

計畫編號：DOH88-TD-1111

行政院衛生署八十八年度科技研究發展計畫

醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究（第四年）

研 究 報 告

執行機構：財團法人長庚紀念醫院

計畫主持人：廖繼洲 博士

研究人員：蔡貴鳳 周家弘 謝右文 周珍如 王聰賢

執行期間：87 年 7 月 1 日至 88 年 6 月 30 日

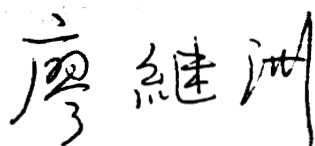
＊ ＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見＊ ＊

誌 謝

本研究能順利完成第四階段，首先感謝衛生署全程補助，因此我才得以聘用兩位學有專精，各具統計及調查專長的專任助理，以良好的構想加上一組傑出的工作人員，歷經一年的努力，終於呈獻我們的結果。

在研究過程中問卷調查部份更仰賴全國各醫院藥局、開業藥局及藥廠良好的配合及協助，使能克竟全功。感謝各藥局主任及藥師們對此研究的支持。尚有藥學界、實業界許多先進、賢達對本研究多所關切，提供許多寶貴的建議和見解，而使研究更臻完美。在此謹向 衛生署蕭美玲技監、藥政處胡幼圃處長、藥政處曾千芳副處長、王光昭教授、黃文鴻教授、楊長興教授、陳嘉芬教授、沈明來教授、楊明興所長、高純琇主任、賴玉花副主任、林惠玲副主任、蔡輝彥主任、陳鴻儀副院長、李世滄主任、徐鳳麟主任、蔡義弘主任、高雅慧主任、林昭芳主任、回德仁主任、陳本源主任、李貫棠主任、李炳鈺主任、劉惠文主任、陳昭姿主任、林惜燕主任、謝維清主任、黃莉蓉主任、李碧玉主任、李幸美主任、蔡華美主任、郭武彥主任、張美智主任、蕭振亞主任、郭燦文主任、蔡靖彥主任、吳毓瑩主任等致個人最深摯的謝意！完成此一階段之研究，期望其成果對於全民健保後之醫藥政策有所貢獻，能盡一份棉薄之力。更期望以其收拋磚引玉之效，能得各界名家及讀者們的指導，更以此相互砥礪，向提昇全民醫療水準的漫長道路，續做更紮實的努力。

廖 繼 洲 謹 謝



中華民國八十八年八月二十六日

摘要

醫藥分業已於民國八十六年三月一日實施，預期此項政策對藥品流通和藥師執業會產生影響。本年度進入研究計畫的第四年，主要希望了解在實施醫藥分業一年半至二年半期間，藥品流通，藥師執業功能和西藥販賣業的實際情形，以及政策對社會、病患的影響。

根據本研究之調查結果發現，各級全民健康保險特約醫療院所及開業藥局藥品之年度消耗金額約為 72,194,610,243 元，其中醫學中心、區域醫院、地區醫院消耗金額之比例分別為 27.78% (20,000,000,000 元)、19.44% (14,000,000,000 元)、16.67% (12,000,000,000 元)。其次，根據健保資料所獲得之藥品申報金額排行前 1000 名的藥品品項中，依藥品藥理分類統計後，可知申報金額前五大的藥理類別依次為心臟血管系統用藥 (18.9%)、消化道與代謝用藥 (17.2%)、全身性抗感染用藥 (17.1%)、血液與造血器官用藥 (10.8%) 及神經系統用藥 (9.7%)，其次，亦可知藥品申報品項數的前五名，依序為消化道與代謝用藥 (16.5%)、全身性抗感染用藥 (16.2%)、血管系統用藥 (13.5%)、血液與造血器官用藥 (13.7%) 及神經系統用藥 (10.8%)。

實施醫藥分業對提昇藥師接受在職繼續教育的意願有正面影響，進修的內容多數偏於臨床服務及藥物最新資訊。若針對藥師對目前所從事的滿意程度調查，普遍覺得「尚可」，其中醫院藥師認為工作量太大，而社區藥局藥師則對處方籤釋出量太少感到不滿意。在藥療服務及病患用藥指導方面，調查發現醫院層級與執行的比例有關：醫學中心通常有較高的服務水準，依層級不同稍有遞減。此外，六成健保藥局表示藥局內設備符合「優良藥品調劑規範」，但因政府擴大解釋緊急醫療急迫性的解釋、指示用藥仍繼續給付、以及允許診所聘請藥師調劑，故到目前為止，大多數社區健保藥局尚未調劑過處方。所以政府的政策在對法案執行的程度上，將是醫藥分業成功的主要因素之一。

關鍵詞：醫藥分業、藥品流通、藥師功能、西藥販賣業

Abstract

The separation of pharmacy from medicine had put into effect in March 1, 1997. The act would affect the drug logistic channel and pharmacist practice. This year is the forth year of the research. During this year, one and half year after the act put into practice, we would try to understand the drug logistic channel, the drug dealer, the function of pharmacist practice, and the effect of society and patients from this act.

According to our research, the annual expenditure of drugs consumption in hospitals and community pharmacies is NT 72,194,610,243. The ratio of drug consumption among medical centers, regional hospitals and area hospitals are 27.78% (NT 20,000,000,000), 19.44% (NT 14,000,000,000) and 16.67% (NT 12,000,000,000). According to the top 1000 medications that health insurance pay for most, the top five categories base on pharmacologic effect are cardiovascular medications (18.9%), gastrointestinal medications (17.2%), systemic antimicrobial medications (17.1%), blood related medications (10.8%) and agents for central nervous system (9.7%). Besides, according to the number of medications used, the top five categories are gastrointestinal medication (16.5%), systemic antimicrobial medications (16.2%), cardiovascular medications (13.5%), blood related agents (13.7%) and agents for central nervous system (10.8%).

The act of separation of pharmacy from medicine has positive effect on pharmacy practice. Pharmacists are more willing to receive continue education. They are hoping to gain more experience on clinical pharmacy service and most recent drug information. Bases on job satisfaction survey of the work pharmacists do, most of them are satisfied with their practice situation. However, hospital pharmacists complain more about the heavy loading of their work. In addition, community pharmacists do not satisfy with the number of prescription they got. For the pharmaceutical care, the service degree is depended on different level of practice sites. Usually, medical centers have the highest quality of service. However, the quality is declining as the hospital level decrease. Sixty percent of community pharmacies show that they met the standard of being the health insurance pharmacies. However, they never dispensed any prescriptions due to government still allowing clinic hiring pharmacist and the way they explaining "emergency care medication". Therefore, the policy of government on enforcing the act would be the key to lead to succeed of separation of pharmacy from medicine.

Keywords: The Separation of Pharmacy from Medicine · The Drugs Logistic Channel · The Practice Functions of Pharmacists · Drug Retailer

目 錄

中文摘要	I
英文摘要	II
第一章 緒 論	1
第一節 研究緣起	1
第二節 研究目的	3
第二章 文獻探討	4
第一節 前言	4
第二節 我國藥事制度的歷史沿革	6
第三節 全民健康保險	7
第四節 醫藥分業	16
4.1 我國醫藥分業實施情形	16
4.2 國外醫藥分業之實施情形	21
第五節 公、勞保與健保藥事服務費之支付範圍、支付基準比較	23
第六節 我國藥品流通、西藥販賣業之現況與展望	29
第七節 藥師功能－藥事服務項目	32

第三章	研究材料及方法.....	35
第一節	研究對象及期間.....	35
第二節	研究過程.....	36
第三節	資料處理與統計分析.....	36
第四節	研究限制	37
第四章	研究結果	38
第一節	藥事服務.....	38
第二節	藥品流通.....	40
第三節	西藥販賣業	51
第五章	討論.....	65
參考文獻及出處		75
附錄一	研究問卷	
附錄二	統計程式及結果	

第一章 緒 論



第一章 緒論

第一節 研究緣起

全民健康保險於八十四年三月一日實施，且醫藥分業制度（The separation of pharmacy from medicine）也已於八十六年三月一日開始在台北市及高雄市兩地實施，但因免審制度還一直實施，在這種制度下，從保險的觀點來看，藥品與診療費無法分別列帳，保險單位無法分析評估藥品支付是否偏高，用藥是否合理，醫療院所無浮報濫用藥品情形，雖然國外以往的經驗得知醫藥分業對全民健保財務是有貢獻的，但直到現在，免審制度還在實施，醫藥分業尚未落實，故好處尚未顯現。

台灣從日據時代開始就沒有實施醫藥分業，醫師看病後沒收取診療費，而是收取藥費，這藥費藏著高額診療費。因此醫師為維持這種利益，深怕讓病人知道自己服用什麼藥，故病患在取得藥品都沒有標示藥品名，醫師靠賣藥來賺得很多的利益，在醫藥分業要實施之前，醫師怕失去其原有的利益，遂要求診療費用由以前勞保之 100 元（乙丙表）診療費增加到 600 元，在政府財政相當拮据的今天，若要增加如此巨額之醫師診療費用以滿足醫師之要求，似乎非政府財政及民眾所能負擔，醫師之要求當然無法如願，也因此醫藥分業實施受到醫師的強烈反對，由此可知實施醫藥分業是不可能一帆風順的。然而從法來講，除非政府在立法院修改藥事法第一〇二條之規定，否則全民健康保險實施後二年，政府必須實施醫藥分業。全民健保實施前與實施後，而醫藥分業未實施前，其對藥品流通、西藥販賣業以及藥師執業及其功能等之情形將會有

非常的不同，在實施醫藥分業後，藥品流通、西藥販賣業以及藥師執業及其功能等又會有很大的改變，而在短短的幾年內這種因政策的轉移性所造成的改變，對社會的影響是巨大的。

台灣在未有健康保險以前，即公、勞保實施前，因為到醫院看病或去診所看病是相當昂貴，也是一般低收入階級的人所負擔不起的，當時是社區健保藥局及西藥販賣業者的全盛時代，因為當時雖沒有醫藥分業，但藥師得以依藥師法第二十條的規定依中華藥典、國民處方選輯之處方調劑，為當時貧苦的民眾提供了適時而且價格低廉的藥療保健，為當時提供了莫大的貢獻，藥師執業及其功能等也發揮到了極致，當時因藥師不足使西藥販賣業也非常澎湃，藥品流通也都流向藥房及藥局，當時醫院對藥品所佔的比例非常的低。公、勞保實施後，因為約有百分之六十的人有保險，使病患都往免費的醫院去看病，使藥房藥局之調劑大幅萎縮，醫院業務大幅成長，大醫院像雨後春筍的設立，使藥品的流通轉到醫院，社區藥局藥師的功能式微，藥師收入以及藥品零售商收入大幅減少，使社區藥局及藥品零售商，瀕臨生存困難的地步，醫藥分業確實實施後，預期對社區健保藥局及藥品零售商將會有改善，但是其影響目前無法預估。此乃因為台灣雖已經實施全民健保及醫藥分業，在醫藥分業實施後，因醫藥分業實施的不順利，我們曾預測在醫藥分業實施後，藥師功能可發揮，且因為將來門診治療之比重將會增加，社區健保藥局將在醫療保健佔很重要之角色，但實際上並非如此，雖然基層醫療診所數在健保實施後增加 91.13%（從 85 年 12 月之 8,094 家增加到 88 年 7 月之 15,470 家），但社區健保藥局卻萎縮了。

在前三年研究顯示在全民健保實施後醫藥分業未實施前，藥品的通路確有很大的改變，且社區健保藥局及藥品零售商也有一個相當不同的

經營模式，繼續的研究必能有相當不錯的結果。

第二節 研究目的

本研究的主要目的依時間順序，有下列五點：

1. 全民健保初期（即本研究第一年）

實地訪問調查未實施全民健保前之藥品流通，藥師功能以及西藥販賣業的實際情形，以期瞭解藥品的通道，開業藥師的功能以及西藥販賣業的經營型態等等。

2. 全民健保實施後，但未實施醫藥分業前（即本研究第二年）

實地訪問未實施醫藥分業前，但已實施全民健保後之藥品流通、藥師功能執業以及西藥販賣業的實際情形及衝擊，並分析比較未實施全民健保前的情形，以瞭解兩者的不同與影響。

3. 實施醫藥分業初期（即本研究第三年）

實地訪問調查實施醫藥分業期藥品流通、藥師執業功能以及西藥販賣業之實際情形，以及對社會、病患的影響。

4. 實施醫藥分業後二年半的影響（即本研究第四年）——即本年度

調查實施醫藥分業一年半至二年半時對藥品流通、藥師功能以及西藥販賣業的實際情形以及影響。

5. 實施醫藥分業後三年半的影響（即本研究第五年）

調查與比較醫藥分業後對藥品流通、藥師功能與比較以及西藥販賣業的情形與影響，並提出建言。

第二章 文獻探討



第二章 文獻探討

第一節 前言

全民健康保險⁽¹⁾於八十四年三月一日實施^(2,3)，且醫藥分業制度(The Separation of pharmacy from medicine)^(4,5,6)已於八十六年三月一日開始在台北市及高雄市兩地實施，醫藥分業制度雖然是中國古代就實施之醫藥制度，可是在國民政府播遷台灣之後，原來在大陸實施數千年的醫藥分業制度⁽⁷⁾，在台灣就消失了⁽⁸⁾，目前這種醫師看病兼賣藥的醫藥不分業制度，在世界上只有少數幾個國家還存在，如日本、泰國、韓國、台灣等。在這種制度下，從保險的觀點來看，藥品與診療費無法分別列帳，保險單位無法分析評估藥品支付是否偏高，用藥是否合理，醫療院所所有無浮報濫用藥品情形，所以醫藥分業對全民健保財務是有貢獻。

八十四年三月一日實施全民健保後，因立法院立法的延宕使全民健保局成立時間延後，加上勞保條例的遲遲未定案，使立法通過到實施日期之間太匆促，使各醫療院所以及被保險人都無法適從，根據聯合報八十四年四月三十日第三版報導，民眾對政府辦理全民健保的滿意程度調查其結果如下：三月份民眾滿意程度佔 32%，不滿意佔 39%，不知道佔 29%，四月份民眾滿意程度降到 29%，不滿意程度升到 54%，不知道者降為 17%，根據調查產生民怨的原因是：(1) 診所亂收費用如掛號費、藥費及檢驗費 (2) 部份負擔，民眾看病需多較費用 (3) 轉診制度，病人認為看一次病像一隻牛被剝三次皮 (4) 重病大醫院一床難求 (5) 保險費太高 (6) 健保卡只有六格 (7) 給藥量減少等等。政府為

消除民怨在五月份就更改健保措施爲：(1)減輕部份負擔(2)轉診改爲二級制(3)基本工資降低以便降低保費，如專門職業如醫師、律師、會計師原以 53000 元薪資申報，減爲 33000 元，小雇主則由 53000 元減爲 27000 元(4)健保卡將改爲一卡制，故五月份未經轉診之部份負擔醫學中心與區域醫院爲 100 元，地區醫院與診所爲 50 元，經這次改變之後病患就醫人數就增加了，藥品的耗用也增加很多，因此藥品的流通必受到很大的影響。

推動醫藥分業之目的，係在民眾用藥安全與方便的基礎上，建立醫藥分工之合理執業型態，以提升醫療服務品質，並提供藥局藥事人員合法專業執業空間，由民眾持處方箋至藥局調劑，藥局則遵守藥事法規定，無處方不販售處方藥品，以落實藥事法有關處方藥管理之規定，健全藥品流通管理體系，確保民眾用藥安全。依藥事法 102 條規定八十六年三月一日應開始全面實施醫藥分業，但衛生署公告允許診所聘請藥師，老人、孕婦、嬰兒及每日三十張處方以下診所均可自行調劑，致使處方無法釋出。到目前爲止社區健保藥局所接到的處方箋實在少之又少，與當初預期的差距頗大。

本研究透過醫藥分業前對藥品流通，藥師功能，西藥販賣業之調查，並在醫藥分業後做藥品流通，藥師功能，西藥販賣業之調查，比較實施前後之改變，並研究其影響，以提供有關單位之參考，若經研究發現實施醫藥分業後對藥品流通、西藥販賣業以及對藥師執業及其功能有良好影響者，政府可以鼓勵其發展，若有不良影響時，可以透過各種措施來改善不良的影響。

第二節 我國藥事制度的歷史沿革

中國古代即開始實施醫藥分業制度，不過國民政府播遷來台之後，延續日本人佔據台灣期間所實施的醫藥不分業制度，因此台灣目前是世界上少數幾個實施醫藥不分業制度的國家之一。

其實，遠在宋元時期（西元 960~1367 年），中國即開辦國家藥局，如賣藥所、熟藥所、醫藥惠民局、太平惠民局等，開始了醫師－開方不賣藥、藥園師（當時的藥師）－配藥不開方的醫藥分業制度⁽⁹⁾。明代以後，民間藥舖逐漸發展，這些藥舖講究信譽、重視藥品品質，受到大眾信任，而藥舖除了供應醫師各種處方的調劑，也自製成藥⁹，醫藥分業成了一種我國古代醫藥分工合作的慣例。自西元一二七五年來，各朝政府爲了維持藥品的高品質，禁止街市售藥⁽¹⁰⁾。清代沿襲明制，設生藥庫收藏藥材，官辦藥廠供應民間藥品，醫藥分業制度日趨完善⁽¹¹⁾。民國之後，民初開始設立藥劑士執照制度，民國三十七年更設立「藥師執照」⁽¹²⁾，明確規定須接受藥學專業教育，經檢覈考試合格後，才能取得藥師執照，執行調劑業務^(13.14)。

台灣在甲午一役失敗後，割讓給日本，台灣整個醫療體系承襲當年日本醫藥不分的方式。民國三十八年國民政府播遷來台之後，國民政府分別於民國五十九年及六十八年公佈藥物藥商管理法⁽¹⁴⁾，依據藥物藥商管理法第四十五條規定「藥品之調劑由藥師爲之，不含麻醉藥品者得由藥劑生爲之，但醫師如具調劑設備（不需是具藥學專業訓練），依自開處方調劑者，不在此限。」^(14.15)，此法開啓了不必接受完整藥學訓練的醫師可以調劑藥品，更演變成在醫師的指導下，任何人都可以調劑

(16.17)，而所謂的指導更不限於醫師目視所及範圍內(18.19)，因此醫師不但可以賣藥，且不必親自調劑。

數千年來病人看病都需自付醫療與藥品費用，直到民國七十八年十二月公教人員保險⁽²⁰⁾實施後，確立了看病不需付費的先例，七十八年十月勞工保險⁽²¹⁾的實施，更確立了看病不需付費的習慣，而且藥品並不區分處方藥、指示藥、或成藥均全額給付，形成公、勞保藥費支出高居不下。於一九八五年時，勞保的藥品費佔總醫療支出的 34.19%，而日本全民健康保險之藥品費則佔總醫療支出的 29.1%，至於歐美實施醫藥分業的國家，如英國，其藥品費佔非住院總醫療費用的 10.2%，美國則佔 7.6%⁽²²⁾。全民健保於民國八十四年三月一日起實施，全民健保法規定成藥、指示藥不給付⁽²³⁾，且病患需付部份負擔^(24.25.26)。依藥事法第 102 條確定全民健保實施二年後（民國八十六年三月）實施醫藥分業制度，確立醫師看病開藥、藥師配藥，在民眾用藥安全與方便的基礎上，建立醫藥分工之合理執業空間，提升國內醫療服務品質。

第三節 全民健康保險

在全民健保實施之前，我國的醫療形態是病人到醫院或診所看病並在看診醫院或診所配藥，病人給付醫師是包含診察費的藥費，因此無法評估藥品所占的比例，公保、勞保、農保實施後，醫療給付分為診察費以及藥品費用支付^(19.20.21.27.28)，但在一般診所門診均受「免審範圍之限制」，因此診所均使用最低價與最少的藥，以免審制來申請給付，套取最大的藥價差額，而非使用免審制之醫療院所，以多重藥品申報增加

收入的情況屢見不鮮，這點從公勞農保藥品支出之高比例現象可以看出端倪，無形中增加許多藥品支出的費用。

行政院經建會健康保險規劃小組對全民健康保險規劃之原則，包括以下四點：(30.31)

1. 社會保險、強制投保
2. 自助互助、合理分攤
3. 統合體制、增進效率
4. 醫療資源與費用合理化

依照這四項原則，全民健保於八十四年三月開始實施，儘管對於全民健保的開辦時機、制度、立法方向、經營方式及施行細節，引起國人極多的爭論及懷疑。但沒有一個人對全民健保的立意懷疑，因為它不僅保障了每個國民基本的就醫權益，也使得部分國民不會因為經濟負擔而阻卻求醫的腳步，同時它也是國內有史以來最大一項民生建設，更是醫療制度最大的一次變革。

政府在全民健保未齊備時，於八十四年三月匆匆宣佈開辦，使得八十四年三月份的許多健保相關措施不得不採行暫行規章；由於宣佈的時間太匆促，全民健保從四月份起，便採取逐步變革的方式，一面實施，一面修正，也因為逐步的修正，才使健保能順利的、成功的實施。以下是從八十四年三月開始不同的期間，全民健保所作的修正，包括門診費用部分負擔、住院費用之部分負擔計算、就醫憑證的改變、預防保健的開辦、特約藥局與指定檢驗院的加入、指示用藥、成藥之繼續給付及給付標準不同等等，簡述如下：

