

編號：DOH96-PA-1035

行政院衛生署九十六年度科技研究發展計畫

醫藥分業分析及推動策略研究

研究報告（本年度期末報告）

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：馬作鏞

研究人員：張永勳、陳進堂、賴振榕、李芳材、陳鴻儀、
廖慧伶、田麗雲、江權富、呂茂浪、溫淑貞、
蕭福村、陳振聲、陳金火、江靜穎

本年度執行期限：96年4月1日至96年12月31日
（全程計畫：96年4月1日至97年6月30日）

** 本研究報告僅供參考，不代表本會意見 **

摘要

本研究計畫共分為三個部份進行，第一部份為建立醫藥分業政策效益之評估指標：目的是從各個面向建立出醫藥分業政策效益之評估指標，並從中了解各專業團體、民眾及相關政策制定者對醫藥分業實行之觀感，進而依據所建立出之醫藥分業政策效益評估指標，進行實際資料調查，最後呈現出其結果。其實施方式之過程，首先以平衡計分卡為構面之概念基礎，藉由深度訪談與焦點團體之結果彙整，完成醫藥分業政策效益評估指標之建立，進一步蒐集實際資料，最後呈現調查結果並提供政策參考。

第二部份為民眾對醫藥分業之滿意度調查：目的是了解民眾對醫藥分業的認知、民眾對醫藥分業整體滿意度、民眾對醫藥分業制度適當性及滿意度及民眾對社區藥局藥事服務的滿意度，探討民眾於選擇調劑藥局時，可能包含哪些考慮因素。其實施過程，先由文獻探討方式發展出滿意度問卷，接著發放、並回收問卷，最後透過統計分析後呈現資料結果、提供當局參考。

第三部份為製作醫藥分業 10 年之國際研討會論文集：目的是收集國內醫藥分業相關文章或論文，製作成醫藥分業 10 年國際研討會論文集。實施方式為，先將國內外文獻進行概念上之分門別類，接著藉由線上搜尋、實地找尋等方式，從各期刊、博碩士論文、書...等資料庫，將國內外醫藥分業相關之文章或論文彙整成冊，完成醫藥分業 10 年國際研討會論文集。

關鍵詞：醫藥分業、醫藥分業成效指標、滿意度

目 錄

摘要.....	I
壹、前言.....	(1)
一、研究背景.....	(1)
二、研究目的.....	(5)
貳、材料與方法.....	(7)
一、建立醫藥分業政策效益之評估指標.....	(7)
二、民眾對醫藥分業之滿意度調查.....	(12)
三、製作醫藥分業 10 年國際研討會論文集.....	(21)
參、本年度計畫進度結果與討論.....	(22)
一、預定完成工作項目及實際執行情形.....	(22)
二、期末初步成果.....	(23)
肆、參考文獻.....	(32)
圖 1-1、建立醫藥分業政策效益評估指標之研究流程.....	(8)
圖 1-2、BSC 指標構面草圖.....	(9)
圖 2-1、民眾滿意度調查之研究流程.....	(12)
圖 2-2、民眾對醫藥分業滿意度概念操作化構面.....	(15)
圖 3-1、論文集構面圖.....	(21)
表 3-1、本年度進度與實際執行情形.....	(22)
表 3-2、操作型定義.....	(25)

附錄一、深度訪談大綱.....	(42)
附錄二、深度訪談對象類型與訪談時間、地點.....	(43)
附錄三、深度訪談逐字稿.....	(44)
附錄四、指標草案之具體內容及其操作型定義.....	(140)
附錄五、滿意度調查對象與相關項目.....	(144)
附錄六、焦點團體小組會議相關資料.....	(145)
附錄七、民眾滿意度調查問卷.....	(146)

附件、國際論壇論文集

壹、前言

一、研究背景

(一) 建立醫藥分業政策效益之評估指標

醫藥分業制度(separation of drug prescribing and dispensing)係指醫師專責診療、處置及開立處方，而合格藥事人員負責調劑及藥物諮詢之醫療執業型態(楊漢淙，1997)，即民眾在利用醫療服務時，醫師與藥師各運用其專業知識，在業務上分工。其意義在於落實醫藥專業分工，保障民眾用藥安全，健全基層醫療照護體系中社區藥局之專業功能，提升醫療服務品質，使民眾獲得最佳的健康照顧(藥學雜誌，2005)。

醫藥分業的主要目的有三：第一個目的是當民眾在不同醫療院所看病或同一醫院看不同科別時，可選擇住家附近最方便的健保特約藥局調劑領藥，藉由該藥局建立藥歷檔及藥師提供的專業服務，可避免重覆用藥的危險或藥品不良交互作用、副作用的產生，以保障民眾用藥安全。第二個目的是提昇藥師的專業執業能力，由傳統的配藥角色，轉變為主動積極的參與醫療計畫，與醫師討論病患的藥物治療問題，成為醫療團隊的一員，藉由藥師所提供的臨床藥學服務，讓病患得到更好的照顧。第三個目的是建立健全的處方藥品管理。

目前世界上各先進國家大多已實施不同程度的醫藥分業制度。第一種類為立法強制分業之國家，如有德國、法國、義大利、比利時、荷蘭、丹麥、挪威、芬蘭、西班牙、瑞典；第二種類雖非強制性，但實際上實施醫藥分業之國家，如瑞士、波蘭、捷克、美國、菲律賓、澳洲、紐西蘭；第三種類則為未完全分業或完全未分業之國家，如日本、韓國、泰國、馬來西亞、新加坡及我國，由此可見醫藥專業分工已成為世界之潮流(劉宜君，

1994)。

台灣自1997年開始實施醫藥分業，在醫藥角力之下，採取分區分階段方式實施（行政院衛生署，1998），並採行「雙軌制」，意即病患可拿處方箋去健保藥局或至醫院藥劑科請藥師調劑，此外，如果看病的醫院或診所所有合格的藥師，亦可直接在看病的醫院或診所請藥師調劑。至2001年，全台灣除了少數偏遠地區外，已全面實行醫藥分業政策，其中為促進處方箋之交付與釋出，全民健保支付標準訂有交付之處方費，但因自聘藥師仍享有藥品利潤，在誘因不足下，雖處方釋出率有較開辦前為高，但與其他國家相較之下，成效仍相當不彰。

衛生署在制訂與實施政策的過程中，因面臨醫藥專業間的角力，而使政策的最終內容與原先預期的規劃與理想有所差距，其中重要的轉變包括開放診所聘藥師的雙軌制作法、分區分階段實施、放寬五大醫療急迫情形等。而這樣的轉變也使得藥師團體無法順利將其專業管轄權完整回歸，造成藥師團體在政策制訂與實施的過程中呈現出較醫師為弱勢的情形（謝文紘，2001）。

醫藥分業的制度上，涵蓋了醫、藥、衛生三大領域。本計劃團隊包含三大領域，即欲達成醫、藥、衛生領域互相協調分配，此其為本計劃最大的優點。在德國，藥師與醫師是相輔相成、共存共榮的，因此，診所與藥局常如影隨形地出現在商業中心或社區裡，醫師與藥師如工作伙伴，大都有很好的默契與私交。醫師絕對禁止在診所中出售藥品，因為德國法律規定，醫師不得從藥品中獲利，一方面讓醫師專心診斷，另一方面避免醫師與藥商不當的利益輸送，造成藥物的不當或過度使用。例如藥商以不當回扣直接或間接鼓勵醫師用藥，以製造業績，卻使病患權益受損。如此防患未然，醫師可以從很客觀的立場開立處方，完全沒有個人利害因素摻雜其

中，醫師也可有更多時間來問診，提供病患更好的醫療照顧，診斷也不需庫存藥品而積壓資金，藥品進貨、存貨、出貨的繁瑣事項，統統交由藥局處理（黃旭山，1997）。

如此，對醫師而言，除了減少從藥品獲利外，實在看不出有何損失，且醫師對於病患有告知義務，所以有關處方內容，當然也應該讓病患知道，其最好的方法，就是釋出（交付）處方箋。對藥師而言，可以妥善的發揮所長，監督及把關醫師、社區民眾藥物的使用及衛教的宣導。對衛生領域而言，以實證精神進行體制內及體制外的改革，讓藥師在醫療體系中扮演協調、監督及管制浮濫用藥的責任；也讓民眾從藥師的專業執業中，重新認識藥師的重要性，體制外的改革則是加重公會權責，社區藥局一定由藥師執業，加重掛牌執業的刑責，才能讓社區藥局的功能普獲民眾及社會的肯定。藥師精神受尊重，藥師社會地位則相對提高，藥師收入當然也會增加；專業執業自然成型，醫藥分業理當能順利推動。

台灣雖然施行醫藥分業已有一段時間，但此一政策牽涉到醫師歷史性調劑權力的限制與民眾就醫習慣的調整，使此一政策實施至今遭遇諸多困難阻礙，對於此政策之成效更是缺乏稽核憑據，反觀國外於醫藥分業政策上之成效扶搖直上，其成功見效之法則頗值得我們深思與師法，因此本研究將以平衡計分卡作為構面概念基準，欲利用深度訪談及焦點團體法之施行，建立起醫藥分業政策效益之評估指標，並以各構面關鍵指標(KPI)之年達成率與各國家進行比較，以及國內每年醫藥分業政策效益之趨勢比較，作為未來醫藥政策改善、修正之參考方向。

（二）民眾對醫藥分業之滿意度調查

依民國82年公布實施之藥事法第102條「全民健保實施2年後，醫師調劑以在無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限」，啟動了台灣醫

藥分業的實施。民國84年全民健保試辦醫藥分業，實施初期，考量改變民眾就醫拿藥習慣非一蹴可及，因此，民國85年醫藥分業採雙軌制方式進行，診所可聘藥師，同時確定分區實施醫藥分業，由特約診所及藥局數達三比一地區先實施，至民國86年台灣各地區逐步實施醫藥分業。醫藥分業係由醫師專責診療、處置及開立處方，而合格藥事人員負責調劑及藥物諮詢之醫療執業型態。醫藥分業的主要意義在於讓藥師的專業能力可發揮、保障病人的用藥安全、健全基層醫療照護體系中社區藥局之專業功能，提升醫療服務品質，使民眾獲得最佳的健康照顧。依日本經驗，醫藥分業的好處包括：(1)減少藥費支出 (2)藥師專業角色得以發揮 (3)民眾可獲得專業諮詢 (4)節省民眾在醫院等候領藥時間。

1960年以前，台灣除了公立醫院和教會醫院以外，幾乎沒有設備較齊全的私人醫院，當時醫療以基層的私人診所為主，屬於封閉式醫療制度，與美的開放性制度相反（張錦文，2006）。在台灣傳統的醫療環境下，已塑造民眾看完病直接在醫院或診所立即拿藥之習慣，現今台灣雖實施醫藥分業，要民眾就醫後持處方箋到社區藥局調配，並不被普遍接受（黃漢洲等，2004）。邱文達(1997)研究指出，醫藥分業後三個月至醫療院所就醫之民眾有62.1%知道索取處方箋是自身的權益，但卻有65.8%的民眾從未拿過處方箋，且受訪民眾中有82.2%表示看病後會選擇直接在看病的場所調劑及領取藥品（邱文達，1997）。實施數年後，張瑞芳(2001)於台北市某醫學中心進行之調查顯示，大多數的受訪者雖聽過醫藥分業，但對其施行內容之認知仍不足。而「過去之領藥習慣」、「慢性病患對健保特約藥局之認知」及「相關資訊不足」，是慢性病患不曾持慢性病連續處方箋至社區健保特約藥局取藥之重要原因（張瑞芳，2001）。黃光華(2004)研究也指出，環境因素及病患特性皆顯著影響處方箋釋出率（黃光華，2004）。

台北縣藥師公會推行醫藥分業之經驗顯示，民眾會選擇到健保藥局調

劑的重要原因包括：交通方便、免繳費（掛號費、部份負擔）及藥師服務親切(Bryant, et.al, 1998)。依國外研究指出，影響醫療服務滿意度之因素包括：(1)社會情緒因素(socio-emotional factors)，此與醫療服務人員之溝通技巧與人際關係有關，如：服務人員表現有禮貌、有愛心或以同理心關懷，將提高顧客滿意度。(2)系統因素(system factors)，如：技術品質、等候時間、價格、環境、方便性等（陳昭元等，2006）。另針對社區藥局服務滿意度之相關因素則包括：是否提供藥物資訊、個人化服務(Parasuraman, et.al, 1985)，以及專業溝通、身體與情緒的舒適感、地點與便利性等(Lang, et.al, 1992)。Oparah(2006)研究顯示，消費者對社區藥局最滿意的是藥師的專業態度，但最不滿意的是缺乏非藥物的保健活動或服務(Oparah, et.al, 2006)。Gilbert(1987)指出，為符合社會需求，醫療事業單位應擴展其角色功能，就社區藥局而言，藥師應把提供符合成本效益的基礎保健或藥事照護視為自己的責任，若藥師只是單純調劑的傳統藥局，終將逐漸式微(Gilbert, 1998)。因此，欲瞭解民眾選擇藥局調劑時之考慮因素及民眾對社區藥局藥事服務的滿意度，應從前述之社會情緒因素及系統因素，進行多面向之評估。

綜合以上所述，瞭解民眾對醫藥分業制度之看法、滿意度與影響因素，將可對第2階段醫藥分業政策提供具體之建議。

二、研究目的

本研究分為三部份進行，其研究目的各為下列：

(一) 建立醫藥分業政策效益之評估指標

1. 從各面向建立醫藥分業政策效益之評估指標。
2. 了解各專業團體、民眾及相關政策制定者對醫藥分業實行之觀感。
3. 依所建立出之醫藥分業政策效益評估指標，進行實際資料調查並呈現

其結果。

(二) 民眾對醫藥分業之滿意度調查

1. 民眾對醫藥分業的認知
2. 民眾對醫藥分業整體滿意度
3. 民眾對醫藥分業制度適當性及滿意度
4. 選擇藥局調劑時考慮因素
5. 民眾對社區藥局藥事服務的滿意度

(三) 製作醫藥分業 10 年國際研討會論文集

收集國內醫藥分業相關文章或論文，製作成醫藥分業 10 年國際研討會論文集。

貳、材料及方法

一、建立醫藥分業政策效益之評估指標

(一) 研究流程

本研究流程如圖 1-1，首先以文獻探討方式，收集國內外醫藥分業效益評估之相關資料，以平衡計分卡為理論基礎整理出深度訪談所需之訪談大綱，藉由面對面深度訪談與錄音檔逐字稿之譯成，整理出醫藥分業政策效益評估構面項目之初稿與各領域對醫藥分業實行之觀感，其中深度訪談對象從醫師、藥師、民眾及相關政策制定人員等領域，各立意取樣 5 位對醫藥分業有大致概念者為訪談對象。

接著商請醫師、藥師及衛政相關人員等三領域較具權威之專業人員，各組成一焦點團體，將深度訪談所整理出的構面與項目初稿經由焦點團體的召集、討論與意見彙整，進行各構面項目指標之訂定，並予之修正與刪減，隨之定義出每一構面之關鍵指標(KPI)，最後完成醫藥分業效益評估指標構面與各細項指標題目之建立。其中焦點團體組成有主持人與團體小組成員，其中醫師、藥師及衛政相關人員等各領域皆由 9~12 人組成一焦點團體；各團體互動討論時間皆約為一個半小時左右。

完成指標建立後，將以實際資料進行正式調查，未來將依照各構面之 KPI 達成率作為政策的參考，其中每年達成率之訂立準則，是以前一年醫藥分業之實質達成率為參考基準。

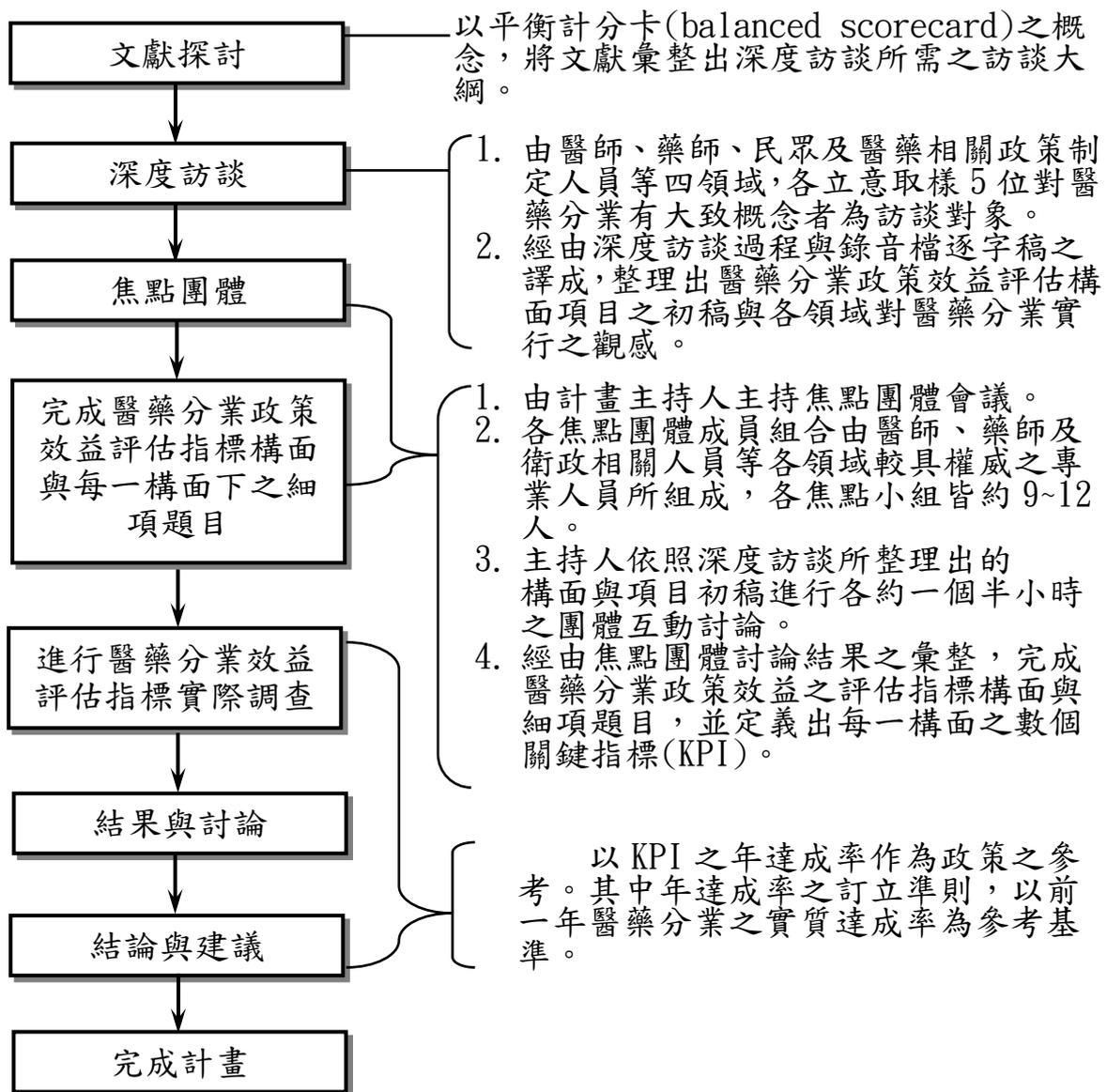


圖 1-1、建立醫藥分業政策效益評估指標之研究流程

(二) BSC 指標架構草圖

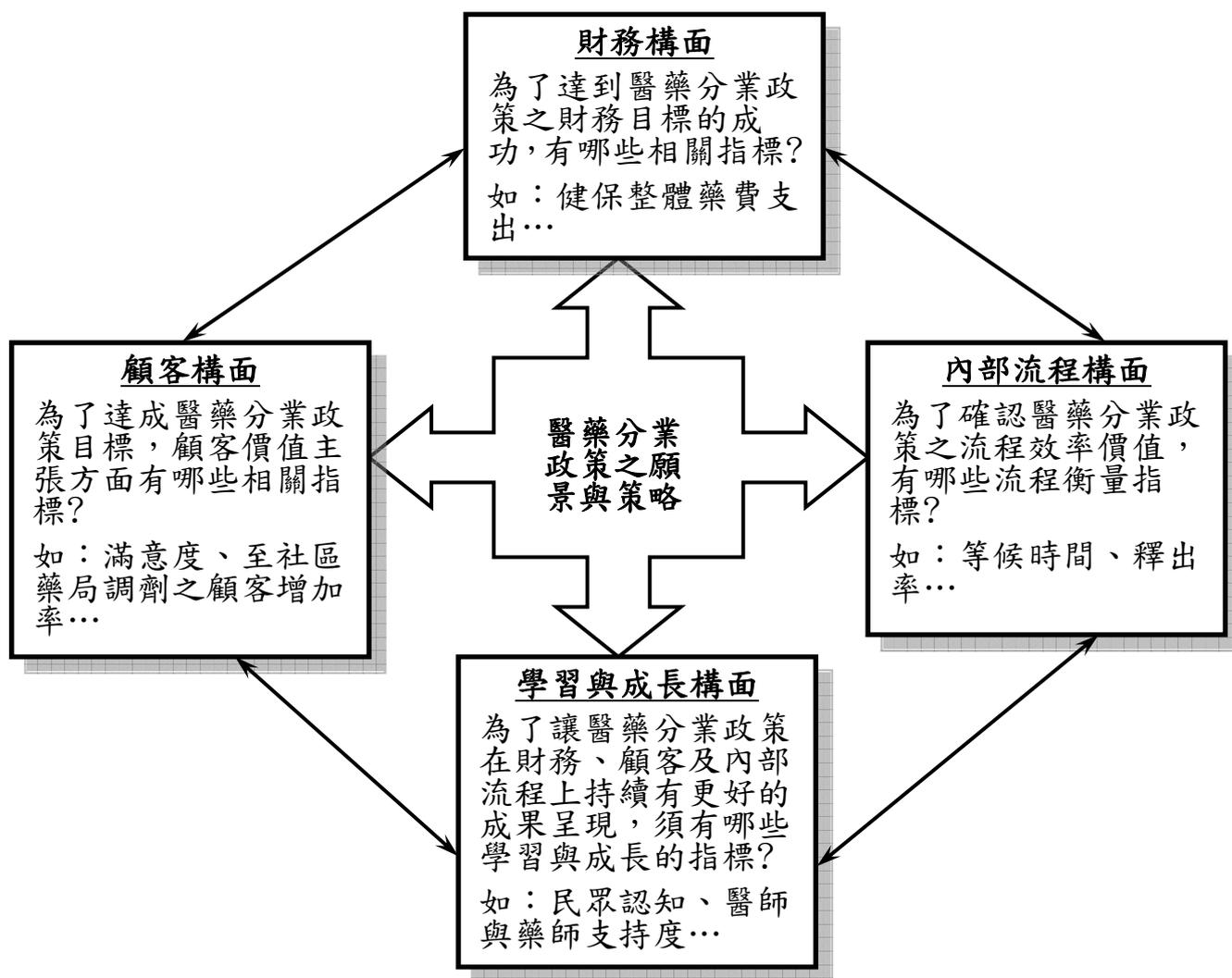


圖 1-2、BSC 指標構面草圖

(三) 研究方法

1. 平衡計分卡(balanced scorecard)之構面定義

本研究以平衡計分卡概念來探討醫藥分業效益評估指標建立之議題。平衡計分卡(Balanced Scorecard, BSC)理論為哈佛大學商學院Kaplan教授和美國Norlan Norton Institute執行長Norton於1990年所提出，共建構了一套涵蓋財務、顧客、內部流程和學習與成長等四個構面的策略管理系統(王世志，2002；張明輝，2004；張桂玲，2003；張家鳳，2000；黃宗顯，2004；

黃淑蓉，2003；葉連祺，2003；Kaplan & Norton,1992a, 1992b, 1996a, 1996b, 2001)。其為一個用來描述、溝通執行策略的衡量系統，其陳述各種績效衡量目標，讓模糊不明確的願景與策略變得鮮活明確(Kaplan & Norton, 1992)。

(1) 顧客構面

在醫藥分業政策目標之下，衡量顧客價值之主張方面須包含哪些指標？如：滿意度、至社區藥局調劑之顧客增加率...

(2) 內部流程構面

在醫藥分業政策之流程效率價值方面，滿足顧客需納入哪些衡量指標？如：等候時間、釋出率...

(3) 學習與成長構面

為了讓醫藥分業政策在財務、顧客及內部流程上持續有更好的成果呈現，須有哪些學習與成長的指標？如：民眾認知、醫師與藥師支持度...

(4) 財務構面

為了達到醫藥分業政策之財務目標的成功，有哪些相關指標？如：健保整體藥費支出...

2. 深度訪談

本研究以平衡計分卡四大構面為訪談大綱之基本概念，分別與醫師、藥師、民眾及相關政策制定人員等領域，對醫藥分業有大致概念者，各立意取樣 5 位來進行面對面之深度訪談；訪談過程中，訪談者須與受訪者建

立良好關係、讓受訪者將個人對議題的觀點在無壓力之下侃侃而談，另外訪談者必須隨時提醒自己訪談的主題或領域，若有偏離情形時，則訪談者必須視實際情況，用細心傾聽、發問的方式，不著痕跡的將訪談內容拉回主題。另外，從訪談進行開始至最後結束皆使用錄音設備全程錄音，並將錄下之內容用逐字稿方式呈現，最後整理出醫藥分業政策效益評估構面項目之初稿以及各領域對醫藥分業實行之觀感。其步驟如下：

訪談大綱→深度訪談(錄音)→譯成逐字稿→整理成評估指標初稿

3. 焦點團體法

接續在深度訪談之後，則藉由焦點團體法來為醫藥分業政策效益評估指標作最後的確認與完成。其各團體組成成員包含兩部分：主持人與各領域之團體成員。整個模式流程皆約為一個半小時，由主持人主導進入議題內容，以發問方式控制各團體的互動討論，並使用肢體語言鼓勵回應者，以掌握團體成員參與及了解的程度，最後求出涵蓋各焦點團體之最廣泛的結論，意即完成所需之指標構面之細項評估題目以及定義出每個構面之 KPI。其步驟如下：

召開各焦點團體→互動討論→紀錄修正→彙整、完成各構面指標

4. 指標評估方式

經由焦點團體法定義出醫藥分業政策效益評估指標各構面之 KPI，並以前一年之醫藥分業實際達成率來訂立當年度之年達成率，最後醫藥分業政策效益指標的評估方式即以 KPI 之年達成率作為政策參考。

二、民眾對醫藥分業之滿意度調查

(一) 研究流程

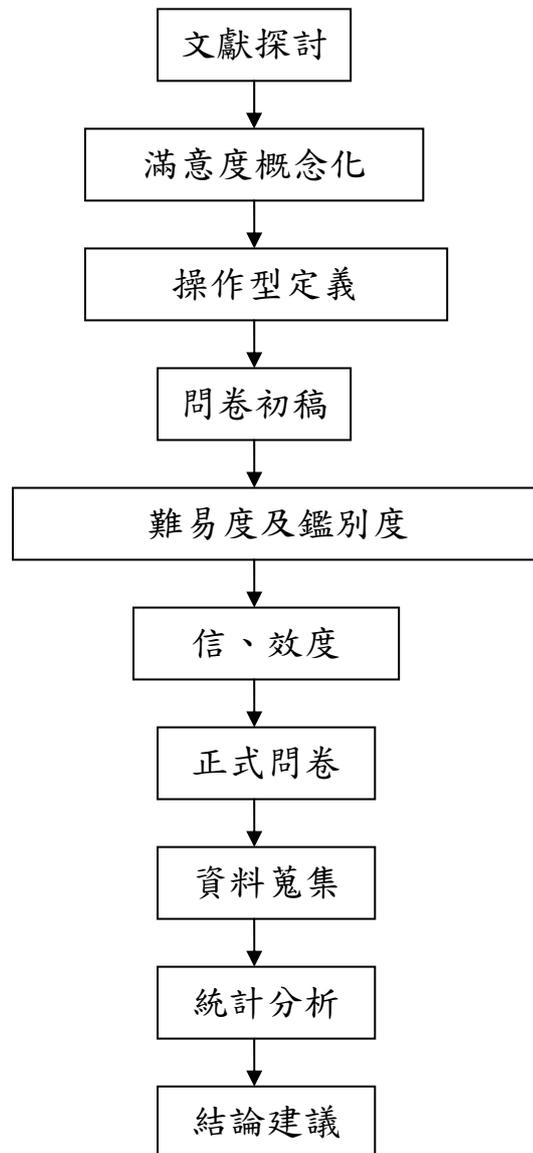


圖 2-1、民眾滿意度調查之研究流程

(二) 研究方法

1. 研究對象

- (1) 在原就醫醫院領藥之民眾（依行政院衛生署評審委員會建議，將不只針對持有慢性病連續處方箋之民眾進行測量。）
- (2) 持處方箋至社區藥局調劑之民眾（依行政院衛生署評審委員會建議，將不只針對持有慢性病連續處方箋之民眾進行測量。）

● 納入準則

本研究納入之條件：

- A. 持處方箋在原就醫醫院領藥之民眾。
- B. 持處方箋至社區藥局調劑之民眾。

2. 抽樣方法

依照分層立意抽樣方式，於北、中、南、東部之人口比例計算出各地區所需要佔有之樣本數比例後，於各地區再依所需的樣本數，進行醫院及特約藥局抽樣；其樣本數運用統計的方式，計算出所需抽取人數，採信賴區間為95%，機率為0.5，容許誤差取3%，所需收取的民眾數為1068位。

$$N = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 \times P \times (1-P)}{E^2} = \frac{1.96 \times 0.25}{0.0009} = 1068 \text{ 人}$$

問卷資料收集在 96 年 10 月 27 日至 97 年 3 月 31 日止，醫院之問卷收集，由訪員親至醫院藥局等候區採面對面方式訪視，現場發放與回收問卷；而健保特約藥局之問卷收集，先以電話與各縣市抽樣之藥局負責人取得聯繫，懇請提供協助問卷之發放及回收，接著以郵寄方式將問卷寄至健保特

約藥局，並附上回郵信封以回收問卷，過程加以電話方式追詢填寫狀況。

3. 研究工具：發展問卷

(1) 醫藥分業滿意度概念操作化

首先將滿意度概念加以具體操作化，讓概念可以藉由審視行為構面、事實或適當表象符號使之可測量。當這些概念轉化成可觀察與衡量的元素之後，即形成概念衡量指標。

民眾對醫藥分業滿意度概念操作化所包含的構面如圖 2-2：

- 交通上、時間上以及由他人代為購買所獲取的便利性，以上所產生之滿意度。
- 因減少到醫院掛號所節省下來的掛號費及部分負擔，以及當藥師向開立處方箋醫師說明有相同藥效之藥物可供替代，替民眾所節省下來的藥費。
- 藥師以親切態度提供民眾獲得專業的藥物諮詢及資訊及預防疾病與健康維護的方法
- 節省民眾到醫院等候領藥時間
- 由藥師為民眾在用藥安全上的保障
- 讓民眾在醫療上有知的權利
- 民眾有表達用藥意見及結果機會

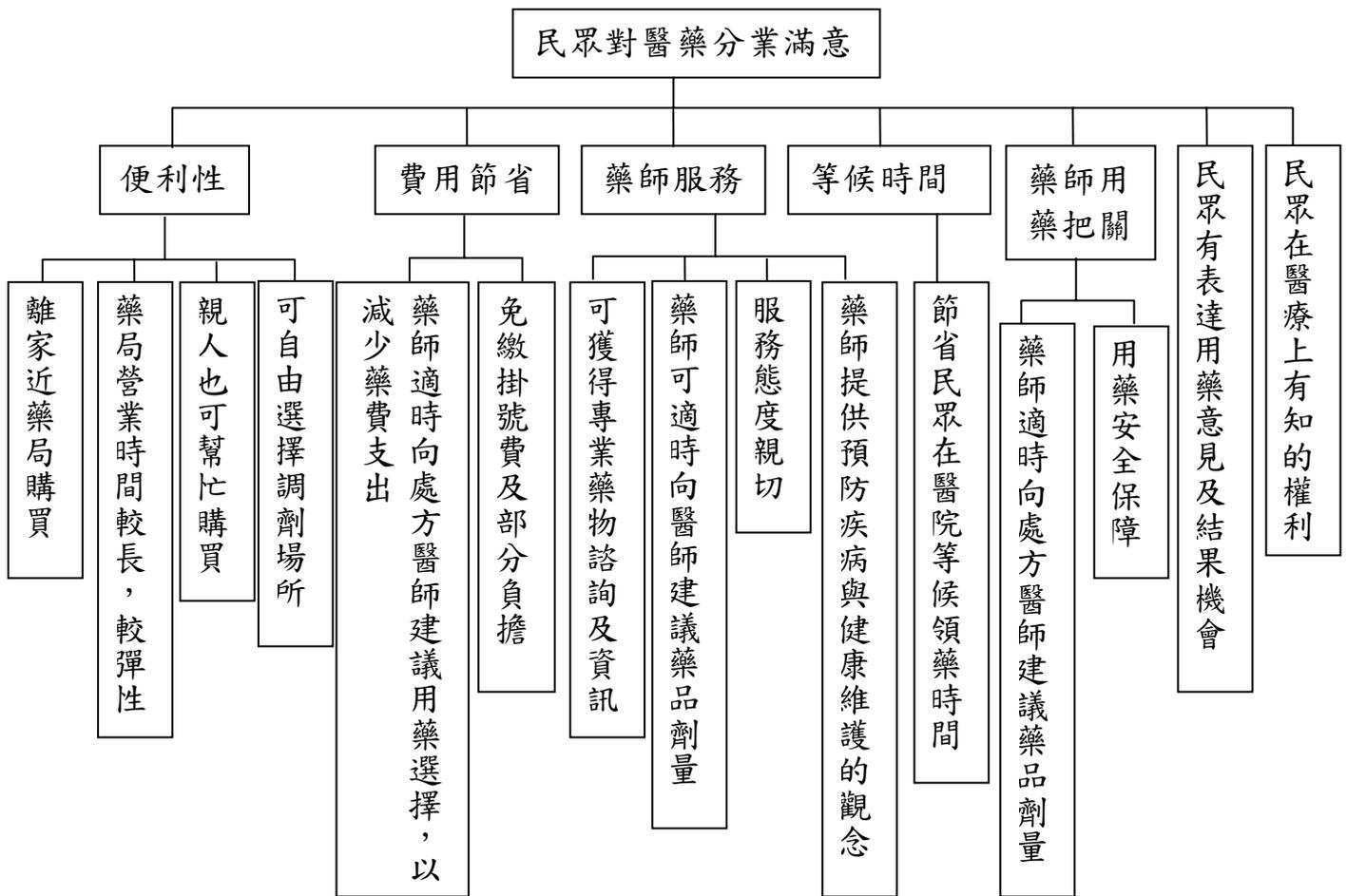


圖 2-2、民眾對醫藥分業滿意度概念操作化構面

(2) 問卷構面

民眾對醫藥分業滿意度問卷為結構式問卷，其問卷內容大致包括下列五大構面：

A. 個人基本資料

包括：年齡、性別、職業、教育程度、平均年就醫次數、過去是否曾到健保特約藥局領藥…等。

B. 民眾對醫藥分業的認知

包括：是否聽過醫藥分業、醫藥分業之義涵、目的，是否知道健保特

約藥局之功能…等。

C. 到目前醫藥分業制度之適當性及滿意程度

包括：醫療費用、醫藥分業資訊、就醫等候時間、領藥便利性、藥品品質一致性…等。

D. 民眾選擇藥局調劑處方時之考量因素

包括：專業能力、交通便利性、藥局營業時間、是否提供藥物資訊、減少到醫院次數…等。

E. 民眾對社區藥局藥事服務之滿意度

包括：藥師服務態度、等候時間、環境設施、藥品品質…等。

(3) 計分方式

民眾對醫藥分業實施滿意程度的評估問卷內容及衡量尺度說明如下：

「民眾對醫藥分業制度之適當性及滿意程度」及「民眾對社區藥局藥事服務之滿意度」部分，題目依李克特量表(Likert-type Scale)的五分法為作答衡量尺度，並請受試者依該問項填答所知覺到該項目的滿意程度。滿意程度填答中，表示非常不滿意給1分，不滿意給2分，普通給3分，滿意給4分，非常滿意給5分。其得分愈高代表民眾對醫藥分業愈滿意。

「民眾對醫藥分業的認知」部分，以答對為1分、答錯為0分的方式給予計分。得分愈高代表民眾對醫藥分業的認知愈高。

「民眾選擇藥局調劑處方時之考量因素」部分，依民眾所排列之順序

給分數，排序第一者為5分，第二為4分，第三為3分，第四為2分，第五為1分，其餘則為0分。其加總分數愈高之選項代表其為民眾選擇至原就醫場所或健保特約藥局取藥愈常考量的因素。

(4) 項目分析

A. 難度分析（針對民眾對醫藥分業的認知部分）

分析任一個題目的難度，係根據一組受試者在該題目得分的結果，予以計算而得，以瞭解該認知題目對民眾而言，是否過於困難或簡單。基於動機上的目標與若干統計上的理由，測驗中的題目之P值範圍，位於0.2~0.8為宜，落於此範圍外的題目，通常要重加修改或廢棄；而難度指數以0.5左右，最具鑑別力。

以全體受試者通過或答對某題人數的百分比求得，公式如下：

$$P = \frac{R}{N} \times 100\%$$

P：題目的難度

R：答對該題人數

N：全體受試人數

B. 鑑別力分析（針對民眾對醫藥分業的認知部分）

鑑別度分析的目的，在於了解所設計之醫藥分業上認知各個題目區辨高分組與低分組受試者能力高下的程度。

採用內部一致性分析，乃在於確定各個測驗題目是否與整個測驗的作用一致。高分組答對的比例若高於低分組，則該題的作用，則視為與總分的作用一致。計算公式如下：

$$D = \frac{U_P - L_P}{U}$$

D：鑑別度指數(item discrimination index)

U_P ：高分組受試者通過某一題人數

L_P ：低分組受試者通過某一題人數

U：高分組人數

(5) 信度測量

A. 信度(Reliability)

顯示一量表的可信賴程度與一致程度。

本研究「認知題」部分之信度，採用等值信度中的庫李(Kuder-Richardson)信度來衡量，其適用於以二分法計分之認知題。「滿意度」部份之信度，則採用等值信度中的Cronbach's α 係數來衡量，其Cronbach's α 係數是最常被用來評定多重評分標準之量表的信度分析， α 係數值愈大，表示內部一致性愈高，該因素愈足以代表該部份的變數；Cuieford(1965)認為 α 係數大於0.7表示高信度，小於0.35表示拒絕其信度；Nunnally(1978)建議Cronbach's α 係數值至少需大於或等於0.7 才是可以接受的信度範圍。

B. 效度評估（針對民眾對醫藥分業及藥事服務滿意度部分）

校度(Validity)指一種量表是否能真正測量其所要測量之問題。本研究滿意度部份，由於很多觀念無法完全清楚定義，無法適用內容效度，亦不容易找到適當校標，故採用建構效度(Construct validity)；建構效度指量表能測量到理論上的建構或特質的程度，其又分為趨同校度與區別效度。

(A) 趨同效度

- a. 先求取各題目與該構面相關係數。
- b. 題目與該構面相關須經重複校正，求得重複校正相關係數。相關標準誤 = $\sqrt{(1-\gamma^2)/(n-2)}$ 、重複校正相關係數 = r-2 相關標準誤。
- c. 各構面趨同效度：以0.4作為判定標準，計算該構面大於0.4題數佔該構面總題數百分比。
- d. 整體趨同效度：各構面趨同效度平均。

(B) 區別效度

- a. 計算各題目與其他構面間相關係數。
- b. 比較各題目與該構面及與其他構面相關係數的大小。
- c. 各構面區別效度：計算題目與該構面相關大於與其他構面相關的題數佔「該構面題數×構面數」之百分比。
- d. 整體區別效度：各構面區別效度平均。

4. 資料分析

本研究於正式問卷施測回收後，先進行問卷譯碼與資料鍵入動作，並經過問卷資料的重複校對及整理之後，以SAS分析系統進行資料的建檔與統計分析。繼而根據本研究目的及變項特性，採行下列的統計分析方法：

(1) 描述性統計

用平均數、標準差、次數分配等，了解人口統計學資料及各構面之滿意程度。

(2) 雙變項檢定

A. 卡方檢定

對持慢性病連續處方箋回原就醫醫院領藥之民眾及至社區藥局調劑之民眾，檢定其醫藥分業認知上之差異性。

B. 獨立T檢定

對持慢性病連續處方箋回原就醫醫院領藥之民眾及至社區藥局調劑之民眾，對醫藥分業滿意度上之差異性。

(3) 多變項檢定

A. 複迴歸檢定

探討民眾人口學變項及醫藥分業認知對各項滿意程度之影響差異。

(4) 因素分析

主要目的在簡化資料結構，以較少構面來顯示原先結構所提供的眾多資訊。本研究以因素分析來萃取民眾所重視的醫藥分業實施滿意度構面，以供進一步分析之用。

三、製作醫藥分業 10 年國際研討會論文集

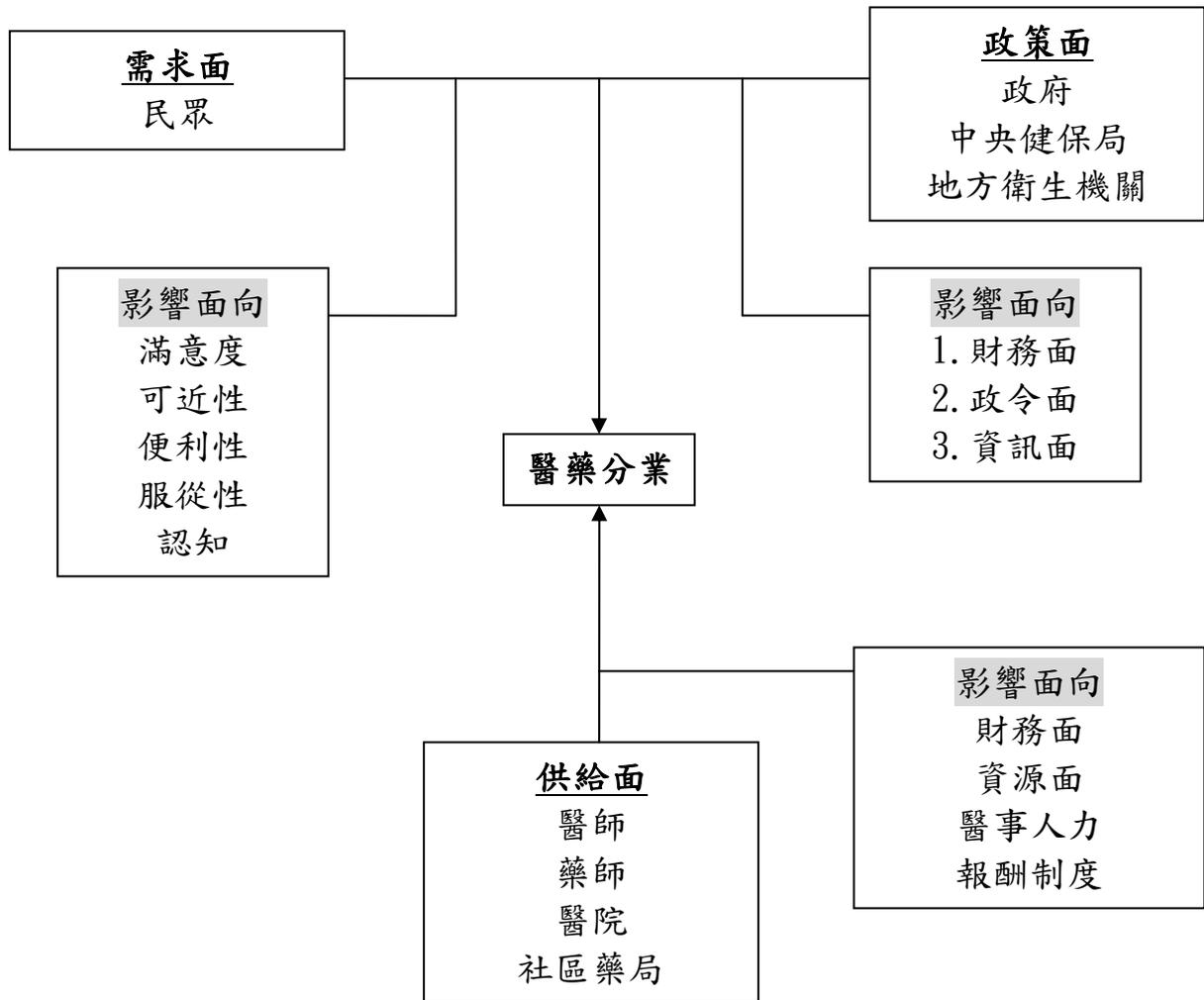


圖 3-1、論文集構面圖

在蒐集過去文獻方面，我們將文獻分為需求面、供給面及政策面。

1. 需求面分為：民眾

影響面向有：滿意度、可近性、便利性、服從性

2. 政策面分為：政府、中央健保局、地方衛生機關

影響面向有：財務面、政令面、資訊面

3. 供給面分為：醫師、藥師、醫院、社區藥局

影響面向有：財務面、資源面、醫事人力、報酬制度

參、本年度計畫進度

一、預定完成工作項目及實際執行情形

表 3-1、本年度進度與實際執行情形

預定完成工作項目	實際執行情形
文獻收集	持續收集中。
醫藥分業論文集	已完成「提升藥事服務品質國際論壇 2001~2007 論文集」。
訪談大綱	已完成。
訪談對象選定與確立訪談時間、地點	原預計 40 人，經由專家意見，人數斟酌至 20 人，實際完成 19 人。
深度訪談	已完成。
譯成逐字稿	已完成。
指標架構項目草案整理	已完成。
第一群焦點團體確定與聯繫	已完成。
召開第一群焦點團體會議	已於 11/5 完成第一焦點團體會議。
第二群焦點團體確定與聯繫	已完成。
召開第二群焦點團體會議	已於 11/15 完成第二焦點團體會議。
第三群焦點團體確定與聯繫	已完成。
召開第三群焦點團體會議	已於 11/19 完成第三焦點團體會議，超前預定進度。
彙整專家意見	各會議錄音檔案逐步譯成中。
滿意度問卷初稿	已完成。
進行滿意度問卷難易度及鑑別度之檢測	已完成。
滿意度問卷之信效度檢測	已完成。
正式發放問卷	已完成。
滿意度問卷資料收集	陸續收集中。

二、期末初步成果

(一) 建立醫藥分業政策效益之評估指標

建立醫藥分業政策效益評估指標之國內外相關文獻，已大致收集至一段落，同時持續搜尋更新、更完整的相關資訊。

本研究以平衡計分卡(balanced scorecard)概念，參考文獻彙整出深度訪談所需之訪談大綱初稿，再經由多次與龍紀萱老師討論之下，修正並完成針對各不同領域訪談對象之訪談大綱，詳見如附錄一。並詢問深度訪談的注意事項與訪談技巧，訪談對象分別為醫師、藥師、民眾及相關政策制定人員等領域，對醫藥分業有大致概念者，各立意取樣 5 位（總計 20 位）來進行面對面之深入訪談，經由龍老師面訪前之訪談技巧訓練，訪員以變異極小之面訪方式進行正式面對面深訪，最後訪談人數總計有 19 位，其中相關政策制定人員因行程緊湊，於本研究計畫有限之時間內僅完成 4 位之深度訪視。所有訪談對象之類型與訪談時間、地點詳見附錄二。訪談過程由進行開始至最後結束，皆以錄音設備全程錄音，並將錄下之內容以逐字稿方式呈現，逐字稿已全數完成，共 19 份，詳見如附錄三。

經由深度訪談逐字稿之譯成，彙整出平衡計分卡(BSC)量化指標及滿意度調查項目與對象兩大部分。於量化指標部分，依循平衡計分卡(BSC)四個構面（財務、顧客、內部流程、學習成長），共整理出財務面有 2 項主題及 10 項指標項目，顧客面有 2 項主題及 15 項指標項目，內部流程面有 2 項主題及 2 項指標項目，學習成長面則有 2 項主題及 5 項指標項目。其具體指標內容及其操作型定義詳見附錄四。

而滿意度調查部份，共整理出 6 構面與 23 種項目類型，未來研究計畫人員可針對五種不同調查對象（民眾、醫師、藥師、衛政人員、專家學者），

以不同項目類型組合，設計出適合調查對象的問卷內容，其調查結果為 BSC 量化指標未來之修正方向。相關滿意度調查項目與對象之詳細內容請參考附錄五。

接續在深度訪談後，為焦點團體之召開，本研究共計召開 3 場焦點團體會議，已全數完成，其召開時間分別為 96 年 11 月 5 日藥師焦點團體小組、96 年 11 月 15 日醫師焦點團體小組及 96 年 11 月 19 日之衛政人員焦點團體小組。三場焦點小組會議之時間、地點以及受訪者類型與人數皆列於附錄六；整個會議過程依然全程錄音存檔，其逐字稿目前正於譯成中。

(二) 民眾對醫藥分業之滿意度調查

1. 問卷發展與發放情形

醫藥分業政策施行至今已超過十年，過程中出現諸多來自各界的不了解與抱怨，一直以來，民眾聲音是當中最難找到合適的發聲管道、而卻是最重要的聲音，因此，本研究希望能夠透過問卷的調查，來了解民眾對醫療分業施行後，實際的感受情形。

首先，先行收集國內外醫藥分業相關文獻，從中將民眾對醫藥分業滿意度整體之概念以構面分類具體操作化，繼而依照各構面設計問卷題目。本研究滿意度調查之整體問卷包含了五大部分，上述相關滿意度（民眾對整體醫藥分業政策滿意度、民眾對特約藥局藥事服務滿意度）為本問卷之兩主軸，其欲了解民眾對於醫藥分業政策在過去十多年制度的整體呈現感受情形，及政府於政策中所大力提倡的社區健保藥局，是否提供了民眾滿意的藥事服務；另外，欲了解民眾對醫藥分業這個名詞到底有多深入的了解，以及民眾選擇在社區健保藥局或原就醫場所進行調劑的原因有哪些？本研究問卷亦加入此兩大內容；最後一部份，則為受訪者的基本資料。表

3-2 為問卷各構面題目之操作型定義，而正式之民眾滿意度問卷內容請詳見附錄七。

表 3-2、操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
醫藥分業認知		
是否聽過醫藥分業	是、否	類別
醫藥分業是政府既定政策，台灣已經全面推行	是、否	類別
醫藥分業的精神是醫藥雙方共同處方及調劑，提升團體醫療品質	是、否	類別
實施醫藥分業，民眾能到任何健保特約藥局取藥	是、否	類別
實施醫藥分業，無法防止藥物誤用與濫用	是、否	類別
醫藥分業的原則是「醫師僅處方、藥師僅調劑」	是、否	類別
實施醫藥分業，健保藥局並不會做藥歷建檔，來減少發生藥物副作用	是、否	類別
實施醫藥分業，能減少等候取藥浪費的寶貴時間	是、否	類別
實施醫藥分業，健保特約藥局提供領取處方藥、與保健諮詢服務	是、否	類別
實施醫藥分業，醫療資源可能出現不合理分布	是、否	類別
實施醫藥分業，診察費與藥品費會一同列帳	是、否	類別
您知道現在醫師僅能下診斷、開處方，而取藥則可到健保特約藥局	知道、不知道	類別
您知道健保特約藥局會為病患建立藥歷檔	知道、不知道	類別
您知道能自由選擇到不同健保特約藥局取藥	知道、不知道	類別
您知道醫師處方與藥師調劑分權負責，能給予大家用藥安全上的雙重保障	知道、不知道	類別
您知道能向健保特約藥局藥師諮詢用藥或生活保健相關問題	知道、不知道	類別
您知道到健保特約藥局取藥，能減少等候取藥的時間	知道、不知道	類別

變項名稱	操作型定義	變項屬性
相關資訊的來源	報章雜誌、電視新聞、親朋好友、醫療院所、學校、工作場所、公共場合的衛教宣導	類別
醫藥分業制度之適當性及滿意程度		
醫藥分業制度實施的適當性	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，加速密醫、無照藥師的淘汰，提升醫療品質	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保特約藥局的藥品齊全度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
台灣醫藥分業的整體制度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保特約藥局和醫院診所的合作密切程度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，藥師能適時向處方醫師建議用藥選擇及藥品劑量	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保特約藥局建立完整的病患藥歷資料	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，藥師調劑能力的專業素質	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保特約藥局的環境及空間配置良好	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，藥師提供預防疾病與健康維護	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
對於醫藥分業後，提升民眾取藥便利性	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，可至離家近之健保藥局取藥	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，能夠自由選擇藥物調劑場所	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，可減少到醫院診所的次數	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保特約藥局較長的營業時間	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，取藥免繳掛號費及部分負擔	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，節省在醫院診所等候取藥時間	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，藥師的服務態度親切	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，能清楚知道健保藥局的位置	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，減少藥物濫用情形	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保藥局清楚懸掛特約標誌，建立專業執業形象	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位

變項名稱	操作型定義	變項屬性
醫藥分業後，民眾用藥的安全保障	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，藥師對病患病情及處方內容的保密度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，民眾與醫師關係密切增加	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，醫師用藥的自主權	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，醫師處方能力的專業素質	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，醫師對病患病情的掌控度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，減少用藥醫療糾紛	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，提升醫師看診品質	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，民眾普遍有用藥安全的認知	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，民眾在醫療上有知的權利	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，醫院診所提供藥物詳細資訊	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，健保藥局緊急服務電話的提供	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，民眾可表達用藥意見與結果	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
醫藥分業後，政府全力宣導醫藥分業觀念	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
調劑處方場所之選擇與考量因素		
調劑處方場所	健保藥局、原就醫之醫院診所	類別
免掛號費及部分負擔	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
離家較近	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
可以自由選擇任一健保藥局調劑	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
親人可幫忙至健保藥局取藥	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
營業時間較符合自己時間	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
等候取藥的時間較短	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
提供較多藥物諮詢及資訊	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
會建立病患藥歷，避免藥物副作用	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
醫師與健保藥局會給予雙重藥物把關，防止藥物誤用與濫用	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
藥師的專業能力	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
擁有齊全的處方藥	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
藥師會提供疾病預防與健康維護觀念	不考慮、重要性順序(六分法)	序位

變項名稱	操作型定義	變項屬性
藥師服務態度親切	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
可以隨時表達自己用藥的意見及結果	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
藥師會適時給予用藥選擇及劑量建議	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
醫療診所本身有附設藥局	不考慮、重要性順序(六分法)	序位
對健保藥局藥事服務之滿意程度		
健保藥局離家較近、較方便	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
可以自由選擇至健保藥局調劑藥品	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
親人可幫忙至健保藥局取藥	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局營業時間較符合個人時間	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
至健保藥局取藥免掛號費及部分負擔	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師調劑及正確配藥能力	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局的藥品品質	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局內部調劑過程一目了然	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師會核對醫師開立的處方箋	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師適時與處方醫師討論用藥選擇及藥品劑量	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局等候取藥的時間	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥袋上或藥袋內會附上藥品名稱	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局擁有較齊全的處方藥	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局陳列藥品(OTC)動線流暢	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
藉由病患藥歷資料，健保藥局迅速預防用藥之配伍禁忌	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師主動告知相關藥物資訊	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師提供完整的藥品資訊	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師提供預防疾病與健康維護觀念	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師提供病患選擇醫療服務之建議	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局建立完整的病患藥歷資料	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師的服務態度	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位

變項名稱	操作型定義	變項屬性
健保藥局的總體環境設備	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師會讓民眾表達用藥意見	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥師給予真誠關心	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
健保藥局藥品擺設位置良好、便利	非常不滿意~非常滿意(五分法)	序位
個人基本資料		
性別	男、女	類別
年齡	15歲以下、16~30歲、31~40歲、41~50歲、51~60歲、61~70歲、71歲以上	類別
居住地	各縣市	類別
婚姻狀況	已婚、未婚、鰥寡、離婚或分居	類別
職業	軍公教、商、工、農漁牧、醫護、自由業、榮民、家管、學生、退休、其他	類別
教育程度	未正式上學、小學、國中、高中職、專科、大學、研究所以上	序位
家庭年平均所得	無收入、50萬以下、51~100萬、101~200萬、201~300萬、301~500萬、501萬以上	序位
平均一年就醫次數	5次以下、6~10次、11~20次、21~30次、31~40次、41次以上	序位
過去是否曾持處方箋至健保特約藥局取藥	是、否	類別
住家附近500公尺內是否有醫院診所	是、否	類別
住家附近500公尺內是否有社區健保特約藥局	是、否	類別
這次所持之處方箋類型	一般處方箋、慢性處方箋	類別
過去較常拿的處方箋類型	一般處方箋、慢性處方箋	類別
此次所持調劑處方箋的科別	內科、兒科、耳鼻喉科、眼科、牙科、外科、骨科、皮膚科、其他科	類別

完成滿意度問卷初稿後，經由行政院衛生署醫藥分業相關政策人員的校閱與修訂，並通過預測問卷之項目分析及信校度檢測之後，正式確立了民眾滿意度問卷之完成，於 96 年 10 月 27 日同步發放醫院與特約藥局兩部份問卷，截至 96 年 12 月 15 日止，有效問卷回收率為 63.9%，預計於 97 年 3 月 31 日前完成回收有效問卷樣本（至少 1068 份）。

2. 項目分析與信效度檢測

(1) 項目分析

本研究問卷認知題目之鑑別力分析採用內部一致性分析，測出之鑑別度指數為 0.44 (>0.3 即可被接受)，顯示各項題目與問卷內容作用一致。

而問卷認知題目部份之難易度指數為 0.66 (0.2~0.8 即可)，顯示認知題目的設計具有不錯之鑑別力。

(2) 信校度檢測

本研究問卷之信度檢測，以計算庫李信度及 Cronbach's α 係數分別測量認知題目及滿意度題目之內部一致性。檢測結果，「認知題」部分之庫李信度為 0.62，而「對醫藥分業制度之適當性及滿意程度」之 Cronbach's α 係數為 0.94，「民眾對健保特約藥局藥事服務滿意度」之 Cronbach's α 係數為 0.92，可知本問卷於認知及滿意度題目方面皆具有高度一致性。

滿意度題目之效度方面，本研究採用建構效度計算方式探測問卷內容是否能夠測出理論上的建構或特質之程度。其中「對醫藥分業制度之適當性及滿意程度」之趨同效度為 0.975，「民眾對健保特約藥局藥事服務滿意度」之趨同效度為 0.84，顯示滿意度各構面與問卷結果有高度正相關。另外，「對醫藥分業制度之適當性及滿意程度」之區別效度為 0.984，「民眾對

健保特約藥局藥事服務滿意度」之區別效度為 0.8，顯示滿意度問卷各構面之間具有明顯差異。

(三) 製作醫藥分業相關國際論壇論文集

隨著醫藥分業的實施，相關文獻的發表也越多元。有些研究藉由問卷的方式來了解醫師、藥師及民眾對醫藥分業的看法及認知；有些則是分析政策對醫療提供者和使用者的行為影響；另外還有些是利用健保申報資料來了解門診處方釋出的情形。本研究因應行政院衛生署於 96 年 11 月 30 日主辦之「提升藥事服務品質國際論壇」，將過去國內相關之文獻，劃分為需求面、供給面及政策面三大構面，並統整繪製成表格；其中收錄 2001 至 2007 與藥事服務相關期刊論文之完整篇幅，並加入國小學童用藥安全漫畫競賽前三名的作品內容，完成論文集之編製，詳細內容請翻閱國際論壇論文集。

肆、參考文獻

- Boston, M. A.(n. d.). Harvard Business School Press. *The Journal of Business & Industrial Marketing*, 4(2): 33-42.
- Bryant, C., Kent, E. B., Lindenberg, J., Schreier, J. M., et al.(1998). Increasing consumer satisfaction. *Marketing Health Services*, 4-14.
- Cina, C.(1989). Creating an Effective Consumer Satisfaction Program.
- Gilbert, L.(1998). Pharmacy's attempts to extend its roles: A case study in South Africa. *Social Science & Medicine*, 47(2): 153-164.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P.(1992a). The balanced scorecard: Measures the drive performance. In Harvard Business School(ED), *Harvard Business Review on Measuring Corporate Performance*, 123-146.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P.(1992b). Sing the Balanced Scorecard as a Strategic Management System? *Harvard Business Review*, (Jan/Feb), 75-85.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P.(1996a). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, MA: Harvard Business School Publishing Corporation.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P.(1996b). Link the balanced scorecard to strategy. *California Management*, (Fall), 53-79.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P.(2001). *The Strategy-Focused Organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston, MA: Harvard Business School press.
- Lang, J. R., & Fullerton, S. D.(1992). The Components of Satisfaction with Outpatient Pharmacy Services. *Health Marketing Quarterly*, 10: 143-152.
- Likert, R.(1932). A Technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol*, 140: 5-55.
- Oparah, A. C., & Kikanme, L. C.(2006). Consumer satisfaction with community pharmacies in Warri. Nigeria, *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2(4): 499-511.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L.(1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49: 41-50。
- Zeithaml, Valerie, A., & Bitner, M. J.(1996). *Service Marketing*. McGraw-Hill Inc., London, 123.
- Andajaningsih, Dra. (1999)。醫藥分業－印尼經驗，台北市藥師公會會刊，16(4)，45-50。
- Hardigan, W.D. (1999)，二十一世紀美國藥師扮演的角色，台北市藥師公會會刊，16(4)，38-44。
- 丁庭宇 (1992)。台灣地區醫師對國內醫藥分業制度意見調查 (行政院衛生署藥政處研究計畫成果報告, DOH81-TD-119)。台北市：民意調查基金會。
- 丁賢偉、詹前隆、陳智芳、劉惠文 (2005)。醫院藥品管理的決策分析－以非固醇類抗發炎藥物為例。台灣臨床藥學雜誌，12(3)，27-44。
- 山川洋平 (1999)。關於東京都醫藥分業之現況。台北市藥師公會會刊，16(4)，9-16。

- 中華家醫雜誌→周稚傑，葉明功、游翁斌（1999）。醫藥分業實施後大台北地區診所釋出處方簽之用藥分析。中華家庭醫學雜誌，9，84-93。
- 尹三元（1998）。醫藥分業應走的方向。台灣醫界，41(9)。
- 今日不做慢箋的鬥士，明日將是醫藥分業的末日。第13、14期。網址：
<http://www.tpa.org.tw/>
- 方家澍（1998）。以科學的態度分析醫藥分家。台灣醫界，41(9)。
- 方智慧（1998）。全民健保特約醫療機構門診處方釋出情形之探討。國立成功大學臨床藥學研究所碩士論文。
- 方賓仕（2004）。利益團體在「醫藥分業」政策制定過程遊說策略之研究—以賽局理論為分析架構。大葉大學工業關係學系碩士班碩士論文。
- 毛乾泰（2006）。參加六十五屆世界藥學會年會心得報告。藥學雜誌，22(1)，
- 牛素珍、何正、鄧新棠、施良珠、廖繼洲、黃妙珠（2001）。糖尿病患發生低血糖之評估分析—臨床藥師可扮演的角色。台灣臨床藥學雜誌，9(1-2)，1-10。
- 王文甫(1999)，醫藥分業現況與未來發展，台北市藥師公會會刊，16(4)，36-37。
- 王世志（2002）。以平衡計分卡的觀點作航運業經營策略與經營績效之關連性研究。國立海洋大學航運管理研究所碩士論文，未出版。
- 王立強（1991a）。醫藥分業社區藥局之經營—美國模式。藥學雜誌，7(4)，27-28。
- 王立強（1991b）。美國醫藥分業之現況，問題及處理方法。藥學雜誌，7(4)，29-30。
- 王運昌、邱尚志、葉明功、周稚傑、白璐（1999）。全民健保特約藥局執業藥師（生）對醫藥分業認知、態度及相關經驗之初探。醫學研究，20(3)，131-141。
- 王榮華（1997）。解開醫藥分業的僵局—訴諸民意。台北市醫師公會會刊，41(3)，36-37。
- 王榮樞（1997）。現行「醫藥分業」之問題（下）。台北市醫師公會會刊，41(5)，6-7。
- 王榮樞（1997）。現行「醫藥分業」之問題（上）。台北市醫師公會會刊，41(3)，2-3。
- 王榮樞（1997）。現行「醫藥分業」之問題（中）。台北市醫師公會會刊，41(4)，4-5。
- 王瑩玉、劉惠文（2004）。某教學醫院藥物不良反應之通報與評估。台灣臨床藥學雜誌，12(1)，1-16。
- 田永球(1999)，韓國醫藥分業之推動過程，台北市藥師公會會刊，2月。
- 白璐，王運昌，葉明功，周稚傑，王玉皎（2000）。全民健康保險醫藥分業實施成效評估-以台北市為例（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88NH-025）。臺北市：國防醫學院公共衛生學研究所。
- 白璐，王運昌，葉明功，周稚傑，李宜珊（2000）。醫師、藥師、民眾對實施醫藥分業之認知態度與經驗及其對民眾用藥認知行為之影響（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH89-TD-1120）。台北市：國防醫學院。

