

國立政治大學商學院經營管理碩士學程企管組商學碩士

碩士論文

罕見疾病用藥衛教護理策略行銷探討：

4C 架構觀點

Nursing Care Education Marketing Strategy Analysis

For Rare Diseases –

From 4C Framework Aspect

指導教授：巫立宇 博士

研究生：王東田 撰

中華民國一〇一年六月十五日

謝 辭

學問的趣味，是怎麼一回事呢？佛典說的：「如人飲水，冷暖自知。」

—梁啟超：學問之趣味

象、犀、珠、玉惟珍之物，有悅於人之耳目，而不適於用。金、石、草、木、絲麻五款六材，有適於用；而用之則弊，取之則竭。悅於人之耳目，而適於用；用之而不弊，取之而不竭；賢不肖之所得，各因其才；仁、智之所見，各隨其分；才分不同，而求無不獲者，惟書乎！

……乃為一言，使來者知昔之君子見書之難，而今之學者，有書而不讀，為可惜也。

—蘇東坡：李氏山房藏書記

大學時代醫學院所受的是醫學思考邏輯，而商學院則是社會學的研究訓練。接受 EMBA 的洗禮，使個人的智識開擴並更上層樓。

感謝恩師巫立宇博士，在論文寫作期間不厭其煩的指導我正確的邏輯思考與研究方法。透過論文的撰寫，讓我得到實務上所無法驗證的寶貴知識。

在從事十多年藥品行銷工作後，能有重拾書本的勇氣讀研究所拿碩士學位，最要感謝的人是內人麗君毫無怨言的支持。

要感謝的人實在太多了，請恕我無法一一將您的大名列出，感謝政大 EMBA 在職專班 96 企管組所有的老師、學長、學姊們，謝謝您們在過去二年的協助與包容，讓我過了兩年很快樂、很充實的學習生活，我才得以完成學業。

最後，謹將本論文獻給目前仍為照護罕見疾病患者的醫護人員與同儕們。

王東田 謹誌於

國立政治大學商學院企管所
中華民國一〇一年六月十五日

論 文 名 稱：罕見疾病用藥衛教護理策略行銷探討：4C 架構觀點

校 院 系：國立政治大學企業管理學系研究所 頁 數：42

畢 業 時 間：100 年 6 月 學 位 別：碩士

研 究 生：王 東 田 指 導 教 授：巫立宇 博士

摘 要

藥品的行銷由於受到衛生署相關法令的嚴格規範，藥商通常只能透過醫師、藥師將產品資訊適時揭露給病患，無法直接訴諸媒體對患者行銷；因此，藥商行銷服務的目標客戶，一般而言僅限於醫師及藥師。

罕見疾病患者為數極少，參與臨床診斷研究的醫師不多，而治療用藥劑量的調整與投予又相當複雜，因此，患者往往需要有額外的衛教護理人員協助，才能提高其對治療藥物的醫囑性及回診率，以確保臨床的治療成效。

本研究以4C架構為方法，從病患的觀點出發，依行銷交換理論的架構，從外顯單位效益成本、資訊搜尋成本、道德危機成本、專屬陷入成本等四大區塊，對罕見疾病用藥衛教護理行銷策略，進行深入的分析與探討。分析結果如下：衛教護理行銷策略可適當縮減銷售團隊的規模，減少人事成本的支出，大幅降低行銷總成本，並提高產品的競爭優勢。透過衛教護理行銷策略可提升產品價值曲線與客戶鏈相結合，提高整體產品總效益，藉以拉高競爭者的進入障礙。衛教護理行銷策略為患者提供個人化的服務，協助患者學習注射藥物、記錄用藥情形、提醒回診日期，讓患者體驗到服務的感動與生命受到尊重的感受，進而對衛教護理系統產生絕對的依賴性，擴大患者的專屬陷入成本，達成差異化策略行銷的目標。

謹以本研究的發現，期能為罕見疾病藥品經營者提供可行的差異化策略建議，強化產品永續經營的競爭優勢。

關鍵字：罕見疾病，衛教護理，4C 策略行銷，產品價值曲線，客戶鏈

Title of Thesis : Nursing Care Education Marketing Strategy Analysis for Rare Diseases – From 4C Framework Aspect

Name of institute : Executive Master of Business Administration,

National Chengchi University

Pages : 42

Graduation Time : June. 2012

Degree Conferred : Master

Student Name : Tung-Tien Wang

Advisor Name : Lei-Yu Wu Ph.D.



Abstract

Marketing of drugs due to the strict regulations of the Department of Health Act, drug manufacturers usually only through physicians, pharmacists product information to timely disclose to patients with or without direct recourse to the media marketing of patients; Therefore, the target customers of the pharmaceutical companies marketing services generally limited to physicians and pharmacists.

Minimal number of rare diseases, and is involved in the clinical diagnosis of physician rarely, coupled with the adjustment of the treatment dose is quite complicated, therefore, patients often need to have additional health education nurses to assist in order to improve their prescription compliance and return consultation rate to ensure the clinical outcome of the treatment.

In this study, the 4C framework for the method, from the viewpoint of patients, nursing care education marketing strategy on rare diseases, in-depth analysis and discussion. The results are as follows: Nursing care education appropriate to reduce the size of the sales force, personnel costs, dramatically further reducing the total cost of marketing and improve the product competitive advantage. This strategy enhances product value curve and the combination with the customer chain, to improve the total effectiveness of the

overall product in order to build up the entry barriers for competitors. To provide personalized service for patients, help them learn to injectable drugs, record prescriptions and remind the date of the return visit, to enable patients to experience the feelings of touched service and to be respected of life, and thus on the nursing care education system is absolutely dependent to increase the patient's specific holdup cost to achieve the goal of the differentiation strategy marketing.

Rise to the findings of this study, of drugs for rare diseases operators to provide viable differentiation strategy recommendations to strengthen the sustainable competitive advantage in the product.

Keywords: Rare Diseases, Nursing Care Education, 4C Strategic Marketing, Value Chain, Customer Chain



目 錄

謝 辭	.....i
摘 要	.....ii
Abstract	.....iii
圖 目 錄	.....viii
表 目 錄	.....ix
第壹章、緒論	.....1
第一節 研究背景及動機.....1	.....1
一、 研究背景.....1	.....1
二、 研究動機.....11	.....11
第二節 研究目的.....12	.....12
第三節 研究範圍對象、限制與流程.....13	.....13
一、 研究範圍與對象.....13	.....13
二、 研究限制.....13	.....13
三、 研究流程.....13	.....13
第貳章、文獻探討	.....15
第一節 策略行銷 4C 理論.....15	.....15
一、 外顯單位效益成本.....15	.....15
二、 資訊搜尋成本.....16	.....16
三、 道德危機成本.....16	.....16
四、 專屬陷入成本.....17	.....17
第參章、製藥產業現況概述.....18	.....18
第一節 製藥產業的特色.....18	.....18
一、 藥品使用權由專業人士主導.....18	.....18
二、 受衛生主管機關嚴格監督與管理.....18	.....18
三、 跨技術領域的結合性工業.....19	.....19
四、 研發耗時長、經費高、風險大.....19	.....19
第二節 罕見疾病用藥的定義與產業環境現況.....19	.....19
一、 罕見疾病用藥的定義.....19	.....19
二、 罕見疾病用藥產業環境現況.....19	.....19
第三節 罕見疾病用藥產業的經營特色.....20	.....20
一、 專業的護理衛教人力的需求.....20	.....20
二、 藥品給付價格不受「藥品價量調查」的影響.....20	.....20
第肆章、個案分析.....21	.....21
第一節 研究方法.....21	.....21
一、 相關文獻分析.....21	.....21
二、 個案分析法.....21	.....21

第二節	A 公司「多發性硬化症」藥品行銷策略簡介.....	23
一、	台灣多發性硬化症疾病的盛行率.....	24
二、	健保給付價是否會受到藥價調查影響.....	24
三、	市場潛力評估.....	25
四、	處方來源的醫療院所.....	25
五、	疾病管理	26
六、	藥物處方流程.....	26
七、	醫師處方藥物時的考量因素.....	26
八、	病患資訊蒐集需求.....	27
九、	競爭者資訊蒐集.....	27
十、	產品市占率分析.....	27
十一、	衛教護理團隊的建置.....	28
第三節	A 公司「多發性硬化症」用藥衛教護理策略行銷分析.....	30
一、	外顯單位效益成本策略分析.....	30
二、	資訊搜尋成本策略分析.....	31
三、	道德危機成本策略分析.....	32
四、	專屬陷入成本策略分析.....	32
第伍章、	結論與建議.....	34
第一節	結論.	34
一、	外顯單位效益成本策略分析.....	34
二、	資訊搜尋成本策略分析.....	36
三、	道德危機成本策略分析.....	37
四、	專屬陷入成本策略分析.....	38
第二節	建議.	39
參考文獻.	.....	40

圖 目 錄

圖 1-1 藥品費用成長分析-依總額別.....	10
圖 1-2 研究流程圖.....	14
圖 4-2-1 Treatment Flow 治療流程	25
圖 4-2-2 Disease Management 疾病管理	26
圖 4-2-3 市占率分析	27
圖 4-2-4 value curve_Ideal 產品價值曲線	28
圖 4-2-5 customer chain 客戶鏈	29



表 目 錄

表 1-1 歷年藥價基準之改革 85-89 年.....	8
表 1-2 健保醫療費用及藥品費用分析表.....	9
表 1-3 93 年健保門診住診藥費分析.....	10
表 4-1-1 經營者之行銷策略問題.....	22
表 4-2-1 多發性硬化症病人數統計.....	25
表 4-2-2 競爭者資訊分析.....	27



第壹章 緒論

第一節 研究背景及動機

一、 研究背景

(一) 健保現行制度

全民健康保險的唯一辦理及管理機構，是行政院衛生署下轄的中央健康保險局（簡稱中央健保局），為一官方機構。此種「公營單一社會保險制」的醫療照顧體系（health care system），則類似加拿大的制度。

台灣實施全民健保時，為了將公保、勞保、農保、軍保的舊有保險體系整合納入全民健保中，故而採取依身份別強制納保的制度。不同身份的加保人不因健康病史問題而有不同保費，而是根據行業身份而有不同納保費率。民眾加保後，以健保卡到醫療院所就醫時即僅須負擔掛號費以及部份負擔費用。而醫療院所則是以量計酬，根據病患病歷就診紀錄向健保局請領醫療給付。

由於 1995 年實施全民健保後，醫療開支大幅增加，遠超過原核定保費所能支應。故而健保局引入健保總額支付制度來控制財務風險。亦即健保局不再全額給付醫療院所的醫療支出費用，而是在事前劃定一個醫療支出費用的總額，由醫療院所各自申請後，若申請總額低於原訂總額則全額給付，若申請總額高於原訂總額，則按比例打折給付。

總額預算支付制度（global budgeting）

總額預算制度係指健康保險相關團體或政府的健保機構（即醫療付費者）預先對醫療服務或醫院（即醫療供給者）之就特定範圍的服務，預先協定（規劃）下年度醫療服務總體支出（預算），並據以提供服務，以達合理控制費用之目的。在資源有限的前提下，總額支付制度透過「協商機制」，有助於使付費者、供給者面對「資源有限」的事實，做最審慎、最佳的選擇，同時解決消費者與供給者利益之衝突。另一方面，透過系統性的規劃，藉預算主導服務提供（budget-driven

delivery)，可充分影響醫療資源之配置，有效改善資源分配不公之問題，使金錢用在刀口上，而降低競相逐量的誘因。

1、 全民健保的優點

(1)直接優點：

- 若國民若身患重病，可以大幅減少家庭及個人財務負擔，尤其是在病患一旦罹患重症癌症，除了少部份自費負擔外大多數醫療費用都有高額的補助。而健保平時也能補貼一般疾病的開支，減輕民眾醫療的負擔。

健保提供福利：

- 健保局公告癌症，先天性疾病...等等疾病為「重大傷病」，合乎規定的被保險人至健保合約醫療院所就醫時，得免繳交部分負擔。
- 健保附有免費健康檢查福利，唯宣傳較少不為一般大眾所知，在 2400 家參與免費健康檢查服務的診所或醫院，40 歲以上每 3 年一次 65 歲以上每年一次可以要求免費健康檢查。檢查內容為身體檢查、健康諮詢、血液檢查、尿液檢查四項。

(2)財務優點：

- 總額給付制把保險不給付的風險轉嫁給醫院，全民健保與商業保險一樣會找理由不給付，但是商業保險是由病患個人承擔保險公司不給付的風險，而全民健保則是由醫院先行承擔，政府不負擔此一風險，而病患則是在醫院無法吸收虧損後才承擔風險。
- 全民健保降低商業保險的需求，而許多商業保險公司會把保費拿來投資土地，造成都會區高地價高房價，形同國民付錢給保險公司炒地皮。全民健保可能可以減輕這樣的狀況。

2、全民健保的財務虧損

從經濟學的觀點來看，民眾因為負擔減輕而有誘因增加醫療需求，醫院因為以量計酬而有誘因增加醫療開支，所以這個保險本身就有傾向過度成長的誘因。而由於保費的調漲又受到非經濟的政治力左右，使得保費的調漲困難，不能迅速

