RRPG88B00089(36.P)

計畫編號：DOH88-TD-1057

行政院衛生署八十八年度委託研究計畫

實施醫藥分業，民眾就醫與取藥行為之改變分析：不同醫療資源區、不同層級醫療單位的研究

委託研究成果報告

執 行 機 構：私立台北醫學院

計 畫 主 持 人：李儒卿

研 究 人 員：陳品玲、蔡尚穎

執 行 期 限：87年7月1日至88年6月30日

＊＊本研究報告僅供參考用，不代表本署意見＊＊

背景與目的：全民健保實施 2 年後將推廣的醫藥分業制度，乃對民眾求醫習慣重大衝擊的變革。由於醫藥分業制度乃世界潮流與政府既定政策，但目前於北、高兩市推廣之成效有限，顯示民眾的認知與就醫取藥行為的傾向值得進一步研究。為使此醫藥分業制度於推行後，能有效獲得民眾的認同配合且達到預期的目標，本研究乃欲由不同醫療資源區、不同層級之醫療單位，針對就醫民眾進行調查，探討醫藥分業後民眾之就藥及取醫行為之改變。

研究方法：由於受到醫藥分業制度影想最大的民眾，乃慣於基層醫療單位就醫者（社區診所、衛生所或群醫中心）。因此本研究針對北、中、南之區域級以上醫院、中型綜合醫院與診所為收集樣本來源，並於同一研究地點進行宣導，於宣導前、後各進行一次問卷調查。

結果與發現：共 16383 位就診者接受對於醫藥分業的問卷調查。結果為：樣本來源基層醫療院所佔 44.3%，中型級醫院 28.6 %，區域級以上醫院 27.1 %，其中北部個案佔 34.5%、中部 22.9 %、南部 42.6 %。對於醫藥分業完全清楚者只佔 5.5 %，實施醫藥分業以後會改變就醫處所者有 34.7 %，常於診所衛生所就醫者共 4342 位有 1748 位(40.3%)表示將會改變就醫處所至有藥師之大型醫院；若以宣導之前後期加以區分宣導前有 8317 位個案接受問卷調查，其中實施醫藥分業之後會覺用藥不安全者有 38.6 %，覺會安全者有 22.2 %；宣導後有 8066 位個案，覺不安全者有 46.2 %，覺會安全者有 14.7 %；所有個案中 90.5 %受訪者擔心藥師不會按照醫師處方給藥；而無藥師把關擔心醫師處方錯誤者有 30.6 %；會自行到藥房購買藥物之種類以及比率如下：鎮靜或安眠藥 9.0 %、腸胃藥 35.3%、外用藥膏或藥水

26.3%、治感冒成藥 16.8%、抗生素或消炎藥 10.8%、慢性病藥 15.1%、健康食品或維他命 42.4%。

結論：

1.本研究發現民眾對於醫藥分業之了解仍然不足，而進一步了解醫藥分業之後反而增加對於此制度之不安全感，其癥結在於藥師之專業形象目前無法與醫師相提並論，且一般印象醫藥分業前醫師與藥師之對立可能造成民眾疑慮。

2.上述之疑慮主要擔心藥師未依醫師處方給藥，此外對於取藥之不方便性也會導致原本於基層醫療院所就醫者，轉往較大醫院而增加醫療支出。

3.對於醫藥分業推行之後，於醫療資源充分的地區或曾經使用過中大型醫院的民眾，最易減少其使用診所等基層醫療單位就醫，民眾其取藥的便利性以及原本習慣於就醫取藥同一地點，似乎會凌駕醫藥分業所要標榜用藥安全性以及自由選擇調劑處所等，兼顧醫藥分業政策所要達成的目標，又兼顧民眾的就醫習慣以及便利性是醫藥分業成功與否的重要關鍵。

4.藥房目前販售之醫師處方用藥尚未完全得以掌控，且太多之健康食品與維他命之販售，會破壞健保藥房所扮演之專業形象，間接減低民眾前往藥房取藥之意願以及信賴度。

建議：針對健保藥房應加強專業形象以及品牌認證，藥師之再教育制度均可提高藥局藥師之專業形象，且嚴格要求藥師必須親自調劑藥物，且以國人目前就醫習慣似乎立刻進行醫藥分業可能會導致醫療支出增加，如果推廣診所與鄰近

藥房之合作關係或特約關係，建立醫師與藥師之密切合作形象，應可順利推廣醫藥分業制度，若不然診所聘請專業藥師也是權宜措施。

目前對於私自販售醫師處方藥，應該加重罰則甚至可以吊銷執照為警惕，提振一般民眾對於專業守法之藥局的信賴度以及使用率，如此一來才能確保民眾用藥安全。

The National Health Insurance (NHI) Program has carried out for more than two years. To protect the consumer's right of knowing medicine and thus to ensure the safe use of medicine, separation of dispensing practice from medical practice is planning and will be promulgated in the next year. The policy of dispensing away from physician is believed to be a great impact on peoples and medical care system in Taiwan. For the sake of successfully promoting the new system, the aims of this study are to investigate the changes of the peoples whom asking for medical help and getting the medicines in the future. The focus put on the population treated at basic medical care units, e.g. local medical clinic, health station, and group practice center.

