

對話錄

王明昌●蔡仁堅
合著

關於
「藥物、藥商管理法」
的對話錄

前 言

民國五十九年八月十七日，故總統 蔣公明令公布了「藥物藥商管理法」（以下簡稱藥管法）。這是中華民國藥政史上的第二個國家大法。也是第一個管理「藥物」、「藥商」的國家大法。（第一個是民國32年的「藥劑師法」）

在此之前，藥物藥商之管理，依據的都是行政命令，或為台灣省政府頒布的「台灣省管理藥商辦法」，或為內政部公布的「藥商管理規則」「藥品管理規則」。至此有一個最高的中央法令，是藥政史上的一個紀年。

然而，此法一出，各方議論紛紛，上至各單位衛生主管，下至各人民團體如藥師公會、西藥公會、製藥公會、醫師公會等，都有爭執和意見。修改的呼聲，在風風雨雨中已過了五年，今年上半年，經當局同意，衛生署終於公開表示要修改。在修改定案之前，我們顧客觀地進言，以對話錄的形式，讓不同立場的各界人士各說各話。當然，藥管法是藥的法規，身為藥師，我們求好心切，故所說的話也比較多。

對話錄

第二條 本法所稱衛生主管機關，在中央為行政院衛生署；在地方為省（市）政府、縣（市）政府。

藥政官員：省、縣、市衛生處、衛生局、衛生所，各向省縣市政府負責，衛生署不能集權行有效管理，上令難以下達，執行無力。

國民：地方衛生官員在地方上行事，顧忌很多，人情壓力大，不免敷衍循私。無照藥商的取締，偽劣禁藥的查緝，根本無法推動。君不見昔日高雄市衛生局某官員，為取締無照藥商，遭莽漢持刀追殺。現在地方政治講的是圓通、情面，衛生署天高皇帝遠，奈何，奈何。藥管法欲徹底執行，輔藥政以上軌道，最好依據本法第三條「中央衛生主管機關得專設藥物管理機關」，仿美國 F. D. A. 之組織，納全國藥品、食品為一條鞭管理，建立一個說到做到的藥政管理單位，則小民健康幸甚！

第五條 本法所稱藥品，係指左列各款之一之原料藥、製劑及成藥：

第一項 載於中華藥典或其他各國藥典、公定之國家處方集，或各該補充典集之藥品。

補充條款——藥物藥商管理法施行細則第五十五條：西藥販賣業兼營調劑業務者，得依照本法第五十四條第一項之規定（按為：藥品調劑，應由藥劑師為之），調劑中華藥典所記載之國家處方集藥品，自行零售。

國民：中華民國的國家大法上，公開指陳「其他各國藥典、公定之國家處方集」，未免顯得中國人太沒自信，但體念到原定十年一版的中華藥典，自民國十九年第一版後三十年，才有第二版中華藥典，我們的古董藥典技不如人，也就比較釋然。何況外國藥學比我們進步，承認他們藥

典、處方集的藥，也不會有錯誤。我們這裡進口藥又特別多，一般人仍以爲遠來的和尚會唸經，不承認的話，這些「蕃藥」就得淪爲偽劣禁藥啦。說到國民處方集嘛，好像小民還沒見到我們這裡有，如果有，那當然很好。小民若惹上感冒發燒、吃壞肚子之類的，就不必那麼辛苦到醫院掛號、看病。萬一碰上個比較喜歡錢的醫生，一針解熱劑外，又硬加一針 Vit. C，二針數包藥下來，小民的荷包比較吃不消。小病到藥局配國民處方，既不必排隊掛號，又不要花診斷費和額外的冤枉錢。