- 立法院圖書資料室編（1997）。醫藥分業（立法院報章資料專輯，62輯）。台北市：該室。
- 全民健康保險實施二年評估報告（1997）。行政院衛生署，2月。
- 回德仁（2002）。應用「藥事照顧」於某一醫學中心臨床醫療服務。台灣臨床藥學雜誌，10(2)，1-18。
- 朱澤民等(1997)，台灣需不需要醫藥分業，經濟前瞻，5月：20-32。
- 江政賢、徐美玲、彭春惠、王春玉（2004）。健保核減藥物之分析。台灣臨床藥學雜誌，12(2)，33-50。
- 池文海、王慈穗（2005）。實施醫藥分業政策之服務品質研究—以花蓮線為例。台灣醫務管理學會。6(2)，137-51。
- 余萬能、黃文鴻、洪永泰（1988）。台灣地區社區藥局(房)服務品質調查，藥品管理人員是否親自在場執行業務對調劑及服務品質之影響分析。公共衛生，15(2)，138-156。
- 吳尹中（1997）。藥師形象與醫藥分業—民眾觀點篇。醫望，20，85-89。
- 吳坤光（1997）。在國內藥政管理未上軌道前 我們堅決反對實施醫藥分業。台灣醫界，40(8)。
- 吳坤光（1997）。政府雖仍執意三一實施醫藥分業前途仍難樂觀。台灣醫界，40(2)。
- 吳坤光（1997）。參考蓋洛普醫藥分業民意調查結尊重民眾自由選擇調劑場所的權利。台灣醫界，40(1)。
- 吳坤光（1997）。醫藥分業爭議仍未結束醫界應在加強團結奮鬥。台灣醫界，40(5)。
- 吳坤光（1998）。中藥商可以調劑售藥醫師不能調劑給藥。台灣醫界，41(2)。
- 吳坤光（1998）。健保公辦民營體制目前不應輕易改變醫藥分業失敗政策現在不宜擴大實施。台灣醫界，41(1)。
- 吳坤光（1998）。醫師再度走上街頭抗議醫藥分業政策。台灣醫界，41(3)，9。
- 吳南河（2005）。恢復醫師調劑權修法，全聯會所努力的方向。台灣醫界，48(8)。網址：http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=2008
- 吳培基、吳明芬、邱正己、陳本源（2005）。利用統計方法發覺容易調配錯誤之潛在危險。台灣臨床藥學雜誌，13(2)，1-13。
- 吳淑瓊（1987）。亟待加強的藥物管制工作。中華衛誌，7，1-7。
- 吳惠美、楊瑛碧（2005）。藥物交互作用發生機率之分析：以某市立醫院為例。台灣臨床藥學雜誌，12(3)，15-26。
- 吳運東（2002）。站在醫藥分業變革的天平上。台灣醫界，45(4)。網址：<http://www.tma.tw/ltk/90440792.htm>
- 吳銘斌、楊盛玉、林易煌、顏裕庭（1999）。執業醫師對將來醫藥分業實施的看法。台灣醫界，42(4)，57-60。

- 呂嘉欣 (2006)。基層醫師釋出慢性病連續處方箋之意願及影響因素。中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 李世雄 (2005)。是醫藥分業？還是藥師綁架醫師？台灣醫界，48(12)。網址：http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=2131
- 李明寰 (1998)。政策網路之研究—以我國醫藥分業政策為個案。國立政治大學公共行政學系碩士論文。
- 李聖隆 (1997)。醫藥分業之法律問題。月旦法學，25，50-53。
- 李儒卿 (1999)。實施醫藥分業，民眾就醫與取藥行為之改變分析：不同醫療資源區、不同層級醫療單位的研究（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1057）。台北市：台北醫學院。
- 李禮君、謝調揚、施麗娟、賴建銘 (2000)。臨床路徑簡介及藥師在路徑中該扮演的角色。台灣臨床藥學雜誌，8(1-2)，33-47。
- 沈愛玉 (2006)。參加 2005 世界藥學會議心得報告。藥學雜誌，22(1)，
- 周稚傑 (1998)。實施醫藥分業後，診所對診察之病患疾病種類、處方藥物種類與治療天數行為之改變研究（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH87-TD-1158）。台北市：三軍總醫院。
- 周稚傑、葉明功、游翁斌、白璐 (1999)。用藥趨勢分析：以醫藥分業實施前後台北縣市健保特約藥局接獲之釋出處方籤為例。醫學研究，20(3)，142-151。
- 季瑋珠、陳善音、陳建煒 (1998)。民眾對醫藥分業執行方案意見調查。中華衛誌，17(1)，10-18。
- 林宗旦 (1993)。健全醫療服務體系加強輔導社區藥局-推動試辦醫藥分業計畫年度研究報告書（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH82-PA-05）。台北市：中華民國藥師公會全國聯合會。
- 林芳蘭 (1998)。民眾對社區藥局的利用情形及其影響因素之研究。國防醫學院公共衛生學研究所碩士論文。
- 林芸芸 (1992)。試辦醫藥分業相關因子之探討（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH81-TD-120）。台北市：國防醫學院。
- 林金龍 (2003)。考察日本醫藥分業暨相關健康保險給付現況。藥學雜誌，74(1-2)，154-160。
- 林建輝 (1989)。醫院藥師工作滿足感：台北市四家一級教學醫院之比較。中華衛誌，9，162-167。
- 林香汶、蔡輝彥 (2005)。醫院藥師學習臨床藥事照顧學—應用問題導向之教案設計先驅研究。台灣臨床藥學雜誌，12(3)，1-14。
- 林振順 (2006)。門前藥局功成身退。藥學雜誌，22(1)，5-15。
- 林啟清 (2006)。大高雄地區藥師工作型態與工作滿意度之研究。國立中山大學企業管理學系研究所碩士論文。

- 林梅芳、蔡斌智、許杏如(2006)。藥師於糖尿病疾病管理之角色。台灣臨床藥學雜誌，13(4)，35-44。
- 林惠雯(2001)。醫療消費者及醫療提供者對全民健保門診藥品部分負擔制度的認知、態度及行為之研究。國立臺灣大學醫療機構管理研究所。
- 林錦鴻(1998)。因應醫藥分業的策略性醫療資訊系統可行性評估。台灣大學醫院管理研究所碩士論文。
- 林麗珍、連瑞猛(2005)。他山之石—台日醫藥分業圓桌論壇日本經驗。藥學雜誌，21(1)，155-158。
- 邱文達(1998)。特約藥局與醫藥分業成效之評估(行政院衛生署中央健康保險局研究計畫成果報告，DOH86-NH-014)。台北市：台北醫學院。
- 邱永仁(1997)。赴日考察醫藥分業制度心得報告。台灣醫界，40(8)，64-69。
- 邱永仁(1997)。醫界對「醫藥分業」制度所應堅持的立場。台灣醫界，40(2)。
- 邱永仁(1998)。數字會說話：醫藥分業增加藥費支出。台灣醫界，41(12)。
- 邱春吉、張谷州、簡淑娟、李炳鈺、吳信昇(2005)。醫院藥師介入腦中風門診病人高血壓改善之研究評估。台灣臨床藥學雜誌，12(4)，35-56。
- 姜郁美(1997)。打開心內門窗、接受新挑戰—細說醫藥分業、醫藥分工。醫望，20，82。
- 姜郁美(1999)。醫藥合作規劃—台北經驗。台北市藥師公會會刊，16(4)，34-35。
- 姜郁美、吳立雅、林昌誠、李慧芝、邱怡玲(2006)。台北市推動醫藥分業處方釋出送藥到宅服務歷史紀實。台灣臨床藥學雜誌，14(2)，51-79。
- 姚淑惠、陳惠琍、賴琬姿、吳錫金、林正介、蔡輝彥(2006)。某醫學大學附設醫院藥物不良反應通報系統執行概況。台灣臨床藥學雜誌，14(1)，29-42。
- 施振坤(1997)。醫藥分業診所不能生存應對有妙法。台北市醫師公會會刊，41(4)，44-45。
- 洪章榮(2002)。日本東京都醫藥分業考察報告。藥學雜誌，18(2)，139-158。
- 胡幼圃(1999)。中華民國醫藥分業現況。台北市藥師公會會刊，16(4)，8。
- 胡幼圃、劉宜君(1999)。醫藥合作讓民眾用藥更有保障。衛生報導雙月刊，9(4)，8-10。
- 胡杏佳(1992)。醫學院學生對醫藥分業之認知及看法。公共衛生，19(3)，227-242。
- 胡毓楨(2004)。大陸的醫藥分業實施過程與現況。藥業市場，18-21。
- 孫秉昌(2000)。處方透明化與就醫滿意度之探討—以大高雄地區門診病患為例。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
- 孫瑛珮(1999)。醫藥分業政策效應之初探研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 徐淑美(1997)。落實醫藥分業，停止醫藥紛爭。台灣經濟研究月刊，20，81-84。

- 桑原辰嘉 (1999)。急速發展的日本醫藥分業。台北市藥師公會會刊，16(4)，17。
- 記者洪錦壕 (2007)。醫藥分業尚未圓滿，藥師仍須努力。藥師週刊電子報，1508 期。
網址：<http://factory.mylove.net.tw/drug/1508/0404.htm>
- 崔萱傑 (2000)。論醫藥分業與醫療服務責任之範圍。東吳大學法律學系研究所碩士論文。
- 張永源 (1994)。社區一般民眾及醫療相關人員對醫藥分業制度之認知及態度調查 (行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH83-PA-007)。高雄市：高雄醫學院。
- 張永源、彭美瑩 (1999)。實施醫藥分業對國內醫療環境的影響。醫院，28(4)，5-11。
1995?
- 張明輝 (2004)。平衡計分卡制度在學校績效管理之應用。教育研究月刊，123，19-25。
- 張家鳳 (2000)。企業建立平衡計分卡以落實策略管理之個案研究。東吳大學企業管理研究所碩士論文，未出版。
- 張桂玲 (2003)。以平衡計分卡觀點探討校務行政系統滿意度之研究。逢甲大學會計與財稅研究所碩士論文，未出版。
- 張博論、湯進聖、劉惠文、王森全 (2003)。醫囑藥物交互作用提示及回饋管理輔助系統之開發與初步評估。台灣臨床藥學雜誌，11(1)，57-74。
- 張雅雯 (2003)。台灣都會區藥局顧客滿意度之研究。臺中健康暨管理學院經營管理研究所碩士論文。
- 張源慧 (1998)。實施醫藥分業之法律分析。東吳大學法律學系研究所碩士論文。
- 張瑞芳 (2001)。醫院慢性病患者對醫藥分業、慢性病連續處方箋之認知、態度與取藥行為及其相關因素。國立臺灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 張錦文。台灣醫療制度對全民健保規劃的影響。http://www.inpr.org.tw:9998/inprc/pub/journals/100-9/m103_7.htm
- 梁國兆、鄭金發、史明偉、黃學揚 (2006)。門診病患對藥局藥事服務滿意度調查研究：以高雄市某區域醫院為例。台灣臨床藥學雜誌，14(2)，1-22。
- 莊美華、林俊龍、李紀慧 (2005)。用藥疏失引起之藥物不良反應分析。台灣臨床藥學雜誌，13(1)，47-62。
- 莊瑞蓉 (2003)。臺灣地區藥事人員實施優良執業規範之現況。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文。
- 許芳瑾、鄭萬祥 (1999)。台灣省醫藥分業推動之研究。藥學雜誌，15(1)，151-156。
- 郭淑卿 (1998)。我國醫藥分業政策執行之研究。國立中興大學公共行政及政策研究所碩士論文。
- 陳仁傑 (2004)。藥局顧客滿意之來源-探索式研究。國立中正大學企業管理所碩士論文。
- 陳宏賓 (1991)。中華民國藥師公會全國聯合會美國醫藥分業考察報告。藥學雜誌，7(2)，

16-29。

- 陳昭元、李慧玲、陳坤波、李穎華（2006）。點、線、面的社區藥局優質改善計劃。台灣藥學年會暨學術研討會。
- 陳登旺（1997）。全民健保特約診所處方簽釋出之現況分析與探討。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文。
- 陳麗美（1999）。醫藥分業社區模式建立之研究（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1073）。台北縣：輔仁大學。
- 陳麗美（2000）。醫藥分業社區模式建立之研究（第二年）（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH89-TD-1123）。台北縣：輔仁大學。
- 彭斯民（1998）。知溝理論在公共政策上的運用-以台北縣、市民眾對「全民健保」中「醫藥分業」的認知為例。世新大學教育學類碩士論文。
- 曾美容、林振順、林重興（2007）。社區多元化醫藥合作—慢性病連續處方箋、轉診制度宣導的問卷調查。藥學雜誌，23(1)，
- 曾美容、洪正芳（2004）。雲嘉地區醫院藥師壓力源與壓力反應的探討。台灣臨床藥學雜誌，12(1)，17-40。
- 程慧蘋（1997）。如何因應醫藥分業討論會（一、二）。主席：王榮樞。台北市醫師公會會刊，41(4)，60-62。
- 黃文鴻（1999）。21世紀台灣藥師的角色醫藥分業法律與現實落差分析與展望，台北市藥師公會會刊，16(4)，51-52。
- 黃文鴻（1999）。藥事專業人員執業動態與趨勢分析之研究（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1066）。台北市：陽明大學。
- 黃文鴻、高雅慧（1998）。醫藥分業制度下診所及藥局良性互動之研究（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH87-TD-1159）。台北市：陽明大學。
- 黃光華、李玉春、黃昱瞳（2004）。醫藥分業對西醫診所門診處方釋出率及影響因素之分析。台灣公共衛生雜誌，23(6)，469-478。
- 黃旭山（1997）。民生報，健康生活專刊，1997.4.26。
- 黃志偉、葉明功、劉文雄（2006）。醫院藥局無菌調製藥品之綜合性探討。台灣臨床藥學雜誌，13(4)，45-57。
- 黃宗顯（2004）。平衡計分卡的基本觀念在學校創新經營上的應用。教育研究月刊，124，52-58。
- 黃婉翠（2001）。對社區藥局藥師進行持續教育成效及經營現況之互動探討。台北醫學院藥學研究所碩士論文。
- 黃婉翠、林惜燕、姜易醇、林英琦、陳香吟（2003）。對社區藥局藥師進行持續教育成效之探討。台灣臨床藥學雜誌，11(2)，33-54。
- 黃淑貞、余萬能（2001）。社區藥局與診所取藥病人遵醫囑行為研究。公共衛生，27(4)，245-260。

- 黃淑蓉(2003)。平衡計分卡在國民中學策略管理應用之個案研究。東華大學教育研究所碩士論文，未出版。
- 黃莉蓉、陳瑞瑩、趙婉青(2006)。住院病人跌倒與用藥的關聯性。台灣臨床藥學雜誌，13(4)，19-34。
- 黃漢洲、賴振榕、吳培基(2004)。提升社區藥事照顧-連續慢性處方箋釋出的台灣經驗。藥學雜誌，81，72。
- 黃銘傑(1997)，「醫藥分業」爭議中的公平交易法(下)。月旦法學，25，54-58。
- 黃銘傑(1997)，「醫藥分業」爭議中的公平交易法(上)。月旦法學，24，75-80。
- 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-以台北市為例。公共衛生，27(4)，227-244。
- 楊漢源(1997)。醫療管理常用名詞彙編。台北：行政院衛生署。
- 葉明功，王運昌，周稚傑，白璐(2001)。執業藥師對醫藥分業政策之認知。台灣臨床藥學雜誌，8(3-4)，16-28。
- 葉明功，周稚傑，王運昌，白璐(2000)。執業藥師對醫藥分業態度及相關經驗之探討。醫院藥學，17(1-2)，1-11。
- 葉明功、回德仁、譚延輝(2002)。優良藥事執業規範之芻議。台灣臨床藥學雜誌，10(2)，35-48。
- 葉連祺(2003)。平衡計分卡。教育研究月刊，116，144-145。
- 詹麗珍(2001)。醫藥分業後社區藥局藥師執業現況。國立中山大學人力資源管理研究所碩士論文。
- 廖敦正(2006)。醫藥分業政策實施後藥事人員服務品質研究：以雲林縣為例。雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。
- 廖繼洲(1997)。醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究(二)(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH86-TD-100)。桃園縣：林口長庚紀念醫院。
- 廖繼洲(1998)。醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證(第三年)研究(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH87-TD-1138)。桃園縣：林口長庚紀念醫院。
- 廖繼洲(1999)。醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究(第四年延續研究計畫)(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1111)。桃園縣：林口長庚紀念醫院。
- 廖繼洲(2000)。醫藥分業制度對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究(第五年延續研究計畫)(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH89-TD-1124)。桃園縣：林口長庚紀念醫院。
- 劉玉山(2004)。醫院藥師對門診病患提供「用藥指導」的態度與行為意向之研究-以臺北市醫院為例。臺北醫學大學醫務管理學系碩士論文。
- 劉宏志(2006)。第65屆世界藥學會台灣代表團結案成果報告。藥學雜誌，22(1)，

- 劉宏志譯(2001)，韓國醫藥分業現況，台北市藥師公會會刊，17(3)，3-7。
- 劉宜君(1994)。杜絕醫療資源的浪費—談全民健康保險政策中的醫藥分業制度。研考雙月刊，18(1)，51-56。
- 劉宜君(1994)。談全民健保政策中的醫藥分業制度。衛生報導，4，9-16。
- 劉宜君(1995a)。由日本保險藥局之經營經驗看我國配合全民健保推動之醫藥分業(上)。衛生報導，5(8)，17-25。
- 劉宜君(1995b)。由日本保險藥局之經營經驗看我國配合全民健保推動之醫藥分業(下)。衛生報導，5(9)，17-23。
- 劉宜君(1996a)。推動醫藥分業的尖兵—健保特約藥局。衛生報導，6(6)，12-18。
- 劉宜君(1996b)。美國社區藥局專業功能與保險藥事作業(上)。衛生報導，6(8)，40-43。
- 劉宜君(1997b)。提供消費者安全與專業的用藥服務—推動醫藥分業，實為大勢所趨。衛生報導，7(4)，2-6。
- 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論文。
- 蔡貞慧(2001)。醫藥分業政策影響評估-診所藥局之互動及用藥質量變化(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH90-TD-1108)。台北市：中央研究院。
- 蔡敦浩(1998)。醫藥分業對社區藥局專業化轉型之衝擊與影響(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH87-TD-1153)。高雄市：中山大學。
- 蔡敦浩(1999)。「全民健保」與「醫藥分業」對製藥產業環境之衝擊與影響(行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1070)。高雄市：中山大學。
- 蔡煒東、徐茂銘(2004)。他山之石—關於日本的醫藥分業。台灣醫界，47(3)。網址：http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=1608
- 鄭天賜(2006)。台、日、韓門前藥局的研究暨對策-台灣篇。藥學雜誌，22(1)，18-23。
- 蕭美玲(1991)。國內藥政及醫療政策方向之探討。藥學雜誌，7(2)，7-10。
- 蕭德貞(2006)。E世代的藥師專業角色。藥學雜誌，22(1)，
- 賴敏雄(1995)。顧客對藥局作業服務品質的認知：以臺灣地區教學醫院門診顧客為例。國立中正大學企業管理研究所碩士論文。
- 錢林慧君(2004)。保障藥師調劑權益，尊重醫師調劑權利。台灣醫界，47(5)。網址：http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=1661
- 謝文紘、陳美霞(2001)。醫藥分業政策推行對藥師專業的影響。台灣公共衛生雜誌，20(5)，395-411。
- 謝玉粟(2001)。虛擬政府的服務品質探討。國立中山大學公共事務管理研究所碩士論文。
- 謝政智、譚延輝、張聖原、回德仁(2002)。某醫院內藥物不良反應之監測結果。台灣臨床藥學雜誌，10(1)，1-13。

- 簡素玉、葉明功、郭正睿（2003）。台灣「優良藥事執業規範」之現況認知問卷報告。台灣臨床藥學雜誌，11(1)，19-34。
- 藍素禎（1997）。醫藥分業的過去與未來—專訪藥政處長蕭美玲。醫望，20，83-84。
- 羅玉鶯、蔡春玉（2007）。藥師執行判斷性服務在藥物經濟學上的效益分析—侵入性麴菌症案例報告。台灣臨床藥學雜誌，14(3)，77-91。
- 藥政管理（1998）。行政院衛生署。中華民國公共衛生概況：89-92。
- 譚延輝、王婷瑩、周世芬（2003）。前導性探討藥師進行判斷性服務之價值。台灣臨床藥學雜誌，11(1)，1-18。
- 譚延輝等(2001)，藥師進行判斷性服務之給付方法，台北市藥師公會會刊，17(3)，16-25。
- 蘇喜（1999）。醫藥分業制度下如何使藥局分佈合理化（行政院衛生署研究計畫成果報告，DOH88-TD-1062）。台北市：台灣大學。
- 蘇嘉瑞、王超然、謝士明（2006）。「門前藥局」對醫藥界的衝擊與後續法律發展。台灣醫界，49(12)。網址：http://www.tma.tw/magazine/ShowRepID.asp?rep_id=2424

附錄一、深度訪談大綱

一、醫師

1. 請概述您對醫藥分業的認知
2. 你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？
3. 實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形如何？
4. 您對醫藥分業釋出處方箋之看法？
5. 您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？
6. 任何與此議題有關的想法或意見嗎？

二、藥師

1. 請概述您對醫藥分業的認知
2. 你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？
3. 實施醫藥分業後您覺得與醫師之互動情形如何？
4. 您對醫藥分業處方箋釋出之看法？
5. 醫藥分業在藥品管理上之成效？
6. 您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？
7. 任何與此議題有關的想法或意見嗎？

三、政策制定人員

1. 請概述您對醫藥分業的認知
2. 您認為醫藥分業實務運作上需注意哪些事項？而依現行制度可能會發生哪些問題或狀況？
3. 醫藥分業對於健保整體藥費控制之成效？
4. 您對醫藥分業釋出處方箋之看法？
5. 您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？
6. 任何與此議題有關的想法或意見嗎？

四、民眾

1. 請問您對醫藥分業的認知為何？您所獲得的資訊從何獲得？
2. 你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？
3. 醫藥分業對於您看病品質之影響？
4. 處方箋之釋出對您本身用藥之影響？
5. 實施醫藥分業後如何選擇您的領藥地點？有何考量？
6. 任何與此議題有關的想法或意見嗎？

附錄二、深度訪談對象類型與訪談時間、地點

訪談對象類型	訪談日期	訪談時間	訪談地點
藥師	2007.7.10	PM 01 : 30	台中市
	2007.7.11	PM 01 : 00	台中縣
	2007.7.12	PM 01 : 30	台中縣
	2007.7.18	AM 11 : 00	台中縣
	2007.7.18	PM 02 : 00	台中市
醫師	2007.7.9	PM 02 : 00	台中市
	2007.7.17	PM 01 : 30	台中縣
	2007.7.19	PM 02 : 30	台中市
	2007.7.20	PM 02 : 00	台中市
	2007.8.07	AM 10 : 00	台中市
政策人員	2007.8.22	PM 01 : 30	台北市
	2007.8.22	PM 04 : 00	台北市
	2007.9.5	PM 02 : 00	台中市
	2007.9.11	PM 01 : 30	台北市
民眾	2007.7.9	AM 10 : 30	台中市
	2007.7.11	AM 10 : 30	台中市
	2007.7.12	AM 10 : 30	台中市
	2007.7.16	PM 01 : 00	台中市
	2007.7.20	AM 11 : 00	台中縣

附錄三、深度訪談逐字稿

(一) 藥師

《藥師一》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：ㄟ~我是藥師，ㄗ...所以我對醫藥分業的這個認知的話比較以我們藥師的觀點來論述，那個醫藥分業其實當時我們一直在講醫藥分業、醫藥分業，其實我們的哪個政策人員就是那個政府單位，當時在推動這個政策的時候那個這樣子的一個說法，或者說這樣的名稱更好的方式應該說是醫藥合作，不是醫藥分業，因為你一講醫藥分業，醫跟藥就是分開來的，分的話就有對立的意味在裡面，所以說，變成說醫藥分業目前實施了將近十年了，一直實施的不成功，我們可以講失敗，主要是當時我們的政策人員，其實一開始的出發點就不是非常的理想，應該講是醫藥合作，醫藥合作的主要目的是在於讓我們的病人得到一個比較更好的用藥環境，跟那個醫療的品質，應該是醫藥合作，醫師發揮他哪個看病診療的一個專長，那藥師的話是在藥劑調劑的藥事服務這一塊，能夠提供我們的專業服務，這個藥事服務這個部分，包括我們接受處方簽的調劑，我們來審核處方簽的配伍禁忌上的一個疏失，來建立醫師能更對用藥安全更能夠著重在於保護我們的病人的用藥安全，這個都是屬於用藥安全跟那個藥事服務的這一塊，包括審核這個處方簽嘛，剛剛說的，再來的話就是用藥安全的指導，發完藥之後我們還要去關心病人有沒有服藥的這個醫囑性高不高，有沒有真的把藥如我們醫師所指導的醫師所期許的把藥服完，這都是屬於藥事服務的部分，包括他的那個藥物諮詢也可以隨時打電話回來跟藥師作諮詢，這一環都是屬於用藥安全跟我們藥師服務的裡面的這一環，都是我們專業的那個貢獻跟我們專業的服務的這一部份，所以在醫師看完病之後，我們藥師要服務的這一個領域很寬很廣，不只...不是...不是以前他們的觀念，只有配藥而已，等於是配藥師的意思其實不是這樣子，我們藥師是一個整個藥事的服務，包括我剛剛上述的，一只處方簽拿來我們的手上之前之後病...整個一個服務都是屬於我們的藥事服務裡面的，所以我們藥師能夠服務的..的..的..層面非常廣，甚至他所有的健康食品跟其他的中藥、西藥，因為現在我們講的醫藥分業一直在談的只有西藥的處方釋出而已，其實這個病人他是一體的，他並不是只有吃西藥而已，他還再吃中藥，他還在吃健康食品，還要吃其他的ㄗ...他的那個食品食物包括三餐這些，都是會有配伍禁忌上的問題，人是一個整體，所有的進去，我們常在講我們的器官只有一套，所有的東西進去之後，都從這套器官去做新層代謝，去作那個我們講吸收和代謝，所以說你不是說西藥吃進去用的是 A 組的肝心脾肺腎，然後中藥吃進去是 B 組的肝心脾肺腎，並不是這樣子的，進去都是混在一起的，所以用藥安全是我們藥師是要來做一個審慎的考量跟規劃，之後讓我們的病人能夠得到一個比較好的一個服藥的效果減少到最小的副作用，這樣才能夠對病人的用藥安全有一個非常好的保障，所以說我們的觀點在醫藥分業的這一個部分，我們應該更正確的講應該是醫藥合作，然後讓我們的病人得到一個比較好的用藥環境，這是我們的認知，阿~所以說再建議，這裡第一個問題的建議就是說，那個政府的行政人員，應該把醫藥分業的這個觀點，整個政策應該做一個修正一下，應該講醫藥合作，現在變成醫師不願意釋出處方籤有的醫師認為，醫師、藥師是對立的，他們不願意釋出，這個其中還有等一下其中還有其他的問題，等一下還有釋出處方偏低的問題，這是原因有一個觀念不太對，醫藥合作跟醫藥分業這兩個說法讓人家很會有先入為主，好像有這樣的感覺的感覺，所以這個部分稍微的建議就是說口號要改一下，好，第一個問題就回答到這邊。

Q：好~第二個，你覺得醫藥分業制度上有什麼優點、缺失或是建

議？然後可以先講優點，這樣子。

A：醫藥分業的優點我剛剛有敘述到嘛，就承接上面醫藥分業的認知，醫藥分業就是三方面，包括醫師、藥師、病人這三個方面的關係，那他的優點就是說，醫跟藥，醫師跟藥師，這兩個的族群的專業人員，他的服務對象就是病人，就是讓病人能夠他的那個身體恢復健康，這是三者的一個關係，優點就是一樣啦，醫師發揮它的專長，藥師就是發揮它的專長，能夠讓我們的病患得到一個很好的醫療的品質，這都是一個這樣的好處，那...那個第一個小題的答案就回答到這邊。

Q：那缺失方面

A：缺失，如果目前來講，如果以國外來講，醫藥分業這的制度

行之有年了齣，所以人家為什麼行之有年，我們有一個合作的醫師住在法國，他們從出生就是在診所看病到藥局領藥，他們就是說，他們從他們懂事就是這種制度，也從來沒有發現，也所以再國外這樣一個行之有年的制度，應該說講的到的缺點是沒有，那是因為我們現在目前，我們的那個實施的醫藥分業，你就感覺不到他的好處，事實上如果他分的好的話，政策能夠徹底實行，不要像現在的雙軌制，又可以到健保藥局領藥，又可以到診所領藥調劑，這樣子混淆不清，民眾都他也不知道什麼是醫藥分業，我們前一陣子衛生局有讓我們作一個計畫案我們有幾個藥師是計畫案的參與者，我們在作一個問卷調查的時後，幾乎有 80% 的人不知道什麼是醫藥分業，真的還是不知道，因為它哪個 99% 的那個診所還是沒有把處方簽釋出，還是在診所裡面調劑，所以這些民眾，直接在藥局領藥也...直接在診所裡面領藥，根本不知道什麼是醫藥分業，他也不知道診所裡面的那個也...那個人員是藥師還是護士他根本不知道，他也不知道診所裡面的那個人員是藥師還是護士，也不知道有藥師存在，他只知道裡面有有醫師有護士小姐，阿~用藥的安全、用藥的哪個問題...問誰？他們只知道問小姐，他們不知道小姐是誰？喔~她們不知道它是護士小姐還是藥師，他都不知道，他甚至他說我有用藥的問題，我就問醫師，他們不知道藥師的存在，所以在這樣的地方的話，這個缺失是，醫師他也不太願意釋出處方簽，所以他們認為他們也想要讓藥師變成隱形人，就是把我們藥師的功能把他隱藏起來，因為其實整個醫療環境懂藥的只有藥師，阿~在來的話是醫師，懂藥的就是這兩個人，阿~所以說很多醫師他不願意藥師去幫他作解釋，因為藥師會把真的藥理或者是他的副作用去叮嚀病人，這時候好像那個醫師就好像認為好像有些副作用講出來讓他們很難堪，所以說她們就會不太想要讓藥師的功能發揮，讓他們不想讓藥師的功能發揮，所以說他們聘請藥師的時候，甚至不想要讓藥師作用藥指導，所以這個缺失就是說，現在目前的醫藥分業，雙軌制的時候，就是有這種缺失，阿，再加上我們診所裡面的藥師，是領醫師的薪水，他根本拿人手短吃人嘴軟，不可能去吐他老闆的那個槽，就對了，他不敢去吐槽，阿~所以說藥師自己領人家的薪水，他的功能也不可能發揮，那他反正領人家薪水，也沒辦法也無奈嘛，醫師也就是這樣子，反正我也不想你發揮，甚至另外一個的話診所裡面調劑，有很多診所裡面沒有藥師，晚上沒有配藥，都是護士小姐在配藥，這個問題真的是很大的缺失，這個就現行醫藥分業雙軌制的缺失，如果是很健全的醫藥分業根本沒有缺失，這樣子，所以我現在，加上第三個小題的建議，我一併回答，我現在的建議就是政策人員，你們在推動醫藥分業的時後，口號要從新改過，然後政策上要確實執行，診所裡面調劑真的是不可行，因為這樣根本對病人沒有好處，對醫師又好處而已，黑阿~對醫師他要隱瞞事實，他想要讓病人的權益損失，受損，這樣只有他們有好處而已，其他的都沒有好處，對藥師的工作的專業的哪個專長的發揮或者是病人的用藥安全根本沒有好處，所以這是那個政策人員應該要考量的，好，這個第二的問題就回答到這邊。

Q：好那第三個、實施醫藥分業後您覺得與醫師之間的互動情形？

A：我們建安藥局齣~目前有幾個固定的那個合作的醫師，包括附

近的牙科跟哪個就近的一個診所，配合的非常好已經三年多了我們的互動非常好，他們有一些用藥的新知我們會提供給他們，或者是他們有需要用到病人，有病情需要用到的一些藥，他們只要跟我們講，我們會去想辦法去採購給他，讓他沒有這樣這樣的疑慮，就是說，用藥安全的指導和知識沒有疑慮，跟他的貨源的採購沒有疑慮，讓他這個看病診療的一個專業的工作能夠發揮好，其他的一些藥品管制、藥品管理，採購的問題啦!阿!還有藥學新知的問題，我都會哪個權力的 support 我們配合的醫師，所以讓醫師能專心的看病診療，發揮他的所長，其實兩者都有好處，我們合作這三年來，其實好處好處很多，我們就是有發揮的空間，我們有我們的舞台，專業的舞台，哪醫師可以把他很多的心力放在他的診療方面，不用去管他的藥價差，去管他的藥物的過期，甚至有，因為藥庫管理我們的本行嘛，一些藥庫管理管制藥品登記處，怎麼登記整理，因為這是我們的業是我們的工作之所在，由我們專責的去處理，那...那個藥品的期限的管理，我們也可以很專責的處理，醫師根本不用去管他的藥庫，那快要過期或期限已經到的我們藥師會去把他處理掉，那個成本的話我們自己會把他考量在裡面，阿醫師就不用管這一塊，只要把病人的病情掌握好、控制好，阿~然後讓醫療品質能夠提升，所以說哪個專業分工非常愉快，所以說我們目前的互動非常的愉快，齁~這是一個很好的典範，我們目前這各社區來講，醫藥分業我們這邊，我..我..認為我們這一區會比較成功這樣子，黑!

Q：所以在醫藥分業前跟後跟醫師的互動就是有差嗎?

A：對!嘿!就是我們在講醫藥分業，就是有一些醫師就是被醫藥分

業著個名詞弄得就是好像跟藥師有對立的心態，好像就是醫師跟藥師勢不兩立，其實我在講，在打個比喻齁，整個社會的風氣，離婚率非常高，那你跟你的另一伴處的非常好，難道你就要跟著人家的離婚率高就跟著離婚嗎?並不是這樣子，你還是有一個很好溝通的醫師，或者很好溝通的藥師，你可以兩個去溝通去合作，去促進你社區民眾的用藥安全跟一個醫療品質的提升，你不一定大家都不釋出你就不釋出，或者大家都怎樣你就怎樣，不需要這樣子，你大環境是這樣子，可是你可以從你本身做起，像我們合作的醫師，他就有一個這樣的觀念，ㄟ~其他同行都不願意釋出，可是我們在釋出的時候，我們就提高了我們的釋出率，我們常說一人看病，兩人服務，在診所看完並之後，在這裡藥師還再跟他講一次、叮嚀一次，詳細度，這一區的醫療品質，我們這樣提供給病人的話，一個對病人有好處，就是說哪能夠得到一個比較好的醫療品質，第二我們自己醫師跟藥師本身，在這個區域的醫療環境，我們可以創造更好的，所以在附近新開的開業醫師啦!新的開業藥局，其實我們可以講是屹立不搖，我們有異於別人的那個經營型態，很很很專業的政策，甚至於我們配合，發揮我們的專長，專業度相對的比其他藥局診所還要強，就是所以我們的互動非常好。

Q：那第四個您對醫藥分業處方箋釋出之看法?

A：目前醫藥分業處方箋的釋出的比率真的是偏低啦!低的可憐啦!

而且帳面上的那的統計的那個釋出處方的那個釋出率，事實上裡面有 80%是我們以前講的門前藥局啦!假性釋出啦，那個都是自己醫師開的藥局，阿這些醫師開的藥局的裡面負責的藥師，剛剛講的他還是領醫師的薪水啦!阿你領了醫師的薪水，敢說他什麼嗎?你的老闆開錯藥，你敢講他怎麼樣嗎?對不對，所以說我覺得現在目前醫藥分業會徹底失敗都是這些門前藥局、這些醫師，一方面他要賺他醫師的診療費，一方面要賺我們藥師的調劑費跟我們專業的給付，這就是我們講，很多醫師啦!很多啦!都是貪婪的啦!貪心啦!很貪心啦!我覺得~我們專業提供之後，我們就賺取我們專業應該得到的給付，你不要再去剝奪其他的同行，等於是同樣的醫療團隊的其他勞力的付出跟其他的專業付出和給付，你不要再去剝削人家，因為其實我們講健保局對於醫師、藥師的給付，真的是藥師的給付偏低的可憐，以歐美來講，歐美來講，診療費跟藥費是

應該是3比1，診療費跟調劑費是3比1，可是我們的台灣診療費跟藥事服務費的話是10比1，那個偏低的可憐，藥師在這個調劑費偏低的可憐之下，還要受聘於醫師，被醫師剝奪，那所以說其實現在目前的醫藥分業，釋出處方簽的這個看法，我覺得偏低，那然後醫師還是在剝削藥師的專業給付，所以這些門前藥局去年，去年在在在等於說是在取締，可是我覺得說這些政策人員就是衛生署，他們在取締完之後竟然就是把他就地合法化，真的是很荒唐啦！這些政府人員真的很荒唐，他竟然把這些當時認為是非法的後來竟然把他合法了，然後把它視同社區藥局一樣的給付方式，整個那個行政單位就是被醫師龐大的單位團體所綁架了，就變成說過去非法的現在讓他合法，而且給付比以前，等於是比照我們社區藥局，付出這麼多的藥師，浪費多少民脂民膏，因為這些給付給這些門前藥局，最後不是跑到醫師的口袋裡去，所以醫師真的是吃盡了所有的好處，阿可是他還在喊窮，所以說這業醫師真的是我們講一句比較不客氣的是真是，他們醫術真的很好，可是他們的那個情緒控制，這個道德的觀點真的是，反正他也認為他也是合法的，事實上因為政府讓他合法嘛！他也認為合法，可是這樣合法的情況之下，去剝奪或者是去擷取健保局的錢真的是比較不道德啦，所以說我常講雖然是合法但是不道德的啦！黑阿！可是很多醫師還是在做，阿沒辦法，因為政府給他們這樣的機會嘛！阿不給藥師機會嘛！沒辦法，所以現在目前醫藥分業處方簽釋出的比例上是個假象啦！是個假象，現在的釋出我最近沒有去注意那個數據，我以前有去看的時候，反正大概在只有20%是處方簽釋出，80%的處方簽釋出是門前藥局啦！這樣子，我的看法到這裡。

Q：那第五個，醫藥分業在藥品管理上的成效？

A：這個就我剛剛講的第三點的時候有回答到齣，醫藥分業藥品

管理不管是有沒有醫藥分業，都是藥師的專責嘛，這個沒有醫藥分業不醫藥分業的，我們藥師本來就是要把藥品的有效期限注意嘛！包括一般用藥或處方用藥，管制藥都要做管理啦！所以沒有什麼醫藥分業的差別，阿這個就是我們專業之所在，這個沒有什麼，沒有什麼差異性。

Q：所以前後的差別？

A：沒有差異性啦！我們本來又是我們的責任啦！所以這跟醫藥分業無關啦！

Q：第六個您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：醫藥分業其實齣，可以節省我們醫師濫用藥物的那個漏洞，其

實可以節省很多健保給付的那個資源，以前很多過去浪費的，像現在很多診所裡面的調劑，包括藥劑的給付，都是匯到醫師的戶頭裡面去，所以說他們就會有那種藥價差的利潤，覬覦這些利潤，所以說她們會開一些高價藥，會開一些價差很大的藥，就像我剛剛跟你講的，診所裡面的藥師，因為他就是領人家的薪水，醫師要開什麼藥也不影響他的薪水，要怎麼開就怎麼開，因為變成說他也沒有機會講，變成說他專業又被埋沒了，並不是並不是領人家薪水，病人很鄉愿，你也不能講老闆怎樣，老闆他要開什麼要他去開，重複用藥啦！或者是說那個價差大的藥啦！甚至有我以前看過的處方簽是有一個病人，他只有偶爾一次被量到高血壓，那個病人，那個醫師就開四種那個降血壓藥，不同機種的降血壓要給他，而且又價差很大，降血壓藥，所以說你如果有醫藥分業的話，醫師他就沒有藥價差的觀念，因為這邊的，他就可以把這些的問題屏除在外面，他只會考量有沒有效果，所以的藥品或調劑費的給付，就是在藥局，跟他無關，那這樣子的話，他就會用好的藥，用正確的藥，對症的藥，這樣子的話他才不會濫用藥，不會濫用的情況下才能節省資源，這樣子的話健保局的給付才會少，阿！民眾的民指民膏才不會浪費掉，因為你現在台灣的給付是你多開藥我就多給付，開多了，價差大，我利潤才高阿！所以說他們就會有這種考量，所以目前的健保的效益，我覺得在這裡就是很浪費啦！如果真的能夠醫藥分業真的合

作的話，我們要看效益的話，健保的給付能夠減少，這是一個指標，政府對健保，對醫師的那個給付，如果說整個醫藥分業，我們舉例，從錢來看，我們醫師跟藥師在這個社區裡面的服務品質很好的話，他的用藥非常的正確，醫療非常正確，那病人就會少生病嘛!阿!少生病病人就會少看病，阿!少看病健保局的給付就會變少嘛!所以說這樣子的話，我們就可以了解說，醫藥分業下來之後，這個區域，他的那的有實施醫藥分業的地區跟沒有實施醫藥分業的地區，他們的那個健保給付的情況、病人就醫的次數，我們就可以了解說醫藥分業的成果在哪邊了，就是一個指標的顯現，這裡我大概用這樣的方式來跟你回答。

Q：那最後就任何與此議題有關的想法或意見嗎？或者是上面剛剛的題目要補充的。

A：目前的話我們醫藥分業，以我的看法是徹底的失敗啦!因為以雙軌制的情況之下，醫藥分業不可能會成功啦!原因在於說我們，我剛剛講的我們藥師是領醫師的薪水，你不可能發揮你的專業，領人家的薪水，就像你們每個研究生，你的分數掌握在你的教授手上，你有可能去講你的教授怎樣嘛?這是一樣的，那你每一個藥師都是一個專業人員，可以發揮我們專業專長的人，可是你卻是要去領醫師的薪水，你如果是像醫院的話，每一個藥師是領醫院老闆的薪水，醫師也是領醫院老闆的薪水，在講另外一層的話，大家都是在領健保局的錢的時候，你們的老闆都是健保局的時候，你就可以變成跟醫師是同事，你可以建議同事做什麼事情，可是如果是醫師是你的老闆的時候，你不可能建議你的老闆做什麼事情的，這一個部分一定要徹底做醫藥分業的單軌制，一定要到診所看病之後，到藥局、到健保藥局來領藥，這樣子醫藥分業的第二點所敘述的優點才能夠發揮出來，你只要不這麼做的話，看不到優點，只看的到缺點而已，所以說一定要有第一個醫藥分業單軌制，第二個的那個醫藥分業要修改成醫藥合作，讓醫師能夠認同這樣的制度，讓病人能夠認同這樣的制度，那我們藥師本來就是在努力這一塊了，我們醫藥分業就是在講醫病，醫、藥、病這三個觀點的人，這三個族群，我們的藥師本還就是在推動這一塊，可是醫師他不認同，那我們現在就是政府的行政人員，一定要在病人的這一部分繼續加強的宣導，無論是在平面媒體，或者是在電視的媒體上、廣播的媒體上一定要我們在推動什麼樣的政策一定要很密集的去宣導，讓民眾知道什麼是醫藥分業，醫藥分業的好處在哪裡，所以對於你的用藥安全的保障，跟你的醫療的品質的提升有什麼好處，你一定要不斷的宣導...不斷的宣導，這樣子的話病人會自動要要求我要處方簽，我要到藥局領藥，家庭藥師的建立讓我們每一個病人都找到一個家庭藥師，不管你是去大醫院看完病之後，不管你是去診所看完病之後，你去找你的家庭藥師去做處方調劑，這樣子你所有的用藥才會得到一個完整的統合，你才不會重複用藥，現在目前的所有醫藥單位都是分開的，有的去..早上去醫院看完病，下午到診所看病，結果領的藥都是重複的，那沒有人知道，那病人他...非專業人員，他也不知道他吃的藥是不同廠牌同樣的藥，他也不知道，事實上只是不同廠牌不同的劑型而已，事實上是同樣的藥，他也不知道，他也就吃進去，對我們藥學系，我們藥學系進去，第一句話就是在學說「藥即是毒」，那你每一個人都有藥即是毒這個觀念，你就會對那個藥有審慎的態度，可是在目前所有的民眾，就不在乎藥是毒，他反正是醫師叫他吃，他也很尊重醫師，尊敬醫師，醫師叫他吃就吃，他也不知道說要去問藥師，這些藥有沒有一樣啦!會不會有佩服禁忌上的問題啦!會有什麼作用啦!她們也不知道藥師有這樣的功能可以這樣子的發揮，所以政府的人員，因為我們現在藥師公會一直在努力，我們一年辦了多少座談會或者是宣導會，可是我們政府是很少在做這一塊，因為所有的醫療資源都被醫師所掌握，阿!他們也不太在乎，反正醫師有權利，有錢、有權就好了，阿!藥師也不太在乎，阿!病人反正病人、民眾是無知的，他也不想，他也不會自動要求，所以變成政府就是等於是這些醫師的代言人而已，他也不會去做，現在實施的，政府如果真的藥做的話，你看當時我們說要戴安全帽，不

戴安全帽就罰 500 塊，那每個人就帶安全帽了，政府想要做的事情只要他想要做，就會做的起來，政府現在他對醫藥分業只是淪為一個口號，他事實上我的看法是他不想做啦!如果他想做的話，不釋出處方簽的醫師罰 500 塊，每一個人都會釋出啦!是不是這樣子，所以說目前的狀況是政府不想做，並不是這個政策不好，你如果當時，我打的比喻就很恰當，你如果說不戴安全帽就罰 500 塊，那大家嘛都帶，阿你不釋出處方簽的醫師，一張處方箋就罰 500 塊，每一個醫師都釋出處方簽，誰不釋出，政府不想做，阿你在做那些政策政令，在那邊講那些空口白話，你要有一個推動的力量嘛!所以這個部分我要建議政府，不要只有說說而已，因為為什麼先進國家她們能夠行之有年，那你為什麼講這個口號，講這個口後就是認同人家嘛!阿!為什麼只是講講而已，你就做，認真的作，政策配合的作，不釋出就罰 500 塊，每一個醫師就釋出啦!不可能不釋出的啦!因為剛剛我敘述的這麼多的好處情況之下，釋出不好嗎?很好嘛!是不是，對病人，我常常在講，這是一個千秋大業，醫師你每一個，你現在是醫師得到這麼多好處，哪你的下一代是醫師嘛?你的兒子、女兒就是醫師嗎?那我藥師為什麼一直在爭取醫藥分業，難道我的兒子、女兒以後不是醫師嗎?可是我們不是想現在，我們想以後每一個，你不要去管說你現在是什麼，你要想以後每一個民眾，不是醫師、藥師而已，是每一個民眾都有一天都會成為病人，不是嗎?每一個人都會生老病死，不是你現在是醫師，反正不管你現在是醫師，是藥師、是民眾，都會變成病人，不是嗎?對阿!所以你要想的是有一天大家都會變成什麼的時候，這樣子你就不會考量到自己，你現在就考量你自己，我現在是醫師，我要把持這樣的處方簽，這樣子的話我的病人才會怎樣，我的薪水，我的收入才會高，阿!你以後不把制度建立起來，你以後你的小孩子，還是在沒有處方簽釋出，沒有醫藥分業的環境，那你有什麼好處，當然你現在已經賺進了所有的錢啦!問題是你的下一代，還會是醫師嗎?你的下一代還是接受看別的醫師嘛!你的孫子是看別的醫師嘛!因為你不可能長生不老嘛!以後你生病他是看你嗎?不阿!他是看別的醫師嘛!阿別的醫師還是隱藏他的藥嘛!給你吃副作用很大的藥嘛!阿給你吃配五禁忌有問題的藥嘛!沒有藥師可以跟你講，因為你現在在當醫師的時候，你不願意釋出處方簽，所以你的同行，的晚輩也不願意釋出處方簽，所以你的孫子也沒辦法接受到醫藥分業的一個制度的成果，是不是這樣子，所以我們常常在講，現在的人很多都是短視近利，就考量到現在嘛!你看我們藥師，我目前是台中市藥師公會的事務，我常常中午午休時間，出去辦座談會或社區的宣導，我為什麼要犧牲這些時間我下午可以來休息阿!阿我來做這些工作，我不是為了我，我是藥師，我的兒女將來也不一定是藥師阿，那為什麼要做這個工作，我是在想說讓這個環境，這個制度建立起來，這是一種想法的的貢獻，當然對自己有沒有好處，那個都是問號，目前看不出來，我們就是做，這是一個熱誠，年輕人就是一個熱誠，還暫時沒辦法考量到什麼效果出來啦!為的就是一份熱誠，這樣子的議題很好，我不知道效果怎樣，我還是接受了訪問，有機會就講，所以今天的回答就到這裡。

Q：謝謝!

《藥師二》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：醫藥分業就顧名思義，醫生就是負責診斷麻，醫師開立處方箋由民眾，持處方箋來到藥局，然後這就是醫藥分業。

Q：你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議?

A：嗯嗯，國內的嗎?現在的優點，因為用藥環境的關西，傳統式的話醫藥是沒有分業的，在醫師診所或醫院方面，診斷之後他，民眾的習慣就是直接到診所附設的藥局，就直接拿藥了，第一個，這種醫藥沒有分業對民眾是很方便的，相對的我們在推動醫

藥分業的時候會遇到一些困難就是民眾的習慣問題，還有第二個就是，醫師院院不願意釋出這個處方箋的問題，啊醫師願不願意釋出這個處方箋，會攸關他的利益問題，所以他如果有藥價差的利潤的問題的話，他有可能就考慮自己聘藥師，啊他也是兼顧到民眾的方便性，所以他自聘藥師釋出處方箋，啊所以現在政府推動釋出處方箋是以慢性病為主，所以慢性病的話會比較有優先釋出，一個月是在醫療院或診所，直接診斷之後或領取一個月的藥，啊之後兩個月的話來我們健保藥局，領取剩一兩次的藥，啊這部份的話是慢慢推廣，有陸陸續續在增加當中，因為一般的教學醫院或地區醫院，他們都有一定的釋出量出來，然後第二個的話，釋出比較有利當然是牙科，因為牙科他們沒有聘藥師，沒有那種藥價差的問題，所以他們很樂意釋出處方箋，所以當我們在健保藥局，接觸到的處方箋可能是慢性處方箋跟牙醫的處方箋，啊相對一般診所的處方箋，比例就很少，因為他們都是聘藥師，除非你會接到那種處方箋的話，大部分都是要跟醫師做一個配合互動才有辦法，缺失的話就是釋出率不高，所以醫藥分業沒有辦法落實，所以你藥醫藥分業落實的話，是你藥民眾完全取得處方箋，它可以到任何一個藥局或健保局來領藥，但是相對的處方箋拿到是不是健保藥局有辦法讀到這張處方箋的完整性，相對的當醫師就好像投手一樣，他開什麼藥單健保藥局要培養耐心，變成醫師跟藥師要培養一個溝通的平台，才有辦法說把醫藥分業落實到一般性的處方箋，那否則一般性的處方箋是沒有辦法推行，啊所以那種是漸進式的以後可能藥價差沒有的話醫師還是願意說全部的處方箋全部釋出出來，慢慢才有醫藥分業的環境，建議，建議就是可以，可以想辦法說緩那個藥價差，其實就可以自然醫藥分業，可以成立一個物流，不用說就像我們X連鎖藥局或健保藥局我們可能沒有配那麼多藥的時候，不單單只跟藥廠採購，比較少用的藥就跟物流採購，啊其實一個政府可以成立一個共通的物流就掌控這個藥價差的部份，啊其實他的空間沒有那麼大自然就會釋出，所以是一個方式和想法，

Q：實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形如何？

A：醫師的互動，這是變成我們醫藥分業的時候接處方箋，那接處方箋如果有疑慮或問題的話我問才會有XXX的情形，啊所以醫師或動比率其實也不高，啊除非患者有狀況的話我才會直接轉去給醫師，會有這樣的情形，啊向他如果有代謝性疾病或者是要抽血檢驗或是要儀器的檢驗我們會在鄰近的診所或者是鄰近的XX診所，我們都是有在聯繫，啊有時候會轉病人過去給他們做診斷的情形，就差不多，對阿，因為醫師本身要藥師互動的情形都很低，沒有阿啊因為我們是在地的，所以我們在附近的診所大部分有認識所以比較還有互動，啊其實你一般的可能的話其實就像你在接XX的話其實跟醫師互動，要經過患者，如果患者有什麼需要藥物需要調整，我們是希望患者去跟醫師反映，因為我們沒有辦法直接去面對醫師，啊所以有些問題是患者自行去反應，

Q：您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：釋出就是大環境使然，慢慢的對大家對於習慣性民眾掌握處方箋的話，有時候看病民眾知到處方箋是你自己可以掌握自行到任何一家店找藥局拿藥，這個觀念慢慢釋出等於大環境大家知道有處方箋釋出這個概念的話其實釋出率自然會慢慢提升，然後主要的決定權還是在於醫師，釋不釋出是在於醫師醫師如果他制訂要在於診所的話，其實他就不會釋出，他也花成本在那裡，他就是希望患者到一個完整的狀態，並不希望釋出，那釋出他有疑慮他會怕有可能患者領藥不方便，假如他今天釋出，隔壁的不釋出隔壁是不是在一個醫療過程會比較流暢，變成他領藥時時間會縮短，相對的話釋出有可能他會有疑慮說是不是因為這樣對顧客流失，也有可能他在考量所以大部分目前診所都沒有釋出，啊所以也可以說把健保局去要求他們每年提昇多少釋出率，慢慢的一些比較它可以允許的相關性處方箋他能配的藥，慢慢先釋出，那部份就可以他接受的範圍，然後慢慢再提高他的門檻，也可以反過來說你今天給付多

少比率可以要求他幾分之幾要釋出，啊那個就變成我們藥去思考的。

Q：您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：醫藥分業藥品管理其實這是跟我們一般藥局藥品管理差不多，扮成如果有處理醫藥分業的話要地品項會五花八門，所以剛才我們有提到我們可能會有依賴到物流的東西，所以是不是說現在目前有私人成立的比較大型的物流有可能會依賴他因為我們如果沒有要配那麼多藥，一家醫院的話可能上千的藥，啊你今天接的可能是開放型的話，不可能 XXXX 的藥，所以我們建立一個流通性的物流，啊流通性的物流建立到比較大型而且價格是公信力的話就是建議政府可以來做這一塊然後健保藥局直接向他採購，他也可以掌控藥價差的問題，自己我們私人的話我們可能去跟藥品公司它自己的成立，他會有配比較多的藥，啊你一般藥局如果要配那麼多的要去借處方箋的話，你投資子的成本會太大，變成有可能他的消息只有新藥兩年的話，你一個人開他付回來，回來之後那些藥便成你一個人要吃下來，會有這個問題所以有物流的話就是說，你藥可以較剛剛好得量就好了，你沒有 庫存壓力，但是你那個價格有可能會跟健保差不多或者是健保較低一點點，這種藥品管理的話是跟物流會比較有關西，像如果你自己我們接到一定藥單，我們常用的藥會被庫存，但是不常用的我們會傾項直接較剛好的量或跟物流價，啊如果跟廠商叫你一定要較一個數量近來的話，如果多餘的庫存又要再處理掉一些庫存 也是管理上的問題，啊所以早期在做醫藥分業的話，大部分第一批人都是賠錢，因為他不曉得怎麼做都一直進藥然後就是在那裡等處方箋，然後處方箋沒來要都過期了，自己吃下來，慢慢演進就是有些人去做比較大慢慢成立物流，物流就可以服務一些我們這重藥局，變成我們就不用背那麼多種品項的庫存，啊如果是公信單位去做這個區塊也是可以。

Q：任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：就頻估處方箋釋出率就可以了，就是完全釋出自然我們要得環境一定要去配合到，所以是被動式的，假如你釋出不好，我們要的環境一定不要被那麼多去負荷，所以這是需求的觀點，假如你把處方箋釋出，今天釋出到百分之 50，你在外面釋出處方就是那麼大的流動率 你在接這方面的藥，他倍的惑在然會提前自然會形成一個管道，去消化那些東西，所以你不要頻估就是有處方箋釋出率所達到一個程度就是一樣，假如今天釋出百分之百舊有百分之百醫藥分業的話，所以其他都不用頻估

Q：除了處方箋釋出外，其他有沒有可以釋出？

A：其他可以頻估擬就是說當然你附近的 5 家診所，是不是有足夠的健保藥局去消化這麼多的量，但是你首先你要釋出出來藥局自然會行成啊今天你不考...沒有試出來先採那麼多藥局被那麼多量結果是沒有用的，那些亮就是浪費掉的，所以是被動式的有釋出那些，自然那些週遭的藥局就 會形成那些去準備這些東西的，這有可能以后伊家藥局服務 3、5 家診所也有可能，或者是 2 家藥局服務，或者是 1 對 2 或者 1 對 1 或者 1 對 3 都有可能，

Q：任何有關醫藥分業的想法或建議或是上面有想補充的還是你有什麼接受到慢性處方箋或特殊的經驗：

A：慢性的話有部分的醫院他們是沒有打健保，所以變成可能在我們在接箋的時候，我們要查要叫原藥廠我們要跟病患對藥，這樣是一種 XXX 是不是就是衛生署那邊可以預防就是說直接要求他們釋出處方箋打藥廠的健保藥，因為有可能他們在替代藥品可能他們已經換藥廠他們只是把商品但是實際上他們不是給這個商品所以是不是要求釋出處方箋，處方箋上面一定要打健保碼，讓我們健保藥局比較方便去查詢那個，不然我們在花去確定那個藥編，換成他沒有帶要他也不曉得，變成我們還要會 CALL 到原醫藥醫師單位去問他這個藥，就比較麻煩，當然是大部份像我們學習教學醫院的話，是都有 KEY 健保碼，向中部的話就是有澄清跟中山，還有一些小診所，就可以預防希望他們打健保碼，

Q：所以沒有 KEY 的比較多？

A：如果大型教學都有 KEY，也有沒有 KEY 的，向中山就沒有也是教學中心，他們就是不希望不希望釋出的意思，但是一般患者慢性病的話他慢慢有概念，妳也知道未來健保藥局，第一個它可以省那些車程時間，那他也不用掛號費，所以他對於慢性病大部分都老年人，所以他節省很多時間的金錢的運用所以他們都很樂意在健保藥局拿藥，只要藥片是一樣，因為有的老人家是認藥片，他不會任什麼藥名，他是認藥片，他今天對我們照著褚方箋上面有藥片不一樣是藥廠不一樣，就他們換藥廠如果那個還沒有改，就會發生這個問題，Y 所以他如果沒有打健保碼的話便成我們沒有辦法去確定是那個藥，所以中山澄清去退藥片的問題，啊小診所有的也是會發生這種問題，因為有的他們是直接 1 對 1 配合的門前藥局，所以他們直接打的藥名，他們就知道他們有對應關西，但是他們有可能也會噎到這種，因為慢慢的患者病人的話叫他到指定的藥局拿藥，也會流到一般的健保藥局拿藥，啊所以我們既會遇到這種我們就要再檢查那個藥是那個藥廠，當然我們是希望拿到原片原藥廠給他，這樣它比較沒有這種疑慮

A：所以大概這樣了...謝謝。

《藥師三》

Q：請概述您對醫藥分業的認知。

A：其實醫藥分業的話，像醫生或藥師，彼此之間都能夠認知自己的專業領域上面的話，事實上是一件很好的事情，畢竟醫生和藥師他們所唸的東西還是不太一樣的，所以大家彼此之間能夠互相配合的時候的話，說真的我是覺得對病人而言是可以達到最好的效用存在嘛！所以這是我覺得醫藥分業應該要有的阿！其實你仔細想一下我們以前...以前在中國來講的話是不是就是醫生到你們家去看診，然後他開個藥單出來，然後就請...請你們家的人，然後...然後直接到那個藥鋪直接去拿藥，對不對？所以以前就有這一套了，阿為什麼到我們這個地方直接又混在一起了嘛！所以照理說應該是要...應該是要屬於分開獨立的阿！對不對？嘿阿！

Q：你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失、其他的建議？可以先談談優點，醫藥分業的優點。

A：醫藥分業的優點是，最好的就是說大家都可以有飯吃，嘿！對不對？不像以前來講的時候的話，就是醫生說了算，其他的就是醫生怎麼講就得要這樣子做，就算今天萬一真的有問題的時候的話，阿請問一下這個責任誰要來擔？對不對？當然他這個也有他的優點就是說，大家可以共同做到所謂的這種 double check 的這種動作，那是不是對病人來講的話，他對於用藥上面的那種可信度跟依賴性的時候就會有增高，所以我覺得他好的地方是在這裡阿！不用等到到時後的話，哇~萬一真的有問題的時候的話，到時後這個皮球誰要踢阿？對不對？在...在，ㄟ~在醫院裡面的話就曾經發生過嘛！一個醫生開一個藥，結果，他寫得不清楚，以前都直接直接用筆，筆寫嘛！結果他寫得不清楚之後，結果這個藥師，他就看了這個藥的時候的話，他把他拿成去點那個香港腳的，拿去給他，因為是相同、雷同成份，結果那完蛋了，他拿去點、點在眼睛上面，你說這個中間怎麼辦？所以這個中間要講的話到底是要誰的失誤？對不對？所以這個多少來講的話是不是，如果大家能夠做到說各盡其職的話，是不是...是不是對病人來講比較好？我的感覺是這樣子阿！

Q：那缺失呢？

A：缺失喔！很簡單阿，ㄟ~就是盡額分配不均阿！醫生當然賺的少了阿，他當然他也不甘願了阿，他的權力被剝消了，他也不甘願了阿，那藥師的薪水他雖然增高了，但是比較起來來講的時候，他還是受限於醫師阿，所以這上面的時候是沒有辦法達到彼此能夠協調，這是一個最大的問題，然後再加上說，應該你也知道藥界的時候他有分嘛！有些，以目前來講還有藥生存在這個市場上面嘛！那藥生的時後的話跟我們藥師

來講，是不是他的區分度就會比較大一點了，阿所以一般來講的話，可能...我們可能出去的時候，可以跟醫生講到說，可以一個月可以五萬六萬，不好意思人家三萬就可以請了，那你叫我們要怎麼辦？對不對？阿而且再加上說以醫生而言的時候，他一個月他以前可以賺這麼多，現在他不能夠賺那麼多，今天換成是你的話，你會願意嗎？對不對？所以當然醫生也不會很甘願的說要出這個錢嘛！對不對？那在這種情況之下的話，然後以現在而言，那種經濟又不是很好的情況之下，病人又被健保局給控制住了，他一天只能看多少病人，那在這種情況之下的話，醫生他們所賺的錢是不是又更少了？那更少的情況之下他又要分給護士，又要分給藥師，他是不是他一定他也不甘願，所以他在這個中間這方面他是不是會盡量想辦法看怎麼樣能夠讓自己達到最高的效益，所以這中間是不是有非常大？所以，要講醫藥分業制度來講，事實上跟哪一個最大有關係，是跟健保局最大有關係，因為健保局他給我們的這種總額給付呢，問題太大了，所以會讓大家都沒飯吃，如果你讓大家都有飯吃的話，或許大家今天不會拼得那麼兇，跟彼此之間一樣這樣那麼兇，那是因為健保局這塊餅太小，他才不願意阿，就是這樣子。

Q：那就是對這個制度上的建議？

A：這個建議阿，這個建議，很簡單，得要從健保局下去著手了，只有健保局才能夠讓大家有飯吃，才能夠建立一套制度下來的時候，大家都會...都會願意去執行，而真正最大的問題其實是很簡單，大家全都卡在一個最大的問題上面就是金錢，阿你只要健保局上面他能夠分配均勻，那這樣子讓大家都有飯吃的話，就好了。對不對？你不要說我今天，好，我...我醫生一個月我一定要付藥師多少錢？但是沒有多久之後他接到那個健保局來一張公文，他說：阿，我要給你追扣多少。那請問一下他是不是也要去跟他的藥師要追扣多少？嘿！如果今天是你們的話你們願不願意？對阿。那相對來講醫生被追扣的話是不是他也不願意阿！對不對？所以如果說他這個地方的話，說真的，醫藥分業制度的話，全部應該講說都是建立在他的健保他的給付制度的關係，在他制度如果能夠做得很好的時候的話，說真的大家有飯吃，大家就不會講話了，今天就是說他讓大家都沒飯吃，對不對？憑什麼他們能夠一年領四個月的年終獎金，那為什麼要來苛扣我們的，對不對？甚至最高來講的時候的話，診所一年被追討三百萬，一家診所被追討三百萬，合理嗎？對不對？就算他有不應該的薪資，但是你們要看看用什麼方式，然後把你們的制度建立起來阿！讓他能夠做一個管控在阿！對不對？所以醫生這樣子的時候的話，他因為有的沒有錢，就是沒有病人的醫生，就是到處找親朋好友，然後來想辦法去拿出他的健保卡，一直不斷的去...去刷這個健保卡，這樣他才能夠領錢阿，要不然他從哪裡來領錢？對不對？那，好，錢多的醫生呢，是不是逼得他一定還再請第二個醫生，因為他病人多嘛！但是他健保的來講的話，他又規定他一天只能看多少病人阿，那你如果一天有兩三百人的門診的時候的話，是不是逼他一定還要再請另外一個醫生來替他分攤掉，那這樣的話他的錢是不是又縮水了？那這樣的話誰會願意做？對不對？所以如果要真正講起來的話就是什麼？就是健保制度的關係阿！健保制度他今天他只要做好，醫藥分業就很好做了。

Q：醫藥分業後你跟醫師互動情形怎樣？

A：這個分兩種情況，一種是說醫生根本不鳥你，一種是醫生他覺得蠻好的，所以他可以跟藥師當中會達成一種互相搭配的，好的話是屬於互相搭配的，但是比較起來我們藥師會跟牙醫師的搭配度會比較高，跟診所的搭配度掛零。幾乎掛零，因為為什麼？醫生他會覺得說今天你們這些病人來，就是找我這個醫生嘛！阿但是他找我這個醫生的時候的話，那我看病是一回事，重點是在醫生給藥嘛！他給的藥讓病人吃的有效他是不是有信心了，那他是不是又會再來，那你想一下這個醫生會不會把這個藥的處方放出去？他一定不願意嘛！他一定說那我就是請你那個藥師到我裡面來駐診嘛！但是在駐診的時候，他在呈報上去的時候，全部要公開化的情況之下，他又不願意這樣子做，所以現在很多診所都有所謂的AB處方籤，什麼叫做AB處方籤？就是他

上報健保局的是一套，但是他們自己開出去又是一套，可能他申報五樣可是他只有給三樣，這三樣可能跟這五樣一點關連都沒有。所以那如果今天，你是這個藥師的時候，你告訴我，你這個印章會蓋下去嗎？阿萬一如果這個病人吃了有問題的時候的話，阿到時候講起來，明明醫生開的是這個處方籤，為什麼你拿到...你這個病人拿到的藥是這個藥？那這個中間請問一下是誰要來擔這個責任？醫生他可以推給藥師，那藥師要怎麼辦？藥師他不會照醫生的講法，我直接拿醫生交代我要拿這種藥給你，我交代他的意思，請問一下有憑有據嗎？無憑無據嘛！到時候萬一這個病人吃了有過敏現象，或是有任何問題的時候，請問一下這個責任誰來負？這個人誰來負責？恩！所以你講，今天你是藥師的時候，你願意去替他蓋這個印章嗎？對不對？那你告訴我他的互動在哪裡？所以這有分兩種不同的。對不對？阿有的醫生我照實我就開出來，所以最好的，我們跟...事實上跟牙醫搭配最好，因為牙醫的處方籤比較簡單，所以一般來講的話，牙醫師他的處方就一是一、二是二，他不像診所的，他會想辦法，因為他唯一賺錢的地方在這裡阿！牙醫賺錢的地方並不是在藥點阿，所以他會對我們的搭配度是最好，但是診所來講他是在藥上面，在下功夫的時候，那當然他會在這上面他會去下功夫阿！那到時候他請這個藥師的只是目的是什麼？是你來幫我蓋這個印章，但是這個印章蓋下去的時候呢！他都得要負這個責任，到時候這個病人吃了有問題的時候，誰來負擔這個責任？如果醫生願意出來擔這個責任還好，如果醫生說：我明明不是該這個，是他自己弄得阿。那請問一下誰要來負？對不對？然後再加上還有一個，到時候進藥的時候都得要藥師的名字進藥，那到時候，ㄟ...就是要申報所得稅的時候的話，請問一下賺錢的人是醫生，那結果所得稅要藥師付，你要不要？所以這就是目前我們面臨到非常傷腦筋的問題，因為他這塊沒有辦法合併。

Q：那你本身醫藥分業跟藥師的互動呢？

A：ㄟ...醫藥分業的時候對我們藥師來講他的互動會比較頻繁，因為大家，就是因為每一家我們收的慢性連續...應該講說，屬於像我們這種健保藥局的話，來收慢性處方籤的比例是居高的，那因為他的醫院的藥品會非常多，所以我們會成立一個所謂的物流中心，大家都會去物流中心去拿藥，或互相調藥，所以對我們藥師而言的時候，健保藥局彼此之間的互動會變得會比較好，聯絡性會比較高，所以對我們而言會比較好，不像以前單打獨鬥，所以差別在這裡阿！

Q：對醫藥分業處方籤的釋出這方面的看法？

A：其實處方籤的釋出是非常好的阿，以我來看的時候，我會覺得蠻好的，因為有時候病人他自己搞不清楚情況之下，他並不知道他吃的是什麼藥嘛！所以他...而且醫生如果說，這個醫生一天有兩三百個門診的情況之下的話，那你說他有沒有時間能夠去跟病人解釋說：阿！你這個藥要吃什麼？那個藥要吃什麼？這是非常的少，對不對？那他處方釋出的時候的話，那病人不知道，他拿處方籤來問我們，他很多問題、一大堆問題要問的時候，我們是不是在這個中間可以給他不同的回答，那對病人來講的話他是不是得到比較好的效果存在？甚至說他自己就算拿到慢性處方，他有的甚至...像一些，像中國有些他只有跟他講很簡單，阿一天吃一次，一天吃什麼時候，就非常簡單的情況之下，有時候病人對這藥品上面的服用態度上面會不夠了解嘛！對不對？尤其最傷腦筋的什麼...血糖藥，飯前吃、飯後吃，他們的飯後是飯後30分鐘吃，飯後30分鐘吃血糖藥根本就無效嘛！對不對？他一定要吃完飯後的那個時間就馬上吃，但是所以我就說，這是病人的認知跟醫生的認知有差距，阿所以你要如何在這個中間能夠去教病人說，服藥的時間正好要對，那這樣的話醫生開出來的藥品才能達到它最大的效果，而且正好你吃錯時間了，或是時間不對，阿有的厚...他看一看自己還會自動去調整藥品的時間啊，那這樣的話，說真的，他每次去的時候糖尿病的指數都亂七八糟，高血壓的指數也都亂七八糟阿，那這樣的話，醫生是不是沒有辦法對這個病人做到百分之百那種去control他的一個病情，那是不是會很傷腦筋？那如果說他處方釋出的話，我們可以針對說他個人的缺失在哪裡的時候，特別

再跟他講一下，告訴他說，「你這個藥，要在什麼時間什麼時候去服用，可能對你來講這個藥才能發揮最大的效果，那是不是比較好？這樣對他病人那種病情的掌控上面，尤其是屬於慢性連續的，像那個什麼高血壓的、高血脂的還有糖尿病的，是不是都能做到很好的管控在，不會讓他一直延續起他的併發症出來，所以我是覺得在這上面會是蠻好的阿！

Q：接下來就是，醫藥分業在藥品管理上的成效？

A：阿！藥品管理的時候的話，那就是，如果要講到藥品管理，推推推推了半天的時候又要推到哪裡？第一個是廠商，第二個是健保局的合準的藥價問題阿！常常我們的進價都在高於健保價，那你說你這個藥只要一出去要賠錢，你要不要付？但是健保局他在這上面，「...然後他在篩選的非常...管控非常的嚴格，而且進藥到醫院、進藥到診所、到進藥到藥局的比例都不同，他可以...他可能你在醫院他拿到的只是藥品，他所報出來的價格的七成而已，我們可能要拿到九成，中間這兩成是不是讓健保藥局在這邊殺東殺西的，那到時候的話我們可能拿到的價格是偏高的，結果去健保申報的時候，是不是高於健保價，變成說我一顆藥出去可能要賠好幾塊錢，那他一個月出來，算一天一顆好了，就有28顆藥，那連續處方我們至少要拿到兩個月，加起來總共56顆藥，一顆要平均要賠個兩三塊錢，我問你你要還是不要？所以這上面就是一個我們目前碰到最傷腦筋的問題阿！就是有一些藥價早就高於健保價了，所以他在藥品上面管理上面是管理的亂七八糟，因為它的價格不是統一規格，因為醫院進藥多，所以他們後增的比例就高，他們中間拿的也就...能夠壓下來的那個成數就低，而我們卻是要拿到，因為我們不可能會有那麼多，所以它的價格不穩，所以他在藥品上面管理很爛，所以為什麼健保局他要抓這個漏洞就是抓在這裡阿！但是你不能拿抓他的洞，用我們這個洞來去補他那個洞，對不對？嘿！所以我們限在碰到的最大的問題就在這裡阿！很多都是高於健保價，然後再加上，還有那個廠商因為跟健保有合作的關係，很多藥品都在他的手上管控中，所以為什麼會有弊端？為什麼健保局的人會被罰？他們拿了多少錢要去問他們。

Q：接下來第六個就是，你認為建立醫藥分業政策效益有哪些可以評估的指標？

A：嗯~可以評估的指標，這個指的是哪個阿？

Q：就說處方籤的釋出率阿...

