

## 案例一

# 不同科別重複用藥所涉及之爭議問題

## The Dispute of Repeated Prescriptions between Departments in the Hospital

全民健康保險爭議審議委員會

## 前 言

在醫療的過程中經診斷後以藥物治療為最常見的治療方式之一，由於藥物品項的複雜性，以及在新藥、新劑型不斷的推陳出新，如果醫療專業人員對藥物特性不夠了解，或者沒有詳細評估病患的用藥情況，以及醫療機構與健保相關單位沒有對跨科別間重複用藥的情況進行監督，則藥物治療非但無法發揮其療效，更有可能危害病患的生命安全，並造成醫療資源的耗費。

而重複用藥對整體醫療的影響，以個人而言可能導致病患病情的控制不佳，大則將可能產生對全人類的危害，尤其在不當的重複或過度使用抗生素容易導致細菌突變產生抗藥性的嚴重問題。根據美國亞歷桑納大學健康科學中心所做的研究指出，全美因藥物副作用、藥物過量、未對症下藥及藥物交互作用等問題致命者，每年耗費的醫療及社會成本高達七百六十億美元，比同年美國門診病患的總藥費七百三十億還高。此外根據美國另一項統計資料顯示，大約 5% 的病人住院是由於藥物不良作用所引起，而有大約 25%-30% 的老年人住院，則是因為藥物交互作用或不遵守醫師指示使用藥物所造成的後續影響（劉上永，2003）。若以國內醫師處方情況及藥師調配藥物過程的質量與美國相比，則在重複用藥導致藥物交互作用或不良反應的發生，進而可能對病患健康照護產生的危害，甚至影響醫療資源的利用，均將是國人值得加倍關注的重要議題。

## 案例摘要

## 一、案例說明

本案例源自本會審查醫師於審查案件時，發現甲醫院出現多起同日不同科重複開藥的案件，且部份病人門診病歷記載過於簡略，無法評估用藥的合理性等問題，恐導致成健保資源的浪費，此外，病患用藥安全性亦受到質疑。故本會彙整健保局台北分局審核甲醫院自 94 年 4 月至 12 月門診申報案件，及該院申請爭議審議案件資料；並於 96 年 3 月舉行「案例研討會」，冀望藉由醫療倫理、醫事法律以及醫療資源利用等各個層面來探討甲醫院所發生重複用藥的問題，並對於有效利用醫療資源、保障病人的用藥安全及醫院行政管理之機制，提出建議，以供相關單位在提升醫療品質時之參考，並增加本會審議案件之效能。

## 二、案例分析

甲醫院此次送審爭議案件（費用年月 94 年 4 月至 12 月）共 254 案，其中有 106 案（約佔 41.7%）屬於門診同日不同科重複開藥案件，其被健保局核減理由均為用藥劑量重複（331A），而且尚有門診病歷記錄過於簡略、缺乏詳實資料以佐證其合理性之問題。為瞭解本案例之型態，特針對此 106 案重複用藥情況進一步做資料分析如下：

## (一) 重複用藥之科別

甲醫院共有 16 個科別出現重複用藥的情況，其中 10 個科別為內科系，共有 81 案（佔 76.4%），6 個科別為外科系，共有 25 案

(23.6%)。(內容詳表一)

表一：重複用藥科別統計

| 科別   | 爭議案件總數 | 重複開藥案數 | 百分比   |
|------|--------|--------|-------|
| 家醫科  | 5      | 3      | 2.8%  |
| 內科   | 1      | 1      | 0.9%  |
| 神經內科 | 12     | 12     | 11.3% |
| 精神科  | 11     | 11     | 10.4% |
| 腸胃內科 | 43     | 13     | 12.3% |
| 心臟內科 | 91     | 9      | 8.5%  |
| 胸腔內科 | 7      | 7      | 6.6%  |
| 腎臟內科 | 16     | 15     | 14.2% |
| 血液腫瘤 | 1      | 1      | 0.9%  |
| 內分泌  | 9      | 9      | 8.5%  |
| 小計   | 196    | 81     | 76.4% |
| 婦產科  | 5      | 5      | 4.7%  |
| 骨科   | 2      | 2      | 1.9%  |
| 神經外科 | 6      | 6      | 5.7%  |
| 泌尿科  | 9      | 9      | 8.5%  |
| 耳鼻喉科 | 2      | 2      | 1.9%  |
| 心臟外科 | 18     | 1      | 0.9%  |
| 小計   | 42     | 25     | 23.6% |
| 總計   | 238    | 106    | 100%  |