醫師：國民處方集用意固然不錯，但是民衆醫藥知識水準不夠，藥師在藥局對診斷不內行，有時以爲病小，發生了意外却不好，所以國民處方集範圍愈小，數量愈少愈好。

藥師：中華民國的國民處方集即將頒布，其制定始於六十一年，所根據的法律條款即是藥管法第五條及其施行細則第五十六條。民國六十三年八月初稿完成，共收了 550 種處方，比起先進國家，這數目還是少了很多，可是各方面的壓力包括來自醫師公會的，在意料中接踵而至。今年六月衛生署定成草案時，可憐只剩下 91 種處方了。一個開放的社會不可以固步自封，民衆的醫藥知識不是永遠停滯的，再愚的村夫病重了也懂得捨收驚、童乩而就醫生，難道懂得到藥局配國民處方的民衆，其智識不足以判斷自己的病情該否看醫生？今日不好好地定個完整的國民處方集，我們如何與人爲善地提高醫藥知識水準？藥師對診斷雖不內行，但起碼的藥理、治療學知識是絕對有的，何況所謂「國民處方」是科學證明、法律允許「效能明晰、作用良好、且具安全性者」（見草案凡例），用藥發生意外不可能，否則別個國家幹嘛一個勁五年一版國民處方集？我們中華民國 91 個處方的國民處方集稀稀疏疏印不滿六十頁，比起別人密密麻麻上千頁的 National Formulary，顯得多麼幼稚與寒酸。而這不是我們這裡沒有制定國民處方的人才，是有一小部分人爲了私利大開社會的倒車。藥管法應對國民處方集的制定與效力做更詳細的說明。

第八條 本法所稱成藥，係指……。前項成藥範圍、審核標準及其許可、販賣管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

國民：依本條款，62年衛生署公布「成藥及固有成方製劑管理辦法」。但是，本法對成藥範圍規定未見完善，管理辦法遲於本法三年公布，也未加嚴格規定，執行無力。當年行政院衛生署成立之初，曾一度放任成藥許可及其管理，似乎有意以此在形式上消滅無照藥商（即儘量增多成藥，輔無照藥商成爲成藥商），這一來導致成藥許可過分糜爛，以致問題叢生。終於，民國 63 年爆發出中藥製劑摻西藥成分的嚴重問題，丟臉丟到國外。目前害人的成藥是沒有了，但是無意義、無治療效果的成藥仍然充斥。如果當初我們的藥管法對成藥規定嚴密，便不會損人健康，費人錢財，可以端正「沒事吃吃藥」的錯誤風氣。

第十五條 本法所稱劣藥，係指核准之藥品經檢驗有左列各款情形之一者：

- 一、所含成分之質、量或強度，與核准不符者。
- 二、藥品中一部或全部含有污穢，或已腐化分解而變質者。
- 三、有顯明變色，或變混濁或發生沉澱、潮解者。
- 四、主治效能與核准不符者。
- 五、超過有效期間者。

國民：藥的品質愈保險愈好，劣藥不應該讓它流入市面，流入市面品質發生變化成爲劣藥的，應該拿出辦法取締。

藥品生產者：藥廠須要聲譽，誰都不願意製造劣藥自毀廠譽。藥品在出廠前，各大大小小的藥廠，都有不同程度的品質管制。製造設備條件不足，或製造過程發生疏忽，又不加強品管，這樣子做成劣藥，沒話說，應該取締。可是有些品質變化是客觀的人力不可爲，例如懸浮劑(Suspension)會發生沉澱，這是正常的情形，取締人員若吹毛求疵，廠商將煩不勝煩。藥品的質、量、強度(Potency)，尤其強度試驗往往有偏差，在我們的檢驗制度還沒完整統一建立之前，這一項規定顯得模糊。品質變化的發生往往是因零售業貯藏不慎，或囤積時日過久，若因此與買者發生糾紛，責任在誰頗難以證據裁判，這點應該有個技術上的解決。本條款或語意欠明、或規定太苛，施行細則也沒有再說明，藥管法應有適度的修正。

第二十四條第二項 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。

第二十五條 ……中藥製造業者，應由專任中醫師駐廠監製。

中醫師：藥師受的是西藥的教育，對中藥非內行，中藥的炮炙修治有獨特的一套方法，和西藥迥然不同。中藥有古老的淵源，歷來是配合着中醫的辯證來調配，所以中藥應由中醫師管理。或者另立中藥師，透過考試取得資格來管理。

中藥商（中藥商大都是中醫師的學徒出身）：時下的中藥商大多經營中藥店多年，熟諳藥性，應即舉辦「中藥調劑人員考試」，以符「確具中藥基本知識及鑑別能」，賦予法律上的認可。中藥應由我們及中醫師們管理，不能由藥師管理。

