

第 4 章

製薬産業

村山 真弓

要約：バングラデシュの医薬品市場は、1980 年代初頭までは少数の多国籍企業が支配していたが、現在では国内市場シェアの 9 割を地場資本が占め、またほぼ自給を達成している。地場製薬企業の目覚ましい成長は、輸入及び外資企業への規制による地場資本保護、医薬品規制の緩い国内市場、国際的な知的財産権保護協定からの免除等の条件のもとで達成されてきた。

キーワード：バングラデシュ 製薬産業 TRIPS 協定 地場資本、多国籍企業、医薬品政策

はじめに

製薬産業といえば、世界的には欧米・日本を中心とする先進国企業が新薬開発において圧倒的な優位性を誇り、他方ジェネリック医薬品(後発医薬品)市場を中心に中国、インドの製薬企業が先進国市場を含め市場シェアを伸ばしているという産業である。その中で後発開発途上国(Least Developed Country: LDC)の一員であるバングラデシュの製薬産業は、きわめて活発な地場企業によって医薬品の自給に近づいているというユニークな事例といってい

いだろう。現在、国内需要の 97%は約 200 の国内企業によって供給されている。その国内企業の殆どがバングラデシュの地場資本企業である。地場企業による国内市場シェアは約 9 割に達し、バングラデシュ国内で生産している多国籍企業のシェアは 1 割にとどまる。一方、医薬品輸出は生産全体の 5%程とまだ少ないものの増加傾向にある。このような製薬産業の発展は、輸入及び外資企業への規制による地場資本保護、医薬品規制の緩い国内市場、国際的な知的財産権保護協定からの免除等の条件のもとで達成されてきた。

国内経済上の位置づけにおいては、バングラデシュの製薬産業は、GDPの約 1%、製造

業の部門別GDP比では衣類(27.8%)、食品(9.0%)に次いで 3 位(5.5%)のシェアを占める主要産業である¹。このセクターで働く労働人口は 2005 年現在約 6 万 8000 人で、そのうち生産労働者約 3 万 1000 人(女性が約 10%)に対して、管理・販売に従事する労働者が約 3 万 3000 人(同 1%)と、ホワイトカラー労働者のシェアが高い(BBS 2010)。

第 1 節 製薬産業の発展と政策

1. 独立前史

1947 年のインド・パキスタン分離独立以前、英国の植民地時代のインドでは、カルカッタ(現コルカタ)が製薬産業の中心だった。Bengal Chemical and Pharmaceutical Works と Bengal Immunity の 2 社で、ほぼ全英領インドの需要を賄っていた²。当時の製品は主として血清とワクチンタイプのものであった。現在のバングラデシュ、当時の東ベンガル地域の製薬産業は、パブナ県の Eastern Drug Company(後の EDRUC)³とクシティア県にあったもう 1 社(主にチンキ剤とアルコールを製造)のみだった。

分離独立後、東パキスタンで設立された最初の製薬企業は、ボグラ県の East Bengal Chemical Works である。同社は上記カルカッタの Bengal Immunity の元従業員が興した企業である。1953 年以降には、Glaxo を初めとする製薬多国籍企業がパキスタンに投資を始め、首都カラチ(西パキスタン)に工場を設立した。

1959 年に誕生した Pharma Pak (後に Pharma Desh)Laboratories Ltd.は、最新の技術を導入した東パキスタンにおける最初の近代的製薬工場である。創業者の Dr. A.M.M.Khan は英国で薬学の博士号を取得し、英国のいくつかの製薬工場および Glaxo(Pakistan) Ltd で働いた経験を有していた。Dr. Khan は、Albert David、Square、EDRUC、National Laboratories Ltd. 等他の地場企業の近代化も支援した。なお現在、バングラデシュ最大の製薬企業 Square Pharmaceuticals は、1958 年パブナ県で誕生した⁴。

東パキスタンにおける最初の製薬多国籍企業は、1961 年に設立された Pakistan Pharmaceutical Industries (後に BPU さらに Rhone Poulenc(BD) Ltd.)である。同社は東パキスタンの工業化を進めた公的機関である東パキスタン工業開発公社(EPIDC)と英国

¹ 2010/11 年度暫定値(BBS 2012)。

² 独立前史に関する記述は Masum[1992]に多くを負っている。

³ EDRUC c Ltd.は 1948 年に誕生。ダカとチタゴンに支社を置き、1970-71 年度には労働者 135 人を雇用し、約 96 品目を生産していた。同社はバングラデシュの代表的製薬企業の 1 つとみなされていた(GOB 1978, 145, 152)。

⁴ 1970/71 年度の Square Pharmaceuticals の雇用労働者数は約 100 人(GOB 1978, 152)。

のMay & Bakerの合併企業である。1960年代は、東パキスタン工業化の黎明期であるが、当時の主力産業となったジュート、綿繊維工業に限らず製薬部門でもEPIDCが重要な役割を果たしていたわけである。ただし、ジュート、綿繊維工業においてはベンガル人企業家の育成が図られたのに対して、製薬部門における政府のパートナーは外資であった⁵。1960年代には、他にも6つの多国籍企業が東パキスタンに投資を行った。英国系のFISONS Bangladesh Ltd.、ICI(BD) Manufacturing Ltd.、Glaxo (BD) Ltd.、米国系のSquibb (BD)Ltd.、Pfizer Laboratories (BD) Ltd.、そしてオランダ系のOrganon (Bangladesh)Ltd.である。

2. 独立直後の状況

1960年代に多国籍企業の参入があったとはいえ、1971年の独立前夜には、西パキスタンに立地する多国籍企業がバングラデシュの国内市場の75%を支配していた⁶。その後パキスタンからの供給が途絶えたことにより、バングラデシュ国内に生産拠点を持つ多国籍企業が国内市場を支配するようになった⁷。医薬品市場は売り手市場となり、これらの企業は高い収益を上げた。他方、一定以上の品質の製品を生産している地場製薬企業はわずかだった(GOB 1973, 202)。主要製薬企業が加盟するBangladesh Association of Pharmaceutical Industries (BAPI: バングラデシュ医薬品工業協会⁸)は独立の翌年、1972年に33企業の加盟で誕生した⁹。

一方、独立後の国民の健康状態は、人口の半分以上が蛋白質不足、人口の3分の1が寄生虫感染や栄養不足による貧血症に罹患しているなど、きわめて厳しい状況にあった(GOB 1973, 498)。最初の5カ年計画(1973-1978年)は、独立直後の製薬産業の状況について、「多くの製造業者は単に輸入医薬品のボトル詰めに従事し、外国企業の販売業者と化している、また品質管理が不十分で模造品が大量に出回っている」と分析し、必須医薬品の自給達成と品質管理の強化が目標とされた(GOB 1973, 526)。

1970年代半ばから、時代遅れとなった1940年医薬品法(The Drug Act)に代わる新たな医薬品政策の必要性が叫ばれるようになった。実際に新しい医薬品政策および同政策に基づく法律が制定されるのは1982年であるが、同政策制定に大きな役割を果たしたDr. Zafrullah Chowdhuryによれば、1970年代は第三世界の政府が国民の生活改善のた

