

# 國立政治大學新聞學系博士論文

指導教授：蔡明誠 博士

藥品廣告之法規範與健康素養

The Regulation of Pharmaceutical Advertising and Health Literacy

研究生：林承宇

中華民國一〇一年六月

國立政治大學新聞學系

博士學位論文

藥品廣告之法規範與健康素養

研究生：林承亭

本論文業經審查及口試合格 特此證明

論文考試委員：

高玉泉 羅昉南  
蔡明誠 林子儀

指導教授：

蔡明誠

系主任：

林 〰 〰

中華民國 101 年 6 月 27 日

本論文榮獲行政院國家科學委員會  
100 年度獎勵人文與社會科學領域博士  
候選人撰寫博士論文獎（傳播領域）



本論文榮獲「吉星福、張振芳」伉儷文教

基金會 2011 年李瞻教授新聞研究論文獎



# 獻給

在極樂世界默默給  
我力量的父親



# 感恩

這一路為我付出的  
所有人



# 藥品廣告之法規範與健康素養

## 摘要

為國民的健康把關，通常是政府作為實現國民健康權的一種具體作為，有關國民的用藥安全更是政府責無旁貸的責任。本論文著眼於「虛擬藥房」的藥品廣告刺激一般常民用藥的消費過程，政府基於保護國民健康所採取的介入方式是「法規範」對藥品廣告的管理，此種管理方式隨著藥品本身與商業言論的時空變遷會有緊縮或放寬的變革，然而易侷限於專業精英討論的上層層次；後有主管機關意識到常民健康的落實須直達正確的用藥觀念，以健康促進作為彌補上層可能無法下達困境的下層層次。

本論文以為，此二層次對應的概念仍屬「由上對下」的意識，亦即「政府」下對「常民」的概念。這種由上而下的把關做法，在維護國民「健康權」的國家、社會與個人法益上固然有其必要；惟欲落實整體健康權的實踐，仍須回歸「健康素養」的具體貫徹。亦即，本論文主張政府所主導的法規範或健康促進的作為，必須同時伴隨常民健康素養的賦權，兼顧「由下而上」的作法，不斷促使法規範與社會現實互為主體，則法規範才能真實維護與實踐國民的「健康權」。

關鍵詞：媒體識讀、健康素養、新素養、健康權、傳播法規、藥品廣告

# The Regulation of Pharmaceutical Advertising and Health Literacy

## Abstract

It is the constitutional and legal responsibility of the State to protect people's health and achieve "the right to health" via, among others, the provision of safe medicines. The vast amounts of advertisings have challenged the State to providing safety access to medicines. This thesis focuses on the advertisings of "virtual pharmacies", and attempts to investigate how they stimulate consumer behaviors. Legally, the State controls pharmaceutical advertising by means of various different legislative and administrative measures. Nonetheless, this "top-down" process has had only limited effects due to rapid social change and the evolution of the protection of commercial speech. This thesis argues that, to fill the gap, the promotion and development of "health literacy", i.e. a "bottom-up" way, could be the answer to a meaningful control of pharmaceutical advertisings.

This thesis conducts empirical analyses and applies them to various theories of political economy regarding pharmaceutical advertising. Moreover, the relationships between "health literacy" and "the right to health" are also elaborated. It is argued that to substantiate the constitutional "right to health", the best way is to promote and develop the concept of "health literacy". Only through empowering the consumers with the proper knowledge of "health literacy" can the State, assisted by the implementation of relevant laws, fulfill its responsibility. "Health literacy" is as important as law itself, and the latter cannot satisfactorily operate to arrive at the desired results without the construction of the former.

**Keywords:** media literacy, health literacy, new literacy, the right to health, communications law, pharmaceutical advertising.

# 論文目錄

中文摘要 .....	i
英文摘要 .....	ii
圖次.....	v
表次.....	vi
<b>第一章 研究背景及目的 .....</b>	<b>1</b>
一、緣起.....	1
二、問題之提出.....	6
三、研究目的與範圍.....	8
<b>第二章 文獻回顧及評述 .....</b>	<b>11</b>
一、文獻回顧.....	11
(一) 藥品廣告與法規範：從商業言論到法條規範.....	11
(二) 健康權之討論.....	20
(三) 健康素養之賦權.....	33
(四) 傳播三大學派與 Neil Postman 對科學、技術與人文之反省.....	44
二、文獻評析與對話.....	50
<b>第三章 方法論、研究方法與研究思維 .....</b>	<b>52</b>
一、方法論之啓發.....	52
二、研究工具之選用：研究方法之運用.....	59
三、研究理路與論文架構.....	62
<b>第四章 藥品廣告之社會現實：法規範交融 .....</b>	<b>64</b>
一、藥品、廣告之本質.....	64
二、藥品廣告之現實：實證取徑分析.....	69

三、藥品廣告之規範力：案例分析與型態分類.....	92
四、小結：藥品廣告規範新思維.....	113
<b>第五章 藥品廣告規範之政治經濟學 .....</b>	<b>118</b>
一、藥之簡史及其經濟效益概述.....	118
二、藥品廣告之政治經濟學.....	122
三、傳播政治經濟學之檢視.....	127
四、法學政治經濟學之檢視.....	136
五、小結：跨領域對話之檢視.....	139
<b>第六章 結論：健康權之實在 .....</b>	<b>141</b>
一、法規由上而下轉為由下而上之賦權方式.....	142
二、健康權之實踐：健康素養之如何可能.....	144
三、法規與行政實務之完整：健康權之具體.....	149
四、總結：人人都可以是健康的贏家.....	151
五、研究議題的延續力.....	152
<b>參考文獻.....</b>	<b>154</b>
一、中文文獻.....	154
二、英文文獻.....	160
<b>附件一：深度訪談名單 .....</b>	<b>167</b>
<b>附件二：深度訪談問題 .....</b>	<b>169</b>
<b>附件三：《藥事法》暨《藥事法施行細則》 .....</b>	<b>170</b>
<b>附件四：藥品廣告申請核定表 .....</b>	<b>189</b>
<b>附件五：過去一年核定通過之感冒藥品電視廣告內容整理 .....</b>	<b>190</b>

# 圖次

圖一：法規範把關藥品簡圖.....	5
圖二：本論文問題意識層次圖.....	6
圖三：「法規範」、「健康權」與「健康素養」互相牽動關係圖.....	8
圖四：借用 Jürgen Habermas 旨趣概念所形成之落實人民健康權過程圖.....	10
圖五：商業言論自由規範游動圖.....	20
圖六：聯合國經濟、社會與文化權利委員會對健康權之詮釋示意圖.....	27
圖七：健康權作為各種法益形成之關係圖.....	31
圖八：法規範介入藥品廣告之連動圖.....	41
圖九：法規範與健康素養作為實現健康權之關係圖.....	59
圖十：行政院衛生署食品藥物管理局藥品廣告業務主管組織圖.....	72
圖十一：行政院衛生署中醫藥委員會藥品廣告業務主管組織圖.....	72
圖十二：藥品廣告與民眾用藥關係圖.....	115
圖十三：感冒藥品電視廣告內容剪輯圖.....	133
圖十四：閱聽人近用媒體的形式與實踐想像圖.....	146

# 表次

表一：三大典範與傳播三大學派之「健康素養」本體論、認識論與方法論.....	47
表二：批判典範的思維歷程.....	59
表三：台灣每年通過之藥品廣告數量統計表.....	74
表四：台灣每年通過之藥品廣告不重複內容統計表.....	76
表五：台灣藥品廣告在媒體上的分布狀況表.....	78
表六：台灣藥品廣告中的西藥品用途與人體治療關係整理表.....	81
表七：台灣藥品廣告中的中藥品用途與人體治療關係整理表.....	86
表八：藥品廣告內容申請處理原則－網路媒介.....	95
表九：藥物廣告內容審查之不適當廣告詞句共通性限制表.....	96
表十：西藥廣告之不適當廣告詞句整理表.....	98
表十一：中藥廣告之不適當廣告詞句整理.....	100
表十二：藥品廣告發生判決總體整理表.....	102
表十三：藥品廣告違反《藥事法》發生判決整理表.....	103
表十四：歷年藥品廣告違反刑事規範案件之藥品與廣告媒體整理表.....	106
表十五：歷年藥品廣告違反行政規範案件整理表.....	107
表十六：近十年台灣總廣告量統計表.....	122
表十七：感冒中藥廣告品項之整理.....	130
表十八：感冒西藥廣告品項之整理.....	131

科學研究與社會研究最大的差異之處在於：科學研究發現東西，社會研究不發現任何東西，而是重新發現人們過去知道、現在需要重述的東西。

～ by Neil Postman (1992)

## 第一章 研究背景及目的

### 一、緣起

幾個患有痛風老毛病的親朋好友常常跟我埋怨，「吃這個不對、吃那個不適合，到最後連要吃什麼都不知道了...」，這種被稱為「奢華病」或「帝王病」的高尿酸血症（gout and hyperuricacidemia）聽說發作起來「連風吹過都會痛」，他們平常甚至服用很多「秘方」想根治它。過去父親也患有這個疾病，從許多西醫的文獻上得知，此病諸多病例來源都是遺傳使然，而且無法根治。當時一方面希望協助父親在日常生活中能與此疾病好好相處；另一方面也作為我保養與應對疾病來臨的可能，因此我花了很長時間瞭解這個疾病、保養方式、應對痛風的方法等，期間甚至有遍尋不著我所需資訊的經驗。與其說是「瞭解」這個疾病，倒不如說我是透過什麼管道、如何處理痛風訊息，乃至我號稱對這個疾病甚為瞭解？對一個沒有受過正統醫藥教育的我（或稱醫藥常民，civilian），判斷哪些訊息真的對病患有用？有害？或是，怎麼作才是「正確的」？這個「正確」所依據的基礎何來？科學？客觀？抑或科技理性的？「個別差異」又如何面對這些「正確做法」？都激發我對這個現實問題背後所牽涉到的知識觀與方法論產生研究的興趣。這個過程，與 2003 年台灣所發生的禁用藥品含「馬兜鈴酸」事件<sup>1</sup>有諸多類

---

<sup>1</sup> 台灣衛生署於 2003 年 11 月 4 日公告禁用廣防己、青木香、關木通、馬兜鈴、天仙藤等五項含馬兜鈴酸中藥材。事件經過大致是：一名中醫師聲稱服用「龍膽瀉肝湯」半年，竟導致腎衰竭；後又因台北榮民總醫院臨床毒物科醫師吳明玲在「中草藥中毒研討會」學術研討會中指稱一百多種中藥有肝毒性，因而促使馬兜鈴酸在台禁用事件。其實，早在 1992 年比利時便傳出了許多婦女服用含馬兜鈴酸（Aristolochic acid）之減肥藥品產生腎衰竭，翌年比利時自由大學（Universite Libre de Bruxelles）腎臟系數位教授即發表評論於世界著名醫學雜誌《柳葉刀》（The Lancet; 1993

似的地方（最近發生的食品安全問題，如 2011 年 5 月的「塑化劑風暴」事件<sup>2</sup>、2012 年 2 月爆發的「瘦肉精」問題<sup>3</sup>等，亦均有類似的傳播過程）。

處在當代健康資訊過載的社會現實中，每個人多多少少都有看得見、看不見；感知得到、感知不到的「疾病」或「風險」。若我們靜下心來，想想這些疾病或風險究竟是如何讓我們得知的？從何而來？讓自己的身體「健康」，自古至今再簡單不過的需求，但時光切換至今，卻顯得相當複雜、多變、不可捉摸。最近我又從親朋好友積極找藥的過程或類似的生活經驗中，進一步觀察台灣媒體所再現的種種健康訊息，發現許多與健康有關的訊息，都與「藥品」脫離不了干係，其中「廣告」更是一般民眾所接觸的藥品資訊來源之冠。藥品為何需要透過廣告文本來傳達？從商業的角度看來，藥商想把藥品要成功地行銷出去，透過廣告宣傳自然是一種簡單又必要的過程，我們甚至可以從行銷管理的教科書中發現，台

---

Feb. 13) 上，題目為「Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women: association with slimming regimen including Chinese herbs (年輕女性因減肥(包括服用中藥)引發之快速蔓延間質性腎臟纖維化)」。當時台灣也討論過是否禁用馬兜鈴酸問題，因台灣使用狀況多屬「組方」非「單一處方」與國外不同，因此未予禁止。有關本事件經過可參閱當時各大媒體之報導，或行政院衛生署中醫藥委員會之網站即有本事件發生始末之整理：<http://www.ccmp.gov.tw/public/public.asp?selno=561&relno=561&level=C>(網站最後瀏覽日期：2012/03/31)。

<sup>2</sup> 「塑化劑」事件是台灣所爆發的一系列食品安全事件，起因於市面上部分食品遭檢出含有塑化劑，進而被發現部分上游原料供應商在常見的合法食品添加物「起雲劑」中，使用廉價的工業用塑化劑節省成本。除了最初被披露的飲料商品之外，影響範圍亦擴及糕點、麵包和藥品等。相關政府機關在事件爆發後，明訂同年 6 月起若相關食品未完成自我檢驗，一律禁止販售。由於對台灣社會影響甚大，該事件常與 2008 年中國所爆發的「三聚氰胺事件」並論；然而部分專家指出塑化劑的毒性是三聚氰胺的 20 倍，是三十年來最嚴重的食品摻毒事件。相關事件內容可參閱各大媒體報導或 Wikipedia 的整理：<http://zh.wikipedia.org/wiki/2011%E5%B9%B4%E5%8F%B0%E7%81%A3%E5%A1%91%E5%8C%96%E5%8A%91%E4%BA%8B%E4%BB%B6>(網站最後瀏覽日期：2012/03/31)。

<sup>3</sup> 2012 年 2 月因馬英九政府欲開放美國牛肉進口，因而爆發「瘦肉精」(萊克多巴胺)是否傷害人體的爭議。本事件至今仍屬「發展中」事件，台灣各媒體目前亦大肆報導(本事件最後觀察日期：2012/03/31)。

灣民眾熟悉藥品的方式除了醫師給的處方箋之外（目前台灣的處方藥不得廣告），廣告宣傳竟是主要的來源（Kotler, Keller, Ang, Leong & Tan, 2009），這表示藥商藉由廣告的方式讓消費大眾熟悉藥品品牌或藥品功效是一種必要的行銷手法<sup>4</sup>。這種透過廣告熟悉藥品的經驗在我身上確實也時常發生。過去以來，由於對電腦的依賴時常造成我眼睛不舒服，一旦不舒服狀況發生時，最早出現在我腦海裡的不是衛教、眼科醫師或相關眼科醫藥的常識，從小接觸過的一則眼藥廣告「新一點靈 B12」的聲音與畫面，最快浮現在我的心中：那瓶扁扁形狀、畫著大大眼睛的眼藥水，加上配著清新明亮的音樂旋律，真的讓我過去遇到眼睛不舒服時就去買來用的經驗<sup>5</sup>。類似可以朗朗上口的藥品廣告何其多，但每個廣告總能讓人印象深刻，一旦閱聽人出現如廣告中所建構的的疾病症狀或類似情境時，便很容易對該藥品進行消費。

而台灣民眾對於藥品的消費與媒體確實是息息相關的，從陳瑞芸的博士論文《空中藥房－醫療消費文化之場域分析》中便可理解到，台灣的醫療體系由於存在西醫、中醫、民俗療法等多樣面貌，一般常民對於醫藥消費的實踐文化有其歷史脈絡，從過去寄藥包到市集與廟埕，再到聽廣播買藥的醫藥消費風格，均顯示過去台灣民眾對於醫藥消費的方式與國外有著極大的差異（陳瑞芸，2009，頁77-92）。台灣民眾的這種藥品消費存在「方便可接近性」、中西合併的「萬用藥包」到「有病治病、無病補身」的醫藥消費場域，其實一直都是製藥廠商主導的消費文化；換句話說，製藥廠商與結合的媒體所共構的醫藥銷售模式，即使隨著有線電視、網路等不同媒體的興起，這種所謂的「文化再生產」或「社會再生產」過程，仍是構成台灣現有醫藥消費文化場域的主要方式（Bourdieu, 1977）。

尚且不討論這種消費背後權力關係的場域問題，民眾或者說當代閱聽人，其

---

<sup>4</sup> 這種說法從坊間一本名為《窮鬼翻身－五洲製藥董事長吳先旺的發跡傳奇》書中，引用諸多藥廠老闆的親身說法，正足以印證。其中第七章「顛覆傳統廣告：台客文化先驅」、第八章「力排眾議：打造斯斯王國」二章更詳細描述藥廠是如何將藥品透過電視廣告即成功又快速地把藥品銷售給台灣人民（頁203-274）。

<sup>5</sup> 我個人確實有消費過這個眼藥水，後來當上眼科醫生的姊姊提醒我要多休息，而不是用眼藥水來減緩不舒服；另外她亦指出該藥品對眼球肌肉放鬆沒有太多幫助。

實不只正處於資訊爆炸的時代，更是生活在被健康訊息所包圍的資訊洪流中。我們可以稍微回想一下，每天所接收的媒體訊息中，不論是從電子媒體的網路、電視、手機、廣播等，或是平面媒體的報紙、雜誌、書籍等，與健康相關的訊息幾乎是無所不在地存在媒體訊息中。當民眾面對這些琳瑯滿目、媒體所建構的健康概念，這麼多強調對我們身體有益的廣告，不論是對抗疾病的藥品，乃至具有強身效用的補品、健康食品、養顏美容商品...等，媒體到底透露著什麼樣的「健康」形象？種種打著為消費者健康把關的廣告，會不會是一步步正在建構著「健康迷思」(myth)？那麼「健康」到底所謂何物？

面向我們所接觸的林林總總與藥品有關的廣告訊息中，所謂的「藥品」在台灣這樣充滿多樣的用藥消費場域，可能需要予以理解。從相關的字面解釋來看，藥品與藥物有不同程度的用途：網路維基百科 Wikipedia 就定義「藥物」是指可以暫時或永久改變或查明機體的生理功能及病理狀態，具有醫療、診斷、預防疾病和保健作用的物質；包括天然藥物、化學合成藥物以及生物製劑後使用。這樣的解釋，其實涵蓋了中西醫對藥物的看法與觀點。然而進一步以相關法條驗證藥品與藥物的差異，從《藥事法》第 4 條：「本法所稱藥物，係指藥品及醫療器材」，加以同法第 6 條：「本法所稱藥品，係指左列各款之一之原料藥及製劑：一、載於中華藥典或經中央衛生主管機關認定之其他各國藥典、公定之國家處方集，或各該補充典籍之藥品。二、未載於前款，但使用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之藥品。三、其他足以影響人類身體結構及生理機能之藥品。四、用以配製前三款所列之藥品。」可得知，藥品係指已加工過或藥物本身不須加工但實證後對人體有幫助的物品。

法律介入藥品相關的規範，無非是藥品牽涉到民眾的「健康」。《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」與增修條文第 10 條第 5 項「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」等所接襲的精神，推行衛生保健事業與維護國民健康的目的，都在說明公權力的介入對於維持國民健康的必要性；這亦說明維護國民健康作為公共利益的主要理由，從法規範到實際落實國民身心健康狀態有其思考脈絡。

這個脈絡進一步推敲，從法規範所定義的健康，我們可以檢視其為何種觀點與詮釋下的「健康」，不外乎科學的、客觀的或人體實驗過的數據顯示結果，均透露著「健康標準」做為法規範依據的必要性。這形成一個有趣的命題，對藥品本身的標準化規範流程，以建立一個客觀存在的「客體」，在邏輯上非常精準與科學；同樣的概念在這套標準下，規範一樣適用到「人」身上，仍然具有邏輯性，否則「藥物濫用」的狀況，造成的危害恐怕代價更高。值得再多一些思考的是，疾病下使用藥品與無疾病下使用藥品須經過專業判斷，給予不同的處方(如下【圖一】所示)，這二關規範的「把關」是一個堅固的體系，一般都必須也願意遵守，本論文亦無挑戰，只是本論文所要提出的地方在於，這是否只能是唯一的路徑？其他途徑是否有存在的可能？甚或有並存的必要性？等等不同單一思維的理路便是觸動本論文撰寫的核心命題。

圖一：法規範把關藥品簡圖



說明：本圖一由作者自行整理與製作。

此種試圖跳脫傳統法規範思維的命題，便牽涉到「健康權」與「健康素養」二大命題的討論。因為從上述法規範的脈絡我們不難發現，其運用的方法仍以管理、管制等概念形成對國民健康「把關」的事實；簡單地說，係以一種由上對下 (top-down)，或者說是「政府—國民」的關係而成。然而，回歸到「健康」概念，過去諸多文獻大致有從國內對健康的字義、歷史脈絡、文化意涵 (如字典、辭海、公衛相關論著等)，或參閱國外論述 (如世界衛生組織 WHO 等) 給予「健康」有著不同面向的解釋與詮釋，從高志陽在其《語言、價值與權力—考掘我國大法官解釋中的「健康利益」》論文的整理亦可看出現代的健康意涵係由國外引進的概念，傳統上中華文化並無固定的含義，傳入國內後其價值亦非全然中立 (高志陽，2010，頁 6-9)。言下之意點出「健康」的「流動性」，也就是健康的概

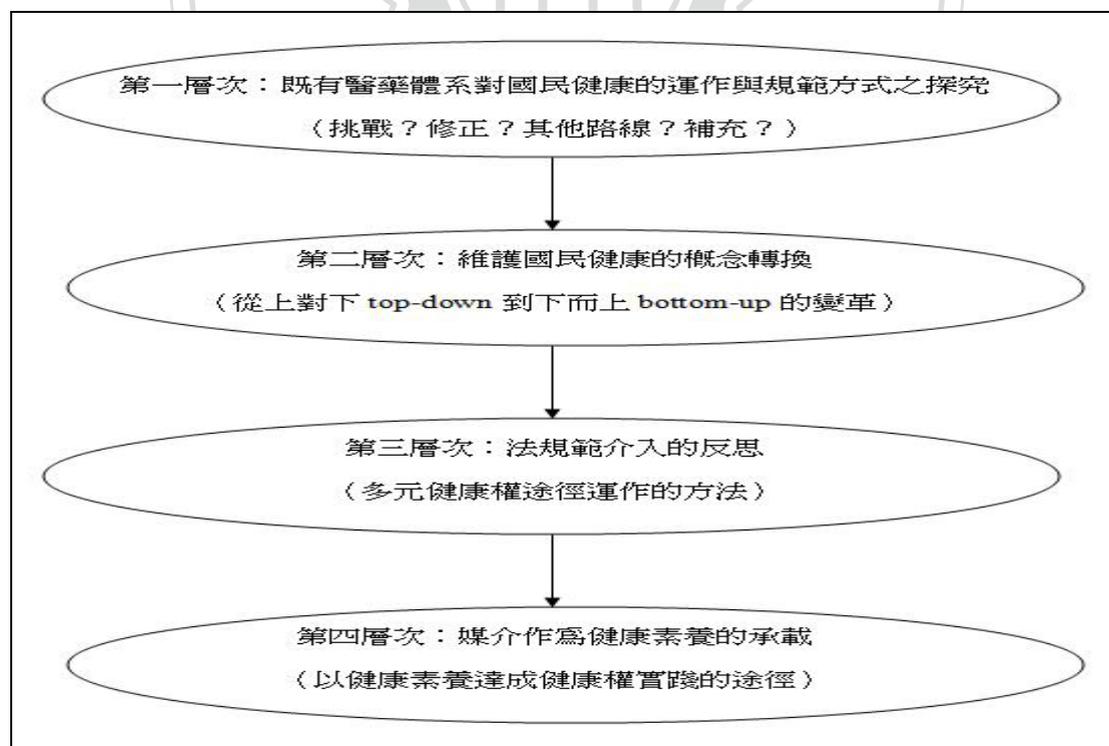
念雖然有其「客觀」的面向，亦有其適用到個人狀況的「主觀」取向。因此本論文以為呼應到法規範的知識平台上，由上對下的把關可能需要從不同角度切入，才能面對這種流動性的不確定感；從由下而上（bottom-up）的方式進行對話、反思或突破原有思考模式，或許才可以尋求另一「健康」對人民的適用性與完整性。

## 二、問題之提出

針對上述討論的命題與焦點，本論文嘗試提出幾個跨領域，涵蓋健康、傳播與法律三大學門的問題與思維，作為達到人民「健康」實現的可能，並藉由不同層面的考量方式聚焦本論文何以選定「藥品廣告」作為現象面的主角，從其引發後續所討論的健康權與健康素養命題。

主要問題意識的形成過程如下【圖二】所呈現的四大層次：

圖二：本論文問題意識層次圖



說明：本圖二由作者自行整理與製作。

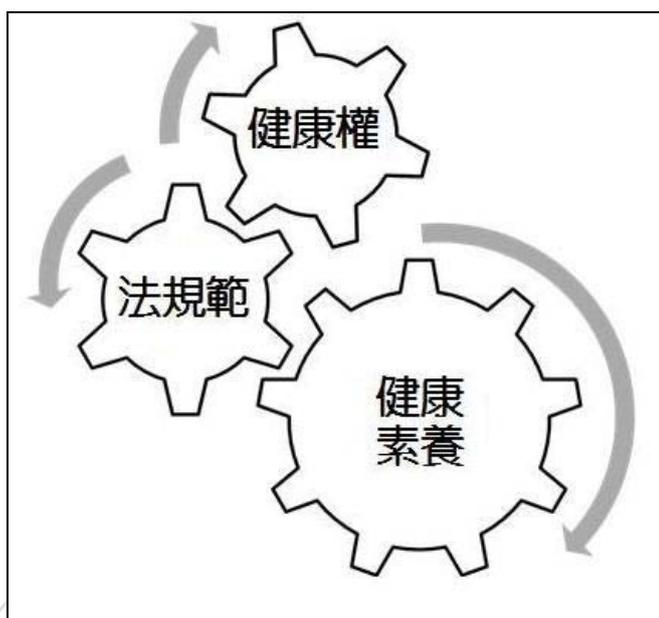
以同為維護國民健康的措施「健保制度」來說，自施行以來便不斷面臨數個爭議問題，而現有法規介入醫藥體系的運作也常陷入一種「循環」，像是首當其衝入不敷出的財務問題往往是許多實施健保國家所面臨的棘手問題，也是一個非常務實的問題。上述幾個層次關注的面向，並非解決類似／所有健康相關議題的萬靈藥，但這些命題或許正可以找出健保制度想要維護國民健康權益的真正問題所在（比方說，常民對用藥的素養越好，健保支出將越低等之類的根本性問題）。這四大層次的命題，都涉及到「如何可能」的具體問題。從落實維護國民健康的精神出發，本論文著眼於具體的傳播現象與現行醫藥規範體系（聚焦藥品廣告）交互運作的現況，進一步整理與詮釋台灣社會處於何種的「用藥觀」；在不同醫藥系統思維下（如中西醫），造就了台灣常民何種用藥方式的面貌；以及媒體在此扮演常民用藥的何種角色等，期待針對這些命題的討論，本論文可以為「國民健康權」挖掘更積極性、更務實性、更方便接近性的現實，以促發相關政策法規的規範管理方式更臻完整。

從這樣的大面向與層次看來，如何以一可執行的方式，達成本論文所欲探究國民健康的落實與實踐？「法規範」、「健康權」與「健康素養」三者關係所共構的互動狀態或可說明這個問題【圖三】。簡單地說，政府以法規範的方式介入維護國民健康，係為達到社會國家法益整體健康的公共利益，惟整體健康的達成亦須落實到個別健康上，才有辦法撐起這個「公共利益」的達成；也就是實現國民的「健康權」是構成「維護國民健康」的基本元素，如此便需要正視個別差異性存在的現實，而「健康素養」正可提供這種差異性所無法達成的「健康盲點」<sup>6</sup>的「中介變項」。換句話說，本論文所主張的是政府透過法規範用以實現國民健康權的運作，需要同時進行賦權（empower）國民的健康素養作為，才能真正達到的維護國民健康。

---

<sup>6</sup> 此處作者的原意所指的是，國家介入的維護「健康」，有時對個人會產生失效或失準，也就是須正視個別差異存在的現況。比如，法規範所訂出的用藥標準，並無法百分百對每個人有用，這便需要健康素養的進入，補足這類的健康「盲點」。

圖三：「法規範」、「健康權」與「健康素養」互相牽動關係圖



說明：本圖三由作者自行整理與製作。

### 三、研究目的與範圍

綜上所述，本論文將從當前的現象面出發（既有傳播現象的「藥品廣告」與「法規範」狀況），探討國民健康權的實踐可能是什麼、可以是什麼、應該是什麼、做什麼、怎麼做...等不同面向的深入探究，藉由與民眾最相關的日常生活經驗，找出現實健康的必要性；接著，從當前對健康概念的貫徹中，詮釋主流價值對所謂的健康所形成的作法與推動狀況作進一步的討論。

本論文最終仍以國民健康權的落實為核心命題，探究現有健康、傳播與法規範制度運轉下，民眾應／可如何落實自我身心健康的實在與可能。當一般民眾能對自我健康的狀態作出必要與具體的溝通，同時具備應有的健康素養，則健康權才能稱為「具體落實」。借用 Jürgen Habermas 的溝通行動理論，本論文規劃出研究範圍係以「溝通理性」作為常民健康知識發展的基礎模式，重建人類溝通能力為基本的原則，建構一般常民是否能以啓蒙、反省、批判健康概念的方法，藉以達到成熟、自主、解放既有健康觀念的可能，從而邁向理性的「健康作為」（健康權）為最終理想目標。

據此，從 Habermas 為達此理想所建立的知識基礎著作 *Knowledge and Human*

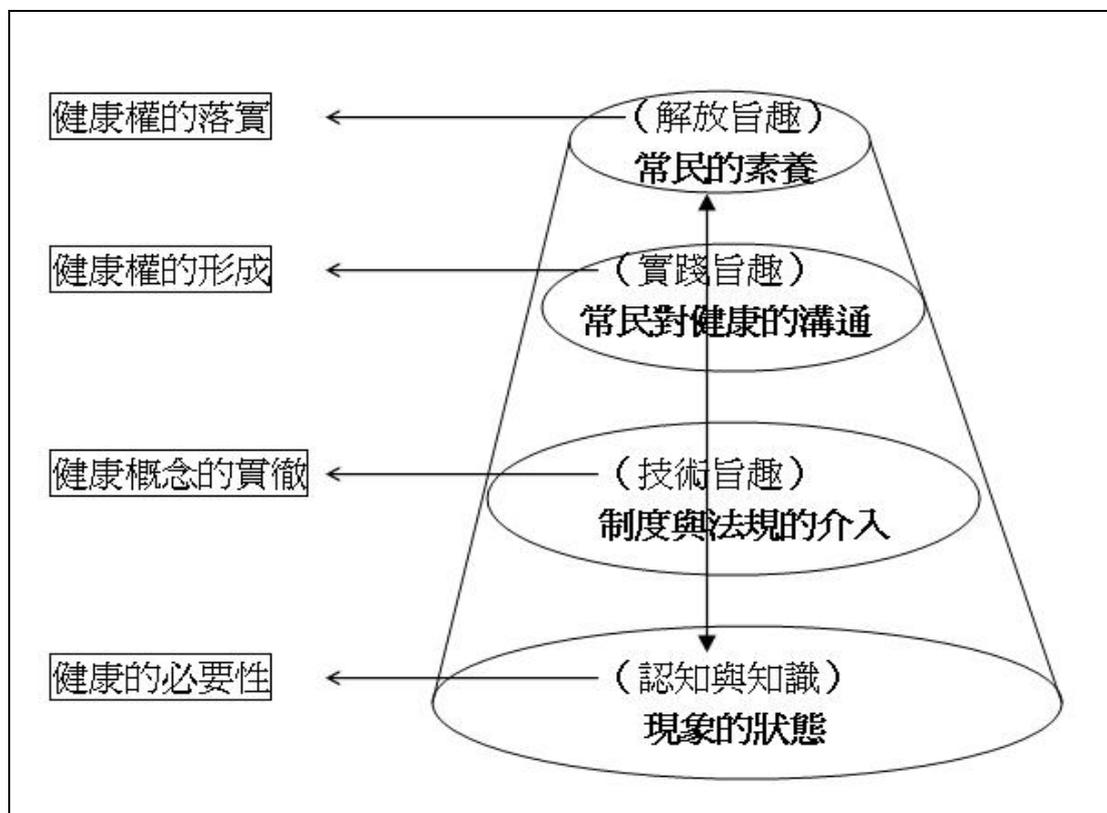
*Interests* 一書中，先針對 I. Kant (1724-1804), G. Hegel (1770-1831) & K. Marx (1818-1883) 等人的知識論加以反省，對於實證主義的觀點亦提出縝密而深入的分析與批評，並進而從哲學人類學角度，去掌握人類生活世界不同層面的知識領域，而以「旨趣」(interests) 作為知識與生活世界之間的連結 (Habermas, 1968/1971)。本論文接受並運用這樣的理念與見解，將此概念導於「健康權」的落實中，嘗試以【圖四】作為整體概念的描繪圖，方便理解。

呼應本論文研究主題的目的，Habermas 所指出的三大認知旨趣，係以經驗—分析的科學研究所形成「技術旨趣」(technical interest) 為第一層概念，甚是符合本論文所提出的制度法規面對藥品廣告規範的現象面部分，此部分牽引著法規規範與人的關聯性，用以正確與客觀地觀察描述、判斷、預測或控制人的健康狀態／行為。在此人的行動方式是工具理性，追求的是實證主義所主張的科學的知識。其次，從歷史—解釋的科學研究中所建構的「實踐旨趣」(practical interest)，與本論文所提的常民與藥品廣告訊息互動所共構的狀態雷同，在此，因人對既有社會事實瞭解途徑有許多是來自意義的瞭解和彼此互動，因此透過語言而產生溝通行動，會增進彼此的瞭解並克服生活中因誤解和詮釋產生的衝突，此時民眾便會瞭解法規對個人法益、社會國家法益的意涵，尋找屬於合用自我健康的「平衡」。最後，本論文以具有批判傾向(critically oriented)的「解放旨趣」(emancipatory interest) 概念，作為反映常民「健康」最後的目標，透過解放人從既有窠臼(如，媒體權力、法規權力等)跳脫出來，避免受到僵化的制度、科層體制、意識型態等不同形式的宰制，以追求常民自主和負責的目標，串起法規、健康權與健康素養三者連動後，可以實踐常民獲取屬於自己身心健康狀態的具體現實／作為。

上述借用 Habermas 建立的人對生活世界所形成的認知旨趣概念，頗能貼切解釋本論文所欲研究主題的形式與範圍，雖然 Habermas 對這些旨趣的整理與爬梳主要在試圖解決啟蒙運動以來工具理性 (instrumental rationality) 所造成的流弊，其用意亦可推論係為左派批判思想找尋有別於後現代運動對理性不以為意的態度，然而追求那種屬於自我解放的方式，與本論文所設定追求屬於自我健康的目標頗有異曲同工之妙。本論文以「健康素養」做為主張與實踐健康權的設定，

借用 Harbermas 所建構的理論過程甚能表現本論文的精神。

圖四：借用 Jürgen Habermas 旨趣概念所形成之落實人民健康權過程圖



說明：本圖四由作者自行整理與製作。

簡而言之，本論文所要處理的重點與範圍不外乎：追求健康既是政府與人民的共同目標，亦是普世價值，則「藥品」的價值自然是為促進人民健康而存在。然而藥品價值在融入「廣告」這個元素後，使得原本單純追求健康的藥品存在價值有了更複雜的面貌（進一步又如政治、經濟的結構問題等）。本論文所提倡的「健康素養」概念，便是希望藥品廣告在促成人民「健康」的同時，也能為藥品廣告找出應有的位置，達到多贏的「健康」局勢。

## 第二章 文獻回顧及評述

### 一、文獻回顧

針對本論文這個跨領域的命題，至少涉及了幾個議題需要精細地討論：

第一，「藥品廣告與法規範」之間的討論：從本論文的命題本身看來，藥品廣告涉及到傳播領域所討論的廣告效果問題，以及從廣告效果出發所需面對與所衍生出的法規範因應狀況。這樣的文獻討論便有從上層憲法層次的言論自由（其中商業言論尤為必要）到下層法律／條規範狀況作一細緻討論的必要性。此部分文獻的討論係以「由上而下」的立法立論為基礎，亦是構成後續討論人民健康權的根本。

第二，以「健康權」作為本論文後續討論健康素養概念的核心命題：賦權（empower）常民健康素養以達健康權的落實，顯然有必要對健康權的立論基礎有所討論。而健康權所指為何、法源依據與發展脈絡、以及國民健康權如何與健康素養、法規範之間串起「中介變項」，均有探討的必要。

第三，「健康素養」作為國民健康權的實踐：藥品廣告即便受到法規介入作為替國民健康把關的準則，惟本論文所提出的健康權落實乃建立在法規與常民健康素養二者的交互作用中，健康權才可真正落實。因健康素養的討論涉及反思媒體建構的部分，因此「媒體素養」作為健康素養的基礎，以及健康素養作為實現健康權的重要變項等，均是本論文文獻探討中極為重要的成份。

透過上述三大層次的文獻討論後，本論文將整理出上【圖四】研究思維與脈絡所需要觸及的命題與焦點。透過過去相關文獻的整理與分析，本論文在此部分將詳細討論過去文獻對本論文的命題提供了何種的解釋與說法，本論文與之對話後所形成的理路與新立論基礎為何。

#### （一）藥品廣告與法規範：從商業言論到法條規範

##### 1. 藥品廣告效果與商業言論自由

藥商為何需要為藥品廣告？這是一個再簡單不過的問題，在商言商，當然是廣告「有效」，猶如有公衛研究報告就指出，連非治療疾病的生活機能藥物都可以隨著「疾病販賣集團」（藥廠、藥商、醫師、病人團體，加上共犯的「媒體」等疾病販子 *disease mongers*）對健康的人下手獲取暴利（丁志音、劉芳助、李袖瑜，2007，頁 445-446），更何況是對疾病治療的藥品，媒體效果應該是更顯著。但有沒有效這個看似簡單的問題，背後卻隱藏極不簡單的傳播效果理論的可爭辯性。在談到「傳播效果」時，傳播領域的研究者不免會非常敏感地意識到自從有大眾傳播效果理論以來，大眾傳播媒體的效果論便不斷地被修正，這從傳播理論的教科書便可理解。著名的傳播學者 Denis McQuail（2000, pp. 413-474）對傳播效果研究的介紹便曾整理出傳播具有短期、長期與間接的效果，其見解點出效果研究的複雜性脈絡：媒體傳播之所以有效果，要回歸其影響的因素，這些因素自然包括「時」、「空」的不同而有不同結果。McQuail 將媒體效果研究分成四大階段，從傳統的媒體萬能論（*all-powerful media*, 19 世紀末 20 世紀初—1930 年代）、經驗研究的萬能效果驗證論（*theory of powerful media put to the test*, 1930 年代—1960 年代以前）、強大效果再發現（*powerful media rediscovered*, 1950 年代開始—1970 年代左右），早期傳播效果研究的主流大致是以肯定傳播具有強大效果為主要思路，其研究方法也以量化的實證研究為主軸。一直到 1970 年代以後社會建構學派（*social constructivist*）成形，以媒體文本、閱聽人與媒體組織為研究取向漸而興起，傳播效果研究融入了更複雜與多元的觀點，形成了 McQuail 所謂的第四階段「協商式的媒體影響（*negotiated media influence*）」，亦即媒體效果會隨著時代不同而有所差異。這樣的傳播效果論見解，從國內外傳播學者所著的教科書大致可以整理出與上述 McQuail 論證的相似論點（李金銓，2004；林東泰，2008；翁秀琪，2011；Littlejohn, 1993; Severin & Tankard, 1993; Griffin, 2003），其論證方式大體上係由媒體功能開始，討論媒體是如何影響閱聽人，近而產生了何種傳播效果。

然而，傳播效果研究的脈絡顯然應該與「人」脫離不了關係，閱聽人研究便順勢成了傳播效果研究另一個必要碰觸的核心。近代閱聽人研究由英國文化研究大師 Stuart Hall 於 1973 年所開啓的「主動的閱聽人」研究典範後（或有稱為「接

收分析」典範，Hall, 1980），傳播媒體對人「有效」的說法便突破了過去僅以媒體本身功能論的論點，進一步回歸到閱聽人所處的文化脈絡研究中。雖然後來對文化研究取向頗有意見的同門政經學派研究者曾批評文化研究取向對閱聽人研究刻意避開權力關係與接收脈絡背後的結構性因素，點出媒體對閱聽人的影響與效果不宜忽略背後的權力與意識形態的關係（Murdock, 1989），閱聽人研究自此為傳播效果的討論開啓了更寬闊、也更複雜的面貌。但不論從傳統的大效果研究到主動閱聽人的提出，或是試圖從「文化帝國主義傳統與主動閱聽人傳統」、「權力結構與閱聽人活動」、「鉅觀與微觀」、「全球（生產與傳布）與在地（接收）」等二元分類的閱聽人研究壁壘中找出其他閱聽人可能存在的典範（如實踐典範的閱聽人；王宜燕，2010），我們可以這樣說，媒體對閱聽人的「效果」依舊都會存在，只是傳播的效果會隨著時、空、閱聽人背景、討論效果的觀點與面向等不同的變項而有不同。這對傳播領域的研究者來說，應該是一種可以接受的說法。

藥品廣告對閱聽人是否能有效地傳達，從上述的討論可以瞭解不同背景的閱聽人接收藥品廣告訊息後的狀況也不一樣。國外，尤其是美國與紐西蘭開放處方藥可以直接廣告的國家，對於探討藥品廣告效果相關研究也相對比較多，其研究結果大致顯示消費者的背景不同，藥品廣告的效果也有不同<sup>7</sup>。這並不難理解，藥商透過藥品廣告的方式刺激消費，不管從行銷學或廣告傳播的角度來看，透過

---

<sup>7</sup> 有關此部分的論述可參見如：Roth, M. (2003). 所探討之“Media and Message Effects on DTC Prescription Drug Print Advertising Awareness”以「層級效果模式」分析消費者如何受到處方藥廣告的影響狀況；Miller, K. E. & Waller, D. S. (2004). 討論“Attitudes Towards DTC Advertising in Australia: An Exploratory Study”一文中調查出不同消費者對處方藥廣告有不同反應；Menon, A. M., Deshpande, A.D., Zinkhan, G.M. & Perri III, M. (2004). “A Model Assessing the Effectiveness of Direct-To-Consumer Advertising: Integration of Concepts and Measures from Marketing and Healthcare”分析消費者會因為人口學變項、保健知識、健康特徵、本身性格以及涉入廣告的程度等因素而有不同的效果產生。又如 Meeds, R.(2004). 在“Cognitive and Attitudinal Effects of Technical Advertising Copy: The Roles of Gender, Self-Assessed and Objective Consumer Knowledge”指出不同性別、主觀程度與客觀消費知識的不同，對於藥品廣告的接收程度亦有所差異。

媒體廣告藥品主要目的就是將主要目標閱聽群 (target audience) 成功地有效宣傳才是重點，也並不需要讓所有的大眾接受。換句話說，台灣的藥品廣告不管是不是一般常用藥品<sup>8</sup>，或是目前還禁止、備受爭議與討論是否開放廣告的處方藥，從傳播的角度看來，廣告確實會影響某些人，也確實造成購藥行為的效果，儘管這些「效果」背後有著極複雜的成因。而這也是本論文後續所要深入探討的「健康素養」起點。

再呼應本論文的命題，顯然，藥品廣告的法律規範對於藥品傳播效果的現實並不以「群體差異」(舉重明輕之原理，「個人差異」更所非論)作為規範的基礎，其所介入的焦點乃以一般法理所謂的合理人 (reasonable person) 為根本；也就是說，無論法規範對藥品廣告如何「把關」，總會有「掛萬漏一」之憾，這也是為何本論文提倡政府以國民健康作為維護社會或國家法益的公共利益，或者國民以健康權作為基本人權的訴求時，「健康素養」同時為具體落實二種健康層次的關鍵變項。既然論及藥品廣告的法規範，又涉及國民健康權的命題，自然亦有必要對藥品廣告的商業言論權作一深入的整理與討論。

本論文命題「藥品廣告」vs.「法規範」，從傳播行為與規範的二端看來，其涉及了商業言論自由權 (個體) 與維護國民健康／公共利益 (全體) 二者平衡狀況的基本論證。當然，此命題若從基本人權面向切入，仍可論及財產權、工作權、平等權與職業自由等，惟聚焦於後續所欲探討的「素養」問題，其所涵蓋者最直接面臨的便是資訊開放與民眾對於資訊處理狀態的討論，而言論自由正是最直接、也是最核心的議題。

法規範介入藥品廣告對藥商而言馬上面臨的就是言論自由權受到限制的問題。過去商業言論是否受到憲法保障、保障狀況的發展、以及應受到何等保障等問題，諸多論者已有著墨<sup>9</sup>；大體上，台灣的商業言論自由不論在學術上、或是

---

<sup>8</sup> 此處所謂的一般常用藥品，係指法律允許廣告之藥品，詳細內容後述。

<sup>9</sup> 賴祥蔚 (2010) 在〈商業言論與憲法言論自由保障〉一文中以商業言論自由在台灣發展狀況的史觀整理指出，台灣商業言論的研究者主要係針對其定義、價值、以及審查基準等面向為基礎論述，如林子儀 (1987)、黃銘傑 (1998)、李建良 (2001) 和李念祖 (2005)

法律實務上均深受美國影響，對詮釋商業言論自由的保障範圍也可從大法官會議 1996 年所完成的司法院釋字第 414 號解釋、第 577 號解釋（2004 年）、一直到第 623 號解釋（2007 年）等三號直接涉及「商業言論自由」的釋字中看出，大法官所詮釋的商業言論自由在《憲法》第 11 條言論自由保障中所占的位置：從一開始將商業言論列為憲法保障的範疇，到後來肯認商業言論的價值，乃至進一步肯定商業言論作為個人自我實現的可能，可看出憲法保障商業言論自由的範疇已放寬許多。台灣這樣擴大保障商業言論自由的範圍雖較同為大陸法系的德國，或是屬於英美法系的美國晚，然對於「商業言論保護」這個尚有爭議的議題，從憲法與大法官會議的解釋字號現狀來說，本論文以為台灣的商業言論保障從過去發展至今，其審查的基準與美國類似，已朝向較嚴格的趨勢走向，相對上亦促使憲法對商業言論保障的解釋上更加完整。即便商業言論自由越發受到憲法保障，然而藥品廣告畢竟涉及國民健康等重大公共利益的命題，這種衡酌權利關係的競合問題，仍必須回到限縮權利的討論。

## 2. 藥品廣告商業言論自由之限縮

大法官會議所有的解釋字號中與商業言論有直接關聯的議題：「《藥事法》等法規就藥物廣告應事前審查規定是否違憲」（藥物廣告問題，釋字第 414 號解釋）、「菸害防制法命業者標示菸品含量之規定是否違憲」（菸品標示問題，釋字第 577 號解釋）、以及「兒童及少年性交易防制條例第 29 條規定以廣告物、出版品、廣播、電視、電子訊號、電腦網路或其他媒體，散布、播送或刊登足以引誘、媒介、暗示或其他促使人為性交易之訊息者，處五年以下有期徒刑，得併科新臺幣一百萬元以下罰金是否違憲」（促使兒少性交易訊息問題，釋字第 623 號解釋），其所涉及的事件主體均與不同形式的商業言論有關。由時序上來看，大法官對商業言論保障有愈是放寬的趨勢，然則民主國家中任何基本權利不可能無限上綱的原理已普獲接受，因此憲法或大法官補充解釋的「限縮」商業言論基礎，

---

等；或有針對菸品廣告或藥物廣告等特定議題或判例提出學位論文者，如陳秋月（1992）、謝國廉（1999）、孫立行（2000）、林承宇（2003）、陳澤榮（2004）、謝文正（2004）和秦誌佑（2007）等，均對商業言論在憲法保障下的發展狀況提出看法或見解。

均是回歸到《憲法》條文第 23 條所明示的法律保留原則與比例原則檢驗後的結果<sup>10</sup>。這也是憲法在權衡人民基本權利有所衝突或競合的主要依據。

過去有關本論文所涉及的國民健康議題，只要是限縮人民基本權利的法律規範，不論是藥品廣告議題（如：黃銘傑，1998；李建良，2001；秦誌佑，2007）或是與菸品有關的議題（如：吳信華，1997a, 1997b；謝國廉，1999；李建良，2000, 2001；林承宇，2002, 2004；翁曉玲，2003；李念祖，2005；劉建宏，2007；楊玉隆，2008），只要與「國民健康」這個公共利益有關，大致均採取此種合憲／違憲性審查的論證路徑，憲法或行政法的公法學者大體上亦以此論述邏輯作為人民基本權利權衡或限縮的準則（如：蘇永欽，1999；陳新民，2002, 2011；陳春生，2007；許宗力，2007；李震山，2009；李建良，2010 等）。如此，按此通說的理路，本論文主題「藥品廣告」受到《藥事法》規範成為限縮藥商「商業言論自由」的解釋，自然是符合此一法學論證基本體系下的結果。

---

<sup>10</sup> 例如，林承宇（2004）在〈菸品廣告限制與基本權利保護之研究〉一文中，曾對《憲法》第二十三條「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之」條文所揭示之「法律保留原則」與「比例原則」有所整理。所謂法律保留原則，係指國家如欲對人民的生活領域進行規範時，必須具備民主的合法性基礎，亦即須有法律的依據，而不得恣意為之；同時須符合《憲法》第一百七十條所揭示：「本法所稱之法律，謂經立法院通過，總統公布之法律」。國家若未依法律便對人民的基本權利事項予以限制，不僅嚴重侵害人民的基本權利，同時亦違背依法行政原則。因此在審查一項限制基本權利的規定是否具備憲法上的正當性時，法律保留原則乃為必備要件。以及整理公法學者對於「比例原則」之通說：除了遵守法律保留原則外，尚不足認定限制基本權利的措施（法律）為阻卻違憲事由，必須該法律亦合乎「比例原則」，才具備完整的憲法上正當理由。所謂「比例原則」，係指立法機關制定法律限制人民基本權利所加以侵害的程度，應與所維護的社會公共秩序或利益成適當的比例，同時不能逾越必要的最小限度。而比例原則一般乃涵蓋「妥當性原則」、「必要性原則」與「比例性（狹義的比例）原則」，其係運用於審查某法律是否違憲時，該法律規定必須合適且有必要達成本身所欲追求目的；同時，在多項能達成目的合適措施中，選擇對基本權利侵害最小的方式。此外，所採取的方法（手段）所造成的損害，亦必須與欲達成目的之利益均衡。唯有符合前述所有條件，該項限制基本權利的法律方無違憲之虞（參閱頁 105-108）。

進一步檢視與本論文命題最直接相關的憲法層次釋字第 414 號解釋，雖然解決了保障或限縮商業言論的自由範圍，但仍留下諸多可以討論的空間：「即便經濟活動的商業言論涉及言論自由權與財產權的保障，基於公共利益（國民健康）之維護，仍應較嚴格規範之」這樣的伏筆。透過大法官會議的解釋，釋字第 414 號等於是直接肯認《藥事法》對於藥品廣告的事前審查（第 66 條）與主管機關介入藥品廣告限制的相關機制（第 105 條及其施行細則第 47 條）均屬合憲範圍。此解釋一出，諸多不同意見、補充、質疑的多元觀點順勢興起，當然主要還是以法學界為主，後漸有不同領域背景的人相繼提出看法（如傳播界、醫藥界等，詳後述）。法界人士對此解釋所環繞的問題大致以商業言論的範圍為基調，除了肯定商業言論自由應受到憲法保障的範疇外，有提出反對藥物廣告受到事前審查（如該解釋中吳庚、蘇俊雄與城仲模三位大法官所提的部分不同意見書）；或有質疑該解釋並未解決商業言論自由的具體範圍，當然也就不明商業言論自由的限縮尺度為何，甚至提出此號解釋充斥父權主義的思維，與台灣具現代高度發達的資訊社會難以相容（黃銘傑，1998）<sup>11</sup>；亦有從法理論證出發，認為應檢視該釋字對於《藥事法》相關限縮商業言論自由的法規命令是否符合憲法所授權的明確性原則（黃茂榮，2001）；也有從比例原則的概念討論國家對此一控管的合憲性問題（吳信華，2010）。

種種對商業言論範圍、限縮或是規範基準等討論，傳播界雖有不同法律界的論法，例如從商業言論發展的歷史脈絡出發，試圖以此作為憲法保障言論自由的不同可能（賴祥蔚，2010）；或是融入社會現實，點出商業言論應與實際現象的競合關係作一考量，以作為違憲與否的審查項目（林承宇，2004）等，但商業言論自由終究仍須回歸法律層次討論，因此詮釋／解釋條文內容或是法學論證（像大前提、小前提、結論的論證方法）此類「由上而下」（top-down）的方法，肯定無法避免。即使是醫藥或公衛界也試圖從不同角度，以其專業觀點提出藥物廣告的事前審查有如家護長心態，太過輕忽現實醫病關係對藥物的認知（楊玉隆，2008）；或是大力強調隨著時代變遷，即使是處方藥的直效行銷都應參考美

---

<sup>11</sup> 類似的論法，後影響諸多學位論文的立論，尤其是與菸品相關所涉及的商業言論與言論自由的問題，或是與國民健康法益有關的權衡問題等。

國或紐西蘭的模式，基於處方藥廣告的時代意義、以及其並無明顯與立即的危險，應全面開放，不宜以相關法規對商業言論予以限縮或箝制（鄭慧文、陳慧佳、余萬能、林銅祿，2010）等，但這些不同視點或不同領域對於藥品廣告的商業言論限縮問題即便有不同的觸角與看法，仍須回歸到法學脈絡體系下相互對話或討論。此便顯示，在觸及藥品廣告的任何規範，只要涉及基本權利的保障或限縮時，中間必然有一道界線。從法學的角度，這道界線的存在有其必要，因為任何人不願看見沒有這道界線後可能引發的「失序」問題，因此「保障」與「限縮」之間，即便從傳播角度或是醫藥學界、公衛學界的角度出發，均須回歸與「法學常態」有所對話。例如，醫界人士對於醫事人員代言醫療廣告的規範仍存有很大的質疑，但仍得回歸正視規範面的法學框架討論（李志宏、施肇榮，2010）。

簡單地說，當我們把本論文主題「藥品廣告」所保障的（個人）「基本權利」與「法規範」所限縮的權利範圍放在天平的二端，不管規範的範圍／界線是如何畫定／移動，回到其最基本的概念，總會有法規範所無法到達的部分／地方，這也是為何本論文以「健康素養」作為一項解決這個命題關鍵的看法。因此，要進入健康素養作為解決法規範這種「由上而下」所引發的盲點與侷限時，從人民的「健康權」切入，即是探究背後「健康素養」是否可以奏效的主要路徑。

### 3. 評析與突破

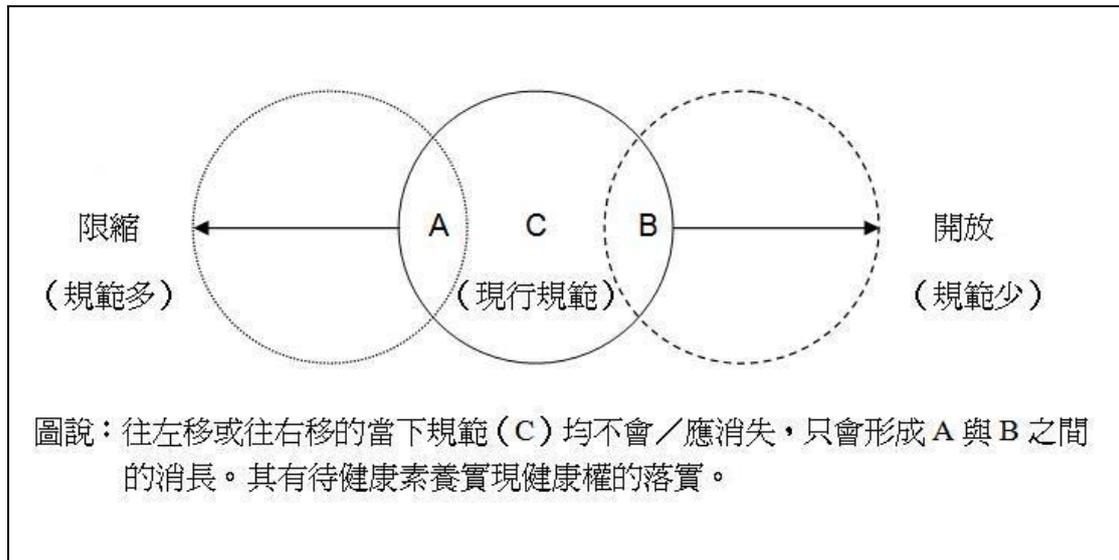
在這一小節藥品廣告規範的文獻討論中，我們可以發現任何與健康議題有關的廣告規範，都會先回到現有國家介入的現行法規範狀況，再討論其從憲法層次到以下的法規範合宜性問題。與本論文最直接相關的《藥事法》第7章（第65-70條）規定作為限縮藥品廣告商業言論的具體規範，自然不可避免地從這樣的法學論證理路出發後獲得結果。這種顧及法學傳統論證方式的思維，本論文以跨領域對話的角度認為，尊重每一學門的傳統是可以維護，也有必要；惟既是論及「跨領域」議題，則跨界對話（crossing discourse boundaries）與尊重不同學門的思維與論證模式亦有必要。因此在尋求法學「由上而下」詮釋／解釋條文的傳統方法與結果後，從不同面向（perspectives）切入作為對話的可能亦當可取。

上述幾次提及所謂的「由上而下」的法學論述方式，在高志陽（2010，頁

64-65) 的論文中更能清楚呈現與得到印證。其以 Foucault 論述場域 (discursive field) 的觀點考掘大法官會議的釋字第 414 號解釋中，大法官以法律專業符號詮釋／解釋憲法條文不明確(需補充)之處，作為法律學科為主要的論述控制機制。該處引用林承宇 (2004, 頁 100) 對商業言論背後涉及巨大利益共同體的概念，導引出「主體－地位」與「主體－功能」(商業言論與一般言論之差異) 符合法律保留與比例原則的操作，最終將「主體－地位」、「主體－功能」與「真理」結合，促使大法官的得以授權衛生主管機關的主體地位，間接地亦維持大法官在詮釋／解釋憲法的最高主體。在在說明，法學體系這種「由上而下」的現實與本質。

總此，若我們能以更全面性的思維看待藥品廣告所能享有的基本權利與限縮的狀態，透過以上的文獻整理與分析，幾乎可以確認如下【圖五】所呈現的基本模式。法規範介入藥品廣告的多寡，牽動著人民基本權利享有的消長，傳統法學思維從過去以來便是以權利消長範圍大小為出發，緊接著再論基本權利競合關係所應注意的法學精神，鮮少從「社會現實」作為出發與考量的重點。因此，若從另一角度方式與法學思維對話，先從「人民」既有狀態出發，再談「基本權利」的消長問題，也就是改成「由下而上」(bottom-up) 的思維方式檢視基本權利，其實踐／落實人民基本權利的方式可能將會有所不同。亦即，先討論人民對(某健康) 議題已經具備的知識狀態，後續再深入其基本權利範圍的命題，如此所談的基本權利實踐／落實則更具意義與貼近人民。或者，法規範也能隨著立法所要達到的目標，配合不同層面的作法(如本論文所提的賦權常民的素養作法即為一例)，亦能促使法規範更具效能。本論文透過法學論證方式的整理與分析後主張，此種所謂「由下而上」的操作方式可從人民的「健康素養」著手，即可解決諸多權利義務基本爭議的侷限性。

