

OTDK Dolgozat



Készítették:

Frang Géza Attila (MA)

**Perger Júlia
(BA)**

2013

Betegség-tudatosság építése- Új úton a gyógyszerpiac

Building disease awareness- The new path for the pharmaceutical market

Kézirat lezárása:2012. március 28.

Tartalomjegyzék

2. Ábrajegyzék.....	5
3. Bevezetés (Frang Géza Attila).....	1
4. Marketing definiálása az egészségügyben és a gyógyszerpiacon (Perger Júlia).....	2
5. A gyógyszer mint termék (Perger Júlia)	2
6. A gyógyszerpiac és szereplői marketing szempontú megközelítése (Frang Géza Attila) ..	5
Orvosok irányába megvalósuló promóciós tevékenység.....	7
Egészségbiztosító (finanszírozó) irányába megvalósuló marketing	8
Patikusok irányába megvalósuló marketing	8
Közvetlen fogyasztó felé irányuló marketing	9
7. A gyógyszerek fogyasztói (Perger Júlia)	10
Fogyasztók szerepének változása a gyógyszervásárlási folyamatban.....	10
Beteg-együttműködés változása a Marketing 3.0 tükrében	12
Egészség 2.0.....	13
Pharma 3.0	14
A fogyasztó-orientáltság növekedése	14
Érzelmekek szerepe a fogyasztói döntésekben.....	15
A fogyasztó döntési folyamata.....	16
8. Betegségtudatosság fogyasztást befolyásoló alkalmazása (Perger Júlia)	17
Engedélymarketing a betegségtudatosságra építő kampányokban	18
Engedélymarketing	18
Engedélymarketing a DTC kampányokban	19
A DTC kampányok hatása a fogyasztó döntési folyamatára.....	19
9. Esettanulmányok a betegségtudatosság építésére (Frang Géza Attila).....	21
A „The Heart Truth” kampány és a betegség tudatosság építése.....	22
Betegség tudatosság építése a gyermekkori bipoláris zavar esetében.....	23
10. Betegségtudatosság, mint marketingstratégiai irányvonal relevanciája Magyarországon (Frang Géza Attila)	25
A hazai gyógyszerpiacot érintő reform-intézkedések	25
Gyógyszer promóció a hazai média figyelmének középpontjában	26
A K+F tevékenység hanyatló tendenciája a gyógyszeriparban	28
A finanszírozói tudatosság erősödése (kockázatmegosztási megállapodások átalakulása) ..	28

11.	Betegségtudatosság marketingstratégiai alkalmazása Magyarországon (Perger Júlia).	29
	Magyar fogyasztói attitűdök	32
12.	Konklúzió (Perger Júlia).....	33
13.	Hivatkozásjegyzék.....	35

1. Ábrajegyzék

1. ábra. A fogyasztásról való döntés és a gyógyszerfogyasztás felügyelete a különböző gyógyszerek esetében <i>Forrás: Dankó et al. (2011)</i>	5
2. ábra. A versenyelőny forrásai a gyógyszeriparban <i>Forrás: Dankó et al. (2011) alapján</i>	6
3. ábra. A beteg-együttműködés két típusának összehasonlítása. <i>Forrás: Simon (2010) alapján</i>	11
4. ábra Beteg-együttműködéssel kapcsolatos fogalmak összehasonlítása. <i>Forrás: Dankó et al. (2011)</i>	12
5. ábra. Az egészségügyi ellátás egy új modellje. <i>Forrás: Swan (2009) alapján</i>	14
6. ábra A vásárlási döntési folyamat S-O-R modell logikáján <i>Forrás: Józsa et al. (2005), 79. o.</i>	16
7. ábra The Heart Truth betegség tudatosság építő kampány logója: <i>Forrás: Long et al., (2008)</i>	23
8. ábra Bipoláris betegség tudatosság logó. <i>Forrás: Bipolar Aware, (2011)</i>	24
9. ábra Az originális gyógyszerfejlesztés költségeinek alakulása <i>Forrás: DiMasi et al. (2007)</i>	28

2. Bevezetés

Az 1700-as években a bostoni hírlapolvasók már találkozhattak szabadalmaztatott gyógyszerek hirdetéseivel (Young, 1961). A gyógyszerpiacon folyó értékesítési és marketingtevékenység múltja messzire tekint vissza, azonban az elmúlt néhány évben számos olyan jelenség figyelhető meg, mely alapvetően átformálja a gyógyszerpiaci marketingtevékenységgel kapcsolatos gondolkodást.

Dolgozatunkban megvizsgáljuk, hogy ezek a jelenségek hogyan befolyásolták a gyógyszeriparon belüli marketingtevékenységet. A marketing egy kiterjesztett megközelítésén (Bauer- Berács, 1998) és a marketing legújabb tendenciáin keresztül vizsgáljuk meg, hogy mi a gyógyszer mint termék, kik a gyógyszerpiac szereplői és milyen marketing kapcsolatok vannak köztük. A gyógyszerpiaci szereplők közül a végső fogyasztókra (*customer*) fókuszáltunk.

Azért a végső fogyasztók, és motivációik képezték dolgozatunk kérdésfeltevésének alapjait, mert szegmentálásuk jelenleg nem fogyasztó-orientáltan, hanem termék specifikusan történik. Ugyanakkor a döntési folyamatuk és motivációik megértésében számos, versenyelőnyt jelentő piaci potenciál van.

Ezt a piaci potenciált a betegségtudatosságra építő kampányok elterjedése is bizonyítja. Dolgozatunkban többek az engedélymarketing (Godin, 1999), a Marketing 3.0 (Kotler et al., 2010), közös értékteremtés (Prahalad, 2009) és a gyógyszervásárlást befolyásoló érzelmi reakciók segítségével vázolunk fel egy fogyasztó-orientált, gyógyszervásárlási tényezőket strukturáló modellt.

A fogyasztók mellett meg megvizsgáljuk azt is, hogy az ő igényeiken kívül milyen piaci változások hatására kezdték el maguk a vállalatok is betegségtudatossági kampányaikat. A globális változások mint a kutatás és fejlesztési tevékenység hanyatló tendenciája a gyógyszeriparban és a finanszírozói szigor erősödése pedig folyamatos nyomást helyeznek a gyógyszercégek marketing stratégiájának újragondolási kényszerére. Külföldi modellek, kampányok és a marketingelméleti keretrendszer után elemezzük azt, hogy miért különösen

aktuális a betegségtudatosság kiépítése mint marketingstratégiai eszköz a mai Magyarországon.

3. Marketing definiálása az egészségügyben és a gyógyszerpiacon

Dolgozatunkban megvizsgáljuk, hogy melyek a gyógyszerpiac azon sajátosságai, melyek speciális marketingstratégiák követését követelik meg. Ehhez a marketing kiterjesztett értelmezését használjuk, mely szerint *„a marketing minden értékkel rendelkező jószág cseréje”* (Bauer-Berács, 1998, 13. o.).

Azért ezt a megközelítést használjuk a szűkebb értelemben vett marketing megközelítéssel- mely szerint *„a marketing olyan vállalati tevékenység, amely a vevők/felhasználók igényeinek kielégítése érdekében elemzi a piacot, meghatározza az eladni kívánt termékeket és szolgáltatásokat, megismerteti azokat a fogyasztókkal, kialakítja az árakat, megszervezi az értékesítést és befolyásolja a vásárlókat”* (Bauer-Berács, 1998, 12. o.)- szemben, mert a gyógyszerpiac és a fogyasztási döntések komplexitása kiterjesztett szemléletet kíván meg.

Simon (2010) szerint azért komplex a piac, mert egyrészt a fogyasztó- vállalat-finanszírozó relációjában számos specialitással rendelkezik, másrészt viszont jellemzik azok az attribútumok, melyek a sztenderd versenyhelyzetben működő gazdasági ágazatokat. Az egészségügyi marketing tehát *„olyan intézményi menedzsmentkoncepció, amely magában foglalja az egészségpiaci tevékenységek tervezését, koordinációját és kontrollját”* (Simon, 2010, 13. o.). Az egészségügyben- mint minden más iparágban is- akkor kezd el nőni a marketing szerepe, amikor a piac úgy változik, hogy az a szereplők számára kedvezőtlen (Simon, 2010). Ezen a marketing szemléleten keresztül vizsgáljuk a továbbiakban a gyógyszert mint terméket.

4. A gyógyszer mint termék

A gyógyszerpiac mai tendenciáinak megértéséhez elengedhetetlen definiálni, hogy mi is a gyógyszer mint termék. Kotler (2004) szerint egy termék *„lehet bármi, amivel adott szükséglet vagy igény kielégíthető”*, továbbá egy termék három összetevőből áll: *„fizikai javakból, szolgáltatásokból és elképzelésekből”*.

A gyógyszerek (*medicines, pharmaceuticals, medicinal products, drugs*) mint termékek fizikai összetevője alapján a következőképpen határozhatók meg: olyan kémiai vagy biotechnológiai úton előállított anyagok, amelyek az élő szervezetbe juttatva valamely kialakult betegség megszüntetésére, tüneteinek mérséklésére, avagy egy nemkívánatos egészségi állapot kialakulásának megelőzésére, speciális esetben diagnosztikai célra szolgálnak (Dankó et al., 2011).

A gyógyszer szolgáltatás pillére lehet az, hogy önmagában még nem hasznos, csak egy kezelés, gyógyulási folyamat részeként, mely sok kapcsolódó elemből tevődik össze, például: tájékoztató, orvos látogatás, tanácsadás, patikai kiszolgálás, etc.

A gyógyszer mint termék, ha elképzelésként értelmezzük, tekinthető egyfajta útnak a gyógyuláshoz, a kívánt egészségügyi állapot eléréséhez.

Ezek alapján, a gyógyszer marketing fókuszú definíciója: „a gyógyszer olyan speciális termék, amely tartalmazza a terméket és az információt, amely használatára, mellékhatásaira és egyéb jellemzőire vonatkozik” (Simon, 2010, 43. oldal). A gyógyszerek számos ismért mentén csoportosíthatóak, többek között: terápiás terület és indikáció, eredet, beviteli mód, originális/generikus gyógyszer, fogyasztásról való döntés és támogatottság etc. szerint.

Dolgozatunkban a gyógyszereket a fogyasztók, fogyasztás motivációi szempontjából közelítjük meg- a gyógyszerek a fogyasztásról való döntés és a fogyasztás felügyelete szempontjából három csoportba sorolhatóak be.

1. kizárólagos intézményi felhasználású gyógyszerek
2. járóbeteg ellátásban kapható gyógyszerek
3. szabadforgalmú ambuláns gyógyszerek

1. Kizárólagos intézményi felhasználású gyógyszerek

A (1) kizárólagos intézményi felhasználású gyógyszerek beadása (*administration*) fekvőbeteg-ellátó osztályokon, nappali kórházi ellátásban vagy szakrendeléseken (ambulanciákon) történik. A gyógyszer alkalmazásáról szóló döntést a kezelőorvos hozza meg, és mivel az adagoláshoz szakértelem szükséges- a fogyasztó pedig ezzel a szakértelemmel nem rendelkezik-, a gyógyszert jellemzően orvos vagy egészségügyi szakszemélyzet (nővér, szakápoló) adja be a betegnek, és gyakran a kezelés monitorozása is szükségszerű. A kizárólagos intézményi felhasználású gyógyszereket szinte kivétel nélkül az

állam finanszírozza (*financing, funding*), méghozzá úgy, hogy áruk beépül azon kezelés, műtét vagy egyéb kórházi ellátási esemény finanszírozási díjtételébe, amelynek során felhasználásra kerülnek. (Dankó et al., 2011).

2. Járóbeteg ellátásban kapható gyógyszerek

A (2) járóbeteg ellátásban kapható gyógyszerek két nagy csoportra bonthatók, aszerint hogy fogyasztásukhoz orvosi rendelvény (vény, „recept”) szükséges-e, avagy sem. Vényköteles („RX” vagy *prescription-only, POM*) gyógyszerhez a beteg csak úgy juthat hozzá, ha azt orvosa felírja számára, a szabadforgalmú (OTC: *over-the-counter*) készítmények azonban vény nélkül is kaphatóak (Dankó et al., 2011). A vényköteles gyógyszerek esetében az orvos dönt a gyógyszer használatának indokoltságáról. Az „öndiagnózis” és az „öngyógyítás” (*self-medication*) lehetővé tétele ezen gyógyszerek esetében veszélyes lenne, mivel a betegek sem a gyógyszerhasználat indokoltságát, sem a megfelelő dózist vagy szedési gyakoriságot nem tudják maguk eldönteni. A vényköteles gyógyszerek esetében beszélhetünk közfinanszírozott és nem közfinanszírozott gyógyszerekről. A nem közfinanszírozott gyógyszer árát a betegnek a vénymentes készítményekhez hasonlóan önállóan kell állnia. A közfinanszírozott gyógyszerek egy része teljes támogatást (*full reimbursement*), míg másik része részleges támogatást (*partial reimbursement*) élvez. (Dankó et al., 2011)

3. szabadforgalmú ambuláns gyógyszerek

A (3) szabadforgalmú ambuláns gyógyszereket a betegek maguk veszik meg és fizetik ki a gyógyszertárakban (*out-of-pocket payment*). (Dankó et al., 2011) A gyógyszerek megvásárlásával kapcsolatos minden költség ilyenkor a betegre mint fogyasztóra hárul. Az OTC gyógyszerek promóciós és kereskedelmi tevékenység tekintetében megegyeznek a normál piaci forgalomban lévő javakkal (Szabóné, 1999).

