

計畫編號：DOH88-TD-1070

行政院衛生署八十八年度科技研究發展計畫

全民健保與醫藥分業對我國 製藥產業的衝擊與影響

研究報告

執行機構：國立中山大學企業管理研究所

計畫主持人：蔡敦浩

國立中山大學企業管理研究所

共同主持人：徐聯恩

國立中正大學企業管理研究所

研究人員：吳政昌、黃美娟

執行期間：87年7月1日至88年6月30日

****本研究報告僅供參考，不代表本署意見****

目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 研究方法.....	3
第四節 研究限制.....	3
第五節 研究架構.....	4
第二章 我國製藥產業概況.....	5
第一節 產業定義與範圍.....	5
第二節 產業發展歷程.....	8
第三節 產業特徵.....	11
第四節 我國藥品市場行銷環境.....	13
第三章 現階段我國製藥產業環境重要事件.....	17
第一節 全民健保.....	17
第二節 醫藥分業.....	19
第三節 加入 WTO.....	22
第四章 研究假設之建立.....	24
第一節 全民健保.....	24
第二節 醫藥分業.....	32
第三節 加入 WTO.....	34
第五章 深度訪談結果分析	36
第一節 全民健保的衝擊與影響.....	38
第二節 醫藥分業的衝擊與影響.....	54
第三節 WTO 的衝擊與影響.....	57
第六章 問卷調查結果與分析.....	60
第一節 樣本分析.....	60
第二節 全民健保的衝擊與影響.....	63

第三節 醫藥分業的衝擊與影響.....	70
第四節 WTO 的衝擊與影響.....	72
第七章 結論與建議.....	75
參考文獻.....	78
附錄一：問卷.....	81
附錄二：問卷催收函.....	85

表目錄

表 3-1：歐、美、日醫藥分業概況.....	21
表 4-1：台灣地區藥品銷售額.....	31
表 5-1：機關受訪者基本資料.....	33
表 5-2：受訪公司基本資料.....	37
表 5-3：Price/Volume Survey Scheme(1999).....	47
表 6-1：問卷背景變項之次數及百分比分析.....	60
表 6-2：樣本特性.....	62
表 6-3：全民健保後製藥產業前景看好？.....	63
表 6-4：公司營收、利潤的上升.....	63
表 6-5：預期進口商營收、利潤的上升.....	64
表 6-6：外資藥廠、國資藥廠及進口商在醫藥中心及區域醫院市場 佔有率的提高.....	65
表 6-7：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、藥局對藥廠 的價格折扣或服務要求的增加.....	66
表 6-8：外資藥廠、國資藥廠及進口商的價格競爭力.....	67
表 6-9：健保局核價制度的公平性.....	68
表 6-10：BA/BE 學名藥市場.....	68
表 6-11：藥廠的因應與調適方式.....	69
表 6-12：藥局通路的萎縮.....	70
表 6-13：國資及外資大型企業、中小企業、小企業藥局市場的萎縮....	70
表 6-14：藥廠在藥局通路營收下降情形.....	71
表 6-15：藥局市場萎縮，藥廠的調適方式.....	71
表 6-16：WTO 後的預期產業前景.....	72
表 6-17：預期營收與利潤的改變.....	72
表 6-18：預期進口商營收與利潤.....	73
表 6-19：WTO 後，藥廠的因應與調適方式.....	74

圖目錄

圖 1-1：研究架構.....	4
圖 2-1：製藥工業的領域.....	6
圖 6-1：價格優惠方式.....	66

摘要

本研究透過深度訪談及問卷普查方式，調查全民健保、醫藥分業及 WTO 對我國製藥產業的衝擊與影響。

全民健保目的在增加健康相關保險之受益人口，普及民眾就醫，以強化社會福利。全民健保在執行兩年後確實達成了相當的成就，包括具體擴大保險人口、民眾滿意度提高即減少民眾就醫之財務障礙等，卻也同時引發了許多社會效應與隱憂，例如：醫療費用成長率遠超過保險費收入成長率所突顯的財務問題；現行支付標準誘發的醫界生態、結構與醫療資源變化；主管機關同為承保機關；以及導因於現行單一保險人制（缺乏市場良性競爭）、醫療與健保資訊不對稱、缺乏醫療品質指標、量化評估工具與評鑑體系所誘發的醫療品質危機等。

這些問題中，以醫療結構所產生的巨大變化及現行健保主管機關對健保藥價的核價政策的制定對藥廠的影響最大，如中小型醫院快速萎縮，及大型醫院的崛起所造成的醫療資源集中化傾向，即涉及製藥產業對其經營通路型態的轉變及相關產品品項的大幅調整，因為大型醫療院其用藥的採購方式及用藥品項均與一般中小型醫院有所差異。此外，也肇因於此差異，健保藥價制度的核定，對藥廠在藥量需求呈現巨幅擴增的大型醫院通路市場的利潤也有著顯著的決定性影響。其中採購的方式，形成了俗稱的藥價黑洞問題。

全民健保對整個產業在市場面的影響為整個藥品市場的總額快速增加。整體而言，外資藥廠是隨著整體健保市場的成長而成長，而國資藥廠方面，除了少數幾家規模較大的藥廠外，一般中小型藥廠的經營景況並不理想。

外資藥廠之所以能夠隨著整體藥品市場的成長而成長，其原因是外資藥廠多以大型醫院通路為主要的市場，在健保支出目前增加

的部分又是以大型醫院的數額為多。而中小型國資藥廠經營景況之所以不佳的原因是，其通路主要是以開業藥醫及區域醫院為主，這兩個通路市場在藥品使用的考量上，一般並非是以品質為首要的考量，而是從所能提供的藥品價差來選定用藥，故使得這兩個市場的殺價競爭非常激烈，利潤自然微薄，若欲轉向大型醫院市場，則涉及 BA/BE 產品的研發及臨床實驗的證明，這些對中小型國資藥廠來說均是一筆龐大的費用負擔。

醫藥分業自 86 年 3 月 1 日於北、高二市首先實施以來，成效並不理想，至 87 年 9 月處方箋釋出率僅 8%，原因包括醫師配合度低、診所聘藥事人員掛牌問題、大型醫院自設門診藥局、藥品品項不足、罕用藥供應問題、藥品進貨成本高於健保給付價、處方箋辨識不易及年度所得申報問題等。而醫藥分業對藥廠最大的影響在於，醫藥分業後，民眾不得任意在藥局購買抗生素等只是用藥，造成藥局營收普遍下滑，不利於以藥局為主要通路的藥廠。

醫藥分業在現階段雖是失敗的，因其造成藥局通路的萎縮，但部分藥廠仍認為 OTC 市場有不錯的前景。在健保藥費不斷高漲的情況下，政府未來應會推行只保大病不保小病的自我醫療照護觀念，在此前提下，民眾至藥局購藥人數將會增加，並且一待處方箋的釋出率回升，藥局通路市場仍會成長。

加入 WTO 對製藥產業的影響可分為兩方面，其正面影響為在開放的國際競爭環境下，加速技術升級，促使藥廠提升本國藥品的國際形象以利外銷出口，而其負面影響則是加入 WTO 後各項進口物資其關稅調降為零，使得進口藥品成本下降，競爭力大幅提高，非常不利於國產藥品。另外，製藥產業高額的研究開發費用將使得國內中小型廠商被迫退出市場。

ABSTRACT

We used the unstructured-direct interviews and questionnaire to make an investigation of the impact of separation profession of pharmacy from medicine, Equotnational health programs and WTO to our country's medicine manufacturers.

The Equotnational health programs have attained considerable result after four years execution. But this programs is disadvantage to medicine manufacturers along of the program's unreasonable medicine pricing principal and they were forced to transformed.

The policy of separation profession of pharmacy from medicine was first executed in Taipei and Kaohsiung on 1st March, 1997. The first and foremost impact of separation profession of pharmacy from medicine is the shrunk in amount of sale to the manufacturers that used pharmacy as their main distribution. The main reason is pharmacy was not allowed to sell formulary medicine such as antibiotics after the officiate of the separation profession of pharmacy from medicine policy.

Taiwan have planned and applied to join The World Trade Organization (WTO) for several years. Most domestic medicine manufacturers expected after our country successfully joined the WTO, the competition in physic market was disadvantage to them. And lucratively to medicine importers because of the annul of tariff duty. But the domestic medicine manufacturers and foreign medicine manufacturers have different opinion.

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

在政府大力推動下，全民健康保險(以下簡稱全民健保)於民國 84 年 3 月 1 日起正式實施，政府並進而於民國 86 年 3 月 1 日起於北、高兩市實施醫藥分業。全民健保的實施，除了為解決我國長期以來在公、勞、農保時所產生的問題外，亦要擴大被保險對象，以保障全國民眾的健康。

在我國公、勞、農保時代，因為保險費率不合理、醫療資源浪費、給付標準不公平、藥品濫用、及不合理的藥品價格等，均造成了保險財務上沈重的負擔。全民健保的實施，其目的就是藉由「保險種類的單純化、費率精算標準化及藥品給付合理化」，來解決保險財務的困難，其中又以藥品給付價之合理訂定最為關鍵。

就醫療機構而言，藥品給付通常佔醫療機構各項保險單位申請給付的 35% - 45%左右，所佔的比例甚大。「醫藥分業」實施後，其調整及修訂藥品給付的標準與方式，造成醫療機構利潤銳減，於是醫療機構轉向藥廠改變協定，形成藥廠經營上沈重的壓力。又我國欲加入世界貿易組織(WTO)與關稅暨貿易總協(GATT)，一旦加入後，藥品將於四、五年內成為零關稅的完全開放市場，而本國小規模的藥廠將在專業形象不足，及國際藥廠大量生產傾銷的壓力下，面臨嚴酷的生存問題。

另外，藥品進口與專利權問題也會影響藥廠的生存與管理方式。這些因素的衝擊，促使藥廠對本身經營環境重新省視檢討，而產生經營管理策略的轉變。這些轉變除了將會回頭影響醫療機構與藥廠的協定外，更間接且嚴重的影響到醫療品質的好壞和病患就醫時的權益。

雖然，在我國「全民健保」及「醫藥分業」研究範疇內，已有關於醫師、藥師對此政策影響或意見的研究報告出現，但對於這政策如何影響藥廠經營策略方面的課題，仍很少涉獵。藥廠如何調適？是否轉變其組織結構或服務、行銷策略，甚而是否影響持續經營下去之意願？這些問題，不只是醫界、藥界所想知道，更是政府相關部門或單位所關切的。此外，在 WTO 的衝擊下，我國藥廠又該如何因應，也實為未來經營的一大課題。

第二節 研究目的

本研究目的在探討以下問題：

一、全民健保方面

1. 探討全民健保實施後，藥廠對產業前景的看法。
2. 探討全民健保實施後，整個製藥產業的結構變化。
3. 探討全民健保實施後，藥廠的經營獲利情形。
4. 探討全民健保實施後，藥廠的因應型態及經營方式的轉變情形。

二、醫藥分業方面

1. 探討醫藥分業實施後，藥局通路的變化情形。
2. 探討醫藥分業實施後，藥廠對藥局通路的經營態度是否有所轉變。

三、WTO 方面

1. 探討未來加入 WTO 後，藥廠對產業前景的看法。
2. 探討未來加入 WTO 後，產業結構所可能產生的變化。

3. 探討未來加入 WTO 後，藥廠的可能因應方式。

第三節 研究方法

根據衛生署於 85 年 12 月底止，所有評定為已實施 GMP 的藥廠計 220 家，均為本研究計畫之母群體。

本研究將透過深度訪談及問卷普查方式進行資料的蒐集：

一、深度訪談

由於各藥廠之經營策略資料均屬於私人機密性資料，不易取得，故將徵得較具規模代表性的 15 - 20 家藥廠同意（依營業額、R & D 投資、產品臨床用途區分），運用深度訪談的方式，訪問公司之中高階主管，以獲得更具深度及廣度的資料，作為研究設計之依據。

二、問卷普查

以所有已實施 GMP 的藥商為本計畫之研究樣本。為增加問卷回收率，故本研究提供小禮物作為對問卷填答人的實質回饋。

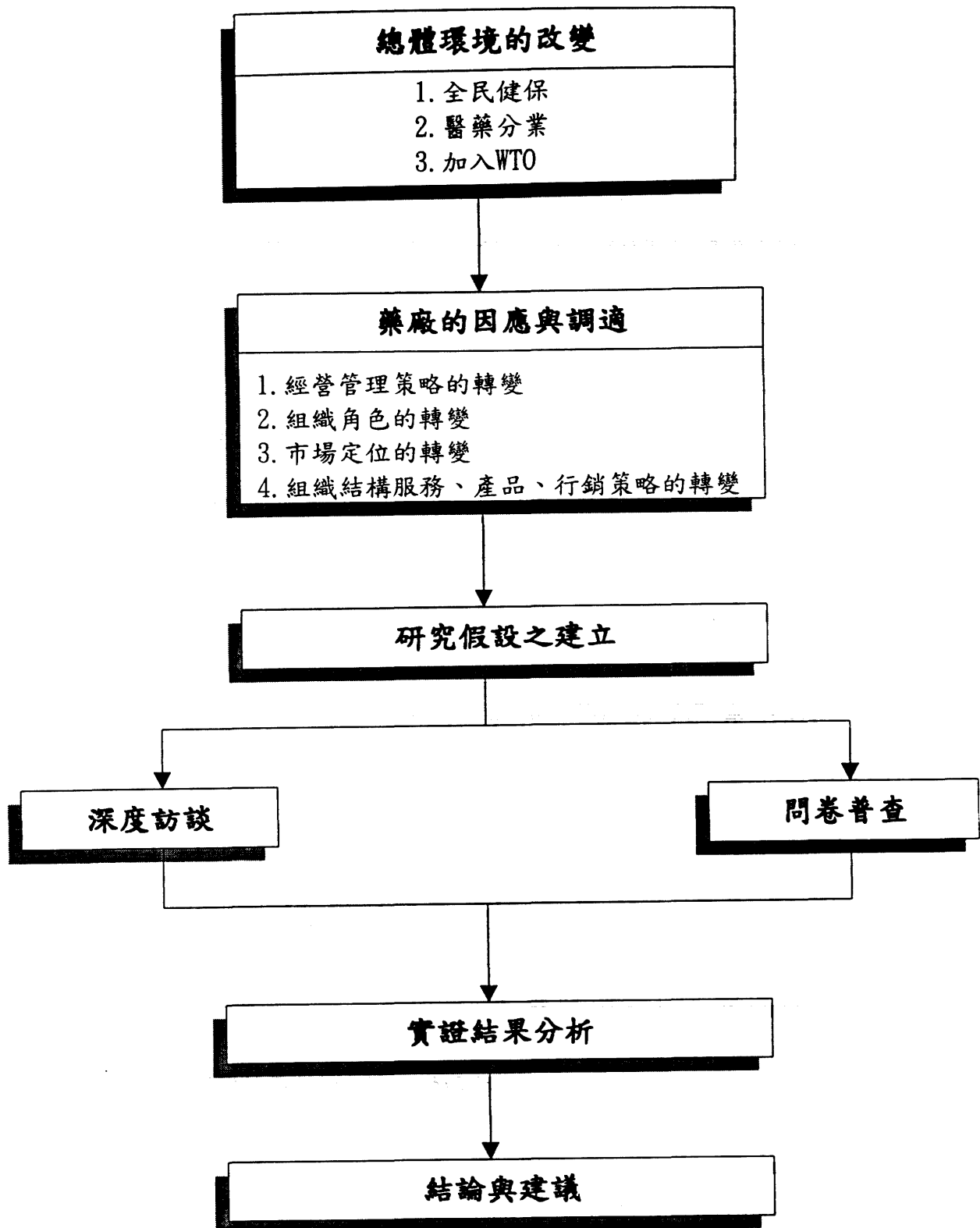
第四節 研究限制

本研究之可能限制如下：

1. 樣本企業的配合度不足，接受深度訪談的意願不高及問卷調查回收率偏低等。
2. 外資藥廠數目相對較少，問卷統計結果可能比較不具代表性。
3. 各藥廠之經營成本、效益等資料均屬於私人機密性資料，不易取得。

第五節 研究架構

本研究之架構如下圖所示：



【圖 1-1：研究架構】

第二章 我國製藥產業概況

第一節 產業定義與範圍

一、藥品的定義

由於生物的結構及活動的能量都來自物質，生命現象是極其複雜的物理、化學現象，當其中任何構造或作用產生了偏差，便產生了疾病。藥物就是用已矯正這些偏差，使身體機能恢復的化學物質。(經濟部產業技術資訊服務推廣計畫，台灣製藥產業，1996/1997)

美國法律對藥下的定義是：可用來診斷、治療、預防或減輕疾病的物質，或記載於美國藥典，可影響身體結構或功能的物質，但是食物或醫療器械不能稱之為藥。而日本法律對藥下的定義則是：1. 記載於日本藥典的物品；2. 用於診斷、治療或預防人或動物疾病的物品(不包括器械)；3. 會影響人或動物構造或功能的物品(不包括器械)。我國法律對藥品下的定義，基本上和歐、美先進國家並無太大區別，根據藥事法的定義：本法所稱藥品係指下列各款之一的原料藥及製劑。