⁵ EPIDCの役割とベンガル民族企業の成長については村山[1997]を参照。

⁶ Bangladesh Tariff Commission paper。

⁷ Metropolitan Chamber of Commerce and Industry, Dhaka (MCCI)によれば、1971年の独立後、全多国籍企業は一旦国有化されたが、1972年の行政令により返還され、大多数の多国籍企業は、1972～74年頃にバングラデシュ会社法に則って改めて法人化された。

⁸ ベンガル語名は Bangladesh Aushad Shilpa Samity。

⁹ BAPIのパンフレット“Bangladesh Pharmaceutical Sector”より。

めに大胆な政策を取り、その能力への信頼性を醸成するといった出来事が起きた時代であった¹⁰。先進国の多国籍企業が支配していた製薬産業に関しても、同様な傾向が見られた。例えば、1970年のインド特許法は医薬品について、製造方法に関する特許(製法特許)のみを認め、新薬に含まれる新規化合物に対する特許(物質特許)は認めなかった。その結果、先進国のオリジナル医薬品を模倣し競合するインド企業が成長する道が拓かれた¹¹。インドの支援で独立を果たしたバングラデシュにおいても、当時はインド型の社会主義的経済体制樹立が志向された。医薬品の確保にあたっては、政府がヨーロッパの社会主義圏から安いジェネリック医薬品を、主としてバーター取引で集中的に輸入するといった手立てが講じられた。それに対しては、欧米の多国籍医薬品メーカーやその輸入業者から、東欧の医薬品の品質は劣っているといったキャンペーンが展開された(Chowdhury 1996, 46-48)。

3. 国家医薬品政策(1982年)

1982年に出された国家医薬品政策(National Drug Policy: NDP-1982)と、その指針に基づき同年制定された医薬品(統制)令(Drug (Control) Ordinance) は、地場の製薬企業の成長に対して決定的な影響を及ぼした。これらの政策と法律を制定したのは、1982年3月に誕生してまもない時期の M.H.エルシャドが率いる軍事政権である。

1982年4月に設置されたNDP策定のための専門家委員会報告書によれば、1981年当時の医薬品をめぐる状況は次の通りであった(GOB 1986)。

- 医薬品支出は全体で15億タカ(当時約7500万ドル)だが、その3分の1近くは不要で役に立たない医薬品(例えば、ビタミン混合薬、強壮剤、アルカリ化薬、腹痛止めシロップなど)。
- 以前政府が必須医薬品¹²と定めた182種類の医薬品のうち国内で生産されているのは90種類未満。
- 国内に166の登録製薬企業が存在するが、国内生産は多国籍企業8社が国内生産の75%を占める。中規模の地場企業25社が15%、残り10%は単純な液剤を製造する小規模企業133社が占めている。
- 全製薬企業は、原薬を輸入し製剤のみを行っている。原薬の輸入は年6億タカ(3000

¹⁰ Chowdhury が挙げているのは1973年のOPEC結成、1974年のインドの核実験、1976年のベトナム戦争でのアメリカの敗北といった出来事である(Chowdhury 1996, 26)。

¹¹ インドの医薬品産業の概要については、久保[2006]、を参照。

¹² 世界保健機構(WHO)によれば必須医薬品(essential drugs)とは、大多数の人々が健康を保つために必要不可欠で、決して不足することなく、必要とする人々にとって適切な投与形態で、誰もがアクセスできる値段で提供される医薬品。1978年のアルマ・アタ宣言においてプライマリーヘルスケア戦略の1つに盛り込まれた。

万ドル)に上る。

- 多国籍企業は、高質の必須医薬品、基礎的原薬を作る技術とノウハウを持っているにもかかわらず、不要な製品を含む単純な製剤に専ら従事している。
- 国内に 166 社存在するにもかかわらず、年に 2.5～3 億タカの最終医薬品を輸入しなければならない。
- 医薬品の最大小売価格(maximum retail price: MRP)は保健省でなく商業省が定めており、また小売レベルで MRP を強制実行させる政府機関がなく、市場価格の変動が大きい。さらに原薬や包装材料に対する価格統制がない。
- 全国におよそ 1 万 4000 の医薬品小売店、1200 の卸売店が存在する。
- 公的部門による医薬品消費は 10%、残り 90%は民間部門が消費している。

このような現状認識に基づき、専門家委員会は全登録、ライセンス医薬品を評価する指針として 16 のガイドラインを作成した。そのうち4つは国内製薬産業保護が目的(12.国内で生産されている同じ、あるいは近い代替品が存在する場合には、その供給が不十分な場合を除き輸入を認めない、13. 国内で生産されている原薬の輸入は、供給が十分でない場合以外は認めない、15. 同じ、あるいは類似の医薬品が国内で生産されている場合には、外国ブランド医薬品の国内でのライセンス生産を認めない、16.国内に工場を所有しない多国籍企業の委託製造を認めない)であった。また、指針の 14 は、多国籍企業の役割について、制酸薬および経口ビタミンの製造を地場企業に限定し、多国籍企業はより製造が難しい製品生産に振り向けるとした。指針 14 を盛り込んだ背景には、後述するが政治経済的な配慮があったと言われる(Chowdhury 1996, 53)。

専門家委員会の提言はそのまま政府によって採用され、NDP-1982 として発表された。その目的は、以下の通りである。

1. 必須医薬品の質と量を確保する行政的、法的なサポートを提供する。
2. 医薬品の価格を引き下げ、最も競争的な価格での原料購入を確保する。
3. 不要で、必須でない、有害な医薬品を市場から駆逐する。
4. 最終医薬品、原薬、包装材の国内生産を推進する。
5. 医薬品の統制と供給システムに関する政府の関連部局間の調整を確保する。
6. 医薬品の無駄な乱用を防ぎ、適切な利用を保障するモニタリングと情報のシステムを開発する。
7. ユナニ(Unani)、アユルヴェーダ(Ayurveda)およびホメオパシー(homeopathy)医薬品¹³の科学的開発と利用を振興し、それらを医薬品法制の対象として規格化と質の確保を図る。
8. 専門的薬剤師の教育と訓練施設の改善によって病院薬局および民間小売薬局の水準を

¹³ これらは何れも、自然のものに基づく伝統的、代替的医療・医薬品である。

向上する。

9. 製造管理及び品質管理規則(good manufacturing practice:GMP)を保障するために各製薬企業に有資格薬剤師を雇用させる。

上記の目的達成のため、1. 必須医薬品の選別、2. 1940 年医薬品法の改正、3. 医薬品行政の拡充、4. 国内、特に地場企業による医薬品生産能力の強化、5. 価格統制、6. 有資格薬剤師の下での販売と利用の促進、7. 伝統的医薬品対策、の項目において行動が必要とされた。

NDP-1982 および指針の内容は、医薬品(統制)令(Drug (Control)Ordinance)1982 年として 6 月に公布された。

4. NDP-1982 及び医薬品(統制)1982 年の影響

NDP-1982 は、およそ 150 の医薬品を必須医薬品、その他に約 100 の医薬品を補助的医薬品として定めるとした。この結果、輸入品を含む登録医薬品 4340 品目のうち、1742 医薬品が有害、不適切な製剤、治療効果がないと判断された。

