

# 基層醫師釋出慢性病連續處方箋之意願 及相關因素

龔佩珍<sup>1</sup> 呂嘉欣<sup>2</sup> 蔡文正<sup>2,\*</sup>

**目標：**醫師意願為影響慢箋釋出之首要因素，故本研究希望了解影響基層診所醫師釋出慢性病連續處方箋之意願及相關因素。**方法：**依健保局特約醫事機構名冊篩選符合研究條件之8,830位西醫基層醫師為研究對象，從中隨機抽取4,000位，以郵寄結構式問卷的方式進行問卷調查，共計回收有效問卷813份。除描述性分析外，並以複迴歸分析探討影響基層醫師釋出慢箋意願之相關因素。**結果：**50.5%的基層醫師表示願意或非常願意釋出慢箋，但也有32.7%醫師表示不願意或非常不願意；不願意理由前三項主因為「醫療糾紛責任區分不明」、「領藥流程造成民眾不便」、「藥師可能私自更換藥品」。五成以上基層醫師表達對於慢箋釋出制度不滿意。在控制其他變項下，影響基層醫師釋出慢箋意願之因素為「醫師認為無法即時掌握病情」、「增加醫師用藥困擾」、「對社區藥師協助用藥安全之認知」及「是否應制定社區藥局處方箋獨立總額之看法」、「對處方交付費滿意度」、「是否自聘藥師協助調劑」、「執業年資」、「平均每週病患人數」及「醫師主要診治之疾病」。**結論：**約一半基層醫師願意釋出慢性病連續處方箋，但仍有不少醫師不願釋出，若能針對研究中提出之不願意釋出因素加以改善，將能提升慢性病連續處方箋之釋出。(台灣衛誌 2007；26(1)：26-37)

**關鍵詞：**連續處方箋、處方箋釋出、慢性病、滿意度

## 前 言

根據衛生署於2001年的調查，台灣45歲以上民眾高血壓盛行率約為43%、糖尿病約為11%、高膽固醇約為23%。此外，過去數十年來，台灣國民的平均壽命大幅延長，40歲以上的中老年人口也因而急劇增加，至2005年的924萬人(佔總人口的41.29%)[1]。疾病型態隨著都市發展與科技進步而變化，最新的十大死亡原因中慢性疾病佔重要地位。

健保局為了降低民眾不必要的門診就醫，並獲得較佳的用藥照顧，鼓勵醫師針對慢性病患開立慢性病連續處方箋(簡稱慢箋)，而慢箋釋出為處方箋釋出的一部分。慢性病患人數逐漸攀升，但2006年西醫基層總額專業醫療服務品質指標結果顯示，2002年至2005年門診給藥案件中慢箋開立百分比為1.08%、1.59%、2.31%及4.68%，而2004年慢性病給藥案件數中開立慢箋的比例為11.43%[2]，慢箋釋出為開立的13.77%[3]，慢箋開立及釋出比率均不如預期。醫師願意開立慢箋，主要理由為「病人病情穩定」，其次為「病人領藥較方便」；而「擔心病人病情變化」及「擔心病人服藥遵從性差」，則是不願意開立慢箋之主因。另外，醫師因「方便病人領藥」及「病人病情穩定」而願意釋出慢箋；不願意釋出的原因則是對社

<sup>1</sup> 亞洲大學健康管理研究所

<sup>2</sup> 中國醫藥大學醫務管理學系暨碩士班

\* 通訊作者：蔡文正

聯絡地址：台中市學士路91號

E-mail: wtsai@mail.cmu.edu.tw

投稿日期：95年7月31日

接受日期：96年1月12日

區藥師供藥品質有不確定感，互信度不佳[4]。另一研究則指出，醫師不願意釋出處方箋的前三項原因為「擔心若有醫療糾紛時的法律責任不明」、「擔心藥師配藥時可能私自更換不同的藥物」及「遭健保剔退時的責任歸屬不明」；而在「民眾要求」、「提高診察費」及「良好的轉診措施」下較願意配合釋出處方箋[5]。

由於民眾持慢箋至社區藥局調劑所需藥品，可節省交通往返及候診候藥的時間，並可節省掛號費及藥品部分負擔的費用，為民眾及健保節省支出，然目前釋出情形仍未達理想。因此本研究主要欲瞭解目前基層診所慢性病連續處方箋釋出之現況，分析影響基層診所醫師釋出慢箋意願之相關因素，進而提出慢箋釋出之相關建議，以作為推動慢性病連續處方箋釋出政策之參考。

## 材料與方法

### 一、研究對象及抽樣方法

本研究問卷調查乃針對西醫基層診所醫師為研究對象。依據全民健康保險局於2005年7月公佈之特約醫事機構名冊，其中西醫基層診所負責醫師共有8,830位，從中隨機抽取4,000位西醫基層診所醫師作為問卷調查對象。