A：如果以處方籤的釋出率的話，在大醫院的釋出率是還蠻不錯的，我是覺得以全部來講，我們中部地區的話啦！做的最好的就是台中榮總，然後說真的做的最差的就是中國醫藥學院，只是說他現在勉強還好一點，他把健保代碼寫在前面了，所以多多少少還有，阿但是，「~比較起來的話，因為中國他到目前為止他沒有把處方釋出嘛！對不對？所以能夠收到中國處方籤的不高，他沒有辦法像榮總做到的那個處方釋出率那麼高，因為處方釋出率，我們可以看到榮總算處方釋出率很高，但是他的病人並沒有減少，反而增加各種不同的回流度，而且尤其再加上說，「~他們拿了榮總處方籤，來問我們之後的話，我們跟榮總的醫生有的時候的話都有建立某一些通道的關係，我們還可以轉介，你還可以再去找另外哪一科的醫生，然後直接在其他的地方再去看，但是中國就沒辦法做到了，所以反而而言的時候的話，我是覺得說如果醫院能夠把這個所謂的醫生的那種高標準的那種把他身段能夠放低一點的話，事實上可以達到更多互動的目的存在，但是到目前為止的話，只有榮總做得到，那中國呢！問號問號問號？？？

Q：那你覺得還有什麼可以評估的指標嗎？像處方釋出率之外，還有沒有可以評估的指標？

A：除了處方釋出率之外，應該還有再加上病人對醫生的那種可信任度，你會發覺說他都會直接固定去找這個醫生，因為病人他自己，他剛開始，譬如說他患有高血壓，或是患有什麼疾病的時候的話，說真的醫生他一開始只是用一種嘗試的方式，阿我去開這個高血壓，或是糖尿病你去吃吃看，你可不可以控制下來，但是你要給醫生一點時間嘛！但是病人通常他沒有這種...比較沒有這種時間，這間不好，我要來看另

外一間，看到7、8間的時候，沒有一間醫生是好的，因為你都沒有給醫生一個時間，去控制你的病情，但是他如果說他能夠有一個醫藥分業的時候，我們知道說醫生也需要一些時間，那病人吃了有任何問題，他不可能說我今天去看，明天再去看，後天再去看，不可能，醫生一定是說，阿我開個一個禮拜的藥，你吃吃看，但是他可能吃一天兩天他就不是很舒服了，但是他吃了不是很舒服當中的時候!他並不知道可能他是對這個藥吃了不合適，他並不知道，他只有...阿!這個醫生不好，我來看另外一間醫生，對!所以他會在那邊一直找醫生，那這個當中會造成很沒有必要的醫療資源的浪費，但是如果說他醫藥分業做的很好的話，是不是我們可以跟他講說，阿!這個可能你吃了不合，那你可以考慮再回去找醫生，另外給你做換藥的動作或是什麼，也給醫生一段時間，然後這樣子加強病人的信心的話，是不是在這中間就不會造成很沒有必要的醫療資源浪費，這是我覺得說這個醫療資源浪費當中是需要去做到的，這樣的話我們把這塊區域的話，可以分到其他地去的時候的話，大家都可以獲得更好的醫療品質阿!對不對?這就是我覺得應該要做的阿!

Q：那你還有想到什麼評估的指標嗎?

A：嗯...評估的指標喔!那接下來應該就只剩下說，如果很多地方的話，醫生跟藥師彼此之間都能夠...應該來講的是醫生有些地方都可以放下他自己不同的身段的話，或許可以創造雙贏的地步阿!但是以目前來講的話是互相牽制阿!沒有辦法做到雙贏，所以說真的最可憐的是什麼?最可憐的就是病人阿!尤其他收費標準不一嘛!阿我想大概一般我們都可以知道一件事情反正就是說，你一個看感冒的時候的話，你在診所可能你要花到兩百塊錢才能夠解決，但是相同的病症，相同的藥你拿到區域醫院或是教學行政醫院，沒有五百塊錢下不來，對不對?為什麼會差別那麼大?這就是說健保局他要讓你去小病要看小診所，那大病的時候就藉由他們去做轉診的動作，所以我覺得說這是一個非常好的，但是病人他沒有辦法去接受什麼叫做轉診，那也就是代表說，可能基層的醫生、可能診所的醫生，自己可能要去加強某一方面不同的...那種他的水準跟病人的互動關係，然後這樣我們是不是才能去做一些不同的這種...就是層層推上去，這樣對大家會比較好一點，不用說一大堆的小病痛小感冒，全部擠到大醫院，結果在那邊的大醫生全部都是屬於開刀、動手術的醫生，天天都在那邊看什麼?每天都在那邊看那個小病小痛的，對不對?阿小型感冒的，對不對?阿一點點有痰的，這個是不是沒有益處，反而，他那麼大的醫學中心他的目的是用來做什麼?他的目的譬如說你有肺結核的，或是真正有什麼大型疾病的，那是不是我們才要用到醫院的一些設備，這個時候是不是留給這些病人，會比較好一點，就減少他一些沒有必要的浪費，所以這就是要建立起來的阿!

Q：最後，有沒有任何與醫藥分業有關的想法、意見?

A：還需要努力，只能講革命尚未成功，同志能須努力。

Q：還是上面有還需要補充的?

A：一般而言差不多就這樣，因為以西藥而言的話，是已經達到一個程度了，但是到目前為止的時候的話，很好玩的就是說，在中藥的分業上面還沒有，而且中醫師很可憐的就是說厚!被打壓的很可憐，而且中醫師幾乎阿，現在你看倒的倒、死的死、逃的逃阿!所以他現在在中藥上面他沒有辦法建立出一套很好的制度，所以你看中藥放出來的比例幾乎掛零，對不對?所以西醫的多少來講已經有一套標準在那裡，但是在中醫的部份，畢竟來講我們還是有很多是屬於中醫的部份阿!但是在這中醫的部份目前都還掛上一個好大的問號，因為藥還沒出來阿!就是這樣，所以他的中藥的處方籤，你到目前為止幾乎看不到，所以他在中藥上面的話，可能他的醫藥分業可能還需要有待加強，因為他目前只有做在西藥這一塊，中藥和中醫方面還是一個大問號，還做得亂七八糟的，對不對?不能搞到說中醫全部通通都一堆推拿師在那邊給人推拿，對不對?那中醫師淪為當做復健師，那你...你在幹麻?對吧!就沒有必要了嘛!對不對?所以有些地方的時候的話，西醫有他西醫的好處，中醫有他中醫的好處，所以我是覺得中藥跟西藥這兩種，應該是屬於互相搭配的，但是以目前來講的時候

是因為說西醫他的那個立委的後台比較強一點，所以他們這邊呢，他們那個被刪減的就會比較少，那中醫呢！歹勢！人數少，弱勢團體，所以是屬於被打壓的一群，所以幾乎都是掛零的那一種的阿！尤其，像我們學校來講，中醫系出來是不是沒有問題，但是你如果學士後中醫呢？完蛋了，全部都是掛零的阿！所以這兩個還是有差距存在的阿！非常大的差距的阿！那你把這些醫生都用來幹麻？所以這些醫生都淪為什麼？你只要去看一下的話，幾乎都是什麼？幾乎都是你給人家針灸的阿！幫人家推拿的阿！對不對？阿其他的大目的咧？幾乎都是掛零的，所以我覺得這個上面的時候的話，在中藥上面的話，應該還要再做另外一層加強在，對不對？畢竟來講有些東西還是得要弄中藥來去做輔助的話，有些事情、有些病的話，可能會達到更好的療效，所以這個就是可能還要去再努力的地方。

Q：好！謝謝！

A：這樣可以嗎？我知道的我都告訴你們了。

《藥師四》

Q：請概述您對醫藥分業的認知。

A：醫藥分業本來就是說專業的分工、合作，比如說醫師主要他的專責是在診斷跟一些處置的部份，那我們藥師的部份主要是在協助醫師對於藥物方面的，比如說他處方之後他的問題的確認，然後還有就是一些評估，那就是因為各自有各自專業的部份，當然醫師對藥他也懂，很多藥師會說醫師不懂藥，其實事實上他不懂藥他怎麼去開咧？所以說他也懂，但是他懂的情況之下，就是說可能在瞭解的方面，不像藥師這麼的專攻，那就像藥師你要對藥品瞭解之後，事實上我們對大致的診斷知道，你不曉得這個藥是治療什麼病的時候，你怎麼去瞭解說醫師開的怎麼樣，所以我們那個部分我們也會懂一點點，但是事實上我們的跟他的還是有些差距，我們只能做check的一個動作，所以說醫藥分業來講，我的認知本身就是醫跟藥是分工而合作這樣子，那事實上整個醫療體系不只是醫師跟藥師的分工合作，包括醫檢、包括放射、包括護理等等這些，就像你醫師覺得說這個人需要換藥，難道你醫師自己去換藥？所以有一部分照護是交由護士、護理師、藥劑師，那有一部份會交由放射師、檢驗師，所以他就不用，那醫師只要看得懂檢驗報告就好，所以他就不用去操作一些...等等，所以事實上這個東西我們現只把醫藥拿出來談，但是事實上是整個醫療體系的分工合作的態度，這個才是真正的醫藥分業，我個人的認知是說這樣子，大家是一個group、一個team work的方式，然後醫師是個leader，他去診斷之後他下了各種處置，然後由下面的各個專業的來幫他，提供他適度的一些資訊、參考，還有就是幫他check他下的處置是不是有一些我們所認知到的明顯錯誤，像藥物的話是不是有交互作用，是不是有記憶的錯誤，因為人一定會犯錯，而我們常遇到的一些問題是，醫師可能在key單的時候寫錯，比如說QD的藥物打成QID，一天一次他打成一天四次，那一看到這個劑量不對的時候，必須馬上能夠請他做修正，避免患者因為我們的疏失，然後而造成一些傷害，而且像我們曾經聽說過有的醫師是，有的藥名字很像，例如G藥跟P藥，我們看到他的診斷是更年期症候群，但P藥是用在抗過敏的，那我們就必須在確認說你的診斷並沒有過敏的診斷，但是為什麼有開過敏的藥物，是不是有其他的原因，那所以說這是在醫藥分業上面可以達到，而且目前的話，民眾的就醫習慣，我們台灣的那個就醫的環境不像國外，國外的話他是那個家醫制度做的很好，在美國的話你要去看病，第一先看你的家庭醫師，之後再由醫師轉介到各個科別，但是你要在外面看耳鼻喉科，然後心臟內科的診所到處林立，民眾是真的要去看那一科嗎？不見得哦！所以說他可能有，比如說我們這邊常遇到的，有些人就是像他腰閃到了，去看骨科，然後牙痛，去看牙科，同一時間發生的，那兩個醫師同時都有開藥出來，那都用同一個藥物，但是用的藥廠不同，就長相不同，那因為我們現在的健保ic卡裡面用的藥品並不紀錄，因此醫師不曉得彼此用什麼藥物在

裡面，就會造成重複用藥的情況，那如果說他是拿到我們社區藥局來領藥，像我們石岡這邊是比較特殊的，我們石岡這邊就只有我們這一家藥局，所以我們大部分不管他們在哪裡拿的處方箋都會在我們這邊拿，那我們就會知道這兩家有重複的，必須要key掉一個，比如說某某醫師他已經在哪裡紀錄，就可以cancel掉，那這樣子的話我們就可以減少藥物的一個浪費，原本兩邊都開的，少掉一個就少掉一次浪費，那這樣子的情況之下我們的健保是不是就有用？然後也會讓民眾比較安心，但是如果說像現在，有很多醫師就會想：阿我在我的診所裡面有聘藥師就可以調劑藥的話，這樣子的醫藥分業來看事實上這個問題沒辦法解決，因為在A診所的A藥師在調劑，B診所的B藥師在調劑，彼此看自己的處方單是OK的，沒有問題，但是兩家一起出問題，那請問哪個藥師要負責？所以這個問題就出現在這裡，那像我們昨天有一個患者他的家裡要我們調出他從去年一月份到現在的所有用藥紀錄，所以我就把他有在我們這邊領藥的處方箋的紀錄全部調出來給他，讓他交去給他的醫師，如果他原本是在中榮看心臟科，在中國看腸胃科，然後現在他想歸納在同一家院所，就不用這樣跑來跑去，只要在衛生所這邊處理就好，那衛生所醫師因為不知道他在其他院所拿的藥物的時候，他會來我們這邊調他的藥歷檔，我們把他的藥歷檔印出來之後交給醫師，然後他就可以知道他再哪一家他的藥物使用的變化，他就可以很清楚，這個才是我們要的真正的醫藥分業，然後我們的藥師能夠在地，然後我們要能夠讓民眾信任我們這邊，然後可以讓他的安全、健康上更多一點保障，這是我們的需求，當然很多人會覺得說我們是要去爭那個錢，當然錢是一定要爭阿，但是事實上我們努力讀書就是要為了這個，像最近醫師又在吵要讓那個例外調劑的部份，就是說萬一他請不到藥師他就可以自行調劑，所以我們捫心自問，現在醫師的ID註冊權原本就是有，護理師有，現在被醫師拿回去了，那你去醫院是哪一些醫師在幫你打ID？還不是一些護士在打？他只是要把錢收歸自己，然後還是給別人做，他並沒有那麼多的空餘時間去都做，只是他習慣全部交給我，再由我來統籌分配，他只是要而已，他只是書讀的比較高，所以講的比較冠冕堂皇一點，事實上在他以前的話，調劑權什麼醫師都有，那之前診所，在醫藥分業之前，哪些診所聘藥師？我們剛畢業的時候，一個月的薪水才一萬多，拿licence才一萬四千塊錢左右，那你讀那麼久的書，像我有一些同學他們讀完之後他們不當藥師，他去就去考復健師，再去考其他的，甚至去讀...因為這個行業就是薪水太低了，甚至以前租牌一個月才兩千塊，但是現在我們醫藥分業之後，造成我們的薪水會往上調，然後就是說開始大家會要加強在我們臨床上面的知識，因為之前我們藥學教育是希望在製藥、藥品製造方面，所以藥劑學很多，你學的都是製藥方面，我們在臨床上面的應用較少，最近幾年才慢慢過來，所以在醫藥分業上面，我的認知就是，大家是專業的分工、集團的合作這樣子。

Q：你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議，對於現在的？

A：目前醫藥分業的優點...事實上...以目前的雙軌制來講，他的優點，如果說勉強說的話...民眾方便，符合他的之前的習慣，因為我在這邊看病就直接拿藥，不用到處去找領藥的地方，這是他的優點，是說方便性，符合那個方便性，那其他的我倒的覺還好，對...就是說沒有什麼其他優點，因為是屬於雙軌制，所以你在醫院就在醫院拿，你在診所就在診所拿，就剛才我講的就是說，A拿A的，B那B的，重複的時候就...我們剛才談的重複用藥就是這個樣子，但是他的優點在於方便性，我看完病可以直接拿藥，這是符合現在民眾需要的方便性而已，我認為醫藥分業，目前，是這個樣子。

Q：那缺點，現在制度上你覺得有哪些缺失這樣？

A：缺點的話是說目前的制度造成目前一般的藥局不敢備藥，怎麼說咧...因為...嗯...因為他在各自的診所領藥，那處方箋釋出量的話就少了，那少了之後，我今天我備一罐藥要一千顆，問題是我可能用到他過期用掉二十八顆，對不對？那...剩下九百多顆就要丟掉，那錢健保給付嗎？

Q：嗯...自己吸收...

A：對，那問題是我們的藥事服務費才四十五塊錢，你吸收的了那麼多嗎？這個是一個缺點，第二個就是說，在於目前的話我們並沒有...在格式上面，處方箋的格式上面並沒有要求，他們要求的東西是一個不是很重要的東西，那...再我們藥品辨識上面我們會有一些困難，比如說醫師的處方箋他們並沒有強制要求要印出健保代碼，那所以說他寫的是寫某個藥，但是我拿原廠的時候，客人說發現我們拿的是錯的，因為他用的是台廠，他寫了原廠但是給的是台廠藥，那我們收到處方箋我們根本不曉得他們內部是怎麼搞的，所以我們很困難，那再來就是說，因為收到的單少，大家彼此的收入少，你沒有收入你敢投資嗎，對不對？我一台包藥機二十幾萬，對不對？阿然後我們一套電腦軟體申報系統也要好幾萬，然後電腦，而且電腦的汰舊換新率很高，然後這你要申報，然後現在我們藥事服務費最近偷偷有隨...浮動，之前我們得到的認知是說從公會進來我們的點值是1，那最近他們幫我們打高，那問題是我跟藥廠拿的差別...呵呵呵...我的人工，我請的藥師還是一樣多，那相對的我也比較...如果說他真的是有能夠...還有說他現在的總額分對象的話，還是對藥師是不利的，目前的制度對醫藥分業是不利的。

Q：總額制度下？

A：因為我舉例來講好了，慢性病處方的釋出，那之前很多醫院他們像藥總他們很樂意的釋出，那他想說我釋出了之後，我藥已經拿去給別人配，然後我沒有賺到藥價差對不對？我少藥價差的收入，我少了藥事服務費的收入，那我醫院裡面的藥師可以減少工作量，他可以做更好的服務，但是後來他又發現，他拿出來外面配，帳還是算在他頭上...

Q：算在醫院頭上？

A：對對對...從他的總額裡面扣掉，他想說那...今天我釋出出去結果我沒有賺到藥價差結果帳還從我這邊扣，那我幹麻釋出？對不對？所以藥總現在就萎縮了，就縮掉了...那所以就是說，我們一直在吵說，藥品要獨立總額，藥品這一塊要有一個獨立的總額，這樣我們才能夠比較服氣，而且就是說你釋出來，就是說因為他的藥費太高所以他才要釋出嘛！而且釋出你又算在他的頭上的話，他並沒有減少他的藥費的話，那干脆我自己來就好了，我還可以賺到藥價差，還可以賺到藥事服務費，還可以付藥師的薪水這樣子，那以目前的制度對醫藥分業是不利的，雖然政府口頭一直講說鼓勵醫藥分業，一直花大錢去做一些沒有用的廣告，但是事實上還是對釋出處方箋是不利的，而且它印象上，我們的感覺上，他並不像他嘴巴裏面講的那麼...希望醫藥分業的存在，因為現在主政者都是醫生，所以這一點是我認為的缺點。

Q：那建議呢？

A：建議當然就是希望我們的藥品能夠獨立總額，然後可以把總額獨立出來，像我們現在被扣的點值，我們的點值是跟醫師的診查費一樣，那那是他的診察費，跟我的藥事服務費有什麼關係？不同的東西你為什麼要給我跟他一樣的點值？如果說今天你給藥師一個獨立的點值，比如說你藥事服務費全省就是說少錢，那我們用超過了，然後我們就扣點值，我甘願！但是那些醫師的浪費干我什麼事？而且我們的點值被歸在他們那邊的時候他們都覺得我們在挖他們的錢，你懂我的意思嗎？所以說如果說能夠互相分開，藥師的一年就是說少錢，醫師的一年就是多少錢，醫檢師的一年有多少錢，各自有各自獨立的再去平均，然後你的點值是多少，而且比較痛苦的就是說，我們收處方箋，今天你處方箋來，來一張來兩張，我沒有辦法自行去控制，就是客人拿進來的，所以我們並沒有說要他的門診量就一直叫他掛阿，或者是說他們明明...比如說牙科好了，有的牙科他蓋一格可以看三次，有的科蓋一格可以看六次，結果他們民眾不知道，他每次來就給他蓋一次，他們才有這種機會，我們完全沒有，我們是有一張單子就有一張單子的錢，但是他們就可以拿我們的算在我們頭上，所以我是希望我們可以有一個獨立的點值，再來就是說我希望我們的IC健保卡上面的資訊可以透明化，比如說你已經有在A院做過什麼診斷，已經有下過什麼的處方，事實上我們的IC卡早就有這些功能，我可以從網路上直接調出他的X光片出來，不用再做一次，那個浪費在

這裡，你到榮總做的檢查，到中山他說拍謝我們要從做，你知道那個核磁共振什麼的，推進去又出來要兩萬，那如過說這些東西可以互通的時候，而且健保局去強制說，別人那邊有做，那你就必須上網從他的資料抓下來，那你就可以做依據的時候，那這樣健保費用才會省的下來，我就覺得他們很奇怪，這種東西他可以大量省錢的他們不幹，因為這牽涉到太大的利益關係，然後一直往我們的工錢上面，往我們的工錢上面去扣，那講實在話，像我們藥師好了，現在普遍，像我這邊算多了，我這邊一個月處方箋大概一千八百張左右，在台中縣除了一些基層的藥局以外，我們像我們的獨立藥局能夠接到一千多張算很強了，但是問題是一張四十五塊錢，你兩千張才多少？九萬塊，對不對？然後還要扣稅，還要扣一些有的沒有的，那我還請兩個藥師，請問我夠付他們的薪水嗎？對不對？連我包的都要給他們，呵呵呵呵呵呵...我的錢只夠付給他們薪水，那...你說要...大家一直在講說藥局業為什麼不長進？我是因為一些外場的其他東西，你看我們賣的一些什麼有的沒有的奶粉尿布什麼都有，我必須靠這一塊來補阿！不然我的錢給他們我們薪水從哪來？又要做到好的service，然後...但是問題是沒有所有的藥師都可以做到像我們這樣子有這個機會，指能靠一些外場什麼的，所以很多學生都覺得說奇怪為什麼這些藥局的藥師為什麼都這麼的不專業，那麼不務正業，厚~對不對？就是說你要賣食品賣奶粉這些，事實上我們就是因為這一塊養不活我們自己，我們東西可以給我們正常，但是他們每個月處方箋只有兩百多張，那...兩百多張一張四十五塊錢一個月可以多少錢？九千多塊，他那邊兩位藥師，那請問夠付他們一個人嗎？連藥價差一起算進去也不夠阿！因為藥師的薪水多少你們也都大概都知道啦厚...

Q：就有提高，

A：對阿，四、五萬塊錢跑不掉，那...所以說我們是希望他能夠第一個獨立總額，第二個單軌制，除了醫院可以(雙軌制)，診所...不要，診所就讓他釋出，釋出這樣子，然後對於某一些你真的是實在沒有藥局的...偏遠地區，才給他做這個由醫師可以親自調劑，然後鼓勵我們藥師可以過去那邊...開業，那其他的主要是，例如說台中市藥局不是比林皆是嗎？對不對？那我單子多的我就可以去...我就敢備藥啦！我敢去備藥而且再來就是說我們的替代原則，替代原則我是覺得說要修正，因為如果都是原廠藥，他使用原廠藥的話醫師他可以蓋不可取代，因為這個要是他發明的，他的藥效是...最好的，那其他的你的學名藥的話，隨他做的...可以會差一點點，但是目前我們實際用它是相差不大，但是現在醫師的話...他一直蓋這個不可取代的情況之下，你知道我光一個普拿疼我要備多少種嗎？我目前光是備同樣成分的藥，我備了十三種，那每一種你都只用二十八顆丟掉九百多顆，那這樣子你撐的下去嗎？

Q：就不敷成本。

A：絕對不敷成本，所以就是說他是原廠藥可以蓋不可取代以外，其他都可以替換，這樣子我們才能都夠...比如說我備一個原廠一個台廠，這樣就可以了我不必備那麼多種，我不用...譬如說我現在某個要就備了十種，十種，然後阿斯匹靈什麼的就七種，那...我現在店裡面藥總共大概一千三百多種，但是是因為這個佔幾種，那個佔幾種，造成備藥的困難，所以這就是我在制度上的建議。

Q：實施醫藥分業後您覺得與醫師之互動情形如何？

A：我們這邊是比較好，我們這邊是因為地方小，然後...我們這個環境，因為我們跟醫師的互動的話是因為...我們剛開始...原本我們石岡鄉就只有一家院所，然後剛好在九二一地震的時候...你現在看到的房子全部都是新蓋的，那...那個時候所有的房子都倒光了，然後那個時候我的店算還好，只有稍微傾斜，然後我們就把店關起來把藥翻一翻搬到衛生所去，就是有那種...緊急醫療的服務，然後在那邊支援...大概快兩個月，就住在那邊然後負責半夜的、晚上的調劑工作，然後那段時間的話就跟衛生所所有的同仁、跟醫師，就因為是一起共事，在加上病人都熟，所以在溝通上沒問題，在跟醫師的互動上...在在地的互動，如果新的醫師進來，然後我們就良性的跟他互動，事實上要跟醫師溝通的時候你必須要了解他們的狀況，很多藥師跟醫師合不攏，就是因為

只站在自己的立場去看事情，那...像我們在跟醫師討論的時候，像我們那時候跟我們隔壁的醫師...他也本來想自己請藥師阿！然後後來我就跟他講說，你請藥師誰要付房租或者是儲備藥？因為在...他跟進來...那時候民國九十三年當時，那時候診所的藥師的固定藥事服務費是二十一塊錢，然後他的日劑藥費，就是三天份的藥費是三天份就是七十五塊錢，那我們藥局的話是藥事服務費是三十二塊，然後我們的日劑藥費大概是九十塊錢，就是說因為我們還要付房租費，要高一些，然後我們...他如果釋出一張處方箋他可以拿到處方釋出費二十五塊錢，那我就跟醫師講：「我評估你一個月大概九百張處方箋，就算一千張，他在診所如果不釋出才賺多少？兩萬一，但是他要請藥師來定三診，一週二十診的話，那藥師的薪水大概就要七、八萬，那你這樣子的話你才領到兩萬一的藥事服務費然後你還要再賠掉五萬塊錢，然後連藥價差都賠進去大概都還不夠，就可能侵佔到他的診察費裡面，那如果說你釋出給我，他不用備藥，沒有庫存的壓力，沒有資金的壓力，少掉管理的費用、的時間跟麻煩，那他還可以拿二十五塊錢，後來他算一算...比較划算，所以他就釋出了，所以說我們這邊...他很樂意釋出去，因為我們了解狀況，我知道他內部的狀況他可以申請的費用，然後就是...之後...你在跟他談的時候就是必需要有一套邏輯，然後之後我們當然要表現出我們的誠意，他的備藥，比如說醫師他要用哪一個廠牌，有指定的我們就不更換，因為這一點是為了要避免醫師牽拖，病人如果藥吃不好就跟他說這是醫師開的，他喜歡用哪一個廠牌就講我就全部都照著用就好了，阿用不好是你家的是不關我的事，呵呵呵...對不對？所以...所以現在很多醫師都會我說我們藥局都會換藥，但是現在我們變一個原則就是，處方箋收到，不換藥，所以我們才會被那麼多不同廠牌，如果我收到台大，我就用台大的藥，收到長庚，我就用長庚的藥，這樣子，所以在互動的情況上是...目前是我們這個地區還好，但是在其他地區，因為醫師跟藥師的互信程度不夠，因為怎麼講，醫師跟藥師...醫師他會怕...藥師斬他後腿，感冒藥配一配...不用，處方箋就在這邊改變就來我這邊直接拿就好了，醫師會怕這個，因為他釋出沒有了，他就剩下蓋一格三百多塊的診察費，阿可是我們藥師還繼續這樣子弄的話，他就沒啦！所以他不敢嘛！對不對？然後再來就是說，他們還有一些他們因為健保因素他們所造成的困擾，不能讓人知道的一些困擾，所以說他...沒有辦法跟藥師開誠布公的談，而且不是每個藥師都...懂得這些東西，尤其是一些剛畢業就去跟人家談這些，那絕對談不攏，吼...我舉例來講，胃藥不給付，對不對？感冒藥不給付，但是醫師他要不要看？要...他要開的時候，他如果拿出來他就變自費啦~但是我自己處理的話，反正我三天份就是報七十五塊錢，那只要成本是在七十五塊錢以內，那我就給他就好啦，我幹麻報？所以你會拿到處方箋是三顆藥，但是事實上拿到的藥是五顆，你懂我的意思嗎？他把一些不給付的藥物或者是容易被核刪的藥物，比如說像一些抑制胃酸分泌的藥物，依健保的規定，他是必須吞胃鏡，才可以給付，那...你看個感冒，又說我胃不好，我要加一個好一點的胃藥給你，你還要再吞胃鏡嗎？很痛苦捏，你要抹麻藥還要什麼的，開個三天藥而已還要吞胃鏡，那不是送你就好了，對不對？那我送你的時候我就不申報，那...就不會紀錄在處方箋上面，那我問你不記錄在處方箋上面那釋出的時候那外面要怎麼給？

Q：就照上面的...

A：就三顆阿，但是再醫院拿你拿的就是五顆阿！那你這樣怎麼釋出？對不對？這就是現在健保只給一些不合理的一些病，讓醫師...逼的醫師必須這樣做，然後...他這樣做的情況之下就會...就是因為...講一句難聽的，說實在話就是，因為診所的每一張處方箋是一張一張的作文，他們有分內外，給健保局看的就打一個簡單的小感冒，然後只給一顆普拿疼，這樣就不會被核刪啦！對不對？但是這樣還是一樣申請七十五塊錢，但是我給藥可能就給五種，但是他實際的病不是這個，那...所以他基於這樣變成一張一張的作文的時候，他敢釋出去嗎？

Q：不敢...

A：這就是醫藥分業很困難成功的原因，所以醫生有很多不敢讓人家知道的東西，所以...

他會講的很好聽，說阿...我們怎樣怎樣阿，事實上...真正的原因在這個，改天如果你去看病，你注意看你的處方箋。

Q：就是談話的內容跟開出來的東西...不太一樣...

A：不一樣，對...那因為那個是...他們被刪怕了，被健保局亂砍砍到會怕，所以他必須用作文的方式，把它做出來、美化，之後再送健保局，這樣他才不會再被砍，我已經藥都給你拿去吃了，我錢都花了你還要把我錢扣掉，那我怎麼辦？我錢都已經給他吃了阿，東西都已經給他吃了阿，阿你還要把我扣掉不付我錢，那我成本...還是我要付阿，所以這就...在互動方面，就是說我們藥師必須要了解一些醫師的東西，在互動的時候，他知道你聽的懂，你了解他的痛苦的時候，才要跟你合作，才...有可能，然後在某一些部份...不太嚴重的狀況之下，我們可以去配合，但是在某一些專業的部份，我們藥師要把持住，跟他說他這個東西不對，我們必須要聯絡馬上通知他修正的時候，必須要馬上...修正，不要說不想去講，蓋那個章蓋的時候，很多責任就在我們身上，當然現在目前...就是醫師的互動外，還有就是我們社區藥局的形象，還是參差不齊...像我們的藥局我們還滿自豪的，至少我們還看起來是窗明几淨、乾淨明亮，那我們的藥師...我們的都是藥師服，然後我們的...所有的標示都是...雖然說我們才剛搬來兩天，但是我們已經在做各種標示的作業，那...我們的藥當然是符合醫學中心的十七項規定，一般藥袋的話，最少是符合衛生署的十三項規定，那我們都符合但是並不是所有的藥師都符合這樣的規定，因為像你去看看有很多藥局...裡面燈也不打...藥師穿個背心、穿個拖鞋穿個短褲就在那邊，這種很多，阿所以就是因為形象上，還有就是有一些的民眾不了解藥房跟藥局的差別，有牌跟沒牌的差別，所以藥房有很多的形象...像一些老的藥房的形象就被冠在我們的藥局，有沒有專業藥師在執業的場所...因為民眾的認知，藥房跟藥局是一樣的，那當然很多藥局也長的像藥房一樣，所以我們在外面看的時候都知道，阿所以...我們是希望我們能夠加強我們的形象，這樣就可以讓醫師對我們的信任度更好。

Q：好那第四個，就是您對醫藥分業處方箋釋出之看法？

A：當然是贊同阿，絕對是贊同，因為...就剛剛講的，我希望他的制度改為單軌制，就是絕對釋出，只有釋出的時候才能透明化，為什麼會透明化咧？因為假設他今天在醫院裡面...他...藥開錯了，出現醫療糾紛，所有東西全部存在他那裡，然後就會找你們醫管系的來打...呵呵呵...然後改一改就會說我們的處置一切合法，一切合乎程序，那程序都是你們在寫的，診斷是你們在寫的，民眾都不知道，對不對？但是他一釋出出來之後，我們就有一個依據，我拿的這張是...心絞痛，結果裡面給我改成別的藥，那兩個是不同的，那我就可以有證據說...你改了，那一般民眾，我們要跟醫院提出告訴，才會有一些依據，那...所以釋出處方箋對民眾來說...是比較好的，所以我們認為今天這個處方箋是...民眾的，我可以選擇到我信任的地方去調劑阿，我可以選擇到我最近、方便領藥的地方去調劑等等這些，所以...我們是認為就是說處方箋釋出我們是絕對贊成的，但是就是說一些配套的措施，配套措施...希望他給我們一些...更好的規劃，目前他們的配套措施是沒有...沒有做到，比如說他們要求我們做一些藥袋標示，那我請問你警語的部份，有很多醫院就只有寫...服藥過量，有害健康，那哪叫做警語阿！阿有的藥會寫吃這個藥會頭痛會有...寫一堆，格式不同的時候，他在藥總的時候警語長那樣，在我這邊的警語長這樣，阿你的藥是不是一樣？所以說這個標示是不是可以統一化？你做一個統一的警語，你到哪一家醫院拿的藥同一顆藥警語都一樣，政府弄比較方便，要我們一下弄出七八千顆藥的警語我哪弄得出來？對不對？你政府有經費、有專家有學者可以弄出一套系統，出來然後可以供給各家醫院灌在他的電腦裡面，然後還有一部分出來，這個東西是可以由政府主動來做的，這樣子的話他釋出出來他才可以知道，阿還有就是說我們處方箋...格式可以統一化，不是說大小上的格式，不是說他的標示比我們整齊，要統一化，你就規定全部都要有健保代碼，讓我可以方便在電腦上查，這樣的話他釋出我才可以...不然的話我拿到處方箋...實在不曉得怎麼做，如果同一個藥有兩種劑型，但我們健保規定是要同成分同劑量還要同劑型，

才可以做取代，你如果交來一個定劑，請問你要看哪一個？然後回去醫生就說：阿那個藥師厚沒有調劑的能力，阿這一點我就很生氣，是因為他們故意讓你沒有那個能力，沒有辦法去辨識，不一樣的我們有辦法辨識所以造成我們的困擾，所以這樣子他們就會故意 key 錯，他們會少 key 一個單字然後沒有健保碼，都是品牌不對，因為不同品牌長相不同，看起來可能圓的扁的不一樣，對不對？那他寫的明明是乙，然後給的卻是甲，所以我們是希望他的配套能過做好一點。

Q：好那下一個，就是醫藥分業在藥品管理上之成效？

A：事實上就是剛剛講的如果說醫藥分業做的好的話，在藥品使用上面的浪費會減少，那再來就是那個...我們藥師的教育訓練做的好的時候，在那個民眾健康的維護會更好，就是包括教育訓練、包括什麼等等這些...可以做的更好，比如說他現在針對哪些情況使用健康營造指標，跟哪些藥師搭配，但是事實上台灣民間中藥、草藥、食品等等這些，跟藥物的交互作用，在台灣這方面的研究比較少，所以不是我們不願意提供這個，實在是我們要找到這樣資料的機率...太低，所以...有點困難，那...管理上面的話，就是說我們所謂的管理是...在於就是說健保的藥品費的支出的話，如果能夠做到醫藥分業的話事實上可以減少很大的支出，就是剛剛講的重複用藥，或是我剛剛說的情況，所以減少很大的支出，那...在於我們的藥品管理方面是...滿有困難的，就剛剛講的就是說我怎麼去備齊所有的藥物，我們一家藥局只要拿到一張處方箋就是來者...不可以拒，就是不得拒絕調劑處方，重點是那麼多的藥我怎麼找，對不對？然後如果不可取代，然後政府又不提供...我們事實上都不希望他們講說我們在賺藥價差，就是所謂的藥價黑洞，那我們希望...乾脆你有健保價對不對？你全部用健保價給我，我完全不賺你藥錢，然後你統一採購，然後我要什麼藥我直接跟健保局申請，我寫條子跟他申請，一次申請就是一百顆、一百顆，對不對？就寫我要多少，這樣子的話我就認為是最好的，但是他又不幹，又說我們在賺藥價黑洞，然後那為什麼你又不幹？自己收回去做，然後我們集中申請，然後我們的申請來的藥我們一律用健保價支付，完全沒有藥價差，那那個藥費就不關我們的事啦！但是他又不願意做，而且像我們藥師又一直被講說在吃要價黑洞這一塊，我們也覺得滿不服氣的，因為都是被醫師吃去了，在診所醫院都是醫師吃去了，那我藥局我們的經驗少，因為我怕我們一次叫一萬顆只用掉二十八顆，那我怎麼賺？所以我們叫的價格都是接近於健保價，阿接近健保價...健保價是由健保局所給付的，那...定價是藥廠定的，我不可能說你要賣我兩塊的東西我要你賣我一塊，那中間的價差...兩個...條件都不是我自己定的請問中間的價差...關我什麼事阿，而且處方箋是醫師開的，我也沒有辦法變動阿，他要我用這一顆我就用這一顆，他的健保價是 A，定價是 B，中間的價差是 A-B 來稍微補貼一下藥師薪水不夠的地方，所以他們就說我們在吃藥價黑洞，我是覺得他們...要把他們的責任往外推，因為他利用...利用民眾他對這一塊不了解，然後就把責任推掉，我是覺得...很不合理，如果你覺得要價黑洞那麼大，你們審查委員為什麼要把健保價訂那麼高咧？我是可以合理懷疑你健保局有什麼目的，你是不是有獨立廠商...這些，那你是不是可以查你內部的獨立廠商...什麼的，然後一直說我們在吃民眾的...的民脂民膏，健保都在虧本了然後健保局的員工還有四...年終獎金還有四、五個月，一個虧本的公司會這樣子嗎？哪一家公司可以領到四、五個月這樣？有就已經很不錯了...對不對？所以說他們...一直對外...發布這些訊息，然後陷...我們於不義，陷醫師於不義，陷我們於不義，其實我們是最...委屈的，就像我講的...剛剛我提到的就是說...健保價是健保局定的，藥價進價廠商定的，然後...處方箋是醫師開的，我們完全沒有任何一個環節我有改變的餘地阿...所以我們長期處在被動的狀態底下，阿再來就是藥品管理的部份，因為我們是處在被動的狀態之下，以我們的立場我們很難管理，因為我進來用然後用很久之後然後醫師換另外一家藥廠，原本他是開生 X 後來又換成永 X，那我是不是又該換成永 X？然後想一想又換成杏 X 的，然後我就必須要換成杏 X 的阿之前永 X 的就用不完，那...我們的管理上就會有困難，所以就是說如果說他不是原廠藥，我們就希望他可以讓我們自由取代，這樣我才不會...因為他每個他都用過阿，對不對？然後就

是...哪有什麼說...他都可以這樣亂換藥都 OK 然後我們換就說會影響到他那個...什麼什麼的，所以在管理上面我們遇到的困難是這個，我每個月都在虧錢，我每個月都在虧掉一萬多塊錢的藥。

Q：好，那下一個就是，您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：效益哦！處方釋出率是其中一個，但是之前一直在做這個處方釋出率所以早成一個門診量...就醫師自己開...醫師自己開的時候，釋出率很高阿，這個是從診所裡面換到診所旁邊而已阿，對不對？那根本是假的數字，然後其他的像我同學的藥局，一年收不到五張處方箋，那五張是他自己的...呵呵呵，他自己女兒去看...才有處方箋，所以說我們是覺得說一個客觀的...我們說客觀的你必須要把門前藥局踢除，雖然說現在已經沒有所謂的門前藥局這個名詞，在去年的...今年的年初已經解決掉了，因為我本身也被列為被告，我也被健保局告，因為我的處方箋收入比較多，阿他不管，因為你只要處方箋收的比較多...一堆人就被冤枉，我們一直自律於醫藥分業的...那個，然後我們做的很成功，結果你們告我們，你連看都不來看，動不動就發一個條子說...你要簽切結書，你要切結你的藥局設置...符合設置標準，那你為什麼不來看？你要我簽切結書我的藥局要符合健保藥局設置要點然後什麼規範什麼的，你為什麼不來看？你來看我有什麼缺失我馬上改，你只會發一個條子，問題是條子裡面的內容我不見得懂，我會誤會，像其中有講到乾手設施，毛巾也是乾手設施阿，只要把收擦乾你就是乾手設施，毛巾、紙巾這些都是乾手設施阿，萬一你今天來你說依定要烘手機才算，那我怎麼辦？對不對？然後調劑處所要...多少平方公尺，那請問怎麼量？我這樣量...夠阿，然後你來說你只認定這裡，他們...一直規避責任，然後...事實上我是覺得說醫藥分業的政策成功目前我們可以評估處方釋出率，還有就是慢性病連續處方箋的普及率，因為你一般...處方箋要釋出，事實上我剛才就提到很多的困難點，包括作文...一篇篇的作文，那慢性處方箋比較沒有這方面的問題，那如果說民眾有知道慢性病處方箋可以到藥局來領藥，然後讓慢慢他習慣到藥局也可以做這樣的服務，藥師也可以藉由接這個處方箋來提升自己的專業知識...等等，之後這個越來越普及的時候，那...我相信那個...醫藥分業要成功是不會太難的，因為很多藥師...講實在話，幾十年前的藥師他處方箋半張都沒收過，他看不懂，他看不懂的時候怎麼辦？對不對？那你慢慢讓他接觸之後，再加上你再持續教育，現在的藥師法規規定我們藥師要換發我們的執業執照，他...之前是完全沒有有效日期的，然後從今年的九月分開始，因為三月份公告，九月份才會開始實施，六年...他就到期了，你必須換證照，他換證照如果你沒有去換的話會失效，你視同非藥事人員，那你要具有...再合法取得證照的資格的話，你六年必須要接受 144 小時的學分持續教育，你要拿出學員證，那這樣子所有的藥師才會因此不斷的接受持續教育，不斷的進修，對有些新的藥物才會了解、接觸，這樣子的話，我們的程度不會因為畢業而停滯，不斷的往前的話，這樣子的話，水平會不斷的拉高，民眾對我們的信任度也夠，醫藥分業也就...成功，所以說除了處方箋釋出率以外，還有就是民眾對我們藥師的信賴度是不是有成長，在美國...我們一些藥師常常會講，美國的藥師的信賴度是怎麼樣，但是在台灣不是這樣，為什麼要拿美國人的東西來變成說是我們的這樣，有種就自己做自己的，我們的藥師在台灣的信賴度不夠高，出來之後，今年做明年做你有沒有往上爬？我讓你爬到...要到前幾名前三名的話，那醫藥分業要成功...就不會太困難，因為人都會有惰性，再來就是...壞消息不要太多，因為現在很多那種為非作歹的，賣偽劣禁藥的那種消息跑馬燈是二十四小時跑的，優秀藥師的消息放在小角落，然後壞消息都是頭版頭條，所以那種...永遠是沒有辦法的，你再怎麼做，一下就會被那些...你最很久...一下就會被趴~打入十八層地獄，這樣子。

Q：好，那最後就是有任何與此議題有關的想法或意見嗎，就是...可能上面有要補充的。

A：其實醫藥分業我認為要漸進式的，漸進式...因為醫師要習慣不容易，藥師要習慣不容易，民眾要習慣不容易，越是長久以來的生活習慣，就是這樣子，那所以就是用漸進式的方式，然後...有...配套的方式，因為配套就是說...你要求我們做這個東西，你就要把真正的辦法拿出來，不是只是喊一個口號，你要我們標示警語，你的警語應該

怎麼標示，然後再來就是說，醫藥分業現在...你的政府一直要求國際化，他們一直都在要求要雙語標示，吼台北、台大、像你們中國，現在都在做雙語標示，用法...什麼都用英文，問題是...我在鄉下遇到的，都是越南人都是印尼人，你寫英文...也沒屁用阿，所以事實上應該是真正的國際化而不是只是歐美化，我們政府很多的國際化都是單純的歐美化，所以我認為這是...不好的，那你也要符合這些真正在台灣大多數的...外國人，而不是少數的那些美國人或是那些歐洲人或是英語系國家的人，所以我是覺得說醫藥分業，漸進式...就是說你從慢箋...要求醫院...慢慢的釋出，比率的增加，因為現在要求12%，大部分醫院寧可...不幹，寧可...不要被發現所以他就不要釋出，那我們的調劑，包括他的評鑑，醫院他們的評鑑，你的釋出率多少、你的什麼東西多少，然後這些...讓他的釋出率增加，慢箋的釋出率增加，那大家開始...這樣才有實現的可能阿，他們...因為之前馬英九在當...市長的時候，他一聲令下...台北市立聯合醫院所有的醫院的慢性病處方箋全部釋出，那...你想想看，每一個月在台北市有兩三萬張的處方箋在外面流，那一家藥局...隨便要接個三五百張，是不困難的，這樣有他的慢箋不困難，如果說我們能夠...有上面有像他那麼...有魄力的，當然他們比較方便做啦因為集中嘛，那我們這邊...能夠鼓勵醫院...軍方系統醫院，這些可以牽制的先做，那...這樣子讓他持續增加，然後讓民眾習慣，之後他就習慣到我們這邊來領藥，久而久之他就會到我們這邊來，對不對？所以我是覺得應該...採...漸進式的方式，再來就是說像我們做的比較多的就是...所謂教育的話不是說教育下一代，因為下一代要接受新的觀念...我們現在都是...要拜託醫師釋出處方箋就像要他的命一樣，我們現在反方向著手，我們到民間去，向歐伊桑歐巴桑宣導，可以拿著慢箋到藥局領藥，他們只知道那一塊是慢箋，然後你那個慢箋的話免部分負擔是...一直對他洗腦，像我們這邊有些歐巴桑他在台北恩主公醫院看骨質疏鬆，他要求複診，叩叩叩叩累到要死坐車到那邊還要兩個鐘頭，拿到藥又要叩叩叩叩回來，往返的車程的時間、掛號費，在醫院領藥要掛號費，在藥局領藥是不用掛號費的，然後再來就是說他的時間還有他吃飯的錢...等等這些，我們...如果說能夠推廣的好的時候，讓他們習慣在這邊領藥，我們的社會成本就降低了，甚至空氣污染也會降低了...哈哈哈哈哈...這樣時間就可以節省，那還有就是說...像我們這邊還有就是說情況不對的，他...要出去...就要一個小孩子請假，就要去...那小孩子沒有工作的時間...醫院就不開啦，小孩子有工作的時間醫院開阿，但是他沒有辦法去阿，這些問題都是很大的...困難點，所以說漸進式的...讓民眾可以知道說可以來...

Q：然後...還有就是剛剛...我想問的阿...另外我想問的，就是你不是說會有很多藥嗎？你有遇過沒有藥的嗎？就是拿處方箋來然後沒有藥。

A：有阿，常常。

Q：那要怎麼辦啊？

A：我們請他稍待片刻，兩...天左右。

Q：喔~就是要等兩天這樣？

A：對，然後...因為我們現在有...幾個物流公司，然後我跟北部、南部一些藥局，我們有...有自己串連這樣，那...我們可以互相調，那目前我們這邊...除了供應我們自己以外我們還有供應潭子的廣X藥局，豐原的南X藥局，東勢的千XX藥局.....等，那因為我們的藥比較齊全，所以他們沒有會跟我調。

Q：喔~所以會互相流通。

A：對~我們必須要這樣子要不然我們會...會壓的很重，那我們跟高雄跟台北都有聯繫，然後再來一些物流公司，吼...那我們會想盡辦法...把它叫到，那所以說我們現在有一些患者，我們已經告訴他，我說你不要等到沒有藥那一天再來找我，吼...你不要等到你已經沒有藥那一天才來找我，你事實上可以提前把藥單拿來，你看完病你就把處方箋給我，然後給我之後你怕我弄丟你可以自己保留，我用影印機把它影印下來之後，我就可以有一個月時間來備這些藥物，然後甚至我們這邊有可以到另外一個服務就是說萬一你沒有空或行動不便或是交通不便等等這些因素沒辦法過來領藥，我送到你家

去...吼...我們會直接送到他家去，阿這樣子的話他就不會去...忘記領藥的時間，像我們之前我們是用日曆，我們收到他的處方箋，比如說七月一號他看診，然後...ㄟ他下次領藥時間應該是...二十八天嘛，那可以提前七天，那我們就可以在七月二十二號把藥包好，然後打電話通知他...ㄟ某某先生你的藥包好了，已經包好了然後有空的時候可以過來領藥，如果有困難在跟我講，我請藥師送過去或怎樣，阿如果他有出來或是說他小孩子有過來，下班後路過或是...就進來把藥拿走就好了，我們是做這樣子的...服務，所以說不用擔心沒有藥，然後過去我們會遇到一些問題是...要已經停產了，然後醫院還一直開，所以我都搞不清楚他們怎麼給藥？

Q：那這樣怎麼辦？

A：跟你講，那我們...也不能取代，我們只好打電話去醫院問，但是後來我們發現原來是...他們醫院的藥已經換了，然後他們的處方箋還是舊的，你懂我的意思嗎，他要已經換了阿我已經拿不到這個藥了怎麼他處方箋怎麼還是一直開？

Q：就是醫生開的問題？

A：對呀！你說...同樣這個成分原本是膠囊的，然後現在膠囊的已經被藥廠停掉改成錠劑，結果他還是開膠囊的，結果他醫院不管他膠囊還錠劑的他不管健保原則就直接給錠劑阿，就給錠劑但是因為我們收到處方箋我們看到的是膠囊就一定要給膠囊。

Q：所以是因為這樣才知道？

A：對~所以他們可以亂打我們不行阿，吼...因為法律的規定，但是有時候我們遇到也是滿困難的，這種東西已經停...明明已經停產了，你叫全世界都叫沒有你還一直開，這種就很困難，那沒有停產的藥你就會想盡辦法...去把它叫到，那再來就是說...我們現在遇到進藥最大的困難點就是，有些藥廠不賣你藥局，不曉得什麼原因他不賣你藥局，我舉例來講我們一個藥膏，我們叫他們跟我講抱歉這個我們不賣你藥局，除非你有收到處方箋，那我有收到處方箋但是ㄟ...我收到一張...一條藥膏的處方箋ㄟ，我要重新給他...他只肯賣給我一條，他說...不好意思翁藥師，我們一條藥膏不夠我們的出貨金額，我說那你再出一百條來阿，他說不行，那我就必須在叫...一堆其他的東西來，一堆沒有用的東西來放，然後他又不肯說...我叫個二十條來，我收到處方箋再給你，然後你再給我，他就不肯...我就覺得很奇怪說為什麼會這樣子，然後再來我們要連叫那一百部的空間來，然後才一張處方箋去，他才肯賣給我，問題是...客人要等阿，阿而且為什麼我要買這一條然後叫兩千多塊沒有用的東西來放？是不是，阿所以我們有受到這些不平等的待遇，所以...真的滿多的困擾但是...我們都盡量遵循，但是有時候實在沒有辦法我們會說服消費者...同意讓我們取代，但是我們在報的時候我們就是用我們取代的藥物去申報，避免有那種以A報B，被告的話我會吃上詐欺，我們還是要...但是必須是醫師在處方箋上面沒有蓋不可取代我們才可以取代，如果他有蓋下去我也不能改，我就不能動...連動都不能動，然後再來就是，我們辨識處方箋的問題，有的醫院他們還比較大...有網站我們還可以上網去查...他們的藥物，但是並不是每一家醫院都有，然後那些醫院都是為了要增加...他們的病患出來外面處方箋的滿意度，拿到...譬如說中山，台中中山醫學院，他...他們的處方箋...是不寫健保碼的，有時候甚至連院章什麼章都不蓋，然後...事實上它只給開一個領藥單，那個不是正常的處方箋格式，他拿來給我們說不能收，他說阿這處方箋阿，然後後來我是更換我要求的處方箋，然後醫師他發現他就說，他拿的藥比較差，明明我們就拿的就一模一樣的藥，他說我們的藥比較差，不曉得他是什麼原因是覺得我們去...擋到他們的財路，用盡各種方式來...阻擋，要不然就是他乾脆不開連續處方箋，然後要不然就是蓋...限院內調劑，可是我還是可以配，因為現院內調劑這個章是不具任何法律效益的，我們照配，但是...病人這樣怎麼想？

Q：病人就會看到。

A：對對對...阿所以他們就用盡各種方式來去阻擋處方箋釋出，然後再不然就是藥的名稱不完整，什麼東西寫的不完整，然後少掉醫事機構的代碼，少掉什麼東西，少掉病患的身分證字號，少掉病患的...的什麼東西，變成是不完整的處方箋，那我們收到不

完整的處方箋就必須要把不完整的部分補齊，然後由原院蓋章確認，因為你有修改嘛！我怎麼可能會跑到中山再去蓋一個章咧？所以他們用這種方式來鑽一些漏洞來阻擋處方箋釋出，在中部的話，澄清跟中山是最明顯的，中國的話...還不錯，我們這邊中國的處方箋...不多啦，但是...一個月大概十幾張，那我們一個月大概是收到...一百多張的慢性病處方箋，然後衛生所那邊大概可以收...兩百多張，然後現在診所這邊大概是七百多張然後再加上其他的...處方箋，滿多的。

Q：好，那大概就是這樣，謝謝。

《藥師五》

Q：首先，請概述您對醫藥分業的認知。

A：認知啊？就是...醫師跟藥師就是分工嘛，各有專業，那...就比照現在日本阿韓國阿他們都實施的很好，尤其是歐美，美國他們也都實施的很好，那就是台灣，雖然已經實施了啦，但是好像沒有落實，所以現在，醫師也依樣可以聘請藥師，在他的診所或是在他的門前藥局來...執業，嗯...這個認知我要表達什麼？我覺得這是對的啦！就是說各有專業嘛，那...醫師他就是對於病人的疾病的診治阿、診斷阿然後診療阿或者這個處方，但是藥這邊呢因為藥師也是有一定的養成教育嘛，他一定的那個專業的角色啦，他的社會責任...所以...嗯...他如果說在用藥方面...譬如說對醫生開的處方阿可以給予一些評估啦，然後甚至...就是審核他這個處方是不是合理的，然後替民眾...對這個民眾的用藥安全把關，應該也是一個...我是覺得這是...政府應該要大力推動的一個...制度。

Q：那...針對你剛剛講的那個制度阿，你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？

A：你說目前我們...

