

OTDK dolgozat

Dósa Márton

Ba

Frang Géza Attila

2013

A Magyarországon működő gyógyszercégek üzleti modelljeinek változóképesége
a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformok tükrében

Hungarian pharmaceutical companies' business models and their adaptive ability to
the Széll Kálmán Plan

Kézirat lezárása: 2012. március 26.

Absztrakt

Dolgozatunkban a Magyarországon működő gyógyszercégek üzleti modelljeit azonosítottuk és vizsgáltuk két dimenzió mentén: hazai tevékenységük (gyártó vagy kizárólagosan forgalmazó) és domináns termékköreik (originális, generikus, *branded generikus*) alapján. A dolgozatunk elméleti keretét az üzleti modellek és a dinamikus képességek vizsgálata adta. Az OEP adatbázisok és releváns tanulmányok jó kiindulópontjait jelentették dolgozatunknak. Ugyanakkor a téma rendkívüli aktualitása miatt felkerestük több gyógyszercég vezetőit, hogy első kézből jussunk kívülről nem elérhető információkhoz. A Széll Kálmán Terv gyógyszerszektort érintő reformja, mely a 2011. július 1.-ei és azt követő törvénymódosításokat jelenti a hazai gyógyszer szabályozás a legrestriktívabbá vált Európában. A cégek befizetési kötelezettségei jelentősen nőttek (orvoslátogatói díjak, különadók emelése), és a gyógyszercégek bevételi oldalát is erős nyomás alá helyezte a szabályozás (vaklicit bevezetése, „mini protokollok”, támogatás-volumen újrakötés, etc.). A hazai branded generikus gyártók (EGIS, Richter) és originális forgalmazók (Novartis, Pfizer, etc.) üzleti modelljeit vizsgáltuk meg részletesen. Arra jutottunk, hogy a potenciális első belépő hátránya miatt (first mover disadvantage) a vizsgált gyógyszercégek nem változtatnak üzleti modelljükön, így fennáll a klasszikus fogoly dilemma. Az orvoslátogatók kiemelt érintettjei a Széll Kálmán Terv gyógyszerszektort érintő reformjának, ezért az orvoslátogatók szerepének átalakulására is kitérünk dolgozatunkban. Tapasztalataink szerint a hazai vállalatok vezetőinek megvannak a víziói a szükséges gyökeres változásokról, de túlságosan nagy hátrányba kerülne az a vállalat, amely elsőként letérne a „konvencionális” útról. A gyógyszercégeknek az érdemi változás megvalósításához az érték közvetítése helyett (*deliver*), az értékajánlat újragondolására kell fókuszálnia (*create*).

Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék.....	3
Ábrajegyzék	4
Táblázatok.....	4
I. Bevezetés (Dósa Márton-Frang Géza Attila).....	1
II. Szakirodalmi áttekintés (Dósa Márton).....	3
II.1. Az üzleti modellek definíciója, használata és csoportosítása	4
II.2. A dinamikus képességek, az első belépők előnyei és hátrányai	7
III. Vizsgálat tárgya (Frang Géza Attila)	11
III.1. Gyógyszer és gyógyszer szabályozás.....	11
III.2. A hazai gyógyszerár-támogatási rendszer és a gyógyszerkassza finanszírozása.....	16
III.3. Széll Kálmán Terv (2011-2014) a gyógyszer szektorban	18
III.4. Az orvoslátogatók a gyógyszer cégek üzleti modelljében	21
III.5. A hazai gyógyszer szektor fejlődése	23
IV. Empirikus kutatás (Dósa Márton-Frang Géza Attila).....	24
IV.1. A hazai gyógyszer cégek és csoportosításuk	25
IV.2. Branded generikus gyártók üzleti modelljei Magyarországon	28
IV.1.1. Richter.....	29
IV.1.2. EGIS	34
IV.2. Originális gyártók üzleti modelljei Magyarországon.....	38
IV.2.1. Novartis.....	39
IV.2.2. Pfizer	41
V. Összegzés, következtetések javaslatok (Dósa Márton-Frang Géza Attila)	45
Hivatkozásjegyzék.....	47
Mellékletek	51

Ábrajegyzék

1. ábra: az üzleti modell felépítése.....	9
2. ábra: first mover előny kialakítása a szervezeten belül.....	13
3. ábra: a fogyasztói szerep háromfelé válása a vényköteles, közfinanszírozott gyógyszerek esetében.....	15
4. ábra: a hazai gyógyszerár-támogatási rendszer logikája.....	18
5. ábra: a hazai gyógyszerkassza alakulása 1994-2010 között	20
6. ábra: a gyógyszerkassza kiadásainak fedezetül szolgáló bevételek.....	21
7. ábra: hazai gyógyszercégek csoportosítása a gyártott hatóanyag típusa és a hazai tevékenységük mentén.....	29
8. ábra: a Richter belföldi értékesítésének alakulása és aránya az összértékesítéshez képest	33
9. ábra: az EGIS hazai értékesítése, és aránya az összértékesítéshez képest.....	39

Táblázatok

1. táblázat: a kutatás során elkészített interjúk.....	6
2. táblázat: Széll Kálmán Terv intézkedései.....	22
3. táblázat: a Széll Kálmán Terv intézkedéseinek csoportosítása érintettek szerint.....	23
4. táblázat: a hazai gyógyszerpiac szereplői, forgalom alapján.....	28
5. táblázat: Richter jellemzőinek rövid összefoglalása.....	32
6. táblázat: EGIS jellemzőinek rövid összefoglalása.....	37
7. táblázat: Novartis jellemzőinek rövid összefoglalása.....	41
8. táblázat: Pfizer jellemzőinek rövid összefoglalása.....	43

I. Bevezetés

Akár a *textilipar* sorsára is juthat a magyar gyógyszergyártás vetette fel Bogsch Erik, a Richter elnök-vezérigazgatója 2011. augusztus 2.-án tartott sajtótájékoztatóján [Bogsch in Világgazdaság Online, 2011]. Más forrásokból pedig azt lehet hallani, hogy a globális óriás Pfizer hazai leányvállalata elbocsátja munkavállalói közel felét [Medical Online, 2011a]. A szerzők figyelmét felkeltették ezek a sajtóhírek, mert a gyógyszersektorról mindig olyan kontextusban lehetett hallani, mint a világ egyik legjövődélmezőbb szektora. Némi utánajárás után pedig az is kiderült, hogy a globális stratégiai tanácsadó cégek rendszeresen írnak a nagy gyógyszercégek válságba kerülő üzleti modelljeiről [BCG Perspectives, 2011; McKinsey, 2012].

A rogyadozó üzleti modellek mögött egyre alacsonyabb megtérüléssel kecsegtető termékfejlesztések állnak. Ezt az egyre növvő K+F költségek, és változó finanszírozási feltételek (egészségbiztosítók részéről) eredményezik együttesen. A gyógyszercégek óriási marketing és értékesítési büdzsével dolgoznak, amelytől a volumen növekedését remélik. Az originális gyártók legtöbb „*blockbuster*” (vezető forgalmú) termékének szabadalma azonban az utóbbi időben járt le vagy a közeljövőben fog. [McKinsey, 2012]

Jelen dolgozat szerzőinek motivációja arra épült, hogy mélységében megértsék a gyógyszersektor egyes üzleti modelljeit és azok fenntarthatóságát. A másik oldalról pedig megvizsgálják, hogy a Széll Kálmán Terv (2011. július 1.-ei) gyógyszersektort érintő rendelkezései mit is jelentenek pontosan a hazai gyógyszercégek életében. A szerzők úgy gondolják, hogy a gyógyszersektort érintő reformok felgyorsíthatják a szereplők üzleti modelljének újragondolási folyamatát.

Jelen dolgozat a következő elemzési keretre épül: a gyógyszersektor alapesetben három különböző üzleti modellt foglal magában a termékek mentén csoportosítva: *originális*, *generikus* és *OTC* szegmens. Magyarországon a gyógyszersektor fejlődési körülményei okán a generikus szegmens felosztható *unbranded*¹ *generikus* és *branded generikus* szegmensre, mely utóbbi alapvetően Közép-Európában jellemző. A csoportosítás másik dimenziója az, hogy a cég végez-e gyártó tevékenységet hazánkban. Ennek mentén beszélhetünk *gyógyszergyártóként* és *gyógyszerforgalmazóként* működő cégekről az országban.

¹ Nem terjedt el magyar elnevezés, ezért mi is ezt tartjuk célszerűnek használni.

A szerzők azt látták, hogy Magyarországon a két dimenzió mentén elhelyezve leginkább a *branded generikus* gyógyszergyártók és originális gyógyszerforgalmazó cégek üzleti modelljei kerültek fokozottabb nyomás alá a Széll Kálmán Terv intézkedései következtében. Dolgozatunk ezért az ezekben a csoportokba sorolható gyógyszercégek üzleti modelljeit vizsgálja. Tanulmányunk egyik részkérdése annak vizsgálata, hogy a rendelkezések hogyan érintették ezekben a cégekben a promóciós tevékenységének kulcselemét: az *orvoslátogatói hálózatukat*. Ezen keresztül kívánjuk azt bemutatni, hogy a gyógyszercégek részéről a *változás és változtatás* említése [Medical Online, 2011] ellenére valójában stratégiai alkalmazkodás nem ment végbe, nem beszélhetünk igazi mélyreható változásokról. Ugyanakkor világos, hogy a gyógyszercégek részéről az üzleti modell átalakítása óriási kihívás. Az első cégnek, amely ezt választja, jelentős hátránnyal kellene szembenéznie, ezért érvényesül a játékelméletből jól ismert *fogolydilemma*, üzleti stratégiai megközelítésben pedig „*first mover disadvantage*” hatás.

A szerzők az alábbi kérdésekre keresik a választ dolgozatukban:

- Milyen üzleti modellek azonosíthatók a hazai gyógyszercégek esetében?
- A Széll Kálmán Terv mely intézkedései hatottak leginkább a gyógyszercégek működésére?
- Milyen válaszlépéseket hoztak meg a gyógyszercégek? Stratégiai alkalmazkodásról vagy az üzleti modell változásáról (mélyreható változásról) van szó?
- Az orvoslátogatók szerepét mennyiben formálhatják át a Széll Kálmán Terv intézkedései?

A dolgozatunk hipotézise tehát az, hogy a hazai *branded generikus* gyógyszergyártók és originális gyógyszerforgalmazók stratégiai alkalmazkodása valósult meg a Széll Kálmán Terv intézkedései teremtette új feltételekhez, de nem indultak el valódi, mélyreható változások. Az üzleti modell rugalmatlanságát annak egy fontos építőkövének (*értékesítési csatorna*), az orvoslátogatók (*sales rep*) szerepének mozdíthatatlanságán keresztül mutatjuk be.

A dolgozatunkban a nyilvánosan elérhető, szekunder adatbázisokra (OEP), tankönyvekre és tanulmányokra támaszkodtunk. A téma rendkívüli aktualitása azonban ezt csak részben tette lehetővé, mely hátráltató tényezőt, és egyben motivációt is jelentett számunkra. Az első kézből származó, primer információszerzés érdekében felkerestük több gyógyszercég képviselőt, mely

beszélgetések jelentősen segítették a dolgozat megírását, egyben alapul szolgáltak a cégekről szóló esettanulmányok megírásához is. A személyes interjúk listáját az 1. számú táblázat tartalmazza, a kapcsolódó interjúkérdéseket pedig az 1. számú mellékletben közöljük.

Cég képviselője	Betöltött funkció
Novartis Hungária Kft.	<i>ügyvezető igazgató</i>
Pfizer Kft.	<i>üzletfejlesztési igazgató</i>
EGIS Nyrt.	<i>elemző</i>
Richter Gedeon Nyrt.	<i>felügyelőbizottsági elnök</i>
Richter Gedeon Nyrt.	<i>kereskedelmi vezérigazgató-helyettes, jelenleg stratégiai tanácsadó</i>

1. táblázat. A kutatás során elkészített interjúk.

A *Szakirodalmi áttekintés* c. egységben lefektetjük azokat az alapokat, amelyekre építkezik a dolgozat, melyek az üzleti modellek, illetve a dinamikus képességek és az első belépők hátrányai. A *Vizsgálat tárgya* c. fejezetben alulról építkezve eljutunk a magyar szabályozási környezetig, annak változásáig és bemutatjuk az orvoslátogatók szerepét a hazai gyógyszercégek üzleti modelljében. Az egység lezárásaként pedig rámutatunk a hazai gyógyszersektor fejlődési sajátosságaira, a *branded generikus* üzleti modell kialakulására. Az Empirikus kutatás c. fejezetben először csoportosítjuk a magyar gyógyszercégeket két dimenzió mentén, ezt követően elhelyezzük az Osterwalder-Pigneur [2004] koncepciója alapján készült üzleti modell keretben a hazai *originális gyógyszerforgalmazókat* és a *branded generikus gyártókat*. A feltételezéseink megerősítéséhez az előző két modellt alkalmazó cég képviselőivel készítettünk interjúkat, ezek szolgáltak esettanulmányként (EGIS Nyrt., Novartis Hungária Kft., Pfizer Magyarország Kft., Richter Gedeon Zrt.) dolgozatunkhoz. A dolgozatot lezáró fejezetben összegezzük a kérdéseinkre kapott válaszokat, és új kutatási irányokat jelölünk meg.

II. Szakirodalmi áttekintés

Tanulmányunkban az üzleti modellek alkalmazásával vizsgáljuk a hazai branded generikus gyógyszergyártókat és originális forgalmazókat. A dolgozatunk így az üzleti modellek elméleti hátterére támaszkodik, a vizsgálatunk kerete az Osterwalder-Pigneur [2009] modell koncepciója alapján készült. Elemzésünk elméleti alapjának második része a dinamikus képességek irodalmával az első belépő előnyeinek és hátrányainak elméleti összefoglalásával foglalkozik.

II.1. Az üzleti modellek definíciója, használata és csoportosítása

A fejezet célja, hogy áttekintse és rendszerezze az üzleti modellel kapcsolatban létező és használatban lévő szerteágazó definíciókat és megközelítéseket, hogy azokra a későbbiekben stabilan építkedhessünk. Osterwalder-Pigneur [2009] szerint az üzleti modell összefoglalja annak a logikáját, ahogyan a vállalat *értéket teremt és közvetít a vevőknek és ezáltal hoz létre tulajdonosi értéket*. Ez a hármas tagolás szerintünk rendkívül szemléletes, és a szerzők által megalkotott, erre a definícióra épülő üzleti modellt fogjuk dolgozatunk egyik elemzési keretként használni. Emiatt az Osterwalder-Pigneur [2004] koncepciója alapján készült modell bemutatása elengedhetetlen része dolgozatunknak. Az elemzés során az üzleti modellt három különböző célra fogjuk felhasználni, melyek az alábbiak: (1) üzlet lényegének bemutatása, (2) hipotézisek kinyilvánítása és ellenőrzése illetve (3) fejlesztési lehetőségek meghatározása.

Bár az üzleti modell definíciója, fogalomhasználata számtalan formában megtalálható a szakirodalomban [Osterwalder-Pigneur, 2004, 2009; Teece, 2010; Rappa 2012; Móricz, 2009], abban mindegyik megközelítés egyetért, hogy az üzleti modell tulajdonképpen a vállalat tevékenységének *tömör összefoglalása*. Magretta [2002] szerint az üzleti modell lényegében „*egysztori*”, narratíva, mely leírja, hogyan működik a vállalat. Móricz [2009] megjegyzi, hogy az internet terjedése jelentős befolyással volt az üzleti modellekkal kapcsolatos gondolkodás felgyorsulására, az üzleti modellek köre és tipológiája jelentősen kiszélesedett. Teece [2010] alapján az üzleti modell összefoglalja, hogyan teremt a vállalat értéket, és juttatja el azt a vevő felé, illetve a keletkezett bevételt hogyan alakítja át profittá. Ebből következően a jó üzleti modell az, amely értéket teremt a vevő számára (*értékajánlat*), és jelentős része marad meg bevételének profitként (*tulajdonosi érték*). Rappa [in Móricz, 2009] ugyanakkor megjegyzi, hogy az „*üzleti modell*” az egyik leggyakrabban használt, de legkevésbé megértett fogalom.

