

2009.11.18-民間監督健保聯盟用藥去障礙化研討會

知識經濟時代談安全用藥環境建構

王惠珀

台北醫學大學藥學院院長

前言

過去幾年，減肥藥、打錯針吃錯藥、過度用藥、肉毒桿菌、馬兜鈴酸、精油、三聚氰胺、維他命等議題沸沸揚揚一再出現。捍衛專業也好，為弱者叫屈也好，不管誰爭贏了，身體只有一個，傷了就是傷了。

吃藥或吃東西這件事，越看越不好玩。可以從中藥、西藥的面向讓大家爭個面紅耳赤；可以從藥價的面向讓廠商爾虞我詐；可以從醫藥分業的面向讓醫師藥師怒目而對；也可以從青少年嗑藥的面向讓家庭支離破碎。不管怎麼說，身體不像你我那麼聰明，吃了健康(不健康?)食品，其實分不清是食品還是藥草；吃了維他命，也分不清是藥品還是食品；燃燒溶在異丙醇的精油時，更分不清薰香的是異丙醇還是精油。但可以肯定的是，身體只有一個，傷了就是傷了。

我不禁懷疑，台灣人的腦袋哪裡去了？作為一個媳婦，看著老人家常年藥罐子，一年吃進去美國人7倍的藥，還不算到處搜購來的健康(?)食品；作為一個女性，看著一群比我精明多金的女性一窩風去酵素養生，當仁不讓；作為一個媽媽，也看著女兒輩的下一代繞著瘦身減肥話題打轉，變成藥罐子是遲早的事。我以一個藥師的角色來思考這一連串的事，不禁打起寒顫。

人民要的不多，活得安全健康而已。站在消費者的立場，我願從用藥這件事上，提出(1)不可以用身體拼經濟、(2)安居樂活及(3)公平交易的三個環境建構的議題。這個議題不被重視，再怎麼努力，都趕不上環境創造風險的速度。活在充滿風險的環境下，身體只有一個，傷了就是傷了。

不可以用身體拼經濟-知識經濟的風險管理

藥/食品不能自外於身體做單純的產品思維，而應以與身體的夥伴關係為依歸。因此充分的知識、正確的態度以及預防風險的認知是使用藥/食品的必要條件。好的產品會因為不正確的知識及不恰當的使用而危害身體，劣質產品亦可以誇大不實的資訊(知識)促銷而變成好的產品。因此藥/食品的管理已從個別產品的安全監視，進化到以知識為證據的風險管理(pharmacovigilance)，以及以預防風險為前提的環境建構(pharmacovigilance planning for risk minimization of medication)。有幾分證據說幾分話，才能給消費者一個無懼的用藥/食品空間。

台灣崇尚科技，在科技獨大的價值觀及拼經濟的大旗下，『人吃東西』的觀念被簡化成『東西』，人不重要了，吃的危險被弱化了，人本的風險意識跟著被拋諸腦後。產品經濟既是主流價值，『生命科學』一詞遂成了小生命大科學。於是市場競逐各憑本事，原廠藥/學名藥、進口藥/國產藥、中藥/西藥、藥品/食品壁壘分明，知識硬生生被切割，違背了老祖宗以『藥食同源』定義人吃東西的科學思維及風險管理的人本思維。體制內，我們中藥、西藥一國兩制。西藥許可證在GMP下從21000張減少到5600張，中藥許可證卻從5000張增加到11000張。廠商自行選擇管理單位下，市場上產生了8%酒精泡製的中藥屬於指示藥，限於藥局販售，而28%酒精泡製的中藥則在超商隨處可賣。體制外，地下電台做為政商共生的平台，人民身體成了政治及拼經濟的祭品。



然而西藥摻中藥(或健康食品)可能產生風險，是科學上不爭的事實。法律上，違背藥事法GMP將西藥摻中藥的藥廠主人要蹲苦牢，但勇敢的台灣人在中藥西藥產品各自促銷下，一口中藥一口西藥不僅不犯法，造病之後還有健保照顧。中、西藥的不良反應申報也各自為政，萬一產生藥害，只有西藥商負救濟之責，殊不知中藥加西藥在肚子裡狼狽為奸才是藥害的根源。台灣洗腎盛行率七年增加一倍，高居世界第一，從民國86年的每1057人有一人，增加到94年的每498人有一人，也是殘酷的現實。托爾斯泰說『上天有眼，暫時不語』，在實施藥品GMP二十五年後的今天，台灣的用藥文化距離進步社會還有一大段距離。