Dolgozatunk szempontjából azért ezt a csoportosítást tartottuk relevánsnak, mert itt különül el leginkább, hogy ki az adott gyógyszer (termék) célcsoportja, végfelhasználója, finanszírozója. Fontos látni, hogy például az FMCG termékekkel szemben a gyógyszerek fogyasztásának formáiról, lehetőségeiről- amennyiben az egyén célja a gyógyulás- a fogyasztó nem egyedül dönt (Szabóné, 1999). Azért nem tud egyedül dönteni, mert bár jelentkezik nála egy igény, probléma (tünet, betegség), a valódi okok, vagyis a szervezet valódi igényeivel a beteg szakértelem hiányában nincs tisztában.

Tulajdonképpen, szervezetének valódi igényeinek felmérése és megértése az orvosokra (vagy patikusokra) szerveződik ki. Vagyis, amikor a fogyasztó beteg, nála nem az a motiváció

jelentkezik, hogy valamilyen konkrét gyógyszert bevegyen, hanem egy probléma jelentkezik nála, egy, a szervezete által küldött inger, motivációja pedig az, hogy ez a probléma megoldódjon. A szervezete által küldött inger (tünetek) tanulmányozása alapján az orvos feladata az, hogy megállapítsa, a szervezetnek milyen gyógyszerre van „igénye”. Az alábbi ábrán összefoglaljuk a definiált, a dolgozat szempontjából releváns csoportosítását a gyógyszereknek.

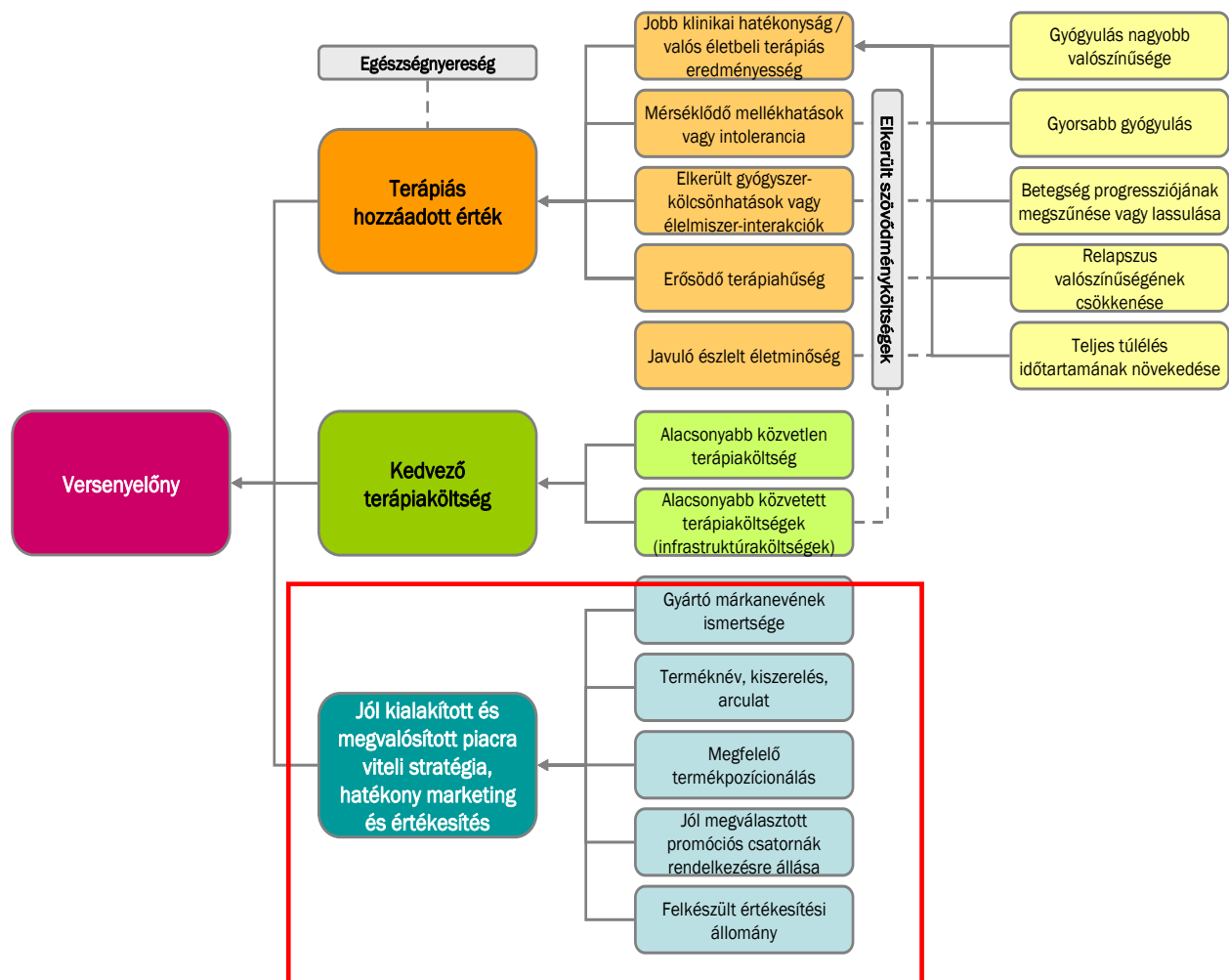
	Kizárólagos intézményi felhasználású gyógyszerek	Járóbeteg-ellátásban kiszolgált vényköteles gyógyszerek	Szabadforgalmú gyógyszerek
Ki dönt a fogyasztásról?	Kezelőorvos	Kezelőorvos	Beteg saját maga
Ki felügyeli a fogyasztást?	Kezelőorvos	Beteg saját maga	Beteg saját maga

1. ábra. A fogyasztásról való döntés és a gyógyszerfogyasztás felügyelete a különböző gyógyszerek esetében *Forrás: Dankó et al. (2011)*

A gyógyszer mint termék marketing fókuszú definíciója után a következő fejezetben megvizsgáljuk, hogy e termék marketing fókuszú megközelítése hogyan jelenthet versenyelőnyt a komplex, számos sajátossággal rendelkező gyógyszerpiacon.

5. A gyógyszerpiac és szereplői marketing szempontú megközelítése

A versenyelőny a vállalatnak az a képessége, hogy a teljesítésnek egy vagy több olyan módját találja meg, amit a versenytársak, nem tudnak, nem akarnak követni. A vállalatok arra törekcsenek, hogy fenntartható versenyelőnyhöz jussanak (Kotler, 2004, 88. o).A gyógyszerpiacon tevékenykedő cégek versenyelőnyének kialakításában kulcsszerepet tölt be a jól kialakított és megvalósított piacra viteli stratégia, hatékony marketingtevékenység és az értékesítés. A terápiás hozzáadott érték, a kedvező terápiaköltség mellett a jól felépített marketing stratégia is lehet a versenyelőny forrása a gyógyszercégek számára.



2. ábra. A versenyelőny forrásai a gyógyszeriparban *Forrás: Dankó et al. (2011) alapján*

A gyógyszerpiacon követendő marketingstratégia több részre bontható. Ezt mutatja a gyógyszermarketingre alkalmazott hármas tagolású definíció. Egyfelől termékspecifikus, ahol is elsődleges feladata a promóció, azaz a termék terápiás hatékonyságának, előnyeinek és alkalmazási előírásának ismertetése a potenciális felíró orvosok irányában. Másfelől a marketing egyre nagyobb mértékben olvad össze az üzletfejlesztéssel, és válik feladatává a piaci rések, kielégítetlen terápiás szükségletek minél gyorsabb azonosítása. E két funkció észlelt gyengesége az érintett cég tőzsdei alulértékeltségét okozhatja: bizonyos számítások szerint a marketingkiadások 2001-től kezdve meghaladják a kutatás-fejlesztési ráfordítások szintjét (erről későbbiekben részletesen), ami szintén mutatja, hogy a kutatás-fejlesztési képességek önmagukban nem elegendőek a sikerhez, ehelyett a piac aktív befolyásolására és promócióra van szükség. Harmadrészt a marketing szorosan összekapcsolódik a szabályozó hatóságokra irányuló stratégiákkal. (Dankó et al., 2011)

A gyógyszerpiacon a marketingtevékenységek erőteljesen korlátozottak. A vényköteles gyógyszerek terén, csak Új-Zéland és az Amerikai Egyesült Államokban engedélyezett a fogyasztók felé irányuló (*direct-to-consumer-DTC*) marketingtevékenység. A szabadforgalmú gyógyszerek marketingtevékenységének korlátozására csak kivételes példák akadnak (pl. Horvátországban kilenc meghatározott esetben tiltott) (Tárczy, 2008). A gyógyszerpiac szabályozási, azon belül is a gyógyszercégek marketingtevékenységét érintő szabályozások egy önálló dolgozat témáját képezhetné. A szabályozási kérdések csak azon részével foglalkozunk a dolgozatban, mely az adott rész szempontjából releváns lehet.

A következő részben röviden megvizsgáljuk azt, hogy a gyógyszercégek marketingtevékenységének, mely gyógyszerpiaci szereplők a célcsoportjai. A szereplők felé irányuló marketingtevékenységek elemzése egy önálló dolgozat témája lehetne, ezért az a célunk, hogy ezekben az alfejezetekben átfogó képet kapjunk, és megteremtsük az alapot a betegségtudat-építő kampányok kontextusba helyezéséhez.

Orvosok irányába megvalósuló promóciós tevékenység

Az orvosok felé való promóciós tevékenység kitüntetett szerepet játszik a gyógyszercégek marketing eszköztárában. A gyógyszercégek által felépített orvoslátogatói hálózaton keresztül valósul meg az orvosok elérése. Az orvoslátogatók alapvető feladatköre az, hogy az orvosokat szakmai szempontból tájékoztassák és ismertessék meg az új gyógyszerekkel és hatóanyagokkal (Berg, 2009). Az orvoslátogatók tevékenysége azonban bizonyítottan nem minden esetben szakmai irányultságú, hanem nagyon erősen jelen van a promóciós szándék az orvosok felé.

Az orvosokat a szakirodalom az orvoslátogatóktól érkező információra vonatkozó befogadási képességük szerint is csoportosítja (Szabóné, 1999). Megkülönböztethetők az információ befogadása szempontjából (1) nagyon nyitott, a változásokhoz proaktívan viszonyuló orvosok. Mellettük meghatározóak az ún. (2) véleményvezérek (*opinion leaders*), (3) a nem kifejezetten nyitott orvosok, és azok az orvosok, akik (4) rutinszerűen azt írják, ami a tollukban van. (Szabóné, 1999). A különböző paraméterekkel rendelkező orvosok megközelítésére annak módjára és időbeli sűrűségére a gyógyszercégeknek eltérő stratégiákat kell megalkotniuk.

Számos kutatás, publikáció és cikk foglalkozik azzal, hogy milyen mértékben változtatja meg az orvoslátogatók tevékenysége az orvosok felírási szokásait (Edwards et al, 2009). Az

orvosoknak juttatott ajándéktárgyak, kedvezmények és utazási lehetőségek sokszínűsége is sok kutatásnak jelentette témáját (Berg, 2009). Az orvosok felé való promóciós tevékenységet két oldalról éri a támadások jelentős része. Az egyik oldal, tehát az orvosok felírási szokásainak nem szakmai megfontolásokból történő megváltozása. A másik pedig egy közvetett hatás, ugyanis a páciensek bizalma megrendülhet az orvosok felírásában, ezáltal pedig a terápia eredményességébe, a gyógyulásba vetett hitük is csorbulhat. (Greene, 2007) A helyzetet még inkább összetetté teszi az, hogy a gyógyszergyártók jól követni tudják az orvosok felírási szokásait, így ennek megfelelően tudják figyelmüket a felíró orvosokra koncentrálni. (Greene, 2007) Ahhoz hogy kiegyensúlyozott képet kapjunk mindenképpen hozzá kell tenni, hogy az orvoslátogatók szakmai tájékoztató szerepe az új hatóanyagokról és gyógyszerekről jelentősen hozzájárul ahhoz is, hogy az orvosok szélesebb információs bázisra építve tudjanak dönteni.

Az orvosok irányába megvalósuló promóciós tevékenységek feltárása és értékelése egy külön dolgozat témáját képezhetné. Ezért jelen dolgozat keretei között annak érdekében írtunk róla, hogy teljesebb képet kaphassunk a gyógyszercégek marketingtevékenységének egy nagyon hangsúlyos eleméről.

Egészségbiztosító (finanszírozó) irányába megvalósuló marketing

Az egészségbiztosító (finanszírozó-Magyarországon az Országos Egészségügyi Pénztár tölti be ezt a funkciót) felé való promóciós tevékenység erősen ellentmondásos terület. Az egészségbiztosító tölti be azt a funkciót, hogy dönt a támogatott gyógyszerek köréről azok támogatottságának mértékéről, illetve arról, hogy az új hatóanyagok és gyógyszerek bekerülnek-e a támogatottak körébe. A támogatási körbe való bevonás az egyik legérzékenyebb terület a gyógyszergyártók számára. Az egészségbiztosító „meggyőzésének” egy lehetséges alternatívája a betegségtudatosság építő kampányok sikeressége. A betegségtudatosság és ezek a kampányok képezik dolgozatunk fókuszát, ezekről a későbbiekben részletesen szót ejtünk.