反應醫療開支的增長。這兩個結構性的因素致使全民健保的財務問題始終在難以永續執行的破產邊緣徘徊。

(1)醫療開支過度成長

針對醫療開支過度成長的問題，健保局引入健保總額支付制度來控制財務風險。亦即健保局不再全額給付醫療院所的醫療支出費用，而是在事前劃定一個醫療支出費用的總額，由醫療院所各自申請後，若申請總額低於原訂總額則全額給付，若申請總額高於原訂總額，則按比例打折給付。這個措施延緩了全民健保的破產危機，然而非經濟因素造成的財務問題卻還是無解。

(2)保費結構不良

另外以身份別、納保薪資為基礎的保費結構延續了早年政府照顧勞工、農民、軍公教人員的政策，會產生保費偏低的問題，而以納保薪資為基礎的保費結構，使得以資本利得為主要收入的富人並未負擔較高的保險費用，形成由受薪階級負擔全民健康的不公平現象。為此健保局也規劃了一點五代健保及二代健保，期望能解決財務及公平問題。一點五代健保是延續身份別納保，但是增加以資本利得為基礎的補充健保費，將本來以薪資收入為保費基礎擴大為以個人收入為保費基礎。二代健保則是停止身份別納保的制度，改以家戶收入為保費基礎。這兩種改革方式都是以擴大保費基礎來增加保費收入。

但全民健保保費徵收方案無論是單純修訂費率調漲或是結構性改善的調整方案都難以被國會以及民眾接受。衛生署提出調漲健保費的建議或是健保改革草案，也不容易得到支持。例如前衛生署長李明亮調漲保費費率後辭職，前衛生署長楊志良也在通過二代健保草案後辭職。由此即可看出要推動調漲保費與改善財務結構的困難性。

主張不應調漲保費的理由

- 民眾觀感不佳

由於健保為強制加保，所以保費調整要經過立法院同意。而台灣的薪資水準停滯，立法委員很難支持直接增加選民負擔的議案，所以往往以選舉將屆、民意反彈、遊行抗議等等理由反對健保調整。與之相對的是衛生署自行辦理之民調顯示，台灣有 57% 的民眾贊成合理調整健保費用，以維持健保永續實施。

(3)藥價黑洞與醫院浮報

由於醫院對藥商議價能力高，得以低價進藥，高價向健保申請給付，這中間的價差就是醫院的利潤。又或者醫院可以將小病誇大，領取浮報的給付。由於這

些醫院從健保基金賺取的利潤過高，才會造成健保鉅額虧損。若保費調漲只是讓更多資源透過黑洞流入醫院，並無必要。應該要先實現醫藥分業，並且做到藥價透明化再調漲保費。

為了減輕醫院浮報及藥物的超額利潤，健保局也加強監管機制，推動病歷審核，查核各項醫療支出，拒付非必要醫療行為。但相對的，醫院醫生則認為過嚴的審核使得必要醫療支出也遭拒付，並且迫使醫療院所面對更高的虧損風險，影響醫師與病患的權益。

若從財務方面檢視這個說法，全民健保實施後，台灣各個主要的公立醫學中心長年虧損，若藥價黑洞或是浮報開支確有暴利，則醫學中心應能享有更高額利潤而非虧損。倘若此一主張是要醫院將藥價利潤轉移給健保基金，則等於是要公立醫院以擴大預算來補貼健保虧損，仍然是違背健保財務獨立的精神，也並不合理。

另外針對「藥價黑洞」的批評，藥品採購上獲得的超額利潤，會需要拿來補貼其他方面的虧損。這是因為健保的給付太低，為了保持醫療水準而不得不然。此觀點認為倘若進一步減少藥物給付也只會迫使高價原廠藥物退出台灣市場，而造成醫院使用效果較差的藥物甚至是中國黑心藥物，這樣只會降低醫療品質，在某些情況下還會增加整體醫療成本（因為低價藥物器材的副作用更嚴重，有時因為副作用而增加的支出會更高），反而造成更嚴重的問題。

(4)重複醫療

由於健保的轉診制度、醫院分級制度並未落實，病人往往在多個醫療院所間重複醫療。各醫院病歷與用藥記錄不互通，各醫院為防止誤診，也為了增加醫院的營收，還會對病患重複必要檢查。此外，小病往大醫院集中，也造成大量的醫療浪費。即使保費調漲，病人浪費醫療資源的習慣仍然會把這些資源浪費掉。

健保局為此則是推動電子病歷互通以及針對高診次病人提出輔導的計畫，要避免嚴重的重複醫療是可行的且對醫療體系也有利（強制互通病歷對於防範愛滋病等重大傳染病傳播有實際效益），但財務節省的效果如何、是否能改善健保財務狀況，仍待觀察。

(5)僑民、外人、大陸居民濫用資源

中華民國國民出國停保後，只要回國繳交保費即可復保，這讓有意看病的僑民可享受平時不付保費，要看病時才回台灣享受健保優惠。健保局的分析發現：

全台民眾平均每繳交一元的健保費，可獲得一點一元的醫療費，但這些僑民，平均每交一元保費，卻吃掉一點七元的醫療費[鄭書圖，2002]。對於這個問題，健保局也已經在研擬防弊機制，減少健保權利義務不對等的不公平現象。

全民健保強制納保對象為中華民國籍國民，但是長期居留國內之外籍人士也會面臨醫療需求，所以全民健保容許長期居留之外籍人士以及中國大陸人士加保，其中包括眷屬、學生、有工作的藍領白領勞工。而中國大陸人士不可依據外籍勞工（藍領勞工）的規定來台工作，唯有依據專業人士邀請來台的名義來台。此類專業人士在健保資格分類上屬第六類無僱主，享有與政府補貼失業者同級的低額保費，被認為不適當，也引發反彈[楊志良，2009]。

然則外籍人士、中國大陸人士終究佔投保比例少數，調整其保費至合理程度雖然必要，但此種調整對於避免破產幫助有限。

(6) 地方政府欠費

由於台北市政府為了自身財務理由而欠繳應負擔的保費達 150 億新台幣，所以常有人主張應該先將公法人欠費追討回來，之後再調漲一般民眾保費。然而欠繳保費在財務報表內屬應收帳款，與現金一樣同屬資產。所謂破產是指負債大於資產，所以無論地方政府是否還清欠款，也只是資產科目內互轉，轉成現金有助於健保局週轉、免於倒閉（假如會倒閉的話），但無助於健保基金財務狀況不良、逼近破產的狀況。

(7) 全民健保造成的醫療困境

由於實施全民健保後，醫療院所的收入與健保給付息息相關，也影響了台灣的醫療現況。

• 醫護人員勞動條件惡化

一般而言，醫護人員認為全民健保給付過低，已經減少了護理人員及年輕醫生的實質薪資、造成了醫院的虧損、惡化醫護人員勞動條件，並造成台灣醫療品質下降的後果。醫療人員指出，醫療品質下降的第一個症狀是醫療疏失大增：邱小妹事件、台大醫院誤將愛滋病患器官捐出的真正原因都是省成本省過頭。醫療體系人士也認為省成本省過頭的第二個問題是對窮人傷害很大：現在全民健保雖然創造「即使窮人也能輕易負擔高品質醫療」的台灣奇蹟，但在健保局的低給付水準下，將會使醫院排斥複雜困難病人、鼓勵自費，不利醫療品質及窮人權益。

健保的實施與醫院的配套措施加深了護理工作壓力大、工時長、薪資低的問題；各醫院為了省成本，目前年輕一代的醫師也開始被壓榨（醫師是醫院裡面最晚受到壓榨者，如果連年輕醫師都會被壓榨，可知醫院勞動條件惡劣；況且這些年輕醫師不像前輩一樣在過去獲得超額利潤）。許多具有權威性的統計也顯示，過勞的醫護人員、過少的護士及麻醉師都會造成病患死亡率上升；醫護人員應該避免超時工作，然而某些資深醫生仍有「長期過勞是成為合格醫師的必要訓練」的觀念也是造成年輕醫師過勞的一個因素。而醫院大量使用志工以減低人力成本的現象也很普遍。此問題並未得到應有的重視，而且醫界尚未有大幅增加人力、改良制度以減少超時工作的共識。

另外從整體台灣就業環境著眼，臺灣各行各業都面對勞動條件變差及年輕人低薪化的問題，臺灣年輕醫師面臨的問題，與其他青年相近，甚至可能比較輕微（因為醫生仍是具有吸引力的工作），倒是醫療院所護理人員的高流動率也反應了護理人員勞動條件不佳的現況。所以健保低給付並不會造成醫生素質的下降，造成的主要問題是無法改善因為醫師過勞及人力不足，而造成的醫療品質下降。而從供需的角度來看，醫師的供給名額仍由衛生署嚴格控制總量管制。當供給總量嚴格管制不許成長，醫療需求爆增的條件下，醫師工作量成長是不可避免的。而假使醫師供給總量成長超過總給付成長的水準，則醫師總收入會結構性的下降，徹底打擊醫師的收入水準。而這個基本事實不會因任何不同的健康照護體制而改變，全民健保也不可能找到一個無視產業供需現實的機制來完全解決這個問題。

- **醫療人力分配向小科傾斜**

內科、外科、婦產科、兒科等專科醫生醫療糾紛風險高，但全民健保的給付明顯沒有反應這些專科的風險及負擔，使得這四科難以招收足夠新血及人才，被稱為「四大皆空」。

- **給付制度難題**

由於藥價黑洞的問題難解，健保局有意在部分疾病引論病計酬，也就是診斷關聯群（*diagnosis related group, DRG*）支付制度。因為在現行的制度下藥價黑洞的問題很難以藥價調查的方式去解決，因為只要有各種藥品的支付價格，醫療院所就會去議價，支付藥商低於健保訂價的金額。每當藥價調低，大多數的醫療院所就開始換藥，減少開立藥價差較小的，改開藥價差較大的同性質或作用的藥。倘若一個病治療完成，以一個價格支付；或者論人計酬，則醫療院所就會以最後的經濟效益為考量，通常不一

定最便宜的藥，也就是以最有效且經濟的方式來治療病患，而藥品就內含於較大的支付單位中（是論病或論人），藥價黑洞自然就消失了[楊志良，2011]。但此制度也有缺點，由於同一種疾病的治療難度因人而異，醫療人員批評將會造成：醫院更想拒收較難治療的患者（如高齡者、病情複雜者，雖然說此制度會給予這些病患較高給付）、醫院因病患的給付用盡而提早讓病患出院...等不利病患的後果。

- **轉診無法落實**

合理的醫療體系，必須有一定數量的中小型醫院及診所作為基礎。但是健保局推行轉診制度並不成功，導致病患小病買成藥，大病直接往大醫院跑，反而使得許多中小型醫院及診所無法達到維持營運的經濟規模。

- **自費需求增加**

健保局經常不給付合理醫療支出、嚴格審核造成的給付延遲、及對於最新藥物器材的不給付，使得許多人在重大疾病必須選擇自費醫療（因為重大疾病治療成本高，醫院更不願意承擔健保局不給付的風險），因此健保對於窮人的保護大打折扣。

醫院及病患為了因應健保局給付不足的問題，會採用「補差額享受較佳醫療」、「申請到醫療費用前由病患墊付」等手段。但這些手段也有醫師推銷過度的醫療漏洞，健保局為了防弊，對於一些醫療器材不允許補差額升級（要升級就必須全自費），只是許多前例顯示健保局做出許多不當限制，反而讓高品質醫療的經濟門檻更高；因此健保局已經走向放寬限制。

- **醫生不滿健保制度且將一切醫療問題歸罪於健保制度**

由於台灣社會環境變遷，醫療照護產業面臨了許多問題。醫院醫師普遍將醫療照護產業的所有問題都歸因於健保制度，並且激烈不滿。

- **醫生護士工時長**：因為健保局給付太少，所以工時太長。CNN 報導：台灣護理人員陷入黑暗期[CNN，2012]
- **醫生被患者控告的醫療糾紛增多**：因為健保局讓民眾負擔輕，大科醫師過勞又沒有相應的高薪待遇。
- **醫院被攻擊沒有醫德**：因為健保局給付太少，所以醫院配備不足以照護特殊困難病患。
- **醫療疏失將愛滋病患器官移植至其他病人**：因為健保卡沒有註記愛滋病患而造成疏失、因為健保局省成本省過頭。

(二) 總額預算支付制度的實施對醫療產業的影響

民國84年全民健康保險(健保)的實施，究其本質是政府以公權力，將部分中央預算配置於醫療服務的產業中，大幅滿足民眾對醫療的需求，制度制定原意應是一項全面完善照護的社會福利政策。然而，全民健保實施後，健保費用逐年給付大於收入，尤其近年我國已邁入老年化社會，民眾對醫療照護需求日甚，使得健保局(中央健康保險局)財務收支更無法平衡，而造成嚴重赤字。故而健保局引入健保總額支付制度來控制財務風險。亦即健保局不再全額給付醫療院所的醫療支出費用，而是在事前劃定一個醫療支出費用的總額，由醫療院所各自申請後，若申請總額低於原訂總額則全額給付，若申請總額高於原訂總額，則按比例打折給付