A. 門診費用部分負擔：

1. 民國八十四年三月：因開辦第一個月為過渡時期，被保險人赴診所或地區醫院門診時，除掛號費外，部分負擔費用一律 50 元，不論是否經轉診或逕赴區域醫院、醫學中心門診，一律自付 80 元。若急診時，被保險人赴診所或地區醫院急診時，除掛號費外，部分負擔費用一律 150 元，不論是否經轉診或逕赴區域醫院部分負擔費用為 210 元，但若至醫學中心其個人部分負擔費用為 420 元。中牙醫則部分負擔費用不論醫院之規模一律為 50 元。
2. 民國八十四年四月：實施分級轉診部分負擔制度－四級轉診，一般門診方面，若經轉診就醫時，部分負擔較輕，即在診所與地區醫院直接看門診者一律付 50 元，轉診後赴區域醫院與醫學中心就診者一律付 80 元。未經轉診逕赴大醫院治療者，按規定加重部分負擔。其加重後的部分負擔總金額分別是：一般門診中逕赴地區醫院門診者自付 80 元，逕赴區域醫院門診者為 150 元，逕赴醫學中心者為 210 元。急診不需經轉診程序，亦即免加重部分負擔，其基本部分負擔額依序為 150 元、地區醫院 150 元、區域醫院 210 元與醫學中心 420 元。中牙醫部分負擔費用：診所與地區醫院為 50 元；區域醫院與醫學中心為 80 元。
3. 民國八十四年五月：四級分級轉診改為二級分級轉診。一般門診方面，除了掛號費外，診所及地區醫院之門診部分負擔一律 50 元，區域醫院及醫學中心之門診部分負擔一律 100 元。急診時，診所及地區醫院之部分負擔一律 150 元，區域醫院部分負擔為 210 元，醫學中心需自付 420 元。

4. 民國八十六年四月：自四月一日起，健保部份負擔將由二級制改為三級制，亦即民眾至醫學中心看病，部份負擔將由 100 元調高為 150 元，其他層級醫院則繼續維持不變，藉此以利日後健保轉診制度落實。

表 2-1 全民健保各層級醫療院所之健保部份負擔費用

層級	門診	急診	中牙醫
醫學中心	150	420	50
區域醫院	100	210	50
地區醫院	50	150	50
診所	50	150	50

B. 住院費用之部分負擔計算：

住院費用是以病房種類及住院日數，規定不同的部分負擔比率。因此，住院日數越長，自行負擔比率越高；住入慢性病房的部分負擔比率比急性病房低。此項規定的目的是希望民眾生病住院時，如果過了急性期，應該回家療養或轉入慢性病房。為考慮住院費用有時相當高，可能使民眾無法負擔，因此，對於住院費用的部分負擔定有最高限額；也就是說，自付費用達到上限金額以後，就完全由全民健康保險給付。開辦第一年，對於住入急性病房三十日內，慢性病房一百八十日內出院的人，每次住院費用之部分負擔上限金額定為 15,000 元，每人全年的部分負擔上限金額定為 25,000 元。

1. 急性病房方面：目前國內若未標明是慢性病的醫院，均屬急性病房。

凡住院三十日以內應自付 10%，超過三十日部分，第三十一天至第六十天的住院費用應自付 20%，第六十一天以上則自付比率達 30%。

2.慢性病房方面：住院三十日以內應自付 5% 的住院費用，超過三十日部分，第三十一天至第九十天的住院費用應自付 10% ，第九十一天至第一百八十天則自付比率達 20% ，第一百八十一天以上則自付比率達 30% 。

表 2-2 急性及慢性病房之全民健保住院部分負擔比率

病 房 別	部 分 負 擔 比 率			
	5%	10%	20%	30%
急性	—	30 日內	31~60 日	61 日以後
慢性	30 日內	31~90 日	91~180 日	181 日以後

C. 就醫憑證的改變：

1. 健保卡：過渡時期（三月）被保險人除持身分證，只需持勞農保單、公保證、軍眷補給證、榮民證、榮譽證或由投保單位加蓋戳記的全民健保就醫憑證即可就醫。但是，從四月份起，所有被保險人均須持健保卡才能就醫，而且健保局也將開始計算被保險人的就醫次數，亦即醫療院所在被保險人就醫時，均需在其健保卡的背後，加蓋就醫戳記。蓋滿六格後，被保險人即須換發另一張卡才能使用。
2. 孕婦健康手冊：孕婦在過渡時期接受產檢時，持勞保單、農保單等納保證明就醫即可，正式開辦後，則須改用孕婦健康手冊。孕婦至醫療院所經檢驗證實懷孕後，醫療院所即發給孕婦健康手冊，此後，孕婦持該手冊與健保卡赴醫，可接受十次免費產檢，無須再付部分負擔費用。
3. 兒童健康手冊：新生兒在醫療院所誕生後，醫療院所即會發給媽媽一本「兒童健康手冊」。這本兒童健康手冊即為新生兒的健保卡。手

冊有效期限為四年，父母應在嬰兒年滿四歲的當年底，往所屬投保單位換發健保卡。

4. 重大傷病免除部分負擔證明卡：重大傷病病患就醫時，只須由就診醫師認定為健保局所公佈的十六類重大傷病病患，即可免除自付醫療費用部分負擔。重大傷病病患就醫時必須同時持健保卡與重大傷病卡，才能免除部分負擔。重大傷病證明卡的申請方式，是由被保險人向就診醫師取得醫師診斷證明，連同身分證影本至各地健保局分局填寫重大傷病證明卡申請書。
5. 慢性病連續處方籤：若在健保局公佈的五十一種慢性疾病之內者，均可由健保局發給醫療院所統一制定的「慢性連續處方籤」，上有四格調劑領藥記錄，有效期限為一個月。被保險人在第一次就醫時，領得該連續處方籤後，即可在醫師所告知的時間內，持連續處方籤直接赴原來醫院的藥局領藥。除掛號費外，毋需在自付醫療費用部分負擔。但在連續處方籤過期後，被保險人就醫時，仍應依前述慢性病門診的部分負擔辦理。
6. 繼續治療單：若病患合於健保局所公告的「繼續治療疾病適用範圍」、或病患就診醫院對出院、門診手術、特殊檢查，醫師對治療的病患，認為有繼續治療必要者，可以開給繼續治療單。持此繼續治療單，在赴原醫院繼續接受治療者，可以享有免加重部分負擔的優待。繼續治療單的效期為一個月，但若醫療院所認為有繼續治療必要者，仍可延長治療單的有效期，只須事後向健保局造冊報備即可。有些繼續治療的疾病會與慢性病重複，屆時兩者所有規定，均可一體適用。如嚴重高血壓患者，除可依繼續治療單，免加重負擔外，也可

在開給連續處方籤後，持以至醫院藥局調劑時，免付部分負擔。

D. 預防保健的開辦：

1. 兒童預防保健服務：

- a. 一歲以下有四次免費健檢、但是每次健檢需間隔二至三個月。
- b. 一歲以上未滿三歲，免費健檢一次。
- c. 三歲以上未滿四歲，免費健檢一次。

兒童健檢項目包括：

- (1) 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估等。
- (2) 健康諮詢：預防接種史查詢、營養、事故傷害預防及口腔保健。

2. 成人預防保健服務：四十歲以上未滿六十五歲，每三年免費健診一次；六十五歲以上，每年免費健診一次。

成人健檢項目包括：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、血壓、血液及尿液常規檢查與健康諮詢等。

3. 婦女子宮頸抹片檢查：三十歲以上每年免費檢查一次；連續三年檢查結果陰性者，每三年免費檢查一次。成人與婦女子宮頸抹片檢查並非由被保險人自行前往，而是應接獲健保局所發給的健檢通知單後，配合健保卡赴認可的醫療院所檢查，才可獲得給付。

E. 特約藥局與指定檢驗院的加入：

民國八十四年四月份起，開始與藥局與檢驗院特約，是執行醫藥分業、醫檢分業的第一步。被保險人調劑、拿藥與檢驗的處所，

不一定要在就醫的醫院內完成，可以有較多的選擇。被保險人在醫院、診所看完病後，醫療院所會開給病患一張處方籤。病患可以在所在的醫療院所直接調劑、拿藥也可以將處方籤帶回，赴其他掛有全民健保特約標誌的藥局調劑、配藥。由於病患就醫時，已付了掛號費與部分負擔費用，因此，至藥局配藥、調劑時，毋需再付任何費用。不過，若醫師開的處方中，有全民健保不給付的項目，民眾仍可能自掏腰包。若有這類健保不給付藥品，醫師會事先知會病患。

F. 指示用藥、成藥繼續給付：

民眾可能在付完掛號費與部分負擔費用後，又被告知需負擔部分藥費而滿頭霧水。事實上，目前許多醫師開給民眾感冒、傷風所用的止痛藥與腸胃用藥等均屬指示用藥，健保局的原則是這些藥品對疾病並無積極療效，因此都排除在給付範圍之外；不過，為顧及醫療院所仍有庫存藥品，雖規劃於民國八十四年七月起全面不給付指示用藥及成藥，但至今尚未執行，指示用藥及成藥還繼續給付中。

表 2-3 全民健康保險保險費負擔比率

保 險 對 象			負 擔 比 率 (%)		
			政 府	雇 主	被 保 險 人
職 業 團 體	公務人員	本人		60	40
		眷屬		60	40
	私校教職員	本人	30	30	40
		眷屬	30	30	40
	有固定雇主的勞工	本人	10	60	30
		眷屬	10	60	30
	無固定雇主的勞工 (為職業工會會員者)	本人	40		60
		眷屬	40		60
	農民、漁民、水利會會員	本人	70		30
		眷屬	70		30
	軍人		60		40
	雇主	本人	0		100
		眷屬	0		100
	自營作業者	本人	0		100
		眷屬	0		100
地 區 團 體	持專業證照自行執業者	本人	0		100
		眷屬	0		100
	低收入戶	本人	100		0
		眷屬	70		30
地 區 團 體	其他人口		40		60

第四節 醫藥分業

4.1 我國醫藥分業實施情形

民國七十九年三月，全國衛生行政會議結論中，確定全民健康保險的實施，將以醫藥分業為基礎。七十九年六月，行政院經建會全民健康保險研究計畫專案小組指出，全民醫療體系，將規劃被保險人於門診時，得向保險醫療機構索取處方箋，逕交社區健保藥局調劑。且依藥事法第102條之規定，全民健康保險實施二年後，在省(市)衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或在醫療急迫情形下，仍可由診療醫師親自為病患提供調劑服務，其餘情形下醫師應交付處方箋至特約藥局調劑，此為實施醫藥分業之法律基礎。另依藥事法施行細則第五十條規定，「醫療急迫情形」係指醫師於「醫療機構」為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況，例如在醫院急診現場施以點滴、針劑、給口服藥等醫療處置。

所謂的醫藥分業制度是指民眾利用醫療服務時，由醫師負責診療並開立處方，再由藥事人員負責調劑藥物及提供藥物諮詢的醫療型態，盼能經由藥事人員重覆確認處方的過程及專業調劑素養使醫師處方內容更趨合理化，以使民眾有被告知藥品內容與選擇調劑處所的權利，藉此保障和提高民眾用藥的安全⁽³³⁾。這種觀念首創於古希臘時代之希波克拉提斯(Hippocrates)，當時是為保障國王的生命安全而設立。歐洲國家早自西1264年起已開始實施醫藥分業，至今已有七百年歷史，可見西方國家施行醫藥分業早已行之有年。^(34.35)

推動醫藥分業之目的，係在民眾用藥安全與方便的基礎上，建立醫藥分工之合理執業型態，以提升醫療服務品質，並提供藥局藥事人員合法專業執業型態，以提升醫療服務品質，並提供藥局藥事人員合法專業執業空間，由民眾持處方箋至藥局調劑，藥局則遵守藥事法規定，無處方不販售處方藥品，以落實藥事法有關處方藥管理之規定，健全藥品流通管理體系，確保民眾用藥安全。

為推動醫藥分業政策，衛生署現階段執行工作主要包括：

A.提升社區健保藥局之執業品質

為加強藥事人員醫藥專業知識，提昇社區健保藥局藥事人員專業素質，衛生署自八十二年度起即分別委託中國藥學會及中華民國臨床藥學會辦理藥事人員繼續教育課程與研討會及社區健保藥局藥事人員繼續教育計畫，包括專業課程二十八小時及調劑實習十二小時，共計四十小時。至八十六年度止，共有 7,240 餘名藥事人員完成繼續教育課程；輔導社區健保藥局遵循「優良藥品調劑作業規範」(GDP)，齊一調劑作業水準，以確保民眾用藥安全與健康。

B.輔導健保特約藥局之成立

依藥事法第五十五條規定特約藥局為全民健康保險之保險醫事服務機構之一，將社區健保藥局納入保險醫療費用支付對象。依「全民健康保險特約藥局特約要點」的規定，申請特約藥局的資格及條件是符合「藥事法」規定經當地衛生主管機關核准設立的藥師或藥劑生親自主持的藥局，負責的藥師或藥劑生應至少有二年以上的執業經驗，同時接受過中央衛生主管機關認可的繼續教育四十小時（包括專業課程二十八小時及調劑實習十二小時）以上，或是最近五年內在教學醫院有執業二年以上的經驗。在硬體設備方面，健保特約藥局設置標準包括：藥局與公共場

所及住家應有明顯區隔；設有獨立的調劑室，其地坪面積應有六平方公尺以上；處方藥應置於調劑室妥善保管；管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏；設有洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備；備有申報藥事費用的相關電腦設備，但委託他人鍵入資料媒體申報者，不在此限，以確保藥局之藥事人員能正確無誤的調劑醫師開出的處方，與提供民眾安全、專業的用藥服務。

直至八十八年七月止，全國已有 3,320 家健保特約藥局成立，除了花蓮縣外，其他縣市皆已達特約西醫診所與特約藥局五比一之比例，並由衛生單位與藥師（生）公會以三比一為目標繼續推動特約藥局家數普及化，以提供民眾安全、專業與便利之用藥服務。

C.加強對民眾之宣導

衛生署鑑於健保特約藥局是全民健保實施以後新設立的特約醫事服務機構，加強宣導民眾有權利於就醫後主動向醫師索取處方箋，自由選擇調劑處所調劑，尤其廣為宣導持慢性病連續處方箋之慢性病病患，持該處方箋至健保特約藥局調劑，不需另付費用。

醫藥分業制度實施初期僅在台北市、高雄市實施，至今台灣省已有下列縣市地區也已公告實施醫藥分業制度，台灣省衛生處目前已公告實施醫藥分業的地區及時程如下表：

表 2-4 台灣省衛生處已公告實施醫藥分業的地區及時程

實 施 時 程	實 施 地 區
86 年 3 月 1 日起	台北市、高雄市
87 年 3 月 10 日起	台中市、嘉義市、嘉義縣部份鄉鎮市
87 年 4 月 20 日起	基隆市、彰化縣及苗栗縣部份鄉鎮市
87 年 6 月 6 日起	新竹縣、雲林縣及高雄縣部份鄉鎮市
87 年 7 月 6 日起	屏東縣及台中縣部份鄉鎮市
87 年 11 月 5 日起	台南市、南投縣及台南縣部分鄉鎮市
87 年 12 月 9 日起	台北縣部分鄉鎮市
88 年 1 月 28 日起	新竹市、桃園縣部分鄉鎮市
88 年 6 月 21 日起	宜蘭縣頭城鎮（大溪里除外）

衛生署初期公告 86 年 3 月 1 日起在台北市與高雄市率先實施醫藥分業。在實施醫藥分業後至今，三歲以下兒童、孕婦、65 歲以上老人、行動不便的病患、疼痛等均被衛生署解釋為醫療急迫性，醫師可自行調劑不必釋出處方。而醫院藥局原聘有藥師，從事門診處方與住院處方的調劑，故醫院幾乎沒有流出，醫藥分業的實施已面臨名存實亡的窘境，而 86 年 9 月 1 日起台灣省省立醫院率先釋出處方，但釋出比例不及 3%，此舉是否可以改善醫藥分業的窘境，仍待評估，省立醫院釋出處方後，減少門診藥事服務費及相關藥品的收入，對醫院財務的衝擊必定很大的，這樣的衝擊將會變成處方釋出的絆腳石，是值得關切且待觀察的事。

表 2-5 健保局各分局之各縣市內特約醫療院所總計及藥局數

分局別	縣市別/類別	特約院所總計	藥局
台北分局	台北市	2,321	411
	台北縣	2,287	491
	基隆市	280	60
	宜蘭縣	291	37
	金馬地區	14	0
	小計	5,193	999
北區分局	桃園縣	1,053	233
	新竹市	303	54
	新竹縣	242	66
	苗栗縣	317	86
	小計	1,915	439
中區分局	台中市	1,368	236
	台中縣	1,143	227
	彰化縣	853	177
	南投縣	378	114
	小計	3,742	754
南區分局	雲林縣	467	132
	嘉義市	352	72
	嘉義縣	218	92
	台南市	744	130
	台南縣	689	151
	小計	2,470	577
高屏分局	高雄市	1,412	244
	高雄縣	789	129
	屏東縣	566	129
	澎湖縣	70	6
	小計	2,837	508
東區分局	花蓮縣	255	23
	台東縣	134	20
	小計	389	43
特約家數總計		16,546	3,320

製表日期：88 年 7 月 7 日

4.2 國外醫藥分業實施情形⁽²²⁾

世界上實施醫藥分業的國家，如法國、德國、荷蘭、義大利、比利時、芬蘭、丹麥、瑞典、挪威、西班牙等，是以立法強制分業。而波蘭、瑞士、捷克、澳洲、美國、紐西蘭、菲律賓等，雖無立法強制分業，但實際已實施醫藥分業。通常立法強制分業的國家，藥局開設人員之資格，大多限制具有藥師資格者，且醫師原則上不能調劑，但在無藥局存在之區域，醫師得調劑其診療期間自己所處方的藥劑，但此區域自有藥局開設開始，醫師之調劑權自動消失，此法可做為偏遠地區無藥事人力時之權宜措施。另外法國及義大利對於藥局之設立，定有人口密度的限制，法國並限制藥師只能經營一家藥局並禁止兼業。義大利則限定藥局間的距離至少 200 公尺以上，而美國更限制具開立處方權利者，不可再經營或投資藥局。

日本自一九二〇年制定醫師法，明定醫師不能調劑，但附則中提到醫師於其所認定的場合下可不交付處方箋。因此，雖然一九二七年已有醫藥分業的法律，但因醫師反對的聲音強大，所以醫藥分業無法順利進行。一九七三年因醫師公會鑑於藥品有效性及藥害問題日益嚴重，日本國民對醫藥分業重要性之認知日增及開立處方箋可獲適當報酬，故醫藥分業可以順利進行。一九九四年全日本保險調劑（社會保險、國民健康保險及老人保險三者合計）處方箋數已達二億張，日本人口一億人，處方流出數為每年每人 2 張。為使處方箋流出，使社區社區健保藥局的專業功能得以發揮，日本政府在設計保險制度時，加入了誘因的措施，亦即醫師書寫處方箋交予病患攜出，保險單位即支付醫師處方箋費，自一九六一年之每張交付處方費 5 點，增加至一九七四年之 10 點，截至一

九九二年已提高至 74 點，即七百四十日圓，以期醫師交付出更多處方箋⁽³⁵⁾。

日本在一九八二年處方箋釋出率僅 2%，但逐年增加，直至一九九六年已增加為 23.0%。至一九九二年止，日本全國登錄的社區健保藥局有 32,173 家，接受處方調劑並申請保險給付者有 18,230 家(佔 56.7%)，每月接受 300 張處方箋者有 8,013 家(佔登錄藥局之 25%，申請給付藥局之 42%)⁽³⁵⁾。

近十年來日本處方箋釋出的比率分別如下表所示⁽³⁶⁾：

表 2-6 日本近十年處方箋釋出之比率

年份	百分比	年份	百分比
1987	10.1%	1992	14.1%
1988	10.6%	1993	15.8%
1989	11.3%	1994	16.0%
1990	12.0%	1995	18.1%
1991	13.8%	1996	23.0%

綜合日本醫藥分業能夠逐漸順利推動之主要原因：⁽³⁵⁾

1. 因藥品價差減少，能賺取的藥品利潤少，醫師親自調劑比例降低，故處方箋釋出量增加。
2. 因公會積極對病人加強宣導正確用藥觀念。
3. 因公會宣傳社區健保藥局之專業服務功能。
4. 因政府保險措施之輔助，即若交付處方箋醫師的診療費較高，促使多數醫師願意配合。

總之，醫藥分業初期時日本由於醫師公會強大的政治影響力與阻力，使得醫藥分業無法順利推展。而最後二十年來，透過相關保險制度的修

正及配合，以及藥師公會與會員藥局的努力，使得醫療體系成員及民眾均能認同藥師專業。而各國國民對其健康照護制度滿意度比較分別如下表⁽³⁷⁾：

表 2-7 各國國民對其健康照護制度滿意度比較

國家	只須局部改進	須要基本改革	完全改變體制
加拿大	56%	38%	5%
荷蘭	47%	46%	5%
西德	41%	35%	13%
法國	41%	42%	10%
澳洲	34%	43%	17%
瑞典	32%	58%	6%
日本	29%	47%	6%
英國	27%	52%	17%
義大利	12%	46%	40%
美國	10%	60%	29%
台灣	48.9%	8.7%	2.4%

