



從社會看藥學

談藥事照護的社區價值

王惠珀

台北醫學大學藥學院

e-mail: hpw@tmu.edu.tw

<http://pharm.tmu.edu.tw/department/school/teachers/hpw/Main.htm>

20091128-由社會看藥學—談藥事照護的社區價值-社區藥局實習教學國際研討會



大綱

1. 知識經濟的危險看不見
2. 進步社會的表徵: 低風險+消費者保護+社會責任
3. 進步社會的生活: **Keep It Small and Sweet**
4. 社區價值: 分散風險
5. 社會責任: 消費者在想甚麼
6. 社會的顯學 :藥師行業的未來性
7. 教育: 藥學的經典價值是科技與人文對話
8. 教育: 藥事服務的核心價值是宏觀入世



主流思維: 知識經濟

知識看不見: 消費者保護

知識產業: 品質+安全+療效

知識信任: 靠品牌 品牌靠自律

知識管理: 靠程序正義 (醫藥分業)

知識交易: 靠遊戲規則 (智財保護)

知識專業: 重風險管理

知識風險: 靠環境建構

親愛的消費者: 分散風險才是關鍵啊!

聰明過活: 小而美的生活圈 *Keep It Small & Sweet*

預防風險: 自我照護生活圈

优质用药的环境建构(PvP)-談藥物知識經濟的風險管理 ·
王惠珀 · 王民寧基金會及中國藥學會-兩岸交流研討會, 廣州上海北京, 2006.09.



社會面

進步社會的表徵:

1. 低風險
2. 消費者保護
3. 公民意識
4. 企業社會責任

教育界該為下一代做的事:

1. 為消費者: 環境建構 (pharmacovigilance planning)
2. 為專業: 有尊嚴的就業環境 (better land)

1. 進步社會: 符合人性的、普通的、
具有歸屬感的社區生活

2. 與人民互相依存的社區行業:
牧師、醫師、藥師

3. Pharm D 走入社區:
U of Michigan: 56%


Ohio State U: 57%

Palm beach Atlantic U: 100%




1989-1998行業受依賴度調查
CNN/USA Today/Gallup Poll

藥師	64%	→ 10萬年薪起跳 高於教授
牧師	59%	
醫師	57%	
牙醫	53%	
教授	51%	



社區:異質性生活共同體→創造豐富

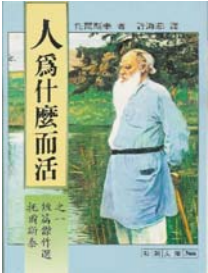


img.soufun.com/house/
集合式醫療 → 創造疏離

16世紀 蒙恬語:
『400年前的歐洲社會』
普通的、標準的、符合人性的生活

Bohemia: Golden Lane Slavonic culture



托爾斯泰: 貼近土地
↓
入世

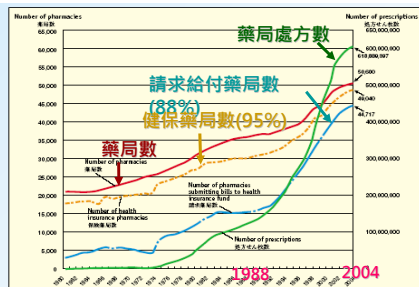
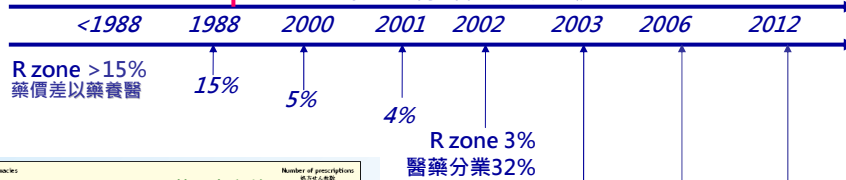


日本韓國:病人開始走向社區

處方分散、醫藥分業、健保永續經營及藥學教育成為日本步入進步社會的協奏曲

日本經驗

1. 藥品專利過後成為學名藥, 給付價 ↓ 至原價之40%
2. 15年準備期將健保學名藥價差從 >15% 降到 2%
3. 藥師健保給付之處方籤 < 40張/日
4. 藥局每日來自同一醫院所之處方籤不得 > 70%



Yutaka Imai, Health care reform in Japan, OECD report, 2002.