表 1. 1982 年医薬品(統制)令によって禁止された医薬品

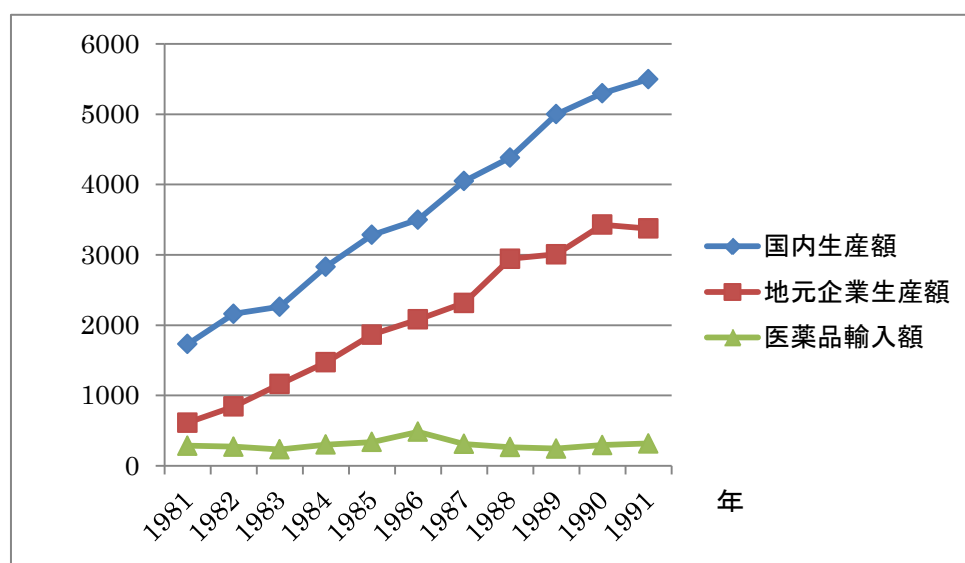
	国産品		輸入品
	地元企業	多国籍企業	
企業数	156	10	122
医薬品数	949	176	617

出所:Chowdhury [1996] Table 3.3 より作成

これらの医薬品は、同政令施行から 3 カ月以内の破棄するもの(スケジュール I)、6 カ月の生産、販売猶予後、当局の指示のもと製剤設計を変更し登録が認められた場合のみ製造、販売を認めるもの(スケジュール II)、9 カ月間は製造、輸入、販売を認めるがその後は禁止するという(スケジュール III)という 3 つのカテゴリーに分類された。

新医薬品政策はどのような影響を与えただろうか。図 1.が示す通り、国内の医薬品生産は急増した。とりわけ地場企業によるシェアは、1981 年の 35%から 1991 年には 60%台まで増加した。

図 1. 医薬品の国内生産額および輸入額の変化 (100 万タカ)



出所: Chowdhury [1996] Table 5.1 より作成。原資料は Bangladesh Drug Administration。

多国籍企業が問題対応に苦慮している間に、新たに生まれた空白を素早く埋めることが可能だったのは地場の大手企業である。1988 年時点で、国内市場シェアトップが Square (12.8%)、次いで Opsonin(7.4%)、BEXIMCO(4.9%)、Acme(3.3%)、Pharmadesh (2.0%)となっていた(Kochaneck1993, 305)]。さらに NDP-1982 が目標とした通り、原薬および包装材の輸入価格も大幅に引き下げられ、最大小売価格(MRP)の低下につながった。

他方、小規模工場による低質、有害な医薬品の氾濫、密輸・闇市場の横行、伝統的医薬品に関する規制放置、医薬品行政機関の強化が進まず、医薬品の品質管理が看過されたといった負の影響もあった(Kochaneck1993, 306)]。

NDP-1982 及び 1982 年医薬品(統制)令制定によって、バングラデシュは、第三世界政府としては世界保健機構(WHO)の推奨する必須医薬品のスキームを採択、実行した最初の国家となった(Kochanek 193, 294)。その効果については既に見てきた通りであるが、同政策、政令に関しては多国籍製薬企業とアメリカを代表とするそれら企業の本国政府、また企業と結びついた国内の医師会などから強い反発を引き起こした¹⁴。それにもかかわらずこれらの政策・政令が制定できたのは、無血クーデターによって政権を掌握したばかりのエルシャド軍事政権が、人心をつかむポピュリスト的政策を必

¹⁴その事情については、専門家委員会のメンバーの 1 人であった Dr. Zafrullah Chowdhury の著書 Chowdhury [1996]が、彼の視点から詳細に記述している。

要としていたこと、エルシャドの保健問題担当首席顧問(大臣に相当)が前出のDr. Zafrullah Chowdhury等この政策推進者に親しい関係にあったこと、そして当時は戒厳令下で、政策立案から推定まで秘密裏、迅速に進められたことが大きかった。エルシャド自身はこの政策の含意をはっきりとは理解していなかったのではないかと見られている(Kochanek 193, 299)。

政策および政令発表後の激しい反発を受けて、エルシャドは、政令に関するレビュー委員会の設置を余儀なくされた。メンバーの中にはアメリカの製薬工業協会の代表らも加わっていた。その結果、生産可能な医薬品リストを拡大するなど若干の修正が同政令に加えられた¹⁵。ただし、政策・政令の基本的な精神はそのまま固持された。アメリカの政治学者Stanley Kochanekは、政策を支持するWHOを始めとする国際機関、途上国、スカンジナビア諸国政府、国際NGOなどからの国際的な賞賛が、エルシャドの政策へのコミットメントを支えたと分析している(Kochanek 193, 303)。

NDP-1982 と医薬品(統制)令の後日談について Kochanek が論じている。医薬品(統制)令が 1986 年、戒厳令解除後成立した国会で立法化された時、製薬企業業界団体 BAPI はこれを積極的に支持した。それは、業界内の多国籍企業の地位の低下を示していた。他方、地場製薬企業の影響力が反映されたものであろう、医薬品行政局は徐々に必須医薬品のリストを拡大していた。その現状に対して 1987 年、Dr. Zafurullah Chowdhur によって、医薬品リストを改めて大幅に縮小する新たな医薬品政策制定の動きが表面化した。しかし、時代は 1982 年時の状況とは大きく異なっていた。既に成長し政界へのパイプを作り上げていた地場製薬企業の存在、エルシャド政権が民政移管し反対勢力の圧力にさらされていたこと、エルシャド政権は民間部門の発展と外資導入の政策を掲げていたこと、加えて新政策策定を掲げるグループ内の内部対立などによって、その試みは失敗した(Kochanek 1993, 307-314)。

5. 国家医薬品政策(2005 年)

NDP-1982 以来 20 年以上の年月を経て新たに制定されたのが、国家医薬品政策(NDP-2005)¹⁶である。NDP-2005 の制定は、製薬産業を取り巻く内外の情勢が大きく変わったことに対応する目的で行われた¹⁷。

同政策は、まず 1982 年から 2002 年までの 20 年間に、NDP-1982 および 1982 年医

¹⁵ 1982 年 9 月に 1982 年医薬品(統制)令を改正する政令が公布された。

¹⁶ “National Drug Policy 2005”, Ministry of Health & Family Welfare, GOB.