資料來源：Harvard-Harris-ITF，1990 Ten-Nation Survey

台灣：行政院衛生署委託「中華民國民意測驗協會調查」結果（86年5月）

第五節 公、勞保與健保藥事服務費支付範圍及支付基準比較

公勞保之藥事服務費是依勞工保險法⁽²⁷⁾及公務人員保險法⁽²⁰⁾所訂定以下則分別就支付依據、支付方式、支付範圍及支付基準列項說明。

1、公保⁽²¹⁾

公保藥事服務費用，支付方式依「公務人員保險特約醫療機構收費項目價格表」以藥品加成的方式來支付，其支付範圍包括調劑費、藥品耗損、包裝藥瓶、管理等有關費。加成比例由藥品含稅進價的金額區分之，含價進稅 ≤ 15 元者為普通藥，加成比例為 19%，含價進稅 > 15 元者為高價藥，加成比例為 9.5%。另外，對於少數由醫療院所自製的藥品，其申報價格通常在 15 元以下，以普通藥之加成比例支付之。又在醫院評鑑標準要求下，有的醫院必須採單一劑量的方式提供住院藥事作業，因其成本較高，故公保除藥品加成外，依個別洽定之結果，每人日之支付金額在加 16~24 元。

而公保對有些訂有收費標準表的醫院採個別洽訂的方式來支付，如對各醫學中心、彰基、及國泰大多不分普通藥及高價藥，且加成比例不一，且省、市立醫院雖有普通藥及高價藥之分，但此二屬性醫院價格分段點及加成比例卻不相同。故公保的藥事服務費支付方式十分複雜（如表 2-8）。

2、勞保^(28.29)

勞保在實施甲乙丙表以前對藥事服務費亦如公保一般採藥品加成方式支付之，但各層級醫院的加成比例採個別洽訂的方式來支付，如醫學中心、彰基、及國泰各有其加成標準，二級教學醫院則採榮總六十九年支付標準之七五折，其他還有省立醫院及軍醫院等各種支付標準。在甲乙丙表訂定藥事服務費時，其參考資料在住院部份乃是勞保局由電腦檔中計算各層級醫療院所加成額後，除以該層級醫療院所住院人日所得；在門診部份則是實際自各層級醫療院所得得到一個月處方箋算得門診加成額後，除以該層級醫療院所門診人次而得，所得的資料再由勞委會邀集

各相關單位（勞保局、衛生署醫政處及藥政處）及醫療院所（各醫學中心、區域醫院及地區醫院）進行協商而得甲乙丙表中所列的點數，基本上來說，勞保的藥事服務費基本上由醫療院所倒推而得。而勞保亦規定，對門、住診醫師如未開立處方箋，仍支付藥事服務費。其目的是在適當的補償藥事服務之管理成本（經常及資本支出），使醫師能依病人的實際需要開立藥品處方，而不至於為達成預期收入而濫開藥物。

由於慢性病一般給藥天數較長，為反應實際之成本，勞保規定以專案申報的十八種慢性病，其藥事服務費依其給藥天數而有不同的支付標準，最高可達三倍。以醫學中心門診而言，依其專案申報平均每次 800 元來看，某病人若因慢性病必須服藥十四天，則勞保局必須支付的藥事服務費為 102 元，佔該次門診費用的 15%，不可謂不高，且專案申報中以慢性病最多，所以大略可知藥事服務費在醫學中心門診支付額中所佔的比例（如表 2-9）。

3、全民健康保險⁽³¹⁾（如表 2-10）

- a. 全民健康保險醫療費用支付標準依據全民健康保險法第五十一條訂定之。
- b. 各保險醫事服務機構適用本標準所列各診療項目，依其與中央健保局所簽訂的合約類別，分為：基層醫療院所、地區醫院、區域醫院、醫學中心、特約藥局。
- c. 保險醫事服務機構以書面申報醫療費用者，依本標準所訂點數申報後，由健保局按門診每一申報案件扣留五點至十點、住院每一申報案件扣留五十點以為委託辦理電子資料處理之費用。

表 2-8 公保的藥事服務費支付方式

	公 保		
支付依據	公務人員保險特約醫療機構收費項目價格表第二章藥品及材料費之規定		
支付方式	藥品加成：公務人員法保險法第二十五條，76 年 12 月，中央信託局公務人員保險處		
支付範圍	藥品加成包括調劑費、藥品耗損、包裝藥瓶、管理等有關費用		
支付基準 藥品分類	A.非醫療院所自製藥品 B.醫療院所自製藥品 1.以製造醫療需要且市面上沒有販賣之傳統藥品為原則 2.劑型限於無需滅菌處理之外用水劑及軟膏劑（全靜脈營養注射劑：TPN 除外） 3.申報時需檢附成本分析及各原料藥之進價等資料（申報 TPN 另需檢附無菌室製造設備及 TPN 小組有關資料）		
支付金額	A.醫學中心、國泰、彰基及省市立等醫院個別洽定		
	項 目	定 義	支付金額 (醫院列報價格)
	普通藥	藥品每一單位含價進稅≤15元者	含稅進價× (1+19.0%)
	高價藥	藥品每一單位含價進稅>15元者	含稅進價× (1+9.5%)
其他說明	A.每單位進價加成後，尾數未滿 1 角，以 1 角計算 B.每張處方箋藥品及材料費之總計，以進元計收		

表 2-9 勞保的藥事服務費支付方式

	勞 保							
支付依據	勞工保險診療費用支付標準表特定診療章第三部藥劑之規定							
支付方式	訂有藥事服務費一項：勞工保險診療費用之支付標準表 81 年 8 月版，P.64，台閩地區勞工保險局							
支付範圍	藥事服務費涵蓋調劑費、藥品耗損、包裝、倉儲及管理 etc 費用							
支付基準	A. 非醫療院所自製藥品 B. 醫療院所自製藥品 1. 以製造醫療需要且市面上沒有販賣之傳統藥品為原則 2. 劑型限於無需滅菌處理之外用水劑及軟膏劑（全靜脈營養注射劑：TPN 除外） 3. 申報時需檢附成本分析及各原料藥之進價等資料（申報 TPN 另需檢附無菌室製造設備及 TPN 小組有關資料）							
藥品分類	醫院診所類別		門 診（次）		住 診（天）			
			編 號	支付點數	5 天（含以內）		超過 5 天	
	甲 表	醫學中心	DK1	40	DK2	90	DK3	80
		區域醫院	DA1	30	DA2	70	DA3	60
	乙 表		DB1	20	DB2	50	DB3	40
	丙 表		DC1	10	DC2	30	DC3	20
其他說明	A. 每點支付金額為 1 元 B. 門、住診醫師如未開立處方箋，仍支付藥事服務費 C. 經中央主管機關指定之慢性病給藥日份在 6 日（含）以內者，其門診藥事服務費按上列支付點數申報，給藥日份在 7~13 日者，按上列支付點數 2 倍申報，給藥日份在 14 日（含）以上者，按上列支付點數 3 倍申報							

表 2-10 全民健康保險的門診診察費與調劑費支付方式 (38.39)

一、門診診察費		支付點數						
		基層 院所	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心			
診 療 項 目		一般門診診查費						
A 醫院門診診查費			200	200	200			
1.就診人在合理範圍內			220	220	220			
B 基層院所門診診察費								
1.每位醫師每日門診在五 十人以下部份 (≤50)		(1) 未開處方或處方 由本院自行調劑	240					
		(2) 處方交付特約藥 局調劑	220					
2.山地離島地區		(1) 未開處方或處方 由本院自行調劑	240					
		(2) 處方交付特約藥 局調劑	260					
二、調劑費		支付點數						
		特 約 藥 局	基層院所 醫師親自 調劑	藥事 人員 調劑	地 區 醫 院	區 域 醫 院	醫 學 中 心	
診療項目								
A 門診藥事服務費		(1) 一般處方給藥 (7 天內)	32	11	21	32	42	42
		(2) 慢性病處方 13 天內	32	11	21	32	42	42
		(3) 慢性病處方 13~27 天	42	21	32	42	53	53
		(4) 慢性病處方 28 天以上	53	32	42	53	63	63
B 住院藥事服務費		(1) 非單一劑量處方				25	30	40
		(2) 單一劑量處方				50	60	70
C 放射性藥品處方之藥事服務費 (天)						70	70	70
D 全靜脈營養注射劑處方之藥事服務費 (天)						110	110	110
E 化學腫瘤藥品處方之藥事服務費							110	110

註：依據 87.6.26 衛署健保字第八七〇三五五一二號公告修正

第六節 我國藥品流通、西藥販賣業之現況與展望

公、勞保實施前，到醫院看病或去診所看病，費用相當貴，為一般低收入階級無法負擔，因此很多病人都先求助於藥房（局）。當時是社區藥局及西藥販賣業者的全盛時期，因為當時雖沒有醫藥分業。藥師可依藥師法第二十條的規定，依中華藥典國民選集之處方調劑¹⁹，為當時貧苦的民眾提供了適時且價格低廉的醫療保健，也為當時醫療保健提供了莫大的貢獻，使得藥師執業及其功能充分發揮。而藥品流通也大多流向藥房及藥局，當時醫院藥品耗用所占的比例非常的低。

公、勞保實施後，全國約有百分之六十的人口有保險，使生病的人都往免費的醫院去看病，藥房、藥局的調劑與營業額相對大幅萎縮，醫院業務卻大幅成長。大醫院、教學醫院如雨後春筍紛紛設立，此時藥品流通流向醫院，社區藥局藥師的功能式微，因此藥師收入以及藥品零售商收入大幅減少，影響社區藥局及藥品零售商甚大。

八十四年三月全民健保正式實施後，醫藥分業未實施前，社區藥局及藥品零售商的影響、藥品流通之流向與藥師功能是否充分發揮值得深入探討。

目前台灣的藥局密度高居世界之冠，約每 10,000 人就有 6.8 家藥局⁽⁴⁰⁾，如下表所示：

表 2-11 各國每 10,000 人之藥局統計數

台灣	英國	法國	西德	美國	加拿大	瑞典	日本
6.80	2.00	4.00	2.70	2.30	2.40	0.90	2.90

但在如此高藥局密度的環境下，由專業藥師執業僅占 21%，而由藥劑生執業占 28%，故可推知，由非專業藥師或藥生執業的藥房竟占 51%。故在整個藥事服務仍有很大改善空間。

過去，藥政管理未完善，藥局、藥房的經營習慣僅是提供藥品給病患，一般成藥任何人皆可販賣，不一定要由藥師或藥生販賣，因販賣者未受藥學專業訓練，本身對藥品之知識有限，故藥事服務較不完整，另一方面由於藥事專業執業空間未獲充分保障，西藥販賣業（藥局、房）專業功能未能發揮。

實施健保後，保險藥品市場逐漸擴大，故 OTC（指示藥及成藥）之藥品市場變化成為眾所關注的對象。雖然全民健保對 OTC（指示藥及成藥）法律規定不給付，但從全民健保開辦到今天指示藥還繼續給付，致使因醫藥分業沒有徹底實施，藥局的經營已陷入困境，指示藥繼續給付，使藥局更雪上加霜。再則近年來國內社區社區健保藥局經營環境隨健保的開辦及醫藥分業制度之實施漸進已呈現重大改變，如連鎖藥局系統如雨後春筍般的成長，在這約上千家的連鎖藥局對藥師執業制度與社區社區健保藥局的經營空間皆有重大影響。

一般而言，以往在台灣藥局裡可以買到醫師處方用藥及非處方用藥，這包括：指示用藥、成藥及非藥品。醫師處方用藥是藥品危險性較高，安全劑量範圍窄，或者有配伍禁忌的危險，需小心使用否則易有致命的危險，此類藥品應有醫師開立處方，經由藥師確認處方、調劑、再交付病患，按正確的用量服用，以免發生危險；非醫師處方用藥中指示用藥是藥品安全高、作用溫和、藥效明確、體內無積蓄性、品質安定、耐久儲存、使用簡便、標示詳實、推薦劑量在安全範圍內，需經由醫藥

專業人員指示使用，可逕自在藥局、藥房購得服用；成藥係指原料藥經加工調劑，不用其原名稱，摻入之麻醉藥品、劇毒藥品，不超過中央衛生主管機關所規定之限量，作用緩和、無積蓄性耐久儲存、使用簡便，不待醫師指示即可治療疾病之用。

自立報系民意調查小組曾於民國八十五年五月針對台灣地區二十歲以上民眾進行民眾對醫藥分業意見電話調查。結果 94.1%受訪民眾不會持醫師所開處方箋，至健保特約藥局調劑；5.3%曾持醫師所開處方箋，至健保特約藥局調劑。並且 64.8%受訪者認為於醫藥分業實施後仍會選擇在醫療院所取藥；17.1%受訪者將會持醫師所開處方箋至健保特約藥局調劑。所以由此可知台灣的就診者因襲醫藥不分業習慣，必須要加強在民眾的宣導及醫界的配合。

醫藥分業實施至今（八十八年七月底）已滿兩年。但在藥局方面到目前為止所接到的處方箋實在少之又少，與當初預期的差距頗大；就算接到處方箋，但仍有許多問題出現，如：醫師字跡太過潦草、開立冷門藥品或在處方箋上註明不得換其它相同成份的藥品。若發生這種情況，病人無法取得藥品，對藥局所準備的藥是否足夠會產生懷疑，而造成病人對藥局失去信心。而健保實施後的醫療轉診制度未徹底實施，且一般病人對「醫藥分業」的真正意義及其權利並不十分瞭解，再加上門診部分負擔所需費用並不多，所以民眾認為多看一次醫師多一份安心，造成病人重覆看病，使得醫療費用逐年提高，基層醫療雖大聲疾呼，他們因健保而業務逐漸萎縮，但從健保局資料顯示，全民健保實施後，基層醫療診所增加 91.13%、健保給付亦增加；指示藥的繼續給付，致使社區社區健保藥局的藥品市場呈現萎縮；免審制度的繼續實施，徹底破壞了醫藥分別列帳的精神，也使健保局多付了為數不少的藥品費用，這些

額外付的費用，外界稱為藥品「黑洞」；另外各級醫療院所逐漸採用逐項申報方式，且只要處方內容合理均可得到給付，不少的醫療院所在購買藥品時要求贈送、折讓或開立不實的發票，致使原本藥價偏低的國產藥品，有逐漸失去市場的趨勢。

第七節 藥師功能－藥事服務項目

藥師之藥事服務項目⁽⁴¹⁾可區分為以下十二種：

1. 門診處方調劑
2. 單一劑量病房處方調劑（UD）
3. 非單一劑量病房處方調劑（非UD）
4. 麻醉藥品處方調劑及放射性藥品調劑
5. 靜脈注射添加物調劑
6. TPN藥品調劑（全靜脈營養注射劑）
7. 化學腫瘤藥品調劑
8. 臨床藥物監測及藥物動力學藥劑調整
9. 藥物特殊諮商
10. 臨床藥師
11. 科學中藥處方調劑
12. 社區社區健保藥局處方調劑

其主要內容分別列於表2-12、表2-13：

表2-12 地區醫院以上之醫院於住院及門診藥師所提供之一般藥事專業服務項目⁽⁴¹⁾

一、一般服務項目	
(一) 確認處方：	
a.病患姓名、性別、年齡 b.醫院或藥局名稱、地址、電話號碼 c.處方醫師姓名 d.調劑日期 e.處方序號	f.藥品名 g.劑型 h.劑量 i.服用方法 k.審核藥歷處方及簽章
(二) 處方調劑：	
a.書寫藥袋、標籤 b.準備容器及包裝	c.藥品調配 1.門診處方調劑 2.單一計量病房處方調劑 3.非單一計量病房處方調劑
(三) 核對藥品及交付藥劑：	
a.確認處方 b.核對藥品(藥名、劑型、外觀顏色、數量、容量、標籤、包裝)	c.核對用法用量、給藥途徑、使用指示 d.確認接受藥劑對象 e.交付藥劑
(四) 用藥指導：	
a.指導病患正確服藥 c.指導病患藥品貯存	b.病患衛教(副作用、成藥、OTC、處方藥、counseling)
(五) 藥歷管理：	
病人用藥史(含藥物過敏)建檔及管理	

表 2-13 地區醫院以上之醫院於住院及門診藥師所提供之特殊藥事專業服務項目⁽⁴¹⁾

二、特殊服務項目	
(一) 特殊藥品調劑：	
a. TPN 藥品調劑（全靜脈營養注射劑） b. 化學腫瘤藥品調劑 c. 靜脈注射添加物調劑 d. 小兒科磨粉、分包及水劑	e. 非成品調劑 f. 攜帶式輸液用之化學調劑 g. 病患自控式止痛麻醉藥調劑
(二) 臨床藥師作業及特殊處置	
a. 追蹤藥物療效 b. 追蹤藥物不良反應 c. 用藥衛教及疾病保健 d. 投與藥劑 e. 開立處方及檢驗單 f. 傷病檢傷分類 g. 診斷處置已確定診斷，藥物控制後病情穩定之慢性病人 h. 藥物動力學藥劑調整	i. 製備、藥品投與、追蹤需要密切追蹤療效之注射藥品 j. 依病人特殊藥動學變數選擇藥品及建立劑量、投與間隔與投藥方式 k. 臨床藥物治療監測 l. 依診療規範從事診斷及處置急症及自限性疾病 m. 藥物特殊諮商

第三章 研究材料及方法



第三章 研究材料及方法

第一節 研究對象及期間

研究樣本若太少,則研究結果的信度 (reliability) 不夠, 但研究樣本大小的選擇受到時序 (time schedule)、 成本 (cost) 和可獲得之樣本數 (availability of cases) 的限制, 使本研究使用 (1) 統計方法來決定樣本數、(2) 依1974年Schleselman的方法、(3) 依1982年Rothman及Boice導出之Calculator program等方法來計算樣品數都不可行, 因此考慮實際的限制。

本年度之研究對象以醫學中心、區域醫院、地區醫院、社區藥局、中藥局等抽樣為本研究之母群體, 亦為研究樣本。因醫學中心只有十七家, 將全部列為調查對象, 區域醫院全數發問卷, 地區醫院即85份問卷, 社區藥局 (包括健保藥局) 約抽200家做問卷調查。

藥品流通的調查研究中, 中藥部分因全民健保只給付科學中藥, 故只調查科學中藥的通路; 西藥部份則依下列之分類將調查: 消化系統用藥、新陳代謝用藥、血液及造血器官用藥、心臟血管系統用藥、生殖系統用藥及性荷爾蒙製劑、賀爾蒙製劑、抗菌藥物—抗生素、抗癌藥物、肌肉骨骼系統用藥、呼吸系統藥物、中樞神經系統藥物及感覺器官 (sensory organs) 用藥等。

第二節 研究過程

本年度研究為五年中長期計劃的第四年，其目的如下：實地訪問調查醫藥分業實施後一年半至二年半時藥品流通、西藥販賣業以及藥師執業及其功能的實際情形，以瞭解藥品的通道，開業藥師的功能以及西藥販賣業的經營型態等等。

本年度的資料收集部份，是以設計醫院藥局問卷、社區藥局問卷回收後加以調查，其訪查方式以下面兩種方式：

- (1) 親自訪談：由研究助理利用結構式與開放式綜合之訪談指引問卷填寫。
- (2) 郵寄問卷：利用結構式與開放式綜合問卷，寄給樣本藥局、西藥販賣業者等之負責人，以完成資料之收集。

第三節資料處理與統計分析

一、資料分析軟體

在取得回收問卷後，先用Excel for Window 7.0 版套裝軟體整理所需要的資料，在以Word for Window 7.0 版套裝軟體製作表格比較。在用藥指導障礙部份以SAS套裝軟體分析。

二、統計分析方法

本年度各層次藥局藥事服務項目，是以Word for Window 7.0 版套裝軟體做整理比較。本年度的統計分析工作是以Excel for Window 7.0 版套裝軟體做各層次藥局的藥品使用量統計、各層次藥局藥品分類使用排序統計。

問卷設計採ordinal及interval的類別變項，故所收集的資料為類別數據（categorical data）。當類別數據來自兩個以上的類別變項時，可以「多維關聯表」（contingency）表示。計算「相對危險度」（relative risk）及odds ratio並做類別變項間相關性的測量。此種統計測驗可利用SAS軟體中proc catmod procedure做分析。在用藥指導障礙部份中的統計分析，所採用之研究方法為類別資料分析法（categorical data design）。

第四節 研究限制

本年度所回收的問卷率以區域醫院最高，地區醫院次之，醫學中心與社區健保藥局最少。研究後發現，在藥品消耗量及分類上以區域醫院所做的問卷較為清楚外，其餘醫學中心、地區醫院及健保藥局大多未做藥品消耗分類，尤其以社區健保藥局幾乎都未做藥品消耗量分類及統計。為求統計資料的正確性，故配合從行政院衛生署健保資料擷取系統資料庫得到各醫院年度用藥申報金額，做分析研究。又已因取得全數正確藥品耗用量及金額之資料不易。故統計方式是以獲得之藥品金額取其平均再乘以總數來推估所有金額。在科學中藥的年耗用量部分，從今年度的回收問卷來看，一般醫院中藥局所皆未做藥品耗用的統計與分類，故本研究調查數家中藥藥廠的銷售資料來推估科學中藥的年耗用量。

第四章 研究結果



第四章 研究結果

第一節 藥事服務

1. 一般藥事服務

表 4-1 各級醫院提供一般藥事服務項目之比例

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院
(1) 確認處方	100%	100%	100%
(2) 處方調劑	100%	100%	100%
(3) 核對藥品及交付藥劑	100%	100%	100%
(4) 用藥指導	100%	100%	92.86%
(5) 藥歷（管理）建檔	100%	69.23%	42.86%

2. 醫院藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤所載資訊

表 4-2 各級醫院藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤所載資訊之比例

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院
(1) 醫院或藥局名稱、地址、電話	100.0%	92.3%	100.0%
(2) 調劑日期	100.0%	92.3%	100.0%
(3) 處方序號	100.0%	92.3%	64.3%
(4) 病患名稱	100.0%	92.3%	100.0%
(5) 處方醫師姓名	66.7%	46.2%	28.6%
(6) 藥品名（限商品名或學名）	100.0%	92.3%	78.6%
(7) 劑型	100.0%	84.6%	71.4%
(8) 劑量	100.0%	92.3%	78.6%