Method and results:

There are 16383 help-seeking patients collected 44.3% from health stations as well as local medical clinics, 28.6% district teaching hospital and 27.1%regional hospital or medical center. A structurally well-validated questionnaire is personally given to the subject after being well introduced the system of "dispensing away from physician". There are 22.2% of the subjects representing positively secure attitude to the system of "dispensing away from physician". Approximately one third of the subjects or the clinical population of basic medical units probably turn to general hospital for medical aids. More than 90% of the subjects are worry about the medicines taken from pharmacy disobedient to physician's prescription. By the way, the prescribed drugs is easily bought from pharmacy without description.

Conclusion and suggestion

1. The doubts of the general population with respect to the new medical care system is still predominant. The professional role of pharmacist and the tight cooperation between physician and pharmacist are the significant steps for developing the new system.

2. If not, under the new system, the population usually utilizing basic medical unit may turn to general hospital and increase the cost of medical aids of government.

3. The effective control and supervising the sale of prescribed medicine from pharmacy has the value to lead to the success of the system of separation of dispensing practice from medical practice.

前言

醫藥分業制度已經在台灣地區部份實施，此制度勢必影響及民眾就醫、取藥的習慣改變。根據全民健保規劃小組的設計，醫藥分業制度的實施期待可以達到杜絕醫療資源的浪費、減少藥品的濫用、使民眾不再隨便吃藥、抑止虛報行為進而減輕保險財務負擔。此外能保障民眾之六大醫療權益：維護健康、好的醫療照顧、被尊重、知所服藥物、自由選擇調劑處所與節約醫療費用（劉宜君， 1994 ）。

然而由於長久以來民眾習慣由醫師診斷、治療、給藥集於一手，且普遍具有「有病治病、無病補身體」的觀念；加諸於社區藥局未建立專業功能，且九成以上隨意販售處方藥（洪永泰等， 1987;1988 ），以致民眾濫服藥物的情況嚴重；在此醫療環境下，均使醫藥分業的實施成效將受到影響。由於醫藥分業是世界性的醫療趨勢，因此為順利推廣此一制度，民眾的用藥習慣以及醫療行為在實施醫藥分業後的改變值得加以探討。其相關議題如下：

1. 國內目前相關研究報告有限。

全民健保實施已屆 2 年半，在規劃醫藥分業之實施過程中，對於民眾日後用藥習慣以及求醫行為之影響，有報告顯示：半數民眾願意到社區藥局調劑； 73.9%民眾認為醫療費用會上漲但仍有 77.4%認為醫療品質會提高； 50.4%反對醫師交出針劑權； 79.7%認為病人應有權利選擇在醫院藥局或社區藥局調劑（張永源， 1995 ）。由此結果可看出，民眾雖仍有所疑慮但應能接受醫藥分業的制度；然而尚不能完全改在社區藥局取得藥物。但該研究對於病患日後求診取向的醫療院所型

態、服藥習慣以及醫療行為的變化未加以調查，故目前尚未有足夠的報告顯示民眾對醫藥分業後的求醫習慣改變。

國內研究發現（石曜堂等, 1994 ）保險介入確實誘發有保險者利用較多之醫療資源，故於實施醫藥分業，民眾就醫的頻率會增加或減少？習慣於診所就醫之民眾，對醫藥分業的態度如何？是否因就醫與取藥的處所不同，而會轉向大型醫院？對醫師或藥師的信賴度或滿意度有何不同？

由於醫藥分業的實施直接影響診所或基層醫療單位，由群醫中心的研究發現（許志成等, 1996 ）：「需要因素」為高度使用門診的最重要因素，因此在實施醫藥分業下，對求醫者而言其優點雖為可自由選擇調劑處所、保障用藥安全；其缺點可能造成民眾取藥不便（丁庭宇, 1992 ），而轉往較大型之醫院求醫，反致增加醫療資源的浪費。此外「需要因素」包含心理與生理的需要（ Tanner et al., 1983; Wolinsky et al., 1983; McFarland et al., 1985 ），因此民眾求醫未必是取得藥物，而是獲得關懷與照應。故醫藥分業之後，病患是否將從藥師的藥物諮商或醫師的診察獲得心理的滿足，也將影響其求助行為的傾向。

目前就醫的民眾，均已習慣診察與取藥於同一醫療地點。醫藥分業後，對習慣於基層診所就醫的民眾衝擊最大，其自認最理想、便利的就醫型態如何？值得作為規劃社區藥局或聯合診所等的參考。

國內研究指出：社區藥局的行銷與活動附加保健服務，可增加病患的滿意度、藥局營業額與顧客成長數（張世憲, 1994 ）。國外研究則發現有專業藥師駐診的家

庭醫師診所，可減少病患由藥局再轉回診所就醫或由診所轉往大醫院的頻率、增加病患對醫療處置的配合度（ appointment compliance ）、亦增加藥師與醫師的收入，顯然對於病患就醫的便利性與醫師藥師工作的滿意度都有提昇（ Chrischilles et al. 1984 ）。在目前西醫門診與西藥房分別為民眾最常利用的醫療處所，因此如何重新調整兩者在社區的功能與角色，亦將影響醫藥分業的落實。