¹⁷ 新たな NDP は 2001 年に成立したバングラデシュ民族主義党(BNP)主導政権の下で行われた。その政治経済的背景については現時点では情報未入手。

薬品(統制)令がもたらした成果を次のように総括している。

- 伝統的医薬品を含む国内の医薬品生産の飛躍的増加。
- 必須医薬品の供給が、1981年の17.3億タカから2002年には410億タカまで増加。
- 地場企業の市場シェアは1970年の30%から2002年には80%まで上昇。
- 医薬品価格の安定化。消費者物価指数の上昇比率179%に対して、医薬品市場価格上昇は20%と抑えられ、実質価格は低下。
- 低品質医薬品の割合は、1970年の36%から2002年には2%に低下。
- 医薬品輸入量は大幅に減少
- ユナニ、アユルヴェーダ、ホメオパシー等の医薬品に関する研究と教育において賞賛に値する進展が見られた。
- 医薬品の輸入依存の低下と有益な医薬品の優先順位づけによって、毎年6億ドルの外貨節約。
- 医薬品輸入国だったバングラデシュが医薬品輸出国に転じた。

このような国内の製薬産業の飛躍的な成長に加えて、世界では製薬産業界、医学、医薬品の使用等において目覚ましい成果が挙げられつつあること、さらに世界貿易機構(WTO)の傘下でグローバルな自由貿易体制が誕生しつつあることが医薬品政策の見直しを促した。こうした変化に対して、地場の製薬企業を国家の地平を超えて輸出市場まで導くこととあわせて、外国投資を誘致することが必要になったと NDP-2005 は述べている。多国籍企業の役割を厳しく限定した NDP-1982 からの大きな変更点は、この外国投資に関する姿勢である。

外国および多国籍企業に言及した箇所は以下の通りである。

「政策の目的と要素(Objectives and Elements of the Policy)」

- 新技術と専門知識の国内移転を約束する外国企業によるバングラデシュへの投資、製造、医薬品販売を奨励する。
- バングラデシュ国内に生産工場を有する地場企業と多国籍企業に対しては、この政策の原則適用において何ら差別しない。

「政策分野(Policy Areas)」

- 外国、多国籍企業によるバングラデシュへの投資および医薬品製造は、アメリカ、イギリス、スイス、ドイツ、フランス、日本、オーストラリアのうち最低2カ国において、最低3つの新薬の登録を保有する企業のみ認められる。
- アメリカ、イギリス、スイス、ドイツ、フランス、日本、オーストラリアのうち最低2カ国において同じブランド名で登録され、流通している新薬の技術移転と国内流通を奨励するために、外国企業はバングラデシュ国内に生産工場を有する

有しないにかかわらず、バングラデシュのいかなる企業を相手に、国内でのライセンス生産をすることができる。

- バングラデシュ国内に生産工場を有しない外国企業は、バングラデシュ以外での流通のためにのみ、地場のいかなる企業の工場で委託製造(toll/contract manufacturing)を行うことができる。
- バングラデシュ国内に生産工場を有する地場および外国企業は、いかなる他の企業の委託製造を行うことができる。
- 技術移転奨励の観点から、外国投資に対して、革新的な救命医薬品の原薬(active pharmaceutical ingredients : API)の国内生産を奨励する。

以上の政策内容から明らかな通り、NDP-1982 において厳しく限定された外国・多国籍企業の活動範囲は、NDP-2005 によって直接投資、ライセンス・委託生産の形態において大幅に拡大された。他方、その拡大は、幾つかの条件のもとに許可されている。

第1に、医薬品規制の高い先進国7カ国のうち、最低2カ国以上で登録された新薬のみ投資、ライセンス生産も含む国内での製造が認められるという条項がある。これによって地場製薬企業の製品と競合するような医薬品、とりわけインド、中国等の類似医薬品との競争から地場製薬企業を保護すると同時に、国民に対して高品質な新薬へのアクセスを容易にするということが意図されている。

第2に、地場企業の生産能力の向上が意図されている。1つは、上記の条件を満たす新薬に関して、外国企業製品のライセンス生産が認められる。これは高品質新薬へのアクセス確保と同時に、地場企業への技術、専門的知識の移転が狙いである。二つ目は、輸出を前提として、バングラデシュに生産工場を持たない外国企業からの委託生産を受けることを可能にした。これによって、既存の設備の有効利用とともに、バングラデシュ製薬企業の輸出増加が目指されている。

こうした条件とならんで、研究開発、技術に秀でた外資に対しては、全面的な投資歓迎の姿勢を示している。

外国投資の条件付き活用によって、国民への高品質医薬品の提供、地場製薬企業能力向上の2つを同時に達成するというのが、新しい医薬品政策の大きな狙いだといえる¹⁸。

¹⁸ NDP-2005 の策定に関わった Radiant Pharmaceuticals Ltd 社長 Md. Nasser Shahrear Zahedee によれば、NDP-1982 では地場企業の保護と引き換えに医薬品の質が後回しにされた。そのため地場企業の利益を守りつつ、国民の健康のために質の保証を図ることが NDP-2005 の重要なポイントであった。

6. TRIP 協定の時限的免除

NDP-2005 制定に至った、バングラデシュの製薬産業を巡る対外的な条件変化の 1 つが「知的所有権の貿易的側面に関する協定(Trade related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPS 協定)」である。

1993 年に締結された TRIPS 協定は、1995 年に誕生した世界貿易機構(WTO)の設立を定めたマラケシュ協定の一部を構成する知的所有権に関する協定である。この協定は原則 WTO の全加盟国に適用され、医薬品に関しては製法特許、物質特許、用途特許、製剤特許が認められる(湊 2007, 36)¹⁹。特許期間は出願日から最低 20 年と定められている。ただし経過措置として、途上国に対して TRIPS 協定の履行の延期を認めるという条項が盛り込まれていた。これに基づき、例えばインドは 2005 年の初めまでに国内の特許法の改正を完了した²⁰。この例外規定は、国連が定義する後発開発途上国(LDC)49 カ国については、万人に対して医薬品のアクセスを保障し公衆衛生を守るという観点から、現時点では 2016 年 1 月 1 日まで認められている²¹。すなわち、その間、バングラデシュを含む LDC は、他の国・地域では特許によって保護されている医薬品に対して、特許保護の付与を免除されているのである²²。

TRIPS 協定の履行猶予は、バングラデシュの製薬産業に、具体的にどのような意味をもつのだろうか。第 1 に、免除期間中は、特許料を支払うことなく特許薬を輸入、生産、販売することができる。第 2 に、同じ条件を適用されている他の LDC 国や特許保護が存在しない国へ、特許料を払わずに特許薬を輸出することができる。第 1、第 2 の利点は、LDC の中でも最大の製薬産業を擁するバングラデシュにとって最も大きい。また、それゆえ第 3 の優位点としては、TRIPS 第 31 条が定める「国家緊急事態その他の極度の緊急事態」が生じた場合、2005 年以後に特許が効力を生じた医薬品について、その輸出要請に対応しうる数少ない国の 1 つとなることができるということがあ

¹⁹ 製法特許は医薬品の製造過程で出てくるアイデアを保護、物質特許は物質そのものを保護、用途特許は新薬候補化合物の効能、効果を特定した特許、製剤特許は医薬品の製剤の工夫に関する特許、

²⁰ 湊 [2007] 参照。

²¹ 2001 年 11 月 4 日の第 4 回 WTO 閣僚会議で採択された TRIPS 協定と公衆衛生に関する宣言(Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health)に基づく。

²² 現在バングラデシュにおける知的財産権の保護に関しては、Patents and Designs Act 1911 年と Patents and Designs Rules 1993 年がある。同法、規則に則って医薬品の製法特許を取得することはできるが、物質特許は認められていない。実際には医薬品の製法特許についてもわずかな件数が付与されたのみで、本来ならば国内法の下位にある TRIPS 免除条項が遵守される形になっている。Radiant Pharmaceuticals Ltd 社長 Md. Nasser Shahrear Zahedee からの聞き取り(2012 年 12 月 20 日)。

