

國立政治大學法學院碩士在職專班碩士論文

指導教授：江玉林 博士

藥師法執業處所管制之探討

Discussion on Pharmacists Act for Restriction of the Practice Location

研究生：林亮光

中華民國一〇四年六月

摘 要

民國 102 年 7 月 31 日司法院大法官 711 號解釋公布，宣告藥師法第 11 條規定「藥師執業處所應以一處為限」違憲，應自本解釋公布之日起，至遲於屆滿一年時失其效力。有關藥師執業處所限制，在憲法法庭審議期間，即有正、反意見團體立論紛呈。專業醫事人員團體例如藥師公會全國聯合會、醫師公會全國聯合會，學界如台灣藥學會、台灣臨床藥學會，各自表述見解與立場。令人好奇的是，明明是藥師執業處所限制，為何醫師公會全國聯合會要參與，表示意見？解除執業的限制通常是受專業團體的歡迎，但是在本案中卻是完全相反的態勢。藥師公會全國聯合會結合台灣藥學會與台灣臨床藥學會發表強烈聲明，堅決反對解除藥師執業處所限制。學者的問卷統計，卻反應出藥師次級團體或個人的意見，又與公會、全聯會、學會相左，究竟事實是如何？

我國醫藥發展，百年來只能用混亂一詞形容。以近百年來，由帝制轉變為民主、外國勢力干涉、中西醫之調合、醫藥法規不完整、藥學教育未能及早發展等各種原因，造成我國藥政管理直到近年才稱得上勉與國際水準接軌。這種現實上的困難，是單純由法律面向探討藥師執業處所限制時所欠缺的，也是無法完整表現本法修法的困難與未來應修正的方向。

本文著眼於藥師執業處所限制之歷史因素、台灣目前藥事人力之品質與供需，參考日德加等外國現況及美國法，對修法後仍保有之限制與管制是否合憲為探討重點。作者身為執業藥師超過 24 年，且擁有製藥工廠、醫院及西藥販賣業管理經歷，將由實務面、管理面、行政管制面到法制面，逐一探討。

關鍵字：藥師、711 號解釋、執業處所、臨床藥師、藥事人力、親自執業、醫事人員、職業自由、公益原則、比例原則。

Abstract

July 31, 2013 Interpretation No. 711 was published, which declaring the Article 11 of pharmacists Act restrict pharmacists may only practicing at single location is "unconstitutional, shall from the date of announced of this interpretation, no later than one year expiration that it becomes void. Pharmacists practice restrictions concerning the location, during the consideration of the Constitutional Court that is both positive and negative views of their respective groups declared positions and arguments based on professional medical personnel groups such as the Taiwan Pharmacist Association, Taiwan Medical Association, academia, such as the Pharmaceutical Society of Taiwan, Taiwan Society of Health-System Pharmacy, expressed their opinions and positions. Curiously, obviously restrict practicing location for pharmacists, why Taiwan Medical Association to participate and express opinions? The relieve restrictions is generally welcomed by practicing professional groups, but in this case it is exactly the opposite situation, Taiwan Pharmacist Association combine with Pharmaceutical Society of Taiwan and Taiwan Society of Health-System Pharmacy announce a strong statement state strongly opposed to relieve the restrictions of the practicing location. But scholars count through questionnaires, reflect the pharmacist sub-groups or individual views but also with the local pharmacist association, and learn the full Council at odds, what is the truth? ■

Development of Taiwan medicine, only chaos can be described . In the past century the monarchy into a democracy, foreign forces to interfere, harmonize Chinese and Western medicine, the pharmaceutical regulations are not complete, any delay in the development of pharmaceutical education and other reasons, resulting in our country until recently was called the Pharmaceutical Affairs connect with international standards. Difficulties on this reality, is simply explore the restrictions on the practice location of pharmacists by law, will be lacking, it is unable to complete this difficult performance and future direction should be amended.

This article looks at to explore the focus by the historical factors of restrictions of pharmacists practicing location, the status of Taiwan's current pharmacy manpower quality, supply and demand, the refer Japan, Germany, Canada and American law, the limitation and control after amending the law still retains the constitutionality. On more than 24 years working experiences, author work in pharmaceutical factory, hospital and pharmaceutical industry senior management, it will be practical side of this article, the management side, administrative side to legal side, one by one discussion.

Keywords: Pharmacist, Interpretation No.711, Place-in-charge, Clinical pharmacist, Pharmacist personnel, Pharmacist-on-duty, Medical personnel, Professionalism freedom, Public principles, The principle of proportionality.



目 錄

| | |
|-----------------------------------|----|
| 第一章 緒論 | 1 |
| 第一節 問題提出 | 1 |
| 第二節 釋字 711 號解釋簡介 | 4 |
| 第三節 藥師執業處所的現實考量 | 11 |
| 第二章 醫事人員與藥師之管制 | 14 |
| 第一節 我國醫事人員法規與分工 | 14 |
| 第二節 藥師執業處所管制歷史與困境 | 22 |
| 第三節 藥師法修法前正反意見 | 30 |
| 第三章 藥師的角色、業務、責任與養成教育 | 40 |
| 第一節 藥師在醫療團隊中分工的角色 | 40 |
| 第二節 藥師的主要業務與責任與藥政管理..... | 43 |
| 第三節 我國藥學教育發展及藥學人才培育 | 46 |
| 第四節 藥師人力供給與執業 | 51 |
| 第四章 結論與建議 | 56 |
| 第一節 結論 | 56 |
| 第二節 建議 | 61 |
| 附錄 | 65 |
| 一、圖..... | 42 |
| 二、表格 | 65 |
| 三、參考文獻 | 97 |

圖目錄

| | |
|----------|----|
| 圖一 | 42 |
| 圖二 | 42 |



表 格 目 錄

| | |
|------------|----|
| 表一 | 65 |
| 表二 A | 66 |
| 表二 B | 70 |
| 表三 | 72 |
| 表四 | 80 |
| 表五 | 81 |
| 表六 | 82 |
| 表七 | 83 |
| 表八 | 85 |
| 表九 | 86 |
| 表十 | 89 |
| 表十一 | 90 |
| 表十二 | 91 |
| 表十三 | 92 |
| 表十四 | 93 |
| 表十五 | 94 |
| 表十六 | 95 |

第一章 緒論

第一節 問題提出

民國 102 年 7 月 31 日，司法院大法官公布 711 號解釋¹。無庸至疑，對全台灣兩萬多位執業藥師產生相當大影響。同時也可能有更多疑問存於藥師心中。

藥師執業處所的管制，並非一朝一夕。這也是同為藥師的作者，自從取得國家考試及格證書執業 20 餘年來，一直困惑的問題。為什麼醫師、護理人員等醫事人員，都得以報備支援至其他處所執行業務，藥師執業處所卻只限一處（藥師法第 11 條修法前）而沒有例外規定？大法官 711 號解釋宣告藥師法第 11 條限制執業處所規定違憲後，民國 103 年 6 月 27 日，藥師法第 11 條經修正增加但書：藥師於五種情況下，經事先報准後，得於執業處所以外執行業務。表面上解決基層藥師人力不足需求，但是卻又創造新的問題。為何只有醫療機構與藥局執業的藥師，才能於特定五種情況下，事前報准於執業處所以外執行業務？這五種情況是否合理？聲請本號大法官解釋的桃園地方法院法官錢建榮認為，本案蕭姓藥師因同業父親心肌梗塞而幫忙代班，遭桃園縣政府以違反藥師法執業處所限一處之規定，裁罰 3 萬元。此一裁罰，已違反憲法第 15 條保障工作權。大法官公布本號解釋文後，桃園地院判決撤銷原處分，藥師不罰²。對立法院修法結果，錢建榮認為，修法雖然透過但書允許例外，但是並未全面解決基層藥師人力運用及勞動條件不佳的情況，病患的就醫領藥權益亦未得到保障，大法官所言「重大公益」仍未實踐。

錢建榮認為藥師法第 11 條修法後之但書，僅開放「於醫療機構、藥局執業者」的例外情況，排除藥品製造業以及其他領域執業之藥師。新創的差別待遇，違反工作權平等保障，對執業限制逾越比例原則，仍有違憲的疑慮。

¹ 司法院網站，<http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03.asp>，最後瀏覽日：2015 年 1 月 20 日。

² 李志宏，施肇榮，〈大法官釋字第 711 號(補充)—莫將釋憲文及理由書倒著看〉，《台灣醫界》，57 卷，6 期，頁 33-39，2014 年。

修正後藥師法第 11 條第 5 款，「其他經中央主管機關認定之公益或緊急需要」的立法理由：「為賦予法律彈性，避免掛一漏萬，爰增列其他經中央主管機關認定之例外情形，所指緊急需要應包含專任藥事人員，因傷病或其他個人因素請假之情形」。法律將「公益或緊急需要」的認定交由中央主管機關。錢建榮強調，中央主管機關基於修正後藥師法第 11 條第 2 項授權，制定執行業務但書之辦法，必須謹慎，「否則仍有違反釋字第 711 號解釋意旨之嫌，可能再次遭大法官宣告違憲³。」

立法院依大法官 711 號解釋於一年內修法，表面上解決憲法保障人民工作權的爭議。但是，本次修法仍限制藥師執業處所限一處，在五種情況下得例外開放，再次引發同樣違憲的爭議。本論文擬提出兩項爭點：

1. 原法對藥師執業處所的限制及修法後所增加之例外開放的但書規定，對藥師執業處所限制是否有理由。
2. 修正後第 11 條僅限於醫療機構、藥局執業者適用事前報准制度，是否合理。

本文認為，修正後第 11 條第 5 款規定「其他經中央主管機關認定之公益或緊急需要」者，並不恰當。就字義解釋而言，公益應屬與公眾利益相關事由；緊急需要，也應限於重大災害發生等情況。但立法理由卻是「為賦予法律彈性，避免掛一漏萬，爰增列其他經中央主管機關認定之例外情形，所指緊急需要應包含專任藥事人員，因傷病或其他個人因素請假之情形⁴」，有倒果為因之嫌。

進入主題前，必須瞭解本案聲請人錢建榮法官對修法之見解、相關專業公會、學會主張，包括藥事專業團體、醫師團體各自堅決反對與正面支持的迥異立

³ 張文馨，〈藥師法修法 執業自由仍未解 法官憂再度違憲〉，2014 年 7 月 17 日，風傳媒，<http://www.storm.mg/article/33541>，最後瀏覽日：2015 年 3 月 8 日。

⁴ 立法院法律系統，藥師法條沿革，[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@81:1804289383:f:NO%3DE02509*%20OR%20NO%3DB02509\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@81:1804289383:f:NO%3DE02509*%20OR%20NO%3DB02509$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 5 月 2 日。

場⁵。此外，台灣百年醫療史發展演進，從清朝帝制、經日治再到民國國民政府之更迭、藥學科技發展與教育體系提供藥事人力之現實狀態，也都不容忽視。總之，必須由社會現實面、實務面、管理面、行政管制面到法制面，逐一探討。



⁵ 李蜀平，〈中華民國藥師公會全國聯合會就藥師法第十一條之修法立場聲明〉，《藥師週刊》，第331期抗爭專刊期，第一版，2014年3月31日。

第二節 釋字 711 號解釋簡介

大法官釋字 711 號解釋，是我國大法官自民國 38 年第 1 號解釋至今，66 年來第一次對專門執業技術人員身分法中對執業處所限制做出解釋。由於牽涉多達四萬餘人的藥事人員，引起各方注意。

釋字 711 號解釋的第一部分是藥師法第 11 條規定，登記領照執業藥師，執業處所以一處為限。因未設必要及合理之例外規定，對藥師執行職業自由形成不必要限制。有違憲法第 23 條比例原則，及抵觸憲法第 15 條保障工作權之意旨。第二部分為民國 100 年 4 月 1 日衛署醫字第 1000007247 號函，限制雙重身分醫事人員，其執業場所限同一處所，違反憲法第 23 條法律保留原則。後者非本論文討論範圍。本號解釋基本上就是執業藥師專業發揮、人力運用、個人執業地點與時間選擇自由與衛生主管機關維護國民健康、公共利益、要求藥事人員執業專一政策間的角力與衝突。

本號大法官解釋共涉及九個爭議案件。案情摘要大致是以楊岫涓等五人分別對適用藥師法第 11 條，及援用改制前之行政院衛生署民國 100 年 4 月 1 日，衛署醫字第 1000007247 號函（本函釋係解釋雙重身分醫事人員執業，非本論文討論範圍。），認有違憲疑義，聲請解釋憲法。另外，臺灣桃園地方法院行政訴訟庭法官錢建榮審理該院 101 年度簡字第 45 號藥事法案件，對於應適用之藥師法第 11 條，認為有抵觸憲法之疑義，依釋字第 371 號、第 572 號、第 590 號解釋意旨及行政訴訟法第 178 條之 1 規定，聲請解釋。大法官為本案召開憲法法庭，由司法院院長賴浩敏擔任審判長，分別請聲請人（藥師本人，共同訴訟代理人及併案聲請法官）說明聲請意旨，並邀請陽明大學教授黃文鴻及中華民國護理師公會全國聯合會理事長盧美秀擔任鑑定人，全程影音紀錄並上網公開。此舉雖非首創（影音紀錄公開在釋字 689 號為創舉，本案釋字 711 號為次例），但由此可看出大法官對於本案重視的程度。

具體個案簡介並分述如下：

1. 聲請釋憲人楊岫涓藥師，執業於嘉義縣布袋鎮祐安藥局，以安字第 990608 號書函，申請支援臺中幸福藥局調劑工作，遭嘉義縣政府 99.06.21 藥食字第 0990096955 號函駁回，訴願亦駁回；不服提告，遭高雄高等行政法院 99 年度訴字第 487 號判決駁回，上訴亦遭最高行政法院 100 年度裁字第 295 號裁定駁回。

2. 聲請釋憲人蔡美秀藥師，執業於臺南市中西區泰元藥局，申請支援他處調劑工作，遭臺南市政府駁回，訴願亦駁回；不服提告，遭高雄高等行政法院 100 年度訴字第 427 號判決駁回、最高行政法院 100 年度裁字第 2897 號亦裁定駁回。

3. 聲請釋憲人陳玲如藥師，執業於臺中市西區幸福大藥局，申請支援他處調劑工作，遭臺中市政府駁回，訴願亦駁回；不服提告，遭臺中高等行政法院 100 年度訴字第 225 號判決駁回、最高行政法院 100 年度裁字第 2861 號亦裁定駁回。

4. 聲請釋憲人林英志藥師，執業於臺中市西區樓麗新健保大藥局，申請支援他處調劑工作，遭臺中市政府駁回，訴願亦駁回；不服提告，遭臺中高等行政法院 100 年度訴字第 225 號判決駁回、最高行政法院 100 年度裁字第 2861 號亦裁定駁回。

5. 聲請釋憲人劉泓志醫師，執業於祐民診所，因藥事法第 37 條及衛生署訂定之命令(中醫診所設置標準)特准中醫師於非屬醫療缺乏地區，卻可自行調劑，不需遵守藥事法第 102、103 條、藥師法第 15 條，中醫師可直接拿藥給病人，不須聘請藥師，是否違憲？本案與藥師法 11 條無關，非屬本論文討論範圍。

6. 聲請釋憲人錢建榮法官，於桃園地方法院行政訴訟庭因審理 101 年度簡字第 45 號蕭天佑違反藥師法案件，認為本案應適用之藥師法第 11 條規定係對於職業選擇自由之客觀限制，違反比例原則；又相對其他同性質之專業人員執業處所限制，顯有不合理的差別待遇，違反平等原則，侵害原告依據憲法第十五條保障之工作權。

本釋憲案經憲法法庭於民國 102 年 6 月 13 日審理，在言辭辯論中，聲請人、答辯機關提出不同角度之攻防。茲整理摘要如下：

釋憲聲請人的共同或分別提出主張：

藥師法第 11 條限制藥師執業處所為一處（以下稱系爭規定），侵害憲法保障之工作權。聲請人執業之藥局，如休息不營業，欲支援其他藥局，卻受限於系爭規定不得為之，侵害其工作權。

除藥師與牙體技術師以外，其他 12 類醫事專業人員身分專法，與藥師法同樣為追求國民健康之公共利益。雖然都有限制執業處所以一處為限，但都有事前報准至他處支援之例外規定。包含醫療機構間會診、應邀出診、急救等情形。系爭規定完全未設有例外規定，違反平等原則。

系爭規定立法目的，在防止藥師出租執照，落實藥師專任。惟今日全民健康保險與醫藥分業制度業已制度化，醫藥政主管機關就醫事人員執業登錄管理系統已使用醫事人員 IC 卡專用憑證，系爭規定有重新檢討修正之必要。

系爭規定，導致專任藥師超時工作，有藥師人力需求之醫療機構只能以租借執照滿足需求，反而不利於民眾接受專業藥師服務。況且藥師人力仍有不足：根據相關學術研究，目前門診藥師人力尚嫌不足，事實上導致專任藥師超時工作，危害人民健康。主管機關對藥事人力之統計，以「領有藥師證書人數」為依據。惟實際執業人數應以「領有藥師執業執照人數」為計算基礎。「領有藥師證書人數」與「領有藥師執業執照人數」有高達 12,700 人之落差，以此主張我國藥事人力充足，不符事實。

聲請人等認為，憲法第 15 條工作權，「保障職業自由為人民充實生活內涵及自我發展人格所必要⁶」，不因行業別有差異。職業自由包括選擇職業的自由與執行職業的自由。司法院大法官釋字第 584 號解釋意旨，人民從事應具備之資格或其他要件一定的職業，在符合憲法第 23 條規定範圍內，才能以法律或法律明確

⁶ 司法院，大法官釋字第 659 號解釋文理由書，2009 年 5 月 1 日。

授權之命令限制。系爭規定，係屬於對選擇職業自由之客觀限制。其立法目的必須有重要之公共利益，才能符合憲法第 23 條比例原則之要求。限制藥師執業限一處，乃是對人民工作權的侵害且違反平等原則。

本案之併案聲請人錢建榮法官，引用 1958 年德國聯邦憲法法院「藥房案」判決。藉由審查藥房設立數量限制的「藥房案」，類推本釋憲聲請案為我國的「藥房案」。該案以比例原則建立具體「三階理論」，對於人民職業自由限制，區分為三種不同階層，即「職業執行自由之限制（職業執行規則）」、「職業選擇自由之主觀限制（主觀許可要件）」、「職業選擇自由之客觀限制（客觀許可要件）」。

立法者必須為特別重要（極重要）之公共利益，方得在有關職業方法、時間、地點、對象或內容等執行職業自由部分，給予適當限制。但任何形式的限制，採用的手段除必須符合比例原則，且要適用最嚴格的違憲審查標準。

平等原則乃所有基本權基礎，法規範是否符合平等原則要求，應判斷該規範差別待遇目的，是否合憲。所有差別待遇，都必須具備憲法上正當性。

答辯機關（即改制前的衛生署）主張：

對藥師執業處所之職業自由有所限制，目的出於落實藥師專任，達成國民健康權保障之重大利益。且限制手段與目的間有合理關聯，並且是為重大公共利益之必要手段。系爭規定侵害人民工作權，並未違反比例原則，仍屬合憲。因為：

- 一. 系爭規定為落實專任藥師駐店（廠）管理及親自主持藥局，乃為民眾保障用藥安全，維護憲法第 157 條國民健康權之必要措施。禁止藥師支援，是為建立藥師專任責任制，有助專業服務品質提升。
- 二. 醫療業務執行具高密度、持續性、專業性及技術性。為維護醫療品質，現行醫事人員身分法對登記執業處所，概以限一處為原則。目的在確保醫療資源妥適運用，只在人力不足或緊急情況下才准予支援。
- 三. 藥師除執行調劑業務外，也負擔管理藥品責任。包括產品管理、監

製等，其執業場所具有多樣性，因必須專職一處。基於藥品管理安全，及民眾用藥安全之重大公益，採取之必要手段也是合理的風險管控措施。

開放藥師支援，其執業處所、是否親自執業、人力分布將無法掌握。也會增加健保核付勾稽審理作業成本負擔。

基於醫療資源分配及緊急醫療救護，現行實務已經對系爭規定已採取合目的性之限縮解釋，准許藥師於下述情形，例外前往執行業務，也就是以行政管理手段達成系爭規定之例外開放：

- 一. 以執業處所之藥局、醫院或診所名義至護理之家、安養機構提供藥事諮詢服務。
- 二. 參與醫療團體義診服務，推廣公共衛生業務，執行調劑工作。
- 三. 山地醫療、離島或無藥事人員執業之偏遠地區，執行藥品調劑工作。

我國藥師人力充足，無開放執業限制之必要。根據民國 101 年 12 月為止統計，我國藥師人力將近 45,000 人，根據本署委託財團法人國家衛生研究院進行之「藥事人力發展評估計畫」，至民國 109 年我國藥師人力總需求在 35,986 人至 36,321 人之間，人力不虞匱乏。

憲法平等原則並非只是絕對、機械之形式上平等，而是保障人民法律地位之實質平等。立法機關自得斟酌規範性質之差異而為合理之不同規定。系爭規定未許可支援或報備許可，是爲了健全完整藥品安全管理機制，建立安全的藥事服務環境，具合理性並未違反平等原則。

釋憲機關的協同意見書與不同意見書摘要整理如下：

協同意見書：

黃茂榮大法官、湯德宗大法官、羅昌發大法官分別認爲藥師法第 11 條採原則得限制，例外才許可之規定模式，不符合人生而自由之基本權利的設定。符合

之規定模式應為：「藥師固應親自執行業務。但得自由擇定一處或多處為其執業處所。」

黃茂榮大法官、湯德宗大法官亦認為防止藥師不在登記領照執業之處所，親自執業，而由他人執業，可以規定藥師在一個處所執行業務時，應以電腦連線通報其正在執行業務之處所。並在其電腦檔案內依時序記錄事後可供稽核之服務內容，透過專屬之醫事人員（晶片）卡，即可掌握藥師是否親自服務，甚至可有效監控「管制藥品」之使用。黃茂榮大法官進一步提出，如有加以限制之必要，應具體規定其例外加以限制之項目。在這種情形，如果擔心購買方之個人隱私資料外洩，應在其稽核方法尋求解決方案。

葉百修大法官、湯德宗大法官、羅昌發大法官認為多數意見認定系爭規定為「執行職業自由」之限制，即採取合理審查基準。除非系爭規定係為達成正當之公共利益，所採取達成該目的而限制人民工作權之手段為合理，且具有合理關聯，則系爭規定方屬合憲。葉百修大法官、湯德宗大法官進一步闡釋，系爭規定應已構成「選擇工作及職業之客觀許可要件」之限制。蓋系爭規定之限制，已非單純限制藥師執行職業之地點，而係透過法律強制規定僅得「同時」於一處執業，非藥師個人努力所可達成或可改變之要件。故應採嚴格審查基準。三位大法官認為，多數意見所稱之系爭規定僅屬執行職業自由之限制。但是限制藥師於一處執業，對於落實專任藥師駐店管理制度、要求藥師親自執業、維護醫療品質、保障國民健康權，不具合理之關聯性。藥師於不同處所執行其業務，實際上並不影響其親自主持藥局業務，亦不影響人民用藥安全。限制一處執業，豈能因此便可厚植藥師專業？本席不認為系爭規定所為之限制手段，與達成所稱公共利益間有其合理關聯性，因而無法滿足合理審查基準之要件，與憲法第十五條保障工作權之意旨相牴觸。

葉百修大法官也主張，多數意見對本件解釋之審查標的闡釋不清。多數意見之認定，究係以系爭規定限制「一處執業」違憲，抑或是限制「一處執業」合憲，但「未設例外」違憲？換言之，本件解釋多數意見要求相關機關修法，究竟是增

加例外規定即屬合憲（例如醫師法第 8 條之二規定），抑或須廢除藥師僅得一處執業之規定？

陳新民大法官提出，兼任數職的合憲性問題，應以是否存在「性質不相容」為判斷的基準。在職業自由的限制上，必須在同時執行兩種職業上有無造成「角色衝突」之情形來審查？也就是從負面的效果對「利益衝突」的可能性做出判斷。

蘇永欽大法官更是強調，專門職業的公益性和公共性，是憲法第 86 條與公務員併列的原因。文官體系是民主憲政的基本之一；由歷史發展出來的專門職業，涉及不同的公益，可個別理解為不同基本權的制度性保障。如律師是人民訴訟權的制度性保障、各種醫事人員是國民健康權的制度性保障。親自執業仍是專門職業其制度性保障的一環，但專任一處的規定是否為滿足親力親為要求所必要，應予反思此制度性保障不意味制度不可變更。

不同意見書：

大法官不同意見書均以「衛署醫字第 1000007247 號函限制雙重身分醫事人員，執業場所限同一處所，違反憲法第 23 條法律保留原則」為討論重心。此部分非本論文討論範圍，在此均略過。

由大法官釋字 711 號解釋文及各大法官協同意見書可看出，大法官對於藥師執業處所限制幾乎是一面倒的認為，該限制規定已具有限制「選擇工作及職業之客觀許可要件」及限制「執行職業自由」。在嚴格審查基準下，與達成所稱之公共利益間不具有合理關聯性，不僅不符合比例原則，亦無法滿足合理審查基準之要件，與憲法第十五條保障工作權之意旨相牴觸。就專門職業技術人員與各類醫事人員執業處所限制而言，亦不符合平等原則。

第三節 藥師執業處所的現實考量

大法官在釋字 711 號解釋中，對於藥師執業處所管制違反憲法精神，從憲法第 7 條平等原則、第 15 條工作權保障、憲法第 23 條比例原則與國民健康權關係（憲法第 15 條、157 條），多有闡釋。大法官從不同觀點指出，對於專門執業技術人員執業限制應考量：單一處所執業與專業親自執業並不具有必然關係、科技進步對於執業限制方法的應與時俱進、專業服務內容與方法要求應隨時代變遷而改變、國民健康考量下的公益與執業限制應適時平衡、性質不相容之利益衝突與迴避。歷年大法官解釋至本號解釋，其中涉及法律違反憲法不再援用（含停止適用、不再適用、不予援用、不予適用、不生效力及失其效力等）以及由人民聲請解釋並做成有利於人民者共有 152 個解釋（大法官做成解釋案件，除逐屆增多，人民聲請案件也從前三屆共 1 件、第四屆 27 件、第五屆 121 件、第六屆 150 件）。本案除了屬於法律違反憲法，應失其效力外，也是少數大法官解釋文中，協同意見書一面倒認為行政機關應修改法律，尊重人民工作權、專門職業技術人員之職業保障與執業平等。同時也可看出，大法官對於憲法與法律位階有越來越嚴格的審查，審查過程也越來越入世，貼近社會與人民需要和感受，也更有公民參與的具體實踐。法律是否侵害人民之基本權利，其侵害的程度與範圍是否能夠被容忍，取決於法律立法意旨與法益的價值判斷。醫事人員從事的工作性質與服務內容，涉及高度技術層面，非單純法律文字所能完整涵括。加上接受醫療服務的是廣大國民及其健康需求，在在都是違憲審查中必須平衡的考量。專門執業的職業保障與執業限制，正是法律上的不同利益交錯關係的表現，兩者甚至可能衝突。其中，又夾雜了基本國策中的憲法委託，憲法保障法益與社會立法的觀點，很難以單一標準或整合性判斷基準直接做成結論。