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院
(9) 服用方法	100.0%	92.3%	100.0%
(10) 藥師簽章	100.0%	69.2%	50.0%
(11) 未答	--	7.7%	--

3. 醫院藥局藥師交付藥劑與病患時，向病患說明之資訊

- (1) 藥品名稱
- (2) 貯存方法
- (3) 特殊指示
- (4) 藥品作用與用途
- (5) 劑型、劑量與服用方法
- (6) 服用方法上的特殊指示
- (7) 服用時應注意事項
- (8) 如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置
- (9) 病患自己做藥物治療監測的方法
- (10) 藥物-藥物、藥物-食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應
- (11) 連續處方籤再調劑須知
- (12) 忘記服藥應如何處置
- (13) 特殊病患或藥品所需之資訊

表4-3 各級醫院藥局藥師交付藥劑與病患時，向病患說明資訊之比例

項目	醫學中心	區域醫院	地區醫院
(1)	100.0%	53.9%	35.7%
(2)	100.0%	76.9%	50.0%
(3)	100.0%	92.3%	78.6%
(4)	100.0%	53.9%	57.1%
(5)	100.0%	53.9%	92.9%
(6)	100.0%	76.9%	71.4%
(7)	100.0%	84.6%	92.9%
(8)	66.7%	46.2%	57.1%
(9)	33.3%	23.1%	7.1%
(10)	66.7%	61.5%	57.1%
(11)	66.7%	38.5%	21.4%
(12)	100.0%	38.5%	28.6%
(13)	100.0%	76.9%	50.0%
未答	--	7.7%	--

第二節 藥品流通

根據本年度研究之調查，醫藥分業實施後二年半後藥品流通項目，經問卷統計結果如下：

一、西藥藥品流通部分

1. 西藥分類--- A 消化道用藥

B 新陳代謝用藥

C 血液及造血器官用藥

D 心臟血管系統用藥

E 生殖系統用藥

F 荷爾蒙製劑

G 抗菌藥物－抗生素

H 抗癌藥物

I 肌肉骨骼系統用藥

J 中樞神經系統藥物

K 呼吸系統用藥

L 眼科用藥

(A) 本年度各級醫院藥品消耗金額及比例如下：

表4-4 各級醫院藥品消耗之金額及比例

	百億	十億	億	千萬	百萬	十萬	萬	千	百	十	元整	%
醫學中心	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	43.48
區域醫院	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30.43
地區醫院	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26.09
總計	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100.00

說明：

1. 根據中央健康保險局全球資訊網所提供之八十八年度全民健康保險特約醫療院所資料顯示，醫學中心共17家，本研究利用郵寄問卷之方式，針對該些醫學中心之藥品使用量及消耗金額進行調查，由於問卷回收及填答情況不佳，為避免低估實際之藥品使用量及消耗金額，因此，改採行政院衛生署健保資料庫之藥品費用資料，得其醫學中心之藥品消耗金額約為20,000,000,000元。
2. 根據中央健康保險局全球資訊網所提供之八十八年度全民健康保險特約醫療院所資料顯示，區域醫院共62家，本研究針對該些區域醫院進行問卷調查，依其問卷回收有填答藥品消耗金額之13家統計，再配合行政院衛生署之藥品費用申報資料，可推估區域醫院年度用藥申報金額，約為14,000,000,000元。

3. 根據中央健康保險局全球資訊網所提供之八十八年度全民健康保險特約醫療院所資料顯示，地區醫院共514家，本研究針對其中85家地區醫院進行問卷調查之工作，問卷回收共14家，以其所填答之年度藥品用量統計金額，再配合藥品費用資料，推估地區醫院的年度用藥申報金額約為12,000,000,000元。
4. 根據中央健康保險局全球資訊網所提供之八十八年度全民健康保險特約醫療院所資料顯示，特約藥局共3375家，本研究針對其中200家開業藥局進行問卷調查之工作，由於所回收問卷之藥品消耗部份，僅填寫藥品消耗比例，未填正確金額，故僅統計分析其藥品消耗比例部份。其藥品消耗金額則從健保局之特約藥局申報統計擷取。

(B) 由於本研究未針對一般基層診所進行問卷調查之工作，因此，根據八十八年度全民健康保險特約醫療院所資料顯示，15,768家之一般基層診所，其藥品消耗之金額是以行政院衛生署健保資料庫之藥品費用資料來估算，推測金額約為25,100,000,000元。則各級醫院、診所之用藥金額及比例如下：

表4-5 各級醫院及診所之用藥金額及比例

	百億	十億	億	千萬	百萬	十萬	萬	千	百	十	元整	%
醫學中心	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28.13
區域醫院	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.69
地區醫院	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.88
診所	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	35.30
總計	7	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	100.00

(C) 根據健保局之特約藥局申報統計資料得知，本年度之藥品消耗金額約為1,094,610,243元。本研究調查健保藥局藥品消耗量，包括健保給付之「處方用藥」、健保不給付之「指示用藥」等，經藥品藥理分類統計後，藥品使用

量的前三名依序為消化道用藥、呼吸系統用藥、抗菌藥物－抗生素。則其各級醫院、診所及健保藥局之用藥金額及比例如下：

表4-6 各級醫院、診所及開業藥局之用藥金額及比例

	百億	十億	億	千萬	百萬	十萬	萬	千	百	十	元整	%
醫學中心	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27.78
區域醫院	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19.44
地區醫院	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.67
診所	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	34.86
健保藥局		1	0	9	4	6	1	0	2	4	3	1.25
總計	7	2	1	9	4	6	1	0	2	4	3	100.00

(D) 本研究亦從健保資料獲得藥品申報金額排行前 1000 名的藥品品項中，依藥品藥理分類統計後，可知申報金額前五大的藥理類別依次為心臟血管系統用藥（18.9%）、消化道與代謝用藥（17.2%）、全身性抗感染用藥（17.1%）、血液與造血器官用藥（10.8%）及神經系統用藥（9.7%），其次，亦可知藥品申報品項數的前五名，依序為消化道與代謝用藥（16.5%）、全身性抗感染用藥（16.2%）、血管系統用藥（13.5%）、血液與造血器官用藥（13.7%）及神經系統用藥（10.8%）。其次，由本研究可得各級藥局分類藥品使用量之比例，如表 4-7 所示，此外，本研究亦比較醫藥分業實施初期與醫藥分業實施後二年半在各分類藥品使用量之成長情形，結果如表 4-8 所示。

表 4-7 各級藥局分類藥品使用量之比例

藥品分類	醫學中心	區域醫院	地區醫院	健保藥局
消化道及代謝用藥	20.00%	17.71%	19.41%	18.92%
血液及造血器官用藥	10.02%	7.84%	5.42%	2.87%
心臟血管系統用藥	19.64%	19.83%	18.88%	17.32%
生殖系統及性荷爾蒙用藥	1.99%	1.44%	4.13%	4.29%
抗菌藥物－抗生素	8.04%	18.83%	19.98%	9.77%
抗癌藥物及免疫製劑	9.95%	6.77%	2.96%	0.00%
肌肉骨骼系統用藥	7.37%	7.14%	3.58%	8.84%
中樞神經系統藥物	9.70%	6.13%	3.73%	11.30%
呼吸系統用藥	7.82%	6.45%	14.60%	18.17%
其他	5.47%	7.85%	7.32%	8.52%

表 4-8 醫藥分業實施初期與醫藥分業實施後二年半在各分類藥品使用量之成長比較

藥品分類	醫藥分業實施初期	醫藥分業實施後二年半	Growth
	NT\$Mill	NT\$Mill	+-%
消化道及代謝用藥	4,854.68	13,104.06	+169.93
血液及造血器官用藥	2,255.88	8,234.06	+265.00
心臟血管系統用藥	6,637.45	14,388.16	+116.77
生殖系統及性荷爾蒙用藥	2,335.58	1,516.75	-35.06
抗菌藥物－抗生素	4,537.68	13,024.49	+187.03
抗癌藥物及免疫製劑	1,399.98	2,730.51	+95.04
肌肉骨骼系統用藥	1,055.89	5,613.27	+431.62
中樞神經系統藥物	6,307.60	7,385.45	+17.09
呼吸系統用藥	2,056.57	5,954.01	+189.51
其他	3,764.33	4,165.75	+10.66

二、中藥藥品流通部份

中藥藥品流通部份，根據研究者未發表之資料，統計結果如下：

- a. 本年度科學中藥之銷售金額約 4,171,045,538 元
- b. 醫院附設中醫部約 350,094,884 元
- c. 中醫診所約 2,340,028,893 元
- d. 中藥房約 1,597,011,718 元

表4-9 醫藥分業實施初期與實施二年半各級中醫院所藥品費用成長之比較

	醫藥分業實施初期	實施醫藥分業後二年半	成長率
醫院附設中醫部	337,799,000	350,094,884	+3.64%
中醫診所	2,285,407,650	2,340,028,893	+2.39%
中藥房	1,816,437,350	1,597,011,718	-12.08%
合計	4,439,644,000	4,171,045,538	-6.05%

- e. 本年度調查中藥藥品流通中，科學中藥複方及單方消耗金額比率為：
複方 75.00%、單方 25.00%。
- f. 本年度調查中藥藥品流通中，將中藥藥品依消耗金額排序，複方第一名為『加味逍遙散』；單方第一名為『丹參』。
- g. 中藥藥品消耗金額（複方、單方）排序如下：

(I) 中藥藥品依消耗金額排序(複方)

1	加味逍遙散	42	兒科杏蘇散	83	四逆散
2	補中益氣湯	43	安中散	84	芎歸膠艾湯
3	六味地黃丸	44	止嗽散	85	寧嗽丸
4	葛根湯	45	杏蘇散	86	燈花敗毒散
5	龍膽瀉肝湯	46	定喘散	87	鉤藤散
6	小柴胡湯	47	炙甘草湯	88	甘麥大棗散
7	川芎茶調散	48	濟生腎氣丸	89	上中下通用痛
8	疏經活血散	49	麻子仁丸	90	參蘇飲
9	小青龍湯	50	清上防風湯	91	乙字湯
10	辛夷散	51	逍遙散	92	人參養榮湯
11	香砂六君子湯	52	當歸拈痛湯	93	甘露消毒丹
12	八味地黃丸	53	六君子湯	94	保和丸
13	銀翹散	54	三黃錠	95	柴陷湯
14	平胃散	55	消風散	96	薏苡仁湯
15	麻杏甘石	56	清咽利膈湯	97	紫雲膏
16	參苓白朮散	57	柴胡龍牡	98	補陽還五湯
17	獨活寄生湯	58	真人活命飲	99	葛根黃連黃芩
18	甘露飲	59	二陳湯	100	柴胡疏肝湯
19	知藥八味丸	60	溫膽湯	101	潤腸丸
20	防風通聖散	61	大柴胡湯	102	羌活勝溼湯
21	天王補心丹	62	還少丹	103	五積散
22	杞菊地黃丸	63	血府逐瘀湯	104	頓嗽散
23	歸脾湯	64	柴葛解肌湯	105	瀉白散
24	藿香正氣散	65	清心蓮子飲	106	桑螵蛸散
25	辛夷清肺湯	66	清燥救肺湯	107	烏藥順氣散
26	麥門冬湯	67	桂枝湯	108	正骨紫金丹
27	清鼻湯	68	半夏厚朴湯	109	金鎖固精丸
28	桑菊飲	69	九味羌活	110	涼膈散
29	十神湯	70	十味敗毒散	111	華蓋散
30	當歸芍藥散	71	小建中湯	112	樂適舒
31	清肺湯	72	肥兒八珍膏	113	八珍湯
32	酸棗仁湯	73	苓桂朮甘	114	清暑益氣湯
33	半夏瀉心湯	74	半夏白朮天麻	115	右歸丸
34	荆防敗毒散	75	玉屏風散	116	荊芥連翹湯
35	芍藥甘草湯	76	柴胡清肝湯	117	人參湯
36	黃連解毒散	77	柴胡桂枝湯	118	竹葉石膏湯
37	五苓散	78	豬苓湯	119	胃苓湯
38	蒼耳散	79	響聲破笛丸	120	抑肝散
39	四物湯	80	四君子湯	121	十全大補湯
40	桂枝茯苓丸	81	清胃散	122	茵陳五苓散
41	百合固金湯	82	溫經湯	123	蠲痺湯

124	滋腎明目湯	167	涼膈散去硝黃	210	治濁固本丸
125	人參敗毒散	168	人參當芍散	211	左歸丸
126	養心湯	169	瀉黃散	212	復元活血湯
127	麻黃湯	170	生化湯	213	香薷飲
128	桂枝芍藥知母	171	導水茯苓湯	214	葛花解酲湯
129	防己黃耆湯	172	六和飲	215	少腹逐瘀湯
130	白虎湯	173	補肺阿膠散	216	大柴胡湯去大黃
131	桃核承氣湯	174	升麻葛根湯	217	苓甘薑味辛夏
132	普濟消毒飲	175	金沸草散	218	調經丸
133	補陰湯	176	越婢加朮	219	小承氣湯
134	茵陳蒿湯	177	辛底湯	220	清涼飲
135	八味帶下方	178	五皮飲	221	附子理中湯
136	溫清飲	179	桃紅四物湯	222	大建中湯
137	葶藶分清飲	180	半瀉六君子	223	木防己湯
138	八正散	181	越鞠丸	224	十味香薷飲
139	黃耆建中湯	182	桔梗石膏	225	人參瀉肺散
140	散腫潰堅湯	183	托裏消毒散	226	龍骨牡蠣
141	二朮湯	184	雙解散	227	桂枝加芍朮附湯
142	桂枝加龍骨牡	185	槐花散	228	敗毒散
143	加味八仙湯	186	折衝飲	229	大秦朮湯
144	蘇子降氣湯	187	大青龍湯	230	桂枝加芍藥
145	香蘇散	188	生脈散	231	分消湯
146	旋覆花代赭石	189	黃連湯	232	紫根牡蠣湯
147	完帶湯	190	吳茱萸湯	233	桂枝加芍朮
148	漢方胃腸藥	191	三痺湯	234	茯苓飲
149	白虎加人參湯	192	女科柏子仁丸	235	當歸六黃湯
150	洗肝明目散	193	三黃石膏湯	236	橘皮竹茹湯
151	當歸四逆散	194	大承氣湯	237	芍藥湯
152	溫賦湯（真武湯）	195	大黃牡丹皮湯	238	排膿湯
153	導赤散	196	小續命湯	239	桂枝五物湯
154	玉女煎	197	白頭翁湯	240	紫苑湯
155	當歸飲子	198	厚朴溫中湯	241	疏鑿飲
156	五淋散	199	小柴胡湯去參	242	治頭瘡一方
157	三黃瀉心湯	200	木香檳榔丸	243	加味三黃錠
158	十六味流氣	201	天麻鉤藤飲	244	抵當湯
159	保產無憂方	202	秦艽鱉甲湯	245	腎著湯
160	聖愈湯	203	一貫煎	246	治喘一方
161	麻杏薏甘湯	204	變製心氣飲	247	柴苓湯
162	黃耆五物湯	205	四逆湯	248	九檳吳茱
163	茯苓丹	206	黃芩湯	249	桂枝加附子湯
164	麻黃細辛附子	207	身痛逐瘀湯	250	續命湯
165	平肝流氣散	208	沙參麥冬湯	251	清腸飲
166	滋陰降火湯	209	柴桂薑湯	252	苦荊散

(II) 中藥藥品依消耗金額排序 (單方)

1	丹參	41	梔子 (山)	81	威靈仙
2	薏苡仁	42	乙金	82	羌活
3	麥門冬	43	菊花	83	天門冬
4	桔梗	44	陳皮	84	澤瀉
5	黃芩	45	黨參	85	熟地黃
6	杏仁	46	牡蠣	86	枳實
7	延胡索	47	牡丹皮	87	麥芽
8	葛根	48	白芨	88	益母草
9	甘草	49	木瓜	89	女貞子
10	黃耆	50	大棗 (紅棗)	90	牛膝 (淮)
11	白芷	51	桑白皮	91	川楝子
12	生地黃	52	金蟬 (脫殼)	92	辛夷
13	茯苓	53	厚朴 (川)	93	茵陳 (棉)
14	芍藥 (白芍)	54	雞血藤	94	北沙參
15	香附子	55	紅花	95	黃連
16	玄參 (元參)	56	桃仁	96	菖蒲 (石)
17	牛膝 (川)	57	砂仁	97	前胡
18	金銀花	58	石膏	98	薄荷葉
19	川芎	59	荊芥	99	烏藥
20	貝母	60	乳香	100	白花蛇舌草
21	蒲公英	61	括樓仁	101	地龍
22	山楂	62	海螵蛸	102	牛蒡子
23	當歸 (川)	63	菟絲子	103	黃寄生
24	白朮	64	夜交藤	104	沒藥
25	續斷 (六汗)	65	射干	105	鵝不食草
26	括樓根	66	大黃	106	茯神
27	連翹	67	桂枝	107	茵陳 (北)
28	黃柏 (川)	68	蒼朮	108	合歡皮
29	柴胡	69	麻黃	109	生薑
30	山藥	70	釣藤英	110	枇杷葉
31	杜仲	71	夏枯草	111	括樓實
32	防風	72	蔓荊子	112	龍骨
33	酸棗仁	73	蒼耳子	113	遠志
34	枸杞子	74	板蘭根	114	雞內金
35	車前子	75	赤芍	115	蒺藜
36	何首烏	76	淫羊藿	116	土茯苓
37	枳殼	77	木香 (新)	117	炮附子
38	知母	78	半夏	118	白茅根
39	魚腥草	79	神曲	119	款冬花
40	五味子	80	決明子	120	細辛

121	山豆根	163	益智仁	205	豬苓
122	白殭蠶	164	蛇床子	206	橘紅
123	石斛	165	豬膽	207	絲瓜絡
124	蒿本	166	桑葉	208	蓮葉
125	柏子仁	167	巴戟天	209	檳榔
126	紫草	168	獨活	210	漢防己
127	狗脊	169	升麻	211	艾葉
128	紫苑	170	倒地蜈蚣	212	石決明
129	旱蓮草	171	三稜	213	大腹皮
130	黃精	172	青皮	214	番瀉葉
131	紫蘇葉	173	地膚子	215	龜板
132	肉蓯蓉	174	萊服子	216	赤苓
133	火麻仁	175	敗醬草	217	木賊草
134	桑枝	176	木通	218	萬點金
135	補骨脂	177	訶子	219	茜草
136	百合	178	莪朮	220	茺蔚子
137	黃水茄	179	久白	221	丁豎朽
138	玉竹	180	小茴香	222	胖大海
139	乾薑	181	紫花地丁	223	浮小麥
140	秦艽	182	藕節	224	胡桃
141	藿香	183	佛手	225	白椿皮
142	阿膠	184	鱉甲	226	紫蘇梗
143	龍膽草	185	葶藶	227	一條根
144	白鮮皮	186	大青葉	228	皂刺
145	五靈脂	187	金錢草	229	降真香
146	骨碎補	188	冬瓜子	230	番麥鬚
147	地骨皮	189	淡竹葉	231	紫河車
148	覆盆子	190	白豆蔻	232	當歸(尾)
149	蘇子	191	白芥子	233	赤小豆
150	路路通	192	吳茱萸	234	蒙花
151	薑黃	193	蘆根	235	忍冬藤
152	丁力子	194	烏梅	236	秦皮
153	百部	195	白扁豆	237	海藻
154	山茱萸	196	芡實	238	蔥白
155	天麻	197	苦參根	239	肉豆蔻
156	蒲黃	198	旋覆花	240	天仙茅
157	滑石	199	地榆	241	豨薟草
158	化石草	200	銀杏	242	芒硝
159	竹茹	201	丁香	243	扁柏
160	木香(老)	202	梔子(花)	244	韭菜子
161	仙鶴草	203	海蛤粉	245	鎖陽
162	半枝蓮	204	槐花	246	不留行

247	燈心草	290	全蠍	333	白花草
248	蘇木	291	浮海石	334	草豆蔻
249	蓮子	292	桑螵蛸	335	馬兜鈴
250	白前	293	香薷	336	使君子
251	大丁黃花	294	馬勃	337	沈香
252	人參	295	白薇	338	一枝香
253	淡豆鼓	296	自然銅	339	定經草
254	牡丹皮(蘇)	297	雞骨草	340	大風藤
255	佩蘭	298	天南星	341	枸杞根
256	五加皮	299	大金櫻	342	常山
257	烏不宿	300	雞香藤	343	肉豆根
258	千里光	301	九層塔	344	苦參子
259	良薑	302	柿蒂	345	蕎麥
260	麻黃根	303	蓮子心	346	龍鱗草
261	白雞冠花	304	括樓皮	347	艾頭
262	沙苑子	305	劉寄奴	348	曼陀螺花
263	川烏	306	烏甜	349	天仙藤
264	白頭翁	307	石榴皮	350	紅薊蔥花
265	五倍子	308	青箱子		
266	代渚石	309	黃金桂		
267	擇蘭	310	黃柏(本)		
268	通草	311	橘核		
269	檀香	312	血竭		
270	青蒿	313	無名異		
271	車前草	314	蕤仁		
272	蕭薈	315	白花蓮		
273	鳳尾草	316	白蘂		
274	貫眾	317	千年健		
275	故紙花	318	梗米		
276	桂皮	319	蓮鬚		
277	東葵子	320	馬蹄金		
278	瞿麥	321	漏蘆		
279	筆仔草	322	楮實子		
280	昆布	323	枳椇子		
281	郁李仁	324	牽牛子		
282	谷精	325	松節		
283	大小薊	326	胡麻仁		
284	水燈香	327	馬鞭草		
285	谷芽	328	大風草		
286	荔枝核	329	龍眼花		
287	紅骨蛇	330	白椿根		
288	穿山龍	331	草果		
289	小金櫻	332	宜梧		

