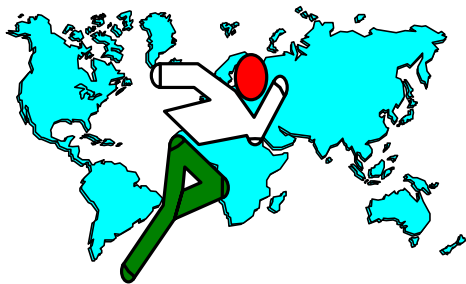


1.1.1. 1.1.1.



## VERSENYBEN A VILÁGGAL

A magyar gazdaság nemzetközi versenyképességének  
mikrogazdasági tényezői - Kutatási program

BUDAPESTI KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI EGYETEM

Vállalatgazdaságtan tanszék

1053 Budapest, Veres Pálné u. 36.

Tel./Fax: 118-3037

---

**ANTALÓCZY KATALIN**

# A MAGYAR GYÓGYSZERIPAR VERSENYKÉPESSÉGE - ADATOK, HIPOTÉZISEK, TÖPRENGÉSEK

*- muhelytanulmány -*

**A tanulmány sorozat**

**17.**

**kötete**

---

BUDAPESTI KÖZGAZDASÁGTUDOMÁNYI EGYETEM

Vállalatgazdaságtan tanszék

1053 Budapest, Veres Pálné u. 36., Tel./Fax: 118-3037

Ez a műhelytanulmány a

**„Versenyben a világgal”**

A magyar gazdaság nemzetközi versenyképességének mikrogazdasági tényezói -

**kutatási program**

igazgató: **Chikán Attila**

**Versenyképesség az iparágak szintjén**

c. projekt

vezetője: **Czakó Erzsébet**

**Versenyképesség iparági esettanulmányok tükrében**

c. alprojekt

vezetője: Czakó Erzsébet

keretében készült.

A „Versenyben a világgal” - A magyar gazdaság versenyképességének mikrogazdasági tényezói c. kutatási program **MUHELYTANULMÁNY** sorozata.

Sorozatszerkesztő: Chikán Attila, programigazgató

Technikai szerkesztő: Koblász Mária

Készült 110 példányban. Budapest, 1997. március 14.

## Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	4
2. A szektor körülhatárolása: termékek, piacok, szereplők, verseny .....	5
3. Nemzetközi tendenciák a gyógyszeriparban .....	8
4. A gyógyszeripar hazai története.....	15
4.1. A családi kisvállalkozásoktól a koncentrált nagyiparig.....	15
4.2. Kiszakadás a nemzetközi folyamatokból.....	18
4.3. Privatizáció és reintegrálódás .....	20
5. A szektor a statisztikák (homályos) tükrében.....	25
6. A gyógyszeripar hazai struktúrája .....	35
7. Kísérlet a szektor versenyhelyzetének elemzésére.....	39
8. Rövid összegzés és kitekintés .....	46
9. Felhasznált irodalom .....	49

## Táblázatok jegyzéke

1. sz. táblázat: A bevezetett új hatóanyagok száma 1940 és 1969 között az Egyesült Államokban és Németországban .....	9
2. sz. táblázat: A világ legnagyobb 10 gyógyszervállalata az értékesítés alapján 1970-ben.....	10
3. sz. táblázat: A gyógyszeripar becsült K+F ráfordításai 1953 és 1973 között (Szocialista országok nélkül, millió USD)....	11
4. számú táblázat: A tíz legnagyobb fúzió és felvásárlás a gyógyszeriparban 1988 és 1995 között.....	13
5. sz. táblázat: A legnagyobb gyógyszergyárak 1995-ben (Az 1995-ös fúziók után, az 1994-es árbevétel alapján) .....	14
6. számú táblázat: A legnagyobb magyar gyógyszergyárak tulajdonosi szerkezete 1996 végén.....	23
7. számú táblázat: A gyógyszeripar árbevételének, nyereségének, jövedelmezőségének alakulása 1986 és 1991 között.....	27
8. sz. táblázat: A gyógyszeripari termelés folyóáras adatai és fix bázisú volumenindexei 1993 és 1995 között.....	28
9. sz. táblázat: A gyógyszeripar értékesítésének folyóáras adatai és fix bázisú volumenindexei.....	28
10. sz. táblázat: A nettó árbevétel alakulása a hat legnagyobb gyógyszeripari vállalatnál 1992 és 1995 között .....	32
11. sz. táblázat: Az adózás előtti eredmény és a jövedelmezőség* alakulása a hat legnagyobb gyógyszeripari vállalatnál 1993 és 1995 között .....	32
12. számú táblázat: A K+F-ráfordítások árbevételarányos alakulása 1993 és 1995 között a hat legnagyobb gyógyszergyárnál (Százalékban) .....	33
13. sz. táblázat: Az export aránya a nettó árbevételben a hat legnagyobb gyógyszergyárban 1992 és 1995 között (Százalékban).....	34
14. sz. táblázat: A 20 legnagyobb gyógyszergyártó rangsora a magyar piacon 1996. szeptember végén .....	35
15. sz. táblázat: A magyar gyógyszerfogyasztás nemzetközi összehasonlításban .....	39
16. sz. táblázat: A gyógyszerforgalom megoszlása hatástani területenként.....	40
17. számú táblázat: A hazai gyógyszergyárak adókedvezménye.....	45

## Bevezetés

Az alábbi tanulmány a "Versenyben a világgal" címu, a magyar gazdaság versenyképességét vizsgáló nagyszabású kutatási program "Versenyképesség az iparágak szintjén" projektjéhez készült. A hazai gyógyszeripar fejlődési útját, helyzetét, lehetőségeit kísérel meg elemezni, a nemzetközi tendenciákat is figyelembe véve. Szerkezete nagyjából követi a projekt vezetője által kidolgozott, s minden ágazati tanulmány készítőjének átadott vázlatot. Tanulmányunkban ott és annyiban térünk el az előzetes programpontoktól, ahol és amennyiben az ágazat sajátosságai, saját logikánk, illetve az elmélet és a gyakorlat különbözősége megkívánták. (Sajnos az ismétléseket így sem tudtuk teljesen elkerülni.)

Az írás pillanatfelvételeket nyújt a magyar gazdaság nagy hagyományokkal bíró és sikerágazatnak tartott szektoráról, amely - természetesen jelentős átalakulásokkal - átvészelte az elmúlt 90-100 év változásait, s napjainkban kapcsolódik be ismét a nemzetközi munkamegosztásba.

A pillanatfelvételek homályosak: mozgásban van a háttér (fúziók, felvásárlások, stratégiai szövetségek a nemzetközi gyógyszeriparban) és mozognak az előtérben a főalakok is (szervezeti átalakulások, privatizáció, profiltisztítás, új szereplők, versenytársak megjelenése, stb. a magyar ágazatban). Ráadásul különböző nézőpontokból erősen eltérő kép rajzolódik ki a szakmakultúra szereplőiről: a tőzsde például rendkívül sikeresnek mutatja az ott részvényeikkel jelenlévő vállalatokat, hasonló kép adódik a legnagyobb cégek éves jelentéseiből is, a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján azonban egy leszakadó, teret vesztő ágazat körvonalai bontakoznak ki.

Tanulmányunk sem ígérheti azt, hogy feltárja a teljes igazságot. Az ágazat sajátosságainak bemutatása, s a nemzetközi folyamatok vázolása után a hazai gyógyszeripar történeti fejlődését, sajátosságait, jellemzői követjük nyomon részben statisztikai adatok, és írásos dokumentumok, részben a szakmában dolgozó szakértőkkel folytatott beszélgetések alapján. Kísérletet teszünk a szektor versenyképességének elemzésére a Porter-i gyémánt modell segítségével, végül röviden felvázoljuk az ágazat elkövetkező 5-8 évben várható fejlődési tendenciáit. Az írást elsősorban vitaindítónak, gondolatébresztőnek szánjuk és tartjuk, amelynek alapján tovább folytathatók az ágazattal kapcsolatos kutatások.

A tanulmány elkészítéséhez nyújtott segítségükért, szakmai tanácsaikért a szerző köszönettel tartozik *Bogsch Eriknek*, a Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt vezérigazgatójának, *György Miklósnak*, a Chinoin Rt vezérigazgatójának, *Heimann Zoltánnak*, a Béres Rt vezérigazgatójának, *Orbán Istvánnak* az Egis Rt vezérigazgatójának, valamint *Búzás Lászlónak* és *Molnár Károlynénak* a Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége két vezetőjének. A tévedésekért, hibákért természetesen egyedül a szerzőt terheli a felelősség.

## 1. A szektor körülhatárolása: termékek, piacok, szereplők, verseny

Eredetét tekintve a gyógyszeripar a vegyipar része, egyik ágazata volt. Statisztikai számbavétel szempontjából ma is a vegyiparban szerepel, napjainkra azonban a modern gyógyszeripar fényévnvi távolságra került "szülőatyjától". Jellemzője, hogy viszonylag kevés alapanyagból, nagy szellemi tőkét, innovációt és szaktudást igénylő munkával előállítható termékeket gyárt és értékesít.

Kialakulása a XIX. század második felére tehető. Látványos fejlődése az első világháború befejezése után, a huszas években kezdődött, amikor jelentős előrehaladás történt a kémiai kutatásokban, valamint az adagolási, és alkalmazási formák fejlesztése terén. Hatalmas lökést adott a további fejlődésnek az az innovációs forradalom, amely a penicillin felfedezésével, majd antibiotikus hatásának kimutatásával kezdődött és az első, nagy kereskedelmi potenciállal rendelkező felszintetikus antibiotikum piaci bevezetésével végződött.

A gyógyszeripar mára világviszonylatban a leghatékonyabb, legeredményesebb feldolgozóipari ágazatok közé került. Tevékenységére jellemző a hihetetlenül nagy befektetési igény, a lassú megtérülés és a magas nyereség. 1994-ben a Fortune üzleti magazin listája szerint a világ 500 legnagyobb vállalata között tíz foglalkozott gyógyszergyártással, a Business Week 1996-os Global 1000 listájának első 75 helyén 8 gyógyszeripari nagyvállalatot találhattunk. A cégek mind a lekötött tőkéhez, mind az árbevételhez viszonyított jövedelmezőségüket tekintve első helyre kerültek az iparágak közötti versenyben.

A gyógyszeripar eredményessége mellett az egyik legperspektivikusabb ágazat is, hiszen egyfelől a második világháború utáni "baby boom" nemzedéke az ezredforduló után kerül abba a korba, amikor egyre több - általában az idősebb emberekre jellemző betegségeket gyógyító - gyógyszerre lesz szüksége. Másfelől, a ma ismert mintegy 30.000 féle betegségnek mindössze az egyharmada gyógyítható, illetve kezelhető gyógyszeresen.

Elvileg a gyógyszerpiac klasszikus versenypiacként működhetne. Sok az eladó, sok a vevő, sok a termék. A keresletet az emberek (növekvő) egészségügyi szükségletei határozzák meg. A gyógyszer előállításához szükséges nyersanyagok korlátlanul rendelkezésre állnak, a kínálatot hozzá lehet igazítani a kereslethez. Az árak tehát azt az értéket tükrözik, amelyet a vevő egészségéért hajlandó megfizetni.

A gyógyszeripar által előállított termékek túlnyomó része speciális árucikk. A modern társadalmakban általánosan elismert norma, hogy az ember elidegeníthetetlen joga az egészség javítása. Ennek része az az elvárás, hogy méltányos áron biztonságos, egyre hatékonyabb, illetve egyre több betegséget gyógyító gyógyszerekhez juthassanak.

Az elvárásnak különböző következményei vannak, amelyek a gyakorlatban jelentősen módosítják a gyógyszerpiac szerkezetét:

1. A gyógyszer előállítója és fogyasztója között egy közbülső szakember, az orvos helyezkedik el. A fogyasztó (páciens) igényeit az orvos határozza meg úgy, hogy ő maga nem érdekelt a vásárlás költségeinek csökkentésében.<sup>1</sup>
2. A méltányos, tömegek által megfizethető egészségügyi szolgáltatások, betegségbiztosítás, gyógyszerek érdekében a fejlett országokban létrehozták az állam által támogatott és finanszírozott egészségbiztosítási rendszereket. Ezeknek szerves része a gyógyszerár-támogatási rendszer. A gyógyszerárakat az állam és a gyártók közötti tárgyalásokon határozzák meg, majd az állam valamilyen szisztéma (fix, és/vagy százalékos kulcs) szerint a gyógyszerárak egy részét kifizeti. Az árak tehát ellenőrzöttek és szabályozottak, s az orvoson kívül a betegek sincsenek igazán érdekeltté téve a gyógyszerköltségek csökkentésében.
3. A biztonságos és hatékony gyógyszerek előállítása és piacra történő bevezetése érdekében a gyógyszergyártásban egységes normák szerinti nemzetközi adminisztratív ellenőrzés érvényesül, és rendkívül szigorúak a nemzeti engedélyezési rendszerek is. Hosszúak és költségesek a törzskönyvezési eljárások, hatalmasak a K+F ráfordítások.

A hatalmas kutatási költségek miatt a gyógyszeriparban erőteljes a koncentráció, de koncentrátsága ma még messze elmarad pl. a gépkocsi-, vagy a repülőgépgyártás oligopólium szintjétől. A legnagyobb gyógyszergyártó, a Glaxo Wellcome is csak kb. 5 százalékkal részesedik a világ gyógyszerforgalmából. Az ágazatban oligopóliumok csak az egyes terápiás kategóriák, illetve szubkategóriák szintjén alakultak ki.

Ugyancsak a hatalmas K+F és innovációs követelmények valamint ezek megtérülésének szükségessége miatt az új vegyületek feltalálói ideiglenesen monopolhelyzetet élveznek a szabadalmi jogokon keresztül. A szabadalmi védettség szempontjából a (vényköteles) gyógyszerek négy alapvető csoportba sorolhatók:

- *Originális* a teljesen új, addig nem ismert hatású gyógyszer (új molekula, új biológiai hatás), amely egy adott vállalat kutatásai alapján jött létre és ott is fejlesztették termékké. A vegyületet termékszabadalmas országokban szabadalmi oltalom illeti meg.
- *Reprodukciós* gyógyszer az egyes országok eltérő szabadalmi rendszerei miatt keletkezhet(ett). A századforduló óta a világban két irányban fejlődtek a szabadalmi jogok. Az Egyesült Államokban általánossá vált az abszolút termékohtalom, amely a feltalálónak kizárólagos jogot garantál az adott termék bármely

---

<sup>1</sup> Ez az összefüggés természetesen csak a vényre kapható gyógyszerek esetében érvényes. Az összes forgalomban lévő gyógyszernek mintegy 80 százaléka tartozik a kizárólag az orvos által felírható kategóriába.

eljárással való gyártására, használatára, forgalmazására. A világ többi részén bizonyos iparágakat kiemelték a termékoltalomból. Ezek közé tartozott a gyógyszeripar is abból a megfontolásból, hogy a népegészségügy rendkívül fontos kérdés, s így a gyógyszerek az emberiség közös kincsét kell, hogy képezzék. A köz érdeke azt diktálja, hogy a feltalálót kevésbé szigorúan védjék: az oltalmazható találmányok sorából zárják ki magát a terméket és csak az előállítására szolgáló eljárás legyen szabadalmaztatható. Miután a gyógyszerek szabadalmaztatása nyilvános, közzéteszik az eljárást és a vegyület szerkezetét is, így tapasztalt vegyészek új eljárással (reprodukciós kutatással) képesek előállítani ugyanazt a molekulát (reprodukciós gyógyszer). Ekkor természetesen az új, ún. kerülő eljárást szabadalmaztatták ott, ahol ez lehetséges volt.

- *Licenc* termék esetén a gyógyszer szabadalmi oltalom alatt áll, a tulajdonos azonban megfelelő díj ellenében használati engedélyt ad a termék gyártására és forgalmazására.
- *Generikus* az a biológiai hatásosság szempontjából elsőrangú gyógyszer, amelynek szabadalma már lejárt, így bárki szabadon gyárthatja és forgalmazhatja. A szabadalmi idő lejártá után minden korábban originális, illetve reprodukciós gyógyszer generikussá válik. (Később pedig a generikusok egy része vény nélkül kapható, ún. OTC termék lesz.)

A gyógyszeripar termékei a gyártás különböző fázisaiban értékesíthetők. Az igazán nyereséges a kész gyógyszer eladása, a hatóanyag-értékesítés kevésbé gazdaságos - ám megtakarítható vele a gyógyszer törzskönyveztetésének tetemes költsége.

*Összességében* tehát a gyógyszeripar a világgazdaság egyik legjövödelmezőbb, legperspektivikusabb ágazata, amelyben rendkívül magasak a kutatás-fejlesztési ráfordítások. Erős a koncentráció, jelentősek a belépési korlátok, de oligopóliumok csak egyes terápiás szinteken léteznek. Monopoljogok ideiglenesen érvényesek a szabadalmi védelmen keresztül, a tetemes kutatási költségek megtérülése érdekében. Erős az állami árszabályozás és árbefolyásolás; a társadalombiztosítási rendszerek a piaci áraktól eltérítik a páciens által fizetett árakat. Az eladó és a vevő között egy speciális képzettségű közvetítő, az orvos tevékenykedik.

Napjainkban a gyógyszeripart rohamos nemzetköziesedés, felvásárlások, fúziók, stratégiai szövetségek jellemzik. Az ágazat mai - multinacionális vállalatok által meghatározott - struktúrája sok évtizedes fejlődés, több tényező kölcsönhatásának (kémiai, biológiai kutatások, technológiai fejlődés, egészségügyi, biztonsági követelmények növekedése, szervezeti átalakulás) eredménye.

## 2. Nemzetközi tendenciák a gyógyszeriparban<sup>2</sup>

*(A kezdetektől a fejlett gyógyszeriparig)* A világ jelenlegi meghatározó gyógyszergyárainak többsége XIX. századi vegyészeti és gyógyszerészeti üzemekre vezetheti vissza eredetét. A muszaki fejlődéssel párhuzamosan az élenjáró cégek megkezdték a nemzetközi terjeszkedést is leányvállalatok létesítésével, kisebb cégek megvásárlásával. Adataink vannak arról - bár az erre az időre vonatkozó statisztikák csak nagyon hiányosan álltak rendelkezésünkre -, hogy Angliában már 1919-ben beruházott a svájci Ciba, 1921-ben pedig az ugyancsak svájci Sandoz. A huszas évektől megjelentek a brit piacon az amerikaiak is: Wyeth (1926), Sharp and Dohme (1927), William R. Warner (1932), Eli Lilly (1934). A második világháború küszöbén - a nagy hagyományokkal rendelkező svájci és a gyorsan fejlődő amerikai vállalatok előtt - az iparágat Németország (mint legerősebb kémiai, vegyipari potenciállal rendelkező állam) uralta. 1938-ban a becslések szerint német vállalatok kezében volt a világ gyógyszerkereskedelmének 40, a nemzetközi gyógyszer szabadalmak 52 százaléka.

A második világháború során döntő változások történtek a világ gyógyszeriparában.

A háború elpusztította a német termelő kapacitások szinte egészét, majd kettévágta az országot, s az utódállamok képtelenek voltak ellátni Németország korábbi exportpiacait. Így a háború elősegítette és ki is kényszerítette a korábban második, harmadik vonalba tartozó amerikai, svájci, angol gyógyszeripar fejlődését.

