

研究論文

## 藥商、醫院與醫師的處方決策： 醫療制度與組織面之脈絡分析\*

謝幸燕

\* 謝幸燕 義守大學醫務管理學系助理教授 (hsiehhy@isu.edu.tw)。本文在研究進行期間曾獲國科會專題研究計畫的支持，謹此致謝。本文的分析資料來自兩個國科會專題計畫，一部分藥商的訪問資料來自「醫院醫師與藥商間交換關係之研究」（編號NSC 90-2412-H-214-002），其他藥商及所有醫師及醫管人員、藥師的訪問資料來自「HRT 藥商的促銷與藥商、醫療專業團體、醫療專業人員的關係」（編號NSC 91-2420-H-214-001）。作者要對本研究的32位受訪者特別致謝，你們提供了許多豐富有趣的資料，感謝學刊編委及兩位匿名審查人詳盡的意見，同時也要感謝張荳雲、成令方、蔡友月對本文初稿提供了修改的建議，並由尤素芬協助潤飾全文結構及用詞，助理郭香蘭協助資料的整理。當然，一切文責，仍由作者自負。

收稿日期：2004/7/5，接受刊登：2005/1/20。

## 中文摘要

本文分析台灣醫師處方決策的制度與組織的脈絡，探討藥商與醫院的管理暨採購制度對台灣醫師處方決策構成的限制與誘因。有許多因素會影響醫師的處方決策，本文的分析焦點是兩個與藥商有關的脈絡：醫院採購系統與藥商介入藥品採購的方式對處方決策權的影響；藥商按醫療機構的特性對醫師採取差別化的關係建立策略，讓不同機構層級的醫師在進行決策時面對不同的參考架構。在醫療機構管理權上升的趨勢下，醫師間需協商使用藥品的品項，並接受院方的監督。藥商會針對醫療機構規模的差異，對醫師採取不同的關係策略。在大型醫院中，藥商通常會藉提供資訊、研究經費、無酬勞動力等方式影響醫師的處方用藥。在較小的醫院與診所中，交易主要是透過市場進行，藥商藉財務誘因影響醫師的處方決定。總結來說，台灣醫師的處方決策不必然以專業知識做為參考基準。台灣的醫療體系和醫管制度容許甚至鼓勵藥商在各級醫院中使用非專業的促銷手法；藥商得提供醫師許多滿足自利動機的選擇。政府推行各項政策以提高醫師專業知識、提升醫療品質的同時，也應留意這些政策在執行上是否過度依賴量化指標，反而擴大了藥商促銷活動的影響範圍，讓醫師面臨更多非專業誘因，對醫師的處方品質產生負面的影響。

**關鍵詞：**處方決策、代理理論、專業規範、製藥業、組織規模

**Pharmaceutical Industries, Hospitals and Doctors' Prescription  
Decisions: Exploring the Context of Medical Systems and Organizations**

Hsing-yen Hsieh

Department of Healthcare Administration, I-Shou University

**Abstract**

The author investigates the prescription decision-making processes of Taiwanese doctors within the context of the organizational dynamics of hospitals. As hospitals become more aware of their managerial power, the influence of doctors to make specific prescription decisions is being limited in terms of restricting categories and stocking/auditing pharmacy items. At the same time, pharmaceutical companies are using diverse strategies to influence physician choices, offering substantial incentives to large hospitals that provide greater profit compared to small hospitals and local clinics. According to the new Taiwanese model, doctors' prescription decisions are not always based on professional standards but on organizational factors. The medical system allows pharmaceutical companies to fulfill the self-interests of doctors via a combination of professional and non-professional marketing tactics, putting prescription quality in doubt.

Key Words: prescription decisions, agency theory, professional norms, pharmaceutical industry, organizational size

## 一、前言

醫療是一種專業，醫師提供的服務被社會大眾認為具有很高的價值，醫師比大多數的職業有更高的專業自主權（Freidson 1988）；如果醫師處方有很高的變異性，醫學專業的神聖地位可能就會出現比較高的爭議性。所謂處方決策（prescription decision）包括決定是否開藥，以及所開立藥品的種類、成分、劑量、廠牌。假設醫師處方有一致的判斷標準，不同醫師之間的處方應該不會有很大的差異，這表示如果兩個病人有相同的病情，不管他／她們選擇去醫院或診所看病、選擇都會區的醫學中心或地方的衛生所，無論健保給付是怎麼規定的，應該都會得到相同成分的藥，即使有差別，也應該只有開藥天數的差別。

不同醫師所提供的處方是不是真的具有很高的一致性？Bunker（1970）曾經質疑醫學的科學性與客觀性。他指出醫師的處方很容易受到各種外在環境因素的影響。在台灣與其他國家，針對不同診斷或不同藥品類別所做的許多經驗研究結果都支持Bunker的假設：不同地區、不同的醫師，使用的醫療服務與處方之間有顯著的差異；即使控制病人背景、診斷、醫師年齡等相關變數之後，醫師處方的種類與廠牌仍然有顯著的差異（姚淑惠 1998；洪輝榮 2001；郭正睿 2002；黃肇明 1993；王玉皎 2000；張依同 2000；盧彥樺 2002；吳惠美 2003；李碧玉 2004；Bunker 1970; Wennberg and Gittelsohn 1973; Conrad 1975; Wennberg 1987; Wolff 1989; Davis and Gribben 1995）。另外，陳俞瀨（1999）以台北地區五所醫學中心醫師<sup>1</sup>為研究對象，發現醫師對藥品標示的正確認知率僅有51.1%，約有五成的醫師表示自己或其他醫師開立過藥品核准標示

---

<sup>1</sup> 包括家庭醫學科、小兒科、婦產科、皮膚科及血液腫瘤科的醫師。

外使用 (off-label use) 的處方。<sup>2</sup>

在醫療專業許可的變異程度外，在台灣不當處方的問題也相當嚴重。常見的像是抗生素不當處方及相關的抗藥性問題（張上淳等 1998；郭正睿 2002；林之勤 2002）。另外，許育彰（2000）以健保 1997 年資料檔進行的分析，發現非成癮止痛藥處方中 19.7% 有問題，這些問題包括劑量超過上限、重覆用藥、及不良交互作用。<sup>3</sup>周美惠等人（1997）以台北榮總門診老年病患的用藥進行分析，發現了多種不當處方的案例，包括處方與診斷不相關、一種療效未確定的藥品被普遍使用、該用的藥品卻使用率偏低。<sup>4</sup>鄭淑妃（2004）研究某醫學中心糖尿病合併高血壓病患的藥物治療型態，也發現利尿劑的每日劑量明顯高於推薦的用量<sup>5</sup>，而且有 38% 的病患使用了現行治療準則不建議使用於第一線

---

<sup>2</sup> 所有經衛生主管機關認可的藥品須依規定標示適應症，而藥品核准標示外使用 (off-label use) 係指藥品使用的適應症及用法用量等，和衛生主管機關核定的藥品說明書有所差異（陳俞瀨 1999）。

<sup>3</sup> 這項研究以該年度健保申報資料中，所有包括非成癮性止痛藥的處方為研究對象。分析結果發現，在這些處方中，有 6.7% 劑量超過上限；非類固醇抗發炎藥處方中，有 6.3% 出現重覆用藥問題；非成癮性止痛藥處方中，14.0% 有不良交互作用問題。三種問題綜合計算後，非成癮性止痛藥處方有 19.7% 有問題；這些問題處方的藥費占全部門診處方藥費的 11.2%（許育彰 2000）。

<sup>4</sup> 這些不當處方包括制酸劑處方與診斷不相關、療效未確立的藥品潘生丁 (dipyridamole) 仍然被普遍使用、老年類風濕性關節炎的處方中很少見到修緩病程之抗風濕藥，例如 D-青黴胺 (D-penicillamine)、接受停經後女性賀爾蒙補充療法者偏低 (0.24%)。這項研究也依據美國老人醫學會 (American Geriatrics Society) 及藥理學專家小組 Willcox 等人於 1994 年在 JAMA (The Journal of the American Medical Association) 發表之判斷標準，計算老人用藥的不當處方，結果發現：不建議用於老年病患之藥品，在台北榮總的處方中達老人就醫人次之 9.77%（周美惠等 1997）。

<sup>5</sup> 1997 年美國高血壓防治委員會 (Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) 第六次報告推薦的用量。

的藥物<sup>6</sup>。洪輝榮（2001）的研究指出：高血壓的用藥處方有疾病診斷與用藥不適當、重複用藥、用藥不符合美國高血壓防治委員會公布之準則等問題。這些研究顯示：台灣地區醫師的處方不僅具有很高的變異性，甚至還有不少比例的處方明顯違反專業團體所界定的用藥規範。

爲什麼醫師之間會開出不一致的處方，甚至出現許多不符合藥理知識的處方？關於醫師處方決策的變異現象有很多種解釋方式，我們可以將這些原因大致分爲兩類：第一類是在專業容許範圍內，例如醫學知識本來就存在不確定性、醫學新知識傳播的範圍有限、醫師有自己開藥的習慣等；第二類是和醫療專業無關的因素，例如保險給付制度和醫療組織誘使醫師依藥價考慮處方、藥商以商業利益左右醫師的處方決策等。本研究將集中探討第二類因素對台灣醫師處方決策的影響。

台灣關於醫師處方型態的研究大部分是在呈現處方的變異性，僅有少數文獻探討醫師開立處方變異的原因，而且大部分都是以健保給付制度對處方改變的影響爲研究主題〔例如郭正睿（2002）、吳錦松（2001）、黃崇惠（1998）〕。其實，藥商代表的商業利益是影響醫師處方的因素中相當重要的一環，而國內現有研究中，僅有柯雨利（2003）和賀家光（2003）曾經探討藥商對醫師處方行爲的影響。柯雨利的研究發現：醫師參與藥商活動以及和醫藥代表的互動對醫師藥物選擇有顯著影響。這項研究也指出了熱衷聯誼活動與研討會及贈品、樣品使用頻率高的醫師特質，這些特質包括：25到40歲、在醫學中心任職、一到五年的執業年資。賀家光的研究則指出，藥商的服務是否良好及是否能給予醫師足夠的信賴感，是影響醫師處方決策的關鍵決定因素。

一般而言，有兩種理論可以解釋藥商對醫師處方決策的影響：再社

---

<sup>6</sup> 該藥品爲鈣離子阻斷劑。

會化理論 (resocialization theory) (Lexchin 1989; Davis et al. 2000) 與代理理論 (agency theory) (Pontes 1995; Jesilow et al. 1993; Marsa 1997; Scott and Shiell 1997)。再社會化理論強調藥商以提供資訊的方式影響醫師的決策，醫師在醫學知識傳播管道有限的情況下接收藥商提供的資訊；代理理論強調藥商以提供經濟誘因的方式影響醫師處方決策，醫師是基於個人利益才開出對特定藥商有利的處方。如果要回答藥商對醫師處方的影響是不是在醫療專業容許範圍之內，需要區分雙方的關係是屬於再社會化理論或代理理論的適用範圍。再社會化理論將藥商的影響抽離醫師處方決策的制度與組織脈絡討論。代理理論雖然討論了醫師個人決策與制度、組織脈絡的關係，但是沒有討論藥商是否會依照制度設計、或依照組織本身特性，對於在不同機構任職的醫師採取不同的促銷活動。

