

**BUDAPESTI MŰSZAKI ÉS GAZDASÁGTUDOMÁNYI EGYETEM**

**MŰSZAKI MENEDZSMENT GAZDÁLKODÁS- ÉS  
SZERVEZÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

Szalkai Zsuzsanna

**A gyógyszeripari versenyképesség vizsgálata, különös tekintettel a  
kórházi piac szerepére**

Doktori értekezés

Témavezető: Dr. Vágási Mária

**GAZDASÁG- ÉS ÜZLETPOLITIKAI TANSZÉK**

**Budapest**

**2004**

## NYILATKOZAT

Alulírott Szalkai Zsuzsanna kijelentem, hogy ezt a doktori értekezést magam készítettem, és abban csak a megadott forrásokat használtam fel. Minden olyan részt, amelyet szó szerint, vagy azonos tartalomban, de átfogalmazva más forrásból átvettem, egyértelműen, a forrás megadásával megjelöltem.

Budapest, 2004. szeptember 30.

Aláírás

# TARTALOMJEGYZÉK

<b><u>ÁBRAJEGYZÉK</u></b> .....	<b>5</b>
<b><u>TÁBLAJEGYZÉK</u></b> .....	<b>6</b>
<b><u>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</u></b> .....	<b>8</b>
<b>1. <u>BEVEZETÉS</u></b> .....	<b>9</b>
1.1. <u>A téma aktualitása, jelentősége</u> .....	9
1.2. <u>A dolgozat célkitűzése, az alkalmazott módszerek és modellek</u> .....	11
1.3. <u>A dolgozat felépítése</u> .....	13
<b>2. <u>A GYÓGYSZERIPAR FŐBB PIACI JELLEMZŐI</u></b> .....	<b>15</b>
2.1. <u>A gyógyszerpiac ágazati jellemzői a világban</u> .....	15
2.2. <u>A magyarországi gyógyszeripar kialakulása és fejlődése</u> .....	21
2.3. <u>A magyarországi gyógyszerpiac főbb jellemzői napjainkban</u> .....	24
<b>3. <u>A VERSENYKÉPESSÉG TÉNYEZŐI A GYÓGYSZERIPARBAN</u></b> .....	<b>31</b>
3.1. <u>A versenyképesség fogalmának értelmezése a mérvadó hazai versenyképességi vizsgálatokban – a nemzetgazdaságtól a vállalati szintig</u> .....	31
3.2. <u>Az iparági versenyképesség marketingelméleti alapjai: a Porter-féle versenyelmélet és alkalmazása a gyógyszeriparra</u> .....	36
3.3. <u>Az iparági versenytényezők kiterjesztése és sajátosságai a gyógyszeriparban</u> .....	40
3.4. <u>A versenyképesség, a vállalati stratégia és a marketing összefüggései</u> .....	46
3.5. <u>A kapcsolati marketing szerepe a versenyképességben</u> .....	53
<b>4. <u>A KÓRHÁZAK, MINT GYÓGYSZERPIACI SZEGMENS</u></b> .....	<b>60</b>
4.1. <u>A kórházi piac fejlődésének irányai</u> .....	61
4.2. <u>A magyarországi kórházi piac főbb jellemzői számokban</u> .....	63
4.3. <u>A kórházi piac szerepe a versenyképességi modellben – Magyarország példáján</u> .....	68
<b>5. <u>A KÓRHÁZI PIAC ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE A SZERVEZETI PIAC TULAJDONSÁGAINAK TÜKRÉBEN</u></b> .....	<b>75</b>
5.1. <u>A szervezeti beszerzés elméleti modelljei</u> .....	75
5.1.1. <u>Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje, együttműködő beszerzési stratégiák</u> .....	79
5.2. <u>A beszerzés sajátosságai a szabályozott piacokon</u> .....	83
<b>6. <u>A KÓRHÁZI GYÓGYSZERBESZERZÉS JELLEGZETESSÉGEI</u></b> .....	<b>87</b>
6.1. <u>A gyógyszer, mint termék sajátosságai a kórházi árubeszerzéssel összefüggésben</u> .....	87
6.1.1. <u>Originális és generikus gyógyszerek és versenyelőnyeik a kórházi piacon</u> .....	93
6.2. <u>A kórházi gyógyszerbeszerzést érintő szervezeti jellemzők, a beszerzési központ</u> .....	96
6.3. <u>A gyógyszerbeszerzés módjai</u> .....	99
6.4. <u>A kórházak erőfeszítései a hatékony gyógyszerelés biztosításának érdekében</u> .....	102
<b>7. <u>FELMÉRÉS A MAGYAR KÓRHÁZI PIACRÓL: A KÓRHÁZAK GYÓGYSZERBESZERZÉSEIRŐL ÉS A GYÓGYSZERELÉSI GYAKORLATOKRÓL</u></b> .....	<b>106</b>
7.1. <u>A kutatás célja</u> .....	106
7.2. <u>A kutatási hipotézisek</u> .....	108
7.3. <u>A kutatás módszere és folyamata</u> .....	109
7.4. <u>Eredmények</u> .....	112
7.4.1. <u>A kórházak gyógyszerbeszerzésének folyamatára, és a szervezetspecifikumra vonatkozó eredmények</u> .....	113

7.4.2.	<u>A gyógyszerbeszállítóval, és a gyógyszerrel kapcsolatos elvárásokra vonatkozó eredmények</u>	115
7.4.3.	<u>A termékspecifikumra vonatkozó kutatási eredmények</u>	133
7.5.	<u>A kutatás korlátai</u>	139
7.6.	<u>Következtetések</u>	140
<b>8.</b>	<b><u>ÖSSZEFOGLALÁS</u></b>	<b>145</b>
<b>9.</b>	<b><u>IRODALOM</u></b>	<b>151</b>
<b>10.</b>	<b><u>PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK</u></b>	<b>159</b>
	<b><u>ÖSSZEFOGLALÓ</u></b>	<b>161</b>
	<b><u>ABSTRACT</u></b>	<b>162</b>
	<b><u>MELLÉKLETEK</u></b>	<b>163</b>

Az értekezés bírálatai és a védésről készült jegyzőkönyv a későbbiekben a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Gazdaság- és Társadalomtudományi Karának Dékáni Hivatalában elérhető.

## ÁBRAJEGYZÉK

<a href="#">1.1. ábra, A disszertáció elvi felépítése</a>	12
<a href="#">2.1. ábra, Gyógyszerek exkluzivitási időszakának csökkenése</a>	17
<a href="#">2.2. ábra, A gyógyszerforgalom alakulása 1990-2003 között termelői ill. import beszerzési áron</a>	25
<a href="#">2.3. ábra, Dobozszám szerinti gyógyszerforgalom 1990-2003 között</a>	27
<a href="#">3.1. ábra, Porter makrogazdasági versenyképesség-modellje</a>	37
<a href="#">3.2. ábra, Az iparági versenyt meghatározó tényezők – Porter mikrogazdasági versenyképesség-modellje</a>	38
<a href="#">3.3. ábra, Porter modelljének kibővítése a globalizáció új követelményei szerint</a>	41
<a href="#">3.4. ábra, A gyógyszer innováció szakaszai az idődimenzió</a>	42
<a href="#">3.5. ábra, Stratégiák a vevők és az ajánlat területén</a>	48
<a href="#">3.6. ábra, A vevő eladói kapcsolatainak értéke és költségei</a>	49
<a href="#">3.7. ábra, A vállalati teljesítmény sikertényezői a Balanced Scorecard alapján</a>	50
<a href="#">3.8. ábra, A kapcsolati portfólió</a>	56
<a href="#">4.1. ábra, A kórházi piac főbb jellemzőinek változási irányai</a>	61
<a href="#">4.2. ábra, A kórház fő folyamatai</a>	62
<a href="#">4.3. ábra, A hazai kórházi és az összes gyógyszerforgalom nagykereskedelmi áron</a>	63
<a href="#">4.4. ábra, Gyógyszerdisztribúciós rendszer Magyarországon</a>	64
<a href="#">4.5. ábra, Gyógyszerpiaci szereplők részesedése a kórházi szegmensben (2000)</a>	64
<a href="#">4.6. ábra, A porteri modell magyarországi kórházi piacra alkalmazott változata</a>	72
<a href="#">5.1. ábra, A szervezeti vevők magatartását befolyásoló legfontosabb tényezők</a>	77
<a href="#">5.2. ábra, A szervezeti beszerzés integrált modellje</a>	78
<a href="#">5.3. ábra, Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje (a)</a>	80
<a href="#">5.4. ábra, Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje (b)</a>	82
<a href="#">7.1. ábra, A gyógyszerbeszerzést befolyásoló tényezők a válaszok átlagai szerint</a>	118
<a href="#">7.2. ábra, Motivációk új gyógyszer kipróbálására</a>	124
<a href="#">7.3. ábra, Az orvosok életkora és az új gyógyszer kipróbálásának motiváló tényezőjére adott válaszok átlaga</a>	125
<a href="#">7.4. ábra, Az orvosok praktizálási ideje és az új gyógyszer kipróbálásának motiváló tényezőjére adott válaszok átlaga</a>	125
<a href="#">7.5. ábra, Motivációk új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	128
<a href="#">7.6. ábra, Az orvosok életkora illetve praktizálási ideje és a gyártó hírnevének hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	128
<a href="#">7.7. ábra, A kórházak legfőbb gyógyszerbeszállítói</a>	129
<a href="#">7.8. ábra, A gyógyszerbeszállítókkal való kapcsolat értékelése</a>	133
<a href="#">7.9. ábra, Az ingyen gyógyszerek terápia szerinti megoszlása</a>	134
<a href="#">7.10. ábra, Originális gyógyszer generikusra történő lecserélésének okai</a>	135
<a href="#">7.11. ábra, Kórházi és szakrendelésen történő gyógyszerelés eltérésének okai</a>	138
<a href="#">7.12. ábra, Eladó-vevő interakciók a kórházi piacon</a>	143

## TÁBLAJEGYZÉK

<a href="#">2.1. tábla, A gyógyszerpiac forgalma 12 hónapos időszakokat tekintve a patikai piacon, 13 kulcspiacra</a>	18
<a href="#">2.2. tábla, A világ vezető gyógyszergyártóinak forgalma 2002-ben</a>	19
<a href="#">2.3. tábla, A világ vezető gyógyszergyártóinak K+F kiadásai 2001-ben</a>	20
<a href="#">2.4. tábla, A hét vezető vállalat tulajdonosi szerkezete</a>	24
<a href="#">2.5. tábla, A gyógyszerforgalom alakulása 1990-2003 között termelői ill. import beszerzési áron</a>	25
<a href="#">2.6. tábla, Dobozszám szerinti eladások alakulása 1990-2003 között</a>	27
<a href="#">2.7. tábla, A hazai gyógyszergyártó kutatás-fejlesztési ráfordításai</a>	28
<a href="#">2.8. tábla, A legnagyobb magyarországi forgalmat lebonyolító vállalatok 2003-ban</a>	29
<a href="#">2.9. tábla, A hazai piacon vezető gyógyszernagykereskedők tulajdonosi szerkezete</a>	30
<a href="#">3.1. tábla, A versenyképesség szintjei és összetevői</a>	32
<a href="#">3.2. tábla, A versenyképesség szintjei és mutatói</a>	33
<a href="#">3.3. tábla, A gyógyszergyártás súlya az ipari termelésben és értékesítésben (millió Ft)</a>	34
<a href="#">3.4. tábla, A szabadalmi bejelentések száma szakterületenként (2002)</a>	35
<a href="#">3.5. tábla, A gyógyszeripar egy lehetséges STEEPLE-elemzésének összetevői</a>	45
<a href="#">4.1. tábla, A kórházi piacon meghatározó gyógyszergyártó vállalatok forgalma (2001)</a>	65
<a href="#">4.2. tábla, A legnagyobb kórházi forgalmat elért gyógyszerek (2001)</a>	66
<a href="#">4.3. tábla, A kórházi gyógyszerfelhasználás változása</a>	67
<a href="#">4.4. tábla, Gyógyszergyártók piaci partnereinek jelentősége</a>	70
<a href="#">4.5. tábla, A gyógyszergyártó számára fontos információ és információ forrásai a kórházi piacon</a>	71
<a href="#">6.1. tábla, A gyógyszer, mint termék öt szintje</a>	89
<a href="#">6.2. tábla, A kórházban használt gyógyszerek csoportosításának lehetőségei</a>	92
<a href="#">6.3. tábla, Az originális és a generikus gyógyszerek árfelépítésének elemei</a>	95
<a href="#">6.4. tábla, A gyógyszerbeszerzési döntés résztvevői a kórházakban</a>	97
<a href="#">6.5. tábla, Példa kórházi gyógyszer tender elbírálási szempontjaira</a>	101
<a href="#">7.1. tábla, A kórházak megoszlása tulajdonviszonyuk szerint</a>	111
<a href="#">7.2. tábla, A kórházak megoszlása méretük szerint</a>	111
<a href="#">7.3. tábla, A közbeszerzés gyógyszerre való alkalmazása és a kórház mérete közti összefüggés</a>	113
<a href="#">7.4. tábla, A beszerzési ár hatása a gyógyszerek beszerzésére</a>	116
<a href="#">7.5. tábla, A szállítótól kapott kedvezmények hatása a gyógyszerek beszerzésére</a>	116
<a href="#">7.6. tábla, A gyógyszert választó orvos véleményének hatása a gyógyszerek beszerzésére</a>	116
<a href="#">7.7. tábla, A gyógyszer originális vagy generikus tulajdonságának hatása a gyógyszerbeszerzésre</a>	117
<a href="#">7.8. tábla, A gyártó promóciójának hatása a gyógyszerbeszerzésre</a>	117
<a href="#">7.9. tábla, A gyógyszer fogyasztói árának hatása a kórházi gyógyszerbeszerzésre</a>	117
<a href="#">7.10. tábla, Annak a hatása a gyógyszerek beszerzésére, hogy a gyógyszer közgyógylistán szerepel-e</a>	117
<a href="#">7.11. tábla, Új originális gyógyszer legfontosabb információforrásai a főgyógyyszerész számára</a>	119
<a href="#">7.12. tábla, Új generikus gyógyszer legfontosabb információforrásai a főgyógyyszerész számára</a>	119
<a href="#">7.13. tábla, Új originális gyógyszer legfontosabb információforrásai az orvos számára</a>	120
<a href="#">7.14. tábla, Új generikus gyógyszer legfontosabb információforrásai az orvos számára</a>	120
<a href="#">7.15. tábla, Orvoslátogató által mondott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	121
<a href="#">7.16. tábla, Kollégák kedvező tapasztalata, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	122
<a href="#">7.17. tábla, Gyógyszerminta, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	122
<a href="#">7.18. tábla, Konferencián elhangzott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	122
<a href="#">7.19. tábla, Szakirodalomban olvasott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	122
<a href="#">7.20. tábla, A szer klinikai vizsgálatában való részvétel, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására</a>	123
<a href="#">7.21. tábla, Hiánypótló terápiás lehetőség, mint motiváló tényező az új gyógyszer kipróbálására</a>	123
<a href="#">7.22. tábla, Nagyobb hatékonyság hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	126
<a href="#">7.23. tábla, Kevesebb mellékhatás hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	126
<a href="#">7.24. tábla, Kedvezőbb adagolás hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	126

<a href="#">7.25. tábla, Szervezetkímélőbb hatásmechanizmus hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	126
<a href="#">7.26. tábla, Saját kedvező tapasztalat hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	127
<a href="#">7.27. tábla, A gyártó hírnevének hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához</a>	127
<a href="#">7.28. tábla, A kapcsolat a legfőbb gyógyszerbeszállítóval rutinszerű (megszokáson alapul)</a>	130
<a href="#">7.29. tábla, A kapcsolat biztosítja az intézmény szükségleteinek kielégítését</a>	130
<a href="#">7.30. tábla, A kapcsolat stabilitása</a>	130
<a href="#">7.31. tábla, A szállítóba vetett bizalom</a>	131
<a href="#">7.32. tábla, A kapcsolat múltja igazolja a kapcsolat fenntartását</a>	131
<a href="#">7.33. tábla, A kapcsolat folyamatossága</a>	131
<a href="#">7.34. tábla, A személyes kötődések a kapcsolatban</a>	131
<a href="#">7.35. tábla, Az össz-elégedettség a legfőbb szállítóval</a>	132
<a href="#">7.36. tábla, Generikum alkalmazására való hajlandóság</a>	135
<a href="#">7.37. tábla, Az originális és a generikus gyógyszerekre vonatkozó preferencia</a>	136
<a href="#">7.38. tábla, "A generikus gyógyszernek több a mellékhatása."</a>	137
<a href="#">7.39. tábla, "A generikus gyógyszer kevésbé hatásos."</a>	137
<a href="#">7.40. tábla, "A már bevált gyógyszert nehezen cserélem le."</a>	137
<a href="#">7.41. tábla, "Jó gyógyszernek nem kell reklám."</a>	137

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton mondok köszönetet *Dr. Veress József* egyetemi tanár, tanszékvezetőnek, hogy tanszékén lehetőséget biztosított és segítséget nyújtott kutatásom elvégzéséhez; *Dr. Vágási Mária* egyetemi docens asszonynak, témavezetőmnek, akinek nagy szerepe volt tudásom elmélyítésében, és aki mindvégig szigorú következetességgel bíralt, korrigált, ösztönzött és orientált; továbbá más, tanszéki és tanszéken kívüli kollégáknak a segítő biztatásért. Köszönet illeti *Dr. Simon Judit* egyetemi docens asszonyt, aki a primer kutatás gyakorlati megvalósításában látott el hasznos tanácsokkal. Hálával tartozom minden gyógyszeripari vezetőnek, és kórházi gyógyszerésznek, orvosnak, aki bizalmába fogadott, és megosztotta velem személyes tapasztalatait a témában. Külön köszönöm mindezt *Dr. Higysán Ilona* főgyógyszerész asszonynak és *Uzonyi Imre* főgyógyszerész úrnak. Köszönet illet minden kórházi főgyógyszerészt és orvost, akik a kérdőívek kitöltésével hozzájárultak kutatásom sikeréhez. Valamint köszönöm *Kőszeghy Balázsnak* a dolgozat formába öntésében nyújtott segítségét.



# 1. BEVEZETÉS

## 1.1. A téma aktualitása, jelentősége

Kutatásom a gyógyszeripari versenyképesség vizsgálatára, azon belül a kórházi piac szerepének elemzésére irányult a marketingorientáció szempontjait előtérbe helyezve. A téma aktualitását a gyógyszerpiaci változások adják, nevezetesen a marketing gyógyszeripari térnyerése és növekvő szerepe a gyógyszeripari vállalatok versenyképességében.

A gyógyszermarketing ma már sokak által vizsgált speciális területe a marketing diszciplinának. Magyar nyelven először 1999-ben, 5 éve jelent meg a témában átfogó könyv (Szabóné Dr. Streit Mária: Gyógyszermarketing), azonban a külföldi irodalmakhoz hasonlóan (Marcel Corstjens: Marketing Strategy in the Pharmaceutical Industry, 1991) ez a könyv is csupán érintőlegesen foglalkozik a kórházi vevőkkel. Bauer és Mitev könyve, a "Marketing a gyógyszertárban" pedig kifejezetten a kiskereskedelem oldaláról közelíti a gyógyszermarketinget. Kórházi piacon a gyógyszerpiac azon szegmensét értem, ahol a vevők a kórházak, mint szervezetek, és a beszerzést a kórházi költségvetésből hajtják végre, részben a kórház saját, önálló, részben kívülről szabályozott folyamatai szerint.

A mai gyógyszerpiac jellemzőinek jelentős része (például a globalizáció hatásai, generikumok előretörése, OTC-piac növekedése) már a múlt évezred végén, az 1990-es évek folyamán érzékelhető volt, azonban azóta történtek olyan változások, amelyek a piac marketing szempontú vizsgálatának fontosságát felerősítették. A világpiac koncentrációja tovább erősödött, aminek következtében a gyártók versenytárs-orientáltsága intenzívebbé vált. A koncentrációhoz hozzájárul, hogy míg 1996-ban egy új gyógyszer K+F költsége 100-200 millió USA dollár volt, ma ez az összeg eléri a 800 millió USA dollárt. Ma már kevés gyógyszergyártó engedheti meg magának, hogy stratégiai partner nélkül kezdjen új gyógyszer kifejlesztésébe. A költségek emelkedése miatt az addig töretlenül, évről évre nagyobb növekedést mutató globális gyógyszerpiac 2000-től egyre lassúbb növekedést produkál. A változások szükségképpen új versenyelőnyök felkutatását és megszerzését igénylik a gyógyszeripari vállalatok részéről. A magyar gyógyszerpiacon végbement változások közül a legjelentősebb, hogy a gyógyszergyárak privatizációját követően a nagykereskedelemben további koncentráció történt, a Hungaropharma magánosításával

pedig befejeződött a gyógyszerkereskedelem privatizációja. A gyártói oldalon a dolgozat elkészítésének ideje alatt kezdődnek a Richter Gedeon Rt. egyedülálló, 25%-os állami tulajdonrészének sorsáról szóló tárgyalások.

A gyógyszerpiac vizsgálata terén elengedhetetlen az egészségügyi politika bizonyos fokú tárgyalása. A gyógyszerpiacot többek között az teszi sajátos kutatási területté, hogy nem tekinthető közgazdasági értelemben klasszikus piacnak. Az egészségügyi ellátási rendszer három fő szereplője a fizető (állam, társadalombiztosítás, kisebb részben a beteg), a szolgáltató (gyógyszergyártók, nagykereskedők, kórházak) és a fogyasztó (beteg). A kereslet és kínálat egyensúlyát, az egyensúlyi árat nem a fogyasztó fizetési hajlandósága határozza meg. Az egyes gyógyszerek keresletét nem a végfelhasználó (a beteg), hanem legtöbb esetben a gyógyszert felíró orvos generálja a szakmai szempontokon túl az egészségügyi politikai döntések, és nem utolsósorban a gyártók promóciós tevékenységének befolyása mellett.

A kórházak szerepének tárgyalása a gyógyszerpiacon a gyógyszermarketing elhanyagolt területe. A szegmens egyik fontos sajátossága, hogy a kevés piaci szereplő viszonylag jól ismeri egymást. A kórház, mint vásárló szervezet, a *porteri* versenymodell alapján nem számít ideális vevőnek, mivel erős alkupozícióval rendelkezik: nagy az árérzékenysége, árengedmények kiharcolására képes. Árubeszerzését ugyanakkor nagymértékben befolyásolja – legalábbis hazánkban – a közbeszerzés törvény. A kórházi piac kiszolgálása a többi gyógyszerpiaci szereplőhöz képest eltérő marketingstratégiát és részben eltérő marketing eszközöket igényel.

A gyógyszeripari versenyképesség vizsgálatán, mint tágabb témán belül a kórházak szerepét szándékozom feltárni kutatásom során. Mivel az egészségügyi rendszerek nagymértékben országspecifikusak, a vizsgálódást tovább szűkítettem a hazai kórházakra, azonban néhol külföldi – elsősorban európai uniós, és amerikai – példákat is említek olyan kérdésekben, amelyek a világpiacon tendenciák magyarországi begyűrűzése folytán nálunk is aktuálisak a globalizáció piaci folyamatainak következtében. A világon mindenhol megfigyelhető például az egészségügyi kiadások növekedése, ezáltal a különböző költségcsökkentő intézkedésekre irányuló kormányzati politika (pl. generikumok preferálása). A nemzetközi példák összehasonlíthatósága nehézségekbe ütközik (eltérő

tulajdonviszony, ártámogatás, termékkínálat, stb. miatt), a téma szélesebb körű megvilágítása céljából azonban szükség van a nálunk fejlettebb országok hasonló adatainak bemutatására, nem beszélve arról, hogy a külföldi kórházi piaci trendek jó része hazánkban is érezhető (gyógyszer listák növekvő mértékű alkalmazása, csökkenő ápolási idő, stb.)

A kutatási téma jelentőségét, aktualitását alátámasztják a következők:

- (1) A gyógyszeripar a világ vezető iparágai közé tartozik mind az innováció, mind a jövedelmezőség szempontját tekintve. Az iparág Magyarországon is jelentős hagyományokkal rendelkezik, és visszatükrözi a versenyképesség világpiaci tendenciáit.
- (2) A huszadik század végére, az új évezred elejére a verseny olymértékben fokozódott a gyógyszeriparban, hogy folyamatosan erősödik a marketingszemlélet, és a vállalati funkciók között a marketing szerepvállalása.
- (3) A gyógyszer, mint speciális termék marketingje jelentősen eltér a hagyományos termékek marketingjétől.
- (4) A gyógyszerpiac a szabályozottsága folytán általában a gazdasági, és különösen a marketing témájú kutatások sajátos terét kínálja.

Ebben a sajátos környezetben a piaci szereplők közötti kapcsolatok (eladó-eladó, eladó-vevő, vevő-vevő, stb.) is számos speciális vetülettel bírnak. Az a tény, hogy a viszonylag kevés számú piaci szereplő jól ismeri egymást, jelentősen befolyásolja a partnerkapcsolatokat. A kórházi vevők (beszerzési központ) motivációi, magatartása, a különleges termékkel szembeni elvárásai véleményem szerint a jövőben előrevetítik a vevőközpontú marketing, a kapcsolati marketing vizsgálatának jelentőségét a gyógyszermarketing tárgyú irodalmakban.

## **1.2. A dolgozat célkitűzése, az alkalmazott módszerek és modellek**

A bevezetőben eddig leírtak alapján a kutatásom öt alapvető témakörre bontható: (1) a gyógyszeripar jelenlegi versenyfeltételei, (2) a magyar gyógyszerpiac bemutatása, (3) a kórházi piac jellemzése, (4) a magyar kórházak gyógyszerbeszerzése, (5) a kapcsolati marketing sajátosságai és szerepe a kórházi piacon.

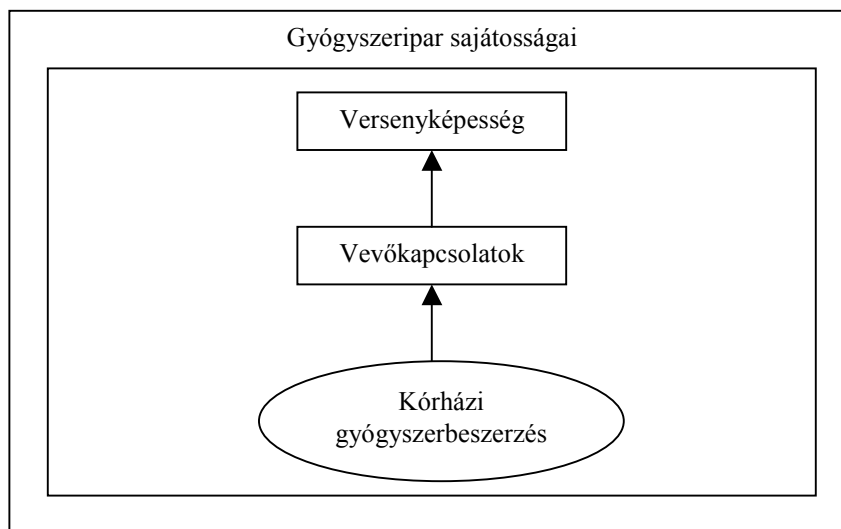
*Célkitűzésem tehát, hogy a gyógyszerpiacon belül a speciális, kórházi vevőket, magát a kórházi piacot marketing megközelítésben ábrázoljam, és a magyar kórházi*

gyógyszerbeszerzések jellemzőinek feltárásával a magyar gyógyszerpiaci versenyképesség témájához ezen újszerű megközelítéssel járuljak hozzá. A dolgozatban a gyógyszeripart az aktuális új versenyfeltételek tükrében vizsgálom.

A kutatás módszertanát tekintve céltom eléréséhez részben szakirodalmi publikációkra, statisztikákra, részben primer információkra támaszkodom.

A dolgozat az 1.1. ábra által bemutatott gondolatmenetet követi. A kórházi vevőkkel fenntartott vevőkapcsolatokat a kórházi gyógyszerbeszerzéseken keresztül jellemzem, közelebb kerülve ezáltal a gyógyszeripari vállalatok versenyképességét meghatározó tényezők jobb megismeréséhez, és mindezeket a gyógyszerpiac sajátos iparági környezetébe ágyazva mutatom be.

*1.1. ábra, A disszertáció elvi felépítése*



Disszertációmban alapvetően a következő elméleti modellekre támaszkodom: (1) Porter-féle iparági versenyképességi modell, (2) a kapcsolati marketing elméleti modelljei, különös tekintettel a személyes interakciókra, (3) a szervezeti beszerzés marketingelméleti modelljei – közülük is kiemelten a Sheth-féle integrált modell – az intézményi vevők sajátosságainak figyelembevételével.

### 1.3. A dolgozat felépítése

A dolgozat az 1.1. ábrának és az öt fent megjelölt témakörnek megfelelően épül fel. Az első témakör – a gyógyszeripar aktuális versenyfeltételei – bemutatása szekunder források felhasználásával és az azokból nyerhető következtetések alapján történik. A 2. fejezetben a gyógyszeripar ágazati jellemzőit ismertetem, majd ezekből kiindulva a 3. fejezetben a versenyképességgel foglalkozó szakirodalom feldolgozásával bemutatom a gyógyszeriparra napjainkban érvényes versenyfeltételeket.

A magyar gyógyszerpiacot (2.2. és 2.3. fejezet) szintén ágazati szekunder források információinak felhasználásával tárgyalom. A kórházi piac jellemzését először a gyógyszer iparágba ágyazva (4. fejezet), majd a marketing irodalom szervezeti marketing koncepcióinak kórházakra, mint szervezetekre adaptált modelljeivel (5. fejezet) végzem el.

A téma elméleti megközelítését követően empirikus kutatást végeztem, melynek során a magyar kórházi gyógyszerbeszerzést vizsgáltam (6. és 7. fejezet). A 6. fejezetben kapott helyet a gyógyszer, mint termék marketing szempontú bemutatása, és a gyógyszerek csoportosítása, ami azért fontos, mivel a feltáró kutatás során bebizonyosodott, hogy a termék specifikus tényezőknek rendkívül nagy a jelentősége a kórházi gyógyszerbeszerzésben. A primer kutatás első részében interjúkat készítettem a kórházi piacon meghatározó (jelentős közvetlen kórházi értékesítést végző, hazai és külföldi) gyógyszergyárak és nagykereskedők képviselőivel, kórházi főgyógyszerészekkel, kórházi főigazgatóval, orvos igazgatóval. Összesen 24 személyes interjú készült. Az interjúk eredményeinek az elméletekkel, illetve szekunder információkkal való összevetése alapján hipotéziseket és részhipotéziseket állítottam fel. A primer kutatás második részében (7. fejezet) – a kutatás kiterjesztése érdekében – postai kérdőíves módszer segítségével a hazai kórházak gyógyszerbeszerzési gyakorlatát, és a gyógyszerválasztási szokásokat vizsgáltam. A kutatás kórházi főgyógyszerészek és kórházi főorvosok körében zajlott 2002 őszén. A kérdőív többek között magában foglalja a gyógyszerbeszerzést befolyásoló tényezők fontosságának feltárását, a beszállítók értékelését, a gyógyszerekről való információszerzés fő forrásait, az új gyógyszer elfogadását befolyásoló tényezőket, és egyéb, a kórházi gyógyszerbeszerzésre és az orvosok gyógyszerválasztására vonatkozó általános kérdéseket.

A kutatás eredményeit – visszautalva az elméletre – a szervezeti beszerzés Sheth-féle integrációs modellje alapján strukturálva mutatom be.

Disszertációm az eredményekből levonható következtetésekkel, a hipotézisek értékelésével, végül a teljes dolgozat összefoglalásával zárom.

Törekvéseimnek megfelelően kutatásomnak két fő hasznosítási területe határozható meg: egyfelől a marketing elmélet sajátos ágazati értelmezése történik meg a dolgozatban, másfelől a gyógyszerpiac szereplői számára hasznosítható információk és következtetések kerülnek bemutatásra. A kórházi piacról készült felmérés eredményei közül a kórház specifikus jellemzők – a nagyszámú válaszadásra való tekintettel – mindenképpen információkat szolgáltathatnak a szakmai szervezetek (pl. Magyar Kórhákszövetség) számára, valamint a beszerzés gyógyszeripari versenyképességet érintő összefüggései a gyártók, nagykereskedők felé jelenthetnek hasznosítható információkat jövőbeni stratégiájuk, marketingtevékenységük kialakítása és tervezése során.

## 2. A GYÓGYSZERIPAR FŐBB PIACI JELLEMZŐI

A gyógyszeripari versenyképesség vizsgálatát célozva ezen fejezet célja bemutatni a világ gyógyszeriparának főbb jellemzőit, az iparági tendenciákat, majd a magyar gyógyszeripar rövid története után ismertetni a hazai piac és a piaci szereplők fontosabb jellemző adatait.

### 2.1. A gyógyszerpiac ágazati jellemzői a világban

A „*Merre tart a gyógyszeripar?*” című jelentésében Dr. Heinz Redwood, gyógyszerügyi szakértő az elmúlt húsz évet tanulmányozva arról számol be, hogy a gyógyszeripar eljutott az érettség fázisába. Hat jellemzőt azonosított, melyekkel ez az érettség leírható [SCRIP, 2002:15]:

- lassúbb növekedés;
- kimerülőben lévő innováció (kevesebb, és kevésbé áttörő újdonság);
- ezt a kimerülőben lévő innovációt szükségszerűen erősebb marketing kompenzálja;
- a jövedelmezőség stagnál vagy csökken;
- a menedzsment ellenáll a változásnak; és
- piaci szerkezeti koncentrálódás (fúziók, akvizíciók, szétválások) jellemző.

A fenti megállapítások összhangban vannak a Michael Porter által felsorolt, az iparági érettségbe való átmenetre jellemző, megváltozott versenykörülményeket előidéző következő tényezőkkel [Porter, 1993:242-243]:

- a növekedés lassulása miatt a piaci részesedésért vívott harc erősödik
- a vállalatok tapasztalt vevőkkel állnak szemben, gyakori a termékek komparatív előnyeinek a kommunikálása
- nagyobb hangsúlyt kap a költség és a vevőszolgálat
- nehezebben jönnek létre új termékek, alkalmazások, a költségek és kockázatok nagymértékben megnövekednek
- fokozódik a nemzetközi verseny
- az iparági profit csökken.

Az érett piacokra jellemző, egymást követő piacfragmentációs és piackonzolidációs folyamatok [Kotler, 1998:411] is jól azonosíthatók a mai gyógyszerpiacon.

Piacfragmentáció azt az állapotot jelöli, amikor a piaci szegmensek egy-egy piaci szereplő befolyása alatt állnak, konszolidáció esetében pedig egy meghatározó szereplő hatása alá kerülnek a különböző szegmensek. Az előbbi állapotot a verseny, az utóbbit az innovációk segítik elő.

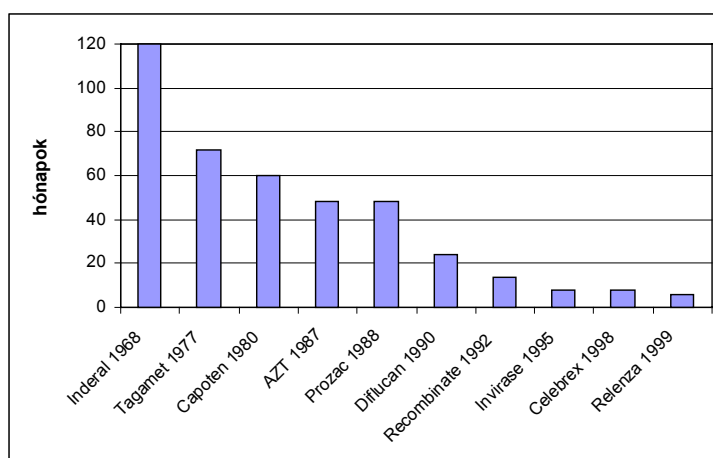
Az 1990-es évek gyógyszergyártókat érintő, nagy jelentőségű fúziói után (például: 1995: *Glaxo* és *Wellcome*; 1996: *Ciba-Geigy* és *Sandoz*; 1998: *Astra* és *Zeneca*; 1998: *Hoechst* és *Rhone-Poulenc*; 1999: *Sanofi* és *Synthelabo*) mára bebizonyosodott, hogy a fúziós törekvések a huszonegyedik században is folytatódnak (2001: *GlaxoWellcome* és *SmithKlineBeecham*, 2003: *Pharmacia* és *Pfizer*). Napjaink legfrissebb egyesülése a francia *Sanofi* és – a korábban a *Hoechst* és a *Rhone-Poulenc* fúziójának eredményeként létrejött – francia/német *Aventis* között következik be, megalakítva így a világ harmadik legnagyobb gyártóját [Allary et al., 2004]. A fentebb idézett szakértő szerint a gyógyszerpiac nagy játékosai ma is ugyanazok, mint húsz évvel ezelőtt, csak a nevek változnak. Új piaci belépők napjainkban - a biotechnológiai ipar erősödését jelezve - kis biotechnológiai cégek lehetnek, számukra azonban a stratégiai szövetség alakítása valamely multinacionális gyógyszerállalattal az elsődlegesen járható út. A *Cambridge Pharma* tanácsadó cég szerint a biotechnológiai cégek tőkéjének 90%-a gyógyszergyártó cégekkel való partnerségből ered, és értékesítésük 40%-át a szövetségeken keresztül érik el. Más nézőpontból közelítve egyes források szerint a gyógyszercégek jövedelmének 40%-a fog 2005-re a licenyszerződésekből származni, a mai 20%-hoz képest [Smith, 2002]. Minden második licenctermék pedig a biotechnológiai szektort fogja képviselni.

Ami az innováció csökkenésének tendenciáját illeti, elmondható, hogy amíg a gyártók K+F költségei évről évre emelkednek, addig az új termékek száma az 1960-as évekig visszatekintve csökken [Ballance et al., 1992]. A technológiai fejlődésnek köszönhetően a fejlesztési idő lecsökkent, lerövidítve így a termék életciklust, és a gyártó számára jövedelmező évek számát. Az utóbbival kapcsolatos a kizárólagos piaci jelenlét (exkluzivitási időszak) fogalma, vagyis az az időperiódus, amíg egy új gyógyszer minden eddiginél hatásosabb egy adott betegség esetén. Míg az 1960-as évek végén ez az időszak több mint tíz évet jelentett, addig ma már az innovatív márkához hasonló terápiás hatású versenytárs gyógyszer néhány hónap után megjelenik a piacon (lásd 2.1. ábra). A termékinnováció területén a minél hatásosabb, és minél kevesebb mellékhatással járó



gyógyszert szeretné minden gyártó elérni. A siker kulcsa ezért, a kimerülőben lévő innováció ellensúlyozására, egyre inkább a marketing tudás minél hatékonyabb kihasználása. A SCRIP egyik jelentése szerint a gyógyszermarketinget a jövőben a következő tényezők állítják leginkább kihívás elé: a globalizáció, a változó egészségügyi rendszerek, az információs technológia, az életciklus-menedzsment, a magasfokú marketing tudás alapos ismerete és alkalmazása [Scrip's Guide to Successful Pharmaceutical Marketing, 2002].

2.1. ábra, Gyógyszerek exkluzivitási időszakának csökkenése



Forrás: Smith (2002), 16. o.

A romló jövedelmezőséget egyik oldalról az egekbe szökő fejlesztési költségek okozzák (egy új, innovatív gyógyszer teljes költsége 2000-es adatok szerint átlagosan 802 millió dollár [DiMasi et al., 2003]), másik oldalról a vásárlók romló fizetőképessége okozza. A kormányzatoknak - melyek országonként különböző arányban ugyan, de vevői a gyógyszerpiacnak – mindenhol a világon problémát jelent az egyre növekvő gyógyszerkiadás. A már korábban idézett Dr. Heinz Redwood gyógyszerügyi szakértő az egészségügyi rendszerben a támogatást illetően 50-50%-os, vagy még inkább 40-60%-os arányt tartana megfelelőnek a magánszektor javára [SCRIP, 2002:15]. Véleménye szerint a szociális trendek a világban ennek az aránynak a kialakítása felé tartanak. Az USA-ban a vényköteles gyógyszerek támogatói jelenleg körülbelül 75%-ban a magánszektorból kerülnek ki.

Az IMS Health Interneten elérhető legfrissebb jelentése szerint a világ gyógyszerforgalma - a patikai piacot tekintve - a 2003. augusztus és 2004. július között eltelt 12 hónapos időszakban 8%-kal nőtt az előző 12 hónaphoz viszonyítva, és 335 milliárd USA dollárra emelkedett. Az adatok 13 kiemelt piacra vonatkoznak, ezek az országok a világpiac több mint kétharmadát jelentik [IMS Health Report on Internet, 2004]. A gyógyszerpiac növekedésének havi adatait és a forgalmat 2002. augusztus és 2004. július között a 2.1. tábla – grafikusán az 1/a. és 1/b. sz. melléklet – tartalmazza.

2.1. tábla, A gyógyszerpiac forgalma 12 hónapos időszakokat tekintve a patikai piacon, 13 kulcspiacra

12 hónapos időszak	Forgalom (Mrd USD)	Növekedés (%)
2001. szept. – 2002. aug.	268,0	9
2001. okt. – 2002. szept.	270,0	8
2001. nov. – 2002. okt.	271,9	8
2001. dec. – 2002. nov.	273,0	7
2002. jan. – 2002. dec.	275,8	7
2002. febr. – 2003. jan.	278,4	6
2002. márc. – 2003. febr.	281,2	6
2002. ápr. – 2003. márc.	284,4	6
2002. máj. – 2003. ápr.	286,5	6
2002. jún. – 2003. máj.	289,5	6
2002. júl. – 2003. jún.	293,3	7
2002. aug. – 2003. júl.	296,0	6
2002. szept. – 2003. aug.	298,7	7
2002. okt. – 2003. szept.	302,5	7
2002. nov. – 2003. okt.	306,6	7
2002. dec. – 2003. nov.	309,8	8
2003. jan. – 2003. dec.	315,4	8
2003. febr. – 2004. jan.	317,9	8
2003. márc. – 2004. febr.	321,0	8
2003. ápr. – 2004. márc.	325,1	8
2003. máj. – 2004. ápr.	328,2	9
2003. jún. – 2004. máj.	330,0	8
2003. júl. – 2004. jún.	332,9	8
2003. aug. – 2004. júl.	335,0	8

*Forrás: IMS Health Retail Drug Monitor (www.imshealth.com) adatai alapján*

A 2.1. tábla adatai alapján elmondható, hogy a gyógyszerforgalom növekedése stagnál, jelenleg 8-9%-os növekedés tapasztalható éves szinten, ami jellemzően a generikus termékek előretörésének köszönhető, összefüggésben azzal, hogy a kormányok különféle intézkedésekkel ezen készítmények elterjedését szorgalmazzák, költségcsökkentő hatásuk

miatt. Az Európai Generikus Gyártók Szövetségének becslése szerint például az évtized végére az Európai Unió gyógyszerpiacának 75%-át fogják képviselni a generikumok [Schofield et al., 2004]. Ez összefüggésben van azzal a ténnyel, hogy 2004. végére a jelenleg szabadalommal védett gyógyszerek 35%-ának védelme lejár, lehetőséget adva így a generikus gyógyszerek gyártóinak [Perry, 2004, *idézi Pharmorient, 2004*].

Hatástani szempontból a világon a legkeresettebb gyógyszerek az emésztőrendszer működésére, a központi idegrendszerre, és a szív- és érrendszerre ható gyógyszerek. Kiemelt terápiás területnek számít a daganatos megbetegedések elleni készítmények (citosztatikumok) piaca (az utóbbi egy év alatt folyamatosan 15%-os növekedéssel). Ez összhangban áll azzal a ténnyel, hogy a világon halálozási okként első helyen szereplő szív- és érrendszeri megbetegedéseket a rákos elhalálozások száma követi a második helyen.

A vezető gyógyszergyártók forgalmáról és a K+F kiadásokról a 2.2. és 2.3. táblák adnak információt.

2.2. tábla, A világ vezető gyógyszergyártóinak forgalma 2002-ben

Vállalat	Forgalom (Mrd USA dollár)
1. Pfizer (USA)	28,288
2. GlaxoSmithKline (UK)	27,060
3. Merck & Co. (USA)	21,631
4. AstraZeneca (Svéd/UK)	17,343
5. Johnson & Johnson (USA)	17,151
6. Aventis (Francia/Német)	15,159
7. Bristol-Myers Squibb (USA)	14,705
8. Novartis (Svájc)	13,547
9. Pharmacia (Svéd/USA)	12,037
10. Wyeth (USA)	11,733

Forrás: Charlish (2004) 35. o.

A Pfizer 2001. óta tartja vezető helyét a világ gyógyszerpiacán, azóta az első négy helyen nincsen változás. Az első 20 vállalat fele kétjegyű növekedéssel bír, a vállalatok átlagosan 9-10%-os növekedést könyvelhetnek el a 2001-es évhez képest. A biotechnológia gyógyszeriparbeli erősödését jelezve a legnagyobb, 42,2%-os növekedést az amerikai biotechnológiai vállalat, az Amgen produkálta, felkerülve így a 18. helyre. A 10 legnagyobb vállalat mindegyike 2002-ben 2 milliárd USA dollárnál többet költött kutatás-fejlesztésre, amely összeg a forgalomhoz viszonyítva 12,4-20,7% közötti nagyságrendet képvisel (lásd 2.3. tábla).

2.3. tábla, A világ vezető gyógyszergyártóinak K+F kiadásai 2001-ben

Vállalat	K+F kiadás (Mrd USA dollár)	K+F kiadás az eladások százalékában (%)
Pfizer (USA)	5,176	18,3
GlaxoSmithKline (UK)	4,108	15,2
AstraZeneca (Svéd/UK)	3,069	17,7
Johnson & Johnson (USA)	2,693	15,7
Merck & Co. (USA)	2,677	12,4
Aventis (Francia/Német)	2,478	16,3
Novartis (Svájc)	2,309	17,0
Pharmacia* (Svéd/USA)	2,230	18,5
Hoffmann-La Roche (Német/Francia)	2,205	19,3
Eli Lilly (USA)	2,149	20,7

Forrás: Charlish (2004) 36. o. \* 2002. júliusában felvásárolta az amerikai Pfizer

Az eddig említett gyógyszerpiaci jellemzőkön kívül (innovációs kényszer, K+F költségek növekedése, stb.) a további szereplők – elsősorban az eladó és a vevő – kapcsolatában is változások figyelhetők meg. A beteg tudatos vásárlóvá válása, az öngyógyszerezés főleg a vény nélkül kapható gyógyszerek piacán hoz új kihívásokat a gyógyszercégek számára, azonban például az USA-ban, ahol a vényköteles gyógyszerek laikusoknak szánt reklámozása is (DTC - Direct-To-Consumer) engedélyezett, a verseny tovább élesedik. Az USA-ban (a világ legnagyobb gyógyszerpiacán) az 1990-es években az OTC termékek - over-the-counter, vény nélkül kapható gyógyszerek - eladásában átlagosan évi 6%-os növekedés tapasztalható. Az OTC piac előretörése azzal magyarázható, hogy e termékek költséghatékonysága magasabb, mint a vényköteles gyógyszereké. Az orvosok továbbra is az elsődleges befolyásolói a gyógyszerválasztásnak mind a járóbetegellátás vényköteles gyógyszerei esetében, mind a kórházakban. Éppen ezért ezen piaci szereplők igényeinek megismerése és minél hatékonyabb kielégítése elsőszámú feladata kell, hogy legyen a gyógyszerpiacon tevékenykedő vállalatoknak. A társadalombiztosító – mint harmadik vásárló – elsődleges érdeke a minél költséghatékonyabb betegellátás biztosítása. Nem meglepő tehát, hogy egyes nézetek szerint a gyógyszermarketing egyre inkább multidimenzionális tevékenységgé válik, a gyógyszergyártóknak egyesíteniük kell a key account (kulcs vevő) menedzsment, a szolgáltatásmarketing, a politikai marketing eszközeit. Vagyis az orvosok (szakmai döntéshozók) között és a szabályozás (kormányzati döntéshozók) területén azonosítaniuk szükséges a véleményvezetőket; nemcsak magát a

terméket, hanem komplett szolgáltatást kell nyújtaniuk az orvosoknak, a betegeknek, a különböző szervezeteknek és a társadalomnak; és nem utolsósorban gazdasági és politikai érveket kell felsorakoztatniuk az állami támogatás megszerzéséhez, egy új termék sikeres bevezetéséhez (Harms et al., 2002).

Összefoglalásképpen elmondható, hogy a gyógyszeripar XXI. századi ágazati jellemzői egyre inkább növekvő jelentőségűvé teszik a gyógyszermarketing alkalmazását, eszközeinek fejlesztését, ezáltal új, hatékonyabb stratégiák kidolgozását.

## **2.2. A magyarországi gyógyszeripar kialakulása és fejlődése**

A magyar gyógyszerpiac aktuális helyzetének tárgyalása előtt röviden áttekintem a gyógyszeripar történetének főbb állomásait. A fejezet jelentős mértékben támaszkodik Antalóczy Katalin: *Privatizáció a gyógyszeriparban* c. kiadványában [Antalóczy, 1999] bemutatott történelmi visszatekintésre.

A magyar gyógyszeripar története az 1900-as évek elejére nyúlik vissza [Antalóczy, 1999:15]. A családi vállalkozásból indult, napjainkban piacvezető Richter Gedeon Rt. például 2001-ben ünnepelte százéves fennállását. A hazai gyógyszerpiac első szereplői családi kisvállalkozások, és külföldi cégek magyarországi leányvállalatai voltak. 1925-re a magyarországi gyógyszeripar annyira megerősödött, hogy ki tudta elégíteni a hazai szükségleteket – előtte főleg import készítmények voltak jelen a piacon –, sőt elindult a gyógyszerexport felfelé ívelő útja [Siposné et al., 1996]. Az export növekedésével párhuzamosan megindult a külföldi terjeszkedés először Európában, majd távolabbi országokban. A gyártók az alapanyagok egy részét a gyárakon belül kémiai szintézissel, vagy természetes anyagok felhasználásával állították elő, azonban importra is rá voltak szorulva. A két világháború között a gyógyszeripari termékek a magyar ipari export egyik legfontosabb árucsoportját adták.

A második világháború az exportra és az alapanyag-behozatalra is negatív hatással volt. A világháború után mind a kutatás, mind a gyártás területén jelentős visszaesés következett be, a lemaradás elkerülhetetlen volt a háborút közvetlenül nem tapasztaló országokhoz képest. 1948-ban államosították valamennyi gyógyszergyárat, a kisebb gyógyszergyártókat beolvasztották a nagyokba, a termelés lassan helyreállt. Az 1920-as, 1930-as években

viszonylag fejlett marketing hálózat, orvoslátogatói rendszer a háború után visszafejlődött, újra ki kellett építeni őket. Az 1950-és és az 1960-as években alakultak ki azok a gyógyszergyárak, amelyek tulajdonképpen a mai gyógyszerpiacon a vezető hazai gyógyszergyárak közvetlen elődeinek tekinthetők (Richter, Egis, Chinoin, Biogal, Human, Alkaloida). Az importgazdálkodás miatt a verseny csupán a hazai gyárak között zajlott, de ez a verseny sem nevezhető élesnek, mivel a kutatási témákat 1968-ig központilag szétosztották a gyárak között. Az exportpiacokat a kelet-európai, illetve a fejlődő országok jelentették, az export jelentős mértékű volt – a termelés 60%-át tette ki –, így a gyógyszeripar vezető ágazat maradt. A kelet-európai piacok ekkor váltak a magyar gyógyszeripar hagyományos jó exportpiacává, mivel a KGST-n belül a magyar gyógyszergyártás kiemelt szereppel bírt. Az exportcikkek nagy része reprodukciós<sup>1</sup> és generikus<sup>2</sup> termék volt. A magyar gyógyszeripar fokozatosan kezdett a világ gyógyszeriparának vérkeringésébe becsatlakozni, amihez hozzájárult, hogy 1975-ben bevezették a GMP<sup>3</sup> minőségellenőrzési rendszert. Az 1980-as évekre a hazai gyártók nemzetközi sikereket értek el kutatás-fejlesztési eredményeikkel, és mindegyikük rendelkezett originális<sup>4</sup> készítményekkel is. Többek között a sikeres fejlesztéseknek, és a korszerű minőségügyi rendszereknek köszönhetően az exportpiacok kitértak: a vállalatok immár valódi versenyhelyzetben találták magukat a nyugat-európai, amerikai piacokon, ahová többnyire hatóanyagot szállítottak. A piaci jelenlét nemcsak kereskedelmi értelemben volt fontos, hanem nyugat-európai, amerikai, japán vállalatokkal történő kapcsolatok kialakítására is lehetőség nyílt. A sikeres magyar originális termékek közül kiemelkedik a No-Spa, Jumex, Osteochin (*Chinoin*); Cavinton, Curiosin (*Richter*); Grandaxin (*Egis*), Hevizos (*Biogal*) [Hermetz, 1998:563]. A fejlesztések számos esetben egyetemi kutatóhelyek (pl. BME, SZOTE, DOTE) bevonásával történtek (pl. Kalmopyrin, Cavinton, Jumex, Osteochin).

---

<sup>1</sup> Az eljárás-szabadalom korában kerülő-eljárással előállított gyógyszer.

<sup>2</sup> A szabadalmi védelem lejártá után gyártható hatóanyagú "hasonmás" gyógyszer.

<sup>3</sup> *Good Manufacturing Practice* = szabályos gyógyszergyártási gyakorlat, a gyártáshoz kapcsolódó irányelveket rögzíti. Előírja, hogy a gyógyszert megfelelő anyagokból, megfelelő technológiával, alkalmas eszközökkel kell gyártani, minőségét megőrző módon kell csomagolni és tárolni, minőségét ellenőrizni kell, a gyártás minden folyamatát írásban rögzíteni szükséges.

<sup>4</sup> Az első ízben előállított új hatóanyagból gyártott gyógyszer, az innovatív készítmény, amelyre egy ideig termékszabadalmi védelem vonatkozik.

A rendszerváltást követő években, 1992-ben és 1993-ban a termelésben hanyatlás volt tapasztalható, melynek egyik fő oka, hogy az import liberalizációjának eredményeként a magyar gyógyszerek hazai fogyasztásának aránya hirtelen lecsökkent. Másrészt pedig, a térségben bekövetkezett változások, a rubelről dollárra való elszámolásbeli változás, a közép- és kelet-európai piaci lehetőségek romlása a magyar gyógyszeripart hátrányosan befolyásolta. 1994-ben az eljárás-szabadalomról a termék-szabadalomra való áttérés szintén nagy változást hozott a kutatás-fejlesztésben, a termékportfóliókban. Az eddig kerülő eljárással előállított reprodukciós gyógyszerek életútja befejeződött. A hazai helyzet hátrányára írható az is, hogy a viszonylag fejlett magyar gyógyszeripar mögött viszonylag fejletlen vegyipari intermedier ipar áll (magas vámokkal terhelt import vegyszerek) [Görög, 1995:572]. A gyengeségek ellensúlyozására a gyárak egyre több figyelmet fordítottak marketing tevékenységükre.

Az 1990-es évek elején a gyógyszerkereskedelem szerkezete is átalakult. Az államosítás utáni struktúrát a gyógyszertári központok jellemezték, melyek három részből álltak: logisztikai központból, galenusi<sup>5</sup> termékeket gyártó üzemből és gyógyszertári hálózatból. Ekkor a kizárólagos nagykereskedő mind a patikai piacon, mind a kórházi gyógyszerellátás terén a Hungaropharma jogelődje, a Gyógyáru Értékesítő Vállalat volt, az import gyógyszerek biztosítását a Medimpex látta el. A gyógyszerkereskedelem privatizációjával a Hungaropharma és a Medimpex, mint hagyományos szereplők mellett új nagykereskedők jelentek meg a piacon. Az új nagykereskedők részben a volt gyógyszertári központok átalakulásából, részben új vállalkozásokból kerültek ki. Az 1990-es évek közepén a nagykereskedelmi engedélyek száma több mint 60-ra emelkedett. A gyógyszertári központok privatizációja a nagy- és kiskereskedelem együttes magánosítását jelentette [Szabó, 2001a].