註：計算公式為重複開藥案數/重複開藥總案數×100%

### (二)重複用藥之型態

以重複用藥的型態歸類，可分為四種型態，包括：(1)同日不同科重複用藥共 61 案 (57.5%)，此種型態比例所佔最多；(2)其次是同日不同科之門診處方箋與慢性處方箋重複用藥共 30 案 (28.3%)；(3)同日不同科之慢性病處方箋重複用藥共 8 案 (7.5%)；(4)同日同科門診處方箋與慢性處方箋重複用藥共 7 案 (6.6%) 比例較低 (內容詳表二)。其中同日同科重複開藥情況有 6 案為醫師替病患增加藥物之治療劑量，但病歷卻缺乏相關劑量調整理由之記載。

### (三)重複用藥之藥物數量

以重複用的藥物種類歸類，可以發現下數情況：以單一藥物重複的有 98 案 (92.5%) 為最

多，二種藥物重複有 5 案 (4.7%)，三種藥物重複有 2 案 (1.9%)，四種藥物重複有 1 案 (0.9%)。(內容詳表三)

### (四)重複用藥之藥物種類

重複用藥次數最多之前五項藥物分別為制酸劑-Iwell 18 次 (16.1%)、腸胃用藥 MgO 12 次 (10.7%)、抗焦慮劑-Amprazo 9 次 (8.0%)、鎮靜安眠藥-Stilnox 7 次 (6.3%) 及解熱鎮痛劑-Tintin 6 次 (5.4%)。(請見附表四)

表二：重複用藥類型之統計

| 類 型                  | 案件數 | 百分比    |
|----------------------|-----|--------|
| 同日不同科重複用藥            | 61  | 57.5%  |
| 同日不同科門診處方箋與慢性處方箋重複用藥 | 30  | 28.3%  |
| 同日不同科之慢性病處方箋重複用藥     | 8   | 7.5%   |
| 同日同科門診處方箋與慢性處方箋重複用藥  | 7   | 6.6%   |
| 總 計                  | 106 | 100.0% |

表三：重複用藥之藥物數量統計

| 重複用藥數量 | 案件數 | 百分比    |
|--------|-----|--------|
| 一種藥物   | 98  | 92.5%  |
| 二種藥物   | 5   | 4.7%   |
| 三種藥物   | 2   | 1.9%   |
| 四種藥物   | 1   | 0.9%   |
| 總 計    | 106 | 100.0% |

表四：前五名重複開藥藥物種類統計

| 藥物種類          | 重複用藥次數 | 百分比   |
|---------------|--------|-------|
| 制酸劑-Iwell H2  | 18     | 16.1% |
| 腸胃用藥-MgO      | 12     | 10.7% |
| 抗焦慮劑-Amprazo  | 9      | 8.0%  |
| 鎮靜安眠藥-Stilnox | 7      | 6.3%  |
| 鎮痛解熱劑-Tintin  | 6      | 5.4%  |

註：計算公式為重複開藥次數/重複開藥總案數×100%

綜合以上資料分析，顯示此案例在門診重複用藥情形之樣態，以內科系重複用藥情形較外科系為多，而同日不同科重複開藥最多，且以重複開立一種藥物的情形佔多數，而重複開立的藥物種類以腸胃藥及精神安定劑為主。

## 問題與討論

重複用藥 (repeat prescription) 的定義是指醫師沒有對病患作適當的評估，逕自重複開立病患先前已在使用的某種或數種藥物 (Pharmaceutical Practice, 2004)。在現行的健保制度下，是一個很常見的現象，影響的層面很廣，無法僅從單一向來詮釋問題，應從多個角度來思維，才能瞭解問題的全貌。因此本會以四個核心理念：實證醫學的依據、倫理、法律的考量、資源分配的公平性以及資源利用的妥善性等觀點為架構，來審視本案例所涉及的相關層面與問題，並將其分述如下：

### 一、實證醫學的依據

關於重複用藥的情況，可以下面三個方面來分析：

- (一)病人層面：國人在就醫行為方面素有「hospital shopping」或「doctor shopping」的習慣，可能對於疾病的病程或者對藥物治療劑量、何時會產生療效並不清楚，病患常會因症狀未獲得緩解，再加上就醫方便、掛號費及部份負擔額度甚低，而在短時間內密集就診，到不同的醫療機構或不同的科別尋求治療，導致服下不同藥名，但作用相似的藥品，在重複用藥的情況下而不自知。(林學謙、楊惠琪、羅珮萱、蘇育民、張弘宜、盧穎晨，2005)。且在部份國人的用藥習慣，向來有「有病治病，沒病強身」的不正確觀念，導致國內平均每張門診處方箋開立藥物達 4.1 種，是先進國家的兩倍，因此重複用藥以及產生藥物交互作用的機率也相對提高。(陳建勳、陳麗芳、王慧瑜，2005)
- (二)醫療機構層面：醫院在提供藥物資訊的管道不盡完善，可能發生於醫師或藥師未能及時評估病患之前的用藥史或目前的用藥情況；或者醫療專業人員沒有善盡疾病病程的告知、用藥指導與衛教