由於取得醫師處方簽以及獲得藥物的管道增加，醫藥分業是否將導致用藥更浮濫？甚至增加管制藥物的濫用率？

國內相關研究報告一再證實基層醫療用藥浮濫之現象，而形式上已分業之醫院則較正常（張鴻仁， 1993 ）。然而台灣地區的醫師有 67.8%認為：實施醫藥分業制度不可能改善醫療用藥浮濫的情形（丁庭宇, 1992 ）。由實施醫藥分業制度的國家其研究報告（ Menard et al., 1993 ）指出；在藥局購藥的民眾 62.2%為醫師處方、 29.4%為自行用藥（ self medication ）、而僅 8.4%為藥師建議用藥，消費群以年輕者最多(20 -40 歲)。而年紀輕則為藥物濫用的危險因子之一，可見在接近 3 成的購藥者中可能有部份的病患易致藥物濫用的情形。由衛生署或媒體的報導亦可發現強烈鎮靜劑(FM2)、尚屬禁藥的墮胎藥 RU-486 或保力胺 S 等，目前在一般藥局或藥房均可買到（劉宜君， 1996 ）；且目前處方用藥的販售尚無法有力規範之下，藥品流通管理體系未有效建立之前（蕭美玲， 1994 ），醫藥分業後更多的管制藥品下放到基層醫療單位後，可藉由專業藥師把關而管制目前的藥品浮濫？或民眾因獲得更多管制藥品的管道而造成藥物濫用？均尚無定論。目前嚴格管制的藥品如鎮靜劑、安眠藥、 phenylbutazone 、 ephedrine 、 methylephedrine 或

pseudoephedrine，在民眾自行購得或將來會傾向自行購買的情形，可能與目前或日後藥物濫用有關；因此必須就民眾於醫藥分業後，獲知更多取得處方用藥或管制藥（尤其是鎮靜劑、止痛劑）來源下，會自行購買的藥物種類為何？何種情況下會自行用藥？來推估藥物濫用或浮濫用藥可能的趨勢。

全民健保的實施至今，民眾的滿意度已明顯昇高達六成以上，且平均就醫頻率已較往年下降，由此顯示制度的改變會影響求醫的行為。而醫藥分業的實施成功與否，與民眾的認同以及求醫行為的適應息息相關。

北高兩市實施醫藥分業以後，處方箋釋出比例偏低且社區藥局發揮的功能成效不彰

即將推動公立醫院釋出處方箋或全國性實施醫藥分業前，應加以了解此一制度下民眾的反應，再針對此制度對國人就醫取藥習慣的衝擊加以修正，才能落實此一制度的推展。

因此本研究即將針對醫藥分業此重大之醫療型態的轉變下，探討民眾之用藥與求醫行為之可能改變模式。尤其此制度下影響最大者乃慣於在基層醫療單位就醫的民眾以及社區診所，因此取樣的來源是診所、衛生所的病患，再與地區醫院、區域醫院之病患加以比較，並考慮都市、城鎮、鄉村不同的聚落與醫療資源型態進行研究。

研究目的

（１）民眾心目中隊醫藥分業制度的了解與態度

（２）實施醫藥分業後就醫傾向，是否會有因取要的方便而轉往大型醫院？

（３）民眾購藥與藥房販售處方藥以及其他藥品之情況

樣本來源與研究地點：

一. **衛生所暨群醫中心：**（醫療資源缺乏區、現有專任藥師協助醫療的基層單位）

1. 南投縣； 2. 屏東縣

二. **醫師執業之診所：**（無專任藥師；醫師調劑藥物的基層單位）

1. 未實施醫藥分業的縣市：台南市、南投縣

2. 目前已實施醫藥分業之台北市

三. **公、私立地區級教學醫院：**

台南市、南投縣、台北市。

四. **公、私立區域級以上醫院：**

台南市、台中縣、台北市

研究對象：

於上述醫療單位就診的病患或家屬：

病患---若病患其能力足以單獨就醫者則由患者本人接受問卷調查；

家屬---若患者必須仰賴他人協助方能就醫者，如兒童、老人、重症患者、或心智功能退化者，因醫藥分業後，對於協助/陪同病患就醫者的影響最大，故由該協助就醫者（通常是家屬/親友）協助病患接受問卷調查。本研究於分析結果時亦可將進一步加以區分。