A gyártóknak hagyományosan jó a kapcsolata a kórházakkal, hiszen új gyógyszer piaci bevezetése itt történik, ezért fontos a kórházi orvosokkal való kapcsolat kialakítása. 1999-

---

<sup>5</sup> galenusi gyógyszer: a Gyógyszerkönyvben, vagy a Vény minta Gyűjteményben meghatározott összetételű és minőségű készítmény, melyet ezen előírások alapján gyártanak, nyilvántartanak és forgalmazznak [1998. évi XXV. tv. 4. § c)]

től a magyarországi gyártók jogszabályban meghatározott módon<sup>6</sup> közvetlenül is értékesíthetnek a kórházaknak, a külföldi gyárak hazai képviselői, leányvállalatai nagykereskedelmi engedély birtokában láthatják el közvetlenül a kórházakat. A piac kínálati oldalát a magyarországi gyártók, külföldi gyártók képviselői, nagykereskedők alkotják, a keresleti oldalon a patikák, a kórházak, a kormányzat, a betegek állnak. A következőkben ezen szereplők közül a gyártókat, a nagykereskedőket, a patikákat és a kórházakat mutatom be eltérő részletességgel.

### 2.3. A magyarországi gyógyszerpiac főbb jellemzői napjainkban

A mai piaci viszonyok kialakulásában döntő szerepet játszott a privatizáció, s ennek eredménye formálja a jelenleg is meglévő versenyfeltételeket. A privatizáció során a külföldi tőke dominanciáját megjelenítő tulajdonosi szerkezet alakult ki (lásd 2.4. tábla). A táblázatból látható, hogy egyedül az Egis Rt. és a Richter Gedeon Rt. esetében maradt viszonylag jelentős a hazai tőke aránya. A Richter Rt. az egyedüli vállalat, amely a külföldi szakmai befektetők nélküli stratégiát választotta a privatizációs folyamatok során.

2.4. tábla, A hét vezető vállalat tulajdonosi szerkezete<sup>7</sup>

Vállalat	Fő tulajdonos	Egyéb tulajdonos
Biogal-Teva Pharma Rt.	Teva (Izrael) 99,1%	0,9%
Chinoin/Sanofi-Synthelabo Rt.	Sanofi (Francia) 99,1%	0,9%
Egis Rt.	Servier (Francia) 51,0%	49,0%
Humán Rt.	Teva (Izrael) 97,98%	2,02%
ICN Magyarország Rt.	ICN Pharmaceuticals (USA) 90,97%	9,03%
Pharmavit Rt.	Bristol Meyers Squibb (USA) 99,9%	0,1%
Richter Gedeon Rt.	Külföldi pénzügyi befektetők 59,92% ÁPV Rt. 27,11%	12,97%

Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org)

<sup>6</sup> 60/1999. (XII. 1.) EüM rendelet a gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységről (módosította a 29/2001. (X. 3.) EüM rendelet)

<sup>7</sup> A tábla a 2000. december 31.-i állapotot tükrözi, kivéve: a Humán Rt. esetében a 2001-ben bekövetkezett változást (A Human Rt. korábbi többségi tulajdonosát a Novopharm Ltd-t megvette a Teva Pharmaceutical Ltd.).



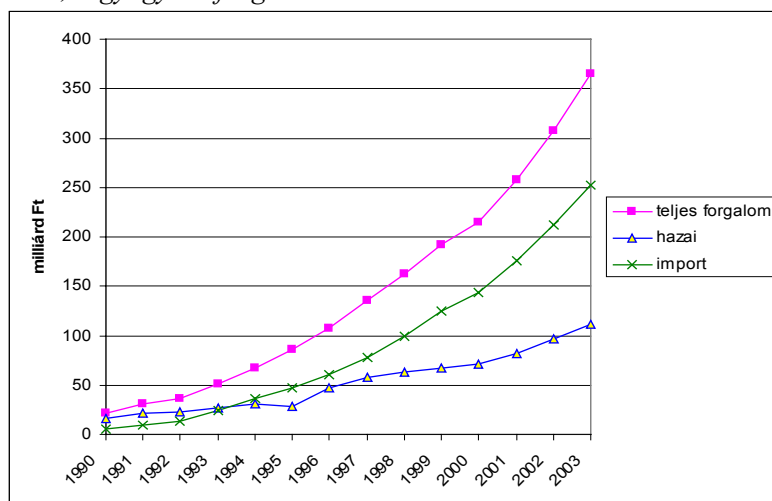
A termékpaletta a piaci viszonyok megváltozásával egyrészt a privatizációval megjelent külföldi vállalatok – immár magyarországi gyártású – termékeivel, másrészt az import készítményekkel bővült. A multinacionális cégek megjelenésével párhuzamosan a hazai előállítású készítmények forgalmának részesedése folyamatosan csökken, 1990-ben az összes forgalom 73,7%-át, 2003-ban pedig már csak a 30,7%-át adta. (2.5. tábla, 2.2. ábra).

2.5. tábla, A gyógyszerforgalom alakulása 1990-2003 között termelői ill. import beszerzési áron

Év	Összes forgalom (millió Ft)	Hazai előállítású (millió Ft)	Import (millió Ft)	Hazai előállítású (%)
1990	21 794	16 066	5 728	73,7
1991	31 216	22 060	9 156	70,7
1992	36 075	22 356	13 719	62,0
1993	50 937	26 974	23 963	53,0
1994	66 749	31 087	35 662	46,6
1995	85 478	38 291	47 187	44,8
1996	107 185	46 968	60 217	43,8
1997	135 126	57 720	77 406	42,7
1998	162 845	63 446	99 399	39,0
1999	191 643	67 425	124 218	35,2
2000	214 362	71 479	142 883	33,3
2001	257 352	81 815	175 537	31,8
2002	307 534	95 986	211 548	31,2
2003	364 682	112 038	252 644	30,7

Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org)

2.2. ábra, A gyógyszerforgalom alakulása 1990-2003 között termelői ill. import beszerzési áron



Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org) alapján

Az adatok szerint a gyógyszerforgalom tíz év alatt több mint tízszeresére nőtt. Ez a hatalmas forgalombeli növekedés azonban nem jár egyre nagyobb gyógyszerfogyasztással. Az egy lakosra jutó átlagos éves gyógyszerfogyasztás 1995-ben és 2000-ben is 30 doboz volt [Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000:272]. A forgalom növekedése mögött a drágább import gyógyszerek magyarországi piaci előretörése, és a hazai és import gyógyszerekre egyaránt vonatkozó (ugyan eltérő mértékű) áremelkedés áll. A magyarországi piacon az inflációval korrigált forgalmi adatok számítása több okból is nehézségekbe ütközik [Molnár K.-né, 2001]<sup>8</sup>, ezért valós képet akkor kapunk a gyógyszerforgalom változásáról, amennyiben azt dobozsám szerint vizsgáljuk (2.6. tábla és 2.3. ábra).

A 2.6. tábla adatai és a 2.3. ábra alapján elmondható, hogy a dobozsám szerinti gyógyszerforgalom nem nőtt, sőt kismértékű csökkenés tapasztalható. A dobozsámot tekintve a hazai előállítású készítmények nagyobb arányt képviselnek, azonban ez az arány fokozatosan csökken. A magyarországi gyártású termékek áremelkedését és az éves infláció mértékét 1989-2004 között a 2. sz. melléklet tartalmazza. Megjegyzendő, hogy nemcsak a hazai, de a külföldi gyógyszerek áremelkedése sem haladta meg egy évben sem az infláció mértékét.

A legfrissebb adatok szerint a piaci növekedés tovább folytatódik. 2003-ben a lakossági gyógyszerforgalom fogyasztói áron – 14%-os növekedéssel – elérte a 400 milliárd forintot, 2004-re pedig 16%-os növekedést várnak a szakértők [GKI-Egészségügykutató Intézet, *idézi Pharmamarketing*, 2004].

Hatástani szempontból Magyarországon a legnagyobb forgalmú szerek a szív- és érrendszerre ható gyógyszerek, őket követik az idegrendszerre ható készítmények. A harmadik helyen a tápcsatorna gyógyszerei állnak, a negyedik és ötödik helyen pedig a szisztémás fertőzéscellenes szerek és a daganatellenes szerek csoportja áll [Feller, 2002].

---

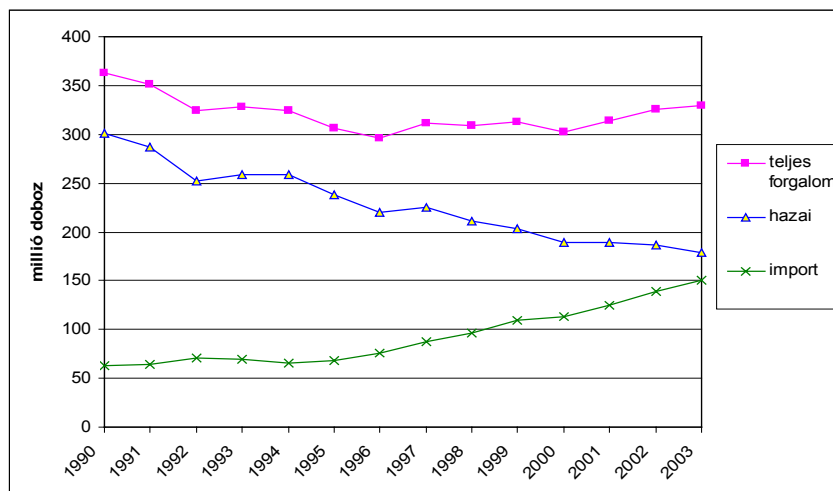
<sup>8</sup> A KSH a gyógyszer, gyógyáru termékcsoportra számított fogyasztói árindexet 1999-ig 46 gyógyszer térítési díjának (fogyasztói ár – Tb támogatás) változásából számította, miközben a forgalomban lévő gyógyszerek száma az 1990. évi 1200 termékről több mint hétszeresére nőtt. A gyógyszerári ár figyelembe vétele szintén torzulást okoz. A 2000. évtől 450 termék szerepel a fogyasztói kosárban, azonban a térítésmentesen kapott gyógyszerek (amelyek az éves patikai forgalom több mint 20%-át teszik ki) így sem vehetők figyelembe. Az egyszerűség kedvéért az OTC (támogatás nélküli) készítmények általában felülreprezentáltak a kosárban.

2.6. tábla, Dobozszám szerinti eladások alakulása 1990-2003 között

Év	Összes forgalom (millió doboz)	Hazai előállítású (millió doboz)	Import (millió doboz)	Hazai előállítású (%)
1990	362,8	300,4	62,4	82,8
1991	350,9	287,2	63,7	81,8
1992	323,5	252,2	71,3	78,0
1993	327,9	258,7	69,2	78,9
1994	324,4	258,7	65,7	79,7
1995	306,5	238,4	68,1	77,8
1996	295,7	220,3	75,4	74,5
1997	311,6	224,5	87,1	72,0
1998	308,0	211,2	96,8	68,6
1999	312,0	203,3	108,7	65,2
2000	302,3	189,0	113,3	62,5
2001	313,7	188,9	124,8	60,2
2002	325,4	186,1	139,3	57,2
2003	329,6	178,9	150,7	54,3

Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org)

2.3. ábra, Dobozszám szerinti gyógyszerforgalom 1990-2003 között



Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org) alapján

A forgalom termékszerkezetét tekintve a magyarországi gyártók termékei a legfontosabb terápiás területeken - szív- és érrendszeri megbetegedések, tápcsatorna gyógyszerei, központi idegrendszeri megbetegedések - jelen vannak. A magyarországi vállalatok hagyományosan innovatívak, például 1998-ban a Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság által alapított "Az év gyógyszere" díját az Egis Kaldyum® 600 mg retard kapszulája nyerte el, elismerve a technológiai innováció eredményét. 2002-ben a

Richter Gedeon Rt. immár ötödik alkalommal nyerte el a Magyar Innovációs Szövetség Innovációs Nagydíját. Bár az eljárás-szabadalmi korszakban a hazai kutatás-fejlesztésnek nagyobb szerepe volt, és nagyobb dicsőséget hozott, a kutatók ma is erős bázist képviselnek, a kutatás-fejlesztésre fordított kiadások évről-évre nőnek (2.7. tábla). Gyártókra lebontva, és az árbevétel százalékában nézve, a két legnagyobb magyarországi gyártó, a Richter Gedeon Rt, és az Egis Rt. árbevételének folyamatosan 8%-át költi K+F-re 2000 óta.

2.7. tábla, A hazai gyógyszergyártó kutatás-fejlesztési ráfordításai

Év	K+F ráfordítás (Mrd Ft)
1990	3,2
1992	3,4
1994	5,3
1996	7,3
1998	11,8
2000 (becslés)	18,1

Forrás: MAGYOSZ, [www.magyosz.org](http://www.magyosz.org)

Ezek a ráfordítások ugyan nem elegendőek originális termékek teljes kifejlesztéséhez (lásd a világ vezető gyártóinak K+F kiadásait a 2.3. táblában), amennyiben azonban a kutatáshoz szükséges anyagi forrást külföldi partner bevonásával sikerül biztosítani, ma is van példa egy-egy *originális* készítmény bevezetésére. A magyarországi vállalatok számára az igazi esélyt a versenyben maradásra a *generikus* - lejárt szabadalmi védettségű, ezért olcsóbban gyártott - készítmények jelentik. Ma már az összes hazai gyártó palettáján megtalálhatóak ezek a gyógyszerek. A Magyarországon gyártott termékek harmadik csoportját a *licenc*-termékek jelentik. A licencvásárlás hagyományosan sikeresen zajlik a hazai vállalatok stratégiáinak megvalósításában. 2000-ben a hazai gyártók itthoni eladásainak körülbelül 25%-át tették ki az originális és a licenc termékek, tehát az eladások háromnegyedét a generikus termékek jelentik (MAGYOSZ becslés).

A világpiacon trendekhez hasonlóan hazánkban is egyre nő az OTC (vény nélkül kapható) termékek forgalma, így egyre több gyártó kíván jelen lenni ezen a piacon is. 1990-ben a magyar piacon lévő készítményekből 11,0%-ban részesedtek az OTC termékek, 2000-re ez az arány 18,5%-ra emelkedett. A forgalmat tekintve ez az arány 9,2%-ról 12,8%-ra nőtt ugyanezen időszak alatt. A legfrissebb adatok hasonló arányról számolnak be, 2003-ban

12,4%-ban részesedett az OTC-piac a teljes gyógyszeripari forgalomból [IMS Health, *idézi* Marketingpirula, 2004], a növekedés tehát kissé megtorpanni látszik.

Az összes gyógyszerforgalmat tekintve a Richter Gedeon Rt. 1997 óta piacvezető Magyarországon, 2003-ban közel 32 milliárd forint forgalmat realizálva. Az első három hely valamelyikén a két legnagyobb magyarországi gyártó évek óta jelen van (2.8. tábla).

*2.8. tábla, A legnagyobb magyarországi forgalmat lebonyolító vállalatok 2003-ban*

<b>Vállalat</b>	<b>Forgalom (Mrd Ft)</b>	<b>Piaci részesedés (%)</b>
Richter Gedeon	31,69	8,6
Novartis	25,59	7,0
Egis	24,20	6,6
Sanofi-Synthelabo	23,26	6,3
Pfizer	23,12	6,3
Biogal-Teva	20,43	5,6
AstraZeneca	17,32	4,7
Roche	16,84	4,6
Merck Sharp Dohme	16,60	4,5
Aventis	13,75	3,8

*Forrás: IMS Health, idézi Marketingpirula 2004/2*

A piaci koncentráció erősödését érzékeltető adat, hogy 2000-ben az első tíz gyártó a gyógyszerforgalom 54%-át [MIS Consulting, 2001:406], a 2.8. tábla alapján 2003-ra már az 58%-át adta.

A nagykereskedelmet tekintve az 1990-es évek megnövekedett cégbejegyzései után ma már elmondható, hogy 2000-re a patikai piac 87%-át 5 nagykereskedő bonyolította [Szabó, 2001b]: a Hungaropharma Rt. (+ leányvállalata a Sanovita Rt.), a Phoenix Pharma Gyógyszerkereskedelmi Rt., a Medimpex Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt. (+ leányvállalata a Pannonmedicina Gyógyszerkereskedelmi Rt. + Viridispharma Kft.), a Humantrade Gyógyszer-nagykereskedelmi Kft, és a Bellis Rt. (A Bellis Rt. 1997-ben alakult, a Béres Rt. nagykereskedelemmel foglalkozó leányvállalataként, 2000. szeptemberétől a Béres Gyógyszergyár Rt keretein belül végzik a gyártást és a nagykereskedelmet is). Jelenleg összesen 77 cégnek van nagykereskedői engedélye, de a valóságban ennél jóval kevesebben gyakorolják ezt a tevékenységet.

2.9. tábla, A hazai piacon vezető gyógyszernagykereskedők tulajdonosi szerkezete

Vállalat	Tulajdonos
Hungaropharma Rt.	Richter Gedeon Rt. 30%, EGIS Rt. 30%, Béres Rt. 30%, Magyar Gyógyszer Rt. 10%
Phoenix Pharma Gyógyszerkereskedelmi Rt.	Phoenix Pharmahandel AG&Co. (Németország)
Medimpex Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt.	Richter Gedeon Rt. 50%, EGIS Rt. 50%
Humantrade Gyógyszer-nagykereskedelmi Kft.	Biogal-Teva Pharma Rt. 100%

*Forrás: vállalati honlapok (www.richter.hu, www.egis.hu, www.human.hu, www.mpx.hu, www.mypin.hu)*

A kiskereskedelem privatizációjával a patikák gyógyszerészek tulajdonába kerültek, és egy részük patikaláncba szerveződött. "Patikalánc alatt az egy tulajdonosi körhöz tartozó és egységes gazdasági elvek alapján működő gyógyszertárakat értjük " [Szabó, 2001b:434]. Ez a struktúra döntően a nagyvárosokra, leginkább a fővárosra jellemző. A patikai piac nagysága gyakorlatilag 2000-re 2045 patikával stabilizálódott [Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000], újabb patikák létesítése csak jogszabályban meghatározott módon és feltételekkel történhet<sup>9</sup>.

Összefoglalva a gyógyszerpiac bemutatását, elmondható, hogy napjainkra a kialakult piaci struktúra képes kielégíteni a hazai keresletet, miközben a világpiaci trendek, úgymint a koncentrálódás, az éles verseny, és a termékkínálatban bekövetkező tendenciák (generikus és OTC piac növekedése) hazánkban is jelen vannak. A magyarországi forgalmat tekintve a hazai gyártású termékek visszaszorulóban vannak az import készítményekhez viszonyítva. A magyar gyógyszeripar legnagyobb hátránya a tőkehiány, és az ebből fakadó innovációs lemaradás a nemzetközi vállalatokhoz képest. A magyarországi vállalatoknak tehát még inkább létkérdés a versenyképesség növelése céljából az új versenylőnyök felkutatása.

<sup>9</sup> módosított 1994. évi LIV. törvény a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól

### **3. A VERSENYKÉPESSÉG TÉNYEZŐI A GYÓGYSZERIPARBAN**

A versenyképességet a közgazdaságtudományban és a menedzsment területeken is különböző szinten vizsgálják az 1980-as évektől kezdődően. Magyarországon elsősorban a rendszerváltás után kaptak értelmet, majd a piacok liberalizálásával váltak igazán elterjedté és jelentőssé, napjainkban pedig az Európai Unióhoz történő csatlakozás kapcsán nyertek aktualitást a versenyképességi kutatások.

A dolgozat nem tekinti céljának a versenyképesség irodalmára való teljes körű utalást. A versenyképességet a dolgozatban marketingelméleti oldalról és a következő dimenziók mentén tárgyalom:

- (1) A gyógyszeripart a Porter-féle iparági versenytényezőket összefoglaló modellből kiindulva elemzem.
- (2) Az iparági versenyképesség új elemeit a vállalati stratégiaalkotáshoz igazodva vizsgálom, így jutok el a kapcsolati marketing, mint versenytényező vizsgálatához.
- (3) A gyártó és a kórház közötti partnerkapcsolat megvilágításához a kórházi gyógyszerbeszerzéseket helyezem nagyító alá.
- (4) Mindezeket a magyarországi körülményekre koncentrálni kívánom feltárni.

#### **3.1. A versenyképesség fogalmának értelmezése a mérvadó hazai versenyképességi vizsgálatokban – a nemzetgazdaságtól a vállalati szintig**

Tekintettel arra, hogy a versenyképesség irodalma és vizsgálata rendkívül szerteágazó mind a külföldi, mind a hazai kutatók körében, a disszertációban a hazai irodalmak közül is csupán a disszertáció eredeti céljának megfelelő gondolatmenethez szorosan kapcsolódó irodalmakat tekintem át.

A közgazdaságtan eszközeit felhasználó versenyképességi elmélet kínálati oldali és keresleti oldali versenyképességet különböztet meg [Török, 1989], és a komparatív költségek elvére épül. Ez a megközelítés alapvetően makrogazdasági keretek között mozog, ezért távol áll a dolgozat bevezetőjében megfogalmazott célkitűzésektől. A makrogazdasági témájú tanulmányok elsősorban az ország külgazdasági teljesítményét, a termelékenységét, gazdaságpolitikájának versenyképességre ható tényezőit (árak, bérek helyzete) vizsgálják [Majoros, 1997; Viszt, 2002; Román, 2003]. A versenyképesség statikus és dinamikus

felfogása közül ez utóbbival olyan mértékben foglalkozom, amennyiben az időtényezőnek kulcsszerepe van a gyógyszeripari versenyképesség elemzésekor.

A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetemen (továbbiakban BKÁE) folytatott, hazai vállalkozások körében végzett "Versenyben a világgal" elnevezésű kutatási program kutatói jó áttekintést adnak a versenyképesség különböző szintjeiről, és a szinteken megjelenő versenytényezőkre vonatkozóan. Czakó [2000] a versenyképesség összetevőit három területre különíti el: (a) a hosszú távú eredményes működés elősegítéséhez kapcsolódóan, (b) a legfontosabb érintett csoportok és érdekeltségeik, és (c) a legnagyobb kockázatot vállalók viszonylatában (lásd 3.1. tábla).

3.1. tábla, A versenyképesség szintjei és összetevői

Szint	A versenyképesség tényezői			Mihez, kihez képest versenyképes?
	Hosszú távú eredményes működés feltételei	A legfontosabb érintett csoportok	A legnagyobb kockázatot vállalók	
<b>Termék, termékcsoport</b>	Fogyasztók igényei, és döntéseik alakítása Termékjellemzők $K_{tg} < ár$	Fogyasztók: érték Vállalat: árbevétel	Vállalat: nyereség	Hazai vállalatok termékei Export piacok termékei Import termékek
<b>Vállalat</b>	Nyereséges működés Változóképesség	Vállalat: cash flow Menedzsment: presztízs, jövedelem, tulajdonosi érdekeltség Alkalmazottak: jövedelem, munkaposzt, munkahelyi légkör	Tulajdonosok: a befektetett tőke megtérülése ill. cash flow	Hazai vállalatok Nemzetközi vállalatok
<b>Szektor, iparág</b>	Kereslet, termék, technológia, az értéklánc kritikus tevékenységei	Munkavállalók: munkahelyek Beszállítók: piac Vevők: termékek, szolgáltatások	Vállalatok: fennmaradás és növekedési lehetőség	Külföldi vállalatok csoportjai
<b>Nemzetgazdaság</b>	Hosszú távú hatékony tényező felhasználás és megújítás	Állampolgárok: méltányos jövedelem elosztás és életszínvonal növekedés Iparágak: hazai működés támogatása Kormányzat: egyensúly és növekedés	Kormányzat: politikai hatalom megtartása	Önmagához, és hasonló fejlettségű országokhoz, régiókhoz képest

Forrás: Czakó (2000) 97. o.

A 3.1. tábla alapján az iparág szintjén a legnagyobb kockázatot maguk az iparágban tevékenykedő vállalatok vállalják. A BKÁE kutatói az iparági versenyképességi szinteken a



szektor GDP/GNP-hez való hozzájárulását, az exportmennyiséget, az iparágban dolgozók bérét és a munkahelyek számát tekintik mérvadónak (3.2. tábla).

3.2. tábla, A versenyképesség szintjei és mutatói

Szint	Mutató
<b>Termék, termékcsoport</b>	Forgalom, piaci részesedés, márkahűség, stb.
<b>Vállalat</b>	Társadalmi normákhoz és gazdasági törvényszerűségekhez való alkalmazkodás közepette tartós nyereségfolyam
<b>Szektor, iparág</b>	GDP/GNP-hez való hozzájárulás, export, munkahelyek, bérek
<b>Nemzetgazdaság</b>	Fenntartható növekedés és életszínvonal emelkedést leíró mutatók

*Forrás: Czakó (2000) alapján*

A kutatók az iparágak exportképességére vonatkozóan az alábbiakban felsorolt szempontokat gyűjtötték össze, melyek alkalmassá teszik az egyes szektorokat arra, hogy versenyképesség tekintetében elemzésre kerüljenek, vagyis az iparágra a következők jellemzőek:

- a magyar gazdaság exportbevételéhez való hozzájárulás hosszú évek óta meghatározó
- a termékcsoportnak jelentős az export aránya a magyar exportban
- a termékcsoport export részesedése a világkereskedelemben magasabb, mint a magyar gazdaság részesedése
- importversenyben pozíciójukat tartó vállalatcsoportok alkotják
- jelentős hagyománnyal rendelkezik.

Amennyiben ezeket a szempontokat összevetjük az előző fejezetben általam bemutatott gyógyszer-iparági jellemzőkkel, akkor elmondhatjuk, hogy a felsoroltak mind igazak az általam is tanulmányozott magyarországi gyógyszeriparra, és bizonyítják a gyógyszeripar vizsgálatának jelentőségét. A gyógyszergyártás súlyát az ipari termelésben és értékesítésben a 3.3. tábla mutatja be.

A 3.3. tábla adataiból látható, hogy a gyógyszeripari export a termelési értéket meghaladó arányban járul hozzá az ipar összes kiviteléhez. A gyógyszerértékesítésen belül az export jelentőségét bizonyítja, hogy a 3.3. tábla alapján 2002-ben az összes gyógyszerértékesítés 67,3%-a külföldön történt. A hazai gyógyszeripar legfontosabb exportországai napjainkban: a FÁK államok közül Oroszország, Ukrajna és Litvánia; Lengyelország, Cseh Köztársaság, Szlovákia, Németország, Vietnám, Ausztria és Románia. A hagyományos

piacokon (kelet-európai országok, volt Szovjetunió országai) túl az utóbbi években megnőtt az EU egyéb országai és az USA felé történő export, utóbbi főleg a gyógyszerhatóanyagok kivitelével.

3.3. tábla, A gyógyszergyártás súlya az ipari termelésben és értékesítésben (millió Ft)

	Termelés	Összes értékesítés	Belföldi értékesítés	Export
<b>Gyógyszergyártás</b>				
1998	202 574	195 878	80 670	115 208
1999	203 459	200 301	84 815	115 486
2000	243 250	236 678	84 719	151 959
2001	277 114	266 297	86 111	180 186
2002	288 619	290 707	95 103	195 604
<b>Ipar összesen</b>				
1998	7 514 848	7 446 830	3 877 123	3 569 707
1999	8 859 620	8 826 100	4 319 331	4 506 770
2000	11 614 262	11 542 291	5 362 492	6 179 799
2001	13 164 431	13 125 432	6 298 293	6 827 139
2002	13 250 631	13 239 988	6 362 724	6 877 264
<b>Gyógyszergyártás aránya az iparban (%)</b>				
1998	2,69	2,63	2,08	3,22
1999	2,29	2,26	1,96	2,56
2000	2,09	2,05	1,57	2,45
2001	2,10	2,02	1,36	2,64
2002	2,18	2,20	1,49	2,84

*Forrás: Ipari és Építőipari Statisztikai Évkönyv, 1998-2002, KSH*

Az eddig említett mutatókon kívül az innováció és a versenyképesség kapcsolatával foglalkozó kutatások szerint az iparágak versenyképességét nagymértékben meghatározza az ágazatban folyó kutatás-fejlesztés is. Az innováció versenyképességben betöltött szerepét hangsúlyozza többek között Papanek [2003]. A szerző – idézett munkájában – a Gazdaságkutató Rt, 2000. tavaszi vállalati versenyképességgel foglalkozó kutatás eredményeire hívja fel a figyelmet, mely szerint a magyarországi vállalatok termékeinek/szolgáltatásainak versenyképességében a legnagyobb gondot az értékesítési csatornák nem megfelelő hatékonysága, és a marketing elmaradó színvonala okozza. Az előző fejezetben ismertettem a multinacionális és a magyarországi gyógyszergyártók K+F-re költött összegét (2.3. és 2.7. táblák). A gyógyszer ágazat kutatásainak jelentőségét bizonyítja, hogy a hazai összes üzleti K+F ráfordításnak csaknem a felét napjainkban a gyógyszeripar költi el [Borsi et al., 2003]. A K+F eredményeként értékelhető szabadalmak

számát tekintve pedig a szakterületenkénti összehasonlításban első helyen áll a gyógyszeripar (3.4. tábla).

3.4. tábla, A szabadalmi bejelentések száma szakterületenként (2002)

Szakterület	Szabadalmak száma
Gyógyszeripar (biotechnológia)	2664
Gépelemek	770
Kémia (kivéve gyógyszer)	809
Műszerek	280
Fém termékek (kivéve gépelemek)	248
Villamos termékek (kivéve elektronika)	159
Elektronika	132
Egyéb ipari termékek	143
Élelmiszer, dohányipar	105
Kő, anyag és üvegtermékek	71
Számítógépek, irodagépek	100
Mezőgazdaság	130
Papíripar, nyomdaipar	100
Motoros járművek	79
Építőipar, épületszerkezetek	68
Egyéb szállítás	48
Összesen	5906

*Forrás: Magyar Szabadalmi Hivatal, idézi: Magyar Statisztikai Évkönyv 2002*

A "Versenyben a világgal" kutatási program középpontjában nem az iparági, hanem a vállalati versenyképesség vizsgálata áll. A vállalati versenyképesség következő meghatározását veszik alapul: "A vállalati versenyképesség képesség a környezeti és vállalaton belüli változások érzékelésére és ezekhez való alkalmazkodásra, a versenytársaknál tartósan kedvezőbb minőség, idő és költség kritériumok teljesülésével." [Chikán, 1995\*, idézi Czakó, 2000]. Ennek elérése végül az elvárt haszonban fog megtestesülni [Kozma, 1994]. Az ezredforduló versenyképességgel foglalkozó hazai irodalma az új kihívásokra válaszképpen próbál valami újszerűt hozzátenni a témához. Kozma [2000] ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy a versenyképesség új kihívásai mellett gyakran elfeledkezünk a hagyományos (közgazdasági alapokon nyugvó) versenyképességi tényezőkről. A szerző bevezeti az élethaszon fogalmát, mely azt mutatja, hogy a vállalkozási beruházás, vagy üzletág kifejlesztése, vagy akár a nemzetgazdaság fejlesztési-külgazdasági programja egész élete folyamán mennyi hasznot fog behajtani.

Elfogadva, hogy az iparágat végső soron vállalatok alkotják, ezért az iparági versenyképességet a mikroszintű versenyképesség figyelembevételével célszerű vizsgálni, és áttekintve a hazai versenyképességi kutatások szempontrendszerét, megközelítésem a következő: a versenyképességet vizsgálva a marketing elméleti modelljeit és eszközeit hívom segítségül, és az iparági versenyképességi modellből kiindulva, a vállalati stratégia és versenyképesség összefüggéseit figyelembe véve a kapcsolati marketingre, mint a hosszú távú versenyképességben szerepet játszó tényezőre helyezem a hangsúlyt.

### **3.2. Az iparági versenyképesség marketingelméleti alapjai: a Porter-féle versenyelmélet és alkalmazása a gyógyszeriparra**

A marketing irodalom szerint az iparág olyan "vállalatok csoportja, amelyek azonos vagy egymással könnyen helyettesíthető termékeket, termékcsoportokat kínálnak a piacon." [Kotler, 1998:272]

A közgazdaságtanban a "structure-conduct-performance" (az iparág szerkezete vezérli a teljesítményét) elmélet szerint egy iparág szerkezete (a résztvevők száma, mérete és a belépési korlátok) meghatározza annak működését, és az iparág teljesítményét, nyereségességét [Kopányi, 1999]. A gyógyszerpiac több szempontot is figyelembe véve a differenciált oligopólium piaci szerkezetnek felel meg. Néhány nagy versenytárs van a piacon, a be- és kilépés korlátozott. Az oligopol piacszerkezet meghatározza a verseny alapvető kereteit, nevezetesen, az egymásra odafigyelő versenytársak a piaci árat próbálják tartani, a legfontosabb versenyeszköz a termékdifferenciálás, ezzel összefüggésben a folyamatos innováció; valamint a reklám. A költségcsökkentés indukálta vállalati összejárások eredményeképpen globális oligopóliumok kialakítására van lehetőség [Vissi, 1995], eszerint a világpiacot néhány nagy cég tartja befolyása alatt. A gyógyszerpiacon az egyre folytatódó felvásárlások, fúziók is ebbe az irányba mutatnak. A 2. fejezetben bemutatott gyógyszeripari jellemzőkből arra következtethetünk, hogy a gyógyszeripar világviszonylatban, és immár hazánkban is globalizálódó iparágnak tekinthető. Globális iparágról lévén szó, a versenyképesség vizsgálatakor az iparág vezető vállalatainak (marketing)gyakorlata összehasonlítási alapot kell, hogy jelentsen a többi vállalat számára. A marketing irodalom mérvadó versenyképességi modelljei Michael Porter nevéhez fűződnek (lásd 3.1. és 3.2. ábrák).

### 3.1. ábra, Porter makrogazdasági versenyképesség-modellje



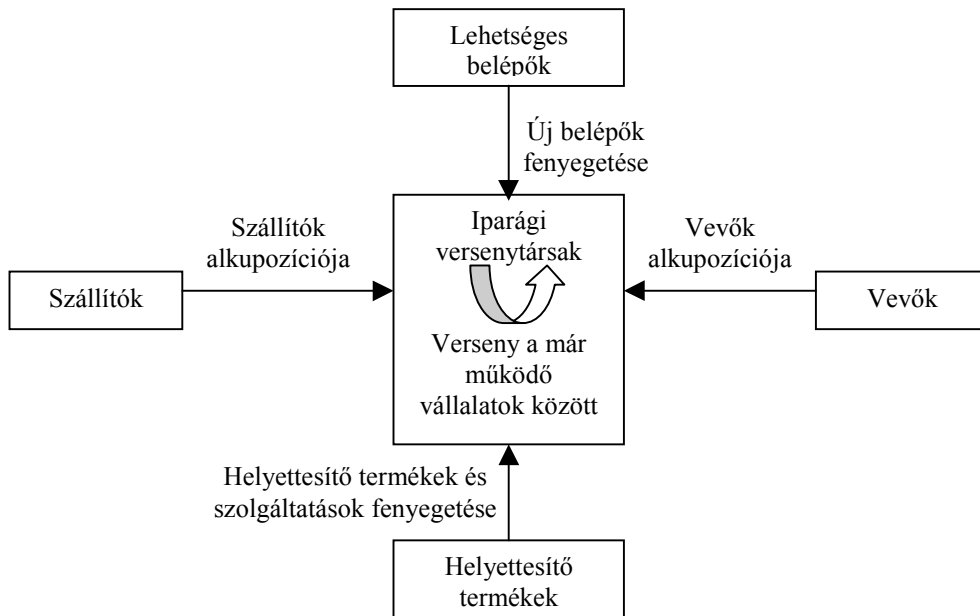
Forrás: Porter (1991), 71. o. kiegészítve Hoványi (1999) által

A modell szerint a makrogazdasági versenyképességet a működéshez szükséges gazdasági feltételi tényezők, a piaci keresleti tényezők, a kiszolgáló és kapcsolódó iparágak, a vállalatok stratégiája és versenyhelyzete, a piaci lehetőségek, és a kormányzat gazdaságpolitikája és intézkedései határozzák meg.

A gyógyszeriparban a versenyt a továbbiakban a második, 3.2. ábrán látható Porter-féle modell, és annak két továbbfejlesztett változata alapján mutatom be. A modell szerint egy iparág jövedelmezőségét a versenytársak közötti harcon kívül a lehetséges új belépők fenyegetése, a szállítók alkupozíciója, a vevők alkupozíciója és a helyettesítő termékek fenyegetése határozzák meg. Hoványi [1999] a mikrogazdasági versenyképességi modellt számszerűsítette, mégpedig úgy, hogy olyan viszonszámokat választott, amelyek a vállalati versenyképességet jól leírják. A következő területekre vonatkozó mutatók kerültek így a modellbe: a vállalat kutatás-fejlesztési, beruházási, termékinnovációs tevékenysége, a termelékenység, a marketingakciók intenzitásának alakulása, és a piaci szereplők számának változása, mely a piaci koncentrációra nézve fontos jellemző.

A disszertációban iránymutatónak választottam a porteri versenyképességi modellt, mivel ez a modell eleve összekapcsolja a vállalati versenyképességet az iparági jellemzőkkel. A gyógyszeripar esetében különösen fontos a vállalati versenyképességnek az iparági sajátosságokkal összekapcsolt vizsgálata, tekintettel a gyógyszeripar globális jellemzőinek jelentőségére, és ezen sajátosságok kiemelt szerepének hangsúlyozására a marketing elméletben.

3.2. ábra, Az iparági versenyt meghatározó tényezők – Porter mikrogazdasági versenyképesség-modellje



*Forrás: Porter (1993), 26. o.*

A klasszikus porteri modellben az öt versenytényező együttesen szabja meg az iparágban a verseny élességét. Wheelen és Hunger az öt tényező mellé hatodiknak beilleszti az egyéb (a vállalat eredményességében) érdekelt relatív hatalmát, hangsúlyozva a kormány, a helyi szervezetek, kereskedelmi szövetségek, részvényesek, stb. szerepét, melyek jelentősége iparágtól függő [Wheelen et al., 1992].

A versenyt meghatározó tényezők a gyógyszeriparban a következőkben azonosíthatók:

- A gyógyszerpiacon általánosan a beszállítók alkupozíciója nem jelentős, mivel a nagyobb gyógyszeripari vállalatok vertikálisan integráltak [Szabóné, 1999:111], ezért a gyógyszeripari termékek többsége esetében az alapanyag ellátás nem jelent szűk keresztmetszetet [Corstjens, 1991:92]. A késztermékgyártáshoz szükséges hatóanyagot általában saját felhasználásra, maguk gyártják. A gyártók vertikális integrációja a magyar gyógyszerpiacon is megfigyelhető, például a Richter Gedeon Rt. a humán kiszerelt gyógyszerek mellett hatóanyagok és intermedierek kutatás-fejlesztésével, gyártásával és forgalmazásával is foglalkozik.

- A potenciális belépők fenyegetését az iparág belépési korlátai határozzák meg. Ezek a korlátok a gyógyszeriparban jellemzően magasak, a hosszú szabadalmi oltalom, a magas K+F és marketing költségek, a kötelező forgalombahozatali engedély, a hosszadalmas törzskönyvezés, a termék bizalmi jellege miatt a gyártói hírnév – hitelesség – kialakítása megnehezítik a belépést, ugyanakkor jövedelmezővé is teszik ezt az iparágat. A kutatás-fejlesztés költségeiről a világ és a hazai gyógyszerpiac bemutatása során már esett szó. Ami a marketing költségeket és a magyarországi piacot illeti, a magyarországi és a hazánkban is értékesítő külföldi gyártók ezen költségei az árbevételeik 5-18%-ára tehetőek [Kollányi, 2004]. Egészében véve az eddig említett belépési korlátok az iparág jellegéből adódnak, ezekhez még hozzájárul a már bentlévő vállalatok akcióiból származó belépési korlát, a termékmegkülönböztetés. Rendkívül nehéz feladat a már kialakult márkahűséget, vállalati hírnevet az új belépőnek megtörni, így jelentős marketing költséggel jár kialakítani azt saját termékére, vállalatára. Gondoljunk itt a generikus gyártók néhol agresszív promóciós tevékenységére abból a célból, hogy az eredeti készítmény gyártójának hírneve ellenére megfelelő piaci részesedést tudjon produkálni. A koncentrált gyógyszerpiacra való belépésre alkalmas stratégia a termékkiterjesztés, vagy a már említett és népszerű fúziók, akvizíciók.
- A helyettesítő termékek fenyegetése a gyógyszerpiacon az alternatív terápiás lehetőségekben nyilvánul meg. Összességében nem jelentős a hatása, főleg az OTC piacon van nagyobb jelentősége, például a társadalom egészségtudatosává válása következtében a természetes gyógymódok alkalmazása miatt.
- A vevők meghatározása a gyógyszerpiacon igen tágra értelmezendő. A *kórházak* alkupozíciója erős lehet, mivel koncentráltan helyezkednek el, és nagy tömegben vásárolnak, illetve a véleményvezető orvosok "lelőhelyei" [Corstjens, 1991:99]. Vevőként kell beszélni a *kormányzatról*, melynek szerepe szabályozó magatartásán (pl. az árszabályozáson) keresztül szintén meghatározó a gyógyszeripari versenyben. A *nagykereskedők* alkupozíciója országoként szintén eltérő a különböző értékesítési rendszereknek köszönhetően. A nagykereskedőkkel szemben a gyártó előre felé történő integrálással tud érvényesülni. Hazánkban is jellemző a gyártói érdekeltség a nagykereskedő vállalatokban (lásd 2.9. tábla a nagykereskedők tulajdonosi

szerkezetéről). Nem utolsósorban pedig általánosan véve a *gyógyszert felírók* és a *betegek* is hatással lehetnek a gyógyszeripar alakulására.

- A belső rivalizálás a gyógyszeriparban az oligopol piac által meghatározott főbb eszközökkel történik: termékdifferenciálással, innovációval, promócióval. Az éles vetélkedés a piacon lévő nagyszámú nagyjából egyenlő erejű versenytárs (globális vállalatok), a lassú növekedés - vagyis az érett piac -, és a magas kilépési korlátok következménye, melyet alapvetően a piaci koncentráció határoz meg. A hazai képet színesíti a magyarországi és a külföldi gyártók közötti verseny.
- Az egyéb érdekeltet az egészségügyi kiadások növekedésének gátat szabni kívánó kormányzati szervek, gyógyszerügyi hatóságok, a részvényesek, a különböző szakmai szervezetek, például a hazai gyártók érdekeit védő szövetség (hazánkban a MAGYOSZ<sup>10</sup>), innovatív gyártók érdekvédelmi egyesülete, stb. jelentik. Ezeknek a piaci szereplőknek jelentős szerepe van a magas rizikójú, nagy jövedelmezőségű gyógyszeriparban.

### **3.3. Az iparági versenytényezők kiterjesztése és sajátosságai a gyógyszeriparban**

A Porter-féle modellben szereplő tényezők a mai gazdaságban számos új tényezővel kiegészíthetők. A korunkat érintő egyik legfontosabb kihívás, a globalizáció új versenyfeltételek elé állítja az iparág vállalatait, miközben hat a vállalatot körülvevő környezetre is. Indokolt tehát a modell kibővítése ezekkel a hatásokkal.

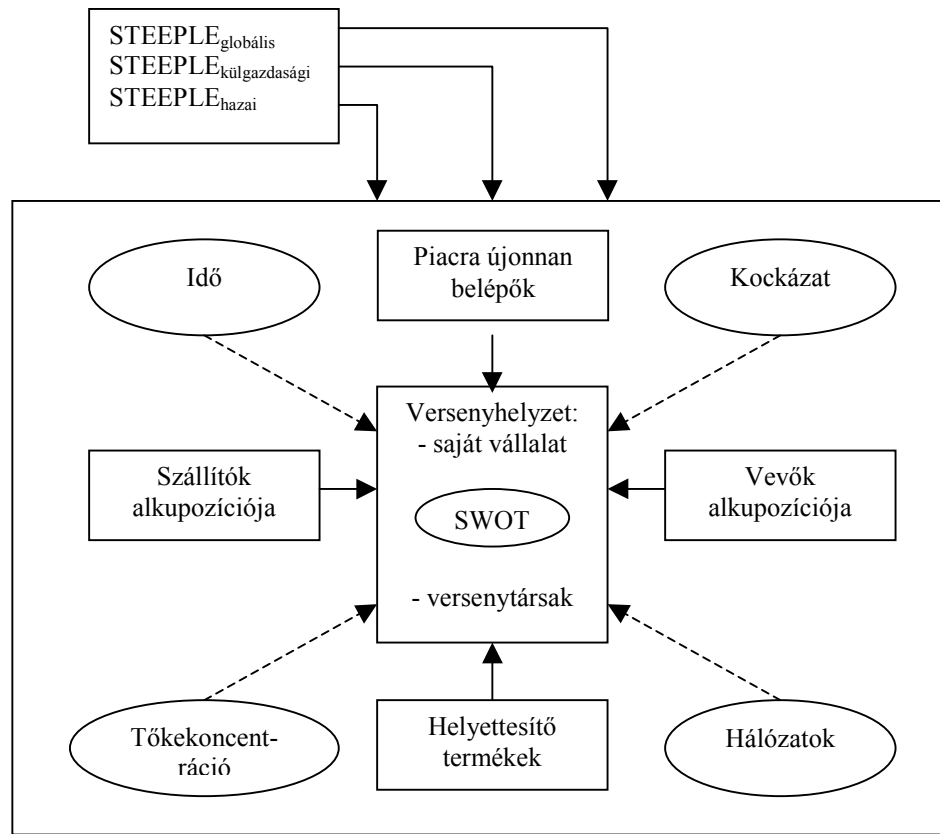
Az eddig tárgyalt hat versenytényező mellé öt újabb - az idő, a kockázat, a tőkekoncentráció, a hálózatok, és a saját és a versenytárs vállalatok közé beépülő SWOT elemzés - társul Hoványi [2001] modelljében (lásd 3.3. ábra). Kívülről kapcsolódik a modellhez egy, a vállalati környezetet leíró, háromszintű STEEPLE - társadalmi, technológiai, gazdasági, környezeti, politikai, jogi, továbbképzési tényezők szerinti - elemzés.

---

<sup>10</sup> Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége



3.3. ábra, Porter modelljének kibővítése a globalizáció új követelményei szerint

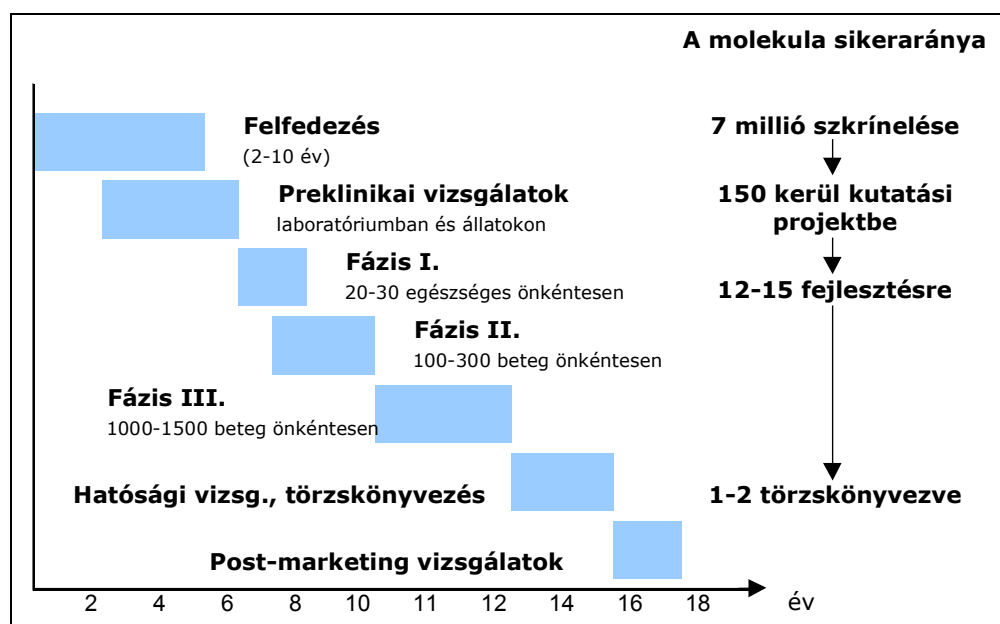


Forrás: Hoványi (2001), 56. o.

Az idő, a költség és a kockázat vállalati versenyképességet meghatározó tényezők összefüggéseire hívják fel a figyelmet a termékinnovációval foglalkozó irodalmak is [Deschamps et al., 1995; Vágási, 2001a]. A hangsúlyt a termékinnováció kezdeti, koncepcionális szakaszára helyezik, annak meghosszabbításával a teljes innovációs folyamat lerövidíthető. A gyógyszeriparban, mint hagyományosan innovatív ágazatban szintén jogosultsága van a kérdéskör tárgyalásának.

A gyógyszeriparra vetítve az *idődimenzió* egyrészt a hosszú innovatív gyógyszerkutatás oldaláról jelentkezik (lásd 3.4. ábra a gyógyszerkutatás folyamatairól). A 3.4. ábra kritikájaként megfogalmazható, hogy bár az idősík mentén jól elkülönülnek az egyes fejlesztési szakaszok és a molekula sikerarányáról is közöl információt, a költségek és kockázatok időbeli alakulásáról nem ad átfogó képet.

### 3.4. ábra, A gyógyszer innováció szakaszai az idődimenzió



Forrás: Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete, [www.igy.hu](http://www.igy.hu)

A költség az idő előrehaladtával exponenciálisan nő, a klinikai kutatások képezik a legköltségesebb lépéseket, a fázis III vizsgálatok már több százmillió USA dollár nagyságrendűek. Sajnos az adatok azt mutatják, hogy még mindig sok "selejt" molekula kerül a gyógyszerkutatás klinikai fázisába: a fázis I és fázis II szakaszban lévő gyógyszerek száma 1995 óta folyamatosan növekszik ugyan, de a fázis III szakaszra ez a növekedés semmilyen hatással nincs, sőt kismértékű csökkenés tapasztalható a fázis III szakaszba érkező molekulák számában, vagyis a fázis II vizsgálatok jelentik a választóvonalat [Lloyd, 2004].

A gyógyszerkutatás tanulmányozásában élenjáró Tufts Center kutatói szerint azok a gyógyszercégek lehetnek hosszú távon nyereségesek, amelyeknek sikerül a fejlesztési időt lecsökkenteni és az alkalmatlan gyógyszerjelölteket a gyógyszerkutatás korai fázisában kiszűrni [McCarthy, 2004]. Az idődimenzió másrésztől a piacra bocsátástól számított életciklus, a dolgozatban korábban már említett egyre rövidülő exkluzivitási időszak miatt is fontos tényezővé vált. A generikus gyártók esetében az idő szintén kritikus tényező a megfelelő időben (az originális hatóanyag szabadalmának lejártakor azonnal) történő piacra lépéskor. Az idődimenzió szerepének fontosságát hangsúlyozzák a gyógyszerpiacon az erre

vonatkozó szabályozások is. A kibővült Európai Unió gyógyszerpiacra vonatkozó törvényhozása 2003. december végén készült el. Az innovatív és generikus készítmények versenyét is befolyásolandó a következő döntés született: az innovatív gyógyszert nyolc év adatbiztonság, majd két év piaci exkluzivitás, és az új indikációjú gyógyszert plusz egy év védelem illeti meg [Schofield, 2004]. Az ún. Bolar-típusú rendelkezés azonban a generikus gyártóknak megengedi, hogy a fejlesztést már a szabadalom lejártja előtt elkezdhessék az EU-ban.

A termékfejlesztéssel összefüggő idő és költségtényezőkön kívül kockázatnövelő szerepe van az információ-idő-költség szempontrendszer optimalizálásának, új sikeresnek tűnő termékötletek keresésének, és az egyre erőteljesebb piaci változékonyságnak [Vágási, 2001b]. A gyógyszerkutatás *kockázata* természetesen nem minden esetben egyforma: egy új vegyület, vagy új indikáció fejlesztésének kockázata sokkal magasabb, mint az új alkalmazási mód kifejlesztésével járó kockázat. A termékfejlesztéssel összefüggő kockázaton túlmenően (a termékfejlesztés sokkal kockázatosabb mint más iparágakban), a gyógyszeripar egészségüggyel való összefonódása, és ezen keresztül a társadalmi kockázat szerepe emelhető ki. A XX. század közepén a híressé vált Contergan-botrány ráirányította a figyelmet a gyógyszergyárak felelősségére. A *tőkekoncentráció* a magas tőkeigény miatt jelentős a gyógyszeriparban globális, regionális és ország-szinten, egyszerre kihívás és lehetőség. A *hálózatok*, vállalati tartós érdekkapcsolatok kialakítása idő- és költségcsökkentést eredményez. A gyógyszeriparban leginkább a kutatás-fejlesztés – annak is minél korábbi, preklinikai szakaszában – és a marketing területén tapasztalhatók stratégiai szövetség típusú összefogások. 1997-es adat szerint 100 fejlesztés alatt álló vegyület közül 10 kerül törzskönyvezésre, és ebből 3 hoz megtérülést [Chemist & Druggist, 1997]. A Tufts Center adatai szerint az 1990 és 1994 között piacra került 118 új gyógyszer átlagos megtérülési aránya 11,5% volt [McCarthy, 2004]. Az iparág ezeket az arányokat növelni szeretné, és ehhez a stratégiai szövetségek jelenthetik a megoldást. A cél eléréséhez a hálózatok tagjai nagyrészt biotechnológiai cégek, kórházak, egyetemek, kutatóintézetek. A gyógyszeriparban többféle stratégiai szövetség típus megtalálható, úgymint vertikális szövetségek (beszállító, gyártó, kereskedők között), vagy – a kutatás-fejlesztés vagy a marketing területén – a versenytársak között kialakuló horizontális komplementer szövetségek [Tari, 1998].

A kibővített modellben található SWOT elemzés során a versenytárs vállalatok és/vagy termékei jelentik az összehasonlítás alapjait. A STEEPLE-elemzés versenymodellbe való beintegrálása azt hangsúlyozza, hogy a vállalat versenyelőnyeit a külső környezet - globális, külgazdasági és ország szinten - nagymértékben befolyásolja. Különösen érvényes ez egy olyan szigorúan szabályozott iparág esetében, mint a gyógyszeripar.

A 3.5. táblában a gyógyszeripar egy lehetséges STEEPLE-elemzését kísérlem meg összefoglalni oly módon, hogy a külgazdasági szintet az Európai Unió-ra, az ország szintet pedig Magyarországra értelmezem. A táblázat összeállításánál az utóbbi 10 év legfontosabb gyógyszeriparra ható tényezőire szorítokozom.

A táblázatból két fontos terület kiemelése nem nélkülözhető. A szakirodalom ráirányítja a figyelmet, hogy a globális *technológiai környezet* elemei között a genetika fejlődésére kell a jövőben leginkább odafigyelni. Szakértők szerint a génkutatás elsősorban a gyógyszerfejlesztési folyamat felgyorsítása révén fog a leginkább hatni a gyógyszeriparra [Rogers, 2001], másodsorban az új gyógyszerek felfedezésére lesz nagy hatással. Hazánkban még kevésbé a géntechnológia, mint inkább a biotechnológia, és a biotechnológia gyógyszergyártásban való egyre szélesebb körű alkalmazását kell kihangsúlyozni. A magyarországi *politikai környezet* esetében az állandóság hiánya, a bizonytalanság fontos kockázati tényezője a gyógyszeripari szereplésnek. A politikai szabályozásnak a gyógyszeripari versenyképességet meghatározó egyik legfontosabb eleme az árszabályozás, mely közvetlen ármeghatározáson és a támogatás rendszerén keresztül érvényesül. A támogatott gyógyszerkörbe való bekerülés rendkívüli versenyelőnyt jelent a gyártónak. A tágabb politikai környezet hatásainál Magyarország Európai Unió csatlakozásának következményeit nem lehet eléggé hangsúlyozni. A csatlakozás a gyógyszeripar számos területen változásokat hoz (törzskönyvezés, szellemi tulajdon védelme, párhuzamos kereskedelem szigorítása, átlátható árképzésre és ártámogatásra való felszólítás<sup>11</sup>, környezetvédelem, stb.).