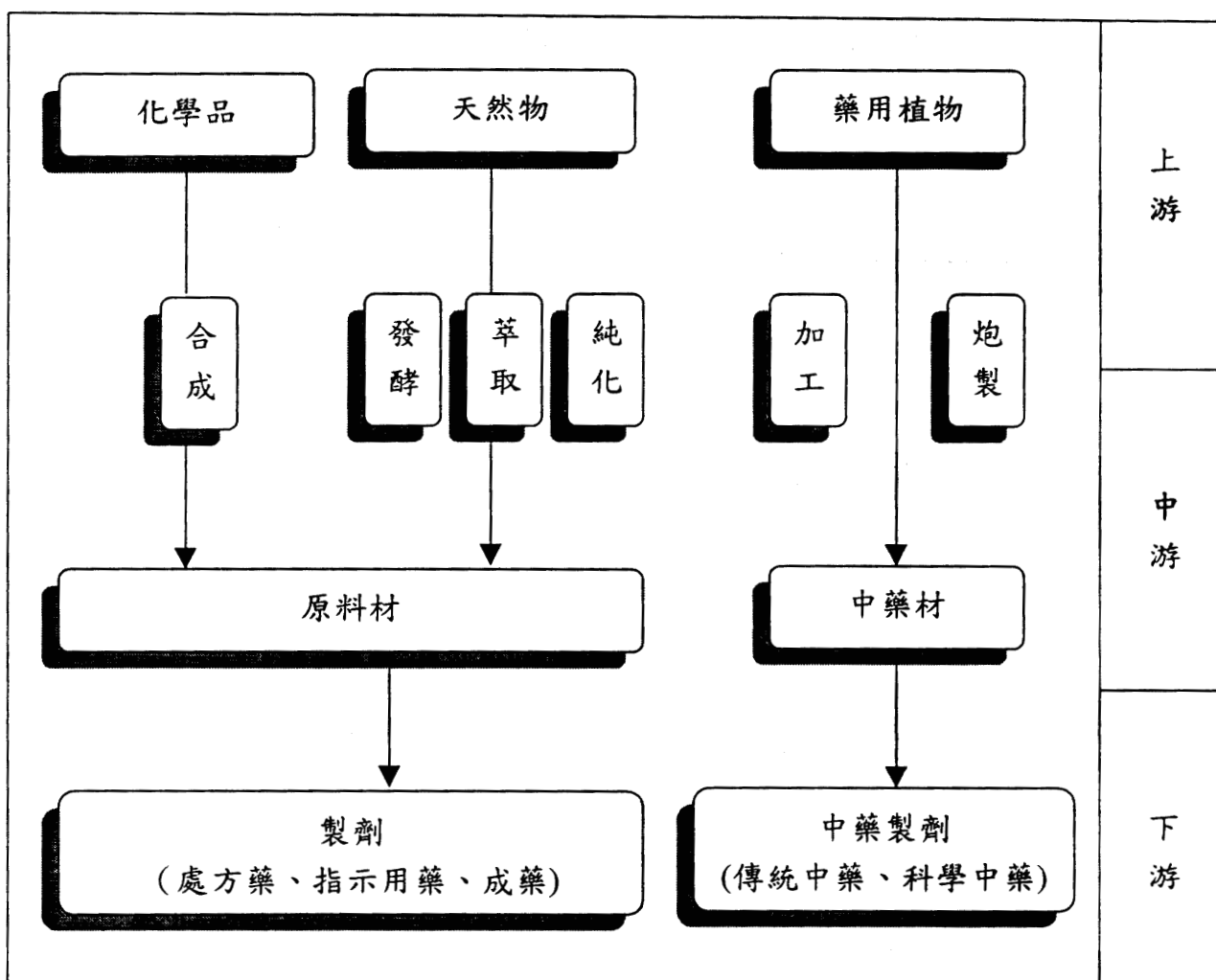
1. 載於中華藥典或經中央主管認定之其他各國藥典，公定之國家處方集，或各該補充典集之藥品。
2. 未載於前款，但使用於診斷、治療、減輕或預防人類疾病之藥品。
3. 其他足以影響人類身體結構及生理機能之藥品。
4. 用以配製前三款所列之藥品。

根據上述，我國法律將藥品分成原料藥及製劑，也包括醫療器材。

二、製藥產業的範圍

一般而言，製藥產業包括原料藥（含中間體）、西藥、中藥相關產業及產品的分析。西藥製劑又分為處方用藥與非處方用藥，前者如心血管、抗感染、消化系統、神經系統、呼吸系統、肌肉體骼、內分泌以及抗癌用藥等，非處方用藥即泛指指示用藥及甲乙類成藥，如維生素、營養補充劑、止咳、感冒用藥、止痛劑、皮膚用保護治療劑與消化系統用藥及固有的成方製劑等。中藥業包括中藥材、科學中藥與傳統中藥等。而製藥工業的領域大致可從上、中、下游加以區分（見圖 2-1）（台灣區製藥工業同業公會，製藥產業調查研究計畫，1998）。

圖 2-1：製藥工業的領域



資料來源：台灣區製藥工業同業公會，製藥產業調查研究計畫，1998

（一）上游

為製備藥物的原材料，西藥的原材料包括天然物及一般化學品。根據世界衛生組織 1985 年提出的 252 項必備藥品項目，其中 123 項（48.9%）為純化學法合成，24 項（9.5%）經由半合成法製備，28 項（11.1%）由植物成分獲得，23 項（9.1%）為礦物，22 項（8.7%）由動物器官獲得，16 項（6.4%）由微生物菌種及相關的組織細胞獲得，11 項（4.3%）為疫苗，5 項（2%）為血液製品。中藥則主要以植物及少部分動物、礦物作為原料。

近年來由於生物技術的發展，並利用基因移轉方式，科學家已獲得許多基因轉植細菌、動物與植物，可以利用組織培養技術或直接培養植物、飼養動物來生產藥物，可說是上游藥物生產技術之一大突破。

（二）中游

主要為原料藥工業及中藥材加工業。原料藥工業基本上為有機化學工業，依來源的不同而有不同的生產方式，由天然植物取得者除了原料的製備如發酵栽培外，主要製程技術在於萃取分離及純化；由一般化學品製備者，主要製程技術在於有機合成及分離純化，由遺傳工程製備者，則有純化與回收製劑工程等。中藥材的加工則以藥用植物加工炮製為主。

（三）下游

為製劑業，主要將原料藥加上製劑輔料，如賦型劑、崩散劑、粘著劑、潤滑劑、乳化劑等，加工成方便使用的劑型。中藥除可依據傳統方法將中藥材加工成膏、丸、散、酏、片等外，目前有愈來愈多的工廠生產將中藥方劑提煉、濃縮、加工成顆粒劑、散劑或其他西藥劑型，稱之為科學中藥。

第二節 產業發展歷程

台灣地區製藥工業始於日據時代，迄今近已有五十年歷史，大致可以區分為四個階段，分別說明如下（台灣地區製藥工業之現況與展望，產業經濟，197期）：

一、導入期（日據時代－民國47年）

台灣地區藥品在日據時代大都由日本或其他國家輸入，幾無製藥工業可言。二次大戰期間始有原料藥廠設立，是台灣製藥工業的先河。光復後，政府接收312家日據時代的公營藥廠，成立了台灣省醫療物品公司，經營整頓後劃分台北、苗栗、新營、嘉義、高雄五廠。但後來由於虧損嚴重宣告結束，轉而撥歸省衛生試驗所接管，其中除新營、苗栗兩廠尚有部分開工外，其餘各廠陸續標售民營。

由於西藥市場需求不斷增加，民營藥廠紛紛成立。至民國46年，國內民間藥廠已達140餘家。政府為整頓混亂的藥品市場，乃於民國48年頒布「製藥工廠設廠標準」，將藥廠分成甲級—技術、設備合乎標準者；乙級—技術、設備稍加改善後，可符合設廠標準者，丙級—技術設備差，不合標準者。分三級進行管理，以改善藥品市場混亂的局面。

二、成長期（民國48－70年）

民國50年根據衛生登記資料顯示，台灣地區共有西藥製造商468家，中藥製造商359家，藥廠之多，密度之高，堪稱世界之冠。政府的藥廠分級整頓在此時期內發揮了去蕪存菁的功效，至民國57年止，共淘汰250餘家藥廠。國內藥廠在此次整頓與輔導之後，無論在設備、人員、品管方面都有明顯的改善，多數中藥廠也都改以機械代替人工。民國60年時，台灣地區的合格藥廠有74家。在此期間美國氰胺公司、日本武田藥廠和美國輝瑞藥廠等國外著名廠商紛紛來台投資設廠，提升了國內製藥水準。

民國 62 年，政府為避免藥廠受外界環境污染，進一步規定藥廠之製造、加工及分裝場所四周須與外界保持 20 公尺以上的距離。此項規定減緩了藥廠增加的速度，並於此時決定由國科會和衛生署支持進行常用重要原料藥之研究開發用藥、利尿劑、營養劑等，並積極推動落實產業生產。至民國 70 年，國內合格藥廠約有 900 多家，其中絕大多數為西藥製劑廠及生產西藥劑型藥廠。

三、成熟期（民國 71 - 79 年）

為了提昇國內製藥工業的水準，經濟部及行政院衛生署於民國 71 年 5 月 26 日公佈優良藥品製造標準（簡稱 GMP）並預定五年內全面實施，屆時全面實施 GMP 之藥廠始得提出藥品查驗登記之申請。而西藥劑型及傳統中藥雖有諸多困難，幸大多數藥廠皆能配合實施，民國 72 年有 14 家通過 GMP，73 年 19 家，74 年 29 家，75 年 50 家，76 年則有 85 家完成 GMP 規範。為協助有意實施之藥廠完成 GMP 規範，政府乃將完成期限延長至 78 年 5 月，至 78 年底全面實施 GMP 規範者計有 224 家，79 年增至 237 家。隨著政府研擬各項藥業整合方式及全民健保之實施，部份藥廠也就合併經營，朝向高附加價值且精緻化產品方向進行投資。

民國 70 年為配合製藥工業實施 GMP，原料藥之推動改由經濟部、衛生署、工業局、國科會、製藥業界及學術界組成的促進國內製藥廠製造原料藥審議小組取代，為鼓勵國內藥廠製造原料，特頒「促進國內藥廠製造原料藥實施要點」，以暫停查驗登記及暫停進口等方式，鼓勵 18 項產品在國內生產，後因貿易自由化及預備加入 WTO 等因素，本辦法前後共實施 12 年。

四、轉型期（民國 80 年以後）

國內製藥工業近年來受新專利法的限制，及因應加入 WTO 開放成藥進口政策的影響，使產業未來發展面臨競爭的壓力。加上全民

健保實施後行銷通路及市場佔有率的重整。產業極待轉型升級以因應變局，政府近年來也積極投入研發，並將製藥業列為十大新興工業予以積極輔導且提供租稅優惠，期待國內製藥工業能儘速轉型升級。

第三節 產業特徵

製藥工業是近百年來興起的產業，用於治療人類的疾病，與國民的生命健康息息相關，是屬於民生重要工業，因此安全性、有效性受到各國政府普遍的重視。也因為用於人體，所以製藥產業的營運，產品的行銷與開發等都與其他產業不同，供需受經濟景氣的影響不大，在戰亂、天災、瘟疫時需求反而增加，是非常特殊又重要的產業，與其他一般產業相比，其具有下列特性（台灣地區製藥工業之現況與展望，產業經濟，197 期）：

一、少量多樣化生產

除了幾種用量特大的抗生素或維他命素等外，各種原料藥的產量多數無法大量製造，因此大部份的廠商都同時生產多種原料藥。

二、全球市場獨占性、附加價值高

新藥的上市通常都有完整的專利保護，透過全球性的銷售網，多國公司因此能獨占全球市場。而醫藥品的品牌形象在專利期間都能有效建立，因此在專利過後，即使其他藥廠加入生產，原開發廠大致上仍占有大部分的市場及高利潤，因此其附加價值也高於其他產業。

三、研究開發經費高、時間長

製藥工業是高度依賴研究發展的工業，平均研發成功一種新藥大約要八至十年，花費約一億美元的投資，研發金額的比率可說是非常高。一般知名藥廠的研發投資都在營業額的 5% 以上，有些甚至高達 15% - 20%，與其他行業比較算是相當高的。

近年來以重組 DNA 技術進行基因轉殖法以動、植物之活生物工廠來進行藥物研發，其研發費用更是驚人，但目前成功機率相當的低。另外，由於製藥工業從理論到臨床上的應用，必須結合有機化

學、生化、藥理、生理、毒理、病理實驗及臨床體內藥效試驗，故需經長時間及相當大之投資。

四、商品專業化市場

藥品的使用者雖然為一般民眾，但除了安全性較高的成藥外，為顧及使用的安全性及有效性，藥品的使用都必須經由專業的醫師處方，藥品的零售也必須經由專業的藥師執業。在全民健保實施後，保險單位付帳，醫師開立處方，病人使用，開藥者及使用者往往在不知藥價下用藥，形成專業而特殊的消費。

五、受衛生主管機構嚴密控制

由於藥品直接關係國民健康，為確保藥品品質的有效性、安全性及防止濫用藥品的進口、開發、生產、銷售等過程，政府主管機關都會透過查驗、登記等措施予以嚴密的監控，以確保國人的用藥安全。因受衛生主管機構相關法規控制，產業的發展空間也受限制，有時政府法規甚至可導引產業的走向。

六、基礎研究結合了各領域

藥物的開發通常都是針對目前不易治療的疾病，或是針對目前現有藥品的缺點進行改良。不論新的化學品或新用途，從理論到臨床的應用，都必須結合有機化學、化學工程、生化、藥理、生理、毒理、病理、臨床等各方面，缺一不可。近年來生物技術重組 DNA 的快速發展，更為製藥業進入了另一新紀元，使疾病的治療走入新的里程碑。

第四節 我國藥品市場行銷環境

藥品市場行銷環境是由一組非藥廠行銷管理功能所可控制的變數所構成，它不僅影響藥廠的發展，也是達成與顧客間成功交換的必備管道。因此，藥廠必須善用行銷研究與行銷偵察系統，隨時掌握行銷環境的變化趨勢，以便調整其行銷策略。

本節將探討藥品市場供應者、行銷中間機構、購買者、人口因素、政府政策、研發技術等六大環境因素對藥廠的影響(古敏怡、蘇雅玲，1998)。

一、供應者

供應環境之發展對藥品市場的運作有相當大的影響，必須密切注意供應來源之發展及可靠性。

在供應者方面可分國資廠、外資廠、進口代理商三者。其中，國資藥廠佔整個市場供給比率之 30.4%，其需求多來自診所，究其原因為產品無特殊性，以價求勝，量雖多但便宜，較為診所醫師所採用，利用藥品免審制度賺取藥費差價。

在外資廠方面，佔市場供應來源之 35.2%，其需求多來自醫院，原因為以外資廠的國際信譽，生產該公司母廠研究開發之產品，且在台行銷多年，平均都有十年以上的經驗，其專業形象倍受好評，故醫院多使用外資廠藥品。

在進口藥品方面，由於其中 70%以上為原開發廠所製造，在國際醫學界也均有良好的知名度與臨床經驗，且大部分台灣代理商或分公司在台行銷多年，憑著老關係、老交情在醫院方面也佔有一席之地。在藥局方面，由於政府為抑制藥價而開放進口，只要已經核準在案的藥品，可由世界各國自由進口販賣，因此藥局也成為藥品進口代理商主要的銷售管道。

二、行銷中間機構

在藥品市場的行銷環境中，中間機構扮演著協助生產製造的供應者推廣、銷售、配送產品給最終購買者的角色，它包括了行銷公司、自行營銷及中盤商。

目前藥廠在藥品銷售上，除少部分委由行銷公司及中盤商代理，大多由自設銷售人力負責藥品行銷事宜。如在較具知名度的成藥上委由中盤商代理，在國外原開發廠的藥品上則由行銷公司代理。

三、市場購買者

藥品市場上的購買者可區分為醫院、診所、藥局三大類。

在醫院方面，近年各大型醫療機構紛紛擴建與設立，根據 85 年衛生署統計台灣區公私立醫療院所數已達 684 家，使得藥品市場擴大，加上民眾深信大型醫院能提供較好的服務，且在用藥處方上較無限制，因此醫院成為醫療服務的主要提供者，也是藥品市場的需求大宗。

在藥局方面，全國藥局數約一萬三千餘家，總銷售額佔藥品市場的 30%。由於國民所得的提高及國人對身體保健的關注，提升了保健性 OTC 產品的購買量，而且自從博登藥局連鎖經營的開始，陸續有統一康是美藥粧店、佑康等連鎖或加盟店的加入，使得對藥品需求量增加。

在診所方面，根據民國 85 年衛生統計資料—台灣區公私立醫療院所數指出，國內診所目前約有九千餘家。由於實行全民健保使得保險人口大增，就醫人口也隨之增加，再加上政府分級醫療及轉診制度的推行，故使得診所藥品用量增加。但由於早期國內未實施醫藥分業，醫師買藥兼賣藥，自負盈虧，故多採用國資藥品(由於藥廠的削價競售所以藥價偏低)，雖然診所藥品的用量增加，卻因藥價降

低而使得銷售總額下降，僅佔了藥品市場的 15%。

四、人口因素

（一）人口老化

台灣的人口已呈穩定而成長率下降的狀態，人口老化的趨勢也更明顯，民國 76 年台灣有 5.4% 的人口年齡高於 65 歲，預估在五十年內將四倍於此，而平均壽命已達 75 歲，人口老化的結果將會造成：

1. 疾病類型的改變；2. 醫療費用大增。

1. 疾病類型的改變

由早期的傳染病猖獗到目前慢性病的流行，其轉變對藥品市場的趨勢為預防性藥物普遍受重視使藥品市場成長快速，慢性病的藥物有大幅成長，同時重症治療劑亦有所增加。

2. 醫療費用的增加

由於高齡化社會促使慢性病用藥擴增，據統計一個 70 歲以上的老人平均每人每年須花 35000 元的醫療保健費用，由此可知，人口老化是影響藥品市場的成因。

（二）教育水準提高

由於政府教育政策放寬門檻，開放多元升學管道，鼓勵民眾接受高等教育，促成國人教育程度越來越高；而知識水準的提高，使得國人對於身體保健方面更加關注，間接造成對 OTC 成藥與保健食品的需求增加。

五、政府政策

政府法令政策對行銷決策之影響非常重要，它支配了社會各種組織及個人行動。由於藥品直接關係國民健康，為確保藥品的安全

性、品質及防止濫用等，藥品的開發、生產、銷售過程，政府衛生主管機關都會透過查驗、登記等措施予以嚴密監控。

全民健保的開辦，將近有 90%以上的民眾參加，使得保險人口大幅增加，雖然部份抑制了公、勞保時代藥品浮濫使用的情形，但由於參加保險的族群中就醫比率偏高（台灣公、勞保的每人每年平均就醫 11.9 次），因此政府的相關措施亦頗具影響力。

