

# **DOKTORI (Ph.D.) ÉRTEKEZÉS**

DR. GÁL-KNIPPEL BARBARA

Nyugat-magyarországi Egyetem

Sopron

2011.



**A MAGYARORSZÁGI GYÓGYSZERPIAC ÁTALAKULÁSA**  
**2007 ÉS 2010 KÖZÖTT**  
**A NŐGYÓGYÁSZATI KÉSZÍTMÉNYEK TÜKRÉBEN**

Értekezés doktori (PhD) fokozat elnyerése érdekében

Készült a Nyugat-magyarországi Egyetem  
Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola  
Marketing programja keretében

Írta:  
Dr. Gál-Knippel Barbara

Témavezető: Dr. Gyöngyösy Zoltán CSc .....

Elfogadásra javaslom (igen / nem) (aláírás)

A jelölt a doktori szigorlaton 70%-ot ért el.

Sopron, 2010. március 2. ....  
a Szigorlati Bizottság elnöke

Az értekezést bírálóként elfogadásra javaslom (igen /nem)

Első bíráló (Dr. ....) igen /nem .....  
(aláírás)

Második bíráló (Dr. ....) igen /nem .....  
(aláírás)

A jelölt az értekezés nyilvános vitáján ..... % - ot ért el.

Sopron, .....  
a Bírálóbizottság elnöke

A doktori (PhD) oklevél minősítése.....  
.....  
Az EDT elnöke

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>I.</b>	<b>A KUTATÁS ELMÉLETI HÁTTERE .....</b>	<b>2</b>
<b>1.</b>	<b>EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY .....</b>	<b>2</b>
<b>1.1</b>	<b>Az egészségügyi szektor .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2</b>	<b>Egészségügyi szolgáltatások .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3</b>	<b>Egészségügyi értéklánc .....</b>	<b>6</b>
<b>1.4</b>	<b>Egészségügyi marketing .....</b>	<b>8</b>
<b>1.4.1</b>	<b>A betegek együttműködési készségének szerepe.....</b>	<b>12</b>
<b>2.</b>	<b>GYÓGYSZERPIAC .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1</b>	<b>A gyógyszerpiac kínálati oldala .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Gyógyszergyártók .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Nagykereskedelem .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Kiskereskedelem .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Szabályozás.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3</b>	<b>Gyógyszerár-támogatási rendszer .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Támogatási kategóriák .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4</b>	<b>Marketing a gyógyszerpiacon .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4.1</b>	<b>A gyógyszer, mint különleges termék .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Gyógyszerek reklámozásának és promóciójának szabályozása .....</b>	<b>24</b>
<b>2.5</b>	<b>Gyógyszerek sikerességét meghatározó tényezők .....</b>	<b>25</b>
<b>2.6</b>	<b>A jövőben várható további változások a gyógyszerpiacon.....</b>	<b>27</b>
<b>3.</b>	<b>FOGYASZTÓI MAGATARTÁS .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>A fogyasztó evolúciója .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Vásárlói, fogyasztói és finanszírozói funkciók a gyógyszerpiacon .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3</b>	<b>A fogyasztási cikkek és a gyógyszerek összehasonlítása.....</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>A vásárlási döntési folyamat .....</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>Vásárlási magatartás .....</b>	<b>36</b>
<b>3.6</b>	<b>Trendek és ellentrendek .....</b>	<b>37</b>
<b>3.7</b>	<b>Az egészség új értelmezése .....</b>	<b>37</b>
<b>3.8</b>	<b>Az egészségre vonatkozó magatartást leíró modellek .....</b>	<b>38</b>
<b>3.8.1</b>	<b>Egészséghit modell - Health Belief Model.....</b>	<b>38</b>
<b>3.8.2</b>	<b>Prevenció motiváció elmélet.....</b>	<b>39</b>
<b>3.8.3</b>	<b>Az indokolt cselekvés elmélete - Theory of reasoned action (TRA) .....</b>	<b>40</b>

3.8.4	A szándékolt cselekvés elmélete – Theory of planned behavior (TPB).....	40
3.8.5	Szemiotriai modell .....	40
3.8.6	Eszköz-cél lánc modell.....	41
3.9	A motiváció.....	41
3.10	Attitűdök.....	43
3.11	Szegmentálás .....	43
3.12	Vásárlás utáni folyamatok .....	44
4.	<b>HAZAI GYÓGYSZERPIAC AZ EZREDFORDULÓN</b> .....	46
4.1	A gyógyszerpiac liberalizálásának következményei .....	46
4.2	Kiadás kontrolláló intézkedések.....	47
4.2.1	A gyógyszerár-támogatási rendszer főbb változásainak időrendi áttekintése ...	47
4.2.2	Gyógyszerészi gondozás .....	61
4.2.3	Vény nélküli gyógyszerek gyógyszertáron kívüli forgalmazása .....	61
4.2.4	Gyógyszer-autómata .....	62
4.2.5	A Magyar Gyógyszerész Kamara hatáskörének csökkentése .....	62
4.2.6	Nagykereskedők .....	62
4.3	Költség-kontroll mechanizmusok az Uniós gyógyszerellátásban .....	63
4.3.1	Törzskönyvezési eljárás.....	63
4.3.2	Az EU szabad gyógyszer-kereskedelmi paktuma .....	64
4.3.3	Költségcsökkentő módszerek az EU-ban.....	64
4.3.4	Magyarország az Európai Unióban .....	65
4.3.5	Helyi kutatás-fejlesztés és előállítás támogatása .....	66
5.	<b>KÖVETKEZTETÉSEK SZAKIRODALMI ADATOK ALAPJÁN</b> .....	67
6.	<b>NÓGYÓGYÁSZATI KÉSZÍTMÉNYEK</b> .....	71
II.	<b>PRIMER KUTATÁSOK</b> .....	74
7.	<b>A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSE</b> .....	74
8.	<b>A KUTATÁS MÓDSZERTANA</b> .....	74
8.1	Az adatgyűjtés és a mintavétel módja.....	75
8.1.1	Kvalitatív kutatás.....	75
8.1.2	Kvantitatív kutatás .....	75
8.2	A kérdőív felépítése.....	79
8.2.1	A kvalitatív kutatások beszélgetésvázlata.....	79
8.2.2	A kvantitatív kutatás kérdőívei .....	79
8.3	Statisztikai elemzés .....	80

<b>9.</b>	<b>A KUTATÁS HIPOTÉZISEI .....</b>	<b>81</b>
<b>9.1</b>	<b>Orvosok.....</b>	<b>81</b>
<b>9.2</b>	<b>Gyógyszerészek .....</b>	<b>81</b>
<b>9.3</b>	<b>Páciensek.....</b>	<b>81</b>
<b>10.</b>	<b>A KUTATÁS EREDMÉNYEI.....</b>	<b>82</b>
<b>10.1</b>	<b>Nőgyógyász szakorvosok .....</b>	<b>82</b>
<b>10.1.1</b>	<b>Mélyinterjú kvalitatív kutatás nőgyógyászok körében.....</b>	<b>82</b>
<b>10.1.2</b>	<b>Fókuszcsoportos kvalitatív kutatás a nőgyógyászok körében .....</b>	<b>87</b>
<b>10.1.3</b>	<b>Három kutatási hullámból álló kvantitatív kutatás nőgyógyászok körében.....</b>	<b>90</b>
<b>10.2</b>	<b>Patikusok .....</b>	<b>98</b>
<b>10.2.1</b>	<b>Három kutatási hullámból álló kvantitatív kutatás patikusok körében.....</b>	<b>98</b>
<b>10.3</b>	<b>Páciensek.....</b>	<b>102</b>
<b>10.3.1</b>	<b>Három kutatási hullámból álló kvantitatív kutatás páciensek körében .....</b>	<b>102</b>
<b>11.</b>	<b>A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE .....</b>	<b>114</b>
<b>11.1</b>	<b>Orvosok.....</b>	<b>114</b>
<b>11.2</b>	<b>Gyógyszerészek .....</b>	<b>116</b>
<b>11.3</b>	<b>Páciensek.....</b>	<b>117</b>
<b>III.</b>	<b>ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK .....</b>	<b>120</b>
<b>IV.</b>	<b>JAVASLAT MARKETINGSTRATÉGIÁRA .....</b>	<b>122</b>
<b>V.</b>	<b>TOVÁBBI KUTATÁSI LEHETŐSÉGEK .....</b>	<b>128</b>
<b>VI.</b>	<b>ÖSSZEFOGLALÁS.....</b>	<b>129</b>
<b>VII.</b>	<b>SUMMARY .....</b>	<b>135</b>
<b>VIII.</b>	<b>FELHASZNÁLT IRODALOM</b>	
<b>IX.</b>	<b>MELLÉKLETEK</b>	
<b>X.</b>	<b>ÁBRÁK JEGYZÉKE</b>	
<b>XI.</b>	<b>TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE</b>	
<b>XII.</b>	<b>KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS</b>	

## BEVEZETÉS

Gyógyszerpiacon dolgozó termékfelelősként állandó kihívás számomra a folyamatosan változó piaci környezethez való alkalmazkodás és a fogyasztói igények szüntelen felismerése, kielégítése. Kutatásom elvégzését és disszertációm megírását a magyar gyógyszerpiac érezhetően óriási léptékű átalakulása ihlette. Értem ez alatt a 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól (későbbiekben: „gyógyszer-gazdaságossági” törvény, „Gyftv.”) életbe lépését, az általános fogyasztói felvilágosultság és önérvényesítés többnyire médiának köszönhető fokozódását és az egészségügyi szektor javarészt kényszerűség okozta „elpiacosodását”. Vizsgálódásaim célja az volt, hogy átfogó és naprakész képpel szolgáljak egy korszerű és versenyképes gyógyszerpiaci kommunikációhoz. Egyszerre taglaltam a kérdéskört a gyógyszer-vásárlási folyamat három aktív szereplőjénél, a páciensnél, az orvosnál és a patikusnál.

Értekezésem két fő részből áll: egy elméleti áttekintésből és a primer kutatásom eredményeinek részletes elemzéséből. Elméleti összefoglalásomban több hazai és nemzetközi szakirodalmi anyagra támaszkodva elhelyezem a gyógyszerpiacot az egészségügyi ellátáson belül. Bemutatom az egészség, az egészségpolitika és a marketing azon metszetét, melyen belül helyet foglal a gyógyszerpiac. Áttekintem a 2007-től életbe lépett hazai változásokat, taglalom a gyógyszerár-támogatási rendszert és összevetem a nemzetközi gyakorlattal. Primer kutatásom a nőgyógyászati készítményekre fókuszál. Szakterületi választásom oka az, hogy mindennapi munkám során fogamzásgátló készítmények, hüvelyfertőzések kezelését szolgáló szerek és menopauzális hormonterápiás gyógyszerek piaci pozíciójáért felelek. A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény piaci szereplőkre kifejtett hatását vizsgálom. Elemzem az orvosok gyógyszerfelírási, a patikusok gyógyszerkiadási és a páciensek gyógyszervásárlási illetve -fogyasztási szokásait a 2007-ben életbe lépett változások rövid- illetve hosszú távú hatásainak tükrében, figyelembe véve azt is, hogy milyen fogyasztói magatartásbeli változásokat indukál az információs technika fejlődése, a média térnyerése, az általános fogyasztói öntudat fokozódása és a gyógyszerpiacot sem elkerülő globalizáció. Egyszerre vizsgálom a piaci szereplők elképzelését, véleményét egy hárompólusú piackutatás keretei között. Dolgozatom végén megfogalmazom téziseimet és javaslatot teszek az eredményes gyógyszergyártói és –forgalmazói marketingstratégiára az általam vizsgált szakterületen.

## I. A KUTATÁS ELMÉLETI HÁTTERE

### 1. EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGÜGY

Saját élete és egészsége mindenki számára végtelenül fontos és értékes, hisz az élet pótolhatatlan (Mihályi 2002). Az egészséget ma már nem a betegség hiányaként értelmezzük, hanem a „teljes testi-lelki és szociális jóllétként” (WHO 1981) definiáljuk.

A közgazdaságtan szerint az egészség egy olyan különleges „jószág”, amelynek nincs ára, nem helyettesíthető (Karner 2004) és hiánya lerombolja az egyén jövedelemtermelő képességét. Az egészség keresletét nem a fizetőképesség határozza meg. Helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama az esetek többségében nem tervezhető előre (Karner 2005).

Az egészségi állapot sok tényező által determinált (a legfontosabb tényezők szerepének egymáshoz viszonyított arányát az 1. melléklet szemlélteti). Egészségünk értéke nem vagy csak nagyon körülményesen mérhető. Az egészséges élet semmi mással nem helyettesíthető –sem egyéni, sem társadalmi szinten. Az egészség iránti kereslet rendkívül rugalmatlan, egy esetleges betegség esetén bármennyit hajlandók lennénk fizetni a gyógyulásért (Lepp-Gazdag 2004).

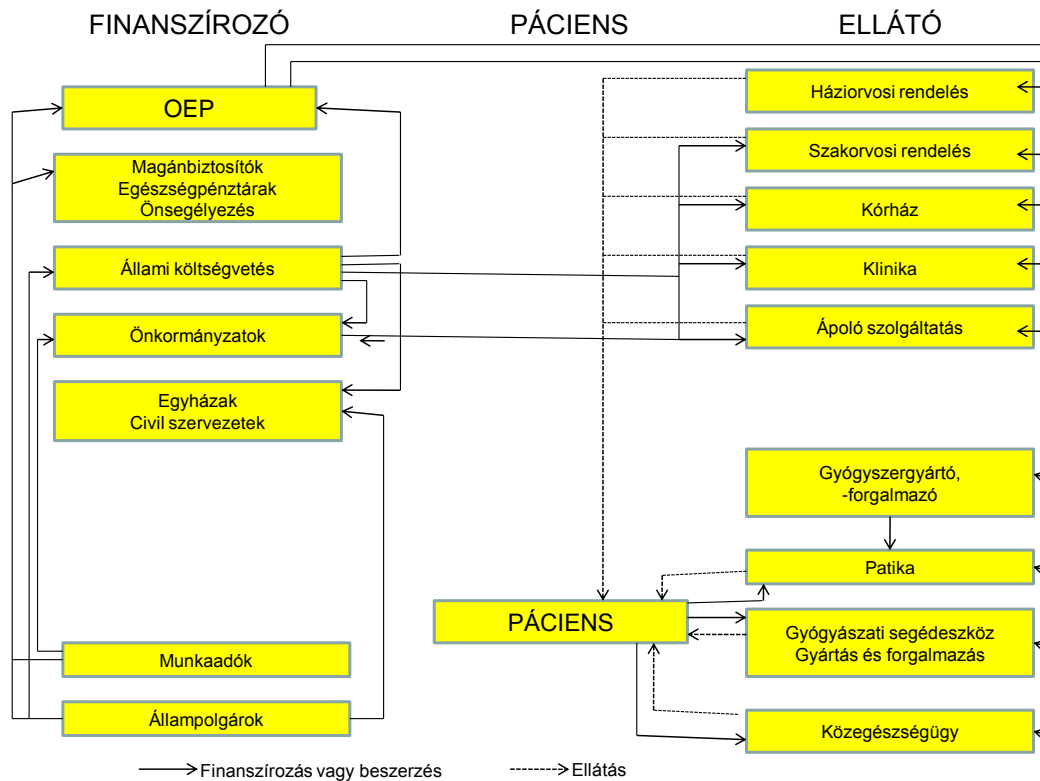
Az egészségügyi rendszer célja az élet meghosszabbítása és az életminőség javítása. Az egészségügy kulcsszereplői a páciensek, akik észlelt problémájukat alakítják át az egészségüggyel szemben támasztott igénnyé (Gulácsi 2000). Az egészségügyben a fogyasztás nem a költség- és haszonelemzéseken alapul. Mindenki a lehető legjobb, legbiztonságosabb szolgáltatást várja el (Karner 2004). Nagy kihívás az egészségügyet és az egészségi állapot szocio-ökonómiai környezetét alakító politikák összehangolása, hogy egészséges életkörülményeket és mindenki számára hozzáférhető, minőségi egészségügyi ellátást lehessen biztosítani (Gidai 2007). Az egészség-gazdaságtan alapvető jellemzője, hogy az egészségipar szereplői a társadalmi szolidaritás és a verseny közötti szorításban működnek (2. melléklet). A szolidaritási alapelv nem teszi lehetővé, hogy egyoldalú piaci szemlélet alakuljon ki. Az egészségügyi rendszereket leíró tényezőket a 3. mellékletben részletezem.



A KSH által végzett 2009-es egészségfelmérés eredményei szerint a magyar lakosság egészségi állapota az elmúlt évtized második felében kismértékű javulást mutat. A kutatásból látható, hogy az egészségtudatosság, a prevenció és az egészségmegőrzés egyre több ember számára kezd fontossá válni (KSH 2010). Az egészségügy az egész világon növekvő, dinamikus gazdasági ágazat. Egyre több iparág kerül kapcsolatba az egészségüggyel, tágulnak az iparági határok és egyre inkább beszivárognak a társadalmi (trend)hatások (4. melléklet) a mindennapi orvosi, patikai munkába is.

### **1.1 Az egészségügyi szektor**

Az egészségügy a társadalom életét meghatározó egyik nagy rendszer. Az egészségügyi ellátórendszer működése társadalmi felelősség, melynek erkölcsi elemei a humanitárius segítség és a szolidaritás. Az egészségügy a társadalompolitika része, meg kell felelnie a társadalmi igényeknek, elvárásoknak. Azon egyéni és közösségi elemek összessége, amelyek célja az egészség megőrzése illetve helyreállítása, a lehető legjobb egészségi állapot elérése a lakosság legszélesebb rétegeiben. Az elveszített egészség helyreállításának kiadásait az emberi tőkébe való beruházásnak tekintjük (Karner 2004). Az egészségügyi szektor társadalmi, szociális, az emberek életmódjával, egészségének megőrzésével és helyreállításával kapcsolatos alapvető igényeket elégít ki. Ez pénzben nem kifejezhető értéket jelent. Az egészségügyi szektornak, mint az állam szociális szerepvállalásának célja, az emberhez méltó lét biztosítása polgárai számára. Társadalmi-szociális ellátó rendszer részeként hatással van az életminőség alakulására, az állampolgárok közérzetére (Herczeg 2002).



1. ábra: Az egészségügyi rendszer felépítése (Simon 2010)

Az egészségügyi ellátás céljai (Györfy 2005) az élet meghosszabbítása, az életminőség javítása és a populációs érdekek érvényesítése (közegészségügy és járványügy). A cél mindig az ellátó tevékenység optimalizálása, az eredmény maximalizálása és az egészségügyi ráfordítások egyidejű minimalizálása.

Az egészségügy a gazdaság különleges területe. A kínálati oldalon megjelenő technológia és módszerek határozzák meg az ellátási lehetőségeket, amelyek a tudományos fejlődés eredményeképpen folyamatosan drágulnak. Az innováció és a kutatások egyre költségesebbé teszik az ellátást. A „fogyasztói” oldal igénye végtelen, az emberek még tovább akarnak élni, még egészségesebben. A szolidaritás elvén működő társadalombiztosítás közjónak tekinti az egészségügyi ellátást, aminek a végső fogyasztó szempontjából nincs közvetlen költsége (Lantos et al. 2005). Az egészségügyi rendszer felépítését az 1. ábra szemlélteti.

Hazánk állampolgárainak nemcsak várható élettartama marad el az európai uniós átlagtól, hanem az egy főre eső egészségügyi kiadások is jóval alacsonyabbak (Csépe 2008). A

kínálati oldalon költségrobbanás van, a keresleti oldalon pedig korlátlan igény jelenik meg az egészségügyi szolgáltatásokra, így egyszerre van jelen hiány és pazarlás.

Az egészségügyben a szükségletek szórása hatalmas: az idősök többet betegeskednek és ugyanazon korcsoporton belül is mindenki különböző gyakorisággal lesz beteg, ráadásul az egyes betegségek gyógyítási költségei is nagyon különbözőek. Az egészségügy szereplői is piaci szereplők és érvényesül a verseny is. Versenyben állnak egymással a gyógyító intézmények illetve rivalizálnak egymással az orvosok is. Az egészségügyi szolgáltatások helyhez kötöttsége korlátozza a szolgáltatók közötti versenyt (Mihályi 2002).

Az egészségügyben igen kifejezett az aszimmetrikus információ jelensége. A kínálati oldal (az orvos és az egészségügyi intézmény) jóval többet tud a tranzakció tárgyáról (a betegség gyógyításáról, annak hasznáról és költségeiről), mint a keresleti oldal (a beteg). Az egyén szuverenitásának érvényesítése megköveteli az információs aszimmetria mértékének csökkentését. A beteg kiszolgáltatottságának mértéke függ az orvos-beteg viszonyt szabályozó törvényektől, az orvosi szakma belső szabályaitól, a gazdasági mechanizmustól és az egészségügyi ellátó személyzetre ható anyagi ösztönöktől (Karner 2004).

Az egészségügyi piacnak egyre több versenypiaci jellemzője van, egyre nagyobb figyelem fordul a páciens felé. A közszolgáltatásokban fokozódó az elvárás a felhasználók igényeihez való alkalmazkodásra. Cél a „win-win” (győztes-győztes) kapcsolat, az egyedi és egyéni igények kielégítése. A fogyasztó által megélt minőség szerves részét képezi a kialakult kapcsolat természete (Wright et al. 2004).

A média botrányéhes hírvéreseinek és az információs technológia rohamos fejlődésének eredményeképpen is a mai kor embere egyre (ön)tudatosabb. Az ismeretszint növekedése jelentős mértékben tükröződik az elvárásokban (Szabóné Pataky 2002). Ez a tendencia az elmúlt években jelentősen rányomta bélyegét az egészség piacára is. Törőcsik megfogalmazásában „az igénybevételről hozott döntés egyre gyakrabban laikus kézbe megy át, a szakember, az orvos a korábbi döntéshozóiból inkább befolyásoló szerepkörbe kerül” (Törőcsik 2008).

## **1.2 Egészségügyi szolgáltatások**

Az egészségügyi ellátás végeredményei lehetnek szolgáltatások és termékek (gyógyszerek, gyógytermékek, étrend kiegészítő készítmények és gyógyászati segédeszközök) egyaránt.

Sőt nagyon gyakori, hogy egy szolgáltatáshoz fizikai termék kapcsolódik vagy épp egy fizikai termékhez szolgáltatás.

Az egészségügyi ellátásra is egyre inkább szolgáltatásként gondolnak az emberek: a betegre fogyasztóként, az orvosra tanácsadóként, döntés előkészítőként és szolgáltatóként (Lantos et al. 2005). Az egészségügyi szolgáltatások piacán az egészségüket helyreállítani illetve megőrizni vágyók igényeinek kielégítése a cél.

Az egészség piaca növekvőben van, az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet rohamosan fokozódik. Ez egyaránt köszönhető a népesség elöregedésének, a betegségek egyre korábbi felismerésének és annak, hogy a legújabb trendek „megfertőzik” az egészséges embereket is (egyre fiatalabb emberek számára is mutatkoznak olyan megoldások, amelyek fokozzák a teljesítményt, javítják az adottságokat, pl. „életstílus gyógyszerek” elterjedése) (Törőcsik 2008). Az egészségügy „betegpiacból” egyre inkább „egészségpiaccá” válik. Én a magam részéről viszont ezt inkább egy párhuzamos folyamatnak látom. Szerintem egyszerre lehetünk szemtanúi egy folyamatosan bővülő betegpiacnak (értem ezalatt az egyre több betegségtípus azonosítását, a mai kor népbetegségeinek térhódítását (pl. elhízás, depresszió) és a betegségek egyre korábbi felismerését egyaránt) és egy napjainkban körvonalazódó egészségpiacnak.

### **1.3 Egészségügyi értéklánc**

Porter az érték-láncot ajánlotta eszközként arra, hogy megtaláljuk a vevőérték teremtés útjait. Az értéklánc típusú felfogás a marketingben az ellátási lánc koncepció kiterjesztését jelenti oly módon, hogy beépíti azt az értéket, amit a fogyasztók és a szervezetek nyernek a lánc egyes pontjain. Az egyes vállalatok tevékenységei arra szolgálnak, hogy megtervezze, előállítsa, piacra vigye, szállítsa és támogassa termékét.

Ez a megközelítés alkalmas eszközt ad a gyártóknak és szolgáltatóknak arra, hogy a végső felhasználó igényeit magas színvonalon tudják kielégíteni. Az értékláncban az érték a szolgáltató és a fogyasztó oldalán is megjelenik. Amennyiben a fogyasztó a szolgáltatással megkapja az elvárt értéket elégedett lesz. A szolgáltató számára a fogyasztók nyújtják az értéket.

Az értéklánc-elmélet a gyártó vagy szolgáltató szervezetet elemzi a fogyasztó, végfelhasználó szempontjából. Az értékteremtésben több szereplő vesz részt. Az értéklánc alapú megközelítés által megérthető az eladó szervezeténél történő belső folyamat, amely a végfelhasználó számára történő értékszolgáltatást tesz lehetővé. Az értéklánc-modellezés célja: elemzési eszköz szolgáltatása a nagyobb vevőérték eléréséhez.

Porter értéklánc-modellje kilenc (5 elsődleges, 4 másodlagos) értékalkotás szempontjából fontos tevékenységet helyez el. Az elsődleges tevékenységek között szerepel: az anyagok behozatala a „műhelybe” (belső logisztika), ezek végtermékké konvertálása (műveletek), a végtermékek kiszállítása (külső logisztika), piaci műveletek (marketing és értékesítés) és ezek szervezése. A támogató tevékenységek: a vállalati infrastruktúra, az emberi erőforrások menedzselése, a műszaki fejlesztés és a beszerzés.

A cég feladata, hogy minden értékteremtő folyamatban megvizsgálja a költségeket és a teljesítményt illetve utat keressen ezek javítására. Ugyanígy meg kell becsülnie egy vállalatnak ezeket versenytársai esetére is és azokat bázisértékeknek (benchmarks) kell tekinteni, amelyekhez saját költségeit és teljesítményeit viszonyíthatja. Ha bizonyos tevékenységeket jobban tud teljesíteni konkurensinél egy cég, kompetitív előnyre tehet szert (Kotler 2004).



2. ábra: Egészségügyi értéklánc (Stremersch 2008)

Az egészségügyi értéklánc (2. ábra) nem egyszerű alkalmazása a lineáris, Porter féle értékláncnak, hanem egy komplexebb kapcsolatokkal rendelkező rendszer. 5 eleme: a finanszírozók (kormány, munkaadók, egyének), a pénzügyi közvetítő intézmények (biztosítók, egészségmegőrzéssel foglalkozó intézmények), a szolgáltatók (kórházak, orvosok, rendelőintézetek, patikák), a kereskedők (nagykereskedők, orvos- és patikalátogatók) és a gyártók.

A páciens az értéklánc minden elemében jelen van, jelentős befolyást gyakorol az értékteremtő folyamatokra. Szerepét figyelembe kell venni már a diagnózis megállapítása előtt is, a tőle kapott információk nagyon fontosak. A beteg számára nyújtott érték növelése és legfontosabb célelemként való deklarálása a magyar egészségügy reformjának is alapja lehet (Simon 2010).

Az értéklánc-szemlélet megvalósulásának jelenlegi akadályai (Simon 2010):

- ✓ a szakmák közötti együttműködés erősebb, mint a kórház-szakorvos-háziorvos vonalon; személyes kapcsolatok sora működteti a rendszert és nem a törvényszerűség és a jól szabályozott, kiépített betegutak,
- ✓ az eredményesség mérése alig működik,
- ✓ gyenge a betegek informálása, felvilágosítása, így nem túl jó a páciensek együttműködési hajlandósága.

Az orvosok az egészségügyi értékláncot nem tartják orvos-centrikusnak. Véleményük szerint a protokollok szerinti orvoslás mechanikus gondolkodásra késztet és elveszi a döntés szabadságát. Veszélyt látnak a túlzott specializálódásban: „csak bizonyos betegcsoportokban dolgozhatnak, mesteremberekké válnának”. Nem tartják célszerűnek, hogy nincs egyetlen orvos, aki „egészenben” látná a beteget (Simon, 2010).

Simon áthidaló megoldásnak azt látja, ha a betegutak különböző szakaszához való hozzáférést megkönnyítenék és lehetővé tennék minden biztosított számára és valóban a szakmaiság kerülhetne a középpontba. Ez esetben talán megváltozott infrastruktúra nélkül is működhetne a modell.

#### **1.4 Egészségügyi marketing**

Simon (2010) szerint a marketing létjogosultságát az egészségügyben sokkal inkább elismerik a termékkel kapcsolatban, mint a szolgáltatásokban. Én viszont úgy fogalmaznék, hogy az egészségügyben ott találkozunk a marketing szükségességével, ahol profitorientáltság és verseny van. Ez sokáig javarészt valóban a termékpiacon jellemezte leginkább, de magánrendelések és –klinikák esetében sem számít új keletűnek. Mára pedig a forráselvonások, költségmegtörlesztések és leépítések konkurens küzdelmet generálnak a non-profit szektorban is, melynek tétje az életben maradás.

Az egészségügy egyre inkább versenyfeltételek között működik (ez a közfinanszírozott és magánszektorban egyaránt igaz), így ma már elengedhetetlen a páciensközpontúság. Éppen ezért egyre kifejezettebb a marketing alkalmazásának létjogosultsága az egészségügyben (Arndt már 1981-es cikkében ír az életminőség és a marketing kapcsolatáról: „a marketing hozzájárul a magasabb életminőséghez”). Értem ez alatt a laikus tudás és egyben igény szint növekedését, a fokozódó betegközpontúságot és az egészségtudatosság fejlesztésének közérdekű szükségességét. Hiszen minél jobban ügyel valaki az egészségére, annál később kell költeni betegségére vagy ha már beteg lett, minél nagyobb az együttműködési készsége, annál hamarabb lehet ismét egészséges. Külön marketing kihívás az államilag finanszírozott intézményeknél a plusz pénzekért folyó verseny (ez a fajta rivalizálás társadalmi szinten nem hasznos, viszont ez biztosítja a magyar egészségügy magas szintű működőképességét) illetve a magánszektorban a „vevőkért” folyó küzdelem.

„Az egészségügyi marketing egy menedzsmentkonceptiót jelent valamennyi piaccal összefüggő tevékenység tervezésére, koordinációjára és ellenőrzésére vonatkozóan. Ennek keretében a már más területen kipróbált marketing módszereket olyan módon alkalmazzák az egészségügyre, hogy azt egységes egészként szemlélik”(Simon, 2010).

Az egészségügyben a beteg az orvosi tevékenység közreműködőjeként áll a cserekapcsolatok középpontjában. A marketing feladata, hogy az egészségügyi teljesítmény és a páciensek elvárásai között kapcsolatot teremtsen és elérje a két oldal közötti összhangot.

A szegmentálás a non-profit és a versenyszektorban egyaránt fontos. Azonosítani kell az érdekcsoportokat, melyekkel a szervezet cserekapcsolatban áll (input és output oldalról egyaránt) és azokon belül is fel kell térképezni a homogénnek tekinthető részcsoportokat. Végül ki kell választanunk azon célcsoportokat, melyeket külön-külön marketing akciókkal el szeretnénk érni (Szabóné Pataky 2006).

Az egészségügyi szektorban is kiválóan érvényesíthető a szolgáltatások 7P-je (3. ábra) (Szabóné Pataky, Veres Zoltán 2002, Simon 2010):

#### 1. PRODUCT

A szolgáltatás akkor válik terméké, ha az körülhatárolhatóan megfogalmazott fogyasztói igényt elégít ki, következetesen felépített ajánlatként jelenik meg,

meghatározható és elkülöníthető. A termékpolitika kialakítása során figyelembe kell venni, hogy az adott szolgáltatás a megfoghatóság-megfoghatatlanság skálán hol helyezkedik el. (Kotler a tárgyiasulttól megfoghatatlanig terjedő skálát öt szakaszra bontja: 1. tiszta tárgyiasult termék, 2. tárgyiasult termék és kísérő szolgáltatás, 3. hibrid ajánlat, 4. jelentős szolgáltatás kisebb termékkel vagy kiegészítő szolgáltatással, 5. tiszta szolgáltatás). Szolgáltatáspolitika (termék-, program- és elhelyezéspolitiká) során kínálatát határozza meg (szabadon vagy kötötten) az egészségügyi szolgáltató és vonzóvá, komfortossá teszi intézménye belső- és külső környezetét.

## 2. PRICE

Az ár- (ellenszolgáltatás-) politika a magánszektorban teljesen azonos bármely más szolgáltatásával és érvényesíthető a gondolatmenete a non-profit szektorban is, ahol pontokért folyik a küzdelem. Itt kell megemlíteni azon „ellenszolgáltatásokat” is, melyek elősegítik az intézmény hatékonyságát (pl. a beteg megfelelő informálása, együttérző magatartás tanúsítása).

## 3. PLACE

Elosztás-politika alatt a szolgáltatás előállítása és felhasználása közötti idő és térbeli távolság legyőzését értjük. Az egészségügyi szolgáltatások általában helyhez kötöttek, így a betegeknek kell eljutniuk a szolgáltatás helyszínére. Elsődleges szempont az intézmény helyének megválasztása.

## 4. PROMOTION

Kommunikációs politika az információk közvetítése a célcsoportok felé és azok véleményének, magatartásának befolyásolása. A szolgáltatásoknál a kommunikációs eszközök teszik lehetővé a megfoghatatlan vizualizációját és a bizalom kialakítását. Az elmúlt évek megatrendjei között kiemelt szerepet kap a látvány és képi megjelenítés előretörése. Sok esetben a szolgáltatás megfelelő alkalmazásához fontos, hogy a páciens ismerje a folyamatot és meg kell tanítani annak használatára. Ehhez is kommunikációs eszközökre van szükség (pl. TV, video). A kommunikáció az imázs kialakításának, a márkaépítésnek illetve a bizalom kialakításának és megtartásának is eszköze. A vállalati kommunikációban egyre elengedhetlenebb a vállalati kommunikáció (cégvezetők által ellátott PR tevékenység).



## 5. PEOPLE

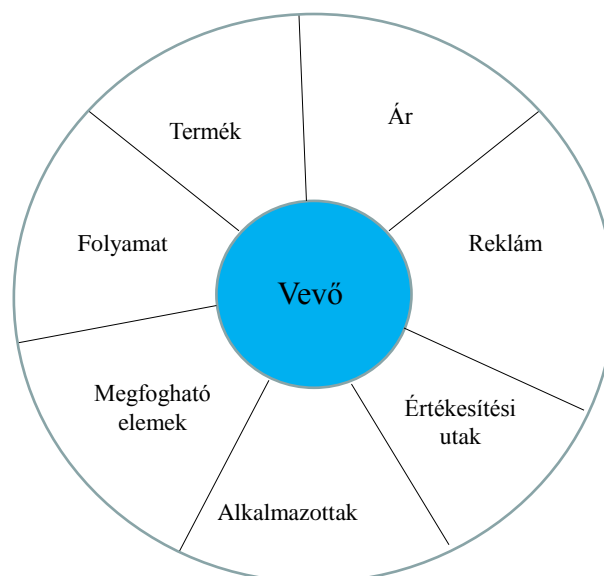
Az emberi tényező kiemelt jelentőséggel bír az egészségügyi szolgáltatások esetében, tekintettel a betegek kiszolgáltatottságára és az ellátó személyzettel szemben érzett bizalom fontosságára. Az együttműködési készség főként ezen múlik.

## 6. PHYSICAL EVIDENCE

A szolgáltatás nyújtásának helyszíne meghatározza az imázst és a pozicionálást, növeli az elégedettséget illetve nem utolsó sorban megnyugtatja a vevőt. Tárgyi elemek, melyek megkönnyítik az igénybe vett szolgáltatás teljesítését vagy kommunikációját (pl. illusztrációs tárgyak, egyszerűsített rajzok segítségével könnyebben elmagyarázható a laikusnak betegsége eredete és a választott terápia célja, technikája).

## 7. PROCESS

Simon (2010) megfogalmazásában a szolgáltatások építőkövei a folyamatok. A módszer, ahogy a különféle tevékenységek egymásra épülnek kulcsfontosságú összetevői az eredménynek és a vevői elégedettség kialakításának. Kiemelten igaz ez az emberi kapcsolatot igénylő szolgáltatásoknál. A folyamat részét azon eljárások, mechanizmusok és tevékenység-folyamatok képezik, melyek műveleti rendszere adja a szolgáltatást (pl. terhesség során a protokoll szerint előírt vizsgálatok, vérvételek, UH-ok, magzati szívhang ellenőrzések folyamata).



3. ábra: Marketingmix a szolgáltatóknál (Simon 2010)

A mai modern marketing alapkonceptiója és kiindulópontja az érték. Az egészségügyi szolgáltató oldalán keletkező láthatatlan értéket észlelt értéké kell a fogyasztó oldalán alakítani: CCDVTP (Create, Communicate, Deliver, Value, Target, Profitably), azaz érték alkotása, kommunikációja és közvetítése a célpiac számára nyereségesen (Simon 2010).

Az inkább a gyártó, eladó döntésein alapuló 4P marketingmix és a CCDVTP formula közötti kapcsolat egyértelmű:

- creating value: a kiváló terméket és a megfelelő árat jelenti,
- communicating value: az érték közlése a kommunikációról szól,
- delivering value: az érték nyújtását, a place megválasztását takarja.

Fogyasztóra összpontosító Shet féle 4A marketingkonceptió szerint:

- aware of: a fogyasztónak ismernie kell az ajánlatot illetve
- acceptable: az ajánlatnak elfogadhatónak,
- available: elérhetőnek és
- affordable: megengedhetőnek kell lennie.

Mindez kiegészítendő a pozicionálással: a hatékony pozicionálás annak meghatározását jelenti, hogyan lehet a 4A-t legmegfelelőbben alkalmazni a célpiacon (Shet 2008).

A marketing hagyományos képességei (marketingkutatás, a termék tervezése, az elosztás megszervezése, az ár kialakítása, a reklámozás, az eladásösztönzés és az eladószemélyzet menedzselése) mellett ma már új típusú lehetőségek is rendelkezésre állnak: a direkt marketing (mail, e-mail), telemarketing, PR (public relations), termékkihelyezés, szponzorálás, eseménymenedzsment, internet marketing, blogok és podcastok. Kutatásom során törekedtem arra, hogy felmérjem a laikus nők, orvosok és gyógyszerészek ezirányú nyitottságát.

#### **1.4.1 A betegek együttműködési készségének szerepe az egészségügyi marketingben**

A betegek együttműködésének egészség-gazdaságtani jelentősége van. Az egészségügyi döntéshozók és az ellátást végző szakemberek célja, olyan beavatkozások alkalmazása, melyek a lehető legnagyobb egészségnyereséget nyújtják a lakosság számára (Gulácsi 2005).

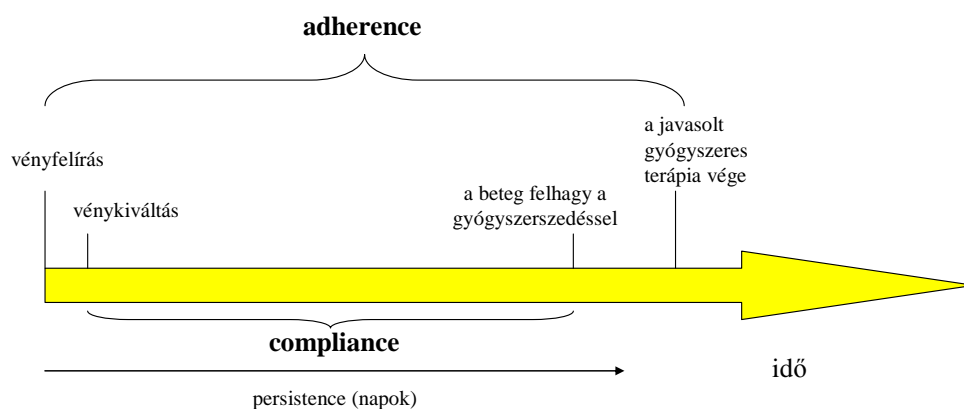
A kezelések különböző mértékű sikerességének gazdasági következményei miatt is nélkülözhetetlen a compliance-re az egészségügyi- és gyógyszermarketingben hangsúlyt fektetni. Az együttműködési készség hiányából adódó többletköltségek az USA-ban elérik

az évi 100 milliárd dollárt (National Council on Patient Information and Education 2007). Az együttműködési készség hiánya miatt fellépő közvetlen és közvetett költségek felsorolása az 5. mellékletben olvasható.

A compliance a gyógyulási folyamat része, elengedhetetlen a terápia sikeressége szempontjából, így az orvosnak elvi kötelessége a beteg együttműködési készségének lehetőség szerinti maximalizálása. Erre sajnos a jelenlegi egészségügyi környezetben a doktoroknak nincs se kapacitása, se motivációja, pedig több szempontból kulcsfontosságú elem az egészségkassza felesleges kiadásainak minimalizálásában („legdrágább az a gyógyszer, amit nem vesz be a beteg”: pl. hosszabb vagy ismételt táppénz, újabb gyógyszer(ek) felírása) (Simon et al. 2000). Az egészség-menedzsment programokban fontos szerepe kell legyen a páciens segítségének. A beteg-compliance-t javító marketingprogram lehetséges elemeit a 6. melléklet tartalmazza.

A fentiekben a hazai szakirodalomhoz hasonlóan, a compliance szót használtam, viszont a teljesség igénye kedvéért szeretnék néhány mondatban említést tenni arról, hogy a legfrissebb szakirodalom és a WHO általános fogalomként az „adherence” szót használja a beteg-együttműködés kérdéskörét taglalva. Az adherence WHO definíciója: „Az egyén terápiás magatartásának – gyógyszereszedés, diétabetartás és/vagy életmód változtatás – az egészségügyi ellátást nyújtó (és az egyén által elfogadott) ajánlásaival való összhangja.”

Míg az adherence a gyógyszeres terápia egész folyamatát jellemző fogalom, amely a javasolt terápia beteg általi betartásának minőségére utal, addig a compliance a javasolt gyógyszeres terápia és a valósan végrehajtott gyógyszereszedés közötti megfelelés mértéke (4. ábra).



4. ábra: Az adherence és a hozzá kapcsolódó fogalmak (Gulácsi 2005)

## 2. GYÓGYSZERPIAC

Az egészségügyi ellátás alapvetően fontos része a gyógyszerellátás. A 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról definíciója alapján „a gyógyszer bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő vagy azok az anyagok vagy keverékei, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazható”. Gyógyszer csak akkor hozható forgalomba, ha forgalomba hozatalát az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI) vagy az Európai Unió Bizottsága (EMA) engedélyezte.

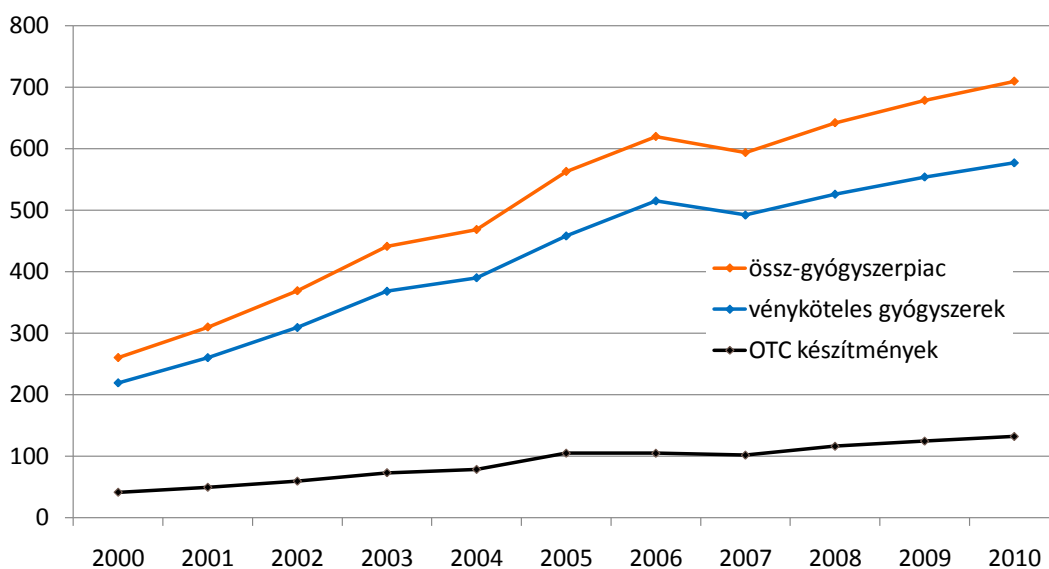
Az egészségügyi piac szereplői közül a gyógyszerpiac egy olyan piac, amely igaz, hogy hatóságilag erősen szabályozott, ugyanakkor a korlátok között már a rendszerváltás óta a versenypiac szabályai szerint működik (Simon 2010).

A magyar GDP előállításában a gyógyszeriparnak kiemelkedő szerepe van. 1990 előtt a gyógyszeriparnak a hazai piacon ellátási szerepe volt (előírt tervszámokat teljesített), nem versenykörülmények között működött (a gyógyszerimport korlátozva volt). Az árak és a betegek által fizetett térítési díjak államilag szabályozottan, alacsony szinten voltak. A forgalomban levő gyógyszerek száma alacsony volt (Simon 2010).

A rendszerváltás után a gyógyszerpiacon jelen levő vállalatok száma jelentősen megemelkedett: megjelentek a külföldi gyógyszergyártók, szakmai illetve pénzügyi befektetők és megszűnt a medicinák importkorlátozása. Az egészségügyi szolgáltatások piacán belül, egy teljesen különálló és sajátos piac lett a gyógyszerpiac, melynek működése az egészségügy többi területétől igen jelentős mértékben eltér. Ezen a piacon a cél a profitszerzés. A gyógyszerpiac a versenyszférához hasonló piaci körülmények között működik, viszont a fogyasztási cikkek piacához képest több a kötelezően előírt szabályozás és az etikai előírások is szigorúbbak. A gyógyszerpiacra való bekerülés, az eladás körülményei mellett a fizetés, a finanszírozás is szabályozott. A finanszírozó teljes vagy részleges mértékben nem egyezik a felhasználóval, a fogyasztóval.

A hazai szabályozás szerint egyes krónikus betegségeknél az OEP 100%-osan téríti a gyógyszer árát, míg vannak olyan vényköteles termékek, az ún. életstílus gyógyszerek, melyek esetében a teljes árat a fogyasztó fizeti, de a készítmény jellege miatt szükséges az orvosi kontroll. A recept nélkül kiváltható medicinákat teljes mértékben a páciens téríti.

Az 5. ábra szemlélteti, hogy érték alapján az elmúlt 10 évben milyen dinamikusan növekedett a hazai gyógyszerpiac. Míg 2000-ben 260 milliárd forint volt az orvosságok éves forgalma, addig 2010-re 700 milliárd forint fölé emelkedett a gyógyszeripari termékek árbevétele. Az össz-piacon belül a vényköteles termékek forgalma megháromszorozódott az elmúlt tíz évben, napjainkra megközelítette a 600 milliárd forintot. Az etikus szerek piacán a nagyobb hányadot a támogatott készítmények képviselik: éves eladásuk (termelői ár alapján) 2010-ben 463 milliárd forint volt (2000-ben pedig 181 milliárd forint).



5. ábra: A magyarországi össz-gyógyszerpiac forgalmának alakulása 2000 és 2010 között (milliárd HUF)

Forrás: IMS adatok

## **2.1 A gyógyszerpiac kínálati oldala**

### **2.1.1 Gyógyszergyártók**

A gyógyszergyártók csoportosítása K+F tevékenység alapján:

1. originális termékek kifejlesztői: meghatározott ideig, szabadalommal védett, saját fejlesztésű gyógyszerek gyártása; K+F tevékenységet folytató, tőkeerős, kisszámú, globális nagyvállalatok,
2. licenctermekek esetében a szabadalom tulajdonosa hozzájárul, hogy más vállalat gyártsa a védett hatóanyagot tartalmazó gyógyszereket;
3. generikus gyógyszereket előállító vállalatok: lejárt szabadalmú hatóanyagot tartalmazó gyógyszerek gyártása, melyek az eredetivel egyenértékűek (Lepp-Gazdag et al. 2005).

### **2.1.2 Nagykereskedelem**

A gyógyszer-forgalmazás feltétele szigorúan szabályozott („Gyftv.”). A gyógyszer-nagykereskedő azon gyógyszereket, amelyek forgalmazására nagykereskedelmi engedéllyel rendelkezik, köteles folyamatosan forgalmazni és olyan beszerzési illetve készletgazdálkodási rendszert működtetni, amely biztosítja a forgalmazási és ellátási biztonság átláthatóságát és ellenőrizhetőségét. Nagykereskedelmi tevékenységet csak OGYI (Országos Gyógyszerészeti Intézet) engedéllyel lehet folytatni (53/2004. (VI.2.) ESzCsM rendelet a gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi és párhuzamos import tevékenységről). Saját termékeikkel a gyártók és az importőrök is végezhetnek nagykereskedelmi tevékenységet. A patikák általában 3-4 fő beszállítóval tartják a kapcsolatot (Lepp-Gazdag et al. 2005).

### **2.1.3 Kiskereskedelem**

A kiskereskedelem főszereplői a közforgalmú gyógyszertárak és az általuk működtetett fiókgyógyszertárak („Gyftv.”). Ellátatlan körzetekben háziorvosi kézi gyógyszertárak tartalmaznak néhány kulcsfontosságú készítményt. Külön kategóriát képviselnek a kórházak által működtetett intézeti gyógyszertárak (itt is van lakossági gyógyszerellátás).

A patikai kereskedelemben is a piac átrendeződése zajlik, aminek eredményeképpen csökken a gyógyszertárak jövedelmezősége és erősödik a piaci koncentráció (Csépe 2008).

## 2.2 Szabályozás

Az egészségügyi kiadások növekedése az összes OECD országban magasabb, mint a gazdasági növekedés. Az egészségügyi kiadások növekedésének elsődleges okai (OECD Indicators 2005) az orvostudomány lehetőségeinek kiszélesedése a betegségek megelőzésének, diagnosztizálásának és kezelésének területén illetve a népesség elöregedése.

Az OECD országok GDP-jük egyre nagyobb hányadát fordítják egészségügyi kiadásokra (2008: 9%, 2003: 8,8%, 1990: 7,1%, 1970: 5%) (OECD Health Data 2010) és az összes egészségügyi kiadás növekedését a legtöbb helyen meghaladta a gyógyszerekre fordított kiadások növekedési üteme. Hazánkban az egészségügyi kiadások a GDP 7,3%-át tették ki 2008-ban. Az összes egészségügyi kiadás reálértéken 2008-ban 1,3%-kal csökkent 2007-hez képest. A legtöbb OECD országban az egészségügyi kiadások zömét az állam viseli: OECD átlagában ez 72%, a magánkiadások aránya pedig 28% (Magyarországon 71%-29% az arány) (OECD Health Data 2010).

Az állam az egészségpolitika keretében szabályozó feladatot lát el. A gyógyszeripar és -piac szabályozásának céljai:

1. a gyógyszerkínálat mértékének és szerkezetének biztosítása,
2. csak biztonságos és hatásos gyógyszerek kerüljenek forgalomba,
3. fennmaradjanak az innovatív gyógyszerek kifejlesztését ösztönző faktorok,
4. a finanszírozás feltételeinek megteremtése,
5. a piaci szereplők tevékenységének szakmai, etikai szabályozása (Lepp-Gazdag et al. 2005).

A szabályozás eszközei a receptköteles gyógyszerek körének meghatározása, az árképzési szabályok rögzítése és a forgalmazás lehetőségeiről és a kommunikációról való döntés (Simon 2010).

A gyógyszerek forgalomba hozatalának hazánkban is alapfeltétele azok törzskönyvezése és forgalmazásuk engedélyezése, melyet az OGYI illetve az EMA végez. Ennek alapfeltétele a gyógyszer hatásosságának és biztonságosságának az igazolása. Az Európai Unióhoz való csatlakozással a törzskönyvezés lerövidült és egyszerűsödött. Ennek köszönhetően a belépési korlát kevésbé gátolja a piacra lépést. A közfinanszírozásban részesülő gyógyszerek piaci bevezetését az Országos Egészségbiztosítási Pénztárral (OEP) folytatott

ártárgyalás előzi meg (árakkal kapcsolatos hazai szabályozást részletesen később taglalom).

Az ezredforduló után a gyógyszer-gyártóknak számos változással kellett szembenézniük. Kiugróan magasak lettek a K+F költségek, egyre kevesebb az áttörő gyógyszeripari innováció, lerövidültek a termék-életciklusok, fokozódott az állami szabályozás mértéke az egészségügyi kiadások csökkentése érdekében, kiemelkedő lett a generikumok térnyerése illetve egyre nagyobb teret hódít a biotechnológia és nem utolsósorban itt is meg kell említenünk az információs társadalom hatásait is (Szalkai 2004).

A kilencvenes években sikeres stratégiának számító felvásárlások és összeolvadások által nyerhető előnyök már nem sokáig használhatók ki. Új stratégiai változásokra van szükség: elindul a K+F folyamatok, piaci folyamatokkal való hangsúlyozottabb összekapcsolása.

### **2.3 Gyógyszerár-támogatási rendszer**

A gyógyszerár-támogatási rendszer szerves része az egészségügyi ellátásnak. Magyarországon az egészségügyi kiadások jelentős hányadát teszik ki a gyógyszerekre fordított kiadások (minél fejletlenebb egy ország, egészségügyi kiadásainak annál nagyobb hányadát költi gyógyszerekre). Ennek meghatározó faktorai: az alacsony egészségügyi bérszint, a kórházi ellátás viszonylag alacsony költsége és a gyógyszerárak egyre egységesebb nemzetközi árszintje. A fejlett országoknál ez a mutatószám 9-23%, Közép-Kelet-Európában 8-39%, a fejlődő országokban pedig 24-66% (Magyarországon 27%) (Dávid 2010).

A gyógyszerár-támogatási rendszer alapjait a 80-as évek végén fektették le és azóta a nemzetközi trendek szerinti folyamatos fejlesztésen megy keresztül, továbbá magán viseli az ad hoc megszorító intézkedések nyomait is. Alapelveiben (méltányosság, költséghatékonyság és átláthatóság) az EU normáihoz és a hazai egészségbiztosítási rendszer elveihez közelít. Mivel 1998 óta minden kormányzat újabb és újabb, a támogatott gyógyszerellátást érintő költség-kontroll intézkedéseket vezetett be, támogatási rendszerünk ma már szinte valamennyi Európában alkalmazott költségcsökkentő technikát egyidejűleg alkalmazza (Dávid 2010). A gyógyszerár-támogatási rendszerek nemzetközi összehasonlítását a 7. melléklet tartalmazza.



Az elmúlt három évben véghezvitt gyógyszerpiaci reform eredményeképpen csökkentek a támogatott gyógyszerárak és a gyártói befizetések 2009-ben meghaladták az 53,5 milliárd forintot. A befizetett összegek viszont sajnos nem kerültek vissza a gyógyszerkasszába és gyakorlatilag 2009-től leállt az innovatív gyógyszerek befogadása. Ráadásul a lakossági gyógyszerterhek sem mérséklődtek érdemlegesen (Kaló 2009).

Magyarország EU-hoz csatlakozásával valósult meg az „emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról” szóló 89/105/EGK tanácsi irányelv jogharmonizációja, amely a megfizethető árú gyógyszerek biztosítását, a népesség egészségi állapotának javítását, a kutatás-fejlesztés ösztönzését és a gyógyszergyártás hatékonyságának növelését célozza meg. Ezen irányelv alapján született a 32/2004. ESzCsM rendelet, amely a törzskönyvezett gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló új szabályokat tartalmazza. Ez a jogszabály képezi támogatási rendszerünk alapját.

### **2.3.1 Támogatási kategóriák**

A hazai gyógyszer-támogatási rendszer az alábbi kategóriákból áll:

#### **1. Nem indikációhoz kötött támogatás**

Amennyiben a támogatott készítmény rendelhető általános jogcímen, a gyógyszert valamennyi törzskönyvezett indikációban, valamennyi orvos rendelheti általános támogatással. Ezen támogatási kategóriák: átlagon felüli (max. 80%), átlagos (max. 55%) és átlagon aluli (max. 25%). A referencia alapú ártámogatási rendszerbe tartozó orvosságok támogatását a referencia árhoz képesti helyük határozza meg.

#### **2. Indikációhoz kötött támogatás**

Meghatározott egészségügyi indikációban, meghatározott szakorvos adott időszakon keresztül emelt illetve kiemelt támogatással rendelheti az ide tartozó gyógyszereket (indikációhoz kötött emelt (50%, 70%, 90%) illetve indikációhoz kötött kiemelt (100%)).

#### **3. Támogatási érték nélkül**

A 0%-os támogatás nem azonos a nem támogatott jogcímmel. A jogilag szabadáras termékek ezen körének árváltoztatása nem bejelentésen alapul, mint a nem támogatott körben, hanem csak az OEP felé intézett kérelemre, határozat által

valósulhat meg. Ide tartoznak a kizárólag egészségügyi szolgáltatók számára kiadható gyógyszerek is (Dávid 2010).

## **2.4 Marketing a gyógyszerpiacon**

### **2.4.1 A gyógyszer, mint különleges termék**

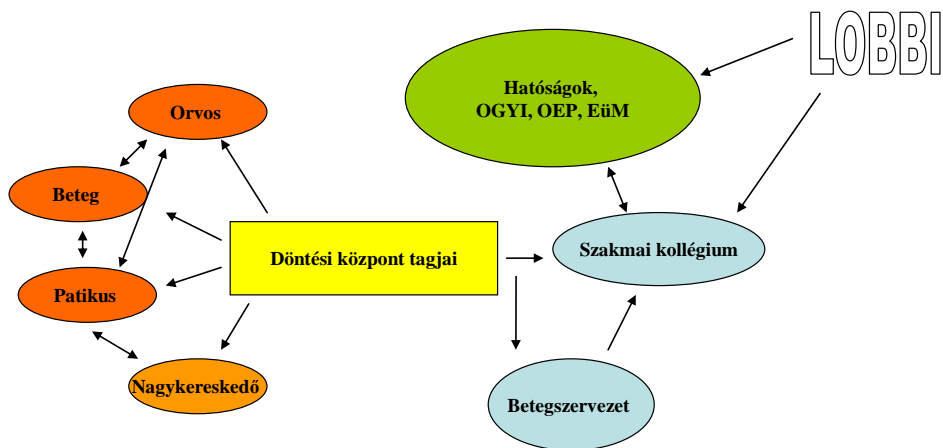
Egy gyógyszer a vásárlója előtt komplex egészként jelenik meg (gyógyszer = termék + hozzá kapcsolódó információ). A termék kemény magja az a teljesítmény és minőségszint, amivel eleget tesz alapvető szükségletkielégítő funkciójának. Tartalmazza a beépített anyagokat, azok minőségét, a know-how-t, a szellemi termékalkotás minőségét, a megvalósítást és az előállító technológia színvonalát. Ezen a szinten igen kevés különbség adódik a gyártók között, így ez az alkotóelem önmagában nem elegendő a sikerhez.

A gyártó marketingeszközök alkalmazásával felöltözteti, szimbolikus tartalommal látja el termékét. Az ár, a csomagolás (gyógyszerek esetében ennek jelentősége elenyésző) és a kommunikáció mind azt szolgálják, hogy egy termékimázs létrejöhön. A siker érdekében nemcsak a polcokig, hanem a fogyasztás otthoni körülményeinek feltárásáig követni kell a termék útját. A termék közvetítőjének szellemi hozzáadott értéke az orvosságok fő kritikus sikertényezője. A gyógyszerpiacon egy termékkel kapcsolatban orvosi oldalról meghatározó (a korábbi saját tapasztalaton túl) az orvoslátogatói kommunikáció és az opinion leaderek illetve kollegák véleménye, míg a beteg oldaláról kiemelt jelentőségű az orvos és gyógyszerész által hozzáadott érték. A gyógyszergyártóknak ezért mindig komplex problémakört kell megoldania terméke piacra lépésekor és promóciója során, figyelembe véve a versenytársakat is (Törőcsik et al. 1998).

Windmeijer munkatársaival 2006-os cikkében a gyógyszerpiaci promóció előnyeit és hátrányait latolgatja. A házi orvosok felírási szokásait befolyásoló tényezőket taglaló cikk kifejezett előnyként említi a gyógyszerpromóció nyújtotta járulékos információszolgáltatást, míg a lehetséges hátrányok közül a doktorok érzékenységének csökkenését tartja a legfontosabbnak (Windmeijer et al 2006).

A vényköteles készítményeket forgalmazó gyógyszercégeknek ma már több szinten kell elfogadtatniuk terméküket. Pár éve egy gyógyszer cég sikeréhez elég volt egy hatékony készítmény és a felírók meggyőzése. Mára viszont a marketingkommunikáció célcsoportja

kiszélesedett, a döntési központ tagjai gyarapodtak (6. ábra). A cégek lobbitevékenysége a hatóságok (Országos Gyógyszerészeti Intézet, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Egészségügyi Minisztérium) felé kiemelten fontos lett. A döntési központ tagjai között is kommunikáció alakult ki (Csépe 2004).



6. ábra: A döntési központ tagjai (Csépe 2004)

Ahhoz, hogy egy gyógyszer cég marketingüzenete célzott és hatásos legyen, az egyes csoportok magatartását, döntési mintáit, befolyásolási lehetőségeit és a hozzájuk vezető legcélszerűbb kommunikációs csatornákat ismernie kell.

Egy vényköteles gyógyszer esetében nem a felhasználó az egyedüli döntéshozó. A receptre kiadható orvosság speciális áru, fogyasztása összetett döntési folyamat eredménye. Ezen döntési folyamat résztvevői az orvos, az egészségbiztosító, a beteg illetve (egymással helyettesíthető, hatóanyagfix vagy terápiás fix csoportba tartozó készítmények esetében) a patikus.

#### *Orvos*

A legtöbb esetben az orvos választ gyógyszert és terápiát, tehát ő az elsődleges döntéshozó. Az általa észlelt gyógyítási szituációt meghatározza a beteg, a szakmai ismeretek, a jogi-gazdasági szabályozók által meghatározott elvárásrendszer és gyógyító attitűdje, amely rá jellemzően határozza meg gyógyszerhasználati szokásait.

### *Gyógyszerész*

A patikus feladata a gyógyszer kiadása (gyári készítésű termékek eladása és magisztrális gyógyszerek készítése) és információ szolgáltatása a hatékony terápia érdekében. Az információszolgáltatás a gyógyszerész számára törvényben szabályozott kötelesség.

### *Páciens*

A páciensek megítélése és szerepe a legnagyobb változást mutatja ma.

A páciens kifejezés ma már magába foglalja:

- ✓ a még nem beteg személyt, aki nem lép kapcsolatba orvossal, gyógyszerésszel,
- ✓ az egészségtudatos személyt, aki jellemzően kapcsolatba léphet gyógyszerésszel és
- ✓ a beteg, orvosi ellátásra szoruló személyt, aki orvossal és patikussal egyaránt kapcsolatba lép.

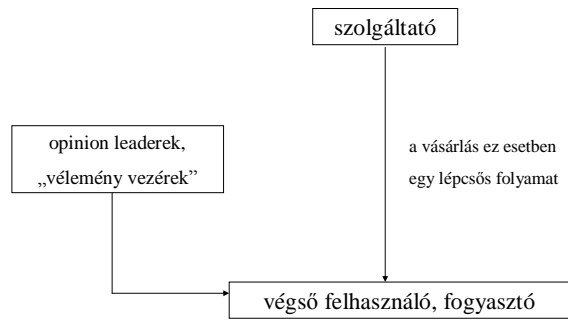
A páciens fogalom bővülése a gyógyszergyártók számára is célcsoport-bővülést jelent. A receptköteles termékeknél a gyártó nincs közvetlen kapcsolatban a pácienssel, az információt a patikus és az orvos közvetíti. Az OTC-szereknél a gyártó közvetlen kommunikációs kapcsolatban lehet a termék fogyasztójával.

### *Társadalombiztosító (OEP) és egészségpénztárak*

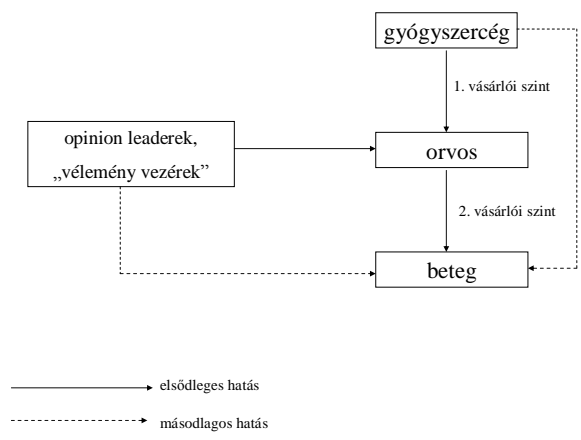
Az állami és magán betegbiztosítási pénztárak feladata az egészségügyi ellátás, a kezelés és a gyógyszerek meghatározott hányadú finanszírozása a betegek számára. Magyarországon egybiztosítós rendszer él.

Egy több biztosítós rendszerben a pénztárak is versenyhelyzetben vannak, így a páciensek felé fordulnak. Itt felértékelődik a marketing szerepe az állami biztosítópénztárak számára is (Simon, 2010).

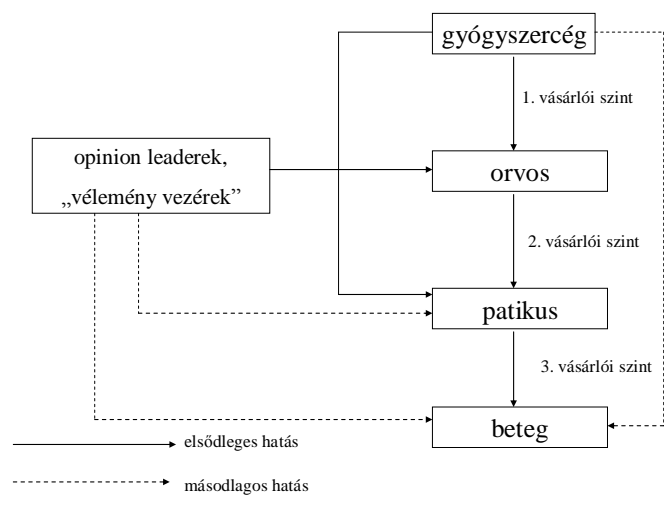
Kutatásomat (ld. később) a „tényleges” vásárlás résztvevőire korlátoztam, melynek során kettő (orvos, beteg) vagy három (orvos, patikus, beteg) szinten kell gondolkodni (annak függvényében, hogy a medicina helyettesíthető-e gyógyszerész által; ide tartoznak a hatóanyag- és terápiás fix készítmények). Az egy lépcsőből álló hagyományos vásárlói döntéshozatalt a 7/a. ábra, míg az összetett döntéshozatali kettő illetve három lépcsős folyamatot a 7/b-c. ábra szemlélteti.



