

國立臺灣大學生物資源暨農學院生物產業傳播暨發展學系

博士論文

Graduate Institute of Bio-Industry Communication and Development

College of Bioresources and Agriculture

National Taiwan University

Doctoral Dissertation



從世界醫藥分業發展看臺灣基層西醫診所門內藥局發展與
調整之研究

The Development and Adjustment Analysis of Physician-
owned Pharmacy in Clinic in Taiwan in View of Separation of
Drug Prescribing and Dispensing in the World

黃慶鴻

Ching-Hung Huang

指導教授：蕭崑杉 博士

黃麗君 博士

Advisor : Kun-Sun Shiao, Ph.D.

Li-Chun Huang, Ph.D.

中華民國 106 年 06 月

June 2017

國立臺灣大學碩、博士學位論文
口試委員會審定書



從世界醫藥分業發展看臺灣基層西醫診所門內藥局發展
與調整之研究

The Development and Adjustment Analysis of
Physician-owned Pharmacy in Clinic in Taiwan in View of
Separation of Drug Prescribing and Dispensing in the
World

本論文係 黃慶鴻 (D97630001) 在國立臺灣大學生物產業傳播暨
發展學系完成之博士學位論文，於民國 106 年 6 月 2 日承下列考試委
員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

蕭崑杉 黃麗君 (簽名)
(指導教授)

孫維仁 溫秀英

林珍芳

系主任：

王偉豪 (簽名)

誌謝



大學畢業暨服完兵役後，因經濟因素沒能即時再繼續往上修讀碩、博士，踏入社會後的二十二年戰戰兢兢工作中，有幸在我的岳父鼓勵下能於西元2001年獲取MBA碩士學位並能進入投資銀行工作，這在我的職業生涯中是一個非常大的轉捩點，使我從對財務數字的不了解，進而能有分析財報與投資決策的能力，加上曾於兩家歐洲外商公司的工作經驗，讓我更能打開視野並體驗有關商旅貿易的一切經歷，這一切充實的經歷萌芽了我創業的開端，也因這樣的開端，隨著過去二十年的科技大躍進，在各種實用工具的發明與應用下，使我反思自己所一直耕耘的醫藥產業中，本身是否有更多不足之處而需加以補強？正因為這樣的反思，才釐出了「論述能力」是我所欠缺而需學習的，特別是有別於自然科學實證的人文社會科學，應該才是於人生經歷與創業過程中，在許多決策上應有的主要脈絡。所幸有機會能進入生傳所就讀，更能覓得蕭崑杉教授當我的指導老師，因為蕭老師人文社會學科的豐富涵養，使我在「論述能力」上受益良多。

「Do not give up. Great things take time!」這是在歷經九年的博士班學習生涯中，蕭老師教導我最值得亦是最受用的一句話。因為工作的因素，有很多次都想放棄，而每一次都是蕭老師督促我必須堅持，也因這樣的堅持，我才有這樣的機會寫此誌謝詞。在論文的寫作過程，蕭老師清晰的邏輯思惟與不吝惜付出給予解惑，才讓論文有明確的結構與論述，他不僅是我學業上的老師、也是我生活上的導師，在此謹向蕭老師致上最深、最誠摯的謝意。

感謝我的另一位指導教授—黃麗君老師，在我修課過程上的一切協助以及讓我得以撰寫我所熟悉的醫藥專業領域的論文題目。

感謝台大醫學院麻醉科孫維仁教授精闢見解的指導與健保資料庫的協助收集。

感謝我的碩士班指導教授—長庚大學工商管理學系溫秀英老師以及台大藥學系林珍芳老師給予寶貴並關鍵的意見，使論文能更臻嚴謹與完整。

感謝君毅和緯志於幕後協助蒐集與整理健保資料庫資料。

感謝台北大學金融與合作學系方珍玲教授以及固遠學弟的幫忙，讓文章得以順利發表。

感謝我的岳父母再一次的鼓勵我修讀博士班，因這樣的鼓勵，讓我面對我的人生能更有自信，更要感謝我的父母親，雖然我已將屆知天命之年，但他們總是不多言，默默地支持、關心著我的任何決定。

感謝的人很多，最要感謝的是與我結褵二十年的妻子安琇，謝謝妳總是在我遇到瓶頸時

能幫忙、支持我，讓我無後顧之憂繼續往前行；而我的寶貝子涵、子修，謝謝你們讓我有打拼的動力。未來的人生不能預知還有多少個九年，但我會珍惜每一個九年，與你們好好用心、用力過！

「暗透了，才能清楚看見星光。」當看見星光的那一刻是美好的，希望那一刻的美好，能有我在社會上的一絲絲存在與貢獻。再次感謝所有協助、關心我的人，讓我完成人生這一小步的夢想！

慶鴻 謹誌

June, 2017 in Taipei



中文摘要

在醫療院所的健保申請給付中，門診的藥品調劑給付金額在基層西醫診所的營收當中佔有相當程度的重要性，然而歷年基層西醫診所開設門內藥局仍維持在60%~70%的高比例，並且探討基層西醫診所門內藥局的發展研究文獻有限，因此如何健全醫藥分業的制度政策即成為一項重要課題。本研究目的將從綜括世界醫藥分業制度發展，探討臺灣在全民健保政策實施後，以新制度主義理論為基礎，針對基層西醫診所開設門內藥局進行分析、探討與建議其發展和調適。研究方法的使用上，先透過「文獻分析法」與「比較與歸納法」進行質性分析，建立世界主要國家醫藥分業制度之比較，再透過全民健康保險資料庫中自西元1999年到2010年的完整12年次級統計資料，針對基層西醫診所開設門內藥局的現象進行趨勢分析、卡方檢定與多元邏輯斯迴歸等量化統計分析。研究結果顯示，門內藥局的趨勢變化中，西元2002與2006兩年異於其他年度有特別的波動變化，說明管制者制度政策的調整會影響受管制者的行為與決策。並且除了醫師性別外，醫師年齡、醫師專科別、月門診量、每件醫療費用、每件門診處方簽藥品費用、診所密度、地區分局別等七個研究變項，均與開設門內藥局的關聯性具顯著性。其中，女性醫師，年齡介於41~60歲，耳鼻喉科、內科、小兒科、皮膚科以及復健科等專科診所所有較大傾向開設門內藥局，並且隨著月門診量、每件醫療費用、每件門診處方簽藥品費用的增加，基層西醫診所較傾向開設門內藥局，此說明了「利潤收入」是開設門內藥局一項重要因素。未來可參照日本政府，提高基層西醫診所合理的診察給付費用，調整健保給付的分配並差異化，同時汲取各國經驗，全面實施六年制藥學專業教育以提升藥師一致專業度，並將現階段醫師法第14條與藥事法第102條經過研議溝通後進行整合修法，使醫藥雙方針對調劑權歸屬的紛爭消失，臺灣實施完全醫藥分業目標便可期待。

關鍵詞：醫藥分業、門內藥局、調劑權、全民健保、藥學教育、新制度主義

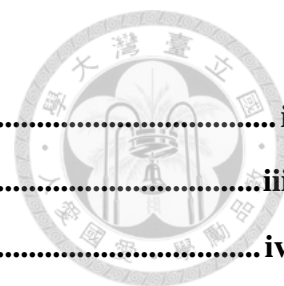
Abstract



In comparison to the reimbursement of National Health Insurance (NHI) in all medical institutions in Taiwan, the reimbursed amount of drug dispensing in outpatient treatment played an important role in the total revenue of clinics. Moreover, the proportion of the clinic having pharmacy inside in the past decade is still high. However, the researches in discussing the development of physician-owned pharmacy in clinic were limited. The purpose of this study was based on the theory of the New Institutionalism to analyze the policies of separation of drug prescribing and dispensing in different countries and to explore the development and adjustment of physician-owned pharmacy in clinic in Taiwan. The qualitative methods, including documentary and comparative analysis, and the quantitative methods, including trend analysis, Pearson's chi-square test, and multinomial logistic regression model, were conducted in this study. In the quantitative method, the analytical data was obtained from the NHI research database for a total of 12 years, from 1999 to 2010. In conclusion, the study found that the variety in year 2000 and 2006 were different from others. This represented the policy changed by the government controller would affect behaviors of the controlled parties. Except the gender of physician, to set up physician-owned pharmacy in clinic would have significant correlation with factors of age, specialty of physician, monthly service amount, diagnostic treatment fee per case, drug dispensing fee per case, clinic density, and clinic location. In addition, such factors as female, aged 41 to 60, specializing in ENT, internal medicine, pediatrics, dermatology, or rehabilitation, and such environmental factors as the increasing of monthly service amount, diagnostic treatment fee per case, and drug dispensing fee per case would make physicians more inclined to set up pharmacy in clinic while indicating profit was an important factor. The study suggested that Taiwan authority could learn from the experience of Japanese government to adjust the reimbursement of NHI. Moreover, to upgrade comprehensively the profession of pharmacists by practicing 6-year pharmacy education for a Pharm. D. degree and to integrate to eliminate the disputed law concerning the right of drug dispensing, the complete separation of drug prescribing and dispensing in Taiwan could be expected.

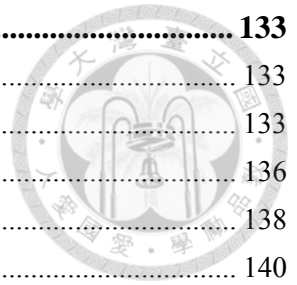
Keywords: separation of drug prescribing and dispensing, physician-owned pharmacy in clinic, right of drug dispensing, national health insurance, pharmacy education, new institutionalism

目錄



誌謝.....	i
中文摘要.....	iii
Abstract.....	iv
第一章 緒論.....	1
第一節 前言.....	1
第二節 臺灣醫藥分業制度現況與問題.....	5
第三節 臺灣西醫基層診所與門內藥局現況與問題.....	9
第四節 研究動機與目的.....	17
第二章 理論與文獻探討.....	19
第一節 新制度主義理論.....	19
第二節 各國醫藥分業制度發展的文獻分析.....	27
第三節 臺灣醫藥分業制度的發展與文獻分析.....	38
第四節 臺灣基層西醫診所門內藥局行為分析.....	49
第三章 研究方法.....	58
第一節 研究設計與方法.....	58
第二節 研究架構與模式設定.....	61
第三節 資料來源與資料處理.....	65
第四節 資料分析.....	69
第四章 研究結果.....	71
第一節 基層西醫診所與門內藥局發展之趨勢分析.....	71
第二節 醫師個人特質與門內藥局發展之比較和關聯.....	72
壹、 醫師性別與門內藥局發展之比較和關聯.....	72
貳、 醫師年齡別與門內藥局發展之比較和關聯.....	75
參、 醫師專科別與門內藥局之發展和關聯.....	81
第三節 診所機構效益與門內藥局發展之比較和關聯.....	92
壹、 基層西醫診所平均每月門診量與門內藥局發展之比較和關聯.....	92
貳、 診所平均每件醫療費用與門內藥局發展之比較和關聯.....	98
參、 診所平均每件門診處方簽藥品費用與門內藥局發展之比較和關聯.....	105
第四節 地區特性與門內藥局發展之比較和關聯.....	112
壹、 診所所在地區診所密度與門內藥局發展之比較和關聯.....	112
貳、 診所所在地區別與門內藥局發展之比較和關聯.....	118
第五節 醫師個人特質、診所機構效益、地區特性對門內藥局開設之預測.....	125
壹、 多元邏輯斯迴歸分析模式定義.....	125
貳、 多元邏輯斯迴歸分析預測結果.....	128

第五章 結論與討論	133
第一節 結論	133
壹、 醫藥分業制度政策.....	133
貳、 醫師個人特質與門內藥局發展之關聯與預測.....	136
參、 診所機構效益與門內藥局發展之關聯與預測.....	138
肆、 地區特性與門內藥局發展之關聯與預測.....	140
第二節 討論與建議	141
壹、 制度變革.....	141
貳、 制度設計.....	142
參、 制度運行.....	143
肆、 建議.....	145
參考文獻	147
附錄	161



圖目錄

圖 1 歷年臺灣西醫基層診所開設門內藥局比例	15
圖 2 研究架構.....	62
圖 3 西元 1999 年至 2010 年醫師性別開設門內藥局之環比變動成長率.....	74
圖 4 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層開設門內藥局之環比變動成長率.....	80
圖 5 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別開設門內藥局之環比變動成長率.....	90
圖 6 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每月門診量與是否開設門內藥局之分布箱形圖	93
圖 7 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比	97
圖 8 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布箱形圖	99
圖 9 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比	104
圖 10 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布箱形圖	106
圖 11 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方藥品費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比	111
圖 12 基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局之分布箱形圖.....	113
圖 13 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度開設門內藥局之環比變動成長率百分比	117
圖 14 西元 1999 年至 2010 年所在地區各分局別開設門內藥局的診所之環比變動成長率	124
圖 15 西元 1999 年至西元 2010 年基層西醫診所負責醫師年齡與累計次數.....	137

表目錄



表 1 歷年臺灣西醫基層診所數.....	12
表 2 歷年臺灣西醫基層診所開設門內藥局數.....	12
表 3 門診健保費用點數表—按醫療機構別.....	16
表 4 健保費用點數表—按總額部門別.....	16
表 5 各醫事機構門診藥品處方調劑費用占門診醫療費用的比率統計表.....	16
表 6 新制度主義詮釋及研究取向之比較.....	27
表 7 處方釋出率.....	48
表 8 全民健康保險歷年財務收支表 單位：億元.....	50
表 9 基層西醫診所門內藥局趨勢分析表.....	71
表 10 負責醫師為男性的基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	72
表 11 負責醫師為女性的基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	73
表 12 西元 1999 年至 2010 年醫師性別開設門內藥局之環比變動成長率百分比.....	74
表 13 醫師性別與是否開設門內藥局之卡方分析.....	75
表 14 西元 1999 年至 2010 年負責醫師年齡分布.....	75
表 15 西元 1999 年至 2010 年負責醫師與是否開設門內藥局之年齡分布.....	76
表 16 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層與是否開設門內藥局之分布.....	76
表 17 負責醫師年齡為 40 歲以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	77
表 18 負責醫師年齡為 41~50 歲的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	78
表 19 負責醫師年齡為 51~60 歲的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	78
表 20 負責醫師年齡為 61 歲以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	79
表 21 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層開設門內藥局之環比變動成長率百分比... 80	80
表 22 醫師年齡與是否開設門內藥局之卡方分析.....	81
表 23 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別與是否開設門內藥局之分布.....	81
表 24 家庭醫學科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	82
表 25 內科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	83
表 26 小兒科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	83
表 27 婦產科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	84
表 28 眼科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	85
表 29 耳鼻喉科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	85
表 30 外科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	86
表 31 骨科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	87
表 32 皮膚科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	87
表 33 腎臟科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	88
表 34 復健科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	89
表 35 其他專科基層西醫診所門內藥局趨勢表.....	89
表 36 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別開設門內藥局之環比變動成長率.....	90

表 37 醫師專科別與是否開設門內藥局之卡方分析.....	91
表 38 醫師專科別與是否開設門內藥局之卡方分析.....	92
表 39 月門診量為 999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	93
表 40 月門診量為 1000~1999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	94
表 41 月門診量為 2000~2999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	95
表 42 月門診量為 3000 以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	96
表 43 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量與是否開設門內藥局之分布.....	97
表 44 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比.....	97
表 45 每月平均門診量與是否開設門內藥局之卡方分析.....	98
表 46 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布.....	99
表 47 平均每件醫療費用 249 點以下基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	100
表 48 平均每件醫療費用 250~299 點基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	101
表 49 平均每件醫療費用 300~349 點基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	101
表 50 平均每件醫療費用 350 點以上基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	102
表 51 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布.....	103
表 52 西 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比.....	103
表 53 每月平均門診量與是否開設門內藥局之卡方分析.....	104
表 54 西元 1999 年至 2010 年平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布.....	105
表 55 每件門診處方簽藥品費用為 44 點以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	106
表 56 每件門診處方簽藥品費用為 45~89 點的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	107
表 57 每件門診處方簽藥品費用為 90~134 點的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	108
表 58 每件門診處方簽藥品費用為 135 點以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	109
表 59 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布.....	110
表 60 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方藥品費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比.....	110
表 61 平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之卡方分析.....	111
表 62 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局之分布.....	112
表 63 地區診所密度為 149 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	114
表 64 地區診所密度為 150~199 的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	114
表 65 地區診所密度為 200~249 的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	115
表 66 地區診所密度為 250 以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表.....	116
表 67 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度與是否開設門內藥局之分布.....	117

表 68 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度開設門內藥局之環比變動成長率百分比	117
表 69 診所密度與是否開設門內藥局之卡方分析	118
表 70 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所所在地區分局別與是否開設門內藥局之分布	119
表 71 基層西醫診所所在地區別為臺北分局開設門內藥局之趨勢分析	120
表 72 基層西醫診所所在地區別為北區分局開設門內藥局之趨勢分析	120
表 73 基層西醫診所所在地區別為中區分局開設門內藥局之趨勢分析	121
表 74 基層西醫診所所在地區別為中區分局開設門內藥局之趨勢分析	122
表 75 基層西醫診所所在地區別為高屏分局開設門內藥局之趨勢分析	123
表 76 基層西醫診所所在地區別為東區分局開設門內藥局之趨勢分析	123
表 77 西元 1999 年至 2010 年所在地區各分群分局別開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比	124
表 78 地區分局別與是否開設門內藥局之卡方分析	125
表 79 類別變數編碼	127
表 80 多元邏輯斯迴歸分析結果	132
表 81 臺灣與主要國家醫藥分業經驗之比較	134
表 82 臺灣實施醫藥分業前後的重要進程	135
表 83 各研究變項分析結果比較表	144

第一章 緒論



第一節 前言

健康產業之功能，在於促進或維持服務對象之身體、心理、社會功能，並使能達到最佳狀態，舉凡有關提供促進健康的方式，如診斷、治療、復健、預防、支持與維護功能的一系列產品與服務，皆包含在健康產業範疇中，因此健康產業與國民健康息息相關，也因健康產業與國民健康相關甚大，所以其發展是目前各國所重視的主題，其中醫藥產業更是被看重的發展項目。從供給與需求面的因素來看，健康產業的成長主要受到社會的經濟、人口結構的改變與醫療保健法令政策等三大趨勢的影響。在經濟趨勢中，創造與應用知識的能力和效率，比土地與資金等傳統的生產要素更具價值。知識成為生產力與競爭力的決策要素，知識所衍生的產業已經佔國民經濟較大比重，且知識的創新是經濟成長的主要動力(蕭崑杉，2010)，足以左右社會的發展，而健康產業又是知識密集產業，又與國民健康息息相關，其發展的好與壞，必然也會深深影響社會的發展；在人口結構的改變趨勢中，人口於城市與鄉村間的空間移動變化，影響了城鄉空間的人口結構與社會消費趨勢的分佈，進而影響地域的發展。而目前全球的少子化與高齡化等人口結構的改變，已然深深影響健康產業的供需與項目發展；在醫療保健法令政策趨勢中，健康產業的成長與醫療保健支出成正比，除了上述兩種趨勢外，另一個推動成長的主要力量為醫療保健法令政策的頒布與實施，例如美國政府於西元2010年所推出的「病人保護及可負擔健保法(Patient Protection and Affordable Care Act)」，促使更多病患能享有醫療保健服務，進而促進健康產業市場規模的成長。從上述三項趨勢看來，健康產業的發展對社會的重要性不可言喻。


健康產業可進一步依據其所牽涉到的層面，分為製藥與藥品(pharmaceuticals and drugs)、醫療儀器與設備(medical devices & equipment)以及健康服務(health services)等三部分。一般而言，健康服務產業範圍可涵蓋醫療機構(hospitals/clinics)、養老院(nursing homes)、居家照護(home healthcare services)、遠距醫療照護(telemedicine)與健康保險(health insurance)等五大部分，因此醫藥產業是健康產業當中的主要產業，而醫療機構更是在醫藥產業中最不可或缺的第一線健康服務。隨著醫療服務的進展，醫療機構中的醫師關注在疾病的診察與治療、藥師專注在藥品調劑與用藥安全的專業分工態勢也愈趨明

顯，也因此醫藥分業制度的建立需求也成為學術和實務界討論的議題。「醫藥分業」(separation of drug prescribing and dispensing)係指醫師負責診斷疾病並開立處方，而藥師根據醫師處方調劑交付藥品，並提供相關的藥品知識，透過醫師與藥師兩種專業的分工合作，共同執行患者的治療與照護，為一種雙方各司其職的醫療執業型態。其原則是「醫師負責處方而不調劑，藥師負責調劑而不處方」(行政院衛生署，1998)。臺灣的醫療機構中，大致可分成「醫院」(依行政院衛生福利部的評鑑分類，將醫院分成醫學中心、區域醫院與地區醫院等三級)與「診所」兩大類。其中，「醫院」雖將藥局設置於院所內，但由於各專業人員各司其職且其分工細，從醫藥分業的精神來看，事實上已具醫藥分業制度的施行目的；然而，「診所」由於規模與人員的組成較「醫院」簡單，在藥品調劑的工作上，現今臺灣的診所(牙醫診所除外)產生了診所負責醫師聘請藥師開設「門內藥局」進行藥品調劑與處方交付，以及診所負責醫師不聘請藥師而將處方簽釋出，由其他專業藥局進行藥品調劑與處方交付病人等兩種情形。所謂的門內藥局係指診所醫師開立處方後，直接將處方遞送到診所內附設藥局，由診所的藥事人員作處方的調劑。診所「門內藥局」源自於醫藥分業的特殊現象與表徵，其存在與設立與否，關係到病人的用藥安全、醫師與藥師間的調劑權歸屬以及健保給付利潤分配。因此，診所「門內藥局」的現象是臺灣開設全民健康保險制度以來，基於醫藥分業制度的政策方向下，仍存在且尚須釐清與解決的問題。

大抵來說，醫藥分業具有四項重要的功能。首先，醫藥分業可雙重確認減少處方錯誤發生率：亦即醫師開立處方後由藥師根據處方調劑，在藥師的雙重確認下，可以減少6%-10%的處方錯誤發生率(Sambrook, 1987)。其次，在管控藥費支出方面，醫師開立處方並自行調劑，可能造成藥品資源的過度耗用，也增加不必要的藥物耗用。日本在醫藥未分業下，醫師可自行調劑藥品，並從中獲取利潤，因此醫師開立處方越多時，其淨利及利潤也會相對提升，造成醫師無法客觀的開立處方(Abe, 1985)。根據英國健康保險制度研究發現，藥師調劑每項藥品平均的費用為6.26英鎊，而由醫師自行調劑則為6.54英鎊，以此估計若該期間全英國約2700萬筆醫師自行調劑的處方釋出由藥師調劑，則可節省約高達7500萬英鎊的藥費支出(Geddes, 1992)，而另一項英國所作的研究也發現同時開立處方並調劑的醫師，其患者每年的平均藥價顯著高於將調劑權釋出的醫師(Mortan & Pringle, 1993)。再者，醫藥專業獨立分工可提升照護品質。醫師釋出調劑權後，院所不必再自行負擔設置藥局的人力、藥品、軟硬體相關的開銷與管理，而有更多的時間與資源可以投入患者的疾病診斷與諮詢，並且可以客觀的開立最適當的處方給患者。而藥師針對醫師的處方進行評估，考量患者的整體狀況及用藥史，適時地提出醫師處方的建議，

並且教育患者如何正確使用藥品，由於藥物的種類及品項快速增加，專業的藥品由專業的藥師介入實屬必要(Murtagh, 1983)。最後，醫藥分業可預防重複與不適當用藥。多數研究指出，患者處方出現潛在藥品交互作用之比例約介在17.4%至60.2%之間(Doucet, Chassagne, & Trivalle, 1996; Goldberg, Mabee, Chan & Wong, 1996; Gosney & Tallis, 1984; Mitchell & Stanaszek, 1979; Tamai, Strome, Marshall, & Mooradian, 1989)。藥師提供患者適當的用藥知識，可以提升患者的醫囑遵從性及服藥順從性，並且使患者主動與醫師討論其用藥情形，均可以減少用藥失誤以及處方失誤的機會，而臨床藥師的介入可以降低23%的不適當處方發生機率(Hanlon, Weinberger, Samsa, Schmader, Uttech, & Lewis, 1996)。從國民的健康角度與產業發展來看，藉由上述的四項功能說明，醫藥分業確實有其必要性。

然而，醫藥分業對於病患的用藥安全與整體藥品經濟有其一定的功能，但相對地也有其限制與問題：(1)藥師未親自調劑，藥學專業未能徹底執行：部分藥局可能礙於人力及藥師不足，而雇用未受過藥學專業教育的技術人員代為調劑，以致於無法提供完整的藥學專業意見也無法發揮藥師的功能(Lobber, Behlmer, Penneys, Shupack & Thiers, 1988)；(2)處方藥品未能真實按醫令被調劑：部分藥師可能因為醫師指定的藥品品項無法取得而替換為同成分的學名藥，或是藥師為追求利潤而替換為利潤較高的同成分藥品等原因，而未依照醫師處方調劑進而影響患者的權益(Lobber et al., 1988)。事實上，藥師使用學名藥物已行之有年(Strom, 1987; Schwartz, 1985)，然而，研究發現許多學名藥物雖然主成分相同，但在效能上仍與原開發廠的產品有所差異(Doering, Araujo, & Flowers, 1987; Stoughton, 1987)。此外，藥師接受處方時也可能因藥局未備有醫師指定廠牌之藥品而自行以同成分之學名藥品替換；(3)藥師專業未受認同：1950年代間，臺灣開放地方政府開辦中西藥的訓練班及測驗，結訓合格者可取得臨時中西藥商資格，並販賣中西藥品。雖然在西元1969年遭監察院糾正下而停止此資格之續辦，但長期的混淆下，一般民眾對於藥師的專業角色及藥品販賣業兩者間容易混淆(黃文鴻，1999；陳瓊雪等，2001)。此外，現行臺灣醫藥分業政策由原先規劃的單軌制轉變為雙軌制的實施使大部分藥局收入降低，且對藥局經營及藥師專業有負面的影響，甚至導至「去專業化」的現象，進而使民眾對藥師的專業有所質疑(謝文紘、陳美霞，2001)；(4)病患取得藥品的便利性降低：醫藥分業制度下，病患須持醫師處方至合格的藥局調劑，患者就醫結束後，無法在院所直接領取藥品，增加了患者的時間及交通成本(Ryan & Bond, 1994)。也因此導致臺灣在醫藥分業開辦初期，醫師要病患帶走處方簽至診所以外的社區藥局調劑藥品，患者卻不願意的狀況(尹三元，1998)。



醫藥分業牽涉範圍廣泛，是屬於健康公共政策的一環，公共政策要能實施就必須要先制定並成為制度才能遵行。公共政策的制定，從廣義上來說是指整個制度的形成過程，包括政策方案的規劃、公共政策法令化、以及政策執行與評估等的過程(胡仁平，2002)。在臺灣醫藥分業制度的形成過程中，雖然法令規定在全民健康保險實施兩年後須施行醫藥分業制度，但由於醫、藥兩大醫事團體對於藥品的調劑權多所爭議，在臺灣整體社會尚未能順利溝通與充分了解下，導致此醫藥分業制度的實施，面臨醫、藥兩團體的衝突與對立而有所紛爭與抗衡。行政院衛生署(現改制為衛生福利部)權衡當時的狀況遂以行政命令的方式，在分期、分區的條件下有限度的推動部分醫藥分業(即醫藥分業雙軌制)。在雙軌制的制度下，造就了「診所門內藥局」的特殊現象，亦即診所於院所內設置藥局，並由診所負責醫師自行聘請藥師，進行藥品調劑與處方交付業務。而此「診所門內藥局」的調劑權歸屬的爭論，從全民健保實施至今仍舊存在，並在醫、藥兩團體間仍有爭議。換言之，若從新制度主義理論來看，由政府部門(行政院衛生福利部)所主導規範的醫藥分業制度，從政策方案的規劃一直到政策執行的制度形成過程，一直介於管制者(衛生福利部權責單位)與受管制者(醫師與藥師兩專業團體之利害關係人)間的相互實踐與社會調適、以及受管制者間針對調劑權力相互攻防的策略選擇、地位與追求效用最大化的偏好。而這樣的醫藥分業公共政策的制定與發展，恰可以從管制者制定制度、以行動策略來影響受管制者、而受管制者則處於在制度的限制中進行選擇的狀態等等來做解釋與說明。因此，從「制度」導向來探討醫藥分業的發展有其合適性。

就制度概念而言，制度是一系列被制定出來的規則、程序和行為的道德倫理規範，旨在約束追求主體福利或效用最大化利益。在臺灣醫藥分業制度中，透過全民健康保險的實施，藉由調劑權歸屬從保險給付的規則中確立了醫藥分業的施行。由於目前臺灣施行的醫藥分業制度是全球獨創的「雙軌制」，此種雙軌制醫藥分業的施行，在制度概念的行動策略上所呈現的表徵和主要觀察對象便是各類型醫院(醫學中心、區域醫院、地區醫院)內所附設的藥局以及基層診所開設門內藥局的現象，然各類型醫院從進藥審查、藥品採購、看診醫師用藥選擇等，均分別有醫院藥事委員會、採購部門、各不同專科部會以及院內藥局各自依專業獨立負責與相互溝通而無主從關係，因此各類型醫院已然具有完全醫藥分業的精神，唯獨在基層西醫診所的門內藥局，由於藥事人員受聘於診所醫師，醫師與藥事人員是主、顧關係，於是診所醫師等於是開立處方並間接調劑，此形式的門內藥局某程度的失去了完全醫藥分業的本意，因此目前臺灣醫藥分業發展的行動者中，以基層西醫診所門內藥局所引起的問題最顯著，因此有必要提供中立客觀的統計數據藉以探討此行動者在內、外在環境變化時，基層西醫診所門內藥局的發展和調整現象，並

以此結論延伸討論臺灣現行的醫藥分業制度應如何調適，以此作為本研究的貢獻。



第二節 臺灣醫藥分業制度現況與問題

壹、藥品分類與分級管理

藥品分級制度是風險管理的手段，世界各國因應社會與醫療環境的不同，制訂出不同的藥品管理方法，但最終目的皆是維護民眾的用藥安全與權益。依藥事法第八條第二項：「製劑分為醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥及固有成方製劑。」因此臺灣藥品管理不同於美國將藥品僅分為處方藥品和非處方藥品，臺灣藥品分成三個等級，依危險性高低依序為：「醫師處方藥品」、「醫師藥師藥劑生指示藥品」和「成藥及固有成方製劑」。

依藥事法施行細則第3條，「醫師處方藥品」的定義為：「經中央衛生主管機關審定，在藥品許可證上，載明須由醫師處方或限由醫師使用者。」亦即一般我們通稱的處方藥。相對於「處方藥品」，另一種藥品分類的概念，即是「非處方藥」。所謂「非處方藥」泛指一般民眾不需取得醫師開立的藥品處方簽，即可於藥品販賣場所取得這類藥品，在我國將非處方藥再分成「醫師藥師藥劑生指示藥品」和「成藥及固有成方製劑」二類。這類藥品的危險性與疾病治療性遠不及「醫師處方藥品」，因此在美國這類非處方藥通稱為over-the-counter (OTC) drugs，民眾可在藥局、超市或百貨商店可自由買到。其中，「醫師藥師藥劑生指示藥品」即泛稱的「指示用藥」，係指民眾若欲取得這類藥品，雖不需取得醫師處方簽，但仍限於專業醫療人員執業的處所，經專業醫療人員之指示後，民眾在自行評估身體的不適，並參酌藥品仿單上之適應症、用法用量、注意事項等相關說明後，來決定購買以及使用的藥品。此外，有關於「成藥及固有成方製劑」，依據藥事法第9條與第10條，分別將之定義為：「成藥，係指原料藥經加工調製，不用其原名稱，其摻入之藥品，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，並明示其效能、用量、用法，標明成藥許可證字號，其使用不待醫師指示，即供治療疾病之用者。」以及「本法所稱固有成方製劑，係指依中央衛生主管機關選定公告具有醫療效能之傳統中藥處方調製(劑)之方劑。」

醫藥分業主要涉及醫師處方藥品的管理，亦即醫藥分業乃討論醫師、藥師、病患與處方藥品的關係。因此上述的藥品分級管理當中，「處方藥品」才是為本文醫藥分業討

論的主角。

貳、全民健康保險開辦下的醫藥分業與調劑權爭議

西元1994年臺灣立法院三讀通過全民健康保險法，並於西元1995年成立中央健康保險局，全民健康保險自此正式開辦(張博雅，1997)。而在全民健康保險規劃時，即以醫藥分業為其基礎，認為透過醫藥分業將可使醫師的處方型態與在藥師的專業分工協助下，更符合患者需要，亦能節省不必要的醫療支出，同時醫藥分業制度的推動也必須仰賴全民健康保險的實施(曾金月，1997)。

醫藥分業制度中，最大的爭論點在於「調劑權」的歸屬。「調劑」兩字的字面意義為「調配藥劑」，而藥劑即今日所謂的藥品。依中華民國九十三年十一月二十五日行政院衛生署衛署藥字第0930332950號令所訂定發布的「優良藥品調劑作業規範」中對於「調劑」的定義為：「調劑，係指藥事人員自受理處方簽至病患取得藥品間，所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為。」而上述的藥事人員，係指依法執業之藥師及藥劑生。

從上述頒布的規範中，可以理解「調劑權」的歸屬應屬於藥事人員而非醫師。而「調劑權」歸屬爭論的開端，是由於在藥師團體的推動下，西元1993年立法院修正藥事法第102條¹，此法條的修訂，明訂出全民健康保險開辦兩年後，若非偏遠地區或醫療急迫情形，醫師必須釋出調劑權給藥師。換言之，醫師處方不得自行調劑，需由藥師主持之藥局調劑。然而，在藥事法102條修正過程中，藥師團體與醫師團體並未進行協商溝通，雙方並未取得共識前即完成修法，導致醫師原被賦予的調劑權(法源：醫師法第14條²)受到限制，而埋下日後醫藥衝突的隱憂；同時對於社會大眾也未有效推廣及教育，使得藥事法第102條雖已修正，但仍無法在實務上完全實施(林水波，1997)。

隨醫藥分業時程接近，醫師團體意識到藥事法第102條的片面修正將影響其收入以及習以為常的醫療業務進行，遂於西元1997年至1998年間發動至少三次大規模的遊行，抗議醫藥分業的推動，並且醫師法第14條也從未修正，其暗示著醫師仍擁有自行調劑的權利，此明顯與藥事法第102條有所衝突。然兩者均為同等法律位階，醫藥分業制度中最主要的調劑權歸屬在法源基礎上有所矛盾，以及未經醫師與藥師團體有效溝通便斷然實施，醫師質疑藥師不具備足夠的專業知識，其尋求醫藥分業僅為維持其藥品供應的壟斷，

¹藥事法第102條：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」

²醫師法第14條：「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。」

保障自身的生存；而藥師團體則質疑醫師藉由調劑權掌控藥品利潤，並且為獲得更多健保給付而無法客觀開立處方，使醫師與藥師兩利害關係團體的衝突無法消弭(楊百文，2014)。

除了醫師與藥師團體對於醫藥分業推動的衝突外，事實上當時的醫療產業環境也尚未準備好面對醫藥分業，且藥事人員的專業素質歧異度大，過去依賴承租藥事人員執照而經營的藥局也並未消弭，面對基層醫療院所將處方釋出的狀況，是否有足夠且具備專業藥學素養的藥局能承接其處方達成醫藥分業，仍存有變數。除此，面對醫藥分業的實施，民眾對於此制度仍未有清楚的認識，也並不清楚透過藥師提供獨立且專業的藥事服務的用意，直到西元1999年仍有58.2%的民眾並不清楚即將實施醫藥分業，甚至不了解醫藥分業的目的(季偉珠、陳善音、陳建偉，1997)。

綜觀國內外醫藥分業的方式，大抵可分為單軌制和雙軌制二種。醫藥分業單軌制為最完全的醫藥分業，醫師專責於疾病的診斷並開立處方簽，而藥師根據其藥學專業接受並評估處方簽，作出適當的建議並依處方簽調劑、交付藥品，並提供患者必要的藥物諮詢及用藥教育。醫師與藥師兩種專業互相獨立，彼此不具從屬關係，醫師也不得擁有藥局或介入藥局之運作與經營，兩者互相合作，共同促進患者的藥物治療品質，為醫藥分業之單軌制。而雖然法令明文規定需進行醫藥分業，但事實上醫師仍然可以在院所內聘請藥師設立門內藥局進行處方藥品調劑，或出資在院所外成立門前藥局或介入門前藥局之經營，在此狀況下，醫師與藥師之間存在主從關係，雖然實質上處方簽並非醫師親自調劑，但藥師仍無法獨立發揮其藥學專業，判斷、檢核、甚至建議醫師修改不適當的處方，兩者無法完全獨立作業，稱之為醫藥分業之雙軌制(林麗貞、李蜀平，2014)。

在立法環境尚未健全、醫療產業結構不夠完備、醫師與藥師兩大專業團體對於醫藥分業無法達成共識、以及民眾對於醫藥分業與藥師專業認知不足等因素下，臺灣對於醫藥完全分業制度無法順利實施。再者，醫藥分業制度實施後，基層診所面臨若開設門內藥局須依規定聘請藥師或不聘請藥師但須釋出處方的狀況。對聘請藥師的診所而言，由於藥師薪資相較實施醫藥分業以前水漲船高，致使診所人事支出大幅增加，並在收支上可能不敷成本，但另一方面對釋出處方的診所而言，病患須至他處取藥，如此一次就醫、兩道程序，可能造成就醫不便利，「醫病關係」驟然因醫師調劑權受到限制而面臨挑戰，診所醫師亦會擔心病患因而流失。行政院衛生署權衡當時因醫藥分業制度的實施對於基層西醫診所的衝擊而引起紛爭的狀況，遂以行政命令的方式，在分期、分區的條件下有限度的推動實施醫藥分業雙軌制。在雙軌制的制度下，基層診所得自行聘請藥師在院所

內附設的藥局(亦即門內藥局)進行藥品調劑業務，但實質上雖醫師藥師進行專業分工，卻未完全將醫療院所與藥局分開，處方也未完全釋出至社區藥局。就病患領藥的便利性而言，選擇診療結束後在門內藥局直接調劑的患者仍為大宗。雙軌制的醫藥分業乃臺灣政府為平衡醫師與藥師團體的紛爭，同時尋求突破的權衡辦法，但並無法由根本上解決醫藥分業無法推動的阻礙，除此，長期以來民眾習慣此看完診即領藥的模式，更形成推動醫藥分業單軌制的阻力。因此，醫藥分業制度在全民健保開辦後，因醫、藥雙方團體的歧見，使得現今臺灣在完全醫藥的分業執行上仍存在相當程度的問題。

參、醫藥分業與藥價差

所謂藥價差，從文義上可解釋為「藥物買賣價格的差額」。而全民健保的藥價差，其意義為「健保藥物支付標準之價格與健保特約醫事服務機構實際採購價格，兩者間價格的差距」。由於健保以統一支付價格支付特約醫事機構使用的藥品費用，因此，當醫事機構藥品採購價格與支付價格不同時，便產生所謂的「藥品價差」，一般簡稱「藥價差」，藥價差依其性質分為「制度性藥價差」、「不當藥價差」及「違法藥價差」三大類(楊百文，2014)。所謂「制度性藥價差」，乃因制度設計產生的制度性藥價差。常見情形大致分為兩種：(1)特約醫事機構藥品採購價格與健保局支付價格間之藥價差；(2)簡表申報制度的藥價差。而「不當藥價差」主要來源是醫事機構與藥商議價時，藥商藉「贈送藥品」、「贈送商品」或「金錢折讓」的方式，以爭取醫事機構採購其銷售的藥品。此外，所謂的「違法藥價差」乃是指醫事機構使用較低價藥品A藥卻以較高價藥品B藥申報健保藥品費用，此種以低報高的方式，表面上為一種藥價差，但實際上為健保詐欺行為。

由於藥價差可使醫療院所具潛在的利潤收益，因此醫事機構在藥品的採購與治療的選擇同時，藥價差的利潤考量將可能凌駕於病患健康效益之上。這種偏差將使藥商因藥品成本考量，不再重視藥品的品質，進而降低醫療品質，而危害病患的健康。因此有研究認為，唯有採行完全的醫藥分業，即不只醫師與藥師分工，且藥品的處方與採購需完全獨立，醫療門診不再供應藥品，則醫院的議價能力不再，門診藥品將全由社區藥局供應，由於社區藥局規模小，且依據醫師處方而提供藥品，無法產生議價能力，方能解決現今我國藥價差的現象(陳原風，2008)。然醫藥分業實施的目的，除讓醫師和藥師合作保障民眾用藥安全外，另一目的為避免居代理病患選擇治療方式的醫師，在藥價差利潤的影響下，產生引導需求而過度治療的現象，並非用以消弭藥價差。事實上，醫院因採購歸屬權並不在以醫療行為為主的醫師身上而落在藥事委員會，不列在藥事委員會的多

數一般醫師與藥價差的多寡並無直接利益關係，亦不會因而改變處方行為，反而因醫院採購藥品過度重視藥價差而集中採購一種藥品，大多數實際診察醫師喪失藥品採購建議權，以致醫師無法為病患選擇最理想的藥品。相對地，診所醫師與藥價差則息息相關，因此藥價差將可能誘使診所醫師改變處方行為，因此對於藥價差的考量將可能凌駕於病患健康效益之上。

藥品交易成本十分複雜，在自由市場的交易過程中，藥價差即是利潤形成的過程，因此藥價差必然存在。但全民健康保險的藥價由健保署依據藥價基準單方面訂價，若醫療院所無法左右價格，藥價差利潤仍會由醫療院所轉移至藥商，如同西元2000年韓國實施強制性醫藥分業一樣，因藥價差的利潤移轉至藥商，造成市場藥品交易價過高，導致保險藥費高漲，危及保險財務的穩定，並加重民眾藥費的負擔(楊百文，2014)。所以實施醫藥分業的功能並非用於消弭藥價差，如何從藥價基準的訂定到尋求藥價差合理的空間，實是現行健保支付制度應面對的重要課題。也因此，我們從上述可以知道全民健康保險制度的「藥費支出」牽涉到「藥價差」的利潤誘因；加上對醫療院所而言，特別是診所，由於也因藥品處方調劑收入對於院所佔有相當的營收比重。因此，在討論醫藥分業制度時，基層西醫診所「門診藥品處方調劑費用」的收入因素是我們所應關注的。

第三節 臺灣西醫基層診所與門內藥局現況與問題

壹、診所與基層醫療照護

依照中華民國105年1月11日衛生福利部衛部醫字第1041669638號令修正發布的醫療機構設置標準中，對診所與其業務性質定義為：「醫療機構僅應門診者為診所，診所得設置九張以下之觀察病床。診所依其業務性質可分為專科診所及一般診所。」其中，「專科診所」係指從事專科診療業務之診所；而「一般診所」係指從事一般診療業務之診所。在功能上，診所主要是在醫療照護體系中提供大部分的第一線基層醫療照護。本研究關注的「診所」，乃上述定義中之「基層西醫診所」，並不包含牙醫與中醫診所。

基層醫療照護(primary care)這個名詞最早出現於西元1920年Dawson的健康服務區域化報告中，Dawson把基層保健中心(primary care center)描述為「由該地區全科開業醫師所主持，能提供治療性與預防性保健醫療服務之機構」(張伊萍、林恆慶、陳楚杰、陳怡蒼，2003)。目前許多基層保健醫療照護的觀念就是從這一個報告所引申出來的。而後

Shi和Singh將基層醫療定義為「醫療服務提供者(包括醫師、護士和其他衛生專業人員)在診所或辦公室所提供的醫療服務，它是病人與衛生照護體系的第一線接觸，也是持續照護過程的開始步驟(Shi & Singh, 1998)。」世界家庭醫師組織(World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)也對基層醫療正式定義為「這種健康照顧強調對病人之責任，開始於初次見面並保持其後繼續之關係。其所提供的照顧，包括有關健康照護所需的處理和協調並適當的轉介照會二級或三級醫院之專科醫師或專業醫療人員(李孟智，1992)。」而在基層醫療的服務內容上，美國家庭醫師學會(The American Academy of Family Physician)和美國家庭醫業委員會(The American Board of Family Practice)對基層醫療定義中強調其服務內容應包括有：(1)第一線的健康照顧：提供病患進入醫療體系的管道；(2)具有持續性、周全性和協調性：包括疾病之預防與治療；(3)強調應持續負責並追蹤每一個病人及社區的健康問題；(4)強調基層醫療照護具有人性化的、個人化的照顧功能(張伊萍等，2003)。

貳、基層西醫診所在全民健康保險制度下所面臨的問題

由中央健康保險署(以下簡稱健保署，原為中央健康保險局)執行並管理的全民健康保險(以下簡稱全民健保)制度，自西元1995年開始推行以來就深深影響基層西醫診所。全民健保系統涵蓋層面廣，包括醫院或診所的門診與住院醫療、牙科醫療、中醫醫療、以及處方藥品，幾乎臺灣所有醫療院所皆與健保署簽約。也因為全民健保制度深深影響了醫療機構的收支與營運，因此在討論基層西醫診所面臨的問題時，不得不討論因全民健保開辦後，因醫療或藥費給付所引致的診所經營行為現象與爭議，其中包括因保險給付所衍生的經營困難、以及在醫藥分業下的醫、藥兩專業團體對調劑權爭議而衍生的基層西醫診所門內藥局的開設與調適。

一、轉診制度未真正落實，基層診所的生存空間被壓縮

健保法第33條明文規定：「保險對象應自行負擔門診或或急診費用20%。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔30%；逕赴區域醫院門診者，應負擔40%；逕赴醫學中心門診者，應負擔50%。前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關應依各級醫療院所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。」此轉診的精神雖立意良好，然而實務上之推展並未落實(張伊萍等，2003)。根據研究發現，我國平均轉診率僅為0.4%，與國外1%~5%的轉診率相比較，我國轉診率明顯低了很多(雷宗憲，1994)。轉診率低代表臺灣民眾的就醫習慣仍舊不分病情大小，有病就往中大型醫院就診的情形仍

舊普遍；加上臺灣地狹人稠，在交通發達、醫療資源密集且豐富的情形下，各型醫院林立、設備齊全，分科別精細，不管大小病皆能診治，一天可同時看診很多科別，因而大量病患被醫院吸收，造成病患大量前往醫院就診而壓縮了基層診所的生存空間。

二、「同病不同酬」的給付制度，更增基層西醫診所的生存壓力

健保法第51條規定：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」現行健保局之給付標準雖有同病同酬的原則，但直到目前為止仍尚未實施，依衛生福利部中央健康保險署的統計資料，西元2014年平均每件門診申報費用依照型態別分別是：綜合醫院2,048元，醫院1,328元，專科醫院904元，精神科醫院1,754元，慢性醫院1,643元，而基層西醫診所僅485元。這其中雖有疾病嚴重程度之因素，但基層西醫診所與綜合醫院的差距高達四倍以上。在「同病不同酬」的制度之下，醫療資源的分配未臻合理，更嚴重的擠壓了基層醫療的生存空間(林昭庚等，2001)。

三、基層開業醫師不諳熟相關法規之管制造成經營困難

醫療是特許行業，卻也是受規範最嚴格的產業。隨著時間的演進，主掌基層西醫診所業務主管機關的各縣市政府衛生局對於相關之管理規定日漸嚴格、財政部國稅局可能隨時訪視或抽查所得之短報或不報、加上健保署之醫療費用申報對於重複用藥的核扣回推十倍及不當申報之處罰、以及偶發的醫療糾紛處理等難題，都令以醫療為專業的基層開業醫師，因不諳熟相關法規之管制以及因外在的現實變化因應不及而造成經營困難(張伊萍等，2003)。

四、門內藥局的設立，藥師薪資提高而增加基層西醫診所經營成本

醫藥分業制度實施後，依規定若醫療院所不將處方釋出，則需設立門內藥局並聘請藥師進行處方藥品調劑並交付病患。由於藥師薪資水準相較醫藥分業制度實施前高出許多，致使基層西醫診所聘請藥師的支出大幅增加，而造成診所入不敷出，許多基層診所因無法負擔而紛紛休業(陳錦源，2001)。

參、基層西醫診所開設門內藥局的現況

一、基層西醫診所開設門內藥局的比例高

依據衛生福利部中央健康保險署的統計資料，基層西醫診所數從西元1999年的7659

家(詳見表1), 每年有緩步的成長, 到西元2010年12月底達到9136家。其中有開設門內藥局的基層西醫診所數亦從西元1999年1月的4740家(詳見表2), 緩步成長到西元2001年12月的5296家, 但隨後卻持續的一段負成長期, 延續到2004年6月的4910家, 之後又呈現穩定成長到西元2010年12月的5954家。而基層西醫診所在開設門內藥局的比例上 (詳見圖1), 從西元1999年1月的61.90%, 緩步成長到西元2001年6月的70.03%, 隨後呈現負成長下滑直到西元2005年7月的59.56%, 才又緩步回升至2010年12月的65.17%。整體而言, 基層西醫診所開設門內藥局的比例遠高於不開設門內藥局的比例。其中, 西元2002年基層西醫診所開設門內藥局的比例呈現大幅下滑, 而在西元2006年反轉再度上升。

表 1 歷年臺灣西醫基層診所數

年底別	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
基層西醫診所數	7659	7612	7627	7780	7936	8183	8353	8544
年底別	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
基層西醫診所數	8700	8819	8927	9136	9881	10026	10120	10227

資料來源：衛生福利部中央健康保險署；本研究綜合整理，2017。

表 2 歷年臺灣西醫基層診所開設門內藥局數

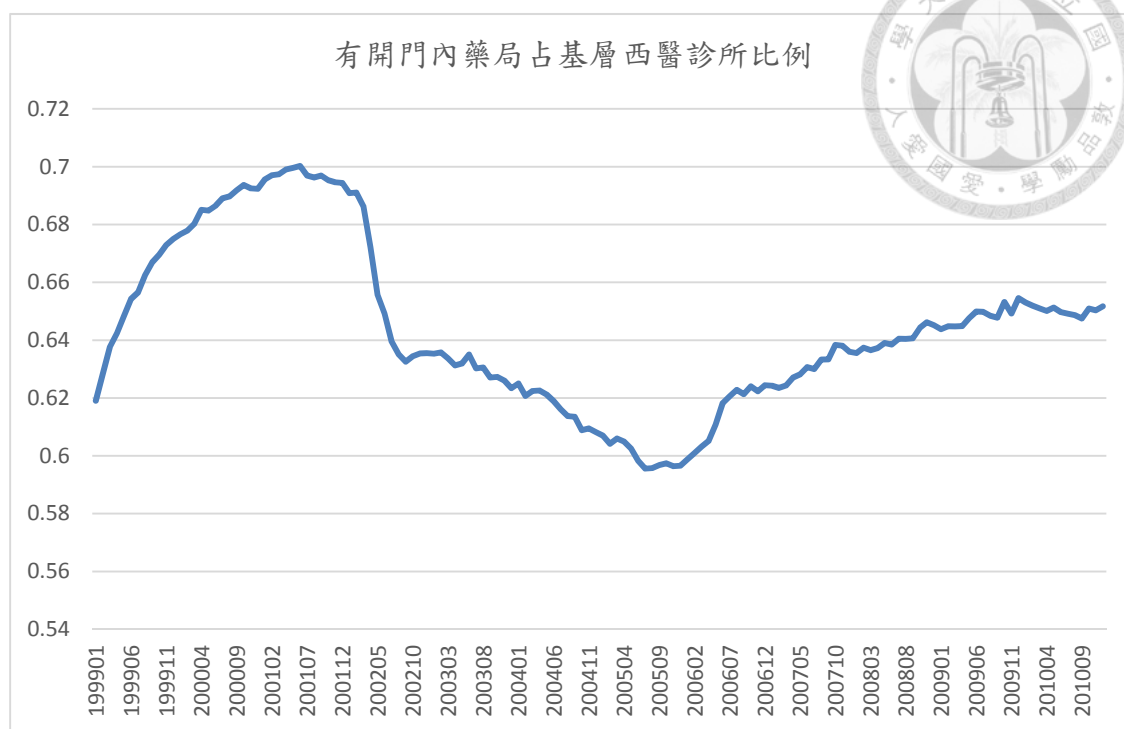
西元年月	所有基層西醫診所數目	有開門內藥局	沒開門內藥局	有開門內藥局比例
199901	7657	4740	2917	61.90%
199902	7659	4813	2846	62.84%
199903	7664	4887	2777	63.77%
199904	7667	4925	2742	64.24%
199905	7653	4962	2691	64.84%
199906	7662	5013	2649	65.43%
199907	7680	5042	2638	65.65%
199908	7656	5072	2584	66.25%
199909	7637	5093	2544	66.69%
199910	7616	5099	2517	66.95%
199911	7631	5135	2496	67.29%
199912	7659	5170	2489	67.50%
200001	7638	5168	2470	67.66%
200002	7591	5146	2445	67.79%
200003	7622	5185	2437	68.03%
200004	7605	5210	2395	68.51%
200005	7615	5215	2400	68.48%
200006	7585	5207	2378	68.65%
200007	7565	5213	2352	68.91%
200008	7546	5205	2341	68.98%
200009	7581	5245	2336	69.19%
200010	7573	5253	2320	69.36%
200011	7591	5257	2334	69.25%
200012	7612	5270	2342	69.23%
200101	7559	5258	2301	69.56%
200102	7549	5262	2287	69.70%
200103	7561	5273	2288	69.74%

200104	7559	5284	2275	69.90%
200105	7556	5286	2270	69.96%
200106	7547	5285	2262	70.03%
200107	7550	5262	2288	69.70%
200108	7550	5257	2293	69.63%
200109	7526	5245	2281	69.69%
200110	7582	5272	2310	69.53%
200111	7590	5272	2318	69.46%
200112	7627	5296	2331	69.44%
200201	7621	5265	2356	69.09%
200202	7591	5246	2345	69.11%
200203	7616	5227	2389	68.63%
200204	7636	5132	2504	67.21%
200205	7627	5001	2626	65.57%
200206	7627	4951	2676	64.91%
200207	7684	4914	2770	63.95%
200208	7692	4885	2807	63.51%
200209	7726	4887	2839	63.25%
200210	7747	4915	2832	63.44%
200211	7740	4918	2822	63.54%
200212	7780	4944	2836	63.55%
200301	7763	4932	2831	63.53%
200302	7759	4933	2826	63.58%
200303	7795	4940	2855	63.37%
200304	7794	4920	2874	63.13%
200305	7776	4914	2862	63.19%
200306	7749	4921	2828	63.50%
200307	7816	4926	2890	63.02%
200308	7807	4923	2884	63.06%
200309	7867	4933	2934	62.70%
200310	7899	4955	2944	62.73%
200311	7899	4945	2954	62.60%
200312	7936	4947	2989	62.34%
200401	7875	4922	2953	62.50%
200402	7912	4911	3001	62.07%
200403	7922	4931	2991	62.24%
200404	7930	4937	2993	62.26%
200405	7922	4921	3001	62.12%
200406	7933	4910	3023	61.89%
200407	7981	4917	3064	61.61%
200408	8046	4938	3108	61.37%
200409	8083	4959	3124	61.35%
200410	8125	4947	3178	60.89%
200411	8140	4961	3179	60.95%
200412	8183	4977	3206	60.82%
200501	8203	4979	3224	60.70%
200502	8177	4940	3237	60.41%
200503	8223	4983	3240	60.60%
200504	8242	4986	3256	60.50%
200505	8256	4974	3282	60.25%
200506	8255	4939	3316	59.83%
200507	8261	4920	3341	59.56%
200508	8279	4932	3347	59.57%
200509	8283	4943	3340	59.68%
200510	8314	4967	3347	59.74%
200511	8333	4970	3363	59.64%
200512	8353	4983	3370	59.66%
200601	8369	5011	3358	59.88%
200602	8360	5024	3336	60.10%
200603	8381	5055	3326	60.31%
200604	8395	5080	3315	60.51%