大學教育:科學執業雙軌 執業教育全面6年



中國: 社會主義(集權)國家要做就做得好

藥

Enjoy taking medicine

2009.03.10. 醫藥經濟報:

1. 醫藥分業在中國
2. 以藥養醫製造社會資源的巨大浪費
3. 人大: 落實黨的十七大提出的醫改原則
4. 先從社區醫療機構試點

药

Risk assessment on medication

王惠珀, 医药分业软着陆-谈台湾的药师的社会参与, 北京藥品監督管理局- 20090423-北京



需求: 台灣人遲早會要求低風險的醫療照護

台灣人的智慧: 宅經濟的風貌

服務到家

房貸 / 信用卡
 水電瓦斯
 汽車--ETC
 水果蔬菜
 濾水器
 衣服棉被
 醫療-我的醫/藥師在哪?

補習-輔導員
 旅遊-特約員
 保險-理財專員
 股票-專員
 鋼琴-調音師
 美容-設計師
 健康-健康管理師在哪?

以客為尊

有7-Eleven的地方就有醫師藥師?

民間的動能十足,需求來得又急又快
當醫療照護的宅經濟來時,藥師在哪裡?

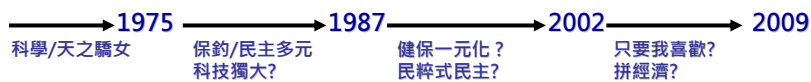


制度面

只談產品經濟
無法讓台灣成為進步社會

科技

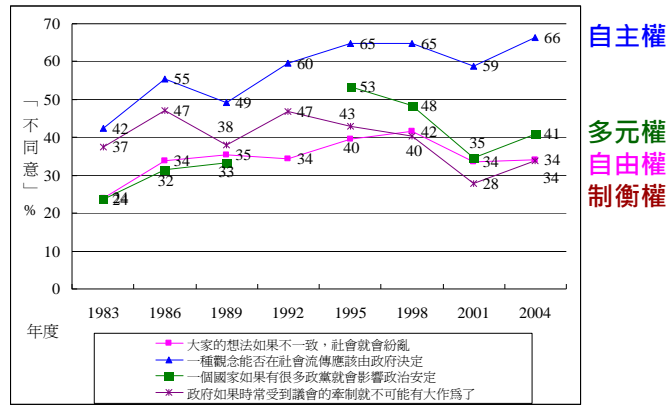
百分百?





民主:台灣的驕傲

1983到2004年台灣民眾「民主價值觀」變遷之評量:

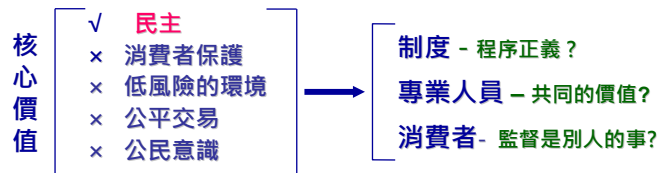


洪永泰,台灣民眾「民主價值觀」之變遷, 「一九七〇年代保釣運動文獻之編印與解讀」國際論壇, 2009.05.02-清華大學



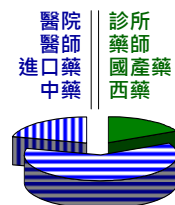
民主社會不一定是進步社會

醫療的自主權、多元權、自由權、制衡權?



