

醫藥分業社會實踐之限制 及其可能性的探討*

陳敏郎

弘光科技大學健康事業管理系副教授

台灣於 1997 年 3 月 1 日「依法」施行「醫藥分業」。從施行現狀看來，「施藥診所」仍是基層醫藥服務體系的普遍現象。除了過去若干「權宜性分業」模式有些許改變之外，「理念性分業」的醫藥服務型態其實仍未見落實。本文的主要目的，即在於嘗試從「整體社會」以及「生活言行理論」的觀點，理解醫藥分業在議論數十年，也依法施行逾十年之後，「理念性分業」終究難行的可能原因。本文基本上認為，醫藥分業的推動不只是做為一種政策的施行，還在於其表徵為建構一種「新社會事實」的可能性；從而，也在突顯及牽動其間諸多具有「結構性特徵」之社會行動的鞏固與轉變的過程中，彰顯其實踐意涵。

從本文的觀點看來，「進步社會的象徵」、「財務目的的考量」以及「專業分工的效益」等相關理念意象的宣示與強調，仍未能達成落實「理念性分業」的結果，正說明長期醫藥不分業在經濟、政治、社會以及文化等領域所體現並互相牽動之諸多結構性力量，同時存在之「結構化結構」／制約與「結構中結構」／再生的作用與影響。從而，除了必須面對醫藥兩界政治與社會權力的動員與對抗，及其固有經濟利益的維護與創造，以及社會大眾日積月累之就醫取藥慣習等相關結構性力量的影響之外，認真思考專業分工的社會基礎、發展公民認知及參與公共政策的機制，以及重新定位國家機器的角色與作為，或能為「理念性分業」的落實找到新的認識基礎與實踐方向。

關鍵字：醫藥分業、整體社會、生活言行理論、結構化與結構中的結構

* 作者感謝三位匿名評審及編委會的建設性意見。

收稿日期：99 年 9 月 6 日；接受刊登日期：100 年 7 月 28 日

壹、前言

一、「依法／難行」的醫藥分業

台灣於1997年3月1日「依法」¹施行「醫藥分業」²。在此之前，以台灣西醫範型的發展而言，日據時期殖民政府鼓勵私人開業醫「看診兼施藥」的執業方式，對於基層醫療服務體系走向「重醫輕藥」的結構形式以及民眾的就醫取藥習慣均產生深遠的影響（劉士永，2004）。目前看來，議論數十年，率至依法施行逾十年的醫藥分業，其間不少的權宜措施與折衝妥協的結果，即是醫師同時掌握處方權及調劑權的情況，基本上並未改變。縱有2007年6月，「門前藥局」在健保局的「通牒取締」下告終，³十多年來正式依法而行的醫藥分業，顯然仍未到「落實」之日的宣告與確認。目前看來，施行醫藥分業的「法」仍在，醫藥兩界的爭執也看似稍歇。然而，從施行現狀看來，

- 1 〈藥事法〉第一百零二條條文規定「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。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」（行政院衛生署，2009e）。
- 2 醫藥分業政策固然是一個整體性制度建立的冀求，但是主要的政策目標，大抵是指向改變基層「施藥診所」的醫藥服務型態。相對而言，由於規模上的便利，醫院層級的醫療機構本來即同時有醫療及藥事部門，雖然其在管理意義上仍同屬單一醫療機構的共同利益，但至少符合醫藥分工分業的「形式」原則。從而，一方面不是法令訴求的主要對象；二方面已符合醫藥分業要求的基本形式原則（醫師不同時具有處方權與調劑權），在推動醫藥分業政策進而引發醫藥兩界爭執的過程中，醫院相較於基層診所面臨的變動與衝擊即較不明顯。因此，本文對於醫藥分業相關發展、變革與影響的討論，就醫界一端，主要即指西醫基層診所醫師團體可能的因應與作為。
- 3 醫藥分業雖然依法而行，醫師團體仍舊持續在法律地位上論爭調劑權。而在醫、藥兩界相互拮抗，行政部門亦難以強力仲裁之下，醫藥分業由原先規劃的「單軌制」轉變成「雙軌制」施行。在無法完全取消醫師的調劑權，而醫師的調劑權也受到新法令限制的情況下，基層醫師將原本設在診所內的調劑與給藥窗口，移轉到診所隔壁、對面或不遠處，成立基本上由醫師出資經營及診所專屬（大多數的處方箋來自單一診所）的「新藥局」，是為「門前藥局」。此舉不但巧妙地規避了新法令加諸醫師行使調劑權的相關法令限制，竟也造成健保局為推動醫藥分業核發醫師釋出處方箋的費用，反而成為開設「門前藥局」基層診所醫師多出來的一項新收入。這項「合法但不合理」的舉措及相關費用的支出，在藥界持續抗爭、健保局進行行政調解，及至醫界出現內部利益矛盾（藥品及藥事服務點值下降）的情況下，健保局即藉機順勢地以「訴諸司法途徑」的方式，結束「門前藥局」的經營形態。

「施藥診所」仍是基層醫藥服務體系的普遍現象。除了過去若干「權宜性分業」模式有些許改變之外，「理念性分業」的醫藥服務型態其實仍未見落實。⁴

從相關法律規範的演進與變革來看，1929年國民政府頒發〈藥師暫行條例〉、1943年公佈〈藥師法〉、1947年頒訂〈台灣省管理藥商辦法〉、1970年公佈〈藥物藥商管理法〉、1979年修訂〈藥師法〉；五十年之間，在規範、賦予甚至強化藥師調劑權的同時，並未減損醫師根據〈醫師法〉，得以「親自調劑」或「交付藥劑」的合法權利。直到1993年〈藥物藥商管理法〉更名為〈藥事法〉並修訂第一百零二條確定，醫師的調劑權將有受限，醫藥兩界一直在「法律上」共有共享調劑權的情況即開始有了明顯的變化。⁵法律上「落日條款」的明訂，似乎即將表明醫藥分業的存在與實現。但是從施行操作的曲折過程看來，此一有法律背書的變化，顯然仍未足以成就醫藥分業的推動與落實。

二、問題意識與分析觀點

因為議論醫藥分業的推行，從而引發醫藥兩界爭執，並演變為街頭抗爭

4 醫師雖然具有調劑權，但醫師看診之餘親自調劑的情況非常少見，通常是委由他人代勞。本文所指的「權宜性分業」，主要是指西醫基層診所醫師將處方交由診所內醫師娘、護士或工讀生調劑（應屬非法）；或是租借藥師牌照，但仍由前述人員調劑，借牌藥師視情況受召到場（形式合法）；以及因應修訂〈藥事法〉的實施所曾衍生的「門前藥局」、藥師受雇在醫師診所內工作（所謂「雙軌制」）等三種醫師實質上仍同時掌握處方權與調劑權的醫藥分業模式。「理念性分業」則是指原先政策規劃預行的「單軌制」醫藥分業，除了專業「分工」之外，還要做實質的「分業」，也就是醫師與藥師之間執業產權獨立，且無執業利益上的重疊或衝突。比如在藥師受雇於醫師幕後出資或醫藥師合資的「門前藥局」以及「施藥診所」的雙軌制醫藥分業形式中，藥師是否能真正扮演覆核醫師處方，以進一步達到保障或增進病人用藥利益的目的與角色，即可能受到懷疑。而本文所指的「落實」，如同若干評論性文獻及原初的政策性構想，指的是「單軌制」醫藥分業（「理念性分業」）的施行。下文的討論主要也即是關於「理念性分業」的推動及其施行可能性的一種分析。

5 〈醫師法〉第十一條明白賦予醫師調劑權利，〈藥事法〉第一百零二條則限制醫師的調劑權。衛生署法規會曾解釋，在「特別法優於一般法」、「後法優於前法」的原則下，醫師的調劑行為應以適用〈藥事法〉為宜（引自朱澤民，1997）。爭議當然並未因此解決。「衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形」的條文內容，成為「分區」、「分階段」實施；「單軌制」變成「雙軌制」的依據與結果，並成為醫藥兩界與行政機關三方之間互相衝突、角力與妥協的焦點。

的景況，第一次是在 1989 年 9 月，因不滿農保全面試辦，民眾恐有「捨藥局就診所」的趨勢，藥師團體發出「存亡絕續關頭」的聲音，並「發動四十年來最大抗爭活動」促行醫藥分業。⁶第二次則是在 1997 年 2 月，醫師團體不滿法定實施日期在即，也同樣呼喊著面臨「生死存亡關頭」，並高舉「捍衛調劑權」、「廢除健保惡法」布條，數度「披白袍上街」，抗議施行醫藥分業。⁷長期以來，醫師的社會經濟地位崇高；如今在「調劑權」可能被剝奪的情勢下，不惜放下手邊「濟世救人」的工作，紆尊降貴集結千百人上街頭表達不滿，在台灣街頭抗爭史上實為首見。

而就醫藥分業議題的相關討論來看，國內若干研究的重要面向之一，即是關於醫藥分業實施前後的意見調查與分析。這些含括行政機關、相關執業團體以及學術研究的討論，包括希望了解醫師團體、藥師團體、一般社會大眾等利害關係人的意見與態度（楊文惠等，2001；王運昌等，1999；吳銘斌等，1999；許芳瑾、鄭萬祥，1999；吳尹中，1997，1996，1995；彭美熒，1994；張永源，1994；丁庭宇，1992）；也得到諸如開業醫與受雇醫的態度不同、藥局執業藥師與診所受雇藥師的意願分歧、知道與不知道醫藥分業訊息之社會大眾的意見並不一致，乃至不同執業型態與科別基層醫師之間的處方箋釋出結果有顯著差異等若干結論（黃光華等，2004；葉明功等，2001；謝文紘、陳美霞，2001；季瑋珠等，1998；黃文鴻，1998）。

相關調查與研究對於了解醫藥分業實施的可行性及其若干可能的結果提供一定的幫助；但對於醫藥分業施行，尤其是已在「法定」基礎下實施超過十年，但成效並不顯著的困難與阻礙，則較少進行較具社會整體視角的分析，

6 參閱吳聖芝（1997）。

7 參閱（吳坤光，1998；張璣文，1997a；楊珮玲，1997；楊珮玲、陸倩瑤，1997；盛竹玲，1997；黃妙雲，1997；朱新強、黃信堂，1997）。為抗議實施醫藥分業，除了 1997 年 2 月 25 日首次上街遊行抗爭，兩個星期之後（3 月 11 日）及隔年（1998）的 2 月 24 日，醫師團體三度大規模地走上街頭（張璣文，1997b；施燕飛、張璣文，1997；郭姿均、張正莉，1998；郭姿均，1998；盛竹玲、林怡秀，1997；楊美珍，1998）。此外，亦值得一提的是，雖然相較於醫藥分業的抗爭規模較小，但 1989 年 7 月 5 日，中小型醫院院長及開業醫師一百多名，即曾因爭取提高公勞保醫療費用支付標準而上街請願（葉永文，2005；林國明，1997）。感謝評審提醒關於「醫師開始上街頭」行動的查察。

