

民衆對醫藥分業執行方案意見調查

李瑋珠¹ 陳善音² 陳建煒²

根據全民健保法與藥事法，醫藥分業訂於1997年三月一日起實施，為瞭解國人對醫藥分業的認知，及所偏好的方案，本研究自1997年一月六日至九日，採用結構式問卷，以電腦輔助隨機抽樣進行電話訪問，有效樣本為1568名台灣地區二十歲以上成人。結果發現有58.2%的受訪者不知道1997年三月將實施醫藥分業。在實施方法上，72.1%贊同雙軌制，即就醫時除了拿處方簽前往有藥師的藥局，或大型醫院的藥劑科調劑外，如果就醫的醫院或診所也有合格的藥師，也可以就在醫的醫院或診所請藥師調劑；只有24.0%贊成單軌制，即只能持處方至有藥師的藥局，或大型醫院的藥劑科，由藥師調劑。中年、教育程度較高、職業為軍公教、住南部者、過去就醫藥物知識較多者較知道1997年三月將實施醫藥分業。中年、教育程度較高、住南部者、過去看病用藥知識較多者，於調整其他變項後較贊同單軌制。根據上述結果，本研究建議：在推行醫藥分業時，應加強對民眾，特別是社會經濟地位較低，資訊較不充足者的教育與溝通，並採行漸進的方法，兼顧理想與現實，才能使整個醫藥分業的制度順利進行。(中華衛誌 1998；17(1)：10-18)

關鍵詞：醫藥分業。

前言

醫藥分業的制度自1246年腓特烈二世制訂醫藥法今已有七百餘年，目前先進國家大多立法強制醫藥分業(如德國、法國、北歐各國，及英國)，或採行非強制的實質醫藥分業(如美國、澳洲、紐西蘭)。沒有醫藥分業或分業不完全的國家則有日本、韓國、泰國、馬來西亞、新加坡及我國[1,2]。國外有相當資料支持醫藥分業一亦即處方和調劑分開，

可有效提昇醫療品質，保障病人權益[3,4]。醫藥未能分業，一直是我國藥事人員工作情緒低落、水準不齊，國人用藥浮濫、知識不足的主要原因[5-7]。有鑑於此，行政院衛生署於1990年十月成立醫藥分業規畫小組，並積極研擬「健全醫療服務體系，加強輔導社區藥局—推動醫藥分業試辦計畫」。該計畫於1991年經衛生署通過，1992年經行政院核定，並修正名稱為「健全醫療服務體系加強輔導社區藥局—推動試辦醫藥分業方案」[8]。1993年一月，立法院修正通過衛生署早在1986年提出之「藥物藥商管理法修正草案」，二月五日由總統公佈並改名為「藥事法」，其中第一百零二條規定「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健保實施二年後，前項規定以在省(市)衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」為醫藥分業的實施奠定了

¹ 台大公共衛生學院公共衛生學系

² 台大公共衛生學院流行病學研究所預防醫學組

聯絡人：陳建煒

聯絡地址：台北市徐州路十九號213室

聯絡電話：(02)2356-0851

傳真：(02)2392-0456

電子郵件：kachan@episerv.cph.ntu.edu.tw

投稿日期：86年3月17日

接受日期：86年12月20日

法律的基礎[7]。1995年三月全民健保開辦，也等於宣告1997年三月正式開始實施醫藥分業。對此問題，醫師與藥師自因彼此的角色界定與權利義務分際爭執不斷；事實上，民衆才是醫療照護的使用者，這樣的變化究竟民衆認知如何，對不同實施方法支持的程度如何，在醫藥分業正式實施前，有必要加以瞭解，作為政策執行及溝通教育的基礎。