7/a. ábra: Hagyományos vásárlói döntéshozatal (egy lépcsős folyamat)  
(Jaakola et al. 2007)



7/b. ábra: Összetett döntéshozatal vényköteles, nem helyettesíthető gyógyszerek esetében  
(két lépcsős folyamat) (Jaakola et al. 2007)



7/c. ábra: Összetett döntéshozatal vényköteles, helyettesíthető gyógyszerek esetében  
(három lépcsős folyamat)  
(Jaakola et al. 2007)

Az orvosok „kapuórként” funkcionálnak, szelektálnak. Megkönnyítik vagy épp gátolják egy gyógyszer beteghez történő eljutását. A doktorok és a páciensek véleménye könnyen előfordulhat, hogy különböző a választott gyógyszer tulajdonságainak fontosságát illetően. Így megesik, hogy az 1. vásárlói szinten olyan kritérium szerint születik döntés, ami a végső felhasználó szempontjából lényegtelen vagy épp fordítva. A gyógyszercégek marketing aktivitásaikkal bizonyos mértékben közvetlenül is megcélazzák a végső felhasználókat. Ez olyan országokban nem jelent nehézséget, ahol a receptre kiadható orvosságok reklámozása engedélyezett a laikusok felé is (pl. USA).

Fontos kiemelni, hogy ha egy vásárlási folyamat átjut egy szinten, az nem jelenti azt, hogy a következő lépcsőn is akadálytalanul áthalad. A beteg hiába távozik az orvos által felírt recepttel a rendelésről, nem biztos, hogy azt ki is váltja vagy ha megvette a gyógyszert, arra sincs garancia, hogy ténylegesen el is „fogyasztja” azt. Egyszóval a patikus és a beteg döntése is kritikus pontja egy gyógyszer vásárlási folyamatának.

#### **2.4.2 Gyógyszerek reklámozásának és promóciójának szabályozása**

A gyógyszer az egészség megóvására, javítására szolgáló különleges termék, melyre sajátos szabályok vonatkoznak. A gyógyszerpiac egyik legfontosabb jellegzetessége a szigorú hatósági szabályozás.

Az ésszerűség és egyértelműség érdekében az Európai Unió 2001-ben közösségi kódexbe (Európai Parlament és Tanács 2001/83/EK irányelve, Gyógyszerkódex Direktíva) foglalta össze a gyógyszerek gyártására, forgalmazására, felhasználására és reklámozására vonatkozó szabályokat.

A medicinák reklámozásának és ismertetésének szabályait hazánkban a reklámtevékenységről szóló törvény (2008. évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól), a „Gyftv.” valamint a „gyógyszer-reklám rendelet” (3/2009. (II.25.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszer illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére, az ismertetői tevékenységet végző személyek nyilvántartására, és a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó részletes szabályokról) tartalmazza (Kóczián-Bobkó 2009).

A gyógyszerek reklámozására is általában a reklámra vonatkozó törvényi szabályok érvényesek. Fontos különbség, hogy a reklámozás szempontjából a gyógyszereket két csoportra osztjuk.

Az orvosi vény nélkül beszerezhető orvosságokat a páciens saját elhatározásából vásárolja meg. Ezen OTC készítmények reklámozása laikusok felé engedélyezett. Kikötés viszont, hogy a hirdetésben átadott információ összhangban legyen a betegtájékoztatóban és az alkalmazási előírásban foglaltakkal.

A vényköteles szerek laikusok felé történő reklámozása tilos, viszont elengedhetetlen ezen termékek ismerete a szakma számára. Az orvosok és gyógyszerészek irányába történő gyógyszerismertetés célja a termékekkel kapcsolatos szakmai információk átadása.

A jogszabályi rendelkezéseken túl, etikai szabályozás is él. 2005. április elsején lépett hatályba a Gyógyszerkommunikáció Etikai Kódexe.

## **2.5 Gyógyszerek sikerességét meghatározó tényezők**

Veryzer szerint (1998) egy gyógyszer sikerességét meghatározó tényezők: a technológia, az újszerűség, az egyedülállóság, a „fogyaszthatóság”, a minőség, az ergonómia, a dizájn, a piacméret, a piac növekedési üteme, a verseny, a relatív ár, a fogyasztói hűség, a fogyasztó bizalma az adott gyógyszercsoport iránt és a vásárlási gyakoriság.

Rogers (1995) kifejezetten az innovatív készítményekre fókuszálva (ezeket a készítményeket éveken át szabadalom védi, nem helyettesíthetőek, vásárlásuk két lépcsős folyamat) öt tulajdonságot fogalmazott meg:

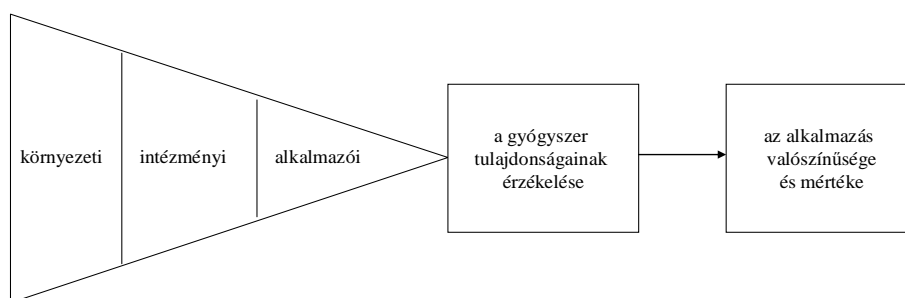
1. relatív előny: gazdasági oldalról profitabilitás, társadalmi szemszögből presztízs, tekintély,
2. kompatibilitás: szubjektív; függ az elfogadott, bevett gyakorlattól, értékektől, tradícióktól és elvárásoktól,
3. kipróbálhatóság,
4. mérhetőség: az eredmény láthatósága, demonstrálhatósága,
5. komplexitás: érthetőség, a készítmény használatának bonyolultsága.

A Rogers féle innovációs tulajdonságokat és kapcsolatukat a 8. melléklet szemlélteti.

Ezt az öt tulajdonságot egészíti ki Bauer egy plusz eleme:

6. kockázat: ez minél nagyobb, annál kisebb egy új termék megvásárlásának a valószínűsége (Bauer 1960).

Jaakola és Renko 2007-ben publikált kvalitatív kutatásának a célja az volt, hogy meghatározzák, melyek az innovatív gyógyszerek azon tulajdonságai, melyek fontosak az orvosok számára. 45 angol és 20 finn nőgyógyással illetve háziorvossal készített mélyinterjú alapján vonták le következtetéseiket. A vizsgálat eredményei szerint a kritikus innovációs tulajdonságok a relatív előny, a komplexitás, a kompatibilitás, a kockázat és a kommunikálhatóság.



8. ábra: Egy gyógyszer tulajdonságainak percepcióját befolyásoló tényezők  
(Jaakola et al. 2007)

A gyógyszercégek „portékáinak” a fogyasztói első ízben az orvosok. A gyógyszeripari marketing menedzsment lelke, hogy a szolgáltató megértse a doktorok döntési szempontjait és információforrásait. Egy gyógyszer tulajdonságainak percepcióját befolyásoló tényezőket a 8. ábra szemlélteti.

Black és Tagg 2007-es publikációjukban arról írtak, hogy az orvosok miként választanak kezelést betegeiknek. Mélyinterjúk kutatásuk eredményei alátámasztották, hogy a doktorok elsődlegesen saját tapasztalataikra hagyatkoznak. Új készítményt először csak egy-két betegen próbálnak ki, mielőtt beépítik terápiás gyakorlatukba (annak ellenére, hogy köztudottan klinikai vizsgálatok vannak egy-egy termék háttérében). Nagyon fontos az orvos megerősítésében az alkalmazott gyógyszerrel kapcsolatban az is, hogy milyen visszajelzés érkezik a betegektől.

Az angol és ausztrál tanulmány eredményei azt mutatták, hogy a speciális esetek megoldásában a doktorok számára a legmeghatározóbb a nagy tapasztalatú szaktekintélyek véleménye. Leghitelesebbek a helyi konzulensek, hiszen a betegek azonos szocio-demográfiai háttere sem közömbös az individuális esetek tárgyalásakor. Az információforrások hivatalos, formai részét a klinikai vizsgálatok, szakkönyvek, meta-



analízisek (elemzések elemzései), összefoglalók (review-k) és irányelvek (guideline-ok) jelentik. A marketing, vagyis az egyes gyógyszerekkel kapcsolatban érkező DM (direct mail) levelek, szaklapokban megjelent hirdetések és gyógyszercég szponzorálta szimpóziumokon hallottak ilyen esetekben a legkevésbé fontos szempontok. Kiemelt helyen szerepelnek viszont a gyógyszercégek által támogatott továbbképzések. Black és Tagg cikkében arról ír, ritka, hogy egy orvos csupán egy gyógyszercég marketing tevékenységének eredményeként kezd el egy gyógyszert írni. Így a piaci szereplőknek igazi kihívást jelent az, hogy megismerjék a doktorok információgyűjtési folyamatát és megtalálják azokat a lehetőségeket, melyek révén termékükkel közelebb kerülhetnek az orvosokhoz. Így például hasznos lehet egy beteg alapú experimentális anyag összeállítása az adott készítménnyel kapcsolatban, hisz ezáltal olyan formában jut el az orvoshoz az információ, amilyen formában arra a gyakorlatban szüksége van. A gyógyszeripari marketing alapjai általában tudományos vizsgálatok, viszont emellé az említett kutatásból okulva szükség van anoním esettanulmányokra is.

Az orvoslátogatóknak az információ továbbításán túl információgyűjtési feladatuk is van, hisz legkönnyebben rajtuk keresztül térképezhető fel a doktorok receptírási és döntéshozatali gyakorlata. Így mindenkinek akár individualizálva szolgáltatathat tartalmat egy-egy termék mellé a gyógyszeripar.

## **2.6 A jövőben várható további változások a gyógyszerpiacon**

A PricewaterhouseCoopers „Gyógyszeripar 2020: A jövőkép” című jelentése szerint a globális gyógyszerpiac értéke 2020-ra megduplázódik, 1300 milliárd dollárra emelkedik. A gyógyszeripar központi kihívása az innováció, elengedhetetlen a K+F tevékenységek fejlesztése. Egyre inkább a kutatásra kell koncentrálni (az értékesítés és a marketing kárára). A gyógyszeriparnak gyökeresen át kell alakítania működési modelljét, hogy a jövőbeni növekedési lehetőségeket maximálisan ki tudja használni. Figyelembe kell venni a költségviselőket, pácienseket, orvosokat, politikusokat és szabályozók igényeit egyaránt. Valamennyi csoport együttműködésére van szükség.

A PricewaterhouseCoopers által prognosztizált gyógyszeripari kihívások:

- ✓ A fókusz elmozdul a kezeléstől a megelőzés felé: a gyógyszergyártók elmozdulnak az egészségmenedzsment irányába (pl. szűrésekkel, beteg-compliance programokkal).

- ✓ Közvetlenül a vásárlót megcélzó forgalmazási csatornák háttérbe szorítják a hagyományos nagykereskedelmet. Létrejön a gyógyszerek automatizált kiadása közvetlenül a vásárlóknak: az orvosok rátöltik a vény szövegét pácienseik intelligens egészségügyi kártyájára vagy elküldik e-mail címükre. A betegek a szöveget továbbítják internetes gyógyszertárukhöz, mely kiküldi a gyógyszert a megadott címre.
- ✓ A hangsúly az eredmények növelésén lesz. A gyártók gyógyszereik hatásosságát bemutató eredményanalízis adatok szerint állítják be áraikat.
- ✓ A beteg-együttműködés monitorozása kölcsönösen előnyössé válik a páciensek, a finanszírozók és a szolgáltató számára.
- ✓ A K+F tevékenységet új technológiák fogják hajtani: genetikán alapuló diagnosztika és személyre szabott gyógyszerelés illetve molekuláris szintű célba jutást megvalósító platformok kifejlesztéséé a jövő.
- ✓ Nagyobb nemzetközi szabályozói együttműködés lesz. Elképzelhető, hogy 2020-ra egyetlen globális szabályozói rendszer alakul ki, ami segít csökkenteni a szabályozói megfelelés egyre növekvő költségeit és csökkenti a piacra lépéshez szükséges időt.
- ✓ Eltűnik az egyes termékek átütő sikerére épülő üzleti modell. Az számít majd, hogy ki tudja a legtöbb értéket hozzáadni termékéhez. A cégek gyógyszer- és szolgáltatáscsomagot értékesítenek majd.
- ✓ A hagyományos „előrejelzésre készült” terápiák mellett 2020-ra megjelennek a „rendelésre készült” terápiák is (Palla 2009).

### 3. FOGYASZTÓI MAGATARTÁS

Kotler megfogalmazásában „A marketing célja a célpiaci fogyasztók igényeinek és szükségleteinek a versenytársaknál jobb kielégítése. A fogyasztói magatartás megértéséhez tanulmányoznunk kell, hogy egyének, csoportok és szervezetek szükségleteik és igényeik kielégítésére hogyan választják ki, vásárolják meg, használják és hasznosítják a termékeket, szolgáltatásokat, ötleteket vagy tapasztalatokat.” (Kotler 2006).

A fogyasztói magatartás komplex, sok tényező és változó által meghatározott. Tanulmányozása megfigyelhető magatartások elemzésén alapul:

- ✓ kik, mit, mennyit és hogyan vásároltak,
- ✓ miként fogyasztották a terméket,
- ✓ egyéni szükségletek, érzékelések,
- ✓ milyen információkkal rendelkeznek a fogyasztók és hogyan dolgozzák fel ezeket,
- ✓ miként értékelik az alternatívákat,
- ✓ hogyan érznek a termék birtoklásáról.

A fogyasztók és a fogyasztói igények állandóan változnak az újabb és újabb információk birtokában (Hofmeister-Tóth 2008). A fogyasztásra ható tényezőket a 9. melléklet szemlélteti.

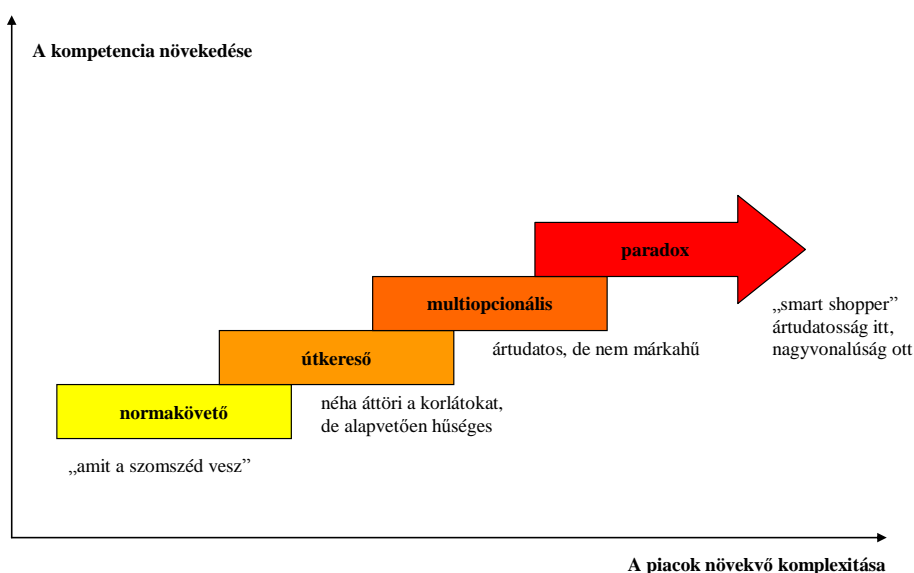
#### 3.1 A fogyasztó evolúciója

A XIX. század fogyasztója takarékos, fegyelmezett, erkölcsös és becsületes volt. A XX. században a hangsúly áthelyeződött az individuumba, amely erélyességre és önérvényesítésre törekszik. A hedonizmus a társadalom uralkodó értékévé vált, mely szerint az emberek egy hármas szabály, a funkcionális racionalitás, az egyenlőség és az önjutalmazás alapján viselkednek. Vagyis már nem a szükséglet-kielégítés, hanem az akaratérvényesítés a cél (Deli-Gray 2007).

Az 1950-es években a fogyasztó normatív szerepben volt, nem volt szüksége különleges tudásra és kompetenciára. Környezetétől nem kapott folyamatosan impulzusokat, melyekre reagálnia kellett volna. Kozák megfogalmazásában a normakövető magatartás a szomszéd viselkedésének követésében kimerült (Kozák 2009). A fokozódó jólét és a termékek egyre szélesedő köre a hetvenes és nyolcvanas évek elejére hozták magukkal az útkereső

fogyasztót, aki a viszonylagos szabadságot keresi a szűkös lehetőségek között, vagyis a megszokott, rutinszerű vásárlói magatartását néha újdonságokkal és kis luxussal színesíti (Kozák 2009). A kilencvenes évekre kialakult a komplex fogyasztói környezet. A fogyasztó folyamatosan új termékfunkciókkal, márkákkal találja szemben magát. Ez a multiopcionális fogyasztó egyre aktívabbá vált, nyitott lett minden újra, sokszor irányító szerepbe is került és nem jellemző rá a márkalojalitás.

Minden fogyasztó a saját magatartási szokásait követve, egyidejűleg bizonyos termékekért többet hajlandó kiadni, míg más termékek esetében odafigyel az árra. Ez a vegyes magatartási típus, a fogyasztó „hibrid” vásárlói magatartása (Schmalen et al. 1998). Kozák az ilyen ambivalens jegyeket magán hordozó típust paradox fogyasztónak nevezte el: „A mai fogyasztó paradox módon viselkedik, ezért nehezen megismerhető.” A fogyasztók evolúciójának folyamata a 9. ábrán látható.



9. ábra: A fogyasztók evolúciója (Kozák 2009)

Töröcsiktől idézve, „a mai kort az emberek értékorientációja mellett az élettempójuk jellemzi leginkább, vagyis attól függően, hogy milyen gyors vagy lassú életet élnek, változik életstílusuk is. Napjainkban jutottunk el egy újabb értékváltáshoz, aminek lényege a túlzott fogyasztástól való elfordulás, a környezetre való figyelés és a saját egészség lehetőség szerinti óvása” (Töröcsik 2007b). Ezek az egészség- és környezettudatos fogyasztók a LOHAS-ok. A hedonizmusról és az élvezetkeresésről ők sem mondanak le, tisztában vannak a tömegszerűen előállított termékek szükségszerűségével, de döntéseiknél

mindig figyelembe veszik a környezeti és az egészséget érintő szempontokat. Fontos jellemzője az egyén felelősségének a felismerése. Felértékelődik minden, ami természetes.

A szakemberek szerint a jövő az életstílusok jegyében telik majd: az egyén egy adott életfázisban több életstílus követője lehet. A folyamatos identitáscsere tovább nehezíti a célzott marketingkommunikációt (Kozák 2010).

### **3.2 Vásárlói, fogyasztói és finanszírozói funkciók a gyógyszerpiacon**

Egy gyógyszer megvásárlásának folyamata komplex vásárlói döntés, beszerzése különbözik a fogyasztási cikkekétől. A vásárlási szerepek megoszlása sajátos. Az orvosságok kiválasztásához speciális szakértelemre van szükség. Éppen ezért gyógyszervásárlásnál fontos a bizalom az orvos, a gyógyszerész illetve a márkák iránt. A szigorú hatósági szabályozások a törzskönyvezésben és a forgalmazásban hozzájárulnak ezen bizalom kialakulásához (Szántó 2001).

A gyógyszerek mennyiségi és minőségi alulfogyasztása, túlfogyasztása, esetleg rossz kiválasztása egyaránt magában hordozza a közvetlen egészségkárosodás kockázatát. Még az adekvát, orvosi előírások szerinti gyógyszerfogyasztásnak is lehetnek súlyos következményei (pl. mellékhatások, allergia). A gyógyszerválasztási döntés a beteg egészségét érinti (Hankó 2007).

A vényköteles és vény nélküli gyógyszerek esetében hasonló, de részben eltérő vásárlási folyamattal állunk szemben. A vényköteles gyógyszer esetén a vásárlói döntés egyes fázisaiban jól elkülönülő szerepek figyelhetők meg: más a kezdeményező, erőteljes befolyásoló hatás érvényesül, elkülönül a döntéshozó és a vásárló, illetve a felhasználó személye. A páciens gyógyszervásárlása során kiszolgáltatott és „korlátozott racionalitású” döntési helyzetben vásárol (Hankó 2007). A termékválasztás az orvos feladata, a gyógyszerfogyasztók kevés információval rendelkeznek a termékkel kapcsolatban. A felíró és az alkalmazó nem ugyanazon gazdasági egységbe tartozik (Corstjens 1991). Támogatott gyógyszer esetén a fogyasztó vásárláskor az árnak csak egy részét fizeti, míg a fennmaradó hányadot a finanszírozó (társadalombiztosító) állja. Ennek következtében jellemző a költségérzéketlenség és fennáll a helytelen vagy túlzott igénybevétel kockázata is (Kaló et al. 2010). Az árérzékenységet tovább csökkenti, hogy nem a támogatás utalványozója (az orvos) fizet, hanem a biztosító és nem a saját döntését, hanem orvosáét hajtja végre a

páciens gyógyszervásárláskor. Az állam a takarékosági célon túl a beteg érzékenységét is igyekszik növelni térítési díj emelések vagy fix támogatás bevezetésekor.

A szabályozás és finanszírozás szempontjából figyelembe kell venni a „kiválasztás torzulását”, vagyis azt, hogy minél rosszabb anyagi körülmények között él valaki, annál több egészségügyi problémája van, tehát sűrűbben veszi igénybe az egészségügyi ellátást és a gyógyszer-támogatást, ugyanakkor rosszabb jövedelmi viszonyai lehetetlenné teszik, hogy arányosan többet fizessen (Hankó 2007).

A vény nélkül kapható orvosságok piaca viszont már nagy hasonlóságot mutat a fogyasztási cikkek piacával. Míg a vényköteles termékeknél a fogyasztói információhiányt ellensúlyozza az orvos döntéshozói és vásárlói szerepe, az OTC készítmények vásárlásakor a vásárlói döntést – saját elhatározásra vagy véleményvezető (pl. gyógyszerész) tanácsára – a beteg hozza meg és ő állja a költségeket illetve ő a végső felhasználó, fogyasztó is.

### **3.3 A fogyasztási cikkek és a gyógyszerek összehasonlítása**

A gyógyszerpiacon az emberek csak betegség esetén válnak vevőkkel (Törőcsik 2008). Egy gyógyszer kiemelten fontos és nagy kockázatú termék fogyasztója számára, hisz egészségének, életminőségének a kulcsa. A gyógyszerek esetében a termékről alkotott kép, elképzelés nagyban függ az orvos által hozzáfűzött szimbolikus tartalomtól (Törőcsik 2007a). A legmegfelelőbb medicina kiválasztásához a laikus páciens szakemberre van utalva. Ez az általa megélt kockázatot még tovább fokozza. Orvosságoknál a vásárlás ára másodlagos, hisz saját egészsége mindenki számára a legfontosabb. Viszont az egészségügy piacosodásával és a betegek „felvilágosultságának” fokozódásával ebben az irányban is jelentős elmozdulás figyelhető meg a fogyasztási cikkek felé. A fogyasztási cikkek és a gyógyszerek összehasonlítását a 10. melléklet tartalmazza.

Az FMCG marketing fogyasztóorientált. A fogyasztó által keresett termék-előnyök: a minőség, az élvezhetőség, a csomagolás, a hasznossággal egyenértékű ár és a hozzáadott érték. A fogyasztó sokszor örömszerzés céljából vásárolja meg a terméket. Itt a szegmentumok formálása társadalmi-demográfiai jellemzők szerint történik. A forgalmazó cégen múlik a termékbevezetés gyorsasága, rugalmasan változtatható az ár és szabadon reklámozható a márka. A „kiskereskedők száma nagy és folyamatosan változó, a nagykereskedők megszerzése árverseny és sokrétű kedvezményrendszer, kereskedelmi

akciók bontakoznak ki. A termékért a fogyasztó fizet” (Csépe 2002). Az FMCG termékek célcsoportjának szegmentálása a demográfiai, geográfiai társadalmi, szociális gazdasági és pszichográfiai szempontok szerint történik.

A pharma marketing elsődleges célcsoportjai vényköteles termékek esetén az orvosok. A termék külső megjelenésének fontossága limitált. Ebben az esetben a termék előnyök a termék fizikai tulajdonságaira korlátozódnak: hatékonyság, biztonságosság, kedvező mellékhatás-profil, megfelelő ár. Az erős hatású kontroll lassítja a termék piacra lépését, befolyásolja az árképzési stratégiát, hatással van a disztribúcióra és a lakosság felé történő kommunikáció is erősen szabályozott.

A termék szakma felé történő promóciója szakképzettséget igényel, a személyes eladás a célcsoporttal hosszú távon szoros kapcsolatot eredményez. A szegmentumokat szakterületek szerint határozzuk meg. Kiemelt szerephez jut a külső PR a gyártó és a hatóság kapcsolatában (Csépe 2002). Míg a fogyasztási cikkek vásárlása egyszerű döntés következménye (a döntéshozó, a finanszírozó és vásárló is a fogyasztó egy személyben), a vényköteles gyógyszerek vásárlása komplex döntési mechanizmus eredménye. A végső felhasználó, a páciens nem tud a márkák között különbséget tenni. A vényköteles gyógyszerek laikusok felé történő promóciója nem engedélyezett.

Egy gyógyszer megvásárlása adott időn belül meg kell történnjen. Esetlegesen kedvezőbb ár vagy jobb minőség reményében nem jellemző a gyógyszerpiacon a halasztott- vagy tárolás céljából az előre hozott vásárlás. Az orvos szigorúan adott időre szólóan ad, adott mennyiségre receptet. „Üzletválasztás” szempontjából évtizedeken át általános igazság volt, hogy az útba eső patikában vásárolt az érintett fogyasztó. Mára a patikaláncok térhódításának és az akciók illetve egészségkártyák elterjedésének eredményeképpen ez némiképp megváltozott. Kutatásomban kitérek az OTC- illetve a megmaradt vényköteles készítményekből összeálló „házipatikák” kérdéskörére is.

Vizsgálódásaim során rávilágítok arra is, hogy az emberek fejében az azonos indikációjú, adekvát összehasonlítható gyógyszerekkel kapcsolatban áll-e az a fogyasztási cikkek esetében igaz szabály, miszerint az árelőnyt mutató márkák az alaphason elérésére törekszenek, míg a magas hozzáadott értékű brandek a minőséget, a „több tudást” testesítik meg (egyszóval a drágább vajon egyben jobb is?). Aki egy kicsit is ismeri a gyógyszerpiaci

engedélyezés és szabályozás folyamatát, az tudja, hogy milyen minőségi elvárásoknak kell eleget tenni egy-egy gyógyszer gyártásakor illetve forgalomba hozatalakor. Így magától értetődő, hogy az azonos hatóanyag-tartalmú orvosságok esetében nem lehetséges semmiféle érdemleges különbség, ami a termék hatását vagy tolerálhatóságát befolyásolná. A plusz, amit esetleg érzékelhet a fogyasztó az véleményem szerint egyértelműen csak a gyártó és a szakma által „hozzákreált” adalék lehet. Ezt pedig a magam részéről ésszerű határok közt nem tekintem bűnnek, hisz egy meggyőző érvekkel szolgáló, jó tapasztalatokról beszámolni tudó orvos hozzáállásával vagy egy betegeit individumként kezelő gyártó, felvilágosító anyagokkal, tájékoztató füzetekkel vagy egy jó compliance programmal tud annyi terméken túli hasznot nyújtani, ami plusz hozzáadott értéként jelenik meg a funkcionális terméken túl.

A vényköteles hatóanyagfix és terápiás fix összegű támogatásba tartozó készítmények esetében ma már az árkülönbség szabályozott, nem számottevő. A gyógyszerpiac ezen szegmensében elindult az árverseny.

A vásárlás csatornái kibővültek a gyógyszerpiacon is. Az egyre hosszabb nyitvatartási idővel nyíló patikákon túl, ma már interneten vagy hipermarketekben és benzinkutakon is hozzá lehet jutni egyes készítményekhez. Ez is annak eredménye, hogy mindent mindig hozzáférhetővé akarunk tenni, minden pillanatban várakozás nélkül akarunk vásárolni, szolgáltatásokhoz jutni.

### **3.4 A vásárlási döntési folyamat**

A fogyasztó hosszabb-rövidebb döntési folyamat eredményeként jut el egy konkrét termék vagy szolgáltatás megvásárlásához. Azonosítani kell azon személyeket, akik a vásárlásról döntenek illetve azt befolyásolhatják. Meg kell határozni az alkalmazott döntések típusait és a vásárláshoz vezető lépéseket is.

A vásárlási döntési folyamat szakaszai:

1. Problémafelismerés: egészségi állapotunk romlása, nem múló panaszaink, tüneteink hatására orvoshoz fordulunk (motiváltságunk nagyban függ tüneteink súlyosságától). Egyre gyakoribb, hogy szűrőprogramok keretei között derül fény valamilyen egészségügyi problémára, amely talán még tüneteket sem okozott.



2. Információgyűjtés: orvoshoz fordulva, interneten illetve tájékoztató anyagokban (külső, aktív keresés – a vásárlással járó kockázat fizikai, tárgya pedig saját egészségünk).
3. Értékelés és választás: a diagnózis felállítása után a terápiás lehetőségek latolgatása. Az orvossal közös megegyezésben vagy doktori utasításra hallgatva recepttel távozunk a rendelőből.
4. Vásárlási döntés: patika felkeresése és a recept kiváltása.
5. Vásárlás utáni magatartás: elégedettség a gyógyszerrel a tünetek enyhülése és a tolerálhatóság függvényében (a betegek együttműködési készségét alapvetően befolyásolja a megfelelő tájékozottságuk, felvilágosítottságuk).

A fogyasztói vásárlási folyamat öt lépcsős modelljének ábrázolását a 11. melléklet tartalmazza.

A vásárlási folyamatban öt szerepet különböztetünk meg:

1. kezdeményező (először veti fel meghatározott termék vagy szolgáltatás vásárlásának ötletét): a páciens tünetei által motiválva, panaszaira megoldást keresve orvoshoz fordul,
2. befolyásoló (nézetei, tanácsai befolyásolják a döntést): ilyen lehet egy családtag, barát, szomszéd néni vagy gyógyszer kiváltásakor a patikus,
3. döntéshozó (meghatározza a döntés egyes részleteit): ez az egészségügyi piac esetében az orvos, de természetesen a beteg is részt vesz a döntési folyamatban,
4. vásárló (aki lebonyolítja a beszerzést): a beteg az orvos által felírt recepttel elmegy a patikába és kiváltja gyógyszerét,
5. használó (aki fogyasztja/igénybe veszi a terméket/szolgáltatást): a beteg.

A medicinában a termék haszna a fogyaszthatóságában és fogyasztásában van. Nem várunk tőle többet, mint hogy betöltse azt a szerepkört, ami miatt megvettük. A csomagolás szerepe ez esetben másodlagos, a cél inkább a praktikusság (pl. egyszerű alkalmazhatóság, jó compliance-t biztosító kivitelezés, stb.).

A vásárlói döntések típusai (impulzusvásárlás, rutindöntések, korlátozott döntéshozatal, kiterjesztett döntéshozatal) közül a gyógyszer vásárlása a beteg oldalát tekintve egy kiterjesztett döntéshozatal. Mivel a vásárló páciens orvosi/gyógyszerészi szakképzettsége hiányában nincs minden szükséges információ birtokában, orvosa útmutatása/utasítása

alapján válik egy adott termék fogyasztójává. Az orvos pedig, mint a gyógyszerek elsődleges, „közvetítő” fogyasztója, a tünetcsoport alapján az esetek többségében rutindöntés (szokásokon alapuló) alapján választ orvosságot betege számára. Egy gyógyszer vásárlása mindig feladatorientált vásárlás, fogyasztása pedig érthető, funkcionális fogyasztás (nem szorul magyarázatra, hogy miért van szükség egy gyógyszer alkalmazására). Kivételt képeznek ez alól az életstílus gyógyszerek, melyek fogyasztói célcsoportja az egészséges ember (ezek vásárlása már élményorientált, fogyasztásuk pedig szimbólumfogyasztás).

A vásárlók ma már felkészültek és széles körű tapasztalatok gyűjtése alapján döntenek vásárlásaik során. A sikeres marketingstratégia alapja a fogyasztó/vásárló megismerése, viselkedésének megértése és szükségleteinek meghatározása.

### 3.5 Vásárlási magatartás

A fogyasztók csoportosítása, magatartásuk leírása, jellemzése a piachoz való alkalmazkodás és a versenytársakkal szembeni lépéselőny lételemé.

A vásárlói magatartást befolyásoló fő tényezők (12. melléklet):

- ✓ a környezeti stimulusok,
- ✓ a vásárlói habitus,
- ✓ az adott vásárlás feltételei,
- ✓ a vásárlás következményei.

A fogyasztási döntéshozatal a beszerzési döntés jellege szerint történik. Az összetettebb, nagyobb kockázatú döntések alaposabb mérlegelést és több résztvevő bevonását igénylik. Assel négyféle vásárlói magatartástípust különböztet meg (1. táblázat) a választás bonyolultsága és a márkák közötti különbségek nagysága alapján:

1. táblázat: A vásárlási magatartás négy típusa (Kotler 2004)

	Nagyfokú érdekelttség	Csekély érdekelttség
<b>Jelentős különbségek a márkák között</b>	Összetett vásárlási magatartás	Változatosságot kereső vásárlási magatartás
<b>Elenyésző különbségek</b>	Disszonanciát csökkentő vásárlási magatartás	Rutinszerű vásárlási magatartás

A gyógyszerek esetében disszonanciát csökkentő vásárlási magatartásról beszélünk, hisz fogyasztójának személyes érdekeltsége a vásárlásban igen jelentős, mivel saját egészsége a tét. Szaktudás hiányában a rendelkezésre álló márkák között nem tud különbséget tenni. A vevő (páciens) a vásárlást követően disszonanciát tapasztalhat: érzékeli a gyógyszer mellékhatásait, rossz ízét vagy épp egy másik gyógyszerről hall jó véleményt. Utána jár (pl. az interneten, hasonló cipőben járó betegtársait megkérdezi), egyre több terméket kezd megismerni és a disszonancia csökkentése érdekében saját/orsosa döntése igazolását keresi. A gyógyszerpiaci marketingkommunikáció feladata, hogy megfelelő tájékoztatással segítse a betegeket „vásárlás” utáni kételyeik eloszlatásában, ezáltal együttműködési készségük javításában.

A vényköteles gyógyszerek esetében kutatási eredményeim is igazolják, hogy a vásárlás elsődleges befolyásolója az orvosok. Ezután következnek csak a gyógyszerész és az ismerősök. Az internet penetráció rohamos növekedésének hatására kiemelt befolyásoló ereje lett a blogokban olvasható, sokszor valótlan állító és torz információknak is.

### **3.6 Trendek és ellentrendek**

Gyorsan változó világban élünk, újabb és újabb kihívásokkal állunk szemben. Az új jelenségek trendekké formálódnak, következményeik hatással vannak a marketingdöntésekre. A 13. mellékletben Töröcsik könyvére (2007a) támaszkodva összefoglalom napjaink trendjeit illetve ellentrendjeit és utalok az egészségügyben látható megnyilvánulásaira.

Az egészség trend egyértelmű jele, hogy saját felelősségünk nő. A ma embere többet hajlandó tenni egészségéért. Ezzel egyidőben nő a társadalom felelősségvállalása iránti igény is, hogy az új gyógyítási lehetőségek mindenki számára adottak legyenek. A high-tech eljárások, a különféle emberi szervezetbe beépíthető szerkezetek, a drága gyógyszerek, az innovatív műtétek mind-mind kapcsolatban állnak a high-tech, az „örökké fiatal” és az individualizmus trendekkel és olyan mértékű gazdasági nyomást jelentenek, amivel a társadalom nem képes megbirkózni.

### **3.7 Az egészség új értelmezése**

Napjainkra nem csupán a betegségek gyógyítása lett a cél, hanem az egészség megtartása. Egyre inkább érvényesül az a tendencia, miszerint „az egészség csinálható, fogyasztható”.

Az egészségügy összenő az élelmiszergyártókkal (functional food), a turizmussal (spa), stb. és így lesz a páciensből vásárló és jelenik meg az élményvásárlás az egészségpiacon is.

Nehéz lenne megmondani, hogy ez az egészségtudatos trend generálja az egészség piacának bővülését vagy a gyártó/szolgáltató oldal indukált efféle igényeket árbevétele további növelésének érdekében. Én a magam részéről ez utóbbira teszem le voksomat, megjegyezve azt, hogy ez kétélű: az egészségtudatosság magában hordozza a prevenció fontosságát, viszont veszélyeket rejt a túl korai vagy éppen nem helyénvaló gyógyszerkezést illetően (az OTC szerek piaca folyamatosan nő).

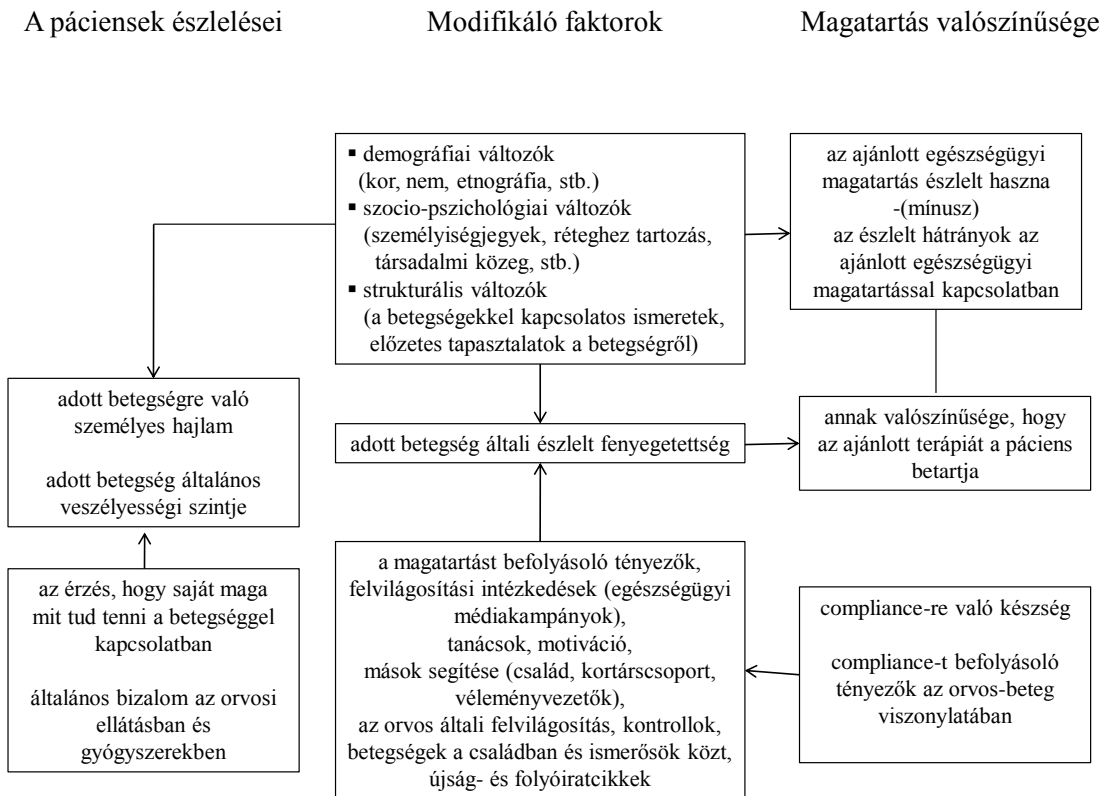
Az információs társadalom fejlődésével olyan lehetőségek nyíltak meg a gyógyszercégek előtt is, amelyek új magatartást és vevőkezelést eredményeztek. Nehezítő tényező azonban, hogy a fogyasztók állandóan változtatják „színüket”, új vonások jellemzik magatartásukat, nem érhetőek el vagy csak „meddő szórással”. A figyelmet ma már éppoly nehéz felkelteni, mint fenntartani. A érdeklődés fenntartása és a fogyasztók megőrzése érdekében újabb és újabb marketingkommunikációs eszközök látnak napvilágot: hírlevelek, e-mail marketing, Permission Marketing (az ügyfelek szabadon állnak kapcsolatban az adott céggel, mert előnyük származik a folyamatos informálódásból), vírusmarketing, M-marketing (SMS, MMS), ambient-marketing (minden olyan helyen történő reklámozás, ahol a vevők megfordulnak), event-marketing (fogyasztók „egybetelése” rendezvényekkel) (Törőcsik 2007a).

### **3.8 Az egészségre vonatkozó magatartást leíró modellek**

#### **3.8.1 Egészséghit modell - Health Belief Model**

A modell egészségügyi magatartás-választásra keres magyarázatot. Az elvárás-érték elméleten alapul, mely szerint az egyének értékelik cselekvéseik hatásának várható következményeit és igyekeznek azok lehető legnagyobb értékét elérni. Minél nagyobb az elvárás és minél jelentősebb a következmény, annál nagyobb a motiváltság.

A Health Belief Model arra a feltételezésre épül, amely szerint az emberek hajlandóak lépni az egészségükkel kapcsolatban (legyen az szűrés, felmérés, ellenőrzés, megelőzés), ha úgy vélik, hogy hajlamosak valamilyen betegségekre és azt súlyosnak, fenyegetőnek tartják. A Health Belief Model legfontosabb elemeit foglalja össze a 10. ábra.



10. ábra: A Health Belief Model legfontosabb elemei (Simon 2010)

A modell eredeti célja szerint egyszeri alkalommal történő megelőző akciók (pl. szűrővizsgálat, védőoltás) mozgósító tényezőit akarta feltárni és mérni, amely a legtöbb embertől egyszerű cselekvési akciót kívánt meg.

A modell első megfogalmazása óta jelentős változások történtek: az egészségügyel kapcsolatos magatartások súlypontja átkerült az életmóddal és életstílussal kapcsolatos hosszú távú magatartásra.

### 3.8.2 Prevenció motiváció elmélet

Az elmélet az egészséghit modellből indul ki, részben azt fejleszti tovább. Ez a modell már több szempontot is figyelembe vesz, többek között a kompetenciát (az én-hatékonyságot), az eredményességet, a probléma súlyosságát és az egyéni veszélyeztetettséget.

Lényegében ez az elmélet a magatartási szándékhoz vezető tényezőket a motiváció szempontjából veszi számba. A betegség súlyosságán és az egyéni veszélyeztetettség

kívül az is fontos motiváló tényező, hogy mennyire tartjuk a leendő viselkedést hatékonynak, eredményesnek (Pikó 2006).

### 3.8.3 Az indokolt cselekvés elmélete - Theory of reasoned action (TRA)

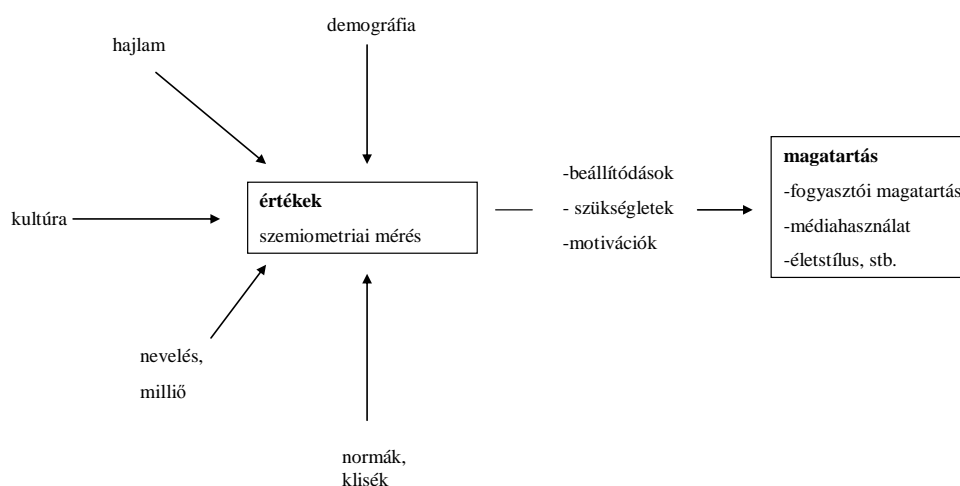
Ajzen és Fishbein elmélete szerint a beállítottságot és attitűdöt a magatartási szándék illetve az egészséggel kapcsolatos tevékenységekkel és eredményükkel kapcsolatos elképzelés és meggyőződés határozza meg. Az egyénnek tudatában kell lennie befolyásoló képességének.

### 3.8.4 A szándékolt cselekvés elmélete – Theory of planned behavior (TPB)

Az elmélet az indokolt cselekvés elméletének (TRA) a továbbfejlesztése, hozzáteszi még az észlelt viselkedéskontrollt is. Felhívja a figyelmet a hiedelmek kritikus szerepére, amelyek a szándék és a tényleges magatartás előfutárai. Közkedvelt modell az egészséggel kapcsolatos viselkedés és magatartás-elemzéseknél (Lányi 2008).

### 3.8.5 Szemiometriai modell

A szemiotikai közelítés a vizsgált személy számára az adott fogalom fontosságát, szimpatikusságát vizsgálja és a kapott eredmények alapján csoportokba tagolja a megkérdezetteket. A szemiotikai vizsgálatokkal azokat a jeleket azonosíthatjuk, amelyek fontosak egy-egy csoport számára (Törőcsik 2007a). A szemiometriai modell (11. ábra) alkalmas például annak meghatározására (indirekt módon), hogy az egészség mennyire fontos érték egy fogyasztó számára.



11. ábra: Szemiometriai modell (Törőcsik 2007a)

A modell abból indul ki, hogy az értékek az ábrán feltüntetett tényezők eredményeként alakulnak ki. Mélyebb elemzéshez, a vásárlói magatartás magyarázatához a rejtett struktúrákat is vizsgálni kell.

Ha egy érték - például az egészség – megjelenik az egyén értékrendjében, akkor ez keresletet eredményez. Ennek kielégítésére az egyén feltérképezi a kínálatot, hogy megtalálja a számára megfelelő megoldást. Ennek vizsgálatára lehet alkalmas a trendaffinitás, amely a környezetben tapasztalható új jelenségekre, kínálati elemekre való reakciókat jelzi.

### **3.8.6 Eszköz-cél lánc modell**

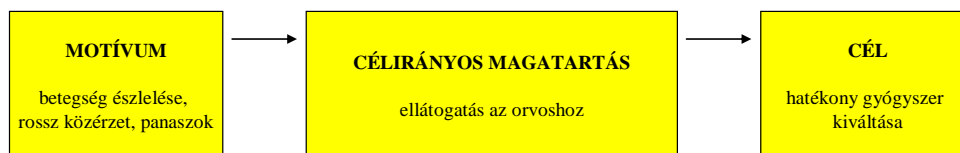
Az eszköz-cél lánc modell egyszerű hierarchikus tudásstruktúra, mely terméktulajdonságokat, konzekvenciákat és értékcsoportokat tartalmaz (pl. alacsony zsírtartalmú ételek – egészséges táplálkozás – nincs érrendszeri károsodás – érték = egészségtudatosan élni). Az eszköz-cél lánc olyan modell (értékkutatások mikro-megközelítése), amelynek az a célja, hogy megmagyarázza, hogy a termék/szolgáltatás választása miként segíti elő a vágyott életcél elérését. A modell elemei bemutatják a fogyasztás folyamatát, melynek során az értékeket és a magatartást kapcsolják össze. Ez az angol nevén means-end-chain koncepció lehetővé teszi a termékek oly módú pozicionálását, hogy azokat a fogyasztók különféle életcélokkal asszociálják. Az elmélet azon alapul, hogy a termék a vásárlója számára egy cél, egy kívánság elérésének az eszköze, így a termék nem önmagában hasznos, hanem azért, hogy egy kitűzött cél eléréséhez segíti hozzá vásárlóját (Törőcsik et al. 1998). Hangsúlyeltolódás van az egyénre irányuló értékek irányába, szemben a másokra irányuló értékekkel. Az egészség, boldogság és a belső harmónia (az egyén személyes fizikai és érzelmi állapota) egyre népszerűbb (Hofmeister-Tóth 2008).

### **3.9 A motiváció**

Az ember viselkedésének megértését a motiváció pszichológiája szolgáltatja. A motívumok indítékok, amelyek a magatartásunkat mozgatják. Ezek harcából születik a szándék és az elhatározás, majd abból pedig a cselekvés.

A motiváció dinamikus folyamat, amelynek három lépcsője van (12. ábra):

1. ösztön/szükséglet (állapot, amely a viselkedést motiválja),
2. magatartás (amelyet a szükségletek és ösztönök irányítanak),
3. cél.



12. ábra: A motivációs folyamat egyszerű modellje (Hofmeister-Tóth 2008)

A motívumok osztályozása:

- ✓ *ösztönök (elsődlegesek)* – fiziológiai szükségletek és *tanultak (másodlagosak)* illetve
- ✓ *pozitívak*: amire vágyunk és *negatívak*: amit megpróbálunk elkerülni (Hofmeister-Tóth 2008).

Az egészséggel kapcsolatos motívumok osztályozását és a motivációkat a 2. táblázat illetve a 3. táblázat mutatja.

Az egészségtudatos fogyasztói viselkedéshez motiváció mindenképpen szükséges. A szükségletek/motívumok a motiváció dinamikus folyamatának az első lépcsői. Alap elvárás részünkről jó közérzetünk és erőletünk. Ha valamilyen tünet, panasz miatt ez veszélybe kerül, megoldást keresünk rá. Egyénenként eltérő az a határ a tünetek mértékét és fennállásának időtartamát tekintve, amikor orvoshoz fordulunk. Ez sokszor nagyban meghatározza a terápiát és annak várható hatékonyságát.

Fontos szerepe van azon folyamatokban való részvételünknek, amelyekkel hozzájárulhatunk egészségünk megőrzéséhez. Ezek tanult motívumok. Ide sorolhatóak a védőoltások és a szűréseken való részvétel.

2. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos motívumok osztályozása (Hofmeister-Tóth 1996)

	<b>tanult</b>	<b>nem tanult</b>
<b>pozitív</b>	sportolni, egészségeset enni	enni
<b>negatív</b>	orvoshoz menni	fájdalmak



3. táblázat: A fogyasztókat 8 alapvető motiváció készíti vásárlásra (saját szerkesztés Varga 2001 alapján)

A motiváció megnevezése	A motivációs folyamat
<p>Negatív vagy ellentétes eredetű:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Problémamegoldás vagy megszüntetés</li> <li>2. Problémaelkerülés</li> <li>3. Nem teljes megelégedettség</li> <li>4. Vegyes megközelítésű elkerülés</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tünetünk, panaszunk van: szakembert és/vagy gyógyszert keresünk, hogy megoldja problémánkat.</li> <li>2. Egészségünk megőrzése érdekében szűrésekre járunk, védőoltásokat kapunk.</li> <li>3. Választott gyógyszerünket nem véljük elég hatékonynak.</li> <li>4. Gyógyszerünk hatékonysága jó, viszont mellékhatásai gondot jelentenek számunkra. Jobb tolerálhatóságú készítményre vágyunk.</li> </ol>
<p>Enyhén negatív eredetű:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Normális fogyasztás</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ha elfogy „házipatikánkból” a vény nélkül is beszerezhető fájdalom- és lázcsillapítónk vagy vitaminunk, pótoljuk, hogy szükség esetén legyen otthon.</li> </ol>

A gyógyszerek vásárlása külső kényszer hatására bekövetkező negatív motiváción alapul és bonyolult döntést igényel a vásárló részéről. A gyógyszer bizalmi árú, megvásárlásával kimagasló kockázatot vállal a páciens: nem elég, hogy hat-e a szer, hanem kiemelten fontos a kedvező mellékhatás-profil is.

### 3.10 Attitűdök

Az attitűdök saját, a valósággal (személlyel vagy tárggyal) kapcsolatos tapasztalatainkból és a rendelkezésünkre álló információink alapján alakulnak ki. Az attitűd értékelést és érzelmet is kifejez. Az attitűd tanulható és viszonylag állandó (változhat, de nem túl gyorsan). Minél erősebb egy attitűd, annál valószínűbb, hogy hatással van a magatartásra is. A marketingkutatásoknál leggyakrabban használt modell, Fishbein többtényezős attitűdmodellje. A modell információt szolgáltat arról, hogy milyen termékjellemzők fontosak a vásárlók számára.

### 3.11 Szegmentálás

A piaci szegmentáció a marketing nélkülözhetetlen eleme a gyógyszerpiacon is. Nagyon fontos megérteni, hogy mely faktorok befolyásolják az egyes doktorokat a gyógyszerfelírásban.

### **3.12 Vásárlás utáni folyamatok**

A termék kifizetésével még nem ér véget egy vásárlási folyamat. Mindig a használat/fogyasztás során dől el, hogy megfelel-e a termék az elvárásoknak. Tartósan szedendő gyógyszerek esetében ennek kiemelt a jelentősége a beteg-compliance szempontjából. A rendelőből való távozás után az előírások betartásáról már kizárólag a beteg dönt. Az egyes páciensek compliance-ét meghatározza az egészséghez illetve betegséghez való viszonyulásuk, az ezzel kapcsolatos neveltetésük, az egészségügyi kultúra, az egyéni életstílus és az adott élethelyzet. A compliance a beteg magatartásformája, amely az orvosi rendelő és a patika elhagyása után alakul ki és ezért befolyásolásának már ezen egészségügyi szolgáltatóknál el kell kezdődnie (Simon et al. 2000b).

Világszerte megfigyelhető jelenség a betegek ismeretszintjének növekedése. Ebben szerepet játszik az iskolázottság, a különféle ismeretterjesztő kiadványok és a média. A közelmúltban jelentősen megemelkedett a laikusok egészségügyi információkhoz való hozzáférése (pl. az internet penetráció ugrásszerű növekedésével), felértékelődött a közvélemény szerepe. A tudásszint növekedése az igény szint növekedésével jár (Pataky 2002). A beteg elvárja a hiteles tájékoztatást és szerepe érvényre jut a terápiás döntéshozatalban.

A PricewaterhouseCoopers Healthcare unwired című tanulmánya során 35 mélyinterjú, 2 000 laikus és 1 000 orvos online felmérése alapján vizsgálta a mobiltechnológia egészségügyi vonatkozásait az Amerikai Egyesült Államokban 2010 nyarán. A kutatás során megkérdezett orvosok egyetértettek abban, hogy a beteg együttműködési készsége kulcseleme a sikeres terápiának. A szakemberek 88%-a szeretné, ha betegei maguk monitorozhatnák saját állapotukat, ugyanis véleményük szerint távoli monitorozással vagy e-mail illetve SMS kapcsolattal a rendelőbeli orvos-beteg találkozások 11-30%-a elkerülhető lenne. A megkérdezett laikusok fele állította, hogy vásárolna mobilkommunikáció alapú egészségügyi eszközt, sőt 40%-uk hajlandó lenne még havi díjat is fizetni ilyen plusz szolgáltatásért (PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute 2010).

Az USA-ban a receptköteles készítmények laikus reklámozása 1997-től legális. Ez szintén abba az irányba mutat, hogy beleszólása lehet a betegeknek a gyógyszerválasztásba

(Jaakola et al. 2007). Megemlítendő a társadalmi értékrend átalakulásának folyamata is, melynek eredményeképpen változik a tekintélyhez való viszony. „Bár bizonyos értelemben a beteg továbbra is kiszolgáltatott, az orvos már nem mindenek felett álló orákulum” (Szabóné Pataky 2002).

## 4. HAZAI GYÓGYSZERPIAC AZ EZREDFORDULÓN

### 4.1 A gyógyszerpiac liberalizálásának következményei

Magyarországon a gyógyszerpiac liberalizálása a gyógyszerválaszték gyarapodását, a medicinák árának emelkedését és eladott mennyiségének növekedését hozta magával (Cégvezetés 2001). 1992-ben 1679, míg 1999-ben már 3994 készítmény volt forgalomban (14. melléklet). Ezidő alatt a hatóanyagok száma 890-ről 1200-ra emelkedett (Vitrai et al. 2006). Az importliberalizáció előtt termelői ár alapján 74% volt a hazai gyógyszerek részesedése, ami 1999-re nem haladta meg a 39%-ot.

A gyógyszerek forgalomba hozatalának szabályozása és a finanszírozás nem tudta a gyors változásokat követni, jelentős költségvetési hiány alakult ki. Hazánkban az egészségügyi kiadások 30%-át a gyógyszerekre fordított költségek tették ki (Gazdasági Versenyhivatal 2003), szemben a 15%-os európai uniós átlaggal (Lepp-Gazdag et al. 2005). A 2006-os gyógyszerkiadás közel 395 milliárd forint lett (Korányi 2007) (az előirányzat 298 milliárd forint volt).

A magas gyógyszerkiadás elsődleges okai (Med-courier 2000):

- ✓ az átlagéletkor emelkedése,
- ✓ a lakosság rossz egészségi állapota (megváltozott betegségstruktúra),
- ✓ a betegségek egyre korábbi felismerése,
- ✓ az életminőség javításának a felértékelődése,
- ✓ a gyógyszergyártók erős lobbija és marketingereje,
- ✓ a közgyógyellátottak költségérzékletlensége,
- ✓ az orvosok receptfelírási szokásait az állam nehezen tudta befolyásolni.

A 2007-re tervezett 364 milliárdos gyógyszerkassza nem lett volna tartható, mivel az éves gyógyszerfogyasztás növekedése meghaladta a 15%-ot (az európai uniós átlag 9-10%) (ESKI 2007a). Az Egészségbiztosítási Alap gyógyszer-támogatási tétele 1993-tól 2006-ig nominálértékben (ESKI 2007b) nyolcszorosára nőtt (15. melléklet).

Az egészségügyi reformokkal a kormány a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök kasszájának túlköltekezése ellen vette fel a küzdelmet. A 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a

gyógyszerforgalmazás általános szabályairól (későbbiekben: „gyógyszer-gazdaságossági” törvény, „Gyftv.”) célja a túlzott gyógyszerfogyasztás tendenciájának megállítása és az olcsóbb, generikus szerek fogyasztására való áttérés volt. A kormány az intézkedésektől a GDP 0,2%-át elérő megtakarítást remélt (Rékassy 2006).

## **4.2 Kiadás kontrolláló intézkedések**

A 2006 és 2009 között életbe lépett jogszabályokat a 16. számú melléklet tartalmazza.

### **4.2.1 A gyógyszerár-támogatási rendszer vizsgált időszakban történt főbb változásainak időrendi áttekintése**

*2006. július:* Elfogadta az egészségügyi biztosítás és ellátás átalakításáról szóló Zöld könyvet a kormány. A zöld könyv egy szakterületet leíró fehér könyvből (állapotleíró tanulmány egy-egy terület/ország aktuális helyzetéről; nem tartalmaz megoldási javaslatokat) és az abban feltárt problémákhoz, kihívásokhoz rendelt megoldási lehetőségekből áll. A magyar egészségügyről szóló Zöld könyv minden fejezete két részre oszlik: a hazai állapotok leírására, a probléma részletes ismertetésével és a nemzetközi példákból kiolvasható, jellemzőbb megoldási lehetőségek bemutatására.

*2006. október:* Az orvos és a gyógyszert kiadó patikus köteles tájékoztatni a betegeket a rendelkezésre álló, azonos hatóanyagú, illetve hasonló terápiás hatású alacsonyabb árú készítményekről („Gyftv.”). Abban, hogy biztonságos és szakmailag megfelelő, ugyanakkor gazdaságilag is hatékony legyen a gyógyszerfelírás, egy szoftver lett az orvosok segítségére. Ha az orvosok a drágább készítményt rendelik szakmai indok vagy a beteg írásos kérelme nélkül, akkor kötelező továbbképzés, figyelmeztetés, pénzbüntetés vagy akár szerződésbontás volt a tervezett következmény (élesben indulásának határideje folyamatosan tolódott). A bolus-malus rendszer azon praxisokat büntette volna, ahol a doktor az átlag felett 15%-kal ír fel gyógyszert. A patikusoknak pedig kompenzáció járt volna arra az esetre, amennyiben helyettesítik a drágább készítményeket.

A delistázódási határérték a referenciatermék napi terápiás költségéhez (NTK) képesti +20% (efelett elveszítik támogatottságukat a gyógyszerek).

*2007. január:* A referenciák minősítéséhez legalább 1%-os piaci részesedés (6 havi forgalomból 4 egymást követő hónapon át) szükséges. Ennek köszönhetően olyan

generikumok is forgalomba kerülhetnek, amelyek ellátási biztonsága kétséges (a fantomkészítmények olyan gyógyszerek, amelyek be vannak jelentve, de nincsenek jelen a piacon). Folyamatos a támogatott készítmények körének felülvizsgálata és negyedévenként van fixesítés. Szigorodott és nyilvános lett a gyógyszerek társadalombiztosítási listára kerülése. Az a cél, hogy az újabb készítményeket minél gyorsabban bevezessék a terápiás gyakorlatba, ezzel is ösztönözve a versenyt, amely gazdaságossá teszi a gyógyszerrendelési szokásokat.

Átalakult a teljes gyógyszerár-támogatási rendszer. Megváltoztak a normatív gyógyszerár-támogatási kulcsok: az eddig 90%-os támogatás 85% lett (átlagon felüli támogatási kategória), a 70%-os 55% (átlagos támogatási kategória), míg az 50%-os 25% (átlag alatti támogatási kategória). A változtatások eredményeképpen kb. 3 000 gyógyszer lett drágább. 1638 készítmény térítési díja 30-50% között emelkedett, 882 gyógyszeré pedig több mint 50%-kal nőtt. 19 termék támogatása lett magasabb. A cukor- és szívbetegek egyes gyógyszereinél a támogatási mérték nem változott, viszont az antibiotikumoké és egyes fájdalomcsillapítóké igen (Népszava online 2007).

2007-ben megszűnt a gyógyszerek térítésmentessége. A minimális térítési díj a kiemelt támogatási kategóriájú medicinák esetében 300 forint. A közgyógyellátottak ezt a keretük terhére fizetik.

*2008. október:* A frissített „korbácsrendelet” (A minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről szóló 17/2007. (II.13.) Kormányrendelet) értelmében az OEP által negyedévente kihirdetett, elvárt egynapi terápiára jutó tb.támogatás összegénél többet utalványozó orvosoknak kötelező továbbképzésen kell résztvenniük (csak a normatív társadalombiztosítási támogatottságú gyógyszerekre vonatkozik). Az eredeti, anyagi büntetéssel fenyegető 2007-es jogszabályt a szakmai szervezetek tiltakozása miatt végül nem vezették be.

*2008. november:* A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény eredményeképpen folyamatosan csökkentek a generikus gyógyszerárak (voltak olyan készítmények is, melyek ára két éven belül az egynegyedére csökkent). Ez a tendencia a nemzetközi árak vizsgálata alapján a továbbiakban is folytatódni fog. A gyógyszerpiaci reformok következtében a hazánkban hozzáférhető generikumok ára 2008-ra elérte az európai árszintet (Krasznai 2008).

A tárca kommunikált célja, hogy a gyógyszer-támogatási rendszer hatékonyságának javulásából eredő tartalékok terhére, újabb terápiás lehetőségek váljanak elérhetővé a betegek számára. Viszont nem szabad figyelmen kívül hagyni azt sem, hogy mindemellett a gyártók között indukált árverseny ne veszélyeztesse a gyógyszerbiztonságot és az ellátás zavartalanságát. A generikus program akkor jó, ha az orvosok és gyógyszerészek közötti szakmai együttműködés erősödik és stabilizálódik az orvos-beteg-patikus kapcsolatrendszer bizalmi jellege.

A fennálló jogszabályok értelmében a helyettesítési listán szereplő gyógyszerek közül a patikusnak fel kell ajánlania páciensének az olcsóbb készítménnyel történő helyettesítést (kivételt képez, ha az orvos a referenciakészítményt vagy még annál is olcsóbb terméket írt fel a receptre vagy ha a vényen jelölve a helyettesítést megtiltotta). A magyar gyógyszerészek a generikus helyettesítésben a mai napig anyagilag ellenérdekeltek, hisz az olcsóbb termék kisebb árrés-tömeget jelent számukra. Évek óta tervben van a gyógyszerészi ösztönző rendszer felállítása, viszont ez az egymással ellentétes érdekek ütközése miatt egyelőre még várat magára (Palla 2008).

*2008. november 15-től:* A „szankciós-/korbácsrendelet” újbóli módosításának eredményeképpen az „országos átlag” helyett egy ún. „célértékhez” viszonyította az OEP az orvosok rendelési gyakorlatát. A „célérték” (az egy napi terápiára jutó tb-támogatás összege forintban kifejezve ATC-csoportonként) egy elvárt érték, amelyet minden naptári negyedév első napján a következő negyedévre előre az Egészségügyi Miniszter tesz közzé a [www.eum.hu](http://www.eum.hu) honlapon. A rendszer kizárólag a normatív jogcímen felírt gyógyszerrendeléseket figyeli, az emelt és kiemelt jogcímekeket nem. Az „orvos átlag” az orvos által az adott negyedévben felírt és a betegek által kiváltott egy napi terápiára számolt társadalombiztosítási támogatás átlaga forintban ATC-csoportonként. Az „eltérés” az „orvos átlag” és a „célérték” %-os eltérése ATC-csoportonként. A „B-súly” az orvosra jellemző eltérés mérőszáma.

Ezzel egyidőben 35-ről 8-ra csökkent a megfigyelt ATC-csoportok száma. Viszont ezen ATC-csoportokon belül negyedévente változhat a csoportokon belül a figyelt hatóanyagok köre. Nem veszik figyelembe a „pro família” jogcímen írt recepteket és azokat, akik egy negyedév során 50 ezer Ft alatti tb-támogatást generáltak a megfigyelt ATC-csoportokban, valamint ahol 500 terápiás napot meg nem haladóan rendeltek gyógyszert tb-támogatással.

Minden negyedévet követő második hó 15-ig az OEP honlapján teszi közzé az orvosok értékelését.

