

GDDP 健康平台—談藥師社區照護能量的發揮

王惠珀

臺北醫學大學藥學院院長

摘要

低風險的環境、消費者保護、公平交易、以及公民意識是進步社會的四個表徵，此意念在醫療照護上尤其重要。基於藥品的高風險性，台灣在推展優良調劑作業(Good Dispensing Practice)的經驗中，深覺藥師做好藥事服務，並不表示消費者的用藥風險就會減少，因為最大的風險來自於藥師服務不到的地方。因此合理用藥、預防風險以及診斷風險已成為用藥風險管理(pharmacovigilance planning)的必要措施。

過去數年，台灣在系統化建構優質用藥環境(Good Dispensing and Delivery Practice, GDDP)的成果，包括落實藥袋標示(合格率 88.7%)、出版藥品辨識系統(5000 品項)、推動優良行銷規範(GPP)以及淨化廣告等措施。但具有在地性、可降低風險的社區藥事服務，仍難抵健保制度對落實小眾醫療以及醫藥分業之障礙。我們體認到唯有走入民眾、教育民眾，是導正民眾用藥行為的必要作為。因此以藥師是智慧媽咪(InTelligent Mommy)為訴求，進行全民用藥教育，推展藥師認養社區、「社區媽咪的眼睛」監測不良廣告、社區大學銀髮族用藥教育、小學「無藥的青少年」晨間教學等計畫，以建構總體營造社區藥事服務的大工程。我們努力開啟一個推廣優質用藥環境的平台，讓藥師走入民眾，協助民眾建立消費的自我保護意識。我們的願景是讓民眾走向藥師，讓藥師成為民眾用藥安全的風險管理師。

壹、前言

2003 年，兩岸三地飽受 SARS 風暴，台灣社會失序、公共照護能量無法發揮、民眾的就醫用藥成為社會問題，引發一系列深層次的醫學與人文的反省。在此期間，藥師積極參與社區的小眾照護，證明了基層藥師的行業本質是在落實公共衛生。筆者時任衛生署藥政處長，對藥學本質應是知識經濟的風險管理、藥師本質應是提供知識服務，有了新的體會，開始推動一系列藥師走入社會的計畫，將藥師型塑成社區「智慧媽咪」的行業，與社區居民透過健康照護，建立建立小眾生活圈的生活默契(face-to-face medication service)。一旦面臨疫情，基層藥事服務可立刻發揮防疫的後勤及整備功能。三年下來，疫情的威脅不斷，台灣的醫療生態卻依舊失衡。唯一不一樣的是藥師正放出一股清新的氣息，從各個切入點展開社會服務，與民眾合作的默契也漸漸成為落實公共衛生的標竿，個人深以為傲，謹此為記。

貳、問題評析

SARS 一役，照出台灣陳痼已久的醫療問題，也照出醫療專業人員與一般人一樣，普遍都有行為偏差、漠視社區價值、捨棄小眾生活、追求大眾式醫療服務的特質，在面對 SARS 衝擊時，自然產生集體恐慌式的社會危機。因此，對抗 SARS 或其他傳染病應是社會議題，而不只是醫療議題。

台灣在推動社區總體營造的大工程中充滿了文化、福利、互助、環保等意涵，唯一看不到的是醫療照護。因為台灣人普遍缺少就地取材的生活智慧，迷信「大就是好」，什麼事都無限上綱，小病跑大醫院，追求國家級的服務，造成的醫療生態與理想的健康照護體系相距甚遠。這種差距所呈現的社會現象包括：(一)鼓吹企業化經營的大眾醫療造成社區醫師和藥師空轉，基層醫療長期萎縮；(二)在績效管理下醫病關係的去人文化，使醫師藥師護理師等專業人員降格成為計價成本，無暇提供具有人性關懷的服務；(三)政府及人民普遍缺乏人都會犯錯(To err is human)的認知，忽視建立防錯除錯體系的重要性，以及小眾醫療才能減少風險；(四)社會福利式健保體系的優惠照顧成為人民非理性就醫用藥的誘因；(五)以藥品利潤補貼醫療支出所潛藏的用藥危機；以及(六)消費者保護尚未落實，醫藥分業尚未成功，人民用藥的風險仍然存在。