以上述兩個理論來看，柯雨利的研究指出醫師參與藥商活動會影響用藥決策，但是並沒有區分醫師參與藥商活動是屬於再社會化過程還是屬於經濟誘因的作用；賀家光的研究雖然指出藥商服務是影響處方的關鍵決定因素，但是這個研究在設計上是以醫師為對象進行問卷調查，低估代理理論強調的經濟誘因之重要性。<sup>7</sup>另外，從柯雨利的研究中可以發現，在醫學中心任職的醫師比較熱衷參與藥商活動，相較之下，診所的開業醫是最不熱衷參與藥商活動的一群醫師。然而，這個研究並沒有說明，到底是藥商對不同規模的醫療機構提供了不同的影響途徑，還是在不同規模醫療機構中就職的醫師，對藥商的活動有不同的熱衷程度？如果是醫學中心的醫師最熱衷於參與藥商活動，是制度、組織的設計使他／她們比較熱衷，還是他／她們自己的求知慾比較旺盛？醫師參與藥

---

<sup>7</sup> 相關的討論詳見本文第三部分：研究方法說明。

商活動真的是爲了滿足求知慾？還是有其他的考量？

本研究認爲在討論藥商對醫師處方決策的影響時，應該針對藥商、醫師、及其所處的制度與組織脈絡之間的交互關係提出具體的說明。藥商是在特定的制度環境之下介入醫院的藥品選擇，而不同醫院提供了藥商不同的著力點，對個別醫師處方決策形成不同的外在限制；藥商也可能依照醫院特性，選擇和醫師建立不同的關係模式。釐清這些制度與組織脈絡如何構成醫師進行處方決策時的參考架構，將有助於說明藥商對醫師處方決策可能產生的影響。

## 二、文獻探討：藥商與醫師的用藥決策

藥商對醫師決策的影響有兩種論點，第一種論點認爲藥商對醫師處方決策的影響是提供醫師醫學知識，是醫師再社會化的來源，在醫學診斷模型架構下，藥商提供資訊是醫師吸收知識的來源之一，有助於累積醫學專業知識，提高醫師處方決策的專業性。另一種觀點則主張，藥商提供經過篩選的知識，會傷害醫師處方決策的專業性。第二種論點是以代理理論爲主要架構，認爲藥商以財務誘因影響醫師處方決策，讓醫師在進行處方決策時不以病患的最大利益爲考量標準，而是加入了醫師個人利益的考量，屬於非專業領域的影響來源。

### (一) 再社會化理論

藥商業務人員是醫師取得醫學資訊的重要管道。Lexchin (1989) 的研究指出，90%的醫師會定期與藥商業務人員會面，其中大部分的醫師很依賴藥商業務人員提供的資訊做爲治療依據。侯海珠 (2002) 以高雄榮總醫師爲對象進行的研究也發現：醫師在搜尋資訊過程中，透過藥

商取得文獻是解決文獻取得不易的重要方法。醫師透過藥商取得資訊，究竟對專業知識的累積是助力還是阻力？醫學診斷模型對於藥商提供的資訊，有些研究持較正面的看法，有些則是持比較負面的看法，以下分別說明這兩種解釋角度。

### 1. 專業的再社會化：醫學診斷模型

醫學診斷模型（clinical models）所採取的觀點是以醫學專業本身性質當中的「醫學知識的有限性」解釋醫師處方決策間的變異性，因為醫學研究累積的數量不夠，醫學專業知識在應用時具有高度的不確定性，所以醫師在診治病患時，最適當的治療方式根本不存在，不同醫師間的處方自然出現很高的變異性。醫學診斷模型認為醫師決策是依照專業規範作出判斷，即使醫師開藥時有浪費醫療資源的情況出現，或是醫師處方決策出現大幅度差別，這都是因為醫學知識的限制使診斷具有較高的不確定性，醫師對醫治沒有足夠把握（Davis et al. 2000: 409）。

根據上述所引用的研究，醫療專業對於處方的標準其實並不是那麼明確而嚴謹，通常醫療專業規範只提供一個寬鬆、原則性的準則，醫師之間的處方差異在實務上可接受，即使有些醫師的開藥習慣和其他大多數醫師很不相同，只要處方對病情無害，就算處方對病情沒有幫助，也不能認定這位醫師的行為違反醫療專業規範。

醫師為了解決診斷上的不確定性，會發展出獨特的資源運用風格，而影響資源運用風格的因素包括醫師性別、年齡、人格特質、對風險的態度信念與醫學訓練（Wennberg et al. 1982; Wolff 1989; Calman et al. 1992; Davis et al. 2000: 408）。針對台灣開業醫所做的調查，也證實了不同世代、不同專科別及接受不同醫學訓練的醫師，在所有處方當中開出抗生素的比例會有所不同，65歲以上、耳鼻喉科、沒有次專科專長的醫

師，比較常開出含抗生素的處方（林之勤 2002）。

醫療專業團體的規範也被認為和處方決策的變異程度有關。Luft（1983）的研究指出：醫師團體的行為是以專業倫理與同儕審查做為控制機制，醫師在接受醫學倫理教育之後，接受一套共同的價值觀，並且內化為行動的準則，在正式執業後，由同儕間形成的審查制度做為外在的控制機制。如果在醫師訓練過程中，專業倫理的教學內容只提供了寬鬆的、原則性的判斷標準，醫師有充分的自我解釋空間，那麼整個醫界與個別醫師都會同意處方原本就具有很高的變異程度。

如果從病患的角度來看，由於醫療的去專業化（deprofessionalization）和消費主義的興起，病患本身對於醫師的處方決定並非完全沒有影響力（Verbeek-Heida 1993; Britten 1994; Davis et al. 2000）。前者指的是透過大眾傳播媒體的教育，病人的醫學知識增加、醫學不再被視為神秘的知識；後者代表了市場競爭加劇使病患在醫病溝通的過程中的發言權上升。這些趨勢使醫師在處方的過程中必須加入對病人感受的考量，不再只是純粹基於醫學判斷所作的考量（Weiss and Fitzpatrick 1997）。

在醫學診斷模型架構下，藥商主要是以提供藥品成分、適應症及相關研究等資訊影響醫師決策。藥商的影響是在醫療專業認可範圍內，甚至以有助於醫師增進專業知識的方式影響醫師處方決策。藥商透過有專業訓練背景的業務人員定期提供醫師繼續教育的課程（例如出席醫院的討論會、在醫學會議中演講）、提供醫師對自身有利的研究資料、推廣產品，以影響醫師對廠牌的偏好，醫師依照個人發展出的處方模式作出決策，藥商做為醫師再社會化的資訊來源，有助於降低醫師診斷的不確定性。

醫學診斷模型觀點強調醫師有獨特的資源運用風格，同儕團體的壓

力也會影響醫師的用藥文化，因此，在醫學診斷模型中，藥商的促銷活動只是眾多影響力之一，與社會上其他的再社會化管道共同競爭醫學論述的主導權。依照醫療診斷模型，醫師開出過多的藥或不適當的藥，是因為他／她們接收不到完整的醫療資訊，而不是因為他／她們被藥商掌控知識來源（Davis et al. 2000）。

## 2. 非專業的再社會化：藥商提供篩選過的資訊

藥商提供資訊也可能以非專業的方式影響醫師處方。藥商影響醫師處方決策是透過掌握醫師專業知識的塑造過程，使醫師的處方決策偏離專業標準，例如多國公司在第三世界國家提供的藥品，刻意忽略對病人可能產生危險副作用等訊息、提供錯誤或不完整的訊息，或不對醫師提供藥效相同、價位較低的藥品（Silverman et al. 1992）。Lexchin（1989）的研究也指出，藥商業務人員的主要目的是銷售藥品，繼續教育或再社會化只是一種蒙蔽醫師的手法，實際運作上還是可能對醫療專業規範造成扭曲。

藥商以再社會化、但不符合專業規範的方式影響醫師處方，有以下三種途徑。第一種途徑是贊助醫學專業期刊所需經費，同時施壓使這些期刊帶有更顯著的产品促銷色彩、促使專業期刊的同儕審查制度程序出現贊同特定立場的傾向，例如 Bero 等人（1992）以 58 個醫學期刊的編輯委員及 625 篇論文為調查樣本，發現有 262 篇論文是以單一藥商為經費贊助來源，這些論文比其他非藥商贊助的論文更常使用有誤導傾向的標題、更常在論文中使用藥品的廠牌名稱代替學名、較常刊登在同儕審查制度較不嚴謹的期刊中，這 625 篇論文中有 161 篇是以單一藥品為研究對象，其中 51% 的主題是將藥品應用於未獲許可的治療範圍。第二種途徑是挾其金錢攻勢，贊助對業者有利的研究，使科學喪失客觀地位，

醫師做為科學知識的使用者，開處方時不自覺地受到藥商利益的左右（Abraham 1995; Greenberg 2001）。第三種途徑是贊助繼續教育，Bowman（1986）比較不同藥商贊助相同主題的課程內容，測量指標是課程中提到藥品的次數，以及演講者對不同種類藥品正負效果的評估，結果發現課程內容比較常提到贊助藥商的产品，對贊助藥商藥品的效果也持較正面立場。藥商通常會挑選立場接近醫師主辦的課程做為贊助對象。提供課程內容的醫師，即使沒有直接感受到來自藥商的壓力，在準備課程內容時也會把贊助者立場納入考慮。

除了醫院以外，醫學會也是藥商擴展勢力的另一個場域，醫學會的功能包括舉辦繼續教育活動、進行醫學研究，美國一些醫學會（包括心臟病、肺部疾病、癌症醫學會）曾經被批評與藥商之間有密切利益交換關係，以致於醫學會比較支持符合藥商利益的療法，不主張病患使用不需藥物的自然療法（Bennett and DiLorenzo 1994）。

藥商對醫師的影響不一定是直接由藥商傳播給個別醫師，另一種途徑是透過醫師團體中的意見領袖讓資訊擴散。藥商的行銷組合方案中，除了透過業務代表介紹藥品、在專業期刊刊登廣告、以廣告信函告知商品訊息外，意見領袖方案也是常用的促銷手法（Bates and Bailey 2003），新藥剛上市時，使用的醫師幾乎都是接收藥商資料，當使用量快速增加後，其他醫師透過社會網絡接收新藥訊息（West et al. 1999）。這些醫師可能受到藥商的間接影響，但是自認為資訊來源是立場中立的其他醫師。

## （二）代理理論

經濟學的代理理論也可以用來解釋醫師處方決策的影響因素，特別是有關制度與組織的面向。簡單來說，代理理論認為代理關係包括代理

人 (agent) 與被代理人 (principal) 兩個角色，被代理人因各種限制無法自行行使權利與義務，因此由代理人代為作決策。由於代理關係的產出通常具有較高不確定性，被代理人不能靠行動的結果來推斷代理人的努力程度，只能透過監控代理人的行為來推測他 / 她的努力程度；被代理人監督代理人行為的成本很高，而且代理人與被代理人面臨的風險不同，所以代理人與被代理人在進行分工合作時，彼此並不具有一致的目標 (Pontes 1995)。

應用代理理論來看任職於醫院的醫師之處方行為，由於當醫師在代理其醫療機構提供服務時，傾向於不考慮處方成本，例如使用相同療效但價格較高、藥商提供較多服務或回扣的藥品，從而極大化自身可獲利的程度，理由在於財務誘因是影響醫師行為相當重要的因素，也是解釋醫師決策差異的重要指標之一；換句話說，對醫師而言，做為典型的經濟理性行動者，對自己最有利的做法是讓個人的努力極小化、收入極大化 (Pontes 1995)。基於這樣的理論，有些研究進一步指出：當醫師決策影響個人可獲得的資源數量時，醫師處方決策可能會出現過度消費、道德危險等代理問題，例如在保險制度影響下，開出過多不必要的藥品，或使用風險較高、但進貨價格較低的藥品 (王克陸、彭雅惠 2000)。

