

台灣藥學發展之經驗

藥政與教育-談落實藥事服務的普世價值

王惠珀

台北醫學大學藥學院教授

e-mail: hpw@tmu.edu.tw

摘要

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。台灣人的核心價值是民主所創造的自由、平等、自主及多元，然而民主化過程產生的亂象也開始讓人民對自由的看法有所保留，對民主的容忍有所調整。本文從人本的角度提出台灣的醫療照護體系在消費者保護及低風險環境建構上的急迫性。再以健保制度、醫病關係、用藥文化、藥事經濟、及中西藥的一國兩制，檢視我們社會的不進步性。並從專業角度提出政府無可規避的三個營造健康環境的議題：(1)不可以用身體拼經濟；(2)建構公平交易的用藥環境；(3)建構安居樂活的小眾照護環境。

壹、前言^{1,2}

很榮幸有機會參與本次『兩岸醫藥論壇』。筆者1970年代留學美國期間參與台灣民主運動，到1984年回台投入教育界近三十年，其間並曾參與公共政策藥政管理，見證了台灣社會的多元發展，也曾為文提出台灣民主化過程在健康照護層面以及社會永續發展的正面及負面影響。

教育引領趨勢。做為具有社會主義理想色彩的教育工作者，筆者在思維上主觀認定民主應以維繫社會公平正義、構建人民優質生活為終極目標。做為藥學專業者，筆者也認定藥事服務的普世價值應是藥學教育的終極目標。以下是我不揣鄙陋，從「藥政」及「教育」切入，提出我的台灣經驗及淺見。

貳、民主化之後的台灣社會³

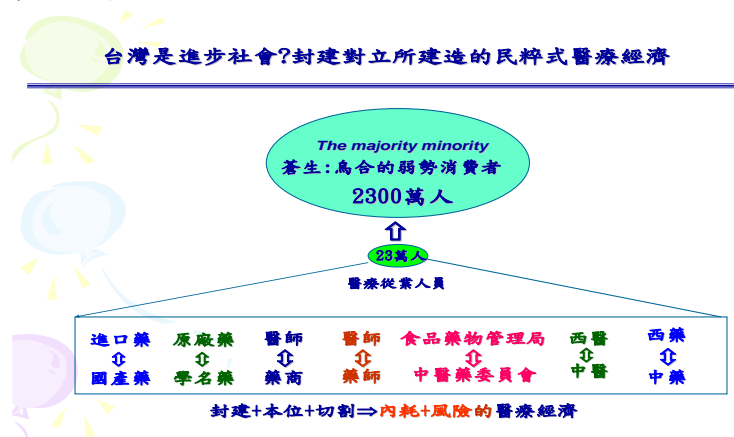
民主所創造的平等權、自由權、自主權、多元權及制衡權是台灣人的核心價值，已無庸置疑。然而民主化過程所產生的亂象，也開始讓台灣人民對自由的看法有所保留，對民主的容忍有所調整。很多人開始思考，男女平權、老少平權、

全民直選，台灣就民主了？民意伸張，台灣人就有自主權了？行政立法分立，台灣就是制衡社會了？社會多元發展，生活品質提昇，健保澤被全民，台灣就是一個進步國家了？

筆者以醫藥及科學背景，可以很清楚的看到民粹政治對科技發展及醫療照護產生的影響。從醫療照護來看，醫病關係的平等權、人民選擇醫療場域的自主權、接受用藥服務的自由權、專業人士(醫師藥師等)選擇執業場域的多元權、或者專業(例如醫藥分業)的制衡權來檢視台灣是否為一個進步的社會，答案無疑是保留的。

一、醫病關係

我國的健保照顧著 99%的人民，舉世聞名。但每年 4700 億的健保大餅由為數約 23 萬人的醫藥界民粹所掌控，2300 萬烏合之眾似無置喙餘地，是典型的**民粹醫療政治**(圖一)。健保大金庫創造出以門診為主業的醫療體系，逼得人民大病小病都往大醫院跑，走得動的搭客運，客運不跑了，看病就成問題。走不動的，以犧牲兒女的上班及考驗孝道為代價，換取長途奔波去追求名醫，製造多少的家庭問題就不得而知了。



圖一、封建體系下的民粹式醫療經濟示意圖。

二、藥事經濟⁴

集合式醫療以藥養醫，造就醫院大者恆大，隱含著資源浪費的問題。我們每年健保總額中有 1200 億(25%)用於支付藥品，遠高於先進國家(~15%)。到醫院看病的慢性病人佔所有病人的 18%，回到厝邊拿藥的比例卻不到 1%。集合式醫療在人本照護的意涵上先天不良，讓醫藥分業停留在只是個法律名詞，也隱含著病人未知的用藥風險。