200605	8420	5143	3277	61.08%
200606	8424	5208	3216	61.82%
200607	8442	5239	3203	62.06%
200608	8426	5248	3178	62.28%
200609	8471	5263	3208	62.13%
200610	8517	5315	3202	62.40%
200611	8528	5307	3221	62.23%
200612	8544	5335	3209	62.44%
200701	8578	5355	3223	62.43%
200702	8549	5330	3219	62.35%
200703	8592	5364	3228	62.43%
200704	8602	5394	3208	62.71%
200705	8639	5427	3212	62.82%
200706	8608	5429	3179	63.07%
200707	8614	5427	3187	63.00%
200708	8617	5457	3160	63.33%
200709	8642	5473	3169	63.33%
200710	8663	5530	3133	63.83%
200711	8674	5535	3139	63.81%
200712	8700	5533	3167	63.60%
200801	8715	5539	3176	63.56%
200802	8692	5540	3152	63.74%
200803	8735	5560	3175	63.65%
200804	8717	5555	3162	63.73%
200805	8716	5570	3146	63.91%
200806	8727	5572	3155	63.85%
200807	8737	5596	3141	64.05%
200808	8741	5598	3143	64.04%
200809	8779	5624	3155	64.06%
200810	8803	5671	3132	64.42%
200811	8815	5696	3119	64.62%
200812	8819	5690	3129	64.52%
200901	8815	5675	3140	64.38%
200902	8820	5687	3133	64.48%
200903	8838	5698	3140	64.47%
200904	8836	5698	3138	64.49%
200905	8789	5692	3097	64.76%
200906	8785	5709	3076	64.99%
200907	8792	5713	3079	64.98%
200908	8823	5721	3102	64.84%
200909	8847	5731	3116	64.78%
200910	8884	5803	3081	65.32%
200911	8911	5785	3126	64.92%
200912	8927	5843	3084	65.45%
201001	8940	5838	3102	65.30%
201002	8941	5829	3112	65.19%
201003	8962	5834	3128	65.10%
201004	8985	5841	3144	65.01%
201005	8999	5861	3138	65.13%
201006	8990	5841	3149	64.97%
201007	9016	5853	3163	64.92%
201008	9014	5847	3167	64.87%
201009	9056	5864	3192	64.75%
201010	9062	5899	3163	65.10%
201011	9100	5918	3182	65.03%
201012	9136	5954	3182	65.17%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計；本研究綜合整理，2017。

圖 1 歷年臺灣西醫基層診所開設門內藥局比例



資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計；本研究綜合整理，2017。

二、基層西醫診所門內藥局門診藥品處方調劑費用收入對診所經營佔有重要影響

由於全民健康保險在總額預算的給付制度下，西醫診所的獲利及發展與健保給付制度息息相關，在診察給付金額均有一定規範與金額限制下，許多西醫診所在營運上，都嘗試往向病人收取費用的自費市場方向經營。近幾年診所家數成長主要來自於眼科、美容與整形診所，獲利推升動力主要來自於自費療程(林瓊瀛，2012)。

就不同級別的醫療機構而言，依據健保署自西元2011年至2014年四年的統計，其門診的申請健保給付點數中，以基層診所在所有醫療機構的比例為最高，平均達到40%以上；醫學中心與區域醫院則相當，平均約20%左右；而地區醫院則僅佔約10%(詳見表3)。再從全民健康保險總申請費用來看，西元2014年以醫院的4,006億點或占65.6%最高，其次為西醫基層1,073億點或占17.6%，其餘分別為中醫229億點，牙醫396億點，以及門診透析399億點(詳見表4)。再者，從表5的5年統計中我們可以看出，全民健康保險的門診藥品處方調劑費用占全部門診醫療費用的比率平均約維持在30%左右，顯見門診藥品處方調劑費用在門診總醫療費用佔有很重要的比例與角色。

依據上述不同面向的健保申請點數的統計我們可知，基層西醫診所除了是扮演民眾健康的第一線醫療照護外，在全民健康保險給付制度中，扮演著重要的角色與影響性。

除了門診的申請健保給付點數中，以基層診所在所有醫療機構的比例為最高之外，並且門診藥品處方調劑費用給付金額在基層西醫診所的營收當中，更佔有相當程度的重要性。因此，醫藥分業制度的實施對基層西醫診所的影響與衝擊甚大。也因這樣的影響與衝擊，基層西醫診所是否開設門內藥局，使門診的處方調劑費用及藥費收入成為營收的一部分，還是不開設門內藥局而完全釋出處方？除了藥師薪資的因素外，「門診藥品處方調劑費用的收入」便成為基層西醫診所的一個重要思考。

表 3 門診健保費用點數表—按醫療機構別

年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所	
	門診健保申報點數(億點)	佔門診總申報點數比例	門診健保申報點數(億點)	佔門診總申報點數比例	門診健保申報點數(億點)	佔門診總申報點數比例	門診健保申報點數(億點)	佔門診總申報點數比例
2011	755	21.2%	763	21.4%	376	10.6%	1418	39.8%
2012	827	21.3%	840	21.6%	400	10.3%	1569	40.3%
2013	941	23.0%	944	23.0%	439	10.7%	1777	43.3%
2014	986	23.1%	998	23.3%	460	10.8%	1829	42.8%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計；本研究綜合整理，2017。

表 4 健保費用點數表—按總額部門別

年度	醫院(億點)/佔當年總額比	西醫基層診所(億點) / 佔當年總額比	中醫(億點) / 佔當年總額比	牙醫(億點) 佔當年總額比	門診透析(億點) / 佔當年總額比
2012	3656 / 65.0%	1006 / 17.9%	214 / 3.8%	374 / 6.6%	376 / 6.7%
2013	3818 / 65.2%	1042 / 17.8%	223 / 3.8%	388 / 6.6%	387 / 6.6%
2014	4006 / 65.6%	1073 / 17.6%	229 / 3.8%	396 / 6.5%	399 / 6.5%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計；本研究綜合整理，2017。

表 5 各醫事機構門診藥品處方調劑費用占門診醫療費用的比率統計表

類別/年	2009	2010	2011	2012	2013
醫學中心	52.1	51.6	52.4	51.6	53.2
區域醫院	42.2	41.3	42.4	41.2	42.6
地區醫院	36.2	34.7	35.0	33.0	34.3
基層診所	27.2	26.2	26.4	25.0	25.7
門診藥品處方調劑費用比*	30.9	30.5	31.4	30.5	31.7

*門診藥品處方調劑費用比：指全民健康保險下，門診藥品處方調劑費用占健保全部門診醫療費用的比率

資料來源：衛生福利部全民健康保險會，2014；楊百文，2014。

第四節 研究動機與目的



一、研究動機

由於醫藥分業在世界各國的施行方式不盡相同，或因歷史背景與文化的差異、或因法令政策的強制與否，雖然過去已有多篇文獻探討臺灣醫藥分業發展之議題，其中或有學術期刊的探討、亦或有學位論文的研究，但大多為片段性的文章討論與發表，並沒有從制度面向針對醫藥分業制度下基層診所門內藥局的發展與調適進行討論與研究。特別是全民健康保險開辦後兩年必須實施醫藥分業的法規規定後，關於醫藥分業後續發展的期刊文獻相對減少很多，也未能針對醫藥分業的原由與整體發展全貌具有較詳細的分析與介紹。本研究將深入探討不同國家醫藥分業制度的特質及差異，並與臺灣醫藥分業制度的發展經驗作比較。除此，醫藥分業制度主要關注的便是調劑權於醫師與藥師兩團體的歸屬爭議。從上一節中我們知道，門診的申請健保給付點數中，以基層診所在所有醫療機構的比例為最高，並且門診的藥費給付金額在基層西醫診所的營收當中，更佔有相當程度的重要性。因此，醫藥分業制度的實施對基層西醫診所的影響與衝擊甚大。基於診所門內藥局是因醫藥分業而衍生出的特殊現象與表徵，因此基層西醫診所是否開設門內藥局，使門診的藥費收入成為營收的一部分，還是不開設門內藥局而完全釋出處方，便成為基層西醫診所醫師在醫藥分業制度實施下的一個重要思考。因此，在不考慮各不同級別的醫院所設立的院內藥局下，醫藥分業制度實施後的行動表徵主要是基層診所門內藥局的設立與否與經營面向。所以，探討基層西醫診所門內藥局的發展與調適，對於診所醫師的診所經營以及醫藥分業制度的發展有其必要性與重要性。而這樣的必要性與重要性便成為本研究的研究動機。

二、研究目的

本研究之宗旨主要是探究在醫藥分業制度下，從制度面向來看臺灣基層診所門內藥局的發展與調適。從新制度主義理論中我們知道，制度影響人類行為，而人類行為發生於制度系統脈絡中，受到制度的影響與制約；制度由管制者進行規範而產生行動策略，使被管制的行動者遵循與發展。因此，本研究將從新制度主義理論當中的管制者(本研究中主要為政府)制定制度、以行動策略來影響受管制者(行動者)，而受管制者(本研究中主要為醫師與藥師兩團體)則在管制者行動策略的限制中進行選擇，透過行動者的行為表

徵在外部環境的變化下，進而討論分析基層診所門內藥局的發展與調適。換言之，制度和行動者間的關係，是使行動者處於一個在限制中進行選擇。所以，本研究一則試圖結合對於醫藥分業制度發展脈絡的整理探討，從與臺灣相似的主要國家實施醫藥分業發展之優缺點中，描繪比較現行臺灣醫藥分業制度的優缺點；二則試圖透過基層西醫診所門內藥局的外部環境(國內社會人口特徵差異)改變與內部行為(基層西醫診所負責醫師個人特質與診所機構效益特性)來分析是何顯著因素影響基層西醫診所是否開設門內藥局，以作為本研究針對門內藥局的發展與調適的研究目的。綜言之，本研究目的將從綜括世界醫藥分業制度發展下，探討臺灣在全民健保政策實施後，透過新制度主義理論中的「制度」導向，在醫藥分業的制度下，針對「行動者」—基層西醫診所門內藥局的「行動表徵」—外部環境與內部行為，藉由健保資料庫的客觀中立次級統計資料進行分析，嘗試了解基層西醫診所門內藥局的發展和調適，並以此結論討論臺灣現行醫藥分業制度的現況與延伸建議未來臺灣醫藥分業制度的政策調適。

第二章 理論與文獻探討



第一節 新制度主義理論

壹、制度的意義

制度起源於減少交易成本，是一種追求經濟效率的結果；制度被視為是一種「內生」變數，而「發展」是制度變化的結果。制度(Institution)與人的動機、行為有著密切的內在聯繫，歷史上任何制度的產生，都是人在追求自身利益的過程中進行損益比較的結果，但人的效用最大化活動總是在一定的約束下進行，這種約束就是制度。制度可以定義為「一種涉及社會、政治和經濟行為的經濟規則」，亦即凡是用來規範人類活動的規則就是制度。因此，制度是一系列被制定出來的規則、程序和行為的道德倫理規範，旨在約束追求主體福利或效用最大化利益的個人行為。制度提供了人類相互影響的框架，建構成一個社會或構成一種秩序的合作與競爭關係，這種制度定義強調的是一種關係、一種約束(Crawford, Sue, & Ostrom, 1995)，如同醫療院所的醫療行為或保險支付均受到醫藥法規的執行規範與限制等都是指制度。

從經濟制度的性質來看，制度可分為四類：第一類是用於降低交易費用、使交易以較低的成本達成的制度；第二類是用於影響生產要素所有者之間風險配置的制度；第三類是用於提供職能組織與個人收入之間的聯繫的制度；第四類是用於確立公共財貨和勞務的生產、分配框架的制度(Schultz, 1968)。隨著全球政治、經濟和文化生活複雜性增強，社會科學領域各學科相互密切交流，制度的內涵也開始逐漸擴散開來，Crawford, Sue, & Ostrom(1995)認為制度包括三種基本內涵：首先，制度是一種均衡，制度是理性個人在相互理解偏好和選擇行為基礎上的一種結果而呈現出的穩定狀態，穩定的行為方式就是制度。其次，制度是一種規範，它認為許多觀察到的互動方式是建立在特定的形式下，一組個體對「適宜」與「不適宜」的共識基礎，這種共識往往超出當下手段-目的的分析，很大程度是來自一種規範性的義務。再者，制度是一種規則，它認為互動是建立在共同理解的基礎之上，如果不遵守這些制度，將會受到懲罰或帶來低效率。若從國家政府的角度來看，政府主要的功能是提供並建立制度，在某種程度上是一個不同利益團體的集合體，統治者就是不同利益團體的協調者。除此，政府也會執行其代理人的功能，建立和維護有效產權制度、增進社會福利；另一方面，政府也會發展出某種行為，這種行為

能夠為國家組織及人民的利益最大化服務。政府在建立與增進社會福利、以及為國家及人民的利益最大化服務的雙重約束下，藉由不同利益團體協調者的角色，成為制度的制定者或是管制者(王躍生，1997)，而在制度約束下的各種不同利益團體，便是所謂的行動者或是被管制者。一般來說，制度有三大特徵：首先，制度在某種程度上是一個社會的結構性特徵。這個結構或許是正式的、也或許是非正式的，制度是超越個體，它指涉由個體組成的群體，此群體基於行動者之間的特定關係，按某種可預見的互動模式而組成；其次，制度具有一段時間內的穩定性；再者，制度一定會影響個體的行為(Peters, 2005)。

制度呈現結構性的安排，主要是指各種正式的組織、法律制度和行政機關，是生活的支配性角色也就是管制者。制度減少了人類行為的不確定性，規範呈現了一個密切聯繫的群體或共同體中成員的興趣與偏好。制度是一種規範，以資本的形式支持著人與人之間的信用與信任，因此制度成為管制者與被管制者相互間信任的機制，倘若失去相互信任，制度將會被挑戰(Crawford et al., 1995)。制度是新制度主義的核心概念，也是分析方法的理論基礎和邏輯起點；制度表明一種已確定的活動形式或結構的結合。傳統的制度分析主要集中對政黨、議會和法庭制度等的研究，主要關注正式制度。20世紀後期，新制度主義的制度內涵開始增加從單一的規則思考轉向了融合觀念、資本與規則的整合概念(陳振明，2004)。而這正是解釋醫藥分業制度下，管制者(政府)與行動表徵的被管制者(基層西醫診所門內藥局)之間的最佳起點。綜而言之，制度是一種規則，是管制者與被管制者雙向互動的制約關係，制度是人類行為的結果，而人類行為也受制度的約束；制度是一種資本組織，是公民社會的普遍存在形式，它構成了現代國家的基礎；制度是觀念或文化，長期存在的價值理念、習慣、風俗等認知型態，為人類行為提供了意義框架，約束著人類行為，一如醫藥分業的政策擬定，亦是一種制度規則與規範。

貳、新制度主義源起

西元1950年代至1960年代，行為主義與理性選擇理論被討論得相當普遍，並且在政治學的研究上也導致了革命性的轉型。行為主義(Behaviorism)源自於20世紀初美國的心理學流派，主張心理學應該研究可以被觀察和直接測量的行為，反對研究沒有科學根據的意識。即使在某種程度上行為主義對制度中的個人行為感到興趣，但它卻否定政府提供正式制度的重要性，其主要關注的不是政府運作而是個人行為(Whitley & Kristensen, 1997)。而理性選擇理論(Rational choice theory)主張行動本質上都是理性的，人們在行動前會考量利害得失來做出決定。理性選擇中的理性，是指能夠分析、比較各種選擇的利益與效用，之後對於較高的效用與利益顯示出偏好，並作為行為的根據，屬於一種工

具理性。這個理論假設在每個人都是理性主體，對於不同選擇間，都存在偏好，個人會根據偏好來形成決策並獲得自我利益的最大化。這些偏好，在邏輯上，都具備一致性以及可遞移性。理性主體在形成偏好，做出決策之前，都會尋求所有可能的資訊，以理性進行綜合推理判斷，比較各種選擇方案的成本及效益，最後才會做出決策。理性選擇理論是假設制度不過是組成制度的個體的各種偏好之聚合方式，只是將此模式都應用到個體行為和集體決策之中。這種觀點認為，制度確實有一些現實性並對參與者產生了影響，但這僅僅是因為制度的規則為個人行為設定了行為參數(Buchanan & Tullock, 1962)。理性選擇理論往往否定制度在塑造參與者偏好方面發揮著重要作用，這些偏好總是外在的，參與之前就決定的，而這正是與制度主義所不一樣之處。

然而，行為主義與理性選擇理論普遍存在著化約論(將集體行動化約為個人行為)與功利主義(關注價值決策為個人提供最大化利益)的特徵，因此，March & Olsen (1984)二位，在「美國政治科學評論」(American Political Science Review, APSR)上所發表的「新制度主義：在政治生活中的組織因素」(The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life)一文，針對西元1950年代以來西方政治理論中行為主義和理性選擇理論的主流思維提出批判而提出了「新制度主義」一詞。自西元1990年代以來，新制度主義的分析遍及經濟學、政治學、社會學乃至整個社會科學的分析路徑。基本的理論假定是「制度影響個人行為」，行為發生於制度系統脈絡中，受到制度的影響與制約，其對制度的界定，除了正式規則外，還包括了非正式規範，除了分析制度環境，更進一步探討行動者對於制度的回應(陳敦源，2005)。換言之，制度和行動者間的關係，是使行動者處於一個「在限制中進行選擇」的狀態(Ingram & Clay, 2000)，可以透過對制度性質與實徵資料的分析，理解制度對行動者的作用。

參、制度變革、設計與運行

制度變革者意指發明新的文化概念來創造「新制度」的行動者(DiMaggio, Paul, & Walter, 1991)。除了賦予新的文化意義外，制度變革同時也意味著，在制度性安排會影響行動者的利益下，行動者會調動資源，改革既有的制度或是創造一個新的制度(Maguire, Hardy, & Lawrence, 2004)。但制度的革新絕非憑藉制度變革者單獨完成，此革新過程中涉及的是該場域中的集體行動。因此，改革一個制度必然需要創造新的文化意義，使得場域中的行動者能夠追隨該意義，共同參與建制的過程，然而當制度理論鬆綁了制度的僵固性後，制度就會出現可被改革的可能性。

制度變革者需要提供一套新的制度，使得場域中的其他行動者支持並且追隨。制度

變革者也必須針對場域的現況提出批判，並提供出一套新的替代制度，動員集體行動者的加入制度的革新。因此，制度革新的過程如同社會運動，它是一連串集體行動的社會變遷歷程。並且在此過程中的制度變革者，必須和場域中的行動者建立新的關係，尤其在新制度之中，不同行動者間充斥著不同的權力關係，他們可能是相互合作的夥伴、倡議與追隨關係，也有可能是敵對關係。也因此，在制度革新的過程中，場域中的行動者間如何互動，亦成為制度變革研究關注的焦點之一。制度變革理論的發展，使新制度主義學者開始關注制度結構組織建構的問題。新制度主義在行動者與組織結構之間的辯證當中，採取了結構化理論(Structuration) (Giddens, 1984)及實作理論(Practice Theory) (Bourdieu, 1998)的觀點，此兩種理論觀點為：行動者不再只是受制於制度，行動者透過與制度的互動、相互建構，才促成制度的再生。因此，新制度主義理論以社會建構的觀點來看待行動者與制度的關係，也因此賦予了行動者的動能性，並且使得制度不再只是靜態的、給定的、視為理所當然的存在，新制度主義理論的本體論改變，使得制度更具動態性，也使得制度的萌生與變革成為可探討的議題，同時也使得行動者的利益、權力以及行動策略可以在制度的動態過程中被討論。制度變革是新制度主義內涵中的重要組成部分。新制度主義認為，制度變革不是泛指制度的任何一種變化，而是特指一種效率更高的制度替代原有的制度。制度變遷的動力來自於作為制度變革的主體——「被管制者」的「成本-收益」計算。主體只要能從變遷預期中獲益或避免損失，就會去嘗試或接受制度變革。而此種制度變革的模式主要有兩種：一種是自下而上的「誘致性制度變革」，它受利益的驅使；另一種是自上而下的「強制性制度變革」，它由國家或政府強制推行，此強制性制度變革經常是由政府命令和法律引入與實行。誘致性制度變革具有漸進性、自發性的特徵，新制度的管制者或被管制者只不過是對制度需求的一種自然反應與回應，在誘致性制度變革中，原有制度往往也允許新的制度安排漸進地出現，以保持其活力。而強制性制度變革則表現出強制性與被動性特徵，主要是因為制度競爭的需要，且強制性制度變革往往要改變現存的根本制度，亦即實現制度的轉軌。本文所探討的醫藥分業制度，便是自上而下的「強制性制度變革」。

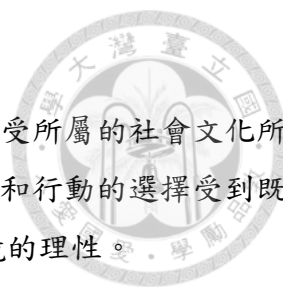
有了制度變革條件後，制度的設計與運行便分別是管制者的規範與行動者在制度規範下其行動表徵的選擇與行動。因為不同的行動者之間在制度環境中會開始相互影響，這相互影響的結果會自然而然的形成慣例，透過這樣的慣例形成，在制度下的行動者會偏好能使他們的交易與決策成本最小化的行動策略(Sharkansky, 1997)。制度設計就是將某種模型或預定規範應用到制度中去，雖然管制者在制度設計上可能只有一種設計模式，但由於制度具內在的演進性質，因此在執行制度的設計上，會隨著經過一段相當時間後，

透過被管制的行動者的反饋，而做出適當的修改；此適當的修改於管制者與被管制者呈現出動態的互動形式存在於制度設計上(Peters, 2005)。除了制度的設計外，制度如何運行也應被探究，亦即，制度如何影響甚至決定行動者的行為。從制度理論的觀點，遵從規範是制度運行的核心，這樣的遵從，乃源自於對制度的規範性義務與目標。然而它也會變成慣例，使致有意識的責任承擔與決策都被最小化了。而制度中的各行動者成員，也會持續地以對制度期望和制度需求的方式做出反應，而在制度的運行下呈現動態的平衡，若打破此一平衡，則又是另一個制度變革的開始(Peters, 2005)。就如同臺灣醫藥分業的制度變革，透過開辦全民健康保險的變革措施，由管制者透過法令的規範與限制，約束被管制者或行動者促使其集體行動與跟隨。而這樣的變革與調適，其所反應出的被管制者或行動者間的動態行為的制度運行，便是基層西醫診所門內藥局。因此在醫藥分業制度的制度變革下，基層西醫診所門內藥局是為制度運行的特徵現象，此運行特徵現象是值得探討的。亦即在醫藥分業制度的變革實施中，行動者所顯現出的動態式行動表徵(基層西醫診所門內藥局的動態變化)，正是本研究探討的重點。

肆、新制度主義理論

由於新制度主義理論一詞並非單一統整的指涉，且制度不是一個狹隘的觀念，可說是一種持續存在的概念、規範或型式。因此，史考特(Scott, 1995)實際運用制度的三要素來說明制度主義，分別為：管制、文化-認知及規範，其中制度的管制性成分是指可執行的規則與法律及其背後支撐的制裁處分與監視等機制；文化-認知要素則是行動者視為理所當然的共享理解；規範性要素來自社會義務、期望等道德性或是社會性規範的力量(吳德源，2009；陳文彥，2011；Scott, 1995)。管制、認知及規範這三要素均影響制度之建制及調整，但比例並不均等(陳文彥，2011)，醫藥分業制度的建制與此制度下的行動者及其行動表徵的發展亦是如此。

美國學者彼得斯(Peters, 1999)也概括出了新制度主義分析範式的各種流派，分別有：規範制度主義、理性選擇制度主義、歷史制度主義、經驗制度主義、社會學制度主義、利益代表制度主義及國際制度主義。這些建構新制度主義的理論體系，在論述制度概念影響較大的是社會學制度主義(Sociological Institutionalism)、歷史制度主義(Historical Institutionalism)與理性選擇制度主義(Rational Choice Institutionalism)(蘇國勳、劉小楓，2005；Peters, 1999)，各學派對於制度的理論假設、制度關注層面與個體行為間之關係本質為何，即是關注制度結構與行動者之間的辯證關係。



一、 社會學制度主義的理論假設

社會學制度主義是從組織生態的觀點，假定個人偏好與認知，受所屬的社會文化所建構，個人非利益極大化的自利者，而是符合社會的期待，其理性和行動的選擇受到既有文化中的意義系統所形塑，不是工具性計算，而是適應社會情境的理性。

變革是透過制度化或是去制度化的方式發生，從制度變革的角度來看，社會學制度主義主要關注的是制度化過程，此制度化過程導向，常常使對變革的研究成為該領域的自然組成成份。就制度設計而言，社會學制度主義從社會意義、習慣、認知等更廣泛的角度看待制度，研究制度的效率、合法、約束性等問題，同時在管制者與制度之間的正式規則，獲得合法性、資源和穩定性，以提高組織存在之規範制度下，界定並表達其管理資源之正當性(施能傑，2011)，而行動者與制度之間的相互關係則建立在實踐理性的正式規則上。在制度運行上，行動者依據「適當性邏輯」(Logic of appropriateness)的認知，將制度規範視為理所當然而據以行動(March & Olsen, 1984)。社會學制度主義不僅認為制度包括正式規則、程序和規範，也認為制度影響行為的方式是透過提供行為所需的認知範疇和模式，影響個體的基本偏好和對自我身分的認同。個體與制度之間的相互關係，建立在某種實踐理性的基礎上，個體或組織尋求具有社會適應性的方式來界定並表達他們的身分。

因此，從社會學制度主義在分析醫藥分業制度及基層西醫診所門內藥局的實踐上，主要係關注其社會條件，亦即社會力變遷與法令規章的制定，其提供管制者(政府)及被管制者(行動者)，在實踐制度的理性行動表徵及行動者在制度調適上提供解釋說明。

二、 歷史制度主義的理論假設

歷史制度主義認為制度因素是推動歷史沿著某一路徑發展的相對穩定和最核心的因素之一，尤其傾向於將制度與其他因素一起定位於因果鏈之中，歷史制度主義的歷史觀強調過去對現在的影響，即前一階段的政策選擇往往會決定和影響著後一階段的政策方案，而呈現出「路徑依賴」的因果關係(Hall & Taylor, 1996)。此歷史制度主義的論述集中於各種制度因素對政策選擇和政府績效所能產生的影響上，一旦政府在某一政策領域做出了最出的政策與制度選擇，由此形成的模式將被延續下去，除非有足夠的力量克服初始形成的慣性，此種動態延續性即是歷史制度主義中的「路徑依賴」。而此種動態延續性的觀點，意味著一種演進，也不是永久保有其制度和政策(Huber & Stephens, 2001)。

在制度的變革上，歷史制度主義用「均衡斷裂」的概念解釋變革。歷史制度主義期

望制度在其存在的大多數時間中，都處於均衡狀態並且能按照制度最初的決策發揮功能，然而這些均衡並不必然是永久的，制度在這種路徑中也被認為是能夠變化的(Krasner, 1984)，因此，演進是歷史制度主義的重要變革過程。在制度的設計上，歷史制度主義的重點是制度形成之後的持續，而較少強調其最初產生時的狀況。由於政策的最初選擇決定著接下來的決策，制度的設計可說是歷史制度主義的核心要件。針對制度的運行，歷史制度主義強調從廣泛的意義上研究制度與個體行為之間的關係，強調制度的運作以及其過程中，行動者間權力的相互對稱性。因此，除了「路徑依賴」的因果關係外，各種團體等的行動者權力鬥爭乃是歷史制度主義的研究焦點，特別關切對權力分配及行為塑造有關的制度歷史。

Hall & Taylor (1996)將制度定義為：「嵌入政體或政治經濟結構中的正式或非正式的程序、規則、規範及慣例」，制度不僅界定行動者的策略選擇，行動者的偏好、目標與理性也是制度與歷史結構所塑造，偏好內生於制度結構中行動者所處的地位。不同的行動者，所處的政治社會地位不同，偏好即有所不同，相關行動者的各種偏好不同，既非固定又可能相互衝突。這在分析基層西醫診所門內藥局，從歷史的經驗發展，對於醫師與藥師兩團體行動者針對調劑權力相互攻防的策略選擇、地位與偏好，恰可說明與解釋。

三、 理性選擇制度主義的理論假設

理性選擇制度主義的基本假設源自經濟學，是假定行動者是理性的利己主義者，其偏好既定且外生，行為動機在於行動者效用的最大化。簡言之，理性選擇制度主義是將「理性的個人」做為理論分析起點，其認為要對政治現象提供充分的解釋，就必須對制度進行分析，因為所有的政治行為都發生在一定的制度背景下。

在制度的變革上，理性選擇制度主義是將制度變革視為一種非連續的事件，而不是一種持續調整和學習的過程，而這與歷史制度主義形成完全不同的兩個概念。制度的維持是因既有制度能使大多數的行動者獲得較大利益，未來的不確定性、資訊不完全、或是改變制度的交易成本太高，這些因素亦會成為制度穩定與否的原因。而當個體對制度有所需求時，個體將衡量成本效益，再對現存制度進行修正或變革。

理性選擇制度主義在制度的設計方法論上是個人主義的，它以個人作為基本的分析單元，把制度安排作為主要的解釋變數，來解釋和預測個人行為及其導致的集合結果。個體追求效用最大化的偏好是外生於制度的，個體的行為以計算「回報」為基礎。制度

的功能在於增進個體的效用，因此人們透過對制度的重新設計實現制度的變化。在理性選擇制度主義看來，制度就是某種規則，該規則界定、約束了政治行為者在追求自身效用最大化時所採用的策略；制度是可以設計的，其結果主要取決於所設計制度內含的激勵與約束(蔡相廷，2010)。

就制度運行而言，理性選擇制度主義對於個體實現目標的手段是一種策略性的，能在制度規則中選出使自身利益最大化的方案，政治結果就在行動者之間策略均衡中產出。因此，制度的作用是規則性的，而非規範性或認知性的，旨在約束行動者行為與選擇，對行動者提供訊息、執行機制與懲罰方式，降低交易成本與不確定性，能約束或限制相關行動者的策略選擇，解決集體行動的困境，最終達到「結構誘致的均衡」。因此，理性選擇制度主義乃是「以行動者為中心的制度主義」(Peters, 1999)，關注行動者在制度約束下的策略性計算行為，主張政治結果的動力來自行動者理性與策略性計算。

綜合言之，理性選擇制度主義的制度雖限制行動者的策略互動，制度本身的變革與設計皆是行動者利益計算的結果，都是有意圖的過程。從理性選擇制度主義分析基層西醫診所門內藥局的角度來看，主要聚焦在管制者(政府)對於調劑權之管制制度與被管制者(醫師與藥師團體)其對於追求效用最大化的偏好，是外生於制度的經濟利益之策略性計算行為。

因此，新制度主義對制度概念的擴展，可透過制度變革、制度設計與制度運行等三個面向的分析，應可為本研究針對各國醫藥分業制度的變革與設計下，提供基層西醫診所門內藥局之制度運行很好分析方法的依據，也使整個論述過程強化其影響力和驗證，而這亦是新制度主義內涵對本研究的價值所在。現茲將社會學制度主義、歷史制度主義與理性選擇制度主義列表比較如表6，使能有更清晰明瞭的概括與討論。

表 6 新制度主義詮釋及研究取向之比較

	社會學制度主義	歷史制度主義	理性選擇制度主義
制度定義	制度是文化性架構，主要係關注社會條件中，社會力變遷與法令規章的制定	制度常承襲先前架構，主要強調路徑依賴的因果關係與各行動者間的權力鬥爭	制度是理性行動者利益的極大化
制度的變革	關注的是制度化過程與導向	制度大多處於均衡狀態，演進是重要的變革過程	制度變革視為一種非連續的事件，行動者會衡量成本效益高低與否，再對現存制度進行修正或變革
制度的設計	研究制度的效率、合法、約束性，使行動者與制度之間的相互關係建立在實踐理性的正式規則上	強調制度形成之後的持續，而較少關注其最初產生時的狀況	制度的設計是個人主義的，它以行動者當成本體分析單元，把制度安排作為主要的解釋變數而作為增進個體的效用，透過對制度的重新設計實現制度的變化
制度的運行	行動者依據「適當性邏輯」的認知，將制度規範視為理所當然而據以行動	研究制度與個體行為之間的關係，強調制度的運作以及其過程中，行動者間的權力分配及行為塑造	制度的作用是規則性的，旨在約束行動者行為與選擇。在制度規則中，行動者選出使其利益最大化的方案，是以行動者為中心的制度主義
回應醫藥分業制度的變革與設計下，基層西醫診所門內藥局之制度運行結構	制訂法令規範，提供管制者在實踐制度的理性行動表徵及行動者在制度調適上提供解釋說明	對於醫師與藥師兩團體行動者針對調劑權力相互攻防的策略選擇、地位與偏好	主要聚焦在管制者對於調劑權之管制制度與行動者其對於追求效用最大化的偏好，是經濟利益之策略性計算行為

資料來源：本研究修正整理，2017。

第二節 各國醫藥分業制度發展的文獻分析

醫藥分業的歷史非常久遠，歐美各國可說是醫藥分業的先驅。西元1213年，神聖羅馬帝國德意志皇帝-腓特烈二世(Emperor Friedrich II)制定了醫藥法，為人類歷史上首次將醫藥分業法制化，而有了法源基礎。從此法頒布後，醫藥分業制度逐漸於歐洲盛行，開始限制藥局數量並制定藥典與設定藥價(李聖隆，1997；吳凱勳，1994)。醫藥分業在歐陸各國實行已超過800年，歷史研究顯示醫藥分業的原始目的並不盡然是為了保障醫療品質，而是由於歐洲醫師與藥師等團體組織為確保各自會員組織的利益而訂下的規矩，經時間的更迭後，醫師與藥師兩團體在各種藥品經濟上的摩擦、折衝，才逐漸形成今日歐洲大陸醫藥分業之結構(劉士永，2008)。其中，德國被認為是實施醫藥分業最久的國

家，目前德國現行的制度下，患者持健康保險卡就醫，在保險給付範圍內患者不需支付相關費用，而患者須持醫師處方至藥局調劑藥品，並支付5至10歐元不等的調劑費，藉此將藥品供應及管理與醫療院所獨立分開，杜絕相關的利益糾紛造成處方與調劑行為的失當(張曉東，2013)。而醫藥分業於英、美兩國實施的狀況也不盡相同。英國為較早實施醫藥分業的國家，西元1815年英國制定藥劑師法(Apothecaries Act)，規定藥師依法調劑藥品並提供藥品諮詢服務可以收取相關費用，自此藥師取得調劑權正式與醫師的診察權區隔(Ryan & Bond, 1994)。美國在19世紀時，醫師調劑仍非常盛行，隨醫師的業務量增加，藥師可有效分擔調劑業務，醫師才釋出部分調劑權，然而在實務上，醫師與藥師在互動上時有衝突，醫師指控藥師自行診斷患者並開立處方調劑藥品，或未依醫師處方直接提供藥品給患者；而藥師則質疑醫師對於調劑及藥物治療的專業判斷(LaWell, 1929)，然藥師的調劑權因各州法律的不同以及藥品供應管理政策受到限制，在某些州醫師也持續擁有藥局，導致醫師與藥師間在調劑權上仍存有爭議。直到西元1986年美國內科醫學會才要求醫師避免調劑或銷售藥局已供應的藥品及輔具，才使醫藥分業漸漸普遍。

歐洲大陸與美國以外的國家，醫療文化的起源與發展上差異過大，許多國家在仿效歐洲大陸施行醫藥分業的過程中，遭遇到許多困難與障礙。目前世界各國醫藥分業實施概況大致可分為三種情形：(1)已立法強制醫藥分業，例如：德國、法國、義大利、比利時、荷蘭、丹麥、挪威、芬蘭、西班牙、瑞典、韓國；(2)雖未強制立法，但實質上已實施醫藥分業，例如：美國、英國、瑞士、波蘭、捷克、澳洲、紐西蘭；(3)尚未完全實施醫藥分業，例如：日本、泰國、馬來西亞、新加坡、中國、臺灣(立法院，1997)。從上述的分布情況觀之，完全醫藥分業的實施，並不盡然施行於「先進、已開發」國家之中，並且不盡然是單純為了病患的用藥安全，而往往是源自於各國對於藥品監管與交易制度的社會背景。由於臺灣早期醫學制度承襲自日本，且臺灣在醫學發展或醫藥法規制度設計上又主要以美國為典範而建立學習標準，而韓國亦受到日本的殖民統治而引進日本醫藥不分業的醫學制度，並於二次大戰結束後透過美國的協助，建立韓國本土的醫療照護系統及進行法制化，此與臺灣醫藥發展背景相似。再者，從日本、韓國、與美國等三個國家醫藥分業實施類別，恰好分別為尚未完全實施醫藥分業、已立法強制醫藥分業、雖未強制立法，但實質上已實施醫藥分業等三種不同的類別國家，因此本文分述日本、韓國、與美國等三個國家的醫藥分業歷史發展背景與經驗，使與臺灣醫藥分業的制度發展從上述第一節的新制度主義當中的制度變革、制度設計與制度運行等三大面向做一比較分析。



壹、日本醫藥分業制度的發展經驗

一、日本醫藥分業制度變革

日本於西元 1873 年訂定第一部醫學相關的法律，日文稱為「醫政(ISEI)」，規範日本的醫療制度，而也在這部法律中提及醫藥分業的概念，日文稱之為「分業(BUNGYO)」(Annual Report of JPA, 2013)。「藥劑師」(即本論文所稱之藥師)制度的正式導入始於西元 1893 年，並成立社團法人藥劑師會(Yokoi & Tashiro, 2014)，然而受限於當時的藥師人數不足，而且在傳統的日本社會中，疾病的診斷、治療、以及傳統草藥的提供都由醫師獨力完成，因此在當時藥師及醫藥分業並未被廣泛接受(Armano, 2002)。

西元 1954 年，日本政府修訂醫師法、齒科醫師法(牙醫師法)、以及藥劑師法(藥師法)的部分條文，並且於西元 1960 年生效。由於上述三法的修正，使得處方簽的釋出以及醫藥分業的基礎正式法制化，日本醫藥分業的法源基礎在這三部法律中均存在，其中醫師法第 22 條³、齒科醫師法第 21 條⁴與藥劑師法第 19 條⁵是針對關於醫藥分業之相關法律條文，明訂醫師並不需要釋出處方簽即可以進行調劑(Armano, 2002)。在有條件的醫藥分業法令以及民眾的認知和接受度不足下，日本的醫藥分業初期推展並不順利，直到西元 1965 年為止，處方簽釋出比例僅約為 1%(蔡煒東、徐茂銘，2004)。日本醫藥分業變革的初期雖不順利，但從社會學制度主義所關注的社會力變遷與法令規範的角度，透過立法的政策制訂，已使日本醫藥分業開始並有一規範與遵從。

二、日本醫藥分業制度設計

日本以往的醫療制度中，是由醫師診斷並給予藥品，這過程當中並沒有藥劑師的存在，調劑權為醫師之專屬，而民眾也習慣此模式。然而，藥劑師制度於近代受到西化之影響而出現，於初期人數較少、專業程度也不足的情形下，早期藥劑師的專業較不被民眾所接受。因此，傳統的日本社會並沒有醫藥分業的概念，甚至沒有藥劑師的專業角色，所以民眾長期習慣於在醫師看診結束後直接由醫師提供或投予必要之藥品，雖然在現代

³日本醫師法第 22 條：「醫師必須開立處方簽並交付病患，但不受限於下列狀況：患者期待暗示效果，交付處方簽會妨礙此目的、患者對於交付處方感到不安，恐致影響疾病治療、因應病情變化快速，需於短時間內給藥、診斷或治療方法尚未確定、治療上必須及時處置、病人行動不便或需靜養無法移動、處方興奮劑、無藥師在場之船舶內，有投藥的必要性等。」

⁴日本齒科醫師法第 21 條：「齒科醫師認為對患者治療上有必要投與調劑藥品的情況下，必須交付處方簽給患者或者當場擔任患者的看護人，但是患者或當場擔任患者的看護人表示不必要交付處方簽時，或者符合下列各項目的一項之情況下，不在此限：患者期待暗示效果，交付處方簽會妨礙此目的、患者對於交付處方感到不安，恐致影響疾病治療、因應病情變化快速，需於短時間內給藥、診斷或治療方法尚未確定、治療上必須及時處置、病人行動不便或需靜養無法移動、無藥師在場之船舶內，有投藥的必要性等。」

⁵日本藥劑師法第 19 條：「非藥劑師者，不得以販賣或授與之目的而調劑藥品。但是醫師、齒科醫師或獸醫師在以下狀況自行開立之處方簽，得自行調劑不受本法條之限制：患者或現在擔任其患者的看護人，特別向診療的醫師或齒科醫師表示希望在醫療院所取得藥劑時、醫師法(1948 年法規第 201 號)第 22 條各項的情況，或者齒科醫師法(1948 年法規第 202 號)第 21 條各項的情況下。」

化過程中將醫藥分業法制化，但初期的推行並不順利，甚至直到今日法律仍未明確規定需進行強制的完全醫藥分業。

日本自西元 1956 年雖然將醫藥分業法制化，在醫師法、齒科醫師法、及藥劑師法均有提及處方簽釋出之規定，但都是有條件的釋出，現今多數狀況下，調劑權仍然掌握於醫師手中(日本藥劑師會，2011)。但自西元 1974 年以後，日本政府對於醫藥分業之政策亦漸漸明朗化，除利用保險給付的提高來鼓勵醫師釋出處方簽並大力推舉醫藥分業制度的優點外，同時配合社區藥局設備及醫藥品的健全化以及藥師專業品質的提升等三大措施，醫藥分業的概念才漸漸被民眾接受。除此，日本政府透過醫療保險制度的調整使醫藥分業得以推動。在醫藥分業制度的設計上，透過社會醫療保險制度的規範，實施全民健康保險，將全民強制納入保險。其資金來源為國民繳納之保險費用以及政府稅收補貼，而針對各種醫療支出，例如門診診療費、住院費用、藥費、調劑費用等均有一定比例的部分負擔，且需由保險對象自行繳納。

再者，於藥師專業品質的提升方面：自西元 1994 年起，日本政府導入臨床實習制度，規定取得藥師執照之藥師需要在醫院藥局或健保特約藥局接受一年的臨床實務研修，並於西元 2004 年修訂「學校教育法」，自西元 2006 年起日本藥學系全面改制為六年制，對於藥師的養成教育由大學四年制修改為六年制(Annual Report of JPA, 2013)，積極提升藥師的專業素質，使藥師具備足夠的專業與醫師互動並且提高民眾的信任。

三、日本醫藥分業制度運行

在提高保險給付方面：日本政府提升醫師處方釋出保險給付點值，從 10 點調升至 50 點(1 點為 10 日圓)，以鼓勵醫師釋出處方簽。另外透過藥價調整機制，減少藥價差使院所透過藥價差獲利的空間減少，並且對於專利期已過的學名藥，給付價格需降為原來的 40%，而在西元 1988 年時學名藥的藥價差平均可達 15%，透過藥價調整機制，逐步將此藥價差調整至西元 2003 年的 2%，因此大幅減少院所或醫師能由藥價差獲利的空間，轉而將處方釋出(王惠珀，2008)。除此，於社區藥局設備及醫藥品的健全化方面：日本政府全面提升社區藥局的品質，使藥局的硬體設備和醫藥品均符合民眾需求的措施執行(蔡煒東、徐茂銘，2004；蔡昭華，2002)。

因此，在醫藥分業的運行上，日本的醫藥制度上仍以醫師為主體。從專業倫理的角度觀之，藥師尊重醫師對於醫藥分業推行之意見，並且藥師具備守法概念，少有私下販售處方藥之行為，亦少有逾越其專業私自替患者診斷之行為；醫師信任藥師的藥學專業，

也對於釋出處方信心足夠，醫藥兩團體互動良好(邱永仁，1997)。除此，多數醫師建議患者將調劑後之藥品帶回至院所，由醫師確認後始得服用，建立互相監督之機制。此獨特的雙重用藥確認，日本雖未完全醫藥分業，但對於醫療疏失之責任歸屬明確，由醫師與藥師分別為其執業範圍部分負責，卻早已高出實施完全醫藥分業用以確保民眾用藥安全的目的標準了。

由於日本政府透過法令規範進行醫藥分業制度變革後，在運行上能夠隨著時間進行不斷的演進，截至西元 2001 年處方簽釋出率得以提升至 44.5%(蔡煒東、徐茂銘，2004)，西元 2011 年更提升至 64.6%(日本藥劑師會，2011；Annual Report of JPA, 2013)。醫藥分業經過日本政府長期並有步驟的推動，相較於初期，處方簽釋出比例已呈現顯著的進步。在制度運作上，此種動態延續性即是歷史制度主義中的「路徑依賴」，將政策的運行保有彈性空間使能進行演進，而不是永久僵硬性地保有其最初設計的制度和政策。

然而，日本醫藥分業的法律卻從未規定需強制進行完全的醫藥分業，因此至今仍有醫療院所在其院內空間設立所謂「第二藥局」，並聘請藥師專為其院所內之處方進行調劑(許芳瑾、鄭萬祥，1999；Yokoi & Tashiro, 2014)，而社區診所與藥局也存在一對一的處方釋出與接受的合作模式，患者亦被暗示不至其他藥局調劑其處方簽的狀況(Armano, 2002)，這些現象和問題與臺灣現行的醫藥分業雙軌制相當類似。日本政府藉由持續推動醫藥分業政策的動態延續性，並由保險與照護制度方面著手，除藉由提高保險給付點數以鼓勵醫師釋出處方外，也藉由修改保險政策以減少藥價差(桑園辰嘉，1999)，以降低或消除藥品價差利潤對於醫師握有藥品調劑權的誘因降低，不因法令限制而能回歸真正醫藥分業的精神。

貳、韓國醫藥分業制度的發展經驗

二次大戰結束後，朝鮮半島在美軍的援助下而獨立建國，然而隨即在西元 1950 至 1953 年又爆發了韓戰，使朝鮮分裂為南北韓，本論文所探討為南韓(即大韓民主共和國)的醫藥分業歷史與現況。

一、韓國醫藥分業制度變革

在韓國獨立後，美軍與韓國政府當局在醫政方面的首要工作是移除日本殖民時期的醫學制度，並且建立本土的醫療照護系統及進行法制化，因此韓國政府在美軍的支持下，

成立了藥事行政局(Pharmaceutical Bureau)，為一獨立運作的單位，主管國內的藥事制度。因為當時剛經歷二次大戰，藥事行政局在成立之初的工作重點為確保麻醉與止痛藥物的提供，並未積極進行醫療照護系統的基礎建設(Sihn, 2013)。直到西元 1953 年，韓國制定了國家醫療法(National Medical Law)以促進公共衛生系統的建置，隨即在同年，制定藥事法(Pharmaceutical Affairs Law)並且定義藥師、傳統藥局經營者、藥品製造與販賣業者的身分(Kim, Chung, & Lee, 2004)。然而當時正值南北韓停戰協議達成之時，韓國國內衛生及醫療環境相當嚴峻，醫療資源亦非常匱乏，必須接受美軍與國際的援助。同時，韓國國內缺乏藥師專業的養成教育和藥師執照系統的制度，而傳統的藥品提供者卻因該法的頒布即將面臨退場機制，因此在韓國社會產生了許多爭議，而該法也允許醫師自行調劑藥品，藥師也可以在未經醫師處方下自行提供處方藥品，而影響日後醫藥分業政策的實施 (Sihn, 2013)。

此後，韓國在美國的援助下社會逐漸安定，經濟也快速成長。所以在西元 1977 年正式實施國家醫療保險制度(National Health Insurance)，初期實施範圍為 500 名員工以上之工廠始得納保，同時也試辦醫藥分業制度為期一年，然而因醫師與藥師無法認同而宣告失敗。延至西元 1989 年，國家醫療保險擴大實施至全體國民，韓國政府又再次嘗試實施醫藥分業，然而因醫療保險規定只有醫院與診所就診的患者才享有醫療保險給付，社區藥局調劑處方則無法獲得給付，造成社區藥局與醫院和診所處於不公平的競爭狀態，在藥師集合公會力量爭取之下，政府才實施藥局保險系統(Pharmacy Insurance Scheme)，使部分社區藥局及藥品納入健康保險給付(Wagstaff, 2007)。

西元 1994 年韓國政府宣布於西元 1999 年之前須全面實施醫藥分業，並開始交由國會討論，然而在醫師與藥師團體堅持維護自身利益下，醫藥分業制度長期受到醫師與藥師兩團體的反對與杯葛。西元 1998 年歷經一年的討論，醫師與藥師兩團體對於處方簽釋出的例外條款範圍仍無法達成共識，直到西元 1999 年 5 月 10 日，在公民團體的壓力下，藥師公會代表同意在醫藥分業實施後放棄藥局保險系統，政府、醫師與公民團體代表才初步達成醫藥分業共識，然而廣大的基層醫師與藥師實際上仍持續反對醫藥分業政策的實施。醫師公會在西元 2000 年 2 月隨即又宣布協議內容需再討論，並且引發一連串的醫院罷工，大規模的門診、住院、急診系統的關閉，造成部分患者的死亡。由於醫師罷工對社會的影響過鉅，進而對政府法案的影響力增加，迫使政府同意限制藥師以相同成分與劑量但不同廠牌的藥品替患者調劑、並且同意醫師例外自行調劑的範圍，包括 1600 種特殊藥物和某些注射藥品(劉宏志, 2001; Kwon, 2003)。韓國政府在極大的傳統壓力下於西元 2000 年 7 月 1 日鐵腕落實醫藥分業制度。法律明文規定需強制實施完全

醫藥分業，若不依法釋出處方簽之醫療機構醫師，得處 3 年以下有期徒刑，併科罰金 1000 萬韓圓。韓國醫藥分業制度變革相當曲折、也使社會付出相當的成本，但透過強制立法並嚴格施行的政策制訂，韓國醫藥分業已然開始並有一嚴格規範使制度下的各行動者遵從。

綜言之，韓國醫藥分業制度訂定的討論過程中，因政府、醫師團體、藥師團體、公民團體等四種不同勢力各持己見而引發激烈的討論，最後因醫師的大規模罷工影響人民就醫與治療的權利而迫使其他團體妥協接受強制立法的醫藥分業，進而達成 100% 的處方釋出率(Kim et al., 2004)。

二、韓國醫藥分業制度設計

韓國醫藥分業制度的設計是：處方藥品必須持醫師處方始得由藥師調劑，而醫師開立處方藥品亦可獲得較高的健康保險給付，因此使醫師持續爭取較多藥品被歸類為處方藥品。而對於藥師而言，情況正好相反，藥師希望爭取較多藥品品項被歸類為非處方藥品，讓病患毋需拿到醫師處方簽而能較易直接至藥局購得非處方藥品。韓國政府在立法強制醫藥分業政策下，此制度設計的優點是使得處方藥與非處方藥品的分類更明確。除此，韓國全面醫藥分業實施後，醫師有權決定開立原廠藥品或學名藥品，而藥師卻只有在學名藥通過生物相等性測試，並且經醫師與患者同意後才可使用學名藥品替代原廠藥品。因此，韓國醫藥分業制度設計的另一項優點是處方藥品能真實依醫令被調劑。然而，有關醫藥分業制度設計的醫藥政會議也針對制度的設計提出諸多限制，包括禁止醫療機構與藥局違法協議，對藥局的設置地點、藥局和醫療機構之經營管理都有詳盡規範。

除此，韓國醫藥分業在設計上的一大優點是：促使藥師專業的提升。韓國的藥學教育為了要趕上世界潮流，已於西元 2009 年開始將藥學系全面改制為六年制(Korea Pharmaceutical Association, 2015)，使藥師具備足夠的專業並努力提高民眾的信任，但醫藥分業實施至今，醫師團體仍持強烈反對態度(Kim & Jeniffer, 2008)。

三、韓國醫藥分業制度運行

韓國患者長期以來，有醫療需求時均習慣先尋求藥局的協助，由藥師診斷並提供藥品，或請社區藥局藥師轉介他們去適當的診所或醫院，而較嚴重的疾病才會至醫療院所求診，但由於醫藥分業的實施，患者必須取得醫師處方後始得至藥局調劑，而部分藥品亦得由醫師自行調劑，使藥師必須逐漸卸除第一線社區醫療照護者的角色。

此外，深受傳統草藥醫療文化影響，韓國民眾也長期依靠傳統的草藥與藥物做疾病的預防與治療，並且由社區藥局的藥師提供，以取得健康保險給付。這些狀況使得藥師以其自身利益為優先考量，而未選擇對患者最有利的治療方式(Kwon, 2003)。即便醫藥分業制度已運行的狀況下，由於大部分藥師與醫師仍以獲利為考量，常會使患者使用了較多的藥品而讓病患未能獲得最有利的治療，如此是造就藥費支出佔健康經濟負擔的比重持續提高的一項重要原因。再者，由於學名藥品較原廠藥品便宜，可以有效降低藥費支出(Danzon & Chao, 2000)，但韓國全面醫藥分業實施後，醫師有權決定開立原廠藥品或學名藥品，在藥師不得違反醫令調劑下，學名藥品無法有效被利用，所以使藥費支出一直居高不下，是韓國醫藥分業的一大缺點，若再加上醫療政策學術理論被政治勢力所影響，醫藥雙方的角色與利益呈現極度不平衡(Kwon, 2003)。

綜觀韓國醫藥分業制度的變革、設計與運行，實印證了社會制度主義的制訂法令規範、歷史制度主義對於醫師與藥師兩行動者針對調劑權力相互攻防的策略選擇、以及理性選擇制度主義的行動者間對於追求效用最大化的偏好。

參、美國醫藥分業制度的發展經驗

一、美國醫藥分業制度變革

美國在 19 世紀殖民時期，醫師診斷後並自行提供藥品是相當普遍的現象，醫師甚至擁有自己的藥品調劑場所稱為醫師店鋪(Doctor's Shop)，當時雖有藥師此項職業，卻無法有效發揮功能(Ziance, 2003)。西元 1869 年，紐澤西州醫學會主席代表醫師發佈一項聲明，宣布藥師與醫師為同等的專業人士，應給予應有之尊重及獨立的執業場所(Cowen, 1992)。然而在實務上，醫師與藥師在執業互動上仍存有衝突，在醫藥分業沒有制度化且藥師專業訓練仍缺乏的狀況下，仍有多數醫師自行開設藥局並調劑藥品，而藥師則質疑醫師缺乏藥學專業知識並且對於藥物治療的專業判斷失誤(LaWell, 1929)，這樣的狀況持續到 20 世紀。