1. 政治不是民主的唯一構面:
醫療的生存權?自主權?自由權?
2. 自由不是民主唯一選項
民粹式民主→只要我喜歡→公平交易?
3. 產品經濟: 是消費者保護的魔咒
4. 產品經濟+民粹式民主→各憑本事→風險的根源
3. 分散風險: 藥師的切入點→社區價值

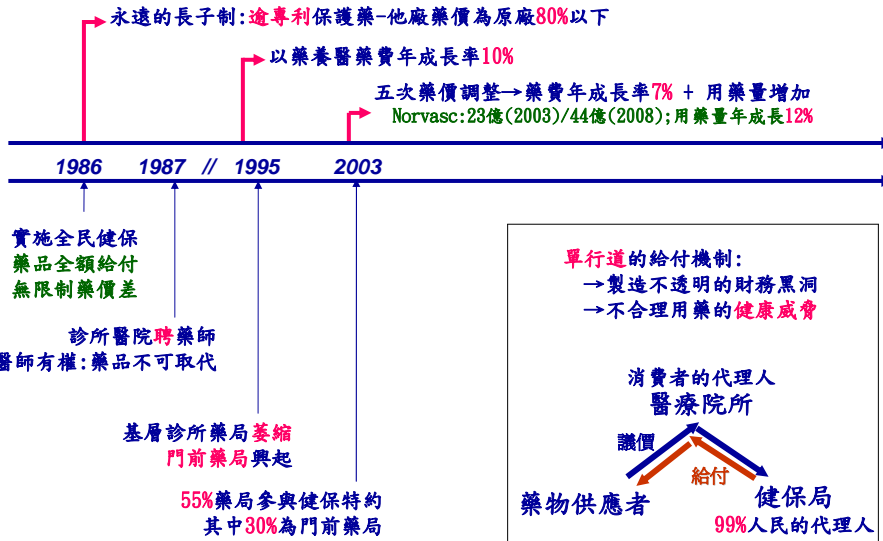
專業的切割 > 藍線切割



蒼生--烏合的弱勢者



當醫藥分業碰到健保:實施合理調劑量就是那麼困難



看不見的危險:孩子的人權?—西藥篇

PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND DRUG SAFETY 2007; 16: 86–95
Published online 28 September 2006 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pds.1324

ORIGINAL REPORT

健保用藥的流行病學研究, 王惠珀等, 2007

Usage of the claim database of national health insurance programme for analysis of cisapride-erythromycin co-medication in Taiwan[†]

Churn-Shiouh Gau PhD¹, I-Shou Chang PhD², Fe-Lin Lin Wu PhD¹, Hui-Tzu Yu MSc³, Yu-Wen Huang MSc⁴, Cheng-Liang Chi MSc⁵, Su-Yu Chien MSc⁵, Keh-Ming Lin MD, PhD⁶, Ming-Ying Liu MSc² and Hui-Po Wang PhD^{7*}

SUMMARY

Purpose: This study aimed to use the National Health Insurance Research Database, Taiwan for risk analysis of concomitant use of cisapride and erythromycin.

Methods: The sample consisted of subjects identified in the Outpatient Sampling Database (OSD) and Longitudinal Health Insurance Database 2000 (LHID 2000), derived from the original claim data of the National Health Insurance Research Database, Taiwan.

Results: According to the LHID 2000, a total of 464 individuals experienced 685 episodes of cisapride-erythromycin co-medication prescribed by 295 physicians, revealing a prevalence of 4.5% concomitant use, with higher prevalence in clinics (9.2%) than in other medical institutes (3.7–5.4%). Among the co-medication episodes, 81.9% and 61.2% were prescribed from the same health institutes and by the same physicians, respectively. No medical record of cardiac arrhythmias was found among these patients in 2001 and 2002, probably due to the fact that 78.9% of the 464 individuals were under age 16, 84.0% had short exposure duration (1–4 days) and 98.0% of the episodes were prescribed with a cisapride dose of less than 0.8 mg/kg/day.

Conclusions: Findings from this study suggest that there exists an urgent need for accreditation in terms of pharmacovigilance of clinical sites and their practicing physicians for the prevention of irrational concomitant prescription in Taiwan. Our findings also indicate that it is necessary to investigate other possible conditions of potentially dangerous co-medication in Taiwan and other developing countries. Copyright © 2006 John Wiley & Sons, Ltd.