研究方法：

以結構式問卷調查法。

研究步驟：

1. 問卷設計：（見附錄）

製作可在數分鐘內完成之問卷（預期接受問卷調查者可於候診的時間內完成），問卷內容涵蓋

(1)人口學基本資料；病患目前身體罹患之疾病，以及就診之主要問題。

(2)目前對醫藥分業制度的了解程度；醫藥分業後的就醫取向

(3)醫藥分業後可能的改變。

(4)會自行購買的藥物種類為何。

(5)民眾遭遇專業藥師與醫師對於用藥指導與解釋有差異時，其對於兩者的信任度差異。

(6)針對醫藥分業預期之目標維護健康、好的醫療照顧、被尊重、知所服藥物、自由選擇調劑處所以及節約醫療費用，民眾的認同程度。

由七位專家進行專家效度檢測。

所設計之問卷，將隨機選擇 40 位個案填寫問卷，並於兩週後再請其填寫同一問卷，比較前後之差異以測量該份問卷之穩定度。

2. 研究訪視員之訓練

研究員之訓練：

專任助理一位於研究進行前先至衛生署收集資料，以便深入了解醫藥分業制度，申請或製作醫藥分業宣導資料；必要時邀請專家對於參與研究者進行專題演

講。於研究進行處所，區域醫院或地區醫院，除本研究之研究員亦請該院門診護理人員協助進行問卷調查，故於研究進行前，針對臨時之研究員解說問卷使用法。

4. 實地進行調查：

一、各科診所或衛生所：

加強醫藥分業宣導前

基層醫療單位固定選擇每週一上、下午以及晚上，由研究員會同該醫療單位的門診護理人員針對全天就診的所有病患，進行問卷調查。

宣導

完成第一次之問卷調查後，隨即於該醫療單位張貼衛生署製作之醫藥分業海報，並置放醫藥分業之宣傳資料，供病患後診時自由取閱。

醫藥分業宣導後，之追蹤調查

於第一次問卷調查後 5 週的週一，研究員重新至該醫療單位進行問卷調查。

二、區域醫院或地區級教學醫院：

醫藥分業加強宣導前

研究員/或臨時助理分別在內、外、婦、兒、耳鼻喉與家醫科門診，選擇週一全日上、下午與夜間門診所有就診民眾，病患至門診報到時則交付本研究問卷，因綜合區域醫院可能門診量較大，故由研究員或助理進行回收，並於取藥處設立問卷回收處）。另選擇該科主任門診時段，進行另一次問卷調查。

宣導

於該科門診或該院醒目處（如掛號處或藥局），張貼醫藥分業之海報；於門診後診室置放衛生署製作之宣導資料

醫藥分業後之追蹤調查

於第一次之問卷調查後第 4 週同一門診時段（說明：慢性病通常開立 4 週的藥，以便個案於同一時段回診），6 位研究員/或臨時助理於病患辦理門診報到時，除比照第一次進行方式回收問卷外，並於候診室設立詢問處，由研究人員提供受訪者必要的訊息）

結果

本研究總共 16383 位就診者接受問卷調查，就問卷內容之各結果如下

就診原因：

突發性疾病者	外傷	慢性病
35.8 %	14.7 %	49.6

你了解何謂「醫藥分業」嗎？

完全不清楚	部份知道	完全知道
38.6 %	55.9%	5.5^%

※可見醫藥分頁的宣傳仍待加強

你最常就醫的醫療院所為何？

藥房自行購藥	診所、衛生所	中型綜合醫院	大醫院、醫學中心
21.1%	26.5%	38.2%	14.2%

* 由此可見中型以上的醫院為大多數民眾習慣就醫之處；但自行購藥與前往基層醫療院所者也不在少數。

如果實施醫藥分業，導致在診所看病後必須到別處取藥，你會改變習慣前往有藥

劑師的較大醫院就醫嗎？

會改變	不受影響
34.7%	65.3%

※若就醫與取藥之場所分開可能改變三分之一的人之就醫習慣，此比例接近於常至基層醫療院所就醫者所佔比例。

※若由樣本來源為基層醫療院所就醫者(7258 位)，其中會改變就醫習慣者則佔 20.0 %。

※常於診所衛生所就醫者共 4342 位有 1748 位(40.3%)表示將會改變就醫處所至有藥師之大型醫院。

※上述會改變就醫場所者中 34.9 %表示會擔心藥師不照處方簽給藥、 36.2 %會擔心醫師處方有問題沒有藥師把關。

你認為醫藥分業可以增加用藥的安全增加保障嗎？

會	不一定	不會
18.5%	39.2%	42.3%

* 若以宣導之前後期加以區分宣導前有 8317 位個案接受問卷調查，其中覺不安全者有 38.6 %，覺會安全者有 22.2 %；宣導後有 8066 位接受調查者，覺不安全者有 46.2 %，覺會安全者有 14.7 %。

如果持醫師處方治藥房拿藥，你是否擔心藥師不會完全照醫師處方給藥？

會	不會
90.5%	9.5%

如果沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量不正確？

會	不會
30.6%	69.7%

如果藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰？

醫師	藥師
84.0%	16.0%

你通常會自行到藥房購買哪些藥物？(複選)

少到藥房	止痛或退燒劑	鎮靜或安眠藥	腸胃藥	外用藥膏藥水	治感冒成藥	抗生素消炎藥	慢性病藥	健康食品、維他命
7.9%	38.3%	9.0%	35.3%	26.3%	16.8%	10.8%	15.1%	42.4%