藥師：藥無中西之分，頂多只有新舊之分。一、二千年以前我們的祖先以炮炙修治來製劑，十數世紀後，咱們科學時代的中醫師，却蒼老發昏仍以這一套爲「獨特」，爲藥師所不懂，一、二千年竟是一點進步都沒有嗎？藥師絕對尊重祖先們古藥劑學的歷史價值，以前的煎、浸之劑，就是二十世紀的科學藥學也選用的。受過科學訓練的藥師不是不懂炮炙修治，他是要把古老的藥材引上科學的路，分析其成分，確定其藥理。麻黃落在科學者的手裡，能提取出麻黃素(Ephedrine 治氣喘)，甘草能分離出Glycyrrizin(治過敏病)和Glycyretic acid(治關節痛)，請問中醫師這數十年來對中藥有什麼貢獻？別說成分、藥理研究，就是劑型上也一悉古貌不求改進。藥師在學校學過藥用植物學、生藥學、植物化學，對中藥原植物的形態、生理、分類以及生藥的形質性味、禁忌、品質成分、藥理效能、劑量都有一定的底子，這是中醫師能及的嗎？科學的造就目前的中醫師是談不上了，就是在調劑投與的交付行爲上，藥師能發現禁忌、控制劑量，以其科學知識判斷應變，中醫師也許靠多年經驗技藝不會不如藥師，但到底知識底子要差了。中藥以往雖依中醫古老的辯證邏輯，別說這套辯證是否該開放給科學，整理過瀆一次，藥師爭取的只是中藥調劑權，並無反對中醫師管理中藥之意。藥管法第五、七、八條藥品之定義無中西之分，施行細則第五條規定「藥品之調劑、製造、販賣及管理，由藥劑師爲之」，是以中藥調劑權至理順當是由藥師爲之。而在這過渡時

期，藥師並不反對中醫師買賣中藥，只是爭回起碼的權利而已。國家需要科學推動進步，美、德、日諸國的科學家都競相研究中藥，並已成功地完成一些產品，為國家增益經濟資源，我們自己不能眼睜睜的看別人挖掘祖先豐富的財產。把中藥調劑權交到藥師手裡，會帶動全面中藥研究的上揚。設立中藥師太荒謬，醫師有中西醫之分本已不該，藥是物質，是可澈底實證研究的，更無分中西之理，我們不可加劇今日醫藥界的混亂，為後代子孫貽患。至於舉辦中藥調劑人員考試，那是開倒車，萬萬不可。現存六千名以上「確具中藥基本知識及鑑別能力」的中藥商，都是在「藥商整頓方案」下，由臨時中藥商、中藥種商搖身一變成中藥商。台灣六千三百家中藥店已超過需要（西藥販賣商不過是4603家）甚多，再舉辦什麼考試，只是便利了那些沒正式資格的中藥學徒，徒然增加混亂，何況這些學徒出身的中藥商，開藥店是做生意，那能發揮醫藥保健的社會功能。要追求中藥的科學價值，豈可把執業者的水準降格？

故藥管法修正時，應修改24、25條，准許中醫師或藥師管理及監製中藥。而去除定義曖昧的「確具中藥基本知識及鑑別能力」。

第七條 本法所稱製劑，係指原料藥經加工調製，製成一定劑型及劑量，其使用須經醫師處方或指示治療疾病之藥品。

第三十一條 藥品販賣業者，除成藥外，非經醫師處方，不得售賣須經醫師處方之藥品。但同業藥商之批發、販賣、或醫院診所及機關、團體、學校之醫療機構或檢驗及學術研究機構購買時，不在此限。前項須經醫師處方之藥品，由中央衛生主管機關就中、西藥品分別定之。

藥師：以往台灣「醫師指示藥」的劃分不受重視，廠商為向醫院推銷方便，包裝盒上大多印上「醫師指示藥」，變得有名無實。這次為配合新醫師法，醫師指示藥被整理過濾一次，但藥管法上把藥品二分，只有醫師指示藥和成藥二類，這樣在道理上說不過去，實用上也極不方便。一九六三年世界衛生組織向各會員國建議：將藥物分四類(1)醫師指示藥(2)藥師指示藥(3)受國際管制之麻醉藥(4)出售不受限制者。所謂藥師指示藥，須經藥師指示說明後，才能

供售，售出須如處方箋留下記錄。劃分的標準由衛生官署，邀集專家逐一審查決定。國家建設與我們相當的兄弟友邦韓國，已行之有年，見賢思齊，我們不能常常落後呀！故在修改藥管法時，應增列藥師指示藥。