圖五：商業言論自由規範游動圖



說明：本圖五由作者自行整理與製作。

## (二) 健康權之討論

從上一小節所討論法規範介入藥品廣告的合憲性論證中，雖憲法條文中未有明文直接授權限制藥品在媒體上所從事的廣告行為，然而從大法官會議所解釋的相關釋字中可以看出「維護國民健康」這個「公共利益」一直是權衡應否限縮藥品廣告所涉及的（商業）言論自由、財產權、工作權、平等權與職業自由等基本權利的理由。換句話說，「國民健康」這個（社會國家）法益常被用於抵擋其他個人基本權利主張的「王牌」，顯示其具有相當的重要性與不可侵犯性。

檢閱過去所有大法官會議總共 698 號的解釋字號（統計至民國 101 年 3 月 23 日截止），其內文只要含有「健康」的解釋共有 36 號解釋<sup>12</sup>；其中以公權力／

<sup>12</sup> 按司法院大法官解釋網站：<http://www.judicial.gov.tw/constitutionalcourt/p03.asp>（網站最後檢索日期：2012/03/31）輸入與「健康」相關的解釋予以檢索，最早為民國 74 年 3 月 22 日的釋字第 194 號解釋，後共有 206、333、376、398、404、407、414、419、426、434、454、472、473、476、512、514、524、531、533、540、545、547、550、551、577、588、612、623、646、656、664、666、676、689、與民國 100 年 9 月 30 日所完成的釋字第 690 號解釋，共有 36 號。

法規介入目的係為維護國民身、心健康（民族健康）為核心的相關內容更有 16 號解釋<sup>13</sup>，雖然在這 16 號的解釋中，並非抬出「維護國民身心健康」就必然合憲，亦須衡酌時代狀況或現實處境方可奏效（如 531、664、666 等三號解釋並非全然合憲），然而只要維護國民身心健康的理由正當、充足，這樣的基本權利維護仍會獲得保障。此從檢閱與本論文命題類型相關的第 206 號解釋與第 414 號解釋（此號最直接相關，前已詳述），更是明顯。可以這樣說，遇到與國民健康（尤其是身體上的健康）有關的藥品廣告所產生的權利競合時，保障廣告行為所涉及的其他基本權利範圍便會發生應予退讓的狀態。按此推論，「健康權」的具體權利關係似乎有必要加以釐清，否則僅以維護國民健康作為公共利益用以對抗其他具體且明文的基本權利似難圓融。

## 1. 健康權：憲法基本人權與國際法相關主張

討論「健康權」，很自然地會想先瞭解人民基本權利的保障書憲法究竟是如何明文指示健康權利的保護關係。然仔細詳閱台灣現行的憲法及其增修條文便可發現，其實憲法條文中並沒有出現所謂的「健康權」字樣。若進一步檢視與「健康」有關的憲法條文或概念，卻是出現在與個人法益無關的第 157 條（第 13 章基本國策：第 4 節社會安全）與增修條文第 10 條第 5 項的規定中。根據林明昕在〈健康權—以「國家之保護義務」為中心〉一文的整理與見解，「健康權」作為人民生命、肉體或健康等範疇的基本權利基礎時，應具備「個人性」以及「主觀權利」，不宜將基本國策中的規定，或是直接套用《憲法》第 2 章所保障的基本權利（如第 8 條之保障人身自由；或是第 15 條生存權之保障）全然涵攝於健康權的保障中（林明昕，2005，頁 28）。亦即，健康權並非僅是一種與國家、社

---

<sup>13</sup> 進一步檢視這 36 號解釋，法律介入不同情境以維護國民身、心健康的部分，計有 194 號（毒品限制）、206 號（醫療廣告的限制）、376 號（麻醉藥品類之限制）、404 號（中醫師業務範圍）、414 號（藥物廣告之限制）、476 號（毒品刑責之規定）、514 號（未成年禁入遊戲場之規定）、531 號（駕車導致死傷而逃逸之禁考照規定）、545 號（醫師業務違法之處罰）、547 號（中醫師檢覈之規定）、577 號（菸品標示之限制）、623 號（兒少性交易訊息之限制）、646 號（電子遊戲場設立之限制）、664 號（少年受感化教育之規定）、666 號（性工作者工作之限制）、690 號（傳染病隔離之限制）等共 16 號解釋。

會全體利益的問題，而是與個人利益的保障有不可分割性。類似的觀點在尋求大法官會議相關的解釋字號後亦可明瞭，雖然大法官並未直接定義何謂「健康權」，惟肯認國家仍應以維護人民身體、生命與健康安全等福祉為義務，因此健康權可以／應該作為憲法上的基本權利即為有據<sup>14</sup>。

公法界學者對於憲法所未列舉的人權清單<sup>15</sup>（如其他各種自由權等），大致均以肯定的角度給予憲法所未注意或尚無法預見的人民基本權利，概括列為第 22 條的保障中（林明昕，2005；劉建宏，2007；李震山，2009）。換句話說，「健康權」的保障，無論其涉及基本權利的「主觀公權利作用」或「客觀法效力作用」<sup>16</sup>，以《憲法》第 22 條導引出人民健康權的基本權利基礎乃符合其法律保留與比例原則的原理。

近來由於健康權所涉及的範圍隨著時代的日益變遷愈發複雜，其所受的關注亦隨之增加。過去對於「健康權」的討論，大體上係以《民法》第 193 條「不法

---

<sup>14</sup> 從註 12 的整理看來，大法官對於「健康權」是否應為人民基本權利的看法，可從釋字第 404、414、472（健保法強制納保、繳費與滯納金規定問題）、476、512（煙毒條例訴訟權問題）、531、533 健保局與醫療機構履約爭議之救濟程序問題）、545、547、550（健保法引發之中央與地方權限問題）、577 號等解釋看出雖未直接提出健康權為人民基本權利的主張，惟肯認國家仍有維護人民健康之義務即為法界通說的主要來源。類似內容亦參照註 13 之整理。

<sup>15</sup> 以我國《憲法》所列舉的人權清單有：平等權（第 7 條）、人身自由權（第 8 條）、不受軍事審判自由（第 9 條）、居住遷徙自由（第 10 條）、言論講學著作及出版自由（第 11 條）、秘密通訊自由（第 12 條）、宗教自由（第 13 條）、集會結社自由（第 14 條）、生存權、工作權及財產權（第 15 條）、請願、訴願及訴訟之權（第 16 條）、選舉、罷免、創制及複決之權（第 17 條）、應考試服務公職之權（第 18 條）等。

<sup>16</sup> 有關此部分之概念，轉引自劉建宏（2007）一文，頁 63-66。該文引用德國法學者 Georg Jellinek 學說，分論憲法上之基本權利功能有主觀公權利面向：消極防禦權、積極受益權；以及客觀法效力面向：主動參政權、被動負義務等。另根據本論文指導教授蔡明誠之補充，上述「主觀公權利」與「客觀法效力」係來自德國 Recht 概念：主觀 Recht 屬於「權利」；客觀 Recht 所指為「法」。相關論述亦可參見陳新民（2008），頁 130-131 之論述。

侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任」；以及第 195 條第 1 項「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人個法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額」的「保障人格權」方式為基調，「健康權」亦受囿於私法上請求權的基礎。後因健康概念的民智大開，又全民健保等福利制度上路的加碼，國內法學發展漸將「人民」與「國家」間有關「健康權」的權利義務關係納入討論，均顯示「健康權」的地位已由原本「私法」中私人與私人關係的人格權保障，轉換為人民與國家之間的權利義務關係。

國內對於「健康權」的討論與主張，自然也受到與憲法具有相同法位階的國際法對「健康權」(the right to health) 保障的啓示。「健康權」作為基本人權的概念，深受《世界人權宣言》(*The Universal Declaration of Human Rights*, 1948) 第 25 條第 1 項前段「人人有享受為維持本人及其家屬之健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要之社會服務。...」的啓發與影響<sup>17</sup>；在此同時，世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於 1946 年起草，1948 年生效的《世界衛生組織組織法》(*Constitution of the World Health Organization*)<sup>18</sup>中亦開宗明義對「健康權」定義為人們所應享受的基本權利：「...健康是身體、精神與社會的美滿狀態，不僅是免於疾病或殘弱。享受可獲得最高的健康標準是

---

<sup>17</sup> *The Universal Declaration of Human Rights*: 1948 年 12 月 10 日第 217A(III)號決議通過。其中有關健康權的內容在第 25 條 (Article 25) 第 1 項中：(1) Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control. Retrieved from: <http://www.un.org/en/rights>.

<sup>18</sup> WHO. (1948, April 7). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*: “...Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition.” Retrieved from: <http://www.who.int>.

每個人的基本權利之一，不因種族、宗教政治信仰、經濟及社會條件而有區別。」此二國際組織所訂定與健康權相關的條文內容，其實正是開啓健康權概念、法位階、基本人權等重要的法源依據與精神。

過去國際法對於類似與個人有關的基本人權，都會涉及「個人是否為國際法之主體」，以及「人權之國際化保障是否構成對國家主權之干擾」的討論，聯合國大會所通過簽署的《世界人權宣言》等於是解決上述二個基本問題的關鍵，也是人權法的歷史分界，而「健康權」當然是包含於這樣的世界人權宣言的基本權利中（鄧衍森，1998；溫信學，2005）。這樣的權利宣誓在後來聯合國 1966 年所公布的《經濟、社會與文化權利國際公約》（*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*）<sup>19</sup>、1986 年通過的《發展權宣言》（*Declaration on the Right to Development*）<sup>20</sup>與後來的 1993 年《維也納宣言和行動綱領》（*Vienna Declaration and Programme of Action*）<sup>21</sup>等均再次重申「健康權」涵蓋於人權的不可剝奪性，也等於是再度直接或間接地肯定與擴張「健康權」作為基本人權的地位與範圍，從而使「健康權」的發展更加全面性與系統性。

值得一提的是，1976 年 1 月 3 日生效的《經濟、社會與文化權利國際公約》到了 2000 年 8 月 11 日聯合國經濟、社會與文化權利委員會（Committee on Economic, Social and Cultural Rights）在第 14 號的解釋中針對「健康權」有進一步的詮釋（E/C.12/2000/4. General Comment No.14）<sup>22</sup>：該號解釋以上述《世界

---

<sup>19</sup> 1966 年 12 月 16 日聯合國大會第 2200A(XXI)號決議所通過的本項公約，一直到 1976 年 1 月 3 日根據該條約第 27 條規定才生效。Retrieved from: <http://www.un.org/en/rights>.

<sup>20</sup> 1986 年聯合國大會以第 41/128 號決議通過的本項法案對發展權的主體、內涵、地位、保護方式和實現途徑等基本內容作了全面的闡釋。資料來源同前註。

<sup>21</sup> 1990 年第 45 屆聯合國大會通過第 45/155 號決議，決定再次召開世界人權會議，以便在最高級別討論聯合國在促進保護人權方面所面臨的各種關鍵問題。1993 年 6 月 14 日，包括世界的 180 多個國家代表出席的世界人權會議在奧地利首都維也納召開。經過討論後於 6 月 25 日通過本宣言。資料來源同前註。

<sup>22</sup> 該號解釋由聯合國「經濟、社會與文化委員會」於 2000 年 4 月 25 日至 5 月 12 日假

人權宣言》第 25 條第 1 項與《經濟、社會與文化權利國際公約》第 12 條「本公約各締約國承認人人有權享有能達到最高的體質和心理健康之標準」(The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health)<sup>23</sup>為基礎，具體指陳「健康權」與「身體健康的權利」(the right to be healthy)、「公共健康權」(the right to public health)並不相同，「健康權」應與《世界人權法案》(International Bill of Rights)所載明的人類基本人權相同(如食物、居住、工作、教育、尊嚴、生活、不歧視、平等、禁止刑求、隱私、通訊自由、結社自由、集會自由等，見第 3 項內容)<sup>24</sup>；同時，「健康權」更應包含「健康自由權」(freedoms)與「健康應有權利」(entitlements)二部分<sup>25</sup>。所謂的「健康自由權」自然也應包括身體的

---

日內瓦舉行的會議中，以委員會的獨立重大議題 (Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social Cultural rights) 處理，並做出第 14 號解釋。Retrieved from: <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.

<sup>23</sup> *Ibid.* 第 12 條全文內容為：1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for: (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child; (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene; (c) The prevention, treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases; (d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness.

<sup>24</sup> *Supra* note 18. 其內文為：The right to health is closely related to and dependent upon the realization of other human rights, as contained in the International Bill of Rights, including the rights to food, housing, work, education, human dignity, life, non-discrimination, equality, the prohibition against torture, privacy, access to information, and the freedoms of association, assembly and movement. These and other rights and freedoms address integral components of the right to health.

<sup>25</sup> *Ibid.* 其係屬於第 8 項內容，原文為：The right to health is not to be understood as a right to be *healthy*. The right to health contains both freedoms and entitlements. The freedoms

部分，像是性自主與生育權、不受干擾的權利（如，非自願性醫療或實驗、刑求等）；「健康應有權利」則是指人人應享有平等的醫療服務制度權利，以達最高的健康狀態。

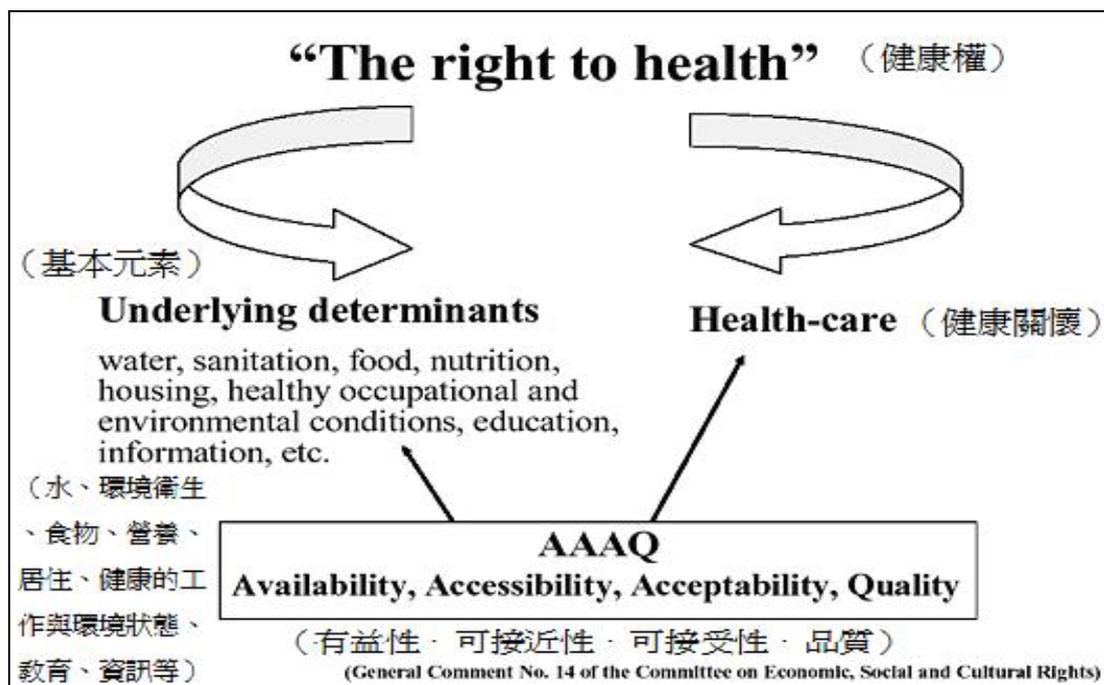
上述聯合國「經濟、社會與文化權利委員會」所訂出的第 14 號解釋無疑對「健康權」的意涵與內容有了完整的基礎與架構，世界衛生組織在 2007 年 8 月亦重申與肯認該號解釋對於人類健康權的重要性<sup>26</sup>，並以沿用該內容為前面提及的《世界衛生組織組織法》之延伸：「健康權」應包含（1）有益性—對人民有足夠數量、有用的公共衛生和衛生保健設施、商品和服務、以及衛生計畫；（2）可接近性—各締約國所管轄的範圍內衛生設施、商品和服務必須讓所有人民可以方便接近，並以下列四項為原則：①不歧視，②實際可獲得，③經濟上負擔得起，④資訊可獲得性；（3）可接受性—所有衛生設施、商品和服務必須遵守醫務職業道德，在文化上是適當的，並對性別和生活週期的需要敏感；以及（4）品質—衛生設施、商品和服務必須在科學和醫學上是適當和高品質的。此外，聯合國與世界衛生組織亦要求各締約國承擔三項義務，以落實「健康權」的具體成效：其一為「尊重」（Respect），要求各締約國不得干預人民享有健康權；其二為「保護」（Protect），要確保第三方（非國家行為者）不得侵害享有健康權；其三為「實現」（Fulfil），請締約國採取積極措施實現健康權。其架構大約可從下【圖六】表現：

---

include the right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation. By contrast, the entitlements include the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health.

<sup>26</sup> 參閱世界衛生組織針對「健康權」（The Right to Health）所發布的 Fact sheet No. 323 號內容。Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/index.html>.

圖六：聯合國經濟、社會與文化權利委員會對健康權之詮釋示意圖



說明：本圖六資料來源為世界衛生組織 Fact sheet No. 323 文件。

從以上的整理大致可爬梳出「健康權」的完整架構，惟上述提及的眾公約並未具有強制力。國際法上對於「健康權」的規定比較具體且具有拘束力的條文應屬《兒童權利公約》(Convention on the Rights of the Child)<sup>27</sup>中第 24 條的規定。該條明文確認兒童應享有最高水準的健康權利，其中包含醫療與康復的設施，締約國應努力確保每位兒童沒有被剝奪這種保健權利(第 24 條第 1 項)，並對於兒童所採取的健康保護措施包括：降低嬰幼兒死亡率、兒童的醫療援助、消除兒童疾病與營養不良問題、以及與兒童有關的保健等健康權細項規定，都詳細載明

<sup>27</sup> 本公約是一項有關兒童權利的國際公約，在 1989 年 11 月 20 日第 44 屆聯合國大會通過，並於 1990 年 9 月 2 日生效。該公約是首部具有法律約束力的國際公約，並涵蓋所有人權範疇，保障兒童在公民、經濟、政治、文化與社會中的權利。這公約共有 192 個締約國，得到大部分聯合國成員承認(或有條件承認)。相關內容可參閱聯合國兒童基金會網站，Retrieved from: <http://www.unicef.org/crc/>.

<sup>28</sup>；該公約在第一部分的最後一條（第 41 條）更確明訂立該公約對締約國的法律與對該國具有效力。因此我們可以說，具有約束力的國際條約業已開始重視健康權的存在與其價值。雖然此一公約係針對「兒童」，然對總體人類的健康權而言，應是一項非常重要的宣示。總此，「健康權」在這樣的世界潮流中，作為基本人權的概念應是肯定的（高玉泉、施慧玲，2002；林昱梅，2002；吳全鋒，2009）。

除此之外，若我們再深入法學「學理」探究健康權，國際上對於「健康權」作為基本人權的論理與討論散見於法學界或公衛界，其中最具代表性與完整性的內容應屬哈佛大學公衛學院（Harvard School of Public Health）於 1994 年秋天所創辦的《健康與人權國際學術季刊》（*Health and Human Rights: An International*

---

<sup>28</sup> *Ibid.* 該條文原文為：Article 24: 1. States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services. 2. States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures: (a) To diminish infant and child mortality; (b) To ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care; (c) To combat disease and malnutrition, including within the framework of primary health care, through, inter alia, the application of readily available technology and through the provision of adequate nutritious foods and clean drinking-water, taking into consideration the dangers and risks of environmental pollution; (d) To ensure appropriate pre-natal and post-natal health care for mothers; (e) To ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents; (f) To develop preventive health care, guidance for parents and family planning education and services. 3. States Parties shall take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children. 4. States Parties undertake to promote and encourage international co-operation with a view to achieving progressively the full realization of the right recognized in the present article. In this regard, particular account shall be taken of the needs of developing countries.

*Quarterly Journal*)。其創刊號以「健康權」作為主題，探討健康權作為基本人權的發展、基礎與在國際法地位的演變等作一非常具體且完整的討論，亦顯示「健康權」並非最近才興起的議題，早在 1994 年即有相當程度的討論了（約比上述《兒童權利公約》稍晚）。該期所刊登討論健康權的 4 篇論著中，有 3 篇直接詳細地討論健康權有關的內容：例如有將「健康權」在國際法上演變作非常完整的系統性介紹，並提出經濟與婦女健康是實現健康權與創造健康環境的二十大因素（Leary, 1994）<sup>29</sup>；亦有從健康與人權的關聯性出發，以二者的三大關聯加以分析論述，指出健康與人權的不可切分性（Mann, Gostin, Gruskin, Brennan, Lassarini & Fineberg, 1994）；以及從公共衛生政策探討健康與人權關係（Gostin & Mann, 1994）。該刊物後續所刊載的文章雖大致與各種身心健康維護的議題有關，範圍亦相當廣泛，然與本論文命題「藥品廣告所涉及的健康權」或類似的議題直接有關的內容並不多見；比較值得注意的是，在論及健康權的相關議題時，有論者以民眾的賦權（empowerment）與參與（participation）作為落實人民健康與健康權實現的方式（Vos, P., Ceukelaire, W., Malaise, G., Pérez, D., Lefèvre, P. & Stuyft, P., 2009），則與本論文所主張的「健康素養」作為落實健康權的概念有部分相同之處。

除了上述所討論的「健康權」作為人民／個人基本權利的合憲性以及國際法上的發展過程外，值得一提的是，國際法對於健康權的詮釋與具體作為，已從過去落實人權為目標的概念漸漸擴展到對不同面向／領域的關注；健康權所隱含的意義也愈發多元，這對許多國家在健康權落實的議題上，均直接或間接地產生了

---

<sup>29</sup> Virginia A. Leary 所寫的“The Right to Health in International Human Rights Law”一文討論了健康權在國際法上作為基本人權的依據與不可乎略性。該文所整理與區分健康權的發展五大部分中：先點出了健康權在 WHO 組織法中的地位；第二部分整理國際上受到 WHO 組織法所影響的國際法（如，上述的 International Covenant on Economic, Social Culture，或是 Declaration on the Right to Development，以及 African Charter on Human and People’s Rights 等有關健康權的規範內容）；第三部分則進一步詮釋健康權的確立對健康議題的影響性與重要性；第四部分則討論了政府對健康權應有的義務為何；最後一部分係討論健康權應關注的二十大議題，即經濟來源與婦女的健康議題，並指出這二十大議題是維護健康權的不可或區要素。

莫大的影響。例如 1999 年提出、2005 年生效的全球《菸草控制架構公約》（*Framework Convention on Tobacco Control*）在「前言」（Preamble）即明文指出「決定優先考慮其保護公共健康之權利」（Determined to give priority to their right to protect public health）內容，意指本公約主要目的係以菸害防制的方式促進各國在公共健康上的權利落實為核心，其正可說明已將健康權的概念融合個人法益（the right to health）與社會國家法益（the right to public health）。而該國際公約確實對世界各國產生了菸害防制的某種效用，自然對健康權的落實有更深層的意義（林承宇，2005；吳全鋒，2009）。或者，2005 年 8 月 WHO 在泰國曼谷召開與通過的《曼谷健康促進憲章》（*The Bangkok Charter*），係對當前世界因應全球化的健康需求，並重申 1986 年在加拿大通過的《渥太華憲章》（*Ottawa Charter*）以健康促進作為基本人權的基礎（黃禎貞、鄭惠美，2005）等，均顯示健康權的意涵已越來越廣。

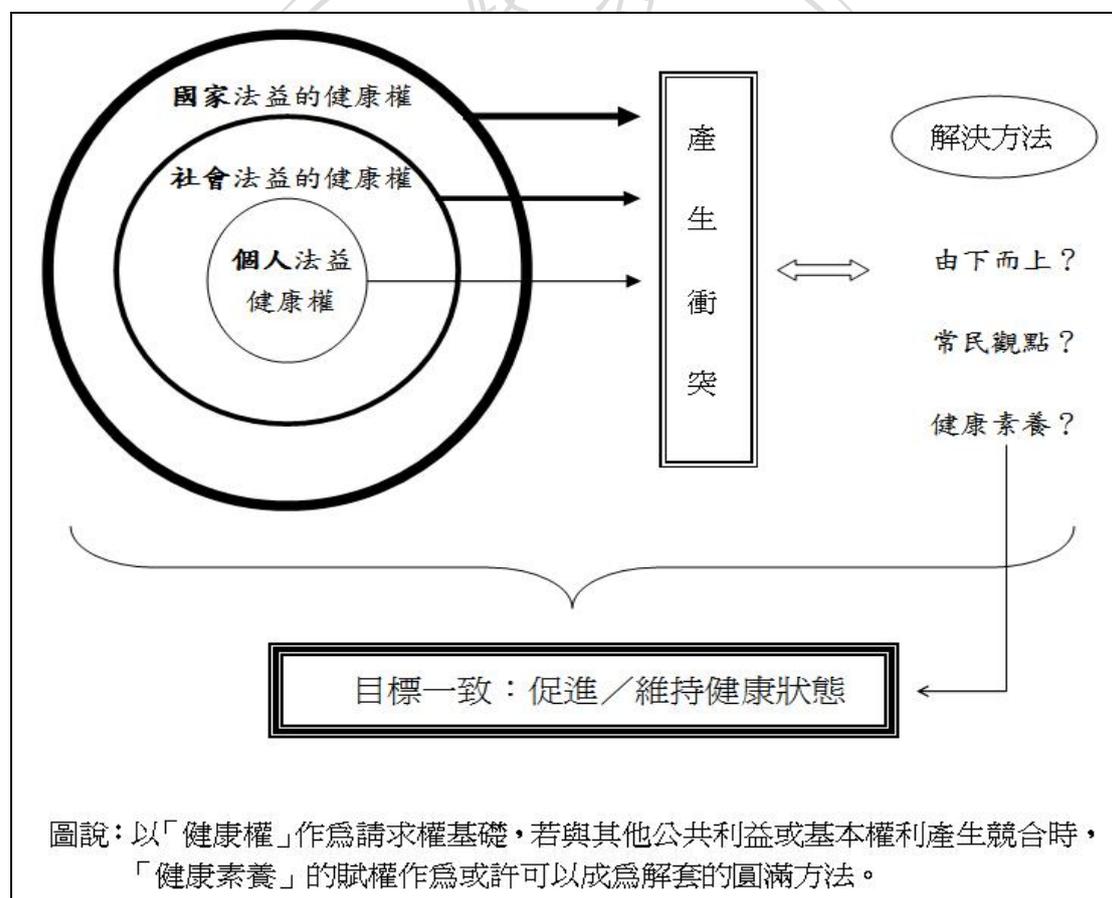
## 2. 健康權之意涵與落實

從上述對「健康權」的整理，我們大致可以將所謂的「健康權」理解成至少具有二種不同層面的意涵：即整體公共利益的健康層面（亦可理解成「社會」或「國家」的法益）；以及個人基本權利的健康層面（個人的法益）。這二種層面的健康權，其實不管是以公共利益或是個人基本權利作為請求或訴求為基礎，其所追求的目標都是以達到所求的「健康」狀態為終極目的。之所以需要將健康權作這樣的分層，在於國家以維護國民健康的公共利益（以具體法規範明文為之）介入與國民健康有關的議題時（如本論文的命題即為一例），常會產生與個人基本權利或其他公共利益的競合關係，如此便會發生何者應該退讓的衝突。

而前面所整理的「健康權」作為人民基本權利的討論，從健康權在國內憲法中所隱含的精神與學理上的討論，乃至國際法上的規範或相關學理論著，均可看出保障人民的健康權作為人民基本權利的論理基礎不會有太大爭議，甚至可將健康權作為普世價值。比較值得思考的地方在於，健康權落實到個人身上，或是國家用以作為抗辯其他公共利益與個人基本權利的主張時，勢必會產生剛剛提到的「競合問題」，國家介入整體國民健康的維護或保障手段時，自然也會形成對其

他個人基本權利產生壓迫。意思是，這裡面所牽涉到國家以法規範作為人民享有的健康權保障，與保障健康權後其他基本權利可能受到侵害的權衡問題亦應受到妥善的解決，否則「健康權」流於膨脹的質疑便隨時都在，這樣恐怕會促使維護健康權的用意遭受不白。進一步以【圖七】補充這樣的論證，不難發現不管是從何種法益出發所要達到的健康權，最終目的係以促成個人、社會或國家的健康狀態為目標，而個人法益的健康權又是構成了社會與國家法益健康的根本與基礎。因此，回歸到本論文所主張的建立常民由下而上的「健康素養」觀點與作法，其來有自。

圖七：健康權作為各種法益形成之關係圖



說明：本圖七由作者自行整理與製作。

### 3. 評析與突破：

本論文所設定的命題「藥品廣告」與「健康權」二者有【圖七】所顯示的潛

在衝突問題與因果關係。《藥事法》基於保障國民健康權所採取的限制廣告內容手段，常會遭受是否排擠到其他基本權利的質疑，例如有論者從法律經濟學與法律社會學的角度提出《藥事法》對藥品廣告的嚴格事前審查，以及其他核准醫療或保健功效的界限問題，政府規範的方式應以更有效的方式為之，甚至應全面退出管制，廢除《藥事法》第 65-70 條所有廣告規範（張永健，2005）；亦有論者認為政府對人民健康的「保護」，所指的是個體，還是整體？倘國家以權力限制人民的權利，這種以「健康」作為主權權力的論述場域，恐怕只會使個人權利與自由日漸消逝（高志陽，2010）。類似的觀點有其道理，也讓維護健康權的論證有更多的反思，不難看出其擔憂政府權力過大，乃至人民其他基本權利可能遭受剝奪的疑慮，這也是長久以來此類問題的「必然」。論者顯然不是反對政府「把關」，所著重的焦點應該是政府「如何」把關的問題。

這樣的問題焦點，猶如上一小節【圖五】所呈現的概念一樣，法規範所維護的國民健康公益與人民應享有的基本自由權利二端，中間那道界線該怎麼畫、怎麼設定都會面臨到上述論者所關注的那個「兩難」問題，如果我們無法提出不同於傳統思維的方式，這種「必然」、「兩難」的循環將會一直都在。本論文主張「由下而上」的健康素養落實方式正是試圖作為解套長久以來上述的循環問題，所秉持的概念正是以突破傳統法規範思維，重新審視「健康」的流動性特質，尋找國家維護公共健康權乃至個人健康權的方式。簡單地說，國家介入「維護國民健康」法益的終極目標，仍是必須呼應到國民個體健康的個人法益身上才能形成「具體成果」，否則即有可能產生「失靈」或「失效」。而此亦顯示任何國家介入維護國民健康的規範，永遠只能解決維護人民健康權的某部分問題，作為國家公權力，此部分固然不可或缺（好比是，藥品廣告內容所涉及藥品本身成份、療效等安全性問題，這仍應由國家介入審定，人民難以判斷），惟若欲以全面性的解決方式達到人民健康權的落實，仍須仰賴人民對健康的自覺與應具備的能力方可達成，這也是本論文認為破除「權力」與「權利」相侵的相對完整作法。而「健康素養」的推廣與落實正足以作為實現人民享有健康權的具體方法，國家公權力的介入如果是放在這部分的規範，將大大有助於人民健康權的實現與維護國民健康的現實。以下，針對「健康素養」，應該好好探究。

### (三) 健康素養之賦權

爲什麼是「健康素養」？對於這個新興議題，本論文主題係聚焦在藥品廣告與健康權的關聯性命題，顯然與媒體、健康、法學三大領域有關，且互爲主體。經由前面所述，本論文提倡與主張「健康素養」作爲實現健康權與法規範之間的最核心變項，理應將健康素養作一完整的論述與分析。又仔細推敲「藥品廣告」與「健康素養」彼此關聯，其實不難發現「媒體」是構成二者主要又直接連結性的關鍵元素；加以，「健康」與「素養」之所以產生關係，實在與媒體識讀／素養（media literacy，以下中文簡稱「媒體素養」）脫離不了干係。本小節即以這些元素／變項的關係作爲論證主軸，以成爲後續討論的基礎。

#### 1. 來自「媒體素養」之啟示

在進入討論藥品廣告與常民（閱聽人）互動所形成的效果／狀態時，傳播領域的知識觀或許可以提供後續法規範介入的重要參考。而隨著過去以來媒體科技不斷地更新，傳播面貌在有形與無形的傳播態樣變化下形成了一個傳播領域中新興的次領域「媒體素養教育」。近年來許多傳播領域國際研討會探討了這個傳播次領域的屬性、本質與未來發展等重大議題，所激盪出來的內容大致仍是從過去以來媒體素養教育所一直強調的，透過教育閱聽人從媒體所建構的框架中釋放出來（liberating），並賦權閱聽人近用媒體的能力（empower audience to access media）二大基本架構爲媒體素養的基調。國外幾個著名的國際學術研討會，如 AEJMC（*Association for Education in Journalism and Mass Communication*）、IAMCR（*International Association for Media and Communication Research*）等，每年亦均會開闢媒體素養教育專題作爲討論議題，在在顯示無論媒體的科技與環境如何變化，媒體素養教育對傳播領域來說，已是一個不可忽略的次領域。

媒體素養所指爲何？爲何與後續所要討論的「健康素養」有關？從以下的整理我們便可理解「媒體素養」與「健康素養」的密切性。不論從過去聯合國教科文組織（UNESCO）於 1982 年在德國舉辦媒體教育國際論壇（*International Symposium on Media Education*）所作出的《媒體教育的挑戰》（*Challenge of Media*

*Education*) 聲明書; 抑或 2005 年美國加州媒體素養中心( Center for Media Literacy, CML) 對媒體素養所提出的五大核心關注焦點 (Five Core Concepts of Media Literacy) : 「所有媒體訊息都是被建構的」、「媒體訊息是依據創造性語言及其內在的規則所建構的」、「不同的人對相同的訊息可能會有不同的體會」、「媒體隱含了背後既有的價值觀與觀點」、「大部分的媒體訊息是爲了獲得利潤或權力而製作的」(Share, Thoman & Jolls, 2005), 媒體素養教育所著重的命題很明顯和一般傳播專業教育最大的不同處在於, 希望透過教育的方式提醒閱聽人對媒體所建構的訊息有所反思。這種所謂的「教育」方式, 其實是一種教育者與被教育者之間的平行與開放式互動關係 (Buckingham, 1991/2003), 就像是早期巴西學者所提倡的提問式 (problem-posing) 教育模式, 師生是一種對等關係 (Freire, 1968/1970); 「反思」指的則是期待閱聽人進入分析與評估媒體訊息時, 能引發其思考五個必要問題: (一) 是誰創造了訊息? (二) 媒體訊息運用了哪些技術來吸引我的注意? (三) 他人對這訊息的理解可能有哪些不同? (四) 此訊息呈現或省略了什麼樣的生活型態、價值觀或觀點? (五) 該訊息如何被傳送出來的? (Thoman & Jolls, 2005) 因此, 面向「媒體素養」的核心概念與精神, 釋放 (to liberate) 與賦權 (to empower) 閱聽人具備跳脫媒體框架與產製公共議題訊息, 並強調閱聽人具備「批判性」思維即爲主要條件。宜釐清的是, 媒體素養所強調的「批判」概念其實隱含著「行動力」的能動性, 這種批判視點 (critical viewing) 不但是期待閱聽人能保有原則性懷疑 (principle skepticism) 的態度, 更希望對媒體再現的世界具備積極涉入的能力, 甚至採取行動改變媒體環境 (Buckingham, 2000a)。這種以出乎理性、看事證講道理, 並強調對話—反思—行動 (dialogue-reflection-action) 的媒體素養批判教育模式, 頗獲國內外學者認同 (吳翠珍、陳世敏, 2007; 余陽洲, 2008; 羅曉南, 2009; Freire, 1972; Masterman, 1985; Kubey, 1997; Semali & Pailliotet, 1999; Livingstone, 2002; Kress, 2003)。

由此可知, 「媒體素養」所著重的幾個焦點, 不論是批判思維、反思教育、甚或賦權閱聽人近用的媒體能力等思辨媒體的方式應是一種可被接受的取徑, 也是當前主流媒體素養教育的理路。台灣教育部在 2002 年所頒布的媒體素養政策白皮書亦採取這樣的路徑, 從白皮書中所著重的媒體素養教育幾個核心面向看

來，包括強調當代媒體公民應具備的五大媒體基本能力「瞭解媒體訊息內容與符號特質」、「思辨媒體再現」、「反思閱聽人的意義」、「分析媒體組織」以及「實踐媒體近用」等，無非是希望透過媒體素養教育的機制，強化閱聽人對媒體應具備20項的媒體能力指標<sup>30</sup>，並以建立「健康媒體社區」(Healthy Media Community)為目標。若我們再深入這些面向的意涵加以理解，便可發現媒體素養教育的歷程除了希望培養閱聽人解讀、思辨當前媒體訊息的能力之外，最重要的還是期待閱聽人能將媒體素養教育的核心價值「實踐」於日常生活中。如果我們認為媒體素養教育主要是賦予閱聽人應有的權利，那麼一切更應起源於日常生活，提醒閱聽人從日常生活中的媒體實踐開始；一切從日常生活的媒體經驗來，再回饋到這個經驗中，在這樣對話與反思的過程，啟發閱聽人對媒體素養不同的想像與可能，而此亦正是媒體素養教育的核心價值。

從這樣的脈絡看來，媒體素養教育的本質並不會隨著傳播媒體的新發展，或是科技不斷的進步等「動態」面貌而產生質變，從媒體素養教育的核心概念與根本精神便可得知促使閱聽人感知與媒體環境共生的本質性「問題意識」才是媒體素養的核心，那些閱聽人所應該具備的媒體基本能力和能力指標，都是隨著閱聽人所能提出與媒體環境對話的命題來決定內容，如此才能具備進一步透過媒體素養的辯證方法，促使閱聽人具備釋放與賦權媒體的能力。繼續從這樣的脈絡理路

---

<sup>30</sup> 參教育部於2002年10月所提出的《媒體素養教育政策白皮書》。其二十項能力指標所指為：1-1 瞭解不同媒體的表徵系統(媒體語言與成規)。1-2 瞭解媒體類型與敘事如何產製意義。1-3 瞭解並能應用媒體製作技巧與技術。1-4 瞭解科技與媒體文本的聯動關係。2-1 辨識媒介內容中的年齡、性別、種族、職業、階級、性傾向等各種面向的刻板印象和權力階級間的關係。2-2 比較媒介內涵與實際生活中的情境、人物、事件等媒介與社會真實的關係。2-3 解讀媒介再現所潛藏的價值意涵與意識型態。3-1 反思個人的媒體行為。3-2 瞭解個人與文本的意義協商本質。3-3 瞭解文本的商業意涵中「閱聽人」的概念。3-4 認識廣告工業的主要概念：收聽 / 收視率、廣告的社會與文化意涵。4-1 瞭解媒體組織的守門過程如何影響文本產製。4-2 檢視媒體組織的所有權如何影響文本選擇與組合。4-3 瞭解公共媒體與商業媒體的區別。4-4 檢視資訊私有化的影響。5-1 瞭解媒體公民權的意義。5-2 實踐接近使用媒體。5-3 區辨被動媒體消費者與主動媒體閱聽人。5-4 主張個人肖像權、隱私權。5-5 主張公共資訊開放。

觀察更可發現，媒體素養著力於閱聽人應具有近用媒體與在媒體上發聲的能力（「賦權」的概念），以期媒體可以作為公共領域中實現公民權利的一種方式，促進社會公平正義的實現。而促成媒體公民發聲的立論基礎，可從 Habermas 所提出的公共領域概念形成的公民發聲來解釋：媒體公民的近用與發聲除了需要從公共議題的角度出發之外，公民發聲的內容更須出乎理性的溝通（Habermas, 1976/1979）。因此「媒體近用」（media access）可以說是媒體素養教育最終的核心目標與價值；亦即，從「媒體近用」的角度作為與閱聽人共構媒體素養教育的知識觀，才有進一步落實媒體素養教育精神的可能性。此乃個人與社會的生活主要係藉由媒體聯繫起來（如有論者強調，媒體是環境一樣）<sup>31</sup>，這就好比是我們學習使用文字來表徵事物、用以人際溝通一般。

總體而言，媒體素養教育一方面希望藉由閱聽人認識媒體產製過程，讓閱聽人清楚認識建構而來的媒體現實，去除傳播媒體可能對我們產生的框架與迷惑，反思閱聽人觀看媒體的經驗；另一方面則是期待藉由近用媒體的手段，促使閱聽人自身參與社區民主，實踐公民身分的可能。簡言之，媒體近用在媒體素養教育的意義上，是引發閱聽人參與社區、生活的一種活動，使個人在媒體社會中能有參與感與權利感，此即是媒體素養教育的核心活動。回應本論文的主軸，一般常民接觸藥品廣告之後，若能發揮閱聽人識讀媒體訊息的功能，則媒體素養必能帶動「健康權」的實踐，而此亦需要更深層的「健康素養」加以達成。

## 2. 「健康素養」：融合媒體素養與健康傳播之要件

本論文主張以「健康素養」作為法規範不足的補強，甚至提出賦權常民的健康素養才能達到法規範所欲成就國民健康權的理想，顯示「健康素養」的意涵與文獻回顧均需要細緻地討論。

從傳播學的角度出發，晚近「健康傳播」（health communication）次領域的興起，有別於其他傳播傳統領域或次領域，健康傳播乃是一跨越社會人文、醫學公衛、管理行銷、法學...等新興的領域（Kreps, Bonaguro & Query, 1998；徐美苓，

---

<sup>31</sup> 此部分論述可參閱吳翠珍、陳世敏（2007），《媒體素養教育》，頁 6-13。

2004)，此亦說明了健康傳播所涵蓋的範圍非常廣泛。在這個本質上具有跨領域特質的領域中，不論是傳播或是其他如公衛等所詮釋的健康傳播，均指出健康知能／健康素養（health literacy）在健康傳播的重要性。雖然傳播與公衛二領域對於“health literacy”用詞有所不同，但所關懷的面向卻是一致，均以促進與維持民眾健康為目標，其關聯性在於：公衛界普遍將傳播視為一項引發民眾知識、態度與行為改變的變項，因此將「健康知能」作為衛生政策、疾病防治等行政導向的基礎；而傳播界所重視的「健康素養」乃在於對傳播過程與動力有更深入的思考，意即對閱聽人提供健康維護與健康促進的社會過程，此功能的核心便是在創造、蒐集與分享健康資訊（Babrow & Mattson, 2011）。本論文採以「健康素養」作為譯詞與概念，主要目的便是試圖超越「健康知能」本質上僅著重於公衛醫藥專業知識的基調，融入「傳播主體」的元素，豐富其追求健康的多元性。

而健康議題何以需要在傳播領域或是法學領域中被討論？除了前面已提及的健康議題除了在當前媒體環境中占有重要位置外，我們尚可從 1998 年 WHO 對「健康素養」的解釋中嗅出其必要性：WHO 認為「健康素養」是為了促進與維持好的健康（good health），讓個別公民具備認知與社會工具的能力，進而得以近用、理解與使用資訊，以達到行動能力<sup>32</sup>。對照上述公衛界與傳播界所關懷

---

<sup>32</sup> 有關此部分內容可參見 WHO 於 1998 年由 Health Promotion, Education and Communications (HPR) 與 Health Education and Health Promotion Unit (HEP) 負責所出版的“Health Promotion Glossary”文件，其中第 10 頁即清楚對健康素養的意涵有所定義：Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health. Reference: new definition (Health literacy implies the achievement of a level of knowledge, personal skills and confidence to take action to improve personal and community health by changing personal lifestyles and living conditions. Thus, health literacy means more than being able to read pamphlets and make appointments. By improving people’s access to health information, and their capacity to use it effectively, health literacy is critical to empowerment. Health literacy is itself dependent upon more general levels of literacy. Poor literacy can affect people’s health directly by limiting their personal, social and cultural development, as well as hindering the development of health literacy.

的「健康」面向而言，我們必須說媒體與健康已是一體二面，而此更可從以下「健康素養」的討論中獲得進一步的答案。

「健康素養」(Health Literacy) 這個概念，一開始是從美國公衛界而來。根據 Bernhardt 與 Cameron 的整理 (2003, pp. 583-585)，早在 1990 年代美國醫藥學會 (The American Medical Association, AMA) 便曾針對所謂的「健康素養」有了以下的定義：「健康素養是指有能力閱讀與理解處方用藥的說明，以及其他與健康相關的資料可以對病人有所助益」。到了 2000 年，美國衛生福利部門 (Department of Health and Human Services) 在其每十年一度的健康白皮書 *Health People 2010* 政策報告中，對「健康素養」的概念更有以下詮釋：「健康素養是民眾具備取得、解釋與瞭解基本的健康資訊、服務與權利的理解力，進而能使用這些資訊與服務以達到提高健康的目的。」從這樣的界定與詮釋中，不難看出健康素養與閱聽人識讀媒體訊息的能力有著密切的關聯性。猶如美國紐澤西州立大學曾於 2000 年 4 月進行一場名為「建立媒體素養與健康教育的研究新典範」(Setting Research Directions for Media Literacy and Health Education) 研討會便直接或間接地勾勒出「媒體素養教育」與「健康素養」實為一體二面的基調<sup>33</sup>。這和 Bernhardt 與 Cameron 所提出的「健康素養」是指閱聽人應具備對健康訊息的認知能力、計算能力、識讀媒體能力、以及辨讀資訊能力總稱的概念一樣，都意味著健康素養與媒體素養二者的密不可分關係。

若我們再深入探究「健康素養」的意涵，從 Lynn Nielsen-Bohlman、Allison M. Panzer 與 David A. Kindig 三人在所著 *Health Literacy: A Prescription to End*

---

<sup>33</sup> 該研討會雖然主題是圍繞在如何促進兒童與青少年更具批判、識讀能力，以對抗媒體充斥暴力、色情、營養用藥等問題，其卻也與媒體素養教育中的健康素養議題有了重要的連結與想像。例如，從該研討會紀錄與報告可以得知，該研討會最後提出健康素養的養成，有賴於媒體素養教育的教學者、教學法與教學工具等的提升。並且，增加學者、實踐者與教育者之間以媒體專業為中心，並能融合媒體素養與健康防制為議題深耕乃為必要。由此，便可瞭解媒體素養教育與健康素養關聯之密切。有關本研討會之文件記錄，可參閱 [http://www.mediaudies.rutgers.edu/mh\\_conference/index.html](http://www.mediaudies.rutgers.edu/mh_conference/index.html) 網站，即有相關資料足供參閱 (網站最後瀏覽日期：2012/03/31)。

*Confusion* 一書中對健康素養做了這樣的定義：「健康素養是個人取得、詮釋、理解基本健康訊息和服務的能力，以及運用這些訊息及服務為個人的健康做適當決定。」（Nielsen-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004, pp. 31-40）我們也可以這樣來理解，個人為了自我照顧及達成健康目標所需的讀、寫、說、計算和解決社會需求等問題的能力。雖然該書係從公衛角度出發詮釋健康素養的概念，但仔細推敲其定義，與媒體素養教育所強調的釋放（to liberate）與賦權（to empower）閱聽人的概念，希望閱聽人能從對媒體訊息的分析與評估中，反思（reflex）自我與媒體關係的過程，藉此以達到近用（access）媒體的目標相吻合。而這樣的見解與國內媒體素養的學者對健康素養的定義與看法不相違悖（吳翠珍、陳世敏，2007，頁 363-367）。簡單說來，健康素養應可以被理解成閱聽人具備分析、評估媒體健康訊息的能力表現；而此與媒體素養教育聚焦的核心吻合，因此健康素養自然亦應從媒體素養教育的範疇著力。

### 3. 評析與突破

經由上述對媒體素養與健康素養的整理與關聯性分析後，面向本論文主題，我們不難發現當前台灣媒體所再現的各類藥品廣告大致以「指示藥」<sup>34</sup>與「成藥」<sup>35</sup>二大類為主（「處方藥」<sup>36</sup>為原則禁止，例外開放），這類成藥或指示藥以廣告

---

<sup>34</sup> 有關指示藥的定義，可參考教育部健康醫學學習網「用藥安全」一文，取自學習資源「食品與藥品」單元：<http://health.edu.tw/health/portal/learning/study00/food/02/02.doc>。內容為：凡藥品藥性溫和，由醫師或藥事人員推薦使用，並指示用法，即為指示藥，如：保力達、維士比、香港腳藥膏...等。指示藥物指醫師、藥師／藥劑生指示藥，其僅能於藥局或藥事人員執業的處所內，經醫藥專業人士指導下，才可購得。雖然不需要處方箋，但使用不當，仍不能達到預期療效，所以民眾於備用時，切記仍要詢問專業人員指示與說明。

<sup>35</sup> 有關成藥的定義，參考來源同前註。內容為：凡藥品藥性弱，不需要經醫師或藥事人員指示使用者，皆是成藥，如：綠油精、曼秀雷敦軟膏。成藥即因其藥效緩和，無蓄積性，耐久儲存，使用簡便，且具有效能、用法、用量、成藥許可證字號等的明顯標示，所以使用上不需經過醫師指示，就可以用來治療疾病。民眾可於一般社區藥局或藥品販賣業中自由取得，依說明書上用法用量正確服用。「成藥」還可細分為「乙類成藥」、

宣傳的方式傳達藥品正面的形象，或藉由種種強調對身體各方面有各式益處的廣告隨時對閱聽人強力放送，閱聽人面對如此龐大的藥品訊息，自然必須具備相對高度的識讀媒體再現的能力，才能泰然處於當前的媒體環境之中。雖然媒體上的藥品廣告訊息，均受到法規初步的把關，閱聽人或許可以據此作為判斷健康訊息對個人受益或傷害的可能性，然而並非所有廣告中的健康訊息透過法規就可以解決民眾健康與否的問題，關於健康的終極把關者，往往會落到民眾自己身上。因此，國家如能透過相關政策擬定或法律規範的方式將「賦權閱聽人具備健康素養」的作為列為國家衛生相關政策中<sup>37</sup>，並能具體列出作法，非但可以解決法規介入廣告健康訊息所產生爭議、不足與盲點的風險外，更可以透過政府所介入的國民健康素養養成過程與結果，使國家相關福利政策（如全民健保即為一例）有嶄新的面貌。

從【圖八】所呈現的當前法規介入藥品廣告訊息的狀態，不難發現很容易就會陷入如上一小節有論者提出藥品廣告的事前審查即使合憲，也不合成本效益；事後追懲又容易流於不切實際之憾等云云。因此最好的作法，仍須回歸到如何達成民眾健康素養的養成與結果，使得藥品廣告不致造成法規失效或失靈後的重大傷害。舉例來說，法規無法干預「感冒糖漿」指示藥以合法的方式在媒體上託播廣告，然而不爭的事實是，根據國際醫藥服務公司的統計，台灣民眾每

---

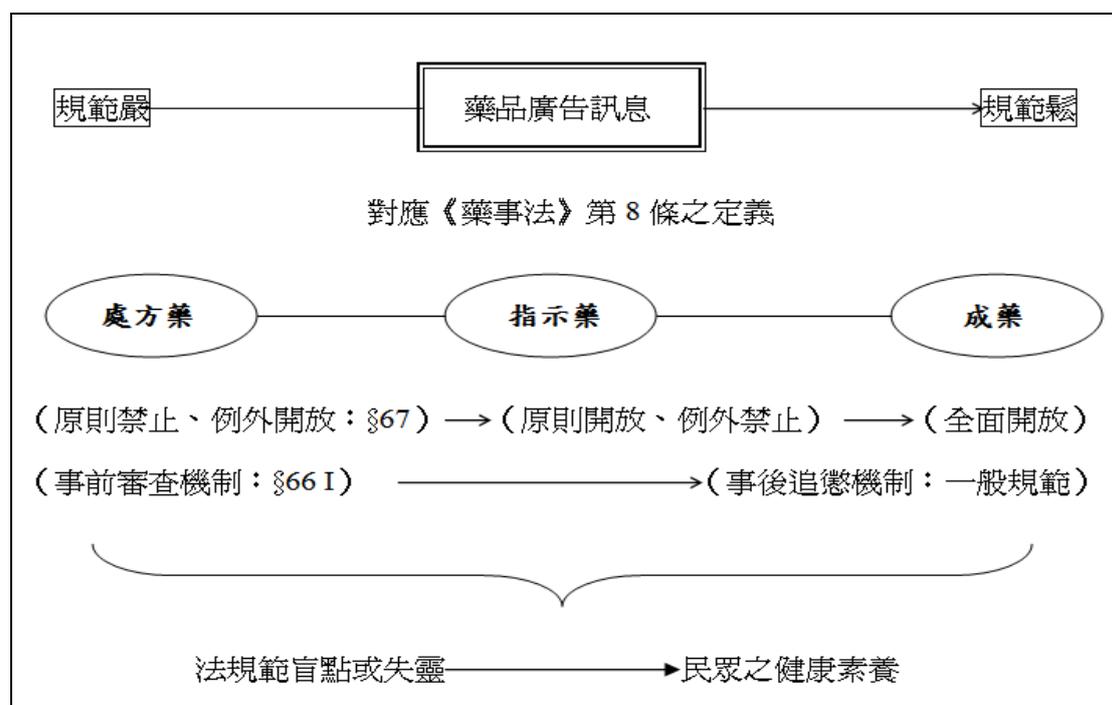
「甲類成藥」兩類，上述綠油精、曼秀雷敦軟膏等屬於「乙類成藥」，可以由百貨、雜貨店或餐飲業販賣；金十字胃腸藥、撒隆巴斯、紅藥水等屬於「甲類成藥」，只可在領有藥商許可證之商店販售。

<sup>36</sup> 有關處方藥的定義，參考來源同註 34。內容為：凡使用過程需由醫師加強觀察，有必要由醫師開立處方，再經藥局藥事人員確認無誤後所調配之藥，稱處方藥。亦可參見《藥事法》第 66 與 67 條之規定內容。

<sup>37</sup> 根據行政院 100 年度施政方針（民國 99 年 3 月 25 日行政院第 3188 次會議通過）在第「拾肆、衛生醫療」的施政政策中雖有指出「一、制定前瞻性健康政策，建立支持性健康環境，**提升民眾健康知能**，營造健康主流社會；落實預防保健與防疫之整備，免除疾病威脅。…」取自行政院網頁：<http://lis.ly.gov.tw/npl/report/1000222/2.pdf>。

年喝掉 15 億左右、每天 21 萬瓶感冒糖漿的數字<sup>38</sup>，還是令人感到十分驚訝（案例研析，詳後章節述）。這當然只能藉由「健康素養」的機制才能獲得與事實對話或是改變現況的機會。

圖八：法規範介入藥品廣告之連動圖



說明：本圖八由作者自行整理與製作。

總此，本論文以為，行政院施政方針已把「提升民眾健康知能」列為未來施政重要政策，千萬不要又只是徒具文字形式而已，具體作為「該如何」亦應一併訂出，否則極易流於空談。以本小節所探討的媒體素養與健康素養文獻整理過程中，我們或許可以從中獲取一些如何提升民眾健康素養的方向。

以本論文的命題觀之，廣告目的不外乎是說服閱聽人以刺激消費為本質，因此當廣告透過「健康」的概念來和閱聽人進行宣傳與溝通時，如何促使閱聽人應該與廣告訊息好好互動後、再行判斷顯然是一個非常重要的步驟。好比說，當廣

<sup>38</sup> 本資料來源為王慧倫、李樹人、林進修（2010年01月28日）。〈感冒糖漿喝多腎衰竭〉，《聯合晚報》。取自：[http://mag.udn.com/mag/people/storypage.jsp?f\\_ART\\_ID=233271](http://mag.udn.com/mag/people/storypage.jsp?f_ART_ID=233271)。

告一再強調治療感冒的方法與捷徑時，閱聽人理應回應自身的感冒狀況，更需意識到充分休息可能比服用這些特別有效的藥品對身體更有益；又如，當廣告的內容一再告知常民保養肝臟的重要性時，洞視其廣告背後主要目的廣告仍在於不斷地刺激消費促成常民購買肝藥，此時提示閱聽大眾必須意識到自行服藥後的風險，否則可能造成養肝而傷腎。因此，如何促成閱聽大眾具備健康素養，其重點便是在如何讓每個閱聽眾在面對藥品廣告所建構的事實時，能與這類訊息保持某種距離與自我反思，才能真正到達廣告中所建構的「健康」。所以，閱聽人在面對許多與健康相關的媒體內容時，當然還是可以透過相關法律規定的方式加以判別自我適用性<sup>39</sup>，但閱聽人在接收這些訊息時，如能發揮「健康素養」的功能，以個人取得、詮釋、理解這些藥品廣告的訊息和服務的能力，如此才能悠遊於媒體所建構的健康情境中。而此主要意涵便是在於取得藥品本身訊息來源的多元性，並透過不同管道對訊息的充分掌握，進而可以運用這些訊息及服務為個人健康做適當的決定。這給政府的啓示便可以是：相關單位應思考透過何種方式可以讓民眾知道「取得訊息的方便性」，或者該建構何種完整以方便民眾接觸的健康訊息方式...等，都是作為提升民眾健康素養可思考與納入的具體作法。

再舉例子說來，經常出現在電視廣告，也是大家所週知的廣告詞「啊，福氣啦！」、「漢藥底，卡有底！顧根本！明天的氣力，咱今日甲你傳便便！」二大提神飲料品牌（其實都是「指示藥品」），所表現的情境均是以勞工身分的閱聽人為主要訴求目標，進而從其生活型態的表現上建構出產品的健康形象。但一切真如廣告內容所言？行政院衛生署便曾針對此類含酒精內服液劑（酒精濃度平均約在8%-10%）<sup>40</sup>提出警告，如果長期大量服用，不但對身體健康無益，反而會造成

---

<sup>39</sup> 例如，行政院衛生署所掌管的醫療、藥物、化粧品、食品（含健康食品）、菸品等商品及服務的廣告業務，由於負責內容項目眾多，所涉及廣告內容的規範亦屬繁雜。

<sup>40</sup> 經過消基會的統計，保力達 B 與維士比二種含酒精液劑，平均酒精濃度約 10%，是一般啤酒的 2 倍，有關此部分內容可參考大紀元（2007 年 9 月 28 日）。（消基會：保力達 B 維士比酒精濃度高達 10%），取自：