---

<sup>11</sup> Az árképzéshez kapcsolódóan az Unió megengedi a tagok számára a gyógyszerárak befagyasztását, tehát a közelmúlt magyarországi példája [Danó, 2004] nem számít kirívó gyakorlatnak az átláthatóság betartása mellett.

3.5. tábla, A gyógyszeripar egy lehetséges STEEPLE-elemzésének összetevői

Környezeti elemek	Szintek		
	Globális	Külgazdasági (EU)	Ország (Magyar.)
<b>Társadalmi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öregedő népesség</li> <li>- Fejlődő országok növekvő népessége</li> <li>- Családi életciklus változásai (pl. nők szerepének növekedése a döntéshozatalban)</li> <li>- Egészségtudatos vásárlók számának növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öregedő népesség</li> <li>- Családi életciklus változásai (pl. nők szerepének növekedése a döntéshozatalban)</li> <li>- Egészségtudatos vásárlók számának növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Öregedő népesség</li> <li>- Családi életciklus változásai (pl. nők szerepének növekedése a döntéshozatalban)</li> <li>- Kiemelt terápiás területek: daganatos és szív- és érrendszeri megbetegedések</li> </ul>
<b>Technológiai</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Géntechnológia megjelenése, és hasznosítása a gyógyszeriparban</li> <li>- E-technológia (Internet, e-business) szerepe a gyógyításban és a vállalati működésben</li> <li>- A fejlesztések mellett a biztonság fokozottabb ellenőrzése (fokozódó dokumentáció)</li> <li>- Új technológiák a gyógyszerfejlesztésben<sup>12</sup> (biotechnológia, molekuláris biológia, kombinatorikus kémia, nagy áteresztőképességű <i>in vitro</i> biológiai tesztelés, <i>in silico</i> racionális gyógyszertervezés, nagyműszeres szerkezetkutatás)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- E-technológia (Internet, e-business) szerepe a gyógyításban és a vállalati működésben</li> <li>- A fejlesztések mellett a biztonság fokozottabb ellenőrzése (fokozódó dokumentáció)</li> <li>- Új technológiák a gyógyszerfejlesztésben (biotechnológia, molekuláris biológia, kombinatorikus kémia, nagy áteresztőképességű <i>in vitro</i> biológiai tesztelés, <i>in silico</i> racionális gyógyszertervezés, nagyműszeres szerkezetkutatás)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A fejlesztések mellett a biztonság fokozottabb ellenőrzése (fokozódó dokumentáció)</li> <li>- Új technológiák a gyógyszerfejlesztésben (biotechnológia, molekuláris biológia, kombinatorikus kémia, nagy áteresztőképességű <i>in vitro</i> biológiai tesztelés, <i>in silico</i> racionális gyógyszertervezés, nagyműszeres szerkezetkutatás)</li> </ul>
<b>Gazdasági</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Növekvő egészségügyi-, gyógyszerkiadások</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Növekvő egészségügyi-, gyógyszerkiadások</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Növekvő egészségügyi-, gyógyszerkiadások</li> <li>- Alacsony fizetőképes kereslet</li> </ul>
<b>Környezeti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kimerülő energiaforrások</li> <li>- Növekvő energia költségek</li> <li>- Környezetvédelmi előírások a növekvő szennyezés miatt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kimerülő energiaforrások</li> <li>- Növekvő energia költségek</li> <li>- Környezetvédelmi előírások a növekvő szennyezés miatt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kimerülő energiaforrások</li> <li>- Növekvő energia költségek</li> <li>- Környezetvédelmi előírások a növekvő szennyezés miatt</li> </ul>
<b>Politikai-jogi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versenyfeltételek biztosítása</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versenyfeltételek biztosítása</li> <li>- EU-s jogszabályoknak való megfelelés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versenyfeltételek biztosítása</li> <li>- Kormányzati szabályozás (pl. árszabályozás, a társadalombiztosítási támogatás kialakításán keresztül, promóciós jogszabály, közbeszerzés, stb.)</li> </ul>
<b>Képzési</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A humán erőforrás szerepének növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A humán erőforrás szerepének növekedése</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A humán erőforrás szerepének növekedése</li> <li>- Az orvoslátogatók végzettségének kibővítése<sup>13</sup></li> </ul>

Forrás: Bod et al. (2003), Borsi et al. (2003) alapján

<sup>12</sup> az új gyógyszer technológiákról bővebben lásd Borsi-Demeter-Szalkai (2003)

<sup>13</sup> a hatályos magyar jogszabály értelmében – a korábbiakkal ellentétben – nem csupán orvos vagy gyógyszerész, hanem biológus, vegyész és egészségügyi főiskolai végzettségű személy is lehet orvoslátogató (64/2003. (X. 31.) ESZCSM r. 6. § (1))

### **3.4. A versenyképesség, a vállalati stratégia és a marketing összefüggései**

Napjainkban a vállalatokra az iparági sajátosságokon túlmenően egyéb, általánosan érvényes tényezők is hatnak, melyek a vállalati stratégiát befolyásolják. Az eddigiekben már szó esett a globalizáció, a hálózatosodás okozta változásokról iparági szinten. A vállalati stratégiát ezenkívül napjainkban a következő tényezők alakítják: az információs társadalom hatásai; vevőorientációra, értékorientációra való törekvés; a kompetenciára való összpontosítás [Vágási, 2001b:49]. Az információs társadalom az információhoz való hozzájutás sebességén keresztül befolyásolja a vállalat marketing információs rendszerét, ezáltal a stratégia kialakítását, a termékfejlesztéstől a vevői kommunikáción át tulajdonképpen az összes vállalati funkcióra kiterjedve. A kompetenciára való összpontosítás lényege, hogy a vállalat a működése során tevékenységi prioritást határoz meg, és a stratégiaiilag kevésbé fontos területeket kihelyezi (outsourcing). A gyógyszeriparban például előfordul, hogy a gyártó olyan úgynevezett "bér" orvoslátogatókkal végezteti termékei promócióját, akik nem a gyártó, hanem egy független vállalkozás alkalmazásában állnak. A vevőorientáció és az értékorientáció az egyedi vevőigények fontosságát és a vállalat érték közvetítő képességére való koncentrációt hangsúlyozzák.

A fenti tényezőknek a jelentősége fokozottabb a lassuló iparági növekedéssel szembekerülő – lásd gyógyszeripari – vállalatok esetében. Napjaink aktuális kérdése, hogy mit tehetnek a vállalatok, hogy a lassabb növekedéssel párosuló intenzívebb versenyben versenyképesek legyenek/maradjanak. A vállalati funkciók közül a marketing funkció fejlesztése lehet az egyik járható út. Neves marketing szakemberek a marketing klasszikus elméleteit továbbfejlesztve, eszköztárát felhasználva a megfelelőbb, hatékonyabb megoldást keresik a vállalatok ezen problémájára [Kotler, et al., 2002; Doyle, 2002]. Mindegyikük egyetért abban, hogy a versenytársakhoz képest megkülönböztető előnyt kell találniuk a piacon. Ennek a sajátos előnynek a felkutatására alkalmasak a gyakorlatban eddig is használt, a stratégia kialakításában szerepet játszó különböző vállalat-értékelő módszerek, illetve auditok. A megkülönböztető előny forrása lehet akár a vállalat üzletági elemzése is, mely kiindulási pontként szolgálhat a megkülönböztető előny megtalálásához. A General Electric portfóliómodell a piaci vonzerőt és a vállalat piaci pozícióját foglalja össze [Day, 1986\*

*idézi* Kotler, 1998:110]. A modellben a következő, vállalati pozíciót jellemző tényezők szerepelhetnek, melyek egyben versenyelőnyt is jelenthetnek: a termékminőség, a termelőkapacitás, a hatékony elosztás, az innovativitás, az erős márkanév, a hatékony kommunikáció, stb. A vállalat annál versenyképesebb, minél vonzóbb piacon jelenik meg, és minél több erősséget tud felsorakoztatni.

A GE modellhez hasonlóan szintén többtényezős modell a német alapokon nyugvó [Hinterhuber, 1984\*, *idézi* Varsányi, 1996], magyar fejlesztésű OLIGOFOL versenyterképmodell [Varsányi, 1996:68]. Az OLIGOFOL modell a vállalati pozíció tényezőit úgynevezett esélytényezőkkel veti össze. Ezek a pozíció-tényezők és esélytényezők további, környezetfüggő és vállalatfüggő tényezőkre bonthatók. Környezetfüggő pozíció-tényezők például a piac mérete, a piacszerkezet, a versenytársak piaci pozíciói, a jogi szabályozottság, stb. Vállalatfüggő pozíció-tényezők többek között a piaci részesedés, a termékminőség, a márkaerősség, a know-how. A környezetfüggő esélytényezők közé sorolható a piacbővülés esélye, a piaci igények változása, a partnerkapcsolatok alakulása, a versenytársak gyengülése, stb. A vállalatfüggő esélytényezők közé olyan vállalati jellemzők tartoznak, mint marketingaktivitás, rugalmasság, a menedzsment innovatív szemlélete, stb. A tényezők összevetése szintén a vállalati versenyelőny forrása lehet.

A vállalati intenzív növekedést bemutató Ansoff-mátrix, – amely a meglévő termékek és piacok, illetve az új termékek és piacok dimenzióján négy növekedési lehetőséget, és egyúttal stratégiát vázol fel – korunkban új értelmet nyer, attól függően, hogy a marketing újabb irányzatai, az új versenyfeltételek, hogyan alakítják ezeket a stratégiákat. A termék/piac viszonyára épülő mátrix például módosulhat azáltal, hogy ma már nem a vevőknek eladandó termékekről, hanem a vevőorientációt előtérbe helyezve vevőknek felkínált ajánlatokról beszélünk [Ford, 2003:273], így a termékportfólióról az ajánlati portfólióra térünk át (lásd 3.5. ábra). Az ajánlat részei a termékek, a szolgáltatások, a logisztika, a tanácsadás (a vevő informálása) és az adaptálás [Ford, 2003]. Az ajánlat bármelyik eleme versenyelőnyként szolgálhat a vállalat számára.

3.5. ábra, Stratégiák a vevők és az ajánlat területén

		Vevők	
		Megtart	Változtat
Ajánlatok	Meglévő	A vevők igényeinek arányának növelése, vagy a használat növelése	Új vevőkapcsolatok kialakítása, vagy régiek megszüntetése
	Új	Az ajánlat bővítése vagy módosítása a jelenlegi vevőknek	A vevőkör és az ajánlat egyidejű bővítése vagy csökkentése

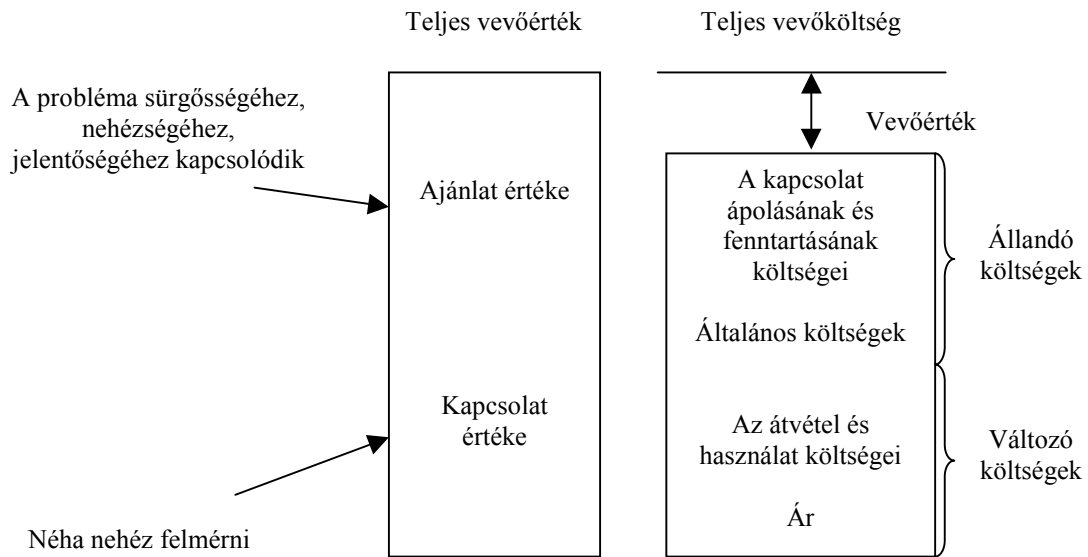
Forrás: Ford (2003), 273. o.

A marketing elmélet kiemeltként kezeli a vevőérték fogalmát, ezért a megkülönböztető előny megtalálásának egy másik útja lehet a vevőértékek vizsgálata, amikor nem a vállalati elemzések oldaláról, hanem vevői oldalról közelítjük a problémát. A hatékony vevőorientáció alapfeladata, hogy a vállalat pontosan meghatározza, mi jelent értéket a vevőnek. A vevőérték a teljes vevőérték és a teljes vevőköltség összevetésének eredménye [Kotler, 1998:71]. A teljes vevőérték a termék, a szolgáltatások, a személyzet, az imázs, vagyis összefoglalóan a felkínált ajánlat, míg a teljes vevőköltség a pénzügyi, idő, energia és pszichikai, társadalmi költségek. A vevőérték kialakításának kiindulópontja a Porter-féle értéklánc [Porter, 1985\*, *idézi* Kotler, 1998:78], mely a vállalat stratégiaileg fontos tevékenységeit értékteremtő tevékenységekként írja le. Az értékteremtéshez szükséges elsődleges vállalati tevékenységek a logisztika, a műveletek, a marketing, az értékesítés és a vevőszolgálat, és támogató tevékenységet képvisel a beszerzés, műszaki fejlesztés, emberi erőforrások menedzselése és a vállalati infrastruktúra. Fordnál [2003] az eladóval való kapcsolat értéke, mint vevőérték az ajánlat értékétől elkülönülve szerepel (lásd 3.6. ábra).

Ez a modell a vevőköltséget állandó és változó költségekre bontja. A kapcsolat ápolásához, fenntartásához kapcsolódó költségek állandó költségként szerepelnek. A vevőnek nyújtott érték növelésének két módja, a teljes vevőérték növelése, illetve a teljes vevőköltség csökkentése. A kapcsolat értékének növelése vagy a kapcsolat kialakításával, fenntartásával járó költségek csökkentése a kapcsolati marketing tevékenység feladata. A kapcsolati marketinget, és szerepét a vállalati versenyképességben a következő fejezetben mutatom be.



3.6. ábra, A vevő eladói kapcsolatainak értéke és költségei

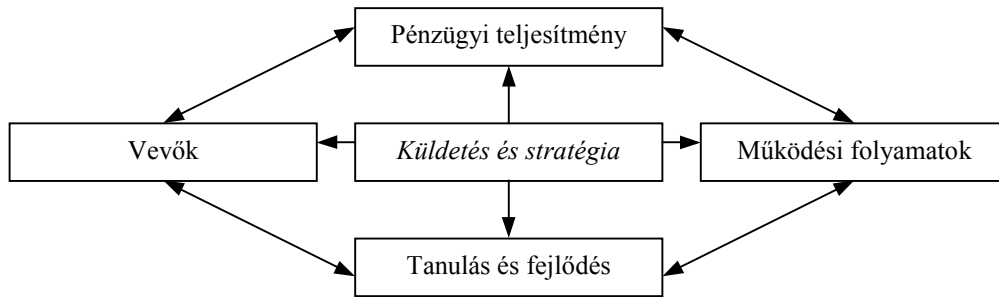


Forrás: Ford (2003), 278. o. alapján

Szintén az értékteremtés kérdéskörét járja körül Rekettye [2004] az ár szerepét vizsgálja a fogyasztó vásárlási döntésében. Az észlelt értéket az észlelt fogyasztói ráfordításokhoz viszonyított, a termékre vonatkozó észlelt hasznosságként definiálja. Kutatási eredményeinek bemutatása során kiemeli, hogy az ár nemcsak a ráfordítások, a költségek oldalán jelentkezik, hanem a hasznosság részeként is megjelenik. Példaként a fogyasztók ár-minőség közötti észlelt viszonyát (magas ár magas minőséggel párosul) és a presztízsfogyasztást említi.

Akár a vállalat, akár a vevő oldaláról vizsgáljuk a kérdést, a vállalatnak végső soron össze kell gyűjtenie azokat a tényezőket, amelyek segíthetnek versenyképessége növelésében. Ezzel kapcsolatos a Balanced Scorecard módszer, amely a versenyképesség kvantifikálható mutatóira helyezi a hangsúlyt [Kaplan et al., 2000]. A Balanced Scorecard olyan mutatószám-rendszer, amely négy sikertényező köré csoportosul (lásd 3.7. ábra), és elérendő célokat, mutatókat, elvárásokat és intézkedéseket rendel mindegyik tényezőhöz. A modell stratégiai fontosságú, melynek egyik sikertényezője a vevő, ezért több más vállalati cél mellett a vevőérték megtalálását is elősegíti a vállalatvezetés számára.

3.7. ábra, A vállalati teljesítmény sikertényezői a Balanced Scorecard alapján



Forrás: Kaplan-Norton (2000), 20. oldal alapján egyszerűsített ábra

A Balanced Scorecard modell olyan kérdésekre ad választ, mint mit várnak el a vállalattól a tulajdonosai, a vevői, milyen folyamatok terén kell kiemelkedő teljesítményt nyújtania, hogyan őrizheti meg változási és fejlődési képességét. A mutató-rendszer egyik kritikája szerint [MacStravic, 1999\*, idézi Imre, 2004] a modell nem helyez kellő hangsúlyt a vevőkre, a vállalat teljesítmény meghatározását, az értékteremtést a vevő oldaláról célszerű vizsgálni, és ennek eléréséhez szükséges megfelelő lépéseket beépíteni a stratégiába. Megint eljutottunk a vevőkhöz, mint központi versenyképességi tényezőhöz.

Még mindig, mint alapvető feladatnál maradva, a megkülönböztető előny teremtésének egy lehetséges új módja lehet napjainkban a fenntarthatóság elveinek vállalati stratégiába történő illesztése. A fenntartható fejlődés koncepciója a környezetvédelem területéről ered, de a *fenntarthatóság* hármas alapelve – gazdasági, társadalmi és környezeti előnyök együttes érvényesítése – napjainkban begyűrűzni látszik a profitorientált vállalatok stratégiájába is, új versenyelőnyt teremtve [McDonough és Braungart, 2002\*, idézi Vágási et al., 2003]. A Novo Nordisk és a Johnson&Johnson gyógyszercégek esetében a hármas alapelv vállalati stratégiában való alkalmazására mutat be példát Vágási és szerzőtársai [2003]. A fenntartható fejlődés és a fogyasztásért "felelős" vállalati marketing tevékenység kapcsolatából született meg a paradox *fenntartható marketing* kifejezés, miszerint "a fejlődés tervezésének, megvalósításának és ellenőrzésének, a termékek árazásának, elosztásának és promóciójának folyamata, amely a következő hármas követelménynek tesz eleget: (1) találkozik a vevői igényekkel, (2) általa megvalósulnak a szervezeti célok, és (3) összeférhető az ökoszisztémával" [Fuller, 1999:4], vagyis a két általános marketing cél kiegészül az ökoszisztémával való összhang biztosításával. A fenntarthatóság, mint

versenyelőny a fenntartható marketing stratégiák alkalmazásával realizálódik. Ez a két stratégiafajta: a szennyezés elkerülése (Pollution Prevention, P2), és az erőforrás megújítás (Resource Recovery, R2). Az előbbi lényege, hogy kevesebb input felhasználásával ugyanazt az előnyt biztosítja a vevő számára, az utóbbinak, hogy ugyanabból az anyagból (többszöri feldolgozással) több előnyt képes kovácsolni. A fenntarthatóság a marketing eszköztárában is változásokat okoz, a leglátványosabb változtatások a termék- (újrafelhasználás, dematerializálás, stb.) és az értékesítési stratégiában (hasonló elveket valló szállító kiválasztása, szennyezőanyag kibocsátás minimalizálás, stb.) érhetők tetten, míg az ár- és kommunikációs stratégiában inkább a hagyományos célok és eszközök vannak jelen. A fenntarthatóság egy viszonylag új koncepció, a vállalati versenyképességben betöltött szerepe még kevésbé kialakult, azonban a gyógyszeripar szoros környezeti vonatkozása miatt mindenképpen érdemes odafigyelni rá.

Áttekintve az eddig leírtakat, a versenyképességet befolyásoló aktuális hatásokat, és ezeket összevetve az iparági sajátosságokkal, a Hoványi [2001] által bemutatott lehetséges vállalati stratégiák, koncepciók közül a következők azonosíthatók a gyógyszeripari vállalatok esetében:

- A gyógyszeriparban központi szerepet játszó, versenyelőnyt jelentő K+F tevékenység azt sugallja, hogy a *K+F központos koncepció* követése hatékony út lehet a versenyképesség növelésére. Figyelembe véve azonban, hogy a gyógyszeripari innovációk viszonylag kimerülőben vannak (lásd 2. fejezet), sőt egyes gyógyszeripari szakértői állítások szerint a K+F többé nem a gyógyszeripari növekedés hajtóereje [Brown, 2004], mégsem az általánosan ajánlható stratégia. Csak néhány, főleg multinacionális nagyvállalat – jelentős erőforrással a háttérben – tűzheti zászlajára a K+F központos menedzsment koncepciót.
- Sokkal inkább járható út lehet a kitáguló világ lehetőségeit (és veszélyeit) figyelembe véve a *marketingközpontos koncepció*. Ennek alapja a minél hatékonyabb piacismeret, mely magában foglalja a vevői motivációk szerepének növekedését [Hoványi, 2001:78]. A vevők egyre nagyobb mértékű ismeretének fontossága már eddig is kiemelésre került a dolgozatban, és a következő fejezet részletesen foglalkozik a vevőkapcsolatok szerepével a vállalatok versenyképességét illetően.

- A világ vezető gyógyszeripari vállalatai számára napjainkban a versenyben maradásra a *vállalati egyesülések és felvásárlások koncepciója* a leggyakrabban alkalmazott stratégia. Leginkább az ily módon elérhető költségmegtakarítás, tőkekoncentráció, termékvonal kiegészítés, vagy diverzifikálás jelenti a motiváló erőt. Az egyesüléssel például piacfejlesztés érhető el, ez történt a GlaxoWellcome és a SmithKline Beecham esetében, amikor a fúzió eredményeképpen ugrásszerűen megnőtt a lejárt szabadalmú gyógyszerek forgalma az új piacoknak köszönhetően [Allary, 2004].

A magyarországi gyártást, kutatás-fejlesztést végző vállalatok a kis-, és középvállalatok közé tartoznak nemzetközi szinten. Számukra a hazai pálya előnyeit kihasználva (kapcsolat a törvényhozással, vevőkkel, stb.) a marketing funkció erősítése és az együttes piaci fellépés lehet eredményes. A magyarországi vállalatok előtt többféle stratégiai lehetőség áll [Szalkai, 1999]:

- Innovatív stratégia

Az innovativitást illetően vissza kell utalni a hazai gyógyszeripar történeti bemutatásánál említett gyógyszeripari hagyományokra, és a privatizáció során kialakult tulajdonosi struktúrákra. A magyarországi vállalatok innovációs magatartását, beleértve a K+F-re költendő összeget is alapvetően a többségi tulajdonos anyavállalat stratégiája határozza meg. Az Egis Rt. esetében például a Servier az innovatív gyógyszerekre, míg az Egis a generikumokra koncentrált [Berger, 1999]. Lehetőségeikhez mérten azonban a magyarországi gyógyszergyárak is végeznek originális kutatást, ugyanis felismerték, hogy igazából ez biztosít növekedést, hosszú távú nyereséget. A Richter Gedeon Rt. stratégiai céljának eléréséhez – ti. Közép-Kelet-Európában a regionális vezető gyógyszergyár szerepét kívánja betölteni – innovatív készítmények időről-időre történő piacra bocsátása kiemelt helyen szerepel a stratégiában, mivel a vezetőség szerint csak így maradhat továbbra is független, szakmai befektetőktől mentes gyógyszergyár [Nyomárkay et al., 1999].

- Generikumok stratégiája

A magyarországi vállalatok főleg a költségdiktáló generikus fejlesztéssel kívánják megtalálni helyüket a piacon. Ugyanakkor ezen készítmények alacsonyabb árai, illetve a nagyszámú generikus versenytárs miatt a hosszú távú nyereség nem biztosított. Minden

magyarországi vállalat termékpalettáján megtalálhatóak a generikumok, a kis- és középvállalatok pedig jellemzően ilyen készítmények gyártásával foglalkoznak [Borsi et al., 2003]. A Teva, mint a világ egyik vezető generikum gyártója a privatizáció után a Biogal-Teva Pharma Rt. számára is a generikus stratégiát "írta elő".

- Stratégiai szövetségek

Az innovatív gyógyszer kifejlesztéséhez hatékony út lehet a stratégiai partnerrel történő együttműködés, ennek szerepét már érintettem a gyógyszeripari versenyképesség tárgyalása során. A stratégiai szövetségek kialakításának szűk keresztmetszetét sokszor a felek eltérő érdekei jelentik [Görög, 1995]. A privatizált vállalatok anyavállalattal kialakított partneri viszonyának eredményeként új piacok elérésére nyílik lehetőség: így történt például az Egis esetében, amely ezzel viszonylag jelentős francia piacokhoz jutott.

- Licencia

A licencia szerződéseknek hagyományai vannak a magyarországi vállalatok körében, s ezek szerepe várhatóan a jövőben is megmarad, illetve növekedni fog, a nemzetközi trendekkel összhangban. A Richter fontos licencpartnerei például a japán Takeda és Fujisawa. A külföldi tulajdonú vállalatok esetében jellemző növekedés a termékpaletta kibővítése az anyavállalatok készítményeivel.

- Akvizíció

Végül a magyarországi vállalatok előtt a külföldi cégtulajdonlás illetve cégalapítás is stratégiai lehetőséget képez. A Richter terjeszkedésének fontos állomásait jelentették a moszkvai, kijevei és lengyelországi akvizíciók, de van példa akár az anyavállalattal együtt végrehajtott akvizícióra is (Egis és Servier közös lengyelországi akvizíciója [Berger, 1999]).

### **3.5. A kapcsolati marketing szerepe a versenyképességben**

A vállalati versenyképesség mind nagyobb mértékben meghatározó tényezője napjainkban a vevőorientáció, a vevőkkel való kapcsolat minősége. Ez olyannyira igaz, hogy Kotler és szerzőtársai szerint a vállalatnak ezentúl nem a termékportfoliójára, hanem sokkal inkább a vevőportfoliójára kell összpontosítania [Kotler et al., 2003:8]. A kapcsolati marketing hazai

irodalma meglehetősen szegényes, inkább csupán a külföldi elméletek szummázására szorítkozik [Kenesei, 1998, Vasné, 2001], ezért ennek a fejezetnek a során elsősorban a külföldi szakirodalomra támaszkodom. Veres – alapvetően ugyan más témájú – összefoglaló művében utal arra, hogy bár a kapcsolati marketing fogalma először a szolgáltatásmarketingben jelent meg, ma már ez a kizárólagosság megszűnt, ami annak köszönhető, hogy manapság a fizikai termékek piacán is a kísérő szolgáltatások terén érhető el leginkább versenyelőny [Veres, 2003:152].

A vállalati vevőkapcsolatok tanulmányozása a marketingben hosszú múltra nyúlik vissza – a kapcsolati marketing kifejezés az 1980-as években kezd megjelenni a marketing irodalomban –, azonban sem a definíciók vonatkozásában, sem az elméletek tekintetében nincsen egységes szemlélet. A szűkebb értelmezések a kapcsolati marketinget az adatbázis marketinghez igen hasonló "technikának" írják le. A tágabb értelmezés stratégiai szintre emeli a kapcsolati marketinget, és odáig megy, hogy a vevőkapcsolatoknak kell a marketing központi és domináns paradigmájának lenni [Sheth et al., 2000, Kotler et al., 2003]. A kapcsolati marketing bár nem kizárólag eladók és vevők kapcsolatával foglalkozik, mégis az eladó-vevő kapcsolat került leginkább az ilyen témájú kutatások középpontjába.

A kapcsolati marketing európai iskolájához tartozó kutatók (az IMP<sup>14</sup> csoport tagjai) az eladó-vevő kapcsolat modelljét egy néglépcsős folyamatként értelmezik [Sheth et al., 2000], ahol az első lépcső a kapcsolat kialakításának folyamata, a második az irányítás és vezetés folyamata, ezt követi a kapcsolat – pénzügyi, marketing, stratégiai, operatív, általános – teljesítményét mérő lépcső, végül a kapcsolat fejlődése, lehetséges javítása következik. A kapcsolati marketing célja, hogy a marketing teljesítmény növelésével párhuzamosan a partnerkapcsolatban résztvevők számára kölcsönös értékek jöjjenek létre. Ugyanezen szerzők háromféle kapcsolati marketing program típust különböztetnek meg: folyamatos partner program (főként lojalitásnövelő programok), individuális marketing (vevői igények egyedi kielégítése) és co-marketing (co-branding, co-design, stb.). Szervezetközi piacokon (mint amilyen a később tárgyalandó kórházi piac is) az individuális

---

<sup>14</sup> Industrial Marketing and Purchasing Group

marketing key account (kulcs vevő) menedzsment programokon keresztül valósul meg a gyakorlatban.

Az eladó-vevő kapcsolatot koncepcionális szinten a következő tényezők mentén szokás vizsgálni: elkötelezettség, bizalom, együttműködés, kölcsönös célok, kölcsönös függőség/hatalmi kiegyenlítetlenség, elégedettség a teljesítménnyel, összehasonlítás más alternatívával, adaptáció, nem visszaszerezhető befektetések, közös technológia, szervezeti kötődések, társadalmi kötődések [Wilson, 2000]. A bizalom a legtöbbször előforduló tényező a különböző kapcsolati marketing modellekben. Itt most egyedül az adaptáció fogalmára adok magyarázatot. Az adaptáció az a jelenség, amikor az egyik fél a kapcsolatban megváltoztatja folyamatait, vagy a termékét abból a célból, hogy alkalmazkodjon a másik félhez [Wilson, 2000]. A tényezőknek eltérő a fontosságuk a kapcsolatépítés folyamatának egyes lépéseiben. A kapcsolati marketing folyamatként és koncepcióként való vizsgálódásán túl a modell szintű elemzés ad választ a kapcsolatok belső működésére, esetünkben a gyógyszergyártók, nagykereskedők és a kórházak közötti partnerkapcsolatot meghatározó tényezők felderítésére. Ilyen elméleti kapcsolati modellt mutatok be az 5.1.1 fejezetben, mely közelebb visz a dolgozatban célkitűzésként megfogalmazottakhoz.

A kapcsolati marketing területén mélyreható elméleti kutatás eredményeit mutatja be Möller és Halinen [2000]. Cikkükben összehasonlítják a kapcsolati marketing területén született különböző elméleteket, és ezek alapján kétféle kapcsolat típust különböztetnek meg: fogyasztói kapcsolatokat és szervezatközi kapcsolatokat. Ez utóbbiak magában foglalják a szervezeti vevők különböző típusait. Dolgozatom témájához kapcsolódóan a szervezatközi kapcsolatok jellemzőit mutatom be.

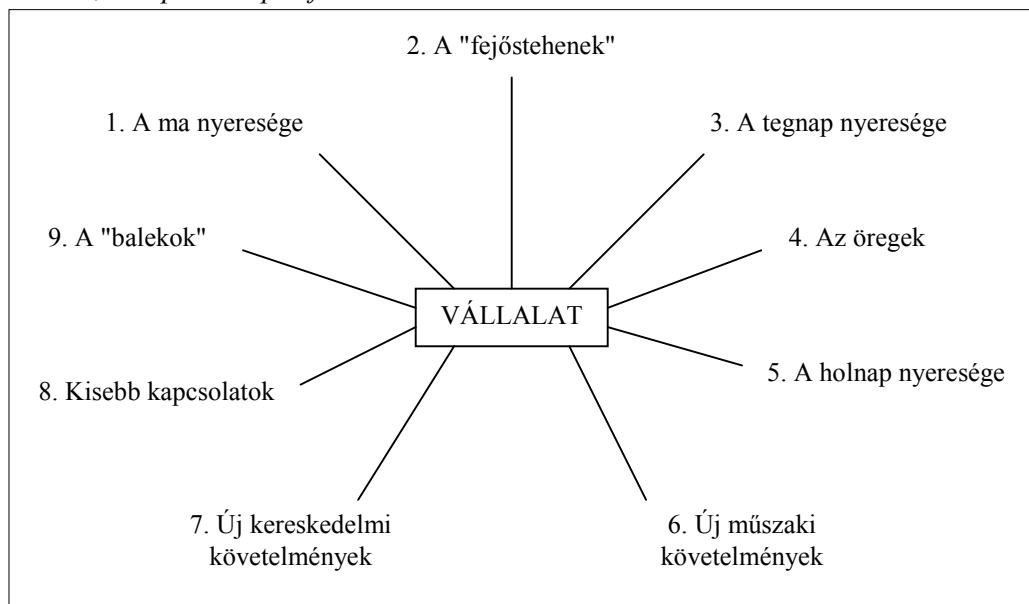
A szervezatközi kapcsolatok jellemzői, hogy azokban kevesebb partner vesz részt, és a kapcsolatokat kölcsönös függőség jellemzi. A társadalmi kötelek jelentősége nagyobb, és ezek a kötelek párhuzamosan vannak jelen a különböző gazdasági, technológiai, tervezési, jogi, és tudáshoz kapcsolódó kötelekkel, melyek mindegyike lényeginek tekinthető. Ezek a kapcsolatok a szereplők komplex hálózatát alkotják, ahol a szereplők között versengés és együttműködés is előfordul.

A fogyasztói és a szervezetközi kapcsolatok legfontosabb eltérése a komplexitásban rejlik. A komplexitás a piaci cserében résztvevő szereplők számára, a közöttük lévő függőségi viszonyokra, az interakciók intenzitására és természetére, és a lehetséges veszélyforrásokra vonatkozik.

A kétféle kapcsolat egy vállalatnál belül párhuzamosan is létezhet, és a vezetésnek el kell különböztetnie a különböző menedzsment feladatokat. A szervezetközi kapcsolatok kulscsereje a függőség menedzselése és az erőforrások hatékony felhasználása. A vevőkapcsolatok kezelése a fogyasztói kapcsolatokhoz képest sokkal inkább egyénre szabott, és ezek a vevőkapcsolatok komplexebbek is egyúttal. Mandják [2000] szerint a szervezetközi piacokon kiemelkedően nagy szerepe van a differenciálásnak, ez jelenti a verseny fő eszközét. Hangsúlyozza, hogy a szervezetek közötti kapcsolatokat nem önmagukban, hanem a hálózaton belül kell vizsgálni, mivel ezek a kapcsolatok nem elszigetelten léteznek, hanem hatással vannak egymásra. "A szervezetközi piacon a marketing feladata nem a hagyományos eladás, hanem a vállalat egyes vevőkapcsolatainak menedzselése a vállalat teljes kapcsolati portfólióján belül." [Mandják, 2000:55].

A vevőkapcsolati portfólió elemzésére vonatkozóan széleskörű áttekintést ad Ford [2003:134] (3.8. ábra).

3.8. ábra, A kapcsolati portfólió



Forrás: Ford (2003), 135. o.



A vevőportfolió nem más, mint a kapcsolatok típusainak csoportosítása a vállalat sikeréhez való hozzájárulásuk, a bennük rejlő kockázatok, erőforrásigényeik, és a többi kapcsolatra gyakorolt hatásai szerint. A későbbiekben, a kórházi piac feltáró kutatása után látni fogjuk, hogy a kórházak a gyógyszergyártók vevőportfolióján belül melyik, a 3.8. ábrán látható csoportba tartozhatnak. A vevőportfolió összeállításakor az is fontos információ, hogy a vevő hogyan látja az eladóval való kapcsolatát, ugyanis gyakran előfordul, hogy a két fél eltérően értékeli a közöttük lévő kapcsolat fontosságát. A vevőportfolió készítésekor a kapcsolat dinamikájára, fejlődésére is oda kell figyelni, és a már meglévő vevőkapcsolatokat elemezni lehet aszerint, hogy a kapcsolat melyik fázisában vannak [Ford, 2000].

A vállalatok vevőkapcsolatai nem egyformán intenzívek. A kapcsolati marketing irodalom egyik területe a kulcsvevőkkel kialakított kapcsolat kutatása. Egyes definíciók szerint a kulcsvevő olyan vevő, aki az eladó összes eladásait tekintve jelentős mennyiséget vásárol, a beszerzési folyamatba több személyt bevon, szervezet részére vásárol, különleges figyelmet és szolgáltatást igényel, például a készletezés, az árkedvezmények, az egyénre szabott kínálat terén [Cespedes, 1995\*, *idézi* Cannon et al., 2000]. Más források szerint a kulcsvevők azok a vevők, akik stratégiai fontosságúak az eladó számára, nagy mennyiségben vásárolnak, és képesek az árak leszorítására [Krapfel et al., 1991\*, *idézi* Cannon et al., 2000]. A stratégiai fontosság jellemezhető az eladási volumennel, a vevő jövőbeni fontosságával, presztízs értékével, a vevő piacon a piacvezető hely elfoglalásával, stb. [Fiocca, 1982\*, *idézi* Cannon et al., 2000]. Az így meghatározott kulcsvevőkkel való kapcsolat kialakítására és a kapcsolattartásra az eladók igyekeznek hangsúlyt fektetni.

A gyakorlat részéről a kapcsolati marketing egyre fokozódó jelentőségét támasztják alá hazánkban is a dolgozatban korábban már hivatkozásra került, magyarországi "Versenyben a világgal" című kutatás, iparvállalatok marketingtevékenységeivel foglalkozó részének eredményei. 1999-ben a megkérdezett vállalati vezetők többsége szerint a vállalat működését leginkább a fogyasztókkal kialakított jó viszony befolyásolja, a vevő a mozgatója az üzleti tranzakcióknak [Berács et al., 2002].

A vállalati versenyképességgel foglalkozó kutatások rámutatnak az információtechnológia és a vállalati versenyképesség kapcsolatára is [Kotler et al., 2003; Vasné, 2002], ezért

szükséges a vállalati partnerkapcsolatokban, így a kapcsolati marketingben betöltött szerepét is megvizsgálni. A vállalati tevékenységeket, funkciókat széles skálán és eltérő mélységben hatják át napjainkban a különböző elektronikus csatornák [Jankó et al., 2001]. A vevőkapcsolatokban a következő előnyöket jelentheti az online csatorna [Szegedi et al., 2002]:

- könnyen hozzáférhetővé válik a vevő számára a vevő kiszolgálási politika
- a vevő gyorsabban értesül a vásárlói akciókról, változásokról, eseményekről
- növekszik a megrendelési kényelem
- a számítógépes feldolgozás segítségével kiszűrhetők a megrendeléskor vétett hibák
- az elektronikus formában kapott ajánlatkérések és megrendelések egyszerűsítik az adatfeldolgozást, így rövidebb lesz a megrendelési ciklusidő
- a vevő gyorsan és pontosan tájékozódhat a szállításról, hiánycikk esetén helyettesítő termékekről
- a vevő nyomon követheti a szállítást, értesülhet a kézbesítési időpontról
- az elektronikus adatfeldolgozás és ellenőrzés segítségével a rendszerben elkövetett hibák a nullára csökkenthetők
- egyszerűbb a panaszkezelés.

Ami a vállalati gyakorlatot illeti, a "Versenyben a világgal" című kutatás vállalati informatikára vonatkozó eredményei szerint a kutatásban válaszadó 267 magyarországi vállalat közül 3,4% végez a vállalati honlapon keresztül üzleti tevékenységet [Drótos et al., 2002]. A Gazdaságkutató Rt. felmérése szerint – amely 2002 őszén, 2000 hazai vállalkozás internetes megjelenésére vonatkozik – a vállalati honlapok 8%-ánál van lehetőség tranzakciók lebonyolítására [<http://www.kreativ.hu/cikk.php?id=10736>]. Cannon és munkatársa szerint [2000] az Internet újra definiálhatja az eladó és a vevő közötti interakciókat, de ez nem jelenti azt, hogy a személyes eladás, a személyes kapcsolattartás szerepe a háttérbe szorulna. Ez olyannyira igaz, hogy például a gyógyszermarketing kiadások mindössze 1%-a fordítódik Internetes promócióra egy amerikai felmérés szerint [IMS Health, *idézi* Drug Week, 2003]. Az orvosok többsége szerint az Internet szegényes orvosi információkkal van tele, és körülbelül 10%-uk gondolja azt, hogy az Internet megbízható orvosi információt kínál. Véleményem szerint a magyar nyelven megjelenő

kínálat még ennél is rosszabb. Azok a gyógyszergyárak azonban, amelyek megtalálják a hatékony módját az Interneten keresztüli kapcsolat kialakításának, egy viszonylag kiaknázatlan területen elsőként tudnak sikereket elérni.

Mindezeket áttekintve állítható, hogy a kapcsolati marketing a versenyképesség egyik mozgatórugójává válik, amennyiben a vállalatok – akár hálózatban – képesek a kapcsolatok kialakítása terén olyan versenyelőnyre szert tenni, amelyek értéket állítanak elő és mások számára nehezen másolhatóak [Anderson et al., 1994\*, Ravens et al., 1994\*, *idézi* Wilson, 2000].

#### 4. A KÓRHÁZAK, MINT GYÓGYSZERPIACI SZEGMENS

A kórházi piac a gyógyszerpiac azon szegmense, ahol a vevők a kórházak, és a beszerzést a kórházi költségvetésből hajtják végre, részben a kórház saját, önálló, részben államilag szabályozott folyamatai szerint. Az önállósághoz tartozik a termék és a beszállító kiválasztása, a szabályozás főként a beszerzés módjára, folyamatára, a beszerzésben résztvevőkre vonatkozik.

A dolgozat a kórházi vevőket, a gyógyszerbeszerzésük jellemzőit vizsgálja abból a szempontból, hogy a kórházak vásárlói magatartása hogyan befolyásolja a gyógyszergyártók versenyképességét. A primer kutatás bemutatása előtt – mely a hazai kórházi gyógyszerbeszerzésre, gyógyszerválasztásukra vonatkozik – a kórházi piac általános jellemzőit foglalom össze, kiemelve a kórházi gyógyszerforgalom szerepét a teljes gyógyszerpiaci értékesítésben, és bemutatom ezen speciális terület főbb fejlődési irányait az USA-ban és Magyarországon.

A gyógyszerpiac közgazdaságtani értelemben nem tekinthető klasszikus piacnak, ezen belül a kórházi területen még kevésbé lehet a piaci mechanizmusokat azonosítani. A kórházak, mint vevőcsoport a gyógyszerpiacnak azt a szeletét alkotják, ahol a piacosodás viszonylag kevésbé jellemző, de az aktuális hazai kormányzati intézkedések a kórház-privatizációra vonatkozó törekvéssel egyre inkább a piacgazdaság felé viszik ezt a területet Magyarországon is. Ma is jellemző már a kórházak egyes osztályainak, főleg a diagnosztika, labor tevékenységek magánkézbe adása, kiszervezése (outsourcing). A kórházi piacon tehát:

- az eladók a gyártók, nagykereskedők
- a vevők a kórházak (és rajtuk keresztül az állam)
- a vevők elsősorban nem profitszerzés céljából vásárolnak
- erős állami szabályozás alatt állnak
- az állami tulajdon szerepe meghatározó.

Mindezen piaci tökéletlenségek ellenére a kórház szerepének vizsgálatakor – hasonlóan a patikai piachoz – a kórházi piac megnevezést tartom célszerűnek.

Általánosan elmondható, hogy a kórházi értékesítésekről kevés, és kevésbé megbízható információ áll rendelkezésre, még az olyan nagy nevű piacfigyelőknél is, mint például az IMS Health, melynek jelentései elsősorban a patikai piacra vonatkoznak globális és országos szinten is. Ez is azt mutatja, hogy ez a terület kevésbé átlátható (lásd később a gyártók közvetlen eladásai, ingyen gyógyszerjuttatásai), éppen ezért minden, a kórházi piacról szóló tanulmány informatív lehet valamennyi piaci szereplő számára.

#### 4.1. A kórházi piac fejlődésének irányai

A The Rowin Group gyógyszermarketinggel foglalkozó amerikai tanácsadó cég az amerikai kórházi piacról szóló tanulmánya bemutatja a kórházi piac átalakulását az 1990-es évek végén. A jelentés szerint az utóbbi tíz évben a kórházi piacon tekintélyes változások történtek, megváltoztak a gyógyszerbeszerzési folyamatok és gyógyszerhasználati szokások, a kórházak átszerveződtek, működésükben számos újdonság történt (4.1. ábra). A tendenciák egy része már most érvényes a magyar kórházi piacra is, másik részükre a jövőben fog egyre nagyobb figyelem irányulni.

4.1. ábra, A kórházi piac főbb jellemzőinek változási irányai

Kórházak száma	↓	Gyógyszerek használata	↑
Betegfelvételek száma	↓	Kezelési irányelvek	↑
Interneten való reklámozás iránti érdeklődés	↑ ↑	Antibiotikumok alkalmazása	↓
Új gyógyszerkészítmények száma	↑	Kórházi speciális tevékenységek	↑
Támogatási érdekltség	↑ ↑	Automatizálás	↑
Járóbetegek visszarendelése	↑	Járóbetegek gyógyszerfelhasználása	↑

Forrás: The Rowin Group

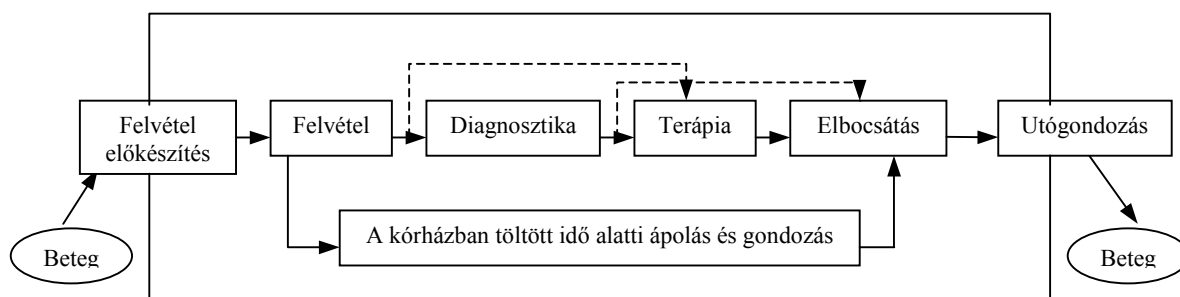
Az ábrában szereplő nyilak csökkenést illetve növekedést ábrázolnak. Amíg a kórházak száma csökkent, addig a kórházakban használt gyógyszerek száma a gyógyszerpiaci növekedés hatására növekedett. Szintén nőtt a korszerű készítmények alkalmazása. A kórházi kezelések során új módszerek látnak napvilágot. Az automatizálásnak a gyógyszerek szétosztásában, és a betegek monitorozásában van jelentős szerepe. Míg a

felvett betegek száma csökken, addig a távozó betegek visszalátogatása és gyógyszer-receptfelírással történő - ellátása növekvő tendenciát mutat, azaz a kórházi gyógyszerforgalom patikai forgalomra való áthárítása figyelhető meg – megjegyzendő ez nemcsak az USA-ra, de Magyarországra is igaz. Ezekhez a tendenciákhoz hasonlóan az elbocsátott betegek száma hazánkban 1970-ben 1 millió 789 ezer fő volt, 2000-ben már 2 millió 610 ezer, és az eltelt évek alatt a növekedés folyamatos volt. Az ápolási napok száma ugyanezen időszak alatt 26 millió 801 ezerről 23 millió 238 ezerre csökkent, igaz nem folyamatosan [Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000:204].

A gyógyszermárkákat tekintve a legnagyobb gyártók az amerikai kórházi piacon a *Roche*, az *Amgen*, és az *AstraZeneca*.

A piaci változások mellett a kórház belső működésében is tapasztalhatók, elsősorban a betegellátás hatékonyságát előmozdító változások.

4.2. ábra, A kórház fő folyamatai



Forrás: Heimerl-Wagner-Köck (1999), 94. o.

H. Kölking [2001] a német kórházigazgatók elnöke kórházakra vonatkozó 2001-ben felvázolt megatrendjei között a 4.2. ábrán látható folyamatlánc egységesítésének fontosságára hívja fel a figyelmet, melynek középpontjában a beteg áll. A kórházi gyógyszerigény a folyamatláncban a terápia meghatározásakor jelentkezik, de már a diagnosztika során alkalmazhatnak gyógyszerkészítményeket (amennyiben a labor diagnosztikumokat is gyógyszernek tekintjük<sup>15</sup>). A támogatást érintő tendencia, hogy növekszik az Európai Unióban is a betegbiztosítók szerepe, és az állam visszavonulására lehet számítani a kórházakban.

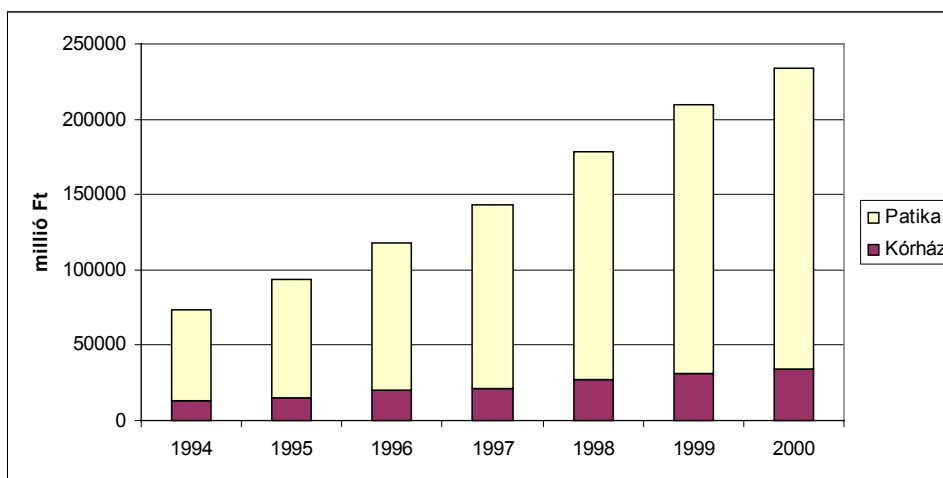
<sup>15</sup> A gyógyszer kategóriába történő termékbesorolással bővebben a 6.1. fejezet foglalkozik.

Joggal feltételezhető, hogy ezek a tendenciák a hazai egészségügy területére is átgyűrűznek.

#### 4.2. A magyarországi kórházi piac főbb jellemzői számokban

A hazai gyógyszerpiacon belül a kórházi piac kisebb mértékben részesedik. Termelői áron számolva a kórházi piac 2000-ben az összforgalom 14%-át adta, dobozsámot tekintve aránya 9% [MAGYOSZ]. Ez az arány 1994 óta gyakorlatilag alig módosult. Nagykereskedelmi áron nézve a két piac arányában 1994 és 2000 között csak igen kis változás mutatható ki: 1994-ben a kórházi eladások 16,37%-ot (értékben 12,7 milliárd Ft), 2000-ben 14,88%-ot (értékben 34,7 milliárd Ft) képviseltek az összforgalomból [Feller, 2002] (4.3. ábra). Arányát tekintve tehát a kórházi forgalom stagnál, illetve kismértékben csökken, értékét tekintve azonban a hat év alatt majdnem háromszorosára nőtt. Ennek a háttérben, a teljes gyógyszerpiaci értékesítés növekedéséhez hasonlóan elsősorban a termékek árnövekedése áll.

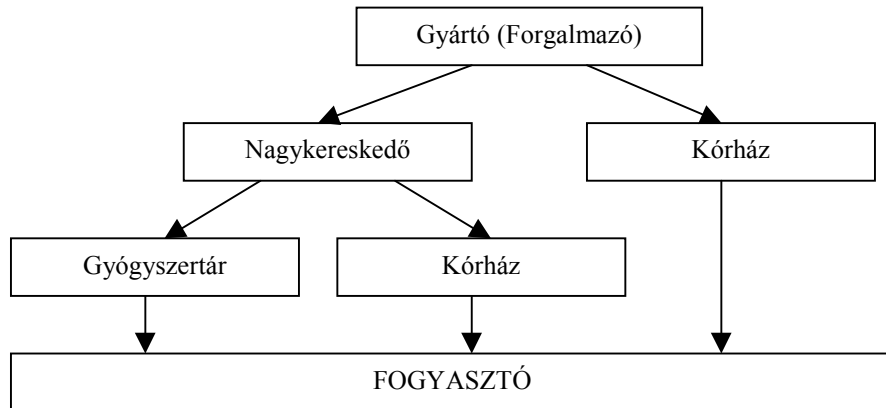
4.3. ábra, A hazai kórházi és az összes gyógyszerforgalom nagykereskedelmi áron



Forrás: Feller (2002) 36. o.

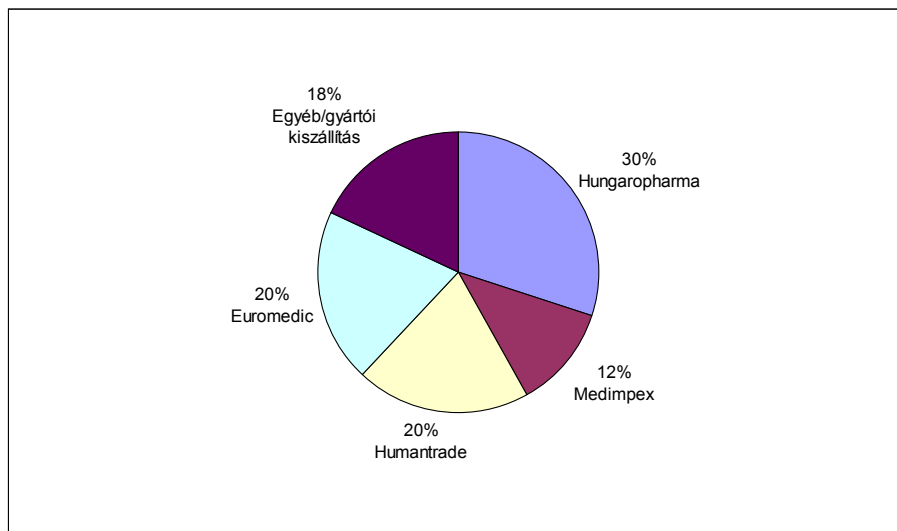
A kórházi forgalom a legfrissebb piaci adatok szerint fogyasztói áron számolva 2002-ben 19%-kal 47-ről 55 milliárd forintra emelkedett, 2003 első félévében 30 milliárd Ft volt [GKI-Egészségügykutató Intézet, *idézi* Pharmamarketing, 2004]. A kínálatot a kórházi piacon a gyógyszergyártók és a nagykereskedők biztosítják. Az elosztási rendszert a 4.4. ábra mutatja be.

4.4. ábra, Gyógyszerdisztribúciós rendszer Magyarországon



A kórházak számára történő gyógyszerértékesítés szabályozott. A hatályos jogszabály<sup>16</sup> szerint hazai gyártó nagykereskedelmi engedély nélkül, külföldi gyártó, illetve külföldi gyártó hazai képviselője nagykereskedelmi engedély birtokában közvetlenül is szállíthat gyógyszert a kórházaknak. Az egyedi import alá eső - főként kimagaslóan drága - gyógyszerek szintén a nagykereskedőkön keresztül jutnak a kórházakba. A kórházi piac nagy részét, mintegy 82%-át négy nagykereskedő fedi le (4.5. ábra).