1、藥品價量調查的實施對製藥產業的影響

政府基於永續經營，於是採取了許多開源與節流的方案來因應。但每次在健保局提出開源政策，諸如調高健保費率方針時，皆會受到各種政治勢力的干擾及各界輿論強大反對壓力，而無法一步到位編足給付預算的額度。節流遂成為健保局另一種經營手段，而「藥品價量調查」就是其中一種方式，且是大家公認對藥業最具節流成效的方案，每進行一次「藥品價量調查」，就會全面調降藥價一次。

在社會福利的全民利益背後，政府對醫療服務相關行業的干預也緊接其後。中央健康保險局挾其為醫療產業唯一買家之姿，依據健保法第五十一條，訂定「全民健康保險藥價基準」，以作為藥品支付費用的依據。由於健保給付金額遠超出健保局原先之預估，為實行節流政策，遂依據「全民健康保險藥價基準」總則第三條執行了「藥品價量調查」，每年對藥價進行調降的動作，自民國85年至95年止，累計總共調降了**274**億元(表1-1)。給付藥價的向下調降，也導致藥品公司的利潤降低。因為健保局是唯一買家，所以藥品公司也只能承默默受降價的衝擊。

表 1-1 歷年藥價基準之改革 85-95 年

調整日期	調整項目	調整重點	調整品項	每年節省金額(億元)
85.11.02	藥價	國際比價及學名藥與原廠藥比價	633	6.0
86.12.01	藥價	國際比價及學名藥與原廠藥比價	710	6.5
89.04.01	藥價	藥價調查(r=30%)	8961	5.0
90.04.01	藥價	藥價調查(r=16%)及Grouping	9801	46.0
91.01.01	日劑藥價	日劑藥費事(3天100元→3天75元)		32.0
92.03.01	藥價	藥價調查(r=16%)及Grouping	8162	57.0

93.11.01	藥價	監控方案，方法同92.03.01	27	0.7
94.09.01	藥價	監控方案，方法同92.03.01		
95.01.01	日劑藥價	日劑藥費事(3天100元→3天75元)		
95.11.01	藥價	藥價調查(r=16%)及Grouping	5358	70-90

資料來源：學名藥學會第二次理監事會 96.7.10 及中央健保局 96.3.9 「藥價黑洞」
真相追追追----我國藥品支付制度探討

依據中央健保局統計，台灣在民國83年實施全民健康保險，藥品費用就進入高度成長的時代。民國87年藥品費用722億元，成長幅度12.92%；民國88年藥品費用804億元，成長幅度11.36%；民國89年藥品費用829億元，成長幅度3.11%；民國90年藥品費用847億元，成長幅度2.17%；民國91年藥品費用906億元，成長幅度6.97%；民國92年藥品費用945億元，成長幅度4.30%；民國93年藥品費用1,094億元，成長幅度15.77%；民國94年藥品費用1,121億元，成長幅度2.47%（表1-2）。健保局面對高幅度成長的醫療費用，由民國87年每年支出的2,909億元，逐年擴增至民國94年的4,525.5億元，中央健保局面對逐漸吃緊的財務狀況，積極檢討原因，發現主因在醫療資源的嚴重浪費，如何節省費用的支出，遂成為健保局首要的工作重點之一，除了實施總額支付制度外，不斷的調整支付制度及修改藥價基準，並定期執行藥價調查作業，砍殺藥價。

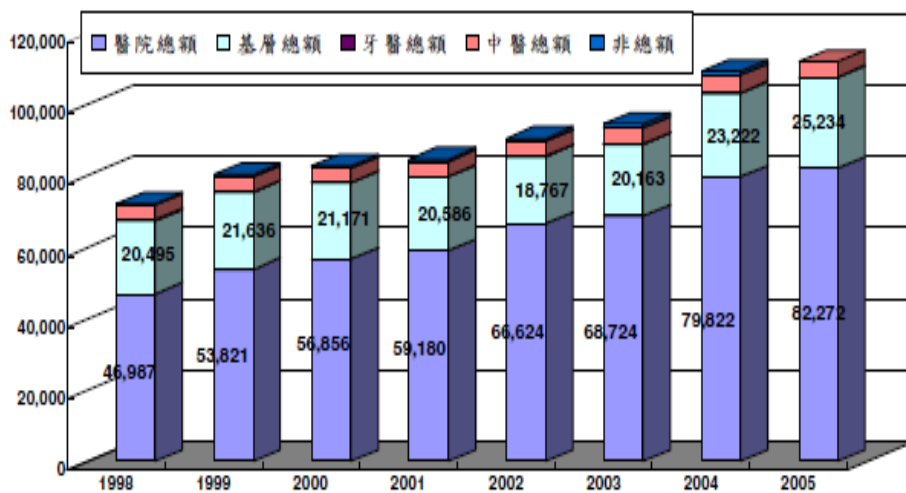
表1-2 健保醫療費用及藥品費用分析表（單位：億元）

項目	87年	88年	89年	90年	91年	92年	93年	94年
醫療費用	2,909	3,166	3,260	3,417	3,709	3,839	4,382	4,525.5
成長率	11.40%	8.80%	2.90%	4.80%	8.50%	3.30%	14.10%	4.80%
藥品費用	722	804	829	847	906	945	1094	1121
成長率	12.90%	11.36%	3.11%	2.17%	6.97%	4.30%	15.77%	2.47%
藥費占率	24.80%	25.40%	25.40%	24.80%	24.40%	24.60%	24.90%	24.88%

資料來源：P公司整理

2、總額制度對各級醫院藥品支出費用的影響

全民健康保險醫療費用支付比例，以民國87至民國94年藥品支出費用，可以看出醫院總額快速擴大，西醫基層總額、牙醫總額及中醫總額，在健保總金額增加不大的狀況下，遭醫院總額擠壓，而其總額相對比例縮減（圖1-1）。



資料來源：全民健保申報資料倉儲資料庫 2006.11.13

圖1-1 藥品費用成長分析-依總額別 (單位：百萬元)

由圖1-1 的分析，可以看出藥品支出費用的主要市場在於醫院總額，再深入分析醫院總額藥品費用的分布，可以觀察到醫學中心用藥金額，佔健保藥費支出比例最高。由民國86年28%，成長到民國93年的35.01%，金額達到383億元，

區域醫院藥品費用申報金額達288億元，地區醫院藥品費用申報金額達144億元。合併醫院藥品費用申報總額達815億元，占民國93年健保藥品支付費用1,094億的74.50% (表1-3)。

表 1-3 93 年健保門診住診藥費分析 (單位：億元)

機 構	門診金額 (億元)	藥費占率 (%)	住院金額 (億元)	藥費占率 (%)	合 計 (億元)	藥費占率 (%)
診 所	279	31.60%	0	0.00%	279	25.50%
地區醫院	113	12.80%	31	14.60%	144	13.16%
區域醫院	213	24.20%	75	35.40%	288	26.33%
醫學中心	277	31.40%	106	50.00%	383	35.01%
合 計	882	100.00%	212	100.00%	1094	100.00%

資料來源: p 公司整理

3、藥價調降對國內製藥產業的衝擊

由於藥費佔整體醫療費用約為24%~25%，健保局歷年來對藥品價格調整的

結果，減緩藥費支出的成長比例，雖然整體藥費支出仍然成長，但此一調降政策，卻對藥廠的營運及發展帶來劇烈的衝擊，間接的也影響政府推動台灣製藥生技發展的時程。

二、 研究動機

經濟海嘯使得世界各國出現經濟危機，這波嚴峻的經濟風暴，讓全球許多企業和機構面臨到嚴酷的挑戰；而當金融風暴波及到國家的醫療財政體系時，相關的醫療機構必然運用不同的策略來因應此經濟困境。Levin [1998] 指出當東西方國家的醫療機構遇上經濟拮据或預算縮減時，進行醫院組織架構重整和醫療人力緊縮則是在經營上常見的應變機制，連台灣也不例外[Su, 2006]。台灣在1995年實施全民健保後，醫療保費逐漸升高並演變成入不敷出，幾年以來，已造成國家財政極大的壓力[張睿詒, 2010]。為降低健保醫療財務赤字和有效控制醫療費用的成長，中央健保局在2002年7月1日起，對於參與全民健康保險的醫療院所，全面推展總額支付制度 [健保局網站, 2008]。然而，數篇研究顯示為了降低醫院成本以因應健保趨勢，台灣的醫療院所已經採取了縮減護理人力的措施[Hsu, 2003]。但一些西方的護理研究提出，因經濟考量而減少臨床照顧護理人力之合理配置，往往會造成病患醫療照顧品質的下降[Blegen, 1998]，並阻礙了護理措施給予的時效性 [Beckmann, 1998]，也可能嚴重影響到病患的就醫安全[Hodge, 2000]。

此外政府基於永續經營，採取了許多開源與節流的方案來因應。中央健保局面對逐漸吃緊的財務狀況，積極檢討原因，發現主因在醫療資源的嚴重浪費，如何節省費用的支出，遂成為首要的工作重點之一，除了實施總額支付制度外，不斷的調整支付制度及修改藥價基準，並定期執行藥價調查作業。由於藥費佔整體醫療費用約24%~25%，健保局歷年來對藥品價格調整的結果，減緩藥費支出的成長比例。節流遂成為健保局另一種經營手段，而「藥品價量調查」是大家公認對藥業最具節流成效的方案。雖然整體藥費支出仍然成長(多由外資藥廠攫取)，但此一調降政策，卻對國資藥廠的營運及發展帶來劇烈的衝擊，間接的也影響政府推動台灣製藥生技發展的時程。

由於罕見疾病治療用藥屬於孤兒藥,孤兒藥 (英語: Orphan drug, 亦稱為罕用藥) 指的是專門用於治癒(cure)或治療(控制, treat)罕見疾病的特效藥物。取自孤兒孤苦無依且乏人重視的概念。由於藥物的開發需要成本,如果藥物的市場

需求太小，除非開出天文數字的售價，正常情況下藥物開發上難以收回成本，經常導致罕見疾病患者無力負擔購買所需藥物的費用。為了鼓勵開發商投入資源開發此類藥物，各國在社會福利方面多有規定該類藥物的開發商可以享有一系列的優惠政策。

中華民國行政院衛生署的罕見疾病及藥物審議委員會負責審批孤兒藥。根據該委員會公告，疾病盛行率萬分之一以下，該疾病可歸屬於罕見疾病，用於診療的藥物即屬於孤兒藥。美國政府規定，美國境內治療病人數少於 20 萬的藥品，或者所得藥費不足以收回研發成本，就有機會申請孤兒藥。

罕見疾病患者為數極少，對藥商而言孤兒藥市場行銷實屬小眾市場(Niche Market)，不具市場規模經濟效益，中央健保局為保障患者用藥之權益，另設獨立藥品總額預算，將孤兒藥排除在歷年來的藥品價格調整之列。藥品利潤雖然得到相對性的保障，但由於不少孤兒藥的使用是經由注射且長期投予的方式來給藥，必須投入相當的衛教護理人力，才能達成治療或控制疾病的目標。

如上所述，目前台灣的醫療院所為了降低營運成本以因應健保趨勢，已經採取了縮減護理人力的措施，為確保罕見疾病患者用藥的安全與品質，並達成藥品行銷之目標，藥商如何認知本身所擁有的資源與能力，配合衛教護理行銷策略，掌握未來的經營走向非常重要。希望歸納衛教護理行銷策略案例的論點研究，透過內省分析的觀點，了解業者本身所擁有的資源與能力，運用於孤兒藥的行銷上，進而能在醫藥產業中具有相對的競爭優勢。

第二節 研究目的

本小節依據上述研究背景及動機，將本研究主要研究目的彙整如下：

- 一、以 4C 架構分析營藥品經營者與罕見疾病患者的交易行為。
- 二、檢視研究對象在選擇經營罕見疾病用藥時之衛教護理行銷策略。
- 三、討論衛教護理行銷策略對罕見疾病患者外顯單位效益、外顯單位成本、資訊搜尋成本、道德危機成本、專屬陷入成本之關係(邱志聖，2006)。
- 四、探討衛教護理行銷策略之跨組織合作的可行性。

第三節 研究範圍對象、限制與流程

一、研究範圍對象

本研究主題為”罕見疾病用藥衛教護理策略行銷”，本質上屬於跨組織(藥商與醫院)的合作研究，探討藥商如何認知本身所擁有的資源與能力，配合衛教護理行銷策略，掌握未來的經營走向，進而能在醫藥產業中具有相對的競爭優勢。

由於罕見疾病類別與治療用藥相當多，無法逐一深入探討；為達到探討主題的深度，乃選定罕見疾病「多發性硬化症」(Multiple Sclerosis，簡稱 MS)治療用藥為本研究的唯一對象。此外藥品如果是經由注射途徑且長期投予的方式來給藥，必須投入相當的衛教護理人力，才能達到治療或控制疾病的成效。基於探討疾病用藥與衛教護理策略行銷的研究目標，進一步限縮研究範圍對象如下：