Patikusok irányába megvalósuló marketing

Az orvosok mellett a patikusok is kitüntetetten a gyógyszercégek promóciójának fókuszában állnak (Szabóné, 1999). A patikalátogatók feladata egyrészt az, hogy meggyőzzék a patikusokat arról, hogy tartsák készleten a gyógyszergyártók gyógyszereit. Másrészt a patikusok információt nyújtanak a betegeknek a gyógyszerről, ezért a gyógyszercégek szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír az, hogy termékeikről a páciensek a megfelelő tájékoztatáshoz juthassanak a patikusoktól. (Desselle, 2004).

Érdekesség az is, hogy az FMCG termékek piacához hasonlóan a patikák egyfajta disztribúciós, értékesítési csatornának tekinthetők, ezáltal fontos B2B piaci szereplőnek és a gyógyszerek azon *consumer*-einek, akik a végfelhasználóknak, vagyis betegeknek (*customers*) a gyógyszereket (termékeket) értékesítik és az azokhoz köthető szolgáltatások (információ, tudásmegosztás) egy részét nyújtják.

Közvetlen fogyasztó felé irányuló marketing

Farris et al. (2005) szerint a fogyasztó felé irányuló közvetlen marketing (*DTC- direct-to-consumer advertising*) a gyógyszerek piacán az elmúlt évtized legjelentősebb marketinghez kapcsolódó jelenségei között van. Egy másik aspektusból azonban a fogyasztók felé való gyógyszermarketing az egyik legellentmondásosabb egészségügyi téma (Weissmann et al., 2004).

A fogyasztók felé irányuló gyógyszerreklám a vényköteles gyógyszerek piacán (*DTC- direct-to-consumer advertising*) a legtöbb országban tiltott, ezek alól kivételt képez Új-Zéland és az Amerikai Egyesült Államok (PwC, 2009). Az Európai Bizottság tervezetei között szerepelt egy olyan előterjesztés 2008-ban, amely részben lehetővé teszi a gyógyszercégek fogyasztók felé objektív és nem reklámcélú kommunikációját (PwC, 2009). A szabadforgalmú (*OTC*) gyógyszerek esetében a fogyasztók felé irányuló promóciós tevékenység a gyógyszer gyártók felől engedélyezett.

Mivel dolgozatunk fókuszában a gyógyszer mint termék fogyasztói (*customer*, vagyis végfelhasználó) központú megközelítése áll, a *DTC* tevékenységgel a dolgozat egy későbbi részében foglalkozunk részletesebben. A következő fejezetben ezt a fogyasztó-központú megközelítést vizsgáljuk korunk legújabb marketingtendenciái tükrében.

6. A gyógyszerek fogyasztói

Ha az egészségügy keretein belül határozzuk meg azt, hogy mi a fogyasztó motivációja, akkor különösen fontos elhatárolni azt, hogy mi az, amit szeretnének, és mi az, amire valóban szükségük van, hiszen bármely döntésüknek súlyos, egészségügyi következményei lehetnek. Meg kell különböztetni azt, hogy mi az az (1) egészségügyi termék vagy szolgáltatás, mely igénybevétele a fogyasztó egészségének megőrzéséhez elengedhetetlen (gyógyszer magas vérnyomás ellen), és mely az ami szerepe egy (2) valamilyen kívánt egészségügyi állapot elérése, illetve az egészségügyi állapot javítása (fogyást segítő terápia).

A fogyasztók szempontjából a két kategória közül egyértelműen az (1) az elsődleges (Berkowitz, 2011). Ezt támasztja alá az is, ha ezen kategóriákat a Maslow- elmélet keretrendszerén belül vizsgáljuk. Az (1) kategória egyértelműen hiány alapú szükségletekre ad választ, vagyis olyanokra, melyek elérése csökkent valamilyen belső feszültséget. A (2) kategória alapvetően növekedés alapú szükségletekhez kapcsolható, vagyis olyan szükségletekhez, melyek arra irányulnak, hogy önmagunkból a maximumot hozzák ki. A Maslow-piramisban elhelyezve pedig az (1) kategória fiziológiai, biztonságérzethez köthető szükségletnek tekinthető, míg a (2) már a piramis magasabb fokán elhelyezkedő önmegvalósítás szintjén van (Dobák et al., 2010).

Amikor a gyógyszerpiac célcsoportjait szeretnénk szegmentálni, megkülönböztethetünk másképpen is két kategóriát: (1) egészséges emberek, illetve (2) nem egészségesek. A direkt gyógyszerhirdetések többsége az (1) egészséges emberek figyelmét el fogja kerülni, hiszen nincsenek tudatában ilyen típusú hiány alapú szükségletnek. Ugyanakkor előfordulhat, hogy az (1) egészséges embereknek olyan egészségügyi problémájuk van, melynek (a) nincsenek tudatában, vagy (b) tudatában vannak, de nem tekintik problémának (Harket et al., 2007). A következő fejezetben a fogyasztók szerepének változását elemezzük a gyógyszervásárlási folyamatban több keretrendszert felhasználva.

Fogyasztók szerepének változása a gyógyszervásárlási folyamatban

Philip Kotler, Hermawan Kartajaya és Iwan Setiawan Marketing 3.0 elmélete szerint a co-creation mellett még két tényező határozza meg korunk sikeres marketingstratégiáit: a communitization (közösségek létrehozása) és a brand integrity (márka integritás) megalkotása (Kotler et al., 2010).

Az egészségügyet is vizsgálhatjuk ezen elmélet segítségével. Ha azt vizsgáljuk a beteg (mint fogyasztó) mennyire vesz részt az értékteremtés (problémájának megoldásának) folyamatában, egy skálát kapunk. Ennek egyik véglete a compliance, másik pedig a konkordancia, az átmenetet pedig az adherencia képezi.

Compliance: A gyógyszer szedésének intenzitása. Annak a mértéke, hogy a beteg mennyiben tartja be az orvos utasításait.

Adherencia: Kooperatív megközelítése a gyógyításnak. Annak a mértéke, hogy a beteg mennyire követi a terápiát, melyet konszenzusosan alakítanak ki az orvossal.

Konkordancia: A páciens követi a terápiát, melyet közösen határoznak meg az orvossal a mind a gyógyszeres kezelésre és a páciens életstílusára vonatkozóan.

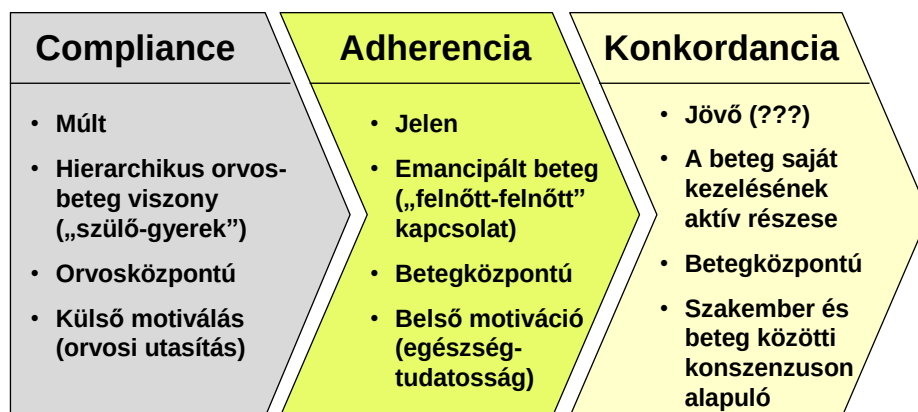
A definíciók Dankó et al. (2010) alapján kerültek meghatározásra.

Ahhoz, hogy a marketing 3.0 elméletének elemeit a fent említett skálára értelmezhesük, lássuk Simon (2010) alapján a betegekkel való együttműködés pár fő, alapvetően a fogyasztói döntést befolyásoló elemének összehasonlítását.

	Compliance	Konkordancia
Kapcsolat alapja	paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat	a páciens informált, egyenjogúsított; megosztott döntéshozás
Betegattitűd	orvosi utasítások feltétel nélküli elfogadása	kérdéseket tesz fel; vélemény kifejezése
Orvosi attitűd	érthető, világos utasítások a betegnek	beteg meghallgatása; terápia részleteinek megosztása
Kommunikáció	egyirányú	kétirányú

3. ábra. A beteg-együttműködés két típusának összehasonlítása. *Forrás: Simon (2010) alapján*

Egy másik (Dankó et al., 2011) összehasonlítása szerint:



4. ábra Beteg-együttműködéssel kapcsolatos fogalmak összehasonlítása. *Forrás: Dankó et al. (2011)*

Vagyis, a konkordancia az, ami már nem csak bevonja a fogyasztót (beteget) problémájának megoldásába, hanem a folyamat aktív részesévé teszi. A fogyasztó aktív részvételét és ennek háttértényezőit Kotler Marketing 3.0 elmélete alapján vizsgáljuk (Kotler et al., 2010).

Beteg-együttműködés változása a Marketing 3.0 tükrében

Mivel az orvos-beteg kapcsolat alapja a konszenzus, és a korábbi- fogyasztó információhiányából eredő- teljes mértékben függő viszonyban az információhiány, mint meghatározó tényező szerepe csökkent a páciens jól informáltságának köszönhetően. A páciens az információfeldolgozás folyamatában aktív résztvevő és döntéshozó, az orvossal együtt egyfajta közös értékteremtés (co-creation) valósul meg.

A közös értékteremtés megvalósulásának alapját képezi az, hogy létrejön a marketing 3.0 másik pillére, a közösségteremtés (communitization) is. Az interneten betegségekkel, egészséggel foglalkozó oldalak jöttek létre (Kiss, 2008), s a technológia fejlődésével ezeket az oldalakat is áthatotta az a változás, hogy: az elsődleges tájékozódási/médiafogyasztási platform az internet lett, méghozzá úgy, hogy a média-fogyasztás összekapcsolódott a kommunikációval, és „közösségi médiává” nőtte ki magát. A közösségi média alapja a megosztás, az interakció, és az ezáltal létrejövő közösségépítés. A PatientsLikeMe weboldal csak egy példa a sok közül arra, ahogy internetezők megosztják egymással tüneteiket, gyógyszerhasználattal, betegségükkel, félelmeikkel kapcsolatos gondolataikat (Economist, 2009). Az oldal emellett jelenleg a legnagyobb egészségtudatosságra épülő közösségi háló (Swan, 2009).

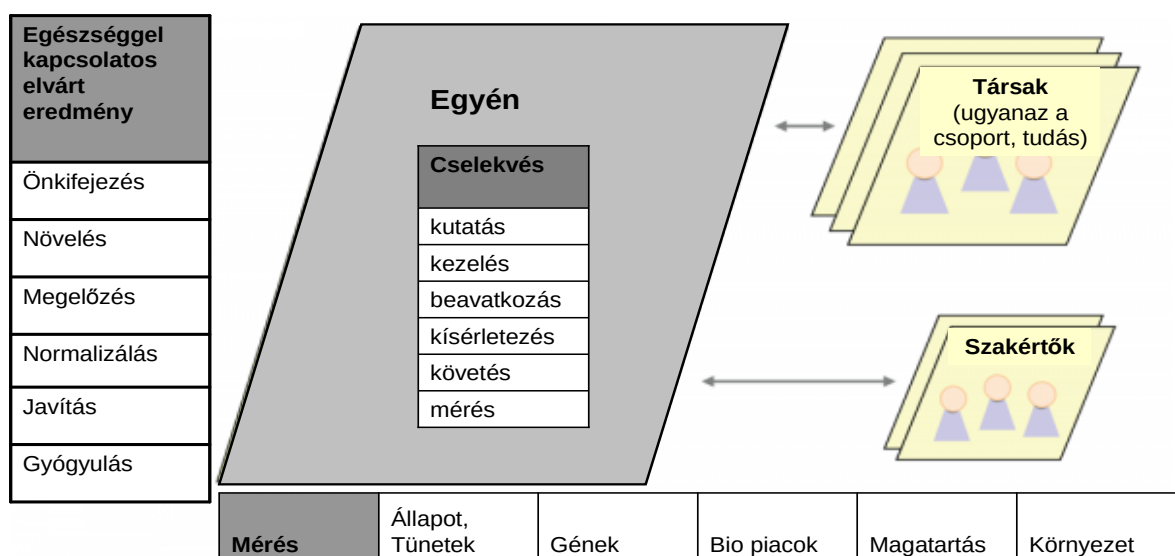
A Google is indított egy hasonló internetes alkalmazást- a felhasználók online vezethetik egészségtörténetüket, kitűzhetnek egészségük megőrzésével kapcsolatos és wellness célokat, továbbá nyomon követhetik azok elérését (Google Health, 2011). Ez alapján definiálható az Egészség 2.0 fogalma, vagyis olyan közösségeké, melyek tevékenységének, beszédtemáinak fókuszában az egészség áll, a tartalmat pedig együtt hozzák létre, internetes szolgáltatásokat használva. Tény, hogy könnyű szkeptikusnak lennünk ezekkel az Egészség 2.0 közösségekkel szemben, hiszen nem tudják helyettesíteni sem az orvosok szakértelmét, sem az orvos-beteg kapcsolatot, ugyanakkor észre kell venni azt a tendenciát, mely szerint a betegek (mint fogyasztók) már aktív részesei akarnak lenni a saját gyógyulási folyamatuknak, és mindebben kíváncsiak a többi beteg (fogyasztó) véleményére és tapasztalataira (Economist, 2009).

