

東 海 大 學

工業工程與經營資訊學系

高階醫務工程與管理碩士在職專班

碩士論文

從醫院評鑑制度探討藥師服務模式之價值  
鏈管理創新

研 究 生：楊雅婷

指 導 教 授：洪堯勳 博士

中 華 民 國 一 百 年 六 月

**The Value Chain Management Innovation of Pharmacist  
Service Model from the Perspective of Hospital  
Accreditation System**

By  
Ya-Ting Yang

Advisor: Dr. Jau-Shin Hon

A Thesis  
Submitted to Tunghai University  
in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Health Administration

June 2011  
Taichung , Taiwan

## 誌謝

在東海高階醫務工程與管理碩士在職專班短短的二年時間，是我人生收獲甚多的時光。在研究所這二年課程中，由於東海醫管專班的教授們的豐富知識，開拓我以新的視野看待醫療專業服務，也讓我真正面對管理這門深奧的學問。

感謝醫管專班的同學們，特別是班上的七仙女—美玲、嘉芬、素芬、桂蘭、憶柔、靜微、怡玲，若沒有你們的鼓勵，從頭份至台中路途會顯得更遙遠，因為有你們我才得以堅持下去完成學業。在研究所這二年，有這些同學的相互扶持，給予我課業及精神上的支持，讓這二年充滿溫暖的回憶。

研究進行期間，感謝本次個案訪談的藥學界先進們的鼎力相助，特別感謝中榮藥劑部陳本源主任、陳總藥師、顏志和組長及為恭醫院藥劑部李瑞珍主任及朱淑容組長、崇仁醫院李幼菁組長提供其經驗及看法，使本研究能順利完成。

特別要感謝我的指導教授洪堯勳博士，第一次與洪教授相識緣起於醫管學分班，洪教授對於管理策略上的見解令我驚豔，也開啟了我對於管理這門學問的興趣。在研究論文進行期間，感謝洪教授的耐心引導，使我能一步步地建構研究理論而至完成論文。

在研究所兩年的期間，更讓我體會親情與友情支持的重要性，感謝大哥岳捷二話不說從中國為我寄來大量的參考書籍，感謝二哥永祥為我能平安通車而承擔了保養車子的責任，感謝父母為我的健康而精心調製食物並在我忙於寫論文時為我祈禱。感謝朋友們在這兩年的打氣與鼓勵，特別是遠從加拿大回來的怡文及忙碌的惠雲姐，這是上帝為我派來的兩位小天使，幫助我能順利完成論文。

謝謝所有在為恭的長官與同事們，這兩年為了讓我能順利完成學業而給予我的幫助。謝謝沈建業副院長為我寫推薦函、謝謝王雪月副院長為我加油打氣、謝謝檢驗部陳建志主任在工作及課業上為我解惑。

感謝一路行來給予我幫助的人，因為有大家的相助，才得以順利完成學業。希望在不遠的未來能夠學以致用，以不負期望。

楊雅婷 謹誌於  
東海高階醫務工程與管理碩士在職專班

# 從醫院評鑑制度探討藥師服務模式之價值鏈管理創新

學生：楊雅婷

指導教授：洪堯勳 博士

東海大學工業工程與經營資訊研究所

## 摘要

臺灣自1978年開始實施教學醫院評鑑以來，歷經舊制醫院評鑑及新制醫院評鑑等時期。臺灣為少數依醫院評鑑結果用以決定醫療保險給付的國家，也因此醫院評鑑對各層級醫院的制度發展及醫療專業人員的角色價值產生了重大的影響。醫院藥師亦隨著醫院評鑑制度的改變而逐漸產生角色價值上的變化。本研究從價值鏈管理的角度，探討醫院評鑑制度對不同層級的醫院藥師，歷經醫院評鑑制度變遷，醫院藥師附加價值的變化。

研究結果顯示，目前全民健康保險對於藥事服務費以量化的方式予以給付，但醫院藥師在藥事照護品質面的價值卻難以量化的方式評量。在臺灣，醫院評鑑結果左右醫院的總額給付，而醫院評鑑制度以提升醫療照護品質為目的，亦間接地影響了醫院藥師在藥事照護服務上的附加價值，使得醫院評鑑制度平衡了健保以量化的方式評量醫院藥師在藥事照護服務上的價值。隨著醫院評鑑對於用藥安全管理及病人藥物治療過程面及結果面愈來愈重視，相較於醫院評鑑實施前，醫院藥師在用藥品質管理及臨床藥事照護的附加價值亦隨著醫院評鑑制度改變而逐漸提升。

**關鍵字：**醫院評鑑，價值鏈，附加價值，醫院藥師

# **The Value Chain Management Innovation of Pharmacist Service Model from the Perspective of Hospital Accreditation System**

Student: Ya-Ting Yang

Advisor: Dr. Jau-Shin Hon

Department of Industrial Engineering and Enterprise Information  
Tunghai University

## **ABSTRACT**

The hospitals in Taiwan have been using various styles of hospital accreditation since 1978, when the teaching hospital accreditation was first introduced. Under the current health care regulations in Taiwan, the result of the evaluation of a hospital alone can determine the amount of compensation it receives. Therefore, the evaluation system has deeply influenced the development of regulations inside hospitals, from lower to higher levels, as well as the role values of medical personnel, including the in-hospital pharmacists. This research explores in detail, from the perspective of the value chain concept, how the hospital accreditation system has impacted the value added of in-hospital pharmacists throughout the changes adopted within the hospital accreditation over the years.

According to this research, it is shown that the amount of compensation awarded for the pharmaceutical services in a hospital follows a quantitative setup under the current health care regulations. However, it is difficult to apply the same setup to measure the value of pharmaceutical care and services provided by in-hospital pharmacists. Presently in Taiwan, the result of the hospital accreditation of a hospital alone directly impacts the total amount of compensation it receives. Aiming to improve the quality of health care services provided by the hospitals, the implementation of the hospital accreditation on each hospital has indirectly increased the value added of in-hospital pharmacists. Consequently, the value of pharmaceutical support provided by in-hospital pharmacists become subjected to the quantitative setup utilized by the current evaluation regulations. As the hospital accreditation system places more and more emphasis on the aspects of drug safety, drug treatment received by patients, and drug effect reported by patients, it is evident that the added value of care and services, particularly in the areas such as management of drug quality, and clinical pharmaceutical care, provided by in-hospital pharmacists also become more considerable.

**Keywords: Hospital Accreditation, Value Chain, Value Added, Pharmacist**

# 目錄

誌謝.....	3
中文摘要.....	4
英文摘要.....	5
圖目錄.....	9
表目錄.....	11
第一章 緒論.....	12
1.1 研究背景與動機.....	12
1.2 研究問題與目的.....	13
1.3 研究流程.....	14
1.4 研究方法.....	15
1.4.1 個案研究法.....	15
1.4.2 訪談法.....	17
1.4.3 訪談對象.....	18
1.4.4 訪談內容整理.....	19
1.5 研究範圍與限制.....	19
1.5.1 研究範圍.....	19
1.5.2 研究限制.....	19
第二章 文獻探討.....	21
2.1 醫院評鑑制度.....	21
2.1.1 醫院評鑑之法源.....	21
2.1.2 醫院評鑑之沿革.....	23
2.1.3 醫院評鑑制度與醫療保險給付.....	25
2.1.4 醫院評鑑之藥事管理.....	27
2.2 價值鏈管理分析.....	29
2.2.1 價值鏈定義.....	29
2.2.2 價值鏈管理.....	29
2.3 微笑曲線理論.....	30
2.3.1 微笑曲線的由來及定義.....	30

2.3.2	微笑曲線與苦笑曲線 .....	31
第三章	藥師的服務模式 .....	33
3.1	藥師在醫療界中的角色 .....	33
3.1.1	藥師的角色演進 .....	33
3.1.2	藥師的定位 .....	35
3.2	臺灣藥師的執業型態與服務模式 .....	35
3.2.1	藥師的執業型態與分布情形 .....	35
3.2.2	藥師照護的價值鏈 .....	38
3.3	醫院藥師的服務模式 .....	39
3.3.1	醫院藥師的角色 .....	39
3.3.2	醫院藥師的服務對象 .....	41
3.3.3	以病人為中心的藥事照護模式 .....	42
3.3.4	醫院藥師的苦笑曲線 .....	42
第四章	醫院藥師的價值分析 .....	44
4.1	醫院藥局的架構與組織 .....	44
4.1.1	醫院藥局的基本編制 .....	44
4.1.2	醫院藥局組織架構變化 .....	45
4.2	藥事作業流程與藥師價值鏈變化 .....	46
4.2.1	醫院評鑑制度實施前 .....	46
4.2.2	教學醫院評鑑時期 .....	48
4.2.3	舊制醫院評鑑時期之後(1987~) .....	49
4.3	醫院評鑑對藥師附加價值的影響 .....	52
4.3.1	醫院評鑑對醫學中心藥師附加價值的影響 .....	53
4.3.2	醫院評鑑對區域醫院藥師附加價值的影響 .....	59
4.4	醫院評鑑對各層級醫院藥師服務策略的影響 .....	65
4.4.1	醫院評鑑對醫學中心藥師服務策略的影響 .....	65
4.4.2	醫院評鑑對區域級醫院藥師服務策略的影響 .....	66
第五章	結論與建議 .....	68

5.1 結論.....	68
5.2 未來研究與建議.....	70
參考文獻.....	71

## 圖目錄

圖 1.1：	研究流程圖.....	15
圖 2.1：	臺灣醫院評鑑之沿革.....	24
圖 2.2：	評鑑結果與給付搭配說明.....	26
圖 2.3：	一般價值鏈(Porter, 1985).....	29
圖 2.4：	微笑曲線(施振榮, 1996).....	31
圖 2.5：	微笑曲線與苦笑曲線(劉常勇, 2007).....	32
圖 3.1：	藥師角色轉變.....	34
圖 3.2：	藥師的執業型態與相關功能.....	36
圖 3.3：	藥師執業場所及分布情形.....	38
圖 3.4：	藥師的價值鏈.....	38
圖 3.5：	藥事照護病人流程.....	42
圖 3.6：	醫院藥師的苦笑曲線.....	43
圖 4.1：	醫院藥局的基本編制.....	44
圖 4.2：	醫院藥局編制的變化.....	45
圖 4.3：	藥事作業流程(1).....	47
圖 4.4：	醫院藥師的價值鏈變化(1).....	47
圖 4.5：	藥事作業流程(2).....	48
圖 4.6：	醫院藥師的價值鏈變化(2).....	48
圖 4.7：	藥事作業流程(3).....	50
圖 4.8：	醫院藥師的價值鏈變化(2).....	51
圖 4.9：	醫學中心藥師的苦笑曲線—醫院評鑑實前(~1978).....	53
圖 4.10：	醫學中心藥師的苦笑曲線—教學醫院評鑑時期.....	54
圖 4.11：	醫學中心藥師的苦笑曲線—舊制醫院評鑑時期.....	57
圖 4.12：	醫學中心藥師的苦笑曲線—新制醫院評鑑時期.....	59
圖 4.13：	區域醫院藥師的苦笑曲線—教學醫院評鑑時期.....	60
圖 4.14：	區域醫院藥師的苦笑曲線—舊制醫院評鑑時期.....	63
圖 4.15：	區域醫院藥師的苦笑曲線—新制醫院評鑑時期.....	65

圖 4.16：醫學中心醫院藥師提供服務策略草圖.....	66
圖 4.17：區域級醫院藥師提供服務策略草圖.....	67

## 表目錄

表 1.1: 個案研究之研究階段(Benbasat, 1987).....	17
表 1.2: 訪談形式(Minichiello V., 1995).....	18
表 1.3: 訪談名單.....	19
表 2.1: 醫院評鑑藥事作業基準相關條文.....	27

# 第一章 緒論

本章節針對本研究的緣起動機與研究目的來進行說明。最後將針對本研究的問題進行分析及討論。

## 1.1 研究背景與動機

在 1997 年臺灣開始於各縣市實施醫藥分業政策後，「藥師」這份職業漸為大家所知，但社會大眾對藥師的印象多半仍停留在拿取藥品、給藥的調劑工作上。在臺灣，藥師的執業範圍包涵藥廠、藥品公司、醫院、社區藥局、診所，其中以在醫院執業的醫院藥師的角色與其他執業場所相形之下更顯繁鎖複雜。歷經了制度及法規的演變後，現今醫院藥師除了一般為民眾所熟知的調劑藥品工作之外，更需負擔包括藥品管理、對病人提供諮詢衛教、特殊製劑調劑（化療藥品及全靜脈營養輸注）、參與醫療團隊臨床訪視照護、藥物使用評估（療效及經濟）、藥物血中濃度監測等藥事照護相關工作。而種種醫院藥師工作角色的演進轉變，除了藥學教育對於臨床藥學的推廣及因各國對臨床藥事照護的改進使得醫院藥師對自我工作有更進一步的要求之外，法規及醫院評鑑制度的改變，更是醫院藥師角色價值變化的重要推手。

自從 2002 年北城婦幼醫院護理人員將肌肉鬆弛劑錯認為疫苗而發生打錯針事件、2003 年屏東崇愛診所將降血糖藥物誤加入抗組織胺藥物藥罐中而給錯藥事件，在那幾年間連續數件重大醫療疏失引起了大家對用藥安全的重視，也引起了在醫療管理界對藥師在藥品管理上的角色的重視。種種事由也使得負責衛生署委託辦理醫院評鑑事宜的「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」（簡稱醫策會）開始思考原本的醫院評鑑方式是否有達到對於病人醫療照護品質及用藥安全管理上的要求，進而於 2005 年提出醫院評鑑制度的改革方式，並於 2008 年正式全面實施新制醫院評鑑，期能因醫院評鑑制度的革新而改變過去醫院評鑑重視結構面導致醫院之間的軍備比賽，讓醫院的醫療照護品質上能導向以流程面及結果面，回歸以病人為中心的醫療照護，試圖以政策規範，有效地影響醫療機構來保障民眾就醫的品質權利，提供以醫療品質取勝的服務。

臺灣為少數將醫院評鑑結果用以做為全民健康保險給付依據的國家，

中央健保局於 2002 年開始實施總額預算制，依醫院評鑑等級來決定各醫院所分得給付的點數多寡，使得醫院評鑑的結果與醫院的所得息息相關，因此醫院評鑑制度成了督促醫療院所提升醫療照護服務品質的手段，也影響了於醫院執業之醫療專業人員角色及價值的變化，醫院藥師的角色價值也隨著民眾對醫療照護品質提升的要求及醫院評鑑制度對用藥全安全的重視，而逐漸轉變，不再只是數藥粒、包裝藥品、發藥等的調劑工作，更成為用藥品質及用藥安全把關的重要角色。

醫院評鑑制度的改變也同時影響了醫院藥師的價值變化，卻少有人對醫院藥師的價值做一探討，過去關於醫院藥師的研究，多半侷限於門診藥局端的給藥服務、臨床藥師的服務滿意度及所提供的藥事專業服務等部份加以討論，雖曾有針對醫療制度變遷與醫院藥師角色變化相關性做一探討，但仍較著重於醫院藥師與醫師的專業差距為主。本研究期能以價值鏈的角度，解析醫院藥師從過去到現在，因應制度的改變而產生價值的改變及延伸，並能從其中尋找出不同等級的醫院藥師是否因應不同的價值而發展不同的服務策略。

## 1.2 研究問題與目的

曾有研究指出，當醫院評鑑等級愈高代表其在評鑑壓力下會對醫院藥局進行專業化愈高的規劃，醫院藥師得以發揮其專業而獲得自主性(陳穩仁, 2006)。由此可得知，醫院評鑑制度的推行與變革對醫院藥師的專業角色具決定性因素，在醫院評鑑制度實施多年後更歷經新制醫院評鑑制度的改革，當醫院接受醫院評鑑時，醫院藥師的角色愈來愈擔任重要的工作；但醫院藥師價值的呈現是否得到相對應的回報？而在不同等級的醫院中，藥師是否有不同的價值呈現？

醫療照護服務為團隊性的工作，非單一專業能為之，完整的醫療照護其中包涵醫師、護理人員、藥師、檢驗師、營養師、放射師等。而醫院藥師在其中擔任的角色應為提供藥物使用及治療的資訊給醫療人員以及病人；並且協助醫療人員或病人，幫助藥物療效達到最理想的效果。但在健保僅以調劑人數給付的藥事服務費之情形下，醫院藥師是否能將其價值呈現最佳化？

醫院評鑑結果影響健保總額給付點數，因而使醫院莫不對醫院評鑑戮力以赴，希望能以優等的評鑑結果爭取到最佳的健保總額給付點數。因此醫院評鑑制度的方向對醫院管理制度及策略的改變，在醫院評鑑制度實施前、舊制醫院評鑑制度、及新制醫院評鑑制度實施，對醫院藥師的角色價值改變有何影響？或甚至即將實施的 2011 年醫院評鑑制度，對於藥事照護服務有更清楚的定義及條文，不同等級的醫院所接受醫院評鑑的項目也有了不同的選擇，而不再如以往不分等級亦接受相同評鑑條文，這是否會造成不同等級醫院的藥師發展的專業及服務模式的改變？

本研究試圖以 Porter (1985) 提出對企業分析其競爭優勢所使用之價值鏈及施振榮 (1992) 提出微笑曲線分析產業附加價值，應用於醫療產業的分析，探討在醫院評鑑制度的變遷下，對醫院藥師的價值角色是否有所改變？影響為何？從過去未實施醫院評鑑前至現在已將要進入 2011 年醫院評鑑制度，醫院藥師的附加價值隨著制度變遷所受的影響與改變。

故本文的研究問題與目的為：

1. 探討醫療制度變遷對醫院藥師價值鏈的改變，提出不同等級醫院在醫院評鑑制度影響下，醫院藥師如何提昇附加價值並發展對應的服務策略模式。
2. 對有志從事藥師工作的人，幫助其瞭解各層級醫院藥局的營運服務模式的重心為何，提供為將來選擇執業場所時的參考。

### 1.3 研究流程

本研究包含五個部分。第一部分為瞭解及界定主題，自觀察到的現象歸納出研究背景、動機及目的。第二部分以文獻探討作為歸納架構之依據，探討臺灣的醫院評鑑制度、價值鏈管理及微笑曲線（附加價值）理論應用，並將其概念應用於醫療產業。第三部分為分析藥師在醫療界角色的變遷及臺灣藥師執業及服務模式，並分析醫院藥師的角色及服務模式。第四部分為分析醫院評鑑制度的實施與變革對醫院藥局的組織及作業流程的改變及對醫院藥師的價值鏈變化依不同等級的醫院分析其附加價值變化。第五部分為依據本研究之結果提出結論及建議。

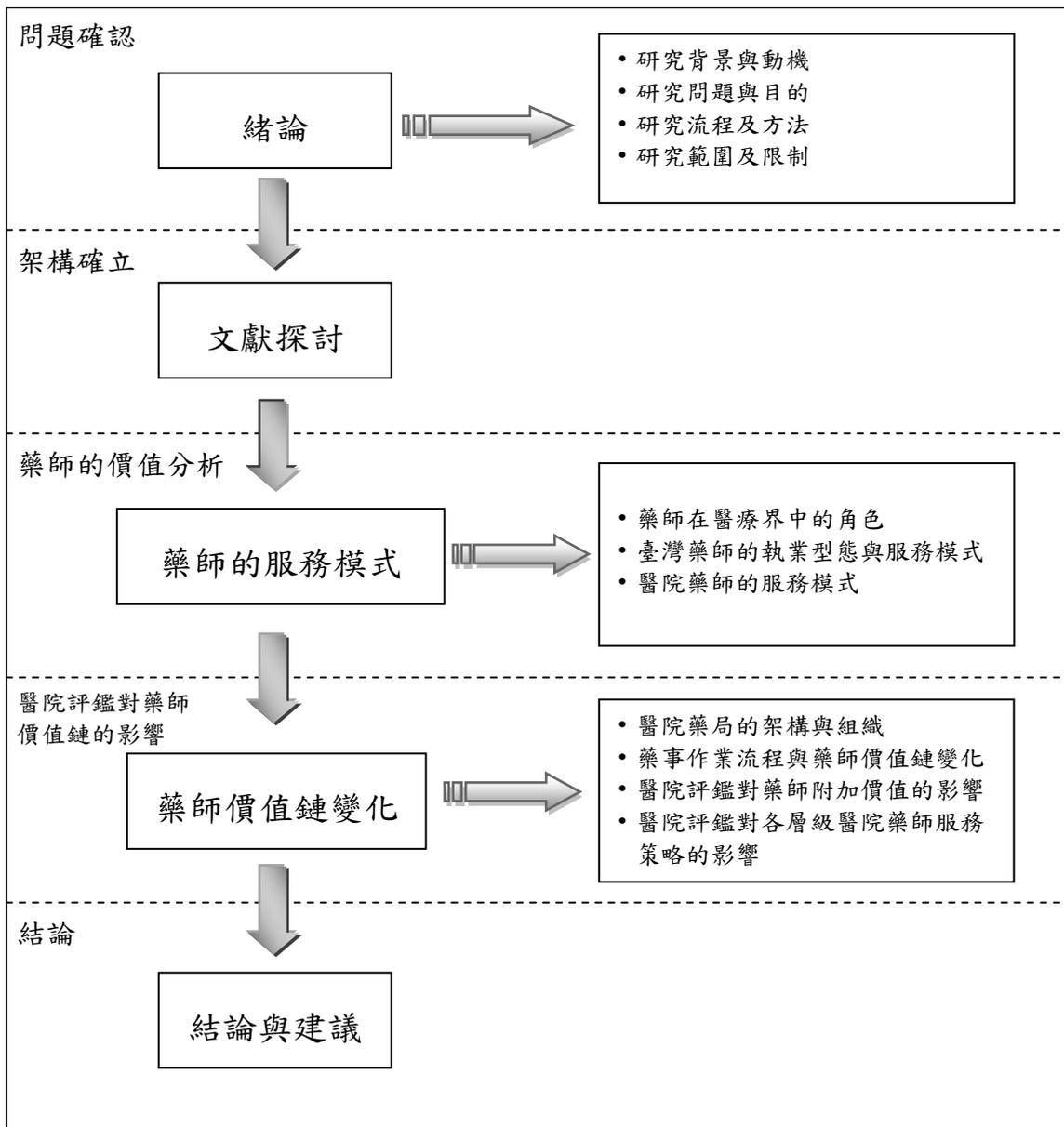


圖 1.1：研究流程圖（本研究整理）

## 1.4 研究方法

### 1.4.1 個案研究法

進行社會科學實證研究較為研究者所用的方法有五種，包括實驗法、調查法、內容分析法、歷史考察法和個案研究法。其中的個案研究法是一種實證研究的研究策略，在於處理現象和情境中複雜的交互作用；也是一種經驗探究，在真實的生活脈絡裡，探究個案當時的現象，特別是現象與脈絡間連結不是很清楚的時候，運用技術性處理現場，依賴各種證據從中

