

醫藥分業政策推行對藥師專業的影響

謝文紘¹ 陳美霞^{2,*}

WEN-HORNG HSIEH¹, MEEI-SHIA CHEN^{2,*}

¹ 國立成功大學醫學院行為醫學研究所，台南市大學路一號

Graduate Institute of Behavioral Medicine, College of Medicine, National Cheng Kung University, No.1, Da Hsueh Road, Tainan City, Taiwan, R.O.C.

² 國立成功大學醫學院公共衛生研究所

Graduate Institute of Public Health, College of Medicine, National Cheng Kung University.

* 通訊作者Correspondence author. E-mail: mschen@mail.ncku.edu.tw

目的：本研究分析台灣醫藥分業政策內容轉變及其對藥學專業的影響。**方法：**我們使用三種資料來源，包括：醫藥分業政策相關之二手資料、台南縣醫藥分業社會調查、及深度訪談。**結果：**醫藥分業政策原先的規劃與最終實施的內容有重大轉變：(1)單軌制(診所中不聘請藥師從事調劑業務)轉變為雙軌制(診所可聘請藥師調劑)；(2)除在無藥事人員或偏遠地區外全國全面實施轉變為診所與藥局數比例達三比一地區先實施；(3)放寬醫療急迫之定義而擴展醫師調劑權的範圍。台南縣社會調查結果顯示，大多數藥師(生)(71.2%)贊成實施醫藥分業，但卻有一半以上(54.7%)的藥師(生)反對醫藥分業中雙軌制的作法，且自行開業的藥師(生)有最高的比例(67.8%)反對現行雙軌制作法。我們的深度訪談顯現，雙軌制政策的實施使大部分藥局收入降低，且對藥局經營及藥師專業有負面的影響，甚至導至「去專業化」的現象。**結論：**醫藥分業政策最終實施內容與原始規劃有很大的不同，這種政策轉變使得衛生署當初醫藥分業的目標——藥學專業地位的增進及社區藥局功能的健全 無法充分實現。(台灣衛誌 2001；20(5)：395-411)

關鍵詞：衛生政策、醫藥分業、藥局、藥學專業、專業化。

The impacts of the implementation of the policy toward the separation of drug dispensing from medical practice on the pharmaceutical profession

Objectives: We analyze the changes of the policy toward the separation of drug dispensing from medical practice and their impacts on the pharmaceutical profession. **Methods:** We use three sources of data, including secondary data on the policy toward the separation of drug dispensing from medical practice, the social survey of the pharmacists and physicians in Tainan county, and in-depth interviews. **Results:** There are great differences between the original design and the final contents of the policy toward the separation of drug dispensing from medical practice. Major changes include (1) that from a "single track" system (the clinics not allowed to dispense drugs by hiring a pharmacist) to a "double track" system (the clinics allowed to dispense drugs by hiring a pharmacist); (2) that from the implementation of the policy in the whole nation except the rural areas without pharmacists to only in those areas with the clinics/pharmacy ratio of 3 to 1; and (3) that of expanding the scope of medical emergencies in which the physician can dispense drugs. Our survey indicates that, although majority (71.2%) of the pharmacists in Tainan county support the policy on the separation of drug dispensing from medical practice, more than half (54.7%) disagree with the "double track" system. The pharmacists who own the pharmacy in the community have the greatest proportion (67.8%) opposing the "double track" system. Our in-depth interviews indicate that the implementation of the "double track" system led to the decline of the income of the community pharmacies and had negative impacts on the management of the community pharmacies and the pharmaceutical profession as a whole, leading to the "de-professionalization" of the pharmaceutical profession. **Conclusions:** The above policy changes result in the failure of the Ministry of Public Health to fully meet the objectives of the policy - the promotion of the status of the pharmaceutical profession and the function of the community pharmacy. (*Taiwan J Public Health*. 2001;20(5):395-411)

Key words: health policy, the policy on the separation of drug dispensing from medical practice, pharmacy, pharmaceutical profession, professionalization.

前言

由於承襲日據時期西醫兼俱診療權及調劑權的執業模式，再加上國民政府來台後所訂立之法令也賦予醫師調劑權，醫藥不分的政策在台灣執行已有一個世紀[1]。許多基層社區診所往往除了診療疾病外，也兼做藥品調劑[2]，而這些診所中從事調劑的人員又多不是專業藥事人員[3]。這種醫藥不分的現象，致使藥師經營藥局困難，因此，長久以來，台灣普遍存在藥局由藥師掛牌而沒有親自執業的情形[2-5]。在此情況下，一般民眾的用藥長期缺乏專業人員指導及監督，無法享有高品質的藥事服務[2,6]；許多研究指出，民眾用藥缺乏保障的根本原因之一在於醫藥不分業[2,4,5,7]。

在持續百年醫藥不分的政策下，上述台灣民眾用藥安全堪虞的問題，因全民健保的實施，出現一個可能改善甚或解決的契機。1990年全國衛生行政會議中決議：全民健保必須在醫藥分業的基礎上實施[8]。全民健保規劃中明確指出，醫藥分業可確保國民用藥安全、減少藥物濫用並控制健保費用支出[9]，因此，全民健保規劃之醫療體系中，被保險人看病時，得向醫院或診所索取處方箋，並交付健保特約藥局調劑。

衛生署明示，醫藥分業的目的，是以醫藥分工之醫療執業型態，保障民眾的用藥安全；而欲達此目的，其中一要務是提升並健全基層社區藥局之專業功能[2,4,5]。然而，在長達一個世紀醫藥不分歷史背景下，衛生署是否真能按其理想及規劃順利推動醫藥分業政策？社區藥局在長年發展不良狀況下[2,10]，是否真能因醫藥分業的推行而提升其專業地位及功能，進而促進民眾用藥之安全？台灣醫藥分業於1997年推行後，相關研究已有不少[3,4,11-18]，但這些研究大多偏重藥師(生)、醫師及民眾對醫藥分業的認知及態度之分析，我們尚未看到對上述議題試圖作科學分析的研究。本研究即以解答上述兩項問題為目標。

投稿日期：90年6月28日

接受日期：90年12月5日

材料與方法

本研究使用三種資料來源：

1. 醫藥分業政策相關資料：運用醫藥分業相關法律條文、報章雜誌的相關報導、以及衛生署及立法院相關圖書資料的收集，對醫藥分業政策制訂的過程進行綜合分析，以瞭解醫藥分業之內容，是否在衛生署制訂與推動此政策過程中有所轉變，同時也分析藥師團體的因應行為及其專業是否因醫藥分業的推行而面臨衝擊。
2. 台南縣醫藥分業社會調查：為瞭解藥師(生)及醫師對醫藥分業的態度及此政策對他／她們的影響，我們以台南縣為例，對該縣的藥師(生)及醫師分別進行問卷調查。這項調查是在醫藥分業尚未在台南縣實施前，台南縣衛生局委託成大醫學院公共衛生科負責執行，研究結果將作為該局推動台南縣醫藥分業的參考。此調查之樣本、問卷內容、資料收集情形、及資料之整理及分析，分述如下：

(1) 樣本：

藥師(生)調查：以台南縣衛生局提供的該縣所有藥師(生)的名冊為準，運用比例抽樣的原則，以都市及鄉村的區域分層以及藥師、藥生的團體分層，並應用Qbasic軟體中的亂數進行隨機抽樣，共抽取藥師(生)505名，其中藥師374名，藥生131名，兩者比例約為3比1。