A Marketing 3.0 harmadik pilléréről, a márka integritásról-, vagyis arról, hogy egy márka nem csak egy terméket testesít meg, hanem életstílust, attitűdöket és egyéb, megfoghatatlan értékeket (Sundar Ganapathy, 2009)- a gyógyszerpiacon belül nem beszélhetünk. Mert bár a márkák értéke itt is egyre fontosabb- de a márka szerepe nem életstílus teremtése, hanem egyszerűen az, hogy a betegek tisztában legyenek azzal, hogy az adott márka –mint megoldás a problémájukra- létezik (Wood, 2011). A közösségnek nincs jelentősége olyan szempontból, hogy a termék fogyasztása együtt történik, vagy éppen a termék fogyasztásával rajtuk kívül más is tisztában van (és ezáltal valahova való tartozásunkat fejezzük ki), a közösség csak a másik két Marketing 3.0 pillérben válhatott meghatározóvá.

Mindez jól mutatja, hogy a gyógyszerfogyasztásban, egészségünkkel kapcsolatos döntéshozásban a hangsúly a compliance felől elmozdult az adherencia és konkordancia felé.

Egészség 2.0

A következő ábra is a már említett Egészség 2.0 elméletet modellezi. Az egyik oldalon találhatóak a fogyasztók motivációi, melyek alulról felfelé olvasva a Maslow-piramis hierarchiájával párhuzamos. Megfigyelhető, hogy az egyén motivációi kielégítésében már nem csak a szakértők, hanem a többi, „laikus” egyén is részt vesz, egyfajta közös értékteremtésen keresztül, a communitization-re alapozva.



5. ábra. Az egészségügyi ellátás egy új modellje. Forrás: Swan (2009) alapján

Pharma 3.0

Az Egészség 2.0 kereteire épül a Pharma 3.0, az egészségügyön belül a gyógyszeriparra fókuszáló üzleti modell elmélet is. Lényege az, hogy a gyógyszercégek stratégiájában paradigmaváltásra van szükség, a célfüggvény már nem csak gyógyszerek gyártása, hanem „egészség eredmények” (*health outcome*) kibocsátása (Ernst & Young, 2010), vagyis olyan termékek és szolgáltatások, melyek nem egyszerűen hiányalapú szükségleteket elégítenek ki, hanem növekedés alapúakat. A Pharma 3.0 modell szerint a gyártók nem gyógyszereket árulnak, hanem a kezelés menedzselésének teljes élményét (Ernst & Young, 2010).

A fogyasztó-orientáltság növekedése

A gyógyszeripar alapvetően hiány-alapú szükségletekre adott választ- betegségekre gyógymódot. Ilyen szempontból célcsoportnak azok tekinthetők, akik betegek. Ahogy az autópárházban és a fogyasztási termékek piacán is a versenyelőny egyik elemévé a tömeges személyre szabás vált (Economist, 2001), úgy a gyógyszerpiacon is megfigyelhetők azon törekvések, melyek célja egy adott betegségnél nem csak annak kezelése, hanem annak a fogyasztó szempontjából minél hatékonyabb, magasabb színvonalú, az egyéb szervezetének sajátosságaihoz alkalmazkodó kezelése (Swan, 2009). Bár a személyre szabott gyógyszerek finanszírozása napjainkban még nem megoldott, szervezetek jönnek létre, hogy ezt a célt népszerűsítsék. Ilyen szervezet többek között a Personalized Medicine Coalition (PMC),

mely szakértőket tömörít, és tevékenységének fókusza pedig a fogyasztók megértése és maximális szegmentálásuk kialakítása (PMC, 2011). A tömeges személyre szabás végállomása az, amikor a szegmentáció a legmagasabb, vagyis „négy szemközti” marketing valósul meg (Kotler, 2004).

Érzelmelek szerepe a fogyasztói döntésekben

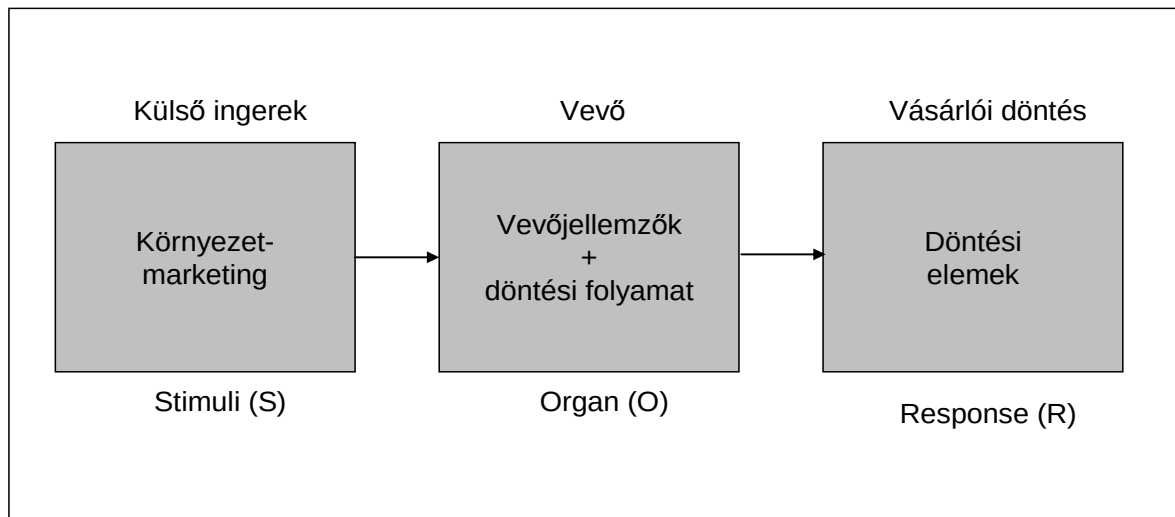
Már a legelső, a marketing és a fogyasztók érzelmeinek kapcsolatát vizsgáló elméletek is egyértelműen kimutatták, hogy a célcsoport érzelmeinek, motivációinak megértése kell, hogy egy termék marketingstratégiájának alapját képezze (Poels- Dewitte, 2006).

Egyrészt, az érzelem típusa és a vásárolt termék típusa között erős összefüggés figyelhető meg. Másrészt, a közös ezekben a reakciókban az, hogy egy adott, megjelenő, termékkel kapcsolatos asszociáció, érzelem (legyen az félelem, vágy, csalódottság, boldogság, kíváncsiság) a fogyasztó fejében összekapcsolódik egyfajta elvárással, mely arra irányul hogy az adott termék megvásárlása illeszkedjen adott pillanatbeli igényéhez, hangulatához. Ez az igény lehet valamilyen probléma megoldása. Tehát, vásárláskor elvárt érzelmek, hatások egyfajta portfólióját vesszük meg (ha moziba megyünk, nem csak egy filmet szeretnénk megnézni, hanem a mozizás élményét, amiben a filmen kívül számos más tényező is benne van). Nem minden termék vásárlása, vagy szolgáltatás igénybe vétele esetén pozitív ezen érzelmi reakciók portfóliója (például negatív érzelmekkel párosul az, ha fogorvoshoz megyünk) (H. Schmitt, 1999).

Ha azt vizsgáljuk, hogy a fogyasztók mi alapján döntenek, amikor az egészségükkel foglalkoznak, akkor elsődleges motivációként állapítható meg az, hogy a „megnyugvás érzését” keresik. Különösen ezeknél a döntéseknél fontos az időzítés, az, hogy valaki mikor hall egy gyógyszerről, vagy épp betegségről. Azok az egyének, akiknek a közvetlen környezetében valaki megbetegedett, sokkal valószínűbb, hogy annak a problémának a meglétét saját magukon is megvizsgálják. (Cordina et al., 2009). A népesség életkorának és élettapasztalatának növekedésével egyre biztosabbá válik, hogy az egyének egyre egészség és beteg tudatosabbá válnak, nagy hangsúlyt fektetve arra, hogy a hosszabb élettartam mellett életstílusukban, jólétükben is minőségi javulást szeretnének elérni (Harker et al., 2006).

A fogyasztó döntési folyamata

A fogyasztó döntési folyamata igen összetett, ezt vizsgálja a következő, S-O-R modell:



6. ábra A vásárlási döntési folyamat S-O-R modell logikáján Forrás: Józsa et al. (2005), 79. o.

A S-O-R modell a gyógyszeripar (ezen belül is a gyógyszeres kezelés piacának) nem minden fogyasztói csoportjára alkalmazható. Ha a szerint tipizálunk, hogy a fogyasztók egészségesek, vagy nem –illetve tisztában vannak-e betegségükkel vagy nem, akkor a modell a következőképpen értelmezhető:

- a) amennyiben a fogyasztó beteg, és ezzel a betegséggel tisztában van, és
 - a/1) vényköteles gyógyszert kell szednie: annak kiválasztását külső ingerek nem befolyásolják, a gyógyszer szedéséről az orvos dönt
 - a/2) nem vényköteles gyógyszer is megoldást jelent: mivel ezen gyógyszerek hirdetése engedélyezett, a külső ingereknek- az FMCG termékekhez hasonlóan- meghatározó szerepe van
- b) a fogyasztó beteg, és ezzel nincs tisztában: külső ingerek, mint betegségtudatosságra építő kampányok, információk az adott betegségről elvezethetik ahhoz, hogy megvizsgálta magát- amennyiben kiderül, hogy beteg, átkerül az „a” ágra
- c) a fogyasztó egészséges, és

- c/1) rendelkezik a már említett növekedési szükséglettel, vagyis szeretné fenntartani egészségét: ez esetben a/2) ponthoz hasonlóan az OTC gyógyszerhirdetések, mint külső ingerek hatni fognak rá
- c/2) vannak olyan problémái, melyeket nem tekint egészségügyi problémának, és nincs is tudatában annak, hogy ezekre a problémákra van megoldás: ebben az esetben is hatni fognak rá külső ingerek
- c/3) külső ingerek hatására- annak ellenére, hogy egészséges- elhiszi magáról, hogy beteg és gyógyszereket kezd szedni
- c/4) külső ingerek hatására nem fogja az addig természetesnek hitt állapotáról elhinni azt, hogy bármilyen probléma van vele

Vagyis, egyedül az a/1) eset az, amikor a S-O-R modell feltételei nem teljesülnek- minden más esetben a fogyasztó vásárlási döntése befolyásolható külső ingerekkel.

Az, hogy a fogyasztóra ezek a külső ingerek hatni tudjanak, és ne csak befogadják őket, hanem eljussanak a vásárlás folyamatáig is, korunk tendenciái szerint leginkább betegségtudatosság kiépítésével történik meg.

7. Betegségtudatosság fogyasztást befolyásoló alkalmazása

A betegségtudatosság kiépítésének alapja nem is marketing, hanem jogi kérdés, mely etikai korlátokba ütközik. „Mindenkinek joga van a véleménynyilvánításhoz és bármilyen típusú információ kereséséhez és megosztásához” (Palmer , C . & Partners, 2000).

A következőkben megvizsgáljuk a fogyasztók attitűdjét betegségekkel kapcsolatos információk megosztásáról. Mint már említettük, a *direct to customer* (DTC)- vagyis közvetlenül a fogyasztókat (mint végfelhasználókat)- megcélzó kampányok (vényköteles gyógyszerek esetében is) csak az USA-ban és Új-Zélandon engedélyezettek, Több kutatás is irányult arra, hogy megvizsgálja, hogy viszonyulnak a fogyasztók ezekhez a hirdetésekhez. A Calfee longitudinális kutatása szerint a fogyasztók általánosságban pozitívan viszonyulnak a DTC kampányokban közölt információkhoz (Harker et al., 2006).

A kutatás fő eredményei a következők voltak (*Forrás: Calfee, 2002*)

- A fogyasztók megtévesztése nem releváns probléma.

- A DTC kampányokban megosztott információ értékes a fogyasztók számára.
- A DTC kampányok arra motiválják a fogyasztókat, hogy további információért szakembereket (vagy egyéb forrásokat) keressenek fel.
- A DTC kampányok javítják az orvos-beteg kapcsolatot.
- A DTC kampányoknak köszönhetően a fogyasztók további előnyökre tehetnek szert, mint például: kockázatok és gyógymódok jobb ismerete, könnyebb azonosulás különböző gyógyszerterápiákkal, motiváció életstílusbeli változtatásokra.

Attól függetlenül, hogy a fogyasztók attitűdje ezen információforrások felé pozitív, sok ország nem él, sőt megtagadja a lehetőséget. Ennek oka az, hogy úgy gondolják, az egészséggel kapcsolatos döntéseket szakembereknek kell meghozniuk, hiszen egy nem helyes döntés költsége az egészség súlyos veszélyeztetése lehet, mely a közvetlen érintetten kívül az egész társadalomra terhet róna.