彙整，這是獲致真相所不能疏忽之處(鍾聖校, 1999)。

本研究採個案研究的方法，仍因個案研究為一種實證調查法，講究實際的例證，為針對少數案例進行深入解析事件形成過程和原因的理想方法。因此個案研究法較注重少數事件、狀況或交互關係的完整脈絡分析，因著重實際問題之詳細分析，易於接近事實而便於進行因果關係分析，且容易掌握過程和歷史脈動變化現象，較適用於定性的分析。個案研究為一種質化的研究，其目的不在操作變數或驗證假設，來回答問題；主要是探討問題中的複雜性，從研究對象本身來了解事件的因果關係。

根據吳琮璠（1996）所整理 Bonoma（1985）及 Yin（1989）之定義，「個案研究」方法包括以下幾項特色：

1. 研究的環境為天然的而非操縱的環境；
2. 可使用多種資料蒐集方法；
3. 研究對象可能為一個或多個（例如公司、公司次級單位、團體或個人）；
4. 就每個研究對象均深入瞭解其複雜性；
5. 「個案研究」較適合運用在對問題仍屬探索性階段，尚未有許多前人研究可循之情況下，或者是在假說衍生之階段，但亦可用在否定或確定假說之階段；
6. 研究中的操控變數；
7. 研究重點為當前的問題；
8. 「個案研究」對「為什麼」以及「如何做」的研究問題較有用，可作為追蹤未來相關研究變數之基礎；
9. 研究結論與研究者整合能力有極大的關係。(吳琮璠, 1996)

從以上各點來檢視本研究之特性及環境，各項與本研究均不謀而合。從整體來看，運用「個案研究」方法可以現場蒐集到實際運作的資料，特別是在管理的相關領域。

表 1.1：個案研究之研究階段(Benbasat, 1987)

傳統研究階段	Yin (1989)架構	Bonoma (1989)架構	個案數目
探索階段	敘述階段	瞭解階段	一個或多個
假說衍生階段	探索階段	設計階段	多個
證實	解釋階段	測試階段	多個
質疑	解釋階段	否定階段	單一關鍵個案

表 1.1 顯示「個案研究」方法可以適用於各種階段，只是在各階段之中，運用的方法不同。對照本研究之狀況，其內容屬於傳統探索階段之研究，因此採敘述與瞭解階段的架構。一般而言，概念式的理論建構，適合在模式或架構建立後，採用個案研究以補充理論未臻之處。

#### 1.4.2 訪談法

個案研究的證據可能有六種來源：文件、檔案紀錄、訪談、直接觀察、參與觀察、以及實體的人造物。此六種證據來源各有其優點及缺點，因為大部份的個案研究，研究的都是與人相關的事務，而訪談就成為個案研究證據的基來來源，利用訪談法雖然有可能因回應的偏見或無法回憶而產生不正確性等缺點，但訪談法可透過特定受訪者的眼睛來報導並詮釋，有充分資訊的回答者可以提供對於研究情境深刻的見解，也可以提供解過去歷史背景的捷徑(Yin, 1994)。

訪談法依其型式可分為結構式訪談、半結構式訪談及非結構式訪談(表 1.2)。結構式訪談通常被用來做調查或民意測驗，此方式有一致性的問題及依序訪問，主要以事先設定題目順序且是封閉性問題，但由於為封閉性問題缺點為可能使問題變得沒有彈性；半結構式訪談可以是量化導向或為質化導向，訪談者可利用較寬廣的研究問題作為訪談的依據，通常在訪談前會先設計訪談大綱，做為訪談的架構，並採用開放式問題以較具彈性的方式進行，雖然會在量化的可比較性降低，優點是可提供受訪者較深入的看法；非結構式訪談主要著重在訪談者和受訪者之間的互動情形，如同平時對談型式一樣，不事先預設答案，主要以知情人士及專家為訪談對象，以取得研究資料(林金定, 2005)。

深入訪談法為質化研究中經常採行的方式之一，為利用訪談者與受訪

者之間的口語交談來達成意見交換與建構，希望在實際的工作場域中，發現事實的真相。在執行面上，深度訪談法通常以非隨機性、具代表性的小樣本進行研究，以較長的時間進行訪談，並以不干擾、不引導為原則，鼓勵受訪者發表意見。

表 1.2：訪談形式(Minichiello V., 1995)

結構式訪談	半結構式訪談	非結構式訪談
標準式訪談 (standardized interviews)	深入訪談 (in-depth interviews)	深入訪談 (in-depth interviews)
調查式訪談 (survey interview)	調查式訪談 (survey interview)	臨床面談 (clinical interview)
臨床歷史紀錄 (clinical history taking)	團體訪談 (group interview)	口頭或生平歷史訪談 (oral or life-history interviews)

本研究採用深度訪談法作為資料的蒐集方式，訪談的對象屬在藥學界之專業人士與具實務工作經驗者，考量到非結構式訪談在蒐集資料上可能有缺乏一致性及不易就訪談所得結果進行比較的缺點，因此本研究採半結構式訪談法，依研究目的之所需先擬訂訪談大綱及題目，避免是非題式問題，且為保持訪談的彈性與深度，在過程中仍可根據擬好之大綱，臨時決定發問的順序及用詞語法，亦視訪談之情形適時追加問題，以做更深一層的探討。

### 1.4.3 訪談對象

本研究共訪談二家醫院：一為中部某醫學中心藥劑部主管及資深藥師共二人；另一為中部某區域教學醫院藥劑部主管及資深組長。訪談的目的仍用以瞭解該層級的醫院對醫院評鑑造成的影響、藥局組織及作業流程概況、醫院藥師在醫院內的功能及角色在不同時期評鑑下的改變等，訪談名單如下：

表 1.3：訪談名單（資料來源：本研究整理）

人員	醫院層級	職位	執業期間	備註
A 君	醫學中心	藥劑部主任	1982 年~迄今	1972~1982 於藥學系任教
B 君	醫學中心	諮詢組長	1997 年~迄今	
C 君	區域醫院	藥劑部主任	1984 年~迄今	
D 君	區域醫院	組長	1995 年~迄今	

#### 1.4.4 訪談內容整理

1. 醫院評鑑（1978）實施前，貴院的藥局編制和作業流程為何？
2. 當醫院評鑑（1978）開始實施後，對貴院藥局的影響為何？藥師的工作型態有何改變？藥局編制有何改變？對藥事作業的影響？
3. 教學醫院評鑑、舊制醫院評鑑、新制醫院評鑑對臨床藥事服務、CDC、TPN、藥物諮詢、藥事教學等工作實務上是否有影響？影響為何？若今日不再有評鑑制度，是否會持續這些工作？或有些工作會被裁撤？
4. 新、舊制醫院評鑑對藥局影響的差異為何？對病人的用藥安全管理的影響為何？
5. 新、舊制醫院評鑑如何影響貴院藥局對病人服務的提供？

### 1.5 研究範圍與限制

#### 1.5.1 研究範圍

本研究主要以價值鏈角度，探討服務臺灣的醫學中心及區域醫院的藥師，在經過教學醫院評鑑時期、舊制醫院評鑑及新制醫院評鑑時期，不同層級的醫院藥師附加價值的變化。研究對象以服務於中部某醫學中心及某區域醫院的醫院藥師為主。

#### 1.5.2 研究限制

本研究雖已盡可能尋找資料，並盡力審慎地進行分析與推論，但因研究主題與個人能力、時間、人力等資源上的限制，仍存在以下限制：

1. 本研究主要以醫學中心及區域級醫院藥師為討論對象，對於區域級以下醫院如社區醫院藥師，以及其他執業藥師如駐廠藥師、行銷藥師、社區及診所藥師均不在本次研究討論範圍之列。
2. 本研究訪談對象雖均為在藥學界具 10 年以上服務資歷之先進，但由於台灣實施醫院評鑑時日已久，評鑑制度幾經更迭，可能有敘述不完整之處，雖已盡力以文獻加以補充，仍不免有遺漏、疏失之憾。

## 第二章 文獻探討

### 2.1 醫院評鑑制度

我國醫院評鑑制度的建立，僅次於美國、加拿大、荷蘭、澳洲，為全球第五個，亞洲第一個實施醫院評鑑的國家。評鑑係藉由外部稽核方式，來提升醫療服務品質，醫療照護品質國際協會（The International Society for Quality in Health Care）對「醫院評鑑」的定義為：「醫院評鑑係指醫療健康照護機構的自我評值和外部同儕審查的過程，根據既定的標準來精確評值自我的表現，並訂出執行方案持續改進健康照護制度」（林淑綿, 2010）。在臺灣實施「醫院評鑑」起始的目的為：1.確保醫療品質、2.奠定分級醫療基礎、3.指定醫學院校學生及住院醫院臨床訓練場所、4.平衡醫療資源發展(廖慧娟, 2007a)。

醫院評鑑實施至今，若以教學評鑑時期算起已超過三十年，自「醫療法」(1986)公布後全面實施醫院評鑑也超過二十年，其間歷經了新、舊制醫院評鑑、主辦單位由行政院衛生署轉移至「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」等時代，醫院評鑑所重視的層面也逐漸由重視設備器材、人力的結構面進而走向以流程面及結果面為導向。在多次的改革之下，並參考多國的醫療評鑑制度，「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」在2006年通過國際醫療照護品質協會的「評鑑機構」國際認證（International Accreditation Program ; IAP）；並於2007年通過「評鑑基準」之國際認證。這代表了臺灣實施多的醫院評鑑已完全和國際評鑑方向接軌，醫院評鑑也確為評斷醫院醫療品質的最佳工具。

#### 2.1.1 醫院評鑑之法源

醫院評鑑的歷史可追溯至1978年教育部與衛生署共同舉辦第一次的「教學醫院評鑑」，原目的是為醫學院的學生指定合格的實習場所。「教學醫院評鑑」為教育部對教學醫院的一種自律行為，當初並沒有任何合法源依據，直到1986年11月醫療法頒佈施行，其中第7條明訂「本法（醫療法）所稱教學醫院，係指其教學、研究、訓練設施，經依本法鑑定可供醫師或其他醫事人員之訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」並

在第二章第 28 條、第七章第 94、95 條，分別將醫院評鑑及教學醫院評鑑作業納入條文規定，使評鑑工作有正式法源依據，至此進入全面性醫院評鑑制度時代(廖慧娟, 2007a)。

1. 我國全面性醫院評鑑制度始於 1986 年 11 月公佈之「醫療法」，其相關法規依據如下：

(1) 醫療法第 28 條

中央主管機關應辦理醫院評鑑。("醫療法," 1986)

(2) 醫療法施行細則第 15 條

中央主管機關依本法第二十八條規定辦理醫院評鑑，應訂定醫院評鑑基準及作業程序，並得邀請有關學者、專家為之。

(3) 醫療法施行細則 16 條

中央主管機關依本法第二十八條規定辦理醫院評鑑，應將評鑑結果，以書面通知申請評鑑醫院，並將評鑑合格之醫院名單與其合格有效期間及類別等有關事項，以公告方式公開之。("醫療法施行細則," 1987)

2. 我國自 1994 年開始實施全民健保，故健保特約醫事服務機構依下列相關法規應參加醫院評鑑：

(1) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 18 條

醫院、診所得申請為本保險之門診特約醫院、診所。但同時申請住院診療者，應經由中央衛生主管機關醫院評鑑合格。

前項申請住院診療之醫院因新設立未及參加評鑑時，由保險依醫院評鑑標準專案認定之。

(2) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條第 3 項

特約醫院實施住院單一劑量藥事服務作業者，除應符合前二項規定外，並應符合醫院評鑑標準。

(3) 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條

特約醫院加護病房之設置，應符合醫療機構設置標準及醫院評鑑之規定。

由前述二項相關法源依據，臺灣為少數將醫院評鑑制度與保險給付做

連結的國家，也因此醫院評鑑成為一種強制性行為，而非如其他國際醫院評鑑（如：Joint Commission International, JCI）為醫院本身主動申請接受評鑑。也因此從當初 1978 年教育部剛辦理教學醫院評鑑時僅 40 幾家接受教學醫院評鑑，至今全國接受醫院評鑑的醫院已超過四百多家。

### 2.1.2 醫院評鑑之沿革

我國評鑑之沿革可分為幾個時期，教學醫院評鑑時期、醫院評鑑時期、委託民間團體辦理時期及新制醫院評鑑時期：

#### 1. 教學醫院評鑑時期

始於 1978 年由教育部會同衛生署辦理，受評醫院依據成績分為一級、二級及三級教學醫院。

#### 2. 醫院評鑑時期

於 1987 年 11 月公佈醫療法後施行，將醫院評鑑及教學醫院評鑑皆納入條文規範，使評鑑工作有了法律依據。受評醫院分為下列三類：

(1) 醫學中心（含準醫學中心），亦為教學醫院。

(2) 區域醫院（含準區域醫院），亦為教學醫院。

(3) 地區醫院，又分為一般地區醫院及教學地區醫院。

評鑑作業區分為人員設施、內科、外科、放射、護理、藥事、病理檢驗、精神、急診及感染管制等十組分別進行。

#### 3. 委託民間團體辦理時期

行政院衛生署於 1999 年 1 月核准並捐助成立「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」，自此醫院評鑑進入委託民間團體辦理時期，評鑑方式及受評醫院分類承襲既往模式。

#### 4. 新制醫院評鑑時期

有鑑於我國醫院評鑑工作自 1987 年施行以來，主要都圍繞著醫療作的結構面為主題，對於過程面及結果面較無要求，以致形成醫院間的軍備競賽現象，但對於醫療品質卻不定有等比的助益。於 2005 年正式修改評鑑模

式為新制醫院評鑑，採用新訂之評鑑基準並整合評鑑作業為醫管、醫療及護理三大組；受評醫院依成績僅分優等與合格兩類(黃松共, 2007)。(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)

## 5. 2011 年醫院評鑑

在經過了二次的新制醫院評鑑後，負責醫院評鑑相關事務的「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」提出了下一階段的評鑑改革方向，並於 2010 年 12 月 4 日公佈「醫院評鑑基準-2011 年版」。2011 年版的醫院評鑑將條文整合，除了延續之前新制醫院評鑑強調以病人為中心的精神外，並將其落實在日常的醫療照護中。

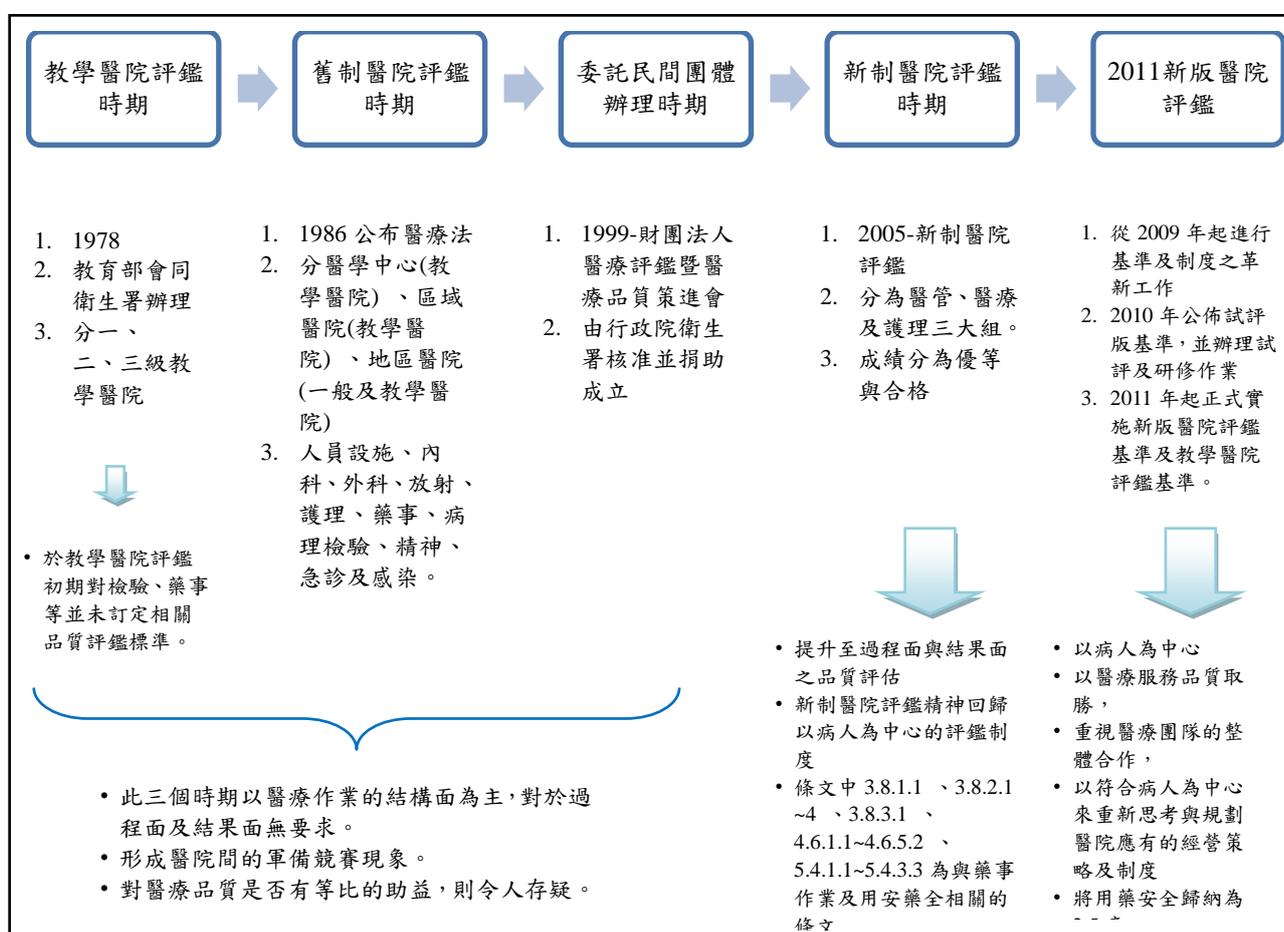


圖 2.1：臺灣醫院評鑑之沿革(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)

Avedis Donabedian (1982) 將醫療品質指標分為三類：結構面指標 (structural indicators) 為評估組織是否具備充足資源以提供良好品質的醫療照護；過程面指標 (process indicators) 為偵測診療行為活動或提供照護的標準；結果面指標 (outcome indicators) 為測量接受醫療照護後，所發生預期性或非預期性的事件發生頻率(Donabedian, 1983; 廖繼洲, 1990)。醫院評鑑是追求醫療品質提升需要的手段，而醫療品質提升則應是醫院評鑑主要目的。但在 2003 年陸續發生了幾起重大的醫療疏失，使得醫界開始反省醫院評鑑制度有改善之必要，進而有了新制醫院評鑑的推動。

自 1978 年始於教學醫院評鑑至 2005 年開始推行新制醫院評鑑之前，被統稱為舊制醫院評鑑，在此時期著重於「結構面」的品質提升，以推動醫院設備、人力結構改善為評鑑基準，各醫療機構在接受醫院評鑑時，莫不致力於提升醫療設備，雖然醫療品質亦隨著醫院設備更新有所提升，但卻造成醫院間的「軍備比賽」，競相在設備器材、人力控管上加以著墨(林淑綿, 2010; 廖慧娟, 2007a)。

2005 年起開始的新制醫院評鑑制度期能建立安全、有效、以病人為中心的評鑑機制，在評鑑相關條文中將醫院應具備的各項功能及條件，逐一列出，明訂每一項的合標準，企圖從結構面的評估進入醫療過程面與結果面的評量。不論在管理、醫療或護理等各方面，要求以病人為中心，更須以病人安全為重。除了重視病人跌倒的防範、藥物交互作用的監視、藥物異常的通報、意外事件通報、病人辨識等，更將給藥與藥物管理安全列入評鑑的「必要項目」，醫院於此項務必要合格。新制醫院評鑑在執行時觀察的即為醫護人員是否切實做到將病人視為獨立的個體、依每一位病人的情況予以不同的照護(過程面)，而以後病人的病情是否得到改善(結果面)(廖慧娟, 2007b)。

### 2.1.3 醫院評鑑制度與醫療保險給付

在臺灣開始有醫院評鑑之初，僅以教學醫院評鑑為主，目的是為了協助醫學院的學生有合格的實習場所，目的僅為確保實習醫師的訓練品質。主辦單位以教育部為主，為站在教育學生的立場，除在當時尚未有任何法源支持外，衛生署也僅因為醫療院所的主管單位擔任協辦角色。在當時除了教育部的補助外，於醫院的收入所得並無直接的關聯性，評鑑結果也未

公布於民眾所知。

在 1986 年公布「醫療法」、1987 年公布「醫療法施行細則」明令規定中央機關需執行醫院評鑑，使醫院評鑑有了法源的依據，也有了強制性。且在衛生署 1988 年推動第二次醫院評鑑後，1989 年的勞保局之勞保醫療給付制度更結合醫院評鑑制度，採用甲、乙、丙表三種支付標準，據以支付不同等級醫院之醫療費用；同時公保處亦跟進(陳金鐘, 2002)。此為臺灣醫院評鑑制度與保險給付制度掛勾之濫觴。