等相關責任。以國內醫學中心而言，每位藥師的調劑量為 60 至 100 張處方箋，甚至有醫院藥師於晚上值急診班時，調劑量多至三、四百張，而每張處方箋有至少四、五種藥品，如此大的工作量，相對減少向病患解釋藥品作用及注意事項的時間。(林學謙、楊惠琪、羅珮萱、蘇育民、張弘宜、盧穎晨，2005)

- (三)制度層面：我國健保制度屬於第三者付費的保險制度，「民眾到醫療院所看病、醫療院所向健保局申請醫療費用」，因為由第三者付錢而不是從自己口袋直接支出，容易增加不必要的醫療服務。另外分級醫療轉診制度未能有效運作，民眾通常依其自己的意願以及對病情的判斷，逕自至各層級醫療機構求診，也可能導致不同醫療院所的醫師開立相同的藥物。再加上由於健保原先設定的診療點數未有疾病嚴重度的差異，而國內的大型醫院其醫師的薪資係採以企業經理人的績效獎金制度管理，完全依賴此制度的情況下，則易導致醫師及醫院經營階層以提高門診量作為爭取有限健保資源的方法，因此在有限的門診時間增加了看診病人數，診療的時間相對減少，也導致重複開立藥品處方的機會大增。

### 二、倫理、法律的考量

(一)法令依據：

根據醫療法第 67 條規定：醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。另在醫師法第 12 條規定：醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥等情形及其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。因此健保局依照法令核扣甲醫院醫療費用，尚屬合理。另根據醫療法第 82 條規定：醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機

構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任，因此醫師應在開立處方前，應先行瞭解病人藥物使用情形，杜絕重複開藥的情形。

### (二)倫理的考量：

加拿大醫學會的倫理守則載明：醫師應「了解自己責任促使健康照護資源的獲得更為公平」，也應該「審慎地運用健康照護資源」；充分道出醫療專業人員對於醫療資源分配的責任。雖然醫師並無故意開立相同藥品來獲取不當利益，但是重複開藥的醫療行為，就微觀而言違反了勿傷害原則（principle of nonmaleficence）及利益病患原則（principle of beneficence）（戴正德，1998）。就宏觀面而言，這樣的行為影響了分配正義（distributive justice），因為醫師未對有限的醫療資源作正確的分配，對同一病患重複處方藥物，相對地，就剝奪了其他病患使用醫療資源的權利。作為一個醫療專業人員，醫師除了負有促進病患最佳利益的信託責任外，尚有作為公正社會公民的義務，因此誠如 Morreim 所主張：面對醫療分配的倫理責任時，醫師必須在病患的利益與其他病患、負擔醫療費用者、社會整體，有時甚至包括與醫師個人的合理權益作權衡、取捨（蔡甫昌，2003）。

### 三、資源分配的公平性

依據衛生署 94 年國民保健醫療支出資料顯示，個人醫療於西醫院所門診藥費佔年度總支出的 8.74%，年成長率為 8.67%，較 93 年成長了 5.56%，成長率為 2.32%。當醫療資源有限，而必須面對無窮的醫療需求時，醫療資源無可避免必須面臨分配與選擇。重複開立藥物處方議題考驗著兩個資源分配的層次，一為技術層次，醫療資源生產與分配效率，屬於微觀層次。二為政治層次，也就是社會普遍價值所認定之優先順序（劉淑玲，2004）。以現行總額支付制度的實施，不當之醫療支出，將會壓縮其他醫事服務機構之點值，而更加影響醫療資源分配之公平性問題。

### 四、資源利用的妥善性

影響醫療資源的利用的因素有很多，包括：人口學特性、醫療資源的分布、健康狀況及其他因

素。如：醫院的設備與醫療人員的技術等（彭鳳美，2001）。由於甲醫院位屬台北都會地區，層級屬於醫學中心，又具有醫療團隊優秀且醫療設備相當周全之優勢，故民眾的醫療資源利用率相對偏高。在這樣的情況下，醫療機構必需負起為民眾的「醫療需要」把關的責任，也必須監督「醫療需求」，否則容易造成醫療資源的錯置與浪費。重複用藥的問題不僅突顯出民眾不清楚自己的用藥情形，也顯示醫療機構對於醫療資源利用的把關不夠嚴謹。這樣的醫療型態偏離了以病患為中心的照護的概念，非但無法治療病患使其免於為病痛所苦，反倒損害病患的健康及生命安全。