其實知識看不見，而看不見的危險最危險；知識也可以包裝，讓危險看不見。因此知識的管理有別於一般商品的管理。知識的信任靠品牌，製藥產業在去蕪存菁的社會化過程中(例如GMP、從學名藥提升到BE學名藥)，有著該行業以「品質+安全+療效」為標竿所建立的自律及品牌文化。知識的交易靠公平的遊戲規則(例如智財權)，知識的管理靠程序正義(例如有監督機制的醫藥分業)。既然知識風險看不見，管理上當然以分散及預防風險的環境建構為依歸。

拼經濟可以是國家政策，但不可以用身體拼經濟，鼓勵藥品/健康食品的消費不只是一個醫療議題，而是人民健康風險的人權議題。親愛的消費者，停著摩托車沒有危險，飆車才會傷人。藥品沒有使用不會危險，不合理的使用才是亂源。親愛的消費者，真正的用藥風險在藥師管不到的地方，經營小而美的照護生活圈，讓藥師為你面對面服務，為你踩煞車，為你預防風險，才是聰明過活啊!

安居樂活的环境建構

我們以照顧全國 99% 人民的健保聞名於世，但是健保大金庫讓門診成為醫院主業，人民習慣追求大醫院的服務而絡繹於途，經典之一是慢性病人佔所有病人的 18%，但慢性病處方籤的釋出率只有 0.59%。在健保給付制度下，藥品是利潤的來源，造成集合式的醫療，人民就失去了就醫拿藥的自由權。想到 H1N1 可能降臨，不得不為這些跑大醫院的老人家們捏把冷汗。社會資源不患寡而患不均，讓人民沒有家庭醫師/家庭藥師，嘲諷著台灣人並不高尚的生命。

其實，人口老化及少子化正在加速社會的劇變，經建會統計民國 120 年台灣的扶老率是 3:1(三個人養一個老人)，慢性病人的負擔大於親人可提供的照護將成為社會的顯學。這個時代很快會來臨，國人也很快要學會聰明過活。具有人性、在地性、可近性、日常性、專業性及對突發狀況有應變能力的智慧鄰居(例如診所藥局)，勢必成為老人社會的主流需求。台灣有 7800 個村里，也有 10000 家診所及 7000 家藥局，可提供社區照護的專業人員有村里長的兩倍多，是防疫及落實公共衛生的生力軍。公共衛生專家應有智慧看到這些散落在各角落的的社會資源。



img.soufun.com/house/
集合式醫療→創造疏離



雞犬相聞的異質性生活共同體→創造豐富

公平交易藥事服務的环境建構

建構低風險、分散風險的醫療照護環境並不是一件容易的事，說穿了，與健保習習相關。就藥品而言，在專業人員(醫師藥師)與病人的知識水平不對等的條件下，風險將歸於弱勢的消費者。其實，台灣人早已活在使用統一發票的公平交易的環境中，唯藥品交易與之無緣。不必申報買藥價格就可獲得全額給付，怎麼不會鼓勵多開藥呢?藥品交易不必透明，怎麼不會鼓勵集合式的醫療呢?藥品定價不必依智慧財產權的遊戲規則，專利過期原廠藥可享受長子式的高價保護，誰不想當老大呢?鼓勵醫師開老大的高價藥，健保怎麼能不浪費呢?習於使用貴的原廠藥，人民怎麼會相信 BE 藥同品質同效果呢? 如果我是藥商，在交易不必公平的國度，當然把市場鎖定於人流、物流集中的醫院，那人民跟分散風險、安居樂活的环境怎能結緣呢?

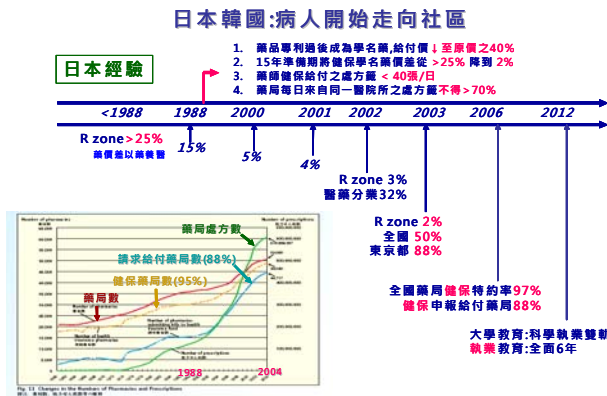
歸根就底，將藥品交易透明化才能分散風險。

進步社會的環境本質

低風險的環境、消費者保護、公民意識以及企業社會責任是一個社會進步的表徵。其中以醫療照護的人性化程度最可以評斷一個社會是否進步，因為醫療是一門科技與人文對話、以人本付予專業生命、以人文為專業加值的行業。