全民健康保險自 1995 年開辦以來除了沿襲公、勞保時期以醫院評鑑等級作為給付條件，更在相關的「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」中明訂醫院評鑑結果為中央健保局與醫療院所簽訂合約之重要依據。雖然 2008 年正式開始實施的新制醫院評鑑對醫院評等方式與舊制醫院評鑑不同，不再評等醫學中心、區域、地區醫院，僅區分「特優」、「優等」、「合格」三類結果；但限於醫院評鑑等級與健保給付之相關規定，新制評鑑，最終仍將分為三個層級類別，在醫療院所申請醫院評鑑前即決定申請的層級類別，即醫學中心、第一類、第二類，再以最終結果決定總額給付點數標準。

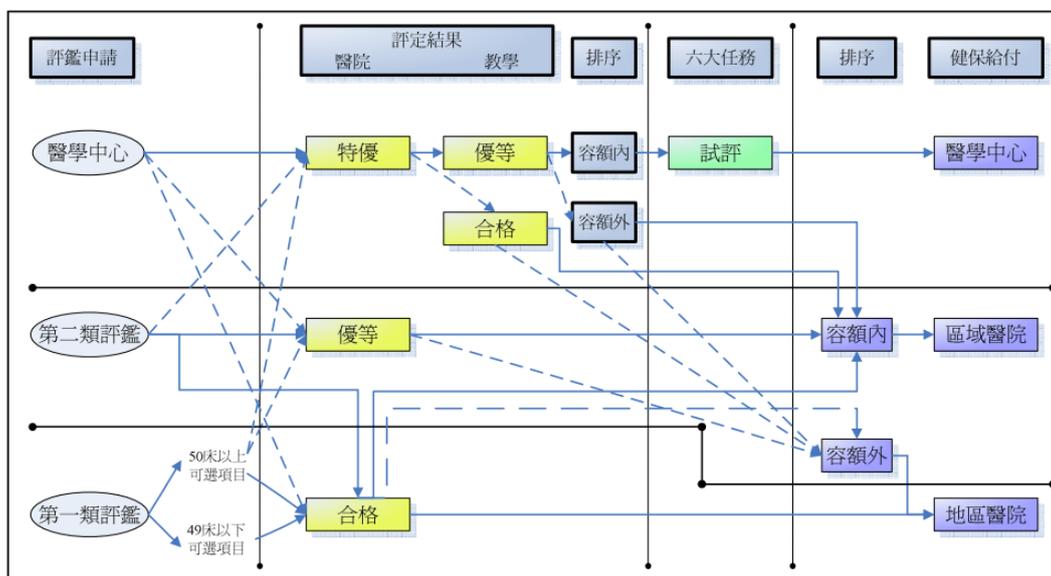


圖 2.2：評鑑結果與給付搭配說明(行政院衛生署醫事處, 2009)

正因醫院評鑑結果與健保給付息息相關、密不可分，所以醫院為了爭取更高的健保給付而致力於準備醫院評鑑進而提升醫療品質，這樣的結果

促進我國醫療環境更進步(林淑綿, 2010)。也因此醫院評鑑等級結果成為各醫療院所兵家必爭之地，也直接、間接地影響了在醫院執業的各專業醫療人員角色價值的變化。

#### 2.1.4 醫院評鑑之藥事管理

醫院評鑑制度中對藥事作業的規範基準，從舊制醫院評鑑僅針對醫院藥局設備及藥師執行業務訂定條文，至新制醫院評鑑強調醫療團隊合作希望透過各職類的醫療專業人員給予病人完整的醫療照護。因此，在新制醫院評鑑基準中特別強調病人完整的用藥史及藥物使用後的療效及反應評估，希望藥師能在藥物治療過程面中參與專業意見，形成醫、藥、護的完整照護。新制醫院評鑑相關藥事的評鑑基準較舊制醫院評鑑基準更以病人為中心的觀念出發來訂定相關修文，強調病人用藥安全及藥物資訊，藥品管理等。

表 2.1：醫院評鑑藥事作業基準相關條文

新制醫院評鑑基準	舊制醫院評鑑基準	備註
3.8	<b>確保病人用藥安全</b>	
3.8.1	<b>確保病人用藥安全之體制</b>	
3.8.1.1	建立確保病人用藥安全之相關機制或委員會	
3.8.2	<b>訂定病人用藥安全之管理機制，並明訂於院內各相關文件中</b>	無
3.8.2.1	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	無
3.8.2.2	處方醫令系統應設有避免用藥錯誤及不適當之機制	無
3.8.2.3	建立處方用藥稽核機制	無
3.8.2.4	病人對藥物使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	無
3.8.3	<b>用藥安全之監測</b>	
3.8.3.1	應建立完善之藥物錯誤、藥物不良反應通報體系，並訂有監測與檢討機制	應提供藥物不良反應通報
4.6	<b>藥事作業</b>	
4.6.1	<b>藥劑部門體制完備</b>	
4.6.1.1	藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業登錄	同
4.6.1.2	藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	同
4.6.1.3	與醫療部門共同設立藥事委員會，討論院內藥品使用管理事宜，並訂有議事規則且運作良好，列有紀錄	同
4.6.2	<b>藥品採購、庫存、及貯存管理制度確實</b>	
4.6.2.1	明訂藥品採購作業規範，並確實執行	有關藥品之購置、驗收、儲備、保管與供應及藥品進出庫使用量應有詳細帳目以供查核
4.6.2.2	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	
4.6.2.3	調劑及藥品保管處所之藥品應妥善管理及保存	無
4.6.2.4	制定管制藥品使用及管制規定，並妥善管理	管制藥品、抗生素、高價藥及
4.6.2.5	抗生素、血液製劑、疫苗及高警訊藥品訂有使	其他特殊藥品之規定及限制

新制醫院評鑑基準		舊制醫院評鑑基準	備註
	用及管制規定，且妥善管理	之執行	
4.6.2.6	保持良好藥品品質		
4.6.3	<b>提供病人藥事照顧之正確性、適當性及具成效</b>		
4.6.3.1	依「優良藥品調劑作業規範」訂定調劑作業程序，並確實執行	同	
4.6.3.2	藥品調劑作業適當		
4.6.3.3	建置監測機制評估處方及調劑之正確性，並確實實施	無	
4.6.3.4	訂定特殊混合注射藥品之調劑作業程序，並由藥師執行或監督	無	
4.6.3.5	提供適當之臨床藥學服務		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 藥物交互作用評估</li> <li>• 藥物使用評估</li> <li>• 藥物血中濃度監測</li> <li>• 提供病人個別化之藥物治療評估</li> <li>• 病人藥物治療監測</li> </ul>
4.6.3.6	定期檢討藥品使用之適用性	無	
4.6.4	<b>適當之藥品運送系統</b>		
4.6.4.1	病房及各部門的藥品供應，有妥善配送制度及訂有管理辦法	無	
4.6.5	<b>提供適當的藥品資訊</b>		
4.6.5.1	對醫療人員適時提供藥品資訊	同	
4.6.5.2	確實執行病人用藥教育	無	
5.4	<b>給藥管理</b>		
5.4.1	<b>處方內容正確、完整</b>	無	應有防止醫師開立錯誤處方之機制，且藥師與醫師應有適當的溝通管道。
5.4.1.1	藥品資訊取得容易，提供充分參考書籍、工具書供執業使用		
5.4.1.2	處方內容應正確完整，包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有主治醫師之簽章	無	提供完整之用藥紀錄卡給予病人
5.4.1.3	化學治療藥品及特殊藥品調配前需核對病人處方，給藥前須再次確認病人藥歷	無	
5.4.1.4	處方錯誤、調劑錯誤及給藥錯誤應有適當的檢討及改善措施，並有紀錄	無	
5.4.2	<b>妥善管理病房藥品並訂有管理辦法</b>	無	
5.4.2.1	適切地供應病房藥品	無	
5.4.2.2	訂定病房（護理站）藥品管理辦法，並確實施行	無	
5.4.3	<b>給藥時之注意事項及相關規範</b>	無	本項要評估醫師、藥師、護理師合作體制的適當性。
5.4.3.1	能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑，並有紀錄	無	
5.4.3.2	視需要，觀察病人在給藥過程、給藥後之表徵（反應），必要時並進行用藥追蹤，留有紀錄	無	
5.4.3.3	對於緊急及急救車之藥品的給予有適當之處理及因應措施	無	藥師定期檢查更新急診及病房急救車藥物是否完備，並有紀錄可查。

（資料來源：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會, 2008）

## 2.2 價值鏈管理分析

### 2.2.1 價值鏈定義

波特(Michael Porter)在 1985 年於「競爭優勢(Competitive Advantage)」一書中提出價值鏈(value chain)的觀念。波特指出若一企業要發展其獨特競爭優勢，或是為股東創造更高附加價值，策略即是將企業的經營模式(流程)解構成一系列的價值創造過程，而此價值流程的連結即是價值鏈。

價值鏈所呈現的總體價值，是由各種「價值活動」(value activities)和「利潤」(margin)所構成。價值活動是企業進行的各種物質上和技術上具體的活動，也是企業為客戶創造有價值產品的基礎。價值活動可分為「主要活動」和「輔助活動」，「主要活動」為涉及產品實體的生產、銷售、運輸、及售後服務等方面的活動；「輔助活動」則藉由採購、技術、人力資源、及各式整體功能的提供，以支援主要活動，並互相支援，解構價值鏈的目的是為了檢視企業內的主要活動及支援活動(Porter, 1985)。

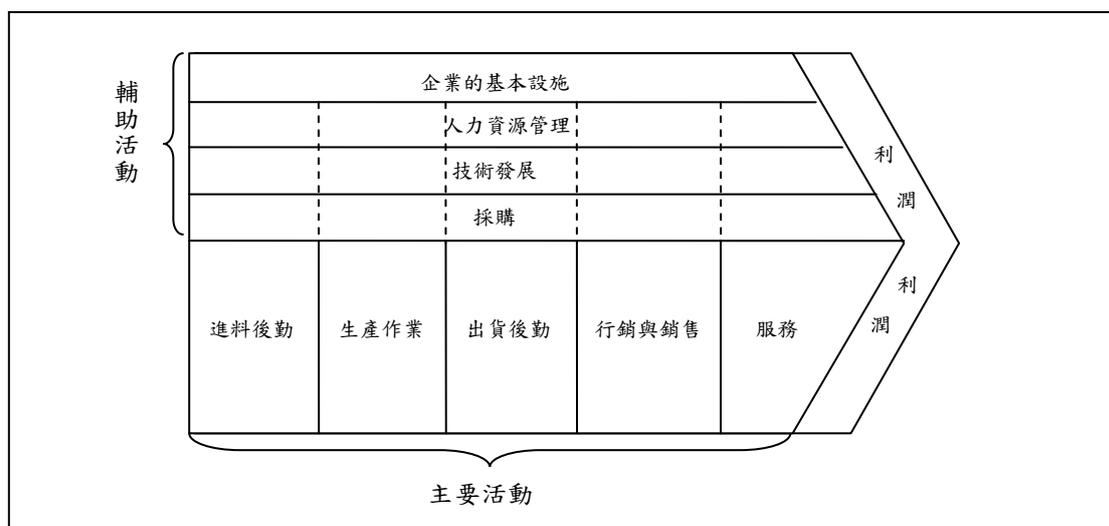


圖 2.3：一般價值鏈(Porter, 1985)

### 2.2.2 價值鏈管理

根據波特的競爭優勢分析，欲達到價值創造的最大，不外採用成本優勢(Cost advantage)與差異化(Differentiation)兩大策略，其中成本優勢其實就是在每一價值鏈環節中，要診斷競爭優勢，必須針對所屬產業的競爭特性界定價值鏈，不同的企業具有不同的價值鏈，分別反映出各自的歷史、策略、與成就。Porter認為公司在確定了價值鏈之後，有助於其定位與

策略擬定上之配合，界定價值鏈，就能將成本與資產分配至各價值活動，以分析其成本，並和競爭者相比較，然後修正其成本或重組其價值鏈，創造出差異化競爭，獲得競爭優勢。

價值鏈除了是分析競爭優勢的基本工具及幫助企找出如何創造和保持競爭優勢的途徑外，對企業組織結構的設計也具有很大的功用，企業的組織結構將各種價值活動分類組合，分別歸屬不同的組織單位；而價值鏈提供有系統的方法，將企業分解成各種獨立價值活動。企業可根據競爭優勢的來源，釐定適當的單位界限。能夠因應價值鏈需要的組織結構，有助於形成企業創造並保持競爭優勢的能力。

Porter 認為組織能成功的關鍵在能夠對顧客創造價值，同理醫療機構的成功也在於能對病人、醫生及其他利害關係者創造價值。建構價值鏈模型分析應用於醫療界來自於一般產業價值鏈的修正。價值可由服務提供次系統及支援性活動次系統所創造(黃松共, 2007)。

## 2.3 微笑曲線理論

### 2.3.1 微笑曲線的由來及定義

宏碁集團創辦人施振榮先生於 1992 年為「再造宏碁」提出了有名的“微笑曲線”(Smiling Curve)理論，以作為宏碁的策略方向。微笑曲線理論雖然簡單，卻很務實的指出臺灣產業未來努力的策略方向。在附加價值的觀念指導下，企業體只有不斷往附加價值高的區塊移動與定位，才能持續發展與永續經營。

微笑曲線是以「附加價值」的高低來看待企業的競爭力，兩端朝上，在產業價值鏈中，附加價值更多體現在兩端，設計和銷售，處於中間環節的製造附加價值最低。曲線中間是製造；左邊是研發，屬於全球性的競爭；右邊是營銷，主要是當地性的競爭。當前製造產生的利潤低，全球製造也已供過於求，但是研發與營銷的附加價值高，因此產業未來應朝微笑曲線的兩端發展，也就是在左邊加強研究發展創造智慧財產權，在右邊加強客戶導向的營銷與服務。

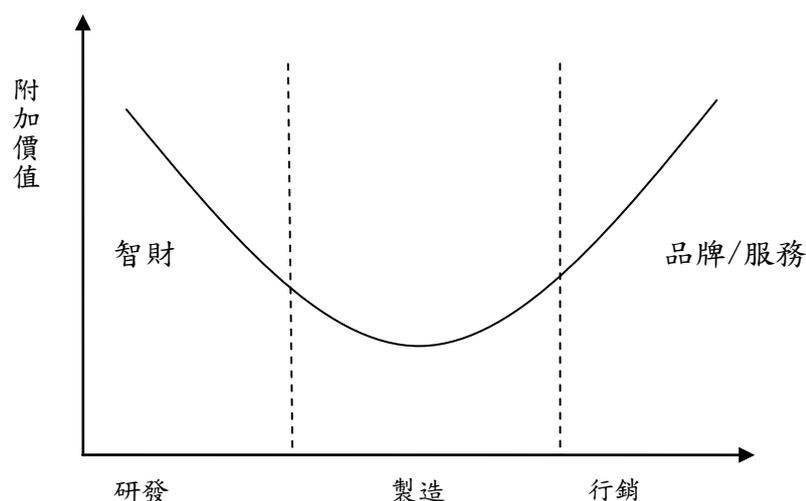


圖 2.4：微笑曲線(施振榮, 1996)

微笑曲線理論的產生雖然是施振榮（1992）為了「再造宏碁」的目標而定下的策略，其理論的形成背後存在一些因素，如：全球化的競爭壓力、產品生命周期的壓力、企業生存的壓力、附加價值的壓力、產業發展的趨勢、產業發展環境的需要。而企業面臨這種種的壓力下，必需不斷地往附加價值高的區塊移動與定位，才能持續永續經營。在過去以重視成本及產量、製造能力為關鍵；現在和未來則要重視顧客導向與需求、專利技術及行銷服務為關鍵。(施振榮, 1996)

### 2.3.2 微笑曲線與苦笑曲線

在劉常勇的苦笑曲線理論中提到，先進地區的微笑曲線對應後進地區而言，呈現卻是相反的苦笑曲線。以資訊業為例，先進地區資訊廠商在系統組裝的製造功能上不具有競爭優勢，因此趨向發展微笑曲線兩端的行銷與研發功能。進地區資訊廠商由於在行銷與研發不具有競爭優勢，因此曲線兩端的附加價值反而不如居中的製造功能為高，而此呈現一種與微笑相反的苦笑曲線(劉常勇, 2007)。

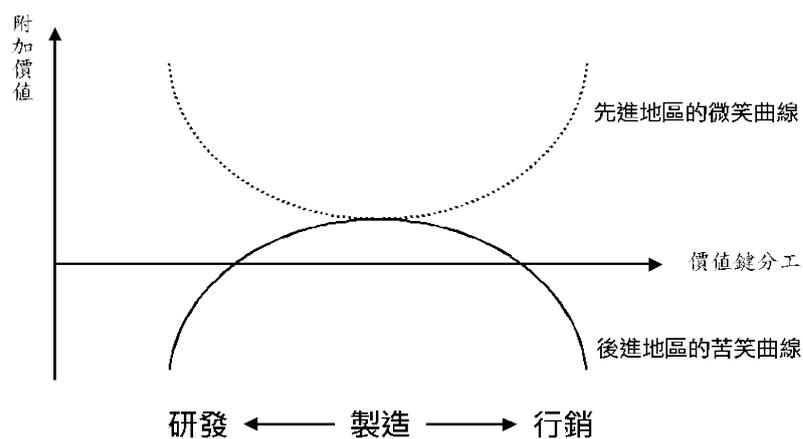


圖 2.5：微笑曲線與苦笑曲線(劉常勇, 2007)

企業運用微笑曲線附加價值的意涵去建構營運方針，朝向微笑曲線兩端前進。然而，品牌的經營需以高品質的產品做後盾，必須強而有力的研發團隊支援。由製造端切入微笑曲線，並樹立競爭規模為產業進入模式第一步，如何往附加價值高的微笑曲線兩端前進則是一重要課題。

## 第三章 藥師的服務模式

### 3.1 藥師在醫療界中的角色

#### 3.1.1 藥師的角色演進

藥師此角色並非在近代才出現，早在遠古時期的埃及的記載中已有藥師的角色出現。早期藥品多為天然的植物、動物及礦物，藥師的角色為植物化學專家；而後多數人認為藥師的主要責任為混合及調製藥品。近代藥師的角色轉變與製藥工業的崛起有相當大的關聯。1600年分析化學、有機化學、藥物化學的發展，促使製藥工業開始興起。1935年末期，藥廠製藥技術逐漸成熟，原本藥師的工作為在藥局依處方調製出醫師要求的劑型，隨著製藥工業的發展，藥師轉而進入藥廠服務擔任製劑研發或品質管控的角色，而在藥房或藥局調劑藥品的藥師角色漸漸失去功能(Abood, 1989; 全國藥師資訊網; 譚延輝, 1996)。

近代藥師角色的定位，在1960年之前，除了服務於製藥工廠的藥師外，多半被定位為數藥者或倒藥者、及藥品的供應者(Kennedy, 1997)，而在當時，醫院藥師只是在地下室藥局內配藥發藥者，與醫生和病人並無直接接觸。隨著醫藥知識的發展及藥學教育的改變，藥師逐漸脫離了過去的調製藥品、數藥丸的角色。1970年代，美國藥界開始進入了病人照顧期(臨床藥學期)，Donald. (1973) 將藥師的角色區分為傳統角色及病人導向角色。藥師的傳統角色為：(1) 藥品管理者—藥品的儲存、控制、選擇等相關的管理，(2) 健康教育促進者—提供病人藥品及相關議題的教育者；病人導向角色為：(1) 專家諮詢者—針對藥品的作用、副作用、交互作用及正確使用方法，提供給使用者或參與照顧的醫療相關人員，(2) 健康維持者—提供對病人慢性疾病持續用藥、藥物血中濃度監測服務或是量血壓、血糖等服務，(3) 社區健康照護者—與社區醫療人員配合，支援相關醫療照護措施。而由此一時期，藥師的角色開始走向病人照護、社區健康維護的功能。而在此一階段，臨床藥學相關知識也開始逐步地發展，藥師的角色從藥品管理及提供者開始轉變為健康照護者，不再只是單純地遵循醫師處方調劑，藥師開始在醫院中參與病人的臨床照護(江文琦, 2005; 譚延輝, 1996)

1985 年美國 Committee on Clinical Pharmacy as a Specialty 將藥師的職業定義為一種藥事執業，藉由藥學專業知識及功能照顧病人，確保病人在用藥上安全性及合理性。自此美國的藥師在臨床照護的角色漸被確立，藥師被認可為具專業以足供提供藥物資訊、與醫師巡視病房、醫師也接受藥師所提出的藥物使用建議(ASHP, 1989; Hepler & Strand, 1990)。1986 年英國「那菲爾報告(Nuffield Reprot)」中提出臨床藥學必須在所有醫院中實踐，此為第一份正式提及藥師在醫院中病人照護角色的文件；1991 年蘇格蘭藥事主事管員(Scottish Chief Administrative Pharmaceutical officers)公告執行臨床藥事服務作業，確立了藥師在醫院所執行的臨床藥事服務的必要性和重要性(Cromarty, 1997)。1990 年代起，歐美各國的藥師角色已成功由單純的給藥者和藥品管理者的角色，轉而成為了藥事照護者。尤其是在醫院執業藥師的角色轉變更大，在美國，醫院藥師已不再負責藥物調配、包裝、分發等工作，而由技術員來擔任；而藥師的功能為擔任提供藥物專業知識者，用以檢視處方藥物、住院病人訪視及用藥歷史追蹤記錄、藥物與藥物或食物間交互作用、全靜脈營養及癌化藥物治療監測、對病人及醫護人員的藥物諮詢，甚至至醫療人員進行在職教育及(譚延輝, 1996)。