### 二、研究工具

本研究透過問卷調查的方式收集資料，測量工具採結構式問卷的方式設計問卷。問卷的發展過程採用文獻探討及焦點團體蒐集基層診所醫師與相關人員對於釋出慢性病連續處方箋制度之意見、看法與感受，彙整可能影響基層醫師釋出慢性病連續處方箋意願相關因素之變項。在效度方面：本問卷採內容效度(Content validity)，請相關科別基層醫師及衛生單位相關人員(如健保局人員)依研究變項適用性及內容之涵蓋面來衡量題目，以瞭解問卷之需要性及完整性，再依專家給予之意見修改問卷內容，成為正式問卷。在信度方面，本研究以計算Cronbach's

$\alpha$ 係數之方法來測量內部一致性，檢定「基層醫師對於慢性病連續處方箋釋出制度之看法」的內部一致性，在對慢箋釋出制度看法12個題目中其Cronbach's  $\alpha$ 係數為0.77。本研究亦檢定「曾經釋出慢性病連續處方箋基層醫師對於釋出制度之滿意度」之問項，其Cronbach's  $\alpha$ 係數為0.89，可知本問卷內容具有一致性。

### 三、資料收集

本研究之研究對象透過全民健康保險局公佈之醫事特約機構名冊取得基層診所負責醫師之地址資料，採郵寄結構式問卷的方式進行資料收集，由基層醫師自行填答完成後將問卷寄回。問卷於2005年9月郵寄後，回收至10月，共計2個月，有效樣本為813份，有效回收率為20.32%。本研究進行基層醫師樣本與母群體之適合度檢定，樣本醫師平均年齡53.28歲，母群體醫師平均年齡52.49歲，檢驗結果顯示樣本與母群體之平均年齡未達統計上顯著差異( $p=0.053$ )；另外樣本醫師性別比例(737:35)與母群體醫師性別比例(8045:438)也未達統計上顯著差異( $p=0.36$ )，故本研究之樣本應具有一定代表性。

### 四、資料分析

除描述性統計分析外，本研究利用複回歸分析(Multiple Regression Analysis)，以基層醫師釋出慢性病連續處方箋之意願為依變項，採Likert 1~5分為評分方式，以醫師基本特性、主要治療慢性病種類、醫師對處方箋釋出制度之看法、對社區藥局及藥師之評價等為自變項，探討哪些因素會影響基層診所醫師釋出慢箋之意願。

## 結 果

為了檢驗本研究之樣本數是否足夠，本研究假設母群體與樣本基層醫師釋出慢性病連續處方箋意願之可容許誤差為0.15分，樣本基層醫師釋出慢箋之意願平均值為3.20分，標準差為1.30 (以樣本標準差代替)，若

統計顯著水準為0.05，且檢力在80%的條件下，則所需樣本數為592份，本研究之樣本數813份應具足夠統計效力。

本研究蒐集813位西醫基層診所醫師問卷，以男性為主(95.64%)，年齡多介於41~50歲(37.02%)，執業年資則以21年以上(41.96%)為多，主要執業科別方面，以「家醫科」(59.60%)及「內科」(40.65%)佔多數。24.56%受訪基層醫師平均每週病人數為「201~300人」，而19.33%則為「101~200人」。近六成基層診所自聘藥師協助調劑。本研究結果發現，五成左右基層醫師表示願意及(39.18%)及非常願意(19.96%)釋出慢性病連續處方箋，但也有三成左右的基層醫師表示不願意(13.78%)及非常不願意(18.92%)；且有近五成受訪基層醫師不曾釋出慢性病連續處方箋，平均每個月慢性病連續處方箋釋出量呈現二極化，62.68%釋出量為30張以下，15.37%釋出量為111張以上(表一)。

若處方交付費調為55元時，即有七成五的基層醫師認為是合理的。四至五成的醫師認為「透過社區藥師給藥會增加醫師用藥困擾」、「慢性病連續處方箋釋出會增加需與社區藥師溝通的麻煩」、「慢性病連續處方箋釋出會減少醫師收入」、「藥師會降低病患的回診意願」、「應制訂社區藥局處方箋申報之獨立總額」；五至七成左右的基層醫師則認為「慢箋釋出後較無法即時掌握病患的病情變化」、「慢箋釋出侵犯醫師權益(權劑權)」、「政府鼓勵慢箋釋出的政策不夠明確」，基層醫師對社區藥師之負面感受較多，且大多數基層醫師表示同意(29.67%)及非常同意(50.07%)「慢箋釋出後有關用藥醫療糾紛責任難區分」。

另外，基層醫師認為不願意釋出慢箋之主要前三項因素依序為「醫療糾紛責任區分不明」(57.69%)、「領藥流程造成民眾不便」(38.59%)、「藥師可能私自更換藥品」(38.21%) (圖一)。本研究再針對436位曾釋出慢箋之基層醫師調查其相關滿意度(表二)。約三至四成曾經釋出慢箋之基層醫師對於「慢箋核減情形」、「藥品支援系統成