<http://www.epochtimes.com/b5/7/9/28/n1849580.htm>。

肝、腎臟的傷害。行政院勞工委員會勞工安全衛生研究所更有實證研究發現<sup>41</sup>：在針對民國 96 年（2007 年）全國就業者安全衛生認知調查中，發現臺灣就業人員飲用提神飲料的習慣，推估全國約有 50 萬人；其中習慣性飲用含酒精提神飲料者高達 7 成以上，這些具有飲用習慣的就業人員中，更有近 8 成 5 的人會在工作前或工作中飲用。姑且不論這樣的數據是否與廣告效果直接相關，但是廣告中一而再、再而三地強調該產品是如何地照顧我們的身體亦是不爭的事實，透過「健康素養」的文獻整理告訴我們，如何讓該類廣告的目標閱聽人在接收這類的訊息時保持應有的識讀媒體能力，而不是全然地接收這樣的訊息，正是政府在衡酌如何賦權常民健康素養時，就應該要意識到「不同的分眾」所賦權的方式也不一樣，切忌用一種方式、一種教材、一種「上對下」的想法直接灌注到所有的民眾身上。

在此另須說明的是，本論文以藥品廣告訊息為例，並非指陳所謂賦權民眾健康素養意在拒斥任何形式的商業廣告，或是成為反商業競爭本質者；健康素養所著重的地方乃在於閱聽人對於健康訊息是否能具備取得多元性、詮釋多元性、以及理解多元性的可能，藉以激發閱聽人跳脫媒體可能宰制的框架中。而這樣的思維方式更是需要被運用在閱聽人面對不確定（uncertainty）的健康訊息與概念時。往往，閱聽人在面對不確定的健康訊息時，相對上比較容易相信媒體所再現的事實，「健康素養」的概念正是此時最需要發揮作用者，其功能主要便是在提醒閱聽人是否已「反思」這些自己尚不確定的訊息？因為這類的健康訊息幾乎無所不在地存在我們的日常生活中。舉幾個比較明顯的例子，像是市面上許多強調對骨頭有幫助或聲稱是骨頭醫生的藥品（如維骨力，即為葡萄糖胺）是否真的有辦法消除膝蓋的疼痛？如果閱聽人可以理解到葡萄糖胺對於中度到高度的疼痛也許會有療效，但一般患者的退化性關節炎並無明顯改善、紓緩疼痛的效果也不佳<sup>42</sup>，這樣才能真正達到「健康」。

---

<sup>41</sup> 相關研究結果報告，可參閱行政院勞工局勞工安全衛生研究所（2008 年 11 月 3 日）。（習慣飲用含酒精提神飲料會增加職業傷害），取自：  
<http://www.iosh.gov.tw/Publish.aspx?cnid=16&p=1467> 上即有詳細統計數字。

<sup>42</sup> 本參考資料取自今日新聞網（2010 年 9 月 20 日）。（維骨力無助改善關節，不如多吃綠色花椰菜），取自 <http://www.nownews.com/2010/09/20/327-2647942.htm>。

透過上述的探討後，我們可以明白具備健康素養的閱聽人不只應有認知、計算與識讀媒體中的健康訊息而已，對於媒體所再現的藥品廣告更應具有取得、詮釋與理解的能力。如此說來，若從健康素養的角度來看，閱聽人具備識讀媒體健康訊息的能力乃是健康素養所強調的基本精神，顯示健康素養與媒體素養有著密不可分的關聯性。是故，從「媒體素養」出發的概念轉為「健康素養」所著重的閱聽人應具備對媒體所建構的健康訊息一一解構的能力，若能將這樣的媒體歷程實踐於一般常民與藥品廣告之間的對話、反思與生活的實踐上，則本小節所提倡的運用「媒體素養」教育作為開啓民眾具備「健康素養」的基礎，進而達到常民對藥品廣告擁有必備的知能，如此便已達到健康權的具體實在。

#### **（四）傳播三大學派與 Neil Postman 對科學、技術與人文之反省**

透過對藥品廣告所產生的法規範關係，到實踐國民健康權為核心的命題焦點，本論文透過文獻的討論整理提出以「健康素養」作為解決傳統法規範思維對健康議題介入的盲點與失靈，才能真正落實個人健康權的法益；「國者，人之基也」，個人法益健康了，社會或國家的健康公益自然會直接或間接地達成。又本論文將「健康素養」的概念置於社會研究之下，從傳播學領域出發，自然期許能有不同論證或新見解提出，以促成國民能有不同於傳統僅依賴法規範保護達到健康權的維護與狀態，賦權人民「健康素養」才是每一位國民健康權全面實現的途徑。因此，為檢視本論文的主張與見解，既是從傳播學視點出發，檢視其對話後的理路是否可採亦當必要。本小節後部分援引社會觀察家 Neil Postman 從社會整體面向對所謂「健康」的觀察與見解，作為與本論文主張「健康素養」的對話小結。

##### **1. 傳播研究三大典範對「健康素養」之檢視**

本論文所主張的「健康素養」作為「實現國民健康權」的命題是否可以運行，或是理論基礎是否完備等可能出現的疑慮，本論文希望借重 Thomas S. Kuhn 對「典範」(paradigm) 描繪的概念，與運用傳播學群對傳播研究大致同意的實證、

批判與詮釋三大典範<sup>43</sup>對該命題加以檢視（劉駿州，1994；Griffin, 2011），作為未來政府實踐賦權民眾健康素養的根基。因此，從對「健康素養」的「本體論」—即認為世界（健康素養）構成的本質為何、「認識論」—理解世界（健康素養）的方式、以及「方法論」—就是採用何種方式來理解本體論與認識論等三大面向予以檢視是否得當，則為一重要的過程。

健康素養的概念若從 Kuhn 所謂的「典範」看來，或可歸納於傳播社群默會知識（tacit knowledge）下的批判典範社會研究比較貼切。蓋健康素養與媒體素養二者對媒體再現的訊息批判思維（強調思辨與反思）一致，其論證方式又是試圖使閱聽人（常民）能對所接觸的媒體再現（健康）訊息具能動性，在在都是以揭開媒體再現背後的權力關係，解放閱聽人免於媒體框架為架構，將之歸於批判論證的社會研究應屬妥當<sup>44</sup>。在這樣的典範中，其本體性係認為社會是「非本質化的」、且具有歷史觀的，並假定有一個亙古不變的社會秩序，強調社會真實背後存在者深層的權力結構，其對傳播的概念即是建立在整體的（holistic）、反思的（reflexive）與「健康素養不是什麼」這樣的本體中。

如此，從本論文第一章借用 Habermas 對人類知識與旨趣的探索加以比對，「健康素養」最終目的希望能解放閱聽人（常民）跳脫媒體所建構的框架，這樣的旨趣所關注的面向即在促使閱聽人（常民）置於解放、自主、負責的自由進出媒體再現的藥品廣告訊息，其行動類別所關注的就是權力／支配的生活要素（或有稱意識形態面向，例如藥品廣告所建構的健康概念）。對這樣的批判典範來說，其對價值觀點是有價值判斷的，甚至是有價值的涉入的，而「健康素養」論證的目的就應用在實踐中，並透過群眾意識的啓蒙來實踐理論。再者，在批判典範的

---

<sup>43</sup> 雖然社會學門對於研究典範的說法仍不止於此三大典範，像是還有「後實證」、「後結構後現代」等，此部分可參閱黃光國（2001），《社會科學的理路》，頁 1-28；然此三大典範應是傳播學門所默會的基本典範。

<sup>44</sup> 國內外對於媒體素養教育的精神，從諸多教科書大多以「批判教育學」（critical pedagogy）的方式著手，參見文獻探討（三）的部分。又健康素養與媒體素養關聯性，從二者均有賦權閱聽人／常民反思媒介再現的（健康）訊息看來，本論文以為應是較接近三大典範研究的批判典範。

認識論中，研究者爲了轉變社會關係，以揭開社會關係的潛在源頭，並提升人們的權能（尤其是弱勢者／族群），其批判目的係爲改變世界。本論文提倡賦權閱聽人健康素養以作爲國家實踐國民健康權，更有甚者主張政府應將促使國民具備健康素養的方式納入具體作爲（甚至是明訂法律條文中），即是以翻轉或消彌「健康權」的實踐背後可能具有的權力、階級或不平等狀態。若健康權應被視爲普世價值，每個人均享有生存下去的健康權利，國家以法規範介入健康權的維護便應該意識到兼顧平等的作爲（即使任何制度的推行永遠有「不平等」的界線，例如健康素養的推行也可能形成另一種不平等，但可以確定的是，健康素養的推行是朝向接近平等的方式前進，那種不平等的狀況重點便在於「如何實現」健康素養的問題，並非健康素養本身的問題）。

總而論之，以「健康素養」的推行或賦權作爲政府運用制度或法規範介入藥品廣告（或者其他類似健康議題）的管理方式，將足以使「法規範」與實現「健康權」之間的關聯性更加緊密與完整，「健康素養」這個中介變項自然不應省略；亦即，透過批判典範的啓示，以法規範的介入促使健康素養得以運轉，解構藥品廣告背後的那股強大的政治經濟力量即是本論文聚焦之處。

再融合傳播學研究所區分的三大分派<sup>45</sup>：「經驗學派」著重於實證分析的經驗；「批判學派」發源於德國法蘭克福學派、英國文化研究學派與傳播政治經濟學派的新馬主義與左翼思維；「媒介環境學派」則研究傳播媒體如何影響人的感知、情感、認識與價值，並研究閱聽人與媒體的互動如何促進或阻礙人們生存的機會（Postman, 1992／何道寬譯，2010，頁 2-3）。從這樣的觀點續論之，本論文藉由藥品廣告的具體現象，討論其背後所隱含的知識觀，或者揭開廣告背後所藏身的權力（如資本主義的商業邏輯、意識形態等）問題，正可藉由這三種不同的

---

<sup>45</sup> 何道寬在譯注 N. Postman 著作 *Technopoly: The Surrender of Culture to Technology* 一書，援引多倫多學派的 M. McLuhan 於 1960 年代所提出的“Media Ecology”，並將之翻譯爲「媒介環境學」，指出北美媒介環境學派自 McLuhan 到 Postman 以來，所關心的技術與媒體對文化的影響；台灣或大陸的華人學者比較關心的則是傳播政治經濟學派的部分。因此將傳播學大致分三大派別：經驗學派、批判學派與媒介環境學派等，本論文接受這個分類方法。

典範所關注的不同面向，從中獲取本論文主張的「落實健康素養」以確實促成「健康權」的實在，進以揭開問題、找出對應方式、最終提出對法規範介入藥品廣告方式的新契機（或是藉此命題，提供所有健康相關議題未來尋求解決方式的參考）。

從以下【表一】的整理我們甚至可從中獲取方法論與研究方法上的啓示，對該命題有積極性的幫助（下一章陳述）。

表一：融合三大典範與傳播三大學派之「健康素養」本體論、認識論與方法論

典範概念	實證典範	批判典範	詮釋典範
呼應傳播學 三學派概念	經驗學派	批判學派	媒介環境學派
對應「健康」 的概念	科學檢驗、實證驗證 的過程	探索與揭開健康背後的 思維邏輯與隱含資本主義的價值觀	瞭解常民對於健康的 理解方式與生活模式
媒體因素的 介入	驗證媒體對常民刺 激－反應的過程	媒體文本再現所反映 的價值觀	媒體景觀與媒體生態 影響常民的描繪
（健康）素養 觀的意涵	崇尚既定事證，唯科 學主義的健康事務 發展	主動性與反思性解讀	建構屬於自我對健康 的認同與主體性
研究的途徑	實驗法、量化與數據 分析等	文本分析、深度訪談 談、民族誌等	厚描、質化研究方法等

說明：本表一係由作者整合與整理自不同傳播研究書籍，並融入個人想法製作。

透過對傳播三大典範與三大學派的整理與分析後，各種典範所強調的研究途徑與方法雖不盡相同，然而殊途同歸，目的都是在促使研究者能對既有的社會現象藉由社會研究的方法加以探索現實（真理）存在的可能。然而對應於本論文的

命題，運用批判性媒體素養為本體的健康素養概念，某種程度正也融合了「實證典範」（例如，相信「藥品」本身科學的真理；或是藥品廣告規範的邏輯等）的概念，因此本論文採取融合實證典範與批判典範的研究為主要研究軸線。

這樣的研究取徑雖與「詮釋典範」的研究理路有所分叉，惟詮釋典範所強調的精神本論文仍覺略可所用。例如，在思考法規介入藥品廣告的具體方法時，找尋背後所欲關注如何「改變」傳統法規思維與管理方式，藉以促進藥品廣告規範的向上可能（健康真理／價值觀），此時若能引入「媒介環境論」（media ecology）的論證概念，則有開啓「健康素養」能動性與實踐性的具體價值，詮釋典範的概念雖僅屬輔助角色，仍有融入與使力之處。

## 2. 社會觀察家 Neil Postman 對健康之觀察與反思

經由上述的闡釋，此處引用當代社會觀察家 Neil Postman（1931-2003）的思想與觀點作為與「健康素養」的對話小結，主要用意係 Postman 對於媒體所產生的社會影響均以其擅長的「ecology（環境／生態）」視野作為觀察與反思媒體對人所構成的事物結構現實，並提出「自然科學」（science）、「社會研究」（social research）與「想像力豐富的文學」（imaginative literature）是三種不同事業的見解，說明三者目的、提出問題、遵循的程式與賦予真理的意義也均不同（Postman, 1992, p. 159）。因此 Postman 提出人與科技的關係是從「技術服務」（tools）到「技術統治」（technocracy），再發展成「技術壟斷」（technopoly）。他所劃分的三個時代更替過程，深刻反省現代崇尚科學、客觀理性工具的思維所為人類帶來的種種負面「後果」。Postman 警告，若人類仍舊過度崇尚科技，最終結果便是走向被科技所壟斷的「科技奴隸」境界，凡是聽從科技所顯示的數據與「客觀公正」的答案。好比智力測驗的工作就是把一個人的手指上放上一支筆，然後問些問題，電腦便根據他所回答的問題計算大腦的智慧，Postman 認為這樣的技術壟斷使人失去應有的價值與人文關懷。

對於醫療，Postman 毫無隱瞞地指出當代醫療技術是一種機器意識形態下的技術壟斷（medical technology），迫使人們遵守這些機器所設定下的正確數值。當前治療疾病的方式，大多用診斷的手段進行大膽治療，這也是當代醫藥體系的

主流，「征服疾病」即是主要的做法；然而這樣的思維卻忽略以增強人們抵抗力作為對抗疾病方法的思維。Postman 對於當代傳播科技發展下所形成的種種現象與行爲，包含人們對於醫藥觀念的接收方式，充滿著「以人爲本」的關懷。

本論文並非拒斥藥品廣告的科學化現況，某種程度依賴科學所訂出的「標準」，仍是作為判定安全與否、健康與否的「重要參考」，此並非表示本論文認為 Postman 的說法是拒斥所有科學的。本論文以為，Postman 的用意主要在於提醒人與科技的關係，不應過度依賴而忽略諸多根本性的問題，而「個別差異」的問題更不該由科技來決定。Postman 這種以人爲本的出發所帶來與科技相對之下的「不確定性」（如果一切相信科技，科技或數字說了算，那麼即呈現穩定狀態），可能終究無法形成常民健康權落實的主流；然而，Postman 的提醒卻清楚彰顯「健康」可以處於不同層次的面向。

套用 Postman 的用語，作為健康權的實踐方式，科技（technology）所能把持的部分應該用在「參考」，這也是健康的第一層次部分；接著，能真正促使個人健康，以達到健康權的維護真正的方式是要能融入顧及「個別差異」的部分，而「健康素養」提供的思維，正是這樣的取徑下所要達到目標，因為唯有融合個人健康素養的概念，Postman 所強調的那種不被宰制的過程才能避免。爾後再談法規範的介入方式與內容，才能真正將 Postman 所論及到的思維融入（像是，融入常民相信廣告的用藥經驗與事實，立法者應瞭解實情並與之對話後，再給予規範的方式），也才有新思維的可能。這樣，健康權的完整性方堪稱有真正落實的可能性。

### 3. 小結與延伸

經由上述整理與分析，本論文所主張的「健康素養」作為實現社會國家健康權與個人健康權的具體落實，在學理上的基礎甚具邏輯，從不同典範分析後的結果亦堪稱可行。借重傳播學領域的研究論域，加上社會研究對於既有現象（藥品廣告與藥品廣告規範情況）的觀察，本論文的命題焦點便產生了幾個重要的具體問題必須加以釐清，以避免本論文陷入僅是「形而上」（metaphysical）的漫談。固然「文獻探討」從一開始論到這裡本論文非常著重在理論基礎上具有根據性與

可辨證性，但回到批判典範下的「入世」精神，幾個命題將有待下一章方法論的層面繼續研究：

其一，Who & Why 的問題：研究主軸「藥品廣告」的社會現實？這當然與法規範介入「藥品廣告」後所形成當前的廣告現況有直接相關。如此，一體二面，本論文自然應探究藥品廣告呈現的面貌背後代表的意涵為何？

其二，What & Why 的問題：當前法規範所介入藥品廣告的方式，對民眾用藥的影響為何？法規範此等介入的方式對於達成「健康權」的落實是否從民眾的用藥現實有所彰顯？這個命題，將牽動著本論文主張的「健康素養」應否成為「健康權」實踐的核心。

其三，How 的問題：依據上述的問題相扣下來，本論文顯然必須驗證「健康素養」賦權民眾的主張，對於實現「健康權」具體成效何在？法規範又該將如何調整或修正？若此，這勢必須要碰觸「如何可能」的命題。

其四，Where & When 的問題：上述問題從何、何時進行的問題亦應有所交代，此亦為具體研究方法所應處理者。

此四大問題，某種程度亦開啓了本論文的「價值性」問題，也就是作為社會研究，本論文將提供何種相較於當前研究命題現狀更好的思維與做法，或是藉由本論文的誕生能有何種貢獻的問題。大體上，本論文仍須一回初衷，找出「由下而上」的觀點，為長久以來法規範作為維護健康權「由上而下」的唯一路徑，重新發現新的可能。

## 二、文獻評析與對話

本章所呈現的文獻探討內容中，健康權、健康素養、法規範這三個概念不斷地被扣連在一起，猶如一開始我所借用 N. Postman 所言「社會研究不發現任何東西，而是重新發現人們過去知道、現在需要重述的東西」，將這三個看似無關、難以聯結在一起的元素作為本論文所探討的「藥品廣告」命題，主要用意當然是希望能找尋傳統法規範以外的新方式，作為人類一直以來所追求「健康」普

世價值的不同可能。本論文將之放置於社會研究的「跨領域」範疇下，便是期許能有創意性地提出不同見解與新論述出現。或許沒有這麼偉大，本論文僅以一個藥品廣告這樣小小的命題，又如何能創新地反應出背後所要追求的那個健康普世價值？

首先，「藥品」、「法規範」、「健康」傳統以來被理解的方式都以「科學」的基礎存在於人民的現實生活中。藥品的分類與用法必須科學，因為那存在著「安全」必要性的問題，既要安全則客觀標準化便不可避免；法規範隨著維護安全的必要性與社會系統穩定發展，必須依照一套科學、客觀又技術的操作方式，達到使命與目標。因此，追求的「健康」價值在這樣的思維與具體作法下順勢完成甚具邏輯與可被理解性。這套傳統又穩定的做法，體系非常堅固，並非得打破而後才有嶄新面貌；只是這樣堅不可破的科學作法，與 Postman 的提醒類似，現在的社會真實所呈現的面貌並非已達到「人人健康」的面貌；更有甚者，人類以「科學」當作追求健康的唯一標準時，所延續下去的結果，此種健康的極端是最有可能毀滅自己的開始，繼續加深的更可能是健康差異化的拉鋸。直到那時，健康權所隱含的已不再是普世的價值，而是狀似中立、人人得以享有的基本權利，背後卻是充斥不平等的實況（階級的、資本主義的、意識型態的...不平等可能）。我們從前面所學的「感冒糖漿」或「含烈酒的提神飲料」例子便可嗅到一二。

中國在清末民初時，許多有為之士認為「興教育」可以為虛弱的中國扛起邁向富裕康莊大道的重責（例如嚴復，1854-1921 投入《天演論》譯注等，可見知識分子對社會的改變存有諸多期許與理想），這種想法終究無法馬上促使中國強盛，但長遠看來，「興教育」卻是影響後來中國社會一個非常重要的啟蒙。「健康素養」的理念，尚且稱不上可以為台灣肩負百分百「健康權」的實踐，但可以確定的是，這將會是影響與啟發台灣人民對健康概念的新啟蒙，而這也是本論文為何存在的價值。

### 第三章 方法論、研究方法與研究思維

#### 一、方法論之啟發

##### 1. 不同典範方法論對研究命題之啟發

在上一章【表一】(本論文,頁 46)所呈現的不同典範與傳播學派對於本論文所探討的主要命題「健康素養」本體論、認識論與方法論有了方向性的描述,這種整理與分析的方式最大優點在於能有效地建構方法論的知識體系,並能清楚掌握方法論幾個典範(至少是三大典範)的特色與要點;簡單地說,也就是對方法論建立了宏觀的認識,使其有進一步融合運用的可能。猶如 Robert R. Alford 在其 *The craft of inquiry: theories, methods, evidence* 書中所提到的:「...每個好研究都以各種方式結合這三種典範的元素,無論是作為前景論證,或是背景假設,典範類型學提供了一套分析上的區分,可以用來思考研究者的研究選擇」<sup>46</sup>(王志弘譯,2011,頁 35)。因此,本論文從研究命題的發想到具體問題的提出,嘗試運用所謂的「典範性學習方式」(learning by example)來取代「規則性學習方式」(learning by rule)(鄒川雄,2003,頁 45-51)。這種所謂的典範式學習,指的是先找出與研究命題最相關的典範作為學習的範例,具體方式可以透過經典或大師學習的途徑,漸漸培養自己具有與主題相關的「默會知識」<sup>47</sup>(tacit knowledge;例如,本論文以批判典範幾位大師的著作出發,作為方法論的啟發。文中所引用 Habermas 著作即為一例)。

---

<sup>46</sup> 此須說明的是,Alford 所提的三種主要的典範為:「多變項」(multivariate)、「詮釋」(interpretive)和「歷史」(historical),與前述分類有些許不同,惟所指概念相去不遠。

<sup>47</sup> 按作者鄒川雄的詮釋:默會知識指的是未言明的知識,常存於以下認識狀態中:(1)可行動而未具備可明言的瞭解,有瞭解卻無完整連結,懂得結構卻無論證等;(2)默會知識扮演構成性(constitutive)角色,也就是構成人們的經驗基礎,特別是在情境釋義中的基礎;(3)忽略默會知識,將無法充分掌握人們構成其經驗的過程與方式。為什麼這對我重要的?因為我在面對平時所思考的問題是一種非常重要的「體認」;為何需要體認?源起於我對於健康素養相關現象的研究。

針對現象面「藥品廣告」、法規面「健康權」、以及「健康素養」三者交織反思過程的提問，首先便涉及本論文對「問題意識」的形成與檢討過程，亦即本論文問題意識建構（*problematique construction*）的形成為何。過去，筆者面對研究問題最常問的就是，「我的問題意識到底是什麼？」其實這樣的過程常使問題意識的「建構問題」事實上受到邊緣性的忽略位置，甚至被事先給定的方式鎖死在研究環節上。受到詮釋典範方法論的經典與著作啓發<sup>48</sup>，筆者發現問題意識可不先給定，而是可以在研究中展開，對所設定的命題來說，一種「動態發展」的問題意識建構歷程其實應該放置在研究的核心位置上，使其貫穿整個研究過程。而此亦讓筆者體認到這過程應是研究產生理論創造與經驗洞察的重要條件。這種過程，讓筆者對過去從事研究的疑惑有一個新體認，就是原來習慣地、無意地遵守客觀實證主義研究的心態或許在本論文寫作中應該可有些許調整。於是，筆者認為精確地蒐集資料與分析資料只是對理論進行精確驗證的一種方式，本論文的研究應該以融入創造新論述的可能或是新經驗的方式為主。

因此，進入本論文所討論的「藥品廣告」研究命題中，過去可能影響議題資料分析的想像（以實證養成的客觀、預先給定與單向演化的線性分析資料模式），應可加入如 Bourdieu 所提及的那種「習性」（*habitus*）與行動者關係（Bourdieu, 1972 / Trans. N. Richard, 1977, pp. 76-86）；或 Giddens 描述行動者具有「能力」（*capability*）—行動主體具有改變事物以及採用各式不同行動的力量，和「認識力」（*knowledge ability*）—強調行動主體對自己、他人及社會環境能有所覺知的「實踐意識」（*practical consciousness*），才得以在不斷的反思監控歷程中，於社會中安身立命，甚至運用資源轉換結構（Giddens, 1984, pp. 41-50）。這種猶如 Couldry 所指陳的傳播研究可以從描繪媒體滲透文化的複雜性，透過聚焦於媒體「儀式性實踐」（*ritual practices*）方式協助研究者看清媒體在社會與文

---

<sup>48</sup> 像是 Gadamer, H. (1976). *Philosophical Hermeneutics*. (D. E. Linge, Trans.) (哲學詮釋學) 一書就是培養我此方面「默會知識」的一個途徑，也就是這是從本體論的角度來看待問題意識的方式。因此，由此建構了我原先一直以來以設定好的問題意識進入我的觀察的現場（過去的經驗常常讓我無法有效分析出新論述），就是對問題意識的「位置」不同所造成的問題。

化生活中互相錯綜的結構 (Couldry, 2003, pp. 1-54)。這類跨越僅以客觀典範為思維的模式，均可促使本論文研究命題更具多元性與非線性的特質，而此亦可讓研究的各種元素相互作用，呈現多元辯證發展的景象。

當然，透過這種「流動式」的典範思維啟發，對於本論文所欲探究主題「藥品廣告」本質上的「實證客觀性」似乎幫助有限，然而對於本論文後面所主張的「健康素養」的「素養觀」作為解決健康權的概念，此種方法論的思維確是帶動健康素養實踐行動力的開始；亦即，當本論文啟動探究賦權人民健康素養是否可以作為法規介入保障從個人到社會國家法益的健康權實踐時，所選定的主題「藥品廣告」現實面雖然仍須由實證典範的面向切入（也就是第 2 章所提的四個問題中其一與其二的問題，頁 49），接續再由批判典範的視點解構其結構性命題，以昇華本研究開始採取的實證典範不足處；但是，最終的「素養觀」所轉入的實踐健康權基礎卻是上開所探討跨典範實踐的可能性（即其三與其四的問題，頁 49）。

換言之，本論文提出的這一連串問題所涉及到的面向必然與「藥品」本身的實證性質脫離不了關係（例如，藥品「處方藥」、「指示藥」與「成藥」的分類與對人體實驗的結果）；「藥品廣告」所涉及的政治經濟結構問題也須由批判典範的檢視方可解構；然而透過實證與批判取向「合作」的結果，研究主張仍須反映到（健康）素養觀的脈絡，才可以找出最終解決常民違反或不願恪遵實證結果的原因，「健康素養」作為「健康權」實踐的主張方得圓滿（例如，即使民眾知道法規明文「指示藥」必須由醫師或醫事人員指示後方可購買與使用，現實購買指示藥的狀況仍處處可見）。此即顯示典範本身並沒有絕對互斥的必然，呼應典範的研究途徑與工具亦復如此；猶如國內有醫學與公衛學界研究者引用英國頗為知名的 *British Medical Journal* 期刊的醫藥學界 Green & Britten、公衛學者 Campbell 等 7 人所提出質性研究對醫學臨床的優點，以及美國流行病學者 Jenicek、醫學臨床研究者 Miller & Crabtree 所指出的「質性與計量的方法對於探索醫學的運作都是必要的工具」（賴文恩、季瑋珠、丁志音、吳中興、林令世，2006），都在說明研究方法的並用對於即使是講求證據的醫藥學，都是可以加以應用的方式（丁志音，1986, 1988a, 1988b）。

## 2. 方法論視域之啟示

從不同典範的視域出發，可以發現會帶給研究命題（藥品廣告）不同的視野與啟發；當然，啟發之外仍須以各種典範為主體來檢視研究命題所選用的方法工具有何需要調整或可改善之處，方可使研究命題更臻完整性。本論文從上述方法論不同的哲學觀大致可得一輪廓，即便健康素養的知識觀較接近批判典範的核心精神，然而從實證典範出發，以及借重詮釋典範的啟發過程中，均可發現與顯示「藥品廣告」的「層次性」面向。這樣的檢視方式自然在具體的研究方法上會產生更清楚與更正確的方針。以下，借重不同方法論的視域，提供研究命題完整性的檢視。

當我們欲以不同典範作為分析方法論的完整性時，可能需要先找到一個研究命題的「基本元素」才有辦法進行比對。從本論文所選定的命題看來，現象面的「藥品廣告」與既有的「法規範」交融後，背後所導引出「健康素養」與「健康權」的關係，其中這四個概念與方法論最直接相關的共同「研究元素」應該就是「藥品廣告」需要如何被「論證」的方式。而要發現其論證的具體事實，便須回歸到本論文最初研究起點與最後所要反應的研究結論，用以檢視當前法規範對於藥品廣告規範的方式是否得宜，以及法規範應如何介入方便類似的健康相關媒體訊息議題得以一種更能達成國民健康的終極目標前進。因此，法規範應退出、鬆綁或嚴格作為研究方向的預設，「藥品廣告」顯現的方式攸關論證關鍵；又媒體再現的現況亦是構成後續探討民眾健康素養的依據。而不同方法論典範所分析的「藥品廣告」可能也會有不同的見解出現，因此針對三大典範的本體論、認識論與方法論探討研究命題「藥品廣告」的現實問題即有必要：

- (1) 面向實證典範視域的討論：實證典範的主體係相信世界的本質有一客觀真實，所崇尚的即是經驗主義式的唯實論立場，拒斥所謂的「形而上學」。如此，實證典範所認定的「藥品廣告」基本上就是採取可經驗式的「可被檢驗」的結果，「藥品廣告」對實證典範而言，就是藥品廣告本身是客觀存在的。我們所理解的藥品廣告準則就在於科學邏輯之下，因為在實證典範的預設中，藥品廣告應該是精確呈現，並具備結構功能與理性選擇。如

此，「藥品廣告」在實證取向的認識論中所採取的理解便是「藥品廣告」這個客體並沒有價值取向，它就是在那裡，靠我們去發掘它。研究者與藥品廣告之間其實有一種法則係建立在一個一般法則所構成的系統之中，並遵循著嚴謹與合乎邏輯的推理，進而形成所謂的「藥品廣告」，此乃普遍有效的。因此，有這樣的認識之後，其所採行的方法自然是獨尊科學，運用自然科學的因果關係作為分析藥品廣告的結果。其中假設演繹的推論與歸納驗證的法則，主要是用在發展「藥品廣告的普遍法則」。當中，「藥品廣告」透過嚴密的科學過程，讓「自己」得以顯現；例如，理解「藥品廣告」最好的方式就是透過科學實際證據讓藥品廣告的現況全盤托出，此時研究者要做的就是運用各種科學的方法操作來理解藥品廣告，所以統計、量化等「具體」可操作化的實證就是讓藥品廣告說話最重要的手段。如此看來，實證典範視域對「藥品廣告」的功能便在於呈現當前媒體再現的藥品廣告是以何種方式存在？為何是這樣的面貌？呼應到「法規範」的層面，法律（以《藥事法》為核心）為何這樣規範？**這個視域有助於本論文瞭解現有既存的法規範與藥品廣告再現二者互動下，為何呈現當前藥品廣告現實面貌的解答。同時這也是本論文的必要起點。**

- (2) 面向批判典範視域的討論：接續深入檢視藥品廣告，從批判典範認定世界構成的本質係以社會非本質化、有歷史觀，並且假定有一個亙古不變的社會秩序的思維脈絡看來，批判典範試圖對「藥品廣告」的社會真實背後可能存在著深層權力結構的挖掘，即是為建立藥品廣告得以在「整體與反思」這樣的本體中找到藥品廣告的真實面貌。也就是說，批判典範對於藥品廣告的視點，某種程度是相信有一個客觀的事實存在，只是這個存在的事實應該被檢視，「藥品廣告」不在於本身的實證呈現而已，更需要由研究者去讓它展現，並且在讓它展現的同時也能顯示其背後可能隱藏的結構。而批判典範取徑的認識論與方法論來源諸多源自德、法、義等思想家，探究其發展過程，大致可從馬克思主義開始所影響的批判社會理論，這其中當然包含 1920 年代法蘭克福學派（the Frankfurt School）德國的知識份子，包括班雅明（Benjamin, 1892-1940）、阿多諾（Adorno, 1903-1969）與霍

克海默（Horkheimer, 1895-1973）對「文化工業」的嚴正批判、馬庫塞（Marcuse, 1898-1979）等，一直到號稱法蘭克福學派最後的傳人 Habermas（Habermas, 1929-）提出的「公共領域」、「溝通理性」的脈絡下檢視。由其理解世界的方式看來，其對價值觀點是有價值判斷的，甚至是有價值涉入的，而理論的目的就應用在實踐中，並透過群眾意識的啓蒙來實踐理論。在批判典範的認識論中，研究者爲了轉變社會關係，以揭開社會關係的潛在源頭，並提升人們的權能（尤其是弱勢者／族群），其批判的目的係爲改變世界。這樣的認識基礎，批判典範對「藥品廣告」所要問的就是，「藥品廣告」對社會的意義何在？藉由這樣的證據顯現，所能改變的是什麼？社會的「能動性」在哪？爲解決這樣的命題，批判典範既採詮釋取徑對實證取徑客觀立場的批評論述，但卻也偏向實證主義的唯實論（realism），接受某種客觀結構，而不從行動者主觀的角度認識世界。因此，批判典範兼採決定論與唯意志論，描述深層結構以提供一個可能的未來遠景，並作爲提供人們一種資源，以幫助他們瞭解並改變他們的世界爲主要方法。這種揭開藥品廣告的表象神秘面紗，使用理論穿透表面關係，係以回溯過去與考量未來走向爲基調。其行動方式著重的是辨證與反思，並且拒斥物化、常識，認爲客觀藏在迷思與假象的背後。因此，所謂的質、量化方法的運用都可以出現在批判典範作爲揭開「神秘面紗」的範疇中。這樣的視域有助於本論文挖掘藥品廣告背後的結構性實況，進一步檢視常民反思藥品廣告的可能性，據此作爲法規範是否足以翻轉實現健康權可能性。

- (3) 面向詮釋典範視域的討論：與上述二典範比較，對於本論文著力點似乎較弱的另一種典範，詮釋典範對於「藥品廣告」的本體論即有不同的命題，其所崇尚的是主觀的互動，這種主觀意義視人類生活爲一種成就，而透過互動才會創造出來。因此，主體是一個流動的概念，此係肇因於人們的互動而創造。這樣的典範概念所形成的「藥品廣告」意義，就不相信那個「已經在那裡」的證據，「藥品廣告」的意義應該端視其如何被使用？用在哪裡？怎麼被用？換句話說，藥品廣告對詮釋典範而言，乃需要視「脈絡」

與「意義」為何，這樣的「藥品廣告」所顯現的結果才有意義。因此，詮釋典範對於「藥品廣告」的見解顯然堅持於「脈絡」與「意義」的重要性，對於藥品廣告的認識論即是建立在藥品廣告的價值沒有客觀的問題，只有不同的差異。簡單來說，藥品廣告的意義必須視使用的二端（生產端與消費端）對「藥品廣告」的認知、解釋、理解...有所交集，藥品廣告才有其「意義」；亦即，「藥品廣告」的概念是流動的，並沒有一個準則。因此，詮釋人類經驗與真實實在（reality）的方法論是多元的；這種較偏向主觀的方式，實際運用的方法是以厚描、詮釋學、符號學分析、或質性研究的參與觀察、田野調查等為具體方式。詮釋典範對於本論文的命題運用有所偏離，非本論文所欲處理的主軸；惟以跨領域軸線檢視，這樣的視域仍有助於本論文用以檢視健康素養的「素養觀」對法規範與常民健康權實現的理解。

透過這樣的方法論辯證，對於本論文研究方法的運用已有相當具體的幫助。而經由上述三種典範本體論、認識論與方法論的討論，本論文深究的藥品廣告「跨領域」命題，以及本論文所主張的「健康素養」概念作為實現健康權的基礎，「批判典範」的思維理路應與本論文的研究主軸關聯性最為密切；當然，本論文仍是以「實證典範」的方法為主軸，正是反映此跨領域主題的必要性。蓋藥品廣告所涉及的媒體面向、法律面向、以及醫藥公衛面向的社會現實，乃至於本論文所主張的健康素養背後可能涉及的權力等核心問題，都與批判典範取向的政治經濟學極為相關。因此，本論文採取從法蘭克福學派以來一直到批判政治經濟學提出的理路，以其對資本主義的反思進程作為本論文用以分析「藥品廣告」背景脈絡、以及「健康素養」主張論述的軸線並進，試圖為此跨領域議題有所貢獻。此除了可從下【表二】看出端倪外，也可以說是本論文嘗試從不同方法論視域檢視後的具體成效。

表二：批判典範的思維歷程

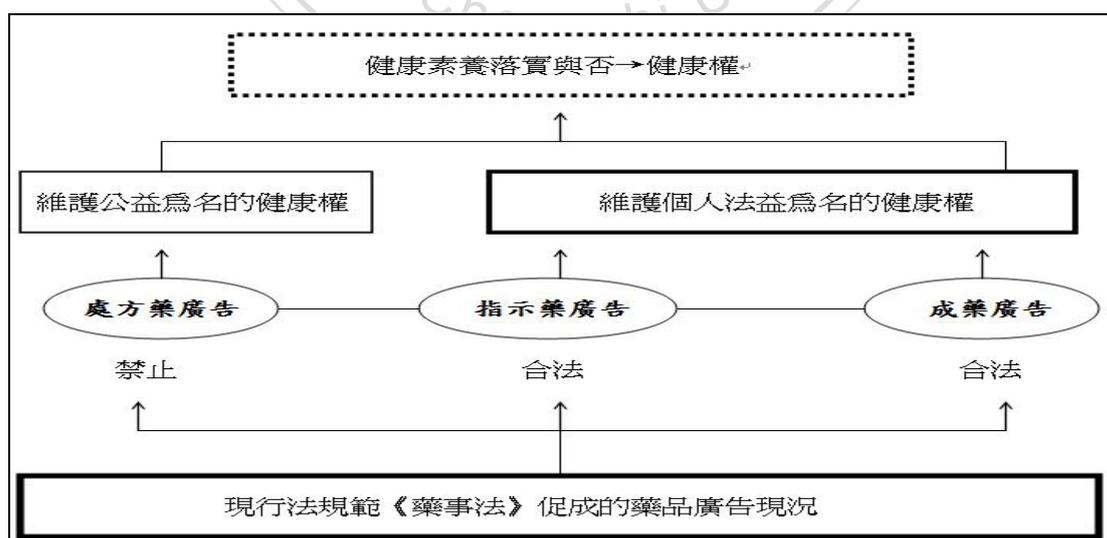
派別	批判什麼	重要概念	為何批判	如何批判
法蘭克福學派	資本主義	文化工業、 工具理性	爲了人的解放	思辯、反思、 介入
哈伯瑪斯	資本主義、 扭曲的溝通	公共領域、 溝通行動	爲了人的解放	思辯、反思、 介入
批判的政治經濟學	資本主義、 不當宰制	閱聽人商品化、 資本的合理配置	公平、正義的 社會	經驗資料的介入

說明：本表二係由作者整合與整理自不同傳播研究書籍與融入個人想法製作。

## 二、研究工具之選用：研究方法之運用

藥品廣告、法規範；健康素養、健康權，這四者所形成的交織關係，在不同層次所產生的關聯性問題，均應該將之對照於不同的具體研究方法而提出不同解決問題的方式。四者的關聯性，從台灣藥品廣告的現況來說，即構成了以下的關係圖。

圖九：法規範與健康素養作為實現健康權之關係圖



說明：本圖九由作者自行整理與製作。

從【圖九】可以清楚得知，台灣的藥品廣告係隨著《藥事法》的規定形成當前廣告的傳播面貌，法規範允許的成藥與指示藥廣告，亦是廣告上的主要對象。因此針對本論文在文獻討論後所主張「賦權常民健康素養作為實踐健康權」的預設，便是本論文所欲探究的主要命題。這個命題經由方法論不同視域與觀點的啟發後，產生了幾個不同層次的具體問題：

首先，現象面調查與整理的層次：藥品廣告有哪些？本論文對廣告現象面的搜集與整理是一非常核心的研究對象。與上圖對話，台灣藥品廣告常見的成藥與指示藥例如：感冒疾病或症狀相關藥品（如，止痛退燒藥、感冒膠囊、感冒糖漿、止咳藥、鼻塞藥、止流鼻水藥、減緩症狀綜合藥等）；與胃疾病有關的藥品（如，胃錠、胃乳、制酸劑等）；與腸有關的藥品（如，止瀉劑、瀉劑等）；與肝有關的藥品（如，養肝丸、保肝丸等）；與個人狀況有關症狀藥品（抗過敏藥、暈車暈船藥、普拿疼等）；與眼有關藥品（如，新一點靈 B12 眼藥水等）；保養用藥（維生素、小善存甜嚼錠等）；部分外用藥（如，歐護防蚊液、貼利康藥布、沙威隆等）；強調體力藥品（如，保力達 B、維士比、康貝特口服液等）；以及其他（擺盪在成藥、指示藥與處方藥之間的藥品）等琳瑯滿目的藥品，在經過法規範的把關後，如果在媒體面、規範面或醫藥社會現實面已有「問題」或「爭議」出現，即表示值得探究問題發生的原因，同時有將問題進一步類型化的必要。因此，對於這個部分的探討係由媒體再現與用藥現實所共構的實際現狀，就應以實證典範的經驗，透過實證資料分析釐清既有的現實狀況。舉例來說，實證資料所顯示常民使用成藥或指示藥後可能出現的問題何在？（像是，本論文以「感冒藥」作為實證研究證例）而透過這些問題的呈現以提供本論文為何有「健康素養」主張的論理開端。

其次，進入研究現場的觀察與分析，更可以釐清幾個問題：

1. 「健康素養」應釐清的上層問題—從現實的藥品廣告出發，所涉及到的「健康」概念顯然背後的預設是一健康的「客觀」標準，也就是對身體健康的標準有一科學驗證的方式。這正是肯認健康素養的「健康」概念背後的客觀價值思維。

2. 進一步要討論的是，藥品廣告對當代的常民為何可以發生作用？其背後所牽涉的政治經濟結構為何，藉由找出相關的多變項實證關係，以解構藥品廣告的真實狀態。
3. 緊接而來所需要上場的就是法規範與「賦權健康素養」的關聯性問題，針對法規範的既有現實，本論文從法規範的扮演角色與所處位置釐清可以如何打破「由上而下」的本質性問題，其該如何轉向的命題。
4. 最後，再重返法規範與「藥品廣告」的關聯性，並藉由「健康素養」的引入探討「健康權」的實在如何落實。

最後，上述幾個問題的釐清須借重實際的量化研究方法，包括統計資料、數據解構的方式作為理解「藥品廣告」的社會現實，並以政治經濟學的角度揭開當前藥品廣告與法規範運作背後可能涉及的結構與權力問題；並藉由法規範檢視的層次作為本論文的結論：蓋本論文係以藥品廣告作為現象面的研究主題，所探討的內容實已涵蓋跨領域特質，為避免因學門間本身研究重點的不同可能引發研究方法上的不協調，本論文試圖尋求學門間傳統研究方法的理論基礎對本研究議題可施力的最大交集與聯集，以謀求跨領域間得以對話與合作的空間。雖然本論文所選定的主題係因傳播現象而起，也涉及公衛藥學的命題，然而卻是以法律問題立論為主軸，因此在法規範的層次中，研究方法上乃須藉重傳統的法學方法，包括文獻探討法、比較法及案例分析法，處理的層次則包括國際公約、憲法、法律、法規命令及行政規則等，法學界所慣用的「辯證法」(dialect)，亦是採用的方式。惟本論文鑒於傳統上法律學方法論長期偏重在法律(條)解釋的思考模式，往往以為法學的使命僅在直接探討規範(norm)與效用(function)之間關係，以近代法社會學為賦予法律學與社會實態的緊密結合，特別強調在規範與效用之間，應加入檢驗過程使法律學不致「與世隔絕」，而背離與社會事實不可分的關係，故本論文融合傳播學視域下的方法論概念，以上述具體的社會研究方法，作為填補檢視過程，以達本論文為一具有實務參考價值材料的目標。法規範的具體研究方法部分，除了運用法詮釋學(hermeneutic)方法外，重新檢視法律(條)文本與實際發生的相關案例的判決亦是本論文採用的方法。為求對實際執法完整性的討論，本論文將透過對實際傳播、衛生主管機關相關人員深度訪談(in-depth

interview) 的方式，進一步瞭解法律（條）、制度設計實際執行的狀況，以洞悉其規範與效用是否和諧。

### 三、研究理路與論文架構

透過上述三個層次所共構的論文架構，本論文以六個研究章節作為實際論述的內容，說明如下：

第一章：「緒論」—對本論文所探討的議題重要性及研究背景、目的、問題意識、研究方法、研究範圍與研究架構等作一總覽式的描述。

第二章：「文獻討論與見解」—本章針對研究主題加以整理並發展理論架構的可能性，藉由所提出的相關知識觀，作為後續傳播現象面（藥品廣告）與常民素養觀（健康素養）的立論基礎。

第三章：「方法論、研究方法與研究進行」—顧名思義，本章針對研究主題，從方法論帶給研究主題的啓示出發，運用適合本論文研究命題的研究方法，整理與分析藥品廣告的面貌，作為「法規範」的基礎論證。本章將以綜觀我國現行廣告管理制度的「面」開始，透過對傳播與法律相關學理與文獻的探討，切入現行藥品廣告管理方式的「點」。

第四章：「藥品廣告之社會現實：法規範交融」—回歸本論文研究的主角「藥品廣告」，亦即法規範下的合法藥品廣告在當前台灣媒體環境中所呈現的具體面貌為何正是本章所欲處理的主題。本章中以藥品廣告為中心，深入討論與釐清藥品廣告與法規範的關聯性，希望藉由實證、訪談、案例分析等方法，重返法規範、常民、與健康素養三者之間的連動性，建構一套屬於藥品廣告應有的新思維，以確切實現健康權的可能。

第五章：「藥品廣告規範之政治經濟學」—藥品廣告的社會現實背後存在著什麼樣的權力關係是本論文另設本章所要處理的重點。透過解構藥品廣告的規範如何在國家與市場互動過程中扮演何種角色，檢視藥品廣告法律的地位、內涵與演變，本章以資本主義為經、民主政治為緯，說明主張「健

康素養」作為當今政治經濟架構下，為人民實現健康權的必要性。

第六章：「結論：健康權之實在」—本章借重媒體素養的概念，進一步運用於健康素養的運作，將媒體與健康的二者關係加以詮釋。常民健康素養的落實有待以各種不同的路徑與方法達成，對於以藥品作為廣告宣傳訊息的傳遞、法規介入、常民確認機制等方式作一有效規劃的基礎。論文最後以前面章節所提出的理論架構、實證論述、與詮釋分析等內容，總結政府（法規範）、藥商、與常民如何共創多贏的局面。在「藥品廣告」存於社會現實的各種情境與結構下，政府與藥商各司其職，人民如何成為真正的健康贏家。

透過上述的章節安排，本論文可完成的研究成果與預期貢獻大致以，希望發展出一套法規範如何介入一般常民具備健康素養的作為，進而具體實現所謂的健康權，同時對醫藥公領域部分提供研究的重要啓示與價值。法規範從這樣的觀念與作為出發，不但可以促使醫藥資源不被浪費，更可以透過民眾健康素養的建立過程達到新健康權的實在。

## 第四章 藥品廣告之社會現實：法規範交融

透過上述的背景陳述與分析，本論文顯然有必要對所研究的主要對象「藥品廣告」作一完整的社會現實描繪。既然藥品廣告與民眾健康有著重大的關聯性，以其為主體加以論述自然不可或缺；再者，當法規範介入藥品廣告的種種管理，必然需要對當前台灣的藥品廣告規範現況加以厚描，作為討論藥品廣告規範的一個「位置」，如此我們才可以對這個位置有更進程的相對性探討、比對與重述的可能。

本章節以這樣的基礎，將分為四小節討論「藥品廣告」的本質性問題、當前的規範狀況、及其所產生的影響力、與發生的爭議問題，透過上述深度的探討後，本論文將為藥品、廣告、法規範之間注入新的詮釋，以作為本論文主張「健康素養」的對話基礎。又本章所研究的「藥品廣告」，係以過去完整年度普查（此係按《藥事法》之規定，所有藥品廣告期限，包括新案或展延均以一年為限）之 4307 筆所核定通過的中西藥廣告數量為研究對象，其中將重複的廣告作一整理，統計後共有 2192 則中西藥廣告為本研究之具體內容（詳見【表四】之整理與本章第二節之描述）<sup>49</sup>，本論文並隨討論議題將藥品廣告分類（如【表六】、【表七】所示），以呈現台灣藥品廣告當前的社會現實面貌。

### 一、藥品、廣告之本質

#### 1. 藥品之存在與本質

藥品是什麼？為何要存在？一般的字典或辭典所定義的（如康熙字典、教育部辭典、線上字辭典）：「藥，治病草。神農氏嚐百草，始有醫藥。」；「能治療疾病的物質」；或「凡能用於預防、診斷、治療疾病，或其他足以影響人體結構

---

<sup>49</sup> 實際藥品廣告的則數統計方式為：凡同一藥品分別刊載於不同媒介載體（如文後【表四】所整理的媒體態樣）、或同一藥品分不同廣告版本刊播者，統計上將該藥品廣告視為一則；若該藥品係屬處方用藥，並僅得刊登於學術性期刊者，亦不屬本論文之研究對象，參見本章第二節之詳述。

及機能的物質，都可稱為藥物」等，或者如本論文前面已提及（頁 4）的《藥事法》第 4、6 條內容來看，藥品大致上可以理解成係為醫療、診斷、預防疾病、以及保健作用的天然藥物、化學合成藥以及生物製劑等原料藥及製劑。簡單來說，藥品之所以需要存在，無非是為了要使人可以健康、無病痛地生存。當然，透過藥品追求健康這件事，除了從過去係以治療疾病開始，隨著時代的改變發展至今已慢慢融合保健的概念，藥品的用途也變得相形複雜。

然而，回歸藥品的「基本面」，《藥事法》第 6 條如此慎重地將藥品以 4 款規定的方式加以定義，顯然立法者認為透過藥品維持身心健康，其實也存在著某種「風險」，此從整部《藥事法》的發展歷程亦可嗅出一二。《藥事法》從民國 59 年（1970 年）8 月 17 日原名《藥物藥商管理法》制定公布後，於民國 82 年（1993 年）2 月 5 日才更名為現行法，至目前為止共經過 12 次的增修條文內容。詳查本法當時逕付二讀的立法源由：「僉以醫藥關係國民健康至鉅，自醫師法修訂後，對於藥物仍依行政命令管理，收效不宏，未曾配合適時制定法律以為執行依據，不無缺憾。本院……深感偽藥充斥，戕害國民生命，影響國際信譽，為害至大，卻無適當法律與以制裁……嗣 56 年 4 月，行政院對藥物之管理作通盤之研議，將『藥物管理法草案』送請本院完成立法程序，以其適應需要，加強對藥物之管理……其針對時弊，取締偽藥，管理藥物，藉以確保國民健康之旨趣，則初無二致。……本法原定名為『藥物管理法』，……以此定名，雖未能包括全部內容，但已揭示其主要之實質與內涵，爰將本法名稱改為訂為『藥物藥商管理法』，當較原案標題切當，綱領昭明。」<sup>50</sup>，顯示當時該法的立法理由業已肯定藥品存在的價值是為了維護「國民健康」。但也因為彼時藥品的存在已有「偽藥」的實情，於是這種「風險」就由國家機器的角色來介入，法規即便於當時順勢而起。

暫且不論藥品的真偽這種風險，檢閱目前坊間的藥學相關教科書，幾乎都同意藥品某種程度也是一種「毒」；同時在產生治療目的效應外，還可能會發生一些不必要的效應，如「副作用」(side effect) 或「藥物過敏」(drug allergy) 等藥品正常、合法使用下的「風險」。行政院衛生署委託台灣大學藥學系出版的「藥

---

<sup>50</sup> 此立法理由可參閱立法院公報地 58 卷第 53 期之院會紀錄，頁 7-8。

你健康」書籍（2006，頁 100-122），目的係為保障病人的用藥安全以降低醫療風險，亦具體指出藥能夠治病，也可能會致病的論述，在在顯示藥品本身的「一體二面」。

按此，藥品的本質應是對人有所幫助的物品，而其「後天」所產生的風險是可由法規介入以促進國民健康，如《藥事法》第 20、21、22 條分別對偽藥、劣藥與禁藥所作的定義，第 77-83 與 88 條對其稽查、取締與罰則有所明定。但是，藥品「先天」所發生的本身風險性問題，即是法規所無法介入者，而這正是一般醫藥常民所經常必須面對的狀態，更與每個人生活用藥息息相關。這也是本論文為何主張「健康素養」作為彌補法規不足的理由。

## 2. 廣告之存在與本質

從傳播的發展看來，廣告的存在顯然有其價值。從一般的廣告學教科書不難發現廣告具有透過媒體傳播方式「說服」、「刺激消費」、「試圖影響」閱聽人的本質，固然從廣告學的角度認為廣告仍應有其經濟、教育、社會責任等功能，然而廣告係為提升商品或品牌知名度、建立品牌形象、強化品牌印象、喚醒品牌經驗等行銷特色；加上其目的性非常清楚，縱使是提供商品及品牌的資訊，誘使閱聽人實際消費行動乃是廣告存在的必然（顏伯勤，1978；黃昭泰，1989；鄭自隆、黃深勳、郭良文、陳尚永，2001；蕭富峰、張佩娟、卓峰志，2010；Weilbacher, 1979; Cohen, 1988; Arens, 1999; Moriarty, Mitchell, & Wells, 2012）。此種以傳播為主體的概念，看待廣告的方式就是宣傳、廣為告知或促銷等自由的商業行為，對於廣告不必全然照實（deception）告知閱聽人的本質亦可容許。然若融入本論文研究的主軸再檢視廣告的存在與價值，恐怕不能僅從傳播觀點讓廣告如此「自由」。

蓋本論文既是討論「藥品廣告規範」所衍生的健康權問題，法學對於廣告的討論亦不可少，而此便需要跨領域的對話促使廣告可以在不同的領域被合理解釋並趨於協調的可能。林承宇（2003，頁 15-17）曾將廣告所涉及的法律概念，從 Black's Law Dictionary、電信法與廣電三法（廣播電視法、有線廣播電視法、與衛星廣播電視法）、以及公平交易法等對廣告規範的立法精神、法律判定基礎

等加以整理並提出，從法律的視點認定廣告並非可以具有絕對的自由，廣告學所強調的「廣告策略」或「廣告創意」所展現的自由度，在觸及法規範的命題時，亦應有所退讓。這樣的觀念與論證從本論文第二章文獻探討中所展開的言論自由保障與限縮討論中，其精神一脈相承。換句話說，法規範對廣告雖可容許其保有不告知產品或品牌真相的自由，然而對廣告的欺騙行為仍予以介入（如對「不實廣告」的處罰即其適例）。

整體而言，倘對廣告的本質欲融合傳播與法律的觀點並使之協調，本論文以為仍應回歸「天平的向度」加以衡酌，同時以「負面表列」的方式判定該類廣告可能造成的傷害影響力作為基準。以本論文的主題來說，「藥品」本身的「負面可能性」是比較大的，放到天平的二端時，自然需要考量其傷害影響力可能較大，如此廣告本身所追求的策略、創意等自由向度，便該有所限制；舉輕明重，像是「菸品」更是需要有所限制，因此朝向全面禁止菸品廣告在世界潮流亦已取得共識（林承宇，2003；劉建宏，2007；吳全峰，2009）。反之，對於產品涉入程度（product involvements）<sup>51</sup>較低或是無傷害性的商品，則廣告學所強調的自由創作特點顯然應受到法規範較大的支持，而不應太過介入。

### 3. 小結：藥品與廣告之衝突與和諧

將藥品與廣告放在二端，從上面的討論可看出，藥品本身就可能會產生用藥的副作用、藥物過敏等風險；但廣告卻是說服與刺激藥品消費的本質，二者某種程度似乎有所競合，也有其根本性的「衝突」所在。這樣的矛盾情結，在「藥

---

<sup>51</sup> 有關產品涉入程度，係為一消費者研究的論理，普遍為企業管理、行銷學、廣告學...等研究領域者所援引。其大意略為：涉入的概念最初被運用於研究社會事件中個人態度的問題，後因為行銷學的興起，漸漸將其運用於消費者行為的探討中；其他領域，如廣告學者 Krugman (1965) 也在其廣告學的研究中加以應用。一般學者多半使用個人的心理認知狀態來定義涉入，將涉入視為一種內在心理狀態，受到個人、產品、情境或其它特殊刺激的影響，感受到事物對己身的重要性和攸關性，進而對事物產生不同的關注程度。其他相關產品涉入程度的研究，可參閱本論文文末所列之文獻參考有關廣告學的著作，均有提及此概念。

品廣告」的展現更可視出其矛盾的端倪：藥品廣告會不斷地重複藥品本身的好處，以說服達到刺激閱聽人對藥品消費的目的，就廣告的傳播本質看來並沒有問題，藥品廣告主（藥商）當然也不會願意在簡短與有限的廣告影像或廣告篇幅中去呈現藥品本身潛在的「風險」內容；但問題就在於，藥品存在的價值似乎不應是爲了「消費」而存在，藥品具有維護身心健康的「任務型性質」，與一般商品顯然有所差異，否則國家又何必發動國家機器介入藥品從生產端一直到廣告端的種種限制？藥品與廣告所衍生出的這種二難某種程度亦源自於當前世界資本主義所推崇的自由競爭概念；台灣社會亦以此體制運作藥品廣告的商業邏輯，因此藥商爲促進藥品銷售（經濟成長），透過廣告予以達成這目的，亦不得謂之有問題。只是，當再次檢視法規所扮演的角色時，面對資本主義的穿透性，法規所發揮的功能就不免必須思考藥品廣告的「擴大消費」傳播本質，是否應有所限縮成「必要性」的規範本質上取得平衡。

如此，本論文並非反對資本主義的體制，更非反對藥品應給予合法廣告的正當性，本論文所關注的焦點無非在於藥品廣告是否應以藥品「揭露資訊」大於「刺激消費」的功能，方符合藥品本身的本質。然退萬步言，總使法規的介入已取得藥品廣告的自由與限制之間的平衡（界限難以一劃爲二，此乃法律之必然），具體條文規範似仍難以對「揭露」與「刺激、說服」二者間廣告訊息的差異一一清楚切割，即使現行藥品廣告主管機關對藥品廣告訂立了「審查標準」<sup>52</sup>，藥品廣告可能衍生的種種問題，仍無法透過法規的介入完全處理。如前所言，法規對於藥品外在的廣告問題，如偽藥、劣藥與禁藥可以科學化、標準化與具體化的限制，對於合法的藥品廣告規範縱使非常完密，恐怕仍有「掛萬漏一」之虞。再呼應本論文的主軸，這個「掛萬漏一」的成文法法規體系的必然，長久以來法學界的思惟均是填補漏洞，殊不知傳播態樣一日千里，若我們能以不同思維的「由下而上」的角度重新看待規範以外的可解決方式，則問題的根本或許可以有解，也可達到專業突破、跨界合作的可能，在本論文的命題中，賦權一般閱