醫師調查：抽樣方法與藥師(生)調查相似，以都市及鄉村的區域分層，共抽取500名醫師。

- (2) 問卷內容：問卷內容主要分成幾個部分，包括基本資料(性別、年齡、服務機構、收入等)、對醫藥分業政策內容的瞭解(醫師可不釋出處方箋的情況、釋出處方箋的費用、現行政策採行作法等)、對台南縣實施醫藥分業的意見(對雙軌制的意見與態度、健保藥局功能重要性評估、對處方箋釋出情況之評估、對收入影響之評估、對台南縣實施醫藥分業之意見等)。雖然醫藥分業政策的制訂與實施牽涉醫師與藥師雙方，但本

研究將以藥師為分析焦點，因此本論文側重分析藥師(生)的社會調查資料；本文分析所使用的變項，在藥師(生)調查部分，包括性別、年齡、實質收入、服務機構、對雙軌制的意見、對收入的影響、處方箋釋出情形評估、對台南縣實施醫藥分業之態度等；另外，為與醫師作比較，突出藥師的問題，我們也使用醫師調查之部分資料，包括性別、實質收入、年齡、服務機構、處方箋釋出情形評估、及對台南縣實施醫藥分業之態度等。

- (3) 資料回收：將問卷郵寄給樣本(藥師、藥生及醫師)後，由台南縣衛生局負責經數次問卷催收，藥師(生)調查共回收375份，醫師回收381份。回收率分別為74%及76%。
 - (4) 資料整理及統計：在將問卷資料輸入電腦後，運用SPSS7.0統計套裝軟體進行資料統計處理，包括描述性統計(次數分布、交叉表)以及推論性統計(相關顯著性)。
3. 深度訪談：為求更全面且深刻的瞭解本研究議題，我們針對相關人士進行深度訪談。訪談的人士包括：現任及前任藥師公會全聯會理事長、兩位衛生署前藥政處長、地方藥師公會代表兩位、自行開業藥師(生)十八位、藥局聘任藥師(生)五位、醫院藥師四位、以及診所聘任藥生一位，訪談的藥師與藥生比例約為7：3。因本研究的重心之一為自行開業的藥師(生)，故我們訪談人士中自行開業藥師(生)最多(十八位)，但為了與其他不同服務機構的藥師(生)做比較，我們也訪問數位藥局聘任藥師(生)、醫院藥師、及診所聘任藥生。基於地理上的方便性，我們訪談的藥師(生)均在台南、高雄、及屏東市等地服務，但同一縣市的訪談藥師(生)盡量在選取區域上有分散性，避免同一縣市的訪談對象均集中在相同的區域；此外，因為深度訪談的目的是瞭解醫藥分業的實施對藥局藥師(生)的影響，我們訪談的藥師(生)所工作的藥局必須經歷北、高兩市實施醫藥分業的期間，

即，這些藥局均已營業至少四年以上，以能確實瞭解藥局藥師(生)對醫藥分業之態度及醫藥分業對他／她們的影響。另外，為瞭解政策推動及其相關問題，我們也訪談前屏東市及高雄市藥師公會理事長、前任及現任藥師公會全聯會理事長、以及衛生署前藥政處長。因此我們深度訪談試圖從基層藥師(生)與參與政策制訂者兩方面來對研究問題進行瞭解。

我們的深度訪談採半結構性方式，即，我們雖以開放性方式討論，但我們所訪談的目的主要是瞭解受訪者對醫藥分業的態度及醫藥分業實施後對他／她們的影響，較詳細的訪談面向包括：對實施醫藥分業的態度、醫藥分業政策實施之成效評估、對雙軌制之態度、醫藥分業的實施對藥局收入的影響、醫藥分業的實施對藥局經營模式及藥師專業之影響等。深度訪談資料之處理方法，乃是先將所有訪談者之口述內容逐字逐句謄寫，再依照醫藥分業相關之觀念重新組織登錄(coding)，將資料加以觀念化及類屬化(categorizing)，以整理成具結構且分項的訪談資料[19]。如受訪者反對雙軌制的理由，我們先將其口述內容逐字逐句謄寫出來，再將受訪者反對雙軌制之主要觀念分類並區分成各個項目，如雙軌制會造成藥師租牌、產生主雇關係、降低專業制衡的功能、讓醫師佔有利益等。這種資料整理方式，使我們深度訪談的資料有結構性，因此較能呈現深度訪談內容的全貌，也能顯示出哪些項目是在訪談中一再被提起並且較被重視的。

結 果

1. 醫藥分業政策內容之轉變

我們分析了所收集的二手資料，包括醫藥分業相關報導、法令及衛生署與立法院相關資料[20]，再輔以深度訪談資料，綜合出醫藥分業原先規劃及最後改變的內容比較(見表一)。衛生署原先規劃推動基層診所不聘藥師、不調劑，而由社區藥局全權負責調劑的單軌制醫藥分業政策，最終政策卻轉變為診

表一 衛生署醫藥分業內容原先規劃與最後改變的比較表

醫藥分業內容	原先規劃內容	政策最終內容
診所聘藥師	單軌制	雙軌制
梯次 / 區域	除偏遠地區外，全國全面實施	1.診所 / 藥局比例達3/1的地區始實施 2. 分區分階段實施
急迫醫療之定義	需立即使用藥品之情形	五大醫療急迫情形：患者為 1. 三歲以下； 2. 六十五歲以上； 3. 領有殘障手冊； 4. 孕婦； 5. 健保中規定之緊急病患。

所可聘藥師、且可在診所調劑的雙軌制作法[3]。另外，按原來規劃，除了無藥事人員執業的偏遠地區，應當是全國全面實施醫藥分業，然而最後卻僅在診所與藥局達3比1的地區實施，並決定分區分階段實施醫藥分業[21](如第一階段於1997年三月在北高兩市實施；第二階段於1998年三月在台中市、嘉義縣及嘉義市實施；而1998年四月則在基隆市、苗栗縣與彰化縣實施第三階段的醫藥分業)。而有關醫療急迫情形醫師可自行調劑的規定，根據原先的規劃，只有需立即使用藥品的情況，才歸為急迫醫療，後來卻在實施的前夕以行政命令的方式公布了五大醫療急迫情形[22,23]，包括：患者為三歲以下兒童、65歲以上老人、領有殘障手冊者、孕婦、以及健保中規定之緊急病患等情形，也因此放寬了醫師可自行調劑的範圍[24-26]。

2. 台南縣醫藥分業調查結果

由於本調查所進行之地區為台南縣，因此在統計上僅可推論至台南縣，然而，本研究結果仍可能反映出台灣其他地區或甚至是全台灣所面臨到有關醫藥分業的實質問題。就台南縣醫藥分業調查回收樣本基本資料分佈(表二)顯現，藥師(生)與醫師均是男性比例較高，醫師尤其明顯(男性佔93.7%)，藥師(生)、醫師均以年齡30-50歲佔多數，若以服務機構分類，藥師(生)自行開設藥局的佔最高比例(51.7%)，而醫師中69.1%是基層診所開業醫師。台南縣目前尚未設置醫學中心，因此藥師(生)與醫師研究樣本中沒有在醫學中心服務者；在收入方面，約85%的藥師(生)月收入在五萬以下，反之，約87%的醫

師收入卻是在十萬以上。我們將藥師(生)及醫師樣本分佈與我們可收集到的台南縣藥師(生)及醫師母群體性別、年齡、及服務機構之分佈比較(表二)，顯現在藥師(生)及醫師性別，藥師(生)年齡及藥師(生)與醫師服務機構三方面，樣本及母群體均無統計上顯著的差異($p > 0.05$)。