在台灣針對診所醫師進行的調查也發現，醫師們承認他們的處方行為會受到健保給付制度的影響 (黃崇惠 1998)。這項研究請診所醫師回答：如果健保廢除診所申報使用的簡表制度，醫師預期自己的處方行為會出現什麼改變。調查結果發現：醫師自認有開藥病人的百分比會從 83.5% 減少至 81.7%，開給每名病人的平均藥品品項數將從 4.8 項減少為 4.6 項，用藥型態由「國產藥」或「兩者使用情形差不多」改為多開「原廠藥」。所以在台灣的健保制度下，診所醫師傾向於對更多病人開

藥、對每名病人開更多品項的藥、更常選擇價格較低的國產藥。

不過，根據Hawkey等人（1997）的研究，近年來醫療組織大型化以及醫院管理權的興起，使醫師出現了普羅化（proletarianisation）的趨勢，醫師專業自主權受到威脅，醫師處方決策變得容易受限於組織內部薪酬制度與管理制度，以醫院的薪資管理制度來說，以產出為基礎的醫院薪資制度可以結合醫療機構的成本效益目標與醫師的薪資極大化目標，讓醫院不需要花費過多的監督成本，就可以讓醫師努力為醫院效勞，而且兩者之間利益分離的情況也可以獲得改善。

醫療組織對醫師提供的誘因差異，常常直接反映保險支付制度對不同醫療組織所設下的限制。比如說，論量計酬制被認為容易誘導在醫療機構中任職的醫師要求病人做多次複診，以醫療服務的供給誘導病人需求；在論量計酬制度下，醫院不會要求醫師減少每張處方箋的開藥量，醫師開藥金額越高，醫院獲得給付越多（鄭文欽 2002）。另一方面，Pontes（1995）的研究證實了醫院處於管理式照護制度下，比處於傳統論量計酬保險制度下，傾向於抑制醫師使用醫療資源的數量，醫師的處方決策也可能出現少開藥、選擇低價藥的傾向。

在醫師與病人的代理關係中，醫師做為醫療消費者的代理人，自己的利益與病人利益並不一致，醫師在選擇藥品的過程中受到自利動機的影響，把開藥的代理成本外部化（Scott and Shiell 1997）。Illich（1977）的研究指出：在藥廠促銷活動影響下，第三世界已經出現了過度醫療與過度消費現象。因此，從代理理論角度分析藥商對醫師處方決策的影響，影響的媒介不是資訊，而是藥商提供給醫師的財務誘因。

不過，藥商提供的誘因並不是直接影響醫師的處方決策，而是和健保、醫療機構等因素產生交互作用，醫師在既定的保險制度與組織設計下考慮處方的成本及利益，再決定處方的廠牌與開藥數量（Hart et al.

1997; Weiss et al. 1996)。以台灣地區的醫師處方為例，早期針對公務人員實施的公保制度並未限制醫師使用進口藥品，而在1995年開始實施健保制度後，為了節省藥費支出，進口藥品的使用量受到較多限制，私立財團醫院也改變採購方式，以進藥價格與給付價格之間的「藥價差」<sup>8</sup>為採購導向（鄭文欽 2002）。醫師在保險制度限制與醫療組織採購制度雙重影響之下，自然會降低處方中進口藥品的比例。

總結以上兩種理論，本文的看法為：就醫師再社會化的理論來看，這項理論雖然探討了藥商參與醫師再社會化活動的各種方式，但是卻忽視醫師接受資訊的管道、機會是由特定組織和制度所控制，醫師不是單獨和藥商接觸，雙方的接觸是在特定的制度與組織脈絡下進行。藥商提供的資訊是否有助於專業知識的累積，可能還要考慮醫院評鑑制度、專科醫師制度、藥品進口管理制度及醫師任職的機構設計，是否足以制衡醫師以藥商提供的資訊為主要的知識來源，或者醫療機構本身就鼓勵醫師以藥商提供的資訊累積個人的專業知識。

另一方面，代理理論提醒我們，在不同規模醫療機構中任職的醫師面對不同的制度脈絡，因此在探討台灣醫師處方被藥商影響的途徑時，也需要同時說明醫師在什麼制度與組織規範之下作處方決策。因此，本研究採用Pontes（1995）的架構，從制度與組織角度討論台灣藥商與醫師、醫療機構之間的互動關係。

---

<sup>8</sup> 藥價差是指健保核准的給付價格與醫院進貨價格之間的差額，藥價差越大，代表醫院由藥品採購業務所獲得的利潤越高。例如醫院進藥時有兩個選擇，藥品A的健保給付價是6元，由於醫院大量進貨，有議價空間存在，藥廠提供的進貨價格是3元，藥價差是3元，而藥品B的健保給付價是4元，進貨價格是2元，藥價差是2元，以藥價差作採購決策時，會選擇藥價差較高的藥品A，而不是進貨價格較便宜的藥品B。

雖然代理理論將醫師作決策時的制度脈絡納入分析架構中，但是並沒有討論藥商對醫師處方決策之影響方式是否會因醫師任職醫療機構的設計而有所不同，以及藥商選擇的促銷策略是否和制度設計有關，本研究將針對台灣醫師處方決策脈絡中的醫院採購制度、專科醫師與醫院醫師升等制度作更詳細的討論。

醫師再社會化理論與代理理論的另一項爭議是藥商對醫師處方的影響媒介，再社會化理論強調藥商提供專業或非專業的資訊，而醫師是不知情的資訊接收者，代理理論則指出：財務誘因可能是醫師願意與藥商建立關係的潛在動機。本文的看法是：提供資訊與財務誘因不必然互斥，藥商可以將資訊及財務誘因整合在同一項促銷活動中，而醫師可能接收資訊，同時也接收藥商提供的財務誘因；資訊的非專業程度越高，藥商越需要搭配使用財務誘因，藥商對醫師處方決策的影響，有可能是兩種媒介運用程度的差別，而不能單純地區分為只提供資訊或是只提供財務誘因。本研究將以台灣的資料，探討再社會化理論與代理理論間是否可能結合，構成同時使用資訊與財務誘因的混合模式。

### 三、研究方法說明

探討醫師用藥決策的影響因素對醫師而言屬於較為敏感的問題，過去研究醫師處方決策，在觀察與測量上多採用總體資料<sup>9</sup>做為分析依據，或是採用醫師自我報告方式。一般而言，以醫師自我報告推論影響處方行為的資訊來源在效度上是有問題的，亦即醫師常常不清楚或不願意承認他／她們受到藥品商業訊息的影響（Avorn et al. 1982）。以 Weiss

---

<sup>9</sup> 例如全民健保提供或醫院提供的健保申報資料檔案。

及Fitzpatrick（1997）在英國進行的研究為例，這項研究採用醫師自我報告資料分析影響醫師處方決策的原因，由23名門診醫師說明最有可能影響他們處方行為的因素，但是在這些資料中，並沒有任何一名醫師提及藥商對醫師處方決策有影響，可能的解釋是醫師如果提到藥商或藥商業務人員的影響，會讓他／她們覺得自己違反了專業規範。

另一項1989年在美國進行的研究，也曾經探討過影響醫師處方行為的非科學動機（Schwartz et al. 1989）。這項研究是在醫療機構中進行，研究者先以藥學標準挑選出141名不合理用藥的醫師，再由臨床藥師以改善醫師教育訓練做為理由，訪問這些用藥不符合專業標準的醫師，詢問他／她們開出這些處方的原因。其中有72名提出了理由，另外69名拒絕說明理由。在這72名中，51名提到病患需求，其中有26名表示開這些藥是為了達到安慰劑的效果，而不是基於藥理學上的原因，有29名認為他／她們是以個人的診療經驗而不是以學術研究的報告做為開處方的知識基礎，另外兩種被提到的理由是習慣和同儕壓力，不過提到的醫師並不多。醫師開出違反藥學知識的處方，代表犯了錯、不專業，所以即使要提出理由，也應該避重就輕。這項研究的結果顯示，在有證據的情況下，由具有專業知識的藥師訪問醫師非專業判斷的處方行為，其成功率僅有51%，醫師提到的理由也沒有出現經濟誘因或藥商影響等相關因素，以醫師自我報告的方式研究影響處方決策的因素，容易出現醫師在行為的自我歸因上採用外在歸因模式，而且有行為合理化的傾向，不容易顯示藥商促銷活動對處方決策的實際影響。

為了較深刻了解醫師開立處方時可能的影響源，本研究嘗試採用深度訪談方法，訪問的對象包括醫師、醫院藥師或醫管人員、以及藥商（包括管理階層與業務人員）。訪問的內容包括不同醫療機構藥品採購制度對醫師藥品選擇權的影響、保險制度與醫療機構對選擇藥品所設的限

制、醫師與藥商業務人員之間的關係。另一方面，爲了較清楚地掌握醫師處方行爲的動機，本研究亦大量採用對藥商經理、藥商業務人員訪談資料，做爲推論醫師行爲動機的補強證據，以減低醫師自我解釋在歸因上的限制。換句話說，藥商經理、藥商業務人員實際參與藥商在醫療院所內的相關活動，能夠描述藥商的藥品促銷活動運作方式與醫師反應，對於描述醫師與藥商業務之間的交往關係也比較沒有顧忌，在推論醫師開立處方的動機時具有較高的效度。所以本研究在進行分析時，是以藥商的管理階層與業務人員做爲主要的資料來源，所有受訪對象中，也以這兩群人的數量最多，其他受訪對象，包括醫師、醫管人員、醫院藥師的訪談資料，是做爲補充性證據。

本研究的醫師訪問資料來自國科會研究計畫「HRT藥商的促銷與藥商、醫療專業團體、醫療專業人員的關係」。由於這項計畫的主題是探討更年期婦女藥品使用情形，因此，本研究的七名受訪醫師均爲婦產科醫師，這是本研究在受訪對象抽樣上的一個限制，由於這項限制可能造成作答的偏誤，因此在分析上主要是採納藥商管理階層與業務人員的訪談資料發展本研究論點，醫師的訪談資料僅做爲補充證據。在訪問問題的設計上，由於更年期藥品屬於低利潤、促銷活動少的特殊屬性，同時又有小規模的自費市場存在，爲了避免藥品的特殊屬性干擾醫師對互動關係的描述，研究者並未要求受訪醫師針對更年期藥品的藥商作答，而是請受訪醫師回答他們與所有往來藥商之間的互動關係。

本研究資料蒐集的期間自2001年9月至2003年8月，共有32名受訪對象，包括7名醫師、2名在醫院任職的藥師與醫管人員、15名任職藥商的管理階層、8名藥商業務人員。研究者以滾雪球的方式接觸樣本，在2001年9月至2002年7月期間透過個人的關係網絡訪問了18名藥商，其中10名藥商由同一名醫管人員介紹；2002年8月起，爲了補充以藥商