醫療產業是保守的行業，卻是以追求高度科研水準與先進技術的行動做為外在表現。醫療產業必須採用最嚴格的倫理標準，審查所有新技術、新觀念、新藥物及新療法。沒有足夠的臨床實證、足夠大的群體樣本、療效的一致性與再現性、

長期的安全性追蹤，就無法為臨床所接受。主要原因，除了人命價值的唯一性，更在於嚴格的醫療法律規範。711 號解釋也是醫事人員首次挑戰比醫療產業更加保守的衛生主管機關，捍衛自身工作權、執業能力與執業範圍。

由本號解釋文中，多位大法官協同意見書的闡述，欣見大法官以優於衛生主管機關之視野及高度，走在時代之前，充分運用新時代科技（專用身分晶片卡及即時網路登入），再以外國法的精神與法例，檢驗衛生主管機關之保守定見。本號解釋中，大法官仍著重於法律層面及管制程度的論述，甚至對於本案釋憲標的究竟在於系爭規定限制「一處執業」違憲，抑或是限制「一處執業」合憲，但「未設例外」違憲的憲法解釋專業問題。可惜的是，大法官並未就專業人員執業限制的背景、所欲保障的公共利益加以明確定義、藥事人材培育、藥師人力供給（執業人數與領證人數的落差）以及執業類型產生的現實困難予以探討。主政機關對於藥師人力的評估，與實務有極大的落差。對於不同類型藥事人員執業內容，可能涉及專業，大法官亦未多所著墨。以至在衛生主管機關主導之修法後，卻修出與大法官期待不同的結果。接著民國 103 年 9 月 24 日公告的「藥師於執業處所外執行業務管理辦法」，更是仍有違憲疑慮的行政命令。

綜合以上，大法官 711 號解釋應該創下多項首例，第一個檢驗醫事人員執業身分與處所限制合憲性、第一次推翻衛生主管機關對於法律授權行政管制的違憲審查、大法官召開憲法法庭影音紀錄全程上網公開第二案（第一案是釋字 689 號新聞採訪者跟追行為限制案）、少數大法官邀請非公法學者為鑑定人的案件、少見的主管機關以實問虛答近乎不作為的姿態答辯、主管機關以職掌藥事行政的前食品藥物管理局局長（以其藥學系教授身分？）取代主管醫事人員執業法規的醫事司答辯。本案後，預期未來將會有更多的醫事人員執業相關的法律爭議被提起違憲審查，多年來對於衛生主管機關百依百順，言聽計從的醫事人員將會以積極的作為捍衛自身權益，落實憲法職業保障、挑戰逾越法律授權之不當限制、爭取專門執業與法規限制的平衡。

因此，本論文之撰寫順序與討論主題將分述如下：

第一章，提出主要探討問題，對於大法官釋字 711 號解釋加以討論；

第二章，說明我國醫事人員法規演進，釐清醫事人員法定義務、主要業務與責任，以及由醫事人員分工說明醫事人員業務差異；藥事人員執業限制之歷史因素、困難因素、正反面意見、行政管制及是否存在管制之必要，同時也對「性質不相容性」與「利益衝突」進行討論；

第三章，說明藥師的角色、業務、責任、養成教育；也對於藥師人力供給予以討論；

最末章，提出本文立場與建議之討論。



第二章 醫事人員與藥師之管制

第一節 我國醫事人員法規與分工

我國立國雖然有百年歷史，但是醫學領域的進步，主要發生在近 50 年間⁷。推翻清朝帝制、民國建國後，連續遭逢軍閥割據，外國勢力瓜分，日本入侵，國共鬥爭失敗遷台，政府在遷台後長達 20 年間，將施政焦點與各種資源都投注於反攻大陸之努力與準備，因此施政與政策目標均欠缺長期發展規劃⁸。台灣在日治前期由於民俗醫療及治台政權頻繁更替，當時呈現巫醫、漢醫、西醫或其他民俗醫療體系併存而多元發展⁹。從某個角度來看，相當原始型態的醫療結構仍存在社會體系中。日治時期，台灣醫療衛生的主體，繫於殖民統治的需要而不是以殖民地自身的需要為考量。醫學研究的方向、醫院設置的地點、「抑中揚西」的醫療政策，不難看出殖民政府的政治意涵。日治時期，殖民政府將台灣的衛生問題及普遍吸食鴉片問題，列為首要目標。從後藤新平擔任台灣總督府民政長官¹⁰後，對於鴉片採取由政府官賣再逐漸禁絕的政策，促使公醫制度的出現¹¹。

由附錄表一可看出，民國建立後的前 30 餘年，我國醫事人員分工非常簡單，只有醫師、藥師及助產士。這當然不是單一因素所造成。醫療體系分工的落後，除了當時科技狀態，還與教育體系有關。固有傳統醫學與西方引進之醫學的衝突，公共衛生系統的空白，也都是原因。遲至民國 32 年 9 月 22 及 30 日間，政府同時公布醫師法、藥師法及助產士法。40 餘年後，民國 73 年 5 月 9 日公布營養師法，才開始確立我國醫事人員種類與職責的分工。民國 80 年間，總共公布 5 種醫事人員專法包含護理人員法、物理治療師法、職能治療師法、醫事檢驗師法與醫事放射師法。民國 90 年代，再確立更精細的 5 種醫事人員專長與分工，分別是心理師法、呼吸治療師法、語言治療師法、牙體技術師法及聽力師法。目前在

⁷ 平島吉，《最新醫療社會學》，頁 63，2013 年 9 月初版。

⁸ 同註 7，頁 204。

⁹ 葉永文，《台灣醫療發展史》，頁 41，2010 年 9 月初版二刷。

¹⁰ 江玉林，〈後藤新平與傅柯的對話〉，《中研院法學期刊》，7 期，頁 41-79，2010 年 9 月。

¹¹ 同註 9，頁 60。

行政院完成草案的仍有驗光人員法（視光師、驗光師）等待立法。

目前我國對 14 類醫事人員訂有專法，各類醫事人員執業均有程度不一的限制與管制，藥師的執業限制並非特例。除醫師以外之各種醫事人員，例如醫事檢驗師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師等等，都有相同的執業處所限制一處之規定。但是在藥師法修法前只有藥師與牙體技術師的執業規定，完全無例外規定（參考附錄表二 A 與表二 B）。

醫事人員的分工，主要是基於主要醫療業務與核心醫療業務的區分¹²。主要的或核心的醫療業務，必須由醫師親自執行。輔助醫療行為，得由醫師指示其他醫事人員，依專門職業法律規定執行。除此之外，民俗調理行為與非醫療行為，自得由非醫事人員執行或提供，但是不得宣稱醫療效能。從我國醫事人員專法立法年代演進，可看出法律針對醫事人員職掌與分工，賦予不同醫事人員不同的法律責任。簡單而言，以飛行員與乘務員、機務員、運務員和空服組員的組合來比擬醫事人員組成的醫療團隊是非常貼切的例子。在整個飛行團隊中，飛行員是團隊的核心，也是靈魂人物。飛行員往往得到最多的關注與資源（報酬），但是在今日的商業飛行中，飛行員並無法單獨完成整個飛行任務。飛行員、乘務員、機務員、運務員和空服組員的組合，猶如精密機械的每一部分，缺一不可。飛行員仍然是飛行團隊的光環，卻也要承擔最多的法律責任。今日醫療團隊主角仍然是醫師。法律授予醫師最大的權限。醫師是醫療團隊的領導者，發號施令，取得最多的資源與報酬，承擔最多的義務與法律責任。隨著不同位階與規模的醫療院所，醫療團隊的組成與分工差異頗大，但醫療團隊的分工程度與能夠施行的醫療處置難度成正相關，沒有例外。

在基層醫療院所（診所），最簡單的醫療團隊可以只有醫師一人，或是醫師

¹² 以本次八仙塵爆，外國醫師及燒燙傷醫事人員來台協助為例，衛福部始終堅持政府一貫立場，外國醫師來台只能參予意見諮詢及技術協助，不能主持核心醫療業務。陳瑄喻、廖珮好、張潼，〈外籍醫師來台協助 僅諮詢〉，《中時電子報》，2015 年 7 月 6 日，<https://tw.news.yahoo.com/%E5%A4%96%E7%B1%8D%E9%86%AB%E5%B8%AB%E4%BE%86%E5%8F%B0%E5%8D%94%E5%8A%A9-%E5%83%85%E8%AB%AE%E8%A9%A2-215007285.html>，最後瀏覽日：2015 年 7 月 10 日。

加上最基本的護理人員，頂多加上藥師，這種小規模的團隊，能夠施行的醫療處置，在層次上、精細度上、難度上、甚至於收納病患人數方面都極為有限。比診所高一級的地區醫院，醫療團隊就有很大的不同，醫師也區分不同專科領域。護理人員與藥師以外，通常一定會有醫事檢驗師、醫事放射師、營養師，可能會有職能治療師和物理治療師。這種醫療團隊也能施行各式手術與醫療處置，但是對急重症或是高難度、高風險的醫療行為，通常是選擇轉介至更上級的醫療機構，也就是區域級醫院。區域級醫療院所的醫療團隊，通常組織與分工相當完備且細膩，也能執行包含器官移植等高難度的手術與醫療處置。但是具有實驗性質、教學性質或是臨床發展仍屬初期的次專科分工，則未必完善。

國內也有少數著重於特定專科領域的醫院，例如和信治癌中心醫院、高雄市立凱旋醫院等等。最高等級的醫學中心（共 19 中心¹³），都能提供全方位的醫療服務，其醫療團隊的分工更是精密到次次專科。以醫學中心為例，心臟科是內科下的次專科。心臟科下還區分了電氣生理專科、冠狀動脈介入治療、心臟超音波等次次專科。相同的，在醫學中心的藥師，分工為門診調劑藥師、住院調劑藥師、臨床藥師、化學治療藥師、急診藥師，在台大醫院甚至有開刀房藥師。再以醫院常見的檢驗科為例，醫學中心的檢驗部門主要區分為病理與臨床檢驗，臨床檢驗再細分一般檢驗、生化檢驗、微生物科、病毒科、肺結核科。病理也分有一般病理、細胞病理、外科病理、分子病理等等。

由附錄表三我們可以看出法律規定不同醫事人員的主要業務與責任，但對醫師所課予的則是義務。因此，要探討藥師的執業限制前，有必要對醫事人員的主要業務與責任，先有進一步的瞭解。

由前所述的 14 大類醫事人員組成的醫療團隊，對病患所提供廣泛的各項醫療處置與服務，依業務與服務對象，可以區分為以“人”（病患、受檢者、受試者、孕婦與新生兒等等）為主要業務與責任，及以“物”（血液尿液等各式檢體、

¹³ 衛生福利部公告民國 100-103 年醫院及教學醫院評鑑合格名單，衛生福利部醫事司網站 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=897&doc_no=48171，最後瀏覽日：2015 年 2 月 20 日。

藥品、醫療器材、義齒義肢等等)為主要業務與責任的醫事人員。由表四可看出，絕大多數醫事人員都是以“人”為主要業務對象，而醫事檢驗師及牙體技術師是依醫師處方(醫囑)而執行其業務，而服務內容的主體則是以“物”為主，且多數的醫事檢驗師與牙體技術師甚至不會直接面對病患提供服務與諮詢¹⁴。只有藥師依醫師處方(醫囑)執行業務，服務內容的主體雖然是“物”，但藥物是給人為了治療疾病目的而使用。因此服藥指示及相關的藥物諮詢及藥事照護，則是以“人”為服務的主體。這也是藥師的主要業務內容及服務主體，兼具“物”與“人”。在一般民眾生活經驗中，醫師(含牙醫師與中醫師)、護理人員與藥師是最容易接觸到的醫事人員。醫療團隊任務組合中，醫師、護理人員與藥師，是醫事人員人數最多的三大族群(參見附錄表二，醫師與藥師也是我國醫事人員身分專法最早立法的醫事人員)。

醫師與藥師的有利地位，來自於醫病關係中彼此交織的三個重要關鍵：第一是醫師與藥師的專業威信，第二是醫療本身崇高的職業權威，第三是病患在醫療環境中的依賴性。依據 1989 年美國學者 Roland Robertson 整理社會學大師 Talcott Parsons 在《生病角色》一書中對於病患的概念描述：

1. 患者應可尋求合理的專業協助。
2. 生病是一種偏差型式。
3. 患者宜想盡方法康復。
4. 患者可要求免除社會責任。

人生的生老病死過程中，很多患者自身不良的生活行為習慣，違反健康規範而導致偏差結果(生病)，因而患者自然必須尋求合法的醫療專業提供者。而醫療專業提供者給予患者妥適的技術與診療協助才是合法的。然而全力配合醫囑與健康行為的規範也是患者應盡的義務。在這裡《生病角色》一書中對病患的概念描述，呼應前三類醫事人員與患者之間最初級的緊密關係¹⁵。

¹⁴ 例外的情況是病患於進行門診抽血檢查時，可能要前往抽血櫃台由醫事檢驗師採血。

¹⁵ 同註 7，頁 140。

由附錄表三的法規文字中，我們可以看出立法者對於不同職業與專業，授予不同的權力與權利，且隨著核心醫療業務之遠近與病患安全之影響程度，立法者有不同的要求與期待。有權利就要承擔義務，因此立法者對於醫師賦予最高且最多的職權，醫師法中第三章授予醫師的是義務，有別於其餘 13 種醫事人員的業務與責任。立法者對藥師、助產人員及護理人員則在其個別之專業身分法中以專章明定其業務與責任，但對於包含物理治療師以後立法之其他醫事人員則是在執業章節中以 1-5 條之法規文字予以說明。

醫事人員的分工與醫療科技進步，密切相關，特別是醫事檢驗、醫事放射、物理治療、職能治療等領域都是近百年來才快速發展的科技與分支。從醫療科技發展史角度來看，助產師/士（歷史上所謂的“產婆”）與鑲牙生則已近乎凋零¹⁶。臨床上，人力需求最殷切的護理人員，已漸次從護士（高職護校護理科）提昇為護理師（專科或大學護理系），進而更發展為專科護理師，工作內容也日趨專科化。民國 87 年，衛生署護理諮詢委員會決議由台灣護理學會籌組「甄審」委員會並提供甄審辦法草案。民國 89 年 10 月 24 日，立法院修正通過護理人員法第 7 條之 1，護理師經完成專科護理師訓練，並經中央主管機關甄審合格者，得請領專科護理師證書。目前專科護理師分為內科與外科，除護理專業工作以外，亦得執行醫療輔助行為並在醫師的監督下執行醫療業務¹⁷。

以繼承日治時代台北帝國大學醫學部，也是國內歷史最悠久的台大醫學院而言，民國 34 年戰爭結束時，當時的檢驗員都是學徒方式養成，由內科醫師輪流指導¹⁸。隨著科技發展，許多新的檢驗技術不斷使用於臨床，原本手工操作，以

¹⁶ 助產士與鑲牙生反應出醫療史上不同階段的任務與需求。助產士與鑲牙生在我國都有相當長久的歷史，從日治時期到 1970 年代初期，台灣的助產士一直擔任大部份的接生工作，但是在 1990 年代卻面臨整個行業「滅亡」的危機。牙醫師起自於日治時期由日本殖民政府引進，台灣牙科醫療專業化逐漸起步，日治時期有明確的取締密醫規則。戰後，國民政府將其在中國的鑲牙生制度引進台灣，使非牙醫科班出身者也有看診的途徑，並且被納入衛生署管理的醫事人員項目中。吳嘉苓，〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉，《台灣社會學研究》，第四期，頁 191-268，2000 年 7 月。

¹⁷ 資料來源：台灣專科護理師學會網站。

<http://www.tnpa.org.tw/papers/papers2.asp?SrhID=7&title=%B1M%AEv%A4%C0%AC%EC%BA%C2%BC%BF%EC%AAk>。

¹⁸ 資料來源：國立臺灣大學醫學院檢驗醫學科網站

化學分析為主的檢驗法逐漸由自動化檢驗設備取代。雖然因為各種自動化設備讓醫事檢驗的服務能量快速增加，服務項目增多，但是對於實驗室品質要求及實驗數據的標準日益提昇，反而使醫事檢驗師在醫療團隊地位日益重要並未因設備自動化而減少對人力與專業度的需求，因此成為今日醫學領域中的獨立專科。

醫事影像學在近 50 年來有長足的進步，主因在於游離輻射與非游離輻射造影技術發展與電腦軟硬體的飛躍發展有關。利用各種頻率與能量不同的電磁波（超音波、X 射線或磁場等）以侵入或非侵入式的方式取得人體病灶、組織或器官之影像，搭配高速運算電腦系統及影像成像軟體，已經成為臨床上不可或缺的有力工具。放射治療也是今日處理各種腫瘤病灶或是組織變異與外科治療或化學治療併列的臨床治療工具。因此，以診斷攝影、核子醫學及放射治療為核心業務的醫事放射師，其人力需求迫切，每年就業人數也快速成長，全國執業人數已近 6,000 位。

營養師則是另一個例子。俗諺說「民以食為天」，呼應近年來，日受重視的食品安全議題，吾人每日三餐與人體健康間的關係，密不可分。對於食物的營養成分組成、食物調理技術、食物間交互禁忌、食物保存技術與食物儲運標準化（食品 GDP）等專業，營養師是責無旁貸的專業人員。前藥政處處長也是前台北醫學大學藥學院院長王惠珀即指出¹⁹，食物與日常生活關係密切，攝取量相較於藥物更大。藥物雖然都有毒性，但是為了治療疾病，因此有兩害相權取其輕的考量。食物的攝取及食物來源的安全必須更甚於藥物。很多代謝性疾病的第一線治療策略，其實都是先從改善飲食習慣與食物內容做起。醫師雖然是醫療團隊的領導者，對營養學與食物處理的技術，卻是外行。醫師忙於診斷、處置、手術、處方、研究工作，根本不可能來處理“吃什麼”及“怎麼吃”的議題。因此營養師法在民國 73 年成為我國第四個立法的醫事人員身分專法，時至今日，許多醫院已經開設營養師門診或專業諮詢。甚至許多血液透析中心（即俗稱之洗腎室），都設

<http://labmed.mc.ntu.edu.tw/main.php?Page=A2>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 8 日。

¹⁹ 王惠珀，〈都是吃的 食品 GMP 應比照藥品〉，《聯合報》，2014 年 9 月 9 日。

有專職營養師，為洗腎病患提供飲食指導。因為血液透析患者的食物攝取，與病患各項臨床檢驗數值的控制良好與否，密不可分。食物中所含各種離子濃度，例如磷離子或鉀離子，就有可能影響病患的血壓等生理機能或腎功能疾病的控制；醣化血色素（HbA1c）與血脂肪表現（三酸甘油、總膽固醇等等）也是三高疾病控制良好與否的長期指標。

職能治療師、物理治療師也是因為醫學進步及對於醫療品質要求而產生的專業醫事人員。患者各種疾病（中風、脊髓損傷、燒燙傷、截肢、移植等等）的臨床處置（手術、加護觀察、住院等等）完成後，僅僅是系列治療的第一階段。這些重大的臨床處置，通常都須要相當長時間的臥床與住院治療。患者有改善肌肉萎縮或重新建立日常生活協調能力的強烈需求。這些治療與訓練過程，相對手術與住院，反而是漫長的路。從數週到數個月，也可能要好幾年。治療的課程，經常要有特別的設計與設備（使用具有目的性或功能性的運動或聲、光、電、熱、水等儀器作為治療方式或媒介），沒有專業的職能治療師與物理治療師提供協助，忙碌的醫師與人力始終吃緊的護理人員，無法滿足這部分的缺口。在搶救生命與醫療品質成長的期待下，病患、家屬及社會對於醫學有更高的期待。希望醫療體系能提供治療疾病、恢復健康、復建肢體功能、重建職場工作能力、協助心理衛生與矯正精神偏差等等。在這些期待與社會賦予的使命下，職能治療師、物理治療師成為第一線的尖兵。

以上也可以看出醫學的進步沒有終點。臨床醫學提供的服務永遠無法取得滿足點。以創傷外科而言，在第一次大戰期間，當時著重在搶救人命。只要先把人命搶救回來，無暇考慮是否有損害較小或是比較沒有後遺症的第二選擇。對外科醫師而言，只要病患能活著出院，他的使命與責任即告終了，行動與生活能力重建並不是主要考量。隨著時代進步，二次世界大戰、韓戰與越戰時，對於戰傷或創傷的醫療策略已有很大的不同²⁰。再以近年的海灣戰爭或阿富汗戰爭為例，現

²⁰ 以席維斯史特龍主演，在 1982 年拍攝的“第一滴血”為例，內容係依據 1972 年 David Morrell 所著同名小說改編。雖然是小說，但清楚刻劃了戰爭對於參戰人員心理創傷留下無法抹滅的印記。

在戰爭醫療的重點，除了搶救人命以外，讓這些患者能重建肢體功能的健康，以提供重新回到社會的基本要求，仍尤不足。美國國會甚至在 2015 年國防及退伍軍人相關預算草案中，計劃在 2016 年編列高達 74 億美元的預算，用於精神層面的治療，包含軍中性創傷 (Military Sexual Trauma;MST)、創傷後壓力症候群 (Post Traumatic Stress Disorder;PTSD)²¹。在所有醫事人員分工中，只有心理師是專注於心理與精神層面健康與治療的領域。心理師是我國第 10 種立法的醫事人員 (民國 90 年 11 月 21 日)，但執業總人數排名為所有醫事人員類別的第 12 名。繼心理師之後，呼吸治療師、語言治療師、牙體技術師與聽力師相繼立法，顯示醫療分工更趨專業化，因應各種臨床或非臨床、急性或慢性、在院或在家、長照或護理，不同專業知識或技術的資格認定的需求因蘊而生，未來還有驗光師與視光師等法案尚在折衝與協商立法過程中。

一種新的醫事專業及一種新類別醫事人員證照的產生，多半要經由長時間的演進與努力。在法規與國際接軌的趨勢下，外國及先進國家已有的醫療專業，加上相關醫事團體與公協會、衛生主管機關認同、教育主管機關配合教育資源建立人才供應與尋求社會共識後，才容易誕生。某一些還不是國際主流趨勢的醫療專業，具有區域文化、地方特色或侷限性的醫療專業，不容易得到設立支持，在美國十分普遍的整脊醫師就是最好的例子。也有既有醫事人員擔心新類別醫事專業或醫事證照的產生將剝奪其既有利益與生存空間，堅決反對設立；或是某些教育體系所設立之新科系，在未能成熟發展與未能達成共識前，過度要求其專業之被承認，自然無法順利取得通過。民國 98 年立法通過的牙體技術師及目前還卡在草案階段的視光師/驗光師法就是很好的對比例證。

²¹ John Culberson, *Military construction, veterans affairs, and related agencies appropriations bill*, House of representative 2015,33。

第二節 藥師執業處所管制歷史與困境

藥師執業處所法規與行政管制之由來，與我國醫事人員法規演進有密切關係。根據立法院法律系統資料庫藥師法沿革查詢，藥師執業處所限制以一處為限，係起自於民國 32 年 9 月 30 日首次立法時。原法第 9 條規定：「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務²²。」民國 68 年 3 月 16 日第二次全文修正時，第 9 條移至第 11 條，改為「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」雖然文字上略有不同，但文義上仍清楚指出，藥師執業只限於一處。探究立法意旨，應可清楚顯示，立法者對於專門執業技術人員應注重專業並且親自執業之期待與要求。藥師係專門執業技術人員，專門執業技術人員考試法第 2 條：「本法所稱專門職業及技術人員，係指具備經由現代教育或訓練之培養過程獲得特殊學識或技能，且其所從事之業務，與公共利益或人民之生命、身心健康、財產等權利有密切關係，並依法律應經考試及格領有證書之人員；其考試種類，由考選部報請考試院定之。」鑑於藥師的教育背景和專業智能，與民眾用藥安全關聯甚密，因此藥師身分及執行業務之重要，不言可喻。

醫療事業正如同金融業和航空業，都屬於特許行業，未符合一定資格及人員條件即不得開設營業。醫事人員提供之各項醫療服務與民眾生命福祉、國民健康照護、社會安全需求，息息相關。醫事人員執業資格的認定，於各醫事人員身分專法中，均清楚明訂。對於執業身分既有嚴格的要求，在執業過程中自然不能免除有關執業道德與倫理規範。法律是最低限度的道德，但是專門執業技術人員執業，不能只靠最低標準的道德，行使專業職權。因為法律並非萬能，法律也無法對於所有情境與細節一一規定。在追求專業內涵、社會期待、接受服務者的需求及人類醫療道德演進的多面向要求下，專門執業技術人員的執業倫理與規範，自有賴於同儕力量達成自我約束。加上專門執業人員身分團體通過的要求與期待，

²² 在 68 年 3 月 16 日修法時，立法院法律系統，藥師法法條沿革，[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@103:1804289383:f:NO%3DE02509*%20OR%20NO%3DB02509\\$\\$10\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@103:1804289383:f:NO%3DE02509*%20OR%20NO%3DB02509$$10$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 21 日。

產生群體控制的效果，最後加上由產官學界組成的懲戒組織，以評價法律以外事由的制約或處罰。

台灣在日治時期，醫事人員極度缺乏，藥師亦無例外。重修之台灣省通志中提到「本省的醫藥衛生事業遠無可考，即在荷蘭、西班牙佔據時期，至明鄭成功統治時代，亦無文獻記載，迄至有清一代，雖有若干記錄，惟為數不多²³。」時任台灣總督府民政長官的後藤新平²⁴，為防止不良醫藥品濫用，在 1900 年 9 月訂頒「台灣藥品取締規則」及「台灣藥品巡視規則」。以警察、衛生官員或藥劑師，視察藥劑師、藥種商、製藥者、醫院、醫師、齒科醫師及獸醫師等執業場所的藥品販賣、製造、貯藏及使用²⁵。當時的台灣總督府續於 1925 年 4 月，訂頒「藥劑師法」。1943 年 11 月公布「藥事法」。這也是台灣首次以法律規範藥事人員身分、資格與執業職掌，以及藥物基本的製造、儲存、販賣與使用²⁶。國民政府於 1929 年，頒布「管理藥商規則」及「麻醉藥品管理條例」²⁷。1929 年頒布之「藥師暫行管理條例」，賦予我國藥師合法之專業地位，定義藥師工作以調劑為中心²⁸。1930 年，頒布「管理成藥規則」為我國藥事行政推動之起點。1943 年，改名為「藥劑師法」並公布。規定藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務，肯定藥師專業之執業精神。但同法第 33 條規定：「醫師以得自行調配藥品以為診療之用，無須請領藥劑師證書，但應遵守該法所定關於義務及懲處之規定²⁹。」明文賦予醫師藥品調劑的權利，也種下醫、藥雙方調劑權之爭議³⁰。

