

## 社大課程回顧系列二

### 如何保障自身用藥權益

授課教師：李聖婉／台灣醫療改革基金會藥品政策組召集人

授課日期：92年3月27日

#### 我國藥品分類與流通管道：

藥品類別	取得方式	取得場所
處方藥	醫師處方、藥師調劑	藥局（含醫療院所）
非處方藥指示藥成藥	民眾可自行購買	藥局（目前許多醫師處方上的藥品都是指示藥）

一九九三年依藥事法第八條，再分類以後的藥品製劑分為三級：

- ◎ 醫師處方藥品：必須持有醫師處方箋才能購買或調劑，不得對大眾宣傳廣告。
- ◎ 醫師藥師藥劑生指示藥品：由醫師、藥師、藥劑生指示使用，不一定需要醫師處方箋即可購得。
- ◎ 成藥及固有成方製劑：其使用不待醫師指示，即供治療疾病之用者。

#### 非處方藥的特質：

- ◎ 安全、作用溫和、體內無蓄積性、成癮性低、有效性明確
- ◎ 用法簡易、潛在危險(包括誤用)低
- ◎ 推薦劑量在安全範圍內、包裝劑量以安全範圍為考量
- ◎ 所含麻醉藥品、毒劇藥品，不超過中央衛生機關規定之限量
- ◎ 症狀可以自我診斷、自我醫療；毋須醫師處方
- ◎ 須經醫藥專業人員指示使用
- ◎ 品質安定、耐久儲存
- ◎ 標示有衛生署指示藥許可證或成藥許可證
- ◎ 標示詳實：指示、警語可以書面表達；標示簡單易懂

美國非處方藥之耗用數量佔全部藥品之60%，卻只佔醫療費用之2%。每年三十五億個醫療問題中，二十億(57%)使用非處方藥治療。有四百多種常見疾病或症狀可用一至數種非處方藥作為主要或輔助治療。

#### 處方用藥的特質：

- ◎ 需有醫師的處方，經過專業藥師調劑後用藥
- ◎ 病人需在醫師的指導下服用藥，藥品的安全性及對病症的治療效果是醫師的責任
- ◎ 藥品經過臨床實驗後上市，係針對特殊病症，特定的病人在指定的方法下服用

### 選擇成藥的原則：

- ◎ 有無衛生署核准字號？
- ◎ 產品的標示清楚嗎？
- ◎ 是否有說明書？
- ◎ 是否為小包裝？

### 藥品為什麼要有清楚的標示：

- ◎ 減少用藥疏失，可提高病人服藥正確性。病人可自行建立個人藥歷卡，當其尋求不同醫師看病時，有助於醫師開立正確處方。
- ◎ 保障病人用藥權益：病人若瞭解藥品的副作用、交互作用等資訊，可預防服用藥物問題後續引發之成本。
- ◎ 有助釐清藥品傷害之責任歸屬：不幸發生藥品傷害時，書面資料可作為憑據，釐清藥害結果源自環節中哪一部分的問題：藥品瑕疵(藥廠製造或醫院管理責任)、處方疏失(醫師問題)、調劑疏失(藥師問題)、給藥過程問題(執行給藥之醫護人員)、未遵指示方式服藥(病人問題)。

### 現有包裝與標示的缺失：

- ◎ 破壞原封，影響藥品效期。
- ◎ 使用塑膠袋、紙袋裝藥，藥品很快變質。
- ◎ 藥品磨粉易變質。
- ◎ 磨粉機或研鉢很少清理，藥品易受污染或互相污染。
- ◎ 不讓病人知道藥名，病患權益與安全受損。
- ◎ 標籤未貼於直接容器，容易發生錯誤。
- ◎ 廠商說明書是供醫療人員參考用的，沒有「病患藥品說明書」。
- ◎ 無安全包裝，易遭兒童誤食或破壞。