隨著殖民人口增加，醫師的服務量也持續攀升，藥師的存在可有效分擔醫師的調劑業務，醫師也樂於將部分調劑工作委託藥師執行以換取更多時間提升服務量，藥師的調劑能力也受到部分醫師的承認，開始有限度地醫藥分業(Wothen, 2014)。美國醫藥分業的變革並不由政府立法強制規範，大多由醫療專業團體自我約束形成社會共識而共同遵守。西元 1954 年，美國醫學會(American Medical Association)發表聲明，禁止醫師販售醫療輔具以及藥品。除此，美國家庭醫師學會(American Academy of Family Physicians) 於西

元 1984 年更建議醫師應將調劑權完全釋出給藥師，以避免醫師因藥品利潤而做出不客觀的判斷，同時有藥師的專業協助，有助於使用到品質低劣的藥品、甚至使用到偽藥 (Anonymous, 1984)。西元 1986 年，美國內科醫學會之倫理公平委員會要求醫師：「醫師應避免調劑或零售在藥局中供應的藥物或輔具，但是在某些特殊或急迫狀況下，醫師基於道德可以親自為之」 (American Society of Internal Medicine, 1987)，至此，醫藥分業的概念才逐步被規範並且接受。時至今日，美國仍無法律明文規定醫藥分業，但醫師與藥師的專業均已獲得肯定，且醫、藥兩團體均認同需互相協助才能共同促進患者的照護品質。

從上述的歷史演進觀點觀之，美國醫藥分業的制度變革主要是由醫療專業團體自我約束形成社會共識的漸進式演變過程，這符合了社會學制度主義對於制度的定義中主要關注的社會力變遷，以及在制度變革中所關注的制度化過程與導向；也符合了歷史制度主義對於制度變革中所強調的制度大多處於均衡狀態、演進是重要的變革過程的精神。

二、美國醫藥分業制度設計

19 世紀工業革命後，化學合成藥品快速發展，許多藥物的合成與發現大幅提升人類的壽命並且減輕疾病的威脅。同時人口的快速增加，也使得藥品的需求量大增，然而藥品的製造與品質管理並沒有完備的標準，當時化學家、醫師、藥師均可以製造並販售藥品，在此狀況下市場上也充斥著品質不良的藥品以及偽藥，形成用藥安全的潛在威脅(程馨、謝啟瑞，2005)。但當時資本主義與自由經濟盛行，國家透過立法來規範人民的自由經濟行為是違反民主與自由精神的，因此美國政府對於藥品生產、製造、販賣始終保持最低限度的限制，並且交由醫師與藥師自行管理品質。藥師當時除了調劑外，也協助醫師鑑定所使用的藥品品質是否有異常或是參雜有害成分等，藥品的品質管控依賴醫師與藥師在道德上的自律(楊百文，2014)。然而，市場上充斥著偽劣藥品的狀況、並且發生若干藥害事件後，終於西元 1820 年制訂了第一部「美國藥典」(United States Pharmacopeia, USP)，建立了第一部藥品製造標準規範以及品質控制系統的參考依據，詳細記載各種藥品的標準規格與管理規範(周力民、袁紅梅，2006)。

美國雖訂定 USP，但 20 世紀後由於不安全的藥品造成許多傷害人體的藥害事件仍舊持續出現，引起社會對藥品的恐懼與不安，人民開始要求國家應積極介入社會與經濟領域，提供人民良好的生活環境，因此美國政府基於保護人民健康與用藥安全的義務，開啟了國家對藥品的監管措施。在醫師與藥師的通力合作下，西元 1906 年美國國會通過「威利-薛曼單純食品與藥物法案」(Wiley or Sherman The Pure Food and Drug Act)，

是美國第一部針對藥品與食品安全進行規範的法律，同時在此法案中也指定美國藥典與國家處方集是美國政府對藥品管理的標準依據，且在藥品包裝容器方面，標籤內容需詳細標示內容物的成分與含量之百分比。這部法律主要在防止假冒及有毒害之藥品及食品，但對於藥品的效能並未規範(楊行義、陳介甫，1993)。但由於西元 1937 年美國發生磺胺藥 (Sulfanilamide) 藥害事件，導致 107 名兒童死亡(楊百文，2014)，促使美國國會於隔年立法通過「食品、藥物和化妝品法案」(Food、Drug and Cosmetic Act)，規定任何新藥必須先以動物進行科學之毒性及劑量安全性試驗，且在藥品標示上應載明使用方式，才可合法公開在市場流通供病人服用，同時也成立全球第一個監管藥品與食品安全的政府機構，稱為食品暨藥物管理局 (Food and Drug Administration，簡稱 FDA)，對申請上市的藥品進行技術性審核，也要求所有揭露的藥品廣告都必須先經政府審核並核准後才可公布。然而雖制訂了「食品、藥物和化妝品法案」並成立了 FDA，但西元 1960 年代美國發生沙利竇邁 (Thalidomide) 藥害事件，造成大規模的新生兒畸形，並且波及全球 20 多個國家，促使美國國會於西元 1962 年通過「食品、藥物和化妝品法案」之「Kefauver-Harris 修正案」，大幅提升 FDA 對藥品的監管權力。此後，美國政府針對藥品的研發製造、生產與販售都逐步修改法令，做較嚴格的規定，保障美國藥品的品質以及患者的用藥安全(Ubaldo, Hall, & Le, 2014)。自此，藥品被視為高風險產品，藥品製造、銷售與販賣皆被國家高度的監管。

FDA 之標準至今已是世界上各國在藥品政策的參考依據，其法規的設置，象徵了美國政府開始強制介入藥品市場，並且以國家的角度進行藥品安全的監管(楊行義、陳介甫，1993)。從上述可知，美國醫藥分業制度在設計上並無明顯的將醫藥雙方的權利義務定義清楚，而是一種由下而上從「誘致性制度變革」中，因為藥害社會事件的發生，民眾對於用藥安全的吶喊所衍生出的制度設計，這樣的「由下而上的誘致性」，也間接導致了「由上而下的強制性」而使美國政府透過立法制訂對於藥品監管與安全性標準規範，從制度的立法約束性，使行動者與制度之間的相互關係建立在實踐理性的規則上，用以確保人民的健康與用藥安全。

除此，美國在自主醫藥分業制度下，藥品監管制度能依藥師與醫師的專業分工與合作而能持續進步發展，且由於國民對於藥品的安全與市場需求，更促使藥學專業的需求大幅提升。藥品研發製造以及下游的藥品調劑與提供，都需要藥學專業人才的介入，藥師的專業也必須提升以符合國家及人民的需求；在此同時美國藥學教育也快速發展，美國最早於西元 1950 年在南加大藥學院開始六年制的 Pharm.D. 學程，並於西元 2000 年全面實施六年制的藥學專業學位(Doctor of Pharmacy, Pharm. D.)，強調臨床實習以及病人

導向的藥物治療專業的養成。目前，全球藥學教育發展較為健全的是美國，其自西元 2000 年起就將過去的大學藥學學士學位(Bachelor Degree)全面改制為藥學專業學位，並且將學程改為 6 年制，規範藥學教育必須包含至少 1500 小時的實習時數，其中必須有一定比例需在社區藥局完成，依各州規定，方能培育出符合社會需求的藥師。現今，美國的藥師已經具備專業的藥品知識以及判斷能力，並且受到社會的肯定。

三、美國醫藥分業制度運行

在西元 1938 年的「食品、藥物和化妝品法案」中，規定藥品標籤中應充分說明如何安全使用。當時藥品標示的目的主要是為消費者提供準確的產品信息，以利消費者自行選購藥品而並未限制消費者購買藥品。隨後，社會上對是否允許自選用藥開始了激烈的討論，鑒於藥害事件的發生，使得民眾對於用藥行為，傾向由專業人員把關與建議使用，因此美國政府隨後規定，磺胺藥和其他危險藥品類必須於藥品上標示「在合格的專業人員指導下使用」，自此出現了處方藥品的雛形。也因此，包含醫師、藥師等醫療專業人員開始在國家藥品管制體系上扮演重要角色。但由於對於何種藥品應標示「在合格的專業人員指導下使用」並無一定的法定標準，主要由藥品製造商自行決定藥品標示的種類，造成同一藥品、不同廠商的標示卻不同的混亂情況，導致法律訴訟不斷。此外有些藥品的安全使用說明標示無法使用通俗易懂的用語讓民眾了解，必須以專業術語描述，造成民眾不容易清楚了解藥品標示的內容，需要經由專業人員的指導，消費者才能正確且安全的使用(楊百文, 2014)。為解決這些困擾，西元 1951 年美國通過 Durham-Humphrey 修正案，對於新藥、易成癮類和安全性較有疑慮的藥品必須在專業人員的指導下才能使用，並限制如果沒有醫師處方簽，藥師不可販賣這類的藥品。Durham-Humphrey 修正案將市場上的藥品劃分為處方藥品和非處方藥品兩大類，原則上處方藥品必須經醫師開立，才可經由藥師調劑並交付給病患，而非處方藥品可供民眾自行選購。此修正案的影響結果是強制市場藥品進行分類，並限制民眾自由選購藥品的權利，同時導入醫療專業人員協助國家監管藥品的機制，以確保民眾的用藥安全(王建英, 2005)，亦建立了美國醫藥分業制度運行的雛型。

但由於美國政府對於藥品調劑權的歸屬，其決定權在各州政府，因此是否限制醫師調劑藥品，各州的法規皆不同。然在藥師團體不斷抗爭下，美國聯邦法律利用醫療保險、醫療補助欺詐和濫用的法規，對於醫師調劑藥品給予一些限制，同時還禁止醫師轉介接受醫療補助的病人，到醫師自己擁有的藥店(Richard, 2010)。在歷經不斷的摩擦和衝突後，直到西元 1986 年美國醫學協會的倫理及公平委員會才要求醫師「對於藥局中已供應的

藥品或輔具避免調劑及零售，但是在某些狀況醫師在道德上可以介入」，開始了醫師與藥師的良性互動，漸漸走向醫藥分業的道路。雖然美國未立法強制實施醫藥分業，但藉由醫療保險的方式，逐步讓人民習慣醫師專職診斷、處方，而藥師專司藥品調劑與販賣。

綜合言之，美國醫藥分業雖有其發展的背景與歷史，在制度變革上歷經社會力的時間變遷與醫師團體的自我約束；在制度設計上，透過醫師和藥師的專業分工合作，使藥品工業發展趨向健全，更使得美國在藥品管理與安全上有許多標準規範的立法制訂；在制度運行上，醫師與藥師從互相競爭的關係，發展為相互合作的伙伴，兩者各有各的知識領域和經濟勢力範圍。醫藥分業制度雖未被強制立法，但已落實於醫療實務中。

第三節 臺灣醫藥分業制度的發展與文獻分析

臺灣經歷長期不同主權的殖民歷史，受到各種文化的潛移默化，醫藥分業發展歷史始於何時，已難以考證(楊百文，2014)。西元1683年，清朝結束明鄭王朝並開始統治臺灣，漢人移民快速增加，而傳統的中醫藥制度也隨著移民人口增加而快速輸入臺灣本島。臺灣本土受過儒學教育、並有志習醫者便跟隨較有經驗的中醫師學習診斷及藥方知識，具備足夠能力後便可獨立行醫；而中藥鋪也隨著需求提高而增加，並從事藥材採集、藥材進出口、藥材炮製等業務，中醫師可在自己的藥鋪執業並直接開立藥方、提供藥材，或是開立藥方請患者至中藥鋪購買藥品。醫藥分工的現象如同傳統中國社會，僅為部分存在之現象，官方並未有具體的管制措施(周佩琪、林昭庚，2010)。並，積極進行臺灣現代化建設。至清朝政府任命劉銘傳為首任臺灣巡撫派後，於西元1886年在臺北府設立「官醫局」並設有「官藥局」，且聘請西洋醫師駐診提供醫療服務，為臺灣歷史上首次出現官辦的西醫醫療機構(經典雜誌，2006)，然而藥局並未有專業藥師的執業，僅為負責藥品供應的單位，並未具備醫藥專業分工的功能。當時臺灣社會的醫療主流仍為傳統中醫藥醫療，西醫與中醫為並存的體系，而醫藥分業的制度也尚未於臺灣出現。

西元1895年，日本開始臺灣的殖民統治，日本傳統社會中並沒有藥師的專業角色，在現代化過程中醫藥分業並未出現於日本初期的西方醫學制度中(張天鈞，2003)。日本在臺的醫學政策除以防疫、及改善公共衛生考量外，對藥業管理政策則相當雜亂，並未有制度的統合醫業與藥業。西元1896年臺灣總督府頒布「臺灣藥劑師、藥種商、製藥者取締規則」，成為日治時期管理藥事人員的法源基礎，根據該規則的第一條「藥劑師得

從事藥品之製造及販賣。藥種商為從事藥品販賣者稱之。製藥者乃從事藥品製造而兼販賣自製藥品者稱之。」定義了各種藥事人員。藥劑師(即藥師)一詞首度於臺灣的醫療體制中出現，然而該規則並未明確規範藥劑師的資格認定和執業內容。另外臺灣總督府更於西元1912年頒布「臺灣賣藥營業取締規則」，規範了成藥的製造、販賣、輸入等業務。直到西元1925年，總督府頒布「藥劑師法」，於該法第1, 5,及6條⁶規定中正式規範了藥劑師的專業角色，並且提供藥劑師於醫療體系中的法源依據(鈴木哲造，2011)。然而根據藥劑師法，非藥劑師不得執行藥品調劑業務，且必須於藥局內執行。因此日治時期由藥師主持可調劑藥品的機構為「藥局」，其他由藥種商或成藥販賣業者經營者統稱為「藥房」(鈴木哲造，2011)。然而日本政府當局，並未於臺灣開辦藥學教育，也並未設立臺灣的藥劑師考照制度，在臺執業之藥劑師均為日本人(梁璿尹，2007)。在藥劑師人數稀少的狀態下，藥師人數完全無法符合社會的需求，真正由藥師親自主持的藥局非常稀少，且民間診所普遍採取醫藥不分業的模式也使得民眾無從認識藥師的專業角色，更無法區分藥局與藥房的差異。除此，日本殖民政府無法落實、也未積極介入管理，僅能維持傳統的醫藥不分業的狀態，即醫師可以在自己的職業處所內調劑藥品，這個現象也刮分了藥局的調劑業務，使藥局必須轉型成為診所的藥品供應者，或以低價方式推銷一般保健藥品，藥師的專業角色無法於臺灣社會中建立(范佐勳，1991；鈴木哲造，2011)，更無法區分藥局與藥房的差異，造成日後臺灣在醫藥分業執行上的困難(傅大為，2005)。

西元1945年，隨著日本於二次大戰中戰敗，中華民國接收臺灣，臺灣的醫療體系也受到中華民國於大陸實施的醫藥法律所規範。西元1949年中華民國政府遷入臺灣後採取較消極的態度，民間診所仍然維持日治時期的醫藥不分業狀況(楊百文，2014)。因此中華民國政府仍延續於大陸地區施行的「醫師法」第13條⁷與「藥劑師法」第33條⁸規定，直接給予醫師可逕行交付藥品給病人之權力。此外，西元1943年頒布施行的藥劑師法第9條亦規定：「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務。」然而，光復後臺灣的藥劑師人數相對稀少與藥品販賣業者為數眾多相較下完全不成比例，使此規定一直無法落實，而流於形式。因此，西元1952年臺灣省衛生處制定「藥劑師一人可准予兼理業務辦法」，開放藥劑師可同時於兩間以上的藥局登錄執照以及管理藥局，此舉使得藥師出租執照、藥局租借藥師執照的行為合理化，而讓藥局租牌風氣盛行，甚至有藥師自己開設藥局，而將執照出租給多間藥局的亂象，造成民眾對藥師與藥商、藥局的角色更加混淆(黃文鴻，

⁶藥劑師法第1條：「藥劑師依醫師、齒科醫師或獸醫師的處方調劑，得製造藥品及販賣。」；藥劑師法第5條：「若非藥劑師不得以販賣或授予以之目的而行調劑；藥劑師以販賣或授予以之目的而調劑者，應於藥局行之。」；藥劑師法第6條：「非藥劑師不得開設藥局，但以命令者，不在此限。」

⁷醫師法第13條：「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或紙包上，將用法病人姓名及自己姓名或診療所逐一註明。」

⁸藥劑師法第33條：「醫師得自行調配藥品以為診療之用，無須請領藥劑師證書，但本法所定關於義務及懲處之規定仍適用之。」

1999)。除此更分別於西元1970年及1979年制定藥物藥商管理法，其中第45條⁹的規定提供了醫師可自行調劑的法源基礎，但此基礎完全與醫藥分業精神背道而馳。因此，日治時期便普遍存在的醫藥不分業現象更獲得法律基礎的支持而持續存在，而民眾長期以來即習慣就診完畢直接在院所領取藥品的制度持續至今，醫師法雖經歷多次修正，該條文仍未有任何更動，造成醫師與藥師團體的衝突以及成為醫藥分業一直無法有效落實的原因之一(葛瑾，2011)。

日治時期，日本殖民政府長期忽略臺灣藥業以及藥學專業的發展，導致中華民國接收臺灣後，臺灣本土的藥師數量稀少，更完全無法因應西元1949年國民政府遷臺後帶來大量的大陸移民人口之需求。而中藥與西藥的販賣業者對於藥品的專業知識也相當匱乏，西元1950年國民政府責由各縣市政府分別辦理熟諳中藥人員測驗，合格者准許為「臨時中藥商」，經營中藥販賣業務，另外開辦短期西藥訓練班，受訓合格結業者准許為「臨時西藥種商」，經營西藥販賣，藉由此種訓練與認證方式，培育國內具有藥品專業知識的人員，並核准其擔任藥品管理與供應業者(范佐勳，1991)。然而，此舉使藥品販賣業者增加至九類，營業項目眾多無法有效分類造成管理上的不便，此外，藥品專業與藥品販賣連結，專業與商業未有效區分下，使民眾更加無法認同專業藥事人員的角色，加上立法環境的不足而政府亦無法有效管理，使得無照藥商反而增加。綜觀中華民國政府來臺初期的藥品管理政策僅為因應當時的局勢作權宜之考量，並未系統性的規劃，造成藥師與藥品管理政策紊亂，也形成日後推行醫藥分業的嚴峻環境。

壹、臺灣醫藥分業制度變革

中華民國政府接收臺灣初期，社會各方面百廢待舉，尤其對於醫療衛生及醫事人員管理政策不清，並無法符合剛結束50年日本殖民的臺灣社會之需求。由於日治時期專業藥師人數稀少，醫師自行供應藥品或藥房與藥商未經醫師診治即提供民眾醫藥品的醫藥雙向兼業模式持續存在到國民政府接收統治臺灣初期的臺灣社會(楊百文，2014)，而該時期的醫師人力也明顯不足以符合社會所需，因此不具醫師資格卻提供疾病診治的「密醫」行為並不罕見。隨著藥師人數的增加，但在醫師也得自行調劑的現象下，藥師獨立執業的空間相對受到排擠，因此部分藥師也從事密醫行為，自行提供診療服務並供應藥品，且收費相對較醫師便宜，因此藥局或藥房成為臺灣基層社會的另一種醫療選擇。根據統計，西元1974年臺灣約有50.2%的民眾會優先選擇醫院或診所為就醫場所，卻也有

⁹藥物藥商管理法第45條：「藥品之調劑由藥師為之，不含麻醉藥品者得由藥劑生為之，但醫師若具調劑設備，依自開處方調劑者不在此限。」

40.2%的民眾會以藥局或藥房為就醫的優先考量(江東亮, 2007), 因此可以發現, 臺灣醫藥不分業的狀況乃是承襲日治時期以來的現象, 並且民眾的就醫觀念中也已經習慣於此模式。醫師雖然是法定的疾病診治服務的專業角色, 但密醫藥師與藥局的便利性以及較低廉的醫藥費用遂成為民眾的另類選擇之一。實務上, 醫師疾病診斷與處方和藥師藥品調劑的業務領域互相重疊, 形成矛盾的醫藥兼業現象。

西元1967年所公布施行的醫師法第28條¹⁰明確定義了密醫行為的罰則, 使藥局或藥房的密醫行為開始受到壓抑, 而行政院衛生署也逐漸擴充醫療基礎設施, 增加醫師人力以及設置基層醫療院所, 民眾的就醫方便性也快速提升因此就醫行為也較之前有所改變。西元1979年, 在藥師團體的推動下, 原藥劑師法修法成為藥師法, 藥劑師一詞正式依法律規定改為藥師, 確認了藥師的專業角色, 其中第20條明定藥師應親自主持其所經營之藥局業務, 藉此明確定義出藥師以及其執業場所--藥局, 以與其他藥品販賣業者做出區隔。除此, 在新修訂的藥師法當中亦刪除原藥劑師法第33條醫師得自行調劑的條文, 同時增訂第20條¹¹而使得新的藥師法對於醫師調劑權有所限制, 同時也賦予藥師不需依醫師處方而得以直接調劑藥品給患者, 然而此增訂的藥師法第20條卻與同年制定的藥物藥商管理法第45條醫師可自行調劑的法源基礎互相矛盾。

西元1994年, 藥物藥商管理法也修正為藥事法, 其第19條¹²也明確賦予藥局與藥師其專業藥品供應以及藥事服務的角色, 而第28條¹³也嚴格要求西藥販賣業者聘任的藥師需駐店管理, 親自執行藥事服務。但是卻在第104條¹⁴加註既存的藥品販賣業者免受第28條的規範而得繼續營業, 此不溯及既往的法律讓原有的藥房以及承租藥師執照而得以營業的藥品販賣業者得以持續存在。藥師出租執照的情形仍然無法杜絕, 對於民眾更無法有效區分有專任藥師駐店管理的藥局或是無專業藥事人員親自執業的藥品販賣業者之差別, 亦無法建立藥師的專業形象。此外, 在全民健康保險實施前, 藥事法第102條¹⁵的規定, 亦使醫師自行調劑的權限也有法源依據, 因此在西元1994年全民健康保險實施前,

¹⁰醫師法第28條:「未取得合法醫師資格, 擅自執行醫療業務者, 處六個月以上五年以下有期徒刑, 得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金, 其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者, 不罰: 一、在中央主管機關認可之醫療機構, 於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。三、合於第十一條第一項但書規定。四、臨時施行急救。」

¹¹藥師法第20條:「藥師應親自主持其所經營之藥局業務, 受理醫師處方或依中華藥典或國民處方邏輯之處方調劑。」

¹²藥事法第19條:「本法所稱藥局, 係指藥師或藥劑生親自主持, 依法執行藥品調劑、供應業務之處所。」

¹³藥事法第28條:「西藥販賣業者之藥品及其買賣, 應由專任藥師駐店管理。但不售賣麻醉藥品者, 得由專任藥劑生為之。中藥販賣業者之藥品及其買賣, 應由專任中醫師或修習中藥課程達適當標準之藥師或藥劑生駐店管理。西藥、中藥販賣業者, 分設營業處所, 仍應依第一項及第二項之規定。」

¹⁴藥事法第104條:「民國七十八年十二月三十一日前業經核准登記領照營業之西藥販賣業者、西藥種商, 其所聘請專任管理之藥師或藥劑生免受第二十八條第一項駐店管理之限制。」

¹⁵藥事法第102條:「醫師以診療為目的, 並具有本法規定之調劑設備者, 得依自開處方, 親自為藥品之調劑。」(西元2003年02月06日修正實施前)

由於法規的不明確，醫藥分業完全無法推動。

西元1986年行政院核定「中華民國臺灣經濟長期展望」中提到以西元2000年為全民健康保險開辦目標年，且於西元1988年由行政院經建會成立專責規畫小組，著手於全民健康保險之規劃，並完成全民健康保險規劃報告，之後交由行政院衛生署負責籌備與執行。於此同時，在藥局及藥師的生存空間極度被壓縮的情形下，藥師團體遂於西元1989年9月實施農保前夕，發動大規模的抗爭遊行，吸引兩千多名藥師至衛生署抗議示威，要求盡速實施醫藥分業、確立藥師的業務職掌與執業空間(薛桂文，1997)。在藥師團體的推動下，西元1993年立法院修正藥事法第102條¹⁶，此法條的修訂，明訂出全民健康保險開辦兩年後，若非偏遠地區或醫療急迫情形，醫師必須釋出調劑權給藥師。換言之，醫師處方不得自行調劑，需由藥師主持之藥局調劑。西元1994年立法院三讀通過全民健康保險法，並於西元1995年成立中央健康保險局，全民健康保險自此正式開辦(張博雅，1997)。而在全民健康保險規劃時，即以醫藥分業為其基礎，因此強制規定在全民健康保險法實施後兩年，必須實行醫藥分業。臺灣政府認為透過醫藥分業制度的設立，將可使醫師的處方型態與在藥師的專業分工協助下，更符合患者需要，亦能節省不必要的醫療支出，同時醫藥分業的推動也必須仰賴全民健康保險的實施(曾金月，1997)。自此，臺灣經由法律的制定，於西元1997年開始了醫藥分業制度的實施。

然而，在藥事法102條修正過程中，藥師團體與醫師團體並未進行協商溝通，雙方並未取得共識前即完成修法，導致醫師的調劑權受到限制，而埋下日後醫藥衝突的隱憂；使得法條雖已修正仍無法在實務上完全實施(林水波，1997)。行政院衛生署(現改制為衛生福利部)權衡當時的狀況遂以行政命令的方式，在分期、分區的條件下有限度的推動部分醫藥分業(即醫藥分業雙軌制)。其中，於藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」從寬認定其不必釋出處方之五大例外條件規定為：(一) 三歲以下兒童、(二) 非使用慢性處方簽六十五歲以上老人、(三) 領殘障手冊者、(四) 孕婦、(五) 健保規定緊急醫療等五種情況。並於西元1998年6月15日公告「臺北市、高雄市全面實施，只有其他未達到特約西醫診所與特約藥局三比一比例之地區，仍適用五大醫療急迫情形規定」。為了更完整實施醫藥分業，行政院衛生署自西元2003年1月1日起實施第二階段醫藥分業，於藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」，將指標條件與西元1997年剛實施醫藥分業的標準比較而進行更改，包括：(一) 改以特約西醫診所周邊1.8公里內無特約藥局，代替原特約西醫診所與特約藥局三比一比例，做為新實施條件。(二) 西醫診所周邊1.8公里內，經當

¹⁶藥事法第102條：「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」

地縣市衛生局會同該縣(市)醫師、牙醫師、藥師、或藥劑生公會代表審查確認後，應列為無藥事人員執業之偏遠地區。亦即符合上述兩項指標條件後，西醫診所才能被認定為無藥事人員執業之偏遠地區，醫師才得以自行調劑處方藥品。

然而由於醫師原被賦予調劑權法源的醫師法第14條¹⁷並未做任何的修正，暗示著醫師仍擁有自行調劑的權利，此明顯與藥事法第102條有所衝突，然兩者均為同等法律位階，使得在醫藥分業制度中最主要的調劑權歸屬在法源基礎上有所矛盾。因此，在雙軌制的制度下，造就了「基層西醫診所門內藥局」的特殊現象，亦即基層西醫診所於該院所內仍可設置藥局，並可由基層西醫診所負責醫師自行聘請藥師，進行藥品調劑與處方交付業務。

從上述的歷史演進觀點觀之，臺灣醫藥分業的制度變革主要是透過社會學制度主義中對於法令規範的角度，透過立法的政策制訂，趨使臺灣醫藥分業開始並有一規範與遵從。

貳、臺灣醫藥分業制度設計

醫療保險的給付制度，對於臺灣醫藥分業在制度的設計上有著很重要的影響。西元1950年勞工保險(以下簡稱勞保)及西元1959年公務人員保險(以下簡稱公保)等社會保險開辦，提供被保險人的醫療給付。不過早期納入勞保與公保的人口並不多，因此儘管對於民眾的醫療費用有所補助，但影響的層面並不大。之後隨著納保人口逐漸增加，民眾至保險特約醫療機構就醫或領藥時的負擔大幅減輕，僅需繳納掛號費，而醫師診察費及藥費均由保險人支付，社會保險便開始對醫療市場產生影響力。

自勞保實施後，隨著被保險人數不斷增加，西元1989年全臺參加勞保與公保的人口已提升至37.6%，其中以65歲以下青壯年人口為主(謝啟瑞、陳肇男，1993)。除此，同年西元1989年農民保險開辦(以下簡稱農保)，亦納入了許多65歲以上的被保險人(謝啟瑞、陳肇男，1993)。因此在醫療保險的支持下，民眾至醫療院所就醫的支出大幅減輕，民眾不再因為經濟因素而自行至藥局或藥房調劑藥品，而影響了藥局及藥師的生存空間，西元1974年至1990年間選擇醫院或診所為優先就醫場所的民眾比例已上升至74.9%，藥局及藥房則下降為21.6%；至西元1994年全民健保實施前，以藥局或藥房為優先就醫場所的比例更降至14.1%(江東亮，2007)。至西元1994年全民健康保險開辦前，已有40%的人口加入勞保成為被保險人，是臺灣最大的社會保險納保族群，而農保的醫藥給付制度也

¹⁷醫師法第14條：「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。」

幾乎完全參照勞保的制度設計(薛桂文，1997)。勞保對於醫療費用的支付，主要參照勞保局訂定的「醫療費用支付標準表」(行政院內政部勞工保險局，2015)，然而該支付基準針對醫療服務的給付價格偏低，並且在給付制度設計上採取論量計酬制，同時給付制度中也將藥品價差的利潤歸予醫師，如此的制度設計將迫使診所醫師或醫院為賺取較多的給付而提供患者不必要的醫療服務，另外也使醫師開立不必要的藥品從中獲得藥品利潤。其中，主要原因是勞保制度中訂立所謂「免審範圍」以及針對超過免審範圍的藥費以實際購入價格加成給付給醫療院所。免審範圍的制定，使醫師得以在免審範圍內不需經過審查即可申報其醫療服務費用，因此醫師為獲取較多的利潤，往往提供較低廉的藥品及醫療服務，而免審範圍也成為醫療給付的上限。此外，超過免審範圍的藥費加成給付的部分，便形成所謂的「藥價差」，這誘使自行調劑並交付處方藥品給病人的診所醫師為獲取更多藥品利潤，開立更多藥品給患者。在此支付制度下，醫院和診所均為維護因藥價差所得之利潤，而需要掌控其藥品於醫院和診所自行調劑的業務，而使藥師的專業角色因此受到壓抑(林國明，1997)。簡言之，在全民健康保險開辦前，臺灣的社會醫療保險主體為勞保、公保與農保等針對特定族群規劃的保險制度，其中又以勞保的納保人口最多，然而紊亂且不健全給付制度設計，也導致許多問題發生，並且也造成醫師與醫療院所透過藥品利基而獲利，導致藥師專業角色無法發揮，而無法有效評估醫師處方。並且基層藥局及藥品販賣業者的藥事人員專業能力缺乏，出租執照亂象盛行，導致民眾無法建立對藥局及藥師的專業認同。

一、開辦全民健康保險

由於勞、公、農保在其醫療保險給付制度的設計紊亂且不健全，因此臺灣政府遂於西元1995年開辦全民健康保險，並設立中央健康保險局統籌將醫療保險集中歸納管理，並強制民眾參與全民健康保險，幾乎全國人民均有投保，其保險經費來源為企業、員工繳納的保費，並包括政府補助。此外，臺灣政府亦透過藥事法第102條的修正立法，強制實施全民健康保險並確定了醫藥分業的施行。

二、藥學教育漸跟上世界潮流，使藥師專業素質提升

日治時期，雖然於西元1925年頒布「藥劑師法」定義了藥劑師的專業角色及業務範圍，然而卻始終未在臺灣開辦藥學培養教育，赴日學習藥學教育歸國後從事藥師的人數也相當稀少，導致中華民國統治臺灣初期的藥師人數嚴重不足(鈴木哲造，2011)。根據

西元1943年制訂的「藥劑師法」第1條與第2條¹⁸，通過藥劑師考試者得應為藥劑師，且專科以上學校並修習藥學畢業之學生得以檢覆方式進行，又依西元1945年訂定之「藥劑生資格及管理辦法」第2條¹⁹也明訂通過藥劑生考試者得應為藥劑生，定義了藥劑師與藥劑生的資格認定，並且由西元1947年頒布的「臺灣省管理藥商辦法」定義其業務職掌。西元1949年國防醫學院隨國民政府遷入臺灣，藥學系也在臺灣重新成立，是臺灣第一個藥學教育的專業系所，開始培養本土的藥學人才(國防醫學院，2014)。西元1953年臺灣大學醫學院也正式成立藥學系，此後高雄醫學院、臺北醫學院、中國醫藥學院也相繼成立藥學系並招收高級中學以上學歷學生以培養專業藥師人才；另外為了較快速補足藥事人員人力之不足以因應社會上基層藥事機構的需求，也自西元1966年開放成立五年專科學校及高級職業學校的藥學科，以培養藥劑生人才，至西元1969年總計有私立嘉南藥學專科學校、私立大仁藥學專科學校、私立仁德藥劑高級職業學校、私立樹人藥劑高級職業學校等專科學校負責培養初中畢業的藥事人才(李榮安、譚延輝，1999)。然而，雖然藥學畢業生人數增加，但不同學制的學校間，彼此的課程規劃與師資品質差異非常大，教育品質也良莠不齊，雖然大幅補足基層藥事人力卻也奠下基層藥事人員素質歧異度大、專業素養品質不一的隱憂(林昭庚等，2001)。

所幸，西元2009年以後，由臺灣大學開啟了推動藥學教育六年制與四年制並存的雙軌學制，並從西元2014年起全面推動六年制Pharm. D課程，不再招收四年制學生，然而目前其他各校尚未完全跟進，而對於國家執照考試制度的規畫，也因為六年制教育未完全推動而無法更改(胡幼圃，2011)。但儘管如此，臺灣藥學教育已漸跟上世界潮流，並使藥師專業素質提升許多。

三、強化藥局硬體設備與藥事服務

臺灣醫藥分業在制度設計中，於軟體人才上除了使藥學教育漸跟上世界潮流外，在藥局的硬體設備與調劑環境的提升上，於實施全民健康保險的同年西元1995年，由行政院衛生署依「中華民國84年2月9日行政院衛生署衛署健保字第83078206號」公告實施全民健康保險特約藥局特約要點。此特約要點主要目的是規範特約藥局辦理全民健康保險藥事服務事宜，使藥師執行藥事服務能更加專業化。而藥事服務事宜主要是受理特約醫院及診所一般處方及慢性處方之調劑作業。此要點中，除了規定申請成為健保局特約藥

¹⁸藥劑師法第1條：「中華民國人民經藥劑師考試及格者，得充藥劑師。」

藥劑師法第2條：「對於具有下列資格之一者，前條考試得以檢覆行之：一、公立或經教育部立案或承認之國內外專科以上學校修習藥學，並經實習，成績優良，得有畢業證書者。二、在外國政府領有藥劑師證書經衛生署認可者。前項檢覆辦法，由考試院會同行政院定之。」

¹⁹藥劑生資格及管理辦法第2條：「中華民國人民經藥劑生考試及格者，得充藥劑生，並得請領藥劑生證書。」

局資格必須由藥師或藥劑生親自主持外，在特約藥局設置標準的規定上必須符合下列設置標準才得以申請成為健保特約藥局：1. 應與公共場所及住家有明顯區隔；2. 應有獨立之調劑室，其地坪面積應有六平方公尺以上；3. 處方藥應置於調劑室妥善保管；4. 管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏；5. 應設洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備；6. 應備有媒體或連線申報藥事費用之相關電腦設備。除了上述的六項藥局設置標準外，藥師於進行藥品調劑時，應符合優良藥品調劑作業規範之規定。

依據衛生福利部的統計，在西元2008年時全臺灣的藥局總數為7,215家(含藥師主持的4,628家與藥劑生主持的2,587家)，而與中央健康保險局簽約的藥局家數為4,180家且逐年增加當中，健保藥局簽約家數的覆蓋率已達到58%，若不計由藥劑生主持的藥局，健保藥局簽約家數的覆蓋率更達到90%。透過實施全民健康保險特約藥局特約要點，使藥局在硬體設備與藥事服務的專業調劑作業上有所提升。

簡言之，臺灣政府透過醫療保險制度的調整使醫藥分業得以推動。在醫藥分業制度的設計上，透過社會醫療保險制度的規範，實施全民健康保險，將全民強制納入保險。並且漸次提升了藥學人力素質以及透過健保特約要點的頒定，使藥局在硬體設備與藥事服務的專業調劑作業上進行專業提升。這符合了社會學制度主義中研究制度的效率、合法與約束性，使行動者與制度之間的相互關係建立在實踐理性的正式規則上。

參、臺灣醫藥分業制度運行

西元1993年立法院修正「藥事法第102條」，明訂出全民健保開辦兩年後，若非偏遠地區或醫療急迫情形，醫師必須釋出調劑權給藥師。換言之，醫師處方不得自行調劑，需由藥師主持之藥局調劑。全民健康保險的推動，對於整體醫療產業產生全面性的影響，隨醫藥分業時程接近，醫師團體意識到藥事法第102條的片面修正將影響其收入以及習以為常的醫療業務進行，遂於西元1997年至1998年間發動至少三次大規模的遊行，抗議醫藥分業的推動。然而，在立法環境尚未健全、醫療產業結構不夠完備、醫師與藥師兩大專業團體對於醫藥分業無法達成共識、以及民眾對於醫藥分業與藥師專業認知不足，以及等因素下，醫藥完全分業在初期無法順利實施。行政院衛生署權衡當時的狀況遂以行政命令的方式推動實施部分醫藥分業，即「醫藥分業雙軌制」。自此，臺灣政府對於醫藥分業之政策亦漸漸明朗化，透過保險給付的管控來鼓勵醫師釋出處方簽。

在保險給付的管控上，全民健保的制度設計，仍然面臨與過去勞保制度的相似問題，諸如院所的藥費成本以及保險給付中間的藥價差、論量計酬的醫療服務導致醫師與醫療

院所為請領更多給付而衍生的不必要醫療行為等等，使醫療院所及醫師仍然可透過藥品費用而獲利，因此大部分診所仍選擇自行聘請藥師在院所內開設門內藥局進行藥品調劑，也因此，由於醫藥分業制度的影響，在此制度下所表徵出的行動者結果造就基層西醫診所開設門內藥局的特殊現象。根據衛生福利部的統計，西元2001年全民健保開辦6年後，處方釋出率僅為約5%(詳見表7)。而長期以來民眾也習慣此看完診即領藥的模式，更形成推動醫藥分業單軌制的阻力。

中央健康保險局為了促進單軌制醫藥分業的實施並增加醫療院所處方釋出率，於西元1999年開始針對給付制度重新設計，其鼓勵健保特約診所釋出處方簽至特約藥局調劑，實施處方簽釋出的診所提高其診療費給付25點，而特約藥局調劑處方的藥事服務費也較診所醫師自行調劑增加21點，較診所自聘藥事人員調劑增加11點(楊文惠、黃松共、楊宜璋，2001)，期待處方釋出率能大幅提升。然而，此種利用費用點數的差別給付制度，卻導致醫師為獲取更高的給付，遂於幕後出資在診所附近成立藥局，聘請藥師主持並申請為健保特約藥局；或是將原設於診所內的藥局遷出至診所外，並登記為健保特約藥局，將診所的處方完全一對一釋出給該藥局，形式上雖符合健保制度所描述的醫藥分業條件，但實質上藥局的經營權與營業收益仍全部或部分由醫師掌握，藥師並無法獨立作業提供專業的藥事服務，此種完全配合的處方釋出型態即俗稱的「門前藥局」便油然而生(楊宗翰，2005)。

根據統計，西元2005年全臺灣約有1061家門前藥局，亦即每三家健保特約藥局中即有一家是以這種假性獨立的門前藥局型態存在，而診所藉由將處方簽釋出至其配合的門前藥局調劑，將可向中央健康保險局多申報「處方釋出費」，而門前藥局則可向健保局申請較高額的「藥事服務費」，由基層診所每年釋出之處方簽約達4500萬張，其中約有95%流入這些「門前藥局」(行政院法務部，2006)。門前藥局的出現，雖然使西元2005年的處方釋出率由9%大幅提升至20.4%，然而因為此假性釋出的醫藥分業衍生出的溢領健保給付也對健保財務形成負擔。中華民國醫師公會全國聯合會及藥師公會全國聯合會雙方歷經多次協商，在西元2005年下旬達成「門前藥局」定義及處理之共識，中央健康保險局亦於當年召開「門前藥局處理相關作業確認會議」(參照健保醫字第 0940060565號函)，對於符合「門前藥局」定義，將其藥事服務費比照診所自聘藥師的給付標準，由32點調降為21點，且將所有特約藥局日藥費由原先3日90點，全面調降為75點，並依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第30條規定，訂定「診所不合理釋出處方型態」

²⁰檔案分析，不支付交付調劑增加的診察費25點(楊孟宗，2006)。經過上述的調降給付點數措施後，使不論是門前藥局或是真正的健保簽約藥局，在沒有「多餘」利潤的誘因下，由醫師主導門前藥局的因素漸漸消除。

表 7 處方釋出率

年份	藥局調劑數(千張)	總處方數(千張)	釋出率
1998	5,334	311,287	1.7%
1999	10,025	322,224	3.1%
2000	12,482	322,224	3.9%
2001	15,307	313,947	4.9%
2002	31,187	317,501	9.8%
2003	45,918	314,849	14.6%
2004	59,955	342,976	17.5%
2005	70,371	345,199	20.4%
2006	64,155	330,043	19.4%
2007	61,856	337,263	18.3%
2008	61,812	341,017	18.1%
2009	65,422	318,006	20.5%

資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計，2010。

由於現階段臺灣政府並不積極推廣醫藥分業對民眾的好處，民眾對於醫藥分業認知不足也尚無法體認醫藥分業的真諦與價值。因此，在醫藥分業制度下，臺灣雖強制立法實施，但卻不似韓國醫藥分業制度訂定的討論過程中，有政府、醫師團體、藥師團體、公民團體等四種不同勢力的介入；臺灣的公民團體並無在醫藥分業制度訂定的討論中有所著墨，而僅有做為新制度主義理論下行動者的醫師、藥師兩團體在制度規則中爭取使自身利益最大化的方案，以及做為制度制定者得政府在行動者之間策略均衡中產出。

綜合上述臺灣的醫藥分業發展，臺灣政府從法令規範的手段進行醫藥分業制度變革，透過全民健保的實施，在運行上能夠隨著時間進行不斷的演進，此種動態延續性與日本的變革與運行類似，即是歷史制度主義中的「路徑依賴」，並能將政策的運行隨著受管制者的行動策略而保有彈性空間使能進行調適與演進，而不是永久僵硬性地保有其最初設計的制度和政策。然而，臺灣醫藥分業的法律雖透過藥事法的修定強制進行完全的醫藥分業，但因醫師法並未同步修法，使得醫、藥兩團體在利潤的生存誘因下，對於「調劑權」仍有所爭議。因此至今基層西醫診所仍大多在其院所內空間設立門內藥局，並聘請藥師專為其院所內之處方進行調劑，這樣的情形仍使醫師間接實際掌握藥品調劑主導

²⁰診所不合理釋出處方型態：中央健保局於西元 2006 年 1 月 1 日起公告實施「診所不合理處方釋出型態」檔案分析不予支付指標與方式，並且針對符合門前藥局定義者規定其不得以特約藥局申報，其認定條件如下：

由非負責藥事人員出資經營之藥局，且符合下列條件之一者：

1. 違反行政院衛生署公告之「藥局設置作業注意事項」者。
2. 藥局接受同一醫療院所之處方，該醫療院所每月釋出處方件數超過 900 張，且 70%交付至該藥局者。
3. 藥局每月調劑件數 70%來自同一特定醫療院所者。

權。而社區診所與藥局也存在一對一的處方釋出與接受的合作模式，患者亦被暗示不至其他藥局調劑其處方簽的狀況，這些現象和問題與日本現行的醫藥分業制度相當類似。現今臺灣政府仍藉由持續推動醫藥分業政策的動態延續性，透過全民健保給付的手段，藉由修改藥費政策以減少藥價差，使能降低或消除藥品價差利潤對於醫師握有藥品調劑權「以藥養醫」的誘因，不因法令的衝突與限制而能回歸真正醫藥分業的精神。

第四節 臺灣基層西醫診所門內藥局行為分析

壹、基層西醫診所以藥養醫行為與門內藥局開設之現象

雖然全民健保的制度是在醫藥分業的基礎下所設計，期望將藥品管理及供應與醫師診療服務分離，破除過去「以藥養醫」的狀況，讓兩種專業互相平衡，使醫師能客觀的評估治療策略，同時也可使健保的藥品支出費用合理化。然而在法規的不完備與矛盾、臺灣社會長期以來藥業政策模糊、醫師與藥師團體均堅持自身利益無法客觀討論而未能取得足夠共識、藥事人員專業素養不均、民眾對於醫藥分業認知不足也尚無法體認醫藥分業的真諦與價值、以及健保制度中，在藥價差的利潤下，藥費仍是醫療系統主要的利潤來源之一等狀況下，目前臺灣多數基層西醫診所，在醫藥分業雙軌制度下仍開設門內藥局。依新制度主義理論的論述基礎，診所醫師是醫藥分業制度的被管制者，亦是利害關係人的行動者，行動者會在制度的限制中進行選擇與回應，診所負責醫師則主導著診所運作系統，亦即診所負責醫師為在醫藥分業制度下，門內藥局制度發展和調適的行動策略的執行者。

目前於全民健保制度的醫療支付現狀下，醫師診療費偏低，醫師的收入已不若以往。實施醫藥分業之前，醫病關係在勞、公、農保時代，對於診察費比較沒有概念，再由於勞、公、農保時期，藥價給付允許醫療院所依進價加成，全民健保開辦後即取消藥費加成給付，雖然在醫師診察費部分作調整，如門診診察費由 120 元調高至 230 元，甚至調整成為以每診次看診人數多寡而以給付點數計算的 220 點到 332 點，但上述的醫療診察費的調整仍未能真實反映醫療項目的合理給付。醫療院所為了維持營運，以藥價差來彌補其他項目給付的不足，因此以藥養醫的形成有其歷史背景，係長期以來醫療費用支付結構不合理所致，加上醫藥分業後，社會又將藥價差污名為藥價黑洞，診所負責醫師為了生存，維持其目標收入，因應全民健保開辦兩年後的強制醫藥分業，除了開辦前幾年

產生診所在隔壁或附近開設門前藥局的現象外，後來直到現在仍存續的診所內聘請藥事人員的門內藥局情形與事實，因此以藥養醫的現象仍舊普遍存在。

雖然前述第三節中門前藥局的因素因保險給付點數的調整而消除，但臺灣全民健保自開辦以來，在財務收支上屢見入不敷出的情形(詳見表 8)，臺灣政府每每透過政策的頒布，用不同的徵收方式以增加保費收入，才使得自西元 2012 年以來健保在財務上才見盈餘。由於此盈餘是透過增加保費來源的收入所得結果，因此，在現階段臺灣健保實施總額預算制度下，關於「門診藥品處方調劑費用」(可分為藥事服務費與日藥費)的給付點數做了一些調整，在一般處方簽的藥事服務費方面，從原先於門前藥局時期的 21 點調升為現今的 33 點(一般健保特約藥局為 48 點)，但在日藥費方面，從原先於門前藥局時期的 75 點調降為現今的 66 點(以簡表計算為基準的一般處方簽)。每張處方簽調劑點數給付從 96 點下降到 81 點，雖給付點數²¹下降，但「門診藥品處方調劑費用」的收入，對大多數診所而言仍存有藥價差而具利潤吸引力。因此，雖然門前藥局的因素消除，但基層西醫診所回歸開設門內藥局的比例卻仍居高不下，也因此從前述表七中可以看到，自西元 2005 年以後處方釋出率均維持在大約 20% 左右。所以，如何提升處方釋出率，以及基層西醫診所門內藥局的發展與調適的分析與研究，對於醫藥分業制度實施的成效好壞實為一重要課題。

表 8 全民健康保險歷年財務收支表

單位：億元

年份/收支	保費收入	保險給付	呆帳	其他收支	安全準備提列	累計餘絀
2005	3,561	3,674	41	90	- 63	15
2006	3,680	3,822	32	171	- 3	12
2007	3,706	4,011	32	200	- 138	- 126
2008	3,849	4,159	31	202	- 140	- 265
2009	3,858	4,348	37	209	- 317	- 582
2010	4,387	4,423	36	258	185	- 397
2011	4,695	4,582	36	265	342	- 55
2012	4,829	4,804	31	272	265	210
2013	5,301	5,021	37	294	536	746
2014	5,451	5,181	38	282	514	1,260
2015	5,722	5,387	40	755	1,050	2,310

資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計，2016。

基本上，門內藥局這種模式在國外雖有些國家並沒有法律強制規定不許，但實務上國外醫學團體希望避免，因為藥事人員受聘於診所醫師，醫師與藥事人員是主、顧關係，藥事人員受薪於醫師，無法很超然獨立的作處方的判讀與調劑，於是診所醫師等於是開

²¹健保給付點數在總額預算制度下轉換成實際給付金額採浮動比例計算機制，但依健保署的歷年統計，每年實際變動不大。平均每一給付點數約轉換成實際給付金額的比例約為 1:0.9。

立處方並間接調劑，此形式的門內藥局某程度的失去了醫藥分業的本意。從臺灣門內藥局係由以藥養醫等脈絡發展而來觀之，目前門內藥局的開設與醫藥互動的主導權都落在診所醫師身上，因而倘若要探究門內藥局的制度問題，診所醫師可說是扮演著關鍵樞紐的角色。



貳、診所醫師的個人特質與設置門內藥局之相關因素


一、醫師提供醫療服務的動機

醫師是開設門內藥局與否的關鍵人物，每位診所負責醫師從醫的想法與動機未必相同，其基於什麼原因會設立門內藥局？都會影響醫師對於完全醫藥分業以及開設門內藥局的看法。一般來說，醫師從醫的動機可分為自利和利他兩種。

1. 自利

自利的醫師可能為了增加自己的利益，而影響對其病患的醫療決策與方式。自利的醫師也可能會在其執行業務時尋找增加收入的機會，或是從收入增加的多寡來評估並選擇其執行醫療的模式。因此，「能否增加收入」便成為自利的醫師對其病患的醫療決策與提供方式一項很重要的因素。經濟學主張有理性的人都希望追求利益，增加收入，以滿足基本的生活需求，奢侈的需求，及社會地位增加的需求，醫師也不例外。雖然有一些經濟學家認為醫師會使其所得極大，但大部分經濟學家認為醫師追求「目標收入」。意即醫師有一個想要達到的目標所得。當外在環境變化時，醫師可用其醫療資訊、設備或醫療程序來誘發病人需求，或透過醫療市場上的壟斷力量直接提高價格，以維持其目標所得的水準 (Pauly, 1980; Sloan, Mitchell, & Cromwell, 1978)。研究顯示，若醫師費減少，為了彌補失去的收入，醫師會想辦法變更或增加其他醫療服務 (Hadley, 1979; Rice, 1983; Schwartz, Martin, & Cooper, 1981)。相反的，若醫師費提高則會減少其他醫療服務的工作負擔 (Fuchs & Kranier, 1972)。改變不同醫療服務的價格，就會引起提供醫療服務內容的改變，使醫師維持其目標收入。所以，若醫師有創造「目標收入」的理念，則容易產生「誘發需求」 (Feldman & Sloan, 1989; Labelle & Stoddart, 1994; Phelps, 1986; Rice & Labelle, 1989) 的現象。綜而言之，基層西醫診所醫師基於自利理由開設門內藥局的主因有下列三項：

- (1) 增加收入：醫師有其「目標收入」，目前健保給付診察費用偏低、點值逐年縮水，再加上醫藥分業法規要求下，開設門內藥局可能成為診所醫師套利的方式。

- 
- (2) 避免收入降低：從病患就是顧客的角度而言，病患若持處方簽至社區藥局調劑領藥或甚而逕自前往其他診所就診而造成病患流失，醫師為了避免來診病患流失，進而減少診所醫師的收入，因此基層西醫診所醫師會考慮開設門內藥局。
- (3) 治療用藥的不洩漏：雖然醫師對於疾病治療處置上有一定的用藥學理與原則，但除非重大或特殊疾病的嚴謹用藥治療原則，大部分的用藥治療仍是藉由不同醫師針對病人的真實疾病情形而有不同的處方給藥。因此，基層西醫診所的醫師仍存在有「獨門秘方」用藥治療的情形存在，使得診所負責醫師在無關「收入」的考量下，為了保有其自身獨特的用藥治療而不外露，診所開設門內藥局亦是其方式之一。

2. 利他

醫學是人類活動中少數「利他」的行為之一，而且「利他」是職業不可或缺的部分，醫師利他動機者主張醫師從醫的關鍵是追求是病人最大的利益，而不是醫師的自利(American Board of Internal Medicine, 1998)。雖然醫師的自利行為會影響醫療服務的內涵提供與方式，但是醫師的執業方式與服務供給常會以成為「病患代理人」自居而非自利，是基於病人的最大利益做為考量，其中包括：醫師為病患的經濟代理人、醫師為病患的臨床代理人、以及醫師提供病患的方便性。在「醫師為病患的經濟代理人」中，病人需要的花費的確影響醫師提供醫療服務的行為，證據顯示醫師會引導病患回診次數與病患的自負額(Rossiter & Wilensky, 1983)，也會以減少開立檢驗或處方的行為來減低病人的部分負擔(Becket & Sloan, 1963; Hoey, Eisenberg, Spitzer, & Thomas, 1992; Loag, Cummings, & Frisof, 1963; Zelnio, 1982)；而「醫師為病患的臨床代理人」中，病患的臨床因素決定了醫師是否安排病患回診及使用病床(Pauly, 1980; Rossiter & Wilensky, 1983; Wilensky & Rossiter, 1983)，也決定了是否開立處方或檢驗(Hoey et al., 1992; Zelnio, 1982)，因此在面對不明的臨床狀況，醫師為了確定診斷，以增進病患的健康，會誘發醫師使用醫療服務(Avom & Sournerai, 1983; Pineault, 1977)，讓醫師能夠提供具有效與品質的醫療，除了是為職業上的誓言，也是為了滿足病人的需要，以便建立他們的執業信譽及未來的收入。最後，在「醫師提供病患的方便性」上，對於開立檢驗、處方及回診，醫師會考慮病患的交通費或是工作時間等的方便性(Eisenberg, 2002)。