表1 受訪者基本資料

| 受訪者類別  | 受訪者代碼 | 受訪者之職位 | 服務機構之性質 |
|--------|-------|--------|---------|
| 醫師     | A1    | 主治醫師   | 醫學中心    |
|        | A2    | 主治醫師   | 醫學中心    |
|        | A3    | 主治醫師   | 醫學中心    |
|        | A4    | 主治醫師   | 醫學中心    |
|        | A5    | 主治醫師   | 醫學中心    |
|        | A6    | 主治醫師   | 區域醫院    |
|        | A7    | 開業醫師   | 診所      |
| 醫院藥師   | B1    | 醫管     | 區域醫院    |
| 醫管人員   | B2    | 學術藥師   | 醫學中心    |
| 藥商管理階層 | C1    | 經理     | 外資藥商    |
|        | C2    | 經理     | 外資藥商    |
|        | C3    | 經理     | 外資藥商    |
|        | C4    | 主任     | 外資藥商    |
|        | C5    | 主任     | 本土藥商    |
|        | C6    | 主任     | 本土藥商    |
|        | C7    | 經理     | 代理藥商    |
|        | C8    | 課長     | 本土藥商    |
|        | C9    | 經理     | 本土藥商    |
|        | C10   | 經理     | 本土藥商    |
|        | C11   | 經理     | 本土藥商    |
|        | C12   | 經理     | 代理藥商    |
|        | C13   | 副理     | 外資藥商    |
|        | C14   | 課長     | 本土藥商    |
|        | C15   | 經理     | 外資藥商    |
| 藥商業務人員 | D1    | 業務代表   | 代理藥商    |
|        | D2    | 業務代表   | 本土藥商    |
|        | D3    | 業務代表   | 外資藥商    |
|        | D4    | 業務代表   | 外資藥商    |
|        | D5    | 業務代表   | 外資藥商    |
|        | D6    | 業務代表   | 外資藥商    |
|        | D7    | 業務代表   | 代理藥商    |
|        | D8    | 業務代表   | 代理藥商    |

\* 受訪對象分別在9個不同的醫療機構及19家不同的藥商任職。

為單一資料來源可能產生的偏誤，將訪問範圍擴大至醫師、醫管人員與醫院藥師，同時再訪問與其中2名醫師有互動關係的5名藥商工作人員，以提高訪問資料的信度與效度。研究者由個人的網絡關係接觸4名醫師、1名醫院藥師、1名醫管人員，再由其中2名受訪醫師介紹其餘3名醫師、2名藥商管理階層及3名業務人員，受訪者的基本資料及編號如表1。

#### 四、藥商與醫師的處方決策：制度與組織脈絡分析

在訪談資料的分析與討論部分，分為以下三個主題：第一個主題是探討醫療機構的藥品採購制度對醫師的處方決策構成什麼限制，在不同規模醫療機構藥品採購的制度設計中，醫師、管理者與藥師分別扮演什麼角色？

其次要討論的是，在不同規模醫療機構中，藥商與醫師之間有哪些互動模式。對藥商而言，不同規模的醫療機構代表不同的市場，藥商在不同的市場中是否會採取不同的促銷策略，從而在醫師與業務人員之間形成不同類型的互動關係。最後，我們將討論在大型醫療機構中比較常見的混合專業與非專業促銷模式是怎麼運作的，有哪些制度有助於這種互動模式的盛行？同時也將檢討：這樣的互動模式是否有助於醫師處方的專業化？

##### (一) 醫療機構的藥品採購與醫師的處方決策權

醫師在不同規模的醫療機構中任職，會表現出不同的處方模式。這些差異不只來自病患病情輕重程度不同，醫院規模對醫師的處方模式也有獨立的影響效果（黃肇明 1993）。簡言之，醫療組織大型化、醫院管

理權的興起、保險給付緊縮對醫療機構造成的經營壓力，使越來越多醫院採取管理與醫療專業分工的模式。醫療專業階層在醫院中的權力下降、管理階層的權力上升，醫院開始對醫師處方決策建立管制措施。影響所及，醫院或跨醫院的藥物招標執行單位、醫療機構的專業管理者、醫院內的藥局藥師，都有可能限制醫院醫師選擇藥品廠牌、種類與數量。

不同規模醫療機構有不同的藥品採購方式，醫療機構採購系統是醫師開立處方時最直接面臨的限制。另外，藥商也同時對負責醫院藥品採購的成員與直接使用藥品的醫師促銷，醫院中負責藥品採購的成員包括醫師、藥師與醫管人員。從而本研究認為醫療機構內部的藥品採購制度與各專業團體之間的權力關係影響醫師處方決策自主性高低，以下本文將依此分類分別討論。

### 1. 藥品採購制度對醫師用藥的限制

醫療機構採購藥品的制度類型以及醫師藥品採購權限都是醫師行使處方決策權時所必須面對的限制。由於醫療院所的規模在本研究中被視為是重要自變項之一，下文將區別不同規模的醫療院所在藥品採購制度上之差異。

首先，我們必須指出藥品聯合採購制度使醫院的藥品採購趨向複雜化的趨勢，而跨醫院的行政系統也介入藥品採購決策過程。台灣地區的公立醫院大部分都透過藥品聯合採購制度購買藥品，這些聯標體系包括退輔會所屬醫療機構（榮民醫院體系）、國防部所屬各醫療機構、全民健保門診中心、衛生署所屬各醫療機構、台北市和高雄市（各市立醫院）（游聲麒 1996）。

根據本研究資料顯示，通常區域級以上的醫院採購藥品，並不是依

照個別醫師的意願選擇他 / 她們偏好的廠牌；醫院購買藥品的作業程序通常是成立藥事委員會（藥委會）。如果醫院的規模較大，就依照各個科別分別成立委員會，由委員會決定藥品使用的廠牌與數量，如果規模不大，就成立一個委員會處理所有的採購事宜。藥委會的成員一般包括醫師、藥師、行政人員、會計部門、衛材管理部門等不同背景的成員（訪問資料 B1, B2, C6, D2）。

在提藥<sup>10</sup>的程序方面，通常是各科主管提需求出來，然後再由藥委會開會決議：

藥委會是按照科別分的。婦產、精神科大概都是科主任和主治醫師提藥。他 / 她們要先填提藥單上去，然後照議程排討論時間，最後再用表決的方式決定要不要採購。（外資藥商業務人員 D5）

但是，在中小型醫院，藥委會不一定能影響採購藥品的廠牌，有一些醫院實際上是由院長決定藥品的廠牌：

比較小型的醫院就沒這麼複雜，通常是藥快用完了，就通知採購，採購看過去買哪一家就照原來的買。如果業務沒有積極地推新藥，他 / 她們也不會主動換別的廠牌或是改用新出來的藥。有些院長如果面臨經營上的壓力，他 / 她們也會主動要採購去詢問各家藥廠學名藥<sup>11</sup>的價錢，然後挑便宜的廠牌買。

---

<sup>10</sup> 提案讓某一廠牌的藥品進入醫院的藥局。

<sup>11</sup> generic drugs。

(本土藥商課長C14)

也有部分醫院規定相同成分的藥品必須限制廠牌數，醫師不能無限制進用各種廠牌的藥品：

這些大的標案一年或兩年開標一次，署聯標<sup>12</sup>和軍聯標<sup>13</sup>都有限定品項，限定品項的意思是先把藥品分成不同的等級，每個等級都有規定可以用幾個品項，所以要進去標單，可能要把其他廠的藥擠出來。(外資藥商業務人員D5)

大型醫院的管理者通常會由專業的管理人員出任，相對於醫療專業人員，專業管理人員比較注重財務規劃考量，所以管理階層權力提高，代表醫院採購藥品時價格考量的比重會增加。另外，如果藥師有權加入決策過程，則對醫院藥品採購增加專業把關過程；同時，藥師爲了藥局管理的便利性，一般也會限制同類藥品的採購廠牌數。通常醫院規模越大，則參與藥品採購的相關行動者越多。不過，也有醫院並不將採購的決策權開放：

也有的醫院是不表決的，如果科主任的權力很大，可能就由科主任一個人決定。(外資藥商業務人員D5)

整體而言，醫療機構規模越大，藥委會的運作程序越趨向於制度

---

<sup>12</sup> 衛生署所屬各醫療機構藥品聯合招標。

<sup>13</sup> 國防部所屬各醫療機構藥品聯合招標。

化，醫療機構規模越小，越有可能由特定的個人決定採購藥品的廠牌與數量。

## 2. 醫師、管理者與藥師的藥品採購權限

在醫師的角色方面，由於醫師是第一線的藥品使用者，從而醫院醫師的意見在藥委會中比管理階層受到較多重視。換言之，醫師握有藥品使用的主要決策權，而業務代表接觸的對象通常也是醫師：

藥廠的人要推銷新藥，通常還是從醫師著手，像是抗生素，每隔一陣子就會看到很多藥廠對醫師作促銷。（醫學中心學術藥師 B2）

醫院的處方，醫師還是有採購的主導權，即使是長庚這種管理比較強的醫院，還是由醫師決定。新藥要推動，一定是找醫師下手。（本土藥商業務人員 D2）

藥廠能不能成功開拓業務，和平日的準備功夫大有關係。公立醫院在醫院招標前九個月至前六個月，各藥廠開始各憑本事「取信」醫師，讓醫師對藥廠的藥品產生信賴，醫師才會考慮將該藥廠列入標單內。（外資藥商業務人員 D5）

藥要進得去醫院，通常醫院都是由藥品評議委員會開會決定，醫師會主動提出他／她認為可以進的藥，再由委員會討論，醫師會向委員會提出這項藥品，當然是有交情的成分在裡面，不過也要東西好才可以進得去。藥廠要先讓醫師了解新產品，再請醫師幫忙介紹，向誰推就看誰的權力大，當然是先找有分量

的醫師。(本土藥商課長C14)

需要指出的是，大多數的醫院醫師由於不負責醫療業務的收入盈虧，相較之下，醫院醫師比診所醫師做決策時缺乏成本意識。

至於醫院管理者在所屬藥委會的主要功能是蒐集與整理藥品資料、限制相同成分藥品之廠牌數。由於大多數的管理人員並不具備醫學的專業背景，藥商對管理人員所作的促銷主要集中在議價活動上：

行政部門和藥局主任的權限一直都不算高，行政部門的工作比較偏向資訊的綜合整理，然後把書面資料提供給各委員審核。

(外資藥商經理C2)

關於限制廠牌數，主要目的是為了增加單一廠牌藥品的採購量，以壓低進藥的單位成本。其次，採購的藥品廠牌越多，庫存成本與管理成本越高，管理者會要求如果有新的廠牌要進來，就必須排除一種舊廠牌：

醫院的採購政策單一化，量才能大，才有議價空間，所以重點在於醫師的專業建議被醫院擺在第幾位。(醫學中心醫師A3)

管理者通常會限制每種藥品採購至少三種廠牌，因為同種類藥品的廠牌太少，院方可能面臨廠商供貨不及、斷貨的危機(訪問資料C4, C12)。雖然管理人員的權限依醫院權屬<sup>14</sup>與規模而有不同，不過大多數

---

<sup>14</sup> 醫院屬於公立、私立或財團法人醫院。

受訪的藥商業務人員認為醫院的管理人員並沒有實際掌握藥品廠牌決策權。

在藥師方面，醫院的所有藥師中通常只有藥局主任層級的管理者可以參與藥委會的運作。有些醫院的藥局主任甚至擁有初步篩選權。至於藥師，雖然可以參與藥委會的討論，但基本上並沒有最後的決策權。藥商的行銷策略會以藥局主任為對象。不過，相對於醫師的行銷，對藥局主任行銷主要集中在藥品管理的優越性上：