Ennél is sokkal nagyobb hatással volt az iparág szerkezetére az az innovációs forradalom, amely a penicillin felfedezésével, majd antibiotikus hatásának kimutatásával kezdődött, és az első, nagy kereskedelmi potenciállal rendelkező félszintetikus antibiotikum piaci bevezetésével végződött. A fejlődést jól szemlélteti az újonnan bevezetett hatóanyagok számának alakulása, amely az ötvenes évek második felében érte el csúcspontját.

---

<sup>2</sup> Az alábbi fejezet megírásához a következő tanulmányokat, cikkeket használtam fel: Gyógyszeripari trendek (OMIKK, 1989); A műszaki és technológiai fejlődés prognózisa a következő 10-15 évre: gyógyszeripar (OMIKK 1992); Antalóczy Katalin: Privatizáció a gyógyszeriparban (In: Átalakulóban. Pénzügykutató Rt, 1992.); Antalóczy Katalin: Megáll a vegyész. Magyar-amerikai gyógyszerivita. (HVG 1993. május 29.); Meixner Zoltán-Merényi Miklós: Laborgyakorlat. (Figyelő 1995. november 16.); Ki nyeli le az édes pirulát? Fúzióláz a gyógyszeriparban (Figyelő 1995. október 26.); The Globetrotters take over. The Business Week Global 1000. (Business Week July 8, 1996.)



1. sz. táblázat: A bevezetett új hatóanyagok száma 1940 és 1969 között az Egyesült Államokban és Németországban

Időszak	Termékek száma	
	Egyesült Államok	Németország
1940-44	67	16
1945-49	125	47
1950-54	205	103
1955-1959	248	114
1960-64	152	107
1965-69	84	68

Forrás: Gyógyszeripari trendek (OMIKK 1989)

A robbanásszerű fejlődést a második világháborút követő mintegy másfél évtizedben több tényező tette lehetővé.

Egyfelől a *szabadalmi védelem sokkal kisebb volt* mint napjainkban: a gyógyszereket az Egyesült Államok kivételével nem védte termékszabadalom, tehát teljesen törvényesen lehetett új eljárással gyártani és forgalmazni egy máshol szabadalmaztatott gyógyszert.

Másfelől az *új gyógyszereket gyorsan lehetett bevezetni* (mindössze 2-3 év kellett hozzá), és a legtöbb ország piacán jelentősebb hatósági akadályoztatás nélkül forgalmazhatók is voltak. Ezekben az években épültek ki a jóléti államok, a társadalombiztosítási rendszerek növekvő mértékben finanszírozták a gyógyszerfogyasztást, a piac gyorsan növekedett.

A gyógyszeripari vállalatok között éles verseny indult az új termékekért, technológiáért, szabadalmakért, piacokért. Erőteljesen megnőtt a marketing szerepe, s a korábbiaktól gyökeresen eltérő promóciós módszerek kezdtek meghonosodni.

A negyvenes, ötvenes évek fejleményeinek hatása az iparágra és piaci szerkezetére a hatvanas évek során vált nyilvánvalóvá:

- piacvezető vényköteles gyógyszerekké az erős marketinggel támogatott originális termékek váltak;
- a gyógyszeripari vállalatok világrangsorát az általuk a negyvenes, ötvenes években felfedezett, szabadalommal védett, nemzetközileg elsőként forgalmazott új gyógyszerek kereskedelmi sikeressége határozta meg;
- az a néhány európai vállalat, amelynek volt originális készítménye, de nem rendelkezett marketinghálózattal az USA-ban, nem tudott a világ első 10 gyógyszerivállalata közé kerülni.

2. sz. táblázat: A világ legnagyobb 10 gyógyszerállalata az értékesítés alapján 1970-ben

Vállalat neve	Forgalom (m USD)
Roche	840
Merck	670
Hoechst	497
Ciba-Geigi	492
American Home Product	479
Lilly	421
Pfizer	416
Warner-Lambert	408
Sandoz	346
Upjohn	342

Forrás: Gyógyszeripari trendek (OMIKK 1989)

(Az iparág multinacionalizálódása) A negyvenes-ötvenes évek fejleményei - mint láttuk - meghatározták az iparág fejlődését, szerkezetét a hatvanas évtized végéig. A hatvanas évek eseményei, új tendenciái viszont már a gyógyszeripar hetvenes-nyolcvanas évekbeli jellemzőit befolyásolták.

A Német Szövetségi Köztársaságban a hatvanas évek elején bekövetkezett ún. Contergan katasztrófa - az NSZK-ban három év alatt többszáz végtaghiányos gyermek született amiatt, hogy az anya terhessége alatt Contergan nevu nyugtatót szedett - többféle, mélyreható következménnyel járt. Egyfelől az ENSZ Egészségügyi Világszervezete elfogadta a "fokozottan ellenőrzött gyógyszergyártás" (Good Manufacturing Practice = GMP) irányelveit. Ez egységes normák szerinti nemzetközi adminisztratív ellenőrzést és technikai, gyártási feltételek előírását jelentette. Azoknak a gyártóknak, akik elfogadták ezeket az irányelveket meg kellett nyitniuk vállalatukat a nemzetközi ellenőrzés előtt. Ez volt a feltétele a piacon maradásnak, akik ugyanis nem csatlakoztak, kiszorultak a piacokról.

A nemzetközi kontroll mellett rendkívüli módon megszigorodtak a nemzeti engedélyezési rendszerek is. Az egészségügyi hatóságok mindinkább igényt tartottak arra, hogy az országuk területén forgalomba hozott termékeket maguk is megvizsgáltsák, s garantálhassák azok hatásosságát, illetve ártalmatlanságát. A törzskönyvezési eljárások így egyre hosszabbak (a korábbi 2-3 év megduplázódott, sőt esetenként megháromszorozódott) és költségesebbek lettek. A K+F kiadások meredeken emelkedni kezdtek, s átrendeződött szerkezetük is: a kémiai kutatások (molekula megtalálása) ráfordításait kezdték meghaladni a biológiai kutatások költségei.

A piacon maradás érdekében egyébként is rohamosan növelni kellett a kutatásra fordított összegeket, hiszen láthattuk, hogy vezető gyógyszergyárrá csak az a cég válhatott (és az tarthatta meg ezt a pozíciót), amely originális termékkel rendelkezett.

3. sz. táblázat: A gyógyszeripar becsült K+F ráfordításai 1953 és 1973 között (Szocialista országok nélkül, millió USD)

Megnevezés	1953	1964	1973
Egyesült Államok	67	278	753
Nyugat-Európa	40	173	1006
Japán	6	27	236
Egyéb	7	22	65
<b>Összesen</b>	117	500	2065

Forrás: Gyógyszeripari trendek (OMIKK 1989)

A K+F költségek meredek emelkedése hatással volt a szabadalmi rendszerekre. A hatvanas évek végétől a nyugat-európai országok is fokozatosan megkezdték az áttérést az eljárászabadalomról a termékoltalmi rendszerre.<sup>3</sup> Az árakban is érvényesíthető monopoljogokkal kellett ugyanis honorálni a feltaláló horribilis ráfordításait.

A hatalmas K+F kiadások megtérülése csak nemzetközi terjeszkedéssel volt elérhető. A nemzeti piacok azonban bezárultak. A vámok, a kiszerezelt termékek importjának tilalma, a jogszabályi akadályok, a törzskönyvezési nehézségek legyőzésére két lehetőség létezett: a licencladás, illetve a saját tevékenység kiépítése zöldmezős beruházás, közös vállalat, vagy kivásárlás útján.

A gyógyszeripar már jóval a hetvenes évek előtt "nemzetközi" iparág volt: kiterjedt exportot realizált, értékesítő - sőt esetenként gyártó - leányvállalatokat létesített. Valódi multinacionális ágazattá azonban csak a hetvenes évtizedtől - és akkor is fokozatosan - kezdett válni.

Úttörők és sokak számára példaként szolgálók a svájci gyógyszergyárak voltak. A kis belső piaccal párosult innovációs képesség kiváló alap és indíték volt a multinacionális fejlődéshez: az export útjában álló akadályokat először értékesítő, később termelő leányvállalatok létesítésével, végül kutatási centrumok kiépítésével győzték le. A svájciakkal szinte egyidőben kezdték meg a nemzetközi terjeszkedést az amerikai gyógyszercégek is. Kis késéssel, a hetvenes évek végétől erre az útra lépett a német, a francia és az angol gyógyszeripar is.

A nyolcvanas évtized végéig az egyes országok gyógyszertermelésének mind nagyobb hányada került külföldi tulajdonba: létrejöttek a soknemzetiségű gyógyszeripari vállalatok, így az iparág nemzeti keretekben való meghatározása is mind nehezebb lett. Az ágazatban hatalmas koncentráció ment végbe, meredeken csökkent a gyógyszeriparban működő cégek száma. (Ez nagyrészt a fent leírt folyamatok - a sikeres K+F nagy méreteket és nemzetközi terjeszkedést igényel - következménye, ugyanakkor az éles verseny miatt eltűntek a kicsi és elavult technológiájú cégek, és csökkent az új vállalkozások bekapcsolódásának lehetősége is a magas K+F ráfordítások, a szabályozási gátak, a védjegyekhez való ragaszkodás folyamánként.)

<sup>3</sup> A fejlett gyógyszeriparral rendelkező országok közül a Német Szövetségi Köztársaság 1968-ban, Svájc és Japán 1975-ben tért át a termékoltalmi rendszerre.

A nyolcvanas évtized az iparág eddigi legsikeresebb időszakát hozta. A világ legnagyobb gyógyszergyárai szinte minden évben az előzőnél 15-20 százalékkal magasabb profitra tettek szert. A multinacionalizálódás lehetővé tette a piacszerzést, a hatékonyabb gyártást. A sikerek további kulcsa a modern társadalom betegségeit (magas vérnyomás, szívbetegségek, gyomorfekély) orvosoló gyógyszerek árának folyamatos emelése volt, amelyet a társadalombiztosítási rendszerek növekvő támogatása kísért. A jóléti államok problémái ugyan már ebben az időszakban is megmutakoztak, de "... az az érzés, hogy jogosultak a legjobb egészségügyi ellátásra minden időben és függetlenül attól, hogy az mennyibe kerül, széleskörűen elterjedt az orvosok és betegek között egyaránt. Feltételezték, hogy az egészség javítása az ember elidegeníthetetlen joga, ennek kétségbevonása, vagy lazítása politikai öngyilkosságnak számított."<sup>4</sup>

*(Fúziók, felvásárlások, stratégiai szövetségek)* A nyolcvanas-kilencvenes évtized fordulójára a jóléti államok nyílt válságba kerültek. A krízis egy régóta érlelődő folyamat eredményeként alakult ki. A második világháború után az egészségügyi kiadások a fejlett országokban gyorsan és állandóan növekedtek. Ennek több oka volt:

- a demográfiai trend;
- a betegségek előfordulási gyakoriságának változása, a fertőző betegségek jelentős részének leküzdése, ugyanakkor a hosszadalmas kezelést igénylő krónikus betegségek arányának növekedése;
- a gyógyászati technológia fejlődése (az újabb eljárások mindig drágábbak);
- a lakosság növekvő elvárásai nyomán kiterjedő egészségbiztosítási rendszerek;
- a beteg és az orvos elszigetelődése a költségektől annak következtében, hogy az egészségügyi kiadások viselését magánszemélyekről intézményekre, kormányokra helyezték át.

Az egészségügyi kiadások növekedése volt az a tényező - a kutatási eredményeken kívül - amely a gyógyszeripar fejlődését elősegítette. A társadalombiztosítási kasszák kimerülése, a szinte minden államban napirendre kerülő biztosítási reformok (amelyek a gyógyszertámogatási rendszereket is megnyirbálták) így érthetően rendkívül érzékenyen érintették a gyógyszergyártó cégeket. A rohamosan tovább növekvő K+F, az ezzel párosuló rosszabb "találati arány" (vagyis az, hogy egy molekuláról bebizonyosodjon hatásossága), a nyolcvanas évek növekedését biztosító gyógyszerek szabadalmának lejárása összességében már olyan mélyreható változásokat jelentett a gyógyszeripar környezetében, amely újabb reagálásokat kényszerített ki az immár multinacionális iparág szereplőiből.

---

<sup>4</sup> Gyógyszeripari trendek (OMIKK 1989) 69. old.

A reagálások sokfélék. A hagyományos költségcsökkentés, az "olcsón termelni" filozófiája (létszámleépítés, profiltisztítás, adminisztratív kiadások lefaragása) szinte minden vállalatnál megjelent. Gyakori a nagykereskedelmi pozíció erősítése (a nagyok közül például a Merck, a SmithKline Beecham, a Pfizer, az Eli Lilly nagykereskedelmi cégeket vásárolt meg).

Világviszonylatban is erőteljes az originális gyógyszereknél jóval olcsóbb generikumok felé fordulás.

Az ún. "generikus hullám" kezdetét 1984-re teszik. Ekkor fogadták el az Egyesült Államokban a Waxmann-Hatch törvényt, amely - az amerikai egészségügyi reform keretében - az új generikumok rövidített piacra kerülését kívánta elősegíteni. Lényege, hogy az 1962-63 előtt szabadalmaztatott termékek (hiszen ezekről már bőven rendelkezésre állnak tapasztalatok) azonnal - csak egy bioekvivalencia vizsgálat elvégzését igazolva - piacra kerülhessenek, s a később bevezetett gyógyszereknél is csak rövidebb, enyhébb vizsgálatokat kelljen elvégezni. A nyolcvanas évek végén hasonló törvényeket fogadtak el Nagy-Britanniában, Németországban, Ausztráliában is.

Végül a legfeltűnőbb reakció a soha nem látott méretű felvásárlási- és fúzióhullám megindulása.

4. számú táblázat: A tíz legnagyobb fúzió és felvásárlás a gyógyszeriparban 1988 és 1995 között

Megnevezés	Év	Érték (Md USD)
<b>1. A Glaxo megveszi a Wellcome-ot</b>	1995	14,3
<b>2. A Bristol Myers megveszi a Squibbet</b>	1989	12,1
<b>3. Az American Home Products megveszi az American Cyanamidot</b>	1994	9,6
<b>4. A Beecham fuzionál a SmithKline Beckman-nal</b>	1989	7,9
<b>5. A Hoechst megveszi a Marion Merrel Dow-t</b>	1995	7,1
<b>6. A Merck megveszi a Medco-t</b>	1993	6,8
<b>7. Az Upjohn fuzionál a Pharmaciával</b>	1995	6,6
<b>8. A Dow megveszi a Marion Labs 65%-át</b>	1989	6,2
<b>9. A Roche megveszi a Syntexet</b>	1994	5,3
<b>10. Az Eastman Kodak megveszi a Sterling Drugot</b>	1988	5,1

Forrás: Ki nyeli le az édes pirulát? (Figyelő 1995. október 26.); The Globetrotters take over (Business Week/ July 8, 1996)

1996 tavaszán pedig létrejött a gyógyszeripar eddigi történetének legnagyobb, 36 milliárd dolláros fúziója: a két svájci óriás konszern, a Ciba-Geigi és a Sandoz egyesülésével megalakult a világ második legnagyobb gyógyszergyára, a Novartis.<sup>5</sup>

<sup>5</sup>Business Week September 9, 1996.

5. sz. táblázat: A legnagyobb gyógyszergyárak 1995-ben (Az 1995-ös fúziók után, az 1994-es árbevétel alapján)

A vállalat neve	Nemzetiség	Árbevétel (Md USD)
1. Glaxo Wellcome	Nagy-Britannia	12,0
2. Merck	USA	9,0
3. Hoechst Marrion Merrel Dow	Németország	8,1
4. American Home Products	USA	7,5
5. Bristol-Myers Squibb	USA	7,2
6. Roche Holding	Svájc	6,0
7. Pfizer	USA	5,9
8. SmithKline Beecham	Nagy-Britannia	5,5
9. Pharmacia & Upjohn	Svédország/USA	5,0
10. Eli Lilly	USA	5,0

Forrás: Ki nyeli le az édes pirulát? (Figyelő 1995. október 26.)

Megjegyzés: A Ciba és a Sandoz fúziójával létrejött Novartis 1996 tavaszától a Glaxo Wellcome után a világ második legnagyobb gyógyszergyára lett.

Érdekes összehasonlítani a tíz legnagyobb vállalatot felsoroló 1970-es és 1995-ös listát. Az amerikai gyógyszergyárak tartják vezető helyüket: akárcsak 15 évvel ezelőtt, 1995-ben is a legnagyobb cégek fele ebből az országból került ki. Az 1995-ös helyezéseket már egyértelműen az egyesülések határozták meg: a tízes listán csak fuzionált cégek vannak. Az 1970-es rangsorhoz képest három vállalatnak sikerült a listára felkerülni (Glaxo Wellcome - mindjárt az első helyre! -, Bristol Myers Squibb, SmithKline Beecham), mindhárom az utóbbi hat év "fúziólázának" terméke. A nagy egyesülésekben az angol vállalatok jártak élen, az újonnan a listára került három vállalatból így kettő angol. Ezzel a szigetország gyógyszeripara is felnőtt a korábbi vezető gyógyszeripari hatalmak mellé. 1970-hez képest 1995-ben egyértelműen a svájci cégek voltak a "vesztesek": a három listáról kikerült cégből kettő svájci. 1996-ban azonban éppen e kettő egyesülésével szerezték vissza vezető helyüket.

A nagy méret és a siker szoros kapcsolatát számos gyógyszeripari szakértő vitatja. Úgy vélik, hogy a nagyság nem garantálja automatikusan az új gyógyszerek felfedezésének és bevezetésének sikerét. Az óriások veszítenek rugalmasságukból és kreativitásukból. A létszámcsökkentés és a költségek lefaragása rövidtávú eredményeket hozhat, hosszútávon viszont csak az innovációs képesség javítása, új termékek piacra juttatása jelenthet sikert. Példaként a Glaxo és a Wellcome egyesülését említik: a fúzió után elbocsátottak 6000 embert, amely teljesen demoralizálta az új cég működését. Ezzel párhuzamosan megkurtították a K+F költségvetést, és csökkentették a kutatók számát. Így a szakértők kételkednek annak a nagyszabású tervnek a megvalósíthatóságában, hogy a Glaxo Wellcome 2000-ig évente 3 új gyógyszerrel fog megjelenni a piacon. Ugyancsak kevés sikert hozott eddig a Hoechst és a Marion Merrell Dow fúziója: még vagy egy évtizedig nincs remény új termék bevezetésére.<sup>6</sup> Randell L. Tobias az Eli Lilly első embere - aki eddig megkímélte cégét a

<sup>6</sup> Looking for the right pill. Business Week March 25, 1996.

fúziótól (de az is lehet, hogy csak savanyú a szőlő) - pedig egyenesen így fogalmaz: "A legtöbb esetben hatalmas tömegű káoszt hoztak létre."<sup>7</sup>

A fúziók nyomán mára feltehetően a gyógyszeripar vált a világgazdaság egyik legnemzetközibb ágazatává. A koncentrátsága is jelentősen nőtt, ugyanakkor a piac továbbra is nyitott maradt: ahogy korábban már szó volt róla, még a legnagyobb gyártó, a Glaxo Wellcome is csak kb. 5 százalékkal részesedik a világ gyógyszerforgalmából.

Ma még nagyon nehéz megítélni a hosszú távú tendenciákat, és eredményeiket. Ami rövid távon jó a befektetőknek (hiszen az egyesüléseket általában ők kényszerítik ki), az nem biztos, hogy hosszú távon jó az ágazat innovációs képességének. Az egyik hazai vezető gyógyszeripari szakember - ha nem is a közeljövőben - például nem tartja kizártnak egy fordított irányú folyamat beindulását sem.