六、研發技術

一項新藥的開發須結合藥理、生化、有機化學、生理、毒理、病理、臨床等各方面的研究，為高度技術密集、資本密集之科技。據工業局估計，一種新藥的開發大約需要投入至少一億美元及十年以上的時間。研發費用通常約需要 5 - 20%方足以支應。由此可知，新藥研發成功與否影響藥品市場發展甚鉅。

第三章 現階段我國製藥產業環境重要事件

我國製藥產業目前最關心的事件分別為，全民健保實施後相關政策的衝擊，醫藥分業對藥局通路的影響，及加入 WTO 後進口藥品關稅下降，成本降低，外資藥廠、進口藥商來台的競爭壓力。本章乃對這三項重要產業事件的緣起及現階段的影響作一個概述。

第一節 全民健保

在全民健保正式實施以前，我國提供醫療給付之相關保險的普及率只有五成左右，且所含蓋的被保險對象多為具有經濟生產力的就業人口，而對於特別需要醫療保險服務的弱勢族群，如十八歲以下之少年與兒童、六十歲以上的老年人、殘障同胞等，卻無法在當時的醫療保險制度下獲得適當的保障。因此，許多受制於經濟因素而無法順利取得醫療服務的生命，往往由於延誤就醫而喪命。在這殘酷的現實下，僥倖生存者亦多半有嚴重的殘疾，而成為家庭與社會的重大包袱。

有鑑於此，為增加健康相關保險之受益人口，普及民眾就醫，以強化社會福利，全面增進民眾健康，前行政院院長俞國華於民國 75 年正式在立法院提出全民健康保險的政策宣示後，責成衛生署與經濟部著手規劃可行方案。歷經七年的長期規劃，以及各界與立法單位熱烈的討論，這項浩大的醫療保健社會福利工程終於在民國 83 年 7 月 19 日完成「全民健康保險法」三讀之立法程序，同年 8 月 9 日總統明令公佈，法案宣告確立，民國 84 年 3 月 1 日起正式實施。

全民健康保險制度確立與實施之初雖有倉促窘迫之嫌，然而在執行兩年後(民國 86 年)確實達成了相當的成就，其中包括了具體擴大保險人口—全民納保的普及率由實施前的 52.25%，提高到 96.23%；民眾滿意度提高—執行後民眾對全民健保的滿意度由原先的 33%，提高到 70.5%；以及減少民眾就醫之財務障礙等。另一方面，

在全民健保新制度的衝擊下，亦引發了許多社會效應與隱憂，這些問題包括了：

1. 醫療費用成長率遠超過保險費收入成長率所突顯的財務問題。
2. 現行支付標準誘發的醫界生態、結構與醫療資源變化—專科醫師人力嚴重失衡、中小型醫院快速萎縮、大型醫院一床難求等問題所突顯的新型態就醫障礙。
3. 主管機關同為承保機關—執行者與監督者角色功能混淆，所突顯的行政與管核障礙。
4. 導因於現行單一保險人制（缺乏市場良性競爭）、醫療與健保資訊不對稱、缺乏醫療品質指標、量化評估工具與評鑑體系所誘發的醫療品質危機等，這些現象不僅關係著全民健康保險制度之存續，亦直接影響民眾生命安全、民生經濟乃至國家未來整體發展，實不容忽視。

以上所列問題中，以醫療結構所產生的巨大變化及現行健保主管機關對健保藥價的核價政策的制定對藥廠的影響最大，如中小型醫院快速萎縮，及大型醫院的崛起所造成的醫療資源集中化傾向，即涉及製藥產業對其經營通路型態的轉變及相關產品品項的大幅調整，因為大型醫療院其用藥的採購方式及用藥品項均與一般中小型醫院有所差異。此外，也肇因於此差異，健保藥價制度的核定，對藥廠在藥量需求呈現巨幅擴增的大型醫院通路市場的利潤也有著顯著的決定性影響。其中採購的方式，形成了俗稱的藥價黑洞問題。藥廠為了爭取大型醫院通路的市場佔有率，而不惜競相採行價格及非價格（買 A 送 B，或買一送多）的競爭方式，壓縮了藥廠在大型醫療通路的利潤。而大型醫療院所，其在用藥品項上的偏好，如喜好高價進口藥品，對國資藥廠而言，則相對處於不利地位。

第二節 醫藥分業

醫藥分業自 86 年 3 月 1 日於北、高二市首先實施以來，成效並不理想，至 87 年 9 月處方箋釋出率僅 8%。在瞭解執行的阻力之前，首先必須釐清何謂醫藥分業，以及歐、美、日等先進國家醫藥分業概況與國內醫藥分業實施情形如何。

所謂「醫藥分業」(Separation profession of pharmacy from medicine)，即是由醫師負責診療、開立處方，而由藥事人員負責調劑及藥物諮詢的醫療型態。這種觀念在西方國家如英、美、德、法等已有悠久歷史，但在台灣地區，病人多習慣於就診後直接領藥。有些民眾甚至認為醫療費用即是藥費，而且由於醫師診療費長期偏低，醫師往往以藥費貼補療費的不足，因此使得醫藥分業的實施遭遇極大的阻力。歐、美、日醫藥分業概況請參閱表 3-1。

由表 3-1 可見，工業發達之先進國家（日本除外）在很早以前即強制執行醫藥分業政策，藥品一律由藥師管轄，即調劑權在藥師手中。美國大部份州之州法律雖未規定強制分業，但實際上是完全分業國家。另外，從各國允許醫師在無藥局存在情形下方得親自從事藥品之調劑，充分顯示醫師仍以診療為專業，調劑藥品應是藥師之職責。

台灣地區從日據時代以來，由於長期醫療執業型態使然，復以藥物藥商管理法第五十四條規定，「藥品之調劑由藥師為之，不含麻醉藥品者得由藥劑生代之，但醫師如具有調劑設備，依自開處方，親自調劑者不在此限」，因此病人習慣就診後取藥，但實際上，由於部份醫師開立處方但未必親自調劑，處方亦未獲得藥事專業人員之重覆確認，再加上患者未獲得充分之用藥物諮詢服務，往往無法得知所服藥品內容。當患者重覆就醫與重覆用藥時，即易發生藥物過量或交互作用的危險。

又我國社區藥局長期處於不健全的醫療執業型態，藥師未親自執業情形嚴重，專業功能無法發揮，根據調查，藥劑師（生）親自執業比例為 42.7% - 80%。而且有九成以上的藥局未收到處方即販售處方藥，造成整個藥品流通體系無法有效管制，民眾隨處可以買到抗生素、類固醇等須依醫師診斷病因再開立之處方藥。藥品之正確使用方法並未充分經由專業人員加以告知，以致民眾用藥缺乏保障，使得藥物濫用及藥害事件不斷發生。

民眾在無法充分獲得用藥資訊的情況下，一旦出現藥物副作用，往往立即停止服藥，匆忙就醫或是另找醫師，不但對身體造成傷害，無形中更造成醫療費用的上漲。醫藥分業不僅落實專業分工，更能達到提升醫療品質、照顧全民健康的目的。

醫藥分業至今，政府在此期間選擇分區分階段，並以特約藥局和診所聘藥師雙軌並行。至今年四月底，率先實施醫藥分業的北、高兩市，診所聘藥師比例分別達五成及九成五，四月份釋出處方箋僅佔百分之一點三，健保特約藥局可接到的處方箋有限，原因有：1. 醫師配合度低；2. 診所聘藥事人員掛牌問題；3. 大型醫院自設門診藥局；4. 藥品品項不足；5. 罕用藥、寡用藥供應問題；6. 藥品進貨成本高於健保給付價；7. 處方箋辨識不易；8. 年度所得申報問題等。

在民眾意見方面，有六成以上民眾肯定醫藥分業政策，認為處方箋內容，使得民眾有知藥的權利、用藥安全等雙重保障及防止藥物濫用等好處。

表 3-1：歐、美、日醫藥分業概況

國家	醫藥分業概況	醫師之調劑行為
英國	在國民保健服務（NHS）醫療保障制度下，法律強制進行分業，在其他場合醫師可開處方及調劑藥品。處方箋記載配藥天數，注射藥也需要處方箋。	醫師原則上不調劑，但無藥局存在的區域，居民能請醫師供給藥劑（藥事法 1968）
德國	強制完全分業，調劑用醫藥品以原始包裝（original package）給病人，注射藥也需要處方箋。	醫師以其場所或附近無公認藥局的場合，得成立儲備必要藥劑之屋內藥局，但這是完全作為治療目的來使用，不得對第三者販賣（藥劑師規則、保險不給付）
法國	強制完全分業，注射藥也需要處方箋，以原始包裝（original package）交付藥品給病患，處方箋的使用次數（有只限一次之處方箋及可多次調劑之處方箋）。	以無藥局之區域之開業醫師為限，醫師只能調劑診療期間自己所處方之藥劑。
美國	大部份的州法律是任意分業，實際上卻大多實行分業。	只有登錄藥師（或輔助藥師）才能進行處方調劑，醫師、牙醫師為了應付病患的需要，也能親自調劑。（阿拉巴馬、亞利桑那等 41 州藥事法）；只有登錄藥師（登錄輔助藥師）才能進行處方調劑（加州、科羅拉多州等藥事法）。
日本	1956 年修正醫師和藥事法重新確立了醫藥分業的原則與觀念，尚未完全分業，1996 年止分業率達 23%。	醫師仍有調劑權，以期未來能與家庭藥局、藥師合作，充分達到醫藥分業的目的。

資料來源：中華民國開發性製藥研究協會（IRPMA）

第三節 加入 WTO

世界貿易組織 (WTO) 由公元 1995 年 1 月 1 日起正式取代關貿總協 (GATT)，並與國際貨幣基金會及世界銀行形成全球經濟體的三大主導機制。在 WTO 促進全球貿易自由化的架構下，無配額障礙自由貿易區與全球塊狀經濟體不斷形成。預計由公元 2005 年起，全球將處於無配額狀態。在此一自由競爭趨勢與台灣迄今不屬於任何一塊狀經濟體的雙重壓力下，加入 WTO 除了可以提供一個正式管道以解決與其它非邦交國的貿易爭端外，更可透過國際間經貿交流來帶動整體經濟發展。此外，以出口為導向的台灣，在此一海島型經濟體系下，自由化與國際化將是必然的趨勢。縱使不加入 WTO，台灣仍然必須面對日趨嚴格的國際貿易規範、降低關稅、開放市場與尋求國際分工以提升產業競爭優勢的現實。加入 WTO 的壓力反而有助於國內產業體質的加速調整。

由於台灣是以「已開發國家」的身份提出加入 WTO 的申請，因此台灣可能比照先進國家的時程來完成貿易自由化的手續。這種緩衝時間大幅縮短的效應將對台灣競爭力較弱的產業形成重大的衝擊。這種衝擊最主要來自於進口關稅的調降與原本封閉市場的開放。

根據國貿局的估計，台灣入會後的關稅減讓方面，在工業產品部分，第一年的貿易加權平均稅率將由現行的 5.27% 調降為 4.68%，未來再進一步降為 3.26%。在農產品方面，入會第一年的名目稅率將由 20.75% 調降至 13.12%，未來將再調低至 11.34%。至於非關稅措施方面，工業產品所承諾之部分包括取消汽機車進出口地區限制及自製率規定等。農產品部分則依照不同項目分別採用關稅配額，提高關稅開放進口，與入會時開放進口等不同措施。另外在服務業方面，本土電信、銀行、保險與證券業者將面對國外競爭者在開放市場後的壓力。一般而言，臺灣入會後將受到較大衝擊之產業可概論為以內銷市場為主之產業。

面對加入 WTO 市場開放與經貿體制調整所帶來的衝擊，政府與民間均需採取相關措施以求儘速調適。針對農產品自由化部分，政府除了審慎規劃農業部門的調整外，亦需適當引用 WTO 農業協議中之彈性條款以減輕衝擊。在工業部門方面，建立妥善的進口救濟制度以減少外國產品傾銷將有其必要。服務業方面，則需政府透過公平交易法來保障業者的生存空間。至於在政府採購制度方面，則因「政府採購協定」之簽署，使得半數台灣工程的招標需對外商開放，採購做法的適當調整亦將影響部分產業的存續。工業部門、民間廠商因應對策則不出產業升級、加強國際分工與研發以強化競爭優勢。服務業業者則可以透過購併與合作來擴大規模以改善經營體質，與外商尋求策略聯盟，或調整自身的角色來扮演外商進入國內市場之媒介。

加入 WTO 對製藥產業而言，其正面影響為在開放的國際競爭環境下，加速技術升級，促使藥廠提升本國藥品的國際形象以利外銷出口，而其負面影響則是加入 WTO 後各項進口物資其關稅調降為零，使得進口藥品成本下降，競爭力大幅提高，非常不利於國產藥品。另外，製藥產業高額的研究開發費用將使得國內中小型廠商被迫退出市場。

第四章 研究假設之建立

第一節 全民健保

一、全民健保後的產業展望

由於全民健保雖屬保險性質，但仍具有濃厚的社會福利色彩，故在保費低廉、大小病皆保、民眾就診時僅需支付掛號費而毋需負擔部分醫藥費情況下，造成民眾就醫情況湧躍，醫療支出大幅增加。統計數據顯示，全民健保實施後，國內藥品市場的總額由民國 84 年的 439 億擴增至民國 87 年的 558 億，呈現大幅度的增加。而在所增加的市場規模中，又以大型醫療院所的擴增速度最快。而根據調查統計，外資藥廠的主要銷售通路即以醫療院所為主。故本研究提出以下的假設：

1. 全民健保實施後，因藥品市場擴大的結果，使得國內的藥商/廠(進口商、外資藥廠、國資藥廠)均受惠。
2. 全民健保實施後，由於醫院通路的藥品銷售額增加最快，而進口商及外資藥廠又以醫院為主要銷售通路，故外資藥廠受惠較國資藥廠多。

二、藥價黑洞

我國健保制度是國際上少數成功的範例，民眾滿意度亦高達百分之七十六(民國 86 年)，但根據民意調查顯示，在健保服務項目中，民眾對藥品品質的滿意度最低，醫藥界長久以來對藥價黑洞問題亦垢病最深。因此如何建構一個合理、公平、透明的藥品給付制度，以確保民眾用藥品質，並充分有效利用健保資源是當前健保的重要課題。醫藥分帳為全民健保開辦之初的重要政策，因此健保法第 49 條明文規定「藥品給付及計價藥材依成本給付」，可惜此一重要政策卻一直未能落實，致使部份醫療院所為謀取利潤，透過各種安排向

藥品、藥材供應商索取折扣、贈品或其他形式之利益，以低價購入藥品、藥材，而後向健保局請領較高之給付，因而造成健保局藥品支出費用與藥界銷售額出現差距。此一差距由民國 84 年的新台幣一百五十億元，至今已超出新台幣兩百億元，且逐年擴大中，今年預估將高達兩百億元。由於未能落實成本給付之理念，使醫療院所在選擇用藥時，不僅藥品品質良莠不齊，亦不斟酌醫師或患者確實需要，逕自選擇獲利最高之藥品，罔顧病患之健康權益，與國家原來實施全民健保之美意大相逕庭。此外，未能落實醫藥分帳亦造成健保局部份健保財務名實不符，健保局資料顯示，藥品支出費用佔健保整體支出百分之二十五，但扣除不當申報之部分，實際支出約佔百分之十八，在缺乏透明及正確的資訊下，儼然無法有效管理有限資源，若再據以提出種種藥費抑制措施，無疑使藥價環境雪上加霜。

藥品的支出，高達健保總支出四分之一，一向為醫療院所重要營收的來源，其主要問題如下（李玉春，1999）：

1. 藥價黑洞問題：藥界宣稱，其藥品實際銷售額與健保藥品申報費用間有近二百億的差距，因此不斷要求健保局解決「藥價黑洞」之問題。此差價來源有三：

- （1）醫療院所之合法利潤：健保係以藥品之廠牌別訂定支付價格，醫院若努力議價，其價差或贈品屬醫院之合法利潤。

- （2）簡表之藥品利潤：全民健保對基層醫療院所之藥品採簡表支付，（即一日藥 35 元、二日 70 元、三日 100 元），由於一日藥之成本在 20 元以下，因此基層醫療仍可由藥品獲取相當之利潤（合法之利潤），但也因此成為醫藥分業推行的障礙之一。

- （3）醫療院所藉申報作假：使用低價藥品但申報高價藥品，

故藥價黑洞中，依現制可能僅能由稽核藥品的作假著手。其餘兩項依健保局之規定皆屬合法之利潤。

2. 藥品使用缺乏規範，重覆用藥及浪費情形嚴重。
3. 以廠牌別訂定支付價格，同成分藥品間有的價差甚巨（最高達 50 倍）。再加上論量計酬，缺乏誘因鼓勵醫師選擇療效相同，但價格較便宜的藥品。

由於藥價黑洞問題的存在，所以全民健保實施後，雖然整體藥品市場的用量呈現大幅的提昇，藥廠的營收增加，但利潤增加的幅度可能有限，在與數家國資及外資藥廠深度訪談後的結果顯示，國資及外資藥廠的利潤空間明顯都受到了藥價黑洞的壓縮，因此本研究提出了以下研究假設：

3. 全民健保雖使藥品市場擴大，但因藥價黑洞的問題，使得國內藥廠的利潤並未明顯增加。

此外，本研究於深度訪談中亦得知，在藥價黑洞存在的既定事實下，國資及外資藥廠間大相逕庭的說法。在外資藥廠方面的說法是，由於外資藥廠投注於新藥研發的費用較多、品質及製程的要求較高，故其藥品的成本結構相對較藥品進口商及國資藥廠為高，因此所能提供大型醫療院所的折扣幅度較小，不利於其在大型醫療院所間的市場競爭；反之，國資藥廠的說法為，外資藥廠的藥價相對國資藥廠之藥價不合理地偏高，面對藥價黑洞下的價格或非價格競爭，均有較大的彈性調整幅度。故本研究提出下列的假設：