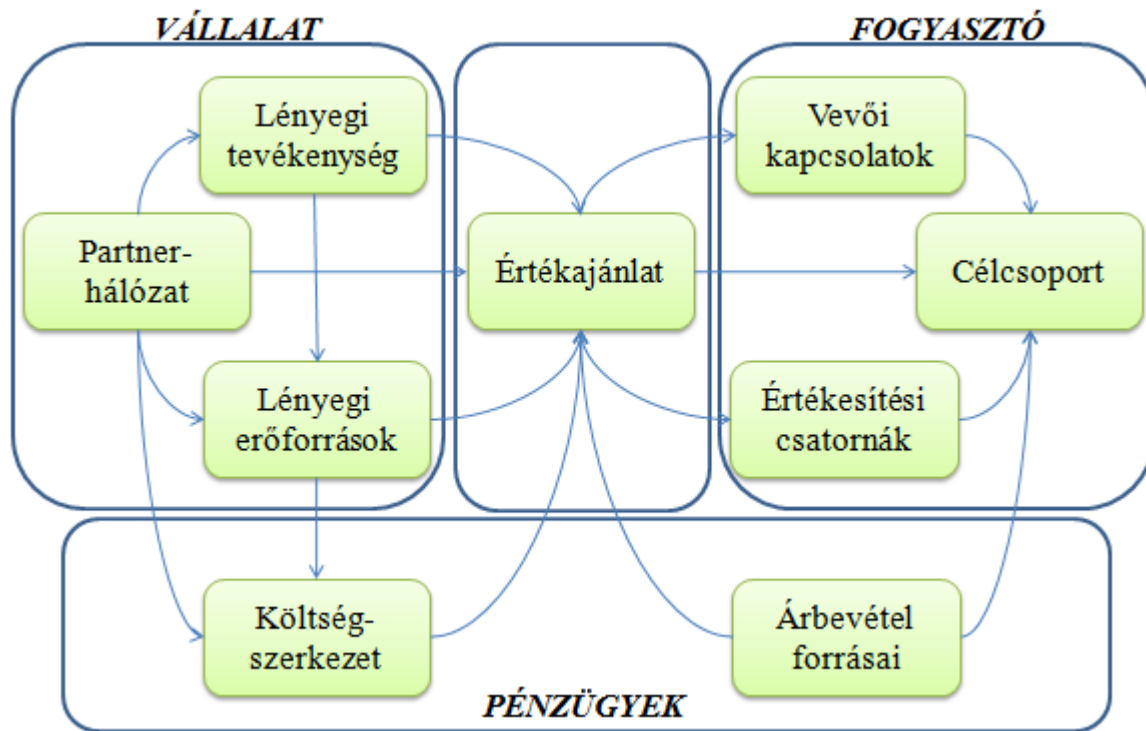
Móricz [2009] alapján napjainkban Porter [1985] értéklánc koncepcióját tekintik klasszikus üzleti modellnek, mely a vállalat tevékenységeit *alapvető* és *támogató* tevékenységekre bontja. Magretta [2002] Peter Druckerre hivatkozik, aki szerint az üzleti modell választ ad négy alapvető kérdésre: 1. *Ki a fogyasztó?* 2. *Mi számára a teremtett érték?* 3. *Hogyan teremtünk profitot a vállalatban?* 4. *Milyen gazdasági logika mentén teremt a vállalat értéket a fogyasztónak?*

Az üzleti gondolkodásban közel áll egymáshoz a stratégia és az üzleti modell, ezért ezek elkülönítését lényegesnek ítéljük. Teece [2010] szerint az üzleti modell jóval általánosabb, mint az üzleti stratégia. Chikán [2008] alapján a stratégia úgy értelmezhető, mint a szervezet jövőbeni céljaira és azok megvalósítására vonatkozó elképzelések összessége. Chikán [2008] stratégia és Teece [2010] üzleti modell definícióját összevetve kitűnik az, hogy az utóbbi valóban egy általánosabb megközelítés. Móricz [2009] alapján az üzleti modell a stratégia és az üzleti folyamatok között helyezkedik el.

Morris et al. [2005] szerint az üzleti modellel kapcsolatban több elkülönülő megközelítés létezik, a szerzők szerint három egymásra épülő szintet különböztethetünk meg: (1) *gazdasági modell*, melyben a hangsúly a cég jövedelemtermelő-képességének megértésén van (2) *működési modell*, mely az értékteremtő belső folyamatok és a vállalati infrastruktúra kiépítését helyezi előtérbe. A (3) *stratégiai modell* esetében pedig központi szerephez jut a versenyelőny megszerzésének és fenntartásának módja.

Összességében azt látjuk, hogy az üzleti modell a vállalat tevékenységének és jövedelemtermelésének tömör összefoglalása. A dolgozatunk során az Osterwalder-Pigneur [2004] értelmezési keretet fogjuk használni. Osterwalder-Pigneur [2009] szerint az üzleti modell összefoglalja annak a logikáját, ahogyan a vállalat *értéket teremt, közvetít és jut hozzá* értékhez. Osterwalder definíciója nagyon szemléletes abból a szempontból, hogy megmutatja a fogyasztói értékből tulajdonosi érték teremtésének folyamatát. Ez már volt feljebb

Az üzleti modell több dimenzió mentén két elkülönülő részre osztható: a bal oldalán találjuk az értékajánlat létrejöttéhez szükséges tényezőket (*create*). Míg a jobb oldalán azokat, amelyeken keresztül a cég a fogyasztó felé eljuttatja ezt az értéket (*deliver*). A jobboldalon elhelyezkedő bevétel áramlatok és a baloldalon található költségszerkezet eredőjeként pedig előáll a vállalat számára keletkező érték (*capture*). Az üzleti modell definíciója Osterwalder-Pigneur [2009] struktúrájában is jól nyomon követhető.



1. ábra. Az üzleti modell felépítése.

Forrás: Osterwalder-Pigneur [2009] koncepciója alapján saját ábra.

Az *értékajánlat* a fogyasztói igény kielégítését célozza meg termék vagy szolgáltatás formájában. Másképp megfogalmazva az a termék vagy szolgáltatás, amely értéket jelent a fogyasztó számára, tehát ez az a megkülönböztető tényező, ami miatt a vevő az adott céget választja egy másik céggel szemben. Az *értékajánlat* minden üzleti modell központi eleme.

Az *értékajánlatot* a cég specifikusan egy adott *célcsoport* számára állítja elő, ami miatt elengedhetetlen ennek a *célcsoportnak* a megtalálása. A vállalat számára kulcskérdés az, hogy a megfelelő célszegmens megtalálása után annak optimális elérési módját is válassza ki (*értékesítési csatorna*). A vállalat *célcsoport* elérésének a másik oldala a *vevői kapcsolatok*, mely középponti része egy vállalat működési logikájának. Az üzleti modell sikerességének mércéje a befolyó *bevételek*, amelyből keletkező profit biztosítja a cég stabil és fenntartható működését. Osterwalder [2009] terminológiájával élve az *értékajánlat* az üzleti modell *szíve*, míg a *célcsoportoktól* származó bevételek az *artériái*.

Az üzleti modell jobb oldalán található *lényegi erőforrások* teszik a modellt működőképpé. A *lényegi erőforrások* tulajdonképpen a vállalat legfontosabb tárgyi és immateriális eszközei. A *lényegi tevékenységek* eredményeképpen áll elő a vállalat *értékajánlata*.

Osterwalder [2009] alapján ezek azok a legfontosabb tevékenységek, amelyeket a vállalat azért végez, hogy működjön az üzleti modellje. A *partnerhálózatok* (vállalat beszállítói és kapcsolatrendszere) állnak az üzleti modell bal oldalának szélén. A partnerhálózatokra azért lehet szüksége a cégnek, hogy tevékenységét optimalizálja (többek között kiszervezés), csökkentse a kockázatokat, vagy erőforrásokat szerezzen a vállalaton kívülről. A vállalat *költségszerkezete* azt mutatja meg, hogy a vállalat mennyire végzi hatékonyan a tevékenységét. A befolyó bevételek és költségszerkezet összevetésével előáll az üzleti modellt összetartó pénzügyi működés, melynek sikere alapvető feltétele a vállalat fennmaradásának.

Móricz [2009] alapján az üzleti modellek készítésének, felhasználásának leggyakoribb céljai széles skálát fednek le: (1) előfeltevések kinyilvánítása és ellenőrzése, (2) tervezőeszköz, összkép megértéséhez, (3) fejlesztési lehetőségek meghatározása, (4) kockázatmentes kísérletezés, (5) üzlet lényegének bemutatása, (6) információrendszerek értékalkotó szerepének ellenőrzése és (7) üzleti modellek szabadalmaztatása. A dolgozatunk során az üzleti modell készítésének több célját egyszerre kívánjuk kezelni. Elsőként az (1) *üzlet lényegének bemutatására*, majd (2) *előfeltevések kinyilvánítására és ellenőrzésére*, végül pedig a (3) *fejlesztési lehetőségek meghatározására*.

II.2. A dinamikus képességek, az első belépők előnyei és hátrányai

Ebben a fejezetben összefoglaljuk a *dinamikus stratégiai képességeket* tárgyaló releváns tanulmányokat, valamint a dolgozat kérdésfelvetése szempontjából központi kérdést, az *első belépő hátrányait*. A dolgozat későbbi részeiben ezekre építkezünk.

A római Janus istennek két arca volt, egy, ami hátra, egy pedig, ami előre tekintett. Ez egy szemléletes példa lehet a menedzsmentnek napjainkban is, hiszen nekik is folyamatosan értékelniük kell azt, ami a múltban történt és ezzel párhuzamosan előretekintően tervezniük kell [O'Reilly-Tushman, 2004].

A folyamatos tervezéssel és a külső környezeti feltételekhez való alkalmazkodással foglalkozik a dinamikus stratégiai képességeket tárgyaló szakirodalom is. Ahhoz azonban, hogy a *dinamikus képességet*, mint vállalati erőforrást megérthessük, a vállalati stratégiából kell kiindulnunk.

„A stratégia központi kérdése a vállalatok sikerének vagy bukásának oka.” [Porter, 1991] Ezért is fontos megvizsgálni, hogyan hozzák a vállalatok a stratégiai döntéseket. Porter [1979] szerint a stratégiai menedzsment egy dinamikus folyamat, amely során célokat, célkitűzéseket és stratégiákat alakítanak ki a vállalatok. A cél olyan védhető piaci pozíció elérése, ami lehetővé teszi a piaci versenytársak felülmúlását. A stratégiai menedzsment kulcskérdése, hogyan érik el és tartják fent a vállalatok versenyelőnyüket [Teece et al., 1997; Helfat - Peteraf, 2003; Barney, 1991; Wernerfelt, 1984]. A dinamikus képességek kérdéskörében a meghatározó megközelítés sokáig Porter [1979] versenyelőnyökre alapuló elképzelése volt, amelyben meghatározza azt az öt erőt, amelyek a legnagyobb hatással vannak a piaci versenyre (versenytársak, új belépők, szállítók, vevők, helyettesítő termékek).

Láthatjuk, hogy a stratégia kialakításának egyik célja a versenyképesség növelése, egy hatékonyabb és fenntarthatóbb működés létrehozása. A vállalatok közötti különbség a képességeik közötti kölcsönhatásból, azok integrációjából, a keresési mechanizmusból és fenntarthatósági feltételeikben kialakuló eltérésekből ered. [Rumelt - Teece, 1994, 229. old.]

Egy lehetséges megkülönböztető tényezőnek tekinthetjük a vállalati stratégiákon belül a dinamikus alkalmazkodási képességet is. Porter [1991] a dinamikus képességek megértéséhez három alapvető feltételt fogalmaz meg: (1) a vállalat kialakít egy belső, konzisztens célrendszert és funkcionális irányvonalat, ami meghatározza a piacon elfoglalt szerepét, (2) ezeket a belső célokat összhangba hozza a szervezet erősségeivel/gyengeségeivel és a külső környezet lehetőségeivel/fenyegetéseivel, illetve (3) a vállalati stratégia a versenyelőnyhöz szükséges megkülönböztető képességek megszerzésére koncentrálna.

Teece et al.[1997] összefoglalja, hogy mit értünk dinamikus képességek alatt:

- a *dinamikus* szó jelentése a vállalat megújulási képességére utal, ami lehetővé teszi, hogy összhangba kerüljön a változó üzleti környezettel. Ennek eléréséhez olyan innovációs képességek szükségesek, amelyek képesek reagálni egy olyan környezetben, ahol az időzítés kritikus, a technológiai változás felgyorsult és a jövő nehezen tervezhető.
- *képesség alatt* a megfelelő belső és külső alkalmazkodási, integrációs, újratervezési szervezeti képességeket érti, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a vállalat megfelelően

alkalmazkodhasson a változó környezethez. A menedzsmentnek kulcsszerepe van ebben a tekintetben.

A fogalmat a gyakorlatba átültetve kijelenthető, hogy azok a vállalatok juthatnak jelentős versenyelőnyhöz, amik megfelelően időzített válaszreakciókra képesek, gyors és rugalmas termékinnovációkat valósítanak meg, mindezt egy hatékony koordinációra képes menedzsment segítségével, amely képes alakítani a vállalat külső és belső adottságait a környezeti változásoknak megfelelően. (Teece et al., 1997)

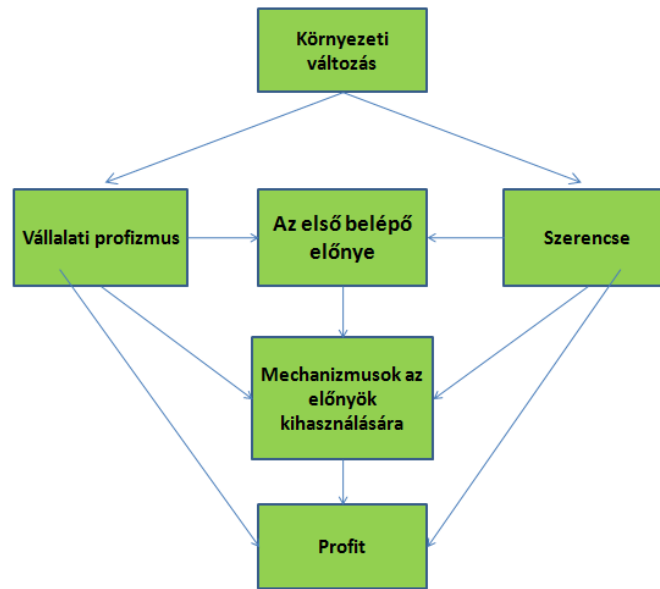
A *szervezet* egy cél és az annak elérésére létrehozott mechanizmus és ennek következtében folyamatosan értékeli és újraértékeli a céljait, vizsgálva, megkérdőjelezve és átalakítva a környezetével kialakított kapcsolatait. A hatékony szervezetek kihasítanak a piacból egy darabot, és képesek megtartani azt. [Miles et al. 1978] A legtöbb szervezet számára a változó környezethez való alkalmazkodás egy rendkívül összetett és bonyolult feladat, ezernyi döntéssel és viselkedéssel a szervezet különböző szintjein. Azonban Miles et al. [1978] létrehozott egy leegyszerűsített modellt, amivel három típuson keresztül leírhatjuk a szervezeti alkalmazkodás folyamatát:

- *védekező*: szűk és stabil területen mozog a vállalat, inkrementális fejlesztésekkel, és a meglévő erőforrások agresszív védelmezésével igyekszik fenntartani a pozícióját. Meghatározó lehet ennek mentén a költséghatékony működés, és az egyetlen alapvető képességre fókuszálás.
- *kutató*: a környezet folyamatos megfigyelésén és széleskörű állandó alkalmazkodáson keresztül a piaci lehetőségek kihasználása és új termékek fejlesztése a célja. A rutin kevésbé jellemző, annál inkább a rugalmas felépítés, és a folyamatos technológiai fejlesztésen alapuló versenyelőny.
- *elemző*: a fenti két típus ötvözése. Az alkalmazkodási mechanizmusok elsődlegesen az értékesítési tevékenységen keresztül valósulnak meg.

A dolgozatban ezeket a típusokat alkalmazzuk a hazai gyógyszercégekre.

Mintzberg és Waters [1985] a stratégiát annak mentén sorolja két típusba, hogy *előzetes tervezésen alapulnak*, vagy *külső környezeti változás következtében* alakulnak ki. A két szélsőérték között több különböző stratégia különíthető el, az egyik végpontban a központilag

kialakított, körültekintően felépített stratégia áll, míg a másik szélsőség a teljes mértékben a környezet által meghatározott stratégia.



2. Ábra. First mover előny kialakítása a szervezeten belül.
Forrás: Lieberman és Montgomery alapján [1988] saját ábra.

A *dinamikus képességeket* tárgyaló elméletek alapján állandóan alakítani kell a vállalat képességeit a változó környezeti feltételekhez, amihez elengedhetetlen a stratégiai alkalmazkodás. Ennek a folyamatnak és döntési pontnak a megnyilvánulása az új piacokra való belépés és az ebből következő előnyök és hátrányok mérlegelése. Ez az úgynevezett „*first mover advantage*”.

Dolgozatunk szempontjából fontos megvizsgálni azt, hogy mi motivál, vagy mi tart vissza egy vállalatot attól, hogy véghezvigyen egy, a piacon teljesen innovatívnak számító stratégiai újítást. A következőkben megvizsgáljuk az első belépő előnyeit és hátrányait (témánk szempontjából utóbbi relevanciája nagyobb, ezért részletesebben is kifejtjük).

Az első belépők előnyei Lieberman és Montgomery [1988] alapján: (1) *technológiai vezető szerep* (az első belépőnek több ideje van tökéletesíteni a technológiát és ezáltal hatékonyságban előnyre tehet szert), (2) *szűkös erőforrásokhoz való hozzáférés*, (3) a vevő váltási *költségei* (a meglévő technológiáról sokszor költséges másokra átállni), (4) *bizonytalanság* (az új márkával, gyártóval kapcsolatos bizonytalanság, minőségi, megbízhatósági kérdésekben).

Az első belépő hátrányai Lieberman és Montgomery [1988] szerint a legegyszerűbben a későbbi belépők előnyeinek keresztül foghatóak meg. Ezek röviden összefoglalva a következők:

- *potyautas előnyök*: később belépő vállalatok kihasználhatják az első belépő vállalatok K+F, foglalkoztatási és infrastruktúra befektetéseit, mivel a másolás költségei jóval alacsonyabbak, mint az eredeti fejlesztése [Lieberman-Montgomery, 1988]. A később belépők ezen lehetősége csökkenti az első belépő által lefölözhető profit nagyságát és időtartamát.
- *a technológiai és piaci bizonytalanság mérséklődése*: egy új piacra belépés mindig nagy kockázattal jár [Wernerfelt és Karmani in Lieberman és Montgomery, 1988]. A bizonytalanságot fel kell oldani, ami abban az esetben jelent előnyt, ha ennek segítségével a vállalat stratégiai lépéselőnyhöz juthat a bizonytalanság feloldásán keresztül. A nagyvállalatok számára tehát előnyös lehet kivárni a belépéssel, amíg ez a bizonytalanság megszűnik.
- *a technológia vagy fogyasztói elvárás változása*: az új technológiák és a fogyasztói igények változása folyamatosan új lehetőségeket teremt a piacra betörésre, ezért az első belépőnek folyamatosan óvnia kell piaci pozícióját. A később lépők előnye ebben az esetben a már piacon lévő vállalatok tehetetlenségéből is fakad.
- *az piacon már bent lévő vállalatok tehetetlensége*: ez a tehetetlenség több tényező eredményeképpen áll elő: (1) a piacon bent lévő vállalatot köti a meglévő, specializált készletállománya (2) a menedzsment ellenállása a potenciálisan termékkannibalizmust okozó új stratégiákkal szemben, valamint (3) a szervezeti rugalmatlanság.