日治時期，殖民政府曾數次舉辦訓練，以培育「藥種商」代替藥師從事藥品

²³ 張加昇，蘇奕彰，〈日治時期前臺灣醫療發展之探討〉，《J Chin Med Special Edition》(2): 309-320, 2014。

²⁴ 江玉林，〈後藤新平與傅柯的對話〉，《中研院法學期刊》，7 期，頁 41-79，2010 年 9 月。

²⁵ 財團法人鄭氏藥學文教基金會，《台灣藥學史》，頁 5，2001 年 5 月 20 日。

²⁶ 國家發展委員會檔案管理局，《榮藥濟世台灣藥業發展背景》，頁 27，民國 98 年 12 月。

²⁷ 行政院衛生署，《台灣地區公共衛生發展史第一冊》，頁 345-347，1995 年 10 月。

²⁸ 依民國 30 年代的法規，藥事人員係獨立於醫事人員之外。醫事人員中包含了醫師、中醫師、牙醫師、鑲牙生、助產士、護士及乙種醫師，但藥劑師與藥劑生被歸類於藥事人員。同註 27，339-345。

²⁹ 本條文現已移至藥事法第 102 條第 1 項：「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。」

³⁰ 莊瑞蓉，〈台灣地區藥事人員實施優良執業規範之現況〉，頁 9-10，台中市：中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2004 年。

販賣。台灣光復後，藥種商及藥品零售商，仍可依「台灣省管理藥商辦法」繼續販售藥品³¹。1949 年國防醫學院遷台時，其藥學系還是全台唯一的正規大學藥學教育。在 1952 年前後，抗生素等新一代藥物的發明，使藥房數量快速增加。但藥師人力嚴重不足，為疏解藥事人力不足困境，台灣省政府衛生處訂定「藥師一人准予兼理業務辦法」³²，首開藥師可以掛牌管理二家藥房之先例，遂形成風氣³³。同時，因台灣欠缺完整醫療體系及醫療資源，醫療執業普遍以診療同時給藥的型態，藥師無法在醫藥分業中取得角色與地位，遂造成劣幣驅逐良幣的效應。在專業無法發揮的情況下，優秀且專業的藥師，因此退出執業。加上租借牌照風氣更甚，民眾無法感受藥師親自執業的專業價值；醫療團隊中的醫師，亦不對藥師寄予信任，雖然內政部在民國 56 年公布「藥商管理規則」，以專任管理取消藥師可以兼管二家藥房的規定，仍未能改變掛牌租牌的歪風。藥師的形象流於商人，與販賣一般商品無異³⁴。這些現象直到民國 62 年，當時的行政院衛生署，訂定「藥商整頓方案」，以分期分區方式，強制藥師不得兼管二處。西藥販賣商才逐漸將藥師執業處所限制一處，加以落實³⁵。

由附錄表六民國 102 年底藥事人員執業現況可看出，目前國內藥事人員執業，主要區分為九大類：

1. 藥局（藥師 7,993，藥劑生 2,721，合計 10,714 人）
2. 西藥販賣業（藥師 3,900，藥劑生 1,579，合計 5,479 人）
3. 西藥製造業（藥師 357 人）
4. 中藥販賣業（藥師 151，藥劑生 7，合計 158 人）
5. 中藥製造業（藥師 111 人）

³¹ 根據 1920 年底統計，台灣地區藥種商多達 3,511 家，至 1942 年執業藥種商人數為 2,104 人。同註 25，頁 17。

³² 同註 30，頁 11。

³³ 在 1942 年時台灣執業的藥師人數僅 355 人，其中服務於醫院僅 50 人，服務公職者 48 人，開業 257 人。同註 25，頁 17。

³⁴ 黃文鴻，《行政院衛生署 89 年度科技研究發展計劃「藥事專業人員執業度動與趨勢之研究 第二年研究報告」》，頁 3，民國 89 年。

³⁵ 同註 25，頁 31。

6. 化粧品製造業（藥師 178 人）
7. 醫療院所（醫院：藥師 7,379，藥劑生 51，合計 7,430 人）
8. 醫療院所（診所：藥師 6,358，藥劑生 2,231，合計 8,589 人）
9. 其他（藥師、藥劑生合計 130 人）

與其他類醫事人員相比，藥師的執業領域，顯然相對廣泛而且差異甚大。因為藥師兼具同時以“物”與“人”為服務主體的特性，因此執業類型具有醫療院所（醫院、診所）、販賣業（西藥、中藥）、製造業（西藥、中藥、化粧品）與其他類等四大類。就此四大執業類型中「製造業」與「其他」的執業情況與內容都是相對單純，藥師人數也最少。製造業依藥事法第 29 條規定如下：

「西藥製造業者，應由專任藥師駐廠監製；中藥製造業者，應由專任中醫師或修習中藥課程達適當標準之藥師駐廠監製。

中藥製造業者，以西藥劑型製造中藥，或摻入西藥製造中藥時，除依前項規定外，應由專任藥師監製。

西藥、中藥製造業者，設立分廠，仍應依前二項規定辦理。」

國內依本條規定設廠之藥師人數與家數比為 468：424。相當於每廠有 1.1 位藥師。藥廠的生產與監管，還有相關法規管理（例如藥物製造業者檢查辦法、藥物優良製造準則（PIC/S GMP）、藥物製造工廠設廠標準等等），屬於系統性管理及廠商之自主管理，所有生產程序與紀錄均必須有紀錄可稽。其他類的執業藥師包含服務於公職體系（此處謂藥事行政並不含公立醫療院所）、捐血中心等等，也具有系統性管理制度且不直接服務病患。因此，「製造業」與「其他」這兩種型態的執業藥師，比較沒有執業上的困難。

在西藥販賣業者部分，西藥販賣業係指藥品貿易商、藥品代理商、經合法登記之跨國藥廠之台灣分公司、藥品批發商、同時具有西藥販賣資格之藥局等類型。除兼具藥局身分的業者外，這些西藥販賣業者通常僅從事辦公、行政、臨床試驗、商情蒐集、經銷商管理及批發業務等且不得對病患或消費者進行調劑行為。依藥事法第 30 條規定，目前國內服務於西藥販賣業者之藥師人數與家數比

為 5,479 (藥師 3,900+藥劑生 1,579) : 5,111 相當於每家有 1.07 位藥師。在中藥販賣業部分，由於歷史因素以致藥事法仍無法對中藥販賣業者規範強制由藥師駐店管理。大部分中藥販賣業，仍由家族傳承之經驗傳遞，以列冊管理方式為目前妥協的現況 (參見表十)。中藥販賣業的藥師人數與家數比為 158 (藥師 151+藥劑生 7) : 10,813。相當於每家只有 0.015 位藥師³⁶。

在醫療機構 (醫院) 部分，附錄表十及表十一清楚顯示，最高層級醫院至最低層級醫院之藥師工作負荷及處方調劑量。表面上，醫學中心的床數與藥師比最低 12.46、次高為區域醫院 17.51、最高為地區醫院的 22。然而藥師工作中，最主要的藥品調劑量，卻顯示出令人驚訝的數字。根據中華民國藥事品質改革基金會在 2009 年 1 月 19-21 日，對國內 20 家醫學中心所作的藥師交付藥劑諮詢時間之調查結果：

「顯示一位藥師最高一天服務 450 位病患領藥，造成有超過四分之一的藥師無法提供病人領藥時的用藥諮詢，而提供諮詢的藥師中有八成是因為病人主動詢問如何使用藥品才開口說話，其提供諮詢平均時間僅為 35 秒鐘，與實測充分完成說明義務平均約需 2 分 22 秒相差甚大。

藥改會指出，美國的合理調劑量為 30 張，日本為 40 張，我國中央健康保險局門診訂為 100 張，行政院衛生署新制醫院評鑑門急診則訂為 70 張至 80 張。但健保藥事服務費與藥費並未同時不予支付，致醫院得以藥費之價差彌補藥事服務費之虧損；而醫院評鑑「藥事人力及品質」項目不及格 (C 標以下)，因非屬評分的「必要項目」，所以並不影響醫院評鑑的結果；導致藥師實際執行調劑數量仍遠遠超過所定之合理量，各項規定形同具文，病人則是最大的受害者。」³⁷

考量醫學中心患者之病情，通常較嚴重，醫師對病患處方藥物的種類亦多，

³⁶ 由修習符合規定中藥學分之藥師藥局兼營中藥業務者有 917 家，惟該藥師之執業登記仍登記在藥局，因此中藥販賣業執業藥師人數並未納入計算。

³⁷ 資料來源：中華民國藥事品質改革基金會網站，

<http://www.tqipa.org.tw/news01.php?nid=NID098090900016>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

區域醫院及地區醫院，患者病情嚴重度及用藥種類漸次降低。再加上醫學中心必須投入人力於臨床藥學的研究與發展，事實上，真正處於第一線提供藥事服務(藥品調劑與藥物諮詢等)的人力，遠遠低於醫學中心藥事部門所擁有的藥事人力。

以台北榮民總醫院為例，根據該院藥學部網頁資訊顯示，台北榮民總醫院藥學部共有 190 位藥師，其中主任 4 位、總藥師 9 位、臨床藥師 36 位、一般藥師 142 位。每日門診近 10,000 病患，調劑處方量近 8,000 份³⁸ (不包含 3,000 床住院病患處方與調劑)。若是以 8,000 份處方除以所有藥師人數 191 位，每位藥師調劑量為 41.9 份。若以每日 8,000 份處方除以一般藥師 142 位，每位藥師調劑量即遽增為 56.33 份。但事實情況並非如此，因為台北榮民總醫院有兩個門診藥局，服務前述近 10,000 位病患之 8,000 份處方。服務住院病患部分，共有三大衛星藥局，中正二樓藥局、中正 13 樓藥局³⁹及思源樓藥局⁴⁰；榮總另有東院藥局、急診藥局。東院藥局服務神經再生中心，急診藥局主要服務急診病患，中正二樓藥局服務中正樓 11 樓以下 (含 11 樓) 所有住院病患，中正 13 樓藥局服務中正 12 樓以上所有住院病患⁴¹，思源樓藥局服務所有思源樓病房及長青樓病房。考量急診藥局是 24 小時服務，人力配置較多，再扣除與藥事行政、藥品管理、教學研究、藥物安全、稽核與品質管控。還有各種補假、休假、病假、公出或進修的人力，真正能在第一線從事處方調劑的人力恐怕要少很多。醫療改革基金會在 2011 年 4 月 20 日所發布新聞稿及附件指出：

「台北榮總在該會於民國 100 年 5 月 5 日公開的台灣各大醫學中心血汗指數排行第二名，其中死當項目為藥師。參考日本醫院標準(日本法規要求)，每位藥師每日合理調劑量為 40 份，相當於每 12 分鐘調劑一份處方；台灣最良好

³⁸ 台北榮民總醫院藥學部官方網頁簡介與組織，<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pharm/>，最後瀏覽日：2015 年 3 月 2 日。

³⁹ 服務床數達 910 床。同前註，2007 年大事紀，960917 北總藥字第 0960018136 號院函，<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pharm/record-96.htm>，最後瀏覽日：2015 年 3 月 2 日。

⁴⁰ 服務床數達 769 床。同註 38，2007 年大事紀，960910 北總藥字第 0960017707 號院函，<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pharm/record-96.htm>，最後瀏覽日：2015 年 3 月 2 日。

⁴¹ 同註 38，2007 年大事紀，960917 北總藥字第 0960018136 號院函，<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pharm/record-96.htm>，最後瀏覽日：2015 年 3 月 2 日。

的醫學中心為每日調劑 64 份處方包含三總、萬芳、馬偕、國泰、長庚、中山醫大附設醫院、亞東、成大、彰基、慈濟、高醫大附設醫院；其次為每日調劑 70 份處方有台大、新光、中國、中榮、奇美、高榮；超標最多的是台北榮民總醫院，每位藥師每日調劑超過 100 份處方，為日本標準的 2.5 倍⁴²。」

因此，事實的情況是，台北榮總是全國，唯一超過中央健康保險署民國 103 年 3 月 1 日，各級醫院合理調劑量規定（參見附錄表十一）的醫學中心。

最後討論的是藥師服務類型中，人數最多的藥局藥師與醫療院所中的診所藥師。本節首的統計，顯示藥局藥師及藥劑生總人數高達 10,714 人。服務於診所的藥師及藥劑生總人數高達 8,589 人，僅次於藥局藥師及藥劑生人數。兩者相加為 19,303 人，佔全國總藥師人數的 59.1%（參見附錄表十四）。根據民國 102 年底統計（參見附錄表六），全國開業藥局數為 7,701 家，但執業藥師人數只有 10,714 人，每家藥局平均人力為 1.39 人。診所部分，由於醫藥分業不完整，根據衛生福利部公告，藥事法 102 條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區，台灣仍有高達 175 個鄉鎮里存在無藥事人員執業。民國 102 年，衛生福利部醫療院所數統計國內之診所家數為 21,218 家⁴³，但服務於診所的藥師人數只有 8,589 人，也就是平均每診所只有 0.4 位藥師。

開業藥局與開業診所存在最大的困難，就是服務時間長且人力極端不足。多數的藥局及診所，肩負基層醫療需求。事實上，這也是國內醫療體系期待發展的目標。建立家庭醫師及逐級轉診制度，再加上藥局與診所通常為醫事人員自營，普遍存在超長營業時間的現象。依個別藥局公告的營業時間（附錄表十二）都在 12 小時以上。雖有不少藥局週日不營業，但有更多即使週日仍照常營業。甚至除了春節縮短營業時間以外，幾近全年無休的狀態。診所的情況可能稍為好一

⁴² 〈民國 100 年台灣各大醫學中心血汗指數排行表〉，《財團法人醫療改革基金會網站民國 100 年 4 月 20 日新聞稿》，

http://www.thrf.org.tw/Uploads/%7B3F98DD14-8B85-49B8-A4F4-78A0CD538FC2%7D_Att1-3.pdf，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

⁴³ 衛生福利部，〈民國 102 年各醫療區域醫療院所數、執業醫事人員數、病床數〉，

http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5048，最後瀏覽日：2015 年 3 月 3 日。

些，多數診所為週休二日，但可能是週間休一日及週日休息，但也有少數診所或新設立的診所，為吸引病患而只休一日。各診所服務時間不一，但通常分為早上、下午及晚上三個時段，早上至少看診 3 小時，部分診所下午看診 2-3 小時，也有下午休診，但晚上是黃金時段通常都至少看診 3 小時以上。以德國藥師團體在 2013 年的統計為例，德國藥局總數為 20,662 家（包含聯鎖與分支或分店），服務於藥局的藥師有 49,288 人⁴⁴，藥師與家數比為 2.39，平均每家藥局至少都有兩位以上藥師執業。日本開業藥局數為 57,071，但服務於藥局之藥師人數為 153,012，藥師與家數比為 2.68 甚至高於德國，與台灣藥局平均只有 1.39 位藥師相比，日德兩國幾乎高了近一倍的藥事人力。再根據莊瑞蓉碩士論文於民國 93 年之研究指出：

「醫院藥事人員親自執業比率 89.5%，診所藥事人員親自執業比率 53.6%，藥局藥事人員親自執業比率 53.2%。羅吉斯迴歸分析顯示醫院藥事人員親自執業機率以中部地區較北部低及下午較早上高。診所藥事人員親自執業機率以休假日、非健保特約較低，中部及南部地區較北部高。藥局藥事人員親自執業機率以健保特約較高，中部及南部地區較北部高，下午較早上低。整體而言藥事人員親自執業比率 63.1%非常不理想⁴⁵」。

⁴⁴ Federal union of German associations of pharmacists, 〈German Pharmacies figures data fact 2013〉, 《08 Pharmacists and pharmacy students》, 8-10, 2013。

⁴⁵ 同註 30，頁 ii。

第三節 藥師法修法前正反意見

整理前述各種現實原因、法律變更、行政管制及歷史上對藥師得兼管二處藥房與藥商的惡劣印象，無論產官學界對於藥師執業處所必須限制的心結一直無法化解。茲將各種正反意見及其不同出發之理由，條列如下：

反對意見：

從憲法層面：改制前的衛生署主張，藥師執業處所限一處之規定雖然對人民工作權產生限制，但未違反比例原則，仍屬合憲。從立法理由可知，系爭規定係為配合並落實專任藥師駐店（廠）管理（監製）之制度及親自主持藥局業務而設。是爲了保障用藥安全，維持公共衛生體系，並保護憲法第 157 條國民健康權之重大公共利益，採取不得不然之必要措施。況且，限制手段與目的間具有合理關聯，爲保全公共利益而爲的必要手段。對藥師工作權，並未過度限制，亦無違背比例原則。

從管理層面：改制前行政院衛生署認爲，藥師人力充足。至 2012 年 12 月之統計，我國藥師人力將近四萬五千人。改制前的衛生署曾委託，財團法人國家衛生研究院進行「藥事人力發展評估計畫」，至 2020 年時，我國藥師人力總需求在 35,986 至 36,321 之間，人力不虞匱乏⁴⁶。且藥師仍有掛牌、租牌，未能親自執業的情況，開放藥師執業處所限制，可能導致掛牌、租牌風氣再起。

改制前行政院衛生署強調，開放藥師支援，將使其真正執業處所無法確定。形成有登錄之名卻無在場之實之流弊，直接造成醫療資源分布不均、人力分布無法掌握之窘境。增加健保費用核付勾稽等審理作業成本負擔⁴⁷，影響全體國民之健康。

⁴⁶ 廖又生，張見任，〈試論醫事人員雙重角色競合之執業處所問題-兼評大法官釋字第 711 號解釋〉，《亞東學報》，第 33 期，頁 152，2013 年。

⁴⁷ 行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會，《全民健康保險爭議審議案例彙編（六）~權益篇~》，頁 49，2010 年 12 月。

從實務層面：藥師公會全國聯合會認為，由於執業處所調劑設備配置不同及藥品品項不同⁴⁸。藥師多處執業時，將無法順利完成處方調劑及提供適當之藥物諮詢服務。

包含台大藥學院等多位教授提出，藥師業務除執行調劑相關業務外，也負擔管理藥品責任，包括產品管理、監製等，其執業場所也更具多樣性，因此必須專職一處以利專業。

衛生主管機關認為，「現行實務上已對系爭規定採取合目的性之限縮解釋，彈性准許藥師得例外前往執行以下三種業務：(一) 藥事人員以執業登錄處所之藥局、醫院或診所名義至護理之家、安養機構提供藥事諮詢服務。(二) 基於推廣公共衛生目的及義診服務需求，參與醫療團體義診服務，執行藥品調劑工作。(三) 巡迴醫療於山地、離島或於無藥事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作等⁴⁹。」

從勞動法層面：雖然藉由開放支援可能得以緩解對於基層藥事人力（開業藥局及診所）短缺情況，但除非能吸引已領有藥師證書但未執業的 11,700 或 16,859 位（參見註 49）藥師人力回流。否則對於已經在其他領域執業的藥師，是否造成為了賺錢而過勞的情況？事實上，已領有藥師證書而未執業的藥師也有可能是多重身分醫事人員⁵⁰、出國進修、已轉任其他領域專業人員如公職人員、大學教授、民意代表（例如前警政署長張四良、前衛生署藥物食品檢驗局局長廖俊亨、前彰化縣衛生局局長許秀夫、前衛生署藥政處處長廖繼

⁴⁸ 藥品品項不同牽涉到製造廠家不同與成分不同，製造廠家不同但成分相同者，除非經過生體相等性試驗證實(Bio-Equivalence)，否則不應視為兩種藥物相同；成分不同但療效相同的兩種藥物，必須更加謹慎，因為牽涉到醫師處方目的及藥品交互作用，但無論如何，都必須得到處方醫師的同意，才能變動處方內容與藥物品項。

⁴⁹ 司法院大法官第 711 號解釋文抄本，頁 5-6，2013 年 7 月 31 日。

⁵⁰ 雖然沒有切確的統計數字，但多重身分醫事人員的情況至少佔藥事人力的 2% 以上，多數是取得藥師資格後再考學士後醫學系成為醫師，也有部分是醫學院其他學系(例如護理系或醫技系等)畢業後再考轉學考進入藥學系就讀。主要原因是在民國 60 年代，丙組考生在藥學系錄取分數僅次於醫學系，第三位才是牙醫系。

洲、前衛生署管制藥品管理局局長簡俊生、前任行政院環保署署長陳重信、前立委余正道先生、前台北市議員藍世聰先生)等，都是具有藥師資格，但投身於其他領域的知名人士。因此，這部分的藥事人力，能否回流，未經深入調查前，恐怕無法期待。

正面意見：

從憲法層面：釋憲聲請人錢建榮認為，限制執業處所規定，已侵害憲法保障之生存權與工作權，憲法第 15 條對生存權與工作權保障之內涵包括選擇職業的自由與執行職業的自由。

錢建榮主張，系爭規定未有例外規定，違反平等原則。參酌其他各類醫事人員身分管理法，雖亦限制執業處所以一處為限，但均設有事前報准制度，並可進行醫療機構間會診、應邀出診、急救等例外規定。以我國統計資料可知，醫師與藥師之領證人數約略相當⁵¹，但醫師登記執業者猶多於藥師甚多，卻許可醫師於例外時可支援他處醫療機構執行業務，顯見對藥師產生不合理之差別對待，系爭規定明顯違反平等原則。

從管理層面：系爭規定立法目的在落實藥師專任親自執業，防止不肖藥師出租牌外，更兼負管理藥商之行政目的。惟今日醫藥分業制度與醫事人員執業管理系統建立已臻完善，加上全民健康保險對於醫事人員執業之管理與申報，例外禁止規定有重新檢討修正之必要。

從實務層面：根據學術研究⁵²以及藥師人數與開業藥局和診所的比值顯示，藥師人力仍有不足。這現象，已導致專任藥師超時工作，危害藥師執業勞動

⁵¹ 同註 49，頁 205-207。

⁵² Yu-Hung Chang, Ming-Neng Shiu, Chao A. Hsiung, Planning and evaluation in health workforce development: Projection for the pharmacy workforce in Taiwan, J. of the Formosan Medical Association (2013) 112, 733-734, 2013。

權與健康權。需要藥師人力支援之醫療機構迫於成本考量，反使租牌、借牌情形更加猖獗。偏遠地區民眾由於藥師不足，更無法接受藥師專業服務，更難以達成保障國民用藥安全之目的。主管機關對於藥事人力之計算乃以領證人數為基礎，惟領證人數與實際執業人數差距甚大達 12,700 人^{53、54}，藥事人力是否充裕不無可議之處⁵⁵。

從勞動法層面：藥師自民國 103 年 1 月 1 日已納入勞入適用勞基法之行業人員⁵⁶，4 週內正常工時不能超過 168 小時⁵⁷。由表十二可看出多數藥局（無論連鎖或藥師自營）營業時間都超過 12 小時，甚至有高達 15 小時者。長時間工作又無替代人力（全國開業藥局平均人力 1.39 人），很清楚的事實突顯出，藥師的超時工作或是由非藥事人員違法販賣，甚至調劑藥品。醫療機構中，診所情況更嚴重，每診所只有 0.4 位藥師。先不論病、事、休假，藥師只要上兩個時段，即達到勞動基準法規定工作時數（四週內正常工時不得超過 168 小時）。即使，診所醫師願意再聘雇第二藥師，恐怕也無法有足夠的藥事人力滿足臨床需求。藥師的病、事、休假亦屬勞動權益的一部分，藥事人力只會更加吃緊。實務面上，無論藥局藥師或是診所受聘藥師，都會有其他持續教育、義診支援與藥事照護訪視病患的情況，第二藥師或是支援藥事人力需求，實屬殷切。

⁵³ 同註 49，頁 6。

⁵⁴ 根據林振順在台灣藥學教育與藥師執業一文中，截至民國 100 年底領有藥師藥劑生證書人數為 43,000 人，領有執業執照之藥事執業人數為 26,141 人，差距為 16,859 人。但以表十三同年底之藥事人力統計為 31,300，差距為 11,700 人。林藥師一文資料來源未詳但仍有高達萬人的落差是不爭的事實。林振順，〈台灣藥學教育與藥師執業〉，《藥學雜誌》，110 冊，28 卷，No.1，頁 11，Mar. 31, 2012。

⁵⁵ 同註 52，733-734。

⁵⁶ 勞動部民國 102 年 12 月 30 日新聞稿，

http://www.mol.gov.tw/cht/index.php?code=list&flag=detail&ids=24&article_id=6504，最後瀏覽日 2015 年 3 月 1 日。

⁵⁷ 陳清芳，〈醫事人員工時制 護理界贊同〉，中央社，2011 年 11 月 17 日，

<http://www.nurse.org.tw/userfiles/file/News/1001117%E5%8B%9E%E5%9F%BA%E6%B3%95%E5%85%AB%E5%8D%81%E5%9B%9B%E6%A2%9D%E4%B9%8B%E4%B8%80%E7%9A%84%E7%9B%B8%E9%97%9C%E6%96%B0%E8%81%9E.pdf>，最後瀏覽日 2015 年 3 月 3 日。

包括羅昌發大法官協同意見書在內的部分意見認為，藉由開放支援得以緩解對於基層藥事人力（開業藥局及診所）短缺情況，同時也是讓藥師們得到，真正工作上的自由選擇權。

在美國法中，以美國加州之藥事法 1709 節與 1709.1⁵⁸節為例，1709 節與業主與責任藥師相關，其中提到每一藥局都要有一位責任藥師 (Pharmacist in Charge)，如責任藥師有異動必須在 30 日內通知主管機關。1709.1 節主題是藥局必須指定責任藥師：

1. 要求責任藥師必須親自執業於該藥局且掌理藥局之每日營運。
2. 要求藥局之業主應授予責任藥師足夠的權力以確保藥局營運符合法律規定。
3. 責任藥師並不須時時出現於所登錄之藥局且最多可以擔任兩家藥局之責任藥師，但兩家藥局的距離必須不超過駕駛距離 50 英哩（合理控制距離）。
4. 責任藥師不得同時兼管藥商、動物藥品或動物食品之零售商。在責任藥師懸缺時，藥局可以指定任何一位無論是受僱，主管或藥局管理的藥師或擁有藥局的法人，擔任藥局的責任藥師但期限不超過 120 天。

由以上文字可清楚看出美國加州允許一位藥師管理並擔任兩家藥局之責任藥師，等同我國藥師之執業得兼管不超過兩處藥局。

美國加州藥師得兼管兩處藥局並非沒有反對意見，在 2004 年 4 月 21 日舉行的加州政府公聽會會前聽證資料⁵⁹中提到：Mr. Kenneth E. Sain 在 2004 年 3 月 18 日以書函質疑，允許一位藥師同時擔任兩家藥局責任藥師的理由。加州藥事管理委員會（Board of Pharmacy）表示，無法認同這個質疑。該會說明，依現行法律

⁵⁸ California Government, Department of Consumer Affairs, Board of Pharmacy, 《2015 LAW BOOK》，153-154，2015.

⁵⁹ California Government, Department of Consumer Affairs, Board of Pharmacy, 〈Final statement of reasons for April 21, 2004〉, 2004.