---

<sup>52</sup> 比如說，藥品廣告主管機關如行政院衛生署食品藥物管理局、行政院衛生署中醫藥委員會、或是五都直轄市衛生局等，均有編印西藥管理法規彙編、中藥管理法規彙編、藥物廣告審查原則彙編供主管機關承辦人員審查時參考。

聽人「健康素養」的作為或可打破現有的界限，如果這樣的邏輯可以被接受，則如何賦權閱聽人（know-how）的作法，可能比不斷追逐的修法還要有建設性。

## 二、藥品廣告之現實：實證取徑分析

本論文不斷主張與重複「健康素養」應作為常民面對當前藥品廣告這個傳播現象時，落實健康權的一種實現，也因此對於所研究的對象－藥品廣告，是該有必要清楚地描繪與探討，方可進一步深究「藥品廣告」與民眾互動關係（如何影響、影響了什麼等），也才有後續與健康素養、健康權等元素交融的討論。

借重傳播方法論的啟發與具體研究方法的運用，本章節採取實證取徑的方法，深入調查藥品廣告的主管機關是如何依法管理與實際運作狀況，藉以呈現當前台灣藥品廣告的面貌，同時輔以深度訪談主管機關的第一線承辦人員、主管業務的主管，以拼出藥品廣告的現實。

### 1. 藥品廣告主管機關之現況

在觸及藥品廣告為何以當前的面貌再現於閱聽人的面前時，就法規層面的觀點，對藥品廣告的主管機關是如何依法行政的探討自然無法省略，並有詳實討論的必要。按照現行《藥事法》的規定，台灣實際有權發動藥品廣告管理的主管機關共有 8 個：即中央的行政院衛生署食品藥物管理局（以下簡稱「食品藥物管理局」）、行政院衛生署中醫藥委員會（以下簡稱「中醫藥委員會」）、以及 2010 年 12 月 26 日的新 5 都直轄市（高雄市、台南市、台中市、台北市、新北市）<sup>53</sup> 和準直轄市（桃園縣）來把關我們所接觸得到的藥品廣告。這樣的管理編制若按《藥事法》第 2 條：「本法所稱衛生主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。」看來，將桃園縣獨立為一個主管機關似乎有些微突兀，此係因行政院衛生署鑒於藥物管理係屬專門的業務，並

---

<sup>53</sup> 台灣新 5 都直轄市選舉於 2010 年 11 月 27 日舉行，一個月後新任 5 都首長就職，開啟新直轄市的地理劃分。

衡酌各縣市所屬藥廠分布情形，爰依同法第 3 條規定<sup>54</sup>，報准將桃園縣設置為一獨立主管機關，因而使藥品廣告的主關機關有了當前的具體現狀。

在業務的分配上，6 都的管轄範圍包含所有轄區內的中西藥廣告，簡單來說就是在其地理區管轄範圍內所有登錄的藥品廣告，不分中西藥廣告均由該 6 都之「衛生局」負責。比較需要說明的是，中央主管機關的食品藥物管理局與中醫藥委員會所主管範圍係以 6 都以外的縣市的部分，同時兼負中央主管業務，西藥廣告的主管機關係由前者負責；中藥廣告的權責則由後者所主管。按筆者實際親赴主管機關訪視與訪談內容的整理看來，目前主管機關的權責尚屬清楚，若遇主管項目具爭議問題或需要釐清事項，各主管機關亦會透過公文往來，分享彼此經驗甚至以開會的方式尋求主管藥品廣告內容的一致性。因此，整體內容在主管機制上雖不致發生「多頭馬車」的困境，然各主管機關「主管人員」（包括藥品廣告承辦人員與單位主管等）時而調動<sup>55</sup>，往往使得業務經驗無法有效累積；若僅依賴其他主管機關的經驗交流，恐亦有適用差異之虞。因此各主管機關建立一套屬於內部可「傳承」且「有效用」的主管依據或標準實有其必要，這也是當前主管單位所必須面對與解決的問題。尤其是藥品廣告與媒體環境的變化有極大關聯性，按照目前主管人員全部沒有傳播專業背景，大致以公衛、藥學專業背景居多的現況看來，本論文建議主管機關對藥品廣告管理業務，從承辦人員到單位主管（科長層級）應給予媒體相關的在職訓練（可訂出一定時數），相信對於是項業務的管理上一定會有相當的幫助。當然，幾乎所有主管是項業務的衛生單位，均

---

<sup>54</sup> 《藥事法》第 3 條：「中央衛生主管機關得專設藥物管理機關，直轄市及縣（市）衛生主管機關於必要時亦得報准設置。」即有明文。另需說明者在於，新 5 都直轄市除了台北市的藥品廣告管理業務沒有變革之外，其餘 4 個直轄市均都有業務交接的時程，一直到 2011 年 3 月才完成獨立主管機關業務。

<sup>55</sup> 根據實際訪查，8 個主管機關中除了中醫藥委員會與新北市的承辦人員窗口任該職位較長時間之外，其餘主管機關大致屬於新任職或調職人員，更上一層的主管亦有此現象，如此在業務的傳承上可能會產生諸多斷層。本人在詢問與訪談藥品廣告實務運作的過程中，便常常會碰到承辦人員對是項業務需要再研究的狀況（訪談時間：2012 年 2 月-3 月）。

表示人員不足的現況，筆者過去研究菸品廣告的議題時，各縣市衛生主管機關也是反應同樣的問題，本論文倒是以為，在人力的有效運用上實在是各單位所應該嚴正以對的命題，否則若是「人員不足」造成後續管理上出差池的可能性，實也非百姓之福。至目前現況而言，在筆者實際走訪各主管機關的過程中，各單位的主管人員對藥品廣告的主管業務尚屬甚佳的狀態，若本論文可以提供更好的實務作法，相信對主管機關將更有助益。

大體上，台灣目前對於藥品廣告的 8 個主管機關均設置相關單位掌管相關業務，雖每個主管機關所編制的單位不盡相同，但針對藥品廣告是項業務各衛生主管機關均設有獨立編制，亦顯示該議題的重要性。例如，中央主管機關的食品藥物管理局編制在「藥品及新興生技藥品組」下的「西藥藥事及藥師管理科」（如下【圖十】）；中醫藥委員會則編制在「中藥組」，並由該組掌管中藥廣告的業務<sup>56</sup>（如下【圖十一】）；6（準）直轄市主管機關分別為新北市衛生局、桃園縣衛生局、台中市衛生局、台南市衛生局等均編制在「食品藥物管理科」下；台北市衛生局編制於「食品藥物管理處」下設的「證照管理股」；高雄市衛生局則編制於「藥政科」下所屬的「藥物股」，由各單位統籌管理該轄區的藥品廣告業務。

---

<sup>56</sup> 該組掌管的範圍尚包括：一、關於中藥政策方案之研擬、策劃、修正及指導事項；二、關於中藥廠商之輔導、獎勵及國家標準審查事項；三、關於中藥藥品製造、品管之指導事項；四、關於中藥材品管安全之管制事項；五、關於中藥從業人員在職進修之輔導事項；六、關於中藥廣告管理事項；七、其他有關中藥行政事項。相關資料來源可參閱該單位之組織架構 <http://www.ccmp.gov.tw/public/public.asp?seno=503&reln=503&level=C>（網站最後瀏覽日期：2012/03/31）。

圖十：行政院衛生署食品藥物管理局藥品廣告業務主管組織圖



說明：本圖十之資料來源為行政院衛生署食品藥物管理局網站 2012 部分內容。

圖十一：行政院衛生署中醫藥委員會藥品廣告業務主管組織圖



說明：本圖十一之資料來源為行政院衛生署中醫藥委員會網站 2012 部分內容。

## 2. 台灣藥品廣告分析

生活在台灣，我們每天大約會接觸到多少藥品廣告？以藥品廣告核准的規定來看，其過程大致上分為廣告「新申請案」與廣告「展延案」二大類，後者係因前者期滿仍須繼續廣告者，得申請原核准之衛生主管機關核定展延，此乃依據《藥事法》第 66 條之 1 的規定。而每一藥品廣告的期限不管是新申請或是展延，每次都是以一年為期限。換句話說，一則藥品廣告只要透過合法程序，是可以無限次延續刊播；若以完整的一個年度作為研究的期限，其實便可看出整體藥品廣告的梗概。雖然，每年度可能因為新申請或展延的藥品廣告有些許微調，但整體上仍可清楚看出台灣藥品廣告的實際狀況。

因此，本論文將以過去一年（民國 100 年度，2011 年為主）的藥品廣告總數作為研究的對象，藉以統計台灣人民大致生活在多少藥品廣告的現實中。本章節將透過具體的統計數字，一窺台灣各種媒體刊播藥品廣告的現況。

一則藥品廣告的誕生，一開始便需要由藥商發動（此係依據《藥事法》第 65 條之規定），同時也要遵守事前審查原則，送交衛生主管機關核准，再將核准的文件送驗傳播業者，廣告內容亦不得在登載、宣播期間變更原核准事項（第 66 條規定）。綜觀法律規定下的藥品廣告，從藥商產製廣告開始一直到閱聽人實際接觸到廣告的過程，實在不可謂不慎重，此從《藥事法》的立法精神即不難理解。只是，透過國家機器在這樣層層把關的過程中，是否即意味著藥品廣告的內容就是安全無虞、值得信賴，恐怕仍值得商榷。前面章節已論及藥品與廣告的本質有其衝突之處，一般藥商均以商業考量為主，所刊播的藥品廣告自然不可能去呈現藥品本身的副作用等風險性問題，藥品廣告這樣存在沒有對錯，就是一種具體的實在。因此，以下本論文將透過各種實證資料的整理，解析當前的藥品廣告與人體的關聯性為何，以及這些藥品廣告訊息宣稱為民眾健康帶來了何種幫助，主種以促進健康的廣告訴求下，背後又隱藏著什麼樣的風險，便有必要釐清。

本論文原欲以民國 100 年（2011 年）1 月 1 日至 12 月 31 日止期間作為統計藥品廣告的樣本，惟因適逢 5 都直轄市有所調整（如註釋 55 所整理），衛生主管機關亦有所更動，因此透過比對後發現以民國 100 年 3 月 1 日至 101 年（2012

年) 2 月 29 日止之藥品廣告統計數字相對較為正確與完整，因此整體總計如下【表三】。

表三：台灣每年通過之藥品廣告數量統計表（以一年為例）

廣告分類 主管機關	核定通過總 廣告數 (新+延)	西藥廣告核 准通過數 (新+延)	中藥廣告核准 通過數 (新+延)	核定藥品廣告之 藥商數 (西+中)
行政院衛生署食品 藥物管理局	266	266		46
行政院衛生署中醫 藥委員會	404		404	72
台北市衛生局	1308	1020	288	106+27=133
新北市衛生局	659	513	146	21+12=33
桃園縣衛生局	442	91	351	12+15=27
台中市衛生局	278	166	112	26+17=43
台南市衛生局	674	161	513	19+52=71
高雄市衛生局	276	30	246	7+44=51
總數	4307	2247	2060	237+239=476

說明：本表三由作者自行整理與製作。

經由上述的統計資料可發現，每年大約有 4307 件藥品廣告可以出現在台灣的媒體中，在將近 476 家合法的藥商中，西藥廣告大致是中藥廣告的 1.1 倍的廣告量，二者相去不遠。從廣告量的分布趨勢來看，西藥廣告的藥商以台北市、新北市為大本營，二都的衛生主管機關在西藥廣告審核業務量即占全台西藥廣告約

7 成的數量，而且比中藥廣告多出許多，平均來說大約是中藥廣告的 3 倍以上（3.5：1）；中藥商則以登記在桃園縣以南的都市為主。但不管藥商核准的藥品廣告字號登記於何處，只要由任何一衛生主管機關核定的藥品廣告，藥商便可依此於全台灣的媒介載體上從事廣告行為。換句話說，上表所整理的藥品廣告在全台灣的每個角落，只要是媒體到達的地方都可以被所有的台灣民眾接觸到。

上述藥品廣告主管機關依法審核藥品廣告的程序，大致上係將廣告的媒介載體分成電子媒介的「廣播電台」、「電影或電視」、「網路」，以及平面媒體的「海報、傳單、報紙、刊物、雜誌、廣告牌、車體、車廂等 8 項」、加上「學術性醫療刊物」等 5 大項<sup>57</sup>，再由藥商依據其廣告所需分別申請廣告項目。在這 5 大類的廣告項目中，比較有爭議的可能會是學術性醫療刊物的認定，依照訪談的實務作法（深度訪談問題 7），各主管機關係採事前審查與事後追懲雙軌制管理該類藥品廣告。由於學術性醫療刊物僅限於醫師處方之「處方藥」或「中央衛生主管機關公告之「指定藥物」（按《藥事法》第 67 條），刊登前須由藥商提供該刊物係屬學術性醫療刊物之證明文件，再給予審核；若未按此，事後經檢舉或主管機關主動稽查，認定上若該刊物發行對象係以一般民眾為主，則便發動裁罰權<sup>58</sup>。從統計數字的邏輯來看，476 家的藥商產製出 4307 件藥品廣告並非表示有這麼

---

<sup>57</sup> 有關此內容可參閱各主管機關於網站上所訂立公布之「藥品廣告申請注意事項」，其具體內容為：「一、電台：節目性廣告須提節目中關於產品介紹部分之腳本，且須註明廣告時間秒數。二、電視、電影：廣告內容需以電視分鏡圖方式且應加註各個畫面意義說明及旁白，並註明廣告時間秒數。三、網路：連結網頁 15 頁以下（包含超連結頁面）、含產品廣告 10 件以下者，得以依申請案件計，超出其中任一條件應以另案計算。四、平面媒體（海報、傳單、報紙、刊物、雜誌、廣告牌、車體、車廂等）：若為裝訂書頁式廣告 DM，其書頁在 15 頁以下，廣告產品在 10 件以下者，得以一件計算，超出其中任一條件應以另案計算。五、學術性醫療刊物。」（網站最後瀏覽日期：2012/03/31）。

<sup>58</sup> 過去曾有發生過這樣的案例，系爭「健康世界」是否為一學術性醫療刊物。後主管機關以所謂學術性醫療刊物，立法意旨乃該藥物應以醫事人員為廣告對象；而「健康世界」之發行為一般民眾及家庭，發行主旨則為「幫助大家充實正確的醫學知識」，因此主管機關以「行政院衛生署八十四年八月五日衛署藥字第八四〇四六一六〇號函」回覆系爭不屬於學術性醫療刊物。

多的藥品，按照前面提及的廣告原理，藥商通常會將同一種藥品申請不同的廣告項目以增加其曝光度，這也是為何閱聽人可以看到同一則藥品廣告會出現在不同的媒介載體上的原因。

因此，從實際的藥品廣告內容切入，將每一個重複在不同媒介上（如某藥品同時在廣播、電視電影、網路、平面等 8 項媒介載體上刊播），或者同一藥品有不同廣告版本（如某一藥品製作多種廣告版本）的藥品廣告視為「同一則」廣告再作統計後發現（本論文將此稱為「不重複藥品廣告」內容，整理如【表四】），台灣的常民實際上總共會接觸到 2192 種不同藥品的廣告。當然，此處所整理的 2192 種藥品的廣告不包括屬於處方用藥或指定用藥在學術刊物上的廣告，係因該二類用藥非屬以一般大眾為目標的廣告（如前述），因此不符本論文所研究的一般常民概念，故將之剔除（共有 367 種純處方藥與指定藥物）。總此來說，透過【表四】的整理可得知，台灣每年約有 476 家藥廠／商生產或進口 2192 種不重複的藥品，同時在一般人所可以接觸到的媒體上打廣告。

表四：台灣每年通過之藥品廣告不重複內容統計表

主管機關 \ 廣告分類	核定通過總廣告數 (新+延)	西藥不重複廣告 (新+延)	中藥不重複廣告 (新+延)	全數不重複廣告內容小計
行政院衛生署食品藥物管理局	266	124	無	124
行政院衛生署中醫藥委員會	404	無	277	277
台北市衛生局	1308 西：1020 中：288	408	162	570
新北市衛生局	659 西：513 中：146	221	95	316

桃園縣衛生局	442 西：91 中：351	55	196	251
台中市衛生局	278 西：166 中：112	84	77	161
台南市衛生局	674 西：161 中：513	81	274	355
高雄市衛生局	276 西：30 中：246	7	131	138
總數	4307 西：2247 中：2060	980	1212	2192

說明：本表四由作者自行整理與製作。

若再細分這 2192 種藥品的廣告（不含學術性醫療刊物的西藥 592 種，加上中藥 38 種，共有 630 種藥品。但 630 種藥品中有 263 種屬指示藥品，同時也在一般媒體和學術性醫療刊物上打廣告。因此 2192 的數字只不包含純粹的處方藥與指定藥共有 367 種藥品）在台灣媒體載具上的分布狀況（如【表五】），並比對這些藥品的分類、用途與治療方式（如【表六】與【表七】），便可以進一步看出台灣藥品廣告的整體狀況，同時也可以藉此分析台灣的藥品廣告與人民日常生活之間的關聯性為何。

表五：台灣藥品廣告在媒體上的分布狀況表

廣告載體 主管單位	廣播	電視、電影 (影音)	網路	平面媒體等 8項	學術性醫療 刊物
行政院衛生署食 品藥物管理局	75 (西藥) 只有：9	81 (西藥) 只有：7	128 (西藥) 只有：0	161 (西藥) 只有：0	44 (西藥) 只有：11
行政院衛生署中 醫藥委員會	338 (中藥) 只有：45	163 (中藥) 只有：43	215 (中藥) 只有：0	282 (中藥) 只有：5	5 (中藥) 只有：1
台北市衛生局	34 (西藥) 121 (中藥) 西只有：21 中只有：42	261 (西藥) 108 (中藥) 西只有：97 中只有：38	476 (西藥) 92 (中藥) 西只有：1 中只有：0	337 (西藥) 26 (中藥) 西只有：97 中只有：8	416 (西藥) 0 (中藥) 西只有：278 中只有：0
新北市衛生局	86 (西藥) 112 (中藥) 西只有：2 中只有：50	117 (西藥) 36 (中藥) 西只有：11 中只有：0	200 (西藥) 55 (中藥) 西只有：3 中只有：0	271 (西藥) 45 (中藥) 西只有：71 中只有：0	82 (西藥) 0 (中藥) 西只有：49 中只有：0
桃園縣衛生局	32 (西藥) 126 (中藥) 西只有：0 中只有：8	71 (西藥) 21 (中藥) 西只有：27 中只有：4	23 (西藥) 134 (中藥) 西只有：0 中只有：0	45 (西藥) 150 (中藥) 西只有：0 中只有：3	11 (西藥) 16 (中藥) 西只有：4 中只有：1
台中市衛生局	82 (中藥) 59 (西藥) 西只有：4 中只有：16	69 (中藥) 63 (西藥) 西只有：9 中只有：2	69 (西藥) 77 (中藥) 西只有：0 中只有：0	94 (西藥) 80 (中藥) 西只有：29 中只有：4	10 (西藥) 16 (中藥) 西只有：5 中只有：0
台南市衛生局	72 (西藥) 386 (中藥)	66 (西藥) 101 (中藥)	82 (西藥) 302 (中藥)	60 (西藥) 290 (中藥)	29 (西藥) 1 (中藥)

	西只有：11 中只有：60	西只有：22 中只有：46	西只有：2 中只有：7	西只有：9 中只有：15	西只有：21 中只有：0
高雄市衛生局	3（西藥） 162（中藥） 西只有：0 中只有：63	22（西藥） 92（中藥） 西只有：22 中只有：48	23（西藥） 90（中藥） 西只有：1 中只有：3	7（西藥） 90（中藥） 西只有：4 中只有：8	0（中藥） 0（西藥） 西只有：0 中只有：0
總數	西藥：361 中藥：1327 西只有：47 中只有：284	西藥：681 中藥：590 西只有：195 中只有：181	西藥：1001 中藥：965 西只有：7 中只有：10	西藥：975 中藥：963 西只有：206 中只有：43	西藥：592 中藥：38 西只有：366 中只有：1

說明：表中內容「西只有」意指西藥廣告中只以該媒體載具為刊播廣告形式，其餘媒體載具不刊播；「中只有」意指中藥廣告中只以該媒體載具為刊播廣告形式，其餘媒體載具不刊播。本表五由作者自行整理與製作。

從【表五】的整理中可發現，不管是中西藥，藥商仍以刊播影音類廣告為藥品宣傳重點，雖然此類廣告是所有廣告類別中花費最大的，但有些中西藥商寧可不在其他媒介廣告，但也一定得打影音類廣告（純粹只播電視或電影的廣告，而不刊播其它媒體的中西藥廣告比例相當），在 476 家刊播廣告的藥商中，共有 231 家藥商選擇至少刊播一則以上的影音類電視電影廣告<sup>59</sup>，所廣告的藥品更高

<sup>59</sup> 此統計數字，係經由主管機關所核定的 1271 個藥品影音廣告數中，交叉比對每一個廣告所屬的藥商後，將廣告中所屬的重複藥商剔除，所得細目如下：食品藥物管理局核定 22 藥商、34 種藥品刊播電視廣告；中醫藥委員會核定 48 藥商、117 種藥；台北市衛生局核定 48 藥商（中 15+西 33）、143 種藥（中 51+西 92）；新北市衛生局核定 19 藥商（中 9+西 10）、64 種藥（中 35+西 29）；桃園縣衛生局核定 17 藥商（中 9+西 8）、50 種藥（中 21+西 29）；台中市衛生局核定 25 藥商（中 10+西 15）、73 種藥（中 42+西 31）；台南市衛生局核定 31 藥商（中 21+西 10）、86 種藥（中 52+西 34）；高雄市衛生局核定 21 藥商（中 18+西 3）、64 種藥（中 60+西 4）。總體計算共有 231 家藥商以電視廣告為主，所廣告的藥品高達 631 種藥品。

達 631 種，也就是說在台灣的電視（電影同）上有 631 種藥品對閱聽人推銷、刺激消費，而此現況亦與電視媒體仍台灣民眾接觸最久的媒體不謀而合<sup>60</sup>。

而網路媒體的中西藥廣告是所有媒介中最多的，也就是在網路的世界中，幾乎可接觸到最多的藥品廣告（共有 1966 件中西藥廣告核准），但藥商似乎不會只純粹在網路上刊播廣告（中西藥總數只有 17 種藥品），通常會在網路上的中西藥廣告，也會在其他媒體上出現，這顯示中西藥廣告主仍然較不針對網路媒體設計純屬網路媒介特性的中西藥廣告；亦即，此數據顯示出中西藥廣告的刊播內容仍以傳統的產製者對閱聽人的宣傳方式為主。而網路媒體所強調的互動性、自主性、共同參與...等特質在中西藥廣告中仍不可多得。此亦不難理解，蓋藥品既然存有其風險，在商言商，倘若藥商以一種非常理性的方式來銷售藥品，對藥商來說可能不是最好的刺激藥品消費的方式，若發揮網路的特質，正無法以一種有效的方式推銷或刺激消費。但弔詭的是，如果藥品的存在是爲了讓常民更健康，那麼當代網路媒介這種互動的特性不是正是應該促進消費者以健康的方式消費藥品的最好方式？顯示在藥品廣告的背後，仍有一股強勁的經濟權力在運作（本論文前亦有提及藥品廣告的資本主義邏輯運作）。如此，要解決這樣的現況，本論文主張賦權民眾具備的健康素養，無非希望對此現況有所解套，更能促使人民成爲健康最大贏家的具體途徑。

在上述藥品廣告媒體的分類中，「廣播」媒介應是屬於相對「弱勢」的媒體，但本論文發現這個媒介載體每年卻有 1688 件藥品廣告是可以重複在廣播中

---

<sup>60</sup> 根據幾項針對台灣不同族群的媒體使用調查發現，電視媒體仍然是台灣人接觸最久的媒介，整體來說，台灣人民大約平均每人每天花 3 小時時間接觸電視媒介。少年與兒童更是電視消費的大宗，例如 2008 年富邦文教基金會委託政大媒體素養研究室策劃執行的「2008 全國青少年媒體使用行為研究調查」；「2009 年全國兒童媒體使用行為研究調查」；或是兒童福利聯盟文教基金會 2010 年對於台灣親子休閒育樂狀況所作調查均發現，台灣的孩子週末最常作的週末休閒活動是看電視、上網和打電動，甚至有一成以上的孩子假日上網超過 8 小時、二成五的孩子假日看電視 6 小時以上，這種情形進入到國、高中階段更為明顯。相關訊息可參閱以下網站訊息：（網站最後瀏覽日：2012/03/31）  
[http://kids.www.gov.tw/focus.php?kfm\\_id=34](http://kids.www.gov.tw/focus.php?kfm_id=34)；<http://www.fubonedu.org.tw/>等。

出現的，幾乎所有的中藥品廣告都會透過廣播的方式予以廣告（1327 件），更有 284 種中藥品只選擇廣播這個載具從事廣告行爲。這個發現從陳瑞芸（2009，頁 204-205）提出的「賣藥電台的聽眾和消費者，其特質是偏向年紀較大、教育程度較低、家庭主婦、退休者和藍領階級等族群」論證中亦可獲得印證。本論文也贊同該文所提出的「聽眾與購藥背景脈絡關聯性」論點，並指出「若只是以一種無知的刻板印象責怪聽廣播而購藥者，恐怕陷於無視社會結構、太過簡化的個人責備論、以及忽略社會不公且將已處在社會的底層再度污名的窘境」。而這也是本論文主張應以賦權常民健康素養的方式，作為閱聽大眾可以成為真正健康贏家的理由。從這個發現，本論文便可確切指陳，所謂的賦權常民健康素養，便需要先將「大眾」（mass）作「分眾」（public）的概念，再依照其接觸媒體習慣，給予解構媒體訊息的內容，才能有效達到「效果」；也就是說，與其我們一直不斷為這些「被污名者」抱屈、怨嘆社會不公，更積極的作為應是可以給這些人識讀媒體中藥品訊息的「釣竿」，而不是只給傳統的法律介入把關的「魚」，這或許才是讓這些受眾不為藥品廣告所累的釜底抽薪方法。

透過以上的整理與分析後，本論文對於藥品廣告的社會現實仍有幾項必須釐清：在所有的中西藥品廣告中，大多在訴求什麼？這些藥品治療的項目又為何？也就是說，這些藥品與人體的關聯性有何密切關係？藉由【表六】與【表七】的藥品分類整理，一來希望可以瞭解何種／類藥品是廣告的「常客」；二來更欲藉此分析這些藥品廣告的分布狀況與訴求內容為何；最後欲以分析其可能對一般民眾的影響性為何。

表六：台灣藥品廣告中的西藥品用途與人體治療關係整理表

主管機關 藥品用途	西藥品廣告與治療項目（根據核定內容加以比對）					
	行政院衛生署食品 藥物管理局： 266 核定廣告	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨
4		1	1	5	21	9
感冒藥		肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
35		0	78	39	1	44
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科

46 家藥商	14	0	11	0	1	2
	說明：「其他」11 廣告均為處方藥，非一般民眾接觸者。					
台北市衛生局： 1020 核定廣告 106 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	67	49	2	110	122	21
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	96	5	66	83	0	72
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	15	2	262	18	15	15
說明：「其他」204 廣告為處方藥；19 廣告為戒菸藥品；12 廣告為痔瘡藥；12 為減肥藥；10 為過敏藥品；5 廣告為殺菌衛生。						
新北市衛生局 513 核定廣告 21 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	19	4	2	197	5	17
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	18	0	107	60	0	18
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	25	4	33	1	1	2
說明：「其他」33 廣告均為處方藥，非一般民眾接觸者。						
桃園縣衛生局 91 核定廣告 12 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	2	6	1	4	8
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	27	0	26	5	0	0
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	2	0	10	0	0	0
說明：「其他」3 廣告為處方藥；5 為抗過敏藥；2 為除毛藥。						
台中市衛生局 166 核定廣告 26 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	1	32	0	5	0	5
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	36	4	10	34	0	0
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	1	1	15	22	0	0
說明：「其他」15 廣告中，5 為處方藥，10 為抗過敏藥品。						
台南市衛生局 161 核定廣告 19 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	4	18	1	3	12	21
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	28	3	9	4	0	0
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科

	3	0	51	4	0	0
	說明：「其他」51 廣告中，21 為處方藥，30 為清潔消毒。					
高雄市衛生局 30 核定廣告 7 家藥商	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	5	0	4	0	0
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	0	0	1	0	0	0
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	0	0	0	0	20	0
	說明：「補氣養生」20 廣告中均為維士比集團藥品。					
總數	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	95	111	12	325	164	81
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	240	12	297	225	1	134
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	60	7	382	45	37	19
	西藥廣告核定量最多名次：1.保健藥；2.皮膚藥；3.感冒藥					

說明：表中內容之「萬用藥」包括綜合用油精類（如消腫等）；「補氣養身」包括藥酒、壯陽藥等；「其他」包括處方藥、全身性的抗過敏、清潔消毒藥品、減肥藥、除毛藥品等。本表六由作者自行整理與製作。

從【表六】整理的「西藥品廣告與治療項目」比對後發現，在西藥廣告中以保健藥品、皮膚藥品、感冒藥品為前三大藥品廣告最多的項目，也就是在臺灣人民的日常生活中，這三類西藥廣告出現最多。宜先說明的是，在「其他」的分類中，只出現在「學術性醫療刊物」的廣告，整理表中便將之剔除，主要係因該類廣告並非以一般民眾為主要的對象，因此不在本論文研究的設定中<sup>61</sup>。進一步觀察，西藥廣告最多的「保健藥品」以台北市、新北市二個主管機關所核定的數量最多（307 件，占 95%以上），其內容大致以「美容」、「維他命」、「鈣片」或強調「排毒抗癌」等相關藥品為主<sup>62</sup>，這些藥品對人體的副作用固然不大，有些

<sup>61</sup> 再將「學術性醫療刊物」的藥品廣告進一步分類，可發現以「癌症治療藥物」居多；其次為「精神症狀相關用藥」、「糖尿病用藥」、「生殖相關用藥」、「抗感染用藥」等。

<sup>62</sup> 此處所指的美容藥品，如嬌生、科華生技等所生產與頭髮相關的藥品（像是：生髮水、

國家甚至把維他命、鈣片當作「食品」，但是這些藥品在廣告上所強調的「功能」仍以刺激消費為主（本論文以核定通過的維他命、鈣片藥商廣告為對象，一一檢視其廣告內容，包括：台北市—台灣武田、佐藤製藥、麗馨、台灣大正、大法貿易、佳洋藥品、德佑藥品、成記藥品、中日藥品、衛采製藥、台灣田邊；新北市—輝瑞），所有廣告完全沒有警告鈣片可能引起腎結石的風險<sup>63</sup>，或者食用維他命過量帶來的問題<sup>64</sup>。這其實不難理解，廣告的必然（如前「廣告的存在與本質」所述）加上這些藥品並無「治療」的特性，更無立即性危險，只有消費者食用「過量與否」的問題，這樣當然不會要求藥商必須負提示「風險」之責，因為連喝水過量都可能都會有腦中毒的風險，莫非連水的廣告也要求需負提示之責？因此即使這些「藥品」在廣告上比一般食品應負較重之責，但這些藥品廣告業已通過主管機關的審查，藥商總不該再被要求「法規範」以外的廣告責任事項。因此這樣的關聯性，責任就落在閱聽人身上，這也是本論文為何一直主張對常民賦權「健康素養」其實是可以作為解套的方式。

另外二項為數甚多的西藥品廣告「皮膚藥品」<sup>65</sup>與「感冒藥品」，從舉輕明重的論證亦可視出相同的端倪，雖然這二類藥品所治療的疾病都不是「重症」，皮膚藥品廣告亦大多著重在皮膚的清潔與消毒的用途（占 55%），不然就是止痛

---

保髮液等）；維他命與鈣片，幾乎是諸藥廠必爭之地；排毒抗癌藥品，如廣易進口的排毒膠囊等。

<sup>63</sup> 有關鈣片是否造成腎結石的問題，許多文獻均有討論，相關網站亦有諸多討論，如國家網路醫院：<http://hospital.kingnet.com.tw/essay/essay.html?pid=10595> 等（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

<sup>64</sup> 同前註類似的問題，亦可參見前註網站。

<sup>65</sup> 有關皮膚的藥品廣告，本論文研究的廣告來自以下藥商：台北市—大法貿易、台灣安斯泰來製藥、荷商葛蘭素史克藥廠、德聯藥品、台灣明尼蘇達、瑩碩生技醫藥、高平貿易、台灣曼秀雷敦、香港商高德美、寶齡富錦生技、台灣田邊製藥、發礮成生物科技、荷商葛蘭素史克藥廠、康百佳實業、台灣拜耳、台灣東洋藥品、台灣諾華、功益藥業、嘉德藥品、日盛奈米生技、台灣百靈佳般格翰、台灣禮來、永甲興業等。新北市—救人實業、福元化學製藥、尼斯可、天良生物科技、西德有機化學藥品、中榮貿易、瑪利美琪化工等藥商所從事的皮膚藥品廣告。

止癢的效果（占 40%），顯然皮膚藥品的廣告與保健藥品有些雷同，也就是屬於「風險性」較低的藥品；但相對於保健藥品，皮膚藥品又有「治療」皮膚相關疾病的用途與效果，自然也不該是「要用就用」的概念，但廣告中出現的訊息卻大致是以此種調性為主。

而「感冒藥品」相較於上述二項藥品就更複雜許多，感冒在台灣被媒體建構一種甚為普遍的疾病<sup>66</sup>。我們不難發現在全部的感冒藥品廣告中（以核定通過的感冒藥作為研究對象）：台北市－荷商葛蘭素史克藥廠（「普拿疼」各種感冒膠囊、用藥）、玉將（「一陣風」糖漿）、台聯藥物（「大可」）、辰太實業（「小兒用利撒爾」）、佳德興業（「利撒爾」）、三正貿易（「抗痛寧」）、台灣大塚製藥（「保咳淨」）、德佑藥品（「風龍」）、康百佳（「衛克感」）、駿緯醫藥科技（「哈萩內服液」）；新北市－天良生物科技（「諾克」）、美商惠氏藥廠亞洲台灣分公司（「諾比舒冒」）、救人實業（「克風邪」）、西德有機化學藥品（「化痰能」）；桃園縣－五洲製藥（「斯斯」各類感冒藥品）；台中市－鄭杏泰生物科技（「鄭杏泰」感冒膠囊）、人生製藥（「近江兄弟」）、永信藥品（「理冒永克風」）、明通化學製藥（「明通治傷風」）、大寬藥品（「全多祿」）、大裕生技（「三支雨傘標友露安」）、新萬仁化學製藥（「衛格」）；台南市－正和製藥（「快安感冒」），總共有 9 成以上的感冒藥品廣告均不斷以一種「快速治療」、「快速有效」、「方便治療」的概念進行感冒藥品的宣傳，完全忽略這些藥品可能發生的「副作用」與潛在風險<sup>67</sup>。本論文在前面（頁 41 以下，亦見註釋 38）業已提及台灣

---

<sup>66</sup> 有關感冒疾病媒體建構內容，可參閱徐美苓、丁志音所撰之〈小病微恙的真實再現－以「感冒」的新聞論述為例〉一文，即有豐富的整理與見解。

<sup>67</sup> 有關感冒藥的副作用問題，可見於一般的醫藥相關網站，其內容大體上指出：專治咳嗽、鼻塞、流鼻水的藥物會引起「倦怠感」；專為解熱鎮痛的藥物會造成「傷肝」也會引起「腸胃不適」；綜合感冒藥物、感冒糖漿容易造成「上癮」、「倦怠感」，從事精神集中相關職業應避免服用這些藥品。相關訊息可參閱醫療相關網站，如：[http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f\\_ART\\_ID=32729](http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=32729) 等（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。另外，過去甚至有民眾因為自行服用感冒藥，延誤就醫造成病情加重或死亡的案例，均可見於相關的新聞報導。

人民每年喝掉的感冒糖漿或吃掉的感冒藥的量都相當驚人，甚至造成龐大的健保支出，若可正視這類的問題，所謂民眾的健康權才能真正地達到（有關此部分論述另可參見第五章，頁 129 以下即有更詳細分析）。

整理完西藥品前三大廣告量的項目後，本論文所整理的其他西藥，包括胃腸藥（有 240 件藥品廣告核定通過）、肌肉筋骨（164 件）、眼藥（134 件）、止痛藥（111 件）等藥品都有超過 100 件以上的廣告數量可以在媒體上打廣告；其他像是心血管用藥（95 件）、肝藥（81 件）、喉嚨及口腔用藥（60 件），或者肺、腎用藥，都不可說對人體不重要的藥品。換句話說，這些藥品對人體的器官來說，不管是治療或是副作用，所涉及的部位都是需要慎重以對的，即使只是成藥或指示藥，消費者沒有相關的用藥知識，其風險或後果可能都會比前面整理的保健藥品大許多。其餘所整理的婦科藥品、失眠用藥、或萬用藥也都是這樣的邏輯。

表七：台灣藥品廣告中的中藥品用途與人體治療關係整理表

藥品用途 主管機關	中藥品廣告與治療項目（根據核定內容加以比對）					
<b>行政院衛生署中醫藥委員會：</b>  <b>404 核定廣告</b>  <b>72 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	24	1	1	21	52
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	9	47	5	21	13	31
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
4	33	1	10	98	33	
說明：「其他」1 廣告為處方藥，非一般民眾接觸者。						
<b>台北市衛生局：</b>  <b>288 核定廣告</b>  <b>27 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	1	4	0	0	6	30
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	4	18	2	16	5	10
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
19	42	23	9	83	16	
說明：「其他」23 廣告，15 為降火氣，5 為糖尿病保養藥，3 為關節風濕藥。						

<b>新北市衛生局</b> <b>146 核定廣告</b> <b>12 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	1	0	0	0	10	34
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	0	6	0	16	5	11
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	9	10	12	0	25	7
說明：「其他」12 廣告，6 為清毒，3 為減肥，3 為清血。						
<b>桃園縣衛生局</b> <b>351 核定廣告</b> <b>15 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	0	0	0	40	56
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	0	25	1	25	13	15
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	18	41	35	0	51	31
說明：「其他」35 廣告，20 為清毒，11 為降火氣，4 為消渴。						
<b>台中市衛生局</b> <b>112 核定廣告</b> <b>17 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	1	11	0	0	4	11
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	1	23	0	12	3	3
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	0	5	22	0	11	5
說明：「其他」22 廣告，17 為降火氣，3 為清毒，2 為消渴。						
<b>台南市衛生局</b> <b>513 核定廣告</b> <b>52 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	29	0	0	20	42
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	4	23	2	25	38	27
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	12	36	69	42	117	27
說明：「其他」69 廣告，29 為清毒，14 為白花油形象廣告，14 為降火氣，9 為消渴，3 為阿桐伯形象廣告。						
<b>高雄市衛生局</b> <b>246 核定廣告</b> <b>44 家藥商</b>	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	0	0	0	0	60	15
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	10	10	0	25	3	13
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	25	15	26	5	28	11
說明：「其他」26 廣告，10 為清毒，9 為降火氣，7 為消渴。						

總數	心血管	止痛	失眠	保健藥	肌肉筋骨	肝藥
	3	68	1	1	161	240
	感冒藥	肺藥	皮膚	胃腸藥	顧腦安神	眼藥
	28	152	10	140	80	110
	鼻喉口	腎藥	其他	萬用藥	補氣養身	婦科
	87	182	188	66	413	130
中藥品廣告核定量最多名次：1.補氣養身；2.肝藥；3.腎藥						

說明：表中內容之「萬用藥」包括綜合用萬用膏類（如消腫等）；「補氣養身」包括藥酒、壯陽藥、滋陰、固根本（全身滋養）等；「腎藥」包括膀胱藥；「其他」包括處方藥、降火氣、糖尿病保養、風濕用藥、清毒清血、消渴、減肥、形象廣告等。本表七由作者自行整理與製作。

進一步比對【表七】對中藥品的廣告整理後發現，雖然中藥廣告的內容與西藥有些不同，但服用中藥的風險可能也不見得比西藥來得小；只是傳統上大部分的人都認為中藥比較不傷身，相對於西藥也比較不刺激，因此從中藥的廣告量便可看出這種邏輯：廣告量最多是補氣養身（有 413 件藥品廣告），其次是肝藥（240 件）、腎藥（182 件）。中藥的「補氣養身」與西藥的概念有些差異，其藥品所訴求的內容大致上均以全身性的氣、血暢通為要，其概念來自於中醫的理論，因此像是「補血益氣、固本培元」或是「大補精髓、益氣養神」之類的養氣補身廣告訴求幾乎都會出現在這類的廣告中。

而中藥廣告的「肝藥」與「腎藥」會登上廣告量核定最多的前三名亦不難理解，中醫強調的「整體觀」與西醫理論不同<sup>68</sup>，從廣告的訴求邏輯檢視，意在強化中醫理論下的「中藥印象」藉以達到廣告效果。是以，幾乎所有中藥廣告中的肝藥廣告，內容均在強調肝藥的解毒、「純」（意指「藥效溫和」）與不傷身特質，以作為與西藥縱使強調顧肝功能亦有效力太強而導致傷身可能性的區別；肝藥廣告同時並融合「補身」與強化肝臟功能的訴求作為中藥廣告上強力放送的

<sup>68</sup> 參閱坊間中醫書籍或中醫相關網站，大致以中醫基礎理論為：主要包括「分形陰陽五行學說」、「藏象五系統學說」、「五運六氣學說」、「氣血精津液神學說」、「體質學說」、「病因學說」、「病機學說」及「養生學說」等。參閱：<http://www.zhzyw.org/zycs/zyll/>（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

元素。

另一類在中藥廣告中占有一席之地之腎藥廣告亦與肝藥有異曲同工之妙，在中醫理論中，腎臟與肝臟同為五大內臟（按：中醫五臟分別為肝、心、脾、肺、腎），在以全身作為診療單位的同時，腎臟扮演著「先天之本」的重要角色<sup>69</sup>，加上台灣又是全球洗腎人口密度最高的國家<sup>70</sup>，中藥的腎藥在台灣成藥中可以說是為數頗多的藥品，經由本論文統計發現，在 239 家中藥商裏就超過三分之一的中藥商生產腎藥（包括膀胱藥，共有 87 種，廣告件數有 172 則），而且每一種都透過廣告進行宣傳「顧腎」的概念。換句話說，市面上大約有 87 種中藥類的腎藥可被購買到，這些藥品均以廣告的方式作為刺激消費或購買的方式。在此宜深入說明的地方是，中藥與西藥最大的不同在於中醫與中藥並「沒有醫藥分業」，因此中藥的訴求通常會隨著中醫的理論與傳統民俗的觀念進行廣告內容的編製，這對於中藥品廣告極具利基，因為更容易將中藥品與生活型態扣連在一起，達到廣告最佳效果。但是，中藥品以藥效溫和、補身的概念進行藥品廣告，往往最容易造成藥物濫用的後果。過去行政院食品藥物管理局（2009，頁 55-56）出版的「藥物食品檢驗局調查研究年報」即曾指出因為國內中藥材大多仰賴進口，來源分歧，無法由產地掌控藥材之品質；加上台灣所研製的中藥品，來源通常是天然的動植物，常被民眾認為副作用較低，但國人實際服用中藥後所產生的副作用與日俱增，因此食品藥物管理局才開始訂定中藥材之重金屬限量來確保國人用

---

<sup>69</sup> 按中醫理論，腎為「先天之本」、「生命之源」。其生理功能是藏精、主水、主納氣、主骨、生髓，其華在發，開竅于耳，司二陰。而「精」是構成人體的基本物質、人體生長發育及各種功能活動的物質基礎。參一般中醫書籍或相關網站如：[http://hospital.kingnet.com.tw/chinese\\_medicine/](http://hospital.kingnet.com.tw/chinese_medicine/) 即有相關內容（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

<sup>70</sup> 根據 2010 年各媒體的報導以及行政院衛生署官方公布的台灣洗腎人口約有將近 6 萬人，每年新增約 6000 名病人進行洗腎；而健保每年花費大約 350 億在洗腎部分，約占健保總預算的 7.9%。造成洗腎主要地區集中在雲嘉南；其主因係以服用混合型止痛劑加上中草藥的濫用比例最高，參閱網站：[http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2\\_p01.aspx?class\\_no=25&now\\_fod\\_list\\_no=10978&level\\_no=2&doc\\_no=75620](http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_p01.aspx?class_no=25&now_fod_list_no=10978&level_no=2&doc_no=75620)（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

藥安全。顯示，如果沒有意識到任何的藥物都有其潛在的副作用，縱使有國家力量的介入，民眾用藥後的傷害通常還是會造成，尤其是容易會造成錯誤理解的藥品（不只是中藥，上述的西藥保健藥品也有相同風險）。因此，本論文所提倡的健康素養概念，就是對這樣的難解習題提供一種解決之道，當民眾的用藥素養足夠了，自然這些傷害性的用藥問題就會有解。

其他中藥品，像是強調治療肌肉筋骨（161 件）、肺藥（152 件）、胃腸藥（140 件）或是婦科相關疾病用藥（130 件），甚至是眼藥（110 件）等，都超過百件以上的廣告。這些藥品在廣告上通常都聲稱可以治療所明示的疾病或身體部位，但卻完全無法從廣告中看出每一種藥品在治療某疾病的同時，或者對某器官進行保健的時後所帶來的風險問題，連沒有時間限制的網路廣告媒體類型也看不到藥品「副作用」的提示、或者使用該藥品可能造成的影響提示（除了法律規定，如藥酒），可看出藥商爲了刺激藥品的消費，均會將所有藥品可能帶來的負面訊息通通隱藏。從廣告的本質來看，這是個必然的邏輯，但是需要思考的地方是，我們每天在這麼多的藥品廣告刺激與說服下（包括前面的西藥），而且幾乎所有主流媒體都會承載著這些鋪天蓋地的廣告，而這些廣告內容的產品—「藥品」都存在著一定的風險，那些「風險」卻是需要透過「有心」的資料蒐集或進一步理解的過程才可以察覺到，這種資訊不對等的媒體現實就活生生地存在我們的日常生活中。但若我們稍以「健康素養」的觸覺對這些藥品進行資料檢索，便不難發現很多藥物其實對腎臟的傷害是存在著極大風險性的（如本論文一開始的注釋 1 所提及「龍膽瀉肝湯」案例），一般常民若爲了「養肝」、長期吃認爲很溫和的中藥（任何藥物都可能含有重金屬成分，均需醫師指示相對安全）、或是有吃止痛藥的習慣的人<sup>71</sup>，臨床上造成「腎病」（包括洗腎，嚴重時可能需要換腎）的機率就非常高。但是這些用藥「風險」似乎無法指望從廣告訊息散佈這些訊息。

於是這形成了一個很有趣、也很弔詭的命題，到底，藥品廣告應扮演的角

---

<sup>71</sup> 有關中藥用藥知識可參閱諸多網站訊息，官方訊息網站如中醫藥委員會的「醫藥知識區」就有許多可供參考之用藥資訊：<http://www.ccmp.gov.tw/index.asp>（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

色是促進一般常民健康？還是，背後的商業邏輯重於一切？透過本論文此章節的整理與分析，我們似乎不難看出藥品廣告的現實為何。如此，按國家「法規範」的介入目的即在促使「人民健康」與「商業邏輯」的二端能夠平衡，但現行的法規範與既有的法規範思維下，「健康」與「商業」到底孰重孰輕，從廣告的現實我們大概可以看得出資本主義的邏輯大概戰勝一切健康考量，而處於現代媒體商業運作下的我們，到底有沒有「翻轉」的可能？還是只能在既有的體系與架構邏輯下，讓這種狀況不斷地重複再製？本論文下一章將針對這個部分，以法律與傳播政治經濟學的角度深入討論藥品廣告背後的真正邏輯。

### 3. 小結：藥品廣告之實在與健康素養之關聯性

透過本章節的整理、分析與解構台灣媒體環境中的所再現的所有藥品廣告，我們不難發現不論是中藥或是西藥，不管是成藥或是指示藥，只要是「藥品」就有風險、就有副作用的問題，而藥品透過廣告的放送馬上會形成「藥品獨特性」。而這種獨特性真正目的無非是要刺激與說服消費者認同廣告情境、訴求、與藥品功能，進而達到民眾購藥行為。這顯然與「健康權」的概念與精神有所違背。雖然藥品廣告在現有媒體環境中確實有與其他商品不相同之處（有個《藥事法》給予限制），然而前一小節所點出的「藥品」與「廣告」本質競合關係業已給我們任何抽象議題必然無法切割分界的實情，並非有了法規範的介入就代表藥品廣告的無傷害性。本章節細細整理的藥品廣告與各種藥品可能帶來的風險性問題，正是在證明要期待藥品廣告作為民眾正確用藥的資訊揭露根本不可能，而且媒體上無所不在的藥品廣告與民眾的用藥安全訊息，二者形成了非常差距的資訊不均衡。

而從本小節所分析的藥品廣告現況看來，我們實在不用再質疑「藥品廣告到底有無促成民眾買藥」或者「藥品廣告是否影響民眾的用藥習慣」之類的根本性問題；很明顯地，著眼於這些藥品廣告的社會現實，藥品廣告確實對民眾的購買行為、以及用藥行為產生效果。否則，藥商不必花這麼大的財力與心思在廣告上大大促銷藥品，這是非常簡單的商業邏輯，也是前面提及的資本主義思維。

國家藉由國家機器的運作對人民用藥予以保障，並發動法規範作為具體的

實現作為，似乎是在減少這種「不均衡」的現象，以達到落實民眾健康權的可能。但仔細檢驗，這樣「把關」的方式固然可以將形式上的違法藥品問題（如偽藥、劣藥或禁藥）作一明確訂立以維護人民健康，但實質上所有合法藥品廣告所不碰觸的「藥品使用」問題其實才是真正關乎到常民健康與否的關鍵。經由前面的分析我們已經可以很清楚地掌握不管是藥品本身的副作用或是風險的問題，都具體的表現在民眾實際「用藥」的狀況。當透過廣告放送的藥品本身有問題時，這種違法狀況很容易解決，只要依據法規條文的規定，就可以將不合法的藥品以科學化的方式加以杜絕；國家以法規範維護人民的健康權往往最無法解決之處就在於無法替常民因相信藥品廣告所造成的用藥傷害給予保護。當然，透過不同情境、環境變遷，法規範仍可修法以解決這個問題，但法規範基於穩定，本質上無法隨時代快速的變遷而時時調整，最好的狀況仍是回歸到民眾對用藥的「自我把關」。如果民眾所接觸的藥品廣告均屬「合法」，那麼用藥的安全某種程度就必須落在自己身上。在本章節論述的過程中，本論文已不斷強調「健康素養」對於一般用藥常民的重要性與能動性，理由便是在此。所謂能動者，筆者以為健康素養可以為常民的健康帶來實際的具體作為（如：能了解每一種藥品的副作用與風險性何在與自我關係），更可以為自我的用藥行為達到健康的目標（如：透過認知、情意與行動等三層次，清楚掌握用藥方式）。因此，順著這樣的邏輯，要同時尊重藥品廣告的存在與價值，又要讓人民不因藥品廣告衍生刺激消費後的用藥後果問題，其平衡的方式就是推動民眾具備「健康素養」的能力，便可讓這個難題轉成一種和諧的健康權實踐面貌。

### 三、藥品廣告之規範力：案例分析與型態分類

#### 1. 藥品廣告管理之實務運作

本章第二小節整理了全台灣一年之中所通過的藥品廣告數量約為 4307 件，其中不重複的合法藥品共約有 2192 種；也就是說，一年之中大概會有二千多種藥品透過廣告在媒體上放送。核定通過了這麼多的藥品廣告，其實主管機關也已經依法負了事前審查之責，否則廣告的件數其實是應該更多的。以行政院衛生署

食品藥物管理局所主管的範圍為例，在其每年公布的藥品廣告審查退件與核准的統計資料中，每年大約維持 5-10%左右的退件率<sup>72</sup>；又根據衛生署統計室每年所出版的「藥物檢查暨查獲違法統計」報表，在「藥物廣告管理」的項目中均統計了每年中、西藥品廣告的申請件數、核准件數，以及藥品廣告違規處理件數的統計狀況。平均來說，國內的主管機關每年派員監控藥品違規廣告的次數超過 7000 件，每年查獲的違規廣告案件大約平均 700 件以上（大約一成）<sup>73</sup>，主管機關對這些違規廣告施以罰鍰，甚至給予註銷許可的懲罰；再者，對於媒體業者接受藥品廣告的託播前，並要求媒體業者必須先行確認是否為核准之合法廣告<sup>74</sup>，並規定傳播機構應負連帶之責<sup>75</sup>等層層把關作為，不可謂國家未善盡管理藥品廣告並

---

<sup>72</sup> 根據該局公布的最近三年藥物廣告審查件數統計率（統計時間為該年的 1 月 1 日到 12 月 31 日止）：98 年度退件率為 9.61%；99 年度為 6.41；100 年度為 25%。其中 100 年度的退件率之所以暴增是因為五都主管地區確定，有 70%的原件是送錯主管機關，因此予以駁回。若扣除此因素，該年度退件率應為 7.4%。相關資訊可參閱該局公開資訊：[http://www.fda.gov.tw/itemize\\_list.aspx?site\\_content\\_sn=1732](http://www.fda.gov.tw/itemize_list.aspx?site_content_sn=1732)。其他各直轄市主管機關過去三年的數字大約也是在此範圍，因此換算過來，每年台灣的藥品廣告總申請案應該超過 4700 件（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

<sup>73</sup> 從最近 7 年（民國 94-100 年）的報表加以統計發現，每年違規的廣告不等，平均來說，主管機關所監控的廣告數量大致會有超過一成以上的違規數。其中違規廣告的共通處都是中藥廣告違規件數是西藥廣告件數的 2 倍以上。有關此部分的資料來源可參閱：衛生署統計室出版之「藥物檢查暨查獲違法統計」報表，亦可參閱網站：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

<sup>74</sup> 各主管機關 8 個單位均要求媒體業者於接受藥物、化粧品廣告託播前，須先使用網頁上合法廣告查詢區塊查詢是否為衛生署或直轄市政府所核准之藥品廣告，若懷疑所託播之藥品廣告為疑似違規案件，應使用主管機關網頁上違法廣告查詢區塊查詢。相關內容與實際查詢系統可參閱網站：[http://www.fda.gov.tw/content.aspx?site\\_content\\_sn=1810](http://www.fda.gov.tw/content.aspx?site_content_sn=1810)（網站最後瀏覽日：2012/03/31）。

<sup>75</sup> 主管機關依法規定傳播機構受理藥品廣告注意的要點共有 6 項：（1）登載或宣傳藥物（包括藥品及醫療器材）、化粧品廣告，應請廠商檢附中央或直轄市衛生主管機關核准之藥物、化粧品廣告核定表始得受理刊登。（2）廠商委刊之廣告，如涉及宣稱療效，應請其檢附衛生機關核准廣告之證明文件正本。如未附衛生機關核准廣告證明文件，即屬違

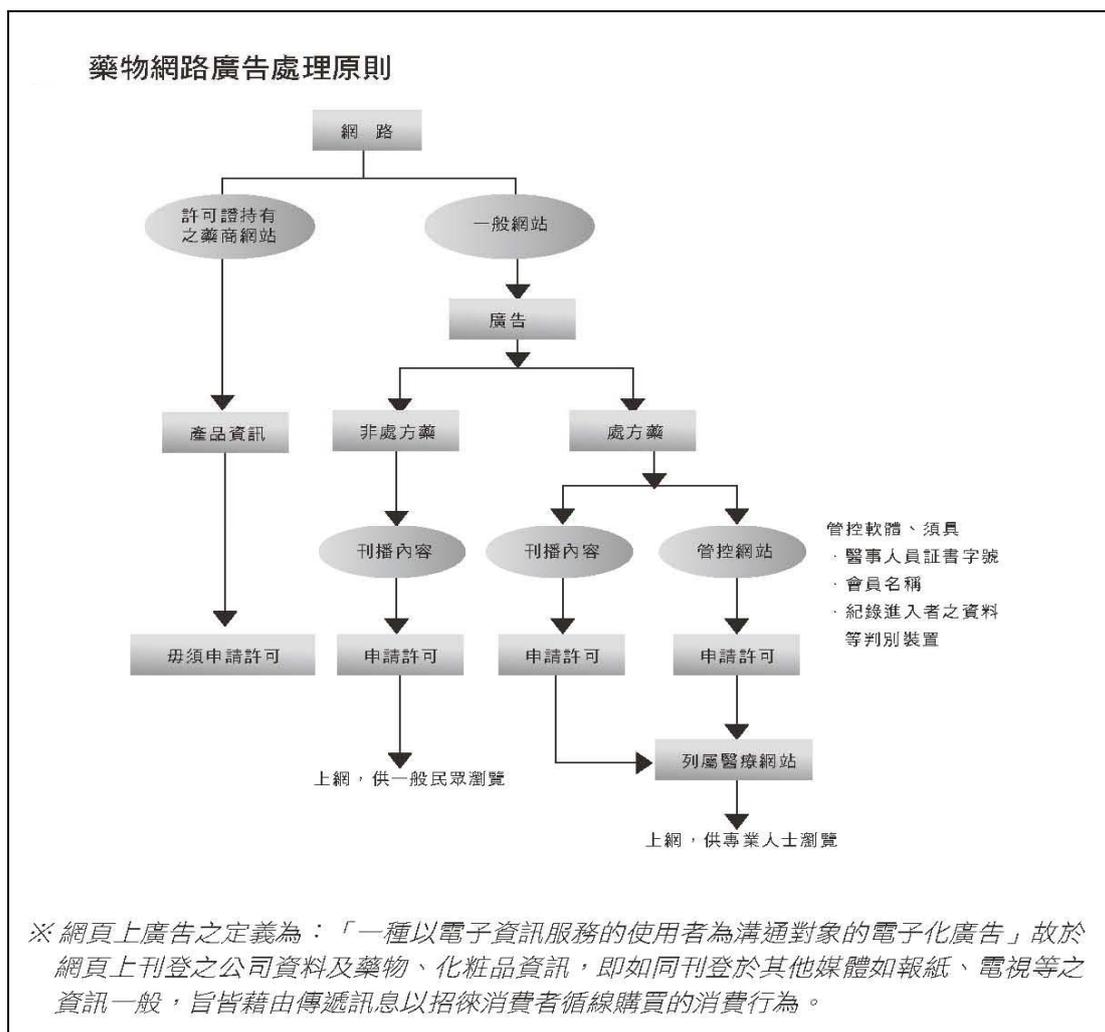
保護國民健康之責。只是，值得思考的是，這樣期待面面俱到的管理與規範，每年違反規定的藥品廣告案件仍非少數，而且廣告違規件數呈現有增無減的趨勢。這自然與藥品廣告「有效」，藥商刺激常民購買藥品行為後的「有利可圖」，甚至可獲取銷售上的暴利（參本論文頁 12 所整理），是以，藥商在從事廣告前願意忍受法規範的不便，乃至以「上有政策、下有對策」，或利用法規範「掛萬漏一」可能產生的盲點，仍要將自己的藥品推上廣告曝光的作為便可理解。