熟度」及「藥師專業能力」感到不滿意及非常不滿意。另外，813位受訪醫師中約五成對於「目前處方交付費之金額」及整體感受表示不滿。

本研究先利用逐步複迴歸分析影響西醫基層診所醫師釋出慢箋意願之顯著相關因素，再將「性別」強迫進入模式中當作控制變項，而「年齡」與「執業年資」有高度相關，因為「執業年資」已在模型中，故不再將「年齡」強迫放入模型中為控制變項。迴歸模式中以「基層醫師釋出慢箋之意願」為依變項，自變項則包括基層醫師之基本特性、對於目前處方箋交付之滿意度、對於慢箋釋出制度之看法、對於社區藥局各方面之評價等變項。共計652位受訪基層醫師樣本進入迴歸分析中，由迴歸模式發現影響基層醫師釋出慢箋意願之顯著相關因素，包含：基層醫師之「執業年資」、「平均每週病人數」、「是否自聘藥師協助調劑」及醫師主要診治慢性病種類為「高血壓」、「攝護腺肥大」，以及基層醫師對於慢箋釋出制度滿意度及看法之「對於處方交付費滿意度」、「無法即時掌握病情之同意程度」、「增加醫師用藥的困擾之同意程度」、「協助醫師用藥安全之同意程度」、「制定社區藥局處方箋申報獨立總額之同意程度」(表三)。

在控制其他變項之下，「執業年資」愈長者，其釋出慢箋之意願顯著愈低( $p < 0.05$ )。平均每週病人數「101~200人」、「201~300人」及「401~500人」之基層醫師，相較於平均每週病人數在「100人以下」之基層醫師，其釋出意願有顯著較低的情形( $p < 0.05$ )。當基層診所「自聘藥師協助調劑」時基層醫師釋出意願顯著較低( $p < 0.05$ )。基層醫師主要診治之慢性病種類為「高血壓」者，其釋出慢箋的意願顯著較主治不是高血壓者低( $p < 0.05$ )，而主要診治慢性病種類為「攝護腺肥大」之醫師，其釋出慢箋的意願顯著較主治不是攝護腺肥大者高( $p < 0.05$ )。基層醫師滿意度及看法方面，愈滿意「目前處方交付費金額」、對「社區藥師可協助用藥安全」、「應制定社區藥局處方箋申報之獨立總額」認同程度愈高時，其

表一 基層醫師對於慢箋釋出制度之執行情形與看法

變 項	n=813	(%)	變 項	n=813	(%)
醫師慢箋釋出之情形			認為合理的處方交付費金額		
釋出慢箋的意願			25元	384	53.41
非常不願意	110	13.78	26~35元	51	7.09
不願意	151	18.92	36~45元	20	2.78
普通	134	16.79	46~55元	93	12.93
願意	276	34.59	56~100元	99	13.77
非常願意	127	15.91	101元以上	59	8.21
遺漏值	15		其他	13	1.81
是否曾釋出慢箋			遺漏值	94	
是	436	53.83	無法即時掌握病患的病情變化		
否	374	46.17	非常不同意	26	3.39
遺漏值	3		不同意	59	7.68
平均每個月慢箋釋出量(僅曾釋出慢箋之醫師填答, n=436)			普通	145	18.88
10張以下	175	42.68	同意	214	27.86
11~30張	82	20.00	非常同意	324	42.19
31~50張	33	8.05	遺漏值	45	
51~70張	14	3.41	會增加醫師用藥困擾		
71~90張	11	2.68	非常不同意	28	3.70
91~110張	32	7.80	不同意	114	15.06
111張以上	63	15.37	普通	239	31.57
遺漏值	26		同意	207	27.34
是否有合作之社區藥局(僅曾釋出慢箋之醫師填答, n=436)			非常同意	169	22.32
是	239	54.94	遺漏值	56	
否	196	45.06	增加需與社區藥師溝通的麻煩		
遺漏值	1		非常不同意	29	3.83
接受社區藥師討論處方的意願(僅曾釋出慢箋之醫師填答, n=436)			不同意	127	16.75
非常不願意	17	3.97	普通	268	35.36
不願意	14	3.27	同意	208	27.44
普通	54	12.62	非常同意	126	16.62
願意	249	58.18	遺漏值	55	
非常願意	94	21.96	慢箋釋出會減少醫師收入		
遺漏值	8		非常不同意	45	5.98
醫師對慢箋釋出制度之看法			不同意	97	12.88
是否認同藥師可更換藥品(同成份或同療效)			普通	278	36.92
社區藥師可依其專業更換	34	4.25	同意	208	27.62
須經醫師同意	481	60.13	非常同意	125	16.60
不可更換	285	35.63	遺漏值	60	
遺漏值	13		慢箋釋出侵犯醫師權益(調劑權)		
希望藥師對慢箋處方有疑問時之處理方式			非常不同意	30	3.96
由病患持處方箋諮詢醫師	70	8.77	不同意	61	8.06
由藥師直接與醫師聯絡討論	712	89.22	普通	180	23.78
不需與醫師聯絡, 依照處方	13	1.63	同意	188	24.83
其他	3	0.38	非常同意	298	39.37
遺漏值	15		遺漏值	56	