Q：對。

A：可能...目前...我們政府的立法好像沒有強制說醫師不能調劑，他好像...他的立法還是模擬兩可譬如說他在偏遠的地區他還是同樣醫師調劑，那...就是說他的法可能還要再更...明確，把他...把醫跟藥...兩個的職責把他釐定清楚，喔他...你要講優點、缺點哦？還是說目前的現況？

Q：可以先講一下優點，這樣。

A：優點當然就是...我剛講的嘛...醫師跟藥師各專期這個...專精的...他的這個本業，那對於病人他的醫療...照護當然會更有...保障，尤其是用藥安全這一塊，然後藥師呢除了在針對醫師處方箋查核這一塊可以有一點著墨、一點發揮的空間之外，他對於病人你也可以給他用藥上的一些建議，甚至你也可以當他的家庭藥師幫他做他...用藥的...追蹤，然後看他這些...服用藥物...因為每個人服用藥物可能會發生不良反應嘛，但是很難講，那如果說病人自己疏忽醫師也疏忽，他可能也不會察覺他用藥上的一些問題，然後他甚至還以為說...他是不是有一個新的疾病產生要不要給他加另外一種藥？我的意思是說，如果說...你有藥師來幫忙協助醫師做這一塊的話，那對病人也是最大的福氣，就是說...這是優點；那你說缺失，缺失的話...可能目前就是我們的...我剛剛講過我們的那個法，定的還不夠周延，可能政府還需要把那個法...擬定的更清楚一點，可能...目前的藥事人員，他對於自己專業的一些的知識阿，準備可能還不是...都普遍...普遍上那麼樣的...已經那麼其備說我已經準備好自己來...來幫醫生這樣子...可能還需要...尤其是社區藥局啦，對...藥師...因為醫院藥局藥師他們都有定期在做持續教育啦，那可能社區藥局藥師在這方面可能要再做一個持續教育訓練或者是專業知識再給他...增強，可能目前現況是這樣，那...事實上這應該是都可以做出來，因為...嗯...我看日本他們實施...日本啦韓國啦他們實施這樣下來，他們醫藥分業都已經百分之七八十，他們的執行率都很高，處方釋出的程度我們台灣都還不行，可能政府什麼在各方面再...再...再多做一點努力，或者是怎麼樣子的...這個...因為我也不是從政人員，我也不知道說...想想看，建議哦？

Q：嗯。

A：建議...因為我們...我知道我們藥業的團體也一直在跟...透過一些...民意代表啦，在跟政府...就是陳情阿，是不是相關的立發要周延阿，像很多法他們是從醫療法把他修的變成醫師可以...可以調劑處方嘛，那這方面的話...就變成政府在推行醫藥分業的這個，不是那麼樣的堅持，會收到一些專業團體的一些陳情或是什麼壓力阿...會被...左右。

Q：所以就...沒辦法很徹底這樣？

A：對對對...然後到現在還是...你看都已經十幾年了，還是李哩拉喇，處方釋出率也都很低，像我們醫院...只有慢性病處方箋可以釋出，那釋出率也大概只有百分之三十幾，所以也都...做的不是很好那...我們醫院還是公家機關，那別家醫院...更不要講了...根本沒有，都是...沒有辦法落實這個醫藥分業。

Q：好，那...實施醫藥分業後您覺得與醫師之互動情形如何？

A：嗯...在我們醫院厚...在我們醫院我是覺得我們跟醫師的那個互動非常 ok，醫師也非常信任我們藥師，像我們大概有十幾位臨床藥師都跟著不同的醫師去查訪，可能在加護中心可能在一些科譬如說免疫風濕科、小兒科吼腎臟科，尤其是那個器官移植的病，像這種病人你一定要給他用藥的衛教，那...這些醫師事實上都滿依賴我們的臨床藥師，因為他們事實上有對藥物方面的一些劑量啦或是什麼使用藥物的調整啦，或者是病人什麼樣的情形應該要怎麼樣去使用什麼樣的藥，可能醫師還不是那麼的了解啦，那...我們的那些臨床藥師他們都在某一科等於是專科...專科臨床藥師，他可能就是設定他的...讓他的 knowledge 讓他可以更 prepare，他的這方面的那個...對於他專科的用藥知識他就更清楚然後可以提供一師一些建議，所以很多醫師就是有藥物的問題就會直接打給藥局，所以在我們醫院就是這樣互動情形都很 ok，都非常好，那甚至有時候我們藥師沒有過去查房他還會打電話過來...「趕快過來阿或者是說處方...有什麼問題，用藥要怎麼調整馬上就打電話過來，尤其是那個什麼...藥物動力學方面，他病人有些要抽血量濃度嘛，那抽出來之後他濃度太高或太低他應該怎麼調整，才能夠讓他的濃度維持在他的範圍裡頭，然後對病人疾病的治療更有幫助，所以...我們醫院是...互動的很好啦。

Q：所以這個互動是在醫藥分業前就是這個樣子了？那醫藥分業後...

A：可是醫藥分業已經實施...醫藥分業是哪一年實施？

Q：應該是八十六年，因為健保是八十三年開始，然後沒幾年...過幾年之後。

A：八十六年才開始實施...我們因為一直都有臨床藥師制度啦！所以也可以說在之前就慢慢建立這種環境然後所以那種...那種...互相幫助的那種 teamwork 的那種感情大概就是越來越好，所以就是行之有年，對...

Q：因為我們之前訪問的...可能就是有些是社區，一般的藥局，他們就沒有說像醫院互動的...這麼好這樣。

A：他可能得去...像我知道有些社區藥局的藥師他們會去找他們那個社區的醫生、診所，就去說阿我可能可以跟你合作？假設說你...沒有要請藥師或者是你的處方...我可以幫你調配，然後他們就會釋出出來，我知道他們有一些是用這種方式，那...可能要看每一個社區藥局藥師他自己的積極程度，可能是不是要去找一些策略聯盟的...診所，甚至他們...之前在實施那個什麼...家庭醫師群...

Q：嗯！有。

A：基層診所阿然後會找各種不同的診所阿，譬如說眼科阿、內科阿或者是家醫科，然後就是在那一家藥局，就形成一個 group 然後一起...那是不是...好像是前幾年衛生署的什麼計畫還是健保局的計畫，對...這樣的一個計畫，那我知道他們...有幾個也是做的不錯，那可能...普遍上來講還不是那麼的...不是所有的藥師都那麼積極，所以可能還需要再努力...我們醫院是非常 ok 啦因為你看...從我們開始跟他查房，他那時候還是住院醫師，之前可能是實習醫師然後住院醫師然後現在總醫師，當他是專科...主治醫師的時候，我們就是朋友、partner 的關係。

Q：所以...不是特別說因為醫藥分業才開始的？

A：對，不是...因為在醫院就有這種制度，那我是說...跟醫師互動...因為我們都在醫院工作阿...所以可能沒有辦法感受到這種...，例如說他們社區藥局的，比如說社區藥局醫藥分業前後的一種...我們一直都是跟...因為醫院就是有這個制度嘛，臨床藥師就是要幫忙醫師去...怎麼規劃處方然後給建議，然後甚至還要寫...紀錄，之後還要跟你做比較，就是互相幫助的...角色，或許可能醫院在社區藥局藥師在這兩個領域可能就...黑...發揮的就不是那麼的...那目前也是藥品的...在醫院工作的藥師那...對臨床的設備也比較多，你只有訪問我一個醫院的藥師嗎？

Q：就是有一個醫院、一個社區然後三個是基層的，就是一般藥局的藥師。

A：基層診所的藥局阿？那是不是都是那個...醫師請的藥師？

Q：沒有，是獨立的一個藥局裡面的藥師。

A：基層的藥局那就是社區藥局啦！

Q：社區藥局...門前藥局那種...

A：算門前藥局，那還是醫師請的阿！門前藥局他都是醫師他聘雇的，他等於...現在這種很多很不合理的門前藥局的，因為他們就想說「醫藥分業」嘛，那健保他就會讓你釋出處方在藥局，

Q：就誘惑...

A：對...有一個那個...釋出的獎勵，然後藥局在調劑的時候又有一個...獎勵，又有一個那個...接合，那他兩邊都賺，那健保局他有沒有辦法去查到說...你這個是門前藥局還是真的是藥師自己獨立、自己開的藥局，所以限在其實真的是上有政策下有對策，沒辦法...中國人太會...太會鑽了，所以他都說要查阿要去查這些門前藥局應該要把這些門前藥局給...怎麼講...就是...不要讓有這樣子的這種...

Q：誘因？

A：也不是誘因...就是說不要讓他這樣子去拐騙，等於他釋出是那個錢，然後他藥局裡面那個賺的也是他自己賺呀，因為藥局也是他自己開的阿！

Q：嗯~他只是開一個藥局然後聘個藥師這樣...

A：對對對對對...那他那個藥局，他也可以有很多名目他可能可以不用他自己的名字阿，他可能請他的太太或是他的親友，你根本查不到說那個藥局是他的還是...還是真的是別人開的，那事實上當初健保局或者是衛生署他用這樣子...鼓勵處方釋出一個制度是好的，是藥...是要促進醫藥分業的這個落實，就是...有一些醫師他就是...動腦筋動的比較快，他等於投機取巧，兩邊的那個他都賺，你懂我的意思嗎？因為他鼓勵釋出嘛！你釋出他就可以賺一筆那個...獎勵金，然後釋出去之後藥局那邊也可以拿到調劑費，對呀！就是這樣，所以，你說要去查，查那個門前藥局的藥師，他應該還是那個醫師聘用的，不過...就是這些衛生...機關，健保局或是衛生署，他也很難去查說到底是...這個藥局藥師是你聘的還是...是不是醫師開的還是真的是藥師自己開的，藥師可以被聘啦，但是那個出自的那個人，你也不知道是不是跟那個醫師有關係，就是...就是這樣子。

Q：您對醫藥分業處方箋釋出之看法，可能就是釋出處方箋有什麼影響？還是情況？

A：釋出處方箋的情況，我們目前的現況是這樣吼，我們處方有很多種嘛，譬如說門診，醫師該的診間的處方，然後還有住院...可能住院也大概有一些處方，阿住院的那個治療期間，住院期間的處方可能就不能釋出，那出院的藥物可以釋出，那門診他醫生開的處方我們沒釋出，只有將...慢性病連續處方，什麼叫慢性病連續處方就是說這個病人他在門診，醫師診治吼他都很定期回來，然後他病情很穩定，那...假設你病情穩定的話，那醫師提供你的情況吼就是說你適合開慢性病連續處方箋他就會開給你，所以這個也是政府的對...怎麼講，就是假設你是服用這個慢性病連續處方箋的話，你就不用付...病人就不用付那個藥品部分負擔，就是藥品部分負擔不用付，譬如說一千塊的藥品你要付兩百塊的藥品部分負擔，那所以其實你如果到醫學中心，他現在有分層嘛，我們醫學中心的診療費是最貴的360、掛號費100來這邊看病

要 460，那你來這邊看病的話就要再加 200 塊的藥品部分負擔，要加...比如說你要繳 660 塊，那如果你的病情很穩定醫師要給你開慢箋，就是慢性病連續處方箋的話，你這兩百塊就不用繳，你還是繳 460 塊，阿但是你這個處方箋可以連續 refill 三個月，第一個月，然後第二個月，第三個月你都可以去拿同樣的藥，這個處方箋可以用三個月，那三個月後你要再回來給醫生看，看要不要再調整，如果說病情還是很穩定，可以繼續再開這種慢箋，然後再...再三個月，現在就是說...嗯...也是方便那些疾病控制好的...那些病人啦，可以不用常常回醫院，那個美國他們的那種...處方箋 refill 的那種制度也滿像的，那...也可以節省健保的財政支出，就是少...不用每次都支付醫生診察費，然後...慢性病人他病情穩定的話他的負擔也比較少，只要三個月付一次掛號費跟診察費就好，那這種處方箋阿，我們從九十一年就跟...我們醫院就跟台中市的社區藥局有簽約，我們就是希望把我們的處方箋...就是釋出去，病人就可以在你家裡旁邊的社區藥局去拿藥，那我們希望這個藥局阿他提供的藥品是跟我們醫院的廠牌都一樣的，讓病人比較安心，而不要說在我們醫院拿的是這個廠，然後他回社區藥局去拿的那個藥...雖然是一樣的，但是他是另外一個廠的，那...不同的廠他出產的藥品也不見得他的療效會差很多，但是就是病人他可能會不放心，他會覺得說「我吃這個要怎麼跟原來那個藥長的不一樣，而且有時候...這些藥品就是會有原廠跟台廠之間的，吼譬如說你是原廠藥，然後...他可能專利期過後就會很多台廠的藥廠也會生產這類的藥品，那他成分是一樣，那規格也一樣，譬如說都是一顆都是 20mg 的某一個...20 毫克的某一種藥，但是一個可能是原廠一個可能是台灣生產的或是...不是原廠藥，那...不同的這種藥品吼可能他的身體...就是說他再人體的吸收會不一樣，療效可能也不是一樣，所以為了杜絕這些病...病人造成的那種疑慮，所以我們就是希望說社區藥局藥師能夠提供跟我們醫院一樣的藥品，不管...我們醫院用的是原廠還是台廠，就讓病人說「我在這裡拿的也一樣，那會增加他們去那裡拿藥的...意願，阿從九十一年到現在就是，我們也是剛開始就是大力推動啦，然後那個...藥師公會的藥師也都很配合阿，阿我們還會評估...就是說我們的病人開的慢箋後去他那裡，他給他服務，然後他...他如果發現有新的病人，他有新的病況，他會再把他轉介回來給我們醫院看病，就是有互利吼就是互相幫忙然後互相為...為民眾，等於是建立一個社區慢性病照護網，那種感覺，就是等於醫學中心跟基層的診所或者是基層的社區藥局有一個合作關係，那...阿就是因為吼健保的社區藥局總額支付制度，我們雖然把處方是釋出去了，但是他那個藥品的消費他還是算我們醫院的，還是算我們醫院的額度，所以變成我們醫企室，醫務企劃室，等於我們那個行政管理的單位，他就認為說，這樣子的話，你看...他又在我們的額度，然後我們那個藥價差也賺不到，然後...額度佔我們的話，變成我們超過總額要被 cut 掉，所以就變成沒有那個...沒有那個誘因，去推這個...這個計畫，所以就變成我們後來就變成就是不鼓勵，阿也...也不會說抑制病人去社區藥局拿藥的那個意願，就尊重民眾自主，我們一樣告訴你說，有這些藥局跟我們都有合作關係，那你...你可以去這裡拿藥，但是我...我沒有鼓勵他這樣，所以一直到現在就是...不是說成效越來越好，就是...反正就是持平。

Q：就是因為總額的那個...

A：對，總額那一塊健保局都沒有...他等於是...他怕說萬一他...他把這個額度給弄掉以後，很多醫院就會效法說「我自己也去開一個藥局，然後我把藥...就是...怕又有那種負面的效應阿，就是類似門前藥局那種效應發生，會更嚴重，所以他也不敢...不敢鼓勵，所以他就只能逞罰模範生阿，他明明知道我們醫院出去絕對不是在我們的門前藥局，也不是跟我們相關的藥局，但是他也不敢鼓勵因為他怕很多私人的單位會有一些類似門前藥局那種效應產生，那以後他...他就不知道怎麼...反正他們有他們的考量啦，目前我們是在爭取說，那...是不是至少...我聽說南區啦，他們退回來好像是用九成，九成藥費退回來。

(對方接聽電話)

A：你說處方箋釋出喔，當然是很好阿，因為目前...這種健保的給付制度大概很難有意願會把處方箋釋出。

Q：所以這一塊可以...就是政府就是再...再努力這樣子？

A：可以對於這個總額...看要怎麼樣去...去給醫院做補償，那如果說...他釋出給藥局，是有可能，因為他們都是同一個那個...總額裡頭，所以目前我們是不鼓勵也不限制，尊重民眾的意願，對。

Q：好，然後醫藥分業在藥品管理上之成效？

A：藥品管理？嗯...那當然我們...當然是會更有成效阿，醫藥分業就等於把藥品回歸給藥師專業去管理，那不管是...亡...就是管制藥品，或者是抗因素調劑，當然藥師他...他...ㄟ／她好像對於這種...你要去要管理管制藥品你藥師還要去申請一個特殊的...管制藥品調劑的一個...一個例證才行，我們有一個藥師出去調劑，出去開一個藥局，那他覺得他很麻煩他不要管這個管制藥品，那他就...他就沒有申請，所以他藥局就沒有管制藥品，所以假設有藥師在把關阿，那藥品管理當然會更好，所以民眾當然會更有...

Q：所以，那個...庫存阿或是成本在民眾用藥方面...

A：庫存成本阿...那就要看藥局他們怎麼去...我知道台中市藥師公會他們有物流中心，那個就是ㄟ...因為他們跟我們醫院有簽約嘛！那他就可以知道大概...我們醫院大概釋出去多少處方，那他們就會有一個物流那...在我們醫院有的藥品他們就會在他們的物流中心設那個品項，就哪個藥局有他們就可以叫貨，那如果說你的...策略聯盟的診所越多...嗯不是啦！社區藥局的這個越多，那你的藥品的耗用量越大，那你的成本當然會降低嘛！你當然更有議價的空間，當然是...而且我知道最近有一個那個什麼...摩登藥局他們有申請了經濟處的一個計畫...經濟部的研究計畫，就是要...要落實這個醫藥分業...處方釋出這一塊，他們已經在做了，他們可能就是在...利用摩登藥局他是一個連鎖藥局，然後就吃下這個...他可能跟各大醫院去簽約，然後吃下這些慢性病處方箋，然後他會...他會有一些回饋的利益給這些醫院，然後他可能也會跟社區藥局的藥師簽約，然後他可能處方釋出去給他配，不是啦他們不知道是什麼角色啦，不過他們就是也要在這上面去做，針對藥品管理這一塊去做...做更多的研究跟建立一定的管理模式，線在目前國內已經有這個經費在做了，而且他給的那個研究經費還不少耶，好幾千萬，經濟...經濟部的一個研究計畫。

Q：那藥品管理對病人的用藥安全，就是有什麼...就是影響這樣？

A：用藥安全？

Q：對，病人用藥安全。

A：嗯...藥師當然就可以專門針對藥品、病人的用藥史或者是他的病歷吼他的藥歷，給他做追蹤阿，然後定時的提醒病人或是做...關懷，我不曉得那個社區藥局藥師他會怎麼樣去發揮他的角色，那我們在醫院的話是...跟社區藥局的藥師就...假設比較不一樣，因為我們的病人...在這裡通常是急性住院，那門診的話看完病回去，我們是希望他回到社區藥局去讓社區藥局的藥師來幫忙照護，黑阿那如果他能夠扮演家庭藥師的角色的話，當然很好哇，他就會提醒他...ㄟ吃這個藥...或者是他自己病人本身有用藥方面的問題，他可以隨時諮詢，他甚至可以跟藥師面對面討論他的用藥，然後如果說他用藥有些什麼不良反應產生，也可以提早發現阿，然後藥師可以提醒醫師，是不是給病人改藥阿或是...對病人用藥安全當然是ㄟ...更...一定是更有保障的啦，不過這個也是...亡...其實這個行業都是一樣啦，就是把自己的專業知識給重新然後...你才能夠提供民眾更多的...服務。

Q：好那下一個就是，您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：醫藥分業效益，目前...我知道健保局好像就只有...慢性病連續處方箋的開立，還有他釋出率，好像目前他有在做到這兩個指標，就是...因為好像各大醫院也只有把慢性病連續處方箋釋出去，他對於其他的...處方...好像很少有人把處方給釋出嘛，診所我不曉得我是說醫院，那如果診所的話，他可以的話...效益...處方釋出率應該是可以

當成一個指標，還有...病人...在社區藥局的病人，他們...我看一下哦...回診，應該都會定時回診，或者是說他進急診的...因他慢性疾病的惡化或併發症而近急診的那個次數，因為...假設你...我覺得啦...如果說藥師幫忙 follow 病人，然後他慢性病的治療可以更穩定的話，應該他就不會因為某一些急性或者是併發症而造成的一些急性的情況產生，或許這個也會...應該也會減少，就是說病人...不是說他意外所造成的急診而是說因為他本身慢性病控制不良發生的一些...譬如說糖尿病患可能有一些慢性中毒的症狀或是高血糖症狀而去急診的這種...這種頻次，因該也可以當成...急診的就診率啦...這種，應該也可以當成...就是因為慢性病惡化或者是慢性病控制不良而導致的急診就診應該也可以當成一個...評估的指標，黑除了那的...處方釋出率以外，恩目前我們意願是只有在...只有在追蹤...那個慢性病處方箋開立的比率跟...釋出率，吼目前我們就在做這兩個那健保局也是要我們核報這兩個，不過他們自己也可以做監測啦，那事實上從健保...那個...我們申報的那個...處方量還有他到...病人到健保藥局去...在...在拿藥的他就可以知道說我們釋出多少。

Q：好，然後最後就是任何與此議題有關的想法或意見？可能剛剛上面想講的然後...可以補充一下這樣子。

A：想法或意見...ok，我們上禮拜六阿...就是...中山醫學大學...他們在...中山...有辦一個研討會，他是有關...有關那個 DRG 就是現在政府要推動那個...診斷相關症候群，就是...那...他就請了日本的學者，然後回來分享說他們在日本...實施 DRG 的一些做法跟經驗，嗯或許呢...嗯...我不知道不可行啦，是不是政府也可以請...請教歐美或是日本或是韓國他們實施這種醫藥分業成功的或者是以他們的經驗來...來當作參考，那我們要怎樣來改...因為他們畢竟走過來了，然後他們的醫藥分業看起來還是比我們醫院做的更...比我們台灣做的更落實更成功，然後可能可以以他們的作法當做借鏡或者是參考，因為我沒有對這方面去...去攝取很多啦，搞不好他們有在做啦，搞不好政府官員也有在做這些事情，只是說...可能這樣子可以提供我們的...那個醫療衛生單位阿有一些...想法，那其他...當然也是希望醫藥分業可以成功阿，藥師更有出路阿，哈哈，還有什麼...這是藥師的吼。

Q：對...大概就這樣...好。

（二） 醫師

《醫師一》

Q：首先就是第一題，請概述你對醫藥分業的認知。

A：我可以講幾分鐘？

Q：大概一題五分鐘這樣。

A：五分鐘都我講？

Q：哈哈...

A：醫藥分業就是說，他的原則大概就是...醫師處方麻，那醫師處方的藥呢...給藥師去...給藥師去調劑麻，來來來，把藥再交給民眾麻吼，那他的用意就是說，那你醫師開藥之後，多一個審核的機構麻，那藥師他們有專業麻，有時候看看醫師配的藥是對不對啦吼，給的藥對不對，那藥師抓藥來調劑，有些禁忌變成會知道，多一層保障，多一層...理論上專業上是...是對的，是對病人是好的啦，可是目前的 XX 做起來還是有一些實務上的限制啦吼，有時候病人可能不能方便去...去接受這些藥物的資訊啦吼，那藥師是不是能清楚的知道醫師開的是瀉藥，那這個藥的配 X 怎麼樣，每一顆不一定一樣麻，那大概是...大概是這樣啦，那目前好像是...衛生署好像有...有政策麻，他們規定就是說...好像要分開麻，就是醫師弄處方，專業藥師來給藥啦，不過因為大家習慣這麼多年，變成大家設一些門前藥局啦，或是到指定的藥局來給藥這樣子啦，所以...好像做的並不是很成功啦，那台灣的民眾好像也不是說完全很適

應這種...現象啦，對。大概是這樣...

Q：第二個就是你覺得醫藥分業上有什麼優點、缺失還是建議...那你可以先講講你覺得醫藥分業的優點...

A：優點阿...優點當然原則上就是說可以...多一層把關的機構啦吼，以傳統我們藥就是開一開，然後請個藥師或請個助理或是請個XXX就來這裡包藥了嘛吼，可是有時候醫師開藥不一定開的對阿，或是開藥一定有些衝突啦，或是藥物給錯了，這個可能，等於醫生自己處方可能就有問題了，另一方面可能就是說，妳這些藥師可能...可能不是專業的藥師喔，他對於藥物的辨認可能有點問題喔，所以呢，經過醫藥分業有專業的藥師來分的話，那總比這些學徒阿這些助理阿在弄藥，比較不容易出錯啦，那醫生在開藥的時候自己開錯藥有時候自己不曉得啦吼，因為我們的醫療制度讓我們醫生在短時間，要看很多病人阿，後，要看很多病人，搞不好那有些藥他不知道，那有時候可能像電腦會key錯藥阿，key錯藥key錯處方的可能，那藥師發現一些不明顯的...後，一些很明顯的疏失，後，那可能就可以給一些建議阿，也是有好處啦，那有時候醫師在給藥的時候，可能沒有辦法很有時間跟病人講說，不要...怎麼吃，這個是外用藥還是內服藥，那藥要怎麼用，一天用幾次...這個是什麼...要飯前吃要飯後吃，可能醫師不會在門診講的很清楚阿，那藥師他們如果是專業，他們就知道說什麼藥，要怎麼吃、怎麼使用，服用方式他們可能比較知道，我想這個可能是他的優點啦...

Q：那缺點...

A：缺點喔，缺點就是...ㄟ，那我們開出來的藥到底藥師看的懂看不懂啊，後，藥師真的這麼有本事嗎？他真的知道嗎？假設這樣好了，我們現在醫科醫學院...我們台灣好像19個分科還是13個分科忘記了，那每一個都有次專科嘛，我婦產科醫師可以使用的藥用這麼久了，你藥師...基本上他不是這麼熟悉怎麼使用阿，有些特別是有化學的藥物啦，有些特殊的藥物，那藥師根本沒有辦法...他一個人她...看所有的藥，他事實上他並不如醫師對藥物來講的更專業啦，有些藥師坦白講也不是很懂，有些特別的藥，特別的使用，特別的指示，還有比如說特別的滴數啦，特別的劑量等，藥師可能不一定知道，後，這第一個，第二個就是醫師在給藥的時候可能...病人就是，醫師跟病人的溝通她可能有時候醫師用藥的目的，藥師不一定完全了解阿，有些藥我們可能是用他的...他其他的...不是主要的作用，也許用他的XXX來治療...來達到我們治療的目的，可是藥師他可能搞不清楚，他也許不知道，ㄟ，說這個藥怎麼用在這個方向，他有沒有疑似弄錯藥，他這樣跟病人講，病人可能會覺得說，ㄟ，是不是你醫生開錯藥，或者是說...會發生這種溝通的問題啦，那再來就是說你藥師給藥有沒有給對阿，那理論上都是說我們相信醫師開的藥是對啦，那藥師check，double check是對的，可是有沒有想到病人...藥師在給藥的過程，他自己也會認錯藥，也許藥師太忙了，他把藥給錯了，如果給錯了以後，將來如果有醫藥糾紛，那算誰的帳？誰要負責？後，這可能是...有問題，再來就是我們病人就醫習慣是不是這樣，我今天開一個處方，我開好了，我交付給病人，哪病人還...在傳統上就是說病人...就是在...如果在...醫院當然有藥局，哪如果在診所可能當場就給你拿掉藥了，好那你現在給藥師...好現在處方箋丟給病人了，那病人要去哪裡拿藥？後，要去哪裡拿藥，也許他要走五百公尺，一千公尺可能更遠，如果說在鄉鎮地區也許沒有那麼多藥局阿，那病人可能就晚上拿不到藥了阿，那再來就是有些特殊的藥物呢，有些當場要使用，有些針劑，注射藥物醫師來給予病人的藥物，那這個病人，如果說傳統上面醫師可以馬上用那不是很方便嗎？那病人這樣會不會很麻煩，比如說打針，那你讓病人去藥局領藥，領完再回來讓醫生打，那這是不是有問題？那第二個就是說你這個藥給病人，你這個處方箋病人是不是有遺失啊？那再來就是說你這個處方箋釋出去給病人，病人下一次會不會再吃，他就自己根據這個處方箋，他就自己當醫生了，自己拿這些藥去領藥，後，病人可能想說他感冒的症狀都一樣阿，他就拿這些藥，他就自己診斷阿，要求藥師開這些藥，那藥師是不是能夠做

很專業的把關？ㄟ，那如果說中間有些問題 並不是...比如說病人自覺的症狀是不對的，或是診斷是不對的，那他也是用這些藥領，是不是有問題，那這個就是他的缺點，所以...醫藥分業是不是很好我覺得這個可能...可能還有商榷的餘地啦，啊你...最後是建議對不對，這我想可能比較折衷啦，最好是...目前很多藥房就是說吼，病人處方藥物使用可以啦吼，是分開是好的啦吼，但是就是現在的制度上 規定診所好像不太...不能夠何在一起使用，要不然你就依藥局...ㄟ診所裡面...制定藥師啦，可是你制定藥師...可是你病人的XXX誰來出啦，對不對，後，啊因為一個台灣...診所的醫師都比較認真，他從早上看到晚上，藥師可以這樣子整班在做嗎？或者是你請兩個藥師的話，你這個醫療成本會不會很高？那很高是要轉嫁在誰的身上？對...這是可能...問題啦，那...我覺得目前假如說叫病人去藥局拿吼，事實上都是有些問題啦，也許醫師的字病人沒有辦法辨識啦，醫師key錯電話是不是有完全，彼此是不是有很信賴，這些都很困難，所以現在大概出現一些所謂的門前藥局啦吼，或者只是後，或者等於是醫生診所的附設藥局，或是醫師出錢投資的藥局，大部分現在都在走這個漏洞的地方這樣子，基本上問題出在醫師跟藥師根本沒有辦法很充分的信賴，對，如果說改善，我是覺得說可能還是在診所裡面就有藥師會比較好啦，那當然增加的成本呢，如果說醫藥制度大家認為是好的，政府如果覺得這個是好的，那你如果要增加藥師的成本，應該由健保局來...或是由消費者來買單啦，這樣...對。

Q：實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形如何？

A：互動喔，呵呵，其實基本上在診所，我在診所做過吼，在診所基本上跟藥師是沒有互動的，呵呵，後，基本上是沒有互動的，所謂有互動的藥師吼，基本上就是你自己...譬如說你這個處方箋集中的藥局裏面，你才會跟這個藥師有比較互動，那如果說後，比如說我現在釋出一張處方，他跑到跨鄉鎮去，或是跨一條馬路跨兩條馬路去，或是不熟的藥師，基本上藥師沒有辦法互動，沒有辦法跟醫生互動啦，那醫師如果堅持己見，那藥師也堅持己見的時候，那這個時候很容易發生矛盾跟糾紛啦，所以說我認為除了你自己醫院裡面的醫師以外，你自己熟識的藥師以外吼，基本上沒辦法互動啦，第二個藥師是不是也能夠專業的嚴守他職業上的中立吼，有問題啊，比如說A醫師開的藥跟B醫師開的藥不一樣，他如果再參差自己的意見的話，你看病人要相信誰？因為病人去找醫生看基本上是相信這個醫師啦，可是如果你看藥師當第三者，他提供一個不好的資訊，後，一個不好的訊息，造成醫師跟藥師跟病人之間不好的問題的時候，那怎麼辦？哪事實上藥師的觀念不一定是對的，對不對，我剛剛講的現在出來開的醫師都是專科醫師，都是專科醫師以上麻，你看藥師才念四年，醫科念七年，那我們姑且不論有沒有念七年，因為還有那個住院醫師的訓練麻，那些...所以誰的專業...而且醫師又分那麼多，那麼多科，那他這麼做是不是正確？哪可能還可以在看看啦。

Q：您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：跟剛剛的題目有點重複麻吼，所以我覺得不是很理想的制度啦，第一個就是醫師跟藥師跟社區的藥師基本上是合作的關係，跟信任的關係吼，沒有辦法做的很...沒有辦法建立啦，所以你這個處方箋釋出去以後吼，對藥師來講可能會出現剛剛彼此不信任的問題啦，那第二個問題就是說，病人...我們台灣的病人...中國人都特別喜歡用藥，我們台灣的民眾一年平均要看 15 次的門診啦，你看看大家有病治病沒病強身，大家變成會去拿一些藥來買吼，你看今天醫師開了一個處方藥，或是醫師認為不需要開藥，病人會拿這些處方箋自己去買藥吼，台灣的藥品管制並不是做的很好，醫師處方用藥照理說是醫師處方才可以開，事實上現在...藥局都還可以幫病人打針，所以你會知道說這些處方箋流到病人手上之後呢，原則上...理論上我們是要相信說病人會乖乖來量，但事實上病人有時候會自己當醫生阿，所以處方箋丟給病人的話他可能會這個...第二個就是說病人有時候不完全了解醫生的診斷，不了解醫師處方的原意...這樣的話會不會...如果將來有一些不可預期的步驟的時候，那這個法律上的責任要算誰？要怎麼去區分吼？因為病人可能會拿一張處方來跟醫生講

說你診斷上是不是有錯誤？反而變成一種...指控醫師的一個依據啦，那 會不會有問題吼，那這個法律上...現在醫療糾紛很多啦，有時候病情還在診斷，還在很早期的時候不一定診斷的很清楚，可是有時候醫師會了緩解病人的症狀，那可能會先給一些藥物，先症狀治療，藥效觀察，可是呢，萬一有出了什麼急性變化以後，那病人是不是會依著處方箋來指責醫師是不是有開錯藥或怎麼樣，啊再來就是你釋出處方箋我們可以丟給藥師，藥師給錯藥以後，病人拿的處方箋是對的，那吃了藥也許是不對的，後，就是他的處方箋跟實際藥品不一樣，那是不是有法律責任，後，那這很難去追究說這是誰的責任啦，所以基本上我覺得說如果說不是...傳統的給藥，第一個就是病人比較方便啦，沒有釋出處方的時候病人可以在診所就近馬上拿到他所要的藥物，那責任很清楚，因為誰開的，誰開的處方，誰調劑的藥物麻，後，很清楚，責任很清楚，很明確，有問題病人可以直接來談，那如果你現在釋出處方的話，可能病人，拿到的處方的醫師他沒有辦法看他自己處方的藥，而且我們現在知道藥的成分，我們知道同廠牌...比如說同一個成分的藥物有很多不同的廠牌，不同的劑量不同的劑型，那藥局是不是一定有這些藥呢？後，不一定所有藥局...藥局有這麼多藥，有些醫師比較堅持，有些特定療效的藥他一定要用哪些藥物，你藥師有嗎？所以...如果說...單純釋出處方吼，尤其在不熟悉的藥局，他可能會常常沒有這些藥，這樣會增加病人的不便啦，甚至於會耽誤到病人的病情啦，所以釋出處方基本上我不是很贊成啦，這個有些法律上的問題，有些病人便利上的問題，還有些解釋上的問題可能都會出現，所以我...是不太贊成說...直接釋出處方啦。

Q：您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：效益阿？有哪些可以評估的指標？其實我覺得很簡單麻，事實上我覺得衛生署他們...藥政處他們可以去查啦吼，當然很多藥師...台灣好像幾千個藥師幾萬個藥師麻，病患到底有沒有實際上的滿意啦，我們如果說...真的說吼病人都可以釋出處方...病人真的希望釋出處方嗎？事實上第一個我們可以看病人接受藥物的滿意度，到底是好還是不好？他的滿意度是對還是不對，這個可能可以看看，第二個現在健保財政都可以看到釋出處方之後增加多少的這個經濟的成本，跟沒有釋出處方箋增加了多少經濟的成本，後，那這些經濟成本的增加呢，跟病人就醫的次數有沒有增加之間，是不是可以做一些...就是統計上的比對啦，也許你釋出處方之後病人反而更常跑醫院，也有可能，也有可能更不常跑醫院，或者是你釋出處方，每一張藥物有處方費，後，釋出的處方會有調劑費，那這樣應該增加很多成本喔，所以增加這些成本對...對整體的...對病人的健康到底有什麼進步呢？這可能也是要評估他們經濟上的效益，後，納剛剛第一個我講的就是說，厚，病人滿意度是不是增加，是可以調查的，第二個是經濟上有沒有效益，後，是不是花費了大量的成本，後，他門診的人數並沒有增加，有沒有增加，那不曉得，第三個就是說我們的藥局是不是有，我們的藥局是不是有評鑑的制度，我們現在除了在醫院...及醫療，在醫療方面，在醫院其實有評鑑阿，診所是不是有評鑑呢？我們藥局更是沒有評鑑喔，他們的制度水準是怎麼樣？是不是有些藥師的定期考試呢？或是一些績額啦，或者是一些抽樣查訪或者是一些評鑑的機制，那我藥局有沒有這些機制？你一個藥局一定要有一個好的機制，或者是一些通過，或者是一些...所謂的這個資格通過的認證麻，你現在醫師才有...才能夠說...至少，來提升醫師對藥局的信心麻，可能藥局方面...藥師方面也是要...再教育的程度啦...再訓練...職業後受訓的這些...受訓後的成果是怎麼樣可能要...他們可能要評估一下啦。

Q：任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：我在想這個醫藥分業，因為這個牽涉到很多利益...事實上很多醫跟藥，這兩個事實上都是很大的利益團體麻，大家都是在有限的資...尤其是現在的健保局的制度裡面，大家都在有限的資源裡面，在去炒這塊餅，在去切這塊餅麻，那醫師呢？你現在給醫師...剝奪掉醫師的調劑權以後，醫師強致釋出處方，醫師是不是願意阿，事實上很多醫師都是自行吸收處方阿，自行吸收這個處方的費用，這個藥物的費用，

然後直接藥物給病人麻，這基礎上是在建立在醫病...醫師 團體之間跟藥師團體之間，基本上是互相是...不信任的，大家在一樣...有限的資源大家彼此競爭，而且彼此是各有專業吼，大家互不信任麻所以...基本上醫藥分業要做的好...可能不是說政府強制用這種方式就...就可以很快的達到啦，照理講政府還是有一定的目...一定的政策一定的計畫才對啦，可能有無醫村， 是不是有無藥村呢，無藥師村呢，這個藥評估吼，你藥讓病人有足夠的便利性以後，你醫藥分業...才有成效的第一步麻，那如果說在階段性的過程你不能讓...藥師不能以!@#%合作的情形之下，我認為應該開放就是說...開放讓醫師可以來自設藥局吼，或是讓醫師投資...投資來設藥局麻，那因為這樣的話至少說這個藥局，這個藥局裏面呢，可能是有很多醫師，比如說聯合...聯合兩三間的診所呢，他就可能把這些藥...願意丟給這間診所麻，這這這...丟給這間藥局麻，那這間藥局才能夠有足夠的那個...釋出調劑...他才能...夠養這幾個藥師麻... 所以這個我想階段性的，政府...目前用強制性的，而且快速的而且沒有一個階段性的過度性的作法，我覺得他忽略一個問題就是說他這個醫藥基本上，事實上是應該要合作的，理論上是要合作，但實際讓可能是在競爭有限的資源麻，所以...你用強制的手段不一定說很快就可以...可以達到政府想要的目的，我覺得應該感覺上要有點循序漸進啦，比如說他應該允許一些，後，一些門前藥局的設置啦，或是允許醫師這個這個投資診所的這種這種，投資藥局的這種這種資格上的限制啦，哪你妳你...其實藥局的成本呢，藥局是誰設置的對 政策來講是沒有什麼關聯的麻，只要說，ㄟ，你確實...政府只要查了就说你這個藥師...你這個藥局有沒有自己調劑藥，確實是這樣...是由藥劑師來處方呢，那基本上是可以的麻，那我想既然是醫生自己投資的藥局，自己請的藥師的話，那可能...他對藥師基本的信任度是可以，溝通上是可以，這樣才有達到我們一開始，這個醫藥分業的優...的優缺...的優缺點，那有有...那藥師，ㄊㄊㄟ跟你講說，醫師你可能開錯藥了，你開的藥開錯了，要改，他會跟你講麻，那如果說你不熟的藥師你不認識的藥師，那他可能第一個，這個藥師可能會給你吐槽麻，這個藥師可能會開錯藥麻，藥師自己會給錯藥嗎，那給錯藥以後這個責任都解釋不清，第三個藥師可能不了解你的意思麻，再來說藥師有時候會了生意呢，可能不敢去違背醫師的意思麻，也許你妳你醫師是開錯藥的...納就可能溝通的必要阿，對不對，那麼我想如果說應該是慢慢的漸近，讓醫師有參與部分的這個...還是要允許醫師有某些藥物的調劑權啦，不能說靠...目前這個制度並不是很好，如果說像緊急用藥怎麼辦，後，比如說心肌梗塞馬上就要含藥了，那怎麼辦？緊急用藥算不算，那緊急用藥算的話，那醫療界定很困難，後，責任界定很困難，所以你完全剝奪醫師的調劑權以後，在給藥的時候病人事實上是相當不方便啦，後，尤其三更半夜...看...一一一...診所...可能會起來看急診，那藥師會急急起來弄處方嗎？這不一定會啦，嘿，大概是這樣啦，所以我想說應該要要要...循序漸進，我覺得目前的作法太...太躁進啦...好好...好...講完了...謝謝呵呵呵。

《醫師二》

Q：首先請概述您對醫藥分業的認知

A：嗯~醫藥分業嗯~我覺得以目前嗯~因為有些政府的一些政策啦！

就是希望我們醫藥能像避開過去的那些制度嘛！希望醫藥能夠分開來，不在讓醫生單獨享有調劑權，那他希望，本來立意是希望，那個能夠病人有多層藥師的把關，能夠讓病人的福利比較多，而且希望醫師能夠專業合作阿！不過這幾年來的發展似乎並沒有辦法能夠這樣子做到，反而是形成有點醫藥有點對立，那在過去來說，在台灣的制度下，醫師的地位往往就比藥師高蠻多啦！那這幾年來彼此就再為此角力啦！在未這事情在抗爭啦！因為事實上現在藥品本身又一個很大的利益在那邊，嗯~所以為了這個利益藥價差，藥價差的存在是絕對有的，所以藥價差這部分的利潤，如過真的完全分開的時候，這利潤就很容易在藥師的手中，有可能就變成藥師的收入

會變的比醫師還高，所以醫師自然是全力反對這樣子，那藥師也因為這樣的利益所趨，當然要爭取這樣的福利了，那本來可能是個制度良好的情況，就因為大家變成是在利益的爭奪之下，所以這幾年的實施中似乎看起來好像並沒有原來規劃醫藥分業的那種實施的目的，似乎並沒有達到，變成醫師，像有些，以診所來看，有些就要求要有藥師的一個存在，那現在診所變成請一個藥師好像專門請一個藥師來作...，也是恢復成原來的情況，那藥師也沒有真正發會他的功能，因為在國內的藥師他並不會調劑劑~事實上我們的藥也沒什麼好調劑的，我們的，我們台灣的藥事實上都是固定的，就是他是那個已經包裝好了，藥並沒有什麼好磨、好調劑的，就是一顆、半顆的，本來以一個診所來說，本來來講他是不需要藥師，如果有他只要有一個很好的人幫把這些是處理好就可以了，然後現在因為醫藥分業制度的關係，都要求診所必須要有自己的藥師，診所就請了藥師，但是那種被醫院請過來的藥師，事實上都是聽醫師的話在做事，他也沒有他真正的專業，那也只是說對她們來講也是有點大才小用啦，那她們也沒有真正做到藥師本業調劑方面，他們也不可能對一個處方啦提出任何的建議，他也只能照給，也因為這樣子，反而增加了醫師執業的負擔，那藥師也因為這樣變的有一部分的人會會..他工作會變的這樣子，那變成醫師來僱請，診所非要這樣做不可，那藥師都集中在開業跟一些大型醫院的藥局，那後來現在變成藥師由小診所來僱請起來了，所以醫藥分業可能對國內來說啦！可能並不是那麼的迫切的需要啦！再本來是利益很良好的，不知道用什麼方式去讓它變的更好，因為...變成因為台灣的健保制度下醫師的獲利是越來越微薄，那醫師常常在健保制度下，有時候賺錢非常非常的辛苦，那反而藥局這部分的利潤，變成醫院他最大獲利的地方，所以這部分...嗯...如果真的完全讓醫院或醫師沒辦法做到這部分的利潤的時候，事實上，會真的變成藥師的收入會比醫師高，因為這部分真的有很大黑洞在裡頭，而且有很大的...而且台灣的那個不管是藥師或各行各業，事實上都有很多哪個不是那麼的...不肖的一些人在裡頭就是很容易像醫師開一個處方，可能藥師會去給你照同樣的藥給你，所以那個藥給的藥，他也不是有所有的藥嘛！因為各家廠牌同種藥，各家廠牌價差也非常的多，就以同樣的劑量和劑型來講，往往就有十幾種以上，那如果醫師開一個處方再去一個藥局領藥，事實上，他跟他原來預期的藥往往也不是一致的啦！那藥局頂多也會給他吃那個藥，也不見得同樣的廠商，有些來講台灣就有很多如果在大醫院，比如說榮總進口比較貴的高價藥，他們拿到處方簽去外面領藥的時候，同樣是鈣片，外面...榮總一顆可能是8塊錢給他，但他外面可能給他1-2塊的鈣片，那這樣這中間就有一個很大的黑洞在那邊，而且變成他醫院真正的福利在裡頭，所以變成嗯...醫藥分業在台灣就變成...很...奇怪啦！因為台灣...台灣的習慣...台灣的習慣就不習慣說看完病還要跑去藥師跑去那這麼遠，所以說一個完全醫藥分業，台灣的就醫不是一件那麼容易的事情，那醫師的...那...病人能夠獲得的好處可能也不見得比較多啦！所以嗯...目前的醫藥分業我們是覺得上比較是台灣是好像是比較不是那麼理想。

Q：那第二個就是你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？然後可以先講講優點，就優點上來說。

A：(停頓了一會)本來醫藥分業的優點是說...可能是多一層的人來把關啦！如果醫生開錯藥的時候，來把關的一個情況，可是事實上並不是容易把關的，因為不是一個明顯的錯誤，除非那個藥是完全開錯的，否則以劑量或是劑型這方面，有時候也真的不曉得該不該這樣用，當然還是有點幫助，多一個人來幫忙看一下也是蠻好的，不過也不是說一定非要藥師來做到這邊，等候時間來說的話，有些人覺得醫藥分業可能讓病患等候時間啦~會...在未來的開藥的時候他可以直去藥局領，當有慢性處方簽的時候嘛！可以去藥局領藥，讓病人的等候時間比較快，不用在去醫院來弄，不過這好像跟...並不是那麼的明確啦！因為這個地方，因為本來假如他就在原來醫院領，醫院..其實目前在醫院，其實醫院在醫藥分業等於是說沒有醫藥分業啦！這個情況是一模一樣的，差別比較大的是診所，診所就是說，本來診所是說旁邊開了一家隔壁

一個嘛!或隔壁一個,如果希望他們兩之間有良好的默契啦!哪醫藥分業本來是希望病人是能夠藥是各家看他在集中在某一診所一起共同給病人的時候,這樣或許有點幫助,就是說一個病人在很多不同醫院看病,那最後是集中給一個藥師的時候,那他會給他說,假如說這麼多藥,要避免他們有交互作用啦!吃了怎樣要錯開較適合啦!或藥如果他覺得說太多了,可能可以幫他叫他返向回去跟他醫師說建議說他有吃哪些哪些藥,因為有些醫師可能也搞不清楚他別科或別家開了哪些藥,所以總合起來是有一個結果來看是不錯的,可是目前的情況事實上是做不到這一點,就是因為病人他只是目前...也都是門前藥局,或醫院請的藥師來做,所以事實上以目前來講無法彰顯醫藥分業原來的意義啦!所以就是說是沒有真的作啦!那沒關係,是...嗯...在好處來講另外還有...嗯...本來是有些是說病人的便利性,到自由選擇地方調劑啦!或是哪些藥局領藥時間比較長這些問題,但藥真的是有他的那個...嗯...這好像變成是缺失不是什麼優點。

Q: 嗯~沒關係可以一起講。

A: 就是說他好像,因為他同樣的藥,事實上他去不同的地方的時

候,他拿到的藥跟醫師原來想法不是一致的藥,所以事實上,那個比如說醫師開完再去藥局領藥的時候,如果很嚴格的醫藥分業的時候,我覺得可能很容易就沒有發生原來的療效的情況問題產生,我覺得很容易發生,病人也不見的比較方便,我覺得大部分是比較麻煩,因為看完病就可以馬上拿藥事實上是對病人比較好的,我是覺得藥局的營業時間比較長啦!可以到很晚還可以拿藥,跟醫師看診差不多啦,差不到哪裡去,而且就是說病人等於是說看個病還要跑兩個地方,事實上是很不方便的,所以便利性來說我是覺得真的,那以費用節省這部分來講,第二次事實上,醫藥有一個調劑費的部分啦!那調劑費他一定有他的調劑費,事實上那是給藥師的啦!不過因為現在變成就是醫院在為了這件事情做這件事情,等於是把健保的一個資源它變成並不是真正的公平的分給醫師和藥師,而只是多增加一個名目,醫師就開始想盡辦法為了拿到這份調劑費,等於是醫院、診所會爭取的調劑費啦!這樣增加的事實上是健保局的總費用啦!看個病本來如果調劑費,嗯~不見得需要,嗯~不見的需要調劑,有時候調劑還蠻高的,事實上本來看完病,如果只是一些,正常來藥品只是一些控管啦!跟一些...他的調劑費會比較不會那麼高,所以這整個支出來講,我是覺得,費用的節省對健保來說也不是真正能夠節省調劑費的部分啦!那.....

Q: 那建議呢?就是針對優缺點你覺得醫藥分業的制度你覺得怎樣比較恰當?

A: 嗯~(停頓了一陣子)嗯...這個阿...讓我想一想,想不到藥師藥該

怎麼辦,因為台灣規定藥師的角色變的很較很不重要,這樣真的好像沒可事做,好像變成可有可無的角色,所以確實他們也學了那們久,卻沒有給他們適合的工作崗位給他們,也是很不公平啦!所以...所以應該是要給他們適當的一個發揮的作為的地方,那~其實來說嗯...嗯...我覺得這個醫藥分業如果政府是很希望避免這藥價黑洞這部分來說的話,事實上這是,嗯~可能...是健保局要有這樣子的議價能力,可以直接跟藥商做直接做一個藥費上的一個就是就...價錢上的一個就是該怎樣給就怎樣給,那或者是政府就已經把醫院管起來了那乾脆也把藥給管起來算了,那就變成說,不要讓部分有一個很大的一個,就是...有算有點就是說blank,不要讓有黑洞的地方,要價黑洞的地方,政府乾脆就自己做大老闆了,所以健保局把所有的藥商搞定,就是要該怎麼價錢就統一的申請核給,就不會有這樣...事實上以目前來說,事實上因為醫院的利潤真的很容易很薄,所以藥價真的是很大的黑洞,如果真的都讓給藥師把與的話,事實上也非常不公平,因為他們現在很多藥師比醫師有錢,有一些賣藥的那種藥師,超級有錢,超級爆發戶,跟商人一樣,他們的藥價黑洞真的大的不像話了,那所以...他們也真的沒辦法把握到什麼地方,那我覺得這樣是沒有道理的事情,因為畢竟醫師還是比藥師辛苦嘛!所以那而且事實上我覺得在台灣來說,也跟那個這個角力的情況,他們彼此看他們跟那個立法委員的關係良好,有時候會

跟...一樣就跟牙醫師一樣，目前等於是數量在牙醫很不公平，整個健保給付上明顯的比醫師得很多利益，前一陣子的新聞有說，他們有一筆帳，兩千萬就匯去了，賄賂立法委員這樣子，牙醫師公會也這樣，所以事實上變成..嗯..我覺得如果像想要避免這樣的藥價黑洞問題，應該我覺得應該整體干預好了，就跟干預到整個醫療醫療作業一樣，你把所有的藥變成老闆跟他們各個進口商來談價錢，談給各個醫院，看要怎樣用合理的價錢來收取，這樣的話，所以不會有這樣的問題，就不會有這些，那醫師和藥師各做各的，願意要好好做就好好做吧!也不會那麼多對立，那真的要分業...因為一分業，就是牽扯利益的問題，才會變成分業會很困難，如果沒有利潤的問題的時候，事實上彼此也沒有好爭的啦這一塊，因為醫師確實，如果能夠真正好好的落實醫藥分業的時候，嗯~各盡其職其實本來是不錯的啦!就是說是可以...確實有些醫師也不用花那麼多時間去管理他的藥品或其他事情，就好好看診也很好，但這部分的節省出來的錢可以比較合理的反映到那個...醫師的那個酬勞裡頭，也不會讓現在的許多醫師唉唉叫，比如說，被健保壓榨的很厲害，那如果照規矩來說醫師的利潤變的非常的薄，那反而變集中在少數，像現在整個利潤上就落在少數的藥師，事實上不是很多藥師是少數藥師，那少數藥師是因為他們跟醫院之間的決策那邊的議價，中間有很大的金錢上的一個價差，進口藥物的時候，事實上議價多少的時候，還賣那種藥，那時在是，變成賣一般的東西，利潤非常的大。

Q：好，那第三個，實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形？

A：像因為我是在醫學中心或是區域醫院，所以我個人是覺得很大的實際差別啦!如果跟之前那時候，就好像醫藥分業感覺是差不多啦!反而是這樣子，只是說，可是在診所的部分，我們看到的就是大部分的診所幾乎很少...診所...除非他分業很差，醫生請不起，請不起藥師的時候他才會把處方簽釋出，然後病人很少的時候，他才把處方簽釋出，否則醫師和病人...必須增加一個收入，請一個藥師在這邊幫忙藥師來幫忙發藥，藥師來做調劑阿什麼的是一件，本來一個頭腦很清楚的小姐就可以做這份工作，因為用藥也不是藥師買來給他管的，請藥師來診所發發藥這樣子，所以跟藥師的互動事實上，其實醫藥分業在之前並不會因為這樣的情況好像有增加他的專業啦!專業上有很大的增加哪...嗯嗯...

Q：因為這樣所以對醫院其實沒有什麼差

A：對，其實沒什麼差別，就是不會說所前後有所差別，似乎沒有，因為就是好像因為在醫院的時候比較沒有這樣感受，因為都是老闆請來的，都在老闆下面，所以是也沒有真正的醫藥分業在醫院的時候，在診所的時候，開業醫同時在開業的時候他們會覺得好像沒有必要花這筆錢，來請個藥師，那那個藥師事實上請來的時候，又是變成他的員工，只是說他是比較昂貴的員工，請一般的護士小姐比較便宜，請一個藥師，藥師也因為他非要他不可的時候，他一定要拿他的價碼，本來付不起的時候就會請低一點，他們的起薪的價碼比較高，就是藥師到目前，起新的價碼一般都有至少4-5萬塊以上或更高，那會比一般的護理人員比較明顯的高...高一些。

Q：好，那您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：嗯...嗯...在在醫院來說如果釋出處方箋他...他如果是一個醫院的話，那他...那病人有時候，如果慢性病的釋出處方箋，一般是蠻有意義的啦!慢性病處方箋，因為一般能讓病人可以未來的兩三次看診，他不需要...病都很穩定了，譬如說高血壓、糖尿病控制好，確實三個月看一次醫生就很足夠了，那可以把處方箋做個釋出讓病人未來兩、三個月不用到醫院，可以直接去領藥或到藥局領藥，對病人應該有蠻大的幫助，那...可是...嗯...那如果除慢性處方箋以外，釋出一般的處方箋，去看診以後就直接釋出讓病人去旁邊藥局領藥這部分的話，就覺的有點沒有必要，可能因為病人看完病就直接就近領藥阿不管是在診所或醫院，就近領藥就好，如果他要跑到一個集中的藥局或是在他自己原來想去的社區藥局啦!去，在台灣地也沒那麼大啦!事實上在看完病以後，再跑到另外去領藥對病人來講也比較麻煩，

跑來跑去的，那因為他可能看病的時候就是到一個比較稍微大一點的醫院看病，那看完病的以後，那他領藥時後跑去他自己附近的一些藥局去領的時候，事實上就是...恩...也是對病人來講可能並不是那麼的方便，他可能要跑兩趟，而且真的藥局事實上不容易...而且他藥有時候其實他不容易很難備好這麼多藥啦!藥局他事實上沒有辦法把藥品備的那麼的...就可以來講什麼都有，所以會給那些替代藥或是一些比較便宜的藥，這是常常發生，.....哪跟醫師期望的藥常常不一致，健保在這價錢給付的時候，很容易就是照成更大的問題在裡頭這樣子，所以...所以我只對這慢性病的處方簽，就是說，未來對病人的方便性比較有意義，如果只是說病人...醫生看完病就應該把處方簽釋出那就...就要去領藥，我覺得好像沒有這個必要，而且讓病人很麻煩，應該就近來處理，這樣子。

Q：好，第五個就是您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可以評估的指標？例如說處方簽釋出率或者是滿意度之類的。

A：所以恩...就可以就是看看病人的滿意度覺得怎樣，恩如果病人有接受處方簽釋出，他覺得滿意的情況，跟沒有直接領藥直接在診所領藥的情況，可是...這可以看看，不過我覺得有很多病人不見得這那麼的有效，因為台灣來講，我個人感覺啦!我覺得好像民眾似乎對釋出處方簽不覺的那麼方便，慢性處方或是一般的處方簽，覺得藥師給的藥，向他們老實講台灣跟中國大陸一樣大概同溫同種，都是奸詐的人蠻多的，阿他們給的，醫師因為他直接看病的時候他跟病人有責任，所以事實上，他基本上他不敢給你亂給藥，給些不好的藥或是濫藥，有些萬一吃不好，病人也是...的聲譽，所以他基本上比較...醫生他會因為成本的考量選擇藥物，可是他不會因為...恩~恩~可是他不會刻意的拿不好的藥，就是因為...不過因為好的藥，價碼本來就比較貴，該給好的就給好的藥，可是到了藥局分開的之後，反而是一個本來以為是拿比較好的東西，到了藥局的時候，因為他是議商的藥價跟健保局請的藥的時候，可是藥局反而會有點類似調包的行為，把他換成比較便宜、比較劣等的藥給病人，那基本上，他的藥品往往是對的，或是類似的藥物，比如說鈣片大概...還是鈣片，只是說他有很多，本來如果他是一些比較好的鈣片，比如說磷酸鈣或弱酸鈣可能變成一些碳酸鈣，有時候可能會...反正就是類似的藥，他們...很容易被他們更改到，因為我們過去也真的有看到這樣的情況，因為病人跟我們說他們在藥局慢性處方箋拿去吃起來感覺吃起來比較不好，那我們一看，便宜很多很多，跟我們原來開的不一樣，所以這種情形我們也無法可管啦!也沒有辦法，所以事實上，那個...所以說...我覺得就是醫藥分業的效益的部分，我們覺得是像民眾的滿意度啦!是可以...各種情況，像他們處方箋的釋出或是一般看病希望的支出。他們民眾的期待怎樣可以做個評估，那另外效益上是可以評估，就是說...我們這樣的處方簽釋出對整個費用的影響，就是為什麼真的省不到什麼錢，用到藥價這部分結果都沒有比較省，我覺得我很懷疑就像釋出因為...因為...他的...就是好像費用上好像往往並沒有真正節省到政府這個...這個...費用上的問題，可能不太好評估，不知道該怎麼做來做，那就是說應該做做看整個...費用部分，總體的費用阿!或是醫療費用的藥師的藥事服務費用上的有沒有釋出他整體劇烈變化上是怎樣的，這或許可以參考啦!那因為那其他的部分，想說本來效益，這樣做有沒有比較健康，就很難評估。

Q：好第六就是，任何與此議題有關的想法或意見，或是上面有要補充的。

A：我是覺得因為台灣的那個就是...因為台灣的制度下就是這樣子，就是已經長久以來，恩...就是整個醫療的環境、醫療的情況跟過去就是這樣子，那要硬要因為別人的醫藥分業所以我們也要醫藥分業，我覺得不需要這樣子，因為恩...恩...就是說恩...因為在台灣的藥師，事實上來講藥師或是他們的一些在醫院或不管在什麼地方，工作穩定，都是變成是發發藥，check 藥，都沒有真正在調劑啦!所以說如果醫師只是要這樣子的人，事實上也不需要藥學系畢業的人，他們專業應該等於整個藥劑生他們能夠在醫藥製藥上的場所工作，她們去的地方，應該不是讓藥師變成淪落到去賣藥，那應該讓他們有更多的...對藥這麼的有興趣

阿!專業的話應該比較在生產的單位或者在研發的單位,需要她們的地方,才真的需要,那不過現在只是為了訓練一個藥師出來到藥局去抓幾顆藥,事實上,挺無聊的,那那藥師專業的諮詢,如果真有需要專業的諮詢,可能用別的管道吧!未必一定要目前這樣強制,因為嗯...因為我是覺得台灣或許變成不是需要這麼多的醫生或者不是需要這麼多的藥師,因為這樣的制度下,會變成藥師是一個炙手可熱,所以他們學生填的志願偏向藥師,藥師每年投入這工作的會越來越多,就是投入這工作的會越來越多,事實上並不需要這麼多的人投入這件事情,因為投入這麼多人反而變成醫療的花費,健保的費用裡頭人員費用會增加,可是反而民眾我想民眾真正治病上在其他的治療上空間會壓縮,所以也不見得需要真正醫藥分業這個東西,因為醫師的部分,擔心不當醫的部分,更好的控管,那不會讓像現在變成,像牙醫師就變的相對比醫師還收入高相當相當的多,這是平均來講高一倍以上,所以變的很不合理的事情,當牙醫師變的在亂搞錢,都不好好看病,在這樣的制度下,因為他們那個,像醫療上因為本來進步就比較多,這部分差很多,我覺得是因為,因為醫療本來就在進步,他的醫療花費,本來就比較高,結構買賣,他分給牙醫師這一塊,中醫師這一塊,本來就非常的...一開始就不是很公平,那之後,像牙醫師的部份有明顯的進步,在材料各方面費用明顯的增加,可是在醫療部份,一直在增加他整個住院成本的部分,所以這用在人事的成本,人事的錢,或其他部分勞力的部分,醫院購買一個很昂貴的儀器那錢就非常的貴,所以醫師的錢就相對的越來越少,所以他的利潤就相對的比藥師少,如果又有一個藥師在瓜分這一塊,醫師就變的越來越...窮,反而是醫師變的越來越弱勢,又有一個人來增取醫療的這塊大餅,那反而民眾的真正的看病的權益阿反而會更差你知道嗎,因為...嗯...因為本來就是適當的利潤本來就要有的嗎,所以嗯...個人對醫藥分業比較不以為然,所以常常來講我們會覺得說,在很多地方事實上並沒有那個需要,那以現在來講,似乎也沒有那麼的有意義阿!就是我覺得,我們的感覺會覺得說好像就是,讓整個醫師他整個職業困難度阿!跟醫師他的整個成本阿~在提高而已,他並沒有真正的達到他們所預期的目標,這樣子。

Q: 然後,那有沒有特殊的經驗就是釋出處方箋方面。

A: 喔!釋出處方箋阿!就剛剛講的幾個就是說,慢性病處方,因為我們在醫院裡頭,釋出處方箋就以醫院而言嘛...就慢性病處方箋他...他是那個讓病人在外面領藥,那你說慢性病處方箋,像我自己以前開給我爸爸的藥,因為他住台北,在台北領藥,藥領的藥就跟原來領的不一樣,因為每種藥都有原來原廠的專利藥,跟在台廠自己重做的藥,在價碼上就差往往一倍以上的價錢,那...所以一般,很多去外面領的時候,他常常給他就是便宜的藥,可是在醫院的時候,就是事實是在醫療花費上,他事實上,他在一開始醫院在整個費用上,整體費用會把他當做歸在是一筆錢,藥局那邊就是一筆不當的利潤獲取,就是變成權力並沒有真正受到保護,本來是說如果有一個很好的地方,可以讓他去適當的領藥,當然是非常好,可是因為可能非常的困難,而且...如果只是...如果只是...讓病人去領藥的時候,那醫藥分業有需要說變的像變個藥局去行其司嘛?那政府乾脆就玩一個藥局然後讓民眾很方便去,有一個很大的藥的一個領藥處阿!各個地區、醫院去領藥,確保藥的品質,這樣也很好,就好像現在各個醫院,跟各個的藥...事實上這是因為政府...嗯...藥劑上的價錢,有時候他是同一種健保上有很多不可領的藥品,同樣是女性荷爾蒙,分泌性赫爾蒙他一樣是同一種價錢,也變成同一種價錢,所以你如果是好的有良心的醫院,用比較好的藥,他的利潤比較低,那給病人比較差的藥,跟健保申請的錢是一樣的,那就是說,嗯...所以我覺得是不是,如果希望藥能夠獲得保障的話,不管醫藥分業,有沒有醫藥分業都一樣,就藥價的部分,其實在醫院也一樣,醫院自己他們就是各個醫院為了獲取利益,就是有時候開始給予廉價的藥品、便宜的藥品,反正他的利益比較高,好的藥有時候不願意再給予,變成現在健保這幾年,我們發現,藥開始...好的藥越來越少是

真的，就是盡量都用爛藥，比較不好的藥，就變成一個趨勢，很明顯的，因為現在健保大家都覺得賺不到錢，不管他是醫師或藥師或他是經營者都一樣，因為這是人性嘛！這本來就是一個不該有太大一個爭議性的地方，本來要有一個合理各行各業的分配，變成一個不合理的分配的時候，就會有這些很多的問題出來，所以我覺得醫藥分業的時候，是不是政府應該把藥做一個很好的控管，議價的時候更加透明化，不要讓各個醫院跟藥師議價或怎麼樣，就變的更統一嘛！就跟全都他來做老闆，就他來管理藥商，他要管就全部都管下去，那就不會有很大的...那個反正不好的或不需的自然就出來就好，這樣是不是會變的比較...應該比較不會有問題，而且事實上費用上可能還可以，為了要讓藥師找出路，藥師可能閒的太閒了，像因為台灣來講...想台灣來講，很多各行各業的醫事人員確實都不務正業啦！只有醫師是出來就當醫師，很多護理人員後來出來也在做別的事情，其實到最後人員也都沒有在他的工作崗位上工作嘛！藥師過去也是學了很久...過去很多藥師就跟藥商去賣東西，在那邊賣藥做他不是本行的事情，本來是希望為他們找出路啦在做醫藥分業，可是事實行醫療整個大餅在那邊，事實上真的所有的人都回來醫療本業的時候，健保上的錢根本就無法支付，所以本來就不需要這麼多人來做，那各行各業不務正業的本來就很多，各科都一樣事實上他也不一定會做藥師不可，所以我覺得就是在台灣，我不覺得醫藥分業是很好的一個做法。

Q：好，謝謝楊醫師。

《醫師三》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：病人就會比較明顯，可是這個跟你們連續處...慢性病連續處方箋又不太一樣。一般講的醫藥分業是說，醫生只看診療麻，做檢查，那開藥開了，病人拿不到，病人去藥局拿，這樣就是一般我我所知道的醫藥分業是這樣麻，就是藥完全就是在藥師那邊麻，醫生這邊就是管診療這個部份而已，後，那到底她優缺點，嘖，你可以跟我講一下你所知道的台灣的醫藥分業是怎麼樣？

Q：就是...政府在推動這一個醫藥分業阿，主要就是...