材料與方法

本研究採用結構式問卷，以電腦輔助隨機抽樣進行電話訪問，程序為以電腦依照區域碼分區隨機撥號，無人接聽、空號、或正在通話中則跳撥其他號碼，撥通後以第一位接聽之二十歲以上成人為受訪對象，拒訪則掛斷，由電腦重撥其他號碼。因問題簡單，且訪員受過專業訓練，拒訪情形甚少。執行單位在北部地區為福爾摩沙文教基金會，中南部及東部為台中天和水民意調查公司，期間為1997年一月六日至九日，每日晚間六時半至十時。平均訪問時間每人約五分鐘。

問卷設計部份，本研究會同醫藥專家及民意調查公司實務工作者，經過多次修改，以民衆能夠理解，且不偏離專業定義詞句為前提。主要問題包括：

- (一) 是否知道將於同年三月實施「醫藥分業」。
- (二) 對單軌及雙軌二種方法的贊同程度及評分(先告知100分為滿分，60分為及格)。

單軌制是指看病時醫生只開處方箋，不給藥，病人拿藥單到有藥師的藥局，或大型醫院的藥劑科取藥，由藥劑師調劑，並且指導如何服藥；而雙軌制則為除了拿藥單去上述藥局或醫院藥劑科請藥師調劑外，如果看病的醫院或診所所有合格的藥師，也可以在看病的醫院或診所請藥師調劑。訪問中並同時蒐集受訪者的基本資料，包括性別、年齡、教育程度、職業、居住地之地理區域與都市化程度，以及是否有慢性病需長期服藥、過去看病時之藥物知識等，作為預測變項。

電話訪問總共獲得有效樣本1568名。統計上以頻率分佈與交叉列表描述受訪者各變

項的分佈，再以對數複回歸估計單變項分析中有顯著相關之預測變項對醫藥分業的認知，及對二種方法贊同程度的勝算比。

結 果

受訪者基本資料見表一。大部份年齡為30~39歲(28.1%)，其次為40~49歲(26.3%)，教育程度以高中職為最多(33.7%)，職業以中產階級(20.0%)、勞工(18.3%)、與家庭管理(21.9%)為多。地理區域以北部居多(41.2%)，都市化程度以鄉居多(30.2%)。與1995年台灣地區人口統計[9]20歲以上人口的基本人口學變項分佈相比較，性別比例相當；年齡方面，本研究40~49歲及30~39歲之比例較高，20~29歲比例較低，經適合度檢定(goodness of fit)，有顯著差異($X^2_{(4)}=167.82$ ， $P<0.01$)；教育程度方面，本研究高中職及大專之比例較高，國中、國小及以下之比例較低，有顯著差異($X^2_{(4)}=373.1$ ， $P<0.01$)；職業因分法不盡相同，無法比較；都市化程度方面，本研究受訪者鎮與縣轄市比例較高，省轄市比例較低，有顯著差異($X^2_{(4)}=39.1$ ， $P<0.01$)；地理區域分佈相當，以北部最多，東部最少，東部比例偏低主要原因為定義中的東部只包含花蓮和台東二縣所致。受訪者中有14.2%患有慢性病須長期服藥，受訪者用藥知識普遍不足，大多都不知道過去使用藥品的名稱、作用、副作用(64.5%)。

受訪者醫藥分業的認知與方法偏好見表二。醫藥分業的認知方面，多數人(58.2%)不知道同年三月將實施醫藥分業。方法的偏好方面，多數人(72.1%)贊成雙軌制。單軌制評分以60~69分居多，扣除拒答者後，平均為61.3分，標準差為19.6分；雙軌制評分以80~89分居多，扣除拒答者後，平均為75.7分，標準差為16.5分。

醫藥分業認知與方法偏好的相關見表三。知道三月將實施醫藥分業者較傾向於贊成單軌制，不知道者則較傾向於回答無法比較，也有稍高的比例偏好雙軌制，達到統計上的顯著性($X^2_{(2)}=21.8$ ， $P<0.001$)。醫藥分業認知的相關因素分析見表四，中年、教育程