- (一)行銷多發性硬化症注射用藥之藥商。
- (二)配置有護理衛教人力之藥商。

二、研究限制

本研究採用文獻、個案分析方式進行，然而研究之中發現有以下之限制：

(一)醫藥發展至今已相當成熟的產業，雖然醫藥相關的研究資料相當多，但發表的內容大多為臨床疾病的成因、判別診斷、治療、藥品療效、護理成效與公衛統計。至於正式以藥品行銷策略的研究資料較少，特別是探討衛教護理與藥品策略行銷的相關的研究資料更少。

(二)本研究以單一藥品公司內部行銷與衛教護理資料為來源，雖能做到特有的量化分析但是無法展現其一般化的特性。

三、研究流程

本研究相關流程先確立研究動機、目的，一方面透過相關學者的文獻資料的探討及整理，另一方面透過藥商內部行銷與衛教護理資料的取得，選擇罕見疾病「多發性硬化症」(Multiple Sclerosis，簡稱 MS)治療用藥為本研究的唯一對象；並且以 4C 架構的行銷策略進行探討歸納及分析出相關研究結論及建議。

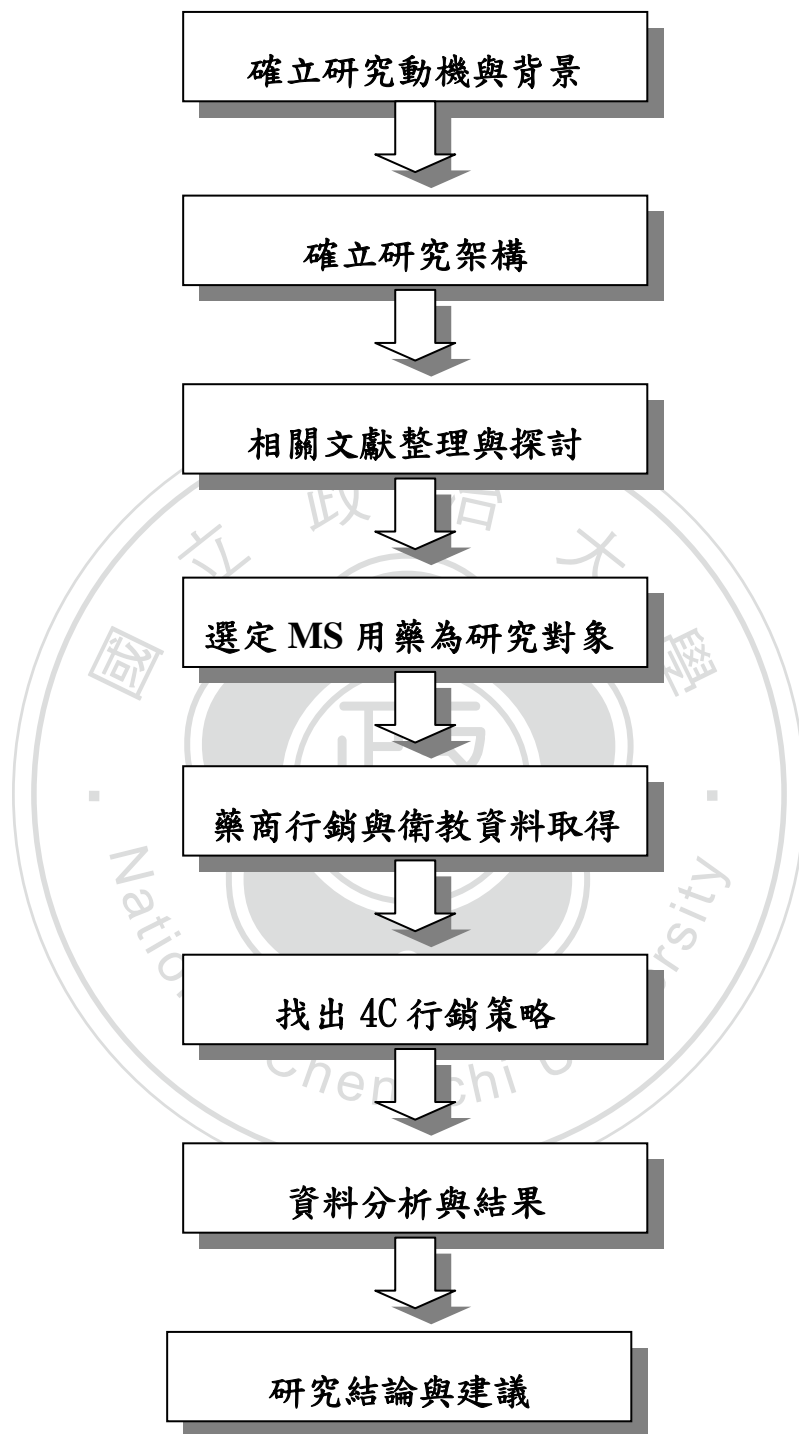


圖 1-2 研究流程圖

第貳章 文獻探討

第一節 策略行銷 4C 理論

根據社會學家布羅的結構交換理論，交換的產生源自於交換雙方期待該交換行為對自己有利。而所謂的有利，就是得到的利益大於需要的付出。因為社會上可以從事交換的對象很多，當一個買者追求某種效益時，他必須付出成本只要利益大於付出的成本，他就會有交換的意願。假設不牽涉其他交易成本的問題，買者應該會選擇成本除以效益最低者，亦即是在付出同樣成本的情況下，交換對象是取得利益最高者。

依據邱志聖(2006)策略行銷 4C 分析的理論架構之中指出，將上述交換雙方所考量的成本分為外顯成本與行銷內隱交換成本兩大類，其中外顯成本是指外顯單位效益成本，而行銷內隱交換成本則是指資訊搜尋成本、道德危機成本與專屬陷入成本。因此由上述所提的四大成本共同組合成最終總成本，並且最終總成本會受到人的因素及環境的因素影響而動態的變化。

一、外顯單位效益成本

所謂的外顯單位效益成本是在撇開產品的品牌與公司因素影響下，買者需付出的總成本除以買者可以從公司的產品所得到的總效益之比。買者所欲從產品得到的效益，應包括「有形效益」與「無形效益」，而買者取得產品的總成本，則指的是買者要「擁有」與「使用」該產品所必須付出的所有成本。因此降低買者的外顯單位效益成本的方向有二個：

· 調整成本結構：

從產品設計、製造、通路、推廣、及服務減少總生產成本。

· 增加產品對買者的效益：

透過行銷分析方法，預估買者所需求的功能特性，帶給買者實質效益。

二、資訊搜尋成本

因為買、賣雙方對於所想要的交換標的物不熟悉，使得雙方必需投入時間與金錢來搜集資訊，以減少交換過程之中的資訊不對稱問題。一般而言，所要搜尋的資訊大致上包括下列幾個方向的資訊：

- 買者必需知道他所要購買的品牌或產品的主要功能、特徵、利益、以及可能用此產品所會產生的各種成本。
- 買者必需瞭解所要購買的品牌或產品與其他主要競爭產品在功能、特徵、利益、以及成本上最主要的差異為何？
- 買者必需瞭解所要購買的品牌或產品所代表的心理的意義或是象徵性的意義為何？心理的意義或是象徵性的意義對買者來講，是正面的加強或是負面的意義？
- 買者必需知道如何去購買這個所要購買的品牌或產品、哪裡買、以及如何採購。
- 買者必需知道其所要購買的產品或是品牌如何使用。

因此當產品資訊的複雜度愈高，則買者所要付出的資訊搜尋成本就會愈高，因此瞭解買者涉入程度是對於買者行為重要的一環。所謂的買者涉入程度指的是買者對於一個產品的發掘、評估、取得、消費與去除等行為的關心程度。若關心程度愈高，則涉入程度愈高；反之關心程度愈低，則涉入程度愈低。涉入程度高低可能影響買者在進行產品的發掘、評估、取得、消費與去除等消費行為的仔細程度。當涉入程度較高時，消費者會仔細評估產品；反之若消費者涉入程度較低時，則消費者較不會仔細評估。

三、道德危機成本

所謂買者道德危機成本，此成本指的是買者害怕產品是否真正能達到廠商在交易前所宣稱的功能與承諾的成本。就算交易之前，買、賣雙方對所要交易的商品或服務都已經十分清楚，但是交易之後賣方是否能夠遵守原先承諾的功能與服務仍然存在著風險成本，尤其是當有突發狀況產生時，賣方有可能會只顧自己的利益，絲毫沒有站在買者的立場來處理原先買賣契約所沒有規範的事情，這就是稱之為買者道德危機的成本。因此道德危機的成本可以分成下列幾個項目：

- 買者是否相信賣方所宣稱的產品功能、特徵及利益。
- 買者是否相信賣方所宣稱的服務、運送、維修的說明。
- 買者是否相信賣方所宣稱的成本或是財務條款。
- 當買者與賣方合作之後，買者擔心自己(公司)的特有的知識與祕密是否會被賣方所獲知，並且進而被洩露。
- 買者認為當一些非預期的事件發生時，會造成有些合約上所沒有寫到的、或是買賣之前的產品說明所沒有說明到的問題產生時，此時賣方是否會以買者的利益為基礎來處理這些突發事件。

四、專屬陷入成本

所謂的專屬資產，是指買、賣雙方因為買賣過程中所產生無形或有形的特有資產，此資產唯有買、賣雙方繼續交易行為時，才會具有價值，當任何一方結束交易行為時，此無形或有形資產的價值便會消失。對於專屬資產的種類基本上分為下列幾種：

- 特有的使用知識的專屬資產—因為使用某個產品，所以漸漸瞭解如何更有效率地來使用這個產品，久而久之，買方就與產品產生了特有的使用知識的專屬資產。
- 實體設備的專屬資產—當買方購買了某個實體設備，而且想再擴充其功能時，就必須要選擇與原先的實體設備在功能上可以相容之產品，如此才能有效、順利地擴充產品功能。
- 忠誠客戶的優惠專屬資產—買者為了增加客戶的忠誠度，往往儘量獎勵一些舊有的使用者，使用愈多，給他們的優惠就愈多。為了有專屬資產效果，累積之優惠必需不可轉移到其他賣方。
- 無形的專屬資產—買、賣雙方可能因為在交換的過程之中，雙方的人員互相了解，因此在溝通上更加地有效率，或是因為人與人之間關係的建立而使得雙方的溝通效率提高許多，此種資產稱之為「無形的專屬資產」。
- 心理層面的認同專屬資產—創造買者對特殊品牌的認同效果，造成買者使用該品牌時，在心理產生特殊品牌意義，此特殊意義無法由其他品牌取代，因而形成買者與品牌之間的心理專屬資產。
- 特有無形社會壓力的專屬資產—建立影響意見領袖或整個群體意見，再透過意見領袖或整個群體意見，來促使每個群體成員必須遵守這個群體規範。

第叁章 製藥產業現況概述

根據藥事法第六條：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衛生主管機關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。

製藥產業是二十世紀崛起的工業，其產品使用於人體上，與人的生命健康息息相關，安全性及有效性至為重要，所以受到各國政府的重視與嚴格管制。其發展也象徵一個國家的開發程度，國民所得愈高的國家，製藥產業益顯發達，如美國、日本及歐洲等國便是典型例子。

第一節 製藥產業的特色

(一)藥品使用權由專業人士主導

在藥品使用方面，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，藥品的使用都必需經由專業的醫師開立處方，再經由藥師調劑與用藥指導後服用，或由醫師、藥師指示使用，藥品的零售也必須經由專業的藥師執業。與一般消費品是由消費者自行決定購買的廠牌、數量、價格，有極大的差異，形成相當特殊的交易結構。

(二)受衛生主管機關嚴格監督與管理

由於藥品直接關係國民健康，為確保藥品品質的有效性及安全性，技術門檻高，並且為了防止濫用，所以在藥品的研發、生產、銷售等過程中，政府主管機關透過查驗、登記等法規及手段，予以嚴密的監控，以保障國人的用藥安全。在生產方面，必需符合「現行藥品優良製造確效作業基準（current Good Manufacturing Practices，簡稱cGMP）」才可製造販售。

(三)跨技術領域的結合性工業

藥物的開發，不論新的藥品或新用途，從構想到臨床上的應用，都必須結合基礎科學（如化學、生理、藥理、病理、醫學）、產品設計(藥品、劑型之設計能力)、產品評估(藥品開發的相關設施，如藥理、毒理、安全性、臨床試驗等能力)，缺一不可。

(四)研發耗時長、經費高、風險大

製藥工業是高度依賴研究發展的工業，平均一個新藥的開發要投下8.02 億美元以上，以及將近10 至15 年的研發時間，與其他產業比較，它的研究開發費用比例與所承擔的風險，可以算是非常高。

第二節 罕見疾病用藥的定義與產業環境現況

(一) 罕見疾病用藥的定義

中華民國行政院衛生署的罕見疾病及藥物審議委員會負責審批孤兒藥。根據該委員會公告，疾病盛行率萬分之一以下，該疾病可歸屬於罕見疾病，用於診療的藥物即屬於孤兒藥。美國政府規定，美國境內治療病人數少於 20 萬的藥品，或者所得藥費不足以收回研發成本，就有機會申請孤兒藥。