台灣人的平均就診率是 15.2 次/人年，遠高於 OECD 國家(5.9 次/人年)，而且逐年攀升。¹⁻⁴ 非理性的就醫造成醫療資源浪費，在健保費率不算高(4.75% GDP)的制度之下，形成政府健保政策永遠的痛。而藥品給付制度鼓勵醫師開立處方箋賺取利潤，使每一張處方箋平均開出 4.2 種藥物，為經濟合作暨發展組織(OECD)國家的 2.6 倍，每張處方箋平均開立 4.2 個藥，為 OECD 國家的 2.2 倍。換句話說，我國病人比 OECD 國家病人多放了 6 倍的藥在肚子裡，藥品給付則佔了健保總支出的 25% (美國為 15%)。如此失序的用藥，由醫院藥師以每天 151 張處方箋(亦即每 3.2 分鐘內調配 4.2 種藥)的速度調配。但藥品給付的利潤阻礙了醫院及診所釋出處方箋，因此具有在地性、方便性的社區藥局反而接不到處方箋(表 1)。^{4,5} 即使慢性病人佔所有病人的 18%，但藥品潛藏的利潤，加上診所可以聘藥師，導致醫院診所不願釋出慢性病處方箋，讓病人回家到藥局取藥(refill)，以致於社區藥局能服務慢性病人的比例仍不到 1%。^{6,7} 由全台灣只有 56%的藥局加入健保特約(表 2)，⁴ 就可看出藥事服務不患寡而患不均的現象。與日本或韓國落實醫藥分業的成果比較，差距甚大。⁸⁻¹⁰

漠視社區生活付出的社會成本，是社區藥局的小眾照護功能無法顯現，公共衛生無法落實。因此面臨 SARS 衝擊時，一方面呼籲病人不要進醫院，一方面不敢進醫院的病人卻面臨找不到健保藥局，或找到藥局卻無健保特約而未備藥的窘境。

再者，台灣社會在醫病關係上具有自我保護意識的人不多，¹²⁻¹³ 以致於專業與非專業之間的界線也越來越模糊。由醫院廣告的新聞化、醫療專家的媒體化、沒有證據就宣稱療效的商業促銷活動等眾生相，就可看出台灣人仍缺乏「不恰當的

醫療是不安全的」的概念，台灣社會與具有休戚與共之公民意識的優質社會之間，仍有一段距離。缺乏公民意識，應與科技掛帥的現代文化有關，社會菁英窮畢生精力追逐科技的時候，人本思維就成了競爭路上的絆腳石，生命科學也窄化到只談生技(medicine)而缺乏尊重生命(medication)的意涵。然而，醫療以科技服務人類，是科技與人文不斷對話的行業。沒有愛與仁慈，如何稱為生命科學？

表 1 藥師調劑量統計（一年以 280 個工作天計）

	處方數	藥師數	平均調劑量 (處方箋數/藥師/天)
醫學中心	31,172,000	725	154
區域醫院	34,368,000	880	139
地區醫院	35,137,000	770	160
醫院合計	100,677,000	2,375	151
診所	217,052,000	8,404	91
藥局	31,290,000	3,348	33

表 2 健保特約醫療機構統計表

	特約機構總數(A)	醫療機構總數(B)	特約比例(A/B)
醫學中心	24	24	100%
區域醫院	80	80	100%
地區醫院	427	427	100%
診所	8,793	9,819	90%
藥局	3,898	6,918	56%