度較高、職業為軍公教、住南部者、過去看病用藥知識較多者，於調整其他變項後，較知道同年三月將實施醫藥分業。醫藥分業方法偏好的相關因素分析見表五。中年、教育程度較高、住南部者、過去看病用藥知識較

多者，於調整其他變項後，較贊同單軌制。但年齡較高、教育程度較低、農漁鹽民及非正式工作者，有較多人因為回答「無法比較」而被除去，未能進入此部份的分析。

表一 受訪者基本資料(人數=1568)

變項	人數	百分比	變項	人數	百分比
性別			家庭管理	344	21.9
男	786	50.1	拒答	11	0.7
女	782	49.9	地理區域		
年齡			北部	646	41.2
20~29歲	304	19.4	中部	369	23.5
30~39歲	441	28.1	南部	500	31.9
40~49歲	412	26.3	東部	53	3.4
50~59歲	191	12.2	都市化程度		
60歲以上	214	13.6	院轄市	308	19.6
拒答	6	0.4	省轄市	192	12.2
教育程度			縣轄市	339	21.6
國小及以下	394	25.1	鎮	243	15.5
國中	244	15.6	鄉	486	31.0
高中職	528	33.7	長期服藥		
大專及以上	391	24.9	需要	222	14.2
拒答	11	0.7	不需要	1339	85.4
職業			拒答	7	0.4
資產階級	182	11.6	用藥知識		
中產階級	314	20.0	多半知道	240	15.3
軍公教	178	11.4	多半不知道	312	19.9
勞工	287	18.3	都不知道	1011	64.5
農漁鹽民	112	7.1	拒答	5	0.3
無、非正式	140	8.9			

表二 受訪者醫藥分業認知與方法偏好(人數=1568)

變項	人數	百分比	變項	人數	百分比
醫藥分業認知			90~99	43	2.7
知道	655	41.8	100	30	1.9
不知道	912	58.2	拒答	320	20.4
拒答	1	0.1	平均值 61.3		
贊成方法			標準差 19.6		
單軌制	310	19.8	雙軌制評分		
雙軌制	1131	72.1	<60	125	8.0
無法比較	119	7.6	60~69	199	12.8
拒答	8	0.5	70~79	177	11.3
單軌制評分			80~89	444	28.3
<60	354	22.6	90~99	184	11.7
60~69	382	24.4	100	124	7.9
70~79	229	14.6	拒答	315	20.1
80~89	210	13.4	平均值 75.7		
			標準差 16.5		

表三 醫藥分業認知與方法偏好之卡方檢定(人數=1559*)

變項	知道		不知道	
	人數	百分比	人數	百分比
單軌制	157	24.0	153	16.9
雙軌制	466	71.3	66	73.5
無法比較	31	4.7	87	9.6

*扣除拒答者9人。

 $X^2_{(2)}=21.8, P<0.001$ 。

表四 醫藥分業認知相關因素分析(人數=1217)

相關因素	知道 n=551		不知道 n=666		知道醫藥分業 調整勝算比(95%信賴區間)
性別					
女	280	45.9	330	54.1	1
男	271	44.7	336	55.4	0.9(0.7-1.2)
年齡					
20~29歲	108	38.9	170	61.2	1
30~39歲	175	47.4	194	52.6	1.6(1.1-2.3)
40~49歲	158	50.6	154	49.4	2.2(1.5-3.2)
50~59歲	65	47.8	71	52.2	2.4(1.5-3.9)
60歲以上	45	36.9	77	63.1	1.7(1.0-2.8)
教育程度					
國小及以下	70	29.5	167	70.5	1
國中	71	37.8	117	62.2	1.7(1.1-2.6)
高中職	201	45.5	241	54.5	2.6(1.7-3.8)
大專及以上	209	59.7	141	40.3	4.6(3.0-7.2)
職業					
無、非正式	72	39.3	111	60.7	1
農漁鹽民	66	43.1	87	56.9	0.8(0.5-1.3)
資產階級	125	44.8	154	55.2	0.8(0.6-1.3)
中產階級	92	63.0	54	37.0	1.3(0.8-2.2)
軍公教	83	41.3	118	58.7	1.0(0.6-1.6)
勞工	113	44.3	142	55.7	1.1(0.7-1.7)
家庭管理					
地理區域					
北部	222	42.0	307	58.0	1
中部	124	44.9	152	55.1	1.3(0.9-1.8)
南部	184	49.9	185	50.1	1.6(1.2-2.2)
東部	21	48.8	22	51.2	1.5(0.8-2.8)
用藥知識					
都不知道	303	40.6	443	59.4	1
多半不知道	120	46.3	139	53.7	1.1(0.8-1.4)
多半知道	12	60.4	84	39.6	1.8(1.3-2.5)