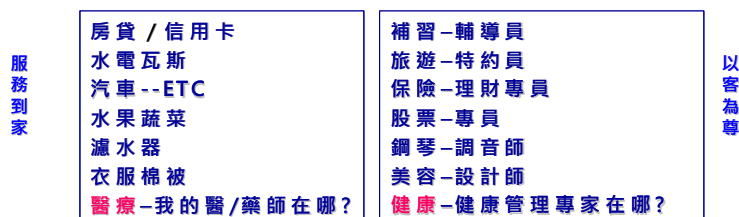
人性化的醫療早已內化於在歐美社會人民的生活之中。八百年來，牧師、醫師、藥師等社區行業與人民共生，譜出「普通、閒適有序、符合人性、具有歸屬感」的社區生活(十六世紀法國智者蒙恬語)。從美國 60%的藥師走入社區直接服務民眾、新手藥師的年薪優於教授、藥師受人民的依賴度高於牧師，就可看出藥師在社區與居民依存共生的行業本質。

日本過去以藥養醫，養出了資源集中的醫療體系，也養出了健保經營的危機。日本政府於是痛下決心，除了逐年調降藥價差之外，並規定健保給付給藥師調劑的上限為每日 40 張處方籤。合理調劑量的實施讓醫院無利潤，乾脆釋出處方。目前日本全國處方釋出率已達 60%，東京都更達到 90%以上。健保的變革、處方的分散、及醫藥分業的落實，讓以藥養醫成為歷史，譜出日本步入進步社會的協奏曲。韓國在利益團體的強大壓下也已步上日本後塵，成功的落實醫藥分業，讓藥事服務社區化，分散風險。



台灣也有令人激賞的社區風貌。社區超商加上網購宅配，創造了各行各業以客為尊的宅經濟。然而看不到的是最需要社區化的醫療照護。台灣人是聰明的，各行各業的宅經濟讓他安居樂活之後，遲早會追求服務到家的醫療照護的宅經濟。

宅經濟的風貌:台灣人遲早會要求精緻的醫療照護



- 4 -

醫師藥師理當落實公共衛生，但有里長、超商的地方有醫師藥師？

台灣民間的動能十足,醫療照護的宅經濟會來得又急又快。

結語

藥物/食品的知識風險需被重視，我認為在低風險環境的建構上，除了需政策主導外，還要觸及所有的生命共同體，形成公民意識才能創造主流價值，因此政府、專業、及消費者三方都有責任，而以消費者為最。因為醫療屬於知識不對等的交易，悠關消費者生命權的維護，消費者理應要求程序正義的環境建構，因此責任更大(You care, they care)。這樣的要求應該讓活化基層、落實面對面的醫療照護，到分散風險，變成政府無可規避的政策議題。在用藥這件事上，我也認為做到分散風險的最簡單的方法，是健保制定藥師每日的合理調劑量。

社會的脈動不會停擺。隨著宅經濟的蓬勃，人民對健康照護的品質要求也會加碼。可提供人民日常的小眾照護，勢必成為人民訴求安居樂活生存權的主要選項。趨勢在此，政府的眼光夠前瞻嗎？提出來與消費者共同深思。

參考資料

1. Tsintis, P. and La Mache, E. 2004. CIOMS and ICH initiatives in pharmacovigilance and risk management: overview and implications. *Drug Saf.* 27(8): 509-17.
2. International Conference on Harmonization. 2005. Guidance on E2E pharmacovigilance planning; availability. *Notice Federal Register.* 70(62): 16827-16828.
3. HP Wang, CL Wang, WN Yu, YW Huang, YL Lin, YL Leu and CYLee, From pharmacovigilance to pharmacovigilance planning--The system building For safe medication, *J Food Drug Anal.* 2007, 15 (12), in press.
4. Yang, C. Y., Chao, P. D., Hou. Y. C., Tsai, S. Y., Wen, K. C. and Hsiu, S. L. Marked decrease of cyclosporin bioavailability caused by coadministration of ginkgo and onion in rats. *Food Chem. Toxicol.* 2006, 44(9):1572-8.
5. 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/中國藥學會-兩岸交流研討會邀請演講，廣州/上海/北京，2006.09.
6. Yutaka Imai, Health care reform in Japan, OECD report, 2002.