る。なぜならば、上記の場合特許の強制実施が認められるが、実際にはジェネリック製造会社が特許製品の製造許可を医薬品当局から得た後、製品の製造、販売までのあらゆるプロセスを完了するのには2, 3年かかる可能性がある。対して、バングラデシュは特許薬を直ちに製造し供給することが理論上可能である(ジェトロ・ダッカ事務所2006)。

現実には、これらのメリットがどれだけ生かされているのだろうか。World Bank [2008] によれば、現在バングラデシュで販売されている医薬品の20%が特許医薬品、残り80%はジェネリック医薬品と推計されている。また、輸入原薬(API)の75~80%はジェネリックである(World Bank 2008,5)。従って最も単純に考えればこれらの特許医薬品の輸入、製造においてバングラデシュはTRIPS協定免除による利益を享受していると考えられる。この仮説1つについても、厳密な検証が必要であるが、TRIPS協定免除の含意や免除撤廃後についての見通しに関して言及した先行研究の中には、理論上の可能性について言及はしているものの、具体的な実証に踏み込んだものは、管見の限りにおいてみあたらない²³。

以下では、現段階で入手できた二次資料を基に、NDP-2005 および TRIPS 協定免除等、最近の政策環境の変化を踏まえた製薬産業の現状を概観する。

第2節 製薬産業の現状

1. 市場規模

BAPIによれば、独立後バングラデシュの医薬品市場は、2009年までに12%の年平均成長率を記録し、2009年には国内の医薬品市場は8億ドルに達した²⁴。また別のソースによれば、2001年から2012年までの医薬品市場の規模は245億タカから2012年には1061億タカと4倍以上に拡大した(図2)²⁵。この期間の成長率は14%を上回る。

医薬品市場拡大の背景には、ヘルスケア関連インフラの改善、農村市場へのマーケティング浸透、一般の人々の健康に関する意識と購買力の向上²⁶、近代的医療施設の改善等の理由があげられる²⁷。また伸びつつある医薬品需要を満たす、供給能力の大

²³ 例えば VanDuzer[2003]、Yusuf [2006]。

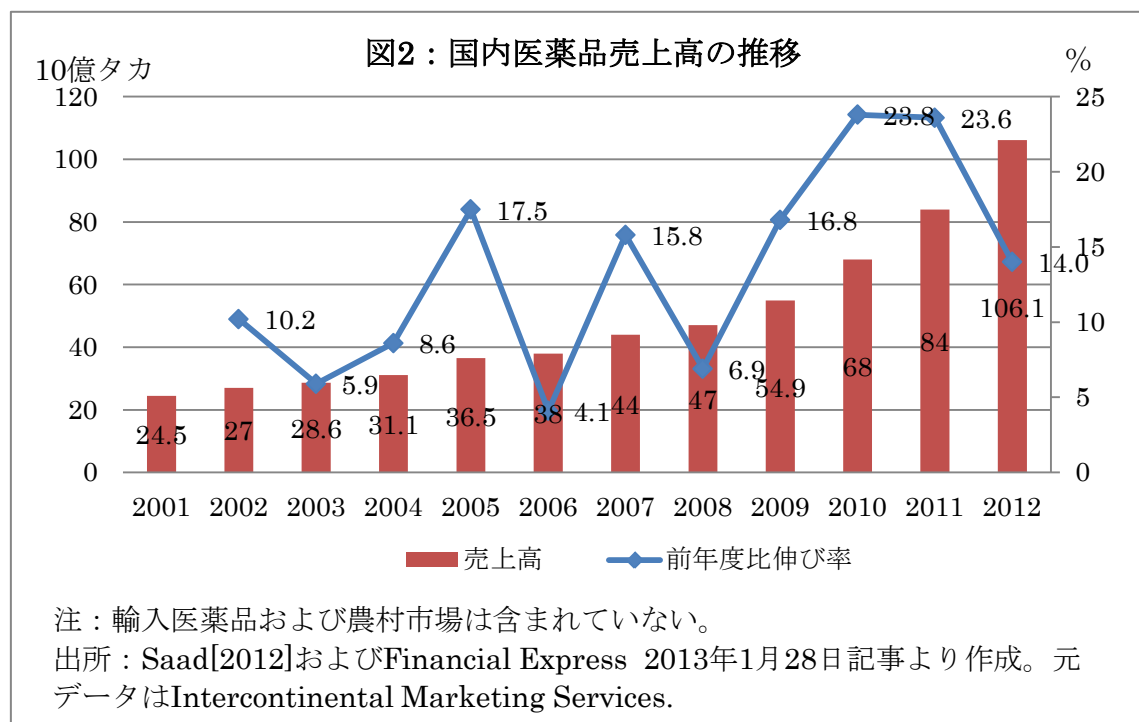
²⁴ BAPI “Bangladesh Pharmaceutical Industry—Vision of Success” mimeo, undated.

²⁵ IMS データにカバーされていない農村市場を考慮に入れれば、実際の市場規模は5~10%程さらに大きいとみられる(Saad[2012])。

²⁶ 平均寿命は独立時1971年の39.9歳から、1980年(55.2歳)、1990年(59.5歳)、2000年(64.7歳)、2011年には68.9歳まで伸びた(World Bank Data)。

²⁷ “Pharma industry: The journey ahead”, Financial Express, 2012年10月25日。

幅な拡大が指摘できる。



バングラデシュの製薬企業の製品は大部分がブランド名のついたジェネリック医薬品である。市場で販売されている医薬品売上額に占めるジェネリック医薬品の割合は85%、新薬(先発医薬品)はわずか15%に過ぎない²⁸。製品としては、450種類のジェネリック医薬品が5300の登録ブランド、8300種類の異なる量や濃度で製造されている。抗潰瘍薬、フルオロキノロン薬、抗リウマチ薬、非ステロイド薬、非麻酔性鎮痛薬、抗ヒスタミン剤、経口抗糖尿病薬など多様な製品が生産されているが、加えて大規模製薬企業の中には、制癌剤や抗HIV薬の製造に着手した企業もある。現在、国内の医薬品需要の97%は国産で充足されており、輸入は3%に留まっている。輸入品は、必須救命医薬品や他の高品質医薬品に限られている。

2. 主要企業

2013年現在、医薬品行政総務局(Directorate General of Drug Administration: DGDA)に登録された医薬品製造企業数は266社、そのうち194社が現在操業している²⁹。

²⁸ 日本の医薬品市場におけるジェネリック薬のシェアは、2011年9月現在金額ベースで8.8%、数量ベースで22.8%(厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2012/03/01.html> 2013年3月2日アクセス)。

²⁹ 266の登録企業の内訳は以下の通り(2013年2月5日アクセス),

表 2. は国内市場占有率に基づくトップ 10 企業のリストである。

表 2. トップ 10 製薬企業の市場シェア

	市場シェア (%)	売上高 (100万タカ)
Square Pharmaceuticals	18.7	15725.8
Incepta Pharmaceuticals	9.3	7851.5
Beximco Pharmaceuticals	8.8	7415.0
Opsonin Pharma	5.1	4275.4
Renata	4.9	4076.8
Eskayef Bangladesh	4.7	3980.3
ACI	4.3	3578.2
Acme Pharmaceutical	4.2	3500.7
Aristopharma	4.1	3412.8
Drug International	3.7	3070.2
トップ4社	41.9	35267.7
トップ10社	67.7	56886.5
トップ20社	84.9	71382.5
その他企業	15.1	12661.6
合計	100	84044.1

