

抄 本

檔 號：

保存年限：

## 司法院秘書長 函

地址：10048台北市中正區重慶南路1段  
124號

承辦人：雷超智

電話：(02)23618577轉200

受文者：行政院衛生署等

發文日期：中華民國102年5月8日

發文字號：秘台大二字第1020012271號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：本院大法官為審理楊岫涓即祐安藥局等聲請釋憲案，請就說明二所列問題提供意見及檢附相關資料，並請於文到後10日內惠復。請 查照。

說明：

- 一、依司法院大法官審理案件法第13條第1項規定辦理。
- 二、旨揭釋憲案，關於 貴署100年4月1日衛署醫字第100007247號函示：「藥師兼具護士雙重醫事人員資格，雖得依各該醫事人員專門職業法律之規定，分別申請執業執照，惟其雙重資格職業場所以同一處所為限……」，有無違反憲法保障人民工作權，及與法律保留原則不符等疑義，亟待釐清，請提供意見及相關資料，俾供審理參考。
- 三、檢附下列釋憲聲請書影本及原因事件之相關裁判影本各1份供參：
  - (一)楊岫涓即祐安藥局100年2月15日聲請書、高雄高等行政法院99年度訴字第487號判決及最高行政法院100年度裁字第295號裁定。
  - (二)楊岫涓100年3月12日聲請書（裁判書同上）。
  - (三)楊岫涓100年11月8日聲請書、高雄高等行政法院100年度訴字第243號判決及最高行政法院100年度裁字第2562號裁



定。

(四)楊岫涓100年6月22日聲請書、高雄高等行政法院100年度訴字第606號判決及最高行政法院101年度裁字第854號裁定。

(五)蔡美秀即泰元藥局100年12月15日聲請書、高雄高等行政法院100年度訴字第427號判決及最高行政法院100年度裁字第2897號裁定。

(六)陳玲如即幸福大藥局100年12月15日聲請書、臺中高等行政法院100年度訴字第225號判決及最高行政法院100年度裁字第2861號裁定。

(七)林英志即麗新健保大藥局100年12月15日聲請書、臺中高等行政法院100年度訴字第225號判決及最高行政法院100年度裁字第2861號裁定。

(八)劉泓志101年6月21日聲請書2件及臺灣高等法院臺南分院100年度上國易字第12號民事判決。

正本：行政院衛生署

副本：本院大法官書記處

郵 寄：行政院衛生署

紙本遞送：本院大法官書記處

# 行政院衛生署 函

地址：10341 台北市大同區塔城街36號  
傳 真：(02)85906061  
聯絡人及電話：吳淑慧(02)85906615  
電子郵件信箱：mdw58412@doh.gov.tw



受文者：司法院

發文日期：中華民國102年6月11日  
發文字號：衛署醫字第1020009370號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：為 大院大法官審理楊岫涓即祐安藥局等聲請釋憲案，有關藥師兼具護士雙重醫事人員資格，雖得依各該醫事人員專門職業法律之規定，分別申請執業執照，惟其雙重資格執業登錄場所以同一處所為限，有無違反憲法保障人民工作權及法律保留原則疑義一案，復請 查照。

說明：

- 一、依據 大院秘書長102年5月8日秘台大二字第1020012271號函辦理。
- 二、按醫療業務攸關人民身體健康及生命安全，故以醫療業務為職業者，應具備相關之專業知識與經驗，始能勝任，其應經考試院依法考選銓定，始能取得該專門職業及技術人員執業資格，尤為憲法第86條第2款明文規定。
- 三、爰此，醫事人員專門職業法規之立法目的，在於確立醫事人員之身分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維護國民身心健康。且醫療服務之提供，具強制性及公益性，醫療業務執行，係屬於高密度、持續性、專業性及技術性行為，與一般之消費關係性質有所



不同。又醫療業務之執行因事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，自應投入最大心力，視個案病程進展提供最妥適之照護。

四、另查，依藥師法第15條有關藥師之業務範疇，尚包括藥品儲備、供應及分裝監督、監製等有關藥品安全之整體性、持續性專業管理事項，而非僅只提供藥品調劑、販賣及提供用藥諮詢等個案性服務。

五、是以，基於維護國民健康及就醫安全、提昇醫療專業品質，及保障醫事人員職業安全衛生等項考量，藥師兼具護士雙重醫事人員資格，得依各該醫事人員法之規定，分別申請執業執照，惟依前揭公眾利益考量，其雙重資格執業登錄場所限於同一處所，並可依各該人員法規定辦理報備支援，執行其所持有之專門醫事職業證照之法定業務，爰尚無違反憲法保障人民工作權及法律保留原則之情事。

正本：司法院

副本：

2018-01-15  
交14號:32章

署長 邱文達



檔 號：

保存年限：

## 司法院秘書長 函

地址：10048台北市中正區重慶南路1段  
124號

承辦人：雷超智

電話：(02)23618-577轉200

信箱：leijhich@mail.judicial.gov.tw

10048

台北市重慶南路一段124號1樓

受文者：本院大法官書記處

發文日期：中華民國102年5月14日

發文字號：秘台大二字第1020012861號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如文

主旨：本院大法官預定就楊岫涓女士等聲請解釋憲法案行言詞辯論。  
請惠予提供書面鑑定意見，俾供本院參考。

說明：

- 一、依司法院大法官審理案件法第13條第1項及同法施行細則第14條第2項規定辦理。
- 二、言詞辯論議題（如附件1），請於5月31日前惠予書面鑑定意見，含相關立法例及學說等資料送交本院，電子檔案請傳送至leijhich@mail.judicial.gov.tw（雷超智書記官）。
- 三、併附本案聲請書8份及相關裁判13份（如附件2）供參考。

正本：行政院衛生署中央健康保險局、中華民國藥師公會全國聯合會

副本：本院大法官書記處

秘書長 林錫芳

行政院衛生署中央健康保險局 函

地址：台北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
聯絡人及電話：徐維志(02)27065866轉1514  
電子信箱：A110074@nhj.gov.tw

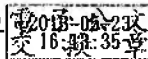
受文者：司法院秘書長

發文日期：中華民國102年5月23日  
發文字號：健保醫字第1020059545號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨(1020059545-1.tif)

主旨：有關 大院大法官就楊岫涓女士等申請解釋憲法案行言詞  
辯論乙案，對於言詞辯論爭點3，檢送本局書面鑑定意見，  
如附件，請 鑒參。

說明：依據 貴秘書長102年5月14日秘台大二字第1020012861號  
函辦理。

正本：司法院秘書長  
副本：本局醫務管理組



有關楊岫涓女士等申請解釋憲法案行言詞辯論案，對於言詞辯論爭點3「開放藥師得在兩個以上處所執業，是否影響全民健康保險之給付」乙節，本局鑑定意見如下：

- 一、依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第3條第1項規定，符合附表所定，領有開業執照之醫事機構，於向保險人申請特約為保險醫事服務機構時，應檢具該附表所定相關文件。依上述附表，就藥事人員得辦理執登之處所「醫院及診所」、「藥局」，申請特約應檢具之第五項文件，分別為「所聘醫事人員之執業執照及身分證明文件，暨相關負責醫事人員經衛生主管機關認定，並符合本辦法規定之執業年資證明」及「所聘藥事人員之執業執照及身分證明文件」。
- 二、依前項說明，本保險特約醫院及診所或藥局藥事人員之登錄，本局係依其檢具衛生主管機關所核發之醫事人員執業執照審理，並據以作為其得提供本保險藥事服務之藥事人員。
- 三、依「藥師法」第11條規定，藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。至於是否開放藥師得在兩個以上處所執業或得報備支援，係衛生主管機關權責，非本局業務職權範圍；如開放藥師得在兩個以上處所執業或得報備支援，於本局作業面，將增加本局對於特約院所、藥局藥事人員之特約管理、提供藥事服務及費用核付勾稽等審理作業負荷，亦可能因非均專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全；又藥事人員無論專任與否，皆須依醫師處方調劑，故僅就開放藥師得在兩個以上處所執業、總處方量不變及藥師按人計算合理量，兼任只能補專任之不足量之前提下，應不影響健保給付支出。

# 中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：臺北市民權東路一段67號5樓  
電話：02-25059856  
傳真：02-25091052  
電子信箱：pharmacist@msa.hinet.net  
承辦人：林家瑜(分機127)

受文者：司法院

速別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國102年5月20日

發文字號：(102)國藥師平字第1020893號

附件：

主旨：檢陳楊姓藥師等5人就藥師法第11條聲請釋憲案，本會之相關意見，復如說明段，請鑒察。

說明：

- 一、復 大院102年5月14日秘台大二字第1020012861號函。
- 二、近日楊姓藥師等5人向司法院大法官提出聲請解釋案，並將於今(102)年6月13日憲法法庭進行言詞辯論，合先敘明。
- 三、查藥師法第十五條所明定之藥師業務，具專屬藥師執行且有排他之性質，其因即在於保障藥師得依其專業永續發展，其專業權不受其他人之侵害，然而更重要的是，用藥問題非僅涉及民眾之醫療品質，更影響國家整體醫療資源是否妥適應用，而無不必要之浪費，更不會因錯誤而對民眾產生身體健康及生命安全的危害。故為避免藥師於執行業務時發生不必要的疏失，因之藥師法第11條規定，藥師執業處所以一處為限，其目的即在於讓藥師得專任、專職於一醫療(事)服務機構，觀諸以下論述，當更臻明確。
- 四、次查，近年勞委會將藥師等醫療專業人員納入勞動基準法之範圍，其意在於保障醫療專業人員的權益，讓醫療專業人員得以妥適的休息，更遑論衛生署訂定醫療機構設置標準、健保局合理調劑量、門診量的規定，委託醫策會辦理醫院評鑑，其目的均在於降低錯誤的發生，提升整體醫療品質，進而保障國人的



身體健康及生命安全，旨在增進全國民眾的公共利益。

五、復查，衛生署資料統計，截至去(101)年11月6日止，經國家考試及格核准給予藥師證書有38,223位，而藥劑生亦有6,600餘位，合計我國藥事人力將近45,000餘位，且依衛生署民國100年委託國家衛生研究院所做的「藥事人力發展評估計劃」中，推估2020年時醫事機構與非醫事機構藥事人力需求共計35,986至36,321人，顯見台灣藥事人力不虞匱乏。但是，目前台灣對於執業之藥師，原則上每人每日合理調劑量為80張，而醫院部分因未訂出合理調劑量，故常有血汗之稱，此相較於其他國家的合理調劑量(美國30張、日本40張)已高出2~3倍，足見台灣藥師在其執業處所之業務量已過於繁重，故藥師目前實無能力再做支援，更無其必要性。

六、末查，藥師法第11條之立法目的，尚有遏止非藥事人員租(借)藥師證照違法執行藥師業務之情形，因此藥師界將此限制視為同儕間自願性制約，讓密藥的違法不再，這也是藥師團體對於國家社會將全民健康及醫療資源維護之專業權利交付藥師把關時，藥師相對給予民眾的一個專業性的承諾，藉以保障全民用藥安全。

七、綜上所述，藥師非僅承擔極大的社會及醫療責任，且其專業權又受有法律之明文保障，為使民眾獲得良好的藥事服務品質，對藥師執行專屬業務時，本就應有受法律較嚴格約束之義務。故本會認為藥師法第11條規定，將藥師的工作權做適度的限制，並未牴觸憲法第15條人民工作權之保障規定，何況，憲法第23條更明文規定，為增進公共利益所必要者，人民之權利得以法律限制之，故藥師法第11條規定目前尚稱妥適，並無違誤。請大院鑒察！

正本：司法院、行政院衛生署

副本：食品藥物管理局、台北市政府衛生局、新北市政府衛生局、基隆市政府衛生局、桃園縣政府衛生局、新竹縣政府衛生局、新竹市政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、台中市政府衛生局、彰化縣政府衛生局、雲林縣政府衛生局、嘉義縣政府衛生局、嘉義市政府衛生局、台南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、台東縣政府衛生局、花蓮縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、南投縣政府衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣政府衛生局、24縣市藥師公會、本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會 理事長 李蜀平



# 中華民國藥師公會全國聯合會 函

地址：臺北市長權東路一段67號5樓  
電話：02-25953856  
傳真：02-25991052  
電子信箱：pharmacist@msa.hinet.net  
承辦人：曾中龍 秘書長(手機 0920381773)

受文者：司法院

速別：最速件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國102年6月10日

發文字號：(102)國藥師平字第1021078號

附件：

主旨：檢陳本會針對藥師法第11條之鑑定補充意見，詳如說明段，請鑒察。

說明：

一、大院102年5月14日秘台大二字第1020012861號函請本會就藥師法第11條提出鑑定意見，本會自當遵辦。

二、有關大院所提五項爭點，本會茲提出鑑定補充意見並分述如下：

(一)藥師法第11條立法目的在追求何種公共利益？對藥師的工作權有無造成過度之限制？

查憲法第86條第2款明定，專門職業及技術人員執業資格，應經考試院依法考選銓定之。而專門職業及技術人員考試法第2條也明文：「本法所稱專門職業及技術人員，係指具備經由現代教育或訓練之培養過程獲得學識或技能，且其所從事之業務，與公共利益或人民之生命、身心健康、財產等權利有密切關係，並依法律應經考試及格領有證書之人員。」

足見藥師法第11條之立法目的係為配合體現上揭二法規定，追求保障人民之生命、身心健康及國家醫療資源得以妥適運用等公共利益。

次查，藥師法第11條之立法亦為配合藥物藥商管理法（82年2



月5日改名為藥事法)之專任精神，而其目的在遏止非藥事人員以租(借)執照方式，違法從事調劑、藥品販售行為，嚴重危害人民生命安全、身體健康並違法詐害國家健保醫療資源。而依國家衛生研究院研究結果顯示，醫事機構及非醫事機構藥事人力需求在2020年時共計35,986至36,321人，且據衛生署統計顯示截至民國101年11月6日止台灣核發之藥師證書已達38,223人，更遑論藥師平均每年淨增加人力為623人，而目前尚有8000人以上之藥劑生人力，顯見台灣藥事人員人力已達充足，因之，對藥師法第11條規定藥師執業處所以一處為限，本會認為尚稱妥適，且符合憲法第23條之意旨，並無造成過度之限制，遑論該法施行後，確實已將未施行前之租(借)執照方式，違法從事調劑、藥品販售之行為大幅降低，依讀者文摘於97年所做國內40大最受民眾信賴之職業，藥師已躍升至第7位。

(二)其他各類醫事人員……可至其他醫(藥)管理機構或場所執行業務，為何不准藥師在兩處執業？又是基於何種公共利益上的考慮？……是否影響國民健康或醫療權利？對其專業服務之質量產生何種影響？

查我國為建立藥師以調劑醫療業務專任管理制度，在民國32年9月30日國民政府即公布藥劑師法(民國68年修正為藥師法)，並於第9條規定「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務」，此為限制藥師執業一處之濫觴。政府遷台後，由於藥劑師人力不足，民國41年12月11日台灣省衛生處令頒「藥劑師一人准予兼理業務辦法」，但仍規定以專任於有調劑業務之藥商一家，不准再兼理有調劑業務之藥商，僅准再兼理無調劑業務之藥商一家。民國59年立法院審議藥物藥商管理法(現行藥事法前身)，當時租照嚴重，致不法藥物橫行，影響民眾身心健康至鉅，因此，明定藥事專業人員須親自駐店管理(藥事法第27條至第29條參照)，



並將藥師法第 15 條各款規定，於藥師法施行細則明釋納入專業，以規範藥師之執業行為，闡明「藥師執業以一處為限」，即係基於維護民眾健康、用藥安全，避免藥物傷害事件之公共利益著眼。

按世界先進國家及我國對於勞工均有工作時間及相關工作條件之規定，其目的在於保護勞工不因過勞致有害其生命、身心健康之情事發生，而我國近年更將各類醫事人員納入勞動基準法保障範圍，其因即在於，醫事人員係屬高壓力、高風險、高專業之職類，較之一般勞工更應受勞動基準法之保障，更因醫事人員執行業務涉及人民生命安全、身體健康及國家健保醫療資源等公共利益，故主管機關更訂有醫療機構設置標準、醫院評鑑標準等規定，嚴格的檢視醫事職類之人力是否符合標準，以避免醫事人員因過勞而產生人為醫療疏失，或因醫療機構之制度未臻妥善而產生系統性錯誤，致上述各項之公共利益遭到侵害。而一旦開放藥師支援他處醫療機構或藥局工作，其狀況有如前述之開放藥師得至他處兼理業務，再參酌藥師當前之執業型態及其工作量，歷史明鏡早已證實反將嚴重戕害國民的健康及醫療權利，更將導致藥師專業之服務質量下滑。

(三)開放藥師兩處以上執業，是否會造成公益的重大危害？是否影響健保之給付？如果…管制……，則可否開放之？

查藥師之法定業務有九，(1)藥品販賣或管理、(2)藥品調劑、(3)藥品鑑定、(4)藥品製造之監製、(5)藥品儲備、供應及分裝之監督、(6)含藥化妝品製造之監製、(7)藥事照護相關業務、(8)中藥製劑之製造、供應及調劑、(9)販賣或管理一定等級之醫療器材(藥師法第 15 條參照)，而執行前揭業務皆須申請執業登記領有執業執照，且其法定執業場所有醫療機構、藥局、藥商、藥廠、照護機構及鑑定機構等六種，前開執業場所皆須開(執)業執照，其分設



營業處所亦應分別請領執照，此六類執業領域之業務內容不同，所需藥學智能迥異，而如此嚴格之規定，其因在於藥師法定業務及執業場所之業務，攸關藥物品質、診斷與用藥合理性及調劑正確性等與民眾之生命、身心健康都有極重大之密切關係。

故貿然開放藥師得在兩個以上處所執業，除有各領域藥學智能迥異，藥師恐有其中某領域專業智能不足之風險外，更可能因對某一執業場所環境、設備……等之不熟悉而發生調劑、給藥錯誤等不必要之風險，致國民之生命、身心健康等公益遭受重大危害。至於，開放藥師得在兩個以上處所執業，是否影響全民健康保險之給付？以當前全民健康保險給付制度係採「總額制」，且其支付採「點值浮動制」，對健保的給付並不會有何影響，然而全民健康保險之給付問題不僅在於「患寡」且「患不均」，一旦開放藥師得在兩處以上執業，將造成部分不肖之健保特約醫事服務機構藉此制度或以租借掛牌方式，大量申報藥事服務費及藥費，將讓「不均」及「掛牌詐領」健保藥事服務費之情況更加嚴峻，嚴重傷及健保資源之合理、合法分配，藥事服務品質將大受影響，也傷害民眾用藥安全。因此，本會認藥師法第 11 條規定藥師執業以一處，以目前藥師人力分配尚稱妥適，而中央法規標準法第 5 條第 2 項明定關於人民之權利義務者應以法律定之，故對藥師執業處所之管制，實不宜以較低位階之行政許可方式開放，屆時恐將徒增更大之紛擾，民眾醫療品質將因藥師執業場所不定造成更大傷害。

(四)衛生署……衛署醫字第 1000007247 號函…，規定藥師兼護士資格時，期僅能於同一處執業。究竟出於何種政策或公共利益之考量？其法律依據為何？如予以適當之管制，能否有更彈性的規定？

有關衛生署上開解釋函文出於何種政策或公共利益考量？其法

律依據為何？本會實不宜妄加揣測。但就本會上揭說明二之(三)內容及衛生署推動整合性醫療作業(Team work)觀之，民眾的醫療是由各種領域醫事人員及各次專科醫師發揮專業共同合作，提供優質的醫療照護，保障民眾身心健康。藥師恐因執業處所之不同，其藥學智能也有所迥異，故須以藥師法第 11 條限制藥師之執業處所僅能一處為限，再以藥師與護士之專業知能其差異性更大，當然更應將同時兼具有藥師及護士資格者，限制其僅能於同一處所執業。事實上，本會就同時兼具多重醫事人員資格者，縱然僅執業於一處，是否可同時作多重資格之執業登記？與衛生署有完全不同之見解，本會認為具多重醫事人員資格者，非僅不得登記於二處執業，即使，登記於同一執業處所，亦極不妥當。依衛生署之統計資料，我國之醫事人員相當優秀，同時兼具有多重醫事人員資格者不在少數，最多者擁有六種不同資格之醫事人員證照，如若許可其得同時辦理執業登記於同一處所，則「醫療機構設置標準」將形同虛設，因僅需一位具多重資格之醫事人員辦理執業登記於同一醫療機構，該機構即可符合「醫療機構設置標準」之要求而開業，屆時將產生一人醫院之荒謬情況，如此將嚴重危害民眾之生命及身心健康之權益，故對同時兼具多重醫事人員資格者是否能以適當之管制，開放其得多處辦理執業登記，本會期期以為不可。

(五)同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，其執業場所的限制是否都僅限於一處，我國醫事人員法制上有無相關規範？

按目前我國就各職類醫事人員專法皆以執業登記以一處為限(護理人員法第 13 條、醫事檢驗師法第 9 條、醫事放射師法第 9 條、藥師法第 11 條……參照)，至於，同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，其執業場所的限制是否都僅限於一處，並未見相關法律明文限制。但醫療需要醫事人員之團隊合作，每種職類各有

其不同之專業智能，各醫事職類專法限定執業以一處為限，其目的即在醫療業務專任管理，更何況人不是神，無從分身，如因多一種醫事人員證照，即可不受醫療業務專任管理之限制，則各職類醫事人員專法就執業以一處為限之規定，將毫無意義，如此，非但人民之生命、身心健康權益未能獲得良好之保障，本鑑定意見函說明二之(四)中所提及之一人醫院荒謬情況將如雨後春筍般層出不窮，故具多重醫事人員資格者，僅能擇一職類辦理執業登記，並僅能執業登記於一處，本會認依上述相關醫事職類專法之規定，其法理自明，實毋庸再另做規範。況且，如此規定並未損害具多重醫事人員資格者之工作權，因當其註銷其原辦理職類之執業登記，隨時均可依其具有之其他醫事人員證照，辦理其中另一項之執業登記，並無任何法規妨礙其執業登記之辦理。

綜上所述，本會提出鑑定結論如下：

當美國等先進國家在每日合理調劑處方量僅有 30 張，而病患有着二種以上不同科別，服用五種品項以上藥品，藥師即應介入執行藥事照護，如此完善之制度下，其 2009 年之調查報告顯示，當年仍有 18 萬餘人死亡係導致於用藥問題，我們不禁要問台灣呢？而權利與義務是相對的，擁有更大權利者，當然應該負擔更多義務，而我國勞動相關法規要求人力需求機構徵才時，不得就人民工作年齡、性別、階級……等設有限制，其意即在保障全民就工作機會有公平競爭之權利，反觀，醫事人員或其他部分專門技術人員卻有法律明文保障，排除不具該職類證照之其他人介入其工作機會之競爭，其目的即在保障醫事等專門職類人員工作權，讓醫事人員得以安心專任在工作崗位，全心全力發揮其專業能力，保障人民就醫權利，保護全民之生命、身心健康等公共利益。因之，在藥師人力已達充足的情況下，本會綜合絕大部分藥師之意見，咸認配合政府藥師法第 11 條之施行，對藥師工作自由權有些許之限制，實是人民以法律明定保障藥師之工作權，相對的，藥師展現還給人民專任、專職的專業承諾，確保人民用藥安全，故藥師法第 11 條之規定，非僅未傷及藥師之工作權，更保障了全民生命、身心健康之利益。至於，各職類醫事人員之人力需求情況有所不同，部分

確有人力不足之情況，其他醫事職類人員容有支援之規定，藥師實無法置喙，但卻也不能拿其他醫事人員有支援規定，而藥師卻無此機制來相提並論。

事實上，以本會對當前藥事人力之問題觀察，其問題的發生不在藥師法第11條之規定，而係工作條件及工作環境所造成，台灣有全世界艷羨的全民健康保險，但不可諱言的是，這樣亮麗的成績是建築在醫事人員的血汗之上，所以，近年當醫事人員遭血汗之事實經媒體揭露時，屢獲各界民眾之支持及關心，而在此其中，依台灣醫療改革基金會之調查結果，尤以藥師之工作負載量是先進國家之2.5倍為最。故當少部分機構為了獲利不思改善工作環境、工作條件並增加應有之藥事人力，或踐行國家醫藥分業政策，將處方箋釋出予健保特約藥局調劑，及少部分藥師不為全民之用藥安全考量，僅為增加其個人一己之收入，以各種理由指責法律之不當，本會不禁要問，若因此而修改法律，豈非是「削足適履」，如此，非但原來之問題並未解決，而藥師之工作負載量恐將因此而更加劇烈，則人民之生命、身心健康等公益何保？為此，本會懇請 大院諸位大法官能詳加酌量本會之意見，作成最適當之決定，俾維政府依法行政之威信及法律之公平正義精神，實為全民之福！

正本：司法院、衛生署

副本：本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會 理事長 李蜀平





中華民國藥師公會全國聯合會

賴浩敏院長 鈞鑒：

六月十三日大法官因人民聲請就藥師法第 11 條藥師執業處所以一處為限之規定是否違憲？召開憲法法庭成立以來第 8 次的言詞辯論庭，對於大法官如此重視藥師之工作權，首先致上最高敬意，然而，針對此事全國藥師卻感到萬分惶恐？因為藥師惶恐的是一旦開放藥師得以支援方式至他處執業，或可以兼具多重醫事人員資格同時辦理執業登記，那全國民眾醫療用藥安全的權益何保？所以，藥師不得不藉報紙一隅向大法官報告藥界的真實情況，期能供諸位大法官卓參，做出最有利於人民權益之解釋。

一、當釋憲聲請人主張因藥師法第 11 條規定，藥師無法支援他處，

在醫療院所者無法正常休假，健保特約藥局一旦休假就必須關門，致侵害藥師權益。

但事實是：當醫療院所因藥師有休假、生病、產假等原因而有人力不足情況時，醫療院所是可以將處方箋釋出至附近的健保特約藥局調劑即可，更何況當有醫療急迫情形或因在偏遠無藥事人員執業地區，醫師得依藥事法第 102 條規定自行調劑，至於，特約藥局因上述問題而藥師不在時，只需在明顯處掛出藥師外出之告示，藥局仍然可以就乙類成藥、保健食品、個人清潔用品……等



## 中華民國藥師公會全國聯合會

繼續銷售，並不需要關門，何來侵害權益之有。

### 二、當釋憲聲請人之代理人廖大律師主張依衛生署統計台灣核發有三

萬八千餘張藥師證書，卻只有不到三萬人願投入藥師行業，歸因於藥師法第 11 條規定侵害藥師權益，導致藥師執業環境惡劣，藥師不願意投入這個行業。

但事實是：當台灣醫療改革基金會調查顯示在醫院執業之藥師一天之調劑量動輒數百張，根本就是血汗醫院時，許多藥師不願投入這個行業的真正原因是無法承受被血汗，而醫療院所徵求不到藥師投入，是因為醫療院所給與藥師過低的薪資，且不願改變工作條件；又因醫療院所不願將處方釋出，導致藥師不願投入社區藥局之經營，真正的原因是經營成本及經營上利益之考量，與藥師法第 11 條的規定根本無涉，此從藥師以外之其他醫事人員皆有支援的規定，但其他醫事人員真正投入其專業領域的人數比率卻比藥師來的低，以護理人員為例，依衛生署目前統計，具有護理人員資格者已超過 30 萬人，但真正辦理執業登記人次卻僅有 13 萬餘人，足見，醫事人員不願投入專業領域，與是否開放支援制度並無關連，主因還是與醫事人員因工作環境與條件不佳，難以承受被血汗。

### 三、當釋憲聲請人楊岫涓藥師、劉泓志醫師二人主張因藥師法第 11



## 中華民國藥師公會全國聯合會

條規定，致其他藥師無法支援，讓藥師無法獲得適當休假，健保特約藥局必須關門，再者，當山地巡迴醫療義診時，因藥師無法跟隨支援，有害民眾醫療用藥權益，且致楊岫涓雖兼具有護士證書，但卻無法辦理執業登記，故藥師法第 11 條規定違憲。

但事實是：如上述二之事實，只要醫療院所改善工作條件，是可以聘到足夠藥師人力的，而少數真有人力不足之情形，尚可將處方箋釋出與健保特約藥局調劑，何來民眾之醫療用藥權益遭受侵害？山地巡迴義診，本即屬醫缺地區，而如前述一之事實，醫師得依藥事法 102 條規定自行調劑，並不會有妨害整個醫療行為完整性或有侵害民眾用藥權益之情況發生。至於，楊岫涓以護士證照申請辦理多項醫事人員之執業登記，遭縣市主管機關拒絕，其理由是否是以違反藥師法第 11 條之規定？縱然答案為「是」，恐怕也僅生主管機關認事用法有所違誤，與藥師法第 11 條規定是否違憲有何干係？而當全國醫事人員主張遭受血汗且人民對此事實口誅筆伐，要求勿再血汗醫事人員，以免造成醫事人員過勞害及民眾醫療用藥安全時，竟還有少部分醫事人員要求開放藥師法第 11 條，讓藥師或兼具多重醫事人員資格可以多處執業，如果，再慮及醫事人員每年依法必須接受相當時數專業繼續教育，而實際上醫事人員因工作負載量大，幾乎都是利用假期上課，試





## 中華民國藥師公會全國聯合會

問，連休息的時間都快沒了，還有辦法身兼多處工作嗎？況且，每項工作都是屬高專業、高壓力、高風險且與人民生命及身心健康關係密切之醫事人員專業工作，？何況楊岫涓及劉泓志二人實為夫婦，劉泓志開設診所，而楊岫涓則開設健保特約藥局，處理劉泓志診所之處方箋，這在先進國家中是不允許的，因為，醫藥之間的「CHECK & BALANCE」機制恐將難以維持，民眾用藥安全將難以維護，而其夫婦二人非僅是醫事人員且實為資方，對於藥師法第 11 條規定是否有導致如其主張受侵害之情形，其實二人心中相當了然，恐怕真正原因還是出在經營之利益上。

四、當本次鑑定意見表示，基於醫事人員之一致性，藥師法第 11 條恐涉違憲，應修法開放藥師得支援多處執業，且具多重醫事人員資格者亦應准予以多重身分多處執業。

但事實是：各類醫事人員之業務範圍及屬性有所不同，未能一概而論，以藥師以外之醫事人員來說，其在醫療院所執行業務時，幾乎是搭配固定之醫師，接受醫師之指示，從事醫療輔助工作，如有錯誤，尚有醫師監督挽回，然而，藥師在醫療院所執行調劑工作時，其處方箋來源只是該院所之醫師，更遑論健保特約藥局所接受之處方箋來自全國各醫療院所，加上藥師之法定業務範圍比起其他醫事人員更為複雜，其不同之執業處所，所需之藥學專





## 中華民國藥師公會全國聯合會

業知能實有迥異，與其他醫事人員之專業性較為一致有所不同，再者，藥師是醫療行為之末端接受者，所以當藥師完成調劑並將藥品交付民眾，該次醫療行為即告完成，如有出錯，恐怕難以挽回，因之，當衛生署主張依憲法第 157 條及第 23 條之規定，基於增進民族健康，並保護全民醫療用藥安全，也就是保障人民生命、身心健康及妥適運用醫療資源等增進公共利益之理由下，藥師法第 11 條規定並未違憲，絕大部分藥師非僅贊同，且認為當國家及人民以藥師法保障藥師之專屬工作權不受其他未具藥師證書者之侵害時，藥師在工作自由權上的部分限制，也是藥師同意還予民眾一個專業的承諾，因為權利跟義務是相對的。