第三十三條 藥商不得買賣來源不明或無藥商許可執照者之藥品或醫療器材。

國民：這一條是畫蛇添足，徒自諷刺的條文。偽劣禁藥本法早有明文定義，並規定罰則。令人想不透「來源不明」的藥會是什麼？地下工廠的產品嗎？那明明是在偽藥的範疇內。走私的嗎？不錯，台灣走私藥品充斥，但藥管法管不着走私（這是法制的權限）。又不能賣藥給無照藥商，這真是個雞生蛋、蛋生雞的難題了。衛生當局不取締無照者，讓他們坐大，却要廠商不得對他們賣藥，且在國家大法上明文規定，豈不是此地無銀三百兩，我們這裡的無照藥商特別多。取締藥商有取締的法規，怎能捨本逐末？小民建議刪了這條，以維體統。

第四十五條 根據固有成方調製，仍用原名稱之中藥如丸散膏丹等，其管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

國民：如同成藥，固有成方的管理辦法鬆弛，亦曾一度泛濫，舊金山華人區有四人因服摻有Phenylbutazone的中藥成方而喪命，造成嚴重問題。藥管法修正時應從嚴制議。

第五十四條 藥品調劑，應由藥劑師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生代之。

非藥劑師（生）不得為藥品之調劑。但醫師以診療為目的，並具有第五十七條第二項所定調劑設備，依自開處方親自調劑者，不在此限。（按：本條款為醫藥不能分業的法制性原因之一）

國民：醫藥分業，聽說那是一個進步的醫藥制度，站在國民的立場，無不希望「物盡其用，人盡其才」，醫師藥師各能擔起專業的職責，貢獻社會。退一步為小民的荷包着想，醫藥分業了，醫師只負責診斷、開處方，藥師檢查

處方、調劑交付，這樣少數不肖的醫生便不能在藥費中動手腳，比方就不能強打Vit. C多收錢。但是，萬一醫師和藥師勾結，那小民的荷包就更慘了，所以真正實行時，制度要立得好。

醫師：（此段乃民國62年，省市醫師公會聯合建議書中，所提「應維持醫師調配藥品之理由」）

目前很多時髦論調提議醫藥分業，或醫藥分工合作等，在歐美固有如此制度，但是尚有針劑等亦由醫師自己選擇，就地使用於病患。醫藥分業倘若無高度醫藥知識水準及醫藥倫理為基礎，遽而採用，徒增國民之困擾及醫療之紛亂。特舉不宜立即採取醫藥分業之理由於左：

(1) 我國與亞洲特別是日本，社會情形傳統習慣相同，醫師診治病患均由醫師處方調劑交付病患，一直維持數千年，病患稱便並可以收到急救等之宏效。如果改為分業，病患必須取得處方或找藥局配藥，即交通時效、經費等必定發生各種不便，病患方面難予適應。

(2) 藥師所設藥局是否能應付醫師處方而有效地調配藥品，不無疑問。醫師處方為各人不同經驗及習慣醫學上之看法有異使然。藥品成分相同，但是廠牌不同亦有。如果充分應付醫師處方，唯恐非小藥房之能力所及，即規模大的藥局不可能普遍設立於都市及鄉鎮。藥局分布情形與診所分布情形脫節時，病患無法適應醫藥分業。

(3) 醫師收處方費，藥局收藥費，則必定增加病患負擔。

(4) 藥師擅自變更處方，結果引起醫療糾紛時應由何方負責？

(5) 藥師法雖有明文規定各種義務，但是既無法知悉藥師是否履行，即病患離開醫院診所後，醫師尚處在憂急中，對專心從事醫療工作，不無不良影響。

(6) 醫師法並沒有規定醫師不能調劑。

(7) 現在藥師的百分之七十都是受藥店僱用的，因此無法控制藥店的業務而依法處理。

藥師：首先，我們先表達對醫師的尊敬，並不下於一般人對醫師的尊敬。其次，我們希望這篇署名台灣省醫師公會理事長吳基福、台北市醫師公會理事長吳作仁的「聯合建議書」，只是代表省市醫師公會某一階層、某一年齡範圍以內的醫師的意見，因為我們所接觸到的新生代醫師，即使是反對醫藥分業的，也不是拿這般理由來講。我們先敬答應維持醫師調配藥品的七點理由。