表一 基層醫師對於慢箋釋出制度之執行情形與看法(續)

變 項	n=813	(%)	變 項	n=813	(%)
有關用藥醫療糾紛責任難區分			有適當配套措施下是否同意		
非常不同意	23	3.01	持續推動此制度		
不同意	22	2.88	非常不同意	101	13.31
普通	110	14.38	不同意	111	14.62
同意	227	29.67	普通	247	32.54
非常同意	383	50.07	同意	213	28.06
遺漏值	48		非常同意	87	11.46
藥師可協助醫師用藥安全			遺漏值	54	
非常不同意	106	13.95	應制訂社區藥局處方箋申報		
不同意	123	16.18	之獨立總額		
普通	280	36.84	非常不同意	79	10.58
同意	194	25.53	不同意	56	7.50
非常同意	57	7.50	普通	253	33.87
遺漏值	53		同意	186	24.90
藥師可提升病患用藥正確性			非常同意	173	23.16
非常不同意	138	18.25	遺漏值	66	
不同意	190	25.13	政府鼓勵釋出的政策不夠明確		
普通	257	33.99	非常不同意	22	2.94
同意	128	16.93	不同意	45	6.02
非常同意	43	5.69	普通	259	34.63
遺漏值	57		同意	206	27.54
藥師會降低病患的回診意願			非常同意	216	28.88
非常不同意	37	4.88	遺漏值	65	
不同意	114	15.04			
普通	279	36.81			
同意	202	26.65			
非常同意	126	16.62			
遺漏值	55				

註：百分比的計算未納入遺漏觀察個案

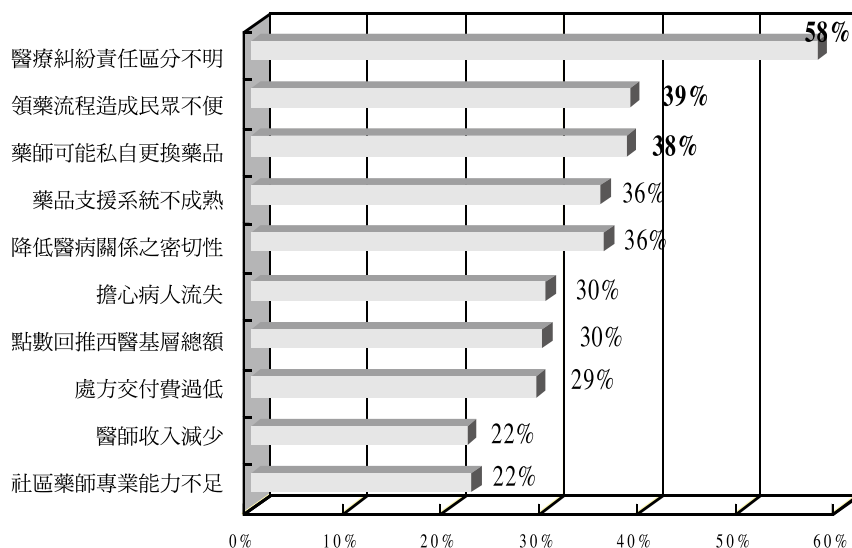
釋出慢箋之意願愈高( $p < 0.05$ )。另外，愈同意慢箋釋出後「醫師無法即時掌握病情」及「增加醫師用藥困擾」時，其釋出意願顯著愈低( $p < 0.05$ )。

## 討 論

### 一、基層醫師釋出慢箋之意願及執行情況

曾釋出慢箋的436位基層醫師中，平均每個月慢箋的釋出量呈現二極化的現象。過

去研究顯示，面對醫藥分業政策時，非大型規模且未聘雇藥師協助調劑之基層診所選擇以不釋出處方最多，以避免病患流失[6]，但慢箋的藥品數量較多且較昂貴，較一般處方箋易釋出，然而，基層醫師為維持密切的醫病關係性，開立慢箋的比例降低，慢箋釋出量因而較少。當診所規模較大，設立門前藥局符合經濟效益時，其策略選擇為設立門前藥局或集中釋出至合作的特約藥局[6]，慢箋釋出張數因而提升。