Amennyiben egy önálló terápiás területen valaki pozitív irányban eltér a célértéktől, a MEP tételes helyszíni ellenőrzést tarthat. A 2009. március 31-től kiváltott receptek esetében a legnagyobb pozitív B-súllyal rendelkező orvosok felső 5%-át egy OEP által szervezett kötelező továbbképzésre utasítja a MEP. Ennek költségét az orvosok fizetik. A célérték túllépése miatt anyagi szankció továbbra sincs, azonban hibásan rendelt gyógyszerek (pl. rossz BNO kód, nincs emelt jogcímű szakorvosi javaslat, stb.) támogatását visszafizethetik.

*2008. december:* Az egészségügyi „salátatörvény” elfogadása. Ennek részét képezik a gyógyszer-támogatási és –befogadási rend változásai és a delistázási szabályok módosulásai. A tárca mindentől a választható támogatott gyógyszerek körének bővülését várta illetve azt, hogy tovább csökkennek az árak.

*2009. április:* Az átlagon felüli támogatási kategória maximálisan adható %-os támogatási kulcsa 85%-ról 80%-ra módosult (ez átlagosan 100 Ft-nyi térítési díj növekedést jelentett a betegeknek). Ez a teljes gyógyszerkör 10%-át, kb. 500 gyógyszert érintett. A különböző támogatási kategóriákon (90%, 70%, 50%) belül egyes eü. pontok hatályukat veszítették.

*2009. július:* Ekkortól az azonos hatóanyag-tartalmú készítményeknél a helyettesíthetőség lehetőségéről és a legalacsonyabb térítési díjról való betegtájékoztatás megtörténte dokumentálandó. Szakmailag indokolni kell a helyettesíthetőség letiltásának okát is a 257/2008. (X. 21.) Kormányrendelet szerint.

Megváltoztak a receptek (új alak és új tartalom), annak reményében, hogy gyorsabb lesz a gyógyszerkiadás és egyszerűsödik a patikusok dolga. A receptekre extra vonalkódok kerültek, melyet az orvosnak kell rányomtatnia a vényre egy program segítségével. Ez a beteg nevét, TAJ-számát, betegségének kódját és felírt gyógyszerének nevét rögzíti elektronikusan. A vonalkódot a patikus egyszerűen leolvashatja (eddig minden adatot külön kellett begépelnie). A vonalkód leolvasásával ellenőrizni lehet a szakorvosi jogosultságokat is.



Az extra vonalkód mellett a doktorok pecsétszámára és a javaslat kiállításának dátumára is külön részt alakítottak ki. A vényen külön hely van a beteg és orvos aláírásán kívül a gyógyszer átvevőjének aláírására is. Az új recepteket az orvostól történő átvételkor is alá kell írni. Amennyiben hibás vagy nem olvasható a vonalkód a patikusnak a szöveges részt kell figyelembe vennie a recepten. A vény hátoldalán a betegek számára tájékoztató szöveg került és maradt hely az esetlegesen feltüntetendő nyilatkozatoknak is. Az új vények nyomtatásához szükséges eszközök költségeire praxisonként egyszeri tízezer forintot kaptak a házi orvosok.

*2010. január:* A 2006. évi „gyógyszer-gazdaságossági” törvény (Gyftv.) több helyen is módosult. Bevezetésre került a nemzetközi referenciaárazás jogintézménye. Eszerint az OEP évente legalább egyszer felülvizsgálatot tart a legmagasabb támogatás-kiáramlást generáló, fix támogatású gyógyszerek esetében. Az OEP a nemzetközi ár-összehasonlítás eredményeképpen kizárja azokat a termékeket a támogatásból, amelyek termelői ára legalább 40%-kal magasabb az EU- és az EGT (Európai Gazdasági Térség)-tagállamokban forgalomban levő öt legalacsonyabb árú ugyanazon vagy azonos hatóanyag-tartalmú gyógyszerek árának számtani átlagánál.

Az innovatív készítmények esetében a támogatásba való befogadás során meg kell adni a 32/2004 (IV.26.) ESzCsM rendelet mellékletében szereplő, EU-tagállamokban forgalmazott azonos hatóanyag-tartalmú gyógyszerek árát és az OEP csak a legalacsonyabb áron fogadja be Magyarországon a készítményt.

A Gyftv. módosítása hatályon kívül helyezte azt a rendelkezést, miszerint a gyártó a nem támogatott termékek esetében maximált árat határozhatott meg. A gyártó kereskedelmi partnereivel továbbra is köthet olyan szerződést, amely maximált árat határoz meg. A gyógyszertárak az OEP által megállapított térítési díjből nem adhatnak kedvezményt a támogatott gyógyszerekre (PIRULAtrend 2010).

*Az állam és a cégek közös kockázatviselése (a kassza hiányából mindenkinek vállalnia kell)*

A törvény alapján a gyógyszer-ártámogatási keret legfeljebb 10%-áig terjedő túllépését az OEP, a gyártók és a forgalmazók közösen fizetik meg. Az egészségbiztosítási alap degresszíven, a gyártók, valamint a forgalmazók progresszíven vesznek részt a túllépés mérséklésében. Az állam 2007-ben 364 milliárd forintos gyógyszerkasszával számolt,

amiből 44 milliárd forintot fizettet ki a gyártókkal. Amennyiben a támogatás átlépi a 364 milliárd forintos határt, akkor 400 milliárd forintig a gyártók a túlköltekezés felét fizetik a kasszába, ha pedig a 400 milliárdot is átlépi, akkor az azon felüli résznek már az egészét. A gyártóknak különféle címen 2007-ben sok tízmilliárd forintot (kb. 120 milliárd forintot) kellett befizetniük az egészségbiztosítási alapba.

A gyógyszerpiaci szigorítások hatására az OEP kasszájában 40 milliárd forintnál nagyobb volt 2007-ben a megtakarítás. Ez a cégek között generált árleszorító versenynek, a tb.támogatási kulcsok csökkentésének és a gyártókra kivetett 12%-os adónak volt az eredménye (ebből 22,4 milliárdot szedett be az APEH). Az óriási adóterhet a gyógyszercégek megérezték: promóciós kiadásait lecsökkentették, létszám stoppra kényszerültek és átalakították struktúrájukat (Világgazdaság 2008).

### *Befizetési kötelezettségek*

Háromféle adó:

1. 5%-os ÁFA,
2. 12%-os rabatt: az egészségbiztosító gyógyszerkasszájának tervezett összegét meghaladó gyógyszerforgalom után kell befizetniük a cégeknek az adót valamennyi közfinanszírozásban részesülő, közforgalmú gyógyszertárban forgalmazott gyógyszer után (a tárgyévi forgalmi adatok alapján adódó társadalombiztosítási támogatásnak a termelői árral arányos részére 12%-os befizetési kötelezettség; 2009-ben ezen a jogcímen befizetett összeg 37 milliárd forint volt),
3. sávós adónem: amennyiben a rabatt sem fedezi a gyógyszerár-támogatás összegét, úgy e fölött életbe lép a sávós befizetés; a gyógyszerkassza túlköltése esetén a forgalomba hozatali engedély tulajdonosai a forgalmuk növekedésének arányában előre meghatározott sávok alapján részben vagy egy adott szint felett egészben vissza kell, hogy fizessék a túlköltést. A sávós visszafizetés még nem lépett életbe.

A fix támogatási összeg meghatározását jelentő referencia árnál alacsonyabb árú termék esetében a gyártónak/forgalmazónak nem kell megfizetni a 12%-os forgalomarányos befizetést (kötelező kereskedelmi rabatt), ha legalább 3 évig a vállalt áron forgalmazza a készítményt.

Az orvoslátogatók (számuk Magyarországon 2006-ban kb. 2 700) után kötelezően fizetendő az 5 millió forintos (eddig 15 ezer forint volt) regisztrációs díj és az évente 1 millió forintos megújítási díj (licencdíj). 2009-ben ez 10 milliárd forint volt. A kormány szigorította a gyógyszergyártók orvosi rendelőkben folyó promóciós és marketing tevékenységét is.

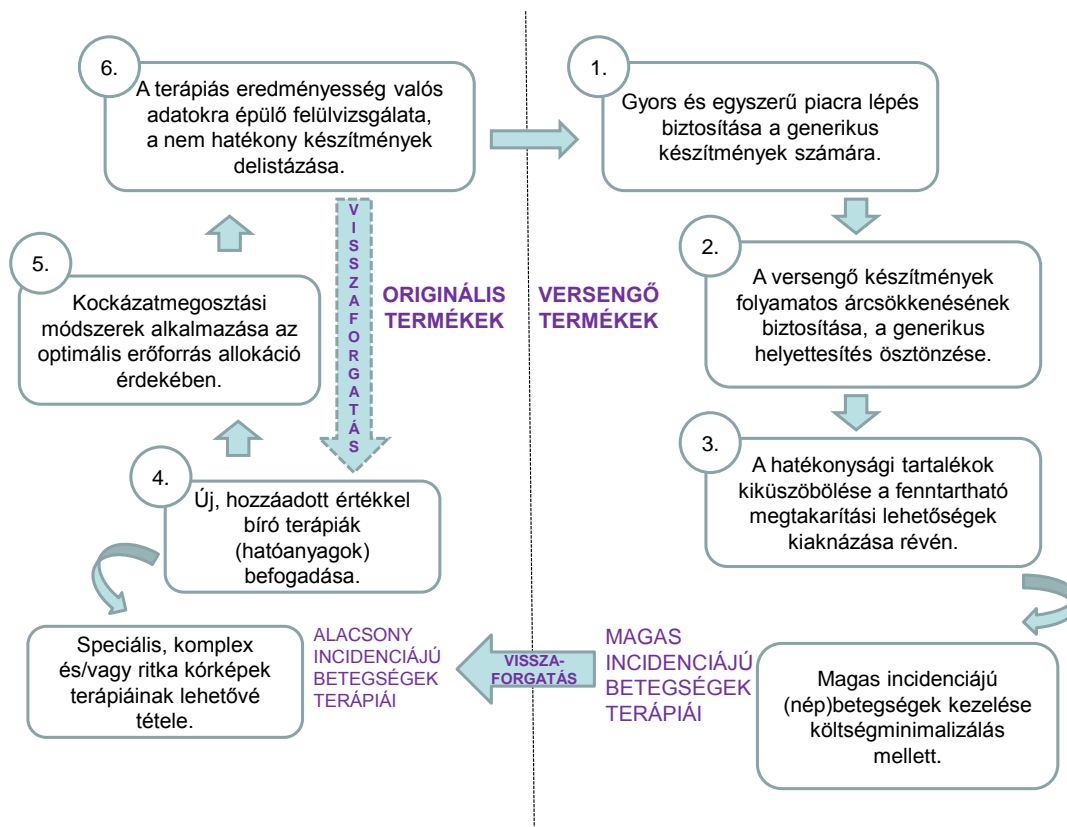
2007-ben 23, 2008-ban pedig 33,3 milliárd forintot vont el a cégektől a befizetési kötelezettség, aminek kedvezőtlen hatása azonnal megmutatkozott a K+F tevékenységekben és a beruházások apadásában. A KSH adatai szerint 2007-ben az ipari alkalmazottak 2%-át itt foglalkoztatták és az ipari termelés 2,7, az ipari export több mint 3,3, az ipari beruházások 6,6%-át ez az ágazat adta, de a különadók miatt megtorpant ez a fejlődés (Nógrádi Tóth 2009). A gyógyszercégek kedvezőbb körülményeket találva beruházásaikkal megindultak Kína és India felé.

Az itthon tartás érdekében a gyógyszeripar és a biotechnológiai ágazat fejlesztését megcélözva 2009 júliusában a kormány elfogadott egy speciális, a gyógyszeripart és a biotechnológiát támogató akciótervet (2009-2013 közötti időszakra), melynek célja az, hogy a szektor továbbra is prosperáló iparág maradjon (Tóth 2010). Az akcióterv három alapelemre épül: a kutatás-fejlesztésre (K+F), a gyógyszergyártásra és a gyógyszerfelhasználásra. A vállalatok 2009- évi K+F ráfordításait 2010-ben 20%-os mértékig leírhatják a 12%-os külön befizetési kötelezettségükből, amelyet az egészségbiztosítási alap által támogatott gyógyszerek termelői áron számított forgalma után kell befizetniük az egészségbiztosító kasszájába. A leírás mértéke 2010-től 100%, amit először 2011-ben lehet elszámolni.

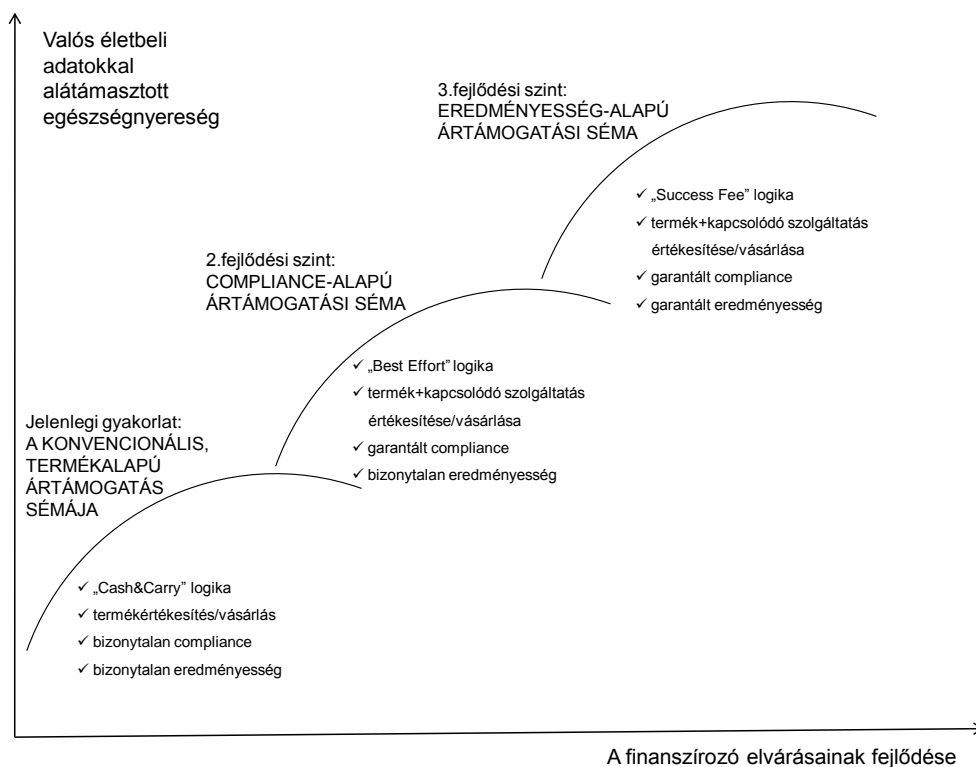
Egyes hírek szerint az OEP a jövőben új típusú gyógyszer-támogatási szerződéseket szeretne kötni a gyártókkal. A finanszírozó ez esetben nem a klinikai vizsgálatok eredményei, hanem a valós életbeli hatásosság alapján fizet a készítményekért.

Az OEP túl szeretne lépni az eddigi pénzügyi jellegű kockázatmegosztáson. A biztosító a konkrét gyógyszerek támogatása helyett olyan finanszírozási technikák alkalmazására készül, melynek keretei között a beteg és az OEP a tényleges terápiás hatásért fizet. A biztosító a jövőben nem az orvossághoz kapcsolódó ígéret jegyében adna támogatást,

hanem a valós, kimutatható hatásokra. Terveinek kommunikált célja a terápiás eredményesség és a terápiahűség előmozdítása. Ez esetben kulcskérdés lesz az eredményesség mérhetősége. Az OEP gyógyszer-támogatási filozófiáját a 13. ábra szemlélteti.



13. ábra: Az OEP gyógyszer-támogatási filozófiája (Tóth 2010)



14. ábra: Elmozdulás az eredményesség-alapú támogatási rendszer irányába

(Tóth 2010)

Az eredményesség-alapú ártámogatási séma (ebbe az irányba való elmozdulást a 14. ábra mutatja be) esetében a gyártók ki lesznek szolgáltatva az orvosoknak és a betegeknek, hisz egy gyógyszer csak akkor lehet eredményes, ha megfelelő indikációban, megfelelően alkalmazza az orvos és előírás szerint szedi a páciens. Más országokban léteznek már kockázatmegosztásról szóló megállapodások. Célszerű lenne a nemzetközi tapasztalatok (pl. USA, UK, Olaszország, Németország) összegyűjtése egy újabb „reform” előtt, ugyanis egy kis utánajárással látható, hogy nem minden gyógyszernél (pl. egyedi termékek/orphan drugs és szűk terápiás területet kiszolgáló készítmények esetében) indokolható egy ilyen eredményesség alapú szerződés.

Esetleges változtatás esetén pedig a gyógyszer-gyártókkal szemben az lenne a tisztességes, ha az új séma bevezetésével párhuzamosan kidolgoznának egy beteg- és szolgáltatói motivációs rendszert is.

Az innovatív készítmények vonatkozásában komoly megoldást jelenthet az eredményesség-alapú ártámogatási séma, ugyanis így a drága, még ismeretlen gyógyszerek esetében a finanszírozói döntés bizonytalanságának csökkenésével jobb eséllyel juthatnának hozzá a magyar páciensek a legkorszerűbb terápiákhoz is (Tóth 2010).

*Patikaalapítás és működtetés liberalizációja (5 000 lélekszám, egymástól 250m feloldása)*

A patikaliberalizáció („Gyftv.”) célja az volt, hogy javuljon a kistelepülések gyógyszerellátása az újonnan nyílt gyógyszertárak révén, növekedjen a patikák nyitvatartási ideje és az ügyeletes patikák száma, a kialakuló verseny révén, javuljon a gyógyszertári szolgáltatások minősége illetve, hogy a fiatal gyógyszerészek gyógyszertár tulajdonhoz juthassanak.

Új kérelmező akkor nyithat gyógyszertárat, ha három évig napi 24 órában rendelkezésre áll vagy folyamatos készenléletet biztosít, csomagküldő szolgálatot működtet, a fekvőbetegek részére gyógyszer-házhozszállítást vállal vagy a nem vényköteles készítmények esetében internetes tájékoztató honlapot tart fenn. Fiókpatikák létesítését engedélyezik a kistérségekben és a nyaralóhelyeken idényjelleggel. A hátrányos helyzetű gyógyszertárak támogatását a 30 millió forintnál nagyobb árrést beszedő patikákra kivetett szolidaritási adóból oldják meg. A gyógyszertárak számának alakulását a 4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat: A gyógyszertárak számának alakulása (1990-2008) (KSH 2010)

	1990	2000	2005	2006	2007	2008
Közforgalmú állami gyógyszertárak száma	1 449	-	-	-	-	-
Közforgalmú magángyógyszertárak száma	30	1 999	2 006	2 010	2 159	2 351
Közforgalmú magángyógyszertárakhoz tartozó						
fiókgyógyszertár	..	604	641	650	656	652
kézigyógyszertár	..	298	286	278	261	253
Intézeti gyógyszertárak	..	147	142	143	138	130
Zárt forgalmú kórházi gyógyszertárak száma	..	46	64	73	72	71
<b>Összesen</b>	<b>1 479</b>	<b>2 045</b>	<b>2 070</b>	<b>2 083</b>	<b>2 231</b>	<b>2 422</b>

A Magyarországon működő gyógyszertárak fenntartását az eladott gyógyszerek árrése biztosítja. A hazai gyógyszer-kiskereskedelemben európai szinten kivételesen alacsony az árrés, ami nemzetközi összehasonlításban igen olcsóvá tette eddig a patikahálózat fenntartását. A patikák közel fele havonta kb. 10 millió forint bevétel utáni 1-1,3 millió forint árrésből tartja fenn magát.

A hatósági árrés-szabályozás 2007. év eleje óta (5/2007. (I.24.) EüM rendelet) csak a közfinanszírozott gyógyszerekre (a gyógyszerforgalom kb. 80%-át teszik ki) terjed ki. A hatósági árrésszintek 2004. januárja óta változatlanok (Hankó 2008). A nagy- és

kiskereskedelmi árrésrendszert az 5. illetve 6. táblázat szemlélteti. Fontos különbség, hogy a patikai árrésrendszerrel ellentétben a nagykereskedelmi árrés nincs maximálva.

A nagykereskedelmi árak növekedésének negatív hatása az, hogy a készítmények egyre magasabb degressziós sávba kerülnek, amivel párhuzamosan a gyógyszerár kevesebb forráshoz jut a vényköteles szerekből.

5. táblázat: Nagykereskedelmi árrésrendszer

	termelői ár (Ft)	nagyker. árrés: a termelői ár %-ában	vagy Ft-ban
1.	0-150	12%	
2.	151-180		<b>18 Ft</b>
3.	181-300	10%	
4.	301-333		<b>30Ft</b>
5.	334-500	9%	
6.	501-600		<b>45Ft</b>
7.	601-1000	7,5%	
8.	1001-1154		<b>75Ft</b>
9.	1155-2000	6,5%	
10.	2001-2600		<b>130Ft</b>
11.	<b>2601-</b>	<b>5%</b>	

6. táblázat: Öt sávós patikai árrésrendszer

	nagykereskedelmi eladási ár (Ft)	az érvényesíthető patikai árrés: nagykereskedelmi eladási ár max. %-a	aránya az összforgalmon belül (%)
1.	< 500	26	3
2.	501-1500	22 (min. 130Ft)	10
3.	1501-3500	19 (min. 330Ft)	1
4.	3501-5000	17 (min. 665Ft)	43
5.	5001-	850 Ft-os egységes árrés	43

A degresszív árrés lényege, hogy a drágább készítményeken fajlagosan kevesebbet profitál a patika, mint az olcsóbb medicinákon. Az alacsony patikai átlagárrés Európában egyedülálló. A gyógyszerek kereskedelmi árrésének aránya a gyógyszer fogyasztói árában az elmúlt 15 évben folyamatosan csökkent: 1993-ban meghaladta a 30%-os részarányt, ma viszont már jóval 20% alatt van.

Az összes gyógyszerforgalom több mint 10%-ának a patikai árrése 1% alatti. A drága gyógyszereken érvényesíthető hihetetlen alacsony árrés magyarázza ennél a termékkörnél az ellátási problémákat, mert a patikák ezeket a gyógyszereket nem tartják készleten, hiszen árrésük a pénzügyi műveleteik költségeit sem fedezi. Ennek eredményeképpen az ellátási problémák állandósulnak.

A jelenleg érvényben levő árrés-rendszer alkalmatlan a felmerülő többletkövetelményekből (ügyelet, készenlét, nyújtott nyitvatartás) adódó többletterhek ellentételezésére. A hazai árrés-rendszer a patikai jövedelmet az eladott termék árának függvényében biztosítja, így a gyógyszertár anyagilag ellenérdekelt a generikus helyettesítésben. A patikai szolgáltatások költséghatékonyságát nem kizárólag a logisztikai költségek és bevételek függvényében kell vizsgálni. A gyógyszerész szakmai tevékenységének része a gyógyszerbiztonság garantálása, a helyes gyógyszerhasználat biztosítása, a mellékhatások figyelembe vétele, a gyógyszerkölcsönhatások kizárása, az indokolatlan gyógyszeralkalmazások kiszűrése is. Mindemellett a patikusnak garantálnia kell a beteg-compliance érvényesülését is, ami nélkül a co-payment és a biztosítói támogatás kidobott pénz. Egy gyógyszerésznek részt kell vennie a prevencióban, a betegségek korai kiszűrésében és a gyógyszeres terápia menedzselésében. A jelenlegi árrés-rendszer ennek honorálására nem alkalmas (Hankó 2008). A gyógyszertár az egyedüli egészségügyi szolgáltató, amely nem részesül központi forrásból az ügyelet/készenlét fenntartási költségeihez.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatályba lépése utáni első tíz hónapban 103 gyógyszertár kapott működési engedélyt (ez kb. 5%-os patikasám növekedés) és másfélszer ennyi létesítési engedélyezési eljárása indult meg. A 103 patikából 79 húszezer főnél népesebb településen nyílt, ahol eddig sem volt gond a lakosság gyógyszerellátása. Az új gyógyszertárak javarészt bevásárlóközpontokban és forgalmi centrumokban nyíltak. Az ötezer főnél kisebb lakosú településeken mindössze négy új patika létesült. A vidéki kistépelések gyógyszerellátottsága tehát nem javult. Nem lett nagyságrendekkel jobb a helyzet a nyitvatartási idő és ügyeletek vonatkozásában sem. Folyamatos, éjjel-nappali nyitvatartást vagy állandó ügyeletet senki sem vállalt. Az egyidejűleg ügyeletet ellátó



gyógyszertárak száma nem változott. A folyamatos gyógyszerárnyitásokkal és a fiók- illetve kézi gyógyszertárak romló gazdasági feltételek miatti háttérbe szorulásával a különbségek további növekedése prognosztizálható.

2008 októberéig 345 közforgalmú, 35 fiók és 12 kézi gyógyszertár engedélyezésére került sor (ebből 243 külföldi tulajdonban). A patikaliberalizáció a piacra lépés tökeszükségletét közel egy nagyságrenddel csökkentette. A patikaláncok (>500 patika; agresszív felvásárlási politika) terjedésével új gyógyszertár működési technikák alakultak ki (franchise, stratégiai partnerkapcsolat nagy- és kiskereskedők között). Sok olyan vállalkozás van, amelynek tulajdonosai körében off-shore cégek vannak. Egyre több olyan kezdeményezés él, ahol orvosokat és gyógyszertárakat vonnak közös tulajdonosi irányítás alá (Krasznai 2008a). Összeségében viszont a közelmúltbeli változások eredményeképpen a gyógyszertárak jövedelmezősége 20%-kal romlott (2007-ben a patikák 30%-a lett veszteséges) (Krasznai 2008b), hisz egyre több patika osztozkodik az állandó árcsökkentések miatt folyamatosan megcsappanó árrés-tömegben. Ráadásul a megmaradt árrés-tömeg 2,5%-át a nyereséges patikáknak szolidaritási adó címen be kell fizetniük az APEH-nek (a szolidaritási díj a 30-50 millió forint közötti éves árrés-tömeeggel bíró patikáknak 0,5%, a 50-75 millió forint közötti éves árrés-tömeeggel bíró patikáknak 250 ezer forint + az 50 millió forint feletti rész 1%-a és a 75 millió forint feletti éves árrés-tömeeggel bíró patikáknak 500 ezer forint + a 75 millió forint feletti rész 2%-a). Mindennek eredményeképpen, míg 2006-ban 120 gyógyszertár volt veszteséges, addig 2008 végére a 600-at is meghaladja a mínusszal záró patikák száma. 2007. végéig az új patikák a forgalom 6-7%-át vették el. A gyógyszertáron kívüli forgalmazás részaránya nem haladta meg az 1%-ot. 2007-ben közel 50 patika ellen indult felszámolási eljárás, év végén több száz volt veszteséges (Hanyecz 2008).

A finanszírozási támogatáselőleget 2001-ben vezette be a kormány. Ekkor 6 milliárd forint állt rendelkezésre a költségvetésből. 2007-ben viszont már csak 1,7 milliárd, míg 2008-ban csupán 900 millió forinton osztozkodott 235 patika. 2009-re már nem is szerepelt ez a támogatási forma a büdzsében. A vissza nem térítendő működési támogatást (ez 50-150 ezer forintnyi összeget jelent) 2007-ben 340, 2008-ban pedig 619 patika igényelte. A támogatás megszüntetése a kistelepüléseken élők gyógyszerellátását veszélyezteti (Horváth 2009).

A marketingeszközök használata viszont fokozódott. A nagyobb városok patikáiban ma már autót, utazást, televíziót nyerhetnek és bögrét, tányért, kozmetikai szereket, vitamint,

távcsövet vagy képkeretet választhatnak a hűséges vevők. Míg a kisebb településeken már az is ajándék, ha hetente néhány órán át beváltható a recept.

Több száz patika csatlakozott a gyógyszerészi gondozási szakmai programokhoz és egyre több helyen hűségkártyákat vezettek be. Sok helyen koleszterinszint, vércukor és vérnyomásméréssel vagy épp gyereksarokkal igyekeznek megtartani a betegeket. Akad olyan hely, ahol a receptre felírt, államilag támogatott készítmények árából engedményt ad a gyógyszertár.

A Szonda-Ipsos 2008 októberében a Miniszterelnöki Hivatal megbízásából 1500 fős, országosan reprezentatív mintán vizsgálta a magyar lakosság gyógyszervásárlási szokásait. A reformok patikákat érintő hatásairól a megkérdezettek 67%-a pozitív véleménnyel volt.

2010. január 29-én hatályba lépett 56/2009. (XII.30) EüM rendelet jelentősen módosította a gyógyszertárak működési, szolgálati és nyitvatartási rendjéről szóló korábbi 41/2007 (IX.19.) EüM rendeletet. A jogszabály pontosan definiálja a gyógyszerészi gondozást. Kiköti, hogy e tevékenységet az a gyógyszerész végezheti, aki külön jogszabály szerinti folyamatos továbbképzés keretében elvégezte az erre irányuló programot. A rendelet kiemeli, hogy vényköteles és vény nélküli orvosságok expediálásakor is gyakorolható a gyógyszerészi gondozás, mely a betegeknek nyújtott egyéb gyógyszertári szolgáltatások részeként, dokumentáltan jelenik meg.

Mint minden egészségügyi ügyelet, így a gyógyszertári ügyelet esetében is az elsődleges cél a sürgősségi ellátás. A patikáknak az ügyeleti szolgáltatást saját költségvetésükből kell kigazdálkodniuk, ahhoz semmiféle támogatást nem kapnak, viszont a betegek sokszor sokallják a 375 forintos ügyeleti díjat.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény azon célkitűzése, hogy folyamatos patikai nyitvatartást vagy állandó ügyeletet biztosítson a lakosság számára, nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Az elmúlt egy évben nem nőtt a plusz szolgáltatást vállaló gyógyszertárak száma, ugyanis az egyre csökkenő forgalomból és árrésből sok patika üzemeltetése nehézkes (Molnár 2010).

A hazai igen speciális és szűkös árrés-rendszernek és a gyógyszerek folyamatos árversenyének köszönhetően a patikáknak egyre nehezebb kigazdálkodni kiadásait. Ez a nagykereskedők egyre nehezkesebb kifizetésében nyilvánul meg. A 2007 előtti időszakhoz

képest a határidőn túli tartozások összege megháromszorozódott. A patikák teljes tartozásállománya jelenleg 50-60 milliárd forint (Tóth 2010b).

#### **4.2.2 Gyógyszerészi gondozás**

2009 decemberében (a közforgalmú-, fiók- és kézigyógyszertárak, valamint intézeti gyógyszertárak működési, szolgáltatási és nyitvatartási rendjéről szóló 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet módosítása, ami többek között a gyógyszerészi gondozás részletes szabályozását is tartalmazza) született meg a gyógyszerészi gondozásról (a tevékenységet elsőként a 2006. évi XCVIII. törvényben határozták meg) szóló részletes szabályozás.

Eszerint a gyógyszerészi gondozás gyógyszertárakhoz kötött és gyógyszerész által végezhető, bejelentés-köteles tevékenység. A személyi és tárgyi feltételeinek meglétéért a gyógyszertár működtetőjének és személyi jogos gyógyszerészének felelősséget kell vállalnia. A gyógyszerészi gondozás kizárólag szakmai protokollok alapján, minőségbiztosított feltételek között végezhető.

A definíció szerint a gyógyszerészi gondozás „a gyógyszerész által önként vállalt, felelősen végzett, dokumentált tevékenység, amelynek célja a hatásos, biztonságos és költséghatékony gyógyszeres terápia elősegítése, a beteg egészségtudatos életvitele kialakításának támogatása, a megfelelő gyógyszer-használat segítése, együttműködő készségének növelése, életminőségének javítása”. A jövőben a gyógyszerészi gondozás várhatóan a napi gyakorlatban tényleges gyógyszerészi kompetenciaként jelenik meg és minőségbiztosított szolgáltatássá válik (Hankó 2010).

#### **4.2.3 Vény nélküli gyógyszerek gyógyszertáron kívüli forgalmazása**

2007-től bizonyos recept nélküli szereket (több mint 280 készítmény; fájdalom és lázcsillapítók, gyulladáscsökkentők, szem- illetve orrcseppek, orrspray-k, savlekötők, hashajtók, köptetők, aranyér-, gombásodás elleni szerek, hámosítók, jód tartalmú fertőtlenítők, szemölcs illetve tyúkszem elleni készítmények, bizonyos krémek, kalcium tartalmú készítmények és vitaminok) patikán kívül, hipermarketekben és benzinkutakon is (nem szabad polcon) lehet árusítani („Gyftv.”). 2008 év végéig 706 kiskereskedelmi árusítóhelyen vált lehetővé 407 gyógyszer közvetlen elérhetősége (Krasznai 2008a). 2009 év elejére a patikán kívüli gyógyszerárúsító helyek száma elérte a 800-at.

A Szinapszis Kft. elemzése szerint a reformintézkedések hatására folyamatosan csökkent a kiváltott gyógyszerek aránya. 2008-ban viszont már kb. 10 ezer dobozzal több készítményt vettek a betegek, mint 2007-ben. Átlagon felül növelték forgalmukat a patikán kívül forgalmazó drogériák és benzinkutak, viszont statisztikák szerint a vény nélküli szerek 1%-át sem érte el a gyógyszerertáron kívüli forgalom.

A Webbeteg és a Szinapszis Kft. piackutatói által végzett vizsgálat szerint 2009-ben 10 lakosból 9 még mindig patikában vásárolja meg a vény nélkül is beszerezhető készítményeit. A gyógyszerertárhoz hű vásárlók aránya az életkor emelkedésével nő: 35 év alatt 83%, 55 év felett pedig több mint 90%. A felmérésből az is kiderült, hogy a vásárlók fele mindig ugyanabba a patikába tér vissza. Fontos szempont a gyógyszerertár fekvése. A kiszolgálás színvonalának és a széles termékválasztéknak idősebb korban van jelentősebb szerepe, míg a nyitvatartási idő a fiatalok számára fontosabb (Gyógyszerész Továbbképzés 2009).

#### **4.2.4 Gyógyszer-autómata**

A készülék üzembe állításával kapcsolatban megoszlik a közvélemény. A támogatók fő érve, hogy így megoldódhat a patika nélküli kistélepülések alapvető gyógyszerekkel történő ellátása. A tiltakozók szerint viszont e lépésnek a gyógyszerész szakma színvonala látja majd kárát, a betegek nem kapják meg a szükséges tájékoztatást, ráadásul így akár kiskorúak is hozzájuthatnak veszélyes gyógyszerekhez, ami jogszabályellenes. Az 56/2009. (XII.30) EüM rendelet rögzíti, hogy gyógyszer-automatákból a patikák kizárólag gyógyszerertáron kívül is forgalmazható készítményeket értékesíthetnek.

#### **4.2.5 A Magyar Gyógyszerész Kamara hatáskörének csökkentése**

A patikaalapítás engedélyeztetését elvették a Magyar Gyógyszerész Kamarától (MGYK), az ÁNTSZ hatáskörébe került át ez a feladat. A fogyasztóvédelmi ellenőrzést az Egészségbiztosítási Felügyelet (EBF) végzi. Eltörölték a kötelező kamarai tagságot úgy, hogy a kamarák köztestületi jellegét megtartották.

#### **4.2.6 Nagykereskedők**

A gyógyszer nagykereskedelem privatizált. A forgalom mintegy 90%-át 5 nagykereskedő bonyolítja. 2007-től forgalommal arányos befizetési kötelezettség terheli a

nagykereskedőket is. Valamennyi általuk forgalmazott közfinanszírozott gyógyszer után a teljes évi támogatott nagykereskedelmi árréstömeg 2,5%-a a fizetési kötelezettség.

2008-ban a nagykereskedelmi árrés-tömeg stagnált, a nagykereskedők a megemelkedett patikaszm miatt egyre több helyre szállítanak, megnövekedett a logisztikai igényük és fokozódott a pénzügyi kockázatuk. Mivel a csődbe menő gyógyszertárak sok esetben fizetéképtelenné váltak, 2008. decemberére a három legnagyobb nagykereskedelmi cég kinnlevősége meghaladta a 15 milliárd forintot. A kórházak fizetéképtelensége miatt a 120-160 napon túl tartozóknak már csak készpénz fejében szállítottak a nagykereskedők (Hanyecz 2008).

### **4.3 Költség-kontroll mechanizmusok az Uniós gyógyszerellátásban**

Az európai egészségügyi rendszereket minden országban a költségek nagymértékű növekedése jellemzi. A magas ellátási igény és a finanszírozási hajlandóság közötti olló egyre jobban nyílik a legtöbb országban. Az egészségügyi kiadások tekintetében a nemzetgazdaságok teljesítőképességük határán vannak.

A kormányok felismerték, hogy a gyógyszerek költséghatékony módszerek arra, hogy a legtöbb betegnek terápiát szolgáltatassanak. Ha a támogatott terápiák intervalluma túl szűk vagy a beteg költsége túl nagy, annak közegészségügyi utóhatása lesz és megemelkedik a kórházba jutási költség is (PM Live 2009c).

A gyógyszerellátás rendszere és szabályai különbözőek az egyes EU tagországokban. Az unió erősödő befolyása érezhető a legtöbb tagállamban, közeledés van a rendszerek szabályozása között. A 2001/83/EK-irányelv ajánlásokat tartalmaz arra, hogy a gyógyszerellátás és –forgalmazás mely területein szükséges a harmonizáció a belső piac hatékony működésének biztosítása érdekében. Az egyes országok költségvetési politikájának megfelelően minden ország maga dönti el, hogy milyen egészségügy finanszírozási rendszert alkalmaz, azonban a transzparencia követelménye, - aminek értelmében minden államban átláthatóan kell meghatározni a gyógyszerárak kialakításának és támogatásának rendszerét - minden tagországra kötelező érvényű (Gál-Knippel 2008).

#### **4.3.1 Törzskönyvezési eljárás**

A gyógyszerek forgalomba kerülésének egyik legelső hatósági kontrollját a regisztráció, vagyis a forgalomba hozatali eljárás megszerzése jelenti. Az Európai Unióban az egységes

törzskönyvezés 1995-ös bevezetése óta a leggyakoribb eljárás, hogy a gyógyszereket az ún. centralizált eljárás keretében regisztrálják. Majd a készítményeket a törzskönyvezési eljárást követően minden tagállam beemeli a saját gyógyszerkincsébe. Az Uniós csatlakozással hazánk is vállalta a centralizált törzskönyvezési eljárásra vonatkozó szabályozást, melynek nagy előnye, hogy jelentősen lerövidült a gyógyszerek regisztrációjának ideje, ezzel az ártámogatás megszerzésének periódusa is előrébb került, így gyorsabbá vált a gyógyszerek, többek között az innovatív orvosságok elérhetősége is.

Szintén Uniós előírásnak, a transzparencia direktívának megfelelően hazai gyógyszerbefogadás rendje is gyorsabbá és átláthatóbbá vált, melynek elbírálási határidejét a jogszabály 90 napban határozza meg. Ezen túlmenően az Európai Unióban nincs további egységes szabályozás sem a támogatott gyógyszerlistára sem az árszabályozásra vonatkozóan. A szubszidiaritás elve alapján a közfinanszírozásban részesülő készítmények meghatározása nemzeti szinten zajlik. Az Uniós csatlakozásunk a kötelezően bevezetett egységes 5%-os gyógyszer ÁFA-tól eltekintve nem eredményezett más árváltozást. A tagállamok saját hatáskörben szabályozzák a gyógyszerárakat.

A harmonizáció érdekében az EU-ban 2001-ben közösségi kódexbe foglalták össze a gyógyszerek gyártására, forgalmazására, felhasználására és reklámozására vonatkozó szabályokat is.

#### **4.3.2 Az EU szabad gyógyszer-kereskedelmi paktuma**

Az Európai Unió a medicinának több mint 80%-át Svájcból és az Amerikai Egyesült Államokból importálja. Egy 2007. januári megállapodás eltörölte az EU, Svájc és USA közötti vámot a kész gyógyszerekre és a termelésük során használt vegyületekre és hamarosan Japán, mint az EU következő legnagyobb gyógyszer-kereskedelmi partnere is csatlakozik a paktumhoz.

#### **4.3.3 Költségsökkentő módszerek az EU-ban**

Az egyre növekvő egészségügyi kiadások, köztük a gyógyszerkiadások finanszírozása Luxemburg kivételével problémát jelent a legtöbb Uniós tagország számára. A különböző európai országok egészségügyi, szociális rendszereik illetve történelmi, kulturális berendezkedésüknek megfelelően különféle módszereket (7. táblázat) alkalmaznak a gyógyszerkiadások mérséklésére: árcsökkentést, a nagy- és kiskereskedelmi árrés mérséklését, referenciaár-rendszert (pl. Németország, Olaszország, Hollandia, Portugália, Románia), a százalékos- és fix támogatás bevezetését (pl. Franciaország, Bulgária),

pozitív- és negatív gyógyszerlisták kialakítását (pl. Hollandia, Dánia, Svédország), költség-hatékonysági értékeléseket (pl. Finnország, Hollandia, Svédország, Nagy-Britannia, Olaszország), árvo-lumen megállapodást, receptdíjat, árfagyasztást, a generikumok használatának ösztönzését (pl. Nagy-Britannia, Dánia, Németország, Franciaország), a betegek által fizetendő önrész növelését, co-payment bevezetését (pl. Dánia, Norvégia és Spanyolország), standard terápia-s, „felírási” guideline-ok létrehozását (pl. Nagy-Britannia, Dánia, Spanyolország), az orvosok gyógyszerkeretének bevezetését illetve ezek ötvözetét. Az elmúlt években költségtakarékossági intézkedéseket leggyakrabban Belgium, Németország, Spanyolország, Dánia és Olaszország alkalmazott. Jelenleg a Közép- és Nyugat-Európában eladott gyógyszerek 60-75%-a generikum. Az Egyesült Királyságban, Németországban, Dániában és Hollandiában ezek a készítmények a medicinák 40-55%-át teszik ki. Magyarországon is elindult egy program amely az olcsóbb generikus készítmények rendelése felé tereli az orvosokat. Egyelőre a generikus program megvalósulása csak részleges, még nem működik az a része, amely a generikus gyógyszerhasználat ösztönzésével elért megtakarításokat, új innovatív készítmények befogadására fordítaná. Ugyanis így lenne biztosítható, hogy a társadalom gyógyszerkincsébe a modern terápia-k is bekerüljenek és hogy hazánk e tekintetben ne maradjon el Európa egészségügyének színvonalától.

7. táblázat. Költségkontroll technikák az EU országokban (Gál-Knippel 2008)

	Francia-ország	Német-ország	Olasz-ország	Spanyol-ország	Anglia	Magyar-ország
támogatotti ár meghatározása	✓	×	✓	✓	×	✓
referenciaár-képzés	✓	✓	✓	✓	×	✓
profit meghatározás	×	×	×	×	✓	!
kockázatmegosztás/visszafizetés	✓	×	✓	✓	×	✓
pozitív listák	✓	×	✓	✓	×	✓
negatív listák	✓	✓	✓	✓	✓	×
farmakoökonómiai elemzés	✓	×	✓	✓	✓	✓
co-payment	✓	✓	✓	✓	✓	✓
felírói gyógyszerkeret	×	✓	✓	✓	✓	!

#### 4.3.4 Magyarország az Európai Unióban

Magyarország az egy lakosnak felírt vények számát tekintve az Unió élvonalában van. Az Európai Unió egyre több irányelve honosodik meg hazánkban is, annak ellenére, hogy ezen rendelkezések nem kötelezőek (csak ajánlottak) a tagországok számára.

#### **4.3.5 Helyi kutatás-fejlesztés és előállítás támogatása**

Az Uniós országok gyakorlatában a hazai kutatás-fejlesztésű illetve előállítású termékek magasabb elfogadott árban és magas támogatási mértékben megnyilvánuló preferenciát élveznek. Nagy-Britanniára, Németországra és Spanyolországra jellemző, hogy a helyi gyógyszergyártókat a csupán importálókkal szemben megfelelő profitabilitást biztosító árszinttel jutalmazzák és ezáltal a befektetéseket ösztönzik. Sajnálatos tény, hogy Magyarország számára a hazai beruházásokat végrehajtó, profitjukat itthon befektető, munkahelyeket és ipart teremtő cégek támogatása nem prioritás. Átfogó iparpolitika hiányában a hazai gyógyszeripari kutatás-fejlesztés és termelés nem részesül kedvezményekben.



## 5. KÖVETKEZTETÉSEK SZAKIRODALMI ADATOK ALAPJÁN

Kutatásom során feltérképeztem a szakirodalomban található közelmúltbeli gyógyszerpiaci vizsgálódásokat. Az alábbiakban ezeket foglalom össze.

### *Szakorvosok kapcsolata a gyógyszeriparral*

Campbell munkatársaival 6 szakterület orvosaitól (3 167 főtől) gyűjtött információt a gyógyszeriparral való kapcsolatukról. A megkérdezettek 94%-a beszámolt valamilyen kontaktusról gyógyszercégekkel. A leggyakoribb forma a munkahelyi referáló volt (83%). Az orvosok 78%-a szokott gyógyszermintát kapni, 35%-ukat támogatta már az ipar szakmai továbbképzés formájában és 28% kapott pénzt gyógyszercégtől szakmai konzultációért, előadásért vagy betegek vizsgálatokba történő bevonásáért. Az orvosok és a gyógyszergyártók, -forgalmazók közötti kapcsolat igen nagy eltéréseket mutat szakterületenként és praxisonként (Campbell 2007). A nőgyógyászati szakterületen a hazai gyakorlatban tapasztalatom szerint hasonlóak az arányok.

### *Gazdasági válság hatása az emberek gyógyszerfogyasztási szokásaira*

A GFK LHS Healthcare piackutatói 2009 első negyedében 1000 fő megkérdezésén alapuló felmérés során azt vizsgálták, hogy a gazdasági válság milyen hatással van az emberek egészségtudatára és egészségükkel kapcsolatos szokásaikra. Az egészség felértékelődött, a felnőtt lakosság fele (51%) tett többet a betegségek megelőzéséért, mint egy évvel korábban. A megkérdezettek 67%-a többet szeretett volna tudni arról, mit tehet saját egészsége érdekében. Az emberek körében megnőtt az érdeklődés az egészségügyi magánszolgáltatók iránt. Egyre gyakrabban jelenik meg a patikákban is az a réteg, amely kifejezetten igényli a tanácsadást (Horváth et al. 2009).

A Szinapszis Kft. ezzel egyidőben készített felméréséből kiderül, hogy a magyar lakosság 85%-a érezte meg a gazdasági válság hatását és csökkentette kisebb-nagyobb mértékben kiadásait. A spórolási hajlandóság az egészségügyi kiadások tekintetében a legalacsonyabb: a megkérdezettek csupán 13%-a fogta vissza. A legnagyobb mértékű csökkenés a vény nélküli készítmények forgalmában történt. Az emberek 8%-a költ kevesebbet e termékekre. Az OTC-készítmények vonatkozásában a magyarok 67%-a nem

változtatott szokásain. A szegény nyugdíjasok 47%-a viszont már csak a súlyosabb esetekben vesz gyógyszert (Pirulatrend 2009).

### ***Gyógyszertár választási szokások***

A görög Duska Franic és a kansasi Dennis W. Grauer 2005-ben publikált cikkükben az emberek gyógyszertár választási szokásairól írtak (110 páciens: 37% férfi, 63% nő; átlag életkor 44,6 év; önkitöltős kérdőív). A szerzők célja az volt, hogy meghatározzák, mi alapján kedveltethető meg egy patika az emberekkel. Kíváncsiak voltak, hogy a termék (pl. ár, akciók) vagy a szolgáltatásbeli (pl. várakozási idő, nyitva tartás, szakértelem, kedvesség) jellegzetességek fontosabbak-e a fogyasztók számára. Arra a következtetésre jutottak, hogy a szakértelem és a kedvesség sokkal fontosabb egy patika sikeres működéséhez, mint az alacsonyabb árakat hirdető reklámok, a kényelmes lokalizáció és a rövidebb várakozási idő (Franic et al. 2005).

### ***Páciensek generikus gyógyszer-helyettesítéssel kapcsolatos percepciói***

A houstoni Sujit S. Sansgiry és munkatársai a betegek generikus gyógyszer-helyettesítéssel kapcsolatos percepcióját vizsgálták. A szerzők által összeállított kérdőívet gyógyszertárakban (Houston, Texas) töltötték ki a fogyasztók (505 fő, átlag életkor: 43 év, 62% nő, 69% fehér bőrű, 60% házas és 64% teljes munkaidőben dolgozó). A megkérdezettek 61%-a támogatta a generikus helyettesítést, 22%-uk úgy érezte, hogy csorbát szenvedett orvosa gyógyítási szabadsága, 20% úgy vélte, hogy limitálva van abban, hogy a legmegfelelőbb kezelésben részesüljön, 78% belátta, hogy a terápiájukkal járó költségek így mérsékelhetőek, 61%-uk vélte, úgy hogy a gyógyszercserre nem fokozza a mellékhatások számát, 57% egyet értett azzal, hogy a helyettesítés biztonságos, ha jó hírű cégé a generikum. A kérdőívet kitöltők 15-20%-a volt szkeptikus, 15%-a volt meggyőződve arról, hogy a helyettesítés nem biztonságos és 19% volt biztos abban, hogy egy generikum mindig rosszabb minőségű, mint egy originális készítmény. A piackutatással bizonyították, hogy közvetlenül a vásárlót célzó hatékony marketing stratégiával fokozható a generikumok használata. Ha megértjük a betegek percepcióit a generikus gyógyszerekkel és a gyógyszer-helyettesítéssel kapcsolatban, akkor javíthatjuk az emberek generikus gyógyszervásárlási szokásait. Értve ezalatt a generikus gyógyszerhirdetéseket, az orvosok gyógyszer-helyettesítéssel kapcsolatos semleges és negatív percepciójának megváltoztatását gyógyszer-információkkal (Sansgiry et al. 2005). A kapott eredmények kiválóan kamatoztathatóak a hazai gyakorlatban is. Az emberek

felvilágosítására és ismereteik bővítésére befektetett idő és pénz megtérül. Itt fontos megemlíteni a generikus gyógyszercégek általi aktív PR tevékenység jelentőségét is.

### ***Az internet szerepének felértékelődése a gyógyszerpiacon***

A fogyasztói igények változását a média is követte, amely az egészségüggyel egyre szélesebb körben kezdett foglalkozni. A tömegmédia nagymértékű szerepvállalása mellett az internet térhódítása információs boomhoz vezetett. Az emberek az internetet ma már az egészségügyi információk fő forrásaként használják. Az internet ma már a betegségről, gyógyszerről és gyártóról való tájékozódáson túl gyógyszerrendelésre és orvosi konzultációra is lehetőséget ad. A Cyber Dialogue becslése szerint a gyógyszeriparban a célcsoport elérése ma már háromszor hatékonyabb az interneten keresztül, mint TV-hirdetésekkkel és hatszor eredményesebb a sajtóhirdetéseknél (Csépe 2009).

Az internet penetráció növekedésével a jövőben folyamatosan bővül a plusz egészségügyi szolgáltatások elérése. Olyan egészségügyi oldalak, portálok alakulnak, melyek a televízió és az internet interaktív adottságait ötvözik, személyes kapcsolatot biztosítva az orvosok és az információra éhes, gyógyulni vágyó betegek között. A honlap olvasói aktív közösségi tagként is részt vehetnek a portál életében.

2010-ben már az amerikaiak 76%-a keres a neten egészségügyi információkat, ráadásul egynegyedük orvosától kapott ajánlást az általa látogatott website-ra (Chase 2010). Az USA-ban a közösségi média (social media, SM) térhódítása is egyre nagyobb, már az idősebb korosztályt is megérintette (Madden 2010).

Az About.com 2010-ben 1 321 laikus megkérdezésével készített felmérést az egészségüggyel kapcsolatos internet-használatról. A kutatók azt tapasztalták, hogy nagymértékben nő az interneten tájékozódó betegek aránya. Újjonnan diagnosztizált betegségéről a válaszadók 65%-a tájékozódott 2010-ben a neten (2009: 47%). A különféle kezelési lehetőségeknek a megkérdezettek 47%-a nézet utána a világhálón, szemben a 2009-es 16%-os aránnyal. Egészségügyi website-on a vizsgált évben az amerikai lakosság már 43%-a tájékozódott betegségről (2009-ben ez az arány csupán 20% volt).

Az online informálódással a megkérdezettek célja az volt, hogy:

- ✓ ne csak hallgassák orvosukat, hanem érdemben is tudjanak vele beszélgetni (68%),

- ✓ tájékozódjanak gyógyszerekről és terápiákról (62%),
- ✓ egészségmegőrző életmód tippeket találjanak (53%),
- ✓ és ellenőrizték azt, amit orvosuk mondott nekik (49%) (Rich 2010).

Saját, magyarországi kutatásom során kiderült, hogy válaszadóim 80%-a még 2010-ben sem kapott egészségügyi témájú e-mailt és a megkérdezettek több mint felének (58%) nincs is igénye az ily módon történő tájékoztatásra. Látható, hogy hazánk igen le van maradva. Ez a fent ismertetett kutatás tükrében a jövőben biztosan változni fog. Véleményem szerint a gyógyszercégek marketing-mixének itthon is elengedhetetlen eleme lesz a hatékony online jelenlét. Akik ezt a lehetőséget időben felismerik, azok előnyt élvezhetnek konkurensaikhoz képest. Ha már a termék-launch aktivitásaiba beépíti egy gyógyszer cég a beteg-educációt, az eredményesebbé teszi az indulást (Curtis 2009).

#### ***Amerikai orvosok szakmai célú internethasználati szokásai***

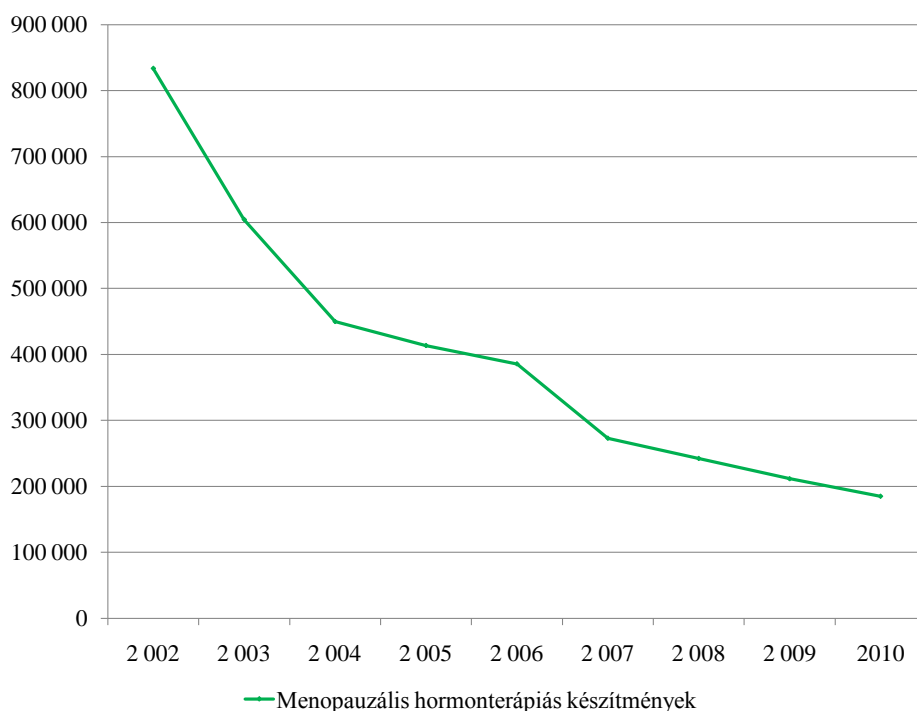
A Manhattan Research egy 2009-es adata szerint az amerikai orvosok 89%-a használja az internetet egészségügyi, orvosi és gyógyszerfelírással kapcsolatos információk keresésére. A nethasználók 92%-a rendelőjében él az elektronikus lehetőséggel, ráadásul 21%-uk betegük jelenlétében. 88% azok aránya, akik otthon böngésznek online információ után és 59%-uk már mobil eszközről is. A megkérdezett szakemberek egyharmada vallotta be, hogy változtatott már kezelésein az online tájékozódás hatására (Parekh et al. 2009).

A tengerentúli adatokból egyértelműen látható, hogy a jövőben hazánkban is fel fog értékelődni az internet szerepe a szakmai informálódás során (bár ez kutatásom során még nem rajzolódott ki, hosszú távon biztos, hogy ezen a területen is felzárkózunk és itt is teret hódít a nyugati tendencia). Kiemelt szakmai színvonalú weboldalak létesítése sok lehetőséget (pl. szakmai továbbképzéseken, beteg utánkövetési programokon, online rendeléseken keresztüli kapcsolattartás a szakemberekkel) rejteget a gyógyszeripar számára.

## 6. NŐGYÓGYÁSZATI KÉSZÍTMÉNYEK

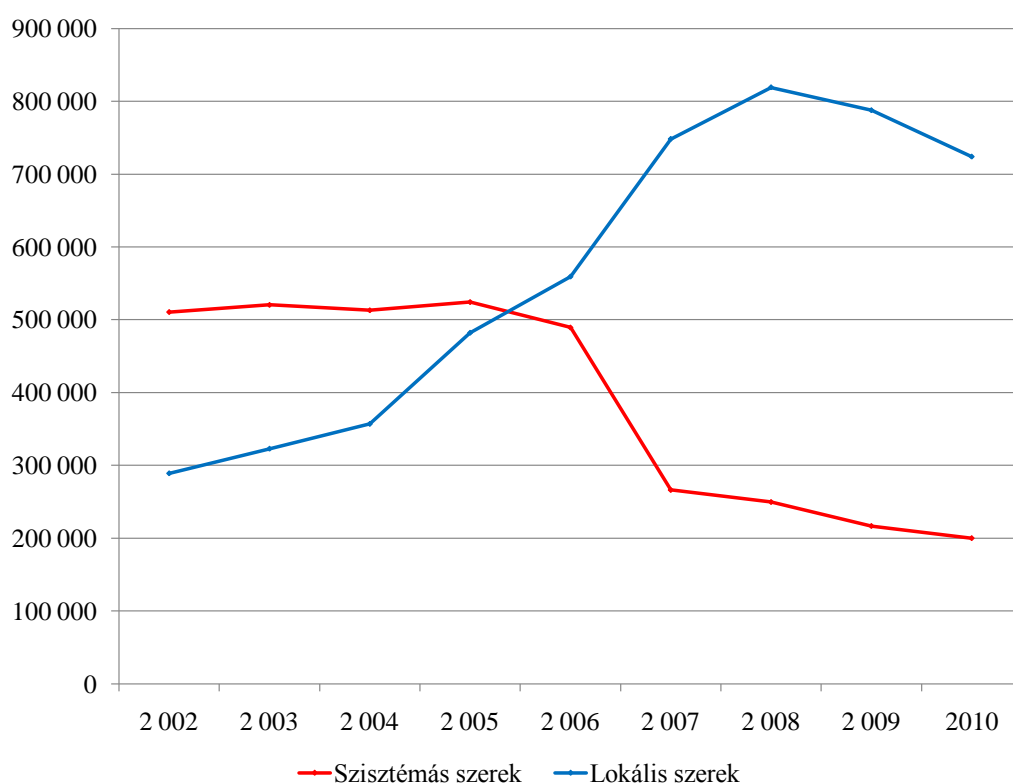
A hazai forgalomban levő nőgyógyászati készítmények között recept nélkül kiváltható és vényköteles szerek egyaránt vannak. Orvosi kontroll hiányában, patikában beszerezhetőek egyes helyi terápiát szolgáló hüvelyi gombaellenes kúpok, krémek és gyógynövény alapú hormonterápiás termékek. Szakember általi felírást igényelnek a társadalombiztosítási támogatásban nem részesülő orális fogamzásgátlók és a támogatott hüvelyfertőzések kezelését célzó lokális és szisztémás gyógyszerek illetve a hormonterápiás szerek.

A „gyógyszer-gazdaságossági törvény” eredményeképpen a társadalombiztosítási támogatásban részesülő szisztémás anti-mikotikumok és a menopauzális hormonterápiás szerek egy része hatóanyag-fixesítés áldozata lett. A változókori tünetek kezelését szolgáló szerek piaca a balszerencsésen kommunikált 2002-es WHI study (rosszul beválogatott, magas átlag életkorú beteganyagon végzett amerikai vizsgálat egy olyan készítménnyel, aminek hormontartalma jóval magasabb volt a napjainkban forgalmazott termékekéhez képest) következtében ekkorra már olyan mértékben összezuhant, hogy az életbe lépett változások csak kisebb csapásként érték a piacot. A menopauzális hormonterápiás szerek forgalmának alakulása a 15. ábrán látható.



15. ábra: Menopauzális hormonterápiás szerek forgalmának alakulása  
(000 HUF) (IMS Dataview)

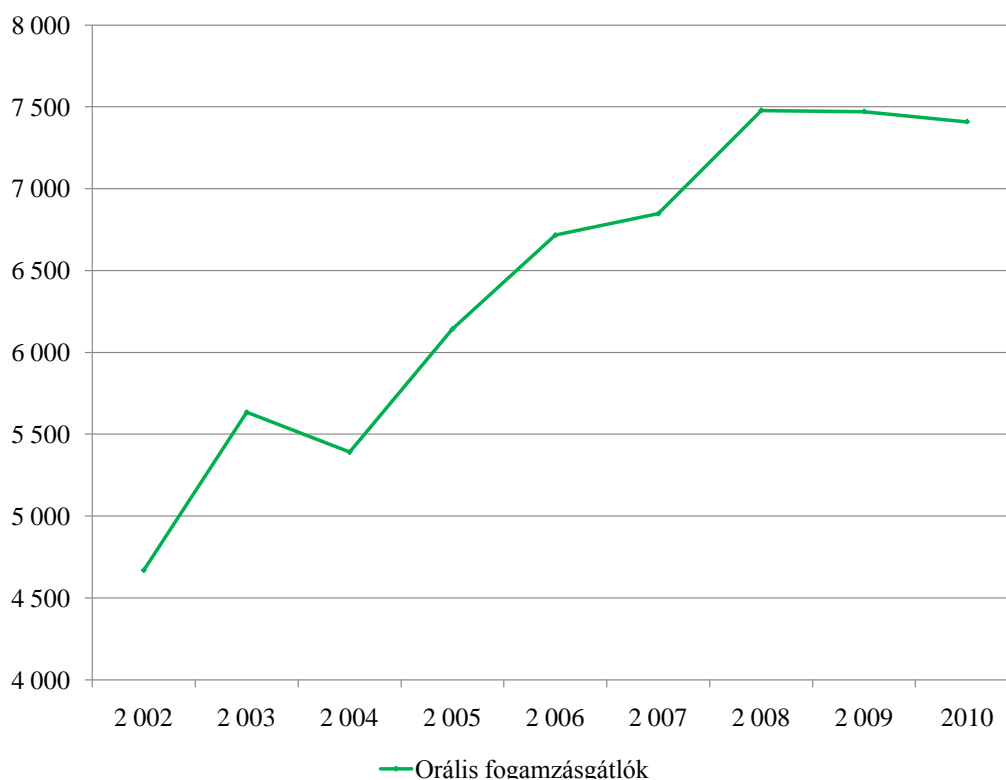
A szisztémás gombaellenes készítmények piacán viszont komoly árverseny indult, újabbnál újabb generikumok kerültek piacra és pár év leforgása alatt az ide tartozó szerek árbevétele jelentősen lecsökkent. A szisztémás gombaellenes szerek helyét átvették a több esetben vény nélkül is beszerezhető lokális készítmények (16. ábra). Ennek oka kettős: egyrészt az orvosok elkezdtek OTC készítményeket javasolni, hogy csökkentsék adminisztrációs terhüket és elszámolási kötelezettségüket, másrészt pedig segítette a folyamatot az orvosi rendelvény nélkül is kiadható termékek erős laikus marketingaktivitása is.



16. ábra: Lokális és szisztémás hüvelyi gombaellenes szerek forgalmának alakulása (000 HUF) (IMS Dataview)

Ma már elmondhatjuk, hogy a napjainkban zajló fixesítések során csupán 1-1 forinttal csúsznak lejjebb az árak. Viszont a nem támogatott készítmények piacán is elindult az a tendencia, ami korábban a támogatott szereket jellemezte. Egyre több eddig ismeretlen generikus cég hozza forgalomba termékeit és indukál árversenyt még ott is, ahol állami érdek nem diktálta eddig a változást. A nőgyógyászati készítmények közül legjobb példa erre az orális fogamzásgátlók piaca. A fogamzásgátló tabletták forgalmának alakulását a 17. ábra szemlélteti. A generikumok megjelenésének hatása ezen a területen nem a már több éve piacon levő brandek árcsökkenésével érvényesül, hanem úgy, hogy az eddigi

tendenciához képest ezen a piacon az évről évre fokozatosan árat növelő (és ezzel a ciklus alapján mért piaci csökkenést kompenzáló) készítmények az új, olcsóbb versenytársak megjelenése és az emberek árérzékenységének növekedése miatt már nem tudnak az eddigi ütemben drágulni. Az átlagos ára egy ciklusnyi gyógyszernek ezen a piacon egyre kisebb mértékben nő és a termékválaszték bővülése miatt a régebbi piaci szereplőkre jutó eladás is csökken.



17. ábra: A fogamzásgátló tabletták forgalmának alakulása  
(000 000 HUF) (IMS Dataview)

Kutatásom során általánosságban, külön termékcsoportha való szűkítés nélkül vizsgáltam a nőgyógyászok vélekedését a változásokról (a generikus készítmények előtérbe kerüléséről, az árversenyről és a vény nélküli szerek ajánlásának gyakoriságáról), hogy egy össz-képet kapjak hozzáállásukról, percepcióikról a reformokkal kapcsolatban. Látva azt, hogy a támogatott szerek piacán mesterségesen indukált módosulások kis időeltolódással begyűrűztek a szabadáras vényköteles termékek piacára is, véleményem szerint nincs torzító hatása az általánosításnak.

## **II. PRIMER KUTATÁSOK**

A gyógyszeripar világszerte érvényesülő tendenciái és a kormány 2007-ben életbe lépett intézkedései jelentősen átstruktúrálták a hazai gyógyszerpiacot. A „gyógyszermarketing multidimenzionális tevékenységgé válik” (Szalkai 2004): az eladások során és a szabályozás terén azonosítani kell a véleményvezetőket, továbbá a terméken kívül kiegészítő szolgáltatásokat kell nyújtani az orvosok, a patikusok és a betegek számára illetve hatékony lobbitevékenységet kell gyakorolni a politikai döntéshozók felé. Napjaink trendje, hogy a gyógyszermarketingen belül a kapcsolatmenedzsment jelentősége felértékelődik (Csépe 2004). Mindemellett a drasztikus szabályozási módosítások plusz kihívást jelentve a piaci szereplők átállását, alkalmazkodását és stratégiaváltását igénylik. A változásokhoz idomuló gyógyszergyártók és –forgalmazók marketingstratégiája átalakul.