因此，從利他動機觀之，醫師在診所內聘請藥事人員開設門內藥局的動機可分為病患的要求、病患的方便性以及病患的醫囑性三項。

- (1) 病患的要求：醫藥分業後，其中仍存在病患僅願意於診所附設門內藥局領藥，而不願

意拿處方簽至其他健保特約藥局領取藥品(尹三元, 1998), 基層西醫診所醫師會考慮自設門內藥局以因應病患的要求。

- (2) 病患的方便性：診所為第一線醫療照護，大多具有非常明顯的病患就醫地域性。為考慮病患的方便，不致增加病患到他處取藥的不便利(特別是老人，小孩)，基層西醫診所醫師會考慮自設門內藥局。
- (3) 病患的醫囑性：由於同一成分的藥品當中有原開發藥及學名藥(已過專利期的同成分藥)兩種可供醫師開立處方或藥師處方調劑做替代選擇，有些醫師為了不使患者的處方簽當中的藥品被其他調劑藥局以替代藥代替，造成病患醫囑順從性不足或影響服藥的效果與信心，基層西醫診所醫師會考慮自設門內藥局。

二、醫師特質

在醫療體系當中，醫師通常扮演主導者的角色。在美國，醫師決定了全部健康耗用資源的 90% (Eisenberg, 2002)，因而醫師的特質可視為基層西醫診所是否開設門內藥局的重要關鍵之一。上述醫師從醫的動機中可以發現，基於目標收入與供給誘發需求理論，當前臺灣降低支付制度有很大可能會改變醫師醫療服務的從醫行為，因而選擇開設門內藥局增加收入。究竟醫師開設診所是以利己還是利他為主要考量，都會影響醫師對於診所開設門內藥局之態度與實施操作之行為。

本研究整理了影響醫師個人特質與其開設診所的主要因素中，發覺醫師本身之治療態度、治療模式及個人藥物使用經驗會受到其基本人口統計變數影響，其中又以醫師的「年齡」、「收入」、以及「專科別」三者最為重要 (Hutchinson & Foley, 1999; Hellinger, 1996)。因此，透過整理醫師個人特質中影響開設診所的主要因素，做為基層西醫診所醫師是否開設門內藥局的研究假設基礎如下三項：

1. 醫師年齡

過往研究顯示醫師對於開立處方或檢驗單等醫療行為，會因為年齡差異，隨其經驗的累積而有所不同，通常年輕醫師檢查開的多但開立住院日醫囑較少(Campbell, 1984; Eisenberg & Nicklin, 1981)。因此，醫師的年齡會影響其醫療行為，亦很有可能會影響其對開設門內藥局的想法。

2. 醫師性別

過往研究顯示，醫師的性別也會影響其從醫領域或醫療行為。相對來說，女性醫師

開的處方與檢驗較多(Cohen, Ferrier, Woodward, & Goldsmith, 1991)，也會擁有比較多女性的患者，其照顧的疾病則多與女性相關疾病有關(Britt, Bhasale, Miles, Meza, Sayer, & Angelis, 1996)。換言之，醫師的性別會影響其從醫領域與醫療行為，同時很有可能會影響其對開設門內藥局的想法。

3. 醫師專科別

醫師專科的選擇反映了與個人的價值觀有關。具有合群特質的醫學生比較會選擇「以人為導向」的專科，亦即為直接照顧病人的醫師，如家醫科、一般內科，一般小兒科；而比較不具合群特質者，則比較會選擇「以技術為導向」的專科，亦即為不太需要與人接觸的科別，如麻醉科、病理科、放射科；具有經濟特質的醫學生比較期望高收入。另外，在診斷開立處方的行為上，如內科及家醫科醫師會較多於其他科別的醫師(Eisenberg & Nicklin, 1981)。因此，醫師的專科別之差異很有可能對其開設門內藥局的有所影響。

參、診所的機構效益特性與設置門內藥局之相關因素

一、保險給付制度影響醫師行為

病患因疾病就診通常先需要經醫師診斷與建議然後才接受治療，亦即醫療過程中醫師扮演了雙重角色，一方面醫師是病患的諮詢者提供各種診斷資訊；另一方面醫師也是病患的醫療照顧提供者。醫師不僅影響醫療的供給面，同時也影響醫療的需求面，因此醫師常面臨到病患利益與醫師利益的衝突情況。然而病患利益至上，為防止醫師誘發需求的現象發生，保險機構或政府制定政策上，通常均由醫療支付制度著手，因而有疾病診斷關係群 (Diagnosis Related Group, DRG) 或其他將成本風險轉醫療提供者的方法如論人計酬制、總額預算制等前瞻式付費方式(prospective payment system, PPS)的產生。

國外的研究發現支付制度會影響醫師提供醫療服務的行為，而財務誘因則是其中最主要的因素，通常降低醫師支付費用會導致服務量增加(Rice, 1984)，給予醫師財務誘因亦會使病人的平均住院日降低(Sims, Cabral, Daley, & Alfano, 1984)。此外，一項對醫學中心的小兒科醫師給予論量計酬(fee for service)與固定薪資(salary)兩種支付制度的比較研究，結果發現給予論量計酬支付制度的醫師較固定薪資支付制度的醫師，其診療人次顯著多(Hickson, Altemeier, & Perrin, 1987)。研究亦發現控制醫療費用支出不但不能減少醫療需求，也會降低醫療服務的數量和品質(Feldman & Sloan, 1988)。因此，某些經濟誘因及醫療機構的組織型態會影響醫師行為(Hillman, Pauly, & Kerstein, 1989)。再者，另

有研究指出美國通過綜合預算法案對 Medicare 採用新的費用標準，導致支付率降低，而服務量反而增加(Hogan, 1992)。一項比較婦產科病患中，採論量計酬與論人計酬不同支付制度，發現醫師選擇醫療行為上，論人計酬比論量計酬在手術上有 15% 的差異(Ransom, 1996)，對基層診所醫師而言，論量計酬的支付制度會導致更多的就醫檢查及治療的服務。

國內實證研究亦指出，相較於之前論量計酬，論病例計酬制度實施後，住院日數與醫療總費用有下降的趨勢，但在醫療費用結構中之藥費卻有不盡相同之結果(Chen, Liu, & Huang, 2000)。例如一項研究痔瘡切除術在實施論病例計酬制後醫療費用變化情況，發現相較於之前論量計酬制，論病例計酬制平均醫療費用下降，但藥費、手術費、麻醉費卻上升(錢慶文、黃三桂，2000)。除此，在一項研究西元 1997 至 1998 年泌尿道手術的患者，發現論病例計酬的患者的住院日數及住院的費用明顯少於未論病計酬時的患者(Chang, Wang, Huang, Hsieh, Tsui, & Lai, 1999)。也有一項研究探討陰道分娩病例在實施論病例計酬制後醫療費用變化情形，結果發現醫師為了讓產婦儘早出院而更改開藥行為，致使藥費上升 21.32%(莊逸洲、陳怡如、史麗珠、陳理，1999)。其他針對研究論病例計酬制度對鼻中隔鼻道成形手術病患醫療資源利用之影響，亦發現平均住院日顯著減少，且住院費用亦顯著減少(莊世杰、黃維民、林秀美、袁本治，2004)。顯見保險給付制度牽動著醫療機構與醫師的收入，保險給付制度的改變，醫師行為亦會改變。

二、利潤與效用影響醫療機構的設立與服務的提供

在經濟學說中，一般討論供給行為時，都是假設廠商追求最大利潤。但「追求最大利潤」是否適用於醫療服務產業則受到相當程度的爭議，主要是因為醫療機構被視為非營利組織或事業，因此在健康經濟學上，一般醫療機構的設立與服務的提供可歸納成利潤極大化、效用極大化、成長極大化以及醫師控制等四種如下模式。

1. 利潤極大化模式(Profit Maximizing Model)

利潤極大化模式的假設是醫院無論是否為營利或非營利，其行為皆相同，同樣追求最大利潤，但唯一不同點，在於非營利醫院盈餘必須回饋於社會(Feldstein, 1971)。此利潤極大化在健康經濟學中，當邊際成本(marginal cost, MC)等於邊際收益(marginal revenue, MR) 時，所得到的數量及需求曲線上所對應的價格，即為達到利潤最大化的最適價格及數量。醫院在追求利潤極大化下，當需求增加或是價格彈性低時，醫院會提高價格，以求得利潤。醫院的供給行為會儘量降低其生產成本，增加獲得利潤較高的設備與服務。



2. 效用極大化模式(Utility-Maximizing Model)

醫院經營行為的決策者是醫院的管理部門與非營利組織的董事，對於這些決策者的行為假設，除了針對非營利機構必須回饋社會之外，還要完成對病人完整的醫療服務。此模式認為醫院的管理部門會促使醫院達到效用極大化，效用包括醫院所提供的服務量與醫療品質的提昇。此「質-量」的行為模式上，在短期內醫院會透過價格與營收策略去尋求最大利益，藉由增加生產力、節省技術成本、投資設備及增加服務量來獲取利潤，而決策者會考慮邊際效用以決定增加服務量或是提高醫療品質，結果會在服務量與品質間求平衡並加以最大化(Feldstein, 1971)。

3. 成長極大化模式(Growth-Maximizing Model)

影響醫療機構成長的因素可以有：機構大小與醫療服務的複雜度；醫師數與醫師名聲；教學研究的程度與服務量；以及總收入多寡等四項(Saltmon & Young, 1983)。由於醫師是決定醫院成長的重要角色，因此各醫療機構會引進先進的設備及提供更好的待遇福利來吸引醫師的加入(Rosko & Broyles, 1987)，用以取得醫療機構成長極大化。

4. 醫師控制模式(Physician-Control Model)

醫師控制模式理論是假設醫療機構內的醫師控制了醫院，因此醫師所追求的預期目標會反應在醫療機構的決策上(Feldstein, 1998)。醫師是病患代理人，也是組織內主要的獲利者，在醫師控制模式理論下，醫師希望治療病人的同時，還能增加自己的收入。

綜合上述，追求效用與利潤極大化常常是醫療機構設立的目標。對醫師個人來說，若其中會對醫師帶來正效用的因素，如收入穩定或增加(Brown, 1993; Kazanjian & Pagliccia, 1996)，會因增加醫師的收益而產生正效用，所以也會促使醫師透過醫療機構提供更多項或多元的醫療服務而增加進入市場的意願。反之，會帶來負效用的因素，如執業成本或聘雇人員薪資等要素(Brown, 1993; Lowell-Smith, 1993)，若增加則會使負效用增加或正效用降低。所以對醫師而言，只有在其淨效用為正時，才有意願設立診所執業或提供更多項或多元的醫療服務。

綜言之，保險給付制度牽動著醫療機構與醫師的收入，因此會影響醫師是否開設診所的意願；利潤與效用的極大化也會影響醫師是否開設診所。所以，觀察基層西醫診所在保險給付制度的利潤與效用的相關特徵，將可反映出醫師是否開設診所的動機行為。相應於全民健保制度對醫療機構的保險給付項目中，有關於利潤與效用的因素在基層西

醫診所的機構特性為：平均每月門診量、平均每件醫療費用、平均每件門診處方簽藥品費用等因素，這些皆是會影響到醫師是否開設基層西醫診所的條件因素。因此，透過整理基層西醫診所的機構效益特性中影響開設診所的條件因素，做為基層西醫診所醫師是否開設門內藥局的研究假設基礎。

肆、診所的社會人口環境因素與設置門內藥局之相關因素

除了醫師的個人特質與診所的機構效益特性會對開設門內藥局與否有所影響外，社會人口特徵的外部環境因素亦會影響醫師開設診所的行為，進而影響門內藥局的設置。許多研究顯示，富有、良好教養的地方、具醫師訓練計畫、及氣候良好的地方會吸引醫師的執業地點選擇 (Ernst & Yett, 1985; Hurley, 1991)。除此，執業地點也會選擇在其曾經接觸(例如：從小長大的地方)過的地點或城鎮。也有許多研究顯示一般科醫師及專科醫師執業的地點選擇不同(Burfield, Hough & Marder, 1986; Ernst & Yett, 1985; Seifer, Vranizan & Grumbach, 1995)，例如一般科醫師或家庭醫學科醫師比專科醫師較喜歡在鄉下地區開業(Ernst & Yett, 1985; Frenzen, 1991; Newhouse, Williams, Bennett, & Schwartz, 1982)。另外，執業的地點若與醫院相近或是取得(或租到)辦公室的機會較大，則愈較具吸引醫師執業地的選擇 (Doan, 2002)。

除此，會影響醫師執業地點選擇的因素主要為「收入」以及「地點人口數」的多寡 (Lennon & Sharples, 1979)，通常醫師的選擇會因都市地區人口規模較大，能夠提供較多的醫師在此執業而優先進入此市場，只有當其收入已無法滿足下一位醫師的進入，此時新醫師才會進入另一個市場執業，因此造成鄉村與都市醫師數的分配有相當的差距 (Newhouse et al., 1982)。除此，「醫師是否有專業支持」(Kazanjian & Pagliccia, 1996)，以及「執業成本」(Lowell-Smith, 1993)也是影響醫師在何處開設診所的重要因素。更有研究顯示，「人口距離」也會影響到醫師執業地點的選擇(Newhouse et al., 1982)。在人口密度高的地區，能滿足一家新診所的市場規模，不需要包含很長的距離範圍，相對來說，人口密度低的地區，在民眾能忍受的移動距離內，可能無法達到滿足增加新診所的市場規模。換言之，地區診所密度也是影響醫師開設基層診所的因素之一。因此，從上述我們可知，基層診所的社會人口環境因素反映了醫師開設診所的選擇。透過影響醫師開設診所選擇的社會人口特徵外部環境因素，做為本研究中醫師選擇是否開設診所門內藥局的影響因素基礎，綜括上述各項因素，可分成「診所的所在地區」以及「地區的診所密度」兩項因素最為重要。

第三章 研究方法



第一節 研究設計與方法

本研究在研究設計上，將以全民健康保險政策實施後為時間點作為分析基準，從醫藥分業制度的行動者表徵來探討基層西醫診所門內藥局的發展與調適。所採用的研究方法包括「文獻分析法」、「比較與歸納法」與「量化統計分析法」。其中，先透過「文獻分析法」與「比較與歸納法」進行質性分析，建立世界主要國家醫藥分業制度之比較，再透過「量化統計分析法」來觀視全民健保實施後，國內基層西醫診所成立門內藥局的現象，進而反思全民健康保險政策實施後的醫藥分業制度的施行，對於基層西醫診所門內藥局的發展與調適。詳細內容說明如下：

壹、質化統計分析方法 Qualitative Analysis

一、文獻分析法 Documentary Analysis

文獻分析法是尋求歷史資料，檢視歷史紀錄並客觀地分析、評鑑這些資料的一種研究方法。當研究者對於歷史資料進行蒐集、檢驗與分析後，便可以從了解、重建過去所獲致的結論中，解釋社會現象的現況，甚至預測將來之發展以及作為計劃策略的調適(葉至誠，2000)。文獻回顧係針對某一主題，有系統的查詢相關資料後，經由閱讀整合後，從而寫出研究者對文獻的看法與批評(林淑馨，2013)。除此，在文獻回顧的類型中，歷史回顧是追溯與顯示某個特殊議題或理論如何經歷不同時期的變遷，以及如何從單一概念發展成全面性的思想觀念，藉此了解某項議題從過去到現在相關理論的演變過程且能加強研究深度。

當符合研究主旨與可提供解答的文獻蒐集、檢證完畢後，接下來便是重要的分析工作。文獻分析法的應用具有幾項特點，包括：其研究的事件與使用的資料是過去的紀錄與遺跡；是一種間接而非直接的觀察；分析的結果可用以解釋現況以及預測未來(葉至誠，2000)。有鑑於本研究期盼能從歷史文獻資料中，探究各國醫藥分業制度的動態變遷過程，因此亦在文獻資料分析中輔以時間序列及傾向，將動態與靜態的研究向度整合，以求更為深入且細緻的剖析。

二、比較與歸納法 Comparative Analysis

人類知識是經由累積而得，透過科學工具的運用進行研究乃是研究形成的重要過程。在各種研究方法當中，比較分析的研究主要在了解不同的文化、民族、國家的特質，並從差異中尋找相同之處加以比較，亦即透過比較與歸納法的研究來發現定律或類似型態。其中，最先開始運用比較與歸納研究方法的是歷史比較研究法，此研究方法是針對過去所發生的事實真相，藉由各種歷史資料的分析與解釋，建構出過去史實的脈絡與架構，以了解過去事件發生的整體過程，亦即將歷史時間與跨文化的變異，把研究對象放進文化的脈絡當中，從而進行觀察研究的一種方法(張紹勳，2000; Lawrence, 2000)。

本文論述的比較與歸納法乃結合文獻分析法，經由歷史沿革的文獻資料進行收集整理，並應用比較分析之操作方式做為比較依據來進行分析、歸納與討論，是以質性研究的方法學來探討，除了詳述臺灣醫藥分業的發展歷程，亦針對日本、韓國、與美國等三個國家的醫藥分業發展進程中的歷史背景、法規政策、藥學教育、保險制度等各不同角度，以文獻回顧的方式將上述不同國家進行質性分析比較，嘗試從「制度變革」、「制度設計」以及「制度運行」等三個不同面向要素，勾勒歸納出主要國家在醫藥分業制度上的異同與優缺點，從而與臺灣醫藥分業的現況與制度上的優缺點進行比較分析，進而針對現行臺灣醫藥分業制度發展所面臨的問題找尋他山之石，以作為基層西醫診所開設門內藥局的發展與調適之參考。

貳、量化統計分析方法 Quantitative Analysis

本研究將透過全民健康保險資料庫 (National health insurance research database, NHIRD) 中的資料，針對基層西醫診所在全民健康保險政策實施後開設門內藥局的現象進行自西元1999年到西元2010年的完整12年資料分析。

全民健康保險資料庫分析目前可謂是醫學領域的顯學，在PubMed搜尋「NHIRD」的關鍵字，可發現自西元2012年後每年至有200-300篇的文章被刊登，並且速度仍在增加當中。本研究以基層西醫診所開設門內藥局的情形做為醫藥分業制度下之行動表徵，觀其在全民健康保險實施後基層西醫診所開設門內藥局的行為，以其發展與調適做為醫藥分業於臺灣實施過程中的重要參考。而在分析方法上，本研究將採用以定基百分比與環比變動成長率做為門內藥局發展趨勢分析的基礎，加上針對各假設的自變項進行皮爾森卡方檢定來探討各假設對基層西醫診所是否開設門內藥局的關聯度高低，最後並用多元邏輯斯迴歸分析使能針對門內藥局之發展進行預測(陳正昌、程炳林、陳新豐、劉子鍵，

2003)。上述量化統計分析方法的相關概念詳述如下：



一、趨勢分析 Trend Analysis

本研究的趨勢分析以經濟學所常用的定基比與環比變動成長率進行。

定基比是報告期水平與某一固定時期水平之比，表明這種現象在較長時期內總的發展速度，亦即定基比=(本期的某個指標值-某一固定時期指標值)/某一固定時期指標值*100%。環比表示本次統計段與相連的上次統計段之間的比較。環比變動成長率，一般是指和上期相比較的成長率，亦即環比變動成長率=(本期的某個指標值-上一期這個指標值)/上一期這個指標值*100%。

二、皮爾森卡方檢定 Pearson's Chi-square test (χ^2 test)

皮爾森卡方檢定適用於探討兩個類別變數的相關程度，在進行統計分析時，通常採用列聯表(contingency table)以計次方式呈現類別尺度資料。因此，卡方檢定是一種用以處理分類並計次資料的類別變數檢定統計方法，通常是以觀察次數 (observed frequency, O) 及期望次數 (expected frequency, E) 的比較來進行檢定，將所有類別之 $(O - E)^2 / E$ 加總，即算得檢定用的統計量 χ^2 值。再依自由度與顯著水準的要求對照「卡方分佈表」，以判定 χ^2 值是否落於拒絕區域。

三、多元邏輯斯迴歸分析 Multinomial Logistic Regression Model

多元邏輯斯迴歸分析是透過非線性的函數(Logit函數)，去估算我們感興趣的參數值。本研究於實證模型上將透過多元邏輯斯迴歸分析模型加以檢測基層西醫診所中的醫師個人特質、診所機構效應與外部環境等三大類八個假設的自變項(X)對是否開設門內藥局的依變項(Y)有顯著影響。茲將多元邏輯斯迴歸分析模型介紹如下所示。

$$\text{Log} \left(\frac{\pi_j}{\pi_J} \right) = \alpha + \sum_{i=1}^K \beta_i R_i + \varepsilon$$

其中， α 為常數項； β_i 為各研究假設變數之參數係數； R_i 為各研究假設變數， $i=1,2,\dots,8$ ； R_1 為醫師性別研究假設變數、 R_2 為醫師年齡研究假設變數、 R_3 為醫師專科別研究假設變數、 R_4 為平均每月門診量研究假設變數、 R_5 為平均每件醫療費用研究假設變數、 R_6 為平均每件門診處方簽藥品費用研究假設變數、 R_7 為地區診所密度研究假設變數、 R_8 為診所所在地區分局別研究假設變數。

其中， π_j = 第j開設門內藥局的發生機率， $j=0、1、2...8$ ， $J=9$ 。 $j=0$ （醫師性別）， $j=1$ （醫師年齡）， $j=2$ （醫師專科別）， $j=3$ （平均每月門診量）， $j=4$ （平均每件醫療費用）， $j=5$ （平均每件門診處方簽藥品費用）， $j=6$ （地區診所密度）， $j=7$ （診所所在地區分局別）。

由於本研究欲偵測出可作為區別基層西醫診所開設門內藥局之影響因素，故以比較醫師性別-開設門內藥局、醫師年齡-開設門內藥局、醫師專科別-開設門內藥局、平均每月門診量-開設門內藥局、平均每件醫療費用-開設門內藥局、平均每件門診處方簽藥品費用-開設門內藥局、診所所在地區-開設門內藥局及地區診所密度-開設門內藥局間是否具有顯著差異。此多元邏輯斯迴歸模式係參考Agresti (1996) 加以修改而成，並以SPSS 22.0軟體進行分析。

第二節 研究架構與模式設定

壹、研究架構

從新制度主義理論的文獻探討中我們知道，制度和行動者間的關係，是使行動者處於一個「在限制中進行選擇」的狀態，可以透過對制度性質與實徵資料的分析，理解制度對行動者的作用。行動者實現目標的手段是策略性的，會在制度規則中選出使自身利益最大化的方案，而結果就在行動者之間策略均衡中產出。因此，本研究將基層西醫診所設置門內藥局作為醫藥分業制度分析要素的行動策略，此行動策略便是醫藥分業制度所呈現的表徵和觀察對象，從新制度主義理論基礎中，作為本研究的主要架構。

在醫藥分業的制度分析上，本研究將從世界各國醫藥分業的制度的發展進行分析討論並與臺灣比較。從第二章針對日、韓、美等三個國家對於醫藥分業制度的形成探討的文獻中可以發現，在新制度主義理論有關社會學制度主義、歷史制度主義與理性選擇制度主義的論述基礎上，我們可歸納出「制度變革」、「制度設計」以及「制度運行」等三個不同制度面向要素，作為分析臺灣醫藥分業發展的結構要素。其中「制度變革」便是新制度主義理論中的管制者，由政府制訂規範，動員集體行動者的加入制度的革新；而「制度設計」就是由制度管制者對受管制者所依據規制而擬定的執行設計與方法；再者，「制度運行」乃是被管制者在制度規範下，各行動者(利害關係人)以利己主義所追求的利益效用的最大化下所實踐理性的結果。亦即基層西醫診所設置門內藥局是為醫藥分業

制度的變革與設計下的制度運行。

對於基層西醫診所設置門內藥局的行動策略上，診所負責醫師為扮演關鍵樞紐的角色，故本研究彙整影響醫師選擇醫療行為與環境因素之相關文獻與資料，藉以了解是什麼樣的因素影響診所開設門內藥局，並將相關因素分為「內部行為」(基層西醫診所設置門內藥局行動表徵)與「外部環境」(臺灣社會人口特徵差異)等兩大因素作為探討的基礎。其中，「內部行為」因素主要受到「醫師個人特質」與「診所的機構效益特性」所影響，而「外部環境」因素主要受到社會人口特徵所影響。由診所醫師的個人特質、診所的機構效益特性、以及國內社會人口特徵等三個結構要素，透過醫藥分業制度的文獻探討與比較，加上全民健康保險實施後針對基層診所保險給付的次級統計資料來解釋在世界各國醫藥分業發展下，臺灣基層診所門內藥局的發展與調整。從第二章的文獻探討中可以發現，上述三個結構要素具體來說，個人特質包含了：負責醫師性別、負責醫師年齡、負責醫師專科別；基層診所的機構效益特性包含了：平均每月門診量、平均每件醫療費用、以及平均每件門診處方簽藥品費用；而基層診所的社會人口特徵因素則包含了：地區診所密度(每十萬人口之診所家數) 以及診所所在地區分局別等兩項。

總合上述，本研究架構如圖2所示。理論基礎主要以新制度主義理論觀點為主體，透過醫藥分業政策制度加以歸納分析。



圖 2 研究架構

貳、研究模式設定

一、內部行為：基層西醫診所門內藥局行動表徵之模式設定

本研究中，基層西醫診所門內藥局行動表徵包含了醫師個人特質以及基層西醫診所機構效益特性兩者，以此兩者所涉及的解釋變項為自變項，而以基層西醫診所開設門內藥局與否為依變項。亦即將基層西醫診所開設門內藥局操作為虛擬變數，分成1和0兩組，1為診所有設立門內藥局，0則為診所無設立門內藥局，並假設各自變項之間均為獨立自變項，彼此間獨立而不相互影響。

1. 醫師個人特質

醫師的個人特質包含基層西醫診所負責醫師性別、負責醫師年齡、負責醫師專科別等三項，操作方法如下所述：

(1) 負責醫師性別：負責醫師之性別以類別變數操作，以男性為1，女性為0

(2) 負責醫師年齡：負責醫師之年齡以連續變數操作

(3) 負責醫師專科別：負責醫師專科別以類別變數操作，初步分為

A 家庭醫學科

B 內科

C 小兒科

D 婦產科

E 耳鼻喉科

F 外科

G 眼科

H 骨科

I 腎臟科

J 皮膚科

K 復健科

L 其他專科：含泌尿科、神經科、精神科，麻醉科，放射科，核醫科，急診科，職醫科...等

2. 基層西醫診所機構效益特性

基層西醫診所的機構效益包含平均每月門診量、平均每件醫療費用、平均每件門診處方簽藥品費用等三項，具體操作如下：

- (1) 平均每月門診量：平均每月門診量以連續變數操作
- (2) 平均每件醫療費用：平均每件醫療費用以連續變數操作
- (3) 平均每件門診處方簽藥品費用：平均每件門診處方簽藥品費用以連續變數操作

因此，具體來說，在內部行為的模式中，本研究共有以下六個研究假設：

假設一：基層西醫診所負責醫師性別不同，開設門內藥局的比率不同

假設二：基層西醫診所負責醫師年齡不同，開設門內藥局的比率不同

假設三：基層西醫診所負責醫師專科別不同，開設門內藥局的比率不同

假設四：基層西醫診所平均每月門診量不同，開設門內藥局的比率不同

假設五：基層西醫診所平均每件醫療費用不同，開設門內藥局的比率不同

假設六：基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用不同，開設門內藥局的比率不同

二、外部環境：臺灣社會人口特徵之模式設定

本研究中，外部環境因素則為基層西醫診所主要指涉臺灣社會人口特徵因素，包含診所所在地區(分成縣市別與鄉鎮別)、地區診所密度(每十萬人口之診所家數)等兩大因素。在實務上而言，隨著外部環境因素有所差異，基層西醫診所從新制度主義的行動者角度來看，對制度面向的變革所因應的方式也會有所不同，因此，本研究主張外部環境因素將會影響基層西醫診所開設門內藥局與否。具體操作方法如下所述：

1. 地區診所密度：診所密度以連續變數操作，係為所在區每十萬人口之診所家數。
2. 所在地區分局別：所在地區分局別以類別變數操作，所在地區是根據健保資料庫譯碼簿的第二部分：代碼說明的『地區代碼、名稱、分局及郵遞區號 B-13』以分局

別為範圍定義基礎。

因此，具體來說，在外部環境的模式中，本研究共有以下兩個研究假設：

假設七：所在地區基層西醫診所密度不同，開設門內藥局的比率不同

假設八：基層西醫診所的所在地區分局別不同，開設門內藥局的比率不同

其中，本研究所指的「基層西醫診所」係指登錄於行政院衛生福利部醫療院所分級的『基層西醫診所』，並不包含基層中醫診所及牙科診所。



第三節 資料來源與資料處理

壹、資料來源

本研究係擷取西元1999年至西元2010年中央健康保險署全民健康保險研究資料庫之統計內容。包括：譯碼簿之資料描述及代碼說明、醫事機構基本資料檔、門診費用申請總表主檔、特約藥局處方及調劑明細檔、醫事機構基本資料檔、醫事人員基本資料檔等相關資料。資料變項內容如下：

一、譯碼簿之資料描述及代碼說明

取得資料庫連結關係

二、醫事機構基本資料檔

取得醫事機構代號、特約類別、評鑑等級、型態別、縣市區碼、負責醫師 ID。

三、門診處方及治療明細檔

取得費用年月、醫事機構代號、藥師代號。

四、門診費用申請總表主檔

取得醫事機構代號、費用年月、件數總計、申報點數總計。

五、醫事人員基本資料檔

取得醫師之醫事人員身分證號、出生年月、性別。

六、專科醫師證書主檔

取得醫事人員身分證號、專科醫師科別、生效起日、生效迄日。

七、特約藥局處方及調劑明細檔

取得費用年月、醫院代號、原處方醫事機構代號、申請點數。

八、內政部戶政司鄉鎮戶數及人口數

於中華民國統計資料網取得西元1999年至西元2010年各縣市的人口統計。

貳、資料處理

一、各檔案的前處理及資料準備

選取西元1999年1月至西元2010年12月範圍之全國健保申報次級資料，做為分析假設一~六與假設八的資料前處理及準備。

1. 基層西醫診所所有無開設門內藥局的資料篩檢

將門診處方及治療明細檔以醫事機構代號、費用年月合併分群，計算各醫事機構在各年月，欄位藥師代號有值的數量，該數量大於零即該基層醫事機構在該年月有聘藥師，篩檢出聘有藥師和沒聘藥師的醫事機構。

2. 醫師個人特質的資料篩檢

醫事人員基本資料檔以醫事人員身分證號合併分群，並修正明顯錯誤生日及性別。再取專科醫師證書主檔以醫師代號和年度合併並排除無效證書，且記錄在生效起日和生效迄日之外者予以移除。


3. 基層西醫診所機構效益特性的資料篩檢

門診費用申請總表主檔以醫事機構代號，費用年月合併分群，加總欄位件數總計和申報點數總計。另外，將特約藥局處方及調劑明細檔以原處方醫事機構代號和費用年月合併分群，計算原處方醫事機構在該年月費用與件數。

二、各檔案的連結

使用前述分群後的資料，將醫事機構基本資料檔選取基層西醫診所，取得各年度的基層西醫診所的醫事機構代號。



- 
1. 將取得的各年度基層西醫診所的醫事機構代號，連結門診處方及治療明細檔，取得負責醫師ID、負責醫師性別、分局別。
 2. 將各年度的基層西醫診所的醫事機構代號，以負責醫師ID，連結專科醫師證書主檔，取得負責醫師專科別。
 3. 將各年度的基層西醫診所的醫事機構代號，連結門診費用申請總表主檔，取得各年月門診量和申報醫療費用，扣除申報案件件數為零的記錄，再計算求得平均每件申報的醫療費用。
 4. 將各年度的基層西醫診所的醫事機構代號，連結特約藥局處方及調劑明細檔，取得平均每件門診處方簽藥品費用。
 5. 將各年度的基層西醫診所以所在地區分群，計算各所在地區的診所數量，以縣市鄉鎮連結中華民國統計資訊網站取得的歷年各縣市人口，計算診所密度(詳見附錄表一)。

三、各項測量定義

1. 基層西醫診所定義

依據健保資料庫譯碼簿的「第二部分：代碼說明」的「權屬別及型態別其代號與名稱，將基層西醫診所定義為：醫事機構基本資料檔中的資料年度為西元 1999 年至西元 2010 年期間，且權屬別為私立診所 (HOSB_ID 的後2碼為35)，且特約類別為基層院所 (HOSP_CONT_TYPE為4)，且型態別為專科診所、一般診所、特殊科診所 (HOSP_TYPE_ID 為 07 或 08 或 09)，且評鑑等級為其他/基層診所 (HOSP_GRAD_ID 為99)。

2. 門內藥局定義

依據健保資料庫譯碼簿的「第一部分：檔案格式及資料描述」中的「門診處方及治療明細檔」的欄位「藥師代號」(PHAR_ID)之資料描述『已轉碼。調劑藥師之國民身分證統一編號，外籍居留證號，左靠不足補空白。診所聘有藥師本欄為必要欄位，否則留空白』。將門診處方及治療明細檔，以醫事機構和年月分群，計算各醫事機構在各年月的門診處方及治療明細檔中，藥師代號欄位有值者的數目，若該數目

大於零，則設定醫事機構代號所對應之醫事機構在該年月聘有藥師，即有開設門內藥局；若該數目等於零，則設定醫事機構代號所對應之醫事機構在該年月沒聘藥師，即沒開設門內藥局。



3. 門內藥局比例定義

將門診處方及治療明細檔，以醫事機構和年月分群，計算各醫事機構在各年月的門診處方及治療明細檔，得到有開門內藥局及沒開門內藥局的數目後，將兩者的數字加總。再將有開門內藥局的數字除以總和，即為門內藥局比例。若是以年度為單位，則以年為區間，加總區間內各年月資料。

4. 負責醫師專科別定義

依據健保資料庫譯碼簿「第二部分：代碼說明」的「專科醫師代號、科別」，為醫師的專科別：如家庭醫學科、內科、小兒科、婦產科、耳鼻喉科、外科等。若負責醫師有多張專科證書，則在不同專科都計算，例如若有一醫師同時有家庭醫學科和內科證書，則家庭醫學科和內科都各計一筆。若有無法對應至譯碼簿專科別代碼者視為無效記錄，予以移除，如 419, 420, A0199, A2020, A4200, A8800, A9900等。

5. 門內藥局設置率定義

基層西醫診所以各分類變項分組後，該組中有設門內藥局家數除以該組所有家數。

6. 診所密度定義

以各縣市之基層西醫診所數量，除以中華民國統計資訊網查詢「醫療院所家數-年」所得西元1999年至西元2010年間之各縣市人口數。單位為每十萬人口數的基層西醫診所數目。

7. 平均每月門診量定義

在各檔案的前處理及資料準備後，以門診費用申請總表主檔以醫事機構代號，費用年月合併分群後的資料，計算該費用年月中的件數總計，為一筆觀察值。

8. 平均每件醫療費用定義

在各檔案的前處理及資料準備後，門診費用申請總表主檔以醫事機構代號，費用年月合併分群後的資料，再以該費用年月的申報點數總計除以件數總計，計算該費用

年月的平均每件醫療費用，為一筆觀察值。

9. 門診處方及治療明細檔件數定義

在各檔案的前處理及資料準備之門診處方及治療明細檔，以醫事機構代號、費用年月合併分群後，計算該醫事機構代號在該費用年月的門診處方及治療明細檔觀察值件數，計為該醫事機構在該費用年月的件數。

10. 平均每件門診處方簽藥品費用定義

將門診處方及治療明細檔，以處方醫事機構代號和費用年月合併分群，計算處方醫事機構在該年月、且用藥明細點數小計 (DRUG_AMT) 非零的用藥明細點數小計總和與件數，再以該醫事機構於該年月用藥明細點數小計總和除以件數。為該醫事機構在該費用年月之平均每件門診處方簽藥品費用。

第四節 資料分析

壹、 描述性統計

一、 基層西醫診所類別變項描述

本研究中的類別變項一共有三項，包括(1)「負責醫師性別」為女性或男性及其百分比；(2)「負責醫師專科別」為家庭醫學科、內科、小兒科、婦產科、耳鼻喉科、外科、眼科、骨科、腎臟科、皮膚科、復健科及其他專科，其他專科為佔百分比不足1%之科別的合併計算；(3)「基層西醫診所所在地區」為譯碼簿B-13~B-25所述之區域代碼及其對應之名稱、分局別、郵遞區號，譯碼簿中共有長度2至4碼的區域代碼422個，實際使用長度為4碼中的336個。

二、 基層西醫診所連續變項描述

本研究中的連續變項一共有五項，包括(1)「負責醫師年齡」、(2)「平均每月門診量」、(3)「平均每件醫療費用」、(4)「平均每件門診處方簽藥品費用」與(5)「地區診所密度」等五項。分別整理出各變項的平均值(AVG)，標準差(STD)，最小值(MIN)，第一個四分位數(Q1)，中位數(MD)，第三個四分位數(Q3)，最大值(MAX)，以及樣本數。



貳、 推論性統計

一、 趨勢分析

本研究於研究假設變項中是從健保資料庫所截取出的次集資料中，將以每年度最後一個月份(每年的十二月)為該年度的分析資料，並以此資料作為定基比與環比變動成長率的計算基礎進行趨勢分析。

1. 定基比：以西元1999年為計算基礎，將各年度(西元2000-2010年)相對應於西元1999年，從健保資料庫的次集資料中計算出各研究假設變項的定基比並列表。
2. 環比變動成長率：從健保資料庫的次集資料中，計算出各研究假設變項的環比變動成長率並列表。

二、 卡方檢定

以上述有開設門內藥局之基層西醫診所定義：基層西醫診所連結「門診處方及治療明細檔」，其藥師代號有值之資料筆數大於零者，使用Chi-square tests，檢定基層西醫診所是否開設門內藥局針對下列是否有統計上的顯著關聯性：

1. 基層西醫診所負責醫師特質與開設門內藥局之關係。包括：負責醫師性別、負責醫師年齡、負責醫師專科別。
2. 基層西醫診所機構效益特性與開設門內藥局之關係。包括：平均每月門診量、平均每件醫療費用、以及平均每件門診處方簽藥品費用。
3. 社會人口差異特徵與設置門內藥局之關係。包括診所密度與地區分局別。

三、 多元邏輯斯迴歸分析

以上述有開設門內藥局之基層西醫診所定義，分別將負責醫師的性別、負責醫師的年齡、負責醫師的專科別、平均每月門診量、平均每件醫療費用、平均每件門診處方簽藥品費用、地區診所密度以及診所所在地區等八項研究假設當作自變項，再將開設門內藥局當作依變項，利用多元邏輯斯迴歸分析進行各自變項對於基層西醫診所開設門內藥局的勝算比以及是否具有統計上的差異。

第四章 研究結果



第一節 基層西醫診所與門內藥局發展之趨勢分析

健保制度實施後，在西元1999-2010年之間，基層西醫診所的家數由7653家增加到9136家，成長19.4%。表9的資料說明，整體基層西醫診所的歷年成長率變動上，除了西元2000年是負成長(-0.6%)之外，從西元2002年開始約以2%逐年成長，到西元2004年有較高成長率(3.1%)，而後成長率逐漸下降，到西元2010年又略為回升為2.3%。而在門內藥局的發展上，從西元1999年的5167家增加到西元2010年的5954家，成長了15.2%。歷年的成長率變動上，西元2000年的成長率為1.9%，而後明顯下降，西元2002年是最低的負成長(-6.6%)，而後三年，未見成長，但在西元2006年，顯著大幅成長(7.2%)，以後的成長率就逐漸降低，在西元2010年為1.9%。比較上，門內藥局在西元2001年至2005年之間，幾乎沒有成長，甚至於在西元2002年有約350家門內藥局撤消設立，但相較之下，同一時段，基層西醫診所仍維持每年約2%的逐年成長，所以，此期間基層診所與門內藥局的發展不甚一致。而在西元2006年門內藥局大幅增長以後，同年基層診所的成長亦明顯提升，但其幅度不如門內藥局的成長幅度，西元2007年以後，門內藥局和基層診所的成長皆還漸下降，但門內藥局的成長幅度仍高於基層診所的成長幅度。

綜合分析門內藥局在西元1999-2010年之間，西元1999-2000年是小幅成長，而從西元2001-2005年之間是停滯成長期，西元2006年是突發成長時期，而後到西元2007-2010年是中度成長期。比較上，西元2006年以後，雖成長率逐年降低，但其成長幅度仍高於西元2006年以前。所以，門內藥局的開設是呈現擴大的發展。但西元2001-2005年為何停滯發展及2006年為何有突發成長，是值得再深入分析了解。

表9 基層西醫診所門內藥局趨勢分析表

年度	診所數 (A)	門內藥局數 (B)	B/A 百分比	診所 定基百分比	診所 環比變動成長率(%)	藥局 定基百分比	門內藥局環比變 動成長率(%)
1999/12	7653	5167	67.5	100.0%	----	100.0%	----
2000/12	7606	5267	69.2	99.4%	-0.6%	101.9%	1.9%
2001/12	7624	5295	69.5	99.6%	0.2%	102.5%	0.6%
2002/12	7778	4944	63.6	101.6%	2.0%	95.7%	-6.6%
2003/12	7935	4947	62.3	103.7%	2.0%	95.7%	0.0%
2004/12	8181	4977	60.8	106.9%	3.1%	96.3%	0.6%
2005/12	8353	4983	59.7	109.1%	2.1%	96.4%	0.1%
2006/12	8544	5335	62.4	111.6%	2.3%	103.3%	7.2%
2007/12	8700	5533	63.6	113.7%	1.8%	107.1%	3.7%
2008/12	8819	5690	64.5	115.2%	1.4%	110.1%	2.8%
2009/12	8927	5843	65.5	116.6%	1.2%	113.1%	2.7%
2010/12	9136	5954	65.2	119.4%	2.3%	115.2%	1.9%

第二節 醫師個人特質與門內藥局發展之比較和關聯



壹、醫師性別與門內藥局發展之比較和關聯

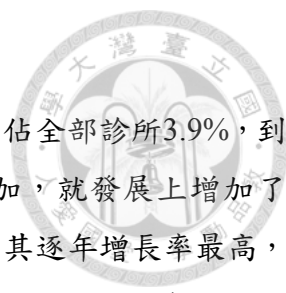
一、男醫師開設門內藥局之趨勢分析

由表10的資料說明，西元1999年男醫師設立的基層西醫診所所有7356家，佔全部基層西醫診所的96.1%，到西元2010年有8535家，其佔總數則略為降低為93.4%。就發展上，以西元1999年為基期時，成長16.0%。另一方面，西元1999年所設立的門內藥局則有4949家，佔總藥局數的95.8%，到西元2010年增加到5556家，但佔總藥局數之百分比則降為93.3%。在發展上，以西元1999年為基期，則成長12.3%，比較上，門內藥局的增長百分比低於基層西醫診所的增長百分比。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2001年以前是小幅成長，西元2002年則出現較高的負成長(-6.9%)，一直到西元2005年皆是停滯發展，在西元2006年才突發產生較高成長率(6.9%)而後逐年降低成長率。相較於設立診所的逐年成長率，每年僅有小幅度的成長，門內藥局的發展較具波動變化。

比較表9和表10的門內藥局發展變化，可看出整體門內藥局的成長率變動與男醫師所設門內藥局的成長率變動非常相似，這似乎說明佔極高比例的男醫師，其設立門內藥局的變化是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標。

表 10 負責醫師為男性的基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師為男性診所數(A)	診所數佔全體診所百分比	負責醫師為男性且有開門內藥局(B)	B佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	7356	96.1	4949	95.8	67.3	100.0%	--	--
2000/12	7296	96.0	5045	95.8	69.2	101.9%	1.9	-0.8
2001/12	7320	96.0	5078	95.9	69.4	102.6%	0.7	0.3
2002/12	7446	95.8	4730	95.7	63.5	95.6%	-6.9	1.7
2003/12	7557	95.2	4704	95.1	62.3	95.0%	-0.5	1.5
2004/12	7759	94.8	4716	94.8	60.8	95.3%	0.3	2.7
2005/12	7900	94.6	4714	94.6	59.7	95.3%	0.0	1.8
2006/12	8057	94.3	5041	94.5	62.6	101.9%	6.9	2.0
2007/12	8184	94.1	5214	94.2	63.7	105.4%	3.4	1.6
2008/12	8276	93.8	5344	93.9	64.6	108.0%	2.5	1.1
2009/12	8350	93.5	5465	93.5	65.5	110.4%	2.3	0.9
2010/12	8535	93.4	5556	93.3	65.1	112.3%	1.7	2.2



二、女醫師開設門內藥局之趨勢分析

由表11說明，在西元1999年，女醫師設立的診所僅有297家，佔全部診所3.9%，到西元2010年為601家，佔全部的6.6%。其佔總體之百分比逐年增加，就發展上增加了102.4%，其增長速度皆高於男醫師，特別在西元2002-2004年之間，其逐年增長率最高，以後，才逐年降低，不過，其每年增長率仍高出男醫師。另一方面，西元1999年設立門內藥局218家，佔總藥局4.2%，到西元2010年為398家，佔總藥局6.7%，在發展上，以西元1999年為基期，則成長82.6%。比較上，門內藥局的增長百分比仍小於診所的增長百分比。若就門內藥局逐年成長率的變動而言，西元2000年有小幅成長，西元2001-2002年是負成長，西元2003年則突發增長，其成長率為歷年最高（13.6%），相對的，當年女醫師設立診所的成長率也是歷年最高（13.9%），兩者有相關性。而後，在西元2003-2009年之間，除了2005年有較低成長率以外，皆每年維持較高的成長率。

表 11 負責醫師為女性的基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師為女性診所數(A)	診所數佔全體診所百分比	負責醫師為女性且有開門內藥局(B)	B佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	297	3.9%	218	4.2%	73.4%	100.0%	--	--
2000/12	310	4.1%	222	4.2%	71.6%	101.8%	1.8%	4.4%
2001/12	304	4.0%	217	4.1%	71.4%	99.5%	-2.3%	-1.9%
2002/12	332	4.3%	214	4.3%	64.5%	98.2%	-1.4%	9.2%
2003/12	378	4.8%	243	4.9%	64.3%	111.5%	13.6%	13.9%
2004/12	422	5.2%	261	5.2%	61.8%	119.7%	7.4%	11.6%
2005/12	453	5.4%	269	5.4%	59.4%	123.4%	3.1%	7.3%
2006/12	487	5.7%	294	5.5%	60.4%	134.9%	9.3%	7.5%
2007/12	516	5.9%	319	5.8%	61.8%	146.3%	8.5%	6.0%
2008/12	543	6.2%	346	6.1%	63.7%	158.7%	8.5%	5.2%
2009/12	577	6.5%	378	6.5%	65.5%	173.4%	9.2%	6.3%
2010/12	601	6.6%	398	6.7%	66.2%	182.6%	5.3%	4.2%

三、男女醫師開設門內藥局之比較

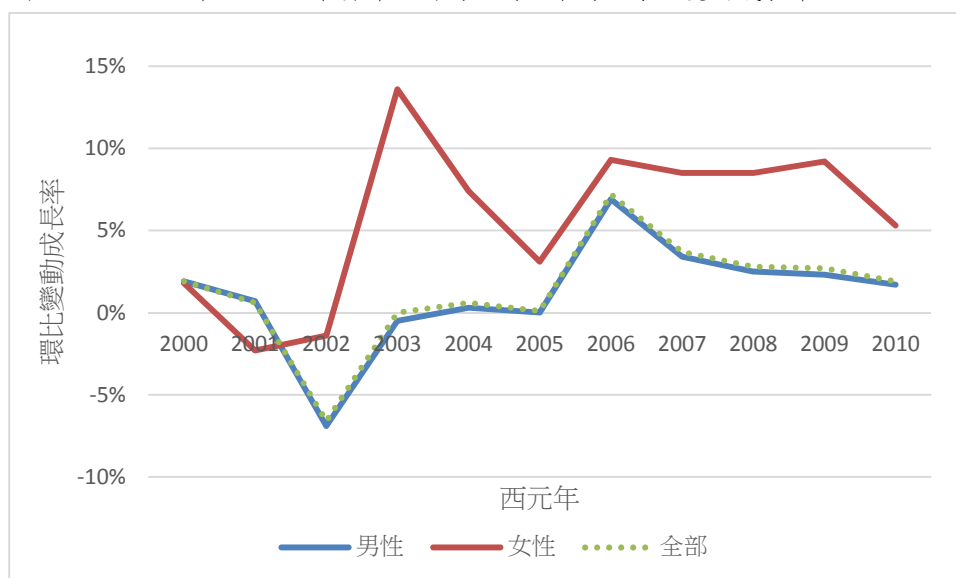
由表10至表12以及圖3的比較，則可看到各群組門內藥局的逐年變動差異，在西元2002年，整體變動產生歷年的最高負成長時，男性醫師群也呈現歷年最高負成長；相對地，女性醫師群則是小幅負成長。男性醫師群和整體在西元2001-2005年之間，就一直呈現負成長或停滯發展的情形，比較上，同一時間，女性醫師群則除了西元2001-2002年以外，則有較高成長率，而從西元2006年以後，女性醫師群的歷年成長率皆比男性醫師群和整體的成長率高出甚多。此顯示女性醫師有較高傾向來設立門內藥局。



表 12 西元 1999 年至 2010 年醫師性別開設門內藥局之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局負責醫師分群性別		全部門內藥局環比變動成長率(%)
	男性	女性	
1999/12	--	--	----
2000/12	1.9%	1.8%	1.9%
2001/12	0.7%	-2.3%	0.6%
2002/12	-6.9%	-1.4%	-6.6%
2003/12	-0.5%	13.6%	0.0%
2004/12	0.3%	7.4%	0.6%
2005/12	0.0%	3.1%	0.1%
2006/12	6.9%	9.3%	7.2%
2007/12	3.4%	8.5%	3.7%
2008/12	2.5%	8.5%	2.8%
2009/12	2.3%	9.2%	2.7%
2010/12	1.7%	5.3%	1.9%

圖 3 西元 1999 年至 2010 年醫師性別開設門內藥局之環比變動成長率



四、醫師性別與門內藥局發展之關聯

由下表13的卡方分析，可看出醫師性別和開設門內藥局的關聯性。依下表之卡方檢定的結果可知檢定統計值為0.242，p值為0.622大於0.05，說明醫師性別與是否開設門內藥局的關聯不顯著，且男女性醫師反應的百分比不具差異性，此資料結果不支持假設一，亦即基層西醫診所負責醫師性別不同，開設門內藥局的比率沒有不同。



表 13 醫師性別與是否開設門內藥局之卡方分析

			是否有開門內藥局		總計
			0	1	
性別	F	次數	1841	3379	5220
		百分比%	35.3%	64.7%	100.0%
	M	次數	33480	60556	94036
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%
總計		次數	35321	63935	99256
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方= 0.242 ; P = 0.622 > 0.05 不顯著

貳、醫師年齡別與門內藥局發展之比較和關聯

一、醫師分群年齡與開設門內藥局之趨勢分析

由表14的資料中我們可看出，基層西醫診所開業醫師的平均年齡(AVG)自西元1999年的50.08歲到西元2010年的52.55歲，就中位數年齡(MD)也落在47~51歲之間，每年均有微幅增加，但增加不大。若將基層西醫診所分成有開設與無開設門內藥局，從表15的資料比較上，有開設門內藥局的負責醫師平均年齡(47.21~51.93歲)與中位數年齡(45~51歲)，皆低於沒有開設門內藥局負責醫師的平均年齡(52.07~56.74歲)與中位數年齡(49~55歲)。比較表14和表15的負責醫師年齡變化，可看出整體門內藥局的開設變動與有開設門內藥局的負責醫師年齡的變動比較相似，這似乎說明佔比例較高的有開設門內藥局的基層西醫診所，其負責醫師年齡的變化是呈現整體基層西醫診所其負責醫師年齡發展趨勢的參考指標。

表 14 西元 1999 年至 2010 年負責醫師年齡分布

基層西醫診所的負責醫師年齡								
年度	AVG	STD	MIN	Q1	MD	Q3	MAX	樣本大小
1999/12	50.08	12.89	28	40	47	58	94	8585
2000/12	50.08	12.49	28	40	47	57	95	8404
2001/12	50.27	12.24	29	41	47	57	96	8296
2002/12	50.46	12.02	28	41	48	57	97	8378
2003/12	50.70	11.89	28	42	48	57	96	8502
2004/12	50.63	11.55	29	42	48	56	90	8661
2005/12	50.85	11.45	28	43	49	57	92	8990
2006/12	51.03	11.23	29	43	49	57	93	9121
2007/12	51.40	11.14	28	43	50	57	94	9245
2008/12	51.79	10.97	29	44	50	58	94	9290
2009/12	52.32	10.92	28	45	51	59	95	9394
2010/12	52.55	10.71	29	45	51	59	96	9571

表 15 西元 1999 年至 2010 年負責醫師與是否開設門內藥局之年齡分布

年度	有開門內藥局之基層西醫診所的負責醫師年齡								沒開門內藥局之基層西醫診所的負責醫師年齡							
	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N
1999/12	51.05	11.64	28	42	49	57	97	5893	56.74	13.96	29	45	55	70	94	2692
2000/12	47.21	10.64	28	40	45	52	89	5805	56.50	13.87	30	45	55	70	95	2599
2001/12	47.78	10.57	29	40	45	53	90	5834	56.19	13.79	29	45	54	69	96	2462
2002/12	48.24	10.37	28	41	46	53	88	5814	55.52	13.85	29	44	53	68	97	2564
2003/12	49.03	10.32	28	42	47	54	89	5578	53.90	13.87	30	43	51	64	96	2924
2004/12	49.49	10.30	29	42	48	55	89	5473	52.59	13.20	29	42	50	61	90	3188
2005/12	50.08	10.25	29	43	49	55	90	5548	52.07	13.07	28	42	49	60	92	3442
2006/12	50.11	10.10	30	43	49	56	92	5868	52.68	12.85	29	43	50	60	93	3253
2007/12	50.40	10.10	28	43	49	56	93	5954	53.21	12.60	28	44	51	61	94	3291
2008/12	50.94	10.02	29	44	50	57	94	6066	53.41	12.40	29	44	51	61	94	3224
2009/12	51.50	9.95	30	45	50	57	95	6171	53.89	12.42	28	45	52	61	93	3223
2010/12	51.93	9.93	30	45	51	58	93	6327	53.76	12.01	29	45	52	61	96	3244

從表15的資料中得知，有開設門內藥局的負責醫師其年齡標準差(STD)從西元1999年的11.64逐漸降至西元2010年的9.93，整體而言約落在10左右。因此，針對基層西醫診所負責醫師年齡與門內藥局的發展趨勢分析上，本研究將年齡以十歲為一個組距，將之分成為40歲以下、41~50歲、51~60歲及61歲以上等四分群。在表16資料中我們可以看到有開設門內藥局的負責醫師年齡以落在41~50歲為主要族群。