圖一 基層醫師不願意釋出慢箋之可能原因

## 二、基層醫師對於慢箋釋出制度的看法

本研究問卷中除了調查基層醫師對於目前25元處方交付費的滿意度外，並以開放式問題調查基層醫師認為合理的處方交付費金額。一半左右的受訪基層醫師對於目前處方交付費25元感到「不滿意」(29.07%)及「非常不滿意」(21.77%)，若處方交付費金額調為55元時，即有七成五的醫師認為該金額是合理的，適度調高處方交付費應能增加醫師釋出慢箋之意願，國內多位研究者亦認為醫師釋出處方費是處方釋出之關鍵因素，例如：許芳瑾認為診所處方交付費太低是導致雙軌制醫藥分業的原因[7]；黃光華等亦認為加強全民健保支付制度釋出處方之誘因，應為值得努力之方向，可仿照日本提高處方釋出費並降低藥品利潤，或可有效落實醫藥分業政策目標[8]。

日本自1961年每張交付處方箋的交付費5點(每點10日圓)，多次調整後，於1996年提高至76點，處方釋出率則由1975年前不及1%，至1999年時已達34.8%，可見交付費對於醫師釋出處方箋之誘因。日本為解決門前藥局問題，採取基本調劑費分級給付，一般

社區藥局與門前藥局之基本調劑費給付比例為49:21，有效抑制門前藥局的設立[9-11]，台灣亦可吸取此經驗，並適度提高處方交付費，增加醫師釋出慢箋之意願。台灣2006年1月1日起調升非門前藥局(一般社區特約藥局)之藥事服務費，針對西醫基層診所釋出之慢箋調劑，由53元提升至66元，調高幅度不大，但對於接受慢箋的一般特約藥局而言可能具有鼓勵效果，然而，要提升醫師釋出慢箋之意願，也要從處方交付費的部分著手。研究指出若將處方交付費納入西醫基層總額中，或將處方箋釋出後之點值獨立於總額外，如此可令處方交付費更具吸引力，或避免處方箋釋出之點值回推總額影響醫院及醫師之收入，將可提高醫師釋出慢性病連續處方箋之意願[12]。但提升處方交付費應進一步估算所增加之成本，至於提升或獨立處方交付費對提升醫師釋出慢箋意願之成效是否較佳，有待進一步的評估。

## 三、基層醫師不願意釋出慢箋之主要原因

本研究調查結果顯示，基層診所醫師認為不願釋出慢箋前五項原因依序為「醫療糾

表二 曾釋出慢箋之基層醫師對慢箋釋出制度之滿意度

變 項	n = 436	(%)
對於慢箋核減情形之滿意度		
非常不滿意	65	16.17
不滿意	69	17.16
普通	196	48.76
滿意	67	16.67
非常滿意	5	1.24
遺漏值	34	
與社區藥局間合作關係之滿意度		
非常不滿意	20	5.09
不滿意	55	13.99
普通	199	50.64
滿意	99	25.19
非常滿意	20	5.09
遺漏值	43	
對於藥品支援系統成熟度之滿意度		
非常不滿意	50	12.69
不滿意	90	22.84
普通	157	39.85
滿意	85	21.57
非常滿意	12	3.05
遺漏值	42	
對於藥師專業能力之滿意度		
非常不滿意	46	11.73
不滿意	87	22.19
普通	156	39.80
滿意	94	23.98
非常滿意	9	2.30
遺漏值	44	
對目前處方交付費25元的滿意度 (全部基層醫師均需填答，n = 813)		
非常不滿意	170	21.77
不滿意	227	29.07
普通	326	41.74
滿意	51	6.53
非常滿意	7	0.90
遺漏值	32	
對慢箋制度的整體滿意度 (全部基層醫師均需填答，n = 813)		
非常不滿意	140	18.30
不滿意	254	33.20
普通	289	37.78
滿意	77	10.07
非常滿意	5	0.65
遺漏值	48	

註：百分比的計算未納入遺漏觀察個案

表三 影響基層診所醫師釋出慢箋意願之複迴歸分析

變項名稱	迴歸係數	標準化係數	標準誤	P值
常數	5.48	0.00	0.43	<0.01
性別				
女(參考組)				
男	-0.32	-0.05	0.21	0.13
執業年資	-0.01	-0.09	0.00	0.02
平均每週病患人數				
100人以下(參考組)				
101~200人	-0.44	-0.13	0.16	<0.01
201~300人	-0.32	-0.11	0.15	0.04
301~400人	-0.29	-0.08	0.17	0.08
401~500人	-0.40	-0.10	0.18	0.03
501人以上	-0.05	-0.01	0.17	0.79
是否自聘藥師協助調劑				
否(參考組)				
是	-0.44	-0.17	0.09	<0.01
主要診治慢性病種類				
高血壓	-0.41	-0.08	0.18	0.02
攝護腺肥大	0.21	0.08	0.10	0.03
對於處方交付費25元之滿意度	0.12	0.08	0.05	0.02
醫師無法即時掌握病情之同意程度	-0.27	-0.22	0.04	<0.01
慢箋釋出會增加用藥困擾之同意程度	-0.25	-0.21	0.05	<0.01
透過社區藥師可協助醫師用藥安全之同意程度	0.12	0.10	0.04	<0.01
制訂社區藥局處方箋申報之獨立總額	0.12	0.12	0.04	<0.01