※私自買賣醫師處方藥的情況嚴重，尤其是鎮靜安眠藥、抗生素、止痛藥、慢性病用藥

※購買健康實品以及維他命為民眾使用藥房之主要目的，會降低藥局之專業形象

※藥房販售之藥品仍然無法完全加以管控

表 6.未推廣醫藥分業前，於各不同醫療資源區、民眾對於醫藥分業之後表示可能改變就醫習慣的情形

	會改變 N(%)
北部(N=3120)	2183(70.0)
中部(N=1860)	1586(85.3)
南部(N=3337)	1924(57.7)

表 7.上述不同醫療資源區、於醫藥分業之後可能改變求醫處所至大醫院者，其原慣於使用之不同層級醫療醫療單位的分布

	北部 (N=2183)	中部 (N=1586)	南部 (N=1924)
醫學中心	220(10.9%)	411(32.8%)	351(20.7%)
中型醫院	858(42.6%)	368(29.4%)	1003(59.2%)
診所衛生所	934(46.4%)	474(37.8%)	340(20.1%)

※原本於中型醫院者似乎更傾向於前往有藥劑師給藥的醫院就診，醫藥分業可能將減少原本偶而會使用診所的民眾更不會前往診所就醫。

由於預計醫藥分業主要衝擊於基層醫療院所就醫之民眾，可能將轉往較大醫院由表 9 可以發現會改變就醫處所之比例極高，但表 7 顯示以北部地區之習慣於診所衛生所就醫者其傾向於中、大醫院的機會最高，反之南部地區民眾原本慣於診所就醫者轉往大醫院之比例最低，由表 7 可推測醫療資源越豐富（以大台北地區為例），民眾選擇就醫的場所機會越多，則醫藥分業越可能導致改變原習慣於診所衛生所就醫的習慣，前往中大型醫院可同時就醫與取藥。以表 8 進一步分析。

表 8.以北部醫療資源充足區域為例，就宣導期前 3120 位受訪者中， 70%會改變就醫習慣(N=2183)，就受訪者來源進一步加以分析

原本習慣之就醫場所\調查個案來源	醫學中心 (N=97)	區域醫院 (N=670)	基層醫療 (N=1416)
	N(%)	N(%)	N(%)
醫學中心	12(12.4)	195(29.1)	13(0.9)
中型醫院	57(58.8)	450(67.2)	351(24.8)
衛生所 診所	26(26.8)	16(2.4)	892(63.0)
藥房自行購藥	2(2.1)	9(1.3)	160(11.3)

由此可見於醫療資源充足的北部地區，民眾因可以選擇的就醫處所多，因此本次問卷調查就會轉往較大醫院者加以分析，以受訪者來自於基層醫療單位就醫者人數(N=1416)最多。收案地點亦顯示大部分病患其醫藥分業前，就醫取向大致符合

慣於使用較大醫院者即前往較大醫院。

※這群將會改變前往藥劑師調劑藥物之中大型醫院者（可能原本偶而或習慣使用診所衛生所者），原本慣於診所衛生所就醫者佔最多達 892 位個案，且佔所有會改變者之 40.9%，可見醫藥分業若於醫療資源充足以後才加以實施，可能反而導致病患前往中大型醫院就醫。

進一步進行交叉分析，以勝算比顯示，就不同受訪個案來源，加以探討習慣於何種醫療單位就醫之民眾其改變就醫處所的機會最高

表 9.受訪者來自醫學中心

慣於使用之醫療處所	Odds ratio	95% Confidence Interval
藥房自行購藥	0.439	0.349-0.551
診所衛生所*	3.193	2.733-3.730
中型醫院	0.355	0.322-0.392
醫學中心	1.065	0.936-1.211

表 10.受訪者來自區域醫院

慣於使用之醫療處所	Odds ratio	95% Confidence Interval
藥房自行購藥	0.798	0.750-0.850
診所衛生所**	1.421	1.333-1.515
中型醫院*	1.204	1.140-1.271
醫學中心	0.601	0.574-0.629

表 11.受訪者來自基層醫療

慣於使用之醫療處所	Odds ratio	95% Confidence Interval
藥房自行購藥	1.020	0.892-1.166
診所衛生所	0.278	0.254-0.304
中型醫院*	1.930	1.736-2.147
醫學中心**	23.074	13.423-39.662

表 9, 10 顯示若受訪者來自於非基層醫療單位(區域醫院或醫學中心)的民眾，其原本慣於診所衛生所就醫者，均易轉往大醫院；而個案來源若來自基層醫療單位者，但慣於使用中大型醫院者易改變以大醫院為主要就醫處所

表 11 顯示受訪者來自基層醫療單位且慣於使用診所衛生所者，推測其應很少使用中大型醫院，而一貫使用基層醫療單位，故較無法加以區別大型醫院就醫與診所衛生所的差別，故即使醫藥分業取藥地點改變仍會以診所衛生所為主要就醫來源，另外可能因素為若於醫療資源不充足區民眾可能因別無選擇大醫院之機會只好繼續維持原來的就醫習慣

※由此可知只要使用過或慣於至有配置藥師之中大型醫院就醫者，即傾向於於醫藥分業之後前往有藥師的醫院，可能無法造成小病看小醫院，大病看大醫院的習慣。

※慣於藥房自行購藥者，似是最不受醫藥分業影響就醫取藥行為的一群民眾。

※討論

本研究發現有三分之一的民眾完全不清楚醫藥分業的實施內容以及對於民眾之利弊，而完全知道者僅佔 5.5 %；以本研究群的年齡分布以及北、中、南部的調查可見：醫藥分業的介紹以及政策上的推廣仍待加強。

