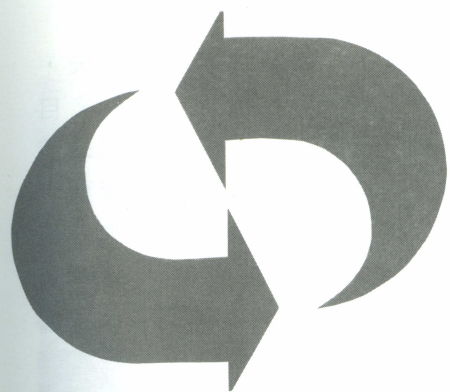




醫藥分業

之專題探討

在全民健保的規劃中，納入了「醫藥分業」究竟醫師與藥師怎麼看，行不行得通呢？

醫藥分工不是醫藥分家

專訪石賢彥醫師

醫藥分業體制的效應

- 一、由藥師複查處方的安全性及合理性。
- 二、提供藥師指導病人正確用藥的機會。
- 三、由藥師專業管理藥品調劑，可提升調劑藥品的品質。

四、減少醫師濫用不當藥品的機率。

但是要實現上述效益，必須具備下列前提條件：

- 一、藥師能確實依據醫師處方，正確配藥。
- 二、藥師有能力複查處方的安全性及合理性並能正確的指導病人用藥。

三、藥師能據實申報調劑藥品費用。

實施醫藥分業後的弊端

事實與理想往往有一段差距，實施醫藥分業後，會出現如

下弊端：

一、藥師亦會配藥錯誤，造成危險：

醫藥分業固然提供藥師複查處方安全性及合理性的機會，可是也衍生藥師誤認醫師筆跡，發生配藥錯誤的危險，我國發生過藥師誤認血管擴張劑 Euglucon 給病人，造成病人昏迷不醒，差一點送命的案例數起。藥師為爭取民眾支持醫藥分業，經常在大眾傳播媒體宣揚醫師處方用藥錯誤的發生率及危險，民眾卻不知道藥師配藥錯誤的發生率及危險性。

二、藥師養成教育的缺失：

一般藥師的養成教育及訓練，無法深入瞭解疾病及病情，憑處方也無從知道病人的診斷，所以藥師也常誤導病人用藥，例如：給患心絞痛的病人服用阿斯匹靈，預防血管阻塞，藥師告訴病人沒有發燒頭痛，應停止服用。藥師不瞭解心衰竭



全民健康保險
特約藥局

辦理業務：
1. 特約醫院及診所之處方調劑
2. 特約醫院及診所之慢性病連續處方調劑

病人服用血管緊張素轉化酵素抑制劑（ACEI）可延長壽命的重要性，僅因乾咳，就貿然告訴病人停止用藥，均能嚴重妨害病人的生命安全。

實施醫藥分業的國家，沒有藥劑生，藥師必須先實習一特定時期，才能執業，我國藥師實習的制度尚未健全，品質也良莠不齊，藥師和藥劑生的執業品質，是否能達到預期的標準，尚待評估。

在美國臨床藥師早已由五年改六年，臨床實習為一千多小時，反觀國內藥師只修四年之課程，其中實習為兩個月，且早期畢業的藥劑師連解剖學都非必修，素質參差不齊；若維持現況，各診所約一百至兩百種藥較不易弄錯，而藥局要應付來自任何一方處方，其要準備的藥有數千種之多，較容易發生問題。

三、藥師因不明白病情而解釋錯誤：

藥師因不瞭解病情及嚴重性，常向病人解釋錯誤，或告訴病人許多發生率不高的重大藥品不良反應，引起病人心理不必要的恐懼，或逕行使用救命藥品，反而降低治療品質，增加病人的生命危險。

四、同一成份藥物的廠牌參差不齊，足可影響療效：

藥品的療效，由成份及被身體吸收的多寡（身體可用率）而決定，目前已經證

實有許多同一成份重要救命藥品，因廠牌不同，其雜質及生體可用率，有相當大的差異，足可影響療效。國內同一成份重要救命藥品，廠牌種類可達十種以上，價格有相當的差異，品



質良莠不齊，大部份民眾不具上述知識，很有可能無法持續使用同一廠牌藥品，而醫師也難以確保病人能獲得所指定廠牌的藥品，又增加病人用藥安全的不確定性。

五、抗生素的使用問題：

我國醫師使用抗生素比外國醫師多，不能單純的武斷是濫用，也不可能經由醫藥分業得到改善。因為我國環境衛生不佳，空氣污染嚴重，個人清潔習慣不足，細菌感染症比先進國家多，而且萬一判斷錯誤，沒有立即使用抗生素，導致病人死亡，將被定罪為延誤治療，難逃牢獄之災（先進國家在此種情況下毋需負刑