對於藥局主任，我們會強調我們的藥在貯存條件、安全性上的優越性。（外資藥商經理C1）

藥局主任能夠決定的只有進貨的量，但是即使進貨進得多，醫師不肯開，藥品還是沒有流通。（本土藥商業務代表D2）

和醫院相比，診所相對來說是由組織程度比較鬆散的個人所組成。醫院和診所的管理者與專業者分化程度不一樣，一般而言，自行開業的診所醫師不需要和其他醫師協調，決策的自主權就比較高。不過，診所醫師身兼專業代理人與醫療機構管理者雙重角色，需要面對保險制度的規定，而健保對診所的給付金額比醫院低，從而診所醫師在決定使用什麼藥品時，他們比醫院醫師更需要考慮藥品價格構成的處方限制：

我現在××的（台廠）反而多。這家（外資廠）以前有用，但是現在沒用了。這個是健保有給付的。那兩個藥是好藥，但是我沒有用，不是說它們不好，而是健保不給付。這個有來推銷，後來我沒有進，因為我知道要自費，它一顆就要三十幾

塊。(診所醫師 A7)

在藥師的影響力方面，多數診所沒有聘請專業藥師，少數診所即使聘請藥師，藥師也無權參與藥品的採購。

在醫師處方決策權方面，在健保給付緊縮限制下，有些醫院的管理者對醫師處方決策有監督審核權，審核的標準是總處方品項及藥品總價：

院方只有在用藥量太大時或是用太多高價藥時會有意見，這種意見不是學術藥師<sup>15</sup>提出的，通常是管理背景的人提出來請醫師節制用藥。(區域醫院醫師 A6)

我們的訪談資料發現：如果同一科裡的醫師在一個月之內平均開藥品項太多或是開了太多高價藥，或是開藥的藥價超出健保給付價格、過度偏好某一家藥廠的開藥方式、有突然換廠牌情形時，管理人員會根據學術藥師提供的統計資料對科主任提出意見，科主任再與科內的醫師溝通。醫師參考這些意見，在下個月開藥時自我節制開藥量、藥價與選擇的廠牌：

院方會把每個月各醫師平均在一個病人身上用掉多少藥費的資料給你，然後開一個 meeting 說要降下來，因為院方說利潤都給藥商賺走了。(醫學中心醫師 A4)

---

<sup>15</sup> 醫院藥局編制內的一種職位，主要負責協助醫師與醫院從事研究活動。

在藥師的權限部分，有些醫院的學術藥師只是根據管理者的要求提供統計資料，也有一些醫院的學術藥師有直接和科主任溝通處方量與處方廠牌的權力：

有時候會看到醫師用的廠牌突然變了，連著開很多同一家的藥……抗生藥的選擇最多，醫師突然換廠牌現象也最明顯。……醫院裡的學術藥師要統計每名醫師開的藥，包括用量和廠牌有沒有突然出現變化。……學術藥師可以平衡醫師開藥被藥廠影響的問題，我們統計出結果之後，都是把資料交給各科主任，資料包括什麼藥的用量不合理，什麼藥本來可以用價格比較低的，但是卻用到高價藥，有時候會看到醫師用的廠牌突然變了，連著開很多同一家的藥，也會列出資料來跟科主任討論，請他／她約束科內的醫師。……其實藥師只是在統計，院方會將成本壓力給醫師。藥師與醫師是同事，沒辦法給他／她們壓力，院方拿了藥師的資料來給醫師壓力，醫師與藥師是在合作的角色。  
(醫學中心學術藥師 B2)

整體來看，管理者與藥師即使對醫師的處方有事後的審核權，他／她們也只能根據總體統計資料提出建議，藥師沒有權力審核醫師對個別病患開出的處方。

## (二) 藥商與不同規模醫療機構醫師的關係<sup>16</sup>

在藥商的眼中，不同規模的醫療機構屬於不同的市場，藥廠不見得

---

<sup>16</sup> 醫療機構與藥商之間可能還有更複雜的關係存在，本研究討論的主軸是組織規模

會對所有醫療機構的醫師發展密切的互動關係。在這些市場中，藥商交互運用「專業」、「關係」與「財務誘因」等策略，建立他／她們對醫師處方決策的影響力。以下分別就這兩個主題加以說明。

### 1. 藥商對不同規模醫療機構的促銷

藥商通常會評估促銷活動的成本與收益，挑選適合經營的醫院。謝幸燕（1999）的研究觀察到：藥廠與醫院之間有市場區隔化的現象；並不是所有的藥廠都會對所有規模的醫院促銷，外資藥廠與大型醫院間的交易比較頻繁，本土藥廠主要鎖定中小型的醫院與診所。

在所有的促銷活動中，「以量制價」的促銷方式最為普遍，可以適用於所有規模的醫院，除此以外，藥商對醫院的促銷以業務人員的拜訪為主。關於業務人員對不同規模醫院醫師促銷活動的主要差別是提供的誘因不同，這個部分以下會有比較詳細的討論。在診所的部分，由於進貨量少，從而購買藥品的管道不一定是直接與藥商所屬的經銷處或業務代表接觸，有些診所會透過代理商或中盤商購買藥品。藥商對於診所市場有自己的選擇標準，並不是所有的診所都是推廣業務的目標，在乎廠牌形象的藥商會在一個區域中，只挑選生意好的診所往來；內科、小兒科等大科是藥品用量較高的診所科別，業務代表登門拜會的比例較高；藥商沒有挑上的診所，就交給代理商或中盤商，以市場交易的方式賣出藥品（訪問資料 D3, D5, D7, D8）。

---

的差異，至於其他醫療機構的差異，例如組織權屬的差異也可能會使藥商出現不同的影響模式，限於資料取得的困難，目前並無法有任何具體的結論，未來可以透過量化研究取得的資料作進一步的推論。

## 2. 「專業」、「關係」與「財務誘因」的策略運用

藥商透過業務人員與醫師之間長期往來，會相當程度地影響醫院醫師的處方決策。一般而言，醫院的市場大，有獨占的代理消費權，而不同藥商的業務代表之間競爭又相當激烈，使得業務代表與醫院醫師間展現出一種不平等的權力關係：醫院醫師常常可以予取予求。這種現象與日本藥品市場相當類似。Gaeta（1990）的研究顯示：日本處方藥品市場的主要推廣策略是業務代表密集地拜訪並提供醫師私人服務（personal favors）。有些台灣的藥商完全以交際為促銷手法，只要醫師開口，業務代表就完全照辦，其他業務代表也會感受到壓力，不得不配合醫師的需求，送禮、運用人情關係等與專業無關的促銷手法大量出現，此乃買賣雙方權力不平等之下產生的結果。

在醫院市場中，業務代表與醫院醫師間的地位高低差距很大，業務代表常常以加強非正式關係、利益輸送這兩種策略來影響醫院醫師的處方決策。進一步來說，如果我們將「專業性」和「關係」相比，業務代表與醫師之間「關係」的重要性似乎比業務代表本身的「專業性」來得重要（陳遠甫 1996）。陳遠甫的研究（1996）也發現：本土藥廠與外資藥廠相比，外資藥廠比本土藥廠重視業務代表的「專業性」；外資藥廠業務及行銷人員具醫學專業背景的比例高於本土藥廠，本土藥廠起用的醫學專業背景人員大約是 30%，在比例上只有美資廠的三分之一，日資廠的二分之一。

藥商針對不同規模的醫療機構，交互運用「專業誘因」與「財務誘因」兩項機制來影響醫院醫師的處方決策。專業誘因是藥商針對層級較高的醫院採用的一種特殊運作模式，關於專業誘因的概念，在下一節會有較完整的說明。一般來說，醫學中心的醫師為了追求專業聲望的提升，會比較接受專業型的促銷方式。在區域醫院內，藥商通常是以同時

提供「專業誘因」與「財務誘因」的方式維持和醫師間的關係。以財務誘因為主的促銷手法最常用於地區醫院。比如說在市立醫院或社區型的私人醫院中，醫師追求專業地位的需求比較弱，藥商選擇使用其他非正式促銷手法的機會就比較高。非專業的促銷活動在區域醫院中也很常見，由於區域醫院的進貨量大，醫師會提出的要求也多：

只有大醫院才會這樣要求喝花酒，而且外科的醫師最多，小醫院進藥量不多，不可能提這種要求。（外資藥商經理 C1）<sup>17</sup>

另一方面，我們也重視診所市場與醫院市場的差異，想了解藥商對待診所醫師和醫院醫師的方式有什麼不同。李豐裕（1984）以問卷抽樣調查 54 家一般科與內兒科開業醫師，發現診所開業醫師對本土藥商的購買動機依序為：產品力、價格、銷售服務、促銷活動，對外資藥商的購買動機則是把價格的重要性排序放在第四位，這解釋了本土藥商在診所市場中是以「低價」做為吸引醫師消費的主要誘因，「關係」經營反而不是那麼重要。<sup>18</sup>相較之下，在醫院市場中，藥商業務代表與醫院的醫師之間通常會採取長期合作關係來處理彼此的交易。陳遠甫（1996）的研究證實：在開業醫市場中，業務代表的「專業性」和「與醫師的關係」比醫院市場的重要性低，診所醫師與業務代表間的關係比較接近不用講

---

<sup>17</sup> 這位外資藥商經理提到的醫院很可能是公立醫院，區域醫院醫師並不一定能控制藥品採購權，公立醫院的醫師有較高的權限，而私立和財團法人區域醫院通常是由管理人員掌控藥品的採購，在私立和財團法人區域醫院任職的醫師比較難從藥商那裡獲得私人的利益。

<sup>18</sup> 這項研究中的母群體為醫師公會會員，共發出 160 份問卷，回收有效問卷 54 份，回收率為 33.75%。

交情的一般交易關係。

診所的市場零散、進貨量小，促銷活動的成本會直接轉嫁到醫師身上，業務代表通常不會對醫師下太多工夫，因此和醫院相比，喝花酒或送禮這一類促銷活動少了許多。大部分受訪的業務代表表示，診所市場是以價格做為訴求重點進行促銷，而依照開藥量給予折扣的現象也很常見：

個別開業的醫師，自己就是老闆，他／她們會比較在乎價格，  
所以買藥也是用喊價的比較多。（外資藥商業務人員 D5）

少數生意較好的診所，醫師處方決策會直接受到藥商業務代表的影響。主要影響方式是強調處方的獨家性，亦即診所醫師通常不希望自己開的藥和附近的其它診所完全相同，從而才能維持獨門配方的身價。針對此類診所，有些藥商會對醫師提供區域專賣權，以提高診所醫師的「處方專屬」形象。至於其他透過中盤進貨的診所醫師，藥商業務人員不太可能藉由直接互動來影響處方決策。退而求其次，藥商業務人員用贊助醫學會舉辦教育訓練活動的方式促銷商品（訪問資料 D3, D6）。

總結來說，在不同規模醫療機構中，藥商業務人員與醫師之間的關係有不同的運作模式。在藥商眼中，任職於不同規模醫療機構的醫師並不構成一個同質性的市場。在組織影響下，醫師吸收知識的管道會被限制。而人的時間和資訊來源有限，在不同規模的醫院裡，資訊篩檢的過程會有不同，藥商會針對差異填補不同內容的資訊。對藥商來說，專業誘因適用於在規模較大的醫院中任職、有很高藥品用量的醫師；財務誘因適用於在規模較小的醫院或診所中任職、或是藥品用量較少的醫師。

### (三) 促銷模式與醫師處方的專業性

在上一節中，本文指出符合專業規範的影響方式是大型醫院內醫師與藥商間比較常見的關係模式，這些影響途徑屬於比較公開、比較深入於醫院日常生活中的做法。以下我們將會討論這些在大型醫院中盛行的做法怎麼運作，我們也將會討論這些運作方式是不是真的有助於醫師處方的專業化。