表五 醫藥分業方法偏法相關因素分析(人數=1187)

相關因素	單軌制 n=265		雙軌制 n=922		選單軌制 調整勝算比(95%信賴區間)
性別					
女	102	17.1	495	82.9	1
男	163	27.6	427	72.4	0.9(0.7-1.2)
年齡					
20~29歲	51	18.6	223	81.4	1
30~39歲	76	21.4	280	78.6	1.7(1.2-2.4)
40~49歲	82	26.7	225	73.3	2.4(1.6-3.4)
50~59歲	26	19.4	108	80.6	2.4(1.5-4.0)
60歲以上	30	25.9	86	74.1	1.8(1.1-3.1)
教育程度					
國小及以下	39	17.4	185	82.6	1
國中	35	19.1	148	80.9	1.7(1.1-2.6)
高中職	95	21.9	338	78.1	2.6(1.7-3.9)
大專及以上	96	27.7	251	72.3	4.8(3.1-7.6)
職業					
無、非正式	37	21.1	138	78.9	1
農漁鹽民	39	26.2	110	73.8	0.8(0.5-1.3)
資產階級	57	20.8	217	79.2	0.8(0.6-1.2)
中產階級	45	31.0	100	69.0	1.3(0.8-2.2)
軍公教	49	25.3	145	74.7	1.0(0.6-1.5)
勞工	38	15.2	212	84.8	1.1(0.6-1.6)
家庭管理					
地理區域					
北部	126	24.1	396	75.9	1
中部	63	23.7	203	76.3	1.3(1.0-1.8)
南部	71	19.8	287	80.2	1.6(1.2-2.2)
東部	5	12.2	36	87.8	1.4(0.7-2.8)
用藥知識					
都不知道	157	21.7	566	78.3	1
多半不知道	56	21.9	200	78.1	1.1(0.8-1.5)
多半知道	52	25.0	156	75.0	1.8(1.3-2.6)

另外訪員也蒐集了一些數字以外的意見：在對醫藥分業的疑慮方面，大部份民眾（特別是年長者）較信賴醫師，注重方便，不清楚藥師的職責與重要性，更不清楚目前由醫師給藥的習慣是處方、調劑均由一人所為，且往往只是依照處方拿藥，並不符合定義中的調劑行為，其中的矛盾與可能的危

險。也有人擔心不管單軌制或雙軌制，醫師處方過於潦草，調劑時無人看懂。另外有人擔心醫藥費會增加，服藥發生問題時，不知責任如何歸屬等。贊成單軌制者擔心小醫院或診所的醫師開不必要的藥，或擔心小醫院或診所的藥師只是租用牌照，但也顧慮偏遠地區無足夠藥局來實施單軌制。贊成雙軌制