(二) 罕見疾病用藥產業環境現況

罕見疾病治療用藥屬於孤兒藥,孤兒藥(英語:Orphan drug,亦稱為罕用藥)指的是專門用於治癒(cure)或治療(控制,treat)罕見疾病的特效藥物。取自孤兒孤苦無依且乏人重視的概念。由於藥物的開發需要成本,如果藥物的市場需求太小,除非開出天文數字的售價,正常情況下藥物開發上難以收回成本,經常導致罕見疾病患者無力負擔購買所需藥物的費用。為了鼓勵開發商投入資源開發此類藥物,各國在社會福利方面多有規定該類藥物的開發商可以享有一系列的優惠政策。

第三節 罕見疾病用藥產業的經營特色

(一) 專業的護理衛教人力的需求

許多罕見疾病用藥是經由注射且長期投予的方式來給藥，必須投入相當專業的衛教護理人力與物力，才能達到治療或控制疾病的目標。因此，現行的醫療體系也僅有醫學中心級的醫院才設有罕見疾病特別門診及護理衛教人力。但自2002年7月1日起，健保局全面推展總額支付制度 [健保局網站，2008]，台灣的醫療院所為了降低成本以因應健保趨勢，已經採取了縮減護理人力的措施 [Yin, 2002]。醫院因為以量計酬而有誘因，大多衛教護理人力配置於一般慢性疾病門診，以追求利潤為目標衝高門診量，因此罕見疾病的衛教護理人力與物力的投入受到相當程度的壓縮，間接也影響到患者用藥的成效與治療品質。

(二) 藥品給付價格不受「藥品價量調查」的影響

罕見疾病患者為數極少，對藥商而言孤兒藥市場行銷實屬小眾市場(Niche Market)，不具市場規模經濟效益，中央健保局為保障患者用藥之權益，另設獨立藥品總額預算，將孤兒藥排除在歷年來的藥品價格調整之列，藥品利潤因此得到相對性的保障。

第肆章 個案分析

在研究分析上，本研究以個案方式進行深度訪談 A 公司產品行銷負責人，並取得 A 公司相關行銷資訊以及其他相關資料進行分析；分析中發現其行銷策略與其他競爭公司不盡相同，本節先以個案介紹訪談 A 公司的行銷策略，於第五章做歸納整理與建議。

第一節 研究方法

本研究採用之方法：相關文獻分析法及個案分析法。

一、相關文獻分析法

由於醫藥產業行銷策略之相關研究文獻不多，探討 4C 策略的更是付之闕如，因此僅對相關文獻分析整理國內全民健保之現行制度、醫療服務品質、藥廠經營環境現況，進而擬出本研究所應聚焦之重點。

二、個案分析法

本研究主要的研究方法採用個案分析法。擬採成功案例分析，期望能從所選擇之成功案例中萃取出其共同之成功行銷策略，因此在成功個案的選擇上就顯得格外重要。而何謂成功經營罕見疾病(多發性硬化症)用藥，在本研究僅以患者臨床醫囑性及門診回診率為依據。

深度訪談(in-depth interview)是經由訪問者與受訪者面對面的言語交談，藉以獲取受訪者對於個案或現象的主觀看法。研究主要是要確認經營罕見疾病(多發性硬化症)用藥之行銷策略，而能提供最直接也最準確的資訊提供者，莫過於實際負責經營該藥品行銷的產品經理。故針對本研究之相關議題設計訪談大綱，直接與產品經理做面對面的深度訪談，此為取得較直接、完整且準確資料的好方法。本研究擬從經營成功罕見疾病(多發性硬化症)用藥個案以深度訪談方式了解其關鍵行銷策略。

以下將以上述藥品行銷的產品經理與患者需求重視屬性為參考，以策略行銷分析專書之觀點為基礎，以外顯單位效益成本(分為外顯單位效益與外顯單位成本)、資訊搜尋成本、道德危機成本、專屬資產陷入成本五部分為分析架構整理出經營者之行銷策略問題：

表 4-1-1 經營者之行銷策略問題

患者與產品經營者交易間 4C 成本問題	患者需求重視的屬性	產品經營者行銷策略問題
外顯單位效益成本		
外顯單位效益		
1.對患者的需求了解要相當清楚。 2.整合產品的銷售。 3.藥品使用後對疾病的改善程度。	1.使用藥品的安全性與副作用。 2.用藥的方便性。 3.用藥後的生活品質是否改善？ 4.用藥是否要付部分差額或全額自費？ 5.是否提供疾病相關的衛教資訊？	1. 是否對患者的習性、需求有相當之了解，其習性、需求又為何？ 2. 一直以來產品經營的核心競爭力為何？ 3. 如何讓患者在眾多的競爭藥品中清楚且具體的了解產品的特色？ 4. 患者用過產品之後是否有具體的回饋，又以哪方面居多？
外顯單位成本		
1.熟悉患者的價值鏈。 2.配銷成本。 3.其他費用控制。	1.藥商的經營管理。	1. 如何在行銷管理上取得優勢？ 2. 目前在經營上最大費用為何，又如何控制？
內隱交換成本		
資訊搜尋成本		
1.清楚的定位。 2.突顯的產品定位。 3.長期一致的定位。 4.善用不同的溝通管道。 5.增加對競爭品間比較的資訊搜集成本。	1.相關藥品資訊是否容易取得？ 2.是否提供詳盡的使用資訊與專人說明的服務？	1. 一向堅持產品的定位為何？有否曾改變？此改變對患者的影響為何？ 2. 透過何種管道讓患者認識藥品，而又以何種效果最好？
道德危機成本		

<ol style="list-style-type: none"> 1.以患者最大利益為考量。 2.不顧一切地維持公司形象。 3.關懷患者。 4.對整體公司的信任而非對特定員工的信任。 5.完整的產品發展藍圖。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.藥商的風評。 2.藥品的產地。 3.藥品的品管。 4.藥品的期限。 5.藥品的保存。 6.藥品的售後服務。 7.公司是否持續研發治療該疾病的相關藥物。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.做了哪些事情，確保患者用藥的安全保障？ 2.有否參加具有公信力之團體、認證機構讓患者降低疑慮？ 3.如何確保患者使用藥品，其所搜尋到的資訊與服務是相符的？ 4.產品發展是否符合患者的期待？
<p>專屬陷入成本</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1.特有的使用知識的專屬資產。 2.特有軟、硬體設備或服務的專屬資產。 3.患者的專屬資產。 4.心理層面認同的專屬資產。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.患者的個人化服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.哪些軟、硬體或服務是具獨特性，別家藥商不易取代或模仿的？ 2.患者是因為何種因素對公司產品產生忠誠度？

第二節 A 公司「多發性硬化症」藥品行銷策略個案簡介

本研究主題為探討衛教護理與藥品行銷策略的關係，基於疾病及藥品種類繁多，為達成深入探討之目的，僅以單一疾病「多發性硬化症」用藥為研究對象來介紹此次參訪的 A 藥品公司，並依其所自述提供的資訊來介紹：

A 公司背景簡介

A 公司總部設立於德國，集團事業經營範疇涉及化工、香品化妝、光電及醫藥產業，由於該公司看好醫療產業的未來發展前景，於 2006 年併購歐洲第一大(全球第四大)製藥生技公司，正式跨足製藥生技領域。被併購的歐洲第一大製藥生技公司以生產利基型市場(Niche Market)的疾病治療藥物為主，目前上市藥物涉及的治療領域有：

- (1)「多發性硬化症」(Multiple Sclerosis，簡稱 MS)
- (2)不孕症
- (3)因生長激素分泌缺乏導致的生長遲緩

其中多發性硬化症治療藥物 2006 年的銷售總額，名列全球暢銷藥物排行榜前 100 大，是目前同一疾病治療藥物的市場領導品牌。近年來隨著電腦科技突飛猛進，醫學檢測儀器的功能性及精準度大幅提升，多發性硬化症患者的診出率因之提高，未來此類治療藥物的銷售成長性可期；但醫藥產品的行銷不同於一般的消費性或工業性產品，因各別患者體質、心理及免疫的狀況不同，同一藥物投予在個體的臨床反應差異性極大。為確保產品銷售持續成功，A 公司對下列幾點進行評估，以做為未來制定產品策略行銷之依據：

1.台灣發多性硬化症疾病的盛行率：

多性硬化症（英文：Multiple Sclerosis）是一種慢性、炎症性、脫髓鞘的中樞神經系統疾病。可引起各種癥狀，包括感覺改變、視覺障礙、肌肉無力、憂鬱、協調與講話困難、嚴重的疲勞、認知障礙、平衡障礙、體熱和疼痛等，嚴重的可以導致活動性障礙和殘疾。產生這種疾病的原因很多，目前公認與人種及基因有著密切的關係。

多發性硬化症肇因於身體產生某種特殊抗體，來攻擊自己的神經組織。神經組織受到損害後，會進行修補。反覆發作之後，在病理切片看來就像一塊一塊的白色疤痕組織，這就是多發性硬化症的命名由來。如同某些自體免疫疾病一般，好發於女性身上。

居住在寒帶區的白人女性，如：丹麥、挪威、英國等地區的女性患者為最常見。這些區域發生率是台灣地區的五十倍。多發性硬化症雖然與基因有關，但據亞洲相關調查統計，家族多發性硬化症在亞洲非常罕見，台灣的疾病盛行率在萬分之一以下。根據行政院衛生署的罕見疾病及藥物審議委員會公告，該疾病屬於罕見疾病，用於診療的藥物即屬於孤兒藥。

2.健保給付價是否會受到藥價調查影響

罕見疾病患者為數極少，對藥商而言孤兒藥市場行銷實屬小眾市場(Niche Market)，不具市場規模經濟效益，中央健保局為保障患者用藥之權益，另設獨立藥品總額預算，將孤兒藥排除在歷年來的藥品價格調整之列。

3.市場潛力評估:

表 4-2-1 多發性硬化症病人數統計

重大傷病證明各月份新申請領證數統計表	
重大傷病種類	101年4月累計有效領證數
21.多發性硬化症	1,104

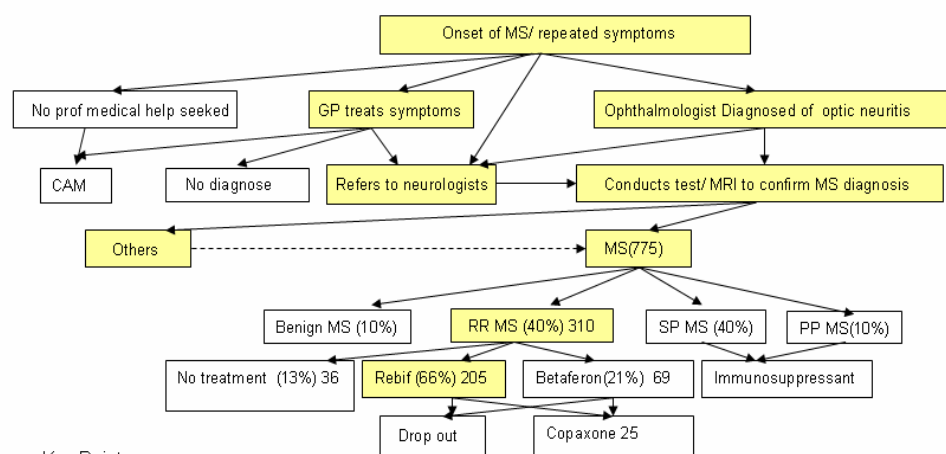
資料來源:全民健保統計資料庫 2011.05.01

臨床研究報告顯示:多發性硬化症約略 40%患者必需接受 A 公司產品或同類藥物的治療,每年每人治療的藥物費用約 45 萬元,根據健保局統計的病人數推估市場總產值可達 2 億新台幣。

4.處方來源的醫療院所

處方多發性硬化症用藥主要依據磁振掃描(MR I)的確診報告,而目前擁有MR I設備的醫院也僅限於醫學中心及區域教學醫院,全台共計 33 家醫療院所。(處方多發性硬化症用藥的來源:見附圖 4-2-1 Treatment Fow 治療流程)

Micro Analysis - Treatment Flow



Key Points:

- Patients presenting 1st clinical symptoms may or may not turn into MS in the future.
- MS in Taiwan presented in Optic Spinal MS(56%) and of Conventional MS(44%)*.
- Neurologists/Radiologists played important role in diagnose of MS. But no neurologist and nurse specialist focused in MS.
- There were 775MS been diagnosed now, only 40% of them were eligible for DMD treatment.
- There would be dropouts and switch due to side effect or lack of efficacy and side effect.
- FN is applied as front line therapy. Copaxone was applied as 2nd line DMD in MS in TAIWAN.