Engedélymarketing a betegségtudatosságra építő kampányokban

Engedélymarketing

Eddig a fogyasztók betegség tudatosság építő kampányokhoz kötődő attitűdjével és megváltozott szerepével foglalkoztunk. A mai fogyasztók, ha egy termék létrehozásáról van szó, nem szimplán vásárlóként akarnak részt venni az értékláncban, hanem természetesen kezelik, hogy őket is megkérdezik, és aktív részesévé teszik az értékteremtő-folyamatnak, ezáltal a termék gyártói és fogyasztói között egyfajta közös értékteremtés alakul ki (Prahalač, 2010).

Ahhoz, hogy ez az "együttműködés" megtörténjen, a vállalatok már nem hivatlanul lépnek be a fogyasztók életébe (*interruption marketing*), hanem elérik, hogy a fogyasztók maguk engedjék be őket életükbe, és maguk is el akarják kezdeni az említett párbeszédet. Ezt a megközelítést Godin engedélymarketingnek (*permission marketing*) nevezte el, és tényként kezelte azt, hogy a *permission marketing* ma egyértelműen hatékonyabban működik, mint az *interruption marketing* (Godin, 1999).

A hatékonyságnak több dimenziója van- hatékonyabb a fogyasztó, és hatékonyabb a vállalat szempontjából is. A fogyasztó számára, annak, hogy saját maga "beengedi" a vállalatot az életébe, több oka lehet. Ilyen például az, ha szeretne több információt szerezni a kínált termékről/szolgáltatásról, igénybe szeretné venni az ígért kedvezményt/bónuszt, vagy éppen a

"beengedés" biztosította szórakozási lehetőséggel szeretne élni (Godin, 1999). Ennek az oka, hogy a fogyasztók észlelését szükségleteik határozzák meg (Hofmeister-Tóth, 2008), és amint a betegségtudatosság szükségletté válik, a fogyasztók maguk fogják keresni ennek forrásait.

Éppen ennek okán a hatékony a vállalat számára is. Mivel a fogyasztó maga érdeklődött a vállalat termékei iránt, a figyelmet már nem kell megragadni- a figyelemfelkeltés helyett, pedig a kommunikációban lehet a tartalomra koncentrálni. Ezen kívül, a vállalat így nem csak termékét/szolgáltatását tudja értékesíteni, de ezzel egy időben jobban megismeri a fogyasztót, ezáltal később fejleszteni tudja kínálatát is (Godin, 1999).

Engedélymarketing a DTC kampányokban

Az engedélymarketing koncepciója úgy kapcsolódik a DTC kampányokhoz, hogy az előzőekben már kiderült, hogy a fogyasztók alapvetően – A fogyasztó döntési folyamata” c. fejezetben létrehozott tipológia szerint haladva- (a) saját maguk is keresnek betegségekkel kapcsolatos forrásokat és (b) amennyiben ilyen információt nem maguk keresnek, hanem DTC kampányok keretein belül osztják meg velük, attitűdjük alapvetően pozitív. Vagyis, ha DTC kampányokkal találkoznak, azt nem interruption (vagyis agresszív) marketingként észlelik, hanem sokkal inkább számukra is értékes információként. Calfee (2002) kutatásából is kitűnik, hogy a DTC betegségtudatosságra építő kampányok a fogyasztók szemszögéből nem csak hogy engedélymarketing elveken alapulnak, de az orvos-beteg kapcsolatába sem szólnak bele negatívan- sőt erősítik azt. Gallagher és Levinson (2004) kutatása szerint még mindig az orvos az, akit a betegek a legmegbízhatóbb információforrásnak tekintenek.

A DTC kampányok hatása a fogyasztó döntési folyamatára

A DTC kampányok hatására az egyének a dolgozatunk korábbi, *A fogyasztó döntési folyamata* című alfejezetében kifejtettek alapján döntenek és (csak a hagyományos gyógyszerek piacán vizsgálva, az alternatív gyógymódok nélkül)

(a) gyógyszerfogyasztásuk nő

(a/i) mivel egy betegségtudatosságra építő kampány hatására kivizsgáltatták magukat, és kiderült, hogy betegek

(a/ii) mivel egy betegségtudatosságra építő kampány hatására elhitték egy addig nem problémaként (betegséggént) jelentkező tünetről, állapotról, hogy azt kezelni kell (vagy kezelni lehet)

(b) gyógyszerfogyasztásuk nem nő.

Ha megvizsgáljuk ezen fogyasztói döntések hátterét, ezen belül is az (a/1) pontot, kiderül, hogy arról van szó, hogy egy nem alapvetően egészségügyi problémát egészségügyi problémaként kezelnek úgy, hogy a fogyasztó maga is elhiszi hogy az adott problémát (tünetet, állapotot) kezelni kell. Ezt a jelenséget, vagyis az alapvetően nem egészségügyi probléma egészségügyi problémaként való kezelését a szakirodalom medicalisation-ként említi (Harker et al., 2006).

A jelenség kialakulásának alapja az a szemlélet, mely szerint „sok pénzt lehet csinálni azokból a fogyasztókból, akik egészségesek, de elhiszik magukról, hogy betegek” (Moynihan et al., 2002). A fogyasztó döntési folyamata című fejezetben meghatározott tipológiánk szerint ez alapvetően a (c) pont elemeihez kapcsolódik, ezen belül is (c/1) illetve (c/2) pontokhoz:

„A fogyasztónak vannak:

- *c/2) olyan problémái, melyeket nem tekint egészségügyi problémának, és nincs is tudatában annak, hogy ezekre a problémákra van megoldás: ebben az esetben is hatni fognak rá külső ingerek*
- *c/3) külső ingerek hatására- annak ellenére, hogy egészséges- elhiszi magáról, hogy beteg és gyógyszereket kezd szedni”*

Ha kiterjesztett értelemben értelmezzük a marketinget, és nem termékek, hanem érzések vagy értékek eladásában gondolkodunk, akkor a gyógyszercégek ilyenkor tulajdonképpen betegséget adnak el. A gyógyszercégek, mivel gyógyszereket csak korlátozottan hirdethetnek, a gyógyszerfogyasztás iránti igényt próbálják kiváltani, mely igény akkor keletkezik, ha az egyén fél egy betegségtől, vagy elhiszi magáról, hogy beteg. Az igény kiváltásának eszköze betegségek szponzorálása és azon betegségek tüneteinek széleskörű megismertetése (Moynihan et al., 2002).

Az, amiért ez hatékonyan működik, következik a szponzorálás definíciójából és annak szinergikus hatásából az engedélymarketing kialakulásával. „A szponzorálás nem kereskedelmi szituációban szólítja meg a célcsoportot, hanem az emberek számára mind fontosabbá váló szabadidő eltöltése közben információk tömegével bombázzák az embert nap mint nap” (Fazekas et al., 2000, 52. o.). Mivel a fogyasztók nem kereskedelmi szituációban találkoznak olyan információval, melyet ráadásul értékesnek is tartanak, az üzenet befogadása során az engedélymarketing feltételei teljesülnek. A cégek ilyen irányú kommunikációja miatt megváltozik az, hogy mi definiálható betegségnek, és mi nem. Tulajdonképpen, aluldiagnosztizált és alulkezelt betegségek kommunikációjának látszatával különböző egészségügyi *állapotokról* hitetik el azt, hogy azok súlyos, vagy legalábbis kezelendő tünetek, rendellenes egészségügyi állapot következményei (Moynihan et al., 2002).

8. Esettanulmányok a betegségtudatosság építésére

Két betegségtudatosság-építő esettanulmányt vizsgálunk a fejezetben a „A fogyasztó döntési folyamata” c. fejezetben létrehozott tipológiát alkalmazva. A fejezet során nem kívánunk foglalkozni a betegségtudatosságot építő kampányok marketingkommunikációt részletesen érintő vonulatának ismertetésével. A cél az, hogy jelen dolgozat keretei között a kampányokat nem marketingkommunikáció szempontjából elemezzük, hanem az előző fejezetekben meghatározott elméleti keret és az alapján kialakított, a gyógyszervásárlást a fogyasztói döntés folyamat szempontjából vizsgáló tipológiánk szerint.

A betegségtudatosság kiépítése az az út, mely a fogyasztókat befogadóvá teszi arra, hogy érdeklődjenek a gyógyszeripar innovációi iránt és érdekeltté teszi őket egészségük növekedés,- és nem szükségalapú megközelítésére. Hatására a gyógyszercégeknek nem kell *interruption marketinget* folytatniuk (ahol a fogyasztók- betegek a kezelési folyamat passzív résztvevői), hanem az egyének az engedélymarketing (*permission marketing*) elvei (Godin, 1999) alapján maguk is aktív részeseivé válnak a kezelési, egészség megőrzési és fenntartási folyamatnak és maguk kezdenek el érdeklődni a gyógyszer innovációk iránt.

A betegségtudatosságra építő kampányok törvényes keretek között zajlanak, ami a marketing szempontjából (is) rendkívül szabályozott gyógyszerpiacon a gyógyszercégek számára

egyedülálló lehetőség. A korábban részletesen ismertetett DTC és betegségtudatosság építő kampányok között az átmenet viszonylag problémamentes, a határaik elmosódnak. A szabályozás is illékony, hiszen nem ad egzakt definíciót arra, hogy hol válik el a DTC és betegség tudatosság építő kampányoktól.

A gyógyszercégek marketing tevékenységének, azon belül is a betegségtudatosság kiépítő kampányokat jelentős változások érték és érik el mind Magyarországon, mint globálisan. Ezen változások elemzésére, és arra, hogy miért teszik aktuálissá és relevánssá a dolgot, egy külön fejezetet szántunk.

A „The Heart Truth” kampány és a betegség tudatosság építése

2000-ben az Amerikai Egyesült Államokban a nők 34%-a volt tudatában annak, hogy a nők elhalálozásának elsődleges oka a szívbetegség. A nők 46%-a volt ezzel a ténnyel tisztában 2003-ban, míg 2006-ra a számuk 56%-ra emelkedett (Long et al, 2008). 2000-ben háromból egy nő elhalálozását szívbetegségek okozták. (NHLBI, 2007)

A szignifikáns különbséget az okozta, hogy 2002-ben nagyszabású betegségtudatosság építő kampány vette kezdetét (*The Heart Truth*). Az amerikai nők egyszerre váltak tudatossá, és a kampány hatása aktív szerepvállalásra ösztönözte őket. A kampánynak két célkitűzése volt: (1) a nők betegségtudatosságának növelése, a szívbetegségtől való veszélyeztetettség kommunikációja (2) ösztönözni a nőket arra, hogy forduljanak orvosukhoz, szembesüljenek veszélyeztetettségük mértékével, vállaljanak aktív szerepet a kockázatok csökkentésére.

A betegségtudatosság építő kampány, tehát az ismertetett betegek tudatosságára vonatkozó tipológiát használva (dolgozatunk „A fogyasztó döntési folyamata” c. fejezetében) több csoportot is elér. Az érintett már beteg, és ezzel nincs teljesen tisztában, a betegségtudatosság építő kampány ösztönzi arra, hogy orvoshoz forduljon megoldást keresve (b). Az érintett egészséges, szeretné ezt fenntartani, tudatosan érdeklődik a kampány hatására, hogyan tudja prevencióval elkerülni a betegséget (c1). Azokra az érintettekre is hatni tud a kampány, akik érzik, hogy egészségükkel kapcsolatban nincs minden teljességgel rendben, azonban nem tudja, hogy ezekkel a problémáival komolyan kell foglalkoznia, mérlegelnie kell a kockázati faktorokat. A (b) és a (c2) tulajdonképpen abban különbözik egymástól, hogy a (b) esetében az érintett még nincs tisztában azzal, hogy beteg, pedig az esetek jelentős részében már az, míg a (c2) esetében a kockázati faktorok már jelen vannak, de a beteg még egészséges.

Ezekben az esetekben a betegségtudatosság építő kampány ösztönözheti az érintetteket, a veszélyeztetett amerikai nőket, hogy keressék fel orvosukat, tegyenek a megelőzésért.

A betegségtudatosság építő kampányok jelentős kockázati faktora lehet, hogy olyan emberek fordulnak gyógyszeres kezeléshez, akiknek erre nem lenne szüksége. A szükségtelen gyógyszeres kezelés (*medicalisation*) a szívbetegségek esetén nem jelent vélhetően veszélyt.



7. ábra The Heart Truth betegség tudatosság építő kampány logója: Forrás: Long et al., (2008)

Betegség tudatosság építése a gyermekkori bipoláris zavar esetében

A gyermekkori bipolaritás, (*mániákus depresszió-időszakosan mániákus és depresszióval sújtott időszakok váltogatják egymást*) problémája jelentősen különbözik az előzőek során bemutatott szívbetegségekhez kapcsolódó betegség tudatosság építésétől. A legfőbb ok a két betegség típus különbözősége. A gyermekkori bipolaritás betegség voltáról erősen megosztott a szakmai közvélemény, a legvitatottabb pszichiátriai zavarok közé tartozik. A bipolaritás mint betegség még ma sem teljesen körülhatárolt, a DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- a pszichiátria alapkönyve*) új, ötödik kiadásában a bipolaritás definíciója jóval szűkebb, mint az a DSM IV-ben volt. Illetve a bipolaritással részben átfedve létrejön egy új elhatárolás (*diszregulációs zavar diszfória*) (Stöckert, 2011).