及其理論意義的討論。本文的主要目的，即在於嘗試從「整體社會 (total society)」以及「生活言行理論 (theory of practice)」的觀點，理解醫藥分業在議論數十年，也「依法」施行逾十年之後，「理念性分業」終究難行的可能原因。而此一分析觀點的理論意義及其重要性，則在於本文基本上認為，醫藥分業的推動不只是做為一種政策的施行，還在於其表徵為建構一種「新社會事實 (new social fact)」的可能性；從而，也在突顯及牽動其間諸多具有「結構性特徵」之社會行動的鞏固與轉變的過程中，彰顯其實踐意涵 (practical meaning)。

就「整體社會」之理論意義的觀點來看，誠如布勞岱 (Fernand Braudel) 所言，對於社會進展與變遷的理解與觀察，基本上必須考量政治、經濟、社會與文化各領域結構性力量之間的相互關聯與影響；而這些結構性力量往往具備「恆久壽命」的特性，更是理解與觀察社會事件、行為與現象之發展與變遷時，必須保持的重要的認知意識。⁸ 譬如在布勞岱看來，西方十六世紀城市經濟及十八世紀產業革命的發展，同時也是歐洲社會兩次社會階層明顯變動的時期。商人的階層地位上升，成為社會「新貴」，除了可能是經濟發展有利於商人社會階層地位的提升之外，這些社會新貴不同於舊貴族所展現之「人文主義化」的生活方式，以及人們不反對「資本權力」擴張的社會氛圍與心態，從而允許其在金錢之外做更多的身份選擇，也是重要的因素。換言之，對於經濟變動、社會階層結構改造或是文化心態變化等現象，乃至其間關係的認識與瞭解，並非只是單一或線性的關聯與影響 (Braudel, 1982:

8 關於「整體社會 (Society/society as a whole/overall society)」的描繪，就認識方法論而言，布勞岱有幾項重要且清楚的描述：首先，為便於觀察並做為解釋的工具，將整體分割成較小的幾個「集合 (set/sector)」或部門的關鍵，在於有效地掌握重要的問題。第二，政治、社會 (社會階層)、經濟與文化等集合不但各有其獨特面貌；其間更存在著眾多相互影響與不斷變動的關係。第三，每個集合體系所特有的發展面貌與變動因素，不應先驗地假定可為整體共同的因素所排除，反之亦然。第四，在進行分類分析的同時，仍要能在心中維持整體性的觀點 (keep overall vision in mind)，並趨向於建構出整體社會的意涵；從而能呈現每一個整體社會的獨特性。第五，不能想當然地認為，一個部門的影響力或作用，始終超越另一個部門或所有其它部門。最後，每一個集合或部門，不斷在限制或鬆或緊，且從不讓其有完全自由的整體社會中相互影響；而其在整體社會中之作用或影響力的相對重要性，也是不斷地在變動 (Braudel, 1982: 459-460)。

458-461, 472-478)。

從「整體社會」的觀點出發，既有秩序與制度的存在或改變，意味的是政府效能、社會基礎、文化氛圍、經濟形勢及其整體的多重演變 (Braudel, 1982: 503-504)。而其「變」或「不變」的過程與結果，一方面彰顯不同領域結構性力量之間的相互影響與關聯；另一方面也同時在呈現其各自所可能扮演之阻礙或助力的角色與作用。進言之，除了理解「整體社會」的理論性意涵之外，對於這些相互關聯與影響的結構性力量之實踐意涵的彰顯，即是體現一種社會行爲、現象乃至制度模式運作機制及其相關效益的重要關鍵。

從這個觀點來看，醫藥分業雖然「準時」依法施行，但醫師與藥師齊上街頭、健保與醫療財務結構吃緊，以及就醫民眾莫衷一是的諸多結果，除了反映社會整體對於醫藥分業施行之理念與初衷，基本上仍未有共識之外，⁹同時也將彰顯為施行內容與過程中，無可避免的種種轉折、衝突及妥協。就此而言，醫藥分業做為一種「新社會事實」的建構，其實踐意涵的彰顯，從布迪厄 (Pierre Bourdieu) 所謂「生活言行理論」的觀點看來，顯然並不是單單指涉其所具備的「論述」或「形式功能」意義，比如其宣稱或規則的訂定；而是指向諸多「生活言行的實踐作用 (practical functions of practice)」的影響。而在彰顯生活言行實踐作用的過程中，不同社會行動者在政治、社會、經濟、文化等場域 (field) 所形成與面對的挑戰或鬥爭形式，一方面標誌其在社會空間中權力佔有的相對位置與客觀關係；另一方面，也同時彰顯攸關其權利之維護與變動時，諸多「結構化結構 (structured structures)」的限制力量，以及「結構中結構 (structuring structures)」的生成與再造。

基本上，在布迪厄「生活言行理論」之理論意義與分析脈絡底下，「結構化結構」指涉著不同社會行動場域既存的結構性情境，對於行動者生活言行的影響與限制；「結構中結構」則是指向行動者如何可能維繫或改變社會

9 在推動醫藥分業終未能產生太多實質政策效益的情況下，行政單位及相關團體即重新開始透過諸如「知藥權利」及「用藥安全」的強調，對社會大眾的就醫取藥行爲進行衛教，並藉以突顯藥師調劑的功能性與專業性。比如衛生署藥政處與「藥學基金會」即於 2007 年開始透過官方網站及媒體廣告等方式，進行諸如「和藥師當朋友」、「用藥五問：問藥名、問藥效、問用法、問多久、問注意事項」等所謂「健康新主張」的宣導工作 (行政院衛生署，2008a；藥學基金會，2007)。

行動場域的既有結構，乃至型塑新的結構性情境。簡言之，社會行動者在不同社會行動場域所呈顯的諸多生活言行，同時說明了不同行動主體因其社會資本之「質」、「量」與「形式」的差異，而顯現及決定的優勢或被宰制的權力關係與相對地位，以及行動主體進一步鞏固或改變權利結構的機會與限制 (Bourdieu & Wacquant, 1992; Bourdieu, 1990: 83-96; 林易, 2009; 邱天助, 2007)。

在「整體社會」以及「生活言行」的認識原則與分析觀點之下，本文首先將討論若干具有「論述」及「形式功能」意義之政策理念與宣示的可能效益；其次則是就生活言行實踐作用的角度，進一步分析醫藥分業的推動過程中，社會行動者在不同領域所面對及展現的結構性限制與可能性；最後則是在理解若干結構性力量的相互影響與可能關聯之後，嘗試從「整體社會」與「生活言行理論」的觀點，就相關社會行動者的角色及其行動意義，重新思考醫藥分業可能的認識基礎與實踐方向。

貳、醫藥分業的功能、效益及其爭議

醫藥分業的推動有若干想要達成的內在功能以及希望衍生的外在效益。然而，不可諱言的是，不同行動者與社會部門之間考量相關功能與效益的「一致性 (coherence)」程度，基本上即是影響其實踐效益的重要關鍵。

一、社會發展的進程：「先進」社會的作為

醫藥分業推動的主要論據之一，即是從某種社會發展的角度，指出醫藥分業在西方國家早已行之有年，甚至強調「大多數的工業先進國家是強制實施醫藥分業」、「醫藥分業是世界潮流」(許芳瑾、鄭萬祥, 1999; 劉宜君, 1994)。

從醫療社會發展史的角度來看，不論中醫或西醫，「醫藥分業」確實是存在久遠的醫療服務型態。以西方醫學來說，據稱「現代醫學之父」希波克拉提斯 (Hippocrates, B.C. 460-377) 早在西元前五世紀時即已倡議；十三世紀中葉，神聖羅馬帝國皇帝腓特烈二世 (Friedrich II, 1194-1250) 在位期間也

曾頒布《薩雷諾聖諭》，明訂「醫師不得開設藥房」，也「不得參與藥房的經營管理」(Karger-Decker, 2004)。另一方面，以中醫醫療型態而言，唐朝末年(西元十世紀)之時，醫藥分業即漸漸有了雛型；宋高宗趙構(1107-1187)在位期間，除於宮廷另設「御藥局」佐助御醫用藥之外，亦令州縣開設「惠民藥局」、「太平藥局」等官方藥局署理民間藥務，從而開啓十三、十四世紀以後，「醫師開方不賣藥，藥師配藥不開方」的醫療服務型態(朱晟、何端生，2007)。換言之，似乎早在「現代(西方)醫學」成爲典範的醫療型態之前，醫藥分業的「概念」及其相關作爲，已經是西方社會普遍存在的一種醫療服務樣貌；同樣的，大夫出診並開處方，病家再到藥房據帖抓藥，也是中醫長期以來的一種醫療服務方式。

當然，古今中外的時空距離以及中、西醫醫藥服務型態的本質差異，不宜簡要地以某些概括形貌相似而類比。但所謂「先進」的意義若只是發展先後的簡化排序，則同樣顯得狹隘。從而，重要的問題或在於理解醫藥需求與服務行爲的社會既有形態及其改變的可能性，而非以醫藥分業早已在何時何地存在爲依歸。

因此，即便醫藥分業早已是西方社會普遍存在的醫療服務型態，近一個多世紀以來，「醫藥不分」仍是台灣西醫醫療服務與發展的主要模樣(莊永明，1998)。醫藥不分業或所謂施藥診所的模式，即便不一定完全如藥師團體從其職業本位立場所言，是沿襲「不良醫療制度下的一種積習」(鄭天賜，2006)，但是以「先進社會做法」做爲推動醫藥分業的一種宣示與指標，其意義顯然過於簡化。除此之外，以其做爲從「醫藥不分」轉換爲「醫藥分業」之認知基礎的正當性，基本上也受到諸如學習先進國家施行醫藥分業的思維，難保不會出現「東施效顰」乃至重蹈他人覆轍(吳惠林，1997)等質疑。

此外，醫藥分業依〈藥事法〉第一百零二條規定，應於〈全民健康保險法〉實施兩年後施行的議定所引來的批評，但既有上路時，雖爭議繁多但社會支持度居高不下的經驗加持，行政當局在當時似乎與全民健保經驗，有著同樣的決心和信心。¹⁰不過，全民健康保險制度雖然是在「倉皇上路」、「匆

10 比如衛生署在醫藥分業實施數年後，即曾在其發行刊物與官方網站刊行引述《亞洲華爾街

促開辦」等批評聲浪中執行，然而，一來，從健保體制勢將建立起社會資源的集中與再分配過程的機制來看，社經地位弱勢族群的健康與醫療需求頗受助益，確實發揮某種程度的「濟弱扶傾」之效。透過社會互助避免個人可能因病而貧，健保對於促進及維護公衛社會安全的意義，基本上未受置疑（張耀懋，2001；姚明嘉，1994）；再者，就經濟財務與行政能力等角度上來看，醫療資源是一種「高貴資源」，也確實不是任何國家機器都有能力統籌起照護國民基本健康之責。