出所： Saad[2012]より作成。原資料は IMS データ。

バングラデシュの医薬品市場は、トップ 4 社で市場シェアが 4 割を超えるという、売手寡占市場にある。また、トップ 10 企業で 67.7%、トップ 20 社で 84.9%の市場シェアを占め、数でいえば約 200 の登録企業の 9 割は、残り 15%の市場で競争している。最大手 Square Pharmaceuticals は、1985 年以来市場シェア第 1 の地位を維持している (Shawon 2011)。 トップ 10 企業はすべて地場資本企業であり、地場企業は市場の 9 割のシェアを占める。既に述べた通り、1980 年代初め 8 社で 75%を占めていた多国籍企業の市場シェアは、2011 年にはわずか 10%と大幅に縮小した。多国籍企業は、11 位から 20 位までに集中している(付表)。

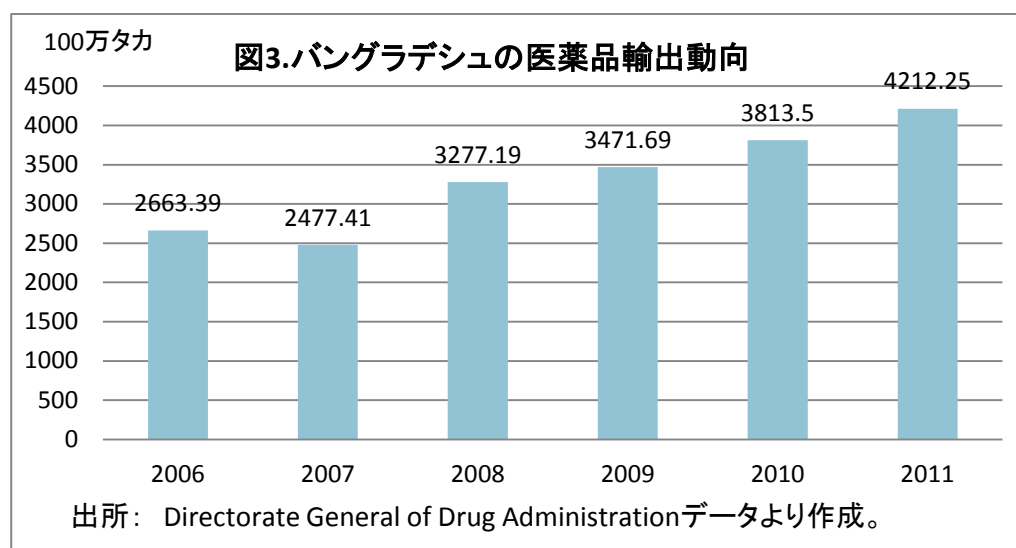
多国籍企業のシェア縮小の主な原因は、NDP-1982 による地場資本優遇措置にあると思われるが、その過程で、かつてあった多国籍企業の数社は、地場企業や株主、地元出身の経営幹部等に資本を売却し撤退し、それら企業は現在地場資本の有力企業となっている。例えば Imperial Chemical Industries (ICI) Bangladesh Ltd. は 1992 年にACI

Functional	194	
Non-functional	27	
Suspended	43	
Production and marketing held-up	2	

に、Pfizer Bangladeshは 1992 年にRenata Limited³⁰に、SmithKline & Frenchは 1990 年に Eskayef Bangladeshとなった。いずれもトップ 10 企業の一角をなす企業である。

3. 輸出

Directorate General of Drug Administration (医薬品行政総局)によれば、近年の医薬品輸出動向は図 3 の通りである。図から明らかな通り 2007 年の減少を例外として³¹、輸出は急速に伸びており、2006 年から 2011 年までの 5 年間で輸出額は 60%近い伸びを示した。



輸出先は 87 カ国に達している(表 3)³²。バングラデシュ医薬品の主な輸出先は、医薬品規制が厳しくない中所得国および近隣の低所得国である。アジアでは、ミャンマー、スリランカ、アフガニスタン、ネパール、ブータン、ベトナム、パキスタンが主な市場となっている。別ソースによれば、2007 年頃までEU諸国への輸出が伸びていたが、これは抗マラリア薬が中心で、第 3 国向けに欧州の援助機関が購入したものと見られる(Gregg and von Uexkull 2011, 27)。

³⁰ Metropolitan Chamber of Commerce and Industry, Dhaka (MCCI)によれば、Renata Limited の経営はバングラデシュ企業家の手に移っているが、株式の幾分かを Morgan Stanley Investment Management と スウェーデンのヘッジファンドマネージャーBrunner and Partners が保有している。

³¹ 2007 年の減少は同年の政情不安が影響した(Habib and Alam 2011, 67)

³² MCCI によれば、87 カ国の中には、サンプルとして送られたケースも数えられている。

表 3. バングラデシュ医薬品の輸出先

01. Afghanistan	21. Guatemala	41. Netherland	61. Solaman Island	81. Ethiopia
02. Austria	22. Honduras	42. Nigeria	62. Tajikistan	82. Yemen
03. Australia	23. Hong Kong	43. Newzeland	64. Thailand	83. GCC
04. Barkina Faso	24. India	44. Pakistan	63. Tanzania	84. Chad
05. Belgium	25. Indonesia	45. Panama	65. Tunisia	85. Azerbaijan
06. Belize	26. Italy	46. Papua Newguinea	66. Turkey	86. Libya
07. Bhutan	27. Japan	47. Philippines	67. UAE	87. Liberia
08. Botswana	28. Jordan	48. Poland	68. UK	
09. Brazil	29. Kenya	49. Portugal	69. USA	
10. Cambodia	30. Korea	50. Republic of Dominican	70. Ukraine	
11. Colombia	31. Libya	51. Singapore	71. Venezuela	
12. Costa-Rica	32. Macau	52. Samoa	72. Vietnam	
13. Chile	33. Malaysia	53. Slovenia	73. Yemen	
14. Central America	34. Mongolia	54. Somalia	74. Swaziland	
15. Denmark	35. Mauritius	55. South Africa	75. Seychelles	
16. Egypt	36. Mexico	56. Spain	76. Guam	
17. Fiji 63. Tanzania	37. Myanmar	57. Sri Lanka	77. Tonga	
18. Gambia	38. Morocco	58. Sudan	78. Togo	
19. Germany	39. Nepal	59. Switzerland	79. Guyana	
20. Ghana	40. Nicaragua	60. Saudi Arabia	80. Kiribati	

出所：Directorate General of Drug Administration データ。

2011 年には 39 社が輸出に携わっていたが、そのうちトップ 3 社で 56.1%、トップ 10 社で 84.3%を占めている。輸出においては、国内市場シェア上位の企業を抑えて、多国籍企業Novartis (Bangladesh)Ltdが 21.5%のシェアを占めて第 1 位にランクされている(表 4)。同社は、1973 年にCiba Geigy (Bangladesh) Limitedとしてバングラデシュに参入、1979 年には、公的部門のバングラデシュ化学工業公社(Bangladesh Chemical Industrial Corporation)との合弁契約を結んだ³³。1997 年、Ciba GeigyとSandozの合併によりNovartis (Bangladesh)Ltdが誕生した。同社は 1995 年に初めてベトナム向けに輸出に乗り出し、2000 年にはEU の製造管理及び品質管理規則(GMP)認定を受けた最初のバングラデシュ企業となった。