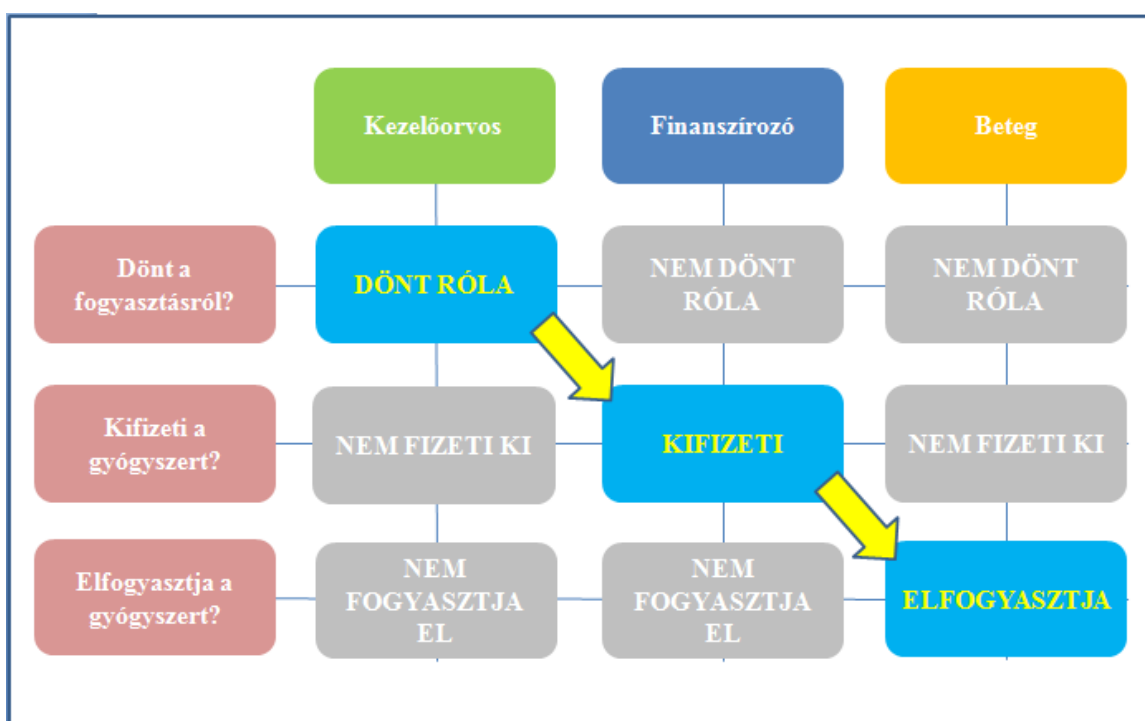
III. Vizsgálat tárgya

III.1. Gyógyszer és gyógyszer szabályozás

A fejezet célja, hogy rövid áttekintést nyújtson a hazai gyógyszerpiaci szabályozási környezetről. A fejezet első részében megalapozzuk a gyógyszerekhez kötődő szabályozás legfontosabb összefüggéseit. Ezt követően definiáljuk a gyógyszer-ártámogatási rendszerek céljait, és bemutatjuk a hazai szabályozási rendszer alappilléreit. A fejezet végén a hazai gyógyszerkiadások fedezetét szolgáló befizetéseket tekintjük át.

A gyógyszerek, mint speciális javak és szabályozási igényük

A gyógyszerek speciális javak, ez a tulajdonságuk több tényezőn keresztül fogható meg. A gyógyszereket nem azért fogyasztjuk, mert fogyasztani akarjuk, hanem azért mert rákényszerülünk erre (*negatív javak*). A gyógyszerek üzleti szempontból három különböző csoportosítása lehetséges (1) originális/generikus, (2) vényköteles/nem vényköteles és (3) közfinanszírozott/nem támogatott. A gyógyszerek fogyasztását vényköteles gyógyszerek esetében három szereplő (orvos, finanszírozó, OEP) együttesen határozza meg (összefoglaló 3. ábra alább).



3. ábra. A fogyasztói szerep háromfelé válása a vényköteles, közfinanszírozott gyógyszerek esetében.

Forrás: Dankó et al., [2012] alapján saját ábra.

Az egészségügyi piaci kudarcok miatt ezt a szektort nem lehet kizárólag piaci alapon működtetni. A piaci kudarcok között van többek között a teljesség igénye nélkül (1) betegek részéről jelentkező *bizonytalan kereslet* (2) *aszimmetrikus információ* az orvos-beteg és orvos-finanszírozó kapcsolatában, illetve (3) *kontraszelekció*: a biztosítók a „kisebb kockázatú” betegeket választanak. Az egészségügy piaci kudarcáival számos meghatározó kutató foglalkozott kiterjedten (Stiglitz, Mankiw, etc.). A dolgozatunk szempontjából fontos következmény az, hogy az egészségügy részeként működő gyógyszereszektor esetében is a

kevésbé hatékony kormányzati működés a társadalom szempontjából jobb lehet, mint a tisztán piaci mechanizmusok.

A betegek érdekét szolgálja az, hogy a gyógyszerpiac szabályozott, enélkül bizonyosan magasabb lenne a gyógyszerek ára, és hatékony támogatáspolitikája nélkül nem lenne biztosított az, hogy a betegek hozzájutnak gyógyszereikhez. Duker et al. [2003] szerint egy átlagos beteg nem lenne képes kifizetni a gyógyszerét, ezért szinte minden országban létezik gyógyszerár-támogatási rendszer. Szabályozásról csak a vényköteles gyógyszerek esetében beszélhetünk, a nem vényköteles gyógyszerek (OTC termékek) ebből az aspektusból leginkább az FMCG termékekhez hasonlíthatnak [Szabóné, 1999]. A fenti táblázat az OTC gyógyszerek esetében úgy néz ki, hogy a beteg kezében van a döntés (bár teheti ezt az orvos javaslatára), és saját maga is fizeti ki a gyógyszer teljes árát (ezen termékek részben sem támogatottak).

A gyógyszerek szabadalomvédett termékek, ami azt jelenti, hogy az adott szabályozási hatóság engedélyétől függően egy meghatározott ideig *piaci kizárólagosságot* élveznek. A szabadalmakra azért van szükség, mert a gyógyszerek fejlesztése tetemes összegeket emészt fel (hosszú távú befektetést igénylő iparág). A kutatók véleménye megoszlik, a gyógyszerfejlesztés költségeinek kutatásával elsődlegesen a bostoni Tufts Center for the Study of Drug Development Intézet foglalkozik. Di Masi et al. [2007] a gyógyszerfejlesztés költségeit a gyógyszer piacra viteléig 1,3 Mrd dollárra becsüli. Ezt a becslést a Stanford University kutatói túl magasnak értékelik, és azt feltételezik, hogy a gyógyszercégek által finanszírozott kutatások jellemzően túlbecslik azok K+F ráfordításait [Light, 2011]. A gyógyszerek szabadalmi általában 20 évre szólnak, ennek kell elégségesnek lennie a gyógyszercégek számára, hogy befektetéseik megtérüljenek, ugyanis ezután piacra lépnek a gyógyszerek generikus változatai [EGA, 2012]. A gyógyszerek fejlesztése a tetemes mértékű ráfordítás-igény mellett 10-15 évet vesz általában igénybe az originális gyógyszercégeknél, és megközelítőleg 10.000-ból egy fejlesztett gyógyszer jut piacra átlagosan [EGIS, 2012].

A finanszírozó (Magyarországon az OEP tölti be ezt a szerepet) megbízza az orvost azzal, hogy a beteget legjobb tudása szerint kezelje, és ehhez a megfelelő gyógyszert írja fel közfinanszírozás terhére (*megbízó-ügynök viszony*). A beteg előképzettségének hiánya okán az orvost bízza meg azzal, hogy a számára megfelelő terápiát válassza ki, és az ahhoz a szükséges orvosságot írja fel [Dankó et. al, 2012].

A fejezetnek nem célja az, hogy átfogó képet adjon a hazai gyógyszerpiaci szabályozásról és annak alakulásáról; az ennél számottevőbben nagyobb terjedelmet igényelne. Ugyanakkor fontosnak tartjuk azt, hogy a hazai gyógyszerpiaci szabályozást bemutatva tudjunk erre az alpra építkezni a következő fejezetekben. A gyógyszerek piacán kimondottan hangsúlyos szerepet tölt be a szabályozás. A következő alfejezetekben röviden betekintést nyújtunk a hazai gyógyszer szabályozásba, és annak alakulására.

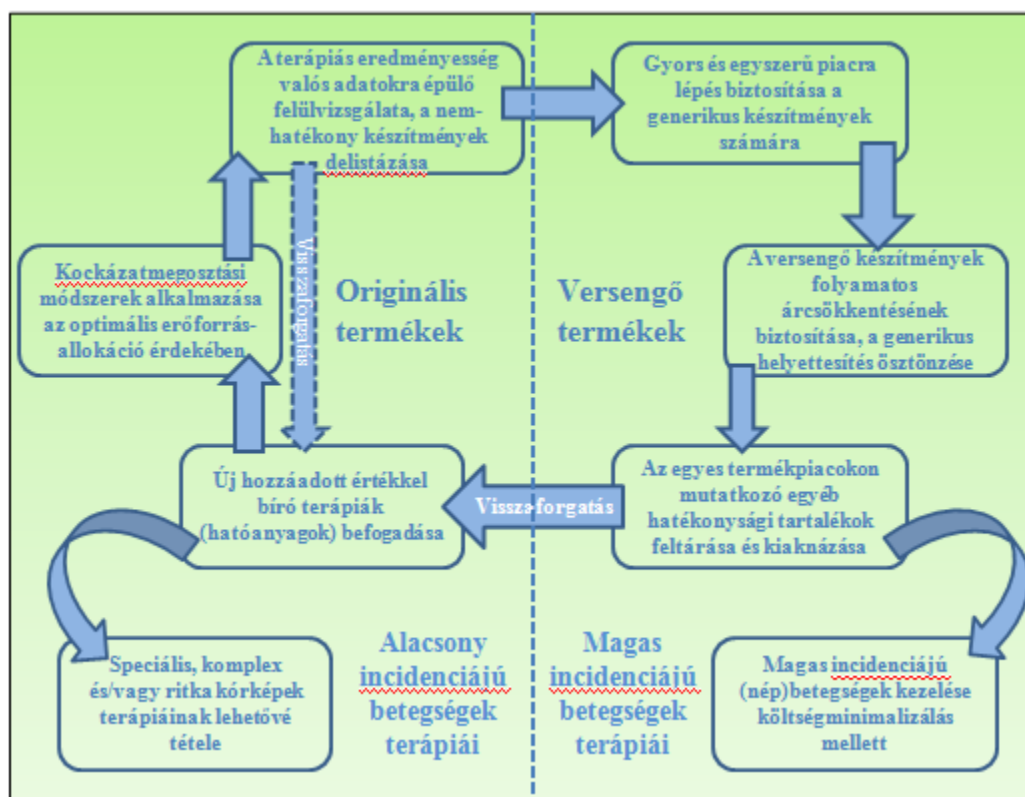
A gyógyszerár-támogatási rendszerek céljai

A gyógyszer-ártámogatási rendszerek célja az, hogy az állam gyógyszer-támogatásra fordítható egységnyi közpénzből maximális egészségnyereséget tudjon vásárolni. Ennek eléréséhez költséghatékony gyógyszerekre van szükség, melyek ugyanolyan hatást vagy jobbat fejtenek ki alacsonyabb áron vagy ugyan magasabb a költségük, de számottevően magasabb egészségnyereséget biztosítanak a beteg számára. A következőekben Dankó [2011] besorolását használjuk arra, hogy milyen szempontok mellett dönthet a finanszírozó a költséghatékony gyógyszerek közül a támogatottak kiválasztásáról.

- *Terápiás hozzáadott érték:* A készítmény mennyiben ér el magasabb klinikai hatékonyságot vagy okoz kevesebb mellékhatást.
- *Költségvetési kihatás:* A gyógyszer gyógyszerkassza kiadási oldalára gyakorolt hatása, azaz mekkora közfinanszírozási igénye van a gyógyszernek.
- *Egészségpolitika által explicitté tett megfontolások:* A szabályozók kiemelten kezelhetnek egyes betegcsoportokat.
- *Származékos hatások:* Ez a szempont sokszor ellentmondásos lehet, mivel azt takarja, hogy egy bizonyos gyógyszer támogatása precedens értékű lehet további gyógyszerek támogatása szempontjából (élvezeti cikkek gyógyszerként történő befogadása).

A hazai gyógyszerár-támogatási rendszer alappillérei

Az alábbi ábra összefoglalja azt, hogy milyen elven is működik pontosan a hazai gyógyszerár-támogatási rendszer. A legegyszerűbben talán úgy fogható meg a séma működési elve, hogy egyszerre történjen meg az új, hozzáadott értékkel bíró terápiák befogadása. A második elérendő cél a biztosítása annak, hogy a lejárt szabadalmú originális készítmények helyére gyorsan és egyszerűen léphessenek be a generikus készítmények.



4. ábra. A hazai gyógyszerár-támogatási rendszer logikája.

Forrás: OEP ÁTFO, 2012 alapján saját ábra.

A hazai gyógyszerár-támogatási rendszer gerincét a referenciaárzás különböző módzatai együttesen képezik. Az originális készítmények befogadása során a nemzetközi árösszehasonlítás alapján kerülnek be a termékek a közfinanszírozásba. A nemzetközi árösszehasonlítások kapcsán jelenleg az a szabály érvényes, hogy egy befogadásra váró hatóanyag kérelmezett nettó termelői ára nem haladhatja meg az EU, valamint az Európai Gazdasági Térség tagállamaiban érvényes legalacsonyabb árat. [Dankó et al., 2012]

A generikus készítmények befogadása során a generikus befogadási küszöbök használatosak, és az újonnan befogadott gyógyszerek törvényileg meghatározott árcsökkentés mellett kerülhetnek be a közfinanszírozásba. A versengő termékek folyamatos árcsökkentésének biztosítására a piacon lévő termékek árait folyamatosan felülvizsgálja az OEP. Leggyakrabban hatóanyag-alapú referenciaárzás, illetve más esetekben terápiás elvű referenciaárzást használ az OEP [Dankó et al., 2012]. A referenciaként meghatározott termékekhez képest számottevően eltérő termékek kikerülhetnek a közfinanszírozásból (*delistázás*) [Weborvos, 2012].

A gyógyszerár-szabályozást a Széll Kálmán Terv keretében az utóbbi hónapokban drasztikus változásokon ment keresztül. A referenciaárazás az originális termékek befogadása során is átalakult, illetve a versengő termékek folyamatos árcsökkentésére is a szabályozó eddig nem alkalmazott eszközökhöz nyúlt. Ennek következtében az utóbbi hónapokban jelentősen csökkentek a gyógyszerek árai, ezekről a változásokról egy külön fejezetben részletesen írunk.

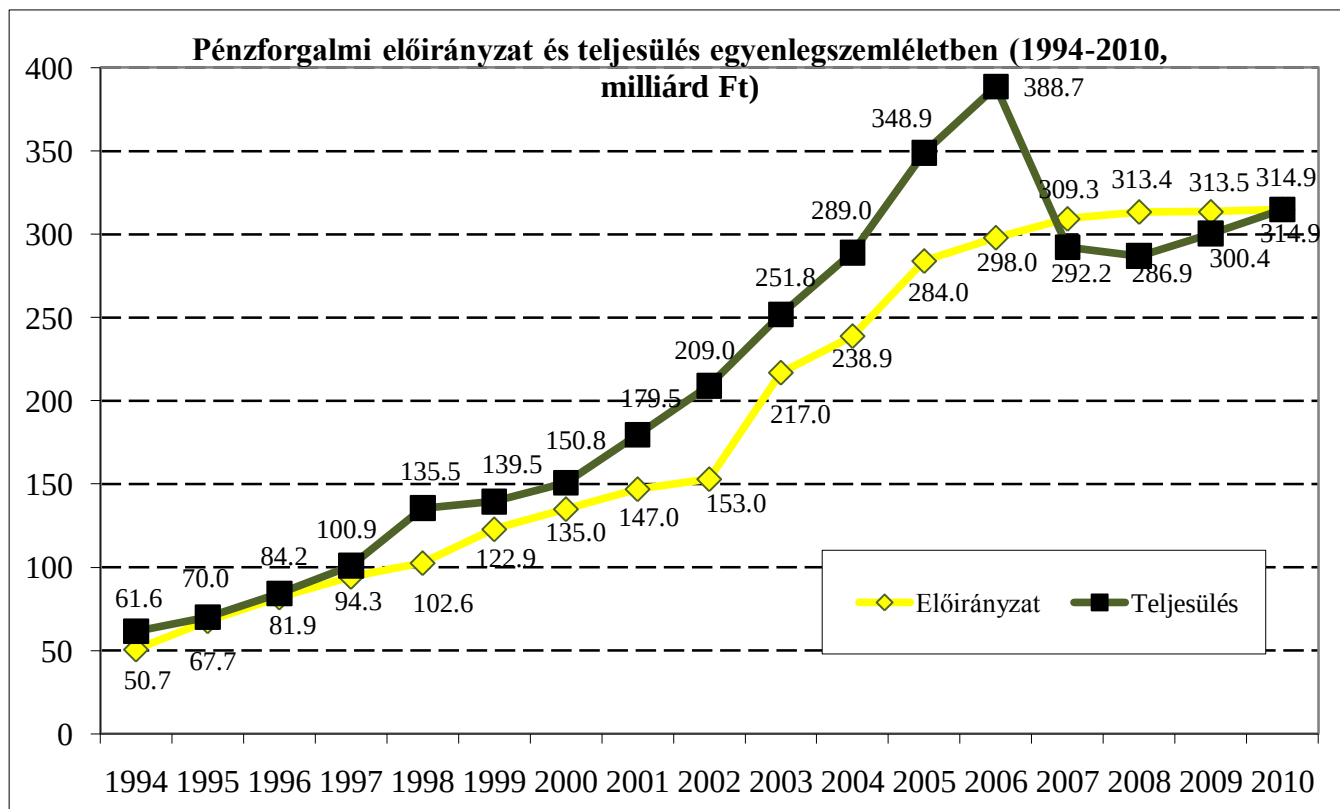
Összefoglalva az előzőeket, a gyógyszerek piacán elengedhetetlen az állami szerepvállalás a *piaci kudarcok* miatt. A többszörösen összetett megbízó-ügynök viszony miatt az egészségügyet szigorú szabályozási előírások övezik. A hazai szabályozási rendszer gerincét a referenciaárazás adja, mely az originális gyógyszerek befogadása esetén nemzetközi árösszehasonlításon alapuló gyógyszerbefogadás. Míg a gyógyszerárak rendszeres felülvizsgálatánál hatóanyag-alapú vagy terápiás elvű referenciaárazásról beszélhetünk.