表 16 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層與是否開設門內藥局之分布

年度/分群年齡	有開門內藥局診所數				沒開門內藥局診所數				全部基層西醫診所數			
	40以下	41~50	51~60	61以上	40以下	41~50	51~60	61以上	40以下	41~50	51~60	61以上
1999/12	1721	2076	844	525	392	670	497	926	2113	2746	1341	1451
2000/12	1583	2199	955	529	371	639	512	816	1954	2838	1467	1345
2001/12	1402	2296	1055	541	384	641	530	774	1786	2937	1585	1315
2002/12	1109	2119	1178	537	551	893	618	772	1660	3012	1796	1309
2003/12	965	2140	1258	583	588	995	658	747	1553	3135	1916	1330
2004/12	871	2137	1331	637	612	1174	710	708	1483	3311	2041	1345
2005/12	769	2134	1412	667	612	1275	773	710	1381	3409	2185	1377
2006/12	798	2292	1537	708	519	1167	797	725	1317	3459	2334	1433
2007/12	800	2284	1679	769	453	1153	824	737	1253	3437	2503	1506
2008/12	739	2266	1827	857	412	1127	850	740	1151	3393	2677	1597
2009/12	707	2225	1943	968	389	1076	904	715	1096	3301	2847	1683
2010/12	671	2153	2062	1068	364	1118	933	767	1035	3271	2995	1835

二、醫師分群年齡為40歲以下開設門內藥局之趨勢分析

在分析各分群年齡上，負責醫師年齡為40歲以下的族群中，從表17的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有1721家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診

所的22.5%，到西元2010年僅有671家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的7.3%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長61%，並且呈現逐年下降的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2005年以前是大幅下滑，特別是在西元2002年呈現高度的負成長(-20.9%)，西元2006年則出現正成長(3.8%)，但卻到西元2008年再次呈現較高負成長(-7.6%)，而後逐年均為負成長率。相較於設立診所的逐年成長率，每年都平均穩定的負成長(-4.5%~-8.6%)，門內藥局的發展較具波動變化。

表 17 負責醫師年齡為 40 歲以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	負責醫師年齡為 40 歲以下診所數(A)	診所數占全體診所百分比	負責醫師年齡為 40 歲以下且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	2113	27.6%	1721	22.5%	81.4%	100.0%	--	--
2000/12	1954	25.7%	1583	20.8%	81.0%	92.0%	-8.0%	-7.5%
2001/12	1786	23.4%	1402	18.4%	78.5%	81.5%	-11.4%	-8.6%
2002/12	1660	21.3%	1109	14.3%	66.8%	64.4%	-20.9%	-7.1%
2003/12	1553	19.6%	965	12.2%	62.1%	56.1%	-13.0%	-6.4%
2004/12	1483	18.1%	871	10.6%	58.7%	50.6%	-9.7%	-4.5%
2005/12	1381	16.5%	769	9.2%	55.7%	44.7%	-11.7%	-6.9%
2006/12	1317	15.4%	798	9.3%	60.6%	46.4%	3.8%	-4.6%
2007/12	1253	14.4%	800	9.2%	63.8%	46.5%	0.3%	-4.9%
2008/12	1151	13.1%	739	8.4%	64.2%	42.9%	-7.6%	-8.1%
2009/12	1096	12.3%	707	7.9%	64.5%	41.1%	-4.3%	-4.8%
2010/12	1035	11.3%	671	7.3%	64.8%	39.0%	-5.1%	-5.6%

三、醫師分群年齡為41~50歲開設門內藥局之趨勢分析

在負責醫師年齡為41~50歲的族群中，從表18的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有2076家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的27.1%，到西元2010年有2153家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的23.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年僅正成長3.7%，並且呈現逐年成長的趨勢，特別是在西元2001、2006、2007等三年達到正成長約10%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2001年以前呈現正成長，但卻到西元2002年次呈現高度負成長(-7.7%)，而後除了西元2006年呈現特別的高度正成長(7.4%)外，自西元2004年以後逐年均為負成長率。相較於設立診所的逐年成長率，每年都平均穩定的負成長(-4.5%~-8.6%)，門內藥局的發展較具波動變化。

表 18 負責醫師年齡為 41~50 歲的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 年齡為 41~50 歲診 所數(A)	診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 年齡為 41~50 歲且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	2746	35.9%	2076	27.1%	75.6%	100.0%	--	--
2000/12	2838	37.3%	2199	28.9%	77.5%	105.9%	5.9%	3.4%
2001/12	2937	38.5%	2296	30.1%	78.2%	110.6%	4.4%	3.5%
2002/12	3012	38.7%	2119	27.2%	70.4%	102.1%	-7.7%	2.6%
2003/12	3135	39.5%	2140	27.0%	68.3%	103.1%	1.0%	4.1%
2004/12	3311	40.5%	2137	26.1%	64.5%	102.9%	-0.1%	5.6%
2005/12	3409	40.8%	2134	25.6%	62.6%	102.8%	-0.1%	3.0%
2006/12	3459	40.5%	2292	26.8%	66.3%	110.4%	7.4%	1.5%
2007/12	3437	39.5%	2284	26.3%	66.5%	110.0%	-0.3%	-0.6%
2008/12	3393	38.5%	2266	25.7%	66.8%	109.2%	-0.8%	-1.3%
2009/12	3301	37.0%	2225	24.9%	67.4%	107.2%	-1.8%	-2.7%
2010/12	3271	35.8%	2153	23.6%	65.8%	103.7%	-3.2%	-0.9%

四、醫師分群年齡為 51~60 歲開設門內藥局之趨勢分析

在負責醫師年齡為 51~60 歲的族群中，從表 19 的資料中得知，西元 1999 年設立門內藥局的基層西醫診所所有 844 家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的 11%，到西元 2010 年有 2062 家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的 22.6%。就發展上，以西元 1999 年為基期時，至西元 2010 年大幅正成長 144.3%，並且呈現逐年成長的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元 2002 年以前呈現超過 10% 的正成長，而後直至西元 2010 年每年均呈現穩定的正成長。相較於設立診所的逐年變動成長率，除了在西元 2002 年呈現較大的正成長(13.3%)外，每年亦都平均穩定的成長，門內藥局的發展較不具波動變化。

表 19 負責醫師年齡為 51~60 歲的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 年齡為 51~60 歲診 所數(A)	診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 年齡為 51~60 歲且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	1341	17.5%	844	11.0%	62.9%	100.0%	--	--
2000/12	1467	19.3%	955	12.6%	65.1%	113.2%	13.2%	9.4%
2001/12	1585	20.8%	1055	13.8%	66.6%	125.0%	10.5%	8.0%
2002/12	1796	23.1%	1178	15.1%	65.6%	139.6%	11.7%	13.3%
2003/12	1916	24.1%	1258	15.9%	65.7%	149.1%	6.8%	6.7%
2004/12	2041	25.0%	1331	16.3%	65.2%	157.7%	5.8%	6.5%
2005/12	2185	26.2%	1412	16.9%	64.6%	167.3%	6.1%	7.1%
2006/12	2334	27.3%	1537	18.0%	65.9%	182.1%	8.9%	6.8%
2007/12	2503	28.8%	1679	19.3%	67.1%	198.9%	9.2%	7.2%
2008/12	2677	30.4%	1827	20.7%	68.2%	216.5%	8.8%	7.0%
2009/12	2847	31.9%	1943	21.8%	68.2%	230.2%	6.3%	6.4%
2010/12	2995	32.8%	2062	22.6%	68.8%	244.3%	6.1%	5.2%



五、醫師分群年齡為61歲以上開設門內藥局之趨勢分析

在負責醫師年齡為61歲以上的族群中，從表20的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有525家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的6.9%，到西元2010年有1068家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的11.7%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年大幅正成長103.4%，除了在西元2002年以前幾乎無成長外，自西元2003年起呈現逐年成長的趨勢，特別是自西元2008年之後，每年達到正成長約20%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，除了在西元2002年呈現負成長(-0.7%)，其餘每年均呈現正成長，特別是自西元2008年到2010年呈現正成長幅度超過10%。相較於設立診所的逐年成長率，於西元2002年以前均呈現負成長，自西元2003後每年均呈現正成長，但成長幅度不如門內藥局的逐年變動成長率。

表 20 負責醫師年齡為 61 歲以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 年齡為 51~60 歲診 所數(A)	診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 年齡為 51~60 歲且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	1451	19.0%	525	6.9%	36.2%	100.0%	--	--
2000/12	1345	17.7%	529	7.0%	39.3%	100.8%	0.8%	-7.3%
2001/12	1315	17.3%	541	7.1%	41.1%	103.0%	2.3%	-2.2%
2002/12	1309	16.8%	537	6.9%	41.0%	102.3%	-0.7%	-0.5%
2003/12	1330	16.8%	583	7.3%	43.8%	111.0%	8.6%	1.6%
2004/12	1345	16.4%	637	7.8%	47.4%	121.3%	9.3%	1.1%
2005/12	1377	16.5%	667	8.0%	48.4%	127.0%	4.7%	2.4%
2006/12	1433	16.8%	708	8.3%	49.4%	134.9%	6.1%	4.1%
2007/12	1506	17.3%	769	8.8%	51.1%	146.5%	8.6%	5.1%
2008/12	1597	18.1%	857	9.7%	53.7%	163.2%	11.4%	6.0%
2009/12	1683	18.9%	968	10.8%	57.5%	184.4%	13.0%	5.4%
2010/12	1835	20.1%	1068	11.7%	58.2%	203.4%	10.3%	9.0%

六、醫師分群年齡開設門內藥局之比較

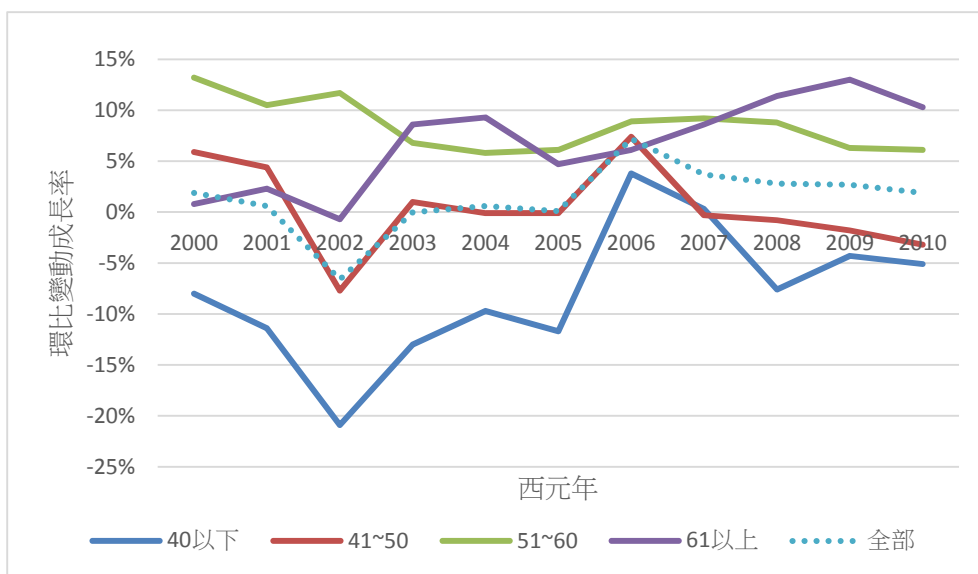
綜合表17至表20，再加上各分群年齡的比較表21以及圖4，則可清楚比較出各年齡分群對於是否開設門內藥局的逐年變動差異。在西元2002年，有開設門內藥局的逐年變動上，40歲以下、41~50歲、及61歲以上等三分群年齡均呈現反轉式的負成長(分別為-20.9%、-7.7%、-0.7%)，僅有51~60歲此分群年齡呈現大幅正成長11.7%，並且在西元2006年，有開設門內藥局的逐年變動上，40歲以下及41~50歲等兩分群年齡均呈現反轉式的正成長(分別為3.8%及7.4%)。這說明了40歲以下及41~50歲等兩分群醫師年齡，在西元2002年及2006年，對於是否開設門內藥局是受了某種程度的影響。

表 21 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層開設門內藥局之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局負責醫師分群年齡				全部門內藥局環比變動成長率(%)
	40以下	41~50	51~60	61以上	
1999/12	--	--	--	--	----
2000/12	-8.0%	5.9%	13.2%	0.8%	1.9%
2001/12	-11.4%	4.4%	10.5%	2.3%	0.6%
2002/12	-20.9%	-7.7%	11.7%	-0.7%	-6.6%
2003/12	-13.0%	1.0%	6.8%	8.6%	0.0%
2004/12	-9.7%	-0.1%	5.8%	9.3%	0.6%
2005/12	-11.7%	-0.1%	6.1%	4.7%	0.1%
2006/12	3.8%	7.4%	8.9%	6.1%	7.2%
2007/12	0.3%	-0.3%	9.2%	8.6%	3.7%
2008/12	-7.6%	-0.8%	8.8%	11.4%	2.8%
2009/12	-4.3%	-1.8%	6.3%	13.0%	2.7%
2010/12	-5.1%	-3.2%	6.1%	10.3%	1.9%



圖 4 西元 1999 年至 2010 年各分群年齡層開設門內藥局之環比變動成長率



七、醫師年齡與門內藥局發展之關聯

由下列表22的卡方分析，可看出醫師年齡和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為3592.543，p值為0.000小於0.05，結果說明醫師年齡與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群醫師年齡的百分比具差異性。比較上，60歲以下之醫師其開設門內藥局之百分比皆高於不開設門內藥局之百分比，而61歲以上之醫師則顯示不開設門內藥局之百分比高於開設門內藥局之情形。此資料結果支持假設二，亦即基層西醫診所負責醫師年齡不同，開設門內藥局的比率不同。

表 22 醫師年齡與是否開設門內藥局之卡方分析

		是否有開門內藥局		總計
		0	1	
年齡	40以下	4519	11163	15682
	百分比%	28.8%	71.2%	100.0%
	41~50	11328	28489	39817
	百分比%	28.4%	71.6%	100.0%
	51~60	9018	19761	28779
	百分比%	31.3%	68.7%	100.0%
	61以上	11241	10918	22159
	百分比%	50.7%	49.3%	100.0%
總計	次數	36106	70331	106437
	百分比%	33.9%	66.1%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方= 3592.543 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

參、醫師專科別與門內藥局之發展和關聯

一、醫師專科別與開設門內藥局之分布

在表23資料中我們可以看到有開設門內藥局的負責醫師專科別以家庭醫學科為主要族群，依次開設診所的專科別數量為內科、小兒科、婦產科、耳鼻喉科、外科、眼科、骨科、皮膚科、腎臟科、以及復健科。本研究取專科別佔全部診所數的1%以上做為單獨提出討論的對象，其他不足1%的各專科診所合併而成為「其他專科」。

表 23 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別與是否開設門內藥局之分布

負責醫師持有證書專科		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
家庭醫學科	有開	1337	1327	1305	1224	1220	1217	1188	1256	1260	1284	1309	1307
	沒開	623	624	610	708	720	757	784	728	716	684	675	676
內科	有開	934	936	910	854	871	872	864	915	931	957	979	989
	沒開	310	302	310	392	433	489	542	531	534	523	522	555
小兒科	有開	813	828	816	760	766	778	782	876	904	935	969	981
	沒開	199	197	203	290	323	395	419	392	399	393	382	407
婦產科	有開	445	463	478	444	448	458	483	501	507	515	514	507
	沒開	258	260	249	286	304	303	294	292	296	288	283	280
耳鼻喉科	有開	596	622	634	531	516	491	496	572	595	615	595	614
	沒開	112	107	124	262	299	342	368	328	320	309	278	292
外科	有開	517	530	530	490	502	512	518	535	552	526	519	521
	沒開	235	224	233	265	283	303	315	324	312	288	273	276
眼科	有開	317	345	359	355	356	367	379	407	433	440	452	464
	沒開	107	101	103	140	148	173	202	186	176	171	177	171
骨科	有開	159	167	159	154	165	183	185	193	206	198	201	208
	沒開	57	55	56	76	79	85	94	102	105	97	98	112
	有開	53	55	52	56	74	71	75	85	92	98	107	105

腎臟科	沒開	43	48	58	67	83	93	107	108	118	121	130	137
皮膚科	有開	155	160	167	164	171	194	196	204	231	228	184	197
	沒開	23	20	24	41	60	65	82	84	80	79	53	58
復健科	有開	35	37	35	38	31	35	40	40	42	40	44	46
	沒開	46	44	46	56	72	91	100	109	122	131	145	158
其他專科	有開	259	274	268	253	268	279	300	330	354	365	386	412
	沒開	98	101	98	140	150	182	214	217	214	202	206	211
全部	有開	4520	4640	4653	4339	4368	4419	4469	4834	5028	5153	5205	5307
	沒開	1673	1649	1682	2189	2396	2671	2864	2748	2736	2695	2645	2733

二、家庭醫學科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為家庭醫學科專科中，從表24的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有1337家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的29.6%，到西元2010年有1307家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的24.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長2.2%，維持平穩趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2005年以前每年都是呈現負成長，特別是在西元2002年呈現較高的負成長(-6.2%)，西元2006年則出現正成長(5.7%)。相較於設立診所的逐年成長率，每年都平均穩定的微幅變動，門內藥局的發展較具波動變化，且兩者不具一致性。

表 24 家庭醫學科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師專科為家庭醫學科診所數(A)	A診所數佔全體診所百分比	負責醫師專科為家庭醫學科且有開門內藥局(B)	B佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1960	31.6%	1337	29.6%	68.2%	100.0%	--	--
2000/12	1951	31.0%	1327	28.6%	68.0%	99.3%	-0.7%	-0.5%
2001/12	1915	30.2%	1305	28.0%	68.1%	97.6%	-1.7%	-1.8%
2002/12	1932	29.6%	1224	28.2%	63.4%	91.5%	-6.2%	0.9%
2003/12	1940	28.7%	1220	27.9%	62.9%	91.2%	-0.3%	0.4%
2004/12	1974	27.8%	1217	27.5%	61.7%	91.0%	-0.2%	1.8%
2005/12	1972	26.9%	1188	26.6%	60.2%	88.9%	-2.4%	-0.1%
2006/12	1984	26.2%	1256	26.0%	63.3%	93.9%	5.7%	0.6%
2007/12	1976	25.5%	1260	25.1%	63.8%	94.2%	0.3%	-0.4%
2008/12	1968	25.1%	1284	24.9%	65.2%	96.0%	1.9%	-0.4%
2009/12	1984	25.3%	1309	25.1%	66.0%	97.9%	1.9%	0.8%
2010/12	1983	24.7%	1307	24.6%	65.9%	97.8%	-0.2%	-0.1%

三、內科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為內科專科中，從表25的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有934家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的20.7%，到西元2010年有989家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的18.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長5.9%，維持平穩趨勢。若就門內藥局逐年

成長率的變動上，在西元2002年呈現較高的負成長(-6.2%)，西元2006年則出現正成長(5.9%)。相較於設立診所的逐年成長率，自西元2002年起每年都平均穩定的微幅變動，門內藥局的發展較具波動變化，且兩者不具一致性。

表 25 內科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師專科為內科診所數(A)	A 診所數占全體診所百分比	負責醫師專科為內科且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1244	20.1%	934	20.7%	75.1%	100.0%	--	--
2000/12	1238	19.7%	936	20.2%	75.6%	100.2%	0.2%	-0.5%
2001/12	1220	19.3%	910	19.6%	74.6%	97.4%	-2.8%	-1.5%
2002/12	1246	19.1%	854	19.7%	68.5%	91.4%	-6.2%	2.1%
2003/12	1304	19.3%	871	19.9%	66.8%	93.3%	2.0%	4.7%
2004/12	1361	19.2%	872	19.7%	64.1%	93.4%	0.1%	4.4%
2005/12	1406	19.2%	864	19.3%	61.5%	92.5%	-0.9%	3.3%
2006/12	1446	19.1%	915	18.9%	63.3%	98.0%	5.9%	2.8%
2007/12	1465	18.9%	931	18.5%	63.5%	99.7%	1.7%	1.3%
2008/12	1480	18.9%	957	18.6%	64.7%	102.5%	2.8%	1.0%
2009/12	1501	19.1%	979	18.8%	65.2%	104.8%	2.3%	1.4%
2010/12	1544	19.2%	989	18.6%	64.1%	105.9%	1.0%	2.9%

四、小兒科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為小兒專科中，從表26的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有813家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的18.0%，到西元2010年有981家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的18.5%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長20.7%，特別是在西元2006年開始較大幅度的正成長。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現較高的負成長(-6.9%)，西元2006年則出現正成長(12.0%)。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2001年呈現微幅負成長(-0.6%)外，其餘每年都呈現正成長，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 26 小兒科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師專科為小兒科診所數(A)	A 診所數占全體診所百分比	負責醫師專科為小兒科且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1012	16.3%	813	18.0%	80.3%	100.0%	--	--
2000/12	1025	16.3%	828	17.8%	80.8%	101.8%	1.8%	1.3%
2001/12	1019	16.1%	816	17.5%	80.1%	100.4%	-1.4%	-0.6%
2002/12	1050	16.1%	760	17.5%	72.4%	93.5%	-6.9%	3.0%
2003/12	1089	16.1%	766	17.5%	70.3%	94.2%	0.8%	3.7%
2004/12	1173	16.5%	778	17.6%	66.3%	95.7%	1.6%	7.7%
2005/12	1201	16.4%	782	17.5%	65.1%	96.2%	0.5%	2.4%
2006/12	1268	16.7%	876	18.1%	69.1%	107.7%	12.0%	5.6%
2007/12	1303	16.8%	904	18.0%	69.4%	111.2%	3.2%	2.8%
2008/12	1328	16.9%	935	18.1%	70.4%	115.0%	3.4%	1.9%
2009/12	1351	17.2%	969	18.6%	71.7%	119.2%	3.6%	1.7%
2010/12	1388	17.3%	981	18.5%	70.7%	120.7%	1.2%	2.7%



五、婦產科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為婦產專科中，從表27的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有445家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的9.8%，到西元2010年有507家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的9.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長13.9%，除西元2002年外，每年均維持平穩成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現較高的負成長(-7.1%)，西元2005年則出現正成長(5.5%)。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2009~2010年呈現微幅負成長(-0.7%與-1.3%)外，其餘每年都呈現正成長，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 27 婦產科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為婦 產科診所 數(A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為婦 產科且有 開門內藥 局(B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	703	11.4%	445	9.8%	63.3%	100.0%	--	--
2000/12	723	11.5%	463	10.0%	64.0%	104.0%	4.0%	2.8%
2001/12	727	11.5%	478	10.3%	65.7%	107.4%	3.2%	0.6%
2002/12	730	11.2%	444	10.2%	60.8%	99.8%	-7.1%	0.4%
2003/12	752	11.1%	448	10.3%	59.6%	100.7%	0.9%	3.0%
2004/12	761	10.7%	458	10.4%	60.2%	102.9%	2.2%	1.2%
2005/12	777	10.6%	483	10.8%	62.2%	108.5%	5.5%	2.1%
2006/12	793	10.5%	501	10.4%	63.2%	112.6%	3.7%	2.1%
2007/12	803	10.3%	507	10.1%	63.1%	113.9%	1.2%	1.3%
2008/12	803	10.2%	515	10.0%	64.1%	115.7%	1.6%	0.0%
2009/12	797	10.2%	514	9.9%	64.5%	115.5%	-0.2%	-0.7%
2010/12	787	9.8%	507	9.6%	64.4%	113.9%	-1.4%	-1.3%

六、眼科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為眼科專科中，從表28的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有317家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的7.0%，到西元2010年有464家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的8.7%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長46.4%，每年均呈現穩定成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現負成長(-1.1%)，西元2006年則出現正成長(7.4%)。相較於設立診所的逐年成長率，其每年都呈現正成長，除西元2002年外，門內藥局的發展與診所成長變動率比較具一致性。

表 28 眼科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為外 科診所數 (A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為外 科且有開 門內藥局 (B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	424	6.8%	317	7.0%	74.8%	100.0%	--	--
2000/12	446	7.1%	345	7.4%	77.4%	108.8%	8.8%	5.2%
2001/12	462	7.3%	359	7.7%	77.7%	113.2%	4.1%	3.6%
2002/12	495	7.6%	355	8.2%	71.7%	112.0%	-1.1%	7.1%
2003/12	504	7.5%	356	8.2%	70.6%	112.3%	0.3%	1.8%
2004/12	540	7.6%	367	8.3%	68.0%	115.8%	3.1%	7.1%
2005/12	581	7.9%	379	8.5%	65.2%	119.6%	3.3%	7.6%
2006/12	593	7.8%	407	8.4%	68.6%	128.4%	7.4%	2.1%
2007/12	609	7.8%	433	8.6%	71.1%	136.6%	6.4%	2.7%
2008/12	611	7.8%	440	8.5%	72.0%	138.8%	1.6%	0.3%
2009/12	629	8.0%	452	8.7%	71.9%	142.6%	2.7%	2.9%
2010/12	635	7.9%	464	8.7%	73.1%	146.4%	2.7%	1.0%

七、耳鼻喉科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為耳鼻喉專科中，從表29的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所共有596家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的13.2%，到西元2010年有614家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的11.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長3.0%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現較高的負成長(-16.2%)，西元2006年則出現正成長(15.3%)。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2009年呈現負成長(-5.5%)外，其餘每年都呈現正成長，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 29 耳鼻喉科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為耳 鼻喉科診 所數(A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為耳 鼻喉科且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	708	11.4%	596	13.2%	84.2%	100.0%	--	--
2000/12	729	11.6%	622	13.4%	85.3%	104.4%	4.4%	3.0%
2001/12	758	12.0%	634	13.6%	83.6%	106.4%	1.9%	4.0%
2002/12	793	12.1%	531	12.2%	67.0%	89.1%	-16.2%	4.6%
2003/12	815	12.0%	516	11.8%	63.3%	86.6%	-2.8%	2.8%
2004/12	833	11.8%	491	11.1%	58.9%	82.4%	-4.8%	2.2%
2005/12	864	11.8%	496	11.1%	57.4%	83.2%	1.0%	3.7%
2006/12	900	11.9%	572	11.8%	63.6%	96.0%	15.3%	4.2%
2007/12	915	11.8%	595	11.8%	65.0%	99.8%	4.0%	1.7%
2008/12	924	11.8%	615	11.9%	66.6%	103.2%	3.4%	1.0%
2009/12	873	11.1%	595	11.4%	68.2%	99.8%	-3.3%	-5.5%
2010/12	906	11.3%	614	11.6%	67.8%	103.0%	3.2%	3.8%



八、外科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為外科專科中，從表30的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有517家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的11.4%，到西元2010年有521家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的9.8%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長0.8%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002與2008年呈現較高的負成長(-7.5%與-4.7%)，西元2006與2007年則出現正成長(3.3%與3.2%)。相較於設立診所的逐年成長率，門內藥局的發展與診所成長變動率具一致性。

表 30 外科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為外 科診所數 (A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為外 科且有開 門內藥局 (B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	752	12.1%	517	11.4%	68.8%	100.0%	--	--
2000/12	754	12.0%	530	11.4%	70.3%	102.5%	2.5%	0.3%
2001/12	763	12.0%	530	11.4%	69.5%	102.5%	0.0%	1.2%
2002/12	755	11.6%	490	11.3%	64.9%	94.8%	-7.5%	-1.0%
2003/12	785	11.6%	502	11.5%	63.9%	97.1%	2.4%	4.0%
2004/12	815	11.5%	512	11.6%	62.8%	99.0%	2.0%	3.8%
2005/12	833	11.4%	518	11.6%	62.2%	100.2%	1.2%	2.2%
2006/12	859	11.3%	535	11.1%	62.3%	103.5%	3.3%	3.1%
2007/12	864	11.1%	552	11.0%	63.9%	106.8%	3.2%	0.6%
2008/12	814	10.4%	526	10.2%	64.6%	101.7%	-4.7%	-5.8%
2009/12	792	10.1%	519	10.0%	65.5%	100.4%	-1.3%	-2.7%
2010/12	797	9.9%	521	9.8%	65.4%	100.8%	0.4%	0.6%

九、骨科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為骨科專科中，從表31的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有159家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的3.5%，到西元2010年有208家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的3.9%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長30.8%，僅在西元2002年呈現小幅負成長(-3.1%)。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2004年呈現較高的正成長(10.9%)，其餘年份正負成長互見。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2002年門內藥局的發展與診所成長變動率呈現反差不一致性的趨勢外，其餘每年兩者都呈現相當一致性的趨勢。

表 31 骨科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為骨 科診所數 (A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為骨 科且有開 門內藥局 (B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	216	3.5%	159	3.5%	73.6%	100.0%	--	--
2000/12	222	3.5%	167	3.6%	75.2%	105.0%	5.0%	2.8%
2001/12	215	3.4%	159	3.4%	74.0%	100.0%	-4.8%	-3.2%
2002/12	230	3.5%	154	3.5%	67.0%	96.9%	-3.1%	7.0%
2003/12	244	3.6%	165	3.8%	67.6%	103.8%	7.1%	6.1%
2004/12	268	3.8%	183	4.1%	68.3%	115.1%	10.9%	9.8%
2005/12	279	3.8%	185	4.1%	66.3%	116.4%	1.1%	4.1%
2006/12	295	3.9%	193	4.0%	65.4%	121.4%	4.3%	5.7%
2007/12	311	4.0%	206	4.1%	66.2%	129.6%	6.7%	5.4%
2008/12	295	3.8%	198	3.8%	67.1%	124.5%	-3.9%	-5.1%
2009/12	299	3.8%	201	3.9%	67.2%	126.4%	1.5%	1.4%
2010/12	320	4.0%	208	3.9%	65.0%	130.8%	3.5%	7.0%

十、皮膚科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為皮膚專科中，從表32的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有155家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的3.4%，到西元2010年有197家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的3.7%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長27.1%，每年呈現穩定的正成長。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2009年呈現較高的負成長(-19.3%)，西元2004與2007兩年則出現正成長(13.5%與13.2%)，其中，西元2002與2008年均由前一年的正成長反轉成為負成長。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2008年呈現微幅負成長(-1.3%)與西元2009年呈現大幅負成長(-22.8%)外，其餘每年都呈現正成長，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 32 皮膚科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師專 科為皮膚科 診所數(A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師專科 為皮膚科且有 開門內藥局(B)	B 佔全體 門內藥局 百分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	178	2.9%	155	3.4%	87.1%	100.0%	--	--
2000/12	180	2.9%	160	3.4%	88.9%	103.2%	3.2%	1.1%
2001/12	191	3.0%	167	3.6%	87.4%	107.7%	4.4%	6.1%
2002/12	205	3.1%	164	3.8%	80.0%	105.8%	-1.8%	7.3%
2003/12	231	3.4%	171	3.9%	74.0%	110.3%	4.3%	12.7%
2004/12	259	3.7%	194	4.4%	74.9%	125.2%	13.5%	12.1%
2005/12	278	3.8%	196	4.4%	70.5%	126.5%	1.0%	7.3%
2006/12	288	3.8%	204	4.2%	70.8%	131.6%	4.1%	3.6%
2007/12	311	4.0%	231	4.6%	74.3%	149.0%	13.2%	8.0%
2008/12	307	3.9%	228	4.4%	74.3%	147.1%	-1.3%	-1.3%
2009/12	237	3.0%	184	3.5%	77.6%	118.7%	-19.3%	-22.8%
2010/12	255	3.2%	197	3.7%	77.3%	127.1%	7.1%	7.6%



十一、腎臟科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為腎臟專科中，從表33的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有53家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的1.2%，到西元2010年大幅成長到105家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的2.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長98.1%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現反轉的正成長(7.7%)，接著又於西元2003年出現大幅的正成長(32.1%)。相較於設立診所的逐年成長率，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 33 腎臟科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師專科為腎臟科診所數(A)	A 診所數占全體診所百分比	負責醫師專科為腎臟科且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	96	1.6%	53	1.2%	55.2%	100.0%	--	--
2000/12	103	1.6%	55	1.2%	53.4%	103.8%	3.8%	7.3%
2001/12	110	1.7%	52	1.1%	47.3%	98.1%	-5.5%	6.8%
2002/12	123	1.9%	56	1.3%	45.5%	105.7%	7.7%	11.8%
2003/12	157	2.3%	74	1.7%	47.1%	139.6%	32.1%	27.6%
2004/12	164	2.3%	71	1.6%	43.3%	134.0%	-4.1%	4.5%
2005/12	182	2.5%	75	1.7%	41.2%	141.5%	5.6%	11.0%
2006/12	193	2.5%	85	1.8%	44.0%	160.4%	13.3%	6.0%
2007/12	210	2.7%	92	1.8%	43.8%	173.6%	8.2%	8.8%
2008/12	219	2.8%	98	1.9%	44.7%	184.9%	6.5%	4.3%
2009/12	237	3.0%	107	2.1%	45.1%	201.9%	9.2%	8.2%
2010/12	242	3.0%	105	2.0%	43.4%	198.1%	-1.9%	2.1%

十二、復健科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為復健專科中，從表34的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有35家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的0.8%，到西元2010年有46家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的0.9%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長31.4%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2003年呈現較高的負成長(-18.4%)，西元2005年則出現正成長(14.3%)，但西元2002年由前一年反轉成為正成長8.6%。相較於設立診所的逐年成長率，門內藥局的發展與診所成長變動率不具一致性。

表 34 復健科基層西醫診所門內藥局趨勢表

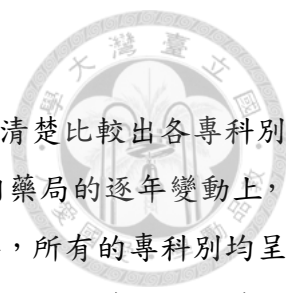
年度	負責醫師 專科為復 健科診所 數(A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為復 健科且有 開門內藥 局(B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	81	1.3%	35	0.8%	43.2%	100.0%	--	--
2000/12	81	1.3%	37	0.8%	45.7%	105.7%	5.7%	0.0%
2001/12	81	1.3%	35	0.8%	43.2%	100.0%	-5.4%	0.0%
2002/12	94	1.4%	38	0.9%	40.4%	108.6%	8.6%	16.0%
2003/12	103	1.5%	31	0.7%	30.1%	88.6%	-18.4%	9.6%
2004/12	126	1.8%	35	0.8%	27.8%	100.0%	12.9%	22.3%
2005/12	140	1.9%	40	0.9%	28.6%	114.3%	14.3%	11.1%
2006/12	149	2.0%	40	0.8%	26.8%	114.3%	0.0%	6.4%
2007/12	164	2.1%	42	0.8%	25.6%	120.0%	5.0%	10.1%
2008/12	171	2.2%	40	0.8%	23.4%	114.3%	-4.8%	4.3%
2009/12	189	2.4%	44	0.8%	23.3%	125.7%	10.0%	10.5%
2010/12	204	2.5%	46	0.9%	22.5%	131.4%	4.5%	7.9%

十三、其他專科開設門內藥局之趨勢分析

在分析各基層西醫診所負責醫師為其他專科中，從表35的資料中得知，西元1999年設立門內藥局的基層西醫診所所有259家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的5.7%，到西元2010年有412家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的7.8%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長59.1%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年呈現較高的負成長(-5.6%)，西元2006年則出現正成長(10.0%)。相較於設立診所的逐年成長率，除了西元2001與2008兩年呈現微幅負成長(-2.4%與-0.2%)外，其餘每年都呈現正成長，門內藥局的發展與診所成長變動率不完全具一致性。

表 35 其他專科基層西醫診所門內藥局趨勢表

年度	負責醫師 專科為其 他專科診 所數(A)	A 診所數占 全體診所 百分比	負責醫師 專科為其 他專科且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百 分比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比 變動成長 率
1999/12	357	5.8%	259	5.7%	72.5%	100.0%	--	--
2000/12	375	6.0%	274	5.9%	73.1%	105.8%	5.8%	5.0%
2001/12	366	5.8%	268	5.8%	73.2%	103.5%	-2.2%	-2.4%
2002/12	393	6.0%	253	5.8%	64.4%	97.7%	-5.6%	7.4%
2003/12	418	6.2%	268	6.1%	64.1%	103.5%	5.9%	6.4%
2004/12	461	6.5%	279	6.3%	60.5%	107.7%	4.1%	10.3%
2005/12	514	7.0%	300	6.7%	58.4%	115.8%	7.5%	11.5%
2006/12	547	7.2%	330	6.8%	60.3%	127.4%	10.0%	6.4%
2007/12	568	7.3%	354	7.0%	62.3%	136.7%	7.3%	3.8%
2008/12	567	7.2%	365	7.1%	64.4%	140.9%	3.1%	-0.2%
2009/12	592	7.5%	386	7.4%	65.2%	149.0%	5.8%	4.4%
2010/12	623	7.8%	412	7.8%	66.1%	159.1%	6.7%	5.2%



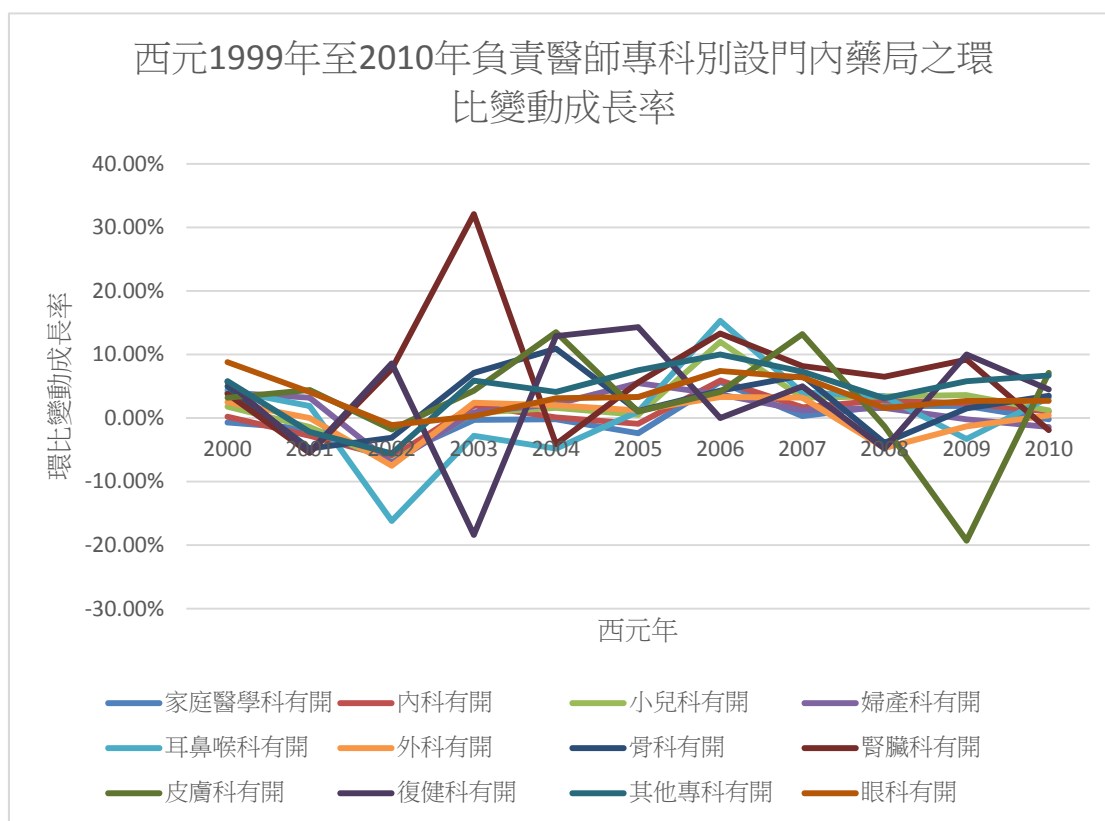
十四、醫師各專科別開設門內藥局之比較

綜合表17至表35，再加上各專科別的比較表36以及圖5，則可清楚比較出各專科別對於是否開設門內藥局的逐年變動差異。在西元2002年，有開設門內藥局的逐年變動上，除了腎臟科與復健科外，均呈現較高的負成長，並且在西元2006年，所有的專科別均呈現大幅正成長。這說明了開設基層西醫診所數較多的專科別，在西元2002年及2006年，對於是否開設門內藥局是受了某種程度的影響。

表 36 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別開設門內藥局之環比變動成長率

負責醫師持有證書專科別	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
家庭醫學科 有開	--	-0.7%	-1.7%	-6.2%	-0.3%	-0.2%	-2.4%	5.7%	0.3%	1.9%	1.9%	-0.2%
內科 有開	--	0.2%	-2.8%	-6.2%	2.0%	0.1%	-0.9%	5.9%	1.7%	2.8%	2.3%	1.0%
小兒科 有開	--	1.8%	-1.4%	-6.9%	0.8%	1.6%	0.5%	12.0%	3.2%	3.4%	3.6%	1.2%
婦產科 有開	--	4.0%	3.2%	-7.1%	0.9%	2.2%	5.5%	3.7%	1.2%	1.6%	-0.2%	-1.4%
耳鼻喉科 有開	--	4.4%	1.9%	-16.2%	-2.8%	-4.8%	1.0%	15.3%	4.0%	3.4%	-3.3%	3.2%
外科 有開	--	2.5%	0.0%	-7.5%	2.4%	2.0%	1.2%	3.3%	3.2%	-4.7%	-1.3%	0.4%
眼科 有開	--	8.8%	4.1%	-1.1%	0.3%	3.1%	3.3%	7.4%	6.4%	1.6%	2.7%	2.7%
骨科 有開	--	5.0%	-4.8%	-3.1%	7.1%	10.9%	1.1%	4.3%	6.7%	-3.9%	1.5%	3.5%
腎臟科 有開	--	3.8%	-5.5%	7.7%	32.1%	-4.1%	5.6%	13.3%	8.2%	6.5%	9.2%	-1.9%
皮膚科 有開	--	3.2%	4.4%	-1.8%	4.3%	13.5%	1.0%	4.1%	13.2%	-1.3%	-19.3%	7.1%
復健科 有開	--	5.7%	-5.4%	8.6%	-18.4%	12.9%	14.3%	0.0%	5.0%	-4.8%	10.0%	4.5%
其他專科 有開	--	5.8%	-2.2%	-5.6%	5.9%	4.1%	7.5%	10.0%	7.3%	3.1%	5.8%	6.7%

圖 5 西元 1999 年至 2010 年負責醫師專科別開設門內藥局之環比變動成長率



十五、醫師專科別與門內藥局發展之關聯

由下列表 37 的卡方分析，可看出醫師專科別和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為 2168.451，p 值為 0.000 小於 0.05，結果說明醫師專科別與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各不同醫師專科別的百分比具差異性。比較上，小兒科、內科、外科、耳鼻喉科、皮膚科、家庭醫學科、骨科與婦產科其開設門內藥局之百分比皆高於不開設門內藥局之百分比，而復健科與腎臟科則顯示不開設門內藥局之百分比高於開設門內藥局之情形。此資料結果支持假設三，亦即基層西醫診所醫師專科別不同，開設門內藥局的比率不同。

表37 醫師專科別與是否開設門內藥局之卡方分析

			是否有開門內藥局		總計
			0	1	
專科別	小兒科	次數	4712	11952	16664
		百分比%	28.3%	71.7%	100.0%
	內科	次數	6344	12738	19082
		百分比%	33.3%	66.7%	100.0%
	外科	次數	3294	6521	9815
		百分比%	33.6%	66.4%	100.0%
	耳鼻喉科	次數	3354	7706	11060
		百分比%	30.3%	69.7%	100.0%
	皮膚科	次數	573	1790	2363
		百分比%	24.3%	75.7%	100.0%
	家庭醫學科	次數	10094	18716	28810
		百分比%	35.0%	65.0%	100.0%
	骨科	次數	1254	2913	4167
		百分比%	30.1%	69.9%	100.0%
	婦產科	次數	3788	6960	10748
		百分比%	35.2%	64.8%	100.0%
	眼科	次數	2101	5525	7626
		百分比%	27.6%	72.4%	100.0%
	復健科	次數	1474	758	2232
		百分比%	66.0%	34.0%	100.0%
	腎臟科	次數	1395	1139	2534
		百分比%	55.1%	44.9%	100.0%
	其他	次數	2222	4319	6541
		百分比%	34.0%	66.0%	100.0%
總計		次數	40605	81037	121642
		百分比%	33.4%	66.6%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方 = 2168.451 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

第三節 診所機構效益與門內藥局發展之比較和關聯



壹、 基層西醫診所平均每月門診量與門內藥局發展之比較和關聯

一、 平均每月門診量與開設門內藥局之趨勢分析

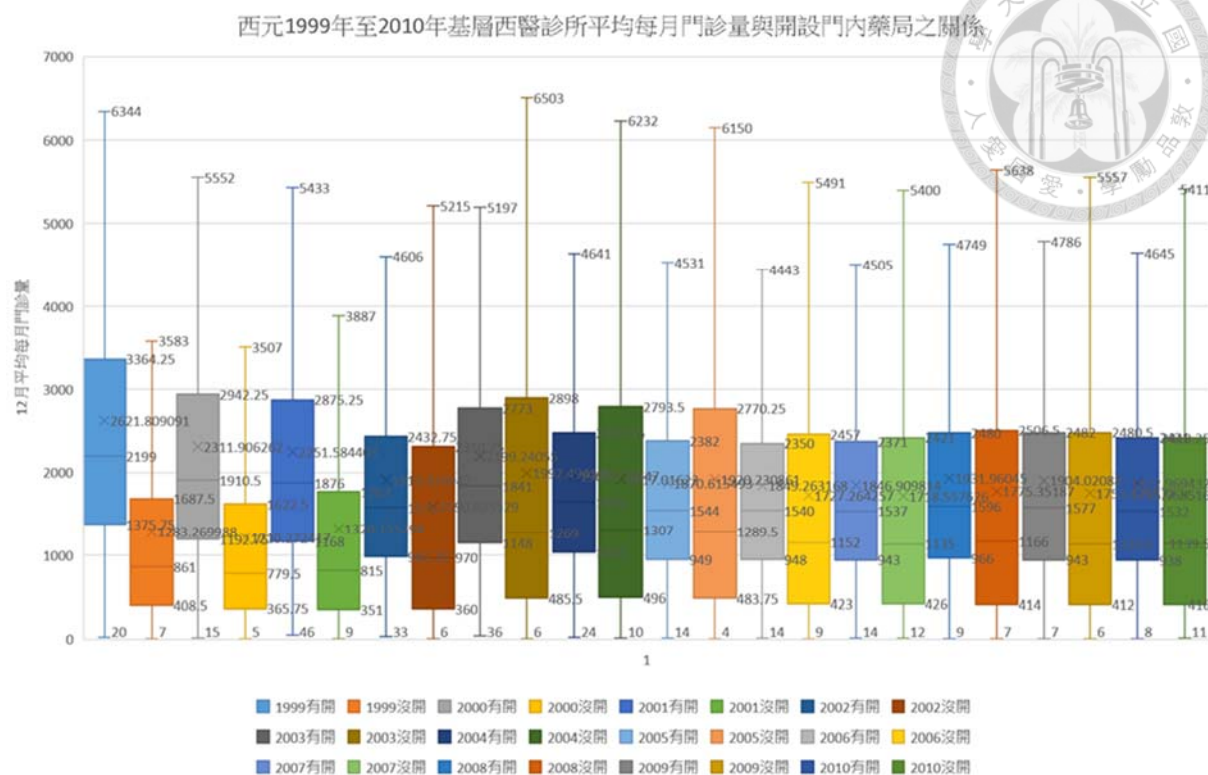
由表38與圖6的資料中我們可看出，基層西醫診所所有開設門內藥局的平均每月門診量自西元1999年的2621.8到西元2010年的1873.0，呈現逐年遞減的趨勢；而基層西醫診所沒有開設門內藥局的平均每月門診量自西元1999年的1283.3到西元2010年的1736.0，有逐年遞增的趨勢，特別是在西元2003年達到1992.5的高峰。從上述的兩個完全相反的趨勢變化，可看出整體門內藥局有無開設與平均每月門診量可能有相關性。

再從表38的資料中得知，有開設門內藥局的平均每月門診量其標準差從西元1999年的1825.8逐漸降至西元2010年的1376.3，而無開設門內藥局的平均每月門診量其標準差從西元1999年的1353.0上升至西元2010年的1814.3，整體而言約落在1000~2000之間。因此，針對基層西醫診所平均每月門診量與門內藥局的發展趨勢分析上，本研究將平均每月門診量以1000為一個組距，將之分成為999以下、1000~1999、2000~2999及3000以上等四分群。

表 38 醫師專科別與是否開設門內藥局之卡方分析

年度	有開門內藥局之基層西醫診所的平均每月門診量								沒開門內藥局之基層西醫診所的平均每月門診量							
	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N	AV	STD	Min	Q1	MD	Q3	Ma	N
1999/12	2621	1825	20	1375	2199	3364.2	2122	51	128	1353	7	408.	861	1687.	140	2489
2000/12	2311	1655	15	1192	1910	2942.2	2042	52	121	1259	5	365.	779.	1622.	132	2342
2001/12	2251	1630	46	1168	1876	2875.2	2350	52	132	1417	9	351	815	1767	133	2331
2002/12	1910	1422	33	982.	1576	2432.7	2456	49	159	1674	6	360	970	2310.	142	2836
2003/12	2199	1601	36	1148	1841	2773	2948	49	199	2073	6	485.	1269	2898	180	2989
2004/12	1961	1454	24	1034	1646	2477.7	3122	49	191	1898	10	496	1307	2793.	159	3206
2005/12	1870	1423	14	949	1544	2382	2991	49	192	1920	4	483.	1289	2770.	150	3370
2006/12	1849	1389	14	948	1540	2350	2927	53	172	1781	9	423	1152	2457	154	3209
2007/12	1846	1396	14	943	1537	2371	3081	55	171	1793	12	426	1135	2421	143	3167
2008/12	1932	1455	9	966	1596	2480	2902	56	177	1876	7	414	1166	2506.	157	3129
2009/12	1904	1388	7	943	1577	2482	1644	58	175	1828	6	412	1130	2480.	140	3084
2010/12	1873	1376	8	938	1532	2421	1214	59	173	1814	11	416	1139	2418.	138	3182

圖 6 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每月門診量與是否開設門內藥局之分布箱形圖



二、月門診量為999以下的分群開設門內藥局之趨勢分析

在分析各分群月門診量上，月門診量為999以下的分群中，從表39的資料中得知，西元1999年月門診量為999以下有開設門內藥局的基層西醫診所所有694家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的13.4%，到西元2010年上升到1667家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的28.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長140.2%，並且呈現逐年上升的趨勢。若就門內藥局逐年變動成長率的變動上，在西元2002年以前是上升，特別是在西元2000與2002兩年呈現高度的正成長(34.4%與29.8%)，但西元2003年卻呈現負成長達到-25.5%，而後逐年均為正成長但卻逐年遞減。相較於設立診所的逐年成長率，其變化與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 39 月門診量為 999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診量為 1~999 的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	門診量為 1~999 且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	2094	27.3%	694	13.4%	33.1%	100.0%		
2000/12	2304	30.3%	933	17.7%	40.5%	134.4%	34.4%	10.0%
2001/12	2316	30.4%	985	18.6%	42.5%	141.9%	5.6%	0.5%
2002/12	2722	35.0%	1279	25.9%	47.0%	184.3%	29.8%	17.5%
2003/12	2248	28.3%	953	19.3%	42.4%	137.3%	-25.5%	-17.4%
2004/12	2516	30.8%	1181	23.7%	46.9%	170.2%	23.9%	11.9%

2005/12	2760	33.0%	1351	27.1%	48.9%	194.7%	14.4%	9.7%
2006/12	2924	34.2%	1458	27.3%	49.9%	210.1%	7.9%	5.9%
2007/12	2981	34.3%	1522	27.5%	51.1%	219.3%	4.4%	1.9%
2008/12	2943	33.4%	1504	26.4%	51.1%	216.7%	-1.2%	-1.3%
2009/12	3014	33.8%	1611	27.6%	53.5%	232.1%	7.1%	2.4%
2010/12	3121	34.2%	1667	28.0%	53.4%	240.2%	3.5%	3.6%

三、月門診量為1000~1999的分群開設門內藥局之趨勢分析

在月門診量為1000~1999的分群中，從表40的資料中得知，西元1999年月門診量為1000~1999有開設門內藥局基層西醫診所所有1579家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的30.5%，到西元2010年上升到2213家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的37.2%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長40.2%，並且呈現逐年成長的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年以前呈現正成長，特別是在西元2000年呈現高度正成長(15.9%)，但卻到西元2003年反轉呈現負成長(-7.3%)，而後除了西元2008年呈現負成長(-1.2%)外，自西元2004年以後均為正成長。相較於設立診所的逐年變動成長率，在西元2001、2003、2008年為負成長外，其餘每年均為正成長，但並無規律的趨勢可言，然其變化與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 40 月門診量為 1000~1999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診量為 1000~1999 的基層西醫 診所數(A)	A 診所數占 全體基層西 醫診所百分 比	門診量為 1000~1999 且有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局定 基百分比	門內藥局環 比變動成長 率	診所環比變 動成長率
1999/12	2184	28.5%	1579	30.5%	72.3%	100.0%		
2000/12	2367	31.1%	1830	34.7%	77.3%	115.9%	15.9%	8.4%
2001/12	2348	30.8%	1851	35.0%	78.8%	117.2%	1.1%	-0.8%
2002/12	2450	31.5%	1900	38.4%	77.6%	120.3%	2.6%	4.3%
2003/12	2369	29.9%	1762	35.6%	74.4%	111.6%	-7.3%	-3.3%
2004/12	2611	31.9%	1912	38.4%	73.2%	121.1%	8.5%	10.2%
2005/12	2661	31.9%	1918	38.5%	72.1%	121.5%	0.3%	1.9%
2006/12	2773	32.5%	2060	38.6%	74.3%	130.5%	7.4%	4.2%
2007/12	2817	32.4%	2124	38.4%	75.4%	134.5%	3.1%	1.6%
2008/12	2765	31.4%	2098	36.9%	75.9%	132.9%	-1.2%	-1.8%
2009/12	2804	31.4%	2121	36.3%	75.6%	134.3%	1.1%	1.4%
2010/12	2921	32.0%	2213	37.2%	75.8%	140.2%	4.3%	4.2%



四、月門診量為2000~2999的分群開設門內藥局之趨勢分析

在月門診量為2000~2999的分群中，從表41的資料中得知，西元1999年月門診量為2000~2999有開設門內藥局基層西醫診所有1288家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的24.9%，到西元2010年下降到1120家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的18.8%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年的負成長(-13.0%)，並且呈現下降趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002與2005兩年呈現高度負成長(-20.4%與-11.1%)，但西元2003與2006兩年反轉呈現高度正成長(19.5%與10.3%)。相較於設立診所的逐年變動成長率，在西元2002與2005兩年呈現負成長(-9.1%與-6.6%)後，亦於西元2003與2006兩年反轉呈現正成長(15.9%與4.5%)，整體而言雖無規律的趨勢可言，然其變化與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 41 月門診量為 2000~2999 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診量為 2000~2999 的基層西 醫診所數 (A)	A 診所數占 全體基層 西醫診所 百分比	門診量為 2000~2999 且有開門 內藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	1532	20.0%	1288	24.9%	84.1%	100.0%		
2000/12	1455	19.1%	1236	23.5%	84.9%	96.0%	-4.0%	-5.0%
2001/12	1478	19.4%	1238	23.4%	83.8%	96.1%	0.2%	1.6%
2002/12	1343	17.3%	985	19.9%	73.3%	76.5%	-20.4%	-9.1%
2003/12	1556	19.6%	1177	23.8%	75.6%	91.4%	19.5%	15.9%
2004/12	1524	18.6%	1066	21.4%	69.9%	82.8%	-9.4%	-2.1%
2005/12	1423	17.0%	948	19.0%	66.6%	73.6%	-11.1%	-6.6%
2006/12	1487	17.4%	1046	19.6%	70.3%	81.2%	10.3%	4.5%
2007/12	1520	17.5%	1072	19.4%	70.5%	83.2%	2.5%	2.2%
2008/12	1556	17.6%	1129	19.8%	72.6%	87.7%	5.3%	2.4%
2009/12	1547	17.3%	1137	19.5%	73.5%	88.3%	0.7%	-0.6%
2010/12	1561	17.1%	1120	18.8%	71.7%	87.0%	-1.5%	0.9%