責），醫師為求萬無一失，只好多用抗生素以求自保。所以要減少抗生素的使用量，引導醫師合理用藥，應從改善環境衛生，加強環境保護，養成個人清潔習慣，落實感染控制，改進醫

療糾紛訴訟，和加強臨床訓練教育著手，不是實施醫藥分業所能達成的。

實施後病患可能遭受的困擾

一、病患持醫師處方箋前往藥局配藥，如何解決交通問題？要花費多少金錢和時間？

二、由誰監控藥師能正確調劑，給病人醫師指定的品牌藥品？

三、萬一藥師對處方有疑問，要和醫師商量時，醫師已下班，如何處理？

四、若找不到藥局或配不到藥劑，醫師已下班，如何是好？

五、夜晚少婦攜帶幼子奔走街上，要找尋藥局來配藥，其安全問題由誰負責？是故立法時，應尊重病患拿藥的自由選擇權才是！

醫藥分業 之民意調查

在幾年前，台北市醫師公會即曾對當時在醫院診所的病患作民意調查，發現九成四以上的病患比較願意在原來看病的

地方取藥，更有九成以上的病患對在醫院診所領的藥比較能信任。今年五月份，高雄市醫師公會也曾作了「醫藥分業便利性」之民眾態度調查，結果顯示有 68.7% 的民眾，對於在醫院或診所看完病，還需拿處方箋到院外西藥房拿藥，認為不方便，只有 31.3% 的民眾不認為不方便。對於民眾到診所看病時，在診所內拿藥與到西藥房拿藥何者方便，有 75.1% 的民眾認為在診所內拿藥方便，只有 24.9% 的民眾認為到西藥房或藥局拿藥方便。

五月二十七日的自立晚報也曾對醫藥分業做了一次民意測驗，發現有 89% 的民眾贊成病人應有自由選擇在醫療院所或特約藥局配藥的權利，只有 5% 的人反對。另對看完病後，如果



▲ 法規的訂立仍有待立院諸公的努力

可以自由選擇，62% 的民眾傾向於在醫院診所領藥，只有 26% 的民眾傾向於在特約藥局領藥。另有多數民眾認為在醫藥分業後，若發生問題時，醫師或藥師責任歸屬難以認定。以上幾個問卷調查或民意測驗在顯示國內現階段，大多數的民眾仍是比較贊成目前可以在看病的地方包括醫院及診所領藥，只有少數的民眾願意在看完病以後拿醫師開好的處方箋費時費錢再到外面特約藥局調劑，而且大多數的民眾比較信任在醫院診所拿的藥，

大多數民眾的意願及意見絕對不能因法令的僵化而被犧牲掉，也就是說強制性的醫藥分業絕對不能在民國八十六年三月以後實施，否則造成不便以及抱

怨，將引起民眾很大的反彈，其所造成的民怨將是一顆極大的不定時炸彈，隨時可能爆炸。因此我們認為讓民眾有自行選擇在醫院診所或特約藥局調劑的權利將是解決這一有長久爭議的醫藥分業政策的唯一途徑。

醫藥分業的法律 尚未完備

一、醫師法第 14 條規定「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或紙包上將處方號碼、年月日、用法、病人姓名及自己姓名或診療院所逐一註明」，這條文表示醫師調劑、交付藥品之規定，醫師仍保有調劑權。

二、藥師法第 20 條規定「藥師應親自主持所經營之藥局業務，受理醫師處方或依中華藥典、國民處方選輯之調劑」，其後半段應予修法刪除，否則藥師會有密醫行為之可能。

三、全民健康保險醫療辦法第五章第 44 條規定藥品之處方，醫師若未註明不可替代，藥師得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成份、同劑型、同劑量其他廠牌代替。

四、藥師法第 17 條規定，藥師調劑應照處方不

錯誤；如藥品未備或缺乏時，應通知原處方醫師請求更換，不得任意省略或代以它藥。但醫師法施行細則第19條的解釋，本法第17條所稱他藥，係指不同成份含量、劑量或劑型之藥品而言。這表示醫師指定原廠藥品，藥劑師可以給病人任一種同成份、同含量、同劑量和同劑行的廉價藥品，對病人的用藥效果、安全性及品質毫無保障。此19條解釋已不合時宜，應予刪除。

五、民眾爲了醫藥分業必須繳更多的錢，將群起反對；依健保法第39條規定，指示用藥、成藥不給付。因此一般民眾平時看病時，大多的藥錢要自己付。依目前的觀察絕大多數的民眾反對。