者，主要認為此種方法比較方便，但也顧慮到醫院診所聘藥師在專業能力及合法性上不一定能做到全國一致，因此盼望政府確實管理，使醫院診所均有合格藥師。

討 論

本研究受訪樣本與台灣地區人口統計[9] 20歲以上人口相比較，年齡較偏30~49歲之青壯年，教育程度較高，因此在外推時應考慮可能會對一般民衆的狀況有所高估。即使如此，本研究仍發現大多數受訪者都不知道過去使用藥品的名稱、作用、副作用，且多數人不知道1997年三月，亦即訪問的二個月後將實施醫藥分業。由此可見國人用藥知識及對醫藥分業的認知相當不足，有待加強。在醫藥分業認知方面，張永源於1993年在台灣省以及高雄市所做的社區民衆調查，發現二十歲以上，高中程度以上的民衆，有67.5%聽過醫藥分業[10]。吳尹中於1996年在醫學中心、區域醫院以及健保特約藥局對就診與領藥民衆作的調查，發現醫院就診者有50%，健保藥局使用者有65%看過或聽過醫藥分業[11]，至診所就診的民衆，則有62%看過或聽過醫藥分業[12]。本研究與過去研究相比，受訪者對醫藥分業的認知度顯然較低，這可能因為本研究係針對全國各地區一般民衆，並非正好為醫院診所藥局使用者，且不限教育程度所致。此外，醫療服務中用藥資訊不足，未能保障病人知的權利，是過去相關研究的共同發現[11-13]，這些結果也可與本研究受訪者用藥知識不足之發現相印證。

對實施方法偏好的調查為本研究的特點，本研究發現多數受訪者(72.1%)贊成雙軌制。相對於單軌制，雙軌制可以說是一個比較折衷或保守的設計，而其得分也遠較單軌制為高。由此可見，大多數民衆對於醫藥分業制度，仍採取比較保守、漸進的態度。對於變革較為徹底的單軌制，支持程度則比較低。此外，本研究發現醫藥分業的認知與方法偏好有顯著相關，知道三月即將實施醫藥分業者，比較傾向於贊同單軌制，反之，

不知道三月即將實施醫藥分業者多回答無法比較或雙軌制，顯示對醫藥分業比較關心、訊息比較充足的民衆，比較支持變革比較徹底的方法；反之，比較不關心或訊息不足者，則態度比較保守。由此可見資訊的充分流通是使新政策被社會大眾接受的關鍵。基於政策規畫要有前瞻性的原則，吾人認為醫藥分業推行的同時，應有完整的大眾傳播和教育計畫，讓民衆充分認知醫藥分業的內容及意義，再由民衆在充分告知的情況下做對自身最有利的選擇。

在對醫藥分業認知的相關因素分析中，中年受訪者認知較高，可能因為進入慢性病年齡，又正值事業顛峰，健康意識較高，與外界接觸較多所致。教育程度、職業、及過去用藥知識所呈現的影響，則與知識與資訊的流通程度有關。此一結果與張永源對社區民衆的調查[9]相比較，本研究在教育程度呈現的趨勢與該研究相同；該研究發現醫療知識管道多者認知度較高，亦與本研究用藥知識高者，醫藥分業認知程度較高的結果相一致。但在年齡方面，張永源的研究是呈現負相關，與本研究中年受訪者認知度較高的情形略有不同。進入複迴規模式後，張永源的研究[10]中各個基本人口學變項便失去顯著性。本研究限於電話訪問，未能探討較為複雜的知識態度問題，故無法比較及解釋此部份的結果。若與吳尹中對於醫學中心、區域醫院以及健保特約藥局就診與領藥[11]及至診所就診[12]的民衆作的調查相比較，則結果亦十分相似。至於南部居民為何認知度較高，過去的研究並無相似的發現。是否為抽樣偏差，或近來南部衛生機關與社區藥局大力宣導所致，值得進一步探討。都市化程度及長期用藥的需要性未呈現顯著相關，可能因為醫藥分業的宣導管道不受都市別及慢性疾病的影響所致。