### **7. A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSE**

Primer kutatásom célja az volt, hogy feltérképezzem a gyógyszerfelírási, -kiadási és -fogyasztási szokásokat és rávilágítsak, hogyan élik meg a 2007-ben életbe lépett, a gyógyszerek felírhatóságával, támogatásával és elérhetőségével kapcsolatos változásokat a gyógyszerfogyasztó páciensek (laikusok), a gyógyszert felíró orvosok és a gyógyszert kiadó patikusok. Feladatomban a gyógyszercegek változásokhoz idomuló, eredményes marketingstratégiájának meghatározása volt. Tekintettel arra, hogy a Gyftv. hatása a vényköteles támogatott készítmények esetében érvényesül leginkább, ezt a termékkört érintő marketingstratégiára teszek disszertációm végén javaslatot.

### **8. A KUTATÁS MÓDSZERTANA**

A gyógyszerpiaci versenyképesség megőrzése céljából szükséges változtatások nagy eltérést mutatnak szakterületenként és termékcsopontonként. Piackutatásomban összeállításakor legnagyobb fejtörést az jelentette, miként oldjam meg, hogy ennek ellenére a lehető legpontosabb képet kapjam a gyógyszerfogyasztási szokások aktuális helyzetéről. Végül úgy döntöttem, hogy nőgyógyászati készítmények termékmenedzsereként jelen felmérés során kizárólag erre a területre fókuszálok. Így lettek



orvos alanyaim a nőgyógyászok és laikus válaszadóim a vizsgált termékcsoportok fogyasztói (nők). Ezáltal kiküszöbölhetővé vált a szakterületenkénti szórás.

## **8.1 Az adatgyűjtés és a mintavétel módja**

### **8.1.1 Kvalitatív kutatás**

Feltáró kvalitatív kutatásom a szülésznőgyógyászok körében végeztem. Azért esett az orvosokra a választásom, mert a vényköteles termékek esetében a gyógyszerpiaci aktivitások keresztüzében hosszú éveken át csak ők álltak. Gyakorlatilag minden esetben kizárólag rajtuk múlt, hogy milyen recept kerül a páciensek kezébe. Azt mértem fel, hogy a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény indukálta változások sora az érintett szakorvosoknál milyen mélységben veti fel azokat a kérdéscsoportokat (pl. ár szerepe gyógyszerválasztáskor, nyitottság a gyógyszercserére, vélekedés a patikán kívüli gyógyszervásárlásról), melyeket kvantitatív kutatásom során mindhárom érintett (orvos, patikus és páciens) irányából elemeztem. Két kvalitatív kutatást végeztem egy év eltolódással, hogy a kvantitatív kutatás során is vizsgált rövid illetve hosszú távú hatásokra egyaránt fényt derítsek. A kvalitatív kutatások során abban bíztam, hogy olyan vélemények és indulatok is felszínre törnek a reformokkal kapcsolatban, melyek a kérdőíves megkérdezés során esetleg elsikkadnának.

A kutatást mélyinterjú és fókuszcsoportos technikával egyaránt elvégeztem. A **mélyinterjú kutatás** 22, véletlenszerűen kiválasztott, Magyarországon praktizáló szülésznőgyógyász szakorvos megkérdezése alapján készült 2008 második negyedévében. 6 orvos budapesti volt, míg 8-8 doktor Magyarország keleti illetve nyugati régiójából lett kiválasztva. A **fókuszcsoportos** kvalitatív kutatás pedig 2009 tavaszán történt. Az elemzés 8, véletlenszerűen kiválasztott, Magyarországon praktizáló szülésznőgyógyász körében történt fókuszcsoportos beszélgetés alapján készült.

### **8.1.2 Kvantitatív kutatás**

A reformok szülésznőgyógyász szakorvosokra, patikusokra és páciensekre gyakorolt rövid illetve hosszú távú hatásait három kvantitatív hullámban vizsgáltam:

- ✓ 2007. őszén (fél évvel a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény után),
- ✓ 2008. őszén (másfél évvel a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény után),
- ✓ 2010. nyarán (3 évvel a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény után).

A szülész-nőgyógyászok, gyógyszerészek és laikus nők (páciensek) megkérdezése személyesen, szóban történt. A szakorvosok esetében a célsokaság a Magyarországon élő és praktizáló szakvizsgával rendelkező szülész-nőgyógyászok, míg a patikusoknál a magyarországi gyógyszerész végzettségű gyógyszerértárvezetők. A szakmai alanyok kiválogatása számítógépes adatbázisból történt. A szakmai kérdőívek esetében hagyományos, visszatevés nélküli, rétegzett, önkényes (nem véletlen) mintavételi technikát alkalmaztam (Malhotra 2005). Az orvos és gyógyszerész alanyaimhoz munkahelyi kapcsolataim révén jutottam el. A páciensek esetében gyógyszerértári megkérdezést alkalmaztam. A patikusoknál tett látogatások során arra törekedtem, hogy megkérdezzek egy, éppen a gyógyszerértárban tartózkodó hölgyet is. A sikeres, feldolgozásra alkalmas kitöltött kérdőívek száma, vagyis a minták nagysága az alábbi táblázatban látható. Az újabb és újabb hullámok során, tapasztalataim bővülésével törekedtem az elemszám növelésére, a pontosabb eredmények elérése érdekében. Későbbiekben, az elemzések során az általam alkalmazott statisztikai módszerek esetében eredményeimet nem befolyásolta az eltérő elemszám. Bár a megkérdezés minden esetben, mindhárom célcsoportnál országosan történt, a kapott minták nem minden esetben tekinthetők reprezentatívnak.

8. táblázat: A megkérdezettek száma

mintaszám (n)	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
szülész-nőgyógyászok	122	155	179
patikusok	123	120	180
laikus nők	103	124	182

### Szülész-nőgyógyászok

9. táblázat: A szülész-nőgyógyászok életkor szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
28-43 éves	43 fő (35%)	54 fő (35%)	50 fő (28%)
44-52 éves	43 fő (35%)	57 fő (37%)	60 fő (34%)
53-69 éves	36 fő (30%)	44 fő (28%)	69 fő (38%)

10. táblázat: A szülész-nőgyógyászok régiók szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
Budapest és Pest megye	38 fő (31%)	52 fő (34%)	50 fő (28%)
Keleti régió	37 fő (30%)	50 fő (32%)	55 fő (31%)
Nyugati régió	47 fő (39%)	53 fő (34%)	74 fő (41%)

11. táblázat: A szülész-nőgyógyászok nem szerinti megoszlása

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
férfi	108 fő (88,5%)	138 fő (89%)	156 fő (87%)
nő	14 fő (11,5%)	17 fő (11%)	23 fő (13%)

12. táblázat: A szülész-nőgyógyászok praxisának intézménye (fő tevékenységként)

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
kórház	61,7%	66,5%	60,3%
klinika	4,2%	9%	9,5%
szakrendelő	29,2%	20,6%	21,2%
magánrendelő	5%	3,9%	8,9%

## Patikusok

13. táblázat: A patikusok életkor szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
<40 éves	40 fő (%)	40 fő (%)	59 fő (%)
40-50 éves	43 fő (%)	42 fő (%)	65 fő (%)
>50 éves	40 fő (%)	38 fő (%)	56 fő (%)

14. táblázat: A patikusok régiók szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
Budapest és Pest megye	44 fő (%)	40 fő (%)	60 fő (%)
Keleti régió	40 fő (%)	40 fő (%)	60 fő (%)
Nyugati régió	39 fő (%)	40 fő (%)	60 fő (%)

15. táblázat: A patikusok nem szerinti megoszlása

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
férfi	22 fő (17,9%)	45 fő (37,5%)	71 fő (39,4%)
nő	101 fő (82,1%)	75 fő (62,5%)	109 fő (60,5%)

## Páciensek (nők)

16. táblázat: A laikus nők életkor szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
<37 éves	33 fő (%)	45 fő (%)	38 fő (%)
38-51 éves	35 fő (%)	43 fő (%)	66 fő (%)
>52 éves	35 fő (%)	36 fő (%)	78 fő (%)

17. táblázat: A laikus nők régiók szerinti összetétele

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
Budapest és Pest megye	44 fő (42,7%)	32 fő (25,8%)	33 fő (18,1%)
Keleti régió	28 fő (27,2%)	41 fő (33,1%)	78 fő (42,9%)
Nyugati régió	24 fő (23,3%)	34 fő (27,4%)	71 fő (39%)
NT/NV*	7 fő (6,8%)	17 fő (13,7%)	0 fő (0%)

\*nem tudja vagy nem válaszol

18. táblázat: A laikus nők iskolai végzettsége

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
alapfokú	10 fő (9,7%)	11 fő (8,9%)	51 fő (28%)
középfokú	46 fő (44,7%)	53 fő (42,7%)	67 fő (36,8%)
felsőfokú	47 fő (45,6%)	60 fő (48,4%)	64 fő (35,2%)

19. táblázat: A laikus nők egy főre jutó havi jövedelme

	2007. ősz	2008. ősz	2010. nyár
< 50 000 Ft	8 fő (7,8%)	18 fő (14,5%)	66 fő (36,3%)
51 000 – 100 000 Ft	57 fő (55,3%)	62 fő (50%)	88 fő (48,4%)
> 101 000 Ft	35 fő (34%)	44 fő (35,5%)	19 fő (10,4%)
NT/NV*	3 fő (2,9%)	0 fő (0%)	9 fő (4,9%)

\*nem tudja vagy nem válaszol

A 2010-es mintában az 50 000 Ft alatti egy főre eső havi jövedelemmel rendelkező válaszadók részaránya számottevően magasabb a korábbi évekhez képest. A különbség oka két tényező együttes hatásának eredménye: az egyik, hogy a mintába magasabb arányban kerültek bele alapfokú végzettséggel rendelkezők, a másik pedig az, hogy a magyar gazdaságban 2009 második felétől dekonjunkúra alakult ki, ami nem csak a reálbérek

tényleges csökkenéséhez, hanem a saját kereset szubjektív megítélésének romlásához is vezetett.

Az eredmények a teljes mintán alapulnak, de ahol nagyon jellemző különbségek mutatkoznak, ott jelzem a régió illetve életkor szerinti eltéréseket is. Mivel az egyes alkategóriák elemszáma (korcsoportok, régiók) nem teszi lehetővé, hogy minden esetben statisztikailag is alátámasszam állításaimat, ezért ott, ahol statisztikailag szignifikáns különbségeket találtam, azt külön jelzem. A különböző minták összehasonlításánál figyelembe véve az elemszám és összetételbeli különbségeket csak tendenciákra hívom fel a figyelmet, szignifikancia szintek nélkül. Azon kérdésköröknél, ahol nem a tendencia megállapítása a céлом, hanem egy helyzetkép vázolása, ott a legfrissebb, 2010-es adatokat tüntetem fel.

## **8.2 A kérdőív felépítése**

### **8.2.1 A kvalitatív kutatások beszélgetésvázlata**

A mélyinterjú és a fókuszcsoportos beszélgetés azonos kérdésköröket érintett: az orvoslátogatók szerepét és megítélését, a gyógyszerválasztás szempontjait, az egészségügyi reformok hatásait, a szakemberek változásokról alkotott véleményét, viszonyulást a vény nélküli készítményekhez, az innovatív termékekhez illetve az e-marketing nyújtotta lehetőségekhez.

Kérdéseimet nyitott kérdés formájában tettem fel, hogy teret engedjek alanyaim saját véleménynyilvánításának. Céлом az volt, hogy feltárjam az érintett célcsoport motivációit, nézeteit, attitűdjeit és érzéseit az egészségügyi reformokkal kapcsolatban. A mélyinterjú és a fókuszcsoportos beszélgetés vázlatát a 17. és 18. számú melléklet tartalmazza.

### **8.2.2 A kvantitatív kutatás kérdőívei**

A kérdőíves, személyes megkérdezés során mindhárom célcsoport esetében zömében azonos kérdésköröket taglaltam az érintettek szemszögéből. Rákérdeztem a gyógyszercégek aktivitásaira és befolyásoló szerepére, az érintettek gyógyszerválasztási szempontjaira, vélekedésükre a vény nélküli szerekről illetve azok gyógyszerháron kívüli elérhetőségéről. Érdeklődtem a reformok hatásairól, a generikumokról, a gyógyszer-helyettesítések elfogadottságáról és nem utolsósorban az elektronikus információszerezés ismertségéről, alkalmazottságáról. Mindemellett törekedtem a célcsoport-specifikus tényfeltárára is. Értem ez alatt az orvosok esetében a gyógyszerválasztási szempontok

szakmai érveit, a gyógyszercégek aktivitásait, az orvoslátogatók szerepét, a vény nélküli szerek ajánlását, az átállítások gyakoriságát és az OEP vényíró szoftverének alkalmazását. A patikusoknál külön figyelmet fordítottam a gyógyszerkiadási és –készletezési gyakorlat átalakulására, míg a nő pácienseknél feltérképeztem, hogy egészségügyi kérdésekben kinek a véleménye számít, mennyire jellemző az öngyógyszerezés és milyen hatása van a gyógyszerfogyasztási szokásokra a TV reklámoknak, újsághirdetéseknél és a szóróanyagoknak.

A kvantitatív kutatás javarészt zárt kérdések formájában történt (19. melléklet). A válaszlehetőségek esetében legtöbbször ordinális- vagy Likert-skála volt segítségemre.

### **8.3 Statisztikai elemzés**

A kérdőívek adatait célcsoportonként adatbázisba rendeztem (minden kérdésnél csak az érvényes válaszokat vettem figyelembe) és az SPSS 13.0 szoftverrel elemeztem. A kutatás egésze során 5%-os szignifikancia szinttel dolgoztam. A statisztikai módszerek közül a varianciaanalízist (ANOVA) Scheffé-próbával, a keresztábra elemzést Chi-négyzet próbával és a páros t-próbát alkalmaztam.

## **9. A KUTATÁS HIPOTÉZISEI**

### **9.1 Orvosok**

H1: A 2007-ben életbe lépett Gyftv. hatására a doktorok gyógyszerfelírási szokása átalakul:

- a. Támogatott gyógyszerek választásakor az ár kiemelt, döntő szerephez jut.
- b. A vény nélküli gyógyszerek orvosok általi ajánlásának gyakorisága növekedni fog.
- c. Az orvoslátogatók szerepe csökken.

H2: A társadalombiztosítási támogatásban részesülő medicinák esetében mindennapivá válnak az ár miatti gyógyszerátállítások.

### **9.2 Gyógyszerészek**

H3: A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény hatására a patikusok gyógyszerkiadási és -készletezési szokásai gyökeresen átalakulnak. A receptek kiváltásakor a gyógyszer-helyettesítések száma jelentősen megnő.

### **9.3 Páciensek**

H4: Az idő múlásával az emberek árérzékenysége fokozódik. Egyre többen vallják, hogy egy olcsóbb generikus készítmény lehet ugyanolyan hatásos és jól tolerálható, mint egy azonos összetételű drágább.

H5: Mivel sok azonos összetételű készítmény kerül forgalomba, az emberek számára a gyógyszerek gyártója lesz a meghatározó.

## 10. A KUTATÁS EREDMÉNYEI

### 10.1 Nőgyógyász szakorvosok

2007-től a generikus gyógyszerek száma rohamosan megemelkedett és az adott hatóanyag-csoporton belüli árszínvonal rövid időn belül, jelentősen lecsökkent. Az orvosi rendeléseken a terápia meghatározásakor nélkülözhetetlen szempont lett a készítmények ára, ami határt szabott a doktorok receptírási szabadságának.

A gyógyszerfelírási szokásokat érintő legfontosabb változások:

- ✓ 2005 októbere óta magánorvosok nem írhatnak fel 90 és 100%-os támogatással, illetve közgyógyellátásra gyógyszereket,
- ✓ 2006 júliusától megváltozott a közgyógyellátási rendszer: minden közgyógyellátott betegnek egyéni gyógyszerkeretet állapítanak meg,
- ✓ hatóanyag- és terápiás fixesítés: rendszeres frissítéssel csoportokba sorolják a készítményeket és minden csoportban kiválasztanak egy kedvező árú referenciagyógyszert; a támogatás mértéke ennek a készítménynek a bruttó fogyasztói árához igazodik,
- ✓ 2007. januárjától megváltoztak a normatív támogatási kategóriák; az eddig 90%-os támogatás 85% lett, a 70%-os 55%, míg az 50%-os 25%,
- ✓ megszűnt a gyógyszerek térítésmentessége: a minimális térítési díj a kiemelt támogatási kategóriájú medicinák esetében 300 forint.

#### 10.1.1 Mélyinterjú kvalitatív kutatás nőgyógyászok körében 2008 tavaszán

A kvalitatív felmérés 22, véletlenszerűen kiválasztott, Magyarországon praktizáló szülésznőgyógyász szakorvos mélyinterjú megkérdezése alapján készült 2008 második negyedévében. 6 orvos budapesti volt, míg 8-8 doktor Magyarország keleti illetve nyugati régiójából lett kiválasztva.

#### *Gyógyszerfelírási szokások*

Az egészségügyet érintő változások rövidtávon mérsékelt befolyással voltak a nőgyógyászok gyógyszerfelírási szokásaira. A társadalombiztosítási támogatásban részesülő termékek felírásakor a szakmai szempontot 2008 tavaszán is mindent megelőzően vették figyelembe a szakorvosok. Ezek közül a legfontosabb a hatékonyság, a gyorsaság, a biztonságosság és az egyszerű alkalmazhatóság volt. Az ár csak ezután



következett, mely csupán másodlagos tényező, amit az orvosok nagy része csak páciense kérésére vesz figyelembe. Elenyésző azok aránya, akik áttértek más termékek írására, eleget téve a törvényi előírásnak. Megállapítható, hogy az orvosok egy része költségtudatosabb lett, de nem feltétlenül ragaszkodik mindig a legolcsóbb termékhez. Az olcsóbb készítmények hívei azon a véleményen vannak, hogy a betegnek jogában áll eldönteni, mennyit szán a gyógyulására. Sokkal fontosabb az, hogy a felírt készítményt valóban kiváltsa és alkalmazza a beteg, még akkor is, ha az olcsóbb termék esetleg kevésbé hatékony. A megkérdezettek egy kisebb hányada egyáltalán nem fektet hangsúlyt az ár kérdésére, kiáll az eddig preferált tb. támogatott termékei mellett és az olcsóbb gyógyszert kérő betegeit is igyekszik meggyőzni az általa választott készítmény használatáról. A felírt termékek köre a válaszadók többségénél valamilyen mértékben megváltozott, de a preferált gyógyszerek csoportja nem. A gyógyszercserék leggyakoribb oka továbbra is szakmai. Általában a hatékonyabb vagy jobban tolerálható orvosság reményében váltanak készítményt a nőgyógyászok.

A saját tapasztalat és a „jól bevett” szokás fontos tényező. A régebb óta praktizálók főként betegeik visszajelzéseire építenek, rutinszerűen írnak készítményeket, míg a fiatalabb pályakezdők javarészt hagyatkoznak az idősebb, megbecsült kollégák véleményére. A gyógyszerismertetőknak is kulcsszerepe van az információátadásban, viszont a gyártó kiléte nem szempont.

#### ***A beteg kérésének szerepe gyógyszerválasztás során***

A nők gyógyszerválasztáskor általában szakorvosuk ajánlására, véleményére hagyatkoznak. Akik tartósan, panaszmentesen szednek valamilyen gyógyszert, továbbra is a jól bevált készítményt kapják. A nőgyógyászok többsége úgy véli, hogy az embereknek igen kevés és pontatlan információja van az egyes termékekről. A páciensek javarészt nem megfelelő forrásokból tájékozódnak. A doktorok elmondása szerint sokan apellálnak a barátnő, anyuka, rokon, ismerős, szomszédasszony, kozmetikus, stb. ajánlására. Általában az idősebb páciensek hivatkoznak a másoktól hallottakra, míg a fiatalabbak inkább kikérik orvosuk véleményét és hajlandóak megbízhatóbb helyről tájékozódni: internetről, rendelőkben kihelyezett szórólapokból. Többen megjegyezték, hogy tapasztalatuk szerint az internet egyre fontosabb és népszerűbb információforrás, de úgy látják, ezt egyelőre csak a magasabb iskolai végzettségű betegeik használják. Csupán egy nőgyógyász említette, hogy a patikák, patikusok fontos információforrások a betegek számára.

### ***Az egészségügyi reform értékelése***

A nőgyógyászok nincsenek jó véleménnyel az egészségügyet érintő közelmúltbeli intézkedésekről. A támogatott gyógyszerek esetében a doktorok az olcsóbb orvosságokat kénytelenek választani. Akik pozitívan nyilatkoztak a változásokról, javarészt azt hangsúlyozták, hogy a törvényi szabályozás miatt csökkent az originális készítmények ára is, így az eddigi gyakorlathoz képest ezeket a termékeket gyakrabban tudják felírni. További pozitívumok csak egyedi említésként hangzottak el pl. a járulékfizetés fokozottabb ellenőrzése és az önrész vállalásának fontossága. A vidéken praktizáló orvosok jobban nehezményezték a kedvezőtlen intézkedéseket (leginkább a létszám- és ágyszám leépítést).

Az egészségügyi reformot összességében negatívan élték meg a válaszadók. Az intézkedéseket szakmailag megalapozatlannak, végiggondolatlannak tartják. Úgy látják, hogy bizonytalan, stresszes légkört teremtett a változás, ami a gyógyítás rovására megy. Sok lépés megkezdődött, végül nem ment végbe. Ez sem az orvosoknak, sem a betegeknek nem jó. Sokan egészen szélsőséges jelzőkkel illették a reformokat: „lesújtó”, „abszurd”, „pocsék”, „romboló”, „káosz”, „ellehetetlenítik a gyógyítást”, „haldoklik a rendszer”. Néhányan azt is megjegyezték, hogy a magánszféra betörését sem támogatják, alapjaiban nem kellene megváltoztatni a klasszikus szolidaritási elven működő rendszert. Egységes az álláspont abban, hogy változtatásokra szükség van, de nem így. Az orvosoknak terhes a sok adminisztráció, az állandó tájékoztatási kötelezettség és nehéz követniük a gyógyszerár változásokat. Mindennek leginkább a betegek látják kárát.

### ***A gyógyszerfelírási szokások változása és az ár szerepe a reformok életbe lépése óta***

A megkérdezettek többsége megérezte a változásokat a gyógyszerfelírási szokásaiban. Sokan nyilatkozták, hogy támogatott gyógyszer felírásakor ma már az egyéb szempontok háttérbe szorításával kénytelenek az ár alapján dönteni. Az orvosok egy része rendszeresen ellenőrzi, hogy milyen jelzésűek az egyes gyógyszerek és igyekeznek a zöld sávval jelölteket használni. Az OEP minden hónapban kimutatást küld az orvosoknak arról, hogy az országos átlagtól milyen mértékben tértek el. A doktorok büntetést nem kapnak, de érzik a nyomást és nem mernek kockáztatni. Inkább átállnak egy aktuálisan olcsóbb termékekre (a kvantitatív kutatás során majd látható lesz ennek tompulása az idő múlásával). Jellemző, hogy kevesebb gyógyszert írnak fel, mint korábban. Páran említették, hogy a változások nyitást indukáltak az orvosok körében a vény nélkül megvásárolható készítmények felé (pl. hüvelyi gombaellenes terápia választásakor). A

reformokra nem reagálók azzal érveltek, hogy továbbra is ugyanazon készítményeket tartják hatékonynak. Mivel ez a fő szempont és biztosak benne, hogy nincs okuk változtatni. Egy-két nőgyógyász korábban is az olcsóbb gyógyszereket preferálta, így nem kényszerült változtatásra. Akiknek változott a gyógyszerválasztási szokása, azt vette figyelembe, hogy az adott hatóanyag ugyanaz maradjon és nem foglalkoznak azzal, hogy nevezik az adott gyógyszert.

A válaszadók kétharmada nyilatkozta azt, hogy nem veszi fokozottabban figyelembe az árat a támogatott gyógyszer kiválasztáskor. A szülészet-nőgyógyászat területén van olyan termékcsoport, amely nem támogatott (pl. fogamzásgátlók), így ezek felírásában a reformok nem hoztak változást. Viszont az újabbnál újabb generikumok megjelenése és az árérzékenység fokozódása hatással van erre a területre is.

A megkérdezett nőgyógyászok ritkán állítják át pácienseiket másik készítményre. A gyógyszerváltoztatások leggyakoribb oka a mellékhatások jelentkezése (ez is többnyire inkább a fogamzásgátlóknál). Elvértve fordul csak elő, hogy ár miatt történik gyógyszercseré. A megkérdezettek többsége úgy látja, hogy amikor ár miatt történt gyógyszerváltás, az nem okozott problémát a pácienseknek.

Az orvosok zöme fogékony új termékek kipróbálására. Amennyiben a betegek visszajelzése pozitív egy új orvosság kapcsán, a nőgyógyászok „felveszik” a rutinszerűen alkalmazott készítményeik közé.

#### ***Az OEP vényíró szoftverének használata***

Az OEP vényíró szoftverének használata nem épült be az orvosok mindennapi gyakorlatába. A programot javarészt csak jelentéskészítésre használják a szakemberek. Csupán alkalmanként nézik meg a javaslatokat vagy olyan esetben, amikor egy ritkábban alkalmazott terméket választanak. Sokan megjegyezték, hogy rengeteg szakmai hibája van a rendszernek, nem naprakész és nem követi az aktuális árváltozásokat. Csupán egy orvos találta praktikusnak az alkalmazást. A rendszer legnagyobb hiányosságaként a nőgyógyászok azt említették, előfordul, hogy újabb, közel egy éve bevezetett termékek nincsenek benne, holott gyakran ezekről lenne szükségük leginkább információra. Nem utolsó szempont az sem, hogy igen időigényes a rendszer használata és ráadásul sokak szerint szakmailag sem megfelelő (a gyógyszercsoportok sokszor rosszul vannak összeállítva).

### ***OTC termékek népszerűsége***

A megkérdezett orvosok közül mindenki szokott vény nélküli készítményt javasolni pácienseinek. A doktorok egyik fele azért preferálja az OTC termékeket, mert így kevesebb támogatott készítményt ír fel, nincs annyi adminisztrációja, ráadásul hasonló panaszok esetén a továbbiakban a beteg már tudja mit tegyen. Ugyanennyien vannak azok, akik épp az előbb felsoroltak miatt látják veszélyesnek a vény nélküli szereket (nem szerencsés, ha a beteg az orvost kikerülve, szakmai ellenőrzés nélkül, saját maga dönt a kezelésről).

### ***Patikán kívüli gyógyszervásárlás***

A megkérdezett orvosok közel fele nem talál kivétlivalót az egyes vény nélküli készítmények patikán kívüli megvásárlásának lehetőségében. Könnyebbségnek érzik. Szerintük a patikákon kívül kapható készítmények között nincs olyan, amivel árthatnának maguknak a betegek. Említették, hogy külföldön ez már évek óta működő gyakorlat, ilyen formában csak sokszorosan bevizsgált termékeket lehet kapni. Ezen orvosságok többsége láz- vagy fájdalomcsillapító, amire tényleg bármikor szüksége lehet az embernek. Kiemelték, mindenki tart otthon házipatikát, melyben még vényköteles termékeket is lehet találni.

Az orvosok kicsit több mint egynegyede vélte úgy, hogy egyértelműen veszélyes ez a lehetőség, mivel a beteg maga dönt a kezeléséről. Az eladó képzettség híján nem tudja tájékoztatni a vásárlókat a választott gyógyszerek tulajdonságairól, az esetleges kontraindikációról és mellékhatásokról. Akik veszélyesnek találták e lehetőséget, azt is előre vetítették, hogy így idővel bővülhet azon készítmények köre, melyeket patikán kívül is meg lehet vásárolni és ezáltal egyre több kevésbé biztonságos termék kerülhet a polcokra.

Néhány doktor úgy vélte, hogy a gyógyszerek kikerülése a gyógyszertárakból megváltoztatja az emberek gyógyszerfogyasztási szokásait. Véleményük szerint több gyógyszer fogy így, mint korábban. Egy-két válaszadó nyomatékosította, hogy kárára válhat a társadalomnak, ha a betegek kikerülik az orvost és kontroll nélkül szedik a gyógyszereket. Az orvosok kisebbik fele úgy gondolta, semmilyen változás sem fog bekövetkezni a fogyasztási szokásokban. A folyamatos gyógyszereszedők és -függők eddig is hozzájutottak a szükséges szerekhez.

### ***Új fejlesztésű, innovatív készítmények fogadtatása***

A megkérdezett orvosok többsége nyitott az innovatív készítmények alkalmazására. Néhányan óvatosabbak, kívárnak, míg kollegáik a betegek pozitív visszajelzései alapján ajánlják. Szinte teljesen egybehangzó vélemények születtek arról, hogy milyen szakmai információk szükségesek a frissen bevezetett termékek kipróbálásához. Az alapvető információkon túl (javallat, hatásmechanizmus, adagolás, mellékhatások, kontraindikációk) a doktorok igénylik, hogy hozzájussanak a vizsgálati anyagokhoz, információt kapjanak a fejlesztésről, a külföldi tapasztalatokról illetve összehasonlító tanulmányokról. Új termék piacra lépésekor a hatékony és tömör ismertetésben kiemelt szerepet tulajdonítottak a válaszadók az orvoslátogatóknak.

### ***E-marketing***

Az elektronikus levélen keresztüli tájékoztatás hasznosságával kapcsolatban eltérő volt a megkérdezettek véleménye. A válaszadók kicsit több mint fele tartotta praktikus megoldásnak. A többi orvos (inkább a középkorú vagy idősebb korosztály) elutasító volt, mondván, hogy nincs idejük nézegetni az e-maileket, nem értenek az informatikához (vagy nincs számítógépes hozzáférésük), valamint jobban szeretik a személyes kapcsolatot. Akik örömmel fogadnának szakmai tartalmú elektronikus leveleket, azok leginkább havonta, kéthetente tartják reálisnak az információátadást. A doktorok kiemelték, hogy az e fajta kommunikáció során a főszerep a szakmai tartalomé legyen. Fontos számukra, hogy minden anyagot csak egyszer kapjanak meg és ne „bombázzák” őket felesleges e-mailekkel.

#### **10.1.2 Fókuszcsoportos kvalitatív kutatás a nőgyógyászok körében 2009. tavaszán**

Az elemzés 8, véletlenszerűen kiválasztott, Magyarországon praktizáló szülész-nőgyógyász körében történt fókuszcsoportos beszélgetés alapján készült.

#### ***Az orvoslátogatók megítélése***

*„Úgy kell ezt a kapcsolatot elképzelni, mintha két család lenne egyfajta felületes barátságban.”*

*„Számít, hogy melyik ugrik be hamarabb (orvoslátogató). Az amelyik kedves, aranyos vagy az amelyik elkezdi nekem magyarázni molekuláris szinten, hogy hol hat a gyógyszer a maga 24 évével.”*

Az orvoslátogatók megítélésekor fontos szempont a látogató személye és stílusa. A fókuszcsoporthoz beszélgetés során nyilvánvalóvá vált, hogy a szakmai segítségnyújtás nemcsak az ismertett termékhez kapcsolódó kutatási adatok, statisztikák ismertetését takarja, hanem a konferenciákra, szimpóziumokra invitálást vagy a kötelező pontszerző tanfolyamok figyelemmel kísérését is jelenti. A nőgyógyászok elvárják a rugalmasságot: mind hely-, mind pedig időpontválasztásban (előzetes egyeztetés). A mély személyes kapcsolat kialakulása érdekében fontos, hogy minél tovább képviseljen egy személy egy céget. A szakorvosok zaklatásként élik meg a túl gyakori látogatást, viszont bevallották, hogy általában csak akkor rögzülnek a termékről kapott információk, ha a látogatók megfelelő rendszerességgel eljutnak hozzájuk.

### ***Gyógyszerfelírásakor figyelembe vett szempontok***

*„A lényeg, hogy minél gyorsabban legyen jól a beteg.”*

A szülész-nőgyógyászok praxisában általában vagy terápiás célú gyógyszerválasztásról van szó vagy fogamzásgátlásról. A két esetben az egyes paraméterek fontossági sorrendje eltérő.

#### ***1. Terápiás célú gyógyszerfelírás (társadalombiztosító által támogatott gyógyszerek)***

*Hatékonyság:* legfontosabb szempont, hogy egy gyógyszer gyorsan hasson és kevés mellékhatása legyen. Ez határozza meg a beteg compliance-t illetve közvetetten a beteg orvostól alkotott képét is.

*Ár:* támogatott gyógyszereknél a második legfontosabb szempont a terápiás célú döntések esetében. A megkérdezettek többsége rákérdez az ár jelentőségére betegénél és ennek megfelelően választ készítményt.

*Saját tapasztalat:* ha egy új termékkel egyszer probléma adódott (pl. nem lehetett beszerezni, mellékhatások jelentkeztek), akkor azzal nem alakul ki hosszú távú tapasztalat.

*Gyógyszerforma:* döntő a beteg életstílusának és a gyógyszerformának az összeegyeztetése.

*Anamnézis:* fontos, hogy ne olyan hatóanyaggal próbálkozzon az orvos, ami egyszer már nem vált be.

#### ***2. Fogamzásgátlók felírása (társadalombiztosító által nem támogatott gyógyszerek)***

*„Akiknek normál ciklusa van és egyébként egészséges, az már gyakorlatilag bármit kaphat a mai fogamzásgátló készítmények közül.”*

*„Nincs már olyan, hogy olcsó készítmény, főleg a kontraceptívumok között.”*

*A beteg kérése:* a fókuszcsoporthoz beszélgetésen résztvevők, praxisuk 20-25%-ában találkoznak olyan pácienssel, aki fogamzásgátló felíratásakor konkrét termék igényével érkezik. 30 és 50% közé tehető azok aránya, akinek van valamilyen egyéni igénye a leendő termékkel kapcsolatban, de nem szűkül le egyetlen termékre (ez leggyakrabban az alacsony hormontartalom). A többség nőgyógyászára bízta a választást. Ritka az a páciens, aki nem hagyja magát meggyőzni orvosa által.

*Ár:* Fontos, de inkább csak az alacsony jövedelmű páciensek és diákok körében központi kérdés.

### ***Az egészségügyi reform értékelése***

*„Egész egyszerűen nem volt pozitív vonzata.”*

*„Ne nevezzük reformnak. Magyarországon minden pénzmegvonást, megszorítást reformnak csúfolnak.”*

A megkérdezett orvosok nem voltak jó véleménnyel a 2007-es kormányzati lépésekről. A változtatások többsége leginkább adminisztratív terheket hozott és legfőbb célja a forrásmegvonás volt. A többség szerint a változtatásokkal az orvostársadalom lejárását érték el, melynek hatása máig érezhető. Sokan megaláznak tartják, hogy a betegeknek nyomtatott formában át kell adniuk, milyen vizsgálatokat végeztek. Ez nemcsak időrabló, de az eszközigényt is jelentősen megnöveli.

### ***Az intézkedések hatása a gyógyszerfelírási szokásokra***

A csoport egybehangzóan úgy gondolta, hogy csak minimális szinten és csak rövidtávon okozott a gyógyszerfelírási szokásaikban változást az intézkedéscsomag. Idővel „hozzáedződtek” a fenyegetettséghez és azt tapasztalták, hogy nincs szó konkrét szankcióról. 2009-re többen visszatértek korábbi felírási szokásaikhoz.

Amikor a problémát koncentráltan a hüvelyi gombás fertőzések kezelésére vonatkoztatva vizsgáltattam a csoporttal, kiderült, hogy ebben az indikációban a felírás kevésbé az originálisok felé mozdult el, mint inkább erősödött az OTC termékek ajánlása, mert így nincs adminisztráció és azon sem kell a nőgyógyászoknak izgulnia, hogy a hatóságoknak is megfelelő készítményt írt-e vajon a receptre.

Az OTC termékek általános jelentőségéről megoszlottak a vélemények, a többség inkább jónak tartotta ezek piaci pozíciójának erősödését, míg kisebb arányú véleményként

felmerült az is, hogy az OTC státusz okozhat devalválódást egy készítmény szakmai megítélésében, mert használata a beteg kezében nem mindig szakszerű.

#### ***Az intézkedések hatása a generikumok megítélésére***

A generikus készítményekkel szembeni averzió 2008 tavaszán is érzékelhető volt az orvosok körében. Ez még kifejezettebb, ha számukra ismeretlen gyártó termékéről van szó. A generikumok megítélésén alapvetően nem változtatott az intézkedések, bár az ebbe a körbe sorolt készítmények némelyikével erősödött a saját tapasztalat a kezdetben enyhén módosult felírási szokások miatt.

#### ***A gyógyszercégek szerepe***

*„Egy gyógyszer cég alapvetően nem sokat tehet a változások ellen, mert ők ugyanúgy meglettek szorongatva, mint az orvosok. Igaz, azért ők is, meg mi is még megélünk.”*

*„Magyarországon az a szégyen, hogy egy orvosnak fizetnie kell azért, hogy elmehessen egy kötelező továbbképzésre.”*

A csoport egybehangozóan azt hangoztatta, hogy a cégeknek nincs hatása a változásokra és a már meglévő szakmai segítségen kívül nem sokat tehetnek az orvosokért. A megkérdezettek az egyetlen megoldást abban látják, hogy a kormány ne elvonja a forrásokat az egészségügytől, hanem teremtse meg azokat. Oly módon kellene átalakítani a jelenlegi „feudális” egészségügyi rendszert, hogy a benne dolgozó orvosok motiváltabbak legyenek a munkavégzésre.

### **10.1.3 Három kutatási hullámból (2007, 2008 és 2010) álló kvantitatív kutatás nőgyógyászok körében**

#### ***Szakmai információforrások fontossági sorrendje***

A gyógyszerválasztás során felhasznált szakmai anyagok rangsorában (18. ábra és 20. táblázat) első helyen az orvoslátogatóktól kapott információk szerepelnek (páros t-próba az orvoslátogatótól kapott és a szakmai rendezvényeken szerzett információk rangsorátlaga között,  $t = -8,9$  szignifikancia:  $0,00 p = 0,05$ ). Az orvosok szemében évről évre egyre nő a látogatók szerepének fontossága. Ezt követik a második helyen a szakmai rendezvényeken, kongresszusokon látott-hallott tapasztalatok. A kollégák véleménye, a szakfolyóiratok és újságcikkek fontossága másodrangú. A legkevésbé elterjedt hazánkban még ma is az

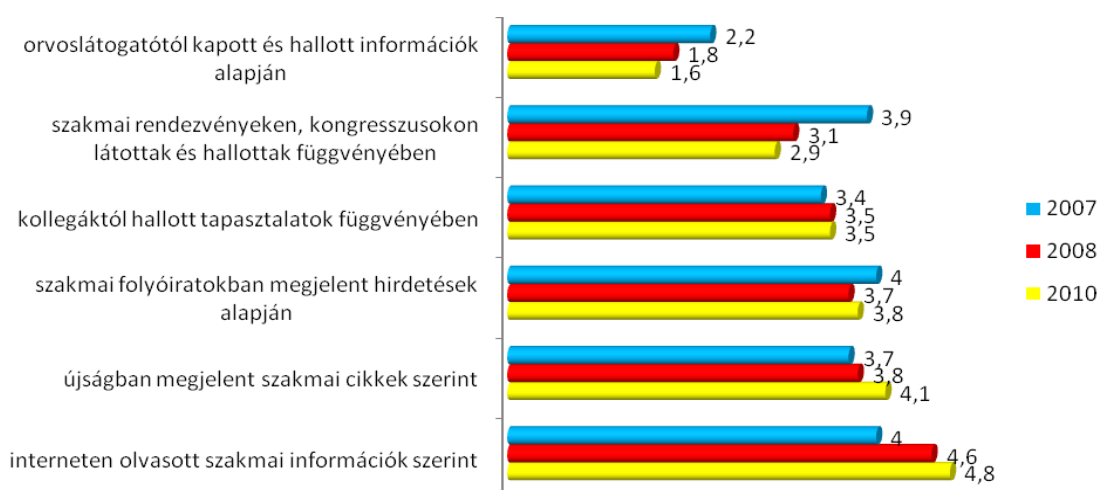


interneten keresztüli információgyűjtés (páros t-próba az újság szakmai cikk és az interneten szerzett információk rangsorátlaga között,  $t = -4,1$  szignifikancia:  $0,00$   $p=0,05$ ).

20. táblázat: Szakmai információforrások fontossági sorrendje (Varianscia analízis (ANOVA) eredményei 2007-2008-2010 között)

	F	SZIGNIFIKANCIA
orvoslátogató információi alapján	8,7	0,00
kollégáktól hallott információk alapján	2,5	0,08
újságban megjelent információk alapján	3,5	0,03
szakmai folyóiratok cikkei alapján	2,3	0,11
interneten olvasott információk alapján	7,1	0,00
szakmai rendezvényeken hallottak alapján	3,8	0,02

(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)



18. ábra: Szakmai információforrások fontossági sorrendje (az ábrán szereplő értékek rangsorolási átlagok)

### ***A gyógyszer jellemzőinek szerepe a gyógyszerválasztásban***

A 2010-es rangsor szerint gyógyszerválasztáskor legfontosabb szempont a gyógyszer biztonságossága és hatékonysága. A harmadik helyen a kevés mellékhatás szerepel, ami alig marad el a hatékonyság kritériumától. A készítmény használatának pontos ismerete már kevésbé erős befolyásoló tényező. Az ár mindössze az ötödik a rangsorban (páros t-próba 4. és 5. helyen értékelt állítás rangsorátlaga között,  $t = -2,61$  szignifikancia:  $0,01$   $p=0,05$ ) még a támogatott készítmények esetében is és csak ezután következik az utolsó előtti helyen a napi egyszeri adagolás. A nőgyógyász szakorvosok számára legkevésbé fontos szempont egy gyógyszer felírásakor a gyártó jó megítélése. A 2007-es felmérés óta

jelentős elmozdulás tapasztalható a gyógyszerválasztási szempontok fontosságának tekintetében.

21. táblázat: Gyógyszerválasztási szempontok (Varianscia analízis (ANOVA) eredményei 2007-2008-2010 között)

	F	SZIGNIFIKANCIA
kevés mellékhatás	35,9	0,0
biztonságosság	1,3	0,3
a készítmény használatának pontos ismerete	23,3	0,0
ár	17,1	0,0
hatékonyság	72,4	0,0
napi egyszeri adagolás	6,7	0,0
a gyártó jó megítélése	0,4	0,7

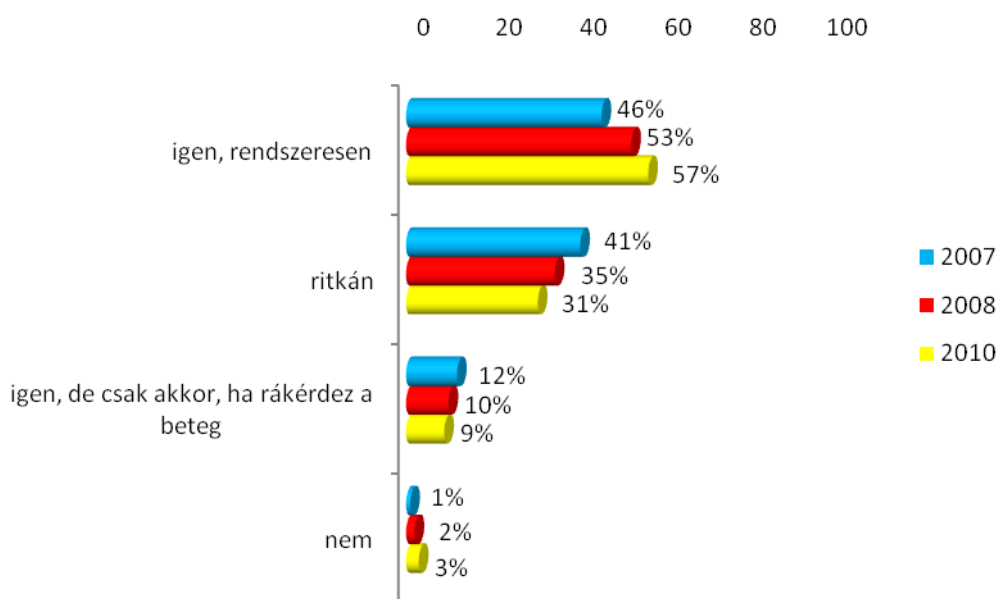
(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)

Egyértelmű elsőbbséget élveznek a szakmai szempontok. Felértékelődött a hatékonyság (21. táblázat) és meglepő módon a rangsorolási szempontok közül az ár és a készítmény pontos ismeretének szerepe csökkent (ár esetében: ANOVA, Scheffe 2007 vs. 2008 sig: 0,00 / ANOVA, Scheffe 2007 vs. 2010 sig: 0,00. Készítmény pontos ismerete: ANOVA, Scheffe 2007 vs. 2008 sig: 0,00 / ANOVA, Scheffe 2007 vs. 2010 sig: 0,00). Az ár esetében az elmozdulás egyértelműen arra utal, hogy a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény életbe lépése után közvetlenül az orvosok rettegve a beharangozott szankcióktól a társadalombiztosítási támogatásban részesülő medicinák esetében figyeltek a felírt gyógyszerek árára, majd ez a félelem az idő múlásával tompult. Ez annak köszönhető, hogy az idő múlásával egyértelművé vált, hogy egy esetleges továbbképzésnél nagyobb baja senkinek sem történhet. Az igazsághoz tartozik az is, hogy a nőgyógyászok esetében nem volt és jelenleg sincs olyan támogatott termékkör, ami görcsű alatt lenne. Többek közt az ilyen mérvű szakterületenkénti eltérések miatt tartottam fontosnak, hogy kutatásom során egy szakterületre fókuszáljak.

Bár az ár befolyásoló szerepe mérséklődött (20. melléklet) az idő múlásával, az egyértelműen megállapítható, hogy a beteg anyagi helyzetének figyelembevétele erősödött (21. melléklet). Ez a társadalom általános anyagi helyzetének romlásával és az orvosok gyógyszerfelírási rutinjának megváltozásával magyarázható.

### **Vény nélküli készítmények ajánlása**

Megvizsgáltam, hogy mennyire jellemző a nőgyógyászok praxisában a vény nélküli gyógyszerek ajánlása (19. ábra). Ez a kérdéskör azért érdekes és fontos, mert a vényfelírások szigorú ellenőrzésének és a magánrendelésen felírt gyógyszerek nyomon követése következtében munkám során azt tapasztaltam, hogy elkezdtek a doktorok recept nélkül is elérhető termékeket ajánlani.



19. ábra: Vény nélkül kapható készítmények ajánlása

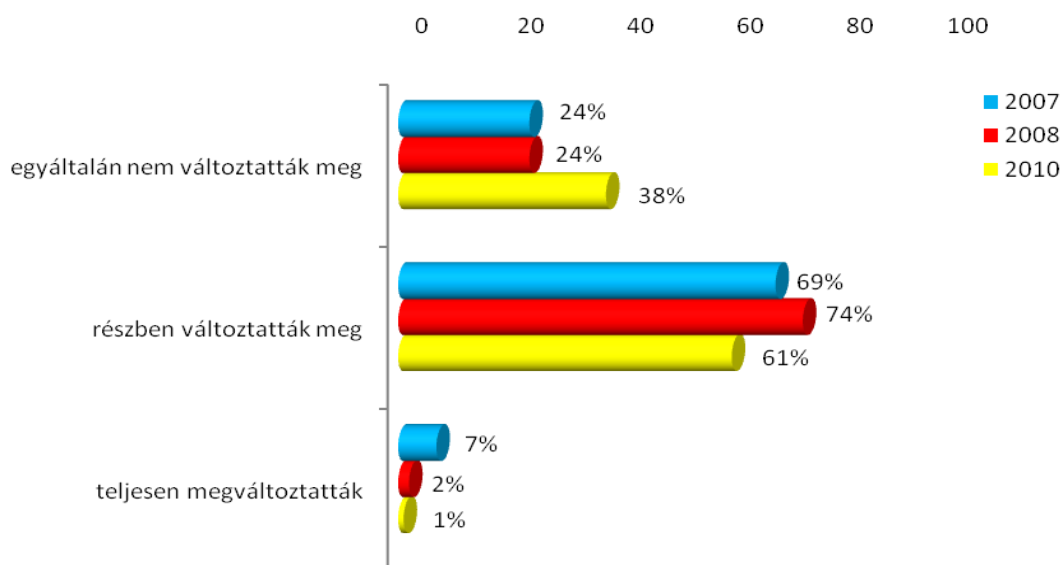
(Chi-négyzet=5,43; sig=0,49 p=0,05) (bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)

Felvetésemet igazolták a számok. 2010-ben a nőgyógyász szakorvosok 57%-a rendszeresen, közel harmada pedig ritkán, de javasol vény nélküli készítményeket. Ez az arány 11%-ponttal nőtt 2007-hez képest. A beteg rákérdezésére további 9% ajánlott már OTC készítményt. Szinte alig van olyan szakorvos, aki még sosem javasolt recept nélkül. Az igazsághoz hozzátartozik az is, hogy ezen a szakterületen vannak olyan termékcsoportok, melyek gyógyszerárban megvásárlásának egyike sem vényhez kötött (pl. terhességi vitaminok, hormonmentes méhen belüli fogamzásgátló eszközök) és vannak olyanok is, amelyek körében él receptköteles és OTC orvosság is (pl. hüvelyi gombás fertőzések helyi kezelését célzó készítmények). Éppen ezért a kapott százalékok elképzelhető, hogy nem teljesen pontosan tükrözik a vényköteles helyetti ajánlások arányát, viszont a hajlandóság növekedését biztosan. Egy ismételt megkérdezés során törekednék e kétféle vény nélküli termékkör egyértelmű szétválasztására.

Jellemző eltérések láthatóak az orvosok életkora szerint és régiós bontásban is (az eltérések nem szignifikánsak Chi-négyzet próba értéke: 12,7 és 6,1; sign.: 0,17 és 0,4 p=0,05). A legfiatalabb korcsoport (28-43 év közöttiek) 70%-a ajánl rendszeresen OTC készítményeket ellentétben a 45-52 év közötti korosztállyal, akik esetében ugyanez az arány mindössze 46%. A régiós adatok szerint az ország szegényebb, keleti részén a legalacsonyabb az OTC készítmények ajánlásának gyakorisága.

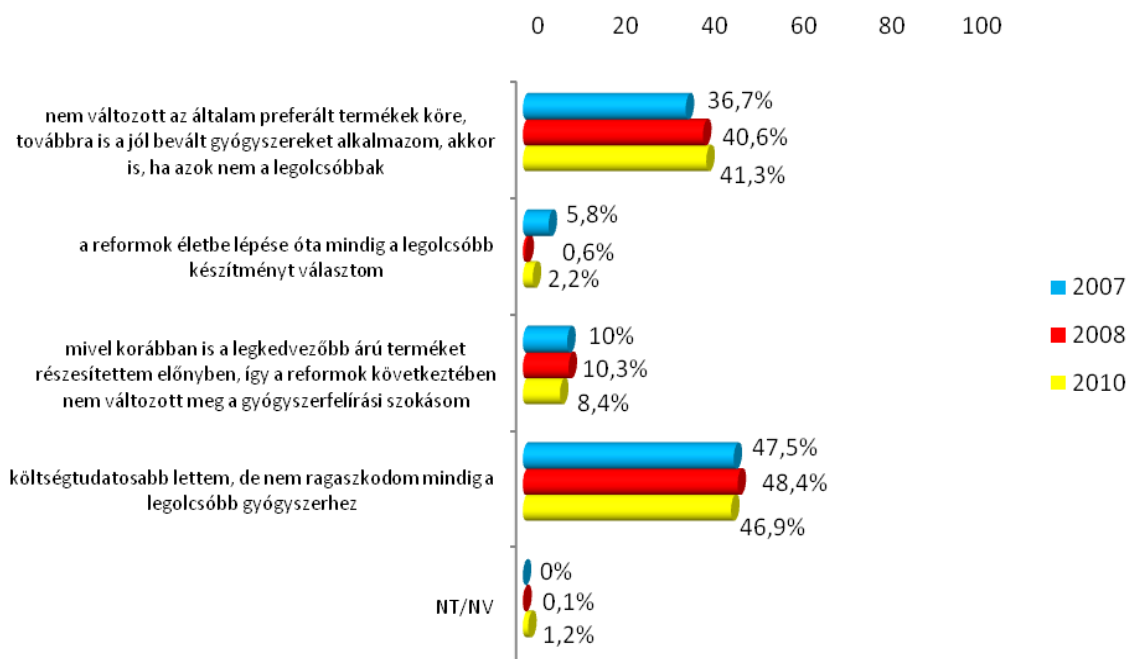
### ***A felírt termékek körének változása***

A megkérdezett nőgyógyászok előző évekhez képest nagyobb aránya nyilatkozta 2010-ben, hogy a reformok nem változtatták meg gyógyszerfelírási szokásait (20. ábra). Ez azt jelenti, hogy hosszú távon végül nem gyakorolt a gyógyszer-gazdaságossági törvény olyan arányú változást a receptfelírási szokásokban, mint az a rövid távú tapasztalatok alapján várható volt. Míg a 2007-es és 2008-as kutatás eredményei szerint csupán a doktorok alig negyedénél nem történt változás, addig 2010-ben már a megkérdezettek közel kétötöde nyilatkozta ugyanezt. Szembeötlő a különbség regionális szinten. A keleti régió orvosainak fele állította, hogy egyáltalán nem változott a gyógyszerfelírási szokása, míg Budapesten/Pest megyében és a nyugati országrészben ez csak a megkérdezettek harmadára volt igaz hosszú távon. Ez megerősíti azt az előző észrevételemet, hogy a keleti régió szegényebb lakosságára való tekintettel a szakma árzékenysége a reformok előtt is fokozottabb volt az ország nyugati részéhez képest.



20. ábra: A reformok hatása a gyógyszerválasztásra a nőgyógyászok saját belátása szerint (Chi-négyzet=21,1; sig=0,00 p=0,05) (bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)

A megkérdezettek felénél támogatott gyógyszerek választásakor nem hozott változást receptfelírási szokásaiban a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény. Rövid és hosszú távon is egyaránt igaz, hogy az orvosok másik fele viszont költségtudatosabb lett a reformok előtti gyakorlatához képest. A felírt termékek körének átalakulását a 21. ábra szemlélteti.

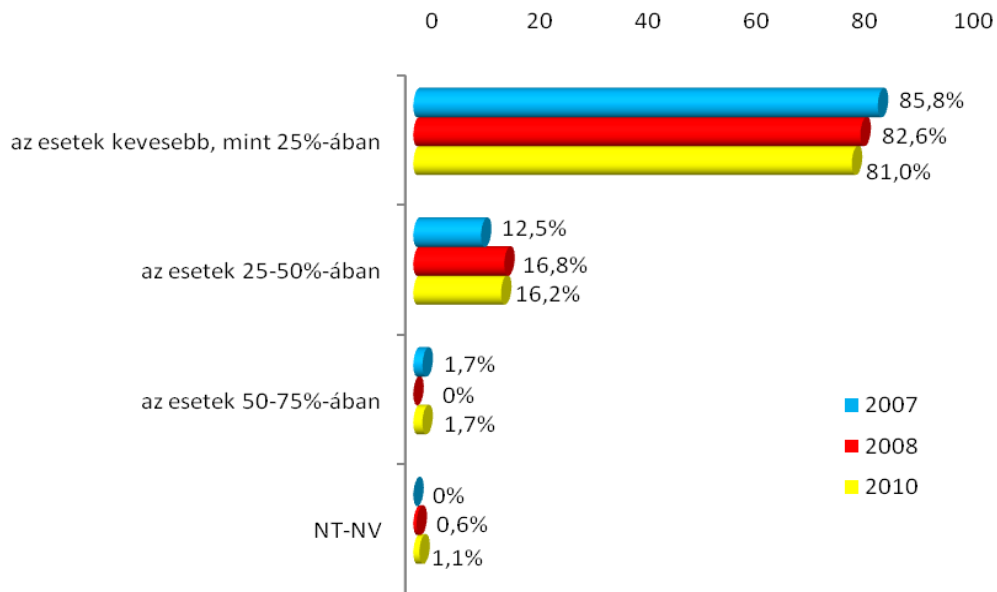


21. ábra: A felírt termékek körének átalakulása

(Chi-négyzet=10,9; sig=0,2 p=0,05) (bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)

### ***Betegek átállítása más gyógyszerekre***

A nőgyógyászok többsége arról számolt be, hogy az esetek kevesebb, mint negyedében állítja át betegét másik gyógyszerre (22. ábra). A megkérdezettek 16%-ánál (2010) ez gyakrabban, az esetek 25-50%-ban fordul elő. A három hullám során összességében nem volt jelentős mértékű eltérés e tekintetben (Chi-négyzet=5,1; sig=0,53 p=0,05) (bázis: 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179).



22. ábra: Páciensek átállítása másik gyógyszerre

Az átállítások eloszlása összességében se életkor, se régió szerint nem mutatott különbséget az egyes hullámok során. A 2010-es megkérdezésnél azonban említésre méltó a regionális eltérés: a fővárosi térségben az átállító orvosok részaránya magasabb az ország többi részéhez képest. Ennek leggyakoribb oka az, hogy az orvos hatékonyabb (31%) vagy jobban tolerálható gyógyszerre (28%) tér át. A készítmény ára miatti gyógyszerelváltás a megkérdezettek 20%-ánál merült fel indokként. A legritkábban felmerülő érv az új készítmény kipróbálása volt (22. melléklet). Ez némiképp ellentmond a megkérdezettek azon válaszával, miszerint 85%-uk saját bevallása szerint minden újra nyitott.

Az átállítások ötödénél a gyógyszertár nem rendelkezett a felírt készítménnyel. Ez az arány nem javult az idő múlásával. Viszonylag nagy gyakorisággal panaszkodtak a szakorvosok az újonnan felírt gyógyszer nem megfelelő tolerálhatóságára és hatékonyságára. Az esetek ötödénél egyértelműen a páciens hozzáállásának tudták be az új gyógyszer kapcsán felmerülő elégedetlenséget. Véleményem szerint az átállítások során a probléma forrása sokszor az orvostól ered. A nem megfelelő kommunikáció és a hiányos tájékoztatás miatt jelentősen romlik egy új gyógyszer elfogadási hajlandósága.

Amennyiben a készítmény ára miatt történt gyógyszerelváltás, az orvosok 81%-a úgy látta, hogy az esetek többségében problémamentes volt az átállítás. Az átállítások során felmerülő gondok előfordulási gyakorisága az idő múlásával csökkenő tendenciát mutatott (23.

melléklet). 2007-ben a problémás gyógyszerváltást gyakorinak érző orvosok részaránya 17% volt, míg 2010-ben ugyanez az arány 8%-ra csökkent. Ez egyértelműen azt mutatja, hogy idővel a szakma és a páciensek is elfogadták, hogy egy azonos összetételű, más gyártótól származó készítmény lehet ugyanolyan hatékony és jól tolerálható, mint a korábban alkalmazott, drágább termék.

### ***Az OEP vényíró programja***

Az OEP vényíró szoftver az orvosok 80%-a számára elérhető. Ez az arány némiképp javult 2010-re az előző években rögzített arányokhoz képest. Gyakorlatilag elmondható, hogy az orvosok többsége alkalmazza a programot, de nem ez alapján ír gyógyszert (24. melléklet). A nőgyógyászok 10%-áról mondható el, hogy a szoftver befolyással van gyógyszerválasztására.

### ***A patikán kívüli gyógyszervásárlás***

Erre a kérdésre kapott válaszokat inkább általános orvosi szempontból kell mérlegelnünk, ugyanis nőgyógyászati készítmények nincsenek patikán kívül is árusítható gyógyszerek között. A válaszadók többsége (64%) a szakmai kontroll hiánya miatt veszélyesnek tartja az orvosságok patikán kívüli árusítását. A megkérdezettek 26%-ának közömbös az officinán kívüli gyógyszer-értékesítés. 10% azok aránya, akik könnyebbé tartják, hogy szélesebb körben elérhetővé váltak egyes készítmények.

### ***Elektronikus levelek, szakmai weboldalak***

A nőgyógyászok 41%-a nem szokott e-mail-t kapni gyógyszercégektől. A megkérdezettek harmada havonta, negyede pedig heti rendszerességgel kap ilyen típusú levelet. A válaszadók 45%-a hetente néz rá elektronikus postaládájára. A napi szintű levélolvasás mindössze a szakorvosok 12%-ára jellemző. Az e-mailükkel egyáltalán nem foglalkozó orvosok részaránya 28%.

A válaszadók 84%-a szokott információt gyűjteni szakmai weboldalokról. A fiatalabb korcsoporton belül az internetes böngészés aránya 94%, a legidősebb korcsoportban pedig 80%. Az szakmai tájékozódás e formájának gyakorisága az elmúlt évek során nem mutatott számottevő változást (Chi-négyzet=6,8 szignifikancia=0,14 p=0,05). A megkérdezettek korcsoportuktól és lakhelyüktől függetlenül, hatos skálán 4-es hasznosságúnak ítélték a szakmai weboldalakat.

A megkérdezettek számára a legfontosabb segítség egy gyógyszercégtől jelenleg az, ha látogatóján keresztül szakmai információkat kap. A nőgyógyászok 70%-a a gyógyszerkínálat nyomon követésében az orvoslátogatókra hagyatkozik. Mindössze a megkérdezettek 26%-a nyilatkozta, hogy önszorgalomból is figyeli az aktuálisan elérhető gyógyszerek körét. A világhálón történő informálódás térhódításával a jövőben az orvoslátogatók jelentősége várhatóan némiképp háttérbe szorul majd.

## **10.2 Patikusok**

### **10.2.1 Három kutatási hullámból (2007, 2008 és 2010) álló kvantitatív kutatás patikusok körében**

A 2007-ben életbe lépett egészségügyi reformok nem kímélték a gyógyszerészeket sem. A patikalétesítés és működtetés liberalizációjának következtében, rohamosan megnőtt a gyógyszertárak száma (elsősorban olyan területeken, ahol eddig is megoldott volt a lakosság gyógyszerellátása). A patikák közötti fokozódó rivalizálásnak köszönhetően az officinák egyre „beteg-központúbbá” válnak. A marketingaktivitás kifejezettebbé válik a gyógyszerpiac ezen szegmensében is.

A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény eredményeképpen a gyógyszercégek a korábbinál nagyobb hangsúlyt fektetnek a patikákra. A gyógyszerpiac egyik kiemelkedően fontos szektora lett a kiskereskedelem, hisz itt dől el végérvényesen, hogy melyik készítmény kerül a páciensek kezébe.

A gyógyszerészeket érintő változások 2007-ben:

- ✓ számos recept nélküli szert patikán kívül, hipermarketekben és benzinkutakon is (nem szabad polcon) lehet árusítani,
- ✓ patikaalapítás és működtetés liberalizációja,
- ✓ évente 30 millió forintnál nagyobb árrést beszedő patikákra kivetett szolidaritási adó megjelenése,
- ✓ a patikaalapítás engedélyeztetését elvették a Magyar Gyógyszerész Kamarától: ma már az ÁNTSZ hatáskörébe tartozik ez a feladat, míg a fogyasztóvédelmi ellenőrzést az Egészségbiztosítási Felügyelet végzi,



- ✓ kötelező kamarai tagság eltörlése.

### ***Kapcsolattartás és információcsere a patikusokkal***

A gyógyszerárak 90%-át 3-5 patikalátogató keresi fel havonta. Budapesten a patikák négyötöde 5-nél is több képviselőt fogad egy hónapon belül.

A korábbi évekhez képest 2010-ben sem tapasztalható elmozdulás a kapcsolattartási formák terén. Továbbra is leggyakoribb a személyes kapcsolattartás. Ezt követi a sorban a telefonos, majd az elektronikus csatorna. Ez utóbbi jelentősége lassan, de növekvő tendenciát mutat.

Szakmai munkát segítő eszközök közül a gyógyszerészek leghasznosabbnak a szakkönyveket és a szakmai fórumok, előadások nyomtatott összefoglalóit találják. Napi munkavégzésükhöz pedig az elvihető betegtájékoztatók biztosítását tartják fontosnak.

### ***Elektronikus levelek, szakmai weboldalak***

A patikusok 7%-a elutasítja a gyógyszercégek e-mailen keresztüli kommunikációját. A megkérdezettek 61%-a az érdekes szakmai tartalommal bíró leveleket szívesen fogadja. Ez az arány nem mutatott változást az előző évekhez képest. A gyógyszerészek 27%-a havonta, 21%-a hetente, 6% pedig akár naponta is szívesen olvasna ilyen típusú e-mailt. A válaszadók közel negyedének fontos szempont, hogy csak kevés hirdetést tartalmazzon a küldemény.

A szakmai honlapok hasznosságát 6-os skálán 4,4-re értékelték a megkérdezettek. A weboldalak megítélése évről évre enyhén nő: 2007-ben 4, 2008-ban 4,3, 2010-ben 4,4-es értéket társítottak hozzá (weboldal megítélése: páros t-próba 2007 vs. 2008  $t = -2,01$  szignifikancia: 0,04 / páros t-próba  $t = -2,89$  2007 vs. 2010 szignifikancia: 0,01  $p = 0,05$ ) (bázis: 2007  $n = 123$ , 2008  $n = 120$ , 2010  $n = 180$ ).

A patikusok 21%-a nem látogat ilyen oldalakat. Ez érdekes módon 7%-kal kevesebb, mint a kutatás előző fázisában. Ennek oka valószínűleg a Magyar Gyógyszerész Kamara reformok hozta „megkopása”. A patikusok fele (52%-a) látogat legalább heti rendszerességgel szakmai weboldal(aka)t. A csupán havi rendszerességgel online informálódók aránya 27%.

### ***Gyógyszer-helyettesítés***

A gyógyszerészek elmondása szerint a betegek 2010. első félévében az esetek 16,8%-ában kezdeményezték a patikában helyettesítést. A kedvezőbb árú készítményekkel történő helyettesítés igénye az idő múlásával enyhén emelkedett. Ez az arány 2007-ben az első kutatási hullám során 13,9%, 2008-ban pedig 16,1% volt (a Chi-négyzet próba értéke: 14,4 szign.: 0,04,  $p=0,05$ ) (bázis: 2007  $n=123$ , 2008  $n=120$ , 2010  $n=180$ ).