五、當釋憲聲請人錢法官主張藥師法第 11 條規定，從客觀性上有侵害藥師對其工作處所之選擇自由權，是違憲的，且藥師公會全國聯合會反對開放藥師支援，係基於派系利益。

但事實是：當一位藥師執業登記於甲機構，只要其撤回在甲機構之登記，可同時在主管機關辦理執業登記至乙機構服務，豈有侵害藥師工作處所之選擇自由權，所以，藥師法第 11 條規定係主管機關基於為防杜租照或藥師過勞致侵害人民醫療用藥安全權益及因而有害國家醫療資源等公共利益之目的，而以法律限制藥師部分工作自由權之手段性措施，是符合憲法第 23 條之規定，



## 中華民國藥師公會全國聯合會

並無違憲。另對錢法官表示藥師公會反對開放支援係基於派系利益，藥師在此也要明確向錢法官表示，不同意開放支援的原因如前述等事實，藥師公會係一合法健全之團體，何來派系之有？誠如錢法官自己表示，若不是審案，根本對藥師這個行業及其相關規定完全不瞭解，那錢法官在未明確瞭解藥師的狀況下所說的派系鬥爭一詞，實在有欠妥當及公允。

綜上所述，當釋憲聲請人之訴訟代理人廖大律師主張開放支援並不會增加藥師工作量？如果不是因為對於相關規定的不瞭解，就是故意抹煞事實，因為，所謂「合理調劑量」是健保局基於財務考量而對特約之醫療院所做的一種限制，而國內目前有部分醫療院所並未與健保局特約，因此，「合理調劑量」規定根本無法規範在這些醫療院所服務之藥師，更何況全國有近一半之藥師藥局並未與健保局簽約，一旦開放藥師得以支援他處，那非僅租照狀況將更為嚴重，民眾醫療用藥安全之權益將無法保障，而就算在與健保局特約醫療院所服務之藥師，也將因為健保局係與機構特約而非與個人簽約，故其合理調劑量將因機構的不同，而各別算其合理量，屆時，藥師將更為血汗，依台灣醫療改革基金會調查，與先進國家比較，藥師目前之工作量已是所有醫事人員中負載最為沉重的，假如開放藥師得支援，全國絕大部分兢兢業業全力捍衛民眾醫療用藥安全的藥師們，多年來的努力恐將毀



# 中華民國藥師公會全國聯合會

於一旦。為此，懇請各位大法官，詳加酌量，為保障全民生命、身心健康及醫療資源的妥適運用，並體恤藥師數十年來捍衛民眾用藥安全的努力，做出最適當、合憲的解釋，當為國家、全民及藥師之福！

中華民國藥師公會全國聯合會理事長暨全體理監事 理事長李蜀平

李蜀平

基隆市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長曾錫勛

曾錫勛

台北市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長余萬能

余萬能

新北市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長古博仁

古博仁

桃園縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長陳世璋

陳世璋

新竹市藥師公會理事長暨全體理監事 第十屆理事長何遠人

何遠人

第十一屆理事長壽偉瑾

壽偉瑾

新竹縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長徐紹仁

徐紹仁

苗栗縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長葉啟昌

葉啟昌

南投縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長林江泉

林江泉

台中市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長陳志麟

陳志麟

台中縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長蔡嘉珍

蔡嘉珍

彰化縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長周錫洋

周錫洋

雲林縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長楊文榮

楊文榮

嘉義市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長張其純

張其純

嘉義縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長李宗旭

李宗旭

台南市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長林景星

林景星

台南縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長黃昭勳

黃昭勳

高雄市藥師公會理事長暨全體理監事 理事長詹永龍

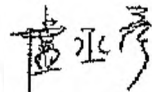

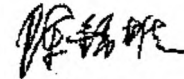
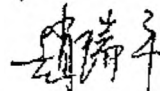
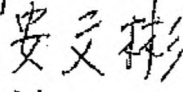
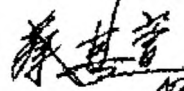
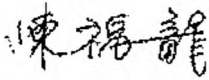
詹永龍

高雄縣藥師公會理事長暨全體理監事 理事長陳映伶

陳映伶



中華民國藥師公會全國聯合會

屏東縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長盧丞彥	 
台東縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長陳錦雄	
花蓮縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長趙瑞平	
宜蘭縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長安文彬	
金門縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長蔡其萱	 10.18
澎湖縣藥師公會理事長暨全體理監事	理事長陳福龍	

共同敬上



中華民國藥師公會全國聯合會

Taiwan Pharmacist Associations

司法院大法官書記處收文  
102年 7月 / 日  
會台字第10256-G號

賴院長 鈞鑒：

久仰 高風，未親 德宇，雲天翹望，時深仰慕！

敬維

公私迪吉，德履綏和，為祝為頌！

今年六月十三日賴院長帶領其他十四位大法官就藥師工作自由權召開憲法法庭第八次之言詞辯論庭，對於賴院長及所有大法官對藥師的關心，蜀平暨全體理監事先致上最高敬意。然而，因為此次之議題涉及全民之醫療用藥安全，而且，釋憲聲請人之背後有諸多之事實非院長及大法官們所得了解，為此，蜀平不得不冒昧修函向院長報告，以資卓參，祈能讓院長及大法官們做出最妥適之解釋，俾保全民之用藥安全。

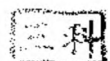
此次言詞辯論庭因藥師公會未能參與，故只提出書面意見與司法院(詳附件一)，嗣後又因釋憲聲請人於言詞辯論庭中提出諸多與事實未符之主張，藥師公會迫不得以，乃提出事實意見且自費刊載於聯合報供大法官們參考(詳附件二)，並於六月二十日邀請其他民間公益團體共同召開記者會，向民間發出呼籲，以利全民了解此事之重要性。事實上，本次釋憲聲請人中，劉泓志醫師及楊岫娟藥師二位實為夫婦，其夫婦二人經常藉由陳情、訴願、興訟之方式來爭取權益，雖屢遭駁回、敗訴，甚至，有人批評其夫婦二人濫事興訟，有浪費司法資源之嫌(詳附件三)，但對於因經營成本考量，爭取其個人權益，其實並無錯誤，只是，當藥師公會綜合全國絕大部分藥師的意見，認為個人利益與全民用藥安全福祉衝突時，民眾法益的保護，當然優於個人利益，孰輕孰重，不言自喻。因此，藥師公會實無法為了保障少數會員之個人利益，而忘卻藥師負有保障全民用藥安全之法定義務。因之，全國所有藥師公會均反對釋憲聲請人之主張。

為免院長及諸位大法官未明其中底蘊，特修此函向院長報告，祈能供院長



總收文 06/28

G10217231





中華民國藥師公會全國聯合會

Taiwan Pharmacist Associations

---

及諸位大法官參酌，並為保全民之用藥安全，做出最適當之解釋，當為台灣人民之福！

肅此奉達，敬頌

鈞 祺

中華民國藥師公會全國聯合會

理事長 李蜀平暨全體理監事敬上

中華民國 102 年 6 月 24 日

# 中華民國護理師護士公會全國聯合會 函

會址：10355 台北市大同區承德路一段 70 之 1 號 14 樓

傳真：(02)25502249

聯絡人及電話：呂月榮(02)25502283-12

電子郵件信箱：[nurse@nurse.org.tw](mailto:nurse@nurse.org.tw)

受文者：司法院秘書長

發文日期：中華民國 102 年 5 月 31 日

發文字號：全聯護會盧字第 102181 號

速別：最速件

密等及解密條件：普通

附件：如主旨

主旨：有關 鈞院大法官審理楊岫涓女士等就藥師法第 11 條規定有違憲疑義聲請解釋案，針對言詞辯論爭點回應意見詳如附件，敬請 鑒察。

說明：覆 鈞院秘書長中華民國 102 年 5 月 13 日秘台大二字第 10200121696 號函。

大法官書記處

正本：司法院秘書長

理事長 盧美秀



附件、針對言詞辯論爭點回應意見如下：

一、藥師法第 11 條規定：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限」，而其他各類醫事人員法(例如醫師法第 8-2 條、護理人員法第 12、13 條、醫事檢驗師法第 9 條...)等相關法律，雖規定執業以一處為限，但均允許在向執業登錄所在地衛生局申請或經報備後，可至其他醫療機構或場所執行業務。若考慮開放藥師得在兩個以上處所執業，會造成公益的重大危害，可予以適當的管制後開放之，以維護醫事人員法立法之一致性。況且行政院衛生署於 90 年 11 月 6 日曾以衛署藥字第 0900066970 號函，對類似情況作成釋示：「開業藥局之藥師如於白天從事非藥師業務，夜間方親自主持藥局業務，不應視同違反藥師法第 11 條規定之兩地執業或第 20 條規定之應親自執業等規定」。

二、按現行法規，並無禁止一人同時以「藥師」及「護理師或護士」雙重資格身份於同一或不同之處所執業。而且教育部亦推動雙學位制度，政府不宜限制努力取得雙重醫事人員資格者，於同一或不同處所執行其專業業務。

三、對同時具備多重醫事人員資格者，行政院衛生署基於法律保留原則及人民之生存權、工作權及財產權，應予保障，為憲法所明定，同意具多重醫事人員資格者，得依下列原則，同時辦理執業登記(衛署醫字第 1000210648 號函)：

1. 執業登錄場所，限於同一處所，且場所需符合設置標準規定及該場所可提供該類醫事人員辦理執業登記。



藥師法第十一條規定違憲疑義言詞辯論鑑定意見(共八頁)

鑑定人：國立陽明大學衛生福利研究所 黃文鴻教授 2013/06/03

言詞辯論爭點

- 一、藥師法第十一條(下稱系爭規定)：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」立法目的在追求何種公共利益？對藥師的工作權有無造成過度之限制？

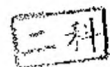
鑑定意見：

- 一、民國 67 年修正藥師法第十一條時，當時衛生署藥政處處長林明道在立法審查時說明：本法於三十餘年前立法時，當時只有藥商，沒有貿易商、藥廠等，目前藥劑師執行業務較前為多，不僅以藥品調劑為限，並可以自己開一個藥劑師事務所，為了加強藥劑師的專任責任，因此將現行「不得執行兩處藥房之業務」，修改為「其執業處所應以一處為限」(67.05.31 立法院內政、司法委員會第一次聯席會議紀錄)
- 二、民國 67 年藥師法修法前，因國民政府南京時所立之藥師法有其時空背景，遷台之後，藥學培育人數不多，加以衛生單位對藥師執業登錄管理的狀況，未如當今資訊管理體系之健全，藥劑師執業兩處藥房(實則掛牌管理)的情況相當普遍。至民國 61 年嘉南與大仁兩家藥學專科學校開始有藥學科畢業生後，藥師人數大幅增加，遂修正為「其執業處所應以一處為限」，其主要目的應係針對專任藥房管理而設，該條文之修正，閱讀立法院之修法會議紀錄，並無爭議。
- 四、環視當年藥師法第十一條限制「其執業處所應以一處為限」的時空因素，其與全民健保、醫藥分業制度實施以後，今日藥師普遍親自在醫療機構執業、基層診所聘任藥師、健保特約藥局的情況，不可同日而言。限制藥師執業處所以一處為限的規定，在公共利益雖仍有其意義(確保民眾接受藥師專業服務的利益)，但在個人權利方面(限制執業處所以一處為限)，影響藥師支援報備其他醫事服務機構以及未來長期照護提供藥事照護的權利，應有重新檢視之必要。
- 五、現行藥師法第十五條規定  
藥師業務如下：  
一、藥品販賣或管理。  
二、藥品調劑。  
三、藥品鑑定。  
四、藥品製造之監製。



總收文 06111

G10215558



- 五、藥品儲備、供應及分裝之監督。
- 六、含藥化粧品製造之監製。
- 七、依法律應由藥師執行之業務。
- 八、藥事照護相關業務。

中藥製劑之製造、供應及調劑，除依藥事法有關規定辦理外，亦得經由修習中藥課程達適當標準之藥師為之；其標準由中央主管機關會同中央教育主管機關定之。

藥師得販賣或管理一定等級之醫療器材。

前項所稱一定等級之醫療器材之範圍及種類，由中央主管機關定之。

其中第十五條第一項第八款藥事照護業務、第三項與第四項係於民國九十六年時修正之條文。

從藥師法定業務項目分析，在民國九十六年增列藥事照護服務以前，藥師的職責以產品(藥品與化粧品)導向為主，藥事照護業務使得藥師業務範疇從產品導向延伸至服務導向，這樣的演變，使得藥師法第十一條「其執業處所應以一處為限」的規定，產生新的討論空間：

- (一) 民國八十四年三月一日開始實行的全民健康保險以及八十六年三月一日之逐步上路的醫藥分業制度，使藥師專職情況改善甚多，民國八十二年藥事法第二十八條規定受聘管理西藥販賣業者、中藥販賣業者之藥師(藥劑生)必須駐店管理之規定，除藥事法第一〇四條之除外規定外，政府衛生主管機關醫事人員執業登錄的資訊與管理已經上軌道，藥品販賣業者掛牌管理的情況，已經大幅改善。民國六十八年藥師法第十一條「藥師執業處所應以一處為限」的規定，有必要配合藥師執業時空的改變，做適當的檢討。
- (二) 民國九十六年藥師法定業務增列藥事照護之後，藥師的業務基本上可分為產品管理與專業服務兩個領域，前者屬於傳統藥師對產品(含藥品、中藥製劑與化粧品)的監督與管理業務，後者則以藥師親自執行的業務為重點。因此，藥師執業時，有關專業服務的部分，在公共利益方面，在於確認提供專業服務的藥事人員必須具備法定藥事專業人員資格與執業登錄，在執行上較無爭議，只要政府衛生主管機關(包括中央健康保險局)定有適當的配套措施，應無限制執業處所以一處為限的必要。此一情況，尤其面對未來藥師參與長期照護機構時，未必以專任的執業型態執業於長期照護機構(詳見藥師法施行細則第十三條)，由執業於醫療機構或社區藥局之藥師報備支援，是老年化社會中不可避免的藥師執業型態。
- (三) 醫療機構執業之藥師，提供就醫民眾依醫師處方調劑之藥品及用藥諮詢等藥師專業服務，均需親自為之，原本就符合醫事人員執業登錄之規定，亦無兩處執業的問題。至於藥師(藥劑生)與民眾直接接觸的社

區藥局或藥房，藥局為藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應業務之處所，藥房或西藥販賣業者則為受聘藥師或藥劑生專任駐店管理者。如果「藥師執業處所應以一處為限」之規定，因釋憲結果有所改變時，衛生主管機關必須針對社區藥局藥師(藥劑生)報備支援時，有適當的配套措施，始能保障民眾用藥安全的公共利益：

1. 確認根據醫師處方調劑之藥師專業人員，必須親自為之，如有報備支援情況，其職務代理人亦需具備法定之藥事專業執業資格。
2. 社區藥局如遇業藥師報備支援他處執業時，法定代理人必須具備法定藥事專業執業資格之人員。否則，其營業項目應不得涵蓋醫師處方藥品與醫師藥師藥劑生指示藥品，以符法律規定，並確保民眾用藥安全權益。
3. 聘任藥師或藥劑生駐店管理之藥品販賣業者，在實務上，並無支援其他執業處所之空間，衛生主管機關在訂定報備支援執業時，一併審酌。

.....  
藥事法與藥師法相關條文：

#### 藥事法第十九條

本法所稱藥局，係指藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應業務之處所。

前項藥局得兼營藥品及一定等級之醫療器材零售業務。

前項所稱一定等級之醫療器材之範圍及種類，由中央衛生主管機關定之。

#### 藥事法第二十八條

西藥販賣業者之藥品及其買賣，應由專任藥師駐店管理。但不售賣麻醉藥者，得由專任藥劑生為之。

中藥販賣業者之藥品及其買賣，應由專任中醫師或修習中藥課程達適當標之藥師或藥劑生駐店管理。

西藥、中藥販賣業者，分設營業處所，仍應依第一項及第二項之規定。

#### 藥事法第一〇四條

民國七十八年十二月三十一日前業經核准登記領照營業之西藥販賣業者、西藥種商，其所聘請專任管理之藥師或藥劑生免受第二十八條第一項駐店管理之限制。

藥師法施行細則第十三條：

藥師執行本法第十五條第一項第八款所定藥事照護相關業務，其職責如下：

- 一、為增進藥物療程之效益及生活品質，考量藥物使用情形及評估療效之藥事服務事項。
- 二、於醫療機構、護理機構、藥局或依老人福利法所定之老人福利機構，執行藥品安全監視、給藥流程評估、用藥諮詢及藥物治療流程評估等相關藥事服務事項。

### 言詞辯論爭點

二、其他各類一事人員(如營養師法第 10 條、醫事檢驗師法第 9 條、職能治療師法第 9 條)相關法律，雖規定執業以一處為限，但均允許在向執業登錄所在地衛生局申請報備後，可至其他醫(藥)管理機構或場所執業，為何不准藥師在兩處執業？又是基於何種公共利益上的考慮？系爭規定禁止藥師兩地支援他處醫療機構或藥局工作，是否影響國民的健康或醫療權利？對其專業服務之質量產生何種影響？

### 鑑定意見：

如系爭規定一之鑑定意見所述，藥師法第十一條限制藥師執業以一處為限的時空背景，主要是針對全民健保實施與藥分業前，藥品販賣業者(藥師或藥劑生受聘管理之藥房)的管理，當時鮮有醫師處方釋出之調劑，藥房業務以販賣非醫師處方藥品為主，也時有違法未依醫師處方售賣須經醫師處方之藥品，故四十年前藥師法修法時限制「藥師執業處所應以一處為限」，在限制個人執業處所與公共利益之間，有其實空背景的考量。彼時，除醫師法與藥師法以外，尚無其他醫事專業人員法之立法。醫事專業人員之執業包括醫師、護理人員、營養師、醫事檢驗師、職能治療師等，依我國目前醫事人員執業管理法規，均屬於專業執業領域，非以營利為主體，其提供民眾之服務，亦係親自為之，與藥師管理之藥品販賣業者商業營利之本質有別。因此，藥師如允許兩處執業時，如其係在醫療法規定義之醫療機構、健保特約醫療機構(包括健保特約藥局)或長照機構支援時，應可比照其他醫事專業人員報備支援的管理，至於藥品販賣業者依藥事法所聘之專任藥師或藥劑生駐店管理，似無支援其他執業處所之空間，衛生主管機關應審酌其情況，訂定適當合宜的配套管理措施。

#### 言詞辯論爭點

三、若開放藥師得在兩個以上處所執業，是否會造成公益的重大危害？是否影響全民健康保險之給付？如果予以適當的管制(例如採取許可制)，可否開放之？

#### 鑑定意見：

若開放藥師得在兩個以上處所執業時，如其係在醫療法規(含健保法)定義之醫療機構、健保特約醫療機構(包括健保特約藥局)或長照機構支援時，此等兩處以上執業的管理，應可比照其他醫事專業人員的報備支援方式，由衛生主管機關訂定相關的配套措施管理，衛生署中央健康保險局對於保險特約醫事服務機構之支付，訂有相關的查核規定，不具合法資格者或合法醫事人員未依規定辦理執業登錄或報備支援者，都有相關規定，對於公共利益或全民健保之支付，應不致有重大危害。至於藥品販賣業者依藥事法所聘之專任藥師或藥劑生駐店管理，似無支援其他執業處所之空間，衛生主管機關應審酌其情況，訂定適當合宜的配套管理措施。

#### 言詞辯論爭點

- 四、衛生署100年4月1日衛署醫字第1000007247號函(、下稱系爭函釋)，規定藥師兼護士資格時，其僅能於同一處執業。究竟出於何種政策或公共利益之考量？其法律依據為何？如予以適當之管制，能否更有彈性的規定？
- 五、同事具備兩種或多項醫事資格的人民，其執業場所的限制是否都僅限於一處，我國醫事人員法制上有無相關的規範？

#### 鑑定意見：

具多重醫事人員資格之執業規定，衛生署早期執業登錄管理資訊系統未建構完整前，均以只能則一執業的行政命令管理，近年因時空環境變遷，以及人民對於自身權益意識的崛起，開始有一定的彈性，對於具多重醫事專業人員資格者，可以同時於一處執業，因擇一執業時，執業場所涉及該類醫事人員執業場所之設置標準，如藥師兼護士資格時，選擇藥師執業，則藥師執業之場所不可能符合護理人員執業場所之設置標準。但101年針對兼具醫師與藥師資格者，選擇醫師執業時，卻又允許其調劑親自開立之處方，此項解釋未考慮醫師處方與藥師調劑間，具有專業監督或平衡(用藥安全)的功能，恐有值得爭議之處。

醫師法第四之二條規定：具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。衛生署於九十三年四月十六日行政院衛生署衛署醫字第 0930200303 號令訂定發布多重醫事人員資格者執業管理辦法全文 6 條；九十八年十一月十二日行政院衛生署衛署醫字第 0980215557 號令修正發布名稱及全文 5 條，並自發布日施行。

而對於具有多重醫事人員資格(指兼具醫師以外醫事人員資格如藥師、護理師、醫事檢驗師等)，則於醫事人員執業登記及繼續教育辦法草案第二十條規定：

具有多重醫事人員資格者，得依其多種身份同事辦理執業登記，並應符合下列規定：

- 一、執業登記處所，限於同一處所，且常所需符合設置標準及該場所可提供該類醫事人員執業辦理執業登記。
- 二、必須加入各該醫事人員公會，且應完成第九條第一項各款所定之繼續教育學分。
- 三、擇一資格為主要執業類別，據以計算其執業之處所設置標準應具備之人力。
- 四、支援報備、停業、歇業應以主要執業登記類別辦理。

五、具師級及士(生)級之同一類醫事人員資格者，其執業登記僅得擇一資格辦理。

具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業登記依多重醫事人員資格者執業管理辦法之規定辦理，不適用前項之規定。

(按，該草案已完成公告徵詢程序，即將正式發佈生效)

總之，醫事專業人員執業，只要具備法定的資格，衛生主管機關欲限制其執業範疇時，必須確認係基於公共利益的考量，其重點應在於確認讓民眾瞭解其所接受的醫事專業服務係由具合法資格的醫事專業人員所提供，並明確被告知服務內容與範疇。中央健康保險局依全民健康保險特約醫事服務機構特約與管理辦法支付相關費用，但是對於多重醫事人員資格執業，健保特約時，仍僅依特約項目規定支付。但無論單一醫事專業或多重醫事專業擇一執業時，即使執業以一處為管理原則時，仍允許在符合主管機關規定情況下之支援報備，在公共利益與個人權益之間，應有其平衡點。

.....  
多重醫事人員資格者執業管理辦法

九十三年四月十六日行政院衛生署衛署醫字第 0930200303 號令訂定發布多重醫事人員資格者執業管理辦法全文 6 條，並自發布日施行。

九十八年十一月十二日行政院衛生署衛署醫字第 0980215557 號令修正發布名稱及全文 5 條，並自發布日施行。

第一條 本辦法依醫師法第四條之二規定訂定之。

第二條 具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者（以下稱多重醫事資格者）執業，應擇一資格辦理執業登記。

第三條 多重醫事資格者依前條規定辦理執業登記，除法律另有規定外，得在同一執業處所執行其他醫事資格之業務。

前項人員執行其他醫事資格之業務，以該執業處所符合各該醫事資格執業處所之設置標準，並經直轄市、縣(市)主管機關審查合格，註記於執業執照者為限。

第四條 多重醫事資格者於全民健康保險（以下稱健保）醫事服務機構執業，申請醫療給付，應依健保有關法令之規定為之。

因多重醫事資格執業致前項醫療給付之診療項目健保不為給付或限制給付時，醫事服務機構應於告知病人，取得其同意後為之。

第五條 本辦法自發布日施行。



正本

行政院衛生署 函

機關地址：10341 臺北市塔城街36號

傳 真：

聯絡人及電話：林淑梅 02-27877465

電子郵件信箱：may@fda.gov.tw

10048

台北市中正區重慶南路1段124號

受文者：司法院

發文日期：中華民國102年6月7日

發文字號：署授食字第1021405304號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：本署就藥師法第11條規定合憲性之法律意見書1份

主旨：為 大院審理楊岫涓女士等聲請藥師法第11條違憲疑義  
解釋案，檢送本署就該案合憲性之法律意見書(如附件)  
請 鑒核。

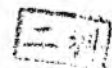
說明：復大院秘書長102年5月10日秘台大二字第1020012551號  
函。

正本：司法院

副本：行政院衛生署醫事處、本署法規委員會



署長 邱文達



大法官書記處

## 有關藥師第 11 條規定合憲性之法律意見書

- 一、按憲法第 15 條規定人民之工作權應予保障，人民從事工作並有選擇職業之自由，惟對職業自由之限制，因其內容之差異，在憲法上有寬嚴不同之容許標準。關於從事工作之方法、時間、地點等執行職業自由，立法者為追求一般公共利益，非不得予以適當之限制。至人民選擇職業之自由，如屬應具備之主觀條件，乃指從事特定職業之個人本身所應具備之專業能力或資格，且該等能力或資格可經由訓練培養而獲得者，例如知識、學位、體能等，立法者欲對此加以限制，須有重要公共利益存在。而人民選擇職業應具備之客觀條件，係指對從事特定職業之條件限制，非個人努力所可達成，例如行業獨占制度，則應以保護特別重要之公共利益始得為之（司法院釋字第 584 號解釋、第 649 號解釋理由書參照）。依此，藥師法第 11 條規定：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限」，此之執業處所係以核發藥師執照所載之執業機構（藥師執業登記及繼續教育辦法第 2 條第 1 項第 5 款）為限，則上開規定對於藥師從

事工作之地點僅限於其登記為執業機構之該處，涉及執行職業自由之限制，如係為追求一般公共利益，非不得予以適當之限制。

## 二、藥師法第 11 條規定之立法背景及沿革

(一) 現行「藥師法」原名稱為「藥劑師法」，藥劑師法於民國（下同）32 年 9 月 30 日制定公布，第 9 條規定：「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務」，至 68 年 3 月 26 日藥劑師法全文修正公布為藥師法，第 11 條規定：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限」。其將「藥房」改為「一處」，考其立法過程，原藥劑師法於 32 年立法時，僅有藥商，無貿易商、藥廠等，但至 68 年修正時，藥劑師執行業務較立法時為多，不僅以調劑藥品為限，且其執業場所，除藥局外，尚有藥廠、進出口商等，原使用「藥房」二字已無法概括藥師之執業範圍，故修正為「其執業處所應以一處為限」；又規定一處為限，其目的為配合藥物藥商管理法之專任精神（按：現為藥事法第 28 條及第 29 條），因藥物藥商管理法專任規定之適用，

無法因應上開執業型態之變遷而發生困難，例如一藥師在臺北市一藥房執行業務，而又在台北縣（現改制為新北市）一家醫院中兼理藥品調配工作，後者可能被解釋為「醫院」而非「藥房」，以致可解為非屬在兩處藥房執行業務，有失藥物藥商管理法專任規定之精神，故修改為執業處所應以一處為限。（立法院公報第 67 卷第 87 期第 1155 號委員會紀錄第 31 頁；立法院公報第 68 卷第 42 期第 1214 號委員會紀錄第 39 頁）。

（二）現行「藥事法」原名稱為「藥物藥商管理法」，藥物藥商管理法於 59 年 8 月 17 日制定公布，第 24 條規定：「（第 1 項）西藥販賣業者買賣之藥品，應由專任藥劑師管理。（第 2 項）中藥販賣業者買賣之藥品，應由專任中醫師或確具中藥基本知識及鑑別能力，經地方衛生主管機關登記之人員管理之。」；第 25 條規定：「（第 1 項）西藥製造業者，應由專任藥師駐廠監製；中藥製造業者，應由專任中醫師駐廠監製。」；第 26 條規定：「藥劑師、藥劑生、中醫師或確具中藥

基本知識及鑑別能力，經地方衛生主管機關登記之人，一人不得執行二處藥商之業務。」其立法理由，除配合藥劑師法第9條規定一人不得執行兩處藥房之業務，並於藥師法修正前，兼顧兩法罰則輕重之平衡，於本法予以明定外，尚因申請設立登記為藥商者，未必具備藥劑師資格，為確保國民健康，貫徹藥品管理之專業要求，並防杜藥商以租借藥劑師執照方式營業，或藥商製造、販售偽藥、劣藥而無專業人員監督管理之弊端，乃嚴格限制應由藥劑師專任管理，避免分析怠職，妨害國民衛生與健康，而衛生行政管理不能健全，至趨於不堪收拾之紊亂境地（立法院公報第58卷第53期院會紀錄第11、12頁；立法院公報第59卷第27期院會紀錄第15頁吳基福委員發言及周慕文委員發言及第19頁周紹成委員發言；立法院公報第59卷第30期院會紀錄第10頁楊寶琳委員發言）。立法過程中，固然曾因當時藥劑師人數過少，藥商設立登記家數不敷分配，滋生該規定因藥劑師人數不足而使藥商有聘用不到合格藥劑師，恐將造成大多數藥商關閉或就業問題之疑慮，惟經審議協商後，最終仍以

藥劑師人數不足乃專業人員培養之問題，開設藥房有藥劑師為最基本條件，如無藥劑師，即不應開設藥房，否則，對國民健康影響至鉅，對於藥劑師專任管理之規定，仍予維持（立法院公報第 59 卷第 31 期院會紀錄第 2 頁）。

（三）上開藥物藥商管理法第 25 條、第 26 條規定，於 82 年 2 月 5 日修正為藥事法第 28 條及第 29 條規定，因舊法上開藥師專任管理規定施行以來，大多流於形式，許多藥房只是以一個月數千元之代價租用牌照懸掛，藥師本身並未實際親自執行販賣、調劑之工作，為貫徹藥事人員專業執業功能，改善掛牌管理之陋規，除增設「藥局之管理」專章，並配合藥師法第 20 條規定：「藥師應親自主持其所經營之藥局業務，受理醫師處方或依中華藥典、國民處方選輯之處方調劑」，明定藥局係指「藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應業務之處所」（藥事法第 19 條參照），並將上開二規定修正為「應由專任藥師駐店（廠）管理」，而藥劑師法第 9 條規定已於 68 年修正為「其

執業處所應以一處為限」並修正罰則規定，遂將原藥物藥商管理法第 26 條規定「不得執行二處藥商之業務」規定刪除（立法院公報第 76 卷第 72 期委員會紀錄第 16 頁；立法院公報第 76 卷第 83 期委員會紀錄第 199 頁；立法院公報第 79 卷第 58 期委員會紀錄第 16 頁，施純仁署長發言）。

### 三、藥師法第 11 條規定所追求之公共利益

- （一）由上述立法背景及沿革可知，藥師法關於執業場所限於一處之規定，係為配合並落實藥事法規定藥局應設專任藥師駐店（廠）管理（監製）之制度及親自執行主持藥局業務（藥師法第 20 條、藥事法第 19 條）。而立法者採取此制度，係因藥品之調劑、製造或販賣涉及專業技術，應由具備專業資格之藥師予以把關，且藥局應由藥師或藥劑生親自主持，依法執行藥品調劑、供應業務，使其擔負管理藥品之責，如容由藥師得執行二處以上之藥局業務，恐難於專心致力於藥局（商）經營及管理，增添業務疏失之風險。且通常導致其中一處藥局（商）形式上有藥師，但實際上卻由

不具備藥師資格者管理（監製）之狀況，非僅造成行政管理不易之漏洞，倘遇有醫藥糾紛，有滋生責任不明之風險，更憑添藥師圖以卸責之藉口，顯然不利於用藥者之權益保障，恐易給予不肖藥師出租借牌之機會，助長藥局（藥商）經營者之脫法行為，危害國民健康安全。

- （二）為配合全民健保制度之實施，自民國 86 年開始施行「醫藥分業」，以社區主義及「一人生病，二人照顧」之理念推動，達成「醫師專責診療」、「藥事人員執行調劑業務」之專業分工目標，並自 92 年 1 月 1 日起，以西醫診所周圍 1.8 公里路程內有健保特約藥局者，該地區應實施醫藥分業之目標。同時，仍維持雙軌制，即醫療院所仍可聘藥事人員從事藥品之調劑，若未聘藥事人員，則應將處方箋釋出，由病患持處方箋至健保藥局調劑藥品。此係為使全民健保制度下，藉由雙重確認機制減少用藥錯誤風險，並以此管控藥價、避免重複用藥浪費，使醫藥資源之運用更為公平、效率。是以，如允由藥師得於兩處以上場所執業，