規定，責任藥師負責確保藥局依法經營。法規並未規定責任藥師必須在持續出現於藥局中執業才算是合法。該會進一步解釋，一位藥師有能力管理兩家在合理距離內的藥局。況且允許一位藥師依本法兼管兩家藥局，將令藥師更專精於這些管理能力。

Mr. Kenneth E. Sain 進一步質疑，他認為一位藥師得同時兼管兩家藥局也是違背現行法令禁止一位藥師同時擔任一處藥局與藥商的規定。

加州藥師管理委員會表示反對這個質疑。該會進一步闡釋，禁止藥師同時擔任藥商和藥局的責任藥師，乃是基於不適當的責任範圍。加州法律希望確保藥品交易係在不同責任範圍，且是經由不同人的監督與管理。倘若授與同一人擔任藥品交易的兩端，將造成利益衝突的風險並可能導至藥品違規交易。

由美國法中，我們可看出美國法律課予藥師責任的思考和出發點，與我國迥異。美國法認為，藥師在合理的情況（例如合理的控制距離），得同時兼管兩家藥局，但是擔負管理責任的責任藥師必須對藥局運作的合法性與合規性，負全部責任。責任藥師並非一定要一直在現場才屬於合法或合規，但是受其兼管的藥局中，所有與藥師業務相關的作為，必須有其他藥師執行（在此，所謂的藥師必須是具有加州合法執業資格並且合法登錄執業的藥師，而非僅僅具有藥師執照之人員）。美國法律重視責任區分、風險的預防與管控。因此，禁止藥師同時擔任藥商與藥局責任藥師的立法意旨，在於藥品供應鏈的環節中，必須由不同人管理與監督，以防止利益衝突與藥品違規或違法的交易。

陳新民大法官在釋字 711 號解釋之協同意見書提到，「憲法保障人民擁有工作權與職業自由，是一個廣泛的基本權利。」這個權利對工作權的保障範圍甚廣，無論是主要職業或兼職、第一個或第二個職業、公職或是非公職，都在保障範圍內。也就是憲法保障人民從事一個以上的職業的權利。必須要注意，人民同時執行兩種職業，是否會造成互斥的結果，也就是有無「性質不相容性」的問題。陳大法官進一步說明，「公務員兼職之限制、監察委員不得兼營事業、法官不得兼任律師等，都是適例。」職業自由的限制上，必須審查，同時執行兩種職業，有

無造成「角色衝突」之情形。換言之，就是從負面的效果，來判斷「利益衝突」的可能性。我國法中，公司法第 32 條，「經理人不得兼任其他營利事業之經理人，並不得自營或為他人經營同類之業務。但經依第二十九條第一項規定之方式同意者，不在此限。」或是公司法第 209 條，「董事為自己或他人為屬於公司營業範圍內之行爲，應對股東會說明其行爲之重要內容，並取得其許可。」這種「利益衝突」與「競業禁止」正是對「性質不相容性」的呼應。在醫療領域中，最明顯的例子，莫過於醫師兼任藥師的情形。雖然雙重身分醫事人員執業問題（司法院大法官釋字 711 號解釋的第二個主題）不在本論文探討的範圍，但以醫師兼任藥師對於管制藥品之管理，將立刻造成管理風險的發生。倘若有醫師自己濫用管制藥品^{60、61、62}，在醫師兼藥師雙重身分醫事人員上，將喪失的原本為防範「性質不相容性」之制度設計的目的。在股份有限公司的運作上，由於董事會是多人組成，搭配股東會權力分配，尚可以系統性管理避免「競業禁止解除」的弊端。即便如此，在 2001 年恩隆案發生後，美國國會於 2002 年提出沙賓法案案 (Sarbanes-Oxley Act)，規定公開發行公司應設置完全由獨立董事組成之審計委員會，以強化公司內部監控機制。為求與國際法規接軌，我國金融監督管理委員會也推動我國證券交易法於 95 年引進獨立董事及審計委員會制度，並允許公司可擇一選擇採現行董事、監察人雙軌制。但是終極目標仍是以審計委員會取代容易產生弊端及功能可能不彰的監察人制度。但是醫療領域講求安全性、專業性及技術性，在我國實施「醫藥分業」制度後，藥師除依醫師處方為患者提供藥物及藥事照護外，也擔任確保用藥安全，再次確認醫師處方的角色。在暫不考慮藥事人力供給因素之外，許可醫師兼任藥師，除了違反「性質不相容性」與「利益衝突」原則，更不諱造成監督失調的後果。

⁶⁰ 東森新聞生活中心，〈開嗎啡替 70 多歲母親治「經痛」？食藥署揪濫用管制藥〉，《東森新聞雲》<http://www.ettoday.net/news/20140315/334977.htm>，2014 年 3 月 15 日。

⁶¹ 黃靜宜，〈止痛藥 Tramadol 濫用 醫護人員也上癮〉，《民生報》，<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/discuss/who08.htm>，2003 年 1 月 21 日。

⁶² 黃靜宜，〈醫護也淪落毒海？非法挪用管制藥品 去年查獲 6 件〉，《民生報 A7 版》，<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/discuss/who08.htm>，2003 年 10 月 6 日。

藥師公會全國聯合會經由多種管道（藥師週刊、新聞媒體、民意代表等等）極力反對藥師執業處所例外開放。醫政與藥主政機關採取多一事不如少一事的心態，能不變更現狀就不要變更。一旦開放後有關事前報准（報備支援）的管理將吃力不討好，也是額外的工作負擔。醫師公會及具有多重醫事人員身分的醫師兼藥師，透過醫師公會全國聯合會屢屢發表權益受侵害與不平等對待的言論，究竟各方所持的論點除了前一節的正反意見以外，還有那些情況呢？

藥師公會全國聯合會一直希望能落實醫藥分業，受限於歷史因素及早年藥事人力不足，民眾與患者亦習慣於看診完畢順便拿藥的方便心態，主管機關一直到民國 86 年 3 月 1 日，才在政治角力與現實妥協下，實施全球獨一無二的雙軌制醫藥分業⁶³。其中，開業醫師爲了各種原因（例如避免處方內容外洩、利潤考量、病患拿藥方便等等，都是診所間彼此競爭的手段），自聘藥師執行調劑業務，或是以幕後老闆的方式，開設門前藥局，來達成表面上醫藥分業規定的畸型現象。由附錄表九可看出比較日德加三國⁶⁴，各先進國並無在診所執業的藥師（落實醫藥分業的基本表現），也沒有出現由醫師出資設立門前藥局的現象。台灣基層醫療診所家數高達 21,218 家⁶⁵，藥師人力不足也是理所當然。因此，藥師公會全國聯合會希望藉此導向診所將處方籤釋出至社區藥局，如此一來不僅解決診所藥師人力不足的問題，也可以將高達 8,589 的診所藥師人力，釋出至藥事服務體系。但藥師公會全國聯合會的立場並不能代表所有藥師的想法。換個角度，可能只是藥師公會全國聯合會自己的主張與訴求。對於部分開業的社區藥局藥師、部分診所藥師及部分前述兩者以外的藥師而言，相當程度上是贊成開放藥師執業處所限制的。其理由如下：

1. 開放藥師執業處所限制，確實能紓解開業社區藥局人力不足的問題。

⁶³ 楊百文，〈醫藥分業法制之研究〉，頁 2，高雄市：國立中山大學法律學系研究所碩士論文，2014 年 5 月。

⁶⁴ 美國的情況爲接近 100%之醫藥分業，但有少數例外情況。楊宗翰，〈台灣西醫診所設置「門前藥局」因素之分析〉，台北市：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，頁 5，2005 年 7 月。

⁶⁵ 民國 102 年底醫政統計，〈衛生福利部統計處醫療機構現況及服務量統計分析〉，http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic_P.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5126&doc_no=46170，最後瀏覽日 2015 年 3 月 1 日。

2. 開放藥師執業處所限制，確實能紓解診所藥師人力不足的問題。
3. 開放藥師執業處所限制，確實能提供藥師部分工時（part time）的工作機會，能夠有效運用藥師人力，也增加藥師額外收入的機會⁶⁶。

根據林義龍與林妍如聯合發表在台灣醫界的研究⁶⁷。該研究團隊，以掛題方式於 2009 年 5 月至 12 月底，對全台灣藥事人員進行採自填且無記名之問卷調查。本研究樣本在醫院藥事人員受訪比例較高，診所藥事人員受訪比例較低；且台灣中區及東區受訪藥事人員人數亦較高。由於回收高達 2,367 份有效問卷，樣本數相當大，因此仍有相當之參考價值。調查結果參見附錄表十三。基本上，包含醫院、診所、社區藥局或其他機構藥師，都有超過 50% 以上同意開放執業限制。其中，後三者都超過 70% 以上贊成，診所藥師有 77% 贊成，社區藥局藥師有 72% 贊成，其他機構藥師有 81% 贊成。這也顯示前面所述的三個理由，符合實際情況。醫院藥師反對者達 45%，但反對者有可能是必須專任或是因為必須值班、輪班等現實因素，認為不切實際因此給予否定的意見。

台灣目前有 21,218 家診所，扣除 8,589 位已受聘於診所之藥師（假設一人受聘一家診所），及 175 個鄉鎮里是無藥事人員執業區域，仍有相當數量之診所未聘請藥師而是將處方籤釋出（2011 年處方籤釋出率為 24.5%⁶⁸），這些釋出處方籤的診所醫師，有可能是因為請不到藥師，或是診所醫師認為賺取掛號費、診查費及處置費即可，不需要賺藥費及藥價差的蠅頭小利，也可以減少診所內各項管理作業及成本。但是，這些順應趨勢釋出處方籤的診所醫師，通常也是比較沉默的一群，在消極的心態下，比較不會發表反對意見。醫師公會中比較會發聲的醫師

⁶⁶ 根據 2014 年 3 月 31 日台北市藥師公會會員代表選舉名冊，台北市藥師男女性別比約為 42.5%：57.5%，由台北市推估全國藥師男女性別比約為 4:6。對於已婚未在職但從事家庭照顧的女性藥師，部分工時的工作制度應有助於吸引部分藥事人力回流執業。

台北市藥師公會，〈2014 年會員代表選舉名冊性別統計〉，2014 年 3 月 31 日。

⁶⁷ 林義龍，林妍如，〈藥事人員跨機構支援意向調查〉，《台灣醫界》，第 55 卷，第 11 期，頁 593-97，2012 年。

⁶⁸ 相較於日本 2001 年處方釋出率為 56.6% 與韓國 2005 年為 95%。台北市藥師公會，〈台北市藥師公會六十週年特刊〉，2006 年 6 月 29 日。

(但無法確認是否為多數)認為，大多數小型醫療機構和藥局，通常只有一位執業藥事人員。依法，只要有提供藥事服務的時段，藥事人員就必須在場執行業務。當醫療機構只有一名藥事人員，且當該名藥事人員因故請假時，便可能造成該醫療機構無法執行既有的醫療相關藥事服務。雖說小型醫療機構在藥事人員請假時，也能以釋出處方箋，因應藥事服務需求。然而，在不改變小型醫療機構既有藥事服務的架構下，進行「跨機構」藥事人員報備支援制度，自然就是診所醫師極力主張且希望達成的期待。

本章對於醫事人員的業務、職掌與其在醫療團隊中的分工與責任有基本的說明，對於我國藥事及藥師法規的演進也有具體的介紹。藥師的執業困難與藥師擔負執業角色有密切關係，由於藥師兼具兼具“物”與“人”的雙重服務標的，也形成了藥師兼具專業人員與商品販賣商人的雙重角色。

受限於歷史現實，我國醫療發展過程中的欠缺規劃，法制上的落後，人力無法滿足需求的各種不良條件，使藥師的專業地位在我國醫療發展中一度蒙塵。這個歷史上的印記，導致藥師執業時必須承受不平等的限制與嚴格的檢視。藥師群體中自我約制的力量，其目的雖然出自於維護藥師執業尊嚴的善意，但是隨著法規進步與科技能力提昇管理的完整性，自我約制的限縮，忽略了職業自由、工作選擇及執業平等的發聲。藥師團體應注意自身在醫療團隊中應具備之功能與角色，並以國際先進國家相關法規為借鏡，注重執業服務中的專業內容與品質，避免商品販賣中商人角色與專業形象的不當利益的交疊。藥師團體也要突破民眾的迷思，藥師非以商品銷售成為唯一的收入或服務內容，知識與專業也可以是另一種建構服務內容與差異化競爭的方法(對比韓國健保藥局的收入只來自處方籤調劑費與藥事諮詢費)。

第三章 藥師的角色、業務、責任與養成教育

第一節 藥師在醫療團隊中分工的角色

從立法時間與順序而言，藥師與助產人員之醫事人員身分專法，制定於民國 32 年 9 月 30 日(民國 68 年 3 月 26 日第二次修法後，由藥劑師法正名為藥師法⁶⁹)。藥師執業人數佔所有醫事人員總數之第 3 位，約為所有醫事人力之 15%，僅次於護理人員與醫師(包含牙醫師與中醫師)。如果把醫師看成是與疾病對抗的戰士，藥師的角色可比擬為武器與軍火供應鏈。無論戰士訓練再精良，戰術戰法再優越，沒有武器來協助作戰，終究有其極限與困境。藥物正是對抗疾病作戰所需要的武器與彈藥。

從歷史的角度而言，人類醫療的演進也是“醫”與“藥”密不可分。在各種疾病中，觀察、歸納、統計與實證後，產生有關健康身體運作的生理學、疾病病因與分類的病理學、藉由表徵判斷疾病的診斷學、運用物理與化學方法治療疾病的治療學等大方向。早期的醫者，身兼多種角色。既是醫師問診、把脈、察顏觀色，亦熟知百草金石，以用來治療疾病。在林昭庚所著《中國醫藥發展史》敘明，中國醫藥發展，有文字記載可考，就超過有 5,000 年的歷史。

「夏商西周時期，醫巫並存，在卜筮史料中記載了大量的醫藥產生內容，對人體生理、解剖、疾病及其症狀的描述比較直觀具體，累積較多對病因、診療的經驗，懂得植物、動物、礦物及酒的藥用，廣泛應用針灸、推拿、導引、湯液、外治等方法，經由醫學與哲學的聯盟，陰陽五行的整體觀念、預防思想均被引進醫學，逐漸出現醫學的雛形。春秋戰國之際，是中國學術界百家爭鳴的時期，醫巫分離，醫學具有更顯明的科學性、實用性和理性，並佔據了醫療產生事業的主導地位，此時期出現醫緩、醫和及秦越人(扁鵲)等著名醫家，

⁶⁹ 同註 25，頁 5。亦可參考：

行政院函，立法院關係文書，院總第 1006 號 政府提案第 1686 號，1978 年 5 月 12 日。及〈立法院內政、司法兩會委員第一次聯席會議紀錄(第 61 會期)〉，《立法院公報》，第 67 卷，第 87 期，1978 年。

並留下一些醫藥產生資料，《黃帝內經》是中國醫藥學的重要標誌，至今仍指導中醫藥學理論研討和臨床實踐⁷⁰。」

隨著 19 世紀初的工業革命，藥物發展開始進入以單一化學成分為主的時代。原本來自於自然本草礦物的中草藥轉變成傳統醫學或是自然療法的配角。單一成分化學藥物（所謂的單方藥品⁷¹），容易在大量生產與品質管理上，取得令人滿意的水準。在療效評估方面也可以將藥物單一成分，藥理作用，予以明確化。過去醫者自行調配藥物（草藥、中藥或來自於動物與礦物）的經驗醫學與藥物學，很多是基於經驗的累積但是在今日科學精進且嚴格的評量標準下，已經無法滿足於時代的需求。藥物研究的新觀念，目前著重於以藥物動力學（Pharmacokinetics）的觀點，研究單一成分進入人體後的吸收、分佈、代謝與排洩（參見圖一）。

藥物動力學不只應用於臨床給藥及處方的審核，也可以應用到藥物開發的各個階段與範疇。例如對藥物成分的評價、化學結構的設計、藥品劑型修改以及處方的優化等具有重要價值。雖然在臨床上，為了藥事照護、病患遵囑性及保險經濟學的考量下，複方藥品已重回醫師處方的選擇，但是以藥效學（Pharmacodynamics）的觀點研究藥物的作用與機轉、不良反應。影響藥物作用的因素時，為了清楚界定個別成分的作用與副作用，單一成分藥物是惟一的選項。在非標靶性藥物的研發與臨床應用上，透過藥物動力學與藥效學，取得各項生物體參數後，結合藥物化學對官能基的修飾，與藥劑學對藥物進行劑型設計，藥學家可以將藥物成分毒性降到最低，血中濃度有效率提升到最高（參見圖二）。給藥頻次，設計成最接近使用者的生活習慣，以提高患者的遵囑性；在臨床實踐的觀點，等同於提高藥品安全性及疾病的臨床治癒率，也降低藥品

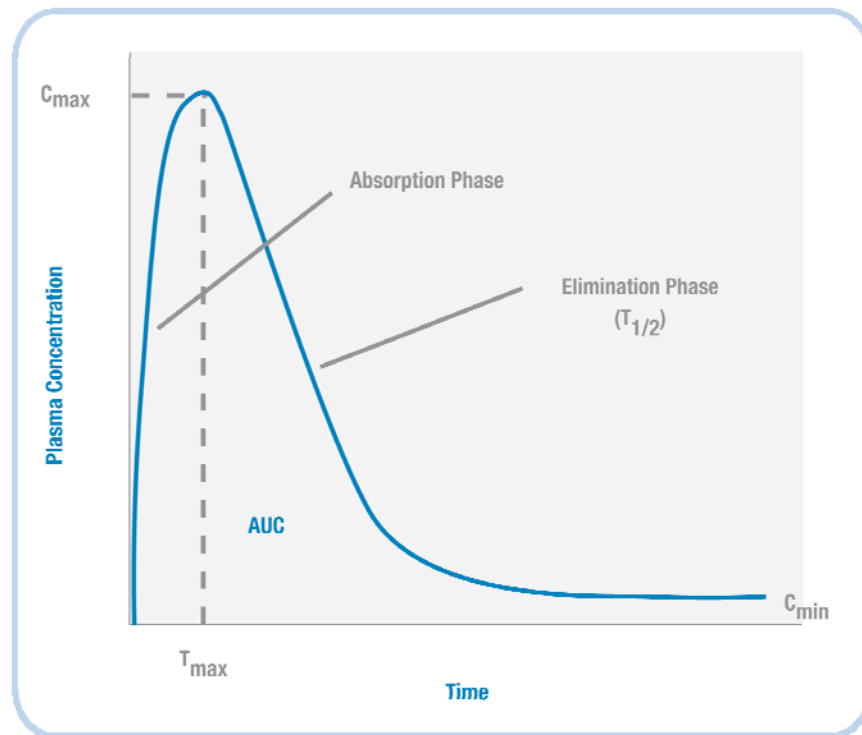
⁷⁰ 林昭庚，〈前言〉，《中國醫藥發展史》，2011 年 11 月 8 日。

http://ejournal.nricm.edu.tw/nricm2/pages/show.php?qry_dtnbr=23&qry_dsnbr=7，最後瀏覽日：2015 年 2 月 8 日。

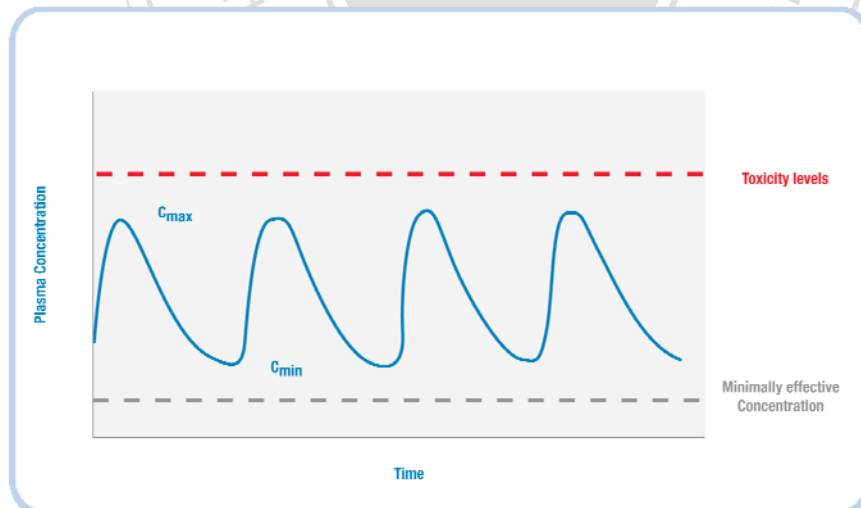
⁷¹ 單方藥品是指藥品中，只有一項具有主要藥理活性的成分(Active Pharmaceutical Ingredient；API)，雖然可能含有其它化學成分但是使用做防腐劑、賦型劑、矯味劑或安定劑等用途。相反的複方藥品，可能含有兩項或兩項以上具有主要藥理活性的成分，用以達成多重治療目的，例如降血壓藥內含利尿劑及血管擴張劑或同時含有降血壓藥及降膽固醇成分藥品。

不良反應發生的機率。

圖一⁷² 以藥物血中濃度與時間關係圖所呈現之藥物動力學參數



圖二⁷³ 藥物血中濃度於治療區間波動示意圖



⁷² Saladax Biomedical Inc. , 〈 Pharmacokinetic Profile of a Plasma Concentration-Time Curve 〉 , <http://www.mycaretests.com/hcp-center/mycare-learning-center/pharmacology/> , 最後瀏覽日 : 2015 年 2 月 21 日。

⁷³ 同前註。

第二節 藥師的主要業務、責任與藥政管理

藥師法第 15 條（參考附錄表三），清楚說明法律授與藥師的主要業務與責任，包含有 1. 藥品販賣或管理、2. 藥品調劑、3. 藥品鑑定、4. 藥品製造之監製、5. 藥品儲備、供應及分裝之監督、6. 含藥化粧品製造之監製、7. 依法律應由藥師執行之業務、8. 藥事照護相關業務。前面六項都是以“物”為主體，最後一項藥事照護與“人”相關。這也是所有醫事人員中唯一同時兼具“人”與“物”為主要業務與責任的醫事人員。從民國 86 年實施醫藥分業至今，仍有許多醫師認為，醫藥分業，剝奪醫師調劑權及既有的利益⁷⁴。本文不欲討論有關醫師調劑權的實施與限縮，而是要說明藥品調劑是在個別醫事人員身分專法中，唯一賦予藥師的專門業務與責任。但也因為藥師從事“物”的管理與交付，使得醫師為醫療團隊主導者產生對其他醫事人員專業自主性的排擠，也模糊了一般醫療專業主要以專業知識提供者的角色而攙雜商品販賣的商人形象⁷⁵。不可諱言，其中也有藥師在販售具有商品價值的藥品時，銷售的利益，會誘導藥師賺取藥品銷售利益，而稀釋藥師在醫療專業的神聖使命。

藥師主要業務與責任，從第 1 項到第 5 項，其實也就是完整藥品生產鏈的過程（第 6 項含藥化粧品在此視同第 4 項之藥品製造）。藥品的製造與生產，從許多藥廠名稱可看出端倪，許多早期設立的藥廠命名是 XX 化學工業股份有限公司、XX 製藥股份有限公司。因為化學性藥品無論從原料、製程、品管都需要由化工人材參與。今日的藥廠命名，已經隨著藥品發展由化學性藥品轉變成生物性藥品，多半會以 XX 生物科技股份有限公司、XX 生物醫學股份有限公司或 XX 醫藥生技股份有限公司為名。藥品與一般化學產品最大的差異在於是否應用於人體，也是藥師與化學化工人材關心議題的最大不同。

⁷⁴ 認為醫藥分業剝奪醫師專有權利，或是認為藥師水準不足，以應付醫藥分業所面對需求的主張與文獻相當多，但值得省思的是這些主張的目的性及背後所隱含的意圖。由世界各大先進國普遍實施醫藥分業可看出，為提升醫療品質，醫藥分業是不可缺少的一環。同註 7，頁 120。

⁷⁵ 詹麗珍，〈醫藥分業後社區藥局藥師執業現況〉，頁 10，高雄市：國立中山大學人力資源管理研究所在職專班碩士論文，2002 年。

早期衛生主管機關及藥事法規對於藥品的管理重點，只放在藥品製造。民國 50 及 60 年代，有 749 家大小不一的藥廠⁷⁶，很多是家庭式生產。所生產的產品，原料來源混雜、作業人員職責不清、生產方法與設備未經確效、生產批次紀錄不完整、品管無法落實甚至沒有標準作業程序可言。民國 71 年，改制前的衛生署頒布與實施藥品優良製造標準（Good Manufacturing Practice；GMP）⁷⁷。民國 77 年，完成實施藥品 GMP⁷⁸。民國 84 年，實施無菌藥品確效，民國 88 年，實施 cGMP，至民國 93 年，所有藥品全面實施確效作業。民國 96 年 12 月，公告實施 PIC/S GMP，也就是引入國際醫藥品稽查協約組織的藥品優良製造指引（Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice；PIC/S GMP）希望法規上與國際接軌，期許我國藥品品質能與國際競爭。同時主管機關也開始展開藥品不良反應通報⁷⁹及藥害救濟⁸⁰制度的推動。自民國 105 年 1 月 1 日起，食品藥物管理署更進一步要求所有輸入原料藥（即藥品主成分；Active Pharmaceutical Ingredient；API）均必須符合 GMP，進而要求全面實施原料藥主檔（Drug Master File；DMF）制度。

由藥政管理的演進可看出，藥品的管理，從民國 70 年代著重於製藥工廠現場（現址與硬體設備管理），民國 80 年代著重於藥品製造過程的確效管理（軟體及可信度管理），民國 90 年著重於藥品製造水準與國際標準接軌（制度與系統性管理）到今日藥品製造向前延伸至原料藥的管理，並且向後延伸至使用於人體後出現的不良反應通報，以及藥物不良反應造成損害之救濟。事實上，食品藥物管理署也在施政目標上，強調未來的施政重點，將包含藥品儲存與流通

⁷⁶ 同註 25，頁 30。

⁷⁷ 許明滿，胡幼圃，康熙洲，〈台灣食品藥物管理制度之演進與展望(一)：組織及管理制度面〉，《醫學與健康期刊》，第 2 卷，第 2 期，頁 11-21，2013 年。

⁷⁸ 實施 GMP 前國內藥廠家數為 750 家，民國 77 年實施完成後為 232 家。民國 88 年實施 cGMP 後藥廠家數為 168 家，截至民國 103 年 12 月 31 日完成 PIC/S GMP 認證藥廠家數為 99 家，未取得 PIC/S GMP 之藥廠均不得再生產。江秀彥，〈台灣藥業發展中國家角色之分析〉，頁 6，高雄市：國立中山大學政治學研究所碩士在職專班碩士論文，2014 年 5 月。

⁷⁹ 民國 93 年 4 月 21 日增訂藥事法第 45-1 條，係藥事法第七次修訂。資料來源：全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 8 日。