醫師團體的立場聲明

開業醫在以往的執業方式，很少算掛號費或醫師專業的診療費，而是將所有的醫療費含在藥費之中，部份民眾看病後必定打針、拿藥，就藥，就此藥費計價；假若看病、諮詢衛教半個小時以後不打針、不拿藥，要付費好像很怪的樣子。如今，在全民健保偏低的診療費給付下，官方、民間媒體有多少人說一句公道話？醫師的智慧財產權必須受到尊重及認真考慮。我們願意拿合理、合於水平的專業權利，可是很難。在美國的

醫師診察就有科別，初、複診之差別。台灣是自由民主的國家，惟獨醫療制度是走向社會主義的理想化？

正確認識醫藥分業

醫藥分業是專業的尊重、專業的分工，尤其是獲取專業的權益。醫藥分業不



▲ 民眾對醫藥分業的認識有多少呢？

是醫藥分家，假若強制性，全面性，即刻性的實行醫藥分業，將註定引起民眾的反彈，引起社會的困擾，並付出社會成本及代價，醫藥分業的成功有賴醫、藥的合作及互動且逐步階段性、局部性的試辦，找出問題、解決問題，慢慢克竟全功，造福民眾。



▲ 徐鳳麟現任北醫附醫藥局主任

醫

藥分業，實乃我國醫療環境的必然趨勢，而良好的醫藥分業制度對醫師、藥師、患者三方面皆至關重要。然筆者忝為醫界的初生之犢，對此一重大議題的另一造---藥界---卻殊少瞭解，故而特地走訪北醫藥劑科的大家長徐鳳麟教授，希望能在目前相持不下的紛亂中，理出一條公正客觀的航道來供各位參考。在教授親切的態度下，此一嚴肅的話題在不失活潑中展開。

考取執照後尚須在醫院或社區藥局服務滿一千小時，期間如同住院醫師一般已有『分科訓練』的模式出現。如此層層把關才能漸次培養出一位合格的臨床藥師。教授以為一位嫻熟專業的臨床藥師無論對患者或醫療團隊其餘成員皆能提供更好的服務；而與臨床醫師並肩合作，進行所謂 Double check，更對提高醫療品質，減少處方錯誤、節省社會成本、避免資源濫用等，有著直接的助益。這也是吾人實施醫藥分業的目的與精神所在。

醫藥界攜手共進

分業路好走

專訪徐鳳麟教授

淺析臨床藥師的構想

教授首先便主動提到有關『臨床藥師』的構想。由於分業之後藥師不再祇是做為醫師的後勤支援，而是必須站在臨床第一線、共同擔負起醫療成敗的責任，故建立一套完整的臨床藥師訓練制度實乃當務之急。以本院為例，一位有志成為臨床藥師的藥學系學生，其選修課程比以往增加，實習期間亦由兩個月延長為三個月，

醫師藥師之杵臼關係

直言之，在醫藥分業的大勢所趨下，藥師本身必須更進一步加強其專業化與分科細密化，方能與臨床醫師相輔相成。在此，教授特地引用了謝炎堯教授發表在藥事週刊九四四期的一篇講稿---臨床醫師與臨床藥師的互動關係。文中指出，依醫師處方調劑、提供藥品資料、治療藥品監檢 Therapeutic Durg Monitor T.D.M.、用藥評審 Drug Utilization Review D.U.R.等，係醫藥間主要的互動項目，也是臨床藥師的職責所在。醫療團隊各成員應以病人為依歸、以合作為方式，提供本行專業知識，使患者在

用藥方面能有最好的照顧！

眼前的課題與將來的期望

在台灣民眾心目中，醫師始終是醫療團隊的不二代表，而藥師則相對地處於明顯的弱勢。一項由自立報系所做的民意調查數據，殘酷地顯示只有41.6%的台灣民眾對目前藥師的專業能力有信心，遠低於對醫師的70.4%。而無可否認的另一項事實，則是時下坊間藥局的藥師素質、服務水準與專業理念等，的確存在著良莠不齊的現象。故而如何提昇民眾對『健保特約藥局』的信心，使民眾改變數十年來看病拿藥一次過的就醫習慣，從而樂於享有醫師、藥師 Double check 的雙重保障，實乃醫藥分業的一大課題！對此，教授