第三節 西藥販賣業

八十八年度社區藥局之藥師功能經統計有效問卷後，結果分別如下：

1. 藥局主持藥師提供的基本資料

93.75% 為健保特約藥局，其餘 6.25% 為非健保特約藥局。有 86.68% 的藥局曾接受過醫師處方調劑。100% 藥局計畫加入健保特約藥局。75% 的藥局主持人為藥師，其餘 25% 則為藥劑生。藥師（生）的年齡層分布以 41~50 歲最多，高達 68.75%，有 25% 的人介於 31~40 歲之間，6.25% 在 51~60 歲之間。以學歷區分，12.5% 的藥師（生）僅高中（職）程度，56.25% 為專科學歷，大學畢業佔 25%，碩士較少，約佔 6.25%。統計結果顯示，12.5% 的藥局有加入連鎖藥局。

2. 藥師執業情形

100% 的藥師表示在近兩年有參加藥師繼續教育的訓練課程，其中 87.5% 認為此課程對藥師工作有所幫助。對於社區藥局藥師這份職業，分別有 6.25% 的人表示非常滿意或非常不滿意；31.25% 滿意現況；37.5% 認為尚可；有 12.5% 的人感到不滿意。從藥師的角度觀察，56.25% 的人認為民眾支持醫藥分業，其餘則持否定看法。

3. 藥局現況

（1）依據「優良藥品調劑規範」的項目中，目前執業藥局的環境設施符合規定的比例如表 4-10 所示。

表 4-10 目前執業藥局環境設施符合規定之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 維持合適的溫度、照明與通風	87.5
(2) 調劑處面積至少有六平方公尺	87.5
(3) 具有適當的洗手設備(肥皂與乾手設備)	93.8
(4) 具有消防安全設備	93.8
(5) 備有病患諮詢處及專業參考圖書以備民眾諮詢	81.3
(6) 調劑檯高度適合調劑者使用且表面完整無損，以防止濕氣或液體滲入	75.0
(7) 非藥事人員不得進入調劑處所	62.5
(8) 調劑處所內不得放置食物、進食、吸煙或嚼檳榔	68.8
(9) 處方藥置放調劑處所內妥善保管	68.8
(10) 管制藥品應專設木櫃	68.8
(11) 未答	6.3

(2) 依據「優良藥品調劑規範」的項目中，目前執業藥局的調劑設備符合規定的比例，如表 4-11 所示。

表 4-11 目前執業藥局調劑設備符合規定之比例

項	目	百分比 (%)
(1)	備有藥膏板、調藥刀、攪棒、杵及研鉢與其他適當器皿	81.3
(2)	備有適當的量筒或量杯	50.0
(3)	備有準確的調劑用天平	68.8
(4)	備有藥盤與藥匙	93.8
(5)	備有符合藥點（或專業）規定之調劑用水	43.8
(6)	備有冷藏用冰箱，除藥物外不得存放食品及其他物品	75.0
(7)	調劑用具每次使用前皆妥當清潔	81.3
(8)	備有防兒童使用的藥瓶供調劑使用	56.3
(9)	使用電腦及印表機等設備列印調劑標示及注意事項	56.3
(10)	未答	6.3

(3) 依據「優良藥品調劑規範」的項目中，目前執業藥局藥師服裝符合規定的比例，如表 4-12 所示。

表 4-12 目前執業藥局藥師服裝符合規定之比例

項	目	百分比 (%)
(1)	穿著白色制服	87.5
(2)	配戴身份姓名名牌	75.0
(3)	打領帶	12.5
(4)	穿皮鞋或球鞋	75.0
(5)	未答	6.3

(4) 93.75% 的藥局內有明顯懸掛藥局執照、藥師執照。於執業時，全數藥師均會備製「藥師執業中」的標示；有 91.67% 的人暫停執行業務時，會置放明顯標示供民眾辨識。而藥劑生有 75% 會準備「藥劑生執業中」的標示；有 75% 的人暫停執行業務時，會置放明顯標示供民眾辨識。

4. 藥師功能

依此次回收的問卷調查統計結果顯示：有 18.75% 的健保特約藥局僅依醫師處方從事調劑行為，有高達 62.5% 的藥局則同時依醫師處方及國民處方從事調劑行為。

【依醫師處方調劑】

(1) 若依醫師處方調劑，81.25% 的藥局的服務項目有依照優良藥品作業規範調劑。

(2) 於醫師處方調劑之服務項目中，藥局提供的項目，如表 4-13 所示。

表 4-13 醫師處方調劑之服務項目中，藥局提供項目之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 處方確認	87.5
(2) 處方登錄	75.0
(3) 藥品調配	93.8
(4) 核對藥品及交付藥劑	87.5
(5) 用藥指導	87.5
(6) 藥歷 (管理) 建檔	81.3

(3) 藥師在處方確認項目上所佔的比例，如表 4-14 所示。

表 4-14 藥師在處方確認項目上所佔之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 病患姓名、地址、年齡、性別、診斷	87.5
(2) 處方醫師姓名、身份證字號，執業執照號碼及簽名或蓋章，醫院或診所名稱、地址、電話號碼	87.5
(3) 藥品之名稱、劑型、單位含量	87.5
(4) 藥品數量	87.5
(5) 劑量與用藥指示	87.5
(6) 處方期限的有效性	81.3
(7) 開立處方日期	87.5
(8) 連續處方指示，包括連續處方的調劑次數及時間間隔	75.0

(4) 健保藥局為確定處方內容而與醫師聯繫的原因，如表 4-15 所示。

表 4-15 健保藥局為確定處方內容而與醫師聯繫原因之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 確認藥品名 (藥名書寫不清晰)	37.5
(2) 藥品交互作用	6.3
(3) 更換學名藥	18.8
(4) 確認廠牌	6.3
(5) 確認劑量	31.3
(6) 確認劑型	6.3
(7) 確認數量	18.8
(8) 確認用法、用量	6.3

(5) 藥局在處方登錄項目上

a. 查詢或建立病患用藥基本資料，如表 4-16 所示。

表 4-16 藥局在處方登錄項目上建立或查詢病患用藥基本資料之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 姓名外號	75.0
(2) 地址	12.5
(3) 電話號碼	75.0
(4) 出生年月日	87.5
(5) 性別、身高、體重	68.8
(6) 既往病史	50.0
(7) 藥品過敏史	43.8
(8) 目前正接受的治療種類	50.0
(9) 藥物不良反應既往史	56.3

b. 登錄處方資料，如表 4-17 所示。

表 4-17 藥局在處方登錄項目上，登錄處方資料之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 調劑日期	81.3
(2) 處方號碼	50.0
(3) 給病患的劑量與用藥指示	68.8
(4) 藥品之名稱、品牌、劑型、單位含量、藥品數量	81.3
(5) 處方醫師姓名	75.0
(6) 連續處方再調劑記錄	50.0

c. 評估病患用藥內容，如表 4-18 所示。

表 4-18 藥局在處方登錄項目上，評估病患用藥情形之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 目前所有用藥是否有重複給藥現象	75.0
(2) 目前所有用藥是否有交互作用情形	68.8
(3) 病患是否會對處方上的藥品過敏	62.5

d. 評估劑量與給藥方法，如表 4-19 所示。

表 4-19 藥局在處方登錄項目上，評估劑量與給藥方法之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 用藥目的	67.8
(2) 劑型與給藥途徑	68.8
(3) 劑量	75.0
(4) 給藥間隔	68.8
(5) 療程	37.5

(6) 藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤所載資訊，如表 4-20 所示。

表 4-20 藥局調劑後藥袋或包裝容器上標籤所載資訊之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 醫院或藥局名稱、地址、電話號碼	56.3
(2) 調劑日期	56.3
(3) 處方序號	0.0
(4) 病患名稱	62.5
(5) 處方醫師姓名	0.0
(6) 藥品名	43.8

項 目	百分比 (%)
(7) 劑型	43.8
(8) 劑量	37.5
(9) 服用方法	68.8
(10) 藥師簽章	25.0

(7) 藥局調劑後，交付藥劑給病患時，向病患教導或說明之資訊，如表 4-21 所示。

表 4-21 藥局調劑後交付藥劑給病患時向病患教導或說明資訊之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 藥品名稱	43.8
(2) 貯存方法	50.0
(3) 特殊指示	43.8
(4) 藥品的作用與用途	62.5
(5) 劑型、劑量與服用方法	68.8
(6) 服用方法上的特殊指示	56.3
(7) 服用時應注意事項	81.3
(8) 如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置	43.8
(9) 病患自己做藥物治療監測的方法	18.8
(10) 藥物-藥物、藥物-食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應	56.3
(11) 連續處方籤再調劑須知	37.5
(12) 忘記服藥應如何處置	25.0
(13) 特殊病患或藥品所需之資訊	43.8
(14) 給藥原因	25.0
(15) 病患諮詢	62.5

【依國民處方調劑】

(8) 若依國民處方調劑，90% 的藥局的服務項目有依照優良藥品作業規範調劑。

(9) 於國民處方調劑之服務項目中，藥局提供的項目，如表 4-22 所示。

表 4-22 依國民處方調劑服務，藥局提供項目之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 處方確認	60.0
(2) 處方登錄	50.0
(3) 藥品調配	80.0
(4) 核對藥品及交付藥劑	50.0
(5) 用藥指導	70.0
(6) 藥歷(管理)建檔	30.0

(10) 藥師在處方確認項目上所佔的比例，如表 4-23 所示。

表 4-23 依國民處方調劑服務，藥師在處方確認項目之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 病患姓名、地址、年齡、性別、診斷	70.0
(2) 處方醫師姓名、身份證字號，執業執照號碼及簽名或蓋章，醫院或診所名稱、地址、電話號碼	60.0
(3) 藥品之名稱、劑型、單位含量	60.0
(4) 藥品數量	70.0
(5) 劑量與用藥指示	60.0
(6) 處方期限的有效性	50.0

項 目	百分比 (%)
(7) 開立處方日期	60.0
(8) 連續處方指示，包括連續處方的調劑次數及時間間隔	60.0

(11) 藥局在處方登錄項目上

a. 查詢或建立病患用藥基本資料，如表 4-24 所示。

表 4-24 藥局在處方登錄項目上，查詢或建立病患用藥基本資料之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 姓名外號	50.0
(2) 地址	40.0
(3) 電話號碼	50.0
(4) 出生年月日	60.0
(5) 性別、身高、體重	40.0
(6) 既往病史	40.0
(7) 藥品過敏史	40.0
(8) 目前正接受的治療種類	20.0
(9) 藥物不良反應既往史	20.0

b. 登錄處方資料，如表 4-25 所示。

表 4-25 藥局在處方登錄項目上，登錄處方資料之比例

項 目	百分比（%）
（1）調劑日期	60.0
（2）處方號碼	50.0
（3）給病患的劑量與用藥指示	40.0
（4）藥品之名稱、品牌、劑型、單位含量、藥品數量	60.0
（5）處方醫師姓名	60.0
（6）連續處方再調劑記錄	30.0

c. 評估病患用藥內容，如表 4-26 所示。

表 4-26 藥局在處方登錄項目上，評估病患用藥情形之比例

項 目	百分比（%）
（1）目前所有用藥是否有重複給藥現象	50.0
（2）目前所有用藥是否有交互作用情形	70.0
（3）病患是否會對處方上的藥品過敏	60.0

d. 評估劑量與給藥方法，如表 4-27 所示。

表 4-27 藥局在處方登錄項目上，評估劑量與給藥方法之比例

項 目	百分比（%）
（1）用藥目的	50.0
（2）劑型與給藥途徑	70.0
（3）劑量	60.0
（4）給藥間隔	40.0
（5）療程	20.0

(12) 藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤載有下列資訊，如表 4-28 所示。

表 4-28 藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤載所載資訊之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 醫院或藥局名稱、地址、電話號碼	70.0
(2) 調劑日期	70.0
(3) 處方序號	0.0
(4) 病患名稱	60.0
(5) 處方醫師姓名	0.0
(6) 藥品名	40.0
(7) 劑型	30.0
(8) 劑量	40.0
(9) 服用方法	60.0
(10) 藥師簽章	30.0

(13) 藥局調劑後，交付藥劑給病患時，向病患教導或說明下列資訊，如表 4-29 所示。

表 4-29 藥局調劑後交付藥劑給病患時，向病患教導或說明資訊之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 藥品名稱	40.0
(2) 貯存方法	40.0
(3) 特殊指示	60.0
(4) 藥品的作用與用途	80.0
(5) 劑型、劑量與服用方法	70.0
(6) 服用方法上的特殊指示	50.0

項 目	百分比 (%)
(7) 服用時應注意事項	90.0
(8) 如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置	50.0
(9) 病患自己做藥物治療監測的方法	10.0
(10) 藥物-藥物、藥物-食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應	50.0
(11) 連續處方籤再調劑須知	20.0
(12) 忘記服藥應如何處置	20.0
(13) 特殊病患或藥品所需之資訊	50.0
(14) 給藥原因	30.0
(15) 病患諮詢	70.0

(14) 藥局每日調劑的處方量平均約

醫師處方約 16 張 (一般處方)

醫師處方約 0.28 張 (慢性病連續處方箋)

國民處方選輯約 20.3 張

(15) 藥局交付病人藥劑時，6.25% 會以一藥一袋的形式包裝，25% 則以頓服包裝給予。

(16) 藥局在藥師交付藥劑時，每位病患能得到的用藥指導，平均每張處方約 112 秒。

(17) 藥局每位藥師每天平均調劑約 13.9 張處方籤。

(18) 81.25% 的藥局提供磨粉服務。其中 43.75% 的藥局會在使用過研鉢後，立即清洗乾淨乾燥再使用，同樣 43.75% 的藥局則是一天才洗一次研鉢。

(19) 藥局磨粉分包後，會標示下列項目：

表 4-30 藥局磨粉分包後有下列標示之比例

項 目	百分比 (%)
(1) 藥品名稱	43.8
(2) 劑量	31.3
(3) 服用方法	75.0
(4) 無	6.3

(20) 37.5% 的藥局自行分裝水藥；50% 則否。50% 的藥局中的水藥有明確標籤，18.75% 沒有。

(21) 病患若對藥品有疑問，以電話詢問藥局藥師時，68.75% 的藥局會調出病患藥歷作參考，6.25% 表示沒有。

(22) 全民健保實施後，12.5% 的藥局認為總營業額有增加，56.25% 認為減少，12.5% 則表示不變。

第五章 討 論



第五章 討 論

醫藥分業制度已於八十六年三月一日實施，此措施開啓了我國醫藥界的新里程。本研究的重點即在於探討全民健保及醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能以及西藥販賣業的影響。此計畫是以實施全民健康保險及醫藥分業作為分水嶺，進行（1）全民健康保險實施前（2）全民健康保險實施後、醫藥分業未實施前（3）醫藥分業實施後各階段的實證調查，比較實施前後的差異。本年度的研究為五年中長期計畫之第四年，主要調查實施醫藥分業一年半至二年半時對藥品流通、藥師功能、西藥販賣業的實際情形以及影響。

第一節 藥局藥師

藥局藥師是第一線為病患服務的藥學從業人員。本年度調查各層級醫院及社區藥局的藥師工作情形，結果如下：醫學中心的藥師有半數以上於近兩年內曾參與過藥師繼續教育課程，且參與繼續教育的藥師有北多南少的地域性差異存在。至於區域醫院的藥師，則多表示有參加繼續教育課程，是個可喜的現象，或許這是大多數區域醫院努力提昇藥師素質及服務品質的積極作法。地區醫院的藥師也有類似區域醫院藥師的調查結果。至於社區藥局藥師，100% 表示參加過藥師繼續教育課程，但由於回收問卷數實在太少，可能不足以顯示其代表性。

不論是否參與各相關機構設計的藥師繼續教育課程，藥師們都肯定此種教育課程有助於工作時的表現；較例外的是社區藥局的藥師有 12.5% 的人持否定的看法。這應該是社區藥局的工作與醫院有基本的需求差

異，可能銷售技巧、店面物流都是社區藥局藥師從業時所需要學習的，而這些技能在藥師繼續教育相關課程中較付之闕如。

而藥師們所期望參與的繼續教育課程為何？是否與目前各單位設計的課程內容相同？調查結果可發現：臨床藥學課程是最被迫切需要的。這其中包括有新藥介紹、各專科常見用藥及特殊用藥、病患用藥指導、藥物常見交互作用、副作用及因應對策等。其實這反應目前藥師普遍已有自覺本身應擔負的責任與應發揮的功能，但苦於學校臨床訓練不足，無法從容應付從業環境的需要。

儘管目前台灣實施醫藥分業並不完全，藥師執業環境不佳，但大部分的藥局藥師對工作滿意度仍有「尚可」的評價，其次為「滿意」，少數人表示「非常滿意」、「不滿意」或「非常不滿意」。這其中隱含些正面訊息：若藥師專業得以確立，相信會有更多藥學專業人才願意投入服務民眾的第一線工作；而現職藥師更可藉由工作的成就感及滿意度，更提昇服務品質。一般而言，醫院藥局的藥師對工作滿意度略高於社區藥局的藥師。兩者工作上最不滿意的地方也有所不同：醫院藥局藥師普遍認為工作量過多，造成不夠時間對病患提供臨床服務或用藥諮詢；社區藥局藥師則對醫藥分業未能達到釋出處方籤，嚴重影響健保藥局生存感到失望。事實上，這也是目前醫藥分業政策受人詬病的原因之一。

處方箋釋出率低探究原因很多，包括：在醫院調劑的方便性、病人的習慣，以及醫院的意願。因目前要申報費用時需使用「中央健康保險局特約醫事服務機構門診處方及治療明細」表，但醫師看病時均直接寫在病歷上，並開立一般處方單給予病患，再由醫院以電腦轉檔方式媒體申報，因此若要醫院開立可以在社區健保藥局調劑之健保處方，對醫院醫師是非常不方便的，另外醫院若將門診處方釋放，則門診處方藥事服

務費的收入將會減少，並且門診服務藥師必須要轉入臨床服務，健保局並不給付此項服務，故醫院釋放門診處方不但收入減少，而且還要支付從事臨床工作藥師之薪資，另外醫院又損失藥品費用的藥價差，這對醫院的財務收入會有很大的影響，所以醫院皆以消極態度因應醫藥分業的實施，致使處方箋釋出率非常的低。

中央健康保險局稽查的資料顯示，聘請藥師的診所中約有兩成由非藥師調劑，未聘請藥師的診所情況更糟，不釋出處方，又不符合醫師自行調劑條件的違規比例高達四成，並且此種狀況南部比北部更為嚴重。衛生署長詹啓賢說，醫界一再以國內藥師不足而抗爭醫藥分業，但平均每五百國人就有一位藥師，遠超過已實施多年醫藥分業的美國每五千人才有一位藥師。目前中央健康保障局已有意廢除簡表，並逐步實施單軌制落實醫藥分業。

若就社區藥局藥師的觀察，56.25% 的民眾支持醫藥分業，亦即也有 43.75% 的民眾不支持此項政策，不支持的原因大多認為感受不到醫藥分業的好處，反而有到另一處領藥的麻煩。這反應一般民眾對醫藥分業的真正意義的認知仍然不夠，政府有關單位及藥師公會有責任做好宣導的工作，讓大家都能瞭解用藥時多了藥師把關，健康將更有保障。或許這會使得醫藥分業更順利地推展。

第二節 藥事服務

在一般藥事服務項目中，各級醫院藥局均提供「確認處方」、「處方調劑」、「核對藥品及交付藥劑」和「用藥指導」等服務。其中「用藥指

導」一項在地區醫院調查中約 92.86% ，是較低的表現。至於「藥歷（管理）建檔」則明顯有醫院層級上的差異，100% 的醫學中心表示有執行此項服務，但僅有 69.23% 的區域醫院表示有做到，地區醫院則降至 42.86% 的水準。或許層級越低的醫院制度不若醫學中心健全，且人力資源較為不足，都是造成這種現象的原因。其實這是值得各醫院藥局積極推動的制度，猶如每一個人都有自己的病歷一樣，若有健全的藥歷，在病患需要用藥時，醫師才能有所根據，確實有效地開立處方籤；藥師才可以針對個人做好藥品安全把關的工作。

例如台灣將邁入高齡人口社會，而老人的疾病通常很多種，年齡越高毛病越多，因此跨科看病機會非常多，可能會造成重覆用藥，又基層醫療醫師對藥品的藥理及分類，並不十分熟悉，常造成重覆用藥而不自知。所以若有藥師可以加以核對處方，並加上藥歷的管理，則藥師可回顧病患所有服用的處方，核對各處方的劑量、用法、用量、配伍禁忌以及是否有重複用藥等問題，如果發現問題，藥師必須聯絡醫師更改或取消某種藥品，以避免藥害或副作用，更可減少不必要的用藥以及保障病人用藥安全，所以藥歷建檔及調劑前藥師的審核處方是有其必要性。

相對於醫院藥局，社區藥局在各服務項目的執行率都較低，唯一較特別的是藥歷建檔卻高達 87.25% ，值得玩味。或許醫藥分業處方籤的釋出，間接促成社區藥局藥歷的建檔工作，果真如此，病患用藥安全應可得到進一步的保障。