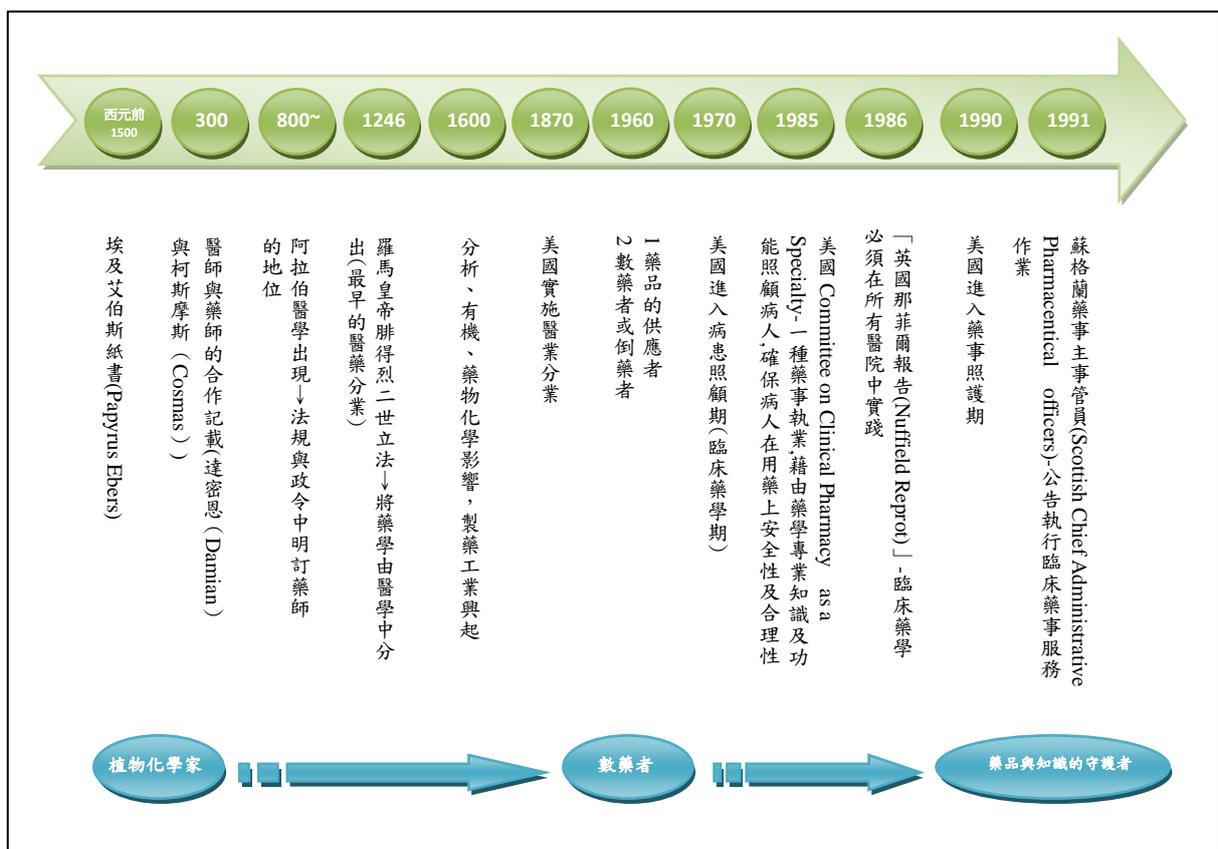


圖 3.1：藥師角色轉變（本研究整理）

### 3.1.2 藥師的定位

1998 年在荷蘭海牙所舉辦的世界藥學會中公布「優良藥學教育作業規範(Good Pharmaceutical Education Practice)」，將藥師定位為藥物的專家，必須擔任以下七點責任。(FIP, 1998)

1. 健康照顧者(care-giver)-在臨床等視自己的執業為醫療團隊中重要的一部份，持續與醫療照護體系結合。
2. 行為決定者(decision-maker)-必須能適當、有效、且符合成本效的決定如何使用資源，為此藥師必須有能力評估、組織、及決定出最適當的專業行為。
3. 溝通者(communicator)-介於醫師與病人之間最理想的媒介來控制藥物療效，因此必須有足夠的知識和信心與所有醫療人員及病患溝通。
4. 引導者(leader)-在藥物生產藥物治療的領域中，藥師能影響其他人的決定，而執行藥師的建議。
5. 管理者(manager)-有效管理資源的使用以及資訊的整理及傳達。
6. 終身學習者(life-long-learner)-藥師養成教育不是專業知識的全部，在畢業後需持續學習。
7. 教育者(teacher)-藥師有責任教育未來的藥師。

藥師的角色時至今日，已不再是單純地配藥、給藥者，從源頭的新藥研發及試驗、藥品製程管控、藥品產銷，到藥品的調劑、給藥、藥物諮詢、用藥評估等，藥師是為藥物的專家、藥品與知識的守護者。

## 3.2 臺灣藥師的執業型態與服務模式

### 3.2.1 藥師的執業型態與分布情形

臺灣承襲了日本的醫療模式—「重醫輕藥」，使得醫藥不分的情形一直延續至 1997 年強制推動「醫藥分業」之前。在實施「醫藥分業」之前，大多數的人將藥事人員的角色定位於藥商或藥品販賣者，並不認同藥師的健康照護上的專業。甚至至在 1943 年公布、1999 年修訂的「藥師法」第三

章第十五條中，所規定藥師的業務共有七項條文：一.藥品販賣或管理；二.藥品調劑；三.藥品鑑定；四.藥品製造之監製；五.藥品儲備、供應及分裝之監督；六.含藥化粧品製造之監製；七.依法律應由藥師執行之業務；其中這七項條文亦將藥師定位於調劑、販賣及藥品管理的角色。("藥師法," 1943)

這七項條文確實涵括了大部分藥師所承接的業務，但卻無法說明藥師在醫療團隊的病人照護角色。隨著時代的進步，對病人的醫療照護品質要求日漸升高，而藥物治療卻為醫療照護中極為重要的一個環節，對藥物資訊最為熟悉的藥師，自不能免除於外，於是在 2007 年於「藥師法」第三章第十五條，藥師的業務規定中新增第八項條文：八.藥事照護相關業務。在「藥師法施行細則」中擬定藥事照護之內容為：「一.為增進藥物療程之效益及生活品質，考量藥物使用情形及評估療效之藥事服務事項。二.於醫療機構、護理機構、藥局或依老人福利法所定之老人福利機構之服務對象之藥品安全監視、給藥流程評估、用藥諮詢及藥物治療評估等相關藥事服務事項。」而「藥師法」第十五條中第八項條文及「藥師法施行細則」的藥事照護相關業務可說明了藥師在社區及醫療院所中所提供的病人健康相關照護工作。

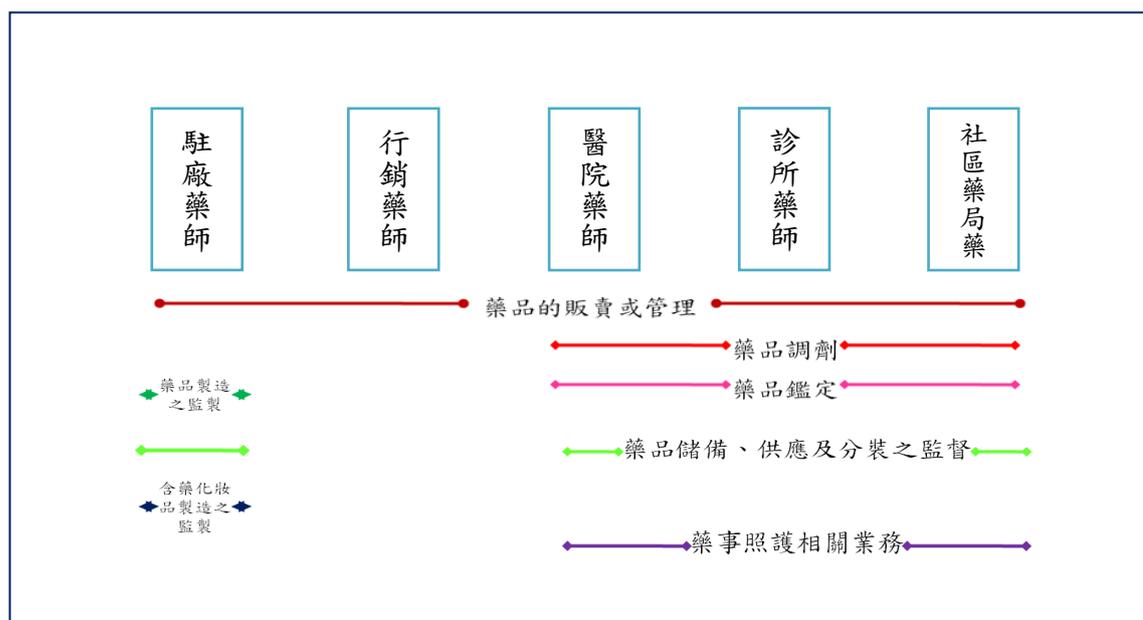


圖 3.2：藥師的執業型態與相關功能（本研究整理）

在醫療體系中，藥師的執業型態和角色功能可說是最為複雜的，「藥師法」中關於藥師業務的八項規定，可說明在各執業範圍藥師的功能與角色。藥師的執業範圍可分為藥物產銷系統及健康照護系統；執業的場所可分為藥廠、藥品貿易公司、醫療院所、社區藥局等；以藥師的服務領域而言，可大致分為駐廠藥師、行銷藥師、醫院藥師、診所藥師、社區藥師。

駐廠藥師和行銷藥師主要負責的領域為藥物產銷系統。駐廠藥師主要的工作為藥品研發，包括新藥、新的劑型或製劑研發等，負責製藥的品質維持及安全有效、藥品製造監製，另包括含藥化妝品監製等；行銷藥師主要負責的工作除了藥品行銷外，還包括藥品查驗登記，提供藥品使用效果、副作用等資訊。

醫院藥師、診所藥師、社區藥師主要負責為健康照護系統。社區藥師除了評估醫師開立處方的正確性，進而調劑處方，指導病人並回答有關用藥的問題外，也需要提供一些產品資訊如成藥、營養保健品、婦嬰用品等，亦可能需要提供病人健康方面的諮詢；社區藥師也可能同時為社區藥局的經營者，因此要負責藥品進銷、庫存管理及經營等工作。診所藥師為醫藥分業後，醫師不再具有調劑權後而衍生出來的藥事執業服務，為醫師所聘顧，主要工作為評估醫師開立處方的正確性，進而調劑處方，進行用藥諮詢及病人衛教，藥師也需要提供醫護人員藥品選用及其效果的資訊；另外還要負責藥庫的管理，對要購入診所之藥品進行挑選、評估，以提供建議給診所的醫師。在藥師眾多的執業範圍中，無疑地醫院藥師是工作最為繁雜的一項，醫院藥師除了與社區、診所藥師相同地需評估醫師開立處方的正確性、調劑處方、門診病人用藥衛教及諮詢，特殊製劑的調劑如全靜脈營養注射液、癌化治療藥品等；還有藥品管理包括藥品庫存管理及藥品資訊的管理；提供臨床藥事服務及藥事行政等工作。

臺灣的藥師主要分布於藥局、診所及醫院，其中醫院藥師的比例佔有所有執業藥師的 28%，有將近三分之一的執業藥師選擇至醫院服務，而在社區藥局服務的藥師亦有 28%，診所藥師有 24%。意即在臺灣提供藥事照護服務的藥師有 80%，其他的為服務於藥品產銷相關領域。而其中提供藥事照護服務的醫院藥師、診所藥師及社區藥師中，醫院藥師與其他二者不同的是在於臨床藥事照護的服務，臨床藥事照護服務大部分為針對於住院病人而提供的服務，而住院病人僅發生在醫院，社區藥局及診所多半接觸

為當日之門診病人及社區民眾。駐廠藥師和行銷藥師雖然佔的比例不高，但為藥物資訊的提供者，所服務之對象多為具專業的醫療人員。

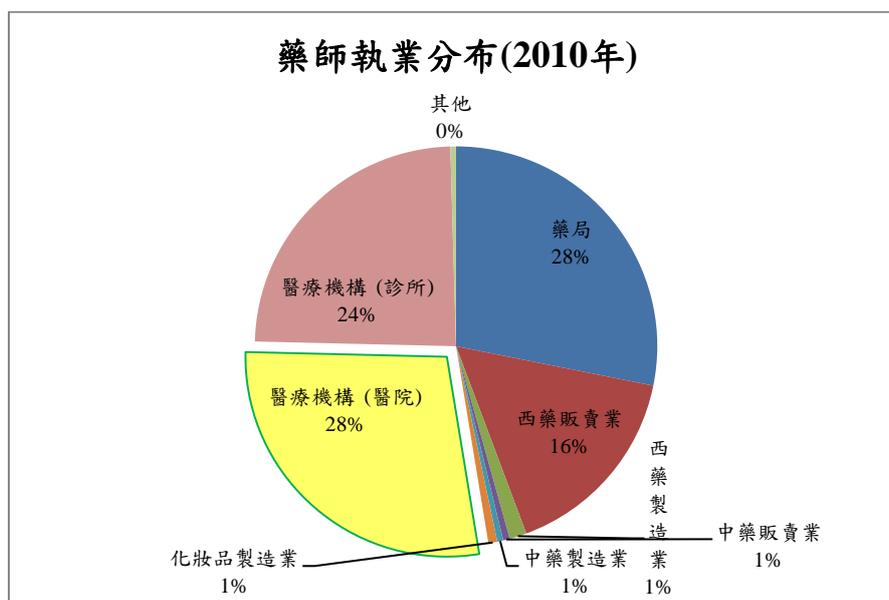


圖 3.3：藥師執業場所分布情形（資料來源：行政衛生署統計資料）

藥師在多場域執業以不同的角色提供不同功能的藥事照護，目的為希望能協助醫療人員或病人，使藥物療效達到最理想效果。

### 3.2.2 藥師照護的價值鏈

執業型態和執業場所的多元化，藥師的角色可能是研究者、經營者、業務、健康照護者、資訊提供者等，提供了從藥物研發及生產至民眾健康照護及衛教等服務。藥師所服務的項目包含了所有藥品供應鏈可及的範圍，從源頭的研發藥品，中間的藥品生產、銷售、調劑，至終端的諮詢、健康照護，甚至於藥學知識的傳承、藥物知識的傳播，皆為藥師的藥事服務範圍。

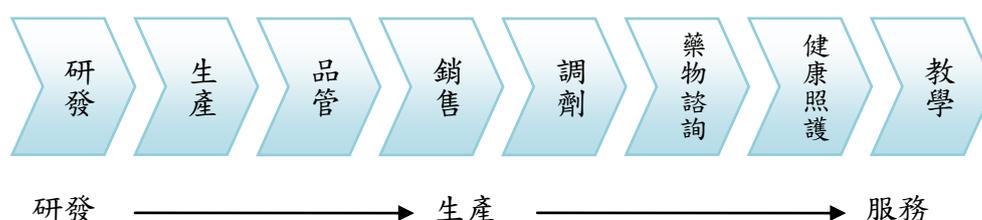


圖 3.4：藥師的價值鏈（本研究整理）

### 3.3 醫院藥師的服務模式

醫院可說是在整個醫療體系中為最早實施醫藥分業的地方。由於「醫療機構設置標準」的相關設備及人力設置規定，及為了使醫師能專注於醫學本業，早於政府推動「醫藥分業」之前，醫院藥局即為獨立的部門，而藥品的調劑及給藥亦由醫院藥局執行。

與西方醫療體系不同，臺灣的醫院除了已轉型為長期照護體系的社區醫院，不論醫院規模多大、等級多高，除急診及住院醫療服務外，仍有設立門診醫療服務。在西方醫療體系中，因醫院僅接受住院病人，醫院藥師只需為住院病人擔負起藥事照護的責任；而在臺灣的醫院藥師除了住院病人外，亦需負責大量的門診病人的處方調劑工作。

而且醫院藥師除了受到「藥師法」、「藥事法」二項的法律規範外，因為身為醫院的一員，無可避免的亦必須接受醫院評鑑，負責與藥事相關之評鑑事宜。因此醫院藥師除了與藥物相關的管理、調配、諮詢等工作外，亦需負責與藥事行政的相關工作。

#### 3.3.1 醫院藥師的角色

##### 1. 藥品的管理者

身為藥物的專家且肩負用藥安全的責任，醫院藥師必須對病人所使用的藥品品質負責，因此從新藥進用開始，醫院藥師就必須負責把關審核廠商資格、衛生署核准字號、臨床試驗證明等，並比對其他家醫院使用情形以確保藥品的品質及療效；比較醫院中同藥理作用、同療效的藥物，提供相關藥物資訊及意見，以供醫院的藥事委員會做為評估藥物進用的參考。藥品進用後，醫院藥師則負責相關的驗收、庫存及物流，控制藥物保存的環境溫濕度及效期，以維護藥品的使用品質，保障病人的所用藥物的品質。

另外，保存在非藥局之單位如護理站的急救藥品，藥師也需負責稽核藥品保存效期、品質等工作。

## 2. 藥物資訊的提供者

在醫院，藥品的種類多則上千種，少則數百種，藥品提供各專科使用，因此藥品的藥理分類及其相關資訊：如同類藥品、替代藥品、藥品交互作用、使用常用劑量及藥物極量、注射藥品配伍禁忌、藥品健保相關規定等資訊，需有幫忙各科醫師及相關醫療人員統整藥物資訊者，而醫院藥師則負責需將醫院內所有的藥品資訊予以整合，再以系統性資訊例如：處方集提供醫療人員使用。

藥物資訊的提供，除了藥品的相關資訊外，病人使用藥物後所產生的反應及效果，亦為藥物資訊需蒐集的一部分；例如病人若使用藥物後產生過敏等不良反應，需建立資料以供醫療人員避免再度使用同一種藥物。

## 3. 藥事照護者

醫院藥師提供的藥事照護是多面向的，從門診病人到住院病人均可包含在其中。從藥師接收到醫師所開立的處方準備調劑時，即開始進行判斷性藥事服務，包括評估處方的正確性及合理性、病人對本次處方藥物是否曾有不良反應等；提供特殊製劑（全靜脈營養、癌化藥物）調配；對病人需進行用藥指導；對病人及醫護人員提供藥物諮詢；醫院藥師與其他執業藥師相比，最大的特色在於提供臨床藥事服務，因此除了一般的門診藥師、住院藥師外，還發展出臨床藥師，提供住院病人臨床藥事服務，包括：藥物血中濃度監測、藥物使用評估、臨床訪視、藥物治療監測等。並將病人使用藥物的治療效果回饋給照護病人的相關醫護人員，使其瞭解病人使用藥物的狀況。

## 4. 行政管理者及教育者

在醫院，藥局為一獨立單位，相對而言會有許多社區藥師、診所藥師不會面臨到的行政事務，從人才的選用、人員的教育、訓練、單位成本及財務的管控、藥局的軟、硬體規劃、作業流程的設計、參與院內與病人安全相關的委員會等。

醫院藥師也需負責與藥學教育相關的工作，特別是在教學醫院中，除

了負責最基本的新進藥師的教育訓練、在職藥師的教育訓練、藥學實習生的實習教育外；對病人及民眾需提供用藥相關的教育，包括藥品的保存、用藥的順從性、服藥的正確念等；對醫療人員提供教學服務，如抗生素適當使用之準則、院內藥物資訊、不良反應通報系統、正確藥物使用的方法等。

### 3.3.2 醫院藥師的服務對象

醫院藥師與其他執業藥師相較之下，除了面對病人外尚需對醫院內的醫師及醫療、護理人員。所服務的對象若以病人及家屬而言，屬外部顧客；醫師及護理人員等為內部顧客，而藥師為兩者之間所提供的服務略有不同。

#### 1. 病人及其家屬

醫院藥師主要對病人及家屬提供的服務為藥品配製及用藥指導。在醫院，藥師與病人及其家屬接觸的時間與其他醫療人員相比是較為短暫的。在門診，病人和藥師接觸的時間僅有領藥的短短數分鐘，但在這數分鐘內，有時是無法完整傳達病人所需的用藥資訊，因此在大多數區域級以上的醫院在門診均另設有藥物諮詢室，提供病人較完整的諮詢服務；在資訊及網路發達的現代，另外提供線上的藥物資訊，甚至有些醫院提供線上諮詢服務。藥師針對特殊用藥的病人如使用吸入劑、雙磷酸鹽、硝酸甘油等的病人，除了給予用藥衛教外，並製作用藥衛教單張，有些醫院會提供線上衛教供病人下載；對於長期使用慢性病藥物的病人，提供用藥紀錄卡，紀錄其藥物使用狀況，對那些種類的藥物有過敏等情形，使病人與醫護人員溝通時能提供完整的用藥資訊。

醫院藥師對病人的服務多在於資訊的提供及整合，並適時地做為醫師與病人間溝通的橋樑，為彼此傳遞正確的資訊。

#### 2. 醫師及護理人員

醫院藥師對醫護人員提供的是更深入的藥物資訊，從最原始端的藥品資訊如院內藥品種類、劑量、劑型、使用方式、注意事項、交互作用、配伍禁忌等，及病人使用藥物後的反應如藥物使用評估、藥物血中濃度監測、

藥物不良反應等；除了資訊提供外，藥師會參與重症加護病房的團隊、癌症治療團隊、全靜脈營養治療團隊等，並配合臨床訪視將藥物治療反應整合提供給醫護人員為參考；並提供醫護人員藥物諮詢。

藥師的功能為提供藥物使用及治療的資訊給醫療人員以及病人；並協助醫療人員及病人，使藥物療效達到最理想的效果。

### 3.3.3 以病人為中心的藥事照護模式

臨床藥事和藥事照護之間的不同，在於臨床藥事多在醫院內執行，重視的是藥物對疾病的治療效果及服務的流程，多半溝通的對象為院內的醫護人員，較少直接對病人提供服務，且提供的服務片斷的、多為一次的服務，僅持續至病人離開醫院；而藥事照護則考量的中心為病人，譚延輝(2007)將藥事照護定義為：藥師負責地進行病情與用藥評估、擬定與執行照顧計畫、療效追蹤，以確保病人藥物治療都符合適應症、有效、安全及配合度高，進而提升其生活品質。