III.2. A hazai gyógyszerár-támogatási rendszer és a gyógyszerkassza finanszírozása

A hazai gyógyszerár-támogatás alakulása

Az 5. ábrán látható, hogy a hazai gyógyszerkassza kiadási oldala 2006-ig dinamikusan nőtt (2006-ban 388,7 Mrd Ft), és rendszeresen meghaladta az előírányzatokat. 2007-ben változás következett be, aminek eredményeképpen a gyógyszerkassza kiadási oldala erőteljesen visszaesett. Ez a változás a köznyelvben „Gyógyszergazdaságossági törvényként” ismert intézkedéscsomag, melynek elsőrendű célja a generikus készítmények térnyerése volt hazánkban. A változások jelentős nyomás alá helyezték a gyógyszersektor szereplőit, de a csomag összességében fenntarthatóbb irányba vitte el a gyógyszerkasszát a gyógyszerek árainak erőteljes csökkentésével.

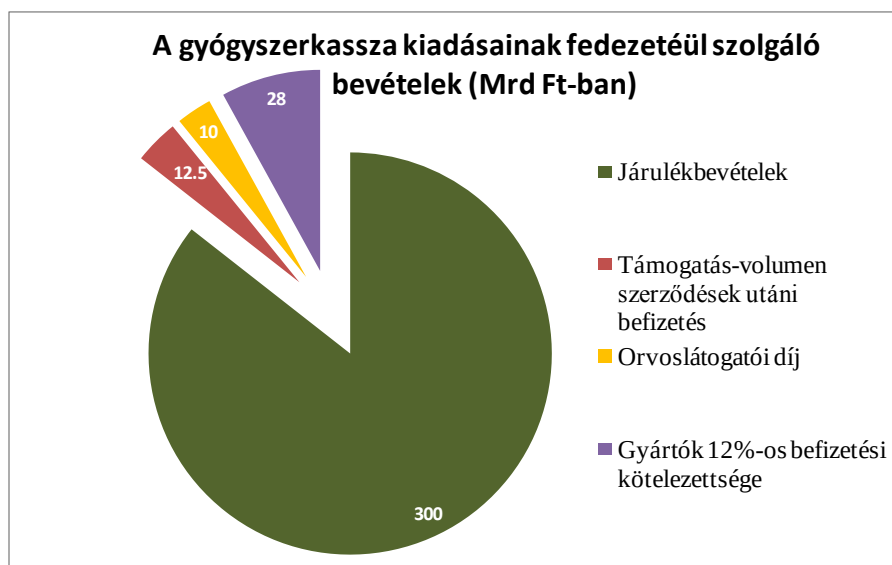
2011-ben a gyógyszerkassza kiadási oldalának csökkentése a kormányzati gondolkodás homlokterébe került. A *Széll Kálmán Terv intézkedései* c. fejezetben bemutatjuk, és röviden értékeljük a kormányzati intézkedéseket. Az látható azonban, hogy a kormányzat a gyógyszerkassza csökkentése során a *fűnyíró-elvet* alkalmazza, így érdemes lesz magukat az intézkedéseket is e mentén kezelve értelmezni és értékelni.



5. Ábra. A hazai gyógyszerkassza alakulása 1994-2010 között.
 Forrás: saját ábra OEP ÁTFO [2012] alapján.

A gyógyszerár-támogatási rendszer fedezete

Magyarországon az állami egészségügyi rendszer fedezetét a társadalombiztosítás, a fizetett járulékok biztosítják (*Bismarck-modell*). Bidló [2011] előadása alapján ma Magyarországon 3.844 millió fő tart el 9.682 millió főt, ami azt jelenti, hogy a közfinanszírozású gyógyszerre jogosultak 39,7%-a finanszírozza az összes gyógyszerre jutó támogatás-kiáramlást. A gyógyszerkassza fedezetéül a legfontosabbak járulékbevételek 300 Mrd Ft, a gyártók 12%-os befizetési kötelezettsége 28 Mrd Ft, támogatás-volumen szerződések utáni befizetés 12,5 Mrd és az orvoslátogatói díjak (10 Mrd Ft).



6. ábra. A gyógyszerkassza kiadásainak fedezetéül szolgáló bevételek.

Forrás: Bidló [2011] alapján saját ábra.

A magyarországi egy főre jutó gyógyszerfogyasztás átlagosan 91.000 Ft évente. Ennek 67%-át (60.800 Ft) az Országos Egészségpénztár (OEP) állja. A fennmaradó 33% a beteg vényköteles gyógyszer vásárlása esetén fizetendő önrész (17%- 15.200 Ft), és az OTC (nem vényköteles és nem támogatott) gyógyszerekre fordított kiadások (16%-15.000 Ft) áll össze. [Bidló, 2011]

A fentieket összefoglalva, a hazai gyógyszerkiadások OEP finanszírozásból valósulnak meg, a betegek önrésze számottevően kisebb hányadot képvisel. A gyógyszerkassza kiadásainak fedezetét nagy részben a befizetett járulékok teszik ki (300 Mrd Ft). Magyarországon 3.844 millió fő tart el 9.682 millió főt. A hazai gyógyszerpiac szabályozása ma már a legszigorúbbak között található Európában azokkal a 2011. július 1.-ével és azt követően bevezetett változtatásokkal, amelyeket a következő fejezetben mutatunk be.

III.3. Széll Kálmán Terv (2011-2014) a gyógyszersektorban

2011. július 1.-ével életbe lépett a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformja, mely azóta is dinamikusan változik. A fejezet célja, hogy kiemelve az új finanszírozási és szabályozási környezet legfontosabb elemeit.

A Széll Kálmán Terv célszáma az, hogy 2012-re már mintegy 120 milliárd Ft-ot tudjon a kormányzat kivonni a gyógyszerkasszából [Széll Kálmán Terv, 2012]. A rendelkezések

alapvetően annak mentén csoportosíthatóak, hogy a gyógyszercégek befizetéseit növelik vagy bevételeiket csökkentik. Az *összefoglaló táblázatban* látható az, hogy a számos intézkedés a magyar gyógyszerár-szabályozási rendszert vitathatatlanul Európa egyik legrestriktívabb rendszerévé tette. A következőekben kiemeljük az intézkedések közül a gyógyszercégek számára legfontosabbakat.

	Intézkedés	Bevezetési ütem
Kiadási oldalt érintő tételek	1. Kombinációk fixesítése	2011. január
	2. Terápiás felülvizsgálati rend	2011. folyamatosan
	3. Generikus program	2011.07.01-től folyamatosan
	4. Első generikum térnyerése	2011.07.01-től folyamatosan
	5. Lejáró szabadalmak	2011.07.01-től folyamatosan
	6. Koleszterinszint csökkentők támogatásának felülvizsgálata	2011.07.01
	7. Eredmény alapú támogatás	2011.II.félév
	8. Nemzetközi referenciaárak	2011.II.félév
	9. Közgyógyellátás	2012.01.01
	10. Biohasznosító támogatási rend	2012.01.01
	11. Beteggyüttműködést preferáló támogatási rend	2012.01.01
	12. Átsorolás	2012.01.01
	13. Egyedi méltányosság alakítása	2012.01.01
Bevételi oldalt érintő intézkedések	1. 12%-os gyártói befizetés emelése	2011.07.01
	2. Orvoslátogatói díj emelése	2011.07.01
	3. Támogatás volumen újrakötés	2011. folyamatosan
Egyéb eszköz	Hosszú távú, a támogatáspolitikai további hatékonyságát javító intézkedések bevezetése	2013.01.01
Garanciális elem	Sávos befizetés módosítása garanciális elemként	2012.01.01

2. táblázat. A Széll Kálmán Terv intézkedéseinek összefoglalása.
 Forrás: Széll Kálmán Terv [2012] alapján saját készítésű ábra.

A gyógyszereszektor szereplőivel folytatott beszélgetéseink során az alábbi kulcsfontosságú intézkedések kerültek legtöbbször előtérbe. Ezek az alábbiak:

A közfinanszírozott gyógyszerek támogatása után befizetett különadó 12%-ról 20%-ra emelése (*gyártói befizetések*) az adójellegű befizetések növelése a gyógyszereszektorban jelentős változást jelent a gyógyszergyártók szemszögéből. Az intézkedés jól tetten érhetően a *fűnyíró elvet* alkalmazza. Ebből leírható volt a gyógyszercégek K+F ráfordítása, amennyiben az meghaladta a 2,1 Mrd Ft-ot az adott évben. A 2011-es év folyamán úgy tűnt, hogy ezt a levonási

lehetőséget visszamenőlegesen is elvehetik a gyógyszercégektől, mely elsősorban a MAGYOSZ erős lobbitevékenysége miatt nem valósult meg.

Az orvoslátogatói díj gyógyszerkassza finanszírozásában betöltött szerepe megközelítőleg 10 Mrd Ft volt évente 5 millió Ft nagyságú éves befizetési kötelezettségű orvoslátogatói díj mellett, mely fizetési kötelezettséget 2004-ben vezették be [Bidló, 2011]. Az orvoslátogatók szerepe a gyógyszercégek promóciós tevékenységében kiemelkedő szerepet tölt be, formális munkaköri leírásuk, az orvosok tájékoztatása a gyógyszercég gyógyszereiről szigorúan szakmai szempontok mentén. Ugyanakkor világos az, hogy valójában értékesítési tevékenységet folytatnak (*sales rep*). Az intézkedés egyik célja ennek a nem kívánatos promóciós tevékenységnek az ellenőrzése lehet. Az orvoslátogatók szerepéről az *Orvoslátogatók a gyógyszercégek üzleti modelljei* c. fejezetben részletesen értekezünk.

A *vaklicit* során a gyógyszergyártók ajánlatot tesznek a gyógyszerek áaira, és a legalacsonyabb árú azonos hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek kerülnek a legmagasabb támogatási sávba, más gyógyszerek pedig teljesen kikerülhetnek a támogatásból. A vaklicit a generikus gyógyszerágazatot érintette, amelynek folyamatos árcsökkentéssel kell szembenéznie, ha nem akarják, hogy az ázsiai gyógyszerek még inkább kiszorítsák őket a piacról. A vaklicit során a Richter 24 termékének termelői árát csökkentette átlagosan 20%-al (2-40%) 2012. március 1.-ével [Portfolio, 2012]. Az EGIS árcsökkentése a teljes hazai palettára nézve átlagosan elérte a 7%-ot. [Portfolio, 2012]

A *kombinációs készítmények támogatásának felülvizsgálata* azt jelenti, hogy a több hatóanyagot is tartalmazó gyógyszerek támogatását az egyes monokomponenseik támogatásához fixesítik [Széll Kálmán Terv, 2012]. Ez alapvetően a gyógyszerekre jutó támogatási kulcs csökkentésével járt. A gyógyszercégek képviselői ezt annak okán kérdőjelezik meg, hogy kutatások szerint a betegek rendszeresebben szedik a kombinációs termékeket, mint az egyes termékeket külön-külön (a *szakirodalomban ezt compliance-nek, még inkább adherenciának nevezik*).

A legfontosabb intézkedések érintettek szerint		
Originális gyártók	Generikus gyártók	Originális és generikus gyártók
Kombinációs készítmények támogatásának felülvizsgálata	Vaklicit	20% kötelező arányú forgalomarányos befizetés
		Egyes terápiák támogatásának felülvizsgálata "mini protokollok", évi 10 Millió Ft orvoslátogatói díj

3. táblázat. A Széll Kálmán Terv intézkedéseinek csoportosítása érintettek szerint.

Forrás: Széll Kálmán Terv [2012] alapján saját ábra.

Az originális gyártók részéről több alkalommal fogalmazódott meg beszélgetéseink során az, hogy a bevételi lehetőségeik szűkítése és a költségeik megemelése mellett az is hátrányos számukra, hogy a gyógyszerek befogadásakor (*market access*) csak azok *költségvetésre gyakorolt hatását* veszik figyelembe. Ez pedig azt jelenti számukra, hogy a termékportfóliójukat nem tudják megújítani időről időre, a betegek ennek következtében nem juthatnak hozzá a korszerű, új gyógyszerekhez. A felsorolt négy költséghatékonyságon belüli prioritizáló tényező közül a kormányzat jelenleg csak a *költségvetési hatást* veszi figyelembe.

Emellett komoly fenyegetettséget jelent ma már a gyógyszercégek számára a *nem kívánatos gyógyszer-kereskedelmi befolyásolás szabályozása*. A hatályos etikai szabályok megsértéséért ugyanis 25 Millió Ft helyett akár 500 Millió Ft is kiróható a gyártóra, mely komoly ellenőrzöttnöt jelent. A kiszabott bírságok felső határa elrettentő lehet a gyógyszercégek számára.

Összefoglalóan a megváltozott szabályozási környezet és finanszírozás miatt a gyógyszersektor szereplői egyszerre két oldalról kerültek nyomás alá. Emellett a finanszírozó (OEP) a gyógyszerek közfinanszírozásba befogadásánál csaknem kizárólagosan a költségvetési hatást veszi figyelembe. Ezekre az intézkedésekre magától értetődő módon reagálniuk kellett, ezen intézkedések rövid áttekintése, elemzése dolgozatunk egyik célkitűzése. Vizsgálódásunk fontos kérdése, hogy a gyógyszercégek üzleti modelljének újragondolását felgyorsíthatta-e a változás a szabályozási környezetben.

III.4. Az orvoslátogatók a gyógyszercégek üzleti modelljében

Az orvoslátogatók alapvető feladatköre az, hogy az orvosokat szakmai szempontból tájékoztassák és megismertessék az új gyógyszerekkel és hatóanyagokkal (Berg, 2009). A

közvélemény azonban sokszor inkább úgy képzei el az orvoslátogatók tevékenységét, mint a *porszívóügynökökét*, csupán a termék komplexitása magasabb. Az orvoslátogatók kétségtelenül szakmailag is tájékoztatják az orvosokat a gyógyszereikről, de tevékenységük a gyógyszercégek értékesítési tevékenységének talán legfontosabb építőköve. 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]. A szabályozói gondolkodásban jelenleg úgy tűnik, hogy az orvoslátogatókat leginkább a *piaci versenyt torzító tényezőként* látják, akik az orvosok vényfelírási szokásait kedvezőtlen irányba befolyásolják.

A Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformjának kétségtelenül egyik kárvallottjai az orvoslátogatók. Ez több tényezőre vezethető vissza (1) orvoslátogatói díj éves befizetési kötelezettségének 10 M Ft-ra emelése, (2) termékek kivonása kevesebb orvoslátogatót tesz szükségessé, (3) nem etikus gyógyszerpromóciós tevékenység büntetéseként kiszabható felső határ 500 millió Ft-ra. A gyógyszercégek számára jelentősen megdrágult az orvoslátogatók éves költsége (akár 30 M Ft is lehet orvoslátogatónként). A nyilvántartások szerint megközelítőleg ezer fővel csökkent a számuk, megközelítőleg 2500-ról [Weborvos, 2011]. Ugyanakkor ez a bejelentett orvoslátogatók száma, ami eltérhet a ténylegesen tevékenykedő orvoslátogatók számától.

Az orvoslátogatók tapasztaltsága elengedhetetlen, az egyik gyógyszercég esetében történt egy próbálkozás Magyarországon anyavállalati *best practice* alapján FMCG értékesítéssel foglalkozó munkatársak alkalmazására, de a kísérlet teljes bukás volt. A gyógyszercégek számára kulcsindikátor a (*share of voice*²), amely azt mutatja, hogy az összes gyógyszercég orvoslátogatói-orvos találkozóihoz viszonyítva mekkora az adott cég orvoslátogatóinak orvosokkal való találkozása. Az orvoslátogatók azonban vitathatatlanul kiemelkedő szerepet töltenek be a gyógyszerek értékesítési tevékenységében.