Ma annyi látszik, hogy míg a gyógyszeripar szervezeti átalakulására, illetve a szereplők kapcsolatrendszerére az elmúlt 6-8 évben elsősorban a felvásárlások hatottak, addig a kilencvenes évek közepétől - a világ vezető gyógyszeripari cégei között - csökken a jelentősége az akvizícióknak. Ma már elsősorban csak biotechnikai cégeket vesznek, mert ezek még újak és gyengék. A nagyok már nem képesek felvásárolni egymást, ezért egyre jellemzőbb az összeolvadás, illetve esetenként stratégiai szövetségek kötése (egy-egy molekula piaci bevezetésének lerövidítésére, a nemzetközi terjeszkedés felgyorsítására).

A jövő alapvetően az óriásvállalatok működésének tapasztalataitól függ. Amennyiben az elkövetkező 3-5 évben bebizonyosodik, hogy a konglomerátumok irányíthatóak, innovatívok, képesek helytállni az éles versenyben, akkor az egyesülések folytatódhatnak. Ha azonban az eddigi fúziók nem váltják be a hozzájuk fűzött reményeket, akkor a versenyképesség fokozásának új módszereit kell megkeresni.

### **3. A gyógyszeripar hazai története**

#### **3.1. A családi kisvállalkozásoktól a koncentrált nagyiparig**

Magyarországon a gyógyszergyártás kezdetei - a nemzetközi tendenciákhoz hasonlóan - a múlt század végéig, e század elejéig nyúlnak vissza. Az 1867-ben alapított Magyar Központi Gyógyszervegyészeti és Muvegyészeti Rt-vel kezdődött hazánkban a gyógyhatású termékek gyártása. Az Osztrák-Magyar Monarchiában, a világ legfejlettebb gyógyszeriparával rendelkező Németország szomszédságában azonban nem volt egyszerű megteremteni a hazai ipar alapjait. Nagy volt a tőkehiány, s a külföldi termékek versenye. Az első

---

<sup>7</sup> Lilly rides a mood elevator. Business Week November 11, 1996.

gyógyszerüzem alig 10 évet működött, 1877-ben megszunt. A mai gyógyszergyárak elődeinek számító cégek a századforduló körül, illetve után létesített családi kisvállalatok (Richter Gedeon Rt 1901-től), Németországban tanult elszánt magyar vegyészek vállalkozásai (ALKA Vegyészeti Gyar 1910, 1912-től Chinoin Rt), és külföldi cégek magyarországi leányvállalatai (Wander Gyógyszer és Tápszergyártó Rt 1912, a svájci Dr. Albert Wander AG leányvállalata) voltak.

A magyar gyógyszeripar a huszas évektől indult gyors fejlődésnek. A volt Monarchia utódállamai között az első helyen állt, a világ gyógyszertermelésében pedig a hatodik helyet foglalta el. Az első világháború előtt a hazai gyógyszerészeti túlnyomó részét még importból fedezték. 1925-ben azonban a hazai cégek már uralták a belföldi piacot, sőt jelentős exportot is bonyolítottak.<sup>8</sup> A nagyvállalatok saját kutatólaboratóriumokat alapítottak, ahol a színvonalas vegyészeti munka eredményeként számos sikeres vegyület született. A humán gyógyszerek mellett sikereket értek el az állatgyógyászati termékek előállításában és a növényvédőszer-gyártásban is.

Az iparág fejlődése a nemzetközi folyamatokba integráltan folyt. Számos külföldi (elsősorban német, illetve osztrák) gyógyszergyár létesített Magyarországon leányvállalatot, s a huszas évektől a két nagy hazai cég (a Chinoin és a Richter) is megkezdte a külföldi terjeszkedést. Termékei elhelyezésére a Chinoin például részvénytársaságok, fiókok, megállapodások sorát hozta létre először a környező európai országokban (Ausztria, Jugoszlávia, Németország, Szlovákia, Bulgária, Olaszország, Franciaország), majd távolabbi területeken (Egyesült Államok, Kína, Mexikó). Ugyancsak kiterjedt képviselői hálózattal és leányvállalati rendszerrel rendelkezett Európában és a tengerentúlon a Richter is. Erre annál is inkább szüksége volt, mert a Chinoinnal ellentétben - amely néhány sikeres volumenhordozó termékét exportálta - a Richter sokféle készítményből kisebb mennyiségeket szállított külföldre.

A vállalatok tulajdonosi szerkezete is a nemzetközi integrációt tükrözte: az Egis elődje, a Wander Rt svájci tulajdonban volt, a Chinoin részvényeinek többségét kezdetben magyar bankok, később osztrák, illetve magyar holdingok, végül a huszas évek végétől angol pénzüzetek birtokolták.

A nemzetközi versenyben való helytállás szükségességét, az exportorientációt erősítette a két nagy hazai cég importra való ráutaltsága. Mindkettőnek már a huszas évekre kialakult a speciális profilja: a Richter termékeit jelentős részben természetes (növényi és állati eredetű) anyagokból, míg a Chinoin gyógyszereit 73 százalékban kémiai szintézissel, többnyire olcsó nyersanyagok felhasználásával készítették. Magyarország a két világháború között szinte folyamatosan devizális nehézségekkel küzdött. Ennek kettős hatása volt a gyárak tevékenységére. Egyfelől törekedniük kellett arra, hogy minél több terméküket hazai alapanyagból állítsák elő.

A Chinoin egyik nagy sikere volt például, amikor vegyészei a világon elsőként nagyüzemi körülmények között szintetikus Papaverint állítottak elő a kóhaszat melléktermékeként



keletkező kátrányvízből. De a Chinoin az üvegfiolák és a dobozok gyártását is maga oldotta meg, sőt egy kis gyári nyomdát is létesítettek.

Másfelől maguknak kellett előteremteniük az importhoz szükséges devizát, ami - a szűk hazai piachoz hasonlóan - erősen ösztönözte az exportot. A húszas években a magyar ipari kivitelben az Egyesült Izzó után a Chinoin következett (a gyár termékeinek 60 százalékát exportálta), a harmincas években egyes források szerint<sup>9</sup> ezt a helyet átvette a Richter. Összességében a gyógyszeripari termékek a két világháború között a magyar ipari export egyik legfontosabb árucsoportját adták.

*(A II. világháború hatásai)* A II. világháború kitörése a gyógyszeripart egyfelől válsággal fenyegette, másfelől háborús konjunktúrát ígért a vélhetően megsokszorozódó gyógyszerészükséglet miatt. Először azonban a válságjelenségek erősödtek, s a háború alatt mindvégig ezeknek volt nagyobb hatásuk. Az ágazat már 1940-ben elvesztette fontos exportpiacait (Lengyelországot, Csehszlovákiát, Ausztriát). Németország is bezárta határait a magyar gyógyszeripari alapanyagok előtt, s minden téren érezhető volt törekvése, hogy a magyar gyógyszergyártást visszaszorítsa. Egyre inkább akadozott a nyersanyagbehozatal, ezért a korábban is létező önellátásra törekvés tovább erősödött. Wolf Emil a Chinoin vezetője például "... már 1941 februárjában arra figyelmeztetett, hogy a gyárnak fel kell készülnie olyan nyers- és félkészanyagok előállítására, amelyekre egyébként nem kellett volna gondolnia."<sup>10</sup> A nyersanyaggyártás felfuttatását az Ipari Alapanyaghivatal is szorgalmazta. A nagy cégek tehát erőiket az alapanyaggyártás növelésére koncentrálták, s végletesen igyekeztek beszállítóiktól függetlenedni. Hamarosan valamennyi nagy gyógyszergyárat hadiüzemmé nyilvánították, s katonai parancsnokokat neveztek ki élükre. A többszöri bombatámadások a magyar gyógyszeripar erőteljes fizikai, míg egyes neves vezetőinek (pl. Wolf Emil, Ungár Endre) koncentrációs táborba hurcolása szellemi leépüléséhez vezettek.

*(Államosítások, beolvasztások)* A háború befejeződése után a magyar gyógyszeripari vállalatoknak nemcsak a háborús pusztításokat kellett helyreállítaniuk. Elvesztették exportpiacaikat, nyersanyagforrásaikat. A háborús években a szabadalmi jogokat alig-alig tartották tiszteletben, így külföldi gyártók jelentek meg a hazai piacon magyar gyártási jogú termékekkel. Végül a háború alatt a harcok által nem sújtott országokban (Svájc, Egyesült Államok) nagyon megerősödött a tudományos kutatás, és a gyógyszergyártás jelentős fejlődésen ment keresztül, míg a hazai készítmények elavultak, a kutatás leállt. A nyugati piacokra való visszatérés szinte reménytelen volt.

---

<sup>8</sup> Siposné-Bencze-Bikki-Korbonits: Egy mindig megújuló vállalat: a Chinoin története. (Budapest, 1996) 25. old.

<sup>9</sup> Tardos Ágnes: A magyar ipar termelési és külkereskedelmi szerkezetének változásai az 1978-79 óta tartó restriktív időszakban (Kőbányai Gyógyszerárugyár) Kézirat, 1989.

<sup>10</sup> Siposné-Bencze-Bikki-Korbonits: I.m. 34. old.

"A Chinoin, miután a háború alatt kiszorult a nemzetközi piacokról és kapcsolatai megszakadtak, 1946-ban piacfelmérő körútra küldte ki kereskedelmi vezetőjét, aki az útról ugyan már nem tért vissza, de 1947 júniusi jelentésében még érzékeltette, hogy sem Angliában, sem Franciaországban, sem az Egyesült Államokban és másutt sem fogadták bizalommal."<sup>11</sup>

A politikai változásoknak megfelelően kezdtek kialakulni az új exportpolitika körvonalai, amelynek elsősorban a Szovjetunió és a szomszédos népi demokratikus államok szükségleteihez kellett igazodnia. 1947 végére a gyógyszergyárakban lassan beindult a termelés, növekedni kezdtek az eladások.

1948-ban valamennyi gyógyszergyárat államosították, s megkezdődött a kisebb és közepes gyógyszer- és tápszergyártó cégek beolvasztása az addig is legnagyobb gyógyszergyárakba.

A Chinoinba olvasztották be a Bayer-, Bakács-, Diachémia- és Szilágyi-féle gyógyszerészeti kisüzemeket és a Darmol Gyógyszervegyészeti Gyár Kft-t<sup>12</sup>. A Wander Rt-hez csatolták többek között a Krompacher Tápszer- és Gyógyszeripari Kft-t, a Palik és Társa Gyógyszer és Vegyészeti Kft-t, az Egger Leo és Dr. Egger Gyógyszervegyészeti Gyárat<sup>13</sup> és az így létrehozott vállalatot a Népgazdasági Tanács határozata alapján Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyárnak nevezték el.

Ennek nyomán jött létre az ötvenes évek elejére a három nagy budapesti gyógyszergyár. 1950-ben megalapították a Gyógyszerkutató Intézetet, 1953-ban a Humán Oltóanyagtermelő és Kutató Intézetet, 1960-ban pedig Debrecenben létrehozták a Biogalt. Az Alkaloidával együtt hat nagy gyógyszergyár és kutatóintézetük határozta meg a következő évtizedekben a magyar gyógyszeripart.

### **3.2. Kiszakadás a nemzetközi folyamatokból**

Az I. fejezetben részletesen elemeztük az iparágban a II. világháború után lezajló folyamatokat: az ágazat robbanásszerű fejlődését, az élesedő versenyt, a marketing szerepének gyors növekedését, a koncentrációt, majd az ágazat multinacionalizálódását. A hazai vállalatok a negyvenes évek végétől kiszakadtak e nemzetközi folyamatokból és egy sajátos kelet-európai fejlődési útra tértek.

---

<sup>11</sup> Siposné-Bencze-Bikki-Korbonits: I.m. 38. old.

<sup>12</sup> Siposné-Bencze-Bikki-Korbonits: I.m. 44. old.

<sup>13</sup> Pásztor Sára: Hullámok csúcán (Kézirat 1989)

A beolvasztásokkal gyorsan, mesterségesen létrejöttek azok a - magyar viszonylatban nagynak számító - vállalatok, amelyek feltehetően a spontán piaci folyamatok eredőjeként is kialakultak volna. A piaci szereplők csökkenése, a nagyvállalatok piacvezetővé válása elvileg tehát illeszkedett a világpiaci tendenciákhoz. Ugyanakkor számos, rendkívül fontos eltérés is mutatkozott. A különbségek elsődlegesen a nemzetközi elzárkózásból, a piacgazdaság megszüntetéséből eredtek.

*(Korlátozott versenyhelyzet)* A szigorú importgazdálkodás a hazai piacon megvédte a vállalatokat a külföldi gyógyszerek versenyétől. Ez a helyzet egészen a kilencvenes évek elejéig fennmaradt. Ugyancsak megőrződött a verseny teljes kizárásával egyenértékű ellátási felelősség. A KGST-kereskedelmet a kontingensrendszer határozta meg, itt is erősen korlátozott volt a magyar cégek konkurenciája. A huszas-harmincas években kiépült marketing hálózatok, orvoslátogató rendszerek teljesen visszafejlődtek. Éles versennyel a hazai vállalatok hagyományos nyugati piacaikon találkoztak. Ebben a régióban Magyarország elsősorban hatóanyagot értékesített.

A nagyvállalatok között a K+F irányok tekintetében a piac nagyjából felosztott volt. 1968-ig a kutatási témákat szétosztották a cégek között. 1968-tól életbelépett a témabejelentések rendszere, amely szerint ha az egyik vállalat jelezte egy téma kutatását, attól a többiek elálltak. Ez némi információs versenyt jelentett, s azt, hogy a vállalatok profilja kémiai struktúrák szerint elkülönült.

*(A nemzetköziesedés megrekedése)* A magyar gyógyszeripar előtt elvileg nyitva állt volna a szűk belső piac és az innovációs képesség által meghatározott svájci fejlődési út. A gyakorlatban azonban a szovjet érdekszférába kerülés, a tervgazdaság kiépítése lehetetlenné tette ezt. A magyar vállalatok bezárkózása éppen azokban az évtizedekben következett be, amikor az ágazat nemzetköziesedése felgyorsult, s multinacionálissá vált. A gyógyszergyárak még kivitelüket és behozatalukat is csak a szakosított külkereskedelmi vállalatokon (Medimpex, Chemolimpex) keresztül bonyolíthatták, közvetlenül tehát alig-alig kerültek kapcsolatba a külpiaconnal. A versenyképességet fokozó nemzetközi terjeszkedésről, tulajdonosi összefonódásról pedig természetesen szó sem lehetett. (Bihari István emlékei szerint a nyolcvanas években felvetették egy kis amerikai gyógyszergyár megvásárlásának ötletét, de az ehhez szükséges néhány tízmillió dollár megszerzése lehetetlennek bizonyult.)

A világgazdasági folyamatokhoz képest a lemaradás tetemes volt, ugyanakkor a hazai ágazatok között még mindig a gyógyszeripar számított az egyik legnemzetközibbnek. A szűk belső piac miatt az exportorientáltság fennmaradt, az ágazat termelésének mintegy 60 százalékát exportálta, s ez nagyjából fele-fele arányban oszlott meg a két reláció között. Az exportcikkék döntő hányada reprodukciós, illetve generikus termék volt. Miután a cégek fő piacának számító Kelet-Európában (illetve számos fejlődő országban) a kilencvenes évek elejéig fennmaradt az eljárászsabaddalmi rendszer, nagyon jó áron lehetett értékesíteni az ún. kerülő eljárással előállított és szabadalmaztatott gyógyszereket. Ehhez szükség volt a világ nagy gyógyszergyáraiban folyó fejlesztések folyamatos követésére, a K+F tevékenység tehát kötődött a nemzetközi fejleményekhez. A sikerhez

szükség volt a - korábban is színvonalas - kémiai kutatások fejlesztésére. Az ötvenes évek végétől a gyógyszeripar kiemelt ágazat lett, s két állami rekonstrukciós program született - az egyik az ötvenes évek végén, a másik a hatvanas évek második felében - az iparág fejlesztésére. 1975-ben Magyarország csatlakozott a GMP-rendszerhez, ami azt jelentette, hogy a gyógyszergyárak kapuit meg kellett nyitni a nemzetközi minőségi ellenőrzések előtt. A követelményeknek való megfelelést segítették a nyolcvanas évek közepén felvett világbanki hitelek.

A nyolcvanas évek elejétől oldódott a külkereskedelmi monopólium, amely lehetővé tette a gyógyszergyárak számára, hogy a muszaki-tudományos együttműködést önállóan, külkereskedelmi vállalat közbeiktatása nélkül végezzék. A közvetlen kapcsolatfelvétel és az eddigre beérett hazai fejlesztések eredményeként lett világszerte elismert és bevezetett gyógyszer a Chinoin csontritkulás, illetve Parkinson-kór elleni vegyületéből, a Richter Cavintonjából. (A hazai vállalatoknál ugyanis hiányzott az a tőkemennyiség, amelynek segítségével a biológiai kutatások, a törzskönyvezés és a piacra való bevezetés elvégezhető lett volna a fejlett országokban.)

### 3.3. Privatizáció és reintegrálódás

*(A magyar gyógyszeripar a nyolcvanas évek végén)* A magyar gyógyszeripar a nyolcvanas évtized végén - a biztos hazai és kelet-európai exportpiacok bázisán végrehajtott fejlesztések révén - Kelet-Európában egyértelműen a legfejlettebbnek számított. Az ágazatot hat nagyvállalat határozta meg (Richter, Chinoin, Egis, Biogal, Alkaloida, Reanal), ők adták a nettó árbevétel mintegy 90, az exportnak pedig 100 százalékát. A cégek csak magyar viszonylatban számítottak nagynak, hiszen a teljes magyar gyógyszeripar termelési értékét tekintve egy amerikai vállalatnak, vagy egy közepes méretű európai, illetve japán multinacionális cégnek felelt meg.

A hazai gyógyszergyárak alapvetően generikus gyártóknak tekinthetők. Bár a legnagyobb cégek valamennyien rendelkeztek egy-két originális vegyülettel, profiljukra leginkább a generikumok, illetve a reprodukciós termékek a jellemzőek. A két kategória elkülönítése nagyon nehéz, hiszen ilyen jellegű statisztikai elhatárolás nyilvánosan nem történt. A reprodukciós gyógyszerek előállítását azonban tekinthetjük generikumgyártásnak, amely azzal az előnnyel rendelkezik, hogy nem kell megvárni a szabadalom lejártát. Ennek megfelelően a magyar vállalatoknak fejlett a kémiai kutatóbázisuk, kiemelkedően jó az ilyen jellegű szakemberállományuk. Ugyancsak jól kiépített a vegyipari gyártóbázisuk. Piaci pozícióik a KGST-ben szilárdak, gyógyszereik jól ismertek.

Ugyanakkor termékstruktúrájukat az ellátási felelősség határozza meg: széles a gyártási spektrum, kényszer a veszteséges gyógyszerek előállítása. A K+F tevékenység szétszórt, sok projektre jut a nemzetközi összehasonlításban nagyon alacsonynak számító kutatási ráfordítás. A mind fontosabbá váló biológiai kutatások alig kiépítettek. Nincsenek hatékony marketingszervezetek. A vállalatok tőkehiánnyal küzdenek. Jelentős a túlfoglalkoztatás.

*(A versenypiac kialakulása)* A kilencvenes évek elejétől drasztikus változások kezdődtek az ágazat környezetében. 1991-ben a dollárelszámolásra való áttérés, majd a Szovjetunió szétesése nyomán összeomlottak a magyar vállalatok hagyományos piacai, bejártott kereskedelmi csatornái. 1992-től liberalizálták a gyógyszerbehozatalt, megszűnt az ellátási felelősség, ezzel a belföldi piacon is versenyhelyzet alakult ki. Ugyancsak ettől az időtől átalakították a nagykereskedelmi rendszert: alapvetően megváltoztak a nagykereskedelmi rendelések, a vállalatok nem számíthattak a menetrendszerű, biztos vásárlásokra.