若藥師於各處執業場所，均申請特約為保險醫事服務機關，非僅增加特約院所、藥局藥事人員之特約管理、提供藥事服務及費用核付勾稽等審理作業成本負擔，亦可能因非專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全。且為避免造成健保成本之過當支出，於維持總處方量及藥師按人計算合理量不變之前提下，倘放寬藥師執業處所之限制，形成藥師競相多處執業以爭取有限之總處方量，顯然無益於全民健保制度下醫藥資源之有效分配。

(三) 基上所述，系爭規定所追求之公共利益，為確保藥師專業品質，健全藥品（商）管理體制，均衡醫藥資源分配，避免藥師責任歸屬不明，以維護國民用藥安全及身心健康，立法目的具有正當性。

#### 四、藥師法第 11 條規定並未違反比例原則

(一) 按「於法律違憲審查上，憲法上比例原則，僅係禁止目的與手段間不得有不合比例之情形，故僅具消極功能，並非積極要求達於一定範圍、程度或分寸。為維護立法者對基本權限制之形成自由，比例原則僅適用

於『明顯逾越界限 *krasse Grenzüberschreitungen*』之情形，例如：僅有明顯不適合、目的與手段明顯不成比例等情形，始認有違反比例原則，比例原則之適用，斷非單純的利益衡量或合目的性審查。立法者依其政策形成之裁量，決定其所欲達成之目的為何；對於其為達成法定目的所規定之手段是否適合，亦享有廣泛之判斷或預測空間。相對地，行政應採取適合達成立法目的之手段。比例原則之實際操作，可能使許多經民主多數決成立之規定違憲，亦可能使行政法院某一法官之決定取代行政之衡量或裁量。於比例原則之審查時，如要求必須作成唯一正確之最佳決定，則將取代立法或行政之地位，瓦解具民主正當性之決定與形成空間。比例原則之審查應僅要求目的與手段間有適當比例，對於基本權衝突或公益私益間衝突之衡量，經常難以依據某一明確之規範性標準獲得法律上唯一正確之決定。於比例原則之審查，對於立法者或行政者之評價亦僅審查是否「適當 *Vertretbarkeit*」。要之，於法律違憲審查時，基本上，主張違反比例原則者應負積極證明之義務，而並非由主張符合比例原則

者負積極證明其如何符合比例原則。於合憲之論述上，主張符合比例原則者如能說明國家措施（立法所採取之手段）尚無違反比例原則所要求之最低標準（即於手段必要性之審查僅說明尚無其他可達成相同效果之更溫和手段；於狹義比例性之審查原則上僅說明受侵害之個人利益與欲保護之公益間尚無顯失均衡之情形）即足。同時，亦當尊重立法者之裁量、評價與衡量之空間」（司法院釋字第 699 號解釋林錫堯大法官協同意見書參照）。

- （二）藥師法第 11 條規定明文藥師執業場所以一處為限，係為落實藥商專任管理及藥局應由藥師親自主持之制度，避免因多處執業，使藥師於執業場所奔波，乃至分身乏術，有違職業安全衛生，難以穩定聯繫與病人之信賴關係，影響藥師專業品質，並杜絕因有多處執業可能而使藥師能輕易租借牌照予其他藥局或藥商之取巧脫法行為，造成行政管理之漏洞，且為兼顧全民健保制度下，形塑醫藥資源得以有效運用之醫療環境，維護國民用藥安全及身心健康，故明文藥師執

業場所限於一處，此有助於上開立法目的之達成。

- (三) 為達成上述目的及效果，若不採取執業場所以一處為限而考慮其他手段，例如：容許藥師多處執業，但對於有租借牌照者課處重罰並加強查緝，或採取許可制，依藥師之申請而個案准許得於兩個以上處所執業等。然因上開立法目的所追求者，為國民健康權之維護，倘一旦查緝有所疏漏，或發現違法，縱然課處重罰，但實際上已由不具備藥師資格者從事調劑等業務執行，其結果國民健康所受之損害恐已造成；至於個案許可制，則須有嚴密之行政管理措施，除應整合各地方政府之審核作業外，如何全面追蹤、稽查藥師於各該處所之執業狀況，其耗費之行政成本更大，且縱然採此方式，因勢必擴大藥師執業之管制範圍，更難以防免租借牌照之行為，顯非可有效達成上述目的或效果之手段。如允許藥師多處執業，藥師必須在各執業場所往返奔波，較諸限於一處而得全心全力專注於藥局管理及個案照護，通常難以維持專業品質及穩定其與病人間關係之信賴感，乃容許多處執業之本質使然

，尚乏可達成與專任管理相同效果之其他較溫和手段。況聲請人並未舉證，為達成前述立法目的，有何其他可達成相同效果之更溫和手段，尚無證據可認系爭規定不符手段之必要性原則。

（四）系爭規定所侵害者，為藥師職業自由所附隨因執業處所限制可能減少之財產收益損失，如此一限制有所不當，其所受財產收益損失者為領有證照並執業中之有限藥師人數，且有以金錢填補可能；但若捨棄此一規定，受侵害者則為不特定大多數國民之健康安全，恐非可完全以金錢填補回復，甚至，因此降低整體醫藥資源品質或分配浪費，反而成為提高健保給付成本負擔之因素，影響層面更為鉅大。兩相比較，系爭規定所欲保障之國民健康、醫藥資源有效分配等公共利益，顯然遠高於藥師法第 11 條規定所受侵害職業自由所附隨之財產收益。況如准由藥師多處執業，雖增加藥師擴展營業空間之可能，但此使藥品經營市場之競爭因素益形複雜，加以全民健保制度必須維持總處方量及藥師按人計算合理量不變並不增加健保給付支

出之前提，允許藥師多處執業之營業收益是否大於限於一處執業之狀況，顯屬可疑。

- (五) 再者，行政實務針對系爭規定之適用，並非全面禁止藥師不得於兩個以上處所執業，而係立於有限、可控制之條件下，兼顧藥師執業之型態及目的，就執業處所以「一處」為限，採取合目的性之限縮解釋。例如：
- ：藥事人員以執業登錄處所之藥局、醫院或診所名義至護理之家、安養機構提供藥事諮詢服務（行政院衛生署 92 年 7 月 15 日衛署藥字第 0920040468 號函，
  - ；行政院衛生署 95 年 9 月 20 日衛署藥字第 0950038114 號函；行政院衛生署 98 年 11 月 2 日衛署藥字第 0980085295 號函），基於推廣公共衛生業務及義診服務需求，參與醫療團體義診服務，執行藥品調劑工作（行政院衛生署 92 年 3 月 10 日衛署藥字第 0920011312 號函），或巡迴醫療於山地、離島或於無醫事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作（行政院衛生署食品藥物管理局 100 年 8 月 1 日 FDA 藥字第 1000030737 號函）等情形，均未認有違反系爭藥師法

第 11 條之規定。因而，或有認為，此一限制可能使偏遠而藥事人員不足之地區，亦未能由藥師支援提供服務，影響國民健康或醫療權利云云，尚非事實。故系爭規定對於藥師之工作權，並無造成過度之限制。

#### 五、藥師法第 11 條規定亦未違反平等原則

（一）按國家對人民行使公權力時，均應依據憲法第 7 條之意旨平等對待，固不得有不合理之差別待遇；惟憲法第 7 條平等原則並非指絕對、機械之形式上平等，而係保障人民在法律上地位之實質平等，立法機關基於憲法之價值體系及立法目的，自得斟酌規範事物性質之差異而為合理之不同規定（司法院釋字第 458 號解釋參照）。

（二）有關藥師之執業型態，依藥事法之規定，主要可區分為親自設立藥局或受雇於藥局、醫院、診所從事藥物調劑業務、經營，或受聘於藥物販賣業從事藥物管理，以及受聘於藥物製造業從事藥物監製等。依 101 年底之統計，全國藥師中，於藥局執業者，有 7,594 人為最多，於醫院、診所執業者分別為 7,165、6,182 人

次之，可見目前藥師執業型態較多者，以親自主持或受聘於藥局為多。而依藥事法第 28 條、第 29 條，藥物販賣業或製造業，均應由專任藥師駐店（廠）管理（監製），依藥事法第 19 條、藥師法第 20 條規定，藥師應親自主持其所經營之藥局業務。故藥師之執業型態，強調專任、親自執業等要求，此係因藥物之成分、使用等，對於人體健康影響重大，且有其風險性，與一般商品不同，從藥物之製造、販賣、調劑等各階段過程，均應由專業人員之控管。針對藥局經營而言，有別於日本、美國等國立法例，准許由非具備藥師資格者設立藥局不同，我國藥事法明文藥局應由具備藥師資格之人申請設立並親自主持，不具備藥師資格者則不得為設立藥局之申請人或負責人，此係因藥局經營上，藥師調劑固然為主要之業務行為，但藥品之選用、訂購及保存，藥局設置面積、配置及環境設施設備，亦均應符合一定規範要求（如優良藥品調劑作業規範、藥局設置作業注意事項等），再至所聘僱藥師之監督管理，對於用藥者正確用藥資訊之提供等，均負有監督管理之責。藥師除依醫師處方調劑藥品



以外，尚應以專業職司藥物品質、用途及資訊之管理、監督及服務，此乃藥師執業與其他醫事人員所不同之特性。換言之，專任藥師管理制度、親自主持藥局義務之明文，促使藥師之執業責任，非僅止於調劑技術之精良，尚擴及藥局場所、設備、人員及藥品之監督管理，有其業務執行層面之廣泛性。

- (三) 基於上述業務特性，以藥師親自主持藥局而言，倘容許藥師得於多處設立藥局執業，藥師如何於各該處藥局均親自主持，又其個人能否為兼顧藥局經營管理與藥事服務提供而不影響醫療服務品質，已有疑慮，且如何使藥師於前揭各該藥品管理層面使其專業責任得以分明，非無困難。次以藥師受聘於藥局、診所或醫院之執業型態而言，藥師職司調劑服務，如以標準之藥事服務提供準則（藥品優良調劑作業準則參照），尚須依循以下作業方法：1. 確認處方之合法性、完整性與處方期限有效性。2. 處方登錄前應查詢或建立病患用藥基本資料。3. 建立病患用藥資料，並儘可能以電腦建立檔案。4. 於調劑前應對處方用藥做適當性

評估。5.於藥品調配或調製時應依處方指示，選擇正確藥物。6.應依藥品優良製造規範包裝藥品，於藥品容器包裝上記明注意事項。7.交付藥品時，應再次核對包裝列印內容、藥品種類、數量與處方指示是否一致。8.交付藥品時，應確認交付對象。9.交付藥品時，應進行必要之用藥指導。而調劑所應進行之判斷服務，亦須符合：

- 1.藥師詳為用藥適當性評估後，認為病患之用藥有藥物治療問題存在時，應主動與開立處方之醫師聯絡，請其確認或修正處方內容。
- 2.前項處理藥物治療問題過程，皆應記錄在處方上或特定之判斷性服務紀錄表上，並註明與醫師討論的時間點及醫師決定之後續處理情形。
- 3.藥師應定期整理此判斷性服務之成效，並估計節省多少藥費。此外，包括：病患諮詢服務，如輕微症狀藥事照護（OTC 諮詢，必要時轉介給醫師處置）；廢棄藥品清除指導；公共衛生宣導活動（健康生活型態，戒菸，針頭交換，安全用藥，國小兒童用藥教育等）等，均屬藥師專業服務之一環。由上可知，藥師對於藥品之精確掌握、與醫師之密切聯繫、病患或用藥者間之追蹤，常具有業務執

行過程之連續性，以期待藥師執業能面面俱到，避免因時間、場所之替換，衍生不利於病患或用藥者用藥安全之因素產生，並藉以建立社區醫療群合作模式，促進醫藥良性互動。因此，藥師法第 11 條規定藥師執業場所應以一處場所為限，並未如同其他各類醫事人員，明文允許機構支援或報備許可，無非期能以此健全完整藥品安全管理機制，使國民享有穩定而安全之藥事服務環境，具有合理性而無違反平等原則。

- (四) 如前所述，行政實務運作上，基於有限、可控制之條件下，兼顧藥師執業之型態及目的，就執業處所以「一處」為限，採取合目的性之限縮解釋，並非全面禁止藥師於不得以其執業場所名義參與醫療團體義診服務、偏遠地區巡迴醫療等提供藥事服務，故未使國民之健康或醫療權利受到限制。據統計，全國藥事人員約 4.4 萬人，比較美國、日本、英國及我國藥事人員比例，分別為 7 人、6 人、12 人、11 人（每萬人口），藥事人員仍屬充足，並無廣泛允由藥師以機構支援或報備許可之執業方式而放寬限制規定之必要。且

配合醫藥分業制度之穩定運作後，我國藥局開設之民眾持醫師開立之處方前往藥局配藥，縱使遇有藥師因故而未能親自執業之狀況，亦能就近轉往其他藥局獲得藥事服務，尚無顯著影響國民健康或醫療權利。

## 六、開放藥師兩個以上處所執業之影響

- (一) 按藥師執業處所以一處為限，係為與藥事法規定藥師親自主持藥局及專任駐店（廠）管理（監製）之意旨相配合，並為達成醫藥分業之目標，確保藥師專業品質，健全藥品（商）管理體制，均衡醫藥資源分配，避免藥師責任歸屬不明，以維護國民用藥安全及身心健康。此就藥師業務包括：藥品販賣或管理、藥品調劑、藥品鑑定、藥品製造之監製、藥品儲備、供應及分裝之監督及含藥化粧品製造之監製等（藥師法第 15 條）以觀，可知藥師專業與藥品管理息息相關，不可分割。因此，藥師執業之方式、範圍等限制，包括是否開放藥師兩個以上處所執業之問題，實應配合藥品管理制度之建立整體考量，亦即，如何藉由藥師專業執業使藥品之製造、販賣、保管及供應等各該過程，

受有完善監督管理，非可僅考量藥師工作權之保障。其中，藥品管理制度之建立，與是否採取專任藥師管理或設立藥局是否以具備藥劑師資格為限有關，可能因國民用藥習性、藥商經營背景等，各國有不同立法例。例如：日本藥事法規定，即未限制設立藥局需具備藥劑師資格，但如非由具備藥劑師資格申請設立藥局，則應另設立「管理藥劑師」，且該管理藥劑師應實地管理，執業場所亦以一處為限；反之，德國藥房法規定，則限制僅具備藥師資格者得申請設立藥局，且一位藥師僅能開設一間藥局，並禁止連鎖藥局之經營，實質上使藥師執業場所限於一處。從我國藥事法規定之立法沿革可知，以往藥局經營租借牌照之問題嚴重而形成行政管理漏洞，且為避免藥師難以全心致力於經營藥局業務並執行調劑業務，倘容許藥師得在兩個以上場所執業，勢必導致藥師未能親自主持藥局或專任管理藥品製造、販賣，使藥品管理體制欠缺責任者之監督，以致影響藥事服務品質及用藥安全，乃與藥師法關於執業場所以一處為限之規定相配合，採取專任藥師管理制度及親自主持藥局義務之嚴格規

定，乃考量我國國情而制定，勿寧為立法形成自由或立法裁量之結果，應予尊重。

(二) 其次，以目前藥師（藥劑生）之領證人數為 50,352 人，執業人數 32,227 人，即具備藥師（藥劑生）資格者，真正投入藥事服務市場之人數約占不到 7 成。又，於全民健保制度之下，實施醫藥分業之目標，藥事人員無論專任與否，皆須依醫師處方調劑，僅就開放藥師得在兩個以上處所執業、總處方量不變及藥師按人計算合理量，兼任只能補專任之不足量之前提下，不影響健保給付支出。開放藥師得在兩個以上場所執業，勢必捨棄專任管理制度，在健保給付支出不得增加之前提下，藥品需求量並未增加，卻准許藥師於兩個以上場所執業，恐影響已領照而未投入執業或新領照之藥師投入執業場所之意願，不利於提供藥事服務人力之新陳代謝，對於全民健保制度下醫藥資源之有效分配，實無助益。

(三) 據上所述，藥師執業場所以一處為限，實有與整體藥品專任管理制度相配合、藥事服務市場供需平衡、醫

療資源有效分配等考量，其固然限制藥師個人之工作權，但並未過當。至於如予以適當管制（例如採取許可制）可否開放之問題，因藥師執業場所以一處為限，既為貫徹前述藥事法之專任駐店（廠）管理（監製）及藥師親自主持藥局制度之要求，倘此藥事法規定，立法者未修正其所採取之立法政策，即不宜於藥師法一般性明文採取例外許可制而開放藥師於其他執業場所兼任執業，以免立法體系有所矛盾，進而妨礙整體藥品管理制度之建立。

#### 七、具備多重醫事人員資格之人民，其執業場所應否限於一處之問題

- （一）按「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。」為91年1月16日修正公布醫師法第4條之2所規定。行政院衛生署遂於93年4月16日訂定發布「多重醫事人員資格者執業管理辦法」，並於98年11月12日修正發布並更名為「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」。同辦法第2條規定：「有醫師、中醫師、牙醫師

等多重醫事人員資格者（以下稱多重醫事資格者）執業，應擇一資格辦理執業登記」，第 3 條規定：「多重醫事資格者依前條規定辦理執業登記，除法律另有規定外，得在同一執業處所執行其他醫事資格之業務。」依此，實務上並未限制具備多重醫師資格者執業，但僅基於管理之必要，規定其應擇一資格辦理執業登記，惟其仍得在同一執業處所執行其他醫事資格之業務，此亦配合現行規範醫事人員之法律規定中，均明文執業場所應以一處為限之規定。

（二）醫療業務攸關人民身體健康及生命安全，故以醫療業務為職業者，應具備相關之專業知識與經驗，始能勝任，其應經考試院依法考選銓定，始能取得該專門職業及技術人員執業資格，尤為憲法第 86 條第 2 款明文規定。爰此，醫事人員專門職業法規上開規定之立法目的，在於確立醫事人員之身分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維護國民身心健康。且醫療服務之提供，具強制性及公益性，醫療業務執行，係屬於高密度、持續性、專業性及



技術性行為，與一般之消費關係性質有所不同。又醫療業務之執行因事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，自應投入最大心力，視個案病程進展提供最妥適之照護。

(三) 另查，依藥師法第 15 條有關藥師之業務範疇，尚包括藥品儲備、供應及分裝監督、監製等有關藥品安全之整體性、持續性專業管理事項，而非僅只提供藥品調劑、販賣及提供用藥諮詢等個案性服務。是以，基於維護國民健康及就醫安全、提昇醫療專業品質，及保障醫事人員職業安全衛生等項考量，藥師兼具護士雙重醫事人員資格，得依各該醫事人員法之規定，分別申請執業執照，惟依前揭公眾利益考量，其雙重資格執業登錄場所限於同一處所，並可依各該人員法規定辦理報備支援，執行其所持有之醫事專門職業執照之法定業務，爰尚無違反憲法保障人民工作權及法律保留原則之情事。

## 八、結論

綜上所述，藥師法第 11 條規定藥師執業處所應以一處為

限，係基於確保藥師專業品質，健全藥品（商）管理體制，均衡醫藥資源分配，避免藥師責任歸屬不明，以維護國民用藥安全及身心健康之一般公共利益，所為之適當限制，符合憲法第 23 條規定之比例原則。且因藥師執業與藥品管理制度有重要關聯，與其他醫事人員執業不同之特性，為配合藥事法專任藥師管理制度及藥師親自主持藥局義務之規定，立法者未明文得以機構支援或報備許可而在兩處以上場所執業，並無違反平等原則，且係立法形成自由，應予尊重。至於行政院衛生署 100 年 4 月 1 日衛署醫字第 1000007247 號函，係考量醫療業務之執行因事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，自應投入最大心力，而藥師之業務範疇，尚包括有關藥品安全之整體性、持續性專業管理事項，非僅提供藥品調劑、販賣及提供用藥諮詢等個案性服務，更應全心全力於其執業範疇，故認為藥師兼具護士雙重醫事人員資格者，其雙重資格執業登錄場所限於同一處所，乃符合藥師法及藥事法之整體立法精神，並無違反憲法保障人民工作權及法律保留原則之情事。

司法院大法官釋憲案言詞辯論爭點整理狀

承辦人：雷超智

答 辯 機 關	行政院衛生署	台北市大同區塔城街 36 號
法定代理人	邱 文 達	同上
訴訟代理人	李鳳翔律師	台北市復興南路一段 390 號 10 樓 02-27021789

為楊岫涓等就藥師法第 11 條規定有違憲疑義聲請解釋案件，依法謹呈言詞辯論  
爭點整理狀事：

謹遵庭諭爭點事項，逐項整理答辯如下：

一、藥師法第 11 條規定（下稱系爭規定）：「藥師經登記領照執業者，其執業處  
所應以一處為限。」立法目的在追求何種公共利益？對藥師的工作權有無  
造成過度之限制？

（一）加強藥師管理，強化藥師專任責任，以達成國民保健目的，有助於國  
民健康權之保障，符合憲法第 157 條國家為增進民族健康，應普遍推  
行衛生保健事業及公醫制度之意旨：

1、爰目前藥師法係於民國（下同）68 年 3 月 26 日由 32 年 9 月 30 日  
制定公佈之藥劑師法修正公布全文 43 條及名稱而來，原藥劑師法  
第 9 條規定：「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務。」立法當時  
只有藥商，沒有貿易商、藥廠等，賜藥（劑）師執行業務較前為  
多，不僅以調劑藥品為限，甚至可以自己開一個藥劑師事務所，



1 為了加強藥（劑）師之專任責任，因此將「不得執行兩處藥房之  
2 業務」修改為「其執業處所應以一處為限」。故系爭規定：「藥師  
3 經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」之相關限制，  
4 主要是在加強藥（劑）師的管理。（立法院公報第 67 卷第 87 期第  
5 30-31 頁參照）

6 2、另藥師法 68 年間修正當時，有鑑於有許多藥（劑）師將執照出租  
7 他人，考量任何人若能隨意租借藥（劑）師執照開業營業，豈非  
8 草菅人命，故修法當時衡酌藥劑師法應與醫師法、藥物藥商管理  
9 法（現行藥事法）相互配合，以達國民保健目的，爰於第 11 條規  
10 定藥（劑）師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限，而  
11 為現行系爭條文之由來。（立法院公報第 67 卷第 87 期第 33 頁參  
12 照）

13 3、承上立法理由，另衡酌現今社會時空與人民權力發展，依世界人  
14 權宣言第 25 條第 1 項前段：「一、人人有權享受為維持他本人和  
15 家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫  
16 療和必要的社會服務...。」與經濟、社會和文化權利國際公約第  
17 12 條：「一、本公約締約各國承認人人有權享有能達到的最高的體  
18 質和心理健康的標準。二、本公約締約各國為充分實現這一權利  
19 而採取的步驟應包括為達到下列目標所需的步驟：（甲）減低死胎  
20 率和嬰兒死亡率，和使兒童得到健康的發育；（乙）改善環境衛生

和工業衛生的各個方面；(丙)預防、治療和控制傳染病、風土病、職業病以及其他的疾病；(丁)創造保證人人在患病時能得到醫療照顧的條件。」暨司法院大法官釋字第 701 號解釋內大法官陳新民、羅昌發協同意見書所提及之健康權，透過系爭規定來加強藥師管理、強化藥師專任責任，除立於增進國民保健之公眾目的外，亦有助於對國民健康權之保障，蓋依藥師法第 15 條，舉凡藥品販賣或管理、藥品調劑及儲備、供應及分裝之監督等，均為藥師所職司之業務內容，藉由單一執業處所之行政管理，自有助於藥師專任下執行業務之品質保障，正面增進國民健康權之保護，亦符合我國憲法第 157 條國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度之意旨。

4、準此，系爭規定之立法目的係藉由加強藥師專任責任與防止執照出租之行政管理，以達國民健康權之保障，與我國憲法第 157 條、世界人權宣言所欲保障國民健康之基本人權目的相同，而聲請人以系爭規定僅係威權時代管理藥師之手段，而未考量立法目的實係為達國民健康及醫療權利等公共利益，實為誤解。

(二)依大法官釋字第 584、649 號對於工作權之限制，所採行三階段審查標準：「又按憲法第十五條規定人民之工作權應予保障，人民從事工作並有選擇職業之自由，業經本院釋字第四〇四號、第五一〇號、第五八四號、第六一二號、第六三四號與第六三七號解釋在案。對職業自由

之限制，因其內容之差異，在憲法上有寬嚴不同之容許標準。關於從事工作之方法、時間、地點等執行職業自由，立法者為追求一般公共利益，非不得予以適當之限制。至人民選擇職業之自由，如屬應具備之主觀條件，乃指從事特定職業之個人本身所應具備之專業能力或資格，且該等能力或資格可經由訓練培養而獲得者，例如知識、學位、體能等，立法者欲對此加以限制，須有重要公共利益存在。而人民選擇職業應具備之客觀條件，係指對從事特定職業之條件限制，非個人努力所可達成，例如行業獨占制度，則應以保護特別重要之公共利益始得為之。」系爭規定雖對藥師從事工作地點之職業自由有所限制，惟審酌其目的係出於上述透過加強藥師管理，強化藥師專任責任之措施，以達成國民保健目的、有助國民健康權保障之重大公共利益，則就法律是否違憲之審查應採寬鬆之審查標準，即立法者為追求一般公共利益，且手段與目的間有合理關聯性，又無違比例原則，應認對藥師的工作權尚無造成過度之限制無疑。

二、其他各類醫事人員（例如營養師法第 10 條、醫事檢驗師法第 9 條、職能治療師法第 9 條）相關法律，雖規定執業以一處為限，但均允許在向執業登錄所在地衛生局申請或經報備復，可至其他醫（藥）管理機構或場所執行業務，為何不准藥師在兩處執業？又是基於何種公共利益上的考慮？系爭規定禁止藥師支援他處醫療機構或藥局工作，是否影響國民的健康或醫療權利？對其專業服務之質量產生何種影響？

1 (一)按國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度，為憲  
2 法第 157 條所明定。次者，「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫  
3 療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。」  
4 「醫療機構應依法令規定或依主管機關之通知，提出報告，並接受主  
5 管機關對其人員配置、設備、醫療收費、醫療作業、衛生安全、診療  
6 紀錄等之檢查及資料蒐集。」、「於重大災害發生時，醫療機構應遵從  
7 主管機關指揮、派遣，提供醫療服務及協助辦理公共衛生，不得規避、  
8 妨礙或拒絕。」、「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職  
9 業法規規定，執行業務。」、「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當  
10 之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無  
11 故拖延。」、「醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病  
12 人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六  
13 十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。」、「醫療機構應接受  
14 政府委託，協助辦理公共衛生、繼續教育、在職訓練、災害救助、急  
15 難救助、社會福利及民防等有關醫療服務事宜。」、「中央主管機關為  
16 促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分  
17 布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」醫療  
18 法第 1 條、第 26 條、第 27 條第 1 項、第 57 條第 1 項、第 60 條第 1  
19 項、第 73 條第 1 項、第 77 條及第 88 條第 1 項分別定有明文，故知為  
20 達成增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度的憲法上目

1 的，衛生主管機關須促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，  
2 提高醫療品質，才能保障病人權益，增進國民健康，因此對醫療事業  
3 及醫事人員為統籌規劃，以踐行上述憲法目的之遂行。

4 (二)次按，醫事人員專門職業法規之立法之目的，在於確立醫事人員之身  
5 分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維  
6 護國民身心健康。且醫療服務之提供，具強制性及公益性不容否認，  
7 而醫療業務執行，又係高密度、持續性、專業性及技術性行為，與一  
8 般之消費關係性質有所不同。加上醫療業務執行，事涉國民健康，各  
9 類醫事人員於執行業務時，本即應投注全部時間與心力。是以，基於  
10 維護醫療品質、醫事人員職業安全衛生及病人就醫安全與保障國民健  
11 康等考量，我國現行醫事人員專門職業法規概均對其登記執業處所以  
12 限於一處為原則，另視其業務內容所需專業性、從業人員相較於服務  
13 人口比例與各該業別是否有特殊外在因素，始開放於特定例外狀況下  
14 得至其他醫（藥）管理機構或場所執行業務。

15 (三)再按，醫事人員以一處執業為限具有上述之公共利益考量，惟除藥師  
16 （實則另有藥劑生、牙體技師及牙體技術生）外，其餘各類醫事人員  
17 均有例外規定，亦即有限度開放在他處執業，例如急救、醫療機構間  
18 之會診、支援或經報准者是。惟得例外准予在他處執業，係指在緊急  
19 狀態或人力不足需求支援的必要下，始得為之；換言之，醫事人員之  
20 執業，原則很清楚地是在一處為限，其目的均在確保醫療資源被妥適



運用，且以國民健康之最大考量為依歸。僅有在人力不足，緊急狀況下才例外准予支援、報准方式，協助緊急狀況下需求醫事人員之病患。故執業一處為限，並非工作權之限制，而是國民健康權保障之憲法權利之要求。而例外之規定，亦非工作權的保障，而同屬國民健康權保障公共利益上的要求。

(四)查藥師法第 15 條規定藥師之業務如下：「一、藥品販賣或管理。二、藥品調劑。三、藥品鑑定。四、藥品製造之監製。五、藥品儲備、供應及分裝之監督。六、含藥化粧品製造之監製。七、依法律應由藥師執行之業務。八、藥事照護相關業務。」其中第五項關於藥品儲備、供應及分裝之監督，包含管制藥品管理條例第 3 條成癮性麻醉藥品或影響精神藥品等在內之管制藥品，及藥事法第 12 條之毒劇藥品，事關公衛安全與國民健康甚劇，基於藥品儲備與供應等之安全必要與管制需求，自以限於一處為宜且必要，故有別於營養師法、醫事檢驗師或職能治療師等之管理法令另設有除外規定。又進一步分析上述藥師業務內容，可知其業務之執行有於屬人之特性而要採取執照制外，另因藥品儲備管理上風險控管之必然之屬地特性，故限於單一執業處所，蓋藥師之專任責任制有助於責任歸屬之認定與民眾用藥安全之保障無疑，是系爭規定限制藥師執業以一處為限，不准其在兩處執業，誠基於上述公眾利益考量下之限制措施。

(五)又截至 101 年 11 月 6 日為止，我國目前經國家考試及格核准給予藥師

證書者有 38,223 人，加計藥劑生亦有 6,600 餘位，合計我國藥事人力將近 45,000 餘位，且依本署 100 年委託國家衛生研究院所做的「藥事人力發展評估計畫」，推估西元 2020 年時醫事機構與非醫事機構藥事人力需求僅共計 35,986 至 36,321 人，顯見目前藥事人力不虞匱乏。再者，依本署 100 年度「藥事人力發展評估計畫」研究報告（證物 1）指出：「在 2010 年時，藥事人力的需求推估為 27,000 人左右，而該年的實際執業人力為 30,000 人以上。這可能顯示目前藥事人力有供給大於需求的情形。這個結果與張怡秋（2008）和醫事人員需求推估論壇（衛生署，2010）所做的結論方向一致。」（參證物 1，第 85 頁），且該研究報告推估西元 2020 年時醫事機構與非醫事機構藥事人力需求僅共計 35,986 至 36,321 人（同證物 1 第 85 頁），由此可知，依目前藥事人員的人力需求而言，是供給大於需求，故藥事人員並無不足的疑慮。縱使至 2020 年止，藥事人力之需求，以目前我國藥事人力人數，均能充分供應。又依本署 100 年底按縣市別所調查之醫療院所醫事人員數統計，台澎金馬 22 縣市，不分院轄市或偏遠縣市，藥師、藥劑生執業服務人數尚無不足，是系爭規定禁止藥師支援他處醫療機構或藥局工作，並不影響國民的健康或醫療權利，相對而言，透過系爭規定建立藥師專任責任制，實更有助其專業服務質量之提昇與確保。