本研究因為以藥師(生)為焦點，所以本節主要分析藥師(生)調查結果，但在呈現藥師(生)對醫藥分業的態度時，也與醫師調查結果比較，突顯醫藥之間的差距。首先，相對比較起多數(66.9%)台南縣醫師反對醫藥分業(19.0%非常反對；47.9%反對)的情況，藥師(生)卻是絕大部分(71.2%)贊成醫藥分業(28.0%非常贊成；43.2%贊成)，且此差別在統計上有極顯著意義($\chi^2 = 354.71$, 4 d.f., $p < 0.001$)(表三)。藥師(生)贊成台南縣實施醫藥分業的原因(表四)較常被提及的是：可提供民眾用藥諮詢(62.1%)、醫藥師各司其職(53.1%)、以及可提升藥師社會地位(36.0%)等，這些原因中，第一及第二主因與醫師贊成的原因雷同，醫師贊成的第三大原因是醫藥分業可使藥政管理更完善(47.1%)；即使大多數藥師(生)贊成醫藥分業，仍有9.8%的藥師(生)持反對的意見，我們進一步分析這些持反對意見的藥師(生)的服務單位，發覺他／她們之中有65.8%是自行開設藥局的藥師，17.1%是藥局聘任藥師(以上兩項統計不在表內)；而藥師(生)反對的理由(表五)主要是因他／她們認為醫師配合度低(94.5%)、醫藥分業法令不夠完善(91.7%)、民眾對醫藥分業法令認知不足(88.9%)，及開業藥局生存空間因醫藥分業減少(80.6%)，即，這些藥師(生)不

表二 台南縣醫藥分業社會調查回收樣本基本資料

基本資料		藥師(生)				醫師				
		樣本		母群體		樣本		母群體		
		人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	
性別										
男		245	65.5	497	61.2	344	93.7	857	90.6	
女		129	34.5	315	38.8	23	6.3	89	9.4	
		(X ² = 2.02, 1 d.f., p > .05)				(X ² = 3.34, 1 d.f., p > .05)				
年齡										
< 30歲		30	8.1	81	10.0	8	2.3	*		
31 40歲		136	36.9	308	40.0	138	39.5			
41 50歲		154	41.7	339	41.8	110	31.5			
51 60歲		42	11.4	61	7.5	43	12.2			
61 70歲		4	1.1	15	1.8	25	7.2			
71 80歲		3	0.8	8	0.9	22	6.3			
> 80歲		0	0	0	0	3	0.9			
		(X ² = 6.35, 5 d.f., p > .05)								
服務機構										
自行開設藥局		185	51.7	429	52.8	基層診所	250	69.1	577	61.0
藥局聘任藥師		51	14.2	116	14.3	地區(教學)醫院	66	18.2	223	24.6
診所聘任藥師		59	16.5	109	13.4	區域醫院	26	7.2	87	9.2
大醫院藥師		25	7.0	75	9.2	衛生所	20	5.5	59	6.2
藥廠		38	10.6	83	10.3	(X ² = 7.52, 3 d.f., p > .05)				
		(X ² = 3.19, 4 d.f., p > .05)								
收入(元)										
< 25000		101	30.2							
25001 30000		58	17.4							
30001 50000		125	37.2							
> 50000		51	15.2							
						< 100000	47	13.3		
						100001 200000	103	29.1		
						200001 300000	98	27.7		
						300001 400000	54	15.3		
						400001 600000	26	7.3		
						600001 800000	9	2.5		
						800001 1000000	7	2.0		
						> 1000000	10	2.0		

* 我們無法得到台南縣調查當年醫師母群體年齡分佈之資料，故無法將醫師樣本與母群體以年齡做比較。

表三 藥師(生)及醫師對台南縣實施醫藥分業的態度

意見	藥師(生)		醫師		χ^2 值及自由度
	人數	%	人數	%	
非常贊成	103	28.0	2	0.6	$\chi^2 = 354.71^{***}$ d.f. = 4
贊成	159	43.2	22	6.2	
沒意見	70	19.0	94	26.3	
反對	29	7.9	171	47.9	
非常反對	7	1.9	68	19.0	
總計	368	100.0	357	100.0	

***p<0.001。

表四 藥師(生)及醫師贊成實施醫藥分業的理由

排序	藥師(生)	%	醫師	%
1	提供民眾用藥諮詢	62.1	提供民眾用藥諮詢	67.3
2	醫藥師各司其職	53.1	醫藥師各司其職	64.4
3	提升藥師社會地位	36.0	可使藥政管理更完善	47.1
4	使醫療架構更完善	18.8	可使醫療架構更完整	43.3
5	可健全藥局之功能與素質	16.9	可健全藥局功能與素質	28.8
6	藥師就業選擇性較廣	12.9	可減少醫療品質落差	22.1
6	藥師收入增加	12.0	可提升醫師的專業形象	20.2
6	可減少醫療品質落差	11.2	可提升醫師的社會地位	8.7
9	開業藥師可生存	10.6	可增加收入	7.7
10	使藥政管理更完善	9.3		

此題為複選題，可複選一個以上的選項。

表五 藥師(生)及醫師反對實施醫藥分業的理由

排序	藥師(生)	%	醫師	%
1	醫師配合度低	94.5	藥政管理不夠完善	77.3
2	醫藥分業法令不夠完善	91.7	醫藥分業法令不夠完善	72.3
3	民眾對醫藥分業認知不足	88.9	醫療糾紛風險增加	69.6
4	開業藥局生存空間減少	80.6	恐怕會流失病人	65.9
5	醫療糾紛風險增加	30.6	藥局沒有處方藥，病人有找不到藥的困難	49.5
6	藥政管理不夠完善	19.4	大部分藥局非藥師親自營業，難保用藥安全	48.9
6	藥局無法提供急診或24小時服務	19.4	藥局規模分佈不足以應付分業後情形	28.4
6	大部分藥局並非藥師親自執業	19.4	藥局無法提供急診或24小時服務	17.4
9	藥局規模分佈不足以應付分業後情形	13.9	醫師地位降低	15.6
10	藥師地位降低	11.1		

此題為複選題，可複選一個以上的選項。

見得反對醫藥分業本身，乃是擔心醫藥分業的配套措施(即醫師、法令及民眾的配合)尚未就緒，有些開業藥局藥師甚至擔心醫藥分業推行變調，反而擠壓他／她們生存空間；我們也在表五列出醫師反對實施醫藥分業的理由，醫師反對醫藥分業的主要理由中，有一點是與藥師一樣的，即，他／她們也因擔心醫藥分業法令不夠完善而反對，但是，與藥師(生)不同的，醫師反對的其他理由主要是藥政管理不夠完善(77.3%)、醫療糾紛風險增加(69.6%)、恐怕病人流失(65.9%)。另外，在處方箋釋出方面，四分之三以上的藥師(生)認為台南縣若實施醫藥分業，醫師釋出處方箋的情形將是不好(44.4%)，甚或非常差(30.9%)(表六)；此比例與醫師比例差不多，約八成的醫師(80.3%)認為醫藥分業若實施，則處方箋的釋出將是不好(46.9%)或非常差(33.4%)。

前面提過，出於專業的立場，藥師(生)對醫藥分業政策多抱持正向及期待的態度；但是，我們前節中已有敘述，衛生署在推行醫藥分業過程中，醫藥分業內容已由診所不得聘用藥師的單軌制變為診所可聘藥師的雙軌制，因此，我們也請藥師(生)表達他／她們對雙軌制的意見(表七)，結果發現一半以上的藥師(生)表示非常反對(18.5%)或是反對(36.2%)雙軌制，與他／她們對理想中醫藥分業(單軌制)的贊成態度(表三)成鮮明的對比。我們再問藥師(生)反對雙軌制的最重要原因(表八)，其中，「造成租牌問題嚴重」、「藥師地位不明確」，及「開業藥師生存空間減少」各約佔三分之一，而有7.7%的藥師(生)反對的