因此，由於對於醫療照護情境的整體改變確有社經意義上的顯著性，「台灣終究正式進入一個『先進國家』必有的社會安全體制新世紀」、「五十年來台灣最大、最成功的社會工程」（葉金川，2003: 19；張鴻仁，2003: XVI）等全民健保實施與「先進國家」作為之間的連繫，基本上獲得確認。相對而言，除了醫藥不分業的既存長久之外，醫師是否「該有」調劑權、該由醫師或藥師調劑等問題，對於改變醫療照護與服務情境的顯著程度，乃至再次與先進國家的意象與作為相關聯，顯然薄弱許多。

二、醫療體制的需求：健保財務的健全

就制度層面來看，推動醫藥分業在醫事及藥政運作所期望的功能與效益，主要表現在諸如可以「減少藥品濫用」、「抑止不肖醫事人員虛報給付的行為」、「診療費與藥品費分開列帳，一有利稽查，二可正藥政」；影響所及，將可「杜絕醫療資源浪費」、「減輕健保的財務負擔」，其不但有助於「健全健保財務」，甚至可以提升整個「醫療體系的服務品質」等敘述（許芳瑾、鄭萬祥，1999；朱澤民，1997；藍素禎，1997；劉宜君，1994）。基本上，從醫藥分業或是藥師角色的較多介入，有助於醫療成本的降低以及病人照護品質的提升（Gruber et al., 1997; Lobas et al., 1992; Bloom, 1990）；以及醫師處方行為深受經濟誘因影響，同時可能造成醫療資源配置效率的損失（譚令蒂等，2007；蔡貞慧，2002；黃文鴻，1998）等相關研究看來，改變原有就

日報》推崇台灣推動醫藥分業堪為「教科書榜樣（textbook example）」的相關報導（行政院衛生署，2001）。

醫取藥制度的期望，似乎也意味著，醫藥不分或阻卻醫藥分業，或將可能延續醫事與藥政運作上的財務流弊。

將醫藥分業和醫事、藥政與財務等制度施行時弊的改善甚至解除相關聯，致使隱含醫師作為可能是相關流弊與漏洞結構的一部分，雖不無可能，但仍有可議。比如，醫界人士雖不否認處方成為醫療院所「最容易賺取利潤、彌補虧損的方法」，從而發生「處方浮濫」的結果（黃達夫，2003）。然而，醫師團體反對實施單軌制醫藥分業，除了可能與衝擊其既有利益有關之外，藥局租借牌照執業情況普遍、備藥能力不足、調給替代藥品、私自複印甚至擅改醫師處方（朱澤民，1997）等等尚未涉及醫師直接利益損失的若干現行制度性缺漏的疑慮也確實存在。此外，弔詭的是，醫藥兩界論爭不斷的難得共識，即是在醫藥分業與健全健保財務的關聯中，雙方都曾提出數字指出，醫藥分業不但沒有減少醫療資源的支出，反而會增加十億到百億之譜的相關醫療及藥費給付（趙家麟，2006；鄭天賜，2006；邱永仁，1998）。行政部門的統計數字亦顯示，歷年健保藥費占國民醫療保健支出的比率介於13.6%~16.1%之間；總藥費支出比例則在二成六至二成八之間。隨著醫療保健支出規模的擴大，藥費支出從1997年的639億餘元，一路上升到2007年的1170億餘元，上升趨勢明顯。¹¹

- 11 從表1看來，我國藥品支出占國民醫療保健支出的比例，在1997年至2006之間，約在25.9%~27.7%上下。而根據健保局的資料顯示，以2006年為例，我國藥品支出占國民醫療保健支出的比例和OECD各國比較，與韓國的25.8%、波蘭的27.2%相當；比日本的19.8%、加拿大的17.4%要高，更遠高於德國的14.8%以及美國的12.6%。健保局的報告認為，這樣的比例數字顯示我國藥品消費支出有偏高的現象（行政院衛生署，2009c）。

表1：中華民國藥品消費支出佔國民醫療保健支出表 單位：億元／%

年度	項目	健保藥費 ¹ (1)	國民醫療保健支出 ² (2)	全民健保支出 ²	健保藥費支出率 (1)/(2)	藥費支出率
1997		639	4,705	2,376	13.6	25.9
2000		828	5,784	2,887	14.3	27.7
2005		1,121	6,973	3,674	16.1	26.5
2006		1,141	7,292	3,822	15.7	27.3
2007		1,170	7,639	4,011	15.3	—
2008		—	7,885	4,159	—	—

資料來源：1. 衛生署：「全民健康保險統計動向」（行政院衛生署，2009b）。

2. 衛生署：「衛生統計系列（五）：國民醫療會計帳（97）」（行政院衛生署，2009d）。

另一方面，從行動者的角度來看，「杜絕醫療資源浪費」、「減輕健保財務負擔」、「提升醫療服務品質」等牽涉醫療財務與服務品質的制度性改善，以解除醫師同時握有處方權及調劑權的情境為期待，對醫師執業利益的挑戰及引發的反應，甚至超乎強調健全健保財務的單純想像。在醫師團體看來，醫藥分業不只在削減其既有利益，更有屈辱醫師尊嚴之嫌（林麗文、丁宜芬，2004；吳運東，2002，1999）。疾呼實施醫藥分業，「醫界即『面臨生死存亡關頭』；……將引發『台灣醫療界的大浩劫』」（吳坤光，1998）；「將『損害醫師尊嚴，打擊國家菁英踏入醫界的意願』；……失去調劑權，今天的醫師將成為『歷史罪人』」（尹三元，1998）等議論，在醫師團體輿論中所在多有。¹²

在醫藥分業的財務效益不明確，以及醫師團體將調劑權利視同職業尊嚴，醫藥分業是否可能與「減少藥品濫用」、「減輕健保財務負擔」，進而能與「健全醫事藥政」、「提升醫療品質」等內在功能與衍生效益相結合，似乎仍有不少討論的空間。

三、執業效益的考量：專業分工的價值

對現代社會而言，分工的現象以及專業化的趨勢已然成為社會運作的某種規律，甚至是尋求進展的必要條件。醫藥兩界雖然密切關聯，但以專業分工的角度來看，不論在訓練過程或是職業功能上，仍明顯地分屬不同的執業領域。醫界隨著專業化趨勢及其需求的不斷深化，尚且以「專科」為其培育及執業要求的基礎，跨足藥事似有「非專業」之嫌。從而國內外文獻都可發現，在藥師團體看來，專科醫師跨越不同科別時已然「一知半解」，遑論「不同領域」；落實醫藥專業分工同時是重要且必要的一件事（鄭天賜，2005；Corey & Briesacher, 1997; Cowen, 1992）。

然而，無論在邏輯或實務上看來，醫師在藥事領域的「非專業」或「不專業」，不必然相對證實藥師的專業。不少研究已表明，藥師的「專業性」

12 除了在相關刊物發表頗有「以醫界興亡為己任」的強硬措辭之外，在有關醫界人士內部集會的若干報導中，醫界菁英群情激憤的景象，顯見對醫藥分業剝奪其調劑權／利的高度不滿。參見洪淑惠（1997a）。

除了醫師不太有信心甚至受其質疑之外（郭淑卿，1998；吳聖芝，1997；丁庭宇，1992），¹³ 也一直被視為是必須爭取民眾信任的重要指標（楊文惠等，2001；吳尹中，1997；張永源，1994）。換言之，在藥師的「專業性」並未能突出於醫師時，藉由醫藥分業彰顯醫師及藥師專業分工的價值，即不一定會產生實質的策略性效益。更為弔詭的是，儘管長期以來藥師由於無法從醫師手中獲得足夠的處方箋，以致附屬其專業的調劑工作難以發揮，一直在藥政管理中被視為是醫藥不分制度下的「不合理現象」（許芳瑾、鄭萬祥，1999；蕭美玲，1991）；但是如果藥師的「專業」功能在過去可以被代行無礙，「分工」的必要性乃至於藥師專業的功能性即難免受質疑。

比如若從市場機制的角度看來，經濟學者甚至曾不諱言，如果市場上根本不需要具藥師資格者調劑，則應讓相關的培育系統自然淘汰，避免「資源的浪費」，透過政策幫藥師「保飯碗」，反而並不合理（吳惠林，1997）。當然，只從市場價值來評斷分工的必要與否或不充分。就社會學的角度來看，專業化促成職能分工，但分工不一定意味著完善整合的必然完成。醫藥兩業在分工實作上不能充分發揮功能的情況，以涂爾幹（Emil Durkheim）的概念來說，即是兩造之間連帶紐帶的鬆弛。「專業分工的不適當」意味著兩個專業職功之間缺乏共同協作的機制，相關人員無法充分地發揮其專業活力，鬆散及混亂的狀態就會產生。因此，專業化分工的重點在於不同職功之間協作功能的運作程度，「當功能受阻，不管它們的分化程度有多高，都是徒勞無功的。因為它們的相互協作並不和諧，它們也不能充分地感覺到彼此之間的依賴關係」（Durkheim, 2002: 309-310）。

藥師調劑功能與作用的不彰顯、模糊、被取代，基本上或許是突顯醫藥兩業之間分工的不適當，無法「充分地感覺到彼此之間的依賴關係」。雖然

13 除了相關研究之外，更有醫師為文認為，「醫師乃至護士，在學校裡都有唸過藥理學，醫師『在這門學問功夫下得很深』……。而醫師獨有的病理學、診斷學，藥師可就莫宰羊了」（方家澍，1998）。此外，醫師並不信任藥師專業的言行，也不時在筆者的就醫經驗中出現。比如在一次眼科就診的經驗中，曾向醫師請教到專業連鎖藥局請藥師推薦並購買緩解眼睛乾澀用的外用眼藥水是否可行？該名醫師未置可否，只在開下處方之後不慌不忙地說：「我們連藥理學修的學分都比他們多」。言下之意，即便只是關於藥的部分，醫師或許不認為藥師會比他們知道得多。

「不適當」未必等同於「沒必要」，但是醫藥兩業乃至社會大眾對於調劑專業上的「差異」及其「分開的必要」等實質問題上並沒有清楚的認知，顯示藉由專業分工的申述，甚至期望藥師專業價值與效益能藉此體現的訴求，顯然無法對於醫藥分業的推動與落實產生太多實質的效益。

參、醫藥分業做爲一種新社會事實?! 結構性的限制及其可能性

在醫藥分業的推動過程中，最終是在行政當局「鼓勵單軌制」但也「同意雙軌制」，進而演變出「行動藥師」¹⁴、「門前藥局」等情況下施行。從前文的討論中可以看到，「先進社會的作爲」、「健保財務的健全」以及「專業分工的價值」等社會發展進程、醫療體制需求與執業效益考量諸面向，所提示之具有「論述」或「形式功能」上意義的相關舉措，仍偏重於一種理念意象 (ideal image) 的表述。由於相關理念論述及其實踐作用之間的一致性程度並不明顯，從而不容易形成推動乃至落實醫藥分業的有力基礎與重要機制。