在方法偏好的相關因素分析中，除職業不呈顯著相關外，其他變項呈現的相關性與對醫藥分業認知者相似，特別是教育程度與過去用藥知識，相關性更為明顯。這似乎暗示知識與資訊越豐富者，越傾向於關心自己的權益，尋求較大幅度的改變。值得注意的

是，年齡較高、教育程度較低、農漁鹽民及非正式工作者，有較多人因為回答「無法比較」而被除去，未能進入此部份的分析。因此留在方法偏好的分析中者，多為社會經濟地位較高的受訪者。若將這些被除去的受訪者納入，且歸入「非單軌制」，則此類受訪者選擇單軌制的勝算比將會降低。過去並無研究直接詢問對不同實施方法的偏好，但有類似的研究可以互相比較。張永源對社區一般民衆的研究發現健康狀況與是否支持醫藥分業有關，其餘基本人口學變項均無顯著相關[10]，與本研究發現有相當大的不同，可能係問題問法及樣本特性不同所致。吳尹中對於醫學中心、區域醫院以及健保特約藥局就診與領藥[11]及至診所就診[12]的民衆作的調查，均顯示中青年、教育程度高、白領階級等社會經濟地位較高者，傾向於同意民衆對藥品有知的權利、並願意索取處方箋、自己選擇調劑地點等。本研究的發現可說與這些的結果相當一致。根據以上的分析，對於大多數人偏好雙軌制的結果，吾人不應驟下結論，建議採行雙軌制，而需考慮過去醫療服務均由醫師主導，藥師角色模糊，功能不被肯定，大部份民衆求醫取藥希望方便，對醫藥分業認知有限，更不知此一措施對於自身知的權利、與醫療服務品質有多少保障，在此狀況下，其對實施方法的偏好，自會趨向保守。政策設計與執行時，應顧及理想性與前瞻性，不宜僅以目前民衆的偏好為準則。

本研究為電話訪問，時間有限，且考慮民衆的認知有限，無法詢問太過困難、冗長或敏感的問題，對於處方、調劑等原本不會出現在民衆日常字彙中的專有名詞，且必須轉換作比較口語的敘述，可能在受訪者的認知上與正式定義有一些出入，這些都是本研究的限制。為彌補這些不足，本研究另外蒐集民衆自動提供的意見與疑問，內容與過去在國內完成的研究蒐集者[10-12]十分相似。目前醫界與藥界的許多意見上的分歧，亦不出此一範圍，特別是藥師角色的界定、醫師與藥師權力與責任的劃分，以及一些醫藥分業實施後會發生的問題，均有受訪民衆提

及。這些問題在衛生當局實施醫藥分業時必須詳加考慮，妥善加以解決，更應加強對民衆的溝通與教育，以幫助民衆認知與維護自身的權益。醫藥分業在許多先進國家歷史悠久，行之有年[1,2]，更有研究證實可以提昇醫療品質，保障病人權益[3,4]，並使醫療服務及藥物管制步入正軌[5,6]；但在我國是否能夠順利推行，並且達到預期的效果，尚待衛生主管當局及醫界與藥界專業人員的合作與努力。

根據上述研究結果，總結如下：民衆對於醫藥分業的認知及用藥知識仍有所不足，且偏好較為折衷與保守的實施方法，此情況在不知道醫藥分業實施日期者更為明顯。此外，中年、教育程度較高、職業為軍公教、住南部者、過去就醫藥物知識較多者較知道實施醫藥分業的日期；中年、教育程度較高、住南部者、過去看病用藥知識較多者，較贊同變革較大的單軌制。因此，吾人建議：在推行醫藥分業時，除了對醫師與藥師的權利義務詳細加以界定與規範外，更應加強對民衆，特別是社會經濟地位較低、資訊較不充足者的教育與溝通，並採行漸進的方法，兼顧理想與現實，才能使整個醫藥分業的制度順利進行。