最重要原因是「藥師自主性降低」。但有趣的是，居然有四分之一(25.1%)的藥師(生)贊成雙軌制(見表七)！我們想瞭解贊成與反對雙軌制的藥師(生)究竟有何不同特性，因此再進一步分析藥師(生)對雙軌制的態度與他／她們服務機構的關係(表九)，發現贊成雙軌制的藥師(生)來自各個不同的服務機構，但診所聘任的藥師贊成的比例最高，反之，以自行開設藥局的藥師反對的比例最高，大醫院及藥廠藥師則次之($\chi^2 = 47.11$, 8 d.f., $p < 0.001$)。我們再請藥師(生)們評估雙軌制醫藥分業在台南縣實施後，他／她們的收入會增加、減少或不變(表九)，診所聘任藥師(生)有一半以上認為他／她們收入會增加(大醫院藥師也是一半以上，但因其分母小—僅22，故較不具意義)；相反地，自行開設藥局的藥師卻有相當高的比例(41.6%)認為他／她們的收入反而會減少($\chi^2 = 64.52$, 8 d.f., $p < 0.001$)。

然後，我們再將藥師(生)對雙軌制醫藥分業實施後的收入評估與他／她們對雙軌制的贊成或反對態度交叉(表十)，有顯著統計意義的關係($\chi^2 = 15.02$, 4 d.f., $p < 0.01$)顯現，認為自己在雙軌制醫藥分業實施後收入會減少的藥師(生)是傾向反對雙軌制的，反之，評估自己收入會增加的人則傾向贊成(雖然後者反對雙軌制的比例也將近一半)。

3. 深度訪談結果

我們對南台灣地區的藥師進行深度訪談的結果，主要分成幾個與醫藥分業相關的重要觀念來做資料的呈現，包括對實施醫藥分

表六 藥師(生)對實施醫藥分業處方箋釋出情形的評估

處方箋釋出情形	藥師(生)		醫師		χ^2 值及自由度
	人數	%	人數	%	
非常好	2	0.5	0	0	$\chi^2 = 4.39$ d.f. = 4 $p > 0.05$
好	7	1.9	7	2.0	
普通	82	22.2	63	17.7	
不好	164	44.4	167	46.9	
非常差	114	30.9	119	33.4	
總計	369	100.0	356	100.0	

表七 藥師(生)對雙軌制的態度

贊成或反對	人數	%
非常贊成	16	4.4
贊成	76	20.7
沒意見	74	20.2
反對	133	36.2
非常反對	68	18.5
總 計	367	100.0

表八 藥師(生)反對雙軌制的最重要原因

最重要原因	人數	%
造成租牌問題嚴重	72	36.7
開業藥師生存空間減少	51	26.0
藥師地位不明確	58	29.6
藥師開業自主性降低	15	7.7
總 計	196	100.0

表九 藥師(生)服務機構與其對雙軌制的態度及收入評估之關係

	自行開設 藥局		藥局聘任 藥師		診所聘任 藥師		大醫院 藥師		藥廠 藥師		χ^2 值及自由度
	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	人數	%	
對雙軌制態度											
贊成	24	13.1	16	31.4	27	48.2	7	29.2	12	32.4	$\chi^2 = 47.11^{**}$
沒意見	35	19.1	14	27.4	15	26.8	2	8.3	4	10.8	d.f. = 8
反對	124	67.8	21	41.2	14	25.0	15	62.5	21	56.8	
總計	183	100.0	51	100.0	56	100.0	24	100.0	37	100.0	
收入評估											
增加	31	16.8	17	35.4	30	50.9	13	59.1	15	40.5	$\chi^2 = 64.52^{**}$
跟現在差不多	77	41.6	20	41.7	26	44.0	9	40.9	19	51.4	d.f. = 8
減少	77	41.6	11	22.9	3	5.1	0	0	3	8.1	
總計	185	100.0	48	100.0	59	100.0	22	100.0	37	100.0	

**p<0.001。

表十 收入的評估與雙軌制的意見交叉表

贊成或反對	收入增加		跟現在差不多		收入減少		χ^2 值及自由度
	人數	%	人數	%	人數	%	
贊成	38	34.5	37	23.7	13	14.3	$\chi^2 = 15.02^*$
沒意見	21	19.1	37	23.7	15	16.5	d.f. = 4
反對	51	46.4	82	52.6	63	69.2	
總計	110	100.0	156	100.0	91	100.0	

*p<0.01。

業的態度、對醫藥分業政策實施之成效評估、對雙軌制的態度、醫藥分業的實施對藥局收入之影響、與醫藥分業的實施對藥局經營模式及藥師專業之影響等幾個面向(見表十一)。因為我們深度訪談的對象主要在南台灣，因此訪談結果統計部分不能推論至南台灣以外的地區，但是訪談所呈現出來的實質問題仍可能反應台灣其他地區類似的問題。

(1) 對實施醫藥分業的態度

共有二十八名受訪藥師(生)論及此問題，經資料整理後發現有將近九成(89.3%)的受訪藥師對實施醫藥分業表示贊成的態度，他/她們並指出其贊成的原因主要基於醫藥分業為現今醫療發展之趨勢、符合專業分工之精神、保障民眾用藥安全、以及政策的實施可提升藥師社會地位及使藥政管理更完善等；僅有3位(10.7%)受訪藥師他們均是自行開業的藥師，對醫藥分業的實施持反對態度，他/她們所反對的理由則是認為現行醫藥分業政策規劃不良，以及醫師與民眾對政策的配合度低落。

(2) 對醫藥分業政策實施之成效評估

共有二十八名受訪藥師(生)談及此問題，其中較多數(78.5%)的藥師認為現行醫藥分業實施的成效是不好的，他/她們認為，藥局仍接不到處方箋、醫師配合度低、民眾還是不習慣拿處方箋到藥局調劑、政府沒有持續宣導及評估醫藥分業政策、或雙軌制阻礙醫藥分業的推展；另外，五位藥師(一位是診所聘任，三位是藥局聘任，一位是開業藥師)認為現行醫藥分業實施成效不差，因為他/她們認為醫藥分業的結果，醫、藥師之間至少能達到基本的專業分工、有些民眾將開始習慣拿處方箋到藥局拿藥、以及醫藥分業的實施至少保障了藥師的執業空間。甚至有一位被藥局聘任的藥師認為醫藥分業實施成效是好的，因為他感受到民眾確實因為醫藥分業的實施而較信任藥師專業。

(3) 對雙軌制的態度

二十八名受訪藥師(生)論及此問題，經資料整理後發現，有近八成(78.5%)的藥師對開放診所聘藥師的雙軌制作法表達了反對的意見，其反對的理由主要包括雙軌制會造成

藥師掛牌的問題、違背醫藥分業的精神、導致醫師不願釋出處方箋、降低專業分工與制衡、造成醫藥的主雇關係；另外，有五位受訪藥師(其中三位是藥局聘任藥師)對現行雙軌制的作法表示中立的態度，他/她們是基於對現行政策所做出的配合，或因雙軌制的存在對其自身利益並未產生實質影響。有一位藥師(此位藥師是診所聘任)贊成雙軌制，因為此制度提供他一個工作的機會。