基本上，醫藥分業做爲一種政策施行的同時，也將具體表徵爲建構一種「新社會事實」的可能性。若就布勞岱「整體社會」的觀點來看，醫藥分業的推動過程在做爲一種新社會事實建構的同時，也將明顯地展示著經濟利益、政治與社會權力，以及文化慣習等結構性力量之間的衝突、抵抗、妥協與再造過程。從而，在型構一種新社會事實的過程中所可能突顯及牽動的諸多社會結構的影響與挑戰，即是在強調與宣示相關的理念意象之外，必須思考及彰顯的實踐意涵。藉用布迪厄的概念來說，重要的不只是「論述」或「形式功能」上的宣稱或規則的訂定，而是要探討影響日常生活言行的「實踐作用」。就此來看，目前「理念性分業」仍未能落實的結果，癥結或在於未能追究「醫藥不分」已在台灣醫療服務場域形成的諸多結構性力量，同時存在之「制約 (regulation)」與「再生 (reformation)」的持續性作用與影響。

14 所謂「行動藥師」是指，雙軌制醫藥分業實施之後，未聘有合格藥師的診所即出現租借藥師執照，表面上有專業藥師執業，實際上該名藥師並未在診所中調劑，除非遇到「緊急情況」(多爲衛生機關到場稽查)，診所才呼叫藥師趕至現場(謝文紘、陳美霞，2001: 407)。

一、政治與社會權力結構的動員與衝突

日據時期殖民政府透過法規設計、教育訓練、資格認定與業務規範等行政措施，強勢建構以生物醫學範型為尊的西醫制度，從而賦予西醫制度上的特殊地位，並造成中、西醫發展此消彼長的鮮明對比（張荳雲，2002: 166-185）。此外，在醫藥專業與環境明顯傾向於「扶西抑中」的發展過程中，並非與西醫範型相關的醫療業務或人員，都獲得同等的重視與地位。醫師、藥師、護士及其它醫療輔佐人員在醫療保健服務體系中的權力等級與職權行使，宛如金字塔一般分佈；同時，幾乎所有工作都是圍繞著醫師如同心圓般地展開。從而在論者看來，醫師以外的醫療工作人員，其實都缺乏充分的職業自治權力（Wolinsky, 1999: 406-413）。簡言之，醫、藥、護、檢執業分工的同時，也意味著彼此權力地位的差序。

此外，在專業化及職業發展過程中，以醫藥兩業而言，除了殖民時期即透過藥品及衛材資源的管制，並鼓勵開業醫師開設施藥診所之外；在醫學教育體系的訓練和建構中也並未設置藥學科系，完全顯現一種「重醫輕藥」的職業發展傾向（劉士永，2004: 100）。更重要的是，殖民統治時期的若干醫療行政與公衛政策，對於日後醫藥分業的施行所產生影響，不只是醫療服務型態的規制，對於醫藥兩業政治與社會權力地位的形成與發展，也有深遠的型塑作用。在殖民與威權統制時期，政治與社會權力地位的差異基本上是統治者意志與恩惠的遂行；但在法律或政策可以透過協商甚至抗爭手段爭取的政治民主化時代，不同身分團體政治權力與社會地位差異所牽動的自主意識與互動張力就會變得明顯。

比如藥師團體於完成〈藥物藥商管理法〉（1970）立法通過之後，即不遺餘力地進一步推動〈藥師法〉的修正。而在推動立法修正的過程中，除了透過學者會議、公會陳情、藥學系學生上書等方式向政府建言，要求醫藥分業；主張加入獨立於〈中華藥典〉之外的〈國民處方選輯〉；要求刪除「醫師親自調劑」條文……等進一步取得完整調劑權的規劃之外，也在解嚴後政治民主化的氛圍中，鼓勵藥師從基層里長開始，積極參與各級民意代表選舉，希望能對於醫藥分業的立法，產生更為直接與實質的影響（黃文鴻，1999: 11-13；

藍素禎，1997: 83-84)。及至 1993 年〈藥事法〉第一百零二條的立法修正通過，顯見藥師團體型塑及動員其政治與社會權力，確保及鞏固其專業利益的結果。

當然，在「重醫輕藥」長期模塑醫藥兩業執業利益與社會聲望的歷史過程中，若就政治與社會權力的佔有及其影響力而言，相較於藥師團體，醫師團體恐怕是有過之而無不及。因此，藥師團體透過政治與社會權力的運作，以彰顯其職業地位並取得專業利益的進一步確保，無可避免地將會與醫師團體的傳統利益產生正面衝突。一開始，藥師團體在法律層面上要求醫藥分業的努力與進逼，對醫師團體而言似乎無關痛癢。如前所述，不論數十年來相關法令的修正如何賦予及確保藥師調劑的專業權利，基本上並未能對醫師既有的調劑權力及相關執業利益產生實質的影響。即便〈藥事法〉第一百零二條的修正，限制並訂下醫師調劑權的落日條款，醫師團體的認知與作為始終為「不接受」、「再修法」；¹⁵ 採取所謂「衝突」與「遲滯」的行動策略（吳聖芝，1997）。

醫師團體的動作與態度，連藥師團體對於醫藥分業能否實現，也處於「消極、被動與觀望」的不確定情境。直到醫藥分業「法定」實施日期箭在弦上，醫師團體發動上街，醫藥分業最終是以「雙軌制」、「分區、分階段」施行。如此實施方式，在藥師團體看來，是因為醫師團體的「社會地位高」，「政治影響力大」，終至迫使衛生署「昧於事實」、「怠忽職守」、「明顯違法」（鄭天賜，2005，2006）。醫藥兩界終為調劑權歸屬短兵相接之時，其結果似乎清楚地顯現，在各自佔有及動員政治與社會權力的對抗過程中，有新法為恃的藥師團體仍較處於相對弱勢的一方。而藥師團體的「相對弱勢感」，也仍持續表現在與醫師團體的種種協商中。¹⁶

15 「中華民國醫師公會全國聯合會」即曾因調劑權利被限縮，提起行政訴訟及聲請大法官釋憲；並於 2004 年三月發文各縣市醫師公會加強遊說立法委員，動員立法委員一百三十二人連署，希望再次修改〈藥事法〉第一百零二條，爭取「恢復」醫師「得依自開處方，親自調劑」的調劑權利（林麗文、丁宜芬，2004: 139-143）。

16 譬如「中華民國藥師公會全國聯合會」的一位常務理事，即曾為文提到與醫師公會「西醫基層執行委員會」協商提高藥事服務費的一段「辛酸」：

從醫師與藥師分別做爲一種能「有效宣示其獨特的社會聲望與地位獨占性」之「地位團體 (status group)」¹⁷ 的概念來看，醫藥分業得以完成立法並限時施行，一方面說明了藥師團體型塑及表顯其政治與社會權力的努力和成果；與此同時，縱使依法施行逾十年，但施行效果仍屬有限的醫藥分業，也顯示了醫師團體運作及體現其政治與社會權力的能力。從而，在爭取及維繫實質調劑權利的爭鬥過程中，醫藥兩界所動員及呈現的政治與社會影響力，事實上也即是各自已成型與再生成之政治與社會權力結構的一種宣示及體現。

藥師團體藉由醫藥分業政策爭取調劑權利的專有，以及改變原有職業功能與地位的意圖，基本上即是對於醫師團體既有的社會權利，以及雙方原有權力結構模式的挑戰與再造。而醫藥兩界呈現其政治與社會權力的有效能力，包括諸如立法和行政代言者的位階和層級、從業人員與執業資源的影響規模、醫藥兩界各自所呈顯的職業社會意象等等。從布迪厄的概念來看，雙方藉由各種型式社會資本的掌握及投入，啓動及運作可能影響力量的「質」、「量」與「邊界」，除了具現爲不同行動者之間的資源爭奪、衝突與妥協之外，也說明醫藥兩界在原有社會空間與場域中，原有及再生的權力結構與配置模式。一方面，彰顯醫藥分業推動過程的相關行動者，在政治與社會行動中所面對的一種「結構化結構」，及其佔據的相對優勢或限制；另一方面，同時

在衛生署與中央健保局的壓力下，醫界不得不坐下來與藥界協商。但藥界代表是十足的誠懇，醫界卻是百般敷衍。每次約定協商時間是晚上十點（醫師看診結束），談到凌晨二、三點鐘。雖然苦，但藥界代表仍如約赴會，只是醫界打著應付了事的心態，每次參加協商的人員均會改變，導致每次協商議題從頭再說一次，對藥界協商代表幾近折磨（林振順，2006）。

這段醫藥代表協商過程的表白，至少透露了三個藥師團體認爲在醫師團體「百般敷衍」、「應付了事」之下「幾近折磨」的委屈與感受：首先，醫界是在行政當局的壓力下，才可能坐下來與藥界協商；其次，協商的時間由醫界主導；第三，醫界協商代表一再改變，延宕協商進程。基本上，相較於醫界的被動應付、挑時間、換人員，「藥熱醫冷」的醫藥協商說明的其實正是藥師團體政治與社會權力的相對弱勢。

17 「地位團體」是韋伯 (Max Weber) 分析社會權力與特權 (privilege) 的重要概念。相關概念的定義、性質與理念類型的分析，請參閱韋伯在《經濟與社會 (Economy and Society)》(Weber, 1978) 一書中，第一卷第四章以及第二卷第九章第六節的討論，此不贅述。

也在各自的因應行動與策略中，體現一個權力再分配之「結構中結構」的形成與建構。

二、經濟利得結構的重分配與再創造

「重醫輕藥」的發展過程除了造成執業條件、社會地位與政治權力的差異之外，更是直接影響職業團體經濟利得的分配與占有。就醫師而言，調劑用藥的「利潤優渥」，不但藥品相關利益已然被醫界視為當然利益（蔡貞慧，2002）；在醫師普遍認為診查費偏低的情況下，也往往視藥品利潤為一種貼補。¹⁸ 醫療機構由於議價空間較大，甚至視藥品的採購價差為營運收益的一個重要部分（譚令蒂等，2007；黃文鴻，1998）。另一方面，由於藥師的執業空間始自日據時期即因特殊的行政措施而受抑制，後來雖然取得調劑的「法律地位」，但實際上卻拿不到醫師處方箋。在只能販賣非處方成藥，謀生不易的情況下，「藥師」往往不是唯一的工作或職業身份。影響所及，將開業執照轉租給非藥事人員經營，甚至鋌而走險，違法販賣處方藥等情形頗為普遍（黃文鴻，1999；藍素禎，1997）。

面對久遠形成的一種利得結構，醫藥分業牽涉執業報酬及相關利益的重分配，攸關利害的團體自是不會輕易坐視，縱使立法也難見其功。醫師仍未失去調劑權的相關利益，或正如藥師團體所明言，是政府「在未提出取代藥品利潤給醫師前」，不敢嚴肅面對（鄭天賜，2006，2005）的具體表徵。當然，

18 從整理自衛生署官方網站公布資料的表 2 看來，在歷年門診申報「診療及材料費」、「藥費」、「診察費」及「藥事服務費」等四大主要費用支出結構中，「藥費」幾乎都佔門診申報費用的三成左右；而且自 1999 年以後，支出比例即都多於「診察費」。