### 藥品標示內容的依據：

- ◎ 國內規範藥品標示的相關法源
  - 全民健康保險醫療辦法第 45 條
  - 醫師法
  - 藥事法第 75 條
  - 優良藥品製劑作業規範

### 醫改會版 16 項必要的藥品標示項目：

- ◎ 病人姓名、性別、年齡
- ◎ 藥局名稱、地址、調劑者姓名、電話號碼
- ◎ 處方醫師姓名、住址
- ◎ 藥品的商品名及成分名(中英文)
- ◎ 藥廠或藥商名
- ◎ 藥品的數量、劑量、服用方法

- ◎ 藥品的適應症、副作用、警語
- ◎ 藥品的保存方法及調劑後的有效期限

**衛生署版之藥品標示內容的缺失，即缺少下列項目：**

- ◎ 病患年齡
- ◎ 醫師姓名及地址
- ◎ 藥廠或藥商名稱、地址
- ◎ 藥品名稱(中文化)
- ◎ 藥品有效保存期限

**建議標示或諮詢事項：**

- 主要適應症（藥品適用的疾病）
- 主要副作用
- 其他用藥指示如：特殊保存方式、服用抗組織胺藥物不適合開車等事項

**醫師、藥師應告知病人的事項：**

醫師應清楚告知病人所下的診斷為何？而藥師可進一步告訴您為什麼用這個藥？

- 這個藥的藥名？
- 這個藥怎麼用？用多久？
- 多久會出現藥效？副作用是什麼？
- 使用此藥的注意事項是什麼？

**那些藥品可以不需要處方直接向藥師購買？**

- ◎ 指示藥及成藥均可直接向藥師購買。
- ◎ 解熱鎮痛劑、綜合感冒藥、鎮咳去痰劑、抗組織胺劑、眼用製劑、胃腸製劑、鎮暈劑、一般皮膚外用劑、驅蟲劑及瀉劑等。

病患應閱讀藥品外包裝上用途是否與自身症狀相符，並詳閱用法，用量。若有不清楚之處，應立即詢問藥師。

**就醫或購藥時之注意事項：**

- ◎ 不要到不讓民眾知道藥名的醫療院所或藥房、藥局調劑或買藥。
- ◎ 明瞭並記下所使用的藥品商品名及成分，就醫或購買成藥時，出示給醫療人員看（藥歷）。
- ◎ 就診或用藥之前應告訴您的醫師、藥師或護士：過敏史、是否已經或打算懷孕、是否餵食嬰兒母乳、是否有其他疾病、過去數週內是否服用任何藥品(包括成藥、中藥、漢藥、草藥、補藥、健康食品)
- ◎ 用藥之前應請教您的醫師、藥師或護士：為什麼要用這個藥品？如何使用？要用多久？用藥後多久見效？注意事項為何？

### 領藥時之注意事項：

- ◎ 核對藥包上的姓名、領藥號
- ◎ 確認藥袋上有藥名及用法
- ◎ 核對藥袋上藥名與內容藥物標示是否相同
- ◎ 慢性病患應注意藥品是否與以前不同

### 正確的用藥方法：

- ◎ 確實依照醫師指示用藥。
- ◎ 用藥前先確認藥品是否超過保存期限。
- ◎ 不要把不同的藥品放置同一個容器中。
- ◎ 不可同時服用成藥、處方藥。
- ◎ 糖尿病、腎臟病、高血壓、肝病、心臟病、氣喘、甲狀腺亢進、精神官能症、癌症、血液凝結功能不良等病患切勿隨意服用成藥。

### 用藥的注意事項：

- ◎ 減肥藥應在醫師和藥師的指導下使用，營養師負責營養諮詢，不能指導使用減肥藥。
- ◎ 服用感冒藥、咳嗽藥、抗組織胺、安眠藥、鎮靜劑、抗憂慮劑時絕對不要喝含有酒精的飲料。
- ◎ 痛風、糖尿病、血液凝結功能不良的病患切勿輕易服用含阿斯匹靈的成藥。
- ◎ 有胃痛、嘔吐等症狀時，不可服用瀉藥。