Mind erősebb külföldi nyomás nehezedett a kormányra azért, hogy hazánk is térjen át a termékszabaddalmi rendszerre. Nyilvánvalóvá vált tehát, hogy a reprodukciós kutatás és termékek ideje lassan lejár. Az Európai Közösséggel kötött társulási szerződésbe belekerült, hogy Magyarország csatlakozik az Európai Szabaddalmi Rendszerhez, s 1996-tól áttér a termékszabaddalomra. (Az Egyesült Államok erőteljes politikai és gazdasági nyomására az áttérés már 1994-ben megtörtént.<sup>14</sup>)

Az importgyógyszerek megjelenése és a termékszerkezet változása a forgalomban lévő gyógyszerek árszínvonalának drasztikus emelkedését okozta, amelyet a támogatások nem tudtak követni. Világossá vált, hogy a lakossági gyógyszerkiadások jelentősen emelkedni fognak, amely hatással lesz a gyógyszerfogyasztás mennyiségére és szerkezetére is.

Végül a negyven évig zárt gyógyszergyártási piacon 1988-tól új vállalkozások jelentek meg, konkurenciát teremtve a régi gyógyszergyáraknak. 1988 novemberében alakult meg a Pharmavit Rt, amely 1995-re a hetedik magyar gyógyszergyárrá nőtte ki magát. 1989 augusztusában hozták létre a Béres Rt-t, s további számos kisvállalat jött létre különböző gyógyhatású termékek gyártására és forgalmazására.

Meg kell jegyeznünk, hogy a gyógyszeriparban az új vállalkozások belépési korlátai igen nagyok (tőkeszükséglet a preklinikai és klinikai vizsgálatokhoz, törzskönyvezéshez, az új termék bevezetéséhez.) Teljesítésükhöz a nyolcvanas években nem állt rendelkezésre megfelelő nagyságú tőke. Voltak viszont vállalkozó szellemű emberek, ötletek piaci rések kitöltésére, a magyar piacon addig ismeretlen marketingmódszerek bevezetésére, s olyan találmány (Béres-csepp) amelyre a magyar piacon hatalmas kereslet mutatkozott. Ezért az új vállalkozások az élelmiszerek számító vitamin- és ásványianyag pezsgőtabletták, nyomelem-készítmények piacán jelentek meg, s például a Pharmavit csak néhány évvel később kezdett már OTC-vé vált generikus gyógyszereket (fájdalomcsillapítókat) gyártani.

*(Privatizáció)* A nyolcvanas évek vége, a rendszerváltás időszaka - a radikális környezeti változások ellenére - a gyógyszeripari vállalatokat viszonylag kedvező gazdasági-pénzügyi helyzetben találta. A cégek így nem bomlottak társaságok halmazára, átalakulásuk, tulajdonosváltásuk, privatizációjuk egységes nagyvállalati keretek között kezdődött és úgy is fejeződött be. Szervezeti átalakulás csak a kilencvenes évek piaci

változásainak hatására történt: ekkor a hetvenes évtized diverzifikációjával szemben a vállalatok termékkoncentrációt hajtottak végre. A Richter megszüntette a növényvédőszergyártást és eladta kozmetikai ágazatát, a Chinoin leépítette állatgyógyászati termékgyártását (ez a Sanofi elképzeléseinek megfelelően átkerült a Phylaxiába), a Biogal eladta kozmetikai ágazatát, az Egis megszüntette a tápszergyártást.

A nyolcvanas-kilencvenes évtized fordulóján a vállalatok részvénytársasággá alakultak. Privatizációjuk további alakulása döntően a menedzsment elképzeléseitől, szándékaitól függött.

*(Állami privatizációs politika)* Az állam privatizációs politikája gyakran változott, s a megfogalmazott elvekben tetten érhető az ágazat egy-egy tekintélyes és befolyásos menedzserének hatása. Az 1991-ben júliusában az Ipari és Kereskedelmi Minisztérium által kidolgozott koncepció<sup>15</sup> egy többségi nemzeti, sőt 1993-ig állami tulajdonban maradó, központi forrásokból támogatott, az originális kutatásokat preferáló gyógyszeripar vázolt fel. Az 1992 nyarán készített második előterjesztés feladta az államilag támogatott nemzeti gyógyszeripar koncepcióját<sup>16</sup>. Kívánatosnak a külföldi szakmai befektetők többségi tulajdonlásának megteremtését tartotta, megfelelő pályázati rendszer segítségével. Az elképzelés kizárta a gyógyszergyárak tőzsdei bevezetését. (Ez volt a "Chinoin-módszer".) Eközben a Népjóléti Minisztérium továbbra is a többségi nemzeti tulajdonban maradó gyógyszeripar koncepcióját támogatta. Az eltérő törekvések kompromisszumaként született meg a tartósan állami tulajdonban maradó vállalatok gyógyszeriparra vonatkozó döntése: eszerint a Richternek 50 százalék + 1 szavazata, a Chinoinnak, az Egisnek, az Alkaloidának, a Biogalnak 25 százalék + 1 szavazata maradna állami tulajdonban.

1993 tavaszán - az előző elképzelés gyakorlati kudarc hatására, hiszen különböző okok miatt nem sikerül sem a Richter, sem az Egis, sem a Biogal eladása - született meg a harmadik, ún. kétlépcsős privatizációs koncepció. Ennek kiindulási pontja, hogy a magyar vállalatok számára a továbbfejlődéshez szükséges (marketing, termelés-szervezési, stb.) ismeretek megvásárolhatók. Az ehhez szükséges tőkebevonás kisebbségi (30-40 százalékos) tulajdonnal rendelkező pénzügyi befektető(k) által megvalósítható. A K+F tevékenység finanszírozására pedig stratégiai szövetség köthető tőkeerős szakmai partnerrel. A többségi magántulajdonbaadás a második lépcsőben (az elképzelések szerint mintegy öt évvel a pénzügyi befektető tulajdonszerzése után) történne meg. (Ez az "Egis-modell", amelyhez részben a Richter stratégiája is hasonló.) Pénzügyi befektetők bevonása, illetve a tőzsde fellendítése érdekében az ÁV Rt 1994-ben tőzsdére vitte két gyógyszergyár, az Egis és a Richter részvényeit. A továbbiak azonban alapvetően már a menedzsmentek elképzelései, illetve a külföldi partnerek érdeklődése szerint alakultak.

---

<sup>14</sup> Részletesen lásd Antalóczy Katalin: Megáll a vegyész (HVG 1993. május 29.)

<sup>15</sup> Előterjesztés a Minisztériumi Értekezletre. A magyar gyógyszeripar helyzete, fejlődésének kívánatos irányai, fejlesztési stratégiája. Ipari és Kereskedelmi Minisztérium Iparpolitikai főosztály 1991. július

<sup>16</sup> A gyógyszeripar privatizációs stratégiája (Tervezet), Ipari és Kereskedelmi Minisztérium 1992. szeptember

(Vállalati stratégiák) A gyógyszeripari cégek privatizációs elképzelései is időben módosultak részben a menedzsment változásának (pl. Richter), részben a külpiazi helyzet átalakulása, a külföldi érdeklődők ajánlatai függvényében. Visszatekintve az elmúlt hét évre két stabil stratégia ismerhető fel: a Chinoiné, ahol a vállalati vezetés a nyolcvanas évek végén határozottan a többségi külföldi szakmai befektető mellett foglalt állást, s még a szovjet piac összeomlása előtt eladta a céget, illetve a Richter 1992-ben hivatalba került menedzsmentjéé, amely elutasítja a többségi szakmai befektető tulajdonába kerülést. A többi vállalatnál a stratégiai befektető keresése - kisebb-nagyobb kitérőkkel - évekig folyt, s 1996-ig valamennyi gyógyszergyár többségi külföldi tulajdonba került.

6. számú táblázat: A legnagyobb magyar gyógyszergyárak tulajdonosi szerkezete 1996 végén

Cég neve	Stratégiai befektető	Egyéb befektető aránya (%)	Állami tulajdon aránya (%)	Összesen (%)
Alkaloida	ICN Pharmaceuticals Inc. (USA, 61%)	14	25	100
Biogal	Teva (izraeli 78%)	17	5	100
Chinoin	Sanofi (francia, 91%)	9	0	100
Egis	Servier(francia, 51%)	49	0	100
Human	Novopharma (kanadai 56%)	17	27	100
Pharmavit	Bristol-Myers Squibb (USA, 99%)	1	0	100
Richter	-	56,4	43,6	100

Forrás: Éves jelentések, illetve MAGYOSZ

A 6. számú táblázatból kitunik, hogy a magyar gyógyszeripart a privatizáció után a francia és amerikai vállalatok uralják, egyedül a Biogal tulajdonosa izraeli. A mélyebb vizsgálat azt is jelzi, hogy a külföldi tulajdonosok - a Bristol-Myers Squibb kivételével - feltörekvő, terjeszkedő középvállalatok. Ez természetesen nem véletlen. Ebbe az irányba hatott a menedzserek törekvése és a külföldi érdeklődők összetétele is.

A határozott privatizációs stratégiával rendelkező vállalatvezetők (pl. Chinoin, Egis) vállalatuk arculatának megőrzése érdekében el akarták kerülni a legnagyobb multinacionális cégeket, és a "kulturális hasonlóságok" miatt európai befektetőt preferáltak. (Hozzá kell ehhez tennünk, hogy 1989/90-ben még csak egyedül a Chinoin vezetői kívántak külföldi tőkét bevonni.) Választani azonban természetesen csak a jelentkezők közül tudtak. 1989-ben és 1990 elején a magyar politikai helyzet még bizonytalan volt, nem történt határozott állásfoglalás arról sem, hogy egyáltalán szerezhet-e többségi tulajdont magyar vállalatban külföldi befektető. A szakmai érdeklődőket ez természetesen visszatartotta. A kockázatos lépésre (kisebbségi tulajdonszerzés, a többségi ígéretével) csak egy kelet-európai terjeszkedésre nagyon erősen törekvő, saját kormánya által támogatott/ösztönzött cég szánhatta el magát. (Jelzésértéku, hogy az ekkor még állami tulajdonban lévő Elf leányvállalataként működő Sanofi és a Chinoin vezetői 1988-ban Mitterand francia elnök magyarországi látogatásán ismerkedtek meg.)

A KGST-régió összeomlása, az importliberalizációval megnyíló hazai piac 1991-től azután megint elbizonytalanította az éppen érdeklődni kezdő befektetőket. (Részben ez akadályozta meg a Richter eladását.) A megfelelő szakmai érdeklődők hiánya, a tőkeszükséglet, a menedzsmentek szándéka, valamint az állam érdekeltsége a tőzsde fellendítésében 1993-94-ben a pénzügyi befektetők előtérbe kerülését hozta. A vállalatok önerőből megkezdett átstrukturálása és a piaci körülményekhez jól alkalmazkodó, itt is sikereket felmutató menedzsmentek tették lehetővé az ilyen irányú kapcsolatfelvételt. 1993 végén az EBRD 30 százalékos tulajdoni hányadot szerzett az Egisben, majd 1994-ben mind a Richter, mind az Egis részvényeit tőzsdére vitték. (Ezzel mindhárom nagy budapesti gyógyszergyárban megszűnt az állam többségi tulajdona.) A két gyógyszergyár a tőzsde legsikeresebb szereplőjévé vált, elsősorban a végrehajtott szerkezetátalakítás piaci alkalmazkodást segítő hatása miatt.

1994 végétől a menedzsmentek érdeklődése ismét a szakmai befektetők felé fordult. Szinte általános volt ugyanis a vélekedés, hogy a magyar gyógyszeripar felzárkóztatásához nem kizárólag pénzre van szükség, hanem nemzetközi értékesítési, marketinghálózattal rendelkező tőkeerős partnerre. A hazai vállalatok túl kicsik ahhoz, hogy egyedül is képesek legyenek hosszútávon piaci sikereket elérni a mély szerkezeti átalakuláson áteső, felvásárlásokkal, fúziókkal, stratégiai szövetségekkel mind nemzetközibbé váló iparágban. A menedzsmentek érdeke ekkor egybeesett az állam motivációival. A korábbiaktól eltérően 1995-ben - a Bokros-csomag hatásaként - előtérbe került a privatizációs bevétel növelése. Kedvezett az eladásoknak a nemzetközi környezet is: a vállalatvezetők által várt közép-vállalatok - óriás társaikhoz hasonlóan - felvásárlásokba kezdtek. Közép-Európa a kilencvenes évekre politikailag, és részben gazdaságilag is stabilizálódott. A generikumok előtérbe kerülése a termékpalettán pedig vonzóvá tette a magyar vállalatokat. Mindennek eredményeként 1995/96-ban a hat legnagyobb gyógyszergyárból három (a Biogal, az Egis, végül az Alkaloida) külföldi szakmai befektetők többségi tulajdonába került. (Ebben az évben lett külföldi tulajdonosa a nem állami Pharmavitnak is; részvényeit a tőzsdén vásárolta meg az amerikai multi Bristol Myers Squibb.)

Ezidáig markánsan eltér az általánostól a Richter vezetőinek stratégiája. A vállalat független kíván maradni. Véleményük szerint a cég átstrukturálásához nem kell külföldi szakmai partner, mert ezt a menedzsment is meg tudja csinálni. Úgy gondolják, hogy amíg függetlenek maradnak, addig több licencmegállapodást köthetnek több partnerrel, s ez sokkal több profitot hoz, mint az egy partnerre építés. Továbbá "...minden iparágban megvannak a maga 'rés-játékosai'. A gyógyszeriparban a rés lehet földrajzi és terápiás, a Richteré a földrajzi." - mondja Bogsch Erik vezérigazgató.<sup>17</sup> A "rés" a szovjet utódköztársaságokat jelenti, ahol a Richter napjainkban ismét az első számú gyógyszergyárak közé tartozik. Stabilan jelen van a piacon az elmúlt években kiépített konzignációs raktárain és orvoslátogató hálózatán

---

<sup>17</sup> Conor de Lion: The right prescription? Central European March 1996



keresztül. A vállalati vezetés úgy véli, hogy az orosz kapcsolat átviszi őket a jövő századba. "Talán nincs tőkénk és hálózatunk egy új termék bevezetéséhez, de ha van egy jó molekulánk és egy segítő partnerünk, akkor páratlan hálózatot tudunk kínálni a FÁK-ban."<sup>18</sup>A vállalat partnerei a pénzügyi befektetők, a cégnek jelenleg mintegy 150 intézményi befektetője és 10.000 kisztrésvényese van. A Richter olyannyira nem akarja, hogy szakmai partner kivásárolja, hogy társasági szerződésében komoly óvintézkedéseket fogalmazott meg a kisbefektetők védelme érdekében. (A vezetők szeme előtt valószínűleg a Pharmavit kivásárlása, illetve a Chinoin kisztrésvényeinek Sanofi általi felvásárlása lebegett.) Az eredmények eddig a vállalat vezetését igazolják. Ugyanakkor több oldalról megfogalmazódnak a kétségek is: vajon hosszú távon saját K+F és marketing potenciálra építve hasonlóan sikeres lehet-e a vállalat?

(Összegzés) 1996 végére a magyar gyógyszeriparban megszűnt az állam többségi tulajdona. Állami részvénnyek csak két vállalatban maradtak, ott is kisebbségben. Valamennyi privatizáció tőkeemeléses formában valósult meg, így a gyógyszeripari cégek pótlólagos forrásokhoz jutottak a magánosítás során. Két vállalat - a Richter és az Egis - papírjai mozognak a tőzsdén, a legsikeresebb részvénnyek közé tartozva. Az új többségi tulajdonosok - a Richter és a Béres Rt kivételével - külföldi szakmai befektetők. A külföldi tulajdonosok - a Pharmavitot felvásárló Bristol Myers Squibb kivételével - olyan fiatal multinacionális közép vállalatok, amelyek külföldi terjeszkedésüket a nyolcvanas években kezdték. Terjeszkedésük fő módszere a felvásárlás, de - például a Sanofi - stratégiai szövetségeket is kötnek. A magyar gyógyszeripari vállalatokat kivétel nélkül jó generikus kapacitásaik miatt vették meg, motiválta őket továbbá a kelet-európai terjeszkedés.

#### 4. A szektor a statisztikák (homályos) tükrében

Merész vállalkozás napjainkban statisztikai adatok alapján elemezni egy ágazat gazdasági teljesítményeit, s szinte lehetetlen is, ha ezt ráadásul hosszabb időtávon kíséreljük meg. A statisztikai számbavétel ugyanis nem volt képes követni a rendkívül gyors reálgazdasági változásokat (például a hatalmas struktúraváltozást), ezért az adatok összehasonlítása szinte biztos, hogy nem mutat reális képet. Kérdéses az is,

---

<sup>18</sup> U.o. A Bogsch Erikkel folytatott beszélgetéséből kitűnt, hogy a vezérigazgató "partner" alatt néhány európai közép-, illetve japán nagyvállalatot értett, amelyekkel egy-egy molekula kifejlesztésére, vagy gyógyszerek kelet-európai forgalmazására kötöttek szövetséget. A japánok nagyon óvatosak a kelet-európai régióban, ezért tulajdonosi szerepvállalásra nem hajlandók. A nyugat-európaiak pedig az EU-ban versenyeznek, de egy-egy terméküket szívesen átadják a Richternek, amely FÁK-beli hálózatán keresztül értékesíti őket. Bogsch Erik ezeket a kapcsolatokat stratégiai szövetségeknak nevezi.

hogyan vajon milyen mutatók szemléltetik a legjobban egy adott szektor - rendkívül gyorsan változó környezetben - nyújtott teljesítményét, hatékonyságát, versenyképességét, s melyikből lehet következtetéseket levonni a jövőre vonatkozóan?

Az alábbiakban több oldalról próbáljuk meg bemutatni a gyógyszeripar elmúlt évekbeli teljesítményeit, s ezek alapján fogalmazzuk meg óvatos következtetéseinket.

Először is tisztáznunk kell, hogy mit is értünk "gyógyszeripar" alatt? A nyolcvanas évek közepéig egyértelmű volt a helyzet: 5 nagyvállalat (az Alkaloida, a Biogal, a Chinoin, az Egis és a Richter), valamint 2 kisebb cég (a Human és a Reanal) jelentette az ágazatot. Az évtized második felétől számos kis- és középvállalkozás kezdte meg működését szinte kizárólag a vény nélkül kapható gyógyszerek, élelmiszerkiegészítők, illetve az ún. gyógyhatású termékek piacán. Ezek egy része új alapítás volt (pl. Pharmavit, Béres Rt, Sárvári Termál Kft), mások a nagyvállalatok közös vállalataiként jöttek létre (pl. Egis-Reanal: Egal Közös Vállalat - 1994-ben végelszámolással megszűnt), illetve megyei gyógyszerügyi központok laboratóriumaiból alakultak (Pharmasol, Pannonpharma). 1989-ben szakágazati besorolás alapján a gyógyszeriparhoz 22, 1990-ben 35, 1996-ban pedig 30 körüli (gyártási joggal is rendelkező) gazdálkodó szervezet tartozott.