醫院藥局在調劑完藥品後，藥袋包裝上之標籤所載資訊，各層級醫院的表現均大同小異，其中以「處方醫師姓名」和「藥師簽章」的執行率較低。在「處方醫師姓名」方面，依醫學中心、區域醫院、地區醫院

順序，分別為 66.67%、46.15% 和 28.57%。而在「藥師簽章」部分，則依序為 100%、69.23% 及 50%。雖然這兩項資訊和病人服用藥品並無直接關連，但是一種專業人員的負責表現，日後若對處方籤有疑義時，醫院要追查確認也會比較方便。

病患用藥指導也是藥師的重要責任。在醫學中心部分，大多有普遍性的服務，唯獨在「指導病患自己做藥物治療監測的方法」項目中，僅有 33.33% 表示有做。這應與此項目內容較為專業，一般人無法自行執行有關。在區域醫院部分，除了藥物治療監測項目外，仍有「如何避免一般常見的不良反應，發生時應如何處置」、「連續處方籤再調劑須知」和「忘記服藥應如何處置」三項目低於 50% 的水準。這三項都是病患常會碰到的問題，藥師應主動告知。在地區醫院方面，較令人吃驚的是「藥品名稱」僅 35.71% 表示有向病患說明，這明顯剝奪病人的權益，值得改進。至於社區藥局部分，除了「服用時應注意事項」和「藥品的作用與用途」分別有 90% 及 80% 的表現外，其餘項目比例均在 70% 以下。

藥局藥師在調劑處方籤時，平均每張處方籤約 73.33 秒~35.13 秒，在這麼短的時間要完成調配工作，藥師淪為包藥機器的情形不言可喻。至於交付藥劑時，每位病患平均能得到的服務僅 21.39 秒~12 秒，藥師是否在機械式的作業當中浪費了專業，犧牲了民眾應得的專業服務，是各有關單位應該亟思改進之處。

第三節 用藥指導障礙

從影響用藥指導障礙的變因之統計分析中發現（藥局的等級 1：醫學中心 2：區域醫院及地區醫院 3：社區健保藥局）：（1）藥局的等級與藥師因工作時間不夠的變因有關（Fisher's Exact Test $P=0.011$ ）；（2）藥局的等級與藥學專業知識的變因有關（Fisher's Exact Test $P=3.28E-03$ ）；（3）藥局的等級與藥師溝通技巧之不足的變因有關（Fisher's Exact Test $P=1.53E-04$ ）；（4）藥局的等級與藥師無法掌握病患病情的變因有關（Fisher's Exact Test $P=0.031$ ）；（5）藥局的等級與藥師與醫師觀點不同的變因有關（Fisher's Exact Test $P=0.013$ ）；（6）藥局的等級與藥師可參考的資料不足的變因有關（Fisher's Exact Test $P=9.54E-04$ ）；（7）所有不同藥局等級的藥師皆認為用藥指導障礙跟病患的語言或文化障礙的變因完全無關（Fisher's Exact Test $P=0.194$ ）；（8）藥局的等級與藥師認為與工作場所空間設計造成阻礙的變因無關（Fisher's Exact Test $P=0.153$ ）；（9）藥局的等級與藥師認為與諮詢場所沒有隱密性的變因有關（Fisher's Exact Test $P=3.81E-03$ ）；（10）藥局的等級與藥師認為環境過於吵雜的變因有關（Fisher's Exact Test $P=0.044$ ）；（11）藥局的等級與藥師認為與病人態度不好的變因無關（Fisher's Exact Test $P=0.407$ ）。從結果中發現社區健保藥局之用藥指導障礙比醫院藥局輕微，其主要原因應是醫院的門診量太大，致使醫院藥師給予病患服務的時間相對減少。

第四節 社區健保藥局

由問卷調查統計結果顯示，目前各社區健保藥局的環境設施，至少有六成符合「優良藥品調劑規範」的要求。至於執業藥局內的調劑設備，除了少數幾個項目如「備有符合藥典（或專業）規定之調劑用水」及「備有適當的量筒或量杯」低於五成的達成率外，其餘設備都有一半以上的藥局有設置。這顯示現今社區健保藥局在硬體的設備上已有改進，但仍期盼各藥局負責人能盡力改善設備，使其百分之百合乎規範，以因應醫藥分業的實施。

有 87.5% 的藥師表示在藥局執業時，會穿著白色制服，75% 會配戴身份姓名名牌及穿皮鞋。若嚴格要求，此兩點表現率並不令人滿意。身為專業人員，為了使病人有信賴感，樹立明確的專業形象是必須的，這也是醫院中的醫護人員有制服的原因，值得社區藥師學習。

隨著民智大開，越來越多的民眾會相對要求服務人員的素質，執照（證照）是最基本的要求。93.75% 的社區藥局會明顯懸掛藥局及藥師執照，這是提供專業保證的第一步。而於執業中或暫停執行業務時，75% 以上的藥局會備置告示供民眾辨識。

若單純就藥師調劑部分而論，62.5% 的健保特約藥局表示會依醫師處方及國民處方調劑；只有 18.75% 的健保特約藥局僅依醫師處方調劑。這是一個值得深思的現象，為何不及二成的藥局完全符合政策規定？若是可以生存，藥局可能不必違反法規。根據統計結果，社區藥局每日調劑的醫師處方（一般處方）約 16 張，而理應由藥局發揮大功能的慢性

病連續處方籤，每日僅能收到 0.28 張；此外藥局內每位藥師每天平均調劑的處方籤約 13.9 張。可見目前要求藥局依賴處方籤生存幾乎是不可能的事，政府有關單位應有更好的配套措施，使醫師必須釋出處方籤到藥局，真正落實醫藥分業的精神。

若研究探討藥師認為目前遭遇困難的原因，可歸納如下：

- (1) 醫藥分業後，藥師依「國民處方選輯」調劑權被廢除，診所被允許聘請藥師以及擴大解釋醫療急迫情況，致使處方無法釋出，政府嚴格取締販售處方藥、健保持續的給付指示用藥，導致社區健保藥局之生存空間被壓縮。
- (2) 處方箋釋出率低，藥局為防止藥品過期，不敢備太多藥，有時都等處方來才追藥，產生調劑的時效性問題。
- (3) 社區健保藥局購買處方藥品的單價，高於健保給付價。
- (4) 處方箋釋出率低，使得社區健保藥局備藥後，沒處方可調劑，導致藥品過期，成本提高。建議可仿日本在實施醫藥分業初期，採取以補助社區健保藥局過期藥品方式解決。
- (5) 要從全民健康保險局用藥品項12,000種中，挑選並準備適當的醫藥分業所需的藥品，是社區健保藥局最大的挑戰。雖在86年2月廖繼洲博士已出版了「診所與地區醫院藥品用量排序總覽」一書，收錄並排序診所與地區醫院常用藥品，以供社區健保藥局備藥的參考，在其書中的統計發現（錠劑、膠囊、顆粒）前三名分別為

acetaminophen 500 mg、fina、chlormezanone 100 mg，由排名來看acetaminophen的使用量十分龐大，可推估地區醫院及診所的就診病患以治療解熱、鎮痛為主。但實際上由目前處方箋用藥的排名來看，社區健保藥局收受的處方箋以慢性處方為主，所以使用量的第一名為心臟血管系統用藥。此種差異造成社區健保藥局初期備藥的困難。

- (6) 有些廠商的藥品只提供給醫院及診所使用，而不售給社區健保藥局。
- (7) 病患在社區健保藥局無法獲得的藥品，會尋求進口商協助，而進口商未經藥師調劑就直接賣給病人。
- (8) 有些診所以釋出處方方式，獲取醫師門診診查費釋出處方之差額，然後給病患藥品，並叫病人回去後將處方撕掉。經調查發現此差額已足夠支付藥品成本，建議有關單位若病患未拿處方到社區健保藥局調劑時，醫師將無法獲得以釋出處方之診療費。因免審制度的實施，診所皆以低價的藥品調劑，賺取藥差。當取消免審制度時，所有處方箋皆需審查，診所無法賺取高額藥品價差，所以低價台廠藥品可能產生危機。
- (9) 美國藥局只需準備 300 多種藥，但台灣至少需準備 1200 多種藥，又有些廠商的藥品與診所合作，部份藥品只提供給診所使用，而不售給社區健保藥局，另外醫師處方都以制式圖章蓋上「不得替換」。所以社區健保藥局在接受處方箋調劑時，可能會沒有醫師所開立相同的學名藥，而必須更換學名藥，而衛生署目前仍未開放

調劑處方時學名藥之替換，藥師必須與醫師確認，但有些醫師不願更換，造成藥師調劑的困難，此種情形則造成醫藥分業實施的困難。

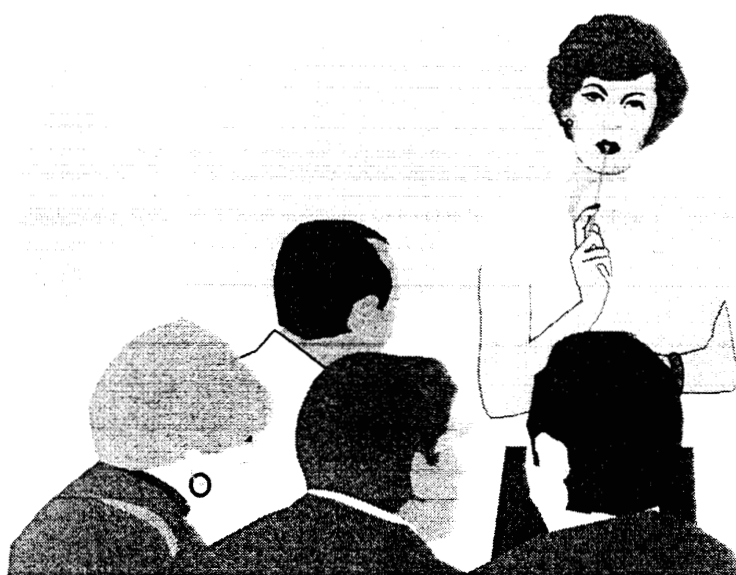
(10) 有些醫師會故意開立寡用藥，造成藥師調劑的困難。

雖然藥局面臨經營上的困難，但專營健保藥局之藥品經銷商也是面臨重大問題，經調查研究部份藥品經銷商後，發現亦面臨困境，其困難點可歸納如下：

- a. 部份經銷商的進藥價格高於健保價，而必須以高於健保價的價格賣給藥局，造成藥局成本偏高，藥局寧願不購買高價的藥品，以致備藥不完善，調劑困難。因而影響經銷商的銷售量，造成經銷商生存困難。
- b. 經銷商需購買大量的藥品，才能取得該項藥品，否則進口商或工廠則不願售予，有很多藥品均為大包裝（如 1000 顆以上），有些雖然是小包裝 100 顆，依法規定經銷商是不可分裝藥品，但礙於健保藥局因處方少、用量小，致使經銷商將藥品必須分裝成更小包裝，或零星出售給社區健保藥局，產生適法性的問題。

社區健保藥局在營業額方面的增減與醫師處方調劑收入方面的增減無交互關係 (Fisher's Exact Test $P=1$)；與指示用藥收入方面的增減無交互關係 (Fisher's Exact Test $P=0.576$)；與販賣成藥的收入方面的增減無交互關係 (Fisher's Exact Test $P=0.333$)；與販賣化妝品方面的增減無交互關係 (Fisher's Exact Test $P=0.354$)；與販賣健康食品收入方面的增減有交互關係 (Fisher's Exact Test $P=0.03$)。

參考文獻及出處



參 考 文 獻

1. 全民健康保險制度規劃技術報告，全民健康保險研究計劃專案小組，民國七十九年十二月。
2. 中華民國八十三年八月九日 總統華總（一）義字第四七〇五號令公布。
3. 中華民國八十三年十月三日 總統華總（一）義字第五八六五號令修正公布。第八十七條；並增訂第十一條之一及第六十九條之一條文。
4. 藥事法第一〇二條，民國八十二年二月五日。
5. 行政院衛生署八十六年二月一日，衛署藥字第八六〇〇七七八二號。
6. 台灣省政府衛生處，新聞與公告。
7. 車離，"中國醫學史"，湖南科技出版社，長沙，湖南，1991。
8. 藥物藥商管理法。
9. 車離，"中國醫學史"，第 46 頁，湖南科技出版社，長沙，湖南，1991。
10. 李超進，"藥事管理學"，第 14 頁，人民衛生出版社，北京，1987。
11. 李超進，"藥事管理學"，第 13 頁，人民衛生出版社，北京，1987。
12. 李超進，"藥事管理學"，第 20 頁，人民衛生出版社，北京，1987。
13. 藥師法，第一條及第二條，68 年 3 月 26 日修正公佈。
14. 藥師法，第十五條，68 年 3 月 26 日修正公佈。
15. 藥物藥商管理法，第五十九條，68 年 4 月 4 日。
16. 藥事法，第一〇二條，82 年 2 月 5 日修正公佈。
17. 民國 67 年 9 月 5 日，衛生署醫字第 202437 號函。

非急救期間，無照護士為病患注射，如醫師指示者，並不違反醫師法第二十八條之規定。但醫師僅在處方單開列注射藥品名，餘均交無照注射員(未受任何專業訓練之人員)自行配藥注射，醫師本人未到場指

導注射、配藥，應違反醫師法第 28 條之規定。

- 18.民國 65 年 6 月 3 日衛署醫字地 111974 號函，醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責任應由指導醫師負責。
- 19.民國 71 年 12 月 7 日衛署醫字第 403929 號函，醫師之輔導人員，其資格尚未加以界定，其醫院診所，如依醫師處方在醫師指導下可為患者注射，惟該行為所產生之責任應由指導醫師負責。前述之「指導」並不限於醫師目視所及範圍以內。
- 20.公務人員保險法公務人員保險法，民國七十六年十二月。
- 21.公務人員保險特約醫療機構收費標準項目價格表。
- 22.林芸芸，試辦醫藥分業相關因子之探討，八十年度研究計畫。
- 23.全民健保法，第 39 條，民國八十四年。
- 24.全民健保法，第 33 條，民國八十四年。
- 25.全民健保法，第 35 條，民國八十四年。
- 26.全民健保法，第 36 條，民國八十四年。
- 27.勞工保險法規，第五十一條，台閩地區勞工保險局，民國七十八年十月。
- 28.勞工保險診療費用支付標準表，台閩地區勞工保險局，民國七十九年七月。
- 29.勞工保險診療費用支付標準表乙丙表，台閩地區勞工保險局，民國七十九年七月。
- 30.張耀懋，健保備忘錄，第 1 頁~第 9 頁，民生報保健叢書，民國八十四年。
- 31.行政院衛生署公報，第 17 頁~第 27 頁，民國八十五年七月十日。
- 32.全民健康保險實施二年評估報告，行政院衛生署。

- 33.全民健保滿意度調查報告，中華民國藥師公會全國聯合會，1996 年 5 月。
- 34.台灣省推動醫藥分業計畫-省立醫院慢性病處方箋釋出試辦計畫，1996 年 11 月。
- 35.黃文鴻，全民健保特約醫療機構門診處方釋出情形之探討，1997 年七月。
- 36.林正民，醫藥分業之真諦，藥師週刊，第 1011 期第五版，民國八十五年十二月。
- 37.資料來源：Harvard-Harris-ITF，1990 Ten-Nation Survey 台灣：行政院衛生署委託「中華民國民意測驗協會調查」結果，1997。
- 38.全民健康保險醫療費用支付標準，行政院衛生署公報第 25 卷第 21 號，民國八十五年七月十日。
- 39.衛署健保字第八七〇三五五一二號公告，民國八十七年六月二十六日。
- 40.張國芳，藥品零售通路的改變（演講稿）。
- 41.廖繼洲，藥事服務費之成本分析，81 度年衛生署委託研究計畫。
- 42.彭昭英，SAS 與統計分析，第 225 頁~第 315 頁，儒林圖書公司，1994。
- 43.Agresti, Alan. 1990, Categorical data analysis. New York: John Wiley.
- 44.優良藥品調劑規範，衛署藥字第八四〇一六〇四一號公告，民國八十四年三月八日。
- 45.中央健康保險局全球資訊網，可帶走檔「全民健康保險局用藥品項表」，<http://www.nhi.gov.tw/lai.exe>，1998 年 3 月 23 日版。
- 46.中央健康保險局民國八十六年三月四日健保審字第八七〇〇四三四五號

- 47.林秀玉、高雅慧、黃文鴻，中央健康保險局南區分局特約醫事服務機構之處方箋型態探討，國立成功大學臨床藥學研究所碩士論文，民國八十七年六月二十九日。
- 48.廖繼洲，診所與地區醫院藥品用量排序總覽，民國八十六年二月。

附 錄 (一)



親愛的藥師/主管：

您好，我是長庚紀念醫院藥劑部廖繼洲主任，目前正在進行行政院衛生署委託之研究計劃，希望瞭解醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業的影響，以作為未來訂定相關衛生政策或法令時的參考依據。本研究計劃共為期五年，以實施全民健康保險及醫藥分業為分水嶺，進行全民健康保險與醫藥分業前後藥品流通、藥師功能及西藥販賣業之實際情形的實證調查，並比較政策實施前後的影響與差異，裨助有關單位參考。若研究發現，實施醫藥分業後對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業有正面影響者，政府當局可以鼓勵其發展；若有負面影響，則應擬訂各種措施以改善之，幫助藥品製造商、供應商及販賣業者能夠蓬勃發展，並使藥師服務病患的功能充分發揮，提供全體被保險人得到最完善的藥療照顧。

目前計劃進入第四年持續研究階段，主要以問卷形式調查實施醫藥分業兩年後，藥品流通、藥師功能及西藥販賣業的實際情形。唯有透過正確的影響評估報告，才能提供政府修訂醫藥分業制度時的參考，藉以補救可能的缺失，因此您的撥冗填答非常重要！填寫問卷時若有任何問題，請來電與本計劃研究助理周家弘聯絡，電話：(03) 3281200 轉 2701。

最後，麻煩請於八十八年三月二十五日前，將問卷利用回郵反摺寄回。非常感謝您的協助！

敬祝 萬事如意

財團法人長庚紀念醫院藥劑部
廖繼洲 主任 敬上
中華民國八十八年三月六日

醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之 實證研究

問卷調查表 (醫院藥局主任)

一、個人基本資料：

填寫人：_____

服務機構：_____

聯絡電話：_____

地址：_____

二、藥事服務項目 (請將答案為是者『√』於□內)

(一) 請在一般藥事服務項目中，選擇貴藥局所提供的選項 (可複選)

- ☐ (01) 確認處方 ☐ (02) 處方調劑 ☐ (03) 核對藥品及交付藥劑
☐ (04) 用藥指導 ☐ (05) 藥歷(管理)建檔

(二) 請問貴藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤是否載有下列資訊 (可複選)

- ☐ (01) 醫院或藥局名稱、地址、電話號碼 ☐ (02) 調劑日期
☐ (03) 處方序號 ☐ (04) 病患名稱 ☐ (05) 處方醫師姓名
☐ (06) 藥品名(限商品名或學名，代號不算) ☐ (07) 劑型
☐ (08) 劑量 ☐ (09) 服用方法 ☐ (10) 藥師簽章

(三) 請問貴藥局調劑後，交付藥劑給病患時，是否向病患教導或說明下列資訊 (可複選)

- ☐ (01) 藥品名稱
☐ (02) 貯存方法
☐ (03) 特殊指示
☐ (04) 藥品的作用與用途
☐ (05) 劑型、劑量與服用方法
☐ (06) 服用方法上的特殊指示
☐ (07) 服用時應注意事項
☐ (08) 如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置
☐ (09) 病患自己做藥物治療監測的方法
☐ (10) 藥物-藥物、藥物-食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應
☐ (11) 連續處方籤再調劑須知
☐ (12) 忘記服藥應如何處置
☐ (13) 特殊病患或藥品所需之資訊

(四) 請問貴藥局在藥師交付藥劑時，每位病患能得到的服務

平均每筆 _____ 秒

平均每張處方 _____ 秒

(五) 請問您貴藥局每位藥師每天平均調劑處方籤約 _____ 張

(六) 請問您貴藥局是否提供磨粉服務

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(七) 請問您貴藥局提供磨粉分包服務時是否

☐ (01) 研磨每磨過一次，即清洗乾淨乾燥再使用

☐ (02) 研磨一天洗一次

☐ (03) 研磨後用紙擦乾淨、用藥匙刮乾淨或用氣體吹乾淨再使用

(八) 請問您貴藥局之水藥是否在藥局自己分裝

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(九) 請問您貴藥局之水藥是否有明確的標籤

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(十) 病患若對藥品有疑問時，以電話詢問貴藥局藥師時，貴藥局是否調出該病患藥歷供藥師參考

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(十一) 您認為參與用藥指導的障礙為 (請圈選)

輕微

嚴重

工作量過多、時間不夠	1	2	3	4	5
訓練不足—藥學專業知識	1	2	3	4	5
—溝通技巧	1	2	3	4	5
藥師無法確實掌握病患的病情	1	2	3	4	5
藥師與醫師觀點不同	1	2	3	4	5
可參考的資料不足	1	2	3	4	5
語言或文化有障礙	1	2	3	4	5
工作場所空間設計造成阻礙	1	2	3	4	5
諮詢場所沒有隱密性	1	2	3	4	5
環境過於吵雜	1	2	3	4	5
病人態度不好	1	2	3	4	5

其它 (請說明) _____

三、藥品資料

以下是有關藥品資料 (醫藥分業後)