A：他的作法，他現在的作法是怎麼樣？你所知道的

Q：他們就是想要說，醫生專心的在他們的診療上，然後把藥...就是處方箋釋出，然後讓要失去配藥麻，然後讓兩方面去監督有沒有，就是怕有沒有出錯，就是監督，然後讓民眾更安全。

A：你們有去實習過嗎？

Q：有。有有有...對

A：那你有去藥局嗎？

Q：沒有。我們只在醫院。

A：因為吼，你講的就是說，當然醫生藥師或是護理人員醫檢師都是一個專業麻，對不對，那醫藥分業就是說，醫藥的醫當然是醫麻，醫生麻，藥是指藥或者是藥劑師，藥...藥師麻吼，那基本上藥師他沒辦法開藥，開藥是要醫生開麻，對不對，那醫生開了，所以醫生還是要負責藥的order麻，因為醫院裡面沒有醫師就不會有任何的order，不會有藥也不會有檢查出來，所以醫生一定是跟藥扯...一定是分不開啦，就是說一定是醫生開了病人診療，然後給她吃藥，後，那吃藥之後，醫生開的藥是根據我們的診斷，我們評估這個病人，後，只是臨床病史詢問，或者是檢查，或者說他有抽血或照x光，或做胃鏡做什麼或甚至開過刀的病人，那醫生看了對不對，他覺得要吃這些藥，然後在醫院裡面就是病人看完了他就拿一張藥單去批價，然後去藥局領藥，後，然後醫師理論上要跟病人講，你這個是什麼藥，這一顆是吃什麼用，後，那這個其實就是醫藥分業了，在醫院裡面，因為醫藥，醫生就是管...就是care前半麻，那後面發藥或者是病人問藥就是藥劑師給麻，那診所裡面也是一樣，後，

就是說，我今天開一家診所，假設我離開醫院我開一家診所，那我...診療室麻，病人進來那我看大概都是小病麻，那我看完了我跟病人講去前面領藥，那我的這個處方，也是到前面去麻，就櫃檯那裡去，那櫃檯那裡去，現在健保的規定也是要有藥劑師阿，那，那你所認知的那這樣藥師在藥局裡，在醫師的診所裡面，這樣算不算醫藥分業？哪如果覺得不算，為什麼不算？因為她也是藥劑師拿阿，也是藥劑師拿...我們講的是說怕以前...以前是說找一個國中畢業的，會看英文的，就是...醫生給她或者是護理人員兼藥師去拿藥麻，對不對，然後看，就給阿，可是，實際上現在是在台灣幾乎沒有那種診所，除非好像有一個規定是，一天看30個以內或者是偏遠地區，可以不用藥師就是醫生自己要去拿，那個才沒有阿，所以...我才問你說現在你所謂的醫藥分業，我覺得這樣就算了啦。

A：恩...

Q：即使就是藥劑師給，就是在診所是...診所大概老闆都是醫師麻，那他給他聘請，他的老闆是醫師，可是藥劑師他還是獨立作業阿，他還是自行拿藥阿，就是照...按部就班的地方，後，我講的是按部就班，就是一切照規定的診所，其實現在...那如果這樣不算醫藥分業，當然名詞上，但是我覺得實際上這樣就算了，就是說你一個合法的醫療院所，不管是醫院或者是診所，也就是醫師看前面，藥就是藥師拿，我覺得這樣...這樣實質上就有醫藥分業的問題...的運作出來了，後，並不見得要把藥師搬離診所，或者是現在講門前藥局，後，或者是在裡面...這個都不算，我是覺得實際面上是說這個應該都算，只要他不是說請一個護理人員，或者是找一個工讀生在拿，後，實質上是這樣，我知道你們現在要探討的好像是要分開麻，對不對，那分開...假設啦，假設我們好，照健保局分開啦，如果你是病人，你願意嗎？

A：有些人會覺得不方便...

Q：對阿，其實後，你真的去看過病的，你會覺得當病人真的是很可憐，當病人真的是很可憐...

A：怎麼說？

Q：因為你當病人還要很多事情都自己來啊，那假設你肚子痛好了，假設我們醫藥分業對不對，我在開診所，我病人肚子痛只是腸胃炎阿，後，那很痛很痛阿，那我希望要打針或者是說我希望他藥拿了趕快吃，吃完坐到診所等，因為有些病，肚子痛他不是馬上會好，所以如果病人不是那麼多，或者那個人是我的老病友，我負責他弄到好，那我是不是希望怎樣，我開了藥希望他吃，坐在那邊等，他有效我才放他回去，沒效我們轉診去醫院，那假設現在藥局不在診所，可能在...也沒有門前藥局，就是你要去另外的地方拿，病人誰要去拿？

A：就是病人不能等就對了...

Q：對！後，這個是就一個奉公守法的醫療院所，診所，那如果在醫院裡面，基本上它平常的運作一定是分開麻，一定要請足夠的藥師，醫院評鑑也是要點這個藥師的人頭，後，這個是實質上的醫藥分業，現在如果說健保或者你們探討的這個醫藥分業是都分開的，像是說醫院裡面大概只有連續處方箋麻，後，或者是看健保制度怎麼走啦，健保制度怎麼走醫院就怎麼應變啦，像什麼，你們在中國今天兩年前，或是現在很多醫院，應該中國也都還有限制，一個醫師的藥費，會...會限制阿，對不對，因為我們醫院兩個胸腔科醫師是從中國醫藥大學過來的，就是說我當醫生，假設你是我的病人，我覺得你有這個需要，我開了，結果開一個月藥費三千塊，付不出來，他可能醫院如果限制，我只能開八百元就這樣，那所以我扯的遠一點，所以如果說醫院，像說幾年前是不是醫院總額或是現在點值保障方案，後，或者是說醫院就是被一個緊咒扣住麻，你的總額就是這樣，假設中國一季三個月是十億好了，結果他做了十一億，上一季就做了十一億，他就虧了一億阿對不對，那醫院會怎麼樣，釋出處方箋麻，那麼就是你們的醫藥分業麻，所以他不是真正為了醫藥分業，他是醫院精算過，我叫病人不要到我這裡來啊，所以請病人去外面拿，那我也是釋出處方箋阿，可是我的用意並不是為了病人好啊，是為了醫管，醫管的人說...你要這樣

子阿，那個就處方箋釋出麻，可是我遇到的，後，我遇到的病人都不願意，你即使是開連續處方箋，不是因為...像我們醫院沒有在管醫生開了多少錢的藥，我跟他說，「你這個...」內一次拿三張藥單，開一次拿三張藥單，今天用一張，下個月下下個月，可以在外面領，可是就我遇到的病人，我問他，他們都說，有些去他們就跟你說，那個沒有藥，那個沒有藥，或者是病人就是覺得，我來這間醫院，我就是來這間拿，所以你怎麼分，還有，我不只我太太是藥師，我二哥也是藥師，在高雄開業，他自己也評估過，你如果真的要做到都合乎健保，他覺得要備很多的藥，而且有很多的藥是高價藥，就像說中國，「我報了，我報了一億，我貴的藥通通叫病人去外面拿，那很多的診所要備昂貴的藥，啊他備了又不見得...其實醫療院所的特色就是，的特徵就是你沒辦法去預估啦，後，就說我今天當一個醫生我開了一個診，我看病，那今天會有幾個病人？我只能坐在那邊等，可能只有兩個，也可能兩百個，所以你一家健保藥局也是會面臨到這樣的問題，我跟中國藥總都有簽說都可以拿連續處方箋的藥，那說不定裡面有高血脂的藥，有胃潰瘍的藥，所以這兩種光是這兩顆，一個月加起來一定超過兩千五百XXX，那他可能就...所以他就可能不備，或者跟病人講，或者是自己換藥，其實我自己覺得不管是醫藥分業不分業...大家，實質面是這樣子，大家care的是什麼，是有沒有賺錢。

A：就是錢...是個問題。

Q：為什麼診所要自己請藥師買？因為她可以賺藥價差麻，對不對，藥在我這邊拿，我開一個診所，病人在我這裏拿藥對不對，我也可以跟健保申報點數麻，對不對，啊現在藥價是不浮動麻，一樣是一點一塊錢麻，那一定會有所謂的藥價差麻，我們不要講藥價黑洞，我們講藥價差，就是說你進藥，就跟你去買衣服一樣，你買衣服一件五百塊，難道店家進價五百嗎？他可能進三百，他賺兩百阿，對不對，啊所以，依診所裡面的醫師，他就覺得我...沒有人會嫌錢賺少阿，賺多啦，所以他覺得可以賺他要賺阿，這是從我們醫生角度，或者是從一般人，健保局XXX，啊你醫生就是愛錢阿，就是賺錢不違法啦，賺錢不違法啦，你只要是合法的，後，所以醫師他會覺得，既然我看了病，病人也比較偏向在我這邊拿，我當然請個藥師，給他薪水，我給他在這裡給藥，然後我又可以賺藥價差，為什麼...何樂而不為？我講的就是合法的，那另外一個就是比較方便，第一個就是實質上可能可以賺一點藥的錢麻，後，不管他健保好不好，反正你，在我這邊拿，就是實質上金錢上就有一個利潤，第二個就是我剛剛講的，病人比較方便阿，他領了他甚至...甚至我在醫院後，真正的醫藥分業，其實我們台灣爛就是爛在這裡，每一個專業的都不專業，藥劑師只管給藥而已，就是在裡面對藥後，三讀五對，對藥，後，最後一張他要填那個check藥單，然後就給，病人問他，就說你去問醫生，或者是有些病人根本就不把它當專業人員，直接來問我，都有，那我們就要試著跟他講，後，所以第二個，第一個是...利潤麻，當然其實是利潤一定會越來越少阿，健保局都會叮麻，啊其實那個利潤也不是那麼好賺，你要有進價成本你要有庫存管理，對不對，啊你第二個是方便麻，病人領了你要看效果，就是病人不用跑那麼大老遠，第三個就是我覺得民眾或者是藥劑師那邊的認知不夠啦，他把自己退的很後面之後，啊我什麼都不會，啊我什麼都不做，就是發藥就好了，啊或者是一般民眾都不把他們當專業，後我想有空，做這個有空你可以去...中國的那個藥局，門診藥局那邊看看，你就坐在那邊看，看有...你可以稍微看...統計一下，或是大概算一下，有幾個人拿藥，大部分的人都是怎麼樣，坐在那邊，啊號碼到了，對一下，拿了就走了，後，那個發藥的藥師有沒有跟他講什麼？

A：ㄗ...沒有，呵呵

Q：不管有沒有，你可以去觀察一下，其實你們年輕人你們當學生有空麻，就去看，多看，不要受我們影響，就是你可以去觀察，後，像我自己...我自己有再拿連續處方箋的藥，我自己都懶的看，大部分的人，拿到藥名字看一下，對了，就拿走了，我會不會去算幾顆，我會不會去看那個藥名，即使我是個醫師，嘖，我也不太做，這

個是全面教育的問題啦，所以我說其實要當病人，不太容易，像我們還算...以前在台大醫院當住院醫師，很年輕麻，爸爸媽媽去醫院看病怎麼看，你去掛號，你問他診間在那，你帶她去，看完了不知道怎麼辦還要帶她去批掛，XXX就是很複雜，啊這個當中，就是越複雜越容易出錯阿，所以醫藥分業就是我覺得是，我覺得...大家的...對於這個制度，後，還有專業人員或是民眾，因為其實我們當...我們所謂醫療吼，醫療裡面最大的漏洞，我自己一直覺得都是病人，後，我們看這個程序是怎麼樣，病人一定有病痛麻，到醫院他自己挑麻，到醫院或是診所，進去了，問醫生，挑醫生麻，醫生看了，他隨便看都是好醫生假設，假設醫生看完了，拿藥單給他，對不對，一般健保局或者醫策會就說因為你沒有給他講好，可是假設講了，專業的名詞他聽不懂，這個就是我們上次評鑑請榮總一個副教授來，他說後，你看的廣告，電視上的廣告，那個用廣告詞句，他們是有設計過，那個是國中程度的文字，就是他廣告打出來，設定你只要國中畢業你都會懂，所以人家那個是一個專業，就是說你要做廣告你要寫什麼字出來，要講出什麼話什麼句子來要讓每個人都聽的懂，可視醫生護士藥師有沒有受過這種訓練，沒有，所以醫生會講什麼？醫生會講醫學的名詞，病人聽不懂，我跟你講高血壓，高血壓是什麼，我跟你講肝硬化，肝硬化是什麼，啊肝是什麼，他就這樣問，胃潰瘍阿胃潰瘍是怎麼樣，啊他是什麼病，胃潰瘍不是一種病阿可是他不懂啊，所以呢，或者是他到他已經很痛了，基本上它什麼都不懂，然後他到醫院他也不知道怎麼看，他就隨便到處亂串，然後批價完了，去領藥，他也不知道要看號碼，或者是要人家叫名字，啊又很多人又很趕時間，慶菜去，殺勒的造阿，沒有看...沒有看包括回到家，他也沒有看，你不要覺得奇怪，藥開始吃了，吃了幾天，看藥袋，ㄟ，這不是我的名字，或者是在診所，或者像是在我們醫院，我診間隔壁就是注射師，有些病人需要打針，那打針一定是開藥麻對不對，批價，藥局領藥，都領對了，然後給護理人員，護理人員看名字，唱名字，問你是不是某某某，你是，好，針打下去，針打完了，ㄟ你叫的名字不是我，那你要怪誰？就醫策會來講，你們要怪護士，因為你沒有雙重核對身份...可是你唸名字了喔，你唸名字了喔，後，不是沒有唸喔，這是我自己常常遇到的，這爭執就來了，所以你說誰...無頭蒼蠅是誰...就是病人麻，我們不能說他錯啦，但是他沒有那種XXX的時候，看病就是要很仔細啦，因為醫院就是很危險的地方，你打錯了就會有問題啊，所以醫藥分業我當然覺得不錯，可是不錯的前提必須要，醫療專業人員，民眾，制度要弄好啊，他的...其實一直有，現在大部分已經這樣做了麻，醫生看病，藥師給藥，病人拿藥，就是這樣阿，你硬要去設計因為想要讓醫生拿不到錢，這個是不對的啦，出發點是不對的啦。

Q：你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？

A：後，啊所以你說優點缺點建議，如果這三點就做了，醫療作業就更順暢，後，就是說藥師它可以，藥師當然不是只有給藥，其實醫院裡面藥師還會負責，ㄟ張醫師你打電話，這樣的藥可能會有交互作用，你可能沒有注意到，後，或者是說劑型開錯了，有時候女生女孩子，那個陰道炎，塞劑結果他開口服的，那就不對阿，後，那藥師就會去看阿，或者是藥師他們覺得藥物有交互作用，他們會打電話講，這個在醫院裡面其實就有這樣子了，後這個優點當然是有，多一個人幫醫生care麻，醫生有時候key電腦key錯了啦，一定會有，那藥劑師，真正合格的藥劑師，有認真的藥劑師，他去做他分內的工作，就是去double check麻，我記得線再藥局好像是兩道還三道，就是key出來那邊拿藥的人看一次有沒有不對，他一邊拿藥一邊覺得這個處方不合理，然後包好了再給前面那個藥師，藥師發藥之前在check一次藥有沒有給對，就是藥名跟藥丸是不是對的，你看幾年前那個中港崇安診所那個...

Q：給錯藥...

A：他怎麼發生的，他是一家診所麻，崇安診所，後，小兒科診所，那醫生開藥，都感冒麻對不對，有流鼻水就開流鼻水的藥，那到藥師那邊，看流鼻水的藥，看處方箋拿，就給他，可是錯在哪裡，他那罐流鼻水的藥瓶是流鼻水的藥瓶，裡面倒進去是

降血糖的藥，所以那些小朋友沒有糖尿病，吃了每一個都低血糖昏迷送去急診，還好急診的醫師夠敏銳，很奇怪平常沒有那麼多小孩子昏迷又低血糖，很怪，平常小孩子掛急診就是肚子痛發燒，怎麼會這麼多昏迷的小朋友，那個醫生有警覺到才有通報，衛生局才去調查這幾個小朋友，因為她都已經分散，有些聽說送到高醫去阿，他在屏東東港，一問一問這幾個小朋友通通都在這家診所看，這才揭發出來，所以我說後，這個醫療真的是太複雜了，複雜到我做醫管的人不知道怎麼辦，我都沒有跟馬老師講，我自己是醫師，後，我又去讀醫管，然後我們家裡面的人生病，啊真正去用了才覺得很失望，非常的失望啊，因為這個影響很複雜，你真的無法想像會這麼複雜，而這個當中，這個問題是每一個人都是專業喔，不能去...後，其實我們所謂的專業人員他的忠誠度在哪裡，在他的專業，不在醫院，後，你聽的懂我的意思嗎？我是醫師，如果醫院教我做什麼，我如果覺得跟我的專業有抵觸，我不甩你，藥師也一樣，護理人員也是一樣，醫檢師也是一樣營養師也是一樣，這個都是一個專業，通通在醫院裡面阿，後，就是醫院教我衝，教我亂收病人，我覺得...跟我的醫療專業抵觸，我不理他，沒有人可以拿我怎麼樣，或者是在台大醫院，你去台大醫院看，有沒有醫管人員在管，沒有，他是一個純學術的機構，他是以醫學院為主，所以你去台大醫學院問看看，他們醫管是最弱...最沒有...吃閒飯的啦，沒有人要理他們的，為什麼？你要去規範什麼？你...醫師的誓言是什麼？醫師的誓言是以病人最大的利益為優先，把它弄好，不計任何的代價，可是醫管要做什麼，醫管要你減少成本啦，要怎麼樣要怎麼樣啦，這個基本上，醫管跟醫療就是有一點衝突啦，可是，你有時候在一個地方做久了，你也不希望醫院倒麻，呵，我們常講健保不會倒，健保不會倒，就是醫院倒，一定會有人倒啦，你說，為什麼台灣的醫師要去賺藥價差？你有沒有去過美國？你去看病，或者問馬老師在美國看一次病要多少錢？

Q：很貴...

A：貴到什麼程度？

Q：不敢去看，呵呵...

A：掛個急診至少...掛個急診掛號50塊，至少，50~80塊美金啊，掛號而已喔，作一個胃鏡，我是腸胃科醫師，作個胃鏡，內視鏡，我們台灣健保1500點，那點直如果0.8，那就是1200元，在美國多少？三千元美金，你可以想像嗎？所以...他們的醫師診療費可能也很高阿，當然我們不是說管錢的問題，不要講賺錢，而是說品質一定要花錢，你不花錢怎麼會有品質？那你沒有錢哪來的品質？就是硬撐麻，我的意思就在這裡阿，健保如果越摳，診所為了品質一直衝，一直給病人用最好的，會被砍，被砍診所就沒有錢阿，醫生如果欠錢，診所就倒了阿，醫院沒有那種不倒的，你看那個...南區那個，那個什麼...長青醫院麻，長青醫院就倒了阿還有鹿港的百川也倒了阿，很多醫院弄不好，就可能倒，阿以前...以前的人就會說開醫院怎麼會倒，醫生診所怎麼會倒？因為以前沒有健保在管阿，以前就是看病，我收多少就收多少，不會縮水，不會被打折啊，對不對，所以你讀醫管一定知道，為什麼前陣子醫生要去上街，要去抗議，我問你一個問題，你為什麼醫院會欠健保局錢？

Q：因為病人一直來啊，

A：為什麼病人來會扣錢？住院？

Q：有限制...

A：不是不是，醫院是欠健保局錢，你覺得這樣...妳能想像嗎？你知不知道很多醫院到現在還欠健保局錢？阿為什麼還會欠他錢？如果是醫管的，我要XXX你們了，講不出來不要畢業，對不對，兩年前不是很多醫師上街遊行去抗議嗎？那時候不是說全台灣的醫療院所欠健保局多少？兩百多億還是兩千多億，我不曉得，是不是幾百億就對了，至少，那你想啊，我們健保，我們醫療是三方，他是算什麼？你那個叫什麼我也忘記了，她叫...類似仲介麻對不對，本來的看病是醫生病人兩個這樣看阿，那他是第三者，所以是party麻，本來是病人看病給醫生錢，醫生給他服務給他藥，

本來是這樣，那現在是說一個健保局出來，那叫XXX，民眾給他錢，政府給他錢，他去統合應用，然後他給醫生錢，對不對，後，健保局...醫生給病人看病，病人獲得medical service，後，那大部分的保費是給健保局，那...醫生在根據他的服務在去跟健保局拿錢，所以錢應該是怎麼流？病人這裡給健保局，健保局給醫療院所這裡，那為甚麼拿不到錢？

Q：病人給的錢不夠健保局給醫院，ㄟ不是不是...

A：現在是醫院欠健保局錢喔...

Q：呵呵...

A：你知不知道像我同學開診所，他們大概都要環健保局，環他健保局就是說你欠我啦，為什麼會欠？

Q：恩...

A：我要跟蔡老師講，我跟他講...醫管的學生竟然都不知道這些事情...

Q：呵呵哈哈哈哈哈，是因為總額嗎還是...

A：你妳你怎麼想...讓你們去問馬老師好了，我不要講...

Q：呵呵...

A：你怎麼想啊對不對，病...那個就好像你開一家漢堡店，我開一家麵店，我 在那邊賣麵，做生意，客人進來吃麵給我錢，就走了阿...

Q：因為她成本高...

A：他哪有成本高，他成本是一樣的阿，他的...我直接跟你講好了啦，病人或是民眾國家政府給健保局錢對不對，假設一年...我們健保一年幾億？

Q：.....呵呵，不知道...

A：ㄟ...蔡老師不是有教嗎？現在好像是幾多？四千億麻？還是四千多億？假設啦...四千億，後，他有四千億的錢，新台幣麻，那...然後給所有的醫院，診所西醫中醫牙醫都算麻對不對，結果...ㄟ結果弄了五千億...後，五千億，本來應該拿五千億，可是他給我四千億，那...那怎麼辦，健保局就是...我就是四千億而已阿，我管你五千億我就給你四千億，後，那這樣也不至於欠他錢嘛對不對，健保局是給他四千億而已，一千億你們自己吸收阿，這樣也還沒有欠阿，也還沒有欠阿對不對，只是拿少而已阿，這樣是不是健保局理虧，你本來要給我五千億結果你給我四千億而已，就是健保局裡虧後，假設，講到現在，後，他只有四千億的錢，這裡有五千億，後，講都沒有亂做什麼的，民眾就花這麼多，就五千億，健保局就給你們錢去分嘛，每個人乘以0.8，就是你拿的，這樣沒有欠錢阿，這樣醫院怎麼會欠健保局錢，沒有嘛，到目前為止，後，每年都這樣啦，結果健保局就，今年，算一算，ㄟ，我兩年前點值算出來，一點只有0.7而已，你聽的懂我意思嗎，一點只有0.7元而已，所以你們作五千億對不對，我只要給你三千五百億就夠了。

Q：想要追回來。

A：所以你跟我拿了四千億，所以你欠我五百億，你聽得懂我的意思嗎？全部都健保局在講的啦，你錢出去了，阿你先前拿我太多錢，所以你欠我錢，換一個例子來講，假設你到醫院上班，你工作兩年，今年邁入第三年，醫院跟你講，我健保局那邊點值縮水，我被扣錢，ㄟ你之前給我領兩年的薪水，你給我多領，你假設一個月三萬塊，ㄟ我算一算我只拿到0.9，所以你假設一年，一個月三萬一年三十六萬，假設四十萬好了，你兩年多領了八十萬，乘以0.9給你72萬就夠了，你欠我八萬，就是這種算法啦！

Q：恩，了解。

A：你願意接受嗎？你在醫院上班老闆跟你講，ㄟ你領八十萬，兩年領八十萬，結果你該領七十二萬，但是你領了八十萬走了，你在這裡上班我每個月給你寇薪水，就是要扣到八萬塊，現在就是有些地方這樣作，所以有的醫生離職，不要覺得這個不存在，這就是現在你在醫院上班，你就要有所準備，所以為什麼醫生要賺這個錢，你若沒有四處賺吼，你真的會了死，為什麼病人看病已經拿走了，他藥，他也好了阿，

他不是死掉，就是那個service已經成立，已經過去要不到，你不能跟病人講，阿阿阿健保少給我，所以我要跟你多收，你要給我吐回來，你沒辦法這樣做嘛，對不對，所以，醫藥分業，他當然是醫生藥師想要生存下來他才在那邊分嘛，所以我覺得我沒有辦法xxx，因為我覺得，我就跟你講我什麼都有接觸到我就很無力阿，呵呵呵

Q：所以剛剛提到醫藥分業那些優點缺點，有其他的建議嗎？

A：建議？這有什麼建議？

Q：就是他要怎麼樣才會比較好。

A：我覺得就是點值保障阿，為什麼大家都在那邊爭這個，對不對？你如果大家都沒有錢就不用爭了啦，或者是說像以前，以前沒有健保阿，還不是在看病，我我我們應該這樣講啦，台灣民眾如果對台灣的醫療服務很滿意，你覺得是誰的功勞？健保局說他們的功勞啦，你可不可以接受？那所以我的建議是什麼？我覺得應該是，沒錯我們應該是以病人，病人真的很可憐，對不對，那我的建議是要三方面通通要加強，天下沒有白吃的午餐，所以健保局那裡的錢，你民眾沒有錢政府要補貼阿，政府就是要，人民就是要養阿，對不對，一個國家的人民健康不健康，是誰要負責？怎麼會是醫院去負責？怎麼會是醫管人員去負責，怎麼會是醫師藥師去負責，是國家政府阿，為什麼？因為我們給他稅阿，你看那個最近在討論的那個什麼，什麼那些什麼掏空案，動不動就八百多億，或是什麼金融重建基金，三千億四千億八千億，就沒了阿，那給誰？給銀行，銀行給誰了，阿財團掏走了阿，那些錢為什麼不是錢？你說阿扁打消呆帳一兆，那一兆是什麼？什麼叫打消呆帳？就是政府拿一兆給財團，叫那些銀行不要倒阿，那一兆是阿扁的嗎？是我們大家的錢阿，那些錢要幹麼？那些錢要拿來，這個責任在政府，現在台灣都把責任丟給醫生，阿你醫生就是愛錢，醫院就是愛賺錢，後，所以你看我我之前沒有讀醫管我也不知道說，看美國的保險制度是這樣，他們很貴，我們不需要那麼貴，但是你要把他做好，你不能讓所有的醫護人員complain一堆，那像我，我做的那麼辛苦，我要被扣薪水，我甘願嗎？那也許我們對病人都是沒有發作出來，可是我們回家，大家都過的不愉快阿，對不對，我常常講，醫管就是跟醫師誓言相牴觸了阿，後所以，政府，健保局那邊沒有錢沒錯，那你要去改阿，你你怎麼改，你一個是丟錢進來嘛，一個是去規範民眾不要濫用阿，而不是，你當然也要規範那些不肖的醫療院所，有人就是真的要挖錢，像是那個茂林或是xxx那種，這個都要嚴懲，所以健保局的角色不應該那麼，健保局，讓我覺得他都在懲罰老實人，對不對，我們講醫療院所這邊絕對有壞蛋，後，病人這邊一定有濫用的人，可是這個誰要去監督他，誰要去規範？民眾這裡要怎麼辦？要教育阿，你怎麼會把衛教的責任通通丟給醫院說你沒有衛教好，後，對不對，所以病人這裡我們當然希望病人，每個病人都知道怎麼看病阿，然後他不要有那種吃到飽的心態阿，他去看病就會說，我有繳健保了耶，為什麼我還要付錢？我禮拜一幫我一個學弟牙醫師，在松竹路xx，他幫我作xx，我幫他拿藥，我覺得蠻貴的，開一顆藥一天吃一顆，一個月28天，我自己我幫他付錢，520元，我覺得好貴，呵呵呵，可是呢，回過頭來，那個藥多少錢？一千六百塊，你去藥局買說不定更貴，一顆一百塊，要兩千八百塊，那其實病人他付520快而已阿，而且他還可以拿去補稅阿，阿你怎麼可以說醫院賺太多醫生賺太多？那如果這樣子，所有的醫生都會覺得那電子新貴賺更多為什麼不用課稅？你有沒有聽過明基或台積電他的稅是政府欠他，他不用繳所得稅還要政府，他還有稅款優惠，你覺得這樣公平嗎？當你去醫院上班你的薪水還要打折，然後你還要繳所得稅，然後你還要看政府在那邊胡搞，還把錢拿去給財團，沒有一個醫護人員會甘心啦，所以像我在大甲在鄉下，我直接問病人，病人在那邊罵護士，我說你有沒有女兒，有，你要不要你女兒當護士？不要，我說那你沒有權利罵他啦，你憑甚麼罵他？醫生護士，鄉下地方隨便都三字經在那邊罵，我說你憑甚麼罵他？他作錯了嗎？所以，你沒有去醫院你真的不知道有些病人真的很壞，當然也有一些醫生護士很壞啦，就跟官員有一些很壞一樣，後，所以這個建議是很大啦，健保局政府要投更多的錢進來阿，後，你金融重建基金你要拿來養民

眾阿，後對不對，一個國家人民的健康絕對是政府的問題嘛，後對不對，難道非洲人餓肚子難道是非洲人的錯嗎？是他們政府的錯阿，他們可能有軍閥有什麼人在汙錢阿，對不對，中南美洲那麼窮，台灣拿去金援，那些錢到總統的口袋裡面了阿，後對不對，所以你健保局這裡你要去規劃一個更好的制度，一定要有錢嘛，所以政府要補貼更多阿，因為民眾經濟不好阿，所以他繳錢就沒錢了，所以一個又窮又生病的人，他到醫院這裡來，醫院要跟他，不管他有沒有錢一樣，他就是要跟他，就是要把他弄好阿，你不能說你沒有錢，健保局這樣，醫院也不會說阿你沒有錢你不要來看病，不會，他來看病，沒有錢的人怎麼辦，他找社工阿，政府要來幫忙阿，對不對，所以我想，醫護人員大部分啦，的出發點是好的，問題是這些人沒有受過成本會計，他們沒有概念阿，譬如說醫生他只要會看病而已，他會什麼，他不需要會什麼，他只要把病人看好就好了阿，你要他管錢幹嘛？後，然後病人這裡勒？他自己要不能亂用嘛，後，也不能去那種討免錢的心態，我來，像我們現在當醫生當得很沒有尊嚴就是這樣，我病人進來，醫生我要驗抽血，我要驗肝驗腎臟我要抽膽固醇，還有蛋白b型肝炎c型肝炎還要做超音波，你要不要做？你多做了你薪水會比較多，可是你覺得都是沒有必要的，所以醫生一直都是在接受一個粹鍊，你是要賺錢，還是要去遵從你的專業還是要去滿足病人？

Q：恩，好，呵呵呵，了解。

Q：實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形如何？

A：互動情形，我覺得很好阿，因為我太太阿，我哥哥都是藥師，呵呵呵

Q：所以在，你在醫院...

A：其實，這個應該是說我們在，就你這個題目對不對，釋出處方箋了，我藥師沒有互動了阿。

Q：恩，那可是要有問題的時候，就是會諮詢什麼的...

A：現在沒有...喔在醫院有阿，藥師就是會打電話來嘛，可是那個不是你的醫藥分業之後阿，你即使健保沒有醫藥分業的政策出來本來就是這樣阿，對不對，假設說我們三個是一組，要完成某一件事情，阿我我是leader我把一件事情交代給你，我把文件交代給你，你要繼續完成在交給他，結果你check到，我這邊有錯，你會怎麼辦？你自己改嘛，你看看再跟我講嘛，對不對，所以醫院醫療整個系統就是在服務一個病人阿，所以本來這個沒有健保以前也是這樣運作阿，病人有問題他當然跟我講阿，他怎麼會去跟病人講，不會阿，他去跟病人講說醫生幫你開藥開錯，你去找他，不會阿，本來就是，我覺得就一個有良心一個正確的藥師醫師他本來就是會有正常的互動阿，你開錯藥了，就是會打電話阿，我覺得不會因為醫藥分業就有問題阿。

Q：就是本來就是一個team

A：對對，本來就是一個運作醫療就是這樣阿，看病開藥給藥吃藥阿，這一連串的阿，這是這當中都不能有錯阿，那有錯就反應阿有問題就反應出來，那這個不會因為有沒有醫藥分業而受影響，我反而覺得醫藥分業是什麼，是醫師團體跟藥師團體，兩個在爭誰可以拿到錢，所以有可能會造成彼此之間的爭議跟一點衝突阿，我講的不是我是藥師你是醫師我們兩個之間有衝突，不會，是是藥劑師公會醫師公會，然後就去健保局或是衛生署開會，然後大家弄的火爆，結果報紙記者就趕快有好戲登出來，後，醫生跟藥師大打出手都為了錢，那民眾會怎麼樣，那民眾會怎麼樣，那沒有去參加的醫生護士藥師會怎麼樣，對不對，所以我反而覺得可能會因為健保局的政策不當，會引發那種醫師團體跟藥師團體的，的怎麼講，衝突也好或者是不和諧也好啦，我覺得有可能會這樣啦。

Q：所以你覺得醫藥分業後反而不好？就是醫師跟藥師...

A：不可能，我是說如果沒有設計好，因為大家都為了一點錢嘛，講白了就是這樣嘛，藥劑師在爭的就跟那個什麼，前一陣子口腔保健法一樣，後，你們都沒有看報紙吼？你們都沒有上蔡老師的課，蔡老師都說你們要看報紙阿，口腔衛生法是什麼？是本來沒有這個法阿，是牙醫師團體去遊說，後，現在法律怎麼定，法律就是，後，假

設我們三個都是牙醫師，我們覺得阿生意越來越差，阿要有保障，阿其實口腔是有錢人才會去看嘛，對不對，有錢有閒的人才會，阿我要更漂亮，他才去看嘛，所以基本上他跟生命不太有影響，所以他不是個必需品，就經濟學上來講他應該是一個奢侈品，那奢侈品是怎樣，他只要沒錢就不會去看阿，所以健保，牙科跟中醫都是類似這樣啦，反正一個人要死了，你會不會送他去中醫看？不會阿，一定去急診嘛，急診室西醫的，所以西醫我覺得啦，他是一個最基本的必需品嘛，民生必需品，中醫跟牙科是一個奢侈品，厚厚，我的看法可能是錯的，但是我我我假設是這樣，那牙科這邊怕怎麼樣？你其實真正美國的保險是，你，他們的西醫就是他們的傳統醫學嘛對不對，你的保險你可以加，但是就是保一個基本的看西醫，那你要不要保牙科？加錢，你要不要保中醫，加錢，你要不要保那個，叫做什麼，就是醫學叫按摩啦心理治療那種，你要不要？反正你要，我保費就一直增加，可是台灣不是阿，台灣就是你交健保費你通通都可以看，那牙醫，口腔衛生法就是法，就是口腔保健的部份用一個法律，他無中生有就弄了一個法律，對，請立法委員去立法，他通過了，他通過了裡面就有一條，後，口腔保健的部份要納入健保，就好像說我們可以去立一個法，每個家裏配一台3000cc的賓士，那賓士車商就發了阿，每個人家裏立法保障每個人都要買一台賓士阿，我不是發了嗎？你聽的懂我的意思嗎？所以那些，你那個藥劑師說不定要找人來立法，一律醫生都不可以拿藥，你覺得醫生都不懂藥嗎？對不對，某些方面是大部分都懂的，你要說一些藥物動力學可能不太懂，可是病人吃了，我覺得不應該剝奪醫生給藥的權利啦，因為病人吃了什麼藥，講難聽點藥師也可能給錯，所以我說，我剛剛講那個牙科，他去遊說，那這樣社會觀感是怎樣，就是你們牙科醫師很差阿對不對，拿錢阿，拿一百萬給那些立委去立法通過，這個就是不道德的嘛，不管這個法好不好啦，這個過程就是不道德的，對阿，所以你說醫藥分業之後，我覺得這個制度要弄好，你制度沒弄好只會造成專業團體之間的對立阿。

Q：您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：我覺得讓民眾自己選擇阿，不要硬性規定阿，為什麼？因為...

Q：恩？你說你們釋出的...

A：對對，這個就是彼此之間的不信任，就是說，假設啦後，我們所謂的藥有學名藥跟原廠，那原廠就是所謂國外廠，一定比較有效嘛，就像我剛剛講，2000cc的車子，賓士保時捷跟裕隆，你覺得哪一台最好，或者是一樣好？你當然覺得進口的比較好嘛，那原廠的藥一定比較好嘛，藥效一定比較好，而且品質一定比較好，這是無可諱言的，所以他一定比較貴，阿後面台廠的藥一定比較便宜，或甚至給醫院的藥價差一定更大，後，一樣的，他給藥局的藥價差一樣阿，所以我開出來的，也許他在醫院給的是原廠的藥，可是到藥局那邊，他沒有，他就直接給他學名藥就這樣。

Q：就可能不照上面拿...

A：對阿對阿對阿，就是換藥廠，沒有跟病人講，這是一個問題阿，換藥廠，或者是說配錯，配錯責任等下，你知不知道醫藥分業吼，假設我開一個病人，我開連續處方箋給你，那批價藥單三千元，好，那你領，你拿了藥單，就直接去藥局拿，結果健保局抽檢，抽到你的病歷抽審，審查醫師覺得阿你不該開這麼貴的藥刪掉，刪掉的意思是什麼你知不知道？刪掉就是健保局覺得你亂用，你沒有必要用我不給你這個錢，三千塊他刪最貴的兩種，兩千五百元刪掉，扣錢，扣誰的錢？

Q：醫師...

A：當然阿，他不是扣藥局，藥是藥局給的喔，藥價差是他賺的喔，你覺得這樣合法？阿你覺得這樣要扣藥師的錢嗎？這不對阿，藥又不是他開的，你看你們讀醫管都不知道實際運作怎麼樣，我跟你講醫管就是在管錢，就是...醫院就是這麼複雜，也很有趣啦，你知不知道那個法律多如毛髮啦，你醫生不小心就犯法了啦，你覺得這樣對醫生公平嗎？醫生真的那麼壞嗎？或者是醫管的人員真的是那麼壞嗎？你覺得這種制度好嗎？

Q：因為制度造成的...

A：對不對，你很多人犯法就是因為制度的問題，我跟你講，門前藥局不違法啦，門前藥局哪有違法？不違法阿，可是健保局說你違法，或者是他用別的偽造文書的罪要來告你，這樣對嗎？當國家看你不順眼要搞你，要把你搞死，對不對我剛剛講的有沒有聽懂？醫藥分業醫生開了藥，藥單給病人，病人去藥局領藥健保局核刪藥費，那算誰的，要怎樣去釐清阿，這個制度要釐清阿。

Q：所以這部份處方箋的部份沒有做好...

A：對阿，他不是沒有做好，健保局現在就是責任在醫生這裡，因為我也是健保局的審查醫師，登記的審查醫師，裡面的刪的部份，就是有...有一條就是，未從低價藥進行使用高價藥，這是一個可以刪的條文，可是你刪了阿，藥局...病人也拿了阿，藥在藥局那裡阿，他給他，我開了我什麼都沒賺，我賺你兩百五十塊的醫師診察費，我就要被刪兩千五百塊，而且每個月都刪，這個就是很大的問題，講來講去都是錢阿，錢錢...一個人沒有錢你也活不下來阿，對不對，所以我覺得，釋出處方箋要...配套措施要做好，健保，醫療，病人，配套措施要弄好阿，阿你又沒有弄好，比方說到底有沒有要統一，健保藥局的藥，我覺得那不可能，一家藥局不可能備全台灣所有的藥，根本作不到，所以基本上這個問題我是覺得無解...

Q：無解，呵呵呵...

Q：您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：那第五個你說要建立什麼？評估的指標...我覺得第一個當然是病人的滿意度阿，第二個就是醫師的滿意度阿，第三個就是，呵呵呵呵呵，藥師的滿意度阿...

Q：那處方箋的釋出率可以...

A：那再來，我覺得那個...你這個要看什麼？我覺得沒有什麼用阿，你所謂釋出是你這個制度好不好而已阿，可是你說建議醫療政策效率，仔細看也看不太懂...

Q：就是分財務阿，或者是政策方面的吧...

A：評估指標...

Q：就是要看這個醫藥分業做的好不好，你覺得評估哪方面就是可以當作評估指標，像可能有些是說處方箋釋出率可以當作一個指標...

A：這個指標是在講說這個制度好不好阿，阿你的...提的問題是這樣嗎？

Q：對...可能想說釋出率到達多少，整個達到一個程度，或者是民眾拿XXX出來的時候的比例，或者是像你剛剛講的滿意度麻，可能民眾的滿意度達到多少，這才叫做是...有效益這樣子，政策有效益，滿意度...

A：你這個題目是在...呵呵呵...這個政策的效益有哪一些...

Q：這個是這個計畫主要的目的...

A：對，我是說你們要看什麼阿？你們說...因為這個題目我覺得不太清楚阿，你要講的是政策效益...

Q：對就是醫藥分業有沒有成功吧，講白一點...

A：對那要靠什麼去評估對不對？

Q：對對對...

A：藥用什麼指標來評估這個醫藥分業是好的，這個制度上...

Q：恩，有沒有達到病人...做到一定的程度，像是可能評估醫師，醫師跟民眾的滿意度，黑阿，滿不滿意，滿意到一定的程度，才叫做喔我們現在做的醫藥分業有達到成功...

A：可是...比方說我們現在都有八成，我不是專家啦，只是我覺得你五個有四個都說好那大概就是好了啦，因為我講的是，病人有沒有真正拿到他要的藥，病人有沒有好好的吃藥，還有自己的未來會不會餓肚子，後，一定要有錢嘛，阿所以你說這個制度好不好我到覺得，釋出處方率那個...我覺得沒什麼用啦，為什麼？政府會取決於健保給付制度阿，你如果都沒得賺，我是醫生我也不要備藥阿，我不管你阿，我賺檢查費跟診療費就好了阿，我都沒有價差阿，你你醫生幹嘛阿？除非是這個就是要讓我病人達到...要不然，假設你進要五毛錢，你只能賣五毛錢，沒半個人要作阿，

阿或者是說這個藥很貴我怕...如果以後制度設計成被刪刪藥師的，不能全部釋出阿，所以，所以釋出高不代表這個制度好阿，釋出高只能評估醫生對他是不是有利，他不能評估你這個制度好不好，所以這也是為什麼醫管的人看的跟醫師看的不太一樣，或者是醫生看的跟醫院老闆...醫管你要這樣作，阿就病人跑光光為什麼你要這樣作，每個人的角度看不一樣，你知道我意思嗎？你針對釋出處方箋的比率，我個人的覺得是沒有用啦，釋出處方箋是取決於什麼？你覺得？我覺得是醫生阿，醫生要不要釋出？當然病人也可以啦，病人就說阿我就是要去外面拿，對不對，他那個取決於，就是釋出處方箋的比率一定是醫生如果不願意，病人在怎麼要也拿不到阿，所以你所謂的連續處方箋釋出比率，那個是取決於醫生阿，或者是醫院的政策規定，你只能看這個阿，你不能看這個制度好不好，不知道阿，這個醫院這個醫師看要不要放出去，決定權在他那裡阿，所以你沒辦法，阿這個制度好不好，是這個人在作決定的是這個人在作決定的，不是這個人在作決定的，所以我...我來看只能用滿意度來，你這個醫藥分業的政策，滿意度怎麼樣，民眾覺得怎麼樣，很好，那這個成功，就民眾這一塊成功，阿結果醫生這裡很不好，那醫生這裡不成功，阿健保局這裡，阿我錢花更多，他當然覺得不成功阿...

Q：那還有沒有覺得別方面的，別方面的...

A：我怎麼知道...你問的問題我只能想到這個而已，還有沒有其他選項...

Q：可是那種藥師的訓練，就是可能藥師的一些課程這方面的...

A：藥師的什麼課程？藥師願意去教育，藥師願意去再教育，我講一個內幕給你聽好了，很多去再教育都是拿學分而已，我念大學的時候，我當大學生的時候，我就曾經幫一個開業醫去上課，他給我錢，我就去幫他上教育課，他呵呵呵呵本人很老呵呵呵，我都覺得很不好意思，一樣的藥師再教育，現在有規定嘛，其實都一樣啦，不要說只有醫生這樣啦，所有的人都一樣假設說，今天規定你要考醫管師，醫管師每年要再教育，五十個學分，一個學分就一個小時，阿你真的很忙，你都沒辦法去，可是你沒有這五十個學分你的執照會 lost，你怎麼辦？派他去上阿，所以你用這個評估什麼？]

Q：所以你覺得這個是不太可...

A：我覺得專業人員要再教育取決於他的求知慾望，不是訂政策的人，你不能用他要不要去上課，或者是說阿，藥師公會辦了很多在教育參加比率都很高，是因為這個醫藥分業之後，所有的藥師受到醫師的刺激之後，都想要去增加知識來跟醫師討論，我覺得實際面不行，所以你嘆呵呵呵呵覺得不好，我覺得政策還是看滿意度啦，這 service party 嘛，政府也...健保這邊嘛，他看中的是什麼？後，醫生這邊滿不滿意，阿這個當然很籠統阿，阿這個你們要去設什麼指標，你其實也可以作一個 xxx 滿意度阿，讓病人覺得整體的滿意度，這個也是一個選項阿，讓他自己去打分數阿...

Q：恩恩好。

Q：任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：第六個就是我們剛剛跟你閒聊這麼多，就是都有相關不是嗎？

Q：就是有什麼，剛剛有講...

A：你們有什麼題目我剛剛沒有講到阿？你們應該自己有一個大概要問的阿...

Q：就是我們就是有一個開放性的，就是...

A：對阿基本上有一些要問的，阿我沒有講到的，或者是你想問我什麼的...

Q：因為你是在醫院嘛，你說你一直以來都是在醫院嘛...

A：對，我都在醫院，那像我自己，我現在病人要求我我都開阿，假設糖尿病高血壓吼，這種健保局所謂的慢性病，病人有時候他其實現在的醫藥分業，連續處方箋是有一個誘因的，你知不知道？有什麼誘因？

Q：連續處方箋？

A：有誘因的，為什麼病人要 xxx...

Q：喔喔不用等，不用在掛號費...

- A：連藥費都不用...
- Q：連藥費都不用，不是...
- A：假設吼，假設看一個月吼，那假設他拿一千五百塊的藥費，那他看第一次，後，第一次他是不是要付醫師診療費還有...反正啦哩拉雜一堆部份負擔對不對，那今天假設他付八百塊好了，第二個月第三個月他直接到藥局，直接到醫院拿健保卡刷一下，他就可以領藥了，他只要付一百塊...
- Q：喔...所以差很多...
- A：我不知道...差很多，就是你一樣拿一樣的藥，你每個月來看，後，你自己來看，我每次都要付八百塊，三次兩千四，那如果用連續處方箋，這次拿八百，下次可能拿一百或五十五，不知道，或者是零或者是一百好了，這樣子一千，兩千四跟一千差很多喔...
- Q：所以會導致你認為...
- A：病人本來就會主動要求阿，阿健保局那邊給醫院的好處好像是...什麼好處，好像醫院這裡有一個好處，我不太清楚，他有一點鼓勵嘛，他一定要鼓勵阿，因為他這個政策出來，他一定要鼓勵，給民眾一點甜頭，民眾才會主動去要求阿，那醫院這邊坦白講，比較不會主動去給啦，所以現在健保就有在規...他在定一個...他就有在定一個醫院連續處方箋釋出比率，他就有在監測阿，像我們醫院一直都在偏低阿，而且才多少，10%還15%，阿其實已經在做，他有規定一個比率阿，其實有時候是病人的問題，就是說其實後，這種相關情形，就是說，我覺得後，你不要把看病，當作是一個病人他來看病，他只為...了拿藥，不是，很複雜的啦，你問馬老師就知道，其實病人的就醫行為是很複雜的，後，我住台中，每天去大甲上班，每天開35公里，我在那邊看，你知道我的病人最遠著哪裡嗎？你覺得住哪裡？
- Q：南部，呵呵呵，該不會是...
- A：我的病人最遠住在梧棲，住貢寮，台北縣貢寮...
- Q：後...好遠喔...
- A：最近好像後來他有一個孫子好像得aids啦，他平常都他女兒帶他來，就xxx嘛，所以改連續處方箋，阿另外有一個他都不來，一個阿婆，八十幾歲了，住龍潭，他只要有看病就是早上五點多起床坐火車，坐海線的火車到大甲，然後從大甲火車站走到我們醫院，我自己的想法，我都跟他講，阿你怎麼要這麼辛苦，阿藥都一樣，你拿我的藥單去附近桃園後，我跟他說我同學在敏盛醫院你去找他，他不要。
- Q：就依賴...
- A：所以你覺得可以單純用因為你給病人拿藥單病人就會滿意嗎？你知道我的意思嗎？第六點我的想法，就是不要把單純的就醫行為就當成是拿藥阿，就是人跟人心理的層面就是很複雜，後，其實有些病人他是為了要跟醫生建立一個關係啦，他就是要常常來讓你看啦，他覺得他常來讓你看你會對他好一點，或是你會跟他比較熟，比較熟就會比較care吧，大部分病人會這樣想啦，所以他會覺得，你會發覺給他一樣的藥，不同醫師看的，效果就不一樣，所以醫藥分業他做的好不好，他只是我們醫療界的一個環節而已啦，病人要的是什麼我們不知道阿。
- Q：所以還是要站在病人角度去作這方面。
- A：問題是...你如果讀過醫療經濟你就知道，要顧好自己的健康是必需品，對不對，你要顧好全國百姓的健康是奢侈品，國家一定會倒，所以醫療經濟有學這個吧，所以有時候我會跟病人講，我給你一個月的藥，病人不要，他說你不會開兩個禮拜就好喔，我兩個禮拜後在來看一次。這個連我自己都不太能了解，好像我以前在台北，那個人都很忙阿，他就跟你講，你幫我開久一點，我很難來，台大，很多病人是從屏東作飛機去台大看，這種人他當然需要連續處方箋阿，對不對，因為他太不方便了嘛，阿他覺得不錯阿，我覺得這樣不錯阿，可是在鄉下，那個歐巴桑歐吉桑他就是無聊阿，他來醫院他可以找人聊天，讓醫生看一看心理又獲得滿足，所以你叫他一個月來一次就好，他不要，越鄉下越有這種現象，我們醫院還有一個本院，我們

大甲是分院，可是分院就...醫院等級是比本院高，因為區域教學，本院那邊是地區教學，更鄉下，我曾經去那邊看我都不習慣，看了我說給你兩個禮拜，不要，我要拿少一點，我就給他改，改一個禮拜，阿他就不要，說為什麼不要，他就說要多繳很多錢，阿我就說那我們拿兩個禮拜，比你三天拿一次還便宜阿，不要我就是開三天就好了，你就開三天就好了，所以連續處方箋釋出率不高不見得是醫師不願意，是病人自己不願意，所以很多都可以作研究，只是研究出來有沒有人要相信阿，你也可以去作民眾那一塊阿，所以你可以去醫院那邊問那些慢性病的，去醫院那邊作阿，問看看願不願意接受你的問卷阿，我覺得你可以把現在的醫藥分業，他可以獲得的好處，你講給他聽，阿你願不願意，阿你願意是因為怎麼樣，阿你不願意是因為怎麼樣，這也是個研究不是嗎？可是這個你們完全不知道，連我自己都想說...ㄟ這樣...像我自己拿連續處方箋很便宜阿，我又是醫院的員工我記得第二次第三次我都不用繳的，可是我在吃得藥我記得一個月也是藥一千多塊阿，那對我來講當然是省錢阿，任何人...都要省錢阿，可是民眾不是這樣想，你要去想為什麼？

Q：每個人的認知不一樣。

A：他要去跟醫生建立關係阿，或他對自己的健康很憂慮阿，他覺得自己會怎麼樣，希望去給醫生看一看，醫生看一看就可以開出來了阿，或者他孫子生病帶來給醫生看阿，這個都是附加價值阿，其實我覺得病人這一塊真的很複雜，超乎你的想像，所以好人不要當 xx，生病你去做，我最小的女兒現在才...93 年生現在才四歲，他先天性心臟病開刀，我自己是醫生又在讀醫管，我覺得非常的失望，我都覺得講了都會流眼淚，你會非常的無力...

A：蔡老師也是因為自己住過院才會...

Q：所以你的感受就會很深，你知道嗎？我們當初因為他不得不開阿，因為心臟衰竭要開刀，後來我在讀醫管，去中國，我女兒，我禮拜一去上班，我太太禮拜一就是，我出門前還看他好好的，雖然他有心臟病，我太太十點多打來說他比較喘阿怎麼樣，我就說那就送中國嘛，掛急診嘛，然後住院上去病因是嘛送加護病房，那我下午就停診請假回來看他阿，才幾個小時，我就覺得我女兒已經整個人都變了，已經變...像你這樣好好的嘛對不對，阿小孩子掙扎，剃刀拿起來理個頭髮好像被狗咬到，頭髮都不見了，他是從這邊打針，然後你就看他哭得不成成人形，然後又因為小孩子，小孩子又跟你講說他都一直哭都不喝牛奶...

A：四歲的時候嗎？是更小？

Q：不是，兩個月的時候，阿你想看看我早上出門前看他這樣，我不相信我下午兩三點看到的已經變這個樣子，才到醫院不到六個小時，然後你問護理人員，你會覺得護理人員都很忙，可是你的小孩一天比一天糟糕，阿為什麼，因為醫管做的很好阿，人力成本做的很好阿，所以一個小姐 care 很多人阿，那一個人的人力有限嘛，對不對，你是一個能力在強的人，我叫你作一件事情你可以做的很好，叫你作三件你還可以做的很好，叫你做五百件你會不會做的很好？所以人力是有限的嘛，你一個小姐...你醫管做的好就是人力成本抓的好，因為醫院裡面將近至少有一半的成本在人事，那你醫管做的好對不對，你人事抓的好是怎樣，每個醫護人員他 care 更多的病人，那已經沒有不好了阿，我們不要怪醫護人員，真的是 care 不好阿，那病人就放著他哭，小孩子就放著他哭，你第二天你去看他，問，阿怎麼放著他哭，他都在哭他都不喝奶，因為她根本沒有時間好好去餵他喝奶嘛，或者是他去一個陌生的環境他當然哭阿，對不對，然後第三天還是這樣子，然後你就聽醫生解釋，阿要開刀，要做心導管，然後弄一弄我就說，然後心臟外科來，ㄟ他這個心導管破洞要補起來，那個健保不給付要一萬塊，除了健保要付這個 patch 一萬塊，全部付要一萬塊，我說沒有關係阿，後，結果後來想一想苗頭不對，也不是苗頭不對啦，因為畢竟中國那個心臟外科是開大人的，在中部沒有專門開小孩子的心臟外科醫師，那我又是台大那邊出來的住院醫師，那我同學也在心臟外科，我就問他，他就幫我拜託一個心臟外科醫師，就專門在開小孩子的，那我們禮拜四就決定上去，那裡拜四上去診

斷都沒有錯，後，也是要開刀，阿禮拜四上去，禮拜五下午我就簽了手術同意書，我就簽了，他還解釋說這個風險，就又講完了，他就說好了，漏了什麼？漏了那一萬塊，他都沒有講到錢，後來我就自己問說，「張醫師，那個人也是性張，有沒有什麼比較好的材質，後，我們願意自費沒有關係，他說沒有，沒有。」

Q：沒有這塊。

A：有這塊藥阿，可是健保給付阿，可是我的母校要跟我要錢，都還沒開刀就跟你講要自費一萬塊...

Q：他要賺錢...

A：我醫學院是中山畢業，醫管是中國，所以我是馬老師的學生，呵呵呵，我們不要講中國的不對，我自己做醫管我也知道，醫院要生存下去他就是...因為醫療資訊的不對等實在非常的嚴重啦，我怎麼會去查健保有沒有給付這一塊，我一定很急阿，阿阿阿更好的，好好我就出，對不對，所以我們講醫療資訊的不對等，病人花什麼錢是不是被醫生牽著鼻子走阿，結果更驚訝的是在台大開刀，後，我就問他，他說不用阿，就都不用阿，我也沒有送紅包阿，真的不用送紅包，後，他住 23 天，前後住 23 天，都是他們 care 的，因為小孩子很小阿，開心臟這麼大的手術，最後住 23 天你知道嗎？你知道付多少錢，住台大醫院 23 天，我們都不用照顧他，喝奶幹嘛什麼都是他們照顧的，不到一萬塊...

Q：恩？這麼少喔...

A：我常常講如果我住中國，講難聽點說不定開了死掉了，然後我要付好幾萬塊，那對我們醫生來講，錢當然不是問題，在怎麼辛苦我們至少比一般民眾薪水多一點阿，可是你要想一想，今天如果喚作這個小孩子的爸爸媽媽是 25 歲剛出社會去生活，經濟狀況不好你一個不用...你住了 23 天才不到一萬塊，我記得是七千多嘛，阿你如果住中國你可以想像光是還沒開刀就要跟你講要自費一萬塊了阿，那一定會用很多名目跟你講，這個不給付那個不給付，那你想所有家屬都怎麼樣，沒關係阿會好就好了，會好最要緊，那所以你想你覺得我的感觸深不深？你醫管都在做什麼用？今天如果你是病人，後，或者是說我常常在講，所以蔡老師上課常常講，為什麼病人很不舒服躺在那裡，我們台灣專看肚子痛阿，病人痛到冒冷汗，然後要求要打止痛，小姐跟你講，我剛剛幫你打過一隻了，阿要不然就是實習醫師過來跟你講，這個肚子痛書上說不能止痛，後，要觀察你的痛，呵呵呵，那你就躺在那裡說好痛，痛到...沒有人可以解決你，那你就躺在那裡打點滴，那種心境不是...你沒有當過你...蔡老師他真的是過來人，所以他會對醫生有點不滿，呵呵呵嘻嘻嘻嘻，因為後，你真的沒有當過病人，或病人的家屬，我覺得你們還年輕，我剛剛講，自己的爸爸過世可能都還沒有自己的女兒生重病那麼難過，還是我比較冷血，但是就是我自己的感受是這樣，當子女的都不能知道爸爸那種辛苦，可是當你做了人母之後你會覺得小孩子都不懂你替他付出多少，真的阿，我女兒去開刀我都覺得我這邊好像...我在台大外面等吼，那種不安的感覺不是你能夠想像的，怕出來跟你講死了，對不對，你去醫院看病，你不知道你會花多少錢，你不知道你能活多少出來...

Q：所以就是認知方面的差距...

A：所以我覺得，當然很多阿，而且我覺得...怎麼會有那麼多限制呢？你知不知道中國...我們以前 xxx b2 xxx，他一張醫院給他的額度，就一張藥費，就你來看病我可以開出去對不對，六百塊而已，他說後，他說氣喘的噴劑一隻就要八百多塊，醫師能做什么，醫師能幫病人做什么？

Q：就夾在中間...這樣

A：你會覺得我要開這個我開不出來，醫院說不能開，太貴，但是也...呵呵呵，對不對，因為這個太複雜了啦，你其實...就像最近那個癌症的掉髮治療，白色的一顆要兩千塊，我當醫生我都覺得，你給付那個要幹嘛？你有沒有想過一顆要兩千塊，誰賺最多？藥商嘛你能想像做一個胃鏡才一千五百塊嗎？給一顆藥賣兩千塊嗎？醫生的...一個醫生的養成...醫院要胃鏡的成本，竟然比不上一顆藥，其實醫療裡面最貴的應

該是人力嘛，怎麼會是藥勒，所以問題太多了啦，他是高科技沒有錯，可是你一顆藥兩千塊，或者是你看一個月吃下來六千塊，ㄟㄟ六萬塊，可能病人也是一年後就死了，那你想六萬塊...開個盲腸也不到一萬塊阿，開個胃...手術也不到兩萬阿，一顆藥兩千塊，那 xxx 在哪裡，我的感覺...我的想法不見得是對的，我的感覺是在藥商那裡，為什麼？這一顆藥國外賣新台幣一百塊，賣十塊好了，後，藥局又買的到，你民眾就買的到，你一顆國外賣十塊台幣，來台灣，健保局給他核多少？15 塊，為什麼？因為藥商拿去送錢阿，給核價的人阿，我假設啦，這是我的假設啦後，所以健保局 15 塊，你去國外 10 塊，為什麼健保局 15 塊？那藥商一定賺很多，說不定他的成本才五塊，所以他核 15 塊，他給醫院賣多少？那可能，可以賣他十塊阿，那健保局就說，阿你醫院給我拿了五塊錢的價差，不對，可是你有沒有想一想這個你的核價就核錯了，你就核太高了，那你就被人家收買，你一核高他的利益在哪裡？他或許給那個審查醫師一百萬，可是他那邊一年可以賺十億ㄟ，那醫院這裡的要價差可能只拿到五千萬啦，那個審查醫師賺了一百萬，這個藥商是暴利阿，你要去說他對還錯，就跟名牌一樣阿，呵呵呵，我不知道你們有沒有被我弄的腦筋不清楚，太複雜跟你講太多了，在學校裡面學不到這麼多，或者是當你去醫院上班你才會知道，醫院什麼都很摳，他不這樣摳，他生存不下來，阿如果你只是去上班沒關係，可是如果你真的是病人你會抓狂我跟你講，當醫院裡面醫生護士每個人都被扣薪水每個人心情都低落，你覺得他會對你好嗎，他就...要做不做隨你阿，阿我就排時間阿，阿你就排到下禮拜去了阿，講白就是這樣阿，醒過來，他都沒有叫一下，放出去，去等，開始那個護理人員放射師就開始罵，阿我們當家長就在旁邊...ㄟ這不是我的錯也不是小孩子的錯阿，你為什麼罵我們？而且做一個檢查我已經等半天了ㄟ，呵呵，所以你要體諒蔡老師，他真的受了很多的苦，所以你們要想辦法讓我們台灣能夠醫療能夠弄的好是不容易啦，要花很多的錢，ㄟ昨天不是有個新聞嗎？台東醫院不是有個病人，急性 xxx 原住院，好像三天還幾天被發現死在醫院的 b1...

Q：蛤？然後怎麼回事？

A：去看新聞，有阿當然就發現，看報紙阿，昨天啦，昨天的新聞有報，你去台東醫院，是署立台東醫院，為什麼會這樣？民眾...病人家屬當然會講，醫院都置之不理，後，都沒有幫我顧好病人，那所有人就喔喔喔那醫院很糟很爛，可是你想這個病人可以走路嘛對不對，阿病人住院家屬要不要去顧？你覺得，萬一啦，假設你阿公住院，會不會有人去顧，可能沒有啦，為什麼？因為大家都很忙，你在讀書爸爸在上班媽媽也在上班，大家都在上班，老人生病了...不要覺得奇怪，就是沒有人去顧，後，阿問題是阿公又會走路，醫院有沒有辦法強制他不能走路？沒有，阿公說他要去吃飯，我要去樓下抽跟煙，他就走了，他沒有帶手圈，你能限制他的行動嗎？不行，有人住院跑去跳樓自殺，也有跑去跳台中港都有，阿這個是醫院的疏忽嗎？有一部分可以這樣說對不對，可是我們要說回來台灣是不是 total care？所謂 total care 就是這個病人住院家屬可以通通不用來，一切醫院包，像美國有些醫院規定病人不能走路ㄟ，因為你在醫院走路跌倒了醫院要賠阿，對不對，我因為生病來你們醫院，跌倒撞了頭一個包，你要賠我一千萬，政府何必這樣勒，後，保護弱勢嘛，所以規定病人不能走路不能下床，連他要去檢查我們有人用輪椅推你去，請問那個推輪椅的人不用薪水嗎？要阿，所以台東醫院那個，大家都有錯嘛，對不對，醫院沒有規定病人無故離開，只要 call 不到，你就要什麼？就要往上報嘛，我想台東醫院應該也有做，後，阿病人不見了阿，你在醫院住院三班都會有小姐去量...生命...血壓嘛體溫嘛，病人不在了，要寫護理紀錄，病人 call 他，沒有回應阿，call 到他他不回來嘛，對不對，那照理說你住院就不應該這樣子，這樣就要強制出院阿，違反住院規定嘛，可是台灣不是阿，台灣的病人就是不聽這個阿，開始罵你阿，反正罵...就是贏了阿，我只是回去家裏吃個飯洗個澡為什麼不行？對不對，甚至跑去喝酒，甚至我的病人病房裡面礦泉水的瓶子是白色的，他說是滾水，他是米酒阿，高粱，去那邊喝酒阿賭博啦，還有病人當小偷也有啦，這個都是醫院的錯嗎？阿病人常常這樣

阿，你死了，三天才發現，請問這三天家屬在做什麼？醫院一定會有護理人員在紀錄說他不見了嘛，那找病人是誰的責任，那我記得好像醫院有去跟警察局報說要報失蹤人口啦，警察跟他說要 24 小時才能報啦...

Q：對阿對阿規定阿...呵呵呵

A：假設有人遭小偷去警察局報案，警察愛理不理的我跟你說，他就跟你說阿你找不回來啦，那留個紀錄阿，就是這樣阿，台灣就是這樣阿，所以那病人死了誰的責任？我覺得都有責任吧...你家屬怎麼會...住院之後就不管他勒，三天之後才發現，還是說怎麼樣你根本他亂跑醫院怎麼管得了，是不是帶個無線電...呵呵呵，統統都是 xxx，對不對，你看醫療的漏洞多大？或者是病人在病房內被性侵了也有阿，什麼奇怪的事都有阿，醫院太複雜了啦，後，好不好，時間，希望沒有把你們搞混啦...