A 30 gyógyszeripari cég között szerepel 14 gyógyszerügyi központ, amelyek állandóan változó összetételben és kis volumenben állítanak elő különböző termékeket (kenőcsök, kúpok, hintőporok, cseppek, szirupok, stb.); a Glaxo zöldmezős beruházással csomagolásra létrejött leányvállalata; és a MAGYOSZ felmérése szerint néhány fantomcég. Itt tartják nyilván a Pharmavitot, amely összes árbevétele alapján 1994-től már a hetedik legnagyobb gyógyszergyárrá vált - ám értékesítésének meghatározó hányada (becsléseink szerint 70-75 százaléka) a pezsgőtabletták eladásából származott, amely viszont nem gyógyszernek, hanem élelmiszernek minősül. (A Pharmavitnál a generikus gyógyszerek gyártásának felfutása várható az amerikai tulajdonba kerülés után.)

Ugyancsak az ágazat része a Béres Rt, amely 1996-ig bér munkában gyártotta termékeit. 1995 végén megvásárolta a szolnoki gyógyszerügyi központból alakult Pharmasol Rt-t, így napjainkban már gyógyszergyártó kapacitásokkal rendelkezik. Fő terméke, a Béres csepp, ún. gyógyhatású termék, amely kategóriát az Európai Unióban nem ismerik. A készülő gyógyszer törvény szerint ez a besorolás Magyarországon is meg fog szünni 5 éves türelmi időt adva a gyártóknak. Ezalatt az idő alatt vagy elvégeztetik - nem kis ráfordítással - a szükséges klinikai vizsgálatokat és siker esetén gyógyszerként törzskönyveztetik terméküket, vagy átkerülnek az élelmiszerkiegészítő kategóriába. A Béres pezsgőtablettái a Pharmavit termékeihez hasonlóan ma is élelmiszernek minősülnek.

Az adatok szerint a változások ellenére az ágazat ma is erősen koncentrált: a hat legnagyobb vállalat (Richter, Chinoin, Egis, Biogal Human, Alkaloida) adja továbbra is az ágazat árbevételének 90, exportjának mintegy 95, beruházásainak 94 százalékát, s még ennél is nagyobb arányban határozzák meg a szektorban a K+F-re fordított összegeket. Ezen gazdálkodók adatainak vizsgálata tehát változatlanul nagyjából lefedi az egész gyógyszeripart.

(A gyógyszeripar a KSH-adatok tükrében) A nyolcvanas évtizedben a gyógyszeripar termelése az ipar átlagát jelentősen meghaladó mértékben emelkedett: folyó áron számolva 10,1 százalék volt az átlagos növekedési ütem, szemben az ipar éves 6,4 százalékos fejlődésével. A gyógyszeripar az ipar bruttó termeléséből a nyolcvanas évek elején 2,4 százalékkal részesedett, ami az évtized végére 3,2 százalékra, 1990-ben 4,7 százalékra, 1991-ben pedig 5,7 százalékra emelkedett. A gyógyszeriparban foglalkoztatták 1980-ban a feldolgozóipari összlétszám 1,7, 1990-ben 2,7, 1991-ben pedig 3,1 százalékát. Az ágazat fajlagos eredménymutatói meghaladták az ipar átlagát. Mindez úgy következett be, hogy 1988-tól a gyógyszeripar nyereségessége és volumenben a termelése is csökkenni kezdett.

7. számú táblázat: A gyógyszeripar árbevételének, nyereségének, jövedelmezőségének alakulása 1986 és 1991 között

Év	Árbevétel (Milliárd Ft)	Növekedés (Előző év = 100)	Nyereség (Milliárd Ft)	Növekedés (Előző év = 100)	Nyereség az árbevétel százalékában
1986	36,6	-	3,9	-	10,7
1987	39,2	107,1	4,1	105,1	10,5
1988	44,4	113,3	3,5	85,4	7,9
1989	49,9	112,4	2,9	82,9	5,8
1990	54,1	108,4	2,1	72,4	3,9
1991	58,1*	107,4	5,2*	247,6	9,0

\* Tartalmazza a szovjet gyógyszereladások ellenértékét is, amelyet 1992-ben behajthatatlanságuk miatt részben le kellett írniuk az érintett vállalatoknak.

Forrás: Ipari és Kereskedelmi Minisztérium, Központi Statisztikai Hivatal

A magyar gyógyszeripar történetében az 1992-es év számít vízválasztónak. Ekkor liberalizálták a készgyógyszerbehozatalt, és ennek az évnek az elején vált nyilvánvalóvá a szovjet piac fizetéképtelensége. A versenyhelyzet, a piaci szerkezet módosulásai felgyorsították az ágazatban már korábban is megindult változásokat, alkalmazkodási folyamatokat. Mi látszik ezekből a statisztikákban?

8. sz. táblázat: A gyógyszeripari termelés folyóáras adatai és fix bázisú volumenindexei 1993 és 1995 között

Megnevezés	1993	1994	1995
Termelés (Milliárd Ft)	71,3	83,5	102,0
Előző év = 100	-	117,1	122,2
Volumenindex (1992= 100)	101,9	99,1	89,3

Forrás: KSH

9. sz. táblázat: A gyógyszeripar értékesítésének folyóáras adatai és fix bázisú volumenindexei

Megnevezés	1993	1994	1995
Összes értékesítés (Milliárd Ft)	70,7	82,3	100,5
Értékindex (előző év = 100)	-	116,4	122,1
Volumenindex (1992 = 100)	103,2	99,9	89,8
Belföldi értékesítés (Milliárd Ft)	36,9	41,2	48,7
Értékindex (előző év = 100)	-	111,7	118,2
Volumenindex (1992 = 100)	111,2	101,3	93,2
Export értékesítés (Milliárd Ft)	33,8	41,2	51,7
Értékindex (előző év = 100)	-	121,9	125,5
Volumenindex (1992 = 100)	94,5	97,5	85,8

Forrás: KSH

Önmagukban persze a 8. és 9. számú táblázat adatai alig mondanak valamit arról, hogy mi játszódott le a gyógyszeriparban a kilencvenes évtized első felében. A számokból annyi látszik csupán, hogy az ágazat termelése és értékesítése - a vitatható közgazdasági tartalmú volumenindexek szerint - 1992-höz képest mintegy 10 százalékkal csökkent. Az értékesítésen belül folyamatos, és nagyobb volt a visszaesés a külpiacokon (1992-höz viszonyítva 1995-ben mintegy 14 százalék), mint belföldön. (A hazai eladások 1993-ban és 1994-ben is nôttek, 1995-ben pedig a bázishoz viszonyítva közel 7 százalékot tett ki a csökkenés.)

A feldolgozóipari folyamatokba helyezve a gyógyszeripari tendenciákat sajátos kettôsséget tapasztalhatunk.<sup>19</sup> Az ipari termelés 1989-tôl jelentôsen csökkent, 1992-ben stagnált, majd 1993-tól növekedni kezdett (4, 1994-ben 9,6, majd 1995-ben 4,6 százalékkal). Ezzel szemben a gyógyszeripari termelés 1993-ban az előző évhez képest kissé emelkedett, 1994-ben az általános fellendülés közepette stagnált, s 1995-ben már közel 10 százalékkal volt kevesebb, mint 1992-ben. A feldolgozóipar növekedési mátrixát elkészítve a gyógyszeripart - legalábbis *növekedési potenciálját tekintve* - így a *visszaesô, leszakadó szakágazatok közé sorolták* az IKIM szakemberei.<sup>20</sup>

Kissé más képet kapunk a gyógyszeriparról, ha a növekedés hátterét, annak forrásait (exportorientáció, jövedelmezôség, termelékenység, beruházások) vizsgáljuk.

<sup>19</sup> A továbbiakban támaszkodunk "A feldolgozóipar növekedési térképe 1992-1995" című, az Ipari, Kereskedelmi és Idegenforgalmi Minisztérium Gazdaságstratégiai főosztálya által 1996. decemberében készített tanulmányra.

<sup>20</sup> Idézett tanulmány 28. oldal

- A szektor *exportorientációja* 1992 és 1995 között nem változott: termelésének 51 százalékát értékesíti külpiacokon. (A nyolcvanas évekhez képest - a KGST összeomlása után - azonban bekövetkezett egy 10 százalékpontos visszaesés.) Ez az exportorientáció magasnak tekinthető; a volumenhordozó szakágazatok közül a fényforrás- és világítóberendezések gyártása, a közúti gépjárműgyártás, a villamos háztartási készülékek gyártása és a szinte teljesen bér munkából élő textilruházati ipar és kábelgyártás exportorientációja haladja meg a gyógyszeriparét. A magas hozzáadott-értéket előállító szakágazatok exportorientációját tekintve pedig a gyógyszeripar dobogós helyezést ért el.
- A magyar ipar aggregált *jövedelmezősége* (az értékesítés nettó árbevételére jutó adózás előtti eredmény) 1992-ben érte el mélypontját (-5,5 százalék); a feldolgozóipar jövedelmezősége is ekkor volt a legalacsonyabb (-5,2 százalék). 1993-tól a jövedelmezőség folyamatosan emelkedni kezdett, és 1995-ben az iparban 1,9 százalékot, a feldolgozóiparban 4,9 százalékot ért el. A gyógyszeripar jövedelmezősége a vizsgált négy évben mindvégig pozitív volt. 1993-tól meghaladta a 10 százalékot, s 1995-ben 16,4 százalékot tett ki. Ezzel a szektor a volumenhordozó szakágazatok között a harmadik helyen állt nyereségességét tekintve - a fényforrás- és világítóberendezések gyártása (21,3 százalék) és a műanyag alapanyaggyártás után (21 százalék). A jövedelmezőségi kép finomítására szolgál a *tőkemegtérülési mutató* (a saját tőkére vetített adózott eredmény). A feldolgozóipar átlagában a tőkemegtérülési mutató 1995-ben 9,2 százalék volt, a gyógyszergyártásban 18,5 százalék, amellyel a súlyponti szakágazatok között a hatodik helyen áll a szektor.
- Az ipari munka *termelékenység*e (az egy alkalmazottra jutó bruttó termelési érték mutatója alapján számolva) 1989 és 1992 között csökkent, majd 1993-tól dinamikusabban növekedni kezdett, s három év alatt 53,8 százalékkal nőtt. A növekedés a feldolgozóiparban ennél is magasabb, 59 százalékos volt. A mutató értéke - képzése miatt értelemszerűen - a létszám-, illetve a bruttó termelési érték változásától függ. A részletesebb vizsgálatok azt mutatják, hogy a feldolgozóipari szakágazatokban a kiemelkedő termelékenység növekedés elsősorban a termelés bővítéséből származik, a foglalkoztatás csökkenése kisebb hatású. Az átlag alatti termelékenység emelkedése is döntően a termelési volumen kevésbé dinamikus növekedésével, illetve csökkenésével függ össze. Az előzőekben már láttuk, hogy növekedési potenciálját tekintve a gyógyszeripar a visszaeső szakágazatok közé tartozott 1992 és 1995 között. Ez meghatározta a szektor termelékenységének változását is: 1995-ben 1992-höz képest a gyógyszeripari termelés termelékenysége mindössze 4 százalékkal nőtt (14,2 százalékos létszámcsökkenés és 10,7 százalékos termelési volumen visszaesés mellett). Ezzel a volumenhordozó szakágazatok között a gyógyszergyártás az utolsó helyre került. (Példaként álljon itt, hogy a fényforrás- és világítóberendezések gyártásának termelékenysége 63, a műanyag alapanyag előállításé 35 százalékkal javult.)
- Az első pillantásra is látszik, hogy az 1992-95 közötti termelékenység alakulásának vizsgálata és ennek alapján rangsorok felállítása téves következtetésekhez is vezethet. Hiszen például nem tudjuk, hogy 1992-ben milyen bázisról indultak az egyes szakágazatok. Nyilvánvaló, hogy kisebb javulást tud felmutatni az a

szektor, amelynek a termelékenysége már 1992 előtt is magas volt, illetve javult. Problémát okoz az is, hogy a termelékenység alakulását jelző mutatónak is alapvető összetevője az a változatlan bázisú volumenindex, amelynek vitatható a közgazdasági tartalma.

- A feldolgozóipari *beruházások* értéke 1992 és 1995 között ingadozott. Folyó áron 1992-ben jelentősen növekedett, majd 1993-ban 16 százalékkal visszaesett, 1994-ben 23, 1995-ben pedig 14 százalékkal emelkedett. Ezzel szemben a gyógyszeriparban az investíciók mértéke folyamatosan és jelentősen nőtt (1993-ban és 1994-ben 25-25 százalékkal, 1995-ben pedig 43 százalékkal). A volumenhordozó szakágazatok rangsorában - az 1992 és 1995 közötti összes beruházás értékét tekintve - a gyógyszeripar a harmadik helyet foglalja el a kőolajfeldolgozás (MOL Rt: tároló, benzinkút), és a közúti járműgyártás (zöldmezős beruházásokkal teljesen új szakmakultúra meghonosítása) után. A vizsgált időszakban a feldolgozóipar összes beruházásának 40 százaléka ebben a három szektorban valósult meg, s a gyógyszeripar az összberuházásból 7 százalékkal részesedett. A fentiek - úgy gondoljuk - önmagukért beszélnek.

*Összességében* tehát KSH adatok alapján az 1992-95 közötti időszakot vizsgálva a gyógyszeripar termelési volumenét tekintve visszaszoruló, leszakadó, termelékenységét alig növelő, stagnáló exportorientációjú szakágazat képét mutatja, amely azonban élen jár a jövedelmezőségben és a beruházásban.

*(Tőzsde, nemzetközi minősítések, vállalati jelzőszámok: a gyógyszeripar egy másik tükörben)* Statisztikai adatokat nem elemzô, csak a gazdasági folyamatokat figyelemmel kísérô egyszeru újságolvasónak egészen más képe van a magyar gyógyszeriparról. A - piaci értékítéletben mérvadónak tekintett - Budapesti Értéktőzsdéről érkező hírek szerint a tőzsdén bevezetett gyógyszeripari vállalatok (ma a Richter és az Egis, korábban a Pharmavit is) az értékpapír kereskedelem legsikeresebb résztvevői közé tartoznak. 1995-ben a Richter nyerte a BÉT által kiadott "1995. év legjobb tőzsdei kibocsátója" címet, s a céget a World Equity címu tőzsdei szaklap az év kelet-európai kibocsátójának választotta.<sup>21</sup> 1994-ben az Egis kapta a BÉT "1994. év legjobb tőzsdei kibocsátója" címet.<sup>22</sup> A Financial Times összeállította a tőzsdén jegyzett első 50 kelet-európai vállalat 1996-os listáját. Az ezen szereplô négy magyar vállalatból kettô gyógyszeripari: a Richter a 13., az Egis a 18. a rangsorban. (A másik két szereplô a 11. Mol és a 29. OTP.)<sup>23</sup> Ne csak a tőzsdén bevezetett gyógyszergyárakról ejtsünk szót: a Theather Public "Száz legjobb magyar cég 1993." címu kiadványa az év legjobb magyar vállalatának a Chinoint választotta.<sup>24</sup>

<sup>21</sup> Éves jelentés 1995. Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt

<sup>22</sup> Éves jelentés 1994. Egis Gyógyszergyár Rt

<sup>23</sup> Lásd: Feljövôben (Kelet-európai vállalati toplista) HVG 1997. február 22.

<sup>24</sup> Sipos Antalné-Bencze Géza-Bikki István-Korbonits Dezsô: Egy mindig megújuló vállalat: a Chinoin története (1910-1995) Budapest 1996.

Mi lehet az oka ennek a szembetűnő értékelésbeli különbségnek? Miután a tőzsdét objektív mércének kell tekintenünk, a statisztikai számbevétel háza táján kell a gondokat keresnünk. Mint többször említettük, a KSH ún. fix bázisú volumenindexei - amelyek alapadatként szolgáltak a növekedési potenciál és a termelékenység rangsorának összeállításához - számos problémával bírnak. Ezek közül a legfontosabb, hogy nem tudják jelezni azt a többirányú szerkezetváltást, amely pedig rendkívül erőteljes volt a gyógyszeriparban az elmúlt években. Nem ismerjük pontosan a felmért kör reprezentációját, de egyes információk szerint ez a termékpalletta túl kicsi. Kérdéses az is, hogy mennyire voltak reálisak a volumenindexek képzéséhez felhasznált árindexek. Elképzelhető továbbá, hogy a szakágazat túl nagy aggregátum: elfedi, kiegyenlíti a vállalatok közötti különbségeket.

- *Termékszerkezet:* A magyar gyógyszeripar termékpallettáját, tevékenységi struktúráját történetileg az ellátási felelősség és az önellátásra törekvés határozta meg. A vállalatok széles gyártási spektrummal, szétaprózott termékpallettával rendelkeztek. A 70-es évek olajválsága hatására termékdiverzifikációt hajtottak végre: a Chinoin, a Richter és az Alkaloida növényvédőszergyártásba, a Richter és a Biogal kozmetikai cikkek előállításába, míg az Egis tápszergyártásba kezdett.
- A 90-es évek piaci hatásaira valamennyi vállalatnál *profiltisztítás és termékkoncentráció* ment végbe. A Richter megszüntette a növényvédőszergyártást, eladta - a Biogalhoz hasonlóan - kozmetikai ágazatát, az Egis beszüntette a tápszergyártást, a Chinoin állatgyógyászati ágazata - a Sanofi érdekeltségének megfelelően - átkerült a Phylaxiába. A legradikálisabb profiltisztítást az Egis hajtotta végre, ahol a vezetés filozófiája: "Egy gyógyszergyár legyen gyógyszergyár." Ennél a vállalatnál mára az árbevétel mintegy 80 százaléka készgyógyszerek értékesítéséből származik. (Ez az arány a nyolcvanas évtized végén még csak 50 százalékot tett ki.) A megtartott gyártási profilon belül - az ellátási felelősség megszüntetése után - valamennyi cég kivonta a kis volumenu, illetve veszteséges termékeket a forgalomból. A keleti piacok beszukülése, szerkezetének átalakulása (ma már itt is éles a verseny) hasonló módosulásokat indukált. Feltételezésünk szerint ezt a nagyarányú struktúraváltást a fix bázisú volumenindexekkel nem lehetett követni, illetve a mutatók alakulásából téves következtetések vonhatók le. A nyolcvanas évek végéig a gyógyszeripar termelése mesterségesen felduzzasztott volt. A redukálódás a piaci folyamatokhoz való alkalmazkodást, a jövedelmezőség jelentős emelkedését szolgálta, összességében a gyógyszeripar versenyképességének javulását - és semmiképpen sem leszakadóvá válását - hozta. A szektor számára a változatlan szerkezetű termelésnövelés jelentett volna tragédiát.
- *(Vállalati különbségek)* A szakágazat - bár a makrogazdasági elemzések szempontjából részletes bontásnak számít - túl nagy aggregáció lehet egy szektor elemzésénél. Elképzelhető, hogy egyes vállalatok romló eredménye elfedi mások javuló teljesítményeit. Korábban már szoltunk arról, hogy a gyógyszeripari folyamatokat napjainkban is 6 vállalat határozza meg. Az alábbiakban ennek a hat vállalatnak a legfontosabb gazdasági jelzőszámait mutatjuk be és elemezzük.