4. 全民健保的藥價黑洞問題，有利於折扣較高的藥廠，而進口商及國資藥廠較有能力提供醫院較多折扣。

三、健保核價政策

全民健保實施以來，國人用藥品質由健保制度主導，民眾沒有機會深入瞭解，或進一步有效影響自己在疾病治療時的用藥品質，甚至連醫師也因健保藥價給付制度的影響而無法給病人最好的用藥。根據衛生署 85 年 6 月所執行的實施全民健保民眾滿意度調查顯示：健保醫療品質下降，高居民眾對健保不滿意的第 2 位，其中藥品品質也是大家普遍關切的重點之一。

以原開發藥廠的觀點來看，在現行健保藥價制度下，之所以會造成民眾對用藥品質不滿的最根本原因是當藥品品質水準不一時，一味以追求低價作為選擇用藥的主要指標，其結果當然會直接影響到醫療品質。而透過價格來規範用藥，名義上是控制成本，實際上的影響則是降低醫療品質。原開發藥廠品在上市前的投資非常龐大，品質、檢驗過程又十分嚴謹，同樣化學成份的學名藥在品質上是絕對不會相等的。因為同成分的藥品品質會因原料來源、配方、製程管制的要求不同而有很大的差異。

更重要的是，原開發藥品在上市後，不論專利期滿與否，對於新適應症的開發研究、新劑型的發展、支援醫學教育、減少副作用的研究、科技移轉、市場開發等多項附加價值的服務，在保障病人用藥品質上的意義與學名藥是截然不同的。因此，世界先進國家中，從未有將學名藥做為藥品核價基準的情形。

藥價應取決於醫師對藥品療效的專業判斷與市場機能，藥價的差異應是反應品質的差異。品質優良的藥品不會因在市場存在的時間越久而品質走樣，反而會因為後續追蹤研究、臨床試驗、醫療教育等多元投資對民眾健康的維護，做出更多、更大的貢獻。凡經過持續嚴謹的品質鑑定的藥品都可以進入市場競爭，這也是未來全球藥品市場必然的發展趨勢。但在競爭的過程中，民眾的用藥品質絕對不能有任何妥協，而政府所應扮演的角色應是確保用藥品質無虞，

而非對藥品的價格做不合理的行政干預。在世界先進國家中，藥品進入市場的最基本要求都是做過生體相等性試驗（BE），但目前在我國則尚未完全做到。在欠缺品質的共識下，如再將經過嚴格品質檢驗的原廠藥品與未做過生體相等性試驗（BE）的學名藥，以 20% 的小幅價差作為藥品給付標準，或將原廠藥品與做過生體相等性試驗（BE）的學名藥，置於同一價格水準，等於抹殺品質的重要性，罔顧民眾用藥的權益，而導致劣幣驅逐良幣之效果，殊值有關單位三思。因此，在不合理的價格規範下，民眾的用藥品質自然無法提升。根據調查統計指出，台灣雖貴為已開發國家之林，醫療費用支出卻僅佔全國國內生產毛額的 5% 左右，相較歐、美已開發國家其醫療費用則佔全國國內生產毛額的 8% - 10% 而言，明顯偏低。藥品應以品質為選擇指標，藥品價格應以市場自由競爭為基礎。

基於上述之看法，中華民國開發性製藥研究協會（IRPMA）針對健保藥價核價的立場是，原廠藥與學名藥之訂定應基於市場競爭之原則。然而，原廠藥平均需投資六億元，耗費十年以上的時間才能研發上市，因此，此一競爭必須基於以下之基礎：

1. 原廠藥需有適當之專利保護。
2. 學名藥必須符合生體可用率之標準，且必須具與原廠藥相當之生體相等性，才能產生與原廠商相同之療效。
3. 開立處方者應能自由指定原藥廠或學名藥，病患亦有權接受醫師處方上所開立的藥品。

目前原廠藥與學名藥核價原則，是自 1996 年 11 月開始實施，原廠藥價的制定係參考十大先進國的中位數而調整；BE 學名藥則是原廠藥價的 90%；而未做 BE 之學名藥則為原廠藥價的 80%，但實際上，原廠藥與學名藥之間的價差卻比制度所訂之 90% 與 80% 小許多。故 IRPMA 主張在原廠藥、BE 學名藥及一般學名藥上，其健保

的核價級距應做如下的調整：

原廠藥	:	BE 學名藥	:	一般學名藥
100	:	80	:	50

根據該協會搜集之五大先進國(包括美國、日本、澳洲、英國、瑞士)藥價結果，學名藥的最高藥價平均為原藥廠的百分之八十，因此，IRPMA 建議 BE 學名藥應為原廠藥價的 80%；一般學名藥則應為原廠藥價的 50%。

以國資藥廠觀點來看，為什麼在原開發藥廠其藥品專利期滿後，同樣都是有進行 BE 試驗的藥品，仍有 20%以上的核價差距，這對國資藥廠不盡公平，而其中一般學名藥的支付級距更高達 50%的差距。

所謂學名藥係指專利過期已喪失智慧財產權保障的藥品，任何藥廠都可以相對低於研發成本之投資合法製造，但要取得行政院衛生署嚴謹審查後方能上市。其品質、療效及安全性皆與原開發廠之藥品相同，但因其成本較低，有助於減輕用藥支出又不影響醫療品質，故已廣為各國採用，尤以美、英、德所率先。最近，西歐各國亦積極推行此一政策，以避免不必要藥品支出所導致健保支出浪費。我國健保管理法規，多半是參考美國 FDA 的架構和標準，其嚴格的程度有過之而無不及，如果是通過美國或歐洲各國家及日本藥品規範驗證而製售的藥品，實在沒有立場抱怨我國藥品管理尺度繁複不合理，除非其產品不是原廠製造，而是由設在落後地區無 GMP 規範的分廠所出產或分發的。倒是政府對本土製藥一直嚴格認真的執行 GMP 查驗及後續追蹤，以確保品質的行動，卻一直無法落實於進口藥品之國外藥廠，對其長途的運輸過程及台灣儲存條件，是否安全，則不聞不問，其藥品是否因不良的運送或儲存而變質失效，令人擔憂。

我國實施專利法已近五十年，對專利權益之保障，一律平等，

包括 IRPMA 會員於新藥開發之投資，亦可因獲得中華民國之專利而得以回收。在專利期中，其藥品因無學名藥品競爭而得以獨佔市場，竟高於成本數十倍之價錢謀取厚利，國人完全沒有議價之空間。但專利期一過，學名藥品得以進入市場，藥價因自由競爭而趨向合理，而今日健保局所能為國人節省藥品開支的也僅此一途。

本土藥廠提供百分之七十以上的健保服務量，卻得不到百分之三十的市場值，這是本土藥廠產品安全有效性對全民健康鉅大貢獻之維護。但 IRPMA 僅提供不到百分之三十的服務數量，卻掠食了百分之七十以上的市場值，這就是今日醫療資源浪費的根源。

基於上述的不同見解，本研究提出之假設如下：

5. 現行健保的核價原則，有利於國資藥廠，不利於外資藥廠。
6. 現行健保的核價原則，有助於國資藥廠致力於 BA/BE 藥品的研發，並威脅到外資藥廠的市場競爭力。

四、藥業的轉型

為防制藥價黑洞，健保局配合藥價調查，將健保藥價逐步調降，藥界的產值將受到負面的影響，利潤將受到更進一步的壓縮，再加之國人對健康的日益重視，在此兩項因素的交相影響下，促成藥廠的轉型，朝向非處方藥及健康食品發展。根據工商時報（民 88 年，6 月 6 日，6 版）之報導，目前投入健康食品領域之製藥廠商，計有中化、信東、杏輝、永信、生達、瑞安、勝昌、順天堂等多家原中西藥 GMP 藥廠。其中已投入健康食品市場三年的杏輝目前營業額已突破一億元。故本研究提出如下的假設：

7. 全民健保藥價的逐步調降，將使得國內藥廠的利潤受到負面影響，部分業者將轉型至非處方藥、化粧品、健康食品市場。

表 4-1：台灣地區藥品銷售額

單位：億元

	1995		1996		1997		1998	
	市場值	佔有率	市場值	佔有率	市場值	佔有率	市場值	佔有率
醫院	247.82	50.4%	308.82	63.2%	333.57	67.2%	391.97	70.2%
藥局	128.40	29.2%	120.55	24.7%	105.35	21.2%	102.03	18.0%
診所	63.41	14.4%	59.57	12.2%	57.62	11.6%	64.24	11.5%
總值	439.63	100%	488.93	100%	496.54	100%	558.25	100%

資料來源：IMS Taiwan

第二節 醫藥分業

醫藥分業後，對藥界最大的衝擊即是藥局營收普遍下滑，不利於以藥局為主要銷售對象的藥廠。

歸結藥局營收之所以下滑的原因，主要是在於部分指示用藥，如抗生素等類藥品，在醫藥分業後，民眾不得任意在藥局購買，而僅能在大型醫療院所的處方指示用藥中使用，故減少了藥局在此類藥品販賣上的銷售利益。而原先所希冀的替代利益：醫藥分業後民眾可持醫師所釋出的處方箋至藥局購藥之利益，也因處方箋未能有效釋出而未實現。根據健保局之統計，實施醫藥分業一年半以來，健保局特約藥局接收的處方箋申報總數，僅佔台北市基層醫療院所門診量的 7%至 8%，顯示醫藥分業的成效並不顯著。

此外，醫藥分業前，藥局的營收來源本以 OTC 藥品及部分的醫師指示用藥為主。衛生署在推動醫藥分業時，為求醫藥分業之落實，應在政策推行時與現行的全民健保政策相互配合，即健保局的藥品給付表上應刪除 OTC 藥品的給付，鼓勵民眾透過專業藥局去購買 OTC 藥品，而非經由醫療院所取得，同時並收回藥局未經醫師指示許可逕行販售指示用藥的權利。然而，醫藥分業後，衛生署雖已回收藥局在抗生素類藥品上的直接販售權利，然而健保局目前在健保支付項上，仍支付部分的 OTC 用藥等。

在舊有的收益項目（如自行販賣抗生素）不能保有，而新的收益項目（如處方箋的釋出）不能有效拓展下，藥局的經營日漸艱辛是可預期的。目前醫藥分業後，開業藥局的關廠數有增加的趨勢，根據工商時報（民 88 年 3 月 8 日）的報導，開業藥局數已從 86 年的一萬五千家減少至目前的一萬家左右。而這趨勢將直接影響到以藥局為主要通路的藥廠。其中，由於大型國資及外資藥廠，其較有能力發展新藥及對學名藥進行 BA/BE 試驗，故一般多以醫療院所為主要的產品銷售對象。中小型藥廠，由於缺乏足夠的資源進行新藥

及 BA/BE 學名藥的試驗，故多以生產 OTC 的藥品為主，在 OTC 藥品主要以開業藥局為主要銷售通路的情形下，開業藥局的減少，勢必將會影響中小型藥商的生存。故本研究提出了以下的假設：

1. 醫藥分業的結果，造成藥局通路的萎縮，以專攻藥局市場的中小型國資藥廠所受衝擊最大。
2. 醫藥分業的結果，雖造成藥局通路的萎縮，但對於非以藥局為主要通路的大型國資及外資藥廠並無顯著影響。

儘管目前醫藥分業實施的結果未臻理想，但醫藥分業最終的理想仍是希望透過醫師處方箋的釋出，善用藥師在藥理上的專業能力，讓民眾經由與藥師間的互動，消除長久以來只知用藥而不知藥的弊病，期使透過醫藥分業建立民眾良好的用藥習慣。展望將來，醫藥分業的政策，仍是主管機關必加以重視落實的施政要項，處方箋釋出率的提高在相關部門的宣導及民眾對醫藥分業的觀念日漸確立後應指日可待。此外，近來現代化的連鎖藥局興起，如「博登」、「康是美」等相繼設立，除了有別傳統藥局的店舖設計，整體環境較為乾淨明亮外，亦皆有專業藥劑師的進駐，使得民眾對藥品的採買過程更加安心，有助於減輕民眾對使用處方箋的疑慮。

任何新制度在推行之初，或多或少將遭遇某種陣痛過程，藥局通路的萎縮或許僅是暫時性的，以汰換部分不符合要求的傳統經營管理方式。在醫藥分業的日漸落實及連鎖專業藥局的興起之影響下，在預期藥局的營收可能止跌回穩，故本研究提出下列的假設：

3. 醫藥分業的結果，雖造成藥局通路的萎縮，但預期未來藥局通路仍有不錯的前景下，大型國資廠及外資廠仍會投注相當心力於藥局通路的經營上。

第三節 加入 WTO

WTO 的加入，將使得台灣對外的貿易關稅壁壘消失，對製藥產業的影響之一為進口藥品的價格，將因課稅額的大幅調降，而使得藥品的進口成本降低，大幅增加進口藥品的市場價格競爭力。因此本研究提出以下的研究假設：

1. 我國加入 WTO 將使得進口藥品關稅下降，成本降低，增加國外藥廠的競爭力。

也因為原先進口藥品的關稅障礙消失，加之外資藥廠在國內設廠已漸不具比較利益(受藥價政策影響)，故本研究接續提出以下的研究假設：

2. 我國加入 WTO，將使得進口藥品的限制減少，競爭力大幅提高，外資藥廠在台灣設廠的必要性下降，而選擇關廠。

此外，加入 WTO 後，國資藥廠將面對來自全球的競爭壓力，在國際大藥廠挾其豐沛的資源大舉進入台灣之際，為求規模能相互抗衡，國內製藥業者或許將會有合併行動，朝向大型化與集中化發展。而在深度訪談的過程中，我們亦發現，在目前台灣僅有約 600 億的市場規模下，卻容納有 220 家的 GMP 藥廠的結果，導致資源過於分散，無法有效呈現規模經濟，故目前在藥業及公會間，確有促成業界廠商合併的想法。因此本研究提出如下的假設：

3. 加入 WTO 後，面對來自全球競爭的壓力，國內藥業將有合併的動作，朝向大型化與集中化發展。

面對這一波的全球競爭壓力，國內製藥產業也勢必加快其新藥研發的速度，並強化其產品品質。然而由於新藥的研發，除了耗時外，資金及人才需求亦十分龐大，在國資藥廠資源不足下，是否有足夠能力開發新藥我們對此不無疑慮。故是否能採行高科技業之製

造模式，台灣僅以代工模式負責替國際大廠製造新藥，定位成一個製造中心，是一個值得關心的議題。因此本研究提出如下的假設：

4. 加入 *WTO*，因國際大廠以豐富的研發資源投入新藥及基因工程等相關領域，所開發出來的新產品，將逐漸增加委外生產的比例，使得國內製藥業將有機會以代工模式走向國際舞台。

第五章 深度訪談結果分析

本章目的在於分析及呈現深度訪談的結果。以下共分三節，分別探討全民健保、醫藥分業及 WTO 對製藥產業的衝擊與影響。訪問的進行方式是，在訪問者不給予提示下，由受訪者針對這三大議題自由發表其看法，及陳述公司目前的因應情況。為求閱讀的連慣性，寫作方式係先提出各議題對產業的衝擊或對公司的影響，再引述公司之解決方式或因應態度，最後分析其異同點，然後做出總結。

受訪者的基本資料如下：

表 5-1：機關受訪者基本資料

編號	姓名	機關名稱	職稱
1	鄒政君	衛生署藥政處	科長
2	蔡淑鈴	健保局	企劃部經理
3	黃肇明	健保局	科長
4	田泰騎	台灣區製藥工業同業公會	總幹事
5	羅鴻偉	台灣區製藥工業同業公會	組長
6	蘇美惠	中華民國製藥發展協會	秘書長
7	程馨	中華民國開發性製藥研究協會	秘書長
8	黃文鴻	國立陽明大學衛生福利研究所	所長

表 5-2：受訪公司基本資料

編號	公司名稱	資本額	資本來源	產品類別
1	洸洋化學	13200000	本國	西藥
2	景德製藥	250000000	本國	中、西藥
3	永信藥品	1414147576	本國	西藥
4	美時化學	27000000	本國	西藥
5	瑞士藥廠	28000000	本國	西藥
6	晉安製藥	23800000	本國	中、西藥
7	壽元化學 國信藥品	20000000	本國	中、西藥
8	生達化學	90000000	本國	中、西、原料藥
9	中國化學	1881000000	本國	中、西藥
10	信東化學	50000000	本國	
11	強生化學	43300000	本國	西藥
12	輝瑞大藥廠	113000000	美國	西藥
13	台灣阿斯特拉		瑞典	西藥
14	台灣必治妥施貴寶	237161000	美國	西藥
15	台灣田邊製藥	90000000	日本	西藥
16	台灣武田藥品	90000000	日本	西、原料藥
17	台灣諾華	170000000	瑞士	西藥
18	惠氏藥廠 台灣氣氣	123200000	美國	西、原料藥
19	法瑪西亞普強			
20	史克美占		荷蘭	
21	默沙東		美國	

資料來源：1. 資本額及產品類別取自台灣區製藥同業公會會員名冊。

2. 有關外資藥商方面，感謝 IRPMA 在深度訪談對象邀訪上的協助。

第一節 全民健保的衝擊與影響

本節共分成五大部分來陳述，分別為健保對產業及藥廠的衝擊與影響、藥價黑洞問題、健保核價政策、藥價調查，及藥廠因應之道。

一、產業的衝擊與影響

(一) 醫療市場的變化

由訪問結果可歸納出，全民健保對整個產業在市場面的影響為整個藥品市場的總額快速增加。若將醫療體系區分成五級，即教學醫院（醫學中心）、區域醫院、地區醫院、開業診所及藥局來探討其增長情形，增加的部分是以醫學中心市場的成長最速，開業藥醫呈現小幅度的成長，但區域醫院、地區醫院及藥局則呈現萎縮的局面。而所謂的醫學中心又以私立的財團法人及具有宗教性質的醫療院所，其營業額的增長最迅速。