參、解決之道

歐美國家人民生活閒適有序，其中牧師作為精神的引領者，醫師及藥師則是將科技落實於生活的實踐者，三種師級行業是人民生活中依存共生而極其自然的一部份。這種社會形態下，人民要求的不多，但卻譜出具有歸屬感的優質生活。這種生活早在四百年前就已經被法國的智者蒙田概括為：「最好的生活就是普通的和符合人性的模範的生活」。即使到現代，根據 American Journal of Health-System 以及 American Pharmacists Association 的報導，美國 CNN News/USA Today/Gallup 針對二十幾種行業，以誠信與道德為指標做人民對行業之信任度調查，藥師從 1989 到 1998 年，連續十年是人民票選最具有親和力的行業，人民對藥師之信任甚至凌駕於牧師之上。¹⁴

從社會學的角度觀之，健康照護(尤其用藥)是每天的事，藥師的在地性、這個行業的日常性、可近性、耐性以及應付突發狀況的專業性等特色，具有愛與關懷

的本質，以「媽媽的行業」來型塑藥師小眾化的照護最為貼切。而藥師是以科技服務人群，是科技與人文不斷對話的行業，可說是「智慧型媽媽的行業」。

台灣有 9,287 家診所及 6,440 家藥局，可以提供社區居民或村里民健康照護的專業人員數量是村里長的兩倍。如果充分動員，發揮的專業功能遠勝於村里長。¹⁵ 這些診所和藥局中，健保局特約的分別是 8,793 家及 3,898 家，大約是三比一。可惜的是，診所和藥局，在人民普遍重醫院輕基層的困境中，長期以來選擇對立內耗而不思雙贏，除了持續減損醫師藥師的社會形象外，基層醫療復甦仍將遙遙無期。解鈴需要繫鈴人，把病人從醫院喚回來，靠的是醫藥雙方以智慧捨三比一的戰爭，推動三合一良性互動的社區醫療群(primary health care clusters)，營造良好的社區醫療體質，建立起病人與醫師藥師互相依存的大家庭式健康照護體系。

建構醫院與社區藥局合作，協助慢性病患在醫院就醫，回藥局取藥的衛星型醫療群，是病人醫院與藥局三贏的醫藥良性互動模式，在台北市立醫院與台北市藥師公會、台中榮總與台中市 80 家藥局、台南市成大醫院與台南市藥師公會的合作下，已發展得相當成功。三合一社區醫療群，則在嘉義朴子及雲林斗六等地已有成功的案例。

在總體營造社區藥事服務的過程中，為了建立藥師與人民對話的平台，衛生署在全台藥師公會、藥學系、藥學相關基金會的合作支持下，推出「全民用藥安全教育」計畫，包括(1)藥師「社區藥事服務認養」計畫；¹⁶ (2)藥師監測違規廣告的「社區媽咪的眼睛」計畫；(3)以銀髮族為對象的 50 所「社區大學正確用藥教育」計畫；¹⁷ 以及(4)與教育體系合作，由藥學系高年級生到 370 所小學進行「無藥的青少年」正確用藥晨間教學計畫。¹⁸ 藥界全方位的社會化運動，不僅讓一般人找到藥師當作自己正確用藥的腦袋，也讓社會看到藥師的能力及水準，讓藥師找回專業的信心及舞台，更透過教育導引人民珍視社區、走向自我照護的小眾生活圈。

經過三年的努力，這個藥師與人民搏感情，促成用藥安全環境建構的社會運動，獲得教育部社會教育有功獎(景康藥學基金會)，行政院「參與及建立制度獎」，在立法院得到廣泛的預算支持而得以永續經營。筆者深為藥師朋友感到驕傲，將這個成果以 GDDP (Good Dispensing and Delivery Practice: from pharmacovigilance to vigilance planning)為題，在 2005 年世界藥學會(埃及)及 2005 年世界藥物安全學會(International Society of Pharmacovigilance)報告，得到高度的讚賞，咸認為台灣的藥師在反醫藥分業的逆境中，已把智慧媽咪成功型塑成公共衛生的生力軍。