三、產品切割思維下潛藏的危機: 更需藥師近身的服務

邏輯不通明顯的危險: 知識切割

1. 中藥+西藥⇒不良反應?
2. 中藥廠 中藥+西藥⇒犯法⇒十年苦牢
3. 西藥廠 西藥+中藥⇒犯法⇒十年苦牢
4. 中藥+西藥 ⇒ 肚子裡GMP? ⇒不犯法⇒ 健保照顧!
5. 西藥剝半: Branded GMP!

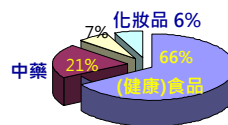
體制內：1996年開始身體一國兩制
2009年TFDA成立→不管中藥

year	西藥許可證	中藥許可證
1969~1995	18,953	7,057
1996~2006	5,620	11,107

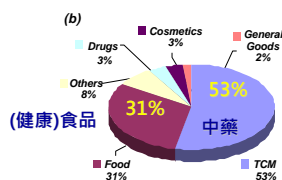
HUI-PO WANG et al, From Pharmacovigilance To vigilance Planning- The System Building for Safe Medication, JFDA 2007.

體制外(2004):

購物台: 疑似違規廣告94%



電台: 政治與賣藥共生



四、產品思維下: 真正的用藥風險在藥師管不到的地方

生命科學的不科學性



教育者: 環境建構不是別人的事
教育者: 引領社會發展趨勢
藥學的經典: 科技與人文對話
藥學的核心價值: 宏觀入世
藥師的未來性: 預防風險的守護者

企業社會責任: 消費者在想甚麼?

公民意識: 消費者如何

公民意識: 預防風險的環境建構





進步社會藥學的經典價值: 科技與人文對話

Phase I II III
clinical evidence

產品的科學
單一藥品之安全監視
pharmacovigilance

Phase I II III clinical evidence → Phase IV: Cumulative evidence

Phase I II III clinical evidence → Phase IV: Cumulative evidence

interactive aspects
Drug/food/ADR

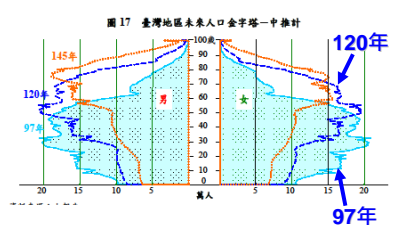
culture/environmental/behavior
Pharmacoepidemiology

人性的科學: 環境建構
pharmacovigilance planning
for risk minimization

Phase I II III clinical evidence → Phase IV: Cumulative evidence

Individual vigilance
Drug/food/ADR/genetic

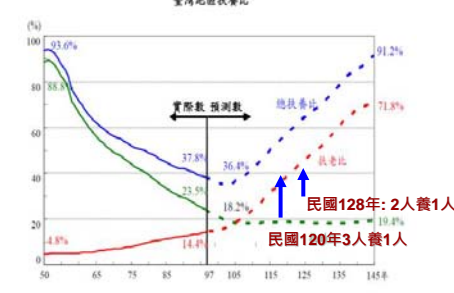
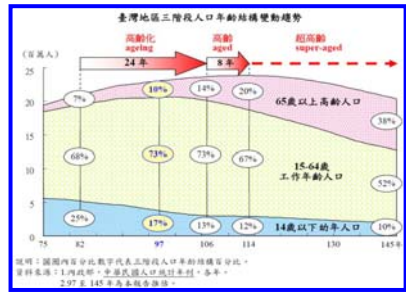
需求面: 20年後6至21歲學齡人口將減少三成