CAM: Complementary and Alternative Medicine

*Multiple Sclerosis, 2006, 12:1-6

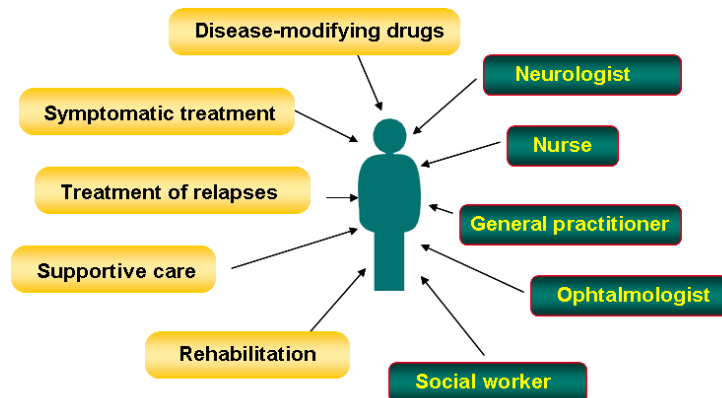
圖 4-2-1 Treatment Fow 治療流程

資料來源: A 公司內部資料

5. 疾病管理

多發性硬化症疾病管理的主要參與者包括:神經內科醫師、眼科醫師、一般開業醫師、護理人員及社工人員。(詳見附圖 4-2-2 Disease Management)

Disease Management - a multidisciplinary approach -



Should ultimately result in an improved quality of life for patients with MS, so that they remain able to perform their daily activities as long as possible

圖 4-2-2 Disease Management

資料來源: A 公司內部資料

圖片說明: 疾病管理的多面向接觸

Disease-modifiing drugs: 疾病調節藥物	Neurologist: 神經內科醫師
Symptomatic treatment: 症狀療法	Nurse: 護理人員
Treatment of relapses: 疾病復發治療	General practitioner: 開業醫師
Supportive care: 支持性照護	Ophtalmologist: 眼科醫師
Rehabilitation: 復健	Social worker: 社工

6. 藥物處方流程

多發性硬化症治療藥物費用相當昂貴，基於慎重及有效管控健保資源，處方必須事先提出申請，經健保局核准通過，方可給予藥物治療。

7. 醫師處方藥物時的考量因素

目前多發性硬化症只有注射劑的治療藥物，患者於診間接受疾病自我護理及藥物注射教育，日後則必須長期居家自行注射藥物。因此，醫師處方時以藥物調劑的方便性與注射器操作的容易度為考量。

8.病患資訊蒐集需求

現行醫療法規嚴禁藥商直接提供藥物資訊予病患，醫藥產業跟其他產業比較起來相對封閉，醫事服務提供者對病患的資訊流通極端不對稱，病患對疾病知識與藥物資訊的取得，主要來源是診間的專業醫護人員，或是民間特有的疾病基金會及病友會。(例如：罕見疾病基金會、多發性硬化症病友會)

9.競爭者資訊蒐集

表 4-2-2 競爭者資訊分析

	A 公司	B 公司	C 公司
MS 藥物是否為主力產品	Yes	No	No
是否提供病患衛教手冊	Yes	Yes	Yes
是否協助藥物事先申請作業	Yes	Yes	Yes
是否參與病友會組織	Yes	Yes	Yes
藥物注射方式	皮下注射	皮下注射	皮下注射
藥物注射頻率	一週 3 次	隔天施打	每天 1 次
注射前藥物是否需事先調配	No	Yes	Yes
是否提供簡易操作的注射器	Yes	No	No
衛教護理人力的配置	3	0	0
銷售人力的配置	6	10	10

資料來源: A 公司內部資料

10.產品市占率分析

根據 A 公司的內部資料顯示，自 2001 年競爭者進入市場後，A 公司產品的市占率出現快速下滑的現象。(詳見附圖 4-2-3 市占分析)

A - Competition; 2000~06, L03B2 market share -

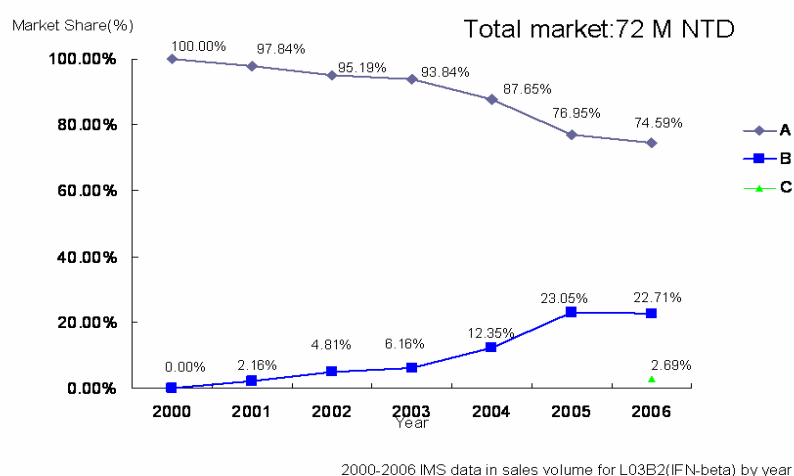


圖 4-2-3 市占率分析

資料來源：IMS database

11. 衛教護理團隊的建置

透過藍海策略分析後，A 公司發現其產品價值曲線(參見附圖 4-2-4 value curve_Ideal)與其他競爭者比對下，對病人的服務支援方面並沒有特別的競爭優勢；在客戶鏈(參見附圖 4-2-5 customer chain)的分析上，A 公司長期忽略了罕見疾病基金會(Rare Disease Fundation)、病友協會(Pt'Association)、醫院護理人員(Hospital Nurses)等外圍組織對病人用藥的影響力。綜合上述分析的結果，A 公司認為採用衛教護理團隊的建置，是提升其產品價值曲線與連結客戶鏈最有效的差異化行銷策略。

產品價值鏈分析

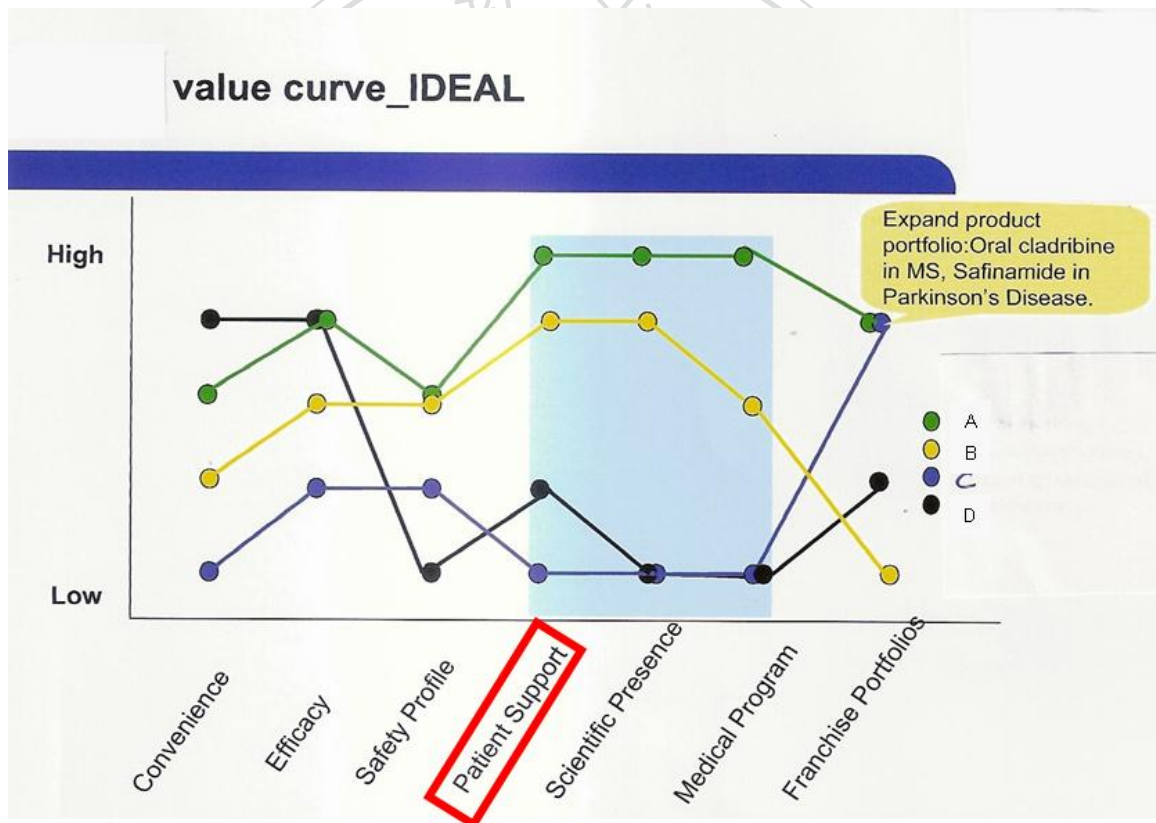


圖 4-2-4 value curve_Ideal

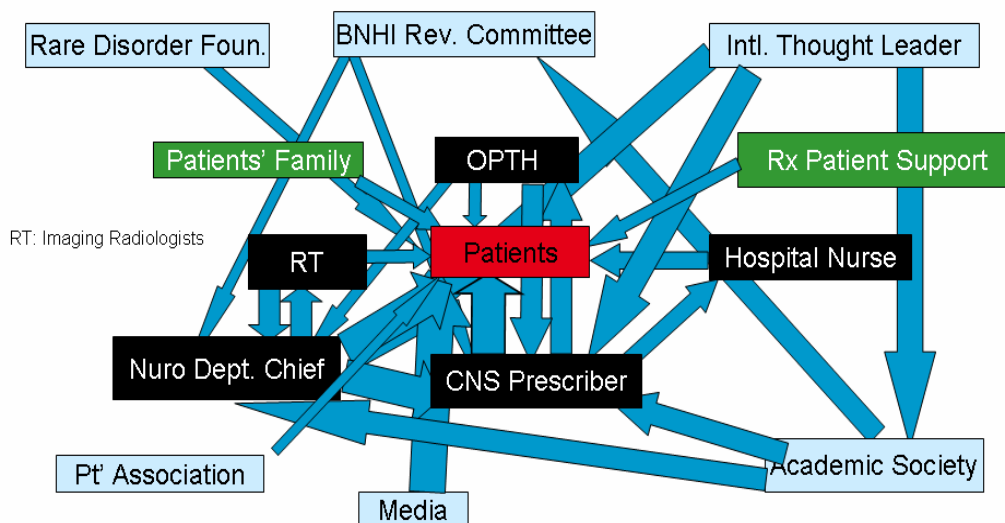
資料來源: A 公司內部資料

圖片說明: 產品價值曲線越高代表產品本身的競爭力越強

Convenience: 授予藥物的方便性	Scientific Presence: 科學研究資料發表
Efficacy: 藥品療效	Medical Program: 臨床醫學研究計畫
Safety Profile: 藥品安全性資料	Franchise Portfolios: 產品組合的多樣性
Patient Support: 對患者的支援	value curve_Ideal: 產品價值曲線

顧客鏈分析

Micro Analysis - Customer chain



Comment:

1. Neurologists are major player in diagnose and treating MS. Radiologists' opinion and technique would influence the accuracy of diagnose. Ophthalmologists are one of the upper stream of patient flow.
2. Patients are interested on development of new drugs, and the adherence to therapy is related the support they gained. So, supporting programs would be an important factor to increase sales.
3. MS as a rare disorder, neurologists are influenced by domestic and international thought leaders.

圖 4-2-5 customer chain

資料來源: A 公司內部資料

圖片說明: 客戶鏈分析

Rare Disorder Foun.: 罕見疾病基金會	BNHI Rev. Committee: 健保審核委員
Intl. Thought Leader: 國際意見領袖	Patients' Family: 病患家屬
OPTH: 眼科醫師	RT: 放射科醫師
Patient: 病患	Media: 媒體
Nuro Dept. Chief: 眼科主任	CNS Prescriber: 神經內科處方醫師
Academic Society: 學術醫學會組織	Rx Patient Support: 對患者的支援
	Hospital Nurses: 醫院護理人員

註解:

1. 神經內科醫師是多發性硬化症疾病診斷與治療的參與者，放射科醫師的觀點跟技術會影響到診斷的準確性。眼科醫師則是疾病診斷流程中較前段的參與者。
2. 病患比較關心的是新藥的研發，而病患對現有治療的黏附程度則和他們獲得到的支援有關，因此對病患的支援計畫是增加藥品銷售的重要因素。
3. 因為多發性硬化症是罕見疾病，神經內科醫師常會受到國內外意見領袖的觀點而影響其診斷與治療的決策。

第三節 A 公司「多發性硬化症」用藥衛教護理策略行銷

由於多發性硬化症發作時，患者會有肌肉僵硬的現象，嚴重的可以導致活動性障礙和殘疾，患者居家自行注射藥物的困難度隨之提高，爾後病情的發展，極容易產生憂鬱症的症狀，因此患者向外尋求專業衛教護理人員的協助需求極高。雖然 A 公司提供特有的自動式注射器，能降低病人因肌肉僵硬時注射藥物的困難度，卻因多了自動式注射器，增加病人學習注射操作的複雜性，為此 A 公司採行強化衛教護理的服務為其主要的差異化行銷策略。本章節援引策略行銷 4C 分析的理論架構，就 A 公司的衛教護理個案，進行策略分析如下：