五、月門診量為3000以上的分群開設門內藥局之趨勢分析

在月門診量為3000以上的分群中，從表42的資料中得知，西元1999年月門診量為3000以上有開設門內藥局基層西醫診所有1609家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的31.1%，到西元2010年下降到954家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的16.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長40.7%，並於西元2000年呈現陡降結果。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002、2004與2006三年呈現高度負成長(-21.0%、-36.2%與-22.6%)，但西元2003與2008兩年反轉呈現高度正成長(35.3%與17.5%)。相較於設立診所的逐年變動成長率，亦在西元2002、2004與2006三年

呈現負成長(-19.6%、-14.8%與-13.2%)，並於西元2003與2008兩年反轉呈現高度正成長(39.4%與12.4%)，整體而言雖無規律的趨勢可言，然其變化與有設立門內藥局的發展波動具一致性。



表 42 月門診量為 3000 以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診量為 3000 以上的基層西醫診所數 (A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	門診量為 3000 以上且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1849	24.1%	1609	31.1%	87.0%	100.0%		
2000/12	1486	19.5%	1271	24.1%	85.5%	79.0%	-21.0%	-19.6%
2001/12	1485	19.5%	1222	23.1%	82.3%	75.9%	-3.9%	-0.1%
2002/12	1265	16.3%	780	15.8%	61.7%	48.5%	-36.2%	-14.8%
2003/12	1763	22.2%	1055	21.3%	59.8%	65.6%	35.3%	39.4%
2004/12	1531	18.7%	817	16.4%	53.4%	50.8%	-22.6%	-13.2%
2005/12	1509	18.1%	766	15.4%	50.8%	47.6%	-6.2%	-1.4%
2006/12	1360	15.9%	771	14.5%	56.7%	47.9%	0.7%	-9.9%
2007/12	1382	15.9%	815	14.7%	59.0%	50.7%	5.7%	1.6%
2008/12	1554	17.6%	958	16.8%	61.6%	59.5%	17.5%	12.4%
2009/12	1562	17.5%	974	16.7%	62.4%	60.5%	1.7%	0.5%
2010/12	1533	16.8%	954	16.0%	62.2%	59.3%	-2.1%	-1.9%

六、月門診分群量開設門內藥局之比較

綜合表38至表42，再加上表43與表44，可比較出各平均月門診分群量對於開設門內藥局的逐年變動差異。在有開門內藥局的基層西醫診所中，以1000~1999的分群佔主要比例，且呈現遞增的趨勢；在沒有開門內藥局的基層西醫診所中，以999以下的分群佔主要比例，但每年均維持穩定的診所數量。

在有開設門內藥局的逐年變動上，西元2000、2002、2004與2005等四年具有相同的趨勢，分別在月門診量999以下與1000~1999等兩個分群為正成長，但在月門診量2000~2999與3000以上兩個分群為負成長；相反地，西元2003與2008等兩年具有相同的趨勢，分別在月門診量2000~2999與3000以上等兩個分群為負成長，但在月門診量999以下與1000~1999等兩個分群為正成長。總體而言，從圖7可以明顯的看到，西元2005年以前開設門內藥局的逐年變動較劇烈，自西元2006年後漸趨平緩。特別值得注意的是在月門診量3000以上的分群，其對於是否開設門內藥局在西元2002年與2003年變動的幅度甚大，亦即月門診量3000以上的分群對於是否開設門內藥局，在西元2002年與2003年是受了某種程度的影響。

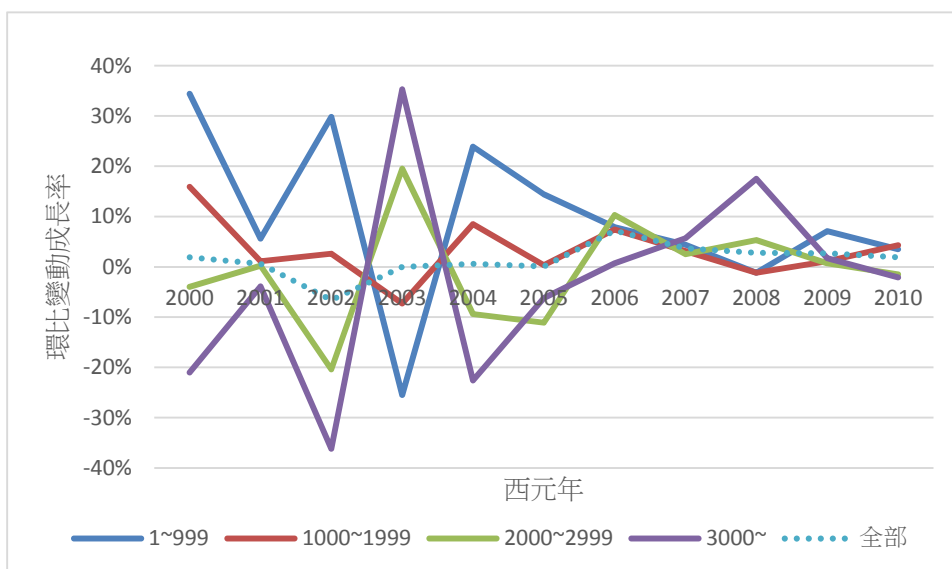
表 43 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內藥局				沒開門內藥局				全部			
	1~	1000~	2000~	3000~	1~	1000~	2000~	3000~	1~	1000~	2000~	3000~
1999/12	694	1579	1288	1609	1400	605	244	240	2094	2184	1532	1849
2000/12	933	1830	1236	1271	1371	537	219	215	2304	2367	1455	1486
2001/12	985	1851	1238	1222	1331	497	240	263	2316	2348	1478	1485
2002/12	1279	1900	985	780	1443	550	358	485	2722	2450	1343	1265
2003/12	953	1762	1177	1055	1295	607	379	708	2248	2369	1556	1763
2004/12	1181	1912	1066	817	1335	699	458	714	2516	2611	1524	1531
2005/12	1351	1918	948	766	1409	743	475	743	2760	2661	1423	1509
2006/12	1458	2060	1046	771	1466	713	441	589	2924	2773	1487	1360
2007/12	1522	2124	1072	815	1459	693	448	567	2981	2817	1520	1382
2008/12	1504	2098	1129	958	1439	667	427	596	2943	2765	1556	1554
2009/12	1611	2121	1137	974	1403	683	410	588	3014	2804	1547	1562
2010/12	1667	2213	1120	954	1454	708	441	579	3121	2921	1561	1533

表 44 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局				全部門內藥局環比變動成長率(%)
	1~999	1000~1999	2000~2999	3000~	
1999/12	--	--	--	--	----
2000/12	34.4%	15.9%	-4.0%	-21.0%	1.9%
2001/12	5.6%	1.1%	0.2%	-3.9%	0.6%
2002/12	29.8%	2.6%	-20.4%	-36.2%	-6.6%
2003/12	-25.5%	-7.3%	19.5%	35.3%	0.0%
2004/12	23.9%	8.5%	-9.4%	-22.6%	0.6%
2005/12	14.4%	0.3%	-11.1%	-6.2%	0.1%
2006/12	7.9%	7.4%	10.3%	0.7%	7.2%
2007/12	4.4%	3.1%	2.5%	5.7%	3.7%
2008/12	-1.2%	-1.2%	5.3%	17.5%	2.8%
2009/12	7.1%	1.1%	0.7%	1.7%	2.7%
2010/12	3.5%	4.3%	-1.5%	-2.1%	1.9%

圖 7 西元 1999 年至 2010 年各分群月平均門診量開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比



七、月門診量與門內藥局發展之關聯

由下列表45的卡方分析，可看出基層西醫診所每月平均門診量和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為6467.705，p值為0.000小於0.05，結果說明基層西醫診所平均月門診量與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群月門診量的百分比具差異性。比較上，月門診量999以下其開設門內藥局之百分比低於不開設之百分比，而月門診量1000以上則顯示開設門內藥局之百分比高於不開設門內藥局之情形。此資料結果支持假設四，亦即基層西醫診所平均月門診量不同，開設門內藥局的比率不同。

表 45 每月平均門診量與是否開設門內藥局之卡方分析

			是否有開門內藥局		總計
			0	1	
月門診量 999以下	次數	16805	15138	31943	
	百分比%	52.6%	47.4%	100.0%	
1000~1999	次數	7702	23368	31070	
	百分比%	24.8%	75.2%	100.0%	
2000~2999	次數	4540	13442	17982	
	百分比%	25.3%	74.7%	100.0%	
3000以上	次數	6287	11992	18279	
	百分比%	34.4%	65.6%	100.0%	
總計	計數	35334	63940	99274	
	百分比%	35.6%	64.4%	100.0%	

皮爾森 (Pearson) 卡方= 6467.705 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

貳、診所平均每件醫療費用與門內藥局發展之比較和關聯

一、平均每件醫療費用與開設門內藥局之趨勢分析

由表46與圖8的資料中我們可看出，基層西醫診所所有開設門內藥局的平均每件醫療費用自西元1999年的425.4點到西元2010年的730.4點，呈現逐年遞增的趨勢；相同地，基層西醫診所沒有開設門內藥局的平均每件醫療費用自西元1999年的816.6點到西元2010年的2136.8點，亦有逐年遞增的趨勢，但兩者的平均每件醫療費用差距甚多。若再



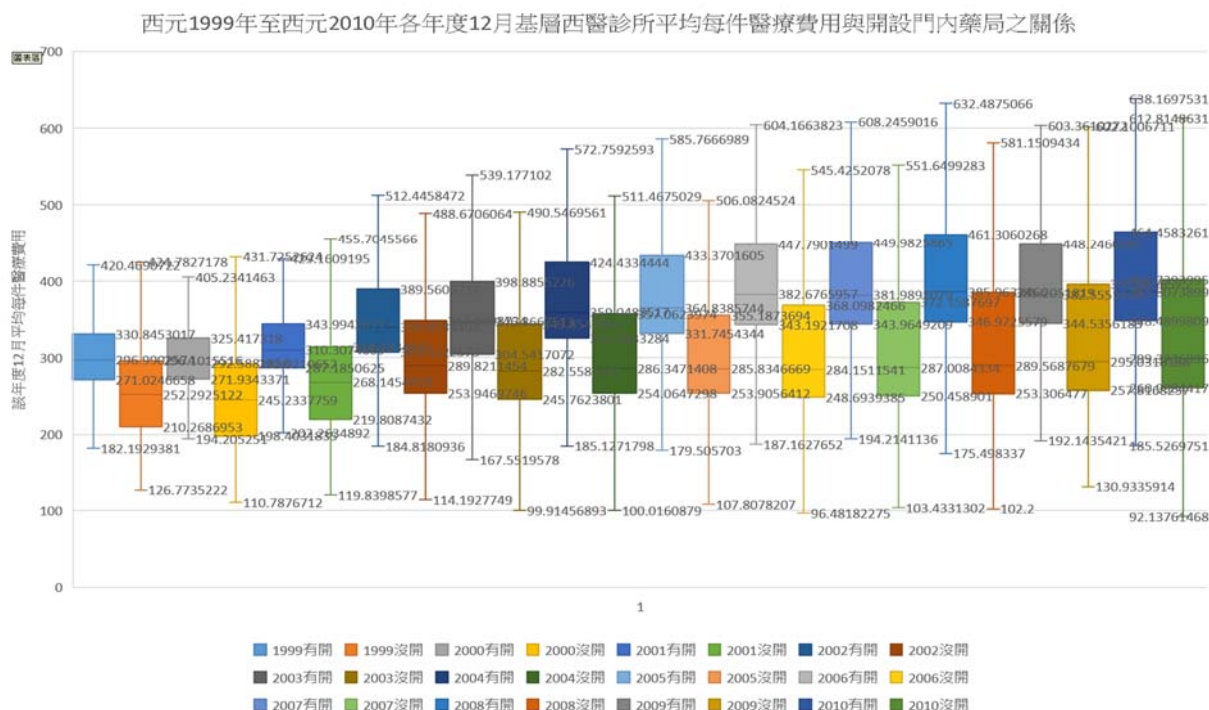
從平均每件醫療費用的中位數(MD)與第三個四分位數(Q3)來看，有開設門內藥局卻大於沒有開設門內藥局，從上述的兩個現象與趨勢變化，可看出整體門內藥局有無開設與平均每件醫療費用可能沒有相關性，但值得觀察的是，基層西醫診所若有極端高額的平均每件醫療費用，有可能會傾向不開設門內藥局。

再從表46的資料中得知，基層西醫診所的平均每件醫療費用其中位數從西元1999年至西元2010年落於250點至350點之間，因此，針對基層西醫診所平均每件醫療費用與門內藥局的發展趨勢分析上，本研究將平均每件醫療費用以50點為一個組距，將之分成為249點以下、250~299點、300~349點及350點以上等四分群。

表 46 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內藥局之基層西醫診所的平均每件醫療費用								沒開門內藥局之基層西醫診所的平均每件醫療費用							
	AVG	STD	Mi	Q1	MD	Q3	Max	N	AVG	ST	Min	Q1	MD	Q3	Max	N
1999/12	425.	1621.1	174	271	296	330	52468	51	816.6	460	126	210	252	296	5338	2489
2000/12	433.	1605.3	144	271	292	325	50944	52	976.8	536	110	198	245	291.2	5244	2342
2001/12	446.	1552.3	105	287	310	343	50656	52	1140.	589	51	219	268	314	5173	2331
2002/12	519.	1872.2	144	307	339	389	48664	49	1130.	563	100	253	289	347	5134	2836
2003/12	582.	2379.4	143	304	346	398	53084	49	1380.	669	0	245	282	343	5424	2989
2004/12	594.	2141.6	162	325	359	424	54186	49	1422.	678	48	254	286	357	5413	3206
2005/12	642.	2420.1	160	331	364	433	51773	49	1461.	669	99	253	285	355	5395	3370
2006/12	658.	2427.1	63	343	382	447	52038	53	1584.	695	1	248	284	368	5287	3209
2007/12	672.	2469.3	11	343	381	449.5	49750	55	1711.	728	0	250	287	372	5247	3167
2008/12	700.	2574.0	24	346	385	461	51119	56	1870.	774	1	253	289	385	5315	3129
2009/12	682.	2388.9	21	344	382	448	47890	58	1981.	788	3	257	295	395	5348	3084
2010/12	730.	2682.3	43	348	385	464	46116	59	2136.	828	0	260.7	299	401	5314	3182

圖 8 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布箱形圖





二、平均每件醫療費用249點以下的分群開設門內藥局之趨勢分析

在分析平均每件醫療各分群費用上，平均每件醫療費用為249點以下的分群中，從表47的資料中得知，西元1999年平均每件醫療費用為249點以下有開設門內藥局的基層西醫診所所有577家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的11.2%，到西元2010年大幅下降到69家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數僅1.2%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長88%，並且呈現逐年遞減的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，僅在西元2003年為正成長，其於年份均為負成長，特別是在西元2001、2002、2004與2006等四年有較高的負成長(-46.9%、-18.7%、-51.1%與-26.5%)。相較於設立診所變動成長率的無趨勢性，其變化的年份與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 47 平均每件醫療費用 249 點以下基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	平均每件醫療費用 249 點以下的基層西醫診所數 (A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	平均每件醫療費用 249 點以下且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1807	23.6%	577	11.2%	31.9%	100.0%		
2000/12	1762	23.2%	554	10.5%	31.4%	96.0%	-4.0%	-2.5%
2001/12	1310	17.2%	294	5.6%	22.4%	51.0%	-46.9%	-25.7%
2002/12	906	11.6%	239	4.8%	26.4%	41.4%	-18.7%	-30.8%
2003/12	1070	13.5%	278	5.6%	26.0%	48.2%	16.3%	18.1%
2004/12	850	10.4%	136	2.7%	16.0%	23.6%	-51.1%	-20.6%
2005/12	883	10.6%	132	2.6%	14.9%	22.9%	-2.9%	3.9%
2006/12	922	10.8%	97	1.8%	10.5%	16.8%	-26.5%	4.4%
2007/12	876	10.1%	90	1.6%	10.3%	15.6%	-7.2%	-5.0%
2008/12	744	8.5%	84	1.5%	11.3%	14.6%	-6.7%	-15.1%
2009/12	719	8.1%	79	1.4%	11.0%	13.7%	-6.0%	-3.4%
2010/12	701	7.7%	69	1.2%	9.8%	12.0%	-12.7%	-2.5%

三、平均每件醫療費用250～299點的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件醫療費用250～299點的分群中，從表48的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所所有2215家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的42.8%，到西元2010年大幅下降到360家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的6.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長83.7%，並且呈現逐年遞減的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年有較高的負成長(-51.6%)，但卻於西元2008年反轉成為正成長(6.1%)。相較於設立診所成長率的無趨勢性，其變化的年份與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 48 平均每件醫療費用 250~299 點基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	平均每件醫療費用 250~299 點的基層西醫診所數 (A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	平均每件醫療費用 250~299 點且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	2899	37.9%	2215	42.8%	76.4%	100.0%		
2000/12	3186	41.9%	2560	48.6%	80.4%	115.6%	15.6%	9.9%
2001/12	2178	28.6%	1651	31.2%	75.8%	74.5%	-35.5%	-31.6%
2002/12	1657	21.3%	799	16.2%	48.2%	36.1%	-51.6%	-23.9%
2003/12	1849	23.3%	866	17.5%	46.8%	39.1%	8.4%	11.6%
2004/12	1680	20.5%	569	11.4%	33.9%	25.7%	-34.3%	-9.1%
2005/12	1637	19.6%	448	9.0%	27.4%	20.2%	-21.3%	-2.6%
2006/12	1412	16.5%	397	7.4%	28.1%	17.9%	-11.4%	-13.7%
2007/12	1358	15.6%	377	6.8%	27.8%	17.0%	-5.0%	-3.8%
2008/12	1378	15.8%	400	7.0%	29.0%	18.1%	6.1%	1.5%
2009/12	1320	14.8%	347	5.9%	26.3%	15.7%	-13.3%	-4.2%
2010/12	1334	14.6%	360	6.0%	27.0%	16.3%	3.7%	1.1%

四、平均每件醫療費用為300~349點的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件醫療費用300~349點的分群中，從表49的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所所有1382家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的26.7%，到西元2010年下降到1120家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的18.8%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長19.0%，除了西元2000年負成長(-13.7%)之外，於西元2004年以前均呈現正成長，隨後西元2005年至2010年均呈現負成長。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2001年有極高的正成長(79.1%)，但隨即於西元2002年呈現負成長(-14.5%)，並於西元2006年呈現高度負成長(-22.3%)，而西元2009年反轉呈現正成長(15.6%)。相較於設立診所的逐年變動成長率，西元2001年亦有極高的正成長(82.6%)，但西元2002年僅呈現小幅負成長(-2.7%)，整體而言雖無規律的趨勢可言，然其變化除了西元2002年之外，與有設立門內藥局的發展波動具相當一致性。

表 49 平均每件醫療費用 300~349 點基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	平均每件醫療費用 300~349 點的基層西醫診所數 (A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	平均每件醫療費用 300~349 點且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1621	21.2%	1382	26.7%	85.3%	100.0%		
2000/12	1378	18.1%	1193	22.6%	86.6%	86.3%	-13.7%	-15.0%
2001/12	2516	33.0%	2137	40.4%	84.9%	154.6%	79.1%	82.6%
2002/12	2448	31.5%	1827	37.0%	74.6%	132.2%	-14.5%	-2.7%
2003/12	2001	25.2%	1495	30.2%	74.7%	108.2%	-18.2%	-18.3%
2004/12	1940	23.7%	1423	28.6%	73.4%	103.0%	-4.8%	-3.0%

2005/12	1912	22.9%	1370	27.5%	71.7%	99.1%	-3.7%	-1.4%
2006/12	1490	17.4%	1064	19.9%	71.4%	77.0%	-22.3%	-22.1%
2007/12	1554	17.9%	1114	20.1%	71.7%	80.6%	4.7%	4.3%
2008/12	1452	16.6%	1037	18.2%	71.4%	75.0%	-6.9%	-6.6%
2009/12	1642	18.4%	1199	20.5%	73.0%	86.8%	15.6%	13.1%
2010/12	1624	17.8%	1120	18.8%	69.0%	81.0%	-6.6%	-1.1%

五、平均每件醫療費用350點以上的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件醫療費用350點以上的分群中，從表50的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所996家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的19.3%，到西元2010年大幅上升到4405家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的74.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長342.3%，除了西元2000年微幅下降外，均呈現逐年成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，除了西元2000年呈現負成長(-3.3%)外，其餘年份均呈現正成長，特別是西元2002年達到正成長71.3%。相較於設立診所的逐年變動成長率，亦在西元2002年呈現高度正成長(70.6%)，整體而言雖無規律的趨勢可言，然其變化與有設立門內藥局的發展波動具相當一致性。

表 50 平均每件醫療費用 350 點以上基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	平均每件醫療費用350點以上的基層西醫診所數(A)	A診所數佔全體基層西醫診所百分比	平均每件醫療費用350點以上且有開門內藥局(B)	B佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1332	17.4%	996	19.3%	74.8%	100.0%		
2000/12	1285	16.9%	963	18.3%	74.9%	96.7%	-3.3%	-3.5%
2001/12	1623	21.3%	1214	22.9%	74.8%	121.9%	26.1%	26.3%
2002/12	2769	35.6%	2079	42.1%	75.1%	208.7%	71.3%	70.6%
2003/12	3016	38.0%	2308	46.7%	76.5%	231.7%	11.0%	8.9%
2004/12	3712	45.4%	2848	57.2%	76.7%	285.9%	23.4%	23.1%
2005/12	3921	46.9%	3033	60.9%	77.4%	304.5%	6.5%	5.6%
2006/12	4720	55.2%	3777	70.8%	80.0%	379.2%	24.5%	20.4%
2007/12	4912	56.5%	3952	71.4%	80.5%	396.8%	4.6%	4.1%
2008/12	5169	59.1%	4168	73.3%	80.6%	418.5%	5.5%	5.2%
2009/12	5246	58.8%	4218	72.2%	80.4%	423.5%	1.2%	1.5%
2010/12	5477	59.9%	4405	74.0%	80.4%	442.3%	4.4%	4.4%

六、每件醫療分群費用開設門內藥局之比較

綜合表46至表50，再加上表51與表52可比較出各每件醫療分群費用對於開設門內藥局的逐年變動差異。在有開門內藥局的基層西醫診所中，自西元2002年以後以平均每件醫療費用為350點以上的分群為主要比例，且呈現相當程度遞增的趨勢。

而在有開設門內藥局的逐年變動上，西元2002、2004與2006等三年具有相同的趨

勢，分別在平均每件醫療費用350點以上的分群有別於其他三個費用分群的負成長而呈現高度的正成長(71.3%、23.4%與24.5%)，此外，西元2001年在平均每件醫療費用300~349點的分群有別於其他三個費用分群的成長率而呈現高度的正成長(79.1%)。我們亦從表52與圖9中看出，在平均每件醫療費用在300~349點與350點以上的兩個費用分群中，其在各年度的變動比率均較其他分群的波動為大，特別是西元2002年以前。比較上，平均每件醫療費用350點以上的費用分群，其設立門內藥局的變化是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年是受了某種程度的影響。

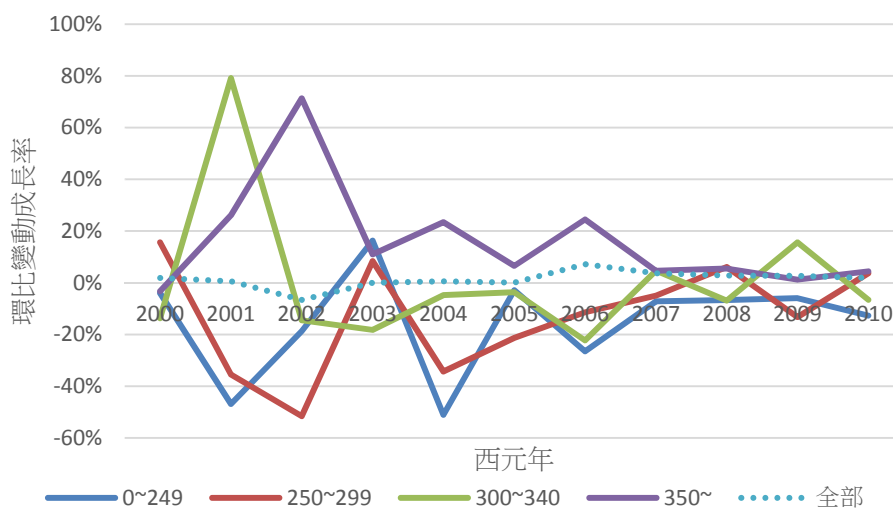
表 51 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用與是否開設門內藥局之分布

各分群平均 每件醫療費 用(點)	有開門內藥局的平均每件醫療費用				沒開門內藥局的平均每件醫療費用				全部的平均每件醫療費用			
	0~249	250~299	300~349	350~	0~249	250~299	300~349	350~	0~249	250~299	300~349	350~
1999/12	577	2215	1382	996	1230	684	239	336	1807	2899	1621	1332
2000/12	554	2560	1193	963	1208	626	185	322	1762	3186	1378	1285
2001/12	294	1651	2137	1214	1016	527	379	409	1310	2178	2516	1623
2002/12	239	799	1827	2079	667	858	621	690	906	1657	2448	2769
2003/12	278	866	1495	2308	792	983	506	708	1070	1849	2001	3016
2004/12	136	569	1423	2848	714	1111	517	864	850	1680	1940	3712
2005/12	132	448	1370	3033	751	1189	542	888	883	1637	1912	3921
2006/12	97	397	1064	3777	825	1015	426	943	922	1412	1490	4720
2007/12	90	377	1114	3952	786	981	440	960	876	1358	1554	4912
2008/12	84	400	1037	4168	735	978	415	1001	744	1378	1452	5169
2009/12	79	347	1199	4218	640	973	443	1028	719	1320	1642	5246
2010/12	69	360	1120	4405	632	974	504	1072	701	1334	1624	5477

表 52 西 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局				全部門內藥局環比變動成長率(%)
	0~249	250~299	300~349	350~	
1999/12					----
2000/12	-4.0%	15.6%	-13.7%	-3.3%	1.9%
2001/12	-46.9%	-35.5%	79.1%	26.1%	0.6%
2002/12	-18.7%	-51.6%	-14.5%	71.3%	-6.6%
2003/12	16.3%	8.4%	-18.2%	11.0%	0.0%
2004/12	-51.1%	-34.3%	-4.8%	23.4%	0.6%
2005/12	-2.9%	-21.3%	-3.7%	6.5%	0.1%
2006/12	-26.5%	-11.4%	-22.3%	24.5%	7.2%
2007/12	-7.2%	-5.0%	4.7%	4.6%	3.7%
2008/12	-6.7%	6.1%	-6.9%	5.5%	2.8%
2009/12	-6.0%	-13.3%	15.6%	1.2%	2.7%
2010/12	-12.7%	3.7%	-6.6%	4.4%	1.9%

圖 9 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件醫療費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比



七、平均每件醫療費用與門內藥局發展之關聯

由下列表53的卡方分析，可看出基層西醫診所平均每件醫療費用和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為17431.707，p值為0.000小於0.05，結果說明基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群平均每件醫療費用的百分比具差異性。比較上，平均每件醫療費用250點以下其開設門內藥局之百分比低於不開設之百分比，而平均每件醫療費用251點以上則顯示開設門內藥局之百分比高於不開設門內藥局之情形，特別是平均每件醫療費用301點以上則相當明顯。此資料結果支持假設五，亦即基層西醫診所平均每件醫療費用不同，開設門內藥局的比率不同。

表 53 每月平均門診量與是否開設門內藥局之卡方分析

			是否有開門內藥局		總計
			0	1	
平均每件門診醫療費用	250以下	次數	9996	2629	12625
		百分比%	79.2%	20.8%	100.0%
	251~300	次數	10899	10989	21888
		百分比%	49.8%	50.2%	100.0%
	301~350	次數	5217	16361	21578
		百分比%	24.2%	75.8%	100.0%
	351以上	次數	9222	33961	43183
		百分比%	21.4%	78.6%	100.0%
總計		次數	35334	63940	99274
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方= 17431.707 ; P = 0.000 < 0.05 顯著



參、診所平均每件門診處方簽藥品費用與門內藥局發展之比較和關聯

一、平均每件門診處方簽藥品費用與開設門內藥局之趨勢分析

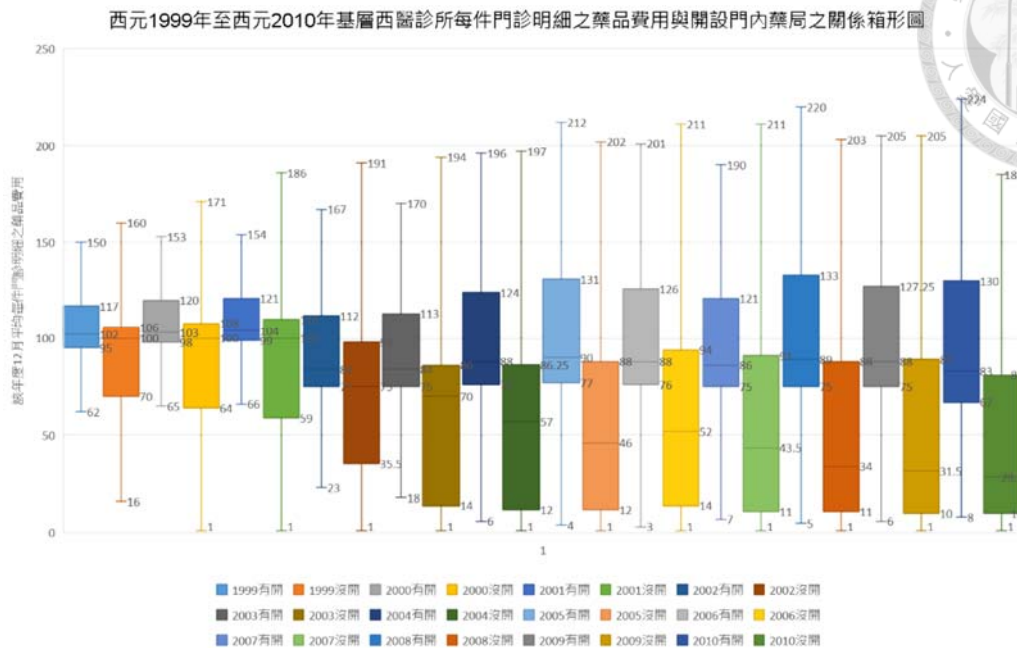
由表54與圖10的資料中我們可看出，基層西醫診所所有開設門內藥局的平均每件門診處方簽藥品費用自西元1999年的118.2點到西元2010年的127.5點，呈現逐年遞增的趨勢；相同地，基層西醫診所沒有開設門內藥局的平均每件醫療費用自西元1999年的94.7點到西元2010年的76.2點，卻呈現逐年遞減的趨勢。若再從平均每件門診處方簽藥品費用的第一個四分位數(Q1)、中位數(MD)與第三個四分位數(Q3)來看，有開設門內藥局基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用在歷年均呈現較穩定的數字；比較之，沒有開設門內藥局基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用，自西元2002年後即減少陡降。從上述的兩個現象與趨勢變化，可看出整體門內藥局的有無開設與平均每件門診處方簽藥品費用可能有相關性，特別在西元2002年之後的變化是值得觀察的。

再從表54的資料中得知，基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用其中位數從西元1999年至西元2010年約平均落於90點上下，因此，針對基層西醫診所平均每件醫療費用與門內藥局的發展趨勢分析上，本研究將平均每件門診處方簽藥品費用以45點為一個組距，將之分成為44點以下、45~89點、90~134點、及135點以上等四分群。

表 54 西元 1999 年至 2010 年平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內藥局之基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用								沒開門內藥局之基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用							
	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N
1999/12	118.2	72.1	2	95	102	117	1481	5156	94.7	84.2	1	70	100	106	2504	1647
2000/12	122.1	74.0	2	98	103	120	1411	5258	98.7	103.7	1	64	100	108	2170	1359
2001/12	123.4	85.3	1	99	104	121	3507	5280	98.6	108.6	1	59	100	110	2537	1308
2002/12	113.4	105.6	3	75	84	112	2598	4902	89.4	135.9	1	35.5	75	98	2580	1344
2003/12	114.2	106.2	3	75	84	113	2579	4913	73.5	126.1	1	14	70	86	2600	1125
2004/12	124.2	124.9	6	76	88	124	3480	4950	73.1	118.3	1	12	57	86.25	2834	1018
2005/12	130.6	139.2	4	77	90	131	3734	4947	74.7	110.1	1	12	46	88	1265	875
2006/12	124.4	119.7	3	76	88	126	3027	5310	77.7	156.3	1	14	52	94	3795	842
2007/12	122.8	129.7	3	75	86	121	3605	5511	73.0	97.5	1	11	43.5	91	910	792
2008/12	132.1	149.3	5	75	89	133	6033	5672	69.2	91.7	1	11	34	88	908	752
2009/12	141.9	1210.	6	75	88	127.2	9158	5794	80.0	203.2	1	10	31.5	89	4200	688
2010/12	127.5	151.2	8	67	83	130	5979	5933	76.2	207.3	1	10	28.5	81	3632	664

圖 10 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布箱形圖



二、平均每件門診處方簽藥品費用為44點以下的分群開設門內藥局之趨勢分析

在分析平均每件門診處方簽藥品費用為44點以下的分群中，從表55的資料中得知，西元1999年平均每件門診處方簽藥品費用為44點以下有開設門內藥局的基層西醫診所僅有13家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的0.3%，到西元2010年上升到83家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數僅1.4%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長538.5%，並且自西元2002年後呈現逐年遞增的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，特別是在西元2002與2006等兩年有較高的正成長(55.6%、與71.4%)。相較於設立診所變動成長率，可以看到在西元2002與2006等兩年的變動成長率分別為25.9%與-1.8%而與有設立門內藥局的變動成長率有所明顯差別，整體來說，設立診所變動成長率與有設立門內藥局的發展波動變化並不具一致性。

表 55 每件門診處方簽藥品費用為 44 點以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診處方簽藥品費用為 0~44 點的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	門診處方簽藥品費用為 0~44 點的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	314	4.6%	13	0.3%	4.1%	100.0%		
2000/12	301	4.5%	8	0.2%	2.7%	61.5%	-38.5%	-4.1%
2001/12	305	4.6%	9	0.2%	3.0%	69.2%	12.5%	1.3%
2002/12	384	6.1%	14	0.3%	3.6%	107.7%	55.6%	25.9%
2003/12	501	8.3%	19	0.4%	3.8%	146.2%	35.7%	30.5%
2004/12	489	8.2%	20	0.4%	4.1%	153.8%	5.3%	-2.4%

2005/12	453	7.8%	21	0.4%	4.6%	161.5%	5.0%	-7.4%
2006/12	445	7.2%	36	0.7%	8.1%	276.9%	71.4%	-1.8%
2007/12	434	6.9%	37	0.7%	8.5%	284.6%	2.8%	-2.5%
2008/12	450	7.0%	47	0.8%	10.4%	361.5%	27.0%	3.7%
2009/12	428	6.6%	64	1.1%	15.0%	492.3%	36.2%	-4.9%
2010/12	451	6.8%	83	1.4%	18.4%	638.5%	29.7%	5.4%

三、平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點的分群中，從表56的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所901家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的17.5%，到西元2010年大幅上升到3288家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的55.4%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長264.9%，特別是在西元2002年劇增至2879家，達到正成長219.5%，並且自西元2002年後呈現逐年遞增的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年有相對較高的正成長(405.1%)，並於西元2006年亦從西元2005年的負成長(-4.8%)反轉成為正成長(11.1%)。相較於設立診所的變動成長率，其變化的年份與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 56 每件門診處方簽藥品費用為 45~89 點的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診處方 簽藥品費 用為 45~89 點的基層 西醫診所 數(A)	A 診所數占 全體基層 西醫診所 百分比	門診處方 簽藥品費 用為 45~89 點的基層 西醫診所 且有開門 內藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	1211	17.8%	901	17.5%	74.4%	100.0%		
2000/12	848	12.8%	672	12.8%	79.2%	74.6%	-25.4%	-30.0%
2001/12	730	11.1%	570	10.8%	78.1%	63.3%	-15.2%	-13.9%
2002/12	3446	55.2%	2879	58.7%	83.5%	319.5%	405.1%	372.1%
2003/12	3215	53.2%	2825	57.5%	87.9%	313.5%	-1.9%	-6.7%
2004/12	2888	48.4%	2574	52.0%	89.1%	285.7%	-8.9%	-10.2%
2005/12	2685	46.1%	2450	49.5%	91.2%	271.9%	-4.8%	-7.0%
2006/12	2922	47.5%	2723	51.3%	93.2%	302.2%	11.1%	8.8%
2007/12	3148	49.9%	2955	53.6%	93.9%	328.0%	8.5%	7.7%
2008/12	3018	47.0%	2851	50.3%	94.5%	316.4%	-3.5%	-4.1%
2009/12	3051	47.1%	2895	50.0%	94.9%	321.3%	1.5%	1.1%
2010/12	3443	52.2%	3288	55.4%	95.5%	364.9%	13.6%	12.8%

四、平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點的分群中，從表57的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所3411家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所

的66.2%，到西元2010年大幅下降到1163家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的19.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長65.9%，特別是在西元2002年劇減至1139家，達到負成長65.6%，並且自西元2002年後呈現平穩的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年有相對較高的負成長(-69.4%)，自西元2002年後呈現平穩的趨勢，值得注意的是西元2010年從西元2009年的正成長(9.5%)反轉成為負成長(-23.7%)。相較於設立診所的變動成長率，其變化的年份與有設立門內藥局的發展波動具一致性。若比較平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點與90~134點兩組分群，可以看出上述兩組分群所呈現出的結果在佔比與變動成長率上幾乎完全相反，這樣的發現值得再深入理解。

表 57 每件門診處方簽藥品費用為 90~134 點的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診處方 簽藥品費 用為 90~134 點 的基層西 醫診所數 (A)	A 診所數占 全體基層 西醫診所 百分比	門診處方 簽藥品費 用為 90~134 點 的基層西 醫診所且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	4258	62.6%	3411	66.2%	80.1%	100.0%		
2000/12	4330	65.4%	3629	69.0%	83.8%	106.4%	6.4%	1.7%
2001/12	4398	66.8%	3725	70.5%	84.7%	109.2%	2.6%	1.6%
2002/12	1366	21.9%	1139	23.2%	83.4%	33.4%	-69.4%	-68.9%
2003/12	1320	21.9%	1187	24.2%	89.9%	34.8%	4.2%	-3.4%
2004/12	1360	22.8%	1255	25.4%	92.3%	36.8%	5.7%	3.0%
2005/12	1362	23.4%	1277	25.8%	93.8%	37.4%	1.8%	0.1%
2006/12	1453	23.6%	1349	25.4%	92.8%	39.5%	5.6%	6.7%
2007/12	1445	22.9%	1359	24.7%	94.0%	39.8%	0.7%	-0.6%
2008/12	1478	23.0%	1392	24.5%	94.2%	40.8%	2.4%	2.3%
2009/12	1603	24.7%	1524	26.3%	95.1%	44.7%	9.5%	8.5%
2010/12	1225	18.6%	1163	19.6%	94.9%	34.1%	-23.7%	-23.6%

五、平均每件門診處方簽藥品費用為135點以上的分群開設門內藥局之趨勢分析

在平均每件門診處方簽藥品費用為135點以上的分群中，從表58的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所有831家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的16.1%，到西元2010年上升到1399家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的23.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長68.4%，除了西元2002年微幅下降外，自西元2003年起均呈現逐年成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，除了西元2002年呈現負成長(-10.9%)較大外，西元2004與2008兩年呈現較大的正成長(24.8%與19.1%)。相較於設立診所的逐年變動成長率，整體而言雖無規律的趨勢可言，然其變化與有設立門內藥局的發展波動具相當一致性。

表 58 每件門診處方簽藥品費用為 135 點以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	門診處方簽藥品費用為 135 點以上的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	門診處方簽藥品費用為 135 點以上的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1020	15.0%	831	16.1%	81.5%	100.0%		
2000/12	1138	17.2%	949	18.0%	83.4%	114.2%	14.2%	11.6%
2001/12	1155	17.5%	976	18.5%	84.5%	117.4%	2.8%	1.5%
2002/12	1050	16.8%	870	17.7%	82.9%	104.7%	-10.9%	-9.1%
2003/12	1002	16.6%	882	18.0%	88.0%	106.1%	1.4%	-4.6%
2004/12	1231	20.6%	1101	22.2%	89.4%	132.5%	24.8%	22.9%
2005/12	1322	22.7%	1199	24.2%	90.7%	144.3%	8.9%	7.4%
2006/12	1332	21.7%	1202	22.6%	90.2%	144.6%	0.3%	0.8%
2007/12	1276	20.2%	1160	21.0%	90.9%	139.6%	-3.5%	-4.2%
2008/12	1478	23.0%	1382	24.4%	93.5%	166.3%	19.1%	15.8%
2009/12	1400	21.6%	1311	22.6%	93.6%	157.8%	-5.1%	-5.3%
2010/12	1478	22.4%	1399	23.6%	94.7%	168.4%	6.7%	5.6%

六、平均每件門診處方簽藥品費用開設門內藥局之比較

綜合表54至表58，再加上表59與表60，可比較出各每件門診處方簽藥品分群費用對於開設門內藥局的逐年變動差異。在有開門內藥局的基層西醫診所中，西元2001年以前以平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點的分群為主要比例，自西元2002年以後以平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點的分群為主要比例，且呈現相當平穩的趨勢；在沒有開門內藥局的基層西醫診所中，西元2001年以前亦以平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點的分群為主要比例，自西元2002年以後也以平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點的分群為主要比例，但上述兩分群均呈現漸減的趨勢。

在有開設門內藥局的逐年變動成長率上，西元2000與2002等兩年具有相反的趨勢，西元2000年在平均每件門診處方簽藥品費用為0~44點與45~89點的兩分群呈現較大幅度的負成長(-38.5%與-25.4%)，但卻在平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點與135點以上的兩分群呈現正成長(6.4%與14.2%)，相反的，西元2002年在平均每件門診處方簽藥品費用為0~44點與45~89點的兩分群呈現很高幅度的正成長(55.6%與405.1%)，但卻在平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點與135點以上的兩分群呈現負成長(-69.4%與-10.9%)。另外值得注意的是在西元2006年四個分群均呈現正成長，特別是平均每件門診處方簽藥品費用為0~44點的分群呈現較大幅度的正成長(71.4%)。我們亦從表60與圖11中看出，在西元2002年與2006年，有開設門內藥局的基層西醫診所平均每件門診處方簽藥

品各分群費用與全部門內藥局環比變動成長率具有較大的變化，比較上，平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點與90~134點兩分群，其設立門內藥局的變化是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年與2006年是受了某種程度的影響。

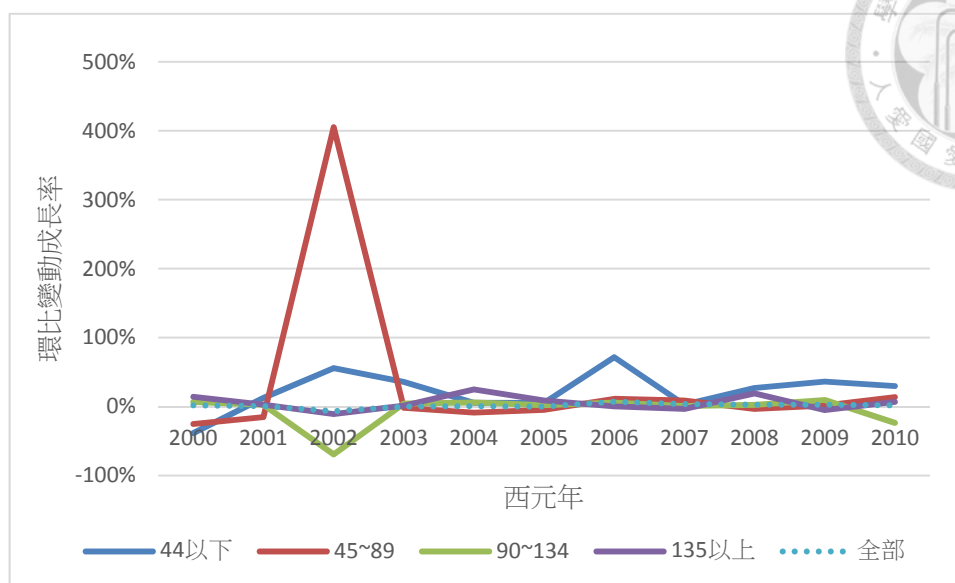
表 59 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內				沒開門內				全部			
	0~44	45~89	90~134	135以上	0~44	45~89	90~134	135以上	0~44	45~89	90~134	135以上
1999/12	13	901	3411	831	301	310	847	189	314	1211	4258	1020
2000/12	8	672	3629	949	293	176	701	189	301	848	4330	1138
2001/12	9	570	3725	976	296	160	673	179	305	730	4398	1155
2002/12	14	2879	1139	870	370	567	227	180	384	3446	1366	1050
2003/12	19	2825	1187	882	482	390	133	120	501	3215	1320	1002
2004/12	20	2574	1255	1101	469	314	105	130	489	2888	1360	1231
2005/12	21	2450	1277	1199	432	235	85	123	453	2685	1362	1322
2006/12	36	2723	1349	1202	409	199	104	130	445	2922	1453	1332
2007/12	37	2955	1359	1160	397	193	86	116	434	3148	1445	1276
2008/12	47	2851	1392	1382	403	167	86	96	450	3018	1478	1478
2009/12	64	2895	1524	1311	364	156	79	89	428	3051	1603	1400
2010/12	83	3288	1163	1399	368	155	62	79	451	3443	1225	1478

表 60 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方藥品費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局				全部門內藥局環比變動成長率(%)
	44以下	45~89	90~134	135以上	
1999/12	--	--	--	--	----
2000/12	-38.5%	-25.4%	6.4%	14.2%	1.9%
2001/12	12.5%	-15.2%	2.6%	2.8%	0.6%
2002/12	55.6%	405.1%	-69.4%	-10.9%	-6.6%
2003/12	35.7%	-1.9%	4.2%	1.4%	0.0%
2004/12	5.3%	-8.9%	5.7%	24.8%	0.6%
2005/12	5.0%	-4.8%	1.8%	8.9%	0.1%
2006/12	71.4%	11.1%	5.6%	0.3%	7.2%
2007/12	2.8%	8.5%	0.7%	-3.5%	3.7%
2008/12	27.0%	-3.5%	2.4%	19.1%	2.8%
2009/12	36.2%	1.5%	9.5%	-5.1%	2.7%
2010/12	29.7%	13.6%	-23.7%	6.7%	1.9%

圖 11 西元 1999 年至 2010 年各分群平均每件門診處方藥品費用開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比



七、平均每件門診處方簽藥品費用與門內藥局發展之關聯

由下列表61的卡方分析，可看出基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為22590.168，p值為0.000小於0.05，結果說明基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群平均每件門診處方簽藥品費用的百分比具差異性。比較上，平均每件門診處方簽藥品費用44點以下其開設門內藥局之百分比相當低於不開設之百分比，而平均每件門診處方簽藥品費用45點以上則顯示開設門內藥局之百分比高於不開設門內藥局，並且相當明顯。此資料結果支持假設六，亦即基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用不同，開設門內藥局的比率不同。

表 61 平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局之卡方分析

		是否有開門內藥局		總計	
		0	1		
平均每件門診處方簽藥品費用	44以下	次數	4584	371	4955
		百分比%	92.5%	7.5%	100.0%
	45~89	次數	3022	27583	30605
		百分比%	9.9%	90.1%	100.0%
	90~134	次數	3188	22410	25598
		百分比%	14.2%	85.8%	100.0%
	135以上	次數	1620	13262	14882
		百分比%	10.9%	89.1%	100.0%
總計	次數	12414	63626	76040	
	百分比%	16.3%	83.7%	100.0%	

皮爾森 (Pearson) 卡方= 22590.168 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

第四節 地區特性與門內藥局發展之比較和關聯



壹、診所所在地區診所密度與門內藥局發展之比較和關聯

一、診所密度與開設門內藥局之趨勢分析

由表62與圖12的資料中我們可看出，基層西醫診所所有開設門內藥局的診所密度(每十萬人口之基層西醫診所數)自西元1999年的157.1到西元2010年的256.7，呈現逐年穩定遞增的趨勢；相同地，基層西醫診所沒有開設門內藥局的診所密度自西元1999年的148.1到西元2010年的246.4，亦呈現逐年遞增的趨勢。若再從診所密度的第一個四分位數(Q1)、中位數(MD)與第三個四分位數(Q3)來看，有開設門內藥局基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用在歷年均呈現較穩定的數字；比較之，沒有開設門內藥局基層西醫診所的平均每件門診處方簽藥品費用，自西元2002年後即減少陡降。從上述的兩個現象與趨勢變化，可看出整體門內藥局的有無開設與平均每件門診處方簽藥品費用可能有相關性，特別在西元2002年之後的變化是值得觀察的。

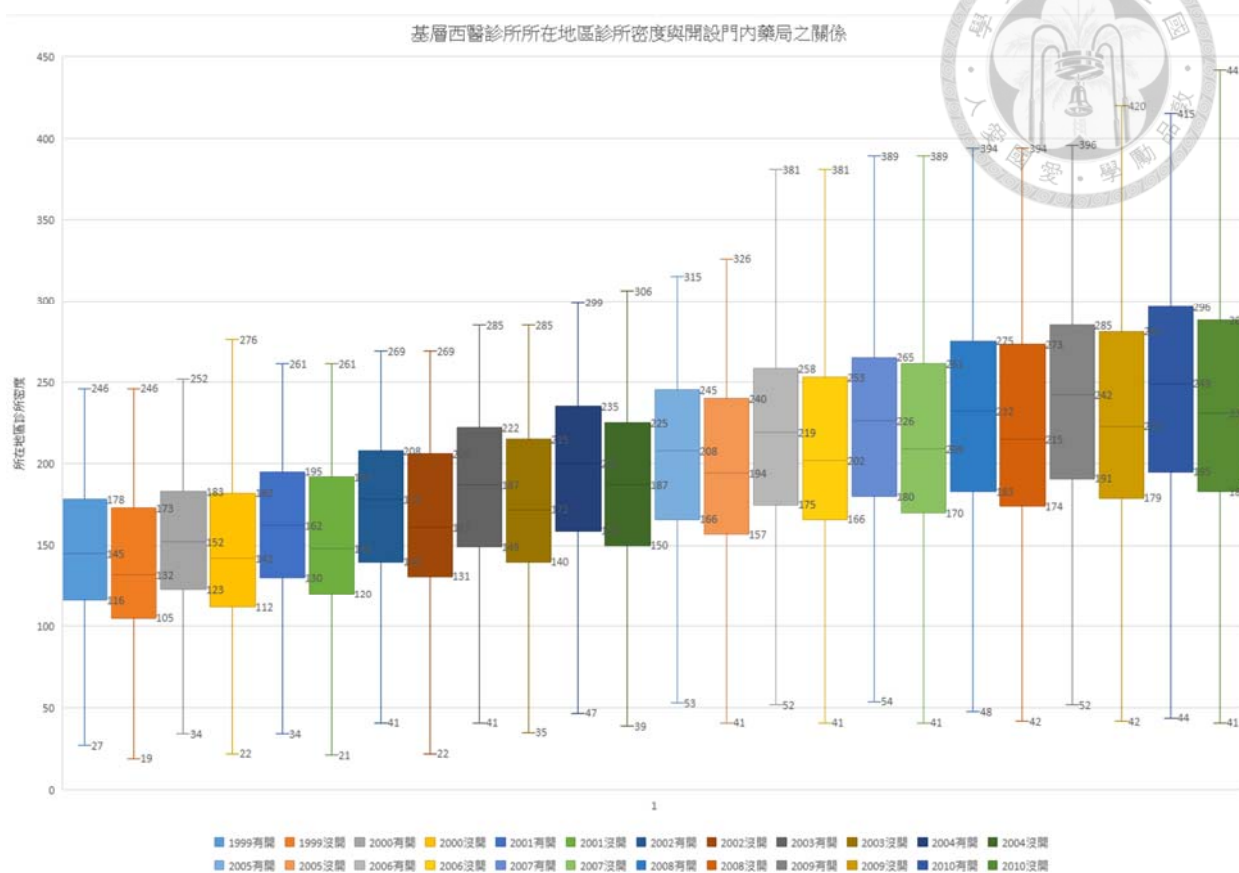
再從表62的資料中得知，基層西醫診所的診所密度其中位數從西元1999年至西元2010年約落於150~250之間，因此，針對基層西醫診所的診所密度與門內藥局的發展趨勢分析上，本研究將診所密度以50為一個組距，將之分成為149以下, 150~199, 200~249, 250以上等四分群。

表 62 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內藥局之地區診所密度								沒開門內藥局之地區診所密度							
	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N	AVG	STD	Min	Q1	MD	Q3	Max	N
1999/12	157.1	69.8	27	116	145	178	649	5170	148.1	79.8	19	105	132	173	649	2489
2000/12	165.7	71.9	28	123	152	183	675	5270	157.3	85.1	22	112	142	182	675	2342
2001/12	174.8	75.8	28	130	162	195	687	5296	164.4	84.0	21	120	148	192	687	2331
2002/12	188.3	81.7	29	140	178	208	696	4944	174.7	80.2	22	131	161	206	696	2836
2003/12	198.6	85.3	37	149	187	222	735	4947	186.5	83.9	35	140	172	215	735	2989
2004/12	208.1	84.7	41	159	200	235	753	4929	196.9	84.1	39	150	187	225	753	3183
2005/12	218.7	89.3	41	166	208	245	756	4934	206.4	85.0	41	157	194	240	756	3343
2006/12	227.8	91.6	41	175	219	258	782	5282	216.7	88.1	41	166	202	253	782	3186
2007/12	235.0	93.7	42	180	226	265	778	5480	223.0	89.7	41	170	209	261	778	3147
2008/12	242.1	96.1	42	183	232	275	813	5635	231.0	93.7	42	174	215	273	813	3108
2009/12	249.4	98.3	13	191	242	285	835	5792	239.2	96.5	13	179	223	281	835	3064
2010/12	256.7	100.4	15	195	249	296	872	5904	246.4	98.1	21	183	231	288	872	3162