臺灣地區扶養比與人口老化指數

年別 (民國)	扶養比 ¹ (%)		生產者與受 養者之比 ²		人口老化 指數 ³	幼年人口與 高齡者之比 ⁴
	合計	性別比	總養比	扶養比		
97	37.8	22.5	14.4	7.0:1	61.4	1.6:1
102	35.3	19.6	15.7	6.4:1	80.3	1.2:1
107	38.3	17.9	21.4	4.9:1	113.4	0.9:1
112	45.1	18.3	26.8	3.7:1	146.7	0.7:1
117	53.1	18.6	34.5	2.9:1	184.8	0.5:1
125	64.5	18.5	46.0	2.2:1	248.0	0.4:1
135	78.9	18.1	60.8	1.6:1	336.7	0.3:1
145	91.2	19.4	71.8	1.4:1	369.7	0.3:1

- 1. 扶養比=扶養比+扶老比= $\frac{0-14歲人口}{15-64歲人口} \times 100$
- 2. 生產者係指 15-64 歲人口；受養者係指 65 歲以上人口。
- 3. 人口老化指數= $\frac{65歲以上人口}{0-14歲人口} \times 100$
- 4. 幼年人口係指 0-14 歲人口；高齡者係指 65 歲以上人口。





需求面: 劇變速變的社會中如何聰明過活

- ※ **社會的顯學**: 慢性病/老人 ⇒ 負擔 > 親情 ⇒ 怎麼辦?
- ※ **智慧鄰居**: 藥局 7-11? 人性 + 可近性 + 專業性 + 突發狀況應變性?
- ※ **有里長的地方就有藥師**: 7800個村里, 10000家診所, 7000家藥局
- ※ **大後方**: 疏散 + 後勤 + 操練(當兵) ⇒ 防疫及落實公共衛生的生力軍
- ※ **慢病 18%**: 慢箋釋出率 0.59% ⇒ 醫療照護的宅經濟?

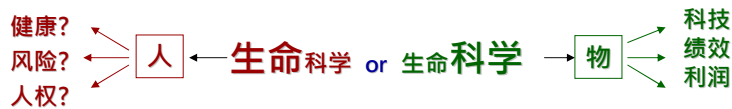


SARS (or H1N1)的省思

社區價值-防疫的後勤思考,
王憲珀, 陳瓊雪, 洪永泰, 台灣歷經風暴之醫學與人文反省研討會, 台大醫學院與社會院,
2003.11.14. 後SARS台灣重建計畫



為藥學專業找環境: ↓知識風險 + ↑近身服務



2030年

我可憐的老年歲月 — 洗腎中獎率 1/232 (現在 1/500)
我女兒可憐的中年歲月 — 洗腎中獎率 1/232 + 3個人養1個老人

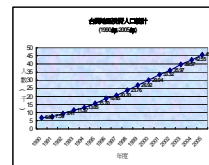


藥學教育要**入世**: 是能力也是責任 (hygiene pharmacy)

藥學教育要**宏觀**: 人本、情境管理、環境建構、公共衛生

敬畏上帝(人本)的三個環境建構的議題:

1. 知識不對等的交易中如何公平交易(健保)?
2. 人權: 不可以用身體拼經濟(藥&食品)
3. 生存權: 安居樂活的社區照護(風險+親情)





公共衛生的環境建構仍待努力

人流/物流/資訊流

- 1.集中醫生 集中病人
- 2.集中藥師 集中處方
- 3.集中人群 集中風險

健保: 99%人口納保:

1. 未限定藥師合理調劑量: 醫院99%處方未釋出
2. 45%藥局未與健保特約: 尚無分散風險的機制
3. 藥師服務產品 · 不服務病人

	台灣2006年	美國2004
藥費佔總健保支出% (佔GDP%)	25% (1.7%)	15% (1.9%)
每人看病次數(次/年)	21.9	5.8
看病次數比較(台灣/美國)	3.7倍	1倍
每一處方品項數(a)	3.5	1.6
處方藥品項數比較(台灣/美國)(b)	1.9倍	1倍
每人健保取藥量比較(c=a×b)	6.6倍	1倍
藥師每天調劑量	151張	37張
調劑品質(分鐘/張)	3.2	12
不良反應通報率	1/32倍	1倍



藥學教育的未來性

產品經濟社會:



1. 藥師再好民眾不一定安全: 用藥隱憂?
2. 合理調劑量: 藥師的未來性?
3. 執業處所(藥局31%): 教育的目標?
4. 健保特約藥局45%: 教育的市場風險?
5. 如何落實patient care: 教育的方向?