(4) 醫藥分業的實施對藥局收入的影響

此部分主要針對醫藥分業的實施是否影響社區藥局藥師的收入，因此共有二十三名社區藥局藥師被問及此問題；其中，有八成以上的藥局藥師指出藥局的收入確實因為醫藥分業的實施而降低，他/她們認為收入降低的原因包括藥局根本接不到處方箋、醫師持續壟斷藥品利益、無足夠資本備齊所有健保藥品而又接不到處方箋、以及大型連鎖藥局的商業競爭等因素，因而造成藥局收入的減少；一位藥師認為醫藥分業的實施使藥局增加了調劑費的收入，此位藥師是被藥局受聘的，另外三位藥師(13.0%)其中兩位是受藥局聘任的，則認為醫藥分業的實施對其並無產生實質的影響，因此收入跟以前差不多。

(5) 醫藥分業的實施對藥局經營及藥師專業之影響

此部分同樣針對社區藥局的藥師進行探討，以瞭解社區藥局是否因為醫藥分業的實施而對其經營模式有所影響，又對於藥局藥師的專業是否產生衝擊？此問題與二十三名受訪藥師相關，其中有較多數(65.2%)的受訪藥師(生)指出醫藥分業的實施對社區藥局經營及藥師專業產生負面的影響，他/她們指出，由於處方箋釋出情形低落，社區藥局為了生存，必須大量納入非藥品調劑之其他業務(如奶粉、化妝品等)，使得藥局面臨轉型，有些則感受到生計與經營上的危機，而大型企業介入藥局經營，也擠壓其他社區藥局生存空間，有些藥師認為雙軌制也使藥師專業地位無法提升。但是，四位藥師(其中兩位是受藥局聘任的，另兩位是自行開業但早已以同時賣非藥品消費品的多角方式經營)，

表十一 深度訪談資料依醫藥分業問題整理分類

對實施醫藥分業的態度(共28名受訪藥師 / 生與此問題相關)		
贊成25名 (89.3%)	反對3名 (10.7%)	
理由： 1. 為現今醫療之趨勢。 2. 符合專業之分工。 3. 保障民眾用藥之安全。 4. 提升藥師社會地位。 5. 使藥政管理更完善。	1. 政策規劃不良。 2. 醫師及民眾配合度低。	
醫藥分業政策實施之成效評估(共28名受訪藥師 / 生與此問題相關)		
成效差22名 (78.5%)	成效還可以5名 (17.9%)	成效佳1名 (3.6%)
理由： 1. 藥局接不到處方箋。 2. 醫師配合度低，仍舊掌握政策實施下的利益。 3. 民眾還是不習慣拿處方箋到藥局調劑。 4. 政府只求政策實施，但卻沒有對政策進行持續宣導及成效評估。 5. 雙軌制的存在阻礙醫藥分業的推展成效。	1. 覺得醫、藥師之間至少有做到專業分工。 2. 有一些民眾會開始拿處方箋到藥局拿藥。 3. 政策的實施至少保障了藥師的執業空間。	1. 覺得民眾確實因為醫藥分業的實施而信任藥師專業。
對雙軌制之態度(共28名受訪藥師 / 生與此問題相關)		
反對22名 (78.5%)	沒意見5名 (17.9%)	贊成1名 (3.6%)
理由： 1. 雙軌制會造成診所中藥師掛牌的問題。 2. 雙軌制違背實施醫藥分業的精神。 3. 雙軌制的存在使醫師不釋出處方箋，而持續握有利益。 4. 雙軌制降低專業的制衡與分工。 5. 雙軌制使醫藥專業間產生主雇聘任的問題。	1. 基於對政策的配合，因此無所謂贊成或反對。 2. 雙軌制的存在對自己並無產生什麼實際的衝擊或影響。	1. 雙軌制的實施開闢了藥師工作的地點。

表十一 深度訪談資料依醫藥分業問題整理分類(續)

醫藥分業的實施對藥局收入的影响(此問題與23名受訪藥局藥師相關)

收入降低19名 (82.7%)	跟以前差不多3名 (13.0%)	收入增加1名 (4.3%)
原因： 1. 處方箋根本沒有釋出，收入因而減少。 2. 診所醫師壟斷利益，使社區藥局沒有生存空間。 3. 備齊健保處方藥品花費高昂，卻又接不到處方箋。 4. 大型連鎖藥妝店的產生及市場壟斷，使一般社區藥局沒有民眾上門。	1. 政策的實施並沒產生實質的效果，因此收入上並無影響。 2. 處方箋的釋出情形低，藥局的收入並沒有因為調劑費而有所影響。	1. 除了以往固定的藥品部分，現在又多了處方箋的調劑費。

醫藥分業的實施對藥局經營模式及藥師專業之影響(此問題與23名藥局藥師相關)

負面影響15名 (65.2%)	沒有影響4名 (17.4%)	正面影響4名 (17.4%)
理由： 1. 藥局面臨轉型，必須納入其他非藥品調劑之業務（如奶粉、化妝品等）才能生存。 2. 政策實施成效差，使社區藥局面臨生計與經營上的危機。 3. 大型企業介入藥局經營，擠壓一般社區藥局經營的空間。 4. 雙軌制的實施造成藥局經營環境惡劣。 5. 雙軌制的存在使藥師專業無法有效提升。	1. 藥局還是維持一樣的經營和收入，藥師也一樣從事調劑的業務。 2. 社會大眾對藥師專業的認可仍沒有什麼改變。	1. 可刺激藥局品質的進步，並提升藥師專業。 2. 使藥局不只是賣藥的場所，藥師能成為民眾用藥的諮詢者。 3. 使藥局功能逐漸齊全，並在基層醫療中達到良幣逐劣幣的效果。

認為醫藥分業對其藥局經營或藥師專業地位沒有影響，甚至有四位藥師(三位是受藥局聘任的，另一位是開業歷史長久且經營情況良好的自行開業社區藥局藥師)認為因為醫藥分業政策的實施可刺激藥局的進步，藥師也因此成為民眾用藥的諮詢者，同時也可促使藥局功能逐漸齊全，使好的藥局生存下來，而差的藥局則退出競爭。

討 論

衛生署是否真能按其理想及規劃順利推動醫藥分業政策？

醫藥分業，顧名思義，牽涉醫與藥兩專業間管轄權(jurisdiction)的分工或爭奪；根據社會學的專業化理論[27]，專業管轄權的爭奪方法除了專業本身的聲明之外，主要必須爭取一般社會大眾的認可，為了爭取管轄權，專業團體通常會使用兩種途徑，其一是

經由法律認證系統，獲得正式的工作控制；另一則是在一般社會大眾身上建立起專業形象，以便對法律系統進行施壓。

從台灣醫藥分業政策的制訂與實施過程來看，醫師與藥師(生)之所以進行專業間的角力，就是為了爭奪專業管轄權—在此為「調劑權」；相對於醫師，藥師(生)在一般社會大眾裡所擁有的專業形象遠不及醫師，因此在政策推動中進行法律管轄權的爭奪時，便明顯呈現出較醫師為弱勢[3]。而在政策制訂的過程中，我們也不時可以看到，醫師團體運用其優於藥師團體的社會形象與人際脈絡[28]，並結合媒體來達到專業本身的訴求[29]，以試圖影響衛生機關制訂與實施醫藥分業的最終決策[29-34]。相對於醫師，藥師(生)對衛生機關施予的壓力則較為微弱，而且藥師團體在社會地位與專業形象上不及醫師團體來得優勢。