造成此種病人流向兩極化現象的主要原因，在於大型醫療院所的設備及用藥品質較佳，在門診掛號費用負擔不高的情形下，民眾自然會選擇大型醫院，以尋求更好的醫療照護。而開業藥醫之所以呈現小幅成長，依業界看法乃是其與病人互動的關係比一般大型醫療院所較為人性化。而區域醫院及地區醫院的萎縮，則是由於其在醫療設備及用藥品質上都遠不如大型醫療院所，再加上與病人的互動關係上也不若小型開業藥醫的情形下，病人自然流失，以致形成此種兩極化的市場現象。而藥局通路的萎縮，除了與全民健保大小病皆保，民眾毋需再去藥局購藥的政策情形有關外，事實上，其與醫藥分業的結果也是息息相關的，有關這方面的問題，下節將會進一步說明。

另外，醫學中心的用藥增長額，事實上大部分是集中於私立醫療院所，而出現這種情形的原因，實與健保藥價制度的核定方式有

相當密切的關係。在現行健保藥價的核價制度下，私立醫療院所較有彈性及誘因去獲取健保藥價的核價差額。有關這一部分，在藥價部分將會做進一步的陳述。

然而，全民健保對中藥市場的影響，目前並不顯著，主要原因在於中醫藥品的給付額目前佔全民健保醫療支出的比例仍低。不過，全民健保實施後，因健保只支付開業中醫診所藥費，而導致傳統中藥房萎縮，處方中藥（科學中藥）市場迅速增加，故使得中藥 GMP 廠商，除了轉型生產處方中藥外，亦開始增加對中醫診所銷售通路的強化。

「全民健保的影響使得人民就醫率提高，整個藥品市場的量增加。從通路來講，對機關醫院的銷售從過去的 58% 成長到現在的 70% 以上，比較慘的是藥房，在開業醫方面也有不錯的成長。」

～經理・外商

「全民健保後，以大型醫院及小診所較好，區域醫院、地區醫院較差。小診所是因為醫生關心病人，大型醫院是因為設備及用藥品質的關係，故吸引病人上門。所以會造成此種兩極化的現象。」

～經理・外商

「以市場的變化來看，最近以醫院成長最速，開業醫小幅成長，藥局是萎縮的。大部分賺錢的是大醫院，地區醫院反而萎縮，開業醫的間數有成長，特定的科別是蠻賺錢的，如復健、眼科、耳鼻喉科就很好。這跟全民健保的給付方式有關。全民健保的目的在於醫療品質的提升，和醫療資源的分配，醫療品質提升上，個人認為品質並無提昇很多，病人等候的時間仍很長。以經費的控制來看，一年有 2400 億的支出，比公勞保支出多了近千億。以整體市場來看，真正的大贏家是私立大醫院，它比較有彈性來賺健保的錢，公立醫院

綁手綁腳，不利經營。」

～協理・外商

「全民健保對中藥 GMP 廠的影響並不大，主要是因為中醫藥品的給付支出，目前只佔全民健保醫療支出的 5-10%。」

～總經理・國資・中藥

「全民健保實施的結果，使得傳統中藥房萎縮，而因健保只支付開業中醫診所，所以處方中藥的市場迅速增加。」

～總經理・國資・中藥

（二）對藥廠經營的影響

在訪問過程中我們得知，一般藥廠都咸認目前對整個製藥產業來說，最大的影響因素是健保局的藥價政策。它使得製藥產業出現了許多不穩定的因素，令藥廠無所適從，而產生了經營上的無力感。

「全民健保後，中央健保局成為唯一的藥品買主，從一個自由市場，變成一個社會主義的市場機制，製藥產業失去了一些市場的調整機制。以前還有自費的病人，現在則沒有，藥價也由中央健保局所決定。而且在醫療支出的精簡上，最容易下手的就是藥品。所以對製藥產業來講，就產生了很多未確定的因素，所以我們變成說，當一個產品今年賣得比較好時，明年可能會受到一些藥品使用上的限制，或者藥品價格被砍，多了很多不確定性，這是對製藥產業最大的影響。」

～處長・外商

另外，健保局對藥品使用的規範，也對既有的經營生態產生影響，迫使部分業者轉型或者生產其他種類藥品。

「在針劑市場方面，現在規定只有大型醫院才能使用，所以影響蠻大，如南光現在就轉型做錠劑去了。最近上市的藥都是用吃的。」

～經理・國資

根據受訪中、外資藥廠中高階主管的看法，我們初步歸結的結果為，整體而言，外資藥廠是隨著整體健保市場的成長而成長，而國資藥廠方面，除了少數幾家規模較大的藥廠外，一般中小型藥廠的經營景況並不理想。

「營收是跟著全民健保的成長而成長，如去年健保用藥支出多了10%，業界大概也就多了10%，公司也差不多。」

～處長・外商

「雖然藥品削價競爭利害，但公司仍有成長。這並不代表台灣人民的用藥浮濫，因為日本的製藥產值，佔其總生產毛額約11%左右，而台灣佔不到1%，而日本人數約為台灣的6倍，另外加拿大的人數和台灣差不多，但其藥品市場值卻為台灣6、7倍。故台灣的用藥尚不算浮濫，此外，政府對新藥上市的審查也是相當嚴格的。故公司的成長屬於合理。」

～經理・外商

「獲利完全沒有，營收及獲利是down下來。」

～經理・國資

「八十四年的健保後，我們的市場本來就在醫學中心，這陣子發現台灣公司的業績是有成長的，因為台灣的市場有成長，當然這中間過程會受醫療院所藥價差的影響，所以價格有些滑落，但總量仍在成長，再加上公司有新藥上市，所以公司整體成長更多。總得來講，

這五年公司是成長的。」

～協理・外商（日）

「我們是固定成長，大概每年約 10% 左右。其實現在是看有沒有什麼特別的產品，就以制酸劑而言，市場有一家公司叫永勝，健保局核給他兩塊，但他每顆賣五毛錢，現在每一家醫院都跟它買，因為它的價差最多。」

～經理・國資

外資藥廠之所以能夠隨著整體藥品市場的成長而成長，歸結其原因是，外資藥廠是以大型醫院通路為主要的市場，在健保支出目前增加的部分又是以大型醫院的數額為多的情形下，只要該藥廠持續有新藥推出，或者其販售的藥品符合目前的市場用藥趨勢，如慢性病的藥品，那麼營收的增長自然可以預期。

而中小型國資藥廠經營景況之所以不佳的原因是，其通路主要是以開業藥醫及區域醫院為主，而這兩個通路市場在藥品使用的考量上，一般並非是以品質為首要的考量，而是從所能提供的藥品價差來選定用藥，故使得這兩個市場的殺價競爭非常激烈，利潤自然微薄，若欲轉向大型醫院市場，則涉及 BA/BE 產品的研發及臨床實驗的證明，這些對中小型國資藥廠來說均是一筆龐大的費用負擔。

歸結上述原因，中小型藥廠在利潤不斷地因競價行為而被壓縮及不易進行市場的情況下，經營景況自然不佳。而大型國資藥廠，如永信、生達、中化等，則因皆有朝向大型醫院通路市場開發 BA/BE 藥品的行動，而能如同外資藥廠一樣隨著藥品市場的成長而成長。BA/BE 藥品是國資藥廠目前最大的競爭利器。

「病人增加，當然使用量曾加，另外台灣人口老化，慢性病增加，公司早期是以抗生素藥品為主，近年剛好朝這方面發展。健保對藥

品市場的影響為，以前用抗生素藥品的取勝的公司，現在訂定很多規範，使用量都急速下滑。要求使用第一線抗生素，使用第二線、第三線時，需增加敏感性測試。公司轉型的不錯。」

～經理・外商

「地區醫院就比較像開業醫。所以我們一般經營仍比較偏向穩定的市場來經營，如區域及醫學中心，而一般外資廠的想法應和我們一樣，市場會著重在這兩個地方。所以基本來說，市場區隔來說，地區醫院及開業醫，台灣廠約佔 70%，相反的來說，區域醫院及醫學中心，原開廠約佔 70%，所以大家生存的地方不一樣。」

～協理・外商（日）

「因為大醫院是原開發廠在做，真正在拼價格的是地區醫院及開業醫，而這些主要是國資藥廠在做，為了拼價格，送出 100%、200% 的很多，到時藥價調查下來，台灣廠的藥價再降，會死得更快。但原開發廠就比較好，像一些老藥我們可以不管他，可以丟掉，像我們前年為了不佔生產線，就丟掉了十幾個老藥，專心作新藥。」

～協理・外商（日）

「就價格來看，就原開發廠的藥與 BA/BE 藥品的學名藥及台灣廠的學名藥來比較，目前是 100 比 90 比 80。政府的目的是為了扶持國資廠，目前 GMP 廠數量太多，營業額常不到一億，應該尋求合併。政府鼓勵的結果，卻造成藥價的惡性競爭。目前私立醫療院所有賺取藥價差的情形，這變成越貴的藥品，所能提供的藥價差越多。目前國資廠採行 free godd 或 discount 的比例很多超過 100%，而外資則控制在十幾%左右。故目前藥價調查最頭痛的就是國資廠。所以政府沒有執行健保法第四十九條，藥品依成本給付，是造成此種現象的根源。藥價調查的結果雖可使藥品價格調降，但因為競爭的緣故，醫療院所還是會向藥商尋求價差，最後只會使得藥品的價格無

法提供藥商合理的利潤，造成藥品品質的下降。」

～協理・外商（日）

「大醫院市場很難進去，除了做了 BA/BE 外，醫院還會要求臨床試驗，另外至少要有一家以上其它醫院的使用證明。」

～經理・國資

二、藥價黑洞

由訪問結果我們發現，儘管外資及大型國資藥廠的營收雖有增加，但利潤的上升並不明顯，這是由於目前醫療院所對藥廠的藥品價格折扣要求侵蝕掉了藥廠的利潤。而對於藥品折扣的要求方面，又以大型私立醫院及中小型醫院居多；公立的醫學中心，由於其本質仍以教學研究為主，偏重專業性的醫學服務，故對藥廠索取藥價折扣的情形較不嚴重。而在專業性的醫學服務上，外資藥廠憑其國際性的網絡，故較有能力舉辦專業性質的研討會、或提供專業性的醫藥資訊，而較受公立醫學中心的青睞。

「最主要的影響是藥價的競爭力對公司來講變得非常 weak，醫院的採購系統改變。以前只要品質好、價格低，就賣得出去，現在變得不一樣了，這是因為醫院要賺個價差，以前只要比底價就好了，現在還要比價差，更嚴重的就是說，他要一個固定的價差。所以在醫院市場根本就活不下去。」

～經理・國資

「目前台大、榮總等醫院方面，雖然國資廠提供較多的價格折扣，但一般來講是還好，因為我們有提供較佳的醫學專業服務，所以人家還是會向我們買但是省市立醫院底下的這些這小型醫院我們就比

較差，中小醫院看的是利潤。」

～處長・外商

「這個市場是擴大，但是真正得到的沒有增加，都被醫院吃掉。競爭品愈多的殺價愈厲害。這是健保給付制度的問題，健保法規定照成本支付，但健保藥價上是不管買多少，都是照這個方式來支付，這使得醫院就用這個來和你討價還價。日本總公司對公司有業績的要求，為了保住醫院市場，就必須流血殺價競爭。目前是靠公家醫院來彌補這部分的損失，這部分的收入是較穩定的。」

～副總經理・外商（日）

三、藥價核價政策

在訪談過程中我們發現，國資藥廠普遍對健保局的藥品核價原則有所不滿，最主要的原因是健保局在所謂的老藥（學名藥）的部分，一般給予國資藥廠的藥價過低，和原廠藥品相比，有時差價達十倍、二十倍以上。而對這些專利已過期的老藥，國資藥廠認為政府不該再給予保護，而有如此的核價差距，應回歸市場競爭。而政府目前之所以會有如此的作法，是在於擔心美國運用 301 條款作為報復，及外資藥廠政治運作的結果。

此外，健保的核價原則是延續過去公勞保時期的核價原則而定，若當初並未參與公勞保時期的藥價審核，在加入健保的支付藥品項目時，即被列為同成分最低價。這種核價政策使得部分國資藥廠在進入全民健保時期後，由於健保局為市場上唯一的藥品買主，而本身早期並未加入公勞保體系，故其藥品即被核為低價藥品。在無法尋得其它買主的情況下，自然失去利潤空間，而造成經營上的困難。

「健保的核價是依據過去勞保時期的藥價為基準來核定，也就是過去在勞保時期即有給付藥價的藥品，才能延續到健保用藥的給付表

上。但在健保前的 GMP 藥廠中，250 多家藥商中有 150 多家(都為國資藥廠)並未參與勞保的用藥給付品項，這 150 多家若欲加入健保用藥時，其藥價的給付標準便為同成分最低價，使得這些藥商無法分食健保這塊大餅。故健保的藥價政策對國資藥廠中早期著重於藥局、診所的藥商有明顯的不利影響，也導致多家國資藥商的歇業。」

～副總經理・國資

「目前國資廠受創較深，健保價格下來是很公開，但藥價的訂定很不合理，訂定的標準何在我們也不知道。此外，藥價是只跌不漲，根本未考量到物價的波動。目前國資廠在藥品市場的使用量佔 70%，但藥費僅佔 30%，而外資廠的市場量佔 30%，但所得費用卻高達 70%，這一差就是 2 點多倍。有些藥價是一差就十多倍，國資廠的品質誰說比較差，我們都有做 GMP，接下來要做 CGMP，誰說品質比較差。」

～經理・國資

「一些老舊的藥，不該再給外資藥廠那麼高的價格，而國資藥廠的藥應該往上提。一些專利已過期的藥，不該再對外資藥廠核高價。」

～經理・國資

外資（原開發藥商）對健保的核價原則方面，最敏感的話題就是有關 BA/BE 藥品的核價。目前對專利已過期的藥品，健保局最高可核價至原廠藥的九折，其初始用意是在於希冀經此方式來鼓勵國內製藥工業對藥品品質的重視，並強化其研發能力。然而，對此政策外資藥廠頗有不同意見，他們認為健保局對 BA/BE 藥品的核價，雖說在鼓勵國內藥廠提升其研發能力，但國資藥廠反用獲得的較高核價來進行與外資藥廠的價格戰。外資藥廠在受限於其本身的成本結構及總公司的藥品價格限制的情況下，面對 BA/BE 國產藥品的價格競爭，遂有無力招架之感，咸認這是目前外資藥廠所面臨的最大威脅。

「目前健保局對 BA/BE 的核價確實會威脅到外資藥廠的市場競爭力，例如胃藥中治漲氣的胃藥，楊森本來賣一顆 7 塊錢，信東做完 BE 後核價為 6.3 元，第一階段就賣長庚一加一，就把楊森趕出市場。」

～副總經理・國資

「我們是認為政府 BA/BE 的德政是希望藥商能拿這些錢來做 R&D，而非是拿這些錢和人來拼價錢。」

～經理・外商

四、藥價調整

為了解決醫療院所不當地透過藥品核價差額來賺取利潤，及避免藥廠利用健保高額的核價來進行價格競爭，所以健保局目前採取的藥價改善措施是施行所謂的藥價調查，對目前健保核價與市價差額過大的藥品進行核價的調整。

目前健保局藥價調查後的調整措施如下表所示：

表 5-3：Price/Volume Survey Scheme (1999)

Year	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2007	2009
Fix Rate (ΔP)	30%	25%	20%	18%	15%	13%	11%	10%
Ceiling Adjust Rate	10%	10%	15%	20%	cancel	C.	C.	C.

$$\Delta P = (P_1 - P_2) / P_1$$

ΔP : Price differential rate

P 1: NHI reimbursed price

P 2: Weighted average price

Different Rate	$30\% \leq X \leq 31\%$	$31\% \leq X \leq 32\%$	$32\% \leq X \leq 33\%$	$\dots > 40\%$
Adjust Rate	1%	2%	3%	10%

在現行的藥價調整制度下，不論國資藥廠或外資藥廠都認為有其弊端存在。國資藥廠認為如此的藥價調整制度，雖有可能消弭藥廠運用健保核價較其實際市售價格為高的價差結果來進行價格競爭的行為，但藥價調整的結果，將使得低價藥品加速淘汰出市場，導致市場最後只剩高價的原廠學名藥或者是 BA/BE 學名藥。

藥價黑洞的問題或可經由藥價調查後的調整而部分獲得消弭，但是對健保藥費支出的減少並無太大的助益，因為在市場最後只剩高價藥品的情況下，健保局的藥費支出勢必再行增加。

「藥價調整還是行不通。對低價藥商相當不利，最後的結果會使市場只剩高價的原廠藥。健保最後所支付的藥費只會比以前高而已。這是因為低價的藥，原本是靠藥價差在市場競爭，經過藥價調查後，健保核價逐步調整，所以低價藥品利用差價的競爭力會逐步減損，這理由是原廠藥因為高價的關係，其付出折扣 20% 的金額，都可能比國資廠的 30% 為多，但因為藥價調查的關係，國資廠因為付出 30% 的折扣，所以就必須被調降價格。最後市場會只剩高價的原廠藥。亦即黑洞減少，但健保支出花費增加。以目前的情形，市場在價差競爭上對於目前國資藥廠其核價不到原廠藥 60% 的藥品都可能會被淘汰出局，只有目前健保核價約為原廠藥九折的國產藥品才會存活。」

～經理・國資

外資藥廠則認為，只要健保局為藥品市場的單一買主，藥價黑洞問題便會持續存在。對個別藥品核定單一價格，當市場同時存在有兩個品牌以上的同成分學名藥時，則醫院運用比價的結果來賺取藥價差的情形依舊會持續存在。

藥價調查並非是解決藥價黑洞的最有效方式，若健保局之目的是為了控制藥費的成長，解決的方式應朝向部分負擔的方式或者是

保大病不保小病的方向來思考，並嚴格查緝部分私立醫療院所獲取之不當利益。

「當然政府需要控制預算。但政府對於某些不當的利益需先拿出魄力來解決，如某些醫院拿 A 藥報 B 藥，另外健保的藥價調查立意很好，但使得廠商的條件通通曝光，但曝光完了又反過來跟你要求 discount，而這些 discount 只流向某些醫院，並非所有醫院會得到這利益，公立醫院就不會，像台大、榮總就不會，但一些私人的財團醫院、宗教醫院就會如此。以前是採用議價的方式，現在則是採用比價的方式，找了好幾家廠商，看誰給的藥價差最多。」