(一) 請問貴藥局每天平均依處方調劑約_____張

請問貴藥局之藥師，每人每天平均依處方調劑約_____張

(二) 請問您病人每人每天平均調劑費用約_____元

(三) 請問您貴藥局國產藥每月平均使用量約

☐ (01) 10%以下 ☐ (02) 11%~20% ☐ (03) 21%~30%

☐ (04) 41%~50% ☐ (05) 51%~60% ☐ (06) 61%~70%

☐ (07) 71%~80% ☐ (08) 81%~90% ☐ (09) 90%以上

(四) 請問貴機構下列藥品每月平均月用量約多少元，及佔總用藥金額之百分比

(單位 10%)

A. 消化道用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(alimentary tract) _____元

B. 新陳代謝用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(metabolism) _____元

C. 血液及造血器官用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(blood and blood forming organs) _____元

D. 心臟血管系統用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(cardiovascular system) _____元

E. 生殖系統用藥及性荷爾蒙製劑 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(genito-urinary system and sex hormones) _____元

F. 賀爾蒙製劑 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(systemic hormonal preparations) _____元

G. 抗菌藥物—抗生素 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(general anti-infective systemic) _____元

H. 抗癌藥物 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(cytostatics) _____元

I. 肌肉骨骼系統用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(musculo-skeletal system) _____元

J. 中樞神經系統藥物 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(central nervous system) _____元

K. 呼吸系統用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(respiratory system) _____元

L. 感覺器官用藥 1 2 3 4 5 6 7 8 9

(sensory organs) _____元

醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之 實證研究

問卷調查表 (醫院藥局藥師)

一、個人基本資料：

工作性質：_____

服務機構：_____

地 址：_____

(一) 請問您在近兩年內是否參與藥師繼續教育課程

☐ (1) 是，主辦機構_____

☐ (2) 否

(二) 請問您認為參與藥師繼續教育課程是否有益於您的工作

☐ (1) 是，原因_____

☐ (2) 否

(三) 請問您希望參與何種藥師繼續教育課程

(四) 請問您對您目前所從事的工作

☐ (1) 非常滿意 ☐ (2) 滿意 ☐ (3) 尚可 ☐ (4) 不滿意 ☐ (5) 非常不滿意

(五) 您認為參與用藥指導的障礙為 (請圈選)

	輕微					嚴重
工作量過多、時間不夠	1	2	3	4	5	
訓練不足—藥學專業知識	1	2	3	4	5	
一溝通技巧	1	2	3	4	5	
藥師無法確實掌握病患的病情	1	2	3	4	5	
藥師與醫師觀點不同	1	2	3	4	5	
可參考的資料不足	1	2	3	4	5	
語言或文化有障礙	1	2	3	4	5	
工作場所空間設計造成阻礙	1	2	3	4	5	
諮詢場所沒有隱密性	1	2	3	4	5	
環境過於吵雜	1	2	3	4	5	
病人態度不好	1	2	3	4	5	
其它 (請說明)						

醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之 實證研究

問卷調查表 (社區藥局)

填寫人：藥局主持藥師

聯絡電話：_____

地址：_____

一、基本資料：(請將答案為是者『√』於□內)

(一) 請問貴藥局為：

☐ (1) 健保特約藥局 (請續答二)

☐ (2) 非健保特約藥局 (請續答三)

☐ (3) 藥房 (請續答三)

(二) 請問貴藥局現今是否接受醫師處方調劑：(請續答四~十二)

☐ (1) 是

☐ (2) 否，原因 _____

(三) 請問貴藥局是否計畫加入健保特約藥局：(請續答四~十二)

☐ (1) 是

☐ (2) 否，原因 _____

(四) 請問您是：

☐ (1) 藥師

☐ (2) 藥劑生

☐ (3) 其他 _____

(五) 請問您的年齡是：

☐ (1) 20~30 歲

☐ (2) 31~40 歲

☐ (3) 41~50 歲

☐ (4) 51~60 歲

☐ (5) 60 歲以上

(六) 請問您的學歷是：

☐ (1) 高中(職)

☐ (2) 專科

☐ (3) 大學

☐ (4) 碩士

☐ (5) 博士

(七) 請問貴藥局是否加入連鎖藥局：

☐ (1) 是 _____ (請寫出連鎖系統)

☐ (2) 否

(八) 請問您在近兩年內是否參與藥師繼續教育課程

☐ (1) 是，主辦機構_____ (請續答九)

☐ (2) 否

(九) 請問您認為參與藥師繼續教育課程是否有益於您的工作

☐ (1) 是，原因_____

☐ (2) 否

(十) 請問您希望參與何種藥師繼續教育課程

(十一) 請問您對您目前所從事的工作：

☐ (1) 非常滿意 ☐ (2) 滿意 ☐ (3) 尚可 ☐ (4) 不滿意

☐ (5) 非常不滿意

(十二) 就您的觀察民眾是否支持醫藥分業：

☐ (1) 支持

☐ (2) 不支持，原因_____

二、藥局現況：(請將答案為是者『√』於□內)

(一) 請問您執業藥局的環境設施是否具有下列項目

☐ (1) 維持合適的溫度、照明與通風

☐ (2) 調劑處面積至少有六平方公尺

☐ (3) 具有適當的洗手設備(肥皂與乾手設備)

☐ (4) 具有消防安全設備

☐ (5) 備有病患諮詢處及專業參考圖書以備民眾諮詢

☐ (6) 調劑檯高度適合調劑者使用且表面完整無損，以防止濕氣或液體滲入

☐ (7) 非藥事人員不得進入調劑處所

☐ (8) 調劑處所內不得放置食物、進食、吸煙或嚼檳榔

☐ (9) 處方藥置放調劑處所內妥善保管

☐ (10) 管制藥品應專設木櫥

(二) 請問您執業藥局的調劑設備是否具有下列項目

☐ (1) 備有藥膏板、調藥刀、攪棒、杆及研鉢與其他適當器皿

☐ (2) 備有適當的量筒或量杯

☐ (3) 備有準確的調劑用天平

☐ (4) 備有藥盤與藥匙

☐ (5) 備有符合藥典(或專業)規定之調劑用水

☐ (6) 備有冷藏用冰箱，除藥物外不得存放食品及其他物品

☐ (7) 調劑用具每次使用前皆妥當清潔

☐ (8) 備有防兒童使用的藥瓶供調劑使用

☐ (9) 使用電腦及印表機等設備列印調劑標示及注意事項

(三) 請問您在執業場所是否做到以下事項

☐ (1) 穿著白色制服

☐ (2) 配戴身份姓名名牌

☐ (3) 打領帶

☐ (4) 穿皮鞋或球鞋

(四) 請問您於藥局內是否明顯懸掛藥局執照、藥師執照

☐ (1) 是

☐ (2) 否

(五) 請問您於藥局內是否備置以下的標示，並置於明顯處，便於民眾辨識

☐ (1) 藥師執業中

☐ (2) 藥師暫停執行業務

☐ (1) 藥劑生執業中

☐ (2) 藥劑生暫停執行業務

三、藥師功能（請將答案為是者『√』於口內）

藥師功能調劑部分，將分成以下五類討論：

☐ (1) 健保特約藥局--僅依醫師處方調劑

（請答問題一~七，十四~二十五）

☐ (2) 健保特約藥局--依醫師處方及國民處方調劑

（請答問題一~二十五）

☐ (3) 非健保特約藥局--依國民處方調劑

（請答問題八~二十五）

☐ (4) 非健保特約藥局無調劑

（請答問題二十五~二十六）

☐ (5) 藥房無調劑

（請答問題二十五~二十六）

請選擇適合您執業現況的類別，填寫問卷。謝謝！

*此份問卷其報告將以【合併、統計資料】為主，完全保密，不影響稅捐及健保局稽核。

請 您 放 心 填 寫

【依醫師處方調劑】

(一) 請問您貴藥局於【依醫師處方調劑】服務項目是否依照優良藥品作業規範調劑

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(二) 於醫師處方調劑之服務項目中，請選擇貴藥局所提供的選項 (可複選)

☐ (01) 處方確認(續答三)

☐ (02) 處方登錄(續答五)

☐ (03) 藥品調配(續答六)

☐ (04) 核對藥品及交付藥劑

☐ (05) 用藥指導(續答七)

☐ (06) 藥歷(管理)建檔

(三) 請問貴藥局在處方確認上是否包括

☐ (01) 病患姓名、地址、年齡、性別、診斷

☐ (02) 處方醫師姓名、身份證字號，執業執照號碼及簽名或蓋章，醫院或診所名稱、地址、電話號碼

☐ (03) 藥品之名稱、劑型、單位含量

☐ (04) 藥品數量

☐ (05) 劑量與用藥指示

☐ (06) 處方期限的有效性

☐ (07) 開立處方日期

☐ (08) 連續處方指示，包括連續處方的調劑次數及時間間隔

(四) 若貴藥局與醫師聯繫確認處方的頻率為平均每張處方聯繫一次

請勾選&請寫出聯繫原因及所佔的比例:

☐ (1) 確認藥品名(藥名書寫不清晰)，

☐ (2) 藥品交互作用

☐ (3) 更換學名藥

☐ (4) 確認廠牌

☐ (5) 確認劑量

☐ (6) 確認劑型

☐ (7) 確認數量

☐ (8) 確認用法、用量

(五) 請問貴藥局在處方登錄項目上是否包括

(a) 查詢或建立病患用藥基本資料

☐ (01) 姓名外號

☐ (02) 地址

☐ (03) 電話號碼

☐ (04) 出生年月日

☐ (05) 性別、身高、體重

☐ (06) 既往病史

☐ (07)藥品過敏史

☐ (08)目前正接受的治療種類

☐ (09)藥物不良反應既往史

(b) 登錄處方資料

☐ (01)調劑日期

☐ (02)處方號碼

☐ (03)給病患的劑量與用藥指示

☐ (04)藥品之名稱、品牌、劑型、單位含量、藥品數量

☐ (05)處方醫師姓名

☐ (06)連續處方再調劑記錄

(c) 評估病患用藥內容

☐ (01)目前所有用藥是否有重複給藥現象

☐ (02)目前所有用藥是否有交互作用情形

☐ (03)病患是否會對處方上的藥品過敏

(d) 評估劑量與給藥方法

☐ (01)用藥目的

☐ (02)劑型與給藥途徑

☐ (03)劑量

☐ (04)給藥間隔

☐ (05)療程

(六) 請問貴藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤是否載有下列資訊 (可複選)

☐ (01)醫院或藥局名稱、地址、電話號碼

☐ (02)調劑日期

☐ (03)處方序號

☐ (04)病患名稱

☐ (05)處方醫師姓名

☐ (06)藥品名

☐ (07)劑型

☐ (08)劑量

☐ (09)服用方法

☐ (10)藥師簽章

(七) 請問貴藥局調劑後，交付藥劑給病患時，是否向病患教導或說明下列資訊 (可複選)

☐ (01)藥品名稱

☐ (02)貯存方法

☐ (03)特殊指示

☐ (04)藥品的作用與用途

☐ (05)劑型、劑量與服用方法

☐ (06)服用方法上的特殊指示

☐ (07)服用時應注意事項

☐ (08)如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置

☐ (09)病患自己做藥物治療監測的方法

☐ (10)藥物-藥物、藥物-食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應

☐ (11)連續處方籤再調劑須知

☐ (12)忘記服藥應如何處置

☐ (13)特殊病患或藥品所需之資訊

☐ (14)給藥原因

☐ (15)病患諮詢

【依國民處方調劑】

(八) 請問您貴藥局依國民處方調劑服務項目是否依照優良藥品作業規範調劑

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(九) 【國民處方調劑】服務項目中，選擇貴藥局所提供的選項 (可複選)

☐ (01) 處方確認(續答十)

☐ (02) 處方登錄(續答十一)

☐ (03) 處方調劑(續答十二)

☐ (04) 核對藥品及交付藥劑

☐ (05) 用藥指導(續答十三)

☐ (06) 藥歷(管理)建檔

(十) 請問貴藥局在處方確認上是否包括

☐ (01) 病患姓名、地址、年齡、性別、診斷

☐ (02) 處方醫師姓名，執業執照號碼及簽名或蓋章，醫院或診所名稱、地址、電話號碼

☐ (03) 藥品之名稱、劑型、單位含量

☐ (04) 藥品數量

☐ (05) 劑量與用藥指示

☐ (06) 處方期限約有效性

☐ (07) 開立處方日期

☐ (08) 連續處方指示，包括連續處方的調劑次數及時間間隔

(十一) 請問貴藥局在處方登錄項目上是否包括

(a) 查詢或建立病患用藥基本資料

☐ (01) 姓名外號

☐ (02) 地址

☐ (03) 電話號碼

☐ (04) 出生年月日

☐ (05) 性別、身高、體重

☐ (06) 既往病史

☐ (07) 藥品過敏史

☐ (08) 目前正接受的治療種類

☐ (09) 藥物不良反應既往史

(b) 登錄處方資料

☐ (01) 調劑日期

☐ (02) 處方號碼

☐ (03) 給病患的劑量與用藥指示

☐ (04) 藥品之名稱、品牌、劑型、單位含量、藥品數量

☐ (05) 處方醫師姓名

☐ (06) 連續處方再調劑記錄

(c)評估病患用藥內容

- ☐ (01)目前所有用藥是否有重複給藥現象
- ☐ (02)目前所有用藥是否有交互作用情形
- ☐ (03)病患是否會對處方上的藥品過敏

(d)評估劑量與給藥方法

- ☐ (01)用藥目的
- ☐ (02)劑型與給藥途徑
- ☐ (03)劑量
- ☐ (04)給藥間隔
- ☐ (05)療程

(十二) 請問貴藥局調劑後藥袋或包裝容器上之標籤是否載有下列資訊 (可複選)

- ☐ (01)醫院或藥局名稱、地址、電話號碼
- ☐ (02)調劑日期
- ☐ (03)處方序號
- ☐ (04)病患名稱
- ☐ (05)處方醫師姓名
- ☐ (06)藥品名
- ☐ (07)劑型
- ☐ (08)劑量
- ☐ (09)服用方法
- ☐ (10)藥師簽章

(十三) 請問貴藥局調劑後，交付藥劑給病患時，是否向病患教導或說明下列資訊 (可複選)

- ☐ (01)藥品名稱
- ☐ (02)貯存方法
- ☐ (03)特殊指示
- ☐ (04)藥品的作用與用途
- ☐ (05)劑型、劑量與服用方法
- ☐ (06)服用方法上的特殊指示
- ☐ (07)服用時應注意事項
- ☐ (08)如何避免一般常見之不良反應，發生時應如何處置
- ☐ (09)病患自己做藥物治療監測的方法
- ☐ (10)藥物・藥物、藥物・食物間的相互作用或藥物治療產生之不良反應
- ☐ (11)連續處方籤再調劑須知
- ☐ (12)忘記服藥應如何處置
- ☐ (13)特殊病患或藥品所需之資訊
- ☐ (14)給藥原因
- ☐ (15)病患諮詢

(十四) 請問貴藥局每日調劑其處方量為

☐ (01) 醫師處方約 _____ 張 (一般處方)

☐ (01) 醫師處方約 _____ 張 (慢性病連續處方箋)

☐ (02) 國民處方選輯約 _____ 張

(十五) 請問貴藥局交付病人的藥劑，是以何種包裝

☐ (01) 一藥一袋

☐ (02) 頓服

* 頓服：將每次所服用之數種藥包成一包

(十六) 請問貴藥局於藥品調配時，每位病患所花的時間

一藥一袋..... 平均每種藥 _____ 秒；平均每張處方 _____ 秒

頓服..... 平均每包藥 _____ 秒；平均每張處方 _____ 秒

(十七) 請問貴藥局在藥師交付藥劑時，每位病患能得到的用藥指導

平均每張處方 _____ 秒

(十八) 請問您貴藥局每位藥師每天平均調劑約 _____ 張處方籤

(十九) 請問您貴藥局是否提供磨粉服務

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(二十) 請問您貴藥局提供磨粉分色服務時是否

☐ (01) 研鉢每磨過一次，即清洗乾淨乾燥再使用

☐ (02) 研鉢一天洗一次

(二十一) 請問您貴藥局磨粉分色後，是否標示下列項目 (請勾選)

☐ (01) 藥名

☐ (02) 劑量

☐ (03) 服用方法

☐ (04) 無

(二十二) 請問您貴藥局之水藥是否在藥局自己分裝

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(二十三) 請問您貴藥局之水藥是否有明確的標籤

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(二十四) 病患若對藥品有疑問時，以電話詢問貴藥局藥師時，貴藥局是否調出該病患藥歷供藥師參考

☐ (01) 是

☐ (02) 否

(二十五) 請問貴藥局藥房在全民健保實施後之影響

營業額	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變
因醫師處方調劑之收入	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變
依國民處方選輯調劑之收入	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變
因販賣成藥之收入	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變
因販賣化妝品收入	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變
因販賣健康食品收入	☐ (01) 增加	☐ (02) 減少	☐ (03) 不變

(二十六) 您認為參與用藥指導的障礙為 (請圈選)

	輕微					嚴重
工作量過多、時間不夠	1	2	3	4	5	
訓練不足—藥學專業知識	1	2	3	4	5	
—溝通技巧	1	2	3	4	5	
藥師無法確實掌握病患的病情	1	2	3	4	5	
藥師與醫師觀點不同	1	2	3	4	5	
可參考的資料不足	1	2	3	4	5	
語言或文化有障礙	1	2	3	4	5	
工作場所空間設計造成阻礙	1	2	3	4	5	
諮詢場所沒有隱密性	1	2	3	4	5	
環境過於吵雜	1	2	3	4	5	
病人態度不好	1	2	3	4	5	
其它(請說明)						

四、藥品資料（醫藥分業後）

(一) 請問您貴藥局每月平均收入結構，及佔所有收入結構的百分比

(單位 10%)

A. 平均月收入約_____元									
B. 醫師處方調劑約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C. 國民處方調劑約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D. 成藥約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D. 化妝品約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E. 健康食品約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F. 其它約佔_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

請說明_____

(二) 請問您貴藥局下列藥品每月平均消耗月用量約

(單位 10%)

A. 醫師處方調劑約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
B. OTC 約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
C. 國民處方調劑約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
D. 化妝品約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
E. 健康食品約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
F. 其它約佔_____元	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

請說明_____

(三) 請問您貴藥局國產藥每月平均使用量約

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ (01) 10% 以下 | ☐ (02) 11%~20% | ☐ (03) 21%~30% |
| ☐ (04) 31%~40% | ☐ (05) 41%~50% | ☐ (06) 51%~60% |
| ☐ (07) 61%~70% | ☐ (08) 71%~80% | ☐ (09) 81%~90% |
| ☐ (10) 91% 以上 | | |

(四) 請問您貴藥局顧客主動要求使用原廠藥的比例約

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ (01) 10% 以下 | ☐ (02) 11%~20% | ☐ (03) 21%~30% |
| ☐ (04) 31%~40% | ☐ (05) 41%~50% | ☐ (06) 51%~60% |
| ☐ (07) 61%~70% | ☐ (08) 71%~80% | ☐ (09) 81%~90% |
| ☐ (10) 91% 以上 | | |

(五) 請問貴藥局下列藥品每月平均月用量約多少元，及佔總用藥金額之百分比

百分比 (單位 10%)

A. 消化道用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(alimentary tract) 元

B. 新陳代謝用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(metabolism) 元

C. 血液及造血器官用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(blood and blood forming organs) 元

D. 心臟血管系統用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(cardiovascular) 元

E.生殖系統用藥及性荷爾蒙製劑

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(genito-urinary system and sex hormones) 元

F. 賀爾蒙製劑

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(systemic hormonal preparations) 元

G. 抗菌藥物—抗生素

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(general anti-infective systemic) 元

H. 抗癌藥物

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(cytostatics) 元

I. 肌肉骨骼系統用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(musculo-skeletal system) 元

J. 中樞神經系統藥物

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(central nervous system) 元

K.呼吸系統用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(respiratory system) 元

L. 感覺器官用藥

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(sensory organs) _____ π

醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之 實證研究

問卷調查表 (醫院中藥局主管)

填寫人：_____

服務機構：_____

聯絡電話：_____

地 址：_____

(一) 請問您貴醫院每月中藥平均月處方金額約_____元

A.科學中藥平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

B.飲片平均月銷售量金額_____元，佔每月總銷售金額_____%

C.其它平均月銷售量金額_____元，佔每月總銷售金額_____%

請說明_____

(二) 請問貴醫院下列藥品每月平均月銷售金額

(單位 10%)

1.解表劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.表裏雙解劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.和解劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.補益劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.清熱瀉火劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.理氣劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.理血劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.潤燥劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.去痰劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.消毒化積劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.祛濕劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.祛風劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.祛寒劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.收瀉劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.癰瘍劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.重鎮安神劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.明目劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

18.其他_____元

1 2 3 4 5 6 7 8 9

(三) 請問貴醫院下列藥品每月平均月銷售金額，及佔總用藥銷售金額之百分比 (單味)

(單位 10%)

1.解表劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.瀉下劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.補益劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.清熱劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.理氣劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.補血劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.化痰劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.消導劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.利濕藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.驅風藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.溫裏藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.固澀藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.平肝息風藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.安神藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.芳香化濕藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.驅蟲藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.外用藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18.其他_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之 實證研究

問卷調查表

(中藥藥廠)

填寫人：_____

服務機構：_____

聯絡電話：_____

地 址：_____

(一) 請問您貴藥廠每月平均月銷售金額約_____元

A. 科學中藥平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

B. 飲片平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

C. 其它平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

請說明_____

(二) 請問您貴藥廠每月平均月銷售金額的結構

A. 中藥房平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

B. 中醫診所藥局平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

C. 中醫院中藥局平均月銷售金額約_____元，佔每月總銷售金額_____%

請說明_____

(三) 請問貴藥廠下列藥品每月平均月銷售金額

(單位 10%)