在實務上，各藥品廣告的主管機關對於申請中藥或西藥的藥商均列有「申請事項」以及廣告申請的「處理原則」，這些原則係針對不同媒體的刊播方式而給予不同的處理流程，以媒體載具中最複雜的「網路媒體」為例，從許可的藥商網站開始，到藥品本身的屬性（如處方藥或非處方藥），再到廣告內容的審理，各不同地方與中央主管機關的作業流程均一致，把關的過程亦甚為嚴謹，從【表八】的整理便可見一斑。

---

規廣告，應不予受理。(3) 食品與藥品最大區別，於前者不具治療效能。因此，食品廣告內容，自不得涉及醫療效能之圖文言詞，例如「增強性機能」、「治療性無能」、「增高」、「減肥」、「治療癌症、糖尿病、高血壓」等。如有上述疑義者，建請不予受理。(4) 依藥事法規定，傳播業者不得刊播未經中央或直轄市衛生主管機關核准之藥物廣告，違反規定者，處新臺幣 20 萬元以上 500 萬元以下罰鍰。(5) 委刊之廣告內容(包括文字、畫面、言詞)是否為省(市)衛生主管機關修正後之原稿?請廠商出示原稿，並予以核對內容。(6) 委刊之廣告內容應將廠商名稱、產品許可證字號、廣告核准字號一併刊載或宣播，但未有醫療或毒劇藥品之化粧品(一般化粧品)，則無許可證字號。

表八：藥品廣告內容申請處理原則－網路媒介



說明：本表八節錄自中央主管機關行政院衛生署食品藥物管理局「藥品廣告法令及審查原則」頁六之部分內容。其餘主管機關審查原則均同此表內容。

這些行政命令主要規範的法源依據來自《藥事法》第 2、24、65、66、67、68、69、70、91、92、95、96、96-1、100 與 101 條；以及《藥事法施行細則》的第 44、45、46、47、48 和 49 條（參附件三）。主管機關所為之函示、處理原則或處罰原則等雖是低於法律層次的命令，屬法位階最低，但實質上對藥商申請廣告刊播時的影響最大。其中除了規定應填事項「申請表」（如附件四）必須完成外，尚須遵守包括「藥物不適當之共通性廣告詞句」（如【表九】）與「中西藥不適當之廣告詞語」之注意事項（如【表十】與【表十一】所整理），藥商才可以獲得合法的藥品廣告字號。

表九：藥物廣告內容審查之不適當廣告詞句共通性限制表

綜合性誇大的圖文語詞	
※ 誇張藥物安全性	完全無副作用、人畜無害、安全使用（安全可以保證、（最）安全、（絕）對無副作用、無過敏性及毒性、徹底安全、安心的交給……）
※ 誇張藥物效能	根治、完全預防、徹底消除（最佳、效果真好、根本治療、唯一、最理想的、更（最）佳、獨創（特）的、最常用、最適用於此、首創唯一、世界風行、風行全球）
※ 誇張藥物效力快速	三分鐘奏效、立即見效、藥到病除（迅速、非常（特別）有效、特效、速效、幾分鐘OK、瞬間（馬上）舒解）
※ 誇張藥物製法	最高技術、最進步製法、最新科學（經特殊科技）
※ 保證藥物效能	可具保單、無效退款、效果絕對保證（百分之百、比一般傳統的○○更優異）
※ 假借他人名義為宣傳者	（是醫師推薦的）
※ 藉採訪或報導為宣傳	（根據報導發現……）
※ 利用書刊資料保證其效能、性能	（經學者多方研究，並經證明以動物實驗研究，確認有……）
※ 故作危言列舉病名、症狀或以痛苦不堪之情態而使視聽者精神不安或發生恐怖	你有這種現象嗎？你有某種病 某病不服某種藥之嚴重後果 發生某種可怕之情形或死亡
※ 列舉某種人為對象或列舉某種情形或環境下服用其藥物	駕駛汽車者、讀書考試者 勞動工作者、熬夜加班者、生活在緊張社會裡 必能金榜題名、產生活力
※ 引誘一般健康者服用或哄騙人長期連續服用其藥物者	
※ 高聲呼喊藥物名稱、病名或連續叫賣，而擾亂安寧或使人有精神威脅之感覺者	

※ 藥物、化粧品廣告所用之文字圖畫，應以衛生主管機關所核定之許可證、備查文件、標籤、仿單所載內容為限。  
 ※ 以上表列之“不適當之廣告詞句”僅供參考，各種廣告詞句仍以衛生機關審核者為準。

說明：本表九節錄自中央主管機關行政院衛生署食品藥物管理局「藥品廣告法令及審查原則」頁二十三至二十四之部分。其餘主管機關審查原則均同此表內容。

仔細分析這些藥商從事廣告時所必須注意的「廣告詞句」限制事項發現，

對於藥品的「誇大」性廣告用語是主管機關介入的首要，這當然與藥品本身具有的風險性問題有關，倘再允許以誇大的方式宣稱藥品療效，在用藥安全上勢必會產生更大的問題，因此這樣的介入當然有理。再深入針對中、西藥廣告內容限制的整理來看，西藥類廣告內容限制最多的藥品類別正好與本論文前面整理的幾項廣告核定通過量較高的藥品吻合，像是「保健藥品」、「感冒藥」、「腸胃藥」等，都是占核定通過西藥廣告總量較高的藥品（每年大約均超過 200 件以上）；中藥類廣告則以內容中含有「無副作用、無病可補身、治標也治本」等訴求的藥品加以限制。透視主管機關基於保護民眾免於廣告所帶來的用藥安全之虞，所採取的手段不外乎係以列舉「不適當」的廣告詞句作為限制對象，亦不能謂之有所違誤。只是，可進一步思考的是，這些「限制」固然立意良善，也確實對民眾與廣告之間的關係有了某種健康平衡關係（至少是可以為民眾接觸廣告開始，到實際購藥的過程中給予一種「保護」的介入），但實際上這些列舉項目能夠對實際廣告的內容產生影響性卻不高。從傳播的文本開放性、文字用語的多樣性、乃至符號學點出意義在不同情境下的詮釋性等，都會促使這些列舉變得只剩下「徒具形式」。換句話說，藥商當然可以透過不同的文字轉換、意義詮釋、符號替代等種種的方式，達到所要達到的廣告效果。

舉個最簡單的例子來說，在綜合維他命類的廣告詞句限制中「防止老化」為首要內容，但縱使該類藥品廣告詞句中未出現這四個字樣，廣告中再現的每個代言人、出現的情境必然會找看起來「年輕」的人作為廣告的符碼，在法律規定上自然不能將這樣的內容認定為下列所舉之「不適當詞句」。其他的詞句限制也會面臨相同的狀況。

透過實務上的深度訪談（訪談問題 8 與 9），上述情形確實存在。針對審核中西藥品廣告內容用語的部分，承辦業務的審核者首先均會依據「彙編」既有的規定加以審定，遇有疑義或爭議的廣告內容時，通常會尋求其他主管機關的審核狀況提供彼此參考，一般字面上若無違反彙編所示之詞句者，各主管機關通常會予以放行。易言之，只要藥商配合規定，避免這些不適當廣告詞句，主關機關亦不會刁難。而從【表十】與【表十一】的整理來看，中、西藥的廣告訴求通常不太一樣，廣告詞句用語的限制也不盡相同，訪談過程中主關機關審核中藥廣告的

人員亦指出，中藥商通常會埋怨該規定都以西藥的標準來核定中藥的內容<sup>76</sup>。但不管中西藥廣告所限制的廣告詞句為何，林林總總的條列式廣告用語限制所能發揮為人民「維護健康」的把關終究仍然有限，主管機關「聊勝於無」的管理方式固然不能說不對或不好，可是「掛萬漏一」式的樣貌在藥品廣告規範中卻是值得深思。這終究須回歸到本論文的主張，具有健康素養的閱聽人，面對這些用語當然會意識到廣告中的不適當內容再現，與現實情境必定有所差異，閱聽人在被藥品廣告說服前若能有所「反思」(reflex)的這個步驟，相信會比主管機關設定再多的詞語限制來得有意義。所以，思考這個問題的重點便在於如何使閱聽人在接收藥品廣告訊息時，也同時也能具備解讀藥品廣告的識讀能力，這會比思考列入更多的廣告詞句限制來得有建設性。

表十：西藥廣告之不適當廣告詞句整理表

可能用於之藥品類別	不 適 當 之 詞 句 列 舉
綜合維他命類	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎防止老化。</li> <li>◎針對生活緊張、用腦過度、耳鳴、腦神經衰弱、記憶力減退、思考力不集中、增進身體抵抗力、清除血脂肪、清新腦細胞、發育不良、幫助增強記憶力、避免體質虛弱</li> <li>◎不選擇○○○，選擇什麼？比一般健康食品更好</li> <li>◎當成零食最適當不過了</li> <li>◎○○○最奧妙之處在於它添加了……</li> <li>◎對情緒不寧、神經症、老年痴呆症有相當效果</li> <li>◎能活化及平衡荷爾蒙之分泌、調整體質、恢復年輕色</li> </ul>

<sup>76</sup> 有關此部分藥品廣告深度訪談內容，各主管機關大致有所點出。其中掌管中藥部分的中醫藥委員會主管機關資深公務員林海南先生更具體指出這個現象背後的邏輯問題，依據對他的深度訪談內容整理後發現，整部《藥事法》均是以西醫藥的觀點為核心，並非從中醫藥理論出發。包括醫藥分業的問題不同、中西藥治療邏輯不一的問題等，這牽涉到更大的結構性命題。此雖非本論文所欲處理的焦點，但從訪談過程中亦可看出台灣目前的中西醫藥的權力關係中，西醫藥又比中醫藥更具權力。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙你覺得體力衰退嗎？促使身體組織代謝圓滑</li> <li>⊙舒緩精神緊張、讓你的體力源源不絕</li> </ul>
鋅製劑	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙增加生育能力、對陽萎、性機能減退等現象具有改善效果</li> <li>⊙創造好的夫妻生活及幸福的人生</li> </ul>
保肝劑	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙預防肝臟疾病</li> <li>⊙肝臟發生障礙，將引起宿醉、肩痠、頭痛</li> </ul>
胃腸藥	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙長壽的優良夥伴</li> <li>⊙接近天然的藥物，沒有一般藥品有各種副作用的缺點</li> <li>⊙有許多愛好者年長飲用、緊張、壓力、焦慮</li> </ul>
感冒藥（液）	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙效果真好、馬上服用○○○、感冒了別擔心</li> <li>⊙好喝、用喝的直接吸收</li> <li>⊙難怪他的感冒總比別人好的快、係採用○○配方特別有效</li> </ul>
眼藥水	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙讓眼睛會金、會明</li> </ul>
消毒藥水	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙不刺激皮膚、洗去生活中的細菌隱憂</li> <li>⊙細菌中時常蘊含有毒的物質</li> </ul>
脫毛軟膏	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙擁有光滑的曲線、讓男人服服貼貼</li> <li>⊙保證立即除毛、快速除毛不傷皮膚</li> </ul>
藥膏類	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙世界風行小偏方，○○○藥膏有效</li> <li>⊙數種名貴藥材、不傷皮膚、滲透力強</li> <li>⊙癒合傷口最佳拍擋、採用特殊基劑最易吸收</li> <li>⊙○○○的新剋星、最新基劑極具療效、迅速活血</li> <li>⊙連根去除……、是一般化粧品無法做到的</li> <li>⊙近年市面仿冒品甚多、美國第一品牌的○○○</li> </ul>
限於學術性醫藥刊物刊登廣告之處方藥品	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙讓你全家隨時隨地一擦見效</li> <li>⊙副作用通常可控制，且可自然回復到正常狀況</li> <li>⊙副作用可經由運動而降低</li> <li>⊙讓每一次的療程無懈可擊</li> <li>⊙超越抗生素的抗菌劑</li> </ul>
藥用洗髮劑	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊙全世界用透透，還是○○○治療你的頭皮屑</li> <li>⊙頭皮屑的休止符、用遍全世界</li> <li>⊙新一代的處方</li> </ul>

說明：本表十節錄整理自中央主管機關行政院衛生署食品藥物管理局「藥物化粧品廣告法令解釋彙編」頁二十至二十二之內容。其餘主管機關審查原則均同此表內容。

表十一：中藥廣告之不適當廣告詞句整理表

可能用於之藥品類別	不 適 當 之 詞 句 列 舉
減肥類	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎減肥、消除贅肉</li> <li>◎能自然抑制食慾、分解體內多餘脂肪、排泄油膩</li> <li>◎促進膽汁分泌，能分解體內食物脂肪</li> <li>◎脂肪過多（虛胖）、脂肪油過多、消化脂肪</li> <li>◎無副作用、沒習慣性、安全有保障</li> </ul>
通乳類	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎改善體質、促進內分泌正常、使乳腺發達</li> <li>◎增加乳房細胞活化、乳房發達保健</li> <li>◎改善婦乳腺萎縮、乳房鬆弛</li> </ul>
藥酒類	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎歹酒會傷害（壞酒喝到腹內會傷害）</li> <li>◎那一款藥酒喝了才安心</li> <li>◎愈喝人愈勇健、勇壯、日也拼、暝也拼，仍如鋼鐵一般硬</li> <li>◎男的補酒、神氣堅強，強強滾</li> <li>◎無病保養身體</li> <li>◎忠於原味</li> </ul>
消渴類	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎使糖尿病恢復正常、使血糖降低</li> <li>◎預防糖尿病、治好糖尿病</li> <li>◎標本兼治</li> <li>◎消渴症（似西藥糖尿病）</li> </ul>
治尿失禁成藥	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎解除膀胱的困難，可使膀胱收縮自如</li> <li>◎女性朋友由於尿道較男士為短，經常忍受長期的尿漲</li> <li>◎讓體內水份運用化氣鎖精氣、顧源頭</li> <li>◎這種多尿症會引起元氣的流失</li> </ul>
咳嗽藥	<ul style="list-style-type: none"> <li>◎久久咳嗽</li> </ul>

說明：本表十一節錄整理自中央主管機關行政院衛生署中醫藥委員會「中藥管理法規彙編」頁一九五之內容。其餘主管機關審查原則均同此表內容。

## 2. 藥品廣告發生之案例分析

根據藥品廣告的主要法源依據《藥事法》與《藥事法施行細則》修法過程可發現，二法規在民國 89 年修法時同時對藥品廣告的規定有所修訂<sup>77</sup>，因此本論文以此期限前後作為選定分析所發生案例的標準，並經由法學相關資料庫檢索得出與「藥品廣告」有關的實際案例共有 133 件<sup>78</sup>。

仔細分析這些案件可以發現，與「藥品廣告」有關所涉及的法律層面甚廣，單從已發生的裁決與判決書中便可得知是項議題所涉及的法律及範圍，不但與主管機關管理上可能引發的行政訴訟有關<sup>79</sup>，連一般民、刑事的訴訟也有牽連<sup>80</sup>（如

<sup>77</sup> 與藥品廣告最直接相關的法源《藥事法》於中華民國 89 年 4 月 26 日總統（89）華總一義字第 8900105220 號令修正公布第 66 條條文；同年 1 月 21 日《藥事法施行細則》亦以行政院衛生署（89）衛署藥字第 89000346 號令修正發布第 44 條條文，該二法規內容均與藥品廣告的規範直接相關。

<sup>78</sup> 此係經由司法院法律資料庫與相關法學資料庫交叉檢索，並鎖定以民國 87 年 1 月起至 101 年 3 月止所有發生與「藥品廣告」有關案例（判決或裁決）即得出 133 件原始資料。此外，必須說明的是，歷年來與「藥品廣告」有關所發生的訴願案，共有 1543 件，其中直接涉及《藥事法》的規定共有 391 案件。本論文將 391 案件類型整理、分類，發現並未超越【表十二】至【表十五】所整理之範圍，因此正文中省略此 391 件訴願案之內容。

<sup>79</sup> 與行政訴訟有關的判決，而未涉及《藥事法》的案件總共有 30 案例：涉及「**公平交易法**」11 判決（最高行政法院 100 判 2181 號、92 判 1336 號；台北高等行政法院 98 訴 2291 號、98 訴 2110 號、98 訴 2028 號、98 訴 1920 號、98 訴 1883 號、98 訴 1735 號、92 訴更一 118 號、90 訴 4423 號、89 訴 956 號）；涉及「**有線電視法**」4 判決（最高行政法院 90 判 1819 號、89 判 982 號、87 判 876 號、87 判 876 號）；涉及「**廣播電視法**」3 判決（台北高等行政法院 99 簡 4 號、96 訴 2921 號、98 簡 125 號）；涉及「**營業稅法**」4 判決（最高行政法院 96 裁 148 號、94 判 2054 號；台中高等行政法院 95 再 5 號、91 訴 107 號）；涉及「**食品衛生管理法**」3 判決（台北高等行政法院 95 簡 336 號；高雄高等行政法院 100 簡 73 號、95 簡 137 號）；涉及「**醫療法**」1 判決（台北高等行政法院 99 簡 755 號）；涉及「**醫師法**」1 判決（台北高等行政法院 97 訴 573 號）；涉及「**臺灣地區與大陸地區人民關係條例**」1 判決（台北高等行政法院 100 訴 1026 號）；涉及「**註冊商標**」1 判決（智慧財產法院 100 行商訴 153 號）；以及公務員懲戒委員會裁定之議

【表十二】。而與本論文命題直接相關（即因違反《藥事法》中的藥品廣告規定）的判決統計後共有 36 件，本論文整理（參【表十三】）與分析如下。

表十二：藥品廣告發生判決總體整理表

最高法院審級／→與《藥事法》直接相關之案例		
最高法院刑事（2 件）	→1 件	
高等法院審級／→與《藥事法》直接相關之案例		
高等法院刑事（6 件）	→1 件	高等法院民事（3 件）

決書 1 件（公懲會 92 鑑 10079 號）等。

<sup>80</sup> 透過已發生的案例整理與分類發現與「藥品廣告」有關的「民事訴訟」12 案例共涉及以下內容：「**侵權行為損害賠償**」7 判決（高等法院 95 上 906 號；高等法院台南分院 100 上 204 號；台北地院 96 訴 7318 號、96 訴 7316 號、94 訴 5104 號、93 訴 2351 號；台南地院 99 訴 1558 號；智財法院 98 民專上 57 號）；「**損害賠償**」2 判決（高等法院 94 上 631 號；台北地院 95 智 126 號）；「**解除契約**」1 判決（高等法院 95 上 845 號）；以及「**返還溢收款**」2 判決（高等法院台中分院 96 上易 240 號；以及台中地院 96 訴 291 號）。「**刑事訴訟**」54 案例中涉及的內容為：「**違反電信法**」32 判決（高等法院 98 上易 2478 號、98 上易 2468 號、95 上易 2361 號；高等法院台南分院 90 上易 1735 號；高等法院高雄分院 100 上易 609 號、95 上易 829 號、91 上易 1388 號；新竹地院 98 審易 335 號、98 審易 205 號、95 竹簡 986 號、91 易 892 號、89 易 1072 號、89 易 1072 號；台南地院 91 南簡上 146 號、90 易 312 號；高雄地院 96 易 2324 號、95 簡 7294 號、95 訴 1267 號、95 訴 1267 號、95 易 1279 號、95 簡上 432 號、95 簡上 137 號、93 訴 63 號、92 簡上 312 號、91 易 3853 號、91 易 2535 號、90 易 4386 號、90 簡上 107 號、89 易 4064 號；屏東地院 98 簡 2006 號、96 簡上 259 號、95 簡上 41 號）；「**詐欺罪**」8 判決（高等法院 99 上訴 3669 號；高等法院台中分院 99 上更(一)106 號；台北地院 100 審易緝 7 號、98 訴緝 222 號；板橋地院 96 矚重訴 4 號、96 簡 8415 號；雲林地院 100 易 399 號、100 易 232 號）；「**偽造文書罪**」4 判決（高等法院 98 上訴 2750 號；高等法院台中分院 90 上訴 1730 號；高等法院高雄分院 90 上易 1457 號；台北地院 97 訴 157 號）；「**恐嚇取財罪**」2 判決（高等法院台南分院 99 上易 255 號；嘉義地院 98 易 343 號）；「**違反醫師法**」2 判決（台東地院 90 易 74 號、90 易 73 號）；「**誣告罪**」2 判決（高等法院台中分院 93 上訴 85 號；台中地院 90 自 692 號）；「**妨害名譽罪**」1 判決（台南地院 99 簡上 429 號）；「**違反健康食品管理法**」1 判決（板橋地院 99 易 2709 號）；以及二個相對上比較無關的「**違反盜匪等罪**」1 判決（最高法院 90 台上 3425 號）與「**觀察勒戒**」1 判決（高等法院台南分院 89 毒抗 137 號）等。一般民、刑事判決總共 66 案例。

高等法院臺中分院刑事（3 件）	高等法院臺中分院民事（1 件）
高等法院臺南分院刑事（4 件）→1 件	高等法院臺南分院民事（1 件）
高等法院高雄分院刑事（5 件）→1 件	
<b>地方法院審級／→與《藥事法》直接相關之案例</b>	
台北地方法院刑事（3 件）	台北地方法院民事（5 件）
板橋地方法院刑事（3 件）	臺中地方法院民事（1 件）
新竹地方法院刑事（6 件）	臺南地方法院民事（1 件）
臺中地方法院刑事（1 件）	
雲林地方法院刑事（2 件）	
嘉義地方法院刑事（1 件）	
臺南地方法院刑事（3 件）	
高雄地方法院刑事（16 件）→2 件	
臺東地方法院刑事（2 件）	
屏東地方法院刑事（3 件）	
<b>行政法院、專業法院及其他／→與《藥事法》直接相關之案例</b>	
最高行政法院（13 件）→5 件	
台北高等行政法院（33 件）→17 件	
台中高等行政法院（4 件）→2 件	
高雄高等行政法院（8 件）→6 件	
智慧財產法院行政（1 件）	智慧財產法院民事（1 件）
公務員懲戒委員會（1 件）	

說明：表中箭頭後所指件數代表違反《藥事法》規定直接相關案件。本表十二由作者自行整理與製作。

**表十三：藥品廣告違反《藥事法》發生判決整理表**

<b>涉及「刑事」之判決：共 6 案例／違法原因</b>
最高法院刑事判決：87 年度台上字第 1316 號（87.4.9）／偽藥問題
高等法院刑事判決：95 年度上訴字第 4372 號（96.1.31）／偽藥問題
高等法院臺南分院刑事判決：90 年度上訴字第 1141 號（91.10.23）／偽藥問題
高等法院高雄分院刑事判決：95 年度上訴字第 966 號（96.2.6）／偽藥問題
高雄地方法院刑事判決：93 年度訴字第 2727 號（95.2.22）／偽藥問題（上訴）
高雄地方法院刑事判決：92 年度訴字第 1785 號（92.8.29）／偽藥問題
<b>涉及「行政」之判決：共 30 案例／違法原因</b>
最高行政法院判決：101 年度判字第 202 號（101.2.23）／廣告內容與核定不符
最高行政法院裁定：99 年度裁字第 2025 號（99.9.2）／非藥商為藥品廣告
最高行政法院裁定：96 年度裁字第 1929 號（96.8.23）／傳播業者刊播未准藥

最高行政法院判決：88 年度判字第 305 號（88.2.11）／廣告詞句與核定不符
最高行政法院判決：88 年度判字第 14 號（88.1.14）／廣告內容與核定不符
台北高等行政法院判決：100 年度簡字第 742 號（100.12.30）／傳播業者刊播未准藥
台北高等行政法院判決：100 年度簡字第 705 號（100.12.30）／傳播業者刊播未准藥
台北高等行政法院判決：100 年度簡字第 339 號（100.08.26）／傳播業者刊播未准藥
台北高等行政法院判決：100 年度簡字第 305 號（100.07.08）／傳播業者刊播未准藥
台北高等行政法院判決：100 年度簡字第 125 號（100.04.29）／ <b>上訴 101 判 202</b>
台北高等行政法院判決：97 年度簡字第 390 號（97.10.15）／非藥商為藥品廣告
台北高等行政法院判決：95 年度簡字第 962 號（96.04.04）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：96 年度簡字第 21 號（96.03.01）／廣告內容與核定不符
台北高等行政法院判決：95 年度簡字第 374 號（95.11.30）／非藥商為藥品廣告
台北高等行政法院裁定：95 年度訴字第 3365 號（95.11.20）／ <b>上訴 96 判 1929</b>
台北高等行政法院判決：95 年度簡字第 328 號（95.07.28）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：93 年度簡字第 1042 號（94.12.22）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：93 年度簡字第 941 號（94.10.18）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：93 年度簡字第 1255 號（94.03.31）／非藥商為藥品廣告
台北高等行政法院判決：92 年度訴字第 5008 號（93.09.22）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：92 年度簡字第 591 號（92.09.12）／廣告內容未核准
台北高等行政法院判決：92 年度簡字第 592 號（92.09.10）／廣告內容未核准
台中高等行政法院判決：100 年度簡字第 92 號（100.08.04）／廣告內容與核定不符
台中高等行政法院判決：100 年度訴字第 56 號（100.06.02）／廣告內容未核准
高雄高等行政法院判決：101 年度簡字第 44 號（101.03.30）／廣告內容與核定不符
高雄高等行政法院判決：100 年度簡字第 40 號（100.04.25）／傳播業者刊播未准藥
高雄高等行政法院判決：99 年度簡字第 107 號（99.06.14）／ <b>上訴 99 裁 2025</b>
高雄高等行政法院判決：98 年度簡字第 142 號（98.09.04）／廣告內容與核定不符
高雄高等行政法院判決：98 年度訴字第 80 號（98.05.27）／廣告內容與核定不符
高雄高等行政法院判決：92 年度簡字第 278 號（92.12.31）／廣告內容未核准

整理說明：「判決」與「裁定」均法院針對案件所為之意思表示，二者均屬於裁判之一種，其區別大致如下：所謂「**判決**」係指案件經辯論終結後，法院所為之意思表示，屬裁判之一種形式。應由法院判決者，以法律有明文規定者為限，通常以經當事人言詞辯論為原則，不經言詞辯論為例外，對判決不服者，可提起上訴，上訴原則上有兩次的救濟機會，也就是二審及三審。所謂「**裁定**」亦為裁判之一種，裁定通常依據當事人之書面聲請，故原則上不必經言詞辯論。對裁定不服，其由法院裁定者，可向原審法院提起抗告，抗告原則上是以一次為限，除非有特別規定否則不能提再抗告；若其裁定係由審判長、受命法官或受託法官裁定者，則可向法院聲明異議、請求撤銷或變更原裁定之處分。本表十三由作者自行整理與製作。

在 133 件與藥品廣告有關的判決或裁決中，有 36 件直接涉及本論文所討論的命題。其中有關「刑事」案件的判決，全部與「偽藥」問題有關，共有 6 件判決；但因高雄地院 95 年 2 月 22 日所為之判決「93 年度訴字第 2727 號」與 96 年 2 月 26 日高院高雄分院所為判決「95 年度上訴字第 966 號」係屬同一上訴案件，因此涉及《藥事法》中與藥品廣告有關的刑事案件實際應該只有 5 件案例。

仔細分析這 5 件刑事案件，所違反《藥事法》的規定大致以：第 20 條（偽藥之定義）、第 46 條（藥物之許可）、第 75 條（藥物標籤、仿單或包裝之規定）、第 82 條（製造或輸入偽藥或禁藥之刑責）、第 83 條（販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列偽藥或禁藥之刑責）與第 86 條（善用或冒用藥物之刑責）等 6 條內容為主。此 5 件實際案例中，雖似與「藥品廣告」沒有直接的關聯性，所發生的事實也不是只因為從事藥品廣告的行為而觸法，其主要案由肇因於違法者（被告）以製造、輸入、抽換或摻雜而成之偽藥進行販售而吃上官司，並全被判刑有罪確立。這些刑事案例之所以與藥品廣告有關，其共通處在於全部都透過媒體廣告的方式將所擁有之偽藥進行推銷。這不但顯示了藥品透過廣告對藥品販售極具重要性之外，也間接說明了這些刑事案件與藥品廣告有著某種密切的關聯性。例如，「最高法院 87 年度台上字第 1316 號」案件，被告將自行所製之「鴻錦百嗽化痰藥」偽藥，以報紙（自立晚報）為廣告媒介；「高等法院 95 年度上訴字第 4372 號」案件，被告將自行輸入之「CIALIS（犀利士）、REDUCTIL（諾美婷）、VIAGAR（威而鋼）」偽藥，以網站（購買 Happy Go 網站權利，以電子信箱帳號、手機作為訂單交易，再以郵局快捷郵件交易）為廣告方式；「高院台南分院 90 年度上訴字第 1141 號」案件，被告將南都化學製藥公司的數種藥自行混製為「精王補力蒙」偽藥，透過報紙（台灣時報、民眾日報、中國時報、聯合報等）作為廣告的媒介；「高院高雄分院 95 年度上訴字第 966 號與高雄地院 93 年度訴字第 2727 號(同伴)」案件，被告將自行輸入之「VIAGAR（威而鋼）、CENTRUM（善存）」偽藥，以廣告傳單（在自家經營之見康藥局陳列、張貼、傳單宣傳）方式作為宣傳；「高雄地院 92 年度訴字第 1785 號」案件，被告將自製之「護目素膠囊」偽藥，以廣播（FM95.7 與 FM107.6）的方式進行推銷（整理如下【表十四】）。

表十四：歷年藥品廣告違反刑事規範案件之藥品與廣告媒體整理表

違反之案件	所製之偽藥	廣告之媒體
最高法院 87 台上 1316 號	鴻錦百嗽化痰藥	報紙
高等法院 95 上訴 4372 號	犀利士、諾美婷、威而鋼	網路
高院台南 90 上訴 1141 號	精王補力蒙	報紙
高院高雄 95 上訴 966 號	威而鋼、善存	店頭、傳單
高雄地院 92 訴字 1785 號	護目素膠囊	廣播

說明：本表十四由作者自行整理與製作。

按《藥事法》規範的精神看來，由政府介入對偽藥、劣藥與禁藥等查緝工作，或主管機關發動公權力以確保民眾藥品使用之安全，可謂符合《藥事法》立法目的，更是維護民眾健康權的落實；再者，要民眾自行判斷藥品之真偽、良劣、是否含有禁藥成分等專業的判斷，本身就有其困難度，因此這種「由上而下」的國家公權力的介入有其根據與必要。然若我們進一步考量，固然這樣的管理／制方式需要維持，但從已發生的 5 件判決中可發現，有 2 件成案係因當事人／民眾的檢舉而構成的案件，其餘 3 件則由主管機關稽查所得。這顯示了一個事實：倘民眾具備了高度的健康素養，對於任何藥品都可以先初步地判斷其來源、銷售方式的合理性，甚至具有主動查閱該藥品相關訊息等能力，這種成功賦權一般常民具備健康素養的結果必定可以大大減少偽藥、劣藥與禁藥的存在。換句話說，縱使由上而下地管理藥品或藥品廣告的重要性不可抹滅，但若我們的社會對於人民具備藥品與藥品廣告的健康素養極為重視，那麼這種由上而下的管理方式所耗費主管機關的人力、物力與財力的作法將能更有效、更精簡，重點是，會更有效果。因此，本論文大力推崇倡導健康素養以落實健康權的途徑，從實例中亦可看出成效的可能。

再深度整理與分析行政院所作出的 30 件判決與裁決（27 判決，3 裁決；其中有 3 件係屬上訴案件，因此實際上案件只有 27 件，如下【表十五】）更可以看出與藥品廣告有關的問題，若民眾已具備健康素養，不但被藥品傷害的機率大大降低，案例所形成的問題也就解決大半。

表十五：歷年藥品廣告違反行政規範案件整理表

違反之案件（簡稱）	違反之主要法條	處罰之對象
101 判字第 202 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：中藥行
99 裁字第 2025 號	《藥事法》第 65 條	非藥商：民俗團體
96 裁字第 1929 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：雜誌社
88 判字第 305 號	《藥事法》第 66 條第 1 項 <sup>修法前</sup>	藥商：中藥商
88 判字第 14 號	《藥事法》第 66 條第 1 項 <sup>修法前</sup>	藥商：中藥商
100 簡字第 742 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：電視
100 簡字第 705 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：電視
100 簡字第 339 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：電視
100 簡字第 305 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：電視
97 簡字第 390 號	《藥事法》第 65 條	非藥商：食品公司
95 簡字第 962 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
96 簡字第 21 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：西藥商
95 簡字第 374 號	《藥事法》第 65 條	非藥商：網站經營者
95 簡字第 328 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
93 簡字第 1042 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
93 簡字第 941 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
93 簡字第 1255 號	《藥事法》第 65 條	非藥商：青草行
92 訴字第 5008 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：中藥商
92 簡字第 591 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
92 簡字第 592 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
100 簡字第 92 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：西藥商
100 訴字第 56 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商
101 簡字第 44 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：中藥商
100 簡字第 40 號	《藥事法》第 66 條第 3 項	媒體：電視
98 簡字第 142 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：中藥商
98 訴字第 80 號	《藥事法》第 66 條第 2 項	藥商：中藥商
92 簡字第 278 號	《藥事法》第 66 條第 1 項	藥商：西藥商

說明：本表十五由作者自行整理與製作。

觀察過去以來此 27 件由主管機關所發動的行政處罰案例可得知，違反藥品廣告規範的主要法源依據大致以《藥事法》第 65 條與第 66 條這二法條規定為主。其中第 65 條規定的非藥商不得為藥品廣告的規定甚為清楚，立法精神亦可理

解。已發生的 4 件案例中，「民俗團體」藉由技藝表演並穿插廣告藥品與賣藥的行為，只要不符合藥商資格，主管機關與法院便認定違法；「食品公司」或「青草行」等所販售的物品亦不得逾越藥品相關規定（如「本草綱目」所載之中藥材即屬於中藥，便不得廣告；或者以「青草」聲稱具有療效等均屬違誤），否則其廣告行為亦屬違法；以及「網站經營者」、或時下流行的網路部落格所有人、任何藉由網路廣告的行為人、SOHO 族...等，只要不具有藥商身分，在網站上任何涉及有關藥品的廣告或銷售行為，主管機關與法院亦均採違法認定。這個部分係屬「身分」認定，在管理上比較沒有太多爭議，因此 4 件案例的原告（被處罰者）上訴均遭駁回，本論文對此規範與判決亦表贊同。

但若以實際違反《藥事法》第 66 條規定的 23 件案例深入探討，雖然全數的原告上訴一樣都遭到各高等行政法院與最高行政法院的駁回，仔細分析這些案件的違法內容，原告之訴似乎並非完全沒有理由，只是法院依據論法、引用條文與解釋最後還是形成了決定結果的「判決／裁決」，這是司法體系的必然，本論文無意於此爭辯；惟基於學理的討論，本論文認為仍應對這些判決／裁決提出更深層的辨證與看法。

根據《藥事法》第 66 條的 4 項規定，與藥品廣告有關的處罰的對象不外乎是「藥商」或者「傳播媒體業者」，此二對象因為是藥品廣告的「始作俑者」，自然成為當然的對象。現行法的 4 項規定中，對藥商從事廣告行為的規範係以藥品廣告的內容必須全數符合事前審查的機制，同時不得變更事前審查所核准的廣告內容（包括廣告所用的詞句等，第 1、2 項規定）方得為之；而對傳播媒體業者的規範係因媒體是藥品廣告行為的連帶關係者，對廣告內容即應負連帶之責（第 3、4 項規定）。從法條的內容不難嗅出此規範對傳播媒體業者的規範應比對藥商的規範要來得單純與明確，法條的適用亦相對較無爭議。從已發生的 6 件處罰媒體業者的判決中，所爭論點均是受刊播藥品廣告的媒體（原告）全部聲稱在接受藥品廣告的刊播時，業已盡查證之責、或是以查無相關該藥品審核資訊為理由，主張不應受罰而上訴。惟被告（主管機關）均以實際已可查詢的方式證明原告在查證上的疏失作為答辯理由，因此 6 實際案例最後均獲法院裁定媒體業者須負受託刊播藥品的查證責任並予以駁回上訴。此部分比對相關法條均有明文，加上深

入研究實務作法，各主管機關均在其網站上建置提供媒體對所託播各種藥品核可的查詢系統作為受託播與否的依據，因此，在管理上尚稱嚴謹，也理應較無問題。

但針對藥商從事藥品廣告的部分，深入分析這些藥品廣告管理規範的精神，無非係為防止民眾因聽信廣告而造成健康的損害，以確保一般民眾「用藥安全」，大法官釋字第 414 號解釋對此亦已有合憲解釋。然為確保維護國民健康這件事，前面分析的幾個部分爭議較少，但回歸藥品廣告的主角，「藥商」所從事的藥品廣告行為，法規將藥品廣告內容所有文字、圖畫或詞句均以「制式化」的方式加以管理，從傳播效果的角度來說，除了有「文本開放性」的問題、符號本身可替代性的問題、甚至是「何謂廣告」的問題等便會浮現，這些本論文在前面章節均有提及，若只靠法規即有可能會造成藥品廣告管理上的掛一漏萬現象，而且，從大法官釋字第 414 號解釋的最後一段理由書「...惟廣告係在提供資訊，而社會對商業訊息之自由流通亦有重大利益，故關於藥物廣告須先經核准之事項、內容及範圍等，應由主管機關衡酌規範之必要性，依比例原則隨時檢討修正，併此指明。」亦可看出大法官在授予主管機關管理藥品廣告的權限時，亦有擔心其權力過大的可能，因此提醒主管機關在發動權力時，應符合「比例原則」的裁量，大法官提醒的這個二難實務問題從具體的實際案例中確實也可以看得到。

從上述整理的 17 個案例類型中，有藥商針對《藥事法》第 66 條第 1 項規定質疑所謂的「廣告」認定應如何界定的問題，如「95 簡字第 962 號判決」原告（西藥商）即提出電子商務（網站）係屬銷售平台，消費者不進網站等同見不到產品，此係交易的必要，應非屬廣告的上訴理由；「95 簡字第 328 號判決」原告（西藥商）提出該產品係屬說明，並非廣告；「93 簡字第 1042 號」原告（西藥商）僅將進口藥品資訊放置自家網站，應屬藥品資訊宣導，非屬廣告；或像「93 簡字第 941 號」原告（西藥商）將研發新藥的結果以「提供資訊」的方式，非以達招徠銷售目的行為，自然不應列為廣告；「92 簡字第 591 號」、「92 簡字第 592 號」二件原告（西藥商）認為本身網站的訊息並無主動廣告性，純屬網路資料的提供；以及「92 簡字第 278 號」原告（西藥商）以傳單放置自家經營藥房內，並無廣告意圖，自應非屬廣告等種種主張，主管機關與法院在裁決上的處理過程，均以針對上述個案實際調查，並援引《藥事法施行細則》第 47 條規定輔證

上開案例係屬廣告無誤，同時以原告違反刊播藥品廣告之核准，判定原告敗訴。換句話說，這些案例的原告從訴願一路打到行政法院，顯示其對法規上所指的「廣告」為何，甚或諸多的「廣告限制」多有意見。雖主管機關在發動行政權時，業已考量個案是否合於廣告的狀態始為裁量權，也確實在過去的案例中，各裁罰機關均大獲全勝，然若我們以一個更大的格局來檢視這情狀，主關機關從發動行政懲罰開始到訴訟完結，其實耗費資源不算小；另一造原告亦所費不貲，更需要負擔敗訴的行政費用。本論文並無否定透過這樣的法規範以牽制藥品廣告氾濫的可能，然而，限制藥品廣告的主要目的係為維護國民健康，若能將這種代價所花費的資源轉到更實際、更有效地維護國民健康的身上，亦即讓藥品廣告的影響力因為常民健康素養的養成而降到最低風險，那麼這些訴訟案、以及過去十多年來所發生的 391 件與藥物廣告有關的訴願案（如註釋 80 所整理）應可省下更多的資源做更多事（例如將查緝工作的人力、物力等用於讓全民具有用藥知識，並能近用媒體參與問題藥品廣告的工作等）。這關鍵就在於主管機關的行政體系與立法體系是否願意將健康素養的養成概念用以替代純法律解決藥品廣告問題的思維。

另外因《藥事法》第 66 條第 2 項規定所發生的 6 件案例中，除了 2 件主要的爭論係在行政程序的問題，原告（均中藥商）對於廣告內容違反變更核准事項的規定並無異議（系爭為行政程序法第 235 條與 256 條問題，如「101 判字第 202 號」與「98 簡字第 142 號」）之外；其他 4 個案例，對於所刊播之藥品廣告在核准刊播期間不得變更主管機關所核定的廣告內容事項，正好顯示該法條規定可能引起的爭議問題所在。

「96 簡字第 21 號」案例係因原告（西藥商）提出在已核定的廣告內容刊載於報紙過程中，增加「免費體驗包送給您...」等字樣，原告認為該「增詞」並無違反第 66 條第 2 項的「變更」問題，更無違反《藥事法施行細則》第 47 條第 2 款「包裝換獎」、「獎勵」或「助長濫用藥物」的規定，藥商原意僅為提供消費者適用的選擇性空間，何來助長濫用藥物的主張；類似的案例「98 訴字第 80 號」也是原告新增「好禮大贈送，買 3 瓶鹿王加味還少丸贈送高級電風扇...」，原告認為該內容係屬回饋顧客的訊息，應與藥品廣告內容無涉。此 2 案經由主管機關實地考察與約談業者後認定均符合《藥事法》第 66 條第 2 項與《藥事法施行細

則》第 47 條第 2 款明文與揭示的精神，同時亦獲行政法院的認同。

「100 簡字第 92 號」與「101 簡字第 44 號」2 案係屬另一種形式廣告內容核定變更爭議的類型。所爭之中、西藥商（原告）均提出「倘廣告內容並未逸脫原本核准內容之意旨，自非與原本內容一字不差之必要」為主張，前案西藥商以為使廣告在廣播媒體上更口語化為由，必須變更所核定通過的詞句；後案中藥商則提出在電視廣告上的變更內容係引自醫學專家與中醫師的論述加以口語化而已，二者原告均聲稱未有逾越所核定的廣告內容。主管機關均針對此 2 案件一一比對廣告內容，並針對事實認定否定原告的推諉之詞，最終亦獲得行政法院的採信。

過去自《藥事法》修法後的十多年來，與藥品廣告有關核定內容「變更」的問題，除了上述案件外，在 391 件的訴願案中經整理竟有 121 件屬於此類型或類似案件<sup>81</sup>，不可謂不多。各主管機關的處理，均針對個案採取蒐證、約談、比對...等個案事實認定的方式再行裁量，其過程甚為嚴謹。因此各主管機關發動的案件，即使打到行政法院均能完全獲勝，亦顯示衛生主管機關的謹慎與慎重，這對「保護」民眾的健康來說，應該是一種福音，也是國家機器的美意。只是這種上對下的關懷，藥品廣告是否有因此減少？違規違法的案件是否因此更少？經過統計我們可以看出並沒有減少，只是違法的案件「型態」改變而已。這顯示了法條如何再嚴格、執法如何再細心、或者主管機關如何再負責任等，都猶如本論文前面已經提及，總有「掛萬漏一」的可能性，維護健康這件事情，最終的解套還是需要回歸民眾自身，國家機器可以把關的，就在「藥品本身」的「硬體」上；而「用藥過程」的「軟體」，實有必要讓民眾「自主」落實。藥品廣告，當時是「軟體」重於「硬體」的事情，這民眾具備應有的能力才是關鍵。

案件分析的最後 4 件，「88 判字第 305 號」與「88 判字第 14 號」同屬因藥商指陳所製播之廣告並非原告（西藥商）原意，乃廣告製作者擅自將內容更改，導致違反當時《藥事法》第 66 條第 1 項規定。該二案主張被認定太過牽強，同

---

<sup>81</sup> 此部分整理係由司法院法律資料庫與相關法學資料庫交叉檢索一一比對後，分類整理所得。

遭主管機關與法院駁回訴願、再訴願與行政訴訟。而「92 訴字第 5008 號」一案則屬於原告（中藥商）不服展延廣告案許可的行政處分問題；與「100 訴字第 56 號」係屬違法廣告的連續處罰問題等，所爭論點非在廣告內容的規範或爭議上，因此本論文未將整理至爭議類型中。

### 3. 小結：現行藥品廣告規範失靈與盲點之可能

在探討完實務上的案例後可以看得出來，對於藥品廣告的規範內容，從主管機關到司法系統的管理，不可謂不嚴謹，所形成的判決或裁決從法院闡述的裁判理由亦可洞視其法、理上根據的正當性，顯見國家機器對於藥品廣告的重視與慎重。這種對藥品廣告的規範力，在投入不算小的公資源現況下，台灣藥品廣告以「由上而下」的規範方式，細緻地出動各主管機關加以防範、取締、監控，甚至跨部會合作等措施打擊非法藥品廣告的機制，在在為了落實民眾健康而戰。

本小節所稱的「失靈」或「盲點」所指的自然不是政府的行政、司法系統介入藥品廣告後還有哪些需要再縝密的規範這個層次；其實，透過上述的案件整理與分析後，便不難發現藥品廣告觸法後的「後果」，通常規範藥品廣告的「威力」在整體行政、司法體系的合擊下（若又有立法配合），幾乎等同「無敵」。那照道理講，既然有問題的藥品廣告在這樣的體制下無所遁形，民眾該不會再被違法的藥品廣告宣傳、刺激等傳播效果，發生「為藥所害」的現象；或者，民眾應該也會因為這樣的規範方式而更健康，但實情顯然並非完全如此。從「舉輕明重」的角度來看便可明曉，一般合法的藥品廣告都可以影響台灣民眾不健康的用藥習慣，更何況是違反法規促進藥品消費的內容？是以，藥品廣告規範的方式，便應該從實際可落實民眾與藥品廣告之間的關聯性著手，進一步牽連出彼此的「健康關係」這樣的層次，取代長久以來以法規介入的途徑；換言之，用「健康素養」的概念，納入法規的範疇中，才能破解完全依照法規用以照顧民眾健康可能產生的失靈或盲點，也才有真正達到健康，實現健康權的可能。

解決藥品廣告的問題，無非為了國民的健康，從案例分析與規範型態分類已可顯示縱使法規在《藥事法》第 66 條著墨甚深以促成藥品廣告管理上的完整性；然就「整體觀」檢驗之，藥品廣告的管理與規範實應從不同層次著手，並從

規範者、受規範者，與實際使用者三端相互進出所在意的不同層次之間，才能獲得更臻完整的規範可能性，下小節本論文將近一步詮釋此部分。

## 四、小結：藥品廣告法規範新思維

### 1. 藥品廣告規範之沿革與演進

從藥品廣告規範的歷史脈絡來看，不難發現所規範的內容越來越朝向嚴格趨勢走向，也越是以「由上而下」管理上的完備性為方針。這種將「客體對象」圈定並特別規範限制正是傳統法學模式非常普遍的方法，亦可說是法規範的主流。藥品廣告規範的特別法開始於《藥物藥商管理法》（民國 59 年 8 月 17 日總統令制定公布全文 90 條），伊時明文載於「第 7 章：檢查抽驗及取締」的第 71 條「（第一項）藥商不得於報紙、刊物、傳單、廣播、電影、電視、幻燈片及其他工具或假借他人名義，登載或宣播藥品及醫療器材之左列各項廣告：一、使用文字、圖畫，與核准不符者。二、涉及猥褻，有傷風化者。三、暗示墮胎者。四、名稱、製法、效能或性能，虛偽誇張者。五、使用他人名義保證或暗示方法，使人誤解其效能或性能者。六、利用非學術性之資料或他人函件，以保證其效能或性能者。（第二項）藥商登載或宣播廣告時，應於事前將所有文字、畫面或言詞，申請省（市）衛生主管機關核准，並向傳播機構繳驗核准之證明文件。（第三項）違反第一項各款及第二項規定之一者，除依第八章之規定處罰外，其情節重大者，得撤銷其各該許可證。」，並以第 79 條為罰則，顯見早在 1970 年代台灣當局即已意識到藥品廣告管理的重要性，部分內容沿用至今仍具雛型。若深入條文檢視內容，可發現當時規範內容大致上乃以反映時下社會情境為主，後隨著時間演進可適用於一般刑法內容（如猥褻、風化之規定等）或其他特別法者（如傳播法規對傳播工具的新規定等）便將之修正，為後於民國 82 年 2 月 5 日修正的《藥事法》（總統（82）華總（一）義字第 0476 號令修正公布名稱及全文 106 條）定下基礎，也可以說是目前藥品廣告規範的現行法主要內容。

沿用了 23 年的規定，在 1993 年以《藥事法》的名稱作為命名與規範實益可看出修法者為展現法條本身規範的貼切性與特別性。修法後的藥品廣告規範隨

著時代與媒體環境的改變，以相當篇幅的條文來管理藥品廣告「第 7 章藥物廣告之管理」，並將第 91、92、95、96 條訂為罰則，顯見修法者對此議題的關心與決心。從對藥品廣告的身分限制開始（第 65 條「非藥商不得為藥物廣告。」），一直到刊播藥品廣告之核准規定（第 66 條「（第一項）藥商刊播藥物廣告時，應於刊播前將所有文字、圖畫或言詞，申請省（市）衛生主管機關核准，並向傳播業者送驗核准文件。（第二項）傳播業者不得刊播未經省（市）衛生主管機關核准之藥物廣告。」）、刊登藥品廣告之限制（第 67 條「須由醫師處方或經中央衛生主管機關公告指定之藥物，其廣告以登載於學術性醫療刊物為限。」）、藥品廣告之禁止（第 68 條「藥物廣告不得以左列方式為之：一、假借他人名義為宣傳者。二、利用書刊資料保證其效能或性能。三、藉採訪或報導為宣傳。四、以其他不正當方式為宣傳。」），再到對藥品療效標示或宣傳的限制（第 69 條「非本法所稱之藥物，不得為醫療效能之標示或宣傳。」與第 70 條「採訪、報導或宣傳，其內容暗示或影射醫療效能者，視為藥物廣告。」）等。

相較於 1970 年一開始對於藥品廣告的規範內容與完整性，此時藥品廣告的管理條文已具完整，雖然這些規定沿用至當前的現行法之前仍有二次的微修，如民國 89 年 4 月 26 日總統（89）華總一義字第 8900105220 號令修正公布的部分僅將第 66 條的主管機關的內容微調，其餘內容未有更動（將「省（市）衛生主管機關」改為「中央或直轄市衛生主管機關」）；或者民國 93 年 4 月 21 日總統華總一義字第 09300074821 號令再度修正公布的第 66 條新增第 2 項字樣「藥物廣告在核准登載、宣播期間不得變更原核准事項。」以及第 3 項「經廢止或限期修正而尚未修正」等文字，對整體規範的實質性影響不大；再者，此次修法所新增的第 66 條之 1 內容「（第一項）藥物廣告，經中央或直轄市衛生主管機關核准者，其有效期間為一年，自核發證明文件之日起算。期滿仍需繼續廣告者，得申請原核准之衛生主管機關核定展延之；每次展延之期間，不得超過一年。（第二項）前項有效期間，應記明於核准該廣告之證明文件。」都是比較偏重在藥品廣告的「程序規範」上，而不是在實質內容規範上的緊縮，因此這二次的修法幅度應屬小修。

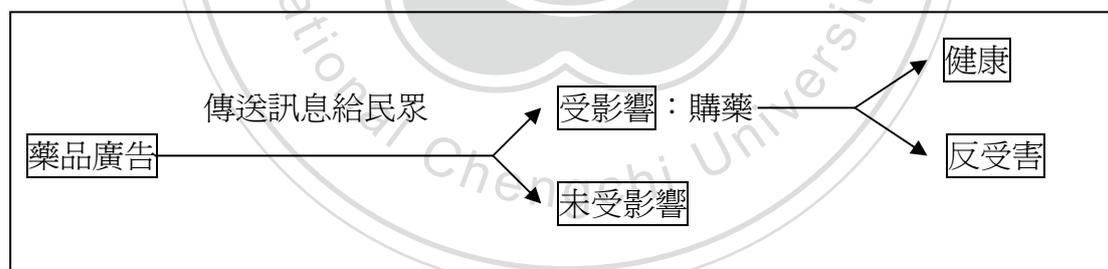
倒是最後一次的修法，民國 95 年 5 月 17 日總統華總一義字第 09500069811

號令修正公布的第 66 條規定（即現行法），則是統合了過去以來藥品廣告內在（即內容等）與外在（即身分、期限等）規範的整體修法，該 4 項規定可以說是將 2000 年與 2004 年尚有疏漏的規範一次修訂完成。整體而言，縱觀台灣藥品廣告規範的沿革與演進歷程，管理藥商從事藥品廣告的行為是越來越完整。

## 2. 藥品廣告規範之完整與想像

國家機器動用行政、立法與司法權將藥品廣告「由上而下」的管理方式，不外乎向民眾宣示說：由政府啟動的公權力可以保護這一切因藥品廣告所帶來的「不健康」風險可能性。此立意雖好，但從前面的論述脈絡下來，本論文即已不斷提示單靠政府的力量以去除因藥品廣告所帶來的健康風險其實是不夠的。我們可以從這樣的簡單邏輯再檢視一次：藥品透過廣告將訊息傳達給民眾；民眾可能被影響而購藥，或者無受到廣告影響（指未有直接購藥行為。但此仍有多種層次，如對藥品的認知、態度等影響性）；進一步，受到藥品廣告影響的民眾可能因此而換得健康，或者因相信廣告而造成用藥上的問題如下【圖十二】所示。

圖十二：藥品廣告與民眾用藥關係圖



說明：本圖十二由作者自行整理與製作。

順著這個邏輯更簡潔地來說，藥品廣告確實會為「某些民眾」造成不同層次影響性的用藥問題。不管這些「民眾」多或寡、「影響性」大或小，均與《藥事法》的立法精神與最終目標「零傷害」的健康期待有所差距。這樣說，只要有藥品廣告，就必然會有上述的問題，這是現行社會制度以及資本主義的基本狀態，沒有對或錯的問題。但值得我們反思的地方就在於，若運用 Neil Postman 的整體觀（ecology）概念檢視藥品廣告的必然，法規範的立法精神與規範力或許

可以從另一角度貫徹，就可獲得「宿命」的「救贖」。

傳統法學主流係以對「法律」介入各種議題的強制性、權威性與主控性視為必要，這樣的現況卻是常常造成法律到最後反而只陷入精英、家戶長心態、或維護既有利益以達穩定秩序等窘況，而藥品廣告的規範很有可能就是這樣的「窘況」。簡單以「社經地位」為例，君不見會受到藥品廣告影響的「社會階級」不管從文獻、或是本論文前面討論的內容中均可清楚看出係以「中下階級」為主，但這些人不正是法律最需要保護的一群？而藥品廣告的法規從過去至今業已越來越嚴、越來越緊地保護人民，照此邏輯看來，被保護的人民應該不分階級也會越來越受保護才對，可是事實上我們發現已被保護者（如中上階級）越受到保護，受到保護較弱者仍維持弱勢保護的負向循環，這就是本論文一直點出的法規「盲點」。什麼意思？為什麼會這樣？因為常民對藥品廣告的識讀能力高低，就是決定性的關鍵，而「社經地位」通常是二者的「中介變相」。本論文之所以一再重述「健康素養」的重要性，正是期待透過這樣的不同觀點可以帶動為真正受到藥品廣告影響或可受其害的「潛在常民」提供保護，也就是上面所提及的如何為所謂的「中下階級」民眾以法律介入的方式，讓最需要被保護的人受到法規真正的保護。可以這樣說，越屬於中下階級的民眾對於解構藥品廣告的能力越低，被廣告影響的力道就越強；相反地，中上階級的民眾被廣告影響力則越低，受到法規的保護自然就越大。

而法規再怎麼嚴格介入，也很難翻轉這種局勢；除非可以用一種新的思維，將賦權常民健康素養的概念納入法規範中，並將其視為必要確切落實，尤其是對「相對需求者」（或可稱相對弱勢的常民）建置必要的服務，那麼藥品廣告的法規範在這樣的邏輯下才有真實達到正義的可能，健康權當然也就可以因此完整落實。這是不是紙上談兵？或是只是遙不可及的理想論述？本論文最後一章的結論將會對此提出見解與可行方案，但在此要先提出的論證是如何為相對需求者提出所謂的「必要的服務」？從本章前面對藥品廣告的實證整理大致可以發現，不同「藥類」的「消費者」均可透過調查瞭解其背景後（好比，「藥酒」這類的藥品主要消費者係以勞動者為主；「感冒糖漿」也有其主要族群消費者；幾乎每種藥品均有其不同的「消費者特質」），給予不同的藥品廣告規定（這應該比原來的「統

一詞句」規定來得有意義)；同時，各主管機關能建置主動提供「賦權健康素養」的訊息系統，依照該藥類常民消費的實況，有效提供藥品使用的健康訊息，以提供該藥類消費者與藥品廣告訊息的即時、有效地對話。

這樣的思維正是呼應民眾與藥品廣告之間的「健康關係」，係透過法規範層次與健康素養層次的相互為主體關聯，進以促成本論文所探討的「健康權」具體落實與實在作為，而這也是整體藥品廣告生態學的觀點與本論文重新詮釋的新論點。



## 第五章 藥品廣告規範之政治經濟學

透過上一章節對藥品廣告的社會現實與實證分析後，本章所要討論的部分係著重於藥品廣告現象的背後，其經濟與政治力量如何成就當前藥品廣告的實際面貌，以及媒體與法規在此所扮演的角色與位置為何作一詳細的討論。進一步，本章希望透過解構台灣藥品廣告規範在國家與市場互動的過程中，其法律地位、內涵與演變究竟代表著何種政經結構下的意涵。本章以資本主義為經、民主政治為緯的政治經濟學角度分析，提出與說明本論文為何主張「健康素養」可以作為當今政治經濟架構下人民實現健康權的理由。

### 一、藥之簡史及其經濟效益概述

#### 1. 藥之簡史

藥的歷史總是脫離不了醫學。翻閱醫藥相關的歷史文獻不難發現，中華文化下的傳統「藥學」指的當然是「中醫體系」下的用藥概念。早從古代傳說的「神農嚐百草」開始，到最早醫學論著《皇帝內經》的出現，藥之所以開始出現與存在，應該是為了協助醫學診斷後的「對症下藥」，因此人類史上最早的用藥專書當屬《神農本草經》，大約在 1-2 世紀之間所完成，這同時也是中國藥物學史上第一次的大總結與重要產物。該部藥典後來一直沿到 7 世紀，659 年唐朝時蘇敬等人所新編的《新修本草》，這部新編的藥典也是中國醫學史上第一部由國家所頒布的藥典，故又稱《唐本草》（甄志亞主編，2003；鄭金生，2005；傅維康等編，2006）。