4.5. ábra, Gyógyszerpiaci szereplők részesedése a kórházi szegmensben (2000)



Forrás: Szabó (2001b)

<sup>16</sup> 60/1999. (XII. 1.) EüM rendelet a gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységről



Az Euromedic Pharma Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt. a kórházi piacra szakosodott nagykereskedő, patikáknak nem szállít. A Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt. nemcsak a kórházi, hanem a teljes hazai gyógyszerpiacon piacvezető, összforgalmának egyötödét jelenti a kórházi forgalom. A Humantrade Gyógyszer-nagykereskedelmi Kft. kórházi piacon való jelenlétét az általa forgalmazott termékpalletta (főként kórházi készítmények) indokolja, értékesítésének 23%-a irányult a kórházak felé 2000-ben. A Medimpex Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt. stratégiai jelentőségűnek tekinti a kórházi piacot, humán gyógyszerforgalmának 9-10%-a a kórházi értékesítés.

A kórházi piacon a 4.1. táblában szereplő 10 gyártónak volt a legnagyobb forgalma 2001-ben (közvetlen és nagykereskedőkön keresztül eladásokkal együtt, beleértve az OEP által finanszírozott, úgynevezett "külön keretes" gyógyszerek<sup>17</sup> forgalmát is). Az első helyen szereplő gyártó, a Fresenius Kabi gyógyszerei főként infúziók. A Roche gyógyszerei igen drága készítmények, ezek jellemzően nem kórházi beszerzés útján, hanem "külön keretes" gyógyszerként kerülnek a kórházakba.

4.1. tábla, A kórházi piacon meghatározó gyógyszergyártó vállalatok forgalma (2001)

Gyártó	Kórházi forgalom (Mrd forint)
Fresenius Kabi	2,899
Roche	2,753
Pharmacia	2,607
Aventis	2,307
Humán	2,306
Biogal-Teva Pharma	2,083
BMS/Pharmavit	1,655
AstraZeneca	1,628
Richter	1,496
Egis	1,485

*Forrás: Cegedim Kft.*

A legnagyobb kórházi forgalmat elért gyógyszereket, gyártóikat, ATC kódjukat, terápiás felhasználásukat a 4.2. tábla tartalmazza. Kiegészítésként feltüntettem a gyógyszerek hatóanyagainak jellemzésére használt originális, generikus jelzőt is. Látható, hogy a tíz

<sup>17</sup> Ezeket a gyógyszereket az OEP központosított közbeszerzéssel veszi a nagykereskedőktől a kórházak részére, ezért ezekben a beszerzési döntésekben a kórházaknak nincs szerepe.

legnagyobb forgalmú szer a kórházi felhasználásban túlnyomórészt eredeti gyártók gyógyszere (originális készítmények).

4.2. tábla, A legnagyobb kórházi forgalmat elért gyógyszerek (2001)

Gyógyszer neve	Gyártó	Forgalom (millió Ft)	ATC Kód <sup>18*</sup>	Terápia*	Originális/generikus *
Haes	Fresenius Kabi	2.377	B05AA07	plazmapótló és plazmaprotein frakció (infúzió)	O
Neorecormon	F. Hoffmann-La Roche/Roche	1.461	B03XA01	vérszegénység elleni készítmény	O
Taxol	BMS/Pharmavit	1.082	L01CD01	daganatellenes szer	O
Eprex	Janssen-Cilag	876	B03XA01	vérszegénység elleni készítmény	O
Contramal Grünenthal	Grünenthal	615	N02AX02	opioid jellegű fájdalomcsillapító	G
Contramal	Biogal-Teva	610	N02AX02	opioid jellegű fájdalomcsillapító	O
Ultravist	Schering	670	V08AR05	röntgenkontraszt-anyag	O
Ciprobay	Bayer	614	J01MA02	antibiotikum	O
Fraxiparine	Sanofi/Sanofi-Synthelabo	560	B01AB06	trombózis megelőzésére, kezelésére szolgáló szer	O
Fragmin	Pharmacia	605	B01AB04	trombózis megelőzésére, kezelésére szolgáló szer	O

*Forrás: Cegedim Kft., \* személyes közlés Uzonyi I. (BAZ Megyei Kórház, Miskolc)*

Magyarországon a kórházak gyógyszerkiadásai a teljes kórházi költségvetés 12%-át teszik ki, ami Európában szokatlanul magasnak számít. Egy széleskörű, 22 európai országra kiterjedő felmérés szerint a skandináv országokban (Norvégia, Svédország, Finnország) a kiadások 1% körüliek, hazánkat Görögország, Szlovénia és Szlovákia követi, de itt sem éri el ez az érték a 10%-ot [Amman, 2003]. A két szélsőséges pont közé esnek a vizsgálatban részt vett többi országok: Belgium, Spanyolország, Ausztria, Németország, Hollandia, Svájc, Nagy Britannia, Dánia és Franciaország. Az eltérések sok tényező együttes hatásainak köszönhetőek, mint például eltérő finanszírozás, a gyógyszer termékcsoport

<sup>18</sup> A gyógyszerek azonosítására szolgáló, alapvetően hatóanyag szerinti, nemzetközi osztályozási rendszer, bővebben lásd a 6.1. fejezetben

eltérő meghatározása (lásd a gyógyszer fogalmi meghatározásának problémáját a 6.1. fejezetben).

Egy közepesen nagy (800-1000 ágyas) kórház éves gyógyszerköltésvetése hazánkban elérheti a félmilliárd forintot, egy kis (pl. 300 ágyas) kórházé 100 millió Ft alatt van. A gyógyszerkiadás függ az ágyszámtól, a kórház specialitásától, a beszerzés hatékonyságától (ki milyen feltételekkel tud megállapodni a beszállítóval).

Amennyiben a kórházak gyógyszerfelhasználásának változását nézzük, megállapítható, hogy az értékben nő, míg terápiás napokban (DOT, Days Of Treatment) kifejezve csökken (lásd 4.3. tábla).

4.3. tábla, A kórházi gyógyszerfelhasználás változása

Gyógyszerfelhasználás	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Mrd Ft	9	11	14	18	21	25	28
millió DOT	209	223	203	181	164	154	144

*Forrás: Egészségügy-kutató Intézet, idézi: Matejka, 2000. 387. o.*

A gyógyszerköltések növekedése főként az áremelkedéssel hozható összefüggésbe. 1993-ban nagykereskedelmi áron a kórházi gyógyszerek átlagára 380 Ft körüli érték volt, 1999-ben már 1150 Ft. Ugyanez az érték a patikai gyógyszerekre 150 és 620 Ft. Termelői áron nézve elmondható, hogy 2000-ben a kórházi készítmények átlagára csaknem kétszerese volt a patikai készítmények átlagárának [Feller, 2002]. A gyógyszerkiadás növekedésében szerepet játszik még az infláció, a korszerűbb, de drágább készítmények előtérbe kerülése. A kórházi gyógyszerkiadásokat a jövőben a gyógyszerek általános forgalmi adó alá kerülése is megemeli, a Magyar Kórházszövetség felmérése szerint kórházanként évi 6-50 millió forinttal [Golub et al., 2004].

A nemzetközi kórházi piaci tendenciákkal megegyezően a hazai gyógyszerfelhasználás értékben nő, növekszik az újabb készítmények száma, az elbocsátott betegek száma szintén növekedést mutat, míg csökken a kórházban eltöltött idő, így a terápiás napokban mért gyógyszerfelhasználás. A hazai kórházi piacon – ahol a forgalom a teljes gyógyszerpiaci forgalom körülbelül egy nyolcada – a nagykereskedői gyógyszerkiszállítások dominálnak. A magyarországi gyártók – Richter Gedeon Rt., Egis Rt., Biogal-Teva, Humán Rt – jelen

vannak a kórházi piacon legnagyobb forgalmú készítmények gyártói között. A gyógyszerbeszerzést érintő további kórházi piaci jellemzők (pl. kezelési irányelvek használata, beszerzés szabályozottsága) bemutatása a következő fejezetek szerves részét képezik.

### **4.3. A kórházi piac szerepe a versenyképességi modellben – Magyarország példáján**

Bár számokban kifejezve a kórházi piac nem képvisel akkora gazdasági értéket, mint a patikai eladások, a piaci versenyképességben jelentős szerepet játszik a kórházakkal való kapcsolat. Alapvetően különbözik a nagykereskedő-kórház és a gyártó-kórház vevőkapcsolatának jellege.

A nagykereskedők kórházakkal való kapcsolatát meghatározzák a következők [Szabó, 2001b]:

- a kórházakban felhasznált gyógyszerek köre szélesebb a patikákban kapható készítményekénél
- a kórházakban felhasznált gyógyszerek drágábbak, általában több az import gyógyszer
- a kórházi ellátás anyagmozgatási és szállítási költségei általában alacsonyabbak
- a kórházi forgalom kevésbé kiszámítható
- a kórházak fizetőképessége sokszor rosszabb a gyógyszertárakénál.

A rossz fizetőképesség és a bizonytalan forgalom nem teszi vonzó piaccá a kórházakat. A nagykereskedők egy része (Hungaropharma Gyógyszerkereskedelmi Rt., Medimpex Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt., Humantrade Gyógyszer-nagykereskedelmi Kft.) termékeik egyik lehetséges piacának, míg az Euromedic Pharma Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt. kizárólagos piacának tekinti a kórházakat. Vevőkapcsolatuk, a kapcsolat fontossága is eszerint különböző. A Hungaropharma versenylőnye, hogy ő rendelkezik a legszélesebb termékválasztékkal, az import gyógyszereknek is ő a nagykereskedője. Az Euromedic Pharma Rt. vevői körében 2001-ben készített felmérése szerint a szállítók kiválasztásának legfontosabb szempontjai sorrendben: a szállítás pontossága, kedvező árak és fizetési feltételek, a kapcsolat a szállítóval, a széles termékkála [Jelentés, Euromedic Pharma Rt., 2001]. Az Euromedic Pharma-ra

vonatközóan egyformán nagyon jellemzőnek ítélték a készséges rendelésfelvételt, vevőszolgálatot, a kedvező szállítási feltételeket és a pontos, színvonalas szállítást, mint befolyásoló tényezőt az Euromedic választása során. A 29 válaszadó kórház kétharmada jellemzően vagy nagyon jellemzően kötelezettség, vagy tenderszerződés miatt választotta ezt a beszállítót.

Általánosán is elmondható, hogy a gyógyszergyártók számára a kórházak több funkcióval bírnak. (1) Egyrészt a gyógyszerkutatók klinikai tesztelési fázisában már kapcsolatba kerülnek a gyártók legfontosabb célcsoportjával, a véleményvezető orvosokkal. (2) Másrészt a kórházakban realizált gyógyszerfelhasználás a patikai piacon is forgalmat indukál (a házi orvos sok esetben azt a készítményt írja fel, amit a beteg a kórházban kapott). (3) Továbbá a szakrendelést is vezető kórházi orvos szakrendelésen történő gyógyszerfelírását az is befolyásolja, hogy a kórház milyen készítményeket használ. (4) Ezenkívül a kórházi orvosok felé történő kommunikációval (konferenciák támogatása, stb.) folyamatosan az orvosok tudatában tartható a készítményük. (5) Nem utolsó sorban pedig a poszt-marketing vizsgálatok szintén a kórházi forgalom generálását segítik elő. A felsorolt szempontok általános érvényűek a gyógyszergyártók számára, ezen kívül a gyártó termékkínálata (például kifejezetten kórházi forgalomra szánt készítmények a palettán), vezetési stratégiája is befolyásolja a kórházakkal való kapcsolatot. A gyártói cég egyesülések a gyártók részéről szintén alakítják a gyártó-kórház kapcsolatokat, például Magyarországon a GlaxoSmithKline létrejöttkor a kórházi portfólió 8-9% lett, a fúzió előtt a GlaxoWellcome-ot erős kórházi jelenlét jellemezte – 20%-os rész a portfólióban, nagykereskedőn keresztül és közvetlen eladással –, míg a SmithKline Beecham esetében a fúziót megelőzően nem volt közvetlen kórházi eladás, és mindössze egy termék képezte a kórházi portfóliót<sup>19</sup>.

A gyógyszergyártók szempontjából a kórházi piac kiemelten fontos szerepét támasztják alá a 4.4. táblában található információk. Dichtl és Thiess [1989] összegyűjtötte a gyógyszergyártók legfontosabb piaci partnereit, jellemezte a kapcsolatok fontosságát, illetve felhívta a figyelmet arra, hogy melyik kapcsolat fog várhatóan erősödni a jövőben.

---

<sup>19</sup> személyes közlés Szóke-Molnár Zs. (GlaxoSmithKline Kft.), 2001. okt. 30.

4.4. tábla, Gyógyszergyártók piaci partnereinek jelentősége

Partnerek	Rendkívül fontos	Nagyon fontos	Fontos	Kevésbé fontos	Egyáltalán nem fontos
Beteg	•			o	
<b>Orvos</b>	• o				
Gyógyszerész		•		o	
Hatóság	•	o			
Egészségbiztosító		•	o		
<b>Kórház</b>	•	o			
<b>Klinika</b>	• o				
Szakértők	•	o			
<b>Kórházi gyógyszerész</b>	• o				
Természetgyógyász			•		o
Nagykereskedő			•	o	
Laboranyagkereskedő			•	o	
Bírálok	•			o	
Közvélemény	•			o	
Sajtó	•			o	
Egészségpolitikusok	•		o		

• = a jövőben o = jelenleg

*Forrás: Dichtl, E. - Thiess, M. (1989)*

Bár a tábla forrását képező tanulmány nem különíti el a házi orvos és a kórházi orvos szerepkörét, látható, hogy a kórház és a klinika rendkívül fontos partnernek számít. A kórházi gyógyszerész és a patikai gyógyszerész szerepének eltérő fontossága szembetűnő. Egy amerikai felmérés szerint az ezredfordulón a gyógyszeripar tevékenységének még mindig több, mint 90%-a az orvosok, gyógyszerészek, kórházak, és a nagykereskedők felé irányul, és kisebb mértékű figyelmet szentelnek a különböző betegcsoportoknak, társadalmi szervezeteknek [Harms et al., 2000]. A gyártók marketing kiadásait tekintve pedig, azok 60%-a az orvosokat célozza meg.

A kórház a gyártó számára nemcsak vevő, hanem fontos információforrás a piacról, a versenytársakról, stb. Immár a hazai helyzetre vonatkozóan a gyártó számára fontos információkat és elérhetőségüket foglaltam össze a 4.5. táblában.

4.5. tábla, A gyógyszergyártó számára fontos információ és információ forrásai a kórházi piacon

Információ	Információ forrásai
kórházi gyógyszerforgalom	belső adatszolgáltatás kórházi tender nemzetközi (pl. IMS Health), és hazai (pl. MIS Consulting Rt., Cegedim Kft.) gyógyszerinformációs rendszerek
a kórház profilja	kórházi informális kapcsolat
a kórház pénzügyi helyzete általában, és egyes betegségszoportok finanszírozási lehetősége	kórházi informális kapcsolat kórházi tender sajtó
a kórház gyógyszer szükséglete, gyógyszerbeszerzési gyakorlata, döntési mechanizmusa	kórházi informális kapcsolat kórházi tenderkiírás
kórházi tenderkiírás	Közbeszerzési Értesítő kórházi informális kapcsolat nagykereskedők
versenytársak	gyógyszerinformációs rendszerek (IMS, MIS) kórházi informális kapcsolat kiállítások szakirodalom nagykereskedők
gyógyszerek elfogadottsága (márka elfogadás, preferálás)	kórházi informális kapcsolat gyógyszergyárak által megbízott piackutató cégek kutatási eredményei
tudományos információ (új gyógyszerekről, gyógyszerfejlesztésekről)	szakirodalom kiállítások

Forrás: személyes közlések<sup>20</sup> alapján saját összeállítás

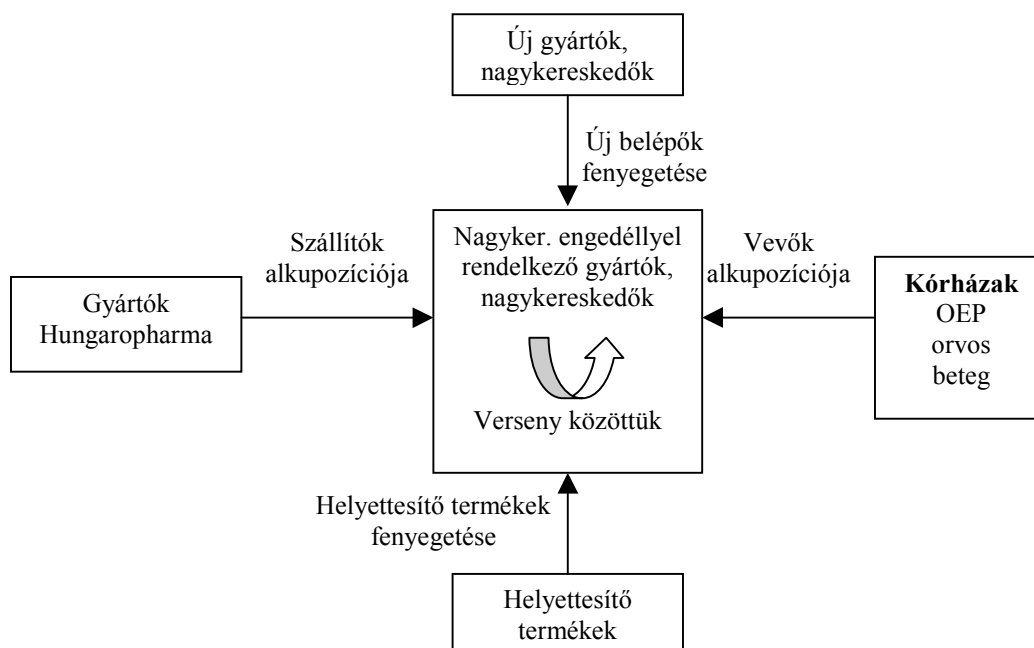
A 4.5. táblából kitűnik, hogy a kórházi informális kapcsolat a legjelentősebb információforrás szinte valamennyi szükséges információ megszerzése szempontjából. Ezt a kapcsolatot főként az orvoslátogatók, ezenkívül a termékmenedzserek és a key account (kulcs vevő) menedzserek (röviden KAM-ok) tartják fenn folyamatosan a kórházi főgyógyszerésszel, orvosokkal, ritkábban a gazdasági- és főigazgatóval. A személyes kapcsolat imázsnövelő szerepét jelzi egy több mint 700 onkológus körében végzett nemzetközi felmérés [TNS Healthcare, idézi Kreatív Online, 2004]. A felmérés szerint a klinikai kísérletek, a termékfejlesztés és a felkészült orvoslátogatók befolyásolják leginkább a vállalatról kialakult képet, és a pozitív imázs nem feltétlenül a vállalat méretével, a termékek számával, vagy az eladások volumenével van összefüggésben<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Molnár L. J. (Biogal-Teva Pharma Rt.), Dr. Újszászi J. (Roche Pharmaceuticals), Dr. Németh Zs. (Sanofi-Synthelabo), Dr. Szóke-Molnár Zs. (GlaxoSmithKline Kft.)

<sup>21</sup> "A vállalati imázsról is elmondható, hogy objektív tapasztalatok, élmények és szubjektív elképzelések eredőjeként alakul ki" [Totth, 1996:19]. A vállalati imázs vizsgálatáról és tényezőiről bővebben lásd Totth (1996).

A magyar kórházi piac versenyelemzéséhez visszakapcsolódva újra áttekintem és újrafogalmazom a *porteri* modellt, immár a gyógyszerpiac kórházi szegmensére nézve (lásd 4.6. ábra). Az eredeti modellhez hasonlóan itt is a versenyhelyzetet az új belépők lehetőségei, a szállítók alkupozíciója, a vevő – jelen esetben a kórházak – alkupozíciója, a helyettesítő termékek fenyegetése, és a kórházi piaci kínálatot biztosítók közötti verseny határozza meg.

4.6. ábra, A porteri modell magyarországi kórházi piacra alkalmazott változata



Forrás: Porter (1993) alapján saját szerkesztés

#### Szállítók alkupozíciója

A gyártók gyógyszer értékesítései nagyobb részét a nagykereskedőkön keresztül bonyolítják le. A közöttük lévő partnerkapcsolat nemcsak kereskedelmi szempontból fontos, hanem jelentős információhordozó is. A gyártók pozíciója erős az árképzésben, és a kedvezmények kialakításában, még akkor is, ha nem közvetlenül, hanem a nagykereskedőkön keresztül értékesítenek, bár alkupozíciójuk erősebb a közvetlen értékesítésben. A Hungaropharma Rt-nek egyedi termékek importjára is van jogosultsága, ő rendelkezik a Magyarországon törzskönyvezett készítmények legszélesebb körével, ezért vevőik között más nagykereskedők is vannak. Egyes nagykereskedők versenyelőnyhöz jutnak a szállítás során azáltal, hogy a gyártó által biztosított árkedvezményeket továbbítják a kórház felé.



### *Verseny a kórházakat közvetlenül ellátó vállalatok között*

A gyógyszerpiac érettségéből adódóan piacbővítés helyett újrafelosztásról lehet csak beszélni. Kelen [1994] leszögezi, hogy a versenytársak versenytárs-orientáltsága figyelhető meg a vevő-orientáltság helyett. A kórházi piacon a képet színesíti, hogy a gyártók és a nagykereskedők nem igazi versenytársai egymásnak, mivel eltérő célok állnak a háttérben. A gyártók a kórházi piacon való jelenlétükkel megerősítik a kórházakkal való elengedhetetlen kapcsolat szükségességét, s azt, hogy nem az értékesítés mennyiségében kívánnak versenyezni a nagykereskedőkkel. A gyártó számára a kórházi piacon az értékesítésben való jelenlét presztízskérdés, a marketing szempontokat (kapcsolati marketing tevékenység) jól kiegészíti a közvetlen kereskedelmi kapcsolat.

A gyártók és nagykereskedők szerepének ilyenén elkülönülése eltérő versenyelőnyöket is jelent. A gyártók egyik versenyelőnye, hogy termelői áron értékesíthetnek. Másrésről termékeik ismertsége, az orvoslátogató hálózaton keresztüli kommunikáció során biztosítható. A nagykereskedők versenyelőnyei közé tartozik a széles termékválaszték, és mivel alapvetően kereskedelemmel foglalkozó vállalatok, így képesek a napi kiszállításra, ami rendkívül fontos sürgős gyógyszerigény esetén. A készletezést tekintve jelentős versenyelőnynek számít a nagykereskedők részéről (pl. a Euromedic Pharma Rt., a Humantrade Rt. esetében) a késleltetett fizetési határidejű (biztonsági) készletek kórházakba történő kihelyezése, mivel a kórház minimális készletet kíván fenntartani.

### *Új belépők fenyegetése*

Az öt versenytényező közül a kórházi piacra új belépők fenyegetése elhanyagolható. Általában véve is a gyógyszerpiacon mind a gyártói oldalon, mind a kereskedelmet tekintve koncentráció figyelhető meg, ami az iparág jövedelmezősége ellenére nem kedvez az új belépőknek. A Hungaropharma Rt. privatizációjával lezárult egy újabb kapu a belépni szándékozók előtt. A Hungaropharma Rt. többségi tulajdonát egy gyártókból (Richter Gedeon Rt., 30%; Egis Gyógyszergyár Rt., 30%; Béres Befektetési Rt., 30%) és a magyarországi gyógyszerészeket tömörítő társaságból (Magyar Gyógyszer Rt., 10%) álló konzorcium vásárolta meg [Nagy, 2001]. A gyógyszerpiac általános belépési korlátai (lásd 3.2. és 3.3. fejezet) érvényesek a kórházi szegmensre is.

### *Helyettesítő termékek fenyegetése*

A helyettesítő termékek fenyegetése a kórházi piacon, a teljes gyógyszerpiachoz képest, ha lehet, még jelentéktelenebb. Léteznek alternatív terápia lehetőségek, de ezek nem elterjedtek, és többnyire csupán kiegészítik a gyógyszeres kezelést (pl. hőterápiás kezelés daganatos betegeken).

### *Vevők alkupozíciója*

Több szempontból is a kórházak erős alkupozíciója jellemzi a versenyt. Mivel a kórház intézményi vevő, nagy volumenben vásárol, árengedmények kiharcolására képes. Nagy az árérzékenysége, az éppen akciós ajánlatokat kihasználva a szállító változtatása nem jelent különösebben nagy áttérési költséget számára (kivéve, ha közbeszerzés köti egy adott szállítóhoz, vagy egyedi készítményről van szó). Alkupozícióját tovább növeli, hogy az új, innovatív gyógyszerek itt kerülnek bevezetésre a gyógyszerpiacon, amelyekre a gyártók patikai piaci keresletnövelés céljából a kórházakban olykor kedvező fizetési feltételeket tudnak biztosítani. Rontja ugyanakkor a pozíciójukat a nyugat-európai országokénál kisebb gyógyszerkincs, kevesebb a helyettesítő termék. 2001-ben az összes Magyarországon regisztrált gyógyszer 5100 volt, míg például Németországban ez a szám 38800 [OGYI, Ministry of Health Germany, *idézi* [www.igy.hu](http://www.igy.hu)]. A kórházak alkupozícióját hátrányosan befolyásolja ezenkívül a fizetésképtelenség, kiváltképpen akkor, amikor az igényelt készítmény csak egy nagykereskedő palettáján szerepel.

Amennyiben újra áttekintjük a Ford által felvázolt vevőkapcsolati portfóliót is (3.8. ábra), akkor a kórházi vevőket megpróbálhatjuk elhelyezni ebben a portfólióban. Áttekintve a dolgozatban eddig leírtakat, a kórházaknak a gyógyszerpiacon belül mind a nagykereskedők felé – kereskedelmi téren –, mind a gyártók felé – a termék minőségét illetően – magas elvárásai vannak. Éppen ezért a nagykereskedők és a gyártók számára jelentős befektetést igényel a kapcsolat ápolása (kórházlátogatók fontos szerepe), miközben ezek a vevők nyereséget alig hoznak (rossz fizetőképesség). A kapcsolat az ismeretanyag (orvosok, gyógyszerészek elvárásai) szempontjából fontos, és a kapcsolatok pénzügyi veszteségeit a vállalatok más kapcsolatokból származó nyereségei – lásd patikai forgalom – ellensúlyozzák. A kapcsolat fontossága ezenkívül az egyes gyártók és nagykereskedők esetében különbözhet a fejezet elején bemutatott kapcsolatot befolyásoló tényezők miatt.

## **5. A KÓRHÁZI PIAC ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉSE A SZERVEZETI PIAC TULAJDONSÁGAINAK TÜKRÉBEN**

A versenyképesség korábbi vizsgálata során rámutattam a vevőkkel kialakított kapcsolatok potenciális versenyelőnyt formáló szerepére. A vevőkapcsolatok menedzselését egyre növekvő mértékben befolyásolja a vevő beszerzési stratégiája [Ford, 1990]. Az eddigiekben a kórházi piacról, mint termékek lehetséges eladási helyéről esett szó. Most a kórház, mint beszerzési döntések előtt álló vevő kerül elemzésre.

### **5.1. A szervezeti beszerzés elméleti modelljei**

Mielőtt a kórházi gyógyszerbeszerzés körülményeit, a beszerzési döntésben résztvevőket bemutatnám, szükséges a szervezeti piacok általános jellemzőinek, azon belül is a szervezeti beszerzői magatartásnak az áttekintése.

A 3.4. fejezetben rámutattam arra, hogy a vevői motivációk megismerése, ezáltal a vállalati marketing erősítése egyik lehetősége lehet a versenyképesség növelésének. Az intézmények - mint esetünkben a kórházak - beszerzési magatartását a marketing irodalom a szervezeti vásárlás modelljeivel írja le [Webster et al., 1972]. A szervezetek beszerzését alapvetően jellemzi

- a racionális érvek előtérbe helyezése,
- a csoportos döntéshozatal,
- a szakmai hozzáértés,
- az áralku,
- a versenyeztetés,
- a szoros eladó-vevő kapcsolat,
- a gyártótól való közvetlen beszerzés,
- a nagytételben történő vásárlás, stb.

A csoportos döntéshozatal színtere a *beszerzési központ* [Webster és et al., 1972], amely nem formális, hanem az adott beszerzési probléma megoldásához bevont, többnyire szervezeten belüli személyeket tartalmazza. Résztvevői lehetnek:

- a *felhasználók*, akik a beszerzett terméknek, szolgáltatásnak nem szükségszerűen végfelhasználói,
- a *befolyásolók* (szervezeten belüli és kívüli személyek), akik befolyásolják a termék, beszállító kiválasztását
- a *döntéshozók* (szakmai vagy gyakran nem szakmai résztvevők), akik a konkrét döntést meghozzák
- a *jóváhagyók*, akik jogkörüknél fogva vesznek részt a beszerzésben
- a *beszerzők*, akiknek aláírásával létrejön a beszerzés.

A beszerzési központban résztvevők száma leginkább a szervezet típusától, a beszerzési szituációtól, a termék jellegéből adódó kockázat nagyságától és a szervezet centralizáltságától függ. A beszerzésben résztvevők, különösen a döntéshozók azonosítása az eladók kulcsfeladata. A beszerzési szituációkat illetően a szakirodalomban legelterjedtebben Robinson, Faris és Wind [1967\*, *idézi* Kotler, 1998:248] három különböző vevői magatartást prognosztizáló esete az elfogadott. Ezek:

- közvetlen újvásárlás, vagy rutinvásárlás
- módosított újvásárlás
- új vásárlás.

Az irodalomban találkozhatunk másféle felosztással is. Bunn [1993] empirikus vizsgálatok alapján hat különböző beszerzési szituációt különböztetett meg, melyek ugyanakkor megfeleltethetők a fenti három esetnek. Az általa napi beszerzésnek és rutin beszerzésnek azonosított szituációk megfelelnek a közvetlen újvásárlásnak, az egyszerű módosított és a komplex módosított beszerzés a módosított újvásárlást fedi le, a döntést igénylő új feladat (*judgemental new task*) és a stratégiaileg új feladat pedig az új vásárlás esetének feleltethetők meg.

Az egyes szituációkban eltérő a beszerzési döntés meghozatalához szükséges idő, költség, kockázat, az információk mennyisége, a beszerzési központ összetétele, a döntéshozó személye, a versenytárs beszállító esélye az üzlet elnyerésére. A szervezeti beszerzést befolyásoló legfontosabb tényezők Kotler összefoglalásában a külső környezeti tényezők, a szervezet jellemzői, a személyek közötti (interperszonális) és az egyéni jellemzők (lásd 5.1. ábra).

5.1. ábra, A szervezeti vevők magatartását befolyásoló legfontosabb tényezők



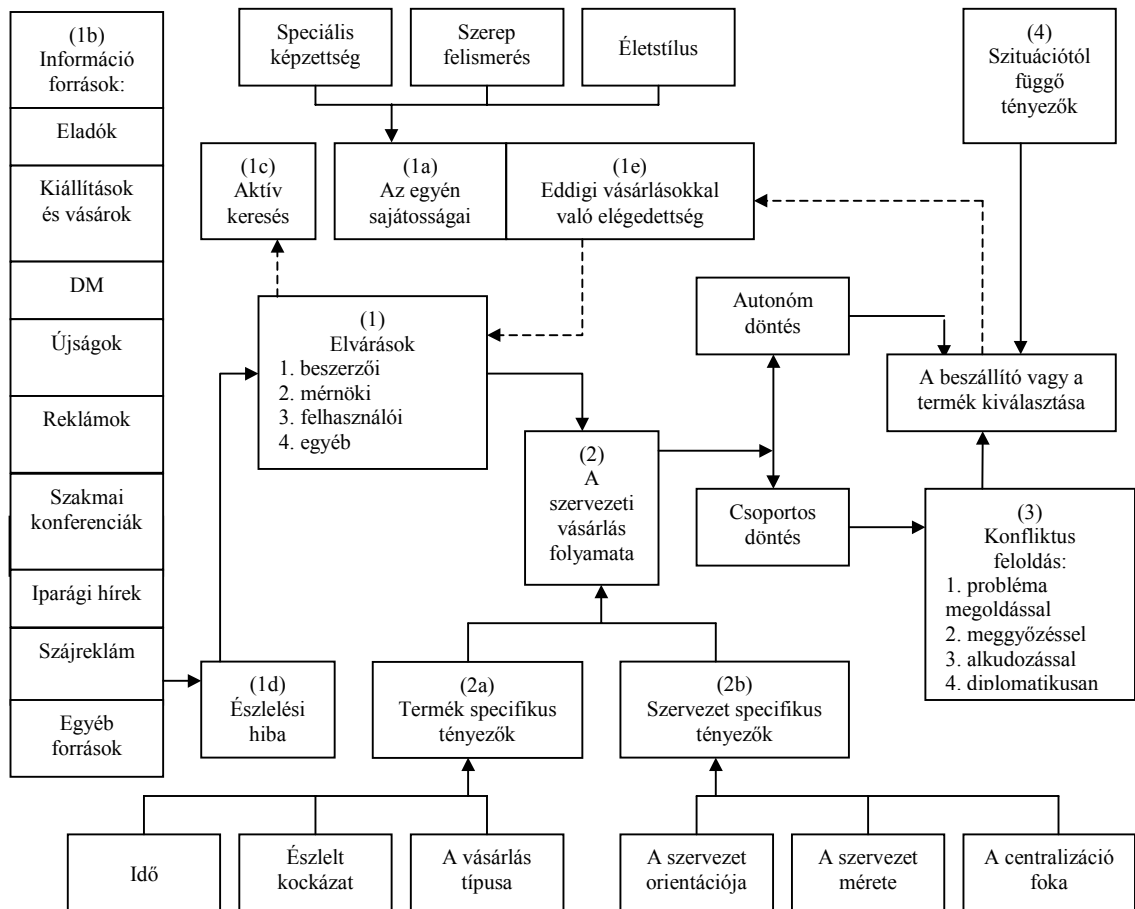
Forrás: Kotler (1998), 252. o.

A szervezetek beszerzéséről az irodalomban számos modellt találunk, melyek közül Sheth [1973] modellje foglalkozik leginkább a beszerzési központtal, a beszerzési döntés mögött húzódo befolyásoló tényezőkkel, a szereplők magatartásának pszichológiai vonulataival, és olykor ellentétes érdekeivel (lásd 5.2. ábra).

A modell a döntéshozók beszállítóval és termékmárkával szembeni elvárásaiból indul ki (1). Alapvetően különbözhetnek az elvárásai a beszerzésért felelősnek, a szakmailag legilletékesebbnek (a modellben a mérnöknek jelölt szakembernek), a felhasználónak, a pénzügyi igazgatónak, stb. A következő folyamatok, tényezők különböző elvárásokat eredményeznek a beszerzésben résztvevő egyének számára (1a-e):

- *az egyén sajátosságai:* képzettség, feladattal kapcsolatos elvárások, életstílus
- *a beszerzéssel kapcsolatos információ típusa és forrása:* az egyén milyen információforrásokból szerzi információit, és azok milyen típusú információk (szakmai, pénzügyi, stb.)
- *az észlelésből adódó torzítások:* az információk eltérő értelmezése
- *az eddigi vásárlásokkal való elégedettség:* a szereplőknek az eltérő motiváció miatt eltérő mértékű lehet az elégedettsége az eddigi vásárlásokkal.

5.2. ábra, A szervezeti beszerzés integrált modellje



Forrás: Sheth (1973), 51. o.

A szervezeti beszerzés elmélete fontos jellemzőkre mutat rá a szállító-vevő kapcsolatokat illetően is. A szállító és a vevő közötti kapcsolat alapvetően vagy tranzakció-, vagy kapcsolat-orientált [Hutt et al., 1992]. Az elsőként említett orientációtípus esetében a kapcsolat rövid távú, a vevő könnyen változtat a nagyszámú szállító között. A kapcsolat-orientált szállító-vevő kapcsolat ezzel szemben hosszú távú, és vevői lojalitás jellemzi. A vevői lojalitás elméleti és empirikus kutatásával napjainkban tanulmányok sora foglalkozik, melyet hazánkban Hetesi és Veres kutatásai gazdagítanak [Hetesi et al., 2004]. A csomagolóipar területén végzett kutatásukkal a vevők különböző mértékű lojalitása alapján történő lehetséges szegmentációra mutatnak példát. A hosszú távú szállító-vevő kapcsolatokat vizsgáló egyik empirikus kutatás szerint [Han et al., 1993] a hosszú távú kapcsolat mellett a kisebb mértékű bizonytalanság, konfliktus, és vevőkockázat (a szállító

nem teljesíti az elvárásokat) szól. A kapcsolatot ilyenkor a kölcsönös bizalom jellemzi. A hosszú távú kapcsolat hátrányaként sorolják az elszalasztott lehetőségeket egy "jobb" szállítóval és az esetleges túlzott függőséget.

Más szerzők [Jackson, 1985\*, *idézi* Mandják, 2000] a tranzakciós kapcsolat mellett az együttműködést megkönnyítő kapcsolatot és az integratív kapcsolatot különböztetik meg. A kétféle kapcsolatorientált magatartás között a különbség az eladó és a vevő kapcsolatba történő eltérő mértékű bevonásában van. Az együttműködést megkönnyítő kapcsolatokban valamilyen speciális beruházással a tranzakció lebonyolításában további értékek képződnek, például a kórházak esetében a rugalmas rendelésvétel, vagy a konszignációs (készletetett fizetési idejű) raktár kialakítása tekinthető ilyen beruházásnak. A kórházak gyógyszerbeszerzéseinél is jelentős szerepe van a sürgős, azonnali szállításnak, illetve a készletminimalizálás miatt a kihelyezett raktárak is előfordulnak. Az integratív kapcsolatban mindkét fél jelentős beruházásokat visz a kapcsolatba a kölcsönös előny eléréseért. A kapcsolatba való bevonódás alapján megkülönböztethetünk alacsony és magas részvételi szintet igénylő kapcsolatokat [Ford, 2003:120]. Ha összevetjük az eddigieket, akkor láthatjuk, hogy a tranzakciós kapcsolatokban az alacsony, a kapcsolatorientált kapcsolatokban magas részvétellel lehet számolni. A szállítók a különböző kapcsolattípusok mindegyikét alkalmazhatják és alkalmazzák is a vevőkapcsolataik során. Jellemző azonban, hogy nő a szerepe a magas részvételi szintet igénylő kapcsolatoknak, vagyis a vevők egyre inkább csökkentik beszállítóik számát, és hosszú távú kapcsolatok kialakítására törekednek.

### **5.1.1. Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje, együttműködő beszerzési stratégiák**

Az eladó-vevő kapcsolatok mélyebb tanulmányozására alkalmasak a kapcsolati marketing modellek (lásd 3.5. fejezet). A modellek közül is az úgynevezett interakciós modell ad leginkább betekintést a kapcsolatok háttérében húzódó kapcsolatalakító tényezők megismeréséhez.

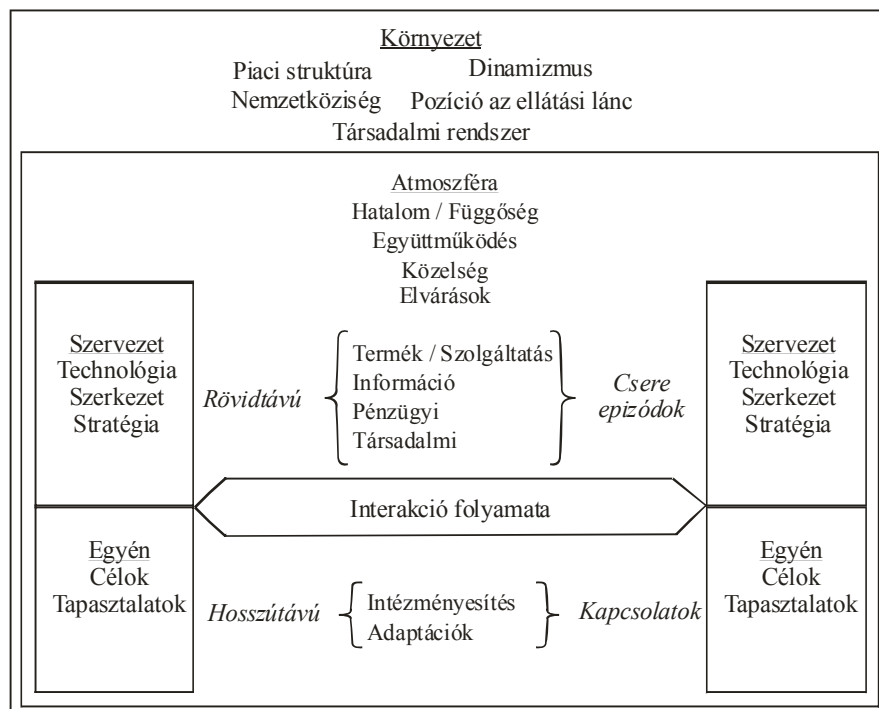
A kapcsolati marketing kutatásában élenjáró, az európai iskolához tartozó IMP csoport megfogalmazása szerint az interakció olyan rövidtávú társadalmi interakciók sorozata,

amelyeket a vállalatokat összekötő hosszú távú üzleti folyamatok befolyásolnak [Wilson, 2000]. Az interakciós modell elsősorban a következő megállapításokon alapul [Ford, 1990]:

- Mind az eladó, mind a vevő aktív szereplője a piacnak, mindkettő érdekelt abban, hogy megtalálja a megfelelő partnert.
- Az eladó és a vevő kapcsolata hosszú távú, közvetlen és komplex interakciókat foglal magába a vállalatokon belül és a vállalatok között. Az eladók és a vevők részéről a legfontosabb feladat a kapcsolat fenntartása, nem pedig egyszerűen az eladás vagy vásárlás.
- Az eladó és a vevő közötti kapcsolat gyakran olyan intézményi szerepeket jelöl ki a szervezeteken belül, amelyeket a két fél egymástól való elvárásai irányítanak.
- A beszerzés gyakori és folyamatos.

Az interakciós megközelítés a 5.3. ábrán látható, kapcsolatot befolyásoló tényezőket veszi sorra.

5.3. ábra, Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje (a)



Forrás: Ford (1990), 20. o.

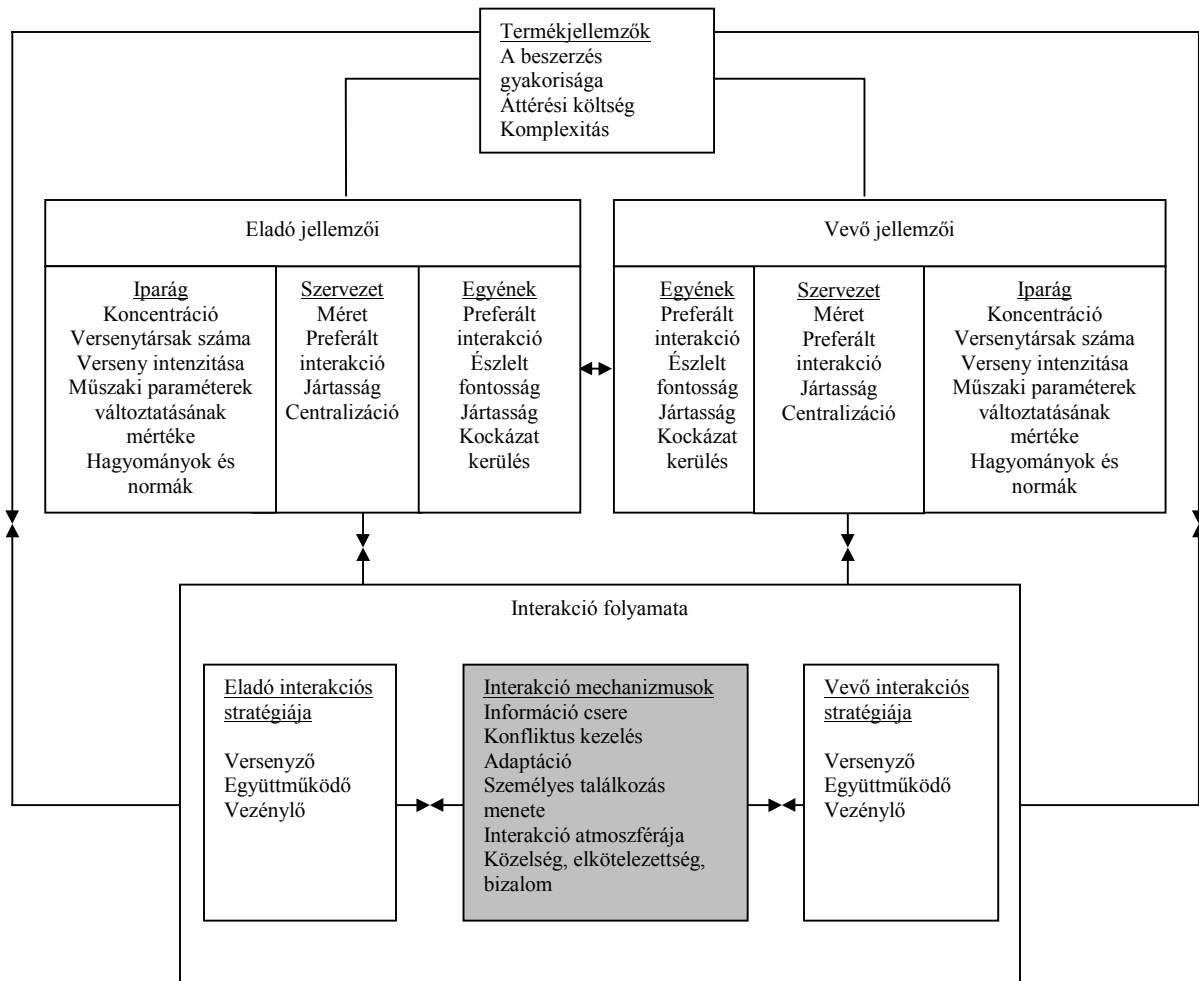


Az interakciókat egy külső környezet, és a két szervezet közötti atmoszféra veszi körül. A modell lényege, hogy a rövidtávú csereepizódok egy idő után intézményesítik a szerepköröket. Az interakció során a szervezet jellemzőin túl az egyéni célok és tapasztalatok játszanak fontos szerepet. Az adaptáció létrejöhet a termék szintjén, a pénzügyi megállapodások során, az információszerzés gyakorlatában, vagy társadalmi vonatkozásban. Az adaptációk előnye lehet költségcsökkentés, bevétel növekedés, vagy a – a kórházi gyógyszerbeszerzés kapcsán nem elhanyagolható – cserefolyamatok feletti ellenőrzés terén. Utóbbi megállapítások jelentik tulajdonképpen az interakciókon keresztül hosszú távú kapcsolatok céljait, vagyis a gazdasági előnyöket, a költségcsökkentést, a nyereségnövekedést, és a környezet egy része feletti fokozott ellenőrzés lehetőségét a szervezet számára.

Az IMP csoport empirikus kutatással is alátámasztotta a fenti interakciós elméletet oly módon, hogy 167 kereskedelmi kapcsolatot vizsgált az európai csomagoló iparban [Campbell, 1990]. Az eredmények alapján három különböző stratégiát azonosítottak az eladó és a vevő oldalán egyaránt, ezek: versenyző, együttműködő és vezénylő stratégiák. A stratégiákkal kiegészített interakciós modell az 5.4. ábrán látható.

Az interakciós stratégiát a termékjellemzők, az iparági sajátosságok, a szervezeti, és az egyéni jellemzők határozzák meg, mind a vevői, mind az eladói oldalon. Így például a gyakori tranzakciók, és a minél komplexebb termékek esetében az eladó és a vevő kölcsönös függősége jellemző. A vevő stratégiája együttműködő, amennyiben kevés a beszállító a piacon, a fő beszállítóktól a vásárlás nagy mennyiségű, új beszállítók feltűnése nem jellemző, illetve kis mennyiségű a vásárlás az új beszállítótól, a vevő fogékony az adaptációra, nagymértékű a beszállítói függőség, és a hangsúly a minőségen, szolgáltatáson van. Campbell [1990] utalást tesz az érett piac sajátosságaira a témában, vagyis az érett piacokon az együttműködő stratégiát követő vevők hosszú távú kapcsolatokat alakítanak ki. Az ilyen kapcsolatok esetében nehéz új belépőként érvényesülni, hacsak nem képes a szállító a jelenlegi beszállítókhoz képest jelentős árkülönbséget vagy innovációt felmutatni.

5.4. ábra, Az eladó-vevő kapcsolat interakciós modellje (b)



Forrás: Campbell (1990), 268. o.

A gyógyszermarketingben az egyik – ha nem a – legfontosabb interakció a gyártó és az orvos közötti interakció (lásd 4.3. fejezet 4.4. tábla a gyógyszergyártók piaci partnereinek jelentőségéről), akár háziorvosról, akár intézményi háttérrel rendelkező kórházi orvostól beszélünk. A gyártó-orvos közötti kommunikációt vizsgáló legújabb tanulmányok [Simon et al., 2000] a személyre szabott kommunikációt, a "customization" szerepét hangsúlyozzák a gyógyszermarketingben. Hurwitz és Caves [1988] a kommunikáció módszerei közül a személyes eladás és a reklám hatásait összevetve megállapította, hogy a személyes eladás sokkal eredményesebb, különösen a kórházakban, ahol szoros kapcsolat igazolható a kórházi ajánlás és a személyes eladás intenzitása között. A személyes interakció hatását bizonyítja egy amerikai példa is, amelyben 40 kórházi orvos bevonásával az orvosok

magatartását, nevezetesen az alaplista<sup>22</sup> kibővítésére tett kérésük hátterét vizsgálták [Chren et al., 1994]. A kért gyógyszereket a felmérést levezetők három csoportba osztották: az alaplistán szereplő terápiákhoz képest jelentős előnyökkel rendelkező gyógyszerekre (ebbe a csoportba 13 különböző gyógyszer került), valamelyest előnnyel rendelkező gyógyszerekre (szintén 13 gyógyszer), és az eddig használatos terápiához képest kevésbé előnyös, vagy előnyt nem jelentő gyógyszerek csoportjára. A felmérés érdekessége, hogy az utóbbi csoportba került a kért gyógyszerek többsége, 29 különböző gyógyszer. A kontrollcsoport 80 orvost tartalmazott, ők nem kértek az adott idő alatt alaplista bővítést. Az eredmények azt mutatták, hogy az alaplista bővítést kérő orvosok gyakrabban álltak kapcsolatban gyógyszergyártókkal, mint azok, akik nem kértek alaplista bővítést. Például a bővítést kérvényezők hajlamosabbak voltak arra, hogy gyártóktól pénzt fogadjanak el, melynek ellenében szimpóziumokat tartottak, vagy gyógyszerkutatásban vettek részt. A vizsgálat azt is feltárta, hogy a bővítést kérők olyan gyógyszereket kértek felvenni az alaplistára, amely gyógyszer gyártójának képviselője járt náluk, nem pedig más gyártó gyógyszerét. A felmérés azt bizonyította, hogy az orvosok azon magatartása, hogy az alaplistát kívánják bővíteni, kifejezetten, és nagymértékben összefügg az orvos és a gyógyszergyártó interakciójával.

## **5.2. A beszerzés sajátosságai a szabályozott piacokon**

A szervezeti beszerzés fő sajátosságai közül az előző fejezetben azok kerültek bemutatásra, amelyek egyaránt jellemzik az ipari vevőket, a non-profit szervezeteket, a kormányzati piacot, a viszonteladókat. Az intézményi vevők vásárlási feltételei szabályozottak, és egyéb sajátosságokkal is bírnak:

- a politikai-jogi környezet szabályai alapvetően meghatározzák a versenyfeltételeket
- a szervezetek állami költségvetésből gazdálkodnak, ezért beszerzéseik a közbeszerzési törvény alá tartoznak
- a szervezetek működésének fenntartásában az állam érdekelt (pl. csődbiztos kirendelése)
- nagyfokú nyilvánosság, társadalmi ellenőrzés kíséri a szervezetek működését.

---

<sup>22</sup> Az alaplistáról, szerepéről a kórházi gyógyszerbeszerzésben bővebben a 6.4. fejezet számol be.

Szabályozott piacon működnek a különböző kormányzati szervek, közigazgatási hivatalok, állami tulajdonú iskolák, kórházak, stb. Az ipari vevőkhöz képest, a szabályozott piac fent említett jellemzőiből következően, ezen szervezetek beszerzési magatartása a következőket tekintve eltérő [Szalkai, 2002]:

- a beszerzésben résztvevők száma több
- a beszerzésben az ár jelentős szerepet játszik
- az észlelt kockázat magasabb
- az áralku nagyobb szereppel bír
- közbeszerzési törvény alapján történő beszerzés jellemző
- gyakoriak a formális beszerzői bizottságok.

A beszerzési döntést befolyásoló személyek számára vonatkozóan a szakirodalom azt az adatot idézi, miszerint a nonprofit, állami szervezetekben, és közoktatási intézményekben a beszerzést befolyásolók átlagos száma módosított újravásárlás esetén 2,58, új vásárlás esetén 2,70, míg például a gyártó tevékenységet végző vállalat esetében ezek az arányok 1,90 és 2,20 [Reeder et al., 1991]. A szervezet típusok eltérő viselkedése összefüggésben van azzal, hogy a szabályozott piacon nagyobb a beszerzések nyilvánossága, ezért több résztvevő bevonásával próbálják a döntéseket minél kevésbé az egyéni érdekek alapján meghozni.

Az intézményi beszerzési döntésekben a személyes tényezők szerepére mutat be példát Lacznik [1979] kutatása, amelyben 11 amerikai kórház, új beszerzési szituációba tartozó, orvosi műszer beszerzését vizsgálta. A beszerzési központ átlagosan 5,5 személyt tartalmazott, melyek a következő területekről kerültek ki: orvosok, nővérek, adminisztráció, műszaki emberek és beszerzők. Közülük a legtöbb esetben az orvos bizonyult a legnagyobb befolyással bíró szereplőnek a beszerzési döntés során, míg a beszerzésért felelős személye kevésbé volt fontos. Az eredmények azt is feltárták, hogy a személyek közötti kapcsolatok fontosabbak voltak a beszerzési döntés meghozatalához szükséges idő szempontjából, mint a szervezeti tényezők (az intézmény mérete, a beszerzési központ mérete). Például az egyik kis kórházban, ahol mindössze ketten vettek részt a beszerzésben, a döntés meghozatala azért vett hosszú időt igénybe, mert véleménykülönbségek adódtak az orvos, és a – nagy kórházi múlttal rendelkező – nővér között.

Másik lényeges jellemzője a szabályozott piacoknak, hogy az ár, és ezen keresztül az áralku a beszerzésben nagyobb szerepet játszik, mint a szervezeti vevőknél általában – fontossági sorrendben a minőség, a szállítási idő, a mennyiség, a vásárlás utáni szolgáltatások után sorolják –, mivel költségvetési pénzből gazdálkodnak. Ez az eltérő sajátosság szignifikánsan meghatározza ezen intézmények beszerzési döntését, például a közbeszerzési eljárás során az ajánlatok minősítésekor az ár lényeges elem.

A beszerzési döntés meghozatalakor szerepet játszik a vevői kockázat. A Sheth által termékspecifikus tényezők közé sorolt észlelt kockázatot további három kockázattípusra lehet bontani [Henthorne et al., 1993]: teljesítménybeli, társadalmi és gazdasági kockázatra. A szabályozott piacon a két utóbbi, a már említett nagy nyilvánosság és az előre meghatározott büdzsé miatt, jelentősen megnöveli a beszerzés során az észlelt kockázatot. A kockázatok csökkentésére nem ritka, hogy a beszerzési központ egy formális csoportban, a beszerzési bizottságban testesül meg. A vevői kockázatokat más megközelítésben vevői bizonytalanságokként is leírhatjuk [Ford, 2003:41].