（六）另者，論者或疑藥師以外之其餘醫事人員既有例外規定得以至其他處所執業，縱屬是屬公共利益之緊急狀態，亦應許藥師得有此例外之規

1 定，以盡藥師從事公益之天職。惟查，藥事法第 102 條第 1 項既明定：

2 「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，  
3 親自為藥品之調劑。」故關於藥品之調劑，於藥師之外，醫師本即得  
4 為調劑。故縱於現行醫藥分業制度下，依 89 年 4 月 26 日修正公布之  
5 該條第 2 項「全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市  
6 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。」  
7 規定，於「無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形」之下，就藥  
8 品之調劑本仍有醫師得以調和補充（至於中醫藥品之調劑，並未實施  
9 醫藥分業，中醫師於具有符合調劑設備之執業場所執行醫療業務，本  
10 得依自開處方，執行中藥藥品調劑業務，併此指明。）（證物 2），已  
11 足周全保障無藥事人員執業或醫療急迫情形下之國民用藥需求的公共  
12 利益，是無須比照其他藥事人員之專門職業法規，特於限制一處執業  
13 之原則外，另列例外規定得以至其他處所執業之必要。

14 三、若開放藥師得在兩個以上處所執業，是否會造成公益的重大危害？是否影  
15 響全民健康保險之給付？如果予以適當的管制（例如採取許可制），則可否  
16 開放之？

17 （一）依據前述，基於藥師法定業務之特殊性，現行對於包含管制藥品與毒  
18 劇藥品在內之藥品儲備、供應及分裝，法令上既係責由藥師監督，若  
19 開放藥師得在兩個以上處所執業，首將面臨責任增加的情形，除須謹  
20 慎評估現行藥師於常態性藥品販賣、管理、調劑、鑑定及藥事照護相

關業務外是否確有專責監督多處執業處所之管制藥品與毒劇藥品儲存等之可能，衡諸此一監督責任涉及公衛安全與國民健康等公共利益，如何確保國民用藥安全與特殊藥品管制亦應一併考量。站在中央主管機關的立場，基於管制性藥品儲備等之安全需求與藥事管理之監督必要，認以限於一處執業為宜且必要，蓋藥師限於單一執業處所之專任責任制亦有助於可能藥害責任歸屬之認定與民眾用藥安全之保障，換言之，限制藥師執業以一處為限，不准其在兩處執業，係出於保全公共利益下之措施。

(二)另查，民國 86 年全民健保開始施行「醫藥分業」(註：僅西醫醫療機構，中醫醫療機構尚未實施醫藥分業)，以社區主義及「一人生病，二人照顧」之理念推動，達成「醫師專責診療」、「藥事人員執行調劑業務」之專業分工目標。同時，仍維持雙軌制，即醫療院所仍可聘藥事人員從事藥品之調劑，若未聘藥事人員，則應將處方箋釋出，由病患持處方箋至健保藥局調劑藥品。此係為使全民健保制度下，雙重確認機制減少用藥錯誤風險，並藉此管控藥價、避免重複用藥浪費，使醫藥資源之運用更為公平、效率。是以，若允許藥師得於二處以上執業，藥師於各處執業場所，均申請健保特約為保險醫事服務機關，非僅增加特約院所、藥局藥事人員之特約管理、提供藥事服務及費用核付勾稽等審理作業成本負擔，亦可能因非專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全。且為避免造成健保成本之過當支出，於維持總處方量及藥

1 師按人計算合理量不變之前提下，倘放寬藥師執業處所之限制，形成  
2 藥師競相多處執業以爭取有限之總處方量，顯無益於全民健保制度下  
3 醫藥資源之有效分配。反之，若不維持總處方量，健保成本勢必大幅  
4 增加，健保之維持更形困難，民眾之負擔更形增重。

5 (三)衡酌首揭立法上為達加強藥師管理，強化藥師專任責任，以達成國民  
6 保健目的，有助於國民健康權之保障之公共利益，若不採取執業場所  
7 限於一處之系爭規定，或可考量容許藥師於多處執業，而對於租借牌  
8 照者予以重罰，並加強查緝；抑或採取許可制，依個案申請准許得於  
9 兩個以上處所執業。然上開立法目的所追求者，為國民健康權之維護，  
10 倘一旦查緝有所疏漏，或發現違法而縱予以重罰，由非合格藥師之調  
11 劑等業務執行結果，國民健康所受損害恐已造成，而個案許可制，則  
12 須有嚴密之行政管理措施，除應整合各地方政府之審核作業外，如何  
13 全面追蹤、稽查藥師於各該處所之執業狀況，其耗費之行政成本更大，  
14 且縱然採此方式，因擴大藥師執業之管制範圍，更難以免租借牌照  
15 之行為，顯非有效可達成上述公益目的或效果之手段。況藥師多處執  
16 業，較諸專任管理或親自主持，勢必難以維持專業品質及穩定其與病  
17 人間關係之信賴感，此為容許多處執業之本質使然，尚乏可達成與專  
18 任管理相同效果之其他手段。準此，現階段尚無考量開放藥師執業處  
19 所限制之可行性。

20 (四)限制醫事人員執業之處所，實涉及總體醫療資源計劃，按「於重大災

害發生時，醫療機構應遵從主管機關指揮、派遣，提供醫療服務及協助辦理公共衛生，不得規避、妨礙或拒絕。」、「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定，執行業務。」、「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」醫療法第 27 條第 1 項、第 57 條第 1 項、第 88 條第 1 項分別定有明文。查藥師為醫療法第 10 條所規定之醫事人員，於重大災害發生時，自應配合主管機關指揮、派遣，提供醫療服務及協助辦理公共衛生；於平常時期，亦應配合中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，所為統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布等醫療計畫之執行。如藥師得二處以上執業，將使其真正執業處所無法確定，形成有登入之名卻未到場之實之流弊，直接造成醫療資源分布不均、人力分布無法掌握之窘境；更甚者，於重大災害發生時，發生人員有登入在場執業，實際上卻在另一處執業之無法或困難調度之困境，實無益於國民健康權之保障。

(五) 至於得否採取適當管制之許可制乙事部分，本署早已持續進行藥事人力發展評估計畫並採取適當之措施。依現況而言，藥事人力並無不足，業如前述，且開放藥師多處執業，除增加健保之負擔、造成醫療網計畫之缺口及於重大災害發生時主管機關無法有效調度醫事人力等等國民健康權保障不足之不利因素，並無其他正面之公益性存在，因此擬

維持現行法律規範，但會持續觀察整體醫事人員人力發展，亦會關注藥事人力之發展狀況。

四、本署 100 年 4 月 1 日衛著醫字第 1000007247 號函（下稱系爭函釋），規定藥師兼護士資格時，其僅能於同一處執業。究竟出於何種政策或公共利益之考量？其法律依據為何？如予以適當之管制，能否有更彈性的規定？

（一）按醫療服務之提供具強制性及公益性，而執行醫護藥事行為，係屬於高密度、持續性、專業性及技術性之業務，與一般之消費關係性質有所不同。加上醫療業務執行，事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，本應投入全部之時間及心力，並視個案病程進展，予以最妥適之照護。基此，醫事人員專門職業法規之立法，為確立醫事人員之身分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維護國民身心健康，對於醫事人員之執業處所原則上均以一處為限，輔以個別之業務特殊性，或例外設有別除規定，以求保障國民健康之公共利益最大值。是以，基於維護醫療品質、醫事人員職業安全衛生及病人之就醫安全等項考量，對於具備雙重醫事人員資格者，雖得依各該醫事人員專門職業法律之規定分別申請執業執照，惟以醫事主管機關之管理監督立場，其雙重資格執業場所宜以同一處所為限，而該醫療機構有關人力計算亦只能擇一，而不得分別充任計數，以利其執行業務當時身份別、權責義務與適用規範之明確釐清。尤於藥師兼具其他醫事人員資格者，囿於前揭藥師業務內容之特殊性，同時執業已非

妥適，至於其執業處所，由其兼具雙重身份執行業務本應肩負多重權責義務並適用全部各該身份別之法令規範以觀，法理上本即應適用較嚴格之藥師執業處所限制，以同一處所為限，尚非得主張可適用其他業別資格下相對寬鬆之規範無疑，況各類醫事人員執業場所所涉設置標準本即不同，是於國民健康權益保障、權責義務劃分與醫事行政管理之多重考量下，具雙重資格醫事人員自以執業場所同一處所且執行業務內容單一為妥。尤於藥師兼護士資格之情形者，在現行藥師法第 11 條：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」及護理人員法第 13 條：「護理人員執業，其登記執業之處所，以一處為限。」規定下，不論藥師或護士，其法定登記執業處所本即以一處為限，是不論兼具藥師與護士資格者係本於何身份別登記執行業務，本均以一處為限而無例外，又具雙重資格之同一醫事人員實際上同時執行業務既非妥適可行業如上述，則就藥師兼護士資格者，主管機關依法解釋下自應認僅能於同一處執業無疑。

(二)另查現行實務，本署對系爭藥師法第 11 條之適用上，業兼顧藥師執業之型態及目的，就執業處所以一處為限之規定，採取合目的性之限縮解釋。亦即在①藥事人員以執業登錄處所之藥局、醫院或診所名義至護理之家、安養機構提供藥事諮詢服務。(行政院衛生署 92 年 7 月 15 日衛署藥字第 0920040468 號函、95 年 9 月 20 日衛署藥字第 0950038114 號函、98 年 11 月 2 日衛署藥字第 0980085295 號函參照)②基於推廣



公共衛生業務及義診服務需求，參與醫療團體義診服務，執行藥品調劑工作。(行政院衛生署 92 年 3 月 10 日衛署藥字第 092001131213 號函參照)。<sup>③</sup>巡迴醫療於山地、離島或於無醫事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作。(行政院衛生署食品藥物管理局 100 年 8 月 1 日 FDA 藥字第 1000030737 號函參照)之情形下，均未認有違反系爭藥師法第 11 條之規定，顯然已就藥師法第 11 條規定之適用上透過行政機關之解釋裁量權為彈性的調整。上述採取合目的性之限縮解釋，實係顧及健保、整體醫療資源、醫事人力分布以及緊急醫療救護之因素，所為之行政裁量。

**五、同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，其執業場所的限制是否都僅限於一處，我國醫事人員法制上有無相關的規範？**

(一) 查現行醫事相關法令下本署所核發之 14 種類別醫事人員，除藥事人員（藥師、藥劑生）因前述業務內容包含管制藥品與毒劇藥品在內之藥品儲備、供應及分裝之特殊性，而於 68 年藥師法修正當時，基於加強藥師管理，強化藥師專任責任，以達成國民保健目的，保障國民健康權之公共利益，以系爭規定明定其執業處所應以一處為限（參照行政院衛生署 99 年 4 月 7 日衛署醫字第 0990008146 號函），暨牙體技術師、牙體技術生外（牙體技術師法第 11 條及第 17 條參照），其餘醫事人員均得依其各該醫事人員專門執業法律規定，經向執業登錄所在地之衛生局事先申請支援報備，經核准程序完成，可至他處所執行醫療業務。

(二)準此，關於具備兩項或多項醫事人員資格者之執業登記等行政管理事項，醫師法第 4-2 條規定：具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。本署遂於 93 年 4 月 16 日行政院衛生署衛署醫字第 0930200303 號令訂定發布「多重醫事人員資格者執業管理辦法」；98 年 11 月 12 日行政院衛生署衛署醫字第 0980215557 號令修正發布為現行「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」，該管理辦法第 2 條及第 3 條第 1 項明定：「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者（以下稱多重醫事資格者）執業，應擇一資格辦理執業登記。」、「多重醫事資格者依前條規定辦理執業登記，除法律另有規定外，得在同一執業處所執行其他醫事資格之業務。」另依據醫師法第 8 條第 3 項及第 4 項、護理人員法第 8 條第 3 項、物理治療師法第 7 條第 3 項、職能治療師法第 7 條第 3 項、醫事檢驗師法第 7 條第 3 項、醫事放射師法第 7 條第 3 項、營養師法第 7 條第 3 項及第 4 項、助產人員法第 9 條第 3 項、心理師法第 7 條第 3 項及第 8 條第 2 項、呼吸治療師法第 7 條第 2 項及第 8 條第 2 項、語言治療師法第 7 條第 3 項、聽力師法第 7 條第 3 項、牙體技術師法第 9 條第 3 項規定，各該類醫事人員申請執業登記之資格、條件、執業執照發給等其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。原配合上開醫事人員法之公布施行而訂定各別申請執業登記接受繼續教育及更新執業執照辦法，為求其體制及規定內容一致，實有整合之必要，另

於 101 年 10 月 9 日依行政程序法第 154 條第 1 項預告訂定「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」草案，其中第 20 條第 1 項第 1 款及第 5 款規定：「具有多重醫事人員資格者，得依其多種身份同時辦理執業登記，並應符合下列規定：一、執業登記處所，限於同一處所，且常所需符合設置標準及該場所可提供該類醫事人員執業辦理執業登記。...五、具師級及士(生)級之同一類醫事人員資格者，其執業登記僅得擇一資格辦理。」是為各該醫事人員專門執業法律授權下所訂頒關於多重醫事人員資格的人民其執業相關規範之法規命令。換言之，醫事人員之執業，原則很清楚地是在一處為限，其目的均在確保醫療資源被妥適運用，且以國民健康之最大考量為依歸。僅有在人力不足，緊急狀況下才例外准予支援、報准方式，協助緊急狀況下需求醫事人員之病患。故執業一處為限，並非工作權之限制，而是國民健康權保障之憲法權利之要求。而例外之規定，並非工作權的保障，而同屬國民健康權保障公共利益上的要求。

(三) 另按藥師既屬醫療法上之醫事人員(參醫療法第 10 條)，衡諸醫療法第 88 條第 1 項、第 77 條及第 60 條第 1 項明定：「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」、「醫療機構應接受政府委託，協助辦理公共衛生、繼續教育、在職訓練、災害救助、急難救助、社會福利及民防等有關醫療服務事宜。」、「醫

1 院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能  
2 力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」第 27 條第 1 項更規定：  
3 「於重大災害發生時，醫療機構應遵從主管機關指揮、派遣，提供醫  
4 療服務及協助辦理公共衛生，不得規避、妨礙或拒絕。」故為維國民  
5 健康之基本人權，本署應促進醫療資源均衡發展，並統規劃現有公私  
6 立醫療機構及人力合理分布，以因應緊急狀況發生時，得以適度的調  
7 派人力，對國民健康作最佳的照顧。所以才會將醫事人員之執業處所，  
8 一致的要求以一處為限。其手段固在管理，但最終目的是在國民健康  
9 基本人權的維護，此屬公共利益之範疇，應無疑義。

10 六、聲請人楊岫涓等略以「因行政機關怠惰，其意圖在不經考試下，開放藥商  
11 及中醫師可調劑中藥，影響國民健康，侵害藥師工作權，且破壞專門人員  
12 證照制度，明顯違憲」云云，為主張系爭規定違憲之理由，除與事實不符、  
13 不明其所指涉者為何外，亦不在本件聲請就藥師法第 11 條是否違憲之審理  
14 範圍之內。

15 (一) 查聲請人楊岫涓等略以：「按中藥為藥事法規範對象，調劑權本應由  
16 藥師為之。惟藥師人數不足（西藥師本不足，中藥師則從未舉辦考試，  
17 目前符之闕如），藥事法第 37 條第 4 項竟規定「中藥之調劑，除法律  
18 另有規定外，應由中醫師監督為之。」實務上即以此賦予中醫師調劑  
19 權。」、「此已違反平等權（憲法第 7 條）因西醫師須另聘藥師或釋  
20 出處分籤，但中醫師卻有調劑權；若謂前揭條文即可賦予調劑權，則

西醫師也有類似條文，豈非等於西醫師也有調劑權？」、「藥事法第 103 條第 1、2 項規定『本法公布後，於六十三年五月三十一日前依規定換領中藥販賣業之藥商許可執照有案者，得繼續經營第十五條之中藥販賣業務。』『八十二年二月五日前曾經中央衛生主管機關審核，予以列冊登記者，或領有經營中藥證明文件之中藥從業人員，並修習中藥課程達適當標準，得繼續經營中藥販賣業務。』簡言之，即開放中藥商得販賣及調劑中藥，而不須專任藥師駐店管理。」，指稱「衛生署 101.3.2 函暨嘉義市政府衛生局 100.6.7 函（聲證十）其引用『醫療機構設置標準』第 7 條及第 9 條及藥事法第 37 條第 4 項，認定『中醫師』有調劑權，亦屬違法且違憲，蓋藥事法第 37 條第 1、2 項規定『藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之』『前項調劑應由藥師為之。』顯見調劑權至少屬法律位階保障之藥師專屬權，而『醫療機構設置標準』位階僅為命令，卻逕自改變法律而認定，已屬違法。」及「...行政機關意圖在不經考試下，開放藥商及中醫師調劑中藥，則明顯違憲。蓋專門職業及技術人員若未經國家考試，縱由法律規定未經考試者得取得執業資格，亦屬違憲...。」云云（參聲請人 1020531 補充釋憲理由狀第 10 頁第三點），惟按醫師（含西醫師、牙醫師及中醫師）及中藥商之藥品調劑權本為法律位階之藥事法第 102 條及 103 條所明定，復為聲請人等所不否認，何來行政機關意圖在不經考試開放藥商及中醫師調劑中藥明顯違憲之情形？又其所主張「調劑權至少

屬法律位階保障之藥師專屬權，『醫療機構設置標準』位階僅為命令，  
卻逕自改變法律而認定，已屬違法」更是不知所云為何？

(二) 綜上說明，關於醫師與中藥商得為藥品調劑本均為法律所明文，尚非  
本署於法律所未規定者外以行政函釋所創設賦予，自無違反法律優位  
及法律保留原則之情形，聲請人指稱本署「僅憑一紙函示卻將調劑權  
賦予中醫及藥商，已影響人民健康醫療權益。況在法律上，調劑係關  
於人民之權利、義務且重大事項（中標法第 5 條）。故前揭函示既違  
反法律保留原則，且侵害藥師工作權（憲法第 15 條），又確壞專門人  
員考試證照制度（憲法第 86 條），實屬違憲。」云云（參聲請人 1020531  
補充釋憲理由狀第 13 頁第 1 行以下），顯與事實不符，亦不在本件聲  
請就藥師法第 11 條是否違憲之審理範圍之內。

七、綜上所陳，藥事法第 11 條之現行規定，並無違憲之虞。為此懇請  
大院駁回聲請人之請求。

謹 狀

司法院大法官會議 公鑒

證物 1：行政院衛生署「藥事人力發展評估計畫」研究報告。

證物 2：衛生署 101 年 2 月 16 日衛署醫字第 1010204932 號函。

中 華 民 國 102 年 6 月 10 日

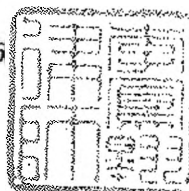
答 辯 機 關 行政院衛生署

1

2

法定代理人 邱 文 達

訴訟代理人 李鳳翱律師



## 司法院大法官審理解釋案件言詞辯論筆錄

(楊岫涓、蔡美秀、陳玲如、林英志、劉泓志五人及桃園地方法院錢建榮法官認藥師法第 11 條規定有牴觸憲法第 15 條及第 23 條之疑義，聲請解釋案，行言詞辯論)

出庭人員：

一、聲 請 人(人民) 劉泓志先生、楊岫涓女士、蔡美秀女士  
訴訟代理人 廖頌熙律師

聲 請 人(法官) 錢建榮法官 (臺灣桃園地方法院行政訴訟庭)

二、關係機關 行政院衛生署

代 表 人 康熙洲局長(行政院衛生署食品藥物管理局)

訴訟代理人 李鳳翔律師

三、鑑 定 人 黃文鴻教授 (陽明大學衛生福利研究所)

盧美秀理事長(中華民國護理師護士公會全國聯合會)

上聲請人等聲請解釋案，於中華民國 102 年 6 月 13 日 (星期四)  
上午 9 時在憲法法庭公開行言詞辯論，出庭大法官、研究助理及  
書記官如下：

審判長大法官賴浩敏

大法官蘇永欽

林錫堯

池啟明

李震山

蔡清遊

黃茂榮

陳 敏

葉百修

陳春生



陳新民

陳碧玉

黃璽君

羅昌發

湯德宗

研究助理陳宥群

饒夢華

書記官雷超智

廖敏婷

涂人蓉

林月蓉

審判長宣示：本次憲法法庭實施全程錄音錄影，並於本院網站同步直播開庭影音。

現在開始言詞辯論程序，請朗讀案由。

書記官起立朗讀案由：「楊岫涓、蔡美秀、陳玲如、林英志、劉泓志五人及桃園地方法院錢建榮法官認藥師法第11條規定有牴觸憲法第15條及第23條之疑義，聲請解釋案，行言詞辯論。」

審判長 本件係就藥師法第11條有無牴觸憲法疑義而為審理，大法官依司法院大法官審理案件法第13條第1項規定，認有言詞辯論之必要。參加本次言詞辯論者，聲請人方面以人民身分聲請者為楊岫涓女士等五人及其訴訟代理人；以法官身分聲請者為錢建榮法官一位；關係機關為行政院衛生署代表人及其訴訟代理人各一位，並本院指定陽明大學黃文鴻教授、護理師暨護士公會盧美秀理事長為鑑定人。

本日言詞辯論程序、時間及爭點，已事先通知聲請人、關係機關、鑑定人等，在此不再贅述。陳述意見時，請發言人先表明姓名及身分，並請注意控制時間，針對爭點簡明扼要，請勿

偏離主題以及重複相同之論點。發言時，顯示燈是倒數計時，發言時間 20 分鐘，依例於倒數前 3 分鐘，響鈴 1 聲提醒，時間屆至時，響鈴 2 聲；發言 10 分鐘，於倒數前 2 分鐘，響鈴 1 聲提醒，時間屆至，響鈴 2 聲；發言 5 分鐘，於倒數前 1 分鐘，響鈴 1 聲提醒，時間屆至，響鈴 2 聲。時間屆至，請結束發言。

現在進行言詞辯論，首先請聲請人楊岫涓女士及訴訟代理人廖頌熙律師陳述，應陳述應受裁判之事項及辯論要旨。請至發言台發言。

劉泓志先生 司法院院長、大法官、全國國民大家好，釋憲人：劉泓志；工作：西醫師；出生：南投。

今天釋憲人根據提告衛生署或衛生局總共 8 件終審敗訴判決，根據憲法第 78 條、第 172 條等及司法院大法官審理案件法第 4 條、第 5 條等，釋憲 8 案件及 3 大主題。第一主題：以命令給中醫師調劑權是違憲且妨礙藥師工作權；第二主題：藥師法第 11 條規定，藥師不可外出他處工作是違憲；第三主題：衛生署以函釋即行政規則，讓藥師兼護士無法同時使用二證書於二處工作是違憲，提出釋憲。

根據司法院釋字第 474 號解釋，有關人民自由權利應以法律定之，應以法律定之事項不得以命令定之，憲法第二十三條、中央法規標準法第五條、第六條均有明定，主管機關根據授權訂定命令，不得逾越母法規定之限度或增加法律所無之限制。另有釋字第 491 號、第 443 號、第 522 號、第 313 號、第 137 號、第 216 號、第 612 號、第 638 號等解釋可證。

因此，三大主題中之第一主題「中醫師調劑」部分，衛生署就是以命令(醫療法 12 條制定之命令)給中醫師調劑權，分明是違反釋字第 474 號解釋等規定，違憲妨礙藥師工作權、妨礙西醫師及牙醫師之平等權。因藥師短少調劑權，中醫師比西醫師、

牙醫師有特權可自行調劑藥品，違反釋字第 211 號、第 485 解釋之規定，即違反保障人民在法律上地位之實質平等。調劑權如此重大之事項，惟衛生署不以法律訂之，分明是命令逾越母法授權之限度。

第二主題「藥師法 11 條」部分，全國所有醫事人員，僅有藥師不可外出前往他處工作，明顯是不公平且妨害藥師之工作權。而衛生署總是以行政規則，不顧藥師法第 11 條、第 23 條「藥師不可外出調劑」之規定，架空法律，違憲讓特定與衛生署友好之藥師，外出去巡迴醫療及居家照護，不會被藥師法第 23 條罰鍰，此分明妨礙西醫師與護士等之平等權，因為藥師依特權外出執行衛生署所辦之計畫，不用報備，也不會被罰鍰。

第三主題「多證書人員」部分，衛生署就是以函釋（行政規則）或即將以超過法律授權之命令（非法律），違憲妨礙人民之工作權。

此三主題，都是衛生署以命令或行政規則，違反釋字第 474 號解釋等規定，違反重要人民權利義務應該以法律定之規定，以命令妨礙人民之工作權，並妨礙人民法律地位平等權之錯誤行政。衛生署為行政機關，不是自己說了算，其違反立法院立法方可影響人民權利義務之憲法規定，就是違憲、就是濫權。

茲就言詞辯論爭點，表示意見如下：

爭點一：藥師法第 11 條於 68 年之立法，是為了保障規定藥商之營業權，而非公共利益。美國加州、日本與香港之法律，藥師都可於多處工作；故藥師法第 11 條當然是過度限制藥師之工作權。

爭點二：禁止藥師支援他處，反而助長醫院、診所於藥師突然生病或住院時，租用藥師證書應急之機會。因為專業人員不是雜貨店買就有，禁止藥師支援他處，藥師突然生病或住院時，

醫院或診所通常以租用藥師證書應急之機會為多；所以藥師支援他處，反而可以解決藥師突然生病或住院時之緊急狀況。

另外，藥師只要比照西醫師行之有年之制度，也就是有證書登記方有合理量給付之制度，就不會增加健保之支出，也不會造成財政之負擔。只要限制被聘請幫藥商監督之藥師，不可支援他處工作，其他非藥商聘請監督之藥師，可以支援他處工作，就不會影響藥商之營業權，也不會妨害獨立自主藥師之工作權。

至於爭點四、五部分，釋字第 474 號解釋「人民之自由權利應予法律訂之」，而衛生署限制人民多證書人員資格同一處工作，衛生署只以命令與行政規則限制，並非以法律限制之。而前立法委員黃明和總裁醫師（秀傳醫療體系總裁）於立法院 90 年 5 月 7 日認為「中醫師兼西醫師只可擇一證書使用是違憲」。

結論：如衛生署認為中醫師可以調劑，藥師可以外出巡迴醫療，不會被藥師法第 23 條處以罰鍰，多項醫事人員資格之人民，其職業處所應該以一處為限，則衛生署必須提修法，經立法委員修法三讀通過，並且經違憲討論通過，方可以影響人民；而不該是衛生署擅自以超過法律授權的命令，以夾帶之偷偷摸摸宛如小偷方式，違反中央法規標準法第 5 條、第 6 條及釋字第 474 號解釋等違憲行政。

其他有重複之陳述，稍後請聲請人訴訟代理人廖頌熙律師補充說明。接下來，分別由聲請人楊岫涓藥師兼護士、蔡美秀藥師表達意見。

楊岫涓女士 釋憲人：楊岫涓；職業：藥師兼有護士證書；出生：台中。

藥師法第 11 條妨害藥師工作權及平等權，因為藥師工作權明顯差於其他醫事人員，不可支援其他院所工作。假如釋憲人體力可以，適逢藥局又休息，釋憲人要支援其他診所之藥師工作，

依藥師法第 11 條規定，是不可以的；但醫師、護士皆可支援其他醫院診所之醫師、護士工作多賺錢，這是不公平的。

釋憲人有護士證書也是辛苦考上的，因為釋憲人開立藥局而無法申請執業，於護理人員法第 8 條、第 9 條、第 12 條沒有限制下，衛生署以非法律之函釋妨害釋憲人工作權，係嚴重違憲。

蔡美秀女士 釋憲人： 蔡美秀；職業：藥師；出生地：台南。

釋憲人之兒子也是藥師，領有藥師證書，與釋憲人一同在泰源藥局工作，申請職業執照在案。每日晚上 6 時至 9 時，蔡美秀藥師一定藥局工作，藥局人力是充沛的，每天晚上藥局同時不需二位藥師，每天晚上釋憲人之兒子或釋憲人想支援其他診所，多賺些錢、學些經驗，囿於藥師法第 11 條規定不得為之；但台南永康羅立醫師卻可以，其直營診所之病人不多，羅立醫師每日早上可報備至其他醫院幫忙作勞工身體檢查掙錢，這是不公平的。所以，藥師法第 11 條明確妨害藥師工作權及平等權。

廖律師頌熙 釋憲聲請人訴訟代理人廖頌熙律師發言。大法官、鑑定人、各位先生、小姐，今日來此處向各位大法官報告今日釋憲之重點。大法官先前已函示聲請人 5 項辯論重點，訴訟代理人尊重大法官函示，於 10 天前已寄送書面資料予大院，所以書面部分不需要再重複，僅就該 5 點擇要說明，並且回應主管機關之意見即可。

大法官雖然函示 5 個重點，但就本次釋憲而言，應分二大類：一、關於藥師法第 11 條限制「藥師執業一處」部分。二、多重醫事資格人員，職業不僅限一處還「同一處」之部分。法律人遇此種狀況，可能會開玩笑地說，此係衛生署之「禁止二處主義」，只要看到「二」就是不行。

首先就「執業一處」為說明，當初之立法意旨，參立法院公報所載，係為管理藥商之用。為何會將管理藥商掛在藥師身上？

簡而言之，民國 68 年間，甚至更早 40 幾年之藥劑師法，當時既無全民健保也沒有醫藥分業，當時人民看病之次數較少，縱前往看病時，藥方多為醫師調劑，甚至私底下，有些或許是醫師娘或護士所調劑，此暫姑且不論。當時，既然醫師已經將藥師的工作做完，則藥師要作何工作？當時之藥師，排除在藥廠公司上班及考上公職人員之少數人，只有二個選擇，不是賣藥就是將其牌照租給藥商使用；即就藥師專門發揮而言，僅剩二類，不是自己賣藥就是將牌照租出去。所以當年的藥師法及先前藥劑師法，才會將管理藥商——限於一處工作之規定，掛在藥師身上。

時至今日，邁入民國 102 年之際，在全民健保及醫藥分業之情況下，藥師之需求已經大增，所以該規定有再進一步思考之必要。因為全民健保之實施，用藥大增；加上醫藥分業，又需要由藥師調劑；再加上鑑定人黃文鴻所言，現還有居家藥師服務，於這些情況下，還將 30 多年前甚至更久之前，管理藥師一處之規定，硬維持掛在藥師身上，此明顯有違憲之虞。

然衛生署謂：將藥師執業限於一處之規定，可促使藥師專心，提服務品質。釋憲人認為，此部分是將「專心」與「專任」混為一談，管制藥師於一處工作與專心做好該工作是兩碼事。蓋：一、藥師縱然不能在其他地方執業，也可以做別的工作；二、藥師亦可能繼續進修、上課，甚至晚上操勞家務等。所以將藥師執業限於一處與「專心」是二回事，因此，該手段與目的並無因果關係。釋憲人也贊同主管機關所言，各藥局應有專任之藥師，但此專任藥師，如釋憲人之前所言，該專任藥師有可能生病住院或出國進修之時，如不允許藥師之間，彼此支援此臨時性、突發性之情況，則藥局、診所就要關門收攤。故，有需要為了堅持 30、40 年前舊法，浪費藥師、診所之開業時間嗎？

