

談

台灣藥學事業現況



台灣省省議會議員
台灣省藥師公會理事長

陳施慈

本院就業輔導室主任
台灣省藥師公會常務理事

張世憲

我國基本國策是奉行三民主義、實行民主、法治政治國家，在政府次第完成十大建設，推行經濟建設的成功，使國民平均年所得高達一千五百美元。在這民主、法治及經濟發達的社會，福利行政將是政府施政的主流，而福利行政首在社會福利與衛生行政。社會福利之重點在於實施全民保險，至目前為止，公保、勞保、軍人軍眷保險、學生平安保險及即將推行之農民保險，將使全國國民百分之五十二、八參加了保險，想見推行全民保險為期不遠。

衛生行政則包含了醫療制度、醫藥法令及醫藥政策，不幸的是我國當前的醫療制度與醫藥法令竟然是相互矛盾，如藥管法第卅一條規定藥品販賣業者，除成藥外，非經醫師處方，不得售賣須經醫師處方之藥品，第五四條規定藥品調劑，應由藥師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之。非藥劑生不得為藥品之調劑。但醫師以診療為目的，並具第五七條第二項所定調劑設備，依自開處方調劑者，不在此限。反觀我國現行醫療制度尚未實施醫藥分業，醫師不可能將處方交由病患持往藥局調劑、購買藥品，醫療制度缺失與醫藥法律條文之矛盾，昭然若揭。

在這種制度與法令下，怎會有醫藥政策可言，也因此台灣形成了許多奇特的現象：

1 藥房林立，藥商之多為世界之冠。

醫藥先進國家對於開設藥房，均有嚴格之限制，例如日本平均人口每二千五百人有一家藥房，並規定在百公尺內，如有人申請在該地區開設藥房，須經原設該地區的藥房同意，始得再設。美國平均人口每三千人有一家藥房。法國在三萬人口以上的地區，每三千人口中，只准開設藥房一所。英國在六千人口中，才准設一家藥房。而我國（台灣地區）每一千三百人有一家藥房，若再加上中藥商，則約每八六〇人就有一家藥房，如此何能談到藥政管理。

2 藥房絕大部份非由藥師經營與執行業務，老闆為求生存，惡性競爭，販賣偽禁藥品，甚至濫用藥品，胡亂推銷。

按台灣地區六十七年底藥商統計如下：

- ①西藥藥品販賣業：8249家。
- ②西藥種商：462家。
- ③兼營乙類成藥商：2469家。
- ④西藥零售商：1385家。

⑤中藥商：7647家。

在這二萬多家藥房中，由藥師親自開業者約有1463家（台灣省1029家，台北市220家，高雄市214家），此乃因醫藥制度與法令條文相互矛盾下，藥師親自執業藥局與一般成藥商之地位無異，無怪乎藥師視執業藥局為畏途，而躊躇不前。老闆則利用一知半解或僅依說明書的知識調劑、販賣、推銷藥品。

3 在醫師監督下，醫師夫人、護士執行藥師業務，藥商則執行醫師業務，誰有本事就不算違法，萬一不幸被查獲，醫師夫人、護士應如何處理，尚無前例，藥商則依違反醫師法第廿八條處一年以上，三年以下有期徒刑或依藥管法第七九條處五千元以上五萬元以下罰鍰。

4 診所採用非護理人員護理病人，這些非護理人員本應加入工商業行列，由受完整護理教育之人員填補其缺，但目前恰好相反。

5 製藥工業尚停頓於加工業，更奇特的是某些藥廠僅聘任一、二位藥師駐廠便可大展鴻圖。

6 中藥製劑工廠由藥師親自執行業務，申請開業，依法令非聘任中醫師遙控監製不可。

以上簡單舉列便可知，在無正確的醫藥政策下，醫藥界畸形發展的結果，不但造成教育、人才之浪費，更嚴重的是造成藥品濫用，醫事技術人員（尤其是藥師），學非所用，流離失所。