#### 1. 專業的影響途徑

藥商提供資訊確實有可能協助醫師提高專業的知識水準，藥商會提供醫師藥品資訊、以及關於新藥品與適應症的資訊；因為藥品的創新速度快，醫師必須吸收新藥品的資訊以維持競爭力：

藥這種東西，新科技一直出來，常用的藥變得很快，如果沒有人作教育和告知的動作，醫師沒辦法自己了解該用哪一種藥。  
(外資藥商業務人員D5)

我也不會說有些醫師沒有學問。醫師的專業是在病理，藥師的專業在藥理，我們是要教醫師一些知識，提醒他/她們碰到什麼症狀可以考慮用哪一種藥。(本土藥商課長C14)

不過，我們也發現：提供新藥品資訊以外資藥商為主，本地藥商的主要產品是在藥品市場上已經販賣一段時間的學名藥，醫師對於藥品的成分與適應症都有基本的認識，醫師對於學名藥的資訊沒有需求：

台廠做的是me too（仿製）的產品，不需要向醫師介紹產品的

成分。(外資藥商業務人員D6)

我們的資料顯示：外資藥商比較容易對醫師召開研討會或是做教育告知的動作：

我們公司推的都是比較新的藥品，需要先教醫師這種藥品適合用在什麼症狀上。我們提供比較多的 paper support，對新藥的適應症介紹得比較清楚，只有原廠會做這樣的促銷。(外資藥商業務人員D5)

藥商提供新藥資訊的場合從例行性的早會、午餐的討論會到大型的學術研討會都有；對於醫院內的成員來說，藥商參與教學活動似乎已經成爲醫院日常生活的一部分：

新藥會在醫院的早會上介紹…一般的醫院都有晨間的教學活動，從主任到實習醫師全部都要參加，有時候是討論 case 的 conference，公司可以利用這個機會介紹這種 case 適用的新藥。(外資藥商業務人員D5)

## 2. 專業與非專業因素混合的影響途徑

在藥商影響醫師處方決策的途徑中，有些做法雖然符合專業規範，但是混合摻雜了專業與非專業因素，這些方式包括提供資訊、提供研究經費、贊助醫師參加研討會、贈送診療室用品與專業書籍、提供無酬勞動力等。

### (1) 提供資訊

要讓醫師接受藥商提供的資訊，「可以跟得上時代」是藥商常常用來說服醫師使用新藥的說法：

我們也會舉辦各科醫學會的演講，讓他／她們了解世界新藥的發展趨勢，醫師也不希望處方跟不上時代，所以原廠藥的銷售還不錯。（外資藥商經理C1）

在藥商的促銷下，醫師比較容易考慮的問題是：自己在專業團體中的地位會不會落後其他人？醫師決定要不要使用新產品時，考慮的因素顯然不只是：新藥是不是比原有的藥品更有效？病人使用新藥的危險性會不會提高？

通常的促銷方式是要製造一些話題，像是在醫院的早會上提供學術討論的演講，醫師通常也願意吸收這些知識，很多醫師都有意願要當意見領袖，你／妳提供他更新的研究資料，他／她就會支持新產品。（外資藥商經理C1）

藥商提供的資訊包括讓醫師可以用來教育病人的書面資料，例如衛教小冊與海報。醫師使用藥商提供的這些資訊有可能是為了增加診療或開藥的速度、提高看診的效率、提升病人遵從醫囑的配合度：

有時候醫師會開那些有提供衛教小冊藥廠的藥，這樣如果消費者要問有關藥的問題，醫師就不用自己解釋，拿衛教小冊給病人看就可以了。（外資藥商業務人員D6）

在資訊傳遞的過程中，藥商常常挾帶一些促銷的利益，例如透過再教育，提高醫師對特定廠牌藥品的熟悉度：「越熟的廠牌當然開得越多。」（本土藥商業務人員D2）。

有時藥商也會給醫師高額的演講費，或是在學術研討會後提供休閒與旅遊活動，藉由專業誘因的包裝，在過程中隱藏財務誘因的運作：

醫學中心或是大一點的醫院都要做seminar，一般藥廠在辦seminar，也是要選在比較休閒的地方，讓醫師們邊開會邊休閒，所以也不是只有純開會。（外資藥商業務人員D5）

發表會是在大飯店開的，大約請了兩百位醫師和相關的人來參加，又請了五、六位醫師發表研究結果，這種研討會的結論當然是一面倒。（醫學中心學術藥師B2）

開會贊助比較多，例如醫師要去台北開會，跟藥商提一下，他／她們會送機票過來，有些送得更多，像送醫師出國開會就不只是提供機票，還包括全套旅遊行程。（區域醫院主治醫師A6）

如果藥商的角色僅限於提供資訊，醫師的處方決策比較符合診斷模型的基本假設。然而事實上是：提供資訊的活動和非專業的促銷活動常常同時出現。我們必須承認：當非專業的促銷越多，越有可能扭曲資訊的內容。

對於藥商提供費用讓醫師出國開會順便旅遊，或是藥商業務人員提供私人化勞務服務之類的醫師與藥商往來案例，已經不能歸類為單純的再社會化關係。而即便是藥商提供的教育訓練，醫師似乎也從中得到不

少額外好處。甚至於，教育訓練的提供有時也要憑恃人際關係，而這一層人際關係，可能是以其他非專業的方式累積而來的：

業務會來找該科負責行政的總醫師，看科內的時間他可不可以過來做一些產品介紹。

[筆者問：總醫師通常會答應嗎？]

像我以前當總醫師的時候是會啦，但是一定要跟我們主任報告過。像我們科，主任如果說不行，給他偷辦的話他就會生氣，說你／妳沒有尊重他啊。（醫學中心主治醫師A4）

主任已經表示不同意，而總醫師還出現「偷辦」的行為，這表示總醫師和藥商業務之間有不錯的交情在：

即使是我們的做法，還是有人情關係在裡面，像是第一個在委員會裏推薦我們產品的醫師，可能就是我們下工夫的對象…科主任要讓你／妳在早會裏發表新產品也算人情啊。（外資藥商經理C1）

這裡所謂的「下工夫」、「算人情」，通常就是靠非專業的運作方式取得。

## （2）提供研究經費

贊助研究經費是藥商與醫師間常見的一種合作方式，有些藥商把贊助醫師提出的研究案當作行銷策略；有些藥商則是為了讓新藥進入台灣市場或進入特定醫院，主動找醫師作研究案：

新進來的藥會委託醫師幫忙做臨床研究。（醫學中心學術藥師 B2）

有些廠商會贊助研究案，例如用教學合作案來讓研究生打工。（外資藥商主任 C4）

通常藥商會依照研究的價值分為真正的研究與行銷活動，有些研究其實對藥商沒有發表的價值，贊助這一類的研究只是為了進入台灣市場：

現在的行銷費用是多樣化的組合，譬如說引進國外比較早期的臨床研究，我給台灣的醫師一個簡單的指引，你/妳自己去做一個研究發表，主要的目的是為了進藥，或是為了拿到 license，這種研究在國外已經做了很久了，我們沒有什麼發表性的價值。（外資藥商經理 C3）

值得注意的是，有些研究經費事實上並沒有用於研究，只是金錢饋贈的替代品而已：

回扣還是有啦，不過現在都不叫回扣，叫做研究費，研究費是照使用量在發的，醫院的藥局會有每個醫師處方量的紀錄，營業員到了月底會去藥局抄資料，然後照用量按比例撥研究費去給醫師，開得多的人就拿得多。（本土藥商課長 C14）

### (3) 贊助醫師參加研討會

贊助醫師參加研討會是另一種常見的行銷策略：

請他／她們參加研討會，每次要支付一、兩萬元的演講費…有時候我們會送醫師去美國開醫學方面的會議，這也是一種拉攏的辦法，這些成本需要反映在定價上。（外資藥商經理C1）

以前我一家醫學中心可以 support 三分之一到二分之一的醫師出國開會，現在可能沒有辦法，一家就是兩個名額三個名額這個樣子，其他醫師要自己去找其他廠商。（外資藥商經理C3）

有些藥商在大飯店舉辦產品發表會，藥商也會在參與醫學會的活動時招待所有來賓用餐：

開會的各個講堂外面的走廊就是擺藥商的攤位，中午我們去吃 buffet，每個桌上就會有一個小牌子，上面寫「吃飽飯有精神聽下午的課—××藥廠公司」。事實上這個 buffet 全部是他們包下來的啦。這個都會有啦，開會是他們貢獻最大的時候啊。（醫學中心醫師A4）

贊助的規模和商品利潤的多寡有關，新產品比較可能贊助醫師參加國外的研討會；舊產品的利潤低，通常的做法是應醫學會的要求邀請國外專家來台灣演講：

老產品就是應學會的要求來做，像今年就 support 一個歐洲的學

者來做演講，至於其他的我就沒有做了。（外資藥商經理C3）

#### （4）贈送診療室用品與專業書籍

贈送診療室用品、專業書籍也很常見：

有些手法是可以被接受的，像是提供藥品需要的設備器材，例如冰庫、冰箱給他／她們，這是為了維護產品品質。（外資藥商經理C1）

有的醫師會直接去跟書商訂他／她喜歡的原文書，然後請書商送到我們這裡來，那些都厚厚一大本，要四五千塊呢！我們收到這種書當然就要付錢，然後再派業務員送去給他／她。（外資藥商經理C1）

受訪者認為送診療室的設備和原文書是可以接受的合法促銷活動，送現金就有可能被抓，顯見醫療機構對這一類饋贈行為，在藥品單價管理上比一般送禮或利益輸送行為的管理寬鬆。

藥商提供的資源甚至深入到醫學院的學生，在醫師社會化初期就建立他／她們對藥品廠牌的熟悉度。在芬蘭進行的研究曾經調查醫學院學生接收藥商促銷訊息的頻率，發現他／她們每個月會接收212則藥商提供的廣告，而70%醫學院學生對藥品促銷活動持正面的態度（Mantyranta and Hemminki 1994）。台灣的藥商不只對醫學院的學生提供廣告訊息，同時也把醫學院學生當作促銷的對象：

送東西的情形很普遍，有一家就送了大學醫科一年級的新生一

批書，每人一本。（外資藥商經理 C2）

醫學院的學生在這種藥廠贈送課本、贈送儀器的文化下接受醫學教育，畢業之後有可能也會覺得接受饋贈理所當然。只要這些饋贈是和工作內容有關，不是納入私人荷包，接受藥商給予的物品或金錢似乎就是合法的、也是可以公開的行為。

#### （5）提供無酬勞動力

醫院在評估醫師專業工作的表現時，評估標準包括學術活動的辦理情形與發表期刊論文的數量。在舉辦學術活動與開研討會發表論文的過程中，有一些勞動工作是可以外包出去，藥商業務人員爲了討好醫師，常常成爲方便、無酬的勞動力來源：