⁸⁰ 民國 89 年 5 月 31 日總統令制定實施並自同日起施行藥害救濟法。資料來源：全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 8 日。

(Good Storage Practice and Good Distribution Practice ; GSP/GDP)與上市後變更(Post Marketing Change Control)。這一切都是將我國藥品製造與產銷，導向正面的基本法規設計與執行。唯一的問題是來的太慢，若不是過去主管機關怠於執行的魄力、歷任首長推動不足，就是執政者在政治考量下的妥協。

因此，藥師的主要業務與責任，依序從藥師法第 15 條第 1 項規定藥師業務的第 4 項、第 5 項、第 2 項、第 1 項、第 8 項，正好就是藥品從製造到最終使用者的完整生命鏈，也就是在藥品從生產端到投入人體，期待發揮藥品治療效果的每一環節，都是由藥師主導、監製、參與及負責。



第三節 我國藥學教育發展及藥學人才培育

在我國醫療史的演進過程中，由於時代背景、統治權不斷更替、法規體系、醫療教育體系的貧乏、醫事人力素質及醫療資源分布等諸多環節的不健全，造成醫師成為醫療團隊唯一代表的畸形現象⁸¹。當時的藥學畢業生人數少的可憐，連教育體系的傳承，及公務系統都沒有足夠的藥學人力，怎能期待在臨床層面及基層醫療體系還有藥學畢業生的參與？以承襲清代北洋軍醫學堂，也是我國首開完整藥科大學學制的國防醫學院而言，1902年設立招收醫科學生後，才在1908年設立藥科。當時仿效日本藥學教育採修學三年制度，第一期學生畢業於宣統三年。在1949年遷校來台時，國防醫學院藥學系還是台灣唯一的大學藥學系。1951年，台灣大學醫學院成立藥學系，1953年開始招生。師資極端缺乏，僅有的幾位老師都必須支援他校上課。1957年高雄醫學院成立藥學系，次年中國醫藥學院也成立藥學系，並增列中藥課程，學制延長為五年。隨後在1960年，台北醫學院成立藥學系，已經是國內第五所提供藥學教育的大學。1966年，教育部開放設立藥學專科學校。由於招收初中畢業生，因此學制延長為六年，分別是位處台南的嘉南藥專，及坐落於屏東的大仁藥專。早年因應藥事人力不足，曾經輔導設立仁德高級藥劑職業學校及樹人高級藥劑職業學校，並設置藥學科，畢業後得應考藥劑生。2001年，台灣藥學會藥學教育委員會為了提昇國內藥師素質和高等教育等問題，決定裁撤高職⁸²及專科的藥學科。最後一屆的五專部藥學科學生，已在2004年走入歷史⁸³。

台灣的藥師養成教育屬於通才教育，前兩年為共同基礎課程，後兩年是藥學專業課程。現行四年制大學學程，因為授課時間不足，造成臨床藥學專業課程無

⁸¹ 事實上，當時只有醫學教育並沒有藥學教育。當時的藥學人材都是遠赴日本求學。同註 25，頁 3。

⁸² 高職藥學科已於民國 69 年全面停招。同註 54，頁 11。

⁸³ 事實上，自民國 75 年起高職體系學校，已無藥劑科畢業生，復經主管機關調查，藥劑生人力顯已過剩，經考試院決議，藥劑生舉辦至 82 年止，83 年起停辦。日後，藥劑生須經由進修管道取得大專藥學系畢業之學歷，得報考藥師國家考試。〈考選部部史〉，《考選部》，頁 500，2013 年 10 月。

法完整納入，很難培育學生成為具備有完整執業能力的藥師。這也是我國藥事人力供給，雖已符合供需，但是高素質及高品質藥事人力仍十分不足的重要原因。

有鑑於藥師的核心價值在於保障民眾的用藥安全、有效及合理性，根據歐美先進國家的經驗，經過臨床藥學訓練的藥師，能夠銜接醫療團隊中對於病患使用藥物所需要的各項指導、資訊提供、藥物諮詢、協助選擇最適合藥品、劑量、療程及交互作用與不良反應監測。這些任務是病患得到完整醫療服務中，非常重要且不可或缺的一環。最終的目的，在於發揮藥物治療病患得到應有的療效反應，並保障安全。我國傳統四年制藥學教育⁸⁴中，涵蓋藥物開發、製藥工業、醫院藥學與社區藥學，其實無法滿足完整臨床藥學所必須提供的課程內容。相較於美國藥學教育從 2003 年起全面實施六年制 Pharm D 制度，歐洲為五年制藥學制度，我國的近鄰日本⁸⁵與韓國，也分別在 2006 年與 2008 年，開始實施六年制藥學教育制度。這也說明藥學人材與化工人材的不同。藥學教育除了藥品的研發與製造，更重視藥物進入人體後的表現、路徑、安全性、合理性與不同種藥物間交互的影響。

台灣藥學會與台灣臨床藥學會，於 2005 年 7-12 月間召開四次聯席會議。除持續進行「醫院藥學實習標準化」工作以外，也發表「2005 年台灣藥學教育白皮書」。這一部台灣藥學教育白皮書，正是台灣藥學教育的重要變革。台大藥學系自民國 98 年起，開始招收六年制藥學系學生，更進一步在民國 103 年全面實施，也就是台大藥學系不再招收四年制藥學系學生（參見附錄表十四）。台北醫學大學藥學系隨後在民國 102 年，開始招收六年制藥學系學生，學制上採取雙軌並存，也就是將藥學系區分為藥學系藥學組及藥學系臨床藥學組。藥學組總招生人數為 176 名，臨床藥學組招生人數為 30 名⁸⁶。

⁸⁴ 中國醫藥大學藥學系因為加入中藥課程，因此為五年制，但在中藥課程以外的學科與學分數，與其他大學藥學系並無不同。

⁸⁵ 日本藥劑師會，〈藥學教育制度〉，《日本藥劑師會的現況 2014-2015 annual report》，頁 22，2015 年。

⁸⁶ 沈育如，〈北醫大 6 年制藥學系首招生 躍龍頭〉，《聯合報》，2013 年 8 月 10 日。
http://mag.udn.com/mag/vote2005/storypage.jsp?f_ART_ID=470904，最後瀏覽日：2015 年 5 月 2 日。

藥學系可能是所有大學學系中，除了化工系與化學系之外，修習最多化學課程的科系。普通化學、有機化學、分析化學、生物化學、物理化學、藥物化學及食品化學共七種化學課程（尚不包含選修課程中與化學相關之科目）。尤有甚者，所有化學課程，都另外搭配必修的實驗課。藥學系的實驗課程，原則上，以每三小時計算一學分。因此，即使是四年制藥學系學生，要完成所有畢業學分所需要修習的時數，非常驚人。台大藥學系四年制規定之畢業學分數為 140 學分，六年制之畢業學分數為 214 學分⁸⁷；台北醫學大學藥學系四年制之畢業學分數為 147 學分⁸⁸，六年制畢業學分數為 206 學分。倘若加上各種實驗課程，例如普通生物學實驗、普通化學實驗、有機化學實驗、分析化學實驗、生物化學實驗、藥物化學實驗、藥劑學實驗、炮製學實驗及藥理學實驗，相較於一般大學科系畢業學分數為 128 學分，藥學系學生在四年修業期間，確實是非常緊湊而且充實的。

2003 年 7 月，台灣藥學會就四年制藥學系核心課程達成共識⁸⁹，確定藥學養成教育需加強專業經驗教育。例如：健康照護經濟學、藥學社會行為學等。這些課程的目標，在於培養學生成為專業藥師，並具有以下專業核心執業能力：

1. 與病患及醫療相關人員合作，根據可靠的治療原則及臨床實證，考慮倫理、法律規定、社會風俗、文化習慣、經濟效益與不同專業，加上可能影響治療效能的新科技、生物醫學及臨床科學，以提供**藥事照顧**。
2. 與病患、行政及醫療相關人員合作，提供安全、正確、即時的藥品配送，改善藥物治療成效，達成醫療體系及醫療資源的管理與應用。
3. 與病患、社區、高風險族群及醫療團隊合作，以促進大眾健康與預防疾病。

⁸⁷ 102 年台大選課系統，資料來源：台大選課系統網站，<http://140.112.161.31/NTUVoxCourse/index.php/uquery/tc?QPYEAR=102&DPRNDPT=4031+>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 10 日。

⁸⁸ 台北醫學大學藥學系課程概述 100 年入學學生適用，但對於 102 年入學新生已改為最低畢業學分數為 156 學分，資料來源：台北醫學大學藥學系網站，http://pharmschool.tmu.edu.tw/course/super_pages.php?ID=course1&Sn=14，最後瀏覽日：2015 年 2 月 10 日。

⁸⁹ 林慧玲等，〈2005 年台灣藥學教育白皮書〉，《醫學教育》，第 10 卷，第 3 期，頁 178，2006 年。

但四年制藥學課程，尤有不足。還需補強，包括藥品資訊與分析（drug information & analysis services）、公共衛生及流行病學（public health & epidemiology）、社會學及行爲科學（social & behavior sciences）、健康照護體系經濟學（health policy & health economics）、治療學（therapeutics）及進階藥學專業實習。希望在藥師執業專業能力部分，能夠建立並且包括：

1. 能評估藥品處方、依處方調製藥品並提供妥適的藥品包裝與標示。
2. 依優良藥品儲存規範（Good Storage Practice；GSP）及優良藥品調劑規範（Good Dispensing Practice；GDP），管理藥品儲存、製備及調劑系統，督導其他技術人員執行業務。
3. 依法律規定執行藥局及藥事執業的行政管理（包含電腦確效及個人資料保護）。
4. 在藥事執業中導入並應用新科技與電腦資訊。
5. 與醫療相關人員及病患溝通，提供合理的藥物治療。
6. 規劃、評估、監測及調整藥物治療計畫，提供意見，確保有效、安全且符合經濟效益的藥事照護。
7. 偵測、評估及解決與藥品有關之問題，依據臨床經驗判斷，提供依個人化醫療觀念之藥物治療計畫，並評量預期成效。
8. 評估患者病情，依據藥物或疾病治療準則，建議處方與配套之實驗室檢驗。
9. 評估患者病情或問題，適時提供轉介建議。
10. 提供患者所需要的藥品與監測諮詢服務，包含使用藥物的目的、給藥方式、藥物治療效果及有關的治療。
11. 熟悉飲食、營養及藥物以外的治療方式。
12. 提供病患使用非處方藥品適當的建議與諮詢。
13. 提供緊急醫療照護。
14. 蒐尋並管理專業文獻資料。

15. 能夠評估並記錄參與臨床藥事照護工作時，介入處置的質與量，及所達成之結果。

六年制藥學教育的課程範疇及內容，涵蓋學生於建構核心知識、技術、能力、態度與價值時，所有必要的學識。藥師在評估病人的藥物治療，必須有解剖、生理、病理生理、檢驗數值、微生物免疫及身體診察的背景知識，熟悉藥品的化性、構效關係、藥理、劑型、生物藥劑學、藥品動態學、調劑與治療學觀念。經過這些課程培養出來的藥師，有能力判讀各種臨床數據及病歷資料，也將足以與醫師及醫療團隊成員討論與溝通。因此無論四年制藥學教育，或是六年制藥學教育，都將使新一代的藥師，具備保障病患與民眾藥物治療安全、有效及合理性的核心價值。但是要培養出更多優秀的藥學人材，普遍運用於各醫療機構之臨床藥學與藥事照護，並且期待能直追世界水準，我國藥學教育的投資仍非常不足。由我國各大學藥學系與美國大學藥學系之師生比即可看出（參見附錄表十五）。綜合以上，台灣藥學教育的課程現況相較於國內大學醫學系（附錄表十六）而言，其實已非常接近，也就是除了課程核心內容暨專業的法定職責不同以外，培養藥學系學生為專業醫事人員，將足以擔負未來執業所需的各項專業知識、技術與能力。

第四節 藥師人力供給與執業

我國從 1966 年開放藥專成立至今，維持七所大專院校，長達 48 年沒有新設大學藥學系⁹⁰，每年培養藥學畢業生，約 900 餘人⁹¹。每年參加專門執業技術人員高等考試及格，領取藥師證書者介於 900-950 人。根據藥師公會全國聯合會統計，每年新增的執業藥師人數，約在 500-600 人間，佔通過專技高考並領取藥師證書人數之 63%⁹²。

根據衛生統計資料顯示，至民國 102 年底每十萬人有 111.16 位藥師，佔各類醫事人員執業比例（每十萬人口）之第三名（參見附錄表五）。分別參考附錄表六（民國 102 年底藥事人員執業現況）、附錄表七（民國 102 年我國藥事人力於各種藥事機構執業現況）及附錄表八（我國藥事人員於民國 90 至 102 年間執業人數消長統計），再與日本、德國、加拿大、美國與我國之藥事人力比較（附錄表九），台灣藥師人數及人力供給面，其實已呈現趨於平衡狀態。台灣藥師人數為德國每十萬人口藥師人數的 1.84 倍，相對於地廣人稀的加拿大，也是該國每十萬人口藥師人數的 1.28 倍，但只為日本的 0.63 倍。這樣的供給趨勢，在未來十年中，是否會如同很多文獻，對於台灣醫師人力過剩所發出的警訊（醫師失業年代），目前看來似乎並不危急。相反的，可能有助於提高我國藥事人員品質，特別是因應醫院大量需求的臨床藥師（附錄表十），再考量執業人數高達 6,591 人的藥劑生由於年事漸高，漸趨凋零所形成的人力缺口。從另一個角度而言，面積僅有 36,000 平方公里且高達 46%面積屬於高山地區的台灣，雖然具有很高的人口集中性，但根據衛生福利部所公告的藥事法 102 條所稱之無藥事人員執業之偏遠地區⁹³，台灣仍有高達 175 個鄉鎮里，存在無藥事人員執業的窘境，迫使主管機關不得不在醫藥分業的政策下，顧及現實的狀況，例外允許診所醫師自行調劑。

⁹⁰ 成功大學於 2014 年獲准設立藥學系並開始招生，這是我國過去 48 年來唯一獲准設立的大學部藥學系，資料來源：成功大學網站，<http://web.ncku.edu.tw/files/14-1000-127780,r1569-1.php>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 10 日。

⁹¹ 同註 54，頁 11。

⁹² 由此可看出，藥學系畢業生執業率約為 2/3，其餘 1/3 可能轉往其他領域發展或是繼續進修。

⁹³ 食品藥物管理署部授食字第 1031410550 號公告附件檔，民國 103 年 10 月 20 日。

以上也可看出，如同今日醫師人力供需已呈現飽合，非僅僅地理上分布不均，城鄉差距大，而且專科人力嚴重失衡，藥事人力也存在著嚴重分布不均現象。不過這也不是台灣獨有的現象，無論日本、韓國，或是東南亞、西亞、中南美洲國家，都有相同的問題。依據附錄表八，我國藥事人員於民國 90 至 102 年間執業人數消長統計，每十萬人口藥師人力供給為年成長歷年平均為 3.31%，扣除每十萬人口藥劑生人力供給歷年成長-1.92%，藥事人力淨成長 1.39%，相當於每年新增 360 位藥師。這樣的藥事人力供給，若希望填補大量臨床藥師之需求，恐怕仍存在相當大的缺口。因此在藥學教育體系部分，應該思考是否能提供更多六年制藥學生之養成，或是除台灣大學藥學系與台北醫學大學藥學系以外（兩校合計每年培養 70 名六年制藥學生），中國醫藥大學或是高雄醫學大學藥學系，也應考慮改制，或以雙軌制提供更多六年制藥學生之養成。受限於臨床藥師的養成訓練，與臨床實習所在之醫院系統，密不可分，對於尚無附屬醫院之嘉南藥理科技大學及大仁科技大學而言，要提供六年制藥學教育，實有困難。

由附錄表九比較日本、德國、加拿大、美國與我國之藥事人力執業情況，我國在社區藥局藥師部分，非常明顯的低於德加美三國，但高於日本 (59.1%[台] : 54.6%[日] : 80.64%[德] : 62.2%[加] : 72.9%[美])。由於加拿大統計數據欠缺亞伯達省之分類，若將亞伯達省執業藥師共 4,673 位，依相同比例修正至全國統計中，將會得到 59.1%[台] : 54.6%[日] : 80.64%[德] : 69.72%[加] : 72.9%[美]。在醫院藥師部分，也非常明顯的高於日德加美四國 22.74%[台] : 18.8%[日] : 3.49%[德] : 14.67%[加] : 20.7%[美]，或是修正後的 22.74% [台]: 18.8%[日] : 3.49%[德] : 16.44%[加] : 20.7%[美]。在其他類藥師的比較，則是 19.6%[台] : 26.5%[日] : 15.87%[德] : 10.99%[加] : 6.46%[美]。由於我國實施的是所謂「半套的醫藥分業」，我國藥局藥師的 59.1%，實際上是藥局藥師(32.8%)與受聘診所藥師(26.3%)的總合，仍然遠遠低於德加美三國但高於日本 4.5%。就醫院藥師人力來看，我國醫院藥師執業人數，為日本的 1.21 倍、德國的 6.52 倍與加國的 1.55 倍、但與美國相距不遠。由這些數據可能推出幾項假設：

1. 我國處方釋出率仍低，相較於鄰國日本與韓國，具有類似的醫藥分業發展背景與歷史，卻遠遠落於其後，顯示我國的醫藥分業制度仍然需要積極且持續的努力及推動。
2. 我國醫療體系在基層醫療及家庭醫師的轉診體系，可說是非常失敗。民眾就醫，仍偏好前往醫院，衛生主管機關怠於行事與全民健保系統政策引導推動不足，難辭其究。主管機關在政策宣導上，雖然經常性的以口號方式鼓吹民眾依病情就醫，實際上未能有具體作為，以強力推動轉診體系的建立。主要原因應該與不願得罪各中大型醫療系統有關，因為歷任最高衛生首長多數來自於醫界，而且都是大型醫療體系。
3. 民眾就醫行為，經歷近 20 年的健保教育後仍未被導正，這也反應出民眾對於基層醫療診所欠缺信心。基層醫療體系，僅僅分配到健保總額的四分之一，應該如何利用部分負擔等手段，及更積極的政策工具，來推動完整的分級就診及轉診制度，基層醫療體系取得更多之健保資源，與相對負擔更多的醫療照護責任時，也可以因勢利導，將醫藥分業完整落實。
4. 醫藥分業推動不完整，及醫院及診所的處方籤釋出比例始終偏低，源自於多數醫院仍依循陋規，以「藥價差」⁹⁴彌補健保總額導致收入不足的缺口。因此，醫院必須依賴各項藥品，取得「藥價差」為利潤填補總額缺口，或為營利之來源。即使是政府所屬的部立醫院(如衛生福利部所轄的台北醫院等 27 家醫療院所)釋出之處方籤，仍為盞盞之數(2011 年健保資料顯示醫院處方釋出率為 0.41%)⁹⁵。
5. 依附錄表十二可以看出，台灣各級醫院，仍以醫學中心擁有最豐富的藥事人力，病床與藥師比為 12.46，也就是每位藥師依比例負責 12.46 床；

⁹⁴ 本文作者認為「藥價差」來自於商業行為中依據採購能力多寡與付款期限長短，自然產生的價格優惠效果(量價關係)，許多反對意見以「藥價黑洞」稱之。事實上全民健康保險對於藥價採取單一價格認定本來就違反商業交易的實質，也違反公平交易的基本原則。以藥價黑洞形容對於藥品供應商是一種沉重的道德枷鎖。

⁹⁵ 王惠珀，〈全人教育是藥學教育制度改格的前題〉，《藥學雜誌》，110 期，28 卷，No.1，頁 7-10，Mar. 31,2012。

在次一級的區域醫院則成爲 17.51 床，更次級的地區醫院增加爲 22 床。但事實上，醫學中心的藥事人力，存在著嚴重的血汗壓榨情況。原因在於醫學中心必須將相當大量的藥事人力，運用於臨床與研究發展，還有高標準的藥事行政管理。第一線的調劑藥師，無論是門診或是住院部門，都呈現調劑量嚴重超標的情況。

6. 全民健康保險署曾於民國 103 年公告療院所藥師合理調劑量(參見附錄表十一)。但是，無論衛生福利部或中央健康保險署，都有意無意的忽視醫院藥事人力，必然會有相當比例被使用於藥事服務以外的藥事行政管理、藥品物流管理、藥品供應、藥品再包裝、藥物不良反應通報及臨床研究發展等功能。因此，即使該醫院的藥事人力，表面上符合規定，但從事藥事服務的藥師工作量或調劑量，往往都要再增加 40-60%。

藥事人材的培育，基於法定業務與責任，其範圍自藥品研發與製造，經過儲運及調劑過程，傳遞給最終使用者的完整生命週期，都是由藥師主導、監製、參與及負責。由附錄表三可看出，藥師執業範圍之大，內容之廣泛，無論臨床與非臨床都必需具備高度的知識與專業內涵，因此對於藥學人材培育必須以非常積極的政策與態度進行籌劃及執行。多數藥師受限於過去藥學教育之內容不夠廣泛及整體資源不足，無論在執業容的專業程度與高度，都有持續加強的必要。

除了藥事法規與國際接軌的趨勢，臨床藥學人力的需求，加上高品質藥事人力仍然極端缺乏，在在都使得藥事人力的供給與培育，並不能僅就數據上的人口數比例已達先進國家水準而應減緩。相反的，對於藥學生的培養人數，仍應考慮適量的增加，亦應鼓勵並加強投資新一代藥師之跨領域專長培養及出國進修(與國際接軌)。行業與專業的競爭力應構築在知識內容的提昇，而非已人力供需爲保障專業的唯一手段。藉由法規鬆綁對於藥師執業的限制，其實更有助於藥師的專業表限，正如同前章第三節所述，美國加州藥事管理委員會認爲擴大藥師執業處所得兼管兩處藥局，其實更能強化藥師的管理能力。這就是藥師專業與管理專

業的跨領域專長發揮。德國藥師會在 2013 年年報中也以明確數據指出，單點的藥師個人執業藥局的競爭力與服務能力是在衰退中，2-3 家的小型連鎖藥局或品牌藥局能提供更優質的服務內容及競爭能力。

對於在職藥師的持續教育，應該擴大專業範圍及內容強度。雖然藥師專科化的趨勢尚未形成，但是藉由醫師、牙醫師及專科護理師的進步趨勢，藥事人力的專科化應該勢在必行。也就是未來應該是，特定的業務只能由特定專科的藥師來執行。藥事人力專業化，其實有助於醫療產業的進步，也有助於提昇藥師平均薪資及收入，與國際水準相近。必須要注意的是，任何的品質都是建築在一定成本之上，特別是被高度期待結果的醫療產業，實無法以低廉的成本構建可以期待的優良人力。



第四章 結論與建議

第一節 結論

第二章第三節所述的正反意見，主要取自於醫師公會全國聯合會、新北市醫師公會、醫療法律學者、中華民國基層醫療協會、台灣醫師兼藥師醫療協會等醫藥事公協會專業團體的公開發言、立法院公聽會表述、期刊上發表意見及憲法法庭上之表示等等。反對開放例外規定的主要是衛生主管機關（改制前的衛生署）及藥師公會全國聯合會、多位大學藥學系教授，基本的理由就是基於藥師兼具“物”與“人”的執業特性，不希望再次引發藥師不親自執業與租牌借牌的歪風，可能重創近年來重新建立清新與社會信賴度的藥師形象。有趣的是，主張開放的藥師執業處所限制的，除了代表醫師的醫師公會全國聯合會，也包括次級藥師團體及藥師個人。在立法院第 8 屆第 5 會期，社會福利及衛生環境委員會舉行由劉建國委員擔任主席的「藥師法第十一條條文修正草案」公聽會⁹⁶。

公聽會邀請釋憲案鑑定人，陽明大學教授黃文鴻表示，很多限制因為時空改變，實有調整的必要。醫師公會全聯會法規召集委員陳夢熊醫師及新北市醫師公會理事長張嘉訓醫師均指出，現行電腦與網路科技，再搭配衛生福利部建構的醫事人員憑證 IC 卡，與健保署的醫事人員執業登入系統，要檢視藥事人員出勤，勾稽是否親自執業，實在不是困難。黃茂榮與湯德宗大法官在協同意見書中指出，人民基本權利保障，應起自人民本來是自由人。代表行使國家權力的機關，在自由人的基礎上提出具體正當理由，才能以憲法肯認的方式，並且遵守比例原則，來制定法律加以限制。「其限制規定之規範設計不應當是：原則限制，例外許可；而應當是：原則自由，在具體情形，例外加以限制。」因此，符合規定的藥師執業限制模式應是：「藥師固應親自執行業務。但得自由擇定一處或多處為其執業處所。為防止藥師不在登記領照執業之處所，親自執業，而由他人執業，可以規

⁹⁶ 劉建國，〈立法院第 8 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會舉行「藥師法第十一條條文修正草案」公聽會會議紀錄〉，《立法院公報》，第 103 卷，第 42 期，2014 年 5 月 22 日。

定藥師在一個處所執行業務時，應以電腦連線通報其正在執行業務之處所，並在其電腦檔案內依時序記錄事後可供稽核之服務內容⁹⁷。」

從歷史的角度回顧，早年藥師未能親自執業乃自於 1. 法規體系未健全、 2. 教育體系無法供應最起碼的藥學人力、 3. 傳統醫學與西方醫學系統尚未調和、 4. 藥師學養不足，特別是法治、專業與執業倫理觀念的欠缺、 5. 人民對於接受專業藥事服務素養不足、 6. 整體醫療環境仍在混亂中，無照密醫，無照藥房混雜，製藥業亦無合理之品質與流向管制系統，無照藥商充斥等多種因素。然而這些種種的亂象，已不復當年，我國醫藥體系法規已相當完整且成熟，僅僅衛生福利部之醫事目法規，即多達 110 部，食品藥物管理目亦高達 147 部；目前教育體系每年可以培養近千名藥學生，其中還有超過百名的臨床藥學人材（台大藥學系、台北醫學大學藥學系六年制及各校臨床藥學研究所）；國內以西方醫學為主體的態勢，已相當清楚，中西醫藥之權利義務與限制已臻分明；藥學體系日趨健全，藥師修習學分及教學內容，已大幅提昇，與過去不可同日而語。改制前的衛生署於民國 98 年 12 月 31 日，以衛署藥字第 0980302525 號令⁹⁸，發布施行藥師執業登記及持續教育辦法，規定所有藥事人員必須於六年內修習 150 持續教育學分，始得換發執業執照，以維持執業所需之專業知識，及更新科技與法規發展相關能力。對於提升執業藥師水準與能力及汰除未能與日精進之藥事人員有一定之幫助。今日社會中，不具合格身分醫事人員已相當少，密醫、密牙醫、無照藥局或無照藥商等情況，亦不多見。製藥產業由於數十年來階段性強制提昇水準，由 GMP 至 c-GMP 再至 PIC/S GMP。再向前後延伸至原料藥 API GMP、優良藥品儲存/運送規範（Good Storage Practice/Good Distribution Practice，GSP/GDP），以及優良藥品調劑規範（Good Dispensing Practice，GDP），汰劣留強，品質管理系統與藥物流向管制，已與國際法規水準接軌。