表 2：全民健保門診醫療費用明細概況

單位：%

項目 \ 年度	1997	1999	2001	2003	2005	2006*	2007*	2008*
診療及材料費	35.62	36.79	39.33	39.39	39.60	40.40	41.05	41.25
藥費	29.14	30.09	29.86	29.62	30.09	30.34	30.14	30.70
診察費	32.45	29.86	27.69	27.91	27.23	26.06	25.54	24.86
藥事服務費	2.79	3.26	3.12	3.08	3.08	3.20	3.27	3.18

資料來源：衛生署「衛生統計資訊網：衛生統計動向（95 年）」（行政院衛生署，2008b）；*「全民健康保險統計（95~97 年）」（行政院衛生署，2009a）。

在醫藥分業所牽涉的經濟利得結構再分配的攻防中，藥師團體也試圖為始終感到不平卻莫可奈何的執業待遇尋找可能的新出口。比方爭取提高「藥事人員出資經營」之特約藥局受理診所處方的「藥事服務費」、「日劑藥費」、「六歲以下兒童之磨粉費」；主張擴編〈中華藥典國民處方選輯〉，以擴大指示用藥範圍及增加品項，藥師並得依法調劑與申領健保給付、建議增加藥局處方調劑及藥物或保健諮詢服務費等「附加收入」……等等（林振順，2006；劉宜君，1996，1994）。

「重醫輕藥」與「施藥診所」的醫藥服務模式，基本上也即體現關於藥品利益之分配與佔有型態的一種「結構化結構」。在既有的經濟利得結構不容易撼動的情況下，尋求機會打造新的經濟利得空間即不失為另一個務實的策略與作法；與此同時，也即意味一個關於醫藥兩界爭取經濟利得之「結構中結構」的形成。由此看來，醫藥分業勢必牽動既有藥品利益重分配的效益，可能因為前述醫藥兩界政治與社會權力結構的競爭與動員而顯得不明顯；但是型塑更大經濟利得結構的可能性，也就是藥品利益的擴大再爭取或將有些成效。從而，醫藥兩界關於藥品利益重分配的爭議，也因為重新包裹著藥品利益的再創造而暫告停歇。面對原有藥品利益分配與佔有型態的「結構化結構」，以及因應各自期待與應對策略之「結構中結構」的形成，醫藥分業的實質效益也變得模糊。

三、就醫取藥慣習的順從或改變

若干醫療與衛生政策的相關研究早已指出，相關專業人員專業技能的發揮，以及獲得社會大眾的認同與支持，對於醫療保健政策的順利施行具有同等的重要性。此外，在所謂「醫療民主化（medical democracy）」或「社群基礎（community-based）」的醫療規劃與發展趨勢中，社會大眾需求及其意見的考量，基本上已被視為醫療保健制度設計與實踐的真正基礎（Brunet-Jailly, 2000; Scott & Rosko, 2000; Williams, 2000）。因此，除了可以從醫藥兩界政治與社會權力的動員與對抗，以及固有經濟利益的維護與創造兩個層面，看到相關結構性力量的影響之外，社會大眾早已習以為常的就醫取藥行為，也是影響醫藥分業施行的另一個具結構性特質的重要觀測面向。

除了前述影響醫藥兩業發展的特殊歷史因素之外，就民眾醫藥需求的層面看來，醫師集診斷、治療、處方與調劑等權力於一身的執業內容，幾乎已經含蓋醫療需求的大部分過程。此外，醫療經濟學的相關研究也發現，處於「壟斷性競爭」以及「資訊不對稱」等性格極為明顯的醫療服務市場中，醫療需求者尋求「服務替代」的能力其實相當有限 (Dranove & Satterthwaite, 2000; Gaynor, 1994)。其結果基本上即是會造成在整個醫療過程中，病人與醫師之間關係的不斷強化，護士、藥師、檢驗師等其他醫療相關人員則相對較無關重要。而醫師診療權力集中以及病人認知相對偏重的影響，即如同若干研究所指出的，醫師若不主動釋出處方箋，病人通常也不會要求醫師釋出；甚至在民眾選擇藥局調劑的決策行為中，醫師的意見或「指示」仍可能有顯著的影響¹⁹ (郭淑卿，1998；宋居定，1997)。

總之，不論從醫藥發展的歷史因素、醫藥需求的工作內涵，或是若干理論及經驗性研究等結果來看，顯而易見的是，在社會大眾已然形成一種高度倚重醫師的就醫取藥型態之下，醫藥分業的施行，其實是在改變民眾長久以來已經習以為常，並早已將其視為當然的一種「慣習 (habitus)」。

從布迪厄的「生活言行理論」觀點來看，在我們的日常生活言行中，事實上存在著許多的慣習。而慣習的「結構性特質」，主要表現在其是由諸多指向具有「實踐作用」的「認知與動機結構 (cognitive and motivating structures)」所構成。此外，慣習往往也不體現為一種明文律則，而是展現為對於某種日常生活言行及其行動意向 (practice and disposition) 的實質影響力。具體而言，行為慣習之所以可能成為日常生活節奏與行動意向的一種表徵，在於其基本上是行動者在因應客觀條件時的一種主觀上「可以理解」，並具有實用性與經濟性特徵的思維結構與行動指引模式 (Bourdieu, 1990: 52, 1977: 78-87; Heller, 1990)。就此來看，對就醫民眾而言，「增進用藥安全」的公共衛教、必須持

19 據筆者的觀察與非正式察訪，在「門前藥局」興盛時期，診所內雖不調劑與給藥，看診後醫師不用特別交代，病人即會手持處方箋，「自覺」、「自動」地至診所隔壁或對面藥局領藥。現在醫師出資的「門前藥局」盛況或許不再，然而在有些地方，即便與診所相距十公尺內有兩、三家健保特約藥局，該診所病人在「醫師叫我到這裡拿藥」的指示下，仍只會往同一家藥局領藥。

處方箋另赴藥局調劑、醫師的明指或暗示……等等影響其「主觀上可以理解的思維結構與行動指引模式」，相較於早已習以為常並視為當然的就醫取藥方式，「理念性分業」並不能增進民眾醫藥需求行為的實用利益或效用。

在醫藥分業政策構築、型塑及至付諸實行的長期發展過程中，社會大眾的意見、需求與既有的行為慣習是否得到官方與專家的認真考量不得而知；²⁰但從其結果看來，民眾就醫取藥的相關行為慣習沒有太多改變，顯然是個不爭的事實。從前述日常生活言行的觀點來看，慣習的作用即在於社會行動者只有當遵循規則的利益大於忽視規則的利益時，才會遵循規則。換言之，當新規範難以建立具有「實踐作用的認知與動機結構」，也就是不能增進行動利益時，即無法成為影響既有生活言行意向的真實力量，行為慣習也就容易被延續（Bourdieu & Wacquant, 1992）。基本上，這也相對地說明了原有就醫取藥的思維結構與行為指引模式的不斷再生產，從而約制民眾就醫取藥行為的一種「結構化結構」的影響力量。此時，在一種行為慣習的「順從」或「改變」的選擇中，前者或許不一定「合適」、「合理」，但仍將佔上風。當然，在社會大眾仍習慣於診所取藥的同時，「權宜性分業」下雖非全面且多屬形式的診所外取藥模式，也成為一種「結構中結構」之就醫取藥行為的開始與形成。

肆、醫藥分業及其實踐意涵的再思考

在前文的分析中，我們基本上可以清楚地看到，專業分工、健全財務與醫療品質等醫藥分業相關理念與制度的社會實踐，從「整體社會」的觀點來看，表顯為醫藥兩界政治與社會權力的動員及其利得結構重分配的爭鬥，以及民眾就醫取藥行為模式的延續等「政治與社會權力」、「經濟利得」以及「行

20 林國明（2003, 2000）對於台灣社會保險規劃與發展過程的相關研究指出，當「專家／技術官僚」決策體制成為現代國家機器政策形成與推動的常態現象，往往致使政府在規劃「高度專門性、需要長期研究，並且有深遠影響」的政策時，經常倚賴專家意見。以台灣全民健保制度的規劃與決策過程而言，雖然社會團體在立法階段仍有所行動，但並無機會參與行政部門的政策形成。在他看來，全民健保的制度設計，大量依賴學者專家意見的程度更是前所未見。就此來看，醫藥分業的政策形成過程要跳脫所謂「專家／技術官僚」決策體制的機會應不是太多。

為慣習」諸面向若干結構性特質的不斷再現。而進一步就「生活言行理論」的角度分析其實踐意涵，利害攸關行動者之間的互動關係，以及所彰顯的結構性影響因素與力量，明顯地成為政策施行運作時所會面臨的真實情境；也從而可能產生阻卻、複雜化甚至重塑政策理念的結果。

在醫藥分業仍可能做為增進健保體制的健全與提升國民健康權利等整體社會利益的認知與思維之下，本文將進一步在「整體社會」與「日常生活言行」的分析觀點中，就專業分工、公民行為與國家角色等層面，重新思考「理念性分業」可能的認識基礎與實踐方向。

一、分工的社會需求及其社會基礎的再認定

從西方的經驗與相關研究看來，藥事的專業性，乃至藥師對於醫師、病人甚至保險單位的特殊專業價值與功能應無置疑。比如藥師的專業服務能增加病人對醫囑的了解、提高病人的遵醫囑行為、改善醫療照護品質、提高被保險人對整體醫療服務的滿意度等等 (Mead, 1992; Hirsch et al., 1990; Eaton & Webb, 1979)。雖然專業分工已然是現代社會運作與發展的必要基礎。不過，除了經濟效益的考量以外，從社會學的觀點來看，分工的重要功能在於滿足社會對於分工的需求。此外，其要義則是除了必須「確立個別專業能力之間的關係」之外，同時也要能「增加個別專業的活力」。個別專業對於社會整體之「差別需求」的形成，基本上則是專業分工是否得以產生「聯繫專業關係、增進專業活力」等功能性作用的前提與重要機制。唯其如此，涂爾幹所謂的「自發性分工」才可能形成，進而有助於專業職工之間產生「有利於『社會整體』的有機連帶」(Durkheim, 2002: 309-313; Coser, 1986: 103-105)。

醫藥分業的推動與發展，在實踐層次上，醫藥兩界的專業分工，基本上意味著既有利益的再分配以及權力結構與行為模式的重新構造。為了專業權力與執業利益的爭取，各自所展現的資源動員與權力對壘的形式與過程，充分顯示醫藥兩界長期以來所型塑的政治社會權力與經濟利得分配等既存的「結構化結構」，乃至同時在重新構作的「結構中結構」，才是具體實踐醫藥分業所要面對的制度性條件之一。就醫藥分業的社會需求而言，藥師調劑的專業表現，在前述制度性條件及其結構性力量的影響之下，受到相當程度的