### 藥品的保存和注意事項：

- ◎ 保存：不要存放在浴室、廚房、汽車中，或小孩拿得到的地方。
- ◎ 放在紙袋或塑膠袋中的藥品很容易變質，室溫保存的藥品應連同藥袋儲置於密閉容器內，置於乾燥、涼爽處，避光保存。
- ◎ 存放冰箱的藥品，除非特別指示，不可冷凍。
- ◎ 定期檢查存放藥品，變質或過期藥品應馬上丟棄。◎注意事項：藥品用完前不要將藥袋或標籤丟棄，因上面有許多必要的資訊。
- ◎ 任何藥品都難免有副作用或不良反應，如有異常反應發生，應儘快與您的醫師或藥師合作。
- ◎ 建立自己的藥歷、家庭醫師與家庭藥師。

何謂藥害救濟？為使正當使用合藥物而受害者，獲得及時救濟，衛生署設立藥害救濟金，受害者可以申請死亡給付、障礙給付及嚴重疾病給付等救濟。

### 名詞定義

- 藥害：指因藥物不良反應致死亡、障礙或嚴重疾病。
- 合法藥物：指領有主管機關核發藥物許可證，依法製造、輸入或販賣之藥物。
- 正當使用：指依醫藥專業人員之指示或藥物標示而使用藥物。
- 不良反應：指因使用藥物，對人體所產生之有害反應。

## 建立病人、醫師、藥師 三方充分的合作關係

藥物只是醫療的一部分，其他如健康教育、衛生、飲食、復健，藥物是一個不得已的治療方法，主要是因為它有許多的副作用、交互作用，而且有些病也沒有藥物可用。

## 讓充足及真正的藥事人員管理藥品

台灣許多醫療院所藥師並沒有確實或只有部分時間在場執業，管理及調劑的人員多為不具任何藥品知識的密護，加上許多醫療院所的藥品採購並非由藥事人員決定，完全以獲利而非品質為考量，多半不讓民眾知道他們所使用的藥品，消費者拿到過期、品質不佳、甚或錯誤藥品的機會就很大了。

所有醫療院所竭盡所能減少藥事人員成本，以提高醫師待遇，在藥事人員不足、工作又重的情況下，非常容易出錯，如何提高用藥品質，民眾要有認知。

## 參考資料

- 林慧玲：非處方藥。台北市：健康文化事業股份有限公司，1999
- 家庭用藥安全宣導手冊。台北市：中華民國藥師公會全國聯合會，2001
- 林慧玲：醫學與生活。台北市：台灣商務印書館，2001

# 「民眾醫療權益」國際研討會

International Conference on

" Patients' Rights and Health Care Environment "

教育宣導組 陳雅晶

台灣亞洲基金會主辦，台灣醫療改革基金會、中華民國醫師公會全國聯合會協辦的「民眾醫療權益」國際研討會，92年11月7日於政大公企中心順利閉幕。此會緣起於2002年，美國輝瑞基金會透過美國亞洲基金會贊助了韓國、菲律賓、泰國、台灣推動促進其國內病人醫療權益之計畫，由於計畫執行成效不錯，乃規劃於2003年邀請四國代表以及美國、加拿大、日本等醫療先進國家學者專家齊聚台灣，交流彼此在提升病人醫療權益運動上之經驗，於是有了「民眾醫療權益」國際研討會的誕生。

在短短一天、但議程緊湊豐富的報告中，我們可以從國際學者專家提出的不同國家的醫療問題，例如：病人等待名單（Waiting List）很長、抗生素濫用、病患隱私及醫療性騷擾、醫療資源分配不公和醫療人權裏常被提及的病人被充分告知的權利…等問題來對照國內學者專家指出的台灣醫療問題，如（1）門診量過高約為歐、美國家的2~3倍（2）剖腹產與洗腎比率是歐洲國家2倍（3）濫用抗生素（4）醫療資源城鄉分配不均...，由此發現不同國家醫療結構與面臨之主要醫療議題或有殊異，但病人於其中遭遇之困境，仍多有相似之處，顯示「人性的需求」是不分國界與醫藥衛生發展階段的。

