

第六章 結論與建議

本研究透過精神疾病歸人檔、精神分裂症用藥檔，選取 1997 至 2004 年當中，ICD-9 或 A-CODE 碼診斷為精神分裂症的病患，就診於精神科的門診資料，使用 Panel Data 模型，控制醫生為 Panel variable，將精神分裂症用藥分為一代及二代，算出 701 位醫生在八年每一季的開新藥比例，藉此分析精神科專科醫師在精神分裂症用藥方面所受到的影響。

研究結果顯示，在精神分裂症一、二代用藥方面，男、女醫師的開藥行為沒有特別的不同。在藥價調整前，教學醫院的醫師和非教學醫院比較起來，本身的開藥行為是比較容易受到周遭醫師影響的，此情況在 35~44 歲最為明顯，在 34 歲以下醫師受資深同儕影響係數更高達 0.246，年輕同儕影響對 45 歲以上醫師來說，係數也達到 0.275。

藥價調整之後，教學醫院的醫師幾乎不受周遭醫師影響，除了 34 歲以下這組之外，全部呈現不顯著的結果，有可能是在教學醫院的醫師自主性較高，在藥價調降後，他們不受醫院政策和周圍醫師用藥影響，憑藉自己的經驗及專業開藥。而在非教學醫院方面，卻發現比起藥價調整前，更易受到周遭醫師的行為影響，和教學醫院呈現相反的現象。在其他變數方面，醫師較容易對女性病患、年輕病患開新藥，且藥價和本身開新藥比例呈現正相關，但這些變數的影響都不大。

本研究的限制，在於健保資料庫在資料登記時可能會有缺漏或錯誤，這在作者使用 PIMC 檔時更為深刻。不知道是否因為就醫時資料由精神分裂症患者自行填寫，筆者發現同一個 ID 的精神分裂症患者竟然會有不同的性別或年齡，造成資料的不精確，在串檔時也因此有困難。且 PIMC 檔只選取 1996 到 2001 年的病患 ID，造成 2002 年之後的新病人無法包括在內，這也可以解釋為何表 4.3 內的病患數，從 2000 年到 2002 年時，為何是下降而非上升了。另外，在醫

師資訊方面，我們無法得知醫師的職務高低，但職位較高的醫師或許會影響醫院的進藥政策，這是資料缺乏的部分。

對於未來可深入探討的部分，包括可以瞭解醫師的教育程度（畢業學校）是否對處方行為造成影響，以及醫師從年輕到資深的過程中，開藥行為的變化。或者是考到精神科專科醫師執照前，是否有可能開立有關精神分裂症用藥，甚至是同一醫師在不同醫療院所執業前後的差別（包含不同醫院的藥品政策）。或者還有不同期的落後問題，例如探討醫師本身上一季的開藥和本季的開藥，是否有開新藥比例上升的情形。此外，醫師的各期所得，是否因為開新藥而增加，所產生的所得效果，都是未來可以延伸的範圍。