從科技面而言，衛生福利部為搭配電子病歷與健保 IC 卡的使用，已對於臨

⁹⁷ 李志宏，施肇榮，〈違憲藥師法第 11 條修法(上)—執業自由仍未解、法官憂再度違憲〉，《台灣醫界》，57 卷，8 期，頁 42，2014 年。

⁹⁸ 行政院衛生署衛署藥字第 09803012525 號公告，2009 年 12 月 31 日。

床執業醫事人員提供「醫事人員憑證」IC 卡。如同自然人憑證，一人一卡，醫事人員親自執業的監督機制已然完成。使用「醫事人員憑證」IC 卡登入時，執業處所、地點與登入、登出時間都能清楚紀錄。以前，擔心醫事人員未親自執業而無法監督與查核的情況，藉由醫事人員身分憑證與網路建設的發達，已不復存在。

醫師以外之所有醫事人員執業在其身分專法中，均明訂限一處執業，惟醫師只被限定在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。並無明文規定“限一處”。除藥師與牙體技術師以外，其他醫事人員執業限制也都有例外規定。藥師執業處所限制，在司法院大法官第 711 號解釋出爐後，因與憲法第十五條保障工作權之意旨相牴觸，已被宣告，應自該解釋公布之日起，至遲於屆滿一年時失其效力。衛生福利部，乃透過修法增加但書方式，將藥師法第 11 條修正為：「藥師執業以一處為限，並應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、依法規定之執業處所或其他經主管機關認可之機構為之。但於醫療機構、藥局執業者，有下列情形之一，並經事先報准，得於執業處所外執行業務：

- 一、藥癮治療或傳染病防治服務。
 - 二、義診或巡迴醫療服務。
 - 三、藥事照護相關業務。
 - 四、於矯正機關及經中央主管機關公告之無藥事人員執業之偏遠地區，執行調劑業務。
 - 五、其他經中央主管機關認定之公益或緊急需要。
- 前項但書執行業務之辦法，由中央主管機關定之」。

衛生福利部續於民國 103 年 9 月 24 日，以衛部醫字第 1031665757 號令，頒布「藥師於執業處所外執行業務管理辦法」，內容如下：

第一條 本辦法依藥師法（以下稱本法）第十一條第二項規定訂定之。

第二條 藥師有本法第十一條第一項但書各款情形之一，於執業處所外執行

業務（以下簡稱支援）者，應事先報請所在地直轄市、縣（市）主管機關核准。所在地直轄市、縣（市）主管機關於審理前項申請時，應考量申請人原執業處所之人力配置、業務執行、支援者工作時數分配之適當性、支援期間是否過長及支援之必要性等因素。所在地直轄市、縣（市）主管機關核准第一項申請後，其為越區者，並應副知支援地直轄市、縣（市）主管機關。

第三條 執業於醫療機構或藥局之藥師，經事先報准於執業處所外執行業務者，應依下列規定為之：

- 一、被支援之醫療機構或藥局，除有藥事法第一百零二條規定所定情形外，應已聘有至少一名專任藥師或藥劑生。
- 二、支援者原執業之醫療機構或藥局，除暫時停止藥師業務者外，應至少留有一名藥師或藥劑生於醫療機構或藥局執行業務。
- 三、工作時數，應依勞動基準法相關規定，且其時數應加總計算。

第四條 本法第十一條第一項第一款及第二款所稱服務，指執行本法第十五條第一項第二款所定藥品調劑業務。

第五條 本法第十一條第一項第五款所定緊急需要，包括專任藥師因傷病或其他個人因素。

本文認為藥事人員執業限制的修正，應符合多數藥師的利益，且能維護社會大眾之健康利益並有助國民健康權。保障民眾使用藥物時，接受專業人員服務的權利。諸多正反意見中，我們應該注意的是，專門職業技術人員之所以成為專家，且受到法律的保障，也正是其專業。因此，專門職業技術人員的執業倫理，與執業道德，應該時時銘記在心。其基本原則，應該就是「親自執業」及「利益衝突」(conflicts of interest)。親自執業，不只適用藥事人員，其他醫事人員也有相同的適用。藥師以外，各類醫事人員，都存在著未親自執業的問題。密醫租牌看診，無照醫事人員，提供服務與治療的現象仍然存在，雖然不能說是比比皆是，但業界時有耳聞，且大家心中有數。藥師，因為存在開業與受聘的問題，又夾雜醫藥分

業的利益問題，所以特別受到矚目。在不同行業別中，我們也可以看到類似的例證，即使是身為法律人的德國律師，於 19 世紀時也有從屬單一邦高等法院的限制，也不能在登錄執業所在地以外開設分所；過去香港計程車也有執業牌照總量管制的限制，這些都是專業人員執業限制的一種。蘇永欽大法官在 711 號解釋一部協同一部不同意見書中表示，制度性保障不謂不能改變。換言之，制度性的限制也有可能隨著時代而改變，但不會改變的是專業服務內涵中的「親力親為」，也就是「親自執業」。

「利益衝突」，主要是提醒開業診所醫師、醫師公會及衛生主管機關，具有開立處方權利之人，就不應該擁有藥局。無論是門前藥局，或是聘用藥師調劑，都是擁有藥局的型態。這也是另外一種權力分立原則。醫師所持的專業是，診察病患、診斷疾病、擬定治療策略及開立藥物處方。醫師憑藉這些專業，救人濟世，以掛號費、診查費與處置費為報酬外，應該避免觸及藥物的調配與買賣⁹⁹。因此，在迴避「利益衝突」的原則下，對於病患是否方便，或是服務品質的問題，都不應該成為反駁的理由。反而應該針對問題，設計制度，逐一解決。在立法院舉行的公聽會中，開業醫師所舉出的多項理由，例如藥事支援人力平台、社區藥局備藥品項不足、社區藥局無法或不願承接釋出之處方等事實，也不容藥事相關公協會迴避。藥師公會全國聯合會、台灣藥學會及各地方藥師公會，都必須協助解決。否則沒有立場主張醫藥分業，也沒有立場反對藥師執業處所限制的開放。

⁹⁹ 同註 63，頁 5。

第二節 建議

美國至今仍無法律強制規定醫藥分業。但是，醫藥雙方都知道要合作，以增進病人健康。1986年美國醫學協會的倫理及公平委員會才要求，“敦促”醫師「對於藥局中已供應的藥物或輔具避免調劑及零售，但是在某些狀況醫師在道德上可以介入¹⁰⁰。」「正如同美國藥局歷史機構總裁(Robert Zellmer, 1991)說：『歷史顯示兩個職業向和諧進展。過去的進步可以增進未來的發展，尋得並保留現狀與力量向提供病患最佳照顧之路邁進¹⁰¹。』」我國目前存在的雙軌制醫藥分業，是醫藥歷史進步中的過渡性階段，同時也對於社會現實的承認。基於現況，藥事人力的普及與運用，不應該因推動醫藥分業的目標而被有意無意的忽視。本文主張並提出以下建議：

1. 藥師執業處所限制應予與更大幅度之解除。利用現今科技已能達成藥師是否親自執行業務之紀錄與查核，輔以健保特約藥局制度，將有助於提高藥師親自執業比例與執業內容之水準。因此採用資格認定^{102、103}，與及時登入與登錄(On-line Log-in)¹⁰⁴，得以確認藥師之執業地點與時間。
2. 本文支持目前藥師報備支援制度，排除藥品製造業與藥品批發業(Wholesaler)藥師。但本文認為藥師執業處所限制應參考美國法，以利益迴避為出發而非目前修法理由謂之，「不開放藥品製造業藥師支援之理由是考量藥師於執行藥品、含藥化粧品監製、藥品儲備、供應及分裝等

¹⁰⁰ 同註 63，頁 20。

¹⁰¹ 同註 64，頁 5。

¹⁰² 藥師法施行細則第 7 條規定：「藥師執行本法第十五條第一項第二款所定藥品調劑業務，除依照本法第十二條、第十六條至第二十條及藥事法相關規定辦理外，並應在其作業處所標示受理調劑作業時間及佩戴藥師執業執照。其不在時，應有暫停受理調劑之標示。」

¹⁰³ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21 條規定：「特約醫院及診所如聘有藥事人員提供藥事服務者，其調劑部門之設置標準準用本保險特約藥局之規定；其藥事人員至少應有一人符合本保險特約藥局主持藥師或藥劑生之資格及條件，始得為本保險提供藥事服務。特約醫院及診所之藥事人員，應於特約期間完成符合中央衛生主管機關規定之繼續教育，始得為本保險提供藥事服務。」；第 40 條規定「藥局得申請為本保險之特約藥局，但其負責藥師或藥劑生須執業二年以上，且於特約前二年內曾接受中央衛生主管機關認可之繼續教育四十八小時以上。前項所稱執業，以從事藥品調劑相關工作為限。」

¹⁰⁴ 行政院衛生福利部中央健康保險署健保醫字第 1010087824 號函，2012 年 5 月 30 日。

業務時，應確保藥品適合其預定用途，符合上市許可要求，俾免由於安全性、品質或有效性之不足而使病人或使用者的陷於危險。」因此，基於公共利益考量，要求藥品製造業藥師，執業應限於一處。以今日的科技與品質標準，藥品製造、分裝、儲備與供應等業務，早已高度科技化及標準化，屬於系統性管理，藥師屬於法令上必須的監督，與負責角色。在藥物生產過程中，並非全部由藥師親自執行。因此，原修法理由欠缺實益，對於製造業以外藥師，例如服務於教育界、行政管理、研究機構或實驗室的藥師，仍存在職業自由遭受不合理限制之違憲可能性。

3. 藥師執業限制應修正為事前登錄制而非事前報准制。黃茂榮大法官在釋字第 711 號解釋協同意見書中指出，人民基本權利保障，應起自人民本來是自由人。因此限制規定的設計不應是：原則限制，例外許可；而應當是：原則自由，在具體情形，例外加以限制。因此，對於藥師執業限制的符合規定模式應是：藥師應親自執行業務，但得自由選擇一處或多處為其執業處所。如同建議 1 所述，今日電腦網路與醫事人員 IC 憑證，已能達成紀錄與追蹤的功能，對於藥師加強親自執業之專業與倫理觀念及違規懲戒的實施，其實可以有效防杜主管機關與學界之憂慮。事實上並不存在傷及整體公共衛生體系，及有害憲法第 157 條國民健康權之重大公共利益情況。從大法官釋字第 718 號解釋對於「集會遊行法申請許可規定未排除緊急性及偶發性集會遊行之部分違憲，應自民國 104 年 1 月 1 日起失其效力。」可以投射至藥師執業處所限制以事前登錄制，才是符合憲法對於人民與專門執業人員職業管制的比例原則。
4. 本法第 11 條修正條文，應將前三款合併，刪除第 4 款及修正第 5 款文字。茲說明如下：前三款包含藥癮治療、傳染病防治服務、義診、巡迴醫療服務及藥事照護相關業務，由於具有非固定處所執業的特性，因此明文規定，事前報准仍屬合理，可考慮予合併保留。第 4 款謂「於矯正機關及經中央主管機關公告之無藥事人員執業之偏遠地區，執行調劑業務。」

實為畫蛇添足。藥事法第 102 條第 2 項清楚規定，無藥事人員執業之偏遠地區，得免實施醫藥分業。既然如此，何須再為「提升該等地區之藥事品質，爰增訂藥師得以報准支援方式執業。」這理由等同指稱現行由醫師進行調劑行為是不理想的藥事品質。既然認為醫師無法提供理想的藥事品質，應該設計政策及方案，誘導藥事人員前往這些地區執業並取消因現實而妥協的「無藥事人員執業之偏遠地區，得免實施醫藥分業」，而非任由不理想藥事品質存在，讓這些區域的居民享受次等醫療品質。同款中有關矯正機關的報備支援，更令人無法理解。收容人用藥安全與及時性是必要，一般病人卻沒有這樣的必要性？矯正機關藥師「請假」或「請調出缺」時可以報備支援，一般小型醫療機構藥師「請假」或「離職」時就沒有同等的考量。「為什麼矯正機關『藥品管理安全性』在支援條件下沒問題，一般支援的管理就有問題？¹⁰⁵」修法目的，主要就是要解決藥事人力不足，以支援方式，達成充分運用藥事人力的目的。無論矯正機關，一般醫療院所及社區藥局均應涵蓋，沒有強調矯正機關之必要。第 5 款規定「其他經中央主管機關認定之公益或緊急需要」，相對於其立法理由：「為賦予法律彈性，避免掛一漏萬，爰增列其他經中央主管機關認定之例外情形，所指緊急需要應包含專任藥事人員，因傷病或其他個人因素請假之情形。」卻像是立法理由與法條文字之倒置。其實第 5 款條文，只須立法授權主管機關做必要的認定，或是加上同其他醫事人員執業限制之但書：「但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。」即可完整涵蓋所有情況。將專任藥事人員，因傷病或其他個人因素請假之情形列，認定為公益或緊急需要，實有削足適履的感覺。

綜合以上，本文於結尾時擬再次強調，藥師的業務基本上分為對“物”的藥品管理與供應的商品服務與對“人”的藥事專業服務。無論是針對“物”或

¹⁰⁵ 同註 2，頁 36。

“人”提供專業服務之藥師，在一定配套措施下，應無限制執業一處之必要。其次，專業服務必須由專業人員親自為之，就是親自執業。在專業人員身分法律及專業人員執業的倫理與道德規範要求下，親自執業是實踐專業的基本條件。同理，藥師報備支援或接受支援的雙方，都應該具備身分與資格上的適格。基於利益衝突迴避的考量，排除藥品製造業藥師及販賣業藥師之報備支援，但基於職業平等原則，仍應儘快修法開放其他執業類別藥師適用報備支援制度。



附錄 一、 表格

表一¹⁰⁶ 各類醫事人員專法立法時間、修法次數及立法順序

| | 醫事人員專法 | 立法時間 | 修法次數 | 立法順序 |
|----|----------------------------------|-------------------|--------|------|
| 1 | 醫師法 | 民國 32 年 09 月 22 日 | 10 次修正 | 1 |
| | 牙醫師(適用醫師法) | | | |
| | 中醫師(適用醫師法) | | | |
| 2 | 藥師法(民國 68 年 3 月 26 日第二次修正前為藥劑師法) | 民國 32 年 09 月 30 日 | 8 次修正 | 2 |
| 3 | 助產人員法(助產師、助產士) | 民國 32 年 09 月 30 日 | 6 次修正 | 2 |
| 4 | 護理人員法(護理師、護士) | 民國 80 年 05 月 17 日 | 6 次修正 | 5 |
| 5 | 物理治療師法 | 民國 84 年 02 月 03 日 | 3 次修正 | 6 |
| 6 | 職能治療師法 | 民國 86 年 05 月 21 日 | 3 次修正 | 7 |
| 7 | 醫事檢驗師法 | 民國 89 年 02 月 03 日 | 3 次修正 | 8 |
| 8 | 醫事放射師法 | 民國 89 年 02 月 03 日 | 2 次修正 | 8 |
| 9 | 營養師法 | 民國 73 年 05 月 09 日 | 4 次修正 | 4 |
| 10 | 心理師法 | 民國 90 年 11 月 21 日 | 未修正 | 10 |
| 11 | 呼吸治療師法 | 民國 91 年 01 月 16 日 | 1 次修正 | 11 |
| 12 | 語言治療師法 | 民國 97 年 07 月 02 日 | 未修正 | 12 |
| 13 | 牙體技術師法 | 民國 98 年 01 月 23 日 | 未修正 | 13 |
| 14 | 聽力師法 | 民國 98 年 01 月 23 日 | 未修正 | 13 |

¹⁰⁶ 資料來源：全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>，最後瀏覽日：2015 年 1 月 20 日。

表二 A¹⁰⁷ 各類醫事人員執業限制

| 醫事人員類別 | 執業處所限制 | 法條 | 執業處所限制之補充與例外 |
|--------|--------|---|---|
| 醫師 | 無 | 醫師法 8-2 條 | 醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。 |
| 牙醫師 | 無 | 同醫師法 8-2 條 | 同上 |
| 中醫師 | 無 | 同醫師法 8-2 條 | 同上 |
| 藥師 | 限一處 | 藥師法 11 條(原法) | 藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。 |
| | 限一處 | 藥師法 11 條 ¹⁰⁸ (民國 103 年 6 月 27 日修正後) | 藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。但於醫療機構、藥局執業者，有下列情形之一，並經事先報准，得於執業處所外執行業務： 一、藥癮治療或傳染病防治服務。 二、義診或巡迴醫療服務。 三、藥事照護相關業務。 四、於矯正機關及經中央主管機關公告之無藥事人員執業之偏遠地區，執行調劑業務。 五、其他經中央主管機關認定之公益或緊急需要。 前項但書執行業務之辦法，由中央主管機關定之。 |

¹⁰⁷ 資料來源：全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>，最後瀏覽日：2015 年 1 月 20 日。

¹⁰⁸ 藥師法第 11 條立法理由為：「一、增列藥師執業處所類別，另參酌司法院釋字第七一一號解釋意旨，為衡平藥師與其他醫事人員執業之限制，並考量藥師人力不足之偏遠、離島地區醫療服務之實務需要等，爰增列但書規定，使藥師得合法於執業登記處所以外之處所執業。惟考量藥師業務之差異性及專業性，限於執業登記於醫療機構或藥局之藥師始得例外於執業處所外執行業務。二、但書規定之例外情形共計五款，以下節略。」

資料來源：立法院法律系統，

[http://lis.ly.gov.tw/lcgci/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02551*%20OR%20NO%3DB02551\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lcgci/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02551*%20OR%20NO%3DB02551$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

| | | | |
|---------------|-----|------------|--|
| 助產人員(助產師、助產士) | 限一處 | 助產人員法 12 條 | 同條同項後段：助產人員執業以一處為限，並應在所在地主管機關核准登記之助產機構或醫療機構為之。但急救或應邀出外執行業務者，不在此限。 |
| 護理人員(護理師、護士) | 限一處 | 護理人員法 13 條 | 同法 12 條：護理人員執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、護理機構或其他經中央主管機關認可之機構為之。但急救、執業機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 物理治療師 | 限一處 | 物理治療師法 9 條 | 同條後段：物理治療師執業以一處為限，並應在所在地衛生主管機關核准登記之醫療機構、物理治療所或其他經衛生主管機關認可必須聘請物理治療師之機構為之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 職能治療師 | 限一處 | 職能治療師法 9 條 | 同條後段：職能治療師執業以一處為限。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 醫事檢驗師 | 限一處 | 醫事檢驗師法 9 條 | 同條後段：醫事檢驗師執業以一處為限，並應在所在地衛生主管機關核准登記之醫療機構、醫事檢驗所或其他經衛生主管機關認可必須聘請醫事檢驗師之機構為之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 醫事放射師 | 限一處 | 醫事放射師法 9 條 | 同條後段：醫事放射師執業以一處為限，並應在所在地衛生主管機關核准登記之醫療機構、醫事放射所或其他經衛生主管機關認可之機構 |

| | | | |
|-------|-----|-------------|---|
| | | | 爲之。但機關間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 營養師 | 限一處 | 營養師法 10 條 | 同條後段：營養師執業以一處爲限，並應在醫療機構、營養諮詢機構、學校或其他經主管機關認可之機構、場所爲之。但機構、場所間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 心理師 | 限一處 | 心理師法 10 條 | 同條後段：心理師執業以一處爲限，並應在所在地直轄市、縣（市）主管機關核准登記之醫療機構、心理治療所、心理諮商所或其他經主管機關認可之機構爲之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 呼吸治療師 | 限一處 | 呼吸治療師法 10 條 | 同條後段：呼吸治療師執業以一處爲限，並應在所在地主管機關核准登記之醫療機構或其他經主管機關認可必須聘請呼吸治療師之機構爲之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 語言治療師 | 限一處 | 語言治療師法 9 條 | 同條後段：語言治療師執業以一處爲限，並應在所在地直轄市、縣（市）主管機關核准登記之醫療機構、語言治療所或其他經中央主管機關認可公告之機構爲之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 |
| 牙體技術師 | 限一處 | 牙體技術師法 11 條 | 牙體技術師執業以一處爲限，並應在所在地直轄市、縣（市）主管機關核准登記之醫療機構、鑲牙所或牙體技術所爲之。 |
| 聽力師 | 限一處 | 聽力師法 9 條 | 同條後段：聽力師執業以一 |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>處為限，並應在所在地直轄市、縣（市）主管機關核准登記之醫療機構、聽力所或其他經中央主管機關認可公告之機構為之。但機構間之支援或經事先報准者，不在此限。</p> |
|--|--|--|



表二 B 各類醫事人員執業限制之例外

| 執業限制例外之比較及立法理由 | 醫事人員類別 |
|--|--|
| 只限應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。 | 醫師、牙醫師、中醫師 |
| 限一處，特定執業型態藥師，得在五種特定情況，事前報准於執業處所以外執行業務(修法後)。 | 藥師 |
| 但急救或應邀出外執行業務者，不在此限。 | 助產人員(助產師、助產士) |
| 但急救、執業機構間之支援或經事先報准者，不在此限。 | 護理人員(護理師、護士) |
| 但機構間之支援或經事先報准者，不 | 物理治療師 ¹⁰⁹ 、職能治療師 ¹¹⁰ 、醫事 |

¹⁰⁹ 物理治療師法第 9 條立法理由為：「加強執業管理，有必要嚴格限制物理治療師之執業處所，爰明定本條。」資料來源：立法院法律系統，
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02551*%20OR%20NO%3DB02551\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02551*%20OR%20NO%3DB02551$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹⁰ 職能治療師法第 9 條立法理由為：「為加強執業管理，有必要嚴格限制職能治療師之執業處所，爰明定本條。」資料來源：立法院法律系統，
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02553*%20OR%20NO%3DB02553\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02553*%20OR%20NO%3DB02553$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹¹ 醫事檢驗師法第 9 條立法理由為：「為加強執業管理，有必要嚴格限制醫事檢驗師之執業處所，爰明定本條。」資料來源：立法院法律系統，
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02540*%20OR%20NO%3DB02540\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02540*%20OR%20NO%3DB02540$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹² 醫事放射師法第 9 條立法理由為：「為加強執業管理，有必要嚴格限制醫事放射師之執業處所，爰明定本條。」資料來源：立法院法律系統，
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02552*%20OR%20NO%3DB02552\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02552*%20OR%20NO%3DB02552$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹³ 營養師法第 10 條修法理由為：「參照醫事放射師法第九條及醫事檢驗師法第九條法例，增列本條規定，以限制營養師之執業處所，提高其服務品質。」資料來源：立法院法律系統，
[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02514*%20OR%20NO%3DB02514\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02514*%20OR%20NO%3DB02514$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

| | |
|---|--|
| 在此限。 為加強執業管理，有必要嚴格限制該 種醫事人員之執業處所，爰明定本條。 | 檢驗師 ¹¹¹ 、醫事放射師 ¹¹² 、營養師 ¹¹³ 、 心理師 ¹¹⁴ 、呼吸治療師 ¹¹⁵ 、語言治療 師 ¹¹⁶ 、聽力師 ¹¹⁷ |
| 限一處，無例外 | 牙體技術師 |

* 醫事放射師法中的執業例外「但機關間之支援或經事先報准者，不在此限。」
與其他使用機構字眼不同但意義相同，很有可能是立法時的文字性瑕疵。

** 該種醫事人員係指在專法中之專門醫事人員名稱。



¹¹⁴ 心理師法第 10 條立法理由為：「為加強執業管理，有必要嚴格限制心理師之執業處所，爰為本條規定。」資料來源：立法院法律系統，

[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02566*%20OR%20NO%3DB02566\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02566*%20OR%20NO%3DB02566$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹⁵ 呼吸治療師法第 10 條立法理由為：「為加強執業管理，有必要嚴格限制呼吸治療師之執業處所，爰為本條規定。」資料來源：立法院法律系統，

[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02574*%20OR%20NO%3DB02574\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02574*%20OR%20NO%3DB02574$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹⁶ 語言治療師法第 9 條立法理由為：「為加強語言治療師執業管理，爰規定其執業以一處為限，並應於主管機關核准登記或認可公告之機構為之。」資料來源：立法院法律系統，

[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02584*%20OR%20NO%3DB02584\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02584*%20OR%20NO%3DB02584$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

¹¹⁷ 聽力師法第 9 條立法理由為：「為加強聽力師執業管理，爰規定其執業以一處為限，並應於主管機關核准登記或認可公告之機構為之。」資料來源：立法院法律系統，

[http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02586*%20OR%20NO%3DB02586\\$\\$\\$NO-PD](http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw?@28:1804289383:f:NO%3DE02586*%20OR%20NO%3DB02586$$$NO-PD)，最後瀏覽日：2015 年 2 月 28 日。

表三¹¹⁸ 各類醫事人員主要業務與責任

| | 醫事人員類別 | 主要業務與責任(醫師法對醫師業務與責任課予義務) |
|---|------------------------------|---|
| 1 | 醫師 (醫師法第三章 義務, 第 11-24 條) | <p>第 11 條：醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。</p> <p>第 11-1 條：醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書或死產證明書。</p> <p>第 12 條：醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。 前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項： 一、就診日期。 二、主訴。 三、檢查項目及結果。 四、診斷或病名。 五、治療、處置或用藥等情形。 六、其他應記載事項。 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。</p> <p>第 12-1 條：醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。</p> <p>第 13 條：醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章： 一、醫師姓名。 二、病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。</p> <p>第 14 條：醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。</p> |

¹¹⁸ 資料來源：全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>，最後瀏覽日：2015 年 1 月 20 日。