此顯然值得質疑。

主管機關另外的說法謂：將藥師執業限於一處，可以減少租牌之風險。上開說法，亦係將執業限制一處與該藥師必然在該處實際執業，此二件事情劃上等號；惟實際上並非如此，因執業限一處，不等於該人在必然在該處執業。至於租牌的問題出在藥事法第 28 條規定，該條規定開放藥商可以聘專任藥師駐店管理。簡單說，即非藥師也可以開藥局，僅須聘一位藥師駐店管理即可；該藥師法律上稱「駐店管理」，惟實際上，其未必 24 小時或營業時間都守在該藥局。所以問題在此，而非以藥師第 11 條限制之問題。當然現在要改成藥商不得聘任藥師駐店管理是不可能的，因為此部分已經開放很久了；但是，管制藥商之規定，不能因此影響藥師的正當工作權。

就此部分，釋憲人亦認為，僅開放藥師支援即可。而就一位藥師僅能開一家藥店，一個藥師之牌照，只能由一位藥商聘之駐店管理部分，釋憲人亦表贊同。釋憲人並非要求到處執業、到處開店，所求者僅是與其他藥事人員處於平等地位，可以開放報准、可以支援，甚至同醫師就急診、會診、應診皆可做到。更何況，醫師依照醫師法有此種種例外後，各地國民都可以充分接受優秀醫師之照顧，或彼此扶持補足不足之處，也避免現大醫院大夜班非藥師人員超時工作之狀況。另外，大醫院夜班人員可能不具有藥師身分，是個公開的秘密，而此部分，的確是因為藥師法第 11 條限制不得支援，導致人員吃緊所造成之結果。

訴訟代理人印象中，藥師公會有函文表示「我國包藥之處方量是他國 2 至 3 倍」，惟衛生署一方面又說，我國之藥師人力很充沛。奇怪的是，為何一方面人力很充沛，而另一方面包藥量又是他國之 2 至 3 倍，所以根本最大的問題是出在「管制」。更

何況，於偏遠地區，依目前政策，開放醫師可以調劑。由此可知，偏遠地區本來就有藥師的需要，可是限於當地無法支援專任藥師之結果。而主管機關的態度，寧願退讓由醫師作調劑，等於放棄醫藥分業「藥師可以檢查醫師處方有無錯誤之機制」；衛生署為了維持原來舊規定，放棄醫藥分業之目的，其制度顯然有問題。

再者，衛生署也開放四個例外，於其書面意見第13頁列了三個函，即「開放藥師諮詢服務」、「開放義診」、「開放巡迴醫療」、「開放邊遠地區調劑工作」等四個例外，顯見舊的規定也無法維持。惟衛生署仍謂其作法為「合目的性限縮解釋」，但釋憲人認為此為違法的解釋；雖然違法，但負負得正，也許反而合憲，因為本來就應該開放。

最後關於健保給付方面要附帶說明的是，因現全民健保所採的是「總額制」及「點值浮動制」，所以開放藥師支援，不會增加全民健保之給付；加上全民健保，是以「合理量」作管控，即有幾個專任醫師、幾個專任藥師，才有多少之合理量；而將來開放藥師支援後，就健保的合理量，也是以專任藥師為準，而支援藥師只能補專任之不足，而不會因此提高健保量。此部分，訴訟代理人印象中，於鑑定人黃文鴻教授之鑑定報告中有提到。

最後，尚須特別提出說明的是「多項醫事人員資格執業」，本來各執業都限於一處，惟主管機關之態度是，除了限於一處外，尚須要「限同一處」。各專業人員，不論是律師、醫師，只要考的上，除了本條之醫事人員外，還沒有聽說要限一處執業，只要能考上醫師、律師、會計師，即可各展所長發揮；但主管機關對於多項醫事人員卻採取「限同一處」之態度，惟更早之前，衛生署對於多項醫事人員並非限同一處，而是擇一，即就算考



上一百個證照，也僅能從事一樣工作。

嗣經大法官就「限同一處」之辯論重點函詢衛生署，所依據之法律依據為何？衛生署之答復理由雖多，惟並未說明法律依據。實際上，僅存於各法規執業辦法之授權命令，惟該各法規係規定「限一執照執業限一處」，非很多張執照而限一處。勉強來說，僅有醫師法第 4 之 2 條授權訂定之「多重醫事人員資格執業辦法」，但參考當年立法意旨、修法意旨及該法律文義，應限於西醫、牙醫及中醫三類，非可擴張到每一種醫事人員；更何況，醫事人員之範圍究竟多廣，也是問題，亦未提及。

衛生署就「限一處」理由的態度是，「限同一處，可以提高工作品質」，釋憲人質疑的是：一樣的證照，為何於 A 處工作，又到 B 處工作，其工作品質就會下降？難道坐車會讓醫師或藥師的能力下降嗎？除了交通成本外，實在無法想像，分處執業對其工作品質有何差別，一個地方連續工作 10 小時，與在 A 地點工作 5 小時後再於 B 地點工作 5 小時之差別，僅在中間交通時間而已。所以釋憲人對衛生署所謂「分處工作，工作能力就會下降」之論點，實在無法理解。

另衛生署所謂「在醫事設備專業能力上，可以計算的問題」之論述，釋憲人同意之，並認為縱然有多張執照，也可採專任且限於一處。

最後，釋憲人所要求並非過度支援，而是希望能開放支援，因開放支援可以保護工作權及平等權，也保障國民之健康醫療權。

審判長 接下來，請聲請人錢建榮法官發言，聲明要求為如何之解釋及陳述辯論要旨，時間 10 分鐘，請於發言台發言。

錢法官建榮 非常感謝大法官對本案之重視，個人非常珍惜此次出庭機會，所以特地盛裝出席，以表示個人重視本案之態度。

個人想請各位大法官參酌二本書，即今年 4 月司法院出版的德國聯邦憲法法院裁判選輯第 14 集，司法院平均 1 至 2 年就會出 1 本，選德國該年度具有參考性之憲法法院判決，我們也知道大法官之釋憲史，是深受德國影響。另一本看起來非常舊，是在我舊家書架上找到的，是民國 79 年即 23 年前我大學畢業那年，司法院出版的西德聯邦憲法法院裁判選輯第 1 集，當時東、西德還沒有合併，我們今天要討論的藥師法第 11 條的案件，早在 1958 年西德聯邦憲法法院就已經針對類似我國藥師法第 11 條的規定作成違憲而無效的判決，而該判決就收錄在司法院出版的西德聯邦憲法法院裁判選輯第一輯中。算起來距離現在將近有 60 年，60 年後的今天終於有機會來檢討這個案子，我很難想像如果大法官最後作出的是合憲解釋，我不知道我國的人權保障還要落後德國多少個 60 年。

本案我聲請解釋的就只有藥師法第 11 條，我不知道後面還有這麼多的爭執，所以我只針對藥師法第 11 條作說明。什麼是職業自由的三階理論？其實大法官已經有太多號的解釋都援用這樣的合憲審查標準，最經典、完整的就是釋字第 649 號解釋，針對非視覺障礙者不得從事按摩業宣告違憲。該號解釋沒有任何大法官提出不同意見書。該號解釋已經完整的說明憲法第 15 條規定人民工作權是包括執行工作的自由及選擇工作的自由。選擇工作的自由又分為主觀條件的限制及客觀條件的限制，而立法者要對這幾個自由作限制的話，執行職業部分是一般公共利益；主觀條件的限制是要對重要的公共利益；客觀條件的限制是要對特別重要的公共利益。而大法官所作違憲審查的密度也就從寬鬆到最嚴格，也就是對客觀條件的限制必須最嚴格。

所謂主觀條件的限制，譬如要當醫師、藥師、律師，必須要通過考試，這是當事人透過後天的努力就可以想辦法達到；但

客觀條件的限制，就是因為主管機關或立法者一個限制下來，當事人根本沒辦法透過後天的努力可以達到。本案的執業地點限於一處的規定就是如此，我再怎麼努力都沒辦法打破這個規定，於是這樣的限制，立法者就必須說明，到底有怎麼樣極重大的公共利益，必須作這樣的限制。本案看起來像是地點的限制，但實際上這個地點的限制已經過度限制到藥師的工作權，我認為已經質變為對於第三階的職業選擇自由的客觀限制。尤其我想要請教的是，大法官在釋字第 659 號解釋特別強調人民的工作權不再是所謂謀生這樣單純的意願，它無名是人格發展自由的一個東西，我選擇怎麼樣的職業，涉及我人生的樂趣。該號解釋理由書開宗明義即闡明「職業自由為人民充實生活內涵及自由發展人格所必要」，誠如許大法官玉秀於釋字第 584 號解釋不同意見書提到，其實職業自由的第一個密切關聯應該是發生在人格發展自由，而不是公共福祉；在座的葉大法官百修也在釋字第 666 號解釋協同意見書特別提到，工作權之意義早就已經從謀生走到人格發展，其實它是一種人性尊嚴。

剛才聽到幾位聲請人提到，他們晚上想要去兼職，竟然不行，就只能鎖在自己的藥局，這根本就是限制一個人的發展。現在快要學測，如果有高中生想要當藥師，或者藥師畢業要投入職場，當他們發現藥師法竟然限制只能在一處工作，他們要怎麼選擇工作地點。我認為限制在一處工作才是藥師超時工作的主要原因，因為藥師必須鎖在一個地方，每天工作 8 小時，甚至配合醫師，可能一週要做滿 60 小時，不知道有沒有加班費。因此想要選擇藥師當職業的人，當他們發現藥師法竟然存在這個客觀上無法突破的限制時，他們可能不想選擇當藥師，於是主管機關希望更多人投入藥師市場的目的根本無法達到，因為這個規定根本把人家擋著，藥師變成是一個無法發展人格的職業。

回到藥師法第 11 條，主管機關所要作的限制，必須先提出極重大的公共利益。這裡的公共利益很明顯的當然就是國民的用藥安全及國民健康，可是衛生署的連結就是，國民健康必須建立在藥師必須親自調劑藥品的基礎上，於是認為調劑藥品必須限於一處才能夠專任。我想問的是，藥師就算在一處、二處，甚至三處調劑藥品，難道就不是親自調劑藥品嗎？他當然還是親自調劑藥品，所以這是犯了邏輯上思考的錯誤。再來，衛生署思考的是，如果開放二處以上，藥師就會產生借牌疑慮，我想請問的是，臺灣從民國 68 年到現在，難道沒有借牌氾濫的情形嗎？當偏遠地區沒有藥師要去執業時，或者大都會人口集中的地方，它需要高度的藥師需求，不可能只聘請一位藥師來替我賣命，於是要聘二、三位藥師，一位藥師平均薪資是六、七萬元，它為了要壓低成本，勢必反而採用借牌的方式，所以限制一處執業的規定，不是防止借牌的氾濫，反而是導致借牌氾濫可能的主要原因。

再來是人力的部分，衛生署一再說現在人力充足，我就覺得很奇怪，當年限制時是說人力不充足，德國當年限制時，也是基於人力不充足。現在衛生署一直想辦法論證說人力充足，所以不需要資源報備。我就覺得很奇怪，當人力充足或人力不充足，這二個相反的命題，竟然都可以作為同一個法律限制公共利益的理由，則這樣一個限制的理由就是建立在沒有根據的形象上。

依據德國聯邦憲法法院的經驗，如果開放藥師的資源，一個藥師很可能會開很多家藥局，會影響到其他藥師的執業。而藥師公會也是採取反對開放的立場，或許也是這樣的理由，可是德國聯邦憲法法院有提到，這個想像根本是建立在每一個藥師都想要去開藥局的這個沒有根據的想像上，因為開藥局，以臺

灣現在的人力、物力、資力要多大？所以很多藥師寧願選擇受雇，而不會去開藥局。但是受雇又只能受雇在一個處所，然後要賣命工作，他們當然不願意投入，所以衛生署一直很納悶，有 4 萬 4 千人領有藥師執照，卻沒有那麼多人投入市場，那是為什麼？衛生署還說要積極促進藥師投入市場，如果真要這麼做，那就解除這個限制，藥師才可能投入市場。

而且衛生署提出的數據是錯誤的，這個我在聲請書中有特別強調，衛生署用領照人數與登記執業人數以及實際執業人數有落差，這落差有 1 萬多人，所以衛生署認為人力充沛，其實這個充沛也是基於一個有問題的統計基礎。

最後我要提多處執業的問題，如果藥師兼有其他醫師、護理師的資格而只能選擇在一處執業的話，某個角度來講，根本是受限藥師必須在一處執業，因此你有多重職業資格仍然必須受限於一處。我常常在想，一個醫師上午當醫師，下午當建築師，我們也不會認為他規劃的建築物就會倒塌，那為什麼一個藥師、醫師、護理師在不同的處所執業，就說會影響國民健康安全？如果有這樣的疑慮，其實都是行政機關自己不盡責，不想法多增加考核、查核、查察等，而受限於只要行政便利，只要這樣規定就便於管理。如果人民的基本權是受限於行政機關管理上的方便，則我們討論基本權的限制就變得沒有意義。

主席 接下來請關係機關行政院衛生署陳述辯論要旨，時間 20 分鐘。。

康局長照洲 我是行政院衛生署代表食品藥物管理局局長康熙洲，茲就藥師法第 11 條是否違憲作以下說明。

#### 一、國民健康與國家醫療網政策。

1. 國民健康權是我國憲法所定人民基本權之一，也是行政機關應實現促進的政策目標。

2. 國家整體公衛醫療體系之規劃與建制，所涉層面及事項眾多，其中醫事人力及設施分布的監督管理是最不可或缺的一個基本要素，基此，醫療法第 88 條明定中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布。
3. 藥師法第 11 條：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」之規定，是基於保障國民健康、推行衛生保健事業與建構整體公衛醫療體系目的下，不得不然之手段措施。

## 二、藥師法立法精神。

1. 現行藥師法第 11 條規定：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限」。當時之立法精神係藉由加強藥師專任責任之行政管理，以達國民健康權之保障。
2. 藥師執業型態與其他醫事專門人員型態有所差異，其業務內容除直接面對病人外，亦包含產品管理、監製等，其執業場所也更具多樣性，因而更需專職於一處，以厚植其專業。
3. 藥師於執行調劑相關業務時，需與醫師建立信賴關係，並與病人建立長期而良好的互動，並增加病人之服藥依從性。而藥師亦為管理藥品之主體，產品無法隨各別專業人員移動，如有不同藥師分別管理，恐發生給藥錯誤之情形或其他安全之疏失。

4. 綜上，藥師應全力投入一處之業務，以保障國民之健康。

## 三、醫療服務提供具強制性及公益性，醫事人員執業一處為原則，醫療急迫與人力不足情形方有例外。

1. 醫療服務之提供，具強制性及公益性，而醫療業務執行，與一般之消費關係性質不同，係高密度、持續性、

專業性及技術性行為。加上醫療業務執行，事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，本即應投注全部時間與心力，以維護醫療品質與保障國民健康等目的。

2. 醫事人員以執業一處為原則。在人力不足，緊急狀況下才例外准予支援、報准方式，協助緊急狀況下需求醫事人員之病患。故執業一處為限，並非工作權之限制，而是國民健康權保障之憲法權利之要求。

3. 例外報備支援之規定，非工作權的保障，而同屬國民健康權保障公共利益上的要求。

四、醫療急迫情形與偏遠地區公共利益的例外情形，已於藥事法第 102 條明定。

1. 釋憲聲請人質疑藥師以外之其餘醫事人員既有例外規定得以至其他處所執業，如果屬於公共利益之緊急狀態，亦應許藥師有例外規定。

2. 藥事法第 102 條規定，於「無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形」之下，就藥品之調劑，醫師仍然得以依自開處方調劑藥品，已足以周全保障無藥事人員執業或醫療急迫情形下之國民用藥需求的公共利益，是無須比照其他藥事人員之專門職業法規，特於限制一處執業之原則外，另列例外規定得以至其他處所執業之必要。

五、針對我國藥事人力狀況，作以下說明：

1. 截至 102 年 4 月為止，我國取得藥事人員(藥師與藥劑生)證書人數為 50,532 人，執業人數為 32,227 人。

2. 依本署 100 年委託國家衛生研究院執行「藥事人力發展評估計劃」，推估西元 2020 年時醫事機構與非醫事機構藥事人力需求僅共計 35,986 人至 36,321 人，顯見目前藥事人力不虞匱乏。

3. 又依本署 100 年底依縣市別所調查醫療院所醫事人員數統計，藥師、藥劑生執業服務人數尚無不足。

4. 再看中華民國藥師公會全國聯合會及中華民國藥事品質改革協會本次來函，相關公會及職業團體都認為「藥師執業領域多元，專業服務內容迥異，限制藥師執業為一處，除為配合藥事法之專任精神，避免因跨業支援致專業服務品質良窳不一，並防止藥師超量執業致降低專業品質，目的在維護國民之用藥健康福祉，乃為增進公共利益…」，都認為藥師法第 11 條對藥師執業處所之適當限制，並無不妥。

以上是衛生署發言，請大法官鑒核採納。

李律師鳳翱 行政院衛生署訴訟代理人李鳳翱律師發言。茲就剛才康局長照洲的發言作以下的補充。先跟大法官報告目前實際上醫事人員的執業狀態，依照現行特別立法的法律規定都是限於一處執業，這從各個專門執業的法規可以看得出來。除了藥師、藥劑生、牙齒技術生之外，其他都有例外的規定。這所謂的例外規定，只就急救、醫療機構間的會診或支援，以及應邀出診，醫師才有應邀出診。其他經報可之下士可以有例外規定，到他處去執業。不過這個例外的規定，可以到他處去執業或支援，是指有大量傷病患臨時需要醫事人員人力處理的狀況之下所作的規定。所以這部分是在緊急的狀況及人力不足的狀況之下，才有例外的規定。

為什麼會有一處執業的限制？請看憲法第 157 條規定「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」；然後在醫療法第 88-93 條第六章針對醫事人力及設施分佈的專章規定。對於法律規範的內容，在此向大法官報告一下。「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構



及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。」「主管機關得依前項醫療網計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構、護理之家機構；必要時，得由政府設立。」「對於醫療設施過剩區域，主管機關得限制醫療機構或護理機構之設立或擴充。」這是在一般平常的狀態，如果遇到緊急狀態該如何處理？所謂緊急狀態，有一個緊急醫療救護法的規定。該法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理。二、送醫途中之緊急救護。三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。四、醫療機構之緊急醫療。所謂醫療機構之緊急醫療，一般急診的狀態也是屬於其中的一環。

可以看得出來一個現象就是，目前衛生主管機關透過各項立法，讓醫療資源得以均衡發展，醫療機構及人力得以均衡分佈，必要時可以對醫療設施過剩的區域，主管機關可以限制其擴充，甚至限制其設立，目的就是要將資源平均分佈，這是在臺灣的狀況，也包括人力部分。這是目前法律所規範的現實狀況，但是不可否認的事實是，現行國民健康體系的落實是以醫療機構及醫事人員為核心的一種建置；藥師、護理師都是醫事人員，這部分是不可否認的現象，所以也是在醫療網統籌的體系下。所以在現行醫事人員的專門執業法規，對其登記執業處所都限於一處為原則，就是在這樣的規劃理念之下所形成的。所以醫事人員執業登記限於一處的規定，乃是根據政府基於照顧國民健康，提升醫療服務品質、效力及均衡醫療資源的分佈所為的醫事人力以及醫療管理的一種作用，並落實憲法第 157 條立法的意旨。

所以藥師法第 11 條「藥師經登記領照執業者，其執業處所應

以一處為限。」的規定，是根據憲法第 157 條而來的。而不是單純只是專任或防杜借牌的作用，那只是一個手段，而不是原來的目的。為何藥師沒有上述資源報備的例外規定？這就是我們要考慮到的一個現象，剛才我提到過一個情形，急救及醫療機構間的會診及支援應事先報准的例外情況，就只有二種情況，緊急與人力不足的情形之下，才有所謂報准的情形發生。我們要檢視一下藥事法第 102 條的規定，其第 1 項規定已經告訴大家一個現象，就是醫師包含西醫、中醫，還有牙醫師在內，他們本身就具有調劑藥物的權限。但是第 2 項的規定在醫藥分業之後醫師的調劑權限是受到限制的。但限制的範圍是到哪裡？是在主管機關公告無藥師人員執業之偏遠地區或醫療緊急情況之下，醫師才可以去作藥品調劑。而所謂偏遠地區，衛生署有規定，是指在西醫診所 1.8 公里範圍之內沒有藥局的狀況之下，由各地的衛生主管機關會同醫師、藥師、藥劑生公會去確認這樣的狀況之後，去公布這是無藥事人員執業的偏遠地區。

根據這個我們可以理解一個現象，所謂無藥事人員的偏遠地區，本來就沒有藥局存在，藥師如何去支援？此時才例外允許醫師可以去作藥品調劑，所以符合藥師法第 11 條規範的現象。也許大家會有一個疑問，如果藥局臨時發生需要人力支援的狀況，可否商請在其他地方執業的藥師來支援？根據醫師法第 14 條規定，「醫師對於診治的病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日」，所以從資源的時效性來講，由醫師直接去作緊急支援藥師，醫師反而是作的最好的，其他的藥師從別的地方趕過來，其實都已經來不及了，因為這是臨時的狀態。所以立法是有這樣的源由在，脈絡思緒是可以看出這樣的

情況。

至於藥師是否可以在二個處所以上執業，會不會造成公益的重大危害或影響全民健康保險之給付的問題，我們有幾個面向可以作報告。第一個是病人權益方面，因為是非專任會影響藥師的服務品質或用藥安全是存在的，這在健保局、藥師公會、藥改會都有同樣的看法。另外一個是就醫療網規劃的建置上都有可能產生不利的結果，因為二處執業會造成醫療資源過度集中，會造成偏遠地區（包括無藥事人員執業的偏遠地區），反而造成沒有藥事人員願意去執業的問題。況且其他的醫事人員一律比照辦理的話，牽一髮而動全身，茲事體大，因為整個醫療網人力分佈的狀態會產生很大的影響，這個可能要請各位大法官三思。

若藥師在二處以上執業，將會使其真正執業的處所無法確定，會造成有登錄之名，但事實上無執業之實的流弊，將直接造成醫療資源分佈不均及人力分佈無法掌握的窘境。

另外從緊急醫療救護方面來看，因為你根本掌握不到人在哪裡，一旦發生緊急事故時，如何去找這些醫事人員？87年發生大園空難事件，飛機墜毀，那麼多人死傷，怎麼去調和？又如93年仁愛醫院邱小妹妹人球事件，要找一個病房，從臺北找到臺中才找到，事實上這牽涉到醫療設施以及人力分佈的調和狀態，所以這對緊急醫療救護方面會產生設計上的困難。

另外健保費用的負擔方面，我們要強調一個現象，健保的確作總量管制是不會增加，而所謂總量管制，難道不會作往上調升？一旦有變動調升的狀況，健保的負擔一定會產生。而且健保局直接講明一件事，如果開放藥師得在兩個以上處所執業或報備支援，健保局只有行政作業層面而已。非僅增加特約院所、藥局藥事人員之特約管理、提供藥事服務及費用核付勾稽等審

理作業成本負擔，亦可能因非專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全。所以看得出來無形上作業成本自然而是會增加的。如果採剛才講的總量管制的話，因為總量管制不是維持現有的狀態，它有可能調升，像現在健保費用每一年一直在調升的原因，事實上是根據整個醫療資源分佈的狀態不得不然的一個結果。所以如果藥師在二處以上地區執業的話，可能會產生這樣的疑慮，也請各位大法官參酌。

另外有關藥師與護士同在一處執業，究竟是基於何種政策或公共利益的考量，這其實與剛才一開始向大家報告的，整個醫療網的規劃、存在與用意，是有法律的依據，因為依照藥師法與護理人員法，本身就有這樣的規定，所有的醫事人員都是限於一處執業，解釋上當然也會限於一處。很重要的概念，基於專業是可分的、可多重的，但人格是不可分的，一個人如何同時在不同的地區執行不同的業務？站在衛生主管機關的立場，是很難去想像、規劃有這樣的情形。基於人格不可分、便於統籌管理，以及實現人民身體健康的目的，這樣的管制手段，亦請大法官參酌。

此外，關於「同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，其執業場所的限制是否都僅限於一處，我國醫事人員法制上有無相關的規範？」立法理由剛才已經向各位報告過，醫師法第 4 條之 2 規定：「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。」衛生署訂定的辦法中規定具有多重醫事人員資格者應擇一資格辦理執業登記。現有的執業人員，執業處所都是在一處，具有多重醫事人員資格者，從解釋上而言，也應該在一處執業為當。

聲請書提到衛生署透過命令，讓中醫師在都會區有中藥調劑權。要特別說明的是，藥事法第 102 條第 1 項明文規定醫師具

有調劑權，但基於醫藥分業，這種調劑權是受到限制的（同條第 2 項參照）。必須告訴大家一個很現實的困難，因為我國西醫的發展是比較進步的、周全的，中醫這部分比較不足，所以到目前為止，中醫並無所謂的醫藥分業，在未實施醫藥分業的情況下，對藥事法第 102 條第 2 項不得不作目的性限縮的處理，亦即中醫師不論在都會地區或偏遠地區都有調劑權，因為中醫師未實施醫藥分業，這個現實的困難不得不向各位大法官報告。所以，法律到底有無明文規定醫師有調劑權？有。中醫師有無調劑權？有，而非以命令的方式規定。

至於藥事法第 37 條第 4 項規定：「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」係涉及中醫師的監督事項，與醫師的調劑權是兩回事，醫師的調劑權限是規定在藥事法第 102 條第 1 項。

審判長 以下進行交互詢答。聲請人對衛生署的陳述有不清楚之處，或衛生署對於聲請人的陳述有不清楚之處，可以提出詢問，由被詢問者回答。

進行方式係先由兩組聲請人提問，由衛生署一併回答。每位提問時間是 5 分鐘，衛生署回答的時間是 10 分鐘。

先請聲請人開始，請在原席位發言即可。

廖律師頌熙 第一、關於藥師法第 11 條，衛生署有函釋開放 4 個例外，請看其書面意見第 13 頁，分別是諮詢、義診、巡迴醫療及偏遠地區，這 4 個例外也無法律依據。為何 貴署寧願採取合目的性限縮解釋的發函，來處理這些例外，而不願意支持本次的釋憲，以修法的方式來補足法律依據，並公開地讓全國的藥師知道是有例外的？

第二、根據醫師法第 8 條之 2 規定：「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之

會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。」醫師有 5 個例外，扣除支援、報准之外，尚有急救、會診及出診這 3 個例外。如果藥師或其他醫療機構函請 貴署就急救、會診及出診這 3 項例外，也作目的性的限縮解釋，不知 貴署的意見如何？

第三、就支援的必要性，因為大多數的診所，只有 1 位藥師，如果這位藥師住院、出國、車禍的時候，這家診所該怎麼辦？是全診所的醫事人員都休業嗎？還是有其他的辦法？其他辦法就釋出處方箋部分，因為是臨時性的釋出處方箋，其他藥局無法支援；其他的專任藥師也無法接受短期的受聘。我的問題是，當只有 1 位藥師的診所，遇到藥師臨時不能執業時，除了釋出處方箋、另聘專任藥師或休診這三種辦法外，還有無其他方法可解決？

第四、當醫事人員有多張醫事證照時，衛生署主張其執業處所應以一處為限，以確保專業品質。我的問題是，一樣一天工作 8 小時，為什麼在同一地方連續工作 8 小時，他的專業品質就可以確保，而在兩地分別工作 4 小時，專業品質就會下降？

第五、依照衛生署的看法，只要分處執業，專業品質就會下降，除了醫師執照之外，如果這個專業人員又考取律師執照、會計師執照，就衛生署的態度，是否也要在同一處所從事這麼多證照的工作，以確保其專業？

劉泓志先生 距離 5 分鐘還有 1 分 28 秒，請庭上准許我提問。

剛剛衛生署的訴訟代理人李律師表示，緊急的時候才有所謂的支援問題。之前我們有提供雲林縣政府 101 年 3 月 26 日府衛醫字第 1010006522 號函，受文者是「玄祐診所」，主旨：「貴所陳義雄醫師擬前往嘉義縣祐民診所執行醫療業務乙案，復如說明段，請 查照。」說明：「……二、支援核准事項如下：

(一)期間：自 101 年 3 月 24 日起至 101 年 12 月 31 日止。(二)時間：每週六，全天。(三)地點：嘉義縣祐民診所。……」此顯然與衛生署所言僅限於緊急狀況才有支援的情形不符。

再依行政院衛生署食品藥物管理局 101 年 1 月 3 日 FDA 藥字第 1011409613 號函第 3 點表示，最高行政法院 94 年 5 月 12 日以 94 年度判字第 814 號裁定及 94 年度判字第 971 號判決，認為醫師調劑權敗訴，此與剛才衛生署表示醫師具有調劑權的見解有所出入，請衛生署再作說明，因為如此一來，中醫師應該比照西醫師，亦無調劑權才是。

審判長 請聲請人錢建榮法官提問。

錢法官建榮 認為藥師一定要專任，其實是建立在所謂不可或缺的專業上。其背後的公共目的，剛才李律師鳳翔提到憲法第 157 條，姑且不論這是基本國策，或是在人民有請求權的給付基本權的社會福利之下，其前提當然是不能限制人民的基本權。在未限制人民基本權的前提下，一樣可以達成國民健康的目的，當然就可以去做，二者並未牴觸。

我想請問的是，如果專任是建立在不可或缺的專業上，只有醫師才有看診的專業醫療知識，連醫師都可以支援報備，很難想像為何藥師不行？律師不重要嗎？律師都可以到各處執業，建築師不重要嗎？當然也可以到處執業。律師涉及的可能是一個人的生死，建築師涉及的是一棟建築物的倒塌。以這樣的角度來看，為何僅藥師受一處執業之限制？德國聯邦憲法法院在 1958 年的藥房判決，就已經表示隨著社會日趨發展，藥房與藥師的獨占地位已經逐漸式微，那是因為來自 13 世紀，藥品不夠充足的情況下，但現在藥品的供應，已經不限於藥房，包括一般的藥品雜貨店或特定商店都可以販售毋須醫師處方箋的藥品。

其實各位可能還記得，7-11 便利商店前一陣子還在爭取要販售一般的成藥（普拿疼），為什麼他們敢這樣要求？可見成藥已經發達到內容與取得非常方便，在成藥大量生產之下，使得藥師一定要在醫師處方指示下配製藥劑的傳統角色，大為褪色。李律師也一直強調，醫師具有調劑權，如果醫師具有調劑權，現在只是基於醫藥分業之下，必須釋出處方箋給藥師。如果說偏遠地區無藥師，所以讓醫師可以調劑，換言之，藥師一定要在醫師指示之下的調劑權的專業特色其實是降低的。相對於律師、建築師或其他專業人員，為什麼獨對藥師要作這麼嚴格的限制？放眼其他所有的專業人員，好像只有對藥師有這種限制。相對於其他專業人員，藥師的專任色彩有這麼重要嗎？

審判長 請衛生署代表或訴訟代理人對兩組聲請人所提的問題，一併回答。

李律師鳳翹 就聲請人的提問，答覆如下。第一、關於藥師可以到其他地方執業，這部分我們要講一個現象，例如巡迴醫療於山地、離島或於無醫事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作，或作巡迴義診的服務，都是由政府主辦，而且具團體性，非私人間或私機構間私相授受的一種狀態，屬於政府公共衛生政策的一種活動，具臨時性，不會產生固定性的情況。在無醫事人員的山地或離島進行巡迴醫療，其實有其必要性，因為連醫師、藥師都沒有，不作巡迴醫療服務，對偏遠地區的照顧真的是不夠的，所以這是一種公共衛生政策下的必然現象。

第二、多張證照會涉及專業品質的問題，為何僅藥師有這樣嚴格的規定，其他醫事人員卻沒有？而且其他專門職業人員也沒有這樣的限制？要向各位報告的是，現在有社區藥局，社區藥局也是整個醫療網計畫下的一環，在都會地區要有社區藥局的發展規劃，偏遠地區一樣也要有，衛生主管機關有促使這些



