+）	住院（+） 西醫滿意度（+）

Ten-Year Changes in Healthcare Utilization Among Taiwanese Residents and Its Relationship With Demographic and Socioeconomic Factors: Access to Care, Healthcare Utilization, and Satisfaction With the Healthcare System

Ching-Ching Claire Lin* Chen-Yang Wang**

Abstract

With Taiwan on the verge of becoming a society with population of advanced age, healthcare utilization in Taiwan has been increasing. The present study has compared access to care, healthcare utilization, and patient satisfaction with the healthcare system in Taiwan as it has evolved from 2011 to 2021. Guided by the Andersen Model of Healthcare Utilization this study analyzed data from the health module of the Taiwan Social Change Surveys for 2011 and 2021 utilizing multivariate logit regression, and thus estimated marginal effects of selected predisposing factors (demographics), enabling factors (social-economic status), and needs factors (health status) on various access, utilization, and satisfaction outcomes in both years. The

* Assistant Professor, Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University; Master of Public Health Program, National Taiwan University Population Health Research Center, National Taiwan University. Corresponding author.

E-mail: ccclin@ntu.edu.tw

** Ph.D Student, Institute of Health Policy and Management, National Taiwan University.

E-mail: jumbo6514@gmail.com

study results showed that, over the past ten years, likelihood of delayed care decreased, traditional medicine use decreased, self-pay physical examination use increased (though not significantly), and hospitalization rates remained relatively stable. Results also showed that satisfaction with Western medical care, hospitalization, and traditional medicine have generally increased from 2011 to 2021.

Most demographic and social-economic factors were associated with access and primary care utilization outcomes, with their effects varying between 2011 and 2021. Urbanization had an opposite effect on accessibility in 2021 compared to 2011. Demographic and social-economic factors were associated with traditional medicine use and self-pay physical examination utilization. In 2011, hospitalization was associated with age, urbanization, and household income, but their marginal effects were no longer significant in 2021. Satisfaction outcomes were associated with education level. While access, utilization, and satisfaction generally improved during the past decade, social-economic factors are still important determinants of some of those outcomes. Identifying the vulnerable population and addressing their specific needs should be the policy priority in the next ten years.

Keywords: demographic and social-economic factors, access to care, healthcare utilization, satisfaction with the healthcare system, health disparity