本會劉梅君執行長也在會中針對台灣醫療人權現況作了報告。指出國內健保給付失衡，雖有97%的健保普及率，但門診與住院病患占醫療支出比例約為六比四，對照國外門診患者僅佔醫療支出的三成四，台灣門診患者花掉的醫療資源太多，重症病患無法獲得應有的照顧；並根據醫改會三年來的醫療品質民調提出台灣57%患者問診時間少於5分鐘，26%的病患初診時，醫院沒有給予量體溫、血壓、脈搏等任何基本檢查。醫師長久以來象徵權威，期待病人聽從醫囑就好，覺得不需要與病人溝通；健保給付方式論件計酬，所以也不鼓勵病人發問...，凡此種種，皆是造成醫病關係失衡的肇因。韓國漢城大學公共衛生學院趙炳熙教授針對韓國醫療環境所做的報告，其醫師權威性和醫病關係現況，也與台灣有相當程度的雷同之處。

而從美國加州大學洛杉磯分校醫學中心副主任 Prof. Lee H. Hilborne 提出的「以病人為中心之醫療環境六大要素」來看，包括（一）和諧、整合的照護（二）尊重病人的價值觀、選擇及需要的表達（三）準備適當資訊、衛教及對等、透明的溝通型式（四）身體的舒適（五）情緒支持（六）家庭與朋友介入，這些要素即使是歐美先進國家的醫療環境也多未臻完善之境，遑論醫病父權結構更為顯著的東亞國家。值此之際，匯聚韓國、菲律賓、泰國、台灣四個國家之民間團體與美、加、日衛生學者交流的「民眾醫療權益」國際研討會，益顯其非凡意義與持續發展不同形式之國際分享的重要性。

台灣的醫療改革，不管是如醫學教育委員會召集人賴其萬教授所提出；從醫學教育做起，培育醫師將病人當成「人」來對待；或是如奇美醫學中心詹啓賢院長所言，先確認醫療資源分

配的問題—政府、醫界、民間應就醫療該佔國民生產毛額（GDP）多少比例建立共識，確立投入之資源後，再在政府規範下透過競爭方式，淘汰素質不良醫療院所，導正醫療產業生態，同時也尊重了民眾的就醫選擇權...，與會眾多專業菁英提出的醫改之道，都是可能治癒台灣醫療環境弊病的藥方之一。然而台灣政府、醫界和民眾，能否在理性、平等的基礎上進行對話，共同致力提升民眾醫療權益？只怕還有一段漫長的路要走。虔盼未來全民都能一起參與醫改工作，從大處著眼、小我做起，共同努力建立具有合理品質與正義的醫療環境。屆時，台灣在推動民眾醫療權益上的成就，將是另一項可走到國際提供外國友人瞭解、借鏡的「台灣經驗」。

## 側寫『醫療糾紛工作坊』

研發組 劉素芬

沒進入醫改會工作之前，對於醫療糾紛的觀感不外乎來自電視畫面裡病家抬棺抗議或是悲情控訴的印象。為了刺激收視率，傳播媒體樂於捕捉與放送醫病雙方情緒激昂的衝突與對立場面，然而在這個過程中，當事醫師形象往往被抽離為沒有醫德的「庸醫」，醫院成為只愛賺錢而枉顧人命的「醫店」，而病家則被醜化成趁機貪財的勒索者。這些烙印在腦海裡的扁平化形象歷經數月在醫改會工作與學習雖然已經去除不少，不再如過去般認知淺薄，但對於舉辦『醫療糾紛工作坊』內心仍然有點忐忑不安，無法克制地想著，工作坊能夠幫助有醫療糾紛的朋友嗎？萬一來的朋友們太過情緒激動或是喪失理性該如何是好呢？