專門職業人員去當地工作的任務。藥師與其他醫事人員是相同的，肩負維護國民健康的天命。藥師比較特別的是，不像其他醫事人員有支援或報准，因為支援或報准的緊急狀況是讓醫師直接有效率地工作。

第三、我們要強調所謂支援、報備，是在醫事人員不足的情況下，要採取支援、報備的方式，不限於緊急狀況。衛生主管機關一直要求地方衛生局要注意一種現象，對於報准支援的情形，要看看支援的機構、需求的機關，長期以往會不會造成人力分佈不均，一旦產生這種情形，是不能准許的；如果不會，才能准許，所以有一定的審核標準。

第四、專任與專業執業有一些關聯性，但不是唯一的關聯性。專業是必然的要求，既然考取證照，就必須專業執業。但專任促使更專業，專業只是專任其中的一個作用。

我們作以上綜合性的回答，謝謝。

審判長 請衛生署代表或訴訟代理人對兩組聲請人的主張或陳述有疑問之處提問，詢問時間不逾5分鐘。

李律師鳳翔 衛生署方面沒有問題。

審判長 若聲請人或衛生署需要請教鑑定人，經本席許可後發問，再由鑑定人答覆。

請聲請人之訴訟代理人廖律師頌熙發問。

廖律師頌熙 兩個問題分別請教鑑定人黃教授文鴻及盧理事長美秀。我拜讀過黃教授的鑑定大作，內容的重點是醫事人員的執業只要具法定資格，讓民眾了解其所接受的醫事專業服務，是由合法資格的醫事人員所提供就可以。依照黃教授這樣的看法，讓多執照的人分別在合乎執照規定的地方，從事執業或支援的工作，是否符合黃教授前面所講的，達到確認他的醫事服務是由專業人員所提供？

盧理事長的書面意見二提到現行法規並無禁止一人同時以「藥師」及「護理師或護士」雙重資格身分於同一或不同之處所執業。而且教育部亦推動雙學位制度，政府不宜限制努力取得雙重醫事人員資格者，於同一或不同處所執行其專業業務。要請教盧理事長的問題是，假設將來釋憲的結果是讓藥師兼護士的人，在藥局休息或沒有營業的時候，去別的地方支援護士的工作，這樣是否符合盧理事長的意見，並且可以解決現在面臨的很多血汗護士的問題？

謝謝。

審判長 先請鑑定人黃教授文鴻說明。

黃教授文鴻 各位大法官、在座的各位女士、先生，就自己的專業而言，這是一個很高的榮幸，能夠有機會在這裡參與攸關公共利益、藥師執業權利的言詞辯論。

剛剛廖律師所提的問題，我在鑑定意見書中已經表達得很清楚，以民眾或公共利益的角度來看，只要確認民眾在接受專業服務的時候，是由專業人員依法而且是在政府的規範下所提供的，基本上要不要加以更多的限制？如從人民的權利與公共利益的角度來看，可能是衛生主管機關需要斟酌的部分。剛剛不管是聲請人或者主管機關對於藥師於一處執業為限的背景，已經作了一些說明與解釋，我自己在看這些問題的時候，覺得不管是聲請人或主管機關，其實立法原意或現在，都是建構在一個不信任的基礎上。不信任政府對於專業人員執業有足夠的管理能力，不信任專業人員個人的守法能力，所以大家總是覺得在法律規定之後，要防止可能產生的弊端。一個民主社會的共識是，大家共同遵循法律的規範與政府依法所訂定的管理規則，假設因為有少數人會走法律漏洞，有些人有道德瑕疵會實現個人利益而不遵守法律的規範，我覺得這個民主法治社會的

基礎是不存在的。所以我希望不管是聲請人或主管機關，甚至崇高的大法官，在談這個問題時，必須讓民眾知道法律制定的基礎是在保障民眾的基本權利以及公共利益。政府在作規範時，公共利益與人民權利之間的平衡點，政府應該作適當的考量。

第二點提到多重執業，這部分比藥師執業以一處為限有更多的爭議，雖然多重專業與執業延續之前的精神，只要是具有合法的專業資格，符合提供專業服務該有的規範，基本上是可以不必限制。不過如果看衛生署的解釋，之間是有一些矛盾的，例如 100 年開放醫師具有藥師資格者，可以親自調劑其所開的處方，但事實上這個規範忽略了在保障民眾用藥安全方面，醫師與藥師兩個專業之間，有一定程度相互監督的功能，這是推動醫藥分業非常重要的基礎，也是世界各國認為醫師與藥師兩個專業共同照顧民眾用藥安全，絕對比醫師單一提供來得有幫助。顯然衛生署的解釋，我認為與這樣的精神是有衝突的，而且可能不盡然符合民眾用藥安全的利益。專業之間有多重專業，剛才廖律師也提到，如果醫師另外有建築師資格，此時衛生署要如何規範？現在衛生署能規範的，只有多重專業中醫事專業執業的部分，其傾向以一處執業或擇一執業為限，但在同一地點，還有其他專業時，要如何考量？我覺得這是配套措施的問題，重點是民眾要知道他所接受的服務為何。即使醫師具有中醫師與西醫師資格，只要符合診所設置的規範，民眾很清楚知道現在接受的是中醫師的服務或西醫師的服務，只要民眾被明確告知，會不會影響到公共利益？這點可能是衛生署比較沒想到的。現在的醫療團隊傾向於整合性的醫療團隊，換言之，是各個專業一起做，此時如果整合性的醫療團隊需要在不同地點照顧民眾時，以執業地點去限制，是否為最適當的方式？可

能衛生署需要慎重地考量。

以上是我的意見與回答。謝謝。

審判長 請盧理事長美秀說明。

盧理事長美秀 大家好。關於藥師兼具護理師資格，可否在同一處所或不同處所服務？根據相關法規，並未明文禁止。剛才也提到，有很多診所只有一位藥師或一位護士在提供服務，他們當然有休假或病假，不能前來上班工作的時候，在這樣的情況下，登記執業當然還是以一處為限，但是如果經過支援報備，應該是可以在同一處所或不同處所服務。尤其具有藥師資格者，因為某診所護士休假或其他原因無法提供服務時，他願意在休假期間到該診所執行業務，對於維護病人權益是很有幫助的。

謝謝。

審判長 請問衛生署方面有沒有要對鑑定人提出問題？

李律師鳳翹 衛生署方面沒有問題。

審判長 交互詢答的程序還有一些時間，現在進行下一輪次的詢答。聲請人對於衛生署的陳述如有疑問之處，請再提問，接著由衛生署回答。

劉泓志先生 根據行政院衛生署 100 年 7 月 1 日衛署醫字第 1000014524 號函表示，所有醫事人員於執業登錄場所以外處所執行業務，不管是否為義診，都應依各該醫事人員法律規定，經向執業登錄所在地主管機關事先報准後，始得巡迴醫療或義診。所以我們手上會有嘉義縣政府 101 年 11 月 30 日報准林宜亭護士支援巡迴醫療，及嘉義縣政府 100 年 7 月 5 同意備查劉泓志醫師前往醫療缺乏地區巡迴醫療的公文。換言之，必須具有公益性質才能報備同意巡迴醫療。但剛才衛生署方面竟然表示政府舉辦的，藥師不用報備即可巡迴醫療，就這部分請問衛

生署，如何管控該藥師究於何處執業？因現今衛生署電腦系統只要報備到他處，均有明確記載醫師例如 6 月 13 日上午或 6 月 14 日上午於何處執業，而藥師反而無法管控何時出去巡迴醫療。再者，藥師巡迴醫療不用報備，但醫師、護士巡迴醫療卻必須報備，對於醫師、護士而言較不平等，形成藥師有特權的狀況。

第二個問題，剛才提到因為調配人力，所以陳義雄醫師才獲准至祐民診所支援。同樣的狀況，藥師也會因生病、婚喪喜慶而有人力不足的情況，如此，對於藥師開藥局的經營權而言，是否只能關門？但醫師參加婚喪喜慶或生病，則可請其他醫師幫忙。

第三個問題，依藥事法第 103 條規定，衛生署、行政院及考試院必須辦理中藥商、中藥師之調劑考試，但 20 年過去了，衛生署沒有辦過 1 次中藥師考試，是否因為這個因素才造成衛生署所強調的中藥師不足以調劑中藥的問題？

審判長 請衛生署回答，時間為 5 分鐘以內。

李律師鳳翹 針對聲請人的問題，作以下回答：首先必須說明，以現行法規規範來看，如同前述，藥師、藥劑生、牙體技師及牙體技術生並沒有例外規定，其他只要經過報准或一定資源的處理方式，即可至他處執業協助。而剛才所提衛生署舉辦巡迴醫療於山地、離島或無醫事人員執業之偏遠地區執行藥品之調劑工作，與本案的報准是兩回事，劉醫師也提到目前的醫療機構必須適度瞭解醫事人員於何處執業，以便於醫療網際化人力分佈的展現，目前已經朝這個方向來邁進。在無醫事人員執業之偏遠地區，因為沒有人願意前往執業、支援，只能由政府辦理，依憲法第 157 條規定，國家為保障民族健康，必要時實施公醫制度，所以由公家機關介入辦理。

另外，關於未舉辦中藥師、中藥劑生考試的問題，因為有現實的困難，因調劑中藥涉及師徒制的傳統，不若西藥在藥師、藥理方面已經成熟，在規範上也很穩定。但衛生署已經在研議中藥師、中藥劑生的考試事宜，只是目前尚未辦理。因應前述狀況，目前有三種符合資格的人可以調劑中藥，1、中醫師。2、經受訓取得一定中醫 16 學分的西藥師。3、在歷史因素之下，具備中藥基本知識及鑑別能力之人員在中醫師的監督下亦可調劑。目前調劑中藥是以如此的制度運轉中，站衛生署的立場，事實上是有所不足，但會逐步改進。

目前衛生主管機關在有限資源之下，儘量就醫療資源例如設施、人力之分佈作最佳的處理，但最佳不代表完善，也不代表絕對最好，惟已利用有限的資源作最佳的配置。

審判長 請問錢法官建榮有無提問？

錢法官建榮 從廖律師的書狀才得知原來民國 98 年曾提案修正藥師法第 11 條，改採例外支援報備制，當然這是利益團體的想法，但也代表很多藥師有同樣的想法，所以立法委員才會提案。請問衛生署基於何目的同意或不同意作如此的開放？目前看起來全國藥師公會的立場是反對開放，為何原來應該為藥師利益發聲的團體會不願意開放？是否因為藥師之間也有所謂的「角力」？必須強調一點，以德國聯邦憲法法院的藥房判決為例，所要追求的公共利益是國民健康，如果開放可能壓縮甚至影響藥師間的競業競爭，不該是執業自由之公共利益所要考量的，而是執業配套措施考量的問題，那部分如果要一併納入思考，也不該是國民健康之公共利益的問題，除非藥師間的競爭會產生影響國民健康的狀況。但我的看法是這些競爭反而更有利於國民健康的發展，讓藥師可以直接到偏遠地區支援，不需要報備。舉例而言，假如律師只能限制於一處執業，每次花東、蘭

嶼地區的案件必須先作支援報備才能執業，果真如此，會變成沒有律師要去。如此的限制反而害了民眾，對當地的民眾而言，也是需要值得信賴的藥師。尤其衛生署一直主張的理由是人數已經足夠，但我要強調衛生署所提供的數據是錯的，該數據是領有執照的人數，而領有執照的人數與實際執業的人數從 4 萬 4 千人到 3 萬人甚至不到 3 萬人，中間的落差有 1 萬 5 千人左右，這麼多的藥師沒有投入市場，理由為何？衛生署口口聲聲說要作的是如何促使這些藥師積極投入市場，但反過來卻用法令限制藥師使其不願意投入市場，請問衛生署有何方法能促使這些藥師投入市場？系爭條文是促使藥師投入市場，或其實是妨害藥師投入市場？

審判長 請衛生署回答。

李律師鳳翱 關於錢法官提到民國 98 年曾提案修正藥師法第 11 條的問題，該案是由立法委員廖國棟所提，內容確實有提到要增訂支援報備之規定，但該案最後決議交由社會福利及衛生環境委員會審查，是提案後衛生署並沒有接受該案的通知，也未在立法院進行該案的報告或審查。所以該案只是立法院內部的作業。

之前衛生署提供的資料與今天報告的資料事實上有一些落差，在此作說明。至民國 101 年 4 月為止，領有藥師、藥劑生執照者為 50,532 人，執業者為 32,227 人，剛才康局長也有報告這部分。之前民國 100 年時衛生署曾委託國家衛生研究院作藥事人力發展評估計畫，其實已經評估很多年，推估 2020 年時有關醫事機關與非醫事機關的藥事人力需求，大概落在 35,986 至 36,321 人之間。該份計畫距離現在 2013 年大概是 7 年的時間，由此可知，現今及近期藥事人力計 3 萬多人應該是足夠。而且以民國 100 年的狀況來看，當時藥事人力需求評估是 2 萬 7 千

人左右，但真正執業的有約 3 萬人，所以看起來藥事人力是充沛的。重點應在於藥事人員如何作移動，在各地區作最佳的藥事服務？這是衛生主管機關應該處理且已經在處理的，只是目前可能未臻完善。

至於中華民國藥師公會全國聯合會的想法，衛生署無從置喙。如同錢法官所言，本案問題在於工作權與國民健康權之間如何移動，系爭規定究有無危害到藥師的工作權？站在國民健康權之公共利益的立場，依憲法第 23 條規定，該危害應被允許。本案問題在市場、業界及衛生單位間已經爭執很多年，其實衛生署也很樂意藉由本案解釋作適當的處理，不過還要有勞各位大法官，衛生署有些不好意思。

審判長 關於訴訟進行的程序及時間的安排，本席想作一些調整，原先預定 11 時起休息 20 分鐘，11 時 20 分進行大法官詢問，提前為現在（10 時 40 分）休息 20 分鐘，11 時繼續辯論？請問兩造有無意見？（無異議）

現在休息 20 分鐘，11 時繼續辯論。

本案繼續辯論。（11 時）

接著進行大法官詢問，受詢問人回答時間原則上不逾 5 分鐘，請在席位上回答。

現在請各位大法官開始詢問。

羅大法官昌發 有幾個問題請教：

首先，請教錢法官建榮。錢法官非常強調極重大公共利益這個因素。衛生署在談公共利益時，分別提出了醫療資源均衡發展、合理分布、藥師管理、藥師醫師的信賴搭配、品質及病人權益等問題，這些是否都算是極重大公共利益？或是這些確實是重大公共利益，只是目前衛生署的管制方法不是達到確保這些重大公共利益的合理、有效方式？就錢法官的看法，有無其



他類似或相同有效之方法可達成這種公共利益，而對藥師工作權之限制程度較低或較輕微？

再請教聲請人訴訟代理人廖頌熙律師，聲請人有提到他們只是要求開放報准與支援；聲請人的看法，是否認為相關機關之限制還是有他的道理，只不過限制稍微超過了一點；除了報准與支援外，其他部分如限制執業處所的規定有相當之正當性？就你們看法，是否有其他同樣有效的方法可達到相同的管制目的，而對藥師的工作權限制較少？

請教衛生署，剛才提到的公共利益大致有二個類別，基本上都是涉及國民健康權，即國民應該有機會由藥師提供相關的專業服務；另外，藥師服務的內涵應具有一定的品質。剛才提到的均衡發展、合理分布，其所稱之公共利益，透過限制一處，與國民有權接受由藥師提供專業服務這一點，有何關聯性？目前限制一處是否為唯一的方法？或有其他的方法，而對藥師的權利限制較少？

請教二位鑑定人，希望能夠提供一些參考的意見。聲請人之前提到若干的外國立法前例，容許藥師在不同處所執業。假設我們要參照外國立法例，作為決定的重要性素材，考慮外國的這些規定時，也要將不同背景納入考量，例如人口結構不同、藥師服務工作市場結構不同、醫療體系結構不一樣等；或許還有哪些因素需要我們考量，外國規定是這樣，但我國未必要一樣，背後道理在哪裡？

審判長 先請錢法官建榮回答。

錢法官建榮 我再以德國聯邦藥房判決為例，所謂國民健康、用藥安全，當然是特別重要的公共利益，無庸置疑。我剛才一開始也說，我承認保障國民健康絕對是一個特別重要的公共利益，不僅是一般的公共利益。問題是，主管機關以這樣的限制，

能否證明如果現在開放限制，會導致國民健康遭到嚴重危害的最高或然性的證明？我認為沒有。也就是主管機關一再去用很多想像上的理由，甚至連人力是否充足，剛才衛生署訴訟代理人說從4萬4千多人變成5萬多人，實際執業人數只約3萬人，所以有2萬多人根本不在這個市場中，卻又說人力是充足的，當初的算法，每萬人有11位藥師的數字是用4萬4千人去算的，我認為不對，應該用3萬人去算，所以我認為連人力是否充足的數據都是錯誤的。更別說我不認為人力充足就要限制藥師在同一個處所執業。剛才一直強調，職業自由絕不是在講所謂的人的生活照顧，它其實還包括人性尊嚴及個人的自由發展。我如果選擇一個職業，就變成永遠無法發展別的職業，尤其還訂定了「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」的限制，現在還只能限制一個。某個角度來說，我認為是被藥師法第11條限制住了，若還是只能選擇一個職業，我認為就是德國聯邦憲法法院在其他案件中所說的「兼業禁止原則」，導致一個人無法執行二個職業的限制，一樣是對職業選擇自由客觀限制的侵害。大法官在好幾號解釋中都強調，這應該作最嚴格的審查。

至於有無其他有效類似的開放方式？對照其他醫事人員法規，要有一個支援報備制，我覺得這是最基本的，甚至不只支援報備制，可能還要去想像其他各種理由。我覺得比較有趣的是，怎麼樣去做公共行政的管制，應該是專業機關的事情。如果大法官或法官在提出人權保障時，還要順便幫主管機關想如何的公共利益理由才能達到他的管制，那還要行政機關做什麼？還是要行政機關自己去設想，因為他才有那些專業。而釋憲者應站在人民基本權有無遭到不當限制。

我還要強調一點，職業自由只是在處理比例原則的第一階適當性原則。換言之，德國的藥房判決其實是說連適當性管制都

無法達到，因為它無法達到所謂的保障國民健康利益。更別說比例原則第二階的必要性的最小侵害原則的手段，其實還可以選擇別的方式，例如羅大法官方才說的支援報備制，我認為還有很多方式。這部分行政機關若還只是用想像上的理由，去說明這會造成國民健康的危害，我認為沒有提出一個有效的數據證明。

審判長 請廖頌熙律師回答。

廖律師頌熙 關於限制處所一處，是否有一定的道理？我認為只要能確保民眾所接受的是專業服務品質，本來就不該限制一處。如同錢法官建榮及本人方才的論述，民眾所受的服務品質是由專業所提供的。在台北提供，或在高雄提供，或是早上台北、下午高雄，都是由專業人士提供的，本來即無限制一處之必要。

附帶說明二種情況有這方面的困擾，可能還需要綜合考量：一，藥商聘用的駐店管理藥師的問題，這是長久以來開放藥商可以聘用駐店管理藥師的結果，這是歷史上的困擾。在藥局幾乎是24小時營業的情況下，要再做支援開放，其實有困難。這種情況是否限於該處，是否要支援開放，可另為考量。這部分在黃文鴻教授的鑑定意見第3頁提到這種駐店管理藥師要作特別的考量。二，雖不限制一處，但是我也認同為了健保給付的必要、有效、合理情況下，應讓其可以選擇一處做專任工作，其他地方做支援。支援只是補臨時性的不足，而不是要他無限制的多處去申請健保給付。在綜合考量上，我們也有替健保想過，若各處都能當專任藥師、護士、醫師，在健保給付上可能會出現困擾。所以雖然還是可以多處執業，但專任上只能選擇一處，以與健保給付方面做綜合平衡的考量。

再者，為何我們請求開放的只有報准、支援兩類，為何不請

求其他的部分？這部分我可能寫得不夠清楚，就藥師法第 11 條的例外部分，我們希望比照醫師法第 8 條之 2，除了報准、支援外，還有急救、出診、會診三類也可以，說實在的本來也是有必要的。如果報准開放後，急救、出診、會診三類放在報准中，其實也是可以做到的。當然也要看行政機關的態度，若他們將報准範圍規定得很小，急救、出診、會診三類都不要的話，也會導致這個開放為善不足。因此，站在聲請釋憲立場，我們希望比照醫師，開放不僅有報准與支援，急救、出診、會診三類等都應該拉平，甚至廣義來說，所有的醫事人員都應做這樣的考量。

最後一點，配合醫師及所有醫事人員都做綜合考量，可讓健保給付有一致性的考量，因為健保本來就開放醫師支援，也有一套配套的措施，支援的醫師不能算入合理量，健保的給付比較少，這些都可作統一的綜合考量，這樣的配套措施比較完整，不會掛一漏萬。剛才還提到牙體技術生的問題，為何也有執業一處的限制？所以我們認為不必做這麼多的限制。

審判長 請衛生署代表人或訴訟代理人回答。

康局長照洲 綜觀目前的爭端，都在站在執業人的執業為考量，而且用律師、建築師來作比喻，但衛生署是基於整體醫療資源，醫療法第 88 條有清楚的規定。在整個的過程中，我們都忘了最重的是以病人為中心，因為以病人為中心，有其專業性、地緣性，所以藥師的出發點必須專業、專任、專職。在整個公共利益方面來說，臺灣雖然似乎是一個很小的地方，但我們也了解到，所有人口結構及資源分配還是不太一樣的，所以衛生署必須考慮到整體醫療資源的分配。

其他各國家的發展，雖有同樣的規定，但並非唯一的立法依據，只可作為參考。剛才提到德國，該國藥房法的規定，限制

僅具備藥師資格者得設立藥局，且一位藥師只能設立一個藥局，禁止連鎖藥局的經營，事實上就是藥師執業處所限於一處。李律師鳳翱 補充說明，整個醫療計畫中，一定會區分平時與緊急。平時的狀態中，有一部分緊急的醫療業務也放在裡面。事前建制以因應突發狀況，這個概念我們應該要具備。

還有一點向大家報告，社區藥局雖非醫療機構而屬其他機構，但是整個醫療網體系下的一環。剛才提到一個現象，均衡發展、合理分布的公共利益何在？目前依照醫療法第 88~93 條規定，在醫療過剩的地方，主管機關可以限制設立或擴充，直接作限制。目的很單純，在這裡設置了機構(硬體)，人就會進來。如果不讓你在這裡設立或擴充，有時候會移往他處，這種概念一直都存在，這也是衛生署一直在從事這部分的建制的理由，所以公共利益的觀念是存在的。我們不只要看平時，也要注意突發的狀況，這個突發狀況或許大家都可能遇到，在轉診救護車上，都屬於緊急醫療體系下的一環。

另外，我們一直擔心一個問題，如果藥師生病了，沒有人來支援，是否不必再做這些事情？很多時候藥師在執行業務時生病了，要作請假，但不代表其他的業務不能做。依據藥師法第 15 條，藥師之執業範圍，不限於藥品的調劑，還有藥品的販賣。另外，要考慮的是管制藥品，管制藥品有管制藥品條例，有特別的立法過程，這部分也要由藥師做專業處理，有更嚴格的方式，若弄錯的話，管制藥品不當流入市面，就是我們所說的毒品，因為大部分的管制藥品與毒品的同質性非常高。所以從管制藥品的角度來說，由藥師在一處執業，有其必要性。

至於執業限於一處，因為時間已經到了，就不再發言。

審判長 請鑑定人盧理事長美秀表示意見。

盧理事長美秀 若以釋憲的立場來談，其他各醫事人員在其他個

別法中都有規定，除了執業要以一處為限外，經過支援報備還是可以到其他醫療機構或場所執行業務。若考慮藥師得在二處以上地方執業會造成公益的重大危害，應可於適當管制後再開放，配套措施可以明列，這樣才能維持醫事人員法規在立法上的一致性，這是一個很重要的論點。再者，亦可避免憲法第 7 條所強調的不違背平等原則的個案立法。總之，今天的兩個重點是，醫事人員法規立法的一致性及避免違背平等原則的個案立法。

剛才談到很多相關的管理，即使可以報備支援去他處執業，應該還是可以管理的，因為衛生署現在在醫事人力的管理系統上已建置的非常完備，主要的執業處所只能登錄一處，但報備支援的單位，因為要報備，一查電腦就會知道，管理上不致有問題。

審判長 請鑑定人黃教授文鴻表示意見。

黃教授文鴻 羅大法官提問其他國家有無適當經驗及立法前例可循？首先表達的是，藥師的業務範疇牽涉到專業服務及藥品的提供。隨著科技的進步，藥品的提供慢慢分化為，需要醫師處方才能調劑供應藥品，有所謂的醫師藥師藥劑生指示藥與成藥，指示藥與成藥這二類是不需要根據醫師處方就可調劑供應的。不過在很多國家的社會發展過程中，藥品流通情況往往早於專業形成，也就是先有藥品的流通，慢慢才有藥師專業制度的建立。從這個角度來說，言詞辯論的重點，不僅是藥師的專業執業問題，其實執業範疇牽涉到經濟性商品，就是藥品，除了需要憑醫師處方供應的藥品，還有指示藥與成藥。在大部分的國家，有的對於開藥局有立法的限制，一定要具藥師資格才能設立；有的國家是由社會文化去形成，不一定有法律明文限制。演變至今，可能的爭論點是，需要專業分工比較進步的國

家，即有完整醫藥分業的國家，與尚未完整醫藥分業的國家。在有完整醫藥分業的國家，藥師的專業發展慢慢脫離經濟性商品的供應或買賣，亦即除了憑醫師處方調劑供應，仍屬於專業範疇，不需要往營利的角度看。這可參見大法官於民國 70 年前所作的解釋案例：專業藥師如果執業的藥局只受理醫師處方調劑的供應，可不須辦理藥商許可執照的登記，只要辦理專業人員的登記。但科技與專業發展走到今日，其實在很多國家，特別像鄰近的日本，比較保守，醫師主導性很強，但醫藥分業經過幾十年來的推動，現在在大部分的都會地區推動的相當成功，所以日本藥師的角色，已慢慢走向專業服務的取向，醫師處方的調劑也慢慢提高到一定程度之比例，因此，日本在近五年大幅度開放非醫師處方的販賣與流通管道。最近報載，安倍的第三波改革中，就包括開放在網路上販賣成藥的想法。從專業服務的角度來看，與其他醫事人員一起配合運作是一個必然的趨勢，更何況藥師法在民國 90 年已增列藥師照護業務，這是老年化社會的必然趨勢。換言之，藥師將來的走向，等到醫藥分業慢慢完全落實後，藥師服務的導向可能會多於產品供應的導向。在此情況下，我認為著眼於未來的老年化社會，藥師的服務已經慢慢轉換成不是產品導向，而是服務導向，因此如何與其他醫事人員一起作一整合性之團隊，其實是非常重要的。藥師法現在的限制，是針對當年藥品流通買賣的部分考量而來，不一定能完全符合藥師專業的趨勢。全世界的藥學教育，從 1950 年代之 2 年制到 4 年制至 5 年制，大部分先進國家之趨勢是 6 年制，台灣大學已經是 6 年制，其他學校也會跟進，泰國及韓國都已經是 6 年制，所以作為服務導向之專業，這個趨勢是很明確，所以如何在此時空下，為最適當之解釋及藥管措施，請各位斟酌。

審判長 謝謝黃教授文鴻的發言，請陳大法官新民提問。

陳大法官新民 有兩個問題，請教行政院衛生署：

- 一、這幾年來，貴署在管控藥師借牌方面的情況，違規的案例多不多，貴署有無一些查核方面的措施？
- 二、貴署對於推動社區藥局的制度，有無更具體之措施？黃教授文鴻提到，如果為了人民用藥之方便，在社區裡普遍都有社區藥局，如果住戶急須某些藥品，如抗生素或高血壓藥，廣泛設立之家庭式或社區藥局，可否提供最快之救助 (First Aid)，對於國民之健康及用藥之權利有更多之保障，貴局對這種廣泛推動之家庭式或社區藥局，有無積極之作為？由貴署提供之資料顯示，有 5 分之 2 領照之藥師都沒有執業，目前管制的規則，是否讓這種提供一般急救，家庭式的藥局不太容易經營下去？

請問黃教授文鴻，目前我們國家的法律對於醫師及醫事專業人員的執業以一處為限，到其他地方執業，須有其他條件，如要報備等情形才可以，請問有些名醫，會到某些地方駐診兩個月或三個月，既是名醫，一定有技術及經驗可以交流，請問在美國等先進國家有無類似 Flying Doctor 的制度？可以跨州執業，當然以獲得執照為前提。

審判長 先請衛生署代表或訴訟代理人回答。

康局長照洲 99 年迄今為止，對各縣市藥師的懲戒總共有 38 件成立，其中有 7 件係未親自執業而將證照租借他人，雖然不能說這樣的事件不存在，但在整個懲戒事件中是占少數，兩萬多件設立藥局，幾年以來，也只有 38 件懲戒，顯示已有相當程度的控制。對於整個社區的藥局推動，目前衛生署也在推動社區藥局的社區化，讓藥師不是只有調劑、賣藥，而是對整個社區都



扮演重要的角色。最成功的案例，大概是愛滋病的防治，最近也在作毒品防制的工作以及人民用藥專業的教育與輔導。所以希望藥師有在地化之狀況，藥師未來發展還蠻多的，可到學校作衛生教育的工作，目前台灣很多生技產業的發展，都需要藥師投入，所以需要藥師投入的市場比例還是蠻高的。

審判長 請黃教授文鴻回答。

黃教授文鴻 陳大法官新民的問題是，在醫藥先進國家對醫事人員，尤其是醫師，有無執業以一處為限的規定。此問題從法的角度來看，不在本人回答的範疇，但從專業的角度來看，醫藥先進國家的定義：一、有完善的管理制度，二、醫事專業的自主、自律管理，在社會上得到一定程度之重視，基本上就是尊重法律所訂之遊戲規則，即使有少數例外，代價是很高的，因為在民主社會有民意及公民的監督，所以這些醫藥先進國家，很少嚴格限制醫藥專業人員可以如何或不能如何，如歐盟的國家，跨國家執業者，只要符合當地之法律，基本上是被允許的。美國是醫藥先進國家唯一沒有全民健康保險或全民健康照護之國家，在現任總統歐巴馬強烈的推動下，2015 年可能會上路。美國基本上是一個市場導向的醫療照護體系與醫療商業保險體系，在 2015 年之後，可能會有大幅度之改觀，在目前的情況下，醫師的執業執照、證照，是屬於州政府管轄，因此在不同地區的執業規範，只要能符合法規，其他在美國自然導向的情況下，不會只可執業一處之限制，因為整個社會認知到，如不是由專業的人提供服務，後果非常嚴重。此些事回歸到，每個國家時空發展的情況下，如何得到適當的規範，本人認為，藥師牽涉到經濟商品的供應，但其他的醫事人員，如醫師或護理人員，是沒有提供有形經濟商品，因為有形經濟商品提供，供應的時間及發展，早於在台灣專業形成的發展，一直到現在，專業的

發展已經慢慢提升起來，所以對於 40 年前的規定，有重新檢討的必要。但衛生署檢討這些事時，因為面對不同的醫事專業團體，眾所周知，醫事專業團體影響力最大，衛生署施政時，要爭取醫事專業團體甚至醫院團體的配合，才能使人民得到最好的醫療照顧，在這種情況下，醫事團體的觀點有時候不盡然符合整合型醫療團隊的觀點，所以在討論此部分時，應該還是用整體的公共利益為前提，在配合措施上，能兼顧整合型醫療團隊的運作，這樣才真正符合公共利益的方向。