Mindezen jellemzőket figyelembe véve a szabályozott piacok beszerzésének vizsgálata során a legszembetűnőbb sajátosság mégis a közbeszerzési eljárás alapján történő beszerzés, és a hozzá kapcsolódó piaci szereplői magatartás. Magyarországon 2004. május 1-ig – a disszertáció elkészítése és a kutatás ideje alatt – az 1995. évi XL. törvény rendelkezett a közbeszerzésekről. A törvény meghatározta [Józsa, 2000:109]:

- az ajánlattevők lehetséges körét,
- az előminősítési eljárás mikéntjét,
- az előnyben részesítés feltételeit,
- az értékhatárokat, amelyek felett az eljárási szabályokat alkalmazni kell,
- az értékelési eljárás folyamatát,
- az ajánlatok kötelező alakiságát,
- s a szerződés létrejöttének mikéntjét.

A minimális értékhatárokat, amelyek felett a közbeszerzést alkalmazni kell, a mindenkori éves költségvetési törvény határozta meg. Árubeszerzésekre ez az értékhatár 2002.

december 31-ig - a kutatás ideje alatt - 18 millió Ft<sup>23</sup> volt. Az Országgyűlés alá rendelt Közbeszerzések Tanácsa felügyeli az eljárást, az ajánlattételtől az eredményhirdetésig. 2004. május 1-től – Magyarország Európai Unióhoz való csatlakozásának időpontjától – lépett hatályba az új, 2003. évi CXXIX. évi törvény a közbeszerzésekről. Ettől az időponttól az ajánlatkérést hirdetmény formájában a Közbeszerzések Tanácsán keresztül az Európai Unió Hivatalos Lapjában kell közzétenni. A közösségi értékhatárok megállapításában is jelentős változások történtek, ezentúl az új értékhatár 200000 SDR<sup>24</sup>-nek megfelelő euró. Átmeneti rendelkezésként azonban 2004. január 1-től 2004. december 31-ig az értékhatár árubeszerzésekre 25 millió Ft. A mindenkori közbeszerzési törvény célja az államháztartás kiadásainak ésszerűsítése, a közpénzek felhasználása átláthatóságának és nyilvános ellenőrizhetőségének megteremtése, a verseny tisztaságának biztosítása. A gyakorlatban azonban a közbeszerzés sok esetben felesleges feladatok elé állítja mind az ajánlatkérőt, mind a beszállítót, és sokszor a gazdaságossági cél sem érvényesül.

Néhány kiemelt termékre a kormány központosított közbeszerzési eljárást ír elő<sup>25</sup>. A központosított közbeszerzésnek raktározási és készletezési előnyei vannak.

A szervezeti beszerzés eddig tárgyalt jellemzőin túl fontos szerephez jut szabályozott piacokon a vevőoldali marketing, mely szerint a beszerző állítja fel a beszerzési feltételeket. A vevőoldali marketing szükségét társadalmi, politikai, környezeti célok vezérelhetik. A szabályozott piacokon a jobb ár kiharcolása az egyik gyakori célja a vevőknek. A szabályozott piacon lévő vevők vevőoldali marketinghez való elkötelezettsége abba a problémába ütközik, hogy ez a fajta magatartás ellenkezik a közbeszerzés céljaival [Leenders et al., 1988].

---

<sup>23</sup> 2000. évi CXXXIII. tv. 59. § (1) a)

<sup>24</sup> SDR: különleges lehívási jogok (Special Drawing Rights), a Nemzetközi Valuta Alap által meghatározott nemzetközi elszámolási egység

<sup>25</sup> 2004. május 1-ig a 125/1996. (VII. 24.) Korm. rendelet volt hatályos.

## 6. A KÓRHÁZI GYÓGYSZERBESZERZÉS JELLEGZETESSÉGEI

Az eddigiekben a világpiaci és a magyar gyógyszerpiaci trendeket, a versenyképesség korszerű kihívásait ismertettem, bemutattam a kórházi piacot, és a kórházakat, mint vevőket vizsgálva a szervezeti beszerzések jellemzőivel foglalkoztam. A disszertáció további részében a kórházi piac szerepét a versenyképességben a magyarországi viszonyok között elemzem.

A fejezet alapjául elsősorban a gyógyszergyártókkal, nagykereskedőkkel, kórházi gyógyszerészekkel és orvosokkal készített feltáró jellegű interjúk<sup>26</sup>, másodsorban a témáról fellelhető szekunder ismeretek szolgáltak. A fejezetben bemutatom azokat a kórházi gyógyszerbeszerzést meghatározó összetevőket, amelyek a beszállítók kórházakkal való kapcsolatát befolyásolják. Ezek közé tartoznak: a termék specifikus jellemzői, a kórházi gyógyszerbeszerzés szervezeti jellemzői, a beszerzési központban résztvevők, a gyógyszerbeszerzés gyakorlata, a gyógyszerelési szokásokat a pénzügyi lehetőségekhez mérten terelgetni kívánó kórházvezetési stratégia (későbbiekben tárgyalandó) elemei. A megszerzett ismeretek jelentős mértékben segítették a továbbiakban részletezendő, primer kutatás második részének körülhatárolását, a kutatási célok és hipotézisek megfogalmazását.

### 6.1. A gyógyszer, mint termék sajátosságai a kórházi árubeszerzéssel összefüggésben

A gyógyszer fogalmára a gyógyszerész szakmában és a jogi szabályozásban különböző definíciók találhatók. A Magyar Gyógyszerkönyv szerint:

*"Gyógyszernek tekintünk minden olyan anyagot, amelyet az élő szervezet befolyásolására gyógyászati céllal alkalmazunk, vagy a betegség megállapítása céljából az élő szervezetbe juttatunk. Gyógyászati célnak tekintjük a betegség megelőzését is."*<sup>27</sup> E definíció szerint a betegség felismerésére szolgáló labor diagnosztikum is gyógyszernek tekintendő.

---

<sup>26</sup> Az interjúk vázlatait a 3-7. sz. mellékletek tartalmazzák.

<sup>27</sup> Magyar Gyógyszerkönyv (1986), I. kötet 63. o.

A Gyógyszertörvény szerint:

*"A gyógyszer olyan anyag, vagy azok keveréke, illetve olyan készítmény, amelyet betegség megelőzése, felismerése, kezelése vagy élettani funkció fenntartása, helyreállítása, javítása vagy módosítása céljából emberi szervezetben vagy emberi szervezeten alkalmaznak."*

Azonban a törvény szerint:

*"...nem minősül gyógyszernek az emberi szervezetbe kerülő orvostechnikai eszköz, a tápszer, az élelmiszer, a kozmetikai termék, az emberi fogyasztásra szánt egyéb termék, valamint az emberi szervezeten alkalmazott sebészeti kötözőszer, varróanyag, fogászati anyag és az ember szervezetébe nem kerülő, illetve emberi szervezeten nem alkalmazott fertőtlenítőszer és az orvosi laboratóriumi diagnosztikum"<sup>28</sup>*

A gyógyszertárak létesítéséről szóló törvény szerint:

*"Gyógyszerek a gyógyszerként törzskönyvbe bejegyzett készítmények, a hatályos Magyar Gyógyszerkönyvben és a Formulae Normales-ben (szabványos vényminták) meghatározott gyógyszerek, egyedi összetételű gyógyszerkészítmények (magisztrális<sup>29</sup> gyógyszerek), sebészeti kötözőszerek és varróanyagok, immunbiológiai készítmények, drogok, gyógytápszerek, gyógyszeralapanyagok, galenikumok, állatgyógyászati készítmények és jogszabály által gyógyszerhez hasonló elbírálás alá vont készítmények."<sup>30</sup>*

A gyógyszerek sajátos közbeszerzését szabályozó rendelet<sup>31</sup> alkalmazásában:

*"gyógyszernek minősülnek a gyógyszerekről szóló törvény szerint gyógyszerként meghatározott termékek;"*

A definíciókból látható, hogy a laboratóriumi diagnosztikumok és a kötözőszerek tekintetében a legkevésbé egységes a gyógyszer termékcsoporthoz való sorolása. A kórházak eltérő gyakorlatot követnek a gyógyszer termékbesorolását illetően, de jellemzően a gyógyszer, tápszer, vegyszer, labor diagnosztikumok, vérkészítmények, röntgen kontrasztanyagok külön-külön szerepelnek a kórházak nyilvántartásában. Az orvosi gázok

---

<sup>28</sup> 1998. évi XXV. törvény, 4. § a) és 3. § (2)

<sup>29</sup> magisztrális gyógyszer az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszertárban a Magyar Gyógyszerkönyv vagy a Szabványos Vényminta Gyűjtemény rendelkezései alapján, egyedi orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint nem erős hatású minősülő anyagokból saját kezdeményezésére előállít [1998. évi XXV. tv. 4. § b)]

<sup>30</sup> 1994. évi LIV. törvény, 2. § e)

<sup>31</sup> 130/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet 1.§ (1) a)



előfordulnak gyógyszerként és külön kategóriában is. A kötszert sehol sem tekintik gyógyszernek, és beszerzésük is teljesen eltérő folyamatot követ (tisztán közbeszerzés).

A marketing termékkonceptiója a termék öt szintjét különbözteti meg [Levitt, 1980\*, *idézi* Kotler, 1998:477]: alapvető termékelőny, alap (generikus) termék, elvárt termék, kiterjesztett (kiegészült) termék, potenciális termék. Maga a termék ezekből a szintekből épül fel a piacon eladható, piaci igényeket kielégítő ajánlattá. Az ajánlat a marketing irodalomban helyenként a termék szinonímája [Kotler, 1998:40], másutt több annál (lásd 3.4. fejezet). A vállalatok számára a verseny a termék negyedik szintjén kezdődik, ahol a termékdifferenciálás eszközeivel a gyártók termékük versenytárs termékeitől való megkülönböztetésére törekednek. A gyógyszer esetében azonosítható különböző termékszinteket a 6.1. táblában foglalom össze.

6.1. tábla, A gyógyszer, mint termék öt szintje

Termékszintek	A gyógyszer, mint termék szintjei
1. Alapvető termékelőny	legjobb a Gyógyszertörvényben található meghatározás írja le: " <i>betegség megelőzése, felismerése, kezelése vagy élettani funkció fenntartása, helyreállítása, javítása vagy módosítása</i> "
2. Alaptermék	tabletta; kapszula; kenőcs; injekció; infúzió, stb.
3. Elvárt termék	törzskönyvezett; forgalomban lévő készítmény; hatásosság <sup>32</sup> ; biztonságosság; megfelelő felszívódás; kevés vagy semmilyen mellékhatás; könnyű adagolhatóság; különböző hatóanyag tartalom; szabadalommal védett; stb.
4. Kiterjesztett termék	hatékonyság <sup>33</sup> ; állami támogatást élvez; márkanev; csomagolás; kellemes íz; napi egyszeri adagolás; stb.
5. Potenciális termék	újabb terápiás hatás; egyénre szabott, géntérkép alapján fejlesztett gyógyszer ...

A termék marketing felfogása kapcsán további lényeges kérdés a termék minőségét meghatározó tényezők azonosítása. A termék minősége definíció szerint a vevőorientációt figyelembe véve és a marketing irodalomban általánosan elfogadottan a következő: "a termék vagy szolgáltatás meghatározóinak vagy jellemzőinek összessége, amelyek alkalmassá teszik elfogadott vagy értelemszerű szükségletek kielégítésére" [Kotler, 1998:90]. Általánosan elmondható, hogy gyógyszerek esetében a fizikai terméktulajdonságokon – úgymint hatásosság, biztonságosság, minimális mellékhatás,

<sup>32</sup> "effectiveness" = a gyógyítás eredményét veszi figyelembe

<sup>33</sup> "efficiency" = a ráfordításokat is figyelembe veszi (pl. napjaink egyik OTC termékét reklámozó szlogenje így szól: "... a gazdaságos hashajtó")

kényelmes adagolhatóság, megfelelő felszívódás – van a hangsúly. Ezen kívül a másodlagos termékjellemzők közül a márkanév fontos minőség alakító tényező lehet, amennyiben utal a betegségre, amelyet gyógyít, esetleg a neves gyártó nevére, vagy amennyiben a márkanév könnyen kiejthető, megjegyezhető, asszociációkat keltő. A márkanév által biztosított minőség kérdése kockázati szempontból is értelmezhető, és a márka fontos, döntési bizonytalanságot csökkentő szerepet játszik a gyógyszerválasztásnál. A csomagolás szerepe sokkal kisebb, de nem elhanyagolható. A csomagolóanyagok közül az elsődleges csomagolás hordozhat inkább minőségi elemeket, például a könnyen visszazárható kupak, vagy az osztható tablettá levél (blister). Egy színes másodlagos csomagolással többnyire az OTC termékek esetében közvetlenül a beteg figyelemfelkeltése érhető el a patikában.

A generikumok csoportja minőségben korán sem egyforma, mivel nem minden generikus gyártó végzi el a bioekvivalencia<sup>34</sup> vizsgálatot, ami a gyógyszer egyenértékűségét bizonyítja az eredeti gyógyszerrel. Éppen ezért gyakran negatív attitűd jelentkezik a vevő (beteg, orvos, gyógyszerész) részéről a generikumok irányába, melynek lényege, hogy a generikus gyógyszerek másolt gyógyszerek, és mivel a fejlesztés fázisa sokkal rövidebb (kevesebb vizsgálatot végeznek el rajtuk), azt az érzést kelthetik, hogy a generikumok az originális készítményekhez képest kevésbé jó minőségűek.

A kórházakban felhasznált gyógyszereket különböző szempontok szerint csoportosíthatjuk. Legnagyobb mennyiségben felhasznált gyógyszerek az infúziók, és a gyári készítmények, az úgynevezett specialitások. Ezen kívül kismértékben (kevesebb, mint 1%-ban) magisztrális és galenusi (a kórházban készített) készítményeket is használnak. A kórház ezen felül vásárolhat a magyar gyógyszerpiacon nem található, egyedi import alá tartozó gyári készítményeket is nagykereskedőn keresztül, külön eljárással.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Az originális és a generikus gyógyszerek akkor bioekvivalensek (és ezért egymással helyettesíthetők) ha az elemzés nem mutat ki jelentős különbségeket az emberi szervezetben a felvétel és a hasznosítás során. Egyidejűleg azt is bizonyítja, hogy ugyanazt a minőséget, biztonságot és hatást tartalmazza, mint az eredeti készítmény. A bioekvivalencia tanulmány garantálja a tesztermék (generikum) és referenciatermék (originális készítmény) közötti terápiás ekvivalenciát [Perry, 2004\*, *idézi* Pharmorient, 2004].

<sup>35</sup> Egy másik lehetséges csoportosítás szerint a gyári készítmények felhasználása 50-90% közötti, az infúziók, kötszerek, labor diagnosztikumok és vegyszerek 5-10%-ot képviselnek, a magisztrális, orvosi gázok, stb. 1-3% közötti forgalmat jelentenek [Golub et al., 2004].

A gyári készítmények csoportosítására egységes rendszer az ATC (Anatómiai, Terápiás és Kémiai) kód alapján működő azonosítás. A rendszer a hatóanyagokat 14 főcsoportra osztja. A főcsoportokat nagybetűvel jelölik, például A = tápcsatorna és anyagcsere gyógyszerei, C = szív- és érrendszer gyógyszerei, stb. A következő két lépcsőben (2. és 3. szint) terápiás/farmakológiai<sup>36</sup> alcsoportok következnek. A negyedik szint terápiás, farmakológiai vagy kémiai alcsoport, az ötödik szint pedig a konkrét hatóanyagot vagy kombinációt jelöli<sup>37</sup>.

A gyógyszerek két alapvető csoportosítását – az egyik a rendelkezés szerint megkülönböztetett vényköteles és OTC csoport<sup>38</sup>, a másik a hatóanyag szerinti két nagy csoport, az originális vagy generikus készítmények<sup>39</sup> – már többször érintettem a dolgozatban. A kórházakban mind vényköteles, mind OTC készítmények felhasználása folyik, illetve további csoportokat jelentenek a különböző fekvőbeteg gyógyintézetben alkalmazandó gyógyszerek. Míg az OTC készítmények részesedése a patikai forgalomból 15-20%, a kórházakban ezek felhasználása 5% alatti [Feller, 2002]. A felhasznált gyógyszerek originális-generikus arányáról nemcsak a kórházi piacon, de a teljes hazai gyógyszerpiacon sem rendelkezünk pontos adattal (becslések szerint a generikus forgalom a teljes gyógyszerpiacon 2001-ben 26-27% [Novákné, 2001] volt).

A gyógyszerek valamely szempont szerinti csoportosítása azért lenne célszerű a kutatás szempontjából, mert már a feltáró kutatás elején fény derült arra, hogy a különböző gyógyszerek versenyhelyezete igen eltérő. A krónikus, hosszú ápolási idővel járó terápia (például szív- és érrendszeri betegségek, rákbetegek kezelése) esetében például a költséghatékonyság a generikus gyógyszereknek kedvez, ugyanakkor az új innovatív szerek bevezetése ezeken a terápiás területeken fokozottan jellemző. Az akut, azonnali beavatkozást igénylő terápia esetében (például az altatáshoz szükséges gyógyszereknél) a gyógyszerhez való leggyorsabb hozzájutás a beszerzés kulcskérdése. Az egyedi import alá tartozó nagyon drága gyógyszerek szintén eltérő versenyhelyezet alakítanak ki. A gyógyszer, mint termékcsoporton belül pedig a relatíve homogén csoportot alkotó azonos

---

<sup>36</sup> A farmakológia a hatóanyag és az élő szervezet közötti kölcsönhatást vizsgálja.

<sup>37</sup> VADEMEX 2002

<sup>38</sup> Bővebben lásd az 8. sz. mellékletben.

<sup>39</sup> A definíciókat lásd a 10. sz. mellékletben.

hatóanyagú generikus gyógyszerek versenye szintén eltérő: a differenciálás alapja az erős marketingtevékenység és az árstratégia. A versenytárs termékek száma igen eltérő egyes terápiák, sőt hatóanyagok szintjén is. Például a szív- és érrendszeri betegségek területén (mint vezető halálok, így kiemelt terápiás terület) sok versenytárs termék található a teljes piacon, és a kórházakban is. A terápia jelentősége pedig eltérhet kórházanként (szakkórház, stb.), a lakosság egészségügyi állapota szerint területenként is (pl. ország régiókként).

Belátható, hogy a gyógyszerpiacot, azon belül a kórházi piacot a termékek magas fokú heterogenitása miatt nem lehet egységesen, egységes versenyfeltételek felvázolásával tárgyalni. Szakértőkkel folytatott beszélgetéseim eredményeképpen megpróbáltam a gyógyszereket versenyben betöltött helyük szerint csoportosítani, azonban egységes koncepciót nem sikerült találnom. A 6.2. tábla mégis láttatni engedi azt a sokféle szempontot, melyek befolyásolják egy gyógyszer piaci versenyben betöltött szerepét.

6.2. tábla, A kórházban használt gyógyszerek csoportosításának lehetőségei

Szempont	Csoportok
1. Előállítás szerint	specialitás (gyári készítmény), magisztrális, galenusi készítmények
2. Beszerezhetőség szerint	hazai forgalomban lévő, illetve egyedi import gyógyszerek
3. Anatómiai, terápiás és kémiai csoportosítás	egységes ATC csoportosítás
4. Rendelhetőség szerint	vényköteles, nem vényköteles, csak fekvőbeteg gyógyintézet rendelheti, stb.
5. Hatóanyag szabadalmi védeltséget élvez-e	originális és generikus készítmények
6. Társadalombiztosítási (TB) támogatás alapján	1/2003 (I. 21.) ESZCSM rendelet <sup>40</sup> alapján
7. Kezelés időtartama szerint	akut vagy krónikus terápiás szer
8. Gyógyszerforma szerint	infúzió, injekció, tableta, stb.
9. Hatóanyag mennyiségi tartalom szerint	különböző hatóanyag mennyiségű szerek

*Forrás: saját összeállítás*

A gyógyszer eddigiekben bemutatott sajátosságai – a heterogenitás, a magas ár és a magas kockázat – általában véve "high involvement" típusú terméket eredményez, azaz a vevő bevonódása a beszerzési döntéshozatalba magas. A vevő számára igen fontos a beszerzési szituáció, ezért körültekintően informálódik mind a termékekről, mind a beszállítókról. Ugyanakkor a gyógyszerbeszerzések kapcsán is beszélhetünk rutinbeszerzésekről (pl.

<sup>40</sup> A kutatás alatt hatályos jogszabály, a jelenlegi támogatások összegéről a 83/2003. (XII. 26.) ESZCsM rendelet rendelkezik.

fájdalomcsillapítók), mint a beszerzési szituációk egyik esetéről (5.1. fejezet), azonban itt a rutin jelző az igényelt mennyiségre (konstans igény) és hatóanyagra vonatkozik, az akcióknak és a különböző márkáknak itt is szerepe van a választásban.

Az originális és generikus gyártók marketing stratégiája a termék tulajdonságaiból (eltérő technológiai újdonságfok, márkázás, ár), és ennek megfelelően a vevői elvárások különbözőségeiből adódóan eltérő, és marketing eszközökkel jól leírható. Kutatásom során ezért külön vizsgálom az originális gyógyszerek és a generikus készítmények versenyhelyzetét és marketing stratégiáját.

### **6.1.1. Originális és generikus gyógyszerek és versenyelőnyeik a kórházi piacon**

A kórházi piac a gyógyszerek életciklusában kiemelt szerepet kap, mivel már a gyógyszerkutatás, fejlesztés szakaszában a kórházak, klinikák központi szerepet játszanak<sup>41</sup>, és néhány kivételtől eltekintve az új termék bevezetése a teljes gyógyszerpiacra itt kezdődik.

Az originális gyógyszerek legfőbb versenyelőnye az újdonságfokában, a piacon egy ideig egyedülként nyújtott terápiájában rejlik. Az originális gyártó a hatóanyag szabadalmával monopol helyzetben van a piacon, a generikus versenytársaktól egészen a szabadalom lejártáig nem kell tartania. Az originális gyártók több stratégia közül választhatnak ekkor, például költségcsökkentéssel – hajlamosak az árversenyre: nemritkán a generikus terméknel olcsóbban kínálják a kórházaknak a gyógyszert! –, vagy saját generikus termék (fighting brand) kibocsátásával vehetik fel a versenyt.

Originális gyógyszer bevezetések a legfőbb kommunikációs eszköz a személyes eladás, vagyis az orvoslátogató személyes munkája, aki a véleményvezető orvost, szakteknitelyt keresi fel. Új gyógyszerárka tudatosítása átlagosan ötszöri látogatást igényel<sup>42</sup>, ezért originális gyógyszer esetében a bevezetési szakasz a többi szakaszhoz képest a leginkább

---

<sup>41</sup> A klinikai, vagyis embereken végzett vizsgálatokra a GCP (*Good Clinical Practice*) irányelv vonatkozik. Magyarországon ilyen engedélyt kutatóhelyre az Országos Gyógyszerészeti Intézet ad hoc módon ad a gyártó kérésére, amikor az klinikai vizsgálatot kíván végezni. A rendszeres vizsgálóhelyek száma hazánkban számos nagyságrendű, és inkább klinikákra, mint kórházakra jellemző. A klinikai kutatások sokkal inkább nagy tekintéllyel bíró orvosokhoz, mint kutatóhelyekhez kötődnek. 2002-ben 278 klinikai gyógyszervizsgálatot regisztráltak. [személyes közlés prof. Dr. Paál Tamás főigazgatótól, OGYI]

<sup>42</sup> személyes interjú Dr. Németh Zsuzsanna (Sanofi-Synthelabo) key account managerrel, 2001. október 15.

idő- és költségigényes. A bevezetést megkönnyíti, ha előzőleg a kórházi osztály részt vett az új gyógyszer klinikai tesztelésében. Az orvoslátogató által közölt információkat jól kiegészítik a levélben küldött információs anyagok, szakmai újságban megjelenő hirdetések, illetve a konferenciákon bemutatott, az új gyógyszerrel végzett eredmények. Az innovatív gyógyszer magas ára megnehezíti a kórházi bevezetést, általában az ingyen minták segítik a terjesztést. A bevezető ár gyártók esetében általában a termelői ár + 1-4% a fizetési határidő függvényében (nagykereskedők esetében a jogszabály által meghatározott árréssel kiegészített ár). A gyógyszerek árát a kórházi piacon azonban az életciklus során mindvégig az áralku alakítja ki. A növekedés szakaszában az eladások kiegészülnek a szakrendeléseken felírt gyógyszerekből adódó, immár patikai forgalommal, ami lehetővé teszi engedmények biztosítását a kórházak részére. Az eladások növelését segítik az újsághirdetések, és nem utolsósorban az orvosok tapasztalatai alapján a szájreklám. Az érettség és a hanyatlás szakaszában a promóció jelentőségét felváltják a különböző értékesítési technikák, például rabatt akciók. A levélben küldött brosurák – melyekből ebben a szakaszban már egyre kevesebbet használnak – a márka ismertséget hivatottak fenntartani.

A generikus gyógyszerek legfontosabb versenyelőnye az originális gyógyszerekkel szemben a költségcsökkentő hatásuk. A 6.3. tábla a generikumok árszintjét mutatja be az originális gyógyszer árához képest (100%) néhány országban.

A generikus gyógyszer kórházi piaci bevezetése a gyártók szerint – éppen árelőnyükből kifolyólag – könnyebb. A bevezetéskor a kommunikációhoz kapcsolódóan szintén az orvoslátogatói munka a legfontosabb, de nem feltétlenül a véleményvezető orvos a célszemély. A gyógyszer kisebb újdonságtartalmánál fogva nem szorul nagymértékű szakmai bemutatásra. Fontos célszemély esetükben a gyógyszerész, a kommunikációban a gyógyszer árelőnyét hangsúlyozzák leginkább. Az információtartalomban az ár mellett az originális termékkel való összehasonlítás dominál (főleg, ha rendelkezik bioegyenértékűségi vizsgálattal). Kórházi piacon gyakran előfordul, hogy a generikumot ingyen vezetik be (behatoló ár), abban bízva, hogy ezt a bevételkiesést ellensúlyozni fogja a patikai piacon a (az árelőnye miatti) növekvő forgalom. A generikum piaci bejutását a már jelentős elfogadottsággal, jó minőséggel rendelkező originális szer akadályozhatja. A generikumok kórházi piaci jelenlétét elősegíti a kórházi helyettesítési listák alkalmazása, és

a hatóanyagra kiírt kórházi tenderek, ahol az ár meghatározó értékelési szempont. Az originális és generikus gyógyszerek piaci részesedését az eddig leírtakon kívül a terápia is befolyásolja. Mivel a krónikus ellátás (hosszú ideig tartó gyógyszerelés) árérzékenyebb, mint az akut, azonnali ellátás, az előbbi szintén a generikumoknak kedvez.

6.3. tábla, Az originális és a generikus gyógyszerek árfelépítésének elemei<sup>43</sup>

	<i>Originális gyógyszer %</i>	<i>Generikumok (Franciao., Olaszo., Spanyolo.) az originális %-ában</i>	<i>Generikumok (USA, Nagy-Britannia, Németo.) az originális %-ában</i>
<b>Ár</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>30</b>
<i>Az árban foglalt költségek megoszlása:</i>			
Kutatás-fejlesztés	15	2	2
Gyártás	20	20	20
Kereskedelem, marketing, stb.	40	35	2
Árrés/adó	25	13	6

*Forrás: Novákné (2000), 84. o. alapján*

Míg az innovatív gyógyszerek esetében a termék újdonságfokára való koncentráció, a termékorientáció jellemző, addig a sok hasonló generikus termék miatt a generikumok stratégiájában a versenytárstól való megkülönböztetés, a versenytárs orientáció a meghatározó.

Az originális és generikus készítmények alkalmazásának arányáról a kórházi piacon még becslésekkel sem rendelkezünk. A versenyhelyzetüket befolyásoló tényezők vizsgálata messze kívül esik az eddigi tanulmányokon. Külföldi utalás található arra nézve, hogy a generikumok talán jobb eséllyel indulnak a kórházi piacon, mint a gyógyszertárban, mivel az intézeti költségek minimalizálására az ösztönzések erősebbek [Hurwitz et al., 1988]. A jelen kutatás egyik célja, hogy a magyarországi kórházak gyógyszerfelhasználására vonatkozóan információkat adjon az originális-generikus gyógyszerek arányáról, bővítve így a rendelkezésre álló információkat a kórházi piacról.

<sup>43</sup> A generikumok két csoportba osztása azért indokolt, mert az első csoportba tartozó országokban a gyógyszerárak az EU átlagnál olcsóbbak, míg a második csoportban jelentős mértékben meghaladja azt.

## **6.2. A kórházi gyógyszerbeszerzést érintő szervezeti jellemzők, a beszerzési központ**

A magyarországi kórházak 94%-a állami tulajdonban van. Az országos ellátást biztosító intézmények az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium alá tartoznak, ezen kívül léteznek egyéb minisztériumi, honvédségi, MÁV fennhatóság alá tartozó kórházak. A fővárosi, megyei, városi önkormányzat kórházai teszik ki a kórházak nagyobb részét. Országsszerte összesen 10 egyházi, alapítványi kórház és magánvállalkozás működik. Fontos gyógyító, megelőző egészségügyi ellátás folyik a négy orvostudományi karhoz (Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Budapest; Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs; Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen; Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Szeged) tartozó klinikákon. Ezen kívül működnek még egyéb egészségügyi jellegű magánvállalkozások, amelyek nem teljes körű, hanem speciális szolgáltatásokat (szemműtétek, sebészeti szépsészeti eljárások, menedzser-betegségek kezelése, stb.) nyújtanak. A kórházak gyógyszerbeszerzése központosított, az egyes kórházi osztályok a gyógyszert a kórház által választott beszállítóktól a gyógyszertáron keresztül kapják. Hasonló a helyzet az egyetemi klinikák esetében is, ők az egyetem központi gyógyszertárától szerzik be a szükséges gyógyszereket, a klinikákon minimális készletet tartanak. Kiseb, illetve vállalkozási alapon működő kórházakban, ahol nincs intézeti gyógyszertár, a gyógyszerellátást más intézmény gyógyszertárán keresztül biztosítják.

A kórházak vezetésének három tagja az orvos igazgató, a gazdasági igazgató és az ápolási igazgató. Az intézeti gyógyszerellátásról a 34/2000. (XI. 22.) EüM rendelet rendelkezik, miszerint *"A kórházi gyógyszerellátás megszervezése, a gyógyszerek beszerzése (megrendelése), tárolása, elosztása, ellenőrzése, valamint az alkalmazáshoz szükséges szakmai információ biztosítása az intézeti gyógyszertár, illetve az intézeti gyógyszerész feladata."*<sup>44</sup> Az intézetvezető főgyógyszerész közvetlen szakmai felettese az orvos igazgató.

A kórházi gyógyszerelés meghatározásában – ezáltal a beszerzésben is – jelentős szerepe van az úgynevezett Gyógyszerterápiás Bizottságnak. Elnöke rendszerint az orvos igazgató,

---

<sup>44</sup> 34/2000. (XI. 22.) EüM rendelet, 4. § (1)



titkára a főgyógyszerész, tagjai a kórház kiemelt terápiás osztályainak főorvosai, egyéb szakértő orvosok. A bizottság feladata a korszerű, gazdaságos intézeti gyógyszerelés, ennek ellenőrzése, a gyógyszergazdálkodás és a gyógyszerköltség elemzése [Nemes, 1992].

A beszerzési központ tagjait – közöttük legfontosabbak a terápiát előíró orvos, a főgyógyszerész, a gazdasági igazgató, a főigazgató – és a lehetséges szerepköröket a 6.4. tábla tartalmazza.

6.4. tábla, A gyógyszerbeszerzési döntés résztvevői a kórházakban

Felhasználók:	betegek, orvosok, nővérek
Befolyásolók: külső	más kórházak dolgozói, nagykereskedők, gyártók képviselői, stb.
belső	osztályvezető főorvos, főgyógyszerész
Döntéshozók: szakmai	osztályvezető főorvos, főgyógyszerész
nem szakmai	gazdasági igazgató
Jóváhagyók:	főigazgató
Vevők:	főgyógyszerész, főigazgató

A beszerzést befolyásoló legfontosabb környezeti tényezők közül az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) közvetetten a gyógyszer ártámogatáson, illetve közvetlenül a kórházaknak történő átutalás ütemezésén keresztül befolyásolja a beszerzést. A kórházakban jelenleg teljesítmény-finanszírozás (az úgynevezett homogén betegcsoportok, HBCS pontszám alapján) működik, ez határozza meg, hogy az állami költségvetésből milyen mértékben részesednek. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium és a kormányzat a kórházi gyógyszerbeszerzést különböző jogszabályokkal, például a közbeszerzési törvénnyel befolyásolja. Az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) a törzskönyvezés révén és a helyettesíthetőség kidolgozásával a gyógyszerválasztást befolyásolja.

A konkrét beszerzésekben résztvevők számát, személyét több tényező alakítja:

- a beszerzési szituáció (új, módosított, vagy rutinvásárlás)
- a beszerzés módja
- a kórház vezetése
- a kórház pénzügyi helyzete
- a beszerezni kívánt gyógyszer újdonságfoka

- interperszonális kapcsolatok
- személyes tényezők.

A beszerzési szituáció hatása a szervezeti beszerzés elméletéről szóló részben már bemutatásra került. Rutinvásárlásnál sokszor a döntéshozó, a jóváhagyó, a beszerző egy személyben a főgyógyszerész.

A kórház pénzügyi helyzete meghatározza a szereplők hatáskörét. A gazdaságosság elvét követve számos intézményben kalkulált gyógyszerkerettel gazdálkodnak a különböző osztályok. A keretszám az ágyszámtól, a profiltól, és a teljesítménytől függ, illetve befolyásolja az előző évi átlag kiadás. Az egyes osztályok ágykihasználtsága többek között maximálja a gyógyszerkeretet is. Ennek a gyógyszerkeretnek a megléte illetve hiánya is befolyásolja az egyes beszerzési szerepköröket betöltők személyét. A kereten belül maradv a főgyógyszerésznek jóváhagyói szerepe lehet, míg a keretet meghaladó beszerzésnél a döntést a gazdasági igazgató, vagy a főigazgató hozza meg. A jóváhagyói szerepkört rendszerint a kórház pénzügyi szabályzata tartalmazza.

Minél nagyobb a gyógyszer újdonságfoka, annál hosszabb időt, körültekintést vesz igénybe a beszerzési döntés meghozatala. A kórház csak az OGYI által bejegyzett, törzskönyvezett, bizonyítottan hatásos és gazdaságos, megfelelő árú, elérhetőségű gyógyszert használhat. Fontos a gyártás technológiája és a gyártó hírneve. Új, originális gyógyszer beszerzésénél a szakmai szempontok, ennek megfelelően a főorvosok döntéshozói szerepe meghatározó.

A személyes tényezők is alapvetően meghatározzák a döntéshozó személyét: a kórházban eltöltött idő, a főgyógyszerész szakmai és pénzügyi felkészültsége, az orvos igazgató habitusa. A gyógyszerbeszerzést érintő hozzáállásra példa a következő főgyógyszerészi vélemény: „Jobb, ha az orvos nem tudja, hogyan történik a kórházi gyógyszerbeszerzés, és azt sem, hogy éppen melyik gyógyszergyártó képviselője járt nála. Így objektívebb lehet a gyógyszer kiválasztása.” Ugyanezen főgyógyszerész szerint: „Az orvos a gyógyszerválaszték 1%-át sem ismeri. A gazdasági szempontokat szintén nem ismeri tökéletesen”<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> részlet egy kórházi főgyógyszerésszel készített interjúból

A beszerzési központ, és a döntéshozó azonosítása a gyártók alapvető feladata azért is, mivel a döntéshozói szerepkör alkalmas a kórházak szegmentálására. A Sanofi-Synthelabo egyik key account (kulcsvevő) menedzsere szerint alapvetően három féle modell létezik: (1) a főgyógyszerész átlátja mind a szakmai, mind a pénzügyi szempontokat, (2) a gazdasági vezető a döntéshozó, (3) az ún. vegyes modellbe tartozó kórházak esetében vagy az orvos igazgató, vagy a főgyógyszerész a kiemelt partner. Az egyes modellek meghatározzák a kórházak felé történő kommunikációt és értékesítést (eltérő mértékű kedvezmények), például a másodikként említett esetben a gazdasági érvek hangsúlyozása jellemző, míg a harmadik esetben főként a gazdasági előnyök szakmai érvekbe történő „csomagolása” a feladat.<sup>46</sup>

### 6.3. A gyógyszerbeszerzés módjai

A magyarországi kórházak a felhasznált gyógyszer értékét tekintve körülbelül 80%-át nagykereskedőkön keresztül, a fennmaradó részt közvetlenül a gyártóktól szerzik be. Ez az eltolódás a nagykereskedők irányába megegyezik a skandináv országok (kivéve Dánia), Hollandia, Szlovákia, Szlovénia és Anglia kórházainak gyakorlatával, miközben ellentétes Ausztria, Belgium, Svájc, Németország, Spanyolország, Franciaország és Görögország példáival, ahol a közvetlenül a gyártótól való beszerzés dominál [Amman, 2003].

#### *Központosított közbeszerzés*

A központosított közbeszerzést a közbeszerzési törvény és a 125/1996. Kormányrendelet<sup>47</sup> szabályozza. A tender kiírója a Miniszterelnökség Közbeszerzési és Gazdasági Igazgatósága. Az egészségügyi központosított közbeszerzés idegen az uniós tagországok gyakorlatától. Bozóki [2002] szerint nehéz jól elkülöníthető termékcsoportokat alkotni, és többek között az igényfelmérés pontosságát sem lehet például az építőiparéhoz hasonlítani, ahol a központosított beszerzés igen elterjedt, és jól meghatározhatóak az igények. Az egészségügyi központosított közbeszerzések a bíráló szerint nem költséghatékonyak, előfordul, hogy a kórházak rosszabb minőségű áruk beszerzésére kényszerülnek, és drágábban is jutnak hozzá a szükséges anyagokhoz.

---

<sup>46</sup> személyes interjú Dr. Németh Zsuzsanna (Sanofi-Synthelabo) key account managerrel

<sup>47</sup> A kutatás ideje alatt hatályos jogszabály.

A gyógyszerek közül országosan kiemelt termékeknek minősülnek, ezért csak központi közbeszerzéssel szerezhetők be a röntgen-kontrasztanyagok. A kutatásom ideje alatt a nyertes beszállító az Euromedic Pharma Gyógyszer-nagykereskedelmi Rt. [Napi Gazdaság, 2003:8] volt.

### *Közbeszerzés*

Az intézmények gyógyszerbeszerzésére a közbeszerzési törvény vonatkozik. Nem csupán a gyógyszerbeszerzések, hanem általánosan a közbeszerzések hatékonysága is régóta vitatott téma Magyarországon. Közbeszerzés kiírása gyógyszerekre számos egyedi problémát is felvet. A Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata 1999-ben benyújtott egy törvénymódosító javaslatot, miszerint a kórházak, klinikák gyógyszerbeszerzéseire a közbeszerzési törvény hatálya ne terjedjen ki [Kézirat, Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata, 1999]. A szakmai indokok között szerepeltek a következők [Kézirat, Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata, 1997]:

- a gyógyszerkínálat és a kórházi gyógyszerigények állandó változása miatt a beszerzés tervezhetősége nehéz,
- a gyógyszer nem homogén termék, így árucsoportba foglalása nehézségekbe ütközik,
- a kórházak, klinikák megkövetelt anyagi fedezete nem biztosított.

A Kórházi Tagozat és a Pécsi Orvostudományi Egyetem (mai nevén Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum) két alkalommal is vizsgálta a közbeszerzési törvény alkalmazását, és hatékonyságát a kórházakban. Másodízben, az 1998. III. negyedévi kutatás során 31 kórház adatait elemezték. A kórházak közül 14 a közbeszerzési törvény szerint, míg 24 egyéb módon szerezte be gyógyszereit a vizsgált időszak alatt. Előfordultak olyan kórházak, amelyek a gyógyszerek egy részét a törvény szerint, más részét más módon szerezték be. Mindkét csoportba tartozott egyetem, megyei és városi kórház. Két gyógyszercsoport, az antimikrobás (zömében antibiotikumok), és a műtéti altatáshoz szükséges készítmények beszerzési adatait vizsgálták. A kutatás eredményeiből megállapították, hogy a közbeszerzési törvény szerint cselekedve a kórházak semmilyen gazdasági előnyt nem értek el a gyógyszerbeszerzéseik során, ráadásul a vizsgálat során a tender kiírásával járó költségeket nem vették számításba.

A tendert 1 éves időtartamra írják ki, melyre nagykereskedők és gyártók egyaránt jelentkezhetnek. A tenderben szereplő készítmények alapján a kórházak változatos képet mutatnak. Teljes gyógyszer paletta, kiemelten nagy forgalmú készítmények, vagy az úgynevezett alaplistán<sup>48</sup> szereplő gyógyszerek egyaránt előfordulhatnak egy kórházi gyógyszer-tenderben. Az elbírálás szempontjai általában a következők: beszerzési ár, kedvezmények, szállítási határidő, minőség, egyéb szempontok. A 6.5. tábla példát mutat be egy kórházi gyógyszer-tender elbírálási szempontjaira és értékelési rendszerére.

6.5. tábla, Példa kórházi gyógyszer tender elbírálási szempontjaira

Szempont <sup>49</sup>	Súly
A. A szolgáltatás színvonala, biztonságos és rugalmas ellátás	5
B. Az árkedvezmény mértéke, az ár érvényesítésének időtartama	4
C. Fizetési határidő	3
D. Árváltozás mértékének módozata	3
E. Gyártó által nyújtott rabatt	3
F. Készletfinanszírozási készség	3

*Forrás: X kórház 2001. évi gyógyszer tender elbírálása*

Kis [2002] egészségügyi közbeszerzések elbírálási szempontjait, közülük is az ár meghatározó szerepét vizsgálta, mint a gazdaságosság mérőszámát. A szempontokat számba véve megállapította, hogy az ár, és más pénzügyi feltételek az értékelési szempontok körülbelül felét tették ki, a minőség és a garancia aránya 37,5%, a többi 12%-ot egyéb szempontok jelentették. A szerző szerint a gyógyszerbeszerzések esetében kívánatos lenne, ha a minőségi és egyéb feltételek (szállítási idő, biztonsági készlet) és a mennyiségi igény meghatározása után egyedül az ár képezné az elbírálás tárgyát.

A gyógyszeripari cégek előkelő helyet foglalnak el a közbeszerzési listán más iparágak vállalataihoz képest, sorrendben a Humantrade Kft. (39 darab), a Euromedic Pharma Rt. (35 darab) és a Hungaropharma Rt. (33 darab) kötötte 2002-ben a legtöbb közbeszerzési szerződést [Napi Gazdaság, 2003:8].

<sup>48</sup> bővebben lásd a 6.4. fejezetben

<sup>49</sup> Az egyes szempontokra a maximálisan adható pontszám 20 pont volt.

### *Szállítási szerződés*

A kórházak gyógyszerbeszerzésének a közbeszerzés mellett a legjellemzőbb módja a beszállítóval kötött hosszú távú (egy- vagy kétéves<sup>50</sup>) szállítási szerződés. A szállító kiválasztásánál fontos szerepet játszik a már meglévő kapcsolat. A kórházak igyekeznek jó kapcsolatot fenntartani a gyártókkal, nagykereskedőkkel, ennek legfőbb gátját a fizetőképességük jelenti. A Magyar Kórházszövetség 2002-es felmérése szerint a kórházak adósságszámlájának körülbelül 8%-át teszik ki a gyógyszer nagykereskedőkkel szemben fennálló tartozások [Gáti, 2002].

### *Időszakos akciós beszerzés*

Kórházak gyógyszerbeszerzése esetében mind a rövid, mind a hosszú távú kapcsolatoknak van létjogosultsága. A kórháznak elemi érdeke, hogy több beszállítóval álljon kapcsolatban. Az időszakos akciók jól kiegészítik a közbeszerzéssel, vagy szállítási szerződéssel beszerzett készletet. Ezekben az akár egy hétig tartó ajánlatokban a gyógyszerek helyettesíthetőségének nagy szerepe van. A piaci információkhoz való gyors hozzájutás szintén fontos tényező.

### *Ingyen gyógyszer*

A kórházak eltérő mértékben ugyan, de kivétel nélkül részesülnek a gyártók által nyújtott bizonyos mennyiségű ingyen gyógyszerben. Ezek arányát a teljes gyógyszerforgalomhoz képest csak becsülni lehet, egyes adatok szerint évente 10-15 milliárd forintnyi gyógyszer kerül így kórházi felhasználásra [Gáti, 2002]. Az ingyen gyógyszer mennyiségét a teljes gyógyszerfelhasználáshoz viszonyítva a 7. fejezetben részletezendő kérdőíves kutatás során kísérlem meg meghatározni.

## **6.4. A kórházak erőfeszítései a hatékony gyógyszerelés biztosításának érdekében**

A kórházak gyógyszerelési gyakorlatának ismerete a beszállítók, különösen a gyártók kórházi piaci stratégiájának kialakításakor fontos, ugyanis a kórházi gyógyszerelési gyakorlat jelentős mértékben befolyásolja az új gyógyszer bejutását a kórházakba. A

---

<sup>50</sup> A kórházi gyógyszerbeszerzések során a kismértékben előre tervezhető gyógyszerigény miatt az 1-2 év hosszú távnak számít.

kórházi gyógyszerfelhasználás hatékonyabbá tételéhez a kórházi menedzsment, elsősorban a gyógyszerterápiás bizottság – mint felelős munkabizottság – rendelkezésére a következő eszközök állnak:

### *1. Elkölthető gyógyszerkeret meghatározása*

A csőd elkerülését sok helyen a forgalomhoz viszonyított osztályos keret megállapításával próbálják elérni. A módszer célja a túlköltekezés megakadályozása, ugyanakkor hátránya, hogy nem segíti elő a drága innovatív gyógyszer bejutását a kórházba. Lehetőség van egyedi gyógyszerigények teljesítésére, azonban az ezzel járó adminisztrációs munka, engedélyeztetés sokszor visszatartó erőként működik.

### *2. Terápiás irányelvek használata*

A hatékony és korszerű gyógyszerelést elősegítendő a különböző orvosi szakmai kollégiumok úgynevezett klinikai irányelveket fogalmaznak meg. "A szakmai irányelvek olyan szisztematikusan kifejlesztett állásfoglalás-sorozatok, amelyek tudományos bizonyítékokra és szakértői véleményekre támaszkodva, jól meghatározott ellátási körülmények fennállása esetén, speciális betegkörre vonatkozóan tesznek javaslatot az ellátás egyes lépéseire mind az ellátók, mind az ellátottak számára." [Müller et al., 2004] Az irányelvek alkalmazása tehát a gyógyszerválasztási döntést támogatja. Az irányelvek alkalmazása kórházanként eltérő. Egy amerikai felmérés szerint, amely a kismolekulásúlyú heparinok (véralvadásgátlók, thrombózis megelőzésére) használatáról szólt, a leggyakoribb oka annak, hogy nem alkalmaznak irányelveket, a gyógyszerterápiában az irányelvek betartásához szükséges személyi feltételek hiánya [Schumock et al., 2002]. Magyarországon a krónikus szívelégtelenségben szenvedők körében végzett modellkísérlet eredményei szerint a modellben résztvevő kórházak gyógyszerterápiás gyakorlatában nem okozott érdemi változást a szakmai irányelvek ismerete [Müller et al., 2004].

### *3. Listák (alaplista, helyettesíthetőségi lista, ingyen lista) alkalmazása*

A külföldi szakirodalom részletesen foglalkozik a listához kötődő gyógyszereléssel, az úgynevezett formulárium menedzsmenttel. Az európai kórházak között egyre növekszik azoknak a száma, amelyek használnak gyógyszer listát [Amman, 2003]. Az *alaplista* a kórházban használt gyógyszerek azon csoportját tartalmazza, amelyeket rendszeresen alkalmaznak az ellátásban, ezért mindig rendelkezésre kell, hogy álljanak. Az alaplistát a

kórház az eddigi gyógyszerfelhasználás alapján a gyógyszerterápiás bizottság állítja össze. A listán hatóanyag vagy gyógyszernév szerepel. A piaci kínálat változásával összefüggésben időszakosan átvizsgálják és aktualizálják a listát. A lista keretek közé szorítja ugyan az alkalmazható gyógyszereket, azonban rugalmas: új gyógyszer felvétele megfelelő igénylő lapon engedélyeztethető. A *helyettesíthetőségi lista* szintén a gazdaságosabb gyógyszerelést hivatott elősegíteni, az olcsóbb gyógyszerek (generikumok) felé vezeti a terápiát előírót. A helyettesítés gátját a leggyakrabban – amerikai felmérések szerint [Schumock et al., 2002; Schachtner et al., 2002] – a következők jelentik: a termékek közötti ekvivalencia hiánya, az orvosok ellenállása a helyettesítéssel szemben, a gyógyszerekkel kapcsolatos tudás, tapasztalat hiánya, a helyettesítésből adódó költségcsökkentések dokumentálásának hiánya, a gyógyszerügyi személyzet kis létszáma. Az *ingyen lista* a kórházba ingyen juttatott gyógyszereket tartalmazza, és szintén az orvosok felé történő tájékoztatást hivatott biztosítani.

#### *4. Számítógépes nyilvántartás a gyógyszerforgalomról*

A hatékony gyógyszerelés érdekében tett számítógépes alkalmazások különböző fejlettségűek lehetnek. Léteznek számítógépen dokumentált osztályra, betegre, orvosra, gyógyszerre lebontott gyógyszerfelhasználások [Jakabné, 2000]. Ezen adatok képezik az alapját a 24 órás időtartamra (daily-dose-system), vagy betegre (unit-dose-system) vonatkozó gyógyszer adagolási és elszámolási rendszereknek. A rendszer előnyeit felismerve a unit-dose rendszer kialakítása jelenti napjainkban a magyar kórházak számára az egyik kihívást a hatékonyabb gyógyszerelés irányába.

Az eszközök felhasználása két fő célt szolgál: (1) a lehető legelőnyösebb gyógyszerbeszerzési forrás megtalálása, (2) hatékony gyógyszerelés biztosítása.

A hazai szakemberek mindenekelőtt nehezményezik, hogy a kórházi gyógyszerelésről kevés elemzés található. A hatékony gyógyszerelés kialakításának egyik fő problémája, hogy a terápiás helyettesítést alkalmazó kórházakban is csak becslés áll rendelkezésre a helyettesítés eredményeként létrejövő költségcsökkenésről. Egy olyan standard módszer kidolgozására lenne szükség, amely a beteg gyógyszerelésekor a helyettesítéssel járó költségcsökkenést megszorozva a beteg kórházban eltöltött idejével lehetővé tenné a kórház éves megtakarításának kiszámolását [Schachtner et al., 2002]. A költségminimalizáló



szoftver egy adott kórházban való alkalmazása példát mutathatna más kórházak hatékony gyógyszerfelhasználásához. Magyarországon többek között a gyógyszerválaszték kis terjedelme sem teszi lehetővé az ideális gyógyszerelést [Dr. Kecskés L.-né, 1992], márpedig a kórházi betegellátás minősítésére az új gyógyszerek iránti fogékonyság, a gyógyszerigénylések rendszeressége mellett a kórházban alkalmazott gyógyszerek kínálata lehet alkalmas szempont. A költséghatékony gyógyszerválasztást a gyakorlatban akadályozza, hogy "a gyógyszerfelelős orvosok általában nincsenek érdekeltté téve a kórházi gyógyszerkiadások racionalizálásában" [Matejka, 2000]. A szakmai irányelvek magyar viszonyok közötti használhatóságát vizsgáló felmérés is azt igazolta, hogy a gyógyszerelést a kultúra, a szokások, a különböző érdekek nagymértékben befolyásolják, a döntéshozatalt a tradíció, az orvos életkora, praktizálási ideje erősen meghatározzák [Müller et al., 2004].

A kórházi gyógyszerelés hatékonysága azért is központi kérdés, mert a Kórházszövetség 2002. októberi adata szerint a kórházak adóssága 25 milliárd forint [Ari et al., 2002], melynek jelentős részét a gyógyszernagykereskedők kintlevőségei jelentik. A kórházi fizetőképtelenség olykor gátat szabhat a beszállító megválasztásának is (ismeretesek nagykereskedői "feketelisták", amelyen szereplő kórházaknak a nagykereskedő nem szállít).

Disszertációmban eddig áttekintettem – főként szekunder források alapján – a gyógyszeripar sajátosságait, fejlődési tendenciáit, az iparági versenyképesség, a versenyképességet napjainkban jelentősen meghatározó kapcsolati marketing és a szervezeti beszerzés főbb elméleti modelljeit, végül személyes interjúk és irodalmi adatok alapján a kórházi gyógyszerbeszerzés jellegzetességeit Magyarországon. Primer kutatásom második részében a magyar kórházak gyógyszerbeszerzését és gyógyszerelési szokásait szélesebb körű empirikus vizsgálat alá vetem, hogy a gyógyszeripari vállalatok versenyképességét érintő kérdésekben további információkhoz jussak.

## 7. FELMÉRÉS A MAGYAR KÓRHÁZI PIACRÓL: A KÓRHÁZAK GYÓGYSZERBESZERZÉSEIRŐL ÉS A GYÓGYSZERELÉSI GYAKORLATOKRÓL

### 7.1. A kutatás célja

Kutatásom során a marketing irodalom és a gyógyszerüggyel foglalkozó releváns szakirodalom áttekintése után, majd a kórházi gyógyszerbeszerzést feltáró interjúk tapasztalatai alapján országos szinten kutatást terveztem a kórházak gyógyszerbeszerzési magatartásáról.

Az empirikus kutatás célja az alábbi marketing probléma megválaszolása:

*Melyek azok a tényezők, amelyek meghatározzák a gyógyszeripari vállalatok versenyképességét a kórházi piacon?*

A marketing problémához a következő kutatási problémák rendelhetők:

- melyek a kórházi gyógyszerbeszerzést befolyásoló tényezők, ezek között is elsődleges céloom felderíteni, hogy melyek a kórházak fő elvárásai a gyógyszerbeszállítóval és a termékkel kapcsolatban (ez jelenti Sheth szervezeti magatartás modelljében is a kiindulást)
- a közbeszerzés – mint a szabályozott piacokra jellemző beszerzési mód – hogyan befolyásolja a beszállítók versenyhelyzetét
- a termék tulajdonságai közül az originális-generikus jellemző milyen mértékben határozza meg a gyógyszergyártók versenyhelyzetét (új termék bejutását a kórházakba) a kórházi piacon

A kutatási probléma, és azon keresztül a fő marketingprobléma kifejtéséhez kérdőíve(ke)t állítottam össze. A kérdések egy része jól illeszkedett Sheth integrált modelljének (5. 1. fejezet 5.2. ábra) elemei közül a beszerzésekhez kapcsolódó elvárások (1), és a szervezeti vásárlás folyamatát meghatározó termék specifikus (2a) és szervezet specifikus tényezők (2b) csoportjához.