診所密度單位：每十萬人口之基層西醫診所數

圖 12 基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局之分布箱形圖



二、診所密度為149以下的分群開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所密度為149以下的分群中，從表63的資料中得知，西元1999年診所密度為149以下有開設門內藥局的基層西醫診所所有2808家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的54.3%，到西元2010年大幅下降到492家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數僅8.3%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長82.5%，呈現逐年遞減的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，每年均呈現負成長，特別是在西元2002與2004等兩年有較高的負成長(-33.5%與-33.2%)。相較於設立診所變動成長率，可以看到在西元2002與2004等兩年的變動成長率分別為-22.9%與-30.7%而與有設立門內藥局的變動成長率有相當一致的逐年變動負成長率，整體來說，設立診所變動成長率與有設立門內藥局的發展波動變化具一致性。

表 63 地區診所密度為 149 以下的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	診所密度為 149 以下的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	診所密度為 149 以下的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	4342	56.7%	2808	54.3%	64.7%	100.0%		
2000/12	3907	51.3%	2602	49.4%	66.6%	92.7%	-7.3%	-10.0%
2001/12	3415	44.8%	2224	42.0%	65.1%	79.2%	-14.5%	-12.6%
2002/12	2632	33.8%	1478	29.9%	56.2%	52.6%	-33.5%	-22.9%
2003/12	2355	29.7%	1303	26.3%	55.3%	46.4%	-11.8%	-10.5%
2004/12	1631	20.1%	871	17.7%	53.4%	31.0%	-33.2%	-30.7%
2005/12	1546	18.7%	816	16.5%	52.8%	29.1%	-6.3%	-5.2%
2006/12	1417	16.7%	809	15.3%	57.1%	28.8%	-0.9%	-8.3%
2007/12	1204	14.0%	710	13.0%	59.0%	25.3%	-12.2%	-15.0%
2008/12	1105	12.6%	652	11.6%	59.0%	23.2%	-8.2%	-8.2%
2009/12	945	10.7%	576	9.9%	61.0%	20.5%	-11.7%	-14.5%
2010/12	833	9.2%	492	8.3%	59.1%	17.5%	-14.6%	-11.9%

三、診所密度為150~199的分群開設門內藥局之趨勢分析

在診所密度為150~199的分群中，從表64的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所所有1497家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的29.0%，到西元2010年微幅下降到1157家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的19.6%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長22.7%，特別是在西元2001年先增至1920家，達到正成長28.3%，但隨即自西元2002年後呈現逐年遞減的趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2001年以前為正成長(西元2001年達到19.7%)，自西元2002年後均呈現負成長，特別是西元2002年由2001年反轉為負成長(-8.6%)，而西元2007年的負成長(-15.8%)是較大的。相較於設立診所的變動成長率，除了西元2002年呈現正成長(1.6%)較不一致外，其餘年份的變化與有設立門內藥局的發展波動具一致性。

表 64 地區診所密度為 150~199 的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	診所密度為 150~199 的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	診所密度為 150~199 的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	2124	27.7%	1497	29.0%	70.5%	100.0%		
2000/12	2220	29.2%	1604	30.4%	72.3%	107.1%	7.1%	4.5%
2001/12	2627	34.4%	1920	36.3%	73.1%	128.3%	19.7%	18.3%
2002/12	2668	34.3%	1754	35.5%	65.7%	117.2%	-8.6%	1.6%
2003/12	2522	31.8%	1604	32.4%	63.6%	107.1%	-8.6%	-5.5%
2004/12	2551	31.4%	1543	31.3%	60.5%	103.1%	-3.8%	1.1%
2005/12	2476	29.9%	1467	29.7%	59.2%	98.0%	-4.9%	-2.9%

2006/12	2371	28.0%	1456	27.6%	61.4%	97.3%	-0.7%	-4.2%
2007/12	2077	24.1%	1226	22.4%	59.0%	81.9%	-15.8%	-12.4%
2008/12	1977	22.6%	1206	21.4%	61.0%	80.6%	-1.6%	-4.8%
2009/12	1867	21.1%	1148	19.8%	61.5%	76.7%	-4.8%	-5.6%
2010/12	1837	20.3%	1157	19.6%	63.0%	77.3%	0.8%	-1.6%

四、診所密度為200~249的分群開設門內藥局之趨勢分析

在診所密度為200~249的分群中，從表65的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所所有589家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的11.4%，到西元2010年上升到1353家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的22.9%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長129.7%，特別是在西元2002年劇增至1167家，達到正成長98.1%。若就門內藥局逐年成長率的變動上，在西元2002年有相對較高的正成長(68.6%)，另外，西元2006年卻是有較高的負成長(-23.8%)，而後於西元2007年反轉成為正成長(19.7%)。相較於設立診所的變動成長率，其變化的年份與有設立門內藥局的發展波動具一致性。若比較診所密度為150~199與200~249兩組分群，可以看出上述兩組分群所呈現出的結果在佔比與變動成長率上幾乎完全相反，這樣的發現值得再深入理解。

表 65 地區診所密度為 200~249 的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	診所密度為 200~249 的基層西醫診所數 (A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	診所密度為 200~249 的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	800	10.4%	589	11.4%	73.6%	100.0%		
2000/12	959	12.6%	699	13.3%	72.9%	118.7%	18.7%	19.9%
2001/12	965	12.7%	692	13.1%	71.7%	117.5%	-1.0%	0.6%
2002/12	1711	22.0%	1167	23.6%	68.2%	198.1%	68.6%	77.3%
2003/12	1831	23.1%	1217	24.6%	66.5%	206.6%	4.3%	7.0%
2004/12	2554	31.5%	1662	33.7%	65.1%	282.2%	36.6%	39.5%
2005/12	2645	32.0%	1648	33.4%	62.3%	279.8%	-0.8%	3.6%
2006/12	2052	24.2%	1255	23.8%	61.2%	213.1%	-23.8%	-22.4%
2007/12	2286	26.5%	1502	27.4%	65.7%	255.0%	19.7%	11.4%
2008/12	2443	27.9%	1625	28.8%	66.5%	275.9%	8.2%	6.9%
2009/12	2312	26.1%	1595	27.5%	69.0%	270.8%	-1.8%	-5.4%
2010/12	2049	22.6%	1353	22.9%	66.0%	229.7%	-15.2%	-11.4%

五、診所密度為250以上的分群開設門內藥局之趨勢分析

在診所密度為250以上的分群中，從表66的資料中得知，西元1999年有開設門內藥局基層西醫診所所有276家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的5.3%，到西元2010年

大幅上升到2902家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數的49.2%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長951.4%，呈現逐年成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，每年均呈現正成長，特別是西元2003與2006兩年呈現正成長(51.0%與75.7%)較大。相較於設立診所的逐年變動成長率，其變化與有設立門內藥局的發展波動具相當一致性。

表 66 地區診所密度為 250 以上的基層西醫診所與門內藥局趨勢表

年度	診所密度為 250 以上的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	診所密度為 250 以上的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	393	5.1%	276	5.3%	70.2%	100.0%		
2000/12	526	6.9%	365	6.9%	69.4%	132.2%	32.2%	33.8%
2001/12	620	8.1%	460	8.7%	74.2%	166.7%	26.0%	17.9%
2002/12	769	9.9%	545	11.0%	70.9%	197.5%	18.5%	24.0%
2003/12	1228	15.5%	823	16.6%	67.0%	298.2%	51.0%	59.7%
2004/12	1376	17.0%	853	17.3%	62.0%	309.1%	3.6%	12.1%
2005/12	1610	19.5%	1003	20.3%	62.3%	363.4%	17.6%	17.0%
2006/12	2628	31.0%	1762	33.4%	67.0%	638.4%	75.7%	63.2%
2007/12	3060	35.5%	2042	37.3%	66.7%	739.9%	15.9%	16.4%
2008/12	3218	36.8%	2152	38.2%	66.9%	779.7%	5.4%	5.2%
2009/12	3732	42.1%	2473	42.7%	66.3%	896.0%	14.9%	16.0%
2010/12	4347	47.9%	2902	49.2%	66.8%	1051.4%	17.3%	16.5%

六、診所密度開設門內藥局之比較

在有開門內藥局的基層西醫診所中，西元2001年以前以診所密度為149以下的分群為主要比例，西元2002至2003年以診所密度為150~199的分群為主要比例，西元2004至2005年以診所密度為200~249的分群為主要比例，自西元2006年以後以診所密度為250以上的分群為主要比例。

綜合表62至表66，再加上表67與表68，可比較出各診所密度分群對於開設門內藥局的逐年變動差異。在有開設門內藥局的逐年變動成長率上，西元2002、2003、2004與2007等四年具有相同的趨勢，分別在診所密度為149以下與150~199兩分群有別於診所密度為200~249與250以上兩分群的正成長而呈現負成長，而西元2005、2006與2009等三年則具有相同的趨勢，分別在診所密度為149以下、150~199與200~249三分群有別於診所密度為250以上分群的正成長(17.6%、75.7%與14.9%)而呈現負成長。從圖13的比較上，診所密度在診所密度為149以下與150~199兩分群的變動趨勢較為一致，而診所密度為200~249與250以上兩分群的變動趨勢較為一致，但在西元2002年與2006年可能有受了某種程度的影響。

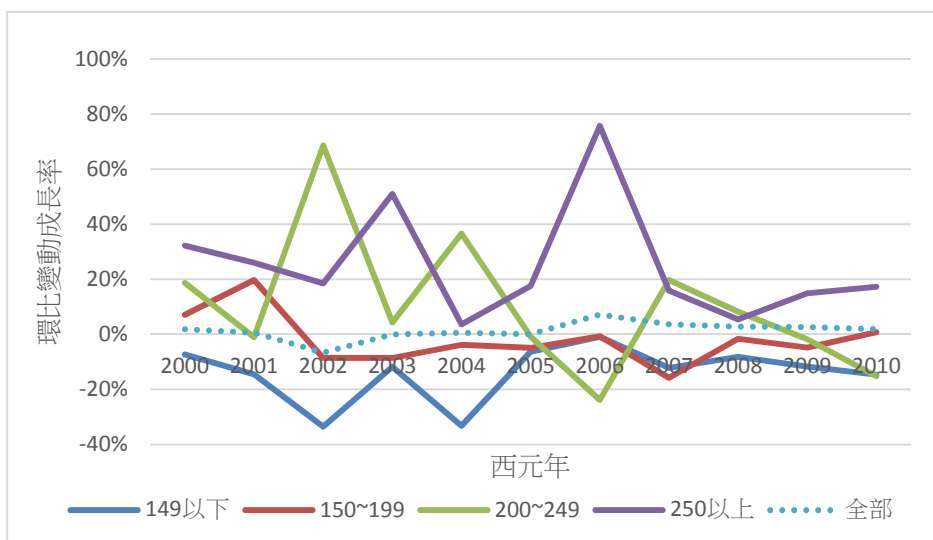
表 67 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內				沒開門內				全部			
	149以下	150~199	200~249	250以上	149以下	150~199	200~249	250以上	149以下	150~199	200~249	250以上
1999/12	2808	1497	589	276	1534	627	211	117	4342	2124	800	393
2000/12	2602	1604	699	365	1305	616	260	161	3907	2220	959	526
2001/12	2224	1920	692	460	1191	707	273	160	3415	2627	965	620
2002/12	1478	1754	1167	545	1154	914	544	224	2632	2668	1711	769
2003/12	1303	1604	1217	823	1052	918	614	405	2355	2522	1831	1228
2004/12	871	1543	1662	853	760	1008	892	523	1631	2551	2554	1376
2005/12	816	1467	1648	1003	730	1009	997	607	1546	2476	2645	1610
2006/12	809	1456	1255	1762	608	915	797	866	1417	2371	2052	2628
2007/12	710	1226	1502	2042	494	851	784	1018	1204	2077	2286	3060
2008/12	652	1206	1625	2152	453	771	818	1066	1105	1977	2443	3218
2009/12	576	1148	1595	2473	369	719	717	1259	945	1867	2312	3732
2010/12	492	1157	1353	2902	341	680	696	1445	833	1837	2049	4347

表 68 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度開設門內藥局之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局				全部門內藥局環比變動成長率(%)
	149以下	150~199	200~249	250以上	
1999/12	--	--	--	--	----
2000/12	-7.3%	7.1%	18.7%	32.2%	1.9%
2001/12	-14.5%	19.7%	-1.0%	26.0%	0.6%
2002/12	-33.5%	-8.6%	68.6%	18.5%	-6.6%
2003/12	-11.8%	-8.6%	4.3%	51.0%	0.0%
2004/12	-33.2%	-3.8%	36.6%	3.6%	0.6%
2005/12	-6.3%	-4.9%	-0.8%	17.6%	0.1%
2006/12	-0.9%	-0.7%	-23.8%	75.7%	7.2%
2007/12	-12.2%	-15.8%	19.7%	15.9%	3.7%
2008/12	-8.2%	-1.6%	8.2%	5.4%	2.8%
2009/12	-11.7%	-4.8%	-1.8%	14.9%	2.7%
2010/12	-14.6%	0.8%	-15.2%	17.3%	1.9%

圖 13 西元 1999 年至 2010 年各分群地區診所密度開設門內藥局之環比變動成長率百分比



七、診所密度與門內藥局發展之關聯

由下列表69的卡方分析，可看出基層西醫診所所在地區的診所密度和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為250.794，p值為0.000小於0.05，結果說明基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，但各分群診所密度的百分比比較不具差異性。比較上，除診所密度149以下開設門內藥局的比例略小外，其餘各群診所密度其開設門內藥局之百分比皆相當。此資料結果支持假設七，亦即基層西醫診所所在地區診所密度不同，開設門內藥局的比率不同。

表 69 診所密度與是否開設門內藥局之卡方分析

		是否有開門內藥局		總計	
		0	1		
診所密度	149以下	次數	9991	15341	25332
		百分比%	39.4%	60.6%	100.0%
	150~199	次數	9735	17582	27317
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%
	200~249	次數	7603	15004	22607
		百分比%	33.6%	66.4%	100.0%
	250以上	次數	7851	15656	23507
		百分比%	33.4%	66.6%	100.0%
總計		次數	35180	63583	98763
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方= 250.794 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

貳、診所所在地區別與門內藥局發展之比較和關聯

一、基層西醫診所地區分局別開設門內藥局之分布

本研究所指稱的診所所在地區別是根據健保資料庫譯碼簿的第二部分：代碼說明的『地區代碼、名稱、分局及郵遞區號 B-13』中所定義的「分局別」，一共將分局別分成臺北分局、北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局與東區分局等六個分區。其對應的縣市分類如下：

- (1) 臺北分局：臺北市、基隆市、新北市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
- (2) 北區分局：桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
- (3) 中區分局：臺中市、彰化縣、南投縣



(4) 南區分局：雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市

(5) 高屏分局：高雄市、屏東縣、澎湖縣

(6) 東區分局：花蓮縣、臺東縣

由表70的資料中我們可看出，基層西醫診所所有開設門內藥局的地區分局別分布主要以臺北分局、中區分局以及高屏分局為主；而在沒有開設門內藥局的地區分局別分布中，南區分局則與中區分局相當。

表 70 西元 1999 年至 2010 年基層西醫診所所在地區分局別與是否開設門內藥局之分布

年度	有開門內藥局						沒開門內藥局						全部					
	臺北分局	北區	中區分局	南區	高屏分局	東區分局	臺北分局	北區	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	臺北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區
1999/12	1388	629	1174	868	1075	36	856	312	441	402	313	165	2244	941	1615	1270	1388	201
2000/12	1404	642	1192	853	1147	32	830	291	415	378	258	170	2234	933	1607	1231	1405	202
2001/12	1385	647	1248	838	1147	31	845	284	382	391	251	178	2230	931	1630	1229	1398	209
2002/12	1218	542	1265	767	1120	32	1041	414	416	475	316	174	2259	956	1681	1242	1436	206
2003/12	1249	510	1278	757	1118	35	1033	452	460	524	346	174	2282	962	1738	1281	1464	209
2004/12	1269	505	1290	700	1140	25	1069	499	516	538	375	186	2338	1004	1806	1238	1515	211
2005/12	1294	495	1291	693	1135	26	1074	545	569	566	413	176	2368	1040	1860	1259	1548	202
2006/12	1375	538	1328	782	1229	30	1041	527	555	528	361	174	2416	1065	1883	1310	1590	204
2007/12	1434	560	1368	814	1269	35	1029	546	542	507	348	175	2463	1106	1910	1321	1617	210
2008/12	1481	586	1380	849	1289	50	1018	544	552	492	348	154	2499	1130	1932	1341	1637	204
2009/12	1534	604	1402	872	1327	53	1020	555	537	484	322	146	2554	1159	1939	1356	1649	199
2010/12	1565	614	1429	884	1363	49	1064	558	568	495	328	149	2629	1172	1997	1379	1691	198

二、診所地區分局別為臺北分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為臺北分局中，從表71的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為臺北分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有1388家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的26.8%，到西元2010年為1565家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數26.5%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長12.8%，呈現平穩趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，除西元2001-2002年(-1.4%與-12.1%)呈現負成長外，其餘均呈現正成長。相較於設立診所變動成長率，可以看到在西元2000~2001等兩年的變動成長率(-0.4%與-0.2%)呈現負成長外，其餘均呈現正成長，但基本上變化不大。整體來說，除了西元2002年較為明顯不同外，設立診所變動成長率與有設立門內藥局的發展波動變化具一致性。

表 71 基層西醫診所所在地區別為臺北分局開設門內藥局之趨勢分析

年度	所在地區地區別為臺北分局的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	所在地區地區別為臺北分局的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	2244	29.3%	1388	26.8%	61.9%	100.0%		
2000/12	2234	29.3%	1404	26.6%	62.8%	101.2%	1.2%	-0.4%
2001/12	2230	29.2%	1385	26.2%	62.1%	99.8%	-1.4%	-0.2%
2002/12	2259	29.0%	1218	24.6%	53.9%	87.8%	-12.1%	1.3%
2003/12	2282	28.8%	1249	25.2%	54.7%	90.0%	2.5%	1.0%
2004/12	2338	28.8%	1269	25.7%	54.3%	91.4%	1.6%	2.5%
2005/12	2368	28.6%	1294	26.2%	54.6%	93.2%	2.0%	1.3%
2006/12	2416	28.5%	1375	26.0%	56.9%	99.1%	6.3%	2.0%
2007/12	2463	28.5%	1434	26.2%	58.2%	103.3%	4.3%	1.9%
2008/12	2499	28.6%	1481	26.3%	59.3%	106.7%	3.3%	1.5%
2009/12	2554	28.8%	1534	26.5%	60.1%	110.5%	3.6%	2.2%
2010/12	2629	29.0%	1565	26.5%	59.5%	112.8%	2.0%	2.9%

三、診所地區分局別為北區分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為北區分局中，從表72的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為北區分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有629家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的12.2%，到西元2010年為614家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數10.4%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年負成長2.4%，呈現平穩趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，西元2002~2005年呈現負成長，其餘均呈現正成長，值得注意的是在西元2002年具有較高的負成長(-16.2%)，以及西元2006年反轉成為正成長(8.7%)。相較於設立診所變動成長率，其與有設立門內藥局的發展波動變化並不具一致性。

表 72 基層西醫診所所在地區別為北區分局開設門內藥局之趨勢分析

年度	所在地區地區別為北區分局的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	所在地區地區別為北區分局的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	941	12.3%	629	12.2%	66.8%	100.0%		
2000/12	933	12.3%	642	12.2%	68.8%	102.1%	2.1%	-0.9%
2001/12	931	12.2%	647	12.2%	69.5%	102.9%	0.8%	-0.2%
2002/12	956	12.3%	542	11.0%	56.7%	86.2%	-16.2%	2.7%
2003/12	962	12.1%	510	10.3%	53.0%	81.1%	-5.9%	0.6%
2004/12	1004	12.4%	505	10.2%	50.3%	80.3%	-1.0%	4.4%
2005/12	1040	12.6%	495	10.0%	47.6%	78.7%	-2.0%	3.6%

2006/12	1065	12.6%	538	10.2%	50.5%	85.5%	8.7%	2.4%
2007/12	1106	12.8%	560	10.2%	50.6%	89.0%	4.1%	3.8%
2008/12	1130	12.9%	586	10.4%	51.9%	93.2%	4.6%	2.2%
2009/12	1159	13.1%	604	10.4%	52.1%	96.0%	3.1%	2.6%
2010/12	1172	12.9%	614	10.4%	52.4%	97.6%	1.7%	1.1%

四、診所地區分局別為中區分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為中區分局中，從表73的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為中區分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有1174家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的22.7%，到西元2010年為1429家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數24.2%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長21.7%，呈現逐年成長趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，並無太大的變化而均呈現正成長。相較於設立診所變動成長率，其與有設立門內藥局的發展波動變化相當。

表 73 基層西醫診所所在地區別為中區分局開設門內藥局之趨勢分析

年度	所在地區 地區別為 中區分局 的基層西 醫診所數 (A)	A 診所數占 全體基層 西醫診所 百分比	所在地區 地區別為 中區分局 的基層西 醫診所且 有開門內 藥局(B)	B 佔全體門 內藥局百分 比	B/A	門內藥局 定基百分 比	門內藥局 環比變動 成長率	診所環比變 動成長率
1999/12	1615	21.1%	1174	22.7%	72.7%	100.0%		
2000/12	1607	21.1%	1192	22.6%	74.2%	101.5%	1.5%	-0.5%
2001/12	1630	21.4%	1248	23.6%	76.6%	106.3%	4.7%	1.4%
2002/12	1681	21.6%	1265	25.6%	75.3%	107.8%	1.4%	3.1%
2003/12	1738	21.9%	1278	25.8%	73.5%	108.9%	1.0%	3.4%
2004/12	1806	22.3%	1290	26.2%	71.4%	109.9%	0.9%	3.9%
2005/12	1860	22.5%	1291	26.2%	69.4%	110.0%	0.1%	3.0%
2006/12	1883	22.2%	1328	25.1%	70.5%	113.1%	2.9%	1.2%
2007/12	1910	22.1%	1368	25.0%	71.6%	116.5%	3.0%	1.4%
2008/12	1932	22.1%	1380	24.5%	71.4%	117.5%	0.9%	1.2%
2009/12	1939	21.9%	1402	24.2%	72.3%	119.4%	1.6%	0.4%
2010/12	1997	22.0%	1429	24.2%	71.6%	121.7%	1.9%	3.0%

五、診所地區分局別為南區分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為南區分局中，從表74的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為南區分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有868家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的16.8%，到西元2010年為884家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數15.0%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長1.8%，呈現平穩趨勢。若就門內藥局逐年成長率的變動上，西元2000-2005年是一個波段呈現負成長，西

元2000-2005年是另一個波段呈現正成長，其中在西元2002年具有較高的負成長(-8.5%)，以及西元2006年反轉成為正成長(12.8%)。相較於設立診所變動成長率，其與有設立門內藥局的發展波動變化並不具一致性，值得觀察的是，診所地區分局別為南區分局開設門內藥局之趨勢與臺北分局雷同。

表 74 基層西醫診所所在地區別為中區分局開設門內藥局之趨勢分析

年度	所在地區地區別為南區分局的基層西醫診所數(A)	A診所數占全體基層西醫診所百分比	所在地區地區別為南區分局的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1270	16.6%	868	16.8%	68.3%	100.0%		
2000/12	1231	16.2%	853	16.2%	69.3%	98.3%	-1.7%	-3.1%
2001/12	1229	16.1%	838	15.8%	68.2%	96.5%	-1.8%	-0.2%
2002/12	1242	16.0%	767	15.5%	61.8%	88.4%	-8.5%	1.1%
2003/12	1281	16.1%	757	15.3%	59.1%	87.2%	-1.3%	3.1%
2004/12	1238	15.3%	700	14.2%	56.5%	80.6%	-7.5%	-3.4%
2005/12	1259	15.2%	693	14.0%	55.0%	79.8%	-1.0%	1.7%
2006/12	1310	15.5%	782	14.8%	59.7%	90.1%	12.8%	4.1%
2007/12	1321	15.3%	814	14.9%	61.6%	93.8%	4.1%	0.8%
2008/12	1341	15.3%	849	15.1%	63.3%	97.8%	4.3%	1.5%
2009/12	1356	15.3%	872	15.1%	64.3%	100.5%	2.7%	1.1%
2010/12	1379	15.2%	884	15.0%	64.1%	101.8%	1.4%	1.7%

六、診所地區分局別為高屏分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為高屏分局中，從表75的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為高屏分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有1075家，佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的20.8%，到西元2010年為1363家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數23.1%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年正成長26.8%，特別在西元2006年以後呈現較高的正成長(14.3%)。若就門內藥局逐年成長率的變動上，除西元2002年呈現負成長(-2.4%)外，其餘均呈現停滯或正成長，但西元2000年與2006年的成長則較大，分別達到6.7%與8.3%。相較於設立診所變動成長率，可以看到在西元2001年的變動成長率呈現負成長(-0.5%)外，其餘均呈現正成長，但基本上變化不大。整體來說，設立診所變動成長率與有設立門內藥局的發展波動變化不太具一致性。

表 75 基層西醫診所所在地區別為高屏分局開設門內藥局之趨勢分析

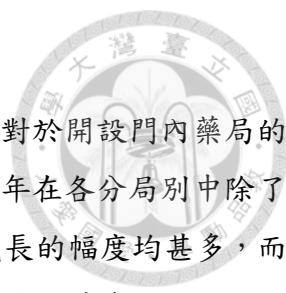
年度	所在地區地區別為高屏分局的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	所在地區地區別為高屏分局的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	1388	18.1%	1075	20.8%	77.4%	100.0%		
2000/12	1405	18.5%	1147	21.8%	81.6%	106.7%	6.7%	1.2%
2001/12	1398	18.3%	1147	21.7%	82.0%	106.7%	0.0%	-0.5%
2002/12	1436	18.5%	1120	22.7%	78.0%	104.2%	-2.4%	2.7%
2003/12	1464	18.4%	1118	22.6%	76.4%	104.0%	-0.2%	1.9%
2004/12	1515	18.7%	1140	23.1%	75.2%	106.0%	2.0%	3.5%
2005/12	1548	18.7%	1135	23.0%	73.3%	105.6%	-0.4%	2.2%
2006/12	1590	18.8%	1229	23.3%	77.3%	114.3%	8.3%	2.7%
2007/12	1617	18.7%	1269	23.2%	78.5%	118.0%	3.3%	1.7%
2008/12	1637	18.7%	1289	22.9%	78.7%	119.9%	1.6%	1.2%
2009/12	1649	18.6%	1327	22.9%	80.5%	123.4%	2.9%	0.7%
2010/12	1691	18.7%	1363	23.1%	80.6%	126.8%	2.7%	2.5%

七、診所地區分局別為東區分局開設門內藥局之趨勢分析

在分析診所地區分局別為東區分局中，從表76的資料中得知，西元1999年診所地區分局別為東區分局有開設門內藥局的基層西醫診所所有36家，僅佔全部有開設門內藥局基層西醫診所的0.7%，到西元2010年為49家，其佔全部有開設門內藥局基層西醫診所總數0.8%。就發展上，以西元1999年為基期時，至西元2010年高達正成長36.1%，特別是自西元2008-2010三年具有較高成長率。若就門內藥局逐年成長率的變動上，西元2000年與2004年呈現負成長(-11.1%與-28.6%)，然而西元2008年呈現高度正成長42.9%。相較於設立診所變動成長率，其與有設立門內藥局的發展波動變化相當不具一致性。

表 76 基層西醫診所所在地區別為東區分局開設門內藥局之趨勢分析

年度	所在地區地區別為東區分局的基層西醫診所數(A)	A 診所數占全體基層西醫診所百分比	所在地區地區別為東區分局的基層西醫診所且有開門內藥局(B)	B 佔全體門內藥局百分比	B/A	門內藥局定基百分比	門內藥局環比變動成長率	診所環比變動成長率
1999/12	201	2.6%	36	0.7%	17.9%	100.0%		
2000/12	202	2.7%	32	0.6%	15.8%	88.9%	-11.1%	0.5%
2001/12	209	2.7%	31	0.6%	14.8%	86.1%	-3.1%	3.5%
2002/12	206	2.6%	32	0.6%	15.5%	88.9%	3.2%	-1.4%
2003/12	209	2.6%	35	0.7%	16.7%	97.2%	9.4%	1.5%
2004/12	211	2.6%	25	0.5%	11.8%	69.4%	-28.6%	1.0%
2005/12	202	2.4%	26	0.5%	12.9%	72.2%	4.0%	-4.3%
2006/12	204	2.4%	30	0.6%	14.7%	83.3%	15.4%	1.0%
2007/12	210	2.4%	35	0.6%	16.7%	97.2%	16.7%	2.9%
2008/12	204	2.3%	50	0.9%	24.5%	138.9%	42.9%	-2.9%
2009/12	199	2.2%	53	0.9%	26.6%	147.2%	6.0%	-2.5%
2010/12	198	2.2%	49	0.8%	24.7%	136.1%	-7.5%	-0.5%



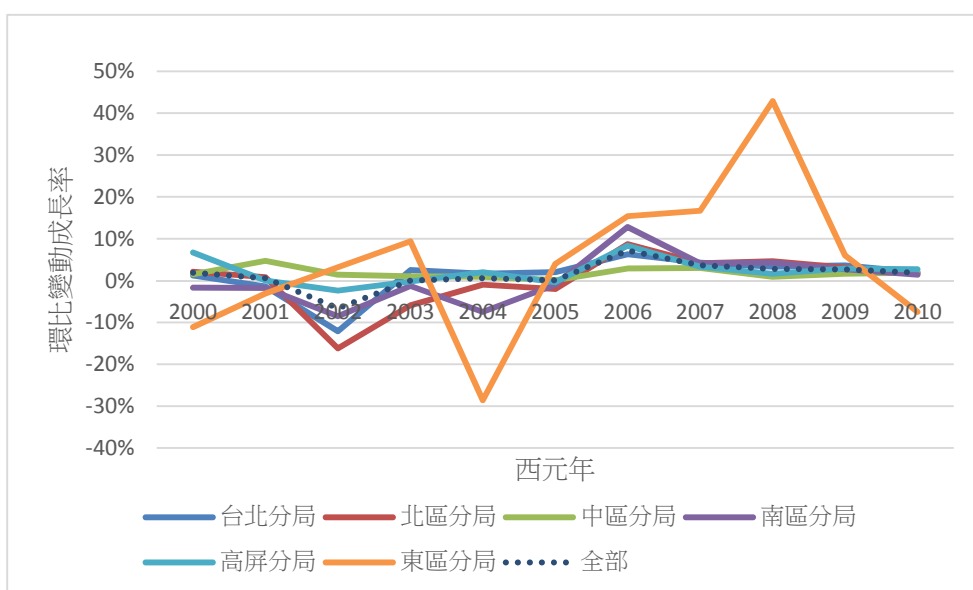
八、診所地區分局別開設門內藥局之比較

綜合表70至表76，再加上表77，可比較出各診所地區分局別對於開設門內藥局的逐年變動差異。在有開設門內藥局的逐年變動成長率上，西元2002年在各分局別中除了中區與東區分局外，其餘各區均為負成長且相較於其他年份的負成長的幅度均甚多，而西元2006年在各分局均為正成長，且相較於其他年份的正成長的幅度均甚多。從圖14的比較來看，東區分局的逐年變動幅度較其他分區明顯大，而高屏分局與整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢較為一致，整體而言，西元2002年與2006年可能有受了某種程度的影響。

表 77 西元 1999 年至 2010 年所在地區各分群分局別開設門內藥局的診所之環比變動成長率百分比

年度	有開門內藥局						全部門內藥局環比變動成長率 (%)
	臺北分局	北區分局	中區分局	南區分局	高屏分局	東區分局	
1999/1	--	--	--	--	--	--	----
2000/1	1.2%	2.1%	1.5%	-1.7%	6.7%	-11.1%	1.9%
2001/1	-1.4%	0.8%	4.7%	-1.8%	0.0%	-3.1%	0.6%
2002/1	-12.1%	-16.2%	1.4%	-8.5%	-2.4%	3.2%	-6.6%
2003/1	2.5%	-5.9%	1.0%	-1.3%	-0.2%	9.4%	0.0%
2004/1	1.6%	-1.0%	0.9%	-7.5%	2.0%	-28.6%	0.6%
2005/1	2.0%	-2.0%	0.1%	-1.0%	-0.4%	4.0%	0.1%
2006/1	6.3%	8.7%	2.9%	12.8%	8.3%	15.4%	7.2%
2007/1	4.3%	4.1%	3.0%	4.1%	3.3%	16.7%	3.7%
2008/1	3.3%	4.6%	0.9%	4.3%	1.6%	42.9%	2.8%
2009/1	3.6%	3.1%	1.6%	2.7%	2.9%	6.0%	2.7%
2010/1	2.0%	1.7%	1.9%	1.4%	2.7%	-7.5%	1.9%

圖 14 西元 1999 年至 2010 年所在地區各分局別開設門內藥局的診所之環比變動成長率



九、地區分局別與門內藥局發展之關聯

由下列表78的卡方分析，可看出基層西醫診所地區分局別和開設門內藥局的關聯性。依下表卡方檢定的結果可知檢定統計值為5426.210，p值為0.000小於0.05，結果說明基層西醫診所地區分局別與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群地區分局別的百分比具差異性。比較上，除東區分局外，其餘各分局別其開設門內藥局之百分比皆高於不開設之百分比，但臺北分局與北區分局顯示開設門內藥局之百分比略低於中區分局、南區分局與高屏分局。此資料結果支持假設八，亦即基層西醫診所地區分局別不同，開設門內藥局的比率不同。

表 78 地區分局別與是否開設門內藥局之卡方分析

			是否有開門內藥局		總計
			0	1	
分局別	臺北分局	次數	11920	16596	28516
		百分比%	41.8%	58.2%	100.0%
	北區分局	次數	5527	6872	12399
		百分比%	44.6%	55.4%	100.0%
	中區分局	次數	5953	15645	21598
		百分比%	27.6%	72.4%	100.0%
	南區分局	次數	5780	9677	15457
		百分比%	37.4%	62.6%	100.0%
	高屏分局	次數	3979	14359	18338
		百分比%	21.7%	78.3%	100.0%
	東區分局	次數	2021	434	2455
		百分比%	82.3%	17.7%	100.0%
總計		次數	35180	63583	98763
		百分比%	35.6%	64.4%	100.0%

皮爾森 (Pearson) 卡方= 5426.210 ; P = 0.000 < 0.05 顯著

第五節 醫師個人特質、診所機構效益、地區特性對門內藥局開設之預測

壹、多元邏輯斯迴歸分析模式定義

依第三章的研究模式，針對醫師個人特質(負責醫師的性別、年齡、專科別)、診所機構效益(平均每月門診量、平均每件醫療費用、平均每件門診處方簽藥品費用)與地區

特性(診所密度、診所所在地區)對門內藥局開設之預測，本研究分別將上述三面向一共八項研究假設當作自變項(方程式當中的X)，再將開設門內藥局當作依變項(方程式當中的Y)，利用多元邏輯斯迴歸分析進行基層西醫診所是否開設門內藥局統計上的差異。

在上述八項研究假設自變項當中，屬於連續變項的有：「年齡」、「平均每月門診量」、「平均每件醫療費用」、「平均每件門診處方簽藥品費用」與「診所密度」，為了能與第四章前述各節當中的卡方分析的分析基礎具一致性，本研究亦將此五項連續變項依第四章前述各節進行相同定義與分群並且假設各自獨立，各連續變項分群後定義參數編碼並進行類別變數編碼如下表79，完成後的各分群自變數，將均成為研究假設的類別變數，進而與「醫師性別」、「醫師專科別」與「診所地區分局別」等三項類別變項亦依分群後的各類別變數成為多元邏輯斯迴歸分析模式當中的研究自變數。

1. 醫師年齡分群

分群別	虛擬參數編碼 (Dummy coding)
40 以下	0
41~50	1
51~60	2
61 以上	3

2. 平均每月門診量分群

分群別	虛擬參數編碼 (Dummy coding)
999 以下	0
1000~1999	1
2000~2999	2
3000 以上	3

3. 平均每件醫療費用分群

分群別	虛擬參數編碼 (Dummy coding)
249 以下	0
250~299	1
300~349	2
350 以上	3



4. 平均每件門診處方簽藥品費用分群

分群別	虛擬參數編碼 (Dummy coding)
44 以下	0
45~89	1
90~134	2
135 以上	3

5. 地區診所密度分群

分群別	虛擬參數編碼 (Dummy coding)
149 以下	0
150~199	1
200~249	2
250 以上	3

表 79 類別變數編碼

		次數	參數編碼										
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
專科別	家庭醫學科	16894	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	內科	11553	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	小兒科	10719	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	婦產科	7064	.000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	耳鼻喉科	7226	.000	.000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	外科	6437	.000	.000	.000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	眼科	4793	.000	.000	.000	.000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000	.000
	骨科	4590	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000	.000	.000	.000	.000
	皮膚科	2517	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000	.000	.000	.000
	腎臟科	2470	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000	.000	.000
	復健科	927	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000	.000
	其它專科	485	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1.000
分局別	臺北分局	19903	.000	.000	.000	.000	.000						
	北區分局	7668	1.000	.000	.000	.000	.000						
	中區分局	18869	.000	1.000	.000	.000	.000						
	南區分局	12163	.000	.000	1.000	.000	.000						
	高屏分局	16235	.000	.000	.000	1.000	.000						



	東區分局	837	.000	.000	.000	.000	1.000						
年齡分層	40以下	13398	.000	.000	.000								
	41~50	31666	1.000	.000	.000								
	51~60	22143	.000	1.000	.000								
	61以上	8468	.000	.000	1.000								
每月門診量分層	999以下	17666	.000	.000	.000								
	1000~1999	27287	1.000	.000	.000								
	2000~2999	16302	.000	1.000	.000								
	3000以上	14420	.000	.000	1.000								
每件醫療費用分層	249以下	3980	.000	.000	.000								
	250~299	12724	1.000	.000	.000								
	300~349	17884	.000	1.000	.000								
	350以上	41087	.000	.000	1.000								
診所密度分層	149以下	18206	.000	.000	.000								
	150~199	20807	1.000	.000	.000								
	200~249	17717	.000	1.000	.000								
	250以上	18945	.000	.000	1.000								
每件門診處方箋藥品費用分層	44以下	3129	.000	.000	.000								
	45~89	29476	1.000	.000	.000								
	90~134	25703	.000	1.000	.000								
	135以上	17367	.000	.000	1.000								
性別	男性	71946	.000										
	女性	3729	1.000										

貳、多元邏輯斯迴歸分析預測結果

多元邏輯斯迴歸分析結果如下表 80，根據表 80 的結果，可以將模式寫成以下的方程式：

$$\log \frac{P_{\text{有開門內}}}{1-P_{\text{有開門內}}} =$$

$$-5.014 + 0.400 \times X_{11} + 0.143 \times X_{21} + 0.268 \times X_{22} + 0.033 \times X_{23} + 0.339 \times X_{31}$$

$$+ 0.426 \times X_{32} + 0.707 \times X_{33} + 0.191 \times X_{34} + 0.007 \times X_{35} + 0.089 \times X_{36} + 0.207 \times X_{37}$$

$$+ 0.556 \times X_{38} + 0.323 \times X_{39} - 0.076 \times X_{310} + 0.678 \times X_{311} + 0.198 \times X_{41}$$

$$+ 0.412 \times X_{42} + 0.739 \times X_{43} + 0.905 \times X_{51} + 1.394 \times X_{52} + 1.581 \times X_{53} + 5.278 \times X_{61}$$

$$+ 5.361 \times X_{62} + 4.986 \times X_{63} + 0.943 \times X_{71} + 1.445 \times X_{72} + 1.820 \times X_{73} + 0.531 \times X_{81}$$

$$+ 0.399 \times X_{82} + 0.051 \times X_{83} + 0.246 \times X_{84} - 2.391 \times X_{85}$$

其中， X_{11} =性別為女性

X_{21} =負責醫師年齡為41至50歲； X_{22} =負責醫師年齡為51至60歲

X_{23} =負責醫師年齡為61歲以上

X_{31} =專科別為內科； X_{32} =專科別為小兒科； X_{33} =專科別為耳鼻喉科

X_{34} =專科別為外科； X_{35} =專科別為婦產科； X_{36} =專科別為眼科

X_{37} =專科別為其他專科； X_{38} =專科別為皮膚科； X_{39} =專科別為骨科

X_{310} =專科別為腎臟科； X_{311} =專科別為復健科

X_{41} =平均每月門診量1000至1999； X_{42} =平均每月門診量2000至2999

X_{43} =平均每月門診量3000以上

X_{51} =平均每件醫療費用250至299； X_{52} =平均每件醫療費用300至349

X_{53} =平均每件醫療費用350以上

X_{61} =平均每件門診處方簽藥品費用45至89；

X_{62} =平均每件門診處方簽藥品費用90至134

X_{63} =平均每件門診處方簽藥品費用135以上

X_{71} =所在地區診所密度150至199； X_{72} =所在地區診所密度200至249

X_{73} =所在地區診所密度250以上

X_{81} =分局別為北區分局； X_{82} =分局別為中區分局； X_{83} =分局別為南區分局

X_{84} =分局別為高屏分局； X_{85} =分局別為東區分局

上列多元邏輯斯迴歸方程式可解釋如下：

一、醫師個人特質

1. 負責醫師性別：



在控制除了醫師性別變項的影響後，女性開設門內藥局的勝算為男性的1.492倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)。



2. 負責醫師年齡：

在控制醫師年齡以外的變項的影響後，年齡分層41~50開設門內藥局的勝算為年齡分層40以下的1.154倍，且有統計上的顯著差異($p=0.004$)；年齡分層51~60開設門內藥局的勝算為年齡分層40以下的1.307倍，且有統計上的顯著差異($p=0.00$)；年齡分層61以上開設門內藥局的勝算為年齡分層40以下的1.033倍，但無統計上的顯著差異($p=0.658$)。

3. 負責醫師專科別：

在控制負責醫師專科別以外的變項的影響後，內科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.403倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；小兒科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.531倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；耳鼻喉科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的2.027倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；外科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.211倍，且有統計上的顯著差異($p=0.003$)；婦產科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.007倍，但無統計上的顯著差異($p=0.922$)；眼科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.093倍，但無統計上的顯著差異($p=0.343$)；皮膚科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.744倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；骨科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.381倍，且有統計上的顯著差異($p=0.002$)；腎臟科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.078倍，但無統計上的顯著差異($p=0.650$)；復健科開設門內藥局的勝算為家庭醫學科的1.969倍，且有統計上的顯著差異($p=0.005$)。

二、診所機構效益

1. 平均每月門診量：

在控制平均每月門診量以外的變項的影響後，平均每月門診量分層1000~1999開設門內藥局的勝算為平均每月門診量分層999以下的1.219倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每月門診量分層2000~2999開設門內藥局的勝算為平均每月門診量分層999以下的1.510倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每月門診量分層3000以上開設門內藥局的勝算為平均每月門診量分層999以下的2.093倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)。



2. 平均每件醫療費用：

在控制平均每件醫療費用之外的變項的影響後，平均每件醫療費用分層250~299開設門內藥局的勝算為平均每件醫療費用分層249以下的2.472倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每件醫療費用分層300~349開設門內藥局的勝算為平均每件醫療費用分層249以下的4.029倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每件醫療費用分層350以上開設門內藥局的勝算為平均每件醫療費用分層249以下的4.858倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)。

3. 平均每件門診處方簽藥品費用：

在控制平均每件門診處方簽藥品費用之外的變項的影響後，平均每件門診處方簽藥品費用分層45~89開設門內藥局的勝算為平均每件門診處方簽藥品費用分層44以下的195.914倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每件門診處方簽藥品費用分層90~134開設門內藥局的勝算為平均每件門診處方簽藥品費用分層44以下的212.894倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；平均每件門診處方簽藥品費用分層135以上開設門內藥局的勝算為平均每件門診處方簽藥品費用分層44以下的146.359倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)。

三、地區特性

1. 診所密度：

在控制診所密度之外的變項的影響後，診所密度分層150~199開設門內藥局的勝算為診所密度分層149以下的2.568倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；診所密度分層200~249開設門內藥局的勝算為診所密度分層149以下的4.242倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；診所密度分層250以上開設門內藥局的勝算為診所密度分層149以下的6.174倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)。

2. 地區分局別：

在控制地區分局別之外的變項的影響後，北區分局開設門內藥局的勝算為臺北分局的1.701倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；中區分局開設門內藥局的勝算為臺北分局的1.490倍，且有統計上的顯著差異($p=0.000$)；南區分局開設門內藥局的勝算為臺北分局的1.052倍，但無統計上的顯著差異($p=0.351$)；高屏分局開設門內藥局的勝算為

臺北分局的1.279倍，且有統計上的顯著差異(p= 0.000)；東區分局開設門內藥局的勝算為臺北分局的0.092倍，且有統計上的顯著差異(p= 0.000)。

表 80 多元邏輯斯迴歸分析結果

	B	S.E.	Wald	df	顯著性	Exp(B)
性別(女性)	.400	.106	14.326	1	.000***	1.492
年齡分層(40以下)			26.967	3	.000***	
年齡分層(41~50)	.143	.050	8.102	1	.004**	1.154
年齡分層(51~60)	.268	.058	20.973	1	.000***	1.307
年齡分層(61以上)	.033	.074	.196	1	.658	1.033
專科別(家庭醫學科)			119.335	11	.000***	
內科	.339	.059	32.875	1	.000***	1.403
小兒科	.426	.066	41.967	1	.000***	1.531
耳鼻喉科	.707	.088	64.088	1	.000***	2.027
外科	.191	.065	8.621	1	.003**	1.211
婦產科	.007	.069	.010	1	.922	1.007
眼科	.089	.094	.899	1	.343	1.093
其他	.207	.081	6.618	1	.010*	1.230
皮膚科	.556	.130	18.432	1	.000***	1.744
骨科	.323	.106	9.326	1	.002**	1.381
腎臟科	.076	.166	.206	1	.650	1.078
復健科	.678	.240	7.985	1	.005**	1.969
每月門診量分層(999以下)			126.718	3	.000***	
每月門診量分層(1000~1999)	.198	.051	14.922	1	.000***	1.219
每月門診量分層(2000~2999)	.412	.060	47.182	1	.000***	1.510
每月門診量分層(3000以上)	.739	.068	118.356	1	.000***	2.093
平均每件醫療費用分層(249以下)			438.772	3	.000***	
平均每件醫療費用分層(250~299)	.905	.072	159.519	1	.000***	2.472
平均每件醫療費用分層(300~349)	1.394	.077	330.767	1	.000***	4.029
平均每件醫療費用分層(350以上)	1.581	.079	403.449	1	.000***	4.858
平均每件門診處方簽藥品費用分層(44以下)			6498.395	3	.000***	
平均每件門診處方簽藥品費用分層(45~89)	5.278	.069	5783.331	1	.000***	195.914
平均每件門診處方簽藥品費用分層(90~134)	5.361	.071	5705.430	1	.000***	212.894
平均每件門診處方簽藥品費用分層(135以上)	4.986	.077	4209.584	1	.000***	146.359
診所密度分層(149以下)			1139.313	3	.000***	
診所密度分層(150~199)	.943	.046	420.650	1	.000***	2.568
診所密度分層(200~249)	1.445	.057	639.812	1	.000***	4.242
診所密度分層(250以上)	1.820	.065	785.828	1	.000***	6.174
分局別(臺北分局)			1065.004	5	.000***	
分局別(北區分局)	.531	.068	60.812	1	.000***	1.701
分局別(中區分局)	.399	.054	53.566	1	.000***	1.490
分局別(南區分局)	.051	.054	.870	1	.351	1.052
分局別(高屏分局)	.246	.054	20.918	1	.000***	1.279
分局別(東區分局)	-2.391	.088	737.578	1	.000***	.092
常數	-5.014	.122	1683.543	1	.000***	.007

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 具統計上的顯著差異。

第五章 結論與討論



第一節 結論

從西元1999-2010年整體十二年度的基層西醫診所與門內藥局的發展來看，由圖1顯示基層西醫診所開設門內藥局的比例遠高於不開設門內藥局的比例。其中，西元2002年基層西醫診所開設門內藥局的比例呈現大幅下滑，而在西元2006年反轉再度上升。更細部來說，西元1999-2000年是小幅成長，而從西元2001-2005年之間是停滯成長期，西元2006年是突發成長時期，而後到西元2007-2010年是中度成長期，相較於基層西醫診所仍維持每年約以2%的小幅度逐年成長，基層西醫診所與門內藥局的發展趨勢相當但並不完全一致。其中有兩個較大成長變化時期，一是由大變小，另一是小變大時期，亦即門內藥局在西元2001年至2005年之間，幾乎沒有成長，甚至於在西元2002年有約350家門內藥局撤消設立，而西元2006年以後，門內藥局和基層診所的成長皆呈正成長但漸下降，但特別的是西元2006年卻有約350家門內藥局新設成立。因此，西元2002年與西元2006年是在整體十二年當中的兩個轉折年度，其環比變動長率分別從正成長轉到負成長(-6.6%)以及從負成長轉到正成長(7.2%)。

壹、 醫藥分業制度政策

綜觀臺灣醫藥分業發展之進程，受到諸如歷史背景、傳統醫藥文化、人民就醫習慣、藥學教育、醫藥法規、醫療保險制度等許多因素或不同面向的影響，彼此又產生了錯綜複雜的交互影響，而使臺灣的醫藥分業發展至如今的雙軌制醫藥分業，而非完全的醫藥分業。依本研究在第二章節中針對各國以及臺灣醫藥分業制度發展的比較分析來看，我們分別從制度的變革、制度的設計與制度的運行的三個面向做一個橫向式的比較如表81。其中，在制度變革方面，日本與美國並未強制立法，然而臺灣與韓國強制立法進行醫藥分業；在制度設計方面，美國與韓國具完全醫藥分業，但臺灣與日本僅部分完全醫藥分業，並在藥師養成教育上，除了臺灣部分實施六年制專業Pharma. D.學位教育之外，日本、韓國與美國皆以全面實施；在制度運行方面，臺灣與日本均透過保險給付的調整來影響釋出處方簽率，而美國與日本在專業上，醫師與藥師相互協助並尊重而較無利益衝突，比較上，韓國的醫師與藥師間多以獲利為考量，而臺灣的醫師與藥師間則有調劑權歸屬問題，使得韓國與臺灣的醫藥雙方仍具利益衝突。

表 81 臺灣與主要國家醫藥分業經驗之比較

	日本	韓國	美國	臺灣
制度變革	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未強制立法必須醫藥完全分業 2. 保險給付政策促進處方簽釋出 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具強制性完全醫藥分業法令 2. 處方簽必須完全釋出 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未強制立法必須醫藥完全分業 2. 由醫療專業團體自我約束形成社會共識而共同遵守 3. 處方簽完全釋出 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 強制立法，透過修正藥事法並確立全民健康保險的實施而必須醫藥分業 2. 權宜性雙軌制醫藥分業，調劑權歸屬法令政策未明確 3. 造就基層西醫診所門內藥局的特殊現象 4. 處方簽部分釋出
制度設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未具完全醫藥分業 2. 促進社區藥局水準提升 3. 藥師養成教育強化，全面實施六年制專業Pharma. D.而促使藥師素質提升 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫藥完全分業 2. 處方藥與非處方藥品的分類明確並作為保險給付與否的依據標準 3. 藥品品項分類競爭 4. 醫令被確實調劑 5. 對藥局之設置具嚴格規範，防止醫師與藥師勾結 6. 藥師養成教育強化，全面實施六年制專業Pharma. D.而促使藥師素質提升 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未強制醫藥分業但已實際完全醫藥分業 2. 立法制訂具嚴謹藥品監管制度 3. 全面實施六年制專業Pharma. D.，藥師養成教育完整並具水準 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未強制完全醫藥分業但實施雙軌制醫藥分業 2. 調劑權法令紊亂，同位階法源仍舊相衝突 3. 醫藥雙方未取得共識、仍具利益衝突 4. 頒定健保特約藥局特約要點，使藥局具設置規範並提升藥事服務品質 5. 部分藥師養成教育已進入更專業的六年制Pharma. D.專業，但仍須再強化
制度運行	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師仍是醫療體系中的專業主體、醫師藥師相互尊重且互動良好 2. 藥師守法、醫師具釋出處方信心 3. 獨特的醫師再確認病患藥品使用之機制 4. 醫、藥師醫療疏失之責任歸屬明確 5. 醫師仍擁有藥品調劑權 6. 提高保險給付點數並減少藥價差 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫藥雙方仍具利益衝突 2. 民眾取藥便利性降低 3. 藥師與醫師仍以獲利為考量 4. 藥費支出仍居高不下 5. 社區藥局失去第一線醫療照護角色 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 處方藥品雛形的濫觴 2. 醫師與藥師等醫療專業人員開始在國家藥品管制體系上扮演重要角色 3. 醫師與藥師均相互認同其專業 4. 醫師與藥師能互相協助照顧患者 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全民健康保險開辦前，醫療保險主體為勞保、公保與農保等的保險制度，但給付制度設計不健全 2. 擁有全民健康保險給付制度 3. 鼓勵健保特約診所釋出處方簽至特約藥局調劑 4. 利用健保制度的設計進行保險給付的管控 5. 給付制度設計中，處方調劑給付仍具藥價差 6. 處方釋出率仍舊偏低 7. 醫師仍具醫療體系中的專業主體，但與藥師互動有待改進 8. 民眾對於醫藥分業認知不足，尚無法體認醫藥分業的真諦與價值 9. 門內藥局的特殊現象，使基層診所負責醫師仍實際主導藥品調劑權

資料來源：本研究整理，2017。

再從臺灣實施醫藥分業前後的重要進程來看，我們將第二章中依時間順序歸納出重要事件如下表82。從中可以看出由於西元1993年藥事法第102條條文的修正通過，加上

西元1995年開辦全民健康保險，促使醫藥分業由於強制立法而能確立於西元1997年開始實施。然而由於醫師原被賦予調劑權法源的醫師法第14條並未做任何的修正，暗示著醫師仍擁有自行調劑的權利，此明顯與藥事法第102條有所衝突，然兩者均為同等法律位階，使得在醫藥分業制度中最主要的調劑權歸屬在法源基礎上有所矛盾，因而形成雙軌制醫藥分業，亦即基層西醫診所開設門內藥局，並且有開設門內藥局的基層西醫診所為數比例不小且超過整體基層西醫診所數的一半以上。其中，西元1999年因保險給付制度的設計因素促使門前藥局濫觴、西元2003年藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」指標條件的更改、以及西元2006年對於門前藥局定義及保險給付的修正而使得門前藥局消失等三大重要年度事件，使得在西元1999-2010年之間，基層診所開設門內藥局的比例或數量有所明顯的變動增減。特別是在西元2002年，因西元2003年1月1日藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」指標條件的更改，在診所負責醫師的預期心理下，西元2002年門內藥局的數量反轉成為負成長並下降；而源自西元1999年保險給付制度的設計而開始的門前藥局，於西元2006年因健保局對於門前藥局重新定義及保險給付的修正使得門前藥局的消失，而使原本由診所醫師主導開設的門前藥局回復診所內重新開設門內藥局，此政策事件影響門內藥局的數量與比例自西元2006年後上升。由此我們可知，政策制度的改變，會影響受管制者的行為，且管制者行為受影響的程度，端視政策制度改變的程度大小。