醫師平常的資源比較多，也很習慣藥商幫他／她們多做一點事，例如幫忙查期刊或指定的論文，影印書籍，辦 seminar。

（外資藥商業務人員 D6）

我有請他／她們找過 paper，他／她們找的，第一個不用花時間，第二個，沒有的話他／她們會去調，叫台北總公司的人去找，就會找得比較完整。（醫學中心醫師 A4）

有時候醫院會辦研討會，各家藥廠就會分配到一些工作，例如印海報、發邀請函。（區域醫院管理人員 B1）

這些勞動工作中，有些和專業地位有關，也有一些工作是業務人員替醫師處理雜務，讓醫師有更多時間投注在專業工作上，例如接送醫師

到其他醫院看診、幫醫師跑腿、繳費，或是替醫師承攬醫院交辦的行政業務：

藥廠的業務人員需要幫醫師跑腿，或是幫他／她辦點私事、接接老婆、送人去機場、繳個費什麼的。（代理藥商業務人員 D8）

如果醫院安排院外的活動，業務人員會幫主辦的醫師做安排行程或佈置會場的工作。（區域醫院管理人員 B1）

醫師都靠藥廠在養，業務是供醫師使喚，錢倒不是最主要的，醫師收入高的一個月有五十萬，藥廠給的再多，一個月也只是多個五、六萬，作業務最重要的是要讓醫師覺得很機伶，有誠意…有時候錢少一點他／她也不在乎。（醫學中心學術藥師 B2）

有趣的是，長期的個人服務有助於醫師與業務人員之間建立交情，而醫師與業務人員之間的交情有時候可以轉換成業務人員的業績：

醫師開不開你／妳這一家的藥，40%是看交情，60%是看廠牌。（本土藥商課長 C14）

我如果開台廠的藥，大概就是人情的考量，不過藥也不能太差就是了。（區域醫院主治醫師 A6）

藥商與大型醫院醫師間的互動關係有以下三點值得注意的地方。首

先要指出的是，當藥商以提供專業誘因的方式提供醫療資訊時，可能是同時混合了專業與非專業的方式，企圖影響醫師的處方決策。其次，藥商對醫師的影響形式也不限於以專業許可的方式提供資訊或專業不許可的提供經濟誘因兩種方式，藥商提供醫師處方決策的誘因種類和形式具更大的多樣性。最後我們也必須指出：許多表面看來屬於專業許可範圍內的做法，實際上不一定有助於提高處方的專業性。

### 3. 影響促銷模式選擇的制度因素

在制度的層面，我們發現某些規範醫療體系的特定制度可能促使藥商更常採用符合專業規範、但對於提升處方專業程度沒有幫助的影響途徑，重要的制度包括：藥品進口的臨床實驗制度、專科醫師制度、醫院評鑑制度與教學醫院醫師的升等制度、醫院採購新藥的提藥制度。

#### (1) 藥品輸入的臨床實驗制度

政府爲了提升醫療品質，規定引進台灣市場的新藥需做臨床實驗。臨床實驗需要累積一定數量的試用報告，以通過藥品輸入許可的審核標準；沒有附試用報告的仿製學名藥只能取得較低的核定價格（中央健康保險局 2004a、2004b）。爲了執行臨床實驗，藥廠會找熟悉的醫學中心和醫師配合；藥廠與醫學中心內的醫師需要維持合作關係，醫師才會刻意挑選可以使用的案例，以利於迅速累積新藥的試用人數。

值得注意的是，醫師在進行臨床實驗的過程中，醫師和藥廠雙方都有提早完成的誘因。對藥廠而言，越早完成可以取得越多的商業利益；對醫師來說，他／她們也會認知到試用報告累積得越快越好。因爲越快完成實驗階段，醫師越可能被藥廠評估爲有效率的合作對象，個別醫師越有可能得到領先使用新療法的龍頭地位：

新藥進來台灣市場要找人幫忙推…榮總、台大的醫師也在爭龍頭，他／她們都會配合著做臨床實驗。（外資藥商業務人員 D5）

令人擔憂的是，有些醫師爲了在同業間成爲意見領袖、取得較高的專業聲望，會作出違反病人權益的決定，例如讓病情不嚴重、不太需要冒新藥風險的病人參加臨床實驗：

有關係的醫師會鼓吹病人試用，有時候這個病人並不一定很需要。…醫師會爲了幫我們而讓病例數累積得快一點，這樣醫師算賣我們一個人情，他／她自己也可以早一點讓醫院進我們的新產品，醫師也會想要提高地位，這樣可以讓自己在同業之間領先。（外資藥商主任 C4）

## （2）專科醫師制度

影響專科醫師資格取得的醫師教育訓練活動也是藥廠促銷的領域。台灣地區從 1986 年通過醫師法之後，醫師需要參加專科醫學會舉辦的課程以取得學分、維持個人的專科醫師身分。提供課程對各專科醫學會來說是一項勞務工作，醫學會與藥商合作，由藥商主辦、協辦或贊助部分費用，可以減少醫學會和醫院的勞務工作；對藥商來說，接受教育訓練的醫師有可能在取得學分過程中，聽到藥商想要傳遞的觀點與知識內容：

seminar 多半是跟醫學會合辦，醫師來上這種課是有學分的，課程是由我們主辦…醫學會辦的 seminar 通常都在介紹最新的

paper和藥品的適應症，每一場來參加的人都包括不同醫院的醫師。（外資藥商業務人員D5）

醫學會向醫師收的費用通常用在行政費用，如果有辦活動或是演講就會找藥商贊助。（區域醫院醫師A6）

### （3）醫院評鑑制度與教學醫院醫師的升等制度

衛生主管機構對醫院進行評等時，醫師資格是評鑑標準之一；教學醫院收住院醫師的人數，是依照教授、副教授與專科醫師人數計算比例；醫院招收的住院醫師人數越多，醫院越有廉價的勞動力可以運用。環境的壓力會反映在醫療機構的組織設計上，希望提高評鑑等級、增加住院醫師比例的醫院，都會給醫師升等的壓力。醫院判斷醫師專業表現的標準是以可以測量的標準為主；就升等來說，在教學、研究方面的表現比醫療服務重要，出國進修或參加研討會的次數、發表演講、發表期刊論文、引進新藥都是評估醫師專業地位的方式。至於在第一線的開藥行為是否符合專業標準反而不是評量專業的標準。影響所及，凡是可以測量醫師專業地位的項目，例如研討會、專業期刊，就成為藥廠進行促銷活動的場域。藥商以挑選代言人、贊助教育訓練、贊助出國研究等方式協助醫師累積研究的資料，醫師以持續開出這家藥商定額的藥品做為回報。

### （4）醫院採購新藥的提藥制度

藥商要讓新藥品進入到醫院的藥局裡，需要由院內的醫師擔任產品的代言人。藥商不能直接參與院內的會議，只有醫院內的醫師才能在委員會中提案。這項制度讓藥商有動機去和醫師建立長期而密切的合作關

係，特別是與院內權力較高的醫師建立關係，以便讓醫師願意替藥商在委員會中發言：

藥要進得去醫院…要醫師主動提出他／她認為可以進的藥，再由委員會討論，醫師會向委員會提出這項藥品，當然是有交情的成分在裡面。…藥廠都會先找有分量的醫師幫忙。（本土藥商課長C14）

整體而言，醫師的處方決策不只在醫療機構的限制下進行，更高層次的制度脈絡也對藥商和醫師間選擇以什麼方式互動有關。藥品進口的臨床實驗制度、專科醫師制度、醫院評鑑制度與教學醫院醫師的升等制度、醫院採購新藥的提藥制度等，使大型醫院醫師在面對藥商業務人員時產生了不同於中小規模醫院醫師的特殊需求，藥商也投其所好，發展出以專業活動為包裝的利益交換關係。

## 五、結論

本研究探討藥商、醫院的管理與採購制度、及兩者之間的交互關係如何構成台灣醫師處方決策行動的脈絡。醫師的處方行為是在健保制度、醫療機構管理制度及藥商、醫院管理者、病患等各個行動者與醫師間的關係脈絡下進行，我們採納了Pontes（1995）將醫師處方行為放在制度脈絡下檢視的作法，將討論的焦點集中於兩個與藥商有關的制度與組織脈絡。這兩個脈絡分別是：一、醫院的採購系統和藥商介入藥品採購系統的方式，對醫師處方決策的選擇範圍所構成的限制；二、藥商依照醫師任職機構的特性，對醫師採取不同的建立關係策略，讓不同醫療

機構的醫師在進行處方決策時面對不同的參考架構。

分析藥商、醫院及兩者的交互關係所構成的處方決策脈絡後，本研究以台灣的資料呈現Pontes（1995）的論點，台灣的醫學界不是隔絕其他影響源的醫師專屬領域，醫師並沒有完全的處方決策權。藥商與醫療機構、醫師三者之間構成交互關係，形成處方決策的複雜脈。藥商雖然以醫師做為主要的影響對象，但是在醫療機構管理權上升的趨勢下，藥商的活動會受到醫院採購制度的限制，這個趨勢和Hawkey等人（1997）對醫師普羅化趨勢的描述是相符的。

醫療機構規模會影響藥商與醫師處方決策間的關係，大型醫院的藥品採購系統比較複雜，由醫師、管理者、藥局主任共同組成的藥品管理委員會，限制醫師可挑選藥品的廠牌數。醫院內部各個專業團體有不同的權限，管理者的主要功能是審核藥品總數量與總價，有些藥師掌握了初步的篩選權，但醫師代表仍然握有提藥、決策權。藥商以醫師為促銷的主要對象，對管理階層以價格進行促銷，對藥局主任的促銷較強調藥品管理上的優越性。醫療機構的規模越小，越有可能由特定的個人決定採購藥品的廠牌與數量，藥商之間也比較傾向於以價格競爭。

藥商在不同規模醫療機構中提供醫師處方決策的不同脈絡。在大型的醫療機構中，藥商傾向於把促銷活動包裝成專業活動，再對醫師進行促銷，比較少出現直接提供財務誘因的行為模式；在小規模的醫院與診所中，藥商的促銷較少採用提供資訊、提高醫師專業地位等策略，提供醫師在藥品價格上的優惠才是藥商影響處方決策的主要策略。

再社會化理論強調的「藥商提供醫師資訊」和代理理論強調的「藥商以財務誘因改變醫師處方」，並不能涵蓋藥商企圖影響醫師處方決策時，使用媒介上的多樣性。大型醫院的醫師和藥商之間的關係，除了Silverman等人（1992）和Lexchin（1989）提到的藥商提供不一定正確

的資訊給醫師以外，藥商還透過贊助研究經費、贊助參加研討會、餽贈診療室用品及專業書籍、提供無酬勞動力等方式企圖影響醫師的處方決策；這些做法和Lexchin（1989）強調「藥商提供資訊只是表象」的說法有類似之處，無法清楚地劃分為有助於專業發展的影響或需要加以限制的非專業影響，只能說是專業與非專業摻雜運作的混合模式。

本研究也發現：再社會化理論與代理理論其實有重疊的部分，混合模式同時具有Silverman等人（1992）描述的「藥商提供資訊對醫師進行再社會化」與Pontes（1995）描述的「醫師考量個人利益」這兩個面向存在。

導致混合模式範圍擴大的制度因素包括新藥引進的臨床實驗制度、醫院評鑑制度、專科醫師制度、醫院採購新藥的提藥制度。臨床實驗制度讓藥商與醫師產生相互依賴的關係；醫院評鑑與專科醫師制度要求醫師必須在工作生涯中持續取得更高的專業地位；醫院採購新藥的提藥制度讓藥商有動機和醫師之間建立比較緊密的關係。

在這些制度脈絡下，藥商在大規模的醫療機構中，以專業規範許可的方式影響醫師處方決策。因為在大型機構中任職的醫師，為了追求專業聲望的提升，比較容易接受藥商以符合專業規範的方式與醫師接觸。大型醫院的醫師和藥商之間維持比較密切的互動關係，不能只解釋成醫學中心的醫師有較高的求知慾，制度讓醫師產生了和藥商密切互動的動機，也促成了混合模式的出現。