醫藥分業並不是時髦的論調，十一世紀的中國，十五世紀的歐洲早已施行醫藥分業，而且源遠流長，「聯合建議書」的諸公第一句話就顯得毫無史識，把「醫藥分業」說得輕薄。我們可要問，諸公們可懂得醫藥分業源流怎麼來

？內容是什麼？還是只懂得醫藥分業後錢就賺得少了？知己知彼才能百戰百勝，堂堂醫師公會，寫起建議書來，怎麼這麼疏忽呢？「醫藥分業倘若無高度醫藥知識水準及醫藥倫理……」那請問什麼樣的醫藥知識水準才能醫藥分業，難道二十世紀的中國不如十一世紀的中國，不如十五世紀的歐洲嗎？難道今日台灣的民智不如東南亞已行醫藥分業的小國家嗎？又難道我們的民衆知識水準若不高，就把民主丟掉再復辟專制嗎？人有好生之德，君子與人為善，為了整個國家民族的前途與利益，有好制度就應當用，怎麼用則是枝節技術問題了。這是大前題。底下分條敬覆：

(1) 「我國與亞洲特別是日本……」這是殖民心理的延伸，也難怪，醫師公會寫建議書的這群先生們，從小學到醫科畢業，受的都是「馬該野鹿」式的教育，到今天他們不能忘懷日本，事事向日本學習。日本確有許多地方值得我們學習，可是先生們好的不學，偏要學人不好的。何況日本今天也並非「醫師診治病患均由醫師處方調劑，交付病患」。遠在二十七年前，台灣光復不久，先生們有的還在日本就學的時候，日本政府修正了醫師法（昭和23年7月30日法律第二百一號）時，在第四章業務第二十二條規定，醫師於診治之後，必須將處方交付病患，由其到藥局調劑領藥。只有在病患聲明不要時，醫師才可以不交付處方，或是有其他不可抗拒之理由才可不交付處方，到今年昭和50年，厚生省將在下半年宣佈施行全面醫藥分業。講「特別是日本……」的先生們怎麼連這些都不知道？說出來的話倒和日本相反。盲目崇日的幼稚病，唉！在醫院拿藥病患稱便固然不錯，可是君不見常有病患在醫院經護士一針嗚呼喪命的事？病家為了生命的安全，經濟上的節省，誰不願意多走幾步路去配藥？所謂「交通時效」的不便，那是強辭奪理的。目前台灣醫師與藥師人數之比為2.0：1至2.5：1，且此比例因藥科畢業生驟增，在近幾年內將逐漸扯平。又何況台灣各種身分的藥局、藥房遠超過醫院、診所數。我們相信藥局的分布比醫院、診所的分布，還要均勻。至於「病患」難以適應，這是圓謊的話，只要診斷費、藥價公平，分業後的專業權威性使他們有信心，何來「難以適應」？就像民主政治裡的投票選舉，只要民主功能健全，公平地選賢與能，人民必會樂於投票提高投票率，怎會因過去在專制之下，現在却難以適應民主？好的制度，人民是如望雲霓呀！

(2) 「藥師所設藥局是否能應付醫師處方，而有效地調配藥品，不無疑問」醫師公會的老先生們竟然失言至此，唉！教育、修養何在？試問藥師所習何事？難道藥師都是低能兒？學了四年，起碼的依處方調配都不會？老先生們大概以為民國六十年代的藥學教育，和他們日據時代臺

對話錄

調的「藥種商訓練班」差不多。差遠了，就如你們低劣的意見，和有理想有良心的醫師差得一般遠。衛生當局把調劑權分給了醫師（藥師拿不到醫師處方，又沒有國民處方藥，藥品調劑權本是藥師的第一主權，這一來藥師成何藥師？），讓醫師「以診療為目的，並具有第五十七條第二項所定調劑設備，依自開處方親自調劑……」已經是非常非常優渥醫師把藥師犧牲，但請問諸先生，你們那一個擁有比藥局完整的調劑設備？那一個又親自「下廚」調劑？你們把本分外的調劑權輕易地交給藥局生學徒、護士（老天，大部分的密醫就是藥局生學徒出身的呀！），却來說「藥師能否應付醫師處方」。霸住尸位不打緊，還要來掃人尊嚴，未免太過分吧！四年藥學訓練，通過國家考試的藥師，不信調劑上勝不過醫師，更不信勝不過學徒。說藥師無法應付醫師處方恐怕是心虛的話罷，也許是老先生們不會標標準準地寫個處方，拿到藥局裡徒然現眼。最後，對於先生們用日式文辭寫建議書，我們也表示一點身為中華兒女的不滿。