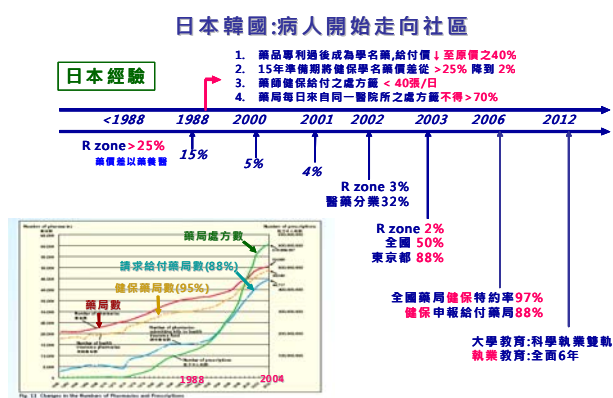
參、問題評析

民粹式醫療將藥學定位於**產品經濟**，而無視於藥品的知識風險。鼓勵產品

競逐自然會造成醫病之間的不公平交易，是風險的根源。追根就底，與健保藥品給付的不合理有直接的關係。

一、從健保看藥事經濟⁵⁻⁷

理論上說，有智財保護的藥叫作原廠藥，失去智財保護後的原廠藥就稱為學名藥。美國學名藥法(Hatch-Waxman Amendment: Patent Restoration and Drug Pricing Act)的立法旨意是透過學名藥創造買方市場，讓人民早日買到便宜的藥。日本曾以藥養醫養出集合式醫療，其財務負擔對健保造成威脅，從1988開始在政策上做了四件事：(1)原廠藥專利過期變成學名藥，藥價降至40%；(2)藥價差調降到2%；(3)藥師每日申報給付之處方數不得超過40張以及(4)藥局調劑來自同一醫院之處方籤不得超過70%。如此一來醫院因無利潤，乾脆釋出處方，到2006年在藥局調劑的處方總數達到97%，病人開始享受醫藥分業保障用藥安全的生活。韓國也在國家政策的堅持下，成功落實社區臨床藥學及醫藥分業。



圖二、日本健保政策解決以藥養醫集合式醫療示意圖。

台灣的健保則保障專利過期原廠藥的藥價高於他廠學名藥，保障藥價也保障了市場優勢，創造原廠藥『高單價x高市佔率』的加乘效果。筆者曾計算2003年健保前十大『逾專利保護藥』，如以第一高價之他廠學名藥價給付，即可為健保節省7.7億。『逾專利保護藥』教育台灣人民，身體厲害到會區別原廠/學名藥，成為二十一世紀反科學、反智財及違反公平交易的教材。⁸

另外，健保規定藥品不必報價，依藥價基準全額給付。不合理的行政保護保障不合理利潤的永續經營，無怪乎藥事經濟集中在大醫院(表一)。其實，台灣人早就有公平交易的素養，以統一發票讓交易透明為經典。因此，筆者曾以統一發票的概念創造出藥品給付的HPW Equation，該數學模式主張醫院應申報買藥價格，由健保依數學模式計算，給予合理的利潤。以此模式計算，醫院在有10%的利潤基礎下，2005年健保前100大藥品的總支出還可以比實際支出

少 173 億。醫藥界在健保缺乏統一發票公平交易的遊戲規則，比小老百姓的文明程度還差了一大截。⁸⁻¹⁰

表一、藥事經濟及藥業服務現況

| | 台灣 2003 年 | 台灣 2006 年 | 美國 2004 |
|---------------------|---------------|---------------|------------------|
| 藥費佔總健保支出% (佔 GDP%) | 25% (1.6%) | 25% (1.7%) | 15% (1.9%) |
| 就醫人次(a) | 462, 751, 883 | 501, 768, 367 | 1, 746, 000, 000 |
| 人口(b) | 22, 562, 663 | 22, 823, 455 | 298, 754, 819 |
| 每人看病次數(次/人年)(c=a/b) | 20.5 | 21.9 | 5.8 |
| 看病次數比較: 台灣人/美國人(d) | 3.5 倍 | 3.7 倍 | 1 倍 |
| 每一處方品項數(e) | 3.6 | 3.5 | 1.6 |
| 處方籤品項數比較(台灣/美國)(f) | 2.2 倍 | 1.9 倍 | 1 倍 |
| 每人健保取(用)藥量比較(g=dxf) | 7.7 倍 | 6.6 倍 | 1 倍 |
| 藥物不良反應通報率 | 0.00054% | 0.0074% | 0.024% |
| 不良反應通報率比較(台灣/美國) | 1/25 | 1/32 | 1 |

