

刊論

在七十六年行政院函轉批示下，訂定於八十九年以前實施全民健康保險，此消息一經發佈便引起社會各界的熱烈討論，而首當其衝的便是整個社會醫療體系的大改革。藥師亦是整個醫療團隊裏的一員，所以對於全民健康保險的基本架構也應有較深的認識。而全民健康保險制度的健全發展，有待轉診制度的建立與醫藥分業的推行。

醫療分級首重分工 轉診制度嘉惠民衆

要順利推動轉診制度，就必須實施醫療分級制。所謂醫療分級制，就是將醫療機構與人員分為數級，提供不同的醫療服務。如此，不但可提昇醫療服務品質，也可節省醫療費用。分級可分為三級，即轉診醫院（專業醫師）、保健中心和私人診所（家庭醫師）。轉診醫院和保健中心需要家庭醫師的支援，而家庭醫師也需要專科醫師和保健人員的配合。因此，醫療分級制必須建立在分工合作的關係上，如果把它視為爭奪病患的手段，就完全喪失了制度設計的意義。

轉診醫療機構是以重症的住院病患為治療對象，所以設備要比開業診所更充實，人員要比家庭醫師更專業。但是，目前我國甚至將家庭醫師視為專科醫師，刻意強調專業而忽略家庭醫師的一般性之下，對醫療分級制將會造成阻礙。

為因應轉診制度的順利推動，必須做到下列三點：(1)建立有效的審查制度，避免醫療費用的浪費。(2)制訂合理的轉診醫院認定標準。(3)制訂公認的轉診標準。如此才能控制醫療費用並提昇醫療品質。

醫藥分業可減少 醫療資源的浪費

造成醫療不當濫用的原因在於醫師的濫用藥品，而推究根本主因則是由於醫藥不分業。為使全民健保能夠有效推動，醫藥分業制度是必須建立的。所謂醫藥分業，就是由醫師負責診療和開給處方；另一方面，則由藥師依醫師開給的處方加以調劑，並指導病人用藥方法。這種制度的特色是醫師不直接提供藥品，而藥師若無醫師處方（除國民處方選輯所列藥師調劑處方外）也不可以直接提供藥品。這樣一來，醫師和藥師就可以相互制衡，可以防止藥品的濫用和誤用，可減少醫療資源的浪費。對病患而言，則可接受醫師與藥師的專業服務，享受更高品質的醫療服務。

醫藥分業制度 的成立背景

早在一二四〇年，南義大利的西里王國就曾公佈下列五條法令，實施醫藥分業制度。

一、醫師不得設置藥劑室，也不得與藥師共同經營藥局。

二、醫師委員會負責監督藥局的責任。

三、藥局的設置需受限制。

四、制訂藥品調製標準。

五、制訂藥品價格計算標準。

這個法令的成立背景，是基於當時徵稅制度的方便而設，因為藥品的交易是商業行為而非醫療行為，應依一般的商業標準繳稅；而醫師並非商人也非企業，更非政府蓄財的對象。加上具有防止藥品濫用的優點；所以醫藥分業原則早為歐洲各國所接受。目前，西德、英國、法國、義大利等國家均以法律規定強制醫藥分業；而美國、波蘭、捷克等國家雖無法律規定，實質上却實施醫藥分業制度。

東方國家受中醫醫學的影響，醫藥分業的原則難以建立。日本在一八七四公布的「醫制法」已確立醫藥分業的方針。但是，直到目前仍無法普遍實施。

於「醫師法」與 「藥師法」中明訂醫師 和藥師的責任

以法律規定來強制實施醫藥分業制度，其基本做法就是在現行「醫師法」與「藥師法」中，明訂醫師和藥師的責任。並限定醫師不得直接提供或販賣藥品，而藥師若無醫師的處方（不包括國民處方選輯內的處方）也