立基於會內早期的『醫糾之友』團體經驗，我們發現許多民眾陷於醫療糾紛事件中孤立無援的處境，也看到有些朋友無論如何也要忍著一口氣和醫師周旋到底的決心。這些朋友在面臨自身或親人病痛死亡時，流露出無能為力的痛苦、不平與悲哀的情緒，卻沒有傾訴的機會和經驗交流的管道。有感於此，我們決定試辦一天的『醫療糾紛工作坊』，有別於實務醫療糾紛處理策略的討論，將工作坊焦點放在情緒支持與減壓，期待透過心理諮商專業人員的帶領，協助有醫療糾紛經驗的朋友透過訴說和自我檢視的機會達到經驗交流、情緒抒發與減緩壓力之目的。

工作坊發出邀請函之後獲得約 25 位民眾的回應，經電話確認活動目的與當事人需求一致性，最後 12 人報名，活動當天則有 11 人出席，半數參加的朋友並非居住在台北縣市，有的從高雄、有的從台中彰化不辭勞遠地趕來，令人相當感動。隨著活動進行，成員們很快地從陌生寒暄到熱切交談，除了分享自身經驗之外，也會協助其他人釐清問題，甚至樂於資料共享。

由於每個人的遭遇、處境和價值觀的差異，所採取的對應方式也相差頗大，剛開始有些成員急於提供意見或建議，一度有些爭執與意氣。領導者藉此機會引導成員學習站在別人的角度和立場來思考事情，強調大家應該尊重當事人的意願，不以自己的情況和價值觀來評斷他人的作法，而今天大家相聚於此是為了交換經驗，不是來指導別人。這樣的基本共識獲得大家的認可之後，活動的氣氛也更加熱絡。領導者邀請成員分享參加工作坊的期待，多數人抱著互相學習的心態，來聽聽別人的情況和經驗，有人表示來看看別人如何“熬”過來，希望自己也能走出痛苦過程。

遭遇醫療糾紛的民眾首要面對的是強大的醫療體系，再者是極度陌生的司法制度，相關專業知識與經驗的缺乏形成巨大的鴻溝讓許多人疲於奔命、挫折頗深，因此在分享醫療糾紛處理經驗時，成員相互間總能獲得許多共鳴與回響。然而，值得肯定的是，有些成員已不侷限於對當事醫師及醫院情緒性的憤怒和指責，轉而思考結構和制度面的因素，也有人毅然走出陰霾，坦言「放下了」，重新思索和規劃新的人生。接近活動尾聲時，領導者請大家分享在過程中最欣賞自己的地方，或許大家都太習慣“謙虛”和“堅強”了，原本口若懸河的成員們頓時噤聲，透過鼓勵，大家才靦腆地開口，多數人最欣賞自己「沒有放棄」、「堅持」，有的

人則欣賞自己「放下了」，也有人發現原來自己可以「獨立生活下來」。透過不同生命經驗和價值觀的激盪碰撞，相信成員們也更能啟發與欣賞自己的優點與力量。

順利完成此次的工作坊，心裡面交錯著鬆了口氣、喜悅和感傷的情緒，一方面是心疼這些朋友們試圖穿越處境與痛苦的努力，一方面是對於國內關於醫療糾紛資源及資訊的匱乏感到無奈，另一方面也欣喜地看到大家面對困境樂於自助互助的精神。事實上，醫療糾紛問題盤根錯節，非獨獨責怪醫師或醫院就能解決問題，每一個案例誠然都有其特殊性，但是從眾多朋友的經驗背後卻可以追究出共同的制度與結構問題，若不從醫療環境上游斧底抽薪，醫療疏失的悲劇和不幸只會在不同家庭重複循環相同的命運。然，這條漫漫長路，我們還是剛起步，步伐雖緩，但是我們相信只要不間斷地努力學習、勇敢向前，以經驗回饋知識、以知識強化行動，回歸以人為本的醫療實踐必定就在前方。