

正本清源： 論醫藥分工的 嬗變與調劑權歸屬

Original Source:

The Evolution of Separation of Medicine and Pharmacy
and the Ownership of Rights for Dispensing

余萬能 Wan-Nan Yu *



摘要

醫藥專業分工制度之目的係為使病人獲得最佳的醫療及用藥服務，惟因醫藥間欠缺信賴，後演變為調劑權之爭議。調劑向來皆規範於藥事法規，大法官早在釋字第191號及第404號解釋即謂調劑乃係藥師業務，因此醫師所爭執的其實是包括交付藥劑在內的完整醫療權，惟釋字第778號解釋認為調劑是醫師之固有權利，藥事法第102條第2項予以限縮係立法選擇。本文乃由歷史脈絡及立法始末探討調劑權歸屬，分析臺灣現行醫藥分工之制度問題，探討由雙軌制走向單軌制的可能性。

*東吳大學法律學系兼任助理教授 (Adjunct Assistant Professor, School of Law, Soochow University) ; 藥事品質改革協會理事長 (Chairperson, Quality Improvement for Pharmaceutical Affairs Association, Taiwan)

關鍵詞：處方 (prescription)、監督制衡 (check and balance)、調劑 (dispensing)、醫藥分業 (separation of medicine and pharmacy)

DOI : 10.3966/241553062019100036001

Angle

Separation of medicine and pharmacy is a system to obtain the best medical and pharmaceutical care services for patients. However, due to the lack of trust between physicians and pharmacists, it has evolved into a dispute over the right of dispensing for a long time. The dispensing has always been regulated in pharmaceutical regulations. The J.Y. Interpretation No. 191 and No. 404 announced by the Constitutional Court concluded that the dispensing is the pharmacist's obligation. But the physicians disputed that the complete medical rights should include the delivery of drugs due to the interpretation of the J.Y. Interpretation No. 778 explained that the dispensing is the inherent right of physicians however Article 102, paragraph 2 of Pharmaceutical Law is a legislative choice. In this issue the ownership of rights for dispensing and the current separation of medicine and pharmacy system are discussed with the historical context and the legislation construction. And the possibility of moving to the mono-track system from the two-track system is explored.

壹、調劑是藥師依據醫師處方之接續醫療行為

《淮南子》載：「神農嚐百草，一日中七十毒，乃著本草；天雄烏喙，藥之凶毒也，良醫以治人。」自古已謂「藥即是毒」，正確使用得以治病療疾，誤用即恐傷身害命。古之醫者，自行採藥炮製，對病人施以診斷開方後，配製藥劑再行交付，初由醫師集醫藥專業於一身，行之多年。其後為求醫療效率而聘藥徒採藥炮製，藥徒則以專業化程度益高，而獨立形成配方調劑專業而分工，然其目的皆係為達到民眾對醫療及用藥品質之需求。



藥品是醫療的工具，增加藥品之有效性及防止藥品錯誤，是給藥過程最重要的工作。調劑係指藥事人員自受理處方箋至病人取得藥品間，所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配¹或調製²、再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為³。調劑係藥師法所定藥師之法定業務⁴，非有正當理由，不得拒絕為調劑，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；藥師不在場時，應暫停受理調劑並為標示⁵。藥師受理處方調劑，應注意處方上年、月、日、病人姓名、性別、年齡、藥名、劑量、用法、醫師署名或蓋章等項；如有可疑之點，應詢問原處方醫師確認後方得調劑；藥師對於醫師所開處方之調劑，應按照處方，不得錯誤，並應於容器或包裝上記明病人姓名、性別、藥品名稱、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、藥局地點、名稱及調劑者姓名、調劑年、月、日，將藥劑交付病人；調劑後應於處方箋簽名蓋章，添記調劑年、月、日後依限保存⁶。

「開具處方」及「處方調劑」分屬醫療行為前後二端非常重要的階段⁷，醫師負責診察、處置及選擇決定治療病人所使用之藥品並開具處方箋；藥師依據醫師所開具之處方箋調劑，負責將藥品調製成最佳劑型，供特定病人在一定時間內方便投藥，達到預期治療效果，並維護藥品安全，提供最佳之用

-
- 1 係指調劑作業過程中，依處方箋內容選取正確藥品、計數正確數量、書寫藥袋或貼標籤、包裝等過程之行為（藥品優良調劑作業準則第6條之規定參照）。
 - 2 係指調劑作業過程中，依醫師所開具之處方箋，改變原劑型或配製新製品之行為（藥品優良調劑作業準則第7條之規定參照）。
 - 3 藥品優良調劑作業準則第3條之規定參照。
 - 4 藥師法第15條第1項第2款之規定參照。
 - 5 藥師法第12條及藥師法施行細則第7條之規定參照。
 - 6 藥師法第16～19條之規定參照。
 - 7 Birna Trap & Ebba H. Hansen, *Dispensing Prescribers – A Threat to Appropriate Medicine Use*, 32 ESSENTIAL DRUGS MONITOR 9 (2003).



藥諮詢服務。醫藥雙方各有所司，各盡其職⁸，在專業分工的架構上達成最妥善醫療，保障病人權益。

貳、醫藥分業（單軌制）或醫藥專業分工（雙軌制）之選擇

醫藥分工制度在西方可溯至羅馬帝國（公元1246年）公布之醫藥取締法，其規定「藥師應依處方調劑，醫師知悉藥師調劑逾越處方範圍應予舉發」；在東方則肇始於北宋（公元1102年），設置官立藥局，頒行藥局方，推行醫師負責診斷處方，藥師主司給藥之「中醫坐堂制度」。近代因醫藥分科養成教育日盛，法制亦認需實質專業分工，故法定由藥事人員負有調劑義務，又因醫師開方使用藥物，時有如高燒不退或急需減緩痛楚之急迫情事，急需交付藥劑，如經藥師調劑則恐緩不濟急，而為例外。

由於醫藥知識之進步，醫學已由傳統的大科別逐漸發展為專科與次專科，醫師在深入研究醫學領域與臨床照顧病人中，雖對藥品之使用能力無庸置疑，但對於藥品人性且專業化的劑型要求並無從兼顧。又醫師治療疾病所使用之藥物，有無交互作用（interaction）⁹、配伍禁忌（incompatibility）¹⁰、禁忌症（contraindication）¹¹、劑量錯誤（如超過劑量（overdose））、劑型錯誤（如腸溶錠不可磨粉使用以免降低效價增加危害）等，必須經由「監督制衡」（check and balance）之偵錯除錯機制，以確保病人醫療用藥的品質及正

⁸ 黃丁全，醫事法，元照，2000年7月，110頁。

⁹ 使用藥品之作用被其他藥品、食物或菸酒所改變，造成療效減少或增加。

¹⁰ 指兩種以上藥物混合使用時，出現藥物被破壞失效，減弱治療功效或導致治療失敗之現象。

¹¹ 指藥物不適合使用於某種疾病，或使用後反而有害。