不得提供或販賣藥品。此外，在「醫療法」中，應列入醫藥分業制度應與分級醫療和轉診制度相配合。醫藥分業制度第一步要做到的，就是私人診所（家庭醫師）與藥局（藥師）的分業；其次，就是要在轉診醫療機構內，進行醫師與藥師的分業。由於私人診所與藥局的分業涉及利益分配的問題，阻力相當大，必須強制實施。

在家庭醫師方面，家庭醫師在開處方時，不得指定藥局。如有違規行為，病患可向醫政單位檢舉。各縣市的醫療報酬合審查小組對於家庭醫師所開的處方內容應嚴格審查。

在藥局管理方面，首先，必須禁止所有醫療機構人員與家庭醫師的親屬（如三等親內）開設藥局，以防止利害關係者相互勾結。同時，要嚴格調查藥局是否由藥師親自經營和調劑，以避免借照經營的現象。對於違反規定的藥局和藥師應予嚴厲處罰。為了解決無藥局地區的問題，政府應設置公營藥局，以補民營藥局的不足。

在轉診醫療機構方面，應加強藥師的角色，使醫師和藥師能夠發揮高度的互補性功能。藥師除了依醫師處方調劑，並提供病患藥品及相關知識之外，應負責機構內藥品的供應、管理與採購計劃，並對醫師提供必要的藥學資訊。

目前，一般醫療機構的藥品採購計畫，大都由醫師決定，完全忽視藥師的專業職能獨立性，致使醫藥分業制度亦難在醫療體系中落實。因此，政府應加強轉診醫療機構的管理，並

協助強行建立完整的醫藥分業制度！

利益團體阻撓醫藥分業

理論上，醫藥分業制度是十分值得採行，但是，實施上却很困難。因為阻止醫藥分業制度的主要障礙，包括醫師的反對、中醫療法難以分業及醫療責任難以劃分等。醫師反對醫藥分業的主要理由如下：

第一、醫師與藥師在業務上是從屬關係，藥師須遵從醫師的指示，所以醫師有權調劑和販賣藥品。

第二、藥師的品質良莠不齊，藥局的分佈不均，醫藥分業會降低醫療品質。

第三、藥師介入醫療關係會增加醫療費用。

在現行醫療制度下，藥品利潤是醫師的主要收入，所以若要醫師交出藥品調劑權，恐要藥師一致聲討！

中醫藥分業的難題

在中醫納入社會保險給付範圍後，醫藥分業將益形困難，因為傳統的中醫療法是醫藥不分的。現在雖中醫師與中藥商之分，但是，中醫師及「確具中藥能力人員」（包括修習過中藥學分的藥系畢業生）均可經營、管理和販賣中藥。將來，如果實施醫藥分業後，中醫師就不能開設中藥房，中藥房將由「確具中藥能力人員」經

營，而目前放眼盡是中藥學徒的中藥房，其專業知識與服務品質怎不令人憂慮呢？

由上述分析看來，醫藥分業制度確有必要實施！但是，在技術上是否能克服一些障礙，就必須進一步研究。所以，我國要實施健全的醫藥分業制度，可能還要一段艱辛的歲月。因此，藥師權益的爭取是勢在必行的！

藥系學生不得不上街頭

在一九八九年這一年度裏，可說是藥學界最動盪不安的沸騰期，不但來自藥師的抗議聲浪一波又一波的展開，就連身為準藥師的高級知識分子也訴諸街頭抗爭。因此，我們不禁要問：「藥師，真是所謂的『弱勢團體』嗎？」嚴格講起來，造成今日藥師專業尊嚴不被重視的原因有很多，其中包括藥管法的修訂不當、藥學教育的畸態發展、藥品關稅利潤以及藥師本身的問題。所以，長久以來藥師在不受尊重卻又關心民衆健康的衝突下，有的轉往學術研究、行政發展，有的乾脆改行。留下來的儘是默默奉獻的民衆用藥褓姆。因而，這也就是藥系學生不得不尋求自救管道的原因！

因此，藥師們在抗爭之餘也該自我反省，摒除良莠不齊的現況做自我提昇；而藥系學生在進入社會之前，也應該對目前藥學環境普遍認知，並要有力造藥學坦途的共識！