如果藥商對醫師處方決策提供了專業考量以外的誘因，限制藥商與醫師之間的接觸將有助於確保醫師處方決策的專業性。然而，大多數的情況是藥商兼採專業與非專業影響混合的做法，使得與藥商維持密切關係的醫師，可以在專業許可範圍內依照代理理論強調的經濟理性，計算他／她在專業生涯發展中的利弊得失，從而以代理人的利益取代病人的

利益為最高指導原則。Scott及Shiell（1997）描述在醫師與病人的代理關係中，醫師的利益與病人的利益並不一致，醫師在選擇藥品的過程中容易受到自利動機的影響，把開藥的代理成本外部化，而台灣藥商提供的各種誘因，提供醫師許多滿足自利動機的機會。

在大型醫療機構中，藥商雖然逐漸以符合專業規範的方式取代直接的利益交換行為，去影響醫師的用藥決策，但是並不能據此推論藥商扮演的是強化醫療專業規範的角色，理由在於：醫師在專業規範的許可下作出的處方決策，仍有空間讓藥商對醫師的決策過程運用非專業的影響力，而且這種非專業的影響很容易被醫療保險單位與醫療機構所忽視。政府推行各項政策以提高醫師專業知識、提升醫療品質的同時，也應留意這些政策在執行上是否過度依賴量化指標，反而擴大了藥商促銷活動的影響範圍，讓醫師面臨更多非專業誘因，對醫師的處方品質產生負面的影響。

### 作者簡介

謝幸燕，台灣大學社會學博士。目前為義守大學醫務管理學系助理教授。學術專長：醫療社會學、組織社會學、醫療組織行為。目前從事的研究為藥品製造業與銷售業分析、藥師專業化、醫師處方決策、醫院知識管理等相關議題。

## 參考書目

- 中央健康保險局，2004a，中央健康保險局新藥收載申請書。  
[http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital\\_file/newmedform.doc](http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_file/newmedform.doc)，取用日期：2004年10月2日。
- 中央健康保險局，2004b，全民健康保險已收載之成分藥品核價申請書。[http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital\\_file/fnhi.doc](http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_file/fnhi.doc)，取用日期：2004年10月2日。
- 王玉皎，2000，《中老年高血壓疾病之門診處方型態：健保資料庫分析，以台北市為例》。台北：國防大學國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 王克陸、彭雅惠，2000，〈台灣醫療產業代理問題之研究〉。《產業論壇》1(2): 205-223。
- 吳惠美，2003，《高雄市立醫院抗生素處方之比較研究—以門診上呼吸道感染患者為例》。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文。
- 吳錦松，2001，《論病例計酬制度對醫院用藥行為之影響：以前列腺切除術及人工髖關節置換術為例》。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 李碧玉，2004，《中老年糖尿病之門診處方型態分析》。台北：台北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 李豐裕，1984，《西藥業消費者購買決策行為與廠商銷售策略關係之研究》。台北：台灣工業技術學院工程技術研究所工管組碩士論文。
- 林之勤，2002，《診所醫師的抗生素處方行為—型態描述與影響因素初

- 探》。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 周美惠、許若儀、林明芳，1997，〈門診老年病患處方型態分析〉。  
《醫院藥學》14 (1/2): 1-14。
- 柯雨利，2003，《促銷活動對醫師藥物選擇行為之影響》。台南：成功大學高階管理碩士在職專班碩士論文。
- 侯海珠，2002，《高雄榮民總醫院醫師資訊需求與資訊尋求行為之探討》。台中：中興大學圖書資訊學研究所碩士論文。
- 姚淑惠，1998，《健保特約醫事服務機構抗生素處方型態之探討》。台南：成功大學臨床藥學研究所碩士論文。
- 洪輝榮，2001，《高血壓用藥處方型態之探討》。台南：成功大學臨床藥學研究所碩士論文。
- 許育彰，2000，《健保門診非成癮性止痛藥處方型態分析及處方問題探討》。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 郭正睿，2002，《中區醫學中心門診上呼吸道之抗生素處方型態及利用分析》。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 張上淳、張鴻仁、蕭美玲，1998，〈台灣地區公立醫院抗生素使用情形之調查研究〉。《微免與感染雜誌》31 (2): 125-132。
- 張依同，2000，《全民健保特約醫事機構住院病患抗微生物製劑處方型態分析》。台北：台灣大學藥學研究所碩士論文。
- 陳俞漣，1999，《台北地區醫學中心醫師對藥品核准標示外使用的認知、態度與使用概況》。台北：台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 陳遠甫，1996，《中美日製藥廠在國內不同市場之行銷策略分析》。台北：台灣大學商學研究所碩士論文。
- 黃崇惠，1998，《全民健康保險特約診所負責醫師對廢除門診簡表制擬

- 採行措施研究》。台北：台灣大學醫療機構管理研究所碩士論文。
- 黃肇明，1993，《醫師處方行為之研究—台北地區八家公私立醫學中心及區域醫院之高血壓處方型態分析》。台北：國防大學國防醫學院公共衛生研究所碩士論文。
- 賀家光，2003，《醫師處方藥品之關鍵決定因素—以高血壓藥為例》。台北：台北大學企業管理學系碩士論文。
- 游聲麒，1996，《教育部所屬醫院藥品聯合採購之可行性評估》。台北：台灣大學公共衛生研究所碩士論文。
- 鄭文欽，2002，《醫院乙醯氨酚使用之費用分析》。高雄：高雄醫學大學公共衛生學研究所碩士在職專班碩士論文。
- 鄭淑妃，2004，《門診糖尿病合併高血壓病患藥物治療型態之研究—以某醫學中心為例》。台中：中山醫學大學醫學研究所碩士論文。
- 盧彥樺，2002，《探討DRG90之住院處方型態—以某醫學中心為例》。台北：陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 謝幸燕，1999，《藥品生產的制度化—制度、組織生態與消費慣行的互動》。台北：台灣大學社會學研究所博士論文。
- Abraham, John, 1995, *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry: Controversy and Bias in Drug Regulation*. London: University of College Press.
- Avorn, Jerry, Milton Chen and Robert Hartley, 1982, "Scientific versus Commercial Sources of Influence on the Prescribing Behavior of Physicians." *American Journal of Medicine* 73(1): 4-8.
- Bates, Andree and Edwin Bailey, 2003, "Marketing to Win Market Share — The Role of Doctor Sentiment and Benchmarking." *International Journal of Medical Marketing* 3(2): 145-152.

- Bennett, James T. and Thomas J. DiLorenzo, 1994, *Unhealthy Charities: Hazardous to Your Health and Wealth*. New York: Basic Books.
- Bero, Lisa A., Alison Galbraith and Drummond Rennie, 1992, "The Publication of Sponsored Symposiums in Medical Journals." *New England Journal of Medicine* 327(16): 1135-1140.
- Bowman, Marjorie A., 1986, "The Impact of Drug Company Funding on the Content of Continuing Medical Education." *Möbius* 6(1): 66-69.
- Britten, Nicky, 1994, "Patient Demand for Prescriptions: A View from the Other Side." *Family Practice* 11(1): 62-66.
- Bunker, John P., 1970, "A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales." *New England Journal of Medicine* 282: 135-144.
- Calman, Neil S., Ruth Bernstein Hyman and Warren Licht, 1992, "Variability in Consultation Rates and Practitioner Level of Diagnostic Certainty." *Journal of Family Practice* 35: 31-38.
- Conrad, Peter, 1975, "The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior." *Social Problems* 23(1): 12-21.
- Davis, Peter and Barry Gribben, 1995, "Rational Prescribing and Interpractitioner Variation: A Multilevel Approach." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 11(3): 428-442.
- Davis, Peter et al., 2000, "The 'Supply Hypothesis' and Medical Practice Variation in Primary Care: Testing Economic and Clinical Models of Inter-practitioner Variation." *Social Science and Medicine* 50: 407-418.
- Freidson, Eliot, 1988, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

- Gaeta, Lois, 1990, "The Formula for Success in the Japanese Market." *Medical Marketing and Media*, August: 23-34.
- Greenberg, Daniel S., 2001, *Science, Money and Politics: Political Triumph and Ethical Erosion*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hart, J. et al., 1997, "Do Drug Costs Affect Physicians' Prescription Decisions?" *Journal of Internal Medicine* 241(5): 415-420.
- Hawkey, C. J. et al., 1997, "Prescribing of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs in General Practice: Determinants and Consequences." *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 11(2): 293-298.
- Illich, Ivan, 1977, *Limits to Medicine: Medical Nemesis, the Expropriation of Health*. Harmondsworth: Penguin.
- Jesilow, Paul, Henry N. Pontell and Gilbert Geis, 1993, *Prescription for Profit: How Doctors Defraud Medicaid*. Berkeley: University of California Press.
- Lexchin, Joel, 1989, "Doctors and Detailers: Therapeutic Education or Pharmaceutical Promotion?" *International Journal of Health Services* 19(4): 663-679.
- Luft, H. S., 1983, "Variations in Clinical Practice Patterns." *Archives of Internal Medicine* 143(10): 1861-1862.
- Mantyranta, Taina and Elina Hemminki, 1994, "Medical Students and Drug Promotion." *Academic Medicine Journal of the Association of American Medical Colleges* 69(9): 736.
- Marsa, Linda, 1997, *Prescription for Profits: How the Pharmaceutical Industry Bank Rolled the Unholy Marriage between Science and Business*. New York: Scribner.

- Pontes, M. C., 1995, "Agency Theory: A Framework for Analyzing Physician Services." *Health Care Management Review* 20(4): 57-79.
- Scott, A. and A. Shiell, 1997, "Analyzing the Effect of Competition on General Practitioners' Behavior Using a Multilevel Modeling Framework." *Health Economics* 6: 577-588.
- Schwartz, R. K., S. B. Soumerai and Jerry Avorn, 1989, "Physician Motivation for Non-Scientific Drug Prescribing." *Social Science and Medicine* 28: 577-582.
- Silverman, Milton, Mia Lydecker and Philip R. Lee, 1992, *Bad Medicine: The Prescription Drug Industry in the Third World*. Stanford: Stanford University Press.
- Verbeek-Heida, P. M., 1993, "How Patients Look at Drug Therapy: Consequences for Therapy Negotiations in Medical Consultations." *Family Practice* 10(3): 326-329.
- Weiss, Marjorie and Ray Fitzpatrick, 1997, "Challenges to Medicine: The Case of Prescribing." *Sociology of Health and Illness* 19(3): 297-327.
- Weiss, Marjorie, Ray Fitzpatrick, D. K. Scott and M. J. Goldacre, 1996, "Pressures on the General Practitioner and Decisions to Prescribe." *Family Practice* 13(5): 432-438.
- Wennberg, John E., 1987, "Population Illness Rates Do not Explain Population Hospitalization Rates." *Medical Care* 25(4): 354-359.
- Wennberg, John E. and Alan Gittelson, 1973, "Small Area Variations in Health Care Delivery." *Science* 182: 1102-1108.
- Wennberg, John E., Benjamin A. Barnes and Michael Zubkoff, 1982, "Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-induced

Demand.” *Social Science and Medicine* 16(7): 811-824.

West, Elizabeth et. al., 1999, “Hierarchies and Cliques in the Social Networks of Healthcare Professionals: Implications for the Design of Dissemination Strategies.” *Social Science and Medicine* 48(5): 633-646.

Wolff, Nancy, 1989, “Professional Uncertainty and Physician Medical Decision-making in a Multiple Treatment Framework.” *Social Science and Medicine* 28: 99-107.