此外當研究對象對於實施醫藥分業之後，若拿醫師處方簽至非原就醫處所的藥房領藥，幾乎全部的研究對象(90.5%)均會擔心藥師不完全照醫師處方給藥，而沒有藥師把關的診所僅約三分之一擔心醫師開錯藥，而以醫師與藥師對於藥物的說明，仍然絕大多數之研究對象相信醫師(84%)；且認為實施醫藥分業以後用藥安全會增加者僅有 18.5 %，由此可見實施醫藥分業民眾仍然擔心用藥的安全。而若藥師無法充分配合醫師，或社區藥局的藥師若無法取得民眾的信賴，實施醫藥分業未必會使民眾覺得安全

即使本研究加以宣導前後比較，覺得不安全者於宣導前為 38.6%，覺得安全者為 22.2 %，當進一步讓研究對象了解醫藥分業制度之後，覺得不安全者反而增加為 46.2 %，覺得安全者反減少為 14.7 %，可見目前醫藥分業的制度仍然需要加以調整，上述現象雖然可能與台灣長期以來民眾對於醫師的專業性信賴度高，而一般販售藥物的藥房未必有專業藥事人員主持，因此造成專業性信賴度如此懸殊之大，如何提高藥師之專業性或形象可能也是減少此種差異的必須步驟。

對於實施醫藥分業之後衝擊最大者為基層醫療機構就醫之病患，本研究有約三分之一個案會改變就醫處所，若加以分析原本選擇診所衛生所就醫者，即有

40.3 %將會改變至有藥師之較大醫院就醫；而本研究取樣於基層醫療院所之樣本也有 20 %表示會改變就醫場所，此結果顯示醫藥分業之後的確會導致基層醫療院所流失病患，取藥地點改變會致病患轉往大醫院而消耗更多之醫療資源或增加對於就醫之醫療給付。民眾會改變前往大醫院就醫之主要因素，也可能是因為上述結果：大部分個案擔心藥師無法完全按照醫師處方簽給藥，或當用藥上有疑義時藥師無法增加病患之信賴。此結果顯示病患對於實施醫藥分業之後的認知不足以及安全感不夠，政府應針對基層醫療就醫者加強宣導。

此外，日前醫師、藥師分別為爭取調劑權而上街頭抗議，彼此互相對立的新聞報導，可能也會造成民眾對於醫師藥師無法充分合作的負面影響，造成對於給藥的擔心因此加強醫師與藥師之合作形象也是相當重要。

實施醫藥分業的主要條件之一，乃必須醫療資源充足，包括藥房以及醫療院所的分布達一定水準。然而本研究發現，若以大台北地區視為較其他兩地區醫療資源充分，包刮醫學中心的數量以及區域醫院以及各型中型醫院較多且交通較便利等客觀環境因素，反而造成實施醫藥分業之後民眾容易改變前往中大型醫院就醫，勢必造成使用在就醫地點取得藥物的病患流失，轉而朝向中大型醫院。如此將可能造成更大的醫療成本支出，因此，在考量減少病患前往大型醫院浪費醫療資源之下，考慮讓診所可以提供民眾取藥的便利性，也是醫藥分業推廣前值得注意的事。

此外由表 9-11 可以發現凡是曾經至中大型醫院就醫或慣於以中大型醫院為主要就醫形態者，若至診所就醫而無法同一地點取藥，則越容易導致醫藥分業

實施以後，減少繼續使用診所就醫而前往可以同時就醫與取藥的中型以上醫院。綜合表 8-11 對於醫藥分業之後持續於診所衛生所就醫者，其可能的因素為當地的醫療資源不充足，個案無至中大型醫院就醫的機會，選擇性小，病患可能想改串所但礙於環境因素而必須選擇於無藥師之地點就醫、以致造成在不同醫療資源區會有不同的趨勢，相關之因素可需要進一步加以探討，尤其本研究只是以問卷進行，大部份地區尚未進行醫藥分業，故民眾無法完全表示其對於此制度的意見。

對於民眾自行購藥的習慣發現：屬於處方用藥之鎮靜安眠藥、抗生素消炎藥、止痛藥、治療高血壓等慢性病之藥物，由藥房自行販售的情況依然相當普遍。上述藥劑對於販售之限制以及藥房之自律仍然鬆懈，因此醫藥分業對於一般在基層醫療院所就醫之民眾取得藥物可能造成不便或增加其不安全感；對於常使用藥訪自行購藥者又可能因為藥房配備更多之藥劑種類，而更易輕鬆取得其他之醫師處方藥，此種負面的結果應非實施醫藥分業後所樂見之現象，因此對於藥房販售藥品嚴格管理是實施醫藥分頁能否成功之關鍵之一。