表示在藥師全聯會與中華藥學會的努力之下，已逐次逐批地對現役藥師實施再教育的工作，嚴加考核其時數與點數；而對於開業資格與藥局設備亦有詳細合理的規定。期望藉此改善藥局的水準、提昇民眾的信心。教授特別強調，每一種行業都會有良莠不齊的現象，然而這本身並非問題；若因噎廢食為此而反對醫藥分業的實施，那才是問題所在！我們該做的是積極輔導藥師們能提昇能力，符合資格來獨立作業，而非消極地訂定門檻的限制！教授舉例表示，在醫藥分業實施之初一定會有陣痛期的出現，但就如同府會之間相互制衡分工合作一樣，醫藥界之間亦必須有平等互動的合作，才能有合理的資源分配與完善的醫療服務。

調劑權歸屬爭議下的省思

對於『調劑權』的歸屬爭議，教授亦有其獨到的見解。教授以為吾人的思考不應以『調劑權應屬於醫師或藥師？』為起始！在全台灣的每一點，理想上皆必須同時有醫藥護檢四類人員的存在，各以其專業能力互相協助，構成完整的醫療團隊與網路；然而實際情形是，在台灣仍有許多無藥事人員執業的偏遠地區，或是某些急迫情況下，必須由醫師親為調劑。教授強調，雖然藥事法 102 條對此兩種狀況做了寬容的規定，但這實在是不得已也不應當的！而這一制度上的缺失，牽涉到整體醫療人力不足的問題！也是整個醫療界以後該著力改善之處，我們應該使全台灣每一點都能有一個 Team 來作業，而不應放任單獨一人任何情況下獨撐大局。教授語重心長地表示，與建立制度相較之下，調劑權的爭執實在不值得我們的重視。

為開業醫撥去心頭疑雲

接下來，我們提出一項令許多開業醫師不滿的疑慮，那便是關於醫院可設置藥局，但診所卻不得隨意聘任藥師的規定。教



▲調劑的能力與權利孰輕孰重

授表示這兩種情況初見之下看似矛盾，其實有其道理在。診所的雇方是醫師本人，藥師則為勞方。试想，有哪位員工能據理指陳出老闆的錯誤？能平等地與其就決策來進行討論？在這種情況下，醫藥分業 Double check 的根本精神將蕩然無存！

相反地，在醫院之中毋論醫藥皆為受雇的勞方，彼此互不歸屬沒有主從之分，則醫藥分業的理想方能落實矣！再者，台灣民眾短期內不可能改變其看病拿藥一次過的就醫習慣---事實上，64.8%的民眾

表示在醫藥分業全面實施後，仍會在就醫醫院拿藥；反有17.1%的民眾會持處方箋至健保藥局調劑---故而醫院設置藥局有其遷就民情的事實考量。

小市民與醫藥分業

至於在民眾方面，無論就醫習慣或醫學常識，似乎都有再教育的必要性。畢竟，無論全民健保抑或醫藥分業，其最終目的皆在保障民眾的權益。當制度建立的同時，民眾的水準亦應與之俱昇方能落實其精神。例如日前報載台灣地區用藥偏高的情形便是醫藥未能分業、民

眾濫用藥物的後果。

醫藥分業成敗關鍵

在醫療界本身，醫師與藥師彼此間的合作態度，毋庸置疑是醫藥分業成敗與否的一大關鍵，其間各種意見自然是森然羅列、犬

積下所引致的窒礙難行之處，唯有加以克服縮短陣痛期，方是正本清源之道。何況如前所述，藥界已在致力提昇其專業形象與服務水準，醫界似乎也該拋棄其既得利益之獨大心態，與藥界平等攜手合作才是。



立足現時地 放眼看前程

在此藥界面臨革新的轉捩點上。教授對藥學生--事實上也適用於全體醫學生--提出了期許，他希望我們能充實專業領域、人文素養與管理觀念，進而成為敬業、樂群的醫療工作者！告別教授後，回憶在整個訪談的過程中，教授的聲音雖不大，其字句卻極有力量，發人深省；對於改善醫療環境、建立完整制度的使命感與責任感，亦深深震撼了筆者的心靈。

牙交錯，常令人有難得共識之慨！在訪問前筆者事先拜讀了台北市醫師公會常務理事石賢彥醫師的文章---醫藥分業是分工不是分家。其中提出若干原因來反對醫藥分業的倉促實施。有趣的是石醫師的觀點頗多與徐教授大異其趣之處。故而在前述的訪談中，我們已逐一就其中衝突之處加以求教，以期對雙方意見都能有所認識。例如，石醫師以為醫藥界缺乏共識與合作經驗、健保藥局不足，藥師素質等問題，將令倉促實施的醫藥分業招致失敗！教授卻以為任何一項新制度實施之初，必有舊制度缺失累