然而，比較完整的「藥典」當屬 16 世紀的明朝李時珍所編寫的《本草綱目》，這部藥典不但被譽為藥學史上的偉大貢獻，17 世紀時更由中國傳至世界各地，影響不同國家不同程度的藥學發展；甚至，直到現在台灣的《藥事法施行細則》第 45 條的規定仍沿用該藥典的內容，足見《本草綱目》在藥學史上對後世的影響之深。這些歷史記載在在顯示了人類開始用藥的紀錄早有超過 2 千年以上的歷程。

而中藥的發展與用藥紀錄雖然比世界各文明早出許多，像是歐洲的第一部國家頒行的藥典《紐倫堡藥典》（1546年頒行）就比中國遲了800多年；但是，19世紀以來的西方醫學卻是主導世界當代醫、藥發展的主軸。西方醫學真正影響中國的醫藥學當從清朝時期列強的侵略與傳教士來華開始算起，才短短的100多年間便已廣設了各科別的診所與醫院，並開啓了中、西醫並存的社會醫療現象。民國成立以來，在國民政府「尊西醫」的強勢作為下，西醫學理強調的「科學」理念不但帶動了中醫藥科學化的結果，更對中藥的製劑方式（或稱「方劑學」）有了深遠的影響。從此西藥亦儼然成為當前藥學的主流與主軸，也成為當前醫藥工業的核心。因此，從用藥的角度來看，現在的中西醫學對於醫藥衛生工作的邏輯可謂係以西醫科學實證下的精神為本；相對地，民眾現在服藥的方式自然也與過去傳統的方式大相逕庭（甄志亞主編，2003）。

在所謂「西方藥理學」概念的影響下，西藥運用化學的分離方法（如浸泡、濃縮、結晶等）成功地將藥效功能發揮於醫學臨床上，而藥品在使用上也變得更容易生產、儲存、檢驗、商業流通與服用，於是其生產模式便逐漸替代了過去傳統的「草藥」方式；更因為19世紀以來靜脈注射的成功發明，促使用藥方式變得更加「方便」，用藥效果也變得更加「快速」。一直到現在，這樣的醫學用藥邏輯已經是主流，連動地也造成了藥品從生產到消費模式的轉變（李漢庭譯，2011）。

## 2. 藥品之經濟效益

當代人的用藥觀念與習慣隨著時代的變遷已有明顯改變，自然在藥品的消費上也大大不同。那麼，藥品的經濟效益究竟有多大？根據經濟部技術處產業技術知識服務計畫（ITIS）調查公布的《醫藥產業年鑑2011》中指出，目前全球藥品最大的生產國家為美國，其藥品市場規模約占全球36%左右，市場經濟大約為3100億美元；換句話說，2010年全球藥品市場的規模大約有8560億美元左右的價值。報告中推估，未來2015年在1.1兆美元的全球藥品市場中，仍以美國（預估占31%）、日本、中國（將由17個國家組成新興藥品市場，預估約占28%）以及歐盟五國（EU5包括：德國、法國、義大利、西班牙、英國，預估占14%）

等國家將占全球 9 成左右的藥品市場。

進一步比對經濟部 ITIS 於 2011 年 11 月提出的《亞洲藥品市場的商機探討》中發現，亞洲藥品市場以日本（占亞洲市場 53%，全球第 2）、中國（23%）、印度（7%）、南韓（6%）與台灣（2%）為亞洲前 5 大製藥國家；深入統計台灣藥品市場的現況發現，台灣雖然從 2000 年開始執行 2 年一次的健保藥價調降，使得 2005-2010 年間藥品市場的複合年成長率（CAGR，Compound Annual Growth Rate）<sup>82</sup>僅為 3.8%（全球為 6.2%），然 2010 年藥品市場仍達 1258 億元（台幣，以下均指台幣）的交易值<sup>83</sup>。而國內製藥產業展望的資料亦顯示（2012 年 5 月），台灣的「原料藥」近 3 年的產值均呈現兩位數成長，2012 年產值可望增 13.16% 並突破 200 億元<sup>84</sup>；整體藥品的總產值大約為 687.6 億元，其中西藥製劑為 404.8 億元、中藥製劑為 81.6 億元、原料藥則為 201.2 億元。

從上述如此之大的藥品市場規模與經濟效益的整理中，不難嗅出不論是全球或是單就亞洲部分，「藥品」的市場規模似乎與該國「國力」成正比，甚至可

---

<sup>82</sup> 所謂「複合年成長率」指可衡量投資期間的投資收益率；或可以理解成，一項投資在特定時期內的年度增長率。

<sup>83</sup> 這個數值比每年台灣總廣告量還要大出許多；亦即，藥品市場可以將所有無所不在的媒體廣告全部買下，仍綽綽有餘，數值不可謂不大。

<sup>84</sup> 有關台灣目前最新藥品產值的資料，亦可參閱 2012 年 5 月 23 日各大媒體之報導。另所謂「原料藥」嚴格而言可包括：（1）藥品中具有醫療效用的基本成份，英文稱為 Active Pharmaceutical Ingredients 或簡稱 API，以及（2）其上游所需之化學中間體或基本化學原料。前者必須經由各國衛生單位嚴格稽查核准後方能上市；後者僅為一種精密化學品，大部分不列為各國衛生單位的管制物品。在製藥產業中，「原料藥」扮演中游重要的關鍵原料供應角色，原料藥廠商利用化學合成、萃取或醱酵技術合成有療效的「有效化學成分（API）」即是原料藥，這些化學原料藥廠也生產醫藥用中間體（Pharmaceutical ingredients），這些原料藥供應廠商以精密化學製造業者為主，原料藥在由下游廠商經過進一步加工，加入賦型劑（Excipients）製成病人使用的藥品，成為下游的製藥產業。原料藥產業規模約占整體製藥產業的 8-12%，目前全球原料藥產值約 900-1000 億美元。相關論述亦可參閱：<http://www.moneydj.com/kmdj/wiki/wikiviewer.aspx?Title=原料藥#ixzz1wdBZVWsk>（網站最後瀏覽日：2012/05/31）。

以畫上等號；這也意味著，經濟越發達的國家，整體上其人民享有的藥品資源應該是相對上比較大的。然而，這並非意味在「國力較強大」的國家中，人民就必然享受得到最好的醫藥照顧，我們從《健康的騙局》（楊智明、薛桂文譯，2002）、《藥廠黑幕》（曾育慧譯，2006）、《藥你生病－藥廠製造疾病的真相》（張艾茜譯，2006）、《小心壞科學：醫藥廣告沒有告訴你的事》（蔡承志譯，2010）等這些揭露藥品從生產到消費過程中，藥商如何成為真正資源掌握者的書籍中，便可瞭解藥商透過藥品的生產賺取超大利潤的事實。

比對台灣過去 20 年來（1991-2010 年）中華徵信所出版的《台灣地區工商業財務總分析》中針對「製藥業」所做的「財務結構」、「獲利能力」、「經營效能」、「償債能力」以及「現金流量分析」五大項目發現，與上述書籍所呈現的梗概不謀而合。報表中製藥業的營業毛利率自 2001 以來最高（MAX）的比率均達 100% 以上的獲利能力；1991-2000 最高獲利比率則大約落在 60% 以上<sup>85</sup>。其獲利能力的「純益率」（測驗公司或行業扣除一切費用及繳稅後，剩餘利潤比率情形，及每元的營業所得淨利，比率越大越好）的平均數 20 年來維持在 2.9-6.2%。仔細觀之，其資本報酬率最高可達 378.4%（1993 年），最低也曾到 -118.2%（2007 年），顯示製藥業的「風險」極高（平均每年最高與最低差距大致有 60% range 以上，最高達 500% 以上）。相較於報表中的其他行業別，製藥業只要經營得好，獲利通常會非常高；反之，也可能會快速倒閉。這顯示了製藥業經營者往往會「放手一搏」，想盡辦法讓自己所生產的藥品成功銷售出去；當然，最快、最直接的方法就是「打廣告」。在《窮鬼翻身－五洲製藥董事長吳先旺的發跡傳奇》一書中（另見註釋 4）即以藥業經營者的角度暢談藥品廣告對藥品銷售的重要性，藥品廣告甚至可以決定該藥品、品牌與銷售的存亡。該書某種程度亦見證了民國 70 年代以來藥品廣告之間對藥品影響的「生死鬥」，也為藥品廣告對藥品的重要性做了一個很好的註腳。

---

<sup>85</sup> 根據該財務分析內容說明，「獲利能力%」指的是分析收入結構、支出分配及各種報酬率的計算。其中，「營業毛利率」係為測驗公司或行業之直接生產利潤比率情況，比率越大越有利。

藥品的經濟效益與藥品廣告有著確切的關聯性，除了從上述所臚列的各書籍中可看出具體例證外，陳瑞芸的博士論文《空中藥房－醫療消費文化之場域分析》亦可間接得到印證。該論文雖僅以「廣播媒介」(含合法與非法電台)與「藥品」(含合法與非法藥品)作為討論的對象，以「舉輕明重」觀之，論文中單就「廣播媒介」的宣傳就足以創下龐大賣藥利益，此論證業已足夠說明「媒體與賣藥」之間所形成的可觀利益與消費權力關係(參該論文頁 171 以下)；甚者，當前的藥品廣告是透過各種鋪天蓋地的傳播媒介刺激與行銷藥品，這種經濟效益、利益自然不可言喻。

## 二、藥品廣告之政治經濟學

### 1. 藥品廣告之經濟效益

藥品占有這麼大的經濟效益，「藥品廣告」又是扮演何種角色？本論文指陳藥品廣告在台灣與藥品銷售有著不可分割性的關聯，自然需要有所論證。翻閱所有藥品相關的文獻、實證資料或實際對藥商的調查，均無法取得實際證明藥品廣告影響藥品銷售之間的關聯性。這讓筆者想起過去研究菸品廣告時，一樣面臨同樣的狀況。要從藥商取得其所從事的藥品廣告與藥品銷售相關的數據，或者統計台灣的藥商每年花多少經費在廣告上的正確數字幾乎不可能。但本論文仍透過各種可能的資料，包括年鑑、報表與資料庫等，試圖畫出藥品廣告在台灣市場狀況與其經濟效益，以證明台灣民眾因為藥品廣告所為的藥品消費有潛在多龐大的商機。

台灣每年的廣告市場，以過去 10 年的統計量來看，本論文以《中華民國廣告年鑑》(15-23 輯)、動腦雜誌交叉比對整理如下【表十六】。

表十六：近十年台灣總廣告量統計表

年度 媒體	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
無線電視	98.16	87.86	86.28	83.69	79.49	78.70	83.42	48.31	54.83	52.50
有線電視	139.13	160.00	185.60	187.46	176.21	165.64	163.98	172.49	206.13	212.31

製作費	20.16	21.17	23.50	24.00	22.80	19.38	12.60	11.34	12.36	12.98
報紙	161.14	150.00	159.00	157.08	144.51	134.39	108.99	101.32	119.56	107.60
雜誌	66.54	75.57	83.13	86.70	79.58	71.62	67.23	60.51	67.77	69.46
廣播	24.93	26.18	28.80	29.66	33.00	31.35	31.98	40.03	44.83	40.35
網路	10.00	14.0	19.60	29.40	35.80	47.93	59.76	69.92	85.51	102.61
五大媒體小計	<b>520.06</b>	<b>534.78</b>	<b>585.91</b>	<b>597.99</b>	<b>571.39</b>	<b>549.01</b>	<b>527.96</b>	<b>503.92</b>	<b>590.99</b>	<b>597.81</b>
戶外交通	32.76	41.91	46.10	50.71	180.00	126.00	88.20	105.84	116.42	122.24
行動廣告	3.00	9.0	14.58	15.60	17.47	18.87	19.81	23.38	27.64	32.89
店頭廣告	11.0	12.0	13.20	13.86	12.47	11.22	10.10	7.07	7.99	8.19
活動行銷	2.10	1.8	33.33	50.00	12.50	11.25	7.31	7.31	7.79	9.56
展場廣告	80.00	72.0	86.40	87.00	136.26	148.77	133.89	120.50	133.76	140.45
派、夾報	4.20	4.83	5.31	7.97	139.00	125.10	112.59	123.85	123.85	105.27
黃頁廣告	7.65	9.00	9.72	9.43	9.47	8.90	7.83	7.05	7.61	7.23
直銷廣告	38.08	38.08	41.13	42.00	48.30	45.89	47.27	47.29	56.75	56.75
外銷廣告	30.98	32.00	30.00	30.00	27.00	25.11	27.62	24.90	29.13	32.04
雜項	32.76	33.0	33.33	37.33	33.59	31.91	30.31	28.79	29.08	28.79
總計	<b>762.59</b>	<b>788.40</b>	<b>899.01</b>	<b>941.89</b>	<b>1187.45</b>	<b>1102.03</b>	<b>1012.89</b>	<b>999.90</b>	<b>1131.01</b>	<b>1141.22</b>

說明：數字單位／新台幣億元 (NTD\$100 million)；本表十六由作者參閱相關資料整理而成。

從尼爾森媒體研究廣告量監測服務 2009-2011 三年所統計的台灣五大媒體（電視、報紙、雜誌、廣播與網路等；轉載自《動腦雜誌》第 408、420 與 432 期）廣告量前 10 名產業大類排名中發現，「醫藥美容類」每年均占第 2 名，僅次於「建築類」；遠遠領先「交通工具類」、「化妝品保養品類」、「服務類」、「金融財經類」、「電腦資訊類」、「食品類」、「文康類」等後續排名的產業類別。醫藥美容類廣告量每年約占五大媒體總比率的 7% 左右，大約有 35-40 億元的經濟市值；占總媒體比率約為 6% 左右，總廣告量約有 60-65 億元的廣告總額。這對媒體（尤其是五大媒體，其中的電子媒體更核心）的收入來說，是非常重要的數目，亦顯示醫藥美容廣告類行業對媒體經營的重要性。

宜加以說明的是，雖該統計數字涵蓋了醫療、美容廣告，似乎有不全然屬於「藥品廣告」的疑慮，然仔細比對《中華民國廣告年鑑》近 20 年來（1991-2011

年)每年所統計的「台灣 500 大廣告主」(1998-1999 年統計 300 大廣告主;2000 年統計 100 大廣告主),藥品與醫療、美容廣告的入榜廣告主實在不成比例。每年入榜的台灣前 500 大廣告主中,屬於醫藥廣告類的廣告主絕大多數是「藥廠」或「藥業」所從事的廣告,每年至少都有 20 家以上藥廠/商入榜<sup>86</sup>,而且是以穩定的金額投入廣告<sup>87</sup>;到了 2005 年以後,除了極少數幾家醫療、美容業入榜外<sup>88</sup>,其餘均屬藥品廠商的天下,占該類總金額 9 成以上。換句話說,即使扣除醫療、美容的廣告量,藥品廣告仍可以進入前 10 大廣告量的產業。這同時也顯示藥商與媒體的關係非常密切,二者共生共存。

進一步分析藥商偏好的廣告媒體,主要係以影音取向的「電視」(無線與有線電視)與「廣播」二大媒體為主軸,從《中華民國廣告年鑑》的統計數字可以清楚得知每年「醫藥美容類」在這二大媒體所投入的廣告額度,年年擠入前 10 大廣告量的排行榜<sup>89</sup>,而且整體排名的前 20 大廣告主或廣告商品都一定有藥商

---

<sup>86</sup> 以最近 5 年為例(未包含生技公司、化工公司等),投入超過 1 億元以上的藥品廣告主就有:荷商葛蘭素史克藥廠(3 億元以上)、台灣惠氏(2 億元以上)、三洋藥品工業(1 億元以上)、保利達公司(1 億元以上)、台灣曼秀雷敦(1 億元以上);5 千萬元以上的廣告主有:台灣久光製藥、統一藥品、五洲製藥、京都念慈庵藥廠;2-5 千萬元廣告主:葡萄王企業公司、新萬仁化學藥廠、救人實業、正記製藥、久松化學企業、東發製藥、阿桐伯製藥、永信藥品工業;1 千萬元以上廣告主:廣東製藥、明通化學製藥、台灣必治妥施貴寶、台灣武田藥品工業、和氣藥品、溫士頓藥廠、美商惠氏藥廠、鄭杏泰生物科技等藥商。

<sup>87</sup> 再往前推計,從 1991 年開始,藥廠/商即年年榜上有名,而且所投入的廣告金額都在前 30 大廣告主之列,並穩定入榜。不像其他很多產業會隨著經濟變化而有不同的投入廣告金額等變動較大的情況。

<sup>88</sup> 2005 年以後進榜的只有以下幾個廣告主:「媚婷峰」(2005 年進榜,第 162 名,7585 萬元;逐年下降至 2009 年進榜,第 475 名,1311 萬元);「英爵醫學美容」(2008 年進榜,第 445 名,廣告總額 1557 萬元;2009 年進榜,第 498 名,廣告總額 1223 萬元)。2 家同時在 2010 年後均未再進榜。另外,「健生中醫」自 2008 年以來進榜,約在 350 名後至 500 名之間,廣告金額大約 1300 萬至 1700 萬之間。

<sup>89</sup> 按照從 1988 年以來到 2010 年的統計(該類曾分為「醫藥類」或「醫藥保健類」),除

／品擠身排行榜中<sup>90</sup>，藥商投入的媒體廣告中，電視與廣播媒體的廣告量即已占五大媒體廣告量總投入金額的 60%以上（超過 24 億元以上），這個數字也代表 4 成左右的藥品廣告投在民眾接觸最長的電視媒體與廣播媒體中。

這樣的廣告量再比對上一章節所整理的各項藥品廣告所核准通過的藥品品項，即已顯現藥商與媒體二者經營模式的互利與共生雛型、架構與梗概，同時也吻合藥商與媒體二者合作下彼此依賴的商業邏輯思維方式。從上述藥品廣告在台灣媒體的經濟歷史脈絡觀之，藥品廣告對許多媒體而言一直扮演著重要的「衣食父母」角色，而且是從過去一直到現在；更沒有因為期間台灣經濟的起伏情狀而有浮動，藥品廣告只有隨著時間的推進穩定成長。這樣的意義無非顯示藥品廣告對台灣人民一直「有效」，而且在台灣醫藥常民的「買單」下，促使藥品透過廣告達到維持藥廠／商的一定獲益狀況，藥品廣告便呈現如此的面貌。

## 2. 藥品廣告之政治效益

本論文上一章第四小節（頁 113 以下）對藥品廣告的規範脈絡作了相當的整理，前面章節也對藥品規範的立法理由有所陳述（頁 65），不容否認地，藥品在民國 59 年（1970 年）因為偽藥問題普遍存在而促成《藥物藥商管理法》的立法，爾後陸續修法成當前現行法《藥事法》的過程中，確實成了後來藥品廣告分配面貌的主要原因。從陳瑞芸（2009，頁 93-119）的博士論文對於台灣醫療消費文化的整理可以看出，政府對於藥品的控管從「日治時期」到光復後的「國民政府時期」，乃至當前的「全民健保時期」，過去的那種「寄藥包」、「王祿仔仙」到「賣藥團」所賣的成藥或中藥，在 1970 年立法通過後，不但在當時立即成為「夕陽行業」，在法規明文的限制下，銷售方式、宣傳方式、以及民眾購藥方式也完全不同。

---

了極少數的年度（只有 1994 年第 7 名）落於 5 名之外，其餘年度均在排在前 2 或 3 名的前 5 名之內，2000 與 2001 年甚至勇奪第 1 名。

<sup>90</sup> 以最近的 3 年為例（2009-2011 年），荷商葛蘭素史克藥廠、台灣惠氏藥廠即都入榜前 20 大廣告量的廣告主。

這種從政治到法規一體以保護「國民健康」的國家機器介入藥品使用與宣傳作為，對藥品市場與民眾購藥行為帶來了非常重大的影響，連帶藥品廣告的方式也大相逕庭。過去民眾等待沿途推銷、設攤出售藥品的購藥行為，隨著具體法律條文的明定，從藥品生產端到消費端均必須按規定：在合法的地點（《藥事法》第三章藥局之管理）、向合法的藥商（第二章藥商之管理）、以合法的方式（第五章藥物之販賣及製造）、購買合法藥品（第四章藥物之查驗登記）；其中，藥商若要從事宣傳行為必須透過合法的方式（第七章藥物廣告之管理）使得為之。政府對藥品及其廣告的嚴格控管行為猶如本論文前面提及，立意良好亦有其必要，惟深入思考其目的不外乎係為促成國民的健康結果；但是這種以立法、行政、司法三位一體干預藥品的體制，終究是否促成了國民健康結果、抑或只是促成「態樣」的改變亦有討論的必要。

如果依據本論文前面已提及的，台灣洗腎人口因為用藥關係造成位居全世界密度最高國家（如頁 89 所述，註釋 70）等這類不健康的結果，照理來說，從 1970 年以來國家機器已如此盡力地促成國民健康，但顯示的竟還有這種結果，顯然政府介入藥品的控管方式只是直接與間接地改變藥品銷售與藥品廣告的態樣，並未杜絕藥品消費帶來的問題。這種結果在陳瑞芸的論文中亦有指出，廣播媒介產製端認為媒體對藥品這種「暴利」的產品，絕不可能放棄各種宣傳的可能，例如，若藥品廣告在廣播媒介中被限定，則藥品廣告將會被移到電視媒介或其他媒介，不可能讓其消失<sup>91</sup>。更何況，單就廣播媒介的生態加以檢視，藥品廣告與廣播經營者、民意代表等政治場域充滿權力關係<sup>92</sup>（其他媒介、匯流後的媒介生態更是錯綜複雜），藥品廣告的政治經濟力量非常之強大。這也是本論文前面所提到的，藥品廣告在民主體制、資本主義的現實中，永遠不可能消失；更有甚者，政府力量如何再嚴格介入，其僅會促其轉換成各種不同「態樣」，以因應各種的「管制」方式。這裡所謂的「態樣」所指不只是媒介態樣的改變，包括其傳播（廣

---

<sup>91</sup> 該論文以深度訪談的方式，對廣播媒體經營者、聽眾、政府官員三方進行訪問，上述內容係參考該文第 108-115 頁之內容。

<sup>92</sup> 同前註，參陳瑞芸之博士論文第八章「空中藥房場域隱藏的權力關係與利益」之訪談內容與論述，頁 171-198。

告)內容、各種媒介的組合(或匯流)、乃至藥品生產端(藥商)或媒體經營端等自為一體,以維繫藥品生產到消費的必然面。這種「必然」,無非在提醒我們,真正要促成國民健康,實在不是僅靠「規範」即可達成,本論文提倡對常民賦權「健康素養」的作為(視為主角,不只是「配套」的一部分),才是藥品廣告在當前政經結構下所必須從事的必要途徑。

### 三、傳播政治經濟學之檢視

#### 1. 藥品廣告之商品化歷程

猶如英國媒體研究(media studies)學者 Nicholas Garnham (1979, p.129)所言:「...要瞭解我們文化的生產、消費與再生產,以及大眾傳播媒體在這過程中所扮演的角色,我們就必須在一般性的層次理解政治經濟學的問題。」Garnham 言下之意無非提醒,以政治經濟學角度研究的傳播現象,仍應回歸到研究客體的生產與消費狀況,加以整理與分析後才能視出其背後的權力關係。這也正符合政治經濟學領域不可不提的 Adam Smith 所著《國富論》(The Wealth of Nations)中所提概念,後設政治經濟學(meta)其實是結合了實然面的描述與應然面的規範(Gilpin, 1977)。

因此,檢視當前藥品廣告傳播的模式,不難發現藥品廣告已轉變成一種過去以來常民對購買藥品概念,從舊思維(隨處可買、對象不拘)到新制度(指定購買地點、販賣者具藥品專業)醫藥體系的知識替換所帶來的改變結果。換句話說,過去購藥的醫藥體系從早期互動方式、親身接觸(如前章節所述,寄藥包、王祿仔仙到賣藥團等),一直到單向傳播(媒介接收訊息關係)、後轉變成當今多向互動傳播方式(數位媒介匯流時代),媒體本身的變革當然也是促成藥品廣告形成目前生態的原因之一。這種賣藥方式的改變,促使藥商同時必須擔任廣告主,也須兼顧藥品訊息如何成功傳達給民眾以獲取賣藥利益的任務;因此,藥品透過廣告販賣的模式也正意味著傳播態樣改變後的民眾取得藥品的方式,除了從一般醫療體系的就醫方式取得藥品外,常民透過媒介訊息自行購買藥品的管道便非常地重要,這從傳播政治經濟學的觸覺出發便可獲知一二。

傳播政治經濟學一般以檢視藥品廣告事業的成長與廣大政治經濟現況關係作為一探討傳播過程生產面的開始（如上一小節所論述），由於大眾消費經濟的發展推動了政治經濟學家將實現價值的過程納入考量，因此研究藥品廣告對常民的影響仍需包括社會關係與消費組織的研究；同時在檢視常民消費的過程中，也會觸及消費如何以一種對應的結構解決藥品生產過剩的危機，又如何作為一種社會反應來回應政治上的危機（馮建三、程宗明譯，1998，頁 115-116）。與本論文研究的「藥品廣告」主軸對話，本論文焦點放在如何解決傳統主流藥品廣告規範的面向，故非必要將藥品生產與反映政治謀合等命題詳加討論，惟藥品廣告透過大眾媒體宣傳的效果究竟為何，本論文認為仍有透過傳播政治經濟學的觀點加以檢視的必要。

本論文同意「大眾傳播」與「大眾消費」自一開始就有相當的親密連結，然而為避免陷入自後福特主義（post-Fordism）與後現代主義（post-modernism）以來的辯論所產生的混淆爭議（Harvey, 1989），在消費議題上本論文採納藥品消費係屬非大眾市場的概念，肯認藥品廣告的生產係以特定市場（或者稱為「分眾市場」）的彈性專門化（flexible specialization）方式，對越來越分殊的閱聽大眾市場進行交易的增值能力。這與當代廣告學教科書指道，當代的廣告或行銷宣傳須以目標閱聽群（target audience，如本論文前頁 14 所述）作為商品主要銷售方式的論述甚為吻合。這樣的觀點與傳播政治經濟學的本體論所提出的理論概念「商品化」、「空間化」、以及「結構化」甚為貼近，其中「商品化」最能解釋藥品廣告與常民消費藥品之間的關聯性。簡單來說，商品化指的是將使用價值轉換成交換價值的過程，這個過程會以許多面向的方式延伸進入傳播產品的社會場域中；猶如政治經濟學研究始祖之一的 Karl Marx 所提出的：資本主義生產方式占據統治地位的社會財富，其所表現出的龐大商品堆積從單個商品便可以看出這種財富的形成元素，因此欲了解其背後結構性問題便須從分析商品本身開始（Fowkes, 1976, p126）。

因此，退萬步言，縱使每個／種藥品廣告不見得會影響「大眾」，或者會有只影響某部分人、甚至只是影響閱聽人某部分行為的疑慮，本論文以為就廣告的功能與目的而言，只要影響了閱聽人、只要影響了常民的購藥、只要影響了民眾

的健康，範圍大小即非重點。所需聚焦的重點在於，藥品廣告「效果」所產生的影響力仍有被討論的必要，接連而來的如何規範（或新規範）的命題在此自然才應被深入探究。更有甚者，前面章節均業已證明藥品廣告「商機」之所在，再透過藥品商品化的過程，藥品廣告的影響力問題其實已不證自明。

比對前一章節對藥品廣告的整理，藥品廣告核定最大量的前三名分別是中藥的補氣養身類、肝藥類與腎藥類；西藥則是保健藥類、皮膚藥類、以及感冒藥類。仔細分析這些藥品，交叉比對藥商投入的廣告量、廣告金額、以及近 10 年東方線上資料庫（E-ICP）對於藥品品牌調查的資料<sup>93</sup>後發現，「感冒藥」是所有的藥品中廣告量最大（亦即藥商投入的廣告金額最多），同時也是一般民眾最為熟悉的藥品，其藥品類型也是所有藥品中最多樣面貌的（中藥的丸、散、丹、口服液；西藥的膠囊、錠劑、糖漿、顆粒、散劑等全包含在內）。本論文認為以「感冒藥」作為分析藥品透過廣告傳播過程所形成的「商品化」結果極具代表性，也足以表現其他藥品的類似情狀。因此，本論文希望透過對感冒藥的解構與分析，探究藥品廣告的商品化過程，以呈現藥品廣告規範是否「適得其所」，以及為何本論文主張「健康素養」才是解決規範性不足的正確之道。

從前文【表六】西藥與【表七】中藥所統計整理出台灣過去一年通過的感冒藥品廣告共有 240 則與 28 則的核定量，本論文亦已針對申請的西藥商作了概略整理（頁 85-86 的部分），再深入分析這些感冒成藥的廣告，中藥總共有 11 項品牌（不含重複感冒藥品，如【表十七】）；西藥則有 29 項品牌（不含重複感冒藥品，如【表十八】）。其中，歷年穩定透過電視廣告的感冒藥品如表中標楷體粗體字所示，有些藥品因為申請類別同時涵蓋「電視、電影（或幻燈片）、網路類」，因此雖顯示有申請「電視廣告類」，惟實際搜尋電視廣告資料並非發現該藥品有

---

<sup>93</sup> 該資料庫對於藥品的調查，最近 10 年僅有 4 類藥品：即胃腸藥、止痛藥、感冒咳嗽藥、維他命中等 4 類。然比對本論文前面所統計的藥品類別，發現此 4 類藥品即是核定通過的廣告量最多的藥品，因此該統計數字對本研究的論證仍有極大論證依據，特此引用本資料庫內容。

在電視媒體上播送，僅播放於網路或其他媒介的合併運用<sup>94</sup>。而只要在電視媒體大量投入廣告的藥品（參註釋 86 所整理），從東方線上資料庫 2001-2011 統計資料中的「感冒成藥」所調查的「最常服用」、「三個月曾服用過」、「理想品牌」、「最理想品牌」等 4 項量化項目發現，入榜的感冒藥品全數由下二表格中透過電視廣告的藥品奪得，這無疑顯示了藥品單是透過主流的「電視廣告」投入大量資本，即可收到相當的銷售成效。從該資料庫長期對「感冒／咳嗽成藥」所作的調查可以看出，最近 10 年感冒藥品透過廣告的品牌成效與消費狀況脈絡：民眾對於感冒藥的理想品牌與最常服用的藥品順序為：普拿疼伏冒、斯斯、友露安、諾比舒冒、明通、國安、克風邪、風熱友、雙貓（2007-2008 入榜）、衛格（2005-2006 入榜）、康得 600（2001-2006）、全多祿（2001-2004 入榜）、成人利撒爾（2001-2003 入榜）等，近 10 年以來的順序大致如此，未有太大變化<sup>95</sup>。這些入榜的感冒藥品，從統計數字上的關聯性已足顯示，藥品廣告與民眾使用藥品之間的正相關與密不可分的關聯性。

表十七：感冒中藥廣告品項之整理

藥品名	申請則數／ 電視／廣播	生產／廣告之藥商
正長生安速風達感冒液	1／有／無	正長生化學製藥股份有限公司
華昌感冒止嗽丸	2／有／有	華昌製藥生化科技股份有限公司
鄭杏泰卡齡感冒熱飲	3／有／有	鄭杏泰生物科技股份有限公司
奉勸堂驅風酸痛丸	3／有／有	勸奉堂製藥股份有限公司
仁濟晶選九製六味丸	1／無／有	晶彩藥房

<sup>94</sup> 如上二表中所顯示的：中藥感冒藥品，正長生安速風達感冒液、華昌感冒止嗽丸、鄭杏泰卡齡感冒熱飲、奉勸堂驅風酸痛丸等；西藥感冒藥品，三能免風熱液、陽生感冒液、哈菽內服液（普濟消毒飲）、諾克感冒維他命膠囊、正和快安感冒液等藥品，即只有在網路上、平面媒體等 8 項從事廣告。

<sup>95</sup> 另宜說明的是，該項排行的統計數字中，入榜的還有「京都念慈庵」、「龍角散」、「百服寧」三項入榜的藥品，因為本論文將該三項藥品歸類在「喉藥」中，因此未將列入感冒藥的排行中。但統計該三藥品的電視廣告數量，與上述感冒藥品一樣，均花費相當大的廣告資本。相關廣告資本投入狀況，亦可參閱註 88。

國安感冒液	6/有/有	三洋維士比集團
冠安感冒液	4/有/有	國安製藥
全生百草感風能散	1/無/有	全生製藥股份有限公司
楊大夫仙鹿通用痛風丸	1/無/有	仙鹿製藥股份有限公司
潘大夫痛風丸	1/無/有	優之堡生技製藥有限公司新營廠
三品風濕酸痛丸	1/無/有	華昌製藥生化科技股份有限公司

說明：本表十七由作者參閱各主管機關核定資料並比對網路公開資料整理而成。  
其中「電視/廣播」意指該產品是否有申請並從事電視/廣播廣告。

表十八：感冒西藥廣告品項之整理

藥品名	申請則數/ 電視/廣播	生產/廣告之藥商
易而善感冒液	2/有/有	台灣陽生製藥工業有限公司
雙貓感冒液、傷風友感冒液	7/有/有	金貓企業股份有限公司
司多安三層錠、賜多安膜衣錠	2/無/無	佐藤製藥股份有限公司新竹廠
感冒靈日夜感冒膜衣錠、綜合感冒靈熱飲顆粒	6/無/無	中國化學製藥股份有限公司新豐工廠
杏輝感冒膠囊	1/無/無	杏輝藥品工業股份有限公司
久松風熱友液	2/有/無	久松化學企業公司
三能免風熱液	1/有/無	三能化學股份有限公司
全多祿大可感冒液	3/有/有	依必朗化學製藥股份有限公司
陽生感冒液	1/有/無	台灣陽生製藥工業有限公司
普拿疼加強錠、普拿疼膜衣錠 500 毫克、普拿疼速效膜衣錠、普拿疼舒經熱飲散劑、普拿疼伏冒熱飲傷風散劑、普拿疼伏冒熱飲散劑加強配方、普拿疼伏冒日夜錠、普拿疼伏冒鼻炎錠、普拿疼伏冒錠、普拿疼伏冒加強錠、普拿疼伏冒止咳錠、普拿疼伏冒熱飲散、普拿疼伏冒熱飲感冒散劑、普拿疼小兒伏冒熱飲散劑	58/有/有	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司
一陣風感冒液	2/有/有	玉將有限公司
大可全多祿咳嗽膠囊	2/有/無	台聯藥物有限公司
小兒用利撒爾感冒顆粒	3/有/有	辰太實業有限公司
利撒爾感冒膠囊	2/有/有	佳德興業股份有限公司
抗痛寧感冒液	5/有/有	三正貿易有限公司

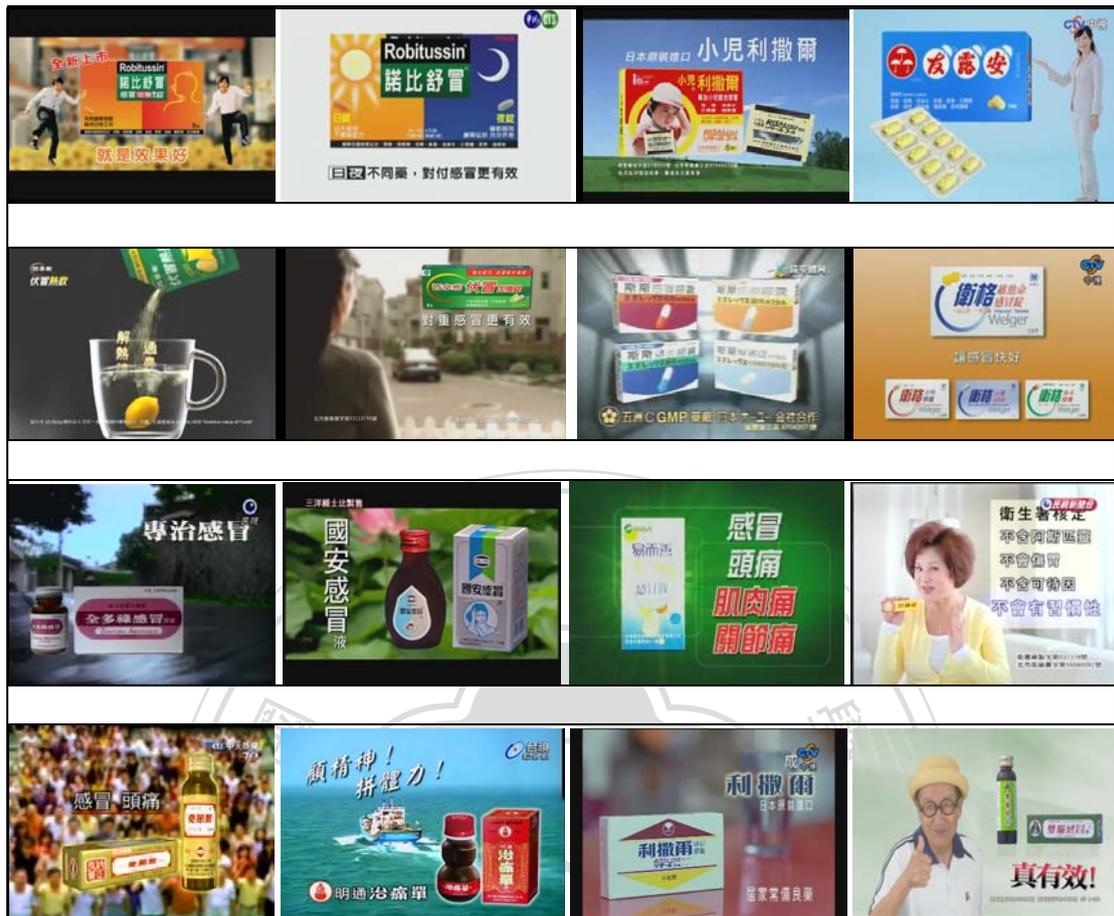
風龍綜合感冒顆粒	1/無/無	德佑藥品有限公司
衛克感綜合感冒膠囊	1/無/無	康百佳實業有限公司
哈萩內服液（普濟消毒飲）	3/有/無	駿緯醫藥科技股份有限公司
諾比舒冒日夜感冒膜衣錠、諾比舒冒感冒加強膜衣錠、諾比舒咳嗽液	34/有/有	美商惠氏藥廠（亞洲）股份有限公司臺灣分公司
諾克感冒維他命膠囊、天良牌諾克治痛感冒液	14/有/有	天良生物科技企業股份有限公司
救人克風邪感冒液、克風邪感冒液	12/有/有	救人實業股份有限公司化學製藥廠
斯斯日夜感冒熱飲、斯斯感冒膠囊、斯斯咳嗽膠囊	6/有/有	五洲製藥股份有限公司
衛格維他命感冒錠、衛格止咳膠囊	8/有/有	新萬仁化學製藥股份有限公司
近江兄弟恩捷感冒熱飲顆粒、近江兄弟恩捷感冒熱飲加強顆粒、近江兄弟恩捷兒童感冒熱飲顆粒	6/無/無	人生製藥股份有限公司
理冒永克風膠囊、理冒克風咳膠囊、理冒樂咳坦錠、理冒祛痰錠、理冒永克風膠囊	10/無/無	永信藥品工業股份有限公司
明通治傷風液、明通治傷風顆粒	10/有/有	明通化學製藥股份公司
全多祿感冒膠囊	2/有/無	大寬藥品股份有限公司
大裕三支兩傘標友露安液、友露安感冒膜衣錠	8/有/有	大裕生技興業有限公司
正和快安感冒液	6/有/有	正和製藥股份有限公司

說明：本表十八由作者參閱各主管機關核定資料並比對網路公開整理而成。其中「電視／廣播」意指該產品是否有申請並從事電視／廣播廣告。上述整理不包含台北市核定通過之學術性刊物處方藥共 7 則，因此總數為 218 則。

再一一將這些有從事電視廣告的文本全部整理與分析後發現，所有的廣告內容全數以同一種「二元對立」（生病 vs. 健康）的模式作為藥品廣告的宣傳方式（如【圖十三】，另參「附件五」）作為廣告論述模式，即：

感冒症狀呈現→強調藥品療效→健康狀況恢復。

圖十三：感冒藥品電視廣告內容剪輯圖<sup>96</sup>



說明：本圖十三由作者根據過去一年感冒成藥實際從事電視廣告的剪輯內容。

此種廣告的建構方式檢視其「內容商品化」過程可發現，藥商很明顯地將感冒藥品以一種可轉換成市場買賣產品的方式，在廣告文本中一再強調產品的效益。在此過程中，大量資本的投入主要目的在於企圖控制消費者，手段是不斷地重複成串的廣告策略以增強消費者的認同，使該藥品最終形成「自然」的必要地位，而資本儼然成為唯一產品的提供者。所謂的手段，當然包括了營造市場的壟斷地位、控制寡占的協議、配合廣告創造多角化經營（在廣告學中，亦有稱「整

<sup>96</sup> 此處宜說明的是，選擇「電視」媒介的文本作為分析的對象主要原因是，電視廣告係屬影音內容，本論文在蒐集所有感冒藥品其他文類的廣告發現，藥商若以電視廣告的方式進行藥品宣傳，其電視廣告影像或聲音同時也會是廣播、網路、海報、傳單、報紙、刊物、雜誌、廣告牌、車體、車廂等其他不同載體的廣告內容或廣告方式。換句話說，以電視影音的廣告內容作為研究對象，即可看出其他不同種類媒介的廣告內容。

合行銷傳播)、以及彈性生產藥品等,以因應產品市場需求的變動。這樣內容商品化的過程,無疑勾勒出從傳播內容所抽取出來的交換價值過程,同時也將複雜的勞動者、消費者、資本等關係捲入了商品化的軌道中。許多傳播政治經濟學的研究取向也顯示了這樣論證,提出資本主義社會的大眾媒體擴張了商品生產的過程,無論這個過程如何迂迴或矛盾,也無論這個過程如何充滿抗爭,這些訊息的生產過程都反映出整體資方以及特定階級的利益 (Schiller, 1984; Herman & Chomsky, 1988; Mosco, 1996)。

如此看來,媒體內容商品化過程正是帶動「閱聽人商品化」的結果。加拿大傳播政治經濟學者 Dallas W. Smythe (1977, 1978) 曾論證媒體助長了全面商品化的方向,閱聽人才是媒體主要的商品;亦即,大眾媒體的構成過程係由媒體公司生產了閱聽人,然後再將他們販售給廣告主。於是,閱聽人的勞動或是其勞動力是大眾傳播媒體的主要產品。當然,在傳播政治經濟學的討論中,曾對閱聽人是否有勞動、勞動力,或者是否就是商品的辯證存有諸多分歧,然而,本論文認為在這樣的過程中至少可確定的是,媒體、閱聽人、廣告主三邊確實緊密連結,同時彼此簇擁與連鎖。這就像媒體用藥品廣告內容建構閱聽人;藥商(廣告主)付錢給媒體公司來使用這些閱聽人;閱聽人被接生給廣告主。這種商品化的過程徹底整編了媒體產業,使之納入資本主義的經濟體系;也可以說媒體生產了閱聽人,並且符合藥商需求的特定人口學特徵的閱聽人。

這樣的論證不令人意外,但卻似乎令人沮喪,閱聽人(人民或常民)竟只是資本社會下「被宰制」的藥品銷售圈其中一環。本論文遊筆至此,並未反對人民作為藥品銷售下的必要消費端,這是社會現實也是消費必然,本論文一再強調的正是人民應如何跳脫任何被媒體框架或媒體建構而成的藥品健康概念,因此主張「健康素養」的重要性與必要性,從藥品廣告商品化的解構過程,更可以看出跳脫任何形式的「宰制」,不該只仰賴法規範的介入,常民應有的健康素養才是最終解決之道。

## 2. 傳播政治經濟學對藥品廣告之檢視

不只上述的「感冒藥廣告」存在著這樣的商業邏輯與經濟效益,幾乎所有

本論文所整理的其他不同種類藥品廣告也都類似這樣的廣告模式與商品化結構。台灣影音媒體從廣播、無線電視、到有線電視、網路、電信等匯流現況，藥品廣告所牽涉的對象：藥商、媒體與閱聽人三方之間，即在有藥品廣告的那一剎那直到今天，這種商品化的過程便時時存在。然而，商品化必然需要運用手段以達到測量藥品廣告生產的價值（效果），同時必須運用監控技術來追蹤生產、分配、交換與消費的種種過程，那麼，所謂商品化真正促使當前藥品廣告形成的那個「手段」究竟為何？此從另一位美國傳播政治經濟學者 Eileen R. Meehan 的學術研究中即可看出端倪。Meehan（1984, pp.223-225）以另一種角度思考閱聽人商品化的問題，在調查閱聽人收視率的研究中，她提出「收視率」才是真正造成廣告主、媒體組織與閱聽人交換的關鍵。加拿大傳播政治經濟學者 Vincent Mosco（1996, pp.150-151）將之稱為模控的商品（cybernetic product）。呼應本論文主題，也就是藥品在透過媒體大肆宣傳的廣告之後，廣告主（藥商）所在乎的就只是各種「數字」的結果，收視率、藥品廣告的有效量（如廣告學中重視廣告效果的 GRP, CPRP, Reach, Frequency 等監測數字）<sup>97</sup>、銷售量等，而這種過程席捲了大部分媒體的資源、時間與空間，使得「另類方案」難以現身。因此，藥品廣告的這種商品化延伸過程，便是將藥品廣告強調療效的廣告方式變成彷彿自然天成的秩序、是常識、是理所當然，建構出社會生活的真實就是如此。

在這樣的堅固「結構」、分屬資本主義體質的社會中，要以法規範翻轉這樣的邏輯根本不可能。現有體制下，只要從事廣告行為係屬「合法」，法規範便不可能基於保護國民的健康，禁止所有商業的藥品廣告行為。總此，那種由上而下的思維可能需要另尋不同途徑，才可以讓藥品廣告在這種資本主義架構下可能產生的不健康結果減到最低；而這種方式可能就需要像本論文所主張的由下而上的「健康素養」賦權方式才有更好出路的可能性。

---

<sup>97</sup> 此處借用廣告領域測量廣告效果的相關名詞，便可看出當代廣告的「數字化」。所謂 GRP 指的是：Gross Reach Point，在一個特定區域與特定時段中，對目標群眾所統計出看過該廣告的次數。CPRP 所指為：Cost Per Reach Point，計算每個 GRP 要花費的金額。Reach 是指：有多少比例的人達到廣告觀看次數。Frequency 的意思是：目標公眾群看到刊播廣告的次數。

## 四、法律政治經濟學之檢視

### 1. 藥品廣告法律規範之效益

政治經濟學者 Raymond Williams (1977, p.11) 認為要研究與定義問題時，應該從基本的社會實際表現入手，而不是在概念的營造上；對於研究課題也應該以社會史與知識史作為基礎。這也是為何本章一開始，本論文選擇從藥品本身的經濟效益著手，並將藥品廣告所牽涉的背後政治經濟結構作一詳細的解構與分析作為研究的理路。而本論文既是論及藥品廣告的法規範問題，其中又涉及與個人法益有關的健康權命題，自然也需要對藥品廣告可能觸及的「法律政治經濟學」有所分析，方使得這議題更趨完整。惟在文獻中，甚少有以這樣的命題作為討論法律議題的主軸，法律學者高玉泉(2010, 頁 3-6) 在其《法律政治經濟學》書中曾援引歐美法律政治經濟學代表學者 Yash Ghai, Robin Luckham & Francis Snyder (1989) 所著 *The Political Economy of Law: A Third World Reader* 一書對法律政治經濟學研究的方式有所定義：其主要探究的是國家(State)與市場(market)互動過程中法律的地位、內涵與演變<sup>98</sup>；換句話說，法律政治經濟學係利用不同的政治經濟學理論，將法律置於經濟、階級、政治、國家及國際關係的架構之下予以分析。該書更進一步指陳，不管強調自由市場及競爭的主流右派市場經濟學理論，抑或以馬克斯歷史唯物史觀的思想為出發的左派集體生產活動論證，二者共通點均在於強調資本主義對當代國際社會、國家及人權的穿透性意義。對於法律的角色，則認為係一項工具(instrument)，而卻足以帶動社會變遷，對人類及人性產生正面或負面的效果。高教授隨即在其書中以菸品、跨國企業、數位科技為例，輔以國家發展與法治建設的個案研究作為討論「法律」在當今社會(與世界)中所扮演的角色，最後並提出「法律是什麼」的結論(頁 221-227) 點出：「...法律的本質與角色必需在市場、民主政治與國家三者的互動關係的脈絡中找到其規範系統，這當然必須是建立在自由意志、同意、公正性、中立性、平等性及普

---

<sup>98</sup> 宜補充處在於，書中所謂的國家，指的是民主憲政(democratic constitutionalism)為藍圖的政體；市場則為資本主義(capitalism)，即以私有財產制為導向，強調自由競爭的資源分配體制。

遍性<sup>99</sup>等作為規範社會的存續條件。」台灣的法律在工具本質的背後，其實是無形的意識形態支配著法律，並成為一種資本主義為經、民主政治為緯的產物。因此，法治原則隱含著政府權力受限制，人民得以法律挑戰政府公權力的不當干擾。這完全與民主憲政主張政府權力應受限制，不得濫權；也與市場強調個人自由的理性選擇及平等對待相互契合。

如此，在藥品廣告在當前政治經濟結構的現實下，只要是「合法」的廣告行為自然應受到保護，政府不應濫權；廣告主（藥商）、媒體（經營者）更可以在公權力介入的該當與否中主張應有的權利，本論文第四章已整理了過去所有因藥品廣告所引發的法律案件，正是印證了這樣的論理。照這樣推論，在資本主義體制下，「法律」似乎終究無法「翻轉」維護經濟發展為前提的「局勢」；亦即，在政治經濟學所探討的藥品廣告「商品化」、「空間化」與「結構化」必然涵蓋的母數下，法律終究得回到扮演「穩定」的角色。至少，在台灣現行的體制與藥品廣告現有的狀態，相關法規確是如此。

在此，本論文仍須說明的是，這並非表示法規對於現有的藥品廣告現況無任何作用，也並非法規不重要，法規當然在現實的藥品廣告世界中扮演著一定的「必要位置」，也維持了一定的藥品安全；然而在這過程中，人民必須被點醒的是，當我們可以對法規有所體悟，認清法規的本質，便不再會因此對法規感到失望，或者認為法規只是在維護既得利益者這種負面的方式看待「法規」。猶如 1991 年諾貝爾經濟學獎得主英國經濟學者 Ronald H. Coase 在 1988 年所著 *The firm, the market, and the law* 一書中所提的概念，由政府（或法律）所介入（或導正）的廠商、市場及交易成本等經濟層面的問題，不見得是必要或正確的方式。言下之意，似乎也在提醒「法規」介入的經濟行為的「分寸」問題。

從法律政治經濟學的角度，儼然可以清楚看到，在經濟現實的大前提下，「維護健康」這件事情某種程度就是會回到「個人」身上的循環中，藥品廣告所產生

---

<sup>99</sup> 根據文中的描述，這些原理對應的英文分別為：自由意志 free volition、同意 consent、公正性 impartiality、中立性 neutrality、平等性 equality 及普遍性 universality。

的種種好處或壞處，無法全然依靠主流法規範的介入即以達到落實「健康權」的實現；猶如本論文自始至終的主張，倘若將「健康素養」的概念鑲嵌入法規範的體系思維與實踐中，那麼，健康權的落實或許才能更有效的實現。而這也可能是藥品廣告規範與健康權可以「翻轉」的方式之一。

## 2. 法律政治經濟學對藥品廣告之檢視

從法律政治經濟學的面向將前面章節所整理的藥品廣告規範力（本論文頁 92-100；113-117），加以比對藥品廣告的政治經濟學（頁 122-127）實際面，最後再輔以政治經濟學所強調的幾個基礎：社會變遷與歷史脈絡、社會整體性、道德哲學、以及實踐等面向來檢視法律對藥品廣告的整體影響，幾乎可以確認台灣的社會不管從農業勞動為主的社會、經歷轉型成為製造業、最後成為工商業社會的結構下，整體的藥品廣告發展過程與經濟發展的進程是可以畫上等號的，這當中所涉及的製藥產業（藥商）與媒體產業（媒體經營者）一樣是跟隨著社會的整體轉型而有同等的完整發展歷程。法規範在媒體、廣告主、閱聽人三者所牽連的軌道中，從脈絡上看，台灣在「藥品廣告」的法律規定中是越趨嚴格限制的，然而在一步步緊縮廣告內容的向度中，藥品廣告的廣告主從未鬆手，甚至放手前進。這完全顯示法規範在這裡所扮演的角色僅可稱為「初階的把關者」，要能扮演「進階的把關者」可能就得落入閱聽人（或消費者，或常民）自己本身，而這也可能才是對藥品廣告把關的完整流程。簡而言之，從法律政治經濟學角度對藥品廣告規範加以透視後，本論文以為，若要「翻轉」閱聽人（或消費者，或常民）在接收或與藥品廣告訊息互動後，能使之成為真正的健康贏家才是法規範未來應著重的要務；這個「要務」的重點不在於如何更嚴格地設計規範，也不在於禁絕藥品廣告的出現，而是如何透過「法規範」的「智慧」（具體規範內容）以促使閱聽人（或消費者，或常民）增強其對藥品廣告的素質與涵養，以創造政府、人民與商業體系下的多贏局面。

政府從法規範中所訂出協助民眾面對藥品廣告能力的具體作為，也就是本論文主張的，將賦權常民健康素養的概念放入法條的規範中，這樣「法規範」所扮演的角色不再只是「消極」的「穩定者」；而馬上會轉變成另一種「積極」的

「實踐者」。這與政治經濟學家將「實踐」(praxis)或「實踐理性」(practical reason)當作是政治經濟學的核心概念正可相互呼應外 (Mosco, 1996, p.37), 也正可以實現法規所強調的「公平正義」精神。因為健康素養的「素養觀」所強調的正是從公民的能動性與實踐性出發, 進而達成健康的目的, 而這樣的論述已由學理與論證上彼此相得呼應。

## 五、小結：跨領域對話之檢視

本章從對藥品及其廣告本身的整理與分析, 一路論證到傳播政治經濟學與法律政治經濟學對藥品廣告的檢視與啟發, 並以「感冒藥品廣告」作為實際進入現象面的場域作為對藥品廣告規範的建議與見解後發現, 本論文所主張的以「健康素養」作為與法規的交融 (具體作為納入法條明文中, 並投入相關必要「成本」, 詳下一章述) 確實可行, 並且可以為法規所碰觸到的媒體 (廣告)、商品 (藥品) 等經濟行為產生的盲點與問題提供解套, 並能達到實現人民健康權的具體實在, 著實為一條可作為修訂相關法規的取徑與理路。

在 Adam Smith 提出《國富論》後, 許多人將之歸類在經濟學者, 其實從他所提的觀念稱他是「道德哲學家」更為貼切。Smith 認為, 「...構成人類質性, 使其完美的替人著想, 少為自己盤算, 是克制我們的自私而沉浸我們的仁愛之情; 若能如此, 人類的情操與熱情就得以產生, 人類整體的和諧與繁榮也就可期。」言論中充滿對經濟現實背後的「關懷與愛心」; 亦即, 若社會要真正有「福利」, 不經由私益而增進社會福祉的具體作法便是透過具有系統意義的「社會仁愛」(馮建三、程宗明譯, 1998, 頁 56-57)。

藥品廣告針對目標設定 (target select), 將所有的廣告都設計成特定顧客群或個別化的需求進行宣傳, 以達到藥品銷售的目的。在這樣的系統運作下, 又據以法律的平等性原則, 法規其實無法介入針對同類的各別藥品廣告而給予不同的限制; 好比說, 法律不得因為某類成藥係針對社經地位較低者所從事的廣告, 而要求該類成藥廣告必須負擔比其他類成藥廣告更大的代價。亦即, 法規所介入的藥品廣告管理係無法對藥品廣告「切割規範」。這種法規的必然, 根據本章的論述以為實不必將之視為「法律之無能」, 宜進一步思考的在於, 如何

將 Neil Postman (1992, p.159) 所謂的「重新發現人們過去知道、現在需要重述的東西」作為法規範的新思維與新作為。本論文所提，從閱聽人（或消費者，或常民）本身出發的賦權健康素養作法，最終當然還是回歸到人民自身對自我健康的把關，但在達到這最終的過程之前，政府與法律介入的方式，不再是「管制」的概念，而是「協助」（輔助）人民達到健康素養的目標。例如，針對不同社經地位的常民，給予不同方式的藥品常識教育，賦權不同形式的素養作為等，這種打破過去主流法規範思維由上而下的限制作法，取而代之的便是由下而上的促使民眾實踐健康權的健康素養作為，本論文認為，這不但是解套，更是實現社會正義的實在。



## 第六章 結論：健康權之實在

有個親戚得知我正在作藥品廣告的研究，興沖沖地跑來跟我分享他的購藥經驗：他曾經因為「香港腳」（足癬，為一種足部被黴菌感染的疾病）奇癢無比，想去看醫生覺得這是小病又有些費時，於是想到去藥局購買他所熟悉的藥品。進到藥局之後，販售的藥師稍微問他的症狀便推薦他幾項「專業建議」的藥品，但彼時他腦海中從一開始動念想購買藥品一直到他走進藥局購買完足癬藥，過程中有個非常清楚的聲音不斷地指引著他去購買一種熟悉的藥品叫做「足爽」，那個輕快的音樂很自然地在他心中響起：「香港腳、香港腳、燙足爽！臭腳丫、臭腳丫、燙足爽！足爽也有抹的！足爽軟膏，乾爽、不油膩！」（他說這個廣告 10 秒鐘，卻深植他心）<sup>100</sup>。我問他為何不聽從藥師的建議，購買其他可能對該疾病更有效的藥品？他直接了當回答我：「那個藥師推薦的藥品，我根本沒聽過，我怎麼知道哪裡會有效？而且，一種我連聽都沒聽過的藥品，我覺得用起來很怪！」

親戚的這種反應、這種想法與這種經驗，透過前面章節的分析與解構，一點也不足為奇；只是我要他再想想：為什麼他所熟悉的這個藥品他認為就會有效？又為何會如此熟悉？以及為何非買這個藥不可？這當然可能是個複雜，卻也可能是個很簡單的消費過程。本論文前 5 章節選擇的論述理路提供了此種購藥行為與藥品廣告之間關聯性的解答，並以藥品廣告的社會現實層次與法規層次交融情況，整理出「法規」對當前藥品廣告所扮演的角色與所處的位置；加上藉由接近批判思維的傳播與法律政治經濟學方法對藥品廣告的解構與分析後，肯認本論文一貫主張的「健康素養」其實是解決許多藥品廣告可能帶來的「不健康」（風險、副作用等）結果的最佳方式，不論從傳播面抑或法律面，都指向同一個方針。本論文最後將以「健康素養」究該如何成就「健康權」之外，也要說明「健康素養」如何促使人人都可以成為健康的贏家。