10. sz. táblázat: A nettó árbevétel alakulása a hat legnagyobb gyógyszeripari vállalatnál 1992 és 1995 között

Megnevezés	1992		1993		1994		1995	
	Md Ft	A váll. aránya	Md Ft	A váll. aránya	Md Ft	A váll. aránya	Md Ft	A váll. aránya
Alkaloida	7,6	13	8,1	11	8,1	10	8,3	8
Biogal	7,8	14	9,9	14	10,5	13	10,6	11
Chinoin	11,2	20	15,8	22	18,2	22	22,2	22
Egis	11,6	21	12,8	18	15,3	18	19,8	20
Human	4,4	8	6,3	9	9,1	11	10,5	11
Richter	13,8	24	18,3	26	21,9	26	27,7	28
Összesen	56,4	100	71,2	100	83,1	100	99,1	100

Forrás: Vállalati éves jelentések, MAGYOSZ adatszolgáltatás alapján részben saját számítás

11. sz. táblázat: Az adózás előtti eredmény és a jövedelmezőség\* alakulása a hat legnagyobb gyógyszeripari vállalatnál 1993 és 1995 között

Megnevezés	1993		1994		1995	
	Eredmény (M Ft)	Jövedelmezőség (%)	Eredmény (M Ft)	Jövedelmezőség (%)	Eredmény (M Ft)	Jövedelmezőség (%)
Alkaloida	95	1,2	1026**	12,7	67	0,8
Biogal	860	8,7	852	8,1	-55	-0,5
Chinoin	3169	20,0	4028	22,1	6364	28,7
Egis	1531	12,0	2546	16,6	4881	24,7
Human	385	6,1	388	4,3	494	4,7
Richter	2322	12,7	4294	19,6	7749	28,0
Összesen	8362	11,7	13134	15,8	19500	19,7

\* Jövedelmezőség: Adózás előtti eredmény a nettó árbevétel százalékában.

\*\* Az Alkaloida 1994-ben egyszeri szellemi termék eladásából növelte ugrásszerűen eredményét.

Forrás: Vállalati éves jelentések, valamint a MAGYOSZ adatai alapján részben saját számítás.

A 10. és a 11. számú táblázatokról kitunik, hogy a kilencvenes évek első felében mind a nettó árbevétel, mind a nyereséget és a jövedelmezőséget tekintve jelentős differenciálódás történt a hat nagy hazai gyógyszeripari vállalat között. A történetileg is legnagyobb és legsikeresebb három budapesti vállalat a versenykörülményei között nemcsak megtartotta, de növelte vezető pozícióját. Az Alkaloida és a Biogal nettó árbevétele 1994-95-ben gyakorlatilag stagnált, jövedelmezőségük 1995-ben a szakágazati átlag töredéke volt, sőt a Biogal 1995-ben veszteségesé vált. A hat gyógyszeripari vállalat között a legkisebb, a Humán nem produkált kimagasló eredményeket, jövedelmezősége jóval alacsonyabb a szektor átlagánál - de azt is meg kell jegyeznünk, hogy a feldolgozóipar nyereségességétől alig maradt el. (Az adatokból ugyanakkor az is kiderül - a 11. sz. táblázatot a 7. sz. táblázattal összehasonlítva -, hogy maga az ágazat a nyolcvanas évek közepéhez képest jelentősen növelte jövedelmezőségét.)

Sokban hasonló differenciálódást tapasztalunk akkor, ha a beruházási, illetve - a gyógyszeriparban kiemelkedően fontos - K+F-ráfordításokat vizsgáljuk.



1995-ben 12,6 milliárd forintot költöttek a gyógyszeriparban beruházásokra, amelynek a 76 százaléka a három budapesti gyárban valósult meg. (Egyedül a Richter 40 százalékkal részesedik az összes investíciós ráfordításból. Ez a cég ugyanis a beruházások alakulásához kapcsolódva kapott 1994 és 1998 között 100 százalékos adókedvezményt.)

12. számú táblázat: A K+F-ráfordítások árbevételarányos alakulása 1993 és 1995 között a hat legnagyobb gyógyszergyárnál (Százalékban)

Megnevezés	1993	1994	1995
<b>Alkaloida</b>	5,0	5,4	3,1
<b>Biogal</b>	4,4	4,2	5,7
<b>Chinoin</b>	6,3	6,6	10,4
<b>Egis</b>	7,0	8,8	8,6
<b>Human</b>	5,0	4,0	2,5
<b>Richter</b>	8,3	7,0	6,2
<b>Összesen</b>	6,0	6,0	6,1

Forrás: MAGYOSZ

Bár a gyógyszeriparban nemzetközileg általánosan elfogadott, hogy a K+F-re fordított kiadásokat árbevételarányosan adják meg, fel kell hívnunk a figyelmet a mutató korlátaira. A százalékos arány egyfelől ugyanis nem képes kifejezni, hogy a ráfordításokat milyen hatékonyan használták fel, másfelől nem tudjuk, mit tartalmaz az árbevétel. (Csak a gyógyszereladásokból származó jövedelmeket, vagy mindent?) A K+F folyamatok vizsgálatára mégsem tudunk jobb jelzőszámot kitalálni.

A magyar gyógyszeriparban az árbevételarányos kutatási ráfordítások az ágazat szintjén nem nőttek jelentősen a nyolcvanas évek második feléhez képest: 1986-ban árbevételük 6,0, 1988-ban 5,2, 1990-ben 5,4 százalékát költötték K+F-re. Ám a kilencvenes évek elején a korábban szétaprózott K+F tevékenységen belül valamennyi vállalat kijelölte a stratégiai területeket, amelyekre erőforrásait koncentrálna. A kutatási irányok szűkítése miatt a megmaradt projektekre a korábbiaknál sokkal nagyobb összegek jutnak. Különösen markáns volt az erőforráskoncentráció a Chinoinban, ahol a 12 kutatási témát kettőre csökkentették. Hasonló folyamat zajlott le az Egisben is: itt a kifutó kutatások után szintén csak néhány stratégiai projektet hagytak meg.

Gazdálkodónként ebben a vonatkozásban is nagyok - bár a beruházásokhoz képest kicsit mások - az eltérések. K+F-re is a három budapesti gyógyszergyár fordítja árbevétele legnagyobb százalékát, amely - ha figyelembe vesszük ezen cégek árbevételének növekedését is - jelentős abszolút összeg emelkedést takar. 1995-ben különösen kiemelkedett magas kutatási költségeivel a Chinoin és az Egis. A Humánnál és az Alkaloidánál a K+F százalékos arányát, de abszolút összegét tekintve is csökkent. A Biogal viszont növelte kutatási kiadásait - de sajnos információink nincsenek ennek összetételéről.

Végül nézzük meg az egyes vállalatok exportorientációját, ennek változását, s a gazdálkodók közötti különbségeket!

13. sz. táblázat: Az export aránya a nettó árbevételben a hat legnagyobb gyógyszergyárban 1992 és 1995 között (Százalékban)

Megnevezés	1992	1993	1994	1995
Alkaloida	57	53	57	40
Biogal	22	30	25	24
Chinoin	68	60	63	63
Egis	52	45	44	45
Human	10	8	6	12
Richter	73	69	68	68
Összesen	53	50	49	49

Forrás: Vállalati éves jelentések, valamint MAGYOSZ adatok alapján saját számítás.

A hat legnagyobb vállalat adatai szerint a gyógyszeripar exportorientációja 1992-höz képest 1995-re csökkent. (A KSH adatai 1993-95 között a szintenmaradását jelezték, amelyet ebben az esetben a vállalati számok is visszaigazolnak.) A 13. sz. táblázatból látszik, hogy a vizsgált időszakban csak a két legkevesbé külpiacokra termelő vállalat (Biogal, Human) árbevételében nőtt - itt sem egyenletesen, hanem egy hullámban, s csak néhány százalékponttal - az export részaránya. Esetükben az exportorientáció növekedése kényszer, a hazai piacról való kiszorulás következménye. Mint ilyen, a vállalat jövedelmezőségét inkább rontotta, mint javította.

A három nagy cég exportorientációjának csökkenése két tényezőre vezethető vissza. Elsősorban a KGST megszűnése, a fizetőképes kereslet visszaesése játszott szerepet, másodsorban pedig az, hogy a nyugati relációba sem lehetett a hatóanyagexportot a korábbi volumenben folytatni.

*(Tisztult-e a kép?)* A kétféle közelítési mód úgy véljük kissé élesebbé és árnyaltabbá tette a magyar gyógyszeripar képét. A vállalati adatok elemzéséből kitunt, hogy a gyógyszeriparban valóban végbement egy polarizáció: a szakágazati összesített adat tehát elfedi a cégek közötti különbségeket. Az is világossá vált, hogy a termelési volumen csökkenése hatalmas struktúraváltást takar, amely jelentősen növelte a gyógyszeripari cégek versenyképességét. A feldolgozóiparban kiemelkedő investíciós ráfordítások eddig elsősorban nem a termelés bővítését, hanem korszerűsítését, modern infrastruktúrájának megteremtését, illetve a környezetvédelmet szolgálták.

Álljon itt néhány konkrét példa: Az Egisben üzembehelyeztek két nagykapacitású csomagolósort, megkezdték egy modern csomagolóüzem építését, valamint egy új integrált vállalatirányítási számítógépes rendszer megteremtését. A Richternél korszerűsítés alatt van a tablettá-üzem, új infúziótöltő és liofizáló gépsort helyeztek üzembe az injekció részlegben. A Chinoinban többek között új informatikai rendszert építettek ki, átadták a korszerű számítóközpontot, a kutatási nagylabot, felújították a szennyvíztisztító berendezést és a csatornahálózatot.

A szektor exportorientációja valóban csökkent: a nyolcvanas évek közepéhez képest jelentősen, a kilencvenes évtized elejéhez viszonyítva kisebb mértékben. Ehhez azonban két dolgot azonnal hozzá kell tennünk. Egyfelől a korábbi KGST-forgalom mesterségesen felduzzasztott, kontingensekkel körülbástyázott volt, amelynek visszaesése a versenypiac kialakulásával törvényszerű. Másfelől az elmúlt három-négy évben a vállalatok egy része olyan korszerű piaci hálózat kiépítését kezdte meg Kelet-Európában, amely esetükben a forgalom stabilizálását már lehetővé tette, és megteremtette az alapot a későbbi esetleges exportnöveléshez is.

Úgy véljük végül, hogy a statisztikai adatfelvétel pontosítására a jövőben nagy szükség lenne, amely csak a vállalatok és a KSH szoros együttműködésével valósítható meg.

## 5. A gyógyszeripar hazai struktúrája

(Szereplők, piaci részesedések) A kilencvenes évek közepére a magyar gyógyszerpiac sokszereplőssé, sokszínűvé vált. A hagyományos nagyvállalatok mellett megjelentek a hazai kis- és közepüzemek, valamint szinte valamennyi nagy külföldi gyógyszergyártó. Az első húsz (hat nagy magyar és 14 multinacionális) vállalat kezében van a piac 80 százaléka.

14. sz. táblázat: A 20 legnagyobb gyógyszergyártó rangsora a magyar piacon 1996. szeptember végén

Rangsor	Vállalat neve	Piaci részesedése
1.	Egis	12,2
2.	Richter Gedeon	10,3
3.	Chinoin	8,8
4.	Biogal	6,6
5.	Ciba Geigi	5,1
6.	Lilly	3,3
7.	Glaxo Wellcome	2,9
8.	Alkaloida	2,8
9.	Sandoz	2,8
10.	Pharmacia&Upjohn	2,7
11.	Essex Chemie/Schering Plough	2,7
12.	Hoffmann la Roche	2,8
13.	Pfizer	2,3
14.	Pharmavit	2,3
15.	Novo Nordisk	2,0
16.	Janssen Cilag	1,9
17.	UCB	1,8
18.	Merck Sharp & Dohme	1,7
19.	Human	1,7
20.	SmithKline Beecham	1,6

Forrás: pharmaFELAX alapján részben saját számítás

A magyar gyógyszerpiac értékben a nyolcvanas évek vége óta folyamatosan nőtt: az 1990. évi 21 milliárd forintról 1995-re már 86 milliárd forintra emelkedett az eladott gyógyszerek értéke. E növekvő piacon a magyar gyógyszergyárak részesedése az 1990. évi 75 százalékról 1992-re 65, 1994-re 46, 1995-re pedig 42-43 százalékra esett vissza. Az 1996. első háromnegyedévi adatok azt mutatják, hogy a további arányvesztés megállt, sőt a Richter és a Chinoin némileg növelni tudta részesedését, ezzel a magyar gyógyszergyárak ma a hazai piac mintegy 45 százalékát birtokolják. (Az arányvesztés persze nem jelentett piacszukulést, értékben a hazai cégek számára is jelentősen bővült a piac.)

Volumenben (eladott dobozszámban) más a kép: a fogyasztásnak ma is a 75 százalékát a hazai készítmények adják. Ez rávilágít a magyar és az importgyógyszerek közötti hatalmas árkülönbözetre. 1996-ban egy doboz hazai gyógyszer átlagosan 195 forintba, míg egy doboz külföldi készítmény 792 forintba került.

*(Verseny)* A magyar gyógyszerpiacon a készgyógyszerek importjának 1992. évi liberalizálása óta éles verseny folyik. A világ vezető gyógyszergyárjai hatalmas marketing ráfordításokkal kezdték meg a magyar piac meghódítását úgy, hogy a világban általánosan szokásos piacvédelemmel sem kellett megküzdeniük.

Korábban már részletesen szoltunk arról, hogy a gyógyszer speciális termék. A világ valamennyi országában szabályozott a gyógyszerpiac, csak az állami beavatkozás mértékében és módszerében van eltérés. Minden ország egészségügyi hatósága igényt tart arra, hogy a területén forgalomba hozott termékeket maga is megvizsgálta, s garantálhassa a hatásosságát, illetve az ártalmatlanságát. A gyógyszerek törzskönyvezési eljárása országonként eltérő, a legszigorúbb Japánban és az Egyesült Államokban, ezeknél kissé enyhébb Nyugat-Európában. A törzskönyvezés évekig elhúzódik és rendkívül költséges, erős protekcionista vonásokkal. Emellett valamennyi országban speciális ár- és térítésszabályozás funkcionál a társadalombiztosítási rendszerek keretében - itt is gyakran belső piacvédelmi szempontokat követve.

A fentiek miatt az Európai Unióban sincs egységes rendszer: minden tagországban más-más a támogatási szisztéma, s az egyes nemzeti kormányok saját belátásán múlik, hogy milyen szempontokat vesznek figyelembe a források optimális elosztása érdekében. A gyógyszerek árképzésére, ártámogatására az EU csak az átláthatóság követelményét fogalmazta meg (1989. évi 105-ös direktíva), de az elmúlt években még ez sem vált valóra minden tagországban. Arra vonatkozóan pedig, hogy a ma országonként eltérően működő termelői, nagy- és kiskereskedelmi árképzés, valamint a támogatási rendszer harmonizálására mikor kerülne sor, a Közösség szakértői távoli dátumot sem neveznek meg.<sup>25</sup>

Azt, hogy a Közösség átmenti ideig tolerálja a hazai ipar védelmét, jól jelzi a Magyarországgal kötött társulási szerződés. Eszerint ugyanis hazánk 1992-ben az EU-ból importált gyógyszerekre egy 40 millió dolláros keretet határozhatott meg, amely évente 10 százalékkal nőhetett. A korlátozást 1995 és 2000 között kell(ene) fokozatosan felszámolni. A fokozatosság azt jelentené, hogy 1997-ben az EU-ból származó gyógyszerimport 70,

2000-ben pedig 100 millió dollárt tehetne ki. Az élet azonban ezt a megállapodást szinte életbelépésével egy időben felülbírálta. Az EU-ból származó gyógyszerbehozatal ugyanis már 1995-ben elérte a 150 millió dollárt. (Állítólag mire a társulási szerződést ratifikálták, az import már jóval meghaladta az egyezményben meghatározott keretet, de a behozatal alakulását egyébként sem figyelte senki.)

A kilencvenes évek elejéig fennálló importkorlátozás miatt - a nyugati országokhoz képest - a magyar gyógyszerpiacon meglehetősen kicsi volt a termékválaszték. A behozatal felszabadítása után a készítmények száma rohamosan nőni kezdett, 1995-re elérte a 2700-at, amely az 1990. évinek közel a kétszerese. (A hatóanyagok száma ugyanezen idő alatt csak 20 százalékkal emelkedett, tehát a termékek számának szaporodása nem jelentette automatikusan az új gyógyszerek számának növekedését.)

Az importgyógyszerek engedélyeztetése könnyen és gyorsan ment, hiszen a szükséges dokumentációt a gyártó könnyen tudta biztosítani (a készítmények a fejlett országokban már piacon voltak.) Az érvényben lévő társadalombiztosítási rendszer alapján a külföldi gyógyszerek átlagosan 90 százalékos támogatásban részesültek, így kezdetben sem az orvosok, sem a betegek nem érzékelték a valós árszintet. A magyar gyógyszerpiacon tehát - eltérően a világ legtöbb országától - *a 90-es évek első felétől alig voltak belépési korlátok* a külföldi termelők számára.

Az import liberalizálása a piac két szereplőjének okozott gondot: a magyarországi gyógyszergyártóknak és az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak.

- *A hazai vállalatok* magukat a külföldiek éles konkurenciájával, költséges és agresszív marketing módszereivel. A verseny átrendezte a hazai gyárak piaci rangsorát annak megfelelően, hogy ki milyen rugalmasan reagált az új típusú kihívásokra. Az 1990-ben még piacvezető Biogal 1996-ban a negyedik helyre esett vissza, az ötödik Alkaloida a nyolcadik helyre csúszott. A Richter viszont a negyedik helyről a másodikra, az Egis a másodikról az elsőre jött fel. A Chinoin megtartotta harmadik helyét. A magyar gyógyszergyárak - ma már elmondhatjuk - talpon maradtak az éles versenyben, s privatizációjukat sem akadályozta meg a piacvesztés. A verseny sok tekintetben jót tett nekik: rákényszerítette őket marketing módszereik fejlesztésére, a kiszerelés, csomagolás javítására, új készítmények bevezetésére, rugalmasságuk fokozására. Az is igaz azonban, hogy a gyorsan növekvő "tortából" az import bezúdulásának hatására csak kisebb szelethez juthattak. Az import keretek közötti, fokozatos liberalizálása háttérrel adhatott volna a foglalkoztatás kevésbé drasztikus csökkentéséhez, az exportpiaci pozíciók gyorsabb, stabilabb kiépítéséhez, s két-három vállalatnak a "kelet-európai multi" pozíció megteremtéséhez.
- A gyorsan növekvő árszínvonal az *OEP* gyógyszerköltségvetésének deficitjét drasztikusan megemelte. A százalékosan ugyan nagyon magas, de az európai keresetektől jóval elmaradó átlagfizetések miatt mégis

---

<sup>25</sup> Forrás: MAGYOSZ

kevés társadalombiztosítási járulék nem elegendő a nyugati árszínvonalú gyógyszerellátás finanszírozásához. A gondot a Népjóléti Minisztérium kezdetben a hazai gyógyszergyárak állami kézben tartásával vélte megoldhatónak, az OEP pedig az ártárgyalások során már évek óta az inflációtól elmaradó termelői árszintemelést fogadtat el a magyar vállalatokkal. Az import fokozatos liberalizálása mint - ma már persze túlhaladott - megoldás sohasem merült fel az egészségügyi tárca, illetve a társadalombiztosítási szervezet részéről. Hogy miért, annak nagyon egyszerű és prózai oka van: a gyógyszergyártó multik megjelenésével a hazai egészségügy olyan forrásokhoz, lehetőségekhez (klinikai osztályok finanszírozása, külföldi konferenciákon való részvétel elősegítése, stb.) jutott, amelyekről nem tud, és nem is akar lemondani.