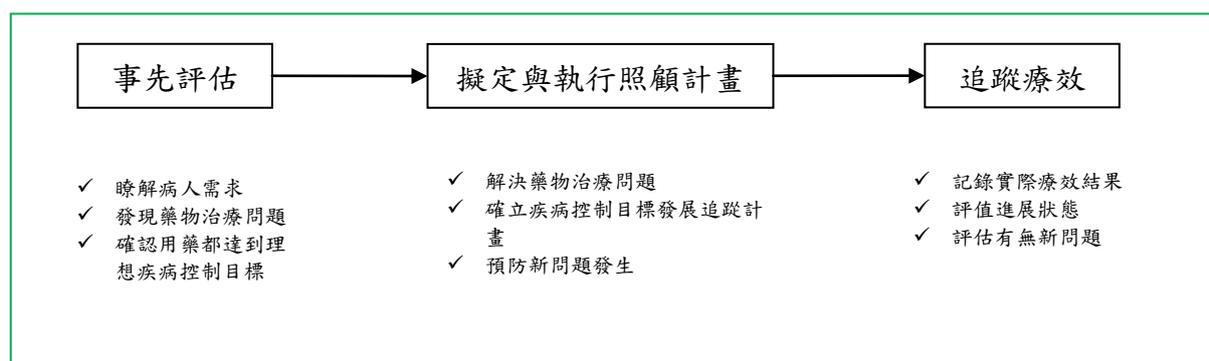


圖 3.5：藥事照護病人流程(譚延輝, 2009)

藥事照護重視的為結果面，強調從事先評估病人的狀況、需求至之後的療效追蹤，目的為治療病人，重視的是最終對病人健康負責的社會責任，為以病人為中心的持續性的疾病、藥物及健康的照顧。

### 3.3.4 醫院藥師的苦笑曲線

雖然醫院評鑑在評鑑基準的藥事作業相關條文中，一再地強調醫院藥師在藥品品質管理上對整體的病人用藥安全管理及臨床藥事服務在病人用藥療效監測及使用評估上的重要性，但相對於醫院評鑑對藥事服務的強調，全民健康保險給付給藥師的藥事服務費的計算基準，仍以調劑數量為計算基準，未能依藥品管理及藥事服務的服務品質予以適當的給付。這使得醫

院藥師的附加價值呈現苦笑曲線，而調劑作業仍為其主要的附加價值。

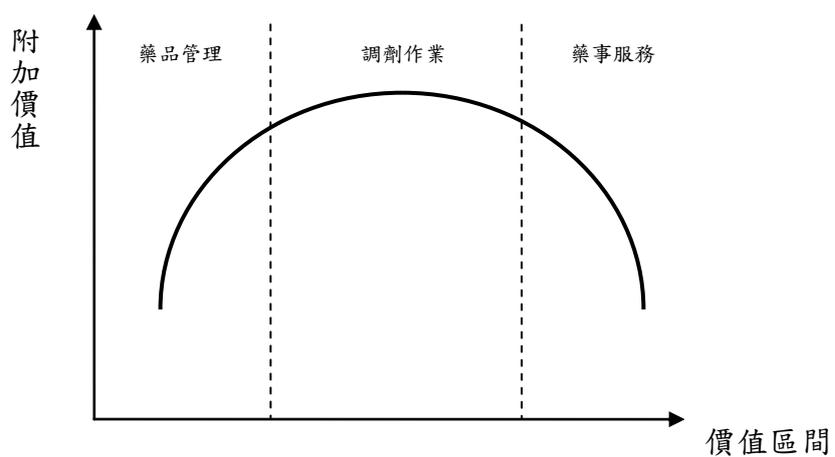


圖 3.6：醫院藥師的苦笑曲線

## 第四章 醫院藥師的價值分析

### 4.1 醫院藥局的架構與組織

在臺灣，醫院如同整個醫療大體系的小縮影，在其中為病人服務者，有各式各樣的醫療專業人員從醫師、護理人員、藥師、醫檢師、營養師、放射師，到行政人員等，每個醫療專業人員分工合作、各司其職，而醫院藥局則是在這個醫療架構之下不可或缺的重要部門，負責管理與藥物相關的各項事務。

#### 4.1.1 醫院藥局的基本編制

在臺灣的醫院中多屬綜合醫院，服務包括了門診、急診、住院等。門診和住院對病人的服務形態不同，隨著不同的服務形態，在醫院藥局中最基本的編制為分為門診藥局及住院藥局。

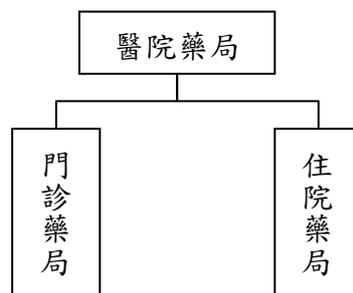


圖 4.1：醫院藥局的基本編制（本研究整理）

門診藥局服務的對象為當日至醫院門診處接受診療的病人，門診藥師主要的服務內容為接收醫師處方並評估處方的合理性；確認無誤後調劑藥品並核對；交付藥品給病人並給予適當的衛教及接受病人的藥物諮詢。住院藥局服務的對象則為住院的病人及醫護人員，臺灣的醫院藥事在 1970 年代開始推行住院單一劑量調劑，住院藥師開始實施將住院病人的藥品以每次服用的劑量為單位包裝給藥，為了因應單一劑量的施行，醫院藥局亦引進了自動包藥機，取代人工包裝，讓藥品資訊可隨自動包藥機而呈現在包裝上。

#### 4.1.2 醫院藥局組織架構變化

醫院藥局的組織架構改變是漸進式的，一方面是因應醫院業務量的逐漸擴充，再者參考國外醫院藥局的服務以及醫院評鑑及教學的需求，醫院藥局不再只是單純地給藥與配藥的單位，在許多醫院設立之初只被單純地認為是貨品存放或物流的藥庫開始為大家所重視，藥品的管理、效期、保存方式以及管制藥品管理法規的限制等等因素，藥庫被併入醫院藥局的編制中，由專業的藥事人員負責管理藥物相關事宜；藥事委員會負責醫院藥品的進用審查，在醫院管理上對於藥品進用的方式逐漸制度化，藥師也進入藥事委員成為當然成員，提供在藥物上的專業知識及分析院內藥物幫助醫院對藥物的選擇及進用；因醫療所需，全靜脈營養及癌症化療開始在醫院實施，對於無菌要求的觀念及因為化療藥品的毒性，特殊製劑室因應需求而設立。

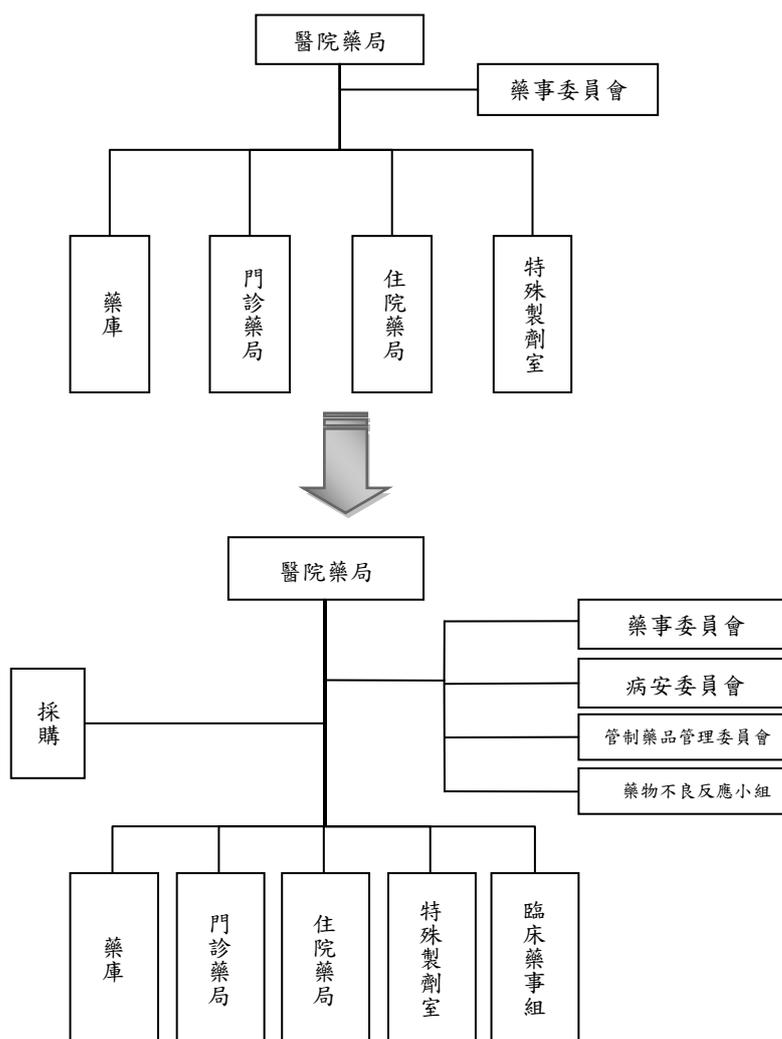


圖 4.2：醫院藥局編制的變化（本研究整理）

在醫學中心，醫院藥局的主要架構在教學醫院評鑑時期逐漸完備，教學醫院評鑑原本即為了評核醫院是否有足夠的資源與能力提供醫學院學生實習而舉辦，在當時評鑑等級為將醫學中心認定為一級教學醫院，因此醫學中心帶領教學的意味不言而喻。當時臺灣的藥學教育多承襲於美國，而美國自 1960 年代開始提倡臨床藥學至 1970 年代進入臨床藥學期，臺灣的藥學界亦在 1970 年代後逐步將臨床藥學的觀念引進，藥學知識的提升使得醫學院藥學系的課程也有了變化，也促成了醫學中心的醫院藥局對藥事服務提供的改變，藥局的編制也因應藥事服務提供所需而增加了臨床藥事組。區域醫院藥局編制完備時期多在舊制醫院評鑑時期，因教學評鑑時期醫院參與評鑑非強制性，1987 年實施全面醫院評鑑，評鑑條文中對醫院的組織及設備有了具體的說明，且將區域級以上等級之醫院皆列為教學醫院，需具備教學功能，因此在區域醫院中亦逐步地提供相關的臨床藥事服務。

在舊制醫院評鑑時期（1987-2004）各層級醫院藥局的編制及組織在評鑑制度的要求下逐漸發展成現今醫院藥局的架構，除了最基本的門診、住院及藥庫外，配備有無菌製劑室以調配全靜脈營養注射液及化學治療注射劑；因應評鑑要求重症加護病房需設立專責的臨床藥師和評鑑中評核比重增加的臨床藥事服務，增設臨床藥事組。而在醫學中心為提供病人及院內的醫護人員會另行成立諮詢中心，擔任藥物資訊整合提供及接受院內、外藥物諮詢。

在舊制醫院評鑑後期因陸續發生幾件重大醫療疏失，而用藥安全的議題備受關注，醫院內與病人安全相關的委員會及小組要求必須有藥師參與，藥師開始跨足參與非藥事相關的委員會，例如：病人安全委會等。藥師提供的服務不再只是片面地侷限於藥物，而是更擴大地參與醫療團隊共同給予病人全面性的醫療照護服務。

## 4.2 藥事作業流程與藥師價值鏈變化

### 4.2.1 醫院評鑑制度實施前

在 1978 年之前，臺灣對於醫院尚未有任何評價的標準，醫療也以醫師為中心，醫院藥師的價值僅是在醫院藥局中給藥、配藥的一員，專業並未受到重視，整體的藥學發展也著重在藥劑、調劑學及與藥品研發相關的化

學課程如有機化學、藥物化學等，對於當時的醫院藥局而言，藥師的養成訓練較少針對醫院的需求，包括當時法令的認定也將藥師定位為藥品研發管理及販賣的角色，醫院藥師成為了技術員。

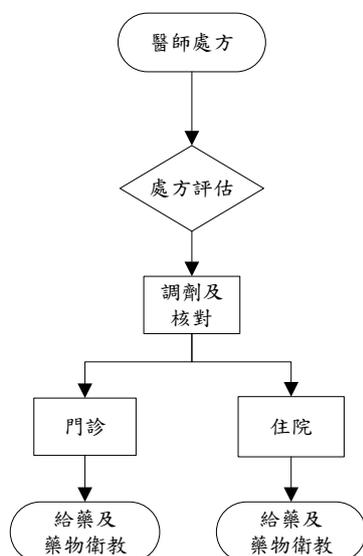


圖 4.3：藥事作業流程(1)(本研究整理)

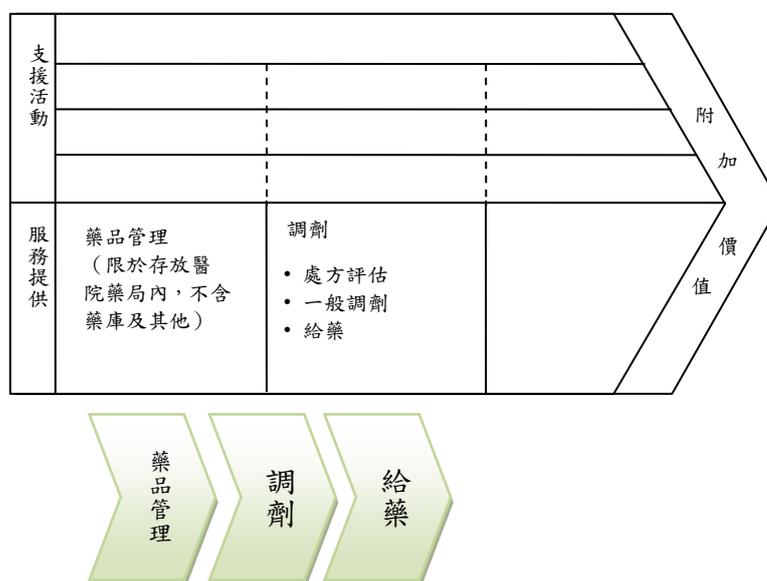


圖 4.4：醫院藥師的價值鏈變化(1)(本研究整理)

在此一階段，在醫院的藥事流程是簡單的、不具思考性的，接收醫師所開立的處方→調劑→給藥；醫院藥師的服務提供也僅止於簡單的藥品管理及調劑。

### 4.2.2 教學醫院評鑑時期

1978 年至 1987 年期間，臺灣開始實施醫院評鑑，在這十年間醫院藥局的制度、作業方式以及對藥品管理的方式開始有了專業藥事管理的思維，醫院藥局管理的範圍擴大為從開始的藥品進用選擇至終端的藥事服務，醫院藥師不再被視為只是給藥者，而是提供藥學專業的醫療人員。

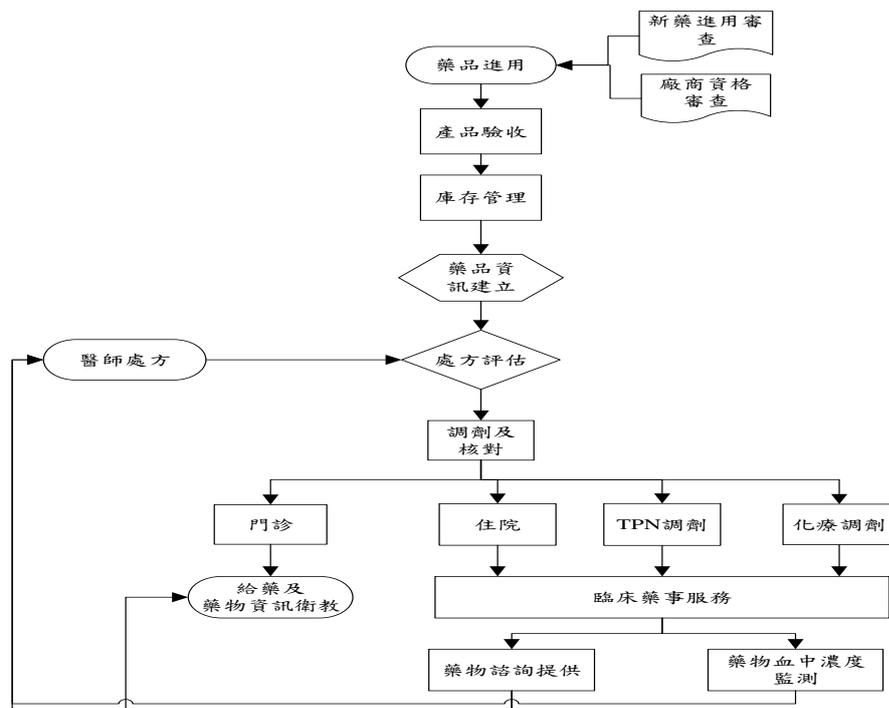


圖 4.5：藥事作業流程(2)(本研究整理)

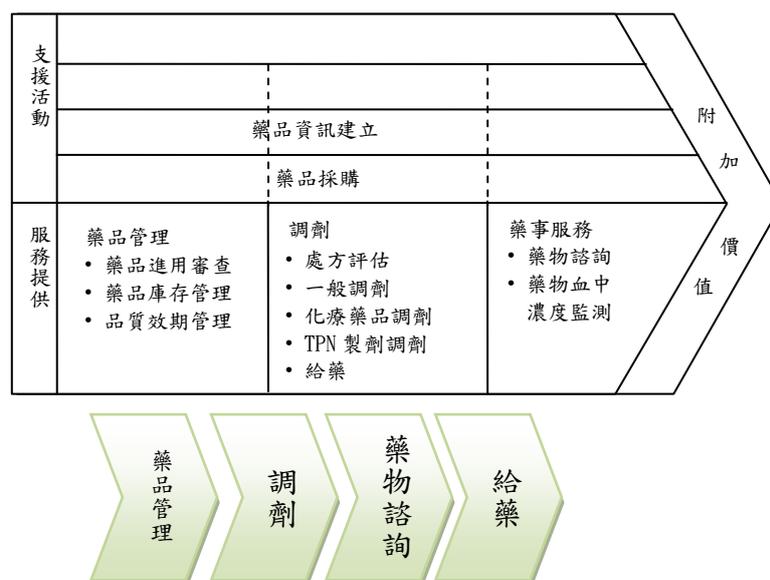


圖 4.6：醫院藥師的價值鏈變化(2)(本研究整理)

藥學專業的提供增加了醫院藥師在醫院的專業價值，在醫院的藥事作業流程不再只是單純地接收處方然後調劑、給藥，在醫院藥師價值的服務提供中自醫療服務前的準備如：藥品進用、驗收、庫管、效期、；醫療服務中的生產如：判斷性的藥事服務（處方評估）、藥品調劑、全靜脈營養及癌化藥品調劑；至醫療服務後的藥事服務提供如：藥物血中濃度監測、藥物諮詢、病人藥物相關的資訊衛教。在藥師價值鏈的支援活動提供如：提供藥品資訊建立、處方集編撰及全院藥品的採購事宜。

在醫學中心主要的藥事作業流程於此一時期被建立，藥事作業流程的延伸意味著醫院藥師價值鏈的延伸，醫院藥師的專業價值也漸被重視。因醫學中心有帶領教學的功能，藥事服務的提供亦與藥學教育互相影響；以台大藥學教育為例：在 1980 年開始臨床藥學課程，1982 年藥品動態學、生物藥劑學開課，1984 年臨床藥品動態學(林慧玲, 2002)，而醫學中心亦在同一時期提供相關的藥事服務。

#### 4.2.3 舊制醫院評鑑時期之後(1987~)

1987 年因有法源（醫療法）的依據開始全面實施醫院評鑑，在 2005 年評鑑制度改制之前被稱之為舊制醫院評鑑時期，自 1987 年至 2005 年之間臺灣的醫療及制度有長足的進步與改變；例如：1995 年臺灣實施全民健康保險、1997 年實施醫藥分業、2002 年實施醫院健保總額支付制度。每一個制度的實施或改變，或多或少都影響了醫院的醫療專業人員的角色價值。在舊制醫院評鑑實施的近二十年期間，現今醫院的藥事作業流程及組織制度於此一時期完整地建立，並在醫學中心及區域級醫院被實施；對於醫學中心而言，著重在臨床藥事服務完整建立及深化服務內涵、藥物不良反應通報制度建立以及藥學教育的推展；而對區域級醫院而言，在舊制醫院評鑑制度實施的這二十年方為醫院藥事作業流程及制度建立的開始及完成，而有了醫院評鑑制度條文為依循以及醫學中心在教學醫院評鑑時期所建立的藥事作業範本，區域級醫院的藥事作業在此一時期建立起規模較小但與醫學中心相同的架構，提供基本的臨床藥事服務如：藥物血中濃度監測、重症加護病房臨床訪視等，並設有臨床藥師。

在舊制醫院評鑑時期歷經了全民健保及醫藥分業，藥師的專業形象逐漸被接受，因區域級及醫學中心均列為不同等級的教學醫院，需發展教學

功能。醫學中心在經過了教學醫院評鑑時期十年及舊制醫院評鑑時期二十年的時間，醫院藥師在長期對於臨床藥事服務的深耕下，除了接受藥學本科系的實習生外，並接受其他醫院請託代訓臨床藥師及醫學系、護理系藥物相關課程；區域醫院限於人力、物力，著重於實務面的操作的實習教育及對護理、病人及民眾的一般用藥教學。

從教學醫院評鑑至舊制醫院評鑑共約三十年的時間，臺灣區域級以上醫院的藥事作業流程大致上被確立完成，雖可能因各醫院的作法而略有不同，但多基於評鑑條文設立，醫院藥事作業自新藥進用至提供藥物給予病人服用後的效果監測。醫院藥師在醫院的價值鏈已趨近完備，醫院藥師不僅提供醫療服務前的藥品品質管控、服務中的一般及特殊藥品調劑、服務後的臨床藥事照護，並支援醫院所有的藥物資訊提供及藥學教育服務。