註：n=652; Adj R<sup>2</sup>=0.29; P<0.01; entry=0.15, stay=0.05

紛責任區分不明」、「領藥流程造成民眾不便」、「藥師可能私自更換藥品」、「藥品支援系統不成熟」、「降低醫病關係之密切性」。三成五至六成基層醫師認為這五項為不願意釋出慢箋之最主要因素，尤其近六成以「醫療糾紛責任區分不明」為第一考量要素，與過去研究結果顯示醫師不願意釋出處方箋的因素相符，包括「擔心若有醫療糾紛時的法律責任不明」及「擔心藥師配藥時可能私自更換不同的藥物」[5]；本研究與該研究已間隔多年，但醫師對於處方箋釋出之認知仍無明顯的變化，可能因此導致處方釋出率無法大幅成長的情形。

欲改善「醫療糾紛責任區分不明」、「藥品支援系統不成熟」、「藥師可能私自更換藥品」三項因素需政府主管機關之努力，自慢箋開立至病患領取藥品過程中各對

象之責任應明確訂定並明訂規範，以釐清責任；依據台中市及台北市之合作釋出模式經驗，藥品支援系統不成熟及藥師私自更換藥品可透過醫事團體及藥事團體間之合作，彼此協調及合作以尋求解決之道[13,14]。至於醫師感到慢箋釋出會「降低醫病關係之密切性」之觀念，可能因為多數醫師認為藥師會降低病患的回診意願(43.27%)，且擔心慢箋釋出後較無法即時掌握病患的病情變化(70.05%)，欲減少此類認知，需藉由持續教育令醫師接受醫藥分業之功能，並相信藥師之專業，另一方面則須提升社區藥局及藥師之功能及素質，促成醫藥間分工合作。日本及韓國推廣醫藥分業過程中，除了提供醫師釋出處方箋誘因，同時進行基礎建構的設置，包括社區藥局品質的督促、藥品物流系統的規劃、藥師持續教育課程的設計等



[15,16]，尤其慢箋較一般處方箋開立需更長時間且更多數量的藥品，必須藉由社區藥師發揮輔導、追蹤病患之功能以持續穩定病患的病情，故學習日本及韓國此方面在基礎建設的規劃，有助於消除醫師在此方面的顧慮，進而提升釋出處方箋的意願。

#### 四、影響基層醫師對慢箋釋出意願之相關因素

本研究利用複迴歸方式分析影響基層醫師釋出慢性病連處方箋之意願，結果發現，在影響基層診所醫師釋出慢箋意願之因素中，愈滿意處方交付費金額之基層診所醫師其釋出意願愈高，先前章節已討論過有關處方交付費之金額，而此複迴歸結果再一次證明處方交付費影響基層醫師釋出慢箋之意願，故相關衛生單位可針對這部分再進一步研究。另外，過去針對醫院醫師探討影響醫院醫師釋出處方箋意願之因素中，處方交付費金額並非顯著原因[12]，可能因為醫院醫師經由病患的回診所獲得之給付優於處方交付費，故此項目非醫院醫師之影響因素，因而與本研究之結果有所差異。

愈同意「透過社區藥師可協助醫師用藥安全」之基層診所醫師釋出慢箋意願愈高，而愈同意「慢箋釋出後醫師無法即時掌握病情」及「透過社區藥師給藥會增加醫師用藥的困擾」則釋出慢箋意願愈低。當基層診所醫師對於社區藥師之專業信任不足，並認為藥師對病患之解說會影響醫師用藥時，確實會影響其釋出意願，亦無法達到醫藥合作之目標。現今醫療糾紛及用藥錯誤之事件時有所聞，基層診所醫師認為若社區藥師能夠為其分擔處方再確認之工作時，醫師釋出慢箋的意願較高，但本研究調查結果顯示，約五成的基層醫師認為透過社區藥師給藥會增加醫師用藥困擾，且僅三成左右的基層醫師覺得社區藥師能夠協助醫師用藥安全，因而慢箋釋出率相對較低。另外，基層診所醫師愈同意「應制定社區藥局處方箋申報獨立總額」時，其釋出慢箋之意願愈高，此政策在現今全民健保制度下是否可行，應該以何種模式執行，則有待進一步探討。