二、中藥、西藥一國兩制¹¹⁻¹³

在台灣，產品經濟是主流價值，「生命科學」一詞是小生命大科學。在拼經濟的大旗下『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（圖三）。於是『東西』各憑本事創造利基，加上台灣的言論自由，教育人民相信身體很厲害，會區分中藥/西藥/食品/健康食品。



圖三、『人吃東西』的觀念被簡化成『東西』示意圖。

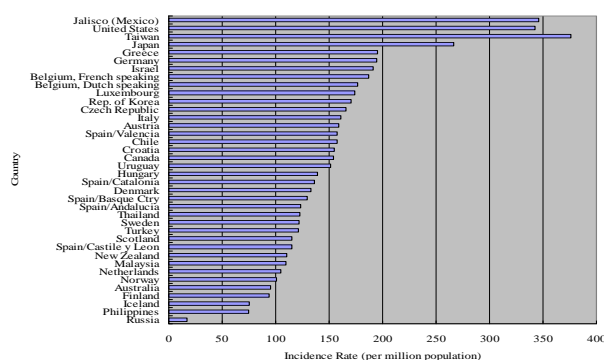
體制內，我們中藥、西藥一國兩制。西藥許可證在實施 GMP 下，從 21,000 張減少到 5600 張，中藥許可證卻從 5,000 張增加到 11000 張。廠商還可以自行選擇中藥或西藥的管理單位註冊，於是市場上產生了 8% 酒精炮製的中藥藥酒屬於醫師藥師指示藥，限於藥局販售，而 28% 酒精炮製的中藥藥酒則在超商隨處可賣。體制外，在傳媒推波助瀾下，各式各樣的草藥找印刷廠印上療效以食品上市，成就養生文化，帶動流行，人民的身體成了知識淺碟化產品拼經濟的祭品。

台灣人在「人吃東西」這件事上的知識切割壁壘分明，比政治上的藍綠切割更明確，不僅違背老祖宗「藥食同源」的風險思維，也製造出藥物流行病學的

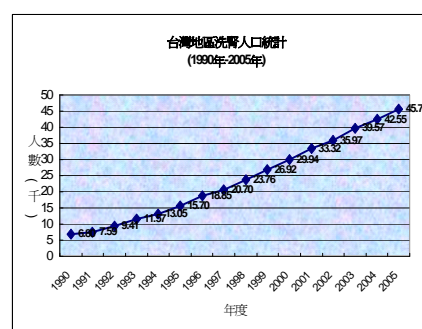
問題，是二十一世紀反科學、反人本的最佳教材。

三、從用藥文化看藥物流行病學¹⁴⁻¹⁵

然而中藥(或健康食品) 摻西藥可能產生風險是科學上不爭的事實。台灣洗腎盛行率高居世界第一(圖四)，洗腎人口每七年增加一倍(圖五)，到 2025 年估計每 300 人就有 1 人要洗腎。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。



圖四、各國洗腎盛行率比較



圖五、台灣地區洗腎人口成長趨勢圖

參、藥學教育的社會責任

一、進步社會的環境本質¹⁶

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。

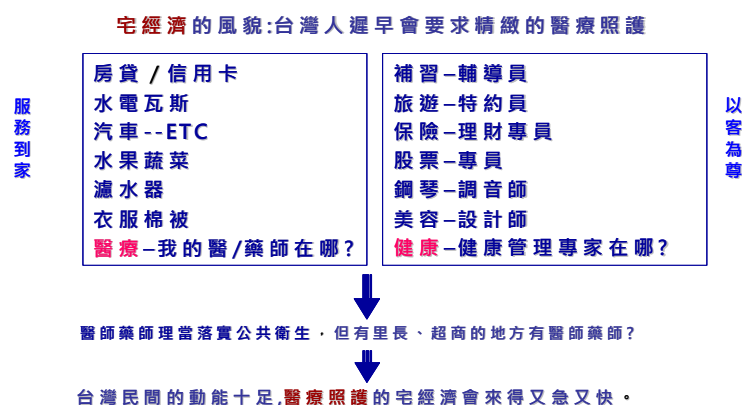
人性化的醫療早已內化於在歐美社會人民的生活之中。八百年來，牧師、醫師、藥師是典型的社區行業，與人民依存共生，譜出「普通、閒適有序、符合人性、具有歸屬感」的社區生活(十六世紀法國智者蒙恬語)。美國藥師在二十幾種行業中連續十年膺選為最具親和力的行業，受信任之程度甚至凌駕牧師(64% vs 59%, 1989-1998, CNN News/USA Today/Gallup Poll)。美國臨床藥學教育以培育社區藥師為主流，60%走入社區服務民眾。由新手藥師的年薪優於教授就可看出藥師在社區與居民依存共生的行業本質。