一、外顯單位效益成本策略分析

邱志聖(2006)將「外顯單位效益成本」定義為買者取得產品或服務所需支付的總成本除以買者從該產品或服務本身所得到的總效益。

$$\text{外顯單位效益成本} = \frac{\text{買者支付產品取得的總成本}}{\text{在沒有品牌與公司形象影響下買者所知覺的總效益}}$$

其中，產品取得總成本包括成交價格、運費、安裝費、服務費、手續費...等，而產品或服務的總效益則可能包括有形或無形的效益。因此，廠商的行銷策略應朝如何降低客戶的「外顯單位效益成本」著手；要達到此目的，不外乎將分子(總成本)降低，或將分母(總效益)提高。從廠商的角度來看，這些降低或提高的作法也呼應波特(1980)的成本化策略、差異化策略，或兩者兼具的集中化策略。將「外顯單位效益成本」分為「降低總成本」與「提高總效益」兩方面分析如下：

(一)降低總成本

人事費用：藥品公司在經營上最大之成本是銷售團隊的人力費用。由於 A 公司經營的產品屬小眾市場(Niche Market)，相較於其他以經營大眾市場(Mass Market)為主的藥品行銷公司，在銷售人力成本的佔比明顯偏高；此外 A 公司免費提供的自動式注射器成本相當高，為減少病人因操作不當而造成的器材耗損，須配置專人負責病人的教育訓練，於是 A 公司縮減銷售團隊的人力，另外成立衛教護理團隊，並藉由委外人力派遣的方式，降低公司人力費用的總成本。

醫藥互惠合作：衛教護理人員與醫院門診定點合作，一方面協助完成藥物事先申請的作業流程，減輕院方護理人力不足的壓力，同時對病人進行衛教護理與藥物注射訓練，亦可降低患者的道德危機成本及增加產品的總效益。

(二)提高總效益

貼心的感覺：藥物以注射方式投予，屬於侵入性的治療，臨床上有一定的風險，對病人而言，通常比口服藥的接受度差。在診間提供衛教護理的專人服務，除了讓患者有貼心的感覺，也可降低其恐懼的心理，提高藥物投予的接受度，同時也間接提升病人的回診率。

獲得醫藥新知：對多發性硬化症病人而言，需要不斷的吸收醫藥新知，對自我病情有正確的了解，才能與疾病做長期的抗戰。由於現行健保制度採總額給付的概念，對患者而言，醫師看診時間相當有限，除必要的診斷說明外，無法詳盡的告知患者疾病發生的原因、演進、藥品的副作用及居家照護的方法；透過衛教護理人員提供衛教手冊並進行說明，可以讓患者對自身疾病有充分的認知、正確的用藥觀念、提高其與疾病長期抗戰的信心與生活的品質。

反應患者的回饋：透過衛教護理人員服務病人，可及時協助其使用注射器時的障礙排除，並記錄患者使用藥品及臨床的副作用，轉知醫護人員，不僅可有效掌控病情的發展，同時相關資訊的彙整，也可提供公司日後藥物研發與注射器設計改良的參考依據。

對生命的尊重：由於業務量負荷過重，醫師問診的時間通常都很少，患者普遍有不受重視的觀感；透過衛教護理人員定期電訪病人，關切其病情，讓病人有生命受到尊重的感覺，有助於醫病關係的改善。

二、資訊搜尋成本策略分析

相較於外顯單位成本較可以量化的明確性，內隱交換成本存在於買者心中的算計衡量，如何藉由內隱交換成本的降低，突破消費者心防而獲取信任，以利進入交易的實體交涉階段，是賣方必須思考的課題。而 4C 架構將內隱交換成本區分為三項成本做進一步研究－資訊搜尋成本、道德危機成本、專屬陷入成本，以下分別討論：

提供衛教手冊：當醫師告知患者罹患多發性硬化症時，通常病患當下的反應是激動而難以接受，加上又是未曾聽聞的罕見疾病，會誘發其主動搜尋與疾病相關資訊的需求；因此，A 公司印製了七種版本的多發性硬化症衛教與藥物注射器操作手冊，放置於醫院的診間，病患於看完診時便能取得，透過衛教護理人員的即時說明與協助，滿足其搜尋疾病相關資訊的需求。

提供注射器操作光碟：多發性硬化症患者通常會有肌肉僵硬的現象，對注射器操作的學習有一定的難度，透過光碟的重複播放，患者可以依據操作步驟的指引，快速達到正確注射藥物的目標。

網路機制運用：A 公司已將多發性硬化症相關的衛教資訊建置於公司的官網，並與罕見疾病基金會、中華民國多發性硬化症協會，多發性硬化症病友會及各醫院多發性硬化症官網進行超連結。患者只要查閱公司提供的衛教手冊，取得公司網址，即可快速搜尋相關網頁資訊。

080 客服專線：A 公司亦設置 080 客服專線，提供患者線上即時服務之需求。

三、道德危機成本策略分析

病患的道德危機成本指的是害怕接受藥物治療後，臨床反應是否完全符合治療前藥商所宣稱的療效與承諾的成本。「資訊不對稱」除了會引發道德危機的風險外，病患也相當擔憂在每次用藥過程中，若有突發狀況產生時，藥商是否會以病患利益為重，適時提供必要的協助，以維護其用藥的安全性。

投保藥害救濟：依照衛生署的規定，A 公司已為所有醫藥產品投保藥害救濟，病患於用藥過程中，若有突發狀況產生，經衛生署查証屬實，即可援引藥害救濟辦法，向藥害救濟基金提出理賠申請，以確保病患自身的權益。

加入具有公信力的團體或是認證機構：A 公司除了持續在國際知名的醫學期刊發表臨床研究報告外，並積極參與醫院的病友會活動，也與罕見疾病基金會、中華民國多發性硬化症協會，多發性硬化症病友協會策略聯盟，定期舉辦醫藥新知及衛教護理講座，適時揭露醫藥資訊，藉此降低病患因「資訊不對稱」所引發的道德危機成本，提高病患對公司的信任度與品牌忠誠度。

教育訓練：A 公司每月定期舉辦衛教護理人員教育訓練，透過不斷的訓練與考核，以病患的回診率與注射器損壞率做為績效獎金的發放依據，藉此提升衛教護理工作的正確性與精準度、降低病患在用藥上的安全疑慮。

四、專屬陷入成本策略分析

消費者專屬陷入成本就是消費者被廠商所「套牢」成本，擔心交易後會形成彼此間特有的、有形或無形專屬資產，而一旦交易關係不存在後，此特有的專屬

資產就因此消失或失去價值，無法移轉至其他買賣關係上，而為保持此種專屬資產只好繼續維持交易關係。邱志聖(2006)指出，此專有資產的價值惟有在買賣雙方交易持續進行時才具有價值，交易前雙方並無專屬陷入成本，交易同時建立專屬陷入成本，交易後專屬陷入成本會陸續上升。若以多發性硬化症患者來說，目前只有三種注射型藥物可供選擇，因此患者被藥商專屬陷入的程度極高。本節將進一步探討藥商如何提升患者專屬陷入的策略：

患者的個人化服務：

由於目前醫院的護理人力短缺，無法為多發性硬化症患者提供足夠的衛教護理教育訓練，A公司衛教護理團隊的配置，目的即是為患者提供個人化的服務，協助患者長期居家自行學習注射藥物的正確性與安全性，記錄其每次的用藥情形，並適時提醒回診日期，讓患者體驗到服務的感動與生命受到尊重的感覺。



第五章 結論與建議

依本論文第四章:「A 公司「多發性硬化症」用藥衛教護理策略行銷」的分析，本章將以 4C 行銷策略的架構，從藥商的作法反應患者的觀點，探討其衛教護理的行銷策略，以增加藥品經營者的運用價值。從而做出總結並提出建議。

第一節 結論

一、外顯單位效益成本策略分析

(一)降低總成本

此次訪談的 A 公司，其日常營運成本支出中，最大的項目為人事費用及注射器的器材耗損。

1.降低人事成本

製藥產業和其他服務業相較，其人事費用佔營運總成本的比重相對偏高，為此，A 公司採用衛教護理委外人力派遣的行銷策略確實大幅降低人事成本：

(1)人員分工，減少銷售人力成本：

藥商所提供的服務，不只是解決病患用藥的問題，亦會提供醫藥新知傳播、舉辦學術研討會、協辦病友會講座、耗材維護等服務，藥品銷售人員不僅需要學習不同的專業知識，同時必需具備產品說明、品牌經營、籌備會議、組織病友會與耗材維護的能力，藥品行銷公司往往需要投入相當龐大的銷售人力，才能達成業務打擊面的廣度。然而，對罕見疾病的患者端而言，患者必須經年累月居家自行注射藥物，其在意的卻是藥商是否隨時有專人服務，為其說明或協助解決注射藥物過程中遇到的所有問題，衛教護理人力的導入不僅能滿足患者的需求，同時因為專業員分工的組織架構，確實可減少銷售人力的配置，也達到大幅降低人事成本的目標。(根據 A 公司的內部資料分析：一位銷售人力的總成本是委外派遣衛教護理人力的 3.5 倍)

(2)員工的穩定性增高，降低人事訓練成本：

衛教護理人力的導入後，人員分工更趨專業，銷售團隊的工作量趨於合理化，除了強化教育訓練的成效外，間接提高了員工的留任率，員工對於所要做的工作事項相對熟稔，工作效率的虛耗相對降低，進而降低人員訓練成本。

2.降低注射器的器材耗損

A 公司與醫療設備製造商策略連盟，為其多發性硬化症藥物生產專屬的自動式注射器，但由於成本極高，健保並不給付，若要患者自費購買，勢必受到患者的抵制，無法達成差異化行銷策略的目的，因此，為病患免費提供自動式注射器是唯一的選項。在此前提下，降低注射器的器材耗損將是 A 公司降低總成本的必要方案。自動式注射器是一設計精密的器材，操作步驟比傳統式注射針筒複雜，一般醫院門診衛教護理人員不太有耐心為患者示範操作流程，為此 A 公司於行銷組織內另外建置衛教護理團隊，配合醫院門診時間，適時為患者提供注射器操作訓練的服務，確時降低了注射器的耗損率，也達成降低總成本的目標。

(二)提高總效益

隨著市場競爭品的日趨增加，藥品經營者必須提供給患者更多的產品效益，才能滿足病患在選擇藥物時的需求。藥商礙於臨床藥物研發時間冗長(成功研發上市新藥的時間:7-10 年，經費約 10 億美金)，新藥品上市很慢，通常無法一一解決病患的每項需求。製藥業者通常以現有產品進行劑型上的改良或與外部廠商策略連盟，藉以提高產品的總效益來滿足病患的需求。A 公司提高產品總效益的策略如下：

1.唯一免費提供病患自動式注射器的藥商：

透過與外部廠商策略連盟，A 公司是所有競爭者中，唯一免費提供自動式注射器給病患的藥商。自動式注射器採用隱藏式針頭的設計，患者注射時不會看見針頭，降低患者於施打藥物時的恐懼感，大大提高其對產品的接受度。A 公司藉此外部策略連盟，生產其他競爭者無法提供的注射器，搭配藥品行銷，除了增加自家產品的外顯效益外，也提高與其他廠商的競爭門檻。

2.貼心的注射器設計：

多發性硬化症患者臨床上有肌肉僵硬的症狀，會導致手部肌肉組織運用靈活度的降低，一般廠商提供的傳統式皮下注射針筒，因針筒直徑過於細小，對病患而言，施打藥物時操作的困難度極高，A 公司所提供的自動式注射器，以患者在肌肉僵硬的情形下，仍能自行注射為前提，研發了手握式自動注射器，大幅降低注射的困難度，從患者的觀點，因操作相對容易，提高其施打藥物的意願與醫囑性。

3.獨有的衛教護理服務：

自動式注射器雖然降低藥物注射時的困難度，但由於設計過度精密，常於操作過程中有機械性故障的情形發生。A 公司特有的衛教護理人力，不但能即時為患者提供注射器故障排除的說明及操作示範服務，同時也提供疾病相關的日常衛教護理新知，從患者的觀點，A 公司的衛教護理服務，讓藥品使用者有份貼心的感覺，從而對公司產生信任感，直接提升產品的外顯效益，間接強化 A 公司的競爭優勢。

4.專業的衛教手冊：

藥物雖然具有臨床療效，但也會有副作用，尤其是患者接受注射型的藥物治療時，產生副作用的臨床反應又快又急，基於用藥安全性的考量，大部份的患者通常是在醫護專業人員的協助下施打藥物，但除非急性發作，否則多發性硬化症患者大多在病情穩定的情況下，在家長期自行注射藥物。A 公司雖有專業衛教護理團隊，但人力資源有其極限，無法為病患提供 24 小時全年無休的專人服務，為保障病患用藥的安全與藥物副作用的正確認知，A 公司與名醫群共同編纂七種不同版本的衛教護理手冊，為多發性硬化症患者提供完整的專業醫藥資訊，從患者的觀點而言，在沒有醫護專業人員的協助下，能在手冊的指導下，安心自行注射藥物是不可忽視的必要條件。此外，透過衛教護理手冊的詳實記載，醫護人員有效掌控患者用藥情形與臨床反應，為臨床藥物劑量調整提供更精確之依據，有利患者自身疾病的控制。