輸出品目には様々なジェネリック医薬品以外に HFA 吸入器、坐剤、鼻内噴、点滴静注用剤など専門医療器具・医薬品も含まれている。

³³バングラデシュ政府は、現在も Novartis の株式 12.12%を所有している(“Indecision over offloading of stakes” *Financial Express* 2012 年 12 月 30 日)。

表 4. 輸出上位 10 社(2011 年)

	輸出企業	輸出額 (Taka)	シェア(%)
1	Novartis (BD) Ltd.	905,640,080	21.5
2	Beximco Pharmaceuticals Ltd.	802,400,000	19.0
3	Square Pharmaceuticals Ltd.	656,000,000	15.6
4	Incepta Pharmaceuticals Ltd.	400,000,000	9.5
5	Acme Laboratories Ltd.	174,109,906	4.1
6	Eskayef Bangladesh Ltd.	160,000,000	3.8
7	Renata Ltd.	143,332,410	3.4
8	Jayson Pharmaceuticals Ltd.	111,916,000	2.7
9	Aristopharma Ltd.	111,398,607	2.6
10	Bio-Pharma Ltd.	88,000,000	2.1
	その他	659,444,257	15.7
	合計	4212241260	100.0

出所：Directorate General of Drug Administration データより作成。

第 3 節 展望と課題

既に述べた通り、バングラデシュの製薬産業に関しては、TRIPS協定免除とその撤廃が話題とされることが多いが、実際にそのメリットがこれまでにどう実現されているか、そのために撤廃によっていかなるで損失が生じるかといった点については、今後さらに詳細な分析が必要であろう。しかし確実に言えることは、バングラデシュの製薬産業はそのメリットを完全には活かしきれていないということである。その意味においては、TRIPS協定免除撤廃への懸念は実態以上に騒がれているという指摘もある³⁴。

TRIPS協定免除のメリットを減じている要因としてしばしば言及されるのは、原薬(API)の輸入依存の高さである。現在、バングラデシュの製薬産業が用いる原薬はその約 80%をインド、中国等から輸入している³⁵。抗生物質を中心とするAPI製造に従事しているのは 15 社に過ぎない³⁶。

原薬製造については、製造管理及び品質管理規則が厳しく、初期投資は高く、他方採算に見合った市場規模の確保が大きな課題である。その対応策の 1 つとして、ダカから 40km ほどの距離にあるムンシゴンジ県に政府が建設中の API 製造企業専用工業団地がある。集

³⁴ Radiant Pharma 社長 Md. Nasser Shahrear Zahedee からの聞き取り(2013 年 2 月 20 日)。

³⁵ “Pharmaceutical industry: Progress and challenges”, *The Daily Star* 2012 年 6 月 22 日。

³⁶ “Bangladesh: Next pharma hub”, *The Daily Star*, 2012 年 10 月 10 日。

中廃棄物処理プラントや焼却炉などを備えたAPIパークには、約 50 企業が入居見込みで、API製造の経済効率を上げることが目されている³⁷。TRIPS協定免除期間については、地元では 2016 年以後も 5～10 年ほどは延長されるのではないかとの見方があるが³⁸、TRIPS免除の利点を有効活用するための時間は、当然のことながら無限ではない。

また輸出においても現時点ではバングラデシュ製薬企業は、その潜在可能性をフル活用していないとみられている。既述の通り、バングラデシュ医薬品の輸出先は、殆どが医薬品に関する規制の弱い、あるいは規制のない国々である。その原因の 1 つに、世界基準の臨床研究組織が国内にないこと、またジェネリック医薬品製造のために必要な生物学的同等性実験の施設がないといった問題がある。そのため、国内の企業は外国に送ってその検査をしてもらわなければならない。これが価格競争力を引き下げている。また、医薬品規制の高い国々の市場への参入に課されるGMP遵守を果たした企業は少ない³⁹。

しかし、この点についても外国機関による臨床研究組織設置の動きや⁴⁰、先進国の医薬品規制機関からの承認獲得を目指す企業の増加など⁴¹、事態は急速に変化している。大手企業Inceptaの最高経営責任者は、現在インドと中国が主要供給国である世界のジェネック市場の 10%をバングラデシュの製薬セクターが獲得するのを目標にするとして、2008, 9 年頃からバングラデシュ製薬企業による投資は大幅に増加していると語っている⁴²。

では、バングラデシュの製薬産業の将来性に関する懸念材料はどこにあるだろうか。例えば、インドや中国等のジェネリック製造先進国に比べて、技術・経営スキル、規模、連関産業の有無等の観点から、バングラデシュの製薬企業の競争力には疑問の声もある (World Bank 2008, 19)。しかし、TRIPS 協定免除廃止によって、バングラデシュの製薬産業が、国内市場において同じような製品を製造しているインドや中国企業との競争に曝されるということはあるまい。なぜならば、NDP-2005 によって、ジェネリック医薬品のみを製造している企業によるバングラデシュへの投資や、その製品輸入は禁止されているからである。

³⁷ 2008 年に始まった API パークの建設は、2012 年 12 月までに完成の予定だったが、土地収用等の理由から工事が遅れ、担当部局は 2015 年 6 月まで猶予を求めている(“Why so much time is wasted in building API Park?” *Financial Express* 2013 年 3 月 3 日)。

³⁸ MCCI 調べ。

³⁹ 先進国市場では Square が唯一 2007 年にイギリスの医薬品庁(MHRA)のを受けた。

⁴⁰ “New horizon opens for drug makers”, *The Daily Star* 2012 年 8 月 30 日。GHE (カナダのマックギル大学とアメリカの Centennial Group のイニシアチブ)とバングラデシュ国際下痢疾患研究センター(International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh)のパートナーシップで Bangladesh Clinical Research Organisation の設置が発表された。製薬企業に対して新薬の臨床試験サービスや、動物実験やラボ実験などを含む初期段階の研究開発サービスを提供する。

⁴¹ 2013 年までには、20 企業が、イギリス、EU、オーストラリア、湾岸諸国等の医薬品規制当局から認証を受ける予定である(“Bangladesh: Next pharma hub”, *The Daily Star*, 2012 年 10 月 10 日)。

⁴² “Bangladesh: Next pharma hub, *The Daily Star*, 2012 年 10 月 10 日。

上述の通り、NDP-2005 は、地場企業を保護しつつ、外資を条件付きで誘致、あるいは外資との提携を奨励することによって、地場企業の技術・ノウハウの向上、国民への高品質医薬品の提供を図ろうというものである。現在、急速に成長しつつある地場製薬企業の中には、2005 年以降に認められた外資との提携が重要な要因となっているものが少なくないとみられる。多国籍企業の側にも、費用削減の観点のみならず、市場としてのバングラデシュへの関心が高まっているため、こうした動きが今後も拡大していくであろう。

NDP-1982 が地場資本の成長の礎を作ったように、外資や外資との提携企業も含むバングラデシュの製薬産業の今後は、NDP-2005 の全面的な実施を、しかも TRIPS 協定免除が有効であるうちに、どこまで達成できるかに大きくかかってくると思われる。