A gyermekkori bipolaritás tehát betegségként sem általánosan elfogadott, számos tévhit él a betegséggel kapcsolatban (BipolarAware, 2011). Ezen tévhitek eloszlatása, a helyes diagnózis és kórkép körülhatárolása nagy kihívást jelent a betegséggel kapcsolatban állóak számára. A betegség tudatosság építő kampánynak tehát elsőként el kell oszlatnia a

betegséggel kapcsolatos tévhiteket, és utána léphet be az a funkció, hogy kialakítja a valóban betegségben szenvedők tudatosságát, hogy vessék alá magukat pszichoterápiai kezelésnek. A kritikusok szerint a normális, hangulatváltozásokkal is járó gyermeki viselkedést patologizálja az, ha a gyermeket pszichoterápiának vetik alá, gyógyszeres kezeléssel kiegészítve (Stöckert, 2011).

A gyermekkori bipolaritás tehát nem csak vitatott pszichiátriai zavar, de a félrekezelésre is jelentős kockázat mutatkozhat. A betegségtudatosság építő kampány, tehát az ismertetett betegek tudatosságára vonatkozó tipológiát használva (dolgozatunk „A fogyasztó döntési folyamata” c. fejezetében) több csoportot is elér. Ebben az esetben a legfontosabb a (c3) csoporttal foglalkozni, akik külső ingerek hatására hajlamosak lehetnek arra, hogy elhiszik azt, hogy betegek, és gyógyszeres kezeléshez folyamodnak. Ez természetesen minden szereplőnek kedvezőtlen kimenetelt eredményezhet, a gyógyszergyártótól eltekintve. Ebben az esetben az orvosra hárul a felelősség, hogy a beteget megfelelő információkhoz juttatva ne hagyja, hogy szükségtelen gyógyszeres kezelés (*medicalisation*) menjen végbe.

Mintegy összegzésként is fontos hangsúlyozni azt, hogy bár a betegtudatosságot építő kampányok célcsoportja a végfogyasztók, mintegy melléktermékként az orvosok és a finanszírozó hatóság is receptív lehet ezekre a kampányokra. Az orvosok felírási szokásait, diagnosztizálását is jelentősen módosíthatják ezek a kampányok, illetve a finanszírozó irányába történő nyomásgyakorlásra is alkalmas lehet a betegség fontosságának hangsúlyozásával.



8. ábra Bipoláris betegség tudatosság logó. Forrás: *Bipolar Aware*, (2011)

9. Betegség tudatosság, mint marketingstratégiai irányvonal relevanciája Magyarországon

Ebben a fejezetben tételesen megvizsgáljuk azokat a folyamatokat, lépéseket, amelyek várhatóan szükségessé fogják tenni a gyógyszerpiaci marketinggel azon belül is a betegség tudatosság építéssel kapcsolatos gondolkodás megváltoztatását. Elsőként a hazai gyógyszerpiacon bejelentett reform-intézkedéseket foglaljuk össze, elemezzük a dolgozat szempontjából. Ezt követően a közelmúltban a média figyelmét lekötő, a gyógyszeripar marketingtevékenységének visszasságait a felszínre hozó eseményt mutatjuk be. Ezt követően pedig áttérünk a globális változásokra, a kutatás és fejlesztési tevékenység hanyatló tendenciájára a gyógyszerpiacon és a finanszírozói szigort erősítő tényezőkre. A fejezetben tehát strukturálisan a rövid távú hazánkat érintő jelenségektől haladunk a globális szintű jelenségekig. Ezeket számba véve:

1. A hazai gyógyszerpiacot érintő reformintézkedések (Széll Kálmán program gyógyszerpiacot érintő részei)
2. A gyógyszer promóciós tevékenység a hazai média figyelmének homlokterébe kerülése (orvos halála Thaiföldön)
3. A K+F tevékenység hanyatló tendenciája a gyógyszeriparban
4. A finanszírozói tudatosság erősödése (kockázatmegosztási megállapodások átlalakulása)

A hazai gyógyszerpiacot érintő reform-intézkedések

Magyarországon az egészségbiztosító 2009-ben kezdte el a gyártókkal közösen terápiaeredményességi és beteg-együttműködésre vonatkozó megállapodások kidolgozását, majd 2010. január 1-jétől törvény által nevesített lehetőség is nyílik ilyen szerződések kötésére. (Dankó et al., 2011)

A Széll Kálmán programban az állami gyógyszerkiadások 120 milliárd Ft nagyságú csökkentését tűzte ki célul 2013-ra a kormányzat. (Index, 2011b) A kormányzat által vázolt a gyógyszerkasszáét és a gyógyszerpiacot átalakító reform-intézkedések értelmezése és elemzése egy önálló tanulmány megírását igényelné. Ebben az alfejezetben ezért arra szorítkozunk, hogy a reform intézkedések alapvetéseit, illetve a téma-felvetésünk szempontjából leginkább releváns részeit mutassuk be és értelmezzük.

A 2011-es tervezett állami gyógyszerkiadás 343 milliárd Ft. A kormányzat tehát a gyógyszerkasszát két év alatt fokozatosan összességében 35%-al kívánja megközelítőleg csökkenteni. A programban számos nem elégséges részletezettséggel megadott tétel szerepel, a szakmai körökben egyértelműen uralkodó vált az a nézet, mely szerint a megszorító célkitűzések csak a betegterhek növelése mellett lehetnének teljesíthetőek. A Széll Kálmán programban azonban alaptétel, hogy a betegterhek növelése semmilyen körülmények megléte mellett nem kívánatos. Az elvonások tehát a gyógyszercégeket kell, hogy sújtsák. Ez több csatornán keresztül valósulhat meg, az árak csökkentésére már nem létezik túl nagy tér, hiszen a 2006-os gyógyszergazdaságossági törvény alapvetően sikeresen szorította le az árakat, ezért jelentős árcsökkentés csak nagy áldozatok árán képzelhető el. (Népszabadság Online, 2011) A gyártói befizetések növelése várható (rabatt 12%-ról 18%-ra emelkedik). A gyógyszerkasszában számottevő lefaragása abban az esetben lenne lehetséges, ha a kormányzat képes meghozni azt a nagyon nagy súlyú döntést, hogy a gazdasági helyzetre való tekintettel a nagy értékű terápiák eredményességét felülvizsgálja, és a gyakran több millió Ft értékű gyógyszereket kivon a támogatott gyógyszerek köréből. (Index, 2011b)

A tanulmány szempontjából alapvető jelentőségű az orvoslátogatói díjak megállapítása. Magyarországon a jelenlegi szabályozás mellett a gyógyszercégeknek orvoslátogatónként 5 millió Ft-ot kell évente befizetniük a gyógyszerkasszába (évente megközelítőleg 50 milliárd Ft-ot tesz ki a gyógyszerkasszából). (Index, 2011b) Az orvoslátogatók testesítik meg az orvosok felé való promóciós tevékenység egyik legfontosabb formáját. A gyógyszercégek befizetési kötelezettségeinek növelése is abba az irányba hat, hogy a gyógyszercégeknek racionalizálniuk szükséges a promóciós és kereskedelmi tevékenységükre allokált ráfordításaikat.

Gyógyszer promóció a hazai média figyelmének középpontjában

Ebben a fejezetben tételesen megvizsgáljuk azokat a folyamatokat, lépéseket, amelyek várhatóan szükségessé fogják tenni a gyógyszerpiaci marketinggel azon belül is a betegség tudatosság építéssel kapcsolatos gondolkodás megváltoztatását. Először a leginkább a dolgozat témájába vágó, a közelmúltban történt eseményt mutatjuk be. Ezt követően pedig áttérünk a globális változásokra, tehát strukturálisan a rövid távú hazánkat érintő jelenségektől haladunk a globális szintű jelenségekig.

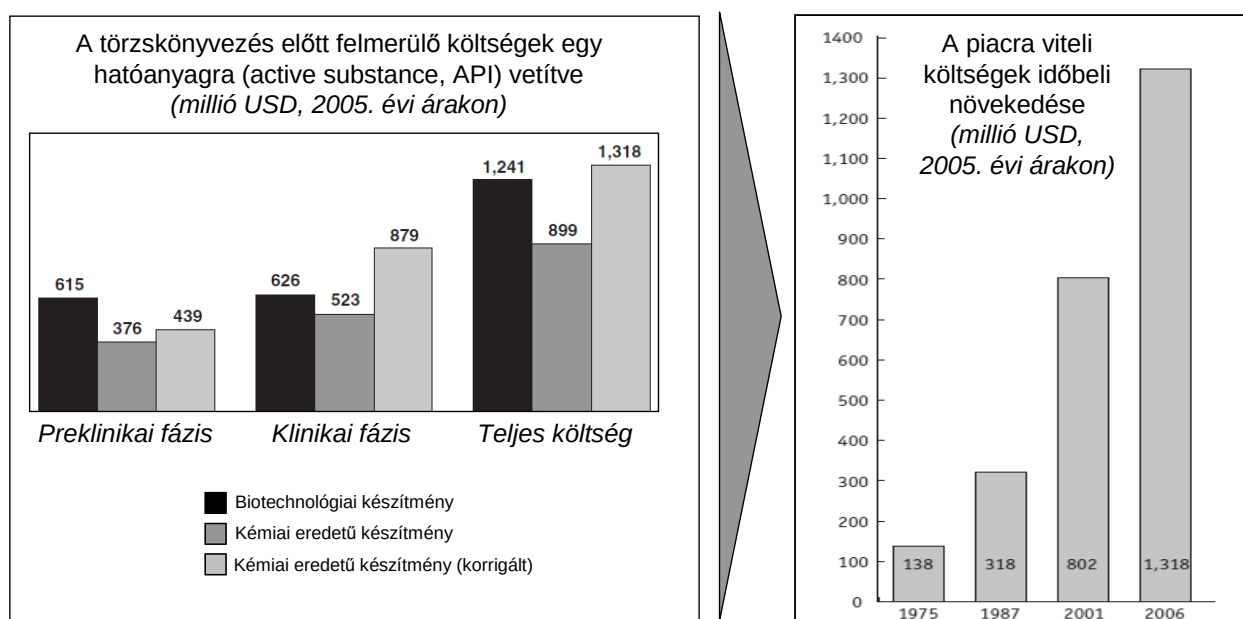
Az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) 52 millió Ft nagyságú bírságot szabott ki a Medico Uno gyógyszercégre, illetve az OGYI kezdeményezte az Országos Egészségpénztár (OEP) felé a cég termékeinek társadalombiztosítási támogatásának felfüggesztését. (Népszava Online, 2011). A 2011. március 18.-án lezárt vizsgálatsorozat a január 23.-án Thaiföldön elhunyt magyar orvos halálának körülményeit derítette fel. A gyógyszercég negyven orvos számára biztosította a Thaiföldi kiutaztatást, mely mögött formálisan szakmai konferenciák látogatásának célja állt. A vizsgálat során azonban bebizonyosodott, hogy egyetlen szakmai kongresszust sem tartottak a thaiföldi nyaralóhely közelében a tragédia idején (Origo, 2011).

A vizsgálat kapcsán megállapították, hogy az érintett cég több ponton is megsértette a gyógyszerek forgalmazásával és szakmai marketingjével kapcsolatos szabályokat. Egyebek mellett be nem jelentett orvoslátogatókat foglalkoztatott, elkerülve ezzel az évente orvoslátogatónként befizetendő 5 millió Ft nagyságú díjat (VPonline.hu, 2011). Emellett pedig a gyógyszercég bizonyítottan szervezett egészségügyi szakemberek számára külföldi utazásokat, úgymond piackutatási céllal, amelyekről kiderült, hogy ez a tevékenység csupán a formális háttérrel teremtette meg az orvosok számára nyújtandó természeti juttatások biztosításához (Origo, 2011).

A Medico Uno esete teljesen nyilvánvalóan nem egyedülálló, a gyógyszercégek számos esetben megsértik a promóciós és marketingtevékenységgel kapcsolatos jogszabályokat. A szerencsétlenül járt orvos esete azonban felhívta a figyelmet arra, hogy a gyógyszercégek jogszabályokat sértő gyakorlatokat követnek. Szepezdi Zsuzsanna, az OEP főigazgatója kifejtette, hogy szükséges a változtatás a gyógyszerpromóciós tevékenységek szabályozásában, a piac megtisztulása elengedhetetlen, és a súlyosan etikátlan magatartásnak a gyógyszercégek részéről kiszűrhetővé kell válnia. A főigazgató rámutatott arra, hogy javaslatokat szükséges tenniük a gyógyszerpromóciós tevékenységekkel kapcsolatos jogszabályok módosítására (VPonline.hu, 2011). Szócska Miklós (Egészségügyért Felelős Államtitkár) deklarálta az egészségügyi államtitkárság nem akar boszorkányüldözést indítani a gyógyszercégek ellen, a célja az, hogy a gyógyszerreklámozás folyamatát átláthatóvá tegyék. (Index, 2011b)

A K+F tevékenység hanyatló tendenciája a gyógyszeriparban

A gyógyszeripar tradicionálisan úgy működött, hogy a gyógyszergyártók tetemes beruházásokat vittek végbe, hogy új molekulákat találjanak, új gyógyszereket fejlesszenek ki (PwC, 2009). A gyógyszerek ezek után jelentős promóciós kiadások mellett befogadásra, ezt követően pedig forgalomba kerültek. A gyógyszercégek ezt követően a gyógyszerek után befolyó bevételekből finanszírozták a további gyógyszerkutatásokat. Azonban a gyógyszercégek kutatás és fejlesztési produktivitása az utóbbi években erőteljesen visszaesett, mindezek mellett pedig a gyógyszerek befogadási folyamata összetettebbé vált, jelentősen nagyobb ráfordítást igényel a gyógyszercégek részéről (PwC, 2009).