Q：謝謝，我們聽到...

《醫師四》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：...去中藥房拿藥，這也是醫藥分業，那歐美他們傳統上也是醫藥分業，那台灣...台灣跟日本是...他們是什麼？(台語)日本沒有醫藥分業，最早的時候，現在也是啦!最早台灣從日據時代是沒有醫藥分業的，醫藥分業跟醫藥不分業，事實上各有優缺點，沒有說醫藥分業一定比較好，醫藥不分業就一定比較不好，沒有這樣子，文化上的差異啦!那因為台灣醫療...比如說那些所謂的高層，跟那些所謂的專家，都是從美國啦...留學回來的很多，他們都覺得這一套可能比較好，所以從三、四十年前就開始要推這一塊東西了，自從健保開始之後，他們才有強制的力量，利用健保的手段，要強制的把它們分開，台灣的醫藥分業厚~跟因為藥事法的關係，藥事法是一種強制性的醫藥分業，跟美國、英國又不大一樣了，譬如說在美國好了，美國也是一樣，他們原則上讓醫師不準備、診所也不準備藥物的，也是病人看完病之後，開個處方籤，到藥局去拿藥，不過，在美國醫師拿藥也是可以的，沒有說不可以，有些在比較偏僻的地方，或是近藥局的那些地方，他們醫師也一樣在診所還是擺藥的，他還是可以給病人，不違法，他們醫藥分業是文化上的沿襲下來的東西，他們法令...沒有法令醫藥分業這種東西，沒有法令的這種東西，所以醫生拿處方給病人，調劑給病人完全沒有違法，不過他們傳統上沒有這樣做，沒有這樣做的幾個原因，第一個是文化上的關係，大家習慣、已經習慣這樣子了，第二個醫師有時候忙的話，他也不必要擺那麼多藥在裡面阿!對他來講成本效益上不符合、不符合經濟效益，所以有時候叫他們擺他們還不想擺，擺一些急救藥物而已，就是說擺一些藥，結果沒有用出去，結果這些要過期的阿~浪費的阿~可能還要花很多人力去整理這些東西，他們不符合經濟效益，所以常常在一個鎮裡面，就是一個藥局在負責一些...準備一些藥，老實說他們...因為藥的來源，就是在這個結構，他們經濟效益這樣比較合算，那台灣不一樣，台灣就是從...我不曉得幾年，我忘記了!藥事法規定以後，修改藥事法以後，變成強制性。

Q：差不多跟全民健保...一起。

A：沒有，全民健保完了以後幾年才開始。全民健保是民國 83 年開始，83 年幾月幾號？

Q：3 月 1 號!

A：這考試你們會考，(哈哈)，在 80...86 年、87 年才開始。

Q：後幾年才開始。

A：對!幾年我忘記了，要去查，沒有準備這些東西，你們查的到的，藥事法通過之後就變成，雙軌制的醫藥分業，當初他們一些...他們藥師...衛生署藥師處意思是要強制性的醫藥分業，所謂強制性的是診所裡面不准有藥師，全部要釋放給外面的社區藥局，但是有很多的問題他們沒辦法解決，所以變成雙軌制的，所以診所也可以請藥師，那當初有幾個問題，第一個是他們的藥師量不夠了，藥師的數目不夠，你突然

間限制診所不能...一定要強制釋出處方籤的話，這樣外面的藥師準備不夠，現在不知道有多少人數我不曉得，我的觀念我記得在前幾年統計人數是全國有六千多家藥局，有三千多家符合健保資格的，就是說全國只有三千多家的藥局可以吸收診所或醫院釋出的處方籤，那全國大概有一萬家的診所，這個他們吸收不了的，他們吸收不了，而且，以前的藥師，第一個數量不夠，第二個質量也不夠，藥師的質量也不夠，良莠不齊，很多藥師是很好的，從大學畢業...藥學系阿!那個都很好，台大藥學系阿，那個都很好，問題以前很多藥劑生是...一個最早之前是不用上學就可以考藥師的、藥劑生，後來當然取消了，變成很多的藥事專科學校，那個也不是大學畢業，隨便一個五專畢業都可以，然後他們也沒有經過...以前也沒有經過到醫院去實習，就可以開藥局，這是第二個質量不夠。而第二個有很多藥局老實說裡面職業的是掛牌的，真的在拿藥的不是藥師，都是一些他們聘來的小妹或家族...祖傳的，譬如說：阿公是藥師，下面的所有的人都呆在藥局，一個牌就有很多人在用，這個是很大的問題，大家對於藥局的那種信心不夠，質跟量又不足，所以當初折衷的結果，就變成說雙軌制，就是說，如果診所要釋出處方籤，有一個獎勵，不是處方籤也可以，在診所一定要有藥師，在診所聘請藥師，就變成雙軌制，一個歷史啦!那...醫藥分業的優缺點？唉...

Q：可以先說說優點。

A：優點當然...想到的就講啦!想不到的就...優點當然是分工啦!分工...專業分工，醫師負責看病，藥師負責拿藥，比較...比較不會出錯，比較不會有一些問題，有時候...老實說醫師忙齣!可能...如果說真正拿藥的是藥師的話，是很好，拿藥不是藥師的話會有問題，那第二個如果是醫藥分業的話，醫師可以專心看病不需要在用一些藥的東西，藥師可以 Check 醫師的處方，藥師覺得說哪裡有問題的話，可以打電話跟醫師討論一下，這是它的好處，理論上有兩關在把持的話，安全性會提高，第二個...你那個成本效益也會提高啦!醫師一個...很多的藥品喔!老實說你用藥不多的話，藥品就會過期，或者就會丟掉，一個診所不可能什麼病都看，有時候遇到一些比較少見的病，你如果有準備這個藥，當然可以啦!問題這個病比較少見的話，你這個藥你說一年只看了三、四個，這藥就會過期或是浪費掉了，這個是一個經濟效益的問題，第二個...因為很多藥師如果是由醫師所聘請的話，他們會...恩...怎麼說，會掩蓋一些醫師的錯誤。

Q：就是聘在自己診所這樣子？

A：對對對!假如說醫師什麼問題的話，藥師他有時候也不反應就直接弄了，或是說有什麼問題的話，藥師也會站在醫師這一邊，對病人也是一種...有時候碰到問題比較沒有保障，這醫藥分業的好處，就是一些大家想當然爾的好處啦，是不是真的有這些好處不曉得啦!還有什麼？你覺得還有什麼？你提議，你們最近有看一些東西嗎？這個要整理!

Q：還是...那你覺得缺失呢？就是醫藥分業這個制度。

A：缺點喔!我是覺得說通常是文化上的問題啦!很多東西都要站在病人這方面來著想，病人至上啦!什麼東西都要以病人的安全性方便性來看，一個生病的病人，你們比較少生病，所以不曉得，一個生病的病人本來就很累了，身體就病痛，走路不方便了，你在這邊看完以後你要走很遠的路去拿藥的話，對他來講真的很不方便，很辛苦啦，拿一個藥還要過一條街阿~去拿藥，很不方便啦!

Q：所以才導致現在有門前藥局這樣？

A：這個是另外一個問題，門前藥局為什麼會成立當然這也是一個因素，健保局的措施也是個因素，門前藥局跟這個缺點是可能還有很多個因素啦!並不是單一因為病人的方便，那...還有什麼問題？第二個老實說，藥師的素質還是不夠，我們常常...有一種藥齣~一種藥有很多的作用，第一種作用，第二種作用，第三種作用，甚至會利用藥的副作用來治療這個病，如果藥師不了解這種東西的話，譬如說這種藥大部分是用在 A，可治療 A 的疾病，可是有時候會利用副作用來治療 B，如果藥師不懂這個

東西的話，到可以解釋病人聽的話，這個藥是治療 A 的，但病人並沒有患 A 的病，他是用副作用來治療 B 的，會造成醫師跟病人之間的一些糾紛，常常會引起糾紛，因為他解釋的東西跟醫師要告訴他的東西不一樣，醫師跟藥師沒有一個比較密切的溝通的話，會有一個問題，那第二個藥師的素質不夠的話，醫師...恩...現在醫師開的藥他會拿到不同東西去，怎麼說？我們同一個處方用藥，例如說同一種成分的藥，十家藥廠出來有十家不同的藥名，這應該知道，那有時候醫師會開這家藥廠的名字，商品名，當然後面還有成份名，那現在的藥師，衛生署的法令是說可以用同成分不同商品取代，所以我們常常開一些原廠的藥、一些大廠的藥，到藥局去會變成小廠的藥，這個品質上會有問題，大廠的品管比較好，尤其原廠藥的品管很好，療效也比較好，到那邊的話療效會變差，有時候他們沒有準備這個廠牌的藥他會利用同成分的藥來取代，這個也是會出問題，然後還有什麼東西？第三個還是一樣，信任感不夠啦！很多病人來這裡是新的醫師、新的藥師，來這裡拿藥希望能夠醫師直接告訴他，直接給藥比較有信心，那另外，直接藥師的話不認得，台灣的藥品還有很大的缺點，他會推銷東西啦！進去的話他會推銷...保健、健康食品...等的，要你買那個買那個，病人也不是...也不高興，這個都是他的缺點，最主要還是站在病人立場著想的話，台灣的民眾...我一直強調文化上的問題，台灣民眾幾十年來都直接看病直接拿藥，你要強制他到不同地方拿藥的話，等於把民眾的權益擺在一邊，變成藥師的權益最高，民眾的權益擺第二，這也是完全違反文化的問題，你本來一個醫療業最重要以病人為中心，不是以藥師為中心或是以醫師為中心，更不是以衛生署為中心，那現在衛生署的政策就是以衛生署為中心，所有的東西都要配合衛生署的政策，任何的東西不應該這樣子。

Q：所以站在民眾的角度？

A：很多東西必須站在民眾的利益來思考，而不是站在衛生署的利益來思考，而醫藥分業在台灣本來就不是站在民眾的利益來思考，是站在專家、所謂的藥師專家，站在他們裡面...歐美的那一套東西要搬過來，認為這一套東西對大家比較好，強制加在台灣民眾的身上，反正就是這一套下來，這種很多台灣的概念就是這樣子啦！在台灣的教改也是一樣，都是所謂的專家要把美國那一套完整的移植過來，台灣適不適合這一套沒人知道，他們認為他們是對的，一定要強制實施，用政治力來影響文化這絕對...絕對不是好事情啦！本來這種東西都是要轉移利用鼓勵的方式...或利用什麼東西慢慢的轉移過來，利用文化的東西，慢慢轉移過來，任何東西利用強制、用法律的力量都會失敗，教改也是一樣，醫藥分業也是一樣，醫藥分業老實說問題很大啦！嚴格來說完全失敗，嚴格來說啦！完全按照他們所謂專家的利益，完全失敗！失敗的原因當然很多原因，但是我個人立場認為是，完全違反病人的利益，完全違反台灣的文化。

Q：那實施醫藥分業後，你跟藥師之間互動情形有什麼改變？

A：你所謂的藥師是指，社區藥局的藥師還是診所的藥師？我個人釋出處方的機會不多啦！那...跟社區的藥師也沒有什麼互動啦！

Q：所以沒有這方面的經驗這樣！

A：對！那跟診所的藥師當然互動很好！

Q：就是在實施醫藥分業前、後就是比較沒有什麼不同。

A：這種東西可能問我就比較不對，可能要問一些有釋出處方的藥師...的藥局的藥師，會比較好。

Q：因為我們這個訪談就是要建立指標，那你覺得在醫藥分業政策效益你覺得有哪些可以評估的指標？

A：這個...

Q：像財務方面方面可能就會覺得說是健保藥費支出，可能當一個指標這樣！

A：如果以財務的話，當初他們健保局設立就有問題，一個...他有一個釋出處方費，25塊釋出處方費，再加上藥局藥師的調劑費比診所藥師的調劑費來的高，這個我不曉

得你們知不知道？藥局的調劑費每個人可以拿到 30 塊，診所一個人只拿到 10 塊...15 塊後來提高了！意思就是說，一個醫師如果他本來在診所聘藥師，或者是說，他把它改成釋出處方的話，他的利潤可能可以多增加 40 塊到 45 塊錢，他當初是一個誘因讓診所釋出處方，當初他的意思是這樣子！可是就像你說的，這個誘因餵！再加上我們剛剛談到醫藥分業很多的缺點，對藥師的信任啦！病人要走很遠的路啦！等等...變成為了要達到誘因，又要克服原來的缺點，就變成門前藥局，門前藥局解決剛才所有的問題，第一個病人的方便性也夠，病人對醫生的信任度也夠，因為這個還是醫師開的，所有的藥局都有，剛剛還有一個缺點就是，醫師開的藥，藥局不見得拿的到，如果沒有這樣子做，他不見得拿的到，病人會多跑，這也是個缺點，很多東西餵！講也講不清，醫師的處方開完以後，到藥局，他們...他們...政府的政策是他可以到任何一家藥局去拿藥，問題是任何一家藥局拿的到這個藥嗎？百分之九十拿不到，一定要這個醫師跟這個藥師做溝通，我要開哪些藥，你要準備哪些藥，才有可能拿的到藥，否則絕對不可能拿的到藥，台灣的藥一萬多種，處方...那個藥廠的藥一萬多種，不可能拿的到！不可能一家藥局藥全都準備好，不只這個，在台大醫院、榮總，不可能準備所有的藥，像台灣的藥的種類一萬多種，在台大只有準備五千種而已，一半以上還沒有那些藥，不可能會有所謂的藥，所以一個醫師開個處方到藥局去，百分之九十是拿不到藥的，沒有這種藥，沒有這種藥當然很多藥局就把它退回來了，他拿不到藥阿！不可能阿，另外一個藥局的藥就是我用同成分不同藥來取代，甚至，他就會，有些人更沒有良心的，因為沒有人會監督他嘛！他拿其他的藥來代，或是沒有給這個藥，如果開這個藥，他沒有，他就拿維他命代替那裡面，有沒有人知道？沒有人知道。

Q：就因為民眾的認知沒有那個認知。

A：他們藥局是...衛生署他們是希望藥師來 check 醫師釋出的處方有沒有開錯，問題是沒有人來 check 藥師的藥有沒有拿錯，沒有人來 check 阿！在診所的話拿錯了醫師也會看一下，有沒有拿錯醫師一看就知道，到藥局拿藥沒有人知道，你拿回來給醫師看醫師也不曉得，因為他拿不同的成分來取代，不同藥廠的成分來取代，意思就是說，社區藥局的藥師拿錯藥了也沒有人知道，沒有人在監督他！他要來監督醫師，問題是他的程度比醫師差，他沒有辦法監督醫師，更沒有辦法監督藥師，這個是很大的缺點，很大的問題，還是歸到台灣的藥師良莠不齊。

Q：就是要提升藥師的品質。

A：一定要提升，藥師的品質不是兩年三年可以提升的，絕對不是兩三年，要提升藥師的品質，至少要學二十年，十年樹人，不是那麼...任何專業不是說，一個政策下來，給你上上課，一會兒就會提升，這是不可能的事情，這個...很大的問題啦！你剛才提到的門前藥局，門前藥局所有的缺點，它包含所有的好處，任何醫藥分業優點它都包括在裡面，也克服了所有醫藥分業的缺點，所以門前藥局最好的制度。

Q：所以才這麼多門前藥局。

A：對！他解決所有醫藥分業的缺點，同時具備醫藥分業的好處，唯一的壞處是什麼？第一個，健保局的財務支出增加，第二個，影響到藥師的生存權，為什麼鬧這麼大？主要是藥師公會在鬧，他們當初所想得到的好處，完全沒有得到，你知道醫藥分業的時候，藥師歡欣鼓舞，他以為所有的好處都會到...台灣...大概目前有八百億的那個健保藥費支出，我不曉得這個資料對不對，大概不會超過一千億，八百億的健保藥費支出，他們當初宣佈的時候，歡欣鼓舞，這八百億都在他們的口袋裡，結果抱歉不是這麼回事，第一個診所裡面聘請藥師，很多處方不釋出去，第二個釋出處方很多...他們利用藥師弄個門前藥局，所以到最後錢還是落在診所這邊來，阿門前藥局是完全沒有...在法律上來說完全沒有違法，他沒有違法任何一條法律，他會鬧那麼大是因為藥師公會給衛生署的壓力，認為剝奪他們的生存權，他們認為說這樣子沒有達到醫藥分業的精神，所以要來...要來抓門前藥局，我不曉得你們對門前藥局的了解怎麼樣啦！你們可不可以談談門前藥局到目前你們了解的。

- Q：就只知道就是因為要賺取中間的那種利潤，對！然後醫師就跟...本來可能聘請在診所裡面的，就變成會分開，變成是隔壁或是前面而已，變成一個門前藥局，然後還是有釋出處方籤。
- A：然後這次衛生所為什麼要抓那個門前藥局，他們的藥局很多，為什麼上次還...這樣子...健保局把那個利潤取消掉就好了！你剛剛講的是利潤的問題嘛！
- Q：對阿！就是中間還是...本來是鼓勵嘛！然後變成...本來不是給藥師...
- A：釋出處方跟藥師調劑費提高嘛！如果是這樣，那健保局的方法很簡單，只要把釋出處方費取消，把藥師調劑費跟診所藥師調劑費一樣，所有的問題應該都解決了，你覺得呢！他只要把它取消掉，他現在已經取消了沒有錯，現在釋出處方費都取消了，釋出處方費取消了，藥師調劑費跟診所藥師調劑費一樣，那應該這個問題就解決了，醫師不應該再開門前藥局了，你認為呢？
- Q：可是還是會很不方便阿！
- A：沒有！我說...不方便是什麼...你說藥局會很不方便。
- Q：你剛剛說領藥的話會領不到想要的藥。
- A：理論上不方便嘛！不方便以後又沒有多餘的利潤，假如說我們現在釋出處方費也取消了，藥師調劑費恢復到正常，那應該沒有任何的誘因會讓醫師去開門前藥局嘛！理論上應該是這樣阿！那事實上...
- Q：事實上...誘因已經沒有了！
- A：現在所有的...理當來講誘因完全沒有了，從去年開始，95年開始，那個...理當來講誘因全部沒有了，也沒有釋出處方籤、藥師調劑費，都沒有了！藥師調劑費跟診所藥師調劑費是一樣的。嘿！
- Q：可能只會就顧慮到民眾用藥安全的部份。
- A：理論上應該都一樣的啦！不會再有門前藥局，也是減少沒有錯啦！那你知道檢察官約談門前藥師這種事情嗎？
- Q：不知道耶！
- A：好吧！沒有談到這一塊就算了，那...台中市，台中市中區約談門前藥局的醫師跟藥師，幾個醫師跟藥師被緩起訴，後續還很多問題，你可能對這一塊比較不了解，不過沒有關係啦！你們可能研究沒研究到這一塊，你們研究的目的是建立醫藥分業政策效益的評估指標嘛！所以這一塊比較沒有關係，我想這所謂的評估的指標，站在什麼立場來看啦！既然是衛生署委託的話應該站在衛生署的立場來看事情，這不是按照民眾的立場來看事情，不是按照病患的立場，那衛生署的立場第一個就是，財務嘛！一定是財務面嘛！他們一定講財務面阿！
- Q：就是可能有哪些可以評估醫藥分業成不成功阿，或是有沒有進一步...我們要怎麼推動才能達到一定的標準，就是要訂一個指標，像我們可能之後會問問卷，問民眾的滿意度，民眾的滿意度這一項就是一個指標這樣子。對！看看還有哪一些你覺得可以訂定成一個指標的。
- A：你們不是有三個部分嗎？哪三個我忘記了！
- Q：財務、顧客、流程跟學習成長面。
- A：不是！還有另外一個！呃...評估的指標！可不可以讓我想一想，評估的指標。
- Q：釋出處方籤就是...釋出率，可以當成一個指標。你覺得？
- A：當然可以當一個指標，所謂的醫藥分業成功與否，就是...處方的釋出率！這是一定當一個指標，釋出率高表示醫藥分業更成功阿！這個...無庸置疑的阿！本來就是第一個最重要的指標。
- Q：那有沒有類似這方面的指標？內部的流程阿！哪一部份可以當一個指標。
- A：這個東西，最好是能夠比較明確的指標啦！不明確的...不明確的就是滿意度！最好是，其他所有的東西最好是用比較明確的...健保局這樣子大的東西啦，釋出處方率當然是一個最好的指標啦！第二個...財務的...程度面，程度面？我真的不曉得程度面是怎麼用，不釋出處方一定是不好的，那你說對民眾的好處，這很難建設指標。

- Q：還是給錯藥的次數減少？
- A：給錯藥，你怎麼去評估給錯藥？這個資訊來源你沒辦法獲得資訊來源，沒人知道給錯藥，只有給藥的人才知道給錯藥，病人不知道給錯藥，醫師不知道給錯藥，所以這個東西沒辦法建立指標。我再想一想，真的很難有這個可以評估的指標，想一想，政策效益有哪些可評估的指標，我弄到我再給你好不好？我想一下我再給你，這個拿一張給我，這不是醫...喔~你們還有訪問藥師，還有政策人員，還有民眾，這些弄完不容易寫，真的不容易寫！
- Q：這個就是行政院衛生署的計畫啦！所以不是我們在寫的論文，是老師接的一個計畫，
- A：對阿！這個...這個老師也不容易寫阿！
- Q：而且這一部份...訪談只是一小部份。
- A：那...那你們現在的目的是要建立指標嘛！可以評估的指標，第一個部分是要建立政策效益的指標，第二個是滿意度的調查，第三個是所有相關作用的過程，譬如 10 年，10 年啦！就差不多了！大概 86 年開始，大概 10 年啦！
- Q：那藥師的程度提升也可以當嗎？就是...指標...藥師方面。
- A：你現在講是效益，藥師的程度你怎麼去評估，那藥師...你這個醫藥政策的效益是為了要評估...那個...就是醫藥分業以後，藥師的程度提高了，當作是醫藥分業政策的效益，可能...他的目的不是在這個地方，他的目的不是為了要提高藥師的...藥師的程度，第二個藥師的程度提升可能...你們很難去評估，你沒辦法對所有的藥師做考試。
- Q：還是...就是...因為好像國外美國他們就好像規定說藥師就是要實習，就是臨床的那種。
- A：這個...這個...這個也有阿！當初醫藥分業的時候，就是這個也提出來了！現在的藥師，每六年要修...修多少學分，那個...那個...我們...我們藥師都要去拿那個學分阿！60 個吧！要去上課，要那這個學分，這個每一個健保藥師都要，這個都要，這個...這個只是最基本的條件。
- Q：所以不構成指標。
- A：對！不能...不構成指標，因為這個是每一個人都要的，不構成指標，
- Q：那...就是剛剛的訪談過程中，你還有沒有其他的想法還是建議這樣？可能想要補充的。
- A：想要補充的。
- Q：對！
- A：我如果有...這個...再稍微整理一下再給你們，想一下那個...指標，到底用什麼比較好？這比較不容易啦！你應該先給我一些東西，然後我再找一些資料。
- Q：所以...醫藥方...醫藥分業是指處方籤的部分，所以對你沒有太大的影響。
- A：會有影響啦！因為我本身比較少釋出處方籤，但是一旦醫藥分業之後，藥師的薪水就提高，對醫師沒有釋出處方的也有影響。
- Q：所以還是有影響。
- A：還是有影響，藥師...這個醫藥分業之後，藥師的薪水要漲一萬多塊，馬上漲，本來三萬多塊四萬多塊，我們怎麼會沒有影響。
- Q：在醫師這邊是降低的。
- A：醫師...醫師的薪水從來沒有提高過，健保都一直往下降，每一個 case 健保都沒有給錢，我們還是論量計酬嘛！計酬...這個酬從來沒有提高過，台灣的...台灣的那個生活的消費指數一直在提高，但是酬從來沒有提高，我們薪水從來沒有提高過，因為健保在虧本，不只沒有提高，一直下降很嚴重，總額預算本來是一點一塊錢，現在一點只剩下 0.8、0.7 了，醫藥分業對我們的影響就是成本提高。
- Q：那在診所裡面，就是有聘一個藥師嘛！那對於那個藥品管理方面，就是...對阿！藥品方面。
- A：醫藥分業之前，都一樣阿！

Q：都一樣，也就沒有差，這樣。

A：對！如果之前就聘藥師嘛，不是醫藥分業之後才聘藥師，如果要跟之前比較，很多診所都是用小妹，或是護士，叫小妹來拿藥，那當然他的藥品的管理就會...從藥師過來一定會比較好啦！一定會比較好，第一個我們什麼東西跟藥師溝通會比較...順暢一點，小妹可能完全不懂，訓練也是拿藥而已，跟病人的解釋啦！什麼東西還是跟藥師有差啦！還是有差啦！所以...照你說的藥品的管理，他可能意思就是，之前沒有藥師的管理，後來有藥師的管理來比較，第一個藥品的管理一定會比較完整，比較完善，當然成本...我們的成本會提高，病人的服務也會比較好。還要問什麼？.....你們民眾要訪問幾個人？

Q：五個。那個...深入訪談一樣都是五位，然後問卷的話就發放，還沒有確定要發放幾個，就我們現在在做這部分，

A：問卷...問卷也要設計。

Q：現在問卷部分已經停住了，

A：對！可能比較難的地方，我再幫你們想一下。

Q：我是要留信箱給你嗎？

A：都可以！留個東西給我一下，手機...。

《醫師五》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：醫藥分業是政策啦，這先進國家有的會實施這樣的政策，所以這個...要修改也是很...已經立法通過了，所以這個是一個先進的行為，一個醫療的行為，那...醫生負責的這個醫療的部分跟藥師負責的藥物的部份基本上這個分工就是很合理的厚，那如何醫藥分業中不要競爭而是在合作，這一點就很重要，所以醫藥要...現在講的就是醫藥之間的...如何去合作，然後照顧病人的健康而不是說醫藥...醫方跟藥方互相在競爭，爭奪利益這樣就沒有什麼...有違反醫藥分業的精神啦，那台灣醫藥分業是...做的是...目前就是他實行三軌制度嘛厚，三軌制度的話會...當然還沒有正式走向像歐美國家那樣先進的醫藥分業的情況啦，這其中包括還是後面的制度面的設計問題，譬如說...藥(咳嗽)，就整個...整體來講就是...醫療這部份的給付還不夠多，才會使醫生在藥的這方面會把持不放，還有，藥師要盡到什麼責任，他的法律上要盡到什麼責任，那醫藥...醫生把處方箋釋出去的時候，藥師把關、藥師調劑，那調劑他要付多少責...當有糾紛發生的時候，兩個要怎麼去確認，確認他的法律的責任，這點也是非常重要的事，但是一直沒有很好的...很好的區分，還沒有這樣的案例去區分這樣的事情齣，再過來就是...比較實務面方面厚，醫生開處方出去的時候，藥師負責調配，調配了以後，調配完了以後，這個所有的...他要核刪費用的時候，他認為費用不合理或是開藥不合理，那個核刪的費用又跑到醫生身上，這個是實際...實際面的，這樣的話，會變成...變成醫生這邊跟藥師這邊的認知會有差別，但是我說的最重要的還是責任的問題，就是這個藥如果由我診所開出去，由我診所裡面雇用的藥師出去的話，我是付全責的，但是這個藥方如果流出去了以後，處方箋流到藥局，藥局呢，最後由藥局拿藥給病人，那藥局拿了什麼藥給病人事實上我是不知道的，那病人吃了以後發生問題了，到底是要找哪一方負責，他說他沒錯，我說我沒錯，那到時候就會延伸很多的醫療上的問題出來，吼這是法律上的問題，所以...嗯...這些都還沒有釐清之前，醫藥分業勢必走起來會三不像四不像的情形，ok。

Q：那第二個就是你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？

A：我剛剛都講啦，他的優點就是這是一個...就是醫療人員盡他的專業，藥事人員也盡他的專業，那重點就是後面的背後就是病人健康的兩道把關，就是說醫生開出去的藥受到藥師的監控，進一步的監控，那...或是你用藥上有什麼不對的或是藥物上的交配，藥物上的不良反應或是開這個藥開那個藥能不能併用藥師會進一步的把關，

然後才給病人，這是他的...他的立法上的優點，就是為民眾進一步的把關，然後各盡所職，發揮他的專...專長，這是最大的...最大的醫藥分業上最大的優點，可是先進國家在實施醫藥分業的時候，藥師...不是，醫生這方面他是不屑於去賺藥師這一塊，像這個部分藥價差啦或者是這些的調配費用，為什麼因為醫生本身的診療費就非常的高，吼像美國他診療費非常的高，診察費診療費都很高，所以這一塊相對很少，比醫療還少他就不屑去...醫生就不想去賺這一塊，那這一塊還沒有很大因為我們給付還是很低，這樣的話就會造成醫生也會去涉取到這一塊，這...藥師的這一塊，所以這是醫藥分業上的一個優點跟缺點；建議的話就是把整個...那個診療費診察費都做大，那這方面給付要很合理嘛，合理了以後再給...藥師這方面當然給藥師專業上去...還有後面的...後面的審查制度、責任制度這些都要去釐清，這樣如果釐清了以後，自然...他就會很自然的就自己上路了...因為醫生這邊也會...反正這後面的責任問題、利益問題這個錯縱複雜，就是說這方面把他釐清以後，就會...醫藥分業自然就會成功了。

(對方去看診)

Q：下一個就是實施醫藥分業後您覺得與藥師的互動情形如何？

A：因為我的醫藥分業吼，藥師都是我雇用的，其實我設過...我設過門前藥局，藥師還是我雇用的，所以基本上藥師還是...還是聽我的，所以...當然我自己是跟藥師的互動是OK的，但是如果是完全獨立的話，吼...降...如果是完全獨立的話，就是病人拿了處方箋他可以到處去調配的話，這樣的話...這一定會有一個...互動上會有一個...就是說藥師對你開的藥會有意見，可是你會認為我的藥是沒有問題的，藥師的...本身的素質也...參差不齊，這是台灣現在最大的一個...就是現在醫藥分業最受攻擊的，藥師本身的training或是藥師的養成過程，現在是參差不齊的，那以前的話也可以由...恩...由藥事學校或是專科學校，他們可以跟藥師...這些...這些藥師的本身的水平或是他們的能力是不被醫生這邊完全肯定的，吼...所以藥師這邊還是必須要有...要有訓練，他還可以跟醫生這邊取得...取得互相的信任，那醫生...常常醫生會跟他講“我本科...我是專科醫生我用的藥大概就是這五十種、一百種，那個藥師怎麼可能比我更懂這些藥？”那當藥師提出意見反問醫生的時候，可能就會...之間就不一定會取得一致的看法，所以這個...名義上是說...一種...可能說他是一種牽制，他是一種監督的功能，實際上的時候吼...實際上的時候...運作上可能會變成之間的一個隔閡或是一個爭執，可能也會發生醫生跟藥師互動上的，那目前為止我跟藥師的互動是ok的，因為他是我雇請的人員所以我互動是OK的，阿實際上可能會產生這些的...實際上的問題啦吼...如果全面實施變成單軌制的話...我抽菸沒關係吼？我們現在的醫藥分業就是三軌制，你們懂嗎？你們知道嗎？

Q：三軌？已經從雙軌變三軌囉？

A：所謂單軌制的话就是...就是歐美國家的制度，診所裡面醫院裡面醫師...是開處方箋，然後在醫療院所裡面是不能夠調配的，一定要到藥局去調配，這個就單軌；那雙軌就有第一軌以外還有第二軌就是診所裡可以自聘藥師，可以在診所裡面調劑但是一定要有藥師，這個就雙軌；然後三軌就是還有一個是社區藥局的，就是你釋出以後然後...他這個...民眾可以到處去...那個地方去拿藥，吼再過來有一個就是...講到醫藥分業很重要的一點就是藥物的諮詢，這可以寫嗎？

Q：可以可以。

A：用藥安全啦吼，用藥安全、藥物的諮詢，就是跟病人的權益啦吼，這些都是提升病人在用藥方面的...的知識跟安全，這些都...這個部份了...都是很重要的，還有一個就是說調劑，醫藥分業最重要的就是調劑權，醫界最不能夠忍受的就是...是藥師法的一百零二條，他把醫生的調劑權拿掉了，這個是一個爭執，這醫生沒有調劑權，那造成現在醫藥分業上一個很大的爭執，就是導致於這個調劑權的...那調劑權其實醫生也應該要有調劑權，那歐美國家醫生也有調劑權，他是...他們為什麼不去主張自己擁有調劑權？也不想去調劑？我說過了，他的...最終還是因為...他的藥的這一

塊的意願他並不高，他只要他的醫的這個部份他的診療費他的診察費就很高了，所以藥的部份他自然就把它就釋出了，所以這個後面的制度的問題...後面設計制度的問題，但是台灣的...醫師...那個藥師法就把調劑權...那個醫生就沒有調劑權，也不是說醫生都沒有調劑權，醫生在緊急情況的時候就是在急診的時候他又有調劑權，所以一般的時候沒有調劑權但是他救人的時候急診的時候他又有調劑權，這是一個法律上的...一個看法上的...的一個偏差啦吼，一個認知上的偏差，那就整個來講的話醫藥分業要把病人...使病人的用藥、藥物的諮詢、用藥的安全啦病人有知的權益阿，這些都是很正面的，知的權利...藥物上知的權利。

Q：好那第四個就是您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：我剛剛有講啦！跟這個講的差不多，釋出處方箋方面...釋出處方箋就是我...就是...你處方箋釋出了以後，藥局必須要有能力去配這個處方箋，如果醫跟藥不合作的話，醫生開的藥在藥局裡面很可能會拿不到藥，會拿不到，因為藥吼在我們健保給付裡面有將近三萬種藥，這個...這個醫生如果...處方藥刁難藥局的話藥局是沒有辦法配藥的，因為他只要開...一張處方箋裡面他只要開一種平常比較用不到的藥或是比較少見的藥，一個藥局沒有辦法被那麼多的藥，所以如果...所以我說過醫藥是要合作，不是醫藥藥分業，這個分業用的很不好，在分業的醫藥分業下，醫、藥是要合作的，只有走向合作以後才有可能會...會使一藥分業很順利的在推展，吼...現在就是他的處方箋，我說釋出處方箋了以後，這個就是三...第三軌了，他第一軌就完全都釋出，那釋出的後面的責任問題，責任問題後，還有...審查、核刪費用的問題，還有就是...譬如說我處方箋釋出去了給這個藥局，我本來這一顆藥是原廠藥，有一顆是原廠藥，結果藥局申報出去也是原廠藥，但是他給病人是台廠的藥，或是劣質的藥，或是他...他給了病人是什麼藥我都不知道阿，阿結果病人吃了以後沒效，吼...亡沒效或是出了問題，他都吃光了我問你他去找哪一個人...他 complain 是不是 complain 回來給醫師說你那個藥沒有效血壓都控制不好怎樣怎樣，阿那問題誰來負責？這是另外一個運轉上的問題，所以必須要兩個要取得互信，互信甚至利益上必須均分，所以還是必須...譬如說醫藥分業我要釋出然後你是我合作的藥局，我變成但是他也會選擇我附件的藥局去配方那是有一家專門跟我合作的，那我要跟他講你要配我所有診所的哪些藥，我這個藥你一定要通通有，他...他這一家藥局也不可能備兩萬種藥，那一定倒的，那...做不了阿，他根本沒有辦法把藥方配出去阿，所以就出問題，所以他最後還是要互信跟合作，才有辦法把醫藥分業做的好，不好意思阿，我去看一下診。

(對方去看診)

Q：然後就接下來第五個，您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：評估的指標哦...評估的指標應該是你們寫了以後然後哪些讓我選。

Q：我想說因為這個就是開放性的然後...大部分的是說處方箋釋出率...

A：對啦，處方箋釋出率，應該除了釋出率以外還有就是...ㄟ...發生糾紛阿或是ㄟ...醫藥不配合阿這些都必須要講，這些都是他的一個評估的指標啦吼，建立醫藥分業政策...效益...？

Q：恩，對。就是醫藥分業有哪些成果？有沒有哪些效果？有什麼可以評估這樣子。

A：這應該很多地方可以，效益哦！可是那個效益是怎麼定義？醫藥分業政策效益有哪些些？

Q：就是用什麼指標來評估說是做的好還是做的不好，這樣。

A：就釋出率阿，看他的釋出率有多...有多少釋出率。

Q：像有些醫生是有建議是民眾的滿意度，去調查民眾的滿意度。

A：這也是一個啦，但是民眾滿意度很難...很難去調查。

Q：就是比較...主觀這樣。

A：不是，你要做滿意度的話，第一個你要說...沒有醫藥分業的時候他的滿意度有多少，因為現在已經沒有辦法做了，那你釋出了以後他的滿意度又提昇了多少？所以...才

能夠有比較嘛！才能夠產生所謂的政策效益會出來嘛，懂我的意思嗎？所以你就很難去比較說...醫藥分業的效益的評估的指標，當然...我是覺得釋出率是一個啦，另外一個就是他們之間的產生的糾紛...這個應該是你們想了很多...然後我再慢慢的講。

Q：然後再給你選擇這樣？

A：對，因為如果你說這個效益，然後你沒有...要寫很多給我選，要用...問卷的那個...

Q：就是這是最後部分的，然後這個是第一步，然後先訪問一下各個方面，醫師藥師他們想到或想要說的什麼可以評估的指標這樣。然後你就是建議處方釋出率跟病人滿意度方面嘛，然後還有醫療糾紛這樣？

A：不是醫療糾紛，是醫師爭議，醫藥爭議吼，醫跟藥的爭議，互相有爭議的時候，醫藥爭議的比率。

Q：好然後最後就是有任何與此議題有關的想法或意見嗎？還是你有曾經遇到這方面的經驗？特殊的例子？

A：喔就是說醫藥不要用分業要用合作，我的想法就是這樣，這是一個先進的制度，但是這個制度...他是很正面的，但是施行的細則需要更細的...規...權力、義務必需更...藥師的權利跟義務，醫師的權利跟義務必需更好的規範，這要的話還有要考慮實際...民眾的感受，民眾的方便性，民眾除了他的安全以外還有要考慮他的方便性，還有民眾接受度，因為你...事實上現在民眾你把處方箋丟給他了，他反而不方便阿，他要去哪裡拿藥都覺得還要...要變成兩道阿，兩道手續他才可以拿的到藥，到底拿的到藥拿的是不是...他比較信賴醫師給他的藥比較不信賴藥師給他的藥，這些都是有一些實務上在運作的...的這些問題，這些問題都必須...包括在裡面，而不止是說醫藥分業只是代表醫界的意義跟藥界的意義，不止是這樣...這樣的一個政策才會使...使這個政策變成一個...大家所能接受的...變成醫阿藥阿民眾三贏的...三方面都得利三贏的...地步，但是牽涉到...裡面還牽涉到利益的問題，所以目前的醫藥分業會很錯綜複雜...

Q：好，今天謝謝你。

（三） 相關政策制定人員

《政策人員一》

Q：請概述您對醫藥分業的認知

A：我覺得醫藥分業基本上應該是要...嗯...所謂的，就像這個行政跟立法部門一樣他目的是要達到check a balance這樣子的概念，那們希望是說醫師開出來的處方能夠經過藥師的進一步確認之後，能夠讓民眾獲得比較用藥的安全，但是他基本上要達到check a balance 什麼意思就是說，不是只有醫藥分工，醫藥分工只是說藥師調配，醫師去可以開處方，這個還不是叫所謂的醫藥分業，希望能夠達到check a balance，check a balance基本上是兩者之間平衡的關係，互相的去做一個...嗯...，我們不要講對抗啦！但是最起碼是可以平等的來做一個討論，這個才能夠真正的對民眾的用藥品質是一個比較好的一個幫助啦，所以第一個我對醫藥分業是這樣的觀念，所以他基本上是要達成醫藥的這種check a balance，基本上不是醫藥分工，大概是這樣。

Q：那，第二個就是您認為醫藥分業實務運作上需要注意哪些事項？然後依現行制度可能會發生哪些問題或狀況？

A：你指的台灣嗎？

Q：對，就是我們現在做的醫藥分業。

A：其實嗯..做醫藥分業齁...我覺得比較重要這幾個面向要注意的是說，第一個，台灣不管是醫藥分業還是醫藥分工齁，通常醫藥分業我覺得從民眾的角度來講，民眾是一個很重要的essence，所以我認為說醫藥分業要真的去運作的話，那第

一個，你一定要讓民眾感受到，藥師在做這個醫療服務的時候，他認為他是存在的價值，我常常不太贊成說，今天...雖然我們是學...我從來不認為說，今天就是因為我學藥，你就要我做這件事，我覺得這是一個很不好的想法，我認為應該是說，社會覺得你為社會做了些什麼事，讓人家覺得說你的存在價值跟必要，而不是讓法律保護我，那這樣太太...太消極了，我覺得應該是說，第一個，一定要讓民眾對於藥師在提供這些藥事服務上，有能夠很清楚的知道它提供給他感受到的好處，這個一定要先做出來，我覺得這個如果沒有做出來的話，我認為在推動醫藥分業事實上是不太有可能性的，第一個我覺得可能是要有的，那...第二個基本上來講就是所謂的這個供貨的這件事情，藥品的供貨這件事情，他必須要有一個很好供貨的系統，嗯~你要你的服務好除了你的服務，service要好，service要好當然就包刮說，去了你要給人家很好的資詢，你要告訴人家的用藥資訊等等之類的，那另外一個就是我去不要每次都拿不到藥啊！所以第二個在供貨上我覺的是在實質上，他必須要非常注意的這個essence，我覺得是兩個較重要的部分，其他我認為都是較細節的部分，我覺得是說對於民眾這個部分一定要讓他...讓他感受到這個醫療服務，這個藥事服務對他來講非常重要，具有實質幫助，民眾才不會反彈，不然你做任何制度，你不可能推的讓民眾結果是讓民眾反彈，那是不可能，政策是完全推行不下去的，那第二個是我剛講過的，藥品的這個部分可能是我想是現在需要注意的，因為現在來講，大部分藥局我知道的，如果你不是開所謂的門前藥局的話，大概接到的我認為以連續處方簽居多啦！那連續處方簽基本上是一個慢性病，他大概定期會去那邊拿，那也不一定藥急的要吃，因為他一定會有藥，他先去拿，因為我們會給他，臨床藥師會給他一個禮拜的緩衝期，到的之前一個禮拜你可以去拿，所以他是比較沒有時間壓迫力，所以現在推行上這部分還ok啦！但是如果未來整個醫藥分業推的越來越多，以後甚至到了一般的處方簽交付的這個部分，就是越來越多的話，那這個民眾可不能等阿！我去到那邊告訴我說，廿我那個藥已經是要吃的，立刻要吃，通常是如此，能讓你等的時間有限，如果你沒有一個很好的供貨系統，不是你儲存而已，你甚至就是那個那個供貨的圈，當然基本上未來是要跟診所醫院合作啦，你才能知道你會開出什麼樣的處方，那更重要你整個供貨系統要非常快速、有效率，不然你這個實際在運作上也絕對不會成功，民眾大概就不會，廿我每次每次去你都叫我隔天在來拿，晚上在來拿我都要跑兩趟，他怎麼可能，他怎麼會接受這種制度呢？對不對，所以這是很重要的啦！也許哪天發生哪些問題，現在這個制度不是所謂的醫藥分業啦！現在制度主要是在醫藥分工媽！真正自己開的藥局，如果沒有跟醫師真的有某些那個的話，基本上他拿到處方簽是有限度的啦！所以現行的制度，當然現行的制度，醫藥分工就達不到醫藥分業的目的，因為醫藥分工基本上尤其是在診所，你是給人家請的，你就知道說為什麼前提要講醫藥分業他是什麼東西，你是給人家請的你能夠說什麼麻？我是老闆你是被我請的，你頂多跟我講說這藥吃了會死人，那當然我想我可能會接受啦！但是如果說這個藥吃了...好像怎麼用...因為你要知道，藥品除了說用對藥之外，還要有經濟效益什麼的，這藥要考慮的因素實在非常多，你跟醫師講他不會接收的，我想是這樣，所以為什麼醫藥分工達不到哪個，那個真正提升用藥品質的一個比較大的目的，我想...所以現行的制度，我認為...就是達不到我剛講的說，事實上能夠提升品質這樣的目的，因為他主要都被人家騎了，他只是醫藥分工，當然醫藥分工也是進一步了，不過最起碼還沒有辦法達不到醫藥分業這樣的理想和境界，阿我不知道你現在講的現行制度，是指的是執行面嗎？還是什麼？

Q：就醫藥分業現在執行的這個制度。

A：嗯...當然基本上就我剛講的就是那個...還是他面對的困難還是什麼面對的問題。

Q：對！對！對！

A：當然這就是我剛講的嘛，你得到的處方還是有限的，如果純粹講經營者那

個開藥局的那個人來看的話，就是說第一個，如果是開藥局，我想他得到的處方是有限的，那麼不過這也是我剛講過的，通常有時候是惡性循環，因為供貨的這個chain不是那麼完備的話，通常人家去碰了幾次就不想碰了，那現在基本上會有這個問題，就是就是那個我剛講的，那個處方簽量小，阿不嘛如果是門前藥局，那根本沒有意義，哪根本就是原來醫師請的在外面開的一個藥局，我覺得他面對的問題就是處方簽過少，這是我大概想到的問題，我不知道...這問題是對誰而言的問題。

Q：就各方面民眾或醫師、藥師，然後因為醫藥分業這樣的實行，然後遇到的問題，因為現在的制度沒有讓民眾很接受，然後或者是醫師或藥師他們會遇到的問題。

A：醫師喔！這個就是...所以這是教育的問題，現在碰到的問題，不管是醫師...

大概主要是醫師、民眾啦！或者是經營者，我這樣講，從醫師角度來講，如果醫師要把處方交付，你當然會碰到一些民眾，他就不會接受，其實這是一個民眾觀念的問題，因為，這是完全源頭是這樣子，我認為都是這樣子的源頭，或許民眾沒有感受到，藥局能提供他什麼，於是呢...他覺得說去藥局只是個麻煩，反正我就在你的診所就拿到藥了嘛，我從來也不覺得說我在藥局得到了什麼，得到更好的什麼，所以他怎麼會想要，他一定不要，我說我這邊看完病拿藥就走了阿，我就結束了，那你說你現在醫師如果要把處方交付出去，我跟你講依我自己的了解，很多醫師面對這個壓力，他交付之後民眾就不去那邊看了，換一家看，到你那邊看病拿藥還那麼慢，所以民眾我是覺得是很重要的源頭是因為前面民眾對於藥師這個部分提供藥品...藥事服務，他沒有感受到那樣一個好處，這部分我到覺得要多宣導，或者是說要多努力，除了宣導還要加努力，讓民眾覺得說去藥局真的是對我很有幫助，如果有民眾會主動跟他要了啦，不要等醫師釋出嘛！所以現在連醫師釋出可能民眾都覺得不要了，就是我從醫師的角度來講，不是純粹講藥品利益，很多人認為在講藥品利益，其實對醫生來講你要儲存這麼多藥其實也是件困難的事，你如果能夠交付出去我還是能有...我還是能賺到我該賺到的錢，那就ok了嘛，問題現在不是這樣，民眾會跑掉病人會跑掉，所以我認為醫師所面對的問題，當然我知道啦！除了第一個就是說這個處方交付出去讓別人都看的到這些處方，我相信這也是他的壓力之一啦！不過隨著包括我們的IC卡，慢慢都要把這些資訊上IC卡，這個問題他基本上來講也慢慢就是...也會慢慢克服掉，因為你不這樣IC卡上也有，那你能怎樣，就都有啦！所以他原來concern如果從醫師角度concern的那個處方會不會讓人家知道看到這個因素基本上相對的小一點，那第二個就是我剛講，主要是民眾的拒絕，那民眾...民眾也是一樣，民眾基本上覺得麻煩嘛！他沒有得到更多的好處，他不會想去闖行去做去去去去要這個處方簽，除非唯一現在你看民眾比較常拿的是連續處方簽，他就比較有可能去藥局拿，因為我剛講過連續處方簽基本上他給藥時間比較長，而且他固定常常再拿，那麼實際上因為藥局是在我們家的附近，所以你去醫院三個月看一次，拿連續處方簽，這個時候比較會去藥局去拿，去藥局拿，不過其實也不見得每個藥局都調劑的出來，所以這是必須要講，這是 by chance的，所以我是覺得現在的制度的問題我是覺得，我還是覺得是說由於民眾對於這個處方釋出這件事情還有藥事服務的這個好處他沒有感受到，再加上現在的供貨系統也不見得供貨的太好，所以其實對這個制度上他衍生就很多的這種...很難啦~很難去做這樣制度的推行，所以這些我認為是應該優先去解決的問題。

Q：那第三個就是醫藥分業對於健保整體藥費控制之成效？

A：就目前而言，我不認為他有什麼成效，我也還看不出成效唯一我只認為說他或許透過這樣一個制度良性的運作，那麼民眾比較知道，因為以前我們常常講他會有藥力會有什麼的，一大堆有的沒有的，現在IC卡上面都有，其實上面也都有了，這個制度方面，所以我是覺得就是說目前為止，目前為止我看不出有什麼具體成效，沒有辦法有數據客觀的support說他是有效，理論上理論上，有啦！理論上，因為現在藥品我沒有利潤阿！阿我開出去我比較誠實，按照實際上去開，哪麼理論上，他該比較會去，但是這是理論上，實際上應該看不出來，所以我不認為他

要去強調醫藥分業會有藥費控制這個成效，我根本不認為他要強調這部分，他應該強調醫藥分業對民眾用藥品質是提升啦！但是你說成效他絕對沒有證據。現在沒有證據。

Q：第四個，您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：我樂觀其成阿！但是就是說他要把配套措施做好阿！這個我當然以我的角度當然要釋出處方箋阿！哪你釋出處方箋之後，其實我剛講過任何制度有check a balance，其實是比較好的，就是妳調劑開出來之後別人會看阿！於是呢你在處方行為上，你就會比較注意，對於民眾用藥品質上絕對比較有正面的，那所以我認為這個處方箋的釋出是正向的，我曉得不知道這個題目要問我什麼東西，覺得說好不好呢還是覺得怎樣。

Q：這個...就是現在釋出處方箋的情況

A：現在釋出處方率不高阿！如果你講真實的處方箋釋出率，你要排除那個門前藥局阿，我們現在其實如果閉著眼睛看數字蠻高的，我有一個數字，哇！蠻高的，我有一個數據到30%幾，那是閉著眼睛看的，但是如果你把他說排除掉說那個門前藥局，其時量非常少，非常少，不多的，比較多的是連續處方箋這個部份，我想民眾從他自己本身的考慮也是對的，除了藥品調劑你掛號費，那麼又近，藥局說如果他能夠定期的作服務，其實民眾又和樂而不為，其實講白一點，藥局在我家旁邊這是一個重點，而且連續處方箋是好幾次的，他這個比較長，不是那麼急迫性的，所以其實藥局是很好的，一定會去那邊作，那麼...但是從現在的釋出率看起來，從真正的釋出率看起來是不高的，這個也是反應我剛剛提到的問題，就是應為那些問題沒解決，所以民眾也不會想要去...看診所之後拿一張處方箋去，這個很有，就是說民眾還沒有感受到說，哇！對我來講是一件很好的事，就是藥局去拿藥的時候對我又什麼好處，感受不到，所以自然而然不會那個...，你只要說服的了民眾，民眾願意，醫藥分業要推動就很容易，今天如果說你要推動醫藥分業這個政策，當然推醫藥分業保證醫師一定反對，但是如果連民眾都反對，那你就不用推了。你想推什麼，不可能，民眾說好阿！利益團體反對，這政策還能推喔！這政策還能推喔！因為廣大民眾的利益，這是可以推的，所以我是覺得，我對現在，如果講現在處方釋出的情形來看的話，事實上不是太好，虛偽的數字是很好，但是實質數字是不好，那麼我覺得還有努力的空間，不過這個空間我認為應該在對於民眾在這個藥師在提供服務這部份，我覺得應該要給民眾更多的，他覺得值得去...值得讓她去藥局調劑，那我覺得這個努力不僅是政府要去努力宣導，我覺得最重要是藥師自己要做出來，做出那樣的東西出來，你要是沒有，我也沒辦法，你沒有表示出來這樣一種讓人家感受到這樣的一個環境，這個制度是很難推的，你千萬不要認為自己是藥師你就要給我什麼什麼，不是這樣子的。

Q：您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：效益...恩...如果從一個比較...因為醫藥分業的目的我們剛講過了嘛！提升醫療品質，對不對，所以如果要看醫藥分業的政策效益，我到覺得要從幾個角度去看啦！第一個從民眾的角度去看的話，恩...是民眾滿意度，這一方面它是不是會有一個一個一個評估指標，就是說民眾滿意度要列為一個很重要的一個政策，或者是說去看民眾的這個...他因為醫藥分業之後，對於這些用藥的知識、態度，是不是有增加了，那這就醫藥分業的主要精神，因為藥師能告訴他更多的東西，我認為醫藥分業是要這樣子，這是第一個就是說從民眾能知道這些事，第二件事情，擬實施這醫藥分業之後，你實際上來講有幫忙去 Check 到所謂的處方的錯誤，或者是請醫師更改處方，這個比例我認為是一個重點，要不然每張去每張照調劑，我還需要你嗎？叫一個...來做做就可以了，所以這是我們應該有的責任，你有去做這個事情，你去做這個事情做把關，那是所以要有...你去看出來有什麼問題，然後去做回報，甚至有些國家做回報還有給錢的，對不對，所以我是說第二個他能達到這個...目的，所以說他應該在這個地方有一些介入，而使得說讓這些處方上能做一些改變，那...當然另外

一個更積極的是說醫藥分業之後，當然這個就很難講說效益啦！就是說除了就是說哪些你認為不適當的你去修正之外，那...恩...這個就比較難一點，那你藥師本身跟醫師的溝通的這個情形是如何？溝通的程度、頻率，那這個我也是覺得是一個要看他有沒有效益的方向，但我大概不會想到節省錢的這個部份，我從來不認為做醫藥分業會節省錢，這部分不太對，應該主要是提升民眾用藥品質，這樣子的話即使我多花錢我都願意，我是說從這些面向，這個政策到底是不是...這個政策效益啦！我認為應該從這個角度切進去看，切進去看就是說，就是或者是說，就我剛剛講的，一個民眾的滿意度，另外，從這個你藥師在這個醫藥分業之後你拿到這個處方籤你到底做了什麼事，check 到什麼東西，這個才是，你要看這個政策上有沒有達到這效益的重點。

Q：任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：恩...不過我還是要講就是說，剛剛我們談醫藥分業其實也有很多人知道，醫師跟藥師，我覺得制度應該要好好的做規劃，那麼尤其是說真的要落實醫藥分業，除了說醫師不聘藥師，藥師自己去開業，那妳們要去進一步談到，藥師藥局...醫師能不能設藥局，恩...問題是當可以設藥局的時候，我剛講的 check a balance 就不見了，所以有一些國家甚至是限制，限制醫師不能去經營藥局，因為它是一個跟你 check a balance 的地方，你都給她吃進去，Y 這個意義也不在了，就是說其實我們有時候看事情要看實際的本質，就是說我們現在一直覺的是醫藥分工而已不是醫藥分業，對不對，Y 我們認為他不好的原因是，因為我是你請的，沒辦法做到 check a balance，那你做醫藥分業你不要做...做就要作正確、確實，你不要做到一種半套子的那種，只是為了醫藥分業而醫藥分業，為了一個名子而已，但是做後那個藥局還是可以經營，就像現在的門前藥局，你說門前藥局是醫藥分業嗎？醫藥分業自己經營啊！表面上是這樣Y，那是醫藥分業嗎？那絕對不是醫藥分業，對不對。如果你嚴格還講那絕對不是醫藥分業，所以我是覺得說，第一個如果你醫藥分業要落實，不要只是表面上落實醫藥分業，實質上也要落實，這個制度才能成功，我常常講不要為了一件事而做一件事，這件是一定有他的正確目的，有利於民眾，對民眾有幫助的，這個理念很重要不要為了名字，而去做那個事，就好像是說，為了有藥師所以藥要給他管，我都不認為這觀念是對的，應該是說你真的有了他，民眾能提升用藥的品質，你能夠做什麼你是有存在的價值，不是說法律上什麼名詞，恩...你認為是這樣，這是第一個我是覺得說，要做就是把它設計的比要周詳，不要只是說急救啦！一個制度推出去，錯的制度以後要改就很難啦！所以這個東西我覺得事前要做一個規劃啦！第二個我還是要提到啦！其實我覺得藥師的教育還是必須要持續進行，我認為廣大很多在開藥局的這些人，我覺得藥師不是只有存萃藥的知識，他是要有很多的知識都要同時擁有，你要怎麼跟人溝通的技巧啦！對不對，你怎麼去做管理啦！對不對，很多面向他都是要去學習的，當然藥師的本業專業知識很重要，這是一定必然是要有的，這些都是要去學習的，讓那個嶄新的感覺，那千萬我也希望說民眾...那個藥，政府是該做點事了，但是他要做的是更多，對不對，因為你如果沒有一個好的 Quality，我相信政府是有心想去推這個制度，只不過是說你要天時、地利、人合，你要民眾的同意啊！民眾不接受你有可能推嗎？這是個民主社會啊！這是一個民主社會阿！你要記得，所以你沒辦法讓民眾接受，覺得很想要，那麼你就很難推這個事情，不要老是覺得國外可以我們就可以，不是搞不好人家覺得領藥服務很好，或者有些國家早就習慣是這樣子，但是我們要從現在的制度轉向另外的制度，民眾會問說那我們得到了什麼，大家要靜下心來，其實我到覺得說，其實醫藥分業要成功你真的把你的醫療品質做好，你把你的供貨系統，把你整個服務的，我認為水到渠成，現在我認為是這些都還沒做好，阿就要醫藥分業，一條路沒鋪好車子就要在馬路上去開啦！

《政策人員二》

Q：請問你對醫藥分業的認知為何？

A：醫藥分業這個是以前我們古時候就是中藥店，那個中醫師把脈，然後就是開處方到藥房去，那個叫做也是醫藥分業的一種，那後來西藥逐漸的發達，很多人開藥房，變成什麼藥都可以拿，那時候就很多醫院的附設藥局，這樣習慣就變成沒有醫藥分業的模式，其實在這個歐洲他們在七百年前就已經開始了，那目前也有許多國家都實施醫藥分業，像英國、法國、德國啦！這裡面的資料都有都寫的很清楚，那這些主要就是說我們推動醫藥分業，就是醫師要專責處方處置，然後藥師根據醫師得處方來調劑，然後用藥師的專業，看看這個處方也要檢視一下這個處方劑量是不是有沒有寫錯啦或用藥有沒有副作用的發生，因為畢竟藥師對藥比較專業，醫師有時候工作比較忙碌，沒有注意到，所以互相...你說監督實在是不好聽啦！就是這個檢視啦或者怎樣...就像說我們舉一個例來講就像說省政府，政府機關怎麼不會辦事要設一個議會，議會他就是監督，對不對，其實醫藥分業如果是說...從處方到用藥一直到...從出生證明開到死亡證明，死亡證明不是非常危險嗎？需要各種行業的專業互相來配合，主要的精神就是說為了民眾的健康需要雙重的check，經過多一層的把關，這樣聽得懂嗎？這都是所謂醫藥分業的精神，那這裡面談到他的一個爭議所謂我剛講到醫藥分業的爭議，處方簽釋出最重要的精神就是醫師要交付處方給病人，病人拿到處方到願意到哪裡去調劑是他的一個權利是他的方面它的自由，他可以拿到他住家附近的一個健保特約藥局，他認為他常常在那一家看病他拿去那一家，那一家藥局可能訓練有素他會建立它的一個藥歷檔，然後就不會有重複用藥、交互作用的行為發生，比如說他可能早上去看婦產科、晚上去看牙科，裡面都有止痛藥，止痛藥這家也開那家業開，不是重複吃了嘛！就會有危險，所以如果藥師，住家附近有醫家所謂的...我們以前講家庭藥師，開設的家庭藥局，那他就會整理，到底你現在吃的藥是什麼，你會不會重複吃很多藥，對不對，幫你做一個確認把關，如果重複的話，應該可以改一下，請醫師改一下不要吃那麼多，或怎麼樣，對你的健康才有保障，他的精神是這樣，醫藥分業的真意是拿到你住家附近的特約藥局，向那個點的啦！線的啦！都是不是很好的醫藥分業的模式，以前我們把它叫做錯誤的醫藥分業，真正的醫藥分業是這樣，不是說隨便一些診所旁邊開一間藥局專門來調劑他的，那個叫做線，那個可能...恩..他只有接受他的處方，離他家可能很遠，那不一定更方便，真正的方便是住家附近，哪一家藥局，我們常常去請問他用藥的知識，處方簽拿回來給他調一下，那要做到這個也不是那麼簡單啦！過去碰到很多問題，在推動的過程中，比如說我們要推動一個醫藥分業之前一定要，那時後藥師公會要配合建立新的系統，那我們也參考了日本他們的模式，我們當初在推動請那個日本的專家來演講，辦了五場，我們在推動，衛生處大學秋田縣，那邊的藥師公會還有一個附設醫院，她們的院長來演講，怎麼樣來推動，他們的醫院有85%的處方簽釋出，因為我們當時要推動省立醫院處方籤的釋出，要怎樣藉證人家的經驗，我們就辦了五場的演講，全省啦！那當然人家來講也不能講太久，講一講就回去了，當然就參考了日本推動的一個經驗，那這裡面醫藥分業的認知，看你從哪一個角度來看，我剛才是從民眾...我們最主要是民眾的福祉來優先考量，不是藥界啦！或醫界在爭調劑權的問題，民眾有什麼好處，一定要講給民眾聽，我剛才講的，他集中在家庭藥局也好或者家庭藥師，我們吃的是家庭藥師開設的家庭藥局，現在我們住家附近的健保特約藥局，他會提供你處方簽來裡面有什麼重複的，有什麼交付作用，如果有什麼交互作用，我們就要趕快把她請醫師來做更改，這是藥師法裡面，醫師如果堅持不修正醫師要負責任，所以這是一個醫藥分業的精神，那當時我們藥生處為了要推醫藥分業，就編了一個交互作用的書，到現在衛生署是，在電腦上網站由全國的醫師從電腦上來...碰到很多例子啦！那這些呢我們就編了一個書，當時是快要精省

了，國內唯一的一本中文交互作用的書，那目前李主任同意授權給衛生署，電腦化，爭議的那本書可以看一下。理想的醫藥分業是民眾選擇固定家庭醫師，並將看病後的處方簽，由固定一家家庭藥局調劑，家庭藥局可建立病患個人專屬藥歷檔，提供完整的臨床用藥指導，避免病患因不同病別，不同醫療機構看病，重複服用相同成分的藥品，變成藥量過重的，或者不同藥品間不良交互作用造成的危險，讓民眾知道他所服的藥品，保障民眾的用藥安全，這是真正的醫藥分業，就是說你的家庭藥局，有沒有...住家附近，這個是理想醫藥分業，理想就是這個面，面就是真正的醫藥分業，他是以病人的利益為中心，有沒有，病人指定的家庭醫師，會診病人的時候，處方簽建立藥歷檔，提供完整的臨床用藥服務，那錯誤的醫藥分業就是點跟線，點，譬如說醫院裡面設立一個附設藥局，拿一拿就會去了，所以這間也吃那間也吃，形成重複用藥，線的就是門前藥局，固定一間，那現在...當然他是合乎規定啦，但不是很好的事，等一下有機會再談啦！這是醫藥分業的一個爭議拉，那如果你說要談他醫藥分業的延革，那就再剛才這一本裡面，都寫的很詳細，古時候是怎樣的，後來又是怎樣的，政府為什麼要推動，這本裡面你把他看一下，都很清楚。

Q：您認為醫藥分業實務運作上需注意哪些事項？而依現行制度可能會發生哪些問題或狀況？

A：實務運作應該注意哪些事項，第一個實務的運作，最主要的就是說，醫師處方簽有沒有實際交付出去，有的是用電腦連線，這個不好，他逼的他非去哪邊調劑，對不對，所以說應該是說，最重要的是處方簽要交給病人，病人有選擇調劑的權利，剛才已經講過了，那還有這個其他實務運作上，比如說現在就是說，現在實際上運作起來，報紙上也看過，比如說他的診所他聘請藥師進去，這個是所謂的雙軌制，雙軌制式處方簽釋出來，阿處方簽他聘請藥師進去，這就是雙軌制。藥界是說這詬病不好，一定要處方簽釋出，醫師不要請藥師，但是現在很多醫師他自己就自己開一家，當然負責人是名為藥師啦！但是那失醫師的資本，這樣分業起來就是通通聽醫師的話，效果就不大，所以在這些健保局，他們是有再注意這些，在報紙上，較特約藥局去切結，切結說這是她們自己的資本，不是受醫師的雇用，但是這都不是很好，真正的醫藥分業，這個藥局一定要藥師本人來開，獨立運作不受醫師的牽制，那這就是現行得制度聘請藥師，藥師被聘在附設的藥局幫忙，這方面能夠達到真正的檢視效果是有限的，真正的醫藥分業還有一段路，不斷的修正我想應該是可以刺，配合這個健保幾付的實施會更好，實務運作上第一個一定要注意藥師在調劑得時候的專業，現在都又一些措施嘛！有持續教育的措施，不斷的在藥學的專業上面，藥的資訊要告訴病人，得到實質的好處。