---

<sup>100</sup> 這位親戚從人口學變項檢視，屬社經地位「白領階級」，男性、30 歲初、為一跨國企業主管、大學學歷、年收入百萬以上。

# 一、法規範由上而下轉為由下而上之賦權方式

## 1. 法規範特質與調整之可能

在民主體制與資本社會的結構下，「法規範」以一種「穩定」的力量自居，縱使打開法規範所強調的自由、平等、正義等普世價值背後仍可能存有「權力」的真實面紗<sup>101</sup>，但當代社會仍需要這套維護「秩序」的系統以促進「社會發展」。從傳播政治經濟學與法律政治經濟學雙管檢視下的藥品廣告與法規範關係，更不難發現在這個堅不可破的結構下（如政經結構），許多本質上的「不變」似乎對本論文所討論的「由下而上」規範方式的翻轉可能性幫助不大。像是，藥品廣告牽涉的媒體產業結構與生態的問題（如資本、收視率、廣告效果等）；或是法規範的介入必須以一種「淡定」的作為，以解決藥品廣告的種種「與時俱進」或「一日千里」的發展等問題，在在顯示法規範無力轉變本質性問題的現況。但面對這個沒有對或錯的問題，總該讓我們有所思考的是，應朝什麼方向、或者該怎麼調整現有機制才會做得更好的方法，都應該被提出或主張。本論文認為，「健康素養」的概念不應只是被提出用來解決藥品廣告潛在問題的討論層次而已，在法規範的面向中，應該將「健康素養」納入法律條文中，並修入《藥事法》第七章「藥物廣告之管理」一章內，將其視為「必要」的管理方式，這或許是翻轉上面所謂的「本質不變」或「既有結構」的可能。

這樣的「管理思維」雖與該法當初的立法初衷有些不同，然將此法的立法理由再向上提升地看，此法所為的種種管理不正是以「維護國民健康」這件事情作為最高指導原則？若此，這樣的調整不可謂不可行。然以此再進一步深究，將「健康素養」的概念納入法規範中，馬上會面臨「健康素養」的具體化問題，所指為何？如何落實的問題？這不應成為無法落實的理由，蓋條文中即使是以「訓示規定」而為規範的調整都極具意義，更能顯示在法規範思維上的一種進步。惟面對現實，就條文的訓示規定對行政體系而言，通常會被束之高閣，因此法規範

---

<sup>101</sup> 好比坊間最常比喻的法律總落得保護既得利益者、保障有錢人或中產階級以上的工具等說法，與一代大師 Michel Foucault 所點出的「權力」概念有些許異曲同工。

既然要介入，即應以強制規定的方式為之方可拘束行政機關，並賦予行政機關應為健康素養的具體作為；例和，行政機關有義務必須透過宣導或分眾教育的方式逐漸建立常民的健康素養、建立正確用藥的分層訊息（以對「不同對象」所接觸「不同媒介」管道，提供適合其理解的訊息模式為原則），或課予醫院、藥局或藥師販售藥品時應善盡提供常民用藥的健康素養義務等。

這種看似仍以「由上而下」的「手段」規範方式，在實際的賦權常民對藥品廣告健康素養觀的同時即已退場，同時轉為「由下而上」的具體作為。因此，倘若健康素養的想法能被立法或修法實現，表示法規範長久以來揹負「視人民為愚民」或「法律家長心態」（legal paternalism）等立法質疑將有所轉變<sup>102</sup>，而將這樣的模式稱為「先進立法」亦不為過。更有甚者，賦權常民健康素養的規定列入法律條文中，更能促成後續健康素養的具體作為「依法有據」，即使以不同的面向檢視這種立法或修法，不僅是一可行之道更是益處甚多的調整。

## 2. 法規範之轉向

上述法規範立法或修法上的調整，或可稱為「法規範之轉向」，其所顯示的意義不只是打破過去傳統法學一直以來「由上而下」的法律規範「實質」模式，更是促使法學「規範觀」的有所突破。蓋本論文將「由上而下」的規範方式視為二種不同層次：即「形式」與「實質」的模式。前段落所稱手段上的「由上而下」即是一種「形式」；而法規範的轉向就是「實質」上的層次命題，也就是形式上的由上而下已被實質的由下而上所取代。因為立法機構以一種由人民角度出發的實質立／修法視點，透過「由下而上」賦權常民健康素養具體作為所形成的立／修思維，最終必能達到《藥事法》規範藥品廣告的最高立法精神。因此，總使「賦權」的概念仍有無法跳脫「上對下」的「法律家長主義」疑慮，但仔細推敲與思考後便可得知這種所謂的「賦權」方式只是一種過程的「手段」，其目標是為

---

<sup>102</sup> 本論文在此須有一論證：或有法律思維的「規範觀」並非不可變，然而如果立法無須固守「上對下」思維模式，那麼該法是否有無須制定實益之質疑？本論文以為，這是一種「轉向」的思維方式，若將這種「規範觀」分層次來看，即可獲得不同的辨證。詳如下段所論述。

促成人民最終得以運用健康素養觀藉以達到「自我實現」後的「健康」，此時法規範的手段在達陣後即予退出，而非永久性介入。這種暫時性的「必要之惡」對人民面對藥品廣告後，仍可將健康權的實益全數轉到人民身上；亦即，透過法律的「形式」強行規定所建立的完善制度，在制度完備後，常民在制度潛移默化中建立正確的用藥自主權，那麼對於自己的健康權即實質掌握。

如此，法規範以此等新思維將之轉向後，法規範的介入方式其實已經兼顧上下交替，同時可以「進出法律結構」的規範模式。若堅持以傳統「上對下」的修／立法模式將藥品廣告「層層把關」，或者僅以「配套」概念作為立法上的不足，都是無法釜底抽薪的傳統法學觀。若立／修法上能改以進步的課以行政機關、常民、藥局等不同角色的不同義務，即能共同為健康權的實現共盡心力。

在與傳播媒介有關的現象規範議題上，若能以「素養觀」（由下而上）的角度思考法規範的問題，其實正是可以讓傳播那種「流動性」、「不易捉摸」的屬性，以一種更積極的方式達到立法上的目的與精神。本論文大膽提出這樣的思維，即是希望可以為法學規範方式注入一種新的思維模式，活化法學可能存在的失靈與盲點。退萬步言，倘若法規範修正後仍產生失靈或盲點的現象，係因修法前未能確實掌握社會現象及行政實務上的缺失，便與「素養觀」的論點無涉；因此如果要避免可能的弊端，修法前確實瞭解社會現實與該法所要保障的具體內容，以減少法規範失靈或盲點的發生。

## 二、健康權之實踐：健康素養之如何可能

### 1. 健康素養如何普及：借重媒體素養之作為

經由上述的辯證，「健康素養」到底如何可能？本論文在文獻探討中曾對「健康素養」多所著墨（本論文頁 33-43），論述中亦多所詳述為何本論文認為在「藥品廣告」的健康議題上，「健康素養」應有別於過去公衛領域只偏重的「醫病關係」中病人應具備醫藥基本素質以達自我照料與外在健康目標的「健康知能」侷限性，反而應該將「知能」的務實性更進一步提升至「素養觀」的切身性。這種思維模式來自「藥品廣告」所涉及的媒體面向、法律面向與醫學公衛面向等多重

跨領域融合的必要性，若單就「知能」角度看待藥品廣告可能衍生的問題，恐怕無法全面性涵蓋這個跨領域議題所帶來的挑戰。因此，本論文透過批判典範所給予的養分，以傳播政治經濟學和法律政治經濟學的方法（如第五章所述，頁 118 以下），從藥品廣告所牽涉的實證研究技術結果提出具有素養觀視野的「健康素養」取代過去「健康知能」可能不足的地方。

又藥品廣告本身係以「傳播態樣」現身，藉助媒體素養的發展與實際作為便可架構起與「健康素養」融合的緊密性，這也是為何本論文從文獻探討開始即以媒體素養作為與健康素養接合的概念（頁 36-39）。媒體素養的「素養觀」簡單地說就是在討論閱聽人如何反思媒體再現的過程，最終希望閱聽人回歸到思考自我與媒體的關係，成為現實世界「耳聰目明」的閱聽人。這種對個人隱含著「內省」層次的精神，其實正是解決諸多當前台灣社會現象，尤其是「媒體亂象」<sup>103</sup>的根本方法。當我們不斷苛責與歸因藥品廣告為常民帶來許多藥物濫用的負面影響時，藥商最大的質疑肯定是其所從事的藥品廣告到實際銷售藥品的行為，對社會仍有諸多正面的貢獻（比如，減輕小病的惱人；即時提供用藥的需求等），為何常民的濫用藥品就要怪罪到「藥品廣告」？甚至，藥品廣告可能只是一個「代罪羔羊」（easy target）。這種質疑也不無道理，當然，經由本論文的透析，藥品廣告影響常民的用藥、甚至有造成濫用藥品的問題已是社會現實，然而以藥商立場看待此現象，恐怕是「難以承受之重」。本論文正是看穿這樣的現實，才以主張「健康素養」作為另一條出路的途徑，以化解「結構本身」的衝突性問題。而法規在此應扮演的角色正是需要將健康素養推向實踐的關鍵推手。

## 2. 以「近用」作為健康權之實踐：媒體近用之啟發

透過上述一連串的探討後，健康素養該如何具體實踐仍是需要討論的部分。我們可以明白賦權常民健康素養不應只是讓常民具有認知、計算與識讀媒體中的健康訊息，對於媒介所再現的種種藥品廣告更應具有取得、詮釋、理解健康

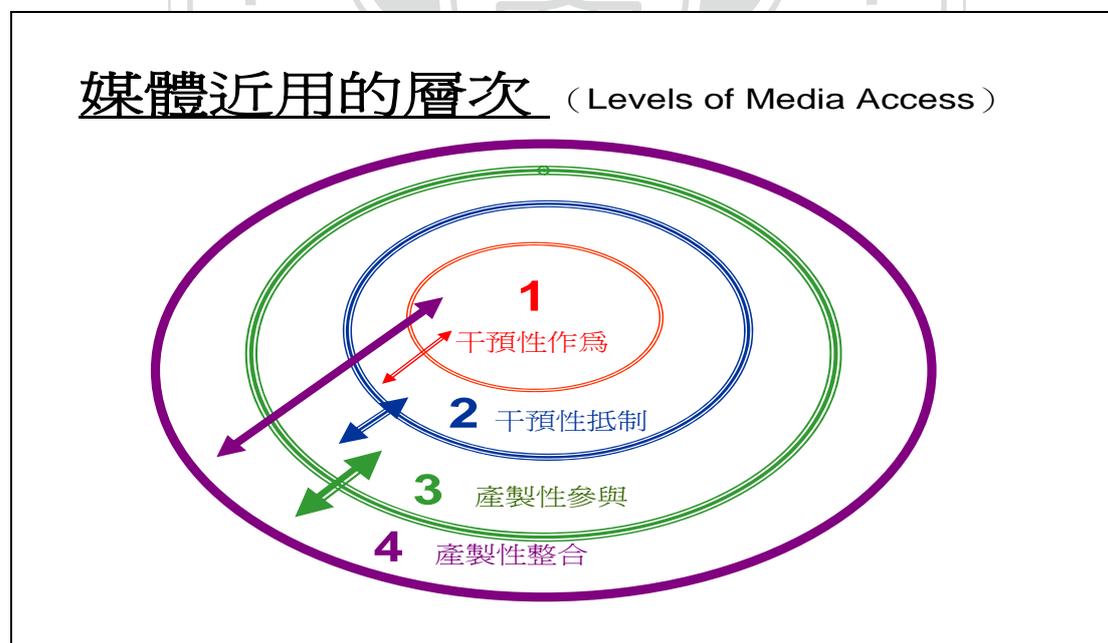
---

<sup>103</sup> 就一個傳播研究者而言，實不願用「亂象」來描述台灣的媒體現況，因為所謂的亂象不應只苛責至媒體本身，其所牽涉的問題包括諸多不同面向的結構性問題，甚至是閱聽人本身亦是一環。本論文此處僅以坊間普遍稱法相稱，目的在喚醒是項觀點。

訊息的能力。換個角度，從媒體素養的觀點來說，閱聽人如何反思媒體再現的健康訊息，進而能主動「近用媒體」(to access media)則為媒體素養所關注的焦點，這同時也符合批判取向的政治經濟學家「實踐」概念。在融合「近用」的概念之後，健康素養一樣必須強調一般常民的能動性，才可以發揮「健康權」的具體落實。因此，以媒體近用的經驗作為健康素養的參考，自然可以作為賦權健康素養方式的想像與實在。

有關「媒體近用」相關的文獻國內外均不多見，加上各國輿情不一，對於各國民眾的近用媒體方式也不相同。面向台灣的媒體環境，談到媒體近用的學者大致以「傳播權」的角度出發（陳世敏，2005；管中祥，2009）；或有從另類媒體的實踐方式作為近用手段（成露茜，2009），對媒體近用概念比較有整體性的整理如林承宇（2009，頁 361）以閱聽人可以近用的層次所提出媒體近用實作（practice）的想像如【圖十四】。

圖十四：閱聽人近用媒體的形式與實踐想像圖



說明：本圖十四轉載自林承宇 2009 所著部分內容。

按作者的原意，在論及閱聽人近用媒體的議題時，除了不應只是紙上談兵，

更要「做中學」以強調媒體近用「能動性」的必要性，此與媒體素養與健康素養所著重的精神相同。因此在詮釋媒體近用的概念時，作者以為命題上應該是放在媒體近用「可以有」(can be) 什麼樣的想像，而不是去定義媒體近用的範圍。如此，每個閱聽人都有其接觸媒體的不同歷程，當然在近用媒體時就必須與自身的媒體經驗做扣連，並在此發揮各種不同面向與不同層次的近用媒體方式。圖中所提供的 4 大類同心圓的近用層次概念，目的不在窮極媒體近用的各種可能，而是透過閱聽人可以自由地組合 4 大類交互作用的 24 種不同媒體近用的模式，進而創意性地展現閱聽人媒體近用的可能性。這當中最重要精神，自然是反映每個閱聽人的媒體經驗脈絡，而不是按表操課，而此正是呼應媒體素養教育反應閱聽人不同背景的「流動性」現狀，對於實踐近用媒體的結果將有助於「閱聽人－媒體」之間的雙向對話與反思。

宜再深入說明者，圖中 4 種近用的大類中，所謂的「干預性作為」(intervened deeds) 係指閱聽人得運用介入式的方式，表達自己對媒體再現的公共性意見；例如讀者在報紙上的投書、在電子媒體上的 Call in、甚或抗議媒體的行動等即可屬之。第二個層次的「干預性抵制」(intervened resistance)，比較於干預性作為行動力更深入，作者借用文化防堵 (culture jamming) 的概念發展出強調與媒體理性對話後的行動「媒體防堵」(media jam) 概念即屬之。媒體防堵主要概念聚焦於閱聽人反思媒體再現內容，透過論證與理性對話過程，進而採取主動的更進行動。例如，閱聽人可以透過經驗或實驗拆穿與廣告內容不一的藥品廣告；或是能舉證藥品廣告不正確或虛偽之處等，並能以具體發聲行動表達意見。因此，「媒體防堵」亦可解釋成閱聽人以批判思維與媒體內容對話後，所採取具體發聲的行動。而第三個層次「產製性參與」(participative production) 意指閱聽人以產製訊息作為近用媒體的表達方式等可歸納之，像是閱聽人運用自己可以發聲的媒體，進行公共性議題的產製內容發聲便是此概念的具體作為。最後的「產製性整合」(integrated production) 近用層次，指的是透過媒體所形成的社區改造等作為(類似社區營造的概念)即可歸納於此。

此處 4 種媒體近用層次的論證方式，本論文採取比較開放的態度詮釋媒體近用概念，因此本論文認為只要是與媒體可以扣連上的近用議題與方法，均可視

為媒體近用的範疇。為免掛萬漏一之憾，此處仍要強調除了上述媒體近用的整理與發想，仍有其他不同關注、不同面向、不同層次的媒體近用可能性，閱聽人應視上述媒體近用方式為一種「啓示」，重點在於將此回應到自我媒體經驗的脈絡中，如此，媒體近用的能動性與生命力才有啓動的可能。是故，媒體素養著重閱聽人近用媒體的權利與賦權，若能將此實踐於對一般常民與藥品廣告上的對話、反思與近用上，相信對於本小節所提倡運用媒體素養對健康素養的啓示，以落實常民藥品廣告的素養，以達到具體健康權的實在。

### 3. 小結：健康素養是實現健康權之開始

法國哲學家 René Descartes (1596-1650) 採用「普遍懷疑」的主張道出「我思故我在」的名言；約莫 3 個世紀之後，加拿大哲學家 Herbert M. McLuhan (1911-1980) 也以「...我們不知道是誰發現水，但絕對不是魚；因為魚不知道自己是溼的」用來比喻「魚與水」猶如「人與媒體」的關係。他們所欲點出的想法不外乎「人的主體性」為何。

不論從媒體素養所強調的閱聽人能動性問題，或是本論文所主張的健康素養應以常民對藥品廣告反思後的實踐能力作為落實健康權的實在等觀點，透過人民的主動性「近用」媒體行為，都是在呼應透過人的「實踐」作為「人為主體」的現實。這種概念也表現在過去媒體素養所追求的「傳播權」精神上，用在健康素養的理念，其所希望落實的「健康權」理想自然也需要有此歷程。也就是說，當常民可以用自身可表達的媒介來展現對藥品廣告如何影響自己的反思，又可以進一步思考這過程是如何影響自身的藥品消費行為時，這種從行動中認識 (knowing-in-action)，再以從行動中反思 (reflecting-in-action)，最後又能對行動反思 (reflecting-on-action) 自己與藥品廣告關係的過程，只有透過「實踐」歷程才能真正落實健康權的根本。法規範在此如能扮演這部分的推手，這種積極性的作為才是促成真正健康權的實在。身處「數位時代」的當下，這種法規範納入提供人民互動、社群形成、發聲管道等明文規定，其實正足以提供完善的「健康權」實現，重點就在於法規範與行政實務上的完整性。

### 三、法規範與行政實務之完整：健康權之具體

#### 1. 行政體系之必要

有了上述的論述基礎，要達成「健康權的具體」仍需落實法規範的行政實務面。若將健康素養納入法條明文的規定中，在依法有據後的實現健康權具體方式則落在行政體系的配合上，例如，人員的編制、經常性作為、長久性思維等，都是具體落實健康權的必要。

過去有關藥品廣告實施的行政措施，除了一般依法行政的事項外，比較特別的是行政院為提供國人用藥安全環境，曾於 2010 年 3 月 25 日行政院第 3188 次會議決議成立專案，由院長指派政務委員督導成立跨部會的「偽劣假藥聯合取締小組」查緝不法藥物；並由行政院衛生署研擬「食品衛生管理法」、「健康食品管理法」、「藥事法」及「化粧品衛生管理條例」等廣告管理相關條文修正草案。也就是政府（行政院）對於藥品廣告的規範未來將常向加重違規業者及傳播媒體對刊播食品、健康食品、藥品及化粧品違規廣告的責任，及要求業者刊登更正廣告、通路業者就繼續販售違規廣告的產品負責、以及薦證者負連帶損害賠償責任等更加嚴格的規定<sup>104</sup>。這種長久以來僅以「實質的由上而下」依法行政管制傳統，在該報告中可看出大力宣揚政府的「成效」：自 2010 年 4 月起至 2011 年 3 月底為止，共查獲不法藥物的案件數，由成立前每月平均 190 件，提高至成立後每月平均 358 件（增加 2 倍）；移送法辦之案件數，也由成立前每月平均 43 件，提高至成立後每月平均 232 件（增加 5.4 倍）。而藥物廣告違規比率亦由自 2008 年之 9.96%，下降至 2011 年 3 月之 7.5%，廣告管理相關條文修正草案，並於 2011 年 5 月 5 日由立法院進行審議。這種「貓抓老鼠」的政績宣傳確實也達到了一定的漂亮數字呈現，衛生署以跨部會的「中央控制計畫」促使廣告的違規問題得以下降，所投入的行政人力、物力自然不在話下。惟需要思考的是，這種模式的「成效」究竟是否已解決了「用藥安全環境」的具體實在，還是

---

<sup>104</sup> 有關此部分報告內容可參閱行政院衛生署網站即有詳細資料足供參考：  
<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/2011gpr/08.pdf>（最後瀏覽日期：2012/03/31）。

只是數字上的變化值得討論。當然，本論文不在否定行政機關對於國人用藥安全的所作所為，只是，如果可以將這樣的資源放置更具積極性、長久性的作為上，這種成效應該不會只是「有要求才有成效」的狀況。

例如，將行政人力與財、物力投入常民健康素養的長程經營上，短時間內可能看不出上述數字的成效，但就整體社會長期發展來看，既然人人都有近用媒體的能力（這種能力不見得只是使用最新的媒介屬之，打電話也算是一種近用的概念），自然對媒介所呈現的有問題藥品廣告形成堅固的「監督系統」；加上對於個人使用藥品與藥品廣告之間的「表意」關係普遍了，上述行政院所欲達到的目標自然可以迎刃而解。

## 2. 從法規範到行政體系之貫徹

從以上的描述看來，如果立法、行政機關可以意識到「健康素養」不失為一解決藥品廣告可能衍生問題的根本之道，行政主管機關的人員編制就應該有所微調。在本論文針對所有行政主管機關的公務人員進行訪談的過程中發現，幾乎每個主管單位所負責藥品廣告是項業務的人員「流動率」都非常大<sup>105</sup>，老手與新手之間的業務交接亦無完備的制度設計<sup>106</sup>；加上受訪人員均表示「人手不足」，因此對於藥品廣告的稽核或是該由主管機關介入處置的問題時，常會有「心有餘力不足」的感嘆。

「人員不足」的問題幾乎是所有行政機關普遍性現象，本論文以為重點不在人員足不足的問題，而是在人員用得對不對的命題上。一個好的制度，即使遇到不對的人，仍然可以維持良好的狀態；反之，一個不對的制度，即使再好的人投入，仍然無法收到該有的成效。健康素養如能從制度著手，加上對現有行政人

---

<sup>105</sup> 有關該項業務的負責人，訪談中得知除了中醫藥委員會的承辦人員具有超過 10 年以上業務經驗，其餘幾乎全部都是 3 年以下的新手。

<sup>106</sup> 例如，在本人實際的訪談中，問及實務上可能發生的狀況時，至少有一半以上的主管機關承辦人員無法確定所提狀況該如何解決，並表示需要請示過去負責是項業務的同仁如何解決。這顯示在「經驗傳承」上仍有待妥善制度補強。

員施以「預防重於治療的觀念」（例如：可以仿照「反詐騙」專線的方式，設置「藥問我」專線，隨時提供民眾查詢或藥品相關諮詢等），甚至招募具有專業背景公務人員，對於藥品廣告的問題便猶如一個好的制度，投入對的人選，亦能收「衛生單位動起來」的具體成效。若此必要時，仍可統整不同單位的整合（媒體單位、其他衛生單位等）或是民間團體相互合作等都是可行之途徑。例如，台灣民間團體「社團法人台灣打擊不法藥物行動聯盟」（TMPACT）<sup>107</sup>對於用藥安全的議題上深耕良多，即為一可合作的例子。

## 四、總結：人人都可以是健康的贏家

### 1. 再看媒體、健康與權力

在這個「消費掛帥」的時代裏，「我消費故我在」的消費哲學儼然成為當今社會的面貌。本論文為何選定「藥品廣告」的理由也在此，當藥品的消費被轉換成是一種「貪念」，消費藥品的人不再只是為了健康，而是為了美麗、強壯、勇猛等被化約成「可用藥品替代之」的狀況時，人們對於藥品的消費已經變質。這種邏輯自然會強化藥品廣告存在的必要性。

在上述行政院成立的跨部會「偽劣假藥聯合取締小組」最後的報告中指出，「形塑全民正確用藥素養」，打著「政府用心、子女關心、長輩安心」的口號，訂出「加強用藥安全的宣導活動、建立廣告資訊及不法藥物專區、以及公布不法藥物資料」等未來施政作為。常常我們看到此等作為，常有「呼口號」的感覺，看不到未來性的成效狀況。倘若我們可以體悟在當前媒體結構、社會結構、法律結構均有其必然性與自成體系性，那麼，針對藥品廣告與健康權實現的問題，由政府／法規介入「健康素養」對常民的賦權方式確實是可以劃破這些界線（boundaries）的方法。

### 2. 常民的健康權最終來自本身：最後防線

---

<sup>107</sup> 有關此組織之介紹可參閱 <http://www.tmpact.org/main.php> 網站之相關內容（最後瀏覽日期：2012/03/31）。

行文至此，若有人問及本論文到底希望如何？本論文的基本論調很簡單，人人處在一個狀似無力翻轉的「社會結構」下（可能是資本主義社會；也可能即使在非資本主義的社會，仍有其一套運行的方式），如何透過既正確又適合自己的作為以成為真正的健康贏家，就是本論文希望能為這個議題所下的見解。這似乎與批判典範思維希望可以透過結構面的改善，促使個人得到「健康」的解放有所衝突，惟仔細推敲，本論文最終所提的「健康最終來自本身」結論，其實已經是透過法規制度的扭轉後，最後那個已經無法再介入的「私部分」。畢竟「健康」這件事情，永遠有屬於個人某部分的地方。如果常民在面對這些刺激消費的藥品廣告時，在消費這些藥品前能體認到：「沒有人是完全健康的；不健康不見得不長壽；吃藥未必會痊癒或健康；吃藥過度必有副作用；非有必要不吃藥」<sup>108</sup>等自我檢視／反思的概念，那麼其自我的健康防線應該對自身的健康甚有助益。

未來，不管每個個體與所處的社會有多麼密切的互動，也不管該社會有多少的社會福利，更不管該社會在藥品的問題上會投入多少資源，不容懷疑的是，個人健康權的那把最終鑰匙還是在我們自己身上。當然，常民要成為真正的健康贏家，政府、藥商、媒體與人民四方都必須肩負起這個共同的責任，不能將責任劃歸於常民獨自承受，自然也不應歸咎於「單獨」的政府、藥商或媒體某一方。

## 五、研究議題的延續力

本論文從三大領域出發，涵蓋傳播、醫藥與法律等跨領域的研究議題，以「藥品廣告」作為連結此跨領域的主題，從問題意識開始一直到最後的結論，可謂是一大膽嘗試。身為研究者，論文中主張以「健康素養」的「素養觀」概念作為最終解決法規不足之論證，從傳播法規的角度而言，亦屬相當大膽的見解。衡諸本論文研究與撰寫的過程，對於此跨領域議題的處理，本論文一直處於一種「只能盡量做到跨領域之間的對話，並嘗試帶動領域間合作」的可能。不容否認地，這過程確實會有許多疏漏，甚至有論述不完整之處，對研究者而言都應該勇於接受任何的批評與指正。

---

<sup>108</sup> 此概念係由本論文口試時高玉泉委員提出，其內容與美國 CML 對媒體素養所提出的五大核心關注焦點類似（如本論文頁 34 之整理），作為健康素養中常民對用藥概念的提醒，本論文以為甚為適當。

當然，本論文現階段的完成，並非代表本議題已達「終點」，反而從藥品廣告出發所帶出的「健康權」或「健康素養」等概念，都在在說明「跨領域」之間合作的重要性與必要性，這同時也顯示當代許多議題必須由跨領域合作的方式才有解決的可能。本論文深深的期待是，藉由本論文拋出的「磚」能啟動與引來更多跨領域研究的「玉」，那本論文才算有點功德。未來，筆者希望可以延續這個命題，並進一步解決以下所涉及的面向，讓這本論文更具延伸力：1.常民健康素養建立的問題，這須有專文另為討論“health literacy”這個概念的本質性與哲學性問題，其究竟應以自成一格的「客觀標準」維繫「健康」方有價值，亦或藉用媒體識讀講求「反思」過程的健康方式才屬完整，二者融合與實際運用後所產生的「鴻溝」(gap) 命題值得更細部的討論。2.承上，進一步深究「健康素養」，許多健康議題（如本論文的藥品議題）不見得是「素養」的問題，跟個人習慣、社會傳統、文化面向等有極大關聯性，因此「素養觀」究竟有多大「效力」；或可以有何種「想像」作為解決問題的概念，當然也是本論文未來值得深入研究的方向。3.法規範「由上而下」與「由下而上」的辨證問題，這當中可能涉及的諸多社會理論與法規範體系之間的對話與檢視，尤其是學門界線（boundary）的跨越問題，都是本論文想再延伸的部分。4.仍是跨領域的突破問題，如何透過「問出對的問題」、「找出對的方法」、「做出好的研究」等方式，為跨領域研究找出定位，將會是筆者一生的研究職志。

## 參考文獻

### 一、中文部分

- 丁志音 (1986)。〈田野方法與參與觀察在衛生教育上的運用與價值〉，《公共衛生》，13(3): 279-293。
- 丁志音 (1988a)。〈生活方式與健康－概念、倫理及政策的討論上〉，《公共衛生》，15(1): 16-26。
- 丁志音 (1988b)。〈生活方式與健康－概念、倫理及政策的討論下〉，《公共衛生》，15(2): 157-173。
- 丁志音 (2004)。〈健康知能與醫療照護品質〉，行政院衛生署 (編)，《全民健保醫療品質》，頁 57-93。台北：衛生署。
- 丁志音、徐美苓 (2004)。〈全民健保制度下民眾健康知能之提升〉，行政院衛生署 (編)，《全民健保醫療資源配置與合理使用》，頁 305-356。台北：衛生署。
- 丁志音、劉芳助、李袖瑜 (2007)。〈以追求身心完美為名：生活機能醫藥對健康照護的危害〉，《台灣公共衛生雜誌》，26(6): 443-451。
- 王志弘譯 (2011)。《好研究怎麼做－從理論、方法、證據構思研究問題》，台北：群學。(原書 Alford, R. R. [1998]. *The craft of inquiry: theories, methods, evidence*. New York, NY: Oxford University Press.)
- 王宜燕 (2010)。《閱聽人研究實踐轉向初探》。國立政治大學新聞研究所博士論文。
- 行政院食品藥物管理局 (2009)。《藥物食品檢驗局調查研究年報》(編號：2007100003)。台北：作者。
- 行政院衛生署 (編) (2004)。《全民健保與醫療品質》。台北：衛生署。
- 行政院衛生署 (編) (2006)。《藥你健康 I 用藥基本知識》。台北：衛生署。
- 行政院衛生署 (編) (2006)。《藥你健康 II 常見疾病用藥》。台北：衛生署。
- 行政院衛生署 (編) (2006)。《藥你健康 III 預防保健指引》。台北：衛生署。
- 成露茜、羅曉南 (主編) (2009)。《批判的媒體識讀》(二版)。台北：正中。
- 成露茜 (2009)。〈另類媒體實踐〉，成露茜、羅曉南 (主編)，《批判的媒體識讀》(二版)，頁 371-387。台北：正中。

- 李丁讚 (2004)。《公共領域在臺灣》。台北：桂冠。
- 李志宏、施肇榮 (2010)。〈醫事人員與代言醫療廣告〉，《台灣醫界》，53(5): 38-42。
- 李念祖 (2005)。〈菸品標示管制與言論自由之限制－釋字第五七七號解釋之研究〉，《東吳法律學報》，17(1): 1-30。
- 李建良 (2000)。〈菸品標示「吸菸有害健康」的憲法問題〉，《台灣本土法學雜誌》，9: 97-102。
- 李建良 (2001)。〈藥物廣告的限制及其合憲性〉，《台灣本土法學雜誌》，28: 75-89。
- 李建良 (2010)。《人權思維的承與變：憲法理論與實踐 (四)》。台北：新學林。
- 李震山 (2009)。《人性尊嚴與人權保障》(三版)。台北：元照。
- 李漢庭譯 (2011)。《圖解藥理學入門》，台北：世茂。(原書生田哲[2009]，*勉強したい人のための薬理学のきほん*。東京：日本實業)
- 何道寬譯 (2010)。《科技奴隸》，台北：博雅。(原書 Postman, N. [1992]. *Technopoly: the surrender of culture to technology*. New York, NY: Knopf.)
- 余陽洲 (2008)。〈媒體「識讀」之辨與辯〉，《媒體識讀教育月刊》，72: 2-6。
- 余陽州 (2009)。〈媒體公民教育／識讀／素養 (Media Literacy) 面面觀〉，成露茜、羅曉南 (主編)，《批判的媒體識讀》(二版)，頁 17-38。台北：正中。
- 吳介民、李丁讚 (2005)。〈傳遞共通感受：林合社區公共領域修辭模式的分析〉，《台灣社會學》，9: 119-161。
- 吳全鋒 (2009)。〈從健康人權之角度論菸草控制框架公約之發展與國家菸害防制之義務〉，《月旦法學》，169: 32-66。
- 吳信華 (1997a)。〈菸害防制法的合憲性－基本權利受侵害的合憲性思考上〉，《月旦法學》，30: 79-87。
- 吳信華 (1997b)。〈菸害防制法的合憲性－基本權利受侵害的合憲性思考下〉，《月旦法學》，31: 93-100。
- 吳信華 (2010)。〈基本權利案例的精確判斷－大法官釋字第四一四號解釋評析〉，《月旦裁判時報》，4: 5-13。
- 吳翠珍、陳世敏 (2007)。《媒體素養教育》。台北：巨流。
- 林子儀 (1987)。〈商業性言論與言論自由〉，《美國月刊》，2(8): 23-33。
- 林東泰 (2008)。《大眾傳播理論》(三版)。台北：師大書苑。

- 林宜平、丁志音(2003)。〈由全民健保西醫門診資料探討台灣民眾的感冒求醫特性〉，《台灣公共衛生雜誌》，22(3): 217-226。
- 林明昕(2005)。〈健康權—以「國家之保護義務」為中心〉，《法學講座》，32: 26-36。
- 林承宇(2002)。〈廣播電視上規避法律廣告之探討—以菸害防制法之規範為例〉，《新聞學研究》，72: 147-172。
- 林承宇(2004)。〈菸品廣告限制與基本權利保護之研究〉，《廣告學研究》，22: 87-115。
- 林承宇(2005)。〈菸品廣告規範之國際觀察與趨勢〉，《傳播與管理研究》，4(2): 25-55。
- 林承宇(2007)。〈識讀媒介中的菸害訊息—橫跨健康傳播與媒體素養的議題〉，《西南民族大學學報》，28(1): 152-156。
- 林承宇(2009)。〈識讀媒體中的健康訊息—從概念到行動〉，成露茜、羅曉南(主編)，《批判的媒體識讀》(二版)，頁353-369。台北：正中。
- 林昱梅(2002)。〈論我國對聯合國兒童權利公約中兒童福利社會權與健康權之立法落實〉，《律師雜誌》，278: 14-33。
- 洪漢鼎(主編)(2001)。《理解與解釋：詮釋學經典文選》。北京：東方。
- 高玉泉、施慧玲(主編)(2002)。《兒童及少年權益實用六法》。台北：內政部兒童局。
- 高玉泉、翁曉玲、林承宇(2002)。《菸品廣告管理之法律研究》。(行政院衛生署國民健康局委託研究成果報告，BHP90-Ca Anti-Tobacco 1)。台中：中興大學財經法律系。
- 高玉泉(2010)。《法律的政治經濟學》。台北：新學林。
- 高志陽(2010)。《語言、價值與權力—考掘我國大法官解釋中的「健康利益」》。國立台灣大學國家發展研究所碩士論文。
- 秦誌佑(2007)。《論我國藥品廣告管制—基本權利限制之觀點》。國立中正大學法律研究所碩士論文。
- 徐美苓(2001)。《愛滋病與媒體》。台北：巨流。
- 徐美苓(2004)。〈健康傳播研究的回顧與展望：從國外到台灣〉，翁秀琪(主編)，《台灣傳播學的想像(下)》，頁479-542。台北：巨流。
- 徐美苓、丁志音(2004)。〈小病微恙的真實再現—以「感冒」的新聞論述為例〉，

- 《新聞學研究》，79: 197-242。
- 翁秀琪（主編）（2004）。《台灣傳播學的想像（上）（下）》。台北：巨流。
- 翁秀琪（2011）。《大眾傳播理論與實證》（三版）。台北：三民。
- 翁曉玲（2003）。〈禁限菸品廣告規範之合憲性〉，《東海大學法學研究》，19: 29-87。
- 孫立行（2000）。《商業性言論－從保障言論自由觀點出發》。東吳大學法律研究所碩士論文。
- 郭李宗文、梁忠銘、熊同鑫（編）（2003）。《教育行動研究與教學實踐》。台北：心理。
- 郭淑珍、丁志音、陳怡君（2005）。〈民眾如何看待健康教育訊息：深度訪談嚼檳榔的計程車司機〉，《台灣公共衛生雜誌》，24(3): 239-253。
- 郭淑珍、丁志音（2006）。〈茶行裡的檳榔客：嚼食檳榔的社會脈絡初探〉，《台灣社會研究》，63: 143-208。
- 郭淑珍、丁志音（2008）。〈嚼檳榔計程車司機的健康生活型態：社會脈絡觀點的初探〉，《台灣公共衛生雜誌》，27(1): 67-80。
- 許德珩譯（1999）。《社會學方法論》，台北：台灣商務。（原書 Durkheim, É. [1895]. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris, FRA: Les Presses Universitaires de France.）
- 許宗力（2007）。《法與國家權力（二）》。台北：元照。
- 張永健（2005）。〈論藥品、健康食品、食品之廣告管制〉，《法令月刊》，56(5): 31-56。
- 張艾茜譯（2006）。《藥你生病：藥廠製造疾病的現象》，台北：世潮。（原書 Moynihan, R. & Cassels, A. [2005]. *Selling sickness: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients*. New York, NY: Nation Books.）
- 張君玫譯（1995）。《社會科學的理念》，台北：巨流。（原書 Winch, P. [1990]. *The idea of a social science and its relation to philosophy*. London, UK: Routledge.）
- 馮建三、程宗明譯（1998）。《傳播政治經濟學－再思考與再更新》，台北：五南。（原書 Mosco, V. [1996]. *The political economy of communication: rethinking and renewal*. London, UK: Sage.）
- 陳世敏（2005）。〈媒介的近用與其可能性之探討〉、〈媒介的監督與改造〉，周典芳、陳國明（編），《媒介素養概論》，頁 421-482。台北：五南。

- 陳坤銘、李華夏譯（1995）。《廠商、市場與法律》，台北：遠流。（原書 Coase, R. H. [1988]. *The firm, the market, and the law*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.）
- 陳春生（2007）。《論法治國之權利保護與違憲審查》。台北：新學林。
- 陳秋月（1992）。《論廣告規制之界限—以商業言論自由為中心》。國立政治大學法律研究所碩士論文。
- 陳新民（2002）。《憲法基本權利之基本理論（上）（下）》（五版）。台北：元照。
- 陳新民（2008）。《憲法學釋論》。台北：三民。
- 陳新民（2011）。《釋憲餘思錄（卷一）》。台北：三民。
- 陳瑞芸（2009）。《空中藥房—醫療消費文化之場域分析》。國立政治大學新聞研究所博士論文。
- 陳澤榮（2004）。《國家對商業性言論的管制界限—以強制菸品警示說明與禁止廣告為中心》。國立成功大學法律研究所碩士論文。
- 黃光國（2001）。《社會科學的理路》。台北：心理。
- 黃茂榮（2001）。〈藥物廣告內容之事前審查及其判斷基準〉，《根植雜誌》，17(12): 33-40。
- 黃昭泰（1989）。《實用廣告學》。台北：美國教育。
- 黃禎貞、鄭惠美（2005）。〈因應全球化的曼谷健康促進憲章〉，《健康促進暨衛生教育雜誌》，25: 139-148。
- 黃德祥（1993）。〈青少年抽煙行為之調查研究〉，《彰化師大學報》，4: 67-109。
- 黃銘傑（1998）。〈美國法上的言論自由與商業廣告—兼論司法院大法官會議釋字第四一四號解釋〉，《台大法學論叢》，27(2): 347-393。
- 程樹德、傅大為、王道還、錢永祥譯（1994）。《科學革命的結構》，台北：遠流。（原書 Kuhn, T. S. [1962]. *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.）
- 曾育慧譯（2006）。《藥廠黑幕—製藥公司如何掏空你的錢包和健康》，台北：商周。（原書 Angell, M. [2004]. *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. New York, NY: Random House.）
- 溫信學（2005）。〈從社會正義觀點探討外籍與大陸配偶健康權之保障〉，《國立空中大學社會科學系社會科學學報》，13: 95-122。

- 傅維康、張慰豐、王慧芳、賈福華、高毓秋、吳鴻洲（編）（2006）。《圖說醫藥史話》。台北：知音。
- 甄志亞（主編）（2003）。《中國醫學史》。台北：知音。
- 管中祥（2009）。〈閱聽人的傳播權〉，成露茜、羅曉南（主編），《批判的媒體識讀》（二版），頁 73-88。台北：正中。
- 楊玉隆（2008）。〈從憲法保障商業性言論自由之觀點—看我國藥業廣告場之藥物廣告與事前審查〉，《藥業市場》，154: 24-29。
- 楊智明、薛桂文譯（2002）。《健康的騙局》，台北：時報。（原書 Apple, R. D. [1996]. *Vitamina: vitamins in American culture*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.）
- 楊嘉禎、王桂芸、湯玉英、吳德敏、張乃文、彭萬誠（2005）。〈戒菸措施及其臨床應用結果〉，《台灣醫學》，9(4): 540-547。
- 鄒川雄（2003）。〈生活世界與默會知識—詮釋學觀點的質性研究〉，齊力、林本炫（編），《質性研究方法與資料分析》，頁 21-56。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- 鄒川雄（2004）。〈經典詮釋與身心狀態：本土化質性研究的另類觀點〉，林本炫、何明修（編），《質性研究方法及其超越》，頁 123-156。嘉義：南華大學教育社會學研究所。
- 甄曉蘭（2003）。《課程行動研究：實例與方法解析》。台北：師大書苑。
- 鄭金生（2005）。《藥林外史》。台北：東大。
- 鄭自隆、黃深勳、郭良文、陳尚永（2001）。《廣告管理》。台北：國立空中大學。
- 鄭慧文、陳慧佳、余萬能、林銅祿（2010）。〈論處方藥直效行銷廣告與憲法言論自由及大法官釋字第 414 號解釋之關聯初探〉，《醫事法學》，17(1): 25-32。
- 蔡承志譯（2010）。《小心壞科學：醫藥廣告沒有告訴你的事》，台北：繆思。（原書 Goldacre, B. [2008]. *Bad science*. London, UK: HarperCollins.）
- 蔡墩銘（編）（2006）。《法律與藥學》。台北：翰蘆。
- 衛生署（2006）。《藥你健康（I）（II）（III）》。台北：衛生署。
- 蕭富峰、張佩娟、卓峰志（2010）。《廣告學》，台北：智勝。
- 劉孔中、陳新民（主編）（2002）。《憲法解釋之理論與實務第三輯》。中央研究院中山人文社會科學研究所。

- 劉建宏 (2007)。〈吸菸者與非吸菸者之人權保障：「吸菸自由」？兼論「健康權」之內涵〉，《台灣本土法學雜誌》，94: 59-77。
- 劉駿州 (1994)。〈實證、批判、詮釋—三大方法典範之初探〉，《新聞學研究》，48: 153-167。
- 賴文恩、季瑋珠、丁志音、吳中興、林令世 (2006)。〈質性研究與證據醫學〉，《光田醫學雜誌》，1(2): 57-64。
- 賴志冠 (1999)。〈如何改變不健康行爲：以戒菸爲例〉，《基層醫學》，14(2): 29-32。
- 賴祥蔚 (2010)。〈商業言論與憲法言論自由保障〉，《台灣政治學刊》，14(1): 159-199。
- 廖梨伶、劉潔心 (2002)。〈運用網際網路於青少年戒菸行爲之介入研究〉，《衛生教育學報》，17: 109-126。
- 魏美珠、林爲森 (1999)。〈青少年戒菸教育介入成效評估〉，《嘉南學報》，25: 43-55。
- 謝國廉 (1999)。〈規範菸酒廣告之法令與言論自由權保障之衝突—橫跨健康傳播與人權理論之分析〉，《新聞學研究》，61: 223-245。
- 謝文正 (2004)。《論香菸廣告規範與商業言論自由》。國立台灣大學國家發展研究所碩士論文。
- 顏伯勤 (1978)。《廣告學》。台北：三民。
- 羅曉南 (2009)。〈媒體識讀導論〉，成露茜、羅曉南 (主編)，《批判的媒體識讀》(二版)，頁 1-15。台北：正中。
- 蘇永欽 (1999)。《違憲審查》。台北：學林。
- 蘇拾瑩 (2006)。《窮鬼翻身：五洲製藥董事長吳先旺的發跡傳奇》。台北：商周。

## 二、外文部分

- Arens, W. F. (1999). *Contemporary advertising* (7<sup>th</sup> ed.). Boston, MA: Irwin/McGraw-Hill.
- Babrow, A. S., & Mattson, M. (2011). Building health communication theories in the 21<sup>st</sup> Century. In T. L. Thompson, R. Parrott, & J. F. Nussbaum (Eds.), *The routledge handbook of health communication* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 18-35). New York, NY: Taylor & Francis.

- Bernhardt, J. M., & Cameron, K. A. (2003). Accessing, understanding, and applying health communication: The challenge of health literacy. In T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrott (Eds.), (2003). *Handbook of health communication*. (pp. 583-605). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. (N. Richard, Trans.) Cambridge, UK: Cambridge University Press. (Original work published 1972)
- Buckingham, D. (1991). Teaching about the media. In D. Lusted (Ed.), *The media studies book: A guide for teachers* (pp. 12-35). London, UK: Routledge.
- Buckingham, D. (2000a). *The making of citizens: Young people, news, and politics*. London, UK: Routledge.
- Buckingham, D. (2000b). *After the death of childhood: growing up in the age of electronic media*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Buckingham, D. (2003). *Media education: Literacy, learning and contemporary*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694-696.
- Center for Media Studies, Rutgers, the State University of New Jersey. (2000, April). *Setting research directions for media literacy and health education*. Retrieved from [http://www.mediastudies.rutgers.edu/mh\\_conference](http://www.mediastudies.rutgers.edu/mh_conference).
- Cohen, D. (1988). *Advertising*. Glenview, IL: Scott, Foresman.
- Couldry, N. (2003). *Media rituals: A critical approach*. London, UK: Routledge.
- Couldry, N. (2004). Theorising media as practice. *Social Semiotics*, 14(2), 115-132.
- Denzin, N. K. (2001). *Interpretive interactionism* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Facer, K., Sutherland, R., Furlong, R., & Furlong, J. (2001). What's the point of using computers? The development of young people's computer expertise in the home. *New Media and Society*, 3, 199-219.
- Frechette, J. D. (2002). *Developing media literacy in cyberspace: Pedagogy and critical learning for the twenty-first century classroom*. Westport, CT: Praeger.

- Freire, P. (1972). *Pedagogy of the oppressed*. (M. B. Ramos, Trans.). Harmondsworth, UK: Penguin. (Original work published 1968)
- Freire, P., & Freire, A. A. (1996). *Pedagogy of hope: reliving pedagogy of the oppressed*. (R. Barr, Trans.). New York, NY: Continuum. (Original work published 1994)
- Gadamer, H. (1976). *Philosophical Hermeneutics*. (D. E. Linge, Trans.). Berkeley, CA: University of California Press. (Original work published 1967)
- Garnham, N. (1979). Contribution to a political economy of mass communication. *Media, Culture and Society*, 1, 123-146.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York, NY: Basic.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Giddens, A. (1990). *Sociology: A brief but critical introduction*. London, UK: Macmillan.
- Gilpin, A. (1977). *Dictionary of economic terms*. London, UK: Butterworths.
- Gostin, L., & Mann, J. M. (1994). Towards the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. *Health and Human Rights: An International Quarterly Journal*, 1, 58-80.
- Green, J., & Britten, N. (1998). Qualitative research and evidence based medicine. *British Medical Journal*, 316, 1230-1232.
- Griffin, E. (2011). *A first look at communication theory* (8<sup>th</sup> Ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Hall, S. (1980). Encoding/decoding. In S. Hall, D. Hobson, A. Lowe & P. Willis (Eds.), *Culture, media, language* (pp. 128-138). London, UK: Hutchinson.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and human interests*. (J. Shapiro, Trans.). Boston, MA: Beacon Press. (Original work published 1968)
- Habermas, J. (1979). *Communication and the evolution of society*. (T. McCarthy, Trans.). Boston, MA: Beacon Press. (Original work published 1976)
- Habermas, J. (2003). *The future of the human nature*. (W. Rehg, H. Beister & M. Pensky, Trans.). Cambridge, UK: Polity Press. (Original work published 2001)
- Harvey, D. (1989). *The condition of postmodernity*. Oxford, UK: Blackwell.

- Herman, E. S., & Chomsky, N. (1988). *Manufacturing consent: The political economy of the mass media*. New York, NY: Pantheon.
- Hofrichter, R. (Ed.). (2003). *Health and social justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hofstetter, F. T. (2001). *Internet literacy* (3<sup>rd</sup> ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. (D. C. Evanston, Trans.). Evanston, IL: Northwestern University Press. (Original work published 1954)
- Hutzel, K. (2007). Reconstructing a community, reclaiming a playground: a participatory action research study. *Studies in Art Education*, 48(3), 299-316.
- Jenicek, M. (2003). *Fundamentals of evidence-based medicine*. New York, NY: Parthenon.
- Kellner, D. (2002). New media and new literacies: reconstructing education for the new millennium. In L. Lievrouw & S. Livingstone (Eds.), *The handbook of new media* (pp. 90-104). London, UK: Sage.
- Kilbourne, J. (1999). *Deadly persuasion: Why women and girls must fight the addictive power of advertising*. New York, NY: Free Press.
- Kremenitzer, J. P., & Myler, T. (2006). Collaboration between teacher educator and kindergarten teacher: a 4-year action research study to improve our own professional practices. *Childhood Education*, 82(3), 165-171.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J. L. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. D. Jackson & B. K. Duffy (Eds.), *Health communication research: A guide to developments and directions* (pp.1-6). Westport, CT: Greenwood.
- Kress, G. R. (2003). *Literacy in the new media age*. London, UK: Routledge.
- Kotler, P., Keller, K. L., Ang, S. H., Leong, S.M., & Tan, C. T. (2009). *Marketing management: An Asian perspective* (5<sup>th</sup> ed.). Singapore, Singapore: Prentice Hall.
- Kubey, R. W. (Ed.). (1997). *Media literacy in the information age: Current perspectives*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Leary, V. A. (1994). The right to health in international human rights law. *Health and Human Rights: An International Quarterly Journal*, 1, 24-56.

- Lin, C. (2008, July). *The imagination of "Media Access" in media literacy education: From some teaching action researches in Taiwan*. Paper presented at the annual meeting of the International Association for Media and Communication Research, Stockholm, Sweden.
- Livingstone, S. (2002). *Young people and new media*. London, UK: Sage.
- Livingstone, S. (2004). Media literacy and the challenge of new information and communication technologies. *The Communication Review*, 7, 3-14.
- Mann, J. M., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lassarini, Z., & Fineberg, H. (1994). Health and human rights. *Health and Human Rights: An International Quarterly Journal*, 1, 6-23.
- Marx, K. (1976). *Capital: a critique of political economy*. (B. Fowkes, Trans.) London, UK: Penguin. (Original work published 1867)
- Masterman, L. (1985). *Teaching the media*. London, UK: Routledge.
- McQuail, D. (2000). *McQuail's mass communication theory* (4<sup>th</sup> ed.). London, UK: Sage.
- Meehan, E. R. (1984). Ratings and the institutional approach: A third answer to the commodity question. *Critical Studies in Mass Communication*, 1(2), 216-225.
- Menon, A. M., Deshpande, A.D., Zinkhan, G.M., & Perri III, M. (2004). A model assessing the effectiveness of Direct-To-Consumer advertising: integration of concepts and measures from marketing and healthcare. *International Journal of Advertising*, 23(3), 91-118.
- Miller, K. E., & Waller, D. S. (2004). Attitudes towards DTC advertising in Australia: an exploratory study. *International Journal of Advertising*, 23(3), 389-404.
- Miller, W. L., & Crabtree, B.F. (2005). Clinical research. In N. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (3<sup>rd</sup> ed.) (pp. 605-639). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Moriarty, S., Mitchell, N., & Wells, W. D. (2012). *Advertising & IMC principles and practices* (9<sup>th</sup> ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Mosco, V. (1996). *The political economy of communication: rethinking and renewal*. London, UK: Sage.
- Murdock, G. (1989). Critical inquiry and audience activity. In B. Dervin, L. Grossberg, B.J. O'Keef & E. Wartella (Eds.), *Rethinking Communication* (Vol. 2,

- pp. 226-249). London, UK: Sage.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Norris, P. (2001). *Digital divide: Civic engagement, information poverty, and the internet worldwide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Palmer, R.E. (1969). *Hermeneutics: interpretation theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger and Gadamer*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Postman, N. (1982). *The disappearance of childhood*. New York, NY: Delacorte.
- Postman, N. (1985). *Amusing ourselves to death: Public discourse in the age of show business*. New York, NY: Penguin.
- Postman, N. (1992). *Technopoly: The surrender of culture to technology*. New York, NY: Knopf.
- Potter, W. J. (1998). *Media literacy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prochaska, J.O., & DiClementes, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinic Psychology, 51*, 390-395.
- Ribak, R. (2001). Like immigrants: negotiating power in the face of the home computer. *New Media and Society, 3*, 220-238.
- Rice, R. (2002). Primary issues in internet use: access, civic and community involvement, and social interaction and expression. In L. L. Lievrouw (Ed.), *Handbook of new media: Social shaping and consequences of ICTs* (pp. 105-129). London, UK: Sage.
- Roth, M. (2003). Media and message effects on DTC prescription drug print advertising awareness. *Journal of Advertising Research, 43*(2), 180-192.
- Schiller, H. (1984). *Information and the crisis economy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Semali, L., & Pailliotet, A. (Eds.). (1999). *Intermediality: The teachers' handbook of critical media literacy*. Boulder, CO: Westview/Harper Collins.
- Silverstone, R. (1994). *Television and everyday life*. London, UK: Routledge.
- Silverblatt, A., Ferry, J., & Finan, B. (1999). *Approaches to media literacy: A handbook*. New York, NY: Sharpe.

- Share, J., Thoman, E., & Jolls, T. (2005). *Five key questions that can change the world: Classroom activities in media literacy*. Los Angeles, CA: Center for Media Literacy.
- Smythe, D. W. (1977). Communications: Blindspot of Western Marxism. *Canadian Journal of Political and Social Theory*, 1(3), 1-27.
- Smythe, D. W. (1978). Rejoinder to Graham Murdock. *Canadian Journal of Political and Social Theory*, 2(2), 120-127.
- Thoman, E., & Jolls, T. (2005). Media literacy education: Lessons from the center for media literacy. In G. Schwartz & P. U. Brown (Eds.), *Media literacy: Transforming curriculum and teaching*, (Vol. 104, pp. 180-205). Malden, MA: National Society for the Study of Education.
- Vos, P., Ceukelaire, W., Malaise, G., Pérez, D., Lefèvre, P., & Stuyft, P. (2009). Health through people's empowerment: A rights-based approach to participation. *Health and Human Rights: An International Quarterly Journal*, 11(1), 23-35.
- Weilbacher, W. M. (1979). *Advertising*. London, UK: Macmillan.
- Williams, R. (1977). *Marxism and Literature*. New York, NY: Oxford University Press.