在現行醫療制度缺失與醫藥法律條文矛盾下，藥師的前途往何處去？似乎是吾輩藥師、公會與藥學教育家應該

些工

病的
要性
責任
廣泛
找到

處正
金會
性病

於性

局暨
血檢
康檢

。中
心作

一幼
衛

adur
檢工

病防
的趨

務生
足使

診患
愈查
藥校

病防
區治

的家
管理
員。

示性
頁示

客觀評估與冷靜檢討的時候了。在此，筆者誠懇的提出幾個問題，拋磚引玉，期能共同研究尋求突破。

過剩的從藥人員

全國藥劑人員總數高達一萬一千八百餘人，其分佈如下：

台灣省藥師公會現有三四八〇位會員，台北市藥師公會現有會員二二七〇人，高雄市藥師公會現有會員五七一人，未參加公會藥師約六百餘名，台灣地區現有藥劑生約四千五百餘名。若再加上未取得藥師（生）資格之四千餘名，目前藥劑人員總數將達一萬六千多名。醫師公會會員合計約一萬二千名，包括醫學院畢業醫師八千名、甄訓醫師一千一百九十四名、特種考試醫師一千九百七十名、公共衛生特考醫師七四四名，另有乙種醫師約一百名。按照以上統計數字，我國目前每五名醫師可配三名藥師，若加上藥劑生則每一名醫師配有一名多的藥劑人員，參照日、美、法等國的標準，藥師與醫師的比例，應該是一與三之比，即以每三名醫師需藥師一名推計，目前藥師、藥劑生的數目，已足夠當前社會之需求，且有過剩之現象，幾年以後之局面，尤其令人憂慮，為什麼呢？因現時每年七所醫學院醫科，中醫科畢業人數約八百餘名而五所醫學院與二所專科學校藥學系畢業生即達一千多名，若再加上藥劑學校培植之藥劑科畢業生，則每年高達一千六百多人，也



就是說，至少在今後四年內，每年藥劑人員要比醫師多八百人左右。

藥學教育方針、招生人數、藥學專科教育之改進，夜間部存廢及藥師就業輔導問題，已是刻不容緩，否則不出幾年將形成嚴重的藥學事業問題，更重要的是，不能再讓衛生主管機關舉辦任何特種考試、檢覈考試如熟諸藥性人員檢定考試，以謀國家考試制度走上正軌，維持正統教育之功能，減少社會問題。

紊亂的制度和法規

在藥劑人員供過於求之情況下，却發生了二萬多家中西藥房中，只有一千六百多家藥局是由藥師經營之怪現象，何以會造成這種原因呢？此乃由於當前醫藥制度與相關法律（醫師法、藥師法及藥物藥商管理法）之相互矛盾，加予衛生主管機關重醫輕藥之觀念，僅對「醫療行為」及「醫療業務」之涵義，「合法醫師」之釋義作過解釋，其目的在於保障醫師之職權、利益及延伸其職權，達到「在醫師之處方指示下，正式護士、助產士可執行醫療行為而不構成違反醫師法第二十八條之規定」，忽略了醫師交付藥劑與藥師執行調劑，販賣藥物權益區分之解釋以及藥師執行藥局業務之法律適用問題。如藥師依藥師法第廿條，藥物藥商管理法第五十四條得調劑中華藥典國民處方選輯，在選擇國民處方選輯之方劑時必須遵照序文所記載之規定「凡使用本選輯各種處方，必須慎重調劑，如對症狀未尚完全瞭解，或遇病況較重者，均應迅速囑請醫師診治，切勿任意調配處方交付藥品，俾維大眾健康安全」。因此藥師必須瞭解病人症狀才能調劑國民處方選輯之藥品並自行交付藥劑。如何瞭解症狀，當然的藥師不能使用器械，必是依據病人敘述及提出詢問如投用輕瀉劑時向病人提出：通常你的排便情形如何？是否有改變？便秘有多久？是否曾有腹痛、腹脹或體重減輕的經驗？目前正使用何種藥