- *Beszállítóval, termékkel szembeni elvárások* (a modellben (1), azon belül (1b)-vel és (1e)-vel jelölt szempontok):
  - milyen szempontok alapján dönt az alkalmazandó/beszerzendő gyógyszerről a döntéshozó (osztályvezető) főorvos/főgyógyszerész
  - gyógyszerek helyettesítésénél milyen szempontok játszanak szerepet, és mi jellemzi a szempontok relatív fontosságát
  - milyen információforrásokból értesül az új gyógyszerekről a döntéshozó főorvos és a főgyógyszerész (külön kitértem az Interneten történő információközlés lehetőségére a kórházi Internet-ellátottságon keresztül)
  - melyek a döntéshozó főorvos gyógyszerelési szokásai (új gyógyszer megismerése, kipróbálása, újra rendelése során milyen szempontok játszanak szerepet és mi mondható el ezek relatív fontosságáról)
  - különböző tényezők mentén vizsgálom, hogy mi jellemzi a kórház kapcsolatát a fő gyógyszerbeszállítóval, milyen mértékű elégedettség jellemzi a kapcsolatot
  
- *A szervezeti vásárlás folyamata és a szervezet specifikus tényezők* (a modellben (2) és (2b)-vel jelölt szempontok):
  - milyen kórházi előírások mentén történik a gyógyszerbeszerzés (keret, alaplista)
  - a hazai egészségügyi intézmények milyen arányban alkalmaznak közbeszerzést a gyógyszerbeszerzéseikhez, és főként milyen gyógyszerekre, illetve a nem közbeszerző kórházak milyen indokokat sorolnak fel a közbeszerzés ellen (fontossági sorrendben)
  - van-e online kapcsolat a kórház és a beszállító között
  
- *A termék specifikummal kapcsolatos szempontok* (2a):
  - mi jellemzi a döntéshozó orvosok generikus gyógyszerekkel szembeni attitűdjét, és az eredeti hatóanyag generikus gyógyszerre való cseréjét (hajlandóság)
  - milyen arányban használnak originális és generikus készítményeket a kórházban
  - milyen mértékű ingyen gyógyszer mennyiség jellemzi az intézményi gyógyszerfelhasználást, és ez főként milyen gyógyszerekre jellemző
  - mi mondható el a gyógyszerek választékáról a hazai egészségügyi intézményekben

## 7.2. A kutatási hipotézisek

Az elmélet és a feltáró kutatás – melyet a szakirodalom feldolgozása és a szakértőkkel folytatott interjúk (összesen 24 darab) jelentettek – összevetésének célja kutatási hipotézisek felállítása volt. Négy fő hipotézist, és két részhipotézist állítottam fel.

I. A vállalati versenyképesség tényezői közé tartozik napjainkban a vevővel kialakított kapcsolatok értéke. A vevőkapcsolatokat pedig nagymértékben meghatározza a vevő beszerzési stratégiája [Ford, 1990]. E két megállapításból vezetem le az 1. Hipotézist:

**1. Hipotézis: *A kórházi gyógyszerbeszerzés a gyógyszeripari versenyképesség egyik meghatározója.***

II. A szervezeti magatartás elméleti modelljei középpontjában maga a vásárlási folyamat áll. A vásárlási folyamatot egyrészt a szervezet specifikus jellemzők határozzák meg. A kórházi gyógyszerbeszerzések fontos eleme Magyarországon a közbeszerzés, mely sajátos versenyfeltételeket teremt a beszállítók elé, és a kórházak beszerzési magatartását is jelentősen befolyásolja. Ezért a vásárlási folyamatot értékelve az alábbi hipotézis tehető:

**2. Hipotézis: *A kórházi vevőkapcsolatok eltérnek aszerint, hogy a gyógyszerbeszállítót és a kórházat közbeszerzési tender összeköti, vagy sem. A gyógyszeripari versenyképesség függ attól, hogy a kórház gyógyszerfelhasználását közbeszerzéssel, vagy anélkül elégíti ki.***

III. A szervezetek vásárlási folyamatát a szervezet specifikus tényezők mellett a termék specifikus tényezők határozzák meg. A gyógyszerpiacon a termék rendkívül heterogén, ezért ez a szempont különösen jelentős esetünkben. A termékek versenyhelyzet szerinti klasszifikációja indokolt lenne a versenyképesség vizsgálatához, azonban ezt a kutatásom során nem sikerült elvégeznem. Mégis bizonyos megállapítások tehetők ebben a témakörben.

**3. Hipotézis: *A kórházi gyógyszergazdálkodás racionalizálásának egyik módja a helyettesíthetőség különböző listákkal (alaplista, helyettesíthetőségi lista, ingyen lista) való elősegítése. A gyógyszeripari versenyképesség – új termék bejutása a kórházi piacra – függ attól, hogy a kórház milyen mértékben alkalmazza a helyettesítést.***

A gyógyszerek csoportosításának egy versenyképesség szempontjából fontos, és kézenfekvő módja a hatóanyag szerinti originális (eredeti, szabadalommal védett hatóanyag) és generikus ("hasonmás" gyógyszer) csoportosítás. Az originális és generikus gyógyszerek alkalmazására két részhipotézist fogalmazok meg:

**3. a. Részhipotézis:** *A gyógyszerbeszerzés gazdaságossági kritériuma megköveteli az originális/generikus gyógyszerek arányának költséghatékony kialakítását, a helyettesítés lehetőségének kihasználását. A generikus gyógyszerek a gyógyszerpiacon költséghatékonyabbak az originális gyógyszereknél, a kórházi piacon azonban ez nem feltétlenül jellemző, mivel a gyógyszer ára alku tárgya. A generikus gyártóknak új versenyelőnyt kell tehát szerezniük a kórházi piacon.*

A kórházban felhasznált gyógyszerek körére vonatkozóan az alábbi sejtéssel élek:

**3. b. Részhipotézis:** *Az originális gyógyszerek alkalmazása a kórházi piacon inkább jellemző, mint a generikus gyógyszerek alkalmazása.*

IV. A fokozódó gyógyszeripari versenyben a személyes eladás, az orvoslátogatók alkalmazása továbbra is a gyártói promóció legfontosabb eszköze. A legfontosabb célszemély a házi orvos és a kórházi orvos. A kórházak esetében a beszerzés közvetlenül visszaigazolja a kommunikáció eredményét.

**4. Hipotézis:** *A kórházakkal fenntartott kapcsolati marketingnek kulcsszerepe van a gyógyszeripari versenyképességben. Ez két oldalról is igaz: egyrészt itt nagyobb a szerepe, mint a patikai piacon; másrészt pedig a többi marketing eszközhöz képest is nagyobb a jelentősége.*

### **7.3. A kutatás módszere és folyamata**

A kutatás önkitöltős kérdőív módszerével zajlott 2002. november-december hónapokban.

A felsorolt fő kutatási kérdések alapján két különböző kérdőív készült (az 1. és 2. számú kérdőívet a 11. és 12. sz. melléklet tartalmazza). Az intézményi gyógyszerbeszerzéssel kapcsolatos kérdések megválaszolására az intézeti gyógyszerért vezető főgyógyszerész (jogszabály által meghatározott, gyógyszerbeszerzésért felelős személy) tűnt a legalkalmasabbnak. Az orvosokra vonatkozó kérdések megválaszolására kórházanként egy,

döntéshozói vagy befolyásolói szerepkörben lévő, ennek megfelelően osztályvezető főorvost, vagy orvos igazgatót kértem fel.

A kérdőívek összeállításához a kórházi gyógyszerészekkel, orvosokkal, gyógyszergyártókkal, nagykereskedőkkel készített interjúk eredményeit, és irodalmi adatokat használtam fel. A gyógyszerbeszállítók értékeléséhez kapcsolódó kérdésekhez egy vegyipari vállalatok beszerzési magatartásáról szóló kérdőív<sup>51</sup> nyújtott alapot.

Az alapsokaság a teljes egészségügyi ellátást végző intézmények, összesen 154 kórház [Magyar Kórházszövetség Kézikönyve, 2001. novemberi adatok]. A mintát a Magyar Gyógyszerészeti Társaság Kórházi Gyógyszerészek Szövetsége kórházi főgyógyszerészeket tartalmazó címlistája jelentette. Összesen 152 intézménybe küldtem kérdőívet postai úton.

Az orvosok megkérdezése önkényes módon, elbírálásos mintavétellel történt. Kórházanként egy-egy darab kérdőív került kiküldésre a gyógyszerészi kérdőívvel együtt, és felkértem a főgyógyszerészt, hogy továbbítsa az orvosi kérdőívet az orvos igazgatónak, vagy, bármelyik, kitöltésre hajlandó osztályvezető főorvosnak (előzetes tapasztalat alapján az osztály gyógyszerelése jellemzően a főorvos döntésétől függ). A kérdőívekhez csatolt felkérő levél a főgyógyszerész nevére szólt, az orvosi kérdőívben néhány sorban vázoltam a kutatás célját.

Összesen 65 főgyógyszerésztől (válaszadási arány 42,8%), és 43 orvostól (válaszadási arány 28,3%) érkezett kitöltött kérdőív. A postai kérdőívek válaszadási aránya (előzetes vagy utólagos válaszadói megkeresés nélkül) az irodalom szerint alacsonyabb, mint 15% [Malhotra, 2002]. Hasonló válaszadási arányt tart általánosnak Szabó [Szabó, 2001], aki szerint a feldolgozható kérdőívek száma nem haladja meg a postán kiküldött mennyiség 8-10%-át. A válaszadási arányt a kutatás során növelte a kiküldést követő kétszeri telefonos megkeresés.

A kérdőívek értékelése SPSS 8.0 for Windows statisztikai program segítségével történt.

---

<sup>51</sup> Kérdőív a vegyipari vásárlók körében a vállalatok beszerzési magatartásáról, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Marketing Tanszék

A főgyógyszerészi kérdőívek alapján a kutatásban részt vett kórházak 27,7%-a (18 darab) fővárosi, 72,3%-a (47 darab) vidéki volt. Az ország összes 154 kórházát tekintve ez az arány 24,7 és 75,3%.

A kórházak csoportosítását tulajdonviszony szerint a Magyar Kórházszövetség Kézikönyvében szereplő kategóriáknak megfelelően végeztem (7.1. tábla).

7.1. tábla, A kórházak megoszlása tulajdonviszonyuk szerint

	A feldolgozott mintában		Az összes kórházat tekintve	
	Gyakoriság	Megoszlás (%)	Gyakoriság	Megoszlás (%)
EüM/Országos	10	15,4	17	11,0
Egyetem	2	3,1	4	2,6
Megyei Önkormányzat	15	23,1	32	20,8
Városi Önkormányzat	23	35,4	61	39,6
Vállalkozás/Alapítvány/Egyház	4	6,2	10	6,5
BM/IM/MÁV/Honvédség	5	7,7	13	8,4
Fővárosi Önkormányzat/Gyermekkórház	6	9,2	17	11,0
Összesen	65	100,0	154	100,0

A 7.1. táblából látható, hogy a feldolgozott minta nagy részét a vidéki önkormányzati tulajdonban lévő kórházak alkották, azonban az országos mintát tekintve is ezek száma a legnagyobb. Elmondható, hogy a feldolgozott mintában nincsenek jelentős alul- illetve felülreprezentáltságok, a minta elég jól követi az alapsokaság megoszlását.

Az intézmények gyógyszerbeszerzését befolyásolja a méretük. Az ágyszámok szerint (szintén a Kórházszövetség csoportosítását alapul véve) kis (<500 ágy), közepes (500<ágyszám <1000), és nagy (>1000 ágy) kórházakat különböztethetünk meg (7.2. tábla).

7.2. tábla, A kórházak megoszlása méretük szerint

	A feldolgozott mintában		Az összes kórházat tekintve	
	Gyakoriság	Megoszlás (%)	Gyakoriság	Megoszlás (%)
Kis	38	58,5	93	60,4
Közepes	18	27,7	39	25,3
Nagy	9	13,8	22	14,3
Összesen	65	100,0	154	100,0

A válaszadó kórházak méret szerinti megoszlása is jól követi az alapsokaság megoszlását.

A 65 kórház közül 63 rendelkezik saját gyógyszerertárral, kettő más kórházon keresztül bonyolítja a gyógyszerbeszerzést. A kórházi főgyógyszerészek átlag életkora a vizsgált mintában 52 év volt, intézeti főgyógyszerészként átlagosan 18 évet töltöttek el a felmérés időpontjáig.

Az orvosi kérdőívek alapján a válaszadó orvosok közül 11 (25,6%) fővárosi, 32 (74,4%) vidéki kórházban dolgozott. Legtöbbjük (28 fő) kis kórház, 11 fő közepes, míg 4 fő nagy kórház orvosa volt. Azon kórházak tulajdonviszony szerinti megoszlása, ahonnan az orvosi kérdőívek visszaérkeztek, hasonló volt a 7.1. tábla 3. oszlopában közölt megoszlással.

A válaszadó orvosok beosztása a következőképpen alakult:

Főorvos	31
Főigazgató	3
Adjunktus	2
Szakorvos	2
Orvos igazgató	5

Az orvosok 18 különböző szakterületet képviseltek, ezek: belgyógyászat, kardiológia, pulmonológia, pszichiátria, gyermekgyógyászat, gasztroenterológia, radiológia, diabetológia, traumatológia, anesztézia és intenzív terápia, szemészet, onkológia, szülészet-nőgyógyászat, bőrgyógyászat, infektológia, reumatológia, sebészet, általános orvoslás. Átlagéletkoruk 52 év, átlagosan több mint 26 éve praktizálnak.

## 7.4. Eredmények

A kérdőíves kutatásból származó eredményeket a szervezeti beszerzés elméleti modelljei közül a Sheth-féle integrált modell (lásd 5.1. fejezet 5.2. ábra) alapján rendszerezem a következők szerint:

- A kórházak gyógyszerbeszerzésének folyamatára, és a szervezetspecifikumra vonatkozó eredmények
- A gyógyszerbeszállítóval, és a gyógyszerrel kapcsolatos elvárásokra vonatkozó eredmények
- A termékspecifikumra vonatkozó kutatási eredmények



#### 7.4.1. A kórházak gyógyszerbeszerzésének folyamatára, és a szervezetspecifikumra vonatkozó eredmények

A 65 válaszadó kórház közül 41 kórházban alaplista alapján, 24 intézményben anélkül történik a kezelésre szánt gyógyszer kiválasztása. Az alaplistán található gyógyszerek száma 20 és 1050 között mozog, hatóanyagot tekintve minimum 110 és maximum 600 különböző hatóanyag szerepel az alaplistákon. Figyelembe véve, hogy minden kórház gyakorlatilag ugyanabból a gyógyszerválasztékból elégíti ki szükségleteit, ezek az eredmények nagymértékű sokszínűséget mutatnak.

Osztályokra lebontott gyógyszerre elkölthető meghatározott pénzösszeg, gyógyszerkeret, a válaszadók közül 49 kórházban van, 15 intézményben nincs ilyen fajta megszorítás. A felhasznált gyógyszerek körét tekintve, a helyettesíthetőségre való törekvés, az alkalmazott gazdasági megszorítások tekintetében tehát a kórházak meglehetősen heterogének.

A kórházak a megkérdezés időszakában fele-fele arányban alkalmazták a közbeszerzést gyógyszerbeszerzéseikhez, 32 kórházban közbeszerzést (is) igénybe véve, míg 33 kórházban anélkül elégítik ki a kórház gyógyszerigényét. A közbeszerzést használó kórházak többsége, 20 kórház külső céget bíz meg a tendereztetés lebonyolításával. Szignifikáns összefüggés található a kórházak mérete és a közbeszerzés alkalmazása között (lásd 7.3. tábla).

7.3. tábla, A közbeszerzés gyógyszerre való alkalmazása és a kórház mérete közti összefüggés

	A kórház mérete			Összesen
	Kicsi	Közepes	Nagy	
<b>Közbeszerz</b>	43,8%	31,3%	25,0%	100,0%
<b>Nem közbeszerz</b>	72,7%	24,2%	3,0%	100,0%
<b>Összesen</b>	58,5%	27,7%	13,8%	100,0%

$\chi^2$  próba szignifikancia szintje = 0,016<sup>52</sup>

Az eredmények alapján elmondható, hogy kis kórház nagyobb valószínűséggel nem közbeszerz gyógyszert, míg nagy kórház nagyobb valószínűséggel használja a közbeszerzést. A kórház földrajzi jellemzője (fővárosi vagy vidéki) és a közbeszerzés alkalmazása között nem találtam összefüggést. Megvizsgáltam a kórház típus szerinti

<sup>52</sup> A  $\chi^2$  statisztika a megfigyelt összefüggés statisztikai szignifikanciájának mérésére szolgál. Két változó között szisztematikus a kapcsolat, amennyiben a szignifikancia szint kisebb, mint 0,05.

közbeszerzésre való hajlandóságot, de a kevés esetszám miatt nem lehet szignifikáns összefüggést kimutatni. Mindenesetre megfigyelhető, hogy megyei önkormányzati kórház inkább közbeszerz, mint a városi kórházak, vagy a válaszdó fővárosi kórházak. Ez valamennyire párhuzamba állítható a méret és a közbeszerzés között talált összefüggéssel, mivel a megyei kórházak nagyobbak.

A nem közbeszerző kórházak indoklásképpen a következő sorrendben jelölték meg a felsorolt okokat:

1. kedvezőbb beszerzési feltételekhez jut a kórház, amennyiben más úton szerzi be a gyógyszert, pl. közvetlenül a gyártótól,
2. nincs olyan mértékű gyógyszerfelhasználás egy gyógyszercsoportból, hogy az indokolná a közbeszerzést,
3. nehéz a hosszú távú tervezés a gyógyszerfelhasználásra,
4. drága a közbeszerzési eljárás lefolytatása,
5. a kórház/egyetem likviditási feltétele nem adott a közbeszerzéshez.

A likviditási gondok utolsó helyre való kerülése azzal magyarázható, hogy a kérdőívet kitöltő kórházak jellemzően inkább a jobb, mint a rosszabb helyzetben lévő kórházak közül kerültek ki (a csőd alatt álló, vagy csődközeli kórházak inkább elutasították a kutatásban való részvételt).

A kórházak leginkább azért nem preferálják a közbeszerzést, mert más úton kedvezőbb feltételekkel (áron) tudják a gyógyszereket beszerezni, másrészt pedig a közbeszerzési törvényben előírt minimum összeghatárt egy gyógyszercsoport sem éri el. Itt előkerül ismét a gyógyszer, mint termékcsoport meghatározásának problémája, értelmezésbeli különbségek, melyek a gyógyszerek közbeszerzését a gyakorlatban ellehetetlenítik. A közbeszerző 32 kórház közül 22 kórház terápiától függetlenül az összes felhasznált gyógyszerre, a többiek a leggyakrabban használt, meghatározott összeghatárt elérő gyógyszerekre (melyek között az infúziók, a drága antibiotikumok, citosztatikumok képviselnek általában magas költséghányadot) alkalmazza a közbeszerzést. A beszerzendő készítmények tehát erősen szubjektív, kórházfüggő megítélés alapján kerülnek közbeszerzés alá.

A legfőbb beszállítóval való online kapcsolat megléte illetőleg hiánya utal a kapcsolat, vagyis a rendelések lebonyolításának technikai fejlettségére. A kérdésre választ adó 62 kórház közül 50 kórházban nincs online kapcsolat a legfőbb beszállítóval. Ez a szervezet specifikus jellemző a szállító-vevő kapcsolatán belül az adaptáció lehetőségét teremtheti meg oly módon, hogy a szállító a kapcsolat kialakításához felvállalja – az ajánlat részeként – az online kapcsolat kiépítését is. Nem szignifikáns jellemző, de elmondható, hogy a nagy kórházaknak a kis kórházakhoz képest inkább van online kapcsolatuk a legfőbb gyógyszerbeszállítóval.

#### **7.4.2. A gyógyszerbeszállítóval, és a gyógyszerrel kapcsolatos elvárásokra vonatkozó eredmények**

A vásárlással kapcsolatos kórházi elvárásokat több oldalról közelítettem meg. A beszállítóval való kapcsolatot a főgyógyszerész, a gyógyszerrel kapcsolatos elvárásokat az orvos, a gyógyszerről való informálódást pedig mind a két beszerzésben résztvevő szereplő oldaláról megvizsgáltam.

A gyógyszerek beszerzése során a helyettesíthetőséget is figyelembe véve a főgyógyszerész válaszadásait vizsgálva megállapítható, hogy legnagyobb mértékben a beszerzési ár, a kedvezmények, és az orvos véleménye a meghatározó. Legkevésbé veszik figyelembe a gyógyszer fogyasztói árát és támogatottságát (közgyógyellátási listán szerepel-e). Ez utóbbi két jellemző a gyógyszerek patikai piacon elfoglalt helyét, piaci részesedését befolyásolja. Azért került a kérdőívben a kórházi gyógyszerbeszerzés szempontjai közé, mert a kórházi gyógyszerelés hatással van a háziorvosi gyógyszerrendelésre, ezáltal a szerek patikai forgalmára. A gyógyszerek versenyhelyzete ily módon eldőlhet akár már a kórházi beszerzések alkalmával. Nem utolsósorban pedig ez a két jellemző a fogyasztó, a beteg kiadásaira vonatkozik, és érdekes lenne megvizsgálni, hogy a kórházban a gyógyszerész milyen mértékben veszi figyelembe az esetleges háziorvosi gyógyszerfelírás során a beteg – és a támogatáson keresztül az állam – kiadásait már a kórházi beszerzés alkalmával. A beszerzési ár és a kedvezmények elsőbbsége a beszerzési szempontok között a szervezeti piac, azon belül is a szabályozott piac beszerzési mechanizmusával mutat egyezést. A főgyógyszerész tehát a válaszok alapján mindenekelőtt a kórház érdekét tartja szem előtt, és csupán 7-8 fő tartja inkább fontosnak, illetve leginkább fontosnak már a kórházi

gyógyszerválasztásnál a beteg, illetve a társadalom kiadását a teljes gyógyszerpiacon. (Itt megjegyzendő, néhányan nem is értették, miért szerepel a fogyasztói ár és a támogatottságra vonatkozó szempont a kérdőívben.) Közepesen fontosnak ítélték a gyógyszer originális vagy generikus voltát, és a gyártó promócióját. Megfigyelhető, hogy a gyártó promóciójának hatásában értékelték legkevésbé egyet a főgyógyszerészek, ugyanannyian ítélték saját kórházukban inkább fontosnak, mint inkább nem, vagy legkevésbé fontosnak a gyógyszerbeszerzéseknél (lásd 7.4. - 7.10. táblák).

7.4. tábla, *A beszerzési ár hatása a gyógyszerek beszerzésére*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	1
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	4
Inkább fontos (4)	16
Leginkább fontos (5)	42
Összesen	64
Átlag: 4,52 Módusz <sup>53</sup> : 5, Medián <sup>54</sup> : 5	

7.5. tábla, *A szállítótól kapott kedvezmények hatása a gyógyszerek beszerzésére*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	1
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	3
Inkább fontos (4)	20
Leginkább fontos (5)	37
Összesen	62
Átlag: 4,47, Módusz: 5, Medián: 5	

7.6. tábla, *A gyógyszert választó orvos véleményének hatása a gyógyszerek beszerzésére*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	2
Inkább nem fontos (2)	2
Közepesen fontos (3)	1
Inkább fontos (4)	18
Leginkább fontos (5)	28
Összesen	61
Átlag: 4,11, Módusz: 5, Medián: 4	

<sup>53</sup> Olyan középérték, amely megadja, hogy melyik érték fordul elő leggyakrabban egy mintaeloszlásban.

<sup>54</sup> Olyan középérték, amely megmutatja, hogy melyik az az érték, amely felett ugyanannyi érték fordul elő, mint alatta.

7.7. tábla, A gyógyszer originális vagy generikus tulajdonságának hatása a gyógyszerbeszerzésre

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	12
Inkább nem fontos (2)	9
Közepesen fontos (3)	23
Inkább fontos (4)	9
Leginkább fontos (5)	7
Összesen	60
Átlag: 2,83, Módusz: 3, Medián: 3	

7.8. tábla, A gyártó promóciójának hatása a gyógyszerbeszerzésre

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	12
Inkább nem fontos (2)	12
Közepesen fontos (3)	17
Inkább fontos (4)	12
Leginkább fontos (5)	7
Összesen	54
Átlag: 2,59, Módusz: 3, Medián: 3	

7.9. tábla, A gyógyszer fogyasztói árának hatása a kórházi gyógyszerbeszerzésre

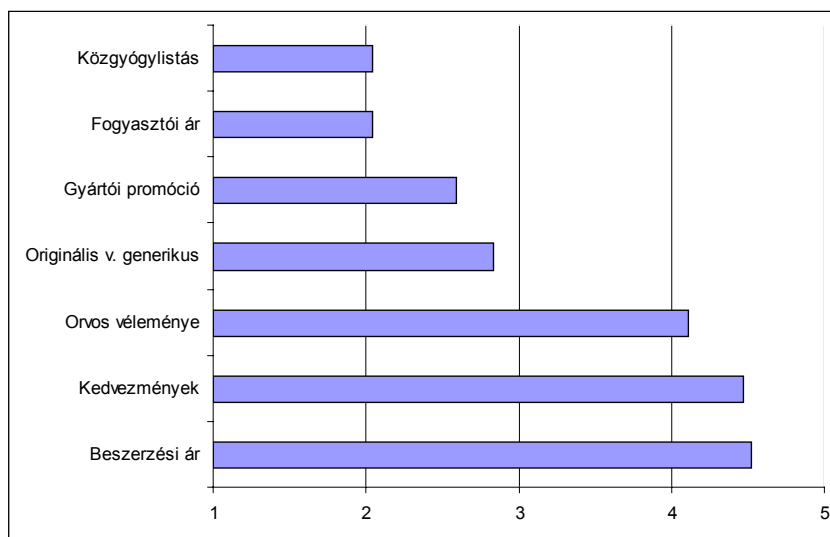
	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	26
Inkább nem fontos (2)	5
Közepesen fontos (3)	12
Inkább fontos (4)	5
Leginkább fontos (5)	2
Összesen	50
Átlag: 2,04, Módusz: 1, Medián: 1	

7.10. tábla, Annak a hatása a gyógyszerek beszerzésére, hogy a gyógyszer közgyógylistán szerepel-e

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	26
Inkább nem fontos (2)	6
Közepesen fontos (3)	9
Inkább fontos (4)	5
Leginkább fontos (5)	3
Összesen	49
Átlag: 2,04, Módusz: 1, Medián: 1	

A gyógyszerbeszerzést befolyásoló tényezők értékelésére – az 1-től 5-ig terjedő fontossági skálán – kapott eredmények átlagait a 7.1. ábra mutatja, melyen jól látható a beszerzési ár és a kedvezmények dominanciája.

7.1. ábra, A gyógyszerbeszerzést befolyásoló tényezők a válaszok átlagai szerint



A beszerzéssel kapcsolatos elvárásokat befolyásolja – Sheth modellje szerint – a beszerzéssel kapcsolatos információ típusa és forrása. Kutatásomban csupán a termékkel kapcsolatos információforrásokra térek ki, és külön vizsgálom az originális és a generikus gyógyszerekről származó információk forrásait.

Új eredeti gyógyszerről való információ első forrásaként a főgyógyszerészek közül 61-en jelölték meg a gyártó képviselőjét, eszerint az orvos- vagy kórházlátogató a legfontosabb információforrás az új originális szerrel kapcsolatban. Sorrendben a gyártó képviselőjét a szakirodalom, a konferencia és a levélben küldött prospektus követi, mint információforrás. Egy-egy említés történt továbbképzésekre és számítógépes programra (feltehetően valamelyik elektronikusan is elérhető gyógyszeradatbázisra gondolt a válaszadó, pl. Pharmindex, Vademex) (lásd 7.11. tábla).

7.11. tábla, Új originális gyógyszer legfontosabb információforrásai a főgyógyszerész számára

<b>Információforrás</b>	<b>Említések száma</b>
Gyártó képviselője	61
Szakirodalom	45
Konferencia	34
Levélben küldött prospektus	31
Nagykereskedő képviselője	8
Orvos	3
Internet	2
Továbbképzés	1
Számítógépes program	1

Új generikus gyógyszer esetében a kutatás különbséget mutatott ki az információforrások fontossági sorrendjében. A sort itt is a gyártó képviselője vezeti (szintén 61 említéssel), azonban a levélben küldött prospektus több említést kapott, mint a szakirodalom, vagy a továbbképzés. Ez az eredmény összhangban van azzal, hogy a generikus gyógyszerek kevesebb újdonságtartalommal bírnak, illetve ezzel összefüggésben a generikus gyártók kommunikációs stratégiájában a termékről készített brosrák elegendő információt szolgáltatnak (lásd 7.12. tábla).

7.12. tábla, Új generikus gyógyszer legfontosabb információforrásai a főgyógyszerész számára

<b>Információforrás</b>	<b>Említések száma</b>
Gyártó képviselője	61
Levélben küldött prospektus	40
Szakirodalom	33
Konferencia	23
Nagykereskedő képviselője	7
Orvos	1
Internet	1
Számítógépes program	1

A megkérdezett orvosok esetében – itt 43 válaszadóval kell számolni – az új innovatív gyógyszer információforrásai sorrendben a 7.13. táblában szerepeltek szerint alakultak.

7.13. tábla, Új originális gyógyszer legfontosabb információforrásai az orvos számára

Információforrás	Említések száma
Szakirodalom	33
Gyártó képviselője	32
Konferencia	22
Levéiben küldött prospektus	13
Főgyógyszerész	8
Orvos kollégák	6
Gyógyszerbank	1

Az orvosok esetében is az első három helyen a szakirodalom, az orvoslátogató és a konferencia szerepel fontossági sorrendben, mint információforrás, azonban összehasonlítva a válaszokat a gyógyszerészek megfelelő válaszaival, a szakirodalmat nagyobb arányban jelölték meg az orvosok, mint a gyógyszerészek. A szakirodalom és az orvoslátogató, mint információforrás az új originális szerek esetében közel azonos számú említést kapott az orvosok részéről. A generikus gyógyszerekről való informálódás harmadik leggyakrabban említett forrása az orvosok esetében a főgyógyszerész, megelőzve a szakirodalmat és a konferenciát (lásd 7.14. tábla).

7.14. tábla, Új generikus gyógyszer legfontosabb információforrásai az orvos számára

Információforrás	Említések száma
Gyártó képviselője	37
Levéiben küldött prospektus	18
Főgyógyszerész	15
Szakirodalom	10
Konferencia	9
Orvos kollégák	3
Gyógyszerkönyv	1

Egy korábbi, kórházi, klinikai orvosok és házi orvosok körében végzett – a gyógyszergyárak marketingkommunikációjáról szóló – kutatás eredménye szerint [Lantos, 1996] a házi orvosok és a kórházi orvosok leggyakrabban az orvoslátogatótól szereznek információt a gyógyszerekről. Ezzel szemben a klinikai orvosok tekintik a legkevésbé partnernek az orvoslátogatót. Ők leginkább külföldi szaklapokból, kongresszuson, kollégáktól informálódnak. Az általam kapott eredményekkel és az idézett adatokkal némileg ellentétes egy 2003-as kutatási eredmény [Váczi, 2003], mely szerint a házi orvosok körében az információforrások között vezet a szaklap, és az orvoslátogató csupán a harmadik helyre került. A szerző a megkérdezés módját tartja nagymértékben befolyásoló erőnek ebben a kérdésben az orvosok válaszadása során.



Az Internet egyrészt általános információforrásként szolgálhat a beszállítókról, gyógyszerekről, kedvezményekről, másrészt a gyártók, nagykereskedők számára a kommunikáció, a kapcsolattartás korszerű eszköze, ezért a kutatásban rákérdeztem a kórházi főgyógyszerész és főorvos Internet hozzáférésére a kórházban. 63 kórház közül 30 kórházban a főgyógyszerész rendelkezik Internet hozzáféréssel. A kórházak mérete és a főgyógyszerész Internet hozzáférése között nincs szignifikáns összefüggés, de valószínűsíthető mértékben a nagy kórházakban inkább rendelkezik a főgyógyszerész Internet hozzáféréssel, mint a kis kórházakban. A válaszadó 43 orvos közül 33 főnek van Internet hozzáférése a kórházban. Az orvosok és a főgyógyszerészek Internethez való hozzájutását összehasonlítottam azokban a kórházakban, ahonnan mind orvosi, mind főgyógyszerészi kitöltött kérdőív visszaérkezett. Ennek alapján elmondható, hogy 16 kórházban mind az orvos, mind a főgyógyszerész rendelkezett Internet hozzáféréssel, 14 kórházban az orvosnak van, a főgyógyszerésznek nincs Internet hozzáférése, 5 kórházban pedig a főgyógyszerész rendelkezik ezzel az információforrással, a válaszadó orvos pedig nem. Semmiképpen nem általánosítható, de valószínűsíthető, hogy a kórházi orvosok nagyobb része rendelkezik Internet hozzáféréssel a munkahelyén, mint a főgyógyszerész. Megjegyzendő, a Magyar Kórházszövetség semmiféle adattal nem rendelkezik a kórházak Internet-ellátottságáról.

Mivel a kórház gyógyszerelési szokásait befolyásolja az orvosok új szer iránti fogékonysága, a kutatás során megvizsgáltam az új originális gyógyszer kipróbálását és újbóli, rendszeres alkalmazását motiváló tényezőket. A kipróbálásra vonatkozó tényezők értékelését – 1-től 5-ig terjedő fontossági skálán – a 7.15. - 7.21. táblák tartalmazzák.

*7.15. tábla, Orvoslátogató által mondott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	5
Inkább nem fontos (2)	6
Közepesen fontos (3)	17
Inkább fontos (4)	8
Leginkább fontos (5)	3
Összesen	39
Átlag: 2,95, Módusz: 3, Medián: 3	

7.16. tábla, *Kollégák kedvező tapasztalata, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	3
Inkább nem fontos (2)	4
Közepesen fontos (3)	13
Inkább fontos (4)	13
Leginkább fontos (5)	7
Összesen	40
Átlag: 3,43, Módusz: 3, Medián: 3,5	

7.17. tábla, *Gyógyszerminta, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	5
Inkább nem fontos (2)	5
Közepesen fontos (3)	14
Inkább fontos (4)	10
Leginkább fontos (5)	4
Összesen	38
Átlag: 3,08, Módusz: 3, Medián: 3	

7.18. tábla, *Konferencián elhangzott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	13
Inkább fontos (4)	15
Leginkább fontos (5)	11
Összesen	40
Átlag: 3,90, Módusz: 4, Medián: 4	

7.19. tábla, *Szakirodalomban olvasott kedvező tulajdonságok, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	4
Inkább fontos (4)	16
Leginkább fontos (5)	20
Összesen	41
Átlag: 4,34, Módusz: 5, Medián: 4	

7.20. tábla, *A szer klinikai vizsgálatában való részvétel, mint motiváló tényező új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	5
Inkább nem fontos (2)	2
Közepesen fontos (3)	10
Inkább fontos (4)	6
Leginkább fontos (5)	14
Összesen	37
Átlag: 3,59, Módusz: 5, Medián: 4	

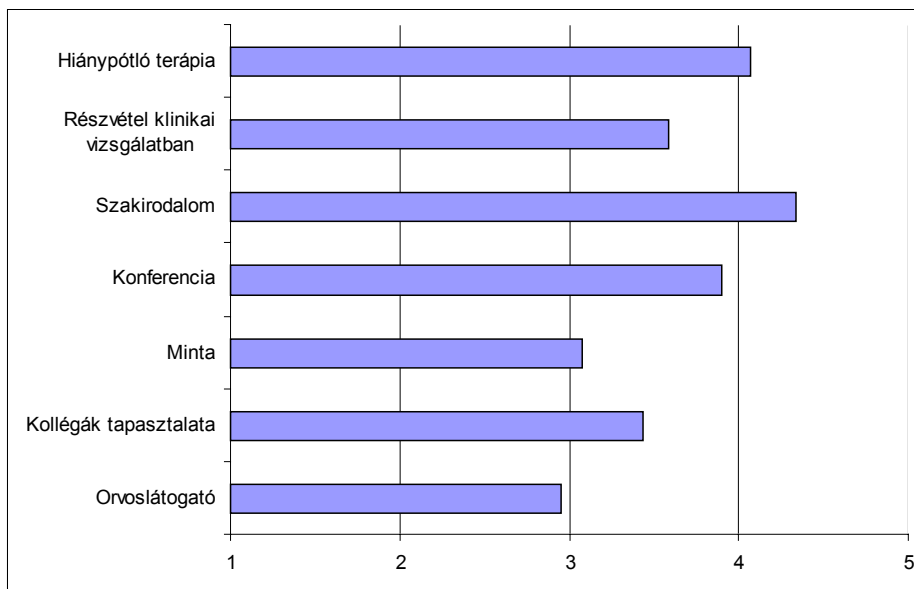
7.21. tábla, *Hiánypótló terápiás lehetőség, mint motiváló tényező az új gyógyszer kipróbálására*

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	4
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	6
Inkább fontos (4)	7
Leginkább fontos (5)	23
Összesen	41
Átlag: 4,07, Módusz: 5, Medián: 5	

A válaszadó orvosok nagytöbbsége - 41 válaszadó közül 36 fő "inkább" illetve "leginkább fontos"-nak ítélve – a szakirodalmi hivatkozást tartotta leginkább olyan motiváló erőnek, aminek a hatására új gyógyszer kipróbálására hajlandóak. A válaszadók többsége, 23 fő "leginkább fontos"-nak találta, ha az új szer hiánypótló egy terápiában. A gyógyszerminta önmagában nem kapott nagy hangsúlyt a kipróbálásra való hajlandóság növelésére, a legtöbben "közepesen fontos"-nak ítélték a szerepét, azonban nagyobb motiváló erőként hat – a legtöbben "leginkább fontos"-nak minősítve –, ha a szerrel – klinikai vizsgálatban való részvétel során – saját tapasztalat is történt. A konferencián elhangzott kedvező tulajdonságok a gyógyszerminta motiváló tényezőként való értékelésénél magasabb minősítést kaptak. A kollégák kedvező tapasztalatai a többség szerint (26 fő) közepesen illetve inkább fontosnak számítanak egy új szer kipróbálását illetően. Meglepő eredményként értékelhető, hogy átlagban a legkisebb értéket (2,95) az orvoslátogató általi promóció kapta, a legtöbben "közepesen fontos"-nak ítélték az új szer kipróbálására való motivációként. A motiváló erők értékelésére kapott válaszok – 1-től 5-ig skálán mérve –

átlagait a 7.2. ábrában foglaltam össze, melyen látható, hogy átlagban a szakirodalom kapta a legmagasabb, és az orvoslátogató a legalacsonyabb értéket.

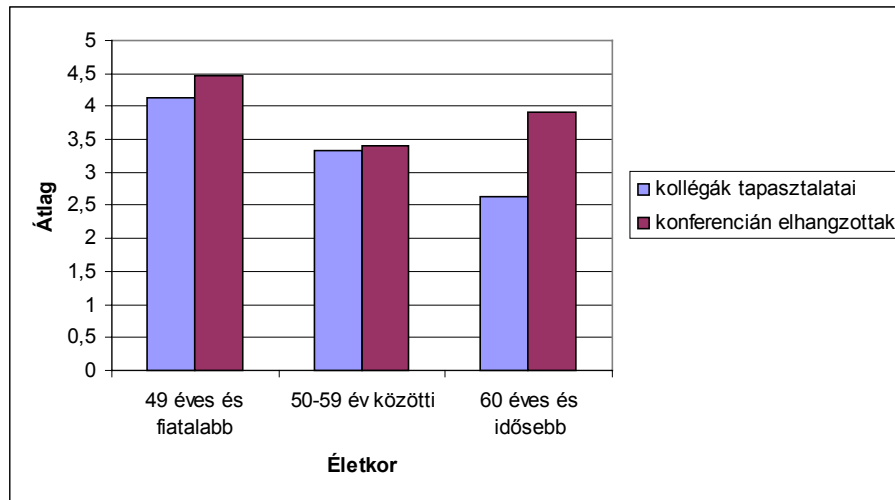
7.2. ábra, Motivációk új gyógyszer kipróbálására



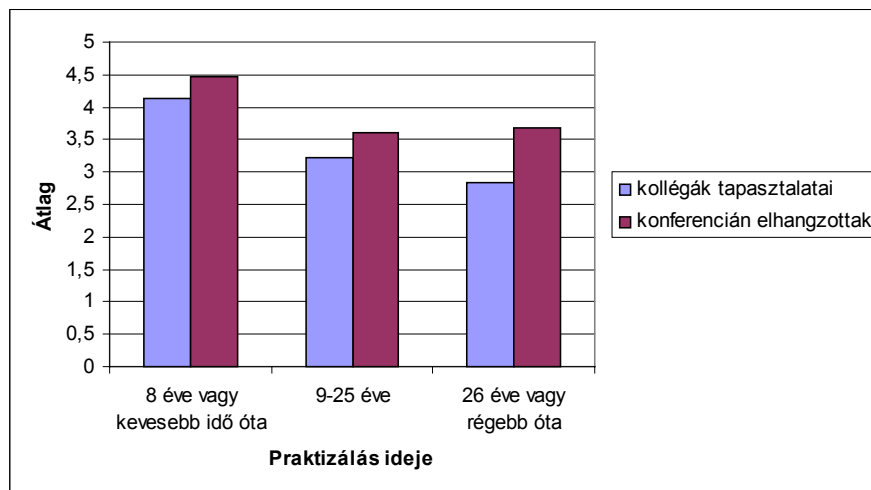
Az 7.2. ábra kiegészítéseként elmondható, hogy a válaszok alapján a belgyógyász sokkal kevésbé tartja fontosnak a szakirodalmat, mint egy új gyógyszer kipróbálását motiváló tényezőt, mint a többi szakterületet képviselő orvos. A kardiológusok pedig az átlagnál fontosabbnak ítélték a klinikai vizsgálatban való részvételt.

A motiváló erők – különösképpen a kollégák tapasztalatai és a konferencián elhangzottak – értékelése különbségeket mutat az orvosok életkora és praktizálási ideje között (lásd 7.3. és 7.4. ábrák).

7.3. ábra, Az orvosok életkora és az új gyógyszer kipróbálásának motiváló tényezőjére adott válaszok átlaga



7.4. ábra, Az orvosok praktizálási ideje és az új gyógyszer kipróbálásának motiváló tényezőjére adott válaszok átlaga



Elmondható, hogy a fiatalabb orvosok, illetve a 8 évnél nem régebben praktizáló orvosok a többi válaszadóhoz képest fontosabbnak ítélik a kollégák véleményét és a konferencián elhangzottakat az új gyógyszer kipróbálásához.

Az új originális gyógyszer rendszeres alkalmazásához hozzájáruló tényezők értékelését – szintén 1-től 5-ig terjedő fontossági skálán – a 7.22. - 7.27. táblák tartalmazzák.

7.22. tábla, *Nagyobb hatékonyság hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább fontos (4)	6
Leginkább fontos (5)	34
Összesen	40
Átlag: 4,85, Módusz: 5, Medián: 5	

7.23. tábla, *Kevesebb mellékhatás hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább nem fontos (2)	1
Közepesen fontos (3)	2
Inkább fontos (4)	12
Leginkább fontos (5)	25
Összesen	40
Átlag: 4,53, Módusz: 5, Medián: 5	

7.24. tábla, *Kedvezőbb adagolás hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább nem fontos (2)	2
Közepesen fontos (3)	9
Inkább fontos (4)	16
Leginkább fontos (5)	11
Összesen	38
Átlag: 3,95, Módusz: 4, Medián: 4	

7.25. tábla, *Szervezetkímélőbb hatásmechanizmus hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához*

	<b>Gyakoriság</b>
Inkább nem fontos (2)	2
Közepesen fontos (3)	7
Inkább fontos (4)	15
Leginkább fontos (5)	12
Összesen	36
Átlag: 4,03, Módusz: 4, Medián: 4	

7.26. tábla, Saját kedvező tapasztalat hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához

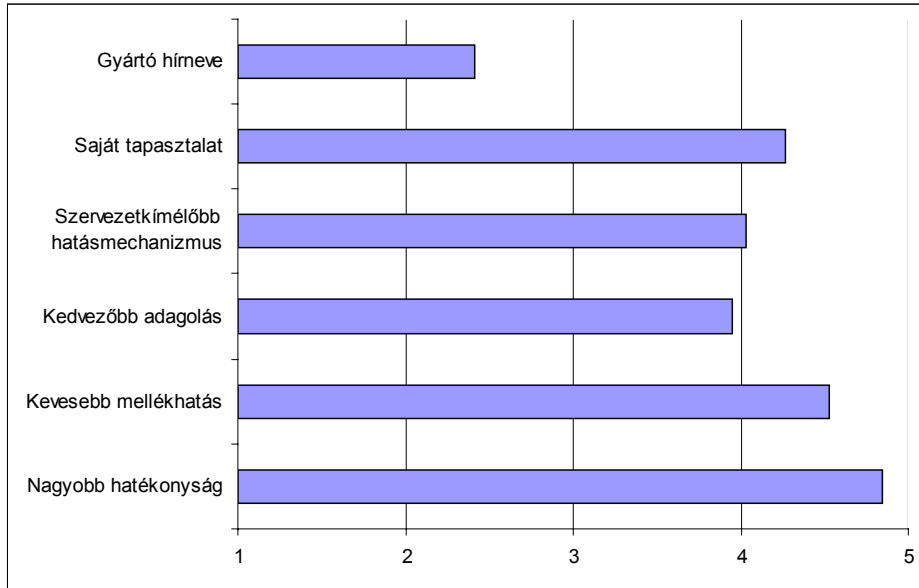
	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	1
Közepesen fontos (3)	5
Inkább fontos (4)	16
Leginkább fontos (5)	19
Összesen	41
Átlag: 4,27, Módusz: 5, Medián: 4	

7.27. tábla, A gyártó hírnevének hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához

	<b>Gyakoriság</b>
Legkevésbé fontos (1)	9
Inkább nem fontos (2)	11
Közepesen fontos (3)	13
Inkább fontos (4)	6
Összesen	39
Átlag: 2,41, Módusz: 3, Medián: 2	

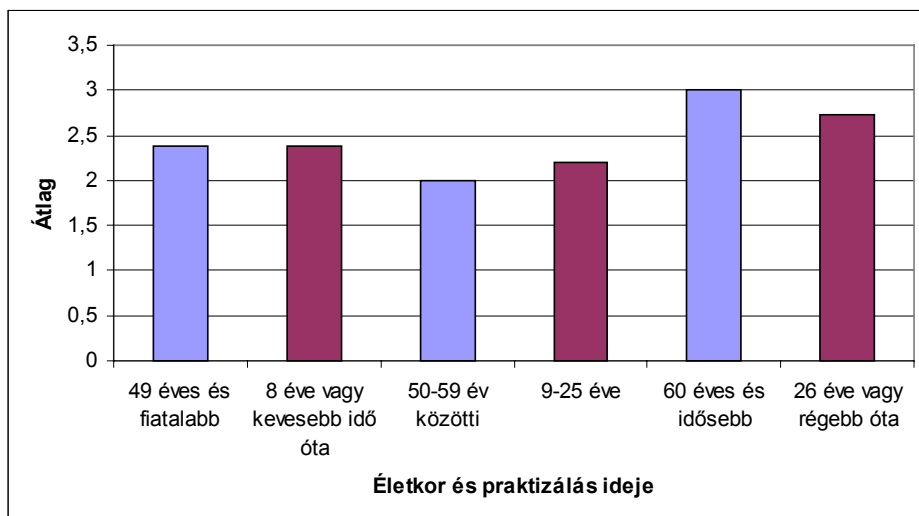
Az elsődleges szempont, ami miatt a válaszadó orvosok a felmérés szerint az új gyógyszer feltétlen alkalmazása mellett döntenek, az eddigi gyógyszerekhez képesti nagyobb hatékonyság. A kevesebb mellékhatást szintén "inkább" vagy "leginkább fontos"-nak találta 37 fő a 40 válaszadó közül. 35 fő a 41 válaszadó közül "inkább", illetve "leginkább fontos"-nak értékelte a szerrel való saját közvetlen tapasztalatot. A kedvezőbb adagolást és a szervezetkímélőbb hatásmechanizmust a válaszadók közül legtöbben "inkább fontos"-nak találták. Az eredmények azt mutatták, hogy a gyártó hírnevét az orvosok "közepesen fontos"-nak, vagy "inkább nem fontos"-nak (24 fő a 34 válaszadó közül) ítélték, mint az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához hozzájáruló tényezőt. A motiváló tényezők értékelésére kapott átlagokat a 7.5. ábra foglalja össze.

7.5. ábra, Motivációk új gyógyszer rendszeres alkalmazásához



Az életkort és a praktizálás idejét tekintve megfigyelhető, hogy az idősebb, nagyobb tapasztalattal rendelkező orvosok ítélték átlagban fontosabbnak a gyártó hírnevét (lásd 7.6. ábra).

7.6. ábra, Az orvosok életkora illetve praktizálási ideje és a gyártó hírnevének hozzájárulása az új gyógyszer rendszeres alkalmazásához



A gyártó hírnevének figyelembe vétele a gyógyszerválasztás során Lantos [1996] kutatásában is alacsony értékeket kapott. A megkérdezett 366 orvos a felsorolt 22 szempont

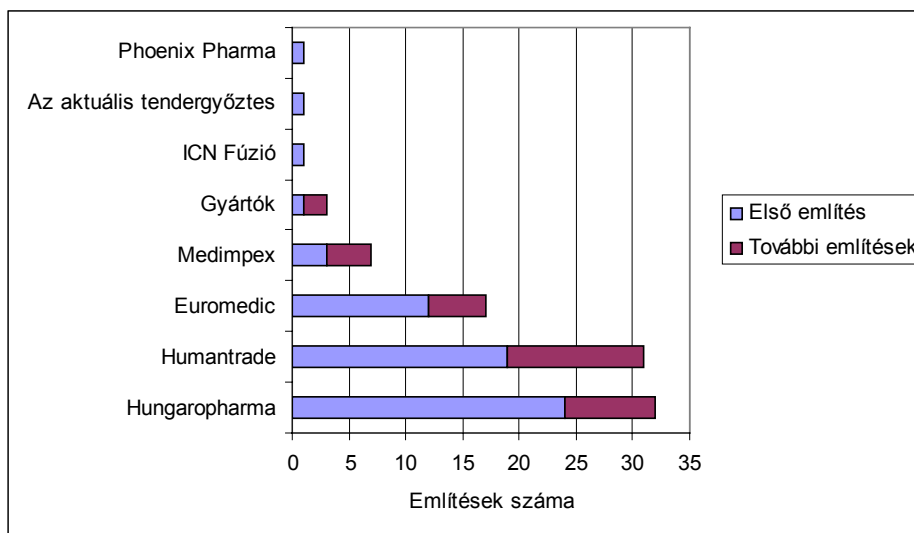


közül a legkevésbé fontosnak értékelte a gyártó magyar vagy külföldi voltát, a gyártóról kialakított véleményt, és a gyógyszer gyártója iránti bizalmat. A házi orvosokkal és a klinikai orvosokkal szemben ugyanakkor a kórházi orvos előrébb rangsorolja a gyártó iránti bizalmat (!).

A gyártói promócióban szerepet játszanak a szerrel végzett poszt-marketing kutatások (lásd 3.4. ábra a 3.3. fejezetben), ezért erre nézve is szerepelt kérdés a kutatásban. A 43 válaszadó orvos közül 23 részt vesz ilyen jellegű kutatásban.

A termékről, beszállítókról szóló információk eltérő befogadása mellett a beszerzéssel kapcsolatos elvárásokhoz az eddigi vásárlásokkal való elégedettség is determinisztikus erővel járul hozzá (Sheth modelljében az (1e)-vel jelölt tényező), ezért a kutatás részét képezte a beszállítóval való elégedettségre vonatkozó kérdéscsoport (lásd 1. számú kérdőív 12. melléklet, 13-15. kérdések). Az elégedettség vizsgálatát leszűkítettem a legfőbb gyógyszerbeszállítóra, ahol a legfőbb beszállítót úgy definiáltam, mint akitől a legnagyobb mennyiségben szereznek be gyógyszert. A válaszadók több beszállítót is legfőbb beszállítóként értékelték, ezért a válaszokat a 7.7. ábrán látható módon mutatom be. Feltételeztem, hogy az említések sorrendje a szállítóktól beszerzett gyógyszerek csökkenő mennyiségi sorrendjének felel meg, és az elsőként említett a legfőbb beszállító.

7.7. ábra, A kórházak legfőbb gyógyszerbeszállítói



Az ily módon felálló sorrend megfelel a kórházi piac meghatározó gyógyszerbeszállítóinak sorrendjével (lásd 4.2. fejezet). A Hungaropharma a megkérdezettek körében vezetőnek bizonyult. (Az ICN Fúzió az infúziók miatt került egy ízben említésre, noha a kérdés a gyári specialitások beszerzésére vonatkozott. A teljesség igénye miatt szerepeltettem mégis az ábrán.) Megjegyzendő, hogy a sorrend kialakításában szerepet játszik, hogy a közbeszerzést végző kórházak esetében a tendergyőztes eleve meghatározza a legfőbb szállító személyét. A kórházak és a szállító kapcsolatát több tényező együttes vizsgálatával világítottam meg (lásd 7.28. - 7.35. táblák).

7.28. tábla, A kapcsolat a legfőbb gyógyszerbeszállítóval rutinszerű (megszokáson alapul)

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	17
Kevésbé jellemző (2)	6
Közepesen jellemző (3)	14
Inkább jellemző (4)	14
Teljes mértékben jellemző (5)	10
Összesen	61
Átlag: 2,90, Módusz: 1, Medián: 3	

7.29. tábla, A kapcsolat biztosítja az intézmény szükségleteinek kielégítését

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	0
Kevésbé jellemző (2)	2
Közepesen jellemző (3)	9
Inkább jellemző (4)	23
Teljes mértékben jellemző (5)	28
Összesen	62
Átlag: 4,24, Módusz: 5, Medián: 4	

7.30. tábla, A kapcsolat stabilitása

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	1
Kevésbé jellemző (2)	0
Közepesen jellemző (3)	4
Inkább jellemző (4)	18
Teljes mértékben jellemző (5)	39
Összesen	62
Átlag: 4,52, Módusz: 5, Medián: 5	

7.31. tábla, A szállítóba vetett bizalom

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	1
Kevésbé jellemző (2)	0
Közepesen jellemző (3)	6
Inkább jellemző (4)	18
Teljes mértékben jellemző (5)	36
Összesen	61
Átlag: 4,44, Módusz: 5, Medián: 5	

7.32. tábla, A kapcsolat múltja igazolja a kapcsolat fenntartását

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	2
Kevésbé jellemző (2)	5
Közepesen jellemző (3)	8
Inkább jellemző (4)	10
Teljes mértékben jellemző (5)	34
Összesen	59
Átlag: 4,17, Módusz: 5, Medián: 5	

7.33. tábla, A kapcsolat folyamatosága

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	3
Kevésbé jellemző (2)	1
Közepesen jellemző (3)	7
Inkább jellemző (4)	15
Teljes mértékben jellemző (5)	34
Nem tudja (9)	1
Összesen	61
Átlag: 4,34, Módusz: 5, Medián: 5	

7.34. tábla, A személyes kötődések a kapcsolatban

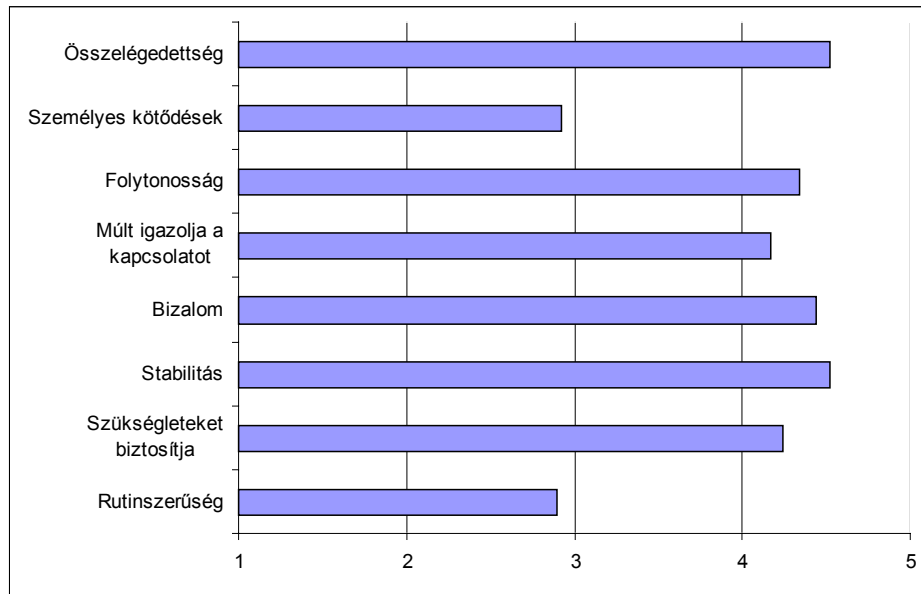
	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem jellemző (1)	14
Kevésbé jellemző (2)	6
Közepesen jellemző (3)	20
Inkább jellemző (4)	13
Teljes mértékben jellemző (5)	8
Összesen	61
Átlag: 2,92, Módusz: 3, Medián: 3	

7.35. tábla, Az össz-elégedettség a legfőbb szállítóval

	<b>Gyakoriság</b>
Teljesen elégedetlen (1)	0
Kevéssé elégedett (2)	0
Közepesen elégedett (3)	3
Inkább elégedett (4)	24
Teljesen elégedett (5)	35
Összesen	62
Átlag: 4,52, Módusz: 5, Medián: 5	

A kapcsolat rutinszerűségére vonatkozó válaszok eloszlása meglehetősen változatos képet mutat. A legtöbben (17 főgyógyszerész a 61 válaszadó közül) úgy ítélték meg, hogy a kapcsolat egyáltalán nem rutinszerű, azonban a válaszok átlaga, és a medián azt mutatja, hogy a rutinszerűség közepesen ugyan, de jellemzi a kapcsolatot. A rutinszerűség fogalmának pontos jelentését, érthetőségét, alkalmazását a szállítóval való kapcsolatra, valószínűsíthetően nehezítette a közbeszerzés által predeterminált szállítóval való ambivalens kapcsolat. A leginkább rutinszerű kapcsolatot azok a főgyógyszerészek jelezték, akik a gyártókat jelölték meg legfőbb szállítóként. Ez érthető, mivel a gyártók a közbeszerzésben általában nem vesznek részt, mivel nem tudnak széles termékválasztékot kínálni a kórház igényeire, csupán saját gyógyszereiket értékesítik közvetlenül a kórházak felé, így a velük való kapcsolat "tisztább", könnyebben átlátható és jellemezhető, ha tetszik: rutinszerű. A válaszokból az is kiderült, hogy a rutinszerű jelzőt a válaszadók pozitív értelemben használták, és akik magasra értékelték a személyes kötődés szerepét a kapcsolatban, azok szerint a kapcsolat rutinszerű. A válaszadók több mint 80%-a, 51 válaszadó ("inkább jellemző" és "teljes mértékben jellemző" válaszok együttese) szerint a kapcsolat biztosítja a szükségletek kielégítését. A kapcsolat stabilitása és a szállítóba vetett bizalom a válaszadók több mint a felénél egyaránt teljes mértékben jellemző tényezők. A múltbeli tapasztalatok kapcsolatfenntartó szerepe és a kapcsolat folyamatossága szintén a válaszadók több mint a felénél teljes mértékben jellemzőnek bizonyult. A személyes kötődésekről a válaszadók igen eltérő véleményeket közöltek. Közel ugyanannyian értékelték egyáltalán nem jellemzőnek, mint inkább jellemzőnek, a legtöbben pedig közepesen jellemzőnek ítélték. Az össz-elégedettség tekintetében a válaszadók több mint 90%-a (59 fő a 62 válaszadó közül) inkább, vagy teljesen elégedett a legfőbb szállítóval. A szállítóval való kapcsolat értékelését a 7.8. ábra foglalja össze a válaszok átlagának bemutatásával.