根據我們深度訪談及其他二手資料，台灣最初制訂醫藥分業政策是以「歐美式」的作法為理想，亦即基層診所與社區藥局獨立作業，且診所中不可聘請藥師在診所調劑，這就是所謂「單軌制」作法的醫藥分業；然而，衛生署卻在醫界強大壓力下，以及民眾長期養成的醫藥不分業的就醫習慣考量下，於1995年運用行政命令的方式，讓原先規劃診所不得聘請藥師的單軌制轉變為診所可聘藥師的雙軌制作法[3]，這使得藥師團體在政策的推動過程中，面臨到專業發展上的危機，並也因此發動街頭遊行之抗議行動[35]。而在藥師團體抗議行動之下，衛生署長、醫政處處長、藥政處長及藥師公會全聯會達成協商：診所欲聘藥師，其資格應比照特約藥局之標準。然而，衛生署最終仍未對診所聘藥師的標準有所限制。這項診所可聘藥師的雙軌制政策轉變引起藥師團體很大的反彈，藥師公會甚至提出在診所執業的藥師不得加入藥師公會的主張[3]。

根據藥事法第一二條之規定，全民健保實施兩年後，醫師除了在無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形以外均不准調劑；而當初衛生署醫藥分業政策是本著藥事法一二條為基礎，也就是說，在全民健保

實施兩年後，除了無藥師執業的偏遠地區及醫療急迫情形之外，台灣理應全面實施醫藥分業，然而卻也因為醫師團體影響政策運作，及以藥局數量分佈不均等因素，改為初期之僅在診所與藥局數量之比例達五比一的地區，到後來甚至改採僅在診所與藥局數量達三比一比例的地區方能實施醫藥分業[21]，甚至最後選擇在北、高兩市先行實施，再分區分階段在不同時期、不同縣市先後實施，使得有些延後實施醫藥分業縣市的藥師無法與北高兩市的藥師同時蒙受醫藥分業之利[36]。

藥事法中有關醫療急迫情形的規定，衛生署首先在1994年決議通過了醫師在「醫療急迫情形」之下一即醫療緊急需立即使用藥品的情形下，可擁有調劑權[3]，但在醫師團體持續抗爭，並以退出健保為訴求對衛生署進行施壓的情況下[37]，衛生署又以行政命令的方式擴大「醫療急迫情況」的範圍，公布五大醫療急迫情形(患者為三歲以下兒童、65歲以上老人、領有殘障手冊者、孕婦、健保中規定緊急病患情形等)，再度放寬了醫師在調劑上的專業權限[24-26]。這也顯示出醫藥分業政策在制訂過程中衛生署因為面臨到利益團體的壓力而對政策做出了轉變及調整，而這樣的作法，也使得醫藥分業政策最終實施的內容與當初的理想及規劃有差距[3]，因此在醫藥專業間的角力影響下，醫藥分業早期「歐美式」的理想及規劃卻在執行時面臨轉變，最後蛻變成所謂的雙軌制、多種醫療急迫情形下不需醫藥分業、在北、高兩市先實行、再分區分階段推行的特殊「台灣模式」[3]。

社區藥局之藥師是否真能因醫藥分業的推行而提升其專業地位及功能？

一個世紀醫藥不分的歷史過程，使得藥師專業的發展，相對於在醫療體系佔主導地位的醫師專業，處於相當不利的局面。而台南縣醫藥分業調查的藥師(生)及醫師收入的極大差距也明顯反應藥師(生)專業與醫師專業相比的弱勢地位。在如此情況下，相對於醫師絕大多數強烈反對醫藥分業，台南縣藥師(生)對政府欲推動的醫藥分業政策多數帶著期待的心情以及贊成的態度是必然的，而

在我們醫藥分業社會調查的資料及深度訪談的資料均明顯呈現出此現象(見表三與表十一)。但是台南縣藥師(生)的調查結果還提醒我們：也有部分藥師(生)，其中大部分是自行開業的藥師(生)，因政府缺乏醫藥分業推行所需的配套措施(如促使醫師配合的宣導、相關法令的訂定、對民眾的教育宣導等)而感不安，而因此反對台南縣在配套措施未完備前實施醫藥分業，甚至有些藥師(生)因看到台北、高雄兩市雙軌制醫藥分業的推行，擔心相同的政策若在台南縣實施，反而可能擠壓他／她們的生存空間。其實，從我們社會調查的結果中發現，這些藥師(生)的不安及擔憂其來有自：多數台南縣藥師(生)及醫師均認為台南縣若實施現存雙軌制的醫藥分業政策，醫師釋出處方箋的情形將是『不好』或『非常差』，而確實，北、高兩市實施醫藥分業後，處方箋釋出的比例也極低，1999年針對台北市所進行的研究中發現，醫院釋出處方箋的比例不到5%，而診所處方箋釋出的比例也不到兩成[11]，因而藥師(生)原本對醫藥分業實施的期待轉而成為不滿及不安；而我們深度訪談的資料也再次印證了這個現象(見表十一)，有近八成受深度訪談的藥師認為現行醫藥分業實施的成效很差，而他們對政策實施成效表示失望與不滿主要是由於藥局大多接不到處方箋，以及醫師與民眾配合度低落，而政府又對推行醫藥分業政策缺乏持續的宣導及評估。

衛生署醫藥分業原先單軌制的規劃，因為政策上的轉變，而改為開放診所聘請藥師的雙軌制作法，台南縣一半以上藥師(生)對此表示反對，而反對的理由多因雙軌制對藥師(生)專業發展不利、造成租牌問題嚴重、藥師地位不明確、藥師開業自主性降低，及開業藥師(生)生存空間減少。台南縣許多藥師(生)在問卷中表達他／她們對雙軌制造成診所聘掛牌藥師的質疑，我們深度訪談的藥師有八成左右也同樣指出，目前坊間部分診所的醫師並未如預期的聘請藥事人員，卻可能因診所醫師不願收入受到影響，或可能因診所醫師不認同醫藥分業，因此在衛生署放寬條件、允許診所可聘藥師的情況下，藉由

租用藥師執照的作法來造成基層診所醫藥分業的假象，表面上診所中掛有專業藥師的執照，實際上仍舊沒有專業藥事人員從事調劑業務，這使得醫藥分業政策雖然開放診所聘請藥師，然而在藥師掛牌的問題下，基層醫療仍然潛藏了醫藥不分的问题，這也是許多堅持反對診所聘請藥師作法的藥師認為雙軌制是違背並扭曲醫藥分業的一個原因。我們訪談的藥師(生)指出，雙軌制醫藥分業實施後，診所中出現所謂「隨call隨到」的「行動藥師」，意思就是，由於藥師將其執照出租給診所掛置，因此診所中表面上有藥師之專業執照，然而實際上並沒有專業藥師從事調劑，除非有緊急情形(如遇到衛生機關稽查)，診所才會呼叫藥師趕至現場以解決問題，這樣的情形便是我們深度訪談中許多反對雙軌制藥師們所一再強調的重點，他／她們認為雙軌制已違背醫藥分業的精神。

另外，開放診所可聘請藥師的雙軌制作法，還蘊藏了另一個問題，那就是在基層醫療體系內醫藥專業之間出現了「主雇關係」，就如台南縣調查資料中藥師(生)所表達的「藥師自主性降低」的擔心，我們在深度訪談中(見表十一)，也有一些藥師(生)表達了這種憂慮。醫藥分業政策的制訂與實施，理論上提供藥師往專業化發展的機會，也就是在醫藥分業的原則下，將基層醫療運作區分為醫師負責診療、藥師負責調劑的一個專業分工，藥師除了發揮調劑的專業功能之外，也扮演了審核醫師所開立之藥品處方的一個專業角色。

開放診所聘請藥師的雙軌制作法，表面上似乎達到了醫藥分工的目標，然而，在診所中藥師是被醫師所「聘用」的，也就是說，醫師是診所的負責人，而藥師只是醫師所聘用的一個負責調劑的員工，在這種隱含主雇關係的運作下，藥師往往變成醫師的「命令執行者」，成為診所中為醫師執行調劑業務的個體，只需聽命於醫師，並照診所醫師所開立的處方調劑便可，相對於開業藥局的藥師，或甚至是大醫院的藥師，診所中藥師在醫藥分業中所扮演的監督功能與專業審核權責，很容易便因為主雇關係的影響而被削弱甚至