表 82 臺灣實施醫藥分業前後的重要進程

時間(西元)	事件
1979	制定藥物藥商管理法，其中第45條的規定提供了醫師可自行調劑的法源基礎
1993	藥事法第102條修正，規定「全民健康保險實施兩年後，醫師親自調劑處方以無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限」
1995	全民健康保險開辦
1997	1. 醫藥分業制度實施 2. 於藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」從寬認定其不必釋出處方之五大例外條件規定為：(一) 三歲以下兒童、(二) 非使用慢性處方簽六十五歲以上老人、(三) 領殘障手冊者、(四) 孕婦、(五) 健保規定緊急醫療等五種情況。
1999	全民健康保險給付制度重新設計，鼓勵健保特約診所釋出處方簽至特約藥局調劑。將處方簽釋出的診所提高其診療費給付25點，而特約藥局調劑處方的藥事服務費也較診所醫師自行調劑增加21點，較診所自聘藥事人員調劑增加11點。造就了門前藥局的濫觴
2003	依據藥事法第102條第二項有關「醫療急迫情形」更改指標條件包括：(一) 改以特約西醫診所周邊1.8公里內無特約藥局，代替原特約西醫診所與特約藥局三比一比例，做為新實施條件。(二) 西醫診所周邊1.8公里內，經當地縣市衛生局會同該縣(市)醫師、牙醫師、藥師、或藥劑生公會代表審查確認後，應列為無藥事人員執業之偏遠地區。
2006	對於符合「門前藥局」定義的健保特約藥局，將其藥事服務費比照診所自聘藥師的給付標準，由32點調降為21點，且將所有特約藥局日藥費由原先3日90點，全面調降為75點。此舉使得門前藥局因素消除。

資料來源：本研究整理，2017。

綜合上述各國醫藥分業制度的比較與臺灣實施醫藥分業前後的重要事件來看，制度政策的不同確實會影響醫藥分業的實施結果，亦即制度政策的施行會影響基層西醫診所是否開設門內藥局。而這樣的結果，符合了新制度主義當中，在制度政策上管制者與被管制者之間的交互連動關係。



貳、醫師個人特質與門內藥局發展之關聯與預測

一、醫師性別

在趨勢分析中，從整體門內藥局的發展變化可看出整體門內藥局的成長率變動與男醫師所設門內藥局的成長率變動非常相似，比較上，女性醫師除了西元2001-2002年外，相較男性醫師則有較高成長率，而從西元2006年以後，女性醫師的歷年成長率皆比男性醫師和整體的成長率高出甚多。

由卡方分析的結果說明醫師性別與是否開設門內藥局的關聯不顯著，此資料結果不支持假設一，亦即基層西醫診所負責醫師性別不同，開設門內藥局的比率沒有不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，女性開設門內藥局的勝算為男性的1.492倍，此顯示女性醫師有較高傾向來設立門內藥局，且與男性醫師相比有統計上的顯著差異。

二、醫師年齡

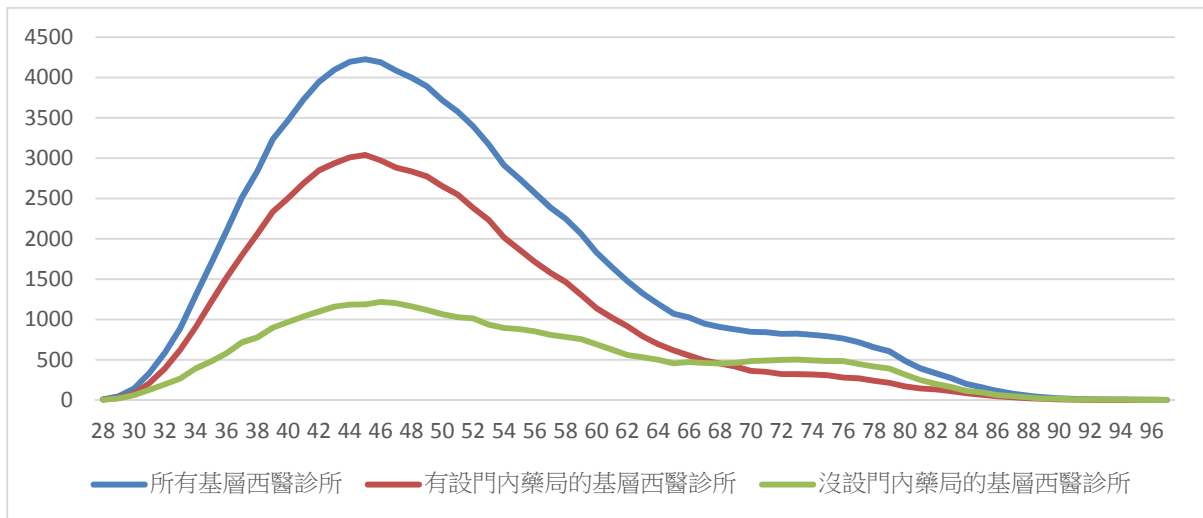
在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，西元2002年40歲以下、41~50歲等兩分群年齡均呈現反轉式的負成長(分別為-20.9%與-7.7%)，然而在西元2006年40歲以下及41~50歲等兩分群年齡卻呈現反轉式的正成長(分別為3.8%及7.4%)。這說明了40歲以下及41~50歲等兩分群醫師年齡，在西元2002年及2006年對於開設門內藥局的趨勢是呈現相反的結果。

由卡方分析的結果說明醫師年齡與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群醫師年齡的百分比具差異性。比較上，50歲以下之醫師其開設門內藥局之百分比皆高於不開設門內藥局之百分比，而61歲以上之醫師則顯示不開設門內藥局之百分比高於開設門內藥局之情形。此資料結果支持假設二，亦即基層西醫診所負責醫師年齡不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，以年齡分層51~60歲開設門內藥局的勝算為年齡分層40歲以下的1.307倍為勝算差距最大，且有統計上的顯著差異，

然而年齡分層61歲以上開設門內藥局的勝算為年齡分層40以下的1.033倍，但無統計上的顯著差異。

若再從圖15的醫師年齡分布圖來看，醫師年齡介於41~60歲恰是開設基層西醫診所與門內藥局的主要分布年齡。綜合以上顯示，醫師年齡介於41~60歲可做為整體醫師不同年齡對於是否開設門內藥局的主體年齡層，並且相較於年齡分層40歲以下與61歲以上的兩分群有較高的傾向設立門內藥局，且具有統計上的顯著關聯性。

圖 15 西元 1999 年至西元 2010 年基層西醫診所負責醫師年齡與累計次數



資料來源：衛生福利部中央健康保險署歷年統計；本研究整理，2017。

三、醫師專科別

在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，西元2002年除了腎臟科與復健科外，均呈現較高的負成長，但在西元2006年，所有的專科別均呈現大幅正成長，而腎臟科與復健科是屬於開設基層西醫診所數較少的專科別，由此顯示開設基層西醫診所數較多的專科別，在西元2002年及2006年對於開設門內藥局的趨勢是呈現相反的結果。

由卡方分析的結果說明醫師專科別與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各不同醫師專科別的百分比具差異性，除了復健科與腎臟科外，其他各專科開設門內藥局之百分比皆高於不開設門內藥局之百分比，此資料結果支持假設三，亦即基層西醫診所醫師專科別不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，內科、小兒科、耳鼻喉科、皮膚科以及復健科等五個科別，其開設門內藥局的勝算與家庭醫學科的勝算相比的差距較大，且均具統計上的顯著差異，亦即上述五個專科的負責醫師有

較大傾向開設門內藥局，其中特別以耳鼻喉科醫師為最；然而婦產科、眼科以及腎臟科開設門內藥局的勝算雖亦都大於家庭醫學科，但卻無統計上的顯著差異，亦即婦產科、眼科以及腎臟科等三個專科負責醫師有較低的傾向開設門內藥局。



參、診所機構效益與門內藥局發展之關聯與預測

一、平均每月門診量

在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，有開門內藥局的基層西醫診所中以1000~1999的分群佔主要比例，且呈現遞增的趨勢；在沒有開門內藥局的基層西醫診所中，以999以下的分群佔主要比例，但每年均維持穩定的診所數量。在有開設門內藥局的逐年變動上，明顯看出分成兩個不同階段差異性，西元1999-2005年開設門內藥局的逐年變動較劇烈，西元2006-2010年開設門內藥局的逐年變動則較平緩，特別是在月門診量3000以上的分群，其對於是否開設門內藥局在西元2002年與2003年變動的幅度甚大，亦即西元2002-2003年對於月門診量3000以上的分群對於是否開設門內藥局影響較大。

由卡方分析的結果說明基層西醫診所平均月門診量與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群月門診量的百分比具差異性。比較上，月門診量999以下的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局。此資料結果支持假設四，亦即基層西醫診所平均月門診量不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，在所有不同的月門診量分群當中，以平均每月門診量分層3000以上開設門內藥局的勝算比(2.093)為最大，亦即平均每月門診量分層3000以上的基層西醫診所較傾向開設門內藥局，且有統計上的顯著差異。

一如在本研究第二章第四節中所探討與整理，保險給付制度牽動著醫療機構與醫師的收入，並且許多國內外的研究發現支付制度會影響醫師提供醫療服務的行為，而財務誘因則是其中最主要的因素（莊世杰等，2004；莊逸洲等，1999；錢慶文、黃三桂，2000；Feldman & Sloan, 1988; Hadley, 1979; Hillman, Pauly, & Kerstein, 1989; Hogan, 1992; Rice, 1984）。本研究結果說明在全民健保支付制度下，平均月門診量愈高使得醫師較有財務誘因(financial incentive)設立門內藥局，這樣的結果與上述的國內外研究結果具一致性。



二、 平均每件醫療費用

在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，自西元2002年以後以平均每件醫療費用為350點以上的分群為主要比例，且呈現相當程度遞增的趨勢。在平均每件醫療費用為300~349點與350點以上的兩個費用分群中，其各年度的變動比率均較其他分群的波動為大。比較上，平均每件醫療費用350點以上的費用分群，其設立門內藥局的變化是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年的變動程度較大。

由卡方分析的結果說明基層西醫診所平均每件醫療費用與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群平均每件醫療費用的百分比具差異性。比較上，平均每件醫療費用250點以下的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局，但平均每件醫療費用301點以上的基層西醫診所明顯偏向開設門內藥局。此資料結果支持假設五，亦即基層西醫診所平均每件醫療費用不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，平均每件醫療費用越高的基層西醫診所其開設門內藥局的勝算比亦越高，因此在多元邏輯斯迴歸分析結果中以平均每件醫療費用分層350以上開設門內藥局的勝算比(4.858)為最大，亦即平均每件醫療費用分層350以上的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，且有統計上的顯著差異。卡方分析與多元邏輯斯迴歸分析的結果相當一致。

三、 平均每件門診處方簽藥品費用

西元2001年以前以平均每件門診處方簽藥品費用為90~134點的分群為主要比例，自西元2002年以後以平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點的分群為主要比例，且呈現相當平穩的趨勢。在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，西元2002年與2006年具有較大的變化，比較上，平均每件門診處方簽藥品費用為45~89點與90~134點兩分群，其設立門內藥局的變化是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年的變動程度較大。

由卡方分析的結果說明基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群平均每件門診處方簽藥品費用的百分比具差異性。比較上，平均每件門診處方簽藥品費用44點以下的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局，但平均每件門診處方簽藥品費用45點以上的基層西醫診所則明顯偏向開設門內藥局。此資料結果支持假設六，亦即基層西醫診所平均每件門診處方簽藥品費用不同，開設門內

藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，在所有不同的平均每件門診處方簽藥品費用分群當中，以平均每件門診處方簽藥品費用分層90~134開設門內藥局的勝算比(212.894)為最大，亦即平均每件門診處方簽藥品費用分層90~134的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，且有統計上的顯著差異。



肆、地區特性與門內藥局發展之關聯與預測

一、診所密度

在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，診所密度在149以下與150~199兩分群的變動趨勢較為一致，而診所密度為200~249與250以上兩分群的變動趨勢較為一致，並且在西元2002年與2006年的變動幅度較大。

由卡方分析的結果說明基層西醫診所所在地區診所密度與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，但各分群診所密度的百分比比較不具差異性。此資料結果支持假設七，亦即基層西醫診所所在地區診所密度不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，基層西醫診所所在地區的診所密度越高，其開設門內藥局的勝算比亦越高，因此在多元邏輯斯迴歸分析結果中以診所密度分層250以上開設門內藥局的勝算比(6.174)為最大，亦即所在地區的診所密度分層250以上的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，且有統計上的顯著差異。

二、地區分局別

在趨勢分析中有開設門內藥局的逐年變動上，東區分局的逐年變動幅度較其他分區明顯大，而高屏分局與整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢較為一致，整體而言，西元2002年與2006年的變動程度較大。

由卡方分析的結果說明基層西醫診所地區分局別與是否開設門內藥局的關聯具顯著性，並且各分群地區分局別的百分比具差異性。比較上，東區分局的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局，而中區、南區與高屏分局較臺北與北區分局傾向開設門內藥局。此資料結果支持假設八，亦即基層西醫診所地區分局別不同，開設門內藥局的比率不同。再從多元邏輯斯迴歸分析中結果顯示，以北區分局開設門內藥局的勝算比(1.701)為最大，亦即北區分局的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，而東區分局的基層西醫診所最不傾

向開設門內藥局，上述均有統計上的顯著差異，然而南區分局開設門內藥局並無統計上的顯著差異。



第二節 討論與建議

制度的運作意味著人們對制度這套「規則」的支持，當人們對制度的信賴越堅定，制度的基礎就越穩固。但制度必須隨著社會的進步而維持或進行調整，若人們對制度的信賴度已不夠堅定而須調整時，就會有制度變革而形成另一新的制度架構，在此新的制度架構下進行制度的設計與隨後制度的運行，而達成人們對新制度的信賴與支持。本研究觀察各國及臺灣醫藥制度的歷史演進，透過新制度主義理論中的制度變革、制度設計與制度運行三面向，綜合醫師個人特質、診所機構效益與地區特性的量化分析結果，整理提出如下的討論與建議。

壹、 制度變革

從前述的章節我們知道，醫藥分業已是世界潮流並已在先進國家行之有年，主要的目的在於維護民眾用藥安全、保障人民的健康。強制立法與否，並非各國實施醫藥分業的必要條件，但立法實施醫藥分業，卻是在新制度主義的理論當中，屬於「制度變革」的一種重要方式。然而臺灣政府在立法實施醫藥分業時，對於藥事法第102條與醫師法第14條的法源之間的互相衝突與矛盾，並未能如韓國的做法邀集人民團體、醫師、藥師團體進行充分的溝通與討論，此貿然行使的結果，使得醫師與藥師兩大團體互有遊行抗議之活動情事，亦使醫藥間原本應相互合作、專業分工以達到病人最大利益的目的，產生了互不信任甚至相互對峙的結果。

針對前述藥事法第102條與醫師法第14條的互相衝突與矛盾，本研究建議應就藥事法當中針對藥師專業行為的「調劑」一詞與醫師法當中針對醫師專業行為的「交付藥劑」的內涵，請專家學者研議，甚至召開公聽會性質使人民參與進而達成共識而進行整合修法，使現階段醫藥分業制度的法源混亂根源消失。如此，在「制度變革」的方式能依「自上而下」的「強制性制度變革」，由國家或政府強制命令和法律引入與實行，並也能有如日本與美國的醫藥分業制度的現況優點，醫師與藥師相互協助並尊重而較無利益衝突。

貳、 制度設計

在醫藥分業的制度設計上，美國與韓國具完全醫藥分業，但臺灣與日本僅部分完全醫藥分業。臺灣政府透過醫療保險制度的調整，成為醫藥分業制度設計基礎，透過社會醫療保險制度的規範，將全民強制納入保險並成立中央健康保險局，而使能在制度的運行上實施透過第三方支付設計的全民健康保險。這樣的全民健康保險在全世界是獨一無二的設計，使全臺灣民眾都能均享因健康保險給付而能有看診醫療處置的便利性與廣泛性。但也因在設計上為了要使民眾都能享有均等的看診醫療處置的便利性與廣泛性，在保險費用的收取與給付的損益平衡上，歷經多次的設計修正使不至於破產或給付合理。其中，在開源的部分，透過全民健康保險法的立法，訂定向民眾收取健康保險費用的規範，在節流的部分，亦透過全民健康保險法的立法，管理各類醫師診察處置與處方簽藥品給付標準。因全民健康保險法中將不同的醫藥專業領域明確的規範了各項細目給付標準，才奠定了西元1995年全民健保開辦兩年後，於西元1997年必須開始醫藥分業的基礎。因此，臺灣全民健康保險制度透過立法而成為醫藥分業制度設計的濫觴。

在制度設計當中，「人」的因素成為了隨後在制度運行上是否能成功的一項重要因素。本研究在分析各國及臺灣醫藥制度過程中發現，過去藥師的角色一直以藥商的方式存在，導致當「藥師」之專業人員制度隨著西方醫學傳入臺灣時，社會大眾對其專業的認同度是偏低的，且與藥商的角色定位產生混淆。因此，在醫藥分業實施前和實施初期，社會大眾對於由藥師來維護民眾的用藥安全是有疑慮的，更何況是專業的醫師在原本就已被賦予調劑權的利益下，醫師團體便容易因對藥師專業的不信任與利益衝突下，而有所排斥醫藥分業的實施。而這也呼應了在新制度主義理論的架構下，不同的行動者之間（醫師與藥師），在制度變革後的環境中於利益誘發的基礎上會開始相互影響，這相互影響的結果會自然而然的形成慣例，透過這樣的慣例形成，在制度下的行動者會偏好能使他們的交易與決策成本最小化的行動策略。因此，在醫師對藥師專業的不信任下，本研究建議臺灣應擷取美國、日本以及韓國已行之有年的六年制Pharm. D.的專業藥學課程與實習訓練經驗，在臺灣各設立藥學專科或專門學院的學校「全面實施」六年制藥學教育，除此，更應從考試院藥師證書的執照考試中著手規定，藥師證書考試資格必須完成六年制藥學教育並取得畢業資格後得報名之，並且將考試亦如同醫師證書考試一樣區分為基礎藥學與臨床藥學兩階段實施。儘管現階段已有些學校已開始上述的六年制藥學教育，但應有計畫的漸次全面實施，如此不僅可以消除以往民眾對藥師的角色定位不清楚外，更能全面提升藥師人員更具一致性的專業度，亦可使醫師信服對藥師用藥安全的把關。

更佳的是，或可能降低醫藥雙方間對於「調劑權歸屬」的認知與衝突而更有利於醫藥完全分業的單軌制實施與運行，達到社會學制度主義中研究制度的效率、合法與約束性，使行動者與制度之間的相互關係建立在實踐理性的正式規則上。



參、 制度運行

由於臺灣醫藥分業制度的變革中，因強制立法的法源基礎紊亂不一致，使得醫師與藥師兩大專業團體對於醫藥分業無法達成共識，在行政院衛生署權衡當時的狀況下，以行政命令的方式推動實施部分醫藥分業，臺灣自此開始實施「醫藥分業雙軌制」。管制者(政府)因制度運行順利所需而將政策進行調整，此符合歷史制度主義中的「路徑依賴」，並能將政策的運行隨著受管制者的行動策略而保有彈性空間使能進行調適與演進。

在醫藥分業制度的制度變革與設計下，基層西醫診所門內藥局是為制度運行的外顯現象，此外顯現象亦正是本研究針對門內藥局的發展與適應的研究重點。依據第五章第一節的結論，我們整理發現如表83並據以討論如下。

- 一、 將所有八個研究假設進行卡方分析後，僅有「醫師性別」此因素與開設門內藥局的關聯性不具顯著性，亦即基層西醫診所負責醫師性別不同，開設門內藥局的比率沒有不同。其中，女性較傾向開設門內藥局，且女性開設門內藥局的環比成長變動率逐年增加，亦顯示女性較不受到制度政策的影響而調整其行動策略。其餘七個研究變項，包括：醫師年齡、醫師專科別、月門診量、每件醫療費用、每件門診處方簽藥品費用、診所密度、地區分局別等，均與開設門內藥局的關聯性具顯著性。再者，楊宗翰(2005)在其未發表的碩士論文當中對於臺灣西醫診所設置門前藥局因素亦分別從醫師性別、醫師年齡、醫師專科別、院所登記醫師數、平均每月門診量、平均每件醫療費用、簡表件數佔總件數比、診所密度、地區分局別、城鄉別等因素進行分析，結果顯示僅有「醫師性別」與「診所密度」此兩因素與開設門前藥局的關聯性不具顯著性。本研究與楊宗翰(2005)在其未發表的碩士論文當中對於臺灣西醫診所設置門前藥局的因素分析結果具相當一致性。
- 二、 在趨勢分析中，僅有醫師性別在各年度中並未有明顯於西元2002年與西元2006年與其他年度有特別的波動變化，此與卡方分析的結果相互呼應。若將此分析結果與文獻分析當中的醫藥分業歷史發展進程進行對比，我們可以明確支持此分析結果的正確性，亦即在西元2002年，因西元2003年1月1日藥事法第102條第二項有關「醫療

急迫情形」指標條件的更改，在診所負責醫師的預期心理下，西元2002年門內藥局的數量反轉成為負成長並下降；而在西元2006年因門前藥局的消失，而使原本由診所醫師主導開設的門前藥局回復診所內重新開設門內藥局，而使得門內藥局的數量與比例自西元2006年後上升。然而，綜合西元1999~2010年的資料，在上述十二年內，基層西醫診所開設門內藥局的比例仍維持在60%~70%之間，雖有變動但比例仍高。比較得知，管制者制度政策的調整或變動會影響受管制者的行為與決策，並且若管制者對政策的調整或變動執行不力，亦會造成在後續的制度設計以及制度運行上，管制者對受管制者的制度政策影響不彰。

三、在診所機構效益的面向當中，我們可以知道隨著月門診量、每件醫療費用、每件門診處方簽藥品費用的增加，基層西醫診所較傾向開設門內藥局。從獲利的角度來看，皆與追求效用與利潤極大化的理論相符合，此亦說明了「利潤」是開設門內藥局一項重要因素。而保險給付制度是影響基層西醫診所開設門內藥局是否產生利潤或能獲取利潤多寡的重要依據，因此若管制者針對保險制度進行制度政策的調整或改變，受管制者亦會依循制度政策的調整或改變而進行調適與演進。這亦從西元2006年因門前藥局的消失，而使原本由診所醫師主導開設的門前藥局回復診所內重新開設門內藥局，使得門內藥局的數量與比例自西元2006年後上升的歷史事實得到驗證。在地區特性的面向當中，以診所密度分層250以上的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，並且北區分局的基層西醫診所最傾向開設門內藥局，因此診所密度與人口密度愈高，所在地的基層西醫診所較傾向開設門內藥局。

表 83 各研究變項分析結果比較表

研究面向	研究變項	卡方分析	多元邏輯斯分析	趨勢分析
醫師個人特質	性別	1. 關聯不顯著	女性較傾向開設門內藥局	女性比男性醫師逐年變動成長率高
	年齡	1. 關聯具顯著性 2. 50歲以下開設門內藥局比例較高 3. 61歲以上不開設門內藥局比例較高	41~60歲較傾向開設門內藥局	西元2002年及2006年對於開設門內藥局的趨勢呈現相反的結果
	專科別	1. 關聯具顯著性 2. 除了復健科與腎臟科外，其他各專科開設門內藥局比例較高	1. 內科、小兒科、耳鼻喉科、皮膚科以及復健科等五個科別，有較大傾向開設門內藥局，其中特別以耳鼻喉科醫師為最 2. 婦產科、眼科以及腎臟科等三個專科較不傾向開設門內藥局	西元2002年及2006年對於開設門內藥局的趨勢呈現相反的結果
診所機構	月門診量	1. 關聯具顯著性	月門診量分層3000以上的	西元2002-2003年對於月

效益		2. 月門診量999以下的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局	基層西醫診所較傾向開設門內藥局	門診量3000以上的分群對於是否開設門內藥局影響較大
	每件醫療費用	1. 關聯具顯著性 2. 每件醫療費用250點以下較不偏向開設門內藥局 3. 每件醫療費用301點以上明顯偏向開設門內藥局	每件醫療費用分層350以上的基層西醫診所最傾向開設門內藥局	每件醫療費用350點以上的費用分群是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年的變動程度較大
	每件門診處方簽藥品費用	1. 關聯具顯著性 2. 每件門診處方簽藥品費用45點以上明顯偏向開設門內藥局	每件門診處方簽藥品費用分層90~134的基層西醫診所最傾向開設門內藥局	每件門診處方簽藥品費用為45~89點與90~134點兩分群是呈現整體基層西醫診所設立門內藥局發展趨勢的重要參考指標，並且在西元2002年的變動程度較大
地區特性	診所密度	1. 關聯具顯著性	診所密度分層250以上的基層西醫診所最傾向開設門內藥局	西元2002年與2006年的變動幅度較大
	地區分局別	1. 關聯具顯著性 2. 東區分局的基層西醫診所較不偏向開設門內藥局	1. 北區分局的基層西醫診所最傾向開設門內藥局 2. 東區分局的基層西醫診所最不傾向開設門內藥局	西元2002年與2006年的變動程度較大

資料來源：本研究整理，2017。

肆、建議

綜合言之，基層西醫診所開設門內藥局的比例在現行醫藥分業制度下仍舊佔有60%~70%的高比例，臺灣欲實施完全醫藥分業(醫藥分業單軌制)仍有很大的努力空間，在全民健康保險制度的現實上，偏低的醫療診察費以及藥品價差等的利潤效益因素，可能導致醫療提供者照顧民眾健康的本質遭到扭曲，並產生過去自醫藥分業開始以來於醫藥兩團體的紛爭。本研究建議，以新制度主義理論為立論基礎，透過全民健康保險給付的調整改變醫療費用的支付架構，或可參照日本政府對於醫療保險費用給付的方式，提高基層西醫診所合理的診察給付費用，抑或是在目前健保給付採用總額預算的制度下，依據藥品調劑專業度，透過類似醫院評鑑制度，將健保持約藥局(含門內藥局)進行給付分級而實施健保給付點數與補助的差異化，而非目前的無分調劑專業度的一致性給付，如此更能強化基層西醫診所因合理的診察給付費用而使醫師回歸診察治療專業，並且透過處方調劑給付點數的差異化，在自由市場的競爭基礎上，門內藥局的發展便會有汰劣留優的調整結果。同時應跟上美、日、韓等國的六年制藥學教育，全面強化藥學專業教育以提升藥師專業度與一致性，待醫師團體與民眾普遍信任藥師專業而能守護其用藥安

全後，再進行一次制度變革，將現階段醫師法第14條與藥事法第102條經過研議溝通後進行整合修法，使現階段醫藥分業制度有關調劑權紛爭的法源混亂根源消失。如此，基層西醫診所不再因開設門內藥局具套利空間而以藥養醫，臺灣實施完全醫藥分業，達成全民健康保險保障國民健康的目標便可期待！

在後續的研究建議上，可針對本研究從健康保險署的次級統計資料中已分析的量化結果，對於不同專科別(特別是內科、小兒科、耳鼻喉科、皮膚科以及復健科等五個較傾向開設門內藥局的科別)的基層西醫診所負責醫師以及健保特約藥局負責藥師兩方，以問卷調查的方式進行處方簽釋出與收受調劑的因素研究，透過實地的問卷調查，更能清楚了解在次級統計資料的限制下，是否有其他於本研究當中未揭露的開設門內藥局的因素。此外，由於「利潤」是基層西醫診所開設門內藥局的重要因素之一，因此在未來的研究建議當中，可從診所的人力資源上依聘請員工數的多寡、備藥種類與數量的多寡或其他與管理或經營成本的相關因素，特別是臺灣政府於今年(西元2017年)實施「一例一休」的勞動制度後，更能從時間序列上將「一例一休」²²開辦的前後各一年為分析基礎，從「成本」的角度來分析基層西醫診所是否開設門內藥局。若能更完整清楚地了解基層西醫診所釋出處方簽的量化以及非量化的顯著因素以及影響，則對於政府從管制者的角色來訂定醫藥分業制度政策、執行力道或效果上，將會更平衡各方受管制者的需求，而使後續在制度設計與運行更加可行與順利。

²² 『一例一休』是指勞工工作日數改革政策，主要係修正「勞動基準法」，使所有勞工每週可以有一天的例假(此例假為可勞資約定而更動，即不一定為六、日)、及一天的休息日，前者為強制休假、後者則保留彈性加班的空間，以確保勞工有足夠的休息時間。

參考文獻



中文部分

中華民國行政院內政部勞工保險局(2015)。2015年1月6日，取自 <http://www.bli.gov.tw/>

中華民國行政院法務部 (2006)。2015年1月15日，取自

<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=56143&ctNode=27518&mp=001>

中華民國行政院衛生署 (1998)。中華民國公共衛生概況藥政管理。中華民國公共衛生年報，89-92。

中華民國行政院衛生署 (2001)。藥政管理-醫藥分業。中華民國公共衛生年報，79-80。

尹三元 (1998)。醫藥分業應走的方向。臺灣醫界，41 (9)，49-50。

日本藥劑師會 (2011)。Separation of pharmacy and clinic progress rate。Annual report of JPA。2015年1月30日，取自 <http://www.nichiyaku.or.jp/?cat=1729>

王建英 (2005)。美國藥品申報與法規管理。北京：中國醫藥科技。

王惠珀 (2008)。多元化藥學教育之我思。藥師週刊，1581。

王躍生 (1997)。新制度主義。臺北：揚智文化。

立法院圖書資料室 (1997)。醫藥分業。臺北：立法院圖書資料室。

朱柔若(譯) (2000)。W. Lawrence Neuman著。社會科學研究方法：質化與量化取向。臺北：揚智文化。

江東亮 (2007)。醫療保健政策-臺灣經驗。臺北：巨流。

吳得源 (2009)。一中(各表)的國際構成與作用-制度與建構論觀點。臺北：國立政治大學國際關係研究中心。

吳凱勳 (1994)。健康保險概論。臺北：中國社會保險學會。

李孟智 (1992)。認識家庭醫師與家庭醫學。社教資料雜誌，163，26-28。

李聖隆 (1997)。醫藥分業之法律問題。月旦法學雜誌，25，50-53。

李榮安、譚延輝 (1999)。臺灣藥學教育的省思與改革。臺灣臨床藥學雜誌，8，1-21。

周力民、袁紅梅 (2006)。美國藥事法律法規中政府與市場關係的歷史沿革。亞洲社會藥學，1(2)。

周佩琪、林昭庚 (2010)。臺灣早期中醫發展簡史。臺北市中醫會刊，59，26。

李偉珠、陳善音、陳建偉 (1997)。民眾對醫藥分業執行方案意見調查。中華衛誌，17，10。

林水波 (1997，3月13日)。由醫藥兩業紛爭談單方立法的困境。民眾日報。

林昭庚、施純全、張恆鴻、張永賢、郭乃文、李采娟、陳欣欣、陳俊明、劉景昇 (2001)。我國醫事人力規劃政策建言書。財團法人國家衛生研究院，27-39。

林國明 (1997)。國家與醫療專業權力：臺灣保險體制醫療費用支付制度和社會學分析。臺灣社會學研究，1，79。

林淑馨 (2013)。質性研究：理論與實務。新北市：巨流。

林瓊瀛 (2012)。臺灣醫療產業概況—市場挑戰與商機。資誠會計師事務所，12-13。

林麗貞、李蜀平(2014)。我國實施醫藥分業為何變成雙軌制。藥學雜誌，30(2)。

邱永仁 (1997)。赴日考察醫藥分業制度心得報告。臺灣醫界，40(8)，64-73。

施能傑 (2011)。政府高階策略層次人力跨業間交流的變革與議程管理。文官制度季刊，3(2)。

胡仁平 (2002)。在權力與權利之間：公共政治學新論。長沙：湖南人民。

胡幼圃 (2011)。臺灣藥學教育與藥師考試之改造。藥學雜誌，27(4)。

范佐勳 (1991)。臺灣藥學史。財團法人鄭氏藥學基金會，73。

桑原辰嘉 (1999)。急速發展的日本醫藥分業。臺北市藥師公會會刊，16(4)，17-19。

國防醫學院 (2014)。藥學系之歷史沿革。2016年1月9日，取自

http://www.ndmctsggh.edu.tw/editor_model/u_editor_v1.asp?id={7C7AB780-4933-4244-



- 張天鈞 (2003)。一九三〇年代以前日治時期臺灣醫學特質。**人與醫學**，103-121。
- 張伊萍、林恆慶、陳楚杰、陳怡蒼 (2003)。醫學廣場—臺灣西醫基層醫療現況與展望之我見。**臺灣醫界**，46(5)。
- 張紹勳 (2000)。研究方法。臺中：滄海。
- 張博雅 (1997)。專業奇蹟 VS 民眾迷思：全民健康保險規劃紀實。臺北：桂冠。
- 張曉東 (2013)。值得中國認真學習的德國“醫藥分業”制度。2016年1月9日，取自 <http://big5.xinhuanet.com/gate/big5/yancupin.home.news.cn/blog/a/article.do?bid=8121566&aid=217115844>
- 梁瓊尹 (2007)。臺灣日日新：老藥品的故事。臺北：臺灣書房。
- 莊世杰、黃維民、林秀美、袁本治 (2004)。論病例計酬制度對鼻中隔鼻道成形手術病患醫療資源利用之影響--以某區域醫院為例。**東港安泰醫護雜誌**，10(2)，97-104。
- 莊逸洲、陳怡如、史麗珠、陳理 (1999)。全民健保實施陰道分娩論病例計酬制對醫療資源使用方式的影響-以某財團法人醫學中心為例。**中華衛誌**，18，181-188。
- 許芳瑾、鄭萬祥 (1999)。臺灣省醫藥分業推動之研究。**藥學雜誌**，15，151-156。
- 陳文彥 (2011)。學校權力結構的形構與影響。**新竹教育大學教育學報**，28(1)。
- 陳正昌、程炳林、陳新豐、劉子鍵 (2003)。多變量分析方法—統計軟體應用—統計軟體應用。臺北：五南。
- 陳原風 (2008)。從藥價差探討解決全民健保財務問題之修法建議。臺北：立法院法制局。
- 陳振明 (2004)。政治經濟學的復興—西方“新政治經濟學”的興起、主題與意義。**廈門大學學報**，哲學社會科學版。
- 陳敦源 (2005)。民主與官僚-新制度論的觀點。臺北：韋伯文化。
- 陳錦源 (2001)。基層醫療何去何從。**臺灣醫界**，44，48-50。
- 陳瓊雪、張森賢、劉宏志、回德仁、譚延輝、高雅慧、顏秀瓊、吳信隆、賴宗成、田

泰祺、曾義青、沈重光 (2001)。我國醫事人力規劃政策建言書-技術報告。臺北：國家衛生研究院。

傅大為 (2005)。亞細亞的新身體。臺北：學群。

曾金月 (1997)。讓醫藥分業成雙贏局面-醫師、藥師應彼此尊重專業權。臺北：立法院圖書資料室。

程馨、謝啟瑞 (2005)。全民健保藥品政策與藥品費用的經濟分析。經社法制論叢，35。

黃文鴻 (1999)。藥事專業人員執業動態與趨勢分析之研究。行政院衛生署疾病管制局，18-26。

楊文惠、黃松共、楊宜璋 (2001)。醫藥分業後民眾選擇藥局調劑之決策因素研究-以臺北市為例。公共衛生，27(4)，227-244。

楊百文 (2014)。醫藥分業法制之研究。國立中正大學法律學研究所碩士論文，未出版，嘉義。

楊孟宗 (2006)。與藥界協商專案小組協商 95 年 6 月階段性任務完成摘要報告。臺灣醫界，49，7-8。

楊宗翰 (2005)。臺灣西醫診所設置門前藥局之因素分析。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，未出版，臺北。

楊行義、陳介甫 (1993)。美國藥物及毒物之管制及其相關法律。藥學雜誌，9(1)。


經典雜誌 (2006)。臺灣醫療四百年。臺北：慈濟傳播文化志業基金會。

葉至誠 (2000)。社會科學概論。臺北：揚智文化。

葛謹 (2011)。臺灣醫師制度與醫療糾紛案例評釋。臺北：元照。

鈴木哲造 (2011)。日治初年臺灣總督府衛生行政制度之形成-與近代本日本衛生行政制度比較考察。師大臺灣史學報，4，129-160。

雷宗憲 (1994)。從行銷觀點探討開業醫師選擇轉診醫院之相關因素研究。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文，未出版，臺中。

- 
- 劉士永 (2008, 12 月)。管窺日治時期臺灣公共衛生的發展與研究特徵。發表於近代華人社會公衛史研討會，臺北。
- 劉宏志 (2001)。韓國醫藥分業現況。臺北市藥師公會會刊，17(3)，3-7。
- 蔡昭華 (2002)。從醫藥分業探討基層醫療診所藥師之角色。國立中山大學人力資源管理研究所碩士在職專班碩士論文，未出版，高雄。
- 蔡相廷 (2010)。歷史制度主義的興起與研究取向—政治學研究途徑的探討。臺北市立教育大學學報，41(2)。
- 蔡煒東、徐茂銘 (2004)。他山之石：關於日本的醫藥分業。臺灣醫界，47(3)。
- 蕭崑杉 (2010)。生物產業的意義與發展因素。農業推廣文彙，54，249-256。
- 錢慶文、黃三桂 (2000)。論病例計酬制度對住院日數及醫療費用之影響：以痔瘡切除手術為例。公共衛生，26，303-317。
- 薛桂文 (1997)。衛生署醫藥分業大事紀。臺北：立法院圖書資料室。
- 謝文紘、陳美霞 (2001)。醫藥分業政策推行對藥師專業的影響。臺灣公共衛生雜誌，20(5)，395-411。
- 謝啟瑞，陳肇男 (1993)。健康保險與老人自付醫療費用之探討。人文及社會科學集刊，6(1)，174。
- 蘇國勳、劉小楓 (2005)。社會理論的知識建構-20 世紀會理論文選Ⅲ。上海：華東師範大學。

英文部分



- Abe M. (1985). Japan's clinic physicians and their behavior. *Social Science and Medicine*, 20, 335-340.
- Abramowitz P.W., Fletcher C.V. (1986). Counterpoint: let's expand the formulary system and renew its vigor. *Am J Hosp Pharm.* 43, 2834-2838.
- Agresti, A. (1996). An introduction to categorical data analysis, *New York, NY: Wiley-Interscience.*
- American Board of Internal Medicine. (1998). *Project professionalism.* Philadelphia: American Board of Internal Medicine.
- American Society of Internal Medicine (1987). A focus on state health legislation, physician drug dispensing. Washington. *American Society of Internal Medicine.*
- Annual Report of JPA (2013). Accessed on 27. Jan. 2015. Retrieved from: <http://www.nichiyaku.or.jp/e/default.html>.
- Anonymous (1984). Dispensing. *Am Fam Physician*, 29(3), 125-126.
- Armano. H. (2002). Doctors and jurists who objected to the separation of drug dispensaries from the medical practice in the Taisho Era. *Yakushigaku Zasshi*, 37(1), 59-64.
- Avom J., Sournerai S.B. (1983). Improving drug therapy decisions through educational outreach: A randomized controlled trial of academically based 'detailing'. *N Engl J Med*, 308, 1457.
- Becket E.R., Sloan F. A. (1963). Utilization of hospital services: The roles of teaching, case-mix, and reimbursement. *Inquiry*, 20, 248.
- Bourdieu P. (1998). *Acts of Resistance: Against the Tyranny of the Market.* New York: New Press.
- Britt H., Bhasale A., Miles D.A., Meza A., Sayer G.P., Angelis M. (1996). The sex of the general practitioner: a comparison of characteristics, patients, and medical conditions managed. *Medical Care*, 34(5), 403-415.

Brown M.C. (1993). Do physicians locate as Spatial Competition Models Predict? Evidence from Alberta. *Canada Medical Association Journal*, 148, 1301-1307.

Bryk, A.S., & Raudenbush, S.W. (1992). Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. Newbury Park, ND: Sage.

Buchanan J.M., Tullock G. (1962). The Calculus of Consent: Logical Foundation of Constitutional Democracy (Ann Arbor: University of Michigan Press).

Burfield W.B., Hough D.E., Marder W.D. (1986). Location of medical education and choice of location of practice. *J Med Educ*, 61, 545.

Campbell D.M. (1984). Why do physicians in neonatal care units differ in their admission thresholds? *Social Science Medicine*, 18, 365.

Chang P.L., Wang T.M., Huang S.T., Hsieh M.L., Tsui K.H., Lai R.H. (1999). Effects of implementation of 18 clinical pathways on costs and quality of care among patients undergoing urological surgery. *J Urol*, 161(6), 1858-1862.

Chen B.H., Liu H.W., Huang S.L. (2000). Comparison of appendectomy medical expense and clinical outcome between fee for service and prospective payment system. *Kaohsiung J Med Sci*, 16, 293-298.

Cohen M., Ferrier B.M., Woodward C.A., Goldsmith C.H. (1991). Gender differences in practice patterns of Ontario family physicians (McMaster medical graduates). *Journal of the American Medical Womens Association*, 46(2), 49-54.

Col N. F., O'Connor R.W. (1987). Estimating worldwide current antibiotic usage: report of Task Force 1. *Reviews of Infectious Diseases*. 9 Suppl 3, S232-243.

Cowen D.L. (1992). Pharmacists and Physicians: An Uneasy Relationship. *Pharmacy In History*, 34(1), 3-16.

Crawford, Sue E.S. & Ostrom E. (1995). A Grammar of Institutions. *The American Political Science Review*. 89(3), 582-600.

Danzon P., Chao, L.W. (2000). Cross-national price difference for pharmaceuticals: How large and why? *Journal of Health Economics*, 19(2), 159-195.

Dimaggio, Paul, & Walter P. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*.
Chicago: University of Chicago Press.

Doan B.D. (2002). Factors affecting geographic choice in setting up medical office in France.
Cahiers de Sociologie et de Demographie Medicales, 42(4), 337-358.

Doering P.A., Araujo O.E., Flowers F.P. (1987). Generic equivalence of dermatologic
products. *JAM ACAD Dermatology, 16, 1068-1070.*

Doucet J., Chassagne P., Trivalle C. (1996). Drug-drug interations related to hospital
admissions in older adults: a prospective study of 1000 patients. *J Am Geriatr Soc, 44, 944-948.*

Eisenberg J.M., Nicklin D. (1981). Use of diagnostic services by physicians in community
practice. *Med Care, 19, 297.*

Eisenberg, J.M. (2002). Physician Utilization: The State of Research About Physicians'
Practice Patterns. *Medical Care, 40(11), 1016-1035.*

Ernst R.L., Yett D.E. (1985). *Econometric and statistical studies of the geographic
distribution of physicians*. In: Ernst RL, Yett DE, eds. *Physician location and specialty
choice*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 179.

Feldman R., Sloan F. (1988). Competition among Physician, revisited? *Journal of Health
Politics, Policy and Law 13(2), 239-261.*

Feldman R., Sloan F. (1989). Reply frp, Feldman and Sloan. *J Health Polit Policy Law, 14,*
621-625.

Feldstein M.S. (1971). Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics.
American Economic Review, 61, 853-872.

Feldstein, P.J. (1998). *Health Care Economics*. New York. John Wiley & Sons, 87-89, 189-
192, 226-227.

Frenzen P.B. (1991). The increasing supply of physicians in US urban and rural areas, 1975 to
1988. *Am J Public Health, 81, 1141.*

Fuchs V.R., Kranier M.J. (1972). *Determinants of expenditures for physicians' services in the United States 1948–68*. National Center for Health Serv Res and Development, OKEW publication no. (HSM) 73, 3013.

Geddes G. (1992). Dispensing physicians. *British Medical Journal* 306, 478.

Giddens A. (1984). *The Constitution of Society: Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goldberg R.M, Mabee J., Chan L., Wong S. (1996). Drug-drug and drug-disease interactions in the ED: analysis of a high-risk population. *Am J Emerg Med*, 14, 447-450.

Goldfinger S.E. (1987). A matter of influence. *N Engl J Med*, 316, 1408-1409.

Gosney M., Tallis R. (1984). Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. *Lancet*, 2, 564-567.

Hadley J. (1979). Physician participation in Medicaid: evidence from California. *Health Serv Res*, 14, 266.

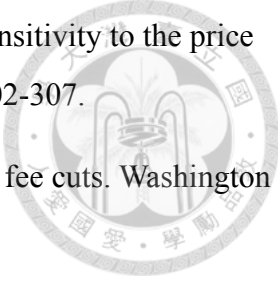
Hall P.A. & Rosemary C.R. (1996). Political Science and the Three New Institutionalisms. *Political Studie*. 44(5).

Hanlon J.T., Weinberger M., Samsa G.P., Schmader K.E., Uttech K.M., Lewis I.K. (1996). A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *American Journal of Medicine*, 100(4), 428-437.

Hellinger F.J. (1996). The impact of financial incentives on physician behavior in managed care plans: a review of the evidence. *Medical Care Research & Review*. 53(3), 294-314.

Hickson G.B., Altemeier W. A., Perrin J. M. (1987). Physician reimbursement by salary or fee-for-service-effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics*, 80, 344-350.

Hillman A.L, Pauly M.V., Kerstein J.J. (1989). How do financial incentives affect physicians' clinical decisions and financial performance of health maintenance organizations? *N Engl J Med*, 321, 86-92.

- 
- Hoey J., Eisenberg J. M., Spitzer W.O., Thomas D. (1992). Physician Sensitivity to the price of diagnostic tests: A U.S.-Canadian analysis. *Medical Care*. 20(3), 302-307.
- Hogan C.Z. (1992). Volume response to Medicare overvalued procedure fee cuts. Washington DC: Physician Paym, Rev. Comm.
- Huber E., Stephen J.D. (2001). Development and Crisis of the Welfare State. Chicago: University of Chicago Press.
- Hurley J.E. (1991). Physicians' choices of specialty, location, and mode: A reexamination within an interdependent decision framework. *J Hum Res*, 26, 47.
- Hutchinson J.M., Foley R.N. (1999). Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *Canadian Medical Association Journal*, 160(7), 1013-1017.
- Kazanjian A., Pagliccia N. (1996). Key Factors in Physicians' Choice of Practice Location: Findings from a Survey of Practitioners and Their Spouses. *Health and Place*, 2, 21-34.
- Kim H.J., Chung W., Lee S.G. (2004). Lessons from Korea's pharmaceutical policy reform: the separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care. *Health Policy*, 68(3), 267-275.
- Kim H.J., Jeniffer P.R. (2008). Pharmaceutical Reform In South Korea And The Lessons It Provides. *Health Aff*. 27(4), 260-269.
- Korean Pharmaceutical Association. (2015). Accessed on 30. Jan. 2015. Retrieved from: <http://eng.kpanet.or.kr/pharmacist/pharmacist04.jsp>.
- Krasner S. (1984). Approaches to the State: Alternative Conceptions and Historical Dynamics'. *Comparative Politics*, 16, 223-246.
- Kwon S. (2003). Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. *Soc Sci Med.*, 57(3), 529-538.
- Labelle R.J., Stoddart G., Rice T. (1994). A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ*, 13, 347-368.
- LaWell C.H. (1929). What professional pharmacy can do for medicine, and what it may

expect in Return. *International Clinics*, 2, 244-252.

Lennon M.A., Sharples J. (1979). Factors Influencing Dentists' Choice of Practice Location. *British Dental Journal*, 146, 379-381.

Loag M.J., Cummings K.M., Frisof K.B. (1963). The role of perceived price in physicians' demand for diagnostic tests. *Med Care*, 21, 243.

Lobber C.W., Behlmer S.D., Penneys N.S., Shupack J.L., Thiers B.H. (1988). Physician drug dispensing. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 19(5), Part 1, 915-919.

Lowell-Smith E.G. (1993). Patterns of Dentist location: Lansing, Michigan 1950-1991. *Social Science Medicine*, 36, 569-573.

Maguire S., Hardy C. & Lawrence T.B. (2004). Institutional Entrepreneurship in Emerging Fields: HIV/AIDS Treatment Advocacy in Canada. *The Academy of Management Journal*. 47(5), 657-679.

March J.G. & Olsen J.P.(1984). The New Institutionalism : Organizational Factors in Political Life. *American Political Science Review*, 78(3), 738-749.

Mitchell G.W., Stanaszek W.F., Nichols N.B. (1979). Documenting drug-drug interactions in ambulatory patient. *Am J Hosp Pharm*, 36, 653-657.

Mortan-Jones A., Pringle M. (1993). Prescribing costs in dispensing practices. *British Medical Journal*, 306, 1233-1246.

Murtagh J. (1983). Introduction: When Pharmacists and Physician Disagree. *Prog Clin Biol Res*, 139, 197-198.

Newhouse, J.P., Williams A.P., Bennett B.W., Schwartz W.B. (1982). Does the Geographical Distribution of Physicians Reflect Market Failure? *The Bell Journal of Economics*, 13, 493-505.


Pauly M.V. (1980). *Doctors and their workshops*. National Bureau of Economic Research. Chicago, IL: The University of Chicago Press.

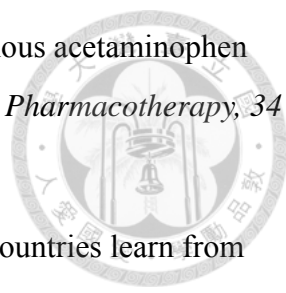
Peters B.G. (1999). Institutional Theory in Political Science: *The New Institutionalism*.

London & New York: Printer.



- Peters B.G. (2005). Institutional Theory in Political Science. The New Institutionalism (2nd edition).
- Phelps C.E. (1986). Induced demand-Can we ever know its extent? *J Health Econ*, 5, 355-365.
- Pineault R. (1977). The effect of mechanical training factors on physician utilization behavior. *Med Care*, 15, 51.
- Ransom S.B. (1996). The Effect of Capital and Fee-For-Service Remuneration on Physician Decision Making in Gynecology? *Obstetric Gynecology* 87(5), 707-710.
- Rice T. (1984). Physician-induced demand for medical care: new evidence from the Medicare program. *Adv. Health Econ. Health Serv. Res*, 5, 129-160.
- Rice T., Labelle R.J. (1989). Do physician induce demand for medical services? *J Health Polit Policy Law*, 14, 587-600.
- Rice T.H. (1983). The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Med Care*, 21, 603.
- Richard R. Abood (2010). Pharmacy Practice and the Law, Sudbury. Mass.: Jones and Bartlett Publishers 6th. 127.
- Rosko R.D., Broyles R.W. (1987). Strategic hospital marketing responses to prospective payment. *Journal of public Health Policy*, 1, 71-81.
- Rossiter L.F., Wilensky G.R. (1983). A reexamination of the use of physician services: the role of physician initiated demand. *Inquiry*, 20, 162.
- Ryan M., Bond C. (1994). Dispensing physicians and prescribing pharmacists: economic considerations for the UK. *Pharmacoeconomic*, 5(1), 8-17.
- Saltmon R.B., Young D.W. (1983). Hospital cost containment and the quest for institutional growth. *Journal of public Health Policy*, 4, 313-334.
- Sambrook J.D. (1987). Reducing prescription problems. *Pharmaceutical Journal* 239, 258.

- 
- Schultz T.W. (1968). Institutions and the Rising Economic Value of Man. *American Journal of Agricultural Economics*, 50.
- Schwartz L.L. (1985). The Debate over substitution policy, in evolution and scientific bias. *Am J Med*, 79, 38.
- Schwartz M., Martin S.G., Cooper D.D. (1981). The effect of a thirty percent reduction in physician fee on Medicaid surgery rates in Massachusetts. *Am Public Health*, 71, 370-375.
- Scott W.R. (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Seifer S.D., Vranizan K., Grumbach K. (1995). Graduate medical education and physician practice location: Implications for physician workforce policy. *JAMA*, 274, 685.
- Sharkansky I. (1997). *Policy Making in Israel: Routines for Simple Problems and Coping for the Complex*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Shi L., Singh DA (1998). *Delivering health care in America*. Gaithersburg, Aspen Publishers, Inc., 562.
- Sihn K.H. (2013). The institutionalization of pharmaceutical administration after the Korean liberation: focusing on regulating the pharmaceutical affairs law in 1953. *Uisahak*, 22(3), 847-878.
- Sims P.D., Cabral D., Daley W., Alfano L. (1984). The incentive plan--an approach for modification of physician behavior. *American Journal of Public Health*, 74, 150-152.
- Sloan F., Mitchell J., Cromwell F. (1978). Physician participation in state Medicaid programs. *J Hum Re*, 13(Suppl), 211.
- Stoughton R.B. (1987). Are generic formulations equivalent in trade name topical glucocorticoids? *Arch Dermatology*, 123, 1312.
- Strom B.L. (1987). General drug substitution revisited. *New England Journal Medicine* 316, 1456.
- Tamai I.Y., Strome L.S., Marshall C.E., Mooradian A.D. (1989). Analysis of drug-drug interactions among nursing home residents. *Am J Hosp Pharm*, 46, 1567-1569.

- 
- Ubaldo C.D., Hall N.S., Le B. (2014). Postmarketing review of intravenous acetaminophen dosing based on food and drug administration prescribing guidelines. *Pharmacotherapy*, 34 Suppl 1, 34S-9S.
- Wagstaff A. (2007). Health systems in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers? *Health Econ*, 16(5), 441-456.
- Wang, J. (1999). Reasons for hierarchical linear modeling: A reminder. *Journal of Experimental Education*, 68 (1) , 89-93.
- Webster, W.J., Mendro, R.L., Orsak, T.H., & Weerasinghe, D. (1998). An application of hierarchical linear modeling to the estimation of school and teacher effect. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association .San Diago, CA, April 13-17, 1998. (ERIC Document Reproduction Service NO. ED 424 300)
- Whitley P., Kristensen P.H. (1997). *Governance at Work: The Social Regulation of Economic Relations* (Oxford: Oxford University Press).
- Wilensky G.R., Rossiter L.F. (1983). The relative importance of physician-induced demand for Medical Care. *Milbank Mem Fund Q*, 61, 252.
- Wothan D.B. (2014). Good Enough for America. *Int J Pharm Compd*, 18(1), 20-29.
- Yokoi M., Tashiro T. (2014). Influence of the separation of prescription and dispensation of medicine on its cost in Japanese prefectures. *Glob J Health Sci*, 6(4), 322-347.
- Zelnio R.N. (1982). The interaction among the criteria physicians use when prescribing. *Med Care*, 20, 277.
- Ziance R.J. (2003). Roles for pharmacy in combatting counterfeit drugs. *J Am Pharm Assoc*, 48(4), 71-88.