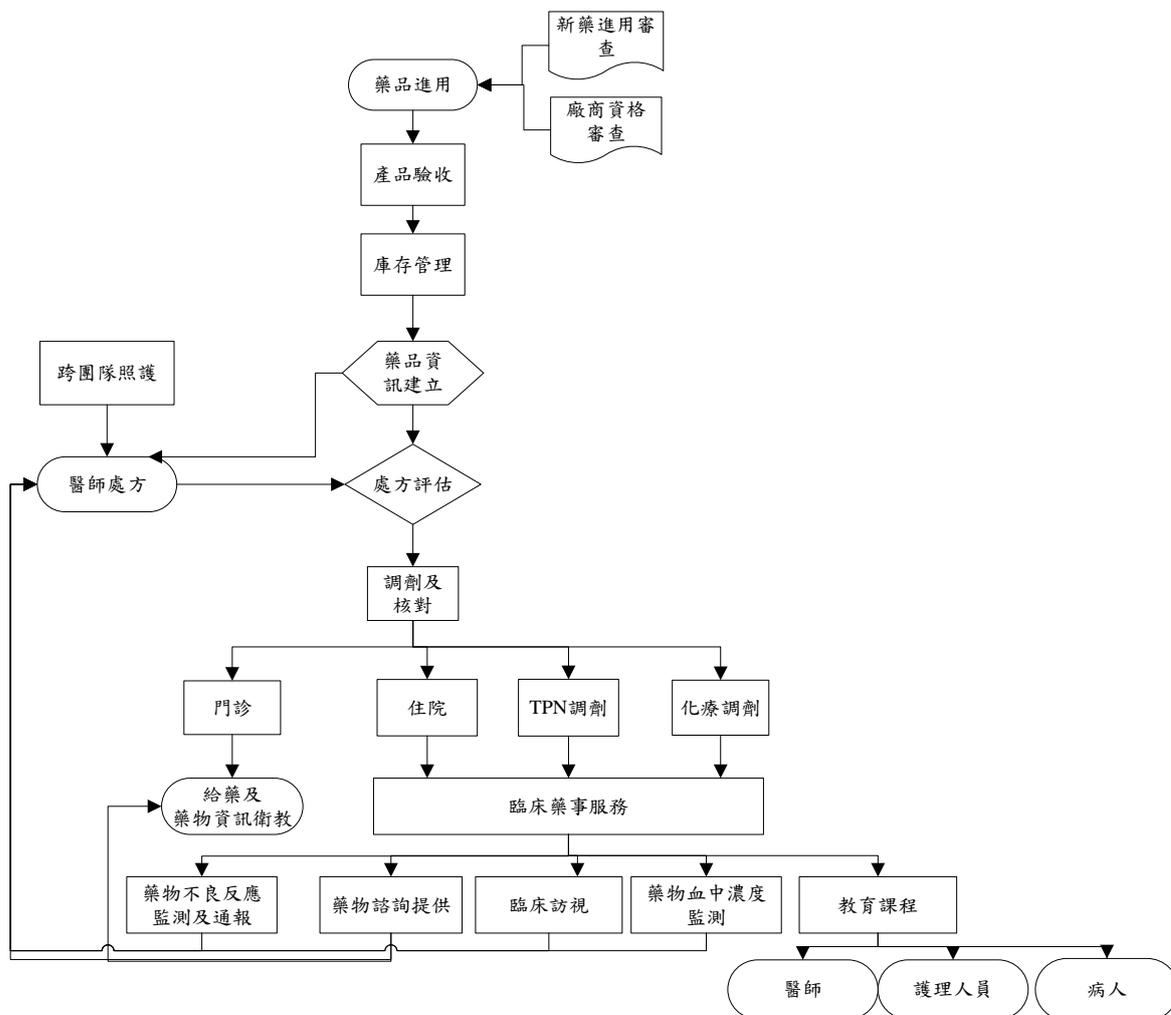


圖 4.7: 藥事作業流程(3)(本研究整理)



圖 4.8：醫院藥師的價值鏈變化(3)（本研究整理）

新制醫院評鑑對整體的醫院藥事作業架構並無太大影響，但相較與舊制醫院評鑑對藥事作業管理及臨床藥事服務上有更明確的要求，視用藥安全為整個醫療病人安全管理的一大重點，且在醫院健保總額給付實施後，醫院評鑑結果與總額給付點數掛勾，因而醫院藥師在新制醫院評鑑的推波助瀾下參與更多的跨團隊醫療照護。若舊制醫院評鑑對醫院藥事作業及醫院藥師價值鏈影響為建立，則新制醫院評鑑則可被認為是深耕化，希望能藉由醫院評鑑制度提升各等級醫院的藥事管理及服務；新制醫院評鑑不再像舊制醫院評鑑時只在於點對點的觀察，而著重在於整個醫療照護流程與照護病人的結果並強調病人安全，故自醫院進用藥品的選擇管控機制、藥品庫存效期安全管理、藥品資訊提供及藥物使用管控（如：藥物交互作用、藥品劑量、極量）、藥物使用評估及療效監測，至病人出院準備服務，新制醫院評鑑以病人所接受的是一種多方面整合性的照顧，這包括醫療、護理、及藥事等方面的想法為出發點，希望醫院能以病人為中心，用團隊照護的觀念給予病人最完整的醫療。

在經過了教學醫院評鑑、舊制醫院評鑑及新制醫院評鑑三個時期，在臺灣醫院評鑑等級為區域級以上的醫院藥師的價值鏈自原來單純的給藥與配藥，延伸至全面性的藥事服務；從原來以藥物為中心的服務延伸至以病人為中心的藥事照護服務。

### 4.3 醫院評鑑對藥師附加價值的影響

「醫院評鑑」在臺灣實施已有三十餘年，歷經了多次的改革與變化，從無任法源依據至「醫療法」中明確地規範醫療院所必須接受評鑑。在這改變與改革大約可分為幾個時期，1977年至1987年間為「教學醫院評鑑」時期，此時期尚未有任何法源的支持，也非強制性，而醫院評等在此時被分為教學一級、二級、三級醫院；1987年「醫療法」公布，「醫院評鑑」開始有了法源依據及強制性，接受評鑑的醫院家數也在此一時期大幅地上揚，至2005年醫院評鑑改制之前，此一時期多被稱為「舊制醫院評鑑」；2005年後，被稱為「新制醫院評鑑」時期，醫院評鑑方式參考了多國的做法而有了重大的改變。

醫院評鑑制度依醫院的服務功能及規模，分為醫學中心、區域級醫院、地區醫院，不同等級的醫院在對於醫事人力及服務品質上的要求基準亦有所差異。醫學中心被視為醫療資源及教學領導的中心，為急重症病人後送之單位，具有與其他層級醫院不同的社會使命；而區域級醫院主要為照顧區域性民眾的醫療，兩者在醫療使命上有其不同的地位。也因此醫院評鑑制度對於不同層級的醫院藥師亦產生不同的影響。

醫院評鑑制度對醫院的組織架構、設施、管理及人員的價值影響甚鉅，各層級的醫院藥師在經過了各時期的醫院評鑑之後，角色價值也有了極大的改變，本節意在探討各層級醫院藥師受到醫院評鑑的影響而產生附加價值的變化。

### 4.3.1 醫院評鑑對醫學中心藥師附加價值的影響

#### 1. 醫院評鑑實施前

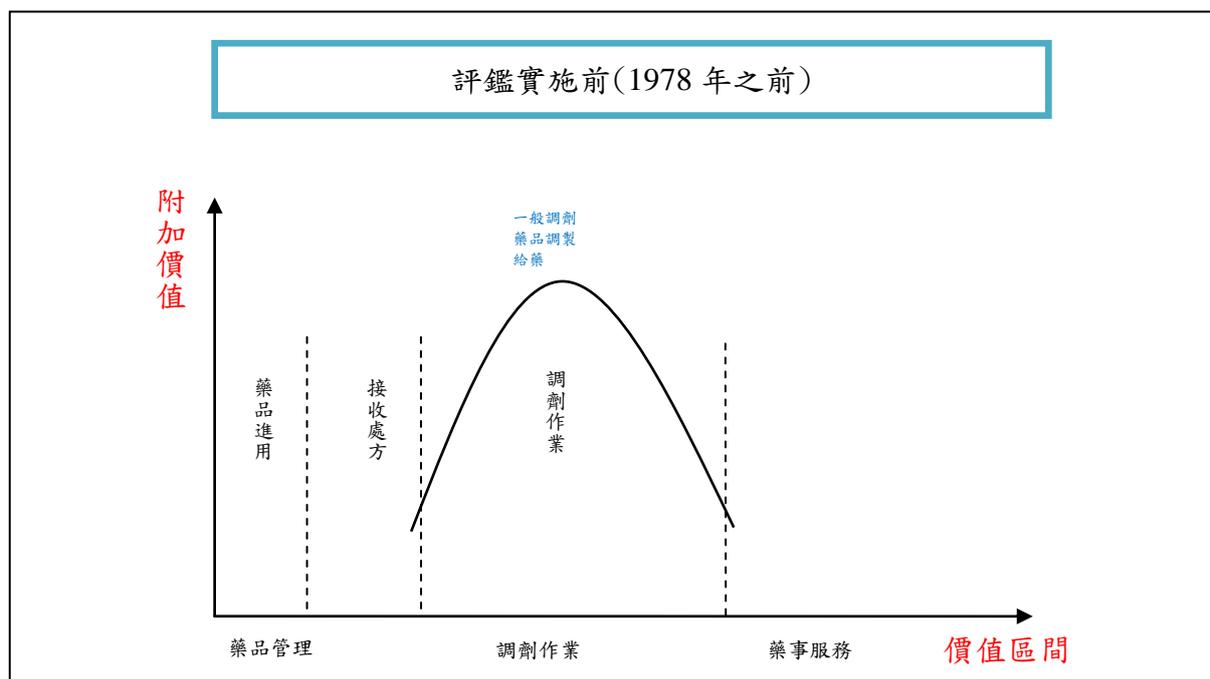


圖 4.9：醫學中心藥師的苦笑曲線－醫院評鑑實施前(~1978)(本研究整理)

在實施醫院評鑑之前，並無任何機關單位予以醫院任何的評定方式，甚至於當時對醫療機構的設施及規劃也並無一定的標準。醫院在設施及設備標準上只能以自身設定的規模及需求，再參考當時國內、外的醫院設施、設備，來規劃醫院的硬體及組織。

此一時期一方面因當時的臨床藥事服務教育尚未開始，而美國的臨床藥學也才剛發展；在當時有許多藥品如藥膏、糖漿製劑等尚由醫院的藥局調製生產，因此在醫院，藥師的價值多在於調劑藥品或調製藥品，提供服務的地點亦僅限於在醫院藥局。由於對藥品品質管理及監控的概念並未建立，藥庫亦未併入管理，對於服務前的藥品品質管控醫院藥師並無介入的角色；對於服務後亦未有任藥事服務如病人用藥衛教等概念。在當時法令允許醫師亦有調劑權，因此藥師的角色在醫院等同是給藥的技術員，並無專業性可言。

此一時期的醫院藥師的附加價值呈現極度下垂的苦笑狀態，價值區間亦集中於較不需高度藥學專業的調劑工作上。

## 2. 教學醫院評鑑時期

臺灣自 1978 年起源於教育部為因應醫學生實習時能得到完整而有系統、有品質的學習，並確保實習醫師的訓練場所合格性，而與衛生署舉行了「教學醫院評鑑」。在當時因主辦單位為教育部，衛生署僅因為醫療院所的主管單位而予以協辦，且教育部一開始的出發點是片面性地為當時醫學生及護理人員尋找並評估合格的實習場所，並未全面性地考量到醫療系所中其他科系的學生，故在實施之初藥劑、檢驗等科別並未列入評量，然在經過第一次的教學醫院評鑑後，才因應醫學院中其他科系實習的需求，逐步將醫技單位列入評鑑項目。

教學醫院評鑑與當時的醫學教育發展相關。在教學醫院評鑑時期，臺灣藥學教育開始引進臨床藥學教育、藥物動力學等與應用於臨床病人的學科，同時醫院亦開始逐步提供臨床藥事服務；自 1970 年之後，由於製藥工業逐漸成熟，新藥不斷地開發，醫院開始正視藥品管理及藥物資訊的提供，醫院藥師的藥學專業知識成了醫院倚重的背景，藥庫納入醫院藥局的編制，醫院藥師提供藥品的品質管理相關知識，並提供醫院內所有藥物的相關資訊以及編寫院內處方集。

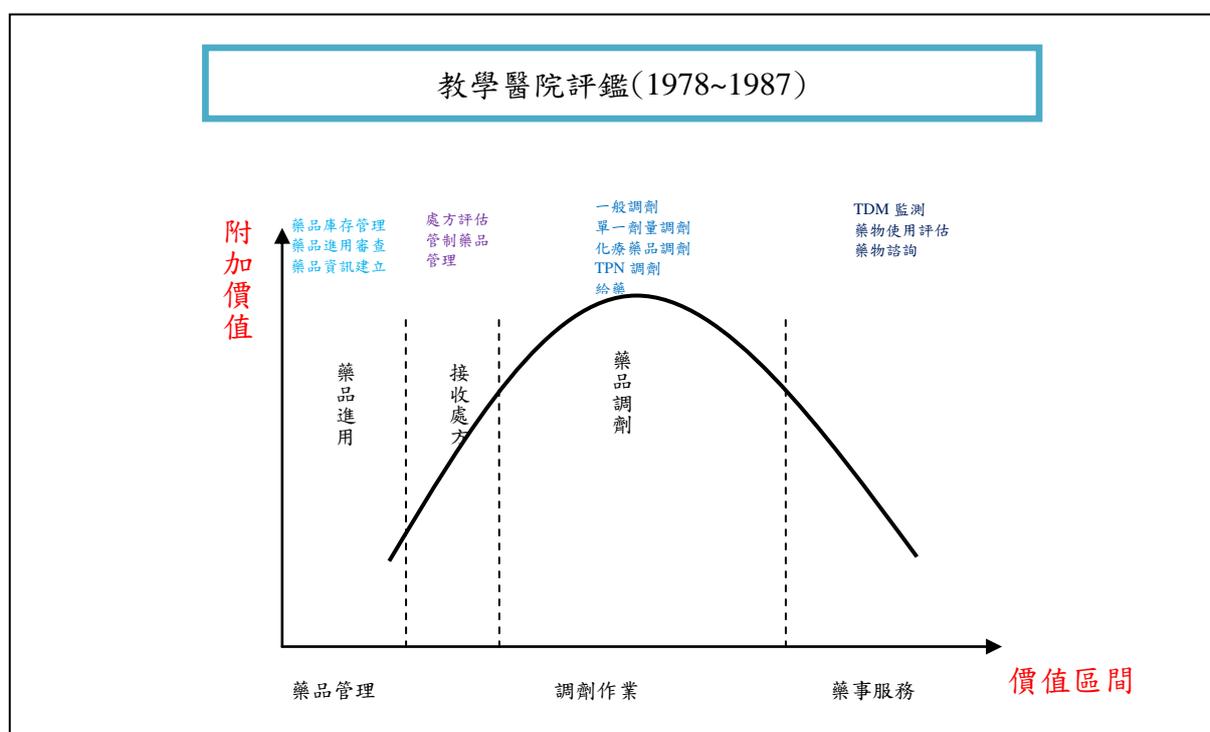


圖 4.10：醫學中心藥師的苦笑曲線－教學醫院評鑑時期(本研究整理)

在教學醫院評鑑期間，醫院藥師的價值區間開始向兩端延伸，醫院藥師的服務價值漸漸朝較全面性的藥事服務，包括前端藥品管理及後端藥事服務，醫院藥師開始從新藥進用審查即介入提供藥學專業知識，包括藥品的品質、效價比較及藥物經濟學的效益比較；因應當時的醫療需求，開始提供特殊藥品調劑服務（全靜脈營養、化療藥品）；而此一時期由於臨床藥學開始在臺灣發展，醫學中心亦開始提供病人使用藥物後的療效評估，如藥物血中濃度監測及藥物使用評估；並設立了專門的藥物諮詢服務供病人、家屬及醫護人員詢問。

雖然醫學中心被要求需具有領導教學的功能，因此在專業的藥事服務上有領先的作為，然因臺灣的醫院大多仍為綜合醫院，設立有門診，而醫學中心在醫學上的地位使民眾趨之若鶩，門診病人佔了醫院大部份的業務，醫院藥師的主要工作價值仍在調劑藥品，且當時公、勞保對於藥師的服務並未予以任何給付費用，醫院藥局對於醫院收入及利潤而言仍在於藥品而非服務。因此對醫學中心的藥師而言，此一時期的附加價值仍呈現苦笑曲線，但相較於評鑑實施前，往兩旁延伸，醫院藥師的價值不再只被侷限於調劑的工作。

### 3. 舊制醫院評鑑時期

舊制醫院評鑑時期對醫學中心及區域級醫院都是極重要的時期，若將教學醫院評鑑時期對醫院藥師的相關藥事作業的影響為建立臨床藥事服務及藥事管理的雛形，則對醫學中心而言舊制醫院評鑑則為完整了整個架構的時期。舊制醫院評鑑時期開始至邁向新制醫院評鑑時期共有近二十年的時間，此一時期也是世界的資訊業從開始發展至成熟的階段，因此在藥事作業管理如藥庫的庫存、物流、效期管理等陸續引進以資訊化管理；資訊化的引進使藥師的藥學專業更能得到發揮，特別是在 1995 年實施全民健康保險制度之後，因為全民健康保險對藥品給付的規定同藥理作用不得併用及高價藥品對疾病使用的限制等，藥物資訊的整合及提供在醫院更顯重要。此一時期對藥物資訊的提供不再只是單純地整合醫院內的藥品資訊，還包括醫師開立處方時的及時性藥品資訊例如：重複開立同類藥品提示、藥品藥理作用相同提示、藥品交互作用提示、藥品極量提示等，在藥品使用管理上，醫院藥師的專業價值較前時期更被突顯。

舊制醫院評鑑條文中明訂醫院藥師需執行臨床藥事作業，在舊制醫院評鑑時期，雖然評鑑的條文中並未細述臨床藥學服務的範圍，但隨著臨床藥學在藥學教育中已漸成顯學，加上在教學醫院評鑑時期所奠定下的基礎，醫院藥師所提供的臨床藥事服務被醫師、護理人員的接受度大為提高(林玉萍, 2004)。1995年，在全民健康保險實施的同一年，醫策會針對加護病房評鑑標準，明文規定需有專任藥師加入醫療團隊；1998年甚至將專任藥師改為臨床藥師，所提供之臨床服務品質列為評鑑計分。因此醫院藥師提供臨床藥事服務變成為必要條件。醫學中心為各醫院的領先指標，加之因病床數多為在500床以上的大型醫院且為重症病人後送的指標醫院，重症加護病房的比例亦較一般區域級醫院為多，以個案醫院為例：內、外、小兒科加護病房加上心臟內科、腎臟科、新陳代謝科、呼吸治療及肝、腎臟移植等共約9處重症加護病房，即意味著需設立至少9名臨床藥師以提供臨床訪視、藥物使用評估、等臨床藥事照護。

1987年開始實施的舊制醫院評鑑因與當時公、勞保給付相關開啟了臺灣醫院評鑑制度與保險給付掛勾的開端，醫院評鑑結果關係著最終給予的保險給付多寡，因此醫院評鑑不但有法源的依據更有保險給付的約束，使得醫院評鑑成為促進醫院品質改善的有效工具。1995年開辦的全民健康保險亦與承襲公、勞保時期依醫院評鑑結果決定保險給付，特別在2002年實施醫院總額給付後，評鑑結果更形重要。醫院的各項藥事作業在醫院評鑑中佔有10%的比例(陳金鐘, 2002)，因為醫院評鑑對藥事作業的要求，醫院更願意為醫院藥局發展臨床等藥事作業給予支援。因而在醫學中心的臨床藥師得以在此一時期將臨床藥事服務作業深耕化，並為醫學中心在醫療團隊照護中不可獲缺的。

在此一時期，藥學專業背景的研究人才因藥物動力學在藥品療效的人體試驗而受到重視，醫院藥師亦跨足至醫學中心的研究單位中參與藥物臨床試驗計畫；醫學中心甚至借重醫院藥師在藥學及藥物經濟學的知識，參與臨床用藥路徑計畫。醫院藥師在舊制醫院評鑑時期已逐漸跨出醫院藥局的範圍，加入了各個醫療團隊。

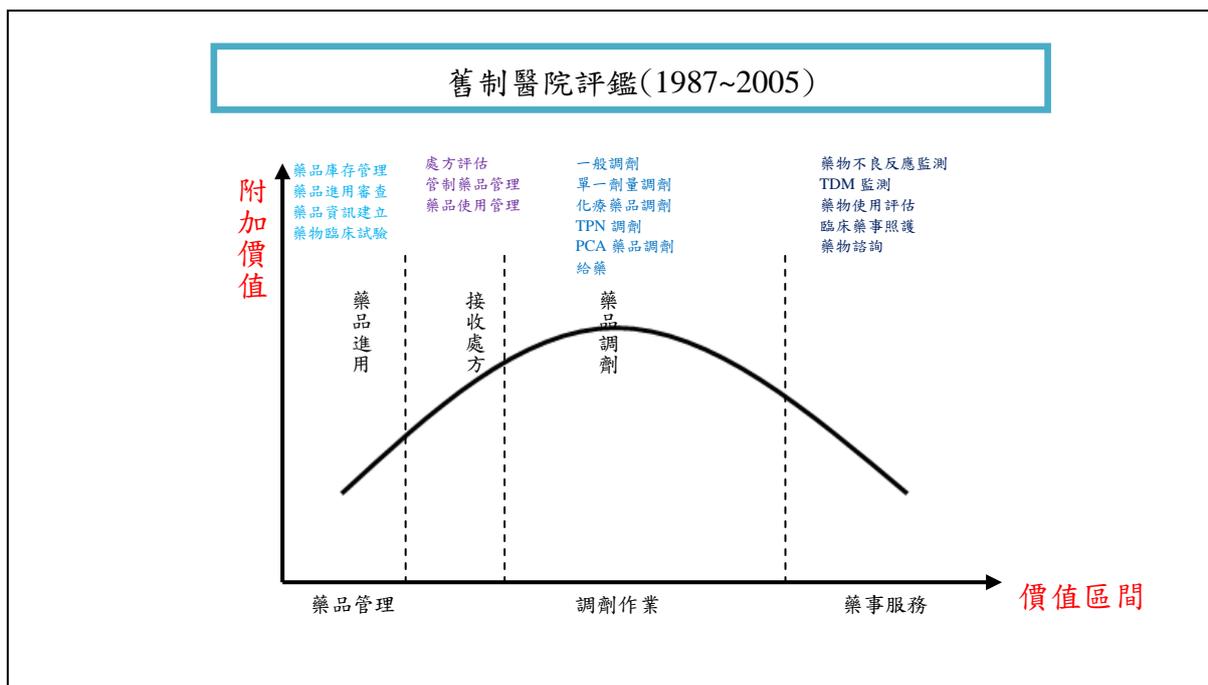


圖 4.11：醫學中心藥師的苦笑曲線—舊制醫院評鑑時期(本研究整理)