～協理・外商（日）

「健保設定藥價的方式，也是為了控制藥費的成長。但健保應朝保大不保小的方式來走，70%的花費是在些門診的病人上，這些病人並非很緊急，但既然有投保，所以對於藥品可拿時為什麼不拿，故造成醫療資源的浪費。要控制藥費應從此著手。」

～處長・外商

目前健保藥價的調整，對中藥廠並沒有太大的影響。主要原因是，中藥部分目前不依個別藥品來核價，仍採用簡表給付。

「健保的藥價政策的調整，事實不會對中藥廠有太大的影響。最主要的原因是健保局對中藥的給付方式是採用概括式簡表給付（即一日給 30 元），不依個別藥品來核價。而之所以選用這種核價方式，主要是因為中藥的品項分歧，不易核價。」

～總經理・國資・中藥

五、藥廠的因應

外資藥廠方面，由於健保後對藥廠最大的影響因素是健保藥價

審核，故在組織的因應調整上，有某家些藥廠即設了專人來處理藥價的設定，由高階的決策者擔任。而面對健保後醫療市場生態的變化，除了加強原有在大型醫療院所的銷售服務人員外，並強化其專業性的醫學服務，以面對來自國資藥廠 BA/BE 學名藥的挑戰。部分外資藥廠則看好開業藥醫的市場趨勢，在銷售人力的配置上，特別增加了開業醫小組（GPT），以切入這個正在成長中的市場。另外有些外資藥廠則強化其資訊溝通網路，讓民眾對其品牌形象加深印象，教育民眾對用藥知識的瞭解。

在藥品品項的開發方面，由於外資藥廠所面對來自國資藥廠最主要的壓力來源是老藥方面的價格競爭，在受限於成本結構的情形，競爭力自然較弱，故加強新藥的開發，才是外資藥廠穩保獲利的最主要方式，部分老藥則委託他人販售，甚至停止生產。而在新藥方面，配合目前人口老化的趨勢，及健保後慢性病用藥的大幅成長，開發有關抗癌、高血壓、糖尿病等慢性疾病的新藥就為各藥廠的當務之急。沒有新藥的藥廠，面對市場激烈的價格競爭，自然就難以生存。

此外，在訪問結果中我們發現，某家日系藥廠在台灣新藥上市的能力似乎較為薄弱，這是來自於其國際化的腳步較慢及缺乏新藥開發主導能力所致。面對這樣的困境，該家藥廠所採取的方式為開源節流，除了鼓勵員工退休外，並朝向代理其他家藥廠產品及運用現有產能為他人代工來增加營業收益，以彌補新藥開發之不足。

「健保實施後，有所謂的價量調查，我們希望將我們的價格訂在適當的水準，所以我們設了專人來處理價格設定。價格賣得太差，會遭健保局的砍價，另外，公司對價格的管制較嚴，所以比價上常會失去競爭力，只能透其他的醫學專業服務來彌補。現在國資廠有所謂的 BA/BE，價格可達原廠的 8、9 成，而成本較便宜，不用負擔 R&D

的費用，所以價格較具競爭力，這也是外資廠最害怕的地方。」

～經理・外商

「全民健保後，公司因應變化為，提供更多教育病人的資訊網路，建立網站及提供醫師更多的醫療資訊。但對公司的組織結構並無影響，只是強化現有醫院通路銷售人力的配置。另外，對開業醫預期有不錯前景，所以有組織一個銷售團隊(17-20 人)，專門針對開業醫。不似其他的外商公司，將銷售外包給他人。」

～經理・外商

「所以我們開始重視開業醫的市場，今年我們開始設立開業醫組 GPT，以前我們只重視大型醫院市場。目前整個健保制度對開業醫是不錯的。目前省立醫院、地區醫院的醫師多有自行開業的打算。由於有這些變化，我們現將藥局市場交由委請新的經銷商來作，特加了 GPT 小組。」

～經理・外商

「公司主要仍朝向開發新藥來因應。但公司主要是引進日本開發的新藥，本身並沒主導權。目前健保之後最大的贏家是以慢性病的藥為主的廠商，就是如高血壓、糖尿病等。公司現正在開發降壓劑、糖尿病的藥，兩年內就可以上市，正好符合這個趨勢。而抗生素、維他命現在就很難做了，抗生素現在有許多的管制，而一般維他命丸則被歸類為味素藥，健保局的審查醫師最喜歡砍的就是這類藥品。公司去年成長 25%，就是因為公司去年推出抗潰瘍的藥，屬於慢性病的藥。那慢性病之所以有高成長，是因為慢性病的藥可以開長期處方，一次可以開一個月的處方。到診所去，診所不會開長期的藥給你，一次只可能開兩天或三天，是因為想要賺診療費。這也是健保後醫院高成長的原因，到醫院可以領較多的藥。以原開發廠的立

場來說，一定要開發新藥，老藥方面台灣的競爭者太多了。」

～協理・外商（日）

「只能開源節流呀！去年我們就實施優惠退休方式來減少人事成本。在開源方面，由於新藥上市較慢，我們現階段對總公司的反應是希望能夠代理別人的產品，或是幫人代工。努力了一年多了，憑藉的是長期銷售網路。這是策略聯盟的一種。現在我們也有做健康食品。」

～副總經理・外商

在國資藥廠方面，面對健保藥價調查的影響，低價藥品將逐步退出市場，只有高價藥品才能存活的壓力下，有能力的國資藥廠莫不紛紛朝向高價藥品發展，選擇專利快過期的原廠藥，來進行 BA/BE 的試驗，預計專利期後，隨即搶先上市。

面對目前的市場競爭規則，BA/BE 的推出速度將是市場致勝的關鍵，只有先推出者才能獲取高利，否則就必須面臨流血殺價的競爭壓力。

「一般會有合併的倡議，但由於國人每個人的想做老闆的心態使然，所以合併較為困難，現都只停留在談的階段上。國資藥廠目前存活的都是在開業藥醫的簡表上，這是因為國資廠的藥價格便宜的因素。」

～經理・國資

「目前的競爭規則和以前不一樣，就國資市場而言，以前是誰最便宜、誰就會佔有市場，現在是誰最先出來、核價原則最高，就會佔有市場。現在是比速度。外商的專利一過期，馬上就要搶著出 BA/BE。」

市場現在 shift 到醫院，醫院是門診賺錢。」

～經理・國資

「Push 那些原來就可以和外資藥廠競爭的藥品，然後再增加 BA/BE 的品項。」

～經理・國資

「由於藥政政策不明確，導致公司經營的無力感，認為藥政是有意打壓中小型藥廠，經營起來很辛苦，所以有點不想再幹下去，大資本卻像在作小生意一般，所以未來是只能說是走一步算一步。不過增加 BA/BE 藥品確是未來的方向之一。」

～總經理・國資

第二節 醫藥分業的衝擊與影響

本節分成兩方面來作分析，先分析醫藥分業對整體產業的影響，再分析其對個別藥廠的影響。

一、整體產業方面

醫藥分業對藥業最大的影響，咸認是藥局通路的萎縮。而藥局通路之萎縮是肇因於醫藥分業之失敗。由於是個失敗的政策，故對於非以藥局為主要通路的藥廠而言，並無顯著的影響。但對於原先藥品以 OTC 市場為主的藥廠就有負面的影響，其中由於中、小型國資藥廠佔 OTC 市場的比例較高，故較為不利。而外資藥廠方面，僅有部分著重於 OTC 藥品市場之公司受到影響，但比例應不高，因為外資藥廠多著重於處方藥市場。

雖然醫藥分業在現階段是失敗的，其造成藥局通路萎縮，但部分藥廠仍然認為 OTC 市場仍有不錯的前景。在健保藥費不斷高漲的情況下，政府未來應會推行只保大病不保小病的自我醫療照護觀念，在此前提下，民眾至藥局購藥人數將會增加，並且一待處方箋的釋出率回升，藥局通路市場仍會成長。

「醫藥分業說起來是不成功，去年醫藥分業實施時，就訂了一些特別條款，如 65 歲以上、懷孕、急診等，讓醫生可以保留處方外流的權利，另外和國人就醫習慣也有關係，以前就醫取藥是一貫作業。此外，在大型醫院、醫學中心的用藥品質較好，開業藥醫使用的國產藥品質較差。有些開業醫在診所自設藥局，不讓處方流出。開業醫賺了診療費、調劑費和藥費。全民健保後一些以前自費的小病都可到醫院就診。現在許多健康食品、奶粉也可以在超市買到。這種種因素使得藥局的生存非常可憐。現在處方用藥也不能直接賣，如抗生素必須要看處方簽。」

～經理・外商

「醫師害怕處方外流，造成病人流失。另外，藥品是醫師主要的利潤來源之一。這是兩個醫藥分業失敗的主要原因。」

～協理・外商（日）

「外資藥廠一般在 OTC 市場的比例較小，所以比較不會去提這方面的事情。國資藥廠的影響就比較大了。但外資藥廠也有受影響比較深的，如史克美占、必治妥、楊森等。」

～處長・外商

「藥局市場是萎縮，目前的 OTC 市場是不看好，但未來仍會回昇。政府的財務負擔蠻重的，但由於未來增加保費是不可能的事情，所以政府應會增加自我醫護照顧的宣導，所以不保小病應該是趨勢，現在是什麼病都保，到醫院什麼藥都可以拿。」

～副總經理・外商

「對中藥界的影響也不大。」

～總經理・國資・中藥

二、個別藥廠方面

由於目前醫藥分業的政策是失敗的，故藥廠對此的因應調適行為並不顯著。

「公司的 OTC 藥品佔營業額的比例不多，所以對公司幾乎沒什麼影響。」

～經理・外商

「大致上沒什麼影響。」

～經理・國資

「一來是公司在 OTC 市場的產品不多，二來是覺得醫藥分業成功的可能性不大，所以也並未針對此作什麼調整。」

～處長・外商

「當初評估健保的轉診制度時，便考慮到病人是否會平均分散出去，變成說你在基層醫療院所、開業醫上就要加強人力，但結果制度沒有弄成。醫藥分業時，我們也會思考是否要增加人力於藥局上。但是我們聽人家講說政府政策成功的機率不大，意思是說我們不一定要跑第一，思考模式要快，但動作不一定要快。」

～協理・外商（日）

第三節 WTO 的衝擊與影響

加入 WTO 後，將使得進口藥品的限制減少，進口藥品關稅下降，在加入之前，外資藥廠在台設廠營運的成本過高、產能過剩，故目前外資紛紛關閉在台所建工廠。根據報載，目前已經關閉在台工廠的外資藥廠就有輝瑞、赫斯特、必治妥、諾華、羅氏、赫美龍等多家外商。而面對全球化競爭的趨勢，目前外資藥廠也已有多家進行合併、策略聯盟，以增加市場競爭力。

而就中小型國資藥廠而言，面對來自全球的競爭壓力及全民健保相關事件的影響，在經營環境愈趨不利的情形下，目前業界之間已有尋求整合的意見提出，而且這也是現階段台灣區製藥公會所關注的推行重點，但根據業界說法，由於國人習於當老闆的觀念仍強，故國資藥廠整合的困難性將遠大於外資藥廠。

在中藥廠部分，對以處方藥為主要市場的藥廠影響並不大，但對 OTC 藥品的影響就很大，最主要是目前大陸產製許多 OTC 的老藥。WTO 雖然降低關稅，但從原料來說，影響也不大，這主要是因為中藥材本來就很便宜，降幅的影響並不大。

「公司已經關閉在台工廠了。這是因為我們在大陸已設廠，在那邊生產的利益較高，另外，台灣的市場太小。最後，因為在台灣設廠有太多的不確定性因素，成本不斷高漲，而每年生意卻不一定增加。到今年為止約有 6-7 家的外資藥廠已撤廠了，分別為輝瑞、赫斯特、必治妥、諾華、羅氏、赫美龍等。」

～處長·外商

「因為一家工廠要有的生產仍需要適當的場地設備，如果集中一地生產，自然會有 mass production 的利益。另外一點，我們加入 WTO，進口關稅降低，未來可透過進口。此外，台灣的人工也比較貴。澳洲的設廠成本是比較便宜，最主要是土地便宜。WTO 會將關稅逐步

調降至零，但關廠最主要的原因最大的因素是設備使用率不高，像羅氏也是如此。有些藥品在台灣設廠的藥價是會打折的。國產換成進口的藥價會有所提昇，但這並非是輝瑞關廠的因素。」

～經理・外商

「我們有考慮到一個影響是 WTO 對新藥引入的限制可能會減少，新藥引進的步調比較快，這對原廠商是比較好的。」

～處長・外商

「有些藥品在台灣設廠的藥價是會打折的。國產換成進口的藥價會有所提昇，但這並非是輝瑞關廠的因素。」

～經理・外商

「是好的。會使市場更活潑化。外資在台設廠的必要性降低，藥業會有合併的舉動，也會有策略聯盟代工的舉動，如目前氣氨就有幫人代工。」

～副總經理・外商（日）

「對中藥業的影響可分兩分面，對以處方藥為主要市場的藥商影響不大，但對 OTC 藥品的影響就很大，最主要是目前大陸產製許多 OTC 的老藥。WTO 雖然降低關稅，但從原料來說，影響也不大，這主要是因為中藥材本來就很便宜，降幅的影響並不大。」

～總經理・國資・中藥

「合併增加競爭力吧！諾華也是和山多斯合併之後，成為世界第二大。但國資藥廠的情形就比較不理想，因為國人喜歡當老闆。黃文鴻教授曾說，以台灣的市場規模來看，只要二十家藥商就夠了。瑞

士人口和台灣差不多，也不過十幾家藥廠，而且還可以外銷全世界。」

～處長・外商

第六章 問卷調查結果與分析

本章目的在分析及呈現問卷調查結果。以下共分四節，第一節描述樣本背景資料及特性；第二節分析全民健保的衝擊與影響；第三節分析醫藥分業的衝擊與影響；第四節分析加入 WTO 的衝擊與影響。

第一節 樣本分析

本研究總共發出 220 份問卷，回收問卷 107 份，問卷回收率 48.64%，其中有效樣本 100 份，有效回收率 45.45%。

一、樣本背景資料

100 份有效樣本的背景統計資料如表 6-1 所示：

表 6-1：問卷背景變項之次數及百分比分析

背景變項	背景變項構面	樣本數	百分比(%)
資本來源	國資	92	92%
	外資 ¹	8	8%
企業型態 ²	大型企業	31	31%
	中小企業	53	53%
	小型企業	16	16%
通路型態	藥局	37	37%
	醫學中心	13	13%
	區域醫院	2	2%
	地區醫院	2	2%
	基層診所	33	33%
	其他 ³	13	63%
產品類型	中藥製劑	14	14%
	西藥製劑	83	83%

原料藥	1	1%
綜合 ⁴	2	2%

註：1. 外資包括美商、日商及歐商。

2. 企業型態是按中小企業處企業認定標準而分，製造業實收資本額新台幣六千萬元以下的為中小企業，經常雇用員工未滿二十人為小企業，資本額在六千萬元以上者，本研究歸為大型企業。

3. 其他表示該藥廠之通路分佈平均，不以某者為主要通路。

4. 綜合表示三者皆有且不以某者之生產為主。

由於部分群組的樣本數過少，結果可能比較不具代表性，故在樣本數少於 30 的群組所得統計結果，僅供讀者作為參考。

二、樣本特性

本研究的 100 家樣本，根據集群分析結果，可依其特性分為五群(如表 6-2 所示)，但由於各群之間對本問卷各問題的看法都沒有明顯的差異，故本研不以藥廠規模、品牌形象、研發能力、醫學專業性、服務、價格競爭力、通路與銷售團隊及資本額等作為變項。所以根據本研究之需要將藥廠按以下三個變項加以分類：

(一)依通路型態區分

製藥業的藥品通路主要可分為醫院、診所、藥局三大類。而全民健保實施後，除了用藥量持續不斷增加外，由於民眾的就醫地點有朝向大型醫院集中的趨勢，這使得以醫院為主要通路的藥商成了全民健保後的最大受益者。另外在醫藥分業後，醫療院所有釋出處方簽的措施，民眾可拿處方簽至就近藥局調劑，故對藥局通路的藥品使用需求應會上升。在「全民健保」及「醫藥分業」的交互影響下，藥品在通路的流量產生了極大的結構性變化，勢必影響藥商的通路經營政策。

(二)依國資、外資區分

全民健保實施後，由於健保藥價核價的方式及醫師和民眾的用

藥習慣仍利於外資藥廠，故國資和外資所面對的產業環境衝擊不甚相同，進行產業分析時，需予以區分。

(三)依有無進行 BA/BE 區分

在我國加入 WTO 後，國資藥廠將面臨國外藥廠的直接衝擊，改進本身的產品品質才足以和國際競爭者相抗。故有無進行 BA/BE 有其重要性。另外，健保藥價的核價制度，其本質上亦相對鼓勵藥商進行 BA/BE 的試驗，目前 BA/BE 學名藥品的產製是國資藥廠獲利的主要來源。

表 6-2：樣本特性

群組	特性	樣本數	百分比 (%)
第一群	1. 公司規模不大 (1.524) 2. 資本不雄厚 (1.762)	21	21%
第二群	1. 品牌形象佳 (4.350) 2. 產品品質好 (4.350) 3. 價格不具競爭 (1.950) 4. 資本不雄厚 (1.650)	20	20%
第三群	1. 服務完善 (4.000) 2. 產品品質好 (4.000)	37	37%
第四群	1. 品牌形象佳 (4.500) 2. 產品品質好 (4.722) 3. 研發能力強 (3.944) 4. 醫學專業性強 (4.222) 5. 服務完善 (4.556) 6. 通路與銷售團隊強 (4.278)	18	18%
第五群	1. 問卷此部分無作答	4	4%

註：問卷是以 1-5 分來表示因素影響的程度，5 分表示「非常同意」，4 分表示「同意」，3 分表示「沒有意見」，2 分表示「不同意」，1 分表示「非常不同意」。