此外，藥房不但需提高其專業形象，其守法之精神也應加強，國人守法觀念薄弱，對於隨意販賣非醫師處方藥之藥局將破壞醫藥分業之成果，因此當施以重罰取締。此外本研究亦發現：買賣健康食品以及維他命類之藥物，已成為民眾自藥房購買之藥物之主流，此種現象雖與國人有「食補」之觀念有關，然而上述健康食品往往有誇大療效，販售上述藥物其實可能會降低藥師之專業性，因此對於上述藥品之管理也應加強。

結論

1.本研究發現民眾對於醫藥分業之了解仍然不足，而進一步了解醫藥分業之後反而增加對於此制度之不安全感，其癥結在於藥師之專業形象目前無法與醫師相提並論，且一般印象醫藥分業前醫師與藥師之對立造成民眾疑慮，上述之疑慮主要擔心藥師未依醫師處方給藥，而藥師無法與醫師充分配合。

2.此外對於取藥之不方便性也會導致原本於基層醫療院所就醫者，轉往較大醫院而增加醫療支出。

3.對於醫藥分業推行之後，於醫療資源充分的地區或曾經使用過中大型醫院的民眾，最易減少其使用診所等基層醫療單位就醫，可能會妨礙「小病看小醫院，大病看大醫院」的推廣，民眾其取藥的便利性以及原本習慣於就醫取藥同一地點，似乎會凌駕醫藥分業所要標榜用藥安全性以及自由選擇調劑處所等，因此如何兼顧醫藥分業政策所要達成的目標，又兼顧民眾的就醫習慣以及便利性是醫藥分業成功與否的重要關鍵。

4.藥房目前販售之醫師處方用藥尚未完全得以掌控，且太多之健康食品與維他命之販售，會破壞實施醫藥分業之後藥房所扮演之專業形象，間接減低民眾前往藥房取藥之意願以及信賴度

建議

針對結論 1 、 2 ，建議目前之健保藥房應加強專業形象以及品牌認證，對

於無藥師主持之藥房或藥師無法親自調劑藥物之情況，均不得交付醫師處方藥物，且嚴格要求藥師必須親自調劑藥物。且可比照專科醫師之再教育，藥師之再教育制度均可提高藥局藥師之專業形象。

針對結論 3 以國人目前就醫習慣，似乎立刻進行醫藥分業可能會導致醫療支出增加，如果推廣診所與鄰近藥房之合作關係或特約關係，建立醫師與藥師之密切合作形象，應可順利漸進推廣醫藥分業制度，若不然診所聘請專業藥師也是權宜措施。

針對結論 4 ，目前對於私自販售醫師處方藥不但危害國人健康，也會破壞醫藥分業制度之成功，應該加重上述行為之罰則，重者甚至處以吊銷執照為警惕，提振一般民眾對於專業守法之藥局的信賴度以及使用率，如此一來才能確保民眾用藥安全。

參考文獻

王乃弘，黃松共：民眾對選擇醫院因素及態度之研究-以中部數家醫院為例。醫院 1996 ； 29(2)： 1-15 。

周瑞玲，林明珍：某地區教學醫院住院病患對醫院服務品質滿意度之調查分析。醫院 1996 ； 29(3)： 5-13 。

張永源，彭美熒：實施醫藥分業對國內醫療環境的影響。醫院 1995 ； 28(4)： 5-11 。

劉宜君。杜絕醫療資源的浪費：談全民健康保險政策中醫藥分業制度。衛生報導 1994 ;4(5): 9-17

劉宜君：推動醫藥分業的尖兵-健保特約藥局。衛生報導 1996 ； 6(6)： 12-18 。

張鴻仁：醫療保險與藥品。衛生報導 1993 ； 3(7)： 11-19 。

蕭美玲：由藥事法之實施談對藥品流通管理體系之衝擊。衛生報導 1994 ； 4(2)： 17-20 。

石曜堂，葉金川，揚漢 泉等：台灣地區國民自付醫療費用調查： 1992 年國民醫療保健支出調查之初步發現。

許志成，季瑋珠：門診高度使用者之特性：以大溪鎮群醫中心門診病人為例。中華衛誌 1996 ； 15 ： 91-96 。

洪永泰：社區藥局處方調劑能力與服務品質之再評估。 1987 行政院衛生署。

洪永泰：社區藥局處方調劑能力與服務品質之影響因素。 1988 行政院衛生署。

洪永泰:藥師示範藥局與一般社區藥局在經營理念與調劑能力上之差異分析。1988 行政院衛生署。

丁庭宇：台灣地區職業醫師對醫藥分業制度意見調查。 1992 行政院衛生署。

張世憲：提昇社區藥局經營專業化對消費者及藥局收益影響之研究。 1994 行政院衛生署。

Chrischilles EA., Helling DK., Rowland CR: Clinical pharmacy services in family practice: cost-benefit analysis. II. Referrals, appointment compliance, and cost. Drug Intelligence & Clinical Pharmacy 1984; 18: 436-441.

McFarland BH., Freebom DK., Mullooly JP., et al. : Utilization pattern among long-term enrollees in a prepaid groyp practice health maintenance organization. Med Care 1985; 23: 1221-1233.

Menard G., Allain H., Le Roho S., et al.: A single-day survey in pharmacies on the consumption of analgesics and antipyretics. Therapies 1993; 48: 263-267.