消失。

根據我們從社會調查、二手資料及深度訪談多元資料來源的上述分析，政府醫藥分業雙軌制的轉變，對藥學專業地位的影響似乎多是負面的。但我們進一步分析不同服務機構的藥師(生)群如何評估醫藥分業對他／她們收入的影響，以及他／她們對雙軌制的贊成或反對態度，卻有十分有趣的發現：原來雙軌制對藥學專業中不同藥師(生)群有著明顯不同的影響！而最明顯的對比是，自行開設藥局的藥師相對於診所聘任的藥師；根據深度訪談的結果(表十一)，八成以上社區藥局的藥師指出，因為雙軌制的實施，醫師釋出處方箋的比例出奇的低，又因為其他大規模連鎖藥局的商業競爭，使得自行開業的藥師面臨到惡劣的開業環境，再加上藥局中必須備齊健保處方藥品，購置藥品需要昂貴的成本花費，卻又接不到處方箋，因此受訪的藥師覺得醫藥分業的實施使得藥局的收入因而降低；而台南縣社會調查的結果也反映出相同的結果，自行開業的藥師大多預估台南縣醫藥分業實施後，他／她們的收入會減少，因此多不贊成雙軌制醫藥分業，因為他／她們預測到他／她們將變為雙軌制醫藥分業下的犧牲品。

反之，對診所聘任的藥師(生)，雙軌制的醫藥分業保障了他／她們的工作，因此從台南縣社會調查的結果發現，他／她們之中不少人(一半以上)預測，雙軌制醫藥分業施行後，他／她們的收入會增加，這是因為雙軌制的實施開闢了他們的工作機會，而降低了雙軌制醫藥分業對診所藥師利益的負面衝擊，甚至可能因為雙軌制的實施而提升了診所藥師的地位與收入，因此相對於自行開業的藥師(生)，他／她們比較可能贊成雙軌制的醫藥分業政策。

除外，台南縣藥師(生)社會調查顯現，有些(約三分之一)藥局聘任的藥師(生)贊成雙軌制，這可能是因為聘任他／她們的藥局規模較大，且競爭力較強，這些大藥局事實上提供藥師一個較安全的就業機會，因此，雙軌制的實施對這些藥局聘任藥師(生)並未造成現實利益的太大衝擊，又由深度訪談的資

料中也呈現出，他／她們之所以認為收入會增加或跟以往差不多的原因，主要是因為醫藥分業實施後，政策並未對其本身利益產生實質的影響，或者因為政策的實施至少使有些藥局多增加一些處方調劑費的額外收入，因而他／她們認為藥局的收入是跟以往差不多或甚至是有增加的情形。

台南縣醫藥分業社會調查也顯示，有些在醫院服務的藥師，可能因醫院本身早已以醫藥分業的方式運作，即，醫院藥師獨立於醫師診療而擁有專屬的調劑權，因此雙軌制對他／她們也未造成負面影響，因而較可能贊成雙軌制。另外，有一部份(約三分之一)藥廠的藥師(生)贊成雙軌制，這可能是因為雙軌制不會對他／她們或他／她們所服務的藥廠產生負面影響，甚至，反而因為雙軌制的推行使得他／她們與診所醫師的藥品交易可繼續維持。

以上我們從台南縣醫藥分業社會調查及深度訪談資料的分析，呈現一個藥學專業以及推行醫藥分業的政府官員應該警惕的現象：雙軌制的醫藥分業可能對藥學專業內部已造成『分化』。社會科學中有關專業化的理論指出[27]，專業內部的分化主要因專業內成員間地位(intra-professional status)、服務對象(clients)、組織(organization of work)、生涯模式(career pattern)的不同而產生；台灣藥學專業內成員，因服務機構的不同而地位不同，服務對象也不甚相同，工作的組織結構不同，及生涯模式的不同而產生不同的藥師群體，這些群體因為雙軌制醫藥分業對他／她們的利益影響有相當的差距(如診所聘任藥師似乎得利，而自行開業藥局藥師卻失利)，因此，對雙軌制醫藥分業政策也有不同的態度。專業化研究指出[27]，專業中若產生了內部的分化，會因此削弱該專業在爭奪專業管轄權時的力量，而該專業可能因此離它所訴求的管轄權歸屬越來越遠。因此，醫藥分業對於藥學專業，目前已不是只有單純與醫學專業抗爭的問題，更牽涉到藥師團體本身內部的分化，使得藥學專業在與醫師團體爭奪管轄權時無法結合整體的專業力量。

誠如前面所提，醫藥分業政策的實施，

因為衛生機關在決策上所做的轉變，造成政策最終內容與原始規劃的理想有了差距，甚至對開業藥局的藥師有負面影響，造成了他們惡劣的執業環境。而在藥學專業無法提升的情況下，藥師團體又因為現行政策實施的內容而造成了次團體的分化，對藥師團體而言，不利於專業的持續發展；而對於藥學專業，更因為次團體的分化而減弱了維護藥師專業管轄權的力量。這種情境下，社區藥局尤其受到極為不利的影響，他／她們面臨收入與生計方面的極大挑戰，在對南台灣藥局藥師的深度訪談中我們發現(表十一)，有六成五的藥師指出由於雙軌制醫藥分業的實施對社區藥局的經營模式產生負面影響，部分藥局因此開始進行轉型的工作，這些藥局成為坊間所謂的「藥妝店」，而藥局在拿不到處方箋的情形以及面對大型企業介入藥局市場的商業競爭之下，藥師為了求生存並維持藥局的經營，只好開始販賣一些健康食品、化妝品、休閒用品、大量販售成藥甚至不惜販賣違禁藥品，他／她們原有的調劑功能減損，只好退而由與調劑無關的買賣來維持藥局的經營，又因為現行雙軌制實施下所造成的惡劣環境，有些藥局被迫關門或瀕臨倒閉的經營困境；然而，由深度訪談的資料中我們卻也發現，有三成以上的藥師指出，雙軌制醫藥分業的實施對其生計並沒有影響，然而這些藥師大部分受聘於大藥局，因此他／她們的生計在經營較好的大藥局的保護下不受影響；另外少數自行開業但生計沒有受影響的藥局是因這些藥局早在雙軌制醫藥分業前就以「藥妝店」的方式經營了。而還有極少數的藥師(在二十三個受訪藥局藥師中僅有一位)指出由於其藥局經營的情形穩定或規模完善，且藥局在醫藥分業實施前便與社區建立起良性的互動，因而累積了較多的社區聲望，然而能夠在醫藥分業實施前就能擁有長期良性經營歷史的藥局，終究還是少數；而多數的社區藥局，其藥局規模較小，且經營的情形並不穩定，又加上缺乏足夠資本從事藥局的轉型或宣傳，因此在醫藥分業實施之後更加惡化了藥局的經營，而雙軌制的實施對這絕大部分的藥局是有負面影響的。