第二節 全民健保的衝擊與影響

本節分為四大部分來進行分析，分別為全民健保對產業或藥廠的衝擊與影響、藥價黑洞、健保核價政策，及藥廠因應之道。

一、產業的衝擊與影響

問卷調查結果顯示，整體市場對我國製藥產業在全民健保實施後的前景並不看好，不過外資藥廠的看法較國資藥廠來得樂觀（見表 6-3）。

表 6-3：全民健保後製藥產業前景看好？

比較項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	2.390	1.024	-	-
國資藥廠	2.275	0.944	8.671	0.004 **
外資藥廠	3.375	1.061		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ （達顯著差異水準）

資料來源：本研究初級資料整理

全民健保實施後，雖使藥品市場擴大，但是，並沒有給國內藥廠帶來營收及利潤的上升，而最大的受惠者變成是藥品進口商。

表 6-4：公司營收、利潤的上升

比較項目	營收				利潤			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	2.410	1.055	-	-	2.060	0.908	-	-
國資藥廠	2.341	1.024	2.768	0.099	1.989	0.837	3.449	0.066
外資藥廠	3.000	1.195			2.625	1.302		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ （達顯著差異水準）

資料來源：本研究初級資料整理

由表 6-4 可以得知，全民健保實施後，並沒有給國內藥廠帶來

明顯的營收上升，而國資藥廠在營收上的增加遠不如外資藥廠。在利潤方面，整體藥廠的利潤在全民健保後雖稍有增加，但是，增加的幅度有限；而國資藥廠在利潤上並沒有增加。

表 6-5：預期進口商營收、利潤的上升

比較項目	預期營收				預期利潤			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.570	1.037	-	-	3.490	1.020	-	-
國資藥廠	3.604	1.010	2.670	0.105	3.549	0.958	6.609	0.012 **
外資藥廠	3.000	1.195			2.625	1.302		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

根據表 6-5 中的數值，可以推論一般藥廠都認為全民健保實施後最大的受惠者是藥品進口商，國資藥廠和外資藥廠皆預期全民健保實施後，藥品進口商的預期營收和利潤都會上升，兩者在預期營收上的看法雖沒有太大的差異，但在利潤方面，兩者的看法卻有顯著的差異，國資藥廠預期進口商利潤上升的幅度遠大於外資藥廠的預期。

因此，由以上的統計結果可以推論，全民健保的實施，雖造成藥品市場的擴大，藥廠的營收稍有增加，但利潤增加的幅度卻是極有限的，而藥品進口商成了最大受惠者。而國資藥廠不論是在營收或利潤上，都處於劣勢。

表 6-6 的統計數字顯示，整體藥廠都認為全民健保的實施，將造成外資藥廠及藥品進口商在醫學中心及區域醫院的市場佔有率的提高，而國資藥廠的市場佔有率則沒有明顯的改變。而就不同資本來源藥廠的看法來看，國資藥廠認為全民健保實施使得外資藥廠及藥品進口商在醫學中心及區域醫院的市場佔有率的提高，而其本

身的市場佔有率並沒有提高；而外資藥廠則認為全民健保的實施使得國資藥廠在醫學中心及區域醫院的市場佔有率提高，外資藥廠及進口商的市場佔有率並沒有提高，兩者的看法明顯分歧。

表 6-6：外資藥廠、國資藥廠及進口商在醫學中心及區域醫院市場佔有率的提高

比較項目	外資藥廠				國資藥廠				進口商			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.740	1.031	-	-	2.710	1.057	-	-	3.600	0.921	-	-
國資藥廠	3.835	0.969	11.219	0.001**	2.593	1.033	11.708	0.001*	3.681	0.893	10.697	0.001**
外資藥廠	2.625	1.188			3.875	0.354			2.625	0.744		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

在整體藥廠的看法方面，與國資藥廠的看法相當接近，可能是由於樣本中國資藥廠所佔比例過高所致，故該值的客觀性不足，僅供參考。

二、藥價黑洞

表 6-7 的統計結果顯示，全民健保後醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、藥局這五種主要通路對藥廠的價格折扣或服務要求都愈來愈多，而以區域醫院及地區醫院的要求最多。為了維持營收，各藥廠不得不給予各種優惠，而根據問卷統計結果，一般藥廠在價格優惠上較常採行的方式不外是對主顧客給予特別的價格、買 A 產品送 B 產品、數量折扣、短期付現的折扣以及付款期間的加長等，而以數量折扣的使用頻率最高，其他各種價格優惠方式的使用情形，請參考圖 6-1。

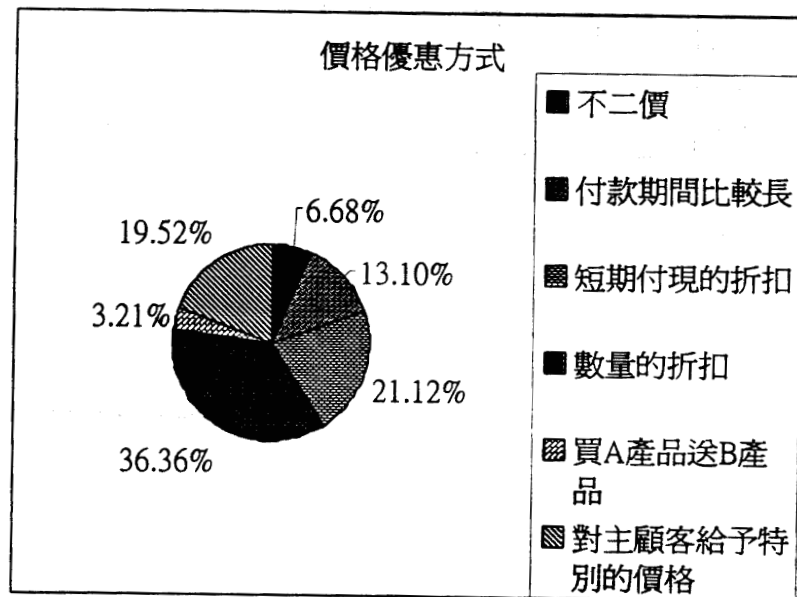
表 6-7：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、藥局對藥廠的價格折扣或服務要求的增加

醫學中心		區域醫院		地區醫院		基層診所		藥局	
平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
3.990	0.835	4.050	0.770	4.050	0.770	3.950	0.821	3.640	0.927

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

圖 6-1：價格優惠方式



資料來源：本研究初級資料整理

全民健保實施後，外資藥廠、國資藥廠及藥品進口商之間到底誰比較具有價格競爭力，國資藥廠和外資藥廠的看法有顯著的不同。從表 6-8 的問卷調查結果可以得知，國資藥廠認為全民健保的實施，對他們非常不利，而外資藥廠和藥品進口商較具價格競爭力；外資藥廠則認為，全民健保不利於外資藥廠和藥品進口商，國資藥廠最具價格競爭力。

表 6-8：外資藥廠、國資藥廠及進口商的價格競爭力

比較項目	外資藥廠				國資藥廠				進口商			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.630	1.134	-	-	2.590	1.138	-	-	3.640	1.040	-	-
國資藥廠	3.710	1.068	7.262	0.008 ***	2.440	1.046	18.643	0.000 ***	3.770	0.908	22.461	0.000 ***
外資藥廠	2.630	1.506			4.130	0.991			2.130	1.356		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

由以上的統計結果可以推論，全民健保雖使藥品市場擴大，但醫藥價黑洞的問題壓縮了藥廠的利潤空間。此外，同業間的價格競爭愈來愈激烈，而變相的價格競爭也愈來愈激烈，例如：藥品價格不變，但是買一送多，數量的折扣，或買 A 產品送 B 產品的情況愈來愈普遍；而各種不同通路對藥商的價格折扣或服務要求也愈來愈多。這種種的價格或非價格的競爭方式，都侵蝕了藥商的利潤。而在藥價黑洞存在的既定事實下，國資藥廠與外資藥廠都認為自己是最大的受害者，而各方都有自己的說法，而各方的說法請參閱本研究深度訪談結果。

三、藥品核價政策

由深度訪談中得知，國資藥廠普遍對健保局的藥品核價原則有所不滿，原因是健保局在所謂的老藥的部分，一般給予國資藥廠的藥價過低，和原廠藥品相比，差價過高。而表 6-9 的數據亦顯示，國資藥廠明顯不滿健保局的藥品核價原則，而外資雖有所不滿，但態度不如國資來得明顯。

表 6-9：健保局核價制度的公平性

項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	1.880	0.946	—	—
國資藥廠	1.840	0.922	0.581	0.448
外資藥廠	2.130	0.991		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

另外，表 6-10 的數據雖然顯示國資藥廠與外資藥廠雖然都看好 BA/BE 學名藥市場，尤其是外資，但兩者對 BA/BE 藥品的核價原則的公平性卻有所爭議。

表 6-10：BA/BE 學名藥市場

項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.580	0.923	—	—
國資藥廠	3.540	0.946	1.815	0.181
外資藥廠	4.000	0.535		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

四、因應之道

全民健保後，健保局為防制藥價黑洞而對藥價的逐步調降，使得國內藥廠的利潤受到負面的影響，再加之國人對健康的日益重視，都迫使藥廠不得不採取各種因應與調適措施。

問卷調查結果顯示（見表 6-11），一般藥廠目前並未有關廠的打算，大部分業者將轉型至非處方藥、化妝品、健康食品等的市場。而其他調適措施還包括尋求策略聯盟或合併、改變產銷型態、加強產品的研發、通路比重的調整、產品類型的調整、及強化現有作業效率等。

表 6-11：藥廠的因應與調適方式

比較項目	關廠				轉型			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	2.620	1.179	-	-	3.360	0.948	-	-
國資藥廠	2.640	1.131	7.630	0.007*	3.429	0.921	1.250	0.266
外資藥廠	2.500	1.773			2.500	0.926		
中小藥廠	2.580	1.126	3.657	0.059	3.580	0.696	1.752	0.189
大型藥廠	2.290	1.216			3.129	1.088		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

第三節 醫藥分業的衝擊與影響

醫藥分業對製藥產業最大的影響是造成藥局通路的萎縮，表 6-12 的數據顯示國資及外資藥廠都面臨藥局通路的萎縮。

表 6-12：藥局通路的萎縮

比較項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.910	1.026	-	-
國資藥廠	3.970	0.954	1.123	0.292
外資藥廠	3.500	1.309		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

表 6-13 則顯示以藥局為主要通路的中小企業所受的衝擊最大，不過，以藥局為主要通路的小企業所受到的影響也與中小企業沒有太大的差異，而外資方面，所受的影響則不如國資來得嚴重。

表 6-13：國資及外資大型企業、中小企業、小企業藥局市場的萎縮

類型	大型企業		中小企業		小企業	
	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差
國資藥廠	3.840	1.248	3.980	0.874	3.920	0.760
外資藥廠	3.500	1.225	-	-	-	-

註：1. 由於外資大型企業僅有 7 家，故該值僅供參考。

2. 中小企業僅有一家為外資，小企業皆為國資，故此兩類型外資部分沒有數值。

另一方面，國資藥廠在藥局通路營收下降的比重較外資藥廠來得嚴重（見表 6-14）；根據本研究深度訪談所知，這是由於外資藥廠僅有部分著重於 OTC 藥品市場的公司受到影響，但比例不高，因為外資藥廠多著重於處方藥市場；而醫藥分業主要的影響在於產品以 OTC 市場為主的藥廠。

表 6-14：藥廠在藥局通路營收下降情形

項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.840	1.032	-	-
國資藥廠	3.900	1.001	1.604	0.208
外資藥廠	3.380	1.188		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

由以上的統計結果得以證明本研究原先的假設，醫藥分業的結果，造成藥局通路的萎縮，而以專攻藥局市場的中、小型國資廠所受的衝擊最大，但對於非以藥局為主要通路的大型國資及外資廠商並無顯著的影響，因為中、小型國資藥商佔 OTC 市場的比例較高，故較為不利。

表 6-15 顯示，醫藥分業的結果，雖然造成藥局通路的萎縮，但大部分藥廠仍會投注相當心力於藥局通路的經營上，因為預期未來藥局通路仍有不錯的前景，例如：連鎖藥局的崛起、醫藥分業的落實。此外，除了繼續投注相當心力於藥局通路的經營外，大部分的藥廠也會投注心力於 OTC 藥品的發展上。

表 6-15：藥局市場萎縮，藥廠的調適方式

比較項目	投注心力於藥局通路的經營				投注心力於 OTC 藥品的發展			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.370	1.089	-	-	3.520	1.105	-	-
國資藥廠	3.341	1.098	0.131	0.718	3.505	1.109	0.004	0.948
外資藥廠	3.500	0.926			3.500	1.069		
中小藥廠	3.460	0.999	0.185	0.668	3.560	1.074	0.367	0.546
大型藥廠	3.323	1.137			3.387	1.202		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

第四節 WTO 的衝擊與影響

表 6-16 顯示，國資藥廠都不看好我國加入 WTO 後的產業前景；而表 6-17 則顯示，他們都預期加入 WTO 並不會帶來營收及利潤的上升。然而在外資廠方面，不僅看好 WTO 後的產業前景，並且預期 WTO 後他們的利潤將會上升。

表 6-16：WTO 後的預期產業前景

比較項目	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	2.330	0.877	-	-
國資藥廠	2.200	0.734	18.169	0.000 ***
外資藥廠	3.500	1.069		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

表 6-17：預期公司營收與利潤的改變

比較項目	預期營收				預期利潤			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	2.430	0.879	-	-	2.330	0.900	-	-
國資藥廠	2.297	0.767	18.987	0.000 ***	2.242	0.848	5.020	0.027 **
外資藥廠	3.625	0.744			3.000	0.756		
中藥製劑	2.214	0.975	1.373	0.256	2.143	0.949	2.610	0.056
西藥製劑	2.466	0.830			2.313	0.840		
中小藥廠	2.380	0.820	0.002	0.964	2.250	0.837	0.884	0.360
大型藥廠	2.348	0.888			2.188	0.779		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

另一方面，就表 6-18 的問卷統計結果可以看出，一般藥廠都認為加入 WTO 將會給藥品進口商帶來營收及利潤的上升。

表 6-18：預期進口商營收與利潤

比較項目	預期營收				預期利潤			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.670	0.888	-	-	3.450	0.989	-	-
國資藥廠	3.659	0.897	0.022	0.882	3.429	1.002	0.022	0.882
外資藥廠	3.625	0.744			3.500	0.756		
中藥製劑	3.500	1.019	2.610	0.851	3.357	0.929	0.859	0.465
西藥製劑	3.699	0.852			3.446	0.978		
中小藥廠	3.650	0.814	0.203	0.653	3.460	1.038	0.157	0.693
大型藥廠	3.719	0.973			3.406	1.082		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

以上的問卷調查結果都驗證了本研究原先的假設，我國加入 WTO 將使得進口藥品關稅下降，成本降低，增加了國外藥廠的競爭力。同時，加入 WTO 也使得進口藥品的限制減少，國外藥廠競爭力大幅度增加，造成外資藥廠在我國設廠的必要性減低，而選擇關廠。另一方面，進口藥品關稅下降及進口藥品的限制減少都使得進口商受惠最多。

然而，面臨來自全球競爭的壓力，國內藥廠不得不採取對策以避免倒廠的危機。根據調查結果顯示（見表 6-19），大部分的藥廠都會選擇合併，以朝向大型化與集中化發展。此外，由於加入 WTO 使得國際大廠以豐富的研發資源投入新藥及基因工程等相關領域的發展，所開發出來的新產品，將逐漸增加委外生產的比例，使得國內藥廠將有機會以代工模式走向國際舞台。

表 6-19：WTO 後，藥廠的因應與調適方式

比較項目	藥廠合併				代工模式			
	平均值	標準差	F	P	平均值	標準差	F	P
整體藥廠	3.730	0.839	-	-	3.230	0.973	-	-
國資藥廠	3.692	0.852	0.899	0.345	3.154	0.965	3.935	0.050
外資藥廠	4.000	0.535			3.875	0.641		
中藥製劑	3.714	0.726	1.381	0.253	3.286	1.139	1.451	0.233
西藥製劑	3.699	0.852			3.181	0.939		
中小藥廠	3.600	0.934	2.272	0.135	3.120	1.003	0.053	0.459
大型藥廠	4.063	0.512			3.500	0.909		

註：* $P < 0.1$ ，** $P < 0.05$ ，*** $P < 0.001$ (達顯著差異水準)

資料來源：本研究初級資料整理

第七章 結論與建議

國內製藥產業自台灣光復後接收日本留下 10 餘家藥廠開始，歷經近半世紀的蛻變與發展，在健保制度的洗禮及醫藥分業的推行下，如今正面臨轉型期，而在 WTO 的壓力下，也將由原來純粹內需型的產業過渡到必須面對國際競爭的階段。析而言之，目前我國整體製藥業的競爭環境大致如下：

一、優勢

1. 製劑廠實施 GMP 十餘年，廠商製造能力具國際水準。
2. 政府列為全力扶植的新興產業，各項獎勵投資與研發措施不斷吸引業者投入。
3. 政府及法人機構傑出研究人員配合眾多海外優秀華裔專家所構成的人才庫，提供了產業發展最有利的資源。
4. 大中華經濟圈市場廣大，業者因具同文同種優勢，進入障礙遠較其他地區競爭者為低。

二、弱勢

1. 國內絕大多數企業為中小企業規模，不易在講求技術與資本密集的製藥產業中發展。
2. 原料藥廠尚未實施 GMP，業者水準參差不齊，不利整體形象的提升。
3. 產業發展根基尚淺，既無新藥開發能力，業者於產品開發過程中，動輒觸犯外國專利權。
4. 多數業者缺乏產品外銷經驗，國際行銷能力有待提升。

三、機會

1. 國內人口漸驅高齡化，加以全民健保的實施，內銷市場規模逐漸擴大。
2. 各國政府致力削減藥品支出，學名藥（generic drugs）需求增加，有利國內原料藥及欠缺新藥研發能力的製劑業者開拓市場。