9. ábra Az originális gyógyszerfejlesztés költségeinek alakulása Forrás: DiMasi et al. (2007)

A gyógyszercégek számára a racionális választást az képviseli, hogyha a jelenleg forgalomban lévő termékeiken törekednek arra, hogy növekvő nyereségességet érjenek el. Az iparág figyelme ezért igen erőteljesen a marketingtevékenységek fejlesztésének irányába fordult.

A finanszírozói tudatosság erősödése (kockázatmegosztási megállapodások átalakulása)

A globális gyógyszerpiacokon a finanszírozói tudatosság várhatóan egyre erőteljesebb mértékben lesz jelen. A gyógyszerpiacon hagyományosan pénzügyi típusú (*financial*) kockázatmegosztási megállapodások vannak érvényben a gyógyszergyártók és a finanszírozó között. A pénzügyi típusú megállapodások a tisztán költségvetési és részben az egészség-

gazdaságtani kockázatok kezelésére hivatottak, a gyógyszerkészítmény valós életbeli terápiás eredményességétől független paramétereket tartalmaznak (Dankó et al, 2011). A Pricewaterhouse Coopers (2009) előrejelzései alapján a kockázatmegosztási megállapodások terén elmozdulás fog végbemenni az eredményhez kötött (*performance-based*) kockázatmegosztási megállapodások felé. Az eredményhez kötött megállapodások elsődlegesen a klinikai, kisebb részben az egészség-gazdaságtani kockázatok kezelésére alkalmasak, és jellemzően valamely terápiaeredményességi vagy beteg-együttműködéssel összefüggő kritériumra épülnek. (Dankó et al., 2011) Ez a típusú elmozdulás alapjaiban formálja át az iparágban a gyógyszercégek által alkalmazott kereskedelmi és marketing gyakorlatokat.

Napjainkban az eredményhez kötött megállapodások intézményesítésében elsődlegesen az Egyesült Királyság, Olaszország és Kanada játszik úttörő szerepet. Ezekben az országokban a betegszintű terápiaeredményességi (eredményhez kötött kockázatmegosztási megállapodások egy altípusa) megállapodások teszik ki a hatályos szerződések jelentős részét, és elsősorban nagy értékű onkológiai készítményekre vonatkoznak. Olaszországban 2006-2007 óta gyakorlatilag kötelező ilyen megállapodások kötése a végső stádiumú rákbetegségek terápiáira (*end-of-life treatments*). (Dankó et al., 2011)

10. Betegségtudatosság marketingstratégiai alkalmazása Magyarországon

Az előző fejezetekből kiderült, hogy a fogyasztók alapvetően nem elutasítók a betegségtudatosságot kiépítő kampányokkal szemben, sőt az engedélymarketing elvei teljesülnek- vagyis ők maguk is érdekeltek a megosztott információk megszerzésében. Nem csak a betegek, de a gyógyszerpiac többi, dolgozatunk *Gyógyszerpiac és szereplői marketing szempontú megközelítése* című fejezetében felsorolt szereplőjének sem negatív ezen kampányokhoz köthető attitűdje (Harker et al. 2006).

A *Betegségtudatosság, mint marketing stratégiai irányvonal relevanciája Magyarországon* fejezetben felvázolt 4 fő változás jelzi, hogy a hazai gyógyszerpiacon a verseny egyre fokozódik. Az eladások értéke a $[P \text{ (termék ára)} * Q(\text{eladott termékek mennyisége})]$ összefüggés valamely (vagy mindkét) tényezőjének növelésével érthető el (a másik tényező növelése vagy változatlansága mellett). A gyógyszerpiaci árképzéssel külön szakterület foglalkozik, nem képezi dolgozatunk tárgyát. Ehelyett, a termékadások mennyiségének (itt gondolhatunk mind a termékportfólió bővítésére, mind adott termékeken belüli eladásnövelésre) növelésének lehetőségeit vizsgáltuk dolgozatunkban, a vásárlást kiváltó tényezők fogyasztó-orientált újrastrukturálásával (lásd. *A Fogyasztó döntési folyamata* című fejezet).

A Q tehát úgy növelhető (ha tegyük fel, nem vezetünk be teljesen új termékeket), hogy (i) új fogyasztókat szerzünk meg egy termék differenciálásával, vagy (ii) a meglévő termékek fogyasztási gyakoriságát növeljük. Vizsgáljuk meg *A Fogyasztó döntési folyamata* című fejezetben újrastrukturált vásárlást kiváltó tényezőket a két felsorolt eladásnövelő út ((i) és (ii)) tükrében.

a) amennyiben **a fogyasztó beteg**, és ezzel a betegséggel tisztában van, és

a/1) **vényköteles gyógyszer** kell szednie: annak kiválasztását külső ingerek nem befolyásolják, a gyógyszer szedéséről az orvos dönt

a/2) **nem vényköteles gyógyszer** is megoldást jelent: mivel ezen gyógyszerek hirdetése engedélyezett, a külső ingereknek- az FMCG termékekhez hasonlóan- meghatározó szerepe van

- Ebben az esetben nem növelhetők az eladások (i) és (ii) feltételrendszert használva.

- (i) Ebben az esetben növelhetők az eladások, ha a *medicalisation* elve alapján egy terméket differenciálunk (például egy nem vényköteles fájdalomcsillapítót differenciálunk, és különböző állapotokhoz (vagyis különböző kiváltó okokhoz) kötjük azokat- például, AlgoFlex Forte (fejfájásra)

és AlgoFley M (menstruációs fájdalom okozta fejfájásra.

Forrás: Házipatika, 2011

- (ii) Úgy is növelhetők az eladások, hogy a meglévő termékek fogyasztási gyakoriságát növeljük-szintén, a *medicalisation* elvét követve elhitetjük a fogyasztóval, hogy problémája (állapota) sokkal komolyabb annál, mint gondolja, és kezelésre szorul minden esetben (például: „a legkisebb fejfájás is tönkreteheti a napot”)
- Kimenettől függően a/1 vagy a/2 fog érvényesülni

b) **a fogyasztó beteg**, és ezzel nincs tisztában: külső ingerek, mint betegségtudatosságra építő kampányok, információk az adott betegségről elvezethetik ahhoz, hogy megvizsgáltassa magát- amennyiben kiderül, hogy beteg, átkerül az „a” ágra

c) **a fogyasztó egészséges**, és

c/1) rendelkezik a már említett növekedési szükséglettel, vagyis szeretné fenntartani egészségét: ez esetben a/2) ponthoz hasonlóan az OTC gyógyszerhirdetések, mint külső ingerek hatni fognak rá

c/2) vannak olyan problémái, melyeket nem tekint egészségügyi problémának, és nincs is tudatában annak, hogy ezekre a problémákra van megoldás: ebben az esetben is hatni fognak rá külső ingerek

c/3) külső ingerek hatására- annak ellenére, hogy egészséges- elhiszi magáról, hogy beteg és gyógyszereket kezd szedni

c/4) külső ingerek hatására nem fogja az addig természetesnek hitt állapotáról elhinni azt, hogy bármilyen probléma van vele

- a/2 alattiak érvényesülnek

- a/2/ (ii) érvényesül

- a/2/(ii) érvényesül

Összességében elmondható, hogy az, hogy (i) vagy (ii) valósul meg az egyes fogyasztói döntéshelyzetekben, a fogyasztók attitűdjétől függ, attól, hogy mennyire befogadóak, mennyire tud megvalósulni az engedélymarketing.

Magyar fogyasztói attitűdök

A magyar fogyasztók attitűdjének megismeréséhez szekunder kutatást végeztünk. Ezen attitűdöket a Szinapszis Egészségügyi Piackutató és Tanácsadó Kft. vizsgálta (Szinapszis, 2008). Kiderült, hogy a *„a laikusok egészségügyi témákkal kapcsolatos információigénye alacsony, felmérések szerint csupán minden ötödik lakos érdeklődik proaktívan egészségügyi témák iránt, vagyis az érdeklődés hiánya komoly probléma hazánkban”*. A különböző életkorú fogyasztók információk iránti érdeklődése eltérő: *„a tudatos prevenció jelei a fiatalabb korosztályoknál (40 év alatt) már megmutatkoznak, esetükben ugyanis nagy igény lenne gyártók által szervezett szűrőprogramokra, egészséggel kapcsolatos szabadtéri rendezvényekre”*. *„A jószolgálati tevékenység a válaszadók - különösen a fiatalok - számára növeli egy cég megítélését, míg az idősebbek, krónikus betegségben szenvedők inkább a gyógyszerárak támogatásában, csökkentésében várnának segítséget az előállítóktól”*- vagyis, a fiatalabbak gyógyszerfogyasztását vizsgálva az eladások értékének növelése történhet a mennyiség (Q) növelésével (és ezen belül is a már strukturált (i) illetve (ii) szerint). Az idősebbek- mivel legnagyobb arányban vényköteles gyógyszereket szednek (valamilyen krónikus megbetegedésre)- és így az a/1 kategóriába tartoznak (vagyis betegek, és tudnak róla, és vényköteles gyógyszerekkel kezelik őket), az eladások az ár (P) változtatásával befolyásolhatók. (Dr. Szabó, András- Kiss, Katalin ,2008)

Egy másik, szintén Szinapszis kutatásból (Szinapszis, 2007) kiderült, hogy *„a magyar lakosság egészségtudatossága fejlődik, de hajlamosak vagyunk a megalapozatlan önterápiára”*- vagyis az etikailag is vitatott c/3 (külső ingerek hatására- annak ellenére, hogy egészséges- elhiszi magáról, hogy beteg és gyógyszereket kezd szedni) valósul meg. A dolgozatban már elemzett Egészség 2.0 illetve Marketing 3.0 keretrendszerén belül vizsgált közös értékteremtés és *communitization* a magyar piacra is jellemző: *„a betegek enyhe tünetek vagy ismert betegségek és könnyen elérhető gyógyszerek esetén gyakran a rokonokkal, szomszédokkal konzultálva választanak maguknak gyógyszert vagy terápiát. A megkérdezettek 20 százaléka sokszor az orvossal megbeszélt terápiától is eltér, 15 százalékuk*

még csak nem is egyeztet a módosításról.”. Marketingkommunikáció szempontjából, ahogy más termékek piacán, itt is jelentősége van a word of mouth-nak: „minden harmadik megkérdezett említette, hogy az OTC termékek esetében szinte mindig előzetesen tájékozódik ismerőseinél az alkalmazandó gyógyszerrel kapcsolatos pozitív vagy negatív tapasztalatokról”. Harket et al (2006) kutatási eredményeit támasztja alá a magyar helyzet is- bár a fogyasztók alapvetően klasszikus atl és btl felületeken tájékozódnak, elsődlegesen továbbra is a szakemberekben bíznak („A felmérés szerint első helyen a televízió és a rádió szerepel, közvetlenül utána az újságok, prospektusok kerültek és csak harmadik helyen szerepel a szakma. A források hitelessége alapján azonban megfordul a sorrend: leginkább ugyanis a szakorvosok, orvosok, patikusok által adott tájékoztatásban bíztak az emberek.”). (Szinapszis, 2007).

11. Konklúzió

A hazai és globális gyógyszergyártó cégek követett stratégiájának ezen belül is a marketingstratégiájának jelentős változásokkal kell szembenéznie, mely minden bizonnyal szükségessé fogja tenni a marketing stratégiai koncepcióik, terveik újragondolását. A hagyományos gyógyszercégeket jellemző marketing stratégiákat a környezet változása erőteljes kihívások elé állítja és fogja állítani.

Ezek a változások két vonulatra oszthatóak fel, egyrészt a globális szintű változásokra, illetve a Magyarországot érintő változásokra. A rövid távú, Magyarországot érintő változások mint (1) a hazai gyógyszerpiacot érintő reformintézkedések (Széll Kálmán program gyógyszerpiacot érintő részei), illetve (2) a gyógyszer promóciós tevékenység a hazai média figyelmének homlokterébe kerülése (orvos halála Thaiföldön) rövid távú hatások, de erőteljesen hívják fel a figyelmet, a gyógyszercégek követett marketingstratégiák újragondolásának szükségességére. Globális szintű változás mint a K+F tevékenység hanyatló tendenciája a gyógyszeriparban, illetve az egyre erősödő finanszírozó tudatosság hosszú távon gyakorol folyamatos nyomást a gyógyszercégek marketing stratégiájának az új,

megváltozott környezethez való adaptálódására. A változások nem egy irányba hatnak, ezekhez a változásokhoz együttesen kell alkalmazkodnia a gyógyszercégeknek.