	Taiwan	OECD
平均看診數(次/人年)	15.2	5.9
藥品品項數/處方	4.2	1.9
健保藥品支出佔率	25%	~15% 日本
醫院藥師調劑量	151	37
藥局藥師調劑量	33*	--
慢性病處方籤開立率	22%	--
慢性病處方籤釋出率	0.59%	60% 日本
健保特約藥局	45%	95%

解鈴人: 藥學教育準備好了嗎?

1. 教改六年之目標在哪?
2. 市場風險在哪?
3. 要不要切入管理?
4. 政策要不要切入環構?
5. 教育要不要切入公共政策?
6. 同質性太高的教育好處在哪裡?



社會需要你...不只是藥品需要你

解鈴人: 藥學教育接軌社會是時候了

入世的啟蒙: 陳文成/林孝信
拋開學術及專業的優越感



我們很快會是其中之一



藥學的普世價值: 陳瓊雪教授



1/232洗腎盛行率: 我們的後代無藥的青少年?



大家關心的藥學教育

歷史是一面鏡子

- 1994台大藥刊:師者**傳道**授業解惑. 批判才會進步. 20年後,
當子孫們承受藥害· 怨嘆先人留 一個不堪的社會給他們的時候·
當學生查資料· 發現20世紀有人努力言人所不言的時候, 就是**傳道**.....
- 1998(立法院): 藥事法103條正式讓台灣人的用藥身體**一國兩制**
- 2002(衛生署): 藥品科技管理已上路了, 藥政應著重**風險及用藥教育**
- 2009 (社會): **產品經濟依舊**→洗腎→流行病學 **集中風險依舊**→SARS未學到教訓
- 2009 (TFDA): **風險管理及消費者保護組**

教育是一個責任

- 世界趨勢: From **medicine** to **evidence-based medicine**
- 知識分子: 研究 → 批判 → 建議: 制度的**啟動者**而不是**跟隨者**
- 教育認知: 忠於**科學** → 忠於**藥學** (讀身體)
忠於**藥學** → 忠於**教育** (知識分子)
- 改變現狀: **解鈴人**- 創造環境



藥學教育準備好了嗎？

1. 思維決定方向(主流): 藥學教育一元化 → 封閉化→弱化(現狀)

同質性太高的教育好處在哪裡？

2. 一元化: 藥物科學/執業藥學? 醫院藥學/社區藥學?

3. 多元化: 跨領域(inter-professional)

3. 教育要引領趨勢: 專業教育+社會教育

台灣: 社會越不進步就越有改進的空間

台灣人: 遲早會要求醫療照護的宅經濟

機會取決於創造趨勢: 藥師貼近人民→以氣勢帶動趨勢

當務之急: 在培養藥師具有貼近人民的能力

民之所欲: →當趨勢成熟時→促成制度變革

→機會在墾荒的先行者這一邊



結語: 從社會看藥學

科技與人文對話是藥學的經典價值。藥物知識經濟及面對面照護消費者的人本藥師才有未來性。在科技獨大的台灣，人本的管理在教育過程中尚未佔有一席之地，整合式教學在教育規畫上也仍缺乏。但社會的脈動不會停擺，人民對健康照護的品質要求也會加碼。

在劇變速變的社會中，我們藥師是否看到他(她)在宅經濟興起的台灣，有不能缺席的理由?是否有投入知識經濟風險管理及長期照護的專業準備?

趨勢在此，當人民需要我們的時候，我們的教育準備好了嗎?我們的眼光夠前瞻嗎?我們藥學教育的目標及方針定義清楚了嗎?提出來與擔綱藥學教育的同儕共同深思。

~教育最重要



敬請指教~

THANK YOU