四、威脅

1. 我國即將加入世界貿易組織（WTO），國內市場勢必面臨其他國家學名藥品競爭。
2. 政府對外國藥品專利權保護範圍有時失之太寬，加上多數業者對專利權認知不清，導致侵權糾紛時有所聞，妨礙產業正常發展。

歸納目前製藥業界對整體環境的因應與調適方法，可以分成以下數點：

一、國資藥廠的通路減少，健保藥價的逐步調降，使得製藥產業的產值受到負面影響。藥廠面臨此情境的策略選擇不一，有的因應健保後醫療資源集中大型醫療院所趨勢，轉而朝向增加 BA/BE 學名藥的產製比例，以增加醫療院所的銷售額。而部分業者則仍看好 OTC 藥品的成長趨勢，這是因為台灣 OTC 藥品在過去幾年來的市場佔有率呈穩定的成長，雖在全民健保於民國八十四年三月起實施後，市場消耗量略呈遲緩，但基於藥品再分類之實施與我國加入 WTO 後市場障礙之移除，OTC 市場之遠景極其樂觀，造成許多業者紛紛轉型至非處方藥，並利用健康食品來維持業績成長（例如：杏輝）。

二、目前國內製藥業多屬中小型廠商，無法負擔龐大的新藥研發費

用，所以，在三、五年之內，仍不具有新藥開發的能力，因而，國內製藥業大多以生產國外專利已到期學名藥為主，其市場競爭激烈、獲利並不高。若以國際大型特化廠的發展趨勢來看，未來大型化與集中化將是主要的轉型目標，在國際大廠以豐富的研發資源投入新藥及基因等相關領域後，所開發出來的新產品，將逐漸增加委外生產的比例，使得國內製藥業將有機會以代工模式走向國際舞台。

- 三、我國積極爭取加入WTO，未來雖然入關後對於原料零關稅可降低國產藥的生產成本，但進口藥以更便宜的進口成本與國產藥競爭，對國內製藥廠商是個很大的考驗，因此國內製藥廠商除需加強對新藥產品的研發外，亦需積極開拓海外市場，如永信、中化相繼在東南亞、中國大陸及美國等地區設立產銷據點，對於國產製藥廠商而言，未來區域產銷分工的方式將是重要經營策略。
- 四、生技製藥工業為我國積極推動的重點產業，政府正著手修訂相關法令，放寬生技製藥業者上市、上櫃規定，並提供業者取得資金、土地及技術等必要協助。國內許多大企業紛紛積極投入此發展行列，預計未來二、三年內，業者投資金額將達新台幣85.2億元，屆時整體製藥工業年產值估計將可達到新台幣507億元。其中較為重要者如神隆公司27億元的投資案已確定，在台南科學園區建廠生產原料藥，另12億元的台灣藥聯投資案（將生產EPO、G-CSF、人類生長荷爾蒙、人類胰島素等昂貴新藥）已進行募股。而最近公開的東帝士、統一與永豐餘三大企業合組製藥公司案，以及和信企業計劃於未來一、二年內撤資50至100億元以整合國內外上下游製藥業案，更是國內製藥業發展走入大型化的先聲。

參考文獻

1. 台灣區製藥工業同業工會會員名冊，民國 88 年
2. 全民健保之評析與展望，國家衛生研究院，1998
3. 製藥產業調查研究計畫，台灣區製藥工業同業公會，民國 87 年
4. 全民健康保險實施二年評估報告，行政院衛生署，民國 86 年 2 月 26 日
5. 台灣製藥產業，1996／1997，財團法人生物技術開發中心
6. 醫藥相關單位網站：
 - (1) 行政院衛生署—台灣衛生網路 (<http://www.doh.gov.tw>)
 - (2) 中央健康保險局 (<http://www.nhi.gov.tw>)
 - (3) 中華民國醫院協會 (<http://www.hatw.org.tw>)
 - (4) 藥師公會全聯會 (<http://www.nuphara.org.tw>)
 - (5) 台灣區製藥工業同業工會 (<http://www.industry.net.tw>)
 - (6) ITIS 產業資料庫 (<http://itisweb.itri.org.tw>)
 - (7) 中華民國開發性製藥研究協會 (<http://www.irpma.org.tw>)
7. 邱文達，「特約藥局與醫藥分業成效之評估」，行政院衛生署委託研究計畫期末成果報告，1997 年
8. 廖繼洲，「醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」，行政院衛生署委託研究計畫，1996 年
9. 黃文鴻，「我國加入 GATT 對本土製藥工業之影響」，行政院衛生署委託研究計畫，1995 年
10. 黃文鴻，「全民健保醫療機構門診處方釋出情形之探討」，行政院衛生署委託研究計畫，1997 年
11. 古敏怡、蘇雅玲，「醫藥業對藥品製造行銷策略影響之研究」，雲林科技大學企業管理學系畢業專題，1998 年

12. 黃連恕，「我國製藥業行銷及技術策略對其經營績效之影響」，銘傳管理學院管理科學研究所碩士論文，1995 年
13. 陳遠甫，「中美日製藥廠在國內不同市場之行銷策略分析」，國立台灣大學商學研究所碩士論文，1996 年
14. 蘇益仁、張和惠，「起跑線上的台灣製藥產業（上）—夕陽工業或新興工業」，醫望，1994，第二期，頁 54-62
15. 藍素楨，「醫藥分業的過去與未來」，醫藥，第 20 期，頁 83-84
16. 蔡喜雄，「台灣地區製藥工業的回顧與展望」，台灣經濟研究月刊，第 15 卷第 9 期，頁 9-16
17. 張彥，「台灣製藥工業未來發展方向」，台灣經濟研究月刊，第 15 卷第 9 期，頁 21-25
18. 莊正民、趙必孝，「台灣製藥工業國際化策略」，台灣銀行季刊，第 43 卷第 3 期，1992，頁 82-99
19. 陳逸南，「外資藥廠出走理由何在」，自立早報，86 年 6 月 23 日，第 11 版
20. 涂泰森，「台灣製藥工業發展與健保藥價」，自立早報，85 年 8 月 24 日，第 11 版
21. 張錫銘，「製藥業生機蓬勃 頻擴建爭取商機」，工商時報，84 年 12 月 22 日，第 15 版
22. 陳威達、石賢彥、焦均、謝幸燕、李湘雄、林志龍，「台灣如何迎接醫藥分業的來臨」，醫望，第 18 期，頁 41-58，民 86 年
23. 張國芳，「使“慢性病連續處方”成為增加藥局收入的利器」，台北市藥師公會會刊，第 15 卷，第 1 期，頁 14-16，民 86 年
24. 葉春嶽，「健保藥局如何因應醫藥分業」，台北市藥師公會會刊，第 15 卷，第 1 期，頁 11-13，民 86 年
25. 徐鳳麟，「醫藥界攜手共進分業路好走」，台北市藥師公會會刊，第 15 卷，第 1 期，頁 1-3，民 86 年
26. 張倫馨，「他山之石，簡介日本醫藥分業制度」，全民健康保險，第 5 期，頁 2-5，民 86 年

27. 邱全秀、鄭雅璘，「全民健保—全方位解析」，綠杏，第 50 期，頁 14-36，民 85 年
28. 廖金隆，「醫藥分業與消費者」，台北市藥師公會會刊，第 14 卷，第 6 期，頁 4-5，民 85 年
29. 張永源、彭美熒，「實施醫藥分業對我國內醫療環境的影響」，醫院，第 28 卷，第 4 期，頁 5-11，民 84 年
30. 劉宜君，「從加強醫藥分業措施推動全民健保制度談起」，健康教育，第 74 期，頁 14-20，民 84 年
31. 林振順，「重視您看病的權益—醫藥分業」，台灣衛生，第 358 期，頁 20-22，民 87 年
32. 蕭博文，「認識醫藥分業」，台灣衛生，第 357 期，頁 6-11，民 86 年
33. 李玉春，「全民健保支付制度實施現況檢討與改革方向建議」，中國國民黨中央委員會政策研究工作會，政策月刊，第三十五期，1999

____ 您好：

臺灣製藥產業的發展，一向是您關心的重點。近年來有關「全民健保」及「醫藥分業」對台灣製藥產業發展所帶來的影響，如藥廠如何調適？是否調整其組織結構、行銷策略，甚而影響其繼續經營下去之意願等，已經成為醫藥界和政府相關部門所關切的共同議題。

本問卷為行政院衛生署所委託的專案研究之一部分，調查對象為國內所有具 GMP 資格的優良藥廠，目的是希望透過業界普查來瞭解「全民健保」及「醫藥分業」對製藥產業的衝擊與影響，及目前各藥廠的因應調適情形。調查結果將做為日後政策制定時的參考，因此，懇請您在百忙中撥冗賜答，對於您所填答的一切資料，絕對嚴格保密，不作個別公開發表或其他用途，請您安心作答。您的意見非常寶貴，您的回卷將關係未來政策制定時的周延性，請您在 5 月 29 日前填妥寄回，非常感謝您的熱心協助。

敬祝 事業順利 身體健康

研究主持人：國立中山大學企管所 蔡敦浩 教授

共同主持人：國立中正大學企管所 徐聯恩 副教授

研究助理：吳政昌、郭政君

e-mail：bmalah@ccunix.ccu.edu.tw

聯絡電話：05-2428248

傳真：05-2720564

感謝您撥冗作答，若需研究結果，請填寫下列資料：

公司名稱：_____

聯絡人：_____

聯絡電話：_____

公司地址：_____

第一部分：與「醫藥分業」有關的問題，請就您的瞭解，依程度的不同在□打√。

	非常不同意	不同意	沒有意見	同意	非常同意
1. 醫藥分業實施後，整體藥局的市場萎縮。	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫藥分業實施後，本公司在藥局的營收比重下降。	☐	☐	☐	☐	☐
3. 醫藥分業實施後，儘管整體藥局的市場暫時性萎縮，但預期未來藥局通路仍有不錯的前景，所以本公司仍會投注相當心力於藥局通路的經營上。	☐	☐	☐	☐	☐
4. 醫藥分業實施後，儘管整體藥局的市場暫時性萎縮，但預期未來藥局通路仍有不錯的前景，所以本公司仍會投注相當心力於 OTC 的藥品發展上。	☐	☐	☐	☐	☐

第二部分：與「WTO」有關的問題，請針對您的瞭解，依程度的不同在□打√。

	非常不同意	不同意	沒有意見	同意	非常同意
1. 台灣加入 WTO 後，預期台灣製藥產業的前景看好。	☐	☐	☐	☐	☐
2. 台灣加入 WTO 後，預期本公司的營收上升。	☐	☐	☐	☐	☐
3. 台灣加入 WTO 後，預期本公司的利潤上升。	☐	☐	☐	☐	☐
4. 台灣加入 WTO 後，預期進口商的營收上升。	☐	☐	☐	☐	☐
5. 台灣加入 WTO 後，預期進口商的利潤上升。	☐	☐	☐	☐	☐
6. 台灣加入 WTO 後，預期原料藥的供應商越來越多。	☐	☐	☐	☐	☐
7. 台灣加入 WTO 後，預期國外藥廠會來台設立生產據點。	☐	☐	☐	☐	☐
8. 台灣加入 WTO 後，面對來自全球競爭的壓力，國內藥業將有合併的行動，朝向大型化與集中化發展。	☐	☐	☐	☐	☐
9. 台灣加入 WTO 後，國際大廠因積極投入研發新藥及從事基因工程等相關領域，將逐漸增加委外生產的比例，使得國內藥廠將有機會以代工模式走向國際。	☐	☐	☐	☐	☐

第三部分：與「全民健保」有關的問題，請就您的瞭解，依程度的不同在□打√。

	非常不同意	不同意	沒有意見	同意	非常同意
1. 全民健保後，台灣製藥產業的前景看好。	☐	☐	☐	☐	☐
2. 全民健保後，本公司的營收上升。	☐	☐	☐	☐	☐
3. 全民健保後，本公司的利潤上升。	☐	☐	☐	☐	☐
4. 全民健保後，藥品進口商的營收上升。	☐	☐	☐	☐	☐
5. 全民健保後，藥品進口商的利潤上升。	☐	☐	☐	☐	☐

6. 全民健保後，BA/BE 學名藥的市場看好。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
7. 全民健保後，健保局對藥品的核價制度公平合理。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
8. 全民健保後，外資廠在醫學中心及區域醫院的市場佔有率提高。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
9. 全民健保後，國資廠在醫學中心及區域醫院的市場佔有率提高。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. 全民健保後，進口商在醫學中心及區域醫院的市場佔有率提高。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
11. 全民健保後，同業間的價格競爭，越來越激烈。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12. 全民健保後，同業間的變相價格競爭，如藥品價格不變，但買一送多，或買 A 送 B 的情況越來越普遍。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
13. 全民健保實施後，外資藥廠較具價格競爭力。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
14. 全民健保實施後，國資藥廠較具價格競爭力。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
15. 全民健保實施後，進口商較具價格競爭力。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
16. 全民健保後，醫學中心對藥商的價格折扣或服務要求越來越多。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
17. 全民健保後，區域醫院對藥商的價格折扣或服務要求越來越多。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
18. 全民健保後，地區醫院對藥商的價格折扣或服務要求越來越多。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
19. 全民健保後，基層診所對藥商的價格折扣或服務要求越來越多。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
20. 全民健保後，藥局對藥商的價格折扣或服務要求越來越多。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
21. 全民健保後，本公司以強化現有作業效率，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
22. 全民健保後，本公司以產品類型的調整，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
23. 全民健保後，本公司以通路比重的調整，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. 全民健保後，本公司以加強產品的研究發展，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
25. 全民健保後，本公司以改變產銷型態，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
26. 全民健保後，公司以尋求更多的策略聯盟或合併，作為主要因應調適方式。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
27. 全民健保後，藥廠的經營越形困難，本公司有關閉生產工廠的打算。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
28. 全民健保後，藥廠的經營越形困難，本公司有轉型(如生產化粧品、健康食品)的打算。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
29. 全民健保後，藥廠的經營越形困難，本公司有轉業的打算。 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
30. 本公司三年平均的稅前淨利佔總銷售額的比率，從全民健保(民 84 年)實施前的 _____% 升(或降)到全民健保實施後的 _____%。
31. 本公司在醫學中心及區域醫院的銷售比重佔公司營收的比率，從全民健保實施前的 _____% 升(或降)到全民健保實施後的 _____%。
32. 本公司在 BA/BE 產品的比重佔公司營收的比率，從全民健保實施前的 _____% 升(或降)到全民健保實施後的 _____%。

基本資料

1. 貴公司的主要資本來源: ☐ 本國 ☐ 美商 ☐ 日商 ☐ 歐商; 資本額: NT _____ 仟元
2. 民國 87 年營業額約(仟元)? _____ 仟元。目前員工人數? _____ 人。

3. 貴公司目前經營的醫藥市場有（複選）：

- ☐ 醫學中心所佔銷售比例約為：_____%
- ☐ 區域醫院所佔銷售比例約為：_____%
- ☐ 地區醫院所佔銷售比例約為：_____%
- ☐ 基層診所，所佔銷售比例約為：_____%
- ☐ 藥局，所佔銷售比例約為：_____%

4. 最主要產品類型（單選）：

- ☐ 西藥製劑（處方藥_____%；醫師指示用藥及成藥_____%）
- ☐ 中藥製劑 ☐ 原料藥

5. 貴公司目前的銷售方式是：

- ☐ 全部自銷 ☐ 部份自銷部份委託經銷 ☐ 全部委託經銷

6. 貴公司目前本身在市場上的優勢是：

	非常不同意	不同意	無意見	同意	非常同意
公司規模大	☐	☐	☐	☐	☐
品牌形象佳	☐	☐	☐	☐	☐
產品品質好	☐	☐	☐	☐	☐
研發能力強	☐	☐	☐	☐	☐
醫學專業性強	☐	☐	☐	☐	☐
服務完善	☐	☐	☐	☐	☐
價格具競爭力	☐	☐	☐	☐	☐
通路與銷售團隊強	☐	☐	☐	☐	☐
資本雄厚	☐	☐	☐	☐	☐

7. 貴公司藥品在「健保藥價給付標準」上的平均價格是屬於：

- ☐ 前 20%(相對很高價) ☐ 前 21%-40%(相對高價) ☐ 中間價位
- ☐ 後 21%-40%(相對低價) ☐ 後 20%(相對很低價)

8. 貴公司藥品在「非健保給付藥」上的平均價格是屬於：

- ☐ 前 20%(相對很高價) ☐ 前 21%-40%(相對高價) ☐ 中間價位
- ☐ 後 21%-40%(相對低價) ☐ 後 20%(相對很低價)

9. 貴公司在價格優惠上較常採行的三種方式為（請依重要性填入 1、2、3）：

- ☐ 不二價 ☐ 付款期間比較長 ☐ 短期付現的折扣 ☐ 數量的折扣（買越多越便宜）
- ☐ 買 A 產品送 B 產品 ☐ 對主客戶給予特別的價格

10. 貴公司的主要競爭對手在價格優惠上較常採行的三種方式為（請依重要性填入 1、2、3）：

- ☐ 不二價 ☐ 付款期間比較長 ☐ 短期付現的折扣 ☐ 數量的折扣（買越多越便宜）
- ☐ 買 A 產品送 B 產品 ☐ 對主客戶給予特別的價格

本問卷到此全部結束，謝謝您的合作！請您折疊後寄回即可，不必再貼郵票

您好：

本問卷是行政院衛生署「全民健保及醫藥分業對製藥產業的衝擊與影響」專案研究計劃之第二次的問卷寄發。若您在第一次問卷寄發(4/23)時已撥冗填答，請逕將本問卷做廢，毋需再次填答寄回；若您尚未回卷，再次懇請您撥冗作答，以利研究計劃之進行。非常謝謝您的協助。

祝 事業順利
身體健康

研究主持人：國立中山大學企管所 蔡敦浩 教授
共同主持人：國立中正大學企管所 徐聯恩 副教授
研究助理：吳政昌、郭玫君
e-mail：bmalah@ccunix.ccu.edu.tw
聯絡電話：05-2428248
傳真：05-2720564