### 五、其他——用藥安全

根據財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱醫策會）病人安全 95-96 年工作目標，提升病人的用藥安全即為第一項重點工作，依據醫策會於 95 年辦理的地區醫院以上之醫療機構病人安全執行現況調查發現，在提升用藥安全的電腦醫令功能方面，有 85%院所已建置電腦線上處方箋功能，具備有藥物交互作用提示為 65%、抗生素管制作業 56%、同類藥物重複警示 64%、藥物單次最大劑量管制 48%、高警訊藥物提示 61%、藥物過敏記錄 71%及藥物不良反應 43%，顯示在用藥安全上資訊系統管控機制已具初步基礎但仍有發展的空間。

以病人安全而言，重複開藥會造成取得藥品者在健康方面的疑慮，甚至由於不良反應的發生而致生命的危害，如 Norvasc 為降血壓藥物，一旦過量會造成血壓過低；而抗生素的濫用，容易導致具抗藥性菌株的產生；鎮靜安眠藥物服用過量引起意外事故的發生；而 Eltroxin 服用過量則會出現心律失常、心悸、骨骼肌痛性痙攣、腹瀉、不安、興奮、頭痛、臉紅、出汗、心跳脈搏太快、體重劇減、肌肉衰弱等種種問題，尤其對心臟機能不全、心肌梗塞患者更需小心使用。因此加強醫療人員本身在藥物資訊的教育訓練，主動積極提供病患用藥之指導，配合資訊管控機制，將可有效提升用藥安全之推動。



## 結論與建議

由於重複用藥是一個多重因素所導致的問題，所以應朝向跨單位的配合共同解決問題，不僅在公部門要建置機制以監督處方用藥情形及肩負教育的責任，私部門如各醫療院所也應配合政策確實執行，而在民眾本身也應該對於用藥有正確的知識與態度。針對重複用藥所衍生的問題，本會提出以下建議：

### 一、給健保局的建議

#### (一)短期：

建請健保局擴大或定期對醫療院所進行歸戶後之藥品檔案分析，以加強輔導醫療院所建立完善藥品檢核資訊系統，保障病人用藥安全，並減少醫療浪費。

#### (二)中期：

健保IC卡自96年7月1日起存放門診處方箋及長期處方箋，建請健保局加強宣導醫療院所充分運用健保IC卡儲存之資訊，俾便執行跨其他醫療院所之藥品檢核。

#### (三)長期：

1. 建請健保局加強宣導民眾配合同一院所就醫診治，正確藥品使用方法，提升用藥安全及有效節省醫療浪費。
2. 建請健保局分析國內民眾 Doctor shopping 之情形，並就分析結果研擬改善方案。
3. 藉由電子病歷儲存平台的概念，增加院際間資訊分享，發展警示系統，以避免重複用藥。
4. 我國目前所進行的電子病歷的規劃，傾向將病歷電子保存於醫療院所，並可流通於院際之間，日後或可發展由民眾自行保存自己病歷。

### 二、給醫療機構的建議

#### (一)施行「藥物治療諮詢」制度：

凡藥事人員發現病患用藥有：1.藥品交互作用；2.調劑的配伍禁忌；3.對疾病的治療禁忌；4.病患服藥配合度差；5.過量或過少使用藥品；6.同時服用不同醫師所開的相同藥品等情形，藥師應主動向開立處方的醫師反映來解決病患的用藥問題。

目前衛生署有建置藥品交互作用資料庫系統，可供第一線的醫師於開立處方箋時，檢查是否有交互作用的情形，並提供藥事人員在第二線的檢查，俾使民眾能在最安全的情況下用藥；此系統於93年3月建置，截至目前為止申請使用的家數為25,000家（含19,000家醫療院所及7500家藥局），各醫療院所可多加利用。

(二)建立資訊管控系統：可分為短期、中期及長期依序建置。

#### 1. 短期：

- (1)針對重複用藥問題，若涉及管理模式，應加強改善，不應以醫師為唯一追究對象，以避免增加醫師防禦性的醫療行為。但如涉及醫師個人行為不當，醫療院所管理階層則應針對其行為加以輔導改善。
- (2)應加強醫師了解病人就醫及用藥紀錄，落實以病人為中心的照護，保障病人權益。