- A magyar gyógyszerpiac sarokpontjának tekinthető támogatási rendszer 1995 tavaszáig változatlan elvek szerint működött, három pillérre épülve: normatív támogatás (95, 80, 50%, illetve fix összeg); térítésmentes kategória súlyos betegségek esetén; közgyógyellátás a nehéz anyagi helyzetűeknek. A hatalmasra duzzadt deficit csökkentése érdekében 1995 márciusától új szubvenciórendszer került bevezetésre. Az új szisztéma nem jelentett rendszerszerű változást, de számos ponton módosítja az előző rendszert.
- Csökkentette a normatív támogatási kulcsokat (95% $\rightarrow$ 90%, 80% $\rightarrow$ 70%, 50% $\rightarrow$ 40%), ugyanakkor növelte a fix támogatásban részesülő gyógyszerek arányát. Átrendezte a készítményeket: egyesek magasabb, mások alacsonyabb támogatási kategóriába kerültek. A térítésmentes kategóriában csökkentek a betegségtípusok, a közgyógyellátásban részesülők esetében viszont duplájára emelkedett a felírható gyógyszerek köre. A rendszer legfontosabb változása az alaplista bevezetése volt: az ezen szereplő gyógyszerek 100, 95, illetve 90 százalékos támogatásban részesülnek, s termelői áremelkedésüket az OEP adott ideig átvállalja.
- Az új szisztéma bevezetése a gyógyszerfogyasztás csökkentését, szerkezetének átrendezését célozta meg, a terhek jelentős részét a lakosság - terhelhetőnek ítélt rétegeire - áthárítva. A hatékony működéshez a rendszer szerves részét kellene képeznie a vényellenőrzésnek, amely azonban mind a mai napig nem funkcionál. A pazarlás, a visszaélések tovább folytatódnak. Ugyanakkor kétségtelen, hogy a magyar társadalom először 1995 tavaszán szembesült a valódi gyógyszerköltségekkel, s azzal, hogy neki is részt kell vállalnia ennek terheiből.
- A bevezetett új rendszer meglehetősen bonyolult, s kívülálló számára megítélhetetlen, hogy a változások hogyan érintették a hazai, illetve a külföldi gyártók pozícióit. Annyi bizonyos, hogy mindkét csoport hangosan tiltakozott a módosulások ellen, saját helyzetének romlására hivatkozva. A Chinoin vezérigazgatója az egész rendszert rossznak tartja. Véleménye szerint a támogatási szisztéma átláthatatlan, az ártárgyalások "perzsavásár-szerűek", mindenki egyedül alkuszik. Ő a hazai gyártók közös fellépését szorgalmazza az OEP-nél. Mások szerint ez a helyzet törvényszerű, hiszen minden vállalatnak eltérő az érdeke attól függően, hogy milyen terápiás területen milyen gyógyszert gyárt. (Az új támogatási rendszerben például az Egis a korábbiánál kedvezőbb, míg a Chinoin kedvezőtlenebb helyzetbe került.) Az OEP költségvetésének 60 százaléka 1993-ban még a hazai gyógyszereket finanszírozta. Ez az arány 1994-ben 50 százalékra csökkent, 1995-ben pedig

kb. 55 százalékra kúszott vissza. Valószínű, hogy belátható időn belül nem történik alapvető változás a gyógyszerfinanszírozás rendszerében. A szisztéma ma sem, és feltehetően a jövőben sem fog piacvédelmi eszközként funkcionálni.

## 6. Kísérlet a szektor versenyhelyzetének elemzésére

(Kereslet) Elvileg és világviszonylatban a gyógyszeripar az egyik legperspektivikusabb ágazat, hiszen a gyógyszerek iránti kereslet dinamikus növekedése valószínűsíthető egyrészt a várható élettartam emelkedése miatt, másrészt azért, mert az ismert betegségeknek ma még mindössze az egyharmada gyógyítható. A társadalombiztosítási rendszerek világszerte tapasztalható válsága, a már bevezetett, illetve bevezetni szándékozott reformok a gyógyszerpalettán belül a generikumok további térnyerését valószínűsítik.

A hazai gyógyszergyárak termékeinek várható keresletét azonban a világpiaci tendenciákon kívül, a sajátos hazai, illetve kelet-európai igények határozzák meg. (Forgalmuk mintegy 75 százalékát ugyanis ebben a régióban bonyolítják.)

- Magyarországon a társadalom egészségügyi állapota kritikus, s Európában a legrosszabbak közé tartozik. A magyar lakosság gyógyszerfogyasztási szokásai jelentősen eltérnek a világ fejlett országaiban tapasztalttól: jóval magasabb a gyógyszerfogyasztás s eltérő a terápiás szerkezet is.

15. sz. táblázat: A magyar gyógyszerfogyasztás nemzetközi összehasonlításban

Ország	Doboz/év/fő
Csehország	17
Szlovákia	20
Lengyelország	21
Németország	22
Nagy-Britannia	14
Franciaország	51
Hollandia	12
Magyarország	33

Forrás: MAGYOSZ

16. sz. táblázat: A gyógyszerforgalom megoszlása hatástani területenként

Megnevezés	Belföldi piac	Európa
Kardiovaszkuláris	22	19
Szisztémás antiinfektum	18	14
Tápcsatorna és anyagcsere	14	8
Idegrendszer	11	9
Légzőrendszer	7	7
Egyéb	28	53
<b>Összesen</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Forrás: MAGYOSZ

A lakosság által fizetendő térítési díjak drasztikus emelkedése miatt az elkövetkező években feltehetően racionális irányba mozdulnak el a hazai gyógyszerfogyasztási szokások. Ez azt is jelenti, hogy az elmúlt években tapasztalható képest a gyógyszerpiac bővülésének lassulása várható, s ezen a lassan megállapodó piacon kell - a külföldiekkel folytatott erős verseny közepette - a hazai vállalatoknak helyzetüket stabilizálni, javítani. Mellettük szól a "generikus hullám", amely a magyar fogyasztók szemében is minden bizonnyal felértékeli ezeket az alacsonyabb árfekvésű készítményeket, valamint az, hogy termékpalalettájuk és kutatási portfóliójuk jól igazodik a hazai igényekhez.

- Kelet-Európa lakossága szintén meglehetősen rossz egészségügyi állapotban van, így a gyógyszerek iránti kereslet elvileg növekvő. A régióban a jövedelmek alacsonyak, a választásnál a gyógyszer ára és ismertsége a döntő. A magyar generikumok ebből a szempontból kedvező pozícióban vannak.
- A szovjet utódköztársaságokban társadalombiztosítási rendszer nem működik, így a központi beszerzések, barterek lehetősége gyakorlatilag megszunt. Eladni csak a helyi piacokon kifejtett nagyon kemény marketingmunkával, konzignációs raktárakon keresztül lehet. A KGST megszűnése után elvesztett pozíciókat a magyar exportőrök - elsősorban a Richter, illetve a Chinoin és az Egis - részben már visszaszerezték. A magyar konzignációs hálózat gyakorlatilag az egész FÁK területét lefedi. Ennek a szerepe a továbbiakban is meghatározó lesz. A várható piacvédelmi intézkedések bevezetése miatt további piacnyerést azok a cégek tudnak elérni, amelyek helyi gyártókapacitásokat is létrehozhatnak. (A Richter 1997-ben adja át Oroszországban 120 embert foglalkoztató termelőüzemét, amely kezdetben raktározik és csomagol, 1998-tól pedig már tablettázni is fog.)
- A közép-kelet-európai országok gazdasága lassan konszolidálódik, a társadalombiztosítási rendszerek működőképesek, és fizetőképes kereslet is van. A régióban - amely hagyományos felvevőpiaca a magyar gyógyszereknek - erős a verseny, illetve a piacvédelem. (Lengyelországban például az alaplistán csak hazai készítmények szerepelnek.) A forgalom döntő része az itt is kiépített konzignációs raktárhálózaton és leányvállalatokon keresztül bonyolódik. A további piacnyerés módszere ebben a régióban is a termelővállalat létesítése lehet. A térségben az Egis jár elől: 1996-ban a Servier-vel közösen felvásárolták egy lengyel gyógyszergyár 70 százalékát.



*(Termelési tényezők)* A gyógyszeripar az a szektor, amely - elvileg - Magyarország termelési tényező ellátottsága (nyersanyagszegénység, de képzett munkaerő, színvonalas oktatás), földrajzi helyzete, hagyományai miatt hazánk egyik legversenyképesebb ágazata lehet.

- **Munkaerő:** A gyógyszeripar - mint alapvetően innovációkra épülő ágazat - versenyképességének egyik döntő tényezője a kvalifikált munkaerő. A közel százéves gyógyszergyártási hagyományok, az ehhez kapcsolódó oktatási rendszer alapján rendelkezésre áll a gyógyszergyártáshoz szükséges képzett, s a nyugatinál sokkal olcsóbb munkaerő. Az elmúlt évtizedekben a vállalatok nagy részénél kialakult egy olyan menedzsment, amely a versenypiac követelményei között is rendkívül jól megállja a helyét. A hagyományosan jó magyar vegyészképzés mindaddig biztosította a kémiai kutatásokhoz szükséges szakemberállományt. A reprodukciós kutatásokon felnőtt vegyész-nemzedékek nemzetközileg is versenyképesek a generikumok gyors kifejlesztésében. Annak ellenére, hogy a vállalati privatizációk után a marketingszervezetek gyors fejlődésnek indultak, még ma is kevés a marketingszakember. A hatékony marketingtevékenység viszont elengedhetetlen a generikus piacon való sikeres szerepléshez. Ugyancsak hiány van a biológiai kutatásokban jártas szakemberekben. A versenyképesség jövője az oktatás jelenlegi helyzetétől függ, s itt már nem ilyen kedvező a kép. Szakértők szerint a hazai vegyészképzés jelentősen elmaradt a tudomány fejlődésétől, a világ élvonalától.
- **Technológia:** A hazai és a külföldi minőségi követelményeknek megfelelően a gyógyszeriparban jelentős előrehaladás történt a gyártási technológiákban. Napjainkban valamennyi magyar gyógyszergyár teljesíti a GMP-előírásokat. (Ezen felül például az Egis, a Chinoin a GLP-nek is megfelel.) A Chinoin már 1994-ben (a közép-kelet-európai országok gyógyszergyárak közül elsőként) megkapta az ISO 9001 tanúsítványt.
- **Tőkeellátottság:** Hazai viszonylatban a gyógyszeripar a kiemelkedő tőkeellátottságú ágazatok közé tartozik - persze ebben az esetben is nagy vállalati különbségekkel. A feldolgozóiparban 1995-ben a saját tőke és a jegyzett tőke aránya 1,5 volt (vagyis a saját tőke mintegy 50 százalékkal haladta meg az alapítói vagyont). Ugyanebben az évben ugyanez a mutató a Richternél 2, az Egisnél 2,4, a Chinoinnál 4,1 volt. (Sajnos a többi vállalatról nincsenek konkrét adataink, de egyéb mutatóikból valószínűsíthetjük, hogy tőkeellátottságuk a feldolgozóipari átlag körül lehetett.) Nemzetközileg a gyógyszeripar a magas tőkeigényű szektorok közé tartozik - a hatalmas K+F-ráfordításokat, a törzskönyveztetés költségeit mindig saját forrásból fedezik. A magyar gyógyszeripar tőkeellátottsága az elmúlt évtizedekben nagyon alacsony volt. Ebből a lemaradásból sikerült valamit a három legnagyobb cégnek behoznia.

*(Támogató, kapcsolódó iparágak)* A magyar gyógyszeripar vállalataira általánosan jellemző volt, hogy - már a harmincas években megkezdett, majd a tervgazdaság körülményei között esetenként a végletekig fokozott

önellátásra törekvés jegyében - a gyártási vertikum minél teljesebb kiépítésére törekedtek. Ez azt jelenti, hogy a hazai cégek az originális kutatásoktól a vegyipari alapanyaggyártáson keresztül a készgyógyszer kiszerezéséig a gyógyszergyártás valamennyi fázisára képesek. Egyes nyugati szakértők éppen ebben a jellegzetességben vélték megtalálni a magyar gyógyszeripar vonzerejét a külföldi befektetők felé.<sup>26</sup>

Természetesen a hazai gyógyszeripari vállalatoknak is szükségük van termelésükhöz külső beszállításokra: elsősorban vegyipari alapanyagokra, és csomagolóanyagokra (üveg, doboz). Ezeket az elmúlt évtizedekben részben importból (az összes vásárlás kb. 60%-a), részben hazai forrásból szerezték be. Importjukat a nagy külkereskedelmi vállalatokon keresztül, az import engedélyezési rendszer útvesztőjében bonyolították le, belföldi beszerzéseik forrásai pedig a monopolhelyzetben lévő nagy vegyipari cégek, illetve üvegyipari és nyomdaipari vállalatok voltak.

A nyolcvanas/kilencvenes évtized fordulójától a megnyíló új lehetőségek és a megjelenő új követelmények határozták meg a gyógyszeripari vállalatok beszállítói kapcsolatainak alakulását. A kettő természetesen szorosan összefügg: az új lehetőségek nélkül a gazdálkodók nem tudtak volna megfelelni a radikálisan megnövekedett követelményeknek.

A kilencvenes évek elejétől a vállalatoknak szembe kellett nézniük valamennyi piacukon az élesedő versennyel, az ugrásszerűen megnövekedett minőségi és gazdaságossági követelményekkel, a szigorodó szállítási határidőkkel. Ezeknek a kívánalmaknak a korábbi beszállítói kapcsolatokkal nem tudtak volna megfelelni.

Az import liberalizálása, a külkereskedelmi monopólium felszámolása, a devizagazdálkodás kötöttségeinek fokozatos megszüntetése voltak azok a tényezők, amelyek a versenypiachoz való alkalmazkodást elősegítették. Ezek alapján megváltozott a beszerzések szervezeti rendszere, mechanizmusa, a belföldi-import arány.

Valamennyi cégnél elmondták, hogy a beszerzési források kiválasztásánál elsősorban szempont a *minőség*. Csak olyan beszállítóval szerződnek, amely nemcsak megfelelő minőségű termékkel, hanem rendszeres audittal alátámasztott minőségbiztosítási rendszerrel is rendelkezik. További szempont a *rugalmas szállítási határidő* és a *megfelelő finanszírozási konstrukció*. Az előbbi azt jelenti, hogy - a korábbiaktól eltérően - a gyógyszergyárak igyekeznek minimálisra csökkenteni készletezési költségeiket, tehát azt a minőségileg megfelelő termelőt választják, amely képes a just in time szállításra. A beszállítók kiválasztása versenyeztetéssel történik, ahol egyenlő eséllyel indulnak külföldi és hazai cégek. A kilencvenes évek elejének válsága a gyógyszeripar belföldi beszállítóit is elérte. A vegyipari cégek kínálata csökkent, új termékek, jobb minőségű alapanyagok gyártására nem mutattak hajlandóságot (nem voltak beruházási forrásaik sem), sőt környezetvédelmi okokra hivatkozva számos termékük gyártását leállították. Az üvegeket gyártó budapesti vállalat megszűnt, a tokodi gyár pedig nem tudta a megfelelő minőséget biztosítani. A versenyeztetésben ilyen

---

<sup>26</sup> The right prescription? Central European March 1996

körülmények között a hazai cégek rendre alulmaradtak. *Valamennyi gyógyszergyár vásárlásaiban megnőtt az import szerepe.* A konkrét részarányt elsősorban az adott cég termékportfóliója határozza meg. Az Egisnél például, ahol az értékesítés 80 százaléka készgyógyszer (és így a minőségi követelmények rendkívül magasak) a korábbi mintegy 40 százalékos hazai beszállítói arány 14 százalékosra csökkent. (A nagyhatalmú amerikai FDA például előírja, hogy az Egyesült Államok piacára szállított gyógyszerek előállításánál amerikai beszállítóktól kell vásárolni.) A Chinoinnál nem volt ekkora változás: a belföldi szállítók aránya 10 százalékponttal esett vissza és napjainkban 30 százalék körül van. Az importőrök túlnyomó többsége nyugat-európai, japán, s az utóbbi időben feljövőben van Kína és India.

A versenyeztetés miatt *nincs stabil beszállítói kör:* a gyógyszergyárak piaci sikere részben éppen abban rejlik, hogy mindig a legkedvezőbb feltételeket kínáló beszállítót választják. Természetesen a *potenciális* beszállító vállalatok köre adott, és lassan stabilizálódik is, de az egyes cégek - csak a korábbi megrendelések alapján - nem lehetnek biztosak a további megrendelésekben.

Valamennyi gyógyszergyárban jelentősen átalakult a beszerzés szervezeti rendszere. Az "impexeket" kiküszöbölték (a Medimpex - amely korábban a nagy gyógyszergyárak közös tulajdonában volt - a Richter érdekeltségébe került), saját beszerzési szervezetet építettek ki. A korábban import-belföldi alapon történő elkülönítés megváltozott, most jól meghatározott termékcsoportok specialistái végzik a beszerzést.

Fontos kérdés, hogy milyen változást jelentett a beszállítói hálózatban a vállalatok tulajdonosi szerkezetének módosulása? Úgy tunik, hogy a belföldi/import arányt nem a külföldi tulajdonba kerülés, hanem a termékszerkezet határozza meg. (Láthattuk, hogy a Chinoinnál, amely a legrégebben van külföldi szakmai befektető többségi tulajdonában, magasabb a hazai beszállítók aránya, mint pl. az 1995 végéig önállóságát megőrző Egisnél). A külföldi szakmai tulajdonos léte / nem léte sokkal inkább a beszerzés szervezeti rendszerére és mechanizmusára nyomja rá bélyegét.

- Az önálló Richter a Medimpex megvásárlásával a korábbi beszerzési hálózatra támaszkodik.
- Az Egis fokozatosan építette ki saját beszerzési szervezetét. Először résztvettek a Medimpex által folytatott tárgyalásokon, majd 1993-tól fokozatosan tértek át a saját bonyolításra, az üzletkötésre, végül a szállításokra. 1997-től az Egis képes minden termék önálló beszerzésére - de a Medimpex nemzetközi hálózatára esetenként még napjainkban is támaszkodnak. A funkciók kiépítése kb. 15 százalékos létszámnövekedéssel járt. Az, hogy 1995 végén az Egis a Servier tulajdonába került, egyelőre semmiféle változást nem okozott a beszerzési szervezetben, és szerkezetben.
- A Chinoinnál vannak a legrégebbi tapasztalatok a külföldi szakmai tulajdonos szerepéről. Ennél a cégnél is - a követelmények és a lehetőségek megváltozásának hatására - saját kezdeményezésre kezdődött a beszerzések átalakítása. Ezt a folyamatot jelentősen felgyorsította a Sanofi tulajdonossá válása. Kiepült egy profi beszerzési szervezet jól meghatározott termékcsoportok (alapanyag, papír- és nyomdaipari termékek, muszaki

gépek és anyagok, muszaki szolgáltatások, egyéb) szerint elkülönítve a vásárlásokat. Körülbelül napjainkra kapcsolódott össze a Chinoin és a Sanofi beszerzési hálózata, amely közvetlen kapcsolatot jelent az Elf Aquitainnel is. A Sanofi részéről elvárás a Chinoin felé, hogy a beszerzési folyamat globalizálódjon: attól kell venni, aki világviszonylatban a legjobb minőséget nyújtja a legkedvezőbb gazdaságossági, szállítási feltételek mellett.

- A Chinoinnak saját cikkeinél szabad keze van a beszállítók kiválasztásában. A közös termékeknel a Chinoin köteles a Sanofi beszállítójához fordulni. Hasonló a helyzet gépbeszerzések esetén: ekkor azonban már az Elf jelenik meg vásárlóként, amely sokkal jobb kondíciókkal tud venni, mint akár a Chinoin, akár a Sanofi.