品？有否去給醫生診療？曾經使用過那種輕瀉劑或增加水及食量以減輕便秘？使用過之輕瀉劑有效嗎？等問題。藥師依據病人敘述及提出詢問後若依據處方選輯調劑並交付藥劑，應無違背任何法律，若開業藥師於瞭解病患之症狀後依藥理、藥效藥劑知識之認定販賣須經醫師處方之藥品給予病人，又販賣之藥品在一種以上時，是違反藥管法第卅一條、藥師法第廿條或醫師法第廿八條之規定並無明確顯示，再加上吾國法官對證據、證詞之裁決、法律條文之引用係採自由心證制，即是法官對被告有利與不利證據、證詞與事實之認定，可採信對被告有利之證據與證詞，亦可採信對被告不利之證據與證詞。醫師法第廿八條規定未取得合法醫師資格擅自執行醫療業務者處一年以上三年以下有期徒刑……。藥師法第廿條規定藥師應親自主持其所經營之藥局業務，受理醫師處方或依中華藥典、國民處方選輯之處方調劑。第廿三條規定違反第十一條及二十條之規定者，處五千元以上，二萬元以下罰鍰。藥管法第卅一條規定藥品販賣業者，除成藥外，非經醫師處方，不得售賣須經醫師處方之藥品。在這些法律下，我國尚未實施醫藥分業，國內藥品百分之九十是醫師處方藥，醫師處方幾乎未曾交由開業藥局依法販賣或調劑。在此情況下開業藥師親自經營、主持藥局業務時若違反藥師法第廿條規定之範圍依刑法第一條之規定：「行為之處罰，以行為時之法律有明文規定者為限。」應受同法第二十三條或藥管法第七九條之處罰。不幸的，事實並非如此。開業藥師執行藥局業務時，隨時可被依違反醫師法提出公訴，以致藥師視開業為畏途。因此在未修改藥管法及實施醫藥分業前，對

開業藥師執行業務之法律適用問題，應尋求合理、合法的保障，促請衛生署盡速重新將藥品分類，除含毒劇、麻醉藥品外之安全性高的藥品，歸納入國民處方輯或醫師、藥師指示藥，以解決藥師未能獲得處方之執業困難。更應積極推動藥管法的修改，使能與新藥師法第廿條相配合，再據法令訂立「藥局管理規則」，明文規定非藥劑人員不得販賣、調劑藥品，並嚴格執行，始能解決此種畸形現象，杜絕藥品濫用，保障國民健康。也只有藥業專業化下，藥師的地位與前途才有希望。

缺乏保護和獎勵政策

藥學專長、藥師公會、製藥公會及衛生主管機關，應坦誠的就現有台灣藥品市場、製藥工廠，加以分析，研究出短程實施 G.M.P. 之計劃，此計劃應包括藥學教育之配合、業者之輔導、低利貸款獎勵業者購置設備，訂立研究發展新藥獎勵辦法，比照石化工業、汽車工業實行保護政策等，否則 G.M.P. 之實施在現階段是很難的。不推動製藥工業之 G.M.P. 計劃，不但對台灣藥學人才無法有效應