#### 2. 中期：

- (1)醫院應建置線上重複醫囑之檢核系統，以減少重複用藥。
- (2)健保IC卡自96年7月1日起，將存放門診處方箋及長期處方箋，應加強輔導讀取資料，且病人每次就醫、處方資料均應登錄健保IC卡，以避免重複用藥。

#### 3. 長期：

規劃建置電子病歷儲存之共享平台，以避免重複用藥，甚而重複開立高價影像檢查的情形。

(三)提供醫療專業人員及病患藥品相關資訊：目前醫療機構多有建置藥物資訊單位，以提供醫療人員藥品資訊及病患用藥指導，但在執行面則應加強落實相關藥品資訊的交流管道。

### 三、給醫療專業人員的建議

(一)評估並確認病患的問題及用藥紀錄。

(二)確立治療目標。

(三)選擇適當的藥品治療。

(四)採取適當的用藥步驟並考量其他可行之非藥物治療的方式。

(五)提供疾病、治療之相關資訊，主動積極進行病患用藥指導。

- (六)定期評估藥品療效。
- (七)開立處方時，應考量藥品治療之合理性及經濟效益。
- (八)應用資訊系統建置其他輔助工具，以有效降低重複用藥的風險。

#### 四、給病患的建議

- (一)服用藥品之前應該先清楚瞭解藥名、用途、服藥劑量及次數，勿任意減少劑量、增加劑量或自行停用。
- (二)應於看診時主動告知醫師目前所服用的藥物，或將標有藥名等資料（藥物名稱、使用劑量與時間）的藥袋提供醫師了解自身用藥情形，若曾經在使用藥物後有不適的反應發生，也應告知醫師。
- (三)領取藥品時，對藥品使用有任何疑問或不清楚之處應主動向藥師詢問，以保障自身用藥安全。

### 誌 謝

本文之完成承本會醫事組呂嘉女組長、逢秀英小姐及張雪梅小姐提供資料，周燕玉小姐彙整文章內容，高雄醫學大學黃耀斌教授及財團法人徐元智先生醫藥基金會附設亞東紀念醫院王治元醫師惠予審稿，謹致謝忱。

### 參考文獻

1. Pollock, M., Bazaldua, O., & Dobbie, V.E.. Appropriate Prescribing of Medications: An Eight-Step Approach. *American Family Physician* 75(2): 231-236, 2007.
2. *Pharmaceutical Practice*, third edition 2004, pp340.
3. 余秀芳：台灣地區病人重複住院之分析。國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文，2002。
4. 吳惠美、施李碧玉：藥物交互作用之發生率及發生機轉。北市醫學雜誌 2004;1(3): 124-131。
5. 林建明：健保『慢性病治療記錄卡』用藥管理電腦模擬作業之研究。國立成功大學工程科學系碩士論文，2001。
6. 林學謙、楊惠琪、羅珮萱、蘇育民、張弘宜、盧穎晨：如何減低門診重複用藥情形。長榮大學醫務管理學系研究所專題報告，2005。
7. 莊美華、林俊龍、王昱豐、曹汶龍、梁育彰。醫療機構用藥疏失之探討。慈濟醫學雜誌 2003;15(4): 247-258。
8. 陳建勳、陳麗芳、王慧瑜等：應用關聯規則在門診出方行為與潛藏藥物交互作用分析的研究。醫療資訊雜誌 2005;14(4): 41-53。
9. 彭鳳美：民眾生活型態、醫療資源利用與健康狀況之探討～以新竹科學園區員工為例。國立陽明大學社區護理研究所碩士，2001。
10. 湯進聖：醫院醫囑藥物交互作用提示系統。國立陽明大學公共衛生研究所，2001。
11. 戴正德：醫學倫理的理論思考。醫學教育 1998; 2(1):3-9。
12. 趙健明：慢性病人使用慢性病治療記錄卡之可行性研究。行政院衛生署委託研究計劃期末報告，2002。（編號：DOH90-NH-008）
13. 蔡甫昌編譯，Peter A, Singer 編著：臨床生命倫理學。加拿大依學會授權，台北，財團法醫院評鑑暨醫療品質策進會，2003。第十三章：資源分配。
14. 劉上永：正確用藥教育介入成人感冒患者高就醫行為之研究。雲林科技大學工業工程管理研究所碩士論文，2003。
15. 劉淑玲：台灣地區醫療網醫療資源利用效率之探討—資料包絡分析法之應用。國立中山大學醫務管理研究所碩士論文，2004。
16. 賴奕菁：門診老年失眠症患者之安眠藥處方型態及處方問題。陽明大學衛生福利研究所碩士論文，2003。
17. 羅柏青、譚延輝：長期照護藥事服務電腦化的展望。長期照護雜誌 2006;10(1):10-17。