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). Ez

² Nincs jó magyar megfelelője a kifejezésnek, ezért így használjuk dolgozatunkban

a tendencia, mint majd később látni fogjuk, a magyar gyógyszerpiac egyesre szereplőire igaz, másoknál azonban pont az ellenkezőjét tapasztalhatjuk.

A szerzők úgy látják, hogy az orvoslátogatók szerepe egyelőre elengedhetetlen része a branded generikus és originális gyógyszercégek üzleti modelljének (*értékesítési csatorna és vevői kapcsolatok*). Az ebből elmozdulás a *share of voice* miatt a fogoly dilemma klasszikus esete.

III.5. A hazai gyógyszersektor fejlődése

A magyar gyógyszeripar története egészen 1867-ig nyúlik vissza, ugyanis ekkor már működött gyógyszergyár hazánkban [MAGYOSZ honlapja, 2012]. A magyar gyógyszergyárakat a második világháború után államosították, és a magyar gyógyszergyártás ellátta a szocialista blokk piacait is. Többek között ennek köszönhető, ahogy azt interjúink során is megerősítették, hogy a magyar gyógyszergyártók rendelkeznek erős exportpiacokkal a FÁK országokban. A Richter 1901-ben jött létre az alapító Richter Gedeon munkásságának köszönhetően [Richter honlapja, 2012]. Az EGIS (egykor dr. Wander Gyógyszer-és Tápszergyár) néven 1913-ban jött létre, a dr. Wander Keeresztúri úti telepe ma is az EGIS székhelye [EGIS honlapja, 2012]. A mai Chinoin, amely a sanofi-aventis³ leányvállalata egykor Alka vegyészeti gyárként működött, és két vegyész alapította; Wolf Emil és Kereszty György [sanofi-aventis magyar honlapja, 2012]. A Magyarországon jelenlévő TEVA pedig az egykori Biogal (még korábban Debreceni Gyógyszergyár) gyártelepét vásárolta meg, melyet 1912-ben alapítottak.

Magyarországon a rendszerváltás után a gyógyszercégeket privatizálták. Később az egykori Chinoin-t felvásárolta a sanofi-aventis Zrt. jogelődje, az EGIS többségi tulajdonosa a Servier lett, a Biogal gyártelepeit úgyszintén felvásárolta a hazánkba belépő izraeli generikus gyógyszercég, a TEVA. A Richter Gedeon Nyrt. megmaradt magyar illetőségű cégnek, ugyanakkor a cég ma már folyamatosan csökkenti magyarországi jelenlétét, értékesítését és kiterjedését. A Richter-t és az EGIS-t az esettanulmányokat kifejtő részben részletesen tárgyaljuk.

A magyarországi helyzet mélységében történő megértéséhez vissza kell tekintenünk a magyar gyógyszergyárak szocialista időszak alatti működésére. A szocializmus időszaka alatt a hazai gyógyszergyárak lemásolták a nyugat-európai országok originális gyógyszereit, és azokat saját márkanevük alatt hozták forgalomba Magyarországon. Ezek a helyettesítők (másolatok) úgy

³ A cég kisbetűvel használja elnevezését

épültek be a magyar betegek köztudatába mint originális vagy *eredeti gyógyszerek*. Ennek fontos következménye az, hogy ma Magyarországon a betegek generikus gyógyszereknek a távol-keleti gyógyszercegek termékeit tekintik, a hagyományos egykori magyarországi gyártók termékeit pedig eredetinek vagy originálisnak. Ennek a több évtizedre visszanyúló kialakult nézetnek jelentős hatása van még ma is.

Az egészségügyi szakemberek ezeket az előző fejezetben leírt megkülönböztetett generikus gyógyszereket „*branded generikusnak*” nevezik. Fontos azt látni ugyanakkor, hogy ezeknek a saját név alatt piacra dobott másolatoknak az elnevezései a magyar és egykori KGST országokban dolgozó orvosok körében is erős lenyomatot hagyott. Ez pedig természetesen hatással van az orvosok felírási szokásaira.

A dr. Chikán Attilával (Richter, Felügyelő Bizottsági elnök) folytatott beszélgetésünk során ő is kiemelte azt, hogy az egykori KGST országokban az orvosok a Cavinton-t tanulták az orvosi egyetemeken, nem pedig annak hatóanyagát (*vinpocetine*) [Interjú Chikán Attilával, 2012]. A Cavinton a Richter Gedeon Nyrt. első originális terméke, amely felhasználhatóságát tekintve agyi vérkeringés zavarával járó meghatározott betegségek kezelésére, továbbá pszichés vagy neurológiai tüneteinek csökkentésére használható.

A fentebb leírt jelenség miatt kialakult a „*branded generikus*” gyártók és termékek köre a KGST volt tagországaiban. A betegek és orvosok egyaránt differenciáltan tekintenek a „*branded generikus*” és generikus termékekre. A gyógyszersektor hagyományosan generikus és originális gyógyszergyártókra osztható fel, habár a felvásárlások, in-licenszek és egyéb tényezők miatt ez a határvonal egyre inkább elmosódik. Magyarországon ez a klasszikus dichotómia generikus és originális gyártók között kiegészül a „*branded generikus*” gyártókkal.

IV. Empirikus kutatás

A fejezetben először kontextusba helyezzük a hazai gyógyszerpiac szereplőit a gyógyszercegekre jutó éves OEP-támogatási áramlások összehasonlítása alapján, és a végzett tevékenységük és domináns termékkörük mentén csoportosítva őket. A fejezetben részletesen elemezzük a hazai *branded generikus gyártó* és *originális forgalmazó cégek* üzleti modelljeit. Az üzleti modelljüket egyesével mutatjuk be, ezt követően két-két hazai esettanulmánnyal vizsgáljuk

meg a kutatásunk három fő kérdését (1) a Széll Kálmán Terv mely intézkedései érintették leginkább a cégek működését (2) hogyan alkalmazkodtak a gyógyszercégek, ezek mennyiben hatottak üzleti modelljükre és (3) az orvoslátogatók szerepének alakulása, akikre a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformja jelentős hatással volt. Az egyes esettanulmányok jelentősen támaszkodnak a gyógyszercégek képviselőivel folytatott interjúinkra. A fejezet során egy *rendszerszemléletű* áttekintést kívánunk adni a gyógyszercégek a fenti kérdésekre adott válaszait értékelve.

IV.1. A hazai gyógyszercégek és csoportosításuk

Az OEP támogatás-kiáramlások alapján a Novartis Hungária a vezető gyógyszercég Magyarországon. A TOP 20 támogatás-kiáramlás nagyságú gyógyszercég között találjuk jellemzően a hazai originális forgalmazókat, de a generikus szereplők is képviseltetik magukat (TEVA, Krka) illetve a két hazai branded generikus gyártó is előkelő helyen áll támogatás-kiáramlás tekintetében. A piac koncentrálttsága alacsony, a TOP 10 szereplő kapja a kiáramló támogatások megközelítőleg 50%-át. A TOP 20 brand között Magyarországon támogatás-kiáramlás alapján az első 20 gyógyszer egyetlen olyat találunk, aminek a szabadalma 5 éven belül lejár, ez pedig a Clexane (*enoxaparin*). Ez arra enged következtetni, hogy a top 20 brand-et a közeljövőben nem érinti a szabadalom megszűnéséből következő (a generikusok megjelenéséből következő) forgalomcsökkenés.

Vállalatok 2010 december	Sorrend	Eladások gyártási önköltségen (milliárd)	Növekedés (%)	Piaci részesedés (%)
<i>Vényköteles gyógyszerpiac</i>		394,0	3,1	100,0
NOVARTIS	1	37,5	4,3	9,5
SANOFI-AVENTIS	2	30,4	-16,4	7,7
RICHTER GEDEON	3	28,5	6,3	7,2
EGIS	4	26,7	5,9	6,8
MSD CORP.	5	24,3	6,1	6,2
PFIZER	6	21,7	0,8	5,5
TEVA	7	18,9	6,6	4,8
GLAXOSMITHKLINE	8	17,0	3,2	4,3
ELI LILLY	9	13,0	9,2	3,3
ASTRAZENECA	10	12,7	-5,0	3,2
KRKA	11	12,6	14,1	3,2
ROCHE	12	11,6	2,6	2,9
JOHNSON&JOHNSON	13	9,4	-2,5	2,4
BOEHRINGER I	14	8,4	9,3	2,1
NOVO NORDISK	15	7,7	7,8	1,9
BAYER	16	7,7	-8,9	1,9
ABBOTT	17	6,6	1,9	1,7
AMGEN	18	5,6	-0,6	1,4
MERCK AG	19	5,4	5,2	1,4
SERVIER	20	4,9	7,9	1,2

4. táblázat. A hazai gyógyszerpiac szereplői, forgalom alapján.
Forrás: IMS Health [2010] alapján saját ábra.

A gyógyszersektor Magyarországon (OTC-t kivéve a csoportosításból a dolgozat céljai miatt) három részparagrafra osztható fel: *originális*, *generikus* és *branded generikus*. A három részparagraf egymástól jelentősen eltérő üzleti modellel rendelkezik. A csoportosításokat az szerint tettük meg, amely a legjellemzőbb eladott terméke az adott cégnek. Egy másik dimenzió mentén (gyógyszergyártás) Magyarországon kizárólagosan *gyógyszerforgalmazókat* és *gyógyszergyártókat* találunk.

	ORIGINÁLIS	BRANDED	GENERIKUS
Forgalmazó			
Gyártó			

7. ábra. A hazai gyógyszercegek csoportosítása a gyártott hatóanyag típusa és a hazai tevékenységük mentén.
Forrás: saját ábra.

Az **originális** gyártók közé sorolhatóak többek között: Novartis, Pfizer, sanofi-aventis, Abbott Laboratories, Roche, AstraZeneca. Ezeket a gyártókat az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) tömöríti. Az originális gyártók közül a sanofi-aventis Zrt. végez gyártó tevékenységet Magyarországon, a többi cég gyógyszerforgalmazóként van jelen a magyar piacon.

A **generikus gyártók** közé tartozik Magyarországon a TEVA, ami a Biogal gyártelepének felvásárlása révén hazánkban termelő tevékenységet is folytat. Megjegyzendő, hogy a TEVA is rendelkezik ma már originális molekulával, ugyanakkor az izraeli óriáscég még ma is a világ legnagyobb generikus gyártójaként tartható számon [Teva honlapja, 2012]. Magyarországon a többi klasszikusan generikus cég hazai bejegyzésű cégeken keresztül folytat értékesítést.

A „**branded generikus**” gyártók közé sorolható az EGIS és a Richter. A két vállalat esetében közös az is számos egyéb tényező mellett, hogy mindkettő egy-egy terápiás terület generikus gyógyszer ellátásában rendelkezik igen nagy tapasztalattal. A Richter esetében ez a női fogamzásgátlók területe, míg az EGIS esetében a szív-és érrendszeri betegségek. Az is közös még

mindkét gyógyszercég esetében, hogy keresik azokat a piacokat, ahol alkalmazható a „*branded generikus*” üzleti modell.

Magyarországon tehát a branded generikus üzleti modellel együtt négy különböző üzleti modell különíthető el. A dolgozatunk során behatóan a Magyarországon jelen lévő **branded generikus és az originális gyártók üzleti modelljével foglalkozunk**. Ezt a két modellt tudjuk a leginkább összehasonlítani az orvoslátogatói rendszerük rugalmasságának vizsgálata mentén. Ugyanis mindkét modellben kulcsszerepet tölt be ez az *értékesítési csatorna*. A következő fejezetekben a „*branded generikus*” és az originális gyártók üzleti modelljét mutatjuk be Osterwalder-Pigneur [2009] értelmezési keretében.

IV.2. Branded generikus gyártók üzleti modelljei Magyarországon

A branded generikus üzleti modell jellemző Közép-Európában a szektor fejlődési sajátosságainak okán. A cégek általában regionális fókuszúak, a generikus és originális cégeknél kisebb méretűek. Ennek az üzleti modellnek az elemeit tekintjük át az orvoslátogatók szerepét fókuszba helyezve.

A „*branded generikus*” gyártók üzleti modelljének középpontjában az áll, hogy a gyógyszer bizalmi termék az orvos és a beteg részéről egyaránt. A Magyarországon praktizáló orvosok jól ismerik a brand-eket, az adott cég orvoslátogatójával sok esetben hosszabb távú ismertségben vannak. Az orvos számára a biztonsághoz köthető a gyógyszer felírása. Az *értékajánlat* tehát egy elérhető árú, mégis megbízhatónak, ismertnek és biztonságosnak ítélt termék, a fogyasztási döntést pedig az orvos hozza.

Az *értékesítési csatorna* a branded generikus termékek esetében kiemelten fontos szerepet tölt be, hiszen ezek a termékek, ahogy azt láttuk, magasabb árúak, mint a többi, nem branded generikus termék. Az orvoslátogató-hálózat szerepe kiemelt, hiszen abban senki sem kételkedik, hogy ez a leghatékonyabb elérési formája az orvosoknak. Az orvoslátogató tulajdonképpen sztenderd generikus termékeket figyelembe véve a *tiszta versenyt torzító tényező*, aki betölti a *vevői kapcsolatok* funkciót is az üzleti modellben.

A branded generikus gyártók *lényegi erőforrása* a stabilan felépített, hosszú múltra visszatekintő eladási hálózata és értékesítési tevékenységben való tapasztalat (orvoslátogatói

hálózat, konferenciák, gyógyszerismertető). Ez az általuk alkalmazott differenciáló stratégia kulcseleme.

A generikus gyártókkal szemben a kereskedelmi költségeik arányosan nagyobbak. A generikus gyártóknál 21%, a branded generikus gyártóknál 25% [EGIS, 2012]. Azt gondoljuk, hogy ennél nagyobb is lehet az eltérés, hiszen ezzel tudnak megkülönböztetni a branded generikusok. A költségszerkezetében ezek a cégek kevésbé működnek méretgazdaságosan termelésben, mint a generikus cégek a méretbeli különbségből adódóan.

A következő részegységben az EGIS Nyrt. és a Richter Nyrt. esettanulmányán keresztül vizsgáljuk meg a branded generikus gyógyszergyártók által hozott intézkedéseket a Széll Kálmán Tervben foglaltak okán, illetve a Széll Kálmán Terv üzleti modellre gyakorolt hatását, az orvoslátogatók szerepére kitérve. Az esettanulmányok feldolgozása során erősen támaszkodunk a Richter Nyrt. esetében a dr. Chikán Attilával és dr. Kovács Lászlóval készített interjúkra, az EGIS Nyrt. esetében a Hajnalka Zsolttal készített interjúra.

IV.1.1. Richter

Alapadatok

Richter Gedeon Nyrt.	
Besorolás üzleti modellbe	Branded generikus (kisebb részben originális)
Székhely	Magyarország
Magyarországi tevékenységi kör	Gyártás és forgalmazás
Alapítás	1902
Főbb célpiacok	EU 35% - Oroszország 29% - Magyarország 11% - USA, Egyéb FÁK, Ukrajna, Egyéb 25%
Főbb terápiás területek	Nőgyógyászat 34% - Szív és érrendszeri 25 % - központi idegrendszer 13% - Egyéb 38%
Orvoslátogatók száma	210 (2012)
Árbevétel (2011)	309,3 Mrd Ft
Marketing kiadások aránya	25,5% (árbevétel arányosan)

5. táblázat. A Richter jellemzőinek rövid összefoglalása.

Forrás: saját ábra.

A Richter-re leginkább hatással levő intézkedések

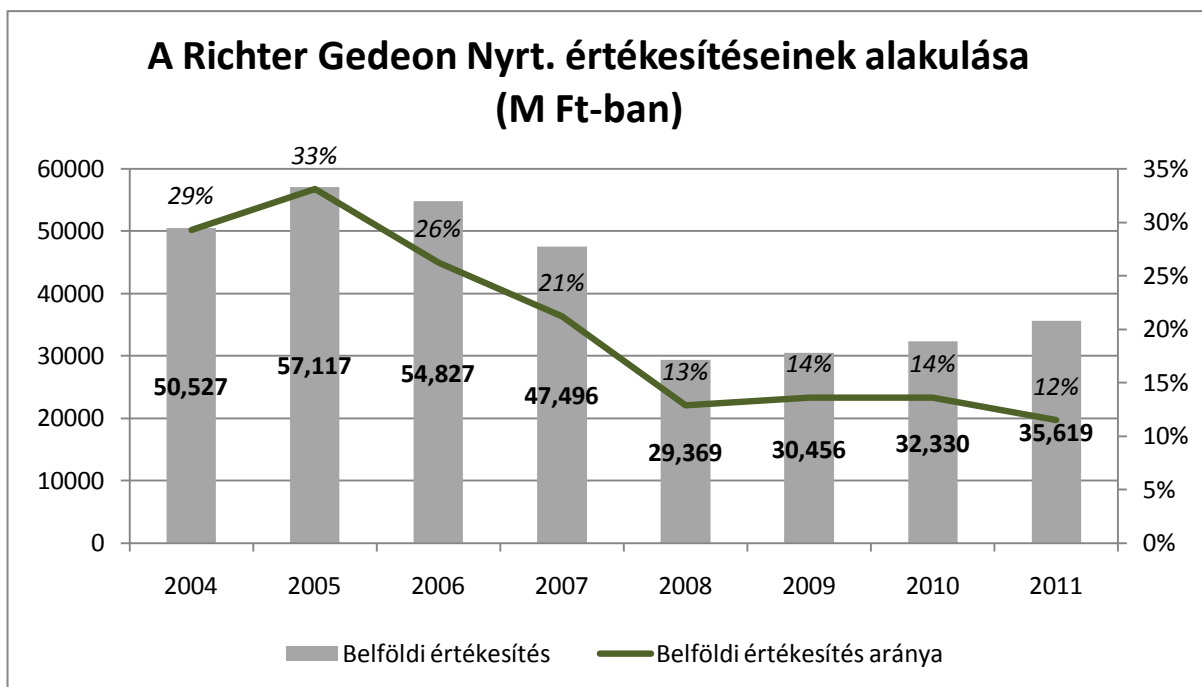
A Széll Kálmán terv szabályozásai a Richter Gedeon Nyrt.-t is érzékenyen érintették. A főbb hatásokat Bogsch Erik [2011] prezentációjában szemléletesen összefoglalja:

- vaklicit hatása az árbevételre: megközelítőleg 3 Mrd. Ft-tal csökken
 - a gyógyszergyártói különadó emelkedése
 - orvoslátogatói díjak 5-ről 10 M Ft-ra emelkedése
- } 4,1Mrd. Ft-os árbevétel kiesés

A vaklicit bevezetése a Richter szempontjából azért fontos, mert a vállalatnak be kellett szállnia az árversenybe, hogy meg tudja tartani gyógyszerei támogatását. A vaklicit miatt egyes gyógyszerek ára 60%-kal csökkent [Interjú dr. Kovács Lászlóval, 2012]. Bogsch Erik [2011] alapján a vállalat Magyarországon realizált profitja 4,8 Mrd. Ft volt, az elvonások összesen 7 Mrd. Ft-os árbevétel kiesést eredményeztek 2011-ben.