7.8. ábra, A gyógyszerbeszállítókkal való kapcsolat értékelése



A kapcsolatok értékelése során a közbeszerzés tendenyertesével való kapcsolat, illetve más beszerzési úton kialakított kapcsolat eltérőséget mutat. Nem szignifikáns az összefüggés, de mindenképpen jelzés értékű az az eredmény, miszerint abban a kórházban, amelyik közbeszerz, nagyobb mértékű szállítóba vetett bizalomról számoltak be, és összességében is elégedettebbek a kapcsolattal. Mivel ezek a kórházak 32 elemet jelentenek a mintában, és a kérdőívben nem lett célzottan elkülönítve az ő kapcsolatértékelésük, messzemenő következtetést erre vonatkozóan nem lehet levonni.

#### 7.4.3. A termékspecifikumra vonatkozó kutatási eredmények

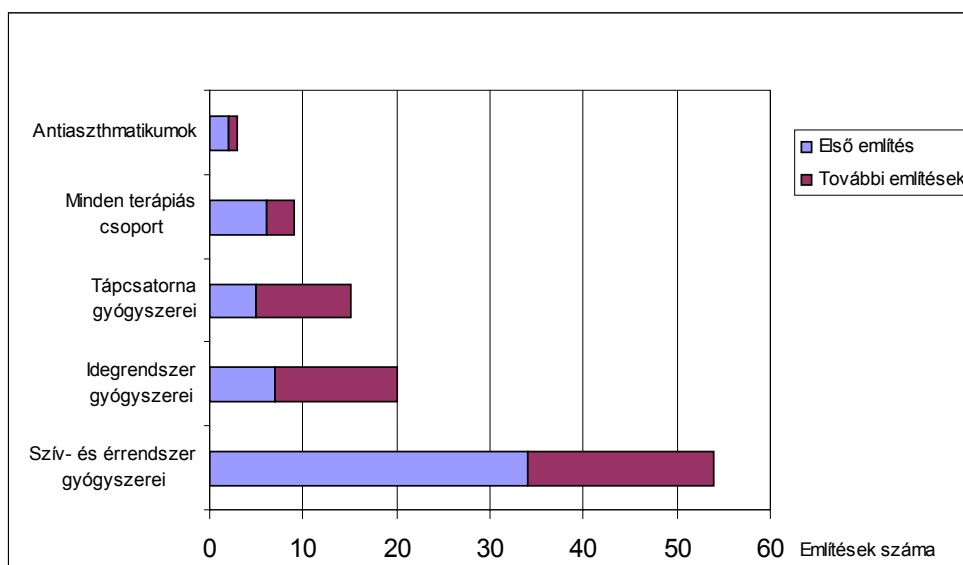
A válaszadó gyógyszerészek jelentése szerint a kórházakban csak elvétve, mindössze 7 esetben fordult elő, hogy az osztályról jelentkező gyógyszerigényt nem tudták teljesíteni, mégpedig anyagi okok, hiánycikk, a kért gyógyszer hiányzó forgalombahozatali engedélye, vagy az orvos és a gyógyszerész nem megfelelő kommunikációja miatt. Erre az eredményre alapozva elmondható, hogy a magyarországi kórházi gyógyszerigény alapvetően kielégített. Kutatásom során nem vizsgáltam a beteg, már a kórházi kezelés előtt fennálló esetleges gyógyszerigényének kielégítettségét a kórházi tartózkodás alatt.

A kórházban felhasznált gyógyszerek originális-generikus arányára vonatkozóan a könnyebb megválaszolhatóság érdekében szűkítettem le a kérdést az – kórházi

felhasználásban legnagyobb arányt jelentő – antibiotikumok csoportjára. A válaszadó kórházakban használt antibiotikumoknak átlagosan 66%-a originális. A leggyakoribb válasz (módusz) az originális készítmények arányára a 70%, ugyanennyi volt a kérdőívek mediánja is. A kórházra kivetített teljes gyógyszerkincsben az arányt befolyásolja az adott terápia, a kórház profilja, és egyéb tényezők. A kórházak gyógyszerkiadásainak kb. 35%-át teszik ki az antibiotikus szerek [Botz, 1997], ezért esett a választás kutatásomban is erre a gyógyszercsoportra. A kutatás alátámasztotta azon megállapítást, miszerint a kórházi gyógyszerköltések nagy részét kitevő antibiotikumok esetében a generikus gyógyszerek szerepvállalása nem jelentős [Botz, 1997].

A gyógyszergyártók promóciós stratégiájára jellemző a kórházaknak juttatott ingyen gyógyszerek mennyisége, mely a gyógyszerforgalmi jelentésekben azonosítatlan pontként szerepel. Esetünkben a válaszadó hazai kórházak gyógyszerfelhasználásának átlagban közel 18%-át teszik ki az ingyen gyógyszerek – a főgyógyász becslése szerint. A leggyakrabban válaszul 10%-ot említettek (módusz). A vizsgálat kiterjedt az ingyen gyógyszerek terápia összetételére is (lásd 7.9. ábra).

7.9. ábra, Az ingyen gyógyszerek terápia szerinti megoszlása

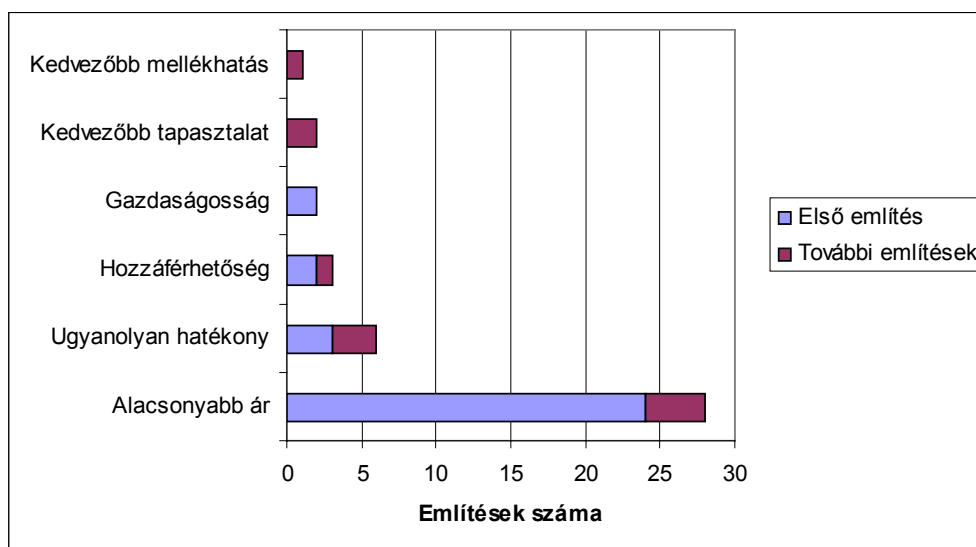


A 7.9. ábrában az egynél többször előforduló válaszokat ábrázoltam. Természetesen az ingyen juttatott gyógyszerek terápiában betöltött szerepe és mennyisége függ a kórházak profiljától, méretétől is. Látható azonban, hogy a gyártók a hosszú, elhúzódó, sokszor egy

életen át tartó kezelések, a szív- és érrendszeri, illetve az idegrendszeri gyógyszerek esetében alkalmazzák előszeretettel a promóciónak ezt a fajtáját.

Az orvosok generikus gyógyszerek iránti attitűdjére vonatkozó kérdések bevezetéseként rákérdezés történt az orvosok részéről – a kutatás előtti évben – előfordult originális gyógyszer generikumra való cserélésére a terápiában. A 43 válaszadó közül 34 élt ezen idő alatt a csere lehetőségével. A csere okaként legnagyobb számban (összesen 28 említés) a generikus gyógyszer alacsonyabb árát említették (lásd 7.10. ábra).

7.10. ábra, Originális gyógyszer generikusra történő lecserélésének okai



A generikum hatékonyságára vonatkozó megállapítás ("ugyanolyan hatékony") jóval kevesebb (szám szerint 6) említést kapott. A csere okaiként előfordultak még: hozzáférhetőség, gazdaságosság, kedvezőbb tapasztalat, kedvezőbb mellékhatás. A generikus gyógyszer tehát szinte kizárólag gazdasági szempontok alapján jöhet szóba választott terápiaként. A gyógyszer hatékonysága a lecserélésre való hajlandóság vizsgálatakor azonban elsődleges szempont (lásd 7.36. tábla).

7.36. tábla, Generikum alkalmazására való hajlandóság

Olcsóbb, azonos hatóanyagúra lecserélné-e...	Említések száma
Igen, bizonyított hatásereőség mellett	38
Igen, amennyiben nem több a mellékhatása	13
Igen, amennyiben a főgyógyszerész javasolja	6
Semmi esetre sem	1

Lantos [1996] kutatási eredményei ebben a témában azt mutatták, hogy két azonos hatóanyagú termék közül az eredeti gyártó – originális – készítményét a megkérdezett orvosok 43,4%-a előnyben részesítette. A gyógyszerválasztásukat befolyásoló szempontok közül első a saját tapasztalat, a gyártó iránti bizalom közepesen fontos, és a kollégák véleménye a legkevésbé fontos. Az új innovatív gyógyszer, amennyiben bizonyított hatásereőségű, az orvosok több mint harmadánál a gyógyszer rendelését eredményezi. Kutatási eredményeimmel összhangban ez is azt bizonyítja, hogy a gyógyszerválasztásnál a hatékonyság az elsődleges szempont. A szerző hozzáteszi: "az orvosokkal kialakított jó kapcsolat és a gyártó iránti bizalom növeli az innovatív gyógyszer elfogadását és rendelési esélyeit".

A magyarországi NIB Research gyógyszermarketing-kutatásokkal foglalkozó cég vizsgálatában részt vett kórházi orvosokat gyógyszerelési kérdésekben fele-fele arányban befolyásolja, hogy egy gyógyszer eredeti hatóanyagú, vagy generikus [Antibiotikum Track, 2002]. 60%-uk az originális antibiotikumokat részesíti előnyben a generikumokkal szemben. Azok közül, akik figyelembe veszik döntésükkor a gyógyszer originális illetve generikus jellemzőjét, nagyobb arányban találhatóak azok, akik az originális antibiotikumot preferálják (lásd 7.37. tábla). Azok, akik nem veszik figyelembe, hogy originális vagy generikus a gyógyszer, nagyobb valószínűséggel a generikumot választják, valószínűsíthetően az ára miatt. Az eredmények szerint sem az orvosok életkora, sem pedig a praktizálási idejük nem befolyásolja az originális-generikus kérdéssről alkotott véleményüket. Jellemző ezenkívül, hogy azok szerint, akik az originális antibiotikum mellett teszik le a voksot, az originális hatásosabb. Az eredmények azt mutatták, hogy akik a generikumokat részesítik előnyben, azokat gyakrabban látogatják orvoslátogatók.

7.37. tábla, Az originális és a generikus gyógyszerekre vonatkozó preferencia

		Originális/generikus preferencia		
		Originális	Generikus	Összesen
Figyelembe veszi-e hogy originális vagy generikus	Igen	84,62	15,38	100
	Nem	45	55	100
	Összesen	71,19	28,81	100

Forrás: Antibiotikum Track, 2002

A generikumokra vonatkozó orvosi attitűdöt négy állítással való egyetértés 1-től 5-ig terjedő skáláján vizsgáltam (lásd 7.38. - 7.41. táblák).



7.38. tábla, "A generikus gyógyszernek több a mellékhatása."

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem értek egyet (1)	14
Nem igazán értek egyet (2)	15
Csak részben értek egyet (3)	9
Nagyrészt egyetértek (4)	2
Összesen	40
Átlag: 1,98, Módusz: 2, Medián: 2	

7.39. tábla, "A generikus gyógyszer kevésbé hatásos."

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem értek egyet (1)	15
Nem igazán értek egyet (2)	10
Csak részben értek egyet (3)	12
Nagyrészt egyetértek (4)	3
Összesen	40
Átlag: 2,08, Módusz: 1, Medián: 2	

7.40. tábla, "A már bevált gyógyszert nehezen cserélem le."

	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem értek egyet (1)	3
Nem igazán értek egyet (2)	6
Csak részben értek egyet (3)	12
Nagyrészt egyetértek (4)	13
Teljesen egyetértek (5)	7
Összesen	41
Átlag: 3,37, Módusz: 4, Medián: 3	

7.41. tábla, "Jó gyógyszernek nem kell reklám."

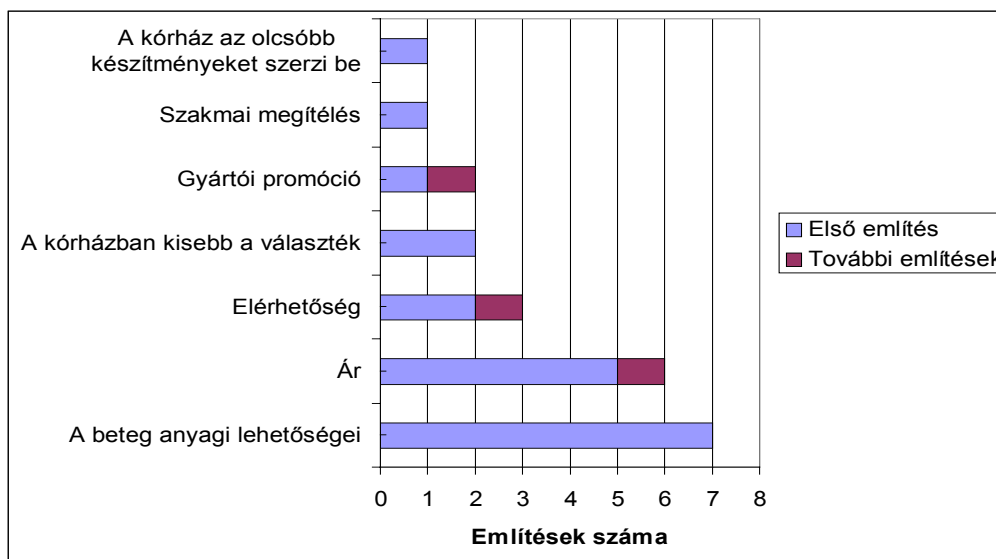
	<b>Gyakoriság</b>
Egyáltalán nem értek egyet (1)	10
Nem igazán értek egyet (2)	11
Csak részben értek egyet (3)	8
Nagyrészt egyetértek (4)	5
Teljesen egyetértek (5)	7
Összesen	41
Átlag: 2,71, Módusz: 2, Medián: 2	

A válaszadó orvosok nagy része (29 orvos a 40 válaszadóból) egyáltalán nem, vagy nem igazán értett egyet azzal a megállapítással, hogy a generikus gyógyszernek több a mellékhatása, mint az originálisnak. 11 orvos azonban mutatott némi negatív attitűdöt a mellékhatás tekintetében a generikus szerekkel szemben. A hatásosságra vonatkozó állítást vizsgálva ez a negatív hozzáállás kissé növekedett, 40 válaszadó közül 25 fő részben vagy

nagyrészt egyetértett azzal a mondattal, hogy a generikum kevésbé hatásos. 25 orvos a 41 válaszadó közül részben vagy nagyrészt, 7 orvos pedig teljesen egyetértett azzal az állítással, miszerint a már bizonyított gyógyszert nehezen cseréli le. A válaszok alapján az orvosok elfogadják a gyártói promóció létét, szükségességét, 41 válaszadóból 22 orvos "nem igazán", vagy "egyáltalán nem" ért egyet azzal, hogy jó gyógyszer reklám nélkül is elfoglalhatja helyét a piacon. A generikumokkal szembeni attitűdöt nem befolyásolja az a tény, hogy a kérdéses időszakban történt-e originális szer generikusra való lecserélése, és fordítva, a lecserélésre való hajlandóságra nincs hatással a generikumokkal szembeni orvosi attitűd. Amennyiben megvizsgáljuk az orvosok szakterületét és hozzáállását a generikumokhoz, akkor megfigyelhető, hogy a belgyógyászoknak rosszabb a véleménye a generikumokról, valószínűsíthetően azért, mert több antibiotikumot használnak, mint az egyéb szakterületi orvosok, és az eredmények pedig azt mutatták, hogy az antibiotikumok csoportjában nagyobb az aránya az eredeti márkás gyógyszereknek.

Az orvosok gyógyszerelési szokása eltérhet a kórházi terápiában és a szakrendelés járóbeteg ellátás keretében történő gyógykezelés alkalmával. A 41 válaszadó orvos közül 36 szakrendelést is vezet. Közülük 22 esetében a megkérdezett periódusban előfordult, hogy eltérő gyógyszer márkát alkalmazott. Az eltérő gyógyszerelés okairól a 7.11. ábra ad felvilágosítást.

7.11. ábra, Kórházi és szakrendelésen történő gyógyszerelés eltéréseinek okai



A felmérés szerint az eltérő gyógyszerválasztás oka jellemzően a gyógyszer ára, a járóbeteg ellátás az olcsóbb gyógyszer felé tolja el a gyógyszerelést. Az orvosok megítélése szerint szerepet játszik még ezenkívül a gyógyszer (kórházi és patikai) elérhetősége, a gyártói promóció (!), illetve szakmai indokok. Az eredmények azt mutatják, hogy az ár a döntő oka a kórházi és a szakrendelésen történő eltérő gyógyszerelésnek, még akkor is, ha gyengébb minőségűnek tartják a generikus gyógyszert.

A generikumokkal szembeni attitűd és a lecserélés, illetve a szakrendelés eltérő gyógyszerelése között semmilyen összefüggés nem található.

### **7.5. A kutatás korlátai**

A primer kutatás elsőként említendő korlátja a szervezeti piacon való kutatás jellegzetességére vezethető vissza. A szervezeti piacokon a megkérdezettek koncentráltan, kisebb számban vannak jelen, ezért kisebb elemszámú mintával is kell számolni. Piackutatással foglalkozó szakemberek szerint a szervezeti piacon leginkább alkalmazható primer kutatási módszer a személyes megkérdezés [Hoffmann et al., 2000], melyet a feltáró kutatás során magam is alkalmaztam. A piac teljes lefedése és az összehasonlíthatóság céljából ugyanakkor a további kutatás során a postai kérdőíves módszer bizonyult alkalmazhatónak. Kutatásom során törekedtem a minél nagyobb válaszadási arányra, azonban – különösen az orvosi kérdőívet illetően – egyes kérdések értékelhetőségét a kis elemszám megghiúsította.

Az egészségügy, mint kutatás szempontjából speciális terület szintén korlátokat jelentett. A kis elemszám mellett a kórházak rendkívüli heterogenitása is befolyásolta az eredmények értékelhetőségét (klaszterezés a magyar kórházi piacon a kórházak között a sokszínű viselkedés miatt szinte elképzelhetetlen). Az egyedi válaszok, véleménykülönbségek pontosabb feltárásához minden bizonnyal további személyes interjúkra, az egyes szegmentumokat (egyetemek, fővárosi kórházak, stb.) teljes egészében lefedő kutatásra lenne szükség, mely túlmutat jelen vizsgálódás keretein. A speciális területből eredő másik oka a kis elemszámnak, hogy a kórházak egy része rossz anyagi helyzete miatt zárkózott el a kutatásban való résztvételtől. A kirívó esetek – a főgyógyyszerész szerint – nem reprezentáltak volna kellőképpen a kórházi gyógyszerbeszerzési gyakorlatot. Sok esetben a

személyi feltételek nem tették lehetővé a kutatásban való részvételt (kevés a kórházi gyógyszerész, asszisztens a napi feladatok elvégzésére is). Az egyetlen hosszabb időt igénybe vevő kérdés – amely az antibiotikum felhasználásra vonatkozott és múltbéli adatokat is tartalmazott – megválaszolása jellemzően azért okozott nehézséget több esetben, mert a kórház nem rendelkezett megfelelő számítógépes adatnyilvántartással (ez a kérdés nem is került kiértékelésre). Megjegyzendő ez a tapasztalat is azt bizonyítja, hogy általánosan a kórházi gyógyszergazdálkodás elemzéséhez sok helyen az alapvető információk sem állnak rendelkezésre.

Az eredmények értékelése során és a levonható tapasztalatok tekintetében mindenképpen figyelembe kell venni, hogy a kutatás relatíve kis mintán történt.

## 7.6. Következtetések

A primer kutatás során kapott eredményeket a gyógyszeripar sajátos környezetébe illesztve foglalom össze, tekintettel arra, hogy a dolgozat kiinduló álláspontja, célja is az volt, hogy a versenyképességet az iparági sajátosságok figyelembe vételével mutassa be.

### 1.

Az egészségügyi kiadások csökkentése érdekében mindenhol a világon az olcsóbb gyógyszerek, a generikumok felé irányul a gyógyszerek helyettesítése. A kórházi gyógyszerek ára Magyarországon körülbelül kétszerese a patikai gyógyszeráraknak, így ennek a részpiacnak az első és legfontosabb jellemzője az árverseny. A kórházi gyógyszerbeszerzést vizsgálva elmondható, hogy a gyógyszer minőségét alapfeltételként tekintve az elsődleges szempont a beszerzési ár és az árkedvezmények. A kórházak nagyfokú árérzékenysége összefügg azzal is, hogy a kórház a gyógyszerkiadással járó költségeit nem tudja tovább hárítani, ahogy azt a patikák teszik az OTC-készítmények esetében, illetve a kórházi gyógyszerköltség a kórházi költségvetés több, mint 10%-a, ami Európában szokatlanul magasnak számít. A másik lényeges vonása a kórházi piacnak, hogy a gyógyszerek életciklusa ezen a piacon kezdődik, már a gyógyszerfejlesztés tesztelési fázisában. Éppen ezért a fogyasztást generáló orvosok már ekkor kapcsolatba kerülnek a gyártóval. A gyártók kommunikációjának eredménye pedig közvetlenül mérhető a kórház gyógyszerbeszerzése kapcsán. Mindezeket átgondolva az 1. Hipotézist, mely szerint *a*

*kórházi gyógyszerbeszerzés a gyógyszeripari versenyképesség egyik meghatározója, elfogadhatjuk.*

## 2.

A kórházi gyógyszerbeszerzés körülményeit tovább vizsgálva a szervezet specifikus tényezők közül több olyat is találtam, amelyek befolyásolják a gyógyszerpiaci versenyképességet. A gyógyszerek beszerzésére a közbeszerzési törvény vonatkozik. A kutatás megerősítette a korábban már gyógyszerszakemberek által megvilágított problémát, miszerint a közbeszerzés nehezen értelmezhető és a gyakorlatban nehezen alkalmazható a gyógyszerek termékcsoportjára, többek között azért, mert a gyógyszerek nem jelentenek homogén termékcsoportot. A kutatásom eredménye szerint a közbeszerzést kikerülő kórházak a közbeszerzés ellen szóló érvek közül az első helyre sorolták, hogy kedvezőbb beszerzési feltételekhez jutnak hozzá, amennyiben más úton szerzik be a gyógyszert. A közbeszerzés alá vont készítmények vagy a teljes gyógyszerfelhasználást jelentik, vagy a termékek köre tipizálható a magas felhasználású, magas árú gyógyszerek körére, mint pl. infúziók, antibiotikumok, azonban az így kapott csoportok is meglehetősen heterogének, és a csoportosítás erősen kórházfüggő. Az eltérő beszerzés pedig más versenyhelyzetet teremt e termékcsoportok, illetve egyéb termékek gyártói számára. Amennyiben a beszállítókat nagykereskedőkre és gyártókra osztjuk, úgy szintén eltérő versenypozíciók alakulnak ki. A közbeszerzés során jellemzően előnyt élveznek a nagykereskedők, mivel ők széles termékpalettát nyújtó ajánlatot tudnak tenni, és a kihelyezett készletek szintén az ő versenyelőnyeik közé tartoznak. A közbeszerzési tender teljesítésének ideje alatt új beszállító megjelenésére nem kell számítani. A szállító-vevő kapcsolat is eltérő a tendergyőztes és a kórház, illetve más módon beszállító és a kórház között. A legfőbb beszállító értékelésekor kapott eredmények bár a kevés esetszám miatt nem általánosíthatók, de eltérést mutattak. A 2. Hipotézis tehát, mely szerint *a gyógyszeripari versenyképesség függ a kórház közbeszerzési gyakorlatától, igaznak bizonyult.*

## 3.

A kutatás részletesen foglalkozik a kórházi beszerzés termék specifikus tényezőivel. A gyógyszerek versenyhelyzete a kórházi piacon egyes részpiacokat – például terápia alapján – tekintve eltérő. A gyógyszerek különböző szempontok szerinti csoportosítása a dolgozatban megtörtént, azonban a kutatás során nem sikerült homogén részpiacokat

alkotni, és azokon megvizsgálni a versenyhelyzetet. Kézenfekvőnek a gyógyszerek originális és generikus hatóanyag szerinti megosztása bizonyult. Egyes területeken a generikumoknak jobbak a lehetőségei, de kiemelt területeken (pl. antibiotikumok, citosztatikumok) az innovatív gyógyszernek létjogosultsága van. A szervezeti piacra jellemző áralku miatt az originális gyártók esetlegesen jobb pozíciót érhetnek el a versenyben, a generikus gyógyszerek árelőnye a kórházi piacon nem általános. A generikus gyártók számára tehát felmerülhet új versenyelőny kialakítása. Megvizsgálva azonban a főorvosok generikumokkal szembeni attitűdjét és a generikus termékre való átállás hajlandóságát – ami elég magasnak bizonyult – semmilyen összefüggést nem találtam az attitűd és a generikum alkalmazása között. Más kutatások szintén ambivalens hozzáállásról és generikus használatról számolnak be, tehát az orvosok fejében az originális-generikus kérdés korán sem letisztult, a két csoport termékjellemzői közötti különbségek, hasonlóságok nem válnak el élesen (ennek okai lehetnek tapasztalatból eredőek, vagy egyéb indokok). A gyógyszerválasztás során első helyen a gyógyszer hatékonysága a döntő, ezért ezen tulajdonság kommunikálása mindenképpen célszerű. A 3.a. Részhipotézist, mely szerint *a generikus gyártóknak új versenyelőnyt kell szerezniük a kórházi piacon*, nem sikerült sem bizonyítani, sem elvetni. A 3.b. Részhipotézist – *az originális szerek kórházi dominanciájára vonatkozóan* – sem sikerült teljes mértékben igazolni. Az antibiotikumok csoportjában azonban mindenképpen az originális szerek részaránya a nagyobb, a kutatás szerint átlagban majdnem 70%.

#### 4.

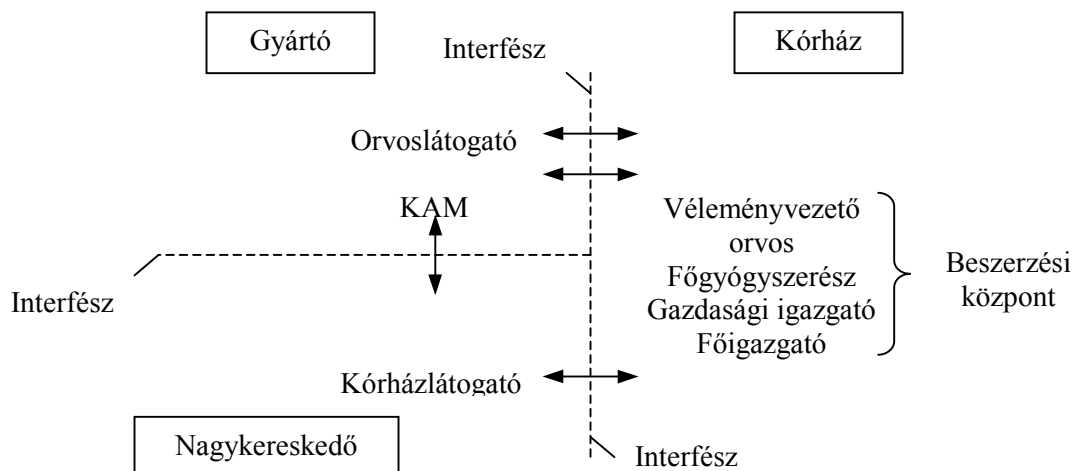
A gyógyszerek kórházi piaci versenyét befolyásolja többek között az a nemzetközileg is elterjedőben lévő gyakorlat, miszerint a kórház alaplistán szerepelteti a kórházban használatos gyógyszereket, és ezek beszerzését szorgalmazza. A felmérésben részt vett kórházak nagyobb részében használnak ilyen listát. A listák tartalma kórházanként egyedi, az alaplistán lévő hatóanyagok száma 20 és 1050 között mozog. A gyártók célja az alaplistára való felkerülés, mivel ez előnyt biztosít számára a kórházi értékesítésben. A kórházak rendkívül sokszínű képet mutatnak a listák alkalmazása, és a listák tartalma terén. A 3. Hipotézis nem talált bizonyításra, de nagy valószínűséggel *a gyógyszeripari versenyképesség függ attól, hogy a kórház milyen mértékben alkalmazza a helyettesíthetőséget.*

## 5.

A gyógyszerek életciklusa a kórházakban kezdődik, ezért ez a piac kiemelten fontos a gyógyszergyártók számára. A dolgozatban részletesen bemutatásra került, hogy a kórházi vevők jelentékeny szerepet töltenek be a gyártó életében (4.3. fejezet). A személyes interjúk feltárták, hogy a kórházi informális kapcsolat jelentős információforrás a gyártók versenyképességét is érintő kérdésekben (lásd 4.3. fejezet 4.5. tábla). A kórházi gyógyszerbeszerzésben résztvevő döntéshozókkal való személyes kapcsolat eredményessége a gyógyszerbeszerzés során könnyebben igazolható, mint a házi orvosokkal való kapcsolat eredményessége a patikai eladásokat tekintve. A marketing eszközöket összehasonlítva a primer kutatás azt mutatta, hogy mind a főorvos, mind pedig a főgyógyszerész számára a legfontosabb információforrás az új gyógyszerről a gyártók képviselője, az orvoslátogató. A főorvos számára a szakirodalommal azonos a jelentősége, generikus gyógyszer esetében háromszor annyi említést kapott, mint a szakirodalom. Új gyógyszer kipróbálásának motiváló tényezői között azonban a szakirodalom vezet, ezért az orvoslátogató munkáját megfelelő mennyiségű és minőségű szakirodalommal megtámogatva célszerű fejleszteni. A 4. Hipotézist, mely szerint *a kórházakkal fenntartott kapcsolati marketingnek kulcsszerepe van a gyógyszeripari versenyképességben*, a leírtak alapján igazoltnak tekintjük.

A kapcsolati marketing témakörében elsősorban az interakciók szerepét hangsúlyozó modell alkalmas a leginkább arra, hogy a kórházi piacon az eladó-vevő kapcsolatokat jellemezzük. A kórházi piac interakcióit a 7.12. ábra mutatja be.

7.12. ábra, Eladó-vevő interakciók a kórházi piacon



A gyártó részéről a legfontosabb célszemély a véleményvezető orvos, másodsorban a főgyógyszerész, a nagykereskedők esetében egyedül a főgyógyszerész. A gyártó-kórház közötti interakció marketing és értékesítési funkcióval bír, a nagykereskedő-kórház interakciója során inkább az információcserére vonatkozó és pénzügyi csereepizódok dominálnak (a gyártó-nagykereskedő interakció során a kórházaknak juttatott gyártói kedvezmény továbbítása a fő kérdés). A vevőknek a kapcsolatba történő különböző mértékű bevonódása alapján mind a tranzakció- (akciós beszerzések), mind a kapcsolatorientált (tender, szállítási szerződés) kapcsolat előfordul a kórházi piacon. Az adaptáció megvalósításának a példája a kórházakba kihelyezett nagykereskedői készlet. A termék komplexitása, a minőség fontossága, a vevő bevonódása a termékfejlesztésbe (klinikai kutatás), a kevés számú beszállító, a gyakori (heti) megrendelés gyakorlata – mind együttműködő interakciós stratégiát feltételez a kórházi piacon.

Mindezek áttekintése után, a kiindulási marketing problémához visszatérve, *a gyógyszeripari versenyképességet a kórházi piacon a kórházi gyógyszerbeszerzésekkel összefüggésben meghatározzák* a következők:

- a termék jellege (terápia, hatóanyag)
- a kórház beszerzési gyakorlata, különös tekintettel a közbeszerzésre, és a termékek helyettesítésére (listák alkalmazása)
- a kórház specifikus jellemzők (méret, specialitás, pénzügyi helyzet)
- a személyes kapcsolat a döntéshozókkal, különösen a főorvosokkal és a főgyógyszerésszel



## 8. ÖSSZEFOGLALÁS

A disszertáció a gyógyszeripart a XXI. század elejének versenyfeltételei tükrében mutatja be, s a gyógyszeripari versenyképesség témájához újszerű megközelítéssel járul hozzá: az eladó (különösen a gyártó)-felhasználó kapcsolat sajátosságait vizsgálja, a kórházi gyógyszerbeszerzéssel, és annak versenyre ható tényezőivel foglalkozik.

Tekintettel arra, hogy a téma – ti. versenyképesség vizsgálata a vevő beszerzési döntésén keresztül – a marketing irodalom több részterületéhez kapcsolódik, az elemzéshez felhasznált modellek is több részterületről származnak. Ennek megfelelően kerültek bemutatásra a versenyképességi kutatások, a szervezeti beszerzés és a kapcsolati marketing modelljei. A dolgozat az egyes területekről három alapvető modellt emel ki, s ezeket alkalmazva – alkalmazott modelleket kidolgozva – jellemzi a gyógyszeripari ágazat sajátos esetét:

(1) versenyképesség terén: a *Porter-féle iparági versenyképesség modelljét*

(2) szervezeti beszerzés terén: a *Sheth-féle integrált modellt*

(3) kapcsolati marketing terén: az IMP csoport *interakciós modelljét*

A disszertáció alapvetése, hogy a gyártók számára a versenyképesség meghatározó tényezői között a vevőkapcsolatok szerepe jelentősebbé vált. A kapcsolatok formáit és tartalmi jegyeit, csakúgy, mint a marketingeszközök teljes körét a vevők beszerzési magatartása ismeretében szükséges kialakítani, átalakítani, korszerűsíteni. A gyógyszermarketing irodalomban a kórházi vevők vizsgálata eddig nem kapott kellő figyelmet. Bár a forgalom tekintetében a kórházi gyógyszerforgalom jóval alatta marad a kiskereskedelmi (patikai) forgalomnak, a kórházak nem egyszerűen vevők, stratégiai fontosságú szerepet játszanak valamennyi gyártó, és egyes nagykereskedő számára.

A szűkebb téma vizsgálatához fokozatosan közelíték: először általános iparági elemzést végeztem, bemutatva a gyógyszeripar világméretű trendjeit és a hazai gyógyszerpiac szerkezetét. A piaci elemzése során abból indultam ki, hogy a gyógyszeripar elérte az érettség szakaszát, és ez a tény határozza meg napjaink gyógyszeripari eseményeit. A felvásárlások, fúziók a közeljövőben is tovább folytatódnak, mivel a vezető vállalatok ebben látják növekedési lehetőségüket. A hazai gyógyszerpiacon a gyártók szinte ugyanazokkal a kihívásokkal néznek szembe, mint a világpiacon (gyógyszerköltség

növekedése miatti kormányzati intézkedések, növekvő fejlesztési és marketingköltségek, stb.), a gyógyszerpiac globális piaccá alakult. Ez a gyógyszerpiaci elemzés biztosította a háttérrel a további vizsgálódáshoz.

Ezt követően a hazai jelentősebb versenyképességi vizsgálatok áttekintése rávezetett arra, hogy módszertani szempontból e modellek helyett (illetve mellé) egy alkalmasabb, sajátos nézőpontú elemzési modellt kell választanom, amely a gyógyszeripari vállalatok versenyképességét az iparági sajátosságok környezetébe ágyazódva segít elemezni, az általam kitűzött célnak megfelelően. Porter iparági versenyképességre vonatkozó modellje tűnt a legalkalmasabbnak arra, hogy a gyógyszeripar támasztotta versenyfeltételeket modellezem, mivel ez a modell összekapcsolja a makrogazdasági követelményeket a vállalat működését meghatározó versenytényezőkkel. A modell továbbfejlesztett változataiban szereplő új versenytényezők közül az idő, a költség és a kockázat került kiemelésre a gyógyszeripar esetében, a gyógyszerkutatás folyamatát előtérbe állítva.

Ezután a kórházi piacot a gyógyszerpiac szegmenseként, majd, mint szabályozott piacon jelenlévő szervezeti vevő modelljeként mutattam be. A kórházi piac nemzetközi tendenciáinak egy része Magyarországon is egyre erősödőben van (csökkenő ápolási idő, értékben növekvő gyógyszerfelhasználás, gyógyszerlisták alkalmazása, stb.). A magyarországi kórházakra érvényesek mindazok a jellemzők, amelyek a szabályozott, intézményi beszerzést befolyásolják (domináns állami tulajdon, szabályozott beszerzés, formális beszerzői bizottság, stb.), ugyanakkor egyedi jellemzőként a gyártóktól ingyen juttatott gyógyszerek miatt számolnunk kell egy ún. látens piaccal. A szervezeti beszerzés elméleti modelljei ezért a kórházi piacra nehezen adaptálhatóak. A kórházi piacra is alkalmaztam a versenyképességi modellt, hogy ezen a sajátos területen is megvizsgáljam a versenyt meghatározó tényezőket. A partnerkapcsolatok kiemelt fontossága miatt szükségszerű volt a kapcsolati marketing modellek célirányos áttekintése. A modellek közül a személyes interakciók szerepét hangsúlyozó modell mutatja be leginkább a partnerek közötti kapcsolatok mozgatórugóit. A kapcsolati marketingen belül kiemelt szerepet játszó kulcsvevő-konceptió alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a kórházi vevők a gyógyszergyártók számára stratégiai fontosságúak ugyan, de jellemzőik eltérnek a kulcsvevő (nagyvevő) általában vett meghatározásától. Volumenben kisebb részarányt képviselnek az eladó portfóliójában. A kórházi vevők jövőbeni fontossága (a kórházi

orvosok gyógyszerelésének kihatása a patikai forgalomra), a presztízs, és nem utolsósorban a termékfejlesztésbe való bekapcsolódásuk teszik őket a kulcsvevőkhöz hasonló fontosságú vevővé. A nagykereskedők számára a kórházi vevő olyan vevő, amely különleges figyelmet, szolgáltatást igényel, és általában szintén nem a beszerzett mennyiség tekintetében számít kulcsvevőnek.

A kórházi gyógyszerbeszerzést a magyarországi viszonyok között elemeztem, melynek során feltáró jellegű primer kutatást végeztem. A kutatás első részében személyes interjúk voltak segítségemre, majd postai kérdőíves módszerrel a hazai egészségügyi intézmények körében végeztem szélesebb körű felmérést a gyógyszerbeszerzési gyakorlatról és a gyógyszerelési szokásokról.

A kutatás során bizonyítást nyert az a feltevés, mely szerint a kórházi gyógyszerbeszerzés a gyógyszeripari versenyképesség egyik meghatározója (1. Hipotézis). A kórházi gyógyszerbeszerzés folyamatának, és a szervezetspecifikus tényezők tanulmányozása során külön kiemelésre került a közbeszerzés hatása a versenyképességre (2. Hipotézis). A gyógyszermarketingben a termék különleges megközelítést igényel. A kórházi piacon ezért a termékspecifikus tényezők fokozott szerepet kapnak, a heterogenitás nagymértékben befolyásolja az egyes piaci szereplők versenyhelyzetét (3. Hipotézis, 3.a. és 3.b. Részhipotézisek). A kevés számú piaci szereplő, a termékkel szembeni magas elvárások, a személyes kapcsolatok jelentősége előrevetítik a kapcsolati marketing kulcsszerepét ezen a piacon (4. Hipotézis). A kutatás megerősítette az orvoslátogatók munkájának fontosságát. Az eladó-vevő kapcsolatok jellemzésére vonatkozó eredmények alapján elmondható, hogy a magyarországi kórházak gyógyszerigényei alapvetően biztosítva vannak a jelenlegi piaci viszonyok között, a gyógyszerbeszállítókkal elégedettek, a kapcsolatot nagyfokú bizalom és stabilitás jellemzi.

A nemzetközi tendenciák és a kutatás eredményei kapcsán a következő megállapításokkal élhetünk a kórházi piac jövőjére vonatkozóan Magyarországon:

- A kórházak gyógyszerbeszállítóinak köre ma is jelentősen koncentrált, további piaci koncentráció nem várható.

- A kórházak működésének hatékonyságában nagy szerepe van a gyógyszergazdálkodásnak. A gyógyszergazdálkodást csak jól nyomon követhető, nyilvántartott gyógyszerbeszerzés javíthatja.
- Az Alkotmánybíróság 2003. december 15-ével megsemmisítette ugyan az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről szóló 2003. évi XLIII. törvényt (röviden kórháztörvényt), a kormányzati költségek csökkentése érdekében a magán szektor valamilyen mértékű és módozatú bevonása mindenképpen várható ezen a területen. Szakemberek szerint a kórház szintű privatizációt azon kisebb egységek, osztályok magánosítása fogja megelőzni, ahol a forgalom jól becsülhető [Kató et al., 2003]. A gyógyszerek iránti kereslet nemcsak a kórházakban, hanem általánosan is meglehetősen nehezen becsülhető a gyógyszerpiacon. Az intézeti gyógyszerfogyasztás tervezhetőségével kapcsolatos problémák gátját jelenthetik a kórházi gyógyszerár privatizációjának, bár már van példa külső befektető által üzemeltetett kórházi gyógyszerárúháza (igaz, az eredetileg zárt forgalmú patika jövedelmező működését a lakosság felé nyitott patikarészből származó bevétel támogatja).
- A kórházak privatizációja kapcsán bizonyára több figyelmet fog kivívni a kórházak gyógyszerbeszerzési mechanizmusának vizsgálata két okból is: (1) mint azt kutatásom is bizonyította, a közbeszerzés gazdaságilag nem hatékony a kórházak számára a gyógyszerbeszerzések esetében, (2) a hazai kórházi gyógyszerkiadások aránya a kórház kiadásaihoz viszonyítva az európai gyakorlattal összehasonlítva kiugróan magas, és ez az a költség, amely a kórházi költségvetésben rugalmasan változtatható (összehasonlítva például a bérköltségekkel). A gazdasági hatékonyság feltárása, az ok-okozati összefüggések azonosítása pedig elengedhetetlen, amennyiben piaci alapokra kerül az eddig részben piacosodott kórházi terület. Egyes szakértői vélemények szerint<sup>55</sup> a kórház-privatizáció gyógyszerbeszerzést érintő hatása egyelőre elméleti kérdés, mivel rövidtávon nem számolhatunk a privatizáció megvalósulásával. A tulajdonos személye várhatóan nem lesz hatással az egészségügyi rendszertől valamelyest elhatárolható, piaci alapokon nyugvó gyógyszerellátási rendszerre.

---

<sup>55</sup> interjú Fekete Tiborral (MAGYOSZ)

Amennyiben a privatizáció során a piaci bizonytalanság fokozódni fog, úgy a kórházi gyógyszerárak a gyógyszerbeszerzéseiket még inkább rövidtávon kívánják majd megvalósítani.

- Magyarország Európai Unió csatlakozásával a közös piacon belüli vámok megszűntek, amely változás felveti a közvetlen külföldi gyógyszerbeszerzés lehetőségét. Szakértők a magas árkülönbség – a magyarországi gyógyszerárak átlaga az Unió gyógyszerárak átlaga alatt van –, és a távolság okán megnövekedő szállítási költségek miatt nem tartják valószínűnek a közvetlen beszerzést.
- Az intézetvezető gyógyszerészek menedzsment szintű döntésekbe való bevonása a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan a jövőben várhatóan erősödni fog.

A kutatás újdonságának elméleti vonatkozása az általános marketing modellek alkalmazhatóságának vizsgálata, alkalmazott modellek létrehozása, melyek elősegítik mind az iparági piac, mind a piaci kapcsolatok jobb megértését. A dolgozat újszerűsége, hogy a kórházi piac bemutatása, a beszerzés modellezése egyfajta rendszerszemléletet ad a gyógyszeripar számára.

A magyarországi kórházi gyógyszerbeszerzésről készült empirikus kutatás (1) egyrészt aktuális információkkal gazdagítja a hazai kórházak gyógyszerbeszerzésére vonatkozó egyéb statisztikákat és elemzéseket, (2) másrészt a kutatási eredményeknek a beszerzési magatartás integrált modellje alapján történő bemutatása az empiriát visszacsatolja az elméleti modellhez, (3) harmadrészt a kutatás eredményei orientálhatják a gyógyszerpiac gyártói és nagykereskedői oldalának szereplőit a kórházakkal való kapcsolatuk javításában.

*Kutatómunkám megerősített abban, hogy e speciális terület marketing szempontú vizsgálata aktuális és életszerű, hogy a vállalati versenyképességnek a partnerkapcsolatok fejlesztése meghatározó tényezője, s hogy a versenyképesség vizsgálata nem lehet teljes a partnerkapcsolatok elemzése nélkül.*

A disszertáció témája további kutatási lehetőségeket rejt magában. (1) Mindenekelőtt a kapcsolati marketing területén célszerű további, elsősorban kvalitatív kutatásokat folytatni; a kapcsolati attitűdök vizsgálata közelebb visz a kapcsolatok modellezéséhez ezen a speciális piacon. (2) A kutatás során nem sikerült a gyógyszerek csoportjában homogén részpiacokat alkotni. Egy csoportosítási szisztéma kiválasztása, majd az így kialakult

homogén részpiacokon való vizsgálódás (eltérő involvement szerepe) tovább gazdagíthatja a gyógyszerpiaci versenyképességről szóló tanulmányok sorát. (3) Egy-egy jól követhető kórházi beszerzési mechanizmus gyakorlati példaként való bemutatása – a specifikumok kiemelése mellett – színesítheti a szervezeti beszerzés témájában írt esettanulmányok körét.

## 9. IRODALOM

### *Könyvek, folyóiratok:*

1. Allary, C., Desdouits, F. (2004): The case for a European merger. *Scrip Magazine*. Jan 12-15. p.
2. Antalóczy K. (1999): Privatizáció a gyógyszeriparban. Számadás a Talentumról, ÁPV Rt.
3. Amman, S. (2003): Krankenhausapotheken in Europa – Ergebnis einer Umfrage der EAHP im Jahr 2000. *Krankenhauspharmazie*. 24. Jahrgang. Nr. 3. 77-86. p.
4. Ari L., Fülöp R. (2002): Lehet, hogy rossz, de biztos vevők a gyógyintézetek. *Medicina Melléklet - Világgazdaság*, október 31.
5. Ballance, R., Pogany, J., Forstner, H. (1992): The world's pharmaceutical industries: an international perspective on innovation, competition and policy. E. Elgar England, 86. p.
6. Bauer A., Mitev A. (2001): Marketing a gyógyszeriparban. Dictum Kiadó, Budapest
7. Berács J., Bauer A., Kenesei Zs., Kolos K. (2002): Marketing és versenyképesség egy változó világban. in Chikán A. - Czakó E. - Zoltayné Paprika Z.: Vállalati versenyképesség a globalizálódó magyar gazdaságban. Akadémiai Kiadó, Budapest. 213-242. p.
8. Berger Zs. (1999): Egis-stratégia. Bejárt Úton. *Figyelő*. október 28. 45. p.
9. Bod E., Kiss A. (2003): Gyógyszeripar. Vállalkozói tájékoztató sorozat. Piacgazdaság Alapítvány. Ipargazdasági Kutató és Tanácsadó Kft., Budapest
10. Bogsch E. (2002): A hazai gyógyszeripar és az ágazat reformja. *Világgazdaság*. október 31.
11. Borsi B., Dr. Demeter Á., Szalkai Zs.(2003): K+F és egyetemi kapcsolatok a magyar gyógyszeriparban. in A hazai és nemzetközi kutatás-fejlesztési és innovációs együttműködések, az egyetemek és a gazdaság közötti kapcsolatok fejlesztése. BME Heller Farkas Innovációs Kutatócsoport. II. kötet 151-201. p.
12. Dr. Botz L. (1997): A kórházi gyógyszerköltségek finanszírozásának gondjai és problémái. Különlenyomat - *Gyógyszerészet*. 41. 748-752. p.
13. Bozóki Z. (2002): A központosított közbeszerzés dilemmái. *Medicina – Világgazdaság melléklet*. október 31.
14. Brown, Ph. (2004): The old order comes to an end. *Scrip Magazine*. Feb 3-4. p.
15. Bunn, M.D. (1993): Taxonomy of Buying Decision Approaches. *Journal of Marketing*. Vol 57. 38-56. p.
16. Campbell, N.C.G. (1990): An Interaction Approach to Organizational Buying Behavior. In ed. Ford, D.: Understanding Business Markets. Interaction – Relationship – Network. Academic Press. 265-278. p.
17. Cannon, J.P., Narayandas, N. (2000): Relationship Marketing and Key Account Management. In ed. Sheth, J.N., Parvatiyar, A.: Handbook of Relationship Marketing. SAGE Publications, 407-429. p.
18. Charlish, P. (2004): Amgen's star performance. *Scrip Magazine*. Feb 35-37. p.
19. Chren, M.-M., Landefeld, S. (1994): Physicians' Behavior and Their Interactions With Drug Companies. *Journal of American Medical Association (JAMA)*. March 2. Vol 271. No. 9. 684-689. p.
20. Corstjens, M. (1991): Marketing Strategy in the Pharmaceutical Industry. Chapman & Hall
21. Czakó E. (2000): Versenyképesség iparágak szintjén – a globalizáció tükrében. *Ph.D. disszertáció*. BKÁE

22. Danó A. (2004): Kísérlet újabb árfefagyasztásra. *Népszabadság*. június 8.
23. Deschamps, J-P., Nayak, P. R. (1995): *Products Juggernauts*. Harvard Business School Press
24. Dichtl, E., Thiess, M. (1989): Die Kommunikationspolitik pharmazeutischer Unternehmen - Bestandsaufnahme und Gestaltungsempfehlungen. *In: Dichtl, Raffée, Thiess: Innovatives Pharma-Marketing*. Wiesbaden. Gabler
25. DiMasi, Joseph A., Hansen, Ronald W., Grabowski, Henry G. (2003): The price of innovation: new estimates of drug development costs. *Journal of Health Economics*. Volume 22. Issue 2. March 151-185. p.
26. Doyle, P. (2002): Értékvezérelt marketing - A részvényesi értéket és a vállalati növekedést támogató marketingstratégiák. Panem Kiadó - John Wiley & Sons, Budapest
27. Drótos Gy., Szabó Z. (2002): Vállalati informatika Magyarországon az ezredfordulón – mítosz és valóság. *In Chikán A. - Czakó E. - Zoltayné Paprika Z.: Vállalati versenyképesség a globalizálódó magyar gazdaságban*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 266-282. p.
28. Feller A. (2002): A gyógyszerpiac átalakulásának hatása az iparág különböző szereplőire az elmúlt évtizedben. *Gyógyszerészet*. január 36-42. p.
29. Ford, D. (1990): An Interaction Approach. *In ed. Ford, D.: Understanding Business Markets. Interaction – Relationship – Network*. Academic Press. 7-26. p.
30. Ford, D. (2000): The Development of Buyer-Seller Relationships in Industrial Markets. *In ed. Sheth, J.N. - Parvatiyar, A.: Handbook of Relationship Marketing*. SAGE Publications, 43-57. p.
31. Ford, D. (2003): *Business Marketing*. KJK-Kerszöv, Budapest
32. Fuller, D.A.(1999): *Sustainable Marketing. Managerial-Ecological Issues*. SAGE Publications
33. Gáti J. (2002): A kórházak medicinabeszerezése – Ágyhoz viszik. *Heti Világgazdaság*. Melléklet a gyógyszer kereskedelemről. november 2. 68-69. p.
34. A generikumok alkalmazása az EU-ban. *Pharmorient*. 2004. XIII. évf. 139. (május)
35. Dr. Golub I., Dr. Nagy P. (2004): A gyógyszerek áfa-körbe kerülésének hatása a kórházakra. *Kórház*. XI. évf. március 29-30. p.
36. Görög S. (1995): Magyar gyógyszeripar és gyógyszerkutatás. *Magyar Tudomány*. 5. szám
37. Han, S. L., Wilson, D. T., Dant, S. P. (1993): Buyer-Supplier Relationships Today. *Industrial Marketing Management*. 22. 331-338. p.
38. Harms, F., Rohmann, S., Heinrich, M., Druener, M., Trommsdorf, V. (2002): Innovative marketing. *Pharmaceutical Policy and Law*. 5. 135-148. p.
39. Heimerl-Wagner, P., Köck, Ch. (1999): Az egészségügyi intézmények menedzsmentje – Stratégiák - Minőség - Változás. Perfekt Kiadó, Budapest
40. Henthorne, T. L., LaTour, M. S., Williams, A. J. (1993): How Organizational Buyers Reduce Risks. *Industrial Marketing Management*. 22. 41-48. p.
41. Hermetz I. (1998): Gyógyszerkutatás az alapoktól a kockázati tőkékig. *Magyar Kémikusok Lapja*. 53. évf. 12. szám 563-568. p.
42. Hetesi E., Veres Z. (2004): An empirical investigation on loyalty. The case of packaging industry. Competitive Paper. *20<sup>th</sup> Annual Conference of the Industrial Marketing and Purchasing (IMP) Group*. Copenhagen 2-4 September
43. Hoffmann M., Kozák Á., Veres Z. (2000): *Piackutatás*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
44. Hofmeister Tóth Á., Simon J., Sajtos L. (2003): *A fogyasztói elégedettség*. Alinea Kiadó, Budapest



45. Hoványi G. (1999): A vállalati versenyképesség makrogazdasági és globális háttere. *Közgazdasági Szemle*. XLVI. évf. november 1013-1029. p.
46. Hoványi G. (2001): Globális kihívások – Menedzsmentválaszok. KJK Kerszöv, Budapest
47. Hurwitz, M. A., Caves, R. E. (1988): Persuasion or information? Promotion and the shares of brand name and generic pharmaceuticals. *Journal of Law & Economics*. vol. XXXI (October). 299-320. p.
48. A Hungaropharma és a Phoenix uralja a piacot – A gyógyászati cégek tarolnak a közbeszerzéseken. *Napi Gazdaság*. 2003. május 23-24. 8. p.
49. Hutt, M. D., Speh, Th. W. (1992): Business Marketing Management – A Strategic View of Industrial and Organizational Markets. The Dryden Press
50. Imre T. (2004): Balanced Scorecard: Hogyan lehet valóban kiegyensúlyozottá tenni? *Vezetéstudomány*. XXXV. évf. 3. sz. 19-28. p.
51. Jakabné Harcsa E. (2000): A kórházi gyógyszerigazgatás lehetőségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 38. 3. 328-334. p.
52. Jankó Á., Szalkai Zs., Veress I. (2001): A technológiai fejlődés hatása a vállalatok kapcsolatrendszerére: az e-kommunikáció szerepe néhány vezető szektorban. In szerk. Veress J: A fejlett gazdaság vonzásában. Stúdium Kiadó, Nyíregyháza. 151-183. p.
53. Józsa L. (2000): Marketing. Veszprémi Egyetemi Kiadó, Veszprém
54. Kaplan, R. S., Norton, D. P. (2000): Balanced Scorecard – Kiegyensúlyozott stratégiai mutatószám-rendszer. KJK-Kerszöv, Budapest
55. Kató G., Perényi L., Szepesi A. (2003): Kopogtat-e a befektető kórházaink ajtaján? *Egészségügyi Menedzsment*. szeptember-október. V. évf. 5. sz. 40-45. p.
56. Dr. Kecskés L.-né (1992): A kórházi gyógyszerár szerepe a minőségbiztosítás kialakításában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 30. 2. 124-126. p.
57. Kelen, A. (1994): Az egészségügyi marketing kezdetei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4. szám
58. Kenesei Zs. (1998): A marketing tranzakcióközpontú szemléletének átalakulása a kapcsolatorientált megközelítés felé. *Vezetéstudomány*. XXIX. évf. 5. sz. 1-11. p.
59. Kis R. (2002): A közbeszerzések hatékonysága az egészségügyben. *Egészségügyi Menedzsment*. november-december. IV. évf. 6. szám 87-90. p.
60. Kollányi Zs. (2004): Pirula-párbaj – Gyógyszerpiaci mizéria. *Figyelő*. április 15. [www.figyelo.hu/cikk.php?id=64&cid=78480](http://www.figyelo.hu/cikk.php?id=64&cid=78480)
61. Kopányi M. szerk. (1999): Mikroökonómia. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
62. Kotler, Ph. (1998): Marketing Menedzsment. Műszaki Könyvkiadó, Budapest
63. Kotler, Ph. (2000): Kotler a marketingről - Jönni, látni, győzni - a piacon. Park Könyvkiadó, Budapest
64. Kotler, Ph., Jain, C. D., Maesincee, S. (2003): Marketing lépések - Nyereséges növekedés és megújulás a 21. században. Park Könyvkiadó, Budapest
65. Kozma F. (1994): A versenyképesség fogalmáról. *Kereskedelmi Szemle*. 8. sz. 7-10. p.
66. Kozma F. (2000): A versenyképesség tényezői más felfogásban. *Statisztikai Szemle*. 78. évf. 8. sz. 620-629. p.
67. Kölking, H. (2001): A kórházak jövője az Európai Unióban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 39. 5. 428-433. p.
68. Laczniaik, G. R. (1979): An Empirical Study of Hospital Buying. *Industrial Marketing Management*. 8. 57-62. p.