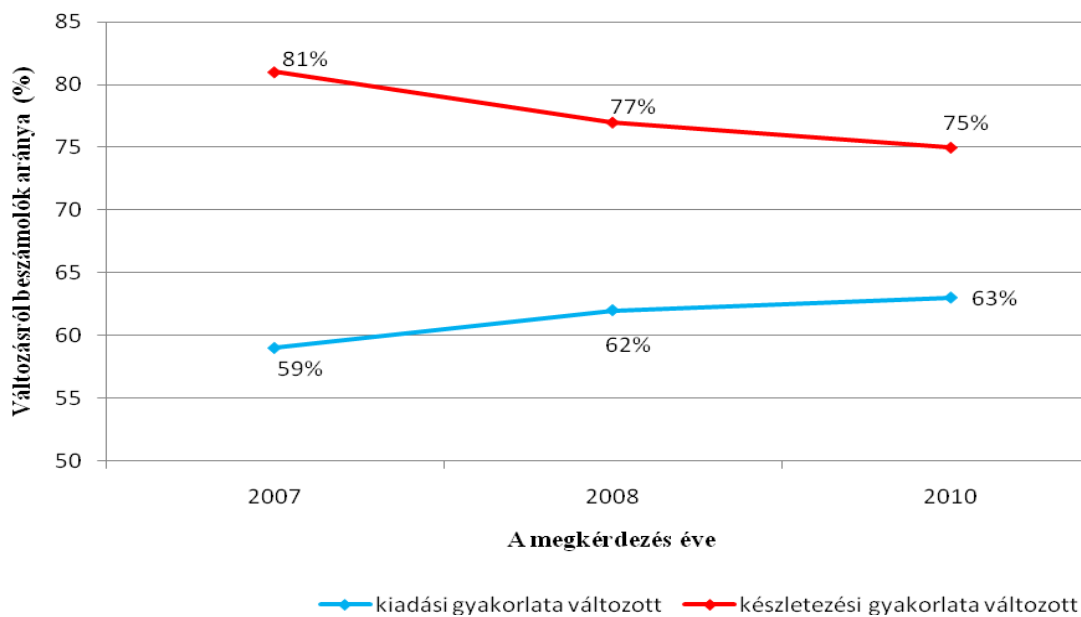
A szakemberek 54%-a állította, hogy még támogatott gyógyszerek esetében sincs helyettesítési próbálkozás részéről, a beteg azt kapja, amit orvosa felírt számára. A patikusok kezdeményezése a helyettesítésre vonatkozóan leginkább készlet (22%) és ár (23%) függvényében történik (25. melléklet). A gyógyszercégekkel kötött megállapodásokra a korábbi évekhez hasonlóan néhány említést leszámítva nem hivatkozott senki (1%). A betegek évről évre egyre nagyobb arányban fogadják el a patikus által javasolt helyettesítő készítményt.

### ***A patikán kívüli gyógyszervásárlás***

A vény nélküli gyógyszerek patikán kívüli árusításával szemben tanúsított elutasítás az idő múlásával enyhén csökkent a patikusok körében. Míg 2007-ben a megkérdezettek közel 80%-a ellenezte az officinán kívüli forgalmazást, addig 2010-re alig haladta meg a 70%-ot ez az arány. Ennek a fő oka az, hogy idő közben kiderült, igen csekély a patikán kívüli gyógyszer-vásárlások aránya.

### ***Gyógyszerkiadás és -készletezés***

Az egészségügyi reformok hatására jelentős változás következett be a gyógyszertárak gyógyszer-kiadási és készletezési gyakorlatában (23. ábra) (patikai próbavásárlásokról készült vizsgálat a 26. mellékletben). A készletezési gyakorlatot arányaiban nagyobb mértékben érintették a változások (kiadási gyakorlat: Chi-négyzet: 16,3 szignifikancia: 0,02; Készletezési gyakorlat: 15,8; szignifikancia: 0,03  $p=0,05$ ) (bázis: 2007  $n=123$ , 2008  $n=120$ , 2010  $n=180$ ). A sok új generikus cég elszaporodásának következtében a korábbinál nagyobb a gyógyszerválaszték. A gyógyszertörzs és az árak gyakori változása miatt tb. támogatásban részesülő termékekből kisebb készletet tartanak fenn a patikák rövidebb időre.



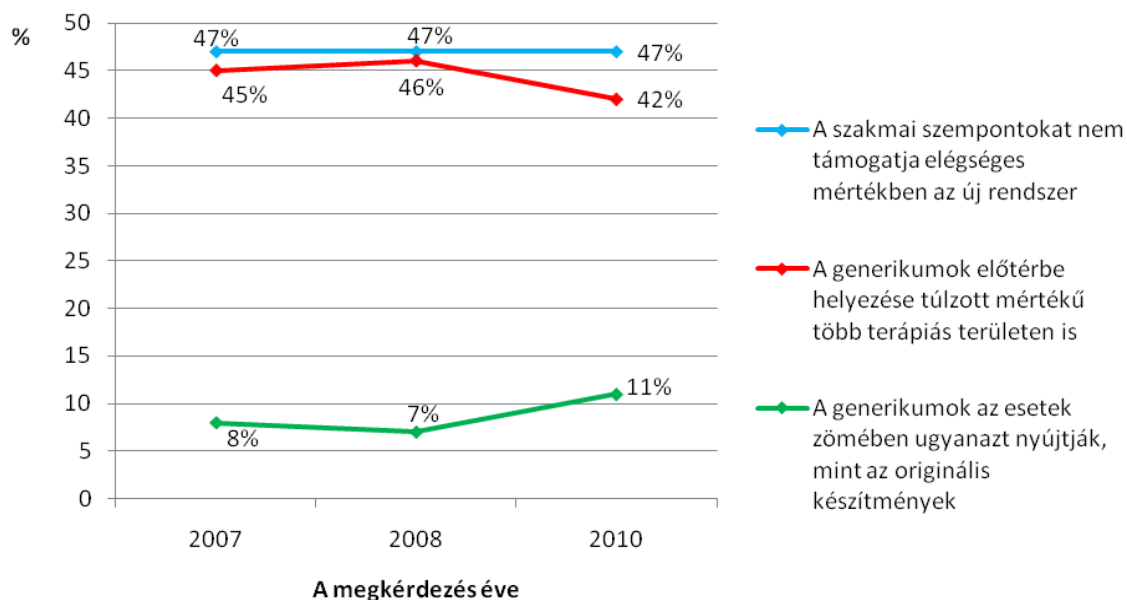
23. ábra: Gyógyszerkiadási gyakorlat változása az egészségügyi reformok hatására

A fenti grafikon kiválóan szemlélteti, hogy kezdetben gyökeresen megváltozott a készletezési gyakorlat (készletezési gyakorlat: 15,8; szign.: 0,03 p=0,05). Ennek elsődleges oka az volt, hogy a szankcióktól rettegő orvosok elkezdtek olyan tb. támogatott készítményeket írni, melyek új, addig ismeretlen piaci szereplők olcsóbb generikumai voltak. Az idő múlásával viszont a doktorok rájöttek, hogy mégsem „eszik olyan forrón a kását” és elkezdtek visszaállni korábbi gyakorlatukhoz (az orvosok körében végzett kutatásokból látható, hogy egy bizonyos fokú költségérzékenység azért hosszú távon is megmaradt). Ezzel egyidőben a patikusok felismerték és elsajátították a helyettesítést. Tették ezt jogszabályi kötelezettségből és jogos önvédelemből, hisz a sűrű árváltozások és az újabb és újabb forgalomba kerülő generikumok ösztönzésében képtelenség volt előre kiszámítani, hogy melyik termékből érkezik recept ugyanazon terápiás csoporton belül. Nem utolsó sorban a gyógyszercégek marketingstratégiájának elengedhetetlen eleme lett a patikai akció, így rabattok formájában betárazott nagyobb mennyiségű gyógyszer is teret engedett a gyógyszer-csere gyakorlatának. Az ábrán látható ennek tükrében, hogy a készletezési gyakorlat kezdeti módosulása idővel enyhült, míg a helyettesítések számának növekedésével párhuzamosan változott a kiadási gyakorlat.

#### *Az orvosokat érintő felírási megszorításokról a patikusok szemével*

A patikusok közel fele szerint az orvosokat érintő megszorítások nem támogatják elégséges mértékben a szakmai szempontokat. Ezen álláspontukon az idő múlásával sem

változtattak a gyógyszerészek. Hosszú távon viszont a generikumok túlzott mértékű előtérbe kerüléséről alkotott vélemény némiképp enyhült és egyre többen biztosak benne, hogy a generikumok zömében ugyanazt nyújtják, mint az originális készítmények (24. ábra; bázis: 2007 n=123, 2008 n=120, 2010 n=180).



24. ábra: Vélekedés a felírási megszorításokról

### 10.3 Páciensek

#### 10.3.1 Három kutatási hullámból (2007, 2008 és 2010) álló kvantitatív kutatás páciensek körében

2007-ben átalakult a közgyógyellátási rendszer és a hatóanyag-fixesítés okozta folyamatos árverseny miatt állandó drágulásnak lettek kitéve azon páciensek, akik maradtak régi, jól bevált gyógyszerüknél. Akik pedig spórolás céljából vagy szankcióktól rettegő orvosok meggyőzése miatt rákényszerültek a gyógyszerváltásra, azok „korai jóslataim” szerint bizalmatlanná váltak és romlott compliance-ük.

A gyógyszerpiac átrendeződésének lakosság szempontjából kedvező eredménye a „betegközpontúság” és a laikus edukáció hangsúlyának növekedése. A gyógyszergyártók, –forgalmazók illetve a patikák stratégiájának szerves részévé váltak a „vásárlók” kényelmét szolgáló plusz szolgáltatások, az egészségmegőrző programok és a szűrések.

A pácienseket érintő változások a vizsgált időszak előtt:

- ✓ 2005 júliusától az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) közel kétezer gyógyszerre kiterjesztette a fix összeggel támogatott gyógyszerek csoportját, így a

páciensek egy része új orvossággal kellett, hogy megbarátkozzon vagy vállalta, hogy többet fizet a régi, jól bevált készítményéért,

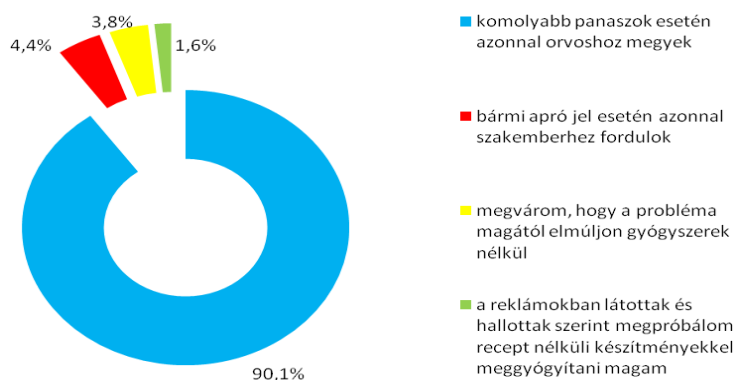
- ✓ 2006 júliusától megváltozott a közgyógyellátási rendszer, minden betegnek egyéni gyógyszerkeretet állapítottak meg,
- ✓ 2007. január 15-től megváltoztak a normatív támogatási kategóriák (az eddig 90%-os támogatás 85% lett, a 70%-os 55%, míg az 50%-os 25%) és megszűnt a gyógyszerek térítésmentessége (a minimális térítési díj 300Ft lett),
- ✓ 2007. február 15-től bevezették a vizitdíjat, amit később el is töröltek,
- ✓ 2007-től bizonyos recept nélküli szerekhez patikán kívül, hipermarketekben és benzinkutakon is – nem szabad polcon – hozzá lehet jutni.

### ***Átlagos havi kiadás gyógyszerekre***

A kérdés korfüggő, hisz minél idősebb egy válaszadó, annál valószínűbb, hogy magasabb összeget költ gyógyszerekre. A havi 1000 Ft alatti gyógyszervásárlás egyre ritkább. 2010-re ennek részaránya 24%-ról 9%-ra csökkent. Ez jórészt a támogatott készítmények páciensek által térítendő díjának növekedésével és a vény nélküli szerek folyamatos áremelkedésével magyarázható.

### ***Orvoshoz fordulási hajlandóság***

Az elmúlt 3 év során nem történt változás a megkérdezettek orvoshoz fordulási hajlandóságában. Leggyakoribb, hogy csak abban az esetben fordulnak az emberek orvoshoz, amikor panaszuk komolyabbra fordulnak. Meglepően alacsony azok aránya, akikre bevallásuk szerint hatással vannak a reklámok. A magyar nők orvoshoz fordulási szokásait a 25. ábra szemlélteti (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182).

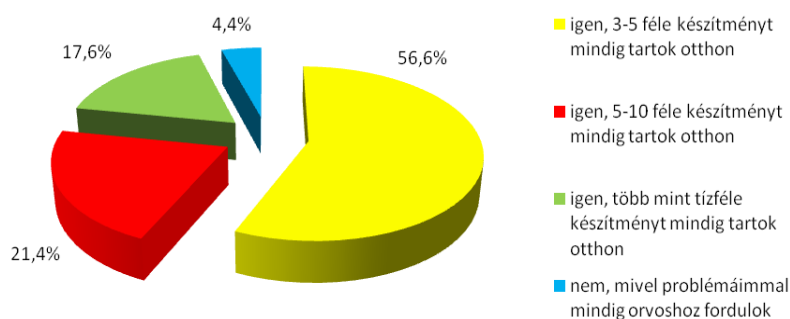


25. ábra: A magyar nők orvoshoz fordulási szokásai (2010)

## Házipatika

A válaszadók 96%-ának van otthon házipatikája. A házipatikák méretének megoszlása a 26. ábrán látható. A legtöbb (57%) otthoni gyógyszeres doboz 3-5 féle készítményből áll. A megkérdezett nők közel negyede (21%) 5-10 féle gyógyszert tart rendszeresen és további 18%-uk pedig több mint 10 féle orvosságot.

A 38 és 51 év közöttieknél gyakoribb az 5-nél több készítményből álló házipatika. Ennek az a magyarázata, hogy körükben valószínűleg nagyobb a kettőnél több fős háztartás előfordulási gyakorisága is.



26. ábra: A házipatikák mérete (2010)

bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182

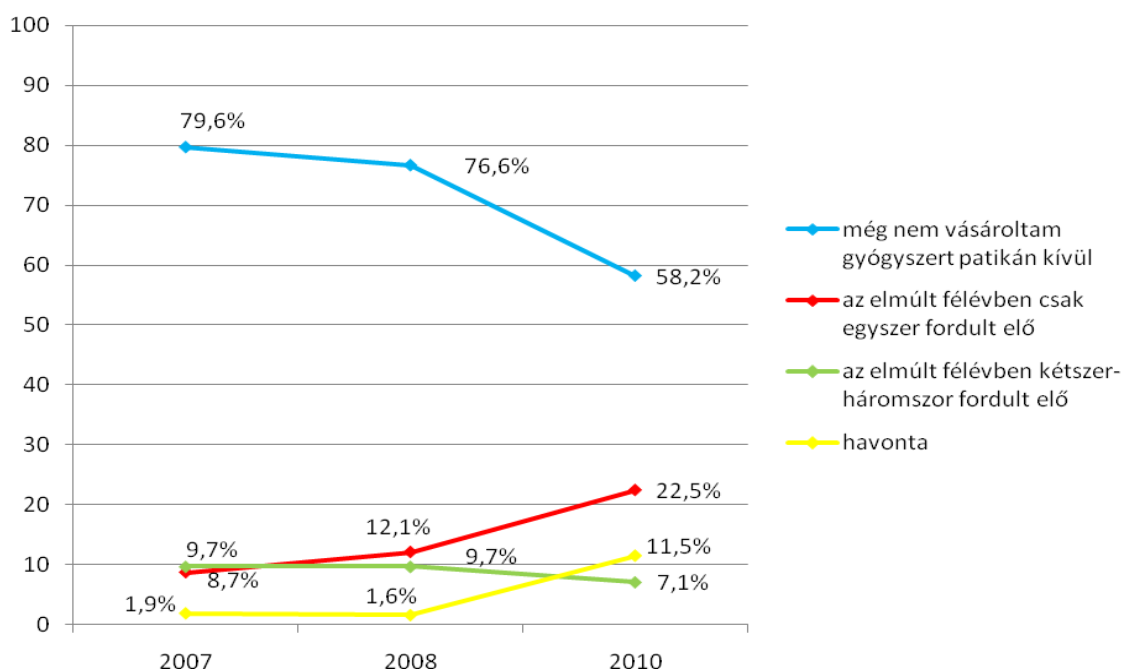
## Patikán kívüli gyógyszer-forgalmazás és -vásárlás

A gyógyszerek patikán kívüli árusításával kapcsolatban rövid és hosszú távon is hasonló az állásfoglalások aránya. Az idő múlásával nincs szignifikáns különbség az eredményekben. A kérdés mindhárom hullám alkalmával közel ugyanolyan mértékben osztotta meg a megkérdezettek táborát. Tekintettel, arra, hogy a 2010-es vizsgálat a legnagyobb elemszámú és a legfrissebb, az alábbiakban ezeken a számokon mutatom be a helyzetképet.

A válaszadók közel fele (46%) nem tartja jó ötletnek a patikán kívüli gyógyszervásárlást a szakmai kontroll hiánya miatt (27. melléklet). Viszont majdnem ugyanennyien (43%) vélekednek úgy, hogy nagy könnyebbséget jelent számukra, hisz ha zárva vannak a gyógyszertárak, akkor is hozzá juthatnak a szükséges készítményekhez. A legfiatalabb korosztály jóval nyitottabb a szabályozás lazulására. Érdekes, hogy nemcsak a

korcsoportos, hanem a regionális bontásban is szignifikáns eltérés látható: a főváros közelében élők, sokkal nyitottabbnak bizonyultak a gyógyszertáron kívüli vásárlással kapcsolatban.

A patikán kívüli gyógyszervásárlások arányának alakulását a 27. ábra szemlélteti (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182). Látható, hogy az idő múlásával egyre többen élnek a gyógyszertáron kívüli vásárlás lehetőségével, viszont senki sem állandó rendszerességgel. Egyértelműen látható, hogy ez az alternatíva megesik, hogy kapóra jön az embereknek, de nem vált rutinszerű gyakorlattá a patikák helyett máshol „feltankolni” orvosságokból. Ezt persze nagyban behatárolja az a szűkös gyógyszerkör (javarészt fájdalomcsillapítók, megfázás elleni szerek) is melyhez, ilyen formában hozzá lehet jutni.



27. ábra: A patikán kívüli gyógyszervásárlások arányának alakulása

### ***Szakmai információk, tájékozódás gyógyszerekről***

A gyógyszerekkel kapcsolatos kérdésekben elsődlegesen az orvos véleménye a meghatározó (28. melléklet). A következők a sorban a gyógyszerészek és az emberek korábbi saját tapasztalata. A negyedik helyre az árat helyezték a megkérdezett hölgyek. Ez a prioritási sorrend változatlanul bizonyult az idő múlásával, viszont az látható, hogy a gyógyszerészek megítélése némiképp javult a köztudatban és az emberek érzékenysége is fokozódott.

Érdekes, hogy az internet szerepe 2010-re sem növekedett meg, annak ellenére, hogy az internet-penetráció meredeken nő hazánkban. Ezen a téren talán pár éven belül várható áttörés.

### ***Gyógyszertári felvilágosítás***

A válaszadók 47%-a csak akkor igényli az általa vásárolt gyógyszerről a tájékoztatást, ha számára ismeretlen készítményről van szó. A megkérdezettek közel harmada (23%), ezt minden esetben elvárja. 12%-nyi azok aránya, akik egyáltalán nem igényelnek tájékoztatást. Az orvosi konzultációra és a készítmény dobozában található betegtájékoztatóra meglepően kevesen (6-6%) hivatkoztak. Nincs szignifikáns eltérés a vizsgált időszak egyes hullámainak eredményei között (a megjelölt arányok a 2010-es évet tükrözik).

### ***Tájékoztató anyagok, TV reklámok, újsághirdetések***

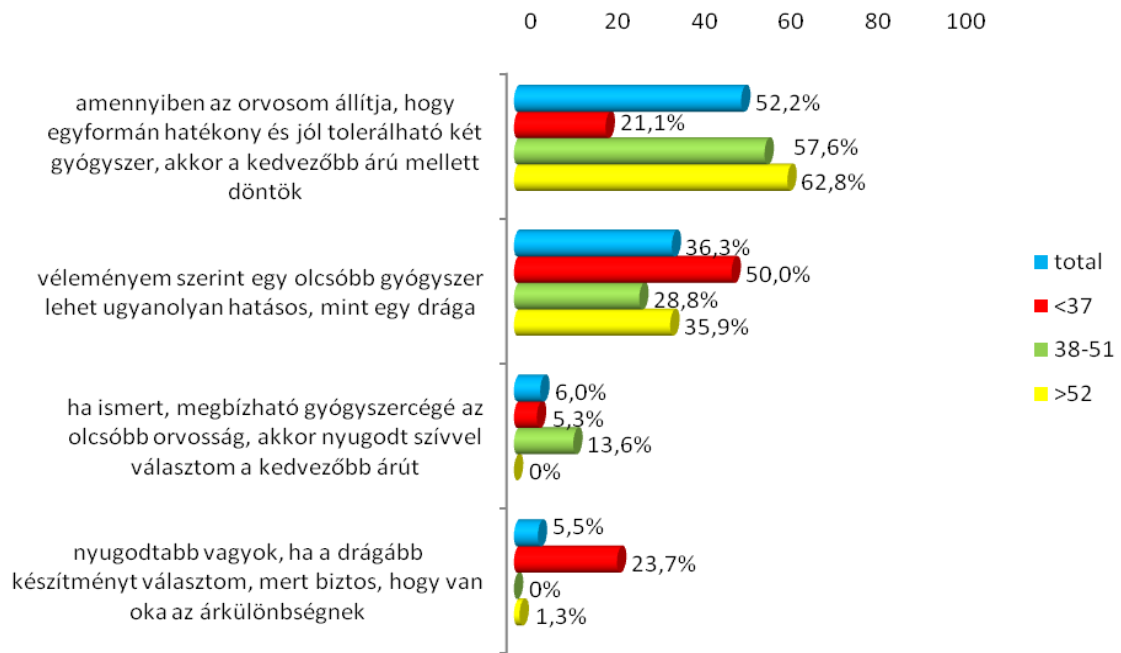
A válaszadók gyógyszervásárlási szokásaira leginkább a patikai tájékoztató anyagok vannak hatással. A megkérdezett hölgyek 61%-a elolvassa ezeket, de többségük (46%) saját bevallása szerint kikéri szakember véleményét is. A patikai tájékoztató anyagok befolyásoló ereje az 57 év feletti korosztályban jóval magasabb, mint a fiatalabbaknál.

A válaszadók fele nem foglalkozik a TV- és újsághirdetésekkal. Ezzel szemben, aki felfigyel valamire, az szakember megkérdezése nélkül alkalmazza a hirdetett terméket. A TV reklámok és az újsághirdetések iránti nyitottság a fiatalabb korosztályokban és a fővárosban / Pest megyében magasabb.

### ***Vélekedés az azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerekről***

*Új gyógyszer felírásakor két azonos összetételű, különböző árú készítmény közül választás*  
A 28. ábrán látható, hogy amennyiben orvosa állítja, hogy egyformán hatékony és jól tolerálható két gyógyszer, akkor a kedvezőbb árú mellett dönt a válaszadók fele (52%). Az 52 év feletti korosztály hagyatkozik leginkább orvosára (az idősebbek 63%-a, a legfiatalabbaknak csupán 21%-a bizza orvosára a döntést). A 37 év alattiak körében szignifikánsan nagyobb azok aránya (24%), akik a „drágább biztos jobb” elvet vallják.

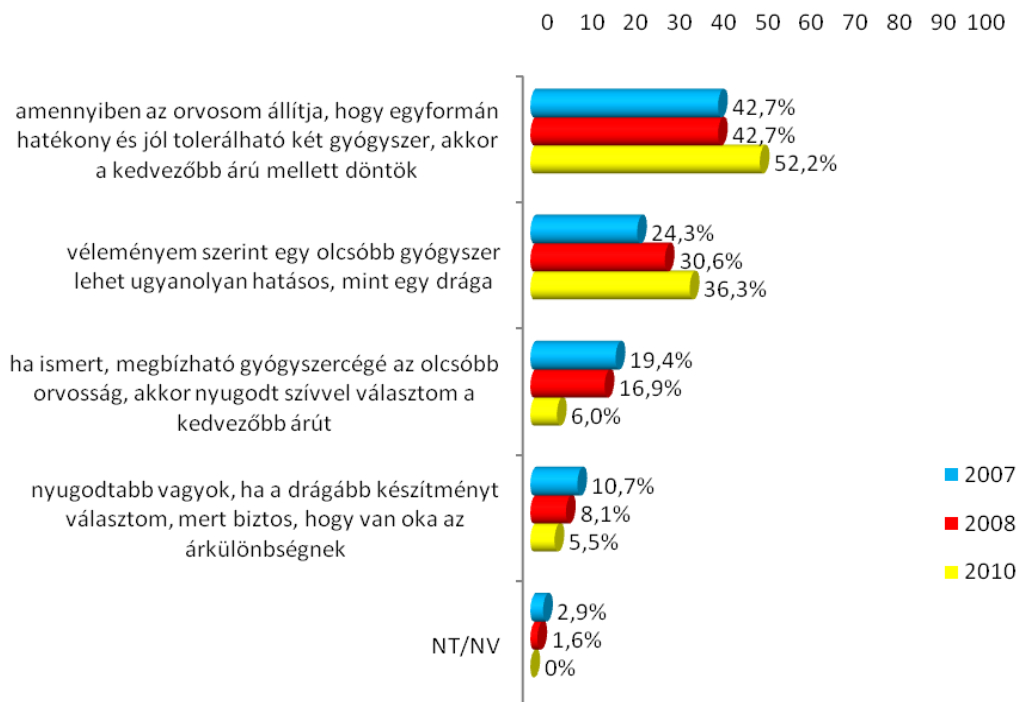




28. ábra: Vélekedés az azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerekről korcsoportonkénti bontásban (2010)  
bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182

Régiós szinten a legnagyobb eltérés a budapesti és a keleti országrészben lakók véleménye között van. A 2010-es adatok szerint a Budapesten élők 67%-a, míg a keleti országrész lakóinak csupán 45%-a hagyná magát meggyőzni orvosa által két különböző árú gyógyszer egyforma hatékonyságáról.

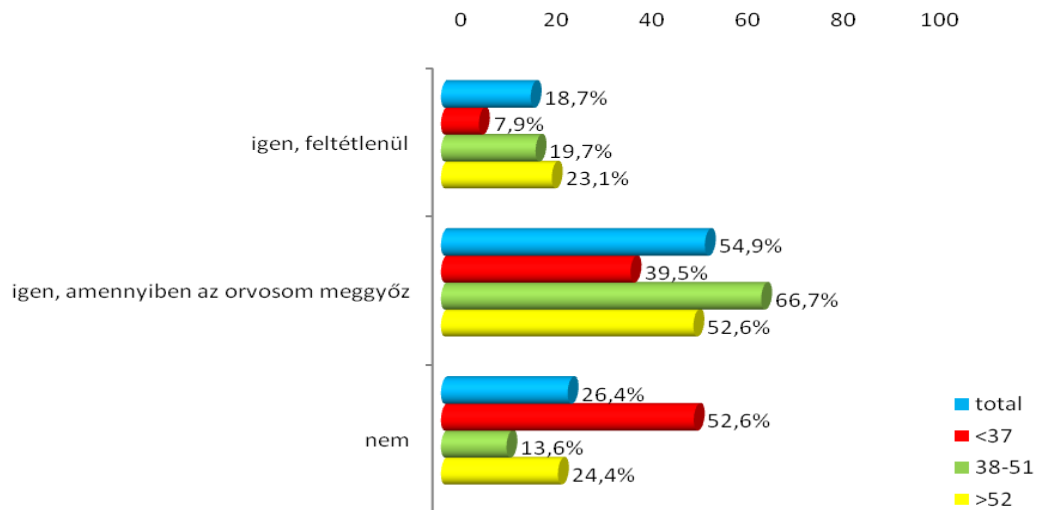
A korábbi évek eredményeivel összehasonlítva elmondható, hogy az orvosok véleményének súlya erősödött ebben a kérdéskörben (29. ábra). Nőtt azok aránya, akik biztosak afelől, hogy egy olcsóbb gyógyszer lehet ugyanolyan hatásos mint egy drága. A gyógyszercégek ismertségének jelentősége ezzel ellentétben az idő múlásával megkopott.



29. ábra: Nézőpontok alakulása az azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerekről a reformok után (rövid és hosszú távon) (Chi-négyzet=26,1, sig=0,001; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182)

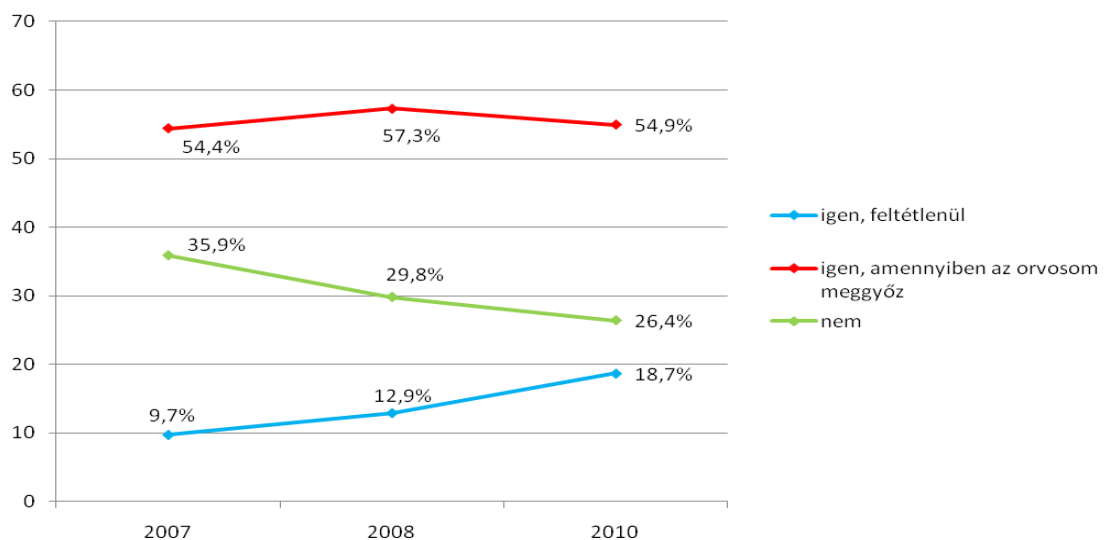
*Megszokott, jól bevált gyógyszer lecserélése egy azonos hatású, olcsóbb készítményre*

A 30. ábrán látható, hogy amikor arra kérdeztem rá a hölgyeknél, hogy megszokott, jól bevált gyógyszerüket lecserélnék-e egy azonos hatású, olcsóbb készítményre, a többség (55%) nyitott volt a váltásra abban az esetben, ha orvosuk meggyőzné a két gyógyszer teljes egyenrangúságáról (ez a kérdéskör már meglévő, megszokott, konkrét gyógyszer cseréjére vonatkozott, míg az előző részben az újonnan kapott terápia esetében vetett fel két ismeretlen, még nem próbált, azonos összetételű, de különböző árú gyógyszer közüli választást). 26% volt azok aránya, akik nem cserélnék le bevált, megszokott orvosságukat. A 38-51 éves korosztály körében sokkal nagyobb az elutasítás (a Chi-négyzet próba értéke: 20,7; szign.: 0,00; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182).



30. ábra: Hajlandóság a megszokott, jól bevált gyógyszer lecserélésére korcsoportonkénti bontásban (2010)

Azt vizsgálva, hogy a reformok életbe lépése után az idő múlásával miként alakult az emberek vélekedése (31. ábra), azt láthatjuk, hogy az orvosra hagyatkozók aránya változatlan maradt, viszont a szakember befolyása nélkül is döntők táborában hosszútávon elmozdulás történt: csökkent az elutasítók aránya és megemelkedett azok száma, akik minden további nélkül áttérnének egy azonos összetételű termékre az eddigi helyett a kedvezőbb árért.



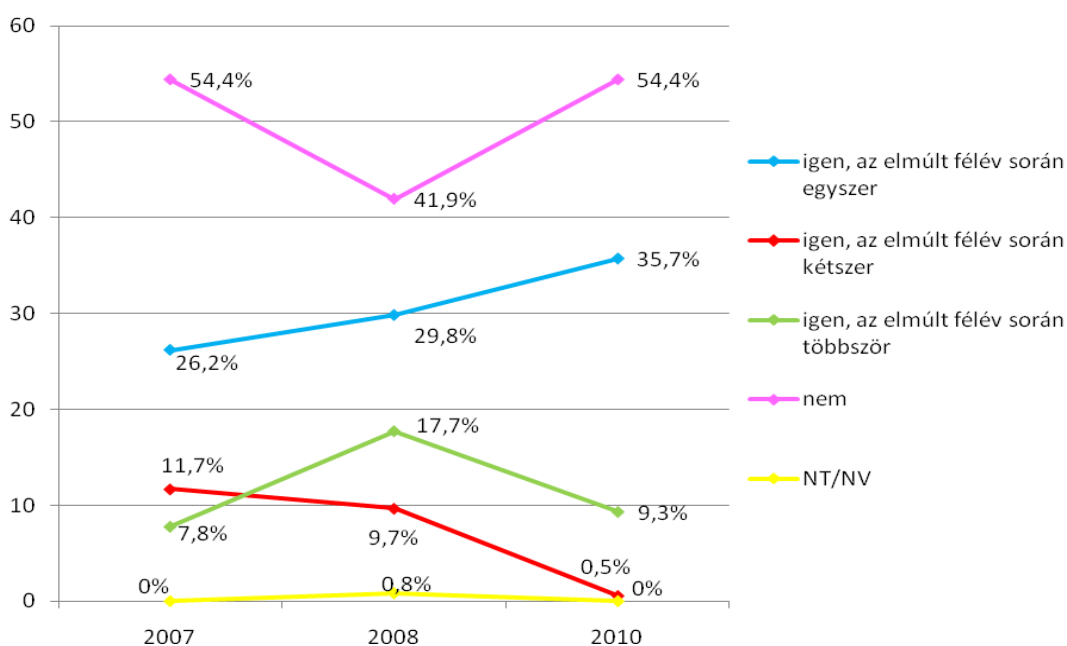
31. ábra: Hajlandóság változása a megszokott, jól bevált gyógyszer lecserélésére rövid és hosszú távon

(Chi-négyzet=8,51, sig=0,203; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182)

### **Gyógyszercsere a patikák kezdeményezésére**

Csupán a hölgyek válaszai alapján arra a következtetésre jutnék, hogy a patikusok gyógyszer-helyettesítési hajlandósága a támogatott gyógyszereket érintő reformok után középtávon (2008-as eredmények) változott meg leginkább (32. ábra). Viszont látva a patikák gyógyszerkiadási és –készletezési gyakorlatának fokozatos idomulását, összességében arra a következtetésre jutottam, hogy a páciensek helyettesítési észlelésének eltérése abból adódhat, hogy 2008 és 2010 között átalakultak a háttérben munkálkodó mechanizmusok és hozzácsiszolódtak az új elvárásokhoz. Ennek lehetséges formái:

- ✓ a gyógyszertárak és orvosok közötti egyeztetések a kezdeti helyettesítésekből adódó konfliktusok és orvosokhoz történő tanácstalan beteg-visszaáramlások elkerülése végett,
- ✓ a patikai készletek idomulása a várható orvosi felírásokhoz a gyógyszercégek képviselői által koordinálva,
- ✓ a sűrű, napi szintű gyógyszerrendelések miatt a patikák a befutó igényekhez, receptekhez igazodva tudnak rendelni, ami csökkenő helyettesítési próbálkozást jelent.

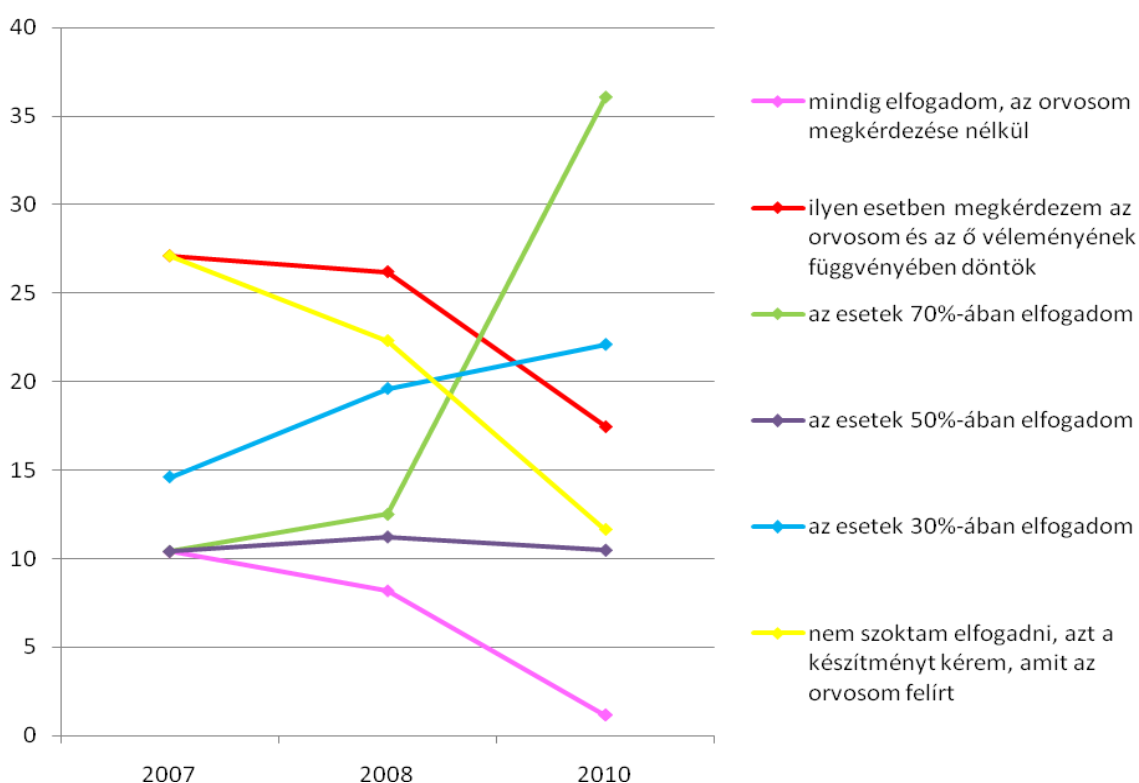


32. ábra: A gyógyszertárak által felajánlott gyógyszercserék gyakoriságának alakulása (Chi-négyzet=35,7, sig=0,000; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182)

A felkínált gyógyszercserék csupán 12%-a az, amely biztos elutasításra talál. A teljes minta átlagosan 17%-a csak orvosa bejegyzésével fogadja el a gyógyszerész által

felajánlott készítményt. Meglepőek a regionális különbségek: a Budapesten és Pest megyében élők pontosan fele az, aki mindenképp konzultál orvosával, míg a keleti illetve nyugati országrészben élők csupán 13 és 9%-a tesz így. A főváros közelében élők sokkal elutasítóbbak egy-egy gyógyszer-csere hallatán. A korcsoportonkénti bontást vizsgálva pedig az látható, hogy ebben a kérdésben a fiatalok igénylik inkább orvosuk megerősítését csere esetén és az idősebb korosztály a leginkább elutasító a lehetőség hallatán.

A patikai gyógyszer-csere elfogadási hajlandóságának alakulása a 33. ábrán látható. Az idő előre haladtával szignifikánsan megnőtt azok aránya, akik akár orvosok megerősítésével, akár anélkül, de készek az árkülönbség miatti gyógyszereszerésre (Chi-négyzet=28,2, sig=0,000; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182). Sőt 2007-hez képest szignifikánsan lecsökkent az orvosi megerősítéshez ragaszkodók száma. A tendenciózus változások oka egyértelműen abban rejlik, hogy az emberek idővel elfogadták és megtapasztalták, hogy lehetnek egyforma termékek forgalomban különböző áron. A kezdeti nehézségek tisztázódtak és nyitottabbá váltak a páciensek a saját terápiájukkal kapcsolatos döntésekre.



33. ábra: A patikai gyógyszer-csere elfogadási hajlandóságának alakulása (Chi-négyzet=28,2, sig=0,000; p=0,05) (bázis: 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182)

### ***Vényköteles gyógyszerek körének átalakulása***

A 2010-ben megkérdezett hölgyek 45%-a szedte ugyanazokat a vényköteles készítményeket, melyeket egy évvel korábban is alkalmazott (29. melléklet). A 2007-es és 2008-as mérés eredményeivel összehasonlítva ez az arány növekvő tendenciát mutatott. 2010-ben ár miatt nem történt terápiamódosítás. Ez szignifikáns csökkenés a korábbi mérésekhez képest. Ennek egyik oka az, hogy a kezdeti nagy árverseny lecsengett és 2009 óta már nem voltak olyan mértékű változások, melyek folyamatos átállításokhoz vezettek volna. A másik, már korábban is latolgatott ok pedig az, hogy az idő múlásával tapasztalhatták a doktorok, hogy mégsem olyan nagy a korábban beharangozott szigorúság.

### ***Az egészségügyet érintő intézkedések hatása a betegellátás minőségére***

A betegellátás minőségéről alkotott kép sokat változott a korábbi évekhez képest. A reformok életbe lépése után a többség (61,2%) szerint egyértelműen romlott a betegellátás minősége (30. melléklet). A 2010-es eredmények szerint már jóval kevesebben (34,6%) látták drámainak a helyzetet.

### ***Internet, elektronikus levelek és egészségügyi témájú weboldalak***

Folyamatosan fokozódik a fogyasztói önállóság. Új fogyasztó születik az egészségügyben; olyan, aki az egészségügyi szolgáltatásokat, termékeket és készítményeket már tudatosan vizsgálja, mérlegeli. A kutatók ezt a generációt vevőorientált, bizalmatlan, információéhes, mobilis, önközpontú, független, lázadó és információ-addiktív generációként jellemzik. Ez a vevőcsoport magas elvárásokat támaszt a gyógyszerek és ellátórendszer felé. E fogyasztói réteg kialakulását előmozdította, hogy az 1980-as évektől a fitness, a diéta, az alternatív gyógymódok és a természetgyógyászat elterjedésével létrejött az egészségmegőrzés fogalma és az egészségtudatosság. Azóta az emberek részvétele az egészségügyi döntések meghozatalában növekvő tendenciát mutat.

Az egészségügyi weboldalak látogatása sem jellemző a megkérdezettekre. 83%-uk nem szokott e témájú tartalmat keresni az interneten. Annak ellenére, hogy az internet penetráció nő hazánkban is, a 2007-es év eredményeihez képest meglepő módon csökkent az egészségügyi oldalak látogatottsága (Chi-négyzet=23,5, sig=0,003; p=0,05). A legfiatalabbaknak is csupán 21%-ára volt jellemző 2010-ben az egészségügyi témájú online informálódás.

A gyógyszercégek honlapjait a megkérdezettek negyedénél is kevesebben használják információszerzésre. Ebben is a legidősebb korosztály a legkevésbé aktív. Változás itt sem tapasztalható a korábbi évek során tapasztaltakhoz képest.

A megkérdezett hölgyek közül gyakorlatilag nem akadt olyan, aki élt volna már az online gyógyszerrendelés lehetőségével. Az egyetlen idő múlásával látható elmozdulás abban volt látható, hogy jóval többen említették, hogy nem ismeretlen számukra az orvoságok internetes rendelése. 2010-ben a válaszadók ötöde (21%) nem hallott még a lehetőségről (2007-ben 44% volt ez az arány). 70% úgy nyilatkozott, hogy jobban bízik a hagyományos keretek között működő gyógyszertárakban.

## 11. A HIPOTÉZISEK ELLENŐRZÉSE

### 11.1 Orvosok

**H1: A 2007-ben életbe lépett egészségügyi reformok hatására a doktorok gyógyszerfelírási szokása átalakul:** A kutatás eredményei alapján kijelenthető, hogy bár mérsékelten átalakult a doktorok gyógyszerfelírási szokása, gyógyszerválasztáskor a szakmai szempontok továbbra is elsődlegesek maradtak.

**H1a: Támogatott gyógyszerek kiválasztáskor az ár kiemelt, döntő szerephez jut.**

A 2007-ben, 2008-ban és 2010-ben kapott rangsorolási átlagokat varianciaanalízissel (ANOVA) hasonlítottam össze (bázis 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179).

Hipotézisem statisztikai megvizsgálásához F-próbát alkalmaztam 95%-os konfidencia intervallummal.

Függő változó: Rangsorolja, hogy milyen szempontok fontosak Önnek gyógyszerválasztáskor! Válaszlehetőségek: Ordinális skála, ahol 1 a legfontosabb szempont. Független változó: A lekérdezés éve 2007 – 2008 – 2010.

Nullhipotézis: Nincs eltérés a változók átlagai között az ár esetében.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató eltérés a változók átlagai között az ár esetében.

Az F-próba és a szignifikancia-értékek alapján a nullhipotézist elvetem (21. táblázat).

Az F-próba eredménye alapján **hipotézisem elfogadom**. Igaz, hogy az ár szerepe megnőtt és árérzékenyebbek lettek a nőgyógyász szakorvosok, de ennek mértéke messze az általam várt alatt maradt. Az árérzékenység inkább a betegek anyagi helyzetének fokozottabb figyelembe vételében mutatkozik meg. A terápia költségének figyelembe vétele elsősorban a támogatott készítmények esetében fokozódott, de kis időeltolódással igaz lett a nem támogatott termékeknél is.

**H1b: A vény nélküli gyógyszerek orvosok általi ajánlásának gyakorisága növekedni fog.**

Hipotézisem statisztikai megvizsgálásához keresztábra elemzést végeztem.



Függő változó: Szokott vény nélkül kapható készítményt javasolni? Válaszlehetőségek: igen, rendszeresen / igen, ha rákérdez a beteg / ritkán / nem. Független változó: felmérés éve: 2007-2008-2010 (bázis 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179).

Nullhipotézis: nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: van összefüggés a két változó között.

Keresztábra elemzés. Chi-négyzet statisztika értéke:  $\chi^2=5,43$ ,  $p=0,05$ .

A Chi-négyzet értéke alapján  $H_0$  hipotézist elvetem. Van összefüggés.

A keresztábra elemzés eredménye alapján **hipotézisem elfogadható**. A vény nélküli szerek ajánlásának száma és gyakorisága megnőtt. Ennek egyik oka az adminisztrációs terhek elkerülése, másik oka pedig a hatósági ellenőrzés kiküszöbölése.

### **H1c: Az orvoslátogatók szerepe csökken.**

Hipotézisem statisztikai megvizsgálásához varianciaanalízist (ANOVA) végeztem.

Függő változó: Jelölje az ön által preferált sorrendet, aszerint, hogy milyen szakmai anyagok alapján választ gyógyszert! Válaszlehetőségek: Ordinális skála, ahol 1 a legfontosabb szempont. Független változó: A lekérdezés éve 2007 – 2008 – 2010 (bázis 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179).

Nullhipotézis: Nincs eltérés a változók átlagai között az orvoslátogató esetében.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató eltérés a változók átlagai között az orvoslátogató esetében.

Az F-próba és a szignifikancia-értékek alapján a nullhipotézist elvetem (20. táblázat). Történt változás az orvoslátogatók szerepében, ami az átlagok összevetése alapján a fontosság növekedését mutatja.

Az eredmény alapján **hipotézisem el kell vessem**. A szakmai információforrások közül továbbra is az orvoslátogatók szerepelnek az első helyen. A kvantitatív kutatás három hullámát összehasonlítva a szakemberek és a képviselők közötti kötelék és egymásra utaltság az idő múlásával inkább tovább erősödött, az orvoslátogatók elfogadottsága nőtt.

### **H2: A társadalombiztosítási támogatásban részesülő medicinák esetében mindennapivá válnak az ár miatti gyógyszerátállítások.**

Hipotézisem statisztikai megvizsgálásához keresztábra elemzést végeztem (22. táblázat).

Függő változó: Milyen gyakran fordul elő, hogy betegét átállítja egy másik készítményre?

Független változó: A lekérdezés éve: 2007 – 2008 – 2010.

22. táblázat: Az ár miatti gyógyszerátállítások arányának alakulása

	2007	2008	2010
az esetek kevesebb, mint 25%-ában	86%	83%	81%
az esetek 25-50%-ában	13%	17%	16%
az esetek 50-75%-ában	2%	0%	2%
NT-NV	0%	1%	1%

(bázis 2007 n=122, 2008 n=155, 2010 n=179)

Nullhipotézis: Nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató összefüggés a két változó között.

Chi-négyzet próba értéke:  $\chi^2=5,07$ ,  $p=0,05$ . A nullhipotézist elfogadom, nincs összefüggés a két változó között. Tehát elfogadom, hogy 2007-ről 2010-re nem változott az átállítások gyakorisága.

Az adatok alapján **hipotézisem elvetem**. Drasztikus változás nem történt a gyógyszer-gazdaságossági törvény hatására. Rövidtávon a rendelet nagyobb befolyással volt a doktorok receptfelírási szokásaira. Történtek ár miatti átállítások, de az idő múlásával, ahogy tapasztalták a szakemberek, hogy mégsem olyan szigorúak a hatóságok, ennek a gyakorisága csökkent. A doktorok többsége maradt az eddig megszokott, jól bevált készítményénél, amellyel kapcsolatban már van saját tapasztalata.

## 11.2 Gyógyszerészek

**H3: A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény hatására a patikusok gyógyszerkiadási és -készletezési szokásai gyökeresen átalakulnak. A receptek kiváltásakor a gyógyszer-helyettesítések száma jelentősen megnő.**

A gyógyszerterek gyógyszer-kiadási és -készletezési gyakorlatáról megfogalmazott hipotézisem keresztábra elemzéssel igazoltam.

Függő változó: Befolyásolják-e kiadási gyakorlatát bármilyen módon a közelmúltban életbe lépett egészségügyi reformok? Válaszlehetőségek: Igen – Nem.

Független változó: A lekérdezés éve: 2007 – 2008 – 2010.

Bázis 2007 n=123, 2008 n=120, 2010 n=180.

Nullhipotézis: Nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató összefüggés a két változó között.

Chi-négyzet próba értéke:  $\chi^2=16,3$   $p=0,002$ . A nullhipotézist elvetem, van összefüggés a két változó között.

Függő változó: Befolyásolják-e készletezési gyakorlatát bármilyen módon a közelmúltban életbe lépett egészségügyi reformok? Válaszlehetőségek: Igen – Nem.

Független változó: A lekérdezés éve: 2007 – 2008 – 2010.

Bázis 2007 n=123, 2008 n=120, 2010 n=180.

Nullhipotézis: Nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató összefüggés a két változó között.

Chi-négyzet próba értéke:  $\chi^2=15,8$   $p=0,05$ . A nullhipotézist elvetem, van összefüggés a két változó között.

A statisztikai eredmények a gyógyszerkiadási és –készletezési gyakorlat tekintetében egyaránt **igazolták hipotézisem**. Egyre több a forgalomban levő készítmény és egyre jellemzőbb a patikai akció. A napi szintű gyógyszerrendelések, a folyamatosan bővülő gyógyszerkínálat és a gyakori, bár az idő múlásával csökkenő mértékű árváltozások (a támogatott készítmények esetében) eredményeképpen egyre kisebb a patikai készlet. Bár az olcsóbb készítménnyel történő helyettesítés kormányzati elvárás, a patikusok irányába kommunikált szankciók nincsenek. Ennek egyik oka talán az, hogy az Európában is átlag alattinak számító árresek és a patikák növekvő száma miatti fokozódó verseny mellé plusz terhet már nem mernek a gyógyszertárakra róni. A gyógyszerkiadásba az officinában levő készlet és a beteg által fizetendő ár egyaránt beleszól. Csupán a gyógyszertárak fele vallja, hogy azt kap a beteg, amit felírtak számára. Az idő múlásával viszont ez az arány nem változott, így **hipotézisem erre vonatkozó részét elvetem**.

### 11.3 Páciensek

**H4: Az idő múlásával az emberek árérzékenysége fokozódik. Egyre többen vallják, hogy egy olcsóbb készítmény lehet ugyanolyan hatásos és jól tolerálható, mint egy azonos összetételű drágább.**

Hipotézisem statisztikai megvizsgálásához keresztábra elemzést végeztem.

Függő változó: Hogyan vélekedik két azonos hatóanyagú, de eltérő árú készítményről? Válaszlehetőségek:

1. véleményem szerint egy olcsóbb gyógyszer lehet ugyanolyan hatékony,

2. nyugodtabb vagyok, ha a drágábbat választom,
3. ha ismert, megbízható gyógyszercégé az olcsóbb termék,
4. amennyiben az orvosom állítja, lehet ugyanolyan hatékony (29. ábra).

Független változó: A lekérdezés éve: 2007 – 2008 – 2010.

Bázis 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182.

Nullhipotézis: Nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató összefüggés a két változó között.

Chi-négyzet próba értéke:  $\chi^2=26,1$  szignifikancia: 0,01 p=0,05. A nullhipotézist elvetem, van összefüggés a két változó között. Ebből következően **hipotézisem elfogadható**. 2010-re megnőtt azok aránya, akik biztosak afelől, hogy egy olcsóbb gyógyszer lehet ugyanolyan hatásos mint egy drága. Megemelkedett azok száma, akik minden további nélkül áttérnének egy azonos összetételű termékre az eddigi helyett a kedvezőbb árért.

**H5: Mivel sok azonos összetételű készítmény kerül forgalomba, az emberek számára a gyógyszerek gyártója lesz a meghatározó.**

Ez esetben is keresztábra elemzéssel vizsgáltam hipotézisem.

Függő változó: Hogyan vélekedik két azonos hatóanyagú de eltérő árú készítményről?

Válaszlehetőségek:

1. véleményem szerint egy olcsóbb gyógyszer lehet ugyanolyan hatékony,
2. nyugodtabb vagyok, ha a drágábbat választom,
3. ha ismert, megbízható gyógyszercégé az olcsóbb termék,
4. amennyiben az orvosom állítja, lehet ugyanolyan hatékony (29. ábra).

Független változó: A lekérdezés éve: 2007 – 2008 – 2010.

Bázis 2007 n=103, 2008 n=124, 2010 n=182.

Nullhipotézis: Nincs összefüggés a két változó között.

Ellenhipotézis: Van a véletlen eltéréseken túlmutató összefüggés a két változó között.

Chi-négyzet próba értéke:  $\chi^2=26,1$ ; szignifikancia: 0,01 p=0,05. A nullhipotézist elvetem, van összefüggés a két változó között.

**Hipotézisem csak 2007-re és 2008-ra vonatkozóan fogadható el.** A gyógyszercégek ismertségének jelentősége rövidtávon nőtt, de végül az idő múlásával megkopott. Az emberek megtapasztalták, hogy akár egy addig teljesen ismeretlen cég terméke is lehet hatásos. Annak, hogy így alakult talán az is az oka, hogy nem volt egy gyógyszercég sem,

akinek sikerült volna maradandóan áttörni az emberek ingerküszöbét. Törekvések vannak, hisz számos TCR (társadalmi célú hirdetés) kampány indult, melyek mindegyike mögött gyógyszercég áll, de áttörő eredményt egyiknek sem sikerült elérnie.

23. táblázat: Az elfogadott és elvetett hipotézisek összefoglalása

	<b>Elfogadva</b>	<b>Elvetve</b>
<b>Szülész-nőgyógyászok</b>	Támogatott gyógyszer választásakor az ár kiemelt, döntő szerephez jut.	Az orvoslátogatók szerepe csökken.
	A vény nélküli gyógyszerek orvosok általi ajánlásának gyakorisága növekedni fog.	A támogatott gyógyszerek körében mindennapivá válnak az ár miatti gyógyszerátállítások.
<b>Patikusok</b>	A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény hatására a patikusok gyógyszerkiadási és -készletezési szokásai gyökeresen átalakulnak. A receptek kiváltásakor a gyógyszer-helyettesítések száma jelentősen megnő.	
<b>Hölgy páciensek</b>	Az idő múlásával az emberek érzékenysége fokozódik. Egyre többen vallják, hogy egy olcsóbb készítmény lehet ugyanolyan hatásos és jól tolerálható, mint egy azonos összetételű drágább.	Mivel sok azonos összetételű készítmény kerül forgalomba, az emberek számára a gyógyszerek gyártója lesz a meghatározó.

### III. ÚJ ÉS ÚJSZERŰ TUDOMÁNYOS EREDMÉNYEK

Az értekezésem alapját képező primer kutatás már módszertanát tekintve is újszerű: egyidejű primer kutatást alkalmaztam longitudinálisan és horizontálisan. Hárompólusú kérdőívvel vizsgáltam a gyógyszert felíró orvosok, a gyógyszert kiadó patikusok és a gyógyszert fogyasztó páciensek vélekedését és tapasztalatait a 2007-ben életbe lépett „gyógyszer-gazdaságossági” törvénnyel kapcsolatban.

*A kérdéseimre kapott válaszok alapján a tartalmilag felsorakoztatható új és újszerű információk az alábbiak:*

1. Újszerű megállapítás, hogy a szülész-nőgyógyászok és a patikusok számára a legfontosabb szakmai információforrások az orvos- és patikalátogatók. Elmondható, hogy a személyes kapcsolattartás a legfontosabb kapocs egy gyógyszerceg és a szakemberek között.
2. Új eredménye a kutatásnak, hogy a támogatott gyógyszerek felírására irányuló szabályozás dacára sem játszik elsődleges szerepet az orvosok gyógyszerválasztásában a készítmények ára.
3. Az újdonság erejével hat, hogy a nőgyógyászok jelenlegi gyógyszerfelírási szokásait alig befolyásolja a gyártó mibenléte. Meg kell tanítani a cégeknek a doktorokat a gyártói hozzáadott értékek figyelembevételére, hogy amikor két közel azonos árú készítménnyel állnak szemben, tudjanak választani. A cégimázs kiépítése és erősítése hosszú távon létszükségletté válik. Ezt gyártói oldalról komoly irányként és stratégiai lehetőségként értékelem.
4. Új eredmény, hogy a szakorvosok vény nélküli készítmények alkalmazását is előszeretettel javasolják pácienseiknek.
5. Újszerű megállapítás, hogy gyártói oldalról érdemes hangsúlyt fektetni a patikusok ösztönzésére a helyettesítő nőgyógyászati szerek ajánlását illetően, hisz egyre nagyobb az alternatív szerek használatának aránya és az emberek nyitottsága a cserére. Mivel a gyógyszerészek számára kötelező a recepten szereplőnél kedvezőbb árú generikumra történő helyettesítés, a közel azonos áron forgalmazó gyártóknak érdeke ellátni cserére alkalmas termékükkel a patikákat és számolniuk kell a kedvezőbb árból adódó árrés-tömeg csökkenéssel is (kiváló eszköz ennek kompenzálására a patikai rabatt).

6. Újszerű felismerés, hogy a házipatikák feletti kontrollt érdemes figyelemmel kísérnie a gyártóknak és a patikáknak. Célszerű tanáccsal ellátni a háztartásokat az alapvető készítmények (pl. láz- és fájdalomcsillapítók) összeállítását illetően illetve bizonyos időközönként ellenőrizni az esetlegesen felhalmozódott, feleslegessé, ugyanakkor későbbi önkényes alkalmazás esetén veszélyessé váló gyógyszereket (pl. megkezdett antibiotikumok, szakmai okokból rég lecserélt vérnyomáscsökkentők megmaradt szemei) és felhívni a figyelmet a lejáratú idők folyamatos ellenőrzésére is.
7. Nem új megállapítás, de megerősíti az eddigi kutatásokat, hogy a gyógyszerekkel kapcsolatos kérdésekben továbbra is az orvos a páciensekkel történő kommunikáció legfontosabb csatornája.
8. Új eredmény, hogy a fejlett információs technológia nyújtotta lehetőségeket az egészségiparban akkor lehet hatékonyan kiaknázni, ha a gyógyszergyártók időt és energiát fordítanak országunk felkészítésére az új kommunikációs csatornák alkalmazását illetően szakmai és laikus oldalon egyaránt. Az innovatív, rugalmas kommunikációs csatornák hirdetésére, népszerűsítésére és használatának tanítására hosszútávon megtérülő befektetésként kell a gyógyszerpiaci marketing szakembereknek gondolnia a vény nélkül beszerezhető és vényköteles készítmények esetében egyaránt.

#### IV. JAVASLAT MARKETINGSTRATÉGIÁRA

A marketingstratégia azt határozza meg, hogy egy vállalat miként képes kiaknázni a környezetében feltárt lehetőségeket. Magába foglalja a kiszolgálandó vevőcsoportokra vonatkozó döntéseket illetve azt, hogy miként kívánja azt végrehajtani a termék, ár, elosztás és eladásösztönzés eszközeivel (Berács 2000). A marketingstratégia alapvető kérdése az, hogy „Milyen igényeket tudunk másoknál jobban kielégíteni?”. Célja a tartós versenyelőny biztosítása, lényege pedig a célpiac és a versenystratégia megválasztása, valamint a marketing-mix elemeinek az adott céloknak és feltételeknek megfelelő kombinálása.

Disszertációmban a Gyftv. hozta változásokra fókuszálva vizsgáltam a 2007 és 2010 közötti időszakot, nem figyelmen kívül hagyva az általános fogyasztói felvilágosultság fokozódását és az új kommunikációs csatornák térnyerését.

Vizsgálati eredményeim megerősítik a gyógyszerpiacon is azt a Kandikó által már 2002-ben megfogalmazott (Chikán 2003) koncepciót, miszerint a hagyományos eladói szemléletet tükröző 4P-re épülő marketing-mix napjainkra jelentősen átalakul és helyét átveszi a fogyasztói szempontokat érvényesítő 4C-ből álló marketing-mix. A 4C azt fogalmazza meg, hogy mit keres, mit szeretne a vásárló. Vagyis: fogyasztói értéket (Customer value), minimális költséget (Costs), a hozzájutás kényelmét (Convenience), interaktív párbeszédet az eladó és vevő között (Communication). A 4C-re épülő marketing-mix így a korábbi marketingfilozófiánál erőteljesebben épít a fogyasztóra; célja a fogyasztó igényeinek minél jobb, akár egyedileg megformált kielégítése.

A konkrét marketingstratégia meghatározásához a nőgyógyászati készítményeken belül definiálni kell az érintett termékcsoportot. Javasolataimat a következőkben a Gyftv. hatását leginkább megérző, társadalombiztosítási támogatásban részesülő, hatóanyag-fix csoportba tartozó szisztémás hüvelyi gombaellenes szerekkel kapcsolatban fogalmazom meg.

Mint az a *Nőgyógyászati készítmények* című fejezeten belül elhelyezett 16. ábrából látható a hüvelyi gombás fertőzések kezelését szolgáló szisztémás és lokális szerek piaci trendje



gyökeres változáson ment keresztül. 2006-ban éles váltással az addig piacvezető szisztémás szerek helyét átvették a több esetben vény nélkül is beszerezhető lokális készítmények. A folyamatot tovább erősítette a „gyógyszer-gazdaságossági” törvény életbe lépése, amikor is az orvosok elkezdtek OTC termékeket javasolni pácienseiknek, hogy mérsékeljék adminisztrációs terhüket és elszámolási kötelezettségüket.

A hüvelyi gombaellenes készítmények marketingaktivitásainak keretében a vényköteles gyógyszerpiac többi területéhez hasonlóan, hosszú éveken át kizárólag a receptet felíró orvosok álltak. A szakmai célcsoport meghatározásakor a szülés-nőgyógyász doktorok szegmensével számolnak az urogenitális fertőzések piacának szereplői (a hüvelyi gombaellenes kezelések 80-90%-a hozzájuk kötődik), de a teljesség kedvéért meg kell említeni az urológusokat, a diabetológusokat, az onkológusokat, a bőrgyógyászokat, a háziorvosokat és ha nem is felíróként, de szakmai befolyásolóként a védőnőket is.

Mivel a férfiaknál ritkábban fordul elő genitális gombás fertőzés, így az urológusok a nőorvosokhoz képest jóval kevesebb esetet látnak, még a partnerkezelést (ennek szükségességéről megoszlik a szakma véleménye) is legtöbbször nőgyógyász végzi. A diabetológusok azért kerültek be a sorba, mert a cukorbetegknél gyakori gombás fertőzés urogenitális formában is jelentkezhet. Fontos, hogy ez a szakterület is tisztában legyen a nemi szerveket érintő mikózisok terápiás lehetőségeivel. A cukorbeteg kezelésével foglalkozó szakorvosok maguk felírják a választott gyógyszert vagy nőgyógyász szakorvoshoz irányítják páciensüket. Számukra különösen fontos, hogy az alkalmazott terápiás megoldás hatékony legyen a recidívák megelőzésében is. Az onkológiai betegeknek a citosztatikus kezelés miatt gyakori a gombás fertőzés és sokszor igen hosszas gyógyszerelést igényel (a szervtranszplantált és immunszupprimált betegek 90%-os támogatással juthatnak hozzá a szisztémás gombaellenes készítményekhez). Az eddig említett szakembereken túl a bőrgyógyászok és nemibeteg gondozók találhatják még szembe magukat genitáliákat érintő gombás fertőzéssel. A családorvosok azért képezik részét a célcsoportnak, mert nekik kiemelt szerepük van a felmerülő esetek szakorvoshoz irányításában és az is megeshet, hogy kisebb településeken nekik kell orvosolni a kellemetlen tüneteket. A védőnők tanácsadói szerepkörben tűnnek fel. Az edukáció, a betegség felismerése és a terápiás választás betegeken keresztüli befolyásolása révén piacbővítési lehetőségként kell számolni az általuk végzett tevékenységgel is.