1. 解表劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. 表裏雙解劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. 和解劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. 補益劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. 清熱瀉火劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. 理氣劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. 理血劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. 潤燥劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. 去痰劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

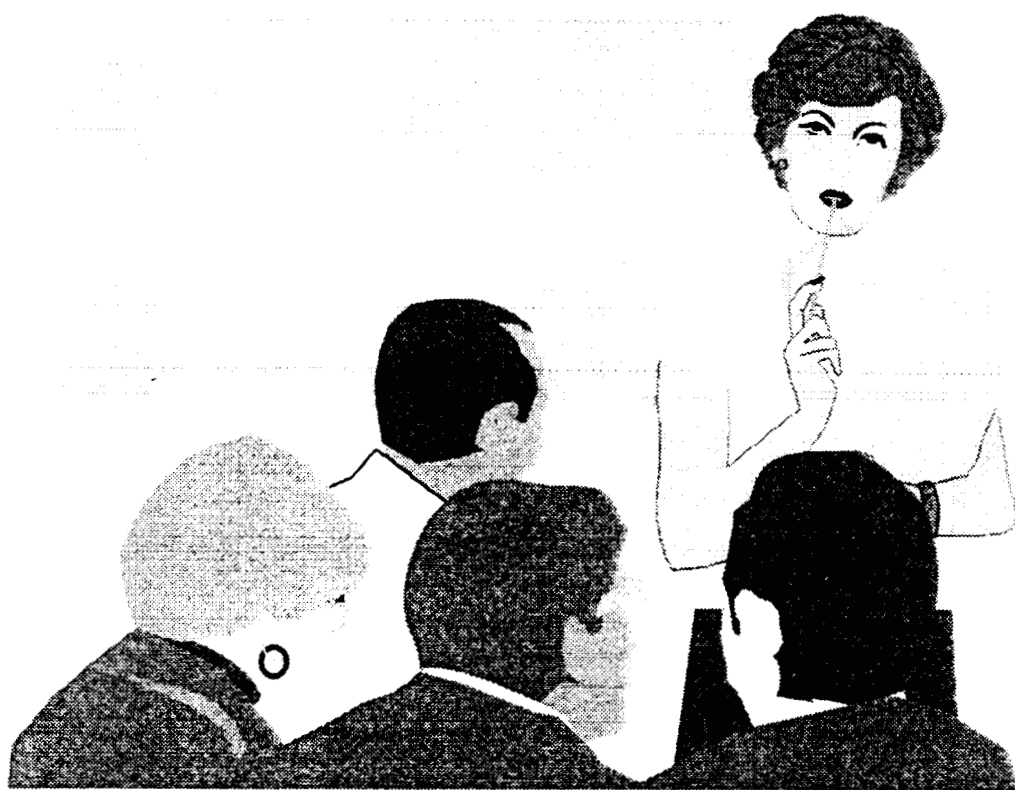
10.消毒化積劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.祛濕劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.祛風劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.祛寒劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.收瀉劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.癰瘍劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.重鎮安神劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.明目劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18.其他_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

(四) 請問貴藥廠下列藥品每月平均月銷售量，及佔總用藥金額之百分比 (單味)

(單位 10%)

1.解表劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.瀉下劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.補益劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.清熱劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.理氣劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.補血劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.化痰劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.消導劑_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.利濕藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.驅風藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.溫裏藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.固澀藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.平肝息風藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.安神藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.芳香化濕藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16.驅蟲藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17.外用藥_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18.其他_____元	1	2	3	4	5	6	7	8	9

附 錄 (二)



* 社區藥局部分;

data aa;

infile 'a:\cp.txt';

input hos 1 work 2 know 3 teach 4 patient 5 doctor 6 imfor 7 lang 8
space 9 talk 10 envir 11 state 12 ds1 13 ds2 14 ds3 15 ds4 16
ds5 17 ds6 18;

run;

* 其他藥師部分;

data bb;

infile 'a:\others.txt';

input hos 1 work 2 know 3 teach 4 patient 5 doctor 6 imfor 7 lang 8
space 9 talk 10 envir 11 state 12;

run;

* 將所有藥師合併;

data yy;

set aa;

drop ds1-ds6;

run;

data full;

set bb yy;

if work<3 then wk=1; if work>3 then wk=3; if work=3 then wk=2;

if know<3 then kw=1; if know>3 then kw=3; if know=3 then kw=2;

if teach<3 then th=1; if teach>3 then th=3; if teach=3 then th=2;

if patient<3 then pt=1; if patient>3 then pt=3; if patient=3 then pt=2;

if doctor<3 then dt=1; if doctor>3 then dt=3; if doctor=3 then dt=2;

if imfor<3 then ir=1; if imfor>3 then ir=3; if imfor=3 then ir=2;

if lang<3 then lg=1; if lang>3 then lg=3; if lang=3 then lg=2;

if space<3 then sp=1; if space>3 then sp=3; if space=3 then sp=2;

if talk<3 then tk=1; if talk>3 then tk=3; if talk=3 then tk=2;

if envir<3 then en=1; if envir>3 then en=3; if envir=3 then en=2;

if state<3 then st=1; if state>3 then st=3; if state=3 then st=2;

run;

*分析醫院等級和"嚴重度"是否相關;

proc freq;

tables hos*wk/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*kw/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*th/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*pt/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*dt/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*ir/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

tables hos*lg/chisq cmh exact;

run;

proc freq;

```
tables hos*sp/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables hos*tk/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables hos*en/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables hos*st/chisq cmh exact;
run;
```

*社區藥局部分;

```
data cc;
set aa;
keep ds1-ds6;
```

```
proc freq;
tables ds1*ds2/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables ds1*ds3/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables ds1*ds4/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables ds1*ds5/chisq cmh exact;
run;
proc freq;
tables ds1*ds6/chisq cmh exact;
run;
```

The SAS System

TABLE OF HOS BY WK

HOS	WK			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	4	22	46	72
	1.95	10.73	22.44	35.12
	5.56	30.56	63.89	
	18.18	37.29	37.10	
2	13	33	75	121
	6.34	16.10	36.59	59.02
	10.74	27.27	61.98	
	59.09	55.93	60.48	
3	5	4	3	12
	2.44	1.95	1.46	5.85
	41.67	33.33	25.00	
	22.73	6.78	2.42	
Total	22	59	124	205
	10.73	28.78	60.49	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY WK

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	15.440	0.004
Likelihood Ratio Chi-Square	4	11.979	0.018
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	6.451	0.011
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.011
Phi Coefficient		0.274	
Contingency Coefficient		0.265	
Cramer's V		0.194	

Sample Size = 205

WARNING: 22% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

The SAS System

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY WK

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	6.451	0.011
2	Row Mean Scores Differ	2	12.531	0.002
3	General Association	4	15.365	0.004

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY KW

HOS	KW			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	28	26	18	72
	13.66	12.68	8.78	35.12
	38.89	36.11	25.00	
	43.08	37.14	25.71	
2	31	38	52	121
	15.12	18.54	25.37	59.02
	25.62	31.40	42.98	
	47.69	54.29	74.29	
3	6	6	0	12
	2.93	2.93	0.00	5.85
	50.00	50.00	0.00	
	9.23	8.57	0.00	
Total	65	70	70	205
	31.71	34.15	34.15	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY KW

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	13.706	0.008
Likelihood Ratio Chi-Square	4	17.499	0.002
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.680	0.410
Fisher's Exact Test (2-Tail)			3.28E-03
Phi Coefficient		0.259	
Contingency Coefficient		0.250	
Cramer's V		0.183	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY KW

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.680	0.410
2	Row Mean Scores Differ	2	11.966	0.003
3	General Association	4	13.640	0.009

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY TH

HOS	TH				
Frequency					
Percent					
Row Pct					
Col Pct		1	2	3	Total
1	33	28	11	72	
	16.10	13.66	5.37	35.12	
	45.83	38.89	15.28		
	47.83	36.36	18.64		
2	31	42	48	121	
	15.12	20.49	23.41	59.02	
	25.62	34.71	39.67		
	44.93	54.55	81.36		
3	5	7	0	12	
	2.44	3.41	0.00	5.85	
	41.67	58.33	0.00		
	7.25	9.09	0.00		
Total	69	77	59	205	
	33.66	37.56	28.78	100.00	

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY TH

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	20.396	0.001
Likelihood Ratio Chi-Square	4	23.943	0.001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	4.769	0.029
Fisher's Exact Test (2-Tail)			1.53E-04
Phi Coefficient		0.315	
Contingency Coefficient		0.301	
Cramer's V		0.223	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY TH

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	4.769	0.029
2	Row Mean Scores Differ	2	17.128	0.001
3	General Association	4	20.297	0.001

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY PT

HOS	PT				
Frequency					
Percent					
Row Pct					
Col Pct		1	2	3	Total
1	9	25	38	72	
	4.39	12.20	18.54	35.12	
	12.50	34.72	52.78		
	31.03	47.17	30.89		
2	17	23	81	121	
	8.29	11.22	39.51	59.02	
	14.05	19.01	66.94		
	58.62	43.40	65.85		
3	3	5	4	12	
	1.46	2.44	1.95	5.85	
	25.00	41.67	33.33		
	10.34	9.43	3.25		
Total	29	53	123	205	
	14.15	25.85	60.00	100.00	

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY PT

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	9.702	0.046
Likelihood Ratio Chi-Square	4	9.613	0.047
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.007	0.935
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.031
Phi Coefficient		0.218	
Contingency Coefficient		0.213	
Cramer's V		0.154	

Sample Size = 205

WARNING: 22% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY PT

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.007	0.935
2	Row Mean Scores Differ	2	4.707	0.095
3	General Association	4	9.655	0.047

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY DT

HOS	DT			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	25	35	12	72
	12.20	17.07	5.85	35.12
	34.72	48.61	16.67	
	43.10	41.18	19.35	
2	28	46	47	121
	13.66	22.44	22.93	59.02
	23.14	38.02	38.84	
	48.28	54.12	75.81	
3	5	4	3	12
	2.44	1.95	1.46	5.85
	41.67	33.33	25.00	
	8.62	4.71	4.84	
Total	58	85	62	205
	28.29	41.46	30.24	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY DT

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	11.827	0.019
Likelihood Ratio Chi-Square	4	12.333	0.015
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.793	0.051
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.013
Phi Coefficient		0.240	
Contingency Coefficient		0.234	
Cramer's V		0.170	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY DT

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	3.793	0.051
2	Row Mean Scores Differ	2	9.502	0.009
3	General Association	4	11.769	0.019

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY IR

HOS	IR			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	34	31	7	72
	16.59	15.12	3.41	35.12
	47.22	43.06	9.72	
	45.33	38.27	14.29	
2	36	44	41	121
	17.56	21.46	20.00	59.02
	29.75	36.36	33.88	
	48.00	54.32	83.67	
3	5	6	1	12
	2.44	2.93	0.49	5.85
	41.67	50.00	8.33	
	6.67	7.41	2.04	
Total	75	81	49	205
	36.59	39.51	23.90	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY IR

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	17.040	0.002
Likelihood Ratio Chi-Square	4	18.526	0.001
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	6.025	0.014
Fisher's Exact Test (2-Tail)			9.54E-04
Phi Coefficient		0.288	
Contingency Coefficient		0.277	
Cramer's V		0.204	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY IR

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	6.025	0.014
2	Row Mean Scores Differ	2	14.142	0.001
3	General Association	4	16.957	0.002

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY LG

HOS	LG			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	54	17	1	72
	26.34	8.29	0.49	35.12
	75.00	23.61	1.39	
	34.62	42.50	11.11	
2	94	19	8	121
	45.85	9.27	3.90	59.02
	77.69	15.70	6.61	
	60.26	47.50	88.89	
3	8	4	0	12
	3.90	1.95	0.00	5.85
	66.67	33.33	0.00	
	5.13	10.00	0.00	
Total	156	40	9	205
	76.10	19.51	4.39	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY LG

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	6.251	0.181
Likelihood Ratio Chi-Square	4	6.960	0.138
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.201	0.654
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.194
Phi Coefficient		0.175	
Contingency Coefficient		0.172	
Cramer's V		0.123	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY LG

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.201	0.654
2	Row Mean Scores Differ	2	0.210	0.900
3	General Association	4	6.220	0.183

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY SP

HOS	SP				
Frequency					
Percent					
Row Pct					
Col Pct					
	1	2	3	Total	
1	38	22	12	72	
	18.54	10.73	5.85	35.12	
	52.78	30.56	16.67		
	38.00	35.48	27.91		
2	56	34	31	121	
	27.32	16.59	15.12	59.02	
	46.28	28.10	25.62		
	56.00	54.84	72.09		
3	6	6	0	12	
	2.93	2.93	0.00	5.85	
	50.00	50.00	0.00		
	6.00	9.68	0.00		
Total	100	62	43	205	
	48.78	30.24	20.98	100.00	

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY SP

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	6.528	0.163
Likelihood Ratio Chi-Square	4	8.755	0.068
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.266	0.606
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.153
Phi Coefficient		0.178	
Contingency Coefficient		0.176	
Cramer's V		0.126	

Sample Size = 205

WARNING: 22% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY SP

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.266	0.606
2	Row Mean Scores Differ	2	2.736	0.255
3	General Association	4	6.496	0.165

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY TK

HOS	TK			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	32	26	14	72
	15.61	12.68	6.83	35.12
	44.44	36.11	19.44	
	43.84	39.39	21.21	
2	36	34	51	121
	17.56	16.59	24.88	59.02
	29.75	28.10	42.15	
	49.32	51.52	77.27	
3	5	6	1	12
	2.44	2.93	0.49	5.85
	41.67	50.00	8.33	
	6.85	9.09	1.52	
Total	73	66	66	205
	35.61	32.20	32.20	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY TK

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	14.504	0.006
Likelihood Ratio Chi-Square	4	15.468	0.004
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.161	0.075
Fisher's Exact Test (2-Tail)			3.81E-03
Phi Coefficient		0.266	
Contingency Coefficient		0.257	
Cramer's V		0.188	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY TK

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	3.161	0.075
2	Row Mean Scores Differ	2	10.958	0.004
3	General Association	4	14.434	0.006

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY EN

HOS	EN			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	30	24	18	72
	14.63	11.71	8.78	35.12
	41.67	33.33	25.00	
	39.47	35.82	29.03	
2	40	37	44	121
	19.51	18.05	21.46	59.02
	33.06	30.58	36.36	
	52.63	55.22	70.97	
3	6	6	0	12
	2.93	2.93	0.00	5.85
	50.00	50.00	0.00	
	7.89	8.96	0.00	
Total	76	67	62	205
	37.07	32.68	30.24	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY EN

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	8.533	0.074
Likelihood Ratio Chi-Square	4	11.911	0.018
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.081	0.776
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.044
Phi Coefficient		0.204	
Contingency Coefficient		0.200	
Cramer's V		0.144	

Sample Size = 205

WARNING: 33% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY EN

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.081	0.776
2	Row Mean Scores Differ	2	6.216	0.045
3	General Association	4	8.492	0.075

Total Sample Size = 205

TABLE OF HOS BY ST

HOS	ST			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	45	18	9	72
	21.95	8.78	4.39	35.12
	62.50	25.00	12.50	
	40.54	26.47	34.62	
2	60	45	16	121
	29.27	21.95	7.80	59.02
	49.59	37.19	13.22	
	54.05	66.18	61.54	
3	6	5	1	12
	2.93	2.44	0.49	5.85
	50.00	41.67	8.33	
	5.41	7.35	3.85	
Total	111	68	26	205
	54.15	33.17	12.68	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF HOS BY ST

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	3.939	0.414
Likelihood Ratio Chi-Square	4	4.028	0.402
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.131	0.288
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.407
Phi Coefficient		0.139	
Contingency Coefficient		0.137	
Cramer's V		0.098	

Sample Size = 205

WARNING: 22% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR HOS BY ST

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	1.131	0.288
2	Row Mean Scores Differ	2	1.683	0.431
3	General Association	4	3.920	0.417

Total Sample Size = 205

TABLE OF DS1 BY DS2

DS1	DS2				
Frequency					
Percent					
Row Pct					
Col Pct	1	2	3	Total	
1	2	0	0	2	
	16.67	0.00	0.00	16.67	
	100.00	0.00	0.00		
	22.22	0.00	0.00		
2	5	2	1	8	
	41.67	16.67	8.33	66.67	
	62.50	25.00	12.50		
	55.56	100.00	100.00		
3	2	0	0	2	
	16.67	0.00	0.00	16.67	
	100.00	0.00	0.00		
	22.22	0.00	0.00		
Total	9	2	1	12	
	75.00	16.67	8.33	100.00	

STATISTICS FOR TABLE OF DS1 BY DS2

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	2.000	0.736
Likelihood Ratio Chi-Square	4	2.911	0.573
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.000	1.000
Fisher's Exact Test (2-Tail)			1.000
Phi Coefficient		0.408	
Contingency Coefficient		0.378	
Cramer's V		0.289	

Sample Size = 12

WARNING: 89% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR DS1 BY DS2

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.000	1.000
2	Row Mean Scores Differ	2	1.571	0.456
3	General Association	4	1.833	0.766

Total Sample Size = 12

TABLE OF DS1 BY DS3

DS1	DS3			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	0	2	0	2
	0.00	16.67	0.00	16.67
	0.00	100.00	0.00	
	0.00	20.00	0.00	
2	0	7	1	8
	0.00	58.33	8.33	66.67
	0.00	87.50	12.50	
	0.00	70.00	100.00	
3	1	1	0	2
	8.33	8.33	0.00	16.67
	50.00	50.00	0.00	
	100.00	10.00	0.00	
Total	1	10	1	12
	8.33	83.33	8.33	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF DS1 BY DS3

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	5.850	0.211
Likelihood Ratio Chi-Square	4	4.785	0.310
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	1.375	0.241
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.576
Phi Coefficient		0.698	
Contingency Coefficient		0.572	
Cramer's V		0.494	

Sample Size = 12

WARNING: 89% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR DS1 BY DS3

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	1.375	0.241
2	Row Mean Scores Differ	2	3.438	0.179
3	General Association	4	5.363	0.252

Total Sample Size = 12

TABLE OF DS1 BY DS4

DS1	DS4		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct	1	2	Total
1	1	1	2
	8.33	8.33	16.67
	50.00	50.00	
	100.00	9.09	
2	0	8	8
	0.00	66.67	66.67
	0.00	100.00	
	0.00	72.73	
3	0	2	2
	0.00	16.67	16.67
	0.00	100.00	
	0.00	18.18	
Total	1	11	12
	8.33	91.67	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF DS1 BY DS4

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	2	5.455	0.065
Likelihood Ratio Chi-Square	2	4.111	0.128
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.000	0.083
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.333
Phi Coefficient		0.674	
Contingency Coefficient		0.559	
Cramer's V		0.674	

Sample Size = 12

WARNING: 83% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR DS1 BY DS4

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	3.000	0.083
2	Row Mean Scores Differ	2	5.000	0.082
3	General Association	2	5.000	0.082

Total Sample Size = 12

TABLE OF DS1 BY DS5

DS1	DS5			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	1	1	0	2
	8.33	8.33	0.00	16.67
	50.00	50.00	0.00	
	33.33	20.00	0.00	
2	2	4	2	8
	16.67	33.33	16.67	66.67
	25.00	50.00	25.00	
	66.67	80.00	50.00	
3	0	0	2	2
	0.00	0.00	16.67	16.67
	0.00	0.00	100.00	
	0.00	0.00	50.00	
Total	3	5	4	12
	25.00	41.67	33.33	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF DS1 BY DS5

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	5.500	0.240
Likelihood Ratio Chi-Square	4	6.453	0.168
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	3.578	0.059
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.354
Phi Coefficient		0.677	
Contingency Coefficient		0.561	
Cramer's V		0.479	

Sample Size = 12

WARNING: 100% of the cells have expected counts less
than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR DS1 BY DS5

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	3.578	0.059
2	Row Mean Scores Differ	2	3.843	0.146
3	General Association	4	5.042	0.283

Total Sample Size = 12

TABLE OF DS1 BY DS6

DS1	DS6			
Frequency				
Percent				
Row Pct				
Col Pct	1	2	3	Total
1	1	0	1	2
	8.33	0.00	8.33	16.67
	50.00	0.00	50.00	
	100.00	0.00	100.00	
2	0	8	0	8
	0.00	66.67	0.00	66.67
	0.00	100.00	0.00	
	0.00	80.00	0.00	
3	0	2	0	2
	0.00	16.67	0.00	16.67
	0.00	100.00	0.00	
	0.00	20.00	0.00	
Total	1	10	1	12
	8.33	83.33	8.33	100.00

STATISTICS FOR TABLE OF DS1 BY DS6

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	4	12.000	0.017
Likelihood Ratio Chi-Square	4	10.813	0.029
Mantel-Haenszel Chi-Square	1	0.000	1.000
Fisher's Exact Test (2-Tail)			0.030
Phi Coefficient		1.000	
Contingency Coefficient		0.707	
Cramer's V		0.707	

Sample Size = 12

WARNING: 89% of the cells have expected counts less than 5. Chi-Square may not be a valid test.

SUMMARY STATISTICS FOR DS1 BY DS6

Cochran-Mantel-Haenszel Statistics (Based on Table Scores)

Statistic	Alternative Hypothesis	DF	Value	Prob
1	Nonzero Correlation	1	0.000	1.000
2	Row Mean Scores Differ	2	0.000	1.000
3	General Association	4	11.000	0.027

Total Sample Size = 12