A gyógyszercégek marketing portfóliójának hangsúlyos eleme a betegség tudatosság építő kampányok létrehozása, azok társfinanszírozása. A betegség tudatosság építő kampányok és a DTC típusú marketingtevékenység nincs egzakt határok mentén elválasztva, a két típus közötti válaszvonal, ezért sokszor elmosódik. Azért fontos nagyon ez a distinkció, hiszen a DTC típusú marketingtevékenység a legtöbb országban tiltott, míg a betegség tudatosság építő kampányok törvényes keretek között működhetnek. Látható tehát, hogy a gyógyszerpiacon követett marketingstratégiáknak hosszú távon jelentősen át kell formálódniuk. Az összes gyógyszerpiaci szereplő tudatában van ennek, a gyógyszercégeknek közös elhatározással, konszenzussal kell lépéseket tenni. Ma már létezik az a koncepció, mely szerint a gyógyszeripar szolgáltatásorientáltsága tovább fokozódik, a gyógyszercégek saját ellátó intézményeket (*health company*) hoznak létre. Ez a modell-váltás alapján formálná át a gyógyszerpiac működését, azonban bekövetkezése csak igen hosszú időtávon képzelhető el.

A gyógyszerpiac azonban az előbb leírt modell-váltástól (*health company*) még messze áll. A piaci változásokra adott lehetséges válaszok egyike a betegség tudatosság építő kampányok még hangsúlyosabb szerephez jutása. Több okból kifolyólag (1) egyetlen kvázi törvényes keretek között végbemenő lehetőség a fogyasztók felé való marketingtevékenység folytatására (2) a kampányok több piaci szereplőre tudnak együttesen hatni (finanszírozó, orvos), emellett pedig (3) növelik a gyógyszercégek márkaértékét.

A betegség tudatosság építő kampányokra két esettanulmányt mutattunk be. A „*The Health Truth*” kampány és a gyermekkori bipoláris zavarokkal kapcsolatos figyelemfelhívó kampányt. A „*The Health Truth*” kampány elemzésére alkalmaztuk az általunk felvázolt tipológiát, és arra jutottunk, hogy több érintettcsoport számára hasznosulhat és hasznosult a kampány tartalma. A gyermekkori bipoláris zavarokkal kapcsolatos számos tévhit eloszlatása az egyik elsődleges célja a betegség tudatosság építő kampányoknak. Azonban tapasztalható az, hogy olyan egészséges emberek hihetik el azt, hogy gyógyszeres kezelésre szorulnak, akiknek amúgy nem lenne szüksége rá (*medicalisation*). Ezen pszichiátriai zavar esetén tehát beláttuk a betegség tudatosság építő kampányok komoly kockázati faktort jelentenek.

A dolgozatban tehát a gyógyszerpiacot ért több irányú változást értelmeztük a gyógyszercégek marketing stratégiájára. Az általunk definiált keretrendszert és számos

vonatkozó marketing elméletet alkalmazva pedig megvizsgáltuk a betegség tudatosság építő kampányokat két merőben különböző esetet alkalmazva, hiszen ezek a jövőben még hangsúlyosabbakká válhatnak a gyógyszercégek marketing portfóliójában. Emellett pedig felvázoltuk a hosszú távon a hagyományos szemléletről való modell-váltást hozható (*health company*) koncepciót.

12.Hivatkozásjegyzék

Könyvek

Bauer, András- Berács, József (1998): Marketing, Aula Kiadó, Budapest

Berkowitz, Eric N. (2011): Essentials of Health Care Marketing, Jones & Bartlett Learning

Chikán, Attila (2008): Vállalatgazdaságtan, Aula Kiadó, Budapest

Dankó, Dávid-dr. Molnár, Márk Péter (2011): Gyógyszertámogatás- Rendszerek, Eszközök, Perspektívák Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest (előkészületben)

Dobák, Miklós- Antal, Zsuzsanna (2010): *Vezetés és szervezés*, Bologna Tankönyvsorozat, Budapest

Fazekas, Ildikó- Nagy, Alfréd (2000): Szponzorálás, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest

Hofmeister-Tóth, Ágnes (2008): A fogyasztói magatartás alapjai, Bologna-Tankönyvsorozat, Budapest

Józsa, László- Piskóti, István- Rekettye, Gábor- Veres, Zoltán (2005): Döntésorientált Marketing, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest

Kotler, Philip (2004): Marketing Menedzsment, KJK-KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest

Kotler, Philip-Hermawan – Setiawan, Iwan (2010): Marketing 3.0, John Wiley & Sons, Inc.

Prahalad, C.K. (2009): Új menedzsment-paradigmák felé, Alinea Kiadó, Budapest

Seth, Godin (1999): Permission Marketing, Simon & Schuster, Inc., N.Y.

Simon, Judit (2010): Marketing az egészségügyben, Akadémiai Kiadó, Budapest

Szabóné dr. Streit Mária (1999): Gyógyszermarketing Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 1999

Publikációk

Calfee , J . E . (2002): Public policy issues in the direct to consumer advertising of prescription drugs . *J. Public Policy Market.* 21 (2) , 174 – 193 .

Carolyn Berg (2009): Pharmaceutical Marketing Materials: What You Should Know *Amwa Journal* Vol. 24. NO. 3., 2009

Cordina, Jenny A.- Pellathy, Thomas- Singhal, Shubham (2009): The role of emotions in buying health insurance

Forrás: http://www.mckinseyquarterly.com/The_role_of_emotions_in_buying_health_insurance_2352

Letöltés ideje: 2011. március 12

Dimasi, J. A.-Grabowski, H. G. (2007): *The Cost of Biopharmaceutical R&D – Is Biotech Different?* in: *Managerial and Decision Economics*, 28. évf., 469-479. o.

Edwards D.- Ballantyne A. (2009): Patient awareness and concern regarding pharmaceutical manufacturer interactions with doctors *Internal Medicine Journal* 39 (2009) 191–196

Ernst&Young (2010): Progressions- Pharma 3.0

Forrás:[http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/GPI_report_2010_Progressions_Pharma_3/\\$FILE/GPI_report_2010_Progressions_Pharma_3.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/GPI_report_2010_Progressions_Pharma_3/$FILE/GPI_report_2010_Progressions_Pharma_3.pdf)

Letöltés ideje: 2011. március 24.

Farris , P . W . - Wilkie , W . L . (2005): Marketing scholars ' roles in the policy arena: an opportunity for discourse on direct-to-consumer advertising . *J. Publ. Pol. Market* 24 (1) , 3 – 6

Forrás: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.w4.219v1>

Letöltés ideje: 2011. március 24.

Gallagher , T . H . - Levinson , W . (2004): A prescription for protecting the doctor – patient relationship . *Am. J. Manag. Care* 10 (2) , 61 – 68 .

Harker, Michael- Harker, Debra (2006): Direct-to-consumer advertising of prescription medicines: A systematic review of the evidence from the perspective of the consumer, *Journal of Medical Marketing* (2007) 7, 45 – 54. doi: 10.1057/palgrave.jmm.5050060

Jeremy A. Greene (2007): Pharmaceutical Marketing Research and the Prescribing Physician *Ann Intern Med.* 2007;146:742-748

Long, Terry- Taubenheim, Ann M.- Wayman, Jennifer-Temple, Sarah-Ruoff, Beth Ann (2008): The Heart Truth: Using the Power of Branding and Social Marketing to Increase Awareness of Heart Disease in Women *SMQ | Volume XIV | No. 3 | Fall 2008*

Moynihan, Ray- Heath, Iona- Henry, David (2002): Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering

Forrás: <http://www.bmj.com/content/324/7342/886.1.extract>

Letöltés ideje: 2011. március 12.

National Heart, Lung and Blood Institute (2007): Key messages for The Heart Truth, February 2007. Bethesda, MD: Unpublished report

Palmer , C . & Partners (2000): Consistency of restrictions on medicine advertising with the Bill of Rights Act, memorandum to the Advertising Standards Authority , New Zealand, 5th December .

PricewaterhouseCoopers (2009): Pharma 2020: Marketing the future

Forrás: <http://www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma-2020/pharma-2020-marketing-the-future-which-path-will-you-take.jhtml>

Letöltés ideje: 2011. március 24.

Shane P. Desselle (2004): Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising and Pharmacy Practice *American Journal of Pharmaceutical Education* 2004; 68 (3) Article 66.

Sundar Ganapathy (2009): Brands Need Integrity, Not Authenticity

Forrás: <http://www.sundarganapathy.com/blog/2009/04/30/brands-need-integrity-not-authenticity/>

Letöltés ideje: 2011. március 24.

Szabó, András dr.- Kiss, Katalin (2008): A hazai gyógyszeripar megítélése

Forrás: <http://www.szinapszis.hu/hirek/22>

Letöltés ideje: 2011.március 11.

Swan, Melanie (2009): Emerging Patient-Driven Health Care Models: An Examination of Health Social Networks, Consumer Personalized Medicine and Quantified Self-Tracking, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2009, 6(2), 492-525

Tárczy, Edit Zsuzsanna (2008): Gyógyszerek reklámozási lehetőségei egyes országokban a fogyasztók felé irányuló hirdetések tükrében *Glossa Iuridica* – I. évfolyam 1. szám

Weissman, J . S.- Blumenthal, D. - Silk, A. J. - Newman , M. - Zapert, K . –Leitman, R.- Feibelmann , S . (2004): Physicians report on patient encounters involving direct-to consumer advertising . *Health Affairs*

Wood, David (2011): Pharmaceutical Brands: State of the pharmaceutical brandscape

Forrás: http://www.brandchannel.com/papers_review.asp?sp_id=1228

Letöltés ideje: 2011.március 15.

Young , J . H . (1961): *The Toadstool Millionaires: A Social History of Patent Medicines in America before Federal Regulation* , Princeton University Press, Princeton, NJ

Cikkek

Economist (2001): Mass Customisation- A long march

Forrás: <http://www.economist.com/node/691227>

Letöltés ideje: 2011. március 21.

Economist (2009): Health 2.0

Forrás: <http://www.economist.com/node/13437940>

Letöltés ideje: 2011. március 20.

Horváth Ágnes (2011): Népszabadság Online: Ami elromolhat, azt el is rontják 2011. február 18.

Forrás: http://nol.hu/lap/forum/20110218-ami_elromolhat_azt_el_is_rontjak

Letöltés ideje: 2011. március 20.

Joób Sándor (2011a): Bűvészmutatvány a gyógyszerekkel 2011. március 3.

Forrás: <http://index.hu/belfold/2011/03/03/gyogyszertamogatasok/>

Letöltés ideje: 2011. március 20.

Joób Sándor (2011b): 52 milliós bírságot kaptak az orvosokat utaztató gyógyszercegek 2011. március 18.

Forrás: http://index.hu/belfold/2011/03/18/52_millios_birsagot_kaptak_az_orvosokat_utaztato_gyogyszercegek/

Letöltés ideje: 2011. március 20.

Kiss, Katalin (2008): Orvosok a neten

Forrás: <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszsegugy/710/orvosok-a-neten>

Letöltés ideje: 2011.március 21.

Népszava Online (2011): Magyar orvosok thaiföldi útja-52 millió Ft bírság az OGYI-tól 2011. március 18.

Forrás: http://www.nepszava.hu/articles/article.php?id=405261&referer_id=friss

Letöltés ideje: 2011. március 25

Origo (2011): Bírságolt az OGYI a magyar thaiföldi orvos halála után 2011. március 18.

Forrás: <http://www.origo.hu/itthon/20110318-birsagolt-az-ogyi-a-magyar-orvos-thaifoldi-halala-utan.html>

Letöltés ideje: 2011. március 25.

Stöckert, Gábor (2011): A legvitatottabb pszichiátriai zavarok 2011. március 9.

Forrás: http://index.hu/tudomany/2011/03/09/a_legvitatottabb_pszichiatrai_zavarok/

Letöltés ideje: 2011. március 22.

Szinapszis (2007): Hol tart egészségtudatosságunk? - Szinapszis felmérés a gyógyszerhasználati szokásokról

Forrás: <http://www.szinapszis.hu/hirek/41>

Letöltés ideje: 2011. március 11.

VPonline.hu (2011): Lezárult a thaiföldi orvos halála után indult vizsgálatsorozat 2011. március 18.

Forrás: <http://vponline.hu/kulfold/2011/03/18/lezarult-kubekhazi-orvos-thaifoldi-halala-utan-indult-vizsgala.html>

Letöltés ideje: 2011. március 25

Egyéb források

BipolarAware (2011):

Forrás: <http://www.bipolaraware.co.uk/>

Letöltés ideje: 2011.március 8.

Google Health (2011):

Forrás: <https://www.google.com/accounts/ServiceLoginAuth?service=health>

Letöltés ideje: 2011.március 21.

Házipatika: AlgoFlex Termékismertető (2011)

Forrás: <http://www.hazipatika.com/topics/fajdalomcsillapitas/product>

Letöltés ideje: 2011.03.12

PMC (2011): About the Personalized Medicine Coalition (PMC)

Forrás: <http://www.personalizedmedicinecoalition.org/about>

Letöltés ideje: 2011. március 1.