限縮。在藥師的調劑工作「醫師也能做」的情況下，兩者之間不能對社會產生「差別需求」的功能性關係，其分工並無法有效地成為推動與落實醫藥分業的制度性基礎。

除了考量醫藥兩業的專業分工如何可能型塑新的社會需求之外，民眾改變原有就醫取藥慣習是否可能成為明確的社會需求，則是影響醫藥兩業專業分工，乃至落實醫藥分業的另一個重要的社會基礎。在醫藥不分的醫藥服務模式型塑社會大眾的就醫取藥慣習之下，相較於處置醫師與藥師的利益衝突及其政治社會權力不對等的障礙與影響，社會大眾對於體現專業分工、增進體制健全與提升醫療品質等醫藥分業的意義乃至其社會需求的理解，往往被視為當然，甚至模糊化。譬如說，社會大眾是否及如何了解醫藥分業可以增進用藥安全？醫藥不分業對於社會大眾的健康利益乃至健保體制的損害是什麼？抑或是社會大眾的「知情同意」，基本上不被視為是個重要的問題？

因此，考慮專業分工的社會需求、社會基礎及其與社會整合之間密切相關的整體意義下，對於所謂專業化及分工價值的強調，才可能如涂爾幹所言，不再只是關注其做為一種「增加效益的手段」，而是能進一步理解其做為「促進專業活力」與「強化社會連帶」的重要根源。如此一來，一方面，如何彰顯乃至建構醫師與藥師專業差異的社會需求，而不只是調劑權利上的爭執；二方面，正視或引導社會大眾成為積極與合作的行動者，而不是認定的配合者，無疑是面對以及可能對制度化結構產生不同影響力的重要方式與關鍵途徑。基本上，上述兩個層面的思考與作為，也是將醫藥分業轉化成為一種社會需求，並強化其社會連帶的重要社會基礎。

二、公民賦權機制的型塑與強化

面對「理念性分業」的推展與相關結構性影響力之間的拉扯，專業人員有效的社會分工，以及體現真正社會需求的考量固然仍是相當重要，但政策的制訂與執行，實際上偏重執業團體的需求與專家意見的依賴，並認定如此即符合社會大眾的利益，終將影響政策推動的合理性與有效性。若干有關醫療政策的研究結果即顯示，影響醫療衛生政策及其推動程度的因素，除了專業人員的有效分工，及其利益分配的維護與追求之外，還包括醫療需求者行

為方式的考量 (Brunet-Jailly, 2000; Williams, 2000)。

在醫藥分業實施前後，已有若干針對社會大眾意見的調查與研究。然而，一來，相關的調查與研究，常常只是關於民眾贊成或不贊成醫藥分業的「意見表達」，而不是「意見參與」。再者，即使只是意見表達，社會大眾對於相關資訊的掌握與認識，仍明顯是不充分，甚至是缺乏的；以至於不少調查與研究結果顯示，「沒聽過」、「支持雙軌制」等對於醫藥分業認知不足的情況一直不在少數 (林玠民, 2008; 季瑋珠等, 1998; 吳尹中, 1995, 1996; 彭美熒, 1994; 張永源, 1994)。從而，在醫師團體很難放棄既有利益；藥師團體企求新畫大餅；社會大眾缺乏認知與參與等結構性限制與條件之下，不但政策理念的可貴及其正當性無法充分彰顯，也不利於政策推行與社會整合。

事實上，不論是「增進用藥安全」、「減少藥品濫用」乃至「健全健保財務」、「提升醫療品質」等推動醫藥分業的政策期待與效益，即便專家學者與決策單位都同意或認為，醫師同時握有處方權及調劑權，將使藥物使用乃至治療品質等病人利益，都可能在經濟誘因下被打折。但諸如醫師在調劑用藥中，「極大化醫師個人收入」與「極大化病人就醫福祉」所做的處方決定之間勢必迥異 (蔡貞慧, 2002; 施存豐、楊志良, 1994) 的簡單經濟學原理及實務應用的相關結論與研究，若缺乏適當的資訊與認知，勢將影響社會大眾理解、認同與支持「理念性分業」的意義及其實踐。

如同若干學者對於台灣社會保險發展歷程，以及近年來若干具實驗性實作性質的審議式公共討論會議的分析與評估所指出的，相關政策與體制的規劃、形成、運作及改善過程，缺乏公民參與的問題始終存在 (鄧宗業, 2004; 鄧宗業、李玉春, 2002)。林國明與陳東升 (2003: 74-85, 108-110) 的研究則進一步指出，由於缺乏對於政策議題相關的資訊與知識，導致民眾不能參與、無法形成與難以表達對於相關政策的具體意見與偏好。尤有甚者，社會大眾的「無知」，更往往成為專家與技術官僚決策體制免去乃至排除民眾參與的「合理」藉口。然而，認為一般社會大眾對於公共政策冷漠、被動，甚至容易被操縱，事實上是低估公民的批判與自省能力；社會大眾真正欠缺的是必要的訊息與知識，以及「有意義的參與機會」。

換言之，從醫療民主化的角度來看，進行公民的「知能賦權 (empower-

ment)」，才是值得思考與需要努力的方向，而不是想當然爾地替代甚至排除公民參與公共政策推行的機會與職能。雖然有關「審議民主 (deliberative democracy)」或「公民會議 (citizen conference)」等公民參與的相關理論指出，共善、理性、平等參與、免於政治干擾等公民參與的前提與認識，難以避免可能只是形成虛假共識、進一步擴大不同團體之間的衝突、不一定能成就最適當的決策、政治菁英與利益團體的影響……等等限制。然而，增加公民之間的相互尊重與包容，並突破形成共識或決策的預設；避免任何政治、經濟或社會團體把持訊息傳播的管道與機會；逐漸發展能融入公民日常生活並持續進行的公共參與模式……等等促進「公眾參與變成常態」的作為與目的，對於政策的落實乃至公民社會的形成，仍具有相當重要的社會意義（陳東升，2006: 80-100）。

當然，公民參與的可能性與有效性，在相關研究看來，仍取決於「公民能力 (citizen competence)」的提升 (Mansbridge, 1999; Soltan, 1999)。因此，從醫療民主化的進程與目的來看，正視公民參與公共政策的討論並發展相關機制，以彰顯更多的公共意見與資訊，周延政策與決策的考量範圍及其正當性，社會大眾「知能賦權」行動的強化，也將是政策實踐可能程度的重要關鍵。

三、國家角色與作為的再定位

醫藥分業與全民健康保險的推行，在法定實施日期上僅間隔兩年。十餘年來兩者的共同特徵是，不論施行前後都是爭議不斷；不同的是，無論在政策意義或實踐層面，全民健康保險均已形成體制性的影響力，醫藥分業則基本上仍未能彰顯實施前後的顯著差異。做為一項法定的國家醫療與衛生政策，除了上述醫藥兩業分工利益之外的考量，以及社會大眾就醫慣習的認知與理解，國家機器所扮演的角色與作為，無疑也是影響及思考醫藥分業政策施行的重要面向。

關於國家機器的角色與作為，林國明（2003: 7-8, 64-65）曾在關於全民健保組織體制發展的分析中指出，一方面，從國家與民間社會競爭全民保險控制權力的層面來看，由於在實施廣泛的社會保險之前，民間社會即缺乏自

願性保險組織，健保體制基本上仍是國家控制模式的延續；二方面，就社會不同階級或群體利益的層面而言，較早存在的勞工保險所鋪下的「跨階級連帶基礎」，弱化了反對將不同職業或階級整合為單一健康保險體系的社會力量，從而未引發社會階級或群體之間的對立與衝突。整體而言，台灣全民健保體制的形成，基本上是在一連串國家行動及其造成的獨特機會與條件下，完成所謂「國家主義」組織體系的建構。全民健保的施行邁向「國家主義之路」，是某種「路徑依賴下的非意圖結果」；而這個結果同時是行政當局爭取政治支持與因應制度危機所做的選擇。

從而，全民健保的施行乃至存續，明顯地看到國家角色與權力的優勢與勝利。同樣做為重要的國家衛生及醫療資源發展政策，從國家角色及其作為的角度上來看，行政當局在推動醫藥分業的過程中，相較於全民健保的施行，權力優勢似乎不再。延續林國明（2003）的討論與意見，我們可以發現，在政策推動的過程中，國家機器、民間社會，以及兩者之間的關係已然有所不同；而其間所牽涉的諸多制度性因素，對於政策推動的形式與結果，也有顯著的影響。

從表 3 關於政策推動時，國家與社會之間關係的簡要分析來看，首先，相較於全民健保的推動，「國家與社會之間（between state and societies）」競爭權力控制的情況，在醫藥分業的施行過程中明顯可見；醫師團體並不認為，也不同意國家有權禁治其調劑權力／利。其次，就「社會之內（within society）」不同團體之間的關係而言，推動全民健保時並未引發的群體對立與衝突，在醫藥分業的推動過程中已不復見；醫、藥兩界不但各自動員所有可能的政經資源爭取權益，甚至不惜上街對峙，表達捍衛自身權益的決心。最後，全民健保推動期間，「國家內部（within state）」組織重組的衝突與難題，在醫藥分業政策推動過程中，則是變得較不顯著。²¹

21 雖然早訂有法定施行日期，行政部門面對醫藥兩界的壓力也隨著實施日期的日漸接近愈來愈大。衛生署調節各方衝突時的立場不明，甚至引來署內相關部門人員「長官都不怎麼支持」的質疑。直到當時總統李登輝於 1997 年 1 月藥師節大會中表態支持醫藥分業，行政部門推動醫藥分業的政策立場趨於明確。比如回應反對最力並威脅「退出健保」的基層醫師公會，即出現「停止特約」、「集體退出健保者，移請公平會調查」等強硬態度（邱花妹，1997；陳嘉宏，1997；張正莉，1997；洪淑惠，1997b）。

表 3：衛生及醫療政策推動之國家與社會關係簡表

部門關係 \ 推動之政策	全民健保*	醫藥分業
國家與社會之間 (between state and society)	無顯著衝突	顯著衝突 (醫師團體不同意調劑禁治權)
社會內部 (within societies)	無顯著衝突	顯著衝突 (醫師與藥師團體數度上街對峙)
國家內部 (within state)	顯著衝突 (不同部會對單一保險制有異見)	無顯著衝突

註：*本欄關係狀態的簡要描述，主要參考林國明（2003）的研究。

比較全民健保與醫藥分業政策的推動過程與結果，國家機器內部的衝突似乎較容易獲得解決。國家與社會群體之間的爭執，以及社會之內不同群體的衝突，這兩個層面明顯是醫藥分業推動過程及實踐結果未盡初衷的重要癥結。而存在衝突的兩個層面，事實上也是相互影響。國家機器的權力模樣不如健保時期顯著，與醫藥兩界各自積累不同程度的政治、社會與經濟資源並相互拮抗，從而難以取得共識息息相關；²² 與此同時，對於醫藥兩界爭議的仲裁效益，國家的角色與作為可能也就顯得相當有限。

醫藥兩界固然是影響政策施行的重要行動者，基本上也是造成行政當局在兩造相關權力與資源的影響之下，終致顯得處處妥協的主因。概略而言，這或與忽略利益團體影響力已於社會民主化過程中興起的結果（吳聖芝，1997）有關；²³ 但是從另一個角度看，由於社會大眾基本上是未受行政當局認真對待的另一個重要的行動者，²⁴ 從而在本文看來，這可能也正是政策實踐面對相關專業地位團體無可避免的挑戰與抵制時，得以倚賴的同盟者。只