A Richter Gedeon Nyrt. piaci részesedése értékben kifejezve a 2000. évi 10%-ról 2010-re 5,6%-ra csökkent.

Az alábbi ábrán tetten érhető, hogy a Richter Gedeon Nyrt. magyarországi piaci függősége számottevően csökkent a 2004-2011 közötti időszakban. Ez egy tudatos lépés a vállalat részéről, melyről a későbbiekben részletesen írunk.



8. ábra. A Richter belföldi értékesítésének alakulása, és aránya az összértékesítéshez képest.
Forrás: Richter Gedeon beszámolók [2004-2011] adatai alapján saját ábra.

A Richter legfontosabb alkalmazkodási lépései

A Richter megváltozott környezethez alkalmazkodásában hangsúlyos szerepet kaptak egyaránt a közép- és a hosszú távú lépések.

Rövid távú lépések

A vállalat rövidtávon erőteljes kommunikációval és a MAGYOSZ lobbiján keresztül próbált hatást gyakorolni az állami döntéshozásra. Az új intézkedéseket azonban „erőből” alakították ki az állami szervek, a gyógyszergyártók érdekeit nagyrészt figyelmen kívül hagyva [Interjú dr. Kovács Lászlóval, 2012]. „Olyan is előfordult, hogy pénteken ötkor jött egy telefon a minisztériumtól, hogy hétfő reggelre egységes állásfoglalást kérnek a MAGYOSZ-tól” Dr. Kovács László [2012].

A Richter nem hozott jellemzően rövidtávú intézkedéseket, így például tömeges elbocsátásokba sem kezdett (a vállalatnál fontos szerepe van a *biztonságnak* és *állandóságnak*). Az árbevétel kiesésére azonban reagált a vállalat, többek között a promóciós tevékenységének visszafogásával. Ez alatt a konferenciákra, kiállításokra, kórház- és orvos támogatásra fordított

kiadásokat kell érteni, az orvoslátogatók létszámát a vállalat nem csökkentette. Az orvoslátogatók bérezése jelentősen alacsonyabb az originális gyógyszerforgalmazóknál dolgozó orvoslátogatók béreinél [Interjú dr. Kovács Lászlóval, 2012]. A vállalat értékesítési ráfordításaiban jelentős átalakulás ment végbe az elmúlt évtizedben: 2001-ben az árbevétel 14,2%-át (kb. 10,5 Mrd. Ft-ot) tették ki a marketingköltségek, 2011-ben ugyanez az arány 25,5% volt (értékben 2010-ről 32,6%-kal, kb. 80 Mrd. Ft-ra nőtt). Ezekből a reakciókból jól láthatjuk, hogy a vállalat dinamikus alkalmazkodási képességei korlátozottak, főleg üzleti modelljének következtében. A vállalat az értékesítési csatornáin számottevően nem tud változtatni, hiszen az orvoslátogatás értékajánlatának egyik központi elemét adja.

Középtávú reakciók

Középtávon a vállalat két fő stratégiai irányvonalat követ: (1) földrajzi reorientáció (2) termékportfólió-szűkítés.

Földrajzi reorientáció

A reorientáció már hosszabb ideje zajlik, ezt jól mutatja az, hogy míg 2000-ben Magyarország, és a FÁK államok is 27,6%-al részesedtek az összforgalomból, 2011-re hazánk részesedése 12,3%-ra csökkent, a FÁK részesedése ezzel párhuzamosan 43,8%-ra nőtt. A vállalat hosszabb távon is a keleti piacok felé irányuló terjeszkedést tervezi. Ezeken a piacokon fontos tényező, hogy a hagyományos orvoslátogató-intenzív stratégia még sikeresen működhet. A keleti piacok mellett a vállalat Nyugat-Európa irányába is szándékozik tovább terjeszkedni, ezt jól mutatja az is, hogy a marketingköltségek emelkedése részben a Nyugat-európai kereskedelmi hálózat kiépítésének volt köszönhető. A gyors földrajzi súlypontáthelyezést megnehezíti a gyártási technológia áthelyezésének idő, és beruházásigénye, ezért ez a folyamat is leginkább *inkrementális változásként* valósul meg.

Termékportfólió szűkítése

A válaszreakció másik eleme a termékportfólió szűkítése, és a termékcsoportokon belüli diverzifikáció. Ezzel párhuzamosan a kutatás-fejlesztési tevékenységeket is bizonyos terápiás területekre koncentrálják. Ezek a területek a nőgyógyászati és a központi idegrendszeri készítmények. A nőgyógyászati portfólió növelését több akvizícióval is segítette a vállalat

(Grünenthal, Preglem). 2006-ban a 3 fő termékcsoporth (nőgyógyászat, központi idegrendszer és szív- és érrendszer) együtt az összes forgalom 69%-át tette ki. 2011-ben ugyanez az arány már 72%-os volt, összességében a legnagyobb mértékben a nőgyógyászati termékek részaránya nőtt, 7%.-tal (27-ről 34%-ra). Ebben a folyamatban a vállalat fókuszálja a *lényegi erőforrásait*, ami hosszútávon a költségszerkezetre pozitív hatással lehet. Ezt a változtatást már az *üzleti modellre* is ható (ugyan kisebb mértékben) reakciónak nevezhetjük.

Hosszútávú tervek, elképzelések

Hosszútávon a vállalat ún. *speciality pharma* céggé szeretne válni [Interjú dr. Chikán Attilával, 2012]. Ugyanis várhatóan középtávon nem lesz esélye versenyezni a valódi (*unbranded*) generikus gyártókkal, a vállalat *értékajánlata* középtávon már nem fog megkülönböztetést jelenteni. A *speciality pharma* koncepciójuk három fő jellemzővel bír: (1) legyen originális termék (tovább specializálódnak a nőgyógyászatra, szteroid gyártás szerepe) (2) azokban az országokban értékesíteni a branded generikus termékeket, ahol a szabályozás még lehetővé teszi (pl. Oroszország) (3) a biotechnológiai fejlesztések irányába történő orientáció.

A Richter és az orvoslátogatók

A vállalatnak 210 orvoslátogatója van jelenleg, és ez a Széll Kálmán Terv előtti számhoz képest nem változott lényegesen [Interjú dr. Kovács Lászlóval, 2012]. A vállalat offenzív stratégiát folytat, tehát nem csökkenti az értékesítésre fordított keretösszeget. A többi vállalat jellemzően leépíti az orvoslátogatói létszámát, ezért várhatóan jelentősen túlsúlyban lesznek a piacon a Richter képviselői (*share of voice*), ami rövidtávon ellensúlyozhatja az egyre erősebb árverseny miatt bekövetkező piacvesztést. Ez azonban jelentős költséget ró a vállalatra, hiszen orvoslátogatónként 10 millió forintos kiadást jelent, csak a díj értékét számolva. Dr. Kovács László hangsúlyozta [2012], hogy véleményük szerint a magyar gyógyszerpromóciós tevékenységben a leghatékonyabb módszer az orvoslátogatás, ezért nem terveznek komolyabb leépítést jelenleg ezen a téren. Jól látszik a Richternél, ahogyan azt már korábban is említettük, az *értékesítési csatornák rugalmatlansága*, főleg az orvoslátogatókkal kapcsolatos stratégián.

A szabályozásváltozás hatása az üzleti modellre

A vállalat értékajánlata nem változott az új szabályozás következtében, azonban ez a jövőben változhat, ha megvalósul a „speciality pharma” koncepció. Az értékesítési csatornák szempontjából elmondható, hogy az orvoslátogatói túlsúly továbbra is fennmarad, sőt az egyéb marketingköltségek visszafogásával még jelentősebb, a kizárólagosság irányába ható átrendeződés következett be. Jelentős változás következett be a célcsoporton belül, a földrajzi-, és termékdiverzifikáció következtében, ezzel kapcsolatban a vevői kapcsolatok fejlesztése is megtörtént, új értékesítési csatornák kialakításával (pl. Nyugat-európai kereskedelmi hálózat kialakítása).

Összességében az látható, hogy az üzleti modelljén nem változtatott a Richter. A stratégiai alkalmazkodásban otthonosan mozog a cég, a dr. Bogsch Erik és dr. Kovács László is a dél-amerikai hiperinflációs környezetben szerzett tapasztalatot, „egy piac 24 óra alatt változhat” [Interjú dr. Kovács Lászlóval]. A Richtert alapvetően megerősítette több irányú diverzifikációjában az őt érintő hazai intézkedések, és egyre inkább feladja a hazai piacot, ezáltal szándékosan csökkentve függőségét. Az orvoslátogatói rendszerén sem változtatott a Richter, hiszen a cég a biztonságra helyezi a hangsúlyt.

IV.1.2. EGIS

Alapadatok

Az EGIS Nyrt. Magyarország meghatározó gyógyszercége a magyar piacon egyre csökkenő részesedéssel. A francia Servier gyógyszercég 1995 óta a többségi tulajdonosa és meghatározza az EGIS számára a főbb követendő stratégiai irányvonalakat, azonban a működése szempontjából hazai vezetés széles stratégiai mozgástérrel rendelkezik.

EGIS Nyrt.	
Székhely	<i>Magyarország</i>
Alapítás	<i>1913</i>
Tevékenységi kör (Mo.)	<i>gyártás és forgalmazás</i>
Tulajdonosi kör	<i>37,8% közkezhányad, 50,1% Servier</i>
Főbb célpiacok	<i>Magyarország 27% (2011)</i>
Terápiás területek	<i>Szív és érrendszeri</i>
	<i>központi idegrendszer</i>
	<i>légzőrendszer</i>
Foglalkoztatottak száma	<i>3915 (2577 Mo-n.)</i>
Orvoslátogatók száma	<i>115</i>

(2012)	
Árbevétel (2011)	129 Mrd Ft
Értékesítési kiadások aránya	23% árbevétel arányában

6. táblázat: EGIS jellemzőinek rövid összefoglalása.

Forrás: saját ábra.

EGIS-re leginkább hatással levő intézkedések

- Különadó megemelése 12%-ról 20%-ra (2 Mrd Ft-ról 3,3 Mrd Ft-ra)
- Orvoslátogatói díjak emelése (600 M Ft kiadás helyett 1,2 Mrd Ft)
- A félévente sorra kerülő vaklicit

Az EGIS legfontosabb alkalmazkodási lépései

Az EGIS-nél alapvetően három különböző irányú diverzifikáció folyik, mely egy hosszabb távú folyamat része. Ennek helytállóságát erősítette meg a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő szabályozása. A társaság 48 főt bocsátott el Magyarországon, mely nem jelentős a 2577 összes alkalmazotthoz viszonyítva.

Rövid távú lépések

Az EGIS 2011. október 1.-ével 6,9%-al csökkentette Magyarországon az árait a teljes hazai termékportfólióra vetítve. 2012. március 1.-ével az EGIS további öt termékének csökkentette árát átlagosan 5%-os mértékben. Ahogy ezt a szabályozásról szóló fejezetben leírtuk, ezek nélkül a lépések nélkül csökkenne a támogatás mértéke a gyógyszereken, vagy akár el is veszíthetnék azokat (kikerülnének a termékeik a közfinanszírozottak köréből). Poroszlai Csaba gazdasági igazgató előrejelzése szerint az EGIS magyarországi árbevétele átlagosan 8-10%-al fog csökkenni 2012-ben [Poroszlai in Medical Online, 2011b].

A nemzetközi referenciaárazás okán az EGIS számára nincs gazdasági racionalitása annak, hogy jelentős mértékben csökkentse stratégiai jelentőségű termékei árát. Az interjúnk során szóba került az az eset, amikor az EGIS Csehországból vont ki gyógyszert, azért hogy a lényegesen nagyobb piacnak számító Törökországban magasabb áron tudjon értékesíteni [Interjú Hajnalka Zsolttal, 2012]. Poroszlai Csaba felhívta arra is a figyelmet, hogy amit a kormányzat nyer a gyógyszerárak csökkentésén, részben elbukja azon, hogy az EGIS-nek ekkor más

országokban is mérsékelnie kellhet az árát, ami csökkenti a bevételeit, így a vállalat által befizetett adót is [Poroszlai in Medical Online, 2011b].

Az EGIS egyik meghatározó törekvése, hogy a generikus termékek piacra juttatásának idejét lecsökkentsék, és ezen keresztül *lényegi tevékenységük* hatékonyságát növeljék [Interjú Hajnalka Zsolttal, 2012]. Ez fontos a kifutó originális termékek esetében, mert az első generikusnak a generikus küszöbök miatt jelentős előnye van a későbbi belépőkkel szemben. A TEVA nagyon gyors az originális termék szabadalmának lejárt utáni piacra jutásban, és a Krka is jól teljesít. Az EGIS egyértelmű szándéka, hogy javuljon a piacra lépés sebességében.

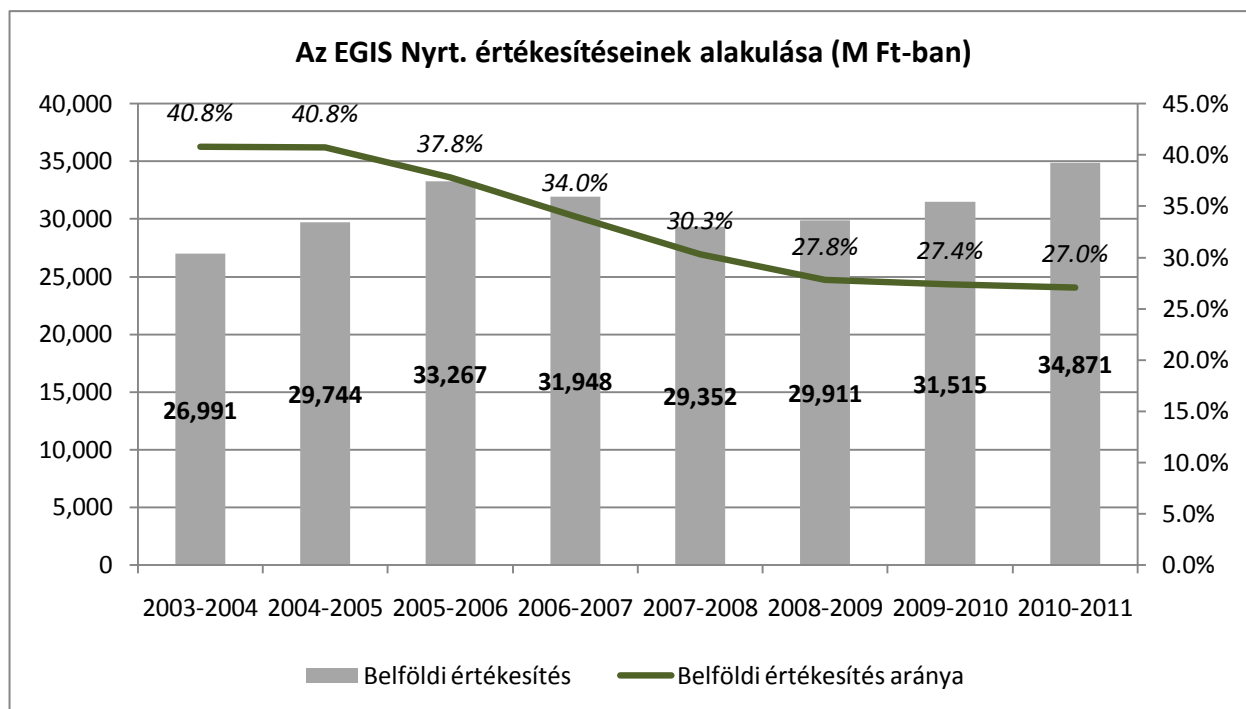
Emellett a vállalat szándéka a biohasonló gyógyszerek irányába történő elmozdulás (pl. együttműködés a Celltrionnal). A biohasonló gyógyszerek a biotechnológiai gyógyszerek másolatai, és sok jel arra mutat, hogy már középtávon is a biotechnológiai úton előállított gyógyszerek irányába fog elmozdulni a gyógyszerkutatás fókusza [Interjú Hajnalka Zsolttal, 2012]. A biohasonló gyógyszerek irányába történő elmozdulásban látja a cég a környezeti változásokhoz való alkalmazkodás egyik lényeges elemét. Láthatjuk, hogy a vállalat tevékenységeiben felfedezhető a korábban ismertetett *kutató* típusú stratégia, kérdés az, hogy ez mekkora hangsúlyt kap a stratégiai tervezésben.