在基層醫師基本特性部分，當基層診所

醫師「執業年資」愈長時釋出慢箋之意願愈低，可能因為執業年資愈長之醫師已習慣原先執業型式，與病患之互動模式亦固定，若釋出慢箋，勢必需要向病患說明解釋慢箋的使用方式，應如何完成其藥品的調劑，並改變病患之就醫流程；且44.06%的受訪醫師表示慢箋釋出後會增加與社區藥師溝通的麻煩，愈年長的醫師更加認定這些改變為負擔。另外，執業年資較長之基層診所醫師年齡也較長，對於醫師之地位及權益(調劑權)更加保護，可能認為無論是診斷或調劑，原本就屬於醫師之專業，因而釋出慢箋之意願較低。本研究結果顯示平均每週病患人數愈多的基層醫師釋出慢箋的意願，相較於病患人數少的基層醫師低，而「自聘藥師協助調劑」相較於「無自聘藥師調劑」之基層診所醫師，其釋出慢箋意願亦較低。過去研究指出隨著每日服務量的增加，西醫基層診所醫師之釋出處方率明顯減少[8]，此與本研究結果相符，且診所中執業醫師數較少者，相對有較高釋出處方率，可能因為單獨執業若未達聘任藥師調劑之經濟規模，則傾向以釋出處方較為符合經濟效益[8]，因此基層醫師釋出一般處方箋或慢箋之意願皆與診所服務量有顯著相關。當診所自聘藥師協助調劑時，釋出處方箋之比例下降，而病患人數多之基層診所醫師在經濟效益考量下傾向於自聘藥師，故服務量多之基層醫師釋出慢箋之意願隨之降低。而過去研究中指出每日看診超過30人次的診所，其在醫藥分業後，考慮自聘藥師之比例(82%)遠高於看診30人以下的診所考慮自聘藥師之比例(6%)[17]，此結果可印證本研究之推論。

#### 五、基層醫師是否有合作藥局之差異

本研究進一步探討曾經釋出慢箋的基層醫師中，結果顯示有合作藥局之基層醫師平均每個月慢箋釋出張數多的比例較高，且統計上顯著差異( $p < 0.05$ )。過去研究指出，大部分釋出處方箋之診所，其處方之釋出有高度集中的現象[6]，故推測本研究中慢箋釋放量較多的基層醫師，有集中釋出至合作藥局之可能性。目前慢箋釋出制度之推廣採

各區域藥師公會與特定醫療院所合作的模式，社區藥師與醫師為確保慢性病患領取正確藥物，希望彼此能有所合作，或行政作業上適度的配合，故有合作藥局之基層醫師釋出量多的比例較高。另外，本研究結果亦顯示，有合作藥局之基層醫師對於社區藥師之專業認同感較佳，較高比例同意藥師可協助醫師用藥安全，且非常願意釋出慢箋及接受社區藥師討論處方的比例亦較高，彼此合作的模式讓基層醫師同意持續推動慢箋釋出制度的比例(60.00%)顯著高於無合作藥局之基層醫師(37.10%)。

然而，慢箋集中釋出至合作藥局難免令人產生是否為門前藥局之疑慮，尤其有合作藥局之基層醫師平均每個月的慢箋釋出量為130.64張，遠高於無合作藥局之35.05張。此外，依中央健保局統計，台灣獨資藥局共1,986間，其中1,061間疑似門前藥局，比例相當高。門前藥局藥師無法發揮協助醫師用藥及病患服藥安全之專業，醫師不僅可多申報處方交付費，更可多得藥師服務費，且過去研究結果指出集中釋出的處方藥費遠大於非集中釋出處方[6]，不僅無法提升醫療品質，亦不能達到控制醫療費用的目標。本研究並未將合作藥局區分為門前藥局或單純合作關係的藥局，故門前藥局對於慢箋釋出制度之影響，有待進一步分析探討。

## 六、研究限制

本研究共回收基層醫師問卷813份，回收率為20.32%，稍嫌偏低，但一般針對醫師之相關調查研究之回收率多偏低，過去相關研究針對醫師之問卷調查之回收率多在15%-20%之間[18-20]，本研究回收率相對尚可。但是本研究對於結果之外推性仍有所保留。