用，更造成製藥工業永遠停頓於加工業。

醫藥分業的可行性

醫藥分業的益處甚多，約言之，有下列數端：

1. 醫師、藥師本其所學，分工合作，可以發揮專長。一位藥師在大學藥學教育中，有關藥物化學、藥理學、調劑學、藥劑學等等專門課程，約有五、六十個學分之多，而一位醫師在大學醫學系所修之藥學課程，只有藥理學三學分及實驗二學分，就取代藥師地位，是否合理，有待商榷，倘若實施醫藥分業，醫師就可不必負擔其能力所不及的調劑、貯購藥品等問題。
2. 醫師處方公開，絕對不敢草率，藥師接到處方箋，如發現有錯誤或懷疑時，可拒絕調劑交付藥劑，因此對病患之健康多一層保障。
3. 有些藥品如麻醉毒劇藥品、抗生素等，非經醫師處方無法向藥局購得，可以杜絕藥品之濫用。
4. 醫師處方箋未寫明醫師證書及執照號碼及醫師簽章，則藥局不予配藥，如此可使密醫絕跡。
5. 醫師的收費，可明訂掛號、診斷、處理、手術等費用，不影響其收入。
6. 處方公開，藥局藥品品質、名稱無秘密之可能，藥價自然大幅下降。

醫藥分業雖然有這許多益處，但是在沒有法律之依據與完善制度下，冒然實施，亦將造成許多弊端，因此要實施醫藥分業，必先行整頓國內藥政使藥局專業化及推行全民保險。故醫藥分業，是可先制訂實施方案，而後選定台北、台中、高雄、台南等大都市先行實施，如績效良好，再全面推動。

更有力的公會體系

強化藥師公會功能，充分發揮利益團體影響力，使福利行政能在我國開花結果。藥師公會實際上就是一個「利益團體」，利益團體應經由種種途徑、傳達其團體成員利害到政策決定過程中，並求其有效之實現，也就是說它擔任了利益表達、利益集結和政治統合三大功能，如何發揮此功能，試舉一例說明。

民國五十八年省衛生處在藥物藥商管理法公佈之前公告要辦理「熟諳藥性人員審核測驗」以核發成藥商執照，企圖在法律公佈前將無照藥商由非法轉變為合法，嚴重侵犯藥師權益，當時省公會理事長謝清雲先生乃與蔡陳翠蓮省議員在省議會省政總質詢中，提出專題質詢，向新聞界發佈藥界實際情形，爭取輿論支持、拜訪各部會首長，向五院、國民大會、黨部各行政部門呈遞陳情書，完成利益表達工作。召開省縣市公會理監事緊急會議，率同會員代表七十餘員一同向省議會提出請願，函請有關醫藥界團體支持公會主張並舉行座談會，聯合提出陳情書，通知各藥學系、省立醫院藥局主任及縣市公會，勿參加審查測驗工作，充分發揮政治統合之功能，最後經監察院同意公會之意見而向內政部及省政府提出糾正案，才使熟諳藥性人員審核測驗胎死腹中，藥師的權益始得維護，如當初公會未能發揮利益團體之功能今日藥師的處境，諸位怎敢想像。因此公會在面臨著相對利益團體強大的壓力下，執業環境逐漸險惡，回顧往昔，筆者以為要強化公會之功能必須要有理性、智慧、堅強的領導中心，必須喚醒理監事與全體會員責任感、參與感，更重要的是要維持公會的體系。