致 謝

本研究接受行政院衛生署全民健保小組經費補助，由福爾摩沙基金會與天和水民意調查公司進行電話訪問，陳人豪醫師、潘素安小姐協助統計比較人口資料，並承蒙中華民國公共衛生學會及台大流行病學研究所預防醫學組行政上的支援，謹此致謝。

參考文獻

1. 蕭美玲：配合全民健康保險規畫研究，實施醫藥分業即藥事人力供需規畫研究。台北：行政院經濟建設委員會委託計畫，1989。
2. Aboud RR. Physician dispensing: issues of law, legislation and social policy. Am J Law

- Med 1989; **14**:307-52.
3. Peterson CD, Goldberg DE. Pharmacy-co-ordinated process for evaluating physician drug prescribing. Am J Hosp Pharm 1989; **46**:1787-91.
 4. Hancock DL, Chipley MM. Use of medication orders for monitoring prescribing and documenting consultations. Am J Hosp Pharm 1992; **49**:2215-7.
 5. 吳淑瓊：亟待加強的藥物管制工作。中華衛誌 1987; 7:1-7。
 6. 張信男、吳淑瓊、楊志良：台灣地區勞保門診病人抗生素使用情形之調查研究。中華衛誌 1984; **3**:27-36。
 7. 林建輝、黃文鴻：醫院藥師的工作滿足感：台北市四家一級教學醫院之比較。中華衛誌 1989; **9**:162-7。
 8. 陳春山、朱懷祖：衛生法令全書。台北：五南出版公司，1994。
 9. 內政部：中華民國台灣地區人口統計，1995。
 10. 張永源：社區一般民眾及醫療相關人員對醫藥分業制度之認知及態度調查。行政院衛生署八十三年度委託研究計畫，1994。
 11. 吳尹中：一般民眾對醫藥分業宣導前後認知與需求之調查。行政院衛生署八十五年委託研究計畫，1995。
 12. 吳尹中：至診所看病民眾對醫藥分業宣導前後認知與需求之調查。行政院衛生署八十五年委託研究計畫，1996。

PUBLIC OPINION SURVEY OF SEPARATION OF PHYSICIAN'S DISPENSING PRACTICE FROM MEDICAL PRACTICE

WEI-CHU CHIE¹, KIN-WEI A. CHAN²,
SHAN-YIN CHEN²

In the practice of medicine, utilization of prescription drugs comprises of two components: a physician prescribes the drug(s), and a pharmacist dispenses the drug(s). However, in Taiwan these two professional activities have not been clearly separated. According to the Pharmaceutical Affairs Act and National Health Insurance Act of Republic of China, prescription and dispensing should be carried out by different professionals, starting from March 1, 1997. The specific aim of this study was to assess the knowledge and attitude of the general public toward the implementation the regulation of the "separation of physician's dispensing practice from medical practice". A random digit dialing telephone interview as conducted in the evenings of January 6 through 9, 1997, a total of 1568 Taiwan residents aged 20 and above were interviewed. 58.2% of them did not know the date that the regula-

tion was supposed to become effective. 72.1% preferred a dual-track system (both pharmacies and hospitals or clinics with licensed pharmacists could dispense prescription drugs) and 24.0% preferred a single track system (all medications dispensed in pharmacies). In general, middle-aged, better educated, military or civil personnel, teachers, residents in southern Taiwan, and those with better knowledge about drugs were more likely to know the date that the regulation was supposed to become effective, and to prefer the single-track method. Based on these results, we suggest that better public education and communication, directed especially to people with lower socioeconomic status and limited information are practical ways to implement the regulation. (*Chin J Public Health. (Taipei): 1998; 17(1): 10-18*)

Key words: *separation of physician's dispensing practice from medical practice.*

¹ School of Public Health, Collage of Public Health, National Taiwan University.

² Unit of Preventive Medicine, Institute of Epidemiology, College of Public Health, National Taiwan University.