## 致 謝

本研究非常感謝行政院衛生署之委託研究(計畫編號：DOH94-TD-D-113-015)經費補助，惟報告內容不代表衛生署意見。

## 參考文獻

1. 行政院衛生署衛生統計資訊網：衛生統計、死因統計結果摘要、全民健康保險統計、全民健保主要就診率統計。http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm。引用2006/3/22。
2. 中央健康保險局：全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽。台北：中央健康保險局，2005。
3. 林淑梅：推動處方箋釋出一東京經驗談及我國推動措施。台北：行政院衛生署藥政處主辦之推動慢性病連續處方箋釋出研討會，2003。
4. 何蘊芳：慢性病連續處方箋釋出成效之探討與推廣。台北：行政院衛生署九十三年度科技研究發展計畫，2004。
5. 白璐：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。台北：行政院衛生署八十八年下半年及八十九年度科技研究發展計畫，2000。
6. 蔡貞慧：醫藥分業政策影響評估—診所藥局之互動及用藥質量變化。台北：行政院衛生署九十年科技研究發展計畫，2001。
7. 許芳謹、鄭萬祥：台灣省醫藥分業之研究。藥學雜誌 1999；15：151-6。
8. 黃光華、李玉春、黃昱瞳：醫藥分業對西醫診所門診處方釋出率及影響因素之分析。台灣衛誌 2004；23：469-78。
9. 王嘉明：「趨勢報告」日本醫藥分業近況與未來趨勢—2002年亞洲藥學會日本論文報告(上)。中華民國藥師公會全國聯合會藥師週刊 2002；(1299)：3。
10. 王嘉明：「趨勢報告」日本醫藥分業近況與未來趨勢—2002年亞洲藥學會日本論文報告(下)。中華民國藥師公會全國聯合會藥師週刊 2002；(1300)：3。
11. 中華景康藥學基金會圓桌論壇：醫藥分業系列～台日經驗交流。藥學雜誌 2005；21：155-60。
12. 龔佩珍：慢性病連續處方箋釋出相關因素及建立可行性機制之研究。台北：行政院衛生署九十四年度科技研究發展計畫，2005。
13. 連瑞猛：台北市藥師公會慢性病連續處方箋釋出計劃。台北市藥師公會會刊 2004；12。
14. 陳本源：台中市推動慢性病連續處方箋釋出之經驗分享。台中總藥訊 2004；11：1。
15. 劉宏志：韓國能！為什麼我們不能！。臺北市藥師公會會刊 2001；17：3-7。
16. 劉宏志：韓國醫藥分業現況。台北市藥師公會會刊 2001；17：3-7。
17. 吳銘斌、楊盛玉、林易煌、顏裕庭：執業醫師對將來醫藥分業實施的看法。台灣醫界 1999；42：281-4。



18. 吳敬堂、鍾國彪、苗迺芳等：影響醫師實施臨床指引意願之因素探討—針對臨床指引本身之特性。醫務管理期刊 2005；**6**：153-72。
19. 邱瓊萱、鍾國彪、陳端容、魏中仁、楊志良：主治醫師價值觀契合度與組織承諾關係的探討—以六家醫學中心為例。台灣衛誌 2001；**20**：275-90。
20. 林惠雯、薛亞聖：醫療消費者及醫療提供者對全民健保新制門診藥品部分負擔的認知、態度及行為之研究。台灣衛誌 2003；**22**：33-42。

## Willingness of clinic physicians to approve prescription refills for chronic diseases

PEI-TSENG KUNG<sup>1</sup>, CHIA-HSIN LU<sup>2</sup>, WEN-CHEN TSAI<sup>2,\*</sup>

**Objectives:** Physicians willingness is the main factor determining the approval of prescription refills for chronic diseases. The aim of the current study was to investigate the factors influencing the willingness of clinic physicians to approve prescription refills. **Methods:** Of 8,830 clinic physicians in the National Health Insurance database, 4,000 physicians were randomly surveyed with structured questionnaires. Of the 4,000 questionnaires mailed to the physicians, 813 were returned. Descriptive and multiple regression analyses were performed to identify those factors determining clinic physicians' willingness to approve prescription refills. **Results:** Of the physician respondents, 50.5% were willing, or very willing, to approve prescription refills for chronic diseases, whereas 32.7% of clinic physicians were unwilling, or very unwilling, to do so. The three major reasons determining a physician's unwillingness to approve prescription refills were: 1) concerns related to medical malpractice, 2) inconvenience associated with the process, and 3) the possibility of the prescription being changed. One-half of physicians were not satisfied with the policy pertaining to the approval of prescription refills. After controlling for other factors, the factors significantly associated with the physicians' willingness to approve prescription refills included: 1) empathy for the patient's medical condition, 2) increased medication problems, 3) the pharmacist's competence in safely dispensing medications, 4) establishing a separate global budget payment schedule for prescription refills, 5) satisfaction with the reimbursement for prescription refills, 5) hiring the pharmacist, 6) years of practice, 7) weekly patient volume, and 8) a physician's speciality. **Conclusions:** One-half of the clinic physicians sampled in the current study were willing to approve prescription refills for chronic diseases. By focusing on the factors associated with the physicians' unwillingness to approve prescription refills and working to overcome them, the rate of approving prescription refills may be increased. (*Taiwan J Public Health*. 2007;26(1):26-37)

**Key Words:** *refilled prescriptions, prescription release, chronic disease, satisfaction*

<sup>1</sup> Graduate Institute of Healthcare Administration, Asia University, Taichung, Taiwan, R.O.C.

<sup>2</sup> Department of Health Services Management, China Medical University, No. 91, Hsueh Shin Road, Taichung, Taiwan, R.O.C.

\* Correspondence author. E-mail: wtsai@mail.cmu.edu.tw

Received: Jul 31, 2006

Accepted: Jan 12, 2007