Az EGIS diverzifikációja

Az EGIS diverzifikációjának tekintetében hasonló tendenciákat láthatunk, mint a Richter Gedeon Nyrt.-nél. A két fő irányvonal, a biotechnológia irányában történő elmozdulás és a földrajzi diverzifikáció.

Földrajzi diverzifikáció

Az EGIS hazai piaci függősége folyamatosan csökken. Az árbevétel 27%-a származik Magyarországról. A termelő tevékenységét is diverzifikálja az EGIS, ennek keretében Oroszországban új gyárat épített a vállalat. Az EGIS ezáltal folyamatosan formálja át *fogyasztói szegmensét*, az *értékajánlatát* azonban változatlanul hagyja. A branded generikus stratégia kevésbé restriktív szabályozású piacokon lehet sikeres (Oroszország, Ukrajna, stb.).



9. ábra: az EGIS hazai értékesítése, és aránya az összértékesítéshez képest.
 Forrás: az EGIS beszámolóinak [2003-2011] adatai alapján saját ábra.

Hatóanyagportfólió bővítése

A Celltrion-nal kötött együttműködés keretében az EGIS belép a hazai biohasonlók (biotechnológiai gyógyszerek másolatai) piacára. A Celltrion Dél-Korea meghatározó biotechnológiai gyógyszercége jelentős K+F tevékenységgel. Ez az *értékajánlat* megváltozására fog hatni hosszabb távon.

Az EGIS intézkedéseinek értékelése

Alapvetően az látható, hogy az EGIS hazai üzleti modelljét nem érintette számottevően a Széll Kálmán Terv. Az intézkedések megerősítették a céget a „több lábon állás” stratégiájának tovább vitelében. A cég inkrementálisan formálja át üzleti modelljét, és távolodik el a branded generikus üzleti modelltől az *értékajánlatának* megváltoztatásával. A biohasonló gyógyszerek forgalmazása és a Celltrion-nal kötött együttműködés lényeges elemek az EGIS jövője szempontjából. A vállalat számára alapvető fontosságú, hogy az originális termékek szabadalmainak lejártja után a jelenleginél gyorsabban tudjon a piacra jutni. A cég hazai függősége várhatóan tovább fog csökkenni a jövőben.

IV.2. Originális gyártók üzleti modelljei Magyarországon

Mckinsey [2011] alapján a nagy originális gyógyszergyártóknak új megközelítésben kell reagálniuk a megváltozott környezeti feltételekre. Olyan stratégiát kell kialakítaniuk, amely a változásokra fókuszál. Azok a vállalatok, amelyek nem fognak meghatározott stratégiával rendelkezni a megváltozott körülményekre reagálva, azok lehetséges hogy el fognak tűnni [Mckisney, 2011]. Ebben a megvilágításban vizsgáljuk az originális gyógyszergyártók üzleti modelljét.

Költségszerkezet

Az originális gyógyszergyártók szempontjából az egyik legnagyobb kihívás a költségszerkezetük alakulása. Egyrészt az anyavállalatok problémája, a folyamatosan növekvő K+F kiadások, párhuzamosan a csökkenő gyógyszerfejlesztésre jutó megtérüléssel (ahogy ezt a gyógyszersektorról szóló fejezetben láttuk), ez pedig a leányvállalatokra is növekvő nyomást helyez költségcsökkentési szempontból. Ez az a dimenzió az originális vállalatoknál, amely az egyik legjelentősebb tényezője a változás lehetőségének vizsgálatánál megjelenő *first mover disadvantage*-nek, hiszen a vállalat erőforrásait a már befektetett tőke lehető legnagyobb mértékű megtérülése érdekében kell allokálni, így szűkös erőforrás jut a változásmenedzsment stratégiai reakcióira. Ezzel párhuzamosan jelentkeznek a hazai szabályozás költségnövelő hatásai. A költségeken belül a hazai gyógyszerforgalmazók esetében szignifikáns költségelemként jelenik meg az orvoslátogatók költsége. A konkrét eseteket és lépéseket, az esettanulmányokról szóló résznél írjuk le.

Célcsoport

Az originális gyógyszerforgalmazók célcsoportja annyiban különbözik a branded generikus forgalmazóktól, hogy sokkal nagyobb arányt képviselnek a termékek között a szakorvos által felírható gyógyszerek. Ennek közvetlen hatása van az *értékesítési csatornák* alakulására is.

Értékesítési csatornák

Célcsoportjukból következően a gyógyszerforgalmazók is legnagyobb részben az orvoslátogatói tevékenységre támaszkodnak. Az orvoslátogatáson belül azonban kisebb hangsúlyt

képviselnek a (magasabb költségű) házi orvos látogatók, főként a szakorvosokat látogatják. A Pfizer Kft.-nél történt ezzel kapcsolatban változtatási kísérlet, az anyavállalat ugyanis megbízta a hazai leányvállalatot, hogy mérje fel a gyógyszerpromóció FMCG rendszerűre történő átalakítását, azonban a hazai jogi és szabályozási körülmények miatt ez nem megvalósítható [interjú dr. Görög Klárával, 2012].

Lényegi erőforrások

A hazai gyógyszerforgalmazók lényegi erőforrásai közé tartozik az anyavállalatok **támogató tevékenysége**. Ebben a tekintetben az egyik legfontosabb erőforrás, az anyavállalat tőkegazdagsága, amely lehetővé teszi, hogy nagy K+F igényű originális gyógyszereket fejlesszen ki. Ezekkel a termékekkel sok esetben a hazai gyártók a fejlesztés tőkeigényessége miatt nem tudnak versenyezni.

IV.2.1. Novartis

Novartis Hungária Kft.	
Besorolás üzleti modellbe	Originális
Székhely	Basel
Magyarországi tevékenységi kör	Forgalmazás és nagykereskedelem
Alapítás	1996 (Ciba-Ceigy és Sandoz fúziójával)
Főbb célpiacok	Magyarország
Főbb terápiás területek	Szív- és érrendszeri, idegrendszeri, légzőszervi, bőrgyógyászati, mozgásszervi, fertőző betegségek
Orvoslátogatók száma	60 (2012)
Árbevétel (2011)	37,3 Mrd Ft

10. táblázat. A Novartis jellemzőinek rövid összefoglalása.

Forrás: saját ábra.

Széll Kálmán terv, a Novartis szemszögéből:

- kombinációs készítmények támogatásának átalakítása
- orvoslátogatói díj megemelése
- Különadó megemelése 12%-ról 20%-ra

A Széll Kálmán Terv intézkedései részben összhangban voltak a Novartisnál megfogalmazódó reform javaslatokkal, a céget nem érte felkészületlenül az intézkedéscsomag.

Proaktív stratégia

Folyamatos párbeszédet folytatott a cég a szabályozó szervekkel, véleményük szerint becsülhető volt a változások iránya és mértéke a kormányzati kommunikációból [Interjú dr. Szolyák Tamással, 2012]. Ennek alapján már két hónappal az új szabályozások bejelentése előtt lépéseket tettek az alkalmazkodás érdekében (*proaktivitás*).

Leépítéseket hajtottak végre az orvoslátogatók és az irodai személyzet körében is, ennek mértéke kb. 20% volt. 2010-ben a vállalat összesen 227 munkavállalót foglalkoztatott, ebből 119 értékesítés és marketing tevékenységben, 109 pedig pénzügyi, adminisztratív, stb. munkakörökben dolgozott. A marketingre allokált költségkeretét is jelentősen visszafogta a vállalat (konferenciák, gyógyszerismertető, stb.).

A vállalat proaktívan kezelte a termékszabadság megszűnését is, az adott terméket kivették a támogatott termékek köréből és csökkentették az árát, ezzel hozzájárulva, hogy beálljon egy stabil, fenntartható értékesítési szintre [Interjú dr. Szolyák Tamással, 2012].

A Novartis szempontjából az is lényeges kérdés, hogy amennyiben jelentősen csökkennek termékeinek árai, a magyar piac alacsony részesedése miatt gazdaságilag racionális döntés termékkivonások meglépése.

Itt gyakorlatilag, az eddig látottakhoz hasonlóan a költségszerkezetet alakította a vállalat a megváltozott külső körülményeknek megfelelően, a profitabilitás fenntartása érdekében.

Az orvoslátogatók szerepe a Novartisnál

A Novartis termékportfóliójában jelentős a szakorvosi felírásúak aránya. A házi orvosok látogatása jellemzően drágább, és kevésbé jövedelmező. A Novartis jelentősen visszafogta a házi orvosok látogatását 20 orvoslátogatója elbocsátásával.

Az üzleti modell alakulása a Novartisnál

A Novartisra véleményünk szerint jellemző a hosszabb távú stratégiai kitekintés, azonban az implementáció során ez nem teljesen valósul meg. Jelenleg a változtatások kizárólag a tevékenység felszínét érintik, céljuk a profitábilis működés fenntartása. Ennek keretében az üzleti modellen belül az egységeket próbálják szorosabban összekapcsolni (erre jó példa a betegutak alapján történő csoportosítás). Így folyamatosan arra törekednek, hogy az üzleti modellt hatékonyabbá tegyék.

Összefoglalva a Novartis helyzetét elemezve fontos azt látni, hogy egy nagy multinacionális cég leányvállalata. A vállalatnál a stratégiai alkalmazkodás proaktívan valósult meg, de a cég gyógyszer üzletágának vezetője hangsúlyozta, hogy ezeknek a változásoknak a meglépése fájdalmas volt [Interjú dr. Szolyák Tamással, 2012]. A Novartis anyavállalatának lehet stratégiai jelentőségű döntése az üzleti modell átformálásáról.

IV.2.2. Pfizer

Alapadatok

Pfizer Kft.	
Besorolás üzleti modellbe	Originális
Székhely	New York
Magyarországi tevékenységi kör	forgalmazás
Alapítás	1849, Magyarországon 1960
Főbb célpiacok	Magyarország (régiós disztribúciós központ)
Főbb terápiás területek	Kardiovaszkuláris, onkológiai, pulmonológiai
Orvoslátogatók száma	50 (2012)
Árbevétel (2011)	29,8 Mrd Ft

11. táblázat: Pfizer jellemzőinek rövid összefoglalása
Forrás: saját ábra

A Pfizerre legnagyobb hatást kifejtő intézkedések

- Különadó megemlése 12%-ról 20%-ra
- Orvoslátogatói díjak emelése
- K+F ráfordítások levonhatóságának megnehezítése

Alkalmazkodás a Pfizer részéről

A Pfizer esetében az erős nyomás alatt meghozott rövidtávú stratégiai válaszlépések domináltak. A hosszabb távú stratégiai tervezést magyar vonatkozásban a várható változásoktól tették függővé a cégnél, melynek befolyásolására nincs jelentős lobbijük [Interjú dr. Görög Klárával, 2012].

Rövidtávú változtatások

A vállalat jelentős létszámleépítést hajtott végre az új szabályozás és egy már ettől függetlenül is tervezett karcsúsítási folyamat következtében. Az elbocsátások a 167-es összlétszámból 86 embert érintettek, tehát a szervezet humán erőforrását gyakorlatilag lefelezték. Fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy 2004-ben még 350 embert foglalkoztatott a vállalat, 2007-re a foglalkoztatottak száma 150-re csökkent, jelenleg pedig 84-en dolgoznak a vállalatnál [Interjú dr. Görög Klárával, 2012]. Látható tehát, hogy bár az idei létszámleépítés radikálisnak tűnhet, illeszkedik egy hosszabb ideje tartó tendenciába. Emellett jelentős átalakításokat hajtottak végre a szervezeti struktúrán belül is, amelyek az új körülményekhez (kevesebb munkavállaló, áthelyeződő hangsúlyok az értékesített termékek körében) alkalmazkodó struktúrát eredményeztek. A folyamat során egész hierarchiaszinteket iktattak ki, és összevontak több különböző osztályt is, hogy a szervezeti széttagozódást csökkentsék. Emellett alakítottak a sales-marketing struktúrán is, ezt később részletesebben is vizsgáljuk. A Pfizer esetében a *költségszerkezet* átalakítása azért jelenik meg ekkora súllyal a rövidtávú reakciókon belül, mert az *anyavállalat* erőteljes profitelvárásokat támaszt a hazai leányvállalattal szemben, ami folyamatos nyomás alatt tartja a vállalat vezetését. Zárójelesen megjegyzendő, hogy a Pfizer Kft. helyzetét speciálissá tette az, hogy a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformjának konzultációs időszaka alatt a cég első számú vezetője több hónapon át nem volt elérhető. 2011 nyarán jelölt új vezetőt a regionális vezetőség a magyarországi Pfizer Kft. vezetésére, aki néhány hét leforgása alatt felére csökkentette a munkavállalók számát [Interjú dr. Görög Klárával, 2012].

A K+F fejlesztések különadóból levonhatóságának visszamenőleges elvétele érzékenyen érintette a Pfizer Kft.-t. A futó fejlesztéseket és az alaputatásokat azonnal nem lehetett ugyan leállítani, mert a klinikai teszteknek le kell zajlania. A klinikai tesztek II-III. fázisúak (80 kutatási projekt: 2100 M Ft értékben), az alaputatásra pedig már kifizették az ösztöndíjakat (600

M Ft), ezért ennek a változásnak nincs közvetlen rövidtávú hatása, ugyanakkor a jövőben várhatóan nem újítják meg ezeket. A vállalat vezetőségnek nagy hitelességbeli veszteséget okozott, hogy korábban a New York-i központtal történő hosszas egyeztetés eredményeképpen megvalósuló fejlesztések mégsem csökkentik a vállalat különadóját. A vállalat rövidtávon meglehetősen dinamikusan reagált a változásokra, hiszen egy hónap alatt elkészültek az átstrukturálási tervekkel, és két hónapon belül meg is valósították azokat [dr. Görög Klára, 2012].

Középtávú reakciók

A vállalatnál nagy jelentősége van a referenciaárazásnak, a globális értékesítésből következően. Tehát egy esetleges hatósági árazás bevezetésének következménye akár tömeges termékkivonás is lehetne. További lehetősége a cégnek az alapellátásból kivonulni, amely ma már egy külön divíziót képvisel a szervezetben, tehát szükség esetén „egyszerűbben” leválasztható.

Hosszútávú reakciók

A vállalat hosszútávon két lehetséges stratégiát vetített előre, annak ellenére, hogy konkrét terveket nem dolgoztak ki, pontosan a külső környezeti bizonytalanságra hivatkozva.

Az egyik ilyen lehetőség egy teljesen lecsupaszított szervezeti struktúra kialakítása. Ez a lehetőség egy olyan szervezetet vizionál, amelyben nincsenek orvoslátogatók, kizárólag a forgalmazási tevékenységhez szorosan kapcsolódó munkakörök. A második hosszabb távú lehetőségként egy olyan struktúra kialakítása adódik a vállalat számára, amelyben alternatív promóciós eszközöket használnak, erről jelenleg is folyamatosan gondolkoznak a Pfizer-nél [Interjú dr. Görög Klárával, 2012]. Itt is jól látható, hogy értékajánlat-változás nem történt, a vállalat hosszútávú elképzeléseiben is kizárólag a költségszerkezeti átalakítások jelennek meg. Itt azonban figyelembe kell vennünk azt, hogy a *hosszútávú tervezés* a Pfizer New York-i központjában, az anyavállalatnál történik, a hazai leányvállalat csak implementálja az ott kialakított stratégiákat.

Értékesítési tevékenység a Pfizernél

Az értékesítési struktúra átalakítása fontos szerepet kapott a Pfizer alkalmazkodási folyamatában. Mind létszámban, mind struktúrában jelentős átalakuláson ment keresztül az

orvoslátogatói hálózat a vállalatnál. A korábbi 100-150 főről 50-re esett a létszámuk, és ennek következtében a korábbi alapellátás-szakellátás felosztás is megváltozott és a jelenlegi rendszer 4 termékcsoporthoz kapcsolja az orvoslátogatókat. A cég több „brick”-et is feladott az országban az orvoslátogatói elbocsátásával. A brickek földrajzi felosztáson alapuló régiók, amelyek egy vagy több postai irányítószámú területet foglalnak magukba. Ez egy rendszer, amely olyan földrajzi egységekbe rendezi az eladási adatokat, regionális bázison, olyan módon, hogy egy brickben legalább 5, vagy 6 gyógyszerérték kapjon helyet. [IMS Health, 2006]

Az orvoslátogatókkal együtt a cég több brand menedzserétől is megvált. Az orvoslátogatók elbocsátása okán ugyanis kevesebb brand menedzserre van szükség, így elbocsátásuk „végigfut” a szervezeten [Interjú dr. Görög Klárával, 2012]. A biotechnológiai gyógyszerek (5 orvoslátogató), a vakcinák (0), az onkológia (5) és az egyéb termékek (40) orvoslátogató maradt a vállalatnál. Az irodai támogató tevékenységet is ez alapján az osztályozás alapján alakították át. Emellett jelenleg a vállalat orvoslátogatói nem látogatják az ország teljes területét, régiókra osztották ugyanis Magyarországot, és forgalom szerint történik az egyes területek látogatása. A Pfizer az alapellátásban csökkentette az orvoslátogatói számát, illetve fontos azt látni az orvoslátogatói díj emelése miatt az orvoslátogatók megközelítőleg annyiba kerülnek ma már a cégnek, mint egy menedzser [Interjú dr. Görög Klárával, 2012].