二、資訊搜尋成本策略分析

1.網路：

依衛生署現行法規，藥商從事藥品行銷，相關藥品資訊揭露的對象，僅限於專業醫療從業人員，嚴禁與患者的直接接觸。因此，在訪談 A 公司的個案中，其提供的內部資料顯示，網路的使用已成為藥商行銷的必備工具，是業者散播資訊的主要方式之一，運用的方式以下歸類：

(1)官網的架構：這是每家藥商必備的工具。

(2)網站的連結：

A 公司透過和各大醫院網站的連結，藉由醫藥訊息關鍵字的搜尋，快速連結到其官網，使病患能即時獲得相關疾病的衛教資訊，達到資訊透明公開，保障病患知的權益。

(3)部落格的經營：

A 公司定期邀請各大醫學中心名醫，為其多發性硬化症部落格撰稿，發表最新的臨床治療進展，患者透過部落格的內容，能隨時掌握醫藥發展的現況，增加其持續接受臨床治療的意願。

2.媒體：

依廣電法規定，嚴禁藥商透過媒體揭露藥品資訊，因此，藥商通常藉助公關公司的整合行銷，增加電子平面媒體的露出。

(1)雜誌的報導：

選定吸引特定族群的雜誌(例如：常春藤醫藥雜誌、高爾夫期刊等)，刊登醫藥資訊，增進閱讀大眾對相關疾病的認知(diseases awareness)，藉此提高患者就診科別的準確度，減少病情診斷的延誤。

(2)醫藥光碟的錄製：

經由醫療院所的協助，發送給目標疾病患者，透過光碟生動的視聽畫面，讓患者在家也能輕鬆學習正確的衛教。

(3)報章媒體的露出：

透過公關公司的整合行銷，適時將專家的醫藥講座及病友會活動內容，在報章媒體露出，讓普羅大眾快速取得醫藥新知。

三、道德危機成本策略分析

藥品研發過程相當嚴謹，經過一系列的藥物主成份理化安定性測試、動物毒性試驗(Phase I)、小型人體試驗(Phase II)、大型跨國人體試驗(Phase III)、人種差異性試驗，並且於非原產地國上市前，在該國進行人體臨床試驗，通過相關測試後，還得將原開發藥廠藥物臨床數據的所有書面資料送交衛生主管機關審查，待審核通過方能取得藥品販售許可證。因此，在政府機關層層嚴密的把關下，保障國人用藥的安全，對病患而言，藥物本身所導致的道德危機成本微乎其微。唯獨，近年來因健保財務缺口的日趨惡化，報章媒體競相轉載諸多“藥價黑洞”的不實報導，造成一般大眾對藥商的觀感不佳，民眾對使用藥物的道德危機成本於焉上升。業者若要降低此負面影響，必須十分小心運用下列的策略：

1.網路真實：

公司官網揭露的藥品資訊必須和藥品仿單的內容一致，不得有不當的療效宣傳。

2.參加或與公信力團體、組織合作：

藥商積極參與醫院的病友會、疾病基金會的活動，在定期舉辦醫藥新知或衛教護理講座的場合時，應以贊助者的角色協辦，設定的議題不可單獨涉及公司的產品，以避免有圖利主辦單位之嫌，誘發患者的道德危機成本。

四、專屬陷入成本策略分析

醫師擁有處方藥物的權力，對病人而言，並沒有選擇治療藥品的自由；因此，藥品一般很難對患者產生所謂的專屬陷入成本。當醫師考慮到藥品投予的方便性時，通常都會優先處方口服用藥，而同一疾病的口服型治療藥物，通常種類繁多，且彼此間的替代性相當高，要產生專屬陷入成本更是不易。相較之下，屬於侵入性治療的注射型藥物，因臨床投予時操作難度高，導致患者學習成本提高，一旦熟悉操作流程，將對藥物使用者產生專屬陷入成本。廠藥商為進一步提高其產品的專屬陷入成本可採用下列策略：

1.專屬注射器的獨特性：

注射器的獨特性，如具有唯一搭配藥物使用的專屬性，加上方便患者操作上的貼心設計，可以讓使用者對其產生依賴性，藉此患者便會對其使用的藥品產生專屬陷入成本。(例如：A公司所提供的自動式注射器，設計簡單、尺寸大小適中，方便患者手握；同時隱藏式針頭的貼心設計，大幅降低注射時的疼痛感，提高患者長期施打藥物的意願。)

2.特有的衛教護理服務：

衛教護理人員不僅可以提供患者自我護理的醫藥常識，讓患者對使用藥物時產生的副作用有正確的認知，同時也可指導注射藥物的操作流程，協助注射器機械障礙的排除，並提醒患者確實記錄藥物的劑量與下次就診的時間。透過衛教護理人員專業熱誠的服務，患者會對此特有的加值服務系統產生極大的專屬陷入成本。

第二節建議

根據此次訪談 A 公司的觀察，綜合上述 4C 架構的分析與結論，筆者發現罕見疾病藥品經營者在衛生主管機關嚴格的法規限制及同業間現有的行銷模式下，很難在資訊搜尋成本及道德危機成本的面向找出差異化的行銷策略。茲就外顯單位效益成本及專屬陷入成本二面向的策略分析，提出下列建議，提供藥界先進做為罕見疾病藥品行銷策略調整的參考：

一、外顯單位效益成本策略建議

1.降低總成本

擴大跨組織共用衛教護理人力，適當縮減銷售團隊的規模，可進一步減少人事成本的支出，大幅降低行銷總成本，並提高產品的競爭優勢。

2.提高總效益

透過衛教護理，讓貼心的服務，深烙病患的腦海，以提升產品價值鏈；透過衛教護理，用醫療的專業知識傳播，與客戶價值鏈緊密結合。透過產品價值鏈的提升與客戶價值鏈相結合，提高整體產品總效益，藉以拉高競爭者的進入障礙。

二、專屬陷入成本策略建議

1. 專屬注射器的設計

友善、專屬、操作方便、貼心的注射器設計，可以讓使用者對其產生依賴性，藉此患者便會對其使用的藥品產生特有的專屬陷入成本，進而提高患者對藥品的品牌忠誠度及黏附性(Adherence)。

2.特有的衛教護理服務：

特有的衛教護理為患者提供個人化的服務，協助患者學習注射藥物、記錄用藥情形、提醒回診日期，讓患者體驗到服務的感動與生命受到尊重的感覺，進而對衛教護理系統產生絕對的依賴性，擴大患者的專屬陷入成本，達成差異化策略行銷的目標。

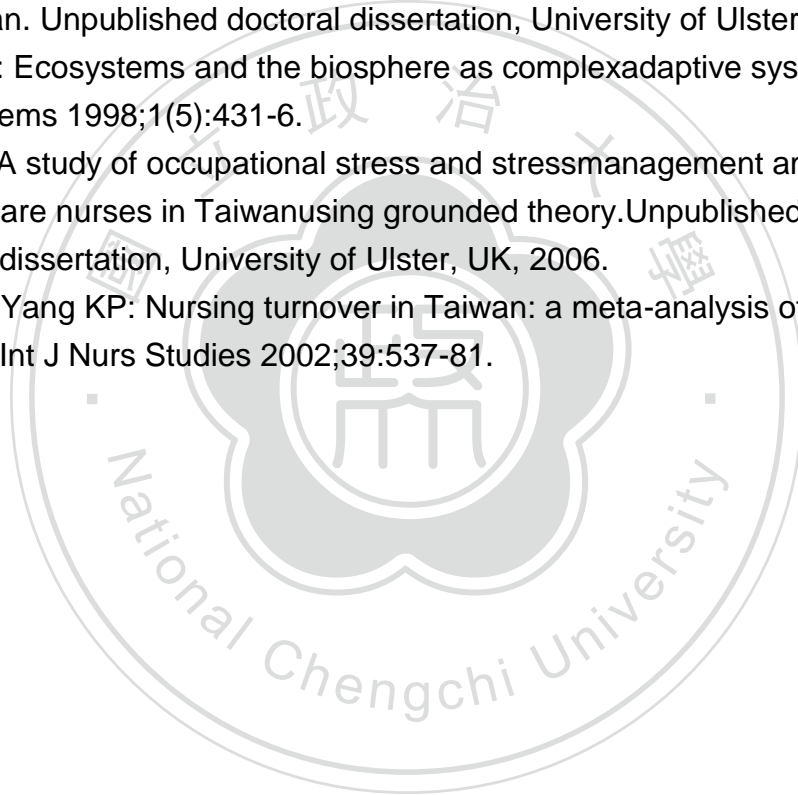
參考文獻

一、中文部分

1. 王寶玲、王人傑、方守基、何建達、柯明朗、邱茂仲：紫牛學行銷，台北：創見文化出版社，2006年。
2. 司徒達賢：策略管理新論-觀念架構與分析方法，台北：智勝文化公司，2001年。
3. 吳思華：策略九說：策略思考的本質，台北：臉譜，2000年。
4. 邱志聖：策略行銷分析：架構與實務應用，台北：智勝文化公司，2001年。
5. 溫金豐：組織理論與管理，台北：學貫行銷公司，2007年。
6. 張睿詒、陳隆鴻、侯穎蕙：醫師團隊相對綜合論述41· Vol. 6 No.2 April 2010 第六卷 第二期 二〇一〇 四月效率評估與效率提升典範分析。管理學報 2002;19(1):41-58。
7. Cebedo, 賴宗成：醫藥行銷：醫藥專業行銷人員必備手冊，台北：商周出版公司，2006年。
8. Kim, Mauborgne：藍海策略：開創無人競爭的全新市場，台北：天下文化書坊，2005年。
9. Kolter, Keller, Ang, Leong：行銷管理亞洲觀點四版，台北：華泰文化公司，2007年。
10. Parry：策略行銷管理：發揮產品優勢、打入利基市場的高效策略，台北：美商麥格理·希爾公司，2002年。
11. Shapiro, Varian：資訊經營法則，台北：時報文化出版公司，2004年。

二、英文部分

1. Blegen M, Goode JC, Reed L: Nurse staffing and patient outcomes. *Nurs Res* 1998;47(1):43-50
2. Beckmann U, Baldwin I, Durie M, et al: Problems associated with nursing staff shortage: An analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study(AIMS-ICU). *Anaesth Intensive Care* 1998;26(4):396-400.
3. CNN: The dark moment of nurses in Taiwan (By jkljkl999 | Posted April 14, 2012 | Taipei)
4. Hodge D: Nurse fight for patient safety. *Tennessee Nurse* 2000;63(2):14-5.
5. Hsu MY: A mixed methods study of hospital nurses' quality of working life in Taiwan. Unpublished doctoral dissertation, University of Ulster, UK, 2003.
6. Levin S: Ecosystems and the biosphere as complex adaptive systems. *Ecosystems* 1998;1(5):431-6.
7. Su SF: A study of occupational stress and stress management among critical care nurses in Taiwan using grounded theory. Unpublished doctoral dissertation, University of Ulster, UK, 2006.
8. Yin JC, Yang KP: Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *Int J Nurs Studies* 2002;39:537-81.



三、其他

1. 84~93年台灣西藥製劑市場供需概況資料來源：生技中心IT IS 計畫整理
2. 84-93年台灣地區藥品市場資料來源：（寰宇國際醫藥公司, IMS TAIWAN）
3. 中央健康保險局：(DRGs) 政策停看聽。健保局網站2008.8.11。Available http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=2048
4. 中央健康保險局，「健保藥品給付製度政策研議會議」報告事項：健保藥費與藥價議題，94年8月15日
5. 中央健康保險局，健保醫療費用及藥品費用分析表資料
6. 全民健康保險申報資料倉儲系統，93年健保藥費-機構別與來源別分析資料
7. 陳尚斌組長，全民健保險藥價基準研修方向說明，健保局醫審小組藥品管理組，94年3月9日
8. 健保局歷次對藥價調降金額來源：中央健保局96.3.9「藥價黑洞」真相追追追--我國藥品支付制度探討
9. 曾義青理事長，學名藥學會第二次理監事會，96.7.10
10. 藥品費用成長分析-依總額別資料來源：全民健保申報資料倉儲資料庫，2006.11.13
11. 楊志良：衛署推動修法／外國人納健保，自由時報，98.12.19
12. 楊志良：全民健保的迷思，科學人雜誌，100，10月刊
13. 鄭書圖：健保問題面面觀，p72，2002.
14. 台灣雅虎奇摩：台灣護理人員的平均執業年數僅7年，醫學中心新進護理人員離職率超過22.5%，地區醫院甚至接近29%
(<http://tw.myblog.yahoo.com/jw!ikBOhi6YERkzAfKDFtLkN1Xs/article?mid=256>)
15. 自由時報：婦產科少新血...10年後恐無人接生，99.9.25
16. 自由時報：急著開刀，健保給付審查要3週，100.8.22
17. 自由時報：這個教案不只SOP問題，100.08.22
18. 自由時報：保護愛滋病人的隱私，更應保護其他人的安全，100.8.30
19. 蘋論：年輕醫生收入少沒尊嚴，蘋果日報，99.10.2
20. NOWnews：全台67萬人健保鎖卡，99.11.10