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| | | <p>第 15 條：醫師診治病人或檢驗屍體，發現罹患傳染病或疑似罹患傳染病時，應依傳染病防治法規定辦理。</p> <p>第 16 條：醫師檢驗屍體或死產兒，如為非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。</p> <p>第 17 條：醫師如無法令規定之理由，不得拒絕診斷書、出生證明書、死亡證明書或死產證明書之交付。</p> <p>第 19 條：醫師除正當治療目的外，不得使用管制藥品及毒劇藥品。</p> <p>第 20 條：醫師收取醫療費用，應由醫療機構依醫療法規規定收取。</p> <p>第 21 條：醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。</p> <p>第 22 條：醫師受有關機關詢問或委託鑑定時，不得為虛偽之陳述或報告。</p> <p>第 23 條：醫師除依前條規定外，對於因業務知悉或持有他人病情或健康資訊，不得無故洩露。</p> <p>第 24 條：醫師對於天災、事變及法定傳染病之預防事項，有遵從主管機關指揮之義務。</p> |
| 2 | 牙醫師 | (適用醫師法) |
| 3 | 中醫師 | (適用醫師法) |
| 4 | 藥師 (藥師法第三章 業務及責任，第 15-20.1 條) | <p>第 15 條：藥師業務如下：</p> <p>一、藥品販賣或管理。</p> <p>二、藥品調劑。</p> <p>三、藥品鑑定。</p> <p>四、藥品製造之監製。</p> <p>五、藥品儲備、供應及分裝之監督。</p> <p>六、含藥化粧品製造之監製。</p> <p>七、依法律應由藥師執行之業務。</p> <p>八、藥事照護相關業務。</p> <p>中藥製劑之製造、供應及調劑，除依藥事法有關規定辦理外，亦得經由修習中藥課程達適當標準之藥師為之；其標準由中央主管機關會同中央教育主管機關定之。</p> <p>藥師得販賣或管理一定等級之醫療器材。</p> <p>前項所稱一定等級之醫療器材之範圍及種類，由中央主管機關定之。</p> |

| | | |
|---|------------------------------------|---|
| 5 | 助產人員 (助產人員法第四章 業務及責任, 第25-31 條) | <p>第 25 條：助產人員業務如下：</p> <p>一、接生。</p> <p>二、產前檢查及保健指導。</p> <p>三、產後檢查及保健指導。</p> <p>四、嬰兒保健指導。</p> <p>五、生育指導。</p> <p>六、其他經中央主管機關認定之項目。</p> <p>助產人員執行相關業務，應製作紀錄。</p> <p>前項紀錄，由該助產人員之執業機構保存，並至少保存十年。</p> <p>第 26 條：助產人員執行助產業務時，發現產婦、胎兒或新生兒有危急狀況，應立即聯絡醫師，並予必要之急救處置。</p> <p>第 27 條：助產人員於執行正常分娩之接生時，得依需要施行灌腸、導尿、會陰縫合及給予產後子宮收縮劑等必要事項。</p> <p>第 28 條：助產人員非親自接生，不得出具出生證明書或死產證明書。</p> <p>第 29 條：助產人員不得無故拒絕或遲延接生。</p> <p>第 30 條：助產人員接受衛生、司法或司法警察詢問時，不得為虛偽之陳述或報告。</p> <p>第 31 條：助產人員或助產機構之人員，對於因業務而知悉或持有他人之秘密，不得無故洩漏。</p> |
| 6 | 護理人員 (護理人員法第四章 業務及責任, 第24-28 條) | <p>第 24 條：護理人員之業務如下：</p> <p>一、健康問題之護理評估。</p> <p>二、預防保健之護理措施。</p> <p>三、護理指導及諮詢。</p> <p>四、醫療輔助行為。</p> <p>前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。</p> <p>專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。</p> <p>前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。</p> |
| 7 | 物理治療師 (物理治療師 | <p>第 12 條：物理治療師業務如左：</p> <p>一、物理治療之評估及測試。</p> <p>二、物理治療目標及內容之擬定。</p> <p>三、操作治療。</p> |

| | | |
|----|---|---|
| | 法第二章 執業，第 12 條) | <p>四、運動治療。</p> <p>五、冷、熱、光、電、水、超音波等物理治療。</p> <p>六、牽引、振動或其他機械性治療。</p> <p>七、義肢、輪椅、助行器、裝具之使用訓練及指導。</p> <p>八、其他經中央衛生主管機關認可之物理治療業務。</p> <p>物理治療師執行業務，應依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。</p> |
| 8 | <p>職能治療師</p> <p>(職能治療師</p> <p>法第二章 執業，第 12 條)</p> | <p>第 12 條：職能治療師業務如下：</p> <p>一、職能治療評估。</p> <p>二、作業治療。</p> <p>三、產業治療。</p> <p>四、娛樂治療。</p> <p>五、感覺統合治療。</p> <p>六、人造肢體使用之訓練及指導。</p> <p>七、副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導。</p> <p>八、其他經中央衛生主管機關認可之職能治療業務。</p> <p>職能治療師執行業務，應依醫師開具之診斷、照會或醫囑為之。</p> |
| 9 | <p>醫事檢驗師</p> <p>(職能治療師</p> <p>法第二章 執業，第 12 條)</p> | <p>第 12 條：醫事檢驗師業務如下：</p> <p>一、一般臨床檢驗。</p> <p>二、臨床生化檢驗。</p> <p>三、臨床血清檢驗。</p> <p>四、臨床免疫檢驗。</p> <p>五、臨床血液檢驗。</p> <p>六、輸血檢驗及血庫作業。</p> <p>七、臨床微生物檢驗。</p> <p>八、臨床生理檢驗。</p> <p>九、醫事檢驗業務之諮詢。</p> <p>一〇、臨床檢驗試劑之諮詢。</p> <p>一一、其他經中央衛生主管機關認可之醫事檢驗業務。</p> <p>醫事檢驗師執行業務，應依醫師開具之檢驗單為之。但經中央衛生主管機關指定或自費至醫事檢驗所檢驗之項目，不在此限。</p> <p>前項但書規定於本法公布施行之日起，試行五年，屆期重新檢討。</p> |
| 10 | <p>醫事放射師</p> <p>(醫事放射師</p> | <p>第 12 條：醫事放射師業務如下：</p> <p>一、放射線診斷之一般攝影。</p> <p>二、核子醫學體外檢查。</p> |

| | | |
|-----------|---------------------------------------|---|
| | <p>法第二章 執業，第 12 條)</p> | <p>三、放射線診斷之特殊攝影及造影。 四、放射線治療。 五、核子醫學診斷之造影及體內分析檢查。 六、核子醫學治療。 七、磁振及非游離輻射診斷之造影。 八、其他經中央衛生主管機關認定之項目。 醫事放射師執行前項第一款、第二款業務，應依醫師開具之會檢單為之。 但自費至醫事放射所檢查者，不在此限；執行前項第三款至第八款業務，應配合醫師行之。 第一項各款所稱之攝影及造影，包括其影像之獲取、處理及品質管理。 第二項但書規定於本法公布施行之日起，試行五年，屆期重新檢討。</p> |
| <p>11</p> | <p>營養師 (營養師法第二章 執業，第 12 條)</p> | <p>第 12 條：營養師業務如下： 一、對個別對象健康狀況之營養評估。 二、對個別對象營養需求所為之飲食設計及諮詢。 三、對特定群體營養需求所為之飲食設計及其膳食製備、供應之營養監督。 四、臨床治療飲食之設計及製備、供應之營養監督。 前項第三款所稱特定群體，係指需自團體膳食設施固定接受膳食之群體，其類別、人數、用膳餐次及營養師設置之相關規定，由中央主管機關定之。</p> |
| <p>12</p> | <p>心理師 (心理師法第二章 執業，第 7-19 條)</p> | <p>第 13 條：臨床心理師之業務範圍如下： 一、一般心理狀態與功能之心理衡鑑。 二、精神病或腦部心智功能之心理衡鑑。 三、心理發展偏差與障礙之心理諮商與心理治療。 四、認知、情緒或行為偏差與障礙之心理諮商與心理治療。 五、社會適應偏差與障礙之心理諮商與心理治療。 六、精神官能症之心理諮商與心理治療。 七、精神病或腦部心智功能之心理治療。 八、其他經中央主管機關認可之臨床心理業務。 前項第六款與第七款之業務，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。</p> |

| | | |
|----|---|--|
| | | <p>第 14 條：諮商心理師之業務範圍如下：</p> <p>一、一般心理狀態與功能之心理衡鑑。</p> <p>二、心理發展偏差與障礙之心理諮商與心理治療。</p> <p>三、認知、情緒或行為偏差與障礙之心理諮商與心理治療。</p> <p>四、社會適應偏差與障礙之心理諮商與心理治療。</p> <p>五、精神官能症之心理諮商與心理治療。</p> <p>六、其他經中央主管機關認可之諮商心理業務。</p> <p>前項第五款之業務，應依醫師開具之診斷及照會或醫囑為之。</p> <p>第 15 條：心理師執行業務時，應製作紀錄，並載明下列事項：</p> <p>一、個案當事人之姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及地址。</p> <p>二、執行臨床心理或諮商心理業務之情形及日期。</p> <p>三、其他依規定應載明之事項。</p> <p>第 16 條：心理師執行業務發現個案當事人疑似罹患精神官能症、精神病或腦部心智功能不全疾病時，應予轉診。</p> <p>第 17 條：心理師或其執業機構之人員，對於因業務而知悉或持有個案當事人之秘密，不得無故洩漏。</p> <p>第 18 條：心理師執行業務時，不得施行手術、電療、使用藥品或其他醫療行為。</p> <p>第 19 條：心理師應謹守專業倫理，維護個案當事人福祉。心理師執行業務時，應尊重個案當事人之文化背景，不得因其性別、族群、社經地位、職業、年齡、語言、宗教或出生地不同而有差別待遇；並應取得個案當事人或其法定代理人之同意，及告知其應有之權益。</p> |
| 13 | <p>呼吸治療師</p> <p>（呼吸治療師法第二章 執業，第 13-16</p> | <p>第 13 條：呼吸治療師之業務範圍如下：</p> <p>一、呼吸治療之評估及測試。</p> <p>二、機械通氣治療。</p> <p>三、氣體治療。</p> <p>四、呼吸功能改善治療。</p> <p>五、其他經中央主管機關認可之呼吸治療業務。</p> <p>呼吸治療師執行業務，應在醫師指示下行之。</p> |

| | | |
|----|--|---|
| | 條) | <p>第 14 條：呼吸治療師執行業務時，應製作紀錄，並於紀錄上簽名或蓋章，並載明下列事項：</p> <p>一、病人之姓名、性別、出生年月日及地址。</p> <p>二、執行呼吸治療之方法及時間。</p> <p>三、醫師指示之內容。</p> <p>前項業務紀錄應由呼吸治療師之執業機構保管，並至少保存七年。但個案當事人為未成年人，應保存至其成年後至少七年。</p> <p>呼吸治療師受衛生、司法或司法警察機關詢問時，不得為虛偽之陳述或報告。</p> <p>第 16 條：呼吸治療師對於因業務而知悉或持有他人之秘密，不得無故洩漏。</p> |
| 14 | <p>語言治療師</p> <p>(語言治療師法第二章 執業，第 12-15 條)</p> | <p>第 12 條：語言治療師業務如下：</p> <p>一、構音、語暢、嗓音、共鳴障礙之評估與治療。</p> <p>二、語言理解、表達障礙之評估與治療。</p> <p>三、吞嚥障礙之評估與治療。</p> <p>四、溝通障礙輔助系統使用之評估與訓練。</p> <p>五、語言發展遲緩之評估與治療。</p> <p>六、語言、說話與吞嚥功能之儀器操作。</p> <p>七、其他經中央主管機關認可之語言治療師業務。</p> <p>前項業務，應經醫師診斷後，依醫師之照會或醫囑為之。</p> <p>第 13 條：語言治療師執行業務時，應親自製作紀錄，簽名或蓋章及加註執行年、月、日，並載明下列事項：</p> <p>一、醫師照會、醫囑內容或轉介事項。</p> <p>二、執行業務之情形。</p> <p>三、其他依規定應載明之事項。</p> <p>前項紀錄應併同個案當事人之姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及地址保存。</p> <p>第 14 條：語言治療師受有關機關詢問或委託鑑定時，不得為虛偽之陳述或報告。</p> <p>第 15 條：語言治療師或其執業機構之人員，對於因業務而知悉或持有個案當事人秘密，不得無故洩漏。</p> |

| | | |
|----|-------------------------------------|--|
| 15 | 牙體技術師 (牙體技術師法第二章 執業, 第 12, 16 條) | <p>第 12 條：牙體技術師執行牙體技術業務，應依牙醫師或鑲牙生開具之書面文件為之。</p> <p>前項所稱牙體技術業務，指從事口腔外牙醫醫療用之牙冠、牙橋、嵌體、矯正裝置、義齒之製作、修理或加工業務。</p> <p>牙醫師為執行醫療業務，得執行牙體技術業務。</p> <p>鑲牙生為執行鑲、補牙業務所需，得執行牙體技術業務。</p> <p>第 16 條：牙體技術師執行業務，不得於口腔內執行印模、咬合採模、試裝、裝置或其他醫療業務。</p> |
| 16 | 聽力師 (聽力師法第二章 執業, 第 12-15 條) | <p>第 12 條：聽力師業務如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、聽覺系統評估。 二、非器質性聽覺評估。 三、內耳前庭功能評估。 四、聽覺輔助器使用評估。 五、人工耳蝸（電子耳）之術前與術後聽力學評量。 六、聽覺創健、復健。 七、其他經中央主管機關認可之聽力師業務。 <p>前項業務，應經醫師診斷後，依醫師之照會或醫囑為之。</p> <p>第 13 條：聽力師執行業務時，應親自製作紀錄，簽名或蓋章及加註執行年、月、日，並載明下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、醫師照會、醫囑內容或轉介事項。 二、執行業務之情形。 三、其他依規定應載明之事項。 <p>前項紀錄應併同個案當事人之姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及地址保存。</p> <p>第 14 條：聽力師受有關機關詢問或委託鑑定時，不得為虛偽之陳述或報告。</p> <p>第 15 條：聽力師或其執業機構之人員，對於因業務而知悉或持有個案當事人秘密，不得無故洩漏。</p> |

表四¹¹⁹ 各類醫事人員服務對象、執業人數及總人數排序

| | 醫事人員類別 | 服務與責任對象 | 全國執業人數 | 執業人數排序 |
|----|------------|---------|----------------|------------------|
| 1 | 醫師 | 人 | 41,965 | 2 |
| | 牙醫師 | 人 | 12,794 | 4 |
| | 中醫師 | 人 | 5,977 | 7 |
| 2 | 藥師(師、生) | 物與人 | 26,077+6,591 | 3 |
| 3 | 助產人員(師、士) | 人 | 26+106 | 16 |
| 4 | 護理人員(師、士) | 人 | 119,005+21,910 | 1 ¹²⁰ |
| 5 | 物理治療師(師、生) | 人 | 4,280+1,923 | 6 |
| 6 | 職能治療師(師、生) | 人 | 2,539+267 | 9 |
| 7 | 醫事檢驗師(師、生) | 物 | 8,832+174 | 5 |
| 8 | 醫事放射師(師、士) | 人 | 5,374+133 | 8 |
| 9 | 營養師 | 人 | 2,234 | 10 |
| 10 | 心理師(臨床、諮商) | 人 | 925+1,122 | 12 |
| 11 | 呼吸治療師 | 人 | 1,950 | 11 |
| 12 | 語言治療師 | 人 | 676 | 13 |
| 13 | 牙體技術師(師、生) | 物 | 286+320 | 14 |
| 14 | 聽力師 | 人 | 233 | 15 |

本表未納入鑲牙生。

¹¹⁹ 醫療機構及其他醫事機構執業醫事人員數統計表，資料來源：中華民國統計資訊網，
<http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=15428&CtNode=3638&mp=4>，最後瀏覽日：2015年1月20日。

¹²⁰ 護理人員人數雖然是所有醫事人員第一名，但台灣領有護理人員證照人數約 23 萬人，但是實際登錄執業者僅 57%，在所有醫事人員中敬陪末座。台灣護理人力的執業率低亦為世界排名前列，流動性與年資可能也是世界之首。胡方翔等，〈如何看待護理工作是性別議題-推動護理平權〉，《醫事法學》，第 19 卷，第 1 期，頁 79-102，2012 年。

表五¹²¹ 民國 102 年每十萬人口各類醫事人員執業數（非限定醫療體系）

| 醫事人員類別 | 每十萬人口執業人數 | 每十萬人口執業人數排序 |
|------------|-------------|-------------|
| 醫師 | 179.5 | 2 |
| 牙醫師 | 54.7 | 4 |
| 中醫師 | 25.6 | 6 |
| 藥師(師、生) | 111.6/20.82 | 3 |
| 助產人員(師、士) | 0.1/0.5 | 16 |
| 護理人員(師、士) | 509.1/93.7 | 1 |
| 物理治療師(師、生) | 18.3/8.2 | 8 |
| 職能治療師(師、生) | 10.9/1.1 | 9 |
| 醫事檢驗師(師、生) | 37.8/0.7 | 5 |
| 醫事放射師(師、士) | 23/0.6 | 7 |
| 營養師 | 9.6 | 10 |
| 心理師(臨床、諮商) | 4/4.8 | 12 |
| 呼吸治療師 | 8.3 | 11 |
| 語言治療師 | 2.9 | 13 |
| 牙體技術師(師、生) | 1.2/1.4 | 14 |
| 聽力師 | 1 | 15 |

¹²¹ 醫療機構及其他醫事機構執業醫事人員數統計表，資料來源：中華民國統計資訊網，
<http://www.stat.gov.tw/ct.asp?xItem=15428&CtNode=3638&mp=4>，最後瀏覽日：2015 年 1 月 20 日。

表六¹²² 民國 102 年底藥事人員執業現況(所有類別)

| 執業身分 | 執業別 | 人數 |
|------|----------|--------|
| 藥師 | 藥局 | 7,993 |
| | 西藥販賣業 | 3,900 |
| | 西藥製造業 | 357 |
| | 中藥販賣業 | 151 |
| | 中藥製造業 | 111 |
| | 化粧品製造業 | 178 |
| | 醫療機構(醫院) | 7,379 |
| | 醫療機構(診所) | 6,358 |
| | 其他 | 130 |
| 藥劑生 | 藥局 | 2,721 |
| | 西藥販賣業 | 1,579 |
| | 中藥販賣業 | 7 |
| | 醫療機構(醫院) | 51 |
| | 醫療機構(診所) | 2,231 |
| 總計 | | 33,153 |

截至民國 102 年底之藥政統計，台灣現有藥局數為 7,701 家，西藥販賣業者(即藥商)為 5,111 家，中藥販賣業者為 10,813 家。

¹²² 民國 102 年藥政管理，資料來源：衛生福利部統計處，
http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=2800，最後瀏覽日
 2015 年 2 月 20 日。

表七¹²³ 民國 102 年我國藥事人力於各種藥事機構執業現況(依身分別細分)

| 藥商別 | | 執業身分 | 人數 |
|---------------------------------------|---|-------------------------|-------|
| 藥局 [藥事法第 34 條] | | 藥師親自主持 | 5,379 |
| | | 藥劑生親自主持 | 2,322 |
| | | 兼管中藥調劑零售 (藥事法第 35 條) | 3,274 |
| 藥物販賣業 (西藥販賣業) [藥事法第 28 條一 項] | 負責人與管理人 相同 | 藥師 | 205 |
| | | 藥劑生 | 70 |
| | | 藥師駐店管理 | 2,930 |
| | | 藥劑生駐店管理 | 851 |
| 小計 | | | 4,056 |
| 藥物販賣業 (西藥販賣業) [藥事法第 104 條] | 78 年 12 月 31 日 前設立並符合藥 事法施行細則 第 51 條規定 | 藥師管理 | 478 |
| | | 藥劑生管理 | 577 |
| 小計 | | | 1,055 |
| 藥物販賣業 (中藥販賣業) [藥事法第 28 條二 項] | | 中醫師駐店管理 | 25 |
| | | 藥師駐店管理 | 917 |
| | | 藥劑生駐店管理 | 51 |
| | | 中醫師兼管 | 30 |
| 小計 | | | 1,023 |
| 藥物販賣業 (中藥販賣業) [藥事法第 103 條] | 第一項 | 確具中藥基本知識及鑑 別能力人員 | 984 |
| | 第二項 | 列冊中藥商 | 8,806 |

¹²³ 同註 119。

| | | | |
|---------|-------|--------------------|--------|
| 小計 | | | 9,790 |
| 醫療器材販賣業 | | | 40,002 |
| 藥物製造業 | 西藥製造業 | 西藥 | 282 |
| | | 人用生物藥品製造業 | 23 |
| | 小計 | | 305 |
| | 中藥製造業 | 修習中藥課程達適當標準之藥師駐廠監製 | 114 |
| | | 中醫師駐廠監製 | 5 |
| | 小計 | | 119 |
| 醫療器材製造業 | | | 1,229 |



表八^{124,125} 我國藥事人員於民國 90 至 102 年間執業人數消長統計(非限定醫療體系)

| 年 份 | 藥師 | | | | 藥劑生 | | | |
|--------|---------|------------|------------|------------|---------|------------|-------------|------------|
| | 執業藥師數 | | 每十萬人口執業藥師數 | | 執業藥劑生數 | | 每十萬人口執業藥劑生數 | |
| | 原始 值 | 年增 率(%) | 原始 值 | 年增 率(%) | 原始 值 | 年增 率(%) | 原始 值 | 年增 率(%) |
| 90 | 17,009 | 4.33 | 7.59 | 3.73 | 7,882 | -2.7 | 3.52 | -3.26 |
| 91 | 17,655 | 3.8 | 7.84 | 3.27 | 7,700 | -2.31 | 3.42 | -2.81 |
| 92 | 17,891 | 1.34 | 7.91 | 0.96 | 7,142 | -7.25 | 3.16 | -7.59 |
| 93 | 18,938 | 5.85 | 8.35 | 5.46 | 7,141 | -0.01 | 3.15 | -0.39 |
| 94 | 19,660 | 3.81 | 8.63 | 3.44 | 7,090 | -0.71 | 3.11 | -1.07 |
| 95 | 20,416 | 3.85 | 8.92 | 3.36 | 6,996 | -1.33 | 3.06 | -1.78 |
| 96 | 21,113 | 3.41 | 9.2 | 3.05 | 6,927 | -0.99 | 3.02 | -1.34 |
| 97 | 21,836 | 3.42 | 9.48 | 3.07 | 6,905 | -0.32 | 3 | -0.66 |
| 98 | 22,709 | 4 | 9.82 | 3.63 | 6,878 | -0.39 | 2.97 | -0.75 |
| 99 | 23,162 | 1.99 | 10 | 1.81 | 6,839 | -0.57 | 2.95 | -0.75 |
| 100 | 24,571 | 6.08 | 10.58 | 5.8 | 6,729 | -1.61 | 2.9 | -1.87 |
| 101 | 25,362 | 3.22 | 10.88 | 2.82 | 6,653 | -1.13 | 2.85 | -1.51 |
| 102 | 26,077 | 2.82 | 11.16 | 2.57 | 6,591 | -0.93 | 2.82 | -1.18 |
| 平均 | | 3.69 | | 3.31 | | -1.56 | | -1.92 |

¹²⁴ 醫療機構與醫事人員統計，資料來源：中華民國統計資訊網總體統計資料庫，<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9L.asp>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹²⁵ 行政院主計總處綜合統計處，國情統計通報 135 號，2014 年 7 月 18 日。

表九 日本、德國、加拿大、美國與我國以十萬人口與藥師執業情況比較(所有類別)

| 國別/ 是否實 施醫藥 分業 資料時 間 | 總人口數 (數據時間) | 社區藥局 藥師(%) | 醫院藥 師(%) | 其他(%) | 全部執業 藥師人數 (%) | 每十萬 人口藥 師數 |
|-------------------------------------|--|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|
| 日本 (不完全 醫藥分 業) | 127,046,000 ¹²⁶ (2014/9/1) | 77,850 (76.84%) | 8,628 (8.51%) | 14,831 (14.64%) | 101,309 ¹²⁷ (100%) | 79.74 |
| 2013 Dec. 31 | | 153,012 (54.6%) | 52,704 (18.8%) | 74,336 (26.5%) | 280,052 ¹²⁸ (100%) | 220.43 |
| 德國 (立法醫 藥分業) | 80,780,000 ¹²⁹ (2014/1/1) | 49,288 (80.64%) | 2,143 (3.49%) | 9,692 (15.87%) | 61,123 ¹³⁰ (100%) | 75.67 |
| 2013 Dec. 31 | | | | | | |
| 加拿大 | 35,675,800 ¹³¹ | 24,099 | 5,684 | 4,260 | 38,737 ¹³² | 108.58 |

¹²⁶ 總務省統計局統計調查部國勢統計課，〈平成 27 年 2 月報〉，《日本人口推計》，2015 年 2 月 20 日。

¹²⁷ 至 2013 年 10 月日本藥劑師會員統計，同註 85，頁 2，2015 年。

¹²⁸ 至 2013 年底日本領有藥師證書人數高達 28 萬餘人，同註 85，頁 20-21，2015 年。

¹²⁹ 2014 年 1 月 1 日德國人口統計，歐盟統計局，

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>，最後瀏覽日 2015 年 2 月 23 日。

¹³⁰ 同註 44，8-10，2013。

¹³¹ 2014 年 10 月 1 日加拿大人口統計

<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141217/dq141217d-eng.htm>，最後瀏覽日 2015 年 2 月 23 日。

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------|-------------------|----------------------------------|-----------------------|
| (醫藥分業) 2015 Jan. 1* | (2014/10/1) | (62.2%) | (14.67%) | (10.99%) | (100%) | |
| 美國 (不完全醫藥分業) 2004 | 293,655,404 ¹³³ (2004/7/1) | 107,600 (47.6%)+ 57,100** (25.3%) | 46,700 (20.7%) | 14,600 (6.46%) | 226,000 ¹³⁴ (100%) | 76.96 |
| 台灣 (立法但為部分醫藥分業) 2013 Dec. 1 | 23,433,753 ¹³⁵ (2015/1/9) | 10,714*** (32.8%)+ 8,589**** (26.3%)= 19,303 (59.1%) | 7,430 (22.74%) | 6,413 (19.6%) | 32,668 (100%) | 139.41 ¹³⁶ |

* 加拿大社區藥局藥師、醫院藥師及其他之統計均未包括 Alberta 省(該省共有 4,673 位執業藥師占全國藥師 12.06%)，但全部藥師人數係加國所有省分。

** 美國有 34,800 位藥師是非全時工作者，16,800 位藥師在非醫院之體系工作(例如護理之家及診所)，5,500 位藥師於郵購體系工作。由於無法區分類別，因此全數歸如社區藥局欄。

¹³² 2015 年 1 月 1 日加拿大藥師分布統計，National Association of Pharmacy Regulatory Authorities，http://napra.ca/pages/Practice_Resources/National_Statistics.aspx?id=2103，最後瀏覽日 2015 年 2 月 23 日。

¹³³ US Census Bureau，Annual Estimates of Population for the United State，2004 July 1。

¹³⁴ Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions, The Adequacy of Pharmacist Supply: 2004 to 2030, p-12, December 2008.