Üzleti modell változása a Pfizernél

A Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő reformjára az egyik legdrasztikusabb választ a Pfizer adta munkavállalói felének elbocsátásával. A Pfizer hosszú távú tervezését nagyon megnehezíti a turbulensen alakuló hazai szabályozási környezet. A vállalat ugyan tervez hosszabb távon, és még ha az eredmény egyezik is, akkor is az üzleti terv előrejelzéseinek sorai egészen másképp alakulnak [Interjú dr. Görög Klárával, 2012]. A cég hosszabb távon tervez mélyrehatóbb változásokat, de a Pfizer Kft. esetében nagyon sok függ az anyavállalati stratégiai döntésektől.

V. Összegzés, következtetések javaslatok

A dolgozatunk során a hazai gyógyszercégek üzleti modelljeit azonosítottuk és vizsgáltuk. Az üzleti modelleket annak mentén azonosítottuk, hogy a cég folytat-e *gyártó tevékenységet* hazánkban vagy *kizárólagosan forgalmazóként* van jelen. Az összehasonlítás másik dimenziója a domináns termékköreik mentén történt meg: originális, branded generikus és (unbranded) generikus gyógyszercegeket találunk Magyarországon. A két csoportosítást ötvözve Magyarországon két modellt tárgyaltunk részletesen dolgozatunkban a *branded generikus gyártók* üzleti modelljét és az *originális forgalmazók* üzleti modelljét. Magyarországon ez a két legtipikusabb üzleti modell, és ezekre a cégekre volt a legnagyobb hatással a 2011. július 1.-ei és azt követő törvénymódosítások a Széll Kálmán Terv keretében. A dolgozatunk (1) célkitűzése ezeknek az üzleti modelleknek az azonosítása és értékelése volt.

A hazai szabályozási környezet a legrestriktívabb rendszerré vált Európában, és folyamatosan változik, ezért a gyógyszercégek számára nagyon nehezen követhetőek a folyamatos változások [Interjú dr. Görög Klárával, 2012]. A Széll Kálmán Terv intézkedései tulajdonképpen jelentősen növelték a gyártók befizetéseit (orvoslátogatói díj, különadók emelése, etc.), és a bevételi oldalukat is jelentős nyomás alá helyezték (vaklicit, „mini protokollok, támogatás-volumen újrakötés etc.). Azt láttuk, hogy a gyógyszercegekre egységesen fűnyíró elvszerűen hatottak az intézkedések, a Richter Nyrt. tudta részben érvényesíteni a partikuláris érdekeit, és a Novartis elképzelései is részben összhangban voltak a szabályozás változásával. A gyógyszercégek életében gyakori, hogy a szabályozási környezet változására gyorsan kell válaszokat adni. A gyógyszercégek életében fontos az a megállapítás, hogy „egy piac 24 óra alatt változhat” [Interjú dr. Kovács Lászlóval]. A dolgozatunk (2) célkitűzése rendszerszinten és az egyes gyógyszercégek szintjén is a szabályozási környezet-változás hatásának értékelése volt.

A *branded generikus* gyógyszercégek esetében a stratégiai alkalmazkodás csak részben ment végbe. Az EGIS és a Richter már évek óta a több irányú diverzifikáción dolgozik (földrajzi, terápiás terület, hatóanyag, etc.). A Széll Kálmán Terv gyógyszerkasszáét érintő intézkedései még inkább megerősítették azt, hogy a cégek csökkenteni tervezik a hazai piaci függőségüket. Ma már a Richter és az EGIS is egyaránt rendelkezik gyártóüzemmel Oroszországban. Az EGIS a Celltrionnal kötött együttműködés jegyében biohasonló forgalmazás irányába indul el, a Richter

Nyrt.-nek is egyre több kutatóközponttal alakít ki stratégiai partneri viszonyt originális fejlesztések véghezviteléhez.

Az *originális forgalmazók* kívülről úgy tűntek, hogy számottevő beavatkozást vittek véghez a jelentős elbocsátásokkal és szervezeti struktúra átalakítással [Medical Online, 2011]. Azt tapasztaltuk azonban, hogy a vizsgált gyógyszercégek meghozták a változásokat, amikor azokra szükség volt, de ezek az üzleti modelljüket lényegében nem változtatták meg. Ezeknek a gyógyszercégeknek a mozgásterét jelentősen szűkíti, hogy az anyavállalat határozza meg stratégiájuk legfontosabb irányvonalait, pedig azt tapasztaltuk, hogy a hazai vezetőknek erős víziói vannak a változásokról. A dolgozatunk (3) célkitűzése a gyógyszercégek intézkedéseinek vizsgálata és értékelése volt, annak függvényében hogy mennyire érintik az üzleti modelljüket.

A dolgozatunk során tehát az derült ki, hogy a változások a cégek részéről nem mélyrehatóak, alapvetően érvényesül a *first mover disadvantage*, és ez pedig egy klasszikus fogoly dilemmához vezetett a gyógyszercégek esetében. A *first mover disadvantage* kézzel foghatóvá válna akkor, ha egy gyógyszercég áttérne alternatív promóciós tevékenységre, és nem alkalmazna orvoslátogatókat. Ekkor a *share of voice* csökkenése miatt jelentősen csökkenne várhatóan a gyógyszerek eladása, ezért többek között egyik gyógyszercég sem mérlegeli reálisan jelenleg az esélyét az orvoslátogatók nélküli működésnek. A dolgozatunk (4) célkitűzése volt az orvoslátogatók szerepének vizsgálata a Széll Kálmán Terv okozta változások tükrében.

A dolgozatunk legfontosabb konklúziója az, hogy a gyógyszercégek a potenciális *first mover disadvantage* miatt nem visznek véghez mélyreható változásokat üzleti modelljükben. Azt gondoljuk, hogy a branded generikus és originális gyógyszercégek üzleti modelljének esetében valódi újragondolásra van szükség. Az újragondolási folyamat már elindult az interjúink során felkeresett cégek esetében, a probléma felismerésének szintjén. A gyógyszercégeknek az érték közvetítése (*deliver*) helyett az értékajánlat újragondolására kell fókuszálnia (*create*).

További kutatási irány lehet az alternatív promóciós lehetőségek vizsgálata, valamint hatástanulmányokon keresztüli tesztelése, arra vonatkozóan, hogy miképpen alakulhatna át a gyógyszereszektor az orvoslátogatók eltűnésével. Nagyon izgalmas lenne egy olyan iparág keresése és összehasonlítása a gyógyszereszektor jelenlegi helyzetével, ahol hasonlóan nehezen történt meg az üzleti modell újragondolása.

Hivatkozásjegyzék

Könyvek:

Chikán, Attila [2008]: Vállalatgazdaságtan. *Aula Kiadó*. Budapest

Dankó, Dávid-dr. Molnár, Márk Péter (szerk.) [2012]: Gyógyszertámogatás- Rendszerek, Eszközök, Perspektívák *Medicina Könyvkiadó Rt.* Budapest (*előkészületben*)

Rumelt, Richard P. – Schendel, Dan E. – Teece, David J. [1994]: Fundamental issues in strategy, *Harvard Business School Press*, 1994

Szabóné, dr. Streit Mária [1999]: Gyógyszermarketing *Medicina Könyvkiadó Rt.* Budapest, 1999

Publikációk:

Barney, Jay [1991]: Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, *Journal of Management*, Vol. 17. No. 1, 99-120 oldal, 1991, március 1.

BCG Perspectives [2012]: André Kronimus, Peter Nowotnik, Alexander Roos and Sebastian Stange (2011 december).
M&A: Using Uncertainty to Your Advantage. A Survey of European Companies' Merger and Acquisition Plans for 2012
Hivatkozás:https://www.bcgperspectives.com/content/articles/mergers_acquisitions_corporate_strategy_portfolio_management_m_and_a_using_uncertainty_to_advantage/
Letöltés ideje: 2012. február 28.

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

Dankó, Dávid [2011]: Hogyan hozzunk gyógyszer-támogatási döntéseket? *Orvostovábbképző Szemle* 2011. április

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.

Dukes, M.N.G et al. [2003]: *Drugs and Money – Prices, affordability and cost containment*. WHO Europe – IOS Press, Amszterdam.
Hivatkozás: <http://digitalenterprise.org/models/models.html>
Letöltve: 2012. 03. 22.

Helfat, Constance E. – Peteraf, Margaret A. [2003]: The Dynamic Resource-Based View: Capability Lifecycles, *Strategic Management Journal*, 24: 997-1010 (2003)

IMS Health [2006]: The IMS Health Case: A U.S. Perspective
Hivatkozás: http://www.georgemasonlawreview.org/doc/13-6_Glazer.pdf
Letöltve: 2012. március 22.

Lieberman, Marvin B. – Montgomery, David B. [1988]: First-Mover Advantages, *Strategic Management Journal*, Vol. 9. (1988), 41-58. Oldal

Light, Donald W.- Warburton, Rebecca [2011]: Demythologizing the high costs of pharmaceutical research, *The London School of Economics and Political Science*, 1745-8552, Bio Societies 1-17
Hivatkozás: http://www.pharmamyths.net/files/Biosocieties_2011_Myths_of_High_Drug_Research_Costs.pdf
Letöltés ideje: 2012. március 20.

Light, Donald W.-Warburton, Rebecca [2011] : Demythologizing the high costs of pharmaceutical research. 2011 *The London School of Economics and Political Science 1745-8552 BioSocieties 1–17*

Magretta, Joan [2002]: Why Business Models Matter, *Harvard Business Review*; May2002, Vol. 80 Issue 5, p86-92.

McKinsey [2011]: A wake-up call for big pharma. *McKinsey Quarterly*. December 2011

Miles, Raymond E. – Snow, Charles C., Meyer, Alan D., Coleman, Henry J. Jr. [1978]: Organizational Strategy, Structure, Process, *The Academy of Management Review*, Vol. 3., No. 3. (Jul. 1978), 546-562. oldal

Mintzberg, Henry – Waters, James A. [1985]: Of Strategies, Deliberate and Emergent, *Strategic Management Journal*, Vol. 6. (1985), 257-272. oldal

Móricz, Péter [2009]: Élenjáró magyarországi internetes vállalkozások fejlődése az üzleti modell nézőpontjából. Vezetéstudományi Intézet. Ph. D. értekezés

Morris, Michael – Schindehutte, Minet – Allen, Jeffrey [2005]: The Entrepreneur's Business Model: Toward a Unified Perspective, *Journal of Business Research* 58 (2005) 726– 735

O'Reilly, Charles A. – Tushman, Michael L. [2004]: The Ambidextrous Organization, *Harvard Business Review*, 2004-04

Osterwalder, Alexander – Pigneur, Yves [2004]: An ontology for e-business models in Wendy Currie (ed) "Value Creation from E-Business Models", Butterworth-Heinemann, 2004

Osterwalder, Alexander – Pigneur, Yves [2009]: Business Model Generation. *Handbook for Visionaries, Game Changers, and Challengers*. Modderman Drukwerk. Amsterdam, The Netherlands

Porter, Michael E. [1979]: How competitive forces shape strategy, *Harvard Business Review*, 1979 március-április
Hivatkozás: <http://prolog.univie.ac.at/teaching/LVAs/KFK-LM/WS07/Porter.pdf>
Letöltés ideje: 2012. március 22.

Porter, Michael E. [1991]: Towards a dynamic theory of strategy, *Strategic Management Journal*, Vol. 12, 95-117 (1991)

Rappa, Michael [2012]: Business Models on the Web

Teece, David J. – Pisano, Gary – Shuen, Amy [1997]: Dynamic Capabilities and Strategic Management, *Strategic Management Journal*, Vol. 18., No. 7. (Aug. 1997), 509-533. Oldal

Hivatkozás: <http://faculty.fuqua.duke.edu/~charlesw/s591/Bocconi-Duke/Papers/C10/TeecePisanoShuenSMJ.pdf>
Letöltés ideje: 2012. március 22.

Teece, David J. [2010]: Business models, *Business Strategy and Innovation. Longe Range Planning* 43 (2010) p172-194

Wernerfelt, Birger [1984]: A Resource-based View of the Firm, *Strategic Management Journal*, Vol. 5, 171-180 (1984)

Prezentációk:

Bidló, Judit [2011]: A magyar gyógyszer-támogatási rendszer c. előadás (2011. október 15.) *Országos Egészségbiztosítási Pénztár*

Bogsch Erik [2011]: Veszélyben a magyar gyógyszeripari kutatás-fejlesztés. 2011. december 14. *Vállalati prezentáció.*

Hivatkozás: http://www.napi.hu/files/konferencia/112/bogsch_erik.pdf

Letöltés ideje: 2012. március 22.

EGIS [2012]: Gyógyszergyári gazdaságtan. Stratégiák, előállítási folyamat, költségek 2011. október 17.

IMS Health [2010]: Pharmaceutical Market Overview, Hungary Q4, 2010

Interjúk:

Interjú dr. Chikán Attilával [2012]: a Richter Gedeon Nyrt. felügyelőbizottsági elnökével
Budapest, 2012. március 13.

Interjú dr. Görög Klárával [2012]: a Pfizer Magyarország Kft. üzletfejlesztési igazgatójával
Budapest, 2012. március 19.

Interjú dr. Kovács László [2012]: a Richter Gedeon Nyrt. igazgatósági tag, volt kereskedelmi vezérigazgató-helyettessel
Budapest, 2012. március 20.

Interjú dr. Szolyák Tamással [2012]: a Novartis Hungária Kft. ügyvezető igazgatójával
Budapest, 2012. március 21.

Interjú Hajnalka Zsolttal [2012]: az EGIS Nyrt. elemzőjével
Budapest, 2012. március 14.

Felhasznált honlapok:

EGIS Magyarország honlapja [2012]: www.egis.hu

Magyar Gyártók Országos Szövetsége (MAGYOSZ honlapja) [2012]: www.magyosz.org

Pfizer Magyarország honlapja [2012]: www.pfizer.hu

Richter Gedeon Zrt. honlapja[2012]: www.richter.hu

Sanofi-aventis Zrt. Magyarország honlapja[2012]: www.sanofi.hu

TEVA Magyarország honlapja[2012]: www.teva.hu

Egyéb források:

EGIS Nyrt. éves beszámoló [2001-2011]: Az EGIS Nyrt. honlapja, 2012.március.19.

Hivatkozás: <http://www.egis.hu>

Letöltés ideje: 2012. március 19.

European Generic Medicines Association [2012]: How many years does a patent last on an original brand pharmaceutical product?

Hivatkozás: <http://www.egagenerics.com/FAQ-generics.htm>

Letöltés ideje: 2012. március 17.

Medical Online [2011a]: Elbocsátási hullám a gyógyszeriparban. 2011. augusztus 31.

Hivatkozás: http://www.medicalonline.hu/pharma_klub/cikk/elbocsatasi_hullam_a_gyogyszeriparban

Letöltés ideje: 2012. március 22.

Medical Online [2011b]: A piac kiszámíthatóságát kérik számon a gyógyszercegek 2011. július 29.

Hivatkozás: http://www.medicalonline.hu/pharma_klub/cikk/a_piac_kiszamithatosagat_kerik_szamon_a_gyogyszerc
egek

Letöltés ideje: 2012. március 22.

Novartis Hungária Kft. éves beszámoló [2001-2010]: E-beszámoló, 2012.március.19.

Hivatkozás: <http://e-beszamolo.kim.gov.hu/>

Letöltés ideje: 2012.március 19.

OEP Ártámogatási-Főosztály [2012]: Havi jelentés a gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz, valamint az egyedi támogatásról. 2012. január hónap Lezárva 2012. március 8.

Hivatkozás: http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,26763933&_dad=portal&_schema=PORTAL

Letöltés ideje: 2012. március 17.

Pfizer Magyarország Kft. éves beszámoló [2001-2010]: E-beszámoló, 2012.március.19.

Hivatkozás: <http://e-beszamolo.kim.gov.hu/>

Letöltés ideje: 2012.március 19.

Portfolio [2012]: EGIS, Richter: brutális árcsökkentés a vakliciten. 2012. március 2.

Hivatkozás: <http://m.portfolio.hu/login.php>

Letöltés ideje: 2012. március 22.

Richter Gedeon Nyrt. éves beszámoló [2001-2011]: A Richter Gedeon Nyrt. honlapja, 2012. március 19.

Hivatkozás: <http://www.richter.hu>

Letöltés ideje: 2012. március 19.

Világgazdaság Online [2011]: Bogsch: "A magyar textilgyártás sorsára juthat a gyógyszeripar" 2011. augusztus 2.

Hivatkozás: <http://www.vg.hu/vallalatok/egeszsegugy/bogsch-a-magyar-textilgyartas-sorsara-juthat-a-gyogyszeripar-354700>

Letöltés ideje: 2012. március 16.

Weborvos [2012]: Brutális árcsökkentés a vakliciten 2012.március 5.

Hivatkozás: http://www.weborvos.hu/lapszemle/brutalis_arcsokkentess_vakliciten/188828/

Letöltés ideje: 2012. március 17.

Mellékletek

Az interjú kérdései:

- 1) Milyen lépéseket, intézkedéseket fogantatosított a vállalat a Széll Kálmán Terv gyógyszersektort érintő elvonásai miatt?
 - a) K+F tevékenységet érintő
 - b) Promóciós tevékenységgel kapcsolatos
 - c) Termékköri
 - d) Értékajánlat változtatására irányuló
 - e) Egyéb területeken?
- 2) Hogyan látja a vállalat jövőjét a hazai piacon?
- 3) Milyen hatással voltak a Széll Kálmán Terv változásai a vállalat orvoslátogatói rendszerére?
- 4) Mi a vállalat hosszútávú stratégiai terve, a gyógyszersektort érintő változásokra reagálva?
- 5) Mit gondol a gyógyszeripar fenntarthatóságáról?
- 6) Mik az jövőbeni változási lehetőségek a gyógyszergyártók számára?