訪

翁醫師

談

醫學倫理

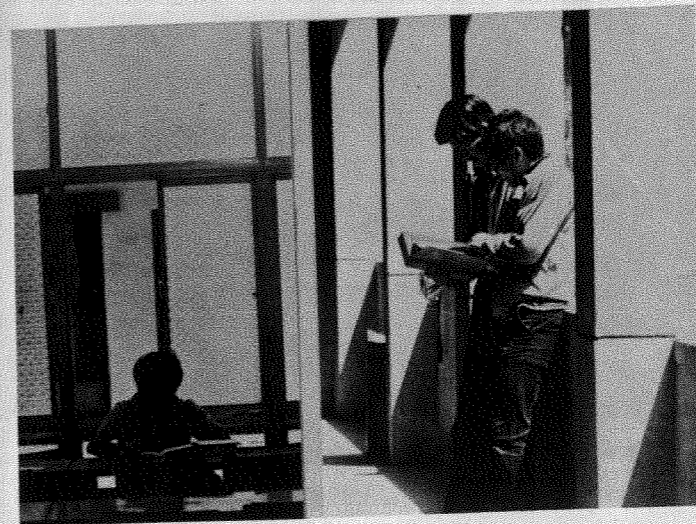
我們需要有正確的醫學倫理觀念，多充實自己的知識

建立一個快樂的人生觀

我作文表達的能力相當有限，所以僅預備寫一小篇文字濫竽充數，希望能「意會」我的意思，謝謝！

比較早以前，一般人的心目中根本不知道皮膚科是什麼，皮膚科醫師看的是那一類的病，就連學醫的也較少人學皮膚科，所以那時候有皮膚的問題要找醫生，大概不知道要找皮膚科醫生，而是找外科或內科的。後來，人們漸漸知道有皮膚科這一科，現在，大部分的人就比較有皮膚科專科醫師的觀念了，可惜我們缺少太多經過正統皮膚科訓練的專科醫師，我想，將來皮膚科一定是非常需要，而且相當熱門的一科，根據我個人的經驗，做皮膚科醫師是相當不錯的，因為皮膚科醫師已經不祇是「一個醫師」，而且是「一個專門的醫師」，所遇見的皮膚病真是「多彩多姿」，富於變化，所能做研究的範圍相當廣泛，比較不會單調乏味，而且服務的年限比較長，所謂「老當益壯」是也，同時也比較沒有「心理的壓力」。

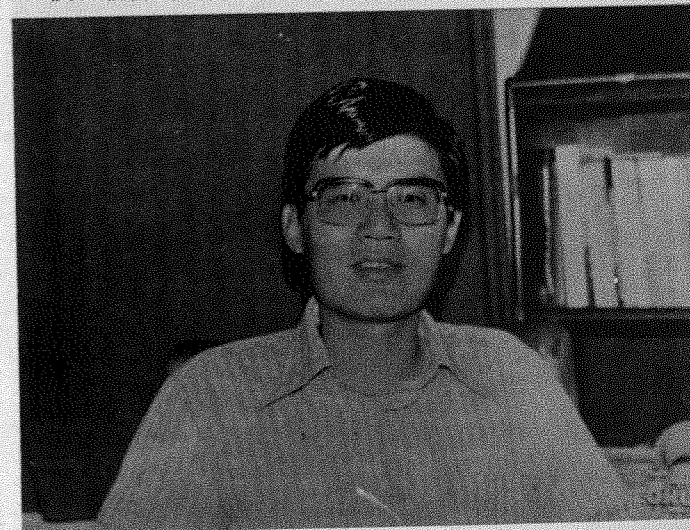
當然學醫要走那一科，考慮學習的環境是相當的重要，像皮膚科的話，學習的地方當然台大、榮總、三總，都是相當不錯的地方，其他如台北市立各醫院也差不多都有皮膚科專門的醫師，還有馬偕、長庚等醫院及高雄醫學院，所以說來，要專門學皮膚科，可以去的地方是不少了。



話說回來，大家也知道學皮膚科並不祇是跟著別人看皮膚的病變就夠了，皮膚科是內科系統一個比較專門的科目，就像胸腔內科或心臟內科一樣，如果沒有充實的醫學知識，走那一科都一樣，好不到那裡去的。

照我個人的看法是這樣的：我們需要有正確的醫學倫理觀念，多充實自己的知識，建立一個快樂的人生觀，一方面能使我們的病人得到較好較正確的服務，一方面使自己的生活能較有充實感，較能心安理得，那麼，到了年老時候，也就不會後悔什麼了。

總而言之，我要表達的意思是，選擇那一科並不重要，做一個好醫師才是真正的目標。謝謝！



作者簡介

翁炳南醫師 台大醫學士

本校皮膚科兼任教授

令人絕倒的幽默 仁心仁術的心思

構成這幅學者的畫像