另外一方面，在坊間藥局轉變成藥妝店的過程中，除了藥局經營的策略產生了轉變，在其中服務的藥師也因此面臨了專業角色的轉變；以前，藥師被視為以調劑、配藥為主的一種專業人員，由於在藥局中的藥品買賣涉及藥品的交易行為，因此藥師的角色常被一般民眾視為類似藥品商人的角色，而在醫藥分業政策實施的過程中，藥師原先被預期會因為專業的分工而提升其調劑的專業，即，除了在醫療體系中有專業管轄權的擴展之外，對於一般社區民眾也能達到專業形象重建及提升的目標；然而，根據我們深度訪談的結果發現(表十一)，雙軌制醫藥分業的實施對大部分藥師的專業角色事實上並沒有產生這樣的影響，反而因為藥局的轉型，使得藥師在藥局中所扮演的角色呈現多面向的功能，對於一般民眾而言，藥師變成營養師、健康諮詢師，甚至是美容化妝品諮詢師等角色，這是一種可能不利於整體藥師專業發展的角色重塑。而藥局中真正是調劑的部分也因此萎縮，甚至變成藥局中幾乎被民眾忽略的一項應是藥師專業的功能，這對藥師而言，儼然形成一種「去專業化」(de-professionalization)的情況；相關文獻顯示歐美國家由於醫療嚴重商品化的影響，因此在藥學專業的發展上也曾發生類似的現象[38-39]，而在我們深度訪談及資料收集的過程中也發現，台灣藥局的經營生態也有去專業化的趨勢；但台灣與歐美國家不同的是，歐美國家長久以來早已實施醫藥分業，因此導致其藥學專業產生去專業化的原因主要是醫藥嚴重商品化，而台灣藥學專業的去專業化原因之一卻是雙軌制醫藥分業的實施。

結 論

衛生署醫藥分業政策在全國各縣市分區分階段實施下，截至2001年六月，全國可算是已完全施行醫藥分業，而醫、藥專業團體間因醫藥分業政策而引發的衝突也不若以往強烈；吾人對此表象若不作進一步科學分析，可能會下個「政府醫藥分業政策推行圓滿成功」的結論。但是，本研究較詳細的分析卻

顯現，主推醫藥分業政策的衛生署因受醫、藥專業的壓力，而使此政策最終實施的內容與當初的理想及規劃有了差距；我們由社會調查及深度訪談的結果發現，大部分藥師贊成醫藥分業的實施，但對於開放診所聘藥師的雙軌制作法，則有一半以上的藥師持反對的態度，特別是開業藥局藥師有高度的比例堅決反對雙軌制的實施。而由於雙軌制的作法使得診所醫師釋出處方箋的情形不佳，又潛藏藥師掛牌的問題，因此，雙軌制醫藥分業對於社區藥局的經營造成了一些負面的影響，促使開業藥局藥師的專業產生了轉變，因而使得藥師團體出現了分化的情形，不但不利於藥師專業在整體上的發展，也使得衛生署無法確實達成當初制訂醫藥分業的目標。

致 謝

我們對下列人員及單位表最深的謝意：填寫並寄回本研究問卷的台南縣藥師(生)與醫師們；為本研究提供經費及人力的台南縣衛生局；為我們完成問卷回收的工作的台南縣醫藥分業承辦人顏技士麗珠與衛生局許多的工作同仁；協助整理問卷及輸入資料的許淳惠同學；以及選修陳美霞老師所開的課程「健康與醫療的社會學」，並與陳老師共同討論、設計、製作醫師與藥師(生)問卷，並完成抽樣工作的成大醫學院醫學系六年級同學。

參考文獻

1. 莊永明：台灣醫療發展史—以台大醫院為主軸。台北：遠流出版社，1998。
2. 劉宜君：談全民健保政策中的醫藥分業制度。衛生報導1994；4：9-16。
3. 吳聖芝：醫藥團體對醫藥分業政策影響之分析。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，1997。
4. 蕭美玲、黃文鴻、張鴻仁：配合全民健康保險規劃研究—實施醫藥分業及藥事人力供需規劃研究。行政院經濟建設委員會，1989。

5. 蕭美玲：醫藥分業之規劃及展望當前醫藥分業概況。藥學雜誌1991；7：3-6。
6. 張雅婷：藥師專業承諾及其相關因素探討。台北：國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2000。
7. 許芳謹、鄭萬祥：台灣省醫藥分業推動之研究。藥學週刊。1999；15：151-6。
8. 全民健保研究計畫專案小組：全民健保制度規劃報告。台北：行政院經濟建設委員會，1990。
9. 徐淑美：落實醫藥分業，停止醫藥紛爭。台灣經濟研究月刊1997；20：81-4。
10. 吳凱勳、王俐人：第十八章醫藥分業，全民健保研究計畫小組，全民健保制度規劃技術報告。台北：經建會都市及住宅發展處，1990。
11. 白璐：全民健康保險醫藥分業實施成效評估—以台北市為例。台北：行政院衛生署中央健保局，1999。
12. 張永源、彭美熒：實施醫藥分業對國內醫療環境的影響。醫院1995；28：5-11。
13. 丁庭宇：台灣地區醫師對醫藥分業制度意見調查。台北：行政院衛生署藥政處，1992。
14. 曾條昌、周孟穎：台灣地區醫師對全民健康保險的認知與參與意願調查研究報告。台北：行政院經濟建設委員會，1989。
15. 吳銘斌、楊盛玉、林易煌、顏裕庭：執業藥師對將來醫藥分業實施的看法。台灣醫界1999；42：57-9。
16. 胡杏佳：醫學院學生對醫藥分業之認知及看法。公共衛生1992；19：227-42。
17. 季瑋珠、陳善音、陳建煒：民眾對醫藥分業執行方案意見調查。中華衛誌1998；17：10-8。
18. 張紘炬：全民健康保險民意調查。台北：行政院衛生署委託研究計畫，1998。
19. 胡幼慧：質性研究：理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流，1996。
20. 醫藥分業：立法院報章資料專輯第六十二輯。台北：立法院圖書資料室，1997。
21. 張清源：醫藥分業變卦，藥師公會忙宣導。台灣新聞報時十四版，1996/7/26。

22. 行政院衛生署公報：民國 86 年 3 月 1 日起，臺北市、高雄市轄區內醫師親自為藥品之調劑，應以「醫療急迫情形」為限。行政院衛生署公報，1997；26：5。
23. 行政院衛生署公報：公告實施「藥事法」第 102 條之地區，醫師得親自調劑之「醫療急迫情形」之範圍。行政院衛生署公報，1997；26：13。
24. 立法院：第三屆第三會期內政及邊政委員會第七次全體委員會議記錄。台北：立法院，1997。
25. 施燕飛：放寬五種病人，可直接拿藥。中國時報，社會脈動，1997/3/12。
26. 薛桂文：放寬醫師調劑範圍，衛署提五條件。民生報二十九版，1997/3/11。
27. Abbott A. The system of profession-An essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press, 1988.
28. 林淑芬：醫藥分業專題。自立晚報四版；1997/2/24。
29. 陳偉康：反對醫藥分業，醫師公會登廣告表態。中華日報十一版，1997/1/24。
30. 黃文鴻：失憶的台灣社會，和稀泥的醫藥分業。民生報二十九版，1997/2/19。
31. 社論：不能屈從醫師要脅變更醫藥分業政策。自立早報三版，1997/3/4。
32. 王時思：當醫生不再是醫生。自立早報十一版，1997/2/20。
33. 林怡秀、羅碧、盛竹玲：醫與藥的戰爭。自由時報三版，1997/2/23。
34. 鄒繼礎：醫師走上街頭，走向高醫療成本時代。聯合報十一版，1997/3/11。
35. 社論：全民健保不可破壞醫藥分業的精神。民生報二十三版，1995/3/23。
36. 張耀懋：落選地區藥局被騙了！民生報二十九版，1997/1/30。
37. 李建鴻：醫藥大餅如何分？自立早報十一版，1997/2/28。
38. Richard P Penna. Pharmacy: a profession in transition or a transitory profession? Am J Hosp Pharm 1987;44:2053-9.
39. Alex B. Toward full professionalization. Drug Intelligence and Clinical Pharm 1986; 20:554-5.