A szakmai célcsoport szegmentálásakor, a szülész-nőgyógyászokon túl említett szakterületek képviselőinek a receptfelírási aránya csekély, viszont a jövőben célszerűnek tartom adott határokon belül célkeresztbe venni őket is. Tekintettel arra, hogy a szisztémás gombaellenes szerek piaca egyre csökken és a zsugorodó piacon belül a szereplők száma meggyarapodott, az elvesztett receptek pótlására jó lehetőség az eddig érintetlen szakemberek megcélzása. Természetesen nem a költséges személyes kapcsolattartás formájában, hanem a személyre szabható, célzott marketingkommunikációs lehetőségek kihasználásával. Offline és online DM (direct mail) levelekkel, egy-egy szakterület által olvasott szaklapokban és szakmai weboldalakon megjelenő hirdetésekkel illetve nagyobb tömegeket megmozgató kongresszusokon való részvétellel új felírókat kell toborozni költséghatékony módon.

A kiemelt célcsoport, a nőgyógyászok szegmentálása többféleképpen történhet: terápiás szokás szerint (pl. a hüvelyi gombás fertőzés kezelésekor a szisztémás, a lokális vagy a kombinált terápia híve-e a doktor), betegszám szerint, beteganyag életkor szerinti összetétele alapján, specializáció szerint (pl. terhesgondozás, menopauza rendelés, tiniambulancia vagy gyermeknőgyógyászat), elsődleges munkahely (klinika, kórház, szakrendelő, magánrendelő) szerint, árérzékenység alapján és nem utolsósorban gyártói elkötelezettség szerint.

A nőorvosok egy része akut fertőzés esetén első választandóként lokális szerre gondol, míg vannak akik ilyen esetekben is már orális antimikotikum mellett döntenek a későbbi recidíva megelőzése érdekében. Gyakori viszont az is, hogy tekintettel arra, hogy a szisztémás szerek csak a 2. naptól enyhítik érdemlegesen a gombás fertőzés kellemetlen tüneteit, többen a kombinált kezelés mellett döntenek.

A szisztémás urogenitális gombaellenes szerek gyártóinak orvoslátogatói aktivitását elsődlegesen a nagy betegszámmal rendelkező, javarészt szakrendelőben dolgozó, orális vagy kombinált kezelést preferáló nőgyógyászokra érdemes fókuszálnia. Az árérzékeny szakmabelieket a termék ár-érték arányáról kell meggyőzni, míg a szakmai érdemekre összpontosító orvosoknál a hatékonyság, az egyszerű alkalmazhatóság és biztonságosság alátámasztása a cél. Marketing célú klinikai vizsgálatok segítségével lehetőség nyílik egy gyógyszer eredményességének hazai tapasztalatokon nyugvó alátámasztására.

A már bevezetett, köztudatban lévő termékek esetén fontos a márka ismertségének szinten tartása. Recept nyerhető az eddigi felírók megtartása és a váltásról meggyőzhető megnyerése révén egyaránt. További lehetőséget ezen felül pedig a kezeletlen esetek felismerése jelent. Szűrésekkel és beteg-edukációval felfedezhetőek a kezelés alatt még nem álló páciensek.

Az orvoslátogatókon keresztül közvetített üzeneteken túl kongresszusi részvétellel és szaklapokban történő hirdetéssel erősítendő a márka ismertsége. Ami a korábbi gyakorlathoz képest új és a versenyképesség megőrzése céljából egyértelműen követendő irány az a hatékony online jelenlét. Tekintettel arra, hogy a primer kutatás során kirajzolódott, igen nagy a korcsoportonkénti szórás a nőgyógyászok körében az internet iránti nyitottságot illetően, célravezető a célcsoport szegmentálása az offline és online kommunikációs csatornák személyre szabott megválasztása érdekében.

A sok azonos hatóanyag-tartalmú, közel azonos árú gyógyszer viaskodásában a cégimázs kiépítése hosszú távon létszükségletté válik. Erre a jövőben minden eddiginél nagyobb hangsúlyt kell fektetni. Ennek érdekében célkitűzés kell legyen a véleményvezetőkkel a jó kapcsolat ápolása illetve a szaklapokban és szakmai rendezvényeken kiemelt szerepet kell tulajdonítani a cégimázs erősítésének. Egy színvonalas és tartalmas gyártói weboldal korszerű kommunikációs eszköz, mely hihetetlen előnye a folyamatos frissítés lehetősége és ezáltal a naprakész informálás (ellentétben az eddigi offline anyagokkal).

A folyamatos fixesítés és árverseny miatt a Gyftv. életbe lépése óta a gyártói marketingstratégia kihagyhatatlan elemévé vált az árstratégia. A 100%-osan támogatott, magas fogyasztói árú (tízezres nagyságrendű) gyógyszerek (pl. onkológiai készítmények) esetében létfontosságú a termék referencia-árszinten tartása, hisz a dobozdíjat nagymértékben meghaladó gyógyszert félő, hogy nem váltják ki a betegek vagy maga az orvos választ kedvezőbb árú készítményt. Viszont az alacsonyabb fogyasztói áron (1000-2000 Ft között) kapható hatóanyag-fix 25%-os normatív támogatásban részesülő hüvelyi gombaellenes készítmények esetében már nem a „zöld sáv” a cél, hanem az, hogy támogatotti körben maradjon, ne delistázódjon az érintett termék. Itt már nem olyan mértékűek az árkülönbségek, hogy az kizárólagos differenciálási alapot jelentene egy-egy márka felírásakor és kiváltásakor.

A gyógyszercégek hatékonyságának folyamatos javítása és versenyképességének megőrzése érdekében időről időre piackutatásokkal kell feltérképezni a piaci tendenciákat, az egymással versenyző cégek megítélését, aktivitásait, a kommunikált üzenetek célbaérését, a fogyasztói igényeket, attitűdöket és az adott gyógyszerekkel kapcsolatos percepciókat.

A 2007 és 2010 közötti időszak talán legmeghatározóbb változása a gyógyszertárak szerepének felértékelődése volt. Ma már egy-egy készítmény esetében nem elég csupán a gyógyszer felíró orvost meggyőznünk készítményünk hatékonyságáról, hanem tennünk kell azért is, hogy ténylegesen a kívánt medicina kerüljön a páciens kezébe. Patikalátogatókon keresztül információt kell nyernie a gyógyszercégeknek az egyes gyógyszertárak készletezési és kiadási gyakorlatáról és a konkurens aktivitásokról. A megszerzett információk függvényében patikára szabottan kell mérlegelni az akciókat és a rabattokat, melyek a leghatékonyabb eszközök lesznek a jövőben arra, hogy az érintett cég termékei jelen legyenek a patikában és helyettesítő terméké váljanak adott gyógyszercsoporton belül. A patikusoknak nyújtott kedvezmények során kiemelt hangsúlyt kell fektetni az esetleges árrés-bevételi kiesések figyelemmel kísérésére és kompenzálására. A patikusok esetében is elmondható, hogy minden eddiginél fontosabb a személyes kapcsolattartás. Tekintettel arra, hogy a vizsgált időszakban megnőtt annak esélye, hogy a gyógyszerész a felírt helyett más gyógyszert javasol a recepttel hozzá érkező páciensnek és figyelembe véve azt, hogy a patikák által nyújtott plusz szolgáltatások szerepe felértékelődőben, a gyártóknak hangsúlyt kell fektetnie a gyógyszerészi gondozás támogatására.

A páciensek hüvelyi gombás fertőzéssel leginkább érintett szegmense a reprodukív életkorban levő nők (a tinédzser korban és a menopauza után a betegség előfordulása ritkább). További szegmenst alkotnak a cukorbeteg és az onkológiai betegek. A laikus célcsoport irányába az eddiginél nagyobb mértékben kell nyitnia a gyártóknak. A laikus ismeretek bővítése a gyógyszercégek feladata a piac bővítése céljából. A gyártóknak kampányokkal kell felhívnia a figyelmet a betegség felismerésére és szűrésekkel kell megtalálnia a még nem kezelt betegeket. Elengedhetetlen szerepet kell kapjon a gyógyszercégek részvétele a beteg-compliance javításában is. A kommunikációs lehetőségek tárházának bővülésével és korszerűsödésével a betegedukációnak ki kell építeni az online alternatíváit is. Nem szabad figyelmen kívül hagyni azt a tényt, hogy a

végző döntés a konkrét, patikából hazavitt gyógyszert illetően ma már sok esetben a beteg kezében van. Rajta múlik, hogy hajlik-e a helyettesítésre vagy ragaszkodik egy márkához. Azok a piaci szereplők, akik a felírt recept vagy a kiadásra kerülő gyógyszer mellé adható, termékük arculatával és márkanévvel ellátott betegtájékoztatókkal látják el az orvosokat és a patikusokat, segítik a szakma munkáját, javítják az ellátás színvonalát és nem utolsósorban kivédhetnek egy esetleges helyettesítést. Ha nemcsak a recepten szerepel egy termék neve, hanem egy több irányból megtámogatott, plusz szolgáltatást is köt a gyártóhoz, akkor fokozódni fog a termék iránti elkötelezettség ott is, ahol már az elsődleges döntéshozó szerepe megkopott.

A korszerű és eredményes gyártói marketingstratégia ma már egyszerre kell, hogy hangsúlyt fektessen orvosra, patikusra és páciensre. Fontos, hogy a három célcsoport irányába történő aktivitás és kommunikáció össze legyen hangolva illetve kiegészítse, erősítse egymást. Azok a gyógyszercégek, akik ezt felismerik és alkalmazkodnak a változásokhoz, sikeresek lesznek a jövőben is.

## V. TOVÁBBI KUTATÁSI LEHETŐSÉGEK

Kutatásom eredményeinek elemzésekor és értekezésem írásakor számtalan tovább boncolgatható lehetőségre lettem figyelmes.

1. Tanulságos fejleményekkel szolgálhat a patikák mindennapi háttér tevékenységének megértése, készletezési szokásainak vizsgálata. Annak megfigyelése, hogy vajon a referenciapatikák esetében gyakoribbak-e a gyógyszercserék. A készletezési és kiadási gyakorlat vizsgálatakor érdekes lenne rávilágítani arra, hogy egy raktáron nem lévő gyógyszerről beérkező recept esetében mit tesznek a patikusok: eltéve a receptet, megrendelik a páciensnek másnapra a készítményt, elküldik a beteget másik gyógyszerertárba vagy kiadnak a felírt termék helyett inkább mást, csak ne távozzon üres kézzel a „vásárló”. Feltételezésem szerint ez utóbbi előfordulási gyakorisága a patikák közti fokozódó rivalizálással párhuzamosan nő.
2. Lehetséges folytatásnak találok az általam vizsgált három célcsoport szegmentálását a célzott marketingüzenetek kialakításához. A szakma esetében így célirányosan fokozható az orvosok felírási hajlandósága és márkahűsége, míg a patikusoknál szükség esetén növelhető a helyettesítési hajlandóság. A páciensek szegmentálásával egy gyógyszer cég segítséget nyújthat a szakemberek számára is a hatékony kommunikációhoz és a lehető legjobb együttműködés eléréséhez.
3. Érdekes eredményekkel szolgálna a vizsgálat kiterjesztése más szakterületekre is.
4. Az irodalmi áttekintésből kirajzolódott, hogy a jövőben elengedhetetlen lesz a finanszírozókkal való szoros kooperáció, a hatékony gyártói lobbitevékenység. Stratégiai üzenetekkel szolgálhat ennek elemzése is.
5. Új irányként kutatnám az egymással konkuráló gyártók közti együttműködés lehetőségét. A közös összefogás sokszor lehet, hogy hasznot hozna számukra (pl. közös vizsgálatok indikációbővítésre, nagyobb lobbierő a finanszírozóval szemben).
6. Végül, de nem utolsó sorban érdekes folytatásnak vélem a 2011-től életbe lépett változások (pl. patikai deliberalizáció, újabb megszorítások a gyógyszerkasszában, fokozódó gyártói befizetések) disszertációmban bemutatott - 2007 és 2010 közötti időszakhoz hasonló - módszerekkel történő hatásának vizsgálatát.

## VI. ÖSSZEFOGLALÁS

Pár évvel ezelőtt egy gyógyszercégnek elegendő volt a terápiás döntéshozó orvosra fókuszálnia marketingaktivitásait. Ma már az eddig kiszolgáltatott páciensek a médiának és az információs technológia folyamatos fejlődésének köszönhetően (Dixon 2010) egyre (ön)tudatosabbak, egészségpiaci vásárlóvá válnak, míg a doktorok „csupán” befolyásoló szerepkörbe kerülnek. Mindezzel párhuzamosan a 2007-ben életbe lépett, gyógyszerek felírhatóságával, támogatásával és elérhetőségével kapcsolatos változások hazánkban egy új korszak kezdetét hozták a gyógyszerfogyasztó betegek, a gyógyszert felíró orvosok, a gyógyszert kiadó patikusok és nem utolsósorban a gyógyszergyártók életében. A laikus nők, a gyógyszerészek és a szülész-nőgyógyászok szokásainak és vélekedéseinek feltérképezése volt a célom (a szakterületenkénti szórás kiküszöbölése miatt, vizsgálatom során a nőgyógyászati készítményekre fókuszáltam).

Kutatásom során bebizonyosodott, hogy a gyógyszerekkel kapcsolatos kérdésekben az emberek szemében még ma is elsődlegesen az orvos véleménye a meghatározó. A rangsorban második helyen álló gyógyszerészek megítélése az elmúlt években javult a köztudatban és az árérzékenység is fokozódott. A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény életbe lépése óta évről évre nőtt azok aránya, akik hiszik, hogy egy olcsóbb gyógyszer is lehet ugyanolyan hatásos mint egy drágább. Az érintettek idővel elfogadták és megtapasztalták, hogy egyforma termékek vannak forgalomban különböző áron. A kezdeti nehézségek tisztázódtak és nyitottabbá váltak a páciensek a saját terápiájukkal kapcsolatos döntésekre.

Összességében elmondható, hogy a szülész-nőgyógyászok egyetértettek a változások szükségességével, de nincsenek jó véleménnyel a 2006-2007-es intézkedésekről. Többségük negatívan élte meg a reformokat, megalapozatlannak és végiggondolatlannak tartják. Úgy vélik, hogy az elmúlt időszak bizonytalan és stresszes légkört teremtett, ami a gyógyítás rovására ment. Az orvosok többségének változott a támogatott gyógyszerek esetében a gyógyszerfelírási szokása, de messze nem olyan mértékben, mint azt jósltam kutatásom kezdetén. Sokan költségtudatosabbak lettek, de nem feltétlenül ragaszkodnak mindig a legolcsóbb készítményhez. Az ár befolyásoló szerepe az idő múlásával mérséklődött, viszont a páciensek anyagi helyzetének figyelembe vétele erősödött. A saját

tapasztalat a szakemberek számára továbbra is kiemelt fontosságú. Elmondható, hogy a gyógyszeres cserék leggyakoribb oka ma is inkább szakmai, a nagyobb hatékonyság vagy jobb tolerálhatóság reményében történik.

Vizsgálatom során fény derült arra, hogy a változások nyitást indukáltak a vény nélküli szerek irányába (annak ellenére, hogy az orvosok belátják ennek veszélyeit). Míg 2007-ben a megkérdezett nőgyógyászok 46%-a állította, hogy gyakran szokott OTC terméket javasolni pácienseinek, addig 2010-re ez az arány 57%-ra emelkedett. A szakemberek így csökkentették a górcső alatt lévő támogatott szerek felírását és nem utolsó sorban számottevően mérsékeltek adminisztrációs terheket.

A laikus válaszadók közel fele (46%) nem tartja jó ötletnek a patikán kívüli gyógyszervásárlást a szakmai kontroll hiánya miatt. Viszont majdnem ugyanennyien (43%) vélekednek úgy, hogy nagy könnyebbséget jelent számukra, hisz ha zárva vannak a gyógyszertárak, akkor is hozzájuthatnak a szükséges készítményekhez. Az idő múlásával egyre többen élnek a gyógyszertáron kívüli vásárlás lehetőségével, viszont senki sem állandó rendszerességgel. Egyértelműen látható, hogy ez az alternatíva megeshet, hogy kapóra jön az embereknek, de nem vált rutinszerű gyakorlattá a patikák helyett máshol „feltankolni” orvosságokból. Ezt persze nagyban behatárolja az a szűkös gyógyszerkör (javarészt fájdalomcsillapítók, megfázás elleni szerek) is melyhez, ilyen formában hozzá lehet jutni. Ahogy az idő igazolta, hogy nem hódít teret a gyógyszervásárlás ezen legalizált módja, a gyógyszerészek körében is csökkent az elutasítás (2007-ben 80%-uk, 2010-ben pedig 70%-uk lázadt a patikán kívüli gyógyszervásárlással szemben).

Az egészségügyi reformok hatására jelentős változás következett be a gyógyszertárak gyógyszer-kiadási és készletezési gyakorlatában. A sok új generikus cég elszaporodásának következtében a korábbinál nagyobb lett a gyógyszerválaszték. A gyógyszertörzs és a támogatott medicina árának gyakori változása miatt kisebb készletet tartanak fenn a patikák, rövidebb időre. A patikusok felismerték és elsajátították a helyettesítést. Tették ezt elsősorban jogos önvédelemből, hisz a sűrű árváltozások és az újabb és újabb forgalomba kerülő generikumok összütésében képtelenség volt előre kiszámítani, hogy melyik termékből érkezik recept ugyanazon terápiás csoporton belül. Nem utolsó sorban pedig a gyógyszercégek marketingstratégiájának elengedhetetlen eleme lett a patikai akció, így rabattok formájában betárazott nagyobb mennyiségű gyógyszer is teret engedett a



gyógyszer-csere gyakorlatának (a gyógyszerkeresék aránya nem változott a tanulmányozott három év során). A vizsgálat eredményei alapján a patikák 54%-áról mondható el, hogy nem próbálkozik helyettesítéssel. Ezekben a gyógyszertárakban a páciensek mindig azt kapják, amit orvosuk felírt számukra. Itt viszont számolni kell azzal, hogy elveszítethetnek egy-egy beteget, ha nincs készleten a receptre felírt termék, hisz a páciens akkor egy következő patikában fog próbálkozni, ahol lehet, hogy épp meggyőzőik majd egy azonos összetételű és hatékonyságú, másik gyártótól származó készítmény megvásárlásáról. A gyógyszertárak esetében a legnagyobb gondot a mai napig a patikai árrés kérdésköre jelenti, ugyanis nincs egy jól kidolgozott ösztönző rendszer a patikák számára.

A patikaalapítás és működtetés liberalizációjának következtében, rohamosan megnőtt a gyógyszertárak száma. A marketingaktivitás kifejezettebbé válik a gyógyszerpiac ezen szegmensében is. A „gyógyszer-gazdaságossági” törvény eredményeképpen a gyógyszercégek a korábbinál nagyobb hangsúlyt fektetnek a patikákra. A gyógyszerpiac egyik kiemelkedően fontos szektora lett a kiskereskedelem, hisz itt dől el végérvényesen, hogy melyik készítmény kerül a páciensek kezébe.

A gyógyszerpiac átrendeződésének lakosság szempontjából kedvező eredménye a „betegközpontúság” és a laikus edukáció hangsúlyának növekedése. A patikák és a többi magán kézen levő egészségügyi szolgáltatók stratégiájának szerves részévé váltak a „vásárlók” kényelmét szolgáló plusz szolgáltatások (pl. hosszabb nyitva tartás, gyerekbarát, előjegyzés), az egészségmegőrző programok illetve a szűrések.

A gyógyszercégek ismertségének jelentősége az emberek szemében a várakozásaimmal ellentétben az idő múlásával megkopott. Ezt inkább azzal magyaráznám, hogy még nem volt olyan áttörő PR tevékenysége egyik piaci szereplőnek sem, hogy az nyomot hagyott volna a lakosságban. A gyártóknak és forgalmazóknak ezt lehetőségként kell megélnie. A gyógyszercégek hosszú távú érvényesüléséhez nélkülözhetetlennek tartom a hatékony PR kommunikációt. A sok azonos összetételű és hatékonyságú szer viaskodásában versenyelőnyt jelent a gyártói presztízs. A gyógyszercégeknek pluszt kell nyújtaniuk, valami olyat kell tenniük, amittől megkülönböztethetővé válnak versenytársaiktól. Ilyenek lehetnek a már korábban is említett szűrések és egészségprogramok, a társadalmi szerepvállalás, a laikus felvilágosító kampányok, az orvos és gyógyszerész továbbképzések valamint az egyetemi kutatóintézetek és klinikák támogatása. Meg kell mutatni és meg kell tanítani az embereknek észrevenni, látni és kihasználni azokat az értékeket és

lehetőségeket, amiket a hatékony és biztonságos szerek gyártásán és forgalmazásán túl egy gyógyszer cég képvisel és nyújt a társadalom számára. Mindezen tevékenységek során az orvosokkal és patikusokkal közreműködve kiváló kapcsolatépítési lehetőség kínálkozik a szakmával is. Egy kezdeti, nagyobb induló befektetéssel olyan szimbiózis alakítható ki, amiből hosszú távon egyaránt kamatoztat a lakosság, a szakma és a gyártó is.

Kutatásom során az is kiderült, hogy az emberek 88%-a igényli a patikai tájékoztatást. Az orvosi konzultációra és a készítmény dobozában található betegtájékoztatóra meglepően kevesen (6-6%) hivatkoztak. Ebből egyértelműen kirajzolódik, hogy a gyógyszercégeknek olyan eszközöket, felvilágosító és tájékoztató anyagokat kell biztosítaniuk, melyek kiegészítik az orvosi rendeléseken és az officinában végzett munkát. Ilyen anyag lehet például az orvosok és gyógyszerészek kezében egy szemléltető attrap az adott betegségről, melyen a doktor magyarázhat és egy tájékoztató a kezelésről, esetleg magáról a konkrét gyógyszerről, melyet a betegekre jutó szűkös idő miatt a páciensek hazavihetnek. Célszerűnek vélem az olyan mellékleteket (pl. szedési naptár) ezen belül, melyek segítséget nyújtanak a gyógyszer megfelelő alkalmazásában és lehetőséget biztosítanak a betegek számára az otthon felmerülő kérdéseik rögzítésére, hogy az biztosan eszükbe jusson az orvosnál tett következő látogatásuk alkalmával. Az orvos-páciens kommunikáció javítása mindenki érdeke: segíti a szakemberek munkáját, emeli az általuk végzett szolgáltatás színvonalát illetve hozzájárul a betegek együttműködési készségének javításához, így a sikeres terápiához, ami egyaránt szolgálja a kezelésben részesülő páciens és doktora megelégedését.

Laikus válaszadóim 80%-a még 2010-ben sem kapott egészségügyi témájú e-mailt és a megkérdezettek több mint felének (58%) nincs is igénye az ily módon történő tájékoztatásra. Az egészségügyi weboldalak látogatása sem jellemző a megkérdezettekre. 83%-uk nem szokott e témájú tartalmat keresni az interneten. Annak ellenére, hogy az internet penetráció nő hazánkban is, a 2007-es év eredményeihez képest meglepő módon csökkent az egészségügyi oldalak látogatottsága.

Szakmai berkekben egy hajszálnyival jobb az arányok. A megkérdezett orvosok 59%-a kapott már gyógyszerekkel kapcsolatos elektronikus levelet és 84%-uk szokott szakmai weboldalokról informálódni. Az elmúlt három évben viszont nem javult ez az arány. A szakemberek 6-os skálán 4-es hasznosságúnak ítélték a tájékozódás e formáját. Az online

aktivitás tekintetében az orvosokhoz hasonló a helyzet a gyógyszerészek esetében is. A személyes, patikalátogatókon keresztüli kapcsolattartás a legelterjedtebb kommunikációs forma a gyógyszertárak és a gyártók között. A megkérdezett szakmabeliek 61%-a nyitott a gyógyszerekkel kapcsolatos e-mailekre és 79%-uk látogat kisebb-nagyobb gyakorisággal szakmai weboldalra. A patikusok a nőgyógyászokhoz képest egy árnyalatnyival hasznosabbnak, 6-os skálán 4,4-el értékelték a tájékozódás e formáját. Sokan a személyes kapcsolat hiányára és a nem megfelelő informatikai háttérre illetve tudás hiányára hivatkoztak. Véleményem szerint viszont könnyen lehet, hogy ennek az idegenkedésnek az az oka, hogy hazánkban még nincs olyan magyar nyelvű, releváns és informatív tartalommal bíró elektronikus szolgáltatás, ami kiváltaná a szakma érdeklődését és bizalmát. A gyógyszercégeknek fel kell ismerniük a fejlett információs technológia nyújtotta lehetőségeket és szerepet kell vállalniuk az ország felzárkóztatásában. Ennek a rugalmas kommunikációs csatornának a hirdetésére, népszerűsítésére és használatának tanítására hosszútávon megtérülő befektetésként kell a gyógyszerpiaci marketing szakembereknek gondolnia. Az egészségügyi oldalak kiváló, korlátlan felületű és akár napi szinten frissíthető felületet biztosítanak a laikus edukációhoz és a szakmai kommunikációhoz egyaránt.

Laikus oldalról megközelítve a kérdést kiváló lehetőségnek vélem az online fórumok megalkotását és a beteg-közösségek tudatos kiépítését, aminek köszönhetően egymás tapasztalatait megosztva támogathatják, segíthetik egymást az azonos problémákkal küzdő emberek. Mivel egy-egy terápiával kapcsolatban ez esetben sűrűn megeshet, hogy fordítva sül el fegyverünk és az érintettek esetleg elbátortalanítanak egy-egy adott kezelést éppen elkezdő beteget, ezért célszerűnek vélem egy szakember állandó jelenlétét, hogy szakmai tudásával és szükségszerű pszichológiai érzékével kontrollálja a website-on zajló eszmecsereket és szükség szerint ésszerű érvekkel cáfolja a nem túl építő hozzászólásokat. Az ilyen tartalmú oldalakon helyet kaphatnak a már nem újkeletű online rendelések is, ahol felkért szakemberek válaszolnak a beérkező kérdésekre a megjelölt egészségügyi témákkal kapcsolatban.

A laikus felvilágosítás különböző módon kell történjen a vény nélkül beszerezhető és a vényköteles termékek esetében. Az OTC készítményeknél a cél, hogy megfelelő információk birtokába jussanak az emberek ahhoz, hogy önálló, felelős döntést hozzanak a

patikában egy termék kiválasztásakor. A receptre felírt orvosságoknál pedig egyre nagyobb jelentőséggel bírnak a beteg együttműködést, adherenciát javító gyártói aktivitások.

Az orvosok számára opinion leaderekkel, szakmai kollégiumokkal kooperálva olyan gyakorlatias, napi rutinban hasznosítható adatbázisokat és esettanulmányokat kell létrehozni, ami kiváló munkát segítő eszközként szolgálja a szakmabelieket.

A jövőben a gyógyszercégek marketing-mixének elengedhetetlen eleme kell legyen a hatékony online jelenlét. Akik ezt a lehetőséget időben felismerik, előnyt élvezhetnek konkurensikkal szemben.

Napjainkban már igen ritka az innovatívnak számító készítmények piacra lépése. A gyógyszergyártók és –forgalmazók egyre több azonos összetételű konkurens készítménnyel találják szemben magukat. Az egyes gyógyszerek között szakmai különbséget nem lehet tenni, így a gyógyszerpiaci marketingkommunikáció eltolódik a plusz, adott termék mellé társuló szolgáltatások irányába. Az eredményes piaci szereplőket nem kiváló hatékonyságú és tolerálhatóságú gyógyszerük különbözteti meg egymástól, hanem a hozzáadott érték. A gyógyszercégek számára ma már kiemelt jelentősége van annak, hogy az orvosokra, patikusokra és a páciensekre egyforma hangsúlyt fektessenek és marketing aktivitásaik minden elemét mindhárom oldalról megtámogassák. Így tud egy gyártó az orvosok és gyógyszerészek által nyújtott szolgáltatások színvonalához hozzájárulni és a páciensek együttműködési készségét javítani. Az információs asszimetria mértékének csökkentésével segíteni kell a szakma és a betegek közötti kommunikációt. Az elégedett páciens elégedettséget vált ki orvosából és gyógyszerészből is, akik motiváltsága ezáltal némiképp javítható a jelenlegi egészségügyi rendszerben és nem utolsósorban kiváló hírvivője lesz a gyártó által propagált gyógyszernek.

## VII. SUMMARY

A few years ago, it was sufficient for a Pharmaceutical Company to focus its marketing activity only on the prescriber. For today, the previously defenceless patients – owing to the media and the continuous development of the information technology (Dixon 2010) – increasingly becoming to more (self-) conscious customers of the Health Market, while the doctors have “only” influential role. In parallel with these, the enacted changes in 2007, regarding to the prescribing possibilities, refunding, and availability of medicinal products in our country resulted in the beginning of a new era in the life of the medicinal product-consuming patients, prescribing doctors, the dispensing pharmacists, and last but not least, the Pharmaceutical Companies. Laying down a map of the habits and opinions of the female patients, Pharmacists and Obstetricians-Gynaecologists, I wanted to define the effective, continuously altering marketing strategies of the Pharmaceutical Companies (due to the elimination of the variations of the different specialities, I have focused on the gynaecological products only).

My research has shown that in the drug-related issues in people’s view the primary determinant is still the doctor’s opinion. In the past years the judgement of the pharmacists, which was ranked to the second place, has been improved in the public awareness, and the price sensitivity was increased. Since the Act XCVIII of 2006 on the General Rules for the Safe and Economical Supply of Medicines and Medical Equipment and the Distribution of Medicines (hereinafter “Medical Care Act”) came into force, the proportion of those who believe that a cheaper medicinal product may be as effective as more expensive one has increased from year to year. The parties concerned have accepted and eventually realized that the same products are sold at different prices. The initial difficulties were clarified, and the patients become more open to the decisions regarding their own therapy.

Overall that can be told, the Obstetricians-Gynaecologists agreed on the need for change, but do not have a good opinion of the 2006-2007’s provisions. Most of them lived through the reforms negatively, and think the reforms are not substantiated and not examined thoroughly. They believe that the previous period has created a climate of uncertainty and stress, which was at the expense of the medical treatment. The prescribing habit of the majority of the physicians has been changed, but by far not as much as I predicted at the

beginning of my research. However many customers are more cost-conscious, but not necessarily always stick to the cheapest medicine. The influencing role of the price is lessened with the progress of time; however, the consideration of the patients' financial situation is improved. The personal experience of the professionals will continue to be a priority. That can be told, the most common cause of a decision about switching from a medication to an other is still more professional, and happens in the promise of the more effectivity or the better tolerability.

My investigation revealed that the changes induced an opening in the direction of the Over the Counter medications (despite the fact that the physicians realize the risks of it). While in 2007 46% of the inquired Gynaecologists claimed that they had usually proposed OTC products to their patients, until then in 2010 this proportion had risen to 57%. The specialist reduced the prescribing of the refunded and strictly monitored medicinal products in such way, and last but not least they substantially lowered their administrative burden also.

Nearly the half of the female patients (46%) had the opinion, that the trading of the medications out of a pharmacy was not a good idea due to the lack of the professional control. However, almost the same number (43%) believed that it was a great relief for them, because if the pharmacies were closed, they could obtain the required products after all. As the time passes, more and more people are taking the opportunity to buy out of the pharmacies, but none of them with a permanent basis. Clearly visible that this alternative sometimes comes just in the right moment for the people, but has not become a routine practice to "filling up" with drugs anywhere else instead of a pharmacy. This is widely limited by the narrow range of the medicines (mostly analgesics, cold and flu medications) can be obtained in such way. As justified by the time, purchasing medications in this legalized way will not gain ground, the rejection is also reduced among the pharmacists (in 2007 80% vs. in 2010 just 70% of them rebelled against the trading of the medications out of a pharmacy).

Significant changes in drug-dispensing and stockpile practices of the pharmacies resulted from the health reform. Due to the proliferation of many new generic companies the diversified collection of the medication has increased. Due to the frequent changes of the list of the medications and the prices, a smaller stock is reserved in the pharmacies, for a

shorter period. The pharmacists recognized and acquired the needs of substitution. They did this primarily for legitimate self-defence, because the frequent changes of the prices and in the dense assault fire of the new and even newer generics it was impossible to predict, which product will be prescribed from the same therapeutic class. Last but not least the drugstore sale became an essential part of the marketing strategy of the Pharmaceutical Companies, so that larger amounts of stocked drugs due to the rebates also gave room for the practice of the drug-replacement (the rate of the drug-replacement did not change during the three years studied). Based on the results of the survey it could be seen that 54% of the pharmacies do not attempt this kind of substitution. In these pharmacies the patients always get what their doctor prescribed for them. However, in these pharmacies have to take into consideration of losing a patient if the prescribed medicinal product is not in stock, since this patient will make an attempt of purchasing it in another pharmacy. It could be easily happen, that this consumer will be actually convinced there of the purchase of such a medicine with the same composition and efficiency, but made by another manufacturer. In the case of the pharmacies, the biggest problem is still the issue of retail pharmacy margins, due to the lack of a well-designed and motivating scheme for the pharmacies.

The result of the liberalization of the establishment and setting into action of a pharmacy, the number of pharmacies has increased rapidly. The marketing activity becomes more pronounced in this segment of the Pharmaceutical Market. As a result of the “Medical Care Act”, the Pharmaceutical Companies put greater emphasis on the pharmacies than ever. The retail trade became one of the most important sector of the Pharmaceutical Market, because in this place will be ultimately decided, which product falls into the patient’s hands.

The favourable outcome of the rearrangement of the Pharmaceutical Market regarding to the population is the “patient-centricity” and increasing emphasis of the education of the patients. The additional services for the customer’s convenience (such as longer opening hours, children’s corner, advance booking), the health maintenance programs and screenings have become an integral part of the strategy of the pharmacies and other private-owned health care providers.

The importance of the awareness of the Pharmaceutical Companies from the point of view of the people – contrary to my expectancies – faded over time. I would rather explain it

that there was no overpowering PR activities from any of the market participants, which could have left its mark on the population. The manufacturers and distributors would have to make the best of this opportunity. For the long-term success of the Pharmaceutical Companies I think, the effective PR communication is essential. In the struggle of the lots of drug with the same composition and efficiency, the manufacturer's prestige is a competitive advantage. Pharmaceutical Companies should provide some extras; do something, which makes them distinguishable from their competitors. These might include the previously mentioned screenings and health maintenance programs, their social role, the public awareness campaigns, training of doctors and pharmacists as well as supporting of academic research institutions and clinics too. It should be pointed out and teach to the people to notice, see and utilize all of the values and opportunities that are represented and provided by a Pharmaceutical Company for the society beyond the production and distribution of efficient and safe drugs. During all of these activities, collaborating with the doctors and pharmacists it offers an excellent networking opportunity for the involvement of the profession as well. With an initial, fairly big starting investment a symbiosis can be developed, which in a long term makes a profit alike to the general public, the profession and the manufacturer.

My research also showed that 88% of customers requiring information in the pharmacy. The medical consultation and the package leaflet enclosed in the carton box of the medicine was mentioned just a surprisingly few customers (6-6%). It makes it clear that the Pharmaceutical Companies have to provide tools, information and educational materials that are complementing the work performed in the clinics and surgeries, and in the "officina". Such a material may include an illustrated poster about a given disease for doctors and pharmacists on which the doctor could explain, and a leaflet about the treatment, perhaps about the specific medicinal product, which – due to the limited time per patient – the patients may take home. I think such an attachment (e.g. calendar for timing the administration) proper, which gives help to the patients for the appropriate use of the medication, and possibility to record any arising issues at the home, so they could remember on it at the time of the next visit at the physician. Improving the doctor-patient communication is everybody's interest: by supporting the work of professionals; raising the standard of service they perform; or contribute to the improvement of cooperation of the patients, thus to the successful therapy as well, which serves both the patient's and the doctor's satisfaction with the treatment.



The 80% of the female patients in 2010 still has not received a medical-subjected e-mail and more than half of respondents (58%) has no need for the information in this way. The visiting of websites dealing with health is not typical for the inquired ones. Eighty-three percent of them are not accustomed to search for such a related content on the Internet. Despite the fact that the Internet penetration is increasing in our country, compared to the results of the year 2007, the attendance of these health-relating websites has decreased astonishingly.

In professional circles these rates are better with an inch. The 59% of the interviewed doctors already received an e-mail subjected to drugs, and 84% of them are accustomed to obtaining information from professional websites. However over the past three years this rate did not improve. The professionals on a 6-point scale were considered the utility of this form of information to 4 points. The online activity of the pharmacists is similar to the situation of the physicians. The personal contact in the pharmacy, via Medical sales representatives is the most common form of the communication between the pharmacies and the Manufacturers. The 61% of the surveyed professionals is open to the drug-related e-mails, and 79% of them are visiting the professional websites with lesser or greater frequency. The pharmacists, compared to the Gynaecologists ranked this form of the information with a little bit more useful, for 4.4 on the 6-point scale. Many of them referred to the lack of personal contact, the inadequate information system background, and the absence of knowledge. In my opinion, however, quite possible that the cause of this aversion is the lack of an electronic service with relevant and informative content in Hungarian language, which would arouse the interest and confidence of the profession. The Pharmaceutical Companies must recognize the opportunities afforded by advanced information technology and have to participate in the catching up the country. The marketing professionals of the Pharmaceutical Market must consider to the advertising, promoting and teaching of the usage of this flexible communication channel as a remunerative investment during a long period. The great health websites provide both unlimited web interface and daily updates for the education of the patients and to the communication with the professionals. In the future an effective online presence should be an essential element of the marketing-mix (the 4 P's of the Market) of the Pharmaceutical Companies. Those who recognize this opportunity in time, have the benefit of an advantage over their competitors. In co-operation with opinion leaders and professional

boards databases and case studies should be established, which are practical and utilizable in the daily routine, and which are excellent tools for helping the professionals in their work. Approaching the issue from the side of the patients, I guess that the creation of online forums and conscious build-up of patient-communities is an excellent opportunity, where the people with the same problems could help each other with sharing their own experiences. As in relation to some therapies it could happens frequently, that our weapon backfires on us and the involved discourage a patient who actually begins the specific treatment in question, therefore I deem the permanent presence of a qualified personnel proper, to control the ongoing debate on the web site whit his/her professional knowledge and ineluctable sense for psychology, and negates the not too constructive comments with reasonable argument as necessary. On such web sites may take place to the not too recent online medical counselling, where invited experts answer to the questions received in designated health topics.

Nowadays it is very rare if an innovative product enters to the market. The pharmaceutical manufacturers and distributors are up against with more and more competing product with the same composition. Professional distinction between the individual drugs can not be done, so the pharmaceutical marketing communication shifts to the direction of added services associated with the specific product. The effective market players are not distinguished from each other by the highly efficient and well tolerated medications, but the added value. For today it is particularly important for the Pharmaceutical Companies that equally emphasis on the doctors, pharmacists and patients and support each elements of their marketing activities of all the three sides. A manufacturer can contribute in this way to the quality of services provided by the physicians and pharmacists and improve the comparative skills of the patients. By reducing the extent of the information asymmetry need to help the communication between the patients and the profession. A satisfied patient triggers a satisfaction in his/her physician and pharmacist, consequently their motivation may slightly improve in the current health care system, and last but not least it will be an excellent messenger of the propagated medicine by the drug manufacturer.

## VIII. FELHASZNÁLT IRODALOM

1. ANGELL (2004): The Truth About the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it. 305. p.
2. ARNDT (1981): Marketing and the Quality of Life. *Journal of Economic Psychology* (1) 283-301. p.
3. BAUER (1960): „Consumer behavior as risk taking”. *Dynamic marketing in a changing world*. American Marketing Association, 389-398 p.
4. BERÁCS (2000): A marketing tevékenység szervezése. *Marketingmenedzsment olvasókönyv*, BKÁE, Közgazdasági Továbbképző Intézet, Budapest.
5. BLACK et al. (2007): A grounded theory of doctors’ information search behaviour. Implications for information provision, pharmaceutical market entry and development. *Journal of Marketing Management*, 23 (3-4) 347-366. p.
6. BOTLIK (2010): A gyógyszer-támogatási rendszer változásai 1990-2008. között. *IME*, 9. évfolyam Egészség-gazdaságtani különszám 30-33. p.
7. CAMPBELL (2007): A National Survey of Physician-Industry Relationships. *The New England Journal of Medicine*, 356: 1742-50
8. CÉGVEZETÉS (2001): Szűk esztendő után fogyókúra. *Cégvezetés*, 9 (9)
9. CHASE (2010): Patients look to docs for web suggestions – but most don’t get them. *Medical Marketing&Media* 2010 June 09, <http://www.mmm-online.com/patients-look-to-docs-for-web-suggestions--but-most-dont-get-them/article/172032/>
10. CHIKÁN (2003): Vállalatgazdaságtan. 209. p. Budapest: Aula Kiadó Kft, 576. p.
11. CSÉPE (2002): Az FMCG és pharma marketing különbözőségei. *Marketing&Menedzsment*, 36 (5-6) 49-56. p.
12. CSÉPE (2004): Marketingkommunikáció a gyógyszeriparban. *Marketing&Menedzsment*, (3) 36-44. p.
13. CSÉPE (2008): Fény az alagút végén? *Marketing&Menedzsment*, 2008/2. 70-71. p.
14. CSÉPE (2009): 2011 – Az új fogyasztó megszületése az egészségügyben. *Pirulatrend*, 6 (4) 22. p.
15. CURTIS (2009): Launch target. *Pharmaceutical Marketing*, 2009. August
16. DÁVID (2010): Költségkontroll elemek a hazai járóbeteg ellátásban. Nyugat-magyarországi Egyetem, KTK, orvos-közgazdász szak diplomamunka

17. DELI-GRAY (2007): Hedonisztikus vásárlás Magyarországon. *Marketing&Menedzsment*, (2) 42-50. p.
18. DIXON (2010): Patient centred. The rise of the „professional” patient signifies a new era for pharma marketing. *Pharmaceutical Marketing*, August 2010, 14-15.p.
19. ESKI (2007a): [www.eski.hu/new3/politika/politika\\_oecd.php](http://www.eski.hu/new3/politika/politika_oecd.php), 2007. február 14.
20. ESKI (2007b): [www.eski.hu/alaptabla/Ealapki\\_p.xls](http://www.eski.hu/alaptabla/Ealapki_p.xls), 2007. február 20.
21. FRANIC et al. (2005): An Evaluation of Patients’ Attitudes Toward Pharmacy Selection: A Determinant Attribute Approach. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management*, 17 (1) 35-50 p.
22. GAZDASÁGI VERSENYHIVATAL (2003): A gyógyszerpiac szabályozásának versenypolitikai kérdései, Budapest
23. GÁL (2009): Tavaly jobb volt, mint tavalyelőtt. *Medical Tribune*, 2009. január 22., 6. p.
24. GÁL-KNIPPEL (2008): Költségkontroll mechanizmusok az uniós gyógyszerellátásban. *IME*, 7 (3) 5-10. p.
25. GERGELY (2007): Jogszabályok fogságában. *Pirulatrend*, 6 (4) 18-19. p.
26. GERGELY (2008): „Nem lehet kapni?” – ellátási anomáliák a gyógyszertárakban. *Marketingpirula* 7 (2) 34-35. p.
27. GIDAI (2007): Az egészségi állapot és a jövedelmi viszonyok kölcsönkapcsolata az EU országokban. *Magyar Tudomány*, 2007/9, 1145. p.
28. GULÁCSI (2000): Minőségfejlesztés az egészségügyben. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt., 56. p.
29. GULÁCSI (2005): Egészség-gazdaságtan. 401.p. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt. 547. p.
30. GYÓGYSZERÉSZ TOVÁBBKÉPZÉS (2009): Gyógyszert a gyógyszertárakból. *Gyógyszerész Továbbképzés*, 3 (1) 42. p.
31. GYÖRFY (2005): Az egészségügyi ellátás Magyarországon, *Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Kar TDK dolgozat*
32. HANKÓ (2007): A magyar gyógyszerellátás és szervezete. *Gyógyszerügyi szervezés*. <http://egk.tatk.elte.hu>, 307-366. p.
33. HANKÓ (2008): Megoldásra várva. *Pirulatrend*, 5 (5) 8-9. p.

34. HANKÓ (2010): Lehetőségek és kötelességek. A gyógyszerészi gondozás jogi szabályozása. *PIRULAtrend*, 7 (4)
35. HANYECZ (2008): Javulhat a patikusok presztizse, de megcsappant a kis- és nagykereskedelmi árás; változások a gyógyszerpiacokon. [www.webdoki.hu/cikk.php?tfom=hirlevel&cid=49815](http://www.webdoki.hu/cikk.php?tfom=hirlevel&cid=49815)
36. HERCZEG (2002): A magyar egészségügy privatizációjának sajátosságai. *Gazdaság és Társadalom*, 13 (1) 91-113. p.
37. HOFMEISTER-TÓTH et al. (1996): Fogyasztói magatartás. 232. p. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó 47. p.
38. HOFMEISTER-TÓTH (2008): A fogyasztói magatartás alapjai. 243. p. Budapest: Aula Kiadó
39. HORVÁTH (2009): Több száz patika zárhat be jövőre. *MTI* (2009. augusztus 25.)
40. HORVÁTH et al. (2009): Tudni kell kérdezni-és válaszolni is. *Pirulatrend* 6 (4) 14-15. p.
41. JAAKOLA et al. (2007): Critical innovation characteristics influencing the acceptability of a new pharmaceutical product format. *Journal of Marketing Management*, 23 (3-4) 327-346. p.
42. KANDIKÓ (2002): Új ábécé a marketingben. *Piac és Profit*, 2002. Július-augusztus; 33-34. p.
43. KALÓ (2009): Diagnózis az egészségügy helyzetéről. Ki fizet a végén? *Konferencia az egészségügy finanszírozásáról*, Budapest, 2009. november 10.
44. KALÓ et al. (2010): A kockázatmegosztás szerepe a gyógyszerek finanszírozásában. *LAM 2010*, 20(3-4) 237-241. p.
45. KARNER (2004): Az egészségügyi marketing szerepe. *Marketing&Menedzsment*, 2004/1, 62-76. p.
46. KARNER (2005): Amortizáció az egészségügyben. Magyarország jövője – Hungaria in aeternum tanulmánykötet, Sopron 2005, 121-139. p.
47. KINCSES et al. (2009): Az egészséghatás értékelés szerepe az egészségügyben. *IME* 8 (5) 39-44. p.
48. KORÁNYI (2007): Átrendeződik a magyar gyógyszerpiac? *Napi Gazdaság*, 2007. január. 17. 9. p.
49. KOTLER (2004): Marketing Menedzsment. 208, 230. p. Budapest: KJK KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft, 875. p.

50. KOTLER et al. (2006): Marketing-menedzsment. 245. p. Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt., 985. p.
51. KOZÁK (2009): A jövő fogyasztója – a fogyasztás jövője. *Harvard Business Review*, 2009. december-2010. január, 27-34. p.
52. KÓCZIÁN-BOBKÓ (2009): OTC gyógyszerek marketingkommunikációja. *Gyógyszerészet* 53: 203-207. p.
53. KRASZNAI (2008a): Csökkenő gyógyszerárak, mérséklődő betegterhek, sikeres patikaliberalizáció. 2008. november 14., [www.webdoki.hu/cikk.php?from=hirlevel&cid=48982](http://www.webdoki.hu/cikk.php?from=hirlevel&cid=48982)
54. KRASZNAI (2008b): Több patikában kevesebb gyógyszer fogy. [www.webdoki.hu/cikk.php?cid=46886](http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=46886)
55. KREMER et al. (2008): Generalizations on the effectiveness of pharmaceutical promotional expenditures. *Internal Journal of Research in Marketing*, 25 234-246. p.
56. KSH (2009): Egészségfelmérés (ELEF), *Statisztikai Tükör*, 4 (50)
57. LAMPEK (2002): A lakosság egészségi állapota és egészségmagatartása a KSH 1999/2000 évi időmérleg-életmód kutatása alapján. [www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/egeszseggamatartas.pdf](http://www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/egeszseggamatartas.pdf)
58. LANTOS et al. (2005): Jól működő egészségügy: Értékteremtő szolgáltatások szabályozott versenye vagy irányított betegellátás? *Harvard Businessmanager*, 2005. szeptember, 44-51. p.
59. LANTOS (2010): A terápiát sajátjának érző beteg. Hatékony compliance programok tervezése és kivitelezése. *marketingPIRULA*, 7 (5)
60. LÁNYI (2008): A környezetvédő viselkedés és az egészségviselkedés összefüggése. PhD értekezés, készült a Debreceni Egyetem Multidiszciplináris Bölcsész tudományok doktori iskolája keretében
61. LEPP-GAZDAG (2004): Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához. International Center for Economic Growth European Center, Munkafüzet 2.
62. LEPP-GAZDAG et al. (2005): Az egészségügyi költségrobbanás és a gyógyszerfinanszírozás. *Kormányzás, Közpénzügyek, Szabályozás* 1 (1) 34-52. p.
63. MADDEN (2010): Older Adults and Social Media. PewResearch Center, URL: <http://pewinternet.org/Reports/2010/Older-Adults-and-Social-Media.aspx>
64. MALHOTRA (2005): Marketingkutatás. Budapest: Akadémiai Kiadó, 904. p.

65. MED-COURIER (2000): Egészségügyi információk,  
[www.euuzlet.hu/szamok/szamok2.html](http://www.euuzlet.hu/szamok/szamok2.html)
66. MIHÁLYI P. (2002): Az egészségügyi és egészségbiztosítási piacok sajátos vonásai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40 (5) 509-524. p.
67. MOLNÁR (2010): Egy csengetés – 375Ft? A patikai ügyeleti rendszer problémái. *PIRULAtrend* 7 (4)
68. NATIONAL COUNCIL ON PATIENT INFORMATION AND EDUCATION (2007): Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan
69. NÉPSZAVA ONLINE (2007): [www.nepszava.hu](http://www.nepszava.hu), 2007.09.06.
70. NÓGRÁDI-TÓTH (2009): Leírható a K+F ráfordítás. *Világgazdaság*, 2009.07.02., 3. p.
71. OECD HEALTH DATA (2010): Growing health spending puts pressure on government budgets, according to OECD Health Data 2010
72. OECD INDICATORS (2005): Health at a Glance
73. OEP(2007):[http://www.oep.hu/portal/page?\\_pageid=35,34923&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=35,34923&_dad=portal&_schema=PORTAL)
74. PALLA (2008): A generikus helyettesítésről Magyarországon – gyógyszerész szemmel, 2008. december 23, [www.webdoki.hu/cikk.php?cid=49715](http://www.webdoki.hu/cikk.php?cid=49715)
75. PALLA (2009): A gyógyszeripar jövője. <http://www.webdoki.hu/printer.php?cid=51071>
76. PAREKH ET AL. (2009): „Connecting with Physicians Online; Searching for Answers”, [www.fdasm.com/docs/connecting%20with%20Physicians%20Online%20Webinar%20Deck--%20final.pdf](http://www.fdasm.com/docs/connecting%20with%20Physicians%20Online%20Webinar%20Deck--%20final.pdf)
77. PIKÓ (2006): A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. 81-102. p. In: BÍRÓ J. (Szerk.): Biopolitika- Drogprevenció tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről. Budapest: L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, 229 p.
78. PIRULAtrend (2009): Havi száz forinttal kevesebb vényköteles gyógyszerre. *Pirulatrend*, 6 (4) 16. p.
79. PIRULAtrend (2010): A gyógyszerpiacot érintő jelentősebb jogszabályi változások. Szigorúbban és részletesebben. *PIRULAtrend*, 7 (1)
80. PM LIVE (2009a): Precise thinking. *PM Live*, 2009.04.27, [http://www.pmlive.com/find\\_an\\_article/allarticles/categories/General/2009/march](http://www.pmlive.com/find_an_article/allarticles/categories/General/2009/march)

81. PM LIVE (2009b): Marked performance. *PM Live*,  
[http://www.pmlive.com/find\\_an\\_article/allarticles/categories/General/2009/april/features](http://www.pmlive.com/find_an_article/allarticles/categories/General/2009/april/features)
82. PM LIVE (2009c): On demand;  
[http://www.pmlive.com/find\\_an\\_article/allarticles/categories/General/2009/july/features](http://www.pmlive.com/find_an_article/allarticles/categories/General/2009/july/features)
83. PM LIVE (2009d): The customer is king;  
[http://www.pmlive.com/find\\_an\\_article/allarticles/categories/General/2009/june/features](http://www.pmlive.com/find_an_article/allarticles/categories/General/2009/june/features)
84. PRICEWATERHOUSECOOPERS'HEALTH RESEARCH INSTITUTE (2010):  
Healthcare unwired: New business models delivering care anywhere
85. RÉKASSY (2006): ...kérdezze meg gyógyszerészét! *Népszabadság*, 2006.  
szeptember 15.
86. RICH (2010): About.com 2010 Health Study. *World of DTC Marketing.com*,  
<http://worldofdtcmaking.com/healthy-study-2010/health-information-online/>
87. ROGERS (1995): Diffusion of Innovations, 37 p. New York: The Free Press,  
Fourth Edition
88. SANSGIRY et al. (2005): Consumer Perceptions Regarding Generic Drug  
Substitution: An Exploratory Study. *Journal of Pharmaceutical Marketing &  
Management*, 17 (1) 77-91 p.
89. SCHMALEN et al. (1998): A hibrid vásárlói magatartás és a kereskedelemre  
levonható következtetések, *Marketing&Menedzsment*, 32 (6) 67-71. p.
90. SEITER et al. (2006): The fresh outlook: Evidence based medicine and health  
outcomes will change the face of marketing. *Pharmaceutical Marketing Europe*, 3  
(1) 18-19. p.
91. SEYED-HOSSEINI (2009): Side effect information and the influence on patient  
medicine-taking behaviour. A Thesis Submitted to the College of Graduate Studies  
and Research In Partial Fulfillment of the Requirements For the Degree of Master  
Science In the College of Pharmacy and Nutrition University of Saskatoon
92. SFOGLIARINI (2009): Over the Horizon, Exploring. *Growth Opportunities and  
New Strategies in Pharma*, Milan – 7<sup>th</sup> October 2009
93. SHET et al. (2008): 4P's of Marketing, American Marketing Association, Chicago
94. SIMON et al. (2000a): Az orvosok vásárlási magatartásának szerepe a  
gyógyszermarketingben. *Marketing&Menedzsment*, 34 (1) 52. p.

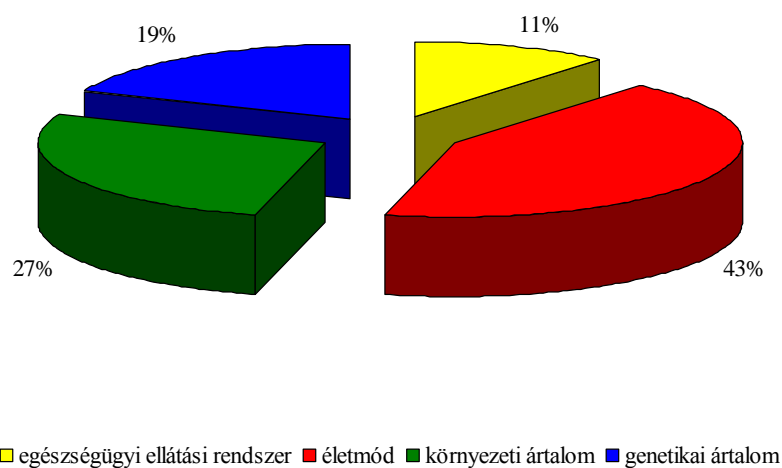


95. SIMON et al. (2000b): A betegek együttműködési készségének szerepe az egészségügyi marketingben. *Marketing&Menedzsment*, 34 (2) 26-32. p.
96. SIMON (2010): Marketing az egészségügyben. 15, 22-28, 30, 80, 156, 177, 317. p. Budapest: Akadémiai Kiadó, 387. p.
97. STEIGERWALD (2002): Férfi és női fogyasztók KSH életmód és időmérleg kutatás alapján. [www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/ferfi\\_noi\\_vasarlok.pdf](http://www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/ferfi_noi_vasarlok.pdf)
98. STREMERSCHE (2008): Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*, (25) 230. p.
99. SZABÓNÉ PATAKY (2002): Egészséggazdaság és marketing – A jelenség a felszínen, az okok a mélyben vannak. *Marketing&Menedzsment*, 36 (5-6) 43-48. p.
100. SZABÓNÉ PATAKY: Az egészségügyi szolgáltatások jellemzői. Marketing a szolgáltatásoknál, XII. fejezet
101. SZABÓNÉ PATAKY (2006): Az egészségügyi marketing néhány érdekes kérdése. *Marketing&Menedzsment*, 40 (5-6) 26-32. p.
102. SZALKAI (2004): A szervezetközi marketing egyes kérdései a gyógyszerpiacon – A kórházi vevők vizsgálata. *Marketing&Menedzsment*, 38 (5) 58-64. p.
103. SZÁNTÓ (2001): Egészségügyi marketing. <http://publikacio.uni-miskolc.hu/data/ME-PUB-35256>
104. TÓTH (2010a): Ígéret helyett valódi hatásosság. Új típusú kockázatmegosztás a gyógyszerek finanszírozásában. *PIRULAtrend*, 7 (1)
105. TÓTH (2010b): Nagykereskedők kontra patikák, Adósságcsapdában: eltérő helyzet, azonos cél. *PIRULAtrend*, 7 (3)
106. TÖRŐCSIK et al. (1998): Termékstratégia emocionális és racionális közelítésben. Alkalmazott stratégia sorozat 4, Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
107. TÖRŐCSIK (2006): Fogyasztói magatartás-trendek, Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt., 359. p.
108. TÖRŐCSIK (2007a): Vásárlói magatartás, 123. p. Budapest: Akadémiai Kiadó Zrt., 320. p.
109. TÖRŐCSIK (2007b): A tudatos fogyasztást és az egészséget preferáló új fogyasztói trendcsoport a LOHAS (Lifestyle of Health and Sustainability) csoport megjelenése Magyarországon. [www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/lohas\\_kaposvar.hu](http://www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/lohas_kaposvar.hu)
110. TÖRŐCSIK (2007c): Életstílus gyógyszerek. [www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/életstilus\\_gyogyszerek.pdf](http://www.dr-torocsik.hu/tanulmanyok/életstilus_gyogyszerek.pdf)

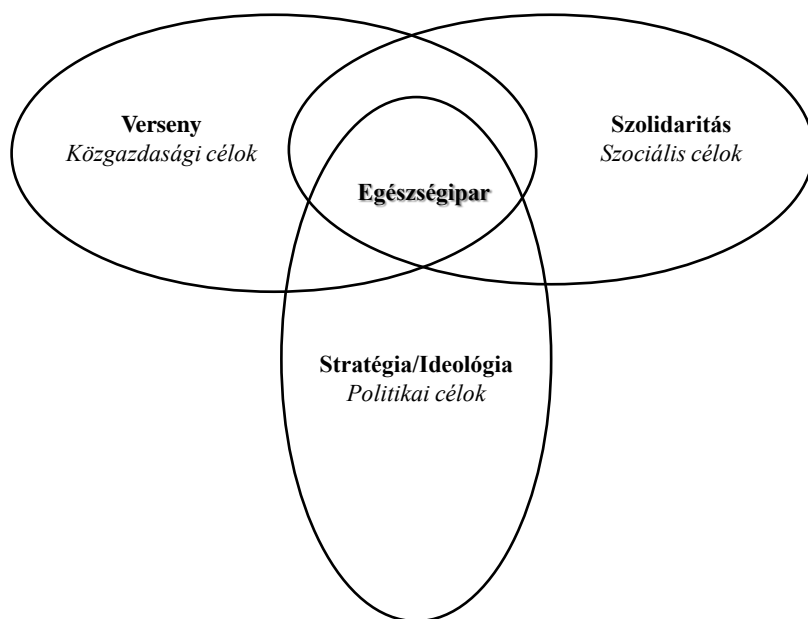
111. TÖRŐCSIK (2008): Paradigmaváltás az egészségügyben. *Lege Artis Medicinae*, LAM, 18 (6-7) 446-448. p.
112. VARGA (2001): Vállalati márkák a vény nélküli gyógyszerek (OTC) piacán. *Marketing&Menedzsment*, 35 (4) 58-63. p.
113. VERES (2002): Szolgáltatásmarketing. KJK KERSZÖV
114. VERYZER (1998): „Key factors affecting customer evaluation of discontinuous new products”. *Journal of Product Innovation Management*, 15 (2) 136-150. p.
115. VÉRTES (2002): Az online marketing piac hiánya, és egy új reklámszemlélet jövője. *Marketing&Menedzsment*, 36 (5-6) 80-86. p.
116. VILÁGGAZDASÁG (2008): Csökkent az OEP gyógyszerkiadása, nőtt a gyártók és a forgalmazók terhe. *Világgazdaság*, 2008.01.18. szám, 8. p.
117. VITRAI et al. (2006): Valójában mennyi közpénzt költünk Magyarországon gyógyszerekre? *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 5 (10)
118. WHO (1981) „Global Strategy for Health for All by the Year 2000”
119. WINDMEIJER et al. (2006): Pharmaceutical promotion and GP prescription behaviour. *Health Economics*, (15) 5-18 p.
120. WRIGHT et al. (2004): Strategic partnership and relationship marketing in healthcare. *Challenges of public management reforms*. Budapest, György Jenei et al. Selected papers from IRSPM VIII, The 8th International Research Symposium on Public Management, 134-163

## IX. MELLÉKLETEK

1. melléklet: Egészségügyi állapotot befolyásoló tényezők százalékos megoszlása  
(Karner 2004)



2. melléklet: Az egészségipar a társadalmi szolidaritás és a verseny között (Simon 2010)



3. melléklet: Az egészségügyi rendszereket leíró tényezők (saját szerkesztés Simon (2010) alapján)

<b>Területek</b>	<b>Ki fizet?</b>	<b>Mennyit fizet?</b>	<b>Kit és mit finanszíroznak?</b>
<b>politikai/ szabályozási/ jogi</b>	A biztosítási kötelezettség jövedelemszerző (munkavégzésre irányuló) jogviszony alapján meghatározott. Az egészségbiztosítási pénztár bevételei a munkáltatók által befizetett járulékból és az állami költségvetésből származnak.	A politikai rendszer az eredője annak, hogy meghatározzák az egészségügyben fizetendő díjakat. Hazánkban normatív finanszírozási elven alapuló központi finanszírozás van.	Magyarországon a munkahellyel rendelkezők biztosítását a munkáltató fizeti a bér arányában. Megtörtént az állampolgári jog helyett a biztosított jogra való átállás.
<b>gazdasági</b>	Egy ország gazdasága nagyban meghatározza, hogy ki fizet: a közszféra, az egyén vagy a munkahely. Rossz gazdasági helyzetben egyre több hárul az egyénre.	Az egészségügyre fordítható összeget nagyban meghatározza az ország gazdasági helyzete is.	Jó gazdasági helyzetben több minden finanszírozható.
<b>társadalmi/ kulturális</b>	A társadalmi és kulturális különbségek nagyban meghatározzák egy egészségügyi rendszer alapvető céljait.	Adott kiadási összegben belül befolyásolja a struktúrát. Országonként eltérő, hogy a folyamatokra költenek többet vagy a magasabb képesítésű személyzet van jobban megfizetve.	Költségsökkentéskor addig közfinanszírozású kezelési elemek egyénre hárítása.
<b>technológiai</b>	Gyógyszerek, gépek, folyamatok, amelyeket használnak. A döntő kérdés az, hogyan kapcsolódik össze a biztonság és a hatékonyság a költségtényezőkkel.	Hogyan viszonyul a technológiára költött összeg ahhoz a megtakarításhoz, amit az alkalmazásával el lehet érni. Az egészségügy emelkedő költségeinek egyik oka a technológiai költségek emelkedése.	Különbséget kell tenni életmentő, életet támogató és életminőséget elősegítő technológiát.
<b>demográfiai</b>	A lakosság demográfiai jellemzői is meghatározzák, hogy ki mit fizet. Sarkalatos kérdés például az, hogy egy elöregedő társadalomban mennyire lehet elvárni az idősektől, hogy hozzájáruljanak a költségekhez vagy mennyiben lesz ez közfeladat.	Minden országnak el kell döntenie, hogy mennyit akar költeni az idősekre a fiatalokkal szemben.	Döntés arról, hogy milyen betegcsoportokat támogassanak: akut/krónikus kezelésen legyen a hangsúly vagy a prevención.

<b>Területek</b>	<b>Hol nyújtják a kezelést?</b>	<b>Ki nyújtja a szolgáltatást/terméket?</b>
<b>politikai/ szabályozási/ jogi</b>	A kormányok előírják, hogy a betegek mindenhol ugyanolyan szintű ellátást kapjanak.	Szigorúan szabályozott, hogy kinek, milyen ellátás nyújtásához van joga (értendő ez intézmény típus és szakképzettség szerint egyaránt).
<b>gazdasági</b>	Gazdasági fellendülés idején az ellátó rendszerek megengedik, hogy más ellátó rendszeren belül is igénybe lehessen venni szolgáltatást. Rosszabb gazdasági helyzetben ezt korlátozzák.	A szolgáltatásért nyújtott díjak megállapítása. Magyarországon a kormány közvetlen szerepe: közalkalmazotti státusz és bértarifa.
<b>társadalmi/ kulturális</b>	Egyes régiók ragaszkodnak a saját kórházhoz akkor is, ha egyébként a méretgazdaságosság ezt nem támogatná.	Hogyan viszonyul a társadalom az alternatív megoldásokhoz, a természetgyógyászatához. Milyen mértékben van ez a gyógyászat államilag szabályozva.
<b>technológiai</b>	Két irányzat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. center of excellence: a komplex technológiát egy központba koncentrálnak,</li> <li>2. decentralizáció: a technológiát az egyes ellátó helyekre telepítették ,</li> <li>3. telemedicine: orvosi konzultáció és műtét audio, video, internetes megoldással.</li> </ol>	Ki hoz döntést egy technológia alkalmazásáról, miként engedélyezik és ki kezeli azt. Valahol egy beavatkozást szakszemélyzet is végezhet adott technika alkalmazásával, máshol ezt csak orvos teheti meg.
<b>demográfiai</b>	Az ellátáshoz való hozzáférés kérdése: hogyan fér hozzá az ellátáshoz egy idősebb beteg vagy a falusi népesség.	Hogyan befolyásolja a népesség demográfiai jellemzője azt, hogy ki nyújtja az ellátást. Öregedő népességnek egyre több gyomor- és béltükrözésre illetve geriátriai szolgáltatásra lesz szüksége: hogyan szabályozzák, hogy ki nyújtja ezeket.

4. melléklet: Az egészség(ügy)et érintő trendek (Törőcsik 2007c):

✓ *Nő az egészségesekek kezelésének aránya*

Ma már nemcsak a betegség leküzdése, hanem az egészség fenntartása is komoly céllá vált. Az egészség „csinálható”, megtartható, javítható, egyszóval fogyasztható.