二、安居樂活的环境建構¹⁷

台灣也有令人激賞的社區風貌。超商加上網購宅配，創造了各行各業以客為尊的宅經濟，可惜到目前為止，看不到醫療的宅經濟。台灣在推動社區總體營造的大工程中，亦充滿了文化、福利、互助、環保等意涵，唯一看不到的，還是社區醫療的營造。然而根據經建會的統計，人口老化及少子化正在加速社會的劇

變，2031 年台灣的扶老率是 3:1(三個人養一個老人)，也就是說，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。聰明的基層醫療人員應該走出封閉的專業，走向社會，累積影響政治的能量，聰明的執政者更應該有智慧看到這些散落在各角落可提供的長期照護的社會資源。



三、公平交易藥事服務的環境建構^{18,19}

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。因此建構用藥安全環境的前提是藥事經濟的公平交易，說穿了，就是健保政策。就藥品而言，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?大者恆大，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長期高價保護，誰不想當老大?開老大藥的價差大，健保怎能不浪費呢?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，才能建構安居樂活的小眾醫療，以分散風險。

四、從社會的應變能力看藥學的行業本質—公共衛生議題²⁰

2003 年，兩岸三地飽受 SARS 風暴，公共衛生照護能量無法發揮、民眾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，包括落實公共衛生的社區價值。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有了新的體會，認為藥師的在地性具有愛與關懷的本質，是科技與人文不斷對話的

行業，將藥師型塑成「智慧媽咪」的行業，開始推動推動一系列『藥師參與小眾照護，提供知識服務，落實公共衛生』計畫。

台灣的基層醫療人才是村里長的兩倍，可惜長期處於國家政策重醫院輕社區所造成的弱勢困境。解鈴需要繫鈴人，把病人從醫院喚回村里，要靠睿智的領導人及有分散風險思維的人民，一起營造良好的社區醫療體質。在衛生署政策的輔導下，雲林斗六地區的醫院藥局合作釋出慢性病處方簽，讓該地區的阿公阿媽過著西方文明社會的優質社區醫療照護生活，已有成功案例。

四、台灣藥師的社會參與—落實民眾教育^{21,22}

2002-2005 年服務公職，讓我有機會為藥事服務的普世價值發聲。我曾搭橋讓藥師與消費者接軌，在全國 25 縣市藥師公會及藥界同儕的支持下，我們以「病人為中心，醫藥合作分工分業」詮釋醫藥分業。以 77 所社區大學為教育平台，讓 500 多位藥師做銀髮族的用藥教育(景康藥學基金會/陳瓊雪教授教授主持)。95%的銀髮族表達了需要藥師貼身照護的需求，藥師則給了銀髮族「我的肩膀給妳靠」的承諾，這個計畫驗證了藥事服務的普世價值(圖六)。



圖六、藥師進入社大從事銀髮族的用藥教育，驗證了藥事服務的普世價值。

又基於台灣青少年藥物濫用的日益嚴重，我們又與教育界結盟，在全台 375 個小學開啟「無藥的青少年教育計畫」，由全國七個大學的藥學系學生製作教案，進入小學進行晨間教學，攔截小六生做思想教育，為青少年的藥物濫用先打預防針。這個計畫在全國各小學引起極大的迴響，表達了極大的需求(圖七)。

我們更與 25 縣市的藥師公會合作，由散居台灣各角落的藥局藥師側錄違規廣告(鄭慧文教授主持/藥害救濟基金會)。對應於廠商在各地購物台、電台花錢登廣告推銷藥品，我們則用公權力免費反廣告，開記者會公布違規商品。個人向來不喜上媒體，這個計畫卻讓我當了幾年的生技藍波，相當過癮。

藥師透過普世的服務操練，建立起面對消費者的信心及落實公共衛生的服務平台，已開啟醫院適出慢性處方籤的趨勢，對正要開啟長期照護的政策，更是個不可多得的專業能量。我有機會看到藥師開始從調劑檯後服務藥品，走到檯前服務病人，實踐藥事服務的普世價值，是一生最大的安慰。