Tanner JL., Cockerham WC., Spaeth JL: Predicting physician utilization. Med Care 1983; 21: 360-369.

Wolinsky FD., Coe RM., Miller DK. : Health services utilization among noninstitutionalized elderly. J Health Soc Behav 1983; 24: 325-337.

其他表格

表格 1 研究對象之年齡分布

年齡(歲)	N	%
≤15	244	1.5
16~20	701	4.3
21~25	1400	8.5
26~30	1006	6.1
31~35	1471	7.1
36~40	1290	7.9
41~45	1552	9.5
46~50	1785	10.9
51~55	1676	10.2
56~60	1306	8.0
61~65	856	5.2
66~70	1085	6.6
71~75	1010	6.2
≥75	901	5.5

表 2 習慣於診所衛生所就醫者之對醫藥分業之態度以及求醫行為(N=4342)

	N	%
了解醫藥分業		
完全不清楚	1689	38.9
部份知道	2515	57.9
完全知道	138	3.2
實施醫藥分業，會改變習慣前往有藥劑師的較大醫院就醫	1748	40.3
醫藥分業可以增加用藥的安全增加保障		
會	490	11.3
不一定	2113	48.6
不會	1739	44.6
擔心藥師不會完全照醫師處方給藥	3896	89.7
沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量	1211	27.9
藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰		
醫師	3682	84.8

表 3 、習慣於至中型綜合醫院就診者（N= 6266 ）對醫藥分業之態度以及求醫行為

	N	%
了解醫藥分業		
完全不清楚	1379	22.0
部份知道	4545	72.5
完全知道	342	5.5
實施醫藥分業，會改變習慣前往有藥劑師的較大醫院就醫	2229	35.6
醫藥分業可以增加用藥的安全增加保障		
會	1336	21.3
不一定	2779	44.4
不會	2151	34.3
擔心藥師不會完全照醫師處方給藥	5650	90.2
沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量	2221	35.4
藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰		
醫師	5283	84.3

表 4 習慣於至大型醫院或醫學中心就診者(N=2321)對醫藥分業之態度以及求醫行為

	N	%
了解醫藥分業		
完全不清楚	1148	49.5
部份知道	964	41.5
完全知道	209	9.0
實施醫藥分業，會改變習慣前往有藥劑師的較大醫院就醫	982	42.3
醫藥分業可以增加用藥的安全增加保障		
會	838	36.1
不一定	459	19.8
不會	1024	44.1
擔心藥師不會完全照醫師處方給藥	2135	92.0
沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量	545	23.5
藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰		
醫師	1849	79.7

表 5 習慣於自藥房自行購藥者（N= 3454 對醫藥分業之態度以及求醫行為

	N	%
了解醫藥分業		
完全不清楚	2107	61.0
部份知道	1140	33.0
完全知道	207	6.0
實施醫藥分業，會改變習慣前往有藥劑師的較大醫院就醫	734	21.3
醫藥分業可以增加用藥的安全增加保障		
會	365	1. 6
不一定	1105	32.0
不會	1984	57.4
擔心藥師不會完全照醫師處方給藥	3153	91.3
沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量	1029	29.8
藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰		
醫師	2942	85.2

您好，本院接受衛生署之委託進行有關國人針對「醫藥分業的態度」以及「身心理健康狀態」的調查，因此請你以就診的時間完成此問卷，並**圈選**適合您的答案，謝謝你的合作 敬祝 健康快樂

※個人基本資料：

男；女

年齡_____歲

婚姻：已婚；未婚；鰥寡

教育程度：小學以下；國中；高中；大專 學；研究所以上

※本次您就診的原因為：突發性疾病；外傷；須長期服藥的慢性疾病；身體檢查。

※醫藥分業

1. 你了解何謂「醫藥分業」嗎？ 完全不清楚；部份知道；完全知道

2. 你贊成實施醫藥分業？〔如果醫療院所沒有專任藥師，看病後、必須到健保藥房取藥〕 贊成；反對

3. 你最常就醫的醫療院所為何？
藥房自行購藥；診所或衛生所；一般中型綜合醫院；著名大型醫院或醫學中心(如台大 馬偕 國泰)

4. 如果實施醫藥分業，導致在診所看病後必須到別處取藥，你會改變習慣前往有藥劑師的較大醫院就醫嗎？ 會改變；不受影響

5. 你認為醫藥分業可以增加用藥的安全，增加保障嗎？ 會；不一定；不會

6. 如果持醫師處方治藥房拿藥，你是否擔心藥師不會完全照醫師處方給藥？ 會；不會

7. 如果沒有藥劑師把關，你是否擔心醫師開錯藥或劑量不正確？ 會；不會

8. 如果藥師與醫師對於開立藥物的說明不同，你會相信誰？ 醫師；藥師

9. 你通常會自行到藥房購買哪些藥物？(複選)
我很少到藥房買藥；止痛或退燒劑；鎮靜或安眠藥；腸胃藥；外用藥膏藥水；治感冒成藥；抗生素消炎藥；高血壓或糖尿病慢性病藥；健康食品或維他命