おわりに

本稿では、バングラデシュの製薬産業の成長過程とその要因、現状、そして今後の展望について、主に政策環境に焦点を当てて整理した。結論として、製薬産業、とりわけ地場資本の成長にとって、国家医薬品政策(NDP-1982)が決定的に大きな役割を果たしたこと、また、TRIPS 協定の撤廃も視野に入れた将来については、NDP-1982 の基本的な柱は残しながら国内外の変化に対応するために改定された国家医薬品政策(NDP-2005)のフル活用が重要である点を確認した。次年度には、個別企業がどのように経済、政策環境の変化に対応しているかを分析に加える予定である。また、ユナニ、アユルヴェーダ等伝統医療の医薬品製造についても検討し、バングラデシュの製薬産業の全体像の把握を目指したい。

参考文献

<日本語文献>

- 久保研介 [2006]「特許制度改革下におけるインド製薬産業の動向」(内川秀二編『躍動するインド経済－光と陰』アジア経済研究所 242-267 ページ)。
- ジェトロ・ダッカ事務所 [2006]『バングラデシュの医薬品セクター』ジェトロ・ダッカ事務所。
- 湊一樹 [2007]「インド製薬産業－発展の制度的背景とTRIPS 協定後の変化」(久保研介編『日本のジェネリック医薬品市場とインド・中国の製薬産業』アジア経済研究所 21-54 ページ)。
- 村山真弓 [1997]「バングラデシュの企業グループ－その形成と特色－」(『アジア経済』第 38 号 3 月 2-38 ページ)。

<英語文献>

- Chowdhury, Parves M. [2010] *An Overview of the Pharmaceutical Sector in Bangladesh*, BRAC EPL Stock Brokerage Ltd.
- Chowdhury, Zafrullah [1996] *The Politics of Essential Drugs: The Making of a Successful Health Strategy: Lessons from Bangladesh*, Dhaka University Press Limited.
- Gregg, Con and Erik von Uexkull [2011] *Skills for Trade and Economic Diversification (STED) in Bangladesh*, International Labour Organization.
- Habib, Md. Anamul and Md. Zahedul Alam [2011] “Business Analysis of Pharmaceutical Firms in Bangladesh: Problems and Prospects,” *Journal of Business and Technology (Dhaka)*, Vol.VI No.1, pp.61-77.
- Kochanek, Stanley A. [1993] *Patron-Client Politics and Business in Bangladesh*, New Delhi: Sage Publications.
- Masum, Muhammad [1992] “Transfer of Technology to Small and Cottage Industries: The Bangladesh Experience,” in Rizwanul Islam ed., *Transfer, Adoption and Diffusion of Technology for Small and Cottage Industries*, Geneva: ILO, pp.21-73.
- Saad, Khondakar Safwan [2012] *An Overview of the Pharmaceutical Sector in Bangladesh*, BRAC EPL Stock Brokerage Ltd.
- Shawon, Salim Afzal [2011] *Research Report: Pharmaceutical Industry of Bangladesh*, IDLC finance Limited.
- VanDuzer, Tony [2003] *TRIPS and the Pharmaceutical Industry in Bangladesh: Towards a National Strategy*, CPD Occasional Paper Series, Centre for Policy Dialogue.
- World Bank [2008] “Public and Private Sector Approaches to Improving Pharmaceutical

Quality in Bangladesh”, Bangladesh Development Series Paper No.23, World Bank.
Yusuf, Muhammad Abu [2006] “WTO TRIPS and Bangladesh Pharmaceutical Industry: Status, Prospects and Challenges,” *AIUB Journal of Business and Economics*, Vol.5, No.2, pp. 23-40.

< 政府刊行物 >

Government of Bangladesh (GOB) [1973] *The First Five Year Plan 1973-78*, Dacca: Planning Commission.

Government of Bangladesh (GOB) [1978] *Bangladesh District Gazetteers: Pabna*, Dacca: Bangladesh Government Press.

Government of Bangladesh (GOB) [1986] *Report of the Expert Committee for Drugs on the National Drug Policy of Bangladesh 1982*, Directorate of Drug Administration, Ministry of Health & Population Control.

Bangladesh Bureau of Statistics (BBS) [2010] *Report on Bangladesh Survey of Manufacturing Industries (SMI) 2005-2006*, BBS.

Bangladesh Bureau of Statistics (BBS) [2012] *Statistical Yearbook of Bangladesh-2011*, BBS, Ministry of Planning.

付表: バングラデシュ・トップ 50 製薬企業(2011 年第 3 四半期)

ランク	COMPANY 会社名	売上(1000万タカ)	シェア(%)	備考
		8,047.85	100	
1	SQUARE	1,511.53	18.78	
2	INCEPTA PHARMA	740.96	9.21	
3	BEXIMCO	703.86	8.75	
4	OPSONIN PHARMA	407.84	5.07	
5	RENATA	391.56	4.87	
6	ESKAYEF	386.34	4.8	
7	ACME	342.57	4.26	
8	A.C.I.	337.89	4.2	
9	ARISTOPHARMA	324.79	4.04	
10	DRUG INTERNATIONAL	292.54	3.63	
11	SANOFI AVENTIS	203.85	2.53	MNC
12	HEALTHCARE PHARMA	151.36	1.88	
13	ORION PHARMA LTD.	148.86	1.85	
14	NOVO NORDISK	148.06	1.84	MNC
15	GLAXOSMITHKLINE	145.39	1.81	MNC
16	SANDOZ	131.25	1.63	MNC
17	GENERAL	128.43	1.6	
18	POPULAR PHARMA	119.42	1.48	
19	NOVARTIS	116.53	1.45	MNC
20	IBN SINA	91.77	1.14	
21	NUVISTA PHARMA	91.62	1.14	
22	UNIMED & UNIHEALTH	82.81	1.03	
23	SUN PHARMA	74.36	0.92	
24	GLOBE	62.5	0.78	
25	ROCHE	60.1	0.75	MNC
26	BIO PHARMA	56.22	0.7	
27	RADIANT PHARMA	52.96	0.66	
28	PACIFIC	49.08	0.61	
29	BEACON PHARMA	42.89	0.53	
30	SMC	36.61	0.45	
31	JAYSON	35.02	0.44	
32	KEMIKO PHARMA LTD.	33.46	0.42	
33	NAVANA	33.23	0.41	
34	DELTA PHARMA	32.72	0.41	
35	OPSO SALINE	32.28	0.4	
36	SERVIER	29.88	0.37	
37	ORION INFUSION	29.57	0.37	
38	ALCO PHARMA	23.56	0.29	
39	APEX PHARMA	21.88	0.27	
40	SOMATEC	21.83	0.27	
41	RANGS PHARMA	21.69	0.27	
42	PHARMADESH	20.04	0.25	
43	LIBRA	19.29	0.24	
44	MEDIMPEX	14.54	0.18	
45	SILVA PHARMA	12.56	0.16	
46	WHITE HORSE PHARMA	12.48	0.16	
47	RAK PHARMA LTD.	12.38	0.15	
48	ZISKA	11.97	0.15	
49	ASIATIC	10.23	0.13	
50	MODI MUNDI PHARMA	9.55	0.12	MNC

注: MNC は多国籍企業。

出所: MCCI 調べ。元データは IMS。