圖七、『無藥的青少年』教育計畫讓小六生認識用藥的風險。

肆、結語²³

自由民主、公平交易、消費者保護及低風險環境，是進步社會的表徵。而維繫這些社會價值的公民意識，則應深植人心。藥物/食品的知識風險需被重視，筆者認為在使用藥物/食品低風險環境的建構上，除了需要政策主導，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。也就是說，政府、專業、及消費者三方都有責任，而以消費者為最(You care, they care)。因為醫療屬於知識不對等的交易，悠關生命權的維護，消費者理應要求執政者建構程序正義的環境，從活化基層、落實面對面的照護，到分散風險。

集合式醫療集中醫師也集中病人，集中處方也集中藥師，集中人流也集中風險。SARS、H1N1讓不敢進醫院的病人在社區找不到醫生，在藥局拿不到藥，更是公共衛生的隱憂。這不只是醫療議題，還是人民生存權的議題。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。可提供消費者小眾照護，勢必成為人民訴求安居樂活生存權的主要選項。

醫療照護的本質是入世的，專業人員拋開學術及專業的優越感，從事面對面小而美的服務，落實科技與人文對話，專業才有未來性。我來自台灣，最想表達的一個夢想：創造「有里長的地方就有藥師」的人本的華人社會。在用藥這件事上，我也認為做到分散風險的最簡單的方法，是國家健保政策制定藥師每日的合理調劑量，從程序正義保障人民免於用藥風險。

伍、參考資料

1. 王惠珀, 台灣民主運動支援會, 「一九七〇年代保釣運動文獻之編印與解讀」國際論壇紀念專刊, 清華大學, 新竹, 2009. 05. 02.
2. 王惠珀, 多元化藥學教育之我思, 藥師週刊, 2008. 07. 21.
3. (a)吳重禮、湯晏甄, 台灣社會變遷基本調查, 1984~2004, 中研院社會所; (b) 洪永泰, 國立政治大學選舉研究中心歷年面訪資料.
4. 王惠珀, 讓專業的人做專業的事, 自由廣場, 自由時報, 2002. 12. 16.
5. 林振順, 在知識不對等的醫療制度中消費者如何自處, 雙河灣 24 期, 2009. 03.
6. 王惠珀, 藥事法第 40 條之 1 及 2 修法始末, 藥物科技發展與智財產權保護, 朱懷祖編, 景康藥學基金會, 台北, 2006.
7. Yutaka Imai, Health care reform in Japan, OECD report, 2002.
8. 王惠珀, 落實尊重智財與合理用藥的藥物知識經濟政策研究, 「全民健康保險研究資料庫之開發與應用」研討會, 台北, 2006. 09. 08.
9. HP Wang, CL Wang, WN Yu, YW Huang, YL Lin, YL Leu and CY Lee, From pharmacovigilance to pharmacovigilance planning--The system building For safe medication, *J Food Drug Anal*, 2007, 15 (12), 377-86.
10. 楊志良-解決藥價黑洞之策略建議, 國政評論, 社會(評)091-227號, 財團法人國家政策研究基金會出版, 2002-11-11.
11. 王惠珀, 用藥一國兩制後患無窮. 時報論壇, 中國時報, 2009. 01. 09.
12. 王惠珀, 生命科學的不科學性, 時報論壇, 中國時報, 2008. 07. 28.
13. 王惠珀, 摩登原始人-一個藥學人的百味雜陳, 景福醫訊, 2007. 04. 01.
14. 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.
15. Data of National Kidney Foundation ROC. <http://www.kidney.org.tw/>.
16. Wang H P, Tai HY, InTelligent Mommy - A Campaign for Community Pharmacy Service in Taiwan, FIP 2005, Egypt, Abstract pp 484.
17. 優質用藥的環境建構-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.
18. 知識經濟時代談用藥安全建構, 科技報導 336, 2009. 12. 01.
19. International Conference on Harmonization. 2005. Guidance on E2E pharmacovigilance planning; availability. *Notice Federal Register.* 70(62): 16827-16828.
20. 王惠珀, 後煞時代風險治理與社會重建, 當代, 2003, 195, 80-85.
21. 陳瓊雪, 社區堆展藥學知識計畫成果紀實, 中華景康藥學基金會, ISBN978-986-82336-1-4, 2007.
22. 王惠珀, 醫藥分業軟著陸-談台灣的藥師的社會參與, 中國藥物食品監督管

理局, 北京, 2009. 04. 23.

23. 王惠珀, 劇變速變社會中淺談聰明過活, 藥師週刊, 2009. 11. 20.