69. Lantos Z. (1996): Gyógyszermarketing-kommunikáció az egészségügyi reformok tükrében. Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem, Marketing Tanszék
70. Leenders, M. R., Blenkhorn, D. L. (1988): Reverse Marketing – The New Buyer-Seller Relationship. The Free Press 2. p.
71. Lloyd, I. (2004): The R&D revolution remains elusive. *Scrip Magazine*. Feb 52-53. p.
72. Magyar Gyógyszerkönyv (1986)
73. Magyar Kórházszövetség Kézikönyve, CD-ROM, 2001. november
74. A magyarországi gyógyszerpiac 2003-ban. *Marketing Pirula*. 2004/2. március
75. Majoros P., Goldperger I., Galamb V. (1997): A versenyképesség gazdaságpolitikai kérdései - a külgazdasági teljesítmény, a hozzáadott érték, és a szabadalmi rendszer oldaláról. Integrációs Stratégiai Munkacsoport, Budapest
76. Malhotra, N. K. (2002): Marketingkutató. KJK Kerszöv, Budapest
77. Management and society key issues in the future of pharma, *SCRIP* Sep 4<sup>th</sup> 2002. 15. p.
78. Mandják T. (2000): A beszerzési magatartástól az üzleti kapcsolatok marketingjéig. *Vezetéstudomány*, XXXI. évf. 04. sz. 51-59. p.
79. Matejka Zs. (2000): Kórházi gyógyszerfelhasználás kontra járóbeteg-gyógyszerkiadások. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 38. 4. 387-390. p.
80. McCarthy, N. (2004): What are CEOs tipping for success? *Scrip Magazine*. Jan 10-11. p.
81. Dr. Molnár K.-né (2001): A fogyasztói árindex rejtelméi... *Képzés egy életen át*. Továbbképző szakfolyóirat gyógyszerészek számára. I. évf. 9. szám, szeptember 4-8. p.
82. Möller, K., Halinen, A. (2000): Relationship Marketing Theory: Its Roots and Direction. *Journal of Marketing Management*. 16. 29-54. p.
83. Müller A., Paulik E., Nagymajtényi L., Belicza É., Boda K. (2004): A minőség nem hozzáadott érték – a tevékenység része. A szakmai irányelv hatásának vizsgálata a gyógyszeres terápia alakulására a hazai fekvőbeteg intézményekben. *Kórház*. XI. évf. április 14-18. p.
84. Nagy L. N. (2001): Hungaropharma-tervek, garanciák az önálló működésre. *Világgazdaság*. október 2. Forrás: [http://www.richter.hu/RichterWebSite/RichterWebSiteHU/Sajto/sajto\\_rolunk/rol\\_12.htm](http://www.richter.hu/RichterWebSite/RichterWebSiteHU/Sajto/sajto_rolunk/rol_12.htm)
85. Nemes J. (1992): Az önkormányzati tulajdonban lévő kórházak vezetési, szervezési és irányítási rendszere. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 30. 1. 8-23. p.
86. Nógrádi Tóth E. (2002): Pénztáros helyett vásárló az OEP? A klinikák sem maradhatnak ki a piaci versenyből. *Világgazdaság*. április 2.
87. No More Room for the "mee-too" drugs (1997). *Chemist and Druggist*. 19 July
88. Novákné dr. Pékli M. (2000): Generikus gyógyszerek a nemzetközi piacon I. rész. *Egészségügyi Menedzsment*. december. II. évf. 6. szám 83-85. p.
89. Novákné dr. Pékli M. (2001): Generikus gyógyszerek a nemzetközi piacon III. rész. *Egészségügyi Menedzsment*. március-április. III. évf. 2. szám 60-62. p.
90. Nyomárkay K., Regős Zs. (1999): Richter Gedeon Rt. Magyar pirula. *Figyelő*. február 18. 12-15. p.
91. Papanek G. (2003): Az "európai paradoxon" a magyar K+F szférában. *Fejlesztés és finanszírozás*. 4. sz. 40-47. p.
92. Porter, M. (1991): The competitive advantage of nations. Macmillan Press Ltd., London
93. Porter, M. (1993): Versenystratégiák. Akadémiai Könyvkiadó, Budapest

94. Reeder, R. R., Brierty, E. G., Reeder, B. H. (1991): *Industrial Marketing – Analysis, Planning and Control*. Prentice-Hall Inc.
95. Report says pharmaceutical companies neglect Internet as a tool. *Drug Week*. February 21, 2003 64. p.
96. Rogers, K. (2001): The future of drug discovery: The biopharmaceutical industry speaks its mind. *Pharmaceutical Technology Europe*. April 54-60. p.
97. Román Z. (2003): A versenyképesség kulcsa a termelékenység. *Munkaügyi Szemle*. 47. évf. 6. 28-32. p.
98. Schachtner, J. M., Guharoy, R., Medicis, J. J., Newman, N., Speizer, R. (2002): Prevalence and cost savings of therapeutic interchange among U.S. hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy*. Vol 59. Mar 15. 529-533. p.
99. Schofield, I., Faigen, N. (2004): Generics get top priority. *Scrip Magazine*. Feb 30-32.p.
100. Schofield, I. (2004): A new start for a new community. *Scrip Magazine*. Feb 8-10. p.
101. Schumock, G. T., Nutescu, E. A., Walton, S. M., Arondekar, B. V., Lewis, R. K. (2002): Survey of hospital policies regarding low-molecular-weight heparins. *American Journal of Health-System Pharmacy*. Vol 59. Mar 15. 534-538. p.
102. Sheth, J. N. (1973): A Model of Industrial Buyer Behavior, *Journal of Marketing*, Vol. 37. 50-56. p.
103. Sheth, J.N., Parvatiyar, A. (2000): The Domain and Conceptual Foundations of Relationship Marketing. In ed. Sheth, J.N., Parvatiyar, A.: *Handbook of Relationship Marketing*, SAGE Publications. 3-38. p.
104. Simon J., Lantos Z. (2000): Az orvosok vásárlási magatartásának szerepe a gyógyszermarketingben. *Marketing & Menedzsment*. 1. 51-58. p.
105. Sipos A.-né, Bencze G., Bikki I., Korbonits D. (1996): *Egy mindig megújuló vállalat: A Chinoin története*. Budapest
106. Smith, N. (2002): New ways of thinking about drug development. *Scrip Magazine*. May 15-18. p.
107. Szabó F. (2001a): A gyógyszer-nagykereskedelem kialakulása, helyzete és lehetséges irányai I. rész. *Gyógyszerészet*. július 378-385. p.
108. Szabó F. (2001b): A gyógyszer-nagykereskedelem kialakulása, helyzete és lehetséges irányai II. rész. *Gyógyszerészet*. augusztus 431-440. p.
109. Szabó L. (2001): *A vállalati piackutatás gyakorlata*. Perfekt Kiadó
110. Szabóné Streit M. (1999): *Gyógyszermarketing*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
111. Szalkai Zs. (1999): Gyógyszerpiaci trendek - világméretben és Magyarországon. *TDK dolgozat*. Budapesti Műszaki Egyetem, Közgazdaságtan Tanszék.
112. Szalkai Zs. (2002): Investigation on Organizational Markets through the Organizational Buying Behavior focusing on Institutional Buyers. *2<sup>nd</sup> International Conference for Young Researchers*, Gödöllő, október 17-18. Vol I. 321-329. p.
113. Dr. Szegedi Z., Fodor Z. (2002): E-business – E-logisztika – Ellátási lánc menedzsment. In *E-gazdaság*. 1. szám. KÓD Kft.
114. Tari E. (1998): *Stratégiai szövetségek az üzleti világban*. KJK Kerszöv, Budapest
115. Török Á. (1989): Komparatív előnyök, versenyképesség, piacműködés. *Ipargazdasági Szemle*. 3. sz. 23-34. p.
116. Tomesányi P. (2000): *Általános kutatómódszertan*. Szent István Egyetem, Gödöllő. Országos Mezőgazdasági Minősítő Intézet, Budapest
117. Totth G. (1996): *A vállalati image kialakításának és fenntartásának módszertana*. BKE, Budapest

118. Töretlenül bővül a piac. *Pharmamarketing*. 2004. február 18-20. p.
119. Váczi I. (2003): Információforrások használata a házi orvosok körében. *Marketing Pirula*. október
120. VADEMEX 2002. Melinda Kiadó, 2002
121. Vágási M. (2001a): A termékinnováció sikertényezői a vállalati versenyképesség új koncepciói tükrében. *In szerk. Veress J.: A fejlett gazdaság vonzásában*. Stúdium Kiadó, Nyíregyháza. 129-150. p.
122. Vágási M. (2001b): Újtermék-marketing. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
123. Vágási M., Jankó Á., Szalkai Zs. (2004): A fenntartható fejlődés követelményeinek megjelenése a vállalati stratégiában és a marketingben. *In szerk. Veress J.: A transzformáció végén*. Stúdium Kiadó, Nyíregyháza. 129-153. p.
124. Vágási M., Szalkai Zs., Jankó Á. (2003): Sustainable Customer Relationship. *5<sup>th</sup> International Summer Academy on Technology Studies*. July 13-19 Deutschlandsberg, Austria. Conference Proceedings 289-302. p.
125. Varsányi J. (1996): Üzleti stratégia – üzleti tervezés. Alkalmazott stratégia sorozat 1. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 68-69. p.
126. Vasné Egri M. (2001): Hálózati gazdaság – gazdasági hálózatok. *Marketing & Menedzsment*. 2. 28-33. p.
127. Vasné dr. Egri M. (2002): A versenyképesség változó faktorai. *Ph.D. disszertáció*. BME
128. Veres Z. (2003): Szolgáltatásmarketing. KJK Kerszöv, Budapest
129. Vissi F. (1995): Stratégiai szövetségek, globális monopóliumok. *Közgazdasági Szemle*. XLII. évf. 11. szám 37-39. p.
130. Viszt E. (2002): A versenyképesség alakulása Magyarországon a csatlakozás előtt. *Európai Tükör*. 7. évf. 5. 7-38. p.
131. Webster Jr., F. E., Wind, Y. (1972): *Organizational Buying Behavior*. Prentice Hall
132. Wheelen, Th. L., Hunger, J. D. (1992): *Strategic management and business policy*. Addison-Wesley
133. Wilson, D. T. (2000): An Integrated Model of Buyer-Seller Relationships. *In ed. Sheth, J.N., Parvatiyar, A.: Handbook of Relationship Marketing*. SAGE Publications, 245-270. p.

*Vállalati kiadványok, közlések, kéziratok:*

134. Antibiotikum Track 2002, NIB Research Kft.
135. Cegedim Kft, vállalati közlés a kórházi piac gyógyszerforgalmáról (2001)
136. A gyógyszermarketing kulcsinformációi, Szakmai tanácsadó kézikönyv, CD-ROM 2001, MIS Consulting - Presolution Kft.
137. Jelentés a vevői elégedettségéről szóló felmérés értékeléséről, Euromedic Pharma Rt., 2001. július
138. Kérdőív a vegyipari vásárlók körében a vállalatok beszerzési magatartásáról, Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Marketing Tanszék
139. Kézirat, Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata és a Pécsi Orvostudományi Egyetem Gyógyszertára, 1999. február
140. Kézirat, a közbeszerzési törvény módosító javaslatának indoklásáról, Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata, 1997. május 31.

141. Richter Hírek, 1999. június 30.
142. Személyes interjú Dr. Németh Zsuzsanna key account menedzserrel (Sanofi-Synthelabo), 2001. október. 15.
143. Személyes interjú Dr. Szőke-Molnár Zsolt kereskedelmi menedzserrel (GlaxoSmithKline Kft.), 2001. október 30.
144. Személyes interjú Dr. Újszászi János business unit menedzserrel (Roche Pharmaceuticals), 2001. október 4.
145. Személyes interjú Molnár L. Judit marketingvezetővel (Biogal-Teva Pharma Rt.), 2001. szeptember 25.
146. Személyes interjú prof. Dr. Paál Tamás főigazgatóval (Országos Gyógyszerészeti Intézet), 2003. július 25.
147. Személyes közlés Uzonyi Imre főgyógyszerész részéről (BAZ Megyei Kórház, Miskolc), 2003. november
148. Személyes interjú Fekete Tibor szóvivővel (MAGYOSZ), 2004. augusztus 31.

*Statisztikai kiadványok:*

149. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2000, KSH, 2001.
150. Ipari és építőipari statisztikai évkönyv 1998, 1999, 2000, 2001, 2002 KSH
151. Magyar Statisztikai Évkönyv 2002, KSH 2003.

*Jogszabályok:*

152. 130/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól
153. 2003. évi CXXIX. törvény a közbeszerzésekről
154. 64/2003. (X. 31.) ESZCSM rendelete az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek, gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények reklámozásáról és ismertetéséről
155. 2000. évi CXXXIII. törvény a 2001. és a 2002. évi költségvetésről
156. 34/2000. (XI. 22.) EüM rendelet az intézeti gyógyszerellátásról
157. 60/1999. (XII. 1.) EüM rendelet a gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységről
158. 1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről
159. 125/1996. (VII. 24.) Korm. rendelet a központi költségvetési szervek központosított közbeszerzéseinek részletes szabályairól
160. 1995. évi XL. törvény a közbeszerzésekről
161. 1994. évi LIV. törvény a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól

*Internet:*

162. A gyógyszerkutatás folyamata. Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének honlapja.  
<http://www.igy.hu/index.php3?sid=10847097171048679683&tract=4&mod=haszn&oneid=21>
163. IMS Retail Drug Monitor, 2004.  
[http://www.imshealth.com/ims/portal/front/indexC/0,2773,6025\\_47032942\\_0,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/indexC/0,2773,6025_47032942_0,00.html)
164. A magyar gyógyszersektorról. Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetségének honlapja. <http://www.magyosz.org/magyar/htmls/keret.phtml>
165. A magyarországi gyógyszerkincs összehasonlító elemzése. Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének honlapja.  
<http://www.igy.hu/index.php3?sid=10859989611885674615&tract=5&mod=haszn&oneid=20>
166. TNS Healthcare – a gyógyszergyártók imázsáról. Kreatív Online. (2004.02.17.)  
[http://www.kreativ.hu/cikk\\_print.php?id=10593](http://www.kreativ.hu/cikk_print.php?id=10593)
167. The Rowin Group, The New Hospital Pharmaceutical Market - New Trends and System in Use of Pharmaceuticals, <http://www.rowingroup.com/newmarket.htm>
168. Scrip's Guide to Successful Pharmaceutical Marketing (2002),  
<http://www.pjbpubs.com/cms.asp?pageid=287&reportid=164>, PJB Publications Ltd

## 10. PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### *Cikk szerkesztett könyvben*

1. Jankó Á., Szalkai Zs., Veress I., "A technológiai fejlődés hatása a vállalatok kapcsolatrendszerére: az e-kommunikáció szerepe néhány vezető szektorban", *in A fejlett gazdaság vonzásában* (szerk: Veress J.), Stúdium Kiadó, 2001. pp. 151-183. L
2. Vágási M., Jankó Á., Szalkai Zs., "A fenntartható fejlődés követelményeinek megjelenése a vállalati stratégiában és a marketingben", *in A transzformáció végén* (szerk: Veress J.), Stúdium Kiadó, 2004. pp. 129-153. L

### *Magyarországon megjelent idegen nyelvű folyóiratcikk*

3. Szalkai Zs., "E-Communication and the Internet in the Pharmaceutical Industry", *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences* 2002/2 pp. 269-276. L

### *Nemzetközi konferencia-kiadványban megjelent idegen nyelvű előadások*

4. Szalkai Zs., "Marketing Approach in Medicines' Distribution System- Some Conclusions of Investigation on the Hospital Market -", *MicroCad 2001 Conference*, Miskolc, Feb 4-5. 2001. pp. 153-158.
5. Szalkai, Zs., Jankó, Á., "User Involvement in Drug Development", *International Summer Academy on Technology Studies, User Involvement in Technological Innovation*, Deutschlandsberg (Austria), July 8-13, 2001. pp. 267-277.
6. Szalkai Zs., "The Impact of Biotechnology on Pharmaceutical Marketing", *1<sup>st</sup> International Conference for Young Researchers*, Gödöllő, szeptember 4-5. 2001. pp. 326-331. L
7. Szalkai Zs., "Investigation on Organizational Markets through the Organizational Buying Behavior focusing on Institutional Buyers", *2<sup>nd</sup> International Conference for Young Researchers*, Gödöllő, október 17-18. 2002. Vol I. pp. 321-329. L
8. Vágási M., Szalkai Zs., Jankó Á., "Sustainable Customer Relationship", *5<sup>th</sup> International Summer Academy on Technology Studies, Deutschlandsberg*, 2003. July 13-19. pp. 289-302.

### *Magyar nyelvű folyóiratcikkek*

9. Vasné Egri M., Szalkai Zs., "Interaktív marketingkutatás - néhány külföldi és hazai kutatási tapasztalat egybevetése -", *Marketing & Menedzsment*, 2000/3., pp. 28-33. L R

10. Szalkai Zs., "A kórházi gyógyszerellátás aktuális jogszabályi háttéréről", *Pharmorient*, 2002. 115. szám, pp. 16-17. (elektronikusan is megjelent: [www.datanet.hu/pharma/phorient/115/szalkai.htm](http://www.datanet.hu/pharma/phorient/115/szalkai.htm), kereshető: google, "kórházi gyógyszerellátás") L

11. Szalkai Zs., "A magyar kórházi piac sajátosságai a gyógyszerpiaci versenyben", *Műhelytanulmányok* 2002. BME GTK, pp. 51-60. L

### *Magyar nyelvű konferencia előadás*

12. Szalkai Zs., "Trendek és stratégiák a magyar gyógyszerpiacon", *Szervezési és Vezetéstudományi Társaság, Gyakorlat és Tudomány - Konferencia és Beszélgetés*, Budapest, 2000. január, pp. 51-56.

13. Borsi B., Demeter Á., Szalkai Zs., „A vállalatok és az egyetemek kapcsolata a magyar gyógyszeripari kutatás-fejlesztésben”, *VIII. Ipar- és Vállalatgazdasági Konferencia*, Pécs, 2004. október 21-22. (tanulmány elfogadva)

### *Kutatási jelentés*

14. Szalkai Zs., "Néhány külföldi internetes marketingkutatás tapasztalatai", *ITTK Infnit Műhely Kutatási jelentés* 6, 2002/2, pp. 38-40.

### Nem publikációértékű munkák

#### *Tudományos Diákköri dolgozat*

15. Szalkai Zs., "Gyógyszerpiaci trendek - világméreteken és Magyarországon", *TDK dolgozat*, Budapesti Műszaki Egyetem, Közgazdaságtan Tanszék, 1999. 37 p.

#### *Csak szóban elhangzott előadás*

16. Szalkai Zs., "A profi és a laikus tájékoztatás követelményei", *Intermedicina - PHARMAEXPO Nemzetközi egészségügyi és gyógyszerészeti szakvásár*, Budapest, 2001. május 23-25.



## ÖSSZEFOGLALÓ

A disszertációban összefoglalt kutatás a gyógyszeripari versenyképességgel, ezen belül gyógyszermarketing ezidáig elhanyagolt területével: a kórházi piac marketing szempontú elemzésével foglalkozik. A témát fokozatosan szűkíti le, a gyógyszeripar aktuális versenyfeltételeinek bemutatása után a kórházakat, mint gyógyszerpiaci szegmenst és mint szervezeti vásárlót vizsgálja.

A kutatás során alkalmazott módszerek széles spektrumot ívelnek át. A szekunder kutatás során a hazai és külföldi marketing irodalom vonatkozó fejezetei és a gyógyszerügyi szakirodalom, ezenkívül statisztikai adatok kerülnek feldolgozásra. A primer kutatás gyógyszerügyi szakértőkkel, gyógyszergyártók, nagykereskedők képviselőivel, kórházi főgyógyszerészekkel, főorvosokkal készített személyes interjúkból és kórházi főgyógyszerészek, főorvosok körében végzett postai kérdőíves kutatásból áll.

A dolgozat felépítését tekintve elsőként a világ gyógyszeriparának aktuális trendjeit és a hazai gyógyszeripar jelenlegi helyzetét tárgyalja. A piac elemzése során abból indul ki, hogy a gyógyszeripar elérte az érettség szakaszát, és ez a tény határozza meg napjaink gyógyszeripari eseményeit, a gyógyszeripar – immár hazánkban is – globális iparágnak tekinthető. A marketing irodalom feldolgozása során a versenyképességi, szervezeti beszerzéshez kapcsolódó és a kapcsolati marketing modelljei kerülnek bemutatásra. A kutatás újszerűségének elméleti vonatkozása egyes kiemelt modellek alkalmazhatóságának vizsgálata, alkalmazott modellek létrehozása, melyek elősegítik mind az iparági piac, mind a piaci kapcsolatok jobb megértését. Az empirikus kutatás a magyarországi kórházak gyógyszerbeszerzésének és gyógyszerelésének vizsgálatára irányult. A feltáró jellegű interjúk eredményeinek szintézise után kutatási hipotézisek és részhipotézisek felállítására került sor. A kutatás során bizonyítást nyert az a feltevés, mely szerint a kórházi gyógyszerbeszerzés a gyógyszeripari versenyképesség egyik meghatározója. A kórházi gyógyszerbeszerzés folyamatának, és a szervezetspecifikus tényezők tanulmányozása során a kórházi közbeszerzés gyógyszeripari versenyképességre vonatkozó hatása került kiemelésre. A gyógyszermarketingben belül a kórházi piac vizsgálata során a termék különleges megközelítést igényel, a gyógyszerek heterogenitása nagymértékben befolyásolja az egyes piaci szereplők versenyhelyzetét. A kutatás rávilágított arra, hogy kórházi vevőkkel kialakított kapcsolati marketingnek kulcsszerepe van a gyógyszeripari versenyképességben.

A dolgozat újszerűsége, hogy egyfajta rendszerszemléletet ad a gyógyszeripar számára a kórházi piacra, a kórházi gyógyszerbeszerzésre vonatkozóan. Ezenkívül az empirikus kutatás aktuális információkkal gazdagítja a hazai kórházak gyógyszerbeszerzésére vonatkozó már meglévő statisztikákat és elemzéseket, a kutatási eredményeknek a beszerzési magatartás integrált modellje alapján történő bemutatása az empiriát visszacsatolja az elmülethez, végül a kutatás eredményei orientálhatják a gyógyszerpiac gyártói és nagykereskedői oldalának szereplőit a kórházakkal való kapcsolatuk javításában.

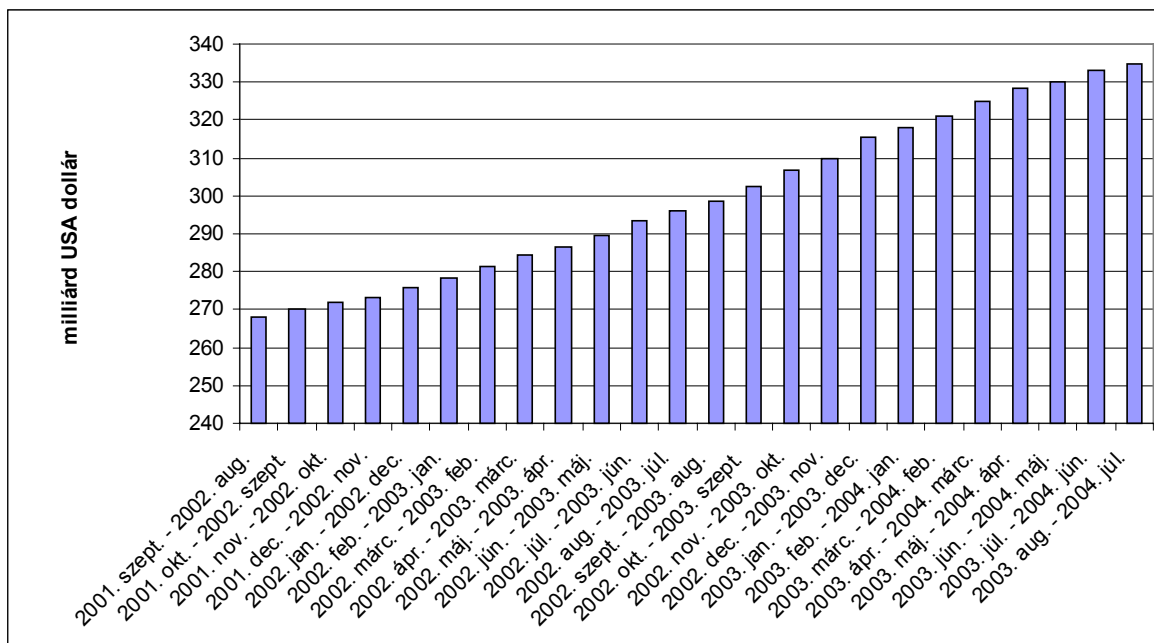
## **ABSTRACT**

### **Investigation on the Competitiveness in the Pharmaceutical Industry Focusing on the Role of the Hospital Market**

This PhD thesis deals with the role of the hospital market – as a segment of the pharmaceutical market – in a marketing approach. It assumes that customer relationships play important role concerning the competitiveness of the pharmaceutical companies. Since the customer relationships are affected very much by the buying behaviour of customers, the thesis investigates the drug purchase of hospitals as organizational buyers. It starts with an overview of the actual trends in the global and in the Hungarian Pharmaceutical market. Furthermore it deals with the marketing theories of competitiveness, organizational buying behaviour and relationship marketing and applies some models on the pharmaceutical and on the hospital market. It reports experimental work investigating the drug purchase of hospitals in Hungary. The thesis contains important findings for some determining factors like product specific factors (heterogeneity of drugs), the method of drug purchase (public procurement, formulary management), hospital specific factors (size, speciality, etc.) and personal factors (participants in the buying center) concerning the competitiveness in the pharmaceutical industry focusing on the hospital market.

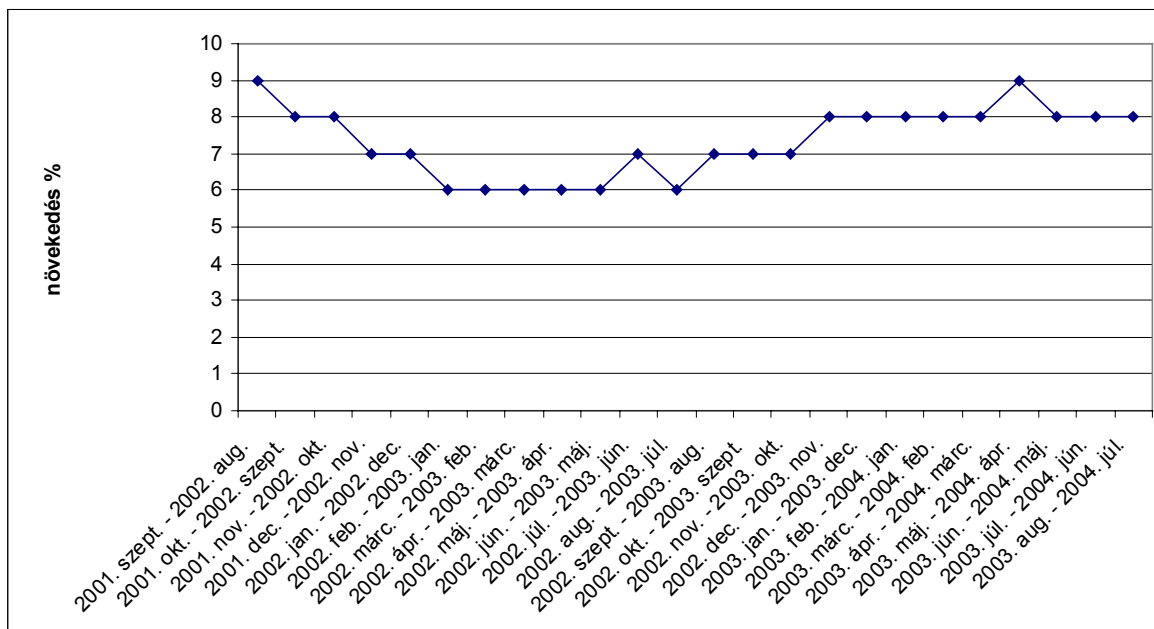
## **MELLÉKLETEK**

**1/a. sz. melléklet**, A világ gyógyszerpiaci forgalma 2002. augusztus és 2004. július között (milliárd USA dollár, 13 kulcspiacra, a patikai forgalmat tekintve)



Forrás: [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com) adatai alapján

**1/b. sz. melléklet**, A világ gyógyszerpiaci forgalmának növekedése (% , 13 kulcspiacra, a patikai forgalmat tekintve)



Forrás: [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com) adatai alapján

**2. sz. melléklet,** Évenkénti gyógyszeráremelés és az infláció mértéke 1989-2004 között  
(hazai gyártású gyógyszerek)

Évek	Áremelés %-a	Éves infláció, %
1989	2,9	17,0
1990	12,2	28,9
1991	26,6	35,0
1992	11,2	23,0
1993	14,9	22,5
1994	18,0	21,0
1995 <sup>1</sup>	29,0	28,2
1996 <sup>2</sup>	18,2	23,6
1997	10,9	18,3
1998 <sup>3</sup>	5,7	14,3
1999 <sup>4</sup>	5,6	10,0
2000 <sup>5</sup>	1,0	9,8
2001 <sup>6</sup>	...	9,2
2002 <sup>7</sup>	...	5,3
2003 <sup>8</sup>	3,6	4,7
2004 <sup>9</sup>		

Megjegyzések:

1. Áremelések két lépcsőben: márc. 1-től és júl. 3-tól.
2. Áremelés máj. 1-től.
3. Az 5,7% csak a támogatott körre vonatkozik. A nem-támogatott gyógyszerek árát 1998-tól a gyártók negyedévente szabadon változtathatták 2000. júliusával bezárólag.
4. Márc. 1-től 5,6%, júl. 15-től 2% (csak a támogatottra), éves átlag 5,6%. Jún. 29-től 180 napos árbefagyasztás.
5. Csak a nem támogatott gyógyszerek ára emelkedett.
6. A nem-támogatott gyógyszerek ára ápr. 1-től 10,7%-kal, júl. 1-től további 5,3%-kal, a támogatott gyógyszereké júl. 1-től átlagosan 7,0%-kal nőtt (ezek az adatok a teljes gyógyszerkörre vonatkoznak, nincs külön a hazai gyártókra vonatkozó adat)
7. A támogatott körben áremelés nem volt.
8. A támogatott körben febr. 1-től átlagosan 3,6%-os áremelés volt. Szept. 1-től élt a gyártók befizetésére vonatkozó szerződés, egyben a 600 Ft fogyasztói ár alatti készítmények áremelése, mely azonban a térítési díjat nem érintette.
9. Maradt a 600 Ft alattiak termelői ára. A támogatott körben nem volt áremelés, ellenben 320 gyógyszer ára csökkent jan. 1-től.

*Forrás: MAGYOSZ*

**3. sz. melléklet,** Interjú vázlat – gyógyszergyártó (marketing vezető/KAM/kereskedelmi vezető/kórház-ellátó osztály vezetője)

Kérdések:

1. A gyártó forgalma hogyan oszlik meg a patikai és a kórházi értékesítést tekintve?
2. A kórházi piac milyen szerepet tölt be a gyár életében?
3. Milyen termékekkel van jelen a kórházi piacon? Gyárt-e csak kórházban felhasználható gyógyszereket? Ha igen, mi jellemzi azok értékesítését?
4. Milyen ismeretekkel rendelkeznek, és milyen információkat tartanak fontosnak a kórházi piacról?
5. Tapasztalatok alapján milyen tényezők befolyásolják a kórházak gyógyszerbeszerzéseit?
6. Milyen marketing eszközöket alkalmaznak a kórházi piacon (eltérések a patikai piactól, korlátok)?
7. A kórházak részéről kik a konkrét partnereik, mi motiválja a beszerzési folyamat szereplőit?
8. Mi jellemzi a teljesen új termék, illetve a generikus termék bevezetését a kórházi piacon (eltérő marketing eszközök)?

**4. sz. melléklet,** Interjú vázlat – nagykereskedő (vezérigazgató/kórházlátogató főmunkatárs/menedzser)

Kérdések:

1. A nagykereskedő forgalma hogyan oszlik meg a patikai és a kórházi értékesítést tekintve?
2. A kórházi piac milyen szerepet tölt be a vállalat életében?
3. Milyen ismeretekkel rendelkeznek, és milyen információkat tartanak fontosnak a kórházi piacról?
4. Tapasztalatok alapján milyen tényezők befolyásolják a kórházak gyógyszerbeszerzéseit?
5. Milyen marketing eszközöket alkalmaznak a kórházi piacon (eltérések a patikai piactól, korlátok)?
6. A kórházak részéről kik a konkrét partnereik, mi motiválja a beszerzési folyamat szereplőit?
7. A kórházak tulajdonosi szerkezete (állami, magán) hogyan befolyásolja az értékesítést?

## **5. sz. melléklet, Interjú vázlat – kórházi főgyógyszerész**

Kérdések:

1. Mekkora a kórház gyógyszerfelhasználása?
2. Mi a folyamata a kórházi gyógyszerbeszerzésnek? Melyek a gyógyszerbeszerzés lépései, mi jellemzi az egyes lépéseket?
3. A kórházban kik vesznek részt a beszerzésben, és mi motiválja őket?
4. Milyen tényezők befolyásolják a kórházi gyógyszerbeszerzést?
5. Mi jellemzi a kórház kapcsolatát a gyógyszergyártókkal (kapcsolattartók)?
6. Mi jellemzi a kórház kapcsolatát a nagykereskedőkkel (kapcsolattartók)?
7. A gyártók, és a nagykereskedők marketingtevékenysége hogyan befolyásolja a kórházi gyógyszerbeszerzést?
8. Mi jellemzi a teljesen új termékek és a generikumok beszerzését?

## **6. sz. melléklet, Interjú vázlat – egyetemi klinika gyógyszerésze**

Kérdések.

1. A klinika milyen úton elégíti ki gyógyszerigényét?
2. A klinika mennyire önálló a gyógyszerbeszerzésben? Mennyiben feladata az egyetemi gyógyszerértárnak a beszerzés?
3. Hogyan működik a klinika gyógyszerrendelési mechanizmusa?
4. Hogyan tartják a kapcsolatot az egyetemi gyógyszerértárral?
5. Ki a döntéshozó a gyógyszerrendeléskor?
6. Mi, és hogyan szabályozza a klinika gyógyszerfelhasználását?
7. Van-e a közvetlen kapcsolatuk a gyártókkal, nagykereskedőkkel?
8. Hogyan történik a teljesen új termékek és az új generikumok rendelése?

## 7. sz. melléklet, Interjú vázlat – kórházi orvos igazgató

Kérdések:

1. Mi a kórházi osztály gyógyszerrendelésének mechanizmusa?
2. Kik vesznek részt az osztályon abban a döntésben, hogy milyen gyógyszert rendeljenek?
3. Milyen szempontok befolyásolják a gyógyszerválasztást?
4. Milyen forrásokból informálódik új gyógyszerről (innovatív és generikus)?
5. Értékelje az orvoslátogatók munkáját (hasznos, ellenszenv, stb.)!
6. Értékelje a gyógyszerek helyettesíthetőségét (alkalmazás)!
7. Folyik-e az osztályán már törzskönyvezett gyógyszerrel kutatás?

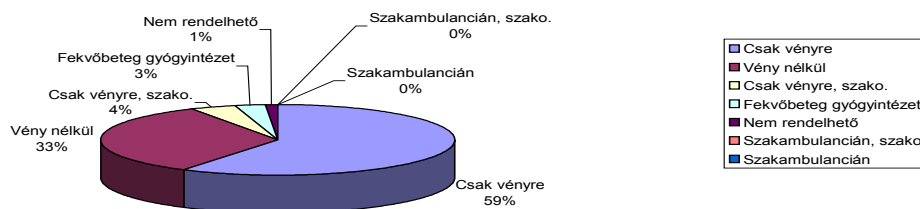
## 8. sz. melléklet, A gyógyszerek csoportosítása rendelkezés szerint

- **Vény nélkül kiadható gyógyszerek**, melyek az orvos által felírt recept nélkül megvásárolhatók (OTC termékek) a közforgalmú patikákban. A recept nélküli készítményekért a beteg teljes árat (fogyasztói árat) fizet a patikában. (VN)
- **Vényre kiadható gyógyszerek**, amelyeket a beteg a közforgalmú gyógyszertárakban csak az orvos által felírt recept ellenében vásárolhat meg. (V, VSZ, FBR, FBR SZ)
- **Járóbeteg-ellátás keretében vényen nem rendelhető, kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra engedélyezett gyógyszerek**, amelyek közforgalmú gyógyszerári forgalomba nem kerülnek. (R)
- **Járóbeteg-ellátás keretében vényen nem rendelhető, kizárólag az alap- és szakellátást végző rendelői, gondozóintézeti fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra engedélyezett gyógyszer.** (R)
- **Vényre kiadható fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező szakambulancián alkalmazható gyógyszerek.** (FB)

*Forrás: MIS Consulting - Presolution Kft., 2001, 370. o.*

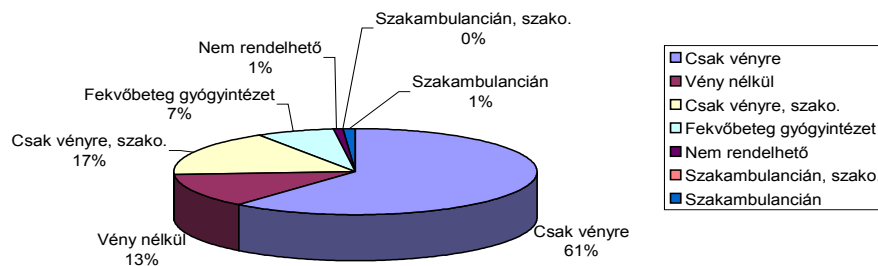


**9/a. sz. melléklet,** A gyógyszerfelhasználás megoszlása Magyarországon a gyógyszer rendelhetősége szerint (doboz), 2000



*Forrás: MIS Consulting - Presolution Kft, 2001, 387. o.*

**9/b. melléklet,** A gyógyszerfelhasználás megoszlása Magyarországon a gyógyszer rendelhetősége szerint (érték, termelői áron), 2000



*Forrás: MIS Consulting - Presolution Kft, 2001, 387. o.*

## 10. sz. melléklet, A gyógyszerek csoportosítása szabadalmi védettség szerint

- **Originális gyógyszer:** Az első ízben előállított új hatóanyagból gyártott gyógyszer, az innovatív készítmény, amelyre egy ideig termékszabadalmi védettség vonatkozik.
- **Generikus gyógyszer:** A szabadalmi védettség lejártá után gyártható hatóanyagú "hasonmás" gyógyszer. Kutatás-fejlesztési költségei nincsenek, és a marketing költségek is jóval alacsonyabbak, mint egy teljesen új gyógyszer esetében. Előbbiekéből következik, hogy a generikumok ára alacsonyabb, mint az originális készítményeké.
- **Reprodukciós gyógyszer:** Az eljárás-szabadalom korában kerülő-eljárással előállított gyógyszer.

*Forrás: MIS Consulting - Presolution Kft, 2001. 370. o.*

## 11. sz. melléklet

### 1. számú kérdőív, Intézeti Főgyógyszerészi Kérdőív

A kórházak gyógyszerbeszerzési szokásairól

#### Útmutató a kitöltéshez:

Az eldöntendő kérdéseknél a megfelelő válasz előtti számot kérem bekarikázni például így: 1 A szabad válaszadást kérő kérdéshez a pontozott vonalra kérem a választ. A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSE ÖNKÉNTES!

1. Használják a kórházban/egyetemen gyógyszer alaplistát?

- 1 igen
- 2 nem

2. Amennyiben használják alaplistát,

- a. és gyógyszer név szerepel rajta, akkor ..... db különböző gyógyszert tartalmaz
- b. és hatóanyag név szerepel rajta, akkor ..... db különböző hatóanyagot tartalmaz.

3. Az intézmény elmúlt év antibiotikum felhasználását tekintve hogyan ítéli meg az originális-generikus készítmények arányát?

a felhasznált antibiotikumok .....%-a originális

4. Kérem töltsse ki a kórház/egyetem antibiotikum felhasználására vonatkozó táblázatot!

Antibiotikum felhasználás	1998	1999	2000	2001
DDD				
Ft				

5. Az egymást helyettesíthető antibiotikumok (OGYI egyenértékűség szerint) beszerzésénél több szempontot is figyelembe vesz. Kérem minősítse a következő szempontokat az iskolai osztályzatnak megfelelően, ahol 1-es jelenti a legkevésbé fontosat, 5-ös a legfontosabbat.

beszerzési ár	1	2	3	4	5
kedvezmények	1	2	3	4	5
gyártó promóciója	1	2	3	4	5
a beteg által fizetendő ár	1	2	3	4	5
közgyógylistán szerepel-e	1	2	3	4	5
a gyógyszert használó orvos véleménye	1	2	3	4	5
originális vagy generikus gyógyszer	1	2	3	4	5

6. Új originális gyógyszerről általában milyen forrásból értesül először? Több választ is megjelölhet!

- 1 orvos
- 2 gyártó képviselője
- 3 nagykereskedő képviselője
- 4 szakirodalom
- 5 konferencia
- 6 levélben küldött prospektus
- 7 egyéb:.....

7. Új generikus gyógyszerről általában milyen forrásból értesül először? Több választ is megjelölhet!

- 1 orvos
- 2 gyártó képviselője
- 3 nagykereskedő képviselője
- 4 szakirodalom
- 5 konferencia
- 6 levélben küldött prospektus
- 7 egyéb:.....

8. Előfordult az utóbbi évben, hogy szakmailag indokolt gyógyszerigényt mégsem elégítettek ki?

- 1 igen
- 2 nem

8a. Amennyiben előfordult, mi volt ennek az oka:

.....

9. Alkalmazznak a kórházban/egyetemen a gyógyszerbeszerzésre közbeszerzést?

- 1 igen
- 2 nem

Amennyiben *igen*:

9a. Milyen gyógyszercsoportra alkalmazzák?.....

9b. Igénybe vesznek külső tendereztető cég szolgáltatását?

- 1 igen
- 2 nem

9c. Amennyiben *nem* közbeszerезnek, mi ennek az oka? Kérem rangsorolja 1-től 5-ig a megadott okokat aszerint, hogy az az intézményében milyen mértékben érvényesül. Kérem írja a számokat a négyzetbe. 1 = *leginkább ez az oka*, 5 = *legkevésbé ez az oka*

nincs olyan mértékű gyógyszerfelhasználás egy gyógyszercsoportból, hogy az indokolná a közbeszerzést

drága a közbeszerzési eljárás lefolytatása

saját tapasztalat alapján kedvezőbb beszerzési feltételekhez jut a kórház/egyetem, amennyiben más úton szerzi be a gyógyszert, pl. közvetlenül a gyártótól

a kórház/egyetem likviditási feltétele nem adott a közbeszerzéshez

problémát jelent a hosszú távú tervezés a gyógyszerfelhasználásra

10. Létezik az intézményében meghatározott elkölthető gyógyszerkerete az osztályoknak/klinikáknak?

- 1 igen
- 2 nem

11. A gyógyszerfelhasználás körülbelül mekkora arányát teszi ki a gyártóktól kapott ingyen gyógyszer?

.....%-a az éves gyógyszerfelhasználásnak

11a. Mely terápiás csoportokra jellemző ez?

.....

12. Melyik vállalat az Önök legfőbb gyógyszerbeszállítója? A LEGFŐBB GYÓGYSZERBESZÁLLÍTÓN AZT A BESZÁLLÍTÓT ÉRTEM, AMELYIKTŐL A LEGNAGYOBB MENNYISÉGBEN SZEREZNEK BE GYÓGYSZERT. (nem ingyen!)

.....

13. Megítélése szerint mennyire rutinszerű (megszokásokon alapuló) a kapcsolata a legfőbb beszállítójával?

Egyáltalán jellemző	nem				Teljes mértékben jellemző
1	2	3	4	5	

14. Kérem értékelje a legfőbb beszállító és az Ön intézménye közötti kapcsolatot a következő szempontok szerint, 1-től 5-ig terjedő skálán, ahol az 1-es azt jelenti, hogy az adott szempont egyáltalán nem jellemző az adott kapcsolatban, az 5-ös pedig azt, hogy teljes mértékben jellemző az adott kapcsolatban. A többi értéket használja véleménye árnyalására.

	Egyáltalán nem jellemző				Teljes mértékben jellemző	Nem tudja
A kapcsolat biztosítja az intézmény szükségleteinek kielégítését	1	2	3	4	5	9
A kapcsolat stabilitása	1	2	3	4	5	9
A szállítóba vetett bizalom	1	2	3	4	5	9
A kapcsolat múltja igazolja a kapcsolat fenntartását	1	2	3	4	5	9
A kapcsolat folyamatosága	1	2	3	4	5	9
A személyes kötődések a kapcsolatban	1	2	3	4	5	9

15. Összességében mennyire elégedettek Önök a legfőbb beszállítójukkal?

Teljesen elégedetlen				Teljesen elégedett
1	2	3	4	5

16. Van az Önök kórházi/egyetemi gyógyszertárának online kapcsolata a legfőbb gyógyszerbeszállítóval?

1 igen  
2 nem

17. Rendelkezik Ön Internet hozzáféréssel a gyógyszertárban?

1 igen  
2 nem

**18. Személyes kérdések:**

Életkora:..... év

Mióta dolgozik intézeti gyógyszerészként (nem feltétlenül ugyanazon a munkahelyen)? ..... éve

Jelenlegi munkahelye (kórház/egyetem) neve:.....  
.....

**KÖSZÖNÖM A SEGÍTSÉGÉT!**

Amennyiben a kérdőívvel, vagy a kutatással kapcsolatban kérdése van, kérem jelezze:

Szalkai Zsuzsanna, egyetemi tanársegéd  
Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem  
Gazdaság- és Üzletpolitikai Tanszék  
Tel: 06-20-374-3381  
Fax: 463-2754  
E-mail: szalkai@lucifer.kgt.bme.hu

## 12. sz. melléklet

### 2. számú kérdőív, Orvos igazgatói/Osztályvezető Főorvosi Kérdőív Gyógyszerelési szokásokról

A kérdőív témája tudományos kutatás részét képezi, az eredményeket bizalmasan kezelem. A kitöltött kérdőív disszertációhoz nyújt adatokat. Együttműködését előre is köszönöm!

Útmutató a kitöltéshez:

Az eldöntendő kérdéseknél a megfelelő válasz előtti számot kérem bekarikázni például így: 1  
A szabad válaszadást kérő kérdéshez a pontozott vonalra kérem a választ. A KÉRDŐÍV KITÖLTÉSE ÖNKÉNTES!

1. Új originális gyógyszerről általában milyen forrásból értesül először? Több választ is bejelölhet!

- 1 orvos kollégák
- 2 gyártó képviselője
- 3 főgyógyszerész
- 4 szakirodalom
- 5 konferencia
- 6 levélben küldött prospektus
- 7 egyéb:.....

2. Új generikus gyógyszerről általában milyen forrásból értesül először? Több választ is bejelölhet!

- 1 orvos kollégák
- 2 gyártó képviselője
- 3 főgyógyszerész
- 4 szakirodalom
- 5 konferencia
- 6 levélben küldött prospektus
- 7 egyéb:.....

3a. Új originális gyógyszer kipróbálását mi kezdeményezi Önnél? Kérem minősítse a következő szempontokat az iskolai osztályzatnak megfelelően, ahol 1-es jelenti a legkevésbé fontosat, 5-ös a legfontosabbat.

orvoslátogató által mondott kedvező tulajdonságok	1	2	3	4	5
kollégák kedvező tapasztalata a szerrel	1	2	3	4	5
átadott gyógyszerminta	1	2	3	4	5
konferencián elhangzott kedvező tulajdonságok	1	2	3	4	5
szakirodalomban olvasott kedvező tulajdonságok	1	2	3	4	5
a szer klinikai vizsgálatában való részvétel	1	2	3	4	5
hiánypótló terápiás lehetőség	1	2	3	4	5

**3b.** Új originális gyógyszer milyen előnye a legmeggyőzőbb ahhoz, hogy rendszeresen alkalmazza? Értékelje, hogy az alábbi szempontok milyen mértékben járulnak hozzá az új szer rendszeres alkalmazásához, 1 = legkevésbé járul hozzá, 5 = leginkább hozzájárul.

nagyobb hatékonyság a terápiában	1	2	3	4	5
kevesebb mellékhatás	1	2	3	4	5
kedvezőbb adagolás	1	2	3	4	5
szervezetkímélőbb hatásmechanizmus	1	2	3	4	5
saját kedvező tapasztalat	1	2	3	4	5
a gyártó hírneve	1	2	3	4	5

**4.** Előfordult az utóbbi egy évben, hogy egy eddig alkalmazott originális gyógyszert lecserélt a megfelelő generikus gyógyszerre?

1 igen

2 nem

**4a.** Amennyiben igen, mi volt ennek az oka?

.....

**5.** Olcsóbb, azonos hatóanyagú gyógyszerre lecserélné az addig alkalmazottat?

igen, amennyiben bizonyítottan azonos a hatásereősége

igen, amennyiben nem több a mellékhatása

igen, amennyiben a főgyógyyszerész azt javasolja

4 semmi esetre sem

**6.** Van szakrendelése?

1 igen

2 nem

**7.** Amennyiben vezet szakrendelést, úgy előfordult az utóbbi egy évben, hogy eltérő gyógyszert alkalmazott a kórházi terápiában és a szakorvosi rendelésen receptfelírásakor (nem az eltérő kiszerezésű, adagolású, hanem az eltérő nevű termékre gondolunk) ugyanahhoz a terápiához?

1 igen

2 nem

Amennyiben igen, mi volt ennek az oka?.....

**8.** Az alábbi állítások véleményeket tükröznek az originális és a generikus gyógyszerekről. Mennyire ért Ön ezekkel egyet? 5 = teljesen egyetértek, 4 = nagyrészt egyetértek, 3 = csak részben értek egyet, 2 = nem igazán értek egyet, 1 = egyáltalán nem értek egyet

A generikus gyógyszernek több a mellékhatása.

A generikus gyógyszer kevésbé hatásos.

A már bevált gyógyszert nehezen cserélem le.

Jó gyógyszernek nem kell reklám.



9. Ön szerint a kórházában/egyetemén milyen arányban vesznek részt a következő személyek abban a döntésben, hogy milyen gyógyszert használjanak?

főigazgató .....%-ban  
gazdasági igazgató .....%-ban  
orvos igazgató .....%-ban  
ápolási igazgató .....%-ban  
főorvos .....%-ban  
orvos .....%-ban  
főgyógyszerész .....%-ban

10. Folyik az osztályán/klinikán már törzskönyvezett gyógyszerrel kutatás?

1 igen  
2 nem

11. Rendelkezik Ön Internet hozzáféréssel az intézményben?

1 igen  
2 nem

12. Személyes kérdések:

Életkora:.....év

Beosztása:.....

Szakterülete:.....

Mióta praktizál? .....éve

KÖSZÖNÖM A SEGÍTSÉGÉT!

Amennyiben a kérdőívvel, vagy a kutatással kapcsolatban kérdése van, kérem jelezze:

Szalkai Zsuzsanna, egyetemi tanársegéd  
Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem  
Gazdaság- és Üzletpolitikai Tanszék  
Tel: 06-20-374-3381  
Fax: 463-2754  
E-mail: szalkai@lucifer.kgt.bme.hu