審判長 謝謝黃教授，請湯大法官德宗提問。

湯大法官德宗 本席有兩個問題：第一個問題請教聲請人。剛才錢法官提到，參照德國藥房案，系爭規定藥師法第 11 條限制執業處所以一處為限的規定，表面上是對「執業方法」的限制，實際上則是對職業自由設定「客觀條件」的限制。請錢法官補充說明：為何系爭規定表面上看起來像是對「執業方法」的限制，其實卻是對職業自由的「客觀條件」限制？如果定性為「執業方法」的限制，依照德國藥房案及本院解釋先例，將會用比較寬鬆的標準來審查系爭規定之合憲性，但錢法官認為應採用最嚴格的審查標準，理由為何？尤其，系爭規定的內容與德國藥房案並不相同。廖律師方才陳述對此部分未表示意見，問你認為系爭規定應如何定性？

第二個問題請教衛生署的代表。從管理的角度觀之，大家都同意應致力確保專業服務品質。系爭規定限制執業處所以一處為限，大概有兩個考慮：（一）是要確保藥師「親自為之」，由藥師自己提供不具備替代可能的醫療服務。但是，「一處執業」並不等於「親自為之」，請問衛生署將來擬朝如何方向強化管理，俾最終能達成「親自為之」的目標？（二）限制「一處執業」是要避免「超時工作」，但「限制一處執業」與「避免超時

工作」，仍不能畫上等號。請問衛生署從管理的觀點，將來擬如何確保醫事專業人員不至於超時工作？這個問題，也請教鑑定人黃教授。請您從專業角度說明，在值得借鏡的先進國家，如何確保醫藥專業人員「親自服務」？又如何確保避免「超時工作」，以維護醫療品質？

審判長 請錢法官建榮回答。

錢法官建榮 衛生署的答辯書認為是執業執行的自由，德國藥房判決當然認為是執業選擇自由的客觀限制，德國藥房法第 3 條第 1 項規定，藥房的設立，要有助於保障當地居民需求供給的公共利益，如果可以預見藥房經濟基礎穩固且設立不會影響鄰近藥房正常經營的經濟基礎，在此二要件下，才可設立。德國藥房案的聲請人要在同一城市開設第 2 間藥局，主管機關認為該城市只有 6 千人，不需要再開第 2 間，結論就是限制只能開一所藥局，該判決的結論與我國現在的法律規定是類似的，就是用一處的限制，否則會影響到其他人。其實表面上看起來好像是限制地點的設置，實際上就是對執業地點選擇之剝奪，也就是限制藥師沒有辦法在第 2 個地方執業，限制在一個地方執業，沒有辦法自由選擇地點，以發展執業的走向。德國很多案例都提到，看起來好像是執業執行方法的限制，但此處執業執行方法的限制強度強到已經限制到執業的規範及執業執行的限制，甚至達到剝奪，例如我曾聲請過終身吊銷駕照的案件，看起來其實就是執業的剝奪，現在執業地點只可在一處，就是剝奪在其他地點執業的自由，這樣的強度可以滲透到執業客觀限制的情形，限制只能在一個地點執業，其實就是客觀限制，不是祇是單純規範營業時間的情況。德國有很多案例，法院認為表面上是執業執行的方法，但因限制的手段過於強烈，其實等同於客觀選擇性限制。德國藥房案指出，一個已經通過法律及

專業倫理及經過檢驗者，我們還能去說有一個什麼樣的執業方式竟然會侵害到公共社會利益。換言之，執業選擇客觀性限制，很多時候都是主管機關虛無飄渺的想像，一定要拿出很確切的理由，否則這樣的限制某個角度來看，都是對藥師專業人員某種程度的不信任。甚至我國醫事人員執業都以一處為限，例外才有報備制，這都是對專業醫事人員的侮辱。本人認為這些限制，都是主管機關從自己管理的角度加以限制，例外情況要跟主管機關報備，就很容易查核，某種程度已經違反比例原則。

審判長 請廖律師頌熙對同一問題回答。

廖律師頌熙 本人也看過德國藥房案的資料，但因 1. 本人對德國法不熟 2. 兩案也有一些差異 3. 對工作權的解釋，在大法官歷來的解釋，也有不少看法，所以未用該份資料。因湯大法官提問，本人就對工作權、營業活動、營業自由，由嚴到鬆，說出自己對本案的想法。一般的解釋是，如果限制到工作權，應給予最嚴格的審查標準。必須在最符合公共利益情形下，才能限制工作權，反之，如果是營業活動、營業方法，審查標準就會越來越鬆。藥師法第 11 條，是在當年藥師沒有什麼工作機會的情況下所定出的條文，因為調劑權被醫師拿走了，既然沒有什麼工作機會，限制在一處與否，對藥師沒有什麼太大差異，所以當年不去討論合憲與否是可以的，但該法條在不同的時空背景下，以前可能是合憲的，但現在藥師有去外地支援的必要，醫藥分業的專業要求之下，藥師有調劑權的必要，營業方法及營業自由的限制，已經侵害到藥師的工作權。大法官的解釋將工作權不限於憲法第 15 條，營業自由或其他權利歸類到憲法第 22 條之自由權，一樣受憲法的保障，當然在釋憲條件之寬鬆上，也許大法官認為憲法第 22 條比較鬆，憲法第 15 條比較嚴，學說上也是各抒己見。

審判長 請衛生署代表或訴訟代理人回答。

康局長照洲 關於如何確認藥師親自為之，在藥師法第 73 條規定，直轄市、縣、市政府的衛生主管機關，應該定期舉辦普查。對於所有醫事人員被禁制為之的規定，都有相關罰責甚至有刑責。不只是藥師，所有其他醫事人員都要親自為之，這是衛生署一貫的立場。對於所有醫事人員都有設置機構的標準與評鑑的條文，對人力的確保，避免超時工作。在一處執業，能避免超時，衛生署也是希望不只是此項的考量，也是為病人考量，藥師在一處執業，不要到處執業，對病人才有保障。

審判長 請黃教授文鴻回答。

黃教授文鴻 藥師法第 15 條第 1 項第 1 款規定，藥師業務如下：

一、藥品販賣或管理……其實藥師常常說他們不是賣藥的，但藥師法立法時，就認為藥師是「藥品販賣或管理」，法律既然這麼規定，就表示有絕對的排他性，但在藥品販賣業者實際業務來往方面，除了處方藥，要醫師處方才能供應，其他藥品，藥師在場就可以供應，因為不需要醫師處方，至於成藥，不需要藥師經手就可以供應。依法而言，聘藥師管理的藥房，當藥師不在場時，有些藥是不能賣的，應該要將藥師不在場的牌子掛出，但現場可以供應成藥的部分，但實務上並沒有這樣作。醫藥先進國家，藥師專業的形成，取決於社會的信任，並不只是取決於法律的規範，在立法時，社會已經形成一定之信任，所以專業地位及受到社會信任之程度，使得這些專業團體，包括醫師、律師，高度決定於自律與自我規範，不是靠法律的規範去作。在美國，需要醫師處方的藥，藥師如果敢違法供應沒有醫師處方的藥，百分之九十九以上會被抓到，還會受到懲處，所以在美國，取得槍枝比無醫師處方藥而取得藥品容易，在臺灣剛好相反，如無醫師處方藥，至藥品販賣業者或藥局買醫師處方藥，難度不高，可是在臺

灣，擁有槍枝必須是合法軍警人員，因此我用槍與抗生素作為進步國家與落後國家明顯的對比。在大部分的先進國家，不管美國或歐洲，親自為之的問題，如果自律不足，無法得到社會信任。至於超時工作的問題，在美國因為社區藥局部分，有幾個非常龐大的連鎖藥局，工作權保障上是很清楚的。在歐洲雖無像美國這麼大的連鎖藥局，但歐洲對勞動專業人員的工作時間，大家都很清楚，因為他們的專業地位高，專業報酬足夠，不需要超時工作賺取所需費用。在開業藥局，如果營業時間到而民眾上門，藥師依專業倫理也會提供服務，不會計較營業時間已到。因此，我認為超時工作在歐美並不是值得探討的問題。

審判長 請黃大法官茂榮發言。

黃大法官茂榮 本案涉及具備醫療人員專業資格者之市場進入的問題。拜聽雙方意見，本席有以下 2 問題：1、醫療品質之維護固為醫療行政之最終目的，但醫療專門執業人員之一處執業之限制，是否為其必要手段，希望衛生署特別從必要性之觀點，提出具體論述，以便聲請人作針對性的回答，對於案件的釐清會好一點。2、假定行政機關真正關心的是無照借牌與營業問題，則除一處執業之限制外，有無其他可行之規範手段？

審判長 請衛生署扼要答覆。

李鳳翔律師 誠如黃大法官茂榮所言，這的確是專門職業人員進入市場的問題，是不是必要手段，我們先前曾報告，至目前為止，醫療法第 6 章是比較清楚的規範，從事醫療資源、醫事人員人力的合理利用，管理措施、統籌規劃上限於一處執業，例外開放給其他醫事人員有支援或報准的處理方式。其目的誠如我先前報告，如何架構平時與緊急狀態時，應如何處理的情況。另外，剛才湯大法官德宗提到，限於一處不等於親自為之，這沒有問題。反過來看，不論藥師或其他醫事人員，雖限於一處

執業，選擇在何處執業並不受限制，可以更換至別處執業。剛才黃大法官茂榮提到無照租牌的現象，之前比較關心，現在的關心度沒那麼高，剛才康照洲局長報告查獲比率已經很少。從18年至68年立法過程中，從開放到限於一處都有其歷史因素，有實證可看出來當時租牌情況很嚴重。從目前醫療市場來看，醫事人員執業市場的範圍內，因受到全民健康保險法規範，大部分都投入在此體系下，會影響到藥師法第102條第2項規定關於醫藥分業層次的問題，目前醫藥分業，西醫部分已實施，但有無藥事人員的偏遠地區的狀況存在，以及緊急醫療狀況的問題，這無可避免。現實上更困難的是，中醫無實施醫療分業，故衛生署要作的還很多。不過目前狀態下，採取現在方式，看起來屬於必要手段，以現階段及最近的未來來看，此狀態是穩定的。

還有一部分向大法官報告，納入全民健康保險之後，健保局所影響的層次很高，因為全民健保涉及民眾負擔的問題，健保局除衛生單位查核須親自為之之外，健保局也作查核，所以我們都在作雙重工作，以確保醫事人員能親自為之，而保障病人的權益。以目前狀況來看，現在的處理模式比較好，未來如何，可以隨時空作調整。

審判長 大法官詢問結束。現在進行最後陳述，2組聲請人及衛生署代表人或其等訴訟代理人最後陳述各不逾5分鐘，先請聲請人楊岫涓女士等5人或其訴訟代理人陳述。

劉泓志先生 首先表達，醫師開放支援至他處工作30幾年，對於全國人民非常有幫助，譬如心臟科專業醫師可去臺北或高雄開刀，家屬不必南北奔波，對國民平均壽命的延長也有幫助，藥師也是，臺大與成大都有培養臨床藥師。最近有一位醫師不幸車禍過世，柯文哲醫師前往亞東醫院協助，倘當初他帶一位藥

師進入加護病房協助，那位藥師是否違法？是否合理？請大家思考一下。

最後結辯，民國 75 年 10 月 27 日蔡慶助立委表示，自法律位階而言，法律的位階高於施行細則（命令），然而衛生主管機關經常對法律搞不清楚，甚至認為施行細則（命令）位階高於法律，因此本人認為應在法律中明確規定，以免一直發生偏差。已經過了 30 年，衛生署仍不依中央法規標準法第 5 條、第 6 條及釋字第 474 號解釋行政，不依法律而依命令行政，自大地不依立法院立法方式行政，自己攬權，自己說了算。希望未來取代衛生署的衛生福利部，不宜再以命令逾越母法而濫權行政。

廖頌熙律師 憲法法庭雖名為言詞辯論庭，但我認為其目的為綜合各方意見作綜合討論，辯論哪一方贏並不重要，最重要是國家要贏。藥師法第 11 條規定的問題，在私的方面是影響人民的工作權、自由權與平等權，甚至包括錢建榮法官所說的人格權，及憲法第 22 條規定所保障的權利。在公的方面，影響人民的健康權與醫療權。關於醫事人員的培養，醫學院要唸 7 年，剛才黃文鴻教授也提到藥事人員的培養亦日趨拉長。如此寶貴的醫療人才，我們卻限制其執業處所，在人力的運用上恐怕有欠周延考慮。衛生署一再提及，我國藥事人力充沛，比英美多 1 倍，英美是每萬人 6、7 人，我國達到 12 人，此數字被質疑，我在深圳提出其他研究報告，此數字是有問題的。就算藥師人力充沛，為何仍有血汗藥師存在、藥師調劑量仍高於其他各國、偏遠地區卻無藥師？是否此限制亦限制醫事人員之運用？恐怕不只藥師，所有醫事人員都面臨如此困擾。如同水資源，臺灣有很多水，可是不患寡而患不均。讓藥師彼此支援，互補有無，才能充分運用藥師能力，達到全民健保的目的。全民健保的目的是讓全國人民充分享受醫療，而非方便健保局計算、管理。



醫藥分業的目的也不僅是給藥師工作權，為了 double check，應儘量避免由醫師調劑的例外，而不是遇到藥師有困難就讓醫師調劑，如此反而本末倒置，為了遷就困難，使藥師應作的 double check 無法進行。

最後說明釋憲人的希望，就藥師法第 11 條規定，我們希望大法官宣告違憲及定期失效，必須給行政、立法機關一些時間思考如何調整，甚至就醫事人員相關修法一併處理。至於多重醫事人員資格辦法部分，釋憲人希望大法官宣告限於同處之條文無效，該條文除涉及前述權利之外，還有法律保留原則的問題，如何以命令限制人民執業處所？此 2 部分請大法官綜合參考。

審判長 請聲請人錢建榮法官為最後陳述。

錢建榮法官 前幾天大法官書記處傳藥師公會的藥師週刊給我，其中一篇社論：「藥師莫為一己之私，影響病人用藥安全」，一開始提到「有些藥師希望生活更有品質，休假、看病、探親皆是溫馨的事，但藥師法卻無報備支援的機制，因此對公會或衛生主管機關有些怨言，然而……藥師應共體實難……」。剛才幾位聲請人提到，他們想多賺點錢都不行。職業自由是人格發展的實現，我們不應該限制其權利。這些其實只是用所謂的國民健康等虛無飄渺、無法作出實證說明而作無端的限制，我認為是對藥師、對此職業的不尊重。剛才提到該書第 14 輯李大法官震山所挑選的一些德國聯邦憲法法院案例，大概都是 5-7 年前的案例。德國現在討論的是變性人能否結婚、同性戀能否作其他更平等的待遇、少數人的集會遊行應否受保護等社會弱勢、邊緣人侵害保護問題，可是我們現在還在討論德國在 60 年前已宣告違憲、無效的法律。如果不在地方行政訴訟庭，我根本不知道藥師法如此規定，藥師竟然被政府與弱勢、邊緣人同等看待，似乎藥師至多處執業，國民健康就會垮台。將藥師當賊看

的限制，我認為是對專業人員之專業倫理的侮辱，不僅不能落實主管機關所提到憲法第 157 條對衛生保健的要求。該條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」該條要求「普遍」，惟現在主管機關倒行逆施地限制，而不是「普遍」。當限制藥師無法至他處執業，偏遠地區反而欠缺藥師，地下電台到處賣藥，電台一喊，人民就去買未經管制藥品。請各位大法官想想，如果開放藥師支援、至多處執業，藥師可以深入鄉村，並結合社區藥局，人民可詢問所信賴的藥師，或許反而可杜絕上述非法事項。

解禁其實沒有那麼可怕。2005 年我聲請檢肅流氓條例違憲，幾乎成為警政署的公敵，被批評法官應保障治安，不是保障流氓人權。有人認為若檢肅流氓條例被宣告違憲、廢止，全國治安會大亂。然而，檢肅流氓條例終於被大法官 3 度宣告違憲，且廢止至今已 4 年。流氓有變多嗎？我們常常以一些虛無飄渺的理由，以為解開禁忌就會垮台，實際上都是無端的想像，建立在無立論基礎的想像。執政者對人民的愛心，其實就展現在法律如何對待人民。以無法證明公共利益的基礎，限制本應受社會尊重之專業人員的職業選擇自由，其實是執政者對人民無信心、退卻的表現。我希望大法官能在此面臨職業自由的憲法時刻，勇敢作出違憲宣告，不一定宣告定期失效，亦可直接宣告立即失效。

審判長 請衛生署代表或其訴訟代理人作最後陳述。

康熙洲局長 衛生署提供的數據皆是考試院或衛生署等專業人員的紀錄，絕無不實之處，必須予以指正。

第 1、基於憲法保障國民健康的精神，醫療法賦予衛生主管機關對於醫事人力及機構之分布作合理有效之管控，醫事人員均應於執業處所投入最大心力，提供病人持續而穩定之照顧，因

而目前醫事人員執業均以一處為原則，僅有特殊醫療急迫或人力不足情況之例外。第2、藥師執業領域多元，專業服務內容迥異，與其他醫事人員並非完全相同，已如前述。藥師法第11條規定，藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限，即在維護藥師專任之精神，並避免因跨越資源致專業服務品質不一，及可能產生用藥錯誤之風險，並防止藥師超量執業致降低專業品質。我們必須再強調，衛生署是基於整體醫療資源分布作妥善管控，我們所有服務都須以病人為中心。病人有社區化、在地化的原因，因此我們強調在專業、專任、專職之下，限制藥師於一處執業之規定，乃基於保障國民之健康，推行衛生保健事業與建構整體公衛醫療體系，進而保障國民健康權之重大公共利益為目的，其規範之目的有其必要性，同時符合比例原則，應屬合憲之規定。

李鳳翱律師 本案涉及國民健康與工作權之間的拉扯，目前有法律規範，只是該法規是否合憲的問題，請大家考慮病人權益的問題，另外考慮醫療網建制規劃，及緊急醫療救護方面可能產生的現象。依聲請人聲請的內容，如宣告藥師法第11條規定無效，其他法律是否比照辦理？在醫療網規劃下，醫療資源與人力漸布的狀況，一夕之間可能垮台，請大法官注意此現象。另外考慮是否有其他處理方式？剛才大法官隱約提到，聲請人也有提到，用但書的方式處理。不過以衛生署的立場來看，因為目前藥事人力足夠，在最近的將來也足夠，再久一點也許不夠，屆時再作考量、調整，也許是過程之一。最後報告，不可否認我們實施全民健保，然這部分是否增加保費支出？我們也可認為與工作權無關，與口袋有關，但我們仍要加以考慮。剛才提到，牽一髮而動全身，很多因素的調整過程中，考慮周到再作調整，未嘗不是好的處理方式。

審判長 各位聲請人、衛生署代表、2 位鑑定人，在言詞辯論中，如認為自己陳述有不夠充分之處而需要補充，請於一週內將書面補充資料送至大法官書記處。本案言詞辯論終結，並依法定程序指定期日公布解釋。退庭。(12 時 20 分)

憲法法庭

書記官林月蓉

游素真

陳明珠

廖敏婷

涂人蓉

雷超智

高碧莉

審判長賴浩敏

中 華 民 國 1 0 2 年 6 月 1 3 日

司法院大法官釋憲言詞辯論補充意旨狀

答辯機關 行政院衛生署

法定代理人 邱文達

訴訟代理人 李鳳翔律師

住均詳卷

聲請人 楊岫涓等人

聲請人 錢建榮法官

為楊岫涓等就藥師法第 11 條等規定有違憲疑義聲請解釋案件，依法謹呈言詞辯論補充意旨狀事：

一、何以所有醫事人員執業均限於一處，理由何在？--兼論何以藥師執業限於一處？

(一)按「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」

憲法第 157 條訂有明文。次者，「中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。主管機關得依前項醫療網計畫，對醫療資源缺乏區域，獎勵民間設立醫療機構、護理之家機構；必要時，得由政府設立。」、「醫療區域之劃分，應考慮區域內醫療資源及人口分布，得超越行政區域之界限。」、「中央主管機關訂定醫療網計畫時，直轄市、縣(市)主管機關應依該計畫，就轄區內醫療機構之設立或擴充，予以審查。但一定規模以上大型醫院之設立或擴充，應報由中央主管機關核准。對於醫療設施過賾區域，主管機關得限制醫療機構或護理機構之設立或擴充。」、「中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資

源，應採取獎勵措施。前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之。」、「中央主管機關得設置醫療發展基金，供前條所定獎勵之用；其基金之收支、保管及運用辦法，由行政院定之。」、「醫療機構購置及使用具有危險性醫療儀器，中央主管機關於必要時得予審查及評估。以公益為目的之社團法人或財團法人，於章程所定目的範圍內，為推動醫療技術升級發展研究計畫，而其投資金額逾一定門檻者，得經中央主管機關許可，依第三十條及第三十一條之規定設立醫療法人醫療機構，購置及使用具有危險性醫療儀器。第一項所稱之具有危險性醫療儀器之項目及其審查及評估辦法，由中央主管機關定之。」醫療法第六章「醫事人力及設施分布」第 88 條至第 93 條分別定有明文。為保障國民健康，政府於 84 年 3 月，克服一切困難，實施全民健康保險，此觀全民健康保險法第 1 條規定「為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。」即明；但如遇緊急事故，例如 1. 緊急傷病、大量傷病患或野外地區傷病之現場緊急救護及醫療處理；2. 送醫途中之緊急救護；3. 重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診；4. 醫療機構之緊急醫療等情事，醫療體系之啟動、救護等應有其特別機制，而此一機制應於平時建置，故有「緊急醫療救護法」之立法，透過健全緊急醫療救護體系，提昇緊急醫療救護品質，以確保緊急傷病患之生命及健康能獲得妥適之照護。由上可知，為保障國民健康，在醫療層面，從時間橫向結構上，分平時及緊急；就時間的縱向結構上，分現在醫療及預防醫療，都要面面俱到，點點相連，始足以在應對緊急醫療事故，防患於未來。為達

1 成上述的醫療網結構，不外乎從醫療的設施及醫事人員二方面著手，  
2 因此，不論就平時的醫療設施的建置及人力的配署，或在緊急狀態  
3 的醫療設施的建置及人力的布署，衛生主管機關透過各項立法，兼  
4 顧現在及未來，不僅著眼目前，更要好做好預防準備，再再要做到  
5 醫療資源得以均衡發展，醫療機構及人力得以合理分布，才能達到  
6 上述橫向及縱向的連結，使國民健康能獲得保障。另觀醫療法第 90  
7 條第 2 項規定，對於醫療設施過賸區域，主管機關得限制醫療機構  
8 或護理機構之設立或擴充；換言之，對於醫療設施過賸區域，主管  
9 機關得限制醫療機構或護理機構之擴充，甚至限制設立，以期在有  
10 限的硬體設施及人力資源下，建構最佳的醫療體系，以保障國民健  
11 康之落實，即明有關醫療的設施及醫事人員的人力之整合，攸關國  
12 民健康，均屬衛生主管機關必須列入統籌規劃之範圍，始能達成前  
13 述憲法第 157 條及醫療法等法律的立法意旨。

14 (二)現行國民健康體系之落實，係以醫療機構及醫事人員為核心之建置。

15 按醫事人員，醫療法第 10 條明定「係指領有中央主管機關核發之醫  
16 師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事  
17 放射師、營養師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療  
18 生、醫事檢驗生、醫事放射士及其他醫事專門職業證書之人員。」(此  
19 為聲請人所不爭，縱按「醫事人員人事條例」第 2 條規定「本條例  
20 所稱醫事人員，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、  
21 藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能  
22 治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥  
23 劑生、醫事檢驗生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫  
24 事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔  
25 任公立醫療機構、政府機關或公立學校(以下簡稱各機關)組織法規所

定醫事職務之人員。」，均屬專門職業之醫事人員無疑)。而藥師為醫事人員，應為兩造所是認，自屬衛生主管機關為保障國民健康，而屬統籌醫療設施及醫事人員人力之對象之一無疑。

(三)醫事人員專門職業法規之立法之目的，在於確立醫事人員之身分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維護國民身心健康。且醫療服務之提供，具強制性及公益性，而醫療業務執行，又係高密度、持續性、專業性及技術性之行為。加上醫療業務執行，事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，本即應投注全部時間與心力。是以，基於維護醫療品質、醫事人員職業安全衛生及病人就醫安全與保障國民健康等考量，我國現行醫事人員專門職業法規概均對其登記執業處所以限於一處為原則。換言之，「醫事人員執業登記於一處之規定，乃係政府基於照顧國民健康、提升醫療服務品質、效率及均衡醫療資源分布，所為之醫事人力及醫療資源管理之參考，並落實憲法第 157 條增進民族健康之意旨」(行政院衛生署 100 年 9 月 20 日衛署醫字第 1000076233 號函參照)。

(四)所以藥事法第 11 條規定藥師執業處所應以一處為限之立法目的，實與其他醫事人員同，均落實憲法第 157 條及上述各項法律之立法意旨。

(五)聲請人另以限制一處執業係侵害其工作地點選擇之自由。但查，在何處執業，該醫事人員得自行選擇，法律並未限制。如該醫事人員欲至他處執業，亦未剝奪，該醫事人員僅須將原執業處所辦理更換即可，故限制一處執業並未侵害其工作地點選擇之自由甚明。至於主管機關依醫療法第六章醫事人力及設施分布所為之規劃管理，乃法律之規定，亦屬重大之公共利益下所為，亦符合憲法之要求。

二、何以藥師沒有上述支援報准等例外之規定？



換言之，其他各類醫事人員（例如營養師法第 10 條、醫事檢驗師法第 9 條、職能治療師法第 9 條）相關法律，雖規定執業以一處為限，但均允許在向執業登錄所在地衛生局申請或經報備後，可至其他醫（藥）管理機構或場所執行業務，為何不准藥師在兩處執業？又是基於何種公共利益上的考慮？系爭規定禁止藥師支援他處醫療機構或藥局工作，是否影響國民的健康或醫療權利？對其專業服務之質量產生何種影響？

(一)醫事人員執業限於一處，係政府基於照顧國民健康、提升醫療服務品質、效率及均衡醫療資源分布，所為之醫事人力及醫療資源管理，並落實憲法第 157 條增進民族健康之意旨，如上所述。而依檢附之醫事人員執業限制一覽表(附件一)，除藥師、藥劑生、牙體技術師、牙體技術生外，其他醫事人員雖在一處執業，但有例外規定。惟檢視所謂例外規定，無非限於「急救」「機構間之會診或支援」「經事先報准」之例外情形下，始准醫事人員例外的在他處執行業務。

(二)進一步檢視上述例外規定，急救、機構間之會診或支援，均係在緊急或臨時需要人力支援的情形而言；而經事先報准亦應符合緊急或臨時需要人力支援的情形。故衛生署三申五令函釋「衛生主管機關受理申請醫事人員至他機構或地點執行醫療服務時，應權衡是否影響申請機構之人力配置、業務執行、支援者每週全部工作時數之適當性及支援期間是否過長、如長期跨行政區提供醫療服務對當地醫療資源是否造成影響等因素，再予核准」(見行政院衛生署 99 年 2 月 2 日衛署醫字第 0990002652 號，98 年 7 月 29 日衛署醫字第 0980077101 號函、100 年 9 月 20 日衛署醫字第 1000076233 號函亦同旨趣)。

(三)查，「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

1 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  
2 醫療急迫情形為限。」藥事法第 102 條第 1 項及第 2 項分別定有明  
3 文。由於醫師得以在衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區  
4 或醫療急迫情形下，自行調劑藥品，故未例外規定藥師得如其他醫  
5 事人員有「機構間支援」或「經事先報准」之規定。而所謂「中央  
6 或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區」係指實施  
7 醫藥分業地區，在 1.西醫診所周圍 1.8 公里範圍之內有健保特約藥  
8 局者，應實施醫藥分業。2.西醫診所周圍 1.8 公里路程內，未有健保  
9 特約藥局者，經當地縣市衛生局會同該縣(市)醫師、牙醫師、藥師、  
10 藥劑生公會代表審查確認後，應將之列為無藥事人員執業之偏遠地  
11 區(行政院衛署 91 年 8 月 30 日衛署醫字第 0910054232 號函、101  
12 年 2 月 16 日衛署醫字第 1010204932 號函參照)。故知上述無藥事人  
13 員執業之偏遠地區，是指西醫診所 1.8 公里之周圍內無健保特約藥  
14 局而言，既無藥局，藥師實際亦無從支援不存在之藥局，主管機關  
15 亦無從准許支援。

16 (四)有疑問的是，如藥局臨時發生需要人力支援之狀態，可否商請在他  
17 處執業之其他藥師支援？按醫師法第 14 條規定「醫師對於診治之病  
18 人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑  
19 量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名  
20 稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。」所以從支援的時效性  
21 而言，醫師是最快最有效的支援者，所以藥師法第 11 條沒有但書之  
22 例外規定，是有其緣由的。

23 (五)再有疑問的是，「藥師因生病、出國、車禍等臨時或短期情況發生，  
24 除了釋出處分簽(註：聲請人應係指「處方箋」)或另聘藥師外，有無  
25 他辦法繼續營業？若附近藥局亦不可能臨時備藥而接納處分簽(註：

聲請人應係指「處方箋」)，而其他藥師不願接受短期受聘時：是否只好休業等藥師回任？」(見聲請人言詞辯論後提出之「我方詰問-定稿第1頁第3點」)但查：

1. 上述命題，與執業一處或是否開放支援並無必然關係存在，此觀診所、藥局多有休業數日，甚至停業半年、一年以上之情形，此乃眾所周知之事，甚至依經驗法則亦得推論而知，故與得否支援或執業一處並無邏輯上之必然關係，合先陳明。
2. 次者，藥師因生病、出國、車禍等臨時或短期情況發生，該藥師無法執行業務，自然也無支援的問題(此係立於假設得支援執准之情形)。至於該藥師可否請其他藥師至其藥局執業，事涉其他藥師是否同意該藥師要約之私法契約問題，與得否支援或限一處執業均無涉。
3. 再者，從營業角度言，藥師所經營之藥局，其是否營業，藥師本身有選擇權利。其是否要多請幾位藥師，伊亦有選擇之權利。藥師臨時不在藥局(含生病、出國、車禍等狀態)，在調劑藥品部分，本來就得由其他藥局之藥師得以進行調劑；在緊急狀態，醫師尚得自行調劑藥品，對病人權益並無影響。況且，藥師不在，僅涉醫師處方用藥之調劑及指示用藥之調劑等服務，誠如鑑定人黃文鴻教授於言詞辯論時所言，國外藥師不在，掛出藥師外出之告示即可，其實國內實務及現況亦同，至於藥局仍然可以就乙類成藥、保健食品、個人清潔用品等等繼續銷售，並無必然休業關門問題存在，此亦為目前藥局經營之實況。

三、開放藥師得在兩個以上處所執業，是否會造成公益的重大危害？是否影響全民健康保險之給付？如果予以適當的管制(例如採取許可制)，則可否開放之？

1 (一)在病人權益方面：因非均專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全。

2 此部分健保局、藥師公會全聯會及藥改會亦持相同看法。

3 (二)在醫療網建置規劃部分：不利衛生主管機關依醫療法第六章「醫事  
4 人力及設施分布」規定之統籌規劃，所以不得不慎。二處以上執業，  
5 容易造醫療資源過度集中，偏遠地區反而無法獲更好的藥事人力服  
6 務。況且，其他醫事人員亦得比照辦理，此牽一髮而動全身，茲事  
7 體大。其次，如藥師得二處以上執業，將使其真正執業處所無法確  
8 定，形成有登入之名卻未到場執業之實的流弊，直接造成醫療資源  
9 分布不勻、人力分布無法掌握之窘境。

10 (三)緊急醫療救護方面：於前述緊急醫療救護發生時，會發生藥師有登  
11 入到場執業，實際上卻在另一處執業之無法或困難調度之困境，實  
12 無益於國民健康權之保障。