肆、結語

低風險的環境、消費者保護、公平交易、以及公民意識是進步社會的四個表徵，此意念在醫療照護上尤其重要。基於藥品的高風險性，藥師做好藥事服務，並不表示消費者的用藥風險就會減少，因為最大的風險來自於藥師服務不到的地

方。因此診斷風險以及預防風險已成為用藥安全管理(pharmacovigilance planning)的必要措施。如此正確的思維與價值觀，除了需要政策主導，還要經得起考驗，觸及所有的生命共同體，才能成為社會的主流價值。透過藥師的努力，台灣人自我照護、降低風險的社會運動正在產生擴散的效果。如果深耕之後，知識學習成為全民的生活習慣，如果教育擴散，螞蟻雄兵發揮影響力，讓知識學習同化粗俗的人云亦云的淺碟商業文化，我們就已經在創造人本與科技共鳴的優質社會了，雖然已經晚了西方八百年。

伍、參考文獻

1. The health care cost crisis in Wisconsin, An economic development prognosis, Wisconsin Economic Summit IV, Health Care Workgroup, October 28, **2003**: 48.
2. Anderson G F, Petrosyan V, Hussey PS: Multinational comparisons of health systems data, The commonwealth Fund, October, 2002: 46.
3. 全民健康保險與各國健康照護服務系統現況比較，中央健康保險局，http://www.nhi.gov.tw/20download/index_download.htm.
4. 行政院衛生署:全民健康保險統計。台北: 行政院衛生署，**2002**年至**2004**年。
5. 行政院衛生署:中央健康保險局西醫基層總額專業醫療服務品質指標 2.4-開立慢性病連續處方箋百分比，台北: 行政院衛生署，**2004**年。
http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_8_4.htm
6. 行政院衛生署:中央健康保險局西醫基層總額專業醫療服務品質指標 2.5-處方箋釋出率，台北: 行政院衛生署，**2004**。
http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_8_4.htm.
7. The health care cost crisis in Wisconsin, An economic development prognosis, Wisconsin Economic Summit IV, Health Care Workgroup, October 28, **2003**: 45.
8. Kishida SI, Separation of prescription and dispensing-current situation and trend in Japan, Annual Congress of Federation of Asia Pharmaceutical Association, Soel, Korea, **2002**.
9. Annual Report of Japan Pharmaceutical Association, **2004**:17.
10. 林麗真，探索日本醫藥分業的軌跡，藥師週刊，**2004**，1401:5.
11. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson LS, eds, To Err Is Human: Building a Safer Health System, Washington, D.C.: National Academy Press, **2000**.
12. 藥物不良反應歷年通報案，財團法人藥害救濟基金會，**2004**。
<http://adr.doh.gov.tw>.
13. Adverse Drug Reaction Reporting, <http://www.fda.gov/medwatch>, **2003**.
14. Facts About Pharmacists and Pharmacies, American Pharmacists

Association, 1998. <http://www.aphanet.org>.

15. 李明亮:台灣歷史上重要災難分析,「重大健康危機事件之國家指揮體系及因應策略計畫」總結報告書第二章,台北:國家衛生研究院出版,200:7-8。
16. 陳瓊雪,衛生署委託研究「社區教育推展藥學知識計畫」成果報告,台北:中華景康藥學基金會,2003-2004.
17. 許光陽,衛生署委託研究「全國小學生正確用藥教育:無藥的青少年執行計畫」成果報告,台北:中國藥學會,2004.
18. 黃莉蓉,衛生署委託研究「社區用藥安全健康營造—社區藥事服務認養計畫」成果報告,台北:中華景康藥學基金會,2004.
19. Wang H P, Tai HY, InTelligent Mommy—A Campaign for Community Pharmacy Service in Taiwan, 65th Annual Conference of the International Pharmaceutical Federation, 2005-09-07 Cairo, Egypt, 2005, Abstract: 484.