Q：醫藥分業對於健保整體藥費控制之成效？

A：這個會是使藥費降低，醫藥分業處方簽交出來，然後用藥透明，醫師開藥就會更審慎，我剛才講的比如說住家附近的家庭藥局，她們有藥歷黨，重複用藥的，可能不需要吃那麼多的止痛藥或抗生素，那藥師會請醫師在更改，更改以後你的用藥量就會減少，她們美國實施醫藥分業那麼多年，她們的用藥很少，一張處方簽只有兩種要或三種藥，應為你開出來會經過大家的一個透明化，醫師開藥會比較小心，藥費應該會降低，健保一方面在實施，醫藥分業一方面在推動，慢性病處方簽都在釋出，釋出出來之後他就可以吃一個月，看病次數就會減少，處方簽的釋出正在勉勵一些大醫院刺釋出，使整體的藥費往下，以前我們這些屬立醫院，也是在用藥量有再降低，我們都規定24%以下後來降成19%、20%，用藥量每一次看病用藥，整體應該是會降低啦！

Q：您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：醫藥分業就是要釋出處方簽阿，我剛講過醫師專門看病藥師專門調劑，當時醫界處方簽不釋出來或者是說公告哪個縣市，揚言說我要三天的所有的處方簽交給病人去領藥，但是你領不到，因為剛開始沒有配合的很好，這個是醫藥分業當然是要釋出處方簽，但是這個處方簽就是要交給病人，不是說電腦連線去特別的哪一家

藥局，大醫院也是裡面的藥局，處方簽也是拿給藥局直接去批價去了，這個是衛生局一直在推動的處方簽釋出，從慢性病處方簽，造成民眾的領藥習慣漸漸的來適應，然後我在藥局會接受很多藥物的資訊，醫師比較忙比較沒有時間，藥師最注重藥品的一個服用的方式、他的一個作用、副作用，交互作用比較了解，深入給病人多一點知識，然後他幅下去的藥比較適合，對他健康...這是最主要的一個精神，醫藥分業我認為，從慢性病處方簽優先釋出，但是一般的處方簽還可以，只是我要醫藥要互動，開出這些處方可能哪些藥局可以調劑，不要說拿不到藥，開出的藥大概哪些拿的到，所以附近的地區要互相，藥界要把這些資源系統在強化，比如說電腦很發達，這個藥局缺少哪一些藥，可能在公會裡面的系統看哪一家可以調，稍微調一下，幫助一下，把這個要弄到，很短的時間把他調劑出去，習慣之後他用藥的處方調劑就不會有問題，當初在推動醫藥分業，怕說很多藥沒辦法準備，所以這個地方經過一段時間已經逐漸的實施，所以說藥師公會應該要繼續的來加強他們的資源系統，運用電腦化，現在網路很發達應該不是問題。

Q：您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：評估的指標最直接的就是你的處方簽在健保局，現在健保局電腦很發達，對不對，處方簽經過藥師調劑的比例，當然很高啦！因為現在很多醫院有藥師嘛！如果真正的醫藥分業，到底有多少處方經過特約藥局調劑，這才是重點，這才是真正的剛才講的醫藥分業，到特約藥局去調劑，包括醫院釋出處方，不管是慢性的或急性的，到健保特約藥局調劑的，那個是數字可能不會比...如果說從剛推動雙軌制，只要出自藥師調劑的東西，不是醫師親自調劑的，有的像...有的是醫師調劑偏遠地方，藥師法規規定醫師可調劑，或者是偏遠地區無藥師，醫師可以調劑，如當成廣義的話那個百分比應該很高啦，衛生署報告說不定達到90%幾了，那如果說要进一步來去那個確切的評估，所有處方簽經過特約藥局調劑，當然不可能全部百分之百啦！因為很多醫院特殊的處方還有一些精神病也不適合她到處去，他本來就有問題了，對不對，所以不可能百分之百到特約藥局調劑，但是，我剛才講的是理想的醫藥分業的模式，那“你認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？”除了處方簽之外，你可以看到我們國民的一個用藥的情況，現在藥品每一個含藥量的降低，這個也是一種他的效益的方式，比如說用藥量的下降，每一個人每一種處方簽，吃的藥的種類數據，更顯著的降低，因為要需要的話才吃啦！在推動醫藥分業，比如說打針，打針的次數減少，醫藥分業之後打針變成那個...當初在推動醫藥分業的時候，打針很不方便，打針還要去哪裡打，那後來因為在美國他們很少打針，所以有一段時間我們也在推動，同樣是口服也有效，不一定要打針，不一定那麼喜歡打針，這個是不是有顯著的降低，喜歡打針的行為，醫藥分業推動的越多，用藥透明，樣有用就好，不用吃那麼多，民眾可能這方面觀念會改變，這個也是一個妳們可以再去調劑，要幾年一次，才會有一個顯著的數字，對於我們國民抗生素，抗生素是不是用量會降低，就不會產生抗藥性，對不對，那我們這個醫藥分業推動之後，這個藥房流通之後，處方簽的藥可能會買不到，管制藥品更難，對不對，那抗生素如果說一定要處方簽才能調劑，那一直沒有不能隨便買到這些處方藥，這也是一個醫藥分業的效益，整體的我們都會隨便吃抗生素，大家的抗藥性不會那麼高，我們得到什麼病，如果有需要，治療的話不會有抗藥性，就難治療，在美國就是這樣，藥吃少一點，藥只有吃一、兩粒而已，一個處方簽只有一、兩粒，我們這以前都是六、七個，七、八個，所以說你“建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？”除處方簽是不是特約藥局調劑，或是藥師調劑過的，的比例都可以統計出來，另外就是一些其他的一個醫藥分業產生的影響，藥費下降，還有外面的抗生素有沒有很容易買到，民眾的問卷你可以問問看，現在事實上管制藥品管制的很嚴格，你不處方的話，很難買的到，藥局的話誰吃的你都要登記起來，藥廠製造出來都要報，下到哪裡，連通都要記載，這就是醫藥分業的一個，民眾的滿意度，政策的效益，民眾經過這些年來，健保局用藥量有沒有下降，年輕的醫師會漸漸的，越年輕會越支持，因為

管那個藥很麻煩，開業還要管那個藥，很麻煩，給藥師去弄，他們就又很多時間去休閒去看書啊！醫藥分業的精神就是在這，醫界會顯的更輕鬆，藥價一直下降，從藥裡面賺的比較少，然後比較合理，醫藥分帳的精神，該診察費，該交付處方，然後藥費呢...藥劑有藥事服務費，調劑費，不要從那個藥品的利潤去賺，才會使我們整體的藥費的負擔降低，對民眾健康幫助，藥即是毒Y，多少對我們會有副作用，能夠少用就少用，要用的話經過我們雙重的確認雙重的把關，對民眾用藥安全才有實質的好處。釋出率當然是最直接的方式，看所有的醫學中心去做一個比較，地區醫院他的釋出率，看看哪些階層哪些科別，開業醫有些是聘請藥師有些是處方簽釋出，那釋出的比率多少，聘請的比例多少，如果大家慢慢的不聘請把他釋出給特約藥局，這樣也是一個進一步的像現。但在醫藥分業之初要推動很理想的單軌制，不是那麼簡單，所以開會就決定勻許雙軌制，但現在可以漸漸的透過健保局的規定來做一個修正，修正就要看行政單位如何去實施。這是我的看法。

Q：任何與此議題有關的想法或意見嗎？有哪些地方可以強化？

A：你認為要問哪一些呢？到現在，其實十年來是有進步啦！至少這個模式是存在的啦！沒有說受政治的影響大家說，處方簽當時每次要公告一個縣市，醫界就你要幫我把三天的處方簽弄出來，那個患者拿不到藥到街上跳腳，政治人物就說這個不行啦！後來沒有做，為什麼呢？因為醫界不敢啊！藥界她們準備了很多資源系統在那邊等待，到現在是配合健保，我要強調的是健保一定要支持，他們還是要認真的配合，演變到現在這樣，最近我聽到藥界的心聲也一直要做單軌制，單軌制就是診所不能聘藥師進去，通通百分之百要釋出到健保特約藥局去領藥，不管是旁邊的特約藥局或者是剛才講的理想醫藥分業的模式，或者是附近的家庭藥局也好，會不會實踐就看民眾的一個努力，執政者的努力，這是各方面的但是我想不難啦！因為越來越多的年輕醫師呢！願意一起配合，她們越來越重視自己的時間，剩下的時間她們把藥開出去，給藥界去支持去說明，輔導這個用藥，就有時間專精於他的專業上面再繼續去看或去運動，或者去休閒，參加一些什麼，使醫藥分業越來越...越來越能夠開展，我想那是必然的，而且有很多先進的國家，如歐美阿，那韓國也做聽說也進步了不少，那目前我們推動是參考日本的推動模式，我們也邀請日本來演講，日本的報告，派人去日本觀摩，借鏡她們過去很多推動。

《政策人員三》

Q：好那...第一題就是請概述您對醫藥分業的認知，就可以大概講一下醫藥分業的情況。

A：只要大概講一下？

Q：對對對...就...講一下

A：情況嗎？好，醫藥分業吼...其實談兩塊吼，我們現在面臨到的問題是醫師跟藥師的分業，還是醫療機構跟藥局的分業，我們分成單軌制跟雙軌制，我一講下去就會越來越深入連你們老師都不知道了吼...呵呵呵...所以...我們的醫藥分業非常清楚啦吼，我們在法律上面分成一個醫療行為吼，醫療行為分成一個前端行為跟後端行為，任何一個法律行為都會從起點到終點，那因為病人...進來看病，那他是前面產生了一個診療，診療的部分在法律上稱為診察跟處置，嗯...跟處置，那診察的部分...跟處置...診察就是跟你量血壓啦那些都弄好以後處置，處置的時候可能是給你手術，可能給你擦藥，可能給你開個處方箋回家吃藥，當開始處置的時候有一張處方箋出來，這個時候產生另外一個後端行為，這個統稱為調劑行為，阿調劑行為當然起點是一張處方箋，所以這個時候產生的...醫師要交付處方箋給病人，然後病人拿來到...從這邊開始起點...給藥師，藥師進行調劑，那醫師比較簡單，診察就是親自診察，然後利用各種工具、儀器，去診斷出來病人以後，去作處置，處置可能就回家喝個水，回家睡個覺，然後休息一下多喝開水多吃水果結束，或者是我給你開一個維他命C你回家吃，或者是...你應該吃抗生素我給你開抗生素，處方箋拿出來，處方箋調

劑開始就是...我現在開始就是...第一個...確認，確認這個處方箋有沒有問題，吼我們叫做check and balance，就是監督跟制衡機制，這是最高法院的判決，最高法院監督制衡，所以監督制衡就是一個check and balance，那後面的人要去確認前面的人有沒有錯，就是減輕他，我們叫做偵查錯誤，然後去...這個除去錯誤，偵查錯除錯機制，所以有一個人去監督前面的、確認前面的，那藥師就是...你開的處方箋可能有問題，有問題...我就要確認這個東西是有問題的，我就要問醫師，所以就開始確認處方箋，然後完成了以後就是依照處方箋去調劑，吼就是...依方取藥，取藥的時候會產生一個問題就是我沒有藥的問題，有沒有可以替代的問題，確認處方箋...確認...這個處方，然後呢藥品也沒有問題了，他就開始調劑，調劑完了以後就交付藥劑，然後列印藥袋，列印藥袋然後交付藥劑，交付藥劑就是確認領受人，交付給他，然後作con...consulting，後consultation...consulting，就是...那個用藥諮詢，然後病人拿回去藥袋...去吃，醫院吼藥哦他拿到藥哦這邊叫做調劑，然後他就離開這個機構，第一個機構是診所，第二個機構是藥局，或者是醫院裡面，第一關是醫師，第二關是藥局藥師，然後換他的藥回去，然後病人開始吃，這裡面就產生了責任，兩個責任，第一個責任是...產品...對不對？有沒有錯？磨粉或摻別的東西，這是品質的取擔保責任，第二塊...就是危險的付擔責任，就是病人還沒有吃，可是你都沒有跟我講，我亂吃，沒有照時間吃，他就是個危險，所以到此為止，只有危險在那裡，但是還沒有產生，接著後面還有一個照護，吼你們學公衛的，會有一個照護我們叫做health care或medical care。

A：喔有medical care。

Q：medical care，但是我們講的...你講的medical care是 day care、home care這一塊嘛是不是？長期照護那個long term的那個care，我們這邊講的跟那個類似，這一塊講的是照護哦也是法律的規定，照護...藥事照護，他講的是吃藥，到現在還沒吃藥阿，以後開始吃藥，吃藥的時候...他有沒有...吃對藥，有沒有拿錯藥，有沒有按照醫囑藥囑去吃藥，有沒有正確時間吃藥，我舉一個簡單的問題，如果...忘記吃藥，怎麼辦？

Q：忘記吃藥？

A：他應該...對呀他應該照規定吼六個小時吃一次抗生素嘛，時間到了...睡著了...然後過了兩個小時，還要不要吃？專業就在這裡呀！後所以那個部分就是要照護，然後說飯後吃，飯後什麼時候要吃？我們說飯後吃講的是胃還空一半，那個時候藥效才能發揮，那個部分...那個部分屬於藥，吼到此為止，所以我要強調的是...藥學是一個專業，醫師...沒有接觸到這一塊，因為他沒有照護病人嘛，這個病人有兩段嘛，前面你是專業，後面你不是專業，就要有專業人員，那這個專業要check and balance，要幫忙去...偵查錯誤，去解除...去除去錯誤，所以這個專業形成，當兩個專業在前端後端是彼此互補、彼此check、彼此平衡balance，所以醫藥分業的認知...就是從這邊產生，從民眾端的角度來看，病人進來，你就必須要這麼做。

Q：嗯嗯...

A：以前是...醫療的一貫性，一貫性，病人進來以後醫師負全責到吃藥，但是因為要會產生利益，吼病人...醫師就會從藥去賺去利益，所以這個時候我們就需要後段藥師來做，吼所以這就是利益分配，所以依照我的研究，那醫藥分業其實有很多的定義，一個就是醫師在前端，這就是我講的法律定義，那一個是專業的不同、專業的分工，還有一個最重要的就是因果，甚至在...在那個以色列，他們都強調的就是說...醫師不可以掠取，他們是用掠取哦，掠取...醫師藥掠取...藥的利益，這個因果排除，醫師不可以碰藥，不可以碰藥要用這個獲得利潤那是覺得不被允許的，所以醫院...因果是最好的醫藥分也，沒有一個醫師會去做調劑，第二個醫師不會請藥師在診所，他一定是叫一個民眾到藥局去專業調劑，所以他是單軌制，所以診所開了也沒有用，那我們這邊是採雙軌制，就是診所也可以聘藥師，藥師在診所就是聽醫師的話，我剛剛就是在樓上講契約，一定要立契約，要契約就是...醫師說你晚上不用來，然後我叫護士調劑，因為法律規定要有藥師，就要租執照，一租執照，就違反了契約，

對民眾完全沒有用嘛，所以法律既然規定要前段後段，你就要遵守這法律的規定，那你醫師要從要去賺取利益哦，通通都不准，人家法律明文醫師不可以碰藥，那我們這邊醫師可以碰藥形成的醫藥分業制度，是一個不健全的醫藥分業制度，第二個問題，醫藥分業建構在民國八十六年開始，架構在健保上面，所以健保在獨導醫藥分業，我們一直希望把醫藥分業回歸到政策，回歸到藥事法去，所以我對醫藥分業的認知分成幾塊，一塊是法律上的認知，就是check and balance，對民眾有利，前段後段，第二個認知，是專業的認知，醫師做醫師的，藥師做藥師的，還沒講護士講的更早，那個神農嚐百草，吼一日中七十毒，神農嚐百草他要治病，神農是醫師還是藥師？神農是醫師阿！所以以前沒有藥師，神農嚐百草，一日中七十毒，他試出來藥是有毒的，然後他的病人越來越多，他的病人越來越多他沒有能力看，所以這個時候他沒有辦法上山採藥阿，他本來是今天上山採藥然後明天看病嘛，他病人越來越多沒時間採藥，他就帶學徒去訓練採藥，那你不能說學徒他們是...笨蛋，永遠聽醫師的，所以這個這個老...老闆，所以老闆很聰明，學徒也會很聰明，學徒就創造出來後製說「這個藥要怎麼處理會更好？」所以就產生另外一個專業人員出來，是因為醫師沒有辦法從頭到尾，對民眾來講醫療來講醫療一貫性是一種權利，最方便的，但是現在當你要讓方便跟你的安全分成兩塊的時候，我們寧可你安全，然後我要把方便性...去解決，所謂方便性就是...例如說...我進來拿不到藥還要到別家去拿藥，所以不方便，那醫師也講說不方便，可是我們會認為說你的方便是有，當你在看完病的時候，你總要回家吧，你家隔壁就有藥局或是你路過就有藥局，那你拿藥就是方便，對不對？你在醫院或診所去等藥，去等十分鐘，那個環境是惡劣環境，都是生病的人，你到藥局去藥局不一定都生病的人那邊都是健康的人，所以你在那邊保護你第一個你要等十分鐘去拿藥，在那個很不好的環境，戴口罩去拿藥，然後你只要離開那個環境到另外一個地方，你很輕鬆的走到那邊去，然後我們藥師還可以做額外另外的服務，不是賣要賣其他藥，而是做照護，告訴你怎麼吃慢慢的講，在診所裡面醫師不會講這些，護士也不會講，所以這就是從專業的角度來做區別。第三個從政策上的角度就是，你應該是雙軌制還是單軌制？我認為應該是單軌制，單軌制就是...機構不要去聘藥師，你必須讓民眾到藥局去拿，這就是專業服務，除了這個還會引申出來藥品的問題、諮詢的問題、除了這個疾病以外其他的問題以及照護的問題，所以讓藥局能夠擴展，所以我的學...學說會認為，雙軌制會比較理想，單軌制我可以接受但是現在的單軌制會違背法律的規定，因為律師要賺這一點嘛，所以目前我對醫藥分業的認知就是這樣...三塊，法律的、專業的跟健保的。

Q：好那第二個就是您認為醫藥分業實務運作上需注意哪些事項？然後依現行制度可能會發生哪些問題或狀況？

A：這講出來就一句話嘛，就是醫師不要從藥品去謀取利益，自然就解決所有的問題，目前的問題就是“藥”會產生利益，你們學公衛一定看過一本書1976年出的，那...那個...那個...那時候公共衛生研究所所翻譯，他的名字叫做藥丸、政治、利潤。

Q：沒有...呵呵...

A：那...最近出了一本叫做藥廠黑幕，看過沒？

Q：還沒看過...

A：他就講的就是說...這個藥你不要看它小小的哦，它不是一般的商品它不是一個...機器哦，是機器...去競爭就好了，但是藥品，它可以治療疾病；藥品，可以改變人性；藥品，可以賺取利益，為什麼那麼多人去研究新藥？他第一方面是要服務人民，服務廣大的那個那個人類，另一方面他想要得到利潤，很少是像那個那個比爾蓋茲或是另外一個蘋果的電腦的發明人，他發明了最前端他就去遊山玩水去了，後面有人幫他創造，很少人，多數人都是為了利益，看過絕命追殺令沒有？絕命追殺令哈里遜福特演的。

Q：嗯...喔...好像有。

A：有沒有...他就是醫事教育去handle的，他太太被人殺了嘛，他去追蹤嘛，他的問題

就是藥的利益，有沒有看最後就是另外那個那個荷蘭醫師，他去隱藏了藥品的危險性，他去賺到了大錢，然後哈里遜福特是不齒他這個行為，藥...就一定產生，所以醫藥分業上實務上運作就是...“藥”不要有利益，假設有利益，也應該是由藥師來...來處理這個利益，不是醫師來處理利益，那但是很...所以藥丸正式利潤這是不變的事實，所以我們在推動藥學倫理的時候，在行銷倫理上面，我的經驗...他們賣藥...賣到什麼程度？他們去騙醫師...婦產科的病人他就騙他說有一種藥哦是那個消除黏液的，把那個雙流鍵double-bond把它打掉，沒有痰嘛，所謂痰就是...黏液有雙流鍵，那稀釋...就是打掉那個double-bond，所以他黏液就沒有了，就沒有痰了被稀釋了變成水，這一塊...結果呢他可以去欺騙醫師，讓他說他說這個可以去...去治療...治療那個經期，醫師就用，你說醫師不懂嗎？醫師當然懂阿，藥理他當然知道阿，所以他就是...一顆藥...你幫我開藥，吼我一顆藥二十塊給你十塊，你開一顆我就給你十塊，所以他就一直開，他假裝聽不懂就一直開，開了以後他就賺錢，這就是藥品的利益，也就是現在的價差，他那個還不算是價差哦，他是說...你只要開我的藥我就送你錢阿，那醫師當然開，開了以後對病人有什麼好處？沒有嘛...

Q：嗯...

A：民眾就吃了一堆不該吃的藥嘛，這個不對...不對症的藥阿，所以這個部分就是...實務上運作要注意哪些事項？就注意藥品的利益阿，他利益能夠解決才能夠解決，那現行制度可能發生哪些問題狀況你的問題太大了...呵呵，我今天有拿這個來，這個是我在期中去...去去標你們這個計畫的時候我寫了這些，我只是...因為我是屬於藥他們認為說應該讓公衛的人來做，我說我是公衛的阿，他說不行，你原罪，因為我是藥師...呵呵呵。

Q：喔...呵呵。

A：所以我現在就談說現行制度可能發生哪些問題，就是現在門前藥局啦...吼為了藥品的利益，所以醫師呢他就去...自己去開藥局了啦，吼這個部分在英國是絕對不會發生的事情，所以就是這個樣子吼，醫藥分業實務上的運作就是說，藥品的利益如何去解決？那我們認為...要去解決這個利益...就是醫師做醫師的，藥的部分，利益是由藥師來賺嘛，也不是說由藥師來賺，就是說藥的部分就是由藥來同儕制約阿，那現在的健保吼是採總額，總額裡面就是同儕制約，你們知道嘛吼globe budget，這一塊，可是藥的部分是由醫師還審核，那醫藥分帳，醫藥分帳是在健保法施行裡面規定的醫藥分帳，醫藥分帳就是醫療的這一端，也就是你的健保給付，那診察費的部分所以你就有診察費的部分，然後藥的部分就是...調劑費、藥事服務費的部分，這邊是由你給付，然後到...那個健保局去勾稽...去勾稽，那勾稽什麼？他勾稽合理量的問題，你可以...比方說...一百個胃病的病人...吼結果開了一百二十人份的胃藥，那從這個醫藥分帳就可以做勾稽，當他一勾稽的時候...就知道不合理用藥，這個時候哦他就來追究你為什麼要開這個？可是法律規定在那哩，健保局從不實施，所以回頭來沒有醫藥分帳的制度，然後把藥的部分回歸給醫師審查，醫師根本不會審查，他也不想審查，因為這就是他的利益來源，所以這個不會就是藥會永遠...永遠解決不了問題，然後永遠都亂吃藥，產生現在的狀況，像現在有一千四百億了，藥品費用一千四百億阿，然後那個部分就是沒有辦法去處理這一塊，好，現行制度發生的問題就是...醫師從藥品獲取利益。

Q：那...第三個就是醫藥分業對於健保整體藥費控制之成效？

A：這樣子啦吼，目前看到的成效的部分是慢性病...慢性病處方的釋出啦，慢性病處方箋它是省...省啦吼，慢性處方箋是三次嘛，第一次看病給三張處方箋嘛，三張處方箋第二次第三次不用到...到那個醫院去嘛，他就省了診療費嘛，也省了掛號費嘛那些那個部分負擔這些，所以在這邊他明顯的藥費控制在那一塊，可是是不是真能控制呢？未必阿，因為他今天開四種藥他明天開五種藥...下次開五種藥，藥還是可以賺取利益，我們認為...醫藥分業對健保整體藥價的控制，是他現在...你講成效是說現在嘛？

Q：對。

A：沒有成效，這一塊是沒有，但是要做到成效可以就是這一塊，健保卡講醫藥分帳，所以健...醫藥分業是在講這一塊醫藥分帳，醫藥分帳去勾稽自然就會合理用藥嘛，一合理用藥成本就降低，因為我們做不到...做不到這一塊，有法不用...所以現在就是只要看到慢性病降低了診察費這一塊，吼另外還有一個就是我覺得你們不是要講說控制成效，而是...會不會增加成本？增加的問題，因為你控制不下來嘛，因為有利益大家就會想利益所以絕對控制不下來嘛，但是你可以去讓他不要去增加，不要讓他去增加了這一塊，

Q：好...那...

A：不要增加...不要增加這一塊主要是成本效益的問題啦，cost-benefit的這一塊你們唸公衛知道嘛，那成本效益的部分就是...我如何在那邊去控制...讓他不要隨便吃藥，那一塊...那是我們的照護這一塊，吼但是...這麼信賴藥師嗎？也不用信賴，因為涉及到人性，藥有...有利益嘛，所以醫師...叫他不要這個利益，藥師...也會碰到人性化嘛，吼我剛剛強調藥...是會治療疾病，藥也會控制人性，控制人性包括...毒品，那也是藥嘛，毒品控制人性什麼事都幹的出來，另外藥品的利益也會控制人性，絕命追殺令，對不對？他有一億利益，我可以隱藏了藥品的副作用，吼就是這樣所以...藥也會人性，但是藥有人性沒關係，至少你是藥的專業嘛，你有藥的倫理嘛，對不對...法律裡面還有倫...倫理嘛，那你要顧倫理，你只要違反你去懲戒，所以自然你把他...交給他嘛，原來是由他來處理這一塊嘛，現在你醫藥分業交給他，然後他在裡面自然會形成一個同儕制約嘛，那一塊...可以去算成本，所以說可以控制他的成本就不要亂漲，因為你有這個合理調劑量，有合理量跟那個...勾稽的那個那個用藥的成本，所以我覺得這個藥費控制的成效目前看不到阿，他就節節漲阿，因為前端控制不了阿，對不對？現在醫師那邊就是...反正那個賺不到錢沒有病人我就健保卡拿來蓋蓋蓋嘛，我們就健保卡給你嘛維他命給你送你，這部分你控制不了你要控制後端不可能嘛，吼這一塊哦好，這個成效我就建議到這裡。

Q：好，那第四個...ㄟ...第...

A：對醫藥分業釋出處方箋之看法？

Q：對對對...

A：釋出處方箋是一定要釋出啦，這裡就強...強調了是這個...那個...合理量的問題嘛，因為我們要保障民眾的健康對不對？我們藥師醫師存在的價值是民眾...民眾嘛，patient的這個部分，要保存他的話一定要有合理調劑量嘛，合理調劑量，那去年九十五年的七月一號，他就公告醫師有一個合理門診量，就是說...你要合理門診量...一個一個醫師他看三十五個病人就好，所以一個人要看六分鐘嘛至紹你要看六分鐘不要看三分鐘就解決，一個病人如果你三分鐘就解決你根本就沒有辦法去顧慮到他的醫療品質嘛，假設六分鐘你看三十個病人就是三小時嘛，所以他把他控制在他的合理門診量，我藥師的部分就要有合理調劑量，對不對？那你...這樣才能夠照顧到民眾的品質，假設我們現在的合理調劑量是一百張嘛，一百張一個人...一天嘛，那這個時候如果一個人像台大...一個人調劑五百張，你就根本沒辦法去照顧民眾嘛，吼舉個例你們去醫院拿藥，然後他給你藥會告訴你要怎麼吃嗎？

Q：嗯...

A：不會嘛，然後如果說我...我今天去試他嘛，吼我就...我就問...這個藥怎麼吃？他就說你不會自己看阿，你就自己看白紙黑字阿，吼那如果我是阿嬾我看...不識字，然後你都不跟我講嗎？這就是我們這一塊服務，你要充分的consulting，吼就告訴人家要怎麼吃藥，到他正確吃藥就是危險承擔責任這一塊，所以如果處方箋上有這樣的合理調劑量，五百張是不合理的因為你沒時間講，一個藥品調劑也要六分鐘你看...那三...這麼多怎麼做嘛，所以你根本就欠缺...為民眾服務，所以如果沒有合理調劑量是達不到民眾的品質...達不到民眾品質就不應該叫醫藥分業，吼那就是...如果要達到品質的話...所以合理調劑量，那醫院超過合理調劑量的部分...就應該釋出嘛，

所以呢要釋出處方嘛，那釋出處方我認為說要從公立醫院開始做，因為...政府要求基層診所、藥局要合理調劑量，一個人八十張到一百張，那你憑什麼臺大醫院一個人調劑五百張？你說你服務民眾很好，所以如果超過五百...五百張處方箋，一個人一百你要五個人嘛，你請不到五個人你就釋出處方嘛，所以釋出處方箋是應該的吼，我覺得是這個樣子，然後醫藥分業釋出處方箋是一種單軌制跟雙軌制的問題，也就是...你要不要在診所聘藥師？診所去聘藥師就不用釋出處方嘛，所以是要談...人的分業...還是場所的分業，那人的分業就是像醫院，醫師絕對不碰藥，就藥師調劑，很好，那診所，如果醫師絕對不碰藥，也很好...但是醫師就會...就是會...碰藥，他要進藥他管你藥，叫你...我開五種藥...我在樓上上課就是...你開五種藥...給三種就好，所以這樣弄嘛，就是醫師去碰藥，所以在診所我們不希望有人去碰藥，利益給醫師去做，所以我們希望場所的分業，醫院也應該是場所的分業的是門診，醫院門診不應該大量，醫院存在的價值是inpatient，門診是outpatient，那你門診去侵犯了基層，基層沒有住院嘛，去侵犯了那個...那個基層，那現在醫院...收入都要靠門診，對不對？門診有賺嘛有錢嘛有藥嘛，所以他要靠門診，所以很多小...小型的醫院，一百床以下的，他都靠門診去賺錢，因為沒有人住院，醫師都去看門診，所以要去解決這一塊，才能夠...才能夠...我剛剛講的，所以我認為醫院也應該要在門診的量要釋出，醫院的藥師就好好的做inpatient，你的clinical-pharmacist，就是...就是我們是說臨床藥師，就是跟著醫師去看病人，那他所...醫師所決定的藥品，藥師要評估說這樣對不對，跟醫師在確認，你護理站就不應該給護士去給藥，由藥師到station去，然後所有的藥品是照顧這一塊，你要到那邊去給...給病人，你可以透過護士的手去交給病人但是你要去關心這個病人吃了藥有沒有產生什麼問題，然後你要回饋給醫師，好所以我認為門診的部分應該全面釋出處方箋，不應該有藥師在裡面，所以門診的...藥師如果在門診，他會佔到...住院的缺額，他人力固定，對不對？我們說數學嘛，人力固定，你全部在門診，醫院就沒有辦法去照顧你，除非你要壓迫他兩邊做，所以壓迫我們藥師的時間嘛，八小時的部分就變四小時，他就加班嘛，所以醫院為了賺錢他把照護叫藥師出去，去賺健保錢回來，所以說假設門診部分...應該是釋出出方箋比較好，那第一個利益不要有，第二個，藥的部分就叫給藥的人去處理藥的事，吼專業去處理專業的事情，那你說...藥的人會去賺錢，醫的人也會賺錢阿，他收健保卡不是也賺錢嗎？那是人性嘛，那我們要用制度去防止人性...這一塊...是釋出處方箋，所以我認為門診...就應該釋出處方箋，因為他沒有必要...在門診的部分去賺藥的利益，吼以及...要求藥師聽他的話，吼這是醫藥分業釋出處方箋的部分。我以前是贊成人分業可是我現在覺得...因為醫師對利益太...太...太就是對藥品的利益太看重，那我們希望...補足他的診察費嘛，補足他的診察費，我們在行為科學裡面有一個效應嘛吼，就是醫師其實收入很高，但是他為什麼還嫌不夠？就是人的地位啦吼，還有你的收入是跟...他是反市場原則，反市場原則，所以理論是這樣子吼，這個地方如果有兩百個住民...兩千個住民，那這時候我開了一家診所，那我病患兩千人，我一個月賺四十萬

Q：嗯嗯...

A：那就...就好...四十萬一個人夠嘛吼，醫師差不多平均在三十萬四十萬很高薪，第二家進來，同樣的病人，那照理講，市場原則，他就變二十萬嘛，他就二十萬嘛...可是最後的結果是什麼？他還是四十萬嘛，他也是四十萬嘛，病人沒有增加，疾病增加了嘛，如果疾病沒增加，就是顯然...診察費用增加了嘛，診察費用為什麼增加？他又創造了很多的儀器嘛，很多的檢查，這個部分就是人性，他就要維持他基本的...基本的...尊嚴在四十萬的收入，這就是反市場原則，第三家、第四家...就是這樣子嘛，所以這裡面要控制那個量，合理量跟...醫療要...不患寡嘛，而患不均的問題，那個才會回歸到我們行為科學最重要的機制，可是這個不解決永遠談醫藥分業沒有用。

Q：嗯嗯...好...

- A：順便上課吼...交你們這些...呵呵。你長的好像我那個...姪女...
- Q：真的哦...呵呵呵...
- A：好像哦，你們學校裡面有一個...就是藥學系四年級...
- Q：他也讀中國嗎？
- A：對...中國，XXX
- Q：沒有聽過...呵呵...
- A：我就覺得奇怪ㄟ你怎麼來了...呵呵...
- Q：呵呵...好那第五個就是您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？
- A：就是這一塊嘛！健保一定要進來嘛！所以這個我一塊我一看到以後我們也有評估指標阿，那我不曉得你們的評估指標是不是跟我們一樣，因為我沒做所以不管。
- Q：嗯嗯...
- A：可是我會建議這些評估指標吼...他這個計畫...這個計畫書...這個計畫是兩百三十萬的計畫，評估指標...(思考中)...喔...你們好像也有一個問卷調查？
- Q：對，之後。
- A：之後？
- Q：現在在作那個...
- A：做問卷？
- Q：對，做問卷，還沒發，然後在之後會有焦點團體的那個...
- A：所以你們有焦點團體？
- Q：對！
- A：所以基本上我這個評估指標就是人民的觀感啦！可是這裡面你一定要注意...問卷...問卷設計的部分，因為常常會產生題目的意思吼...跟實際不一樣，所以要設計問卷的人你一定要很清楚醫藥分業你才能夠去設計，比方說啦！我們那時候評估說...我們說一點八公里，吼如果一點八公里一個...一個診所，一點八公里之內有一個藥局，你就必須要實施那個那個那個...醫藥分業，吼那一點八公里他這個評估指標你怎麼去評估？一點八公里是直線距離，還是怎麼樣的距離？吼...我現在一個弧啦！這有一所哦...這邊有一家診所...這邊一家藥局這邊一家診所，這邊只有...六百公尺(圓的直徑)，可是這個弧他過來的時候是兩公里阿，那這時候你要算一點八還是兩公里？這個評估其實一點八就有問題了，一點八講的是...應該是這一段(指弧)，對不對？就是說...你的一般的方式能夠到達的實際時間...吼距離啦，好那醫師公會...就講說...挖...一點八...一點八一個老阿嬤...老阿嬤拿著處方箋要走一點八公里才會到，他要走多久時間？兩小時耶，所以很不方便，那...我們藥師...藥師這邊講說...我舉極端的例子...你一點八公里？太簡單了...我騎腳踏車...四分鐘啦，所以這個是到底誰對？兩個都是舉極端的例子，所以這個部分其實講的指標應該探討說...民眾到底不方便？他方便的程度到底如何？很多的方便是...抽象的，他不一定...也許我到那邊去聊聊...就是說...我拿著處方箋說...雖然我走了兩分鐘才到你那邊去，我花了兩分鐘的時間不方便，可是我到了那邊去除了拿了處方箋以外我拿到了用藥的知識，我拿到了其他的，你要算整體的成本效益，這是指標嘛！
- Q：嗯嗯...
- A：吼所以我建議你們問卷調查的時候，就要談成本效益阿，就是你有沒有真的...就是有沒有得到額外的東西？不要單純的看醫藥分業裡面...處方箋給你...你是不是方便或者是不方便？而是...從這邊衍伸其他的東西出來，那...你們可以上網看一下...我那時候到衛生署做的阿，醫藥分業那時候我們是做...做那個...藥師藥局去提供民眾服務的這一塊，包括醫師，醫師用...用那個諮詢服務我們做一個光碟給他，說藥品的副作用建立在這些，如何去印藥袋服務民眾，那民眾的滿意度如何，你可以看那個指標，那個叫做藥...你看我的名字...查我的名字就會知道，衛生署的計畫...計畫案裡面有，那...指標的部分我是覺得...民眾觀感、支持度啦滿意情形你大概就這些嘛因為他們要求的。

Q：嗯嗯...好。

A：那我們說...要...第一個...制度的理解，很重要，阿你在說明題目的人，一定要清楚你才能夠理解，對不對？才能夠...所以...他們希望公衛的人進來嘛，那我就跟他講說公衛的人...會有欠缺，就是你不懂這一塊的時候真的很難做，要設計也不好設計，對不對？所以我們建議...我們那個時候要求說...這個計畫一定要有藥的人進來阿，那你們的計畫裡面是...賴政榮進來，吼賴主任...就是你們學校醫院的...中...西藥局主任，賴政榮，所以他們那個時候在...在給你們計畫的時候是要求讓我來配合你們去做這一塊，吼我剛才一講你們就知道我對這個東西實在太清楚了，你們去訪問過蕭美玲了嗎？

Q：還沒...

A：他講的是前面那一段，現在他脫離久了，不過那個歷史很重要，不過那時候藥留下歷史我們有一個東西留著，當時我們在那個環境底下哦，署長是不贊成我們做的，我們是私底下做，我們要留下歷史，所以你看十年嘛，對不對健保十年嘛，蕭美玲有寫一篇文章你們可以去看，我是沒有寫文章我只有論文，還有...你的選擇藥局的調劑的考量因素，那有兩塊，一個是診所旁邊有藥局的，我大概的數字啦，你們有這個錄音帶你大概就...

Q：嗯嗯。

A：大概的數字是...診所在旁邊有藥局的，民眾會願意在診所旁邊藥局去拿藥的，大概在百分之三十二左右，然後還有如果另外就是在家裡附近的，他家附近有一家藥局的話，民眾願意拿處方箋到這邊來的大概百分之三十，吼那這樣加起來才百分之六十二嘛，那另外有百分之三十八的民眾，打死都不出來，他就是要在這裡拿，那沒有聘藥師，你怎麼辦？那個評估指標是...就是選擇藥局調劑的場所，那這個時候就是說...打死都要在這裡的人，他當然是方便性不想在跑嘛，可是你要跟他講清楚說...醫藥分業是在講的是...你可以在那邊得到很多用藥諮詢的服務，接下來的次要這些的服務，他可能就會改變這百分之三十八的人的想法了，所以你問問題的時候哦，你一定要弄清楚這一塊，設計起來才不會...產生一個錯誤的結果，這個部分就是這樣。還有就是對社區藥局藥師服務的滿意情形，那我覺得這個部分你還有一個診所你要去做相對的診所的滿意情形，那他滿意診所也許他對藥師方面...藥局不是滿意，不滿意診所可能會對藥局喜歡，這個部分你到時候用...用統計就可以出來，就可以知道這個結果，那還有民眾不同的性別、年齡層、教育程度這些都要，那我們這邊其實有一些指標啦吼，那些指標其實就是...我先講總額啦吼，總額支付制度、藥價支付制度、處方箋跟慢箋這些對政策的影響吼，你可以用處方箋歷年調劑的地點跟數量去分析醫藥分業的成效，處方的釋出率健保都有資料嘛，你就去評估嘛，然後你做成不同的...不同的鄉鎮、不同的縣市就好，還有差異性在哪裡你就會知道這個縣市跟那個縣市有什麼不同，然後你必須要去比較，這個縣市跟那個縣市不同，健保分局的...方式啦，作業方式是不是有影響，因為現在有很多...因為就是因為...醫師去審查嘛，所以有些診所想要釋出處方，但是呢因為他們醫師在做這些審查的時候，他們醫師不贊成醫藥分業，所以他就會要求在做審查的時候對釋出處方的人做嚴格，那是人性嘛，當這個機制在的時候你醫師去審查醫師的，結果呢限制醫師不准釋出處方，要不然我把你剔除或是也嚴格審查，那自然處方箋就不出來了，所以...必須要去查的是，那健保釋出吼...釋出的成果跟醫師的部分哦，就是醫師的那個醫療機構...不...醫師...健保審查機制，他不同的...分局是不是產生有差異性，你就知道...這個地方釋出不好，是因為這個分局他的那個那個政策所產生的問題，你可以看到吼，哪一個分局他釋出多哪一個分局他釋出少，然後去分析那個分局本身他的那個...審查機制裡面的成員，是什麼樣的成員？那你就知道這個分局其實是醫師在主導，釋出率不高啦，這是指標嘛，那另外從八十六年開始要分析一般處方箋跟慢性處方箋在社區藥局調劑的比例哦，那健保的資料有社區藥局，那這裡面的社區藥局包括了醫師去開的門前藥局，但是你說勾稽不出來其實可以勾稽的出

來，健保局不會給你資料，所以你不知道就不會去要；那另外就是病患的就醫次數啦，還有用藥品的...藥品的量啦，就醫的次數現在是十五點四次吧？如果我記的沒錯的話是不是15.4？還是十四點五次我忘記了。

Q：嗯...就大概十四、十五左右。

A：十四、十五左右吼，假設一年十五次嘛，那你就一的次數跟你的藥品的品量...品項有多少項...藥品的量有多少，包括價格有多少...吼比較...藥價、藥量去做比較，那這個部分就是評估這個整個費用，那自己還...我們本來還想做跟美國或OECD做比較，吼假設這樣的話還有健保藥價，這個健保藥價會產生的問題就是全面調降藥價，那產生一個人性...人性的問題就是醫院賺不到錢...價差沒有，他就把...賺不到價差的要開處方箋釋出了，藥局當然不會調劑嘛，因為...進價假設是一塊好了，譬如說我們有一個藥叫XX，進價...七...病是十一塊，十一塊十一元，原來給付價是九元，現在調降成七元，那九元的部分他可以靠...大量去買，把十一塊降低到九塊，不賠本，可是現在七塊他降不到，所以他只要調劑一顆藥他就少四塊，慢性病連續處方箋一個月要六十顆，那一顆少四塊就兩百四十塊，誰來做嘛？所以我們會分析健保藥價對於社區藥局規模大小...市場規模，藥一樣的大小對醫藥分業的衝突跟影響，那我們這個評估是...我們認為指標是這樣子去做，那老師就會去設計，好不好？

Q：好...然後最後一題就是...任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：我是認為事在人為啦，制度要去做，那...健保局是有法...有法不依法，無法自己創造法，那這種方式是完全不合法的，所以我們就強調說...這個議題最重要的就是落實健保法的規定，法律規定吼，不要去衛生署不管，健保局去製造另外一個...解釋的空間，比方說醫藥分帳制度，我們法律既然規定的醫藥分帳制度，你就去落實醫藥分帳制度，因為這個制度是葉金川他們去創造的，這個制度他就是...他的目的就是為了要讓不合理用藥減除...減削，就是醫師診察...藥師要解決不合理用藥嘛，以前就是味素藥，民眾要我就給你，來了我抗生素就給你，阿反正我可以給付嘛，所以醫藥分帳這兩個勾稽才能到達到...才能夠合理用藥，才有可能降低健保費或至少不要...增加嘛，至少在成本內還可以看的到，然後讓藥師有空間可以換藥，那目前我們...我們也在逼著衛生署依法行政，所以我的感覺是...只要政府依法行政吼自然就會解決這一塊，吼能夠讓剛剛在講的，現在健保局再勾稽...去...去查那個藥房...藥局，你人在不在阿，場所夠不夠阿，那個那個大小對不對阿，對民眾服務的情形那那個部分你去查...我沒話講，或許你就把他淘汰，那相對的醫師也要去查嘛，你如果讓...讓我們藥界去...去打死了，不讓我們做，醫師就拿回去了嘛，所以相對的就是說，你政府要做不要去獨厚於醫師而對藥師不好嘛，我們也不希望獨厚於藥師而對醫師不好嘛，大家公平在法律範圍內...大家公平去做，那另外還有一個IC卡的問題也是阿，健保局一直希望我們藥房...藥局也要做IC卡，IC卡就是...嗯...每天的合理門診量、合理調劑量，他就要每天上傳嘛，他就知道你這天有沒有超過，那超過你就不給付嘛，很簡單，那藥局也要做嘛，可是...藥局沒有...就醫的資料阿，所以他沒有就醫的資料藥局沒辦法做嘛，所以醫師又是每個月去申報，那為什麼藥師就要每天去上傳，何況你根本就不知道這個病人...你IC卡沒有病人的資料沒有用藥資料我怎麼知道這個病人是看了幾次？我們最怕的是...我是最後一家藥局，前面他已經在醫院拿了三次藥，相同的病看了三個地方，看了四個地方...三個地方是在醫院拿了藥，因為現在我們提倡的就是偵錯除錯，所以藥品都是原來的瓶子上架...原瓶上架...原來的瓶子上架，那所有的包裝都原廠包裝，所以民眾就會要...要了以後民眾拿去賣，再賣回給醫療機構就可能發生，因為包裝都完全一樣盒子都一樣，可是當他賣的品質就會有問題，因為他如果要冰的，民眾拿了以後出去到外面去兜售，大太陽曬...品質就...就有問題啦，可是盒子裡面的品質我們不知道，外面都長的一樣，他去買了以後...給民眾...會產生問題，第二個，當他三個醫...醫院都開相同的藥，醫院都不知道，IC卡沒有紀錄嘛，他到第二家來只知道你有就醫紀錄，不知道開什麼藥，然後到我們這邊來的時候我們...三次藥我們都不知道，然後又給一次藥，

然後回去的話一起吃的話，他沒有賣一起吃，那不是死路一條？我就要負責任，所以當我們要實施IC卡的時候，應該把所有的資料都倒進去嘛，資訊要公平嘛，你給醫師知道也要讓藥師知道，因為我們是後端嘛，同樣對這一個病人，他既然選擇我們...就是要讓我們要照顧他...前面我們要知道你做了什麼事嘛，那這一塊...就是我們認為要做的，吼所以最後一句話就是...落實健保法，政府依法行政，就可以解決這樣的問題，因為法律規範之後就讓他沒有問題嘛，我再舉個例子啦，就是...健保法你們知道嘛，醫療管理你們知道嘛吼，他裡面就有講到一個就是說轉診分級，就是健保的部分負擔，他本來負擔多少你如果沒有經過轉診就要三十、四十、五十，三十、四十、五十，對不對？那如果說這樣的話你會發現你去算，一個...一個病人如果是感冒，三百塊好了...假設...我忘記數字了啦吼，三百塊看一個地方嘛，結果呢？這時候部分負擔應該是百分之二十，二十、三十、四十、五十，還是三十、四十、五十...忘掉了...四級，假設二十啦，他要付六十塊，所以是20%，但是他不經過轉診跑到醫學中心啦，他應該是付百分之五十，對不對？但是醫學中心他不是三百塊給你...解決哦，他可能是兩千三百元哦，對不對？給你檢查儀器檢查完了之後你的部分就是兩千三百元，兩千三百元的部分負擔是一千一百五十元哦，這個時候民眾就會去選擇我要去六十元的還是一千一百五十元的，以價制量嘛，所以轉診分級當時楊志良在做這...這一塊的時候，就認為轉診分級要靠部分負擔，所以是差額部份負擔用二十、三十、四十、五十這樣做，就很明顯為了錢去選擇就不會要去大醫院，大醫院...大醫院去看一個...看一個感冒要多花錢嘛，除非你有本事要有錢，那這個部分就是部分負擔，可是現在，他用...他用等...他不是用那個那個...比例制，而是用那個那個...額度，到診所五十元，到醫院兩百元，那這個兩百元跟五十元跟這個一千一百五十元跟六十元的差距就不一樣了，民眾會選擇說阿兩百塊五十塊差幾倍而已我還是會到大醫院去治療，轉診的分級制就不落實嘛，不落實基層診所就沒有...沒有辦法，所以在醫院裡面只要開一個夜間門診就死了一堆基層的診所，民眾會選擇嘛，所以楊志良他們會去設計這一塊就是希望...以價去制量嘛，但是他們修了健保法說可以用...按照那個政策去...去決定那個繳款的額度，部分負擔的額度，所以就變成...等額制而不是比率制，這些都有法不依法，所以政府其實沒有去好好的做這一塊，那我們不希望醫藥分業是建構在...健保法裡面，醫藥分業應該是建構在普通法裡面，隨時提供他應該要有的...

Q：嗯嗯嗯...

A：如果在台大上課...可以講四個小時...呵呵。

Q：呵呵呵...

A：好...大概就到這邊。

《政策人員四》

Q：今天是8月22號下午四點半，然後第一題就是請概述您對醫藥分業的認知。

A：醫藥分業在一般大家都認為說是醫師跟藥師的專業分工，就是很多人的認知，然後好像也是衛生界大家都認為是這個樣子，但是醫藥分業推動到今天之所以不是那麼順利，應該是說民眾怎麼樣來看待醫藥分業，我想有些民眾可能認為這只是你醫師跟藥師在...在搶利益，所以...我覺得第二認知應該從社會層面看，不應該只從衛生政策或專業的角度看，所以我對醫藥分業的認知我是比較傾向於說，他應該是一個社會政策，他不應該只單獨是一個的衛生政策，那為什麼...我會說他是一個社會政策，而不單獨是一個衛生政策，我們就看全民健保的例子，我想你們也知道，全民健保這樣的一個政策，醫界幾乎沒有人喜歡，每個人都把健保罵得很慘，那如果...你有沒有想過就是說如果他是一個醫藥政策、衛生政策，當醫師或醫院不支持的時候，衛生署走的下去嗎？走不下去嘛！可是為什麼醫師或醫院把他罵慘了，他還繼續而且民眾支持度還很高，那就是因為呢，我認為他定義是一個社會政策，是什麼

樣的一個社會政策？就是台灣社會發展到今天，那民眾不要因為吼家裡有人生不起重病搞的傾家蕩產，所以解除民眾就醫的經濟障礙，這個社會的政策意義吼遠高於說你醫生喜不喜歡這個制度，那我想這樣你就能比較清楚說全民健保不管你醫院...這麼大的制度，一定有很多不完美的地方，那我們所看到的都是醫師的報怨，醫師非常強烈的批評，但是從民眾角度來看，我相信每一個人家裡只要有人家裡曾經生過病住過院，你就有機會覺得這個制度真的是一個很好的社會制度，吼這樣講你就比較了解說社會制度...社會政策或社會制度跟衛生政策之間的差別，那如果醫藥分業被界定是屬於衛生政策，那醫師團體如果不支持或有意見，成事雖然不足阿，敗事是絕對足足有餘的，更何況只要這個醫師跟病人講說我不相信這個藥師如何如何，你說...民眾相信誰？民眾一定比較相信醫師，但是從社會政策角度來看，現在社會講求分工，專業的分工，這分工是越來越細的，就像我拿你家裝潢來講，木工跟水泥工、水電工，這些分工都分的很細阿，好像沒有什麼理由說在醫療領域裡面，好像就只需要醫師就好了都不需要其他的專業人員，可是因為在傳統上醫師都是非常的優勢的，所以當醫師不支持醫藥分業然後政府也因為很多考量不用告訴民眾說醫藥分業有多大的優點的時候，那...他被極限在說他在衛生政策範疇裡，自然走起來就很辛苦，所以如果你把他看成社會政策，那本來專業分工是天經地義的事情，剩下來的只是說怎麼樣他順利執行，而不需要去辯論說醫藥分業需要不需要，可是因為另一方面在醫藥衛生政策裡面自然醫生要走進在健保方面比較辛苦，他自然就...會優先考慮他自己的專業，那這樣健保之後其實醫師被限制很多所謂的執業的自主專業的自主性，那醫藥分業被他們認為是進一步去限制他的專業自主的一項措施，所以在這個情況下他們都自然對醫藥分業有保留，那我覺得說不管在推動什麼事情，只要民眾認知只要民眾喜歡民眾支持你，誰都擋不了，可是醫藥分業後藥師到目前為止，其實社會對藥師認知的角色並不夠，不管是主觀上還客觀上，衛生署從來不願意讓民眾真正知道藥師能夠什麼，然後醫師一直在說藥師如何如何如何，全世界在做醫藥分業的時候都有很多討論譬如說醫生能不能有調劑權，可是我只知道沒有一個國家哦，醫師反對醫藥分業是說因為你這個專業我沒有辦法信任，醫師對民眾以及醫師對藥師表態說阿~你不符合我的期望我不能信任你，其他國家沒有人這樣在做醫藥分業的，吼但是為什麼醫藥分業很辛苦還是繼續走出去？因為當醫師在以往在指責藥師的時候，我常常問，你們看過醫師調劑嗎？你想想你小的時候到診所去是誰在調劑？

Q：護士。

A：護士還算不錯的，早期像我父母親那一代是醫師的太太，或甚至根本沒受過一點專業教育都沒有的小弟小妹在調劑，所以這個醫師在挑戰藥師的時候他就面臨一個困境，當你指責這個國家教育制度、證照制度產生專業人員說你不符合我的期望你不够資格的時候，當我手中有調劑權時你是怎麼做，你把他交給比你指責對象更...更不具專業資格的人，所以到最後當然他們的立場就站不住，這是我對醫藥分業一般來講在我們藥界比較有人朝比較少人朝各種角度去做切入，因為你說如果從藥師的專業呀醫藥專業分工我覺得這都是我們自己在衛生領域自己談，很容易了解，民眾不容易了解，所以你把這個又跟健保作對比，你就會很清楚，健保雖然說他們不喜歡可是這個制度還會繼續下去，那醫藥分業推動起來不順利是因為一直被界定是屬於衛生政策而已，他不是個社會政策。

Q：那第二個就是您認為醫藥分業實務運作上需注意哪些事項？而依現行制度可能會發生哪些問題或狀況？

A：這個部分牽涉的範圍非常的廣泛，從醫院的角度來看，過去在推動醫藥分業的時候其實醫院很多醫院裡面的藥師哦，認為醫藥分業只是診所跟社區藥局的事情，跟他們無關，吼他們說我醫院已經醫藥分業了，他醫院裡面有藥局，但是他忘了醫藥分業的實務上其實應該回到民眾，我認為民眾去看病，就應該拿到處方，這個民眾看病他就應該拿到處方這是民眾的權利，而這個權利他不需要去開口要，就好像我們

去...去商店買東西好了，他應該給你發票一樣，所以我認為第一件事是去看病就一定要拿到處方，醫師醫院不應該設計各種去限制民眾拿不到處方，你知不知道現在很多醫院民眾還不一定拿得到處方，民眾是知道說如果我要處方的時候那醫院的電腦程式的設計阿，他要拿到處方他不一定拿到外面去調劑阿，還不見得是那麼容易，但這情況在最近幾年來已經獲得很大的改善了，所以民眾去看病一定拿到處方，那民眾有權利決定我要在哪邊調劑，那第三就是不管在哪邊調劑，調劑的人員必須是政府認定的合格的專業人員，所以我覺得醫藥分業...不要...也不要從醫師的角度也不要從藥師的角度來看，從民眾的角度來看，對他們的意義就是說，你沒有花比較多的費用，可是原來可能是只有在你就醫的地點拿藥，你可以有機會讓社區的藥局跟醫師一起合作來照顧你用藥的安全，醫院這一塊是這樣，可是我們醫院就不是因為整個制度的設計使醫院維持非常大的門診量，那麼到底醫院要不要維持那麼大的門診量，這個涉及就更大了，其實現在很多大學醫院都在靠門診在賺錢，那在社區藥局跟診所之間呢，這是長久以來的問題也就是如果你走到市面上，你有沒有辦法去識別哪一個藥局或藥房是藥師親自開的，或藥劑生親自開的，你們看的出來嗎？

Q：看不出來...

A：看不出來對阿，所以有時候你不能怪民眾說為什麼民眾對醫藥分業的認知不夠，藥局藥房經營長久以來，並沒有限制說藥品...藥店啦就是販賣業者的負責人一定要是藥師或藥劑生，診所我們有規定負責醫師...負責人一定要是醫師，所以別人不能開診所，別人不能開醫院，那個負責人一定要是醫師，但是藥這個部分因為他是一個商業的商品、經濟商品，所以不一定是藥師才能當老闆，一般人當老闆只要他依照規定聘請藥師來執行業務，在法律上的設計上是允許的，但是幾十年來他就會變成說早期掛牌的現象很普遍，所以掛牌、租牌，那現在的情況有很多個改善，比如說民眾來講，你走在路上，很難去區別說哪個藥局或藥房這裡面是誰在執業，健保以後好一點，是因為呢有健保特約藥局，那健保特約藥局一定是他的負責人一定是藥劑師或藥劑生，可是我們在街頭巷尾所看到的...我們叫藥房也好藥店啦等等，真正是...因為全台灣健保特約藥局應該也是在...我想可能是四千五千家左右，這些數字你們可以從健保的網站上去找，那...登記有看的藥品販賣業者有一萬三四千家，代表就是說你在街頭巷尾所看到的，兩家裡面有一家可能不是藥師藥劑師親自執業的，他可能有聘藥師或藥劑生，但是呢是不是真的都在場，所以想像一下你們在對這個藥局藥房在賣...在提供這個藥品部分這個你們對藥師的概念是什麼，就回到說...你們是學藥的嗎？

Q：不是。

A：你們不是？你們是公衛？

Q：醫管。

A：你們是醫管，對...你們想一想說那些人，你的印象裡面說...什麼樣的藥局藥房裡面，那個藥師的形象是什麼樣子，民眾對這個印象不是很深，所以醫師沒有辦法去信任，處方釋放出去不知道藥師會怎麼去做，這個是可以理解的，可以理解的，所以在這種情況下就可以牽涉到整個制度的設計本身，因為醫師在診所不管怎麼樣...不管聘藥師還是像以前是他們自己調劑或...我講的就是說調劑...阿這個就是他們...反正病人就是相信醫師嘛！那拿了處方出去以後呢，病人或醫師，並沒有足夠的認知說可以相信這個藥師，更何況呢醫師跟藥師可能根本不認識，對不對？所以才會發生說門前藥局的事情，藥師跟醫師合作，那藥師跟醫師合作就產生另外一個問題嘛，就是過去健保局在追蹤的門前藥局，其實我們看看幾年前的他們的門前藥局，診所就設置在藥局旁邊，然後其實從這邊到這邊去拿藥醫師叫處方釋出，健保局給了處方釋出費，然後到旁邊去呢，健保還要再付出處方調劑費等等，那這個東西其實就變成醫師跟藥師聯合起來吃健保，講的就這樣啦，吼那以前可能是沒有醫藥分業之前大家都會認為說那醫師對藥的利益一把抓，他開始推動以後像現在這種門前藥局現在就變成醫師跟藥師一起，對社會有什麼幫助？沒有意義嘛！對不對？所以我覺得

說醫藥分業本身其實應該讓民眾認知他是一個專業分工的社會，不同專業本來就應該根據他們的專業一起來照顧民眾，可是這個觀念我相信在衛生界在整個社會大概不會很有這樣的認知啦吼，所以現在的情況就彼此並不信任，那醫師認為他醫療強，不過他處方釋出的時候他...嗯...不只...變成他給病人的藥都要曝光，對不對？他原來在藥品可能還有一些...利益...等等，在加上他不是跟藥師，他就會跟病人講說這醫藥分業如何如何，所以我剛剛講說醫藥分業...醫師假如不支持，成事可能不足阿，但是要敗事是絕對足足有餘，那這種事情...醫療的東西沒有醫師的支持，可能事實上是走起來會很辛苦，不管我喜歡不喜歡事實就是這個樣子，那這十年來其實藥師自己也花了很大的功夫，他們希望能夠改善民眾對他們的認知，所以最近幾年來藥政處比較積極在推動的就是讓藥師走入社區大學，現在全台灣的社區大學都有藥師去跟民眾上課，甚至要讓你能夠知道說藥師能夠幫你做什麼，所以以前藥師很多的訴求都是跟衛生署跟醫師有時候是整體甚至是跟醫師抗爭，那民眾呢？到最後我們真正要服務的對象是民眾，所以這十年來藥師團體跟藥政處比較多的時間希望能夠讓民眾了解，那衛生署現在的態度也比較正面，以前剛開始的時候是...衛生署內部的單位根本就在杯葛醫藥分業，所以被認為說衛生署...醫藥分業是藥政處的政策，不是衛生署的政策，那假如說衛生署都這樣你能怪民眾說他們不認識醫藥分業嗎？大致上我覺得...到現在來講因為...現在允許...第一現在允許醫院維持大量的門診，這是台灣非常特殊的醫療體制，還有呢允許...診所聘藥師，吼...那診所聘藥師...我們看診所的執業的時間，你覺得一個診所如果真的要聘藥師，如果真正規定藥師都要在那邊在場執業，診所聘一個藥師夠嗎？

Q：不夠。

A：對不對？所以你們唸醫管的就知道，診所開的時間，從早上一直到晚上九點，中間雖然有是有休息，可是你今天你要聘一個人，那種不連續上班的時間呢？吼所以一個診所嚴格講起來你要聘一個藥師是不夠的，可是現在診所的業務足夠支撐...真正落實說聘藥師執業嗎？

Q：恩...不夠。

A：那你從另外一個角度來看，你問問藥師說如果你不在的時候，那你讓別人...你放心讓別人你的...蓋你的章嗎？在那邊調劑嗎？所以這是兩方面都要檢討的，對不對？我相信很多藥師受聘，他不是從早上到晚上九點，好一點的診所他會說，那固定工時算...那其他那些時段他會另外找藥師，可是我不知道有多少...就實際上就是藥師不在的時候，可能就是護士小姐幫忙做調劑了，他蓋的可能就是蓋受聘藥師的章，那這些其實都不符合原來醫藥分業設計的目的，醫藥分業設計的目的是讓兩個專業一起來照顧民眾用藥的安全，應該是一個合作的關係，可是從一開始就變成是一種對抗的關係，吼那...韓國的醫藥分業比較順利一點是因為韓國到台灣...韓國政府派團來考察台灣的醫藥分業的經驗，他們得到兩個結論，台灣醫藥分業沒有順利第一，醫院門診維持大量的處方調劑，第二允許診所聘藥師，所以他們回去跟韓國政府所做的建議，剛好就解決這兩件事情，醫院的門診處方，原則上一律釋出，第二診所不准聘藥師。

Q：嗯...

A：那醫師團體當然有很大個抗爭，醫師團體抗爭比台灣還要激烈，韓國的醫師發動全國總罷工，真的罷工哦，韓國的醫師公會全聯會發動全國總罷工，病人真的沒有地方看病，除了到大型醫院急診，那個過程中死掉好多病人...所以他們全聯會的理事長被拘留...被韓國當局居留調查，那韓國醫師的另外一個意見是說...你怎麼可以叫我處方釋出呢？我的收入百分之三十是靠藥品賺的，那我們在台灣醫藥分業的過程中你看不到醫師跟藥師團體在談這一塊，表面上都在講他們的專業，比方說他們在講民眾的利益、方便、安全，阿就講來講去其實...就是利益，韓國人講的...韓國的醫師講的很清楚，我有百分之三十是靠藥品賺來的，你怎麼可以叫我...把我這個利益拿掉？那韓國怎麼解決？韓國政府三度調高醫師的...診察費，調高百分之五十以

上，後來...這個問題他給你就沒話講了嘛...醫師換成說，我處方箋交出去你不准替換藥物，我如果開原廠的你就要用原廠的，不准給我更換，所以你可以看到說...這個醫師診療費一下子漲百分之五十，藥品講的就是說大家都開原廠的，所以韓國實施醫藥分業在頭兩三年很辛苦，他們的健保幾乎破產，因為藥品費用成長...三年內成長了一倍，然後再加上...醫師診察費的調高，那整體的社會成本是非常非常高，可是呢...到最後還是上路了，他上路以後在慢慢...慢慢去...再...再去整理，那我想台灣沒有這個條件，高利棒子還是比較硬的，呵呵...

Q：好，那第三個就是...醫藥分業對於健保整體藥費控制之成效？

A：我...我覺得說...政府醫藥分業就會對所謂醫療費或藥費控制就會比較節省比較有效，我覺得這個就是把整個事情過度單純化，因為你不能只在看成本，而且你看成本只是藥品的費用，那麼藥師的專業服務，有沒有什麼價值？藥師的專業服務，能不能在無形中提高整體醫療服務的品質？能夠幫忙避免一些可能在原有的制度裡，會發生的一些藥品使用的...等等的這些事件，譬如說我們假設沒有醫藥分業，假設說...你有皮膚病、有心臟病，然後再有個傷風感冒，那剛好你去看三個醫師，每個醫師都是根據你的狀況給你開處方，可是你不可能有機會告訴...醫師說我還去看過香港腳，或者我還去看過心臟病等等，那每個診所或每個醫院都給你藥，你不知道三個醫師之間用藥有沒有重複，對不對？

Q：嗯...