22 參見第三節第一及第二小節的討論。

23 本文第三節第一及第二小節的討論，則是進一步說明其做為一種結構性力量與特質的影響與作用。

24 當然，這可能與「專家／技術官僚」決策體制成為國家機器政策形成與推動的常態性結果（陳東升，2004；林國明，2003，2000）有關。從而使得前文所指出之醫藥分業、分工的「社會基礎」與「社會需求」，以及民眾參與與知能賦權的增進，在「專家／技術官僚」決策體制或「國家主義」制度發展過程中，往往只是聊備一格抑或成為盲點。

不過，從生活言行理論的觀點來看，社會大眾如果往往只是在「訊息不完整」的意見調查表中被對待，無法清楚認知醫藥分業成為「可以理解並具有實用性與經濟性特徵的思維結構與行動指引模式」，以增進其行動利益，非但難以改變原有就醫取藥的長久習慣以及現實便利，²⁵ 也不易成為行政部門的有力支持者。

換言之，增進醫療品質、節約健保資源、體現專業分工等行政當局的政策意念，或都有其意義與必要性，但可能離社會大眾的認知圖像、現有利益與原有慣習都很遠。從這個角度來看，增進社會大眾的理解程度與行動利益，以型塑新的認知圖像與行動氛圍，爭取其為「理念性分業」的真正支持者，將是行政當局可以重新定位其角色與作為的有益方向。

伍、結語

本文基本上是以「整體社會」以及「生活言行理論」的觀點，同時做為理解台灣醫業分業社會實踐的分析架構，及其可能之實踐基礎與方向的思考途徑。就醫業分業的整體實踐過程而言，「理念性分業」未能實現，在理論意義上看來，實務情境的複雜多元性（diversity），乃至其與理念意象之間的一致性（coherence）程度不高，無疑是重要的因素。從布勞岱所強調之「政治、社會、經濟與文化之間的整體性關聯與相互影響」之「整體社會」的觀點來看，其透顯著不同社會部門結構性力量的相互關聯與影響；而從布迪厄有關不同社會行動場域之「結構化結構」與「結構中結構」的限制與再生之「生活言行理論」的觀點來看，則是進一步表顯出社會權力的佔有及運作、經濟利益的衝突與再創造，以及就醫取藥行為慣習的積重難返等生活言行結構與特質的行動意涵。

上述分析架構與觀點所呈顯的結果，說明了醫藥分業社會實踐過程的若干情境與可能困境。首先，醫師團體長期所積累的政治權力、社會地位與經濟利益等優勢並未受到太多挑戰；其次是藥師團體在社會開放的整體趨勢

25 參見第三節第三小節的討論。

中，爭取到一些新的權力地位與利得分配；第三則是社會大眾就醫取藥的行為慣習，除了經歷「雙軌制」、「門前藥局」所帶來的短暫波折之外，大體上依然續行如故。整體而言，亦即反映為「理念性分業」的困難與「權宜性分業」的施行。

此外，同樣值得注意的是，在面對一種新社會事實建構的過程中，不同行動者之間的相互因應、對策乃至拮抗，固然彰顯不同層面「結構性結構」的作用，但也同時展現對於原有結構型態所可能產生之不同程度的影響。比如藥師團體對其社會經濟權利的爭取更加地敏感、有力，以及就醫民眾在診所外取藥行為的出現，乃至可能成為新的就醫取藥行為慣習等等。而此一不同於原有結構型態之新的權力差距、利益分配與行為模式等「結構中結構」的形成，也從而可能為另一個醫藥分業施行階段，創造不同的機會與挑戰。

在「理念性分業」仍可能做為健全健保體制與提升國民健康權利等整體社會利益的認知之下，對於其可能之實踐基礎與認知方向的再思考，從涂爾幹關於「社會整體的有機連帶」、布迪厄有關不同社會行動場域「結構化結構」與「結構中結構」的限制與再形成，以及布勞岱所指「政治、社會、經濟與文化之間的整體性關聯與相互影響」等分析概念意義下，分別提出醫藥分工之概念及其社會基礎的重新認定、公民賦權以及國家角色的進一步型塑與定位等觀點來看，本文基本上認為，一來，醫藥兩業「差別需求」的形成，以及社會大眾對此一社會需求的知情同意，基本上是體現醫藥專業分工價值的重要社會基礎。再者，社會大眾「冷漠無知假定」與「專家與官僚決策」的公共政策再生產模式的突破，應是周延決策體制及其正當性的重要關鍵。第三，就推動公共政策與仲裁社會利益的角色而言，國家機器應正視乃至發展改變社會大眾舊有就醫取藥行為慣習的行動利益，進而可能爭取成為增進政策實踐程度的重要同盟者。

參考資料

A. 中文部分

丁庭宇

1992 〈台灣地區執業醫師對醫藥分業制度意見調查〉，行政院衛生署科技研究報告。

尹三元

1998 〈醫藥分業應走的方向〉，《台灣醫界》41(9): 49-50。

方家澍

1998 〈以科學的態度分析醫藥分家〉，《台灣醫界》41(9): 51-52。

王運昌、邱尚志、葉明功、周稚傑、白璐

1999 〈全民健保特約藥局執業藥師(生)對醫藥分業認知、態度及相關經驗之探討〉，《醫學研究》20: 133-141。

朱 晟、何端生

2007 《中醫簡史》。新店：世潮出版公司。

朱新強、黃信堂

1997 〈抵制醫藥分業，醫師走上街頭〉，經濟日報，2月26日，第4版。

朱澤民

1997 〈台灣需要醫藥分業〉，《經濟前瞻》12(5): 20-25。

行政院衛生署

2001 〈大事記〉，《衛生報導季刊》104: 3。

2008a 〈健康新主張〉。2008年11月20日，取自 <http://www.gtv.com.tw/medicine/safe.htm>

2008b 〈衛生統計資訊網：衛生統計動向(95年)〉。2008年10月24日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=9884&class_no=440&level_no=2

2009a 〈全民健康保險統計(95~97年)〉。2009年3月18日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2_p02.aspx?class_no=440&now_fod_list_no=11468&level_no=1&doc_no=77184

2009b 〈全民健康保險統計動向〉。2009年3月18日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10705&class_no=440&level_no=4

2009c 〈衛生統計系列：捌、國際比較〉。2009年3月18日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11812&class_no=440&level_no=2

2009d 〈衛生統計系列(五)：國民醫療會計帳(97)〉。2009年3月18日，取自 http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=11662&class_no=440&level_no=2

2009e 〈衛生法規資料檢索系統〉。2009年6月20日，取自 <http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/Default.asp>

吳尹中

1995 〈一般民眾對醫藥分業宣導前後認知與需求之調查〉，行政院衛生署科技研究報告。

1996 〈至診所看病民眾對醫藥分業宣導前後認知與需求之調查〉，行政院衛生署科技研究報告。

- 1997 〈藥師形象與醫藥分業：民眾觀點篇〉，《醫望》20: 85-89。
- 吳坤光
- 1998 〈醫師再度走上街頭抗議醫藥分業政策〉，《台灣醫界》41(3): 9。
- 吳惠林
- 1997 〈台灣不應「強制」醫藥分業〉，《經濟前瞻》12(5): 26-32。
- 吳聖芝
- 1997 「醫藥團體對醫藥分業政策影響之分析」，陽明大學衛生福利研究所碩士論文。
- 吳運東
- 1999 〈勇哉醫師！把自己的名字刻在歷史上〉，《台灣醫界》42(4): 9。
- 2002 〈站在醫藥分業變革的天平上〉，《台灣醫界》45(4): 9。
- 吳銘斌、楊盛玉、林易煌、顏裕庭
- 1999 〈執業醫師對將來醫藥分業實施的看法〉，《台灣醫界》42(4): 57-60。
- 宋居定
- 1997 「全民健保特約藥局接受門診處方箋之探討」，國立成功大學臨床藥學研究所碩士論文。
- 季瑋珠、陳善音、陳建煒
- 1998 〈民眾對醫藥分業執行方案意見調查〉，《中華衛誌》17(1): 11-17。
- 林 易
- 2009 〈布迪厄實踐理論述評〉，《東方論壇》5: 116-125。
- 林玠民
- 2008 「民眾對於醫藥分業認知情形與滿意度相關因素之探討」，中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文。
- 林振順
- 2006 〈門前藥局功成身退〉，《藥學雜誌》22(1): 5-17。
- 林國明
- 1997 〈國家與醫療專業權力：台灣醫療保險體系費用支付制度的社會學分析〉，《台灣社會學研究》1: 77-136。
- 2000 〈民主化與社會政策的公共參與：以全民健保為例〉，見蕭新煌、林國明（編），《台灣的社會福利運動》，頁 135-175。台北：巨流圖書公司。
- 2003 〈到國家主義之路：路徑依賴與全民健保組織體制的形成〉，《台灣社會學》5: 1-71。
- 林國明、陳東升
- 2003 〈公民會議與審議民主：全民健保的公民參與經驗〉，《台灣社會學》6: 61-118。
- 林麗文、丁宜芬
- 2004 《醫界行腳：專訪吳運東博士》。台北：躍昇文化事業有限公司。
- 邱天助
- 2007 〈國家意志下人文社會學術生產的再反思：Bourdieu 場域分析的啓示〉，《圖書資訊學研究》2(1): 1-19。
- 邱永仁
- 1998 〈數字會說話：醫藥分業增加藥費支出〉，《台灣醫界》41(12): 54。
- 邱花妹
- 1997 〈蕭美玲捍衛醫藥分業〉，《天下》190: 112-114。

姚明嘉

1994 〈全民健保滿身是傷〉，《天下》159: 54。

施存豐、楊志良

1994 〈勞保甲乙丙表的實施對其門診用藥費用之影響〉，《醫院》27(1): 43-52。

施燕飛、張璦文

1997 〈醫藥分業拔河，街頭火爆對陣〉，中國時報，3月12日，第7版。

洪淑惠

1997a 〈醫師眾生相，掄拳開罵〉，聯合晚報，2月28日，第3版。

1997b 〈醫界退保？健保局來硬的〉，聯合晚報，2月17日，第6版。

張正莉

1997 〈醫界爭取保有調劑權，公會威脅退出健保〉，聯合報，2月17日，第6版。

張永源

1994 〈社區一般民眾及醫療相關人員對醫藥分業制度之認知及態度調查〉，行政院衛生署科技研究報告。

張苙雲

2002 《醫療與社會》。台北：巨流圖書公司。

張鴻仁

2003 〈台灣的月亮比較圓〉，見葉金川（著），《全民健保傳奇 II》，頁 XIV-XIX。台北：董氏基金會。

張璦文

1997a 〈醫藥分業雙方上街叫陣〉，中國時報，2月24日，第1版。

1997b 〈醫藥分業難解，雙方明上街對壘〉，中國時報，3月10日，第7版。

張耀懋

2001 〈全民健康保險〉，見李淑娟（編），《發現台灣公衛行腳》，頁 239-267。台北：陳拱北預防醫學基金會。

盛竹玲

1997 〈醫藥分業大戰，白袍醫師大休診街頭爭調劑權〉，自由時報，2月26日，第7版。

盛竹玲、林怡秀

1997 〈爭調劑權，藥事人員醫師代表六千多人上街對決〉，自由時報，3月12日，第3版。

莊永明

1998 《台灣醫療發展史：以台大醫院為主軸》。台北：遠流出版社。

許芳瑾、鄭萬祥

1999 〈台灣省醫藥分業推動之研究〉，《藥學雜誌》15(1): 151-156。

郭姿均

1998 〈爭奪調劑權，醫師藥師再度叫陣〉，聯合報，2月25日，第5版。

郭姿均、張正莉

1998 〈醫藥分業實施將滿一年，雙方再度叫陣〉，聯合報，2月24日，第5版。

郭淑卿

1998 「我國醫藥分業政策執行之研究：參與者互動關係之分析」，中興大學公共政策研究所碩士論文。

陳東升

- 2004 《全民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》。台北：行政院衛生署。
2006 〈審議民主的限制：台灣公民會議的經驗〉，《台灣民主季刊》3(1): 77-104。