(3) 收費是制度本身的技術問題，我們的憲法已有公醫公藥的理想，區區醫藥分業的收費問題，由主管單位和各公會協商、擬定，問題自然迎刃而解。要施行醫藥分業，須要有配合的保險制度，民衆的負擔一定只有減少沒有增加。問題是「醫藥分業」這個制度要不要？不能捨本逐末先在枝節上找渣。我們的國民所得已入開發國家之林，國民對醫藥健康的要求愈多，我們難道不該建立個好制度，進一步造福國民？老先生們，抬起頭來看看這個世界和大勢吧！

(4) 防止藥師擅自變更處方，猶如防止醫師開出不法處方一樣，都是制度的技術問題，怎地沒有邏輯觀念，拿這個來反對醫藥分業。

(5) 藥師履行義務的監督也不成理由，原因如(3)、(4)。至於「病患離開醫院、診所後，醫師尚處在憂急中，對專心從事醫療工作，不無不良影響」，真令人啼笑皆非，現代社會講的是分工合作，信任專業的醫師，也要信任專業的藥師。不醫藥分業的時候，有多少醫師會「憂急」病患，去察看病者服藥後的情形？人情味也不是這樣講的呀！老先生們怎地情急至此？

(6) 醫師法沒有規定醫師不能調劑，不止如此，藥管法甚至規定了醫師有「親自」底調劑權。幸好醫師法沒有規定醫師有調劑權，而藥管法我們要提出修正的，就是，刪除第五十四條第二項！所謂改革就是把不好的改成好的，醫師法沒有規定醫師不能調劑，就像藥師法也沒有規定藥師不能對病人診察、診斷、治療。這算什麼邏輯呢？

(7) 「現在的藥師百分之七十都是受藥店僱用的…」

，這最後一條說到節骨眼兒裡去了，正是癥節，可是醫師公會的先生們倒因為果了。因為藥師的第一主權被侵奪，因為不能實行醫藥分業，藥師拿不到處方，開藥局便有些像別的商店一樣，客人要什麼給什麼，藥師這行被強剝下專業的衣服，當然令藥師灰心，轉而向貿易界、做藥品推銷員，雖然不很能學以致用，至少能力還能發揮。百分之七十都是出租執照受僱於藥店，正是藥政不上軌道、醫藥沒有分業的結果，倒因為果真糊塗。那一天醫藥分業了，大家都會喜歡開藥局，因為有了專業保障，穿着藥師制服在藥局裡調劑，對於所學、對於國家社會的培養才不辜負啊！

至此，我們建議修正的藥管法，刪除第五十四條第二項的但書。縱令目前無法立即實施醫藥分業，却不可無醫藥分業的理想，在國家大法上破壞醫師、藥師的專業權責。

第八章 罰則

第七十二至第七十八條 為各種刑法、違警處分，處有期徒刑及罰金。

第七十九至第八十七條 為各種行政處分，處罰鍰（詳細請參閱本法各條款）

國民：本法罰則頗重，最嚴厲可處十年有期徒刑，或罰鍰五萬銀元（十五萬台幣）。因此，地方上的藥政官員在取締時，人情壓力自然大增，執行上窒礙難行。修正時應確立取締體制，有效執行。這是本法在「情」上的困難。至於「理」與「法」，本法偏重於地方政府之裁決權（縣市政府為一般行政罰鍰之裁定機關），導致中央（衛生署）與地方（縣市政府衛生局、所）的不協調，指揮作業可大可小，法令解釋各執一端，易生鑽營漏洞之弊。欲治其標應重整罰則，在不協調中求統一。若要治本，則應如前文所議，全國藥政設立最高機構，行一條鞭管理。

後記

本文雖是關於藥管法的對話錄，我們的理念實超越此。我們不但希望藥管法的修正順利成功而且善美，更希望藥政因此而嚴密有力。而我們最終的目標，是為國家、同胞的福祉。