✓ *Az egészségpiac is „hálózatossodik”*

Az egészségügy összenő többek közt az élelmiszeriparral, a turizmussal (spa, wellness), az információ-kommunikációs technikákkal (pl. BMI kalkulátor a neten, online rendelés szakmai weboldalakon, compliance-t javító sms üzenetek).

✓ *A globalizáció egyre inkább érinti az egészségügyet*

A világot átfogó piacok kialakulása nem kerüli el az egészségpiacot sem. Kiválóan szemlélteti ezt a gyógyszerpiac példája.

✓ *Nem elég a panaszmentesség, az emberek boldogok akarnak lenni*

Önmagában az egészség ma már nem elég. Az aktivitás és a boldogság is elengedhetetlen része a teljes testi-lelki harmóniának.

✓ *Egyre több a vásárló az egészségpiacon*

A páciensből vásárló lesz, mégpedig olyan, aki a hipermarketekben illetve bevásárlóközpontokban szocializálódik és így elvárásai az egészségügyi piacon is hasonlóvá válnak (pl. éjjel-nappali nyitvatartás, kedvezmények, szabad döntés, stb.).

✓ *A média hatása*

A tömegkommunikációs híradások esetében „hisztériakeltésre” (ld. H1N1 járvány) és „piacnyitásra” (pl. plasztikai sebészet) egyaránt találhatunk példát. Az interneten elérhető információk fokozzák az egészségüggyel kapcsolatos várakozásokat.

5. melléklet: Az együttműködési készség hiánya által okozott gazdasági károk

(Simon et al. 2000)

<b>AZ EGYÜTTMŰKÖDÉSI KÉSZSÉG HIÁNYA MIATT FELLÉPŐ KÖLTSÉGEK</b>	
<b>közvetlen költségek</b>	<b>közvetett költségek</b>
Az első látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	Termelékenységi veszteség
A javulás elmaradása miatt az ismételt látogatáskor rendelt gyógyszer költsége	Munkaidő-kiesés
Az együttműködés hiánya miatt fellépő komplikációk és szövődmények költsége	Jövedelemveszteség
Az esetleges sürgősségi beszállítás és ellátás költsége	Kiesés az adóbevételben
Az együttműködés hiánya miatt szükségessé vált kórházi ellátás költsége	Magasabb morbiditási és mortalitási arány

6. melléklet: A beteg-compliance-t javító marketingprogram elemei

(Simon et al. 2000)

<b>CÉLCSOPORT</b>	
Egészségügyi személyzet	Beteg
<b>Cél</b>	
A nem megfelelő compliance megelőzése	A megfelelő együttműködés kialakításának támogatása
<b>Eszközök</b>	
✓ A beteg informálása betegségéről vagy veszélyeztetettségéről	<i>Alapvető jelentőségű intézkedések:</i> ✓ A beteg és az ellátó személyzet között fenn kell tartani a folyamatos párbeszédet
✓ A beteg egyéni helyzetének ismerete és figyelembe vétele a terápia kialakításában	✓ A betegnek minél több olyan lehetőséget kell felkínálni, amikor saját maga is ellenőrizheti állapotát és az együttműködés hatását
✓ A kezelés elemeit a beteggel megbeszélve érdemes kialakítani (különösen krónikus betegség esetén vagy szövődmények megelőzésekor)	<i>Nagyon fontos, nem elhagyható intézkedések:</i> ✓ A páciens és a hozzátartozók felvilágosítása a teendőkről ✓ A kezeléssel kapcsolatos teendők beépítése a mindennapok cselekvéseibe (különösen krónikus betegség esetén vagy szövődmények megelőzésekor)
✓ Bonyolult kezelési vagy megelőzési folyamat esetén célszerű a lépéseket írásba foglalni	<i>Nem feltétlenül szükséges, de javasolható intézkedések:</i> ✓ Hosszú folyamatoknál érdemes közbenső célokat kitűzni, az együttműködési folyamatot részekre bontani
✓ Törekedni kell az akadályok megszüntetésére	✓ A jól együttműködők ösztönzése a motiváció fenntartására
	<i>Esetlegesen, bizonyos betegek esetében javasolható intézkedések:</i> ✓ A beteg kíváncsiságának felkeltése és aktivizálása
	✓ Lehetővé tenni a beteg számára a magatartási formák kialakításában való aktív közreműködést
<b>A marketingprogram akciói</b>	
Kommunikációs tréning az eü-i személyzet számára	
A képzést segítő tananyag készítése	
A betegekről vezetett jegyzőkönyvek kialakítása	



## 7/a. melléklet: Gyógyszerár-támogatási rendszerek nemzetközi összehasonlítása

(Gál 2009)

	AU	BEL	FIN	FR	PL	HU	D	I	SL
Sávós befizetés				X		X		X	
Különadó		X				X	X		
Orvoslátogatói díj						X			
Delistázási korlát						X			
Támogatás- felülvizsgálat				X		X			
Befogadás késleltetése	X	X			X	X			X
Költséghatékonyság igazolása	X			X		X	X		
Külső referencia	X	X	X	X	X	X		X	X
Támogatás-volumen-szerződések				X		X			
Terápiás fix						X	X		X
Negyedéves fix						X			X
Felírói szokások monitorozása	X			X		X	X		
Támogatások csökkentése			X	X		X			
Vényíró szoftverek						X	X		
Kötelező generikus helyettesítés			X			X			
Nagykerék, patikák befizetése						X	X		
Térítési díjak maximalizálása	X	X	X	X			X	X	

7/b. melléklet: Változások a piaci résztvevők egyensúlyában: szignifikáns elmozdulások a résztvevők/érintettek befolyásában és erejében 2008 és 2013 között (Sfogliarini 2009)

		Nemzetközi finanszírozók	Helyi finanszírozók	Orvos	Gyógyszerész	Betegek	Kulcs Opinion Leaderek
US	háziiorvosi	↑↑	↑↑	↓↓	↔	↑↑	↑↑
	szakorvosi	↑↑	↑↑	↓	↔	↑↑	↑↑
Kanada	háziiorvosi	↑	↑	↓↓	↑	↑	↔
	szakorvosi	↑	↑	↓	↔	↔	↔
UK	háziiorvosi	↑	↑	↓	↑	↔	↓
	szakorvosi	↑↑	↑↑	↔	↔	↑	↔
Franciaország	háziiorvosi	↑	↑↑	↓	↑	↔	↓
	szakorvosi	↑	↑	↓	↔	↑	↓
Németország	háziiorvosi	↑	↑↑	↓↓	↑	↑	↔
	szakorvosi	↑↑	↑	↑	↓	↑	↔
Spanyolország	háziiorvosi	↔	↑↑	↓↓	↑	↔	↑
	szakorvosi	↔	↑↑	↓	↑	↑	↔
Olaszország	háziiorvosi	↔	↑↑	↓↓	↑	↔	↓
	szakorvosi	↑	↑	↓	↑↑	↑	↓

- ↑ növekedés
- ↓ csökkenés
- ↔ nem változott

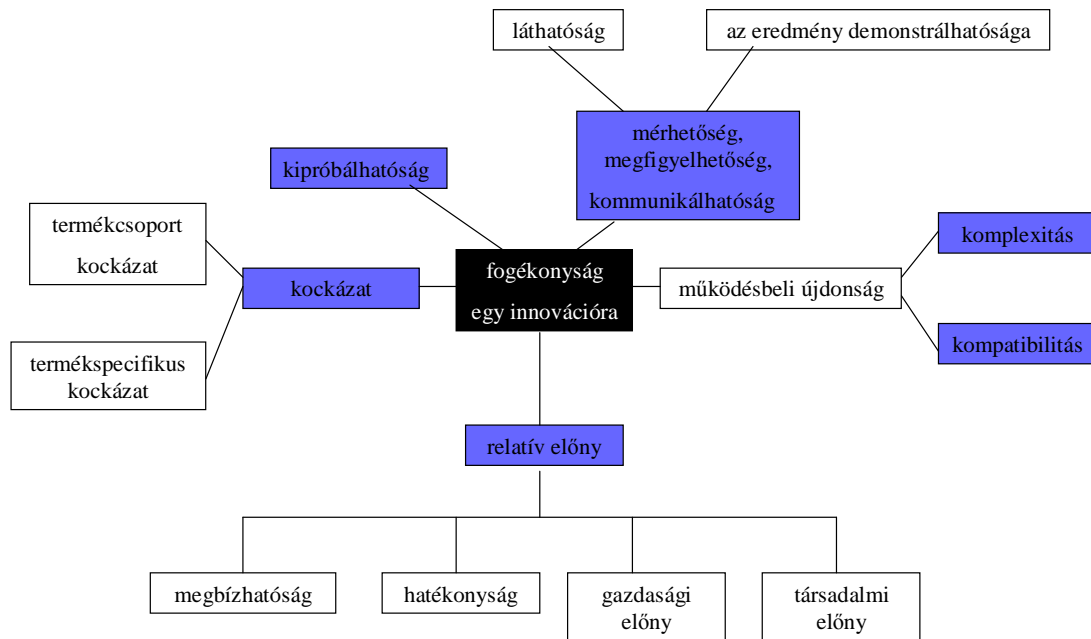
7/c. melléklet: A gyógyszergyárak piaci partnereinek megítélése jelentőségük szerint (saját szerkesztés Simon et al. 2000a alapján)

	Rendkívül fontos	Nagyon fontos	Fontos	Kevésbé fontos	Nem fontos
Beteg	●			●	
Orvos	● ●				
Gyógyszerész		●		●	
Gyógyszerhatóság	●	●			
Egészségbiztosító		●	●		
Kórház	●	●			
Klinika	● ●				
Szakértők	●	●			
Kórházi gyógyszerész	● ●				
Természetgyógyász			●		●
Nagykereskedő			●	●	
Bírálok	●			●	
Nyilvánosság	●			●	
Sajtó	●			●	
Egészségpolitikusok	●		●		

múlt = ● jelen és jövő = ●

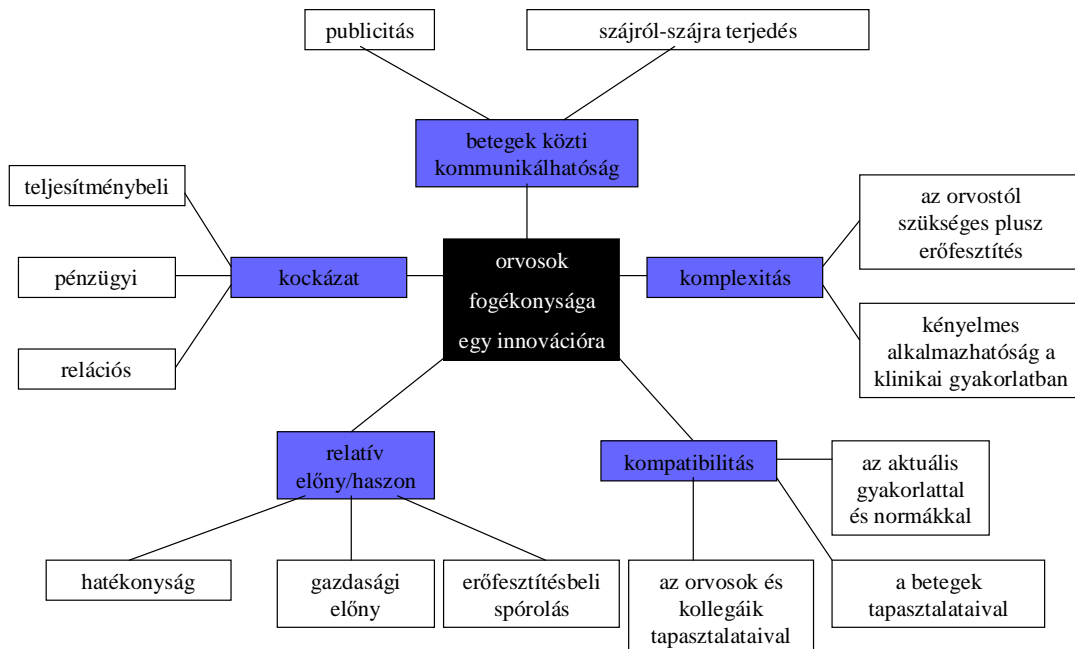
8/a. melléklet: Rogers féle innovációs tulajdonságok és kapcsolatok

(Jaakola et al. 2007)

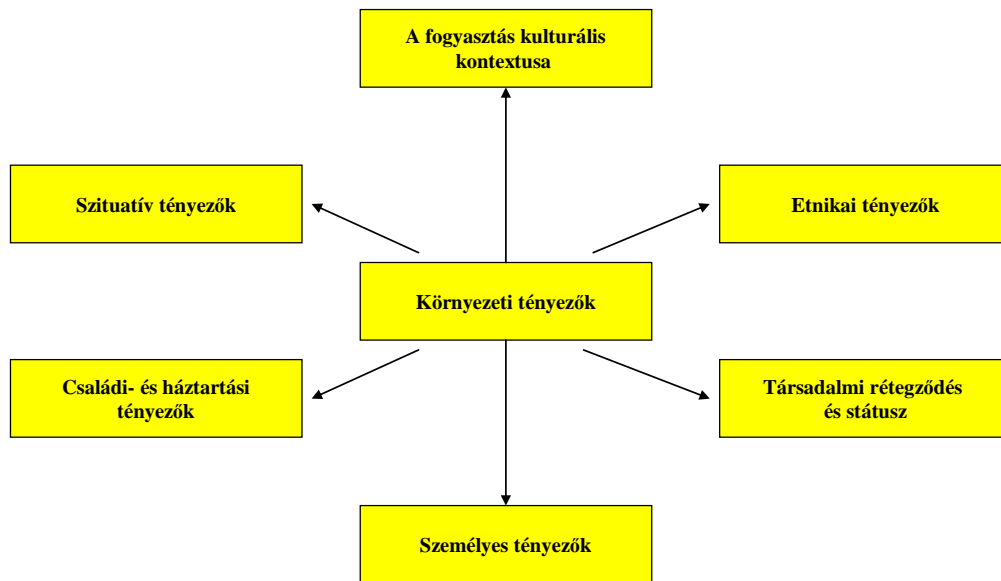


8/b. melléklet: Az innovatív gyógyszerek orvosok számára fontos tulajdonságai

(Jaakola et al. 2007)



9. melléklet: A fogyasztásra ható tényezők (Kozák 2010)



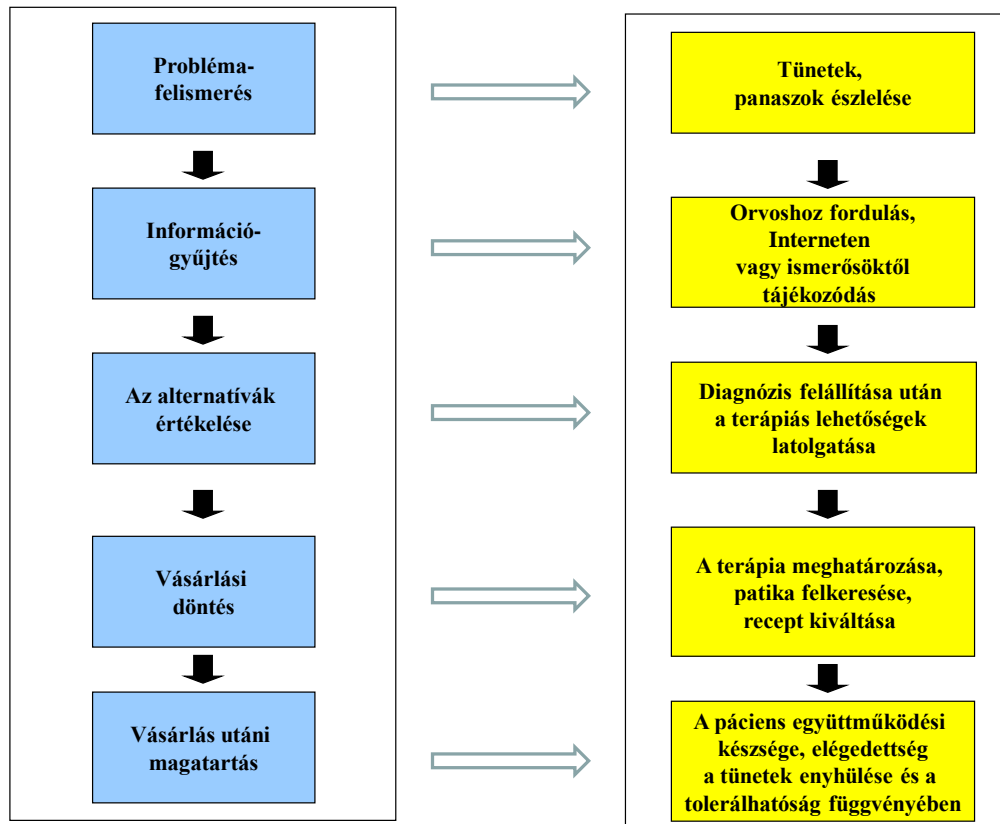
10. melléklet: A fogyasztási cikkek és a gyógyszerek összehasonlítása

(Varga 2001 és Csépe 2002 alapján)

	<b>Fogyasztási cikkek</b>	<b>Gyógyszerek</b>
<b>A vásárlás tárgya</b>	Tartós és nem tartós fogyasztási cikkek	<b>Betegséget megelőző illetve kezelő készítmények</b>
<b>Keresett termékjelölések a fogyasztó részéről</b>	Fizikai és esztétikai tulajdonságok együtt	<b>A termék fizikai tulajdonságaira limitált</b>
<b>Vásárlók</b>	A fogyasztó fizet	<b>A fogyasztó és/vagy a tb. fizet</b>
<b>Termékek</b>	Kis vásárlások alacsony egységáron Nem jelentős befektetés	<b>Kis vásárlás magas egységáron Nagy kockázat</b>
<b>A termék minőségének meghatározása</b>	Reklám által manipulált	<b>Klinikai vagy legalább bioekvivalencia vizsgálatokon alapul</b>
<b>A vásárlás fő célja</b>	Szükséglet kielégítése (új termék esetén a szükségletet ki kell építeni)	<b>Egészségmegőrzés és a tünetek enyhítése/kezelése</b>
<b>A termék szükségessége</b>	A fogyasztó szabad akaratából dönt	<b>Nem a fogyasztó dönt szabad akaratából, hanem az orvos, amit ma már sok esetben felülír a patikus</b>
<b>Termék használata</b>	Kellemes, örömet szerez	<b>Sokszor kellemetlen (pl. injekció, keserű tabletták) és nem jár örömszerzéssel</b>
<b>Vásárlás</b>	Nem kényszer hatására történik, legtöbb esetben elhalasztható	<b>Kényszer hatására történik és azonnali</b>
<b>Döntéshozó a vásárlásnál</b>	Fogyasztó és/vagy környezete	<b>orvos / patikus / beteg</b>
<b>Befolyásoló</b>	Laikus környezet, reklám	<b>Szakemberek: orvoslátogatók, Key Opinion Leaderek, kollegák, hatóság</b>
<b>A vásárlási döntési folyamat</b>	Egyszerű döntési folyamat	<b>Komplex döntési folyamat</b>
<b>Szegmentálás</b>	Társadalmi-demográfiai, pszichográfiai, stb. jellemzők szerint	<b>Szakterület, betegség szerint</b>

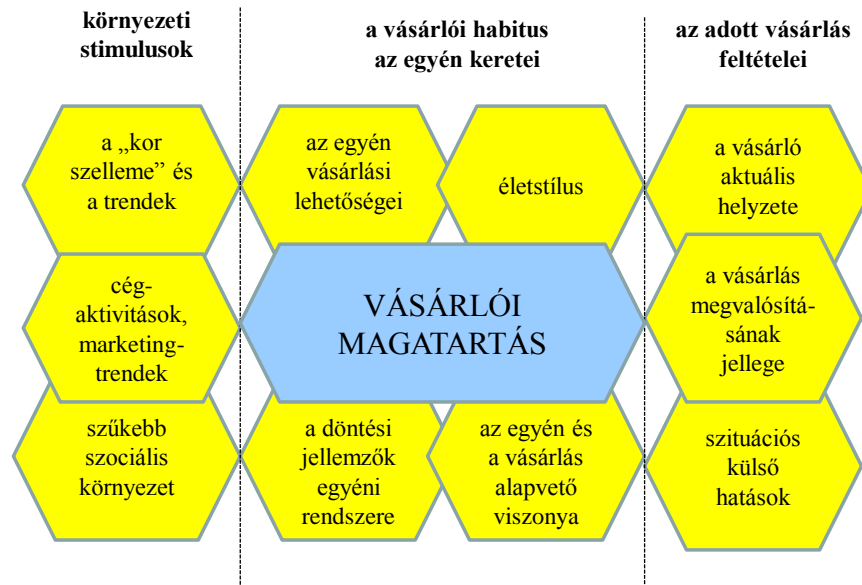
	<b>Fogyasztási cikkek</b>	<b>Gyógyszerek</b>
<b>Piacra lépési korlát</b>	Kicsi	Nagy
<b>K+F folyamat</b>	Mérsékelt költséges	<b>Kiemelkedően költséges</b>
<b>K+F folyamat időtartama</b>	1-2 év	<b>7-10 év</b>
<b>Engedélyezés/Törzskönyvezés</b>	6 hét	<b>Évek</b>
<b>Termékbevezetés</b>	Gyors, rugalmas	<b>Lassú, bürokratikus</b>
<b>Termékfelelősség a gyártó részéről</b>	Mérsékelt	<b>Kiemelkedően nagy a termék veszélyessége miatt</b>
<b>Etikusság kérdése a gyártó számára</b>	Mérsékelt fontos	<b>Életbevágó</b>
<b>Szabályozás</b>	Nem jelentős	<b>A marketing-mix valamennyi elemére vonatkozóan meghatározó</b>
<b>Helyettesíthetőség</b>	Marketing fogalomként létezik	<b>Jogszabállyal szabályozott</b>
<b>Az ár meghatározója</b>	Gyártó, forgalmazó	<b>A finanszírozó és a gyártó együtt</b>
<b>Az árat meghatározzák</b>	Gazdasági szempontok	<b>Kormányzati politika és gazdasági szempontok</b>
<b>Ártámogatási rendszer</b>	nem	

11. melléklet: A fogyasztói vásárlási folyamat öt lépcsős modellje  
(saját szerkesztés Kotler 2004 alapján)





12. melléklet: A vásárlói magatartásra ható tényezőcsoportok (Törőcsik 2007a)



13. melléklet: Napjaink trendjei illetve ellentrendjei és az egészségügyben látható megnyilvánulásai (Töröcsik 2006)

✓ Idő és tempó

*Trend:* az idő nyomása, gyorsulás/gyorsítás a napi beosztás szintjén és az ember életperiódusai vonatkozásában. Nem engedhetjük meg magunknak, hogy kiessünk a napi pörgésből, muszáj talpon maradnunk. Ha orvoshoz fordulunk és rendelőben vagy patikában várakozunk, elvárjuk szűkös időbeosztásunk miatt a gyors ellátást és kiszolgálást.

*Ellentrend:* „kiszállás”, lassúság/lassítás. Mivel tudjuk, hogy felgyorsult életvitelünk egészségünket károsítja, belátjuk, hogy annak megőrzése mindennél fontosabb. Szabadidőnkben vagy akár lakhelyünk választása során, törekszünk az olyan tevékenységre vagy környezetre, ahol megpihenhetünk.

✓ Mobilitás

*Trend:* fizikai és szellemi mobilitás (külföldi munkavállalás, ingázás, új szakmák elsajátítása, új munkakörök elfogadása). A hazai nehéz megélhetőségnek, az alacsony orvosi béreknek eredményeképpen sokan külföldön vállalnak munkát. Ez az egészségügyi ellátás szempontjából az „értékes szürkeállomány” távozása miatt komoly következményekkel járhat hosszú távon.

*Ellentrend:* „fészek-meleg” keresése, stabilitás. A külvilág által ért ingerek és kihívások sokkal jobban kontrollálhatóak és elviselhetőbbek, ha van életünkben egy biztos háttér, ahol megpihenhetünk és ami stabil alapot ad a mindennapokban.

✓ Tudás

*Trend:* tanulás a racionális tudás megszerzéséért – a tanulás, mint élethosszig tartó program művelése egyre inkább elvárás életünkben. A technika és az orvostudomány folyamatosan fejlődik, az egészségügyi dolgozók folyamatos továbbképzéseken vesznek részt.

*Ellentrend:* az emocionális érzékenység fejlesztése. Nem elég csupán a szakmai tudás. A páciensek vevőszerepének felértékelődésével még fontosabb lesz a hatékony és célravezető kommunikáció.

✓ Társas élet

*Trend:* individualizmus, egotrend – egyre kevésbé képesek az emberek lemondani a számukra előnyös dolgokról mások javára. A terápiák kialakításakor egyre inkább érvényesül az individuális terápia. A gyógyszerhatástan egy új, rohamosan fejlődő területe, a farmakogenomika (genetikai állományon alapuló terápia) ezt szolgálja.

*Ellentrend:* „mi érzés”, a valahova tartozás igénye – a márkák is ilyen csoportszervező hatásúak. Egyre népszerűbbek a közösségi formációk. Betegközösségek hasznosak az együttműködési készség javítása és a betegség „elfogadása” céljából.

✓ Testmozgás

*Trend:* wellness. Egészségünk megőrzéséért tennünk kell. Fontos a lazítás, a kényeztetés.

*Ellentrend:* „null-ness”. Azoknak, akik vallják, hogy a semmittevés a legpihentetőbb.

✓ Egészség

*Trend:* felelősségvállalás és annak elvárása magas technikai szinten. Mindenből a legfrissebbet és legjobbbat szeretnénk, ha az egészségünkről van szó.

*Ellentrend:* gyengéd orvoslás (pl. természetgyógyászat, homeopátia, a gyógyítás érzelmi aspektusainak kihangsúlyozása).

Törőcsik azonosít ellentrend nélküli trendeket is:

✓ az „új nő”

A nemi szerepek folyamatos újraértelmezése zajlik: a nők kitolják a gyermekvállalás idejét, egyre öntudatosabbak, képzettebbek és ezáltal igénylik, hogy komoly partnerként bánjanak velük az élet minden területén.

✓ a felvilágosult fogyasztó

A fogyasztók egyre inkább tudatában vannak jogaiknak, lehetőségeiknek. Igénylik a korrekt tájékoztatást. A felvilágosult fogyasztó bizalmatlan, szkeptikus, ugyanakkor szívesen honorálja a személyre szabottságot, az igényességet. Növekvő fogyasztói hatalommal kell számolni a jövőben.

✓ multi-márkahűség

A ma fogyasztója bizalmatlanságából, információigényéből adódóan nem állapodik meg egyetlen márkánál, hanem párhuzamosan többet preferál. Egyik oldalról emiatt egy fogyasztót nehezebb megtartani, viszont a másik oldalról versenycsökkentő hatással bír, hogy a márkák a fogyasztó fejében nem egymást kizáró fogalmakként jelennek meg.

✓ Janus-arcú fogyasztó

A fogyasztó kettős magatartást mutat, viselkedése nem következetes: ugyanazon személy egy termék kategória bizonyos termékeivel szemben magas, míg

ugyanazon termék kategória más termékeivel szemben alacsony érdekltségű – csapongás a luxus és aszketizmus között (pl. étkezés színvonalas étteremben, bevásárlás diszkont üzletláncban). Ezzel jómagam nem teljesen értek egyet, mert a diszkontban vásárlás nem feltétlenül jelenti a kevésbé színvonalas termék vásárlását, ugyanis általában ugyanazon márkájú termék különféle boltokban különféle áron érhető el; ha pl. a Persil mosópor olcsóbb a diszkontban, mint a luxusboltban ésszerű, hogy ott veszem meg. Viszont abszolút osztom Töröcsik véleményét, miszerint a takarékoskodás és az élményszerzéssel egybekötött költségek már nem állnak szemben egymással.

✓ tanácsadás iránti igény

Egyre gyakoribb a szakértővel történő konzultáció egy-egy vásárlói döntés meghozatala előtt. Tanácsadást igénylünk az egészségünkkel kapcsolatos kérdésekben is. Ez a trend új szolgáltatás-piaci területek kialakulását eredményezi. Nagyon kirívó példa erre például a gyógyszerészeti gondozás kérdésköre.

✓ öregedő társadalmak

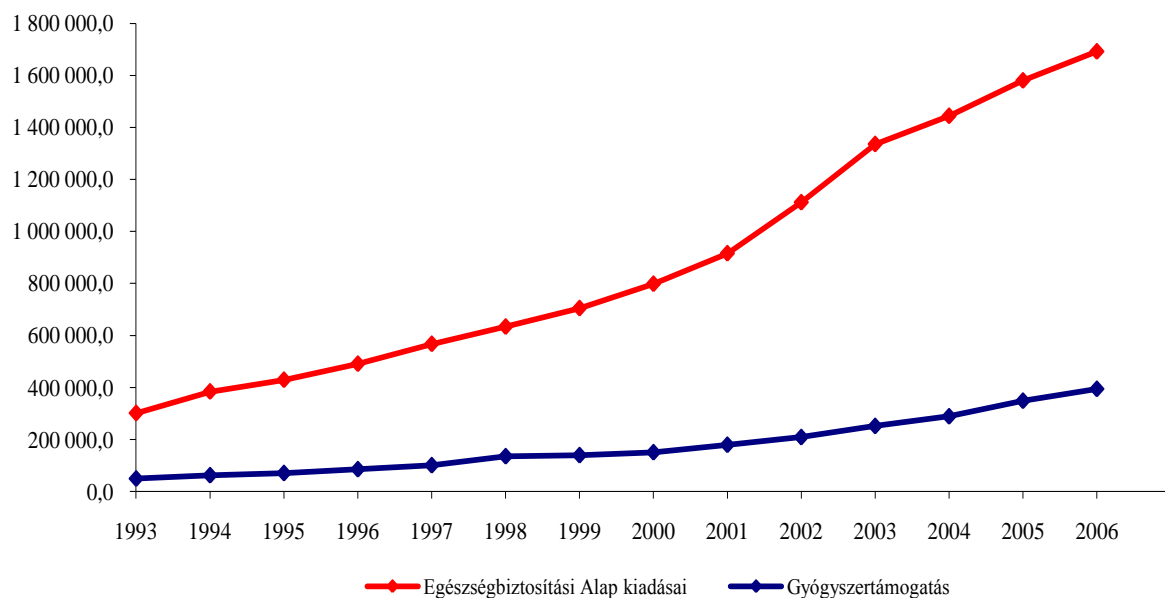
A növekvő élettartam, a csökkenő születésszám problémát generál a fejlődő országokban. Egy folyamatosan fogyatkozó aktív népességnek kell eltartania egyre több idős embert hazánkban is. Ez tovább tetézi a költségvetési gondokat.

14. melléklet: A gyógyszerkészítmények számának alakulása (1990-2008)

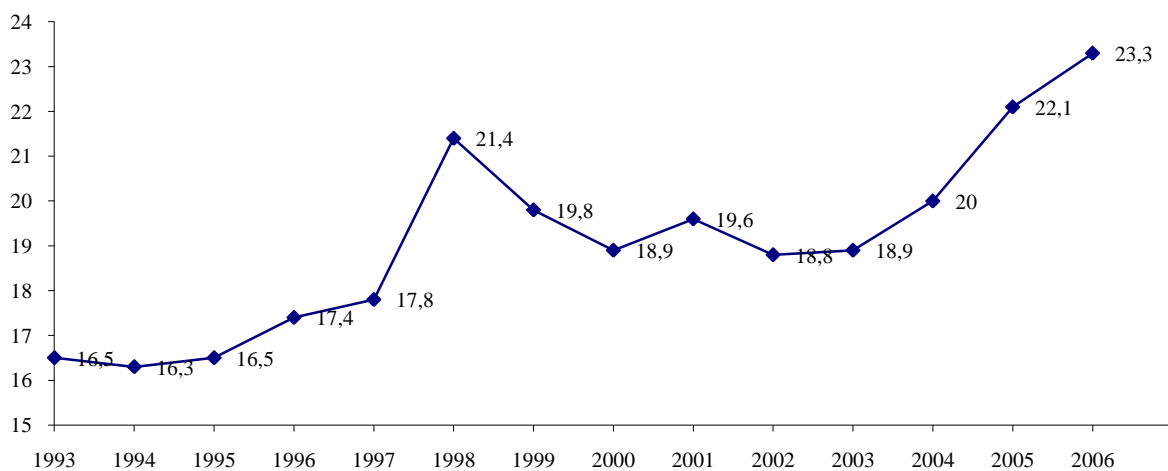
<b>Év</b>	<b>Hazai</b>	<b>Import</b>	<b>Összesen</b>
<b>1990</b>	763	460	<b>1 223</b>
<b>1991</b>	790	595	<b>1 385</b>
<b>1992</b>	848	831	<b>1 679</b>
<b>1993</b>	853	1 170	<b>2 023</b>
<b>1994</b>	881	1 468	<b>2 349</b>
<b>1995</b>	891	1 815	<b>2 706</b>
<b>1996</b>	1 019	1 981	<b>3 000</b>
<b>1997</b>	1 024	2 111	<b>3 135</b>
<b>1998</b>	1 083	2 491	<b>3 574</b>
<b>1999</b>	1 151	2 843	<b>3 994</b>
<b>2000</b>	1 220	2 920	<b>4 140</b>
<b>2001</b>	1 231	3 204	<b>4 435</b>
<b>2002</b>	1 213	3 246	<b>4 459</b>
<b>2003</b>	1 178	3 380	<b>4 558</b>
<b>2004</b>	1 145	3 514	<b>4 659</b>
<b>2005</b>	1 253	3 594	<b>4 847</b>
<b>2006</b>	948	4 024	<b>4 972</b>
<b>2007</b>	1 207	4 012	<b>5 219</b>
<b>2008</b>	1 237	4 215	<b>5 452</b>

Forrás: MAGYOSZ, IMS Health (2009)

15/a. melléklet: Az E.Alap és azon belül a gyógyszerár-támogatásra fordított összeg alakulása nominál érték alapján (millió forint) (ESKI 2007b)



15/b. melléklet: Az E.Alap gyógyszerár-támogatásra fordított hányada (%) (ESKI 2007b)



16. melléklet: A 2006 és 2009 között életbe lépett jogszabályok:

- ✓ 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól (megjelent a Magyar Közlöny 146. számában és 2006. december 29-én lépett hatályba)
- ✓ 53/2006. EüM (XII.28.) rendelet: A törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV.26.) ESzCsM rendelet módosításáról (megjelent a Magyar Közlöny 165. számában)
- ✓ 44/2006. EüM rendelet az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek forgalomba hozataláról szóló 52/2005 (XI.18.) EüM rendelet módosításáról (gyógyszerek gyógyszerertáron kívüli forgalmazása)
- ✓ 2006. évi CXVI. törvény az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről
- ✓ 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
- ✓ 317/2006. (XII.23.) Kormányrendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról
- ✓ A Kormány 4/2007. (I.22.) Kormányrendelete egyes, az egészségügyet érintő kormányrendeleteknek a vizitdíj és a kórházi napidíj bevezetésével kapcsolatos módosításáról
- ✓ 5/2007. (I.24.) EüM rendelete a társadalombiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek kereskedelmi árréséről
- ✓ Az egészségügyi miniszter 9/2007. (II.15.) EüM rendelete az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV.28.) ESzCsM rendelet módosításáról
- ✓ 11/2007. (III.6.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök reklámozásáról és ismertetéséről
- ✓ A Kormány 16/2007. (II.13.) Kormányrendelete a vizitdíjjal és a kórházi napidíjjal kapcsolatos egyes kérdésekről
- ✓ 17/2007. (II.13.) Kormányrendelet a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről
- ✓ Az egészségügyi miniszter 53/2007. (XII.7.) EüM rendelete a gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól

- ✓ A Kormány 2009/2007. (I.30.) Kormányhatározata a központi egészségügyi szolgáltató szervezetek létrehozásáról
- ✓ Az egészségügyi miniszter 39/2008. (X.18.) EüM rendelete egyes, a gyógyszerekkel kapcsolatos egészségügyi miniszteri rendeletek módosításáról
- ✓ 45/2008. (XII.3.) EüM rendelet egyes, a gyógyszerrendeléssel kapcsolatos miniszteri rendeletek módosításáról
- ✓ 46/2008. (XII.3.) EüM rendelet a gyógyszerrendeléshez használandó számítógépes program minősítésének szabályairól szóló 53/2007. (XII.7.) EüM rendelet módosítása
- ✓ 47/2008. (XII.17.) EüM rendelete a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV.26.) ESzCsM rendelet módosításáról
- ✓ 2008-as évi XLVII. törvény a fogyasztókkal szembeni tisztességtelen kereskedelmi gyakorlat tilalmáról („Fttv.”)
- ✓ 2008-as évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól („Reklámtörvény”)
- ✓ 52/2008. (XII.31.) EüM rendelet a szakmai kollégiumokról
- ✓ 53/2008. (XII.31.) EüM rendelet, az egyes egészségügyi tárgyú miniszteri rendeletek jogharmonizációs célú módosításáról
- ✓ 2008. évi CII. törvény a 2009. évi költségvetésről
- ✓ 2008. évi CVI. törvény keretében többek között módosításra került a 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól, a 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról, a 2005. évi CXXXIX. törvény az árak megállapításáról
- ✓ 257/2008. (X.21.) Kormányrendelet a minőségi és hatékony gyógyszerrendelés ösztönzéséről szóló 17/2007. (II.13.) Kormányrendelet módosításáról
- ✓ 297/2008. (XII.11.) Kormányrendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról szóló 317/2006. (XII.23.) Kormányrendelet módosításáról
- ✓ 338/2008. (XII.30.) Kormányrendelet a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ismertetésével kapcsolatban kiszabott bírság pénzügyi teljesítésének feltételeiről és felhasználásáról



- ✓ 360/2008. (XII.31.) Kormányrendelet az egyes egészségbiztosítású tárgyú kormányrendeletek módosításáról
- ✓ 2009. január 1-el módosult a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény („Gyftv.”)
- ✓ 3/2009. (II.25.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszer- illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére, az ismertetői tevékenységet végző személyek nyilvántartására és a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó részletes szabályokról
- ✓ 56/2009. (XII.30.) EüM rendelet a közforgalmú-, fiók- és kézigyógyszertárak, valamint intézeti gyógyszertárak működési, szolgáltatási és nyitvatartási rendjéről szóló 41/2007. (IX.19.) EüM rendelet módosításáról

17. melléklet: A beszélgetés vázlata az orvosi mélyinterjúhoz

## I. Bemutkozás, a beszélgetés kereteinek ismertetése

### II. Velekedés az orvoslátogatók munkájáról

- Hány gyógyszerceg orvoslátogatói járnak Önhöz legalább havonta egyszer?
- Milyen szempontok alapján ítéli meg egy orvoslátogató munkáját? Ön szerint mitől jó egy orvoslátogató?
- Az Ön véleménye szerint mi az orvoslátogató legfontosabb szerepe, feladata?
- Kérem, mondja meg, hogy mely az a három legfőbb indok, ami alapján Ön hitelesnek tart egy orvoslátogatót? Miért? Kérem, a felsorolás során a legfőbb indokkal kezdje!
- Kérem, rangsorolja az állításokat aszerint, hogy azokat mennyire tartja fontosnak egy orvoslátogató esetében?

Információforrás (beleértve írásos anyagok, cikkek átadása)	
Szakmai tanácsadó	
Lehetőség kérdések megvitatására (interaktív)	
Emberi kapcsolat (pl. valamilyen szintű baráti kapcsolat)	
Megszokásból fogadja	
Kongresszuson való részvételi támogatást nyújt	
Ajándéktárgyat ad	
Gyógyszermintát ad	
Egyéb válasz: éspedig.....	
Egyéb válasz: éspedig.....	
Egyéb válasz: éspedig.....	

ELSŐ ÁLLÍTÁSRA RÁKÉRDEZVE: Miért ez a legfontosabb szempont?

### III. Gyógyszerfelírásakor értékelt szempontok, gyógyszerfelírási szokások

- Kérem, mondja el, hogy milyen szempontok fontosak Önnek gyógyszerválasztáskor! Miért?
- Az Ön által elmondott szempontok hogyan és milyen arányban befolyásolják a döntését?
- Kérem, rangsorolja, hogy a következő szempontok mennyire fontosak Önnek gyógyszerválasztáskor!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. kevés mellékhatás	
2. biztonságosság	
3. a készítmény használatának pontos ismerete	
4. ár	
5. hatékonyság	
6. napi egyszeri adagolás	
7. a gyártó jó megítélése	
8. egyéb, éspedig:	
9. egyéb, éspedig:	
10. egyéb, éspedig:	

**ELSŐ ÁLLÍTÁSRA RÁKÉRDEZVE:** Miért ez az legfontosabb szempont gyógyszerválasztáskor? Mit jelent ez az állítás az Ön számára? Mit ad hozzá a munkájához?

- Naprakészen figyelemmel kíséri az aktuálisan rendelkezésre álló gyógyszerkínálatot?
  1. nagyrészt az orvoslátogatókra hagyatkozom
  2. rendszeresen figyelem a gyógyszerkínálatot
  3. megvan a jól bevált készítményem, nem szívesen váltok
- Egy gyógyszer felírásakor mennyiben befolyásolja döntését a készítmény ára? Miért?
  - A beteg kérése, anyagi helyzete mennyire befolyásoló tényező?
  - Mi a tapasztalata, kik azok a betegek, akik a gyógyszer ára alapján választanak és kérnek Öntől gyógyszert? Hogyan tudná jellemezni (nem, kor, foglalkozás, státusz, stb.) ezt a csoportot?
- A beteg milyen szerepet játszik a döntésben? Előfordul, hogy ő maga kér egy bizonyos gyógyszert? Ez mennyire gyakori? Milyen szempontok fontosak a betegeknek gyógyszerválasztáskor?
- Milyen ismeretei vannak a betegeknek a gyógyszerekről? Ön szerint honnan szerzik ezeket az információkat a páciensek?

#### **IV. A gyógyszerfelírási szokások változása, az egészségügyi reform értékelése**

- Mi az Ön véleménye az egészségügyi reformról (általában)?
- Eddigi gyógyszerfelírási szokásait megváltoztatták az egészségügyet érintő reformok?
  - Ha igen, miben?

- Az elmúlt egy évben milyen mértékben alakult át az Ön által preferált termékek köre?
- Amennyiben változott, milyen szempontokat vesz figyelembe vagy fokozottabban figyelembe, mint korábban?
- Miért?
- A reformok életbe lépése óta megváltozott az ár szerepe döntésében? Árérzékenyebb lett? Kérem fejtse ki válaszát!
- Amennyiben a készítmény ára miatt változtatott gyógyszert, milyen gyakran volt problémamentes az átállítás? Ha probléma volt, azt mi okozta?
- Milyen gyakran fordul elő, hogy betegét átállítja egy másik gyógyszerre?
- Ha betegénél gyógyszert cserél, annak mi az oka?
  - A felsorolt okok milyen arányban fordulnak elő?
    1. olcsóbb készítményre vált
    2. jobban tolerálható gyógyszerre cserél
    3. hatékonyabb orvosságra tér át
    4. egy új terméket szeretne kipróbálni

## **V. Az OEP vényíró szoftverének használata**

Az OEP vényíró szoftverének alkalmazása milyen mértékben épült be az Ön terápiás gyakorlatába?

- Mennyire hagyatkozik a szoftver ajánlásaira mindennapi munkája során?
- Gyógyszerválasztáskor az esetek hány százalékában veszi figyelembe a vényíró szoftver színekkel jelölt javaslatait?
- Miért?

## **VI. OTC termékek**

- Szokott vény nélkül kapható készítményt javasolni pácienseinek?
  - Milyen esetekben?
  - Mennyire hatékonyak Ön szerint a vény nélküli készítmények? Milyen tapasztalatai vannak?
- Mi a véleménye a patikákon kívüli gyógyszervásárlás lehetőségéről?
  - Mennyire érzi veszélyesnek vagy éppen könnyebbségnek?
  - Az Ön véleménye szerint ez mennyire változtatja meg az emberek gyógyszerfogyasztási szokásait?

## VII. A gyógyszercégek szerepe

- Nyitott az új fejlesztésű, innovatív készítményekre? Mennyire? Milyen információk szükségesek Önnek ahhoz, hogy alkalmazzon egy új készítményt?
- Ön szerint hogyan segíthetné egy gyógyszer cég a leghatékonyabban a munkáját? Milyen eszközökkel? Melyik a leghatékonyabb módszer? Miért ez a leghatékonyabb eszköz?

### SPONTÁN, NEM SEGÍTVE

- Kérjük, adja meg az Ön által preferált sorrendet aszerint, hogy egy gyógyszer cég mivel segítené leginkább az Ön munkáját?

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. munkáját segítő tárgyakkal	
2. munkáját segítő számítógépes programokkal	
3. orvoslátogatók által hozott szakmai információkkal	
4. szakterületéhez kapcsolódó szakkönyvekkel, folyóiratokkal	
5. elektronikus pontszerző tanfolyamokkal	
6. szakmai rendezvényekkel, kongresszusokkal	
7. egyéb, éspedig:	
8. egyéb, éspedig:	
9. egyéb, éspedig:	

## VIII. E-marketing

- Fogadna e-mailen gyógyszer cégtől információt?
- Ha igen, milyen gyakorisággal? Milyen jellegű információkat, tájékoztatókat tart hasznosnak?
- Látogat rendszeresen valamilyen szakmai weboldalt? Amennyiben igen, kérem nevezze meg!
- Gyógyszer cégek weboldalán szokott információt gyűjteni? Amennyiben igen, mi a véleménye ezekről a website-okról?

**KÖSZÖNÖM KÖZREMŰKÖDÉSÉT!**

18. melléklet: Vázlat az orvosokkal készített fókuszcsoporthoz

## **1. BEMUTATKOZÁS, BEMELEGÍTÉS A BESZÉLGETÉS KERETEINEK ISMERTETÉSE**

[5 perc]

## **2. ORVOSLÁTOGATÓK MEGÍTÉLÉSE [30 perc]**

2.1. Egy céltáblát helyezek az asztalra, mely 1-10-ig van számozva. Önök rendszeresen, több cégtől fogadnak orvoslátogatókat, így valószínűleg kialakult véleményekkel bírnak arról, hogy milyen egy orvoslátogató. Mivel a gyógyszercégek leggyakrabban orvoslátogatókon keresztül tudják a kapcsolatot tartani az orvosokkal, így számukra rendkívül fontos, hogy pontosan tudják milyen orvoslátogatókkal állnak szívesen kapcsolatban. Ezért arra kérem Önöket, próbáljuk meg összeszedni, hogy **milyen tulajdonságok jellemzik leginkább a jó orvoslátogatót.**

2.2. **Kérem, ítéld meg ezeket a jellemzőket aszerint, hogy mennyire tartják fontosnak** egy orvoslátogató esetében. A kevésbé fontosakat a céltábla szélére írom, a rendkívül fontosakat a céltábla közepe felé. Először legyen meg a lista, utána rakják fel a céltáblára.

2.3. Menjünk végig a táblára felkerült jelzőn! Miért került az adott jelző a kiválasztott helyre?

2.3.1. Melyik az a jellemző ezek közül, mely megváltoztatható egy gyógyszercég által és melyek azok, amelyek az orvoslátogató személyiségén múlnak?

2.4. **KÉREM, MINDENKI VEGYE ELŐ AZ „A” JELŰ LAPOT!**

2.4.1. Kérem, egészítse ki a lapon látható mondatot!

Úgy gondolom, hogy egy jó orvoslátogató olyan segítséget tud nyújtani az orvosnak, mint amit .....jelent számomra a magánéletemben.

2.5. Kérem, nézzük végig a felsorolt tulajdonságokat (szabadság, csata-küzdelem, erőteljesség, logika, biztonság) és helyezzük el az ábrán. Kérem, indokolják, hogy miért került az adott helyre? Mit jelent az elhelyezés az Önök számára?

### **3. GYÓGYSZERVÁLASZTÁS**

- 3.1. Kérem, gyűjtsük össze közösen, hogy milyen szempontok fontosak gyógyszerválasztáskor?
- 3.2. SKÁLA! (KÉT VÉGPONT: 0 – EGYÁLTALÁN NEM FONTOS ÉRV, 100 – NAGYON FONTOS ÉRV) Kérem, helyezük el az elhangzottakat aszerint, hogy mennyire fontosak az Önök számára az adott érvek.
- 3.2.1. Mit jelent ez az állítás az Ön számára? Mit ad hozzá a munkájához?
- 3.3. Kérem, vegyék elő a „B” jelű papírt, amin egy orvos és egy beteg képét látják. Kérem, fejezzék be a képet, amikor Ön biztosan egy olcsóbb készítményt írna fel a betegnek.
- 3.3.1. Mit mondott a beteg?
- 3.3.2. Mit gondolt az orvos?
- 3.4. Kérem, vegyék elő a „C” jelű papírt, amin egy orvos és egy beteg képét látják. Kérem, fejezzék be a képet, ami arról szól, hogy mire hivatkozhatna a beteg, amikor egy olcsóbb készítményt kérne az Ön által javasolt helyett.
- 3.4.1. Mit mondott a beteg?
- 3.4.2. Mit gondolt az orvos?
- 3.4.3. Mit válaszolt az orvos?

### **4. EGÉSZSÉGÜGYI REFORM**

**[35 perc]**

#### **POZITÍV NÉZŐPONT**

- 4.1. Kérem, először legyenek bátran pozitívan elfogultak az egészségügyi reformmal kapcsolatban és a lehető legkedvezőbb jellemzést adják a reformokról. Fontos, hogy ne irreálisan tegyünk ezt, hanem minden pozitív szempontot indokoljunk is meg (pl. mintha az Önök ötlete lenne és meg kéne védeniük, képviselniük kéne mások előtt).

#### **NEGATÍV NÉZŐPONT**

- 4.2. Kérem, most legyenek bátran negatívan elfogultak az egészségügyi reformmal kapcsolatban és a lehető legkedvezőtlenebb, kritikus jellemzést adják. Fontos, hogy ne irreálisan tegyünk ezt, hanem minden negatív szempontot indokoljunk is meg. A legkisebb problémát, kritikát is fogalmazzák meg.
- 4.3. A következőben ismét közös munkára kérném Önöket. Egy újabb kartont helyezek ki az asztalra, melyen a korábban összegyűjtött, egészségügyi reform melletti támogató reklámkampányt kellene megtestesítenünk. Az asztalon látható

újságokból (szaklapok, magazinok) kérem vágják ki azokat a képeket (lehet az ember, állat, tárgy, szó, mondat, stb.), amit úgy érznek, hogy fontos információval szolgálhat egy egészségügyi reform melletti reklámban. Kérem, ragasszák fel a kartonra.

4.3.1. Mit gondolt akkor amikor kiválasztotta, felrakta a képet az ábrára?

Mi fogta meg benne?

4.3.2. Milyen zenét (legalább stílusában) tudnának elképzelni a reklámban?

Mit jelent az Önök számára ez a zene?

4.3.3. Milyen történetet játszanának el a reklámban?

Mit fejezne ki ez a történet?

Mit mondana el? Melyik szereplő mit mond?

## **5. MEGGYŐZŐDÉS VÁLTOZÁSOK A BESZÉLGETÉS HATÁSÁRA**

**[3 perc]**

Összefoglalva az elhangzottakat, kérem jelezzék, hogyha menet közben bármilyen elhangzott témával kapcsolatban egyéb fontos gondolatuk merült fel!

**KÖSZÖNÖM KÖZREMŰKÖDÉSÜKET!**



19/a. melléklet: Kérdőív a szülész-nőgyógyászokkal készített kvantitatív kutatáshoz

*Annak érdekében, hogy meghatározzuk, a gyógyszergyártók és -forgalmazók mivel tudják segíteni az Ön gyógyító munkáját, szükségünk van arra, hogy felmérjük gyógyszerfelírási szokásait. Az alábbiakban feltett kérdések megválaszolásában köszönjük együttműködését!*

**1. Hol dolgozik Ön?**

1. város / község:.....
2. megye:.....
3. szakterület:.....

**2. Milyen intézményben dolgozik Ön fő tevékenységként?**

1. kórház
2. klinika
3. szakrendelő
4. magánrendelő

**3. Milyen intézményben történik a megkérdezés?**

1. kórház
2. klinika
3. szakrendelő
4. magánrendelő

**4. Kérjük, jelölje be az Ön által preferált sorrendet aszerint, hogy milyen szakmai anyagok alapján választ gyógyszert!**

Azzal kezdje, amely a leginkább fontos az Ön számára és azt jelölje 1-gyel! Ezután keresse meg a következő Ön által leginkább preferált lehetőséget és jelezze 2-sel! Folytassa ezt a sort addig, amíg az összes lehetőséget sorrendbe nem állította! Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, annak a lehetőségnek ne adjon sorszámot!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. orvoslátogatótól kapott és hallott információk alapján	
2. kollegáktól hallott tapasztalatok függvényében	
3. újságban megjelent szakmai cikkek szerint	
4. szakmai folyóiratokban megjelent hirdetések alapján	
5. interneten olvasott szakmai információk szerint	
6. szakmai rendezvényeken, kongresszusokon látottak és hallottak függvényében	
7. egyéb, éspedig:	
8. egyéb, éspedig:	
9. egyéb, éspedig:	

**5. Kérjük rangsorolja, hogy milyen szempontok fontosak Önnek gyógyszerválasztáskor!**

Azzal kezdje, melyet a legfontosabbnak tart és azt jelölje 1-gyel! Ezután keresse meg a következő Ön által leginkább preferált tulajdonságot és jelezze 2-sel! Folytassa ezt a sort addig, amíg az összes lehetőséget sorrendbe nem állította! Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, annak a lehetőségnek ne adjon sorszámot!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. kevés mellékhatás	
2. biztonságosság	
3. a készítmény használatának pontos ismerete	
4. ár	
5. hatékonyság	
6. napi egyszeri adagolás	
7. a gyártó jó megítélése	
8. egyéb, éspedig:	
9. egyéb, éspedig:	
10. egyéb, éspedig:	

**6. Egy gyógyszer felírásakor mennyiben befolyásolja döntését a készítmény ára?**

1. azonos hatóanyag-tartalmú készítmények közül mindig a legolcsóbbat választom
2. a beteg anyagi helyzete sokszor meghatározza, hogy melyik készítményt írom fel
3. az ár nem számít, ami egyszer jól bevált, ahhoz ragaszkodom

**7. Gyógyszerfelírási szokásait megváltoztatták az egészségügyet érintő reformok?**

1. egyáltalán nem változtatták meg
2. részben változtatták meg
3. teljesen megváltoztatták

**8. Nyitott az új fejlesztésű, innovatív készítményekre?**

1. minden újra nyitott vagyok
2. előbb megvárom mások tapasztalatait
3. nehezen próbálok ki újat

**9. Naprakészen figyelemmel kíséri az aktuálisan rendelkezésre álló gyógyszerkínálatot?**

1. nagyrészt az orvoslátogatókra hagyatkozom
2. rendszeresen figyelem a gyógyszerkínálatot
3. megvan a jól bevált készítményem, nem szívesen váltok

**10. Hány gyógyszercég orvoslátogatói járnak Önhöz legalább havonta egyszer?**

1. < 3
2. 3-5
3. >5

**11. Kérjük, jelölje be az Ön által preferált sorrendet aszerint, hogy egy gyógyszercég mivel segíti leginkább az Ön munkáját?**

Azzal kezdje, melyet a legnagyobb segítségnek érez és azt jelölje 1-gyel! Ezután keresse meg a következő Ön által leginkább preferált segítséget és jelezze 2-sel! Folytassa ezt a sort addig, amíg az összes lehetőséget sorrendbe nem állította! Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, azt húzza át és hagyja ki a rangsorból!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. munkáját segítő tárgyakkal	
2. munkáját segítő számítógépes programokkal	
3. orvoslátogatók által hozott szakmai információkkal	
4. szakterületéhez kapcsolódó szakkönyvekkel, folyóiratokkal	
5. elektronikus pontszerző tanfolyamokkal	
6. szakmai rendezvényekkel, kongresszusokkal	
7. egyéb, éspedig:	
8. egyéb, éspedig:	
9. egyéb, éspedig:	

**12. Szokott kapni e-mailen gyógyszercégtől információt?**

1. igen, napi rendszerességgel
2. igen, hetente egyszer
3. igen, de csak havonta egyszer
4. nem

**13. El szokta olvasni a gyógyszercégektől kapott e-maileket?**

1. igen, minden alkalommal alaposan átolvasom a leveleimet
2. igen, amennyiben van olyan szakmai tartalma, ami érdekel
3. igen, ha kevés hirdetést tartalmaz
4. nem

**14. Amennyiben eddig nem kapott elektronikus levél formájában egészségügyi információt, a jövőben szívesen olvasna ilyen típusú üzeneteket?**

1. igen
2. nem

**15. Milyen gyakran látogat szakmai weboldalt?**

1. naponta
2. hetente egyszer
3. havonta egyszer
4. nem látogatok

**16. Amennyiben látogat valamilyen szakmai weboldalt, kérjük, nevezze meg a három Ön által leggyakrabban keresettet!**

1. ....
2. ....
3. ....

**17. Mennyire tartja hasznosnak a szakmai weboldalakat?**

1 = egyáltalán nem tartom hasznosnak 6 = nagyon hasznosnak tartom

1      2      3      4      5      6                      NT/NV

**18. Hasznosnak ítéli meg a gyártó által elkészített részletes betegtájékoztatót, melyet betegének a recept mellé személyesen át tud adni?**

1. igen, ha rendelkezésemre áll, mindig adok felvilágosító anyagot a felírt recept mellé
2. igen, amennyiben megfelelő színvonalú a tájékoztató, használom
3. nem, mert e nélkül is minden szükséges információval ellátom a betegeimet
4. nem tudom, még nem kaptam ilyet

**19. Szokott vény nélkül kapható készítményt javasolni pácienseinek?**

1. igen, rendszeresen
2. igen, de csak akkor, ha rákérdez a beteg
3. ritkán
4. nem

**20. Mi a véleménye a patikákon kívüli gyógyszervásárlás lehetőségéről?**

1. veszélyesnek tartom, mivel így nincs szakmai kontroll alatt az emberek gyógyszerfogyasztása
2. közömbös számomra, mert nincs hatással a terápiás gyakorlatomra és véleményem szerint nem változtatja meg az emberek gyógyszerfogyasztási szokásait
3. nagy könnyebbségnek érzem, hogy vannak olyan gyógyszerek, amelyek szélesebb körben elérhetővé váltak

**21. A 2007-től életbe lépett egészségügyi reformok hatására, milyen mértékben alakult át az Ön által felírt termékek köre?**

1. nem változott az általam preferált termékek köre, továbbra is a jól bevált gyógyszereket alkalmazom, akkor is, ha azok nem a legolcsóbbak
2. a reformok életbe lépése óta mindig a legolcsóbb készítményt választom
3. mivel korábban is a legkedvezőbb árú terméket részesítettem előnyben, így a reformok következtében nem változott meg a gyógyszerfelírási szokásom
4. költségtudatosabb lettem, de nem ragaszkodom mindig a legolcsóbb gyógyszerhez

**22. Milyen gyakran fordul elő, hogy betegét átállítja egy másik gyógyszerre?**

1. az esetek kevesebb, mint 25%-ában
2. az esetek 25-50%-ában
3. az esetek 50-75%-ában
4. az esetek több, mint 75%-ában

**23. Ha betegét átállítja egy másik készítményre, annak mi az oka?**

Kérjük százalékkal (%) jelezze a felsorolt okok előfordulási gyakoriságát az Ön praxisában! Törekedjen arra, hogy a százalékok összege 100 legyen!

- |  |        |
|--|--------|
| 1. olcsóbb készítményre váltok             | .....% |
| 2. jobban tolerálható gyógyszerre cserélek | .....% |
| 3. hatékonyabb orvosságra térek át         | .....% |
| 4. egy új terméket szeretnék kipróbálni    | .....% |
| 5. egyéb:.....                             | .....% |

---

**ÖSSZESEN** **100%**

**24. Amennyiben nem volt zavartalan az átállítás, mi okozta a gondot?**

Kérjük százalékkal (%) jelezze a felsorolt okok előfordulási gyakoriságát az Ön praxisában! Törekedjen arra, hogy a százalékok összege 100 legyen!

- |   |        |
|---|--------|
| 1. a felírt készítmény nem volt kapható a gyógyszertárban | .....% |
| 2. a felírt készítmény hatékonysága nem volt megfelelő    | .....% |
| 3. a felírt készítmény tolerálhatósága nem volt megfelelő | .....% |
| 4. az új gyógyszert a beteg nem tudta elfogadni           | .....% |

---

**ÖSSZESEN** **100%**

**25. Amennyiben a készítmény ára miatt változtatott gyógyszert, milyen gyakran volt problémamentes az átállítás?**

1. mindig problémamentes volt az átállítás
2. az esetek több mint felénél problémamentes volt az átállítás
3. az esetek felénél volt csak problémamentes az átállítás
4. az esetek kevesebb mint 50%-ában volt problémamentes az átállítás
5. minden alkalommal gondot okozott a váltás

**26. Az OEP vényíró szoftverének alkalmazása milyen mértékben épült be az Ön terápiás gyakorlatába (több választás is lehetséges)?**

1. a mindennapi munkám során technikai okok miatt nincs lehetőségem a szoftver alkalmazására
2. van lehetőségem a szoftver használatára, de gyógyszerfelírásakor mindig a szakmai tapasztalatom alapján döntök
3. használom a szoftvert, de nem „színek alapján” írok receptet
4. használom a szoftvert, mindig kikeresem a legolcsóbb készítményt és azt rendelem még akkor is, ha ismeretlen gyógyszerről van szó
5. használom a szoftvert, kiválasztom a listából a legkedvezőbb árú, általam ismert készítményt

**27. Gyógyszerválasztáskor az esetek hány százalékában veszi figyelembe a vényíró szoftver színekkel jelölt javaslatait?**

1. az esetek kevesebb, mint 25%-ában
2. az esetek 25-50%-ában
3. az esetek 50-75%-ában
4. az esetek több, mint 75%-ában
5. mindig figyelembe veszem

**28. Amennyiben az eddig említetteken túl, a gyógyszerpiacot érintő változásokkal kapcsolatban további észrevétele van, kérjük pár szóban foglalja össze!**

.....  
.....

**29. Az Ön neme:**

1. nő
2. férfi

**30. Az Ön születésének éve:**

(év)

**KÖSZÖNÖM KÖZREMŰKÖDÉSÉT!**



19/b. melléklet: Kérdőív a patikusokkal készített kvantitatív kutatáshoz

*Annak érdekében, hogy meghatározzuk, a gyógyszergyártók és -forgalmazók mivel tudják segíteni az Ön munkáját, szükségünk van arra, hogy felmérjük gyógyszerkiadási szokásait. Az alábbiakban feltett kérdések megválaszolásában köszönjük együttműködését!*

**1. Hol található az Ön patikája?**

1. város / község:.....

2. megye:.....

**2. Hány gyógyszercég patikalátogatói járnak Önhöz legalább havonta egyszer?**

3. < 3

4. 3-5

5. >5

**3. Milyen formában történik Önöknél a kapcsolattartás a patikalátogatókkal?**

1 = leggyakoribb forma 7 = legritkább forma

(Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, annak a lehetőségnek ne adjon sorszámot!)

TÉNYEZŐK	SORREND
1. Elektronikus úton (pl. e-mail)	
2. Telefonon	
3. Személyesen, egy látogató egy patikussal tárgyal	
4. Személyesen, egy látogató egyszerre több patikussal tárgyal (pl. csoportos megbeszélés)	
5. egyéb, éspedig .....	
6. egyéb, éspedig .....	
7. egyéb, éspedig .....	

**6. Mennyire tartja az alábbi információcsere lehetőségeket megfelelőnek a patikus-patikalátogató kapcsolatában?**

1 = egyáltalán nem megfelelő lehetőség, 6 = nagyon jó lehetőség

TÉNYEZŐK	ÉRTÉKELÉS
1. Elektronikus úton (pl. e-mail)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
2. Telefonon	1 2 3 4 5 6 NT/NV
3. Személyesen, egy látogató egy patikussal tárgyal	1 2 3 4 5 6 NT/NV
4. Személyesen, egy látogató egyszerre több patikussal tárgyal (pl. csoportos megbeszélés)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
5. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV
6. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV
7. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV

**7. Kérjük, adja meg, mennyire érezi hasznos támogatásnak a gyógyszercégek felől az alábbi lehetőségeket? 1 = egyáltalán nem segítség, 6 = hasznos segítség**

TÉNYEZŐK	ÉRTÉKELÉS
1. elvihető betegtájékoztatók	1 2 3 4 5 6 NT/NV
2. fix betegtájékoztatók (pl. plakát, állvány, stb.)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
3. önkitöltős tesztek (betegek számára, releváns, gyakoribb betegségekkel kapcsolatban)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
4. adminisztrációt segítő eszközök (jegyzetömbök, noteszek, írószerek)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
5. egészséges munkavégzést segítő eszközök (ergonómikusan tervezett eszközök: egér, könyöktámasz, monitorszűrő, stb.)	1 2 3 4 5 6 NT/NV
6. szakmai fórumok, előadások nyomtatott összefoglalói	1 2 3 4 5 6 NT/NV
7. jelentősebb kutatási eredmények nyomtatott formában	1 2 3 4 5 6 NT/NV
8. új szakkönyvek	1 2 3 4 5 6 NT/NV
9. gyógyszerészeti konferenciák agenda-ja, folyamatosan frissítve	1 2 3 4 5 6 NT/NV
10. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV
11. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV
12. egyéb, éspedig .....	1 2 3 4 5 6 NT/NV

**8. Fogad e-mailen gyógyszercégtől információt?**

1. igen, napi rendszerességgel
2. igen, hetente egyszer
3. igen, de csak havonta egyszer
4. nem

**9. El szokta olvasni a gyógyszercégektől kapott e-maileket?**

1. igen, minden alkalommal alaposan átolvasom a leveleimet
2. igen, amennyiben van olyan szakmai tartalma, ami érdekel
3. igen, ha kevés hirdetést tartalmaz
4. nem

**10. Amennyiben eddig nem kapott elektronikus levél formájában egészségügyi információt, a jövőben szívesen olvasna ilyen típusú üzeneteket?**

1. igen
2. nem

**11. Milyen gyakran látogat szakmai weboldalt?**

1. naponta
2. hetente egyszer
3. havonta egyszer
4. nem látogatok

**12. Amennyiben látogat valamilyen szakmai weboldalt, kérjük, nevezze meg a három Ön által leggyakrabban keresettet!**

1. ....
2. ....
3. ....