陳嘉宏

- 1997 〈醫藥分業一團亂是誰的責任〉，《商業周刊》485: 66-68。

彭美熒

- 1994 「社區一般民眾與醫療人員對醫藥分業之認知與態度」，高雄醫學院公共衛生研究所碩士論文。

黃文鴻

- 1998 〈醫藥分業制度下診所及藥局良性互動之研究〉，行政院衛生署科技研究報告。
1999 〈藥事專業人員執業動態與趨勢之研究〉，行政院衛生署科技研究報告。

黃光華、李玉春、黃昱瞳

- 2004 〈醫藥分業對西醫診所門診處方釋出率及影響因素之分析〉，《台灣衛誌》23(6): 469-478。

黃妙雲

- 1997 〈抗議醫藥分業，醫師上街頭〉，中央日報，2月26日，第5版。

黃達夫

- 2003 〈為台灣生技產業開路〉，見葉金川（著），《全民健保傳奇 II》，頁 IX-XIII。台北：董氏基金會。

楊文惠、黃松共、楊宜璋

- 2001 〈醫藥分業後民眾選擇藥局調劑之決策因素研究—以台北市為例〉，《公共衛生》27(4): 227-245。

楊美珍

- 1998 〈醫師動員，今天上街頭〉，自由時報，2月24日，第7版。

楊珮玲

- 1997 〈醫藥分業在即，醫界藥界動員〉，聯合報，2月25日，第6版。

楊珮玲、陸倩瑤

- 1997 〈還我調劑權，醫師上街頭〉，聯合報，2月26日，第6版。

葉永文

- 2005 〈論台灣民主發展中的醫政關係〉，《臺灣民主季刊》2(4): 99-126。

葉明功、王運昌、周稚傑、白璐

- 2001 〈執業藥師對醫藥分業政策之認知〉，《台灣臨床藥學雜誌》8(3/4): 16-30。

葉金川

- 2003 《全民健保傳奇 II》。台北：董氏基金會。

趙家麟

- 2006 〈查辦門前藥局，發揮阻嚇作用〉，中國時報，5月18日，A12版。

劉士永

- 2004 〈醫療、疾病與台灣社會的近代性格〉，《歷史月刊》201: 92-100。

劉宜君

- 1994 〈杜絕醫療資源浪費：談全民健康保險政策中的醫藥分業制度〉，《衛生報導》4(5): 9-16。
1996 〈推動醫藥分業的尖兵：健保特約藥局〉，《衛生報導》6(6): 12-18。

蔡貞慧

2002 〈醫藥分業政策影響評估〉，行政院衛生署科技研究報告。

鄭天賜

2005 〈從相關法律看台灣醫藥分業的實施〉，《藥學雜誌》21(1): 138-143。

2006 〈台、日、韓門前藥局的研究暨對策—台灣篇〉，《藥學雜誌》22(1): 18-23。

鄧宗業

2004 〈公民論壇〉，見行政院衛生署（編著），《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》，頁 125-161。台北：行政院衛生署。

鄧宗業、李玉春

2002 〈提升民眾參與健保決策之機制〉，見行政院二代健保規劃小組（編），《行政院二代健保規劃小組第一階段相關技術報告》，頁 300-350。台北：行政院二代健保規劃小組。

蕭美玲

1991 〈醫藥分業之規劃與展望：當前醫藥分業概況〉，《藥學雜誌》7(2): 3-6。

謝文紘、陳美霞

2001 〈醫藥分業政策推行對藥師專業的影響〉，《台灣衛誌》20(5): 395-411。

藍素禎

1997 〈醫藥分業的過去與未來：專訪藥政處長蕭美玲〉，《醫望》20: 83-84。

藥學基金會

2007 〈正確用藥讓你更健康〉，中國時報，6月6日，A7版。

譚令蒂、洪乙禎、謝啓瑞

2007 〈論藥價差〉，《經濟論文叢刊》35(4): 451-476。

B. 英文部分

Bloom, M.

1990 "Clinical Pharmacy Services Improve Patient Care and Reduce Costs," *American Pharmacy* 30(4): 205-206.

Bourdieu, Pierre

1977 *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

1990 *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.

Bourdieu, Pierre and Loic Wacquant

1992 *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.

Braudel, Fernand

1982 *Civilization & Capitalism 15th-18th Century (Vol.2): The Perspective of the World*. N.Y.: Harper & Row, Publishers Press.

Brunet-Jailly, Joseph

2000 〈醫療政策與社會價值：導言〉，《國際社會科學雜誌》(仕琦譯) 17(3): 7-21。
(原著：1999 "Introduction," *International Social Science Journal* 51(161): 271-285.)

Corey, R. and B. Briesacher

1997 "Patient Satisfaction with Pharmaceutical Service at Independent and Chain Pharmacies," *American Journal of Health System Pharmacy* 54: 531-536.

Coser, Lewis A.

- 1986 《古典社會學理論》(黃瑞琪、張維安譯)。台北：桂冠圖書公司。(原著：1977 *Masters of Sociological Thought: Ideas in Historical and Social Context*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.)

Cowen, D.

- 1992 “Changing Relationship between the Community Pharmacists and Physicians,” *American Journal of Hospital Pharmacy* 49: 2715-2721.

Dranove, D. and M. Satterthwaite

- 2000 “The Industrial Organization of Health Care Markets,” pp. 461-536 in A. Culyer & J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*. UK: Elsevier Ltd.

Durkheim, Emile

- 2002 《社會分工論》(渠東譯)。新店：左岸文化出版公司。(原著：1984 *The Division of Labor in Society*. Translated by W. Halls. London: Macmillan.)

Eaton, Gail and Barbara Webb

- 1979 “Boundary Encroachment: Pharmacists in the Clinical Setting,” *Sociology of Health and Illness* 1(1): 69-89.

Gaynor, M.

- 1994 “Issues in the Industrial Organization of the Market for Physician Services,” *Journal of Economics and Management Strategy* 3(1): 211-255.

Gruber, J., K. Adams, and J. Newhouse

- 1997 “Physician Fee Policy and Medicaid Program Costs,” *Journal of Human Resources* 32: 611-634.

Heller, Agnes

- 1990 《日常生活》(衣俊卿譯)。重慶：重慶出版社。(原著：1984 *Everyday Life*. Translated by G. L. Campbell. London and New York: Routledge and Kegan Paul.)

Hirsch, J., Jean Gagnon, and Ruth Camp

- 1990 “Value of Pharmacy Services: Perceptions of Consumers, Physician and Third Party Prescription Plan Administrators,” *American Pharmacy* 30(3): 20-25.

Karger-Decker, Bernt

- 2004 《圖像醫藥文化史》(姚燕、周惠譯)。台北：邊城出版社。(原著：2001 *Die Geschichte der Medizin: von der Antike bis zur Gegenwart*. Düsseldorf: Albatros.)

Lobas, N., P. Lepinski, and P. Abramowitz

- 1992 “Effects of Pharmaceutical Care on Medication Cost and Quality of Patient Care in an Ambulatory Care Clinic,” *American Journal of Hospital Pharmacy* 49: 1881-1888.

Mansbridge, Jane

- 1999 “On the Idea that Participation Makes Better Citizens,” pp. 291-325 in S. Elkin & E. Soltan (eds.), *Citizen Competence and Democratic Institutions*. PA: The Pennsylvania University Press.

Mead, V.

- 1992 “APhA Survey Looks at Patient Counseling,” *American Pharmacy* 32(4): 307-309.

Scott, Anne and Monica Rosko

- 2000 〈亞洲防治艾滋病的社群行動尋踪〉，《國際社會科學雜誌》（黃覺譯）17(3): 117-127。（原著：1999 “In Search of Community Action on HIV/AIDS in Asia,” *International Social Science Journal* 51(161): 377-387.）

Soltan, Karol

- 1999 “Introduction: Civic Competence, Democracy and Good Society,” pp. 1-16 in S. Elkin & E. Soltan (eds.), *Citizen Competence and Democratic Institutions*. PA: The Pennsylvania University Press.

Weber, Max

- 1978 *Economy and Society (Vol.1)*. Berkeley: University of California Press.

Williams, Alan

- 2000 〈保健政策中的經濟、倫理與公共性〉，《國際社會科學雜誌》（鄭戈譯）17(3): 33-50。（原著：1999 “Economics, Ethics and the Public in Health Care Policy,” *International Social Science Journal* 51(161): 297-312.）

Wolinsky, Fredric

- 1999 《健康社會學》（孫牧虹等譯）。北京：社會科學文獻出版社。（原著：1988 *The Sociology of Health: Principles, Practitioners, and Issues*, 2nd (ed.) Belmont: Wadsworth Publishing Company.）

Limitations and Possibilities of the Praxis of Separation of Dispensing from Prescription

Min-lang Chen

Associate Professor

Department of Health Business Administration, Hung Kuang University

ABSTRACT

Following the implementation of the National Health Insurance Institution, the separation of dispensing from prescription (SDFP) became administrative policy of Taiwan in March 1997. After decades of discussions and executed according to law over ten years, there has been a practice of the “expedient separation” rather than the “ideal separation” model of SDFP. In terms of this article, ideal claims of SDFP do not transform into meaningful activities or acquire expected effects. In fact, the dispensing didn’t separate from prescription, revealing both the practical influences and forces of “structured structures” and “structuring structures” that frustrated attempts to enforce SDFP.

From the perspectives of “total society” and “theory of practice”, first of all, the ideal claims of “progress symbol”, “financial purpose” and “professional consideration” could not become the crucial elements for the praxis of SDFP. Secondly, the “structured structures” include the mobilization of social and political power, economic interests concerning both physician and pharmacist and the habitus of patients’ behaviors should be confronted seriously. Finally, the implementation of SDFP requires further consideration of the social foundations and meanings of professional division of labor, developing the mechanism of citizen empowerment and the roles of the state.

Key Words: separation of dispensing from prescription, total society, theory of practice, structured and structuring structures