## 附件一：電訪、深度訪談致謝單位與名單（按中央、地方地理位置）

1. 單位：行政院衛生署中醫藥委員會／中藥組
  - (1) 組長：王鵬豪 先生 02-25872828 轉 211
  - (2) 承辦組員：林南海 先生 02-25872828 轉 210
  
2. 單位：行政院衛生署食品藥物管理局／藥品及新興生技藥品組／西藥藥事及藥師管理科
  - (1) 科長：王淑芬 小姐 02-27878000 轉 7460
  - (2) 承辦科員：黃芳儀 小姐 02-27878000 轉 7467
  - (3) 醫療器材及化粧品組科員：楊麗蘭 小姐 02-27878000 轉 7595
  
3. 單位：高雄市衛生局／藥政科／藥物股
  - (1) 股長：魏凌君 小姐 07-7334872 轉 503
  - (2) 承辦股員：郭垂香 小姐 07-7334872 轉 504（西藥）
  - (3) 承辦股員：蔡玉品 小姐 07-7334872 轉 505（中藥）
  
4. 單位：台南市衛生局／食品藥物管理科
  - (1) 科長：胡明輝 先生 06-6335423 或 066357716 轉 275
  - (2) 承辦科員：陳姿潔 小姐 06-6335423 或 066357716 轉 276（西藥）
  - (3) 承辦科員：王俞茜 小姐 06-6335423 或 066357716 轉 277（中藥）
  
5. 單位：台中市衛生局／食品藥物管理科
  - (1) 科長：陳淑惠 小姐 04-25265394 轉 5700
  - (2) 承辦科員：張麗雲 小姐 04-25265394 轉 5723
  
6. 單位：台北市衛生局／食品藥物管理處／證照管理股
  - (1) 股長：林益祥 先生 1999 或 02-27208889 轉 7071

(2) 承辦股員：蘇美智 小姐 1999 或 02-27208889 轉 7072、7073

7. 單位：新北市衛生局／食品藥物管理科

(1) 科長：林冠蓁 小姐 02-22577155 轉 1319

(2) 承辦科員：廖婉瑜 小姐 02-22577155 轉 1321、1322

8. 單位：桃園縣衛生局（準直轄市）／食品藥物管理科

(1) 科長：陳傳慧 小姐 03-3340935 轉 2401

(2) 承辦科員：蕭安束 小姐 03-3340935 轉 2404



## 附件二：電訪、深度訪談問題

### （一）主管業務問題

1. 實務上，藥品廣告管理上的最大問題？
2. 各主管機關之間會不會造成「多頭馬車」？是否贊成單一主管？
3. 中藥與西藥的廣告在管理上有無差異？
4. 管理藥品廣告的業務上有無遇到困難？有無法解決的，或是根本性問題？
5. 在您的位置上，認為政府可以管到什麼程度？應管到什麼程度？
6. 現行藥品廣告法規有無需要修正之處？存在的方式？放寬或綁緊？為何？

### （二）藥品廣告管理上的實務問題

7. 所謂的「學術性醫療刊物」貴主管機關在認定上如何處理？具體作為？
8. 對於您所審查的藥品廣告過程中，有關「不適當廣告詞句」的認定標準？
9. 同上，中、西藥在認定上會不會產生困難？或有很大的差異？

### （三）依據實務觀點，對「健康素養」運用的建議問題

10. 宣導面－如何幫助民眾正確用藥是否有實務上的見解可以分享？
11. 主管機關認知面－在您的業務範圍中，您是否體認到民眾的健康素養重要性？
12. 主管機關態度面－在您的業務範圍中，您認為民眾的健康素養需要如何強化？
13. 主管機關行動面－在您的業務範圍中，您認為賦權民眾健康素養的具體作為？

## 附件三：《藥事法》 暨 《藥事法施行細則》

### 藥事法

中華民國五十九年八月十七日總統令制定公布全文 90 條

中華民國六十八年四月四日總統令修正公布第 24～27、54 條條文

中華民國八十二年二月五日總統（82）華總（一）義字第 0476 號令修正公布名稱及全文 106 條（原名稱：藥物藥商管理法）

中華民國八十二年三月八日總統令准立法院八十二年三月五日（82）台院議字第 0539 號咨，更正八十二年二月五日公布之藥事法第 38、61 條條文

中華民國八十六年五月七日總統（86）華總（一）義字第 8600104890 號令修正公布第 53、106 條條文

中華民國九十年十二月二十五日行政院台九十衛字第 075680-3 號函發布定自中華民國八十六年五月七日修正公布之第 53 條條文定自中華民國九十一年一月一日施行

中華民國八十七年六月二十四日總統（87）華總（一）義字第 8700122830 號令修正公布第 103 條條文

中華民國八十九年四月二十六日總統（89）華總一義字第 8900105220 號令修正公布第 2、3、27、66、77～79、100、102 條條文

中華民國九十二年二月六日總統華總一義字第 09200017750 號令修正公布第 39 條條文；並增訂第 48-1、96-1 條條文

中華民國九十三年四月二十一日總統華總一義字第 09300074821 號令修正公布第 1、8、9、11、13、16、22、33、37、40～42、45、47、48、57、62、64、66、74～78、82、83、91～93、95、96 條條文；增訂第 27-1、40-1、45-1、57-1、66-1、97-1、99-1、104-1、104-2 條條文；並刪除第 61、63 條條文

中華民國九十四年二月五日總統華總一義字第 09400017691 號令修正公布第 40-1 條條文；增訂第 40-2 條條文

中華民國九十五年五月十七日總統華總一義字第 09500069811 號令修正公布第 66、91、92、95、99 條條文；並刪除第 98 條條文

中華民國九十五年五月三十日總統華總一義字第 09500075771 號令修正公布第 82、83、106 條條文；並自九十五年七月一日施行

中華民國一百年十二月七日總統華總一義字第 10000273371 號令修正公布第 19、34 條條文

### 第一章 總則

第一條 藥事之管理，依本法之規定；本法未規定者，依其他有關法律之規定。但管制藥品管理條例有規定者，優先適用該條例之規定。

前項所稱藥事，指藥物、藥商、藥局及其有關事項。

第二條 本法所稱衛生主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。

- 第三條 中央衛生主管機關得專設藥物管理機關，直轄市及縣（市）衛生主管機關於必要時亦得報准設置。
- 第四條 本法所稱藥物，係指藥品及醫療器材。
- 第五條 本法所稱試驗用藥物，係指醫療效能及安全尚未經證實，專供動物毒性藥理評估或臨床試驗用之藥物。
- 第六條 本法所稱藥品，係指左列各款之一之原料藥及製劑：  
一、載於中華藥典或經中央衛生主管機關認定之其他各國藥典、公定之國家處方集，或各該補充典籍之藥品。  
二、未載於前款，但使用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之藥品。  
三、其他足以影響人類身體結構及生理機能之藥品。  
四、用以配製前三款所列之藥品。
- 第七條 本法所稱新藥，係指經中央衛生主管機關審查認定屬新成分、新療效複方或新使用途徑製劑之藥品。
- 第八條 本法所稱製劑，係指以原料藥經加工調製，製成一定劑型及劑量之藥品。製劑分為醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥及固有成方製劑。  
前項成藥之分類、審核、固有成方製劑製售之申請、成藥及固有成方製劑販賣之管理及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。
- 第八條 本法所稱製劑，係指以原料藥經加工調製，製成一定劑型及劑量之藥品。製劑分為醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥及固有成方製劑。  
前項成藥之分類、審核、固有成方製劑製售之申請、成藥及固有成方製劑販賣之管理及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。
- 第九條 本法所稱成藥，係指原料藥經加工調製，不用其原名稱，其摻入之藥品，不超過中央衛生主管機關所規定之限量，作用緩和，無積蓄性，耐久儲存，使用簡便，並明示其效能、用量、用法，標明成藥許可證字號，其使用不待醫師指示，即供治療疾病之用者。
- 第十條 本法所稱固有成方製劑，係指依中央衛生主管機關選定公告具有醫療效能之傳統中藥處方調製（劑）之方劑。
- 第十一條 本法所稱管制藥品，係指管制藥品管理條例第三條規定所稱之管制藥品。
- 第十二條 本法所稱毒劇藥品，係指列載於中華藥典毒劇藥表中之藥品；表中未列載者，由中央衛生主管機關定之。
- 第十三條 本法所稱醫療器材，係包括診斷、治療、減輕或直接預防人類疾病，或足以影響人類身體結構及機能之儀器、器械、用具及其附件、配件、零件。  
前項醫療器材，中央衛生主管機關應視實際需要，就其範圍、種類、管理及其他應管理事項，訂定醫療器材管理辦法規範之。
- 第十四條 本法所稱藥商，係指左列各款規定之業者：  
一、藥品或醫療器材販賣業者。  
二、藥品或醫療器材製造業者。
- 第十五條 本法所稱藥品販賣業者，係指左列各款規定之業者：

- 一、經營西藥批發、零售、輸入及輸出之業者。
- 二、經營中藥批發、零售、調劑、輸入及輸出之業者。

第十六條 本法所稱藥品製造業者，係指經營藥品之製造、加工與其產品批發、輸出及自用原料輸入之業者。

前項藥品製造業者輸入自用原料，應於每次進口前向中央衛生主管機關申請核准後，始得進口；已進口之自用原料，非經中央衛生主管機關核准，不得轉售或轉讓。

藥品製造業者，得兼營自製產品之零售業務。

第十七條 本法所稱醫療器材販賣業者，係指經營醫療器材之批發、零售、輸入及輸出之業者。經營醫療器材租賃業者，準用本法關於醫療器材販賣業者之規定。

第十八條 本法所稱醫療器材製造業者，係指製造、裝配醫療器材，與其產品之批發、輸出及自用原料輸入之業者。

前項醫療器材製造業者，得兼營自製產品之零售業務。

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零售業務。

第二十條 本法所稱偽藥，係指藥品經稽查或檢驗有左列各款情形之一者：

- 一、未經核准，擅自製造者。
- 二、所含有效成分之名稱，與核准不符者。
- 三、將他人產品抽換或摻雜者。
- 四、塗改或更換有效期間之標示者。

第二十一條 本法所稱劣藥，係指核准之藥品經稽查或檢驗有左列情形之一者：

- 一、擅自添加非法定著色劑、防腐劑、香料、矯味劑及賦形劑者。
- 二、所含有效成分之質、量或強度，與核准不符者。
- 三、藥品中一部或全部含有污穢或異物者。
- 四、有顯明變色、混濁、沈澱、潮解或已腐化分解者。
- 五、主治效能與核准不符者。
- 六、超過有效期間或保存期限者。
- 七、因儲藏八、裝入有害物質所製成之容器或使用回收容器者。過久或儲藏方法不當而變質者。

第二十二條 本法所稱禁藥，係指藥品有左列各款情形之一者：

- 一、經中央衛生主管機關明令公告禁止製造、調劑、輸入、輸出、販賣或陳列之毒害藥品。
- 二、未經核准擅自輸入之藥品。但旅客或隨交通工具服務人員攜帶自用藥品進口者，不在此限。

前項第二款自用藥品之限量，由中央衛生主管機關會同財政部公告之。

第二十三條 本法所稱不良醫療器材，係指醫療器材經稽查或檢驗有左列各款情形之一者：

- 一、使用時易生危險，或可損傷人體，或使診斷發生錯誤者。
- 二、含有毒質或有害物質，致使用時有損人體健康者。
- 三、超過有效期間或保存期限者。

四、性能或有效成分之質、量或強度，與核准不符者。

第二十四條 本法所稱藥物廣告，係指利用傳播方法，宣傳醫療效能，以達招徠銷售為目的之行為。

第二十五條 本法所稱標籤，係指藥品或醫療器材之容器上或包裝上，用以記載文字、圖畫或記號之標示物。

第二十六條 本法所稱仿單，係指藥品或醫療器材附加之說明書。

## 第二章 藥商之管理

第二十七條 凡申請為藥商者，應申請直轄市或縣（市）衛生主管機關核准登記，繳納執照費，領得許可執照後，方准營業；其登記事項如有變更時，應辦理變更登記。

前項登記事項，由中央衛生主管機關定之。

藥商分設營業處所或分廠，仍應依第一項規定，各別辦理藥商登記。

第二十七條之一 藥商申請停業，應將藥商許可執照及藥物許可證隨繳當地衛生主管機關，於執照上記明停業理由及期限，俟核准復業時發還之。每次停業期間不得超過一年，停業期滿未經當地衛生主管機關核准繼續停業者，應於停業期滿前三十日內申請復業。

藥商申請歇業時，應將其所領藥商許可執照及藥物許可證一併繳銷；其不繳銷者，由原發證照之衛生主管機關註銷。

藥商屆期不申請停業、歇業或復業登記，經直轄市或縣（市）衛生主管機關查核發現原址已無營業事實者，應由原發證照之衛生主管機關，將其有關證照註銷。

違反本法規定，經衛生主管機關處分停止其營業者，其證照依第一項規定辦理。

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。但不售賣麻醉藥品者，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準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。

第二十九條 西藥製造業者，應由專任藥師駐廠監製；中藥製造業者，應由專任中醫師或修習中藥課程達適當標準之藥師駐廠監製。

中藥製造業者，以西藥劑型製造中藥，或摻入西藥製造中藥時，除依前項規定外，應由專任藥師監製。

西藥、中藥製造業者，設立分廠，仍應依前二項規定辦理。

第三十條 藥商聘用之藥師、藥劑生或中醫師，如有解聘或辭聘，應即另聘。

第三十一條 從事人用生物藥品製造業者，應聘用國內外大學院校以上醫藥或生物學等系畢業，具有微生物學、免疫學藥品製造專門知識，並有五年以上製造經驗之技術人員，駐廠負責製造。

第三十二條 醫療器材販賣或製造業者，應視其類別，聘用技術人員。

前項醫療器材類別及技術人員資格，由中央衛生主管機關定之。

第三十三條 藥商僱用之推銷員，應該業者向當地之直轄市、縣（市）衛生主管機關登記後，方准執行推銷工作。

前項推銷員，以向藥局、藥商、衛生醫療機構、醫學研究機構及經衛生主管機關准予登記為兼售藥物者推銷其受僱藥商所製售或經銷之藥物為限，並不得有沿途推銷、設攤出售或擅將藥物拆封、改裝或非法廣告之行爲。

### 第三章 藥局之管理及藥品之調劑

第三十四條 藥局應請領藥局執照，並於明顯處標示經營者之身分姓名。其設立、變更登記，準用第二十七條第一項之規定。

藥局兼營藥品零售業務，應適用關於藥商之規定。但無須另行請領藥商許可執照。

第三十五條 修習中藥課程達適當標準之藥師，親自主持之藥局，得兼營中藥之調劑、供應或零售業務。

第三十六條 藥師親自主持之藥局，具有鑑定設備者，得執行藥品之鑑定業務。

第三十七條 藥品之調劑，非依一定作業程序，不得爲之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。

前項調劑應由藥師爲之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生爲之。

醫院中之藥品之調劑，應由藥師爲之。但本法八十二年二月五日修正施行前已在醫院中服務之藥劑生，適用前項規定，並得繼續或轉院任職。

中藥之調劑，除法律另有規定外，應由中醫師監督爲之。

第三十八條 藥師法第十二條、第十六條至第二十條之規定，於藥劑生調劑藥品時準用之。

### 第四章 藥物之查驗登記

第三十九條 製造、輸入藥品，應將其成分、規格、性能、製法之要旨，檢驗規格與方法及有關資料或證件，連同原文和中文標籤、原文和中文仿單及樣品，並繳納費用，申請中央衛生主管機關查驗登記，經核准發給藥品許可證後，始得製造或輸入。

向中央衛生主管機關申請藥品試製經核准輸入原料藥者，不適用前項規定；其申請條件及應繳費用，由中央衛生主管機關定之。

第一項輸入藥品，應由藥品許可證所有人及其授權者輸入。

申請第一項藥品查驗登記、依第四十六條規定辦理藥品許可證變更、移轉登記及依第四十七條規定辦理藥品許可證展延登記、換發及補發，其申請條件、審查程序、核准基準及其他應遵行之事項，由中央衛生主管機關以藥品查驗登記審查準則定之。

第四十條 製造、輸入醫療器材，應向中央衛生主管機關申請查驗登記並繳納費用，經核准發給醫療器材許可證後，始得製造或輸入。

前項輸入醫療器材，應由醫療器材許可證所有人或其授權者輸入。

申請醫療器材查驗登記、許可證變更、移轉、展延登記、換發及補發，其申請條件、審查程序、核准基準及其他應遵行之事項，由中央衛生主管機關定之。

第四十條之一 中央衛生主管機關爲維護公益之目的，於必要時，得公開所持有及保管藥商申請製造或輸入藥物所檢附之藥物成分、仿單等相關資料。但對於藥商申請新藥查驗登記屬於營業秘密之資料，應保密之。

前項得公開事項之範圍及方式，其辦法由中央衛生主管機關定之。

第四十條之二 中央衛生主管機關於核發新藥許可證時，應公開申請人檢附之已揭露專利字號或案號。

新成分新藥許可證自核發之日起五年內，其他藥商非經許可證所有人同意，不得引據其申請資料申請查驗登記。

新成分新藥許可證核發之日起三年後，其他藥商得依本法及相關法規有關藥品查驗登記審查之規定提出同成分、同劑型、同劑量及同單位含量藥品之查驗登記申請，符合規定者，得於新成分新藥許可證核發屆滿五年之翌日起發給藥品許可證。

新成分新藥在外國取得上市許可後三年內，必須向中央衛生主管機關申請查驗登記，始得準用第二項之規定。

新藥專利權不及於藥商申請查驗登記前所進行之研究、教學或試驗。

第四十一條 為提昇藥物製造工業水準，對於藥物科技之研究發展，得由中央衛生主管機關會同中央工業主管機關獎勵之。

前項獎勵之資格條件、審議程序及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央工業主管機關定之。

第四十二條 中央衛生主管機關對於製造、輸入之藥物，應訂定作業準則，作為核發、變更及展延藥物許可證之基準。

前項作業準則，由中央衛生主管機關定之。

第四十三條 製造、輸入藥物之查驗登記申請書及輸出藥物之申請書，其格式、樣品份數、有關資料或證書費、查驗費之金額，由中央衛生主管機關定之。

第四十四條 試驗用藥物，應經中央衛生主管機關核准始得供經核可之教學醫院臨床試驗，以確認其安全與醫療效能。

第四十五條 經核准製造或輸入之藥物，中央衛生主管機關得指定期間，監視其安全性。

藥商於前項安全監視期間應遵行事項，由中央衛生主管機關定之。

第四十五條之一 醫療機構、藥局及藥商對於因藥物所引起之嚴重不良反應，應行通報；其方式、內容及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

第四十六條 經核准製造、輸入之藥物，非經中央衛生主管機關之核准，不得變更原登記事項。

經核准製造、輸入之藥物許可證，如有移轉時，應辦理移轉登記。

第四十七條 藥物製造、輸入許可證有效期間為五年，期滿仍須繼續製造、輸入者，應事先申請中央衛生主管機關核准展延之。但每次展延，不得超過五年。屆期未申請或不准展延者，註銷其許可證。

前項許可證如有污損或遺失，應敘明理由，申請原核發機關換發或補發，並應將原許可證同時繳銷，或由核發機關公告註銷。

第四十八條 藥物於其製造、輸入許可證有效期間內，經中央衛生主管機關重新評估確定有安全或醫療效能疑慮者，得限期令藥商改善，屆期未改善者，廢止其許可證。但安全疑慮重大者，得逕予廢止之。

第四十八條之一 第三十九條第一項製造、輸入藥品，應標示中文標籤、仿單或包裝，始得買賣、批發、零售。但經中央衛生主管機關認定有窒礙難行者，不在此限。

## 第五章 藥物之販賣及製造

第四十九條 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。

第五十條 須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應。但左列各款情形不在此限：

- 一、同業藥商之批發、販賣。
- 二、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之購買。
- 三、依中華藥典、國民處方選輯處方之調劑。

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。

第五十一條 西藥販賣業者，不得兼售中藥；中藥販賣業者，不得兼售西藥。但成藥不在此限。

第五十二條 藥品販賣業者，不得兼售農藥、動物用藥品或其他毒性化學物質。

第五十三條 藥品販賣業者輸入之藥品得分裝後出售，其分裝應依下列規定辦理：

一、製劑：申請中央衛生主管機關核准後，由符合藥品優良製造規範之藥品製造業者分裝。

二、原料藥：由符合藥品優良製造規範之藥品製造業者分裝；分裝後，應報請中央衛生主管機關備查。

前項申請分裝之條件、程序、報請備查之期限、程序及其他分裝出售所應遵循之事項，由中央衛生主管機關定之。

第五十四條 藥品或醫療器材經核准發給藥物輸入許可證後，為維護國家權益，中央衛生主管機關得加以管制。但在管制前已核准結匯簽證者，不在此限。

第五十五條 經核准製造或輸入之藥物樣品或贈品，不得出售。

前項樣品贈品管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

第五十六條 經核准製售之藥物，如輸出國外銷售時，其應輸入國家要求證明文字者，應於輸出前，由製造廠商申請中央衛生主管機關發給輸出證明書。

前項藥物，中央衛生主管機關認有不敷國內需要之虞時，得限制其輸出。

第五十七條 製造藥物，應領有工廠登記證。但經中央衛生主管機關核准為研發而製造之藥物，不在此限。

藥物製造工廠或場所之設備及衛生條件，應符合藥物製造工廠設廠標準，經衛生及工業主管機關檢查合格後，始予核准登記；其廠址或場所遷移者，應申請變更登記。

藥物之製造符合中央衛生主管機關規定者，藥商得繳納費用，向中央衛生主管機關申領證明書。

藥物之國外製造廠，準用前二項之規定，並由中央衛生主管機關定期或依實際需要赴廠檢查之。

前四項之申請條件、審查程序、核准基準及其他應遵行之事項，由中央衛生主管機關會同中央工業主管機關定之。

第五十七條之一 從事藥物研發之機構或公司，其研發用藥物，應於符合中央衛生主管機關規定之工廠或場所製造。

前項工廠或場所非經中央衛生主管機關核准，不得兼製其他產品；其所製造之研發用藥物，非經中央衛生主管機關核准，不得使用於人體。

第五十八條 藥物工廠，非經中央衛生主管機關核准，不得委託他廠製造或接受委託製造藥物。

## 第六章 管制藥品及毒劇藥品之管理

第五十九條 西藥販賣業者及西藥製造業者，購存或售賣管制藥品及毒劇藥品，應將藥品名稱、數量，詳列簿冊，以備檢查。管制藥品並應專設櫥櫃加鎖儲藏。

管制藥品及毒劇藥品之標籤，應載明警語及足以警惕之圖案或顏色。

第六十條 管制藥品及毒劇藥品，須有醫師之處方，始得調劑、供應。

前項管制藥品應憑領受人之身分證明並將其姓名、地址、統一編號及所領受品量，詳錄簿冊，連同處方箋保存之，以備檢查。

管制藥品之處方及調劑，中央衛生主管機關得限制之。

第六十條 管制藥品及毒劇藥品，須有醫師之處方，始得調劑、供應。

前項管制藥品應憑領受人之身分證明並將其姓名、地址、統一編號及所領受品量，詳錄簿冊，連同處方箋保存之，以備檢查。

管制藥品之處方及調劑，中央衛生主管機關得限制之。

第六十一條 (刪除)

第六十二條 第五十九條及第六十條所規定之處方箋、簿冊，均應保存五年。

第六十三條 (刪除)

第六十四條 中藥販賣業者及中藥製造業者，非經中央衛生主管機關核准，不得售賣或使用管制藥品。

中藥販賣業者及中藥製造業者售賣毒劇性之中藥，非有中醫師簽名、蓋章之處方箋，不得出售；其購存或出售毒劇性中藥，準用第五十九條之規定。

## 第七章 藥物廣告之管理

第六十五條 非藥商不得為藥物廣告。

第六十六條 藥商刊播藥物廣告時，應於刊播前將所有文字、圖畫或言詞，申請中央或直轄市衛生主管機關核准，並向傳播業者送驗核准文件。原核准機關發現已核准之藥物廣告內容或刊播方式危害民眾健康或有重大危害之虞時，應令藥商立即停止刊播並限期改善，屆期未改善者，廢止之。

藥物廣告在核准登載、刊播期間不得變更原核准事項。

傳播業者不得刊播未經中央或直轄市衛生主管機關核准、與核准事項不符、已廢止或經令立即停止刊播並限期改善而尚未改善之藥物廣告。

接受委託刊播之傳播業者，應自廣告之日起六個月，保存委託刊播廣告者之姓名（法人或團體名稱）、身分證或事業登記證字號、住居所（事務所或營業所）及電話等資料，且於主管機關要求提供時，不得規避、妨礙或拒絕。

第六十六條之一 藥物廣告，經中央或直轄市衛生主管機關核准者，其有效期間為一年，自核發證明文件之日起算。期滿仍需繼續廣告者，得申請原核准之衛生主管機關核定展延之；每次展延之期間，不得超過一年。

前項有效期間，應記明於核准該廣告之證明文件。

第六十七條 須由醫師處方或經中央衛生主管機關公告指定之藥物，其廣告以登載於學術性醫療

刊物為限。

第六十八條 藥物廣告不得以左列方式為之：

- 一、假借他人名義為宣傳者。
- 二、利用書刊資料保證其效能或性能。
- 三、藉採訪或報導為宣傳。
- 四、以其他不正當方式為宣傳。

第六十九條 非本法所稱之藥物，不得為醫療效能之標示或宣傳。

第七十條 採訪、報導或宣傳，其內容暗示或影射醫療效能者，視為藥物廣告。

## 第八章 稽查及取締

第七十一條 衛生主管機關，得派員檢查藥物製造業者，販賣業者之處所設施及有關業務，並得出具單據抽驗其藥物，業者不得無故拒絕。但抽驗數量以足供檢驗之用者為限。

藥物製造業者之檢查，必要時得會同工業主管機關為之。

本條所列實施檢查辦法，由中央衛生主管機關會同中央工業主管機關定之。

第七十二條 衛生主管機關得派員檢查醫療機構或藥局之有關業務，並得出具單據抽驗其藥物，受檢者不得無故拒絕。但抽驗數量以足供檢驗之用者為限。

第七十三條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應每年定期辦理藥商及藥局普查。

藥商或藥局對於前項普查，不得拒絕、規避或妨礙。

第七十四條 依據微生物學、免疫學學理製造之血清、抗毒素、疫苗、類毒素及菌液等，非經中央衛生主管機關於每批產品輸入或製造後，派員抽取樣品，經檢驗合格，並加貼查訖封緘，不得銷售。檢驗封緘作業辦法，由中央衛生主管機關定之。

前項生物藥品之原液，其輸入以生物藥品製造業者為限。

第七十五條 藥物之標籤、仿單或包裝，應依核准，分別刊載左列事項：

- 一、廠商名稱及地址。
- 二、品名及許可證字號。
- 三、批號。
- 四、製造日期及有效期間或保存期限。
- 五、主要成分含量、用量及用法。
- 六、主治效能、性能或適應症。
- 七、副作用、禁忌及其他注意事項。
- 八、其他依規定應刊載事項。

前項第四款經中央衛生主管機關明令公告免予刊載者，不在此限。

第七十六條 經許可製造、輸入之藥物，經發現有重大危害時，中央衛生主管機關除應隨時公告禁止其製造、輸入外，並廢止其藥物許可證；其已製造或輸入者，應限期禁止其輸出、調劑、販賣、供應、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列，必要時並得沒入銷燬之。

第七十七條 直轄市或縣（市）衛生主管機關，對於涉嫌之偽藥、劣藥、禁藥或不良醫療器材，就偽藥、禁藥部分，應先行就地封存，並抽取樣品予以檢驗後，再行處理；就劣藥、

不良醫療器材部分，得先行就地封存，並抽取樣品予以檢驗後，再行處理。其對衛生有重大危害者，應於報請中央衛生主管機關核准後，沒入銷燬之。

前項規定於未經核准而製造、輸入之醫療器材，準用之。

第七十八條 經稽查或檢驗為偽藥、劣藥、禁藥及不良醫療器材，除依本法有關規定處理外，並應為左列處分：

一、製造或輸入偽藥、禁藥及頂替使用許可證者，應由原發證照機關，廢止其全部製造、輸入許可證、工廠登記證及營業許可執照。

二、販賣或意圖販賣而陳列偽藥、禁藥者，由直轄市或縣（市）衛生主管機關，登報公告其商號、地址、負責人姓名、藥品名稱及所犯情節；再次違反者，得停止其營業。

三、製造、輸入、販賣或意圖販賣而陳列劣藥、不良醫療器材者，由直轄市或縣（市）衛生主管機關，登報公告其商號、地址、負責人姓名、藥物名稱及所犯情節；其情節重大或再次違反者，得廢止其各該許可證及停止其營業。

前項規定於未經核准而製造、輸入之醫療器材，準用之。

第七十九條 查獲之偽藥或禁藥，沒入銷燬之。

查獲之劣藥或不良醫療器材，如係本國製造，經檢驗後仍可改製使用者，應由直轄市或縣（市）衛生主管機關，派員監督原製造廠商限期改製；其不能改製或屆期未改製者，沒入銷燬之；如係核准輸入者，應即封存，並由直轄市或縣（市）衛生主管機關責令原進口商限期退運出口，屆期未能退貨者，沒入銷燬之。

前項規定於經依法認定為未經核准而製造、輸入之醫療器材，準用之。

第八十條 藥物有左列情形之一者，其製造或輸入之業者，應即通知醫療機構、藥局及藥商，並依規定期限收回市售品，連同庫存品一併依本法有關規定處理：

一、原領有許可證，經公告禁止製造或輸入者。

二、經依法認定為偽藥、劣藥或禁藥者。

三、經依法認定為不良醫療器材或未經核准而製造、輸入之醫療器材者。

四、製造、輸入藥物許可證未申請展延或不准展延者。

五、包裝、標籤、仿單經核准變更登記者。

六、其他經中央衛生主管機關公告應收回者。

製造、輸入業者收回前項各款藥物時，醫療機構及藥商應予配合。

第八十一條 舉發或緝獲偽藥、劣藥、禁藥及不良醫療器材，應予獎勵。

## 第九章 罰則

第八十二條 製造或輸入偽藥或禁藥者，處十年以下有期徒刑，得併科新臺幣一千萬元以下罰金。

犯前項之罪，因而致人於死者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑，致重傷者，處七年以上有期徒刑。

因過失犯第一項之罪者，處三年以下有期徒刑、拘役或科新臺幣五十萬元以下罰金。

第一項之未遂犯罰之。

第八十三條 明知為偽藥或禁藥，而販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列者，處七年以下有期徒刑，得併科新臺幣五百萬元以下罰金。

犯前項之罪，因而致人於死者，處七年以上有期徒刑，致重傷者，處三年以上十二年以下有期徒刑。

因過失犯第一項之罪者，處二年以下有期徒刑、拘役或科新臺幣三十萬元以下罰金。

第一項之未遂犯罰之。

第八十四條 未經核准擅自製造或輸入醫療器材者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣十萬元以下罰金。

明知為前項之醫療器材而販賣、供應、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列者，依前項規定處罰之。

因過失犯前項之罪者，處六月以下有期徒刑、拘役或新臺幣五萬元以下罰金。

第八十五條 製造或輸入第二十一條第一款之劣藥或第二十三條第一款、第二款之不良醫療器材者，處一年以下有期徒刑或拘役，得併科新臺幣三萬元以下罰金。

因過失犯前項之罪或明知為前項之劣藥或不良醫療器材，而販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列者，處六月以下有期徒刑或拘役，得併科新臺幣一萬元以下罰金。

因過失而販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列第一項之劣藥或不良醫療器材者，處拘役或新臺幣一萬元以下罰金。

第八十六條 擅用或冒用他人藥物之名稱、仿單或標籤者，處一年以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣五萬元以下罰金。

明知為前項之藥物而輸入、販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列者，處六月以下有期徒刑、拘役或科或併科新臺幣三萬元以下罰金。

第八十七條 法人之代表人，法人或自然人之代理人、受雇人，或其他從業人員，因執行業務，犯第八十二條至第八十六條之罪者，除依各該條規定處罰其行為人外，對該法人或自然人亦科以各該條之罰金。

第八十八條 依本法查獲供製造、調劑偽藥、禁藥之器材，不問屬於犯人與否，沒收之。

第八十九條 公務員假借職務上之權力、機會或方法，犯本章各條之罪或包庇他人犯本章各條之罪者，依各該條之規定，加重其刑至二分之一。

第九十條 製造或輸入第二十一條第二款至第八款之劣藥或第二十三條第三款、第四款之不良醫療器材者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰。

販賣、供應、調劑、運送、寄藏、牙保、轉讓或意圖販賣而陳列前項之劣藥或不良醫療器材者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

犯前二項規定之一者，對其藥物管理人、監製人，亦處以各該項之罰鍰。

第九十一條 違反第六十五條或第八十條第一項第一款至第三款規定之一者，處新臺幣二十萬元以上五百萬元以下罰鍰。

違反第六十九條規定者，處新臺幣六十萬元以上二千五百萬元以下罰鍰，其違法物品沒入銷燬之。

第九十二條 違反第二十七條第一項、第三項、第二十九條、第三十一條、第三十六條、第三十七條第二項、第三項、第三十九條第一項、第四十條第一項、第四十四條、第四十五條之一、第四十六條、第四十九條、第五十條第一項、第五十一條至第五十三條、第

五十五條第一項、第五十七條第一項至第四項、第五十七條之一、第五十八條、第五十九條、第六十條、第六十四條、第七十一條第一項、第七十二條、第七十四條、第七十五條規定之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。

違反第五十九條規定，或調劑、供應毒劇藥品違反第六十條第一項規定者，對其藥品管理人、監製人，亦處以前項之罰鍰。

違反第五十七條第二項至第四項規定者，除依第一項規定處罰外，當地衛生主管機關得公布藥廠或藥商名單及限期令其改善；屆期未改善者，得停止其營業，其藥物許可證並不准展延或不予受理其製造廠其他藥物之新申請案件，情節重大者，並得廢止已核准之許可證。

違反第六十六條第一項、第二項、第六十七條、第六十八條規定之一者，處新臺幣二十萬元以上五百萬元以下罰鍰。

第九十三條 違反第十六條第二項、第二十八條、第三十條、第三十二條第一項、第三十三條、第三十七條第一項、第三十八條或第六十二條規定之一，或有左列情形之一者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰：

一、成藥、固有成方製劑之製造、標示及販售違反中央衛生主管機關依第八條第三項規定所定辦法。

二、醫療器材之分級及管理違反中央衛生主管機關依第十三條第二項規定所定辦法。

三、藥物樣品、贈品之使用及包裝違反中央衛生主管機關依第五十五條第二項規定所定辦法。

違反第十六條第二項或第三十條規定者，除依前項規定處罰外，衛生主管機關並得停止其營業。

第九十四條 違反第三十四條第一項、第七十三條第二項、第八十條第一項第四款至第六款或第二項規定之一者，處新台幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。

第九十五條 傳播業者違反第六十六條第三項規定者，處新臺幣二十萬元以上五百萬元以下罰鍰，其經衛生主管機關通知限期停止而仍繼續刊播者，處新臺幣六十萬元以上二千五百萬元以下罰鍰，並應按次連續處罰，至其停止刊播為止。

傳播業者違反第六十六條第四項規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰，並應按次連續處罰。

第九十六條 違反第七章規定之藥物廣告，除依本章規定處罰外，衛生主管機關得登報公告其負責人姓名、藥物名稱及所犯情節，情節重大者，並得廢止該藥物許可證；其原品名二年內亦不得申請使用。

前項經廢止藥物許可證之違規藥物廣告，仍應由原核准之衛生主管機關責令該業者限期在原傳播媒體同一時段及相同篇幅刊播，聲明致歉。屆期未刊播者，翌日起停止該業者之全部藥物廣告，並不再受理其廣告之申請。

第九十六條之一 藥商違反第四十八條之一規定者，處新臺幣六萬元以上三十萬元以下罰鍰；其經衛生主管機關通知限期改善而仍未改善者，加倍處罰，並得按次連續處罰，至其改善為止。

第九十七條 藥商使用不實資料或證件，辦理申請藥物許可證之查驗登記、展延登記或變更登記

時，除撤銷該藥物許可證外，二年內不得申請該藥物許可證之查驗登記；其涉及刑事責任者，並移送司法機關辦理。

第九十七之一條 依藥品查驗登記審查準則及醫療器材查驗登記審查準則提出申請之案件，其送驗藥物經檢驗與申請資料不符者，中央衛生主管機關自檢驗結果確定日起六個月內，不予受理其製造廠其他藥物之新申請案件。

前項情形於申復期間申請重新檢驗仍未通過者，中央衛生主管機關自重新檢驗結果確定日起一年內，不予受理其製造廠其他藥物之新申請案件。

第九十八條（刪除）

第九十九條 依本法規定處罰之罰鍰，受罰人不服時，得於處罰通知送達後十五日內，以書面提出異議，申請復核。但以一次為限。

科處罰鍰機關應於接到前項異議書後十五日內，將該案重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原處罰。

受罰人不服前項復核時，得依法提起訴願及行政訴訟。

第九十九條之一 依本法申請藥物查驗登記、許可證變更、移轉及展延之案件，未獲核准者，申請人得自處分書送達之日起四個月內，敘明理由提出申復。但以一次為限。

中央衛生主管機關對前項申復認有理由者，應變更或撤銷原處分。

申復人不服前項申復決定時，得依法提起訴願及行政訴訟。

第一百條 本法所定之罰鍰，由直轄市、縣（市）衛生主管機關處罰之。

第一百零一條 依本法應受處罰者，除依本法處罰外，其有犯罪嫌疑者，應移送司法機關處理。

## 第十章 附則

第一百零二條 醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。

全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。

第一百零三條 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。前項中藥販賣業務範圍包括：中藥材及中藥製劑之輸入、輸出及批發；中藥材及非屬中醫師處方藥品之零售；不含毒劇中藥材或依固有成方調配而成之傳統丸、散、膏、丹、及煎藥。

上述人員、中醫師檢定考試及格或在未設中藥師之前曾聘任中醫師、藥師及藥劑生駐店管理之中藥商期滿三年以上之負責人，經修習中藥課程達適當標準，領有地方衛生主管機關證明文件；並經國家考試及格者，其業務範圍如左：

一、中藥材及中藥製劑之輸入、輸出及批發。

二、中藥材及非屬中醫師處方藥品之零售。

三、不含毒劇中藥材或依固有成方調配而成之傳統丸、散、膏、丹、及煎藥。

四、中醫師處方藥品之調劑。

前項考試，由考試院會同行政院定之。

第一百零四條 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。

第一百零四條之一 前條所稱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，係指其藥商負責人於七十九年一月一日以後，未曾變更且仍繼續營業者。但營業項目登記為零售之藥商，因負責人死亡，而由其配偶為負責人繼續營業者，不在此限。

第一百零四條之二 依本法申請證照或事項或函詢藥品查驗登記審查準則及醫療器材查驗登記審查準則等相關規定，應繳納費用。

前項應繳費用種類及其費額，由中央衛生主管機關定之。

第一百零五條 本法施行細則，由中央衛生主管機關定之。

第一百零六條 本法自公布日施行。

本法中華民國八十六年五月七日修正公布之第五十三條施行日期，由行政院定之；中華民國九十五年五月五日修正之條文，自中華民國九十五年七月一日施行。

## 藥事法施行細則

中華民國六十二年四月十四日行政院衛生署（62）衛署藥字第 21429 號令訂定發布

中華民國六十三年七月二十二日行政院衛生署（63）衛署藥字第 43453 號令修正發布增訂第 22 條原第 22 條改為第 23 條餘條次遞改

中華民國六十八年五月三十一日行政院衛生署（68）衛署藥字第 22827 號公告修正發布全文 75 條

中華民國七十一年五月十二日行政院衛生署（71）衛署藥字第 378919 號令修正發布第 13、14、19、31、32、40、43、48、55、75 條條文

中華民國八十三年九月二十一日行政院衛生署（83）衛署藥字第 83055572 號令修正發布名稱及全文 54 條  
（原名稱：藥物藥商管理法施行細則）

中華民國八十八年六月三十日行政院衛生署（88）衛署藥字第 88029122 號令增訂發布第 23-1 條條文

中華民國八十九年一月二十一日行政院衛生署（89）衛署藥字第 89000346 號令修正發布第 10、15、29、32、38、39、44 條條文

中華民國九十一年五月十四日行政院衛生署（91）衛署藥字第 0910034080 號令修正發布第 22 條條文

中華民國九十四年二月十六日行政院衛生署衛署藥字第 0940300103 號令修正發布第 15、23-1、28、34、35 條條文；增訂第 22-1 條條文；並刪除第 19~22、23、25、26、29、30、32、48、49、51、52 條條文

- 第一條 本細則依藥事法（以下簡稱本法）第一百零五條規定訂定之。
- 第二條 本法第七條所稱新成分，係指新發明之成分可供藥用者；所稱新療效複方，係指已核准藥品具有新醫療效能，或兩種以上已核准成分之複方製劑具有優於各該單一成分藥品之醫療效能者；所稱新使用途徑，係指已核准藥品改變其使用途徑者。
- 第三條 本法第八條第二項所稱醫師處方藥品，係指經中央衛生主管機關審定，在藥品許可證上，載明須由醫師處方或限由醫師使用者。
- 第四條 本法所稱稽查，係指關於藥物有無經核准查驗登記及與原核准查驗登記或規定是否相符之檢查事項。  
本法所稱檢驗，係指關於藥品之性狀、成分、質、量或強度等化驗鑑定事項，或醫療器材之化學、物理、機械、材質等鑑定事項。
- 第五條 本法第二十條第一款所稱未經核准，擅自製造者，不包括非販賣之研究、試製之藥品。前項藥品應備有研究或試製紀錄，並以無商品化之包裝者為限。
- 第六條 本法第二十二條第二款所稱未經核准擅自輸入之藥品，係指該藥品未曾由中央衛生主管機關依本法第三十九條規定核發輸入許可證者。
- 第七條 本法第二十三條第一款所稱使用，係指依標籤或仿單刊載之用法，作正常合理之使用者。
- 第八條 本法第二十五條所稱標籤，包括直接標示於醫療器材上之文字、圖畫或記號。
- 第九條 本法第二十七條第二項規定藥商登記事項如左：  
一、藥商種類。  
二、營業項目。  
三、藥商名稱。  
四、地址。  
五、負責人。  
六、藥物管理、監製或技術人員。  
七、其他應行登記事項。
- 第十條 依本法第二十七條第一項規定申請藥商登記者，應填具申請書，連同執照費及左列文件，申請直轄市或縣（市）衛生主管機關核准：  
一、依本法規定，應聘用藥物管理、監製或技術人員者，其所聘人員之執業執照或證明文件。  
二、藥商為公司組織者，其公司執照、公司組織章程影本。  
三、藥物販賣業者，其營業地址、場所（貯存藥品倉庫）及主要設備之平面略圖。  
四、藥物製造業者，其工廠登記證及其影本。  
五、直轄市或縣（市）衛生主管機關所定之其他文件。  
新設立公司組織之藥商，得由衛生主管機關先發給籌設許可文件，俟取得公司執照或工廠登記證後，再核發藥商許可執照。
- 第十一條 申請藥商登記者，其藥商種類及應載明之營業項目，應依本法第十四條至第十八條之規定。  
西藥販賣業者，由藥劑生駐店管理時，其營業項目應加註不販賣麻醉藥品。

藥商經營醫用放射性藥品者，應依有關法令規定，申請核准後始得販賣。

第十二條 藥品製造業者依本法第十六條規定在其製造加工之同一處所經營自製產品之批發、輸出、自用原料輸入及兼營自製產品之零售業務者，得由其監製人兼為管理之。但兼營非本藥商產品之販賣業務或分設處所經營各該業務者，應分別聘管理人員，並辦理藥品販賣業之藥商登記。

藥品製造業者依本法第五十八條規定，委託他廠製造之產品，其批發、輸出及零售，得依前項前段規定辦理。

第十三條 醫療器材製造業者依本法第三十二條規定應聘技術人員之醫療器材類別及其技術人員資格，依左列規定：

一、製造一般醫療設備、臨床檢驗設備及生物材料設備者，應聘國內公立或立案之私立專科以上學校或經教育部承認之國外專科以上學校理、工、醫、農等相關科、系、所畢業之專任技術人員駐廠監製。

二、製造隱形眼鏡鏡片消毒藥水（錠）、移植器官保存液、衛生材料、衛生棉條業者，應聘專任藥師駐廠監製。

第十四條 藥商許可執照、藥局執照，應懸掛於營業處所之明顯位置。

第十五條 本法第二十七條第一項所稱應辦理變更登記之事項，包括藥商登記事項之變更及自行停業、復業或歇業。

前項應辦理變更登記事項，藥商應自事實發生之日起十五日內，向原核准登記之衛生主管機關申請辦理變更登記。

第十六條 藥商辦理變更登記，除遷址變更登記，應先向衛生主管機關申請辦理外，其他公司組織或商業登記事項之變更，應先向商業主管機關辦妥各該變更登記。

第十七條 藥商依本法第二十八條或第二十九條規定聘用之管理或監製人員，或第三十一條、第三十二條規定聘用之技術人員，因解聘、辭聘或其他原因不能執行其任務而未另行聘置時，應即停止營業，並申請停業或歇業之登記。

第十八條 藥品販賣業者依本法第二十八條規定聘用之藥師、藥劑生或中醫師，或本法第十九條規定親自主持藥局業務之藥師、藥劑生，均應親自在營業場所執行業務，其不在場時，應於門口懸掛明顯標示。

第十九條 （刪除）

第二十條 （刪除）

第二十一條 （刪除）

第二十二條 （刪除）

第二十二條之一 依本法第三十九條第二項規定申請輸入試製藥品原料藥者，應繳納費用，並填具申請書及檢附左列資料，送請中央衛生主管機關核辦：

一、藥商許可執照。

二、試製計畫書。

三、經濟部工廠登記證。但研發單位者，不在此限。

四、委託其他藥商辦理輸入試製藥品原料藥者，應檢附委託書及該藥商之藥商許可執照。

第二十三條（刪除）

第二十三條之一 中央衛生主管機關對於藥物之查驗，得委託衛生財團法人或其他相關團體、機構辦理學術性研究、安全、臨床試驗等技術性資料之審查業務。

第二十四條 本法第三十九條、第四十條所稱藥物查驗登記事項如左：

- 一、藥物中文及外文品名。
- 二、藥品處方及藥品劑型。
- 三、醫療器材成分、材料、結構及規格。
- 四、藥物標籤、仿單及包裝。
- 五、藥品之直接包裝。
- 六、適應症、效能、性能、用法、用量及類別。
- 七、藥物製造方法、檢驗規格及檢驗方法。
- 八、藥商名稱。
- 九、製造廠廠名及廠址。
- 一〇、其他經中央衛生主管機關指定登記事項。

第二十五條（刪除）

第二十六條（刪除）

第二十七條 國內製造之藥物，其標籤、仿單、包裝應以中文為主，所附外文文字應小於中文。國外輸入之藥物，除應加附中文仿單外，其標籤、包裝均應另以中文載明品名、類別、許可證字號及輸入藥商名稱、地址，且應以中文或依習慣能辨明之方式刊載有效期間或保存期限；其中文品名之文字不得小於外文。

第二十八條 藥商名稱之變更，涉及權利之移轉者，應由雙方共同提出申請。

第二十九條（刪除）

第三十條（刪除）

第三十一條 輸出藥物為應輸出地區購買者之要求，須變更藥物名稱、標籤、仿單、包裝或附加外文者，應檢附其所變更之實樣各二份，申請中央衛生主管機關核定。前項經變更名稱、標籤、仿單、包裝或附加外文之藥物，不得用於內銷。

第三十二條（刪除）

第三十三條 本法第四十九條所稱不得買賣，包括不得將藥物供應非藥局、非藥商及非醫療機構。

第三十四條 依本法第五十三條第二項為輸入原料藥之分裝，應由輸入之藥商於符合優良藥品製造規範之藥廠分裝後，填具申請書，連同藥品許可證影本、海關核發之進口報單副本、原廠檢驗成績書、檢驗方法及其他指定文件，申請中央衛生主管機關備查。

經分裝之原料藥，以銷售藥品製造業者為限；所使用之標籤應分別刊載左列事項：

- 一、廠商名稱及地址。
- 二、品名及許可證字號。
- 三、效能或適應症。
- 四、批號。
- 五、分裝藥商名稱及地址。
- 六、分裝日期。

七、製造日期及有效期間或保存期限。

八、其他依規定應刊載事項。

前項第七款經中央衛生主管機關明令公告免刊載者，不在此限。

第三十五條 生物藥品之容器、標籤、仿單及包裝，除應依本法第七十五條規定刊載外，含有防腐劑者，應標明防腐劑含量。

第三十六條 依本法第七十四條所規定辦理之藥品檢驗封緘，其審查或檢驗結果為不合格者，國外輸入藥品應由直轄市或縣（市）衛生主管機關派員監督原輸入藥商限期退運；本國製造藥品可改製使用者，由直轄市或縣（市）衛生主管機關派員監督原製造廠商限期改製。屆期未能退運或改製，或不能改製者，應予以銷燬。

第三十七條 藥物有本法第八十條第一項第一款至第三款所列情形之一者，藥商、藥局及醫療機構，應自公告或依法認定之日起立即停止輸入、製造、批發、陳列、調劑、零售，其製造或輸入之業者，並應於三個月內收回市售品，連同庫存品依本法第七十九條規定處理。

藥物有本法第八十條第一項第四款或第五款情形之一者，其製造或輸入之業者，應自藥物許可證到期或包裝、標籤、仿單經核准變更之日起六個月內收回市售品，連同庫存品送經直轄市或縣（市）衛生主管機關驗章後，始得販賣。

第三十八條 取締偽藥、劣藥、禁藥、不良醫療器材及未經許可製造或輸入之醫療器材，直轄市衛生主管機關得設置查緝中心；縣（市）衛生主管機關得設置查緝小組。

第三十九條 舉發偽藥、劣藥、禁藥、不良醫療器材或未經核准製造或輸入之醫療器材經緝獲者，應由直轄市或縣（市）衛生主管機關依左列標準計點核發獎金：

一、舉發製造或輸入偽藥、禁藥或未經核准製造或輸入醫療器材者：四至十點。

二、舉發以批發方式轉售（讓）偽藥、禁藥或未經核准製造或輸入醫療器材者：二至五點。

三、舉發零售、運送、儲（寄）藏、牙保或意圖販賣而陳列偽藥、禁藥或未經核准製造或輸入醫療器材者：二至三點。

四、舉發製造、輸入、販賣劣藥或不良醫療器材者：二至三點。

每點獎金之數額，由直轄市或縣（市）衛生主管機關視情況訂定，並編列預算支應之。中央衛生主管機關於必要時，得編列緝獲獎金補助之。

第四十條 二人以上聯名舉發前條之案件，其獎金應由原舉發人聯名具領。二人以上分別舉發案件而有相同部分者，其獎金應發給最先舉發者；如無法分別先後時，平均分發之。

第四十一條 協助查緝機關緝獲偽藥、劣藥、禁藥、不良醫療器材及未經核准製造或輸入之醫療器材者，其獎勵準用關於舉發人之規定。

第四十二條 依本細則應發給獎金者，應由緝獲偽藥、劣藥、禁藥、不良醫療器材及未經核准製造或輸入醫療器材之機關敘明事實申請之。但同時符合本細則或其他法令規定給予獎勵者，不得重複給獎。

第四十三條 對於舉發人或協助緝獲偽藥、劣藥、禁藥、不良醫療器材及未經核准製造或輸入醫療器材者之姓名，應嚴予保密，不得洩漏。

第四十四條 登載或直播藥物廣告，應由領有藥物許可證之藥商，填具申請書，連同藥物許可證

影本、核定之標籤、仿單或包裝影本、廣告內容及審查費，申請中央或直轄市衛生主管機關核准後為之。

第四十五條 藥物廣告所用之文字圖畫，應以中央衛生主管機關所核定之藥物名稱、劑型、處方內容、用量、用法、效能、注意事項、包裝及廠商名稱、地址為限。

中藥材之廣告所用文字，其效能應以本草綱目所載者為限。

第四十六條 藥物廣告應將廠商名稱、藥物許可證及廣告核准文件字號，一併登載或宣播。

第四十七條 藥物廣告之內容，具有左列情形之一者，應予刪除或不予核准：

- 一、涉及性方面之效能者。
- 二、利用容器包裝換獎或使用獎勵方法，有助長濫用藥物之虞者。
- 三、表示使用該藥物而治癒某種疾病或改進某方面體質及健康或捏造虛偽情事藉以宣揚藥物者。
- 四、誇張藥物效能及安全者。

第四十八條 (刪除)

第四十九條 (刪除)

第五十條 本法第一百零二條第二項所稱醫療急迫情形，係指醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況。

第五十一條 (刪除)

第五十二條 (刪除)

第五十三條 本法及本細則所定文書格式，由中央衛生主管機關定之。

第五十四條 本細則自發布日施行。



附件四：藥品廣告申請核定表

行政院衛生署 (××主管機關) 藥品廣告申請核定表(第1頁)					
<input type="checkbox"/> 廣告新申請案 <input type="checkbox"/> 廣告展延案				收 文 戳 章 欄	
案件聯絡人		聯絡電話			
申請廠商名稱		蓋章		負責人姓名	蓋章
公司統一編號					
申請廠商地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
通訊地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
藥商執照					
藥品名稱		許可證所載適應症			
許可證字號		衛署 字第 號		許可證有效期間 至 年 月 日	
申請廣告類別 (電視、電影、電台須註明刊播秒數) <input type="checkbox"/> 電影、電視 (註明刊播秒數) <input type="checkbox"/> 電台 (註明刊播秒數) <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 平面媒體 (海報、傳單、報紙、刊物、雜誌、廣告牌、車體、車廂等)、 <input type="checkbox"/> 學術性醫療刊物、 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
※廣告許可字號		衛署藥廣字第 號			
※核定廣告有效期間		至 止			
※核准廣告類別 <input type="checkbox"/> 電影、電視 (註明刊播秒數) <input type="checkbox"/> 電台 (註明刊播秒數) <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 平面媒體 (海報、傳單、報紙、刊物、雜誌、廣告牌、車體、車廂等)、 <input type="checkbox"/> 學術性醫療刊物、 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
注意事項： 1. 請依照本署核定廣告之內容刊載媒體廣告，以免觸法。 2. 藥物廣告應將廠商名稱、藥物許可證及廣告核准文件字號，一併登載或宣播。					

附註：表內有「※」者，申請人請勿填寫。

## 附件五：過去一年核定通過之感冒藥品電視廣告內容整理

說明：本整理以過去一年（2011.03.01-2012.02.29）通過主管機關審核之電視感冒藥品廣告。同一家藥廠／商對相同藥品所從事之不同版本廣告，則以廣告量最大的廣告為代表，不將之一一列出。整理順序配合本論文【表十七】與【表十八】（頁 130-132）感冒中西藥廣告之品項。

### 廣告剪輯畫面 廣告主：藥商／產品品牌與品名（秒數）／核准之主管機關



#### 三洋維士比集團：國安感冒糖漿（10 秒）／高雄市衛生局

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）」「你感冒囉！」「快！快喝國安感冒液！」「這不含可待因，無習慣性歐！（代言人）」「國安治發燒、頭痛、打噴嚏、流鼻水真有效！」「買的時候要認明：三角瓶的國安感冒液！」



#### 台灣陽生製藥：易而善感冒液（20 秒）／食品藥物管理局

廣告文本：「（代言人）我在拍戲最怕遇到感冒，感冒會引起頭痛、關節痛。哎呦！萱萱，易而善感冒液呢？（感冒狀態）」「阿公，在我這！」「（代言人）易而善感冒液一瓶 10 元，不只治感冒頭痛、肌肉痛、關節痛也有效哦！阿嬤感冒也要喝：易而善！」



#### 金貓企業：雙貓感冒液（20 秒）／食品藥物管理局

廣告文本：「（代言人）老顧客都知道我養雞是多用心，就像我家那個，手牽越久越甘心！很多東西還是老的比較好！我如果感冒頭痛、打噴嚏、流鼻水（代言人感冒狀態）我都喝老牌子的雙貓感冒液。雙貓感冒液，真有效、真安心！」



#### 久松化學：風熱友液（10 秒）／食品藥物管理局

廣告文本：「感冒頭痛、打噴嚏、流鼻水（感冒狀態），大家都知道要喝：風熱友」「要記得到藥房指名：風熱友！（小朋友集體合唱聲音：風熱友～提醒品牌與品名）。」



#### 台聯藥物：全多祿感冒膠囊（20 秒）／食品藥物管理局

廣告文本：「哈秋！哈秋！（感冒狀態）你感冒流鼻水，受寒到了吧？我們全家子人感冒頭痛、發燒、流鼻水、喉嚨痛，都吃這種全多祿感冒膠囊，多有效呢！」「吃全多祿感冒膠囊，一定妥當！」「多謝！好很多了！」「真好真好！」「疼惜自己，關懷別人，全多祿感冒膠囊～」



### 大寬藥品：全多祿治咳（20 秒）／食品藥物管理局

廣告文本：「咳！咳！咳！（感冒狀態）怎麼全都咳了？」「全都咳快吃全多祿！」「對！咳嗽不能拖！」「（旁白）日本原裝進口，全多祿，止咳化痰真有效！」「全多祿感冒咳嗽膠囊！沒問題！」



### 荷商葛蘭素史克藥廠：普拿疼伏冒（30 秒）／台北市衛生局

廣告文本：「我重感冒了，下午的會就取消。哈秋！（感冒狀態）」「你重感冒了，趕快吃伏冒加強錠！」「（旁白）全新強化配方，對重感冒更有效！」「（服完藥後）YA！好，我馬上回公司」「（旁白）對重感冒更有效！伏冒加強錠～」



### 荷商葛蘭素史克藥廠：普拿疼熱飲（30 秒）／台北市衛生局

廣告文本：「期待很久的假期，現在感冒老婆一定很失望。哈秋！（感冒狀態）」「還好我覺得感冒了，就喝伏冒熱飲，含一整顆檸檬的維他命C，早早呵，快快好！」「伏冒熱飲，我的選擇！」



### 辰太實業：小兒用利撒爾感冒顆粒（10 秒）／台北市衛生局

廣告文本：「我感冒了，媽媽不准我出去玩（感冒狀態）」「（旁白）小孩半夜發燒、流鼻水、打噴嚏，兒童專用感冒藥，小兒利撒爾，有效！」



### 佳德興業：利撒爾感冒膠囊（20 秒）／台北市衛生局

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）唉！（字幕出現）感冒了嗎？頭痛、鼻塞、流鼻水」「（旁白）有感冒症狀，頭痛、鼻塞、流鼻水，快服用成人利撒爾迅速有效。快吃，才有效！成人利撒爾～」



### 三正貿易：抗痛寧感冒液（20 秒）／台北市衛生局

廣告文本：「人物出現（感冒狀態）！要改啦！」「改啥？感冒改喝抗痛寧，這個不傷胃腸、不會有習慣性，還有蘇聯人蔘」「感冒、頭痛，改喝抗痛寧！」「愛改啦！」



### 美商惠氏藥廠：諾比舒冒日夜錠（30 秒）／新北市衛生局

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）老闆，感冒沒休息？工作要做哪有什麼時間休息？」「來！用諾比舒冒，日夜感冒錠，它突破以前配方。白天吃日錠；緩解感冒各種症狀，維持正常工作；睡前吃夜錠，鼻子通、不咳嗽，可以好好休息」「嘿！精神不錯喔！」「昨晚一夜睡到天亮，諾比舒冒果然有效！」「日夜不同藥，對付感冒更有效！」



**美商惠氏藥廠：諾比舒感冒加強錠（30 秒）／新北市衛生局**

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）啊！現在可不能感冒！」「學弟！有感冒症狀可以吃諾比舒感冒感冒加強膜衣錠，這不同款歐！配方經過調整與加強，有效緩解各種感冒症狀」「（復原）YA！好之後，心花開！吼，友卡好歐！」「就愛諾比舒，諾比舒感冒感冒加強膜衣錠，就是效果好！」



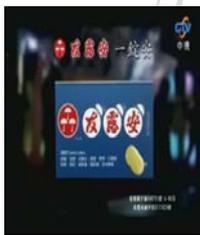
**救人化學製藥廠：克風邪感冒液（15 秒）／新北市衛生局**

廣告文本：「那～昏昏去？感冒藥黑白吃，太扯了，要吃那麼重」「克風邪，有摻海膽、刺五加，我喝了 30 冬，同款勇健」「感冒疲倦，喝一些也很好用」「克風邪！讚！」



**明通化學製藥廠：明通治傷風液（20 秒）／台中市衛生局**

廣告文本：「財哥，看你準備治痛單，就知道你要出去賺錢了」「內行的！外面海風大，怕感冒。感冒就軟趴趴，什麼也做不了！」「明通治痛單，多好！」「對啦對啦！打拼也要有精神。顧精神，拚體力！明通治痛單」



**大裕生技：友露安感冒膜衣錠（30 秒）／台中市衛生局**

廣告文本：「大家準備開始囉！哈秋！（感冒狀態）啊！感冒囉！」「一有感冒症狀，我都吃友露安膜衣錠。它能很快治療感冒、頭痛、流鼻水。當一個聰明的好媽媽，照顧全家人健康，記得準備友露安喔！」「OK 了嗎？」「有效喔！」「一錠 OK」「導演（哈秋！），你也要吃友露安囉！」



**大裕生技：三支雨傘標友露安（15 秒）／台中市衛生局**

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）感冒、頭痛、流鼻水，趕快，友露安配燒開水，熱熱喝，甜甜的，效果快！恢復體力也快！」「（旁白）三支雨傘標，友露安！一定安！」



**新萬仁製藥：衛格維他命感冒錠（15 秒）／台中市衛生局**

廣告文本：「哈秋！（感冒狀態）」「（旁白）感冒讓你全身無力嗎？衛格維他命感冒錠，加入四種維他命，解決感冒更有效！」「衛格維他命感冒錠讓感冒快好！新萬仁關心千萬人！」



**五洲製藥：斯斯感冒膠囊（20 秒）／桃園縣衛生局**

廣告文本：「感冒用斯斯，咳嗽用斯斯，鼻塞鼻炎用斯斯！」「（旁白）有感冒前兆，提早用斯斯，用斯斯不傷身體，不含類固醇，斯斯感冒膠囊（配合音樂）」