**13. Mennyire tartja hasznosnak a szakmai weboldalakat?**

1 = egyáltalán nem tartom hasznosnak 6 = nagyon hasznosnak tartom

1      2      3      4      5      6              NT/NV

**14. Havi gyógyszerforgalmának (doboz alapján) hány százalékát teszik ki a vény nélkül kapható készítmények?**

1. <25%
2. 25-50%
3. 50-75%
4. >75%

**15. Mi a véleménye azzal kapcsolatban, hogy vény nélküli gyógyszereket már patikákon kívül is lehet forgalmazni (egy választás lehetséges)?**

1. egyetértek vele
2. jó lehetőségnek találom az orvosságok szélesebb körű elérhetőségét, de mindenképpen gyógyszerész jelenlétéhez kötném a forgalmazásukat
3. nem helyeslem, a gyógyszereknek gyógyszerertárban a helye
4. az orvosságok szélesebb körű elérhetősége fokozza az emberek gyógyszerfogyasztását
5. egyéb:.....

**16. Hogyan változott gyógyszerertárában a patikán kívül is elérhető OTC készítmények forgalma az egészségügyi reformok életbe lépése óta?**

1. nem változott
2. csökkent, de nem számottevően
3. jelentősen lecsökkent
4. növekedett

**17. Befolyásolták gyógyszerkiadási gyakorlatát a 2007-ben életbe lépett egészségügyi reformok?**

1. Igen
2. Nem
3. Ha igen, miben?

.....  
.....  
.....

**18. Befolyásolták készletezési gyakorlatát az egészségügyi reformok?**

1. Igen
2. Nem
3. Ha igen, miben?

.....  
.....  
.....

**19. Érzékelt a vényköteles felírásban valamilyen változást a 2007-től életbe lépett egészségügyi reformok óta? (egy válasz lehetséges)**

1. Enyhén túlsúlyba kerültek a generikumok.
2. Drasztikusan előtérbe kerültek a generikumok.
3. Nem, nem történt semmilyen változás.

**20. Szakmai tapasztalata és tudása alapján mennyire ért egyet az orvosokat érintő, felírási megszorítások mértékével?**

1. Minden megszorító intézkedéssel egyetértek.
2. A szigorítások nagy részével egyetértek; véleményem szerint a generikumok az esetek zömében ugyanazt nyújtják, mint az újabb, innovatív készítmények.
3. A generikumok előtérbe helyezése túlzott mértékű, több terápiás területen is.
4. A szakmai szempontokat nem támogatja elégséges mértékben az új terápiás rendszer.

**21. Összes vényköteles gyógyszerkiadását tekintve, mennyire jellemző, hogy a gyógyszert kiváltó vevők (betegek) kérik, hogy helyettesítse a felírt készítményt egy alacsonyabb árú, azonos hatóanyag-tartalmúval?**

Kérjük százalékban adja meg, hogy az esetek hány százalékában tapasztalja ezt a jelenséget!

Vényköteles esetben a kiváltó kér helyettesítést, %-ban

.....%

**22. Szokott saját kezdeményezésére azonos hatóanyag-tartalmú készítményeket ajánlani?**

Kérjük százalékkal (%) jelezze a felsorolt okok előfordulási gyakoriságát az Ön patikájában! Törekedjen arra, hogy a százalékok összege 100 legyen!

1. igen, attól függően, hogy mi van készleten .....%
2. igen, a beteg által fizetendő összegtől függően .....%
3. igen, gyógyszercégekkel történt megállapodásom függvényében .....%
4. nem, amit az orvos felírt, azt kapja a beteg .....%
5. egyéb:.....%
6. egyéb:.....%

---

**ÖSSZESEN:** **100%**

**23. Amikor a felírt helyett egy másik készítményt ajánl, az esetek hány százalékában fogadják el a betegek? (0% amikor egy sem, 100% amikor minden esetben).....%**

**24. Amennyiben az eddig említetteken túl, a gyógyszerpiacot érintő változásokkal kapcsolatban további észrevétele van, kérjük pár szóban foglalja össze!**

.....  
.....  
.....  
.....

**25. Az Ön neme:**

1. nő
2. férfi

**26. Az Ön születésének éve:**

(év)

**KÖSZÖNÖM KÖZREMŰKÖDÉSÉT!**

19/c. melléklet: Kérdőív a laikus nőkkel (páciensekkel) készített kvantitatív kutatáshoz  
*Annak érdekében, hogy meghatározzuk, a gyógyszergyártók és -forgalmazók mivel tudnak hozzájárulni az Ön egészségének gyors és kényelmes épüléséhez, szükségünk van arra, hogy felmérjük gyógyszerfogyasztási szokásait és tapasztalatait. Az alábbiakban feltett kérdések megválaszolásában köszönjük együttműködését!*

**1. Hol él Ön?**

1. város/község:.....
2. megye:.....

**2. Az Ön iskolai végzettsége:**

1. alapfokú
2. középfokú
3. felsőfokú

**3. Az Ön háztartásában az egy főre jutó havi jövedelem:**

1. < 50.000 Ft
2. 51.000-100.000 Ft
3. > 101.000 Ft

**4. Havonta átlagosan mennyit költ gyógyszerre?**

1. 1 000 Ft alatt
2. 1 000-5 000 Ft
3. 5 000-10 000 Ft
4. 10 000 Ft felett

**5. Az egy hónap alatt átlagosan megvásárolt orvosságainak hány százaléka vényköteles készítmény?**

1. 0% (nincs szükségem receptköteles gyógyszerre)
2. 0-25%
3. 25-50%
4. 50-75%
5. 75-100%
6. 100% (csak vényköteles gyógyszert vásárolok)

**6. Mit tesz abban az esetben, ha egészségügyi gondja van?**

1. megvárom, hogy a probléma magától elmúljon gyógyszerek nélkül
2. a reklámokban látottak és hallottak szerint megpróbálom recept nélküli készítményekkel meggyógyítani magam
3. komolyabb panaszok esetén azonnal orvoshoz megyek
4. bármi apró jel esetén azonnal szakemberhez fordulok

**7. Gyógyszerrel kapcsolatos kérdésekben kinek a véleményére ad?**

Kérjük, jelölje be az Ön által preferált sorrendet! Azzal kezdje, melyet a legfontosabbnak tart és azt jelölje 1-gyel! Ezután keresse meg a következő Ön által leginkább preferált segítséget és jelezze 2-sel! Folytassa ezt a sort addig, amíg az összes lehetőséget sorrendbe nem állította! Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, annak a lehetőségnek ne adjon sorszámot!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. az orvoséra	
2. a gyógyszerészére	
3. közeli hozzátartozóméra	
4. ismerősömére, akinek hasonló betegsége van / volt	
5. egyéb, éspedig:	
6. egyéb, éspedig:	
7. egyéb, éspedig:	

**8. Fogad e-mailen információt az egyes betegségekről és kezelési lehetőségeikről?**

1. igen, naponta
2. igen, hetente
3. igen, de csak havonta
4. nem

**9. Amennyiben eddig nem kapott elektronikus levél formájában egészségügyi információt, a jövőben szívesen olvasna ilyen típusú üzeneteket?**

1. igen
2. nem



**10. Látogat valamilyen egészségügyi weboldalt?**

1. igen, naponta
2. igen, hetente
3. igen, de csak havonta
4. nem

**11. Amennyiben igennel válaszolt az előző kérdésre, kérjük nevezze meg a három Ön által leggyakrabban látogatottat!**

1. ....
2. ....
3. ....

**12. Gyógyszercégek honlapján szokott információt gyűjteni kezelési lehetőségekről?**

1. igen, mindig alaposan körbejárom az orvosom által felvázolt lehetőséget
2. igen, mielőtt orvoshoz fordulok, már elkezdek információt gyűjteni
3. ritkán
4. nem

**13. Szokott élni az internetes gyógyszerrendelés lehetőségével?**

1. igen, mivel ez egy kényelmes lehetőség számomra
2. nem, mert jobban bízom a „hagyományos keretek között működő” patikákban
3. nem, mert még nem hallottam róla

**14. Van Önnek otthon „házipatikája”?**

1. igen, 3-5 féle készítményt mindig tartok otthon
2. igen, 5-10 féle készítményt mindig tartok otthon
3. igen, több mint tízféle készítményt mindig tartok otthon
4. nem, mivel problémáimmal mindig orvoshoz fordulok
5. nem, hiszen a vény nélkül is beszerezhető, alapvető gyógyszerekhez már éjjel, akár benzinkutakon is hozzájuthatok

**15. Egyetért azzal, hogy vény nélküli gyógyszereket már patikákon kívül is lehet vásárolni (több választás is lehetséges)?**

1. igen, mert így a gyógyszervásárlást letudhatom a bevásárlással vagy a tankolással együtt
2. igen, mert nagy könnyebbség, ha olyankor kell gyógyszer, amikor a patikák éppen zárva vannak
3. igen, mert reményeim szerint így olcsóbbak lesznek az orvosságok
4. nem, mert így nincs szakmai kontroll alatt az emberek gyógyszerfogyasztása

**16. Milyen gyakran vásárol gyógyszert patikán kívül (hipermarketekben, benzinkutakon)?**

1. hetente
2. havonta
3. az elmúlt félévben kétszer-háromszor fordult elő
4. az elmúlt félévben csak egyszer fordult elő
5. még nem vásároltam gyógyszert patikán kívül

**17. Kérjük, jelölje be az Ön által preferált sorrendet aszerint, hogy egy gyógyszer kiválasztásakor milyen szempontok alapján dönt!**

Azzal kezdje, mely a legfontosabb Ön számára és azt jelölje 1-gyel! Ezután keresse meg a következő Ön által leginkább preferált lehetőséget és jelezze 2-sel! Folytassa ezt a sort addig, amíg az összes lehetőséget sorrendbe nem állította! Amennyiben talál olyan választ, amely az Ön esetében egyáltalán nem jöhet számításba, annak a lehetőségnek ne adjon sorszámot!

VÁLASZTÁSI SZEMPONTOK	SORREND
1. korábbi tapasztalataim	
2. rokonaim és ismerőseim véleménye	
3. ár	
4. gyógyszercég	
5. hirdetésekben olvasottak és hallottak	
6. orvosom véleménye	
7. gyógyszerész véleménye	
8. gyógyszertári tájékoztató anyagokon, szórólapokon olvasottak	
9. interneten látottak	
10. egyéb, éspedig:	
11. egyéb, éspedig:	
12. egyéb, éspedig:	

**18. Hogyan vélekedik két azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerről?**

1. véleményem szerint egy olcsóbb gyógyszer lehet ugyanolyan hatásos, mint egy drága
2. nyugodtabb vagyok, ha a drágább készítményt választom, mert biztos, hogy van oka az árkülönbségnek
3. ha ismert, megbízható gyógyszercégé az olcsóbb orvosság, akkor nyugodt szívvel választom a kedvezőbb árút
4. amennyiben az orvosom állítja, hogy egyformán hatékony és jól tolerálható a két gyógyszer, akkor a kedvezőbb árú mellett döntök

**19. Befolyásolják az Ön gyógyszerválasztását a TV reklámok?**

1. szükség esetén ki szoktam próbálni a reklámfilmekben ajánlott készítményeket
2. ha felkelti valami az érdeklődésemet, mindig kikérem egy szakember véleményét is
3. nem hagyatkozom a hirdetésben hallottakra

**20. Befolyásolják az Ön gyógyszerválasztását az újsághirdetések?**

1. szükség esetén ki szoktam próbálni a hirdetett készítményeket
2. ha felkelti valami az érdeklődésemet, mindig kikérem egy szakember véleményét is
3. nem hagyatkozom a hirdetésben látottakra

**21. Befolyásolják az Ön gyógyszerválasztását a patikákban elhelyezett tájékoztatók?**

1. szükség esetén ki szoktam próbálni a hirdetett készítményeket
2. ha felkelti valami az érdeklődésemet, mindig kikérem egy szakember véleményét is
3. nem szoktam elolvasni ezeket az anyagokat

**22. Elvárja, hogy a gyógyszertárban az orvosság megvásárlásakor tájékoztassák a készítmény alkalmazásának módjáról?**

1. igen, minden esetben
2. igen, ha olyan készítményt váltok ki, amelyet még nem ismerek
3. nem, az orvosommal mindig mindent részletesen megbeszélék
4. nem, úgymint elolvasom az orvosság dobozában található betegtájékoztatót

**23. A megszokott, jól bevált gyógyszerét lecserélné egy azonos hatású, olcsóbb készítményre?**

1. igen, feltétlenül
2. igen, amennyiben az orvosom meggyőző
3. nem

**24. Előfordult már Önnel, hogy az orvos által felírt recept kiváltásakor a patikus másik készítményt javasolt?**

1. igen, az elmúlt félév során egyszer
2. igen, az elmúlt félév során kétszer
3. igen, az elmúlt félév során többször
4. nem

**25. Amennyiben a gyógyszerész felajánl Önnek az orvos által felírt helyett egy azonos hatású, olcsóbb készítményt, milyen gyakran fogadja el (több választás is lehetséges)?**

1. mindig elfogadom, az orvosom megkérdezése nélkül
2. ilyen esetben megkérdezem az orvosom és az ő véleményének függvényében döntök
3. az esetek 70%-ában elfogadom
4. az esetek 50%-ában elfogadom
5. az esetek 30%-ában elfogadom
6. nem szoktam elfogadni, azt a készítményt kérem, amit az orvosom felírt

**26. Szokott orvosától kapni a felírt gyógyszer mellé részletes tájékoztatót a betegségről és kezelésének módjáról?**

1. igen, mindig alaposan áttanulmányozom és megőrzöm
2. igen, de nem szoktam elolvasni
3. nem kaptam még ilyet, de biztos hasznomra válna
4. nem kaptam még ilyet, de nem is tartom szükségesnek

**27. Az elmúlt egy évben milyen mértékben alakult át receptköteles gyógyszereinek a köre?**

1. nem változott, továbbra is ugyanazon orvosságo(ka)t kapom
2. volt olyan gyógyszerem, amit arra hivatkozva az elmúlt egy éven belül lecserélt az orvosom
3. történt gyógyszeresere, de kizárólag egészségügyi okok miatt
4. nincs rendszeresen szedendő gyógyszerem

**28. Amennyiben a készítmény ára miatt gyógyszert váltott Önnél az orvosa, elégedett volt az új orvossággal?**

1. elégedett voltam, mivel semmilyen különbséget nem éreztem az előző készítményhez képest
2. nem éreztem olyan hatékonynak az új gyógyszert
3. több volt a mellékhatása az új orvosságnak
4. az egyetlen problémám az volt, hogy nehezebben tudtam beszerezni az újonnan felírt készítményt

**29. Az Ön véleménye szerint, a közelmúltban milyen irányban változott a betegellátás minősége?**

1. nem változott a betegellátás minősége
2. javult a betegellátás minősége
3. romlott a betegellátás minősége

Fenti választát, kérjük, indokolja meg pár mondatban!

.....  
.....  
.....

**30. Amennyiben az eddig említetteken túl, a gyógyszerpiacot érintő változásokkal kapcsolatban további észrevétele van, kérjük pár szóban foglalja össze!**

.....  
.....  
.....  
.....

**31. Az Ön neme:**

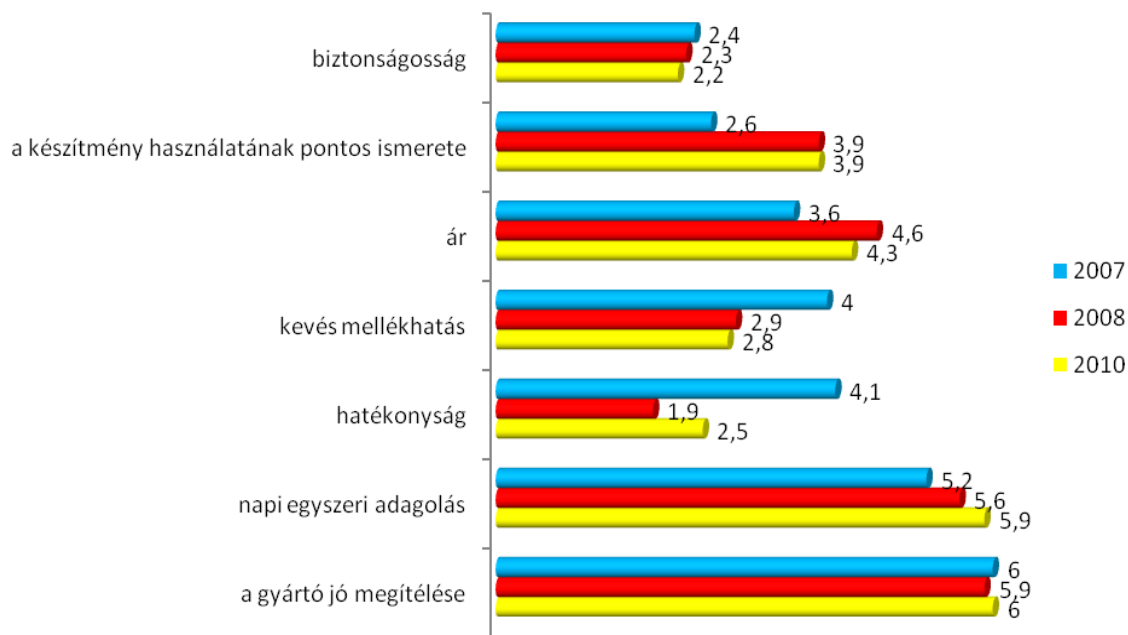
1. nő
2. férfi

**32. Az Ön születésének éve:**

(év)

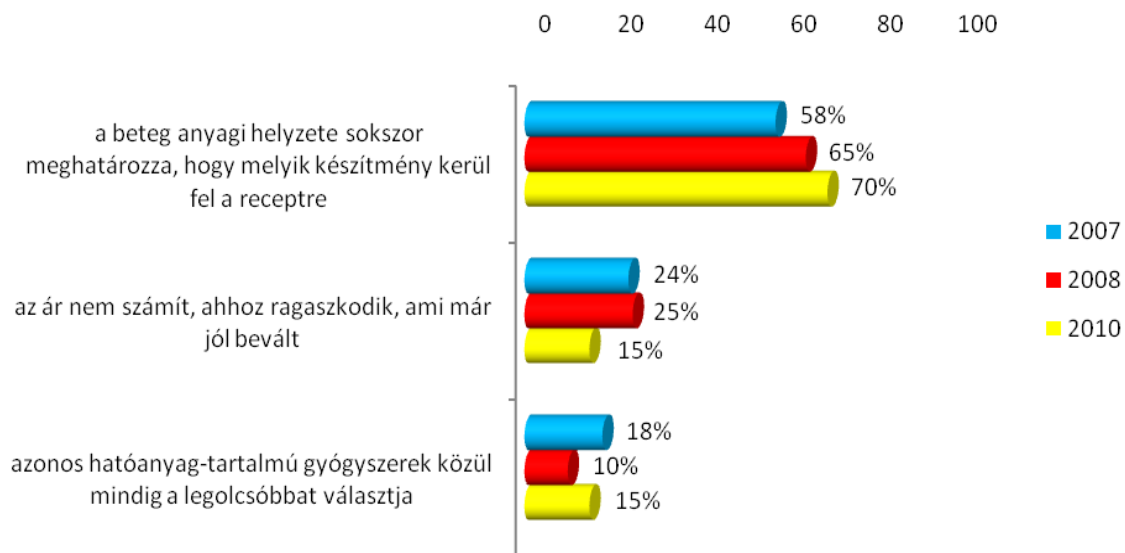
**KÖSZÖNÖM KÖZREMŰKÖDÉSÉT!**

20. melléklet: Szempontok gyógyszerválasztáskor (az ábrán szereplő értékek rangsorolási átlagok)



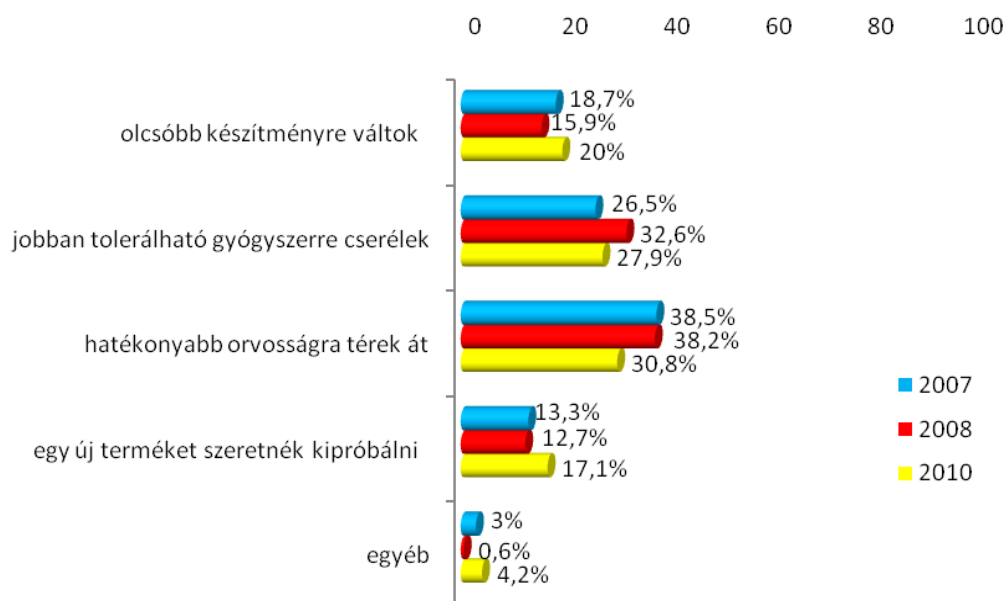
(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155 2010 n=179)

21. melléklet: Az ár szerepe gyógyszerválasztáskor



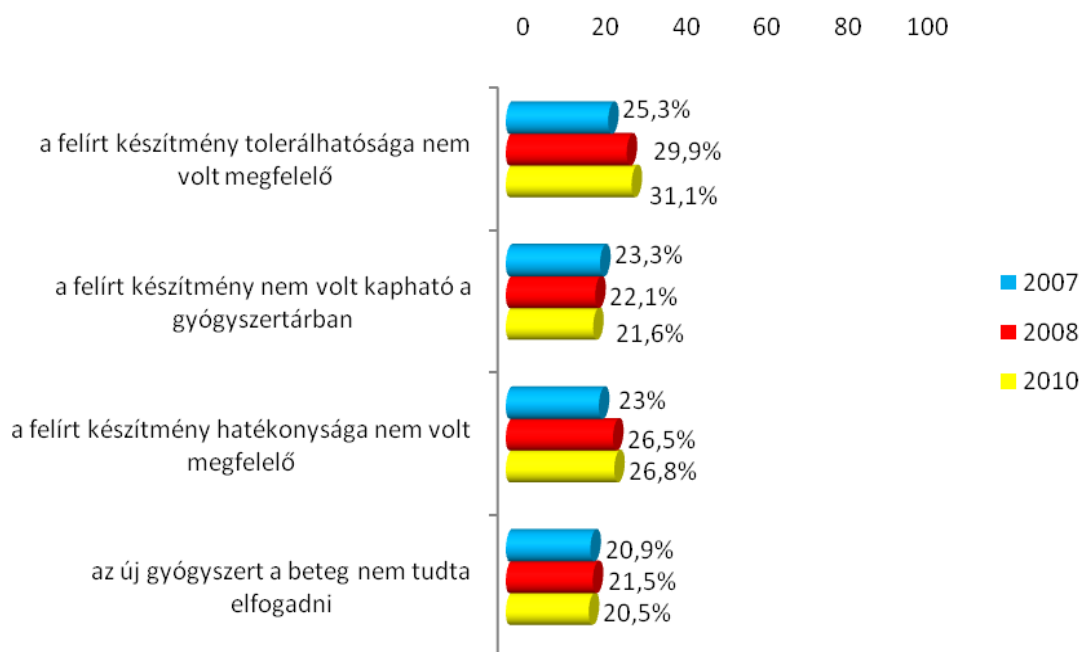
(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155 2010 n=179)

22. melléklet: Másik gyógyszerre történő átállítások fő okai



(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155 2010 n=179)

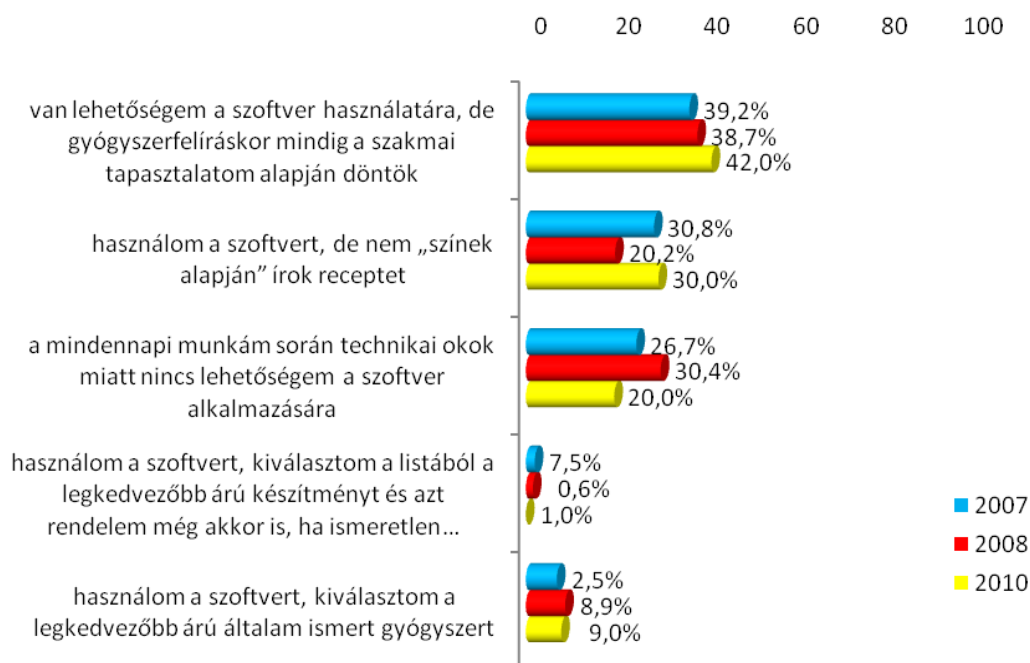
23. melléklet: Átállítások során felmerülő problémák okai



(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155 2010 n=179)

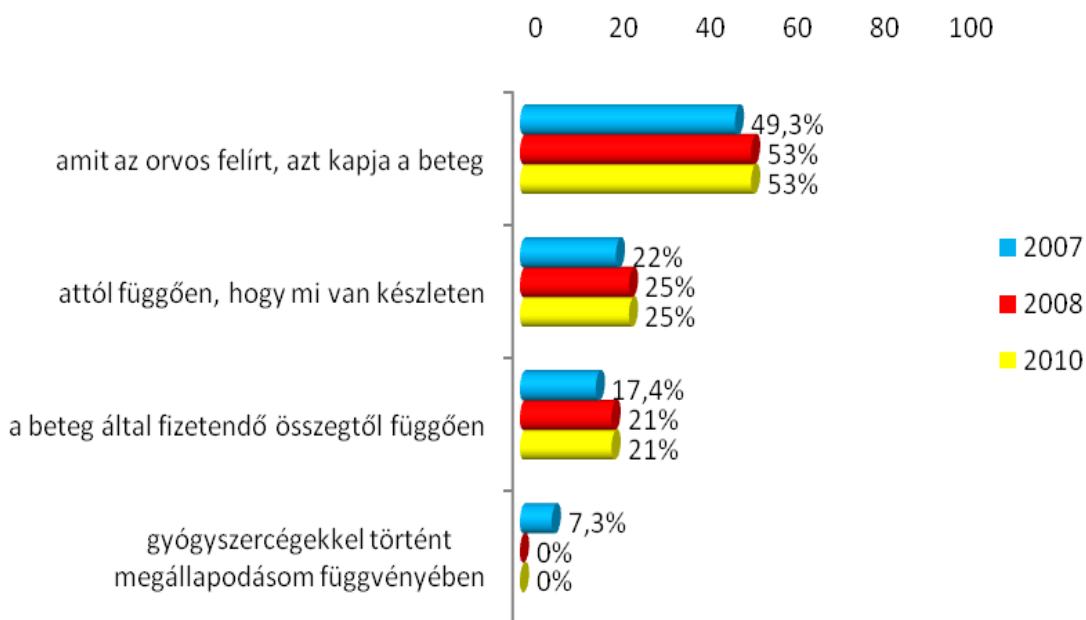


## 24. melléklet: Az OEP vényíró szoftverének alkalmazása



(bázis: 2007 n=122, 2008 n=155 2010 n=179)

## 25. melléklet: Gyógyszerek helyettesítése a patikusok kezdeményezésére

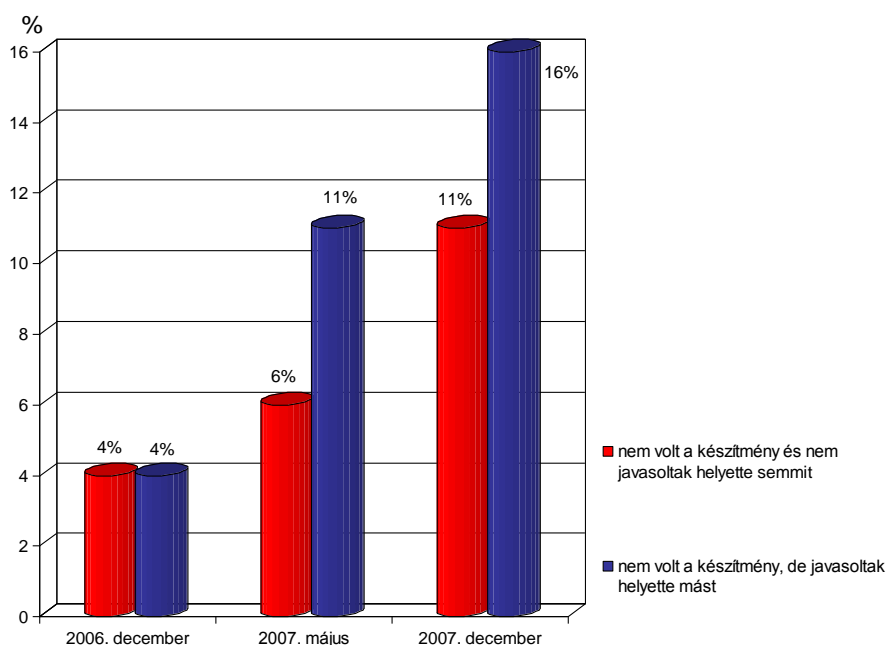


(bázis: 2007 n=123, 2008 n=120 2010 n=180)

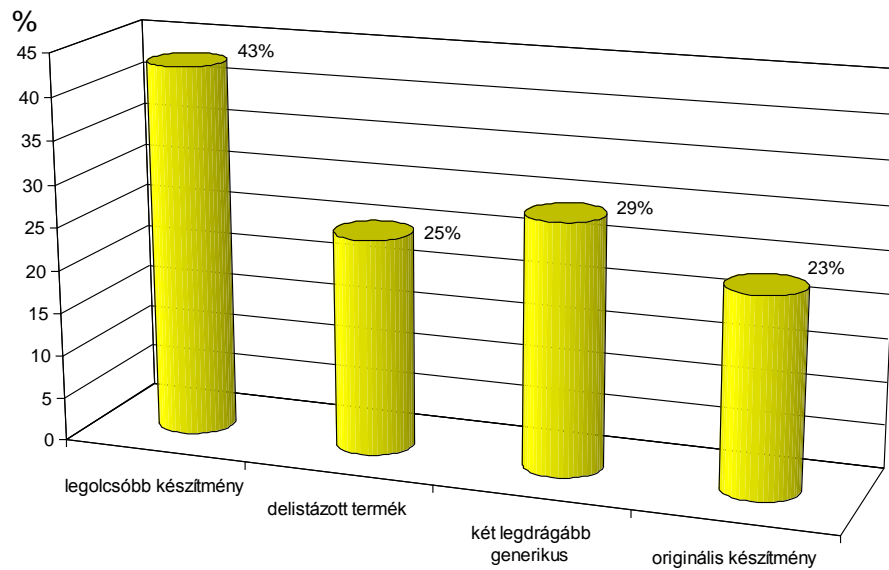
## 26. melléklet: A gyógyszer-helyettesítés és patikai expedálás (Gergely 2008)

A Spatium Consulting Kft. több alkalommal kutatta a gyógyszer-helyettesítés és patikai expedálás gyakorlatát. A vizsgálatok eredményei is alátámasztották, hogy komoly problémák vannak a patikai készletezés területén. A lakosság sokszor elsőre nem tud hozzájutni a számára felírt termékhez. Sajnos az sem ritka, hogy a gyógyszertárban úgy adtak ki gyógyszert, hogy nem figyelmeztették a páciens, nem a recepten levő medicinát kapja.

45 településen, illetve 12 kerületet érintő felmérés során a Spatium Consulting Kft. munkatársai 550 alkalommal kíséreltek meg vényköteles gyógyszert kiváltani. A felkeresett 155 patikában a receptkiváltások 27%-a csak kísérlet maradt. Az ellátás zavara a vizsgálatok (3 hullám) szerint folyamatos emelkedést mutatott. Mindez arra utal, hogy a patikákban jóval szűkebb választékot tartanak annál, mint amit az orvosok a színekódok alapján retorzió nélkül felírhatnak. Az árversenynek leginkább kitett hatóanyagok piacán a második legdrágább és a legolcsóbb termékek között az árkülönbség csupán 3-6% közötti és ebben a szűk ártartományban foglal helyet további 4-10 gyógyszer. A folyamatos árcsökkentések hatására a patikák havi nettó árveszteséget könyvelnek el készletállományuk leértékelődése miatt, így érthető okokból nem tartanak minden közel azonos árú termékből legalább egyet. Számukra a jogszabályok szerinti működés biztos veszteséget eredményez.

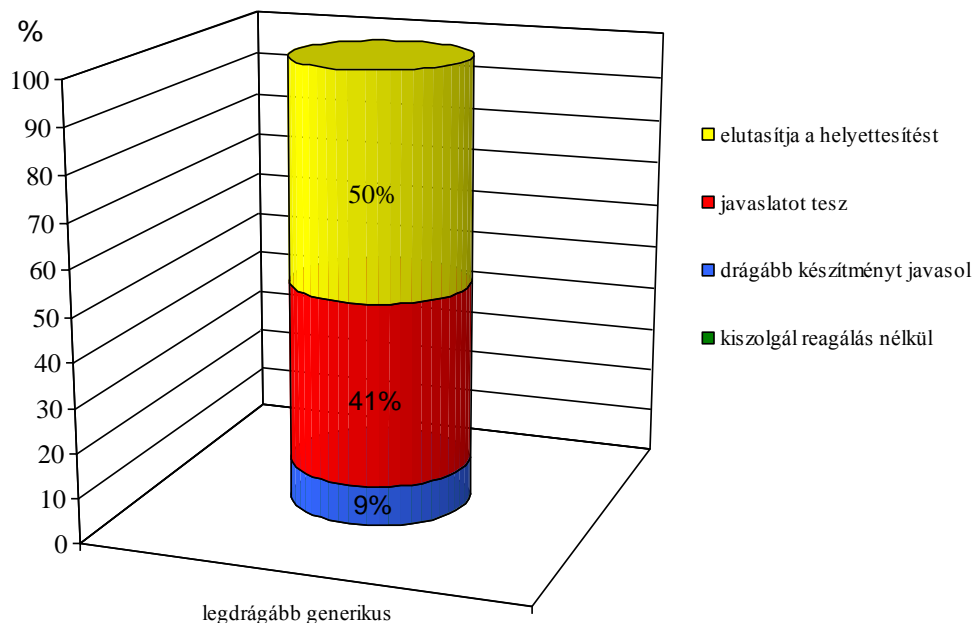


A sikertelen receptkiváltások aránya (Gergely 2008)



### A sikertelen receptkiváltások aránya a készítmények jellege szerint (Gergely 2008)

A gyógyszerészt helyettesítéskor a vásárló felhatalmazása kell, hogy orientálja. Amikor a páciens olcsóbb cseregyógyszer után érdeklődött és a recepten a második legdrágább termék szerepelt, az esetek 9%-ában felajánlották az ettől drágább készítményt. Az ilyen alkalmak felénél a patikákban elutasították a helyettesítést, megfosztva ezzel a vásárlót az olcsóbb gyógyszerhez jutás lehetőségétől.



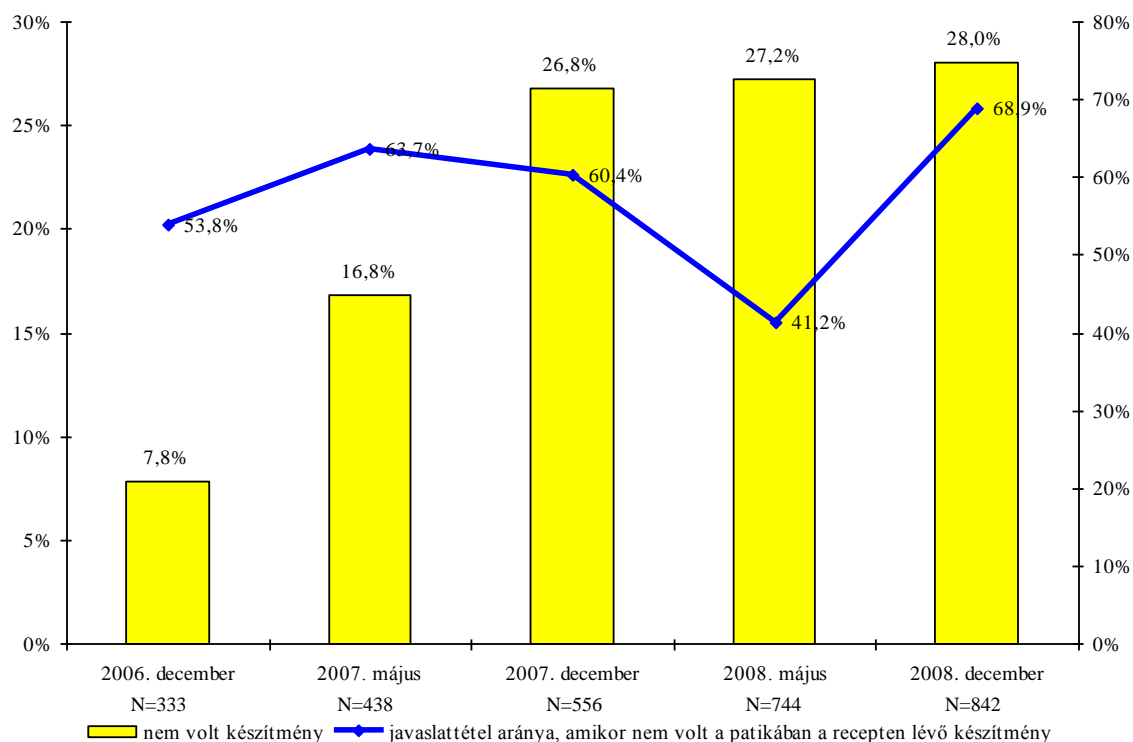
### A patikai személyzet reakciója, amikor a vásárló olcsóbb gyógyszer után érdeklődött (Gergely 2008)

Egyértelmű, hogy a patikáknak továbbra is a drágább gyógyszerek expediálása éri meg jobban. A kutatás 3. hulláma során találkoztak először a Spatium Consulting Kft. munkatársai azzal, hogy figyelmeztetés nélkül adtak ki olyan készítményt ami nem a recepten szerepelt. Ez a vénykiváltások 3,5%-ában fordult elő.

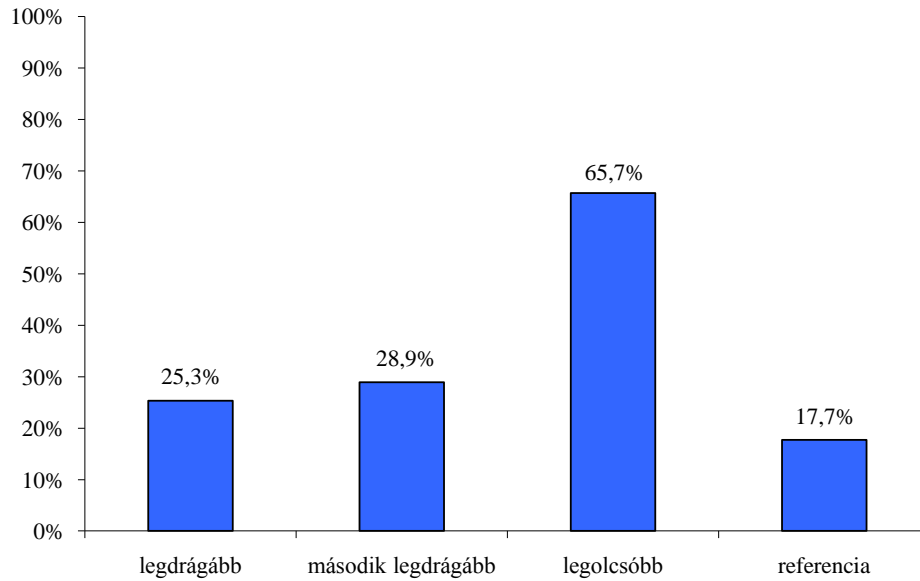
Egy évvel korábban, a kutatássorozat beindításakor az, hogy azonos hatóanyag-tartalmú készítmények közül a drágább vagy az olcsóbb szer kerül-e megvásárlásra, az orvoson túl leginkább a páciens aktivitásán is múlik. Egy év elteltével viszont a patikus szerepe is dominánssá vált.

## 26/b. melléklet: Patikai próbavásárlások (Gergely 2007)

A Spatium Kft. 2006. decembere óta féléves gyakorisággal vizsgálta a patikai kiszolgálás gyakorlatát. Kutatásuk módszere a próbavásárlás volt. Az elvégzett öt hullám adataiból felépítették a PhaRMS™ adatbázist (25 ATC7 szintű vényköteles termék 2913 próbavásárlásának adataival), melynek segítségével a trendek kimutathatóvá váltak. Az adatok azt mutatják, hogy a gyógyszerellátás biztonsága területén komoly problémák vannak. Korábban soha nem látott hiány lett a patikai készletekben, amely az idő előre haladtával folyamatosan növekedett. Az első évben tapasztalt dinamika lelassult és azóta stagnál. A hiány átlagosan 28%-os. Tíz vásárlásból csupán hét esetben képes elsőre kiadni a patika a recepten szereplő gyógyszert.

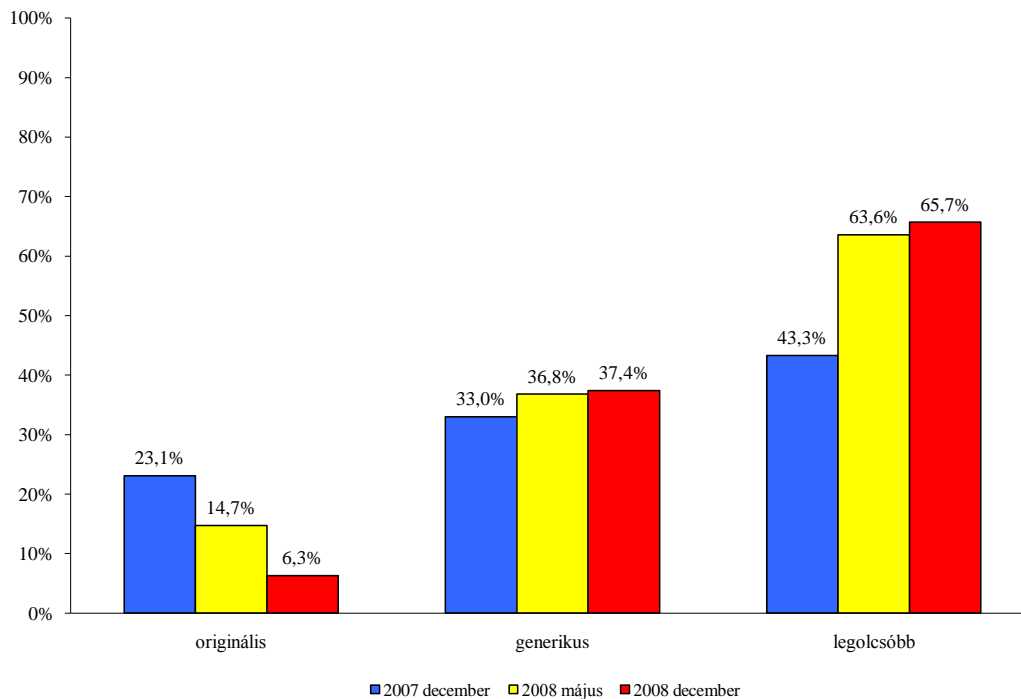


A sikertelen receptkiváltások aránya és a hiánymenedzsment mutatószáma



Az átlagos hiány összetétele a készítmények árkategóriája szerint – 5. hullám

Ennek elsődleges oka az, hogy a folyamatos árcsökkentés következtében a patikát már a készleten is veszteség éri. Ráadásul a korábbi évekhez képest jóval több gyógyszerár működik, így jelentősen lecsökkent az egy patikára eső vásárlók száma is.

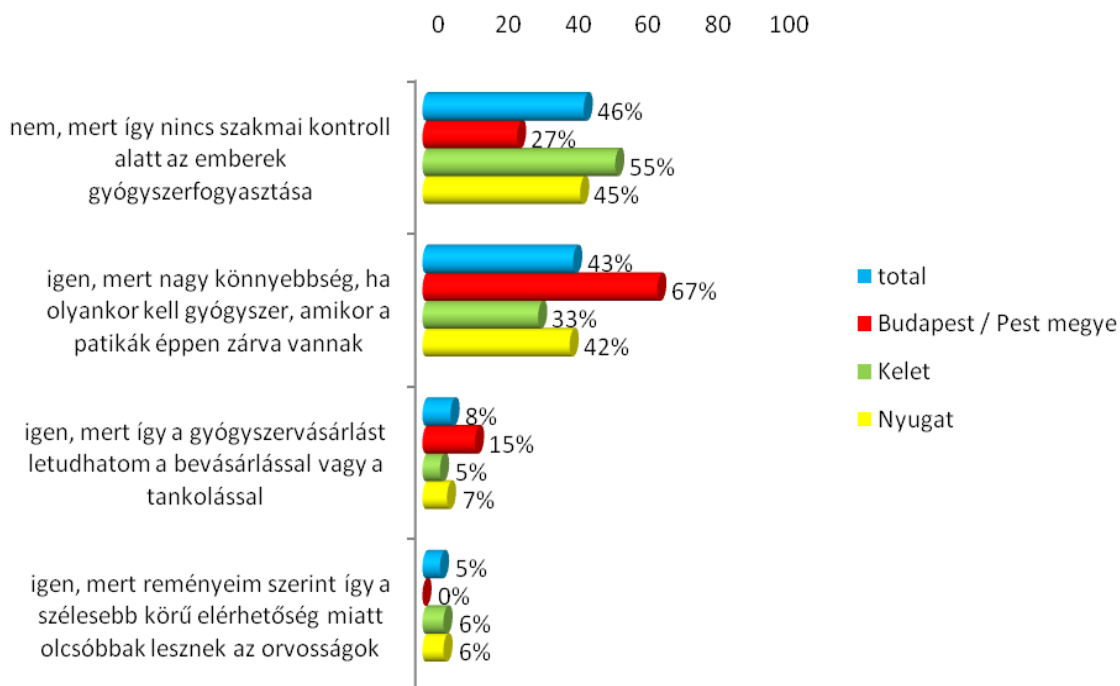


Tendenciák az ellátás biztonságában a készítmények jellege szerint

Nagyobb valószínűséggel jut hozzá a számára rendelt gyógyszerhez az a beteg, akinek drágább készítményt rendelt orvosa. Ez is azt igazolja, hogy gond van a patikai árrés rendszerével, különben miért készletezne egy gyógyszertár inkább a drágább gyógyszerekből. A mai napig nincs olyan ösztönző rendszer, amely úgy juttatja a patikákat biztos árbevételhez, hogy közben megkíméli a lakosság pénztárcáját is. Amennyiben az orvos jogkövető és a kedvezőbb árú gyógyszert rendelni betegének, az egyre nagyobb valószínűséggel képtelen lesz azokat a gyógyszereket kiváltani (Gergely 2007).

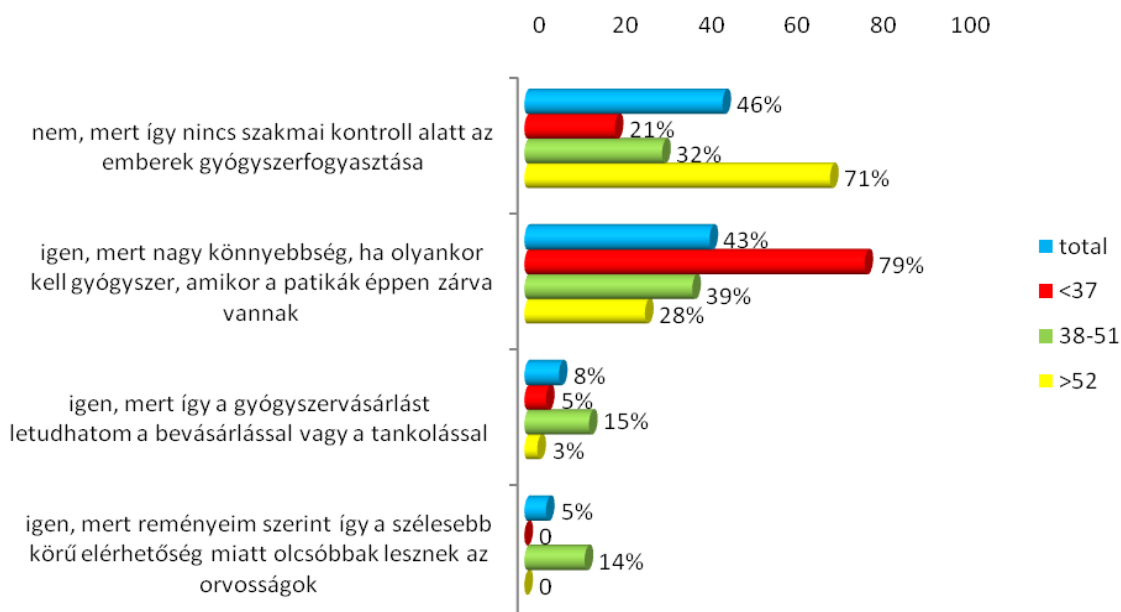
27/a. melléklet:

Vélekedés a patikán kívüli gyógyszerforgalmazásról korcsoportok szerinti bontásban (2010)



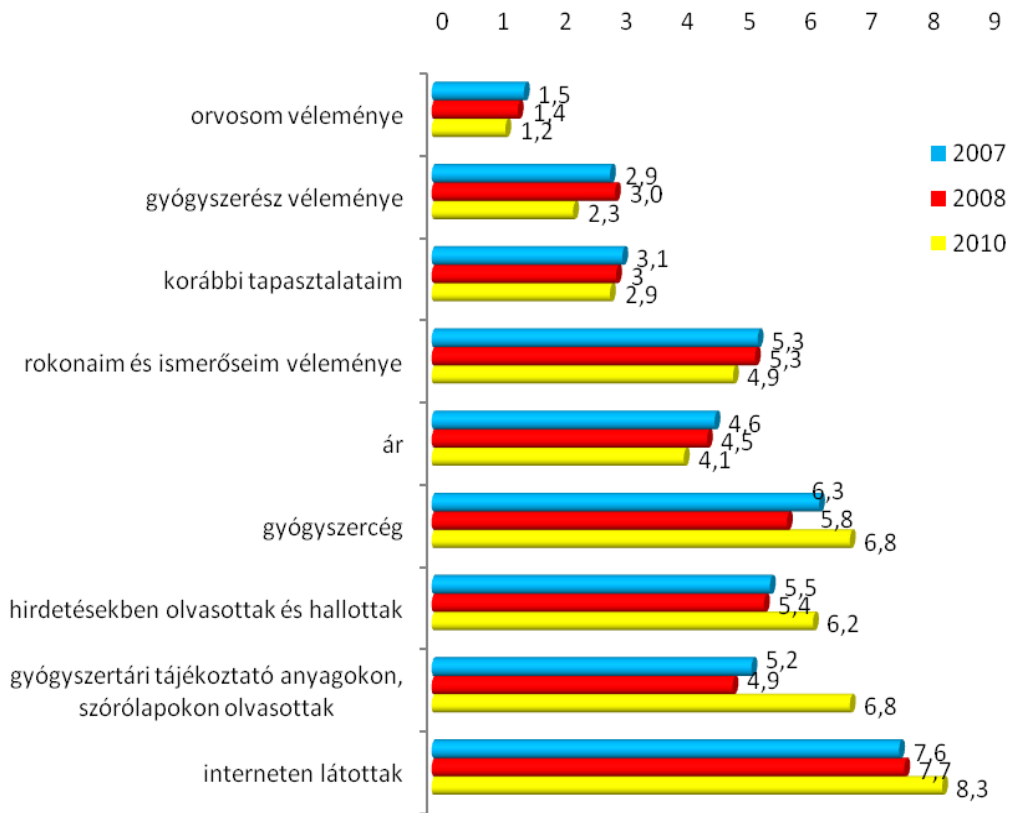
27/b. melléklet:

Vélekedés a patikán kívüli gyógyszerforgalmazásról regionális bontásban (2010)

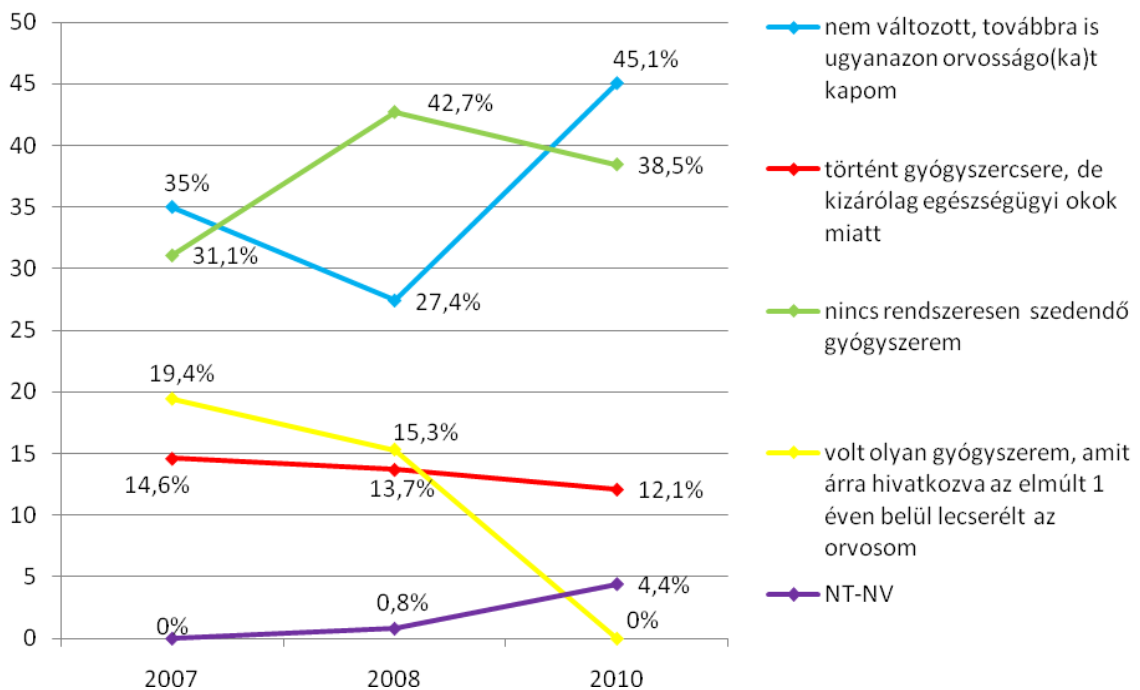




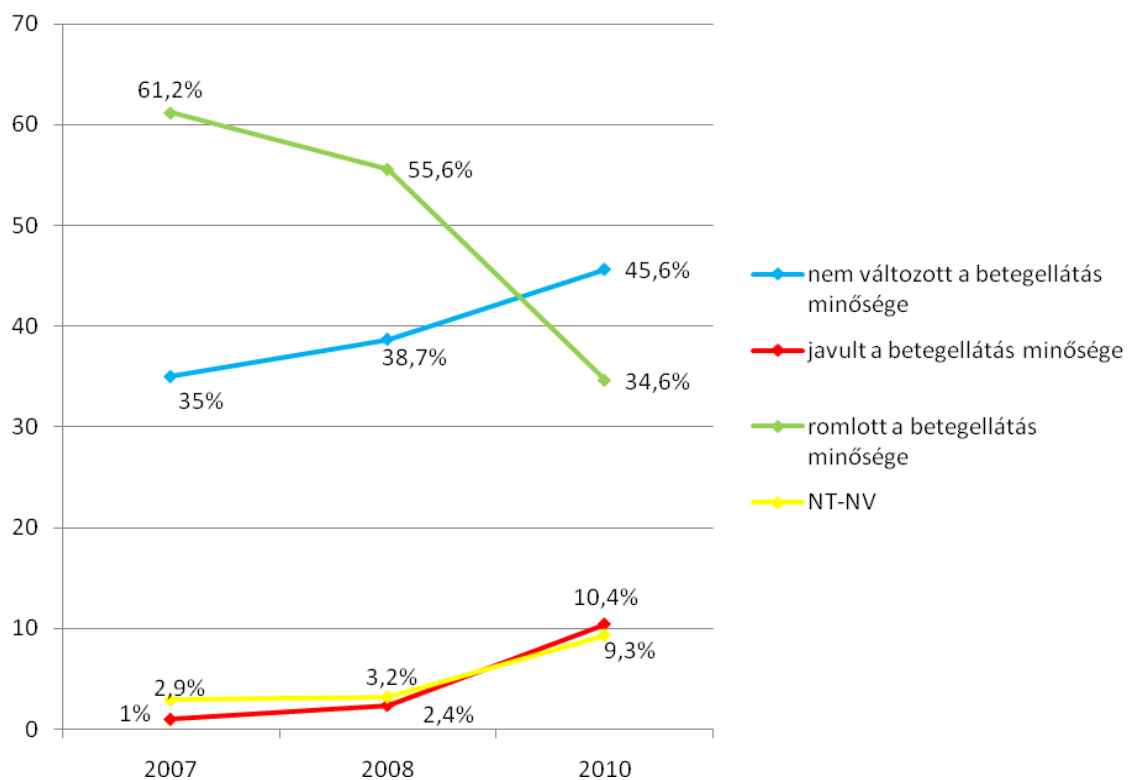
28. melléklet: Információgyűjtés gyógyszerekről (az ábrán szereplő értékek rangsorolási átlagok)



29. melléklet: Vényköteles gyógyszerek körének átalakulása



30. melléklet: A betegellátás minőségének alakulása a megkérdezettek szerint



## X. ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: Az egészségügyi rendszer felépítése.....	4
2. ábra: Egészségügyi értéklánc.....	7
3. ábra: Marketingmix a szolgáltatóknál.....	11
4. ábra: Az adherence és a hozzá kapcsolódó fogalmak.....	13
5. ábra: A hazai össz-gyógyszerpiac forgalmának alakulása 2000 és 2010 között.....	15
6. ábra: A döntési központ tagjai.....	21
7/a. ábra: Hagyományos vásárlói döntéshozatal.....	23
7/b. ábra: Összetett döntéshozatal vényköteles, nem helyettesíthető gyógyszereknél.....	23
7/c. ábra: Összetett döntéshozatal vényköteles, helyettesíthető gyógyszereknél.....	23
8. ábra: Egy gyógyszer tulajdonságainak percepcióját befolyásoló tényezők.....	26
9. ábra: A fogyasztók evolúciója.....	30
10. ábra: A Health Belief Model legfontosabb elemei.....	39
11. ábra: Szemiometriai modell.....	40
12. ábra: A motivációs folyamat egyszerű modellje.....	42
13. ábra: Az OEP gyógyszer-támogatási filozófiája.....	54
14. ábra: Elmozdulás az eredményesség-alapú támogatási rendszer irányába.....	55
15. ábra: Menopauzális hormonterápiás szerek forgalmának alakulása.....	71
16. ábra: Lokális és szisztémás hüvelyi gombaellenes szerek forgalmának alakulása.....	72
17. ábra: A fogamzásgátló tabletták forgalmának alakulása.....	73
18. ábra: Szakmai információforrások fontossági sorrendje.....	91
19. ábra: Vény nélkül kapható készítmények ajánlása.....	93
20. ábra: A reformok hatása a gyógyszerválasztásra a nőgyógyászok szerint.....	94
21. ábra: A felírt termékek körének átalakulása.....	95
22. ábra: Páciensek átállítása másik gyógyszerre.....	96
23. ábra: Gyógyszerkiadási gyakorlat változása az egészségügyi reformok hatására.....	101
24. ábra: Vélekedés a felírási megszorításokról.....	102
25. ábra: A magyar nők orvoshoz fordulási szokásai (2010).....	103
26. ábra: A házipatikák mérete (2010).....	104
27. ábra: A patikán kívüli gyógyszervásárlások arányának alakulása.....	105
28. ábra: Vélekedés az azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerekről.....	107

29. ábra: Nézőpontok alakulása az azonos hatóanyag-tartalmú, különböző árú gyógyszerekről a reformok után .....	108
30. ábra: Hajlandóság a megszokott, jól bevált gyógyszer lecserélésére korcsoportonkénti bontásban (2010).....	109
31. ábra: Hajlandóság változása a megszokott, jól bevált gyógyszer lecserélésére rövid és hosszú távon.....	109
32. ábra: A gyógyszertárak által felajánlott gyógyszer-cserék gyakoriságának alakulása.....	110
33. ábra: A patikai gyógyszer-csere elfogadási hajlandóságának alakulása.....	111

## XI. TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat: A vásárlási magatartás négy típusa.....	36
2. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos motívumok osztályozása.....	42
3. táblázat: A fogyasztókat 8 alapvető motiváció készíti vásárlásra.....	43
4. táblázat: A gyógyszerárak számának alakulása (1990-2008).....	56
5. táblázat: Nagykereskedelmi árrésrendszer.....	57
6. táblázat: Ötsávós patikai árrésrendszer.....	57
7. táblázat. Költségkontroll technikák az EU országokban.....	65
8. táblázat: A megkérdezettek száma.....	76
9. táblázat: A szülésznőgyógyászok életkor szerinti összetétele.....	76
10. táblázat: A szülésznőgyógyászok régiók szerinti összetétele.....	77
11. táblázat: A szülésznőgyógyászok nem szerinti megoszlása.....	77
12. táblázat: A szülésznőgyógyászok praxisának intézménye.....	77
13. táblázat: A patikusok életkor szerinti összetétele.....	77
14. táblázat: A patikusok régiók szerinti összetétele.....	77
15. táblázat: A patikusok nem szerinti megoszlása.....	77
16. táblázat: A laikus nők életkor szerinti összetétele.....	78
17. táblázat: A laikus nők régiók szerinti összetétele.....	78
18. táblázat: A laikus nők iskolai végzettsége.....	78
19. táblázat: A laikus nők egy főre jutó havi jövedelme.....	78
20. táblázat: Szakmai információforrások fontossági sorrendje.....	91
21. táblázat: Gyógyszerválasztási szempontok.....	92
22. táblázat: Az ár miatti gyógyszerátállítások arányának alakulása.....	116
23. táblázat: Az elfogadott és elvetett hipotézisek összefoglalása.....	119

## **XII. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS**

Köszönettel tartozom dr. Gyöngyösy Zoltán témavezetőmnek az éveken át tartó, folyamatos támogató együttműködéséért és odaadó figyelméért.

Hálás vagyok Szabóné dr. Pataky Eszter Tanárnőnek önzetlen szakmai segítségéért és építő kritikáiért.

Köszönöm munkahelyemnek a lehetőséget, főnökömnek és munkatársaimnak pedig az állandó biztatást és tapasztalataik illetve kapcsolataik megosztását. Itt szeretném megemlíteni kvalitatív és kvantitatív kutatásom alanyait is, akik nélkül primer kutatásom nem jött volna létre.

Mérhetetlen hálám családomnak a sok éven át tartó türelméért, támogató együttműködéséért és barátnőmnek kitartó önzetlenségéért. És nem utolsó sorban köszönöm Árendás Györgynek, a Doktori Iskola titkárának kifogyhatatlan segítőkészségét és kedvességét.

**JOGI NYILATKOZAT**  
**NYILATKOZAT**

Alulírott **DR. GÁL-KNIPPEL BARBARA** jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy  
**A MAGYARORSZÁGI GYÓGYSZERPIAC ÁTALAKULÁSA**  
**2007 ÉS 2010 KÖZÖTT**  
**A NŐGYÓGYÁSZATI KÉSZÍTMÉNYEK TÜKRÉBEN** című  
**PhD értekezésem**

önálló munkám, az értekezés készítése során betartottam *a szerzői jogról szóló 1999. évi LXXVI. tv.* szabályait, valamint a Széchenyi István Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola által előírt, a doktori értekezés készítésére vonatkozó szabályokat, különösen a hivatkozások és idézések tekintetében.<sup>1</sup>

Kijelentem továbbá, hogy az értekezés készítése során az önálló kutatómunka kitétel tekintetében a programvezetőt illetve a témavezetőt nem tévesztettem meg.

Jelen nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben bizonyítható, hogy az értekezést nem magam készítettem, vagy az értekezéssel kapcsolatban szerzői jogsértés ténye merül fel, a Nyugat-magyarországi Egyetem megtagadja az értekezés befogadását.

Az értekezés befogadásának megtagadása nem érinti a szerzői jogsértés miatti egyéb (polgári jogi, szabálysértési jogi, büntetőjogi) jogkövetkezményeket.

Sopron, 2011. november 2.

.....  
doktorjelölt

---

<sup>1</sup>**1999. ÉVI LXXVI. TV. 34. § (1)** A MŰ RÉSZLETÉT – AZ ÁTVEVŐ MŰ JELLEGE ÉS CÉLJA ÁLTAL INDOKOLT TERJEDELEMBEN ÉS AZ EREDETIHEZ HÍVEN – A FORRÁS, VALAMINT AZ OTT MEGJELÖLT SZERZŐ MEGNEVEZÉSÉVEL BÁRKI IDÉZHETI.

36. § (1) nyilvánosan tartott előadások és más hasonló művek részletei, valamint politikai beszédek tájékoztatás céljára – a cél által indokolt terjedelemben – szabadon felhasználhatók. Ilyen felhasználás esetén a forrást – a szerző nevével együtt – fel kell tüntetni, hacsak ez lehetetlennek nem bizonyul.