13 (四)健保負擔部分：費用增加，造成民眾之負擔。

14 如開放藥師得在兩個以上處所執業或得報備支援，於健保局作業面，  
15 將增加其對於特約院所、藥局藥事人員之特約管理、提供藥事服務  
16 及費用核付勾稽等審理作業負荷，亦可能因非均專任而影響藥事服  
17 務品質及病人用藥安全。健保局雖提出意見認為：藥事人員在總處  
18 方量不變及藥師按人計算合理量，兼任只能補專任之不足量之前提  
19 下，應不影響(目前)健保給付支出，此有健保局出具之意見書在卷可  
20 稽。

21 但反之，如因二處以上執業，而增加總處方量，或藥師按人計算合  
22 理量有所更動，任何一項異動，都會增加健保的負擔。

23 (五)另基於藥師法定業務之特殊性，現行對於包含管制藥品與毒劇藥品  
24 在內之藥品儲備、供應及分裝，法令上既係責由藥師監督，若開放  
25 藥師得在兩個以上處所執業，首將面臨責任增加的情形，除須謹慎

1 評估現行藥師於常態性藥品販賣、管理、調劑、鑑定及藥事照護相  
2 關業務外是否確有專責監督多處執業處所之管制藥品與毒劇藥品儲  
3 存等之可能，衡諸此一監督責任涉及公衛安全與國民健康等公共利  
4 益，如何確保國民用藥安全與特殊藥品管制亦應一併考量。站在中  
5 央主管機關的立場，基於管制性藥品儲備等之安全需求與藥事管理  
6 之監督必要，認以限於一處執業為宜且必要，蓋藥師限於單一執業  
7 處所之專任責任制亦有助於可能藥害責任歸屬之認定與民眾用藥安  
8 全之保障，換言之，限制藥師執業以一處為限，不准其在兩處執業，  
9 係出於保全公共利益下之措施。

10 (六)又查，民國 86 年全民健保開始施行「醫藥分業」(註：僅西醫醫療  
11 機構，中醫醫療機構尚未實施醫藥分業，後詳)，以社區主義及「一  
12 人生病，二人照顧」之理念推動，達成「醫師專責診療」、「藥事人  
13 員執行調劑業務」之專業分工目標。同時，仍維持雙軌制，即醫療  
14 院所仍可聘藥事人員從事藥品之調劑，若未聘藥事人員，則應將處  
15 方箋釋出，由病患持處方箋至健保藥局調劑藥品。此係為使全民健  
16 保制度下，雙重確認機制減少用藥錯誤風險，並藉此管控藥價、避  
17 免重複用藥浪費，使醫藥資源之運用更為公平、效率。是以，若允  
18 許藥師得於二處以上執業，藥師於各處執業場所，均申請健保特約  
19 為保險醫事服務機關，非僅增加特約院所、藥局藥事人員之特約管  
20 理、提供藥事服務及費用核付勾稽等審理作業成本負擔，亦可能因  
21 非專任而影響藥事服務品質及病人用藥安全。且為避免造成健保成  
22 本之過當支出，於維持總處方量及藥師按人計算合理量不變之前提  
23 下，倘放寬藥師執業處所之限制，形成藥師競相多處執業以爭取有  
24 限之總處方量，顯無益於全民健保制度下醫藥資源之有效分配。

25 (七)再衡酌藥師法第 11 條之立法手段上係為達加強藥師管理，強化藥師

專任責任，以達成國民保健目的，有助於國民健康權之保障之公共利益，若不採取執業場所限於一處之系爭規定，或可考量容許藥師於多處執業，而對於租借牌照者予以重罰，並加強查緝；抑或採取許可制，依個案申請准許得於兩個以上處所執業。然上開立法目的所追求者，為國民健康權之維護，倘一旦查緝有所疏漏，或發現違法而縱予以重罰，由非合格藥師之調劑等業務執行結果，國民健康所受損害恐已造成，而個案許可制，則須有嚴密之行政管理措施，除應整合各地方政府之審核作業外，如何全面追蹤、稽查藥師於各該處所之執業狀況，其耗費之行政成本更大，且縱然採此方式，因擴大藥師執業之管制範圍，更難以防免租借牌照之行為，顯非有效可達成上述公益目的或效果之手段。況藥師多處執業，較諸專任管理或親自主持，勢必難以維持專業品質及穩定其與病人間關係之信賴感，此為容許多處執業之本質使然，尚乏可達成與專任管理相同效果之其他手段。準此，現階段尚無考量開放藥師執業處所限制之可行性。

#### 四、藥師兼護士資格時，其僅能於同一處執業。究竟出於何種政策或公共利益之考量？其法律依據為何？如予以適當之管制，能否有更彈性的規定？

(一)醫事人員執業登記於一處之規定，乃係政府基於照顧國民健康、提升醫療服務品質、效率及均衡醫療資源分布，所為之醫事人力及醫療資源管理之參考，並落實憲法第 157 條增進民族健康之意旨。

(二)法律依據：藥師法及護理人員法。

(三)基於專業可分、專業可以多重，但人格不可分之原則，又為維護國民健康及就醫安全、提昇醫療專業品質，及保障醫事人員職業安全衛生等項考量，藥師兼具護士雙重醫事人員資格，得依各該醫事人



員法之規定，分別申請執業執照，惟依前揭公眾利益考量，其雙重資格執業登錄場所限於同一處所，並可依各該人員法規定辦理報備支援，執行其所持有之專門醫事職業證照之法定業務。

(四)又按，醫療服務之提供具強制性及公益性，而執行醫護藥事行為，係屬於高密度、持續性、專業性及技術性之業務。加上醫療業務執行，事涉國民健康，各類醫事人員於執行業務時，本應投入全部之時間及心力，並視個案病程進展，予以最妥適之照護。基此，醫事人員專門職業法規之立法，為確立醫事人員之身分及業務上之責任義務，以強化其專業精神，提高醫療服務品質，維護國民身心健康，對於醫事人員之執業處所原則上均以一處為限，輔以個別之業務特殊性，或例外設有規定，以求保障國民健康之公共利益最大值。是以，基於維護醫療品質、醫事人員職業安全衛生及病人之就醫安全等項考量，對於具備雙重醫事人員資格者，雖得依各該醫事人員專門職業法律之規定分別申請執業執照，惟以醫事主管機關之管理監督立場，其雙重資格執業場所宜以同一處所為限，而該醫療機構有關人力計算亦只能擇一，而不得分別充任計數，以利其執行業務當時身份別、權責義務與適用規範之明確釐清，以配合醫療人力及設施分布之規劃，以符合醫療網計畫之最佳統籌效果。尤於藥師兼具其他醫事人員資格者，固於前揭藥師業務內容之特殊性，同時執業已非妥適，至於其執業處所，由其兼具雙重身份執行業務本應肩負多重權責義務並適用全部各該身份別之法令規範以觀，法理上本即應適用較嚴格之藥師執業處所限制，以同一處所為限，尚非得主張可適用其他業別資格下相對寬鬆之規範無疑，況各類醫事人員執業場所所涉設置標準本即不同，是於國民健康權益保障、權責義務劃分與醫事行政管理之多重考量下，具雙重資格醫事人員自以執業場

所同一處所且執行業務內容單一為妥。尤於藥師兼護士資格之情形者，在現行藥師法第 11 條：「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限。」及護理人員法第 13 條：「護理人員執業，其登記執業之處所，以一處為限。」規定下，不論藥師或護士，其法定登記執業處所本即以一處為限，是不論兼具藥師與護士資格者係本於何身份別登記執行業務，本均以一處為限而無例外，又具雙重資格之同一醫事人員實際上同時執行業務既非妥適可行業如上述，則就藥師兼護士資格者，主管機關依法解釋下自應認僅能於同一處執業無疑。且如果得為二處以上執業，與上述開放藥師得在兩個以上處所執業問題相同，會在病人權益、醫療網建置、緊急醫療救護及健保負擔部分，均產生不利公益之重大結果。

(五)另查現行實務，本署對系爭藥師法第 11 條之適用上，業兼顧藥師執業之型態及目的，就執業處所以一處為限之規定，採取合目的性之限縮解釋。亦即在①藥事人員以執業登錄處所之藥局、醫院或診所名義至護理之家、安養機構提供藥事諮詢服務。(行政院衛生署 92 年 7 月 15 日衛署藥字第 0920040468 號函、95 年 9 月 20 日衛署藥字第 0950038114 號函、98 年 11 月 2 日衛署藥字第 0980085295 號函參照)②基於推廣公共衛生業務及義診服務需求，參與醫療團體義診服務，執行藥品調劑工作。(行政院衛生署 92 年 3 月 10 日衛署藥字第 092001131213 號函參照)。③巡迴醫療於山地、離島或於無醫事人員執業之偏遠地區執行藥品調劑工作。(行政院衛生署食品藥物管理局 100 年 8 月 1 日 FDA 藥字第 1000030737 號函參照)之情形下，均未認有違反系爭藥師法第 11 條之規定，顯然已就藥師法第 11 條規定之適用上透過行政機關之解釋裁量權為彈性的調整。上述採取合目的性之限縮解釋，實係顧及健保、整體醫療資源、醫事人力



1 分布以及緊急醫療救護之因素，所為之行政裁量。況且，上述各項  
2 服務如係主管機關所主辦為之，係行政權之運作，亦無礙於上述法  
3 律之規定。

4 **五、同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，其執業場所的限制**  
5 **是否都僅限於一處，我國醫事人員法制上有無相關的規**  
6 **範？**

7 (一)醫事人員執業登記於一處之規定，乃係政府基於照顧國民健康、提  
8 升醫療服務品質、效率及均衡醫療資源分布，所為之醫事人力及醫  
9 療資源管理之參考，並落實憲法第 157 條增進民族健康之意旨，如  
10 前所述。

11 (二)法據依據：

12 醫師法第 4 條之 2 規定「具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫事人  
13 員資格者，其執業辦法，由中央主管機關定之。」

14 (三)依醫師法第 4-2 條規定，衛生署遂於 93 年 4 月 16 日行政院衛生署  
15 衛署醫字第 0930200303 號令訂定發布「多重醫事人員資格者執業管  
16 理辦法」；98 年 11 月 12 日行政院衛生署衛署醫字第 0980215557 號  
17 令修正發布為現行「具有多重醫事人員資格者執業管理辦法」，該管  
18 理辦法第 2 條及第 3 條第 1 項明定：「具有醫師、中醫師、牙醫師等  
19 多重醫事人員資格者（以下稱多重醫事資格者）執業，應擇一資格  
20 辦理執業登記。」、「多重醫事資格者依前條規定辦理執業登記，除  
21 法律另有規定外，得在同一執業處所執行其他醫事資格之業務。」  
22 另依據醫師法第 8 條第 3 項及第 4 項、護理人員法第 8 條第 3 項、  
23 物理治療師法第 7 條第 3 項、職能治療師法第 7 條第 3 項、醫事檢  
24 驗師法第 7 條第 3 項、醫事放射師法第 7 條第 3 項、營養師法第 7  
25 條第 3 項及第 4 項、助產人員法第 9 條第 3 項、心理師法第 7 條第

3 項及第 8 條第 2 項、呼吸治療師法第 7 條第 2 項及第 8 條第 2 項、  
語言治療師法第 7 條第 3 項、聽力師法第 7 條第 3 項、牙體技術師  
法第 9 條第 3 項規定，各該類醫事人員申請執業登記之資格、條件、  
執業執照發給等其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。原  
配合上開醫事人員法之公布施行而訂定各別申請執業登記接受繼續  
教育及更新執業執照辦法，為求其體制及規定內容一致，實有整合  
之必要，另於 101 年 10 月 9 日依行政程序法第 154 條第 1 項預告訂  
定「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」草案，其中第 20 條第 1 項  
第 1 款及第 5 款規定：「具有多重醫事人員資格者，得依其多種身份  
同事辦理執業登記，並應符合下列規定：一、執業登記處所，限於  
同一處所，且常所需符合設置標準及該場所可提供該類醫事人員執  
業辦理執業登記。...五、具師級及士(生)級之同一類醫事人員資格者，  
其執業登記僅得擇一資格辦理。」是為各該醫事人員專門執業法律  
授權下所訂頒關於多重醫事人員資格的人民其執業相關規範之法規  
命令。換言之，醫事人員之執業，原則很清楚地是在一處為限，其  
目的均在確保醫療資源被妥適運用，且以國民健康之最大考量為依  
歸。僅有在人力不足，緊急狀況下才例外准予支援、報准方式，協  
助緊急狀況下需求醫事人員之病患。故執業一處為限，並非工作權  
之限制，而是國民健康權保障之憲法權利之要求。而例外之規定，  
並非工作權的保障，而同屬國民健康權保障公共利益上的要求。

(四)綜上，同時具備兩項或多項醫事人員資格的人民，基於現行各項醫  
事人員立法，亦均以一處執業為限。

## 六、藥品調劑並非專屬藥師之業務，在一定範圍內醫師亦有調劑 藥品之權限

(一)緣由：

1 本件聲請人劉泓志聲請釋憲書狀中略謂「台灣高等法院台南分院民  
2 事判決 100 年度上國易字第 12 號及台灣嘉義地方法院第一審判決  
3 (100 年度國字第 8 號)該判決使用藥事法第 37 條及衛生署制定之命  
4 令(中醫診所設置標準)特准--中醫師可以於都市不用聘請藥師直接  
5 醫師自行調劑就可以給藥給病人…認為違反憲法第 5.7 條平等權及  
6 憲法第 172 條及釋字第 432.545.491.636—憲法明確性原則」(見聲請  
7 人行政聲請釋憲書狀劉 1010621 函第 2 頁)。

8 (二)查：

9 1. 按藥品之調劑，係指藥事人員自受理處方箋至病患取得藥品間，  
10 所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、  
11 再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為，藥品  
12 優良調劑作業準則第 3 條定有明文。

13 2. 除藥師或藥劑生外，醫師一定之規定下亦得調劑藥品

14 (1)藥品之調劑，應由藥師為之，藥事法第 37 條第 1 項及第 2 項  
15 定有明文，且藥師法第 15 條亦規定藥品調劑為藥師之法定業  
16 務範圍之一。惟藥師固得為藥品之調劑，但此並非排他之專  
17 屬業務，查「管制藥品之調劑，除醫師、牙醫師、藥師或藥  
18 劑生外，不得為之。」管制藥品管理條例第 9 條第 1 項定有  
19 明文；次者，「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設  
20 備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。」藥事法第 102  
21 條第 1 項規定，均再再顯示醫師亦得為藥品之調劑，合先陳  
22 明。

23 (2)查藥事法第 102 條於 89 年間修法時增訂第 2 項規定「全民健  
24 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  
25 關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」，

亦即於醫藥分業後，固將醫師之藥品調劑，僅限於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，但此僅為藥品調劑權之限制，並非無調劑藥品之權限，此觀但書之規定自明。

### 3. 中醫師為醫師，自得按法律之規定為中藥之調劑

(1) 醫療法第 10 條第 2 項規定「本法所稱之醫師，係指醫師法所稱之醫師、中醫師及牙醫師。」故中醫師為醫師並無疑義。

(2) 中醫師為既為醫師，上述藥事法、醫師法有關醫師得為藥品調劑之規定，自得適用，故中醫師得為中藥之調劑。

### 4. 目前醫業分業僅限於西醫醫療機構，基於現實之困難中醫師暫不受藥事法第 102 條第 2 項調劑權之限制

(1) 「查 89 年 4 月 26 日修正布藥事法 102 條第 2 項規定：『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。』另查，本署 91 年 8 月 30 日衛署藥字第 0910054232 號訂定『實施醫藥分業地區之條件指標與實施方式』公告釋示略以，實施醫藥分業地區之指標條件為：1.西醫診所周圍 1.8 公里範圍之內有健保特約藥局者，應實施醫藥分業。2.西醫診所周圍 1.8 公里路程內，未有健保特約藥局者，經當地縣市衛生局會同該縣(市)醫師、牙醫師、藥師、藥劑生公會代表審查確認後，應將之列為無藥事人員執業之偏遠地區。是以，現階段醫藥分業實施對象係為西醫醫療機構，並未包括中醫醫療機構；爰此，中醫師於具有符合調劑設備之執業場所執行醫療業務，得依自開處方，執行中藥藥品調劑業務」衛生署 101 年 2 月 16 日衛署醫字第 101204932 號函著有明文。我國實施

醫藥分業，實務上確實僅限於西醫體系，不含中醫部分，此為現實之困難，待中醫體系於實施醫藥分藥後，自應依藥事法第 102 條第 2 項之規定辦理，合先陳明。

(2) 中醫醫療機構既未實施醫藥分業，目前藥事法第 102 條第 2 項即宜做合目的性之限縮解釋。換言之，於實施醫藥分業之西醫部分，其醫師之調劑權依該規定受有限制，亦即僅限於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下始得為之。至於中醫部分，因未實施醫藥分業，自得由中醫師調劑中藥，不受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下方得調劑之限制，惟於中醫體系於實施醫藥分藥時，自應依藥事法第 102 條第 2 項之規定辦理，自不待言。

5. 藥事法第 37 條第 4 項「中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督為之。」並非限制中醫師中藥之調劑權，亦非中醫師無中藥之調劑權之規定

(1) 按中醫師有中藥調劑權，為法律所明定，已如前述。

(2) 藥事法第 37 條第 4 項之規定，其被監督者為係指藥事法第 103 條第 1 項人員(於 63 年 5 月 31 日前依規定換領中藥販賣業之藥商許可執照有案者)，即原藥物藥商管理法(藥事法前身)所稱之「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」，為確保用藥者之安全，藥事法第 37 條第 4 項始規定「確具中藥基本知識及鑑別能力人員」為中藥調劑時，應由中醫師監督之。故知本項規定實非限制中醫師中藥之調劑權，亦非中醫師無中藥之調劑權之規定。

6. 綜上所陳，中醫師有中藥調劑權。次者，中醫醫療機構因有現實

上之困難，而未能如西醫醫療機構一般實施醫藥分業，故未如西醫之藥品調劑須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下始得為之限制，故不違背憲法第 5 條、第 7 條及第 172 條之規定甚有，聲請人之上該主張，顯有誤會。

七、另就下列事項，補充說明如下：

(一)其他國家有無類似藥師法第 11 條之規定？

各國社會發展各異，國情、經濟、人口結構等均不相同，其規定並非唯一依據，僅得以作為參照，先予敘明。經查日本及德國雖無類似藥師法第 11 條之規定，然而其內涵卻有相似之處，簡要說明如下：

德國：德國藥房法規定，則限制僅具備藥師資格者得申請設立藥局，且一位藥師僅能開設一間藥局，並禁止連鎖藥局之經營，實質上使藥師執業場所限於一處。

日本：日本藥事法規定，並未限制設立藥局需具備藥劑師資格，但如非由具備藥劑師資格申請設立藥局，則應另設立「管理藥劑師」，且該管理藥劑師應實地管理，執業場所亦以一處為限。

(二)現有藥事人力是否充足？

依據衛生署醫事處統計，截至 101 年 4 月，我國取得藥事人員證書人數為 50,532 人，執業人數為 32,227 人。

比較美國、日本、英國及我國藥事人員比例，分別為 7 人、6 人、12 人、11 人（每萬人口），是以藥事人員仍屬充足，並無廣泛允由藥師以機構支援或報備許可之執業方式而放寬限制規定之必要。

另依本署 100 年委託國家衛生研究院所做的「藥事人力發展評估計劃」，推估西元 2020 年時醫事機構與非醫事機構藥事人力需求僅共計 35,986 至 36,321 人，顯見目前以至於近期的未來，藥事人力均不

虞匱乏。

(三)聲請人指出立法院於 98 年曾討論過藥師法第 11 條修正草案，可否說明相關情形？

經查立法院廖國棟委員曾於 98 年提出藥師法第 11 條修正草案，其內容即為增訂藥師得支援報備之規定。然而本提案僅由決議交由社會福利及衛生環境委員會審查，自提案後，本署未曾接獲審查本案之通知，亦未曾在立法院對本案進行報告或審查。

(四)藥師何以要專任？藥師係專門職業人員，依法取得證照，始得執業。但取得證照，僅係適格，未必適任。藥師法第 11 條之規定，意在藥師專任，目的即在適格又適任，唯有適格又適任，才能提供病人用藥安全最大的保障，而專業執行業務係適任的具體作用之一。而專任另一作用，即藥師親自執行業務，按具有專業之適格，未必能親自執行業務，故有借牌弊端產生。專任即要求藥師親自執業，可減少其多處執業所生非親自執業的弊端，是目前最有效之手段。

八、綜上所陳，懇請 鈞院鑒核。

謹 狀

司法院大法官會議 公鑒

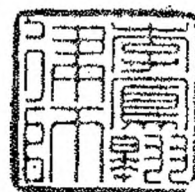
附件一：醫事人員執限制一覽表

中 華 民 國 102 年 6 月 21 日

答辯機關 行政院衛生署

法定代理人 邱 文 達

訴訟代理人 李鳳翔律師





中華民國藥事品質改革協會 函

地址：台北市北投區榮華三路24巷1弄13號2樓  
承辦人：洪欣蕙  
電話：02-28202032 傳真：02-28235573  
電子信箱：tqipa@tqipa.org.tw

受文者：司法院

速別：最速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國102年6月4日

發文字號：(102)藥改字第102020號

附件：

主旨：有關司法院大法官就楊O涓女士等5人為藥師法第11條規定有違憲疑義聲請解釋案，本會基於民眾用藥品質安全，認為藥師執業領域多元，專業服務內容迥異，限制藥師執業為一處，除為配合藥事法之專任精神，可杜絕租借執照之歪風，免因跨業支援致專業服務品質良窳不一，並防止藥師超量執業致降低專業品質，目的在維護國民之用藥健康福祉，乃為增進公共利益，與憲法第23條之意旨相合，應無牴觸，爰特檢送本會意見如說明段，敬請參採，於本(102)年6月13日憲法法庭中提出，請察照。

說明：

一、法定19類醫事專門職業及技術人員，除藥師兼具醫療及非醫療業務外，其餘皆屬單純執行醫療業務或醫療輔助業務之人員，除執行醫療業務外，並無其他非醫療業務，其所面對者僅為病人，所需智能於診斷、治療、減輕或預防疾病已足。該19類醫事專門職業及技術人員其所定之人員法，皆以執業一處為限。屬單純執行醫療或輔助醫療業務者，因執行業務之內容及所需智能相同，方得於合理工作極限之前提下，有限度例外開放於他處執業。

查法定醫事專門職業及技術人員計有醫師、中醫師、牙醫師、

大法官書記處





藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、醫事放射師、營養師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師、護士、助產士等 19 類（專門職業及技術人員考試法第 2 條及同法施行細則第 2 條第一項第三款參照），除藥師執行九項醫療及非醫療業務外，其餘皆屬單純執行醫療業務或醫療輔助業務之人員，除執行醫療業務外，並無其他非醫療業務。第查該 19 類人員其所定之人員及業務法，皆以專責一處執業為限，目的在專業執行醫療業務，提供民眾醫療與用藥健康福祉。除藥師及護理人員外，因所執行醫療業務之內容及所需智能相同，方得以公眾利益考量，於合理工作極限之前提下，例外（但書）有限度開放於他處執業，例如急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者（醫師法第 8-2 條、助產人員法第 12 條、心理師法第 10 條、醫事檢驗師法第 9 條等但書參照）。

二、藥師之法定業務有九，執行業務皆需申請執業登記領有執業執照。藥師之法定執業場所有醫療機構、藥局、藥商、藥廠、照護機構及鑑定機構等六，執業場所皆需開業執照，其分設營業處所應分別請領執照，六類執業領域之業務內容不同，其所需藥學智能迥異。

查藥師法定業務有九，分別為（一）藥品販賣或管理、（二）藥品調劑、（三）藥品鑑定、（四）藥品製造之監製、（五）藥品儲備、供應及分裝之監督、（六）含藥化粧品製造之監製、（七）藥事照護相關業務、（八）中藥製劑之製造、供應及調劑、（九）販賣或管理一定等級之醫療器材（藥師法第 15 條參照）。按前揭業務，依同法第 7 條之規定，藥師應向執業所在地直轄市、縣（市）主管機關申請執業登記，領有執業執照，始得執業。次按前揭業務，依醫療法及藥事法之規定，可區分執業場所為醫療機構（醫院、診所）單純執行藥品調劑之醫療

業務；藥局分別執行藥品調劑之醫療業務、非處方藥之供應販賣業務及其他健康產品之販賣業務；西藥販賣業執行西藥非處方藥之供應販賣業務及其他健康產品之販賣業務；中藥販賣業執行中藥調劑之醫療業務、中藥非處方藥之供應販賣業務及其他健康產品之販賣業務；西藥製造業、中藥製造業、醫療器材製造業及含藥化粧品製造業分別執行西藥、中藥、醫療器材及含藥化粧品之製造業務；執業場所為照護機構，執行藥事照護相關業務；執業場所為鑑定機構，執行藥品鑑定相關業務；六類執業領域之業務內容不同。再按醫療機構（醫院、診所）皆需申請開業執照，藥局、西藥販賣業、中藥販賣業、西藥製造業、中藥製造業、醫療器材製造業及含藥化粧品製造業亦皆需分別申請藥商許可執照，且分設營業處所，應分別請領藥商許可執照（藥事法第 27 條參照）。由於各業別各自所需之藥學智能不同，例如執行中西藥調劑應分別精習中西藥之藥理、配伍禁忌、適應症及交互作用（藥師法第 16 條至第 19 條、藥事法第 37 條授權制定藥品優良調劑作業準則及藥師法施行細則第 7 條參照），執行藥品（中藥及西藥）販賣或管理業務應分別精習中西藥之藥品貯藏、陳列管理、衛生安全、拆封販賣品質保證、對購用藥品者說明應注意事項、買入、賣出藥品品質之鑑別、藥品查驗登記全配方、適應症、用法用量、注意事項等藥物管理之技術（藥師法施行細則第 6 條參照）；執行藥品（中藥及西藥）、醫療器材或含藥化粧品製造之監製業務應分別精習中西藥、醫療器材之查驗登記樣品之試製及其品質管制、原料名稱、分量、製法、效能、用法、用量、配方依據、類似製品、原料、物料之檢查、鑑別及保管、製造、加工、品質管制程序及技術等藥學技術（藥師法施行細則第 9 條參照）；執行鑑定業務應精習藥品鑑定方法藥學技術（藥師法施行細則第 8 條參照）；執行藥事照護相關業務應精習藥品安全監視、給藥

流程評估、用藥諮詢及藥物治療流程評估藥學技術（藥師法施行細則第13條參照）。故藥師執業處所及用藥服務項目多元，所需智能迥異，對民眾之法定注意義務包括使用藥物之品質瑕疵擔保責任（防止交叉污染誤用誤作）及危險承擔責任（充分說明義務）亦大相逕庭，各領域藥師之執業差異甚大。

- 三、無論自高權行政至民意監督立法，各時期立法者對於藥師執業，皆以限制專責一處執業，縱曾因藥師人力不足因素而開放兼理，亦因產生跨業租借執照情事不利國民用藥安全健康而再回歸一處限制，其目的在杜絕跨業租照，並免於不同執業品質差異，影響民眾醫療與用藥健康福祉。

查我國藥品及藥商之管理，較早可溯自民國18年8月24日衛生部公布之「管理藥商規則」，規定藥商應以領有部證之藥劑師管理（第5條參照），對於麻醉毒劇藥品，特別規範應由醫師處方，藥劑師調劑（第7條參照），其餘藥品則可由熟諳藥性之店夥販賣，建立藥師以調劑醫療業務專任管理制度。民國32年9月30日國民政府公布藥劑師法（民國68年修正為藥師法），以藥劑師主要業務為調劑之醫療業務，於第9條規定「藥劑師一人不得執行兩處藥房之業務」。政府遷台後，由於藥劑師數量不足，民國41年12月11日台灣省衛生處令頒「藥劑師一人准予兼理業務辦法」，規定以專任調劑為主，執行有調劑業務之藥商一家，不准再兼理有調劑業務之藥商，僅准再兼理無調劑業務之藥商一家，即將醫療（調劑）業務與販賣（藥品）業務區分，可單向兼理。惟當時所稱兼理，實則租照，影響民眾用藥安全甚鉅，故內政部（衛生司）為解決租照情事嚴重，於民國50年5月3日特函略以「藥品由毫無藥學知識之人調劑售賣危害國民健康影響甚大」，並於民國56年7月27日公布「藥商管理規則」，將藥商業務分為製造、批發、零售、輸入、輸出及調劑，限制「藥劑師一人不得兼理兩家藥商業務」（第7條第二項參

照)，乃為藥師因執業業別不同而限制執業一處之濫觴。之後，民國 59 年立法院審議藥物藥商管理法（現行藥事法前身），以當時租照嚴重，致不法藥物橫行，而以藥品及服務之品質、安全、有效為目的，將藥事專業人員親自駐店管理所買賣之藥品法定（藥事法第 27 條至 29 條參照），藥師法施行細則亦將藥師法第 15 條各款規定明釋納入專業，以規範各類執業藥師之專業行為，明釋「藥師執業以一處為限」，用為維護民眾健康。

四、目前全民健康保險之支付制度，於醫療業務定有合理工作量之管理機制，以免影響醫療品質，違背民眾醫療健康福祉。惟未能充分實現，尤以藥師之藥品調劑業務及護理人員並未完全落實執行，影響最為嚴重，致時有血汗醫院發生超量工作情事，藥師面臨義務不履行之危機，民眾用藥安全品質堪虞。

查醫療機構於全民健康保險之支付制度，定有合理工作量之管理機制，以免影響醫療品質，違背民眾醫療健康福祉。例如訂立醫師合理診察量、藥師合理調劑量及護理人員合理工時；凡超過合理量者，即不予支付醫療費用。惟全民健康保險支付藥品調劑費用有「藥事服務費」及「藥費」，健保雖以超過合理調劑量即不支付「藥事服務費」，但仍支付「藥費」，致醫療機構常以「藥費」之價差彌補不被支付之「藥事服務費」，致藥師超量執行業務。本會於民國 98 年針對國內 20 家醫學中心所作的藥師交付藥劑諮詢時間之調查結果，顯示一位藥師最高一天服務 450 位病患領藥，遠遠超過全民健康保險所定每日調劑最高 60-80 張處方箋之合理量，造成有超過四分之一的藥師無法提供病人領藥時的用藥諮詢，其提供諮詢平均時間僅為 35 秒鐘，嚴重超過合理極限，除違反藥事法所定藥品優良調劑作業準則之規範義務，藥師亦必無法履行對民眾之法定注意義務包括使用藥物之品質瑕疵擔保責任（防止交叉污染誤用誤作）及危險承擔責任（充分說明義務），致民眾用藥品質堪憂，藥

師亦無法自外於過失責任。故若倘再開放他處執業，其專業服務品質實無法保障，勢必嚴重影響民眾用藥健康福祉。

- 五、本案系爭藥師於診所執行調劑業務，倘若該診所有二位藥師以上執業，則一人不在場另一人自可於合理極限下執行；倘僅一人執業，其不在場自可釋出處方，交付民眾自由選擇至藥局調劑（全民健康保險醫療辦法第 15 條參照），則藥師執業限制為一處，無損民眾用藥品質安全，並可杜絕租借執照之歪風，防止藥師專業超量過度致專業品質降低。
- 六、綜上所述，因藥師執業領域多元，專業服務內容迥異，為免例如日間於藥廠執業者夜間再執業於診所，其專業執業智能有極大差異；或日間已於醫院超量調劑，再於夜間於診所執行調劑或藥商執行販賣業務，超過注意能力極限，影響民眾用藥健康，則藥師法第 11 條專責一處執業，除為配合藥事法之專任精神，可杜絕租借執照之歪風，避免因跨業支援致專業服務品質良窳不一，並防止藥師超量執業致降低專業品質，影響民眾醫療與用藥健康福祉，乃為增進公共利益，實與憲法第 23 條之意旨相合，應無抵觸。

正本： 行政院衛生署、中華民國藥師公會全國聯合會

副本： 司法院

理事長許君薇