¹³⁵ 2015 年 1 月 9 日台灣人口統計，中華民國統計資訊網總體統計資料庫，<http://ebas1.ebas.gov.tw/pxweb/Dialog/statfile9L.asp>，最後瀏覽日 2015 年 2 月 24 日。

¹³⁶ 同註 123。

*** 為台灣執業登記為藥局者。

**** 為台灣執業登記為受聘診所者。



表十¹³⁷ 台灣各層級醫院藥事人力分布

| 醫院層級 | 家數 | 床數 | 藥師人力 | 百分比 | 藥師/醫院 | 床數/藥師 |
|------|-----|--------|-------|------|-------|-------|
| 醫學中心 | 19 | 32,014 | 2,569 | 33.6 | 135 | 12.46 |
| 區域醫院 | 84 | 52,936 | 3,023 | 39.6 | 36 | 17.51 |
| 地區醫院 | 415 | 45,063 | 2,047 | 26.8 | 5 | 22 |



¹³⁷ 同註 54，頁 13。

表十一¹³⁸ 健保署民國 103 年 3 月 1 日修正支付標準訂定各級醫院合理調劑量

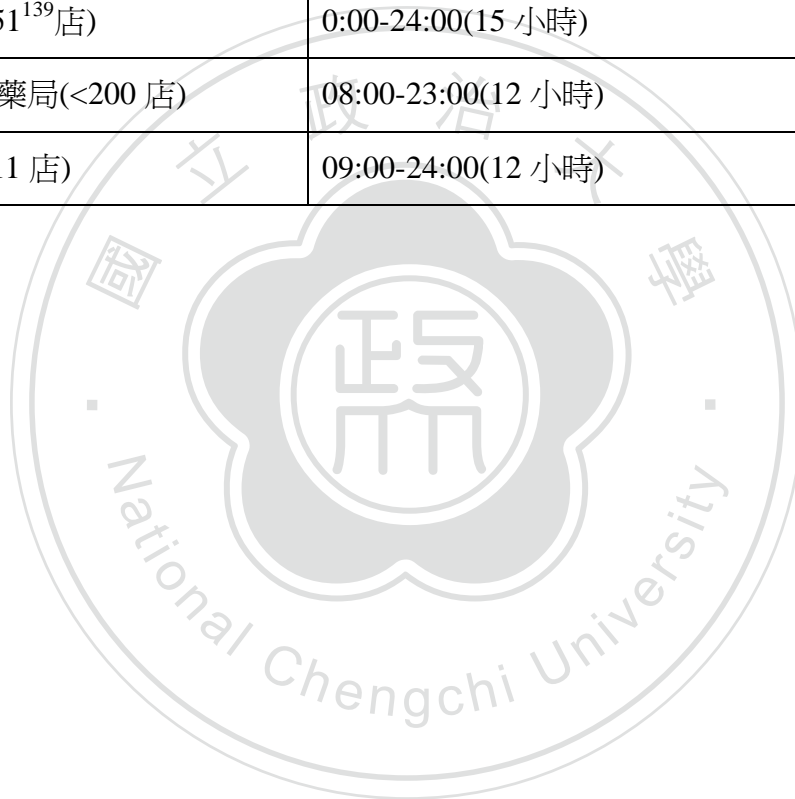
| 醫院分級 處方類別 | 醫學中心每藥師 每日處方量 | 區域醫院每藥師 每日處方量 | 地區醫院每藥師 每日處方量 |
|------------------|------------------|--------------------|--------------------|
| 住院處方量 | 40 件 | 50 件，如採單一劑量則為 40 件 | 50 件，如採單一劑量則為 40 件 |
| 門急診處方量 | 70 件 | 80 件 | 100 件 |
| 特殊藥品處方量 | 15 件 | 15 件 | 無 |
| 每件處方藥事服務費 * | 50 元/件 | 50 元/件 | 45 元/件 |
| | 精神科醫院每藥師每日處方量 | 精神科教學醫院每藥師每日處方量 | |
| 急性精神病床及精神科加護病房合計 | 50 件 | 40 件 | |
| 慢性精神病床 | 200 件 | 160 件 | |
| 日間病房 | 200 件 | 160 件 | |
| 門急診處方比照其對應之醫院等級 | | | |

* 超過規定限制的處方，藥事服務費減半支付。

¹³⁸ 中央健康保險署支付標準，民國 103 年 3 月 1 日，
http://www.nhi.gov.tw/Resource/bulletin/5091_1030313%E6%94%AF%E4%BB%98%E6%A8%99%E6%BA%96%E4%BF%AE%E6%AD%A3%E9%A0%85%E7%9B%AE_%E8%97%A5%E6%9C%8D%E8%B2%BB_%E7%99%BC%E5%B8%83.pdf，最後瀏覽日 2015 年 2 月 24 日。

表十二 抽樣藥局營業時間(以 2015 年 2 月 28 日各藥局官網公告為準)

| 藥局(店數) | 各店營業時間起迄之極端值(最短營業時間) |
|---------------------------|-----------------------|
| 健康人生藥局(33 店) | 08:00-23:30(12 小時) |
| 丁丁藥局(62 店) | 08:00-22:45(13.75 小時) |
| 啄木鳥藥局(50 店) | 07:30-10:50(12.8 小時) |
| 大樹連鎖藥局(36 店) | 08:00-23:00(12 小時) |
| 躍獅連鎖藥局(45 店) | 08:00-24:00(12.5 小時) |
| 康是美(351 ¹³⁹ 店) | 0:00-24:00(15 小時) |
| 長青連鎖藥局(<200 店) | 08:00-23:00(12 小時) |
| 屈臣氏(511 店) | 09:00-24:00(12 小時) |



¹³⁹ 康是美官方網站，<https://www.cosmed.com.tw/About/Trends.aspx>，最後瀏覽日 2015 年 3 月 1 日。

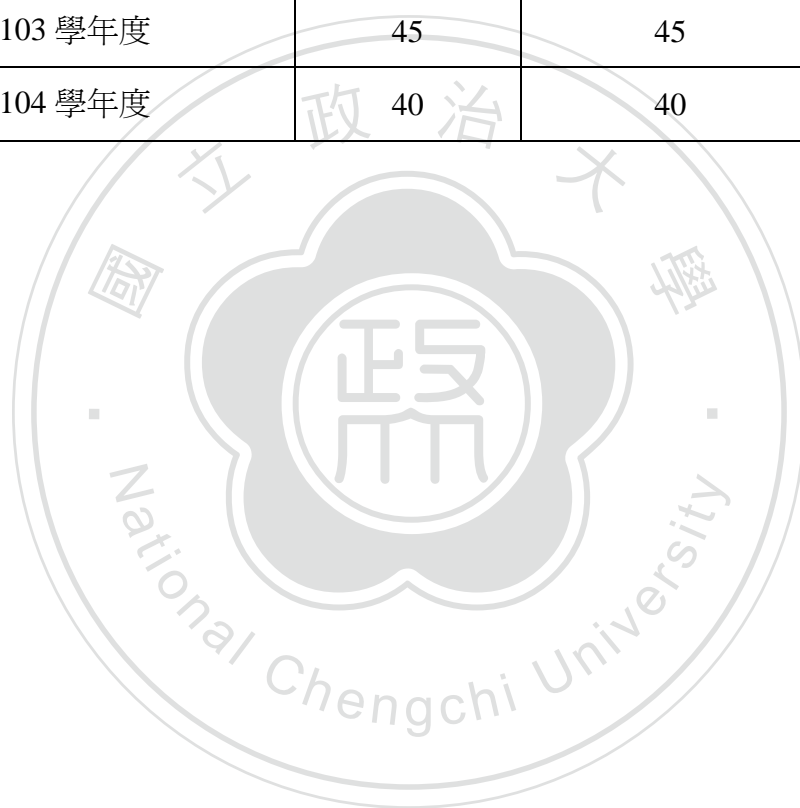
表十三¹⁴⁰ 林義龍、林妍如 2009 年藥事人員跨機構支援意向調查結果列表

| 現階段執業場所 | 藥事人員報備意向 | | | 總受訪人數 |
|---------|----------|-------|------|--------|
| | 贊成 | 不贊成 | 其他意見 | |
| 醫院 | 435 | 385 | 34 | 854 |
| 百分比(%) | (51%) | (45%) | (4%) | (100%) |
| 診所 | 567 | 148 | 21 | 736 |
| 百分比(%) | (77%) | (20%) | (3%) | (100%) |
| 社區藥局 | 460 | 168 | 14 | 642 |
| 百分比(%) | (72%) | (26%) | (2%) | (100%) |
| 其他機構 | 109 | 21 | 5 | 135 |
| 百分比(%) | (81%) | (16%) | (4%) | (100%) |
| 總人數 | 1,571 | 722 | 74 | 2,367 |
| 百分比(%) | (66%) | (31%) | (3%) | (100%) |

¹⁴⁰ 同註 67，頁 595。

表十四¹⁴¹ 台大藥學系六年制沿革時程

| 入學年度 | 學生人數 | 招生名額 | 六年制學生人數 |
|---------|------|------|---------|
| 98 學年度 | | 65 | 15 |
| 99 學年度 | | 55 | 15 |
| 100 學年度 | | 55 | 15 |
| 101 學年度 | | 55 | 15 |
| 102 學年度 | | 50 | 30 |
| 103 學年度 | | 45 | 45 |
| 104 學年度 | | 40 | 40 |



¹⁴¹ 資料來源：台大藥學系官方網站，

http://rx.mc.ntu.edu.tw/myDOP/SCENE/FORHOME/LINKFILES/20120629Q_A.pdf，最後瀏覽日：2015年2月10日。

表十五¹⁴² 台灣各大學藥學系與美國藥學系師資比

| 學校 | 全系學生 總人數(每屆 人數/修業期 限) | 專任教師人數 (師生比) | 基礎教師人 數 (師生比) | 專任臨床教 師人數(師生 比) |
|---|--------------------------------|-----------------|---------------------|-----------------------|
| 台灣大學 | 225(4年) | 15(1:15) | 12(1:19) | 3(1:75) |
| 台北醫學大學 | 800 (200/年, 4年) | 25(1:32) | 19(1:42) | 6(1:133) |
| 中國醫藥大學 | 800 (160/年, 5年) | 37(1:22) | 34(1:24) | 3(1:267) |
| 高雄醫學大學 | 400 (100/年, 4年) | 29(1:14) | 26(1:15) | 3(1:133) |
| 嘉南藥理科技 大學 | 960 (240/年, 4年) | 37(1:26) | 33(1:29) | 4(1:240) |
| 大仁科技大學 | 750 (150/年, 5年) | 34(1:22) | 28(1:27) | 6(1:125) |
| 國防醫學院 | 52 (12/年, 4年) | N/A | N/A | N/A |
| UNC (University of North Carolina) | 480 | 45(1:10.8) | 31(1:15.6) | 14(1:34.4) |
| UCSF (University of California at San Francisco) | 488 | 76(1:6.4) | 40(1:12.2) | 48(1:10.2) |
| USC (University of South California) | 720 | 70(1:10.3) | 33(1:21.8) | 37(1:19.5) |

成功大學藥學系於民國 103 年始招收第一屆學生，本表未列入成功大學藥學系之統計資料。

¹⁴² 同註 89，頁 184。

表十六 國內 11 所大學醫學系畢業學分數比較

| 學校 | 最低畢業學分數 | 修業年限/2012 年普通生 入學原始分數(回推各校 加權前原始分數) ¹⁴³ |
|-----------|----------------------|--|
| 台灣大學醫學系 | 236 ¹⁴⁴ | 六年/541.7 |
| 陽明大學醫學系 | 241 ¹⁴⁵ | 六年/534.2 |
| 長庚大學醫學系 | 236 ¹⁴⁶ | 六年/590.95(525.29) |
| 台北醫學大學醫學系 | 239 ¹⁴⁷ | 六年/525.8 |
| 馬偕醫學院醫學系 | 244.5 ¹⁴⁸ | 六年/521.4 |
| 輔仁大學醫學系 | 264 ¹⁴⁹ | 六年/517.8 |
| 中國醫藥大學醫學系 | 260 ¹⁵⁰ | 六年 ¹⁵¹ /518.6 |
| 中山醫學大學醫學系 | 230 ¹⁵² | 六年/579.13(514.78) |
| 成功大學醫學系 | 217 ¹⁵³ | 六年/531.1 |

¹⁴³ 大學考試入學分發委員會，民國 102 年各校系最低錄取標準，

<http://www.uac.edu.tw/downloads.htm>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁴ 台灣大學各系所必修暨應修學分查詢系統，<http://140.112.161.31/ntuvoxcourse/index.php>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁵ 陽明大學醫學系學生選課須知，<http://md.web.ym.edu.tw/front/bin/ptlist.phtml?Category=29>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁶ 長庚醫學大學 103 年適用畢業學分選課規定，<http://med2.cgu.edu.tw/files/11-1006-1341-1.php>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁷ 台北醫學大學醫學系 103 年適用選課規定，http://medschool.tmu.edu.tw/course/super_pages.php?ID=course1&Sn=31，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁸ 馬偕醫學院醫學系 103 年適用課程科目畢業學分表，<http://www.medicine.mmc.edu.tw/Course02.asp>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁴⁹ 輔仁大學醫學系 102 年入學適用畢業學分規定，http://www.med.fju.edu.tw/intro/intro_6.htm，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁵⁰ 中國醫藥大學醫學系 98 年入學適用畢業學分規定，http://cmumd.cmu.edu.tw/upload/curriculum_dl/1311071307151.pdf，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁵¹ 中國醫藥大學學則 104 年 1 月 7 日教育部通過備查，http://www.cmu.edu.tw/statute/statute_detail.php?sn=907，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁵² 中山醫學大學醫學系 102 學年度新生選課注意事項，gcm.csmu.edu.tw/ezcatfiles/gcm/img/img/1455/474058194.pdf，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁵³ 成功大學醫學系 103 學年度適用選必修課程一覽表，http://educ.hosp.ncku.edu.tw:8080/Stu_NewsList.aspx?wmid=212，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

| | | |
|-----------|--------------------|-------------------|
| 高雄醫學大學醫學系 | 233 ¹⁵⁴ | 六年/520.5 |
| 慈濟大學醫學系 | 227 ¹⁵⁵ | 七年/560.35(517.24) |

本表未列入學士後醫學系。台灣學士後醫學系分有學士後西醫學系與學士後中醫學系；前者目前只有高醫醫學大學獨立招收，每年招生 50 人。後者有中國醫藥大學、義守大學與慈濟大學。



¹⁵⁴ 高雄醫學大學 103 年度學則，<http://lawdb.kmu.edu.tw/index.php>，最後瀏覽日：2015 年 2 月 23 日。

¹⁵⁵ 慈濟大學學則 103 年 4 月 29 日教育部通過備查，<http://law.tcu.edu.tw/Law/Query>，最後查詢日：2015 年 2 月 23 日。

二、 參考文獻

(一)中文文獻

專書

- 1 平島吉，《最新醫療社會學》，五南，2013年9月。
- 2 台北市藥師公會，〈2014年會員代表選舉名冊性別統計〉，2014年3月。
- 3 台北市藥師公會，《台北市藥師公會六十週年特刊》，2006年6月。
- 4 行政院衛生署，《台灣地區公共衛生發展史第一冊》，頁345-347，1995年10月。
- 5 財團法人鄭氏藥學文教基金會，《台灣藥學史》，2001年5月。
- 6 陳永興，《台灣醫療發展史》，四版一刷，農學，2003年6月。
- 7 葉永文，《台灣醫療發展史》，初版二刷，洪葉，2010年9月。

政府文書、大法官解釋文、公告與公報

- 1 中央健康保險署，健保醫字第1010087824號函，2012年5月。
- 2 司法院，大法官釋字第659號解釋文，2009年5月。
- 3 司法院，大法官釋字第711號解釋文，2013年7月。
- 4 立法院，〈立法院內政、司法兩會委員第一次聯席會議紀錄(第61會期)〉，《立法院公報》，第67卷，第87期，1978年12月。
- 5 行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會，《全民健康保險爭議審議案例彙編》(六)~權益篇~，2010年12月。
- 6 行政院，〈院總第1006號政府提案第1686號〉，《立法院關係文書》，1978年5月。
- 7 食品藥物管理署部授食字第1031410550號公告附件，民國103年10月。
- 8 劉建國，〈立法院第8屆第5會期社會福利及衛生環境委員會舉行「藥師法第十一條條文修正草案」公聽會會議紀錄〉，《立法院公報》，第103卷，第42期，2014年5月22日。
- 9 衛生署，衛署藥字第09803012525號公告，2009年12月。

期刊

- 1 王惠珀，〈全人教育是藥學教育制度改格的前題〉，《藥學雜誌》，110期，28卷，No.1，頁7-10，2012年3月。
- 2 江玉林，〈後藤新平與傅柯的對話〉，《中研院法學期刊》，7期，頁41-79，2010年9月。
- 3 李志宏，施肇榮，〈大法官釋字第711號(補充)—莫將釋憲文及理由書倒著看〉，《台灣醫界》，57卷，6期，頁33-39，2014年6月。
- 4 李志宏，施肇榮，〈違憲藥師法第11條修法(上)—執業自由仍未解、法官憂再度違憲〉，《台灣醫界》，57卷，8期，頁38-43，2014年8月。

- 5 李蜀平，〈中華民國藥師公會全國聯合會就藥師法第十一條之修法立場聲明〉，《藥師週刊》，第 331 抗爭專刊期，頁 1，2014 年 3 月。
- 6 吳嘉苓，〈醫療專業、性別與國家：台灣助產士興衰的社會學分析〉，《台灣社會學研究》，第四期，頁 191-268，2000 年 7 月。
- 7 林振順，〈臺灣藥學教育與藥師執業〉，《藥學雜誌》110 期，28 卷，No.1，頁 11-14，2012 年 3 月。
- 8 林義龍，林妍如，〈藥事人員跨機構支援意向之調查研究〉，《台灣醫界》，55 卷，11 期，頁 593-594，2012 年 11 月。
- 9 林慧玲等，〈2005 年台灣藥學教育白皮書〉，《醫學教育》，第 10 卷，第 3 期，頁 165-185，2006 年 9 月。
- 10 胡方翔等，〈如何看待護理工作是性別議題-推動護理平權〉，《醫事法學》，第 19 卷，第 1 期，頁 79-102，2012 年 6 月。
- 11 許明滿，胡幼圃，康熙洲，〈台灣食品藥物管理制度之演進與展望(一)：組織及管理制度面〉，《醫學與健康期刊》，第 2 卷，第 2 期，頁 11-21，2013 年 9 月。
- 12 張加昇，蘇奕彰，〈日治時期前臺灣醫療發展之探討〉，中醫藥雜誌特刊，25 卷特刊，2 期，頁 309-320，2014 年 12 月。
- 13 廖又生，張見任，〈試論醫事人員雙重角色競合之執業處所問題-兼評大法官釋字第 711 號解釋〉，《亞東學報》，第 33 期，頁 149-158，2013 年 12 月。

碩博士論文

- 1 江秀彥，《台灣藥業發展中國家角色之分析》高雄市：國立中山大學政治學研究所碩士在職專班碩士論文，2014 年 5 月。
- 2 莊瑞蓉，《台灣地區藥事人員實施優良執業規範之現況》，台中市：中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文，2004 年 6 月。
- 3 楊百文，《醫藥分業法制之研究》高雄市：國立中山大學法律學系研究所碩士論文，2014 年 5 月。
- 4 楊宗翰，《台灣西醫診所設置「門前藥局」因素之分析》，台北市：國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文，2005 年 7 月。
- 5 詹麗珍，《醫藥分業後社區藥局藥師執業現況》，高雄市：國立中山大學人力資源管理研究所在職專班碩士論文，2002 年 5 月。

研究報告

- 1 黃文鴻，《行政院衛生署 89 年度科技研究發展計劃「藥事專業人員執業度動與趨勢之研究 第二年研究報告」》，2000 年。

電子書

- 1 考選部，〈考選部部史電子書〉，2013 年 10 月，<http://wwwc.moex.gov.tw>。

- 2 林昭庚，〈前言〉，《中國醫藥發展史》，2011 年 11 月 8 日。
<http://ejournal.nricm.edu.tw/>。
- 3 國家發展委員會檔案管理局，〈榮藥濟世-台灣藥業發展背景〉，頁 23-33，民國 98 年 12 月。

報紙

- 1 張文馨，〈藥師法修法 執業自由仍未解 法官憂再度違憲〉，2014 年 7 月 17 日，風傳媒，<http://www.storm.mg/article/33541>。
- 2 陳瑄喻、廖珮妤、張潼，〈外籍醫師來台協助 僅諮詢〉，《中時電子報》，2015 年 7 月 6 日，<https://tw.news.yahoo.com>。
- 3 王惠珀，〈都是吃的 食品 GMP 應比照藥品〉，《聯合報》，2014 年 9 月 9 日。
- 4 陳清芳，〈醫事人員工時制 護理界贊同〉，《中央社》，2011 年 11 月 17 日。
- 5 東森新聞生活中心，〈開嗎啡替 70 多歲母親治「經痛」？食藥署揪濫用管制藥〉，《東森新聞雲》<http://www.ettoday.net/news/20140315/334977.htm>，2014 年 3 月 15 日。
- 6 黃靜宜，〈止痛藥 Tramadol 濫用 醫護人員也上癮〉，《民生報》，
<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/discuss/who08.htm>，2003 年 1 月 21 日。
- 7 黃靜宜，〈醫護也淪落毒海？非法挪用管制藥品 去年查獲 6 件〉，《民生報 A7 版》，<http://intermargins.net/intermargins/IsleMargin/DrugLib/discuss/who08.htm>，2003 年 10 月 6 日。
- 8 沈育如，〈北醫大自民國 102 年開辦六年制藥學系，指考入學原始分發分數即超越台大藥學系〉，《聯合報》，2013 年 8 月 10 日，
http://mag.udn.com/mag/vote2005/storypage.jsp?f_ART_ID=47090。
- 9 蘋果日報，〈鄭杏泰胃達樂 驚爆摻工業鈣〉，《蘋果日報》，2015 年 4 月 2 日。

中文資料庫、網頁資料

- 1 大學考試入學分發委員會，〈民國 102 年各校系最低錄取標準〉，《大學考試入學分發委員會網站》<http://www.uac.edu.tw/downloads.htm>。
- 2 中華民國統計資訊網，<http://www.stat.gov.tw/>。
- 3 中華民國藥事品質改革基金會網站，
<http://www.tqipa.org.tw/news01.php?nid=NID098090900016>。
- 4 〈中央健康保險署支付標準〉，《中央健康保險署網站》，<http://www.nhi.gov.tw/>。
- 5 中國醫藥大學網站，<http://cmumd.cmu.edu.tw>。
- 6 〈中山醫學大學醫學系 102 學年度新生選課注意事項〉，《中山醫學大學網站》，
gcm.csmu.edu.tw/ezcatfiles/gcm/img/img/1455/474058194.pdf。
- 8 司法院網站，<http://www.judicial.gov.tw/>。
- 9 立法院法律系統網站，〈藥師法法條沿革〉，<http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw>。

- 10 台灣專科護理師學會網站，<http://www.tnpsa.org.tw/papers/>。
- 11 台北榮民總醫院藥學部官方網頁簡介與組織，
<http://homepage.vghtpe.gov.tw/~pharm/>。
- 12 台大藥學系網站，<http://rx.mc.ntu.edu.tw/>。
- 13 台大選課系統網站，<http://140.112.161.31/NTUVoxCourse/index.php/uquery/>。
- 15 〈台北醫學大學醫學系 103 年適用選課規定〉，《台北醫學大學網站》
<http://medschool.tmu.edu.tw/>。
- 16 〈成功大學醫學系 103 學年度適用選必修課程一覽表〉，《成功大學網站》，
<http://educ.hosp.ncku.edu.tw/>。
- 17 行政院主計總處綜合統計處，《國情統計通報》，2014 年 7 月 18 日。
- 18 全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>。
- 19 〈長庚醫學大學 103 年適用畢業學分選課規定〉，《長庚醫學大學網站》
<http://med2.cgu.edu.tw/>。
- 20 財團法人醫療改革基金會，〈民國 100 年台灣各大醫學中心血汗指數排行表〉，
《財團法人醫療改革基金會網站民國 100 年 4 月 20 日新聞稿》，
<http://www.thrf.org.tw/>。
- 21 高雄醫學大學網站，<http://lawdb.kmu.edu.tw/>。
- 22 〈馬偕醫學院醫學系 103 年適用課程科目畢業學分表〉，《馬偕醫學院網站》
<http://www.medicine.mmc.edu.tw/>。
- 23 康是美網站，<https://www.cosmed.com.tw/>。
- 24 〈陽明大學醫學系學生選課須知〉，《陽明大學網站》，
<http://md.web.ym.edu.tw/>。
- 25 〈勞動部民國 102 年 12 月 30 日新聞稿〉，《勞動部網站》，
<http://www.mol.gov.tw/>。
- 26 〈慈濟大學學則〉，《慈濟大學網站》，<http://law.tcu.edu.tw/>。
- 27 〈輔仁大學醫學系 102 年入學適用畢業學分規定〉，《輔仁大學網站》，
<http://www.med.fju.edu.tw/>。
- 28 衛生福利部，〈衛生福利部統計處醫療機構現況及服務量統計分析〉，《民國
102 年底醫政統計》，<http://www.mohw.gov.tw/>。
- 29 衛生福利部，〈民國 102 年各醫療區域醫療院所數、執業醫事人員數、病床
數〉，《民國 102 年底醫政統計》，<http://www.mohw.gov.tw/>。
- 30 衛生福利部，〈公告民國 100-103 年醫院及教學醫院評鑑合格名單〉，
<http://www.mohw.gov.tw/>。
- 31 衛生福利部食品藥物管理署網站，<http://www.fda.gov.tw/>。
- 32 國立臺灣大學醫學院檢驗醫學科網站，
<http://labmed.mc.ntu.edu.tw/main.php?Page=A2>。

(二)英文文獻

專書

- 1 California Government, Department of Consumer Affairs, Board of Pharmacy, 2015 LAW BOOK, 2015
- 2 Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions, The Adequacy of Pharmacist Supply: 2004 to 2030, December 2008.

研究報告

- 1 John Culberson, Military construction, veterans affairs, and related agencies appropriations bill, House of representative 2015。
- 2 Yu-Hung Chang, Ming-Neng Shiu, Chao A. Hsiung, Planning and evaluation in health workforce development: Projection for the pharmacy workforce in Taiwan, J. of the Formosan Medical Association (2013) 112.
- 3 California Government, Department of Consumer Affairs, Board of Pharmacy, Final statement of reasons for April 21, 2004.

英文資料庫、網頁資料

- 1 Saladax Biomedical Inc. 〈 Pharmacokinetic Profile of a Plasma Concentration-Time Curve 〉, <http://www.mycaretests.com/hcp-center/mycare-learning-center/>。
- 2 加拿大人口統計, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141217/dq141217d-eng.htm>。
- 3 〈加拿大藥師分布統計〉, 《National Association of Pharmacy Regulatory Authorities》, http://napra.ca/pages/Practice_Resources/National_Statistics.aspx?id=2103。
- 4 US Census Bureau, Annual Estimates of Population for the United State, 2004 July 1。
- 5 National Association of Pharmacy Regulatory Authorities, http://napra.ca/pages/Practice_Resources/National_Statistics.aspx?id=2103。

(三)日文文獻

研究報告

- 1 日本藥劑師會, 〈藥學教育制度〉, 《日本藥劑師會的現況 2014-2015 annual report》, 2015 年。

日文資料庫

- 1 總務省統計局統計調查部國勢統計課, 〈平成 27 年 2 月報〉, 《日本人口推計》, 2015 年 2 月 20 日。

(四)德文文獻

研究報告

1 Federal union of German associations of pharmacists , 〈 08 Pharmacists and pharmacy students 〉 , 《 German Pharmacies figures data fact 2013 》 , 2013 。

德文資料庫、網頁資料

1 2014 年 1 月 1 日德國人口統計，歐盟統計局，

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1 &footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1> 。