雖然在醫院評鑑制度的相關條文中，強調藥品管理及臨床藥學服務的重要性，但在公、勞保時期未因評鑑要求醫院藥師專業服務而給予給付，1995 年全民健康保險開辦、1997 年醫藥分業實施後，才開始對藥師的服務有給予保險給付。然而，保險給付的方式是依調劑的數量予以計算，意即對所有的病人一視同仁，對於需較深入給予臨床藥事照護的病人，並無針對醫院藥師所付出的差距而有不同層次的給付。

故調劑作業仍然成為醫院藥師最大的價值來源，因為對於臨床藥事服務品質的難以量化，而無法依臨床藥事的服務品質而給予不同的給付。使得在舊制評鑑時期醫院藥師的附加價值持續呈現苦笑曲線，但由於有了評鑑制度的要求及藥學界對於臨床教育的推廣，使得醫院藥師的附加價值更加向兩端延伸。

#### 4. 新制醫院評鑑時期

2005 年的新制醫院評鑑改革緣起於在舊制醫院評鑑後期幾件重大的醫療疏失，使得負責醫院評鑑作業的醫策會及衛生署思考改變醫院評鑑舊有的方式而促使新制醫院評鑑制度的產生，新舊評鑑制度最大的不同在於評鑑方式，舊制醫院評鑑時期著重在醫療結構面，使得醫院不斷地在設備及人力上提升，而忽略了醫療照護的過程面與呈現的結果面，為了能有效地

評核出醫院在醫療過程面及結果面是否達到預期的成效，新制醫院評鑑將原本的評鑑時間由一天延長至三天。這樣的評鑑方式不再如舊制醫院評鑑時的來去匆匆，更能深入各醫療單位瞭解其作業情形。在此類的評鑑方式下，醫療的實際運作面無所遁形，以往可能具良好的書面作業即可通過評鑑的方式不再可行，而必須著重在平時整個醫療作業流程面的實際執行。

新制醫院評鑑帶來的改變，對於醫學中心的藥師所提供的臨床藥事服務而言並無太大影響，在過去舊制醫院評鑑的時期，醫學中心藥師在臨床藥事服務方面已經完全紮根並發展出依各科別的不同而有專門的臨床藥師，但新制醫院評鑑條文對臨床藥事服務的具體要求使醫院藥師對於提供臨床藥事服務更有所依據。新制醫院評鑑強調團隊照護及病人安全，要求醫院藥師需提供完整的藥歷供醫師參考以避免重複處方或藥品交互作用、醫院藥師更需對病人使用藥物後的反應及病情變化即時給予適當的處理及通報；給藥及藥物管理安全更被列為必評項目，醫院藥師在藥事管理上的價值就更顯突出，特別是在高警訊藥品管理、藥物異常通報等與病人安全相關的業務上。

然而新制醫院評鑑並非完全無缺點，在 2005 年開始推行新制醫院評鑑試行至 2007 年正式實施新制醫院評鑑，醫療人力被忽視，在評鑑條文僅簡單帶過，而「醫療機構設置標準」中對醫療人力的要求自設立以來並未修訂並不符合現代醫療服務的需求。這使得各醫療單位有巧婦難為無米之炊的困擾，新制醫院評鑑以病人安全為出發點，期望醫療人員提供更好的照護服務，評鑑的要求的確提高了醫院藥師對藥事安全管理及臨床藥事服務的深度，使醫院藥師的在藥品管理及藥事服務附加價值更具意義，但在人力上的緊迫、全民健保給付制度未依醫院藥師提供的臨床藥事服務給予差異化的給付及醫學中心的門診量居高不下的情形，使得即使醫院評鑑制度強調的醫院藥師價值應在於所提供的藥學專業服務，醫院藥師的價值卻仍被以調劑、給藥的模式呈現。

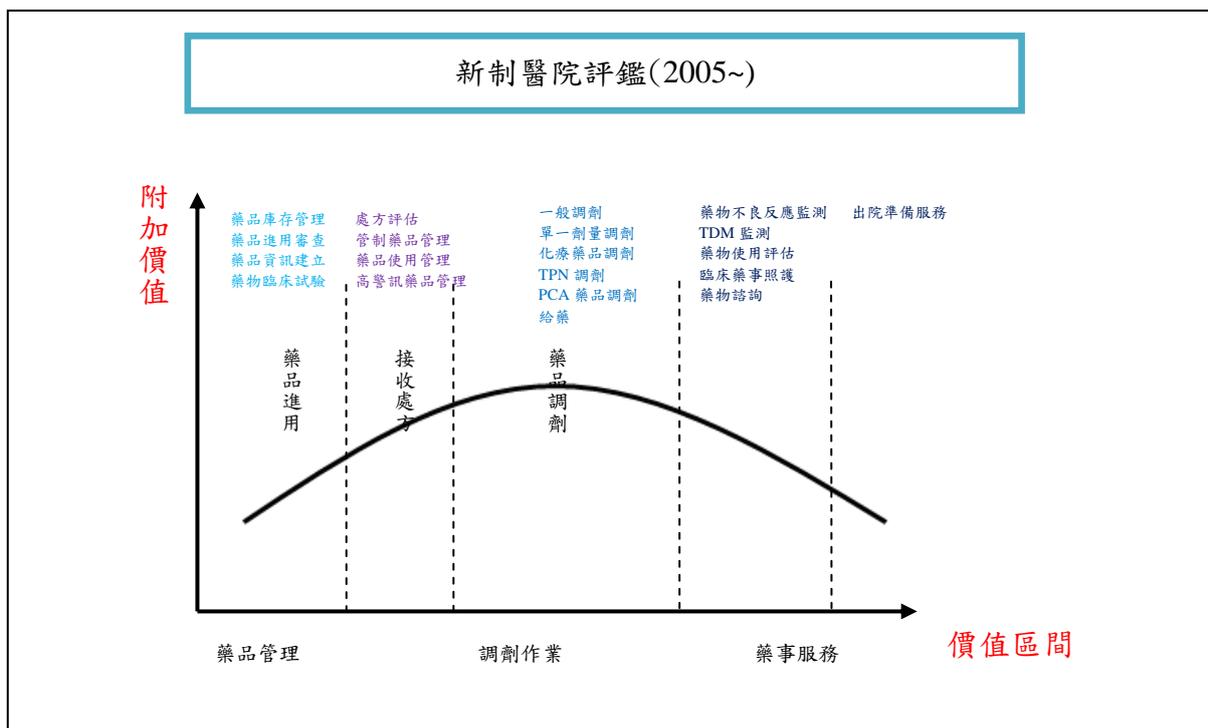


圖 4.12：醫學中心藥師的苦笑曲線—新制醫院評鑑時期(本研究整理)

新制醫院評鑑時期醫院藥師的附加價值儘管已呈現較為平緩的曲線，卻仍以苦笑曲線呈現，但在新制醫院評鑑對病人用藥安全及強調病人知的權利下，醫院藥師的價值區間往藥事服務端更加的延伸。

### 4.3.2 醫院評鑑對區域醫院藥師附加價值的影響

在舊制醫院評鑑前，並無任法源強制，多數後來在舊制評鑑醫院實施後升格為區域醫院者，未接受當時的教學醫院評鑑。故對區域醫院的研究時期將醫院評鑑實施前及教學醫院評鑑時期合併討論。

#### 1. 醫院評鑑實施前及教學醫院評鑑時期

在臺灣許多區域級的醫院，在成立之初僅為服務地方的診所或小型醫院，再逐步地擴大經營，成為區域級規模的醫院。然而因教學醫院評鑑為醫院間的自律行為，非強制性要求各等級醫院均需參與，且因教學醫院評鑑的主要目的在於對醫學生的教學，對於當時不具教學功能、規模較小或不願參與評鑑的醫院並無約束力。因此在教學醫院評鑑時期，規模等級較小，屬地方性的小型醫院，且未有能力對醫學生進行教學活動，多未參與當時的教學醫院評鑑。

此一時期，由於無任何評鑑及評量醫院的方式給予規定，因此在醫院藥局的設備及藥師的功能上，僅以最基本的需求予以考量。醫院藥師的主要功能為分配藥品及給藥，藥品管理的功能僅限於在醫院藥局內，雖然「藥師法」中明文藥師有藥品販賣及管理的業務，但在當時執法多針對於社區藥局，且部分區域醫院限於當時規模及設立地區、人才招募、對藥品品質管理觀念尚未完全建立等因素，藥庫管理及採購均無限定非受藥學教育背景者不可。

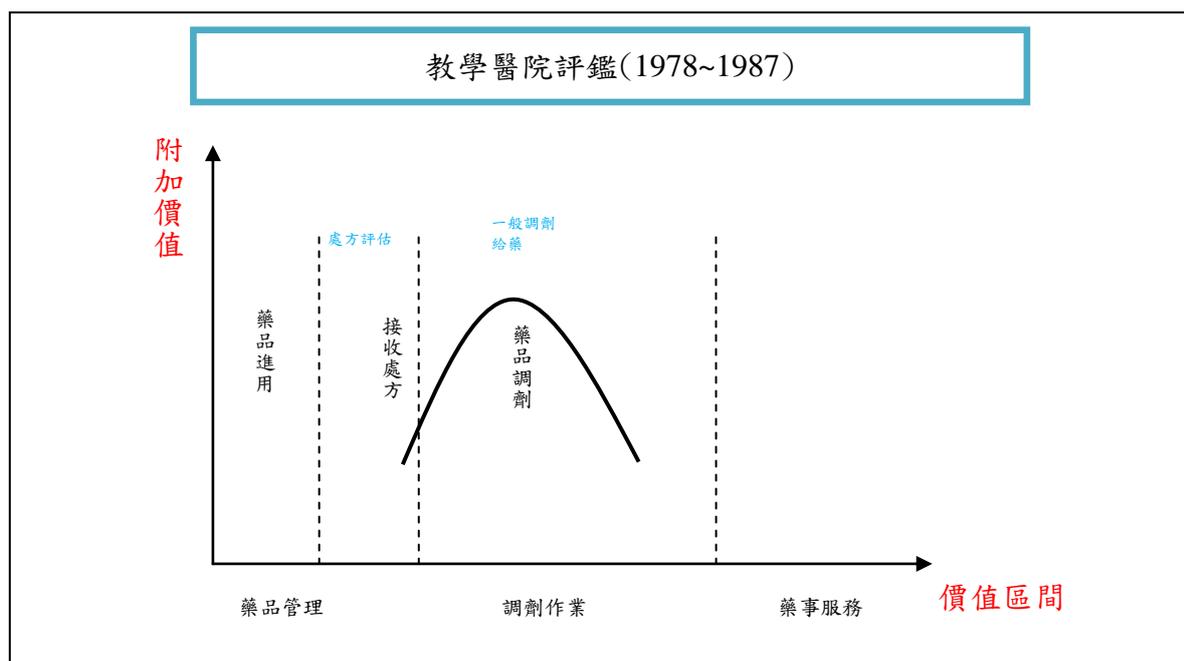


圖 4.13：區域醫院藥師的苦笑曲線－教學醫院評鑑時期（本研究整理）

在醫院評鑑制度實施之前及教學醫院評鑑實施時期，評鑑結果無關醫院的收入，在當時的制度下對藥事服務並無任何的給付，醫院從事藥事教育活動亦無法從中得取足夠的利潤，且無任何醫療設置法源要求醫院從事調劑者必須為藥師，因此部分醫院為了節省人力成本甚至用部分技術人員取代了藥師及藥劑生的工作。在此一時期，醫院藥師及藥事人員唯一的價值僅有依處方拿取及分配藥品及給藥，由於本身專業性不足及與醫師間的權力不對等，藥師對處方用法多僅能遵循而較少提出疑義，使得醫院藥師的價值曲線呈現苦笑曲線且價值區間範圍侷限於調劑作業。

## 2. 舊制醫院評鑑時期

舊制醫院評鑑時期始於 1987 年公布「醫療法」，同年度亦公布了「醫療機構設置標準」，這二項法源除了使醫院接受評鑑為不得不然外，同時也開始對醫院每個等級的硬體設施及環境設備、人力需求有了明確的規定。1987 年實施全面醫院評鑑起，因為是法令公布要求醫院均需接受評鑑，使得醫院開始對設施及人力上有了調整。1989 年，勞保局的勞保醫療給付制度首度結合醫院評鑑制度，按照醫院評鑑結果的等級，以支付不同的醫療費用。也因此，醫院的盈利收入會依照醫院評鑑最後結果給予的等級而有所不同，為了讓醫院能得更高的勞保給付、獲得更佳的利潤，紛紛開始提升醫院接受評鑑的等級。

在勞保及公保都將醫院評鑑等級列為其給付醫療保險費用的判斷標準，1991 年接受醫院評鑑的醫院家數大幅躍進，合格的醫院數由 122 家躍升為 493 家(鍾翰其, 2011)。醫院評鑑中對等級的區別以病床數加以區分，醫院為了能通過區域醫院的評鑑標準而開始增加醫院的病床數及醫療設備，由於「醫療機構設置標準」及醫院評鑑標準中均設立了藥事人員的比例及已辦理執業人員登錄的比例，醫院藥局的藥事人力得到了保障。

舊制醫院評鑑時期為整個醫療制度最為多變的時期，特別是對區域級以下的醫院而言，此一時期醫院藥局的組織、設備及體制亦因為醫院評鑑的實施而有了較大的改變與提升。1987 年全面醫院評鑑實施，開始對藥事管理及調劑作業有了初步的規定，且此時臺灣藥學界開始發展臨床藥事服務，故在評鑑之中對臨床藥事作業亦有規定和要求。且因評鑑與勞保給付相關聯，為了應付評鑑需求，區域醫院藥局開始提供住院單一劑量調配、藥物資訊作業、臨床藥事服務等服務，藥師的價值與專業性也逐漸地被重視。

1995 年政府開辦全民健康保險，而「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」中亦規定需經由醫院評鑑合格方可申請為特約醫院，即代表醫院評鑑結果仍與健康保險給付息息相關。在全民健康保險開辦後兩年，政府開始推動「醫藥分業」，其目的在於強調專業分工，以保障病人的用藥安全。因藥師的調劑權獲得了法令的保障，也使醫院必需聘請有執業職照的藥事人員；而全民健康保險的給付中，對藥事服務費的給付亦有相關的

規定，醫院藥師的專業性開始成為有價的服務。而全民健康保對藥品給付規定，也使得醫院藥師有了處方評估、藥物經濟上的把關功能；以最常為病人所使用的疼痛解除劑（Drugs used for pain relief）-即俗稱的止痛劑，由於疼痛解除劑此類藥品種類繁多、具備多種劑型，且易為民眾所濫用而損害腎臟功能，因此在全民健康保險的「藥品給付規定」中訂定了足有兩頁的規定，因規定的藥品種類多且條文眾多，醫師專注於自己的專科中未必能注意到所有藥品的使用規定，而醫院藥師就成了把關及藥品資訊的提供者。

舊制醫院評鑑中關於藥事作業評鑑標準規定了藥事人員數目、設備空間、工作業務（門診、住院、藥物資訊）、藥事委員會、藥品管理、教育等項目，區域醫院藥師過去未被注重的項目在此一時期開始獲得重視。舊制醫院評鑑自 1987 年開始全面實施至 2005 年改制為新制醫院評鑑，中間歷經了公、勞保醫療給付時期、全民健康保險開辦、醫藥分業、總額支付制度等，時間長達近二十年。以醫院評鑑三年執行一次而言，參與醫院評鑑制度的區域醫院，在此一時期均經歷了五次或以上的評鑑，也因為評鑑的要求，區域醫院藥局在編制與組織上也有所調整，從舊制醫院評鑑剛開辦時有了雛形，至舊制醫院評鑑後期時已成形，而醫院藥師也因編制改變被要求擔任更多的責任。

在舊制醫院評鑑時期，對於區域級以上的醫院要求必須具備有教學功能。因此在此一時期，區域醫院藥師也因為承擔了教學的功能而開始發展臨床藥事相關服務，並增加在硬體上的設備，例如：全靜脈及化療藥品製劑室等。

區域級醫院的藥事作業相較於醫學中心而言約莫落後了十年左右，在舊制醫院評鑑的推行下，區域級醫院藥局逐漸完成了完整的藥事作業架構，但在舊制醫院評鑑條文中雖對各項作業訂有大綱卻未規定實施的細節，也因此區域級醫院藥師所提供的臨床藥事服務雖有架構卻流於形式。

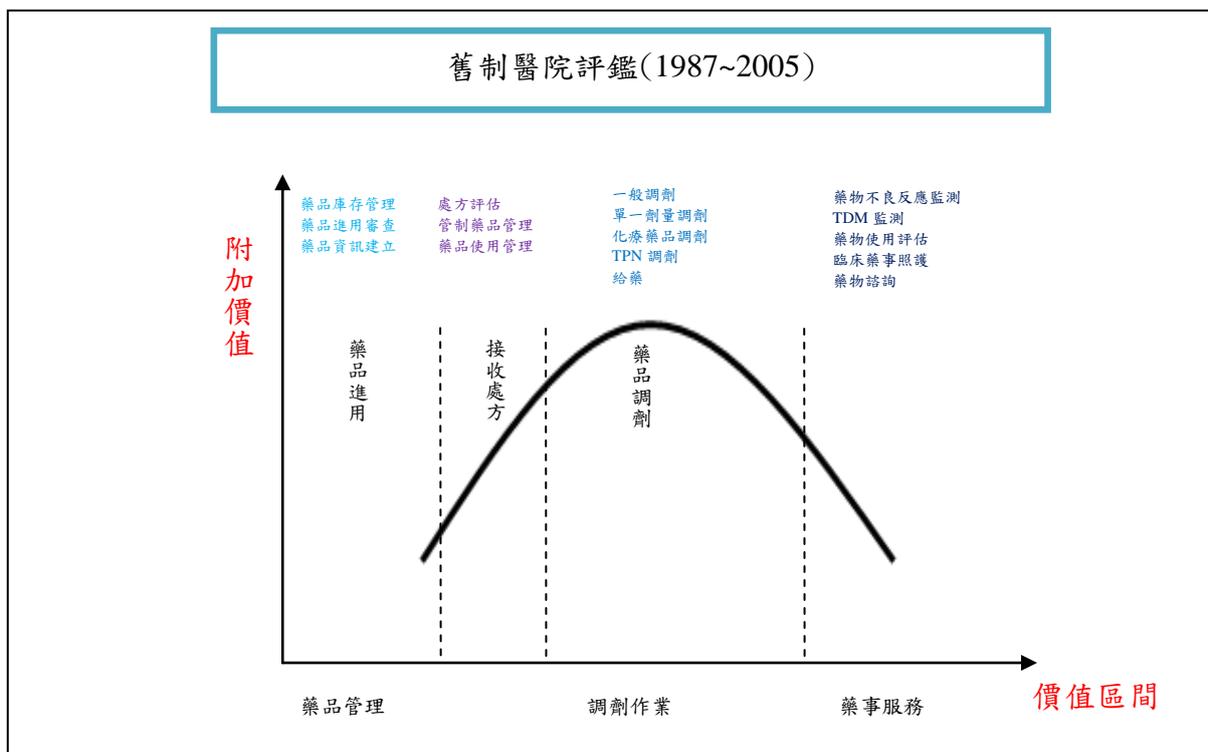


圖 4.14：區域醫院藥師的苦笑曲線—舊制醫院評鑑時期(本研究整理)

而健保對藥事服務費的給付方式使醫院藥師的價值限於調劑作業，雖然健保對特殊藥品的調劑另有給付方式，但對於醫院言，較大的利潤仍來自於藥品，對於未予以任何給付的臨床藥事服務因限於評鑑所需，雖然有執行此項業務，但未獲得實質上的支持。這使得區域級醫院藥師的附加價值呈苦笑曲線，曲線的兩端為需付出較多專業知識，但卻未被真正的重視。

### 3. 新制醫院評鑑時期

新制醫院評鑑源由於在舊制醫院評鑑時期的評鑑標準強調醫療的結構面，在舊制評鑑後期因醫療院所過度重視醫院設備，而較少著墨於整個醫療照護的過程面及結果面，衍生了幾件重大的醫療疏失事件，而促使對醫院評鑑標準及方式的改革。在藥事作業評鑑上，相較於舊制醫院評鑑標準，因之前幾件重大醫療疏失即有 2 件與藥物疏失相關，因此對於用藥安全的藥事作業上有了更具體要求。從新制醫院評鑑時期開始，在醫院的組織架構中與病人用藥安全相委員會或小組，均要求必需有藥師參與，並將此一條文列為評鑑必評項目，以往在區域醫院中除了藥事委員會及藥物不良反應小組外，未強制要求藥師需參與其他病安相關委員會，而藥師在醫院中