Valamennyi vállalatnál elmondták, hogy a hazai beszállítói vállalatok külföldi tulajdonba kerülése fokozatosan javítja esélyeiket: jobb minőségben, rugalmasabb feltételekkel tudnak szállítani. Határozottan érezhető a javulás például a nyomdákban. A gyógyszeripari cégek szívesen fordulnának a hazai beszállítók felé, amennyiben azok a megfelelő minőséget és rugalmasságot biztosítani tudnák. Ha ez bekövetkezne, akkor némileg visszaszorulhatna az import aránya a vásárlásokban.

(*A kormányzat szerepe*) A magyar gyógyszeripar nagyvállalatai 1996 végéig többségi magántulajdonba kerültek. A kormánynak tehát tulajdonosként a továbbiakban nincs szerepe a cégek életében. Annál inkább lehetnek feladatai a szektor környezetének olyan irányú alakításában, amely az ágazat nemzetközi versenyképességét növeli.

A gyógyszeripar az egyik legkomplexebb iparág. Szorosan kapcsolódik a tudományos szférához (alapkutatás), az oktatáshoz, az egészségügyhöz, a társadalombiztosítási rendszerhez. Ez az oka annak, hogy az állam a legtöbb piacgazdaságban több oldalról is befolyásolja (vagy igyekszik befolyásolni) a gyógyszeripar környezetét. Az utóbbi évtizedben a helyzet persze egyre bonyolultabb: nemzeti gyógyszeriparok már szinte sehol sincsenek, így a nemzeti kormányok nemzetközi vállalatokkal állnak szemben. (Az egészségügyi kiadások növekedésének kapcsán például elkerülhetetlenné vált az ütközés a nemzeti kormányok és a multinacionális vállalatok között.)

Ma már hazánkban sem beszélhetünk *magyar*, csak *magyarországi* gyógyszeriparról. A külföldi tulajdonban lévő termelő vállalatok azonban magyar munkaerőt foglalkoztatnak, itt fizetnek adót, társadalombiztosítási járulékot, a magyar exporthoz járulnak hozzá. Így versenyképességük növelése nemzetgazdasági érdek.

- Társadalombiztosítási rendszer: Mint a korábbiakban már láthattuk, nemzetközileg a leginkább bevett módszer az, hogy a nemzeti kormányok a társadalombiztosítási rendszereken keresztül támogatják gyógyszeriparukat. A magyarországi gyógyszergyártók, illetve érdekvédelmi szervezetük, a MAGYOSZ is gyakran szorgalmazza ennek hazai bevezetését. "Az Egészségbiztosítási Önkormányzat joga és felelőssége

annak meghatározása, hogy mely termékeket támogat és milyen mértékben. Az OEP a rendelkezésére álló támogatási keretösszeg mintegy felét a fogyasztás volumenének (dobozszám) egynegyedét kitevő import készítményekre fordítja. A cost-benefit szemlélet alapján az OEP-nek jobban kellene támaszkodnia a hazai gyártók jó terápiás értékű, mérsékelt árszintű készítményeire. Ugyanez vonatkozik a közgyógy-listára, azzal a különbséggel, hogy annak az összeállításáért a Népjóléti Minisztérium a felelős.<sup>27</sup> Kétségtelen, hogy amennyiben a versenytársakat hazai háttérükben támogatja kormányuk, a magyar vállalatok pedig ezt nem kapják meg, akkor versenyhátrányba kerülnek. Elgondolkoztató továbbá a társadalombiztosítás hiányának folyamatos növekedése az importgyógyszerek magas támogatottságának fényében. Úgy véljük, hogy amennyiben azonos terápiás kategóriában a külföldi és a hazai gyógyszerek ára azonos, akkor ugyanabba a támogatási kategóriába kerülnének, továbbá, ha az alaplistás készítmények többsége hazai készítmény lenne, akkor Magyarországon még nem sérülnének a versenyviszonyok. Legfeljebb a Nyugat-Európában szokásos módszerek felé történne némi elmozdulás.

- Adórendszer: Bár a hazai gyógyszergyártók a társadalombiztosítási rendszeren keresztül nem, az adórendszeren keresztül - tehát a termelési szférában - jelentős támogatást kapnak. Az adókedvezmények részben a külföldi tőkebefektetésekhez kötődnek, részben (például a Richter esetében) beruházások teljesülésétől függenek.

17. számú táblázat: A hazai gyógyszerárak adókedvezménye

A vállalat neve	A társasági adókedvezmény	
	időtartama	mértéke (%)
<b>Alkaloida</b>	1994-1998	100
<b>Biogal</b>	-	-
<b>Chinoin</b>	1991-1997	100
	1998-2003	60
<b>Egis</b>	1993-1997	100
	1998-2003	60
<b>Human</b>	1994-1997	100
	1998-2003	60
<b>Pharmavit</b>	1989-1993	100
	1994-1998	60
<b>Richter</b>	1994-1998	100
	1999-2003	60

Forrás: MAGYOSZ

Az adókedvezmények növelik a cégek K+F, illetve beruházási forrásait, s ezen keresztül versenyképességüket is. Miután azonban a versenytársak (pl. Németország, USA) esetében is gyakori az adómentesség, így ezáltal nem keletkezik versenyelőny, csak egyenlő helyzet.

<sup>27</sup> Forrás: Press release. Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége 1996. november 4.

- Gazdaságdiplomácia: A gyógyszeripar erősen külpiacon utalt ágazat. A *piacszerzés* elsősorban *vállalati feladat*, s az elmúlt években legnagyobb hazai cégeinknek sikerült is részben visszatérniük keleti piacokra. A vállalati vezetők úgy vélik, hogy a politikai egyezségeken alapuló olyan *piacnyitásban*, amely a gazdálkodókat segíti a piacra lépésben, a magyar *kormány*nak a *mainál sokkal nagyobb szerepe lehetne*, és kellene is hogy legyen.
- K+F: A gyógyszeripar nemzetközi versenyképességének egyik legfőbb tényezője a K+F-potenciál, amelynek két összetevője a vállalati és a központi kutatási bázis. A vállalati K+F szervezetet, finanszírozási rendszert - ahogy a korábbiakban bemutattuk - a cégek átszervezték, s a piacgazdasági viszonyokhoz igazították. A központi K+F infrastruktúra viszont szétesett, az alapkutatási háttér szinte teljesen hiányzik, a klinikai vizsgálatok bázisa nincs kiépítve. Egyszerre van jelen a tudás- és a tőkehiány. A kormányzatnak ebben a szférában vannak a legnagyobb mulasztásai, és így a legnagyobb lehetőségei is a gyógyszeripar versenyképességének javítására. A központi K+F-rendszer újjászervezése, koncentrálása, hazai és nemzetközi (pl. EU) finanszírozási forrásainak megkeresése az elkövetkező néhány év legfontosabb feladata kellene, hogy legyen.
- Oktatás: A gyógyszeripar - mint innovációra épülő szektor - versenyképességét döntően befolyásolja az adott ország oktatási színvonala, s ezen keresztül a szakember utánpótlás helyzete. Ez Magyarországon az elmúlt évtizedekben megfelelő volt, az utóbbi években viszont egyre nagyobb a lemaradás. A kormányzatnak ebben a szférában is - mások által nem pótolható - feladatai vannak.

## 7. Rövid összegzés és kitekintés

A magyar gyógyszeripar magas hozzáadott-értéket termelő, jó innovációs képességu, nemzetközileg ismert, nagy hagyományokkal rendelkező ágazat. Nagyvállalatai ma a magyar gazdaság legversenyképesebb szférájába tartoznak.

Az iparág elkövetkező 5-8 éves fejlődési lehetőségeit három tényező fogja alapvetően befolyásolni:

1. a nemzetközi tendenciák;
2. a vállalati stratégiák;
3. a kormányzati intézkedések.

Ad 1/

A nemzetközi gyógyszeripar folyamatos mozgásban van, állapota képlékeny, jövőjének megítélése bizonytalan. Ma még nem vonható meg a nagy felvásárlások és fúziók mérlege. Az egyesülésekkel a multinacionális gyógyszergyártók költségeiket akarják csökkenteni (hiszen a magas gyógyszerárakat egyre kevésbé fogadja el a piac - az egészségbiztosító rendszerek és a lakosság), valamint az évtized végén lejáró szabadalmak elől menekülnek. Az eredményesség elsősorban az innovációs képesség javulásától fog függeni, s ez lesz a meghatározó a folyamatok jövőbeli alakulásánál is. Amennyiben a felvásárlások és egyesülések eredményeként a mai nagyvállalatoknál innovatívabb vállalatbirodalmak jönnek létre, akkor valószínűsíthető a tendencia folytatódása. Ekkor is kérdéses, hogy az olyan konglomerátumok, mint pl. a Ciba és a Sandoz egyesülésével létrejött Novartis, meddig marad irányítható. (Elképzelhető, hogy a vállalatbirodalmak központja csak a profit fölött fog rendelkezni, a szatelitek pedig önállóan gazdálkodhatnak.) Amennyiben az innovációs képesség javulása nem következik be, úgy a folyamat megáll, de akár a visszajára is fordulhat. A gyógyszerpalettán a generikumok jelentőségének növekedése várható.

#### Ad 2/

A hét magyar gyógyszeripari nagyvállalatból hat külföldi szakmai befektetők többségi tulajdonában van. Az ő jövőjük elsősorban attól függ, hogy tulajdonosaikat hogyan érintik a nemzetközi fejlemények, illetve a fejlődésnek milyen útját választják, s ebben a magyar leányvállalatnak milyen szerepet szánunk.

- A Sanofit az Elf már egyesülésre szólította fel 1996 végén.<sup>28</sup> Ha ez bekövetkezik, akkor a Chinoinnak egy új vállalatbirodalomba kell beépülnie, az új tulajdonos elképzelései szerint. A Chinoin - mint a legrégebben privatizált hazai gyógyszergyár - mára már erősen integrálódott a Sanofiba (K+F, hatóanyagtermelés).<sup>29</sup>
- A Biogalt izraeli felvásárlója, a Teva minden bizonnyal teljes egészében integrálni fogja. A Teva fiatal és nagyon sikeres generikus vállalat, amelynek a debreceni gyár egyik lényeges hatóanyagtermelő bázisa lehet.
- Az Alkaloida jövője látható a legkevésbé. A még csak néhány hónapja az amerikai ICN-nek eladott magyar cég - ahogy több szakértő fogalmazott - a magyar gyógyszeripar "fekete lova". Többen rossznak tartják a privatizációs szerződést, és nem tartják kizártnak, hogy az új tulajdonos csak az - egyébként minimális - nyereség kiszivattyúzására fogja használni a hazai gyárat. Ítéletet mondani azonban úgy véljük, ma még nagyon korai.
- A Richter sorsa attól függ, hogy a nagy felvásárlási hullámban sikerül-e megőriznie önállóságát. A legnagyobb hazai gyógyszergyárat menedzsmentje az elmúlt négy évben - külföldi szakmai partner nélkül - sikeresen átstrukturálta, visszaszerezte a korábban is fő értékesítési területének számító FÁK-piacot. A

<sup>28</sup> Az Elf egyesülésre szólítja fel a Sanofit. Népszabadság 1996. december 20.

<sup>29</sup> Részletesen lásd: Antalóczy Katalin: A Sanofi szerepe a magyar gazdaságban. 1997. január, kézirat.

vállalati vezetés stratégiája továbbra is az önállóság megőrzésére, s a kelet-európai multinacionális gyógyszergyár pozíciójának elérésére irányul. Megkezdte terjeszkedését, s ma már nemcsak kereskedelmi cégekkel, de épülő termelővállalattal is rendelkezik. Nyugati gyógyszercegek az ő hálózatán keresztül értékesítik készítményeiket Kelet-Európában. A Richter az általa rendkívül jól kihasznált "földrajzi rés" kihasználásával - úgy véljük - az elkövetkező években önállóan is sikereket érhet el.

- Ám a Richter tőzsdei cég - s bár alapszabályzatába különböző óvintézkedéseket építettek be - a hatalmas tőkével rendelkező transznacionális vállalatok felvásárlási szándékát nem tudja megakadályozni. Ebben a gyárban ráadásul még mindig több mint 40 százalékos tulajdoni hányada van az államnak. A Richter sorsa attól is függ tehát, hogy a magyar kormány mit szándékozik tenni részvényeivel.
- Az Egisnek - a Richterhez hasonlóan - szintén van esélye kelet-európai multinacionális céggé válni. Ez a vállalat azonban nem önálló, így jövőjét tulajdonosa sorsa, illetve szándéka is befolyásolja. A Servier közepes nagyságú, francia gyógyszergyár, amely szintén a felvásárlás sorsára juthat. Amennyiben ez nem következik be, úgy a - szándékok szerint - az Egis egy tovább növekvő, marketing és K+F potenciálját erősítő regionális nagyvállalattá válik, amely bevezeti a Servier termékeit Kelet-Európába, s az ő készítményei pedig tulajdonosán keresztül bekerülnek a frankofón területekre.

Valamennyi magyar gyógyszergyár versenyhelyzetét erősíti a - már többször említett és elemzett - "generikus hullám".

A fentiekben nem elemeztünk egy szintén lehetséges scenáriót: azt, hogy a magyar gyógyszeripar vállalatok többségi külföldi tulajdonba kerülve néhány év alatt tulajdonosaik termékeinek egyszeru disztribútorai lesznek.

Ad 3/

Abban, hogy ez ne következzen be van szerepe a magyar kormánynak. A beruházásokat, a profit visszaforgatását preferáló adórendszer, a központi K+F potenciál erősítése, a Magyarországon gyártott termékeket előtérbe helyező társadalombiztosítási rendszer, az oktatás fejlesztése azok tényezők, amelyek segíthetnek a magyar gyógyszeripar eredményeinek megőrzésében, fejlesztésében.



## 8. Felhasznált irodalom

- Antalóczy Katalin* (1992): Privatizáció a gyógyszeriparban (In: Átalakulóban. Pénzügykutató Rt)
- Antalóczy Katalin* (1993): Megáll a vegyész. (HVG)
- Antalóczy Katalin* (1996): Nagyvállalatok a gyógyszeriparban (Társadalmi Szemle 7.)
- Antalóczy Katalin* (1996): A magyar gyógyszeripar jellemzői a nemzetközi gyógyszeripari folyamatok tükrében (Kézirat, december)
- Antalóczy Katalin* (1997): A Sanofi szerepe a magyar gazdaságban (Kézirat, január)
- Becsky Róbert - Bógel György* (1996): Stratégiai szövetségek (Vezetéstudomány 7-8.)
- Business Week* (1996): Looking for the right pill (March 25)
- Business Week* (1996): The Business Week Global 1000 (July 8)
- Business Week* (1996): The Globetrotters take over (July 8)
- Business Week* (1996): Lilly rides a mood elevator (November 11)
- Chinoin Rt* (1995): Éves jelentés 1994.
- Chinoin Rt* (1996): Éves jelentés 1995.
- Concorde Értékpapír Ügynökség* (1995): Magyar gyógyszeripari áttekintés. (Budapest, augusztus)
- Egis Gyógyszergyár Rt* (1995): Éves jelentés 1994.
- Egis Gyógyszergyár Rt* (1996): Éves jelentés 1995.
- Figyelő* (1995): Ki nyeli le az édes pirulát? (október 26.)
- Ipari és Kereskedelmi Minisztérium* (1991): A magyar gyógyszeripar helyzete, fejlődésének kívánatos irányai, fejlesztési stratégiája (Iparpolitikai főosztály, július)
- Ipari és Kereskedelmi Minisztérium* (1992): A gyógyszeripar privatizációs stratégiája (Tervezet, szeptember)
- Lion, Conor* (1996): The right prescription? (Central European, March)
- Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége* (1996): Press release (November 4.)
- Meixner Zoltán - Merényi Miklós* (1995): Laborgyakorlat. (Figyelő, november 16.)
- Népszabadság* (1996): Az Elf egyesülésre szólítja fel a Sanofit. (December 20.)
- OMIKK* (1989): Gyógyszeripari trendek.

*OMIKK* (1992): A muszaki és technológiai fejlődés prognózisa a következő 15-20 évre: gyógyszeripar.

*Pásztor Sára* (1989): Hullámok csúcsán. Kézirat.

*Richter Gedeon Rt* (1996): Annual report 1995.

*Richter Gedeon Rt* (1996): 1996. I-III. negyedévi gyorsjelentés

*Richter Gedeon Rt* (1996): Richter news (II. volume, number 3., April)

*Sipos Antalné - Bence Géza - Bikki István - Korbonits Dezső* (1996): Egy mindig megújuló vállalat: a Chinoin története (1910-1995); Budapest

*Tardos Ágnes* (1989): A magyar ipar termelési és külkereskedelmi szervezetének változásai az 1978-79 óta tartó restriktív időszakban (Kőbányai Gyógyszerárugyár); Kézirat.

## Az eddig megjelent Műhelytanulmányok tanulmánysorozat kötetei

Kötet száma	Szerző	Cím	Megjelenés dátuma	Példányszám
1.	Andreas Grahl	Banking Strategies of Joint Venture Banks in Hungary	1996. szeptember	120
2.	Angelusz Róbert - Tardos Róbert	A piacgazdaság társadalmi megítélése	1996. október 18.	100
3.	Szabó Márton	A magyar tejipar versenyképességét befolyásoló tényezők	1996. október 21.	110
4.	Mohácsi Kálmán	A húságazat versenyképességét meghatározó tényezők	1996. október 21.	110
5.	Orbánné dr. Nagy Mária	A baromfiipar versenyképességét motiváló tényezők	1996. október 29.	130
6.	Mohácsi Kálmán	A gabonaágazat versenyképességét befolyásoló tényezők	1996. október 29.	120
7.	Dr. Dévai Katalin - Dr. Petruska Ildikó	Muanyagalapanyaggyártás és feldolgozás versenyképességét befolyásoló tényezők	1996. november 20.	110
8.	Török Ádám	A versenyképesség-elemzés egyes módszertani kérdései	1996. november 26.	90
9.	Némethné Pál Katalin - Németh Imre	A magyar alumíniumipar versenyképességét befolyásoló tényezők	1996. november 27.	130
10.	Hegedus Miklós	A vállalkozói várakozások és magatartások területi differenciálódása, 1997	1997. január 20.	550
11.	Dr. Legeza Eniko	A gépjármű- és gépjárműalkatrészgyártás versenyképességét befolyásoló tényezők	1997. január 30.	550
12.	Bessenyei István	A gazdaság versenyképessége és az oktatás	1997. február 18.	550
13.	Dr. Cseh József	A textil- és textilruházati ipar helyzete, versenyképességét meghatározó tényezők	1997. február 27.	550
14.	Lakner Zoltán - Sass Pál	A zöldség-gyümölcs szektor versenyképességét meghatározó tényezők	1997. március 3.	550
15.	Barta Györgyi - Poszmik Erzsébet	A vas- és acélipar versenyképességét befolyásoló tényezők	1997. március 10.	550
16.	Dr. Lengyel Márton	A turizmus versenyképességét befolyásoló tényezők	1997. március 12.	110
17.	Antalóczy Katalin	A magyar gyógyszeripar versenyképessége - adatok, hipotézisek, töprengések	1997. március 14.	110

*A program kiemelt támogatói:*

Center for International Private Enterprise,  
Washington, US  
Állami Privatizációs és Vagyonkezelő Rt.  
Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság  
Országos Tudományos Kutatási Alap

*További támogatók:*

Magyar Menedzsment Intézet és tagvállalatai:  
MOL Rt., Dunaferr Rt., Antenna Hungária Rt.  
Ipari és Kereskedelmi Minisztérium  
Földművelésügyi Minisztérium  
Pénzügyminisztérium  
Friedrich Naumann Alapítvány