A：吼...假設說...你可以拿到處方，那社區藥局可以幫你...提供調劑的服務，這個時候你看了三個醫師，你到這個社區藥局去，他建立你的藥品使用的紀錄，他就有辦法看到說喔...這幾個醫師開的處方有沒有重複，或者是例如有沒有相互作用...等等等等吼，那這個效益是大家從來不會去注意的，對不對？在現有的制度裡面可能大家都不覺得這個重要，可是我這樣一說明你會覺得說...這個其實還滿重要的，對不對？但是你從來沒有看到人家在宣傳，連學藥的人常常也講不出一個道理，我的學生以前都問我說老師人家都問我說醫藥分業對我們有什麼好處？連藥學系的學生都講不出來阿，那我舉這個例子你大概就知道...它還是有很多好處阿，對不對？你來自不同醫院...你今天到臺大醫院去看病你只看到臺大醫院給你的藥，你的病歷上只有，那你可能到好幾個醫院看阿，更不用說你的長期用藥的歷史等等，所以其實像這些東西不能單只重藥費我認為說只是在談藥費...的控制哦，過度把這個醫藥分業...過度的簡化，因為你不能只看成本，說不定真正的醫藥分業，成本還不一定...藥費的成本不一定能夠下降，可是說不定是同樣的費用裡面，你增加一成藥事專業服務，那即使成本增加一點，那專業服務這一塊的...對醫療品質或很多藥品安全的改善這個部分的貢獻，那你能夠只單獨從藥費的控制的這方面來談嗎？所以我在談醫藥分業...我從來...我覺得說現在大家都過度在談cost、cost，不談value，吼cost跟value是不一樣的，藥費的控制只是在談cost，那這個就好像什麼？這個就好像說...我們在談藥的時候，你如果只談cost，那是不是都用最便宜的藥就好了？對不對？很多原廠的那你就不要給了嘛？因為原廠都很貴阿，可是cost第一個你是先要真的對於現有疾病的治療，他真的有比較好的效益，短期內可能藥費的成本高，但是後續呢？說不定他節省了很多被後...疾病後續的發展或未來的副作用阿病情等等那是不是有很大的改善，所以你說藥費你到底是要看...看當期的看當下的，還是你要看多久時間的，那我們現在比較習慣於說阿...好像天天在算錢，其實他要算的要算價值，不應該只是計算成本，那醫療服務是個...醫療是個專業他是個知識經濟，知識經濟不應該只是像在算勞力成本，你要算的是知識的代價，知識的貢獻，可是台灣社會都在算成本，不在算價值，整個健保制度也是這樣子，那就是為什麼醫師覺得說看的越多領的越多，所以這就是說如果一個醫師多花一點時間看病人，這醫師是吃虧的...呵呵，因為呢看一個人健保局就給你一些費用，你看三十分鐘，也是給你三百塊，看三分鐘也給你三百塊，阿民眾覺得說...看三分鐘跟看三十分鐘，

Q：不一樣。

A：理論上來講是不一樣嘛，對不對？那就是我覺得這個事情不單...不單獨只是藥...藥品費用的控制的問題，如果認為醫藥分業就能達到整體藥費的控制我認為這樣的期望是不切實際的。

Q：嗯...好那第四個，就是您對醫藥分業釋出處方箋之看法？

A：吼...處方釋出有很多階段性，十多年來不一樣，但是最近一兩年慢性病的處方的釋出呢，事實上就連續處方的調劑，現在情況越來越普遍，那個比率有在增加，吼...那主要的原因當然就是民眾開始慢慢感覺到...連續處方調劑對他們不只方便而且節省了部分負擔，OK阿另一方面呢我...像我...可能不一定全台灣都是這樣，可是像我有在吃這些長期需要吃的，譬如說降血糖藥阿等等，那藥師的服務...很周到，你只要處方放在那邊，他會跟你聯繫，跟你追蹤，就是說他改善他的服務讓我覺得很方便，像我忘了呢他會主動打電話告訴我你的藥...黃老師你應該要來拿藥了，吼那...他也不...不會幫我隨便更換藥品，那我不需要付部份負擔，吼所以對民眾來講，讓民眾感覺到它的方便，然後覺得說...信任，吼那所以在整個制度的設計上，這種處方的釋出，從早期釋出...健保局為什麼有一陣子對門前藥局睜一隻眼閉一隻眼？他們的看法就是知道說阿至少這樣能夠讓處方能夠放的出來，所以他們其實是默許門前藥局的存在，變成默許門前藥局的存在其實就是剛才講的，變成醫師跟藥師一起吃健保，所以在兩年前他們開始取締，開始移送法辦，這講起來就是...你政府當時設計這個制度，人家照你的規矩走，然後事過境遷你回頭要去追人家這樣我覺得這事實上是違反了民眾對行政部門的信任啦吼，那你可以看到說現在大部分除了慢性病處方的釋出還慢慢有在增加之外，其實現在一般的處方釋出的情況其實並不理想，最主要我覺得是...診所所有診所的考量，那醫院的部分還是老樣子因為門診是他最大的利潤的來源，藥品更是其中藥品的價差購買的價差，更是他最主要的收入，所以醫院本身沒有任何誘因讓處方出來，吼可是...這十多年來有個現象就是當你醫院的門診量越來越增加的時候，藥局的藥師人數，並沒有增加，那麼相對來講就表示說...藥局的藥師能夠提供的專業服務的質跟量，是受到影響的，那可是醫院受到經營方面的壓力，他也不願意增加人，他又不願意處方釋出，所以那一塊的藥事服務的品質事實上是直得大家注意的，吼那診所的部分我剛剛已經講了，就是診所基於法令的情形他們不得聘藥師...不得不聘藥師，但是如果你業務夠好你還聘的起藥師，那有一些不上不下的，他譬如說阿我一天只有二三十個病人，那他怎麼辦？當他把處方釋出的時候，他病人可能流失，吼對...我覺得對這些醫師來講，診所來講，事實上那是另外一個不公平，所以在處方釋出我是覺得他必須放在整個醫...醫藥分業的制度上去思考，我們把處方釋出看成一個很單純的動作可是事實上這背後不只牽涉到...這個醫師跟藥師有關藥品的利益，其實還牽涉到說民眾對藥品專業的專業服務這一塊，是不能夠達到原來的...應該有的這種...水準、質量等等，所以這個部分我是覺得...跟剛剛談藥費控制他不是一個很單...單獨的issue，在台灣所有牽涉到健保牽涉到醫療其實你們唸醫管的就知道都是牽一髮而動全身，你也很少...很難說只把那一塊遷出來做，你要談護理談長期照護談醫檢師甚至到談醫管，比如說醫院願意花多少人力在做醫管？他一定還是從他的成本效益的考量，所以很多事情事實上是環環相扣的，那這環環相扣只有...社會有足夠的共識的時候，這情況才會改善。

Q：嗯...好那第五個就是您認為建立醫藥分業政策效益有哪些可評估的指標？

A：我覺得是從兩個方向來看，一個是從衛生或專業的主觀、客觀的角度來看，另外...另外一點還是必須要從民眾主觀的角度來看，因為在我們社會裡面，我們在以前常常認為說民眾...民眾是...專業的東西民眾是不了解的等等，在民主社會裡面很多事還是要...了解民眾的感受，如果民眾真正覺得...這個制度對他有幫助...的話，那這個制度推動起來就會比較順利，所以像我剛剛講的慢性病處方...連續處方的調劑，我相信你去問民眾，民眾會感覺到那個部分對他是有實質的...方便或效益的，吼這是從民眾的感受，那或許不應該只是說拿藥的方便，是不是能夠讓民眾進一部的感覺到藥師真的能夠幫忙他的用藥方面提供很多的服務，或資訊的提供等等，所以從

民眾的角度來看我覺得...應該還是從民眾...列出一些變項指標讓民眾真正來看看醫藥分業，因為民眾是最客觀的，你醫師藥師都有一些主觀的看法，那當然從主觀的角度來看，還有一個客觀的角度當然會有說...那這個處方的釋出的比例，那這個處方的釋出的比例就像我們剛剛講的，這裡面有很多的很微妙的地方，你說如果是醫師跟藥師是非常健康的合作，彼此相互尊重合作那這個是釋出率高是好的，那假如是兩邊講的不好聽是...另外一種合作關係或甚至是勾結，那處方釋出率那麼高有什麼用？所以...在談的效益...你說處方那當然大家會把處方釋出率當成是一個醫藥分業的效益，可是這個釋出的比率的背後其實你...他有很多不同的情況，假如能夠有機會了解，這種真正沒有利益捲入的...真正基於醫藥相互尊重的處方釋出，得到醫師的支持與民眾的支持，那這種我覺得他會比較有意義，但是怎麼去區別這個，恐怕就不是那麼容易，那從藥...藥師的...藥師自己的這種主觀因素來講，當然你可以問他說他覺得情況有沒有什麼改變阿覺得他的專業報酬阿受不受重視阿等等，這些東西但是我覺得任何的評估都應該從民眾所認知道的服務品質的角度，我們當專業人員最大的毛病就是我們總以為我們了解很多或我們主動認為說這個才是你需要的，吼講個更白的例子，我常常用...父母對子女的關係阿來類比就是說...專業人為對他的客戶對民眾的關心，我們長大的過程我記得...我的小孩比你們還大一點，當然沒有爸爸媽媽不是為小孩好的...呵呵，可是你們成長的過程中包括我的小孩，爸爸媽媽常常指東指西，要你做那個要你做那個，他說我都是為你好，小孩領情嗎？呵呵...

Q：嗯...呵呵呵...

A：嗯對，小孩不領情因為小孩有小孩的看法，那假如父母都是這樣...父母絕對不會去害子女阿，吼父母基於無私都告訴小孩把最好的東西都讓小孩都說我什麼都是為你好，小孩都不這樣想的時候那憑什麼...你專業人員認為說你為病人所做的這些事情病人都要認為理所當然？所以你就必須從民眾的角度去做思考，所以當父母要能夠去說服小孩的時候一定是把小孩當朋友，小孩才願意去跟你談，你如果用這種，我是爸爸媽媽，你要聽我的，我什麼都是為你好，門都沒有...所以我們專業人員常常會片面單方面認為說我這是為你好，你需要這個服務，那我們要想的就是我們要了解一下民眾是不是認為這個服務，或民眾認知上哪些服務才是他們認為需要的，所以最近我對藥政處做一個建議，藥師公會最近幾年都有在調查民眾對藥師的...形象的認知，那我說這種民調式的...形象認知的調查，我建議他們...建議藥政處說在計畫裡面找一個客觀的...不是藥師公會的做，可能找這個婦女團體阿或病患團體或一般的民眾團體，那做個質性研究，深入了解一下，到底民眾是怎麼看藥師，民眾為什麼會期望藥師能夠提供什麼樣的服務，因為我...我曾經跟我的學生或藥界講，我說我講一個你們不喜歡聽的話，假如有一天有個濾過性病毒指感染藥師，突然之間全台灣的藥師都不能上班了，你們覺得民眾會怎麼樣？民眾會有恐慌嗎？

Q：不會...呵呵。

A：你會覺得有什麼損失嗎？假如這個濾過性病毒是感染醫師，怎麼辦？醫師都沒有辦法上班了，那一定是天下大亂，對不對？那假如是護理人員呢？也在醫院裡面恐怕也會引起相當的恐慌，所以假如是這種情形，那我就說那或許我們應該更讓民眾知道，藥師能夠幫民眾做什麼？因為如果民眾覺得你這個專業存在跟不存在都沒有關係阿，那表示你這個專業哦，還有很多要努力的空間，現在的法律對藥師專業，醫藥分業裡面有一定程度的保障，可是...這個保障...是不是經得起民眾的檢視，這是每一個專業自己要去思考的，吼譬如說你們唸醫管，吼假如大學畢業，現在一般的工作起薪是多少？在台中。

Q：兩萬多...你說醫管嗎？

A：對對對...就你們唸醫管的。

Q：很不一定...

A：不一定？

Q：大概兩萬吧...通常是兩萬五左右吧。

A：OK，那你知道藥師考取國考拿到藥師執照後，你知道他們待遇平均是多少？

Q：四萬...四五萬差不多。

A：吼...至少四萬，在台北可能是四萬五或更高。

Q：嗯嗯...

A：那我回來問你，你們覺得藥師有這個價值嗎？

Q：.....呵呵。

A：我為什麼問這個問題？他法令規定...這個制度的設計，那我們譬如說你到社區藥局去，你到診所去受聘好了，我最不喜歡看到的情況就是...人家要你去只是需要你這個資格跟牌照，阿你在那邊看報紙阿...打你的電腦，你不做事人家也覺得沒有什麼關係，然後你對於別人在做你的事情你好像也不會覺得說人家侵犯你的專業職責，反正你只要有薪水拿就好了...如果是從這個角度來看，藥師哪裡有這個價值？對不對？可是呢從另外一個角度來看，如果你很認真工作，可是三年五年內你就是你想想看那個薪水會漲...會提高多少？非常有限。

Q：嗯...

A：因為呢...你如果說阿你不提高一些我不要做了，醫師會不會覺得說不行這個藥師不能離開？

Q：不會...

A：我...我非要這個藥師不可？可能大部分的民眾或是藥局或是醫師都會覺得說...那再請一個就好了嘛(台語)，對不對？那從這個角度來講，那表示說藥師這個專業假如不是這種情形那就表示說...一個專業人員你的年資從三年五年這樣增加，按理來講你的報酬率應該要增加，對不對？可是...為什麼你的職業年資久了以後這個報酬並不會上升？那是不是這個專業哪裡出了問題？我寧願...藥師的起薪是跟你們一樣，但是呢他工作三五年以後呢，他會慢慢慢慢上升，而不是好像一開始就...到一個程度然後...上不去...那上不去就是回到一個說就是這個藥師真正的價值哦...可能值得大家來思考的，這是我對藥...我自己雖然是學藥的...我在政府機關服務的時候也為醫藥分業推過很多年...可是我是覺得說...到頭來恐怕是我們自我的要求跟民眾的要求是很重要的，你不能一天到晚去怪醫師、怪民眾，以前我們的藥學教育常常覺得...讓藥師覺得...社會...大家都對不起他們，因為他受教育就是要出來做醫藥分業的，阿你不做醫藥分業就是對不起他，吼現在這個觀念改變了很多，大家都知道說只有你讓民眾了解說你的存在的價值，這個是比較重要的。

Q：好，然後最後一點就是任何與此議題有關的想法或意見嗎？

A：我覺得說在談這些問題，尤其在醫藥衛生界談這個問題，我們不管在醫管還是在公衛，像你沒有專業人員的這個...什麼師什麼師的資格的時候，這個反而會比較客觀，所以你可以看到說...公衛的人基本上對醫藥分業是比較支持跟同情的，吼那如果你問藥師他當然是覺得是天經地義應該要醫藥分業，可是如果你我說如果問醫師的時候他會覺得說阿這個制度有問題為什麼我不能等等等等什麼的，吼我覺得在談這個議題的時候都應該跳出自己的本位，要從社會整體來看，更重要的是要從民眾的這一方面角度來看，可是呢...我常常講說在醫藥領域裡面醫師絕對是個優勢與專業，那醫師專業他做為醫聊團隊的...我們講隊長啦，他應該要考量整體醫療團隊集體的利益，這是當任何一個領導者他一個leader他應該要有的風範，可是現在醫師因為他本身很困難，這你會發現說...那個泥菩薩過活...他都還不及了，他怎麼會有時間考慮說這個護理、藥師、醫管他們應該怎麼樣，可是我們回頭來講說這個醫療的資源是這樣子的一個情況下，以往是醫師或醫療佔盡優勢，那現在這個優勢比不上從前，因此他們會把這個部分抓的更緊，抓的更緊的時候這個醫療團隊其他人員的...專業權益阿立法他就沒有辦法去考量，所以就變成說醫療分業內部阿彼此怨嘆阿，護理阿藥師阿他都會覺得說你醫師都不顧我們的死活阿，那醫師覺得這個大環境對我很不利阿等等等等，那這樣這個醫療團隊沒有向心力不會強，吼他其實台灣的醫療

團隊特別是醫師對台灣的民眾的健康照護貢獻很大，只是呢...以往那個絕對的優勢，隨著這個社會環境的變遷，這個優勢一直在消失中，吼所以醫師他們自己當然有非常深的...不滿，但是相對的來講，假如整個社會都覺得說阿你醫師...本來就是卡好阿，犧牲一點沒關係(台語)，犧牲一點、吃虧一點沒有關係，那假如這樣的話我們這個整個社會投入醫療的資源永遠都不會增加，我們應該讓社會知道說...大家享有今天的醫療服務的方便性跟一定程度的醫療服務的品質，其實整個醫療團隊的成員貢獻很多，可是我們社會要繼續在進步，大家對醫療服務的品質期望越來越高的情況下，可能要給予他更多的資源的投入，但是因為現在健保，所以沒有人喜歡被漲保費，沒有人喜歡說我的給付範圍縮小，那人口老化醫療科技進步期望越來越高，阿這個東西不擴增，有一天這個制度撐的下去撐不下去，這個其實就是...衛生界醫療團隊有則讓讓民眾真正了解的，台灣的健保雖然是個非常好的制度，可這個制度你必須要給他足夠的資持，吼醫界藥界本身還有很多要自我檢討的地方，吼所以有時候想一想說像醫藥分業這個問題，大家耗在那邊彼此批評對方、攻擊對方然後彼此這樣相互牽制，這樣子對醫藥界有什麼好處呢？沒有，都是在維護原來有個利益，或者在爭取那多一點點的利益，那民眾覺得說你們醫師跟藥師就是在搶狗骨頭，到最後這個醫療對醫藥界的整體形象沒有幫助，吼所以我講的這些都是比較從公衛比較從民眾的角度，因為我自己雖然是學藥的也管過藥，可是我不刻意...去強調藥師的角色，我想一個專業本來就應該扮演他專業應該的角色，他當然也有權利可以跟政府跟健保局說你應該要怎麼尊重我，吼可是...這整個事情專業的發展有他的文化歷史的背景，在現在的社會裡面你只有爭取民眾的支持，那大家喜歡把什麼事情都說我要做這些事情一定要有健保的給付，吼...要健保怎麼樣我才能夠做什麼，這好像不一定...不應該是這個樣子，所以我們作為專業人員對自我的期許，譬如說我們老師...或學生，當學生唸書阿或老師做研究阿，不一定說非要有什麼...獎勵等等，你本來做學生要做一個好學生本來就很多事情就要努力做阿，當老師就要很多事情你本分的事情就應該要做，吼所以我比較傾向於其實，大家先把自己的事情做好，那當然做很多事情...很多事情需要資源的投入，可是要這資源的時候你就要去說服阿，整體的社會或者是這些大家分配資源你覺得這一塊真的是需要，吼那當然談到這個東西當然對醫師以外的專業人員是不利的，因為整個醫療資源的分配是醫師...又是醫師獨大，吼所以我覺得這是一個無解的問題，這是一個無解的...大概整個社會的品質阿慢慢的提升以後看慢慢的會不會有改善，不然其實大家都在那邊耗，用一種對抗的模式，用相互牽制的模式，不會解決我們所面臨的問題，一個民主開放的社會，民主知識最重要的是...大家學著一起來解決問題，彼此各讓一步彼此相互支持，但是好像我們的社會，這個民主化的過程中，我們社會沒有學會大家一起來解決問題，我們現在的社會大家最習慣的就是...好像所有的問題都出在別人的身上，不會想說有沒有什麼問題是自己的一部份，其實現在台灣所有的公共政策的議題，所有牽涉到管理學上講說利益相關者每個人都是問題的一部份，所以你必須學著大家一起來解決問題，而不是用把某一個人的意志，強加在別人身上，那個時代已經過了，吼沒有錯醫師有他的優勢，醫師現在也沒有辦法把他的意志力把他想做的強加在病人身上，強加在藥師身上，每個人都是個獨立的，都有他獨立的想法，所以大家必須要想辦法一起來努力解決問題，可是好像台灣社會是...就是相互抗爭相互牽制等等相互罵來罵去都很在行，吼一起合作做事情是比較不在行的，那其實這個醫藥分業就是...整個台灣社會某一件事情的縮影而已，你把他擴增到整個社會其實是不變的，公共政策沒有一個單純的答案說這樣就可以解決，你一定要有相關的配套措施，吼所以其實醫藥分業大家認為有共識說這個醫藥分工是一個必走的趨勢，那需要做的就是怎麼相互合作讓這個制度能夠推動，可是我們看醫藥分業實施的過程中，是耗在比此牽制跟對抗的energy的能量太多，那就是因為呢大家沒有共識，那沒有共識一定是各有各的利益，各有各的自己的利益要考量，或者說各有各的要爭取的利益，那在這樣子的情況下當然就是在耗嘛，所以耗其實是台灣社會現

在最大的特色對不對？呵呵...耗耗耗到最後沒有人贏阿，沒有人贏嘛，那為什麼大家沒有辦法坐下來大家好好的協商？那其實是跟整個台灣社會的現階段的我們叫社會素養有關嘛，醫師跟藥師然後民眾我們台灣的社會就是這個樣子，我們也不要特別說把醫師提出來說醫師要有更高的道德標準，他藥師藥師如何我寧願把他看成是說...阿台灣的社會就是這樣，不可能說你這個社會裡面的某一個群體特別優秀，那其他人都等而下之，不可能，吼所以我們必須面對...整個社會的結構整個社會的價值觀，那這個事實上這是個比較長的路，所以...我也不曉得這樣走走走...能夠...你會發現說目前的進度...對目前的進度沒有人滿意，你反而會對任何人都有很多很多的抱怨，阿抱怨的時候就怪說醫師不支持阿，阿醫師就怪衛生署阿或怪健保阿藥政處就覺得...等等，阿那些東西你就會想說那到底責任在誰？難道別人...都是別人的責任自己都沒有責任嗎？事實上是必須大家一起來想辦法來解決問題，但是在解決問題的時候，我自己有一個想法就是...比較佔優勢的，必須替比較弱勢的考慮，今天假如說強者只站在自己的角度考慮，那這個社會不會和諧，吼醫師可能自己認為他們是弱者，可是...在醫療團隊裡面他絕對是強者，那假如他們不從其他的角度去思考，那意見絕對是不同的，但是因為今天醫師的處境其實...多多少少反映說，就是因為他沒有辦法從另外一個角度去思考，他過度從自己的角度去做思考，這整個大環境並沒有改善，他們對台灣社會有這麼大的貢獻，民眾就醫的方便性提供的醫療服務的品質，你看開業醫這麼長的工作時間，全世界最方便看病的就是台灣，對不對？可是呢...民眾真的有非常感謝他們嗎？民眾覺得說...阿就本來就應該這樣阿(台語)，因為你收入很好阿你這個經濟優勢社會利益優勢，醫師本來就這麼好康的阿(台語)，民眾不會覺得說醫師對他們的幫助很多，那假如是這樣是不是醫師自己也要...自己思考一下，自己要檢討一下，可惜的是因為現在整個的醫療環境不理想，所以大家習慣怪別人，阿同樣在醫...醫院或醫療領域裡面，他總是白羊群子裡面總是有黑羊，他每次有黑羊出來的時候，就一竿子打翻一艘船，這種情況...我也沒有什麼...更具體說有什麼解決辦法，就是談嘛就這樣談，吼所以...還是很抱歉啦，因為我們剛才那個餐廳的老闆他一直對我的圖有興趣，所以我剛才就一直在跟他說我的圖...好幾個月來他都一直在說要來看我的圖我剛剛一接到圖的時候你們就在這邊我當時沒有注意到...

Q：呵呵...沒關係沒關係，好...

A：所以這就是說比較是從公衛、政策層面的角度去看...

Q：好...謝謝...謝謝教授。

(四) 民眾

《民眾一》

Q：好那首先請問您對醫藥分業的認知是什麼請大概講一下，就是醫藥分業你覺得是什麼？

A：就是到藥局去領藥，之前都在藥局領藥阿不...都在醫院領藥阿!然後現在是要到隔壁的藥局去領藥。

Q：所以你就是覺得這樣就是跟以前不一樣這樣就是醫藥分業嘛!

A：對!

Q：就是醫藥分業之前是醫生看完病然後直接在診所裡面拿藥；然後現在醫藥分業就是你看完病之後醫生拿給你一張處方簽然後叫你去藥局去領藥。醫藥分業就是這樣子。

Q：好那你這樣的訊息是怎樣獲得的?

A：從醫生那邊，看完病他會跟你講說有那個東西，然後叫你去藥局拿藥。

Q：好第二個就是，您對醫藥分業的制度上有什麼優點、缺失或建議，然後可以先講優點。覺得醫藥分業的優點。

- A：優點是，你可以去藥局的話，你可以跟哪個藥劑師問的，他會很詳細的跟你解說，這個處方是怎樣用的，然後缺點是比較不方便啦!就是有時候帶小孩子然後又要帶到藥局去領藥。
- Q：那你覺得你建議是怎樣比較好
- A：建議的話是還在醫院看完病直接在醫院領藥這樣子比較方便。
- Q：就是你覺得這樣還是比較好。
- A：對對對。
- Q：然後第三個就是，醫藥分業對您看病品質的影響
- A：是沒什麼影響啦
- Q：就是等的時間阿~或者用藥方面有什麼影響嘛?
- A：沒有
- Q：就是等的也差不多。
- A：差不多。
- Q：然後第四個就是處方簽的釋出，就是你到醫院看病，醫生給你的那一張處方簽，然後那處方簽的釋出對您本身用藥的影響
- A：沒什麼影響。
- Q：就是你到藥局去的話藥師跟醫師之間對你用藥的方面有跟以前有什麼差別嘛?這樣子嗎...
- A：藥局領藥的話那個藥劑師會跟你講的比較清楚一點
- Q：然後以前沒有這樣子的話...
- A：那就直接拿藥給你跟你說飯前、飯後，沒有跟你說退燒藥要怎麼吃阿
- Q：所以這部分就是分開之後就是你到藥局之後他會較詳細的跟你講
- Q：第五個就是，實施醫藥分業後您是如何選擇您的領藥地點?然後你在選擇的時候有什麼考量
- A：方便就好了
- Q：就方便性，就這一個。
- A：對!
- Q：所以沒有其他考量了嗎?
- A：對!
- Q：好，第六個就是，任何有關醫藥分業的想法或建議給我們嗎?有什麼上面要補充的嗎?
- A：我希望是哪個處方簽上面然後醫生給你的那個..就像大醫院這樣子會給你中文的那個給我們更知道說那個藥的用意是做什麼的。
- Q：是因為診所都是英文
- A：對，他只給我們一張然後到藥局去領藥，然後給你一包藥然後也沒有什麼用藥的那個...不像大醫院那個樣子，大醫院都還會在附上一張，然後寫上這一粒是吃什麼的，比如這一粒是吃高血壓的或是吃退燒的，可是藥局一般都沒有，小醫院的話都沒有，診所的話那都沒有。
- Q：阿你有沒有什麼特別的經驗。就是領藥經驗，你通常都是去診所嘛...診所看病然後去藥局領藥，有經到大醫院嗎?有兩個不同或者特別經驗
- A：不同就是在他，大醫院會給你講說這一粒的...的用藥的是治療什麼的，比如說治療頭痛他就會跟你講這一粒是吃頭痛的。這一粒就是胃藥。這樣子他會特別跟你著名。他有分開嗎，可是診所的話一般就是用在一包，他沒有把你分開跟你說這一粒是吃什麼的。這樣子
- Q：所以你就是建議說醫院有寫中文那你也希望診所也是寫。
- A：對，就是一粒粒，比如說他裡面有四粒藥，就是一粒一粒包裝著名這一粒是吃什麼的。
- Q：嗯好~就這樣，謝謝。

《民眾二》

Q：你好，今天是7月9日上午9點45分，接下來開始『醫藥分業分析及推動策略研究』的訪談，我們大概會花約一小時的時間訪談。首先請概述您對醫藥分業的認知

A：認知喔~

Q：對阿！就您了解到的醫藥分業大概是什麼？

A：就是我到醫院之後不用到醫院拿藥，可以到診所或到藥局裡面拿吧！

Q：那您對醫藥分業的制度上覺得有哪些優點或是缺失還是一些建議

A：我覺得還好啦~我覺得它的優點是，我拿藥會比較方便而已，還有那個醫生...那個藥局的藥師講話會比要認真一點，醫生有時候講話會很快，聽不太懂...

Q：醫藥分業對您看病品質的影響

A：沒什麼影響啦

Q：就可能像您等候的時間阿~或方便性

A：喔~如果在醫院等的話會等很久阿！然後如果到藥局的話會比較快，而且我可以問到比較多問題

Q：接下來處方簽的釋出，因為你到藥局領藥就是依據處方簽，那處方簽對您本身用藥有什麼影響

A：沒影響，他還是照醫生給的藥給我阿

Q：那對您用藥，就是以前還沒有處方簽的時候，有用重複用藥的問題嗎？

A：這個還好，就像我剛剛講的，可以問藥師很多問題阿！他會給我們很多建議阿！好像會比較清楚自己藥的用法，那個..那個..互相影響的東西

Q：所以對自己用藥會比較了解

Q：實施醫藥分業後您如何選擇您的領藥地點？有什麼考量

A：越近越好，最好是能省時間最好啦

Q：所以在領藥的時候主要考量的就是方便性

A：對！就是方便就好，比較近

Q：最後任何關於醫藥分業的想法或建議給我們嗎？

A：呵呵~

Q：還是針對以上的問題要補充的，就是剛剛可能想講的，有一些觀點阿或建議

A：有時候會比較懷疑哪個藥啦！就是那個醫院開的藥，然後有時候診所給的藥會不會相同，因為有時候會問那藥劑師盡量相同，但還是會不一定相同，對於那個服用下去的效果會抱比較大的懷疑阿

Q：就是說你看不同的病，在不同的醫院，但是來同一家藥局領藥這樣子嗎？

A：對對對！還有那個，就是有時候那個藥會不一樣阿！醫院開的藥，然後那個藥局是沒有的話，他就會講說用別的藥取代，就是不同廠牌的藥取代就是類似的藥，那我比較擔心的是說這樣用起來的效果會不會一樣

Q：如果那個藥局沒有哪個藥，你不會再去別的藥局拿藥

A：不會，我就會考慮換一家藥局

Q：所以這是你會考量換藥局的地方

A：嗯 對

Q：嗯好~謝謝

《民眾三》

Q：第一題就是請問您對醫藥分業的認知是什麼，就是你大概醫藥分業是什麼

A：醫藥分業就是醫生開處方拿到藥局拿藥！就只有這樣，嘿黑黑，是不是這樣。

Q：阿你這個資訊就是怎樣知道的？

A：就是看報紙阿

Q：就大概是從報紙知道的

A：對對對

Q：好那第二個，就是這個醫藥分業阿就你剛講的說，醫生開處方然後你拿處方籤到藥局拿藥這樣子嘛!然後這個制度跟以前不一樣那您覺得這個有什麼優點。

A：民眾比較方便啦!到附近藥局拿藥比較方便，我現在都在這邊來拿，很方便啦!。

Q：就是離你家最近的藥局

A：對對對很方便啦!

Q：你有沒有覺得這樣有什麼缺點。

A：沒有缺點，他們這藥局都很好

Q：呵呵呵，這樣的方式，就是拿處方籤再來這邊拿，這樣的方式就是跟以前不一樣，哪你有什麼建議嗎?

A：這樣是很好，很方便阿

Q：第三個就是醫藥分業這樣的方式阿對您的看病品質的影響

A：沒有影響也

Q：還是就像是您等候的時間阿~還是剛你講的方便性。你等的時間，看醫生等的時間跟這邊拿藥等的時間有沒有差。之前跟之後

A：差不多啦來這邊拿也很方便，醫生開處方來這邊拿也很方便

Q：可是之前就是醫生開藥之後，以前啦!是直接到診所拿藥，跟現在是到藥局拿藥，這樣子等的時間有沒有差。

A：等的時間差不多啦!

Q：然後再來就是拿處方籤來藥局，然後就是你用藥的方面，你吃的藥阿!你對這個藥有什麼影響，在用藥的時候。

A：我都會問藥師他們有牌照的藥師，他們都解釋比較清楚。

Q：，就是比較清楚，然後以前就比較不會

A：以前在這地方的話比較方便，人不會那麼多，我都晚上來拿，晚上就比較少人啦!

Q：所以可以問到比較多東西，就比較知道自己吃什麼要怎麼用藥。

A：對對對對

Q：吃起來有比較安心嗎?

A：對對

Q：接下來這一題，實施醫藥分業後您如何選擇您的領藥地點?有什麼考量

A：當然第一次就是在醫院拿，那第二次就是來這邊哪嘛!在藥局拿嘛!第三次也在藥局拿這樣啦!

Q：然後就是剛剛你有講說，考量說離你家最近，因為這家藥局，你會選擇這家藥局就是因為離你家近。

A：近的啦!也他們藥局這家藥師很好啦!是這樣啦!

Q：然後藥也很齊全

A：藥也很齊全，藥也很新啦!他們這邊藥也很新鮮，不會說放很久過期不會這樣啦!

Q：所以就各方面都不錯就選這裡

A：選這裡嗯嗯

Q：然後最後講講你有什麼經驗阿特殊領藥經驗

A：領藥的經驗怎樣...

Q：除這家藥局有沒有到其他藥局領過藥

A：沒有都來這家藥局領，領的時候她們很好阿都會清點那個數量、會清點那個數量。

Q：所以沒有特殊經驗

A：沒有。

Q：我們這個制度阿，就是醫生開處方，然後你就可以來藥局領藥，然後因為如果是長期的那你就不要去醫院然後直接來藥局。對這個的話你有什么想法或者意見嗎?

A：這樣很好阿!這樣比較方便啦!我們就是掛一次號的話，交一次錢後兩次都不用錢很

省阿!很好阿

Q：所以就覺得政府實施這個制度之後，就覺得...

A：真的很不錯，因為我有慢性病啦!因為我有過兩次枝架，心臟導管枝架，所以說藥都來這邊拿，

Q：所以是已經控制了，只是要長期服藥。

A：對就三個月拿藥、就三個月就去醫院拿藥，醫生問一問有沒有症狀還有沒有看要怎麼樣啦!如果沒有要換的話就照這個藥繼續去開，開這個連續處方。第一次去那邊拿第二次就來這邊拿，來藥局拿。

Q：這個領藥阿是在實施之後你才開始領藥的嗎?

A：對阿對阿我以前也還沒有開連續處方我以前也還沒有病阿!就是去年四月份做導管啦!你們之前怎樣實施我是不知道啦!

Q：因為之前還沒有說可以這樣領長期領處方簽直接來局領藥的，阿之前就一定還要再回去一次醫院，比較麻煩。

A：喔 這樣

Q：所以你覺得這樣很好

A：對阿!很方便阿

Q：欸好~謝謝

《民眾四》

Q：首先，請問你對醫藥分業的認知為何？你獲得的資訊是從哪獲得的？

A：就是醫師跟藥師是分開執業的，如果我去找醫師看完病，醫生應該要把處方箋交給我，我再選擇我要去的領藥地點領我要的藥，然後，欸...資訊的話，因為我是醫管系的學生，所以會多少知道一些，那...其實之前是不太清楚的，可能因為也是那時候剛開始的時候還小吧!所以也沒有瞭解很多，然後在大學的時候慢慢瞭解越來越多這樣子。

Q：所以就是除了在醫管方面以外，就是沒有獲得到這些資訊，生活上？

A：比較少會聽到這些東西，除非看新聞，可是新聞大部分都是在報一些負面的報導嘛，所以也不知道到底哪些是那些資訊這樣。

Q：好，那第二個，你覺得醫藥分業制度上，有何優點、缺失或是建議？

A：優點的話，我是覺得如果真的做的好的話，應該是領藥方便，然後跟醫師藥師可以互相的溝通，而且兩邊都是各有各的專業，如果我在看病上有問題，如果一邊有遇到什麼問題，可以去另外一邊，然後讓兩邊的資訊可以獲得平衡吧，然後這樣子我...也可以比較有安全感然後獲得的那個...看病品質也會比較好這樣。

Q：那...缺失方面呢？

A：缺失就是覺得完全沒有落實阿，就是真的覺得有醫藥分業到這樣，因為我還是在我看病的地點領藥這樣子。

Q：好，那建議呢？

A：建議就是我覺得...應該多...政府要多跟民眾宣導，比如說像慢性處方箋這個東西就是我之前看病的時候...同樣...看同樣的病，然後確定是慢性以後之後我...之後有換過一個醫生，然後前一個醫生他是...就是他...他只告訴我我是慢性可是我那時候還不知道有慢性處方箋這個東西，他也沒有...很自動的幫我開慢性處方箋，也沒有告訴我，然後每次我都拿一樣的藥，然後幾乎每個禮拜都要去一次，然後看一次就要一百九，就是他又會叫我多領幾天，所以都要加四十塊變成一百九，就覺得一直這樣領就覺得滿不對的而且病情也沒有說，病情是還滿穩定的啦，可是就覺得我為什麼要一直這樣看然後一直花錢，後來找了另外一個醫生以後，那馬上就...他完全沒有...沒有就是...就是第一次就幫我開慢性處方箋了，然後之後我就很久才要領一次藥，然後一次藥...也是拿一樣的藥可是就可以用很久，可是就是大概一兩個月再去

找他一次以後，覺得還是跟他討論以後再繼續拿下一次這樣也不錯這樣子，對對對...所以我覺得建議就是...要讓民眾知道很多醫藥分業的知識，這樣子民眾遇到一些問題的時候才不會說像我這樣然後一直花冤枉錢阿或者是...就是沒有...對自己應該有的那些利益吧...都不知道這樣子。

Q：嗯嗯好，那接下來第三題，就是醫藥分業對於您看病品質之影響？

A：嗯...基本上是沒有差別的，因為嗯...就是跟醫藥分業以前一樣阿，其實都是還是在看病的地點拿藥，然後...幾乎...我幾乎沒有...可能小時候也沒什麼病啦，就是長大...就是唯一的一次慢性病，所以我也不知道說到底...有沒有什麼影響，我覺得應該是影響不大，因為基本上還是在我看病的地點領藥這樣子，然後我必須選擇離家裡近的醫院，不然這樣對我來說就是不方便。

Q：嗯...好那接下來第四個就是處方箋之釋出對您本身用藥之影響？

A：嗯...就是其實我沒有覺得處方箋有釋出所以...沒有什麼影響...對，沒有真的覺得處方箋有釋出到...對。

Q：嗯...好接下來就是...第五個實施醫藥分業後如何選擇您的領藥地點？有何考量？

A：我沒辦法選擇阿，因為我就是...醫生就是叫我到門口的藥局領藥而已，這樣，我是沒有遇過就是醫生是把處方箋交給我然後告訴我說可以到附近任何藥局領藥這樣子。

Q：嗯...好然後最後有關於就是任何與此議題有關的想法或意見嗎？或者是剛剛上面你想講沒有講到的可以補充一下這樣。

A：嗯...就是政府要好好的推廣阿，然後我覺得醫生跟藥師也要定期的，可能類似評鑑這樣子吧，讓他們知道說自己有哪些是一定要做的事情，然後也不要給他們...誘因...就是要多給他們誘因去釋出處方箋或者是真的要就是...就是對民眾負責任這樣子，而不是說用什麼方法他賺的比較多錢這樣子，這樣民眾就是受害者阿，然後好好的落實之後讓民眾知道比如說慢性處方箋就知道說自己...如果醫生不講，民眾知道然後他也會主動要求說我是不是應該要領慢性處方箋，像一些...尤其是一些老人家吧，然後就是年紀比較大他們知道的知識就更少，恩...沒有人告訴他們然後他們就會覺得醫生講的都是對的，然後都是就是向聖旨一樣，然後就只會服從然後不知道要跟醫生說...就是反抗阿或是什麼的，那到時候受害者就是他們...也不算受害者啦，就是自己該有的權利就不知道該怎麼樣去爭取吧，對...然後像我就是...因為剛好就是有接觸這方面的知識所以還可以跟醫生討論，可是一般民眾沒有辦法知道這些...也不敢對醫生說的有什麼意見，應該要培養民眾這種觀念，就像國外看病那種一樣吧，對，這樣。

Q：好，那...謝謝。

《民眾五》

Q：您好今天是七月十六號上午十點五十，接下來開始醫藥分業分析及推動策略研究的訪談，那首先請問您對醫藥分業的認知是什麼?您所獲得的資訊從何獲得？

A：主要就是從課業上嘛！就是我們平常接觸的課業會有講到一些這方面的訊息，那就是說因為...醫生...他們賺太多了吧...呵呵...所以才把...沒有啦...就是要保障藥師他們的權益，所以...而且醫藥分業上面，就是...去外面拿藥也對民眾來說比較方便，不用一直回診一直去重複掛號的行為這樣子，那所以這一部分其實我的感覺是這個醫藥分業其實是不錯的，那...可以換下一題嗎？

Q：嗯...好那下一個，就是你覺得醫藥分業制度上有何優點、缺失或是建議？然後你可以先談談優點。

A：優點的部份哦，就是...很多人會喜歡去大醫院看醫生，那可是拿藥的時候他就要不停的再跑一趟，再跑去大醫院，這樣其實是很麻煩的，所以他們都有一種方案就是說可以就近在自己住家附近的藥局，或是一些小診所拿就可以了，那...其他的部份

的話，這樣子的話藥師的地位也比較容易...就不會被取代掉，因為像很多小診所還是什麼他們都是請一些工讀生幫他包藥阿什麼的，那...對藥師來說，其實是這部份是很好的。

Q：嗯嗯...那...缺失方面呢？

A：缺失喔...應該是說台灣沒有整個去落實...落實到醫藥分業這一塊，像門前藥局那一種...那一種阿，其實就是你拿處方箋跟沒有拿是一樣的阿，所以這個部份其實就是...醫生...上有對策嘛...上上有政策下有對策，就是...還是這地方就是沒有...就是監督的機制沒有做的很好。

Q：嗯嗯...那你對醫藥分業現在這個制度有什麼建議？針對缺失阿或者是優點，覺得...有哪些建議？

A：建議哦，恩...沒有。

Q：喔，沒有沒關係，好第三個就是醫藥分業對於您看病品質之影響？就是你平常...在醫藥分業後，你看病的品質有沒有影響這樣？

A：醫藥分業後哦...其實看病的品質因為像很多人也不知道他自己是不是要拿慢性處方箋還是怎樣，他們通通都是照醫生的指示嘛，那有時候醫生不給你，那你自己...也沒有辦法，所以他看病的品質大概就是...基本上我覺得還是要看醫生個人的職業道德耶，那對品質上來說的話...可能是沒有什麼影響。

Q：嗯嗯...就是品質這部份阿，就可能是指說，醫藥分業後你對看病會拿藥的時間阿還是方便性阿這方面，有沒有改變阿這樣？

A：喔...有，如果是...就是...像我們之前我們都要去掛號嘛，然後在等醫生阿然後在那邊坐好久這樣，後來拿慢性處方箋之後就是直接去拿藥就可以了，那是其實就是很節省時間嘛，嗯...究其實是很方便啦，對而且那個費用也比較低，又不會要一直去花一些有的沒有的費用這樣。

Q：好，那醫藥分業就是醫師釋出處方箋嘛，那處方箋之釋出對您本身用藥之影響？

A：可能就是說因為之前都還要再跑回去醫院，所以就覺得說吃藥了，那我就有空再回去找醫生好了，所以就中間的...沒有吃藥的期間就會拖的很長，那有處方箋之後的話，就是會反正很快阿，一下子拿個藥就好了，也不用拿什麼錢...花什麼錢，所以有處方箋是可以比較落實到就是說定期去吃藥定期拿藥這個部份。

Q：嗯...那就是...你拿到慢性處方箋之後就是去藥局領藥嘛，那針對這部份釋出處方箋之後在你本身用藥安全阿或對自己用藥比較...就是了解的部份阿有沒有什麼改變這樣。

A：了解的部份哦...

Q：對，就是拿了處方箋之後對藥的...你用藥的那種了解。

A：還好，因為像現在比如說大醫院他們不是都會有一些說這個藥是幹麻的阿然後他的名字什麼的，那處方箋的話，其實也差不多啦，所以我覺得沒有什麼...對。

Q：嗯嗯，好，那第五個就是實施醫藥分業後，就是你是拿處方箋去藥局領藥嘛，或者是去你方便的地方領藥，那你怎麼去選擇您的領藥地點？那你在選擇你的領藥地點的時候有何考量？

A：主要就是說選住家附近的嘛，那因為我都是在...嗯...自己學校的醫院看病，所以我就是直接再回去醫院拿藥這樣子，那...像是...我比較不了解的就是我拿那個處方箋是到任何藥局都可以領藥嗎？對就是醫生他其實...也像醫生藥師他們拿藥的時候也不會跟你講多少這樣，頂多就是要按時吃阿什麼的，那這樣子的話我就是不懂...到底哪裡可以領哪裡不能領這樣。

Q：喔就是因為你在醫院看那因為你本身就是在那裡的藥局拿藥，所以就是不會拿著那個醫生開的去別的地方領藥就對了？

A：嗯，對。

Q：喔了解，好那最後阿就是有關任何與此議題有關的想法或意見嗎？可以補充一下或者上面有哪些地方你剛剛想講然後沒有講到的？可以想一下沒關係。

(對方搖頭)

Q：如果沒有的話那你有沒有什麼醫藥分業上面用...就是領藥的特殊經驗阿？可以跟我們分享一下這樣。

A：就是像我之前阿，我有一次拿那個慢性處方箋然後醫生就問我說「你是要自費還是用健保給付？然後他說我自費的話會比較便宜然後用健保的話會比較貴，所以我就覺得這個部份好像怪怪的，因為他們電腦上面會秀出來那個價錢嘛，然後後來是那個...只有一個醫生這樣提醒我，可是其他的醫生就是默默的開藥然後也沒有問我什麼，那這部分我就覺得...還滿奇怪的，因為畢竟他們是用同一個處...同樣的藥，可是就是他們的...嗯...可能費用阿什麼就是醫生沒有特別再跟我說這樣子，對。

Q：喔~「你剛剛說是健保給付的藥是比較便宜嘛？自費？他有跟你講？

A：他就是說妳要自費這個藥還是用健保給付這個藥？那用健保的會比較貴然後自費的比較便宜。

Q：嗯？為什麼健保會比較貴？自費會比較便宜？

A：我不知道，那個醫生就那時候看到他也覺得很奇怪，所以才問我，可是後來之後的醫生，像之後跟之前的醫生都沒有問我，所以就是...可能是他們沒注意到或是什麼吧，我就也覺得很奇怪，然後領藥的時候又問了一下那個...「批價掛號的小姐阿，然後他也是說「對阿自費比較便宜那你就用自費好了，這樣。

Q：喔~這個事情是發生在去醫院看病的？

A：因為我那時候我一直固定看同一個醫生嘛，後來我沒有掛到那個醫生的診，所以就換另一位男性的醫生，那男性的醫生就是他不敢亂開，因為我就是先看前一個醫生看很久，之後他就依照那個處方再開同樣的藥給我，對。

Q：嗯嗯，所以這是在醫院看病的例子嘛。

A：對。

Q：好好好，那就這樣，謝謝。

附錄四、指標草案之具體內容及其操作型定義

根據深度訪談內容，依據平衡計分卡(BSC)四個構面(財務、顧客、內部流程、學習成長)，草擬具體指標項目及其操作型定義如下表。

構面	主題與指標項目	操作型定義	評比性
	1.藥品費用		
	1.1 健保藥費支出	當年度健保藥費總支出	↓
	1.2 全國用藥量	當年度用藥數量(顆數)	↓
	1.3 平均處方藥物顆數	當年度用藥總數/當年度處方箋總數	↓
	1.4 全國用藥種類數	當年度用藥種類數量	↓
財務	1.5 平均處方藥品種類數量	當年度用藥種類數/當年度處方箋總數	↓
	1.6 平均民眾年用藥花費	當年度藥費總支出/當年度人口總數	↓
	1.7 平均藥價差	當年度每一藥品藥價差之總和/藥品種類數	↓
	1.8 平均民眾年使用針劑次數	當年度使用針劑總數/當年度人口總數	↓
	2.醫療費用		
	2.1 平均民眾年醫療費用	當年度總醫療費用/當年度人口總數	↓
	2.2 平均民眾年看診次數	當年度看診總次數/當年度人口總數	↓

	1.滿意度		
	1.1 平均健保特約藥局數與人口比例 (可近性→依人口比例分佈)	當年度縣市健保特約藥局總數/當年度縣市人口總數	
	1.2 健保特約藥局處方箋增加率	當年度每月份調劑處方箋增加率之總和/12 ◎每月份調劑處方箋增加率，公式如下： (當年月份調劑之總處方箋數-前年同月份調劑之總處方箋數)/當年月份調劑之總處方箋數	↑
顧客	1.3 醫療院所處方箋釋出率	當年度每月份處方釋出增加率之總和/12 ◎每月份處方釋出增加率，公式如下： (當年月份釋出之總處方箋數-前年同月份釋出之總處方箋數)/當年月份釋出之總處方箋數	↑
	1.4 平均醫師看診時間	當年度醫師看診時間總和/當年度醫師總人數	↑
	1.5 平均民眾等候取藥時間 (醫療院所.藥局)	當年度民眾等候取藥時間總和/當年度民眾取藥總次數	↓
	1.6 平均民眾處方箋取得率 (藥局主動給予，可任意選擇藥局)	當年度平均民眾處方取得總次數/當年度平均民眾看診總次數	↑
	1.7 平均藥師處方箋比例	當年度縣市處方箋總數/當年度縣市藥師總人數	
	2.用藥安全		
	2.1 平均年用藥錯誤率	當年度用藥錯誤總次數/當年度處方箋總數	↓

	2.2 平均年用藥不良率 (用不良藥物取代原廠藥、不良交互作用、重複用藥)	當年度用藥不良總次數/當年度處方箋總數	↓
	2.3 平均年拿錯藥次數	當年度拿錯藥總次數/當年度處方箋總數	↓
	2.4 平均年醫療糾紛次數	當年度醫療糾紛總次數	↓
	2.5 藥師親自調劑率	當年度藥師親自調劑總次數/當年度處方箋總數	↑
	2.6 平均處方用藥指導時間 (服用方式)	當年度用藥指導時間總和/當年度處方箋總數	↑
	2.7 平均年藥物諮詢次數 (向藥師諮詢主作用、副作用、交互作用、藥物資訊)	當年度藥物諮詢總次數	↑
	2.8 平均年非處方管制藥品取得率 (抗生素...)	當年度非處方管制藥品取得之次數總和/當年度處方箋總數	↓
內部 流程	1.作業流程		
	1.1 平均藥品調貨日數	當年度藥品調貨日數總和/當年度處方箋總數	↓
	2.溝通流暢		
	2.1 平均年衛教宣導次數 (醫藥分業目的、各專業領域之重要性、價值)	當年度於公開場合進行衛教宣導之總次數	↑

學習與成長	1.進修成長		
	1.1 平均藥師臨床實習時數	當年度藥師之臨床實習總時數/當年度藥師總人數	↑
	1.2 平均藥師持續再教育年時數	當年度藥師持續再教育之總時數/當年度藥師總人數	↑
	1.3 平均醫師持續再教育年時數	當年度醫師持續再教育之總時數/當年度醫師總人數	↑
	2.專業品質		
	2.1 全國藥局聘用無證照藥師比例 (無證照藥師或非證照藥師本人→ 掛牌)	當年度全國聘用無證照藥師之藥局總數/當年度全國藥局總數	↓
2.2 全國診所自行聘用藥師比率	當年度全國自行聘用藥師之診所總數/當年度全國診所總數	↓	

註：『評比性指標』說明指標的正負向，「↑」為正向指標，表示指標值愈高(大、多)愈好；「↓」為負向指標，表示指標值愈低(小、少)愈好。

附錄五、滿意度調查對象與相關項目

構面	項目	調查對象				
		民眾	藥師	醫師	衛政人員	專家學者
政策	醫藥分業政策宗旨與發展方向		★	★		★
	醫藥分業政策制定人員與程序		★	★		★
	推動醫藥分業之組織架構與人員組成		★	★		★
	醫藥分業推動方式		★	★		★
	醫藥分業持續推廣情形	★	★	★		★
	醫藥分業認知普及情形	★	★	★	★	★
	醫療資源投入情形		★	★		★
專業品質	藥師專業素質	★	★	★	★	★
	醫療服務品質	★		★	★	★
	藥事服務品質	★	★		★	★
	醫藥專業持續再教育辦理情形		★	★	★	★
	用藥醫療糾紛情形	★	★	★	★	★
可近性	全國藥局分布情形	★	★	★	★	★
財務	醫療藥品花費情形	★	★	★	★	★
用藥安全	用藥安全情形	★	★	★	★	★
	藥袋說明標示清楚度	★	★	★	★	★
	藥物諮詢與藥物資訊傳遞情形	★	★	★	★	★
	民眾健康改善情形	★	★	★	★	★
內部溝通	醫藥雙方合作情形	★	★	★	★	★
	醫療院所處方箋釋出情形	★	★		★	★
	藥局備藥齊全度	★	★	★		★
	藥品物流情形	★	★	★		★
	全國藥局藥品存量網絡透明情形	★	★	★	★	★

附錄六、焦點團體小組會議相關資料

會議時間	會議地點	成員身份別	地區別	人數	備註
2007.11.5	中國醫藥大學	藥師	台中市	4人	10人 (40%)
			台北縣	2人	
			台東縣	1人	
			屏東縣	1人	
			高雄市	2人	
2007.11.15	中國醫藥大學	醫師	高雄市	1人	9人 (36%)
			台中市	3人	
			台中縣	4人	
			雲林縣	1人	
2007.11.19	中國醫藥大學	衛政人員	桃園縣	1人	6人 (24%)
			彰化縣	1人	
			台中市	1人	
			高雄市	2人	
			高雄縣	1人	
				總人數：25人	

附錄七、民眾滿意度調查問卷

親愛的小姐、先生您好：

首先感謝您撥冗協助填答本問卷！

這是一份行政院衛生署補助計畫中的研究問卷，目的在探討民眾對醫藥分業的認知、各項滿意度及選擇到健保特約藥局或原醫療院所取藥之因素，期望由您的寶貴意見，對政府提出改進醫藥分業政策的完整建議，並提供民眾更加的服務品質。

本問卷調查採不記名方式，您所提供的資料僅供計畫統計分析之用，絕不對外公開，敬請安心填答。最後，再次衷心感謝您的熱心協助與支持。

敬祝 健康快樂 萬事如意

中國醫藥大學醫務管理系暨研究所

計畫主持人：馬作鑑 博士

聯絡人：江靜穎 小姐

聯絡電話：(04)22053366 分機 6305

E-Mail: smart19820912@yahoo.com.tw

◎以下問題，請就各問項，至適當空格中勾選。

第一部份：民眾對醫藥分業的認知

1. 您是否聽過「醫藥分業」此名詞 是(請作答 2~12 題) 否(請作答 13~19 題)
是 否
2. 醫藥分業是政府既定政策，台灣已經全面推行.....
3. 醫藥分業的精神是醫藥雙方共同處方及調劑，提升團體醫療品質.....
4. 實施醫藥分業，民眾能到任何健保特約藥局取藥.....
5. 實施醫藥分業，無法防止藥物誤用與濫用.....
6. 醫藥分業的原則是「醫師僅處方、藥師僅調劑」.....
7. 實施醫藥分業，健保特約藥局並不會作藥歷建檔，來減少發生藥物副作用.....
8. 實施醫藥分業，能減少等候取藥所浪費的寶貴時間.....
9. 實施醫藥分業，健保特約藥局提供領取處方藥、與保健諮詢服務.....
10. 實施醫藥分業，醫療資源可能出現不合理分布.....
11. 實施醫藥分業，診察費與藥品費會一同列帳.....
12. 以上醫藥分業相關資訊，您的資訊來源從哪裡取得？(複選)
報章雜誌 電視新聞 親朋好友 醫療院所 學校
工作場所 公共場合的衛教宣導
不
知
道
13. 您知道現在醫師僅能下診斷、開處方，而取藥則可到健保特約藥局.....
14. 您知道健保特約藥局會為病患建立藥歷檔.....
15. 您知道能自由選擇到不同健保特約藥局取藥.....

16. 您知道醫師處方與藥師調劑分權負責，能給予大家用藥安全上的雙重保障.....
17. 您知道能向健保特約藥局藥師諮詢用藥或生活保健相關問題.....
18. 您知道到健保特約藥局取藥，能減少等候取藥的時間.....
19. 以上相關資訊，您的資訊來源從哪裡取得？(複選)
- 報章雜誌 電視新聞 親朋好友 醫療院所 學校
- 工作場所 公共場合的衛教宣導

第二部份：對醫藥分業制度之適當性及滿意程度(沒聽過醫藥分業者，跳過此部分)

- | | 非
常
滿
意 | 滿
意 | 普
通 | 不
滿
意 | 非
常
不
滿
意 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 對於醫藥分業制度實施的適當性..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. 對於醫藥分業實行後，加速密醫、無照藥師的淘汰，提升醫療品質... | <input type="checkbox"/> |
| 3. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局的藥品齊全度..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. 對於台灣醫藥分業的制度感到..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局和醫院診所的合作密切程度..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. 對於醫藥分業實行後，藥師能適時向處方醫師建議用藥選擇及藥品劑量 | <input type="checkbox"/> |
| 7. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局建立完整的病患藥歷資料..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. 對於醫藥分業實行後，藥師調劑能力的專業素質..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局的環境及空間配置良好..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. 對於醫藥分業實行後，藥師提供預防疾病與健康維護..... | <input type="checkbox"/> |
| 11. 對於醫藥分業實行後，提升的民眾取藥便利性..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. 對於醫藥分業實行後，可至離家較近之健保特約藥局取藥..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. 對於醫藥分業實行後，能夠自由選擇藥物調劑場所..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. 對於醫藥分業實行後，可減少到醫院診所的次數..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局較長的營業時間..... | <input type="checkbox"/> |
| 16. 對於醫藥分業實行後，取藥免繳掛號費及部分負擔..... | <input type="checkbox"/> |
| 17. 對於醫藥分業實行後，節省在醫院診所等候取藥時間..... | <input type="checkbox"/> |
| 18. 對於醫藥分業實行後，藥師的服務態度親切..... | <input type="checkbox"/> |
| 19. 對於醫藥分業實行後，能清楚知道健保特約藥局的位置..... | <input type="checkbox"/> |
| 20. 對於醫藥分業實行後，減少藥物濫用情形..... | <input type="checkbox"/> |
| 21. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局清楚懸掛特約標誌，建立專業執業形象
..... | <input type="checkbox"/> |
| 22. 對於醫藥分業實行後，民眾用藥的安全保障..... | <input type="checkbox"/> |
| 23. 對於醫藥分業實行後，藥師對病患病情及處方內容的保密度..... | <input type="checkbox"/> |

24. 對於醫藥分業實行後，民眾與醫師關係密切增加.....
25. 對於醫藥分業實行後，醫師用藥的自主權.....
26. 對於醫藥分業實行後，醫師處方能力的專業素質.....
27. 對於醫藥分業實行後，醫師對病患病情的掌控度.....
28. 對於醫藥分業實行後，減少用藥醫療糾紛.....
29. 對於醫藥分業實行後，醫師工作量減少，提升看診品質.....
30. 對於醫藥分業實行後，民眾普遍有用藥安全的認知.....
31. 對於醫藥分業實行後，民眾在醫療上有知的權利.....
32. 對於醫藥分業實行後，醫院診所提供藥物詳細資訊的服務.....
33. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局有提供藥物詳細資訊的服務.....
34. 對於醫藥分業實行後，健保特約藥局緊急服務電話的提供.....
35. 對於醫藥分業實行後，民眾有表達用藥意見與結果的機會.....
36. 醫藥分業實行後，政府全力加強宣導民眾醫藥分業的觀念.....

第三部份：請問您最常選擇到健保特約藥局調劑處方或在原就醫場所調劑處方？而其所考量的因素為何？

•您最常選擇在哪裡調劑處方？ 健保特約藥局 原就醫的醫院診所

•其考量因素為(請從以下 16 個選項中，挑出你優先考慮的前五個選項代號，並請照優先順序排列)_____

1. 免掛號費及部分負擔
2. 離家較近
3. 可以自由選擇任一間健保特約藥局調劑
4. 親人亦可幫忙至健保特約藥局取藥
5. 營業時間較符合自己時間
6. 等候取藥的時間較短
7. 提供較多藥物諮詢及資訊
8. 會建立病患藥歷，避免藥物副作用
9. 醫師與健保特約藥局會給予雙重藥物把關，防止藥物誤用與濫用
10. 藥師的專業能力
11. 擁有齊全的處方藥
12. 藥師會提供疾病預防與健康維護觀念
13. 藥師服務態度親切
14. 可以隨時表達自己用藥的意見及結果
15. 藥師會適時給予用藥選擇及劑量建議
16. 醫療診所本身有附設藥局

第四部份：民眾對社區健保特約藥局藥事服務之滿意度

	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
1. 健保特約藥局離家較近、較方便.....	<input type="checkbox"/>				
2. 可以自由選擇至健保特約藥局調劑藥品.....	<input type="checkbox"/>				
3. 親人亦可幫忙至健保特約藥局取藥.....	<input type="checkbox"/>				
4. 健保特約藥局營業時間較符合你的時間.....	<input type="checkbox"/>				
5. 至健保特約藥局取藥免掛號費及部分負擔，較省錢.....	<input type="checkbox"/>				
6. 健保特約藥局藥師調劑及正確配藥能力.....	<input type="checkbox"/>				
7. 健保特約藥局的藥品品質.....	<input type="checkbox"/>				
8. 健保特約藥局調劑內部一目了然，可清楚看到藥師調劑過程.....	<input type="checkbox"/>				
9. 健保特約藥局藥師會核對醫師開立的處方箋.....	<input type="checkbox"/>				
10. 健保特約藥局藥師適時與處方醫師討論用藥選擇及藥品劑量.....	<input type="checkbox"/>				
11. 健保特約藥局等候取藥的時間.....	<input type="checkbox"/>				
12. 健保特約藥局給的藥袋上或藥袋內會附上藥品名稱.....	<input type="checkbox"/>				
13. 健保特約藥局擁有較齊全的處方藥.....	<input type="checkbox"/>				
14. 健保特約藥局陳列藥品(OTC)動線流暢.....	<input type="checkbox"/>				
15. 藉由建立之病患藥歷資料，健保特約藥局能迅速預防用藥之配伍禁忌.....	<input type="checkbox"/>				
16. 健保特約藥局藥師主動告知相關藥物資訊.....	<input type="checkbox"/>				
17. 健保特約藥局藥師提供完整的藥品資訊.....	<input type="checkbox"/>				
18. 健保特約藥局藥師提供預防疾病與健康維護的觀念.....	<input type="checkbox"/>				
19. 健保特約藥局藥師提供病患選擇醫療服務之建議.....	<input type="checkbox"/>				
20. 健保特約藥局建立完整的病患藥歷資料.....	<input type="checkbox"/>				
21. 健保特約藥局藥師的服務態度.....	<input type="checkbox"/>				
22. 健保特約藥局的總體環境設備.....	<input type="checkbox"/>				
23. 健保特約藥局藥師會讓民眾表達用藥意見.....	<input type="checkbox"/>				
24. 健保特約藥局藥師給予真誠關心.....	<input type="checkbox"/>				
25. 健保特約藥局藥品擺設位置良好、便利.....	<input type="checkbox"/>				

第五部份：個人基本資料

1. 性別：男 女
2. 出生年：西元_____年
3. 居住地：_____
4. 婚姻狀況：已婚 未婚 鰥寡 離婚或分居
5. 職業：軍公教 商 工 農漁牧 醫護 自由業 榮民 家管
學生 退休 其他_____
6. 教育程度：未正式上學 小學 國中 高中職 專科 大學 研究所以上
7. 家庭年平均所得：無收入 50 萬以下 51~100 萬 101~200 萬 201~300 萬
301~500 萬 501 萬以上
8. 平均一年就醫次數約：_____次
9. 過去是否曾持處方箋至健保特約藥局取藥：是 否
10. 住家附近 500 公尺內是否有醫院診所：是 否
11. 住家附近 500 公尺內是否有社區健保特約藥局：是 否
12. 這次所持之處方箋類型為：一般處方箋 慢性處方箋
13. 過去較常拿的處方箋類型為：一般處方箋 慢性處方箋
14. 此次所持調劑處方箋的科別為
內科 兒科 耳鼻喉科 眼科 牙科 外科 骨科 皮膚科
其他科_____

——本問卷到此全部結束，煩請您再檢視一遍，看看是否有遺漏之處。——
再次謝謝您熱誠的支持與協助，謝謝！！