對於病人安全相關議題亦少有發聲的機會，透過醫院評鑑的要求，醫院開始重視藥師在維護病人用藥安全中的角色。

與舊制醫院評鑑條文不同，新制醫院評鑑除了每一章節的條文外，對評鑑基準均有詳細的說明；對醫院的評等方式也改為特優、優等及合格；評鑑方式也由原舊制醫院評鑑的實地訪查一天而延長為三天。而評鑑結果關乎健保總額給付點值，評為特優者及優等者可從每三年接受一次醫院評鑑改為四年後再接受評鑑，不僅是為了爭取獲得更佳健保總額點值，也為了提升醫療的品質及醫院的形象，醫院莫不對評鑑高度重視。新制醫院評鑑重視醫療的過程面和結果面，和舊制評鑑著重在醫療結構面不同，而要完整呈現醫療過程，必須每個單位的醫療人員的專業發揮、團隊合作，方能整合為以病人為中心的醫療服務流程，而藥師也在新制醫院評鑑實施後，被要求真正參與醫療團隊中。

新制醫院評鑑準則共分為八章，與舊制評鑑不同的是將藥事作業相關條文打散於其中四個章節共計三十七項條文，其中維持原本舊制評鑑中對藥事人力、設備等要求外，對於藥品品質管理、臨床藥事服務、藥品資訊提供、用藥安全監測等有較具體的要求，並有評分細項及自評表。新制醫院評鑑條文中的要求，使區域級醫院藥師在執行臨床藥事照護服務時能夠更深入化，相較於舊制醫院評鑑時期，在推動臨床藥師訪視等藥事服務時亦不再受到排拒，而認為藥師在挑戰醫師的權威。

在藥品管理相關藥事作業，因新制醫院評鑑改革的起因即為幾件醫療疏失，這其中還包括了2件因藥物疏失而造成的，新制醫院評鑑因而特別重視病人安全並強調對病安事件的統計、分析及檢討改善措施，以及必要時應有後續的追蹤評核機制並需說明執行成效。用藥安全的議題不斷地被提起，突顯出在評鑑中藥師所提供藥事服務的重要性。

雖然新制醫院評鑑制度在藥事作業項目中強調以病人為中心的藥事照護，但全民健康保險在藥事服務費上卻無法對不同層次的臨床藥事照護上給予相對應的給付，使得醫院藥師的主要價值仍被定位在調劑作業上，對於人力、物力上受支援均不如醫學中心的區域級醫院的藥師，在推行臨床藥事服務時，資源受到更多的限制，在臨床藥事的附加價值上，無法與醫學中心的藥師並駕齊驅。

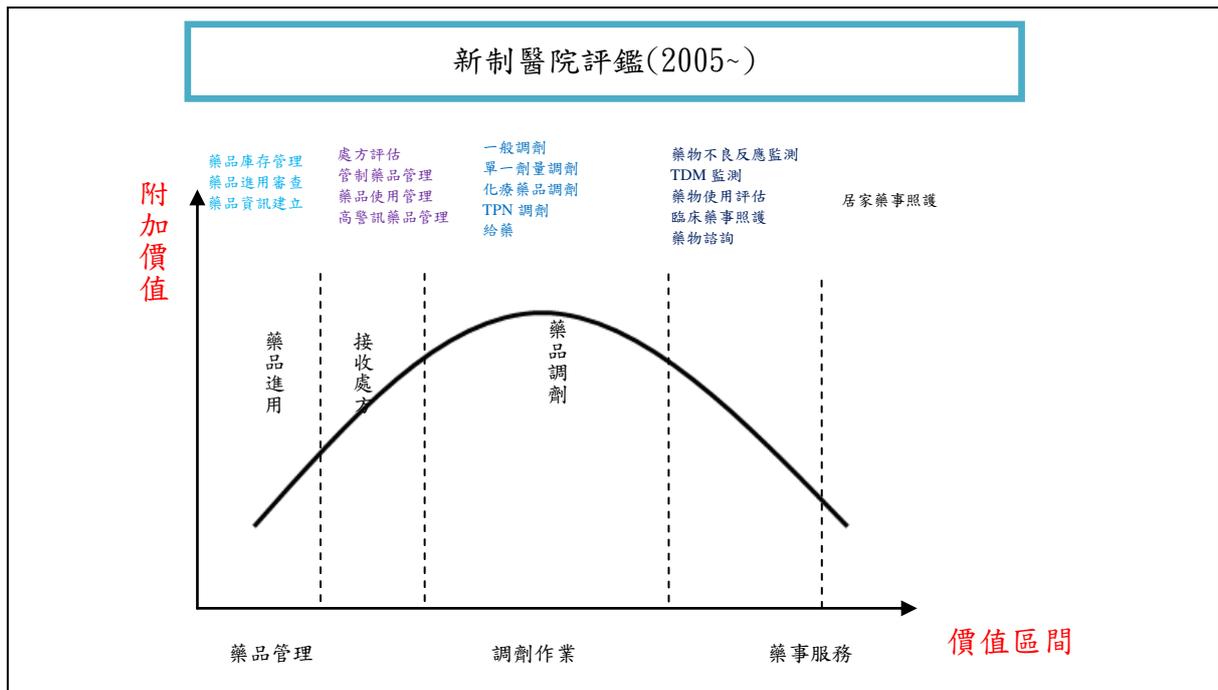


圖 4.15：區域醫院藥師的苦笑曲線—舊制醫院評鑑時期(本研究整理)

在新制醫院評鑑時期，因強調病人的全人照護，因此藥事照顧漸被推廣至出院準備服務及居家藥事照護，區域級醫院對於地方而言，有地緣上的便利性，與社區藥師及診所藥師相比之下，取得藥事資訊的資源較為容易，也成為了地方衛生局推廣居家藥事照護時初期的合作對象。

#### 4.4 醫院評鑑對各層級醫院藥師服務策略的影響

醫院評鑑制度實施亦改變了各層級醫院藥師的服務策略發展，而依醫院不同層級的特性，亦發展出不同的服務策略。而以訪談個案在醫院評鑑制度實施前及醫院評鑑實施後，對於各項臨床藥事服務及藥事管理等所投入的相對人力，歸納出醫學中心及區域級醫院藥師的服務策略。

##### 4.4.1 醫院評鑑對醫學中心藥師服務策略的影響

臺灣自實施醫院評鑑以來，從教學評鑑醫院時期目的為評鑑醫院是否具備教學資格；舊制醫院評鑑時期重視醫療結構面的發展；至新制醫院評鑑時期回歸病人為中心的照護概念，這同時對醫院藥師在提供病人服務也產生影響。在醫學評鑑實施將近三十多年，醫學中心的醫院藥師所提供的服務，由最原始的調劑、給藥發展至完備的臨床藥事服務，並積極地建立

起與醫療團隊間的信賴關係及發展各類新的藥事相關資訊管理辦法，以病人為中心提供適切的藥事照護，不僅成功地在醫院中建立了藥師的專業地位，亦成為區域級以下醫院藥師的標竿。醫學中心的藥事相關作業，在藥師長期的努力下，成功地塑造了領導藥學教學的地位，特別是在臨床藥事服務這一個領域，甚至於除了接受醫學院藥學系實習生的實習教學外，還另外發展出為區域級以下醫院藥局代訓臨床藥師的業務。

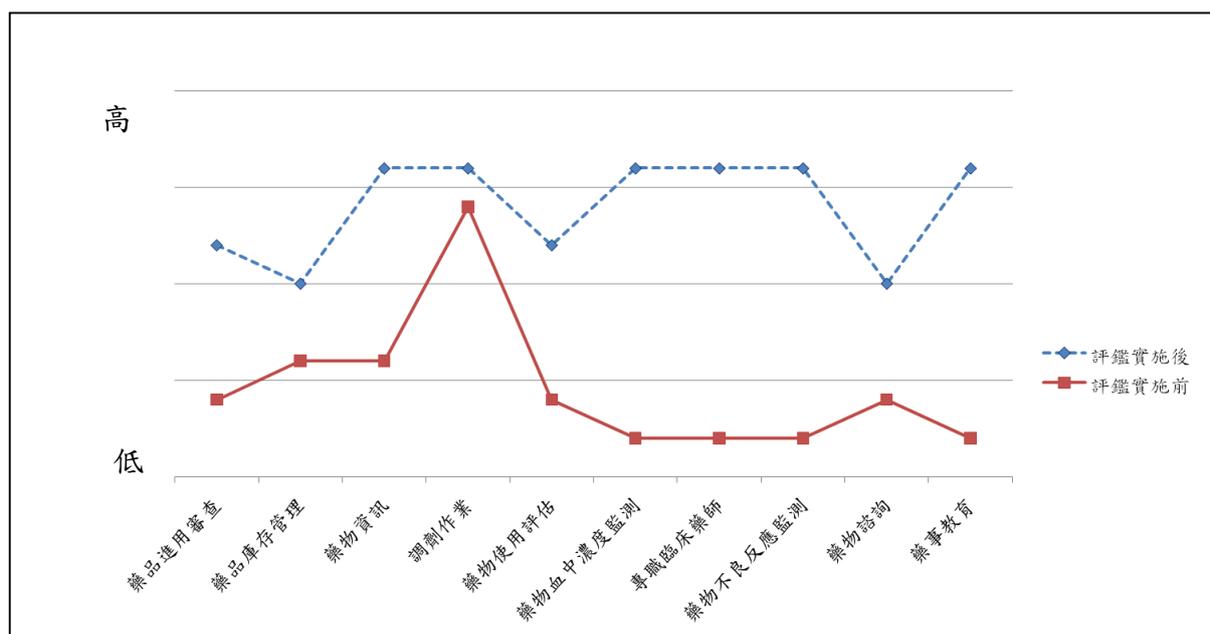


圖 4.16：醫學中心醫院藥師提供服務策略草圖(本研究整理)

#### 4.4.2 醫院評鑑對區域級醫院藥師服務策略的影響

醫院評鑑制度的目的在於提升醫療水準，從過去開始實施全面醫院評鑑之後，無疑地刺激了區域級醫院在設備及硬體的提升，區域級醫院的藥局也因醫院評鑑制度的要求而同樣具備了與醫學中心類似的編制，提供醫院評鑑基準中要求的臨床藥事服務及藥事相關管理。但相對於醫學中心，區域級醫院藥局因編制規模較小，且有人力、物力上的限制，在對臨床藥事服務的提供上無法像醫學中心般深入，但在對社區的用藥安全宣導及衛教上，對民眾比較具有可親性，也因此對區域級醫院而言，社區的經營成為了較醫學中心更有發展的優勢，藥師在對於民眾知的傳遞上有較多的參與。



圖 4.17：區域級醫院藥師提供服務策略草圖(本研究整理)

## 第五章 結論與建議

### 5.1 結論

臺灣自開始實施醫院評鑑制度至今經過三十多年，其中更歷經了幾次的評鑑制度改革及國家醫療政策的改變。相較於其他國家最為不同的是，臺灣將醫院評鑑的結果做為醫療保險給付的依據，自公、勞保時代至進入全民健保時代均是如此，2002年開始的總額給付制度更依評鑑的等級決定給付點數，這也促使醫院對於醫院評鑑莫不戮力以赴，因為醫院評鑑結果不單對醫院的口碑及風評產生影響，更關係著最終的醫療保險給付。在醫院評鑑制度與全民健康保險給付相勾結的情形下，醫院評鑑制度成了監督醫療院所的照護病人品質的方法，並進而影響了醫院制度變化及專業醫療人員的價值角色，醫院藥師的角色價值亦隨著醫院評鑑制度對用藥安全的要求及醫療制度的改變而逐漸轉變，從只是數藥粒的調劑工作，變成為全面性的藥事照護（包括藥事管理及病人照護）的角色。

本研究試圖以價值鏈的角度來探討醫院藥師從以往到現今，因為醫院評鑑制度的改變而產生的價值變化。價值鏈的觀念被應用於許多業界，價值鏈所呈現的總體價值，仍由各種價值活動及利潤構成；相對於醫療界價值活動中的主要活動為各種醫療的服務提供，輔助活動為各種資訊的支援及提供。將之運用於解析醫院藥師的價值鏈，對病人的服務提供可分為藥事管理—包括：藥品品質、效期管理、生產提供—藥品調劑作業、臨床藥事服務；支援活動則包括藥品採購、藥物資訊提供及管理、相關的藥學藥事教育等。

雖然醫院藥師提供的服務涵蓋了服務提供及支援活動，但因全民健康保險給付藥事服務費的方式以調劑的人數為付費的基準，使得醫院藥師仍以調劑的總量來呈現其主要的附加價值，雖然在醫院評鑑對藥事管理及臨床藥事服務上，一再地強調醫院藥師在其用藥安全管理及病人療效監測評估上的重要性，但健保對於藥事服務的給付方式，卻無法呈現其價值，這亦使得醫院藥師的附加價值呈現苦笑曲線。

全民健康保險將藥事服務費以量化的方式用以評量醫院藥師的價值，

然而卻難以評量醫院藥師在用藥安全管理及藥事照護上的品質。醫院評鑑制度是為了評鑑醫療院所的醫療照護品質而實施；在臺灣，自舊制醫院評鑑時期起，醫院評鑑結果即左右了醫院所能獲得的相關醫療保險給付，意即醫院評鑑制度試圖以醫療照護品質的結果來決定醫院整體醫療照護的價值。也因此，醫院評鑑制度亦間接地影響醫院藥師在藥事照護服務上的附加價值。

醫院評鑑制度實施至今，經過了教學醫院評鑑時期（1978~1986）、舊制醫院評鑑時期（1987~2005）、新制醫院評鑑時期（2005~）；教學醫院評鑑時期為了醫學院的學生評量合格的實習場所，主要目的在教學；1987年於醫療法明定醫院均需接受評鑑，故舊制醫院評鑑時期之後又被稱為全面醫院評鑑時期，並訂有醫院評鑑作業基準；新制醫院評鑑改革緣起於2003年幾件重大醫療疏失，醫院評鑑開始著重於醫療照護的過程面與結果面，強調病人安全及團隊醫療照護。

不同時期的醫院評鑑對於醫院藥師的附加價值變化產生不同的影響，在醫院評鑑制度實施前，醫院藥師的角色價值多在於給藥、配藥的調劑工作；進入教學醫院評鑑時期，為了符合當時的教學醫院評鑑以及實際業務所需，發展出相關的藥事流程作業及臨床藥事服務的初步架構，醫院藥師的附加價值往兩端延伸；舊制醫院評鑑時期長達二十年時間，因應醫院評鑑要求對藥事作業，醫院藥師在藥事管理、藥品資訊管理、用藥安全管理、臨床藥事服務上有更完整的藥事作業架構，相對於調劑作業的附加價值，在藥事管理及臨床藥事照護上的附加價值有明顯地提升；新制醫院評鑑以病人為中心的思考，強調用藥安全管理及團隊醫療，要求藥師參與醫療團隊的病人照護相關藥物治療過程面及結果面監測與評估，強調醫院藥師在調劑功能之外的附加價值。

醫院評鑑制度將臺灣的醫院依規模及服務功能分為醫學中心、區域醫院及地區醫院，以醫療分級的概念給予不同層級的醫院不同的使命；醫院評鑑層級愈高的醫院，受到評鑑影響愈對醫院藥師有更專業化的規劃(陳穩仁, 2006)。而實施醫院評鑑以來已近三十多年，醫院評鑑制度幾經變革，對各層級的醫院藥師也產生了不同的影響，進而也影響了各層級醫院藥師的服務策略。對於醫學中心，因其醫療教學領導上的地位及醫院整體業務發展的結果，醫學中心藥師在發展專業的臨床藥事及教學上，相較與其他

層級的醫院，有更多的投入，也促使醫學中心的藥局發展出除了藥學系實習生的教學外，為其他醫院代訓臨床藥師等教學業務；區域級醫院藥師在臨床藥事服務上雖沒有醫學中心專精，但因醫院評鑑的要求，仍維持一定的臨床藥事服務提供，相較於醫學中心，因區域級醫院較具地緣上的可親性，因此在社區民眾用藥安全衛教甚至於居家藥事初期照護上，有更佳的發展。

醫院評鑑制度的幾經變遷，對於用藥安全管理及病人藥物治療過程面及結果面愈來愈重視，醫院藥師的附加價值亦逐漸提升。醫院評鑑制度以提升醫療照護品質為目的，評鑑結果直接影響醫院的總額給付，間接影響了醫院藥師的價值，平衡了健保以量化的方式評量醫院藥師在藥事照護服務上的價值。雖然醫院藥師的附加價值仍呈現苦笑曲線，但相較於醫院評鑑實施前，醫院藥師在藥品安全管理及臨床藥事照護上的價值漸被肯定，使得醫院藥師的附加價值更往左右兩端延伸，單純的調劑工作不再是唯一評量醫院藥師價值的方法。而醫院評鑑制度對醫療品質的要求與健保量化的方式形成互補，進而提升了藥事照護服務的品質及醫院藥師的附加價值。

## 5.2 未來研究與建議

對醫院而言，醫院評鑑制度為外部稽核的機制，也可為醫療品質提升及醫院管理改善的工具，而臺灣自實施醫院評鑑以來，確實為臺灣醫療品質的提升有所助益，相對地亦影響了在醫院服務的醫療專業人員的角色價值提升。雖然醫院評鑑制度對醫院藥師的影響層面甚廣，但絕非單一制度即可決定其專業價值。而本研究僅針對於醫院評鑑制度對醫院藥師的影響加以分析，無法全面性地探討其他醫療政策及制度對於藥師價值的改變與影響。

在本研究的範圍亦限於服務於醫學中心及區域級醫院之藥師，對於地區醫院，未加以探討，然在全民健康保險以總額制度給付後，許多醫院面臨轉型，也因此服務於地區醫院之藥師的價值區間，與醫學中心及區域級醫院相較，或有提供不同服務之處，有待未來學者加以進一步剖析、探究其原因並做後續研究。

## 參考文獻

- [1]Abood, R. R. (1989). "Physician Dispensing : Issues of Law Legislation and Social Policy." *American Journal of Law & Medicine*, 14(4), 312.
- [2]ASHP. (1989). "ASHP statement on the Pharmacist's clinical role in organized health-care settings." *American Journal of Hospital Pharmacy*, 46, 2345-2346.
- [3]Benbasat, I., D. K. Goldstein, and M. Mead. (1987). "The Case Research Strategy in Studies of Information System." *MIS Quarterly*, 11, 369-386.
- [4]Cromarty, J. A., Hamley, J. G. and Krska, J. (1997). "*Clinical Pharmacy Practice*." Pharmaceutical Practice (2th ed).
- [5]Donabedian, A. (1983). "The Criteria and Standards for Quality ." *Journal of Ambulatory Care Management*, 6(2), 80.
- [6]FIP. (1998). "Good Pharmaceutical Education Practice." *Pharmaceutical service and education needs*. Den Haag: FIP.
- [7]Hepler, C. D., & Strand, L. M. (1990). "Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care." *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533~543.
- [8]Kennedy, E. J. (1997). "Social and Behavioural Aspects of Pharmacy." *Pharmaceutical Practice* (2th ed).
- [9]Minichiello V., A. R., Timewell E.& Alexander L. (1995). *In-depth Interviewing* (Longman ed.): South Melbourne.
- [10]Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage:Creating and Sustaining Superior Performance.*: New York: The Free Press.
- [11]Yin, R. K. (1994). *Case Study Research*. New York: Sage Publications.
- [12]全國藥師資訊網.  
<http://tw.myblog.yahoo.com/fda-forum/article?mid=642&next=641&l=f&fid=38>
- [13]江文琦. (2005). 運用差距分析法與情境分析法探討門診藥師之角色功能. 東海大學.
- [14]行政院衛生署醫事處. (2009). 醫院評鑑結果與健保給付之搭配規劃.
- [15]吳琮璿. (1996). 資訊管理個案研究分析. *資訊管理學報*, 4(1), 7-12.
- [16]林玉萍. (2004). 醫護人員對臨床藥學服務之滿意度研究-- 以高雄市某醫學中心為例. 義守大學, 高雄.
- [17]林金定. (2005). 質性研究方法:訪談模式與實施步驟分析. *身心障礙研究*, 3(2), 122~136.
- [18]林淑綿. (2010). 台灣醫院評鑑制度運作之研究. 國立台北大學, 台北縣.
- [19]林慧玲、何蘊芳、陳瓊雪. (2002). 台灣大學臨床藥學教育的濫觴. *醫學教育*, 6(3), 273~289.
- [20]施振榮. (1996). 再造宏基. *天下雜誌*.
- [21]財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會. from  
[http://60.248.196.52/FrontStage/simplyhistory\\_2008.aspx](http://60.248.196.52/FrontStage/simplyhistory_2008.aspx)
- [22]陳金鐘. (2002). 醫院評鑑制度對醫院建立制度化管理之影響. 高雄醫學大學, 高雄市.

- [23]陳穩仁.(2006). 醫療制度變遷與醫院藥師工作角色. 義守大學.
- [24]黃松共.(2007). 醫院策略管理. 台北: 社團法人台灣醫務管理學會.
- [25]廖慧娟.(2007a). 我國醫院評鑑之起源. *Journal of Healthcare Quality*, 1, 15~18.
- [26]廖慧娟.(2007b). 醫院評鑑制度之革新. *醫療品質雜誌*, 1(1), 26~29.
- [27]廖繼洲.(1990). 全面醫療品質管理研究計畫-藥局作業. 臺北: 財團法人長庚紀念醫院.
- [28]劉常勇.(2007). 後進地區的苦笑曲線. from <http://cm.nsysu.edu.tw/~cyliu/paper/paper3.html>
- [29]鍾聖枝.(1999). 質性研究方法論的認識與再議. *國立台北師院學報*, 12 期, 259~284.
- [30]鍾翰其.(2011). 醫院評鑑革新簡介. 台北: 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會.
- [31]醫療法(1986).
- [32]醫療法施行細則(1987).
- [33]藥師法(1943).
- [34]譚延輝.(1996). 藥學之專業執業. 台北: 九州圖書文物有限公